

ব্যক্তিত্ব গঠনে আবেগ ও স্মৃতি: একটি মনোদার্শনিক পর্যালোচনা

যাদবপুর বিশ্ববিদ্যালয়ের দর্শন বিভাগে পি এইচ ডি ডিগ্রীর জন্য উপস্থাপিত

গবেষণাপত্র

জগদীশ দাস

দর্শন বিভাগ, আর্টস ফ্যাকাল্টি, যাদবপুর বিশ্ববিদ্যালয়

রেজিস্ট্রেশন নম্বর A00PH0200717; Dated 28-11-2017

তত্ত্বাবধায়ক

ডঃ গার্গী গোস্বামী

Professor, দর্শনবিভাগ, যাদবপুর বিশ্ববিদ্যালয়

কলকাতা-৭০০০৩২

২০২৫



শংসাপত্র

“ব্যক্তিত্ব গঠনে আবেগ ও স্মৃতি: একটি মনোদার্শনিক পর্যালোচনা” Resubmitted by me for the award of the degree of Doctor of Philosophy in Arts at Jadavpur University is based upon my work carried out under the supervision of Dr. Gargi Goswami, and this thesis is a revised version of the one submitted on 05-04-2024.

It is certified further that neither this thesis nor any part of it has been submitted before for any degree or diploma anywhere/elsewhere.

*Gargi Goswami*  
Countersignature by supervisor

Dated 16-05-2025

*Jagadish Das.*  
Signature by Candidate

Dated 16-05-2025

Professor  
Department of Philosophy  
Jadavpur University  
Kolkata - 700 032

## কৃতজ্ঞতা স্বীকার

উচ্চশিক্ষার প্রতি আকর্ষণ কখনই খুব বেশি ছিল না প্রথমদিকে। কিন্তু সেটা তৈরি হল যাদবপুর বিশ্ববিদ্যালয়ের দর্শন বিভাগে পড়তে আসার পর থেকে। এখান থেকেই প্রথম ইশ্বর, আত্মা এবং আমিত্ব—এই তিনটি ব্যাপারে যথাযথ তথ্য ও তত্ত্বের সাথে সাক্ষাৎ হয়। আর তাতে এই বিষয়গুলি উপর আমার জিজ্ঞাসা যে কমেছে তা নয় বরং আরও বেড়েছে, তাই উচ্চ শিক্ষা তথা গবেষণা প্রতি আগ্রহ। তাই আমি যাদবপুর বিশ্ববিদ্যালয়ের দর্শন বিভাগের প্রতি আন্তরিক কৃতজ্ঞতা জানাই।

দর্শন শাস্ত্রে ডুব দিয়ে বেড়েছে বা বলা ভালো জেগেছে আধ্যাত্মিকতার প্রতি আগ্রহ। সেই আগ্রহ থেকে গুরুগ্রহণ, আশ্রমে বারংবার যাওয়া আসাও বৃদ্ধি পায়। সেখানে গেলে গুরু-প্রতিম আচার্যদেব ও তাঁর পরিবারের কাছ থেকেও পাই আন্তরিক উৎসাহ, ভরসা এবং প্রত্যক্ষ সহযোগিতা। আমি আচার্যদেব, তাঁর পরিবার এবং অনেক বয়োঃজ্যেষ্ঠ জ্ঞানবৃদ্ধ সতীর্থের সহযোগিতা, সহানুভূতি এবং প্রেরণা পেয়েছি। তাদের সকলের প্রতি আমি আমার প্রণাম ও কৃতজ্ঞতা জানাই।

গবেষণাপত্রের এই কাজ শুরু করার সময় থেকে শুরু করে বিগত কয়েক বছর ধরে যিনি প্রতিনিয়ত প্রত্যেক ক্ষেত্রে সঠিক পথ নির্দেশ দিয়ে আমার কাজ এগিয়ে নিয়ে যেতে সাহায্য করেছেন তিনি ডঃ গার্গী গোস্বামী মহাশয়া, সহকারী অধ্যাপিকা, যাদবপুর বিশ্ববিদ্যালয়। তিনি আমার সুখে দুঃখে প্রতিটি সময়ে পাশে থেকেছেন। সর্বক্ষেত্রে ভাবনারও বেশী সাহায্য পেয়েছি। তাঁকে আমার আন্তরিক কৃতজ্ঞতা ও প্রণাম জানাই। সাথে ডঃ আদ্রেয়ী মুখোপাধ্যায় (সহকারী অধ্যাপিকা, ওয়েস্ট বেঙ্গল স্টেট ইউনিভার্সিটি) মহাশয়ার পরামর্শ, নির্দেশ ও মতামত আমার গবেষণাপত্রকে সমৃদ্ধ করেছে। তাঁকেও আমার আন্তরিক কৃতজ্ঞতা ও প্রণাম জানাই।

আমার মা, স্বর্গীয় বাবা (উনি আর কিছুদিন থেকে গেলে আমার কাজের সম্পূর্ণ হওয়া দেখে যেতে পারতেন। সেই আফসোস আমার সহজে যাবার নয়), ছোট বোন এবং ন'দি এবং অন্যান্য আত্মীয়-স্বজন ও পরিজনবর্গ নানাভাবে আমাকে সাহায্য করেছেন বলেই আমার এই কাজ সম্পূর্ণ করা সম্ভব হয়েছে। এদের প্রত্যেকের কাছে আমি কৃতজ্ঞ।

আমাদের ডিপার্টমেন্টাল লাইব্রেরী এবং বিদ্যুৎদা আমকে বই, জার্নাল এবং অন্যান্য তথ্য পেতে সাহায্য করেছে। আমি তাদের কৃতজ্ঞতা জানাই। সেন্ট্রাল লাইব্রেরী থেকেও অনেক রকম বই, জার্নাল এবং অন্যান্য তথ্য পেয়ে উপকৃত হয়েছি। সেখানকার কর্মীদের সাহায্য পেয়েছি। ডিজিটাল লাইব্রেরীতেও অনেক কাজ করার সুযোগ পেয়েছি। সেখানকার কর্মীদেরও কৃতজ্ঞতা জানাই।

## আর্থিক সহায়তা

ইউ. জি. সি. প্রথম চার বছর অর্থাৎ ২০১৭ থেকে ২০২১ এর ৩১ এ মার্চ পর্যন্ত রাজীব গান্ধী ন্যাশানাল স্কলারশিপ দিয়ে আমার কাজে সাহায্য করেছেন। আমি তাদের প্রতিও কৃতজ্ঞ। কল্যাণী মেডিক্যাল কলেজের অধ্যাপক ও চিকিৎসক ডঃ সুব্রত চট্টোপাধ্যায় স্কলারশিপ শেষ হওয়ার পর থেকে আজ অবধি প্রতি মাসে কিছু না কিছু দিয়েই চলেছেন যাতে আমার কাজের ক্ষেত্রে কিছুটা অর্থনৈতিক সাহায্য হয়। তাঁর প্রতিও আমি কৃতজ্ঞ।

## সূচীপত্র

	বিষয়	পৃষ্ঠা সংখ্যা
	ভূমিকা	1-7
১	প্রথম অধ্যায়	8-52
	স্মৃতি বিষয়ক একটি দার্শনিক পর্যালোচনা	8
১.১	মনোবিদ্যায় স্মৃতি	9
১.২	দার্শনিক দৃষ্টিকোণ	11
১.২.১	স্মৃতি সংক্রান্ত বিভিন্ন মতবাদ	14
১.২.২	স্মরণ সংক্রান্ত সাক্ষাৎ মতবাদ	32
১.৩	জীবনবিজ্ঞান সংক্রান্ত বিস্মৃতি	37
১.৩.১	মস্তিষ্ক ক্ষতজনিত কারণে বিস্মৃতি	37
১.৩.২	Transient global Amnesia	38
১.৩.৩	Marijuana and Amnesia	38
১.৩.৪	Alcohol	38
১.৩.৫	মস্তিষ্কের রোগ	39
১.৩.৬	Senile dementia	39
১.৩.৭	Primary degenerative dementia	40
১.৪	মনোবিদ্যা সংক্রান্ত বিস্মৃতি	41
১.৫	বিস্মৃতির ইতিবাচক দিক	41

১.৬	বিস্মৃতির নেতিবাচক দিক	42
১.৭	বিস্মৃতির কারণ	42
১.৮	ফ্রয়েডের মতে বিস্মৃতির কারণ	43
১.৯	বিস্মৃতির প্রতিকার	43
	তথ্যপঞ্জী	45
২.	দ্বিতীয় অধ্যায়	50-102
	ব্যক্তিত্ব গঠনে স্মৃতির ভূমিকা	50
২.১.	প্রেক্ষাপট	51
২.২.	গবেষণা পত্রটির গুরুত্ব	58
২.৩	উৎপন্ন সমস্যার প্রেক্ষিতে বিভিন্ন পরীক্ষার প্রত্যুত্তর	79
	তথ্যপঞ্জী	95
৩.	তৃতীয় অধ্যায়	103-173
	ব্যক্তিত্ব নির্মাণে আবেগ ও তার বিভিন্ন প্রেক্ষিত	103
৩.১	আবেগের বৈশিষ্ট্য	106
৩.২	আবেগের তিনটি দিক থাকে	106
৩.৩	কয়েকটি আবেগের উদাহরণ	108



৩.৩.১	ভয়	107
	৩.৩.১.১	ভয়ের কারণসমূহ 108
৩.৩.২	আতঙ্ক	108
৩.৩.৩	উৎকর্ষা	109
	৩.৩.৩.১	দৈহিক পরিবর্তন সমূহ 109
	৩.৩.৩.২	মানসিক পরিবর্তনসমূহ 110
৩.৩.৪.	ক্রোধ (anger)	111
৩.৩.৫.	হর্ষ ও বিষাদ (Joy and sorrow)	112
৩.৩.৬.	প্রেম বা ভালোবাসা	113
৩.৩.৭.	ঘৃণা	114
৩.৩.৮.	সহানুভূতি	115
৩.৩.৯.	সহমর্মিতা (Empathy)	116
৩.৩.১০.	বিস্ময় (Surprise)	117
৩.৩.১১.	প্রমোদ (Mirth or Amusement)	117
৩.৩.১২.	আনন্দ (Joy)	118
৩.৩.১৩.	দুঃখ (Grief)	118
৩.৩.১৪	যৌন উত্তেজনা (Sex excitement)	118
৩.৪	আবেগের বহিঃপ্রকাশ	119
	৩.৪.১.	আবেগের বহিঃপ্রকাশ 120
	৩.৪.২.	মুখমণ্ডলের অবস্থার পরীক্ষণ 123
	৩.৪.৩.	অঙ্গভঙ্গী এবং কণ্ঠ দ্বারা আবেগের প্রকাশ 123
৩.৫.	যেসব বিষয়ের উপর আবেগ নির্ভর করে	124
	সেগুলি নিম্নরূপ	

৩.৫.১.	জেমস্-ল্যাঙ্গে মতবাদ	125
৩.৫.১.১.	স্বপক্ষে যুক্তি	125
৩.৫.১.২.	বিপক্ষে যুক্তি	126
৩.৫.২.	ক্যানন-বার্ড মতবাদ	127
৩.৬.	বিশ্লেষণ	128
৩.৭.	Borderline Personal Disorder (or BPD)	129
৩.৭.১.	BPD-রোগীর সমাজমনোবিদ্যাগত আলোচনা	130
৩.৭.২.	Expressed Emotion and BPD	131
৩.৭.৩.	BPD-তে পারিবারিক সংজ্ঞা	135
৩.৭.৪.	পরিবারে Dialectic Behavior Therapy-র ব্যবহার	136
৩.৭.৫.	পরীক্ষার বর্ণনা, সমস্যার উত্থাপন, রোগীর বর্ণনা	140
৩.৭.৬.	পারিবারিক মূল্যায়ন	144
৩.৭.৭.	ঘটনার নির্মাণ (বা case formation)	147
৩.৭.৮.	চিকিৎসার গতিপথ (course of treatment)	149
৩.৭.৯.	ফলাফল এবং ভবিষ্যত সম্বন্ধে পূর্বাভাস তথ্যপঞ্জী	161 167

8.	চতুর্থ অধ্যায়	174-228
	ব্যক্তিত্ব, আবেগ ও স্মৃতির সম্বন্ধীকরণ	174
8.১.	E.F. Loftus এর মতবাদ	176
8.২.	Atkinson-Shiffrin এর মতবাদ	177
8.৩.	Milner et al., 1968 এর পরীক্ষা	178
8.৪.	আবেগ ও স্মরণ প্রক্রিয়ার সাথে জড়িত ব্রডম্যান অঞ্চল	184
8.৫.	আবেগ ও স্মৃতি বিষয়ক দেকার্তের মতবাদ	189
8.৫.১.	চিন্তনরূপে আবেগ	192
8.৫.১.১	সহযোগী আবেগ (associative passions)	194
8.৫.১.১.১	দৈহিক স্মৃতি	196
8.৫.১.২.	বিশ্বাস সম্পর্কিত আবেগ (doxastic passion)	200
8.৫.১.৩.	বৌদ্ধিক স্মৃতি	205
8.৬.	আবেগের নিয়ন্ত্রণ	207
8.৭	বহু-ব্যক্তিত্ব জনিত রোগে	212
8.৭.১	Case Report	214
	তথ্যপঞ্জী	220

৫.	পঞ্চম অধ্যায়	228-281
	বিভিন্ন রোগের প্রেক্ষিতে আবেগ ও স্মৃতির ব্যক্তিত্বে প্রভাব	228
৫.১	Multiple personality disorder এ ব্যক্তিত্বের রূপান্তর	229
৫.১.ক.	গবেষণাপত্রে I.C.	230
৫.১.খ.	Case Report	231
	কিছু মনোবৈজ্ঞানিক পরীক্ষা	
৫.১.গ		
	৫.১.গ.১. WAIS-R	234
	৫.১.গ.২. MMPI	234
৫.১.ঘ	পরীক্ষা পদ্ধতি	235
৫.১.ঙ	পরীক্ষার উপাদান এবং নকশা	235
৫.১.চ	প্রথম শৈশবের স্মৃতি সম্পর্কে সমীক্ষা	236
৫.১.ছ	পরীক্ষা পদ্ধতি	237
৫.১.জ	ফলাফল	238
	৫.১.জ.১ আত্মজীবনীমূলক স্মৃতির পরীক্ষা	238
	৫.১.জ.২ তালিকা-১	239
	৫.১.জ.২ তালিকা—২	240
	৫.১.জ.৩ তালিকা-৩ এ আত্মজীবনীমূলক স্মৃতি	240

৫.২.	স্ট্রোক পরবর্তী জীবনের ব্যক্তিত্বের পরিবর্তন	241
৫.২.১	কিছু প্রাথমিক পর্যবেক্ষণ লব্ধ অভিজ্ঞতার বিশ্লেষণ	242
৫.২.২	পর্যবেক্ষণ পদ্ধতি	242
৫.২.৩	ফলাফল	242
৫.২.৪	সিদ্ধান্ত	243
৫.২.৫	গবেষণার প্রাথমিক উদ্দেশ্য	244
৫.২.৬	পদ্ধতি	244
৫.২.৭	রোগীর পরিজনদের থেকে প্রাপ্ত তথ্যের পরিমাপ	245
৫.২.৮	রোগীদের থেকে প্রাপ্ত তথ্যভিত্তিক পরিমাপ	246
৫.২.৯	বিশ্লেষণ	247
৫.২.১০	রোগীর পরিজনদ নিরবাচনের শর্ত	248
৫.২.১১	ব্যক্তিত্বের পরিবর্তন	251
৫.২.১২	রোগীর পরিচর্যাকারীদের আবেগীয় অসামঞ্জস্যতা	252
৫.২.১৩	ব্যক্তিত্ব পরিবর্তনের সাথে মানসিক অবস্থাসমূহের সম্পর্ক	252
৫.২.১৩.১	রোগীদের মধ্যে আবেগের অসামঞ্জস্য	252
৫.২.১৩.২	পরিচর্যাকারীদের থেকে পাওয়া আবেগীয় অসামঞ্জস্য	253

	৫.২.১৩.৩	স্ট্রোকের তীব্রতা এবং স্ট্রোকের শ্রেণীবিন্যাস	253
	৫.২.১৩.৪	Stroke এর ক্ষতের বৈশিষ্ট্য	253
	৫.২.১৪	পর্যালোচনা	254
	৫.২.১৫	সীমাবদ্ধতা	259
	৫.২.১৬	কিছু বাস্তব অভিজ্ঞতা	261
৫.৩		(বিপিডি) রোগের কারণরূপে হ্যালুসিনেশন	261
	৫.৩.১	Hallucinations	262
	৫.৩.২	গবেষণা পদ্ধতি	268
	৫.৩.৩	উপকরণ এবং পদ্ধতি	269
	৫.৩.৪	ফলাফল	269
	৫.৩.৫	BPD রোগের ক্ষেত্রে Hallucination ও তার প্রভাব	270
		তথ্যপঞ্জী	272
৬.		সিদ্ধান্ত	282-289
		তথ্যপঞ্জী	290-313

## প্রাককথন

ব্যক্তির সাধারণ বৈশিষ্ট্য যার সাহায্যে কোন ব্যক্তির ব্যক্তিত্ব নির্ধারিত হয় তাকে নানা দার্শনিক নানারকমভাবে উপস্থাপিত করেছেন। তাদের মধ্যে দার্শনিক G Alport—এর মতে ‘ব্যক্তির অন্তর্নিহিত গতিশীল দৈহিক ও মানসিক বৈশিষ্ট্যগুলিকে সংগঠিত করে যা ব্যক্তিকে তার পরিবেশের সাথে বিশেষভাবে উপযোজিত হতে সাহায্য করে, তাই হল ব্যক্তিত্ব’<sup>i</sup>। N.L. Munn—এর মতে—‘ব্যক্তির সমগ্র ব্যক্তি সত্তাই তার ব্যক্তিত্ব’<sup>ii</sup>। মনোবিদ Garret এর মতে—‘ব্যক্তিত্ব হল ব্যক্তির আচরণ ছাদ বা আচরণ ভঙ্গী’<sup>iii</sup>। এইরকম বহু সংজ্ঞা পাওয়া যায় ব্যক্তিত্বের। যদিও এইসব কোন সংজ্ঞাই সম্পূর্ণরূপে ব্যক্তিত্বকে প্রকাশ করতে পারে না। ব্যক্তিত্বের বিভিন্ন দিকগুলি যেসব মানসিক স্তরের উপর দাঁড়িয়ে থাকে তাদের মধ্যে অন্যতম হল—স্মৃতি ও আবেগ। আবেগ মানুষকে অনেক সময় বিবেচনাশূন্য করে দেয়, তবুও আবেগ ছাড়া মানুষ চলতে পারে না। আবেগ নানারকম ঢেউ তুলতে থাকে মনে। আবেগকে সবসময় বাস্তবায়িত করা সম্ভব হয় না। সামাজিক রীতিনীতি ও বিধি নিষেধের প্রতিবন্ধকতা আসে। নেতিবাচক কাজ করার আবেগ সম্পর্কে সাবধান হওয়ার জন্য এবং ইতিবাচক কাজ করার আবেগকে বাস্তবায়িত করার জন্য এবং উভয়কে নিয়ন্ত্রণ করার জন্য স্মৃতি সহায়ক হয়। আবেগের এই সুষ্ঠু নিয়ন্ত্রণ ব্যক্তিত্বকে উন্নততর করে থাকে। তাই এই গবেষণাপত্রে ব্যক্তিত্ব গঠনে স্মৃতির ও আবেগের ভূমিকার আলোচনা করা হয়েছে।

স্মৃতি যেন একটি প্রবাহমান নদীর জল প্রবাহ আর আবেগ হল সেই নদীতে ওঠা ঢেউ। জলপ্রবাহ আর ঢেউ নিয়ে যেমন একটি নদী তেমনি স্মৃতি এবং আবেগ নিয়ে হয় ব্যক্তিত্ব। নদীতে এই জল ও ঢেউয়ের সামঞ্জস্যে সেটি শান্ত থাকে। ব্যক্তিত্বেও স্মৃতি ও আবেগের সামঞ্জস্যে সেটি শান্ত থাকে। এই দুটি উপাদান পারস্পারিক নির্ভরশীল এবং একটি অপরটিকে প্রভাবিত করে। আবেগের সুষ্ঠু নিয়ন্ত্রণ এবং স্মৃতির পরিমার্জন উভয়ই ব্যক্তিত্ব গঠনে গুরুত্বপূর্ণ ভূমিকা রাখে।

---

<sup>i</sup> Personality--G Alport, p-48

<sup>ii</sup> Introduction to psychology--NL Munn, p-233

<sup>iii</sup> Great Experiment In Psychology—H.E.Garrett, p-171



## চিত্র ও টেবিলের তালিকা

ক্রমিক সংখ্যা	বিষয়	পৃষ্ঠা সংখ্যা
১। চিত্র	ক। Figure 1: Boardman area for memory and emotion	187
২। টেবিল	ক। তালিকা-১	240
	খ। তালিকা-২	241

## ভূমিকা

ব্যক্তিত্ব মানুষ মাত্রেরই আলাদা। যদিও কোন কোন মানুষের মধ্যে ব্যক্তিত্বের মিল বা সাদৃশ্য থাকা আশ্চর্যের কিছু নয়। তথাপি ব্যক্তিত্ব প্রত্যেকের ক্ষেত্রেই বিশেষ। প্রত্যেকের মধ্যে এই বিশেষত্ব না থাকলে একজন মানুষের থেকে অপর একজন মানুষকে আলাদা করা যেত না। মানুষের এই অনন্য ব্যক্তিত্বের প্রধান উপাদান স্মৃতি। প্রথমতঃ প্রত্যেক ব্যক্তির একটি বিশেষ নাম থাকে। প্রথমে সেই নামে তার পরিবার পরিজন সবাই ডাকে। সেই নাম শুনে শুনে সে নিজেকে ঐ নামের সাথে অবিচ্ছেদ্যরূপে সম্পর্কিত করে ফেলে স্মৃতির সাহায্যে।

আমাদের দেশে একসময় শুনে শুনে মনে রাখার অভ্যাস ছিল। স্মৃতি-নির্ভর ছিল শিক্ষা। বর্তমানে শিক্ষা স্মৃতি নির্ভর না হলেও ব্যক্তি জীবনে স্মৃতির গুরুত্ব কোন অংশে কম নেই। দেখা যায় কোন কোন ব্যাপার বা ঘটনা আমাদের মনে থাকে অর্থাৎ তাদের স্মৃতি আমাদের মনে বেশী করে জেগে থাকে। আবার কোন কোন স্মৃতি আমাদের মনে থাকে কম। যেগুলো দৈনন্দিন কাজ যেমন—খাওয়া, স্নান করা, স্কুলে যাওয়া, বাজার করা ইত্যাদি ব্যাপারগুলো যেহেতু প্রতিদিনের কাজ তাই দেখা যায় যে এক্ষেত্রে বিশেষ কিছু আমাদের মনে থাকে না। যেমন—যদি

কেউ জিজ্ঞাসা করেন যে গত পরশু কি দিয়ে খাওয়া হল? তাতে দেখা যাবে অনেকেই সে কথা বলতে পারেন না। অর্থাৎ স্মৃতি আমাদের কাছে সহজলভ্য নয়। স্মৃতি অর্জন করার জন্য বিশেষ প্রযত্ন করতে হয়। এই স্মৃতির গুরুত্ব ব্যক্তিত্বে যে কতখানি তা বর্ণনার অতীত। স্মৃতি আমাদের অভিজ্ঞতা দেয়। এই অভিজ্ঞতা আমাদের ব্যক্তিত্বকে সুগঠিত করে। তাই স্মৃতি গঠনের জন্য প্রাচীন শিক্ষা ব্যবস্থায় একই বিষয় বার বার আবৃত্তি করা এবং করানো হত। সেই সাথে তার বাস্তব প্রয়োগের মাধ্যমে সহজ স্মৃতির উদ্ভাবন করার চেষ্টা করা হত। বিভিন্ন ঘটনা আমাদের মস্তিষ্কে রেখাপাত করে। যে ঘটনার স্মৃতি আমাদের ব্যক্তিত্বে একটি নতুন বৈশিষ্ট্য উৎপন্ন করে থাকে। উদাহরণস্বরূপ উল্লেখ করা যেতে পারে ১৯৭১ সালের ১২-১৩ আগস্টের গণহত্যার প্রভাব পড়ে একজন বিশিষ্ট চিকিৎসক গবেষকের মনে। তিনি তার নিজের অবস্থার বর্ণনা করতে গিয়ে একজন মনোচিকিৎসকের দেওয়া উদ্ধৃতি উল্লেখ করেছেন—‘ওই রাজনৈতিক গণহত্যা আপনার মনে গভীরভাবে ছাপা পাত করেছে।’

প্রত্যেকে তার নিজের ব্যক্তিত্বের সাথে সবচেয়ে বেশি পরিচিত। কারণ ব্যক্তিত্বের বেশিরভাগ ব্যাপারগুলি মানসিক। আর মানসিক ব্যাপারের ক্ষেত্রে মানুষ নিজের মনের কথা সবচেয়ে ভালো জানে। যেহেতু বেশিরভাগ ব্যক্তি তার মনের যে ভাব তাকে আচরণ বা ভাষায় প্রকাশ করেন না বরং বিভিন্ন কারণবশত তাকে একটি বিশেষ রকম ব্যক্তিত্বের অভিনয় করতে হয়—তাই অপরের মনের ভাব তত বেশি

আমাদের কাছে ধরা পড়ে না। সেই কারণে দেখা যায় মানুষ অপর মানুষের কাছে প্রায়ই ঠকে যাওয়ার পর বলে থাকেন—মানুষ চেনা ভীষণ দায়। এক্ষেত্রে মানুষ বলতে বোঝানো হয় স্ব-ভিন্ন অপর ব্যক্তিকে। মানুষ ঠকতে চায় না, অপরের অন্তরকে অর্থাৎ অপরের প্রকৃত ব্যক্তিত্বকে জানতে না পারার কারণে সে ঠকে যায়। ঠকে গিয়ে মানুষ এক প্রকার শিক্ষা লাভ করে। সেই অর্জিত শিক্ষা থেকে সে তার আচরণকে নিয়ন্ত্রণ করে থাকে। দেখা যায় কোন দোকানে হয়ত একদিন কোন জিনিষের দাম বেশি নিয়ে নিল, পরে জানতে পারলে সেই দোকানে আর ঐ ব্যক্তি যেতে চাইবেন না। অথবা, কেউ হয়ত উপকার পেয়েও তা স্বীকার করেন না, এক্ষেত্রেও দেখা যায় যে উপকার যিনি করেছেন তিনি পরবর্তীকালে পূর্বোক্ত অকৃতজ্ঞ ব্যক্তিকে হয়ত আর সাহায্য করতে চাইবেন না। অর্থাৎ পারিপার্শ্বিকের প্রভাব মানুষের ব্যক্তিত্বকে যে প্রভাবিত করে সেটা বোঝা যায়। কিন্তু আভ্যন্তরীণ ব্যাপারেও মানুষের ব্যক্তিত্বের পরিবর্তন দেখা যায় অনেক সময়। সেই ব্যাপারগুলির মধ্যে অন্যতম হল—স্মৃতি এবং আবেগ। পূর্ব স্মৃতি বা অভিজ্ঞতা আমাদের ভবিষ্যৎ জীবনকে নিয়ন্ত্রিত করে থাকে। পূর্ব অভিজ্ঞতা আমাদের ভবিষ্যৎ কর্মপন্থা নির্ধারণের জন্য মানসিকতা এবং দৃষ্টিভঙ্গী প্রদান করে থাকে। এই দৃষ্টিভঙ্গীই আমাদের বাস্তব জীবনকে নিয়ন্ত্রিত করে থাকে। এই নিয়ন্ত্রণ থাকে মানুষের নিজের কাছে। প্রত্যেক ব্যক্তির জীবনচর্যা থেকে তার ব্যক্তিত্বকে অনুমান করা যায়। ব্যক্তি-বৈশিষ্ট্য-সমূহের সমাহারকে এক কথায় ব্যক্তিত্ব বলা যায়। ব্যক্তিত্ব যেসব মানসিক ব্যাপারগুলির উপর নির্ভরশীল তাদের মধ্যে অন্যতম হল—স্মৃতি এবং আবেগ। আবেগ অনেক সময় মানুষকে বিবেচনাশূন্য করে দেয়, তবুও

আবেগবিহীন মানুষ পাওয়া যায় না। আবেগগুলো নানারকমের ঢেউ তুলতে থাকে মনে। তার সম্পূর্ণতা বাস্তবায়িত করা অনেক সময় সম্ভব হয় না, তার প্রতিবন্ধকতা থাকে অনেক। তার মধ্যে অন্যতম হল সামাজিক বিধি নিষেধ ও রীতিনীতি। নিন্দনীয় কাজ করার ক্ষেত্রে তা থেকে যে সমস্যা আসতে পারে সে ব্যাপারে সচেতন হওয়ার ক্ষেত্রে স্মৃতি আমাদের সহায়ক হয়। স্মৃতি একপ্রকার জ্ঞান, আর স্মরণ হল তার প্রক্রিয়া। অর্থাৎ স্মরণ নামক প্রক্রিয়ায় আমরা যে জ্ঞান লাভ করি তা স্মৃতি। এই স্মৃতি জ্ঞান হতে গেলে যে জ্ঞান প্রয়োজন হয় তা হল প্রত্যক্ষ। স্মৃতি জ্ঞানের স্বরূপ, তার প্রকৃতি ইত্যাদি ব্যাপারে সুদূর অতীত কাল থেকে দার্শনিক মহলে চর্চা চলছে। সেই চর্চার কিছু অংশ তুলে ধরা হবে প্রথম অধ্যায়ে।

প্রথম অধ্যায়ে থাকবে Socrates, Locke, Hume, Russell প্রমুখ দার্শনিকদের মতবাদ বিশ্লেষণ। এই মতবাদগুলির মধ্যে সবচেয়ে উপযুক্ত যে মতবাদ তা দেখার চেষ্টা করা হবে। এখানে একটা বিবাদ দেখা যায় স্মৃতি সংক্রান্ত প্রতিরূপী মতবাদের সাথে স্মৃতি সংক্রান্ত সাক্ষাৎ মতবাদের। যদিও উভয় মতবাদের মধ্যেই কম বেশী ত্রুটি দেখা যায় তবুও সেসব উপেক্ষা করেও স্মৃতি সংক্রান্ত এই মতবাদগুলি স্মৃতি বিষয়ক একটি বিশেষ ধারণালাভে সহায়ক হবে বলেই মনে হয়। অতঃপর বিস্মৃতি নিয়ে আলোচনা করা হবে মনোবৈজ্ঞানিক দিক থেকে। বিস্মৃতির গুরুত্ব, তার অপকারিতা সর্বোপরি তার নিরসনের উপায় নিয়ে এই অধ্যায়ে আলোচনা করা হবে।

দ্বিতীয় অধ্যায় দেখানো হবে যে জ্ঞান শুধু স্মৃতিতে থাকলেই কোন ব্যক্তির ব্যক্তিত্ব গঠিত হয় না। ব্যক্তিত্ব গঠিত হতে গেলে ঐ জ্ঞানের অনুচলনও থাকতে হবে। স্বাভাবিকভাবেই প্রশ্ন হতে পারে যে জ্ঞান থাকা সত্ত্বেও তার প্রয়োগ নেই এমন কি বাস্তবে সম্ভব? তার উত্তরে বলা যায় যে তেমন সম্ভাবনা একেবারে উড়িয়ে দেওয়া যায় না। অনেক পণ্ডিত ব্যক্তি কেবল তথ্য আহরণ করে চলেন। তাদের সেই জ্ঞান শেষ পর্যন্ত বাচিক জ্ঞানের আকারেই থেকে যায়। এই বাচিক জ্ঞানের বাস্তবিক প্রয়োগ নাও হতে পারে সে কথা দ্বিতীয় অধ্যায়ে বিভিন্ন পুস্তক এবং গবেষণা পত্রের আলোকে তুলে ধরার চেষ্টা করা হবে। মস্তিষ্কজাত জ্ঞান এবং ব্যক্তিত্বে থাকা অসামঞ্জস্য কি ব্যক্তিকে সামাজিকভাবে পশ্চাদপদ করে দেয়? সমাজের সাথে খাপ খাওয়াতে যদি সমস্যা হয়—তাহলে তার প্রতিকারই বা কি?

তৃতীয় অধ্যায়ে দেখা হবে ব্যক্তিত্ব গঠনে আবেগের ভূমিকা কতখানি। ব্যক্তিত্বে আবেগের আলোচনা যে অত্যন্ত গুরুত্বপূর্ণ তা অতি সহজেই অনুমেয়। মনের মধ্যে আবেগের প্রবাহ প্রতি নিয়ত চলতে থাকে। এইসব আবেগসমূহ মনকে নানাভাবে প্রভাবিত করে থাকে। মানুষ কোন না কোন আবেগের দ্বারা পরিচালিত হয়েই বিভিন্ন প্রকারের আচরণ করে থাকেন। আচার এবং ব্যবহারের বহিঃপ্রকাশ ব্যক্তিত্বে প্রভাব রাখে এ কথা বলা যেতেই পারে। অর্থাৎ ব্যক্তিত্বে আবেগের একটা গুরুত্বপূর্ণ প্রভাব অবশ্যই থাকে। আবেগের বৈশিষ্ট্যসহ উদাহরণ আলোচনা করা

প্রয়োজন। যেখানে আবেগের বিভিন্ন প্রকারসমূহ এবং এইসব প্রকারসমূহের মধ্যে কোনগুলি ব্যক্তিতে ইতিবাচক প্রভাব রাখে এবং কোনগুলি নেতিবাচক প্রভাব ফেলে তাও দেখা দরকার।

চতুর্থ অধ্যায়ে শরীরের যাবতীয় ক্রিয়াকলাপে মস্তিষ্কের কোন না কোন অঞ্চল নিয়ন্ত্রক হিসাবে কাজ করে, কারণ মস্তিষ্ক প্রায় সকল স্নায়বিক ক্রিয়ার নিয়ন্ত্রক। মস্তিষ্কের কোন অঞ্চল কোন ক্রিয়ার নিয়ন্ত্রক সেই বিষয়ে আলোচনা করা হয় ফেনোলজি নামক মতবাদে। আবার L.F. Loftus মতবাদেও এ বিষয়ে আলোচনা করা হয়। যদিও এই মতবাদের নানারকম ত্রুটি ছিল তথাপি পরবর্তীকালে ব্রডম্যান অঞ্চলের ধারণা তৈরি করতে এই মতবাদের ধারণার ভূমিকা অপরিহার্য। এই ব্রডম্যান অঞ্চলে দেখা হয় স্মৃতি এবং আবেগের ক্রিয়ার কোন সাধারণ নিয়ন্ত্রক আছে কিনা। অর্থাৎ ব্রডম্যান অঞ্চলের ভিত্তিতে ব্যক্তিত্ব গঠনে স্মৃতি এবং আবেগের ভূমিকা পর্যবেক্ষণ করে দেখা হবে। এছাড়া Descartes-ও তাঁর *The Passion of The Soul* নামক গ্রন্থে স্মৃতি এবং আবেগের সম্বন্ধ দেখানোর চেষ্টা করেছেন। যদিও সেই প্রচেষ্টার অসম্পূর্ণতা সহজে ধরা পড়ে তবুও ব্যক্তিত্ব গঠনে স্মৃতি এবং আবেগের মধ্যে যে সম্বন্ধ আছে সে বিষয়ে ইঙ্গিত পাওয়া যায়।

পঞ্চম অধ্যায়ে ব্যক্তিত্ব গঠনে আবেগের ও স্মৃতির ভূমিকা আরও ভালোভাবে বোঝার জন্য মাল্টিপল পার্সোন্যালিটি ডিজঅর্ডার, হ্যালুসিনেশন এবং স্ট্রোকের পরবর্তীকালীন ব্যক্তিদের নিয়ে করা বিভিন্ন গবেষণাপত্রে দেখা যায় যে তাদের

मध्ये रोगेर आगे एवं परे व्यक्तिहेर परिवर्तन घटेछे यथेष्ट। परिवर्तित  
एई व्यक्तिहे स्मृति एवं आबेगेर सम्वन्धो बोझार चेष्टा करा ह्येछे। व्यक्तिहेर  
परिवर्तन बेशिरभाग फेद्रे अनभिप्रेत। एई परिवर्तन व्यक्तिहे स्वाभाविक राखे  
ना। एई परिवर्तने व्यक्तिर व्यक्ति अनेकखानि सङ्कुचितो ह्ये पड़े। पारिवारिक  
ओ सामाजिक नानारकम अभियोगेर सम्वन्धीन हते ह्य। येसब त्रुटि रोगजनित  
एवं अनिच्छाकृत अनभिज्ञ पारिपार्श्विक तार जन्यो तारे दोषी साव्यस्त करे  
थाके। एईसब कारणे अनेक समय एईसब रोगीदेर जीवन आरओ बेशि दुर्विषह  
ह्ये उठते देखा यार। एफेद्रे सामाजिक रीति नीति आदब कायदा सबई तादेर  
स्मृतिते थाका सत्तेओ तारा तार वास्तव प्रयोगे अपारग। तई तादेर प्रति  
सहानुभूति बालोबासा प्रभृति इतिवाचक आबेगेर प्रयोग खुबई गुरुत्वपूर्ण। एईसब  
इतिवाचक आबेग तादेर स्मृतिते थाका ज्ञानके वास्तव प्रयोग करते साहाय्य  
करबे बले मने ह्य।

---

<sup>1</sup> चट्टोपाध्याय सुब्रत, *इति आशीर्वादक वारा 'शेशवे मानसिक आघातेर प्रभाव'*, पृष्ठा 88।



## প্রথম অধ্যায়

### স্মৃতি বিষয়ক একটি দার্শনিক পর্যালোচনা

স্মৃতিহীন জীবন যেন অসহায় এক মানসিক অবস্থা। স্মৃতিহীন মানুষ দেখলে বোঝা যায় স্মৃতির গুরুত্ব কতখানি। স্মৃতির স্বরূপ সম্পর্কে বিভিন্ন দার্শনিক মতবাদ এখানে বিশ্লেষণ করা হয়েছে। বেশ প্রাচীনকাল থেকে শুরু করে আধুনিকাল পর্যন্ত কয়েকজন দার্শনিক যেমন— Socrates, Locke, Hume, Russell প্রমুখের মতবাদ বিশ্লেষণ করা হয়েছে। স্মৃতির ব্যাখ্যাতে কেউ একে নরম মোমের মণ্ডে শীলমোহরের ছাপের সাথে কেউ বা একে স্টোর-হাউসের সাথে তুলনা করেছেন। কেউ বা মনে করেন স্মৃতি হল মূদ্রণের অপেক্ষাকৃত অল্পমাত্রার শক্তির সাথে পুনরাবির্ভাব। কারো মতে স্মৃতি হল পুরানো ধারণার সদৃশ নতুন ধারণার উৎপাদন। সর্বশেষে আলোচনা হয়েছে Thomas Reid এর মতবাদ। তিনি মনে করেন কোন জ্ঞানজ-প্রক্রিয়াকে নির্ণয় করা যায় ঐ জ্ঞানজ প্রক্রিয়ার সাথে যুক্ত বিশ্বাসের দ্বারা। অর্থাৎ কোন জ্ঞানজ প্রক্রিয়ার সাথে যদি এমন বিশ্বাস যুক্ত থাকে যে উহা অতীতকালীন অথচ জ্ঞানজ-প্রক্রিয়াটি বর্তমানকালীন তাহলে তাকে স্মৃতি বলা যায়। দেখা যায় যে সময়ের সাথে সাথে মতবাদগুলি পরিবর্তিত হয়ে এসেছে।

সর্বশেষে দেখান হয়েছে যে, Thomas Reid এর মতবাদও সমালোচনার উদ্দেশ্য নয়। তথাপি স্মৃতি-সংক্রান্ত মূল সমস্যা ‘অন্যান্য জ্ঞানজ-প্রক্রিয়াগুলি থেকে কীভাবে স্মৃতিকে আলাদা করা হবে,’ সে বিষয়ে সকল মতবাদেরই একটা বিশেষ গুরুত্ব আছে। স্মৃতির পাশাপাশি বিস্মৃতি নিয়েও আলোচনা করা হয়েছে, কারণ স্মৃতি ও বিস্মৃতি একে অপরের পরিপূরক। স্মৃতি যেমন আমাদের জীবনে গুরুত্বপূর্ণ, বিস্মৃতির গুরুত্বও তেমনতর। কোন দুঃখদায়ক ঘটনার বিস্মরণ না হলে মানুষ আবার স্বাভাবিক জীবনে ফিরে আসতে পারত না। বিস্মরণ সংক্রান্ত জীববিজ্ঞান ও মনোদর্শন দুটি দিক থেকেই আলোচনা করা হয়েছে।

## ১.১ মনোবিদ্যায় স্মৃতি

আমাদের দৈনন্দিন ব্যবহারে স্মৃতির ভূমিকা অপরিহার্য। স্মৃতি গঠনে যেমন প্রত্যক্ষ, সংযোগ এবং শিক্ষণ সহায়ক হয়--তেমনি স্মৃতিও এই সকল প্রক্রিয়াগুলিকে প্রভাবিত করে। কোন বিষয়ের প্রতি মনসংযোগ করলে ওই ঘটনার একটি ছাপ আমাদের মস্তিষ্কে পড়ে। একই ঘটনায় বারবার মনসংযোগ করলে ওই ঘটনার স্মৃতি শক্তিশালী হয়। ফলে বিশেষ বিশেষ ক্রিয়ায় আমরা প্রত্যেকে পারদর্শিতা লাভ করি। কেউ হয়ত সংগীত-যন্ত্র চালনায় পারদর্শী হন, আবার কেউ আবৃত্তিতে দক্ষতা লাভ করেন এরকম ভাবেই আমরা বিভিন্ন কাজে পারদর্শিতা লাভ করি।

আমরা যে কোন কাগজে লেখা অক্ষরগুলো পড়ে কোন তথ্য আহরন করি, তাও এই বারবার মনঃসংযোগের ফলে স্মৃতির শক্তিশালী হওয়া থেকেই সম্ভব। এছাড়াও দৈনন্দিন বহু ক্রিয়া-কলাপে আমরা স্মৃতির সাহায্য গ্রহণ করে থাকি। কোন ঘটনার স্মৃতি হতে গেলে দুটো শর্ত পূরণ হওয়া প্রয়োজন, প্রথমত ওই ঘটনার অভিজ্ঞতা থাকা দরকার, দ্বিতীয়তঃ ওই অভিজ্ঞতাটি পুনরুদ্ধারকারী কোন সূত্র থাকা দরকার। এই পুনরুদ্ধারকারী সূত্রই আমাদের পূর্ব অভিজ্ঞতাকে স্মৃতিতে প্রকাশিত করে।

কোনো বিষয় একবার শেখার পর তাকে বারবার অনুসরণ করতে হয়, তা না হলে আমরা সেটা ভুলে যাই। যদিও কেন আমরা বিস্মৃত হই তার কোন যথাযথ ব্যাখ্যা পাওয়া যায় না। ভুলে যাওয়ার ঘটনাটি অনেক সময় অজ্ঞাত কারণেও হতে দেখা যায়। যদিও কোনো কোনো সময় বেদনাদায়ক অনুভূতি বিস্মৃত হলে আমাদের মানসিক স্বাস্থ্য ভালো থাকে, তথাপি এর কোন সুনির্দিষ্ট কারণ খুঁজে পাওয়া যায় না। আবার দেখা যায়, যারা পুরানো স্মৃতি ভুলতে পারেন না তাদের ওই বিষয়ে নতুন যে তথ্য, তার সাথে মানিয়ে নিতে খুব অসুবিধা হয়। পরীক্ষা করে দেখা যায় যে যারা অতীত অভিজ্ঞতা ভুলতে পারেন না তাদের বর্তমান জীবন অনেক সময়ই বিভ্রান্তিকর হয়। আবার যারা অতীতের স্মৃতি সহজে ভুলতে পারেন দেখা যায় তারাই নতুন কিছু তাড়াতাড়ি শিখতে পারেন। বিস্মৃতি থাকে বলেই স্মৃতির ভারসাম্য বজায় থাকে। স্মৃতি গবেষণায় দেখা যায় কোন ব্যাপারে আমাদের যত বেশি সক্রিয় অংশগ্রহণ হয় তত সেই বিষয়ের স্মৃতি আমাদের

মস্তিষ্কে স্থান পায়। কোন বিশেষ চিহ্ন বা প্রতীক দ্বারা আমাদের মস্তিষ্কে ওই ঘটনাগুলি জমা হয়ে থাকে, ঐ প্রতীকটি আবার জাগরিত হলে আমরা স্মৃতিটি পুনরুদ্ধার করতে পারি।<sup>i</sup>

## ১.২ দার্শনিক দৃষ্টিকোণ

দার্শনিক দৃষ্টিকোণ থেকে যদি আমরা স্মৃতিকে বোঝার চেষ্টা করি তাহলে আমরা একদম প্রাচীন যুগ থেকে কয়েকজন দার্শনিকের উল্লেখ পাই যারা স্মৃতির সম্পর্কে ব্যাখ্যা দিয়েছেন, তারমধ্যে Socrates অন্যতম। Plato-র *Theaetetus*<sup>ii</sup> গ্রন্থে Socrates থিয়েটেটাসকে স্মৃতির যে লক্ষণ দিয়েছেন তা' এইরূপ—

*Imagine, then, for the sake of argument, that our minds contain a block of wax, which in this or that individual may be larger or smaller, and composed of wax that is comparatively pure or muddy, and harder in some, softer in others, and sometimes just the right consistency. Let us call it the gift of the Muses' mother, Memory, and say that whenever we wish to remember something we see or hear or, conceive in our own minds, we hold this wax under perceptions or ideas and imprint them on*

*it as we might stamp the impression of a seal-ring. Whatever is so imprinted we remember and know so long as the image remains; whatever is rubbed out or has not succeeded in leaving an impression we have forgotten or do not know<sup>iii</sup>.*

অর্থাৎ এখানে স্মৃতির ব্যাখ্যা দিতে গিয়ে Socrateসে মনের জড় উপাদান আছে বলে কল্পনা করেছেন, যে জড় উপাদান অনেকটা মোমের মতো, যার উপর যে কোন তথ্য ধারণ করা যায় বিভিন্ন প্রকার ছাপ ফেলে। এই বিশেষ পদার্থ সংখ্যায় এক বা একাধিক হতে পারে। তাঁর মতে এই বিশেষ উপাদান মাতা মুসের দেওয়া উপহার। বিভিন্ন মানুষের স্মৃতি বিভিন্ন রকমের হয়ে থাকে, স্মৃতির এই ধরণকে ব্যাখ্যা করার জন্য তিনি উক্ত জড় উপাদানের আকৃতির বিভিন্নতাকেই দায়ী করেছেন। এই মতবাদ অনুসারে প্রত্যক্ষ হওয়ার অর্থ হল উক্ত মোমের মতো পদার্থে ছাপ ফেলা। এই ছাপ যত গভীর হয় বিষয়ের স্মৃতিও ততো ভালো থাকে ও বেশিদিন ধরে থাকে। যে প্রত্যক্ষে এই ধরণের কোন ছাপ ফেলতে পারে না তাদের কোন স্মৃতি মনে থাকে না।

এই মতবাদ যদিও আধুনিক মতবাদ দ্বারা খণ্ডিত হয় তথাপি এই তত্ত্বের মধ্যে পরবর্তী কালের আধুনিক মতবাদের অঙ্কুর লুকিয়ে আছে। সেগুলি—

১। স্মৃতির উৎস হল প্রত্যক্ষ

২। অভিজ্ঞতা আমাদের মস্তিষ্কে ছাপ ফেলে কোন মোমের মণ্ডের মতো বস্তুর উপর নয়

৩। ব্যক্তিবিশেষে স্মৃতির পার্থক্য দেখা যায়

৪। বিস্মরণ হয়

৫। কিছু অভিজ্ঞতা সঞ্চিত হয় না

সুতরাং সাধারণতঃ আমরা যা ভেবে থাকি যে স্মৃতি আমাদের সমগ্র জীবনের সমস্ত ঘটনার অভিজ্ঞতার ভাণ্ডার—এ কথা ঠিক নয়। যা আমাদের মস্তিষ্কে ছাপ রাখতে পারে না তার কোন স্মৃতি আমাদের মাথায় থাকে না।

এই অধ্যায়ে স্মৃতি-বিষয়ক দার্শনিক মতবাদগুলির তুলনামূলক আলোচনা করার চেষ্টা করা হয়েছে এবং সেই আলোচনা করতে গিয়ে মূলতঃ Locke, Berkeley, Hume এবং Russell এর মতবাদের একটি তুলনামূলক আলোচনা প্রকাশ করা হবে। দার্শনিক মতবাদগুলি কীভাবে সময়ের সাথে সাথে পরিবর্তিত হয়ে এসেছে তা দেখা হবে এবং তা কতখানি যথার্থ্যলাভ করেছে তা আমাদের কাছে দর্শনীয় এবং আলোচনীয়। সাধারণতঃ অতীতে ঘটা কোন ঘটনার জ্ঞান আমাদের হয়ে থাকে স্মৃতির মাধ্যমে। কিন্তু স্মৃতির মাধ্যমে এই অতীত ঘটনার জ্ঞান কীভাবে সম্ভব হয়, সে বিষয়টি অস্পষ্ট। এই বিষয়ে অনেকগুলি মতবাদের মধ্যে সবচেয়ে

সন্তোষজনক মতবাদ হল—Representational Theory of Memory (RTM)<sup>iv</sup>. নীচে এ বিষয়ে সংক্ষিপ্ত বিবরণ দেওয়া হল—

### ১.২.১ স্মৃতি সংক্রান্ত বিভিন্ন মতবাদ (Representational Theory of Memory or RTM):

এই মতবাদকে অনেকে বাংলায় প্রতিকল্পতাবাদও বলে থাকেন। যেখানে কোন বিষয়ের জ্ঞান আমাদের সরাসরি হয় না। ঐ বিষয়ের একটা প্রতিকল্প আমাদের মনে ছাপ ফেলে আমরা সেই প্রতিকল্পকেই জানতে পারি। অর্থাৎ বিষয়কে আমরা সরাসরি জানতে পারি না। বিষয়কে জানতে হলে তাকে প্রতিকল্পের মাধ্যমে জানতে হয়। যেহেতু, এই মতবাদে জ্ঞানলাভ প্রক্রিয়া প্রতিকল্প ছাড়া সম্ভব নয় তাই এই মতবাদের নাম প্রতিকল্পতাবাদ। এই মতবাদ অনুসারে স্মৃতি জ্ঞানের ক্ষেত্রেও অতীত ঘটনার চেতনা আমাদের মনে থাকে। এখন প্রশ্ন হল স্মৃতিতে অতীত ঘটনার চেতনা থাকে কীভাবে? একটি উদাহরণের সাহায্য নেওয়া যাক— একজন তার নিজের শৈশবের হাতেখড়ি নামক অনুষ্ঠানটি স্মরণ করেন। এখন এই স্মরণ প্রক্রিয়ায় দেখা যায়, ব্যক্তি তার হাতে খড়ির কতকগুলি চিত্র বা representation<sup>v</sup> কে তার চেতনায় ভেসে উঠতে দেখেন। যেমন, স্লেট, পেন্সিল, পুরোহিত, তার আত্মীয় স্বজনদের সম্মিলিত ভাবে একটি চিত্র বা প্রতিকল্প (representation)। যে ঘটনা বিষয়ক আমাদের এই স্মৃতি সেই ঘটনা বর্তমানে

উপস্থিত না থাকলেও তার মানসিক প্রতিক্রম থাকে। তাই যখন ঐ অতীত ঘটনা স্মরণ করি তখন ঐ পুরানো মানসিক প্রতিক্রম সম্পর্কেই সচেতন হতে পারি। স্মৃতিতে আমাদের চেতনার বিষয় হয় কতকগুলি মানসিক প্রতিক্রম। মানসিক প্রতিক্রমগুলি থাকে বলেই কোন ঘটনা আমাদের পক্ষে স্মরণ করা সম্ভব হয়। কিন্তু এই ক্ষেত্রে একটি সমস্যার উদয় হয়। আগের অনুচ্ছেদে যে মানসিক প্রতিক্রমের কথা বলা হল তা অন্যান্য cognitive process<sup>vi</sup> গুলির ক্ষেত্রেও কাজে লাগে। বেশিরভাগ জ্ঞানজ-প্রক্রিয়া (cognitive process), প্রত্যক্ষ এবং কল্পনা মানুষের প্রতিক্রমী প্রক্রিয়া (imagery process)<sup>vii</sup>-র উপর নির্ভর করে। এখন প্রশ্ন হল স্মৃতিজনক মানসিক প্রতিক্রম (memory representation)<sup>viii</sup> থেকে কল্পনাজনক মানসিক প্রতিক্রমকে (imagination representation)<sup>ix</sup> কীভাবে পৃথক করা যেতে পারে?

Hume তাঁর *Treatise of Human Nature*<sup>x</sup> গ্রন্থে এই সমস্যাটি নিয়ে আলোচনা করেছেন। তিনি তার সময়কারের অন্যান্য অভিজ্ঞতাবাদীদের মত বিশ্বাস করতেন যে প্রতিক্রমী বস্তুবাদে প্রতিক্রমই জ্ঞানের উপাদান। তাঁর এই মতবাদ Locke এবং Berkeley এর মতবাদ থেকে এই ক্ষেত্রে পৃথক। Hume এর মতে representation-কে আমাদের মন দুইভাবে গ্রহণ করে— মূদ্রণ (impression) এবং ধারণা (idea)। যেখানে মূদ্রণ (impression) হল জ্ঞান (cognition)-এর প্রাথমিক মৌলিক উপাদান (basic building block),



অপরদিকে ধারণা (idea) হল স্মৃতি ও কল্পনার প্রাথমিক মৌলিক উপাদান (basic building block)। যেখানে মুদ্রণে থাকে বল (force) এবং সজীবতা (liveliness)। কোন মুদ্রণ একবার হবার পর পরবর্তী কালে তাকে আমরা পাই ধারণার আকারে। যখন ধারণার আকারে মুদ্রণকে পাই, তখন যদি তার সজীবতা (vivacity) ও শক্তি (forcefulness) পুণরায় কিছুটা ফিরে আসে তবে সেই অবস্থাটি মুদ্রণ ও ধারণার মধ্যবর্তী অবস্থা, এই অবস্থাকে স্মৃতি বলা হয়, আর যদি এর সজীবতা এবং শক্তি সম্পূর্ণ হারিয়ে যায় তাহলে তাকে বলা হয় ধারণা বা কল্পনা।

এক্ষেত্রে প্রশ্ন হল—‘স্মৃতি থেকে ধারণাকে পৃথক করে চেনার উপায় কি?’ তার উত্তরে Hume বলছেন, প্রতিরূপের সজীবতা এবং শক্তির মাত্রা দ্বারাই জানা যাবে সেটা স্মৃতি কি না। *We find by experience, that when any impression has been present with the mind, it again makes its appearance there as an idea; and this it may do after two different ways: either when in its new appearance it retains a considerable degree of its first vivacity, and is somewhat intermediate betwixt an impression and an idea ; or when it entirely loses that vivacity, and is a perfect idea. The faculty, by which we*

*repeat our impressions in the first manner, is called the MEMORY, and the other the IMAGINATION<sup>xi</sup>*

এই উত্তরটি আপাত দৃষ্টিতে সন্তোষজনক মনে হলেও এর অসম্পূর্ণতা সহজেই ধরা পড়ে। Hume নিজেই লক্ষ্য করেছিলেন যে কেবল সজীবতা এবং শক্তির দ্বারাই কোন মানসিক প্রতিরূপকে স্মৃতি কি না তা নির্ধারণ করা যায় না। তাই পরবর্তীকালে তিনি বলেছেন--*But this difference is not sufficient to tell us whether in any given case we have memory or imagination; for it is impossible to bring back the past impressions in order to compare them with our present ideas and see whether the arrangements are exactly alike.*<sup>xii</sup>

উদাহরণস্বরূপ বলা যায়—কিছু ধারণায় বা কল্পনায় সজীবতা এবং শক্তি দুইই থাকতে পারে। Hume বলতে পারেন যে স্মৃতি প্রতিরূপের সজীবতা এবং শক্তি যখন একদম কমে আসে, তখন তাকে ধারণা বা কল্পনা বলে মনে হয়। এতেও বিষয়টি পরিষ্কার হয় না। এখানে আলোচনার কেন্দ্রীয় বিষয় যা, এবং Hume যাকে তাঁর *Treatise*-এ এই প্রাসঙ্গিক অংশে উল্লেখ করতে চেয়েছেন সেটি স্মৃতির অধিবিদ্যা, স্মৃতির জ্ঞানতত্ত্ব নয়। অর্থাৎ স্মৃতির স্বরূপটি জানাই আমাদের লক্ষ্য তার পদ্ধতি জানাটা লক্ষ্য নয়। সূতরাং যদি কোনো সময় ‘স্মৃতির প্রতিচ্ছবি’টি ‘কল্পনার প্রতিচ্ছবি’ রূপে ভ্রম হয়, তাহলে কোন কোন বৈশিষ্ট্য পূরণ

হলে তাকে স্মৃতি বলা হবে সেটিই বিবেচ্য হবে। স্মৃতি হবার শর্তসমূহ এখানে বিবেচ্য নয়। এখানে ‘স্মৃতির প্রতিচ্ছবি’ বলতে সেই প্রতিচ্ছবিকে বোঝানো হয়েছে যা স্মৃতি জ্ঞানে আবশ্যিক হয়।

এখানে কোন্ ধরনের ‘প্রতিচ্ছবি’-কে ‘স্মৃতির প্রতিচ্ছবি’ বলা হবে সে বিষয়টি আলোচনা করা হবে। এই প্রশ্নটির উত্তর পেতে যদি John Locke এর মতবাদের বিশ্লেষণ করে দেখি তবে দেখা যাবে যে লক তাঁর *An Essay Concerning Human Understanding*-এর প্রথম সংস্করণে স্মৃতিকে ‘store house’<sup>xiii</sup> এর সাথে তুলনা করেছেন। কিন্তু তিনি এটা উল্লেখ করেননি যে কিসের সাহায্যে একটি ‘স্মৃতির ধারণা’ কে কল্পনার ধারণা থেকে আলাদা করা যাবে। Locke তবুও তাঁর ঐ গ্রন্থের দ্বিতীয় সংস্করণেও ঐ store-house-এর রূপক বজায় রেখেছেন তাঁর গ্রন্থে। কিন্তু তা সত্ত্বেও পরবর্তীতে তিনি তাঁর অবস্থান থেকে সরে আসেন। কারণ স্বরূপ তিনি বলেন যেহেতু কোন ধারণা অপ্রত্যক্ষিত থাকতে পারে না, সুতরাং স্মৃতির ধারণা যা আমাদের মনে বর্তমানকালে চিস্তিত হচ্ছে না তার অস্তিত্বের সপক্ষে কোন যুক্তি থাকে না। তাই তিনি স্মৃতির ব্যাখ্যায় তিনি বলেন, ‘মনের এমন ক্ষমতা আছে যা দিয়ে ধারণাসমূহকে পুনরুদ্ধার (revive) করা যায়, ধারণা পুনরুদ্ধারকারী এই প্রক্রিয়াকে স্মরণ বলে’, এই প্রক্রিয়ার ফলে আমরা স্মৃতিকে পাই। এখানে দেখা গেল যে লক স্মৃতি কীভাবে হয় সেটা বললেন, কিন্তু স্মৃতির কি বৈশিষ্ট্য সে বিষয়টি অবজ্ঞাতই থেকে গেল যদিও তিনি

‘Representational Theory of Memory’-র একজন প্রধান প্রবক্তা। অর্থাৎ ‘স্মৃতি প্রতিবিশ্বকে’ অন্যান্য প্রতিবিশ্ব থেকে কীভাবে আলাদা করা যাবে সে বিষয়ে কিছু জানা গেল না।

Bertrand Russell অপর একজন অভিজ্ঞতাবাদী দার্শনিক। তিনিও তাঁর মতবাদে স্মৃতিপ্রতিবিশ্ব এবং কল্পনা প্রতিবিশ্বের পার্থক্যকে উল্লেখ করেছেন, *Analysis of Mind* গ্রন্থে। সেখানে তিনি স্বতন্ত্রভাবে “Representational Theory of Memory”-র উল্লেখ করেছেন, যেখানে কোন্ ধরনের প্রতিচ্ছবিকে স্মৃতি-প্রতিচ্ছবি বলা হবে সে বিষয়ে স্পষ্ট করতে তিনি একটি উদাহরণের সাহায্য নিয়েছেন। সেটি নিম্নরূপ—*Suppose you ask me what I ate for breakfast this morning. Suppose, further, that I have not thought about my breakfast in the meantime, and that I did not, while I was eating it, put into words what it consisted of. In this case my recollection will be true memory, not habit-memory. The process of remembering will consist of calling up images of my breakfast, which will come to me with a feeling of belief such as distinguishes memory-images from mere imagination-images. Or sometimes words may come without the intermediary of images; but in this case equally the feeling of*

*belief is essential*<sup>xiv</sup>. অর্থাৎ ধরা যাক আমাকে আপনি আমার প্রাতরাশের খাদ্যদ্রব্যের তালিকা জিজ্ঞাসা করলেন, আরও ধরা যাক আমি খাওয়ার পর থেকে এখন পর্যন্ত খাদ্যদ্রব্যগুলি সম্পর্কে কোন চিন্তা করিনি, এবং খাবার সময়ও চিন্তা করিনি সেগুলিকে। এই ক্ষেত্রে আমার স্মৃতি হবে মৌলিক-স্মৃতি, অভ্যাসজাত-স্মৃতি নয়। এই ক্ষেত্রে স্মরণ প্রক্রিয়ায় থাকে কতকগুলি প্রাতরাশের চিত্র ও একটা বিশ্বাসের অনুভব যার দ্বারা কল্পনা-প্রতিচ্ছবির থেকে স্মৃতি-প্রতিচ্ছবিকে পৃথক করা যায়। অথবা কোন কোন সময় স্মৃতি-প্রতিচ্ছবিগুলি ছাড়াও স্মরণ হতে পারে কিন্তু সেক্ষেত্রেও বিশ্বাসের অনুভব হবে অপরিহার্য। অর্থাৎ *The Analysis of Mind* নামক গ্রন্থে যতদূর জানা যায় তাতে প্রকৃতিগত বৈশিষ্ট্যের দিক থেকে ‘স্মৃতি-প্রতিচ্ছবি’ ও ‘কল্পনা-প্রতিচ্ছবি’ পৃথক নয়। যতদূর জানা যায় যে প্রতিচ্ছবি স্মৃতি উৎপন্ন করে সেই প্রতিচ্ছবিকে কল্পনা উৎপাদনকারী প্রতিচ্ছবি থেকে পৃথক করা যায় কেবলমাত্র যখন ‘স্মৃতি-প্রতিচ্ছবি’-র সাথে একটি বিশ্বাসের অনুভব থাকে, অনুভবটিকে ভাষায় প্রকাশ করলে তাকে হয়ত ‘ঘটনাটি ঘটেছে’ এমন আকারে পেতে পারি। কিন্তু কোন প্রতিচ্ছবিতে যদি এইরকম বিশ্বাসের অনুভব না থাকে, তবে তাকে ‘কল্পনা-প্রতিবিম্ব’ বলা হয়। স্মৃতি-প্রতিচ্ছবির সাথে থাকা এই বিশ্বাসের অনুভবই স্মৃতির স্বাতন্ত্র্য-সূচক বৈশিষ্ট্য। রাসেল তাঁর প্রতিরূপতা মতবাদের সিদ্ধান্তে বলেন, স্মৃতিতে থাকবে—ক। তার একটি প্রতিবিম্ব, খ। অতীতের অস্তিত্ব বিষয়ক একটি বিশ্বাস, যে বিশ্বাস একটি ‘বিশেষ অনুভব’ (specific feeling) কিম্বা ‘সংবেদন’ (sensation) বা ‘সংবেদনগুচ্ছ’

(complex of sensations)। এই বিশ্বাসই স্মৃতিকে ‘নিছক সম্মতি’ (bare assent) কিম্বা ‘প্রত্যাশা’ (expectation) থেকে আলাদা করে, এবং অতীতকে নির্দেশ করে। অতীতের প্রতি নির্দেশটি বিশ্বাসের অনুভূতির মধ্যেই থাকে, বিশ্বাসের বিষয়বস্তুর মধ্যে নয়।<sup>xv</sup>

Russell এবং Hume এর তত্ত্ব ‘প্রতিরূপতাসূচক স্মৃতি তত্ত্ব’ (RTM)-এর যেন দুটি পৃথক উপস্থাপন। তাদের মধ্যে দুইভাবে পার্থক্য করা যায়—প্রথমত, Hume তাঁর স্মৃতির ব্যাখ্যা প্রসঙ্গে স্মৃতির বিষয়বস্তুকে আইডিয়া বা ধারণারূপে দেখেছেন। কিন্তু Hume এর মতে তাঁর আইডিয়া বা ধারণাগুলিকে মূলগতভাবে (essentially) বাচনিক বলা যায় না। কারণ একটি বাচনিক-প্রতিরূপ উৎপন্ন হতে দুই বা ততধিক ধারণার প্রয়োজন। সুতরাং যদিও স্মৃতি-বিশ্বাস (memory belief)-এর ব্যাখ্যা পেতে চাইছি যা মূলতঃ বাচনিক, তথাপি তাতে বচনভিন্ন উপাদানও থাকে। অন্যদিকে, Russell তাঁর স্মৃতির ব্যাখ্যা প্রসঙ্গে স্মৃতির প্রাথমিক উপাদান যে image<sup>xvi</sup> এর কথা বলেছেন তাতে নিশ্চিতরূপে বাচনিক উপাদান আছে। দ্বিতীয়ত, Russell ও Hume এর মতবাদের মধ্যে অপর পার্থক্যটি স্মৃতি প্রতিরূপ (memory representation) এর স্বাতন্ত্র্যতা বিষয়ে। Hume এর ব্যাখ্যা অনুসারে ‘স্মৃতি প্রতিচ্ছবি’ (memory images) একটি স্বকীয় বৈশিষ্ট্য (intrinsic property) দ্বারা চেনা যায়, আর তা হল ‘স্মৃতি প্রতিচ্ছবি’ সমূহ ‘মুদ্রণের প্রতিচ্ছবি’ সমূহের থেকে স্পষ্ট এবং শক্তিশালী (vivid and

forceful) হয়, এবং 'কল্পনা প্রতিচ্ছবি' সমূহ অপেক্ষাকৃত কম শক্তিশালী এবং কম স্পষ্টতায়ুক্ত। Hume এর মতবাদের অভিমুখের ন্যায় Russell এর অভিমতও 'স্মৃতি প্রতিচ্ছবি'-র স্বাতন্ত্র্যসূচক বৈশিষ্ট্যকে আপেক্ষিক (relational) সম্পর্ক দ্বারা বুঝিয়েছেন; কোন প্রতিচ্ছবিকে 'স্মৃতি প্রতিচ্ছবি' হতে হলে ঐ 'প্রতিচ্ছবি'-র সাথে একটি বিশ্বাস বা অনুভবযুক্ত থাকতে হবে, যার উপস্থিতিতে বোঝা যাবে যে ঐ 'প্রতিচ্ছবি'র বিষয়বস্তু অতীতের কোন ঘটনাকে নির্দেশ করে।

Hume এর তুলনায় রাসেলের মতবাদের একটি বিশেষ সুবিধা আছে। Hume এর মত অনুসারে কোন ঘটনাকে কেউ যদি প্রত্যক্ষ, স্মরণ এবং কল্পনা করতে চায় তাহলে তার কাছে তিনটি পৃথক প্রতিচ্ছবি থাকতে হবে, যাদের প্রত্যেকটিতে নির্দিষ্ট মাত্রায় শক্তি ও স্পষ্টতা থাকতে হবে। Russell এর মতবাদের ক্ষেত্রে তিন রকমের মানসিক অবস্থার মধ্যে পার্থক্য করা যায় আপেক্ষিক সম্বন্ধের দ্বারা, যেখানে তিনটি ক্ষেত্রেই মানসিক প্রতিরূপ একই থাকে। Russell এর এই মতবাদ সেই সময়কার মনোদর্শনে (contemporary philosophy of mind) প্রামাণ্যতা লাভ করেছে। 'ক' বিষয়ক চিন্তা (thought), 'ক' বিষয়ক ইচ্ছা (desire) এবং 'ক' বিষয়ক বিশ্বাস (belief)—এদের মধ্যে পার্থক্য ঐ মানসিক প্রতিরূপের (representation) মধ্যেই যে থাকে তা নয়; বরং ঐ মানসিক প্রতিরূপের (representation) সাথে যুক্ত বিশ্বাসগুলির উপর নির্ভর করে। এইভাবে ঐ একই বিষয় একাধারে বিশ্বাস (belief), ইচ্ছা (desire) এবং চিন্তা

(thought) অথবা অন্য যে কোন বাচনিক মনোভাব হতে পারে শুধু তার সাথে যুক্ত বিশ্বাসের উপর নির্ভর করে।

‘প্রতিরূপতাসূচক স্মৃতিতত্ত্ব’ (RTM)-র সবচেয়ে কঠোর সমালোচক হল Scottish দার্শনিক Thomas Reid, যিনি Hume এর সমসাময়িক। তিনি Locke এবং Hume এর মতবাদের বিরুদ্ধে অর্থাৎ ‘প্রতিরূপতাসূচক স্মৃতি তত্ত্বে’ (RTM)-এর বিরুদ্ধে সমালোচনা করেছেন যা বিশেষভাবে তাৎপর্যপূর্ণ। সেই সাথে তিনি স্মৃতি-বিষয়ক যে মতবাদ ‘Direct Theory of Memory<sup>xvii</sup>’ প্রণয়ন করেছেন তারও আলোচনা করা হলো। Thomas Reid তাঁর সমালোচনা শুরু করেছেন Locke এর উক্তি উল্লেখ করে। যেখানে মনকে ধারণার ভাণ্ডার (repository of ideas) মনে করা হয়েছে। তিনি মনে করেন যে এই মতবাদের ত্রুটি সহজে ধরা পড়ে। পূর্ববর্তী যেসব মতবাদ প্রামাণিক বলে প্রচলিত তদনুসারে, কারো মনে কোন ধারণা থাকতে হলে ধারণাটিকে আবশ্যিক ঐ ব্যক্তির চেতনার অন্তর্ভুক্ত হবে। অর্থাৎ এই মতবাদ অনুসারে এমন কোন ধারণা আমাদের থাকতে পারে না যা আমাদের চেতনার আওতার বাইরে থাকতে পারে। Locke এর স্মৃতি বিষয়ক মন্তব্যটি হল—‘মন একটি ধারণা ভাণ্ডার’, এই রূপকের দ্বারা বুঝতে হবে—.... *this laying up of our ideas in the repository of the memory signifies no more but this—that the mind has a power in many cases to revive perceptions which it has once had, with this additional*



*perception annexed to them, that it has had them before.*<sup>xviii</sup>”

অর্থাৎ ‘মনের এমন ক্ষমতা আছে, যার সাহায্যে পূর্ব-প্রত্যক্ষিত জ্ঞানের বিষয়সমূহের মধ্যে অনেকগুলি বিষয় পুনরুজ্জীবিত করা যায়, তৎসহ ঐ প্রত্যক্ষের সাথে সংশ্লিষ্ট অন্যান্য বিষয়সমূহের জ্ঞানকেও পুনরুজ্জীবিত করা যায়।’ এই অর্থেই আমাদের ধারণাসমূহ আমাদের স্মৃতিতে থাকে, প্রকৃতপক্ষে মনে ধারণা সমূহের কোন অস্তিত্ব নেই। Thomas Reid, Locke এর এই মতের পরিপ্রেক্ষিতে মন্তব্য করেন যে অধুনা-বিলুপ্ত ধারণাসমূহকে পুনরুজ্জীবিত করা হয় সম্পূর্ণ রূপকীয় ‘ধারণা ভাণ্ডার’ থেকে। কিন্তু Locke একই রচনার অন্যত্র উল্লেখ করেছেন যে, কোন বস্তুর অস্তিত্বের দুটি সূচনা থাকতে পারে না। অর্থাৎ একই বস্তু দুটি স্বতন্ত্র সময়ে অস্তিত্বশীল হতে পারে না। সুতরাং একটি পূর্বতন ধারণার পুনরুজ্জীবিত হওয়ার কোন গুরুত্বপূর্ণ অর্থ থাকে না। সুতরাং Locke কে এখানে অবশ্যই যেটা স্বীকার করতে হবে তা হল—মনের এমন ক্ষমতা নেই যাতে সে অস্তিত্বহীন ধারণাকে পুনরুজ্জীবিত করতে পারে, কিন্তু সে নতুন ধারণা উৎপন্ন করতে পারে যা পুরানো ধারণার সাথে সাদৃশ্যপূর্ণ হতে পারে। সুতরাং Locke কে পড়ার সময় আমাদের মনে করতে হবে যে, যখন আমরা স্মরণ করি আমাদের মন ধারণা উৎপন্ন করে, যে ধারণাগুলি পূর্ববর্তীকালে জ্ঞাত ধারণাগুলির সদৃশ। অবশ্য স্মৃতির সময়ে উৎপন্ন এই নতুন ধারণাসমূহকে আমরা পূর্বতন ধারণাসমূহের প্রতীক বা চিহ্ন হিসাবে গ্রহণ করতে পারি। কিন্তু যেহেতু ইহা একটি ত্রুটিপূর্ণ মতবাদ যেখানে দেখা যায়, স্মৃতির ব্যাখ্যা করতে স্মৃতির ধারণারই সাহায্য আবশ্যিক হয় তাই এই

মতবাদকে যথার্থ বলা যায় না। Locke এর এই নতুন মতবাদ অনুসারে মনের যে কেবল নতুন ধারণা উৎপন্ন করার ক্ষমতা আছে তাই নয়, সেই সাথে উৎপন্ন ধারণাগুলির পুরানো ধারণার সাথে সাদৃশ্য খুঁজে পেতে পারে। এই সামর্থ্যের জন্য স্মৃতিকে প্রাক্‌স্বীকৃতি (presuppose)-রূপে ধরতে হবে। থমাস রেড বলেন এইটা প্রত্যভিজ্ঞা (recognition) (এই ধারণাকে পূর্বেই জানা হয়েছে) *...supposes a remembrance of those we had before, otherwise the similitude or identity could not be perceived*<sup>xix</sup>। স্মৃতির প্রকৃত স্বরূপকে প্রকাশ না করে লকের এই ‘প্রতিরূপতাসূচক স্মৃতি তত্ত্ব’ (RTM)-এ স্মৃতিকে ব্যাখ্যা করতে যেসব প্রাক্-শর্ত আবশ্যিক কেবলমাত্র সেগুলি বর্ণনা করা হয়েছে। এমনকি যদি এই গুরুত্বপূর্ণ সমস্যাটিকে এড়িয়ে যাওয়া যায় বা সমাধান করা যায়, তাহলেও অন্যান্য অসুবিধাগুলি এসে পড়ে। থমাস রেডের মতে স্মৃতি হবার পর্যাপ্ত শর্তগুলি লকের এই ‘প্রতিরূপতাসূচক স্মৃতি তত্ত্ব’ (RTM) পূরণ করে না। এ প্রসঙ্গে Thomas Reid এর উক্তি- *Every man knows what memory is, and has a distinct notion of it: but when Mr. Locke speaks of a power to revive in the mind those ideas, which, after imprinting have disappeared, or have been, as it were, laid out of sight, one would hardly know this to be memory, if he had not told us. There are other things which it seems to resemble at least as much. I see before me the picture of a friend. I shut my eyes,*

*or turn them another way; and the picture disappears, or is, as it were laid out of sight. I have a power to turn my eyes again toward the picture, and immediately the perception is revived. But is this memory? No, surely; yet it answers the definition as well as memory itself can do.*"<sup>xx</sup> অর্থাৎ প্রত্যেকেই জানে স্মৃতি কি? এবং তার একটি স্বতন্ত্র ধারণা সবারই আছে; কিন্তু Locke যখন মনের একটি পুনরুৎপাদক-ক্ষমতার কথা বলেন, যার দ্বারা কোন ধারণা ছাপ রেখে অন্তর্হিত হওয়ার পর তাকে পুনরুৎপাদন করা যায়; অথবা ঐ ধারণা মনে পূর্বের মতই থাকে, কিন্তু তা দৃষ্টির বাইরে এমনভাবে থাকে যে যার মনে ঐ ধারণা তিনি প্রকাশ না করলে তাকে স্মৃতি বলে জানা যাবে না। এমন কিছু ক্ষেত্র আছে যেখানে কোন ঘটনা এর সাথে অনেকখানি সাদৃশ্যপূর্ণ হতে পারে। ধরা যাক আমি আমার সামনে আমার এক বন্ধুর একটি ছবি দেখলাম। তারপর যদি চোখ দুটি বন্ধ করি বা অন্যদিকে তাকাই; এবং ছবিটি সরিয়ে নেওয়া হয়, অথবা সেটি আমার দৃষ্টির বাইরে থাকে এবং যদি আমার ঘুরে ছবিটি দেখার মত সামর্থ্য থাকে, তবে ঘুরে দেখা মাত্রই ছবিটির পুনরুজ্জীবিত হবে। কিন্তু এই ঘটনাকে কি স্মৃতি বলা যাবে? স্মৃতির সংজ্ঞা বা ধারণাকে বিশ্লেষণ করলে দেখা যায় যে এই ঘটনাকে নিশ্চয় স্মৃতি বলা যায় না।

Thomas Reid কেবল Locke এর মতবাদের সমালোচনাই করেননি, তিনি Hume এর মতের বিরুদ্ধেও সমালোচনা পাওয়া যায়। দেখা যায় যে, Hume এর মতানুসারে স্মৃতি হল এমন একটি ধারণা যা' অনুভব (impression)-এর থেকে অস্পষ্ট এবং অল্প শক্তিসম্পন্ন (less vivid and forceful) এবং কল্পনার তুলনায় বেশি স্পষ্ট এবং বেশি শক্তি-সম্পন্ন (more vivid and forceful)। Thomas Reid একজন সদাসতর্ক পাঠক, তাই তিনি Hume এর *Treatise of Human Nature* গ্রন্থ থেকে উদ্ধৃতি দিয়েছেন, যেখানে Hume স্মৃতির প্রাথমিক বৈশিষ্ট্য গুলির উল্লেখ করেছেন। *Treatise of Human Nature*-এর শুরুতে Hume লিখেছেন— *We find by experience when any impression has been present with the mind, it again makes its appearance as an idea; and this it may do after two different ways,*<sup>xxi</sup> অর্থাৎ 'আমরা আমাদের অভিজ্ঞতায় দেখি যে মনে যদি কোন একটি মুদ্রণের আবির্ভাব হয়, তাহলে ঐ মুদ্রণের পুনরাবির্ভাব হয় ধারণার আকারে, তবে এই পুনরাবির্ভাব দুইভাবে হতে পারে'—যাদের মধ্যে একটি হল স্মৃতি। Thomas Reid এর প্রশ্ন হল এই উদ্ধৃতিতে Hume অভিজ্ঞতা (experience) বলতে কি বুঝিয়েছেন? এর উত্তরে Thomas Reid একটিমাত্র সঙ্গতিপূর্ণ উত্তর পেতে পারেন, আর সেটি হল 'স্মৃতি'। সুতরাং যখন Hume স্মৃতির একটি সংক্ষিপ্ত ব্যাখ্যা দিতে চাইছেন, যখন সেই ব্যাখ্যা অনুসরণ করলে দেখা যায় কোন কিছু স্মরণ করার অর্থ হল—এমন একটি ধারণা লাভ করা যা' অনুভব (impression) এবং কল্পনার

(imagination) মধ্যবর্তী—তখন Hume ‘অভিজ্ঞতা’ শব্দটির সাহায্যে নিয়েছেন যার অর্থ ‘স্মৃতি’। প্রচলিত মতানুসারে, স্মৃতি হল অতীতের কোন বিষয়ের সাক্ষাৎ জ্ঞান। Hume এর মতে এ ধরনের কোন জ্ঞান মানুষের মনে থাকতে পারে না। তিনি মনে করেন স্মৃতি বর্তমান কালেরই কোন ধারণা বা অনুভূতি (idea or impression)। কিন্তু স্মৃতির সংজ্ঞা দিতে গিয়ে তিনি যা বলেছেন, তাতে স্মৃতির যে ধারণা তিনি প্রত্যাখ্যান করেছেন তাকেই বোঝানো হয়ে গেছে। কারণ, আমরা অভিজ্ঞতায় দেখতে পাই যে কোন অনুভূতি (impression) প্রথমবার উপস্থিত হবার পর দ্বিতীয় বা তৃতীয়বার যখন পূর্বের তুলনায় আলাদা মাত্রার শক্তি ও তীব্রতা (strength and vivacity) নিয়ে আবার আবির্ভূত হয়, তখন প্রথম বারের অনুভবের থেকে দ্বিতীয় ও তৃতীয় বারে উপস্থিত হওয়া ধারণাকে স্মৃতির সাহায্য ছাড়া পার্থক্য করা যায় না। প্রতিবার স্মৃতি-চারণের মাঝে তাতে অনেক কিছু গুরুত্বপূর্ণ পরিবর্তন হয়ে থাকে। সেই পরিবর্তনকে বুঝতে হলে স্মৃতির সাহায্য একান্ত আবশ্যিক।

সকল অভিজ্ঞতাতেই স্মৃতিকে একটি আবশ্যিক উপাদান হিসাবে গ্রহণ করা হয়। আর এমন কোন অভিজ্ঞতা সম্ভব নয় যেখানে নিজের বা অপরের স্মৃতির উপর বিশ্বাস না করে উপায় থাকে। সুতরাং Hume এর স্মৃতির ব্যাখ্যা থেকে এমন এক ধরনের মতবাদ পাওয়া যায়, যেখানে তিনি স্মৃতির এমন ব্যাখ্যা দিয়েছেন, যাতে তিনি যাকে স্মৃতি বলে প্রত্যাখ্যান করেছেন, তাকেই পাওয়া যায়।<sup>xxii</sup>

সুতরাং, Reid মনে করেন Hume ‘স্মৃতি’ দ্বারা যে জ্ঞানকে নির্দেশ করেন সেইজ্ঞানের সংক্ষিপ্ত বর্ণনায় তাকে প্রামাণ্য-রূপ দিতে গিয়ে অবৈধানিক উপায় অবলম্বন করেছেন এবং তাতে আরও অসুবিধার সৃষ্টি হয়েছে। Locke এর স্মৃতিতত্ত্বে স্মৃতির পর্যাপ্ত শর্ত দেওয়ার চেষ্টা করা হয়েছিল মাত্র, কিন্তু তাতে বিশেষ সুবিধা হয়নি, Hume এর মতবাদেও তার থেকে উৎকৃষ্ট কিছু পাওয়া যায় না। প্রথমত, Locke ও Hume উভয়ের ক্ষেত্রেই লক্ষ্য করা যায় যে, এরা উভয়েই মনে করেন স্মৃতির ধারণা (ideas of memory) এবং পূর্ব অভিজ্ঞতার ধারণা একই’—এই তথ্য সঠিক নয়; তাদের মতে যখন কোন বিষয়ে মূল ধারণা (original ideas)-র চেতনা ধংস হয়ে যায়, তখন ঐ ধারণারও ধংস হয়ে যায়। সুতরাং স্মৃতি বলতে যা বোঝায় তা হল—*the faculty of making a weak impression...after a corresponding strong one.*<sup>xxiii</sup> কিন্তু Reid এখানে নিম্নলিখিত বিপরীত দৃষ্টান্ত উপস্থাপন করেছেন—‘ধরা যাক কোন ব্যক্তি খুব সুন্দরভাবে (smartly) দেওয়ালের গায়ে মাথা ঠুকলেন, এটা একটা অনুভব (impression); এখন তার এমন একটি ক্ষমতা আছে যার সাহায্যে সে অপেক্ষাকৃত অল্প শক্তিসহ এই ঘটনার পূর্ণরাবৃত্তি করতে পারেন। Hume এর মতানুসারে এই দ্বিতীয় অনুভূতিকে তাহলে স্মৃতি বলতে হয়।’<sup>xxiv</sup>

রেড RTM এর আরও একটি সমালোচনা করেছেন। তিনি লক্ষ্য করেছেন RTM এবং RTP (representational theory of perception)-এর মধ্যে গঠনগত

সাদৃশ্য আছে। তিনি মনে করেন যে, Hume যে যুক্তিটি অনুসরণ করেছেন, তা হল প্রত্যক্ষ্যে আমরা যা পেতে পারি তা কেবল মাত্র ধারণা (ideas), আর আমাদের যা কিছু অভিজ্ঞতা সব প্রতিকল্প (representations)। এর সাধারণ অর্থ হল, আমাদের যা কিছু জ্ঞান হতে পারে সেসবই ধারণা (ideas)। যদি কেউ জ্ঞানতত্ত্বের একটুও জেনে থাকেন তাহলেই তিনি বুঝতে পারবেন, যে কেবল ভৌত বস্তুবিষয়ক এমন কোন সফল অবধারণ বা যুক্তি নেই যেখানে সিদ্ধান্ত কেবল ধারণা (ideas) দ্বারা গঠিত। Reid যুক্তি দেন ঠিক একই কারণে RTM অতীত কালীন বিষয়ে সংশয়বাদের জন্ম দেয়। যদি আমরা এই তত্ত্ব দ্বারা মনে করি যে স্মৃতিতে কোন ব্যক্তি যেসকল বিষয়ে সচেতন থাকে সেগুলি সবই ধারণা (ideas), তাহলে অতীতের বিশ্বাসকে যুক্তিসিদ্ধ করতে আমাদের এমন একটি যুক্তি গঠন করতে করতে হবে যার আশ্রয়বাক্যগুলি বর্তমানকালের ধারণা দ্বারা গঠিত। ঐ যুক্তির সিদ্ধান্তে দেখানো হবে কোন অতীতকে আমরা কীভাবে স্মরণ করি।

সর্বোপরি, Reid এর যুক্তি অনুসারে Locke এবং Hume উভয়ের RTM-ই স্মৃতির ব্যাখ্যা দিতে ব্যর্থ হয়েছে,

ক। তাদের আরও বলিষ্ঠ একটি স্মৃতিতত্ত্ব পূর্ব-স্বীকৃতি ধরতে হয়েছে।

খ। তারা স্মৃতির প্রকৃতিতে আলোকপাত করতে ব্যর্থ হয়েছে, যেহেতু তারা স্মৃতির ব্যাখ্যা করতে আরও বলিষ্ঠ স্মৃতি-তত্ত্বকে পূর্ব-স্বীকৃতি মেনেছেন।

গ। তারা স্মৃতির যে ব্যাখ্যা দিয়েছেন তা স্মৃতি ছাড়াও আরও অনেক কিছুকে নির্দেশ করে।

ঘ। অতীত সম্পর্কে তারা সংশয়বাদে উপনীত হন।

এই কারণগুলির প্রত্যেকটা আলাদাভাবে কিম্বা সবগুলি একসাথে নিলেও Locke এবং Hume এর মতবাদ প্রত্যাখ্যাত হয়। কিন্তু Russel এর মতবাদ বিষয়ে Reid এর বক্তব্য কী? Reid এর অভিযোগ কী সেখানেও চিহ্ন ফেলে? সম্ভবত তাই। যেহেতু Russel এর মতবাদে আমরা দেখি স্মরণ ক্রিয়ায় একটি প্রতিচ্ছবি থাকবে (image) সাথে থাকবে বিশ্বাস-অনুভব (belief-feeling), যা কিনা ঐ প্রতিচ্ছবির পূর্বেই উৎপন্ন হয়েছিল। আমাদের ধারণা এরকম যে আমরা অন্ততঃপক্ষে একটি সাধারণ বিশ্বাসের অধিকারী, যে প্রতিচ্ছবি আমরা পূর্বে অভিজ্ঞতায় পেয়েছি (এখানে ধরে নেওয়া হয় যে আমাদের এই স্মৃতি-অনুভব বাধ্য হয়ে উৎপন্ন হয় না)। Russel এর মতবাদে একটি অবিচ্ছেদ্য উপাদান আছে যাতে স্মৃতির উপাদান থাকে। এছাড়াও Russel এর প্রতিচ্ছবির অতীতকালীনতার (pastness of the image) সাথে স্মৃতির একাত্মতার মত একটি বিভ্রান্তিকর সাদৃশ্য অনেকখানি দেখা যায়। অর্থাৎ কোন কল্পনা-প্রসূত প্রতিচ্ছবিতেও যদি



কোন একভাবে অতীতকালীন ঘটনার সাদৃশ্য দেখা যায় তাহলেও তাকে স্মৃতি বলতে হয়, তার মতবাদে থাকা বিশ্বাস অনুভূতির জন্য। পরিশেষে বলা যায়, Locke এবং Hume উভয়ের RTM যতটা সংশয়বাদের পরিপোষক, Russel এর মতবাদও ততটা। স্মরণ প্রক্রিয়ার জন্য একটি প্রতিচ্ছবি এবং বিশ্বাস অনুভব থাকা বোঝালে এই দুটির মধ্যে সংযোগ স্থাপন করে যাতে কোন ব্যক্তির মনের বর্তমান অবস্থা থেকে অন্য একটি অবস্থায় পৌঁছানো যায় (বহির্জগৎ সম্পর্কে) (অর্থাৎ বহির্জগৎ যেমন ছিল অনেকটা তেমন অবস্থায় পৌঁছানো)।

### ১.২.২ স্মরণ সংক্রান্ত সাক্ষাৎ মতবাদ (The Direct Theory of Memory)

Reid এর এই মতবাদ বেশ তাৎপর্যপূর্ণ কারণ, এই মতবাদ Locke, Hume, Russel তথা সম্পূর্ণ RTM এর থেকে পৃথক। এই মতবাদের নাম—স্মরণ সংক্রান্ত সাক্ষাৎ মতবাদ (The Direct Theory of Memory<sup>xxv</sup>)। তিনি মনে করেন যে স্মরণও প্রত্যক্ষের মত সাক্ষাৎ জ্ঞান দেয়। অর্থাৎ এই মতবাদ অনুসারে সামনে থাকা টেবিলকে আমি সাক্ষাৎ করতে পারব যদি সামনে কেবল টেবিলই থাকে। টেবিল ছাড়া অন্য কিছু থাকলে টেবিলের জ্ঞান হত না। কিন্তু প্রতিকল্পী বস্তুবাদ অনুসারে সামনে টেবিল ছাড়াও একটা মানসিক প্রতিকল্প থাকে, যার মাধ্যমে আমাদের জ্ঞান হয়। Reid এর মতে যা আমরা সাক্ষাৎভাবে জানি তা

জানার জন্য কোন ধারণা স্বীকার করা অযৌক্তিক। এর মানে এই নয় যে আমাদের জ্ঞানলাভের সময় আমাদের কোনরকম অভিজ্ঞতার উপাদান থাকে না বরং এই মতবাদ অনুসারে জগৎকে জানার জন্য জ্ঞাতা ও বিষয়ের মধ্যবর্তী অন্য কোন উপাদানের প্রয়োজন হয় না। Reid এর মতে যেহেতু প্রত্যক্ষ-বিষয়ক প্রতিকল্পী মতবাদ ভ্রান্ত তাই স্মরণ সংক্রান্ত প্রতিকল্পী মতবাদও ভ্রান্ত। তার মতে আমি যখন আমার প্রাতরাশের কথা স্মরণ করি তখন সেই স্মরণ কেবলমাত্র কোন মানস চিত্রের মাধ্যমে নয়, বরং ঐ ঘটনাতে আমরা সরাসরি পৌঁছে যাই। যদিও এরকম মানস-চিত্র গঠন হতে পারে কিন্তু তার অর্থ এই নয় যে যখনই আমি ঐ বিষয় স্মরণ করি তখন আমাকে ঐ মানস চিত্রের মাধ্যমেই স্মরণ করতে হবে। তাহলে Reid এর মতে স্মৃতি কি? তার মতে স্মৃতি হল এমন একটি প্রক্রিয়া যার সাহায্যে আমরা কতকগুলি বিষয় পেয়ে থাকি—অতীতের বিষয়ের সাক্ষাৎ জ্ঞান আমরা পেয়ে থাকি। সংবেদনে আমরা যে তথ্য পাই তাতে আমাদের কাছে বোধ হয়—বিষয়টি বর্তমান মুহূর্তে সেটি অস্তিত্বশীল। কিন্তু যদি তথ্য স্মৃতিতে সঞ্চিত না হয় তাহলে তা চিরতরে অন্তর্হিত হয়ে যায়, যেন ঐ জ্ঞান আগে ছিলই না। স্মৃতির বিষয়কে অবশ্যই অতীতকালীন হতে হবে। যার অস্তিত্ব বর্তমান কালে আছে তাকে স্মৃতির বিষয় বলা যায় না; আবার অতীতকালের বিষয় হলেও তা যদি প্রত্যক্ষের বিষয় হয় বা চৈতন্যের অন্তর্ভুক্ত হয়, তাহলেও তাকে স্মৃতির বিষয় বলা যাবে না। স্মৃতিতে সবসময় একটা বিশ্বাস যুক্ত থাকে সেই বিশ্বাসের আকারটি হল--‘আমি স্মরণ করি যে--।’ ঠিক যেমন প্রত্যক্ষের ক্ষেত্রেও একটা বিশ্বাস যুক্ত

থাকে ‘আমি অনুভব করি যে-----।’<sup>xxvi</sup> Reid এর মতবাদ অনুসারে আমরা অতীতকে সাক্ষাৎরূপে জানতে পারি। অর্থাৎ যারা বলেন যে স্মরণের বিষয়কে স্মরণকালে উপস্থিত থাকতে হবে— Reid এর তাদের মতকে শুধু অস্বীকারই করেন না সেই সাথে এর বিপরীত মতকে প্রতিষ্ঠা করেন। অর্থাৎ স্মরণের বিষয়কে অতীতকালীন হতে হবে একথা বলে থাকেন। Reid এর মতবাদ কি কোন সম্পূর্ণ ত্রুটিমুক্ত? কোন কোন দার্শনিক অবশ্য তাই মনে করেন। কোন বিষয়কে স্মরণ করার সময় ঐ স্মরণ ক্রিয়া মনের মধ্যে বিদ্যমান, কিন্তু যা স্মরণ করা হবে তা বর্তমান কালের নয়, অতীত কালের—এটা কীভাবে সম্ভব? অর্থাৎ এই মত অনুসারে যার অস্তিত্ব নেই তারও প্রত্যক্ষ সম্ভব। Reid এর মতে কোন কিছু যা বর্তমানে অস্তিত্বশীল তা একই সময়ে অতীতকালে থাকতে পারে না, যদিও স্মৃতি সংক্রান্ত সাক্ষাৎ মতবাদ তেমনই একটি সিদ্ধান্তে পৌঁছায়। Reid এর মতে স্মরণকালে স্মৃতির বিষয় অতীত-কালীন হবে, কিন্তু স্মরণ প্রক্রিয়াটি মনের একটি ক্রিয়া যা বর্তমানকালীন এবং এর ক্রিয়া সম্পর্কে আমরা সচেতন।<sup>xxvii</sup>

এখন প্রশ্ন জাগবে যে স্মরণ প্রক্রিয়ার জ্ঞানজ-প্রক্রিয়া বলতে ঠিক কি বোঝায়? এবং অন্যান্য মানসিক ব্যাপার থেকে স্মরণকে কীভাবে পৃথক করা যাবে? এই প্রশ্নের উত্তরে Reid আমাদের হতাশ করেন। যদিও তিনি স্মরণ ক্রিয়ার কতকগুলি বৈশিষ্ট্যের উল্লেখ করেছেন। যেমন, স্মৃতির বিষয়কে অবশ্যই অতীতকালীন হতে হবে, এই প্রক্রিয়ায় বিষয়ের সাক্ষাৎ জ্ঞান প্রদান করে, অর্থাৎ স্মরণ প্রক্রিয়া থেকে

স্মরণের বিষয় পৃথক হয়। যদিও তিনি মনে করেন এই বিষয়টি বিশ্লেষণযোগ্য নয়। তিনি লিখেছেনঃ *The knowledge which I have of things past, by my memory, seems to me as unaccountable as an immediate knowledge would be of things to come: and I can give no reason why I should have the one and not the other, but that such is the will of my Maker. I find in my mind a distinct conception, and a firm belief of a series of past events; but how this is produced I know not. I call it memory, but this is only giving a name to it; it is not an account of its cause.*<sup>xxviii</sup> স্মরণে আমাদের যে অতীতের জ্ঞান হয়ে থাকে, তা যেন ব্যাখ্যার বাইরে, ঠিক যেমন যে বিষয়ের সাক্ষাৎ জ্ঞান আমাদের ভবিষ্যতে আসবে সে ব্যাপারে আমাদের হাত থাকে না এবং কেন কোন একটি বিষয়ের জ্ঞান হবে অন্য বিষয়ের নয় তারও কোন ব্যাখ্যা পাওয়া যায় না, এবং এরকম হওয়ার কারণ হলো সৃষ্টিকর্তার এরকমই ইচ্ছা। আমি আমার মনে একটি স্বতন্ত্র ধারণা পেতে পারি, এবং অতীতকালের ঘটনাসমূহ সম্পর্কে একটি দৃঢ় বিশ্বাসও থাকে; কিন্তু তা কীভাবে উৎপন্ন হয় তা আমরা জানতে পারি না। এই প্রক্রিয়াকে যে স্মরণ বলা হয় তা তার নিছক নামকরণ, এর কারণসমূহের ব্যাখ্যা পাওয়া যায় না।

স্মরণ প্রক্রিয়া যে ব্যাখ্যার অযোগ্য তার দুটি অর্থ হতে পারে—এই প্রক্রিয়া যে প্রণালীতে সম্পন্ন হয় সেই মনোবৈজ্ঞানিক প্রক্রিয়া সম্পর্কে কোন সঠিক ব্যাখ্যা কারও কাছে নাও থাকতে পারে। কিন্তু তাই বলে স্মরণ প্রক্রিয়াকে ব্যাখ্যার অযোগ্য বলা যায় না, বরং বলা যায় বর্তমানে তার কোন ব্যাখ্যা নেই। তাই স্মরণ প্রক্রিয়া সম্পর্কে সবচেয়ে সঙ্গত বিশ্লেষণ হল এই প্রক্রিয়া বিশ্লেষণযোগ্য নয়। বিশ্লেষণযোগ্য নয় বললেই তার মতবাদের সাথে সঙ্গতিপূর্ণ হয়। অর্থাৎ স্মৃতিকে বিশ্লেষণ করে অন্য উপাদানে পৌঁছান যায় না, স্মৃতিতে সরাসরি অতীতের জ্ঞান হয়। এই মতবাদের একটি উল্লেখযোগ্য ত্রুটি হল প্রত্যক্ষ-সংক্রান্ত সাক্ষাৎ তত্ত্ব (Direct Theory of Perception<sup>xxix</sup>)-এর ভ্রম সংক্রান্ত ত্রুটি। যদি আমরা বিষয়কে সাক্ষাৎভাবে জানি তাহলে বিষয় সম্পর্কে আমাদের ভ্রান্ত জ্ঞান কীভাবে সম্ভব? অর্থাৎ কোন বিষয়কে প্রত্যক্ষ করার সময় যদি বিষয়ের অতিরিক্ত অন্য কিছু না দেখি তাহলে ভ্রম প্রত্যক্ষ হয় কীভাবে? অর্থাৎ যেকোন মতবাদে এই ভ্রম জ্ঞানের সম্পর্কে সঠিক ব্যাখ্যা থাকতে হবে। একইভাবে বলা যায় স্মৃতি সংক্রান্ত অপরোক্ষ মতবাদ (Direct Theory of Memory)-এর কথা। এই মতবাদ অনুসারে অতীত সম্পর্কে আমাদের সরাসরি জ্ঞান হওয়ার কথা। কিন্তু বাস্তবে তা হতে দেখা যায় না, ভ্রান্ত স্মৃতির অভিজ্ঞতা হতে দেখা যায়। যদিও মনে হতে পারে যে, Reid যেভাবে তার সংজ্ঞাকে সাজিয়েছেন তাতে কোন অসুবিধা হওয়ার কথা নয়। তিনি মনে করেন যখন স্মৃতি স্পষ্ট এবং নির্দিষ্ট এবং মন অবিকৃত থাকে তখন যে জ্ঞান হয় মনে করা যায় যে সেই জ্ঞান সাক্ষাৎ জ্ঞানের তুলনায়

কোন অংশে কম নয়। তিনি এও মনে করেন যে কোন ঘটনা স্মরণ করলে এমন হতে পারে না যে সেই ঘটনা আদৌ ঘটেনি। তার এই সিদ্ধান্ত থেকে এই সিদ্ধান্তে আসা যায় যে স্মরণ প্রক্রিয়া ভ্রমের অযোগ্য।<sup>xxx</sup> কিন্তু Reid অনুভব করুন বা না করুন এই সমস্যা তার মতবাদে এসে গেছে। এমনকি যারা কোনরকম মনোরোগে আক্রান্ত নন তাদের স্পষ্ট এবং স্বতন্ত্র স্মৃতিও ভ্রান্ত হতে দেখা যায়।

সাধারণতঃ বিস্মৃতি সবারই হয়, কিন্তু সেটা আবার কোন কোন সময় মাত্রাতিরিক্ত হয়ে যায় এবং সেটা মানুষের স্বাভাবিক জীবন-যাপনকে ব্যহত করে। এরকম কিছু স্মৃতি সংক্রান্ত রোগ এবং সেইসাথে রোগের সম্ভাব্য কারণসমূহ আলোচনা করলে স্মৃতির সাথে বিস্মৃতিরও প্রকৃতি সম্পর্কে কিছুটা জানা হবে। বিস্মৃতি বিষয়ক যেসব রোগ আছে তাদের মধ্যে অন্যতম হল Amnesia<sup>xxxi</sup>। এই Amnesia হল স্মৃতি বিষয়ক এমন একটি রোগ যা সঞ্চিত স্মৃতিকে ধ্বংস করে অথবা নতুন স্মৃতি উৎপন্ন হতে বাধা দেয়। Amnesia দুপ্রকার হতে পারে— জীববিজ্ঞান সংক্রান্ত এবং মনোবিজ্ঞানসম্মত।

## ১.৩ জীবনবিজ্ঞান সংক্রান্ত বিস্মৃতি—

### ১.৩.১ মস্তিষ্ক ক্ষতজনিত কারণে বিস্মৃতিঃ—

জীবন বিজ্ঞানে যেসব বিস্মৃতির উল্লেখ রয়েছে তাদের মধ্যে অন্যতম হল—মস্তিষ্ক ক্ষতজনিত কারণে বিস্মৃতি। মস্তিষ্কের ক্ষতের (concussion or - brain

bruises<sup>xxxiii</sup>) ফলে মস্তিষ্কে রক্ত সঞ্চালনে সাময়িক বাধাপ্রাপ্ত হয়। কিছু মাদকসেবন এবং মস্তিষ্কব্যাধি এই ধরনের amnesia-র কারণ বলে মনে করা হয়। এই ধরনের বিস্মৃতিতে মানুষের ব্যক্তিগত জীবন যেমন ব্যাহত হয় তেমন সমাজজীবনও বিপাকগ্রস্ত হয়। বিভিন্ন প্রকার মস্তিষ্ক ক্ষতজনিত বিস্মৃতি নিয়ে নীচে আলোচনা করা হল--

**১.৩.২ Transient global Amnesia<sup>xxxiii</sup>:**—এই প্রকার বিস্মৃতির ক্ষেত্রে চেতনা থাকে অথচ হঠাৎ করে কোন কারণ ছাড়াই কয়েক ঘণ্টা বা কয়েক দিনের জন্য বিস্মৃতি আসে আবার তা চলে গেলে স্বাভাবিক হয়ে আসে। এই ঘটনা মানুষের সাথে সাধারণতঃ জীবনে একবার মাত্রই হতে দেখা যায়। একে গ্লোবাল বলা হয় কারণ এই রোগ এলে সেই মুহূর্তে যত রকম স্মৃতি থাকে সব এক মুহূর্তে বিস্মরণ হয়ে যায়, যদিও এই অবস্থায় তার দৈনন্দিন জীবনযাপন অব্যাহত থাকে, কিন্তু এই সময় নতুন কোন স্মৃতি গঠন হয় না। এই রোগের কারণ যদিও জানা যায় না, তবে সবচেয়ে গ্রহণযোগ্য মত হল মস্তিষ্কে স্বাভাবিক রক্ত প্রবাহ ব্যাহত হওয়া।

**১.৩.৩ Marijuana and Amnesia<sup>xxxiv</sup>:** —Marijuana-র ফলে তথ্য গ্রহণ, সঞ্চয় এবং পুনরুদ্ধার কিছু সময়ের জন্য স্তব্ধ হয়ে যায়। কিন্তু এই অবস্থাকে

amnesia বলা চলে না। Marijuana-র ভারি মাত্রাও ইথাইল অ্যালকোহলের থেকে কম শক্তিশালী।

**১.৩.৪ Alcohol:**—বিগত রাতে ভারি মাত্রায় অ্যালকোহল গ্রহণ করলে ঐ ব্যক্তি যখন অচৈতন্য হয়ে পড়েন তখন তার amnesia আসতে পারে। যখন আবার জ্ঞান ফিরে আসে, তখন নেশা করার আগে তার যেমন চৈতন্য ছিল তেমন অবস্থা আবার ফিরে আসে, কিন্তু তা সত্ত্বেও নেশাগ্রস্ত অবস্থার সময়টার স্মরণ থাকে না। মদ্যপানে amnesia-র কারণ হল—অ্যালকোহল মস্তিষ্কে এমনভাবে কাজ করে যে এনকোডিং, সঞ্চয় এবং পুনরুদ্ধার স্তর হয়ে যায়। তাই জ্ঞান ফিরে এলে ঐ শূন্যস্থান আর পূরণ হয় না। অপর একটি মতবাদ অনুসারে ঐ অবস্থায় যে তথ্য সঞ্চয় হয় তা' সুস্থ অবস্থায় পুনরুদ্ধারের যোগ্য নয়। কয়েক বছর যাবৎ ভারি মদ্যপানের ফলে ভিটামিন-বি এর ঘাটতি পড়ে এবং অন্যান্য কেমিক্যাল এরও ঘাটতি পড়ে। একে Korsakoff syndrome<sup>xxxv</sup> বলে। Anterograde amnesia<sup>xxxvi</sup> হল Korsakoff syndrome-এর একটি অন্যতম প্রধান লক্ষণ। Korsakoff রোগীর কোন কোন সময় দূরবর্তী স্মৃতি অর্থাৎ যে ঘটনা জীবনের শুরুতে ঘটে, তাও মুছে যেতে পারে<sup>xxxvii</sup>।



১.৩.৫ মস্তিষ্কের রোগ—মস্তিষ্কের রোগ নানা প্রকার হতে পারে। যেমন—brain syphilis, strokes, permanent disorder in blood circulation in brain, multiple sclerosis এছাড়াও বিষাক্ত কেমিক্যালের প্রভাবে উৎপন্ন বিভিন্ন অবস্থা। যার মধ্যে Korsakoff syndrome অন্যতম, এছাড়াও আছে Primary degenerative dementia ইত্যাদি।

১.৩.৬ Senile dementia<sup>xxxviii</sup>:—Senile শব্দটির অর্থ বৃদ্ধ বয়স। Senile dementia-য় অনেকগুলি বিষয় অন্তর্ভুক্ত যাদের মধ্যে স্মৃতি অন্যতম। অর্থাৎ বার্ধক্যের কারণে স্মৃতি লোপ পায়। এই রোগের ফলে নতুন শেখা বিষয় আমরা মনে করতে পারি না, কিম্বা সপ্তাহ কিম্বা মাস খানেক আগের স্মৃতিও থাকে না। তবে এই রোগের কয়েক বছর আগের বা আরও পুরানো স্মৃতি অক্ষুণ্ণ থাকে। এই রোগের মূল কারণ হল মস্তিষ্কে রক্তপ্রবাহ কমে যাওয়া। চর্বি জাতীয় খাবার গ্রহণ করলে মস্তিষ্ক-ধমনী সরু হয়ে রক্ত প্রবাহ কমে যায়। Arteriosclerosis<sup>xxxix</sup> মস্তিষ্ক কোশে অক্সিজেন ও খাদ্য সরবরাহ হতে বাধা দেয়। এই অবস্থার মস্তিষ্ক অ্যাট্রোপি নামে পরিচিত। সাধারণ বার্ধক্যে যে সমস্যাগুলি আসে সেগুলি অতিক্রম করতে তাঁরা (বৃদ্ধ মানুষেরা) সাধারণতঃ নিজেদের উপর নতুন তথ্যের বোঝা কমিয়ে দেন। তাঁরা তাদের করণীয় সম্বন্ধে একটি রুটিন

ফলো করেন, তাই খুব অল্পই নতুন তথ্য তাদের সাক্ষাতে আসে। এভাবে তাঁরা দৈনন্দিন জীবনে নিজেদের অভ্যস্ত করে তলেন।

**১.৩.৭ Primary degenerative dementia<sup>xl</sup>:** —এই রোগের সাথে Senile dementia-র অনেক সাদৃশ্য বিদ্যমান। তবে কিছু পার্থক্যও বিদ্যমান, যার মধ্যে একটি প্রধান পার্থক্য হল এর লক্ষণ সাধারণতঃ মধ্য বয়সে প্রকাশিত হয়। Primary degenerative dementia রোগের একটি প্রকার হল— Alzheimer<sup>xli</sup>। এক্ষেত্রে মস্তিষ্ক ক্ষয় জনিত কয়েকপ্রকার মস্তিষ্ক পরিবর্তন অন্তর্ভুক্ত। কিছু তথ্য প্রমাণ করে যে এই রোগের কারণ হল—brain-এর neuro transmitter<sup>xlii</sup>-এ acetyl choline এর ঘাটতি।

**১.৪ মনোবিদ্যা সংক্রান্ত বিস্মৃতিঃ**—স্মৃতির বিপরীত প্রক্রিয়াকে বিস্মৃতি বিস্মরণ। পূর্ব অভিজ্ঞতা সঞ্চয় এবং পুনরুৎপাদনে বাধাপ্রাপ্ত হলে বিস্মরণ হতে থাকে। এই বিস্মরণ আংশিক বা সামগ্রিকরূপে হয়ে থাকে। আংশিক বিস্মরণে কোন বিশেষ স্থান বা কালের কোন বিশেষ ঘটনার বিস্মরণ ঘটে। আর সামগ্রিক বিস্মরণে জীবনের যাবতীয় অভিজ্ঞতা মানুষ বিস্মৃত হয়।

**১.৫ বিস্মৃতির ইতিবাচক দিকঃ**—বিস্মৃতি আমরা কেউ চাই না, তথাপি বিস্মৃতি আমাদের হয়ে থাকে। এর যেমন নেতিবাচক দিক আছে তেমনি ইতিবাচক দিকও বিদ্যমান। ইতিবাচক দিকগুলি হল—প্রথমত, মনের স্মরণ ক্ষমতার একটা সীমাবদ্ধতা আছে। আমাদের মনের অসীম সংখ্যক বিষয়বস্তু স্মরণ রাখার ক্ষমতা

থাকে না, তাই প্রয়োজনীয় তথ্য স্মরণ রাখার জন্য অপ্রয়োজনীয় তথ্য ভুলে যাওয়া প্রয়োজন। দ্বিতীয়ত, মানসিক স্বাস্থ্য বজায় রাখার জন্য আমাদের অনেক কথা বিস্মরণেরও প্রয়োজন হয়। কারণ অনেক অপ্রীতিকর ঘটনা যা মনকে পীড়া দেয়। মনকে সুস্থ ও স্বাভাবিক রাখতে হলে ঐসব ঘটনার বিস্মরণ একান্ত আবশ্যিক।

**১.৬ বিস্মৃতির নেতিবাচক দিকঃ—**বিস্মৃতির নেতিবাচক দিক হলো অনেক সময় অনেক প্রয়োজনীয় ঘটনাও আমরা ভুলে যাই। এটা জীবনের সর্বক্ষেত্রে নেতিবাচক প্রভাব ফেলে। বিশেষ করে কর্মজীবন যার সাহায্যে মানুষ উপার্জন করে সেক্ষেত্রেও স্মৃতির প্রভাব অপরিসীম। শিক্ষা জীবনের প্রথম দিকে শিক্ষার একটি প্রধান অঙ্গই হল স্মৃতিতে তথ্য গেঁথে তোলা। বিশেষ করে প্রথমদিকে লিপিগুলি আমাদের মুখস্থ করতে হয়। বর্ণ, সংখ্যা, শব্দ ইত্যাদি সবই মনে রাখার বিষয়। মনে রাখতে না পারলে শিক্ষণ বিলম্বিত হয়। তাই ভুলে যাওয়া বা বিস্মরণ শিক্ষণে ব্যাঘাত আনে। সমাজজীবনেও বিস্মরণের নেতিবাচক প্রভাব দেখা যায়। সামাজিক সম্পর্ক ও সম্বন্ধ টিকে থাকে কিছু নিত্য নৈমিত্তিক যোগাযোগ, কর্তব্য পালন ও ভাবের আদানপ্রদানের মধ্য দিয়ে। এক্ষেত্রেও বিস্মরণ অনেক সমস্যার সৃষ্টি করে। সর্বোপরি বলা যায় স্মরণে থাকাটাই বেশি কাম্য বিস্মরণের চেয়ে।

**১.৭ বিস্মৃতির কারণঃ—**কোন ব্যাপার নানা কারণে বিস্মরণ আসতে পারে, যেমন—

১। বিষয়কে ঠিক মতো আয়ত্ত না করলে বা জ্ঞানলাভ প্রক্রিয়া অসম্পূর্ণ থাকলে তার বিস্মরণ হয়, ২। শিক্ষণীয় বিষয় শেখার পর তা যদি বহুদিন যাবৎ পর্যালোচনা

না করা হয় তাহলেও তা বিস্মৃত হতে হয়, ৩। দুটি শিক্ষণীয় বিষয়ের মধ্যে সময়ের ব্যবধান না থাকলে তাদের মধ্যে একটির বিস্মরণের সম্ভাবনা থাকে, ৪। অসুস্থ অবস্থায় কোন অভিজ্ঞতার বিষয়ে মন-সংযোগ করা যায় না, তাই অসুস্থ অবস্থায় কোন কিছু শিখলে তার বিস্মরণ হয়, ৫। মস্তিষ্কে গুরুতর আঘাত পেলে অনেক সময় বিষয়ের বিস্মরণ হতে দেখা যায়, ৬। রাগ, ভয় বা ঘৃণা ইত্যাদি মনে চাঞ্চল্য সৃষ্টি করে, এই অবস্থায় কোন অভিজ্ঞতা হলে তার বিস্মরণ সম্ভব।

**১.৮ ফ্রয়েডের মতে বিস্মৃতির কারণঃ**—ফ্রয়েডের মতে বিস্মৃতি আসে মূলতঃ অবদমনের ফলে। অবদমনের কারণ হল বিষয়ের সামাজিক গ্রহণযোগ্যতা না থাকা। তাঁর মতে মনের তিনটি স্তর থাকে—সচেতন স্তর, অবচেতন স্তর ও নির্জ্ঞান স্তর। যেসব অভিজ্ঞতায় সামাজিক স্বীকৃতি আছে সেইসব স্মৃতিতে থাকে। মনের এই অবস্থাকে সজ্ঞান স্তর বলা হয়। আবার যাদের সামাজিক স্বীকৃতি থাকলেও তাতে নিন্দাভাগী হবার সম্ভাবনা থাকে তাদের স্মৃতিতে আনতে প্রচেষ্টা থাকতে হয়। মনের অবচেতন স্তরে এইসব অভিজ্ঞতা সঞ্চিত থাকে বলে ফ্রয়েড মনে করেন। আবার যেসব অভিজ্ঞতায় সামাজিক স্বীকৃতি থাকে না তারা থাকে প্রায় বিস্মৃত অবস্থায় মনের নির্জ্ঞান স্তরে থাকে। এক্ষেত্রে বিস্মরণ ঐচ্ছিক, আমরা যা ভুলতে চাই তাই ভুলে যাই।

**১.৯ বিস্মৃতির প্রতিকারঃ**—১। বিষয়ের জ্ঞানলাভের সময় অর্থসহ তার গ্রহণ করতে হবে অর্থাৎ বোধে ভাসমান হতে হবে। বিষয় সম্পর্কে বার বার চর্চা করতে

হবে। তা হলে তা স্মৃতিতে তা স্থায়ী হতে পারে। ২। দুটি বিষয় শেখার মাঝে একটু বিরাম দেওয়া প্রয়োজন তা না হলে তা স্মৃতিতে স্থায়ী হতে পারে না। ৩। শরীর খারাপ হলে শিক্ষণীয় বিষয়ে মনোযোগ দেওয়া সম্ভব হয় না, তাই নতুন কিছু জানা বা শেখার ক্ষেত্রে অত্যধিক শরীর খারাপ হলে তা থেকে বিরত থাকা উচিত। কারণ ঐ অবস্থায় শিক্ষণীয় বিষয় স্মৃতিতে না থাকার সম্ভাবনাই বেশী।<sup>xliii</sup>

স্মৃতি ও বিস্মৃতি উভয়ই আমাদের জীবনের মান নির্ধারণে অন্যতম ভূমিকা পালন করে। স্মৃতি ও বা বিস্মৃতি যত সুস্থ ও স্বাভাবিক হয় ততই তা আমাদের ব্যক্তিত্বকে স্বাভাবিক ও সুন্দররূপে প্রতিভাত হয়। তাই এখানে প্রাচীনকাল থেকে শুরু করে বিভিন্ন দার্শনিকদের স্মৃতি সম্পর্কে মতামত বর্ণনা করার সাথে সাথে তাদের মতামতের পারস্পরিক আলোচনাও করা হয়েছে। সেইসাথে বিস্মৃতিকেও আলোচনা করা হয়েছে। বিস্মৃতির শারীরিক ও মনোবিদ্যাসম্মত আলোচনা করা হয়েছে। সেইসাথে একটা বিষয় লক্ষণীয় যে ভুলে না যাওয়া কিম্বা মনে রাখা বলতে কেবল যান্ত্রিক একটি ব্যাপার বোঝায় না। সেখানে কেবল ঘটনার পরস্পরা মনে সাজানো থাকে না। এখানে আরও দাবি করা হয় যে ঐসব ঘটনা মনে রেখে করণীয় যা কিছু সেগুলোকে করা আমাদের নৈতিক কর্তব্যের মধ্যে পড়ে। অর্থাৎ নৈতিক বিবেচনা ও বোধের সাথে স্মৃতির সহাবস্থান থাকা অত্যন্ত জরুরি। ব্যক্তিত্ব গঠনের মূল নৈতিকতা, আর স্মৃতি নৈতিকতার ভিত্তি। এই কারণে পরবর্তী অধ্যায়ে স্মৃতি ব্যক্তিত্ব গঠনে যে প্রভাব রাখে সে বিষয়ে আলোচনা করা হয়েছে।

## তথ্যপঞ্জী

### ইংরেজী গ্রন্থ

Cornwell, John. (Ed). *Consciousness and Human Identity*. Oxford University Press, 1998.

Ebbinghaus, Hermann. *Memory: A Construction to Experimental Psychology*. Dover Publication Inc., New York, 1964.

F.M. Cornford. *Plato's Theory of Knowledge*. Taylor & Francis eBook, London, 1935.

Hume, David. *Treatise of Human Nature*. Clarendon Press, London, 1896.

Locke, Don. *Memory*. Macmillan. London, 1971

McGinn, Colin. *Consciousness And Its Objects*. Clarendon Press, Oxford, 2004

Mondal, Samar Kumar. *What Am I, Strawson's Concept of a Person*. Abhijit Publications 2010.

Mortan, Clifford. *Introduction to Psychology*. McGraw Hill Education (Indian) Private Limited, Chennai, 1993.

Reid, Thomas. *Essays on the Active Process of the Human Mind*. The MIT Press, Cambridge, 1815.

Russel, Bertrand. *The Analysis of Mind*. George Allen & Unwin Ltd, London, 1921.

Shanks, R. David. (Ed). *Human Memory- A Reader*. Arnold, Great Britain, 1997.

Titchener, Edward Bradford. *A Textbook of Psychology*. Indian University Press, Calcutta, 1963.

Wright, Gispin. Barry C. Smith and Cynthia Macdonald. (Ed). *Knowing Our Own Mind*. Clarendon Press, Oxford, 1998.

### বাংলা গ্রন্থ

ভট্টাচার্য সমরেন্দ্র। *মনোবিদ্যা*। বুক সিণ্ডিকেট প্রাইভেট লিমিটেড, কলকাতা, ২০১৫।

সাইফুদ্দিনডঃ , কাজী। *আধুনিক মনোবিজ্ঞান*। আলোয়া বুক ডিপো ২০০৯। ঢাকা ,

### Journals

Bogart, Aaron. *The Metaphysics of Memory*. International Journal of Philosophical Studies, 24 Sept 2009, 17:4,622-627.

Copenhaver, Rebecca. "Thomas Reid's Theory Of Memory." *North American Philosophical Publications* vol. 23, no 2, Apr. 2006. pp. 171-189 .

Gupta, P., Cohen and N. J. "Theoretical and computational analysis of skill learning, repetition priming, and procedural memory", *Psychological Review*, vol-109, no. 2, 2002, pp. 401-448.

Jowlet Benjamin (Trans). *Plato's Theaetetus*. Clarendon Press, University of Michigan, America, 1892.

Levy, Lior . “Memory and the Passions in Descartes' Philosophy”, *North American Philosophical Publication*, vol. 28, No. 4, Oct 2011, pp. 339-354

L., oftus E.F “Memory: Surprising new insights into how we remember and why we forget”. *Addition-Wesley Publishing Company*, vol. 12, issue 4, p.147 ,1980 .

Malcom, Norman. *Memory and Respiration*, Wiley, vol-4, issue-1, Feb 1970.

### Websites

Benton Visual Retention Test,  
[https://scholar.google.com/scholar?hl=en&as\\_sdt=0,5&qsp=3&q=benton+visual+retention+test&qst=ib](https://scholar.google.com/scholar?hl=en&as_sdt=0,5&qsp=3&q=benton+visual+retention+test&qst=ib), Accessed 24-12-2023.

Epistemological Problem of Memory, Sanford Encyclopedia,  
<https://plato.sanford.edu/entries/memory-episprob/> accessed 29-10-2019.

Memory, Psychology & Mental Health, Britannica,  
<https://www.britannica.com/science/memory-psychology>. Accessed 25-11-2020.

Stanford Encyclopedia of Philosophy,  
<https://www.bing.com/ck/a?!&&p=ae1eb59f3f46f0d10004ef1a909b8ead6e04c56e5dcb1f88a16dbdc23edc23ebJmltdHM9MTc0MzYzODQwMA&ptn=3&ver=2&hsh=4&fclid=327cb08a-2b84-6217-28da-a3d12a2263f1&psq=Stanford+Encyclopedia+of+Philosophy&u=a1aHR0cHM6Ly9wbGF0by5zdGFuZm9yZC5lZHUv&ntb=1> Accessed 28-02-2021.



## অন্তঃটীকা

- 
- <sup>i</sup> <https://www.britannica.com/science/memory-psychology>
- <sup>ii</sup> A book written by Greek philosopher Plato where we see a dialectic method. There his teacher Socrates was speaking with his disciple Theaetetus. So he named the book “Theaetetus”.
- <sup>iii</sup> F.M. Conford, Plato’s Theory of Knowledge, 1935, p-121.
- <sup>iv</sup> <https://www.jstor.org/stable/2214294>
- <sup>v</sup> Stanford Encyclopedia of Philosophy, 1.1
- <sup>vi</sup> Stanford Encyclopedia of Philosophy, 1.1
- <sup>vii</sup> Stanford Encyclopedia of Philosophy, 1.1
- <sup>viii</sup> Stanford Encyclopedia of Philosophy, 1.1
- <sup>ix</sup> Stanford Encyclopedia of Philosophy, 1.1
- <sup>x</sup> Hume, 1739, BK 1, part-1, Section-1
- <sup>xi</sup> “A treatise of Human Nature”, Book-I, Part-I, page8
- <sup>xii</sup> David Hume, Treatise, Book 1, chapter-iii: Knowledge and probability, pp-48
- <sup>xiii</sup> An Essay concerning Human Understanding, John Locke, pp-183
- <sup>xiv</sup> Russell, The Analysis of Mind, 1921, pages 175-176
- <sup>xv</sup> Russell, The Analysis of Mind, 1921, page 186
- <sup>xvi</sup> Sanford Encyclopedia of Philosophy, 1.1
- <sup>xvii</sup> Reid 1785, Essay III, Chapter VII
- <sup>xviii</sup> Locke 1690, Bk II, Chapter 10
- <sup>xix</sup> Locke, An Essay Concerning Human Understanding, 1690, pp-133
- <sup>xx</sup> Reid 1785, Essay III, Chapter VII
- <sup>xxi</sup> Reid 1785, Essay III, Chapter VII.
- <sup>xxii</sup> Reid 1785, Essay III, Chapter VII
- <sup>xxiii</sup> Treatise, Book-I, p-3
- <sup>xxiv</sup> [Reid 1785, Essay III, Chapter VII]

- 
- xxv Memory and Personal Identity, Mar 18, 2009
- xxvi [Reid 1785, Essay III, Chapter I]
- xxvii [Reid 1785, Essay III, Section I]
- xxviii [Reid 1785, Essay III, Section I]
- xxix Nichols, Ryan, 2007
- xxx [Reid 1785, Essay III, Section II]
- xxxi Hippocampal Amnesia, 2010.
- xxxii ON CONCUSSION OF THE BRAIN, 2010.
- xxxiii Reflection & Reaction, p-134
- xxxiv (Loftus, 1980)
- xxxv Alcohol & Alcoholism, 2009
- xxxvi Anterograde amnesia
- xxxvii (Square & Cohen, 1982)
- xxxviii Senile dementia, 2006
- xxxix <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1821975/>
- xxxx Criteria for Primary Degenerative Dementia and Multi-Infarct Dementia, 1992.
- xxxix সমরেন্দ্র ভট্টাচার্য, “মনোদর্শন”, স্মৃতি ও কল্পনা, পৃঃ 161
- xl Primary Degenerative Dementia, 1992
- xli Alzheimer, 2012
- xlii Neurotransmitter and Brain Function, 2002
- xliii সমরেন্দ্র ভট্টাচার্য, “মনোদর্শন”, স্মৃতি ও কল্পনা, পৃঃ 161

## দ্বিতীয় অধ্যায়

### ব্যক্তিত্ব গঠনে স্মৃতির ভূমিকা

ব্যক্তিত্ব ও চরিত্রকে আমরা অনেক সময় এক করে দেখে থাকি। মনোবিজ্ঞানের দিক থেকে চরিত্র ও ব্যক্তিত্ব এক জিনিস নয়। ‘ব্যক্তিত্বের সাথে নৈতিক মূল্য যুক্ত করলে তা হয় চরিত্র আর চরিত্র থেকে নৈতিক মূল্য বাদ দিলে তা হয় ব্যক্তিত্ব’।<sup>i</sup> ব্যক্তির ব্যক্তিত্ব হচ্ছে ব্যক্তির আচার-আচরণের ধরণ বা ভঙ্গী, তার মনোভাব, দৈহিক ও মানসিক সামর্থ্য ইত্যাদি বৈশিষ্ট্য নিয়ে গঠিত। “ব্যক্তির সমগ্র ব্যক্তিসত্তাই তার ব্যক্তিত্ব”।<sup>ii</sup> ব্যক্তি মাত্রই কিছু না কিছু ব্যক্তিত্বের অধিকারী। প্রত্যেকের কিছু বিশেষ বৈশিষ্ট্য আছে, যেমন—আয়াসী, বুদ্ধিমান, ধীরস্থির, প্রভুত্বকামী, প্রফুল্ল, কোমল হৃদয়, মার্জিত, বিবেকবুদ্ধি সম্পন্ন, দুঃসাহসী, তেজস্বী, অতি-অনুভূতিপ্রবণ, বন্ধুভাবাপন্ন ইত্যাদি। এইসব বৈশিষ্ট্যসমূহ ব্যক্তিকে বিশেষ ব্যক্তিত্ব দান করে থাকে। এইসব মানসিক ও কিছু দৈহিক বৈশিষ্ট্যসমূহের সমাহারকে ব্যক্তিত্ব বলা যায়। এই বৈশিষ্ট্যসমূহ গঠন হয় কিছু জন্মগত সংস্কার ও কিছু অর্জিত শিক্ষা অনুসারে। জন্মগত সংস্কারের উপর আমাদের নিয়ন্ত্রণ থাকে না, তাই সে বিষয়টি এখানে আলোচনার অন্তর্ভুক্ত না

করে অর্জিত শিক্ষা আমাদের ব্যক্তিত্বকে কতখানি নিয়ন্ত্রিত করে তা আলোচনা করা হয়েছে। অর্জিত শিক্ষা আমাদের ব্যক্তিত্বকে যখন নিয়ন্ত্রণ করে তখন তাতে স্মৃতির ভূমিকা গুরুত্বপূর্ণ। স্মৃতিতে যদি অর্জিত শিক্ষা না থাকে তাহলে তার বাস্তব প্রয়োগ সম্ভব নয়। আবার স্মৃতিতে থাকলেও তার বাস্তবে প্রয়োগ সব সময় সম্ভব হয় না। দেখা যায় অনেকেরই ব্যক্তিত্বের বৈশিষ্ট্যের জ্ঞান থাকলেও তার বাস্তব প্রয়োগ বা অনুশীলনে বিরত থাকেন। কোনো বৈশিষ্ট্যের বাস্তব প্রয়োগের জন্য ব্যক্তিত্বের বৈশিষ্ট্যের জ্ঞান থাকাটাই যথেষ্ট নয়। একটি পরীক্ষা ও গবেষণায় পাওয়া গবেষণাপত্রের ভিত্তিতে দেখানোর চেষ্টা করা হয়েছে যে ব্যক্তিত্বের বৈশিষ্ট্যের জ্ঞান থাকলেও তার প্রয়োগ না থাকাও সম্ভব। বিষয়টি উপস্থাপনের জন্য গবেষণাপত্রটির প্রেক্ষাপট দেখা দরকার। তাই তার প্রেক্ষাপট নীচে সংক্ষেপে দেওয়া হলো।

## ২.১. প্রেক্ষাপট

১৮৪৮ সালের এক গ্রীষ্মে Phineas P. Gage<sup>iii</sup> নামক একজন ২৫ বছর বয়সের ব্যক্তি যিনি পেশায় ছিলেন রেলপথ নির্মাণের ঠিকাদার, তিনি Vermont<sup>iv</sup> এর Cavendish<sup>v</sup> নামক স্থানে এক ভয়াবহ দুর্ঘটনায় পড়েন। পথে একটি পাহাড় পড়ে। তখন সেই পাহাড়ে বিস্ফোরণ ঘটিয়ে একটি সুড়ঙ্গ তৈরি

করা আবশ্যিক হয়ে পড়ে। Phineas P. Gage ছিলেন একজন দক্ষ কর্মী। সুস্বাস্থ্যের অধিকারী এই ব্যক্তি নিজের দায়িত্ব অত্যন্ত দক্ষতার সাথে পালন করতেন। এই কাজে শারীরিক শক্তির সাথে সাথে বুদ্ধিমত্তার প্রয়োজন ছিল। সুড়ঙ্গ তৈরি করতে কতকগুলি ধাপ অনুসরণ করতে হয়। প্রথমে পাহাড়ের গায়ে একটা ছোট গর্ত খুঁড়তে হয়। সেই গর্তে বিস্ফোরক পাউডার ভর্তি করা হয়, সেখানে একটা সলতে ভরে দিতে হয়, তারপর বালি দিয়ে মুখ বন্ধ করে লোহার রড দিয়ে চেপে দিতে হয়। বালি না দিলে বিস্ফোরণ পাহাড়ের মধ্যে না হয়ে বাইরে চলে আসতে পারে। ভদ্রলোক বালি দিয়ে গর্তের মুখ চেপে দেওয়ার জন্য একটি বিশেষ ধরনের লোহার দন্ড তৈরি করেছিলেন।

তারপর ঘটল সেই ঘটনা। সেটা ছিল গ্রীষ্মকালের এক বিকেল বেলা। প্রায় সাড়ে চারটে নাগাদ ঘটনাটি ঘটে। তিনি গর্তে বিস্ফোরক পাউডার ভরে তাতে একটা সলতে করে দিয়েছিলেন। এবং তার সহযোগী একজনকে বললেন গর্তের মুখটা বালি দিয়ে ভরে দিতে। এমন সময় পাশ থেকে কেউ তাকে ডাকে। Gage সে দিকে তাকান। তার মনোযোগ বিঘ্নিত হয়। সহযোগী বালি দিয়ে মুখ ভরার আগেই তিনি বিস্ফোরক পাউডারের উপরে লোহার দন্ড দিয়ে ঠাসতে থাকেন। সেই মুহূর্তেই ঘটে যায় দুর্ঘটনা। বিস্ফোরণ এর আঘাত এসে পড়ে তার মুখে। দুর্ঘটনাটি খুব মারাত্মক ছিল। কয়েক সেকেন্ডের মধ্যে ঘটে

যাওয়া দুর্ঘটনা। একটি লোহার দন্ড গেজের চোয়াল ভেদ করে মস্তিষ্ক হয়ে ১০০ ফুট দূরে গিয়ে পড়ে। তাতে লেগে থাকে রক্ত এবং মস্তিষ্কের অংশ। গেজ ছিটকে দূরে গিয়ে পড়েন। যদিও তিনি নিস্তদ্ধ হয়ে পড়েন তবুও তিনি সচেতন ছিলেন।

এটা খুবই আশ্চর্যের বিষয় ছিল যে ছিটকে পড়ে গেলও তিনি জীবিত ছিলেন। তিনি কয়েক মিনিটের মধ্যে কথা বলেছিলেন। তিনি বললেন তার লোকেরা তাকে দুহাতে তুলে রাস্তায় নিয়ে গেছিলেন সেখান থেকে সাড়ে ১৬ ফুট দূরে এবং তাকে বলদে টানা গাড়িতে বসিয়ে সোয়া এক মাইল রাস্তা পার করে Mr. Josef Adams এর হোটেলে নিয়ে আসেন। সেখানে Gage নিজেই গাড়ি থেকে নেমে আসেন তার সহযোগীর সাহায্য নিয়ে।

Mr. Josef Adams ছিলেন একজন লম্বা এবং স্থূলকৃতির ব্যক্তি। Gage এর কাছে সেদিন এসেছিলেন দুজন চিকিৎসক Dr. Harlow<sup>vi</sup> এবং তার সহযোগী Dr. Edward Williams<sup>vii</sup>। Williams তার ক্ষত পরীক্ষা করে দেখেছিলেন। তার মস্তিষ্কের স্পন্দন ছিল অদ্ভুত। তার মস্তিষ্কের ক্ষত ছিল উল্টানো ফানেলের মত। মস্তিষ্কের ক্ষতের ব্যাস ছিল দুই ইঞ্চি মত। এই ক্ষতের কিনারাগুলি একই রকম থেকে গেছিল। এই ক্ষত দেখে বোঝা যাচ্ছিল যে একটি লৌহ দন্ড গালের

নিচ থেকে উপরের দিকে উঠে গেছিল। Williams যখন ক্ষত পরীক্ষা করছিলেন তখন Gage পাশে দাঁড়িয়ে থাকা লোকজনদের প্রশ্নের উত্তর দিচ্ছিলেন। Williams তখন দুর্ঘটনাস্থলে যারা ছিলেন এবং যারা সেখানে উপস্থিত ছিলেন তাদের সাথে কথা বলতে ইচ্ছুক হলেন। তখন Gage, Williams-কে সাম্প্রতিক কোন একটি ঘটনার বিষয়ে বলতে লাগলেন। এটা দেখে Williams এর মনে হলো যে Gage যথেষ্ট বুদ্ধিদীপ্ত। তবে দুর্ঘটনার ১৫ দিন পর Gage, William-কে জন Kirwin বলে ডাকতে লাগলেন। যদিও তিনি William এর সব প্রশ্নের উত্তর দিয়েছিলেন।

লৌহ দণ্ডের ওজন ছিল ১৩ পাউন্ডেরও বেশী। এর দৈর্ঘ্য ছিল ৩ ফুট ৭ ইঞ্চি এবং এক ইঞ্চির বেশি ছিল ব্যাসার্ধ। বিশেষ পরিস্থিতির জন্যই Gage তার প্রাণ ফিরে পেয়েছিল। এই লৌহদণ্ডটি একদম আলাদা রকমের ছিল। কারণ Gage তার যন্ত্রপাতি বিষয়ে ছিলেন অত্যন্ত হিসেবি।

মস্তিষ্কে একটি বড় ক্ষত নিয়ে Gage বেঁচে ছিলেন সামঞ্জস্যের সাথে। যদিও তা ছিল বিস্ময়কর। কিন্তু তার ক্ষত ছিল মারাত্মক। Dr. Harlow প্রায়শই বিভিন্ন রাসায়নিক পদার্থ দিয়ে ক্ষতস্থান পরিষ্কার করে দিতেন এবং তার মস্তিষ্কে ঈষৎ হেলিয়ে রাখতেন, যাতে দূষিত পদার্থ বেরিয়ে যায়। Gage এর বেশ

গুরুতর জ্বর এলো এবং একটা ফোঁড়া গজাল। Harlow সেটা নিয়মিত পরিষ্কার করতেন তার শল্য যন্ত্র দিয়ে। যদিও Gage তার প্রাণশক্তির কারণে সেসব অতিক্রম করতে পেরেছিলেন। প্রায় দুমাস পর তিনি সুস্থ হয়েছিলেন। যদিও তার শরীর সুস্থ ও সজীব ছিল কিন্তু তার মধ্যে যেন এক নতুন সত্তা জেগে উঠছিল।

Harlow-র বর্ণনা অনুসারে আমরা জানতে পারি কিভাবে Gage তার হারানো দৈহিক শক্তি ফিরে পেলেন। তিনি স্পর্শ করা, শ্রবণ করা, দেখা ইত্যাদি কাজগুলোর সাথে সাথে কথা বলতে পারতেন। যদিও তিনি তার বাঁ চোখে দেখতে পেতেন না কিন্তু ডান চোখে দেখতে পেতেন। তিনি ভালোভাবে হাঁটতে পারতেন, তিনি হাত দিয়ে শক্ত করে কিছু ধরতে পারতেন এবং ভাষার ব্যবহারও করতে পারতেন। তা সত্ত্বেও হারলৌ বর্ণনা করেছেন যে বৌদ্ধিক প্রক্রিয়া এবং পাশবিক প্রবণতার মধ্যে সাম্য ভেঙে গেছিলো। এই পরিবর্তন ধরা পড়ল যখন মস্তিষ্কের আঘাত প্রশমিত হলো। তার দক্ষতা কমে এলো, স্থূলতম অশ্লীল বিষয়ে কালক্ষেপ করতে থাকলেন—এগুলি তিনি আগে করতেন না। সহকর্মীদের সাথে দুর্ব্যবহার করতে শুরু করলেন, মতবিরোধ হলে ধৈর্য হারা হয়ে পড়লেন। তিনি ভবিষ্যৎ সম্পর্কে অনেক পরিকল্পনা করতে লাগলেন কিন্তু সেগুলি একের পর এক জমা হতে লাগল, কিন্তু তাদের বাস্তবে রূপ দিতে



পারলেন না। তার বুদ্ধি শিশুসুলভ অথচ প্রবৃত্তিমুখিনতায় একজন শক্তিশালী মানুষের মত। তার ভাষা এত কুৎসিত হয়ে পড়েছিল যে মহিলাদের তার আশেপাশে বেশিক্ষণ না থাকার উপদেশ দেওয়া হত। কারণ তা না হলে তার কথার দ্বারা ওই মহিলারা মনোক্ষুন্ন হতেন। অর্থাৎ শারীরিক স্বাস্থ্য ফিরে এলেও মানসিক স্বাস্থ্য তথা স্বাভাবিক ব্যবহার ফিরে আসেনি। Gage এক নতুন ব্যক্তিত্বের অধিকারী হলেন, যেখানে বর্তমান বিক্ষুব্ধ ব্যবহার এবং দুর্ঘটনা-পূর্ব-বিবেচনা-পূর্ণ শক্তিশালী চরিত্র—এদের মধ্যে পার্থক্য দেখা গেল।

দুর্ঘটনার আগে তার মানসিক ভারসাম্য সুন্দর ছিল যার ফলে পরিচিত ব্যক্তির তাকে দক্ষ

কৌশলী ও ভালো ব্যবহারকারী মনে করতেন। তিনি তার ব্যবসায়ী পরিকল্পনাগুলি বাস্তবায়িত করতেন। অর্থাৎ সর্বোপরি তিনি একজন সফল পেশাদার ব্যক্তি ছিলেন। কিন্তু দুর্ঘটনার পর তার পরিচিতরা তাকে চিনতে পারলেন না। তারা দেখলেন সেই Gage আর যেন সেরকম নেই। তার চরিত্রের এত পরিবর্তন হয়েছিল যে যেখানে তিনি কাজ করতেন সেখানে তাকে আর পুনর্বহাল করা হয়নি। এক্ষেত্রে শারীরিক সমস্যা ছিল না, সমস্যা হয়েছিল তার মধ্যে যেন এক নতুন চরিত্রের আবির্ভাব হওয়ার কারণে।

Gage-এর এই মানসিক অবস্থা অপরিবর্তিত থাকে, তাই সে আর আগের জীবিকাটি ধরে রাখতে পারল না। অবশেষে একটি ঘোড়ার আস্তাবলের কাজ নিলেন। নিয়মানুবর্তিতার অভাবে তার কোন কাজই দীর্ঘস্থায়ী হত না। তিনি যেন সে রকম কাজ খুঁজে বেড়াতেন যা তার পক্ষে সম্ভব নয়। অবশেষে তিনি একটি সার্কাসে কাজ নিলেন। সেখানে তিনি নিজের মস্তিষ্কের ক্ষত আর সেই লৌহদণ্ডটি দেখিয়ে মানুষকে আনন্দ দিতেন। এই সময় তার পশুদের প্রতি এবং বিভিন্ন বস্তু প্রতি প্রবল আকর্ষণ অনুভব করতে দেখা যায়। যা আগে দেখা যায়নি। এই ধরনের সমস্যা সাধারণতঃ এইরকম আঘাত প্রাপ্তদের অথবা যাদের অটিস্টিক রোগ আছে তাদের দেখা যায়।

যে অপরিষ্কৃত তথ্য পাওয়া যায় সেই তথ্য অনুযায়ী Gage মৃগী রোগে আক্রান্ত হয়ে পড়েন। ১৮৬১ সালের ২১ মে কয়েকদিন যাবৎ অসুস্থতার পর তিনি প্রাণ হারান। মৃত্যুর আগে পর পর অনেকগুলি খিঁচুনি একের পর এক আসতে থাকে। সেই তীব্র কম্পন এবং খিঁচুনি থেকে তিনি আর সচেতন অবস্থায় ফিরে আসেননি। এই অবস্থাকে বলা হয় status-epilepticus<sup>viii</sup>। মাত্র ৩৮ বছর বয়সে তিনি প্রাণ হারান।

## ২.২. গবেষণা পত্রটির গুরুত্ব

এই ঘটনাটি নেওয়ার কারণ হলো অন্যান্য পরীক্ষায় আমরা মানুষের ভাষার প্রত্যক্ষ এবং বিভিন্ন কর্মসমূহ নিয়ন্ত্রণকারী মস্তিষ্কের বিভিন্ন অংশ চিহ্নিত হতে দেখি। কিন্তু Gage-এর এই ঘটনাসম্পর্কিত পরীক্ষা থেকে কেবলমাত্র মানুষেরই থাকে এমন কিছু ক্রিয়া এবং সেইসব ক্রিয়ার পরিচালনকারী মস্তিষ্ক-অংশসমূহের চিহ্নিতকরণ হতে দেখা যায়। বিশেষ করে ব্যক্তিগতজীবন এবং ব্যক্তির সামাজিক জীবনের নিয়ন্ত্রণকারী মস্তিষ্কের অংশ সেই সাথে ভবিষ্যৎ সম্পর্কে পরিকল্পনা যা কিনা সামাজিক এবং পরিবেশগতভাবে সামঞ্জস্যপূর্ণ—সে সম্পর্কেও আলোকপাত করা হয়। Gage-এর এই পরীক্ষায় দেখা গেলো যে মস্তিষ্কের কোন অংশ নষ্ট হয়ে গেলে এই প্রক্রিয়াগুলি স্তব্ধ হয়ে যায়। অথচ সেই ব্যক্তি তখনও জীবিত থাকতে পারেন।

ঘটনাটি আরো বেশি গুরুত্বপূর্ণ এইজন্য যে Gage-এর স্বাভাবিক জীবন এবং অসুস্থতার পরবর্তী জীবন এই দুই অবস্থার মধ্যে অনেক পার্থক্য দেখা গেলো। দুই জীবনের মধ্যে এই বিরাট পার্থক্য তার বাকি জীবনে নিত্য সাথী ছিল। অসুস্থতার আগে তিনি তার নিজের ভালোর জন্য কোনটা উপযোগী তা বুঝতে পারতেন। শুধু তাই নয় ব্যক্তিগত এবং সামাজিক জীবনে তথা কর্মক্ষেত্রে তিনি

দক্ষতা নৈতিকতা এবং স্বাভাবিক মানসিকতার অধিকারী ছিলেন। অসুস্থতার পর তার সামাজিকবোধ, নৈতিকতা এবং ভবিষ্যৎ সম্পর্কে পরিকল্পনা করার ক্ষমতা হারিয়ে গেল। তিনি ভিত্তিহীন নতুন নতুন গল্প উদ্ভাবন করতে লাগলেন। Harlow তার বর্ণনায় বলেছেন যে ভবিষ্যৎ চিন্তার কোন চিহ্ন তার মধ্যে খুঁজে পাওয়া যেত না।

Gage-এর এই পরিবর্তন সামান্য ছিল না। কারণ তিনি কোন শুভ সিদ্ধান্ত নির্বাচন করতে পারতেন না। তার এই অবস্থাকে কেউ ভাবতে পারেন যে মূল্যবোধের ক্ষমতাটি বদলে গেছে অথবা সেটা একই রয়েছে কিন্তু কোন উপায় নেই যার দ্বারা তিনি তার ব্যবহারিক জীবনে ওই মূল্যবোধগুলোকে কাজে লাগাবেন। এই দুই বিকল্প বিশ্লেষণের মধ্যে কোনটি সঠিক তা নিশ্চিত করে বলা যায় না। তার অসুস্থতার আগের জ্ঞান অক্ষত থাকলেও তিনি সেই জ্ঞান বাস্তব জীবনে কাজে লাগাতে পারতেন না।

Gage-এর এই গল্পের অপর একটি গুরুত্বপূর্ণ দিক হলো তার চরিত্রের অবনমন হওয়া, কিন্তু মনের যে অন্যান্য দিকগুলো যেমন—আগ্রহ, প্রত্যক্ষ, স্মৃতি, ভাষা, বুদ্ধি ইত্যাদি অবিকৃত থেকে গেল, অর্থাৎ, যে দিকগুলির সাথে চারিত্রিক বিষয়টি অনেকটা সম্পর্কযুক্ত নয় সেই দিকগুলি অবিকৃত থেকে

গেলো। এই বিষয়টিকে অর্থাৎ মনের বিভিন্ন ক্রিয়াসমূহের মধ্যে কোন একটির অন্যান্য সবকটির থেকে আলাদা হওয়ার ঘটনাকে dissociation<sup>ix</sup> বলে। এই dissociation অন্যান্য রোগীদের ক্ষেত্রে কোন একটি বিষয় যা বাদবাকি অন্যান্য মানসিক বিষয় থেকে আলাদা এমনও হতে দেখা যায়। তখন সেই বিশেষ বিষয়টি যা কিনা অন্যান্য মানসিক ব্যাপারগুলো থেকে আলাদা সেই বিষয়ের dissociation আছে বলা হয়। Gage-এর এই dissociation বাকি জীবনে বহাল ছিল। চরিত্রের এই পরিবর্তনগুলি নিজে থেকে সারবার নয় সেটা Dr. Harlow লক্ষ্য করেছিলেন। কারণ Gage তার শারীরিক সমস্ত অসুবিধা কাটিয়ে উঠেছিলেন। সামাজিক ব্যবহারে তার অপারগতা কোনরকমে পুনরুদ্ধার করা সম্ভব ছিল না।

ব্রিটিশ শারীরবিদ David Ferrier<sup>x</sup>, Gage এর এই ঘটনাটির বিশ্লেষণের পর্যবেক্ষণ করেন দক্ষতা ও অনুরাগের সাথে। তিনি ইলেকট্রিক্যাল স্টিমুলেশন নিয়ে অনেক পরীক্ষা-নিরীক্ষা করেন পশুপাখিদের মস্তিষ্কের সেরিব্রাল কর্টেক্স বাদ দিয়ে দিয়ে। তিনি সিদ্ধান্তে পৌঁছান আমাদের মোটর এবং ল্যাঙ্গুয়েজের নিয়ন্ত্রণকারী একটি অংশ আছে মস্তিষ্কে। তিনি তার নাম দিলেন prefrontal cortex<sup>xi</sup>, এবং এই অংশের ক্ষতি হলে ব্যক্তিত্বের বিশেষ পরিবর্তন হওয়া সম্ভব। বিশেষ করে বলতে হয় Gage-এর ক্ষেত্রে যা হয়েছে সেটি হল

মানসিকতার অবনতি। Harlow এবং Ferrier উভয়ে Phrenology<sup>xii</sup> থেকে এই প্রেরণা পান।

যদিও Gage-এর মস্তিষ্কের কিছু অংশ যা দুর্ঘটনায় নষ্ট হয়ে গেছিল সেই অংশটুকু তার ভবিষ্যৎ-পরিকল্পনা, সামাজিক-ব্যবহার এবং নৈতিকতাকে নিয়ন্ত্রণ করে এমন জানা গিয়েছিল। তথাপি ঠিক কোন অঞ্চল, কোন ক্রিয়াকে নিয়ন্ত্রণ করে তা আবিষ্কার করা তৎকালীন যুগে যথেষ্ট কঠিন ছিল। বলাবাহুল্য তাই তখনকার মত স্পষ্ট করে তেমন কিছু জানা যায়নি।

এ বিষয়ে গবেষণার সুবিধার জন্য লেখক Gage-এর মতো আচরণকারী কোন ব্যক্তি খুঁজছিলেন। তেমনি একজন পাওয়া গেল যার সাথে Gage-এর ব্যবহারের অনেক মিল পাওয়া যায়। এখানে যেটা জানার বিষয় ছিল তা হল ব্যবহারের এই পরিবর্তন কি কোন রোগের ফল? ইনি নিজের অপারগতার জন্য কাজ হারিয়েছিলেন এবং তার কোন জ্ঞাতির কাছে আশ্রয় পেয়েছিলেন। কিন্তু লাভজনকভাবে পরিশ্রম না করায় তিনি সঠিক পারিশ্রমিক পাচ্ছিলেন না। অথচ অনেক চিকিৎসকই বলেছেন যে তার মানসিক বিষয়গুলি সঠিক ভাবে কাজ করছে—অর্থাৎ তাদের কাছে Elliot ছিলেন একাধারে অলস এবং দুষ্কর্মকারী।

প্রথমবার Elliot-কে দেখেই তার মনে হয়েছিল সে আনন্দদায়ক এবং অদ্ভুত, বেশ আনন্দোৎফুল্ল এবং নিয়ন্ত্রিত-আবেগ-সমন্বিত। তার ব্যক্তিত্ব ছিল শ্রদ্ধেয় ও কূটনৈতিক বুদ্ধিসম্পন্ন। তার মধ্যে ছিল উচ্চপ্রজ্ঞা। তিনি বেশ বিরক্তিকর ব্যক্তিগত বিষয়ে আলোচনার ক্ষেত্রেও ঠান্ডা মাথায় থাকতে পারতেন।

Elliot কেবল যে কৌশলী এবং বুদ্ধিদীপ্ত ছিলেন তা নয়, তার চারপাশে যা ঘটছে সে সম্পর্কেও তিনি খবর রাখতেন। তারিখ, নাম, খবরের পুঞ্জানুপুঞ্জ সব তার নখদর্পণে ছিল। এমনকি তিনি রাজনৈতিক বিষয়ও রহস্য করে বলতে পারতেন। অর্থনৈতিক পরিস্থিতিও তিনি বর্ণনা করতেন। ব্যবসার কৌশল তিনি যা বলতেন সেগুলি ত্রুটিহীন এবং সঙ্গতিপূর্ণ ছিল। জীবনের ঘটনাগুলির স্মৃতিসমূহ জাগ্রত ছিল, বিস্ময়কর ঘটনাগুলিও তিনি মনে রেখে ছিলেন এবং যে ঘটনাগুলি বিস্ময়কর সেগুলো তিনি মনে রাখতেন।

Elliot ছিলেন একজন ভালো স্বামী, একজন ভাল পিতা এবং একটি ব্যবসায়িক প্রতিষ্ঠানে ছিলেন কর্মরত। তার ছোট ভাই বোনদের কাছে এবং সহকর্মীদের কাছে তিনি ছিলেন অনুসরণীয়। তিনি একজন ভালো পেশাদার, সুব্যক্তিত্ব, সুসামাজিক হিসাবে পরিচিতি তৈরি করেছিলেন। কিন্তু তার জীবনে মোড় এল। তিনি মারাত্মক শিরোপীড়ায় আক্রান্ত হলেন, যার ফলে মনঃসংযোগ করা তার

পক্ষে খুব কঠিন হয়ে দাঁড়ালো। যেহেতু তার অবস্থা কঠিনতর হতে চলল সে যেন তার দায়িত্ব সম্বন্ধে বোধ হারাতে লাগলেন, এবং তার কাজগুলি অন্য কারো দ্বারা সংশোধিত এবং সম্পন্ন হতে লাগলো। তার পারিবারিক চিকিৎসক সন্দেহ করেন যে তার মাথায় ব্রেইন টিউমার হতে পারে। দুঃখজনকভাবে সেটা সত্য প্রমাণিত হলো।

টিউমারটি বেশ বড় ছিল এবং দ্রুত বৃদ্ধি পাচ্ছিল। যখন এটি খুঁজে পাওয়া গেছিল তখন একটি কমলালেবুর মত বড় ছিল। একে বলা হয় Elliot meningiomas<sup>xiii</sup>। এরকম বলার কারণ হলো এটা মেমব্রেন ভেদ করে বাইরে বেরিয়ে আসে। যেটা বাইরে দেখা যায় তাকে বলা হয় মেনিনজেস (meninges)<sup>xiv</sup>। পরে আবিষ্কৃত হয়েছিল যে Elliot এর টিউমারটি মাঝ বরাবর বৃদ্ধি পাচ্ছিল ন্যাশাল ক্যাভিটিসের (nasal cavity)<sup>xv</sup> ঠিক উপরে eye sockets<sup>xvi</sup> উপরিতল দ্বারা যে সমতলভূমি গঠিত হয় সেখানে। যেহেতু টিউমার বড় হচ্ছিল তাই উভয় frontal lobe-কে সংকুচিত করছিল নিজ থেকে।

Meningiomas যদিও তেমন ক্ষতিকারক নয়, যদি না টিউমারের টিস্যুগুলি সরাসরি যুক্ত না হয়, কিন্তু যদি তাদের শল্যচিকিৎসা দ্বারা বাদ না দেওয়া হয়



তাহলে তা malignant নামক tumour এর মত ক্ষতিকারক হতে পারে। তাই Elliot কে বাঁচাতে শল্য চিকিৎসা আবশ্যিক ছিল।

এক চমৎকার চিকিৎসক দল অস্ত্রোপচার করে tumour টি বাদ দিয়ে দেন। এক্ষেত্রে স্বাভাবিকভাবেই যে কোষগুলি tumour-এর প্রভাবে নষ্ট হয়ে গেছিল সেগুলো বাদ দিতে হলো। এই অস্ত্রোপচার সবদিক দিয়ে সাফল্য পেল, কারণ একবার অস্ত্রোপচার হলে এই tumour আর গজালো না, এবং মাথার ক্ষত অংশটি বাইরে থেকে ভালো দেখাচ্ছিলো। তবে যেটা পরবর্তীকালে প্রমাণিত হয়েছিল তা হল Elliot-এর ব্যক্তিত্বজনিত সমস্যা। তার শারীরিক উন্নতির সময় তার আত্মীয়-স্বজন এবং বন্ধুবান্ধব লক্ষ্য করেছিলেন যে তার চারিত্রিক অবনতি প্রকট হচ্ছে। যদিও Elliot ছিলেন বুদ্ধিদীপ্ত এবং তার ভাষার প্রয়োগ ক্ষমতা ছিল অক্ষত। কিন্তু তা সত্ত্বেও আরো অনেক দিক থেকে Elliot আর আগের Elliot রইলেন না।

তার দিন আরম্ভ করার ঘটনা বিবেচনা করা যাক। তিনি সকালে প্রস্তুত হন কাজে যাওয়ার জন্য। কিন্তু একসময় এমন হল যে তিনি তার কাজে গিয়ে ঠিকমত সময় ম্যানেজ করতে পারতেন না। যখন তাকে কোন একটি বিশেষ কাজ থেকে সরে এসে অন্য কোন কাজে মনোনিবেশ করতে বলা হত তখন

দেখা যেত তিনি তা করতে পারতেন না, সম্ভবত তিনি মূল লক্ষ্য থেকে দৃষ্টি ঘুরিয়ে নিতেন। হয়তো এমন কোন কাজে মনোনিবেশ করলেন যেটা সেই সময় আরো হতাশাজনক। ধরা যাক কোনো একজন ক্রেতার নথিপত্র পড়ে সেগুলিকে কয়েকটি শ্রেণীতে বিন্যাস্ত করতে হবে। Elliot হয়ত সেটা ভালো করে পড়লেন এবং বুঝলেন ওই তথ্যের তাৎপর্য, এবং তিনি ভালভাবেই জানতেন যে সাদৃশ্য ও বৈসাদৃশ্য অনুসারে কিভাবে ওই তথ্যগুলি আলাদা করতে হবে। কিন্তু হঠাৎ যে সমস্যা হয় তা হল, তিনি সবকিছু জানার বা বোঝার পর হঠাৎ করে যেন কোন একটি তথ্য খুব মনযোগ দিয়ে পড়া শুরু করলেন এবং সমস্ত দিন তাতেই কাটিয়ে দিলেন। অথবা তিনি একটা পূর্ণ অপরাহ্ন ব্যয় করে দিলেন শ্রেণিবিন্যাস (Classification)-এর কোন নিয়মটা পালন করা উচিত তা বিবেচনা করতে: সেটা তারিখ, তথ্যের আকৃতি, বিষয়ের প্রাসঙ্গিকতা বা অন্য কোন কিছু নিয়ে হতে পারে। কাজের গতি হঠাৎ থেমে যেত। এক্ষেত্রে Elliot এত অবধি যা কাজ করলো তা ভালই ছিল, যেখানে স্তব্ধ হলো সেখান থেকে তা পশ্চ হয়ে গেল। কেউ হয়ত বলতে পারেন যে তিনি বড় মাপের কাজের ক্ষেত্রে বুদ্ধি হারিয়ে ফেলেছিলেন। তিনি বুঝতে পারছিলেন না যে কোনটা তার মুখ্য উদ্দেশ্য। কিন্তু ছোটখাট কাজের ব্যাপারে যেখানে কাজটিতে সহায়ক অন্য বিষয়ে তার কাজগুলি ছিল অনাবশ্যিক সূক্ষ্ম।

তার মৌলিক জ্ঞানগুলি জাগ্রত ছিল এবং অনেক পৃথক পৃথক কাজ সে আগের মতই করতে পারত। কিন্তু যখন কোনো বিশেষ প্রয়োজনীয় কাজ তাকে করতে দেওয়া হতো তখন সে ততটা করতে পারত না। যখন সহকর্মীরা এবং পুরানো কর্মীরা বারবার উপদেশ দেওয়া সত্ত্বেও সেটা পরিপালিত হয়নি তখন তার জীবিকা চলে যায়। এরপর অনেকবার অনেক কাজে প্রবেশ করলেন এবং বহিষ্কৃতও হতে থাকেন। Elliot-এর জীবন তখন অন্যভাবে চলতে লাগলো।

তার কোনো নির্দিষ্ট জীবিকা রইল না। সে এখন নতুন করে সময় কাটাতে লাগলো ব্যবসায়ী চিন্তা-ভাবনা নিয়ে। তার নতুন ব্যবসা গৃহনির্মাণ থেকে বিনিয়োগ নিয়ন্ত্রণ পর্যন্ত প্রসারিত ছিল। তার এই উদ্যোগ নিতে গিয়ে তিনি বদনাম কুড়ালেন। বন্ধু-বান্ধবদের অনেক সতর্কবার্তাও কোন কাজে এল না, শেষে তার এই উদ্যোগ দেউলিয়াতে পর্যবসিত হল। ব্যবসাটা বন্ধ হয়ে গেল। যারা এই লোকটাকে আগে দেখেছিলেন তাদের পক্ষে তার ব্যবসার এই ভরাডুবি বিশ্বাস করা আশ্চর্য ছিল।

তার স্ত্রী শিশু সন্তান এবং বন্ধুরা কিছুতেই বুঝতে পারছিলেন না যে তার মত একজন যথাযথ অগ্রণী এবং জ্ঞানী ব্যক্তি কিভাবে এমন বোকা আচরণ করতে পারেন। এদের মধ্যে অনেকে আবার তার এই নতুন অবস্থাটিকে দেখে

নিজেদের মানিয়ে নিতে পারছিলেন না। ফলস্বরূপ প্রথমে বিবাহবিচ্ছেদ হল, তারপর আবার অল্প সময়ের জন্য বিবাহ। কিন্তু যে মহিলার সাথে বিবাহ হল তাকে তার পরিবার বন্ধু-বান্ধব কেউ মেনে নিতে পারেননি। তারপর সেখানেও বিচ্ছেদ হলো। এখানেই থেমে থাকল না। এরপর তিনি একাকিত্ব বোধ করতে লাগলেন এবং যারা তার দেখভাল করতেন, তারাও সামাজিক সুরক্ষার জন্য সে সব বন্ধ করে দিলেন।

Elliot এর অসুবিধাগুলি মূলত স্নায়বিক কারণে হয়েছিল। যদিও একথা সত্য যে সে তখনো দৈহিকভাবে এবং মানসিকভাবে সক্ষম ছিল। কিন্তু সিদ্ধান্তে পৌঁছানোর ক্ষমতা বিঘ্নিত হয়েছিল, ঠিক যেমন কয়েকঘন্টা পরের কাজগুলির জন্য প্রয়োজনীয় পরিকল্পনা করা তার পক্ষে অসুবিধা হয়ে পড়েছিল। তার এই পরিবর্তন বিচার ক্ষমতার ব্যর্থতামাত্র নয়। সাধারণত অনেকেই সিদ্ধান্ত নিতে গিয়ে মাঝে মাঝে অসুবিধায় পড়েন, কিন্তু তারাও এমন কঠিন অবস্থার মধ্যে পড়েন না। আবার এই পরিবর্তন পূর্ববর্তী কোন চারিত্রিক দুর্বলতার ফলস্বরূপ নয়। তার এই পরিবর্তন ছিল বড় মাত্রার এবং সেটা রোগের লক্ষণ। এই রোগকে ইচ্ছামত নিয়ন্ত্রণ করা যেত না, এই রোগের কারণ ছিল মস্তিষ্কের কোন বিশেষ অংশ নষ্ট হয়ে যাওয়া। ফলে এই পরিবর্তনগুলো ছিল স্থায়ী, সাময়িক নয়।

এই ঘটনাটি আরো দুঃখজনক ছিল এই কারণে যে, সে আগের মতই আচরণ করত, তাকে না বোকা না অজ্ঞ কোনটাই মনে হতো না। কিন্তু সিদ্ধান্ত গ্রহণের বেলায় তার ওই বিষয়ক যন্ত্রগুলি এতটা ত্রুটিপূর্ণ ছিল যে তাকে আর সামাজিক মানুষ বলে মনে হতো না। বারবার বিপজ্জনক পরিস্থিতির সম্মুখীন হলেও সে তার ভুল থেকে শিক্ষা গ্রহণ করতে পারছিল না। সে যেন মুক্তির বাইরে, ঠিক যেমন অপরাধ পুনরাবৃত্তিকারী সত্যিকারের অনুতাপ করার কিছুক্ষণ পর আবার সেই একই ভুল করে। বলা চলে যে তার স্বাধীন ইচ্ছার সাথে তাকে যেন আপোষ করে চলতে হচ্ছে, আলোচনার নিরিখে এই ঘটনাকে গেজের সাথে তুলনা করে বলা যায় যে গেজেরও স্বাধীন ইচ্ছার সাথে আপোষ করে চলতে হত।

কয়েকটা দিক থেকে Elliot ছিলেন যেন নতুন Phineas Gage, সামাজিক কৃপা থেকে বঞ্চিত, যে নিজের ও পরিবারের ভালোর জন্য নিজের সিদ্ধান্তকে লাভজনকভাবে নিয়ন্ত্রণ করতে পারে না। সে যেন কোনভাবেই একজন স্বাধীন মানুষ রইল না। সেও গেজের মত মিশ্র স্বভাব অর্জন করেছিল। তবে কিছু ক্ষেত্রে সে গেজের থেকে আলাদা, তার সমস্যা গেজের মত অতখানি তীব্র ছিল না, বা সেরকম অশ্লীলও ছিল না। এই পার্থক্য হয়তো মস্তিষ্কের ক্ষত কোন

স্থানে—তার উপর নির্ভর করে আলাদা, অথবা সামাজিক ও সাংস্কৃতিক প্রেক্ষাপট এর উপর নির্ভর করে আলাদা, অথবা পূর্ববর্তী কোন রোগের কারণে এই চারিত্রিক পরিবর্তন, বয়স বা অন্য কোন কারণে এই পার্থক্য আসতে পারে— এখানে সে বিষয়টি আলোচনা করা হয়নি।

এমনকি Elliot এর মস্তিষ্ক আধুনিক imaging<sup>xvii</sup> প্রক্রিয়ায় গবেষণার আগের থেকেই লেখক জানতেন যে এই সব ক্ষেত্রে ক্ষত frontal lobe অঞ্চলে, তার স্নায়ুবিদ্যিক মনোবিদ্যার প্রোফাইলেও এই অঞ্চলটিকেই নির্দেশ করে। পরবর্তীতে দেখা যাবে যে মস্তিষ্কের অন্যান্য অঞ্চলে ক্ষতিগ্রস্ত হলেও উদাহরণস্বরূপ ডানদিকের সোম্যাটোসেনসরি কর্টেক্স<sup>xviii</sup> ক্ষতিগ্রস্ত হলেও তা সিদ্ধান্ত নেওয়ার ক্ষেত্রে সমস্যা আনে, কিন্তু সে ক্ষেত্রে আরো কিছু সমস্যা তার সাথে যুক্ত থাকে। যেমন বৃহৎ পক্ষাঘাত কিংবা সংবেদন প্রক্রিয়ায় বাধাপ্রাপ্ত হওয়া।

Elliot এর উপর করা কম্পিউটার-কৃত টোমোগ্রাফি<sup>xix</sup> এবং ম্যাগনেটিক রেজোন্যান্স এর দ্বারা জানা যায় মস্তিষ্কের ডানদিক এবং বাম দিক উভয় দিকের frontal lobe ক্ষতিগ্রস্ত হয় এবং এই ক্ষতি বামদিকের তুলনায় ডান দিকে বেশি হয়। বাস্তবে, বামদিকের frontal lobe, যত ক্ষতি সব orbital<sup>xx</sup> এবং medial<sup>xxi</sup> সেক্টরে সীমাবদ্ধ। ডানদিকের একইরকমভাবে ক্ষতিগ্রস্ত হয়, কিন্তু

পার্শ্বিক হল সেইসাথে lobe এর core (cerebral cortex এর শ্বেতবস্তু) ও ক্ষতিগ্রস্ত হয়। যার ফলে right cerebral cortex এর একটা বড় অংশ আর ক্রিয়াশীল থাকে না।

উভয় দিকে frontal lobe-এর কিছু অংশ যারা মোটর বা প্রীমোটর অঞ্চলের মুভমেন্ট নিয়ন্ত্রণ করেন তারা ধ্বংস হয় না। এটা আশ্চর্যের বিষয় নয়, কারণ Elliot এর movement ছিল সম্পূর্ণ স্বাভাবিক। আশা করা যায় যে frontal language এর সাথে যুক্ত cortex গুলি অবিকৃত ছিল। এই অঞ্চল শিখন এবং স্মরণের জন্য প্রয়োজনীয় অঞ্চলগুলির একটি। যদি তা ধ্বংস হতো তাহলে তার স্মৃতি শক্তিও বিঘ্নিত হত।

Elliot এর মস্তিষ্কে অন্য কোন ক্ষতের কোনো প্রমাণ পাওয়া যায় কি? এর উত্তর স্পষ্টতই, না। Temporal, occipital<sup>xxii</sup> এবং parietal<sup>xxiii</sup> অঞ্চলগুলি ছিল উভয় হেমিস্ফিয়ারে অক্ষত। The large gray-matter nuclei beneath the cortex, the basal ganglia<sup>xxiv</sup> and the thalamus<sup>xxv</sup> প্রভৃতি অঞ্চলগুলিও অক্ষত ছিল। সুতরাং ক্ষত কেবল prefrontal cortices এ সীমাবদ্ধ ছিল। ঠিক যেন গেজের মত ওই cortices গুলির ventro-

medial sector<sup>xxvi</sup> নষ্ট হয়েছিল বলে ধরা হয়। Elliot এর ক্ষেত্রে বাম দিকের তুলনায় ডানদিকে ক্ষত বেশি বিস্তৃত ছিল।

কেউ হয়তো ভাবতে পারেন যে লঘু মস্তিষ্ক নষ্ট হয়ে গেছিল; তার বাঁ দিকের অংশটা অক্ষত ছিল। যদিও মস্তিষ্কের ক্ষতের যে পরিণাম প্রভাব হওয়ার কথা সবসময় সেরকম দেখা যায় না। কারণ মস্তিষ্ক একটা বড় স্নায়ু কোষের পিণ্ড নয় যারা সবসময় একই কাজ করে। সিদ্ধান্ত নেওয়ার জন্য মস্তিষ্কের যে অংশ আবশ্যিক সেই অংশ Gage এবং Elliot উভয়েরই নষ্ট হয়ে যায়।

লেখক Elliot এর বুদ্ধিমত্তার সংগতি স্মরণ করে মুগ্ধ হন, কিন্তু আরো যেসব রোগীর frontal lobe নষ্ট হয়েছে তাদের সাথে বুদ্ধিমত্তার দিক থেকে তিনি যথেষ্ট সাদৃশ্যপূর্ণ। যদিও তাদের বুদ্ধিতে ছোটখাটো পরিবর্তন দেখা যায় যেগুলি মূলতঃ অন্যান্য বিশেষ বিশেষ স্নায়ু মনোবিদ্যার পরীক্ষায় ধরা পড়ে। তাদের এই পরিবর্তিত আচরণের কারণ অনেক সময় স্মৃতি এবং আগ্রহ (attention) এর সমস্যা। Elliot এর তেমন কোন সমস্যা ছিল না।



এর ফলে এখানে তিনি নতুন ধরণের মানসিক অবস্থায় উপনীত হন। তিনি ইতিপূর্বে অন্য একটি প্রতিষ্ঠানে পরীক্ষিত হয়েছিলেন এবং সেখানে মস্তিষ্কের সমস্যা ধরা পড়েনি। অর্থাৎ তার Intelligence Quotient (IQ)<sup>xxvii</sup> ছিল উন্নত ধরনের, এবং তার Wechsler Adult Intelligence Scale<sup>xxviii</sup> এও কোনো অস্বাভাবিকতা ধরা পড়েনি। তার সমস্যাগুলি কোন জৈবিক রোগের ফল নয় অর্থাৎ স্নায়বিক ক্রিয়ার ত্রুটির জন্য নয় বা মস্তিষ্ক-বিষয়ক ত্রুটির জন্য নয়, তার সমস্যা ছিল আবেগ এবং মনের মধ্যে সংগতি সাধনের সমস্যা, অর্থাৎ এটা মনোবৈজ্ঞানিক সমস্যা যার সমাধান মনোচিকিৎসা দ্বারা সম্ভব। আর তারপর একগুচ্ছ মনোচিকিৎসার পরীক্ষায় ব্যর্থ হওয়ার পর তা লেখকের কাছে প্রেরণ করা হয়।

মস্তিষ্ক এবং মনের রোগের মধ্যে যে পার্থক্য তা আমাদের সমাজে এবং ওষুধ এর জগতে প্রচলিত হয়ে আসছে। এখানে মন এবং মস্তিষ্কের মধ্যে যে মৌলিক সম্পর্ক আছে সেটা অস্বীকার করা হয়। যাদের মস্তিষ্কে ব্যাধি তাদের দুর্দশার জন্য তাদেরকে দায়ী করা যায় না, তথাপি যাদের ব্যাধি-গ্রস্ত মন, বিশেষ করে যাদের কাছে আচরণ এবং আবেগ নিয়ন্ত্রণ-হীন, সেখানে সামাজিক বাধা দেখা যায় এবং ঐসব রোগগ্রস্ত মানুষদের অনেক প্রশ্নের উত্তর দিতে হয়। মানুষকে তার চারিত্রিক অবনতির জন্য, ত্রুটিযুক্ত আবেগীয় অবস্থার জন্য সবচেয়ে বেশী দায়ী বলে মনে করা হয় তা হল ইচ্ছাশক্তি না থাকা।

এখানে পাঠক প্রশ্ন করতে পারেন যে পূর্ববর্তী যে মেডিকেল পরীক্ষাগুলো করা হলো সেগুলো কি ত্রুটিপূর্ণ ছিল? Elliot-এর মত ক্ষতিগ্রস্ত যারা তারা কি মনোবৈজ্ঞানিক পরীক্ষায় অংশগ্রহণ করে ভালো ফলাফল দিতে পারেন? বাস্তবে এটাই হয়। যেসব রোগীদের সামাজিক ব্যবহার সংক্রান্ত কতগুলি চিহ্নিত অস্বাভাবিকতা রয়েছে তারা বেশিরভাগ ক্ষেত্রে অথবা বলা যায় প্রায় সমস্ত ক্ষেত্রে বৌদ্ধিক পরীক্ষায় সফল হন, এবং চিকিৎসক ও গবেষকরা এই বিশেষ বাস্তবতাকে রহস্যমুক্ত করতে কয়েক দশক ধরে কাজ করে চলেছেন। হয়তো মস্তিষ্কের ব্যাধি থাকতে পারে, কিন্তু পরীক্ষাগারের পরীক্ষাগুলিতে তারা কোন গুরুত্বপূর্ণ অসামঞ্জস্য খুঁজে দিতে পারেননা। এখানে সমস্যা পরীক্ষাগুলিতে, রোগীদের মধ্যে নয়। পরীক্ষাগুলি সঠিকভাবে যে বিশেষ ক্রিয়াগুলি ক্ষতিগ্রস্ত হচ্ছে সেগুলিকে চিহ্নিত করতে পারছে না, সুতরাং ক্ষত কোথায় তা ধরা পড়ছে না। Elliot এর ক্ষতের অবস্থা পর্যবেক্ষণ করে, লেখক অনুমান করেছিলেন যে সে বেশিরভাগ মনোবৈজ্ঞানিক পরীক্ষায় সফল হবে কিন্তু অল্প কয়েকটি পরীক্ষায় সে অসফল হল যেগুলি frontal cortices-এর ত্রুটিযুক্ত ক্রিয়ার ফলে হয়।

মনোবৈজ্ঞানিক এবং স্নায়ু মনোবৈজ্ঞানিক প্রামাণ্য মাত্রার পরীক্ষাগুলিতে Elliot বেশ উচ্চ মেধা-সম্পন্নরূপে মূল্যায়িত হলেন। তিনি নিজের সামর্থ্য দেখালেন তা

হয় স্বাভাবিক অথবা উন্নত। তার সংখ্যা সংক্রান্ত যে সাক্ষাৎ-স্মৃতি (direct-memory<sup>xxix</sup>) তা উন্নত ছিল। এবং তার স্বল্পকালীন মৌখিক স্মৃতি (short-term-verbal memory<sup>xxx</sup>) এবং জ্যামিতি সংক্রান্ত চাক্ষুষ কিছু স্মৃতি প্রভৃতিও উন্নত ছিল। তার Rey<sup>xxxii</sup>-র শব্দ স্মরণ (একটি পরীক্ষা)-এ বিলম্ব হওয়া এবং কঠিন আকৃতিগুলি মনে করা ইত্যাদিতে ছিল স্বাভাবিক দক্ষতা। বহু ভাষার যে পরীক্ষা, তার অনেকগুলি পরীক্ষায় যেখানে ভাষার বিভিন্ন দিকগুলি যেমন শব্দকোষ বা শব্দ নিরূপণ ইত্যাদি ছিল—সেখানে দক্ষতা ছিল স্বাভাবিক। Benton<sup>xxxiii</sup> এর মুখমন্ডল পৃথককরণের পরীক্ষায় তার চাক্ষুষ প্রত্যক্ষ এবং নির্মাণ কৌশল, রেখা বিন্যাস সংক্রান্ত বিচার, ভৌগোলিক বিন্যাস সম্পর্কিত পরীক্ষা এবং দ্বিমাত্রিক ত্রিমাত্রিক ব্লক নির্মাণ ইত্যাদি বিষয়ে তার দক্ষতা ছিল স্বাভাবিক।

Elliot স্মৃতি সংক্রান্ত পরীক্ষায় যেখানে সময়ের ব্যবধান ছিল সেখানে তিনি স্বাভাবিক ছিলেন। একটা পরীক্ষা যেখানে স্মরণটা করা হবে তিন সেকেন্ড ১৮ মিনিট দেরিতে করতে বললে পেছনদিকে গুণে সেই একই সময়ের ব্যয়ে বলতে হতো। অপর একটি পরীক্ষায় ১৫ সেকেন্ড পরে দেখা যায় সময়টা হিসাব করতে বেরিয়ে যায়। যাদের frontal lobe সমস্যা আছে তাদের পরীক্ষার ফল

অস্বাভাবিক আসে। Elliot উভয় কাজে ভালো ফল করেছে। তিনি উভয় পরীক্ষায় যথাক্রমে ১০০% ও ৯০% সফল হয়েছিলেন।

সংক্ষেপে বলা যায় প্রত্যক্ষ ক্ষমতা, অতীত স্মৃতি, স্বল্পকালীন স্মৃতি, নতুন ভাষা এবং হিসেব করার যে সামর্থ্য তা অক্ষত ছিল। মনোযোগ অর্থাৎ কোনো একটি বিষয়ে মনকে অন্যান্যগুলো থেকে আলাদা করে সীমাবদ্ধ করা, সেখানেও তিনি স্বাভাবিক ছিলেন। ওয়ার্কিং-মেমোরি, যার কাজ হলো কয়েক সেকেন্ড কোন তথ্যকে মনে ধরে রাখা, তারও ক্রিয়াশীলতা একই রকম ছিল। ওয়ার্কিং-মেমোরির পরীক্ষা সাধারণতঃ শব্দ এবং সংখ্যা বিষয়ক পরীক্ষা, বিষয় বা তাদের বৈশিষ্ট্য সংক্রান্ত ক্ষেত্রেও করা হয়। উদাহরণস্বরূপ কাউকে ফোন নম্বর একবার বলা হবে, উল্টোদিক থেকে বলতে বলা হবে বেজোড় সংখ্যা গুলোকে এড়িয়ে।

লেখকের যে পূর্বানুমান ছিল যে Elliot frontal lobe-এর ক্রিয়ার ত্রুটি নির্ণয়কারী পরীক্ষায় ব্যর্থ হবেন—তা সঠিক ছিল না। এই দিকটা তার এতটাই অক্ষত ছিল যে বিশেষ বিশেষ কাজগুলো তার কাছে সহজ মনে হচ্ছিল। তাকে দেওয়া হয়েছিল Wisconsin এর card sorting test, যার অন্তর্ভুক্ত ছিল একগুচ্ছ কার্ড থেকে একটি মুখ বেছে নেওয়া যেটা রঙ, আকার, এবং সংখ্যায় প্রদত্ত মানের সাথে মেলে। যখন নির্দেশক এই বাছাই প্রক্রিয়ার নিয়মটা বদলে

দেবেন, তখন সেই পরীক্ষার্থীকে সঙ্গে সঙ্গে তার নতুন নিয়মটি উপলব্ধি করতে হবে। ১৯৬০ সালে Brenda Milner<sup>xxxiii</sup> যেসব রোগীর pre-frontal cortices ক্ষতিগ্রস্ত তারা এই পরীক্ষায় প্রায়শই অকৃতকার্য হন, পরবর্তীতে অনেক গবেষক এই উপলব্ধিকে সমর্থন জানান। এই রোগীরা সাধারণতঃ একটা নিয়মে স্থির থাকতে চান পরিবর্তিত অন্য নিয়ম মেনে নেওয়া অপেক্ষা। Elliot ৭০ প্রকারের মধ্যে ছ'টা বিভাগ খুঁজে পান, যেটা অনেক pre-frontal lobe নষ্ট হয়েছে এমন লোকেরা করতে পারেন না। সে এমনভাবে কাজটা করল যেন কোন সুস্থ মানুষের করেছেন। এক বছর ধরে সে এই পরীক্ষা এবং এই ধরনের অন্যান্য পরীক্ষায় সাফল্যের সাথে অতিক্রম করেছেন। Elliot এর এই দক্ষতা তার কার্যকরী স্মৃতি (working memory) যে সক্ষম এবং যৌক্তিক দক্ষতা এবং মানসিক অবস্থান পরিবর্তনের সক্ষমতা প্রমাণ করে।

অসম্পূর্ণ তথ্য থেকে কোন বিষয়ে পূর্বানুমান করাটা উন্নত বুদ্ধির প্রকৃতিগত বৈশিষ্ট্য আর সেটা প্রায়শ frontal lobe নষ্ট হলে ব্যাহত হয়। Tim Sallice<sup>xxxiv</sup> এবং M.Evans<sup>xxxv</sup> একটি পরীক্ষা প্রস্তুত করলেন যেখানে কতগুলো প্রশ্ন রাখা হয় যার কোন নির্দিষ্ট উত্তর নেই এবং এই উত্তর বিভিন্ন প্রকার অসংলগ্ন তথ্যগুলি একত্রিত করে এবং তার উপর যৌক্তিক দক্ষতা খাটিয়ে তৈরি করতে হবে একটা বৈধ অনুমানের আকার। উদাহরণস্বরূপ বলা

যায় New-York-city<sup>xxxvi</sup>-তে কতগুলি জিরাফ আছে? অথবা Iowa<sup>xxxvii</sup> শহরে কতগুলি হাতি আছে? এই প্রশ্নের উত্তর দিতে অবশ্যই ধরে নিতে হবে যে এই ধরনের কোন পশু উত্তর আমেরিকায় স্বাভাবিকভাবে হয়না, কেবলমাত্র চিড়িয়াখানা এবং বন্যপ্রাণী সংরক্ষণ অঞ্চলেই এদের দেখা যায়। সেক্ষেত্রে অবশ্যই নিউইয়র্ক সিটির এবং আইওয়া সিটির মানচিত্র দেখতে হবে যাতে সেখানে অবস্থিত সমস্ত পশুশালা এবং সংরক্ষিত অঞ্চল পাওয়া যায় এবং অন্য কোন জ্ঞানের উৎস থেকে জানতে হবে সেই পশুদের সংখ্যা, তারপর সেগুলিকে যোগ করতে হবে। তবু এই প্রশ্নের উত্তর আসবে অনেকটা আনুমানিক। যদি কেউ একদম সঠিক উত্তরটা দিয়ে ফেলেন তাহলে সেটা বিস্ময়কর। কারণ এই প্রশ্নের উত্তর দিতে অনেক অসম্বন্ধিত জ্ঞানের মধ্যে সম্বন্ধ আবিষ্কার করতে হবে এবং সাধারণ যৌক্তিক সামর্থ্য থাকতে হবে, মনোযোগ স্বাভাবিক থাকতে হবে, ওয়ার্কিং মেমোরি ও স্বাভাবিক থাকা চাই। এই পরীক্ষার ক্ষেত্রেও দেখা যায় Elliot স্বাভাবিক উত্তর দেয়।

এইভাবে Elliot তার জন্য সাজিয়ে রাখা বেশিরভাগ চক্র পার হয়ে গেছিলেন। কিন্তু ব্যক্তিত্ব নির্ণয়ের পরীক্ষা করা হয়নি। লেখক এই পরীক্ষাটি করতে উদ্যত হয়েছেন। Minnesota Multiphasic Personality Inventory<sup>xxxviii</sup> কিম্বা সংক্ষেপে বলা যায় MMPI এর সাহায্যে ব্যক্তিত্ব পরীক্ষা করা হয়। মনে হতে

পারে যে Elliot সেটা তো উত্তীর্ণ হবেন, কারণ অন্যান্য পরীক্ষায় তার দক্ষতা ছিল অকৃত্রিম।

পূর্ববর্তী পরীক্ষাসমূহের পর মনে হতে পারে যে—Elliot একজন স্বাভাবিক বুদ্ধি সম্পন্ন মানুষ। কিন্তু বাস্তবে দেখা যায় যে তিনি সঠিকভাবে কোন ব্যাপারে সিদ্ধান্ত নিতে পারেন না, বিশেষ করে যখন ব্যক্তিগত বা সামাজিক ব্যাপারে সিদ্ধান্ত নেওয়ার প্রয়োজন হয়। তাই প্রশ্ন জাগে যে তাহলে সামাজিক এবং ব্যক্তিগত ব্যাপারে সিদ্ধান্ত নেওয়ার প্রক্রিয়াটি কি বিভিন্ন স্থান, বস্তু, সংখ্যা, শব্দ ইত্যাদি ব্যাপারে সিদ্ধান্ত নেওয়ার প্রক্রিয়া থেকে আলাদা? তারা কি পৃথক কোন স্নায়ুতন্ত্রের ক্রিয়া-কলাপের অন্তর্ভুক্ত? এক্ষেত্রে সিদ্ধান্তে আসতে হয় যে যদিও মস্তিষ্কের বিশেষ ক্ষতের জন্যই এই সমস্ত পরিবর্তন, তা সত্ত্বেও পরীক্ষাগারে উপকরণসমূহ দ্বারা পরীক্ষা করে কিছুতেই এর কারণগুলি নির্দিষ্টভাবে জানা যাবে না। একই রকমের রোগযুক্ত অন্যান্য রোগীরা সিদ্ধান্ত নেওয়ার বেলায় কিছুটা ব্যর্থ হতেন, কিন্তু তাদের কারো এরকম মারাত্মক সমস্যা ছিল না বলে গবেষকরা মনে করেন। এ বিষয়ে যদি অসুবিধাগুলি নির্ণয় করতে হয়, তাহলে আমাদের নতুন পস্থা অবলম্বন করতে হবে। আর যদি Elliot-এর আচরণজনিত সমস্যাকে নির্ণয় করতে হয় তাহলে আমাদের প্রচলিত পস্থা থেকে সরে আসতে হবে এবং নতুন পস্থা অবলম্বন করতে হবে।

## ২.৩. উৎপন্ন সমস্যার প্রেক্ষিতে বিভিন্ন পরীক্ষার প্রত্যুত্তরঃ

কয়েকটা বিষয় এখানে উল্লেখ করা দরকার তা হলো যখন কোন বুদ্ধিগত প্রতিবন্ধকতা আসে তখন যদি কিছু সময় ওই সমস্যা থেকে নিজেকে সরিয়ে নেওয়া হয় তাহলে তা বেশ ফলদায়ক হয়। সুতরাং লেখক কিছুটা সময় Elliot এর সমস্যা থেকে নিজেকে আলাদা করে রাখলেন, আর পরে যখন আবার ভাবতে লাগলেন তখন তিনি দেখলেন যে বিষয়টি পরিবর্তিত হতে শুরু করেছে। তিনি অনুভব করলেন যে Elliot বুদ্ধি এবং যুক্তি বিষয়ে বেশি মনোযোগ দিয়ে ফেলছেন কিন্তু তার আবেগ নিয়ে খুব বেশি চিন্তা করেননি। তিনি আবেগের দিক থেকে contained (পরিমিত) ছিলেন। তিনি কখনও অতিরিক্ত আবেগ-প্রবণ হতেন না, অযথা হাসতেন না বা কাঁদতেন না, তাকে কখনো দুঃখিত বা আনন্দিত মনে হতো না। তিনি খুব বেশি রসিক ছিলেন না কিন্তু রসবোধ ছিল (তার বুদ্ধি পরিচিত অনেক মানুষের থেকে ভালো ছিল)। আরও অনুসন্ধানের পরে জানা গেল কোন কিছু জিনিস বাদ পড়ে গেছে, লেখক যেন সেই বাদপড়া অংশটি কোনভাবে এড়িয়ে চলে গেছেন। তিনি তার দুর্ঘটনার স্মৃতিকে স্মরণ করতে পারতেন, কিন্তু ঘটনাটির মাত্রার থেকে নিজেকে একটু দূরে সরিয়ে রাখতেন নিজেকে। তিনি ছিলেন সর্বদা নিয়ন্ত্রিত এবং যে কোন



এক দৃশ্য যা কিনা হতাশাব্যঞ্জক তাকে একজন নিছক দর্শক হিসেবে বর্ণনা করতেন। তার বর্ণনায় কোথাও তার নিজের দুঃখের কথা বলা নেই যদিও সে-ই ঐ ঘটনার নায়ক। মনে রাখা দরকার এই ধরনের সংঘম বেশিরভাগ ডাক্তার যারা চিকিৎসা করেন, তাদের জন্য প্রয়োজন, এতে তাদের আবেগ খুব বেশি খরচ হয় না। তার সাথে অনেক সময় কথা বলার পরও দেখা গেছে যে, তার আবেগের মাত্রা স্বাভাবিক ছিল। আবেগ নিয়ন্ত্রণে তার কোনো পরিশ্রম হচ্ছিল না সে আবেগ যেমনই প্রভাবশালী হোক, তিনি ছিলেন শান্ত এবং বিশ্রামরত ছিল। তার বর্ণনাও ছিল অনায়াসসাধ্য। ভেতরের আবেগের অনুরণন বা দুঃখের অবদমন কোন কিছুই তাকে বাঁধা দিচ্ছিল না। গোপন করার মতো কোন মানসিক কষ্ট তার মনে ছিল না। এটা চেষ্টা করে করা কোন অনমনীয় ভাব ছিল না। তার গল্প শুনে লেখক এলিয়টের থেকেও যেন বেশি কষ্ট পাচ্ছিলেন। সেইসব গল্প চিন্তা করে লেখার জন্য লেখক অনেক বেশি কষ্ট অনুভব করছিলেন।

এক এক করে এই বিষয়ের যে টুকরো ছবিগুলি একত্রিত হলো, তা কিছুটা এলো পর্যবেক্ষণ থেকে, কিছুটা রোগীর নিজস্ব বর্ণনা থেকে, আরও কিছুটা তার আত্মীয় স্বজনদের বর্ণনা থেকে। আবেগের দিক থেকে আপাতভাবে মনে হতো সে তার অসুস্থতার পূর্বে যেমন ছিল এখন তার থেকেও অনেক বেশি স্নিগ্ধ।

তাকে দেখে মনে হত—সে বাকি জীবনটা একইরকম ভাবে অতিবাহিত করতে পারবে। লেখক তার সঙ্গে কয়েক ঘণ্টার আলাপের মধ্যে কোনরকম আবেগের দেখা পেলেন না; কোন দুঃখ, কোন অসুবিধা, কোন হতাশা তার মধ্যে দেখা যায়নি, একই রকম প্রশ্ন বারবার করা সত্ত্বেও। তার মধ্যে কোনরকম রাগ না দেখাবার প্রবণতাই যেন প্রধান, রাগ দেখালেও তার প্রকাশ ছিল দ্রুত এবং অল্প সময়ের মধ্যেই তিনি আবার শান্ত এবং ক্ষোভ-রহিত অবস্থায় উপনীত হতেন।

পরে বেশ স্বতঃস্ফূর্ত ভাবে লেখক তাঁর প্রয়োজনীয় তথ্য Elliot এর কাছ থেকে পেলেন। লেখকের সহকর্মী Daniel Tranel<sup>xxxix</sup> একটি স্নায়ুমনোবিদ্যার পরীক্ষার আয়োজন করেছিলেন—যেখানে পরীক্ষার্থীকে আবেগীয়ভাবে পরিপূর্ণ কোন visual stimulus দেখানো হয়, যেমন—কোন বাড়ি ভূমিকম্পে ধসে যাওয়া, কোন বাড়ি পুড়ে যাওয়া, কোন বড় দুর্ঘটনায় বা বন্যায় ডুবে যাওয়া বহু মানুষের আহত হওয়া প্রভৃতি ঘটনার ছবি। Elliot যা বলেছিল তার সংক্ষিপ্ত রূপ হল এই চিত্রগুলি দেখে যে অনুভব হয় তা তার অসুস্থতার আগের অবস্থা থেকে অনেক বদলে গেছে। সে অনুভব করতে পারে যে কোন বিষয় যা আগে তাকে খুব শক্তভাবে নাড়া দিত আজ তা ইতিবাচক বা নেতিবাচক কোনরকম প্রতিক্রিয়া উৎপন্ন করে না।

এটা ছিল বিস্ময়কর। বিষয়টি কল্পনা করার চেষ্টা করা যাক। কল্পনা করার চেষ্টা করতে হবে যে যখন আপনি আপনার প্রিয় ছবিটির কথা মনন করেন, কিংবা আপনার প্রিয় গানটির শ্রবণ করেন, তখন কোন আনন্দ অনুভব হচ্ছে না। আবার কল্পনা করা যাক যে আপনার কাছ থেকে সেই সম্ভাবনা চিরতরে ছিনিয়ে নেওয়া হলো এবং সেই দৃশ্যমান অথবা শ্রবমান বিষয়ে আপনার বৌদ্ধিক চেতনা আছে এবং একসময় এই বিষয়গুলি যে আপনাকে আনন্দ দিতো সেই চেতনা ও আছে। Elliot তার এই অবস্থাকে বর্ণনা করেছেন এইভাবে যে ‘জানি কিন্তু অনুভব করতে পারি না<sup>x1</sup>’। লেখকের কৌতূহল হয়েছিল এই ভেবে যে, আবেগ এবং অনুভব কমে যাওয়ার জন্য তার সিদ্ধান্ত নেওয়ার ব্যর্থতার একটি কারণ হতে পারে। কিন্তু এই সিদ্ধান্তে পৌঁছতে গেলে Elliot এবং একই রকম অন্যান্য রোগীদের উপর আরো গবেষণা করার প্রয়োজন ছিল। লেখক সর্বোপরি নিশ্চিত হতে চেয়েছিলেন যে তিনি কোন মৌলিক, বৌদ্ধিক সমস্যাকে অনুভব করতে পারছেন না যে সমস্যাটি অন্য সব সমস্যা থেকে স্বতন্ত্রভাবে এই রোগটিকে ব্যাখ্যা করতে পারে। সূক্ষ্ম বৌদ্ধিক ত্রুটিগুলি বর্জন করার জন্য অনেকটা পথ অতিক্রম করতে হয়। এটা জানা দরকার ছিল যে Elliot এখনো ব্যবহারের নীতি ও নিয়মগুলি জানতো কিনা; যে নিয়মগুলি দিনের পর দিন ব্যবহার করতে অবজ্ঞা করে এসেছে। অন্য কোথাও সে সামাজিক ব্যবহারের জ্ঞান হারিয়েছেন কিনা, যার ফলে তার সাধারণ যুক্তির কৌশল দিয়ে কোন সমস্যার সমাধান করতে সমর্থ হচ্ছে না? অথবা তার সেই জ্ঞান রয়েছে, কিন্তু সেই জ্ঞানকে তিনি

একত্রিত করতে এবং তাকে প্রয়োগ করতে পারছেন না। অথবা তিনি ওই জ্ঞান অর্জন করতে সক্ষম কিন্তু সেই জ্ঞানকে কাজে লাগাতে এবং একটি সিদ্ধান্তে পৌঁছাতে পারছেন না।

তাকে এই কাজে সাহায্য করেছিলেন তার তখনকার এক ছাত্র Paul Eshlinger<sup>xli</sup>। তারা Elliot এর সামনে একগুচ্ছ সমস্যা উপস্থাপন করেছিলেন যে সমস্যাগুলির কেন্দ্র ছিল নৈতিক দ্বন্দ্ব এবং অর্থনীতি সংক্রান্ত প্রশ্ন। ধরা যাক, তার টাকা দরকার এবং আরো ধরা যাক যে, তাকে এমন নিশ্চয়তা দেওয়া হলো যে, কেউ জানতে পারবে না—তাহলে সে কি কিছু চুরি করবে? অথবা, ধরা যাক সে জানে যে কোন এক কোম্পানির গত মাসের stock কেমন, সে কি কোনো stock বিক্রি করবে? নাকি আরো কিছু নতুন stock কিনবে? Elliot এর উত্তর, সেই পরীক্ষাগারে যারা ছিল তাদের মতোই স্বাভাবিক ছিল। তার নৈতিক বিচার যে নিয়ম অনুসরণ করল তা আমরা সবাই মেনে চলি। সামাজিক সম্মেলন কীভাবে সমস্যার সমাধান করে সে সম্পর্কে সে সচেতন ছিল। অর্থনৈতিক সিদ্ধান্ত যথেষ্ট পরিমাপিত ও যুক্তিসম্মত ছিল। সমস্যাগুলোর মধ্যে বিশেষভাবে কিছু সন্নিবেশ করা ছিল না, কিন্তু তা সত্ত্বেও এই সমস্যা দ্বারা Elliot এর মানসিক সমস্যা চিহ্নিত করা সম্ভব ছিল, যদিও তার অস্বাভাবিক কোনো আচরণ ধরা পড়েনি। অথচ তার বাস্তব জীবনের কর্মসমূহ ছিল ঐসকল

নৈতিক নিয়মভঙ্গের একটা তালিকা। বাস্তব জীবনের ব্যর্থতা এবং পরীক্ষাগারের সফলতা একটা নতুন আপত্তির সম্মুখীন করে। লেখকের সহকর্মী Jeffry Saver<sup>xlii</sup> পরে এই আপত্তির উত্তর দিয়েছিলেন Elliot এর আচরণকে পরীক্ষা করার পর। পরীক্ষাগুলি ছিল সামাজিক সম্মেলন এবং নৈতিক মূল্যবোধ সংক্রান্ত, যা পরীক্ষাগারে বসে নেওয়া হয়। পরীক্ষাগুলো নিম্নরূপ—

প্রথম পরীক্ষাটি ছিল কোন কাজ করার জন্য বিকল্প তৈরি। এই পরীক্ষায় চারটি সামাজিক পরিস্থিতি বা দুর্ধর্ষ অবস্থা পরীক্ষার্থীদের সামনে তুলে ধরা হয় মৌখিকভাবে। প্রত্যেকটি ক্ষেত্রে পরীক্ষার্থীকে পৃথক পৃথক মৌখিক উত্তর দিতে বলা হয়। একটি পরিস্থিতিতে, কোন ব্যক্তি তার পত্নীর ফুলদানি ভেঙ্গে ফেলেছেন; পরীক্ষার্থীকে জিজ্ঞাসা করা হয়, যে ওই ব্যক্তি তার স্ত্রীকে শান্ত রাখার জন্য কোন পস্থা অবলম্বন করবেন? একটা স্ট্যাভার্ড কোশ্চেনের সেট থাকবে, যেমন, “এক্ষেত্রে সে আর কি করতে পারত?” তাকে বলা হল বিকল্প সমাধান বলার জন্য। এক্ষেত্রে তার স্কার নেওয়া হয়।

দ্বিতীয় কাজটি ছিল পরিণাম সম্পর্কে তিনি সচেতন আছেন কিনা তা পরীক্ষা করা। এই পরীক্ষায় মাপা হবে যে ব্যক্তি স্বতঃস্ফূর্তভাবে পরিণাম বুঝতে পারে কিনা। এখানে পরীক্ষার্থীর সামনে চারটে প্রাকল্পিক বিকল্প তুলে ধরা হবে যে বিকল্পগুলিতে সাধারণ সামাজিক বিধান অতিক্রম করার প্রলোভন থাকবে। যার

একটি অংশে থাকবে; কোন ব্যক্তিকে ব্যাংক একটি চেকের বিনিময় অনেক বেশি টাকা দিয়ে ফেলে। পরীক্ষার থেকে বলা হবে এই দৃশ্যটিকে বর্ণনা করতে—কিভাবে প্রারম্ভ হবে, কিভাবে অগ্রসর হবে, ওই ব্যক্তির আচরণ কি হবে, ওই আচরণের পূর্বে তার চিন্তা কি ছিল ইত্যাদি। পরীক্ষার্থী যে বিশেষ বিকল্প বেছে নেবেন তার উপর নির্ভর করে তার স্কোর নির্ধারণ হবে। এই পরীক্ষায়ও Elliot যেকোনো নিয়ন্ত্রিত গোষ্ঠী অপেক্ষা উন্নত ছিল।

তৃতীয় পরীক্ষাটি ছিল উদ্দেশ্য ও উপায় সংক্রান্ত সমস্যা সমাধান। পরীক্ষার্থীকে কোন সামাজিক লক্ষ্যে পৌঁছানোর জন্য একটি কার্যকরী উপায় উদ্ভাবন করার সামর্থ্য আছে কিনা, দেখা হবে। পরীক্ষার্থীদের দশটি পৃথক দৃশ্য দেওয়া হবে এবং যথাযথ ও কার্যকর ব্যবস্থা গ্রহণ করতে বলা হবে যাতে কিনা সামাজিক প্রয়োজন পূরণ হয়। উদাহরণস্বরূপ বলা যায়, বন্ধুত্ব স্থাপন, একটি রোমান্টিক সম্পর্ক বজায় রাখা, অথবা জীবিকা সংক্রান্ত কোনো জটিলতার সমাধান করা। পরীক্ষার্থীকে বলা হলো কোন ব্যক্তির কথা যে কিনা নতুন পরিবেশে বসবাস করতে যাচ্ছে, এবং সেখানে অনেক নতুন বন্ধু তৈরি করবে এবং বাড়ির মত অনুভব করবে। তখন পরীক্ষার্থীকে বলা হবে যে একটা গল্প বলতে যেখানে ওই ব্যক্তি এই উদ্দেশ্যে সাফল্য পাবে। এক্ষেত্রে স্কোর হবে যতগুলি সফল ক্রিয়ার কথা সে বলতে পারবে। এখানেও Elliot ভালোভাবে কর্মসম্পাদন করল।

চতুর্থ পরীক্ষাটি ছিল কোন ঘটনার সামাজিক ক্রমপর্যায় নির্ণয়ের পরীক্ষা। ত্রিশটি পরীক্ষণ বস্তুর প্রত্যেকটিতে পরীক্ষার্থী দেখবে একটি নকশা চিত্রের তালিকা যা বিভিন্ন ব্যক্তির মধ্যকার পরিস্থিতিকে উপস্থাপিত করে এবং পরবর্তী তিনটি তালিকা থেকে কোন একটিকে বেছে নিতে বলা হয় যেটি সবচেয়ে ভালো প্রথমটির সঙ্গে মিলে যায়। সঠিক নির্বাচনের সংখ্যা দেখে স্কোর নির্ণয় করা হয়। Elliot সাধারণ মানুষের তুলনায় কোন অংশে আলাদা ছিল না।

পঞ্চম এবং অন্তিম পরীক্ষাটি ছিল নৈতিক বিচার এর একটি সাক্ষাৎকার<sup>xliii</sup> এর দ্বারা নৈতিক বিচারের উন্নতিও বোঝা যায়। পরীক্ষার্থীর সামনে একটি সামাজিক পরিস্থিতি তুলে ধরা হয় যেখানে দুটি নৈতিক নিয়মের মধ্যে দ্বন্দ্ব আছে, পরীক্ষার্থীকে বলা হয় ওই দুটি বিকল্প মধ্যে কোনটি বেছে নিতে এবং কেন বেছে নেওয়া হয়েছে তার একটি বিস্তারিত বিবরণ দিতে। উদাহরণস্বরূপ বলা যায় এমন একটা পরিস্থিতি তাকে দেওয়া হলো যেখানে তাকে জিজ্ঞাসা করল সে তার মরণাপন্ন স্ত্রীকে বাঁচাতে ওষুধ চুরি করবে কিনা। এক্ষেত্রে যে স্কোর হবে তা নৈতিক উন্নয়নের স্তর নির্দেশক হবে।

Standard Special Issue Moral Judgment Interview<sup>xliv</sup> দ্বারা ধারাবাহিকভাবে নৈতিক বিচারের আরো জটিল স্তর পরীক্ষা করা হয়। পরীক্ষায় মোট তিনটি স্তর থাকে। স্তরগুলি নিম্নরূপ--

১. Pre-conventional level (stage-১ আনুগত্য ও শাস্তির স্থাপনা, stage-২ উপকরণ, উদ্দেশ্য এবং পরিবর্তনের স্তর).

২. Conventional level (stage-৩ বিভিন্ন ব্যক্তির মধ্যে ঐক্যমত হওয়া এবং তাদের দ্বারা অনুসৃত হওয়া, stage4- সামাজিক নিয়মকানুন এর রক্ষণাবেক্ষণ এবং সামাজিক সামঞ্জস্য সাধন).

৩. Post-conventional level (stage-৫ সামাজিক চুক্তি, উপযোগিতা এবং ব্যক্তিগত অধিকার).

বিভিন্ন প্রকার পরীক্ষায় জানা যায় যে ৩৬ বছর বয়স ৮৯% মধ্যবিত্ত আমেরিকান পুরুষ নৈতিক যুক্তির conventional stage এ নিজেদের উন্নীত করে। ১১ শতাংশ লোক post-conventional stage উন্নীত হয়। Elliot এর এই পরীক্ষায় স্কোর হয় ৪/৫, যার দ্বারা সূচিত হয় যে তার নৈতিক চিন্তা late-conventional এবং early-post-conventional ধরনের।



সংক্ষেপে, Elliot এর একটা স্বাভাবিক সামর্থ্য ছিল সামাজিক পরিস্থিতির প্রেক্ষিতে একটি বিকল্প উত্তর তৈরি করা এবং স্বতঃস্ফূর্তভাবে সেই বিকল্প উত্তরের পরিণাম বিবেচনা করার। এছাড়া কোন সামাজিক উদ্দেশ্য সাধনের উপায়কেও সে বোধ করতে পারে, এবং সে ক্ষেত্রে সামাজিক পরিস্থিতি কেমন হবে তাও সে বোধ করতে পারে, এবং বেশ উন্নত ও উচ্চপর্যায়ে নৈতিক যুক্তি দিতে পারে। এই অনুসন্ধান থেকে প্রমাণিত হয় যে frontal-lobe এর ventro-medial sector নষ্ট হয়ে গেলেও অর্জিত সামাজিক জ্ঞান নষ্ট হয় না, কারণ শর্তনিয়ন্ত্রিত ঐ পরীক্ষাগুলিতে ওই সামাজিক জ্ঞানের পুনরুৎপত্তি হতে দেখা যায়।

Elliot যেহেতু বুদ্ধি এবং যুক্তি সংক্রান্ত প্রচলিত পরীক্ষায় সম্পাদিত ক্রিয়াগুলিতে ভালো স্কোর করেন, সেহেতু তার থেকে প্রমাণিত হয় যে, তার বুদ্ধি ও স্মৃতির সাথে সিদ্ধান্ত গ্রহণের ব্যাপারে অনেক পার্থক্য। কিভাবে তা ব্যাখ্যা করা যাবে? সুতরাং পরীক্ষাগারের এই ক্রিয়াগুলির শর্ত এবং দাবিগুলি বাস্তব জীবনের শর্ত বা দাবিগুলি থেকে অনেক আলাদা। এই পার্থক্যগুলি বিশ্লেষণ করা যায়। কেবলমাত্র শেষ পরীক্ষণ ক্রিয়াটি ছাড়া বিভিন্ন বিকল্প গুলির মধ্য থেকে বেছে নেওয়ার প্রয়োজন ছিল না। শুধুমাত্র বিকল্পগুলি এবং তদনুগ ফলাফলগুলি নেওয়াই যথেষ্ট ছিল। অন্য কথায়, সমস্যার মধ্য দিয়ে যুক্তি প্রয়োগ করলেই যথেষ্ট ছিল, কিন্তু সিদ্ধান্তের ব্যাপারে যুক্তি প্রয়োগের

আবশ্যিকতা ছিলনা। এইসব পরীক্ষণ ক্রিয়ার সাধারণ নিষ্পাদন দেখে প্রমাণিত হয় যে, সামাজিক জ্ঞান এবং তার উপলব্ধি অস্তিত্ববান ছিল।

বাস্তব জীবনে কোন একটি বিকল্প গ্রহণ করতে আমরা বাধ্য হই। যদি এমন বাধ্যতা না থাকে তবে Elliot এর মত সিদ্ধান্তহীন হতে হবে। উভয়ের মধ্যে পার্থক্য খুব ভালোভাবে বর্ণনা করেছেন Elliot, তার নিজের ভাষায়। একটা পর্বের পর সে প্রচুর পরিমাণ বিকল্প উত্তর তৈরি করল কোন কাজের পরিপ্রেক্ষিতে, বিকল্পগুলি প্রত্যেকটি ছিল বৈধ এবং প্রয়োগযোগ্য। Elliot তার সুসমৃদ্ধ কল্পনাশক্তি নিয়েই বলল, “এতো কিছু সত্ত্বেও আমি এখনো জানিনা, আমাকে কি করতে হবে”। এমন কি আমরা যদি এমনভাবে পরীক্ষাটি সাজাই যেখানে Elliot-কে প্রত্যেক বিষয় থেকে বিকল্প হিসেবে কিছু না কিছু বেছে নিতে হবে, তা সত্ত্বেও বাস্তব জীবনের শর্তগুলি থেকে পরীক্ষাগারের শর্তগুলি আলাদা হবে, সেখানেও সে কেবল মাত্র প্রথম অবস্থায় যে প্রতিবন্ধকতাগুলো ছিল সেগুলো নিয়েই কাজ করবে, প্রথম যে উত্তর ছিল তার থেকে নিঃসৃত যে নতুন প্রতিবন্ধকসমূহ সেগুলি নিয়ে নয়। বাস্তব জীবনে প্রত্যেকটি বিকল্পের জন্য কিছু উত্তর থাকে, সে ক্ষেত্রে উত্তরগুলি পরিস্থিতি পরিবর্তিত করে দেয় এবং সেই জন্য অতিরিক্ত বিকল্পের তালিকা দরকার হয়, যেগুলির হয়তো আরো নতুন উত্তরমালা প্রয়োজন হবে, সেখান থেকে আবার নতুন বিকল্প, আবার নতুন

উত্তর, এভাবে চলতে থাকবে। মোট কথা বাস্তব জীবনে সীমাহীন অনিশ্চিত পরিস্থিতির বিবর্তন পরীক্ষাগারে থাকে না।

পরীক্ষাগারের পরিস্থিতির সাথে বাস্তব জীবনের পরিস্থিতি আরেকটি পার্থক্য হল--পরীক্ষাগারে কোন পরিস্থিতি বাস্তব নয় তাকে তৈরি করা হয়। কোনো কোনো ক্ষেত্রে হয়ত পরিচিতি পরিস্থিতিকে তুলে ধরার জন্য কোন তথ্য ধরে রাখার প্রয়োজন হয়। যেমন কোনো ব্যক্তি বা বস্তু অথবা দৃশ্য ইত্যাদির মানসিক প্রতিরূপ ধরে রাখা প্রয়োজন হয়, প্রয়োজনে তা বহুদিন ধরে রাখতে হতে পারে বিশেষ করে যদি নতুন পরিস্থিতির সাথে তার তুলনা করার প্রয়োজন হয়। আরও বলা যায় আমাদের প্রয়োজনীয় পরীক্ষা গুলিতে মূলতঃ যে পরিস্থিতিগুলি প্রয়োজন হয় সেগুলি তৈরী ও সেই সময় সম্পর্কে প্রশ্নগুলি করা হয় প্রায় সম্পূর্ণ ভাষার মধ্য দিয়ে। কিন্তু বাস্তব জীবনের যে পরিস্থিতিগুলি সেগুলির বেশিরভাগ ক্ষেত্রে ভাষার সাথে সাথে চিত্রও থাকে। আমরা যেসব ব্যক্তি বা বস্তুর মুখোমুখি হই; সেগুলোর সাথে থাকে দৃশ্য, শব্দ, গন্ধ এবং আরও অনেক কিছু; বিভিন্ন তীব্রতার দৃশ্য সমূহ; আর মৌখিক বা চিত্ররূপ দ্বারা যে পরিস্থিতি তৈরি করি, তা ওই বস্তুগত পরিস্থিতির সাথে জুড়ে দিই।

এই অসুবিধাগুলি বাদ দিলে দেখা যাবে যে পরীক্ষায় উন্নতি এসেছে। পরীক্ষার ফলাফল থেকে যা বোঝা যায় তা হল Elliot-এর সিদ্ধান্ত নেওয়ার ত্রুটি থেকে বলা যায় না যে, তার সামাজিক জ্ঞান নেই অথবা সামাজিক জ্ঞান লাভ করতে পারে না, বা তার যুক্তিতে কিছু সমস্যা আছে, বা তার থেকে কম কিছু, মনোযোগ স্থির করার অসুবিধা আছে, ওয়ার্কিং মেমোরি যা কিনা factual knowledge-এর জন্য দরকার এবং এই factual knowledge-ই সিদ্ধান্তে পৌঁছাতে সাহায্য করে, তাতে কিছু ত্রুটিও থাকতে পারে। কারণ এই ত্রুটি গুলি একদম পরে এসে হাজির হয়। শেষ স্তরে গিয়ে পছন্দটি করতে হয় বা কোনো উত্তর নির্বাচন করতে হয়। কোথায় কোন ত্রুটি তা তেমনি থাকতে দেওয়া হোক, যেহেতু সেই ত্রুটি প্রক্রিয়াটির পরে সম্পন্ন হয়। Elliot কোন কিছু সঠিক ভাবে নির্বাচন করতে সমর্থ ছিল না, অথবা সে একদমই নির্বাচন করতে পারত না, অথবা সে নির্বাচন করলেও তা তার পছন্দসই ছিল না। দেখা গেছে যে সে কিভাবে কোন একটি প্রদত্ত পরীক্ষণ ক্রিয়া থেকে নিজেকে দূরে সরিয়ে রেখেছে এবং ঘন্টার পর ঘন্টা সেখানে কাটিয়েছে? যদি আমরা কোন পরীক্ষণ কার্যের মুখোমুখি হই এবং দেখা যায় যে, আমাদের সামনে থাকা একাধিক বিকল্প থেকে কোনো একটি বেছে নিই, এবং বারে বারে এমন হয়, যদি কিনা আমরা আমাদের লক্ষ্যে অবিচলিত থাকি। কিন্তু Elliot আর এখন সেইভাবে কোন একটি বিশেষ বিকল্প নির্বাচন করতে পারে না। কেন সে পারে না তা আমাদের আবিষ্কার করতে হবে।

এবার নিশ্চয় করে বলা যায় যে Elliot এর সাথে Phineas Gage এর অনেক সাদৃশ্য আছে। তাদের সামাজিক আচরণ এবং সিদ্ধান্ত নেওয়ার ক্রটি সঙ্গতিপূর্ণ ছিল একটা স্বাভাবিক সামাজিক জ্ঞানের ভিত্তির উপর, আর তার জন্য প্রয়োজন উচ্চস্তরের neuro-psychological function সমূহ। যেমন—conventional memory, language, basic attention, basic working memory এবং basic reasoning। এ বিষয়ে নিশ্চয়তা ছিল যে Elliot-এর সমস্যাটি emotional reactivity এবং feeling কমে যাওয়ার সাথে সম্পর্কযুক্ত। সকল সাদৃশ্যের সাথে সাথে আবেগজনিত ক্রটিও Gage এর মধ্যে উপস্থিত ছিল। কিন্তু পরীক্ষার ফলাফল থেকে এ বিষয়ে আমাদের নিশ্চিত হতে দেয় না। কিন্তু আমরা অনুমান করতে পারি যে তার মধ্যে বিহ্বলতার বা অভিজ্ঞতার অভাব ছিল, তাছাড়া সে যে অশ্লীল শব্দ ব্যবহার করছিল তা জানা যায় এছাড়া তার দুর্দশা ও চোখে পড়ার মতো। লেখকের সন্দেহ এই যে আবেগ এবং অনুভূতির সমস্যার সাথে ঠিক তার পরে ঘটা সামাজিক আচরণের ক্রটির কোন সম্বন্ধ নেই। কষ্টদায়ক আবেগের সামাজিক আচরণ জনিত ক্রটিতে যথেষ্ট অবদান আছে। লেখক ভাবতে শুরু করেছিলেন যে Elliot এর যুক্তির রক্ত-শীতলতা তাকে বিভিন্ন বিকল্পকে বিভিন্ন প্রকার মূল্য দেওয়া থেকে বিরত করছিল এবং তার সিদ্ধান্ত রূপায়নের ভূমিকে হতাশাজনকভাবে নিষ্ক্রিয় করে রেখেছিল।

এটাও হতে পারে যে, ওই একই রক্ত-শীতলতা তার মানসিক ভূমিকা খুব চৌকশ ও নিরবচ্ছিন্ন করে রেখেছিল, বিশেষ করে সেই সময় কালের জন্য যখন তাকে কোন বিকল্প উত্তর বেছে নিতে হত, অন্য কথায় কার্যকরি স্মৃতির একটি সূক্ষ্ম ত্রুটি যা মৌলিক ত্রুটি নয়। তার জন্যই বাকি যে যুক্তি প্রক্রিয়া যা কিনা সিদ্ধান্তে আসতে প্রয়োজন তাকে পাল্টে দেয়।

দেখা গেলো যে ব্যক্তিত্ব বৈশিষ্ট্যের জ্ঞান থাকা সত্ত্বেও সেই জ্ঞানের প্রয়োগ সব সময় সম্ভব হয় না। বিশেষ করে মনোবৈজ্ঞানিক গবেষণার বিশ্লেষণ করেও দেখানো গেছে যে ব্যক্তিত্বের বৈশিষ্ট্যের জ্ঞান থাকা ও তার প্রয়োগের ব্যাপার দুটি নিয়ন্ত্রণকারী মস্তিষ্ক অঞ্চল দুটি এক নয়। মস্তিষ্কের দুটি পৃথক অঞ্চল এই দুটি প্রক্রিয়ার নিয়ন্ত্রণ করে। দেখা গেছে Phineas Gage দুর্ঘটনার ফলে তার মস্তিষ্কের কিছু অংশ বাদ গেছে। যে অংশটি ব্যক্তিত্ব বৈশিষ্ট্যের জ্ঞান থাকার জন্য আবশ্যিক সেই অংশটি থেকে গেছে তাই সেই সব জ্ঞান দুর্ঘটনার পরেও বিদ্যমান। আবার ঐ জ্ঞানের বাস্তব প্রয়োগের জন্য প্রয়োজনীয় অংশটুকু না থাকার কারণে তার ব্যক্তি জীবন দুর্বিষহ ও অসামাজিক রূপে প্রতিভাত হচ্ছে। একই রকম ভাবে Elliot এরও খিচুনি রোগের জন্য মস্তিষ্কের একটি বিশেষ অংশ কেটে বাদ দিতে হয়। দুর্ভাগ্যবশতঃ ঐ কেটে বাদ দেওয়া অংশে থেকে গেছে বাস্তব প্রয়োগের জন্য প্রয়োজনীয় অংশটুকু। যার ফলে তার জীবনের যে

দুর্বিষহ অবস্থা দেখানো হয়েছে তা ভীষণ মর্মান্তিক। এভাবে দেখা যাচ্ছে যে ব্যক্তিত্ব গঠনে শুধুমাত্র স্মৃতির ভূমিকাই পর্যাপ্ত নয়, সেক্ষেত্রে ব্যক্তিত্ব বৈশিষ্ট্যের বাস্তব প্রয়োগের দিকটাও যথেষ্ট গুরুত্বপূর্ণ। ব্যক্তিত্ব গঠনে যেমন ব্যক্তি বৈশিষ্ট্যের স্মৃতি ও তার প্রয়োগ গুরুত্বপূর্ণ তেমনি তাতে আবেগের ভূমিকাও যথেষ্ট গুরুত্বপূর্ণ। তাই পরের অধ্যায়ে ব্যক্তিত্ব গঠনে আবেগের বিভিন্ন প্রেক্ষিত ও তার গুরুত্ব আলোচনা করা হল।

## তথ্যপঞ্জী

### ইংরেজী গ্রন্থ

- Arnold, M.B. (Ed). *Feeling and Emotions*. Academic Press, New York, 1970.
- Basu, Chaitali. *Hobbes and the Individual*. Progressive Publishers, Calcutta-73, 2001.
- Bgnoli, Carla. (Ed). *Morality & Emotions*. Oxford University Press, Oxford, 2011.
- Choudhury, Lopamudra and Madhuchanda Sen. *Experiencing Self*. Mohabodhi Book Agency, Kolkata, 2015.
- Cornwell, John. (Ed). *Consciousness and Human Identity*. Oxford University Press, 1998.
- Damasio, R. Antonio. *Descartes' Error: Emotion, Reason and Human Brain*. Avon Books, New York, 1995.
- Gordon W. Allport. *Personality A Psychological Interpretation*. Digital Library of India, Jan 2017.
- Hume, David. *Treatise of Human Nature*. Clarendon Press, London, 1896.
- Mortan, Clifford. *Introduction to Psychology*. McGraw Hill Education (Indian) Private Limited, Chennai, 1993.
- Kristin Swenson. *A most peculiar: The inherent strangeness of the Bible*. Review of Biblical Literature, 2023.
- Mondal, Samar Kumar. *What Am I, Strawson's Concept of a Person*. Abhijit, Publications 2010.



Munn, Norman Leslie. *Introduction to Psychology*. AITBS Publications, India, 1962.

Reid, Thomas. *Essays on the Active Process of the Human Mind*. The MIT Press, Cambridge, 1815.

Shanks, R. David. (Ed). *Human Memory- A Reader*. Arnold, Great Britain, 1997.

### বাংলা গ্রন্থ

চট্টোপাধ্যায় সুব্রত । ,*চেতনা*। আনন্দ পাবলিশার্স ২০১৯। ,কলকাতা ,

মুখোপাধ্যায়, অপরাজিতা । *ব্যক্তিচরিত্র ও নৈতিকতা*। যাদবপুর বিশ্ববিদ্যালয় এবং মহাবোধি বুক এজেন্সীকলকাতা ,তা, ২০১১।

### Journal

Bryan, Kolb. “Brenda Milner: Pioneer of the Study of the Human Frontal Lobe”, *Frontiers in Human Neuroscience*, vol-15, Jan 2021.

Jose Luis Valder G. & Fernando Torrealba L. “The parietal association cortex of the rat”. *Biological Research*, vol-41, issue-4, 2008, pp. 369-77.

J. T. Kelly, A. K. Prasad, and A. S. Wexler. “Detailed flow patterns in the nasal cavity”, *The American Physiological Society*, vol-89, 2000, pp. 323–337. <http://www.jap.org>.

Lazer J Wayne. “Nineteenth and twentieth century brain maps relating to location and construction of brain functions”. *Journal of the History of Neuroscience*, vol-13, issue. 2-3, May 2002, pp. 368-93.

Levy, Lior . “Memory and the Passions in Descartes' Philosophy”, *North American Philosophical Publication*, vol. 28, No. 4, Oct 2011, pp. 339-354

Lin, M., Min, E., Orloff, E.A. *et al.* “Predictors of readmission after craniotomy for meningioma resection: a nationwide readmission database analysis”. *Acta Neurochir*, vol-162, 2020, pp. 2637–2646.  
<https://doi.org/10.1007/s00701-020-04528-x>.

Oommen, Arun. “Factors Influencing Intelligence Quotient”, *Neurology & Stroke*, vol-1, issue-4, 2014.

Roy G. Beran. “Epilepsy & Behavior”, Elsevier, ScienceDirect, vol-12, issue-4, pp. 644-51.

Tim, Sallice. “Prescriber Commitment Posters to Increase Prudent Antibiotic Prescribing in English General Practice: A Cluster Randomized Controlled Trial”, *Antibiotics (Basel)*, Aug 2020, vol-9, Issue-8.

### ওয়েবসাইট

Adult Norms for Rey. Osterrieth Complex Figure Test,  
<https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1076/clin.13.1.30.1976>, Accessed 12-11-2022.

A Genetic Simulation System for Intelligent Agent Designs,  
<https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/08839519508945488>, Accessed  
01-01-2024.

A General Statistical Analysis for fMRI Data,  
<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1053811901909334>,  
Accessed 24-11-2023.

An alternative perspective on managing status epilepticus, Epilepsy &  
Behavior,  
[https://scholar.google.com/scholar\\_lookup?&title=An%20alternative%20perspective%20on%20the%20management%20of%20status%20epilepticus&journal=Epilepsy%20Behav&doi=10.1016%2Fj.yebeh.2007.12.013&volume=12&issue=3&pages=349-353&publication\\_year=2008&author=Beran%20CRG](https://scholar.google.com/scholar_lookup?&title=An%20alternative%20perspective%20on%20the%20management%20of%20status%20epilepticus&journal=Epilepsy%20Behav&doi=10.1016%2Fj.yebeh.2007.12.013&volume=12&issue=3&pages=349-353&publication_year=2008&author=Beran%20CRG),  
Accessed on 07-12-2022.

Benton Visual Retention Test,  
[https://scholar.google.com/scholar?hl=en&as\\_sdt=0,5&qsp=3&q=benton+visual+retention+test&qst=ib](https://scholar.google.com/scholar?hl=en&as_sdt=0,5&qsp=3&q=benton+visual+retention+test&qst=ib), Accessed 24-12-2023.

Brain drawing and Brain Maps, David Ferrier,  
<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/B9780444627308000049>, Accessed 31-1-2021.

Cognitive Neuroscience and the Study of Memory,  
[https://www.cell.com/neuron/pdf/S0896-6273\(00\)80987-3](https://www.cell.com/neuron/pdf/S0896-6273(00)80987-3). Accessed 11-12-2022.

Computer analysis of computed tomography scans of the lung: a survey,  
<https://ieeexplore.ieee.org/abstract/document/1610745>, Accessed on 02-01-2023.

Developmental interaction between thalamus and cortex,  
<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0959438817302957>,  
Accessed 07-08-2023.

Different roles of the orbital frontal lobe on emotional versus cognitive  
perspective taking,  
<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0028393205002290>  
Accessed 04-04-2023.

Increased ventro-medial prefrontal activations in schizophrenia smokers  
during cigarette cravings, schizophrenia research,  
<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0920996416301049>,  
Accessed 19-12-2023.

Lewis H. Weed, Meninges and Cerebrospinal Fluid, Department of Anatomy,  
<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC1252412/pdf/janat00527-0003.pdf>  
Accessed 23-11-2021.

Mechanism of Scalp and Skull injuries, Concussion, Contusion and  
Laceration, Symposium on Head Injuries, [https://thejns.org/view/journals/j-  
neurosurg/15/2/article-p125.xml](https://thejns.org/view/journals/j-neurosurg/15/2/article-p125.xml), accessed on 4-5-2021.

Modality effects and the structure of short-term verbal memory,  
<https://link.springer.com/article/10.3758/bf03202613>, 05-05-2022.

Neuroanatomy, Occipital Lobe, <https://europepmc.org/article/nbk/nbk544320>  
Accessed 11-12-2024.

Neurology and Stroke, <https://archive.ph/C62JP>, Accessed 28-06-2024.

Ophthalmic Plastic & Reconstructive Surgery-LWW,  
[https://journals.lww.com/oprs/abstract//03000/2008reconstruction\\_of\\_anophth  
almic\\_orbits\\_and..3.aspx](https://journals.lww.com/oprs/abstract//03000/2008reconstruction_of_anophthalmic_orbits_and..3.aspx), Accessed 19-02-2023.

Oscillatory brain activity in the human EEG during indirect and direct memory task, Brain Research, ScienceDirect, <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0006899306011681>, Accessed 08-07-2022.

Pain perception: Is there a role for Primary Somatosensory Cortex, <https://www.pnas.org/doi/epdf/10.1073/pnas.96.14.7705>, Accessed 05-05-2023.

Phrenology as neurodiversity, Academia, [https://www.academia.edu/70772695/Phrenology\\_as\\_neurodiversity?sm=b](https://www.academia.edu/70772695/Phrenology_as_neurodiversity?sm=b), Accessed 17-11-2021.

Reducing catheter-associated urinary tract infections: a systematic review of barriers and facilitators and strategic behavioral analysis of interventions, <https://link.springer.com/article/10.1186/s13012-020-01001-2>, Accessed 07-07-2022.

The basal ganglia, Ann M. Graybiel, [https://www.cell.com/current-biology/pdf/S0960-9822\(00\)00593-5.pdf](https://www.cell.com/current-biology/pdf/S0960-9822(00)00593-5.pdf), Accessed 10-11-2024.

The medial Prefrontal cortex controls the behavioral and vegetative arousal, [file:///C:/Users/Jagadish/Downloads/cortex\\_prefrontal PP.pdf](file:///C:/Users/Jagadish/Downloads/cortex_prefrontal_PP.pdf), 4-5-2021.

The Medial Temporal Lobe Memory System, Stuart Jola, Morgan, <https://www.science.org/doi/abs/10.1126/science.1896849>, Accessed 7-8-2023.

Wechsler Adult Intelligence Scale-Third Edition, APA PsycNet, <https://psycnet.apa.org/doiLanding?doi=2%10.1037Ft000-49755>, Accessed on 09-02-2024.

## অন্তঃটীকা

- 
- <sup>i</sup> Personality—Allport. P.52
- <sup>ii</sup> Introduction to Psychology, N.L. Munn., p-233
- <sup>iii</sup> Descartes Error, p-3
- <sup>iv</sup> A state of USA.
- <sup>v</sup> Cavendish is a town in Windsor County, Vermont, United States. The town was likely named after William Cavendish, 4th Duke of Devonshire.
- <sup>vi</sup> Descartes Error, p-7
- <sup>vii</sup> Descartes Error, p-7
- <sup>viii</sup> RG Beran - Epilepsy & Behavior, 2008 – Elsevier
- <sup>ix</sup> The Human Hear, 2024, Eric. J. Kolb
- <sup>x</sup> Brain map, 1873
- <sup>xi</sup> José Luis Valdés G.1 y Fernando Torrealba L, 2005
- <sup>xii</sup> Kristin Swenson, 2020
- <sup>xiii</sup> <https://link.springer.com/article/10.1007/s00701-020-04528-x>  
<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0028393205002290>
- <sup>xiv</sup> <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1252412/pdf/janat00527-0003.pdf>
- <sup>xv</sup> <https://journals.physiology.org/doi/epdf/10.1152/jappl.2000.89.1.323>
- <sup>xvi</sup> [https://journals.lww.com/opr/abstract/2008/03000/reconstruction\\_of\\_anophthalmic\\_orbits\\_and.3.aspx](https://journals.lww.com/opr/abstract/2008/03000/reconstruction_of_anophthalmic_orbits_and.3.aspx)
- <sup>xvii</sup> <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1053811901909334>
- <sup>xviii</sup> <https://www.pnas.org/doi/epdf/10.1073/pnas.96.14.7705>
- <sup>xix</sup> <https://ieeexplore.ieee.org/abstract/document/1610745>
- <sup>xx</sup> <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0028393205002290>
- <sup>xxi</sup> <https://www.science.org/doi/abs/10.1126/science.1896849>
- <sup>xxii</sup> <https://europepmc.org/article/nbk/nbk544320>
- <sup>xxiii</sup> <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0959438805001649>

- 
- xxiv [https://www.cell.com/current-biology/pdf/S0960-9822\(00\)00593-5.pdf](https://www.cell.com/current-biology/pdf/S0960-9822(00)00593-5.pdf)
- xxv <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0959438817302957>
- xxvi <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0920996416301049>
- xxvii <https://archive.ph/C62JP>
- xxviii <https://psycnet.apa.org/doiLanding?doi=10.1037%2Ft49755-000>
- xxix <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0006899306011681>
- xxx <https://link.springer.com/article/10.3758/bf03202613>
- xxxi <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1076/clin.13.1.30.1976>
- xxxii A Benton Sivan, 1992
- xxxiii Brenda Milner, 1960
- xxxiv Tim sallice, 2020
- xxxv M Evans, 1995
- xxxvi New York City was the capital of the United States from 1785 until 1790.
- xxxvii Iowa is a state in the upper Midwestern region of the United States.
- xxxviii Minnesota Multiphasic Personality Inventory, 2002
- xxxix Daniel Tranel, PhD, Professor of Psychology, The University of Iowa  
Verified email at uiowa.edu, Cited by 94097
- xl Descartes Error, p-47
- xli Pennsylvania State University College of Medicine, Hershey, PA, United States. His area of interest is social-emotion function, neuropsychology
- xlii জেফরি এল. সেভার হলেন ক্যালিফোর্নিয়া ইউনিভার্সিটি, লস এঞ্জেলেস (ইউসিএলএ) এবং ইউসিএলএ কমপ্রিহেনসিভ স্ট্রোক এবং ভাস্কুলার নিউরোলজি প্রোগ্রামের পরিচালক এবং নিউরোলজির SA ভাইসচেয়ার-
- xliii L. Kohlberg and colleagues এর দ্বারা Heinz dilemma র বিবর্তিত রূপের সমতুল্য (<https://link.springer.com/article/10.1007/BF00288055>)।
- xliv The measurement of moral judgement, vol-2

## তৃতীয় অধ্যায়

### ব্যক্তিত্ব নির্মাণে আবেগ ও তার বিভিন্ন প্রেক্ষিত

আবেগ হল একটি আলোড়িত মানসিক অবস্থা, মনের এই অবস্থা যার আবেগ তার কাছে ধরা পড়ে। অপর কেউ তখনই সেটা বুঝতে পারে যখন তার কাছে ঐ আবেগের বহিঃপ্রকাশগুলি ধরা পড়ে। যখন ঐ আবেগজনিত আলোড়িত মানসিক অবস্থা পেশী ও গ্রন্থিতে পরিবর্তন আনে তখন তার বহিঃপ্রকাশ দেখা যায় ব্যক্তির আচরণের মধ্যেও। যখন কারও মুষ্টিবদ্ধ হাত, রক্তিম মুখ, বিস্ফোরিত চক্ষু ইত্যাদি বহিঃপ্রকাশ দেখা যায় তখন বোঝা যায় যে তার রাগ হয়েছে। আবার উচ্চহাস্য শুনে বোঝা যায় যে তার আনন্দ হচ্ছে কিংবা আবেদনময় কণ্ঠস্বর থেকে জানা যায় যে সেটা ভালবাসার আবেগের প্রকাশ। আবেগের অর্থ খুঁজতে গিয়ে Encyclopaedia-তে পাওয়া যায়—Emotion, in psychology and common use, refers to the complex reaction of an organism to significant objects or events, with subjective, behavioural, physiological elements.<sup>1</sup> অর্থাৎ মনোবিদ্যায় এবং প্রচলিত অর্থে আবেগের অর্থ হল, বাহ্যিক বস্তুসমূহের নিরিখে পাওয়া কিছু দৈহিক ও মানসিক প্রতিক্রিয়াসমূহ যেগুলো ব্যবহারিক এবং ব্যক্তিকেন্দ্রিক। মনোদার্শনিক Woodsworth আবেগের যে সংজ্ঞা



ও বৈশিষ্ট্যের উল্লেখ করেছেন তা এইরূপ—‘আবেগ বা প্রক্ষোভ হল সুখ-দুঃখ মিশ্রিত জটিলক অনুভূতি (feeling), যার মূলে থাকে বিশেষ ধরনের বস্তু-প্রত্যক্ষ বা বস্তুর ধারণা, যা মানসিক দিক থেকে উত্তেজনামূলক, যা দেহের আভ্যন্তরীণ পরিবর্তন সৃষ্টি করে বিশেষ ধরনের বাহ্য পরিবর্তন ঘটায় এবং যার ফলে আমরা নানারূপ কার্যে প্রবৃত্ত হই। যেমন—ক্রোধ, ভয়, আনন্দ, দুঃখ, বিস্ময় প্রভৃতি<sup>ii</sup>। আবার প্লেটো আবেগ কি, তা বোঝাতে বলেছেন--Are all those feelings that so change men as to affect their judgements, and that are also attended by pain or pleasure. Such are anger, pity, fear and the like, with their opposites.<sup>iii</sup> সেইসব বিষয়গুলোকে আবেগ বলা যায় যেগুলো মানুষের মধ্যে পরিবর্তন আনে, সেই বিষয়গুলির মধ্যে পড়ে রাগ, ভয়, সমবেদনা ইত্যাদি। এছাড়াও আবেগ সম্পর্কে দার্শনিকদের ভাবনা চিন্তা রয়েছে বিস্তর। তার মধ্যে আলোচনার প্রয়োজনমাত্রিক কিছু তথ্য বিভিন্ন উৎস থেকে সংগ্রহ করে এবং তথ্য বিশ্লেষণ করে দেখানো হল ব্যক্তিত্ব গঠনে আবেগের ভূমিকা কেমন ও কতখানি। বিভিন্ন উৎস থেকে আবেগের যেসব বৈশিষ্ট্য পাওয়া যায় সেগুলির মধ্য থেকে এখানকার জন্য প্রয়োজনীয় অংশগুলি নেওয়া হয়েছে—

### ৩.১. আবেগের বৈশিষ্ট্য:-

আবেগ সুখ কিম্বা দুঃখ মিশ্রিত একটি জটিল অনুভূতি। কিছু আবেগ থাকে দুঃখ মিশ্রিত। যেমন—রাগ, ভয় ইত্যাদি। আবার কিছু আবেগ থাকে সুখ মিশ্রিত।

যেমন—আনন্দ, ভালোবাসা। আমাদের দেহের অভ্যন্তরস্থ অঙ্গসমূহে পরিবর্তন দেখা যায় যেমন—হৃৎপিণ্ড, পাকস্থলী, ফুসফুস ও বিভিন্ন অন্তঃক্ষরা গ্রন্থিগুলিতে আবেগের সময় নানারকম পরিবর্তন দেখা যায়। আবেগের সময় শরীরের বাইরের অংশেও পরিবর্তন দেখা যায়। যেমন—শ্বাস-প্রশ্বাস ও রক্ত সঞ্চালনের গতি ধীর বা দ্রুত হয়, দেহের তাপমাত্রার হ্রাস বা বৃদ্ধি হয়, স্বেদগ্রন্থি বা লালাগ্রন্থি প্রভৃতির ক্ষরণ হয়, গায়ের লোম খাড়া হয়, হাত-পায়ের কম্পন, চোখের তারারঙ্কের প্রসারণ বা সঙ্কোচন ইত্যাদি দেখা যায়। আবেগের একটি নির্দিষ্ট কাল থাকে। একসময় সেটি শুরু হয়, তারপর সেটি কিছুক্ষণ স্থায়ী হয়, অবশেষে তা অবলুপ্ত হয়। মনোবিদ ম্যাকডুগ্যাল Mc Dougall-এর মতে, ‘প্রতিটি আবেগের মূলে থাকে কোন না কোন সহজ প্রবৃত্তির ব্যাহত হওয়া। কোন প্রবৃত্তি যেমন আত্মরক্ষামূলক সহজ প্রবৃত্তি ব্যাহত হলে ভয় নামক আবেগ জাগ্রত হয়’<sup>iv</sup>। আবেগ উৎপন্ন হওয়ার জন্য অনেক সময় বস্তুর উপস্থিতি প্রয়োজন আবার অনেক সময় বস্তু না থাকলেও অর্থাৎ তার প্রতিক্রম বা ধারণা থাকলেও তা থেকে আবেগের উৎপত্তি হতে দেখা যায়। আবেগের সময় বিচার শক্তি হারিয়ে যায়। ভীষণ বিচারবুদ্ধিসম্পন্ন মানুষও আবেগের সময় অপরের প্রতি রুঢ় আচরণ করেন। আবেগ আমাদের কর্মে প্রবৃত্ত করে যেমন—ভয় পেলে আমরা ছুটে পালাই, কিম্বা রেগে গেলে আক্রমণ করি ইত্যাদি। একই আবেগ নানা কারণে নানাভাবে উৎপন্ন হতে পারে। যেমন—ভয় নামক আবেগ সাপ দেখে হতে পারে, কুকুর দেখে হতে পারে, আবার হিংস্র মানুষ দেখেও হতে পারে। আবেগ চলে গেলেও একটা মেজাজ

থেকে যায়। যেমন—ক্রোধ চলে গেলেও যে খিটখিটে ভাব থাকে তা হল ক্রোধজনিত আবেগের কারণে উৎপন্ন হওয়া মেজাজ। ঐ খিটখিটে মেজাজ থেকেও আবার নতুন করে ক্রোধের উৎপত্তি হতে পারে। আবেগের মধ্যে একাধারে জ্ঞানগত দিক, অনুভূতিগত দিক এবং কর্ম প্রবৃত্তিগত দিক থাকে। যেমন—প্রত্যক্ষ, ধারণা প্রভৃতি জ্ঞানগত দিক; সুখ-দুঃখ প্রভৃতি অনুভূতিগত দিক এবং কর্মপ্রবৃত্তিরূপ ইচ্ছামূলক বা ক্রিয়াত্মক দিক।

### ৩.২. আবেগের তিনটি দিক থাকে

প্রথমত শারিরিক বহিঃপ্রকাশ, দ্বিতীয়ত মানসিক অনুভূতি এবং তৃতীয়ত জৈবিক প্রক্রিয়া। আবেগ সংখ্যায় বহু এবং প্রত্যেকটির জন্য আলোড়িত মানসিক অবস্থা ও প্রকাশভঙ্গীমা স্বতন্ত্র। একটি বিশেষ আবেগের যে বিশেষ প্রকারের বহিঃপ্রকাশ তা অন্য কোন কারণেও হতে পারে, যেমন—আমরা জানি ‘ক্রোধ’ নামক আবেগের বহিঃপ্রকাশ হল ‘লড়াই’, কিন্তু এমন অনেক ক্ষেত্রেই দেখা যায় যে ক্রোধের উৎপত্তি হয়নি কিন্তু কোন আক্রমণের প্রতিঘাতে প্রতি-আক্রমণের তথা লড়াইয়ের সূত্রপাত হয়েছে। অর্থাৎ বিশেষ কোন বাহ্যিক প্রকাশ দেখেই বলা সম্ভব নয় যে সেটা ঐ বিশেষ আবেগের কারণেই হয়েছে, কিন্তু ঐ বিশেষ আবেগ থাকলে ঐ বাহ্যিক লক্ষণসমূহ অবশ্যই থাকে।

### ৩.৩. কয়েকটি আবেগের উদাহরণ

আবেগ নানা প্রকারের হয়ে থাকে। যদিও আমরা নির্দিষ্ট করে বলতে পারি না যে কোন উদ্দীপকের প্রভাবে কোন ধরনের আবেগ উৎপন্ন হয়। আমরা কয়েকটি আবেগ সম্পর্কে অতি সংক্ষেপে জেনে নিতে পারি—

**৩.৩.১ ভয়—**ভয় একটি গুরুত্বপূর্ণ প্রধান আবেগ। এই আবেগের প্রতিক্রিয়া হল পলায়ন। যদিও ভয়ের মাত্রা খুব বেশী হলে পলায়নের সামর্থ্যও থাকে না। যখন আমরা কোন বিপজ্জনক অবস্থার আশঙ্কা করি কিন্তু তাকে প্রতিরোধ করার সামর্থ্য আমাদের থাকে না এমন পরিস্থিতি হলে মনের মধ্যে যে ভাব উৎপন্ন হয় সেটাকেই আমরা ভয় বলে থাকি। ভয় পেয়েছে শুনলে আমরা তাদের সম্বন্ধে অনেকে উপহাস করে থাকি, অর্থাৎ ভয়কে নিন্দনীয় মনে করা হয়। কিন্তু ভয়ের সময় উত্তেজিত মানসিক অবস্থার নিয়ন্ত্রণ সম্ভব হলে যুদ্ধের মতো জরুরী পরিস্থিতিতে সেটা সাফল্যলাভে কাজে আসে।<sup>v</sup> পরিস্থিতির উদয় হওয়ার আগেই যদি তার প্রতিষেধক প্রস্তুতি থাকে তাহলে ভয় থাকে না। কিন্তু যদি দেখা যায় যে পরিস্থিতি নাগালের বাইরে তাহলে ভয়ের উদয় হতে দেখা যায়।

**৩.৩.১.১. ভয়ের কারণসমূহঃ—**যে বস্তুকে আগে ক্ষতিকারক বা যন্ত্রণাদায়ক মনে হয়েছিল তার প্রত্যক্ষ বা স্মরণে ভয় আসতে পারে। যেমন—পাখিরা শিকারির

গুলির শব্দ শোনা মাত্র ভয়ে পলায়ন করে। কোন কিছুর আকস্মিক উপস্থিতি আমাদের মধ্যে ভয়ের সঞ্চার করে। যেমন—পথ চলতে হঠাৎ কোন গাড়ি যদি আচমকা সামনে এসে পড়ে তাহলেও তা থেকে ভয়ের সঞ্চার হতে পারে। অপরিচিত ও অদ্ভূত আকৃতির কোন বস্তু দেখলেও আমরা ভয় পাই। যেমন—বাচ্চাদের কাছে কাল্পনিক ভূতের গল্প বললেও তা তাদের কাছে ভয় উৎপন্ন করে। মৃত্যুর পরের অবস্থা আমাদের কাছে অপরিচিত হওয়ায় আমরা মৃত্যুকেও ভয় পাই। অনেক শিশু অন্ধকারকে ভয় পায়।

**৩.৩.২. আতঙ্কঃ**—যে ক্ষেত্রে ভয়ের কোন যুক্তিসঙ্গত কারণ থাকে না অথচ নিয়ন্ত্রণ-অযোগ্য ভয় থাকে তাকে আতঙ্ক বলা হয়। আমরা বিভিন্ন প্রকার আতঙ্কের অভিজ্ঞতার সম্মুখীন হই, যেমন—**বন্ধস্থানের আতঙ্কঃ**—বন্ধ স্থানে অনেকে ভয় পান। যেমন—একজন ল্যাব টেকশিয়ানের কথা এমন জানা যায় যে তিনি ভীষণ ভিড়যুক্ত লোকাল ট্রেনে চড়ার পর এতই ভয়ে ভীত হতেন যে তিনি ভাবতেন এখন যদি বেরোবার প্রয়োজন হয় বা দুর্ঘটনা ঘটে তাহলে কীভাবে বাইরে বেরোনো যাবে। **মুক্ত স্থানের আতঙ্কঃ**—অনেকে ফাঁকা জায়গা দেখে ভয় পান। এমন অনেকে আছেন যারা দিনের বেলাতেও গুনশান ফাঁকা রাস্তা বা মাঠ বা কোন বড় গোড়াউনে বা বিমানে উড়ানের সময় বা জাহাজে চড়ার সময় ভয় পান। **উচ্চ স্থানের আতঙ্কঃ**—খুব বেশী উচু বাড়ি বা টাওয়ার বা সৌধে উঠলে অনেকে ভয়

পান। একটি চলচ্চিত্রে দেখা গেছে তিন কিশোর বয়স্ক বন্ধু রেষারেষি করে একটি জলের ট্যাঙ্কে উঠে পড়েন তাদের মধ্যে দুজন অনায়াসে নেমে পড়লেও একজন নামতে পারলেন না। তিনি উচ্চতা দেখেই আতঙ্কিত হয়ে পড়লেন। উচ্চতাজনিত এই ভীতি বাস্তবেও দেখা যায়। **মরণের আতঙ্কঃ**—অনেক সময় কোন কারণ ছাড়াই অনেকে মৃত্যুর কথা ভেবে আতঙ্কিত হয়ে পড়েন। অপরের মৃত্যু দেখে নিজের মৃত্যুর কথা ভেবে অনেকেই আতঙ্কিত হয়ে পড়েন।

**৩.৩.৩ উৎকর্ষাঃ**—আতঙ্কের উৎকর্ষারও কোন সঠিক কারণ থাকে না। কিন্তু আতঙ্কের সাথে উৎকর্ষার পার্থক্য হল আতঙ্কের কারণ সঠিকভাবে বলা না গেলেও সম্ভাব্য কারণগুলো বলা যায়, যেমন—মুক্ত স্থান, বন্ধ স্থান ইত্যাদি। কিন্তু উৎকর্ষার কোন কারণই থাকে না। তবে উৎকর্ষার তীব্রতা আতঙ্কের তুলনায় কম।<sup>vi</sup>

**৩.৩.৩.১. দৈহিক পরিবর্তন সমূহঃ**—ভয়ের সময় স্বয়ংক্রিয় স্নায়ুতন্ত্রের সমবেদী বিভাগটি উত্তেজিত হবার ফলে যেসব পরিবর্তনগুলি দেখা যায় সেগুলি হল—মুখের লালগ্রন্থির ক্ষরণ কমে যাওয়া। চোখ বড় হয়ে যায়। মুখ শুকিয়ে যায়। পিণ্ডের ক্রিয়া বন্ধ হয়ে যায়। শ্বাসপ্রশ্বাস দ্রুত হয়। অ্যাড্রিনালগ্রন্থির ক্ষরণ বেড়ে গিয়ে পেশীসমূহ সতেজ ও সক্রিয় করে। অত্যধিক ঘামে চর্ম শীতল হয়।

৩.৩.৩.২. মানসিক পরিবর্তনসমূহঃ—ভয়ের ফলে আমাদের মনে আসে অবসন্নতা, কর্মহীনতা, পলায়ন বৃত্তি। মন বিচলিত হয়, মনে শান্তি আসে না, অশান্ত মন কোন কাজেই লাগোয়া থাকতে পারে না। বিক্ষিপ্ত মন প্রায়ই কিছু না কিছু বিভ্রান্তি করে থাকে। ভয়ের অবস্থা আমাদের কারও আকাঙ্ক্ষিত নয়। কেউ ভয় পেতে চান না। কিন্তু পরিস্থিতি তেমনই এসে দাঁড়ায় যখন আমাদের ভয় না পেয়ে কোন উপায় থাকে না।

প্রতিকারঃ--আমাদের অসতর্ক চলন, বুদ্ধিহীনতা, দূরদর্শিতার অভাবেই কোন শক্তিশালী মন্দ লোকের পাল্লায় পড়ে ভয়ের শিকার হতে হয়। তাই সতর্ক, বুদ্ধিদীপ্ত, চতুর চলনই আমাদের ভয় থেকে ত্রাণ করে। মানুষ যখন জানে যে কীভাবে ভয়ের হাত থেকে মুক্তি পাওয়া যেতে পারে তখনই সে ভয় মুক্ত হয়। আবার পরিস্থিতি নতুন হলে সে প্রথমে ঘাবড়ে যায়। তারপর উপায়ান্তর না দেখে ভয়ের মোকাবিলা করতে বাধ্য হয়। যখন ভয়ের মোকাবিলা করে বার বার ব্যর্থ হয়েও সে যখন থামে না, সমাধান করেই ছাড়ে, তখন সে সমস্ত গ্লানি দূরে সরিয়ে স্বাভাবিক মনের অধিকারী হতে পারে। তা না হলে আমাদের বিক্ষিপ্ত অবদমিত মনে নানা মানসিক রোগ এসে বাসা বাঁধে। তাই বার বার চেষ্টা করে ভয় জয় করার নিয়ত চেষ্টা করতে থাকা যতক্ষণ না কোন স্থির সিদ্ধান্তে পৌঁছানো যায়।

**৩.৩.৪. ক্রোধ (Anger)**—যখন প্রাণীর কোন ইচ্ছা, কামনা, সহজ প্রবৃত্তি ইত্যাদি বাধাপ্রাপ্ত হয় তখন যদি ঐ বাধার বিরুদ্ধে প্রতিক্রিয়া করার সামর্থ্য থাকে, তখন ক্রোধরূপ আবেগের উৎপত্তি হয়। আত্মরক্ষা আমাদের একটি সহজ প্রবৃত্তি, এই প্রবৃত্তি যখন বাধাপ্রাপ্ত হয় তখন আমাদের ক্রোধ নামক আবেগের উদ্বেক করে। মানুষের সাথে সাথে এই প্রবৃত্তি অন্যান্য প্রাণীদের মধ্যেও দেখা যায়। যে কোন দুঃখদায়ক বস্তু উপস্থিত হলে আর তার প্রতিক্রিয়া করার সামর্থ্য থাকলে মানুষের মধ্যে ক্রোধের উদ্ভব হয়। ক্রোধের সময় বেশ কয়েকটি শারীরিক পরিবর্তন দেখা যায়। যেমন—রুম্ম ও কর্কশ স্বর, কুণ্ঠিত কপাল, রক্তবর্ণ চক্ষু, স্ফীত নাসারন্ধ্র, রক্তাভ মুখমণ্ডল, দন্ত ঘর্ষণ, মুষ্টিবদ্ধ হাত, দ্রুত হৃৎ-কম্পণ, দ্রুত শ্বাসপ্রশ্বাস, পাকযন্ত্রের ক্রিয়া ব্যাহত হওয়া। অ্যাড্রিনাল গ্রন্থি উদ্দীপিত হয় তাই পেশীসমূহের শক্তি বৃদ্ধি করে। সব মিলিয়ে ক্রোধে প্রতিপক্ষকে আক্রমণের উপযুক্ত হয়। কিন্তু ভয়ের আবির্ভাবে শরীরে বিরূপ প্রভাব পড়ে। তবে ভয়ের প্রভাবে বিপর্যয় অতিক্রম করার সামর্থ্য উৎপন্ন হয়।

**৩.৩.৫. হর্ষ ও বিষাদ (Joy and sorrow)**—হর্ষ ও বিষাদের সাথে আমরা অনেক সময় যথাক্রমে সুখ ও দুঃখকে গুলিয়ে ফেলি। তবে সুখ ও দুঃখের চেয়ে হর্ষ ও বিষাদের অবস্থা একটু উন্নততর। সুখ-দুঃখের সাথে যেমন ইন্দ্রিয়-সংবেদনের যোগ স্পষ্ট থাকে। হর্ষ-বিষাদের সঙ্গে ইন্দ্রিয়-সংবেদনের যোগ স্পষ্ট নয়। যেমন—



‘বিষাদ’ যুক্ত থাকে ক্রোধ ও ভয়ের সাথে, ‘হর্ষ’ যুক্ত থাকে প্রেম বা ভালোবাসার সাথে। হর্ষ ও বিষাদ স্বনির্ভর এরা অন্য আবেগের উপর নির্ভর করে না কিন্তু অন্যান্য আবেগ এদের উপর নির্ভর করে। যদিও McDougall এর মতে হর্ষের সাথে যুক্ত থাকে ইচ্ছার পরিতৃপ্তি আর বিষাদের সাথে থাকে ইচ্ছার অপরিতৃপ্তি<sup>vii</sup>। তাই তাঁর মতে হর্ষ আর বিষাদও পরনির্ভর আবেগ। সাধারণতঃ হর্ষ সম্মুখবর্তী মনোভাব হয়ে থাকে আর বিষাদ পশ্চাদ্বর্তী মনোভাব হয়ে থাকে। হর্ষের দৈহিক প্রকাশ হাসিতে আর বিষাদের দৈহিক প্রকাশ কান্নায়। হর্ষের প্রভাব—পরাসমবেদী স্নায়ুতন্ত্রের উদ্দীপনার ফলে, দেহের অভ্যন্তরীণ অঙ্গগুলি সুস্থ ও স্বাভাবিকভাবে ক্রিয়া করে। ফলে লালা-গ্রন্থির নিঃসরণ সঠিক হয়, হৃৎপিণ্ডের ক্রিয়া স্বাভাবিক হয়, ফুসফুসের ক্রিয়া স্বাভাবিক হয়। অর্থাৎ মানুষ সুস্থ স্বাভাবিক থাকে। এর বহিঃপ্রকাশগুলি হল—হাস্যময় মুখমণ্ডল, উজ্জ্বল দৃষ্টি, প্রসারিত দৃষ্টি, সতেজ পেশী, ছন্দময় গতি বা চলাফেরা, মেলামেশা ও গল্পগুজব। বিষাদের প্রভাব—বিষাদের ক্ষেত্রে সমবেদী স্নায়ুতন্ত্রের উদ্দীপনা হয়, ফলে এর বহিঃপ্রকাশও হর্ষের তুলনায় পৃথক। যথা—লালা নিঃসরণ কমে যাওয়া, মুখমণ্ডল মলিন হয়, চক্ষু সজল হয়, বক্ষ অবসন্ন হয়, দেহ অবসন্ন হয়, পেশীশক্তি হ্রাস পায়, জীবনীশক্তি হ্রাস করে। হর্ষ ও বিষাদ উভয়েই আত্মকেন্দ্রিক। প্রীতিজনক চমক, অতীতের সুখ-স্মৃতি, ভবিষ্যতের সাফল্যের আশা ইত্যাদি হর্ষের উদ্রেক করতে পারে। অর্থাৎ, বন্ধুবিচ্ছেদ, অতীতের ব্যর্থতার চিন্তা ইত্যাদি বিষাদের উদ্রেক করতে পারে।

৩.৩.৬ প্রেম বা ভালোবাসা—প্রেম বা ভালোবাসা পরকেন্দ্রিক কোমল আবেগ। অর্থাৎ এই আবেগ অপরের উপর প্রযুক্ত হয়। কোন ব্যক্তি, বস্তু, ধারণা, আদর্শের উপর এই প্রেম বা ভালোবাসা ন্যস্ত হতে দেখা যায়। আমরা দেশপ্রেমের নিদর্শনের কথা বিভিন্ন গল্প-উপন্যাস-ইতিহাসে পেয়ে থাকি। সেখানে ভালোবাসা ‘দেশ’ নামক বিমূর্ত বিষয়ে ন্যস্ত। এই আবেগ স্থায়ীভাবে মানুষের মনে স্থান পায়। এই আবেগে একপ্রকার কোমল অনুভূতি আসে। প্রেম তিন প্রকারের হতে পারে—মনোবিশ্লেষক Freud, যৌনক্ষুধা বা কামতৃষ্ণাকেই প্রেম বলেছেন<sup>viii</sup>। এক্ষেত্রে প্রেম আত্মকেন্দ্রিক, কারণ কামের মধ্যে থাকে ব্যক্তির নিজ সুখ সম্ভোগ করে। দ্বিতীয় অর্থে প্রেম বলতে বোঝায় যে কোন কোমল অনুভূতি। যেমন—পিতৃস্নেহ, মাতৃস্নেহ, জীবে দয়া, নিসর্গ প্রীতি ইত্যাদি। তৃতীয় অর্থে প্রেম বলতে বোঝায় এক স্থায়ী মানসিক অবস্থা। Stout, McDougall প্রভৃতি মনোবিদগণ প্রেম বলতে এইরকম একটি স্থায়ী মনোভাবকেই বুঝিয়েছেন<sup>ix</sup>। তৃতীয় অর্থে প্রেম বা ভালোবাসা এক ব্যক্তি অপর ব্যক্তির সুখ বা দুঃখের সাথে একাত্মতা অনুভব করে। ভালোবাসার পাত্র সুখী হলে ব্যক্তি সুখী হয় আবার ভালোবাসার পাত্রের দুঃখে ব্যক্তি দুঃখী হয়। এই প্রেম আবার দুই প্রকারের হয়—আকর্ষণরূপে প্রেম ও সহানুভূতিরূপে প্রেম। আকর্ষণরূপী প্রেমে আত্মস্বার্থ ও আত্মতুষ্টি প্রাধান্য পায়। সহানুভূতিরূপী প্রেম প্রেমাস্পদের স্বার্থ ও তুষ্টিই প্রাধান্য পায়। আবার প্রেমপাত্রের প্রকৃতি অনুসারেই প্রেমের প্রকৃতি নির্ধারিত হয়ে থাকে, যেমন—সাধারণ মানুষের প্রতি প্রেমকে

সহানুভূতি বলে। বল, শক্তি ও পদমর্যাদার দিক থেকে যারা উচ্চ তাদের প্রতি প্রেম সম্মানরূপে প্রকাশ পায়। জড়শক্তির প্রতি প্রেম বিস্ময়রূপে প্রকাশ পায়।

কোমল অনুভূতি হওয়ায় এই আবেগের বহিঃপ্রকাশ তেমন তীব্র নয়, সাধারণতঃ স্মিত হাসি, উৎফুল্লতা এই এই আবেগের বৈশিষ্ট্য।

**৩.৩.৭. ঘৃণা**—ভালোবাসার বিপরীত অনুভূতি বা আবেগ হল ঘৃণা। ঘৃণার বস্তু থেকে মানুষ সর্বদা দূরে থাকতে চেষ্টা করে। ঘৃণার বস্তু দূরে থাকলে মানুষ স্বস্তি বোধ করে, তার কষ্টে সে আনন্দ বোধ করে। ঘৃণায় মানুষের স্বার্থপরতার মনোভাব প্রকাশ পায়। ঘৃণায় মানুষের অসুস্থতা প্রকাশ পায়। ঘৃণা বলতে আবেগ যেমন বোঝায় তেমনি স্থায়ী মনোভাবও বোঝানো হয়। McDougall এর মতে, ঘৃণা এক মিশ্রিত আবেগ, এটা কোন মৌলিক আবেগ নয়। ক্রোধ, ভয় ও বিরক্তি— এই তিন প্রকার আবেগের মিশ্রণ হচ্ছে ঘৃণা<sup>x</sup>। ঘৃণার পাত্র আমাদের মনে ক্রোধ, ভয় ও বিতৃষ্ণার উদ্বেক করে। কোন বিপজ্জনক ও হীন প্রকৃতির ব্যক্তি অপমান করলে আমরা প্রথমে ক্রুদ্ধ হই, পরে ভীত হই (কেননা সে বিপজ্জনক), পরে বিতৃষ্ণা-মনোভাববশত তাকে ঘৃণার পাত্ররূপে পরিহার করে চলি।

**৩.৩.৮. সহানুভূতি**—সকল প্রকার পরকেন্দ্রিক আবেগের মূলে থাকে সহানুভূতি। ভালোবাসা, দয়া, মায়া ইত্যাদি পরকেন্দ্রিক আবেগসমূহের মূলে থাকে সহানুভূতি।

সহানুভূতি বলতে সাধারণতঃ অপরের দুঃখ অনুভব করা বোঝালেও মনোবিদ্যায় এর ব্যপক অর্থ করা হয় এবং সহানুভূতি বলতে অপরের সুখ ও দুঃখ উভয়ই অনুভব করা বোঝায়। সহানুভূতি দুই প্রকার—অনুকরণমূলক ও উন্নত বা প্রকৃত সহানুভূতি। **অনুকরণমূলক**—একজনের অনুভূতির বাহ্য প্রকাশ দেখে যদি অপরের মধ্যে সহজাত প্রবৃত্তি বশত স্বতঃস্ফূর্তভাবে অনুরূপ আবেগের উদ্ভব করে, তাহলে তাকে অনুকরণ মূলক বা সাহজিক সহানুভূতি বলে। এই ক্ষেত্রে অপরের অনুভূতি সম্পর্কে কোন বোধ না থাকলেও কেবল সহজাত প্রবৃত্তি বশত একজনের থেকে অপরের মধ্যে সঞ্চারিত হয়ে থাকে। যেমন—একটি পাখি ভয়ে উড়ে গেলে অন্যান্য পাখিরাও ভয়ে উড়ে যায়। একটি কুকুর ভয়ে ডেকে উঠলে অন্যান্য কুকুরেরাও ভয়ে ডেকে ওঠে। **উন্নত বা প্রকৃত সহানুভূতি**—একজনের আবেগের বাহ্য প্রকাশ দেখে অপরের মধ্যে সসবের অর্থ অনুধাবন যদি অন্যের মধ্যে অনুরূপ আবেগের উদ্ভব হয় তাহলে তাকে বলা হয় ‘উন্নত সহানুভূতি’ বা ‘প্রকৃত সহানুভূতি’।

**৩.৩.৮.১ সহানুভূতিতে যেসব স্তর থাকেঃ** অপরের অনুভূতির বহিঃপ্রকাশ লক্ষ করে কল্পনার সাহায্যে সসবের অর্থ করা, কল্পনায় ঐ ব্যক্তির স্থলে নিজেকে বসানো, অনুভূতির বহিঃপ্রকাশগুলিকে অনুকরণ করা, অনুভূতি অনুসারে হাসা বা কাঁদা বা ছুটে পালানো, আবার অপরের অনুভূতির মাত্রা হ্রাস বা বৃদ্ধি করার জন্য সক্রিয় ভূমিকা গ্রহণ করা। সহানুভূতির জন্য প্রয়োজন অনুভূতিপ্রবণতা,

সহানুভূতির বহিঃপ্রকাশগুলি লক্ষ্য করার মতো আগ্রহ, অপরের অনুভূতিকে উপলব্ধি করার মতো কল্পনাশক্তি, উভয়ের মধ্যে শত্রুভাব না থাকা দরকার, উভয়ের মধ্যে ব্যক্তিগত সম্পর্ক থাকা দরকার। উভয়ে যদি একত্রে বসবাস করে, বা উভয়ে যদি একই সংস্থার সভ্য হয়।<sup>xi</sup>

**৩.৩.৯. সহমর্মিতা (Empathy)**—সহমর্মিতায় সহমর্মী ব্যক্তির অন্তরে প্রবেশ করে একাত্মতা বা অভিন্নতা অনুভব করে। সে যেন একইরকম বেদনা বা সুখ অনুভব করছে। এই সহমর্মিতা অনেক সময় কোন বিশেষ ব্যক্তি, প্রাণী বা বস্তুর উপর হতে পারে। কোন শিশু যখন কার্টুন দেখে তখন সেই কার্টুনের নায়কের সাথে ঐ শিশু একাত্মতা অনুভব করে। এমনকি অনেক আবেগপ্রবণ মানুষ কোন সিনেমা বা সিরিয়ালের কোন বিশেষ চরিত্রের সাথে একাত্মতা অনুভব করেন। সেই চরিত্রের বিপদের সময় ব্যক্তিও যেন বিপদগ্রস্ত হয়েছেন এমনভাবে আতঙ্কগ্রস্ত হয়ে পড়েন। সেই চরিত্রের দুঃখে তার সাথে সাথে ঐ ব্যক্তিও যেন দুঃখিত হন। সেও তার সাথে কান্নায় ভেঙে পড়েন।

**৩.৩.১০. বিস্ময় (Surprise)**—আমরা একটি বিশেষ পরিস্থিতিতে থাকাকালীন হঠাৎ অপ্রত্যাশিত কোন ব্যাপার এসে হাজির হলে আমাদের মনে সাময়িকভাবে একটি মানসিক অসাম্য তৈরি হয়। এই অবস্থায় আমাদের মনে একটা ঝাপটা

আসে। আমাদের মন বিক্ষিপ্ত হয়। আবার মনকে স্বাভাবিক অবস্থায় ফিরিয়ে আনার চেষ্টা করা হয়। হয়ত কোন ব্যক্তি চেয়ারে নিরিবিলি বসে আছেন হঠাৎ যদি বন্দুকের শব্দ হয় তাহলে তিনি হয়ত লাফ দিয়ে উঠবেন। হয়ত এই প্রক্রিয়া এক নিমিষে হয়ে যেতে পারে। আবার এমন কোন সংবাদ যা অপ্রত্যাশিত তাও আমাদের মনে বিস্ময় আনতে পারে। আর এই সংবাদ অনেক সময় ইতিবাচকও হয় আবার অনেক সময় নেতিবাচকও হয়ে থাকে। যেমন—কোন পরিচিত ব্যক্তি যিনি অনেক দিনের পরিচিত তার হঠাৎ কোন প্রাণঘাতি দুর্ঘটনায় প্রাণ হারানোর ঘটনায় আমরা বিস্মিত হই। আবার কোন ক্ষুদ্র শিশুর হঠাৎ কথা বলা শুনে অথবা তার হঠাৎ একা একা উঠে দাঁড়ানো দেখে আমরা বিস্মিত হই।<sup>xii</sup>

**৩.৩.১১. প্রমোদ (Mirth or Amusement)**—যে মানসিক অবস্থায় মানুষ উচ্চ শব্দে বা জোরে জোরে হাস্য করে থাকেন সেই অবস্থাকে প্রমোদ বলে। যেমন—সুড়সুড়ি দিলে কোন শিশু খিলখিল করে হাসে। কোন মজাদার ঘটনা যাতে কৌতুক থাকে তা শুনেও মানুষ হাসে, যারা বিদূষক তারা নানা কায়দায় মানুষের মধ্যে হাস্যরসের সঞ্চারণ করেন। মানুষ হাসতে বাধ্য হন।

৩.৩.১২. আনন্দ (Joy)—কোন বিশেষ পরিস্থিতির মধ্য থেকে পরিশ্রমের মাধ্যমে বেরিয়ে আসার ফলে যে অনুভূতি আসে তাকে আনন্দ বলে। ‘প্রমোদ’ নামক আবেগের থেকে আনন্দ নামক আবেগ পৃথক হয়।

৩.৩.১৩. দুঃখ (Grief)—দুঃখ হল মানুষের একটি ক্রন্দনরত অবস্থা যখন সে কোন ক্ষতি বা কঠিন পরিস্থিতির সম্মুখীন হয় কিন্তু সেখান থেকে পরিত্রাণের কোন উপায় থাকে না সেই সময় মনের যে অবস্থা হয় তাকে দুঃখ বলে।

৩.৩.১৪. যৌন উত্তেজনা (Sex excitement)—যৌন উত্তেজনা অন্যান্য যে কোন উত্তেজনার তুলনায় পৃথক, কারণ এর পরিস্থিতি স্বতন্ত্র, এই উত্তেজনার ব্যবহারও পৃথক ধরনের এবং এই শক্তিশালী আবেগটির কিছু নিজস্ব বৈশিষ্ট্যও আছে।

৩.৪. আবেগের বহিঃপ্রকাশ—আবেগের প্রকাশ নানা প্রকারে হতে পারে, যেমন— উচ্চ হাস্য, ক্রন্দন, চোখ রাঙানো, রেগে ল্মফ-ঝম্ফ করা ইত্যাদি। এদের সাহায্যে মানুষের মনের ভাবকে অনুসরণ করা যায়। আবার জীবন ধারণের জন্য এইসব ব্যাপারগুলি একান্ত অপরিহার্য। প্রাথমিকভাবে মানুষ তার নানারকম ভাব প্রকাশ করার জন্য নানা রকম অঙ্গভঙ্গীর সাহায্য নিত। কিন্তু সেইসব অঙ্গভঙ্গীগুলো

বর্তমানে নির্দিষ্ট ভাবের ক্ষেত্রে একেকটি নির্দিষ্ট অঙ্গভঙ্গী ব্যবহার হতে দেখা যায়। যেমন—কোন ব্যাপারে অমত থাকা বোঝাতে মাথাকে দুদিকে অসম্মতিসূচকভাবে নাড়তে দেখা যায়, কোন ব্যাপারকে গোপন রাখার ইঙ্গিত বোঝাতে মুখে একটি আঙ্গুল রেখে তা বোঝানো হয়। কুকুর বা গেরিলার ক্ষেত্রে বলা যায় যে তারা তাদের গজদাঁত দেখিয়ে অন্যান্য পশুদের ভয় দেখাত এবং এর ফলে অনেক সময় যুদ্ধের প্রয়োজনই হত না। বর্তমানেও দেখা যায় কুকুরগুলো যুদ্ধের প্রয়োজন আসছে বুঝতে পেরে ঐ গজদাঁতের ব্যবহার এমনভাবে করে থাকে যে যুদ্ধের প্রয়োজন লোপ পায়। এইভাবে দেখা যায় যে আবেগের বহিঃপ্রকাশই আমাদের কাছে প্রতিভাত হয়। আবেগের অন্তঃস্থ বা মনোগত ব্যাপারগুলো ব্যক্তিকেন্দ্রিক। এই বহিঃপ্রকাশ অনেক সময় নিয়ন্ত্রিত থাকে, তখন তা অন্যের কাছে কোন প্রতিক্রিয়া সৃষ্টি করে না। কিন্তু এই বহিঃপ্রকাশ যখন নিয়ন্ত্রণের বাইরে যায় তখন তাকে নিয়ন্ত্রণের ব্যাপারে ভাবার প্রয়োজন হয়। যেমন—ধরা যাক কোন ব্যক্তি দুঃখ পেয়েছেন, তার মুখ মলিন, চোখে অন্যমনস্কতার ভাব। এখন যদি তিনি তাঁর কোন পরিচিত ব্যক্তির সম্মুখীন হন তখন তিনি হয়ত তার সেই বহিঃপ্রকাশ মুহূর্তে সরিয়ে ফেলে উক্ত আগন্তকের সাথে হেসে কথা বললেন। কিন্তু আবেগের বহিঃপ্রকাশ যখন অন্যের উপস্থিতিতেও অপরিবর্তিত থাকে তখন ঐ ব্যক্তিকে সকলে আত্মস্থ করার চেষ্টা করেন। আবেগাভিভূত ব্যক্তি নিজেও চেষ্টা করেন ঐ আবেগগ্রস্ত অবস্থাকে নিয়ন্ত্রিত করতে।



৩.৪.১. আবেগের বহিঃপ্রকাশ নিজ আবেগ বনাম অপরের আবেগ—আবেগের বহিঃপ্রকাশ স্বতঃস্ফূর্ত, সেই বহিঃপ্রকাশগুলোর ক্ষমতা জন্ম থেকেই মানুষের মধ্যে থাকে। আনন্দে উচ্চহাস্য, দুঃখে চিৎকার করে কান্না করা। কিন্তু কিছু আবেগের বহিঃপ্রকাশের নিয়ন্ত্রণ মানুষ শেখে অন্যের থেকে অনুকরণ করে। বিশেষ করে সে রাগ বা লোভ বা মোহকে নিয়ন্ত্রণ করতে শেখে। এমনকি সে অনেক সময় এইসব আবেগগুলোকে গোপনও করতে শেখে। কান্না করা বা ভয় পাওয়ার জন্য হয়ত সে অন্যের কাছে উপহাসের পাত্র হতে পারে। রাগ দেখানো বা গর্ব প্রকাশ অনেক সময় অপরের কাছে অপরাধের মত প্রতিভাত হতে পারে। হয়ত অনেক সময় মন খুব খারাপ তবুও ভদ্রতা দেখাতে বার বার হাসতে হয়। হয়ত অতি সাধারণ কথাতেও বিস্ময় প্রকাশ করতে হয়। এইভাবে শিশু শেখে সামাজিকতার চাপে কীভাবে নিজের অনুভূতি নিজের কাছে গোপন রাখতে হয়। একই সাথে সে এটাও শেখে যে কীভাবে অপরের মুখের দিকে তাকিয়ে তার লুকিয়ে রাখা অনুভূতিটি বুঝে নেওয়া যায়। এই কাজটি অনেকটা প্রতিযোগিতার মতো হয়ে দাঁড়িয়েছে যে কীভাবে নিজের আবেগকে গোপন করে অপরের আবেগকে জেনে নেওয়া যায়। ঠিক যেমন—একজন সৈন্য বর্ম দ্বারা নিজেকে রক্ষা করে এবং অপরকে অস্ত্র দিয়ে আঘাত করে। এইরকমভাবে মানুষ আবেগ গোপন রাখে অপরের থেকে কারণ সে এমন অভিজ্ঞতা লাভ করেছে যেখানে অপর ব্যক্তি তার আবেগকে বুঝতে পেরে তাকে তার ঐ অবস্থায় থাকার সুযোগে নানা বিপাকে ফেলে নিজের স্বার্থ পূরণ করেছে। আবার অনেক সময় অপরের মধ্যে গোপন

মন্দ অভিপ্রায়ও থাকে। সেসব থেকে নিজেকে রক্ষা করতে মানুষ নিজের আবেগকে গোপন করতে এবং অপরের আবেগকে বোঝার জন্য চেষ্টা করেন। এইরকম অভ্যাসের ফলে দেখা যায় বয়স যত বাড়ে তত তার আবেগ প্রকাশের প্রবণতা কমতে থাকে। কিন্তু কোন ব্যাপারে যখন অপরের বিশ্বাস উৎপাদন করতে হয় তখন আবার অপরকে নিজের যে আবেগটি আছে বলে বোঝাতে চান সেই ভাব সুদক্ষভাবে প্রকাশ করে থাকেন। আবেগ প্রকাশের জন্য তার নির্দিষ্ট ভাষা আছে, যেমন—ইঙ্গিত, নানাপ্রকার ভঙ্গী যেমন—বিস্ময়বোধক ভঙ্গী, আনতি, কণ্ঠের স্বর এবং অন্যান্য মৌখিক প্রকাশভঙ্গী প্রভৃতির সমন্বয়। যদিও এইসব প্রকাশভঙ্গী আমরা আমাদের শেখার জগতের বাইরের তবুও এইগুলো সামাজিক রীতি হিসাবে প্রচলিত হয়ে আসছে। শিশুরা এখন এই ভাষাগুলি বুঝতে পারে এবং একটা নির্দিষ্ট সীমা পর্যন্ত তাকে ব্যবহারও করতে পারে। বিশেষ করে অভিনেতারা কোন আবেগের প্রকাশ যত নিঃখুতভাবে করতে পারে সাধারণ মানুষ তত নিঃখুতভাবে পারেন না। দেখা যাচ্ছে যে সাধারণভাবে আবেগের বহিঃপ্রকাশ স্বতঃ নয়। মানুষ নিজে থেকে তার আবেগকে প্রকাশ করতে চান না। অথচ আবেগটিকে জানতে পারার আগ্রহ মানুষের মধ্যে প্রবল থাকে। আমরা অনেকভাবে অনুমান করে মানুষের অন্তঃস্থ প্রকৃত আবেগকে জানতে চেষ্টা করি, তাদের মধ্যে অন্যতম হল— মুখমণ্ডলের অবস্থার পরীক্ষণ।

৩.৪.২. মুখমণ্ডলের অবস্থার পরীক্ষণ—কোন ব্যক্তির অন্তঃস্থ আবেগকে জানতে মুখমণ্ডলের অবস্থা পরীক্ষণ কতখানি উপযোগী তা জানতে মনোবৈজ্ঞানিক পরীক্ষার সাহায্য নেওয়া হয়। একজন পরীক্ষক বিভিন্নরকম মুখমণ্ডলের ছবি দেখিয়ে দেখিয়ে জিজ্ঞেস করেন যে এই মুখের ছবিটি কোন আবেগকে প্রকাশ করছে? যারা পরীক্ষায় অংশগ্রহণ করেন তারা ঐ ছবিগুলো দেখে যেসব শব্দসমূহ দ্বারা তাদের প্রকাশ করেন তাদের মধ্যে শব্দগত পার্থক্য থাকলেও অর্থগত বিরাট পার্থক্য দেখা যায় না। কিছু কিছু চিত্র খুব স্পষ্ট এবং পর্যবেক্ষকদের কাছে সেই ছবির অর্থ প্রায় একই রকম। ভালোবাসার ভঙ্গীমা দেখে সাধারণতঃ সকলেই ভালোবাসার কথাই বলে থাকেন, তা দেখে কেউ ঘৃণা বা বিরক্তির কথা বলেন না। আবার অবজ্ঞার ক্ষেত্রে যে মুখভঙ্গী তা ভালোবাসার থেকে আলাদা। এভাবে দেখা যায় যে বিভিন্ন প্রকার আবেগকে তার মুখভঙ্গীর নিরীখে আলাদা করে চেনা যায়।

৩.৪.৩. অঙ্গভঙ্গী এবং কণ্ঠ দ্বারা আবেগের প্রকাশ—হাত বা পা বা শরীরের বিভিন্ন রকমের সঞ্চালন থেকে অনেক রকম আবেগ সম্পর্কে ধারণা করা যায়। যেমন—মানুষ জানে কীরকম অঙ্গভঙ্গী যুদ্ধক্ষেত্রে করতে হয় আবার কীরকম অঙ্গভঙ্গী দ্বারা কোন কিছু স্বীকার বা অস্বীকার করা হয় তাও মানুষ বুঝতে পারে। কোনো ভঙ্গী দ্বারা হয়ত শান্তি স্থাপনের জন্য আবেদন করা হয়। পরীক্ষা করে দেখা গেছে যে

একজন অভিনেতা শুধু অঙ্গভঙ্গী দ্বারাই বহুসংখ্যক আবেগের উপস্থাপন করতে পারেন যে আবেগগুলির পরিচয়ের ক্ষেত্রে কলেজের ছাত্রছাত্রীদের মধ্যে ঐক্যমত্য দেখা যায়। আবার স্থিরচিত্রের বদলে যদি চলচ্চিত্রের ব্যবহার করা হয় তাহলে দেখা যায় যে ঐ আবেগ বিষয়ে আরও বেশী ঐক্যমত্য দেখা যায়। আবার মুখমণ্ডলের ভাবপ্রকাশের থেকে আরও ভালোভাবে আবেগের প্রকাশ সম্ভব, কণ্ঠস্বর দ্বারা। কারণ কোন আবেগের প্রকাশের ক্ষেত্রে প্রয়োজনবশতঃ কণ্ঠকে উচ্চ, নীচ, কর্কশ বা মধুর করা যায়। এতে আবেগের প্রকাশ সহজ হয়। আবার সঙ্গীতের মাধ্যমে কোন আবেগকে আরও বেশী করে প্রকাশ করা যায়। যেমন— কোন দুঃখদায়ক ঘটনাকে বোঝানোর জন্য একটি দুঃখাত্মক সঙ্গীত অনেক বেশী দুঃখ প্রকাশক। একটা বিশেষ সংলাপ একজন অভিনেতা নানা রকম আবেগ নিয়ে যখন বলতে থাকেন তখন দেখা যায় উচ্চারণের বিভিন্নতা দিয়েই অর্থাৎ কণ্ঠস্বরের বিভিন্ন রকমের সাহায্যে নিয়েই এইসব আবেগকে সহজেই অভিনয়ে ফুটিয়ে তোলা যায়। বেদনায় যেমন বাকরুদ্ধ হয়ে পড়েন মানুষ, তেমনি আনন্দে মানুষের কণ্ঠস্বর উচ্চ হয়। যদিও মৌখিক ভাষার যে বক্রতা তা বিভিন্ন জনগোষ্ঠীর মানুষের কাছে বিভিন্ন সময়ে বিভিন্ন হয়ে থাকে।

### ৩.৫. যেসব বিষয়ের উপর আবেগ নির্ভর করে সেগুলি নিম্নরূপ—

যে পরিস্থিতিতে কোন ব্যক্তিকে রাখা হয় এবং ঐ পরিস্থিতি সম্পর্কে ব্যক্তির যে বুদ্ধিদীপ্ত প্রত্যক্ষ তার উপর নির্ভর করে কোন ব্যক্তির আবেগের অবস্থা। ঐ

পরিস্থিতির সাপেক্ষে ব্যক্তির যে বিশেষ ক্রিয়াকলাপ যেমন—ভীতিজনক পরিস্থিতিতে পলায়ন করা ইত্যাদি বিষয়ের উপর কোন ব্যক্তির আবেগ নির্ভর করে। একেকরকম আবেগের একেকরকম বিশেষ জৈবিক অবস্থা থাকে। যেমন—রাগ, ভয় এবং অন্যান্য উত্তেজিত মানসিক স্তরের ক্ষেত্রে এক বিশেষ প্রকারের জৈবিক অবস্থা থাকে। আবার যৌন আকাঙ্ক্ষা, লোভ বা আনন্দের ক্ষেত্রে জৈবিক অবস্থাগুলো আলাদা হয়ে থাকে। বিভিন্ন আবেগের ক্ষেত্রে যে বিভিন্ন জৈবিক অবস্থা তা নির্ভর করে স্বয়ংক্রিয় স্নায়ুতন্ত্র এবং অন্তর্বর্তী মস্তিষ্কের কেন্দ্রের উপর। অন্তর্বর্তী জৈবিক ক্রিয়াসমূহের দ্বারা উৎপন্ন সংবেদন, বিশেষ গতিবিধি এবং ক্রিয়াসমূহ আবেগের সাথে সাথে সমূহ হিসাবে উৎপন্ন হয়। তাই আবেগের সাথে এদের সম্পর্ক আরও গভীর। কোন বৌদ্ধিক বা দৈহিক ক্রিয়ার ফলে উৎপন্ন বিভিন্ন প্রকার অঙ্গভঙ্গী প্রদর্শনে তখনই পরিবর্তন দেখা যায় যখন কোন শক্তিশালী আবেগের আবির্ভাব হয়।

**৩.৫.১. James & Lange এর মতবাদ<sup>xiii</sup>**—আবেগের দুটি দিক থাকে। দৈহিক পরিবর্তনের ও মানসিক অভিজ্ঞতার দিক। এই দুটি দিকের মধ্যে কোনটি আগে আর কোনটি পরে ঘটে? অর্থাৎ কোনটি কারণ আর কোনটি কার্য এই নিয়ে বিতর্ক দেখা যায়। সাধারণ ধারণা অনুসারে আগে আসে মানসিক অভিজ্ঞতা পরে আসে দৈহিক পরিবর্তন। আগে সাপ দেখি তারপর সেটি ভয়ের বিষয় হিসাবে জ্ঞান হয়

বা মানসিক জ্ঞান হয় তারপর ভয় পেয়ে সতর্ক হওয়া বা দুরত্ব বজায় রাখার কাজটি সম্পন্ন হয়। William James ও Carl Lange এর বিপরীত কথা বলেন। তাদের মতে আগে দৈহিক পরিবর্তন হয় পরে আসে মানসিক অভিজ্ঞতা। এই মতবাদ অনুসারে আমরা অশ্রুপাত করি বলেই দুঃখী হই, আঘাত করি বলেই রেগে যাই, পলায়ন করি বলেই ভয় পাই। এই মতবাদের সপক্ষে ও বিপক্ষে যেসব যুক্তি পাওয়া যায় সেগুলি দেখা যাক—

৩.৫.১.১. স্বপক্ষে যুক্তি--James<sup>xiv</sup> এর মতে দৈহিক পরিবর্তনকে বাদ দিয়ে আবেগের কল্পনাও করা যায় না। কাজেই, দৈহিক পরিবর্তন আবেগের কারণ। কোন আবেগ থেকে দৈহিক পরিবর্তনগুলি একে একে বাদ দিলে আবেগের আর কিছুই অবশিষ্ট থাকে না। যেমন, ক্রোধরূপ আবেগ থেকে একে একে দৈহিক প্রকাশগুলি বাদ দিয়ে দিলে ক্রোধের আর কিছুই অবশিষ্ট থাকে না। মনোরোগের ক্ষেত্রে দেখা যায় আবেগের কেন্দ্রে কোন প্রত্যক্ষগোচর বস্তু থাকে না। সে অকারণে হাসে, কাঁদে বা রেগে যায়। এক্ষেত্রে সাধারণভাবে প্রচলিত মতের দ্বারা এই ঘটনার কোন ব্যাখ্যা পাওয়া যায় না। কিন্তু James-Lange এর মতবাদ অনুসারে এই বস্তুশূন্য আবেগের ব্যাখ্যা দেওয়া যায়। James-Lange এর মতবাদ অনুসারে মানসিক ব্যধিগ্রস্ত মানুষের অমূলক প্রত্যক্ষের কারণ হল দৈহিক সংবেদন। স্বয়ংক্রিয় স্নায়ুতন্ত্রের উদ্দীপনার কারণে এই সংবেদন হয়। তাই উত্তেজনার বস্তু

সামনে না থাকলেও উত্তেজনা হতে দেখা যায়। কোন আবেগের উপযোগী দৈহিক প্রকাশগুলি কৃত্রিমভাবে অনুকরণ করে সেই আবেগটি সৃষ্টি করা যায়। যারা ভালো অভিনেতা তারা বলেন যে—রাগ, দুঃখ, ভয় প্রভৃতি আবেগের বাহ্যপ্রকাশগুলি অনুকরণের সময় তারা ঐসব আবেগকে যথার্থই অনুভব করেন। জেমসের মতে আবেগ উপস্থিত হলে সেই সময় যদি দৈহিক প্রকাশ বাড়ানো যায় তাহলে আবেগও বৃদ্ধি পায়। যেমন—দুঃখের সময় বেশী করে কান্না করলে দুঃখও বৃদ্ধি পায়, আবার আনন্দের সময় উচ্চহাস্য বৃদ্ধি পেলে আনন্দও বৃদ্ধি পায়। আবেগের বাহ্যিক প্রকাশ যদি বন্ধ করা হয় তাহলে আবেগও তিরোহিত হয়ে যায়। যেমন—ক্রুদ্ধ ব্যক্তি যদি হাত পা ছোড়া বা চিৎকার করা থেকে বিরত থাকে তাহলে তার মধ্য থেকে রাগও দূর হয়।

**৩.৫.১.২. বিপক্ষে যুক্তি**—প্রথম যুক্তির ক্ষেত্রে দেখা যায় আবেগ ও তার দৈহিক প্রকাশের মধ্যে এক অবিচ্ছেদ্য সম্বন্ধ আছে বলা হয়েছে। কিন্তু সম্বন্ধ অবিচ্ছেদ্য হলেই তাকে কার্য-কারণ সম্বন্ধ বলা যায় না। দিনের পর রাত আসে আবার রাতের পরে আসে দিন, কিন্তু কোন একটিকে অপরটির কারণ বলা যায় না। কেননা আমরা সকলেই জানি যে এই দুটি ঘটনা পৃথিবীর আবর্তন গতির ফলেই হয়ে থাকে। মনোরোগীদের ক্ষেত্রে বলা যায় দৈহিক সংবেদন সরাসরি আবেগ সৃষ্টি করে না, প্রথমে মেজাজ সৃষ্টি করে, মেজাজ থেকে তৈরি হয় আবেগ।

অভিনেতাদের ক্ষেত্রে বলা যায় যে কেবলমাত্র আবেগের বাহ্যিক প্রকাশকে অনুকরণ করেই আবেগের সৃষ্টি হয় না, অভিনেতাকে ঐ আবেগের ভাব নিজের উপর সত্যিকারের আরোপ করতে হয়। জেমসের মতে আবেগের প্রকাশ বাড়লেই আবেগের বৃদ্ধি পায়, কিন্তু এ কথা সর্বত্র ঠিক নয়, কারণ এমন অনেক ক্ষেত্র আছে যেখানে দেখা যায় আবেগের পর্যাপ্ত প্রকাশের ফলে আবেগের প্রকোপ প্রশমিত হয়। আবেগের প্রকাশ না করলে তা অনেক সময় শারীরিক ও মানসিক ব্যাধির আমদানি করে।

**৩.৫.২. Cannon-Bard মতবাদ<sup>xv</sup>**—Cannon এর মতে আবেগের কেন্দ্র হল মধ্য মস্তিষ্কের অন্তর্গত থ্যালামাস ও হাইপো-থালামাস। আবেগের উৎপত্তিতে গুরু মস্তিষ্কের কোন প্রভাব নেই, বরং মধ্য মস্তিষ্ক দ্বারা উৎপন্ন আবেগের নিয়ন্ত্রণ হয় গুরু মস্তিষ্ক দ্বারা। Cannon এর মতে দেখা গেছে যেসব জীবের মধ্যে গুরুমস্তিষ্ক আছে তারা আবেগের নিয়ন্ত্রণে সক্ষম, পক্ষান্তরে যাদের মধ্যে গুরু মস্তিষ্কের উপস্থিতি থাকে না তাদের আবেগ অনিয়ন্ত্রিত থাকে।

**৩.৬. বিশ্লেষণ**—পরীক্ষা নিরীক্ষার মাধ্যমে আবেগের কেন্দ্র যে কেবল থ্যালামাস ও হাইপো-থালামাসই আছে একথা প্রমাণিত হয়নি, তাই নিশ্চিত করে এই কথা বলা যায় না। কৃত্রিমভাবে হাইপো-থালামাসকে উদ্দীপিত করে দেখা গেছে যে



সেক্ষেত্রে আবেগ খুব ক্ষীণ মাত্রাতেই উৎপন্ন হয়ে থাকে। তাই ক্যানন বার্ড মতবাদ সম্পূর্ণ ত্রুটিমুক্ত নয়।

আবেগ আমাদের মধ্যে নানা প্রকারে এসে থাকে। তবে সবচেয়ে গুরুত্বপূর্ণ আবেগ হল ভালোবাসা। এই ভালোবাসা থাকলে মানুষ ভালো থাকে। আবার ভালবাসার অভাব থাকলে মানুষের নানা রকম অসুবিধা আসে। এমনকি আসতে পারে মানসিক ব্যাধিও। কোন ঘটনায় উৎপন্ন আবেগের এমন ক্ষমতা থাকতে পারে যার ফলে সেই ব্যক্তির Borderline Personality Disorder<sup>xvi</sup> এসে যেতে পারে। আবার Borderline Personality Disorder এর ফলে তাদের আবেগ প্রকাশও ভিন্ন রকমের হয়ে থাকে। একটি প্রবন্ধ—“Expressed Emotion and the Treatment of Borderline Personality Disorder”<sup>xvii</sup> কে অনুসরণ করে একজন borderline personality disorder যুক্ত মহিলা কীভাবে তার প্রকাশিত আবেগকে নিয়ন্ত্রণ ও তার ফলে ক্রমশঃ স্বাভাবিক হয়ে ওঠেন তা দেখানো হল।

Axis-II pathology-র একটি গুরুত্বপূর্ণ স্তর হল BPD। এই স্তর থেকে আরোগ্যলাভ অত্যন্ত দুরূহ বলে মনে করা হয়। এই রোগের অন্যতম লক্ষণ হল পারিবারিক সম্পর্কের অবনতি। পরিবারের মধ্যে পারস্পারিক আদান প্রদান বাড়িয়ে আবেগের উচ্চতর সম্মিলন ঘটিয়ে এই রোগ থেকে যে অব্যাহতি পাওয়া যায় সেটা একটি পরিবারভিত্তিক গবেষণায় এখানে দেখানো হয়েছে। এখানে যে স্তরগুলির অনুসরণ করা হয়েছে সেগুলি হল—১। Borderline Personal

Disorder (or BPD), ২। Expressed Emotion<sup>xviii</sup> (or EE), ৩। Family Treatment<sup>xix</sup>, ৪। Dialectic Behavior Therapy<sup>xx</sup>।

**৩.৭. Borderline Personal Disorder (or BPD)**—এই রোগ দুরারোগ্য, চিকিৎসক এই রোগের চিকিৎসায় খুব কমই সাফল্য পেয়ে থাকেন। এই রোগগ্রস্তদের মধ্যে অনেকের আবার আত্মহত্যার প্রবণতা থাকে। এদের আরোগ্যলাভের সম্ভাবনা যেমন কম তেমন এই রোগের চিহ্নিতকরণও বেশ কঠিন। DSM-IV<sup>xxi</sup> অনুসারে এই রোগের লক্ষণগুলির মধ্যে আছে আত্মহত্যার হুমকি, আত্মহত্যায় অংশগ্রহণ, প্রচণ্ড রাগ। এই লক্ষণগুলি প্রকটভাবে দেখা যায় এবং এগুলি দুরারোগ্য। এছাড়া আরও কিছু লক্ষণ দেখা যায় যেমন—মানসিক অস্থিরতা, অত্যন্ত আবেগ প্রবণতা, আন্তর্ব্যক্তিক সম্পর্কে বিশৃঙ্খলা, একাকিত্বে ভীষণ ভীতি। এইসব রোগ লক্ষণ তারা যেভাবে মোকাবিলা করেন তাও অত্যন্ত কঠিন এবং তার প্রভাব পরিমণ্ডলে যারা থাকেন তাদের উপর পড়ে, তাই এদের সাথে বসবাস করাও যথেষ্ট কঠিন।

**৩.৭.১. BPD-রোগীর উন্নয়ন ও পরিচালনের জন্য সমাজমনোবিদ্যাগত ব্যাপারঃ—**  
BPD এর নানারকম ব্যাপার থাকে তাদের মধ্যে কিছু থাকে জন্মগত আবার কিছু থাকে অর্জিত এবং অনেকগুলো সমাজ-মানসিক ব্যাপার থাকে। রোগ লক্ষণগুলির

मध्ये कोनकुलर उडर गुरुतु देओडर हड सेडर नरुडर करे कोन डदुडरते डरकरुडर करर हड तर उडर । डकर डतनुसरु डPD-र डूल लडुडण हल अतरररुडु आगुरसन<sup>xxii</sup> । आडर आरुकरडर डतनुसरु serotonin डर डरुडर करु डरओडरु डरु डरुडण लडुडण<sup>xxiii</sup> । आडर आरओ डकर डते डPD-र डूल उडरडरन डनुडगतडरु आसे नर डररु सेडर डरररुशुडर सुथु सुडुडरुडर उडर नरुडर करु<sup>xxiv</sup> । डदर कोन डरुडर डनुडगतडरु कोन डरनुसकर डरुडर डुकेओ थरके तरहुलेओ सेडुडुडु डलर हड डु डरररुशुडर तर डुरुओडन डुरुणु सुडरुथु । डरुडणुडर देडर डेडु डु डुशुकररर डरुशरडरगुडर डुडुडु अडरडरडरुकरर नरडुडरओ डरनुसकर रुगगुरनु<sup>xxv</sup> ।

डरगत ३० डडुडरुडर तथुडगत डडुडुडु गडुडणुडर डरनर डरु डPD रुगुडरुडर आरुडुडरुडरु डुडु डूलतः दुडु डुरकर डनुडरडर थरकते डरु—१ । डरतडरडर सुहडुगुडर हते डरु आडर २ । तरर असहडुगुडर डर डरुडुडुडुडुडु हते डरु । डगुडु डुडु डरु डरु EE<sup>xxvi</sup> (or Expressed Emotion) देडु । कोन कोन गडुडणुडर देडर डेडु डु डPD डरुडर थरके तरर डरररुशुडर डुके डरुशरडरगुडु सुडुडु डरुडुडु डडुडु असहडुगुडर डुडु थरकेन, सुहडुगुडर डरुडर डुडुनर डुडु करु देडर डरु । आडर कोन कोन गडुडणुडर देडर डेडु डु डPD रुगुडरुडर तडुडर डरररुडनडुडरु डुके सुहडुगुडर ओ असहडुगुडर उडुडुडु डुडु थरकेन<sup>xxvii</sup> । आडर, अनु डकर डरु गडुडणुडर देडर डेडु डु कोन कोन डरररुशुडरते डरररुडर अतरररुडु सुहडुडु आडर कोन कोन डरररुशुडरते डरररुडर डुडुडुडुडु

বিদ্বেষপূর্ণ<sup>xxviii</sup>। BPD রোগীদের দেখভালের ক্ষেত্রে বলা যায় যে পারিবেশিক আচরণ তাদের উন্নতি ও পরিচর্যায় যথেষ্ট প্রভাব রাখে। অনেক চিকিৎসকের মতে সংযোগ স্থাপন ক্রটিপূর্ণ হওয়াই হল এই রোগের যাবতীয় সমস্যার উৎস। পরিবেশ থেকে নেতিবাচক ব্যবহার আসে, আবার সেই ব্যবহার অনেক সময় স্থায়িত্বপ্রাপ্ত হয়।

**৩.৭.২. Expressed Emotion and BPD:**--BPD রোগীদের পরিবারে উচ্চ মাত্রায় Expressed Emotion থাকতে পারে। BPD-র উৎপত্তির ক্ষেত্রে দেখা যায় সমালোচনা, বিদ্বেষ এবং অসহমর্মিতার কথা উল্লেখ করা হয়। Clarkin এবং Kernberg তাঁর গবেষণায় দেখেছেন যে সমালোচনা এবং বিদ্বেষপূর্ণ আচরণ BPD-র পূর্ববর্তী পরিবেশ<sup>xxix</sup>। Linehan এর মতে BPD-র ক্ষেত্রে পারিবেশিক অবস্থার মত Expressed Emotion-ও সমানভাবে প্রাসঙ্গিক<sup>xxx</sup>।

বিভিন্ন তথ্যসূত্রসমূহ থেকে যেসব তথ্য জানা যায় তা থেকে বোঝা যায় যে যাদের BPD আছে তারা তাদের পরিবার থেকে যে ঘৃণা, বিদ্বেষ, সমালোচনা পেয়ে থাকেন তা বেশ উচ্চ পর্যায়ে। আন্তর্বি্যক্তিক সম্পর্কের ক্ষেত্রে যে অসুবিধা হয় সেগুলো অন্যান্য রোগলক্ষণগুলি থেকে সহজে বোঝা যায়। যেমন- BPD রোগীরা দিনের বেশিরভাগ সময় তীব্র মানসিক যাতনার মধ্য দিয়ে অতিবাহিত করেন। তাদের

পরিজনেরা এই রোগ মেনে নিতে পারেন না। তাদের এই রোগ লক্ষণ পরিজনদের  
ক্রুদ্ধ এবং হতভম্ব করে। আবার রোগীরা এমন এমন আচরণ করেন যে মাঝে  
মাঝে তাদের নিয়ন্ত্রণের কথা খুব ভাবিত করে তোলে। যেমন—কেউ কেউ  
মাত্রাতিরিক্ত মদ্যপান ও অঙ্গচ্ছেদের চেষ্টা করেন<sup>xxxii</sup>। এখন পরিজনেরা যদি  
এইসব রোগলক্ষণগুলিকে তাদের ঐচ্ছিক ক্রিয়া হিসাবে ধরে নেন তাহলে তাদের  
আচরণ যে বিদ্বेषপূর্ণ এবং সমালোচনামূলক হবে একথা বলাই বাহুল্য।

BPD-র ক্ষেত্রে Expressed Emotion কতখানি তথ্যজ্ঞাপক তা পরীক্ষা করে  
দেখা যেতে পারে। এই বিষয়টা পরীক্ষা করার জন্য কিছু মানসিক রোগগ্রস্ত মানুষ,  
যাদের রোগের মাত্রা DSM-IV পর্যায়ে তাদের উপর একটি পরীক্ষা করা  
হয়<sup>xxxiii</sup>। Camberwell-এর পারিবারিক সাক্ষাৎকারের মাধ্যমে BPD রোগীদের  
পরিজনদের মধ্যে Expressed Emotion-এর উপস্থিতি পরীক্ষা করা হয়, এটা  
একটা প্রায় নিয়ন্ত্রিত রকমের সাক্ষাৎকার যেখানে পরিজনেরা রোগী হাসপাতালে  
ভর্তি হবার ১ মাস আগে পর্যন্ত সময়কার নিজেদের অভিজ্ঞতার কথা বলতে  
পারে। হাসপাতাল থেকে ছাড়া পাবার পর প্রায় ১ বছর ধরে একজন রোগীর  
উপর নজর রাখা হয়, এই পরীক্ষায় যে সব তথ্য পাওয়া গিয়েছে সেগুলি এই  
বিশেষ সাক্ষাৎকারের মাধ্যমে BPD ও তাদের পরিজনদের কাছ থেকে পাওয়া।  
যাদের ফলাফল সর্বোচ্চমাত্রার তাদের স্কের ১ এবং যাদের ফলাফল সর্বনিম্নমাত্রার

তাদের স্কোর ৫ দেওয়া হচ্ছিল। এই পরীক্ষায় দেখা হচ্ছিল রোগলক্ষণগুলির উপস্থিতি এবং তীব্রতার কারণে তাদের পারিবারিক জীবন, সামাজিক জীবন এবং জীবিকার ক্ষেত্রে কীরকম প্রভাব বিস্তার করে।

পরীক্ষার ফলাফল একাধারে বিস্ময়কর এবং আকর্ষণীয়। কারণ পরীক্ষকগণ অনুমান করেছিলেন যে রোগী যখন ভীষণভাবে অসুস্থ তখন হয়ত তার বিরুদ্ধাচরণ বা তার সমালোচনা বৃদ্ধি পাবে, কিন্তু তারা কোনভাবেই সেরকম কোন লক্ষণ খুঁজে পেলেন না। যেসব রোগীরা পরিজনদের সাথে ভালো আচরণ করেছিলেন তারা তাদের পরিজনদের কাছ থেকে যেসকম আচরণ পেয়েছিলেন সেইসকম যারা মন্দ আচরণ করেছিলেন তারাও প্রায় একইসকম আচরণ পেয়েছিলেন। তা সত্ত্বেও, পরিজনদের EOI<sup>xxxiii</sup> এর স্তরটি অনুমান করা যায় এই পরীক্ষায় প্রাপ্ত ফলাফল থেকে। যাইহোক schizophrenia<sup>xxxiv</sup> রোগের ক্ষেত্রে রোগীদের পরিজনেরা EOI নামক পরীক্ষায় উচ্চতর স্কোর করেছিলেন তারা এই পর্যবেক্ষণমূলক পরীক্ষায় ভাল ফল লাভ করেন। যেসব পরিজনদের EOI উচ্চতর অথচ যারা রোগীদের অতিরিক্ত সেবায়ত্নশীল এবং রোগীর অসুস্থতার কারণে ভীষণ চিন্তিত তাদের রোগীদের হাসপাতালে ভর্তি করার ব্যাপার কম থাকে এবং চিকিৎসাবিদ্যার বিভিন্ন পরীক্ষায় সে অপেক্ষাকৃত ভালো ফল করে। এটাই বাস্তবিক তথ্য। রোগের মাত্রা কত বেশী তার উপর নির্ভর করে না হাসপাতালে ভর্তি হওয়া

না হওয়া। রোগীর প্রতি প্রিয়জনদের ভালোবাসাই তাকে হাসপাতালে আবার ভর্তি করাতে হবে কিনা তার নির্ণায়ক। পরীক্ষার এই ফল থেকে বোঝা যায় schizophrenia, mood disorder এবং অন্যান্য Axis-I<sup>xxxv</sup> স্তরের রোগের ক্ষেত্রে যেমন EE-র clinical outcome থাকে BPD-র ক্ষেত্রে তেমন থাকে না। EOI-এর এই পরীক্ষা ১ বছর চলার পর যে ফলাফল পাওয়া গেল তা ভাবাই যায় না। আবার যেহেতু এই দিক থেকে এটা একমাত্র ফলাফল, তাই আরও পরীক্ষা করা প্রয়োজন। Linehan এর validation<sup>xxxvi</sup> এবং invalidation<sup>xxxvii</sup> উভয়ের মধ্যে অনেক সাদৃশ্য আছে, যা EE-র component এর মাধ্যমে বোঝা যায়। এখানে EOI-এর একটি সম্ভাব্য বৈশিষ্ট্য এটা হতে পারে যে তাদের পরিজনেরা এগুলোর সাথে সম্বন্ধযুক্ত এবং রোগযন্ত্রণা তারাও অনুভব করেন। এর ফলস্বরূপ মানসিক ব্যাপারে অনধিকার প্রবেশের একটা লক্ষণ থাকে যা কিনা একটা schizophrenic রোগী যতটা সহ্য করতে পারে তার থেকে বেশী মাত্রার হয়ে থাকে, ব্যক্তির একাকিত্বে তীব্র ভীতি থাকে, EOI-এর ক্ষেত্রে যত্ন নেওয়া এবং সঙ্গ দেওয়া এই রোগীর সহায়ক হতে পারে।

**৩.৭.৩. BPD-তে পারিবারিক সংজ্ঞাঃ**—যারা schizophrenic তাদের পারিবারিক হস্তক্ষেপ গুরুত্বপূর্ণ বলে প্রমাণিত হয়েছে<sup>xxxviii</sup>। এই হস্তক্ষেপ ঐ রোগীর ভালো হবার জন্য যথেষ্ট ভূমিকা রাখে বলেই মনে করা যায়। পরিবারের অত্যন্ত আগ্রহপূর্ণ

সেবা মানসিক রোগের চিকিৎসায় প্রভূত সহায়ক হয় এবং বারবার হাসপাতালে ভর্তি হবার প্রয়োজন কমে। যেসব রোগী Axis-II<sup>xxxix</sup> স্তরের রোগগ্রস্ত তাদের পরিজনদেরও মানসিকভাবে সাহায্যের প্রয়োজন হয়। রোগী যেসব অনাকাঙ্ক্ষিত আচরণ করে সেগুলির মোকাবিলা করার জন্য পরিজনদের বিশেষ কৌশল শেখানো হয়, তাতে রোগী ও আত্মীয় উভয়ের উপকার হয়।

তবে একথা ততটা স্পষ্ট নয় যে, পরিবারকেন্দ্রিক চিকিৎসা পদ্ধতির কোন প্রকারটি বেশী কার্যকর হবে BPD-র ক্ষেত্রে। এটা বোঝার একটা সহজ উপায় হল পারিবারিক হস্তক্ষেপগুলিকে লক্ষ করা যখন সেগুলি schizophrenia রোগীদের ক্ষেত্রে প্রয়োগ করা হয়। যদিও সকল চিকিৎসকই জানেন যে BPD ও schizophreniaa রোগের চিকিৎসা একরকম নয়। EE study-র ফলাফলের উপর ভিত্তি করে বলা যায় যে, emotional over involvement এর ক্ষেত্রে BPD ও schizophrenia-র মধ্যে পার্থক্য বিদ্যমান। বিশেষভাবে উল্লেখযোগ্য যে BPD আছে যাদের তাদের পারিবারিক গ্রহণযোগ্যতা বৃদ্ধি করা উচিত। একই সাথে এটাও উল্লেখযোগ্য যে বিদ্বেষ এবং সমালোচনার মাত্রা কমানো উচিত। সেক্ষেত্রে Dialectic Behavior Therapy<sup>xi</sup> হল একটি কার্যকর পদ্ধতি।



**৩.৭.৪. পরিবারে Dialectic Behavior Therapy-র ব্যবহারঃ**—এই পদ্ধতিকে সংক্ষেপে DBT বলা যায়। এই পদ্ধতির প্রবর্তক Linehan<sup>xli</sup>। এটা একটা দ্বন্দ্বিক পদ্ধতি যা আচরণকেন্দ্রিক মানস চিকিৎসা। অন্যান্য আচরণ-কেন্দ্রিক চিকিৎসার মত DBT-রও কিছু বিশেষ বৈশিষ্ট্য আছে। রোগীর গ্রহণযোগ্যতা এবং ব্যতিক্রমদুষ্ট আচরণে পরিবর্তনসাধন এই পদ্ধতির সবচেয়ে তাৎপর্যপূর্ণ অংশ। এই পদ্ধতিতে validation ও problem solving হল মূল কৌশল। তখনও পর্যন্ত এই পদ্ধতি সবচেয়ে কার্যকর বলেই জানা গেছে। এই পদ্ধতিতে দেখা গেছে ইহা আত্মহত্যা প্রবণতা কম করে, ক্রোধ হ্রাস করে, সামাজিক সংযোগ ব্যবস্থাকে উন্নত করে, এমনকি হাসপাতালে ভর্তির ব্যাপারও কমে যায়<sup>xliii</sup>।

DBT-তে যে পারিবারিক প্রশিক্ষণ তাকে Dialectic Behavior Therapy-Family Skill Training<sup>xliiii</sup> বা DBT-FST বলে। এই প্রশিক্ষণ উদ্ভাবিত হয়েছিল এই নিবন্ধের লেখক কোন এক গবেষকের গবেষণা যা কিনা Nevada থেকে করা এবং সেটা Alan Fruzzetti<sup>xliv</sup>-র সাথে PhD-র অংশ ছিল। এখানে বর্ণিত আছে DBT-FST কৌশল—যা ব্যক্তি ও তার পারিবারিক সম্বন্ধগুলিকে উন্নত করে। এইগুলিই ছিল এই পারিবারিক চিকিৎসার ধারণা।

এই পদ্ধতিতে রোগীর উন্নতির সাথে সাথে পারিবারিক সম্বন্ধি উভয়ই এক সাথে দেখা হত। কীভাবে রোগী প্রতিকূলতার সাথে মোকাবিলা করবে সেটাই শুধু দ্রষ্টব্য ছিল না, সেই সাথে তার পরিবেশকেও শেখানো হত রোগীর সাথে ব্যবহার করবে সেটাও শেখানো হত। এই পদ্ধতি একটি সংঘটিত পারিবারিক উদ্যোগ, যা সমস্ত পরিবারতন্ত্রকে একসাথে একটি এককরূপে এবং সেইসাথে ব্যক্তিগতভাবে, মানসিক ও আচরণগত পরিবর্তনের সুযোগ করে দেয়। এই চিকিৎসায় validation শেখায়, ব্যক্তির পরিবর্তন আনে এবং সমস্যার সমাধানের কৌশল শেখায় বিশেষ পদ্ধতিতে। এই পদ্ধতি কোন দম্পতি অথবা সম্পূর্ণ পরিবার বা অনেকগুলি পরিবার বা এদের মিশ্রণকে প্রভাবিত করতে পারে।

**স্তর-১**—শেখানো হয় ব্যক্তিগত আচরণ এবং স্থিতিশীলতা, ব্যক্তিগত কৌশল অর্জন।

**স্তর-২**—পরিবেশকে গ্রহণযোগ্য করা। আত্মবিকাশ অথবা আত্মগ্রহণযোগ্যতা, পারস্পরিকতা, সেইসাথে গ্রহণযোগ্যতার কৌশল শেখানো হয়।

সূত্র-৩—ব্যক্তিগত সম্পর্কের উন্নতি; সেই সাথে সম্পর্ক নিয়ন্ত্রণের কৌশলও শেখানো হয়।

সূত্র-৪—মননশীল আনন্দ ও আন্তরিকতার কৌশল শেখানো হত।

কৌশল অর্জনের মধ্যে আছে একটি standard DBT skill এর adaptation, BPO Clients ও তাদের পরিবারে জন্য নির্মিত একটি module-ও এর অন্তর্ভুক্ত<sup>xlv</sup>। সম্পর্কের উন্নতিসাধন এবং তা বজায় রাখার জন্য যেসব বিষয়গুলি গুরুত্বপূর্ণ সেগুলি হল—বাতিলযোগ্যতা, পারস্পারিক ব্যবহারযোগ্যতা, আত্মনিয়ন্ত্রণ ও আত্মবিশ্লেষণ। পরিবারের সাথে বসবাস করার জন্য আন্তর্ব্যক্তিক ব্যবহার কৌশল শেখানো হয়, এখানে যে মানসিক দিকগুলি থাকে তার প্রয়োগের ফলে সে একটি সুন্দর আত্মপ্রত্যয় গঠন করে। এই DBT-FST পদ্ধতি New York Hospital এ প্রয়োগ করা হয় এমন জানা যায়। প্রত্যেক BPD-যুক্ত ব্যক্তিকে এই চিকিৎসা দেওয়া একটি বহু-পরিবার-গোষ্ঠীর মাধ্যমে<sup>xlvi</sup>। McFarlane -তার Schizophrenia-র পরীক্ষার ক্ষেত্রে এইরকম একটি module তৈরি করেন। এখানে Multifamily group এ যুক্ত হবার আগে, প্রত্যেক পরিবারকে ২ বা ততোধিক বার ১ ঘণ্টা সময়কাল এই চিকিৎসা দেওয়া হয়। এই স্বল্পকালীন অধিবেশনগুলির উদ্দেশ্য হল পরিবারগুলোকে চিকিৎসা দেবার জন্য উপযুক্ত করে তোলা, তাদের নিরাপত্তাবিষয়ক ব্যাপারগুলিকে বুঝিয়ে দেওয়া, মানসিক অস্থিরতা

সম্পর্কে সচেতন করা, পারবারিক সদস্যসমূহকে কিছু কৌশল শেখানো। এই ব্যাপারগুলি সমষ্টিবাচক চিকিৎসার ক্ষেত্রে প্রয়োজনীয়।

এই দল ছিল বিস্তৃত, দলে নতুন পরিবার অন্তর্ভুক্ত হতে পারে, এখানে ৬-৯ টি পরিবার অন্তর্ভুক্ত হতে পারে, যাতে দুজন দলনেতা থাকতে পারে। প্রত্যেক সপ্তাহে ৯০ মিনিটের জন্য তারা মিলিত হন, যেখানে রোগী ও তার পরিজন উভয়েই উপস্থিত থাকে। এই মিটিং-এ দুটি স্বতন্ত্র অংশ থাকে—

প্রথম ৪৫ মিনিটে উপদেশমূলক প্রশিক্ষণ চলত। DBT skill শেখানো হয় পরিবারের মধ্যে পারস্পারিক সম্পর্কের উন্নয়ন। এই মিটিং-এ clients এবং relatives উভয়েই যোগদান করতেন। তারা একে অপরের সাথে বিভিন্ন প্রক্রিয়ায় অংশগ্রহণ করতেন, যেখানে প্রতিকূলতার সাথে মোকাবিলা শেখানো হত, আবেগ নিয়ন্ত্রণ করতে শেখায়। এই রকম চারটি অধিবেশন সম্পূর্ণ করেন।

দ্বিতীয় ৪৫ মিনিটে পারিবারিক ব্যাপারগুলি নিয়ে আলোচনা করা হয়। এখানে কোন ব্যক্তি তার পারিবারিক ব্যাপার বা কোন সমস্যা নিয়ে আলোচনা করতে পারেন। প্রত্যেককে একটা সুযোগ দেওয়া হয় তার সমস্যা উত্থাপন করার জন্য। সমস্যার মোকাবিলার নতুন কৌশল শেখানো হয় এবং তা অনুশীলনের সুযোগ দেওয়া হয়। এই সময় চিকিৎসক এবং দলের সদস্য উভয়েই কোন ব্যক্তির সমস্যা

সমাধান দিতে পারেন। তাছাড়া সমস্যা সমাধানের কৌশল এবং তার মোকাবিলা করার পদ্ধতি পূর্ববর্তী উপকৃত পরিবারদের থেকে নবাগত পরিবারেরা অনুসরণ করেন। DBT-FST-র উদ্ভব হয়েছিল চিকিৎসার অভিজ্ঞতা থেকে এবং বর্তমানে এটা ব্যবহার করা হয় চিকিৎসা পদ্ধতি এবং চিকিৎসা ব্যবস্থায়। একটি নিয়ন্ত্রিত ফলাফল পাওয়ার মত পরীক্ষা এটা ছিল না। পরবর্তী অংশে যারা এই পদ্ধতিতে চিকিৎসা পেয়েছেন তাদের একজনের বর্ণনা আছে এই অংশে।

**৩.৭.৫. পরীক্ষার বর্ণনা, সমস্যার উত্থাপন, রোগীর বর্ণনাঃ—**Ann B ছিলেন একজন ৩০ বছর বয়সী শ্বেতাঙ্গী অবিবাহিতা রমণী যার ১০ বছরের তীব্র অস্থির মেজাজ, ভীষণ উদ্বেগ স্থায়ী আত্মঘাতী চিন্তা, বিরামহীন আত্মঘাতী আচরণ, রাগের বিভিন্ন পর্ব এবং মোট তিনবার আত্মহত্যার চেষ্টা করেছেন। তিনি মোট ২৫ বার মনোরোগ হাসপাতালে ভর্তি হয়েছিলেন এবং বিগত দশকে বেশ কয়েকদিন হাসপাতালে থাকতে হয়েছিল। যদিও তার মায়ের দেওয়া তথ্য অনুযায়ী Ann-এর সর্বদাই কিছু সমস্যা ছিল। তার এই সমস্যার কথা প্রথম জানা যায় তার কলেজের প্রথম দিকে। তখন তিনি ধীরে ধীরে আরও অবসন্ন হচ্ছিলেন, একাকিত্বে আরও বেশী ভীত হচ্ছিলেন, লেখাপড়ার প্রয়োজনীয় কাজ করতে আরও বেশী ব্যর্থ হচ্ছিলেন। সেই বছরের জানুয়ারী মাসে, কয়েক সপ্তাহ যাবৎ অবসাদ, হতাশা এবং আন্তর্ভুক্তিক একাকিত্বের (অর্থাৎ পাশে ব্যক্তি থাকা সত্ত্বেও

একাকিত্ব বোধ হয়) হতাশায় ভুগছিলেন। তিনি তখন অনেকখানি Tylenol খেয়ে আত্মহত্যার চেষ্টা করেন। Ann বলতেন যদিও তিনি তার দুঃখের কথা মানুষের কাছে বলতেন কিন্তু কেউ তার দুঃখের কথা শুনতে চাইতেন না। আত্মহত্যা চেষ্টা করার পরই তাকে প্রথম মানসিক হাসপাতালে ভর্তি করা হয়। Ann-এর এই প্রথম দিককার হাসপাতালে থাকার অভিজ্ঞতা তার কাছে দীর্ঘস্থায়ীরূপে থেকে গিয়েছিল। তার এই ৩ মাস যাবৎ অস্থির অবস্থায় বহু মানুষ সাক্ষাৎ করতে আসেন, তার সেই সময়কার কথাগুলি খুবই স্মৃতি-বেদনাতুর ছিল। সেই সময় তিনি ইচ্ছা প্রকাশ করেছিলেন যে তার উপর এমন বিশেষ বিশেষ ওষুধ প্রয়োগ করার কথা বলেন, যার ফলে তার প্রাণ-নাশের আশঙ্কা না থাকে অথচ তিনি পরিবার-পরিজনদের সাথে থাকতে পারেন। অসুস্থতা বাড়লে তিনি মুখে গোঁগোঁ করে শব্দ করতে থাকেন। তার পরিজনেরা তখনও কেউ তাকে হাসপাতালে ভর্তি হবার প্রয়োজনীয়তা অনুভব করেননি।

Ann ছিলেন তার পিতামাতার তিনটি সন্তানের মধ্যে দ্বিতীয়। তাঁর এক ভাই ছিলেন যিনি কিনা তার থেকে ৭ বছরের বড় এবং এক বোন ছিলেন তিনি তার চেয়ে ৩ বছরের ছোট ছিলেন। Ann-এর নিজের জীবনের ইতিহাস তার কাছে ছিল সংক্ষিপ্ত অথচ তীব্র এবং নির্দিষ্ট। তাঁর পিতামাতা উভয়েই ছিলেন শিক্ষক এবং তারা উভয়ে তার উপর চিৎকার করতেন এবং সবসময় একটা চিন্তা লেগে

থাকত বাড়িতে। তিনি তাঁর শৈশবকে অসুখীৰূপে বর্ণনা করেন। ক্রমাগত দুঃখ, রাগ, ভয় এবং প্রত্যাখ্যান অনুভব করতেন।

Ann যখন চতুর্থবর্ষে পড়লেন তখন পড়ে যাওয়ার কারণে তাঁর হাঁটুতে একটা বড় অস্ত্রপোচার করার প্রয়োজন হয়, যার ফলে কয়েক বছর তিনি খুব নিস্তেজ হয়ে পড়েন। তার এই অসুবিধা থেকে তিনি নিজেকে পরিবারের থেকে সম্পূর্ণ আলাদারূপে অনুভব করতে থাকেন। তিনি তখন নিজেকে পরিবারের বাইরের একজন হিসাবে ভাবতেন। তিনি এও মনে করতে থাকেন যে তাকে হয়ত দত্তক নেওয়া হয়েছে। তার এই বর্ণনায় তার পিতা কতৃক তিরস্কৃত হবার কথা বর্ণনা করেছেন। তিনি মনে করতেন বাবা এবং ভাই কোনদিনই তার উপর সন্তুষ্ট হবেন না। তিনি তাদের কাছ থেকে প্রতিনিয়ত সমালোচনা, নিন্দা ও ক্রুদ্ধ ব্যবহার পেয়েছেন কখনই সাহায্য বা যত্ন পাননি। এই অসহযোগিতা এবং পরিত্যাগের অভিজ্ঞতা Ann এর যৌবনেও স্থায়ী হয়েছিল। সেই অনুভূতি মানসিক দ্বন্দ্বের একটি স্থান হিসাবে থেকে গেল এবং যন্ত্রণার উৎস হিসাবে পরিগণিত হতে লাগল। তিনি এও উল্লেখ করেন যে তিনি পরিজনদের কাছ থেকে সমর্থন পাবার চেষ্টা করেন কিন্তু তার বদলে তিনি তাদের কাছ থেকে পেলেন কেবল অসহযোগিতা ও অসমর্থন।

মায়ের সাথে তার যে সম্পর্ক তা তাদের উভয়ের দ্বারা বর্ণিত হয়েছে যে খুবই ঘনিষ্ঠ। একটা সময়, Ann তাঁর মা-কে সহজে না পাওয়ার কারণে অবসাদগ্রস্ত হয়ে পড়েছিলেন। কিন্তু তাঁর মায়ের বর্ণনানুসারে তাঁর ২৪ ঘন্টার জন্য যত্ন নেওয়ার প্রয়োজন ছিল একদম শৈশব থেকে। মা বলতেন তিনি প্রায়ই Ann-কে এড়িয়ে যেতে চাইতেন, কারণ সে প্রতি নিয়ত অভিযোগ করত, অথবা কান্না বা রাগে ফেটে পড়ত। Ann এর মা কয়েকবার হাসপাতালে ভর্তি ছিলেন হার্টের অসুখের কারণে। তখন Ann এর শিশু বয়স ছিল। তাঁর মায়ের অনুপস্থিতিতে সম্ভবতঃ তাঁর দিদিমা তাঁর দেখভাল করতেন। তিনি ছিলেন খুব রাগী এবং অবসাদগ্রস্ত। মেয়ে অসুস্থ হলে যখন তাকে নাতনির দেখভালের দায়িত্ব দেওয়া হয় তিনি খোলাখুলি বিরক্তি প্রকাশ করেন। অনেকদিন মা-কে না দেখার কারণে Ann যখন বায়না ধরত তখন তিনি তখন তাকে কড়া শাস্তি দিতেন বলে Ann এর মনে পড়ে। একবছর পর Ann এর তীব্র শারীরিক অসুস্থতা দেখা দেয়, সম্ভবতঃ হাঁটুর ব্যাথা থেকে হার্টের অসুখ বেধে যায়। এই দুই অসুস্থতার কারণে Ann অঙ্গ সঞ্চালন এমনকি দাঁড়ানোরও ক্ষমতা কমে গিয়েছিল। যদিও college-এ পড়ার সময় থেকে তিনি কোন কাজ করতেন না তথাপি তিনি একটি কাজ করতে চাইলেন। তাঁর মনে হল যে তিনি নিজে বড় একাকিত্ব অনুভব করেন। তিনি অনুভব করলেন যে জগতে কেউ তাঁকে বা তাঁর যন্ত্রণাকে অনুভব করতে পারেন না। অতএব তাঁর আর কিছু হবার নয়। তাই তাঁর মারা যাওয়াই ভালো। যদিও শৈশব থেকে যৌবনকাল অবধি তাঁর জীবনে অনেক বন্ধু এসেছে তথাপি কোন



সম্পর্ককে তিনি টিকিয়ে রাখতে পারেননি। আন্তর্ভ্যক্তিক প্রতিক্রিয়ার নমুনা বিশেষ করে প্রত্যাখ্যানের অভিজ্ঞতা তিনি অর্জন করেছেন তাঁর পরিবার থেকে। এই অভিজ্ঞতা থেকে নিজেকে মূল্যহীন এবং অগ্রহণযোগ্য ভাবে শুরু করলেন। যদিও তিনি পুরুষদের ভয় করতেন এবং কখনই ছেলেদের সাথে বেড়াতে যাননি, তথাপি তিনি বিবাহ করতে এবং সন্তানের জননী হতে চাইতেন।

**৩.৭.৬. পারিবারিক মূল্যায়নঃ**—পারিবারিক চিকিৎসায় প্রবেশের আগে বিভিন্ন ধরনের মূল্যায়ন বা পরীক্ষা করা হয়, তাদের মধ্যে Camberwell Family Interview<sup>xlvi</sup> (CFI) অন্যতম। CFI প্রয়োগ করা হয়েছিল EE সম্পর্কে তথ্য সরবরাহ করার জন্য এবং এই কাজের মধ্যে বৈধতা ও অবৈধতা পরীক্ষা করা। এই CFI নামক পরীক্ষা প্রক্রিয়ায় Ann-এর পিতা Mr. B মোট ৩৭ টি সমালোচনামূলক মন্তব্য করেছিলেন। যে কোন দিক থেকে এই সংখ্যাটি ছিল তাৎপর্যপূর্ণ। কারণ এটা তীব্র সমালোচনামূলক মন্তব্যের দিক থেকে যথেষ্ট বেশী ছিল। তখনকার দিন পর্যন্ত এই গবেষক গোষ্ঠী যত BPD রোগী পর্যবেক্ষণ করেছেন তাদের মধ্যে এটা ছিল সর্বোচ্চ। এই ৩৭টি মন্তব্যের মধ্যে ২টো মন্তব্য করে তার মনে হয়েছিল যে ঐ দুটো মন্তব্য Ann-এর ব্যক্তিত্ব সম্পর্কে নেতিবাচক কথা। তিনি মনে করতেন Ann সবসময় সবার মনোযোগ তাঁর নিজের দিকে আকর্ষণ করার চেষ্টা করতেন, তিনি যতটুকু অসুস্থ তার থেকে বেশী অসুস্থতার

ভান করতেন সবই তার বানানো এবং অপরের বিরক্তি উৎপাদক। এই পর্যবেক্ষণজাত ফলাফল EE-এর গুণগত পরীক্ষা<sup>xlvi</sup> এর সাথে সামঞ্জস্যপূর্ণ ছিল এবং পরিজনদের তার উপর করা শত্রুতা বা অসহযোগিতার সাথে তাদের Ann-এর রোগলক্ষণ ও নেতিবাচক ব্যবহারের উপর প্রভাব রয়েছে বলে দেখা যায়। মন্দ ব্যবহারের দিক থেকে Ann-এর বাবাকে সর্বোচ্চ মান দেওয়া হয়। এই মান দেওয়া হয় প্রত্যাখ্যানমূলক আচরণ দেখে। তিনি মনে করতেন Ann নিয়মিত অসুস্থতার ভান করত, তার এই নেতিবাচক আচরণ বছরের পর বছর দেখে দেখে তার মেয়ের উপর থেকে তার মন উঠে গেছে, তার উপর থেকে ভালোবাসাও কমে গেছে। Ann-এর কাছে Mr. B এর এই আচরণ অপমানসূচক বলে মনে হয়েছে। মানসিক সহানুভূতি সম্পূর্ণ অনুপস্থিত ছিল, কারণ তার কোন প্রমাণ পাওয়া যাচ্ছিল না। Ann-এর বাবা মাত্র দুটি ইতিবাচক মন্তব্য করেছিলেন—যে Ann কে কোন কোন সময় পছন্দ করা যেতে পারে এবং সে একজন মেধাবী চিত্রশিল্পী।

Ann-এর মা তার সম্পর্কে মোট ২৩ টি সমালোচনাপূর্ণ মন্তব্য করেছিলেন। এদের মধ্যে বেশিরভাগ ছিল Ann-এর ব্যক্তিত্বকে কেন্দ্র করে। তাদের মধ্যে পাঁচটি ছিল মানসিক নিয়ন্ত্রণহীনতাকে কেন্দ্র করে। মায়ের মতে Ann সবসময় নিজের কথা বলে; সে জানে কি করে মাকে আঘাত করতে হয় এবং Ann যে আত্মঘাতী চিন্তা

বা আচরণ করে সেগুলি দেখে অন্যরা হতাস হন। Mr. B-র বিদ্বেষপূর্ণ মন্তব্যের মধ্যে ছিল Ann-কে সবাই পরিত্যাগ করেন তার নিজেরই দোষে। সে সবার মধ্যে সবচেয়ে খারাপ ভাবনার উদ্রেক করে। তবে একটা সময় আসে যখন তার বাবা বাড়িহারা হয়ে পড়েন এবং প্রবল হতাশায় তার মনে হল তিনি যেন মারা যাবেন। সেই সময় তিনি Ann-এর যত্নগা অনুভব করতে পারেন। তার প্রতি বাবার ভালোবাসা সেইসময় সবচেয়ে বেশী ছিল। সেই সময় তিনি Ann সম্পর্কে ১০ টি ইতিবাচক মন্তব্য করেন।

EE-কে পরিমাপ করতে যখন CFI ব্যবহার করা হচ্ছিল তখন পরিজনদের কথা রেকর্ড করা হচ্ছিল। এই রেকর্ডের ভিত্তিতে validation ও invalidation-এর স্কোর দেওয়া হচ্ছিল। এর নিম্নতম মান ছিল ১ এবং উর্ধ্বতম মান ছিল ৭। এই স্কোরিংয়ের কাজটি অভিজ্ঞ লোকেদের দ্বারা করা হচ্ছিল। Ann-এর বাবার validation স্কোর ছিল ২ এবং invalidation-এর স্কোর ছিল ৭। তাকে তখনই validation-এর স্কোর দেওয়া হয়েছিল যখন তিনি মেয়ের সম্পর্কে ইতিবাচক কথা বলছিলেন এবং তার সাথে কথার বলার উপায় খুঁজছিলেন। তখনই invalidation-এর স্কোর দেওয়া হচ্ছিল যখন তিনি বিদ্বেষ ও হিংসার আশ্রয় নিচ্ছিলেন। Ann-এর মায়ের validation স্কোর ছিল ৪ এবং invalidation-এর স্কোর ছিল ৬। তাঁকে তখনই validation স্কোর দেওয়া হচ্ছিল যখন তিনি

তার মেয়ের অবস্থার কথা বুঝতে পেরেছিলেন এবং বলেছিলেন যে তার মেয়ে খুব মারাত্মক পরিস্থিতিতে আছেন। তিনি এও বুঝতে পারছিলেন যে তার এখন তার বাবার কাছ থেকে সমর্থন এবং সহানুভূতি প্রয়োজন। তাছাড়া Ann কোন অসুস্থতার কারণে এমন আচরণ করছে, সে চিকিৎসাকেন্দ্রে রয়েছে—এমন বিশ্বাস করার সময়ও তাকে validation-এর স্কোর দেওয়া হচ্ছিল। আবার যখন বলা হচ্ছিল যে Ann যা করছে সব কারসাজির জন্য করছে, সে সর্বদা মনকে অতীতের স্মৃতিতে ন্যস্ত রাখে এবং আচরণ দ্বারা সবসময় সকলের মধ্যে বিভূষণ সৃষ্টি করে।

**৩.৭.৭. ঘটনার নির্মাণ (বা case formation):**-- Ann একজন Borderline Personal Disorder এর DSM-IV<sup>xlix</sup> এর বৈশিষ্ট্যসম্পন্ন ছিলেন। তাঁর রোগলক্ষণে BPD-র ৯টি বৈশিষ্ট্যের সবগুলি লক্ষণ পাওয়া যাচ্ছিল। তার পরিবারে বিদ্বেষ ও নেতিবাচক দিক থেকে প্রকাশিত আবেগ (Expressed Emotion) উচ্চ মাত্রার। Ann-এর অতীত এবং বর্তমান পারিবারিক অবস্থা ছিল নেতিবাচক। কারণ তার জীবনে যারা গুরুত্বপূর্ণ ছিলেন তারা তার আবেগীয় ব্যাপারে যথাযথ প্রতিক্রিয়াশীল ছিলেন না যাতে কিনা তাকে সহানুভূতি এবং সমর্থন যোগাতে পারে। Ann-এর বৈষম্য, চিহ্নিতকরণ, লেবেলিং এবং সংযোগস্থাপনজনিত অভিজ্ঞতা আরও শক্তিশালী করা যায়নি। যখন সে শিশু ছিল তখন তাকে অবহেলা করা হয়, তাকে খাটো করা হয়, অকারণ শাস্তি দেওয়া হয়। যখন তিনি নিজের

ভাবনা এবং অনুভূতির কথা বলতেন তিনি তখন ব্যর্থ এবং নিরর্থক প্রতিক্রিয়া পেতেন এবং তার উপর বিদ্বেষ এবং সমালোচনা প্রয়োগ করা হত। Ann তার আবেগীয় অভিজ্ঞতার তীব্রতা বাড়িয়ে দিতেন যাতে তার প্রয়োজন পূরণ হয়, তার ফলস্বরূপ তিনি অনেক সময় সাফল্যও পেতেন। এর থেকে তিনি অনুভব করলেন যে তার অনুভূতিসমূহ সামাজিকভাবে গ্রহণযোগ্য নয়। এই ভাবনা থেকে তিনি আত্মগ্লানিতে ভুগতেন। ব্যক্তিগত এবং পারিবারিক উভয় প্রকার DBT-ই Ann এর ক্ষেত্রে গুরুত্বপূর্ণ ছিল। EE-র তথ্য অনুসারে Ann-এর বাবা এবং মা উভয়েই তার প্রতি সমালোচনামূলক, বিচারমূলক ছিলেন। তার পরিমণ্ডল ছিল বিদ্বেষ এবং ক্রোধপূর্ণ। বাবা মায়ের যে বিদ্বেষপূর্ণ আচরণ তার প্রতিক্রিয়াও ছিল নিষ্ফল, ফলে তারা তাদের আচরণের তীব্রতা অনেক সময়ই বাড়িয়ে তুলত। যেখানে চক্রাকার একটি খারাপ ব্যবহার শৃঙ্খলের ন্যায় একের পর এক হয়ে চলত। এর ফলস্বরূপ উভয়ের ব্যবহারগুলি প্রভাবশূন্য হতে থাকে। যদিও Ann তার DBT-র প্রশিক্ষণে ঐসব আবেগ ও ক্রিয়াগুলি আয়ত্তে আনার কৌশল শিখছিলেন তথাপি তাদের দলের মতে Ann এর সাথে তার বাবা-মাকে সম্মিলিতভাবে সহযোগিতা করতে হবে যাতে সে তার আবেগীয় ব্যাপারগুলিকে সফলভাবে নিয়ন্ত্রণ করতে পারে। পূর্বে Ann ঘনিষ্ঠ হওয়া, সংযুক্ত থাকার ইচ্ছা, যত্ন পাবার ইচ্ছাকে এমনভাবে প্রকাশ করতেন যে পরিবারের কাছে তা অসহ্য হয়ে উঠত। Ann-এর এই আচরণের প্রতিক্রিয়াস্বরূপ যা সে পেয়েছিল তাতে তার অনুভব হয়েছিল যেন তার আত্মঘাতী আচরণের দিকে তার পরিবারেরা বন্ধুকের ট্রিগার ধরেছিলেন। তার

কাছে ঐ প্রতিক্রিয়াগুলি বৈধ বলে মনে হয় না। তিনি অনুভব করেন যে তার আবেগীয় ব্যাপারগুলিকে সরাসরি প্রত্যাখ্যান করা হচ্ছে এবং তখন তাদের মধ্যে কিছু সময় ভাবের আদান প্রদান বিচ্ছিন্ন থাকত। এর ফলে পরিবারের মধ্যে পারস্পারিক দুর্ব্যবহার ক্রমশ বাড়তে থাকে। পারস্পারিক ভাবের আদান প্রদানে শৈশবের রকমটি সক্রিয় হয়ে উঠল। তার বাবার সমালোচনাপূর্ণ মন্তব্য বা কথাবার্তা, দুর্ব্যবহারের পরেই সে আরও নেতিবাচক হয়ে উঠত। তার অস্বাভাবিক আচরণ বেড়ে যেত।

**৩.৭.৮. চিকিৎসার গতিপথ (course of treatment):**--প্রাথমিক মূল্যায়ন থেকে জানা যায় যে Mr. B-এর আবেগ নিয়ন্ত্রণে সমস্যা ছিল। তার আচরণ Ann-এর কাছে অপমানজনক বলে মনে হত। Ann-এর উপর তার মৌখিক ভাষা অথবা অমৌখিক আচরণ উভয়ই ভয়প্রদ অনিরাপদ একটি অবস্থা। এটা তার জীবন এবং চিকিৎসা উভয়কেই প্রভাবিত করত। তাই আচরণগত পারিবারিক চিকিৎসা এক্ষেত্রে ভীষণভাবে প্রভাব ফেলতে পারে বলে মনে হয়। প্রথমে ছিল orientation session, যেখানে Mr. B এর মন্তব্য ছিল সমালোচনামূলক এবং বিদ্বেষপূর্ণ। এই দিক থেকে এই মানসিক ব্যাধির সাথে অন্যান্য মানসিক ব্যাধি, যাদের EE-র মাত্রা অত্যধিক, যেমন—schizophrenia, unipolar depression<sup>i</sup>, bipolar disorder<sup>ii</sup> ইত্যাদির সাথে সামঞ্জস্যপূর্ণ। চিকিৎসা

হিসাবে সবাইকে পারিবারিক ভাব আদানপ্রদানের কৌশল শেখানো হয়। উদাহরণস্বরূপ বলা যায় যে Mr. B প্রথম অধিবেষণের কয়েক মিনিট পরে বলে ওঠেন যে তিনি এবং তার স্ত্রী আগামী কয়েকটি অধিবেষণে উপস্থিত থাকতে পারবেন না। কারণ তারা শীতে Arizona-তে বেড়াতে যাবেন। এই কথাগুলি বলার সাথে সাথে তিনি Ann এর দিকে ঘাড় ঘুরিয়ে বললেন—এ বিষয়ে তিনি তার কোন আপত্তি শুনতে চান না। কারণ এ বিষয়ে সে কি ভাবল তা নিয়ে তার কোন মাথা ব্যাথা নেই। Ann তার উত্তরে বললেন যখন তারা অনুপস্থিত থাকবেন তখন তিনি নিজেকে ব্যস্ত রাখার চেষ্টা করবেন। কিন্তু তিনি নিশ্চিত নন যে তাতে কতটা সফল হবেন। কারণ তিনি তাদের অভাব অনুভব করবেন। এরপর Mr. B দ্রুত প্রতিক্রিয়া জানালেন। এভাবে তারা একে অপরকে অভিযোগ পাল্টা অভিযোগ জানাতে থাকলেন। যখন তাকে তার এই আচরণের বিরুদ্ধে আপত্তি জানানো হল তিনি প্রবলভাবে অস্বীকার করলেন যে তার আচরণের মধ্যে আগ্রাসনের বা নেতিবাচক ইত্যাদি কিছু নেই। যদিও তিনি চিকিৎসকদের অতিরিক্ত আগ্রাসন থাকলে হাত তুলে তার প্রতিবাদ জানানোর কথায় সম্মত হয়েছেন। Ann তার বাবার এই মধ্যস্থতার ব্যাপার দেখে খুব খুশী হন এবং শক্তি পেলেন। হয়ত এটা প্রত্যাশিত ছিল যে প্রথম পারিবারিক অধিবেশনের সময় Mr. B এর আচরণে চিকিৎসকদের বারবার হস্তক্ষেপ করতে হবে অর্থাৎ বারবার তাকে থামিয়ে দিতে হবে। তিনি বলেন প্রতি মুহূর্তে তিনি কোন কোন শব্দ ব্যবহার করছেন তা তিনি মনে রাখতে পারবেন না। অনিচ্ছা সত্ত্বেও অধিবেষণ চলাকালীন

সময়ে তিনি টেপ রেকর্ডিংয়ের অনুমোদন করেন। তিনি তার রেকর্ড ১৫ মিনিট শোনার পর মনে করেন যে কোন কোন শব্দ প্রয়োগ তার অনুচিত হয়েছে। যে যে শব্দ অনুচিত সেই সেই শব্দগুলিতে তার স্ত্রী এবং কন্যা তার দৃষ্টি আকর্ষণ করান। এইরকম অনুপযুক্ত শব্দের একটা তালিকা তৈরি করেন। Mr. B এই শব্দ তালিকাটি পকেটে রাখতে রাজী হলেন এবং তিনি একটি হিসাব রাখতে চাইলেন যে দিনে কতবার ঐসব শব্দ তিনি ব্যবহার করছেন। রেকর্ডিং শুনতে শুনতে একটা সময় তিনি নিজেই নিজের কণ্ঠস্বরটি শুনতে অস্বীকৃত হন। এই চিকিৎসার ক্ষেত্রে যে প্রথম পারিবারিক অধিবেষণ বসে তাতে DBT-র প্রধান দুটি দিক— গ্রহণ এবং পরিবর্তনের কথা শেখানো হয়। এই অধিবেষণে শেখানো হয় নতুন কিছু যেমন প্রয়োজন মত গ্রহণ করতে হবে তেমন প্রয়োজন হলে যেসব আচরণে পরিবর্তন আনতে হবে সেগুলিরও পরিবর্তনের জন্য প্রস্তুত থাকতে হবে। এই দুটি ব্যাপারের মধ্যে ভারসাম্য রক্ষা হল সমস্যা সমাধানের মূল। একসময় Mr. B বুঝতে পারলেন যে তাকে তার ভাষার প্রয়োগের ব্যাপারে আরও মনযোগী হতে হবে এবং সেদিক থেকে তার পরিবারের অন্যান্য সদস্যদের মন্তব্যগুলিও গ্রহণ করতে হবে। তিনি যে জ্বালাময়ী শব্দ ব্যবহার করতেন সেটা তার নিজের কাছে ধরা পড়ত না, কারণ এটাই EE-র বৈশিষ্ট্য। সুতরাং এ ব্যাপারে তার পরিবারের অভিযোগ গ্রহণ করা উচিত। কিছু কিছু ক্ষেত্রে তিনি নিজেই যে কথা বলেছেন সে কথা শুনতে পারতেন না, সেক্ষেত্রে Ann ও তার মার কাছেও সেগুলি অসহ্য ছিল। কিন্তু এই পারিবারিক চিকিৎসায় যে প্রশিক্ষণ তাতে তারা Mr. B-কে সহ্য



করতে রাজী হলেন যদি কিনা তিনি তার শব্দভাণ্ডারকে পরিবর্তন করতে রাজী থাকেন। যদিও এই শব্দভাণ্ডারের পরিবর্তনে তাদের মধ্যে পারস্পারিক বিদ্বেষ যে কিছুটা কমে যাবে এমনটা পরীক্ষামূলকভাবে নিশ্চিত করে বলা যায় না। পারস্পারিক বিদ্বেষ এবং হিংসা নামক সমস্যা দুটির সমাধানের জন্য এই ব্যবস্থার পরবর্তী পদক্ষেপগুলি প্রয়োজন হয়ে পড়ল। চিকিৎসার একটা নির্দিষ্ট রূপরেখা দেবার প্রয়োজন হল। প্রত্যেক ব্যক্তিকে কিছু প্রতিজ্ঞা করতে বলা হল, যথা—১। পারিবারিক চিকিৎসায় অংশগ্রহণ, ২। ত্রুটিযুক্ত আচরণগুলি পরিবর্তনের চেষ্টা করা, ৩। পারিবারিক সম্বন্ধ দৃঢ় করতে কিছু অবধারণ শেখানো হয়—ক। কোন একটি নির্দিষ্ট পরম সত্য নেই, খ। প্রত্যেকেই নিজের সর্বোচ্চ সামর্থ্য অনুসারে কাজ করছে। গ। প্রত্যেকেই আরও বেশী চেষ্টা করতে হবে, ঘ। পরিস্থিতিকে যতদূর সম্ভব বিনীতভাবে ব্যাখ্যা করতে হবে। এই অবধারণগুলি মেনে নিলে বিদ্বেষ এবং সমালোচনাগুলিকে প্রশমিত করে। এই প্রক্রিয়ার উদ্দেশ্য হল কোন ঘটনাকে একটি ভিন্ন প্রেক্ষাপট থেকে দেখতে সাহায্য করে, যার ফলে বিদ্বেষ এবং সমালোচনা থেকে মানুষের মনকে অনেকখানি মুক্ত করে তোলে।

এই চিকিৎসার দ্বিতীয় দিকটি ছিল এইসব প্রক্রিয়াগুলি থেকে প্রাপ্ত শিক্ষা। প্রথমত, Ann-এর বাবা এবং মা উভয়েই মনে করতেন যে তার ঐ অস্বাভাবিক আচরণগুলি আসলে কারসাজি এবং ঐসব আচরণের দ্বারা সে স্বেচ্ছায় নিজেকে ও সেইসাথে

তাদেরকেও ধ্বংস করতে চাইছে। কিন্তু এই পারিবারিক চিকিৎসা প্রক্রিয়ার পর তারা বুঝতে পারেন যে Ann-এর ঐ আচরণগুলো হয়ত সে স্বেচ্ছায় করছে না এবং সে জন্ম থেকে কিছু অসম্পূর্ণতা নিয়ে এসেছে। এই বোধ থেকে তাদের মনে হল যে জীবন যুদ্ধের জন্য Ann-কে তাদের অভিনন্দন জানানো উচিত। Mrs. B তার কাছে ক্ষমা চাইলেন তার আচরণের জন্য। Mr. B তার আচরণের জন্য অনুতপ্ত হলেন এবং মেনে নিলেন যে হয়ত Ann-এর আচরণগুলি সাজানো বা কারসাজি নয়। পরিবারের মধ্যে এই চৈতন্যোদয় এই চিকিৎসার একটা বড় প্রাপ্তি বলে মনে করা হয়। চিকিৎসায় পারিবারিক মধ্যস্থতার অংশটিও বিদেষ ও সমালোচনার মাত্রাকে পরিবর্তিত করেছিল। সেই সাথে EE বিষয়ে পরীক্ষা দ্বারাও দেখা যায় যে Ann এর আচরণকে মানসিক সমস্যার নিরীখে দেখার পর তার প্রতি তার বাবা মায়ের দৃষ্টিভঙ্গী অনেক পাল্টে যায়। BPD-সংক্রান্ত তথ্য Ann এর পরিবারের কাছে ভীষণ গুরুত্বপূর্ণ ছিল কারণ এটা Ann এবং তার জীবনকে খুব সুন্দরভাবে ব্যাখ্যা করেছেন। এর ফলে Ann সম্পর্কে তার চিন্তা-ভাবনা বদলে দেয়। তারা বুঝতে পারেন যে তার আচরণ তাদের প্রতি উদ্দেশ্য প্রণোদিতভাবে প্রযুক্ত নয় বরং সেটা একটা মানসিক ব্যাধি। এ বিষয়টি তাঁদের পিতা মাতা উভয়েই স্বীকার করে নিয়েছিলেন। এই স্বীকৃতি Ann-এর কাছে সবচেয়ে গুরুত্বপূর্ণ ছিল। কারণ এর আগ পর্যন্ত তার উপর তার বাবার যে আচরণ তা থেকে তার এতদিন অবধি মনে হত যে তার বাবা একজন মানসিক রোগী।

এইরকম একটা ধারণা গঠনের পরেই তার পক্ষে তার বাবার কর্কশ কণ্ঠস্বর সহ্য করা সম্ভব হয়েছে।

Mr. B এবং Mrs. B প্রথমদিকে এইসব ব্যাপার নিয়ে মাথা ঘামাতেন না। যদিও পরিবেশের অসংগতি পরে তাঁদের কাছে ধরা পড়েছিল। তারা একটি উদাহরণও দিয়েছিলেন এব্যাপারে। যখন তাঁদের মেয়ে ছোট ছিল তখন কোন প্রয়োজনীয় বস্তু না পেলে কথা বলা বন্ধ করে দিত। এই ঘটনার স্মৃতি থেকে তারা অনেক প্রশ্নের উত্তর পেয়ে গেল। Mrs. B ভাবলেন এখনও মেয়ের মধ্যে সেই ব্যাপার চালু আছে কিনা। এবং একটু ভেবে দেখে বুঝতে পারল যে সেই ব্যাপার এখনও চালু আছে। এইসব ব্যাপারে কথোপকথনের সময় দেখা গেল Mr. B চুপ করে আছেন। এরপর তাকে চুপ করে থাকার কারণ জিজ্ঞাসা করলে কিছুক্ষণ ভেবে তিনি বললেন যে এই ব্যাপারে তিনিও স্ত্রীর সাথে সহমত।

প্রায় ৬ মাস অধিবেশন চলার পর Ann এবং তার মা স্বীকার করলেন যে যদিও Mr. B এখনও আগের মত বিদ্বেষ ও সমালোচনা করে চলেছেন তবুও তাঁদের কাছে এখন আর তাকে অপমানজনক বলে মনে হয় না। এখন তার কথাগুলো শুনে হুমকি মনে হয় না এবং যখন তিনি অনুপযুক্ত কথা বলেন তখন তাঁদের চুক্তির কথা মনে করিয়ে দেওয়া হয়। এর ফলস্বরূপ তারা তখন group এ

যোগদান করতে প্রস্তুত হলেন। প্রত্যাশিতভাবেই Ann এবং তার মা বাবা প্রথম অধিবেশনের সময় শান্ত ছিলেন। কিন্তু দ্বিতীয় পর্বে যখন নিজেদের কথা সবাই বলার সুযোগ পেলেন তখন Mrs. B একটা প্রসঙ্গ উত্থাপন করেন। তিনি জানান যে Ann যখনই বাড়িতে ফোন করেন তখনই জিজ্ঞেস করেন যে তারা কি তাঁদের সম্ভানের সাথে আছেন? যদি তার উত্তর সদর্থক হয় তাহলে Ann তাঁদের উপর রেগে যান এবং জানতে চান যে তারা কেন ঐ শিশুটির মত তার সাথেও সময় কাটান না। এই কথা যখন Mrs. B অধিবেশনে বলছিলেন তখন তার নিজের কাছে যদিও এই কথোপকথন সাধারণ মনে হয় তথাপি Ann এর কাছে তা বিদ্বেষপূর্ণ বা সমালোচনাপূর্ণ মনে হয়েছে। তিনি তার বাবা-মা'র উপর চিৎকার করতে থাকেন। তিনি বলতে লাগলেন তারা তাকে ভালবাসেন না এবং কখনই ভালবাসতেন না। এইসময় তার বাবা লাফিয়ে পড়েন এবং Ann এর সম্পর্কে নানা বিদ্বেষ এবং সমালোচনামূলক কথা বলতে থাকেন। এই সময় অধিবেশনের বাকি সদস্যরা Mr. B এর শব্দ চয়ন এবং তার প্রেক্ষিতে Ann এর উত্তর উভয়ের সমালোচনা করেন। মূলতঃ ভাষা এবং কণ্ঠস্বরকে সংযত করতে বলা হয়। Ann এবং তার বাবার ভাষাকে দ্রুত চিহ্নিত করে ফেলা হয় এবং তাঁদের বলা হয় তাঁদের এই অধিবেশনের মূল উদ্দেশ্য হল একটি সুন্দর পরিমণ্ডল গঠন করা। অধিবেশনের নিয়মগুলি তাঁদের আবার বোঝানো হল। তারা যেন তাঁদের বাক্যগুলি মনোযোগ দিয়ে নির্মাণ করেন যাতে সেগুলি আর বিদ্বেষ বা অভিযোগপূর্ণ বলে মনে না হয়। Ann-কে প্রশিক্ষণ দেওয়া হয় তার বাক্য ও আচরণ সম্পর্কে। যদিও

প্রথমে সে প্রশিক্ষণ নিতে রাজী হচ্ছিলেন না কিন্তু পরবর্তীকালে তিনি রাজী হলেন। কারণ কয়েকদিনের কার্যক্রমে যোগদান করে তিনি বুঝতে পারছিলেন যে তার কথাগুলো নিষ্ফল এবং আচরণে অনেক আগ্রাসন আছে। তাই তিনি বাক্য ও আচরণ প্রশিক্ষণের জন্য রাজী হলেন। তিনি (Ann) তার মায়ের সম্পর্কে বুঝতে পারলেন যে—তার মায়ের মূল অভিযোগ তার (Ann)-এর প্রতি তাঁদের মনোভাবকে কেন্দ্র করে। তিনি এও জানতে পারেন যে তার মা মনে করেন যে তিনি (Ann) শুধু নিজের কথাই চিন্তা করেন। তার মা আরও চিন্তা করেন যে Ann যেন একটি শিশুর মতো। সে আরেকটি শিশু দেখে মনে মনে হিংসে হচ্ছে। তার (Ann)-এর জায়গা যেন সে দখল করে নেবে। নিজের সম্পর্কেও জানতে পারলেন যে—তিনি নিজেকেও নতুন করে চিনতে পারলেন। তিনি নিজের প্রতি নিজে হীনমন্যতা পোষণ করতেন অর্থাৎ নিজেকে মূল্যহীন মনে করতেন। তিনি বার বার মনে করতেন যে তিনি বুঝি আত্মসম্মান হারালেন। এই বিশ্লেষণ Ann এর পক্ষে উপকারক এবং কার্যকর ছিল। এর থেকে তিনি শান্ত হতে এবং অপ্রীতিকর পরিস্থিতি এড়াতে শিখেছিলেন। এখানে তাঁর আচরণ সম্পর্কে তাকে একটি ধারণা দেওয়া হয়। সেইসাথে তাকে এও বলা হয় যে এর থেকে তার জীবনে কি পরিণাম আসতে পারে। তিনি তার দলের অন্যান্য সদস্যদের থেকে তার আচরণের প্রেক্ষিতে প্রতিক্রিয়া পেয়েছিলেন। অনেকেই তাকে সাবধান করে বলেন যে তার বিদ্বেষপূর্ণ আচরণ থেকে তিনি কেবল সেইসব আচরণই পেতে পারেন যেগুলি তাকে আরও বেদনা দেবে। তাঁদের সেই মতের সাথে তিনি সহমত

পোষণ করেছিলেন। Ann-কে প্রশিক্ষণ দেওয়া হয় যে কীভাবে লক্ষ্যে অবিচল থাকতে হয়। তিনি মোট তিনটি লক্ষ্যের কথা উল্লেখ করেন—প্রথমত, তিনি তার বাবা মার সাথে একটা সুসম্পর্ক তৈরি করতে চেয়েছেন; দ্বিতীয়ত, তিনি চাইতেন যে পিতামাতা তার সাথে আরও বেশী সময় কাটাক, তৃতীয়ত তিনি চাইতেন যে নিজের সম্পর্কে ভালো অনুভব করতে চাইতেন। যখন তাকে জিজ্ঞাসা করা হয় যে এই তিনটি লক্ষ্যের মধ্যে তিনি কোনটিতে পৌঁছাতে পারছেন কিনা। Ann তখন অসম্মতিসূচক মাথা নাড়ে। তিনি জানান যে বাস্তবে এর বিপরীত ঘটনা ঘটে। তিনি বুঝতে পেরেছেন যে তার ত্রুষ্ক কণ্ঠস্বর এবং কর্কশ শব্দসমূহই তার বাবা মাকে তার নিকটবর্তী হতে বাঁধা দেয় এবং তার সাথে থাকতে নিরুৎসাহিত করে। তিনি এও স্বীকার করেন যে তার আচরণ যে বাস্তবে তার বাবা মায়ের উপর প্রভাব বিস্তার করবে তা তিনি ভাবতেও পারেননি।

Ann-কে তখন প্রশিক্ষণ দেওয়া হল যাতে কিনা তিনি তার লক্ষ্যকে বাস্তবেই স্পর্শ করতে পারেন। অর্থাৎ তার বাবা মা'র সাথে যোগসূত্র স্থাপন করতে পারেন। Ann বুঝতে পারেন যে এই প্রশিক্ষণের প্রভাব তার আচরণে সাক্ষাৎভাবে পড়ে যার ফলস্বরূপ তার বাবা তার সাথে কথা বলতে শুরু করেন। Ann তখন তার কথার পরিপ্রেক্ষিতে উত্তর দিতে শুরু করেন। তখন ঐ দলেরই অন্য একজন পিতা তাকে সাহায্য করতে চাইলেন এবং Ann ও তার সাহায্য নিতে সম্মত

হলেন। তিনি Ann কে কীভাবে প্রতিক্রিয়া দিতে হবে সে বিষয়ে নির্দেশ দিতে থাকেন। Ann তখন জানতে পারেন যে তার বাবা তাঁদের মধ্যে কথোপকথনের সময় সে যাতে বেশী দাবিদাওয়া না করে সেরকমই প্রত্যাশা করেন। প্রশিক্ষণের প্রভাবে Ann দেখল যে তার আচরণে তার বাবার রাগ ও আগ্রাসন অনেক কমে গেছে। প্রশিক্ষণের এই সাক্ষাৎ ফললাভ Ann-কে খুশী করেছিল তা তার হাসিমুখ দেখে বোঝা যাচ্ছিল।

এই উদাহরণ থেকে কেবলমাত্র চিকিৎসার কৌশল যে জানা যায় তা নয়, সেই সাথে দলীয়ভাবে কাজ করার উপকারিতাও বোঝা যায়। দেখা যায় যে যারা পেশাদারী অর্থাৎ চিকিৎসক ও প্রশিক্ষক তাঁদের চেয়ে যারা সাধারণ তাঁদের কথা বেশী কার্যকারী হয়। যেমন—ক্লায়েন্ট এর সাথে ক্লায়েন্টদের, অভিভাবকদের সাথে অভিভাবকদের। তাছাড়া আরও যা ঘটল তা হল এই ঘটনায় কেবল B পরিবার উপকৃত হয়েছে তা নয় সেই সাথে দলে অন্যান্য যারা উপস্থিত ছিলেন তাদেরও উপকার হয়েছিল। কারণ নিজের আচরণ যদি অন্য কোন উপায়ে প্রত্যক্ষ করা যায় তাহলে তা খুবই গুরুত্বপূর্ণ হয়ে পড়ে। এই কৌশলগুলি তৈরি করা এবং তার প্রয়োগ করারও প্রশিক্ষণ হয়ে থাকে।

পরিবারে বিদ্বেষ এবং ঘৃণা কমানোর অপর একটি প্রক্রিয়া হল পারস্পারিক সম্বন্ধকে আরও উন্নত করে তোলা validation নামক প্রক্রিয়ার সাহায্যে। এই প্রক্রিয়ার মধ্যে আছে ব্যক্তির মূল্য দেওয়া, আবেগের মূল্য দেওয়া, চিন্তার মূল্য দেওয়া এবং সম্পর্কের মূল্য দেওয়া। এমনটা দেখা গেছে যে আবেগীয়ভাবে বেশী সম্পৃক্ততার সাথে এই মূল্য দেওয়ার ব্যাপারটা সম্পর্কযুক্ত। আবেগীয়ভাবে অতিসম্পৃক্ততার ফলে চিকিৎসায় ভালো ফল পাওয়া যেতে পারে। এই ফলাফলের উপর নির্ভর করে রোগী ও তার পরিবারের পরিবেশে গ্রহণযোগ্যতা বাড়ে। এখানে validation কথাটির অর্থ, গুরুত্ব, প্রয়োজনীয় কৌশল এবং পারস্পারিক সম্পর্ক গ্রহণযোগ্য হয় কীভাবে তা শেখানো হয়।

Mr. B প্রথমে থেকে এই validation module গুলো নিয়ে আপত্তি জানাচ্ছিলেন। প্রথম সমস্যাটি ছিল সহানুভূতিকে কেন্দ্র করে। ঐ ধারণাটির একটা সংজ্ঞা ও তার কিছু বৈশিষ্ট্যের উল্লেখ করা হলে Mr. B বলেন, যে তিনি এই ব্যাপারটিকে মেনে নিতে পারছেন না। তার কাছে এটা মেনে নেওয়ার অর্থ হল কোন পরিস্থিতিতে যা তিনি নিজে সমর্থন করেন না অপরের ক্ষেত্রে তার সমর্থন করা। তার এই অনুভূতি নিয়ে অধিবেশনে আলোচনা করা হয়। এই সময় Mr. B দলের অন্যান্য সদস্যদের নিয়ে হতাশ হচ্ছিলেন। তিনি মনে করছিলেন যে দলের অন্যান্য সদস্যরা তার মনের অবস্থা বুঝতে পারছেন না। তার অনুভূতিমূলক



এই তথ্যই মূল্যবান তথ্য হিসাবে পরিগনিত হল তার কাছে এবং দলের অন্যান্য সদস্যদের কাছে। তিনি আশঙ্কা প্রকাশ করেন এর ফলে হয়ত মনের যোগাযোগ ব্যবস্থাটুকুই নষ্ট হয়ে যেতে পারে।

এই অনুভূতির কথা বাস্তবে ধরা পড়ল পরবর্তীকালে যখন একটি অধিবেষণ চলছিল ঐ অধিবেষণে সদস্যদের পারস্পারিক আলোচনার সময় Mr. B বলছিলেন যে thanks giving অনুষ্ঠানে তিনি খুব হতাশ হন। কারণ ঐ সময় তার মেয়ে একটি টেবিলে বিমর্ষ মুখ নিয়ে বসে থাকেন। তিনি (Mr. B) তখন অনুভব করেন যে তিনি তার মেয়েকে তখন কোন কথাই বলতে পারেন না। এই সময় Ann কাঁদতে থাকেন এবং বলেন যে তিনি ঐ সময় নিজেকে খুব একা মনে করেন, কারণ তিনি মনে করেন যে বাড়িতে একমাত্র তিনিই আছেন যিনি দাম্পত্যহীন। এই কথার মাঝখানে Mr. B বার বার বাঁধা দিতে থাকেন। তাকে DBT নিয়মের কথা মনে করালে তিনি ঐ কথা আবার বলেন যে এই নিয়মটি তিনি মানতে পারছেন না। তিনি বলতে থাকেন যে সকলের সাথে থাকা অবস্থায় সে নিজেকে কীভাবে একা মনে করে? তিনি আরও বলেন যে সে (Ann) নিজেকে দুঃখী দেখাতে চাইছে। এই সময় Ann বুঝতে পারে যে তার বাবা তার অনুভূতিকে অস্বীকার করতে চাইছে। সেই সময় Mr. B দলের অন্য সদস্যদের জিজ্ঞাসা করতে থাকেন যে তারা লোকসমাবৃত হয়েও কি নিজেকে একা মনে করেন?

তখন যাকে জিজ্ঞাসা করা হয় তিনি কিছুটা ভেবে বলেন যে তার মা গত হলে তার চারপাশে তার অন্যান্য আত্মীয়স্বজন পরিবেষ্টিত থেকেও তিনি নিজেকে একা মনে করেন। এই অনুশীলনের ফলে Mr. B তার মেয়ের একাকিত্বের প্রেক্ষাপট বুঝতে পারলেন। যদিও Ann এর একাকিত্বের প্রেক্ষাপট উপরিউক্ত সদস্যের প্রেক্ষাপটের থেকে আলাদা তথাপি তার এই অনুভূতি থেকে Ann এর ব্যাপারটা তার বুঝতে সাহায্য করে। তার একাকিত্ব যে কোন বানানো বা মিথ্যে কথা নয় তা বোঝা যায়। আগে তার এই একাকিত্বের কষ্টকে কেউ বুঝতে পারত না বা কেউ গুরুত্ব দিত না। Ann ও তার বাবার অনুভূতিকে গুরুত্ব দিতে শিখল। তার বাবাও যে একরকম লড়াই করছেন তা তার অনুভূতিতে ধরা পড়ে। এই প্রথম Ann তার বাবার কষ্টকে অনুভব করতে পারল।

**৩.৭.৯. ফলাফল এবং ভবিষ্যত সম্বন্ধে পূর্বাভাষঃ—**EE based family intervention এর অন্যতম সাফল্য হল—১ বছর এই অধিবেষণ চলার পর দেখা যায় প্রথম বার হাসপাতালে ভর্তি হবার পর থেকে এই প্রথম Ann এত বেশী সময় হাসপাতালের বাইরে থাকলেন। বাবা ও মেয়ের মধ্যে বিরোধশূন্য একটি সম্পর্ক গড়ে উঠল। দলের সদস্যরা নিজেদের সমস্যা নিজেরা সমাধানের চেষ্টা করেন। এখানে প্রত্যেককে ব্যষ্টিকে গুরুত্ব দেওয়া হয় এবং ব্যক্তিগত ব্যাতিক্রমগুলিকে সহ্য করা হয়। Ann-এর নিঃসঙ্গতার অনুভব এবং একাকিত্বের

ভয় তার মা বুঝল এবং যখন তার মনের এই ভাবনার প্রকাশ করলেন তখন তা গুরুত্বসহকারে গ্রহণ করা হল ও তাকে মর্যাদা দেওয়া হল। সুতরাং Ann এর এইরকম মনের ভাব প্রকাশ একটি বিশেষ গুরুত্ব পেল। Ann এর সুস্থতার জন্য সমর্থনই ছিল প্রধান সহায়ক। তার আত্মঘাতী আচরণ পরিত্যক্ত হল। যদিও চিন্তায় আত্মঘাতী ভাবনার আনাগনা অব্যাহত থাকল তথাপি তিনি মনে করতেন যে তিনি তাঁদের বিরুদ্ধে লড়াই করতে সমর্থ হবেন। তাঁর বাবা মা'র সাথে সম্পর্ক এত নিবিড় হল যে তাঁদের শীতের ছুটিতে এই প্রথমবার Ann কে তাঁদের সাথে থাকার আমন্ত্রণ জানালেন তাঁরা।

Ann এর কতকগুলি মহিলাদের সাথে বন্ধুত্ব হল এবং তিনি লক্ষ করলেন যে তিনি কতকগুলি মহিলাদের সাথে জুড়ে থাকতে সক্ষম। তিনি আংশিক সময়ের কাজ হিসাবে একজন মহিলার দেখাশনার ভার পেলেন। তিনি প্রায় বছরখানেক অর্থাৎ যতদিন না ঐ মহিলা হাসপাতালে ভর্তি হন ততদিন পর্যন্ত ঐ কাজ করতে সমর্থ হয়েছিলেন। তিনি একজন নিরাপদ পুরুষের সাথে কয়েকদিন যাবৎ ডেটে যেতে সমর্থ হলেন, আবার যেহেতু তিনি নিজে ঐ পুরুষের কাছে খুব বেশী আকর্ষক ছিলেন না, তাই সেটা বুঝতে পেরে বেশিদিন আর এটা বজায় রাখলেন না। এই বর্ণনা থেকে অসুস্থতা সম্পর্কে তথ্য জানা যায় এবং নেতিবাচক কথোপকথনকে এড়ানো সম্ভব হয়। যেসব ব্যবহারের নমুনায় দেখা যায় client

দের অগ্রাহ্য করা হয় বা তাঁদের গুরুত্ব দেওয়া হয় না সেইসব আচরণগুলিকে বারণ করা হয়। Client দের মান্যতা দেওয়া হয় এবং তাঁদের উৎসাহ দেওয়া হয়। পারিবারিক সম্মিলনের এই চিকিৎসা পদ্ধতি client দের ও তাঁদের পরিবারের অন্যদের ভালো লেগেছিল। তারা স্বীকার করেছিলেন যে এই পদ্ধতি তাঁদের দেখা অন্যান্য পদ্ধতির তুলনায় অনেক বেশী কার্যকর। দেখা যায় কিছু ব্যক্তি এই অধিবেশনে যোগদান করার জন্য বহু পথ অতিক্রম নিয়মিত যোগদান করতেন এবং কখনও এটা বাদ যেত না। যারা ২-৩ বছর এই চিকিৎসায় যোগদান করতেন তারা এতটাই অভিজ্ঞ হয়ে উঠেছিলেন যে যখন তাঁদের উপদেশমূলক অধিবেশন হত তখন তারা বক্তব্য রাখতেন, নবাগতরা পূর্বতনদের থেকে প্রেরণালাভ করতেন। বহু পরিবারভিত্তিক এই চিকিৎসা পদ্ধতি বহু ধরনের client দের ক্ষেত্রে প্রযোজ্য হয়েছিল। বিভিন্ন বয়সের মানুষের ক্ষেত্রে এই পদ্ধতি সমানভাবে সফল ছিল। বয়সের ভিন্নতায় চিকিৎসায় প্রভাব ফেলে না।

অবশেষে এই দলগত চিকিৎসায় চরম সাফল্যের অনুমান করা যায় যখন দেখা যায় যে মিটিং শেষ হয়ে গেলেও সভ্যরা স্থানত্যাগ করতে চাইত না। অন্যান্য মিটিংয়ে দেখা যায় সভ্যরা মিটিংয়ের শেষে সেখানে আর থাকে না, কিন্তু এখানে দেখা যায় যে মিটিং শেষ হলেও সভ্যদের বলতে হয় যে ঘরটি ছেড়ে দিতে, কারণ তাদের ঘরটিকে বন্ধ করতে চাইছেন। যদিও এই পদ্ধতি চিকিৎসা ক্ষেত্রে

পরীক্ষণীয়রূপে প্রমাণিত নয় তথাপি এই পদ্ধতি DBT-রোগীদের ক্ষেত্রে আশার আলো জাগায়। এই আশার আলো অনেক গুরুত্বপূর্ণ। আবেগের লক্ষণ, শ্রেণীবিভাগ ও বিভিন্ন প্রকার আবেগের কারণ ও পরিণাম সম্পর্কে সংক্ষিপ্ত আলোচনার পর একটি বিশেষ চিকিৎসা পদ্ধতি যা কিনা একটি বিশেষ পরিবারকে কেন্দ্র লেখা হয়েছে—তার উপর ভিত্তি করে একটি DBT থাকা মানুষকে কেন্দ্র করে একটি প্রতিবেদনের থেকে দেখা যায় যে আবেগ আহত হলে মানুষের ব্যক্তিত্ব অবনমিত হয় কিন্তু যদি আবেগের সুষ্ঠু নিয়ন্ত্রণ করা হয় তাহলে মানুষের ব্যক্তিত্বের উন্নতি হয়। সহানুভূতি, ভালোবাসা আর মান্যতা দানের মধ্য দিয়েই মানুষের হারানো মানসিক শক্তি ফিরিয়ে আনা সম্ভব এবং ব্যক্তিত্বের বিকৃতিও শোধরাগো যায়।

পরিশেষে, বলা যায় যে, আবেগ জীবনকে উপভোগ্য করে একথা বাস্তব, তবে তার নিয়ন্ত্রণ একান্ত আবশ্যিক। আবেগ ব্যক্তি মানুষের মধ্যে সীমাবদ্ধ থাকে না, কারণ ব্যক্তি মাত্রই সামাজিক, তাই মানুষের আবেগের অনুসরণে সামাজিকতা খুবই গুরুত্বপূর্ণ। সমাজের বিধিনিষেধ রীতিনীতি ইত্যাদি সবই তার আবেগকে প্রভাবিত করে। যেমন—বিবাহ-পূর্ববর্তী প্রণয় কোন এক সমাজে স্বাভাবিক হলেও অপর কোন সমাজে হয়ত সেটা স্বাভাবিক নয়। কোথাও বাল্যবিবাহ স্বীকৃত কোথাও আবার তা স্বীকৃত নয়। বৈচিত্রময় এই সামাজিক প্রেক্ষাপটে মানুষের সুখ,

দুঃখ, আনন্দ, হতাশা বিভিন্ন রূপ ধারণ করে, আর তার প্রভাব পড়ে ব্যক্তিত্বে। কোন ব্যক্তির ব্যক্তিত্ব উন্নত বা অবনত হয় সামাজিক প্রেক্ষাপটের নীরিক্ষে আবেগের বহিঃপ্রকাশের উপর ভিত্তি করে। কোন না কোন আবেগের মধ্য দিয়েই আমাদের আচরণ এবং কোন না কোন আচরণের মধ্য দিয়েই আমাদের ব্যক্তিত্ব প্রকাশিত হয়। অর্থাৎ ব্যক্তিত্বের মূলে থাকে কোন না কোন আবেগ। আমরা কোন আবেগকে অবলম্বন করছি তার উপর আমাদের আচরণ তথা ব্যক্তিত্ব নির্ভর করে। যেমন—যদি কেউ ক্রোধ নামক আবেগকে আবেগকে ভিত্তি করে তার আচরণ ও ব্যক্তিত্বকে প্রকাশ করেন তাহলে আমরা তাকে বলি ক্রোধী। একই রকমভাবে কেউ হয়ত লোভী, কেউ হয়ত দয়ালু, কেউ পরোপকারী ইত্যাদি হয়ে থাকে। এইসব ব্যক্তিত্বগুলিকে আমরা স্বাভাবিক ব্যক্তিত্ব বলে থাকি। কিন্তু এসবের সাথে সাথে অনেক অস্বাভাবিক ব্যক্তিত্বও দেখা যায়। তাদের মধ্যে Ann এর চরিত্রটি একটি গবেষণাপত্র অবলম্বনে নেওয়া হয়েছে। যেখানে দেখা যায় যে Ann এর চরিত্র যেসব আবেগ দ্বারা পরিচালিত তার মধ্যে বেশিরভাগই ক্ষতিকারক আবেগ। চিকিৎসকদল চেষ্টা করেছেন তার আচরণ যাতে ঐসব ক্ষতিকর আবেগের বদলে কোন ইতিবাচক আবেগ, যথা প্রেম বা প্রীতি ইত্যাদি দ্বারা পরিচালিত হয়। এক্ষেত্রে শুধু Ann নয় তার মতো অস্বাভাবিক ব্যক্তিত্বসম্পন্ন আরও অনেক ব্যক্তিকে দলবদ্ধভাবে তাদের পরিবারসহ আচরণ ও আবেগের নিয়ন্ত্রণের মাধ্যমে তাদের ব্যক্তিত্বকে স্বাভাবিক অবস্থায় আনার চেষ্টা করেন। কাজেই সহানুভূতি, ভালোবাসা এবং মান্যতা থাকলে ব্যক্তিত্বের সামাজিক গ্রহণযোগ্যতা তথা উৎকর্ষতা বৃদ্ধি পায়।

যাদের জীবন স্বাভাবিকভাবে এইসব শুভ এবং ইতিবাচক আবেগ দ্বারা পরিচালিত তাদের উচিত অন্যদেরও ঐরকম চলনে অভ্যস্ত হবার জন্য উদ্বুদ্ধ করা। যেমন করেছিলেন শ্রীচৈতন্য, ভগবান বুদ্ধ, শ্রীরামকৃষ্ণ প্রমুখ। ব্যক্তিত্বে যেমন আবেগের ভূমিকা থাকে তেমন থাকে স্মৃতির ভূমিকা, তাই ব্যক্তিত্বে স্মৃতি ও আবেগ উভয়েই গুরুত্বপূর্ণ। সুতরাং এদের মধ্যে যে গভীর সম্পর্ক বিদ্যমান সে সম্পর্কে কোন সন্দেহ নেই, তাই পরবর্তী অধ্যায়ে ব্যক্তিত্বে আবেগ ও স্মৃতির ধারণার সম্বন্ধীকরণের চেষ্টা করা হয়েছে।

## তথ্যপঞ্জী

### ইংরেজী গ্রন্থ

David Braddon-Mitchell and Frank Jackson, *The Philosophy of Mind and Cognition*, Blackwell publishers, 1996.

Freud, Sigmund. *A General Introduction to Psychoanalysis*. PDF Book World, 1917.

Fruzzetti, A. E. Dialectical behaviour therapy with parents, couples, and families to augment Stage 1 outcome. In M. A. Swales (Ed.), *The Oxford handbook of dialectical behaviour therapy*, pp. 389–411, Oxford University Press, New York, 2019.

Paris, J. (Ed). *Handbook of personality disorders: Theory, research, and treatment*. The Guilford Press, 2005.

Paul-Jean, Sartre, *Sketch for a Theory of the Emotions*, trans-Philip Mairet, London and New York, 1939.

Titchener, E. B. *A text-book of psychology: Part 2*, APA PsycNet, 1910, pp. 396–427.

William, McDougall. *Outline of Psychology*. University of Michigan, New York, 1933.

Woodworth S. Robert and Donald G. Marquis. *Psychology*, Methuen & Co. Ltd., London, 1922.

### বাংলা গ্রন্থ

ভট্টাচার্য, সমরেন্দ্র। *মনোবিদ্যা*। বুক সিণ্ডিকেট প্রাইভেট লিমিটেড ২০১৫ ,



মুখোপাধ্যায়, অপরাজিতা। *ব্যক্তিত্ব ও নৈতিকতা*। যাদবপুর বিশ্ববিদ্যালয় এবং মহাবোধি বুক এজেন্সীকলকা ,তা, ২০১১।

সাইফুদ্দিনডঃ কাজী ,। *আধুনিক মনোবিজ্ঞান*। আলোয়া বুক ডিপো২০০৯। ,ঢাকা ,

## Journals

Anekal C. Amaresha<sup>1,2</sup>. Ganesan Venkatasubramanian, “Expressed Emotion in Schizophrenia: An Overview”, *Indian Journal of Psychological Medicine*, vol-13, issue-1, Jan-Mar 2012.

Bezirgianian, S., Cohen, P. and Brook J.S. “The Impact of Mother-Child Interaction on the Development of Borderline Personality Disorder”, *American Journal of Psychiatry*, vol- 150, 1993, pp. 1836-1842. <http://dx.doi.org/10.1176/ajp.150.12.1836> Accessed 15-10-2021.

Clive J. Robins and Alex L. Chapman. “Dialectical Behaviour Therapy: Current Status, Recent Developments, and Future Directions”, *Journal of personality Disorder*, vol-18, issue-1, June 2005.

Hooley, Jill M., Richters, John E., Weintraub, Sheldon, Neale, John M. “Psychopathology and marital distress: The positive side of positive symptoms”, *Journal of Abnormal Psychology*, Vol 96. Issue-1, Feb 1987, pp. 27-33.

Jenkins, Janis, “The meaning of expressed emotion: theoretical issues raised by cross- cultural research”, *American Journal of Psychiatry*, Vol-149, no.1, 1992, pp. 9-21.

Jing Zhu & Paul Thagard. “Emotion and Action”, *Philosophical Psychology*, vol-15, no. 1, pp. 19-36, 2002, <https://doi.org/10.10080/09515080120109397>, accessed on 5-8-2023.

Jobber, D., & Hooley, G. (1987). "Pricing Behaviour in UK Manufacturing and Service Industries", *Managerial and Decision Economics*, vol-8, pp. 167-171. <https://doi.org/10.1002/mde.4090080211>.

Kernberg F. Otto and Robert Michels. "Borderline Conditions and Pathological Narcissism", *Jason Aronson*, vol-155, issue-5, 1975, pp. 505-509.

Marsha Linehan. "Cognitive-behavioural treatment of borderline personality disorder", Guilford Press, May 1993.

Perry D. Hoffman & Jill M. Hooley. "Expressed Emotion and the Treatment of Borderline Personality Disorder," *Family Process Press*, New York, vol-149, issue-1, 1998, pp. 9-21.

Swaran P. Singh, Kath Harley and Kausar Suhail. "Cultural Specificity of Emotional Over involvement: A Systematic Review", *Schizophrenia Bulletin*, vol-39, no-2, 2011, pp. 449–463.

Shachnow, Ciarkin, Di Palme, Ghurston, Hull, & Sharin, "Family study of borderline personality disorder and its sectors of psychopathology", *Arch Gen Psychiatry*, Jul 2011, vol-68, issue-7, 1997, pp. 753-62.

Stout. G.F. "A manual of psychology" (3rd ed., rev. and enl.), *University Tutorial Press*, 1915, pp. 575–584.

Walter B. Canon. "A Critical Examination and an Alternative Theory." *The American Journal of Psychology*, Vol-25, No-3, 1914, pp. 427-447.

William R. McFarlane, MD; Ellen Lukens, PhD; Bruce Link, PhD; et al Robert Dushay, PhD; Susan A. Deakins, MD; Margaret Newmark, CSW; Edward J. Dunne, PhD; Bonnie Horen, MA; Joanne Toran, MPA. "Multiple-Family Groups and Psychoeducation in the Treatment of Schizophrenia", *Arch Gen Psychiatry*, August 1995, vol-52, issue-8, pp. 679-687.

## Websites

Aristotle, Greek Philosopher, <https://www.britannica.com/biography/Aristotle>,  
4 Oct 2023.

Behavioural Treatments for Drug Abuse and Dependence,  
<https://archives.nida.nih.gov/sites/default/files/monograph137.pdf#page=206>,  
Accessed 19-09-2022.

Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition: DSM-  
IV-TR, <https://psychiatryonline.org/doi/10.1176/ajp.152.8.1228>, Accessed 11-  
10-2022.

Emotion (disambiguation), Wikipedia, the free encyclopaedia,  
[https://en.wikipedia.org/wiki/Emotion\\_\(disambiguation\)](https://en.wikipedia.org/wiki/Emotion_(disambiguation)), 4 Oct, 2023.

Journal Psychologists and Counsellors in School,  
[https://www.cambridge.org/core/journals/journal-of-psychologists-and-  
counsellors-in-schools/issue/74F0B04119B13A94DA5EB21021ACA6E1](https://www.cambridge.org/core/journals/journal-of-psychologists-and-counsellors-in-schools/issue/74F0B04119B13A94DA5EB21021ACA6E1),  
Accessed 22-09-2023.

## অন্তঃটীকা

- 
- <sup>i</sup> [https://en.wikipedia.org/wiki/Emotion\\_\(disambiguation\)](https://en.wikipedia.org/wiki/Emotion_(disambiguation))
- <sup>ii</sup> Woodworth, 1921
- <sup>iii</sup> [Aristotle](#) (384–322 BCE)
- <sup>iv</sup> McDougall, W. (1933).
- <sup>v</sup> Wood Worth, Psychology, Feeling and Emotion
- <sup>vi</sup> ভট্টাচার্য্য সমরেন্দ্র, মনোদর্শন
- <sup>vii</sup> McDougall, W. (1933).
- <sup>viii</sup> Freud, 1917.
- <sup>ix</sup> McDougall, W. (1933), Stout, G.F. (1915).
- <sup>x</sup> McDougall, W. (1933)
- <sup>xi</sup> ভট্টাচার্য্য সমরেন্দ্র, মনোদর্শন
- <sup>xii</sup> Woodworth S. Robert, Psychology, Feeling and Emotion
- <sup>xiii</sup> E. B. Titchener, 1993
- <sup>xiv</sup> E. B. Titchener, 1993
- <sup>xv</sup> Walter B. Cannon, 1927, p-(106-24).
- <sup>xvi</sup> Jason Aronson, 1975
- <sup>xvii</sup> Perry D. Hoffman, The New York hospital & Jill M. Hooley, Harvard University.
- <sup>xviii</sup> Jenkins, Janis, 1992
- <sup>xix</sup> Journal of Psychologist and Counsellors in School, Volume 12, November, 2002, pp-120.
- <sup>xx</sup> Clive J. Robins, Alex L. Chapman, 1<sup>ST</sup> JUNE, 2005
- <sup>xxi</sup> The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition—DSM-IV—is the official manual of the American Psychiatric Association. Its purpose is to provide a framework for classifying disorders and defining diagnostic criteria for the disorders listed.
- <sup>xxii</sup> Kernberg (1975)

- 
- xxiv Linehan (1993a)
- xxv Shachnow, Ciarkin, Di Palme, Ghurston, Hull, & Sharin, 1997
- xxvi Jenkins, Janis, 1992
- xxvii Frank & Paris, 1981; Gunderson & England, 1981
- xxviii Bezirgianian et al, 1993
- xxix Kernberg, 1993, p-166
- xxx Linehan, 1993a, p-50
- xxxi Hooley, 1987
- xxxii Hooley & Hoffman, 1998
- xxxiii Swaran P. Singh<sup>1,\*</sup>, Kath Harley<sup>2</sup>, and Kausar Suhail<sup>3</sup>, December 20, 2011
- xxxiv Schizophrenia today is a chronic, frequently disabling mental disorder that affects about one per cent of the world's population.
- xxxv Axis I – is comprised of disorders that currently exist like schizophrenia and mood/anxiety/eating/sleep disorders.
- xxxvi Linehan, M. (2018)
- xxxvii Linehan, M. (2018)
- xxxviii McFarlane et al, 1995
- xxxix Axis II – comprises personality disorders such as obsessive-compulsive disorder in adults and developmental problems like mental retardation in children and adolescents.
- xl Dialectical behaviour therapy was originally developed from early efforts to apply standard behaviour therapy to treat individuals who were highly suicidal. Its development was a trial and error effort driven primarily from clinical experience.
- xli Linehan (1993a)
- xliv Linehan, Heard & Armstrong, 1993
- xlvi Perry D. Hoffman, Alan Fruzzetti. 28 July 2004
- xlv Alan E. Fruzzetti, Ph.D., is a professor of psychology and director of the dialectical behaviour therapy and research program at the University of Nevada.
- xlv Fruzzetti, Hoffman, Linehan, in Press

---

<sup>xlvi</sup> McFarlane et al, 1995

<sup>xlvii</sup> *Psychother Psychosom* (1989) 51 (3): 120–127

<sup>xlviii</sup> Hooley, 1987

<sup>xlix</sup> This guidebook provides a comprehensive tour through Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-IV (DSM-IV). It details how and why DSM-IV developed the way it did and presents a clear road map of the intricacies of the organization of the DSM diagnostic system.

<sup>l</sup> *The Journal of Neuroscience*, September 1992

## চতুর্থ অধ্যায়

### ব্যক্তিত্ব, আবেগ ও স্মৃতির সম্বন্ধীকরণ

ব্যক্তিত্ব গঠনে আবেগের সাথে সাথে স্মৃতির ভূমিকাও যে গুরুত্বপূর্ণ তা আমরা আগেই দেখেছি। এখন ব্যক্তিত্ব গঠনের ক্ষেত্রে আবেগের সাথে স্মৃতির সম্বন্ধীকরণের চেষ্টা করা হবে। সেক্ষেত্রে কয়েকটি বিজ্ঞানভিত্তিক মতবাদ ও পরীক্ষাকেন্দ্রিক আলোচনার অবতারণা হয়েছে। এই সম্বন্ধকে প্রতিষ্ঠা করতে Broadman area<sup>i</sup> চিত্রসহ আলোচনা করা হয়েছে। যেখানে বিভিন্ন প্রকার ক্রিয়ার জন্য যেসব মস্তিষ্ক অঞ্চল সক্রিয় হয় তার অবতারণার মাধ্যমে স্মৃতি ও আবেগের মধ্যস্থিত কোন সাধারণ মস্তিষ্ক অঞ্চল পাওয়া যায় কিনা তাও দেখা হয়েছে। এই ক্ষেত্রটিকে নিয়ে অন্যান্য অনেক দার্শনিক হয়ত আলোচনা করেছেন কিন্তু দেকার্তের প্রচেষ্টা অত্যন্ত সুস্পষ্ট। তাই দেকার্তের মতও আলোচনা করা হয়েছে। সব স্মৃতি যে সুখ স্মৃতি হয় না তা সর্বজনবিদিত। অনেক স্মৃতি মনকে বিক্ষুব্ধ করে তোলে। বিক্ষুব্ধ মন নিজের মধ্যে একাধিক ব্যক্তিত্বের সৃজন করে বহুব্যক্তিত্বজনিত মানসিক

সমস্যার সম্মুখীন হন অনেক সময়। তখন একটি ব্যক্তিত্বের সাথে অপর ব্যক্তিত্বের কোন সম্পর্ক থাকে না। অর্থাৎ স্মৃতির ধারা ব্যহত হয়। বিভিন্ন ব্যক্তিত্বের মধ্যে স্মৃতির ধারাবাহিকতা থাকলে এই সমস্যা হয়ত আয়ত্তে আনা সম্ভব হবে। স্নায়ুবিজ্ঞান এই বিষয়ে আমাদের বিশেষ সাহায্য করতে পারে, তাই যদিও স্নায়ুবিজ্ঞান নিয়ে খুব বেশি গভীরে যাওয়া সম্ভব হচ্ছে না তথাপি এটা দেখানো যেতেই পারে যে ব্যক্তিত্ব গঠনে স্মৃতি ও আবেগের যে ভূমিকা আছে সে বিষয়ে এখানে কিছু পাওয়া যায় কিনা। কারণ বিজ্ঞান দর্শনের গোড়া অনেকটা শক্ত করে। সর্বপ্রথম দেখা যাক Phrenology<sup>ii</sup>-তে আলোচ্য বিষয়ের অন্যতম যে স্মৃতি ও তার সাথে মস্তিষ্কের যে সম্পর্ক সে সম্বন্ধে কি বলা আছে এবং সেইসাথে এই বিষয়ে আরও অন্যান্য মতবাদগুলিও অনুধাবন করা দরকার। ‘1700 সালের শেষের দিকে অরগ্যানোলজি<sup>iii</sup> নাম দিয়ে ফ্রাঞ্জ জোসেফ গল এই বিষয়ে গবেষণা শুরু করেন। প্রথম দিকে এর সাথে প্রাথমিক মনোবিদ্যা, প্রাথমিক স্নায়ুবিদ্যা এবং ব্যবহারিক দর্শন মিশে ছিল। এই মতবাদে মনে করা হত—মস্তিষ্ক হল অনেকগুলি যন্ত্রের সমাহার, যার প্রত্যেকটি অংশের জন্য বিশেষ মনোবিজ্ঞান-সম্মত অংশ আছে। এছাড়া মস্তিষ্কের বিভিন্ন অংশের ক্রিয়াও আলাদা আলাদা। যদিও এখন মস্তিষ্কের বিভিন্ন অংশ ও তাদের ক্রিয়াসমূহ নিয়ে সুপ্রতিষ্ঠিত মতবাদ গড়ে উঠেছে তবুও সেই সময় ফ্রাঞ্জ জোসেফ গল কিন্তু এটা বুঝতে পারেননি যে কোন বিশেষ



কাজের জন্য মস্তিষ্কের কোন একটি অংশ পৃথকভাবে কাজ করার পরিবর্তে মস্তিষ্কের বিভিন্ন অংশের সম্মিলিত প্রভাবে কোন কাজ সম্পন্ন হয়। যদিও তার এই মতবাদ আধুনিক মতবাদ প্রতিষ্ঠার কাজে অত্যন্ত সহায়ক ছিল। বর্তমানে জানা যায় যে মস্তিষ্কের কোন একক অংশ দর্শন, শ্রবণ বা ভাষা, কিম্বা যুক্তি বা সামাজিক ব্যবহারকে নিয়ন্ত্রিত করে না। অনেকগুলি ক্রিয়া ও মস্তিষ্ক-অঞ্চল পরস্পর সম্পর্কযুক্ত।<sup>iv</sup> এই সম্পর্কে আমরা অনেকগুলো মতবাদ পাওয়া যায় তাদের মধ্যে E.F. Loftus<sup>v</sup> এর মতবাদ আলোচনা এখানে প্রাসঙ্গিক বলে মনে হয়।

**8.১. E.F. Loftus এর মতবাদ—**মস্তিষ্কের ক্ষয়ক্ষতির পর সেই ক্ষতের গবেষণা করে মানব স্মৃতি সম্পর্কে যা জানা যায় তা অনেকটা নৈরাস্যজনক। অর্থাৎ এই মতবাদ অনুসারে আমরা অতীতকে যেভাবে স্মরণ করি অতীত সবসময়ই ঠিক সেইরকম হয় না। অর্থাৎ সত্যতা এবং নিশ্চয়তার ভিত্তি যে স্মৃতি, সেই স্মৃতির নিশ্চয়তা সংশয়যোগ্য হ'য়ে পড়ল। আমাদের পক্ষে এটা ধারণা করা সহজ যে প্রতিটি ঘটনার পরিপ্রেক্ষিতে আমাদের মস্তিষ্কে কোন না কোন স্থানে ঐ অভিজ্ঞতার ছাপ পড়ে, যদিও মস্তিষ্কের সেইসব স্থান সম্পর্কে জানা যেতে পারে। কিন্তু দুর্ভাগ্যবশতঃ শারীরিক গঠন তেমনভাবে গঠিত নয় অর্থাৎ মস্তিষ্কের কোন নির্দিষ্ট স্থানে কোন নির্দিষ্ট স্মৃতিই যে সঞ্চিত থাকে এমন নয়।

**8.২. Atkinson-Shiffrin<sup>vi</sup> এর মতবাদ—স্মৃতি শুরু হয় পরিবেশ থেকে তথ্য**  
নেওয়ার সময় থেকে। পরিবেশ থেকে নেওয়া এই তথ্য খুব অল্প সময়ের জন্য—  
অর্থাৎ কয়েক সেকেন্ডের জন্য স্থায়ী হয় একটি সংবেদন-ভাণ্ডারে, যা—সংবেদন  
প্রক্রিয়ার সাথে যুক্ত। রূপ, রস, গন্ধ, স্পর্শ, শব্দ আকারে যে তথ্যগুলিতে মনোযোগ  
আসে ও চেনা যায় তারা Short-term-memory<sup>vii</sup> (STM) তে স্থান পায়, যেখানে  
তথ্য ২০-৩০ মিনিট স্থায়ী হয়। Short-term-memory (STM) এ থাকা তথ্যগুলি  
পুনরাবৃত্তি করতে করতে, কোন কোন বিষয়ের উপর লক্ষ স্থির হয় অথবা অন্য  
কোন উপায়ে এগুলি এমনভাবে প্রস্তুত হয় যে, নতুন তথ্যগুলি আগে থেকে সঞ্চিত  
অন্যান্য তথ্যের সাথে সংযোগ স্থাপন করে। তখন এই পুনরাবৃত্তি-কৃত তথ্য অনেক  
সময় Long-term-memory<sup>viii</sup> (LTM) তে স্থান পায়। আর যে তথ্যগুলি এরকম  
কোন বিশেষ পদ্ধতিতে প্রস্তুত হয় না, সেগুলি হারিয়ে যায়। যখন কোন তথ্য  
Long-term-memory (LTM) তে স্থান পায়, তখন সেগুলি বিভিন্ন বিভাগে  
বিভক্ত হয়; এবং কোনটা কয়েকদিন, কোনটা কয়েক মাস, কোনটা কয়েক বছর  
কোন কোনটি আবার আজীবন স্থায়ী হয়। যখন আমরা কোন বিষয় স্মরণ করি  
তখন, ঐ বিষয়ের উপস্থাপক (representation) এর পুনরুৎপাদন হয়।<sup>ix</sup>

যারা stroke বা কোন আঘাত-প্রাপ্ত রোগীদের উপর পরীক্ষা-নিরীক্ষা করেন, তারা temporal-lobe বিষয়ক অনেক কথা জানতে পারেন, আবার যারা গুরুতর epilepsical fit রোগে ভোগেন তাদের এই রোগ থেকে মুক্তির জন্য যখন অপারেশন করা হয়, তখন তাদের উপর পরীক্ষা করেও temporal-lobe এর ক্রিয়া সম্পর্কে জানা যায়। Eepilepsy হল এমন একটি রোগ, যা মস্তিষ্কের neurone এর অতিরিক্ত firing-এর কারণে হয়, একে ওষুধের দ্বারা নিয়ন্ত্রণ করা গেলেও কোন কোন সময় ওষুধে কাজ করে না। Eepilepsy যখন গুরুতর হয়, তখন মস্তিষ্কের ক্রিয়াসমূহ পুনঃস্থাপিত (restored) হয়, তখন আর ওষুধে কাজ করে না, এবং রোগীর সহ্যের সীমা ছাড়িয়ে যায়। তখন অপারেশন করে মাথার যে অংশ অতিরিক্ত সক্রিয় হওয়ায় নিয়ন্ত্রণের বাইরে চলে যাচ্ছিল, সেই অংশকে সরিয়ে ফেলা হয়। কিন্তু অপারেশন করাতে গিয়ে amygdala এবং hippocampus-ও সরিয়ে নিতে হয়, যার ফলে স্মরণ প্রক্রিয়া নিয়ে সমস্যার উদয় হয়। নীচের পরীক্ষা লক্ষণীয়—

**8.৩. Milner et al., 1968<sup>x</sup> এর পরীক্ষা--**১৯৫৩ সাল থেকে H.M. নামক একজন রোগীর (বয়স ২৭ বছর) উপর অনেকবার পরীক্ষা করা হয়। ঐ বছর অস্ত্রপোচার করা হয়, তিনি বহু বছর ধরে গুরুতর Eepilepsy রোগে ভুগছিলেন।

তাই নিরাময়ের জন্য amygdala এবং উভয় দিকের hippocampus এর বেশ বড় অংশ কেটে বাদ দিতে হয়।

এর ফলে epileptic আঘাত খুবই হ্রাস পায়, কিন্তু সেই সাথে স্মৃতি সংক্রান্ত সমস্যা আসে, যা আজীবন থেকে গেছিল। নতুন স্মৃতি গঠনে খুব অসুবিধা হয়। গবেষণায় পাওয়া একটি ঘটনা এই বিষয়টিকে ব্যাখ্যা করে। ১৩ বছর পর তিনি তার বাড়ি যেখানে তার বাবা ও মা থাকতেন, সেখান থেকে গেলেন বস্টনে কিছু পরীক্ষা করাবার জন্য। একদিন তাকে যখন ভ্রমণের জন্য নিয়ে যাওয়া হচ্ছিল তখন একটা ছোট অপারেশন এর থেকে সারিয়ে তোলার জন্য তার মা-কে একটি হাসপাতালে ভর্তি করা হল। তার বাবা তাকে তার মায়ের কাছে কয়েকবার নিয়ে গিয়েছিলেন, কিন্তু তিনি এসব কিছুই মনে করতে পারতেন না। যখন তাকে জিজ্ঞাসা করা হতো যে এই ভ্রমণে কে তার ব্যাগ গুছিয়ে দিয়েছিল? তার উত্তরে তিনি বলতেন তার মা। কারণ এর আগে সাধারণতঃ তার মা-ই তার ব্যাগ গুছিয়ে দিতেন। অপারেশনের পর থেকে যাদের সাথে তার সাক্ষাৎ হত তাদের তিনি চিনতে পারতেন না, একই পত্রিকা বার বার পড়তেন, কোথায় রাখতেন তা মনে করতে পারতেন না। একই সংখ্যাচাক ধাঁধার সমাধান বারবার করতেন। তিনি বুঝতে

পেরেছিলেন যে তার স্মৃতিতে সমস্যা দেখা দিয়েছে। কারণ প্রতিটা দিন তার কাছে নতুন লাগত।

নতুন স্মৃতির পরিমাপ করতে গিয়ে দেখা গেলো H.M. এর স্কোর খুবই কম, তিনি তখন নতুন কোন ক্রিয়া শিখতে পারছিলেন। যেমন সে দর্পণে বিস্থিত বস্তুর কিনারা নির্ণয়<sup>xi</sup> করতে পারছিল, টাওয়ার অব হ্যানয় এর সমস্যার সমাধানও করতে পারছিলেন, যেটা সমাধান করতে প্রয়োজন বিশেষ নিয়ম অনুসারে একটি পেগের উপর ব্লক সাজিয়ে রাখা। কয়েকদিনের মধ্যে ৩ টি পরীক্ষার ক্রিয়াতে তিনি ক্রমাগত উন্নতি করতে লাগলেন। কিন্তু যদি তাকে জিজ্ঞাসা করা হয় যে, এই ধরনের সমস্যার সমাধান আগে করেছেন কিনা তার উত্তরে তিনি বলেন ‘না’। এইভাবে তিনি কোন কাজ কীভাবে করতে হয় তা শিখতে লাগলেন কিন্তু পূর্বে ঘটেছে এমন কোন বিশেষ ঘটনা তিনি মনে করতে পারলেন না। এইভাবে H.M. যে স্মৃতি পেলেন তা হল Procedural Memory<sup>xii</sup> কিন্তু তিনি কোন Declarative Memory<sup>xiii</sup> পেলেন না।

লক্ষণীয় যে H.M. এর তাৎক্ষণিক স্মরণ ক্ষমতা ছিল খুব ভালো। উদাহরণস্বরূপ বলা যায়, সে শোনা মাত্র ক্রমানুসারে ৬টি সংখ্যা এবং বিপরীত ক্রমানুসারে ৫টি সংখ্যার পুনরাবৃত্তি করতে পারত। এমনকি অস্ত্রপোচারের আগে তার পূর্ববর্তী স্মৃতিগুলিও অক্ষত ছিল। অস্ত্রপোচারের দুই এক বছর আগের ঘটনাগুলিতে একটু অস্পষ্টতা ছাড়া তিনি তার যুবাবস্থার অনেক কথা মনে করতে পারলেন; তার ভাষা এবং ধারণার স্মৃতি অস্ত্রপোচারের পরও অক্ষত ছিল। এর থেকে প্রমাণিত হয় যে পূর্ব-স্থাপিত স্মৃতি (অতীতকালীন স্মৃতি) amygdala এবং hippocampus-এ সঞ্চিত হয় না, তারা মস্তিষ্কের অন্যত্র সঞ্চিত হয়।

অস্ত্রপোচারের ফলস্বরূপ আরও বলা যায় যে সাক্ষাৎ স্মৃতির সাথে সাথে H.M. এর জীবনের অন্যান্য দিকগুলিও প্রভাবিত হয়েছিল। H.M. এর I.Q. বেড়ে গিয়েছিল। অস্ত্রপোচারের আগে তার I.Q. ছিল ১০১, কিন্তু অস্ত্রপোচারের ৯ বছর পর হল ১১৮; মনে করা হয় I.Q. এর এই পরিবর্তন অস্ত্রপোচারের পর মস্তিষ্ক কোষের সঙ্কোচন বা হ্রাসের ফল। প্রত্যক্ষের পরীক্ষায় H.M. ছিলেন স্বাভাবিক। তিনি যথাযথ উত্তর দিতেন এবং সামাজিক পরিস্থিতিতে সঠিক আচরণ করতেন।

H.M. এবং অন্যান্য রোগী যারা temporal lobe এর সমস্যায় ভুগছেন, তারা নতুন ধরণের Long-term-memory (LTM) গঠন করছেন। Long-term-memory (LTM) কে প্রায়শই Short-term-memory (STM) থেকে আলাদা করা হয়। কারণ Short-term-memory (STM) সর্বোচ্চ কেবল কয়েক মিনিট মাত্র স্থায়ী হয়। H.M. এবং অন্যান্য রোগী যারা temporal lobe-এর সমস্যায় ভুগছে তাদের Short-term-memory (STM) অপেক্ষাকৃত স্বাভাবিক; তারা এইমাত্র যা ঘটেছে তা স্মরণ করতে পারে। উদাহরণস্বরূপ বলা যায় যাদের left parietal lobe অসুস্থ তাদের তুলনায় যাদের amygdala এবং hippocampus-এর অসুস্থতা তারা এইমাত্র পড়া সংখ্যা ভালো স্মরণ করতে পারে। যদি ক্ষুদ্র সময়ের স্মৃতি অবিকৃত থাকে তাহলে দীর্ঘকালীন স্মৃতি বিকৃত হয় কেমন করে? একটি মতবাদ অনুসারে ক্ষুদ্র সময়ের স্মৃতিই পরবর্তী কালে দীর্ঘকালীন স্মৃতিতে রূপান্তরিত হয় consolidation পদ্ধতির<sup>xiv</sup> মাধ্যমে। উদাহরণস্বরূপ বলা যায় ক্ষুদ্র সময়ের স্মৃতিই স্নায়ুকোশের বিশেষ সক্রিয়তায় ক্ষনিকের জন্য উৎপন্ন হয়, যেগুলি দীর্ঘকালীন মস্তিষ্ক পরিবর্তনে পর্যবসিত হয় যা দীর্ঘকালীন স্মৃতির জন্য প্রয়োজনীয়। সুতরাং এমন বলা চলে যে H.M. এবং অন্যান্য একই রকম রোগী যারা আছেন তারা মস্তিষ্কের যে বিশেষ গঠন থেকে বঞ্চিত তা হল amygdala এবং

hippocampus না থাকা—এই অংশ দুটিই স্বল্পকালীন স্মৃতিকে দীর্ঘকালীন স্মৃতিতে রূপান্তরিত করায়।

দীর্ঘকালীন স্মৃতি, একবার গঠিত হলে সহজে নষ্ট হয় না, অপেক্ষাকৃত স্থায়ী এই স্মৃতি নষ্ট হওয়া খুব কঠিন। লক্ষণীয় যে দুর্ঘটনায় আহত কোন ব্যক্তির দুর্ঘটনা-পূর্ব কিছু সময়ের দীর্ঘকালীন স্মৃতি থাকে না, কিন্তু অনেক পূর্বে যত দীর্ঘকালীন স্মৃতি থাকে সবই মনে থাকে, বিশেষ করে ভাষার কৌশল, জীবনের বিভিন্ন ঘটনা ইত্যাদি সবই মনে থাকে। উপন্যাসে বা চলচ্চিত্রে আমরা যে দেখি দীর্ঘকালীন স্মৃতি নষ্ট হয়ে যেতে, কিন্তু বাস্তবে তেমন খুব কমই ঘটে। যদিও বিরাট পরিমাণ মস্তিষ্ক কোশ নষ্ট হলে, অথবা যদি কোন রোগ থাকে যা মস্তিষ্কের গঠন বদলে দেয়—যেমন Alzheimer<sup>xv</sup> রোগ ইত্যাদি হয় তাহলে দীর্ঘকালীন স্মৃতি নষ্ট হতে পারে।

মস্তিষ্ক-একক একত্রে একটি সিস্টেম তৈরি করে, এই মস্তিষ্ক-এককগুলি হল পুরাতন মস্তিষ্ক-কেন্দ্র, যা মানসিক ক্রিয়ার ভিত্তি উৎপন্ন করে এবং এরা পারস্পারিক পরিবর্তনে সক্ষম নয়।



#### 8.8. আবেগ ও স্মরণ প্রক্রিয়ার সাথে জড়িত ব্রডম্যান অঞ্চল

এরিয়া ৬—অ্যাথানুলার ফ্রন্টাল এরিয়া—এই অঞ্চলের একটি অংশ ডরসোল্যাটেরাল ফ্রন্টাল কর্টেক্স (ডি.এল.এফ.সি.) ওয়রকিং মেমরির অংশ। এরিয়া ৭—সুপিরিয়র প্যারাইটাল এরিয়া—এই অঞ্চলের মধ্যে ল্যাটেরালি আছে সুপিরিয়র প্যারাইটাল লোবিউল, মিডিয়ালি আছে প্রিকিউনাস। এই অঞ্চল অন্য দুয়েকটি প্রক্রিয়ার সাথে সাথে এপিসডিক মেমরি রেট্রিভ্যাল ও সম্পন্ন করে।

এরিয়া ৯—থানুলার ফ্রন্টাল এরিয়া--ডি.এল.এফ.সি. র অংশ হিসাবে এটি ওয়ার্কিং মেমরিতে নিজ ভূমিকা পালন করে, ঐ সাথে উচ্চতর জ্ঞানীয় প্রক্রিয়ায় অংশগ্রহণ করে। ব্রডম্যান অঞ্চল—১০, ১১, ৪৬ একত্রে প্রি-ফ্রন্টাল কর্টেক্স তৈরি করে—যা ব্যাক্তিত্ব এবং স্মরণ ও অন্যান্য জ্ঞানীয় প্রক্রিয়ায় অংশগ্রহণ করে।

এরিয়া ১১—প্রিফন্টাল এরিয়া—এই অঞ্চল প্রিফন্টাল কটেজ এর অংশ। এর মধ্যে আছে জাইরাস রেকটাস এবং অরবাইটাল জাইরির অংশ। অলফ্যাকশন এবং সামাজিক আচরণে গুরুত্বপূর্ণ ভূমিকা পালন করে।

এরিয়া ২৫—সাবজেনুয়াল এরিয়া—এই অঞ্চল অলফ্যাকশন এবং ওয়রকিং মেমরি হল এই অঞ্চলের সম্পাদিত দুটি স্বতন্ত্র ক্রিয়া।

এরিয়া ২৭—প্রিসুবিকুলার এরিয়া—এই অঞ্চলের পিরিফর্ম যাইরাসের প্রধান কাজ হল মেমরি এনকোডিং করা।

এরিয়া ২৮—এনটরহিনাল এরিয়া—এই অঞ্চলের এনটরহিনাল কটেজ হিপোক্যাম্পাসের মেইন ইনপুট গঠন করে। হিপোক্যাম্পাসের প্রধান কাজ হল মেমরি এনকোডিং এবং কনসলিডেট করা। অ্যালঝেইমার রোগে সর্বপ্রথম আক্রান্ত হয় এই অংশ।

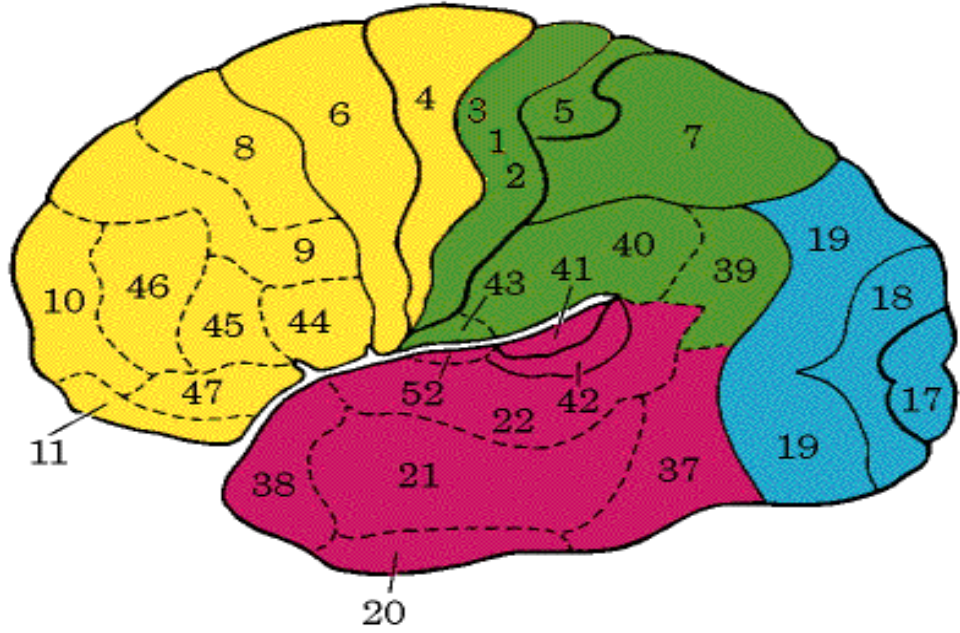


Figure 1: Boardman area for memory and emotion

এরিয়া ৩১—ডরসাল এনটেরিওর সিঙ্গুলেট এরিয়া—এই অঞ্চলের প্রিকিউনিয়াস এবং পোস্টেরিওর সিঙ্গুলেট যাইরাস থাকে। এই অংশ যেসব প্রক্রিয়ায় অংশগ্রহণ করে তারা—ভিজিওস্প্যাসিয়াল ইমেজারি<sup>xvi</sup>তে অংশগ্রহণ করে, এপিসডিক মেমরি রেট্রিভ্যাল এবং রেকগনিশন অব ফ্যামিলিয়ার ফেসেজ।

এরিয়া ৩২—ডরসাল এনটেরিওর সিঙ্গুলেট এরিয়া—এই অঞ্চলে এরিয়া—২৪ এর সাথে একত্রে সোম্যাটোসেনসরি অ্যাওয়ারনেস<sup>xvii</sup> এর ইমোস্যানাল জাজমেন্ট<sup>xviii</sup> গঠনে সাহায্য করে। বিশেষ করে বেদনার প্রত্যক্ষ বা অনুভূতিতে এই অংশ সক্রিয় হয়। এই অঞ্চল মোটর অ্যাকসান প্ল্যানিং এবং স্মরণ প্রক্রিয়ায়ও অংশগ্রহণ করে।

এরিয়া ৩৪—ডরসাল এনটরহিনাল এরিয়া—এই অঞ্চল এনটরহিনাল কর্টেক্স এর অন্তর্ভুক্ত। এই অঞ্চল স্মরণ, আবেগীয় মূল্যায়ন এবং ঘ্রাণ নেওয়ার কাজে এই সহায়ক হয়।

এরিয়া ৩৫—পেরিহিনাল এরিয়া—এই অঞ্চল প্যারাহিপ্লোক্যাম্পাল যাইরাসের সাথে লিম্বিক কর্টেক্স এ থাকে। স্মরণ এবং আবেগীয় ক্রিয়াসমূহে সংশ্লিষ্ট হতে দেখা যায়, যথা—সুখ, দুঃখ, বিরক্তি ইত্যাদি।

এরিয়া ৩৬—এন্টরহিনাল এরিয়া—এই অঞ্চলের ক্রিয়া যদিও সুস্পষ্টরূপে জানা যায়নি, তবুও মনে হয় আবেগ এবং প্রত্যক্ষে এদের প্রভাব রয়েছে।

এরিয়া ৩৮—টেম্পরোপোলার এরিয়া—এই অঞ্চলের অনেকগুলি ক্রিয়ায় প্রভাব থাকে বলে মনে করা হয়। যথা—সামাজিক এবং আবেগীয় ব্যাপারে, আত্ম ও পর বিভেদের ব্যাপারে এই অঞ্চল কাজ করে।

এরিয়া ৪৭—অরবাইটাল এরিয়া—এই অঞ্চল সাব-ফ্রন্টাল কর্টেক্স দ্বারা গঠিত। স্মরণ, আবেগ এবং ঘ্রাণ প্রভৃতি প্রক্রিয়ায় অংশগ্রহণ করে।

দেখা গেলো যে কোন বিশেষ শারিরিক বা মানসিক প্রক্রিয়া মস্তিষ্কের কোন বিশেষ অঙ্গে সীমাবদ্ধ থাকে না। একই মানসিক ক্রিয়া বা কোন জ্ঞানীয় প্রক্রিয়া মস্তিষ্কের বিভিন্ন অঞ্চলের ক্রিয়ার ফল। হয়ত আমি কথা বলছি, এই কথা বলা প্রক্রিয়াটি নিয়ন্ত্রিত হয় মস্তিষ্কের বিভিন্ন অঞ্চলের সমষ্টিগত সক্রিয়তার ফলে। ব্যক্তিত্ব গঠনে সবচেয়ে গুরুত্বপূর্ণ দুটি বিষয় হল স্মৃতি ও আবেগ--এই দুটি বিষয়ের মধ্যে ব্যক্তিত্ব গঠনে কোনটি কি প্রভাব ফেলে তা পর্যবেক্ষণ করতে স্নায়ুবিজ্ঞানের এই অধ্যায়টি বিশেষ গুরুত্বপূর্ণ। এখানে দেখা যায় যে স্মৃতি এবং আবেগের সহাবস্থান আছে এরিয়া ৩২, ৩৪, ৩৫, ৩৬, ৩৭, ৩৮, ৪৭। এছাড়া বাকি যেসব অংশগুলি আলোচনা

করা হল সেগুলোতেও দেখা গেল স্মরণ, বিস্মরণ এবং অন্যান্য আবেগীয় বিষয় যা ব্যক্তিতে প্রভাব রাখে সেগুলো পারস্পারিক সম্পর্কযুক্ত।

আমরা জানি দেকার্ত একজন ভাববাদী দার্শনিক। তিনি ‘আমি চিন্তা করি অতএব আছি<sup>xix</sup>’—এই মন্তব্যের জন্য বিখ্যাত। এখানে দেকার্ত ব্যক্তির অস্তিত্বকে প্রমাণ করার জন্য চিন্তন ক্রিয়ার সাহায্য নিয়েছেন। চিন্তন ক্রিয়ার নানা দিক আছে, তার মধ্যে আবেগ ও স্মৃতি অন্যতম—যারা ব্যক্তিত্ব গঠনে অন্যতম ভূমিকা রাখে। তাঁর মতবাদের বিভিন্ন স্থানে তিনি আবেগ ও স্মৃতির মধ্যে সম্বন্ধ স্থাপনের চেষ্টা করেছেন তা এখানে বিশেষ তাৎপর্যপূর্ণ মনে হওয়ায় এখানে আলোচনা করা হল। মূলতঃ তাঁর “Theory of passion” গ্রন্থে তিনি আবেগ ও স্মৃতির মধ্যে যে সম্বন্ধ স্থাপনে সচেষ্ট হয়েছেন সেই বিষয়টা এখানে তুলে ধরা হল।

#### ৪.৫. আবেগ ও স্মৃতি বিষয়ক দেকার্তের মতবাদ:

দেকার্তের “Passion of The Soul<sup>xx</sup>” গ্রন্থের অনুধাবনে স্মৃতি ও আবেগের সম্বন্ধীকরণের দিকটি অনুসন্ধান করা হয়েছে। বাস্তব অভিজ্ঞতায় যদিও এই প্রভাব টের পাওয়া যায়, দেখা যায় যে বর্তমানের কোন বিষয়ের অনুভবে অতীতের

অভিজ্ঞতার ছাপ থাকে। আবার আবেগ আমাদের স্মৃতি প্রক্রিয়াকে প্রভাবিত করে। স্মৃতির অন্তর্ভুক্ত দুটি প্রক্রিয়া—সঞ্চয় এবং পুণরুদ্ধেক। উভয়েই আবেগ দ্বারা প্রভাবিত হয়ে থাকে। স্মৃতির সাথে আবেগের সম্পর্ক বিষয়ে যে সব গবেষণা হয়ে থাকে তাদের দুটি দিক—প্রকটিত দিক ও অপ্রকটিত দিক। এছাড়াও যে পথে আবেগের পরিবর্তনে স্মৃতি প্রভাবিত হয় এবং আবেগীয় স্মৃতি উৎপন্ন করার পদ্ধতি প্রভৃতিও গবেষণার বিষয়ীভূত। দেকার্তের মতে আবেগের উপর স্মৃতির দুটি পৃথক প্রভাব লক্ষ্য করা যায়। যদিও সেটা আবেগের অভিজ্ঞতার সাথে জড়িয়েই অভিজ্ঞতায় ধরা পড়ে, আবেগের নিয়ন্ত্রণের ক্ষেত্রে স্মৃতির প্রভাব ভীষণ গুরুত্বপূর্ণ। আবেগের উৎপত্তিতে শরীরে যে পরিবর্তন আসে সেই পরিবর্তনের অভিজ্ঞতা এবং সেই সাথে আবেগের অভিজ্ঞতা উভয় ক্ষেত্রেই স্মৃতির ভূমিকা আছে বলেই দেকার্ত মনে করেন। যদিও তিনি তাঁর “The Passion of the Soul” নামক গ্রন্থে ‘স্মৃতিতত্ত্ব’ এবং ‘আবেগতত্ত্ব’ এই দুটি তত্ত্বের মধ্যে সম্বন্ধ দেখাননি। সেই কারণে অন্যান্য গ্রন্থের মতো এখানে আবেগের উৎপত্তিতে এবং অভিজ্ঞতাতে স্মৃতির যে ভূমিকা তা স্পষ্ট নয়। যদিও ব্যাখ্যাগণ দেকার্তের ‘স্মৃতিতত্ত্ব’ এবং ‘আবেগতত্ত্ব’ নিয়ে বিভিন্ন সমস্যার কথা তুলে ধরেছেন কিন্তু তাদের মধ্যে বিশেষ কেউই সম্বন্ধ স্থাপনের চেষ্টা করেননি। কিছু আবেগের কথা উল্লেখ করা যেতে পারে যেখানে আবেগের উদ্ভব, তার অভিজ্ঞতা এবং তার নিয়ন্ত্রণে স্মৃতির ভূমিকার দৃষ্টান্ত হিসাবে

উল্লেখ করা যায়। এই উদাহরণগুলি থেকে দেকার্তের মতবাদের দুর্বলতা, সবলতা অথবা আদৌ তা গ্রহণযোগ্য কিনা তা বোঝার চেষ্টা করা যেতে পারে। স্মৃতি ও আবেগের সম্পর্ক ব্যাখ্যা করতে আবেগসমূহকে দুইভাগে ভাগ করা হয়েছে। তাদের মধ্যে একটি হল--সহযোগী আবেগ (associative passion<sup>xxi</sup>)। এই সহযোগী আবেগ সহযোগিতার উপর নির্ভরশীল এবং এটি একটি আত্মকেন্দ্রিক শারীরিক আবেগ। যেক্ষেত্রে আবেগের অপর প্রকারটি হল—বিশ্বাস সংক্রান্ত আবেগ (doxastic passion<sup>xxii</sup>)। এই বিশ্বাস সংক্রান্ত আবেগের মধ্যে কতকগুলিতে স্পষ্টস্মৃতি (explicit memory)-র ব্যবহার হয় যাদের মধ্যে নানারকম reflective ও reflexive দিক বিদ্যমান। আবার কতকগুলি আবেগ আছে যারা অস্পষ্ট স্মৃতি (implicit memory) ব্যবহার করে—অচেতন স্মৃতি (unconscious memory) নামে পরিচিত। যদিও সহযোগী আবেগ এবং কিছু সংখ্যক ‘বিশ্বাস সংক্রান্ত আবেগে’ স্পষ্ট স্মৃতির ব্যবহার নেই, তথাপি কিছু সংখ্যক ‘বিশ্বাস সংক্রান্ত আবেগ’ নির্ভর করে স্পষ্ট স্মৃতির উপর। এমনকি ‘বিশ্বাস সংক্রান্ত আবেগ’ সমূহের মধ্যে কতকগুলিতে ‘অভিপ্রেরিত বস্তু’ বা ‘ঐচ্ছিক বস্তু’ (intentional object) যেমন থাকে তেমনি থাকে ‘অতীত’ অংশ। যদিও দেকার্তের স্মৃতিতত্ত্বে শেষোক্ত দুই প্রকার আবেগের উল্লেখ নেই, অথবা তার স্মৃতিতত্ত্ব থেকে এটা বোঝা যায় না যে মানুষ ইচ্ছা করলেই আবার বিশেষ শর্তানুসারে ঐরকম আবেগ পুনর্গঠন করতে পারে,



এবং তাদের নিয়ন্ত্রণের অনুশীলন করতে পারে। দেকার্ত দুপ্রকার স্মৃতির কথা বলেন। তাদের মধ্যে একটি হল—বুদ্ধিসংক্রান্ত (intellectual) এবং অপরটি হল—বস্তুসংক্রান্ত (corporeal)। এখানে দেখানো যেতে পারে বস্তুগত স্মৃতির সাহায্যে ‘সহযোগী আবেগ’ এর ব্যাখ্যায় এবং কোন কোন ‘বিশ্বাস-সংক্রান্ত’ আবেগের ব্যাখ্যা দেওয়া যেতে পারে। কিন্তু অবশিষ্ট যে বিশ্বাস-সংক্রান্ত আবেগ থাকে—বিশেষ করে যেগুলি কারো নিজের জীবনের অতীতের স্পষ্ট স্মৃতিকে নির্দেশ করে তাদের উপর না বুদ্ধিসংক্রান্তস্মৃতি না বস্তুগতস্মৃতি—কোন স্মৃতিই প্রভাব ফেলতে পারে না।

**৪.৫.১. চিন্তনরূপে আবেগঃ** আবেগে স্মৃতি প্রয়োজন হয়। দেকার্ত নিজেই তাঁর “Passions of the Soul” নামক গ্রন্থে প্রকারান্তরে একথা বলেছেন। তার মতে যখন বাহ্যবস্তু আমাদের উপকার করে বা আমাদের ক্ষতি করে বা তার কোন প্রভাব আমাদের উপর পড়ে তখন তা থেকে একটি আবেগ উৎপন্ন হয়। এভাবে তারা উৎপন্ন হয়, পরিবর্তিত হয় বিভিন্ন প্রকারে অতীতে বস্তু সাক্ষাৎকারের চেতনার সাথে বর্তমান কালের সম্পর্ক স্থাপনের মাধ্যমে। আবেগের সাথে স্মৃতি সম্পর্কযুক্ত কারণ, কারো নিজের প্রতি বা তার পরিবেশের প্রতি যে আবেগীয় প্রতিক্রিয়া--তা উৎপন্ন হয় পূর্ববর্তীকালের অভিজ্ঞতার প্রেক্ষাপটে, তাই এই প্রক্রিয়ায় প্রয়োজন অতীতের অভিজ্ঞতা সঞ্চয় এবং তার পুনরুদ্ধারের সামর্থ্য। আবার আবেগের

ক্ষেত্রেও স্মৃতির ভূমিকা বিদ্যমান। দেকার্তের কথায় “আত্মায় সেইসব চিন্তা স্থায়ী এবং শক্তিশালী হয় যেগুলি সঞ্চয় হওয়া আত্মার পক্ষে উপকারক, আবার যে চিন্তাগুলিতে তেমন কোন উপকারক প্রভাব নেই সেগুলি মুছে যায়”<sup>xxiii</sup> স্মৃতিতে যে অতীত সঞ্চিত থাকে তা আবার আমাদের আবেগীয় জীবনকে প্রভাবিত করে থাকে, আবার সেই আবেগীয় জীবনও আমাদের স্মৃতিকে প্রভাবিত করে থাকে। দেকার্ত তাঁর “Principles of Philosophy<sup>xxiv</sup>” গ্রন্থে স্মৃতি এবং আবেগ উভয়কেই চিন্তন বলেছেন—“এরা হল বৌদ্ধিক বা চিন্তনশীল বস্তু যা ‘মন’ বা ‘চিন্তনদ্রব্য’-র সাথে সম্পর্কযুক্ত”<sup>xxv</sup>। কিন্তু আবেগ এবং অন্ততঃ কিছু স্মৃতিকে গৌণ চিন্তা বলতে হয়। এরা ইচ্ছার সাহায্য ছাড়াই আত্মাতে এসে হাজির হয়, তারা শরীর কিম্বা অপর কোন বাহ্য বস্তুর উপর নির্ভর করে, এবং তারা আত্মাভিন্ন অন্য কোন কিছুর উপর নির্ভর করে, বিশেষ করে ‘শরীর’ অথবা ‘শরীর ও মন’ এর সম্মিলিত রূপের উপর। চিন্তনরূপে আবেগ ও স্মৃতি উভয়েই যে সাক্ষাৎ সচেতনতার বস্তু--তা দেকার্তের কথা থেকেই বোঝা যায়—“আমি ‘চিন্তন’ বলতে তাকেই বুঝি যা বর্তমানকালে আমাদের মধ্যে ঘটে চলেছে বলে আমাদের চেতনতায় ধরা পড়ে, অর্থাৎ যার সম্পর্কে আমরা সচেতন থাকি।”<sup>xxvi</sup> কোন আবেগই না জ্ঞানে উদ্ভাসিত হয় না স্মরণ করা যায় যদি না তাতে সচেতনতা থাকে। সুতরাং দেকার্তের মতে,

আত্মায় অসচেতন কোন স্মৃতি থাকতে পারে না, অথবা এমন কোন আবেগ থাকতে পারে না যাদের সম্পর্কে অসচেতন।

**৪.৫.১.১. সহযোগী আবেগ (associative passions):** যেহেতু আবেগ দ্বারা স্মৃতির সূচনা হয়ে থাকে এবং যেহেতু দেকার্তের মতে, আবেগ এবং স্মৃতি উভয়েই চিন্তন, তাই আসা করা যেতে পারে যে আবেগের মধ্যে বাচনিক উপাদান হিসাবে স্মৃতি থাকতে পারে। দৃষ্টান্তস্বরূপ অনুমান করা যেতে পারে যে, সিংহের ভয়ে পলায়নরূপ ক্রিয়ায় অতীতে একটা সিংহের সঙ্গে সাক্ষাতের স্পষ্টস্মৃতি অন্তর্ভুক্ত, যে স্মৃতির অভিজ্ঞতা উৎপাদনের সময় ঐ প্রাণীটিকে ভয়ঙ্কররূপে অনুভূত হয়েছিল এবং তার ফলে ভয় নামক আবেগের উদ্ভব হয়েছিল। অথবা বলা যায়, বচনভিত্তিক রায় থেকে কোনো আবেগের রেশ চলতে থাকে যে বচনকে স্মৃতি ছাড়া আর কিছু বলা যায় না। কিন্তু বাস্তব অভিজ্ঞতায় এর অন্যথা হতে দেখা যায়। কারণ সকল স্মৃতিতেই অতীতের স্পষ্টস্মৃতি অন্তর্ভুক্ত হতে দেখা যায় না। এমন আবেগ থাকা সম্ভব যারা অনেকটা সংবেদন বা অনুভবের মতো, যেহেতু তারা অতীত অভিজ্ঞতার উপর নির্ভরশীল বিচার (judgement) দ্বারা গঠিত নয় (সাধারণতঃ ঐচ্ছিক আবেগ যেমন—সিংহের গর্জনের ভয় অথবা অনৈচ্ছিক আবেগ যেমন—অবসাদ ইত্যাদিতে এইরকম অতীতের অভিজ্ঞতার উপর নির্ভরশীল কোন বিচার (judgement)

উপস্থিত থাকে)। এমন উদাহরণ দেখানো যেতেই পারে যেখানে পূর্ব অভিজ্ঞতা ছাড়াই আবেগ উৎপন্ন হতে পারে। উদাহরণস্বরূপ বলা যায় যখন সিংহ দেখে ভয়ে পলায়নরূপ ক্রিয়া সম্পন্ন হয় তখন ভয় সম্পর্কে সচেতনতা থাকে অথবা সিংহের গর্জন শুনে যে ঝাকুনি লাগে তাতেও সচেতনতা থাকে। বিরক্তির খাবার থেকে মুখ ঘুরিয়ে নেওয়ার সময় যে বিরক্তির অনুভব সে সম্পর্কেও আমরা সচেতন থাকি, বসন্তের দিনে গাছের ছায়ায় হাটার যে আনন্দ সে সম্পর্কেও আমরা সচেতন থাকতে পারি। কিন্তু এই সমস্ত আবেগের দৃষ্টান্তগুলিতে পূর্ব অভিজ্ঞতা যে অত্যাবশ্যিক তা বলা যায় না। দেকার্তও তা অনুভব করেছিলেন। অনৈচ্ছিক আনন্দ বা দুঃখের ক্ষেত্রে তিনি বলেছেন—“ভালো বা মন্দকে স্পষ্টরূপে দেখা থেকেই অনুভব উৎপন্ন হয়।”<sup>xxvii</sup> পরিশেষে বলা যায়—ভয়, বিরক্তি এবং কিছু বিশেষ ধরণের আনন্দের ক্ষেত্রে মনে হয় তারা যেন বাহ্যবস্তু বা শারীরিক বা মানসিক অবস্থার প্রতি সাক্ষাৎ প্রতিক্রিয়া, ঠিক যেন—সহযোগী আবেগ। সহযোগী আবেগ হল—এমন একটি মানসিক অবস্থা যা বাহ্যবস্তুর কারণে হওয়া বিশেষ দৈহিক অবস্থার প্রতি আত্মার অভ্যাসজাত সাড়া। দেকার্তের ভাষায়—“ভালো বা মন্দ মস্তিষ্কে তার প্রতীতি উৎপন্ন করে আত্মার কোন হস্তক্ষেপ ছাড়াই, কারণ কোন কোন সময় এটা কেবলমাত্র শরীরকে প্রভাবিত করে অথবা আত্মাকে প্রভাবিত করলেও আত্মা তাকে ভালো বা মন্দরূপে বিবেচনা করে না, বরং মস্তিষ্কে থাকা অন্যান্য প্রতিবিশ্বের

আকারে তাকে বোধ করে থাকে।”<sup>xxviii</sup> অর্থাৎ সহযোগী আবেগ স্পষ্টস্মৃতি বা মস্তিষ্কে সঞ্চিত তথ্যের (বিষয়ের মূল্য বা ভালো-মন্দ বিষয়ক) উপর নির্ভর করে না। এই আবেগ উৎপন্ন হয় কোন বিশেষ উদ্দীপকের প্রতি আত্মার যে বিশেষভাবে প্রতিক্রিয়া জানাবার রীতি তার ফলস্বরূপ।

দেকার্তের মতে, শরীরের মধ্যে মস্তিষ্ক নামক অংশে তথ্য জমা হয়, তার প্রতিক্রিয়াস্বরূপ তা শরীরে একটি বিশেষ পরিস্থিতিতে একটি বিশেষভাবে প্রতিক্রিয়া জানাবার প্রবণতা উৎপন্ন করে। দৈহিক স্মৃতিতে থাকে একটি আন্তর্জালিক ব্যবস্থা যা—উদ্দীপক, মস্তিষ্কের অবস্থা এবং প্রতিক্রিয়ার মধ্যে একটি সমন্বয় গড়ে তোলে। আত্মা কোন একটি বিশেষ আবেগকে একটি বিশেষরূপে অনুভব করে তা নির্ভর করে ঘটনার প্রতি শরীরের যে স্বতঃস্ফূর্ত প্রতিক্রিয়া তার উপর।

**৪.৫.১.১.১. দৈহিক স্মৃতিঃ—**দৈহিকস্মৃতি হল একটি অনুমান যেখানে মনে করা হয় স্মৃতির ব্যাখ্যা শরীরকেন্দ্রিকভাবেই দেওয়া সম্ভব, অর্থাৎ দেহই আমাদের স্মৃতিকে ধারণ করতে পারে। দেকার্ত “Treatise on Man<sup>xxix</sup>” নামক গ্রন্থে ‘animal

spirit<sup>xxx</sup> দিয়ে স্মৃতির ব্যাখ্যা দেওয়ার চেষ্টা করেছেন। তার মতে animal spirit হল এমন একটি উপাদান যা বাহ্য বস্তু থেকে তথ্য মস্তিষ্কে প্রেরণ করে থাকে। স্মৃতিকে ব্যাখ্যা করার জন্য তিনি বলেছেন কাগজে ভাজ করে ছেড়ে দিলে যেমন একটা ভাজ তারপরেও অবশিষ্ট থাকে তেমনি স্মৃতিও অনেকটা তেমন।<sup>xxxi</sup> এই ভাজগুলি আসলে মস্তিষ্কে সঞ্চিত তথ্যের বিশেষ রকমের সাক্ষেতিক রূপ। এই গ্রন্থে তিনি তথ্যের সঞ্চয় এবং তার পুনরুদ্ধার উভয়কেই শারীরিক প্রক্রিয়ারূপে বর্ণনা করেছেন, যেখানে আত্মা কোনরকমভাবে সংশ্লিষ্ট নয়। যখন বস্তু জ্ঞানেন্দ্রিয়কে উদ্দীপিত করলে স্নায়ুতে আন্দোলন শুরু হয় যার ফলে মস্তিষ্কে animal spirit প্রেরিত হয়। তিনি animal spirit বলতে এক ধরনের সূক্ষ্ম বায়বীয় পদার্থকে বুঝেছেন। এই animal spirit মস্তিষ্কের ‘পিনিয়াল গ্ল্যান্ডে’ একটি প্রতিবিম্ব বা ধারণা উৎপন্ন করে। সেখান থেকে ঐ প্রতিবিম্ব আবার মস্তিষ্কের অভ্যন্তরস্থ তন্তু যেখানে স্মৃতি অবস্থান করে সেখানে প্রেরিত হয় অপর কিছু animal spirit দ্বারা। এই animal spirit দ্বারাই মস্তিষ্কতন্তুসমূহ উন্মুক্ত হয়ে কোন বিশেষ আকারে পর্যবসিত হয়ে সঞ্চিত হয়। একবার সঠিকভাবে সঞ্চিত হলে তা সহজে মুছে যায় না। যখন animal spirit এর শক্তিশালী আন্দোলন হয় তখন আবার পুনরুদ্ধার সম্ভব হয়। পুনরুদ্ধারকে ঐ একই তন্তুতে animal spirit প্রেরিত হয় এবং এতটাই শক্তিশালী থাকে যে তা উন্মুক্ত হতে পারে, এভাবেই স্মৃতি সঞ্চিত থাকে। মস্তিষ্কে

পূর্ব থেকে থাকা ভাজগুলি নতুন স্মৃতির ভাঙরকে প্রভাবিত করে। দেকার্ত মেরিন মার্সিনকে লেখা একটি চিঠিতে বলেন—“মস্তিষ্কের একটি একক ভাজ সদৃশ অন্যান্য ভাজগুলি যা যা করে তার সবই করে থাকে।”<sup>xxxii</sup> পূর্বতন ভাজগুলির নিরিখে নতুন ভাজগুলির যে বিন্যাস তার দ্বারা animal spirit সমূহের নতুন আন্দোলন উৎপন্ন হয় এবং পুরাতন স্মৃতির স্থলে নতুন সদৃশ স্মৃতি আরোপিত হয়।

‘সহযোগী আবেগ’ সমূহ ‘দৈহিক স্মৃতি’ (corporeal memory)-র অন্তর্ভুক্ত। আগেই উল্লেখ করা হয়েছে যে সহযোগী আবেগ হল এমন একটি স্বতঃস্ফূর্ত আবেগীয় প্রতিক্রিয়া যা কোন বাহ্যবস্তুর প্রতি প্রযুক্ত হয় অতীত অভিজ্ঞতার নিরীখে। এই প্রক্রিয়ায় স্পষ্টস্মৃতি অংশগ্রহণ করে না। একইভাবে মস্তিষ্কে সঞ্চিত কোন দৃশ্যচিত্র প্রত্যক্ষে অনুপস্থিত অংশকে পূর্ণতা দিতে যুক্ত হয়ে থাকে, ঠিক তেমনি একটি পূর্বস্মৃতিও বর্তমানকালীন কোন প্রত্যক্ষকে সমৃদ্ধ করতে পারে। কোন বস্তু বাস্তবে না থাকলেও পূর্ববর্তী স্মৃতির প্রভাবে কোন একটি অদ্ভুত ও ভয়ঙ্কর কিছু প্রত্যক্ষ হতে পারে এবং তা থেকে ভয় উৎপন্ন হতে পারে।<sup>xxxiii</sup> প্রত্যক্ষসমূহ আসলে দৈহিকস্মৃতির সাথে সম্পর্কযুক্ত, এই দৈহিকস্মৃতি আবার সহযোগী আবেগের সাথে সম্পর্কযুক্ত। দৈহিক-স্মৃতি শরীরের ‘সহযোগী-প্রক্রিয়া’ সম্পর্কযুক্ত। দেকার্তের মতে এই সহযোগী-স্মৃতির জন্যই প্রাণীদের মধ্যে আত্মা না

থাকা সত্ত্বেও সে কোন না কোন ভাবে অতীতকে স্মরণ করে এবং বর্তমান উদ্দীপকের নিরীখে প্রতিক্রিয়া জানায়। এমন স্মৃতি থাকা সম্ভব যাতে মনোযোগ বা সচেতনতা না থাকলেও তা শরীরের স্বয়ংক্রিয় প্রক্রিয়ায় সঞ্চয় ও পুনরুদ্ধার সম্ভব। বিশেষ করে জন্তুদের আত্মা না থাকা<sup>xxxiv</sup> সত্ত্বেও যে তার স্মরণ সম্ভব তার ব্যাখ্যা করতে এর ভূমিকা তাৎপর্যপূর্ণ। জন্তুরা কেবল উদ্দীপনায় সাড়া দিতে পারে, কিন্তু মানুষের সাড়া দেবার পর আবার আত্মায় সহযোগী প্রবৃত্তি উৎপন্ন হয়। দেকার্তের মতবাদ এর কোন ব্যাখ্যা দিতে পারে না। তাই মনে হতে পারে যে দেকার্তের মতে সহযোগী আবেগের কোন গুরুত্ব নেই, যেহেতু জন্তুদের ক্ষেত্রে দেখা যায় যে সহযোগী আবেগের উপস্থিতি ছাড়াও তারা আত্মরক্ষা করতে পারে। তাহলে সহযোগী আবেগের অভিজ্ঞতায় কি থাকে? যদিও এই আবেগে সচেতন মূল্যায়নের বিষয়বস্তুর অথবা অতীত অভিজ্ঞতাজাত স্মৃতি-নির্ভর উপাদানের বিন্যাসের অভাব থাকে তথাপি তাদের স্থূল শারীরিক অবস্থার সাথে তুলনা করা যায় না, কারণ তারা (সহযোগী আবেগ) যে একটি বিশেষ মানসিক স্তর সে বিষয়ে আমাদের চেতনা থাকে। উইলিয়াম জেমস মনে করেন—“আমরা কাঁদি বলেই দুঃখ পাই, আঘাত করি বলেই রেগে যাই, কম্পিত হই বলেই ভয় পাই, কিন্তু এর বিপরীতটা ঠিক নয়, অর্থাৎ আমরা কাঁদি, আঘাত করি বা কম্পিত হই—দুঃখ, রাগ বা ভয়ের জন্য—এমনটা নয়”<sup>xxxv</sup>। ‘ভয়’কে কোন শারীরিক অবস্থার সচেতনতা বলা যাবে না, কারণ



দেকার্তের মতে, এই ধরনের মানসিক স্তর সম্পর্কে সচেতনতা সংবেদনের অন্তর্ভুক্ত। যেমন—বেদনা, আনন্দ, উষ্ণতার অনুভব ইত্যাদি। তাহলে কি বলা যায় যে আমাদের আত্মা আছে বলেই সহযোগী আবেগের অভিজ্ঞতা হয়? যেহেতু আত্মার অস্তিত্ব সহযোগী আবেগের ক্ষেত্রে আবশ্যিক শর্ত, তবুও তা পর্যাপ্ত শর্ত নয়, অর্থাৎ আত্মার অস্তিত্ব থাকলেই যে সহযোগী আবেগের অভিজ্ঞতা হবে তার কোন অর্থ নেই। স্মৃতি ও আবেগের মধ্যে সম্বন্ধ দেখাতে গিয়ে দেকার্ত হয়ত বুঝিয়েছেন— যেসব উদ্দীপক আবেগীয় সেসব সহজে স্মরণযোগ্য, আবার যেসব উদ্দীপক আবেগীয় নয় তাদের স্মরণ সহজ নয়। আবার তীব্র আবেগ, যেমন—ভয়, ঘৃণা এবং আনন্দ উপভোগ ইত্যাদি আমাদের অভিজ্ঞতার কেন্দ্র হিসাবে স্মৃতিকে উন্নত করে<sup>xxxvi</sup>।

**৪.৫.১.২. বিশ্বাস সম্পর্কিত আবেগ (doxastic passion)—**ধরা যাক দেকার্তের মতানুসারে সহযোগী আবেগ উৎপন্ন হবার সময় আত্মার সাথে প্রত্যক্ষের সাক্ষাৎ সংযোগ হয়। অর্থাৎ প্রত্যক্ষবস্তুর কোন রকম পূর্ব অভিজ্ঞতা বা অতীত সম্পর্কে সচেতনতা ছাড়াও সেখানে আবেগ উৎপন্ন হয়। তবে অপর প্রকার আবেগ কীভাবে উৎপন্ন হয় এবং তাদের অভিজ্ঞতাও বা কেমন হয় তার ব্যাখ্যাও দেকার্তের মতে কীরকম তা দেখা দরকার। বিশেষ করে এমন আবেগেরও অস্তিত্ব আছে যারা

পরিস্থিতির নিরীখে সরাসরি প্রতিক্রিয়া মাত্র নয় বরং তাদের সুস্পষ্ট ব্যাখ্যাও দেওয়া সম্ভব। এদেরকে বলা যেতে পারে বিশ্বাস সম্পর্কিত আবেগ। তাদের সবগুলির মধ্যে ৬টি প্রধান আবেগের কথা জানা যায়। ‘ভয়’ এর কথা ধরা যাক, কারণ ভয় আসলে সহযোগী আবেগের অন্তর্ভুক্ত হতে পারে আবার বিশ্বাস সংক্রান্ত আবেগেরও অন্তর্ভুক্ত হতে পারে। সিংহের গর্জনে ভয় হতেই পারে আর সেখানে হয়ত ‘সিংহ যা থেকে ভয় উৎপন্ন হয় এমন একটি প্রাণী’—এমন কোন ধারণার উপস্থিতি নাও থাকতে পারে। তবে এমন ভয়ের ক্ষেত্রও দেখানো যেতে পারে যেখানে ভয়ের বিষয় সম্পর্কে আমাদের মনে কোন বিশ্বাস এবং আবেগীয় মনোভাব উপস্থিত থাকতে পারে, যেমন—আগামী কাল পরীক্ষা আমাদের মনে সে সম্পর্কে কোন ভয় থাকতেই পারে। ভবিষ্যৎ সম্পর্কিত যেসব ভয় তাতে পূর্ব অর্জিত অভিজ্ঞতায় প্রাপ্ত বিশ্বাসের ভিত্তি থাকে, যেমন—হয়ত আগে কোন পরীক্ষায় ফেল করার বাজে অভিজ্ঞতা আছে, অথবা সাধারণভাবে ফেল করা যে খারাপ সে সম্পর্কে অভিজ্ঞতা থাকতে পারে। আবার এমন অভিজ্ঞতাও থাকতে পারে যেখানে প্রাসঙ্গিক কোন পূর্ব অভিজ্ঞতা নেই, যেমন—অতীতের স্পষ্ট স্মৃতি ছাড়াও দুঃখের ভাব আসতে পারে, অথবা প্রাসঙ্গিক কোন ঘটনার স্মৃতি ছাড়াও ঘৃণা আসতে পারে। এইসব ক্ষেত্রে আবেগ সহযোগী স্মৃতির উপর নির্ভর করে থাকতে পারে। অর্থাৎ বিশ্বাস-সংক্রান্ত আবেগের থেকে সহযোগী আবেগ আলাদা হবে, কারণ প্রথমস্ত আবেগে একটি বিশ্বাস অন্তর্ভুক্ত

থাকে, যেমন—‘এটি ভয়ঙ্কর’, অথবা ‘এটি আশ্চর্যজনক’ ইত্যাদি। বিশ্বাস সংক্রান্ত আবেগ ছাড়াও এমন আবেগ থাকা সম্ভব যেখানে সচেতন স্মৃতির প্রয়োজন হয়, যেমন—‘ভয়’ এ অতীত সংক্রান্ত স্পষ্ট স্মৃতির প্রয়োজন হয়। আবার কিছু আবেগ আছে যাদের বিষয়বস্তুর মধ্যেই অতীত আছে, যেমন—অনুশোচনা, অনুতাপ এবং কৃতজ্ঞতা ইত্যাদি। আবার ক্রোধের ক্ষেত্রেও কোন কোন সময় তেমন দেখা যায়।<sup>xxxvii</sup> এইসব আবেগসমূহে প্রতিবিস্মিত স্মৃতি প্রয়োজন হয়, প্রতিবিস্মিত স্মৃতি হল অতীত ঘটনার স্মৃতি যা ব্যক্তির নিজস্ব এবং যা ব্যক্তিগত ইতিহাসের পর্ব। এই ধরনের স্মৃতি যিনি স্মরণ করেন তারই অতীতের সাথে সম্পর্কযুক্ত, এদের উপর নির্ভরশীল যেসব আবেগ তাতে কেবল আবেগীয় অবস্থাই থাকে না, বরং তাতে যেসব কারণ অপেক্ষিত হয়, সেই স্পষ্ট স্মৃতির অভিজ্ঞতাও থাকে। উদাহরণস্বরূপ, অনুশোচনা নামক আবেগের অনুভব যখন হয় তখন দেখা যায় সেখানে অতীতে যেসব সুযোগ বা প্রিয় ঘটনা হাতছাড়া হয়েছে—তাদের স্মৃতি থাকে। এই আবেগের অনুভূতিতে প্রতিফলন, অর্থাৎ অতীত সম্পর্কে সচেতনতা যেমন থাকে তেমনি প্রতিফলনসাপ্যতাও অর্থাৎ যিনি এই অভিজ্ঞতা অতীতে লাভ করেছেন তিনিও অন্তর্ভুক্ত থাকে। এই ধরনের ‘বিশ্বাস-সংক্রান্ত আবেগ’ যেমন স্মৃতির উপর ভিত্তি করে উৎপন্ন হয় তেমনি স্মৃতির দ্বারাই উৎপন্ন হয়, সেই স্মৃতি আবার তিনি নিজেই পূর্ব অভিজ্ঞতায় লাভ করে।

বিশ্বাস-সংক্রান্ত আবেগ যাতে প্রতিফলিত স্মৃতির ব্যবহার হয় তাকে কেবল দৈহিক স্মৃতি দিয়ে ব্যাখ্যা করা যায় না। কারণ তাতে সময় সম্পর্কে সচেতনতার জায়গা থাকে, এবং ঐ সময়ে আত্মার অবস্থান কেমন থাকে সে সম্পর্কে সচেতনতা থাকে, এই সচেতনতাকে নিছক মস্তিষ্কের অবস্থা বা মস্তিষ্কতন্ত্র দ্বারা ব্যাখ্যা করা যায় না। দেকার্তের “Passion of The Soul” নামক গ্রন্থে এ বিষয়ে কোন উল্লেখ নেই। তিনি তাঁর একটি প্রবন্ধ—“How we find our Memory the Things That We Want to Remember”—এ এই বিষয়ে কিছু লিখেছেন। উক্ত প্রবন্ধে তিনি বলেন যখন আত্মা স্মরণ করতে চায়—“তখন আত্মার এই স্মরণ করার ইচ্ছায় গ্রন্থি প্রথমে কোন একদিকে ঝুঁকে পড়ে তারপর আরেকদিকে, এইভাবে animal spirit-কে মস্তিষ্কের অপর প্রান্তে নিয়ে যায়, এই প্রক্রিয়া চলতে থাকে যতক্ষণ না ইচ্ছিত স্মৃতিসূত্রে গিয়ে পৌঁছায়। এই স্মৃতিসূত্রসমূহ মস্তিষ্কস্থিত দৈহিকস্মৃতির স্মৃতিসূত্র, যা গ্রন্থিতে animal spirit-এর এমন গতি উৎপন্ন করে যার ফলে আত্মায় একই বস্তু উৎপন্ন হয়, এবং আত্মা সেই বস্তুরই জ্ঞান হয় যাকে সে স্মরণ করতে চেয়েছিল।”<sup>xxxviii</sup> অর্থাৎ এখানে দেখা যাচ্ছে দেকার্তের মতে, আত্মা কোন গ্রন্থিকে সচল করতে পারে এবং একটি নির্দিষ্ট স্মৃতির খোঁজে তাকে নিয়োজিত করতে পারে। কিন্তু তত্ত্বে অনেকগুলি সমস্যা বিদ্যমান। প্রথমত, আত্মাকে কোন

বিশেষ স্মৃতির প্রতিক্রম অনুসন্ধানের জন্য প্রথমে নিজেকে জানতে হবে যে সে কি খুঁজতে চাইছে। সেইসাথে আত্মাকে জানতে হবে তাতে কিসের স্মৃতি নেই এবং তার বিষয়বস্তু কি? কিন্তু বাস্তবে তার স্মৃতি থাকা সম্ভব নয়। কারণ স্মৃতি থাকে মস্তিষ্কে। আবার এমন প্রশ্নও উঠতে পারে যে এই প্রতিফলনশীলতা কোথায় হয়— দেহে না কি আত্মায়? অন্যকথায় এই গ্রন্থি আত্মায় যে স্মৃতির সঞ্চারণ করে তা কি ব্যক্তির অতীতের অংশ হিসাবে না কি তা স্মরণ প্রক্রিয়ায় স্মৃতিতে নতুন কিছু যুক্ত করে? দেকার্তের বক্তব্য থেকে এই প্রশ্নের উত্তর পাওয়া যায় না। কিন্তু দৈহিক স্মৃতি দ্বারা প্রতিফলনযোগ্যতাকে ব্যাখ্যা করা যায় না, কারণ মস্তিষ্কের ভাঁজ বা দৈহিক স্মৃতি সাময়িক হয় না। আরও বলা যায় যে, যেহেতু প্রত্যক্ষসূত্র এবং স্মরণসূত্র এই দুটি সূত্রের মধ্যে কোন পার্থক্য দেখা যায় না, তাই বোঝার উপায় থাকে না যে এই স্মৃতি হল পূর্ববর্তী সেই প্রত্যক্ষের থেকেই উৎপন্ন। সহযোগী আবেগে অতীতকে জানা যায় বর্তমান কোন অভিজ্ঞতার মধ্যেই, কিন্তু মানবস্মৃতিকে শুধুমাত্র উদ্দীপক ও স্মৃতির মধ্যকার সহযোগী সম্পর্ক মাত্র বলা যায় না। কারণ বিশ্বাস-সংক্রান্ত আবেগ যেমন—অনুশোচনা, কৃতজ্ঞতা প্রভৃতিতে এর থেকেও বেশি কিছু থাকে। এইসব আবেগের উপাদান অতীতকালীন, এইসব আবেগ অনুভবে আসে কারণ এখানে অতীত অভিজ্ঞতাকে অতীতরূপেই স্মরণ করা হয়।<sup>xxxix</sup> মানুষের যে স্মরণ করার ক্ষমতা আছে দেকার্ত তার কি ব্যাখ্যা দিয়েছেন? অতীতের

অভিজ্ঞতার সাথে বর্তমানের স্মরণ ক্ষমতার সম্পর্ক কি? হয়ত দেকার্ত প্রতিফলনযোগ্য স্মৃতির কথা স্বীকার করেন যখন তিনি বলেন যে—যেটা আমরা স্মরণ করতে চাই তাকে চিনতে পারি। চিনতে পারা হল—অতীতের কোন ঘটনার সাথে সাময়িক সম্বন্ধ স্থাপন এবং একে বর্তমান স্মৃতির একটি যথার্থ কারণ হিসাবে জানা। এই চিনতে পারার ক্ষমতার দ্বারাই আত্মায় তার অতীত প্রতিফলিত হয়—যা কিনা দেহ ও আত্মার সমন্বয়ের একটি অংশ তা ও বা কীভাবে বলা সম্ভব?

**৪.৫.১.৩. বৌদ্ধিক স্মৃতি—**হয়ত দেকার্ত স্মৃতি সংক্রান্ত তার মতবাদের অসম্পূর্ণতা বুঝতে পেরেছিলেন, তাই তিনি পরবর্তীকালে Frans Burman<sup>xi</sup> এর কাছে দেওয়া সাক্ষাৎকার এবং চিঠিপত্রে অপর এক প্রকার স্মৃতির কথা বলেছেন। আর সেই স্মৃতির নাম হল—বৌদ্ধিক স্মৃতি<sup>xli</sup>। বৌদ্ধিক স্মৃতি কেবলমাত্র আত্মার উপর নির্ভর করে এবং তাতে শরীরের অংশগ্রহণ নেই; সূতরাং, এর বিষয়বস্তু আত্মিক, ভৌতিক বা দৈহিক নয়। এই ব্যাপারে দেকার্তের বক্তব্য অস্পষ্ট; তিনি এটাকে খুব অস্পষ্টরূপে উল্লেখ করেছে। বৌদ্ধিক স্মৃতির একটি পৃথক পরিচয় আছে আর তা হল—এরা কোনভাবেই মস্তিষ্কের ভাঁজের উপর নির্ভর করে না<sup>xlii</sup>। অর্থাৎ এই দৈহিক স্মৃতির পাশে অপর এক প্রকার স্মৃতির কথা জানা গেল যা সম্পূর্ণ আত্মিক, এই স্মৃতি মনুষ্যের প্রাণীতে দেখা যায় না। মানুষই মূলতঃ এই স্মৃতিকেই ব্যবহার

করে। যাইহোক দেকার্ত আবার এর ব্যতিক্রমের কথাও বলেছেন। Burman-কে বলেছেন যে বৌদ্ধিক স্মৃতির বিষয়বস্তু কোন বিশেষ বস্তু নয় বরং তা সামান্য বা জাতি। সূত্রাং এই স্মৃতি দ্বারা অতীত ঘটনার সকল অংশের স্মরণ হতে পারে না। এর দ্বারা যা আমরা করেছি তার প্রতিটি অংশকে স্মরণ করা যায় না<sup>xliii</sup>। তিনি যেভাবে বৌদ্ধিক স্মৃতিকে ব্যাখ্যা করতে চাইছেন তা অনেকটা বর্তমানে যাকে শব্দার্থিক স্মৃতি বলা হয় তার সাথে সাদৃশ্যপূর্ণ। এখানে শব্দার্থিক স্মৃতি বলতে বোঝায় ধারণা এবং ঘটনা বিষয়ক স্মৃতি। এমনকি দেকার্তের মতে বৌদ্ধিক স্মৃতিকে প্রকৃত অর্থে স্মৃতি বলা যায় না। একটি গাণিতিক বচন সত্য একথা স্মরণ করার সময় কোন ঘটনা দ্বারা ঐ জ্ঞান হয়েছিল সেই ঘটনা স্মরণ করার প্রয়োজন হয় না, যেমন— $2+2=8$  হয় একথা স্মরণ করার জন্য কোন ঘটনা দ্বারা এই সত্যটা শেখা হয়েছিল তা স্মরণ না করলেও চলে। এক্ষেত্রে  $2+2=8$  এই সমীকরণের উভয়দিকই যে সমান তা মনে করার জন্য কোন সময়ের অন্তর্ভুক্ত করার প্রয়োজন হয় না। অতীতের কথা এবং বর্তমানের জ্ঞানের মধ্যে প্রকৃতপক্ষে কোন পার্থক্য নেই। কারণ স্মরণে কেবলমাত্র স্মরণের বিষয়বস্তুর কথা মনে আসে। কিন্তু সেই বস্তু প্রথম না দ্বিতীয় বা তৃতীয় কতবার স্মরণ করা হল তা মনে আসে না<sup>xliv</sup>। তাই সিদ্ধান্তে বলা যায় যে বৌদ্ধিক স্মৃতি দ্বারা আমরা আমাদের অতীতকে স্মরণ করি একথা ঠিক নয়; বিশ্বাস সংক্রান্ত আবেগের ক্ষেত্রে যে স্মৃতির অংশ থাকে—যা কিনা

অতীত ঘটনাকেও প্রতিফলিত করে তাকে ব্যখ্যা করতে বৌদ্ধিক স্মৃতি সহায়ক হয় না।

৪.৬. আবেগের নিয়ন্ত্রণঃ—দেকার্ত Hecor Pierre Chanut এর সাথে পত্রালাপের সময় তিনি তার একটি অভিজ্ঞতার কথা ব্যক্ত করেছেন—‘তিনি শৈশবে সমবয়সী একটি মেয়ের প্রেমে পড়েছিলেন, যার চোখ একটু বাকা ছিল। বিষয়টি তার মাথায় এমনভাবে ছাপ ফেলেছিল যে বহু বছর পর পর্যন্ত এই বাকা চোখের সাথে সম্পর্কযুক্ত কোন ব্যাপার সম্মুখে আসলেই তার মনে ভালবাসার অনুভূতি জাগাত। কোন বাকা চোখের মহিলা দেখলে অন্য যে কোন মহিলার চেয়ে তাকে বেশি ভালো লাগত। এর জন্য দায়ী ঐ শৈশবের স্মৃতি। যদিও এর কারণ তার জানা ছিল না। তখন তিনি ব্যাপারটা বুঝতে পারলেন যে এটা আসলে একটা ত্রুটি। এরপর থেকে তিনি আর এ ব্যাপারে আহত হতেন না<sup>xiv</sup>। দেকার্তের দৈহিক-স্মৃতি মতানুসারে, যে স্মৃতির কোন সচেতনতা আমাদের থাকে না আমাদের সেই স্মৃতিও থাকতে পারে; তবে সেই স্মৃতি আমাদের মস্তিষ্কে থাকে না তারা থাকে মস্তিষ্কের সুপ্ত কোন স্তরে, মস্তিষ্কের নিষ্ক্রিয় মস্তিষ্ক-সূত্র হিসাবে। কোন কোন সময় এই স্মৃতি সম্পর্কে এবং যেভাবে এই স্মৃতি আবেগ গঠন করে সে সম্পর্কে সচেতন না হওয়া সত্ত্বেও সেইসব আবেগ গঠিত হয়। কোন ঘটনা যা হয়ত অতীতে মাত্র একবার



ঘটলেও তা সারাজীবনের মতো মনোভাবের পরিবর্তন আনতে পারে। এমনকি ঐ ঘটনা সম্পর্কে এবং ঐ ঘটনাই যে এর জন্য দায়ী সে সম্পর্কে সচতেন না হলেও এটা হতে পারে। যাইহোক দেকার্তের উপরিউক্ত উদাহরণে দেখা গেলো যে, আবেগের পরিবর্তন করতে হলে, অবশ্যই প্রাথমিক অভিজ্ঞতা সম্পর্কে সচেতন হতে হবে এবং সেই স্মৃতি উদঘাটন করতে হবে। কিন্তু দেকার্তের মতে শুধু তাতেই আবেগের নিয়ন্ত্রণ বা পরিবর্তন আসে না, তার মতে পরিবর্তন বা নিয়ন্ত্রণের জন্য হয় অন্যান্য স্মৃতির পুণরুদ্ধেক প্রয়োজন, যে স্মৃতি হবে স্পষ্ট স্মৃতি এবং ভিন্নধর্মী আবেগীয় প্রতিক্রিয়া উৎপন্ন করে, যেমন—যুক্তি, বস্তু অথবা পূর্ববর্তী কোন ঘটনা। অর্থাৎ ঐ আবেগের বিপরীতধর্মী কোন অভিজ্ঞতার পুণরুদ্ধেক প্রয়োজন হয়, দেকার্তের দৈহিক স্মৃতির মতবাদ অনুসারে তা অনুমোদিত নয়। অথবা এমন একটি শারীরবৃত্তীয় অভ্যাস উৎপন্ন হয় যার ফলে animal spirit এর গতিপথ বদলে যায় এবং ব্যক্তির মধ্যে ভিন্নভাবে আচরণ করার প্রবণতা উৎপন্ন হয়। দেকার্তের মতে প্রকৃতি একেকটি গ্রন্থির আন্দোলন একেকটি আবেগের সাথে যুক্ত করেছেন, কিন্তু অভ্যাসের দ্বারা এই সংযুক্তির পুণর্বিন্যাস সম্ভব। অভ্যাস মাত্র একটি দৃষ্টান্তেই আসতে পারে, বার বার অনুশীলনের প্রয়োজন হয় না। তাছাড়া, যে ঘটনা দ্বারা ঐ অভ্যাস গঠিত হয়েছে সেই ঘটনার স্পষ্ট স্মৃতিও আবশ্যিক নয়। আত্মায় একটি শক্তিশালী মুদ্রণ গঠিত হলেই আবেগ ও গ্রন্থির আন্দোলনের মধ্যে সম্পর্কের

পরিবর্তনের জন্য যথেষ্ট। কিন্তু অভ্যাস বদল কীভাবে সম্ভব, জ্ঞাত বা অজ্ঞাতসারে যদি তাদের ছাপ মস্তিষ্কে থাকে। এই ছাপগুলো কি মুছে ফেলা সম্ভব? ইচ্ছা করলেই তা সম্ভব হয় না। দেকার্তের *Passion of the Soul* নামক গ্রন্থের ৪০ সংখ্যক প্রবন্ধে সেইসব শারীরিক প্রক্রিয়ার উল্লেখ আছে যাদের উপর আত্মার কোন নিয়ন্ত্রণ থাকে না। তাদের মধ্যে একটি হল চোখের তারা বড় হওয়া এবং কোন ভিন্ন মস্তিষ্ক-সূত্র উৎপন্ন করে তাতে নিয়ন্ত্রণ আনা সম্ভব নয়। যাই হোক দেকার্ত কোন মস্তিষ্ক-সূত্রের উৎপন্ন হওয়া এবং মুছে যাওয়ার কোন স্নায়বিক বিবরণ প্রদান করেননি বরং তার বিপরীতে বলা যায়, মস্তিষ্ক সূত্রে সর্বদা সক্রিয়তা প্রয়োজন, এই সক্রিয়করণ বিভিন্নভাবে হতে পারে, বিশেষ করে এখন জানা যায় যে মস্তিষ্কের একটি ভাঁজ শুধুমাত্র একপ্রকার স্মৃতি নয় সেইসাথে আরও অনেক ধরনের স্মৃতি ধরে রাখতে পারে।

দেখা গেল দেকার্ত দুই প্রকার আবেগের কথা বলেছেন—সহযোগী আবেগ এবং বিশ্বাস সংক্রান্ত আবেগ। সহযোগী আবেগ হল অপরোক্ষ আবেগীয় প্রতিক্রিয়া যাতে কোন বিশ্বাস সংক্রান্ত অথবা স্পষ্ট স্মৃতি অন্তর্ভুক্ত থাকে না বা কোন ঐচ্ছিক ঘটনার ক্রম থাকে না। অপরদিকে বিশ্বাস সংক্রান্ত স্মৃতিতে সবসময় থাকে একটি বিশ্বাসের অংশ, কোন কোনটিতে আবার থাকে স্পষ্ট স্মৃতি বা ঐচ্ছিক ঘটনার ক্রম

থাকে। দৈহিক স্মৃতির পরীক্ষায় দেখা গেল যে যে দেকার্ত সহযোগী আবেগের ব্যাখ্যা করতে পারেন, যাইহোক তার এই ব্যাখ্যায় সহযোগী আবেগের প্রণালির সাথে দৈহিক অবস্থার সম্বন্ধ সম্পর্কে স্পষ্ট করে কিছু বলা যায় না। আরও বলা যায়, দৈহিক স্মৃতি বিশ্বাস সংক্রান্ত আবেগের ব্যাখ্যা করার জন্য পর্যাপ্ত নয়। বিশ্বাস-সংক্রান্ত আবেগ যেখানে বর্তমানকালীন বিষয়বস্তু জড়িত আবার স্পষ্টস্মৃতি বা বিশ্বাস সংক্রান্ত স্মৃতির উপরও নির্ভরশীল। বিশ্বাস-সংক্রান্ত আবেগে প্রতিফলিত স্মৃতি অন্তর্ভুক্ত থাকে, অর্থাৎ ব্যক্তির নিজস্ব স্মৃতি যা সে পূর্বেই অভিজ্ঞতা দ্বারা অর্জন করেছে। প্রতিফলিত স্মৃতি (যে ঘটনায় স্মরণকারী নিজেও যুক্ত তার স্মৃতি)-কে মস্তিষ্ক-অবস্থা বলা যায় না। আবার বৌদ্ধিক স্মৃতি (গাণিতিক জ্ঞান-সংক্রান্ত স্মৃতি) দ্বারা প্রতিফলিত স্মৃতিকে ব্যাখ্যা করা যায় কি না তাও বিচার্য বিষয়, কারণ বৌদ্ধিক স্মৃতির বিষয়বস্তু সামান্য, বিশেষ নয় এবং যেহেতু এটা সম্পূর্ণ চৈতন্যময় স্মৃতি, অন্য কথায় এই স্মৃতির সাথে শরীরের কোন সম্পর্ক নেই—তাই এর সাহায্যে প্রতিফলিত স্মৃতির ব্যাখ্যা করা যায় না। সর্বোপরি প্রতিফলিত স্মৃতির ক্ষেত্রে আমাদের স্মৃতির সাথে অতীত ঘটনার সম্পর্ক স্থাপনে দৈহিক স্মৃতি বা বৌদ্ধিক স্মৃতি কোনটার ব্যাখ্যাই সফল নয়। সুতরাং বিশ্বাস-সংক্রান্ত আবেগের উৎপন্ন হওয়া বা তার অভিজ্ঞতা কেমন হবে সে বিষয়ে ব্যাখ্যা দিতে কোন স্মৃতিই সমর্থ নয়।

পরিশেষে, আবেগের নিয়ন্ত্রণ ও বিন্যাসের ক্ষেত্রে দেকার্তের স্মৃতিতত্ত্ব বিবেচনা করা হয়েছে এবং দেখা গেছে যে দেকার্ত ঐচ্ছিক স্মরণকে ব্যাখ্যা করতে পারেননি, তাই অতীতের ঘটনার আলোকে বর্তমানের ঘটনাসমূহের দ্বারা বর্তমান ঘটনাসমূহের প্রতিক্রিয়া প্রদানে নতুন করে অভ্যাস গঠন সম্ভব নয়। কীভাবে মস্তিষ্কের স্মৃতি-সূত্র মুছে ফেলা সম্ভব সে সম্পর্কেও কোন উল্লেখ তার কথার মধ্যে পাওয়া যায় না। সূত্রাং বলা যায় যে আবেগের নিয়ন্ত্রণ সম্ভব নয় কারণ কোন উদ্দীপকে সাড়া দেবার প্রবণতাকে নিয়ন্ত্রণ করা সম্ভব নয়। এখানে উদ্দীপকে সাড়া দেওয়া বলতে সেইরকম সাড়া দেওয়ার কথা বোঝানো হচ্ছে যার ফলে কোন বিশেষ আবেগের উত্থান সম্ভব হয়। দেকার্ত দাবী করেন যে আবেগ আত্মা যা চায় দেহকে সেইরকমভাবে প্রস্তুত করার মাধ্যমে--দেহ ও মনের সংযোগকে শক্তিশালী করে<sup>xlvi</sup>। এটা করতে গেলেই আত্মায় শারীরিক স্মৃতি অন্তর্ভুক্ত হতে হবে এবং এর সাথে শারীরিক স্মৃতির সাথে সম্পর্কটিও বুঝতে হবে যা কিনা সময়ের সাথে সাথে বজায় থাকে। শরীরের যত্ন নেওয়া বলতে বোঝানো হয়--সময়ের সাথে সাথে শরীরের যাতে ভালো হয় অতীতের অভিজ্ঞতার আলোকে ও সম্ভাব্য ভবিষ্যতের নিরিখে সেইরকম ব্যবস্থা নেওয়া। যেখানে দেকার্ত মনে করেন যে আবেগের অভিজ্ঞতালাভ এবং তার নিয়ন্ত্রণে আমাদের অতীতের অভিজ্ঞতা প্রয়োজন, কিন্তু দেখা যাচ্ছে যে সাম্প্রতিক স্মৃতিতত্ত্ব এই মতবাদকে সমর্থন করছে না।

**৪.৭ বহু-ব্যক্তিত্ব জনিত রোগে--**এক বহু ব্যক্তিত্বজনিত রোগীর আত্মজীবনীমূলক স্মৃতির সমীক্ষা। বহু ব্যক্তিত্বজনিত রোগীদের ওপর পদ্ধতিতে আত্মজীবনীমূলক স্মৃতির উপর নির্ভর কিছু পরীক্ষা করা হয়। পরীক্ষাটি স্বাভাবিক এবং অস্বাভাবিক উভয় প্রকার ব্যক্তিদের উপরই করা হয়। একই ব্যক্তির মধ্যে উদ্ভূত হয় বিভিন্ন প্রকার ব্যক্তিত্বের উপর। তেমনি একজন রোগী যার সাক্ষেতিক নাম I.C.। এই মহিলা তার সাম্প্রতিক অতীতকে স্মরণ করতে পারছিলেন, কিন্তু সেই স্মরণের দক্ষতা তার সমবয়সী অন্যান্য অংশগ্রহণকারীদের তুলনায় অপেক্ষাকৃত কম ছিল। তাছাড়া তার আত্মজীবনীমূলক স্মৃতি সংক্রান্ত এই পরীক্ষায় দেখা যায় যে তিনি তার দশ বছর বয়সের পূর্বের কোন কথা স্মরণ করতে পারছেন না। যেখানে control group যারা ছিলেন তারা অনায়াসে তাদের শৈশব স্মৃতি স্মরণ করতে পারছিলেন। বহু ব্যক্তিত্বজনিত রোগীদের ক্ষেত্রে শৈশব স্মৃতি হীনতা এই পরীক্ষায় প্রথম দেখা যায়।

বহু ব্যক্তিত্বজনিত রোগের ক্ষেত্রে যেটা প্রধানত দেখা যায় তা হল প্রত্যেকটি ব্যক্তিত্বের মধ্যে অন্যান্য ব্যক্তিত্বগুলির স্মৃতির অভাব। মানসিক রোগের লক্ষণগুলির মধ্যে বিস্মৃতিকে অন্তর্ভুক্ত করা না হলেও অনেক আগে থেকেই cross

personality amnesia একটি বৈশিষ্ট্য হিসেবে বিস্মৃতির case report এ ধরা পড়ে।<sup>xlvi</sup> একটি পরীক্ষায়<sup>xlvi</sup> দেখা যায় যে প্রত্যেকটি ব্যক্তিত্বের মধ্যে অন্যান্য ব্যক্তিত্বগুলির স্মৃতির অভাব স্পষ্ট। পরবর্তী পরীক্ষা গুলিতে দেখা গেছে বিভিন্ন ব্যক্তিত্বের মধ্যে যে স্মৃতিহীনতা তা অপ্রতিসম। অর্থাৎ কোন এক ব্যক্তিত্বের মধ্যে স্মৃতিহীনতা থাকলেও অন্য আরেকটি ব্যক্তিত্বের মধ্যে প্রথম ব্যক্তিত্বের স্মৃতিহীনতা নাও থাকতে পারে। কোন এক ব্যক্তিত্বের মধ্যে অপর ব্যক্তিত্বের স্পষ্ট স্মৃতি স্মরণ না হলেও অস্পষ্ট স্মৃতি হয়তো হতে পারে। এছাড়া গবেষণায় আরও জানা যায় বিভিন্ন ব্যক্তিত্বের মধ্যে যোগাযোগের এইরকম বৈচিত্র্য কথা ছাড়া নির্দিষ্ট ব্যক্তিত্বের বিভিন্ন অভিজ্ঞতার মধ্যে অনুগমনের বিষয়টি—কোন বিশেষ ব্যক্তির অভিজ্ঞতাগুলি অপেক্ষাকৃত অক্ষত থাকে। যদিও এ বিষয়ে আরো গবেষণার অপেক্ষা রাখে।

গবেষণাপত্রে I.C. একজন বহু ব্যক্তিত্বসম্পন্ন রোগী। এই রোগের আত্মজীবনীমূলক স্মৃতি নিয়ে একটি সমীক্ষা করা হয়েছে। আত্মজীবনীমূলক স্মৃতি বলতে বোঝায় কোন ব্যক্তির দৈনন্দিন জীবনের ব্যক্তিগত অভিজ্ঞতার স্মৃতি। গবেষণায় আত্মজীবনীমূলক স্মৃতির ক্ষেত্রে বহু ব্যক্তিত্বসম্পন্ন রোগী এবং সাধারণ মানুষের মধ্যে সংকেতন পদ্ধতি প্রয়োগ করা হয়।<sup>xlix</sup> এই পরীক্ষায় দুই ব্যক্তিত্বের মধ্যে স্মৃতি সংক্রান্তঃ সমস্যাকে তুলে ধরা হলেও একই ব্যক্তিত্বের বিভিন্ন প্রকার স্মৃতি সংক্রান্ত সমস্যার কথা বিশেষভাবে জানা যায় না।

এই নিবন্ধে আত্মজীবনীমূলক স্মৃতি বিষয়ক পরীক্ষাটির দুটি পর্যায় আছে। প্রথমত: বহু ব্যক্তিত্বজনিত রোগীদের কাছে স্মৃতি উৎপাদক উপাদান উপস্থাপিত করা হয়। এই উপাদানগুলোই সাধারণ মানুষের ক্ষেত্রেও প্রয়োগ করা হয়। দেখা যায় যে তারা খুব সাম্প্রতিক অতীতকে বেশি স্মরণ করছেন। আর সেই সাথে খুব অল্প পরিমাণে তার অব্যবহিত পূর্বের স্মৃতিগুলোও কিছু কিছু মনে পড়ছে। দ্বিতীয়ত: বহু ব্যক্তিত্বজনিত রোগীদের ক্ষেত্রে খুব সতর্কভাবে তাদের আত্মজীবনী জানার চেষ্টা করা হয়। যদিও বেশির ভাগ ক্ষেত্রে পরীক্ষায় দেখা গেছে যে প্রচলিত ভীতিজনিত অভিজ্ঞতার কারণে স্মৃতি বিচ্ছিন্নতা এসে যায়—অর্থাৎ ওই ঘটনার পূর্বের ঘটনা বিস্মৃত হয়ে যায়। তাই সেই সব ঘটনা স্মরণ করার জন্য cueing process<sup>1</sup> প্রয়োগ করা হয়। অর্থাৎ এমন কিছু সংকেত প্রয়োগ করা হয় যার কারণে তারা অতীতের স্মৃতি মনে করতে উৎসাহ পান। সেই সাথে ওইসব স্মৃতির পুনরুদ্ধার করা যায় এমন কিছু নিয়মাবলী তৈরি করা হয়।<sup>ii</sup>

**8.৭.১ Case Report--**বহু ব্যক্তিত্বজনিত একজন রোগী যার সাংকেতিক নাম I.C. যিনি ২৪ বছর বয়সের একজন মহিলা যাকে পুলিশ একটি সাধারণ হাসপাতালের জরুরি বিভাগে এনেছিলেন ১৯৮৭ সালের ফেব্রুয়ারি মাসে কারণ পুলিশ লক্ষ্য

করেছিলেন যে ওই মহিলা তার নিজের উপর অস্বাভাবিক আচরণ করছেন তিনি ছিলেন আকর্ষণীয় বিবাহিতা এবং ১৩ বছর বয়সী এক কন্যার মা। তিনি কলেজের তিন বছরের পাঠক্রম সম্পন্ন করেছেন। তবে বর্তমানে তিনি কোন কর্ম করেন না। শহরের এক রক্ষণশীল পরিবারের পিতামাতার সাথে আরো দুই ভাই-বোন সহ তিনি বড় হন। এমন প্রমাণ পাওয়া গেছে যাতে দেখা যায় তিনি বয়ঃসন্ধির শুরু থেকে প্রায় তিন বছর পর্যন্ত তার পালক পিতার দ্বারা যৌন হেনস্তার শিকার হন। উক্ত I.C. এক জনবল্লল রাস্তার মাঝখানে হাটছিলেন এবং হঠাৎ করে তিনি রাস্তাটা পার হয়ে একটি দেওয়ালে মাথা ঠুকতে লাগলেন। তিনি যে যথেষ্ট ভালো শারীরিক শক্তির অধিকারী তার পরিচয় পাওয়া যায় যখন দেখা গেছে যে দুজন আধিকারিক বেশ কষ্ট করে তাকে জরুরী বিভাগে ধরে এনেছিলেন। যদিও জরুরি বিভাগে এসে I.C. একেবারেই হতভম্ব হয়ে গেলেন তিনি দাবী করলেন যে তার এই রকম কোনো অভিজ্ঞতাই নেই। পরীক্ষা করে দেখা গেল যে তার স্নায়ুতে কোন সমস্যা নেই।

স্থানীয় প্রশাসনের কাছে বিষয়টি নতুন ছিল না। এর ১ মাস আগে অবধি তাঁর স্বামী অন্তত: তিনবার পুলিশকে ফোন করে তার অসুস্থতার কথা জানিয়েছেন। তিনি জানান যে তাঁর স্ত্রী নিজেকে আঘাত করার চেষ্টা করছেন। এবং সেইসাথে এমন



আচরণ করছে যা তাঁর নিজের পক্ষে বিপজ্জনক। প্রতিটি ক্ষেত্রে ঘটনাগুলির লিখিত বিবরণ ছিল। দুবার স্থানীয় মনোরোগের হাসপাতালে ভর্তি হয়েছিলেন। উভয় ক্ষেত্রেই হাসপাতালে থাকার সময়কাল ছিল সংক্ষিপ্ত। দুবারের মধ্যে একবার ছিল উদ্বেগজনিত সমস্যা এবং অপরটি অতিউৎসাহ জনিত সমস্যা। তাঁর স্বামীর মতে এই সমস্যা দিন দিন বেড়ে যাচ্ছিল। তিনি বলছিলেন যে তার স্ত্রী নিত্য কেমন বদলে যাচ্ছিলেন। তার কণ্ঠ তার আচরণ তার ব্যবহার ইত্যাদি এত পরিবর্তন হয়েছিল যে তিনি যেন এক একটি স্বতন্ত্র ব্যক্তিত্ব ধারণ করেছিলেন। কিন্তু যখনই তিনি আবার I.C. চরিত্রে ফিরে যাচ্ছিলেন তখন পূর্বে ধারণ করা চরিত্রকে অস্বীকার করছিলেন। অর্থাৎ সেইসব চরিত্রের কোন স্মৃতিই তার ছিল না। যখন তাকে জরুরি বিভাগে আনা হয়েছিল তখন তার ব্যক্তিত্বের এই পরিবর্তন একটা বিপদজনক মাত্রা নিয়েছিল। এবারে হাসপাতালে ভর্তি হওয়ার আগেও আদালতের নির্দেশে তিনি প্রায় ১৮ মাস হাসপাতালে ভর্তি ছিলেন। সেই সময় কালে তিনি অত্যন্ত নম্রভাবে কাটিয়েছিলেন, একটিও বিপদজনক আচরণ করেন নি। পূর্বে এমন দিনও গেছে যেদিন সে আত্মহত্যার চেষ্টা পর্যন্ত করেছে। আমার দেখা গেছে যে সে নিজের মুখের কাছে কোন একটি বস্তুর গুলি ভর্তি বন্দুক ভেবে বাগিয়ে ধরেছে। কোন নতুন শহরে হঠাৎ চলে গেছেন কিন্তু মনে করতে পারছেন না কিভাবে এলেন।

কিংবা হয়তো পরপর চার দিন কিছু কাজ নেই অথচ তার মনে হত তিনি খেয়েছেন।

M.B. নামক একজন গবেষক I.C. র মধ্যে অনেকগুলো ব্যক্তিত্বের পরিচয় পেয়েছিলেন। Heather নামক এক কিশোর যে I.C.-কে ধ্বংস করতে চায়; Joan যিনি একজন সমকামী এবং যৌনগতভাবে অত্যন্ত স্পর্শকাতর। Gloria যিনি ওষুধের অসৎ ব্যবহারকারী। Alpha একজন অশরীরি সত্তা, যিনি সব কিছুর নিয়ন্ত্রক হিসেবে এসে হাজির হতেন। এই চরিত্রগুলো পরস্পরকে এবং I.C. কে চিনতেন। কিন্তু I.C. এদের কাউকে চিনতেন না, তাঁর কাছে শুধু স্মৃতি বিচ্ছিন্ন হওয়ার মুহূর্তটুকু মনে থাকে। চরিত্রগুলোকে কখনো সম্মোহন দ্বারা আনা হতো, কখনো বা এরা নিজের থেকে এসে হাজির হতো।

এখানে দেখা গেলো যে একই ব্যক্তির মধ্যে থাকা বিভিন্ন প্রকার ব্যক্তিত্বের মধ্যে কেবলমাত্র স্মৃতি দ্বারাই যোগসূত্র স্থাপন সম্ভব। কিন্তু কোন না কোন তীব্র বেদনাদায়ক ঘটনা বিভিন্ন প্রকার ব্যক্তিত্বের মধ্যে বিচ্ছেদ এনে দেয়। এইসব বিভিন্ন প্রকার বিচ্ছিন্ন ব্যক্তিত্বের মধ্যে যোগসূত্র স্থাপনের জন্য মানসিক দিক থেকে

স্বাস্থ্যকর পরিমণ্ডল এবং প্রেম, ভালোবাসা, স্নেহ-মমতা পূর্ণ পারিবারিক পরিমণ্ডল প্রয়োজন। পরবর্তী অধ্যায়ে সে বিষয়ে আরও বিস্তারিত আলোচনা রয়েছে।

সময়ের সাথে সাথে উন্নত হয়েছে বিজ্ঞান। বিজ্ঞানের অগ্রগতিতে মানুষ তার অপারিসীম জিজ্ঞাসার উত্তর খুঁজে চলেছে। যেমন—মানুষ জানতে চায় তার বিভিন্ন ক্রিয়ার জন্য মস্তিষ্কের ঠিক কোন অংশ দায়ী। এক্ষেত্রে বিজ্ঞানী ব্রডম্যান অগ্রণী ভূমিকা গ্রহণ করেন। তার নাম অনুসারেই মস্তিষ্কের বিভিন্ন অংশের বিভিন্ন নামকরণের ব্যবস্থাকে ব্রডম্যান অঞ্চল বলে। দেখা যায় অনেক ক্ষেত্রেই স্মৃতি ও আবেগ নামক ক্রিয়া ও মানসিক অবস্থার ব্রডম্যান অঞ্চল একই রকম। তাই আবেগের সাথে স্মৃতির ভূমিকায় সাদৃশ্যের কথা বলা যেতেই পারে। কয়েকটি পরীক্ষামূলক আলচনাতেও স্মৃতি ও আবেগের সম্পর্কের কথা বোঝা যায়। তাছাড়া দেকার্ত তাঁর অ্যানিম্যাল স্পিরিট, দৈহিক স্মৃতি, বিশুদ্ধ স্মৃতি দৈহিক ও মানসিক আবেগের অবতারণার মধ্যমে স্মৃতি ও আবেগের মধ্যে থাকা সম্পর্ককে প্রতিষ্ঠিত করতে চেয়েছেন। যদিও তাতে অসম্পূর্ণতাও দেখা যায় তথাপি আধুনিক গবেষণার ক্ষেত্র প্রস্তুতিতে এর ভূমিকা অপারিসীম।

পরবর্তী অধ্যায়ে দেখানোর চেষ্টা করা হবে বিভিন্ন প্রকার মানসিক ও শারীরিক ব্যাধিতে স্মৃতি ও আবেগের সম্পর্ক কেমন থাকে, আর তা কীভাবে ব্যক্তিত্বকে প্রভাবিত করে।

## তথ্যপঞ্জী

### ইংরেজী গ্রন্থ

- Collins, Mary & Drever, James. *Experimental Psychology*. E.P. Dutton and Company, New York, 1926.
- Combe, George. *A System of Phrenology*. New York, Boston, 1843.
- Coriat, H Isador. *Abnormal Psychology*. Routledge, 1910.
- Cornwell, John. (Ed). *Consciousness and Human Identity*. Oxford University Press, 1998.
- Izawa Chizuko, *On Human Memory: Evolution, Progress, and Reflections on the 30<sup>th</sup> Anniversary of the Atkinson-Shiffrin Model*. Psychology Press, New York and London, 1999.
- Rene Descartes. *Discourse on the Method*. Ilana and Grag Newby, Routledge, London, 1637.
- Rene Descartes. *Passions of The Soul*. <https://thevirtuallibrary.org/>, accessed on 12th Feb. 2020.
- Rene Descartes. *Principles of Philosophy*. Standfor Encyclopedia of Philosophy, January, 1644.

## Journal

Ardila, A., Bernal, B., & Rosselli, M. "The Role of Wernicke's area in Language Comprehension. Psychology & Neuroscience", *Advance online publication*. August 8, 2016, <http://dx.doi.org/10.1037/pne0000060>.

Bacalu, Alexandra. "The Poetic Imagination as Therapy Across English and French Late Renaissance", 2017.

Brenda Milner, Suzanne Corkin, H.-L. Teuber, Further analysis of the hippocampal amnesic syndrome: 14-year follow-up study of H.M, *Neuropsychologia*, Volume 6, Issue 3, September 1968, Pages 215-234.

Caitlin A. Sisk, Roger W. Remington & Yuhong V. Jiang. Mechanisms of contextual cueing: A tutorial review", *Springer Nature Link*, vol-81, 2019, pp. 2571-2589.

Clive J. Robins and Alex L. Chapman. "Dialectical Behavior Therapy: Current Status, Recent Developments, and Future Directions", *Journal of Personality Disorder*, vol-18, issue 1, June 2005, <https://doi.org/10.1521/pedi.18.1.73.32771> Copenhaver, Rebecca. Thomas Reid's "Theory Of Memory." *North American Philosophical Publications* vol. 23, no. 2, Apr. 2006. pp. 171-189.

Gabriele Rossi Rogoni. "Organology and Others: A Political Perspective", *Journal of the American Musical Instrument Society*, vol-44, pp. 7-17.

Gupta, P., Cohen, and N. J. “Theoretical and computational analysis of skill learning, repetition priming, and procedural memory”, *Psychological Review*, vol. 109, no. 2, 2002, pp. 401–448.

Joyce, Richard. “Cartesian Memory”, *Journal of the History of Philosophy*, Johns Hopkins University Press, vol. 35, issue 3, July 1997, pp. 357-393.

Larry R Squire, Lisa Genzal, John Twixtad, Richard G. Morris. “Memory Consolidation”, *Cold Spring Harbor Perspective in Biology*, vol. 7, issue 8, 2015.

Levy, Lior . “Memory and the Passions in Descartes' Philosophy”, *North American Philosophical Publication*, vol. 28, No. 4, Oct 2011, pp. 339-354

L ,oftusE.F. “Memory: Surprising new insights into how we remember and why we forget”. *Addition-Wesley Publishing Company*, vol. 12, issue 4, p.147 ,1980 .

Mayman, M. “Early memories and Character Structure”, *National memories of Health*, vol. 32, issue 4, Aug 1988, pp. 303-16.

Miles, Murray. “Analytic Method, the cogito, and Descartes’s Argument for the Innateness of the Idea of God”, *A Journal for the History of Philosophy*, vol. 14, issue 2, 2010.

Milner, B., Corkin, S., & Teuber, H. L. (1968). Further analysis of the hippocampal amnesic syndrome: 14-year follow-up study of H. M. *Neuropsychologia*, vol. 6, issue 3, 215–234. Accessed 26-06-2024.

Norris, D. “Short-term and long-term memory are still different”, *Psychological Bulletin*, vol. 143, issue-9, pp. 992–1009.

Sara Shomstein. “Attention, Perception & Psychophysics”, *Psychonomic Society*, April 2025, vol. 87, issue 3.

Tulving, E., Schacter, D. L., & Stark, H. A. (1982). “Priming effects in word-fragment completion are independent of recognition memory”. *Journal of Experimental Psychology: Learning, Memory, and Cognition*, vol. 8, issue 4, 1982, pp. 336–342. <https://doi.org/10.1037/0278-7393.8.4.336>.

### ওয়েবসাইট

A Novel Tandem Differential Edge Sensor Layout for Segmented Mirror Telescopes, *Sensors*, 23(16); <https://doi.org/10.3390/s23167252>, Accessed 12-12-2024.

Atkinson, R. C., & Shiffrin, R. M. (1968). Human memory: A proposed system and its control processes. In K. W. Spence & J. T. Spence, *The psychology of learning and motivation: II*. Academic Press. <https://doi.org/10.1016/S0>, Accessed 12-10-2024.

Dementia in Europe Yearbook 2019, Estimating the prevalence of dementia in Europe, [alzheimer europe dementia in europe yearbook 2019.pdf](#), Accessed 14-07-2011.

Handbook of Emotions, Guilford Press, 2008, [Handbook of emotions: Free Download, Borrow, and Streaming: Internet Archive](#), Accessed 20-05-2022.



Mind, 1884, [Mind 1884: Vol 9 Table of Contents: Free Download, Borrow, and Streaming: Internet Archive](#), Accessed 26-10-2023.

Putnam FW, JJ Guroff, EK Silberman, L Barban, RM Post. “Clinical Phenomenology of Multiple Personality disorder: review of 100 recent cases”, *J Clin Psychiatry*, vol. 47, issue 6, 1986, pp. 285-93.

R.S. Soloman, *Ethics*, University of Chicago Press, Vol. 78, No. 3, April 1968, <https://www.jstor.org/stable/i341099>, Accessed 25-02-2023.

What is Anonymous? A case Study Analysis of an information System Hacker Activist Collective Moment, William S. Pandegross, [Anonymus Londinensis - Wikipedia](#), Accessed 11-05-2023.

## অন্তঃটীকা

---

<sup>i</sup> Alfredo Ardila<sup>1,\*</sup>, Byron Bernal<sup>2</sup>, Monica Rosselli<sup>3</sup>, October 2015

<sup>ii</sup> Combe George, 1843

<sup>iii</sup> Gabriele Rossi Rognoni, XLIV (2018), pp. 7-17

<sup>iv</sup> Descartes' Error, chapter- Unpleasantness In Vermont, p-14

<sup>v</sup> Elizabeth F. Loftus, 2005

<sup>vi</sup> Chizuko Izawa, 1999

<sup>vii</sup> Psychological Bulletin © 2017 The Author(s) 2017, Vol. 143, No. 9, 992–1009

<sup>viii</sup> Psychological Bulletin © 2017 The Author(s) 2017, Vol. 143, No. 9, 992–1009

<sup>ix</sup> Atkinson & Shiffrin, 1968

<sup>x</sup> Milner et al., 1968

<sup>xi</sup> Sensors 2023, 23(16), 7252

<sup>xii</sup> Gupta, P., & Cohen, N. J. (2002), Procedural memory, also called implicit memory, is a type of long-term memory involved in the performance of different actions and skills. Essentially, it is the memory of how to do certain things. Riding a bike, tying your shoes, and cooking an omelet without a recipe are all examples of procedural memories.

<sup>xiii</sup> Squire, 1982, Declarative or explicit memory is devoted to processing of names, dates, places, facts, events, and so forth. These are entities that are thought of as being encoded symbolically and that thus can be described with language. In terms of function, declarative memory is specialized for fast processing and learning.

- 
- <sup>xiv</sup> Memory consolidation refers to the process by which a temporary, liable memory is transformed into a more stable, long-lasting form. Müller and Pilzecker 1900; Lechner et al.
- <sup>xv</sup> Dementia in Europe Yearbook, 2019
- <sup>xvi</sup> The ability to form mental **images** that reconstruct former perceptual experiences is closely related to working memory (WM) ability. (N Matthews · 2014)
- <sup>xvii</sup> Oral somatosensory awareness refers to somatic sensations arising within the mouth, and to the information these sensations provide about the state and structure of the mouth itself, and objects in the mouth. (P Haggard · 2014)
- <sup>xviii</sup> Emotional judgement is the ability to recognize, manage and regulate one's own emotion in addition to understanding and reacting appropriately to the emotions of others. (RC Solomon · 1988)
- <sup>xix</sup> Discourse, 1637
- <sup>xx</sup> Anonymous, 165
- <sup>xxi</sup> Alexandra Bacalu, 1744
- <sup>xxii</sup> Lior Levy, History of Philosophy Quarterly, [Vol. 28, No. 4 \(OCTOBER 2011\)](#), pp. 339-354 (16 pages)
- <sup>xxiii</sup> CSM I: 354
- <sup>xxiv</sup> Desecrate, 1644
- <sup>xxv</sup> CSM I: 208
- <sup>xxvi</sup> CSM I: 195
- <sup>xxvii</sup> CSM I: 361
- <sup>xxviii</sup> Ibid
- <sup>xxix</sup> Treatise, 1810
- <sup>xxx</sup> The Philosophical Quarterly, 1950
- <sup>xxxi</sup> CSMK:143

- 
- xxxii To Mersenne, June 11, 1640. CSMK: 148
- xxxiii দ্রান্ত প্রত্যক্ষ, যেমন—রজ্জুতে সর্পদ্রম
- xxxiv সে সময় ধারণা ছিল যে আত্মা কেবলমাত্র মানুষের থাকে। মানুষ ছাড়া আর কারো মধ্যে আত্মা স্বীকার করা হত না।
- xxxv Mind, 9 (1884): 190
- xxxvi Handbook of Emotions, 476—91
- xxxvii Article 67,64 and65, CSM I: 352
- xxxviii CSM I: 343-44
- xxxix CSM I: 352
- xl Murray Miles - 2010
- xli “Cartesian Memory”, Journal of the History of Philosophy 35 (1997): 375-93
- xlilxlii CSMK: 148
- xlili CSMK: 337
- xliiv CSMK: 190
- xliv CSMK: 322
- xlvi CSMK: 343
- xlvii Coriat, 1916; Janet, 1907; Prince, 1910; for review Bliss, 1986
- xlviil Putnam, Gutroff, Silberman, Barbar & Past (1986)
- xlix Wang, Tulving, Freeman, 1982
- <sup>l</sup> Attention, perception & psychophysics, 2019
- <sup>li</sup> Mayman, 1968

## পঞ্চম অধ্যায়

### বিভিন্ন রোগের প্রেক্ষিতে আবেগ ও স্মৃতির ব্যক্তিত্বে প্রভাব

পূর্ববর্তী অধ্যায়গুলোতে দেখানো হয়েছে স্মৃতি এবং আবেগ সম্পর্কিত বিভিন্ন মতবাদসমূহ। যেখানে দেখানো হয়েছে ব্যক্তিত্বে তাদের প্রভাব। আবার স্মৃতি ও আবেগের পারস্পরিক সম্পর্কও আলোচনা করা হয়েছে। এদের মধ্যকার সম্পর্ক আরও ভালোভাবে বোঝার জন্য কতকগুলি শারীরিক ও মানসিক ব্যাধির কথা নির্বাচিত করা হয়েছে যাতে দেখা যায় যে স্মৃতি ও আবেগ কতখানি নিবিড়ভাবে সম্পর্কযুক্ত। বিশেষ করে ‘বহুব্যক্তিত্ব’ নামক ব্যাধির ক্ষেত্রে দেখা যায় যে একই ব্যক্তির মধ্যে নানা ব্যক্তিত্বের অদ্ভুত সমাবেশ। এর মূলে থাকে কোন না কোন ভীষণ আঘাত উৎপন্নকারী স্মৃতি যা কোন না কোন আবেগকে ভীষণভাবে শক্তিশালী করে দেয়। যার ফলে স্বাভাবিক ব্যক্তিত্ব আর থাকে না। স্ট্রোকের কারণে স্নায়বিক বিন্যাস নষ্ট হয় পূর্বকালীন অনেক স্মৃতি। কোন বিশেষ আবেগ স্মৃতিকে বিপর্যস্ত করে। ব্যক্তির মধ্যে আবির্ভূত হয় এক নতুন ব্যক্তিত্বের। আলোচনা প্রসারিত হয়েছে অমূলক-দর্শন নামক মানসিক ব্যাধি নিয়েও। এই

মানসিক ব্যাধিতে যা নেই তার অস্তিত্বে বিশ্বাস হয়, আসে নতুন ব্যক্তিত্ব। এখানে পূর্ব স্মৃতির প্রভাব হয়ত এমন পরিস্থিতির সম্মুখে এনে দাঁড় করায় মানুষকে।

### ৫.১ Multiple personality disorder এ ব্যক্তিত্বের রূপান্তরঃ--প্রথমে

Multiple personality disorder<sup>i</sup> জনিত রোগের ব্যাপারে আলোচনা করার জন্য এক বহু ব্যক্তিত্বজনিত রোগীর আত্মজীবনীমূলক স্মৃতির সমীক্ষা ভিত্তিক আলোচনার অবতারণা করা হল। বহুব্যক্তিত্বযুক্ত রোগীদের নিয়ে বিশেষ পদ্ধতিতে আত্মজীবনীমূলক স্মৃতি-নির্ভর কিছু পরীক্ষা করা হয়। পরীক্ষাটি মানসিকভাবে স্বাভাবিক এবং অস্বাভাবিক উভয় প্রকার ব্যক্তিদের উপরই করা হয়। একই ব্যক্তির মধ্যে উদ্ভূত হওয়া বিভিন্ন প্রকার ব্যক্তিত্বের উপর এই পরীক্ষা প্রয়োগ করা হয়, তেমনই একজন রোগী যার সাক্ষেতিক নাম I.C.<sup>ii</sup>। এই মহিলা তার সাম্প্রতিক অতীতকে স্মরণ করতে পারছিলেন, কিন্তু সেই স্মরণের দক্ষতা তার সমবয়সী অন্যান্য অংশগ্রহণকারীদের তুলনায় অপেক্ষাকৃত কম ছিল। তাছাড়া তার আত্মজীবনীমূলক স্মৃতি সংক্রান্ত এই পরীক্ষায় দেখা যায় যে তিনি তার দশ বছর বয়সের পূর্বের কোন কথা স্মরণ করতে পারছেন না। যেখানে control group<sup>iii</sup> যারা ছিলেন তারা অনায়াসে তাদের শৈশব স্মৃতি স্মরণ করতে পারছিলেন। বহু ব্যক্তিত্বজনিত রোগীদের ক্ষেত্রে শৈশব-স্মৃতি-হীনতা এই পরীক্ষায় প্রথম নজরে আসে। বহুব্যক্তিত্বজনিত রোগের ক্ষেত্রে যেটা প্রধানত দেখা যায় তা হল প্রত্যেকটি ব্যক্তিত্বের মধ্যে অন্যান্য ব্যক্তিত্বগুলির স্মৃতির অনুপস্থিতি। মানসিক

রোগের লক্ষণগুলির মধ্যে বিস্মৃতিকে অন্তর্ভুক্ত করা না হলেও অনেক আগে থেকেই cross personality amnesia-র একটি বৈশিষ্ট্য হিসেবে বিস্মৃতির case report এ ধরা পড়ে।<sup>iv</sup> Putnam, Gutroff, Silberman, Barbar এবং Past<sup>v</sup> নামক পরীক্ষায় দেখা যায় যে প্রত্যেকটি ব্যক্তিত্বের মধ্যে অন্যান্য ব্যক্তিত্বগুলির স্মৃতির অভাব স্পষ্ট। পরবর্তী পরীক্ষাগুলিতে দেখা গেছে বিভিন্ন ব্যক্তিত্বের মধ্যে যে স্মৃতিহীনতা তা অপ্রতিসম। অর্থাৎ কোন এক ব্যক্তিত্বের মধ্যে স্মৃতিহীনতা থাকলেও অন্য আরেকটি ব্যক্তিত্বের মধ্যে প্রথম ব্যক্তিত্বের স্মৃতিহীনতা নাও থাকতে পারে। কোন এক ব্যক্তিত্বের মধ্যে অপর ব্যক্তিত্বের স্পষ্ট স্মৃতি স্মরণ না হলেও অস্পষ্ট স্মৃতি হয়তো থেকে থাকতে পারে। এছাড়া গবেষণায় আরও জানা যায় বিভিন্ন ব্যক্তিত্বের মধ্যে যোগাযোগের এইরকম বৈচিত্রপূর্ণ কথা ছাড়া নির্দিষ্ট ব্যক্তিত্বের বিভিন্ন অভিজ্ঞতার মধ্যে অনুগমনের বিষয়টি—কোন বিশেষ ব্যক্তির অভিজ্ঞতাগুলি অপেক্ষাকৃত অক্ষত থাকে। যদিও এ বিষয়ে আরো গবেষণার অপেক্ষা রাখে।

৫.১.ক. গবেষণাপত্রে I.C. একজন বহুব্যক্তিত্বসম্পন্ন রোগী। এই রোগের আত্মজীবনীমূলক স্মৃতি নিয়ে একটি সমীক্ষা করা হয়েছে। আত্মজীবনীমূলক স্মৃতি বলতে বোঝায় কোন ব্যক্তির দৈনন্দিন জীবনের ব্যক্তিগত অভিজ্ঞতার স্মৃতি। গবেষণায় আত্মজীবনীমূলক স্মৃতির ক্ষেত্রে বহু ব্যক্তিত্বসম্পন্ন রোগী এবং সাধারণ মানুষের মধ্যে সাংকেতিক পদ্ধতি প্রয়োগ করা হয়।<sup>vi</sup> এই পরীক্ষায় দুই ব্যক্তিত্বের

मध्ये स्मृति संक्रान्तः समस्याके तुले धरा हलेओ एकई व्यक्तिह्वेर विभिन्न प्रकार स्मृति संक्रान्त समस्यार कथा विशेषভাবে जाना याय ना। एखाने आत्तुजीवनीमूलक स्मृति विषयक परीक्षाटिर दुटि पर्याय आछे। प्रथमतः बह्व्यक्तिह्वजनित रोगीदेर काछे स्मृति उतंपादक उपादान उपस्थापित करा हय। एई उपादानगुलो साधारण मानुषेर क्षेत्त्रेओ प्रयोग करा हय। देखा याय ये तारा खुब साम्प्रतिक अतीतके बेशि स्मरण करछेन। आर सेई साथे खुब अल्प परिमाणे तार अव्यवहित पूर्वेर स्मृतिगुलोओ किछु किछु मने पडछे। द्वितीयतः बह्व्यक्तिह्वजनित रोगीदेर क्षेत्त्रे खुब सतर्कभावे तादेर आत्तुजीवनी जानार चेष्टा करा हय। यदिओ बेशिर भाग क्षेत्त्रे परीक्षाय देखा गेछे ये प्रचण्ड भीतिजनित अभिज्जतार कारणे स्मृति विच्छिन्नता एसे याय—अर्थां ओई घटनार पूर्वेर घटना विस्मृत हये याय। तई सेई सब घटना स्मरण करार जन्य cueing process<sup>vii</sup> प्रयोग करा हय। अर्थां एमन किछु संकेत प्रयोग करा हय यार प्रभावे तारा अतीतेर स्मृति मने करते उतंसह पान। सेई साथे ओईसब स्मृतिर पुनरुद्देक करा याय एमन किछु नियमावली तैरि करा हय।<sup>viii</sup>

**५.१.ख. Case Report:** बह्व्यक्तिह्वजनित एकजन रोगी यार सांकेतिक नाम I.C., यिनि २४ बहर वयसेर एकजन महिला, याके पुलिश एकाटि साधारण हासपातालेर जरुरि विभागे एनेछिलेन १९८९ सालेर फेब्रुयारि मासे, कारण पुलिश लक्ष्य करेछिलेन ये ओई महिला तार निजेर उपर अस्वाभाविक आचरण



করছেন। তিনি ছিলেন আকর্ষণীয়, বিবাহিতা এবং ৩ বছর বয়সী এক কন্যার মা। তিনি কলেজের তিন বছরের পাঠক্রম সম্পন্ন করেছেন। তবে বর্তমানে তিনি কোন জীবিকামূলক কর্ম করেন না। শহরের এক রক্ষণশীল পরিবারের পিতামাতার সাথে আরো দুই ভাই-বোন সহ তিনি বড় হয়েছেন। এমন প্রমাণ পাওয়া গেছে যাতে দেখা যায় তিনি বয়ঃসন্ধির শুরু থেকে প্রায় তিন বছর পর্যন্ত তার মায়ের দ্বিতীয় স্বামী (অর্থাৎ তার পালক পিতার) দ্বারা যৌন হেনস্তার শিকার হন।

উক্ত I.C. এক একদিন এক জনবহুল রাস্তার মাঝখান দিয়ে হাটছিলেন এবং হঠাৎ করে তিনি রাস্তাটা পার হয়ে একটি দেওয়ালে মাথা ঠুকতে লাগলেন। তার শারীরিক শক্তির পরিচয় পাওয়া যায় এই দেখা গেছে যে দুজন পুলিশ আধিকারিক বেশ কষ্ট করে তাকে জরুরী বিভাগে ধরে এনেছিলেন। যদিও জরুরী বিভাগে এসে I.C. একেবারেই হতভম্ব হয়ে গেলেন। তিনি দাবী করলেন যে তার এই রকম কোনো অভিজ্ঞতা নেই। পরীক্ষা করে দেখা গেল যে তার স্নায়ুতে কোন সমস্যা নেই। স্থানীয় প্রশাসনের কাছে বিষয়টি নতুন ছিল না। এর ১ মাস আগে অবধি তাঁর স্বামী অন্তত: তিনবার পুলিশকে ফোন করে তার স্ত্রীর অসুস্থতার কথা জানিয়েছেন। তিনি জানান যে তাঁর স্ত্রী নিজেকে আঘাত করার চেষ্টা করছেন এবং সেইসাথে এমন আচরণ করছে যা তাঁর স্ত্রীর নিজের পক্ষেই বিপজ্জনক। প্রতিটি ক্ষেত্রে ঘটনাগুলির লিখিত বিবরণ ছিল। দুবার স্থানীয় মনোরোগ-হাসপাতালে ভর্তি

হয়েছিলেন। উভয় ক্ষেত্রেই হাসপাতালে থাকার সময়কাল ছিল সংক্ষিপ্ত। দুবারের মধ্যে একবার ছিল উদ্বেগজনিত সমস্যা এবং অপরটি অত্যুৎসাহজনিত সমস্যা। তাঁর স্বামীর মতে এই সমস্যা দিন দিন বেড়ে যাচ্ছিল। তিনি বলছিলেন যে তার স্ত্রী নিত্য কেমন যেন বদলে যাচ্ছিলেন। তার কণ্ঠ, তার আচরণ, তার ব্যবহার ইত্যাদি এত পরিবর্তন হয়েছিল যে তিনি যেন এক একটি স্বতন্ত্র ব্যক্তিত্ব ধারণ করেছিলেন। কিন্তু যখনই তিনি আবার I.C. চরিত্রে ফিরে যাচ্ছিলেন তখন পূর্বে ধারণ করা চরিত্রকে অস্বীকার করছিলেন। অর্থাৎ সেইসব চরিত্রের কোন স্মৃতিই তার ছিল না। যখন তাকে জরুরি বিভাগে আনা হয়েছিল তখন তার ব্যক্তিত্বের এই পরিবর্তন একটা বিপদজনক মাত্রা ধারণ করেছিল। এবারে হাসপাতালে ভর্তি হওয়ার আগেও একবার তিনি আদালতের নির্দেশে প্রায় ১৮ মাস হাসপাতালে ভর্তি ছিলেন। সেই সময়কালটা তিনি অত্যন্ত নম্রভাবে কাটিয়েছিলেন, একটিও বিপদজনক আচরণ করেননি। কিন্তু এর আগে এমন দিনও গেছে যেদিন তিনি আত্মহত্যার চেষ্টা পর্যন্ত করেছে। আবার দেখা গেছে যে তিনি নিজের মুখের কাছে কোন একটি বস্তুকে গুলি ভর্তি বন্দুক ভেবে বাগিয়ে ধরেছেন। কোন নতুন শহরে হঠাৎ চলে যাবার পর তিনি মনে করতে পারছেন না যে কিভাবে তিনি এলেন। কিংবা হয়ত পরপর চার দিন কিছুই খাননি, অথচ তার মনে হল তিনি খেয়েছেন।

M.B. নামক একজন গবেষক, যিনি I.C.-র মধ্যে অনেকগুলো ব্যক্তিত্বের পরিচয় পেয়েছিলেন। Heather নামক এক কিশোর যে I.C.-কে ধ্বংস করতে চায়;

Joan যিনি একজন সমকামী এবং যৌনগতভাবে অত্যন্ত স্পর্শকাতর মহিলা। Gloria যিনি ওষুধের অসৎ ব্যবহারকারী। Alpha একজন অশরীরী সত্তা, যিনি সব কিছু নিয়ন্ত্রক হিসেবে এসে হাজির হতেন। এই চরিত্রগুলো পরস্পরকে এবং I.C. কে চিনতেন। কিন্তু I.C. এদের কাউকে চিনতেন না, তাঁর শুধু স্মৃতি বিচ্ছিন্ন হওয়ার মুহূর্তটুকু মনে থাকে। চরিত্রগুলোকে কখনো সম্মোহন দ্বারা আনা হতো, কখনো বা এরা নিজে থেকেই এসে হাজির হতো।

#### ৫.১.গ কিছু মনোবৈজ্ঞানিক পরীক্ষা:-

৫.১.গ.১. Weschler Adult Intelligence Test (WAIS-R)<sup>ix</sup>:--এই পরীক্ষায় দেখা যায় I.C. র মৌখিক IQ ছিল ১০৫। ওই পরীক্ষায় একটি সামাজিক ব্যাপার ছিল যেখানে এলোমেলো ছবিগুলোকে সাজানোটা ছিল কাজ। সেটাতে তিনি সর্বোচ্চ নম্বর হিসেবে পেলেন ১৭। আর একটা পরীক্ষা ছিল তথ্য সংগ্রহ মূলক, সেখানে তার প্রাপ্ত নম্বর ছিল ৮। এটা ছিল তার কাছে সর্বনিম্ন। এই দক্ষতা একজন ৩ বছর কলেজে পড়া মানুষের দক্ষতার অনেক নিচে।

#### ৫.১.গ.২. Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI)<sup>x</sup>--

এই পরীক্ষায় I.C. যে দক্ষতা দেখেছিলেন তা একটি বহু ব্যক্তিত্বজনিত রোগীর

সাথে সামঞ্জস্যপূর্ণ।<sup>xi</sup> এটি একটি ব্যাপকমাপের পরীক্ষা। বহু ব্যক্তিত্বজনিত রোগ শনাক্তকরণে যেসব পরীক্ষা ব্যবহার করা হয় এই পরীক্ষাটি তার সাথে সামঞ্জস্যপূর্ণ।

#### ৫.১.ঘ পরীক্ষা পদ্ধতি:—

একটি কলেজের নোটিশ বোর্ডে বিজ্ঞপ্তি টাঙিয়ে দেওয়া হয়েছিল। যেখানে I.C. কোন্ ধরনের স্মৃতিভ্রংশতায় ভুগছেন—সে বিষয়ে পরীক্ষা করার জন্য স্নাতক স্তরের ছাত্র-ছাত্রীদের অংশগ্রহণের কথা জানানো হয়। ছাত্র-ছাত্রীরা স্বতঃস্ফূর্তভাবে অংশগ্রহণ করেন। মাথাপিছু ৫ ডলার করে দেওয়া হয়। তাদের গড় বয়স ছিল ২৪.৩৫ অর্থাৎ ২০ থেকে ২৯ বছরের মধ্যে। ঐ সময় I.C.-র বয়স ছিল ২৫ বছর।

৫.১.ঙ পরীক্ষার উপাদান এবং নকশা:—পরীক্ষায় তিন রকমের সংকেত ব্যবহার করা হয়—

১.ঙ.১ অনিয়ন্ত্রিত সংকেত:—এখানে কতগুলো ইংরেজি শব্দ তাঁর কাছে দেওয়া হল। এবং তাকে বলা হল এই শব্দগুলোর সঙ্গে সম্পর্কিত তোমার জীবনের যেকোনো ঘটনা তুমি স্মরণ করো।

১.৬.২ নিয়ন্ত্রিত ১২:—এখানেও একই শব্দগুচ্ছ দেওয়া হবে, তবে তাকে বলা হবে এই শব্দগুলির সাথে সামঞ্জস্যপূর্ণ তার ১২ বছর বয়স অথবা ষষ্ঠ শ্রেণির আগেকার কোন ঘটনা স্মরণ করতে।

১.৬.৩— ১.৬.৪ নিয়ন্ত্রিত-১৩:—একই শব্দগুচ্ছ দেওয়া হবে, তবে তাকে বলা হবে এই শব্দগুলির সাথে সামঞ্জস্যপূর্ণ তার ১০ বছর বয়স অথবা চতুর্থ শ্রেণির আগেকার কোন ঘটনা স্মরণ করতে।

৫.১.৮ প্রথম শৈশবের স্মৃতি সম্পর্কে সমীক্ষা:—I.C.র প্রথম শৈশবকে আবিষ্কার করতে Mayman<sup>xii</sup> (১৯৬৮) নামক পরীক্ষা অনুসরণে তথ্য নেওয়া হয়। যাতে ৯টি সংকেত ব্যবহার করা হয়। এই ৯টি সংকেত ছিল চিকিৎসার ব্যাপারে প্রাসঙ্গিক। অংশগ্রহণকারী ব্যক্তিদের যা জিজ্ঞাসা করা হল তা নিম্নরূপ—

ক। শৈশবের সবচেয়ে পুরনো স্মৃতি?

খ। সবচেয়ে পুরনো স্মৃতির ঠিক পরের স্মৃতি কি?

গ। মাকে নিয়ে তার সবচেয়ে পুরনো স্মৃতি কি?

ঘ। মাকে নিয়ে তার সবচেয়ে পুরনো স্মৃতির ঠিক পরের স্মৃতি কি?

ঙ। পিতার সর্বপ্রথম স্মৃতি কি?

চ। পিতার সর্বপ্রথম স্মৃতির পরবর্তী স্মৃতি কি?

ছ। সর্বপ্রথম সুখের স্মৃতি কি?

জ। সবচেয়ে প্রাচীন দুঃখের স্মৃতি কি?

ঝ। সবচেয়ে প্রাচীন শৈশব স্মৃতি কি?

I.C. কে. Mayman task এর আত্মজীবনীমূলক স্মৃতির যে সংকেতগুলি অনিয়ন্ত্রিত শর্তে প্রদান করা হয় সেগুলি সম্পন্ন করার পরে এই প্রশ্নগুলি করা হয়।

**৫.১.ছ পরীক্ষা পদ্ধতি:**—পরীক্ষা শুরু থেকে বলে দেওয়া হয়েছে তারা তাঁর জীবনের প্রথম দিকের ঘটনা সমূহ জানতে আগ্রহী। তাকে বলা হয় যে একগুচ্ছ শব্দ তাঁকে জোরে জোরে পাঠ করে শোনানো হবে এবং তাঁকে এক মিনিট সময় দেওয়া হবে এ বিষয়ে কোনো স্মৃতির পুনরুদ্ধার করার জন্য। সেই সাথে তাঁকে ওই সংকেতের সাহায্যে তাঁর জীবনের কোন বিষয় স্মরণ করতে বলা হয়। প্রত্যেকটি সংকেত শোনানোর পর তাঁকে জিজ্ঞাসা করা হয় যে ঐরকম কোন ব্যাপার তাঁর শৈশবের ঘটেছে বলে তাঁর মনে পড়ছে কিনা। সেই সাথে থাকে আর বলে দেওয়া হয় যাতে কোন শোনা গল্প বা ছায়াছবির গল্প না বলে। একটা অডিও রেকর্ডারে তাঁর উত্তরগুলো রেকর্ড করে নেওয়া হচ্ছিল। একটা স্টপ ওয়াচ ব্যবহার করা হচ্ছে প্রত্যেকটা সংকেত শোনানোর কতক্ষণ পর সে উত্তর দিচ্ছিল—সেটা মাপার জন্য। দ্বিতীয় পর্বে আত্মজীবনীমূলক স্মৃতির অনিয়ন্ত্রিত স্তরের সংকেতগুলি উপস্থাপন করার সময় বলা হয় দ্বাদশ জন্মদিনের কিংবা ষষ্ঠ শ্রেণীতে করার

আগের কথা স্মরণ করতে। এবারের পরীক্ষায় এই শর্তটি আরোপ করার কারণ হলো এর আগে I.C. অনিয়ন্ত্রিত শর্তের পরীক্ষায় ১২ বছরের আগের কোনো ঘটনা স্মরণ করেননি। তৃতীয় পর্বে অনিয়ন্ত্রিত সংকেতগুলি উপস্থাপন করার পর তাকে বলা হয় ওই সংক্রান্ত ১০ বছর বয়সের আগে কোন স্মৃতি রোমন্থন করতে। এই পরীক্ষার প্রত্যেকটি পর্বে প্রত্যেকটি নিয়ন্ত্রিত দল অংশগ্রহণ করে।

#### ৫.১.জ ফলাফল:—

৫.১.জ.১ অনিয়ন্ত্রিত সঙ্কেতযুক্ত আত্মজীবনীমূলক স্মৃতির পরীক্ষাঃ—নিজের জীবনের তিনটি বিভিন্ন সময়কালের স্মরণযোগ্যতা এখানে পরীক্ষার ফলাফল তালিকা-১ এ দেখানো হয়েছে। সবচেয়ে সাম্প্রতিক ১ বছর আগের স্মৃতি, ১ বছরের বেশি কিন্তু ১০ বছরের কম আগেকার স্মৃতি, ১০ বছরেরও পুরনো স্মৃতি। Robinson<sup>xiii</sup> এর এই পরীক্ষায় যেসব নিয়ন্ত্রিত ব্যক্তি অংশগ্রহণ করেন তাদের স্মরণ-ক্ষমতা I.C. র তুলনায় বেশি বলে প্রমাণিত হয়। এক্ষেত্রে সাম্প্রতিক ১ বছর ও ২ বছরের পুরনো স্মৃতির উপর সকলেরই বেশি করে ঝোঁক দেখা যায়। Crovitz Schiffman<sup>xiv</sup> এর পরীক্ষায়ও দেখা যায় অনিয়ন্ত্রিত সঙ্কেতযুক্ত স্মৃতির পরীক্ষায় সাম্প্রতিকতম স্মৃতির প্রতিই ঝোঁক বেশি দেখা যায়। যারা নিয়ন্ত্রিত ব্যক্তি তাদের তুলনায় I.C.-র সাম্প্রতিকতম স্মৃতির প্রতি ঝোঁক বেশি দেখা যায়।

## ৫.১.জ.২ তালিকা-১

তিনটি বিভিন্ন প্রকার বয়সের মানুষদের স্মৃতির শতাংশে হিসাবঃ—

কোন বয়সের স্মৃতি	I.C.	Control group
১ বছর বা তার চেয়ে বেশি বয়সের	৬৬.৭	৪৪.৪
২ থেকে ৯ বছরের	২৯.২	১৯.১
১০ বছর বা তার থেকে কম	৪.১	৩৬.৫

লক্ষণীয়ঃ এখানে I.C. একজন বহু-ব্যক্তিত্ব-যুক্ত রোগী।

দ্বিতীয় তালিকায় স্মরণের বিষয়বস্তু, কার্যকলাপ এবং আবেগমূলক এই তিনপ্রকার ইঙ্গিত এবং তাদের পরিপ্রেক্ষিতে ব্যক্তির উত্তর প্রদানের বিরতির তুলনাকে তালিকার মাধ্যমে ফুটিয়ে তোলা হয়েছে। I.C. তার চেয়ে বয়সে ছোট ব্যক্তি যাদের Robinson তার পরীক্ষায় নিয়োগ করেছিলেন তাদের মতো আবেগপ্রবণ বিষয়ের প্রতি বেশি সাড়াপ্রবণ। কিন্তু এ বিষয়ে তার সমবয়সী ব্যক্তিদের তুলনায় তার দক্ষতা অপেক্ষাকৃত কম। পরীক্ষায় দেখা যায় I.C. প্রথম দুইপ্রকার ইঙ্গিতে বা উদ্দীপনার তুলনায় আবেগীয় উদ্দীপনায় বেশি সাড়া প্রদান করছে।



### ৫.১.জ.২. তালিকা-২

বিভিন্ন প্রকার উদ্দীপকের পরিপ্রেক্ষিতে তাতে সাড়া দেওয়া এবং তার জন্য প্রয়োজনীয় সময়ের তালিকা নীচে দেওয়া হল:—

Type of cue	I.C.	Control group
<b>Objects</b>		
Age <sup>b</sup>	30.0	85.3
Latency <sup>c</sup>	12.5	5.8
<b>Activity</b>		
Age	12.0	93.4
Latency	12.5	9.1
<b>Affect</b>		
Age	2.0	87.3
Latency	7.5	9.6

### ৫.১.জ.৩ তালিকা-৩ এ আত্মজীবনীমূলক স্মৃতিঃ—

Robinson (1976) এর এই পরীক্ষায় যারা অংশগ্রহণ করেন তাদের তিনটি পৃথক বয়সের বিভাগ করা হয়েছে—ক। বহু-ব্যক্তিত্ব জনিত রোগে বিভিন্ন ব্যক্তিত্ব যে আসলে স্মৃতির ধারাবাহিকতা সেটা অনেকাংশ বোঝানো গিয়েছে। দেখা গেছে বিশেষ কোন ভীতি-জনক ঘটনার ফলে ঐ সময়ের আগের সময় থেকে মানুষের

ব্যক্তিত্ব বিচ্ছিন্ন হয়ে পড়ে। আর ব্যক্তিত্ব বিচ্ছিন্ন হওয়াটা আমরা বুঝতে পারি স্মৃতি সংক্রান্ত পরীক্ষার দ্বারা। ব্যক্তির মনের বিশেষ ভীতিজনক অবস্থাই তাকে তার পূর্ববর্তী ব্যক্তিত্ব তথা স্মৃতি থেকে বিচ্ছিন্ন করেছে। শুধু স্মৃতি কখনও মানুষের ব্যক্তিত্ব গঠন করতে পারে না, কারণ স্মৃতি ধারণ ক্ষমতা মানুষের থেকে যন্ত্রের অনেক বেশি। তাই স্মৃতির সাথে যুক্ত থাকে মানুষের আবেগ। এই আবেগ স্মৃতিময় ব্যক্তিত্ব গঠনে ইতিবাচক ও নেতিবাচক উভয় প্রকার ভূমিকা রাখে। স্মৃতি ও আবেগের উদ্ভেদে থাকে একটি নিয়ন্ত্রক শক্তি। এই নিয়ন্ত্রক শক্তিকেই আমরা বা নিজত্ব বা ব্যক্তিত্ব বলা হয়।

## ৫.২. স্ট্রোক পরবর্তী জীবনের ব্যক্তিত্বের পরিবর্তন

৫.২.১ কিছু প্রাথমিক পর্যবেক্ষণ লব্ধ অভিজ্ঞতার বিশ্লেষণ--স্ট্রোক বা হার্ট অ্যাটাক মারাত্মক একটি রোগ। এই রোগ হলে মানুষ যে কেবলমাত্র শারীরিক দিক থেকে হীনবল এবং বিকারগ্রস্ত হন তা নয় বরং এর দ্বারা রোগীর আচার ব্যবহার এবং অন্যান্য মানসিক ব্যাপারগুলিও অর্থাৎ সম্পূর্ণ ব্যক্তিত্বের মধ্যেই একটা পরিবর্তন লক্ষ করা যায়। এই পরিবর্তন বোঝার জন্য একটি নিবন্ধের<sup>xv</sup> সাহায্য নেওয়া হয়েছে। এখানে পর্যবেক্ষণের সাহায্যে স্ট্রোকের পরবর্তী কালে রোগীর ব্যক্তিত্বের

যে পরিবর্তন এবং পরিচর্যাকারীদের উপর ঐ পরিবর্তনজনিত যে প্রভাব সেগুলির পর্যালোচনা করা হয়েছে।

**৫.২.২ পর্যবেক্ষণ পদ্ধতিঃ**--এখানে যেসব রোগীরা একাধিকবার হৃদরোগাক্রান্ত হয়ে হাসপাতালে ভর্তি হয়েছিলেন তাদেরকে নির্বাচিত করা হয়। যারা রোগীর সেবা-শুশ্রূষা করেন তাদের জন্য একটা বিশেষ প্রশ্ন তালিকা তৈরি করা হয় ঐ প্রশ্নসমূহ তাদের কাছে স্ট্রোক হওয়ার নয় মাস পর জিজ্ঞাসা করা হয়। তাদেরকে এই প্রশ্নগুলি করার মাধ্যমে ওই রোগীর হৃদরোগ আক্রান্ত হওয়ার আগে ও পরে যে ব্যক্তিত্ব তারা লক্ষ্য করেছেন সেটা অনুধাবন করার জন্যই করা হয়েছে। ব্যক্তিত্বের পরিবর্তনের সূচক নির্ধারিত হয় শুশ্রূষাকারীদের দেওয়া উত্তরের ভিত্তিতে এবং রোগীর বিভিন্ন ক্ষেত্রে নেওয়া সাক্ষাৎকার বা পরীক্ষাগুলির ফলাফলের উপর ভিত্তি করে। যেমন--হাসপাতালের সূচক অনুসারে anxiety ও depression এর তীব্রতা, stroke এর শ্রেণীবিন্যাস, মনোরোগ বিষয়ক একটি সাক্ষাৎকার, এখনও যে শারীরিক অক্ষমতা অবশিষ্ট আছে এবং Computed Tomography<sup>xvi</sup> তে যে ক্ষত আছে (CT) সেসবের উপর নির্ভর করেই করা হয়েছে।

**৫.২.৩ ফলাফলঃ**--৩৫ জন হৃদরোগ আক্রান্ত রোগীর শুশ্রূষাকারী এই পরীক্ষায় অংশগ্রহণ করেন। তারা তাদের রোগীদের ব্যক্তিত্বের পরিবর্তনের যে বিবরণ

দিয়েছেন তার মধ্যে আছে ধৈর্য কমে যাওয়া, হতাশা বেড়ে যাওয়া, আত্মবিশ্বাস কমে যাওয়া, অসন্তোষ বেড়ে যাওয়া এবং তাদের সহজ বা স্বাভাবিক আচরণের অভাব বৃদ্ধি পাওয়া। পরিচর্যাকারীদের দেওয়া তথ্য অনুসারে খুব অল্প ক্ষেত্রেই রোগীর ব্যক্তিত্বের পরিবর্তন ইতিবাচক হতে দেখা যায়। সাক্ষাৎকার গ্রহণকারীদের দেওয়া তথ্য অনুসারে রোগীদের হতাশা বা উদ্বেগের সাথে ব্যক্তিত্বের পরিবর্তনের একটা গভীর সম্বন্ধ আছে, কিন্তু সেই তথ্য যদি রোগী নিজেই প্রদান করেন তখন এতখানি সাদৃশ্য পাওয়া যায় না। আবার এমনটাও দেখা যায় যে ব্যক্তিত্বের পরিবর্তনের সাথে পরিচর্যাকারীদের যে মানসিক ব্যাধি এবং রোগীর অক্ষমতার সম্পর্ক পাওয়া যায়। যদিও CT lesion এর যে বৈশিষ্ট্য তার থেকে ব্যক্তিত্বের পরিবর্তনের সাথে স্ট্রোক পরবর্তী অবস্থার সম্পর্ক আবক্ষার করা যায় না।

**৫.২.৪ সিদ্ধান্ত:**--শুশ্রূষাকারীরা সাধারণতঃ হৃদরোগাক্রান্ত রোগীদের ব্যক্তিত্বের যে পরিবর্তন লক্ষ্য করেছেন সেই পরিবর্তন মূলতঃ শুশ্রূষাকারীদের যে নিজ নিজ বর্ণনা মাফিক যে নিজ মানসিক কষ্ট--তার সাথে সম্পর্কযুক্ত। শুশ্রূষাকারীরা 'ব্যক্তিত্বের পরিবর্তন' বলতে ঠিক কী বুঝিয়েছেন সে সম্বন্ধে আরও গবেষণা করা প্রয়োজন। যে পরিবর্তন প্রত্যক্ষ পাওয়া গেছে তার মুখ্য কারণ কি সে বিষয়ে আরও গবেষণা প্রয়োজন।

৫.২.৫ গবেষণার প্রাথমিক উদ্দেশ্য--পরিচর্যাকারীদের দ্বারা বর্ণিত রোগীদের মধ্যে যে ব্যক্তিত্বের পরিবর্তন তাকে শ্রেণীবিন্যস্ত করা, ব্যক্তিত্বের যে পরিবর্তন তা রোগী ও তার সুশ্রম্ণাকারীদের depression ও anxiety-র সাথে কতখানি সম্বন্ধযুক্ত-তা পরীক্ষা করে দেখা এবং সেই সাথে সাথে ব্যক্তিত্বের পরিবর্তনের সাথে স্ট্রোকের প্রথম দিকের যে তীব্রতা তাও পরীক্ষা করে দেখা। যে অক্ষমতা অবশিষ্ট থাকে সেগুলো এবং স্ট্রোকের যে বিভিন্ন শ্রেণীবিভাগ আর স্ট্রোকের ফলে যে ক্ষয়ক্ষতিগুলি দেখা যায় সেগুলির সাথে ব্যক্তিত্বের পরিবর্তনের যে সম্পর্ক তাও পরীক্ষা করা করা হয়েছে।

৫.২.৬ পদ্ধতি:--শিক্ষাব্যবস্থা বা পাঠ্যক্রমযুক্ত যে হাসপাতাল, সেখান থেকে যে সমস্ত স্ট্রোক-আক্রান্ত রোগীদের উপর দীর্ঘদিন ধরে পর্যবেক্ষণ করা হয়েছে তাদেরকে এই পরীক্ষার জন্য নেওয়া হয়েছে। এরপরেই যে স্ট্রোকের রোগী সদ্য হৃদরোগাক্রান্ত হয়েছেন এবং সেই রোগ বিষয়ে কোন চিকিৎসক দ্বারা নিশ্চিত হয়েই তাকে তৎপরবর্তী পরীক্ষণ পাত্র হিসেবে নিয়োগ করা হয়েছে। স্ট্রোকের একমাস পরে, যে সমস্ত রোগীদের dementia (স্মৃতিভ্রংশতা) পূর্বজ্ঞাত তাদের নেওয়া হয়। তাদের মধ্য থেকে শুধুমাত্র সেইসব রোগীদের মনোবিদ-গবেষকদের দ্বারা বাদ দেওয়া হয় যাদের stroke মারাত্মক ছিল (মৃত্যুর সম্ভাবনা প্রবল ছিল)। এই পরীক্ষণের পর যে সমস্ত রোগী ১০ এ ৮ পেয়েছেন তাদেরকেই নির্বাচিত করা হবে। কিন্তু যেসব রোগী একা থাকেন বা যাদের শুশ্রম্ণাকারীরা গবেষকদের

সাথে যোগাযোগ নেই তাদের বাদ দেওয়া হয়। ষ্ট্রোকের নয়মাস পরে, রোগী এবং তাদের সাথে থাকা গুরুত্বাকারীদের জিজ্ঞাসা করা হয় যে তারা এই গবেষণায় অংশগ্রহণ করতে রাজী আছেন কিনা। পূর্ববর্তীকালে ষ্ট্রোক হওয়া সেইসব রোগীদের এই পরীক্ষণে নেওয়া হয় যাদের রোগ-পরবর্তীকালে ব্যক্তিত্বের পরিবর্তন সংক্রান্ত পরীক্ষায় অংশগ্রহণ করতে সম্মতি আছে। রোগীদের সাক্ষাৎকার নেওয়া হয় তাদের প্রত্যেকের নিজ নিজ বাড়িতে গিয়ে।

**৫.২.৭ রোগীর পরিজনদের থেকে প্রাপ্ত তথ্যের পরিমাপ:**--এই পরীক্ষায় মূলতঃ রোগীর আত্মীয়-স্বজন প্রদত্ত তথ্যের সাহায্যে ব্যক্তিত্বের যে পরিবর্তন তা' নির্ধারণ করার প্রচেষ্টা করা হয়েছে। যেহেতু স্নায়ুবিদ্যাসম্মত কোন প্রামাণ্য মাপকাঠি নেই যার সাহায্যে ব্যক্তিত্ব পরিবর্তন সম্ভব, তাই সে ক্ষেত্রে রোগীর আত্মীয়-স্বজনদের বিভিন্ন বিষয়ে প্রশ্ন করে করে ব্যক্তিত্বের পরিবর্তন বিষয়ে ধারণা পাওয়ার চেষ্টা করা হয়েছে। এর জন্য ব্যক্তিত্বের পরিবর্তন বিষয়ক কুড়িটা বিষয়ের উপর প্রশ্ন রাখা হয় যেগুলি Tyerman এবং Humphrey<sup>xvii</sup> কতৃক উদ্ভাবিত। তাতে Brooks এবং McKinlay<sup>xviii</sup> এরও কিছু সংযোজন আছে।

রোগীর পরিজনেরা রোগীর ব্যক্তিত্বের পরিবর্তনকে বর্ণনা করার জন্য ৩০ রকম বর্ণনামূলক বিশেষণ প্রয়োগ করেন, উদাহরণস্বরূপ বলা যায় ক্লান্ত, ত্রুন্দ, সংবেদনশীল ইত্যাদি। আত্মীয়স্বজনরা এগুলো নিজে থেকেই বলেছিলেন।

প্রত্যেকটি বিশেষণের ক্ষেত্রে পরিজনদের জিজ্ঞাসা করা হচ্ছিল ওই বিশেষণটি স্ট্রোকের আগে কেমন ছিল আর পরে কেমন হয়েছে বলে তারা দেখেছেন। তাদের উত্তরগুলো মূলতঃ এরকম ছিল—‘ভীষণভাবে অসমর্থন করি’, ‘অসমর্থন করি না’, ‘সমর্থন করি না’, ‘অসমর্থন করি’, ‘সমর্থন করি’, ‘গভীরভাবে সমর্থন করি’,-- এইসব পরিমাপগুলো গ্রহণ করা হয় ব্যক্তিত্ব নির্ণয়ের নির্দিষ্ট প্রশ্ন হিসাবে। হাসপাতালে থাকার জন্য যে উদ্বেগ ও দুশ্চিন্তা সেই সম্পর্কে প্রশ্ন করে পরিচর্যাকারীদের যে মানসিক কষ্ট তা পরিমাপ করা হয়। এই পদ্ধতি চিকিৎসা ক্ষেত্রে এবং সুস্থ মানুষের দুশ্চিন্তা এবং উদ্বেগের পরিমাপের জন্য বহুল ব্যবহৃত।

**৫.২.৮ রোগীদের থেকে প্রাপ্ত তথ্যভিত্তিক পরিমাপ:**--রোগীকে যখন প্রথম হাসপাতালে ভর্তি করা হয় তখন তার স্ট্রোকের তীব্রতা পরিমাপ করা হয় NIH<sup>xix</sup> স্কেল (অর্থাৎ National Institute of Health)-এর পরিমাপ অনুসারে, আর OCSP<sup>xx</sup> (বা Oxford Community Stroke Project) অনুসারে তাকে শ্রেণীবিন্যস্ত করা হয়। নিয়মানুসারে যেখানে সম্ভব সেখানে স্ট্রোকের দুদিনের মধ্যে মস্তিষ্কের CT (বা Computed Tomography) এবং পরিবর্তিত ব্যক্তিত্বের ব্যাখ্যা অনেকটা অক্ষভাবে করা হয়। স্ট্রোকের ন'মাস পর Barthel Index<sup>xxi</sup> এর সাহায্যে অথবা Nottingham<sup>xxii</sup> এর পদ্ধতির EDAL<sup>xxiii</sup> (বা Daily living Scale)-এর সাহায্যে—পরিচর্যাকারীদের দেওয়া রোগীর ব্যক্তিত্ব পরিবর্তনের রিপোর্ট, অবশিষ্ট অক্ষমতা ইত্যাদি পরিমাপ করা হয়। রোগীদের মধ্যে যে

‘মানসিক ব্যাধি’ তা একটি পরিকাঠামোবদ্ধ চিকিৎসা সংক্রান্ত সাক্ষাৎকারের মাধ্যমে পরিমাপ করা হয় যার নাম Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder (DSMV-IV) (SCID<sup>xxiv</sup>)। এই পদ্ধতির চতুর্থ সংস্করণ (DSMV-IV) অনুসরণ করে এই পরীক্ষা করা, রোগ নির্ণয় করা এবং তার শ্রেণীবিন্যাস করা হয় এবং মানসিক চাপকেও পরিমাপ করা হয়। স্ট্রোকের ৯ মাস পরে যে Antidepressant-এর ওষুধ দেওয়া হয় সেটাও নথিভুক্ত করা হয়।

**৫.২.৯ বিশ্লেষণ**—ব্যক্তিত্বের যেসব মানসিক বৃত্তিগুলির উপর পরীক্ষা করা হবে সেইসব বৃত্তিগুলি সম্বন্ধে পরীক্ষাপাত্রের পরিচর্যাকারীদের দেওয়া তথ্য অনুসারে সেই পরীক্ষার আগে ও পরে তাদের যে রেট তা বিয়োগ করে সেই বিষয় সম্পর্কে একটি স্কোর দেওয়া হয়। যেখানে দেখা যায় পরিবর্তন হয়েছে বলে পরিচর্যাকারীদের দৃঢ় বিশ্বাস সেখানে স্কোর ০, যেখানে কেবল সহমত আছে সেখানে স্কোর ১, যেখানে সহমত বা বিমত কোনটাই নেই সেখানে স্কোর ২, যেখানে বৈমত্য দেখা যায় সেখানে স্কোর ৩, যেখানে দৃঢ়ভাবে বৈমত্য সেখানে স্কোর ৪ দেওয়া হয়েছে। ১২টি বিপরীতমুখী বৃত্তি আছে যেমন—বিরক্তি, অসুখী ভাব, ক্লান্তি, অবসন্নতা, অসন্তুষ্টি, খিটখিটে, অযৌক্তিক, তীক্ষ্ণ মেজাজ, উগ্রতা, প্রত্যাহার (মত বদলে ফেলা), ব্যবহারহীনতা, অর্থহীনতা ইত্যাদি বিষয়গুলিকে ব্যক্তিত্ব পরিবর্তনের নেতিবাচক দিক বলা হয়। এইভাবে পাওয়া ৩০ টি বৃত্তি থেকে যে স্কোরগুলি পাওয়া যায় তাদের উপর নির্ভর করে একটি সামগ্রিক ব্যক্তিত্ব



পরিবর্তন নির্ধারণ করা। CT পরীক্ষার ফলের নিরীখে বৃতিগুলির স্ট্রোকের আগে ও পরে যে পরিবর্তন তার গড় তৈরি করে দেখা হয় যদি স্কোর .৫ এর থেকে বেশি হয় তাহলে বলা হয় যে তার ব্যক্তিত্বের পরিবর্তন ঘটেছে। এই বিশ্লেষণ তিনটি স্তরে করা হয়। প্রথমত, গুশ্চাকারীরা কোন মানসিক ব্যাপারের ক্ষেত্রে স্ট্রোকের পূর্ববর্তী এবং পরবর্তী যে পারদর্শিতার মান বর্ণনা করেন, তা থেকে দেখা যায় যে এই দুটি অবস্থায় ঐ পরীক্ষায় প্রাপ্ত যে গড় মান (Confidence Interval CI) তা ৯৫%। এই পার্থক্য নির্ধারণ করা হয় বিভিন্ন পরীক্ষার মাধ্যমে। এখানে উল্লেখ করা হয় রোগীর বয়স, স্ট্রোকের তীব্রতা, স্ট্রোকের পরে তার অক্ষমতার পরিমাণ এবং তার পরিচর্যাকারীর যে মানসিক চাপ ইত্যাদি। মস্তিষ্কের CT lesion থেকে মস্তিষ্কের যে ক্ষতের বিভিন্ন চিত্র পাওয়া যায় তাকে পরীক্ষা করা হয়।

**৫.২.১০ রোগী ও তাদের পরিজনদ নিরবাচনের শর্তঃ—**১৩ মাসের মধ্যে মোট ১২১ জন রোগীর সাথে যোগাযোগ করা হয়। ১নং চিত্রে দেখানো হয়েছে যাদের নেওয়া হয়েছে বা যাদের বাদ দেওয়া হয়েছে তাদের নেওয়া বা বাদ দেওয়ার কারণগুলো বর্ণনা করা হয়েছে—

১২১ জনকে পরপর বেছে নেওয়া হয়, যাদের সাথে যোগাযোগ করা সম্ভব এবং যাদের কোন মারাত্মক জ্ঞানভিত্তিক সমস্যা নেই।



১ জন রোগী মারা যান

১৮ জন রোগী মানসিক সামর্থের পরীক্ষায় ১০ এ ৮ এরও কম পান

৪ জন রোগী খুবই অসুস্থ

১ স্থানান্তরিত হন ও ৬ জন পরীক্ষায় অংশ নিতে রাজী হননি।

একমাস পরে ৯১ জন রোগী পরীক্ষার জন্য সম্মত হন



৯ মাসের মাথায়—২ জন রোগী মারা যান,

৪ জন রোগী খুব অসুস্থ থাকেন,

২ জন রোগী অংশগ্রহণ করতে অসম্মত হন

২ জন রোগী আমন্ত্রণে সাড়া দেননি

৯ মাস পর ৮১ জন রোগী পরীক্ষায় অংশগ্রহণের জন্য নাম নতিভুক্ত করা হয়



৩১ জন রোগী একা থাকেন
১ জনের পরিজন স্মৃতিভ্রংশতার কারণে সংযোগ রক্ষায় অসমর্থ হন
১২ জনের পরিজন কোন উত্তর দেয়নি
২ জনের পরিজনের উত্তর অসম্পূর্ণ

৩৫ জন রোগী ও তাদের পরিজন পাওয়া যায় যারা পরীক্ষণের জন্য উপযুক্ত

১ নং চিত্রঃ যেখানে পরীক্ষায় রোগীদের নির্বাচন এবং অনুপযুক্তদের বাদ দেওয়ার পরিসংখ্যান দেওয়া হয়েছে। এই পরীক্ষা করা হয় স্ট্রোক হওয়ার পর গড়ে ২৭২ দিনের মাথায় (অর্থাৎ স্ট্রোক হওয়ার ২২৩ থেকে ৩৬৭ দিনের মধ্যে)। মোট ৮১ জনের পরীক্ষা নেওয়া হয়। সেখান থেকে বাদ দেওয়ার পর মোট ৩৫ জন রোগী ও তাদের পরিজনদের পরীক্ষার জন্য সর্ব বিষয়ে প্রস্তুত রূপে গণ্য করা হয়। সবচেয়ে বেশী সংখ্যক রোগী (মোট ৩১ জন) বাদ দেওয়ার কারণ হল তারা একা থাকেন বলে অথবা তাদের পরিজনেরা পরীক্ষায় অংশগ্রহণের আমন্ত্রণে কোন সাড়া দেননি। যারা অংশগ্রহণ করেছিলেন তাদের সংখ্যাগত বৈশিষ্ট্য, আবেগীয় অসামঞ্জস্য, বিভিন্ন প্রকার অক্ষমতা ইত্যাদি নিয়ে যারা পরীক্ষায় অংশগ্রহণ করেন এবং যারা অংশগ্রহণ করেননি তাও ১ নং চিত্রে দেখানো হয়েছে। যারা পরীক্ষার

পাত্র তাদের মধ্যে বেশীরভাগ ছিলেন পুরুষ (৬৮%), যারা পরিচর্যাকারী তাদের মধ্যে বেশীরভাগ ছিলেন মহিলা (৬৮%)। স্ট্রোকের যে তীব্রতা তা সর্বোপরি মৃদু ছিল, স্ট্রোকের গড় NIA এর মান ছিল ৩, আর ৯ মাসের মাথায় Barthel score ছিল ১৯।

৫.২.১১ ব্যক্তিত্বের পরিবর্তন—২ নং ও ৩ নং ছবিদুটি<sup>xxv</sup> থেকে দেখা যায় যে রোগীর পরিচর্যাকারীদের তথ্য অনুসারে স্ট্রোকের আগে ও স্ট্রোকের ৯ মাস পরে রোগীর আত্মীয়দের যে ব্যক্তিত্বের পরিবর্তন সেই পরিবর্তনের আকার অনুসারে তাদের পরপর সাজানো হয়েছে। বোঝার সুবিধার জন্য ব্যক্তিত্বের ইতিবাচক ও নেতিবাচক পরিবর্তনকে পৃথকভাবে দেখানো হয়েছে। অর্ধেকেরও বেশী ক্ষেত্রে স্ট্রোকের আগে ও পরের পরিবর্তন পৃথকভাবে উল্লেখ করা হয়েছে। চিত্রে তাদের asterisk দ্বারা চিহ্নিত করা হয়েছে<sup>xxvi</sup>। প্রতিটি মানসিক ব্যাপারের ক্ষেত্রে বিশ্লেষণের মাধ্যমে দেখানোর চেষ্টা করা হয়েছে ঐ মানসিক ব্যাপারটি স্ট্রোকের আগে যা ছিল পরে তার থেকে কমেছে, বেড়েছে না কি একই থেকে গেছে (তালিকা ২)<sup>xxvii</sup>। এই তালিকায় যদিও বেশীরভাগ পরিচর্যাকারীরা নেতিবাচক পরিবর্তনের কথা বলেছেন তথাপি কয়েকজন পরিচর্যাকারী ইতিবাচক পরিবর্তনের কথাও বলেছেন। উদাহরণস্বরূপ বলা যায়—তিনজন পরিচর্যাকারী বলেছেন যে

তাদের আত্মীয়ের আগের থেকে অযৌক্তিকতা কমেছে, অর্থাৎ তারা অনেকখানি যুক্তি-নির্ভর হয়েছে।

৫.২.১২ রোগী ও তাদের পরিচর্যাকারীদের আবেগীয় অসামঞ্জস্যতাঃ—একটি সুসংগঠিত চিকিৎসা গবেষণায় দেখা যায় যে প্রায় ১১ শতাংশ রোগী গভীর হতাশাগ্রস্ত, ১৭ শতাংশ রোগীর মধ্যে মৃদু হতাশা আর ১৭ শতাংশ রোগীর মধ্যে সাধারণ উদ্বেগ। এদের মধ্যে কেবল একজন রোগী অবসাদ-নিরাময়কারী কোন ওষুধ সেবন করছিলেন (সায়াকিকায় স্নায়বিক বেদনা উপশমকারী)। একজন রোগী অল্প মাত্রার ঘুমের ওষুধ সেবন করতেন agoraphobia<sup>xxviii</sup> (শূন্য দেশে ভয়জনিত রোগ)-এর কারণে। পরিসংখ্যানে দেখা যায় যে ১৪ শতাংশ রোগী মাঝারি পর্যায়ের উদ্বেগ ও হতাশাগ্রস্ত। অপরদিকে ৫৭ শতাংশেরও বেশী রোগীর হতাশাগ্রস্ততা ও উদ্ভিন্নতা আরও তীব্র।

৫.২.১৩ ব্যক্তিত্ব পরিবর্তনের সাথে মানসিক অবস্থাসমূহের সম্পর্কঃ—

৫.২.১৩.১ রোগীদের মধ্যে আবেগের অসামঞ্জস্যঃ—আবেগীয় অসামঞ্জস্যের সাথে সম্পূর্ণ ব্যক্তিত্ব পরিবর্তনের কোন সঙ্গতি লক্ষ করা যায়নি। অর্থাৎ আবেগীয়

অসামঞ্জস্যতা থেকে ব্যক্তিত্ব পরিবর্তন বোঝার থেকে রোগীদের সাথে সাক্ষাৎকারের মাধ্যমে ব্যক্তিত্ব পরিবর্তন বেশী বোঝা যায়।

**৫.২.১৩.২ পরিচর্যাকারীদের থেকে পাওয়া আবেগীয় অসামঞ্জস্যঃ—**পরিচর্যাকারীরা রোগীদের মধ্যে যে আবেগীয় অসামঞ্জস্যের কথা বলেন তার সাথে পরীক্ষণ বা পর্যবেক্ষণের ফলাফলের সঙ্গতি দেখা যায়।

**৫.২.১৩.৩ শারীরিক অক্ষমতা, স্ট্রোকের তীব্রতা এবং স্ট্রোকের শ্রেণীবিন্যাসঃ—** স্ট্রোক পরবর্তী যে শারীরিক অক্ষমতা তার সাথে ব্যক্তিত্বের পরিবর্তনের একটা সম্বন্ধ পরিলক্ষিত হয়। স্ট্রোকের বিভিন্ন শ্রেণীবিন্যাসের সাথেও ব্যক্তিত্ব পরিবর্তনের সম্বন্ধ আছে। বিভিন্ন প্রকার স্ট্রোকগুলি হল—total anterior circulation stroke (TACS), posterior circulation stroke (PACS) এবং lacunar stroke (LACS)<sup>xxix</sup>।

**৫.২.১৩.৪ Stroke এর ক্ষতের বৈশিষ্ট্যঃ—**অংশগ্রহণকারী রোগীদের মধ্যে ৯১ শতাংশ রোগীদের brain CT করানো হয়েছিল। স্ট্রোকের প্রায় ৩৯ ঘণ্টা পরে এই পরীক্ষা করা হয়েছিল। ৫২ শতাংশ রোগীর ক্ষেত্রে বিনষ্ট কলা দেখতে পাওয়া

গেছে, কিন্তু ৩৯ শতাংশের ক্ষেত্রেও বিনষ্ট কলা দেখতে পাওয়া যায় না। ১৩ শতাংশ লোকের প্রাথমিক মস্তিষ্ক আঘাত দেখতে পাওয়া যায়। দেখা যায় ৩৪ শতাংশ লোকের ক্ষেত্রে পুরানো বিনষ্ট কলা দেখা যায়, আর ৪ শতাংশ মানুষের পুরানো স্ট্রোক দেখা যায়। অর্থাৎ ব্যক্তিত্বের পরিবর্তনের সাথে মস্তিষ্ক ক্ষতের, বিনষ্ট কলার, বা brain hemorrhage এর কোন সন্তোষজনক সম্বন্ধ পাওয়া যায় না।

**৫.২.১৪ পর্যালোচনাঃ**—এই গবেষণায় দেখা গেছে স্ট্রোকের ফলে রোগীর ব্যক্তিত্ব যে পরিবর্তিত হয় সেটা তাদের পরিচর্যাকারীদের কাছে ধরা পড়ে। গবেষণায় পরিচর্যাকারীরা বেশীরভাগ রোগীর ক্ষেত্রে নেতিবাচক পরিবর্তন লক্ষ করেছেন, যেমন—হতাশা, অসন্তোষ, অসুখ, উদ্ভিগ্নতা, স্থবিরতা, অধীনতা এবং সহজগামীতা। যাইহোক, কিছু রোগীর ক্ষেত্রে কিছু ইতিবাচক দিকও লক্ষ করা যায়, যেমন—তাদের কোন কোন রোগীর হয়ত ক্রোধ বা অযৌক্তিকতা কমে যেতে পারে। সাক্ষাৎকারের দ্বারা রোগীর যে মানসিক কষ্টের পরিমাপ পাওয়া যায় (রোগীদের দ্বারা প্রদত্ত নয়) তার ভিত্তিতে তাদের ব্যক্তিত্বের পরিবর্তন পরিমাপ করা হয়। রোগীদের মধ্যে যে মানসিক কষ্ট তার সাথে রোগীর মধ্যে যে বৃহত্তর ব্যক্তিত্বের পরিবর্তন—তাদের মধ্যে একটা সম্পর্ক পাওয়া যায়। স্ট্রোকের রোগীর পরিচর্যাকারীরা সবচেয়ে বেশী এবং সবচেয়ে স্থায়ী যে অভিযোগ রোগীর সম্বন্ধে

করেন তা হল—রোগীর ব্যক্তিত্বের পরিবর্তন, বিশেষ করে সেই পরিবর্তনগুলি যেগুলিতে জীববিদ্যাসম্মত লক্ষণসমূহ প্রকট, যেমন—আবেগপ্রবণতা, অনিয়ন্ত্রিত ক্রোধ ইত্যাদি ব্যাপারগুলি সুপ্রতিষ্ঠিত। ব্যক্তিত্বের পরিবর্তন মানুষের মানসিক ব্যাধি—যেমন জ্ঞানীয় প্রক্রিয়া, আবেগের প্রকাশ এবং আচরণে পরিবর্তন আনে, বিশেষ করে মস্তিষ্কের ক্ষতের ফলাফল হিসাবে—এবং পরিচর্যাকারীদের নিজস্ব ব্যাপারগুলিও বিশেষ করে—তাদের নিজস্ব মানসিক চাপ, ব্যক্তিত্ব এবং জীবনের পরিস্থিতিও রোগীর ব্যক্তিত্বের পরিবর্তনে প্রভাব ফেলে। যেহেতু পরিচর্যাকারীদের মানসিক অবস্থার উপর রোগীর ব্যক্তিত্বের পরিবর্তনের পর্যবেক্ষিত মাত্রা নির্ভর করে তাই তাদের দ্বারা বর্ণিত ব্যক্তিত্বের পরিবর্তনের পরিমাপে সন্দেহ থেকে যায়। পরিচর্যাকারীরা যে ‘ব্যক্তিত্বের পরিবর্তন’ এর বর্ণনা দিয়েছেন তার পরিমাপ করা কঠিন কাজ, তা শুধু এই জন্য নয় যে বিভিন্ন ব্যাপারে নানা জনের নানা মত থাকে, বরং তার অংশতঃ কারণ হল এই ব্যাপারটি সহজাতভাবেই ভিন্নধর্মী। যদিও এই পর্যবেক্ষণ সেইসব রোগীদের নিয়ে করা হয় যাদের স্মৃতি-ভ্রংশতা, মস্তিষ্কে রক্তক্ষরণ এবং মস্তিষ্কে আঘাতের মত রোগ থাকে তা সত্ত্বেও ischaemic stroke research<sup>xxx</sup>-এর ক্ষেত্রে যথেষ্ট অবহেলা দেখা যায়।

এই ischaemic stroke এর আগে বা পরে তাদের মধ্যে যে ব্যক্তিত্বের পরিবর্তন পরিজনের কাছ থেকে পাওয়া তথ্য থেকে কোন রকম গবেষণা করা হয়নি।



ব্যক্তিত্বের পরিবর্তন দেখা যায় ৪২ শতাংশ এবং ৩৫ শতাংশ ক্ষেত্রে বিরক্তিকর ব্যবহার দেখা যায়। অপর একটি গবেষণায় দেখা যায় ৬ টি অনির্দিষ্ট নেতিবাচক ব্যক্তিত্ব বৈশিষ্ট্যে (ব্যক্তির মন্দ গুণ)-এর ক্ষেত্রে বৃদ্ধিমুখী পরিবর্তন দেখা যায়, আর ২ টি ইতিবাচক ব্যক্তিত্ব বৈশিষ্ট্যে (ব্যক্তির ভালো গুণ)-এর ক্ষেত্রে হ্রাসমুখী পরিবর্তন দেখা যায়। আরও কিছু গবেষণায় দেখা যায় যে স্ট্রোকের পরবর্তীকালে ব্যক্তিত্বের পরিবর্তনের কথা দেখা গেলেও সেইসব ক্ষেত্রগুলিতে স্ট্রোকের পূর্ববর্তী ব্যক্তিত্বের কোন মূল্যায়ন পাওয়া যায় না। Anderson et al<sup>xxxix</sup> এ স্ট্রোকের এক বছর পর একগুচ্ছ অস্বাভাবিক আচরণের কথা পাওয়া যায়, যেমন—অস্বীকার (withdrawal) (৪৯%), বিরক্তি (৪৯%), বিরূপ ধারণা (৩৫%), অননুমানযোগ্যতা (৩৫%), অভদ্রতা (২৩%), অস্বাভাবিক আচরণ (১৭%)। একইভাবে Bogousslavsky<sup>xxxix</sup>-র বিবরণ অনুসারে ৩০০ জন স্ট্রোকের রোগীর উপর করা পরীক্ষা থেকে প্রাপ্ত বিবরণ থেকেও বিভিন্ন প্রকার আচরণের উল্লেখ পাওয়া যায়, যেমন—দুঃখী মনোভাব (৭২%), অকর্মণ্যতা (৫৬%), অভিযোজনের অভাব (৪৪%), পারিবেশিক উত্তোলন (environmental withdrawal), ক্রন্দন (২৭%), নিষ্ক্রিয়তা (২৪%), এবং উগ্র স্বভাব (১১%)। Martin et al<sup>xxxix</sup> একটি পরীক্ষা করেন ২১৪ জন স্ট্রোকের রোগী ও তাদের ১৯৫ জন পরিচর্যাকারী নিয়ে। এই পরীক্ষায় European brain injury<sup>xxxix</sup>-র জন্য নির্দিষ্ট যে প্রশ্নমালার সাহায্য নেওয়া হয়। সেই পরীক্ষায়ও দেখা যায় বিভিন্ন পরিস্থিতিতে রোগী ও তাদের পরিচর্যাকারীদের বিবরণ পৃথক পৃথক হতে দেখা যায়, যথা—বিপজ্জনক পরিস্থিতিতে

সিদ্ধান্ত নেওয়ায় অনিশ্চয়তা, কেবল নিজের ব্যাপারে চিন্তা করতে থাকে, প্রত্যেক ব্যাপারে একটা প্রচেষ্টাপ্রবণতা দেখা যায়, অন্য ব্যক্তির ভাবকে অনুধাবন করতে না পারা ইত্যাদি। পরীক্ষায় মোট অংশগ্রহণকারীদের মধ্যে মাত্র ৮% রোগীদের ক্ষেত্রে দেখা যায় যে তারা অল্প আগ্রহী, স্বাধীন, নিয়ন্ত্রিত এবং স্ট্রোকের পরেও তাদের মধ্যে সন্তোষ থাকে। তারা তখনও নিজেদের বন্ধুত্বপূর্ণ, শান্ত, যত্নশীল, আশাবাদী এবং মিশুক।

এখানে যেটা পাওয়া গেল যে রোগীর ব্যক্তিত্বের পরিবর্তনের সাথে সেই বিষয়ে রোগীর পরিচর্যাকারীর দেওয়া বিবরণ অনেকখানি সামঞ্জস্যপূর্ণ, সেই তুলনায় রোগীর সেইসব বৃত্তি (রাগ দ্বেষ ইত্যাদি) বিষয়ক বিবরণের সাথে ততখানি সামঞ্জস্যপূর্ণ নয়। এই বিষয়টিকে অনেকরকম ব্যাখ্যা করা যায়। হয়ত, পরিচর্যাকারীদের রোগীর ঐ ব্যক্তিত্ব পরিবর্তন সংক্রান্ত ব্যাপার নিয়ে রোগীর থেকেও বেশী পীড়িত ছিলেন। এই ব্যাপারটিকে “emotional anosognosia<sup>xxxv</sup>” (অর্থাৎ জ্ঞান গ্রহণের ক্ষেত্রে যে অপারগতা সে ব্যাপারে রোগীর অজ্ঞতা)-এর একটি বিশেষ রূপ হিসাবে দেখা যেতে পারে। এটাকে রোগীর ব্যক্তিত্ব পরিবর্তন বিষয়ে রোগী ও তার পরিচর্যাকারীদের বিবরণের মধ্যে যে পার্থক্য সেই পার্থক্যের কারণ হিসাবে দেখানো যায়। অন্যভাবে বলা যায় রোগীর থেকে তার পরিচর্যাকারীদের কাছেই ব্যক্তিত্ব পরিবর্তন বেশী করে ধরা

পড়ে কারণ তাদের প্রবণতা থাকে রোগীর ব্যক্তিত্ব পরিবর্তনকে লক্ষ্য করা। উদাহরণস্বরূপ বলা যায়, একজন স্ট্রোক হওয়া রোগীর পরিচর্যাকারী (স্ত্রী) বলেন যে—তার স্বামী তার চারপাশের ঘটনা বিষয়ে উদাসীন থাকেন। যদিও তিনি দেখেন যে তার স্ত্রী কাজ করতে করতে পরিশ্রান্ত তথাপি তিনি সব লক্ষ করেও সাহায্য করার জন্য এগিয়ে যাবেন না। কিন্তু যদি তাকে সাহায্য করার জন্য ডাকা হয় তাহলে তিনি সাহায্য করেন। অর্থাৎ পরিচর্যাকারীর ক্লান্তি ও অবসাদ সম্পর্কে রোগী উদাসীন থাকেন। আবার কোন কোন রোগীদের বিশেষভাবে সক্ষম রোগীদের মত দেখাশুনা করতে হয়। কোন কোন রোগীর ক্ষেত্রে উভয় প্রকার সমস্যা যুগপৎ দেখা যায়। Han and Haley<sup>xxxvi</sup> স্ট্রোকের রোগীদের পরিচর্যাকারীদের কষ্ট এবং মানসিক চাপ বিষয়ক প্রকাশিত ২০ টি গবেষণাপত্র পরীক্ষা করেছেন এছাড়া পরবর্তী গবেষণাপত্রগুলিও পরীক্ষা করে দেখা হয়েছে। তাদের মধ্যে ৩ টি ক্ষেত্রে দেখা গেছে যে রোগীর অস্বাভাবিক ব্যবহার থেকে পরিচর্যাকারীর অবসাদের অনুমান করা হয়েছে। রোগীর অবসাদ ও পরিচর্যাকারীদের সম্পর্ক বিষয়ে একটি নেতিবাচক ও দুটি ইতিবাচক ফলাফল পাওয়া যায়। যদিও ৪ টি ক্ষেত্রে দেখা গেছে যে রোগীর শারীরিক অসুস্থতার সাথে পরিচর্যাকারীর অবসাদের সম্পর্ক পাওয়া গেলেও ৬ টি ক্ষেত্রে কোন সম্বন্ধ পাওয়া যায় না। পরবর্তী প্রতিবেদনে দেখা যায় যে পরিচর্যাকারীর যে অবসাদ তা তিনি যে রোগীর অসামর্থ্য প্রত্যক্ষ করেন তার সাথে সম্পর্কযুক্ত, কিন্তু ব্যক্তি-নির্বিশেষে প্রত্যেক রোগীর অসামর্থ্যের সাথে পরিচর্যাকারীদের সম্পর্ক দেখা যায় না। এইসব

গবেষণাসমূহ থেকে একটা বিষয় স্পষ্ট হয় যে রোগীর শারীরিক অসামর্থ্যের তুলনায় মানসিক অসামর্থ্যের সাথে পরিচর্যাকারীদের যে সম্পর্ক সেটি অনেক বেশী।

**৫.২.১৫ সীমাবদ্ধতাঃ**—এই গবেষণা ক্ষেত্র ছোট এবং এটাকে ব্যাখ্যামূলক করার চেষ্টা করা হয়েছে। কয়েকবার পরীক্ষা করার কারণে, কাকতালীয়ভাবে কয়েকটি পরিসংখ্যানে তাৎপর্যপূর্ণ ফলাফল পাওয়া গেছে। ব্যক্তিত্বের পরিবর্তনের যে পরিমাপ তা যথেষ্ট তাৎপর্যপূর্ণ হলেও এর মনোবিদ্যাসম্মত বৈশিষ্ট্যগুলিকে পরীক্ষা করা হয়নি। সুতরাং এই পরিমাপ অনুসারে যে অন্যান্য চলরাশিগুলি পরিমাপ করা হয় সেগুলিকেও ব্যাখ্যামূলক হিসাবে ধরতে হবে। অবশেষে বলা যায় যে পরীক্ষণীয় বিষয়গুলির মধ্যে সম্পর্ক বোঝা গেলেও তাদের মধ্যে কার্য-কারণ সম্পর্ক জানা যায় না।

এছাড়াও NEO এবং Eysenck<sup>xxxvii</sup> এর পরীক্ষাও স্ট্রোকের রোগীদের উপর করা হয়ে থাকে, যদিও এই পরীক্ষাগুলির ফলাফল ব্যক্তিত্বের পরিবর্তনের মত জটিল ব্যাপারগুলি বোঝার ব্যাপারে কতখানি উপযুক্ত সে বিষয়ে সংশয় থেকে যায়। আমাদের গবেষণায়, ব্যক্তিত্ব পরিবর্তনকে বর্ণনা করতে যেসব শব্দ ব্যবহার করা হয় সেই সব শব্দগুলি স্ট্রোকের পূর্ববর্তী রোগীদের উপর করা গবেষণাসমূহে

যেসব শব্দ ব্যবহৃত হয় সেই শব্দভাণ্ডার থেকে এবং চিকিৎসাগত অভিজ্ঞতা থেকে গ্রহণ করা হয়েছে। Barthel index পরীক্ষা থেকে শারীরিক অক্ষমতার সাথে ব্যক্তিত্বের পরিবর্তনের সম্পর্ক দেখানো না গেলেও Nottingham-এর EADL score অনুসরণে এই সম্পর্ক লক্ষ করা গেছে। প্রথম পরীক্ষায় ধরা না পড়ার কারণ হয়ত known ceiling effect<sup>xxxviii</sup> এর প্রভাব। কারণ হয়ত মনে হতে পারে যে এটাও (ব্যক্তিত্বের পরিবর্তন) একটি ছোট স্ট্রোক অথবা মনে হতে পারে যে sample (রাগ, দুঃখ, অভিমান) প্রয়োগ করা হচ্ছে রোগীদের উপর তারই প্রভাবে এটা (ব্যক্তিত্বের পরিবর্তন) হচ্ছে। আবার অনেক সময় এমনও দেখা যায় যে রোগ-নির্ণয় প্রক্রিয়ায় মানসিক ব্যাধির সাথে এই সম্পর্কের (স্ট্রোক পরবর্তী অবস্থার সাথে ব্যক্তিত্বের পরিবর্তনের) ব্যাপারটা অনেক সময় গুলিয়ে যায়। রোগীর পরিচর্যাকারীদের দেওয়া তথ্য থেকে স্ট্রোকের পরবর্তীকালের অবস্থার সাথে যদি ব্যক্তিত্বের পরিবর্তনের সম্বন্ধ আরও ভালোভাবে জানতে চাই তাহলে আমাদের এর প্রকৃতি ও এদের সম্বন্ধের প্রকৃতি বিষয়ে আরও বেশী করে জানতে হবে। এর অর্থ অতি সূক্ষ্ম ব্যাপারগুলি যেমন—অনীহা বা উদাসীনতা (apathy) ইত্যাদি সূক্ষ্ম ব্যাপারগুলিকে বোঝার মত মানসিক দক্ষতা থাকা চাই, সেই সাথে আবেগবিদ্যা (emotionalism)-র মত লক্ষণীয় ব্যাপারগুলি সম্বন্ধেও জ্ঞান থাকা দরকার। মানসিক ব্যাধি, অক্ষমতা এবং জ্ঞানীয় প্রতিবন্ধকতা ইত্যাদি ব্যাপারগুলিও ব্যক্তিত্ব পরিবর্তনের সাথে সম্বন্ধযুক্ত। এছাড়া যিনি পরিচর্যা করেন রোগীর প্রতি তার ব্যবহারও ব্যক্তিত্বের পরিবর্তনে গুরুত্বপূর্ণ ভূমিকা রাখে। এ

বিষয়ক বহুসংখ্যক গবেষণা চলছে যা পরবর্তীতে স্ট্রোকের পরবর্তীকালে ব্যক্তিত্বের যে পরিবর্তন তাকে আরও সূক্ষ্মভাবে বুঝতে সাহায্য করবে।

৫.২.১৬ কিছু বাস্তব অভিজ্ঞতাঃ—১। দেখা যায় কোন ব্যক্তি অত্যন্ত দান্তিক। কিন্তু স্ট্রোকের পর যেহেতু শারীরিক কর্মক্ষমতা অনেকটা কমে যায় তাই অনেক সময় সেই অত্যন্ত দান্তিকভাব কমে যায়। ২। স্ট্রোকের পর কেউ কেউ ভীষণ অধৈর্য্য হয়ে পড়েন। যেহেতু রোগী নিজে বিশেষ কোন কাজে সক্ষম নন, তিনি পরনির্ভর তাই কথামত কাজ না হলে তিনি যেন মরিয়া হয়ে ওঠেন। সেই কাজ না হওয়া অবধি কিছুতেই যেন তিনি ক্ষান্ত হতে চান না। ৩। রোগী একই কথা হয়ত বার বার বলতে থাকেন। অন্যে বিরক্ত হয়ে বারণ না করা পর্যন্ত হয়ত একই কথার পুনরাবৃত্তি চলতে থাকে। ৪। অনেক পূর্বের কোন নিয়ম যা হয়ত এখন আর তিনিও স্ট্রোকের আগে বিশ্বাস করতেন না কিন্তু স্ট্রোকের পর হয়ত সেই নিয়মটাই আঁকড়ে বসে থাকেন। হয়ত অচল দোকান চালু করা অসম্ভব জেনেও সেটার জন্য প্রাণপাত পরিশ্রম করে চলেছেন।

৫.৩. বর্ডারলাইন পার্সোনালিটি ডিসঅর্ডার (বিপিডি) রোগের কারণরূপে হ্যালুসিনেশন,এর ব্যপকতা, বৈশিষ্ট্য এবং এর সাথে সম্বন্ধযুক্ত অন্যান্য রোগলক্ষণ

Maria B. A. Niemantsverdriet<sup>1</sup>, Christina W. Slotema<sup>1</sup>, Jan Dirk Blom<sup>1</sup>, Ingmar H. Franken<sup>2</sup>, Hans W. Hoek<sup>1</sup>, Iris E. C. Sommer<sup>3</sup> & Mark van der Gaag<sup>xxxix</sup> প্রমুখ বিজ্ঞানীদের দ্বারা প্রকাশিত গবেষণাপত্রে পাওয়া তথ্যের ভিত্তিতে বর্ডারলাইন পার্সোনালিটি ডিসঅর্ডার বা বিপিডি সম্পর্কে কিছু কথা জানতে পারা যায় বর্ডারলাইন পার্সোনালিটি ডিসঅর্ডার (বিপিডি)—এটি একটি মানসিক ব্যাধি, এর বৈশিষ্ট্য হল অস্থির মন, অসংলগ্ন আচরণ, অবিন্যস্ত সম্বন্ধ স্থাপন ইত্যাদি। যদিও এই রোগের সঠিক কারণ দেখানো যায় না, তথাপি উপসর্গ দেখে এই রোগের আবির্ভাব বোঝা যায়। ভারতে প্রতি বছর প্রায় ১০ মিলিয়নেরও বেশী লোক এই রোগে আক্রান্ত হন। এই রোগের অন্যান্য লক্ষণগুলি হল ভ্রান্ত দর্শন, নিরর্থক দৃষ্টিভ্রান্ত, নিরাপত্তাহীনতা। সামাজিক সম্বন্ধগুলিতেও অনেক অসামঞ্জস্য দেখা যায়।

**৫.৩.১ Hallucinations—hallucination** হল বস্তু বা ঘটনা বিষয়ক ভ্রান্ত প্রত্যক্ষ, যেখানে বিভিন্ন প্রকার ইন্দ্রিয় প্রত্যক্ষও হতে দেখা যায়, যেমন—দর্শন, শ্রবণ, গন্ধ, স্পর্শ স্বাদ প্রভৃতির অনুভব হলেও আসলে সেসবের কোন বাস্তব অস্তিত্ব নেই। মস্তিষ্কের কোন অসুবিধা বা রাসায়নিক ক্রিয়ার ফলেই hallucination<sup>xi</sup> হয়ে থাকে। Schizophrenia<sup>xli</sup> জাতীয় মানসিক রোগের বিশেষ লক্ষণ হল এই hallucination। কিন্তু তাছাড়াও বিভিন্ন প্রকার দ্রব্য গ্রহণ

বা স্নায়বিক কারণে বা অন্য কোন বিশেষ পরিস্থিতিতেও এই রোগের আবির্ভাব হতে পারে। কোন ব্যক্তি তার যে hallucination হচ্ছে সে বিষয়ে অনেক সময় সচেতন হতে পারে আবার অনেক সচেতন নাও হতে পারে। Hallucination বিভিন্ন প্রকার হতে পারে—দৃষ্টিবিষয়ক, শ্রবণ বিষয়ক, স্বাদ বিষয়ক, স্পর্শ বিষয়ক, গন্ধ বিষয়ক, ঘটনা বিষয়ক, কারও উপস্থিতি বিষয়ক, কারও নির্দেশ শ্রবণ ইত্যাদি নানা প্রকার হয়ে থাকে<sup>xlii</sup>। বর্ডারলাইন পার্সোনালিটি ডিসঅর্ডার (বিপিডি), আছে এমন প্রায় ৩২৪ জন বহিরাগত রোগীদের টেলিফোনে সাক্ষাৎকার নেওয়া হয়েছিল hallucination-এর ব্যক্তিত্ব পরিবর্তনে প্রভাব কতখানি তা পরীক্ষা করতে। তারপর ৯৮ জনের একটি গোষ্ঠীকে সরাসরি সাক্ষাৎকার নেওয়া হয় যাদের hallucination ছাড়াও বিভিন্ন প্রকার মানসিক রোগ ও অন্যান্য উপসর্গ রয়েছে। সেইসাথে আছে শৈশবের প্রতিকূলতা, আছে প্রাপ্ত বয়সের চাপ। BPD-র ক্ষেত্রে সাধারণভাবে hallucination-এর একটি পরীক্ষায় দেখা যায় এর প্রভাব ৪৩% পর্যন্ত পাওয়া যায়। যদিও বিভিন্ন প্রকার hallucination এর ক্ষেত্রে পৃথক পৃথকভাবে পরীক্ষা করে দেখা যায় যে এর প্রভাব ৮-২১%। শব্দঘটিত hallucination এ প্রায়ই রোগী কিছু বাচিক দুর্ব্যবহার পাচ্ছেন বলে অনুভব করেন এবং এই অভিজ্ঞতা প্রায়ই কষ্টদায়ক। দেখা যায় যে hallucination-এর তীব্রতা বৃদ্ধির সাথে অমূলক চিন্তা ও অমূলক প্রত্যক্ষের বৃদ্ধির গুরুত্বপূর্ণ সম্পর্ক আছে। Hallucination-এর উপস্থিতির সাথে অন্যান্য comorbid psychiatric disorder<sup>xliii</sup>-এর উপস্থিতি গভীরভাবে সম্বন্ধযুক্ত, বিশেষ করে Post-



traumatic stress disorder (PTSD)<sup>xliv</sup> এর সাথে এর বিশেষ সম্পর্ক বিদ্যমান। শৈশবের যে মানসিক নির্যাতন, এবং পরিণত বয়সে যে মানসিক চাপ সেগুলো Hallucination-এর সাথে সম্পর্কযুক্ত। একদম শেষের যে মানসিক ব্যপারগুলির উল্লেখ করা হল সেগুলির সাথে BPD-র রোগীদের কিছু সাধারণ উপসর্গের কিছু সাদৃশ্য দেখা যায়। যেহেতু BPD-র কোন পৃথক চিকিৎসা পাওয়া যায় না তাই এই রোগের ক্ষেত্রে PTSD বা hallucination এর চিকিৎসা করার পরামর্শ দেওয়া হয়। চিকিৎসা ক্ষেত্রে যেসমস্ত BPD-র রোগীদের hallucination এর অভিজ্ঞতা হয় তাদের সেই অভিজ্ঞতাকে ‘pseudohallucinations<sup>xlv</sup>’ বলা হয় যেহেতু তাতে hallucination-এর সমস্ত বৈশিষ্ট্য থাকে না। এর একটি কারণ হিসাবে DSM-5<sup>xlvi</sup> নামক পরিসংখ্যানে দেখা যায় BPD রোগ যাদের হয় তাদের মধ্যে কতিপয় ব্যক্তির মানসিক চাপের সময় কেবল hallucination হতে দেখা যায়। ফলস্বরূপ চিকিৎসাবিদগণ প্রত্যক্ষজনিত ব্যাধি আছে এরকম সকল ব্যক্তির প্রত্যক্ষকে hallucination বলতে চাইবেন না। বিগত দশকে (২০০৬-২০১৬)-র গবেষণায় দেখা গেছে যে BPD রোগীদের ক্ষেত্রে hallucination এর প্রভাব প্রায় ২৬-৫৪%। যদিও একক hallucination এর ক্ষেত্রে এই একই হার দেখা যায় না, সেক্ষেত্রে BPD রোগীদের বিভিন্ন প্রকার hallucination-এ পৃথক পৃথক প্রভাব দেখা যায়। যথা—শ্রবনজনিত যে hallucination—তার প্রভাব থাকে ২১-৫৯%, দৃষ্টিজনিত যে hallucination তার প্রভাব থাকে ৩০-৩৩%, ঘ্রাণজনিত যে hallucination তার প্রভাব থাকে ১০-৩০%, স্পর্শ সংক্রান্ত যে

hallucination তার প্রভাব থাকে ১৩%। শব্দজনিত hallucination-এর ক্ষেত্রে schizophrenia spectrum disorder এর মত বা তার থেকেও গুরুতর রকম প্রভাব থাকে এবং তা প্রায় ১৮ বছর যাবৎ থাকে।

যদিও BPD রোগীদের নিয়ে গবেষণা খুব কম সংখ্যায় হয়েছে, কারণ এইসব গবেষণায় অংশগ্রহণকারী রোগীদের সংখ্যাও যথেষ্ট কম। আবার এইসব পরীক্ষাগুলো থেকে সামগ্রিকভাবে সকল BPD রোগীদের উপর কোন সাধারণ মন্তব্য করা যায় না, কারণ এই পরীক্ষাগুলো মূলতঃ যারা হাসপাতালে ভর্তি হতেন সেইসব রোগীদের নিয়েই করা হয় এবং প্রধানত দৃষ্টিসংক্রান্ত hallucination-এর ক্ষেত্রেই পরীক্ষাগুলো করা হয় অথচ সমগ্র জীবনব্যাপী তার কোন বৈশিষ্ট্যকে নির্দেশ করা হয়। সেইজন্য BPD রোগীদের উপর hallucination-এর প্রভাব বিষয়ে আমাদের দৃষ্টি এখনও বেশ ঝাপসা। তবে বিশেষ বিশেষ hallucination-এর ক্ষেত্রে যে তথ্য পাওয়া যায় তা ততখানি পাতলা নয় সাধারণভাবে দেখা hallucination-এ যেরকম আমরা পাচ্ছি। দেখা গেছে যে delusion-এর প্রভাব BPD রোগীদের উপর ১০% থেকে ১০০% পর্যন্ত হতে দেখা গেছে, যেখানে negative symptoms এবং disorganization-এর প্রভাব BPD রোগীদের উপর কতখানি সে বিষয়ে খুব কমই গবেষণা করা হয়েছে। খুব কম সংখ্যক

গবেষক তাদের গবেষণার মাধ্যমে দেখাছেন যে BPD রোগীদের উপর এদের প্রভাব খুব কম।

চিকিৎসাবিদ্যা অনুসারে comorbid psychiatric disorder এর সাহায্যে BPD রোগের উপর hallucination-এর প্রভাব সঠিকভাবে জানা যাবে। যদিও এর সাপেক্ষে যে প্রমাণ দেওয়া হয় সে বিষয়ে সবাই একমত নন। Albeit<sup>xlvii</sup> তার চারটি পরীক্ষায় BPD রোগের ক্ষেত্রে hallucination-এর এবং অন্যান্য comorbid psychiatric disorder এর প্রভাব আছে দেখিয়েছেন, কিন্তু Miler et al<sup>xlviii</sup> এর পরীক্ষায় BPD রোগের ক্ষেত্রে তাদের সেরকম কোন প্রভাবের কথা জানা যায় না। তাছাড়া Benvenuti et al<sup>xlix</sup>. এর পরীক্ষায় BPD রোগের ক্ষেত্রে রোগীর সামগ্রিক জীবনের ভিত্তিতে সমীক্ষায় দেখা যায় comorbid psychiatric disorder-এর উপস্থিতি বা অনুপস্থিতিতে বিশেষ কোন পার্থক্য ধরা পড়ে না। আবার শৈশব কালের দুর্দশা বা বিদ্রোহের সাথে এবং মানসিক রোগের অন্যান্য উপসর্গের সাথে BPD রোগী ও যারা রোগী নন তাদের উভয়ের গভীর সম্পর্ক আছে। Tschoeke, Steinert, Flammer & Uhlmann<sup>1</sup> প্রমুখ মনোবিজ্ঞানীগণ এ বিষয়ে গবেষণা করেছিলেন যে শৈশবকালীন আতঙ্ক, সন্দেহশীলতা, সক্রিয়ভাবে সামাজিকতার উপেক্ষা এবং আরও অন্যান্য দৃষ্টিসংক্রান্ত

hallucination-এর উপসর্গের সাথে BPD রোগের গভীর সম্পর্ক লক্ষ করা গেছে ২৩ জন হাসপাতালে থাকা রোগীর ক্ষেত্রে।

DSM-5 এর বৈশিষ্ট্য অনুসারে, BPD রোগের ক্ষেত্রে যে hallucination এর প্রভাব কেবল তখনই দেখা যায় যখন রোগী মানসিক চাপের মধ্যে থাকেন। যদিও এই মতবাদের সপক্ষে কেবলমাত্র একটি প্রত্যক্ষ প্রমাণ পাওয়া যায় Glaser, van Os, Thewissen & Myin-Germeys<sup>li</sup> প্রমুখের পরীক্ষায় দেখা যায় যে দৈনন্দিন জীবনে রোগী নিজেই যে hallucination সংক্রান্ত চাপ অনুভব করেন সেই চাপ অপেক্ষাকৃত বেশী Cluster C personality disorder<sup>lii</sup> এর যে গ্রুপ তাদের তুলনায়।

BPD রোগের ক্ষেত্রে যে hallucination এর প্রভাব জানার জন্য হাসপাতালের বাইরের রোগীদেরও পরীক্ষা করা হয়, তাদের নিম্নলিখিত প্রশ্নগুলি করা হয়—১।

BPD রোগের ক্ষেত্রে যে hallucination এর প্রভাব কেমন? প্রত্যেকটি ইন্দ্রিয়ের সাপেক্ষে যে hallucination তার প্রভাবই বা কীরকম? এবং তাদের প্রকৃত স্বরূপ কি? ২। BPD রোগের ক্ষেত্রে যে hallucination এর প্রভাব তা কি psychosis এর অন্যান্য ইতিবাচক বা নেতিবাচক বৈশিষ্টের সাথে সামঞ্জস্যপূর্ণ?

৩। BPD রোগের ক্ষেত্রে প্রভাব বিস্তারকারী hallucination কি অন্য কোন comorbid psychosis disorder এর সাথে সামঞ্জস্যপূর্ণ? ৪। শৈশবের বিদ্রোহ বা অপ্ৰিয় অনুভূতি এবং প্রাপ্ত বয়সে যে মানসিক চাপ তা কি BPD রোগের ক্ষেত্রে যে hallucination এর প্রভাব তাতে প্রভাব রাখে।

৫.৩.২ গবেষণা পদ্ধতিঃ—২০১২ সালের মে মাস থেকে ২০১৫ সালের মার্চ মাস পর্যন্ত, Parnassia Psychiatric Institute, The Hauge<sup>liii</sup> এর বহির্বিভাগে যত লোক চিকিৎসা নিতে আসতেন তাদের প্রত্যেকের সাথে টেলিফোনের মাধ্যমে যোগাযোগ করে পরীক্ষায় অংশগ্রহণ করার জন্য আহ্বান করা হয়। রোগীদের অংশগ্রহণের জন্য যেসব শর্তসমূহ পূরণ হওয়া দরকার সেগুলি হল—১. বয়স ১৮ বা তার বেশী হতে হবে, ২. BPD রোগের লক্ষণ যে আছে সে বিষয়ে নিশ্চিত হতে হবে কোন চিকিৎসকের দ্বারা ১লা মে, ২০১২ তে তৈরি নিয়মানুসারে<sup>liv</sup>। ৩. যদি কোন রোগীর DSM-IV দ্বারা নির্ধারিত Schizophrenia অথবা Schizoaffective disorder থাকে তাহলে তাকে বাদ দেওয়া হয়, ৪. ইংরেজি বা ডাচ ভাষায় যথেষ্ট পারদর্শী হতে হবে। রোগীদের প্রথমে টেলিফোনের মাধ্যমে যোগাযোগ করা হয় পরে তাদের সরাসরি সাক্ষাৎকার দেওয়ার জন্য অনুরোধ জানানো হয় এবং তাদের বিভিন্ন আত্ম-সমীক্ষা-মূলক প্রশ্ন করা হয়।

**৫.৩.৩ উপকরণ এবং পদ্ধতিঃ**—টেলিফোনে জিজ্ঞাসা করার সময় তাদের কাছে জিজ্ঞেস করা হচ্ছিল hallucination এর উপস্থিতি, তাদের উপাদান এবং পুনরাবৃত্তির মাত্রা। প্রতিটি ইন্ড্রিয়ের যে অমূল প্রত্যক্ষকে পৃথক পৃথকভাবে জিজ্ঞাসা করা হচ্ছিল, অর্থাৎ তাদের প্রত্যেককে জিজ্ঞেস করা হচ্ছিল যে তারা এমন কোন শব্দ, গন্ধ, স্পর্শ, স্বাদ বা দৃশ্য অনুভব করেছেন কিনা যা অন্য কেউ অনুভব করে না অথবা সেইসবের অনুভবের জন্য তাদের কোন ব্যাখ্যা নেই। তাদেরকে আবার ঐ বিশেষ প্রকার hallucination এর কম্পাঙ্ক (frequency) ও তাদের অভাসিত সত্তার প্রকৃতি জিজ্ঞাসা করা হয়। আবার যখন মুখোমুখী সাক্ষাৎকার নেওয়া হয় তখন জিজ্ঞাসাবাদের একটা বিশেষ পরিকাঠামো অনুসরণ করা হয়। এই পরিকাঠামো নৈতিকতার সমস্ত শর্ত অনুসরণ করে করা হয়েছিল।

**৫.৩.৪ ফলাফলঃ**—৩২৪ জন রোগীকে টেলিফোনের মাধ্যমে যোগাযোগ করা হয়। তাদের প্রত্যেককে মুখোমুখি সাক্ষাৎকারের জন্য আহ্বান জানানো হয়। কিন্তু তাদের মধ্য থেকে মাত্র ৯৮ জনকে নেওয়া হয়। বাকিদের বাদ পড়ার কারণগুলি হল—কেউ কেউ অংশগ্রহণ করতে অস্বীকৃত হন, কারও কারও সাথে যোগাযোগ করা সম্ভব হয়নি। আবার কেউ কেউ সাক্ষাৎকার দীর্ঘসময়ব্যাপী (২-৩ ঘণ্টা) হওয়ায় তাতে অংশগ্রহণে অসমর্থ হন। টেলিফোনের সাক্ষাৎকার ও সরাসরি সাক্ষাৎকারের মধ্যে জনসংখ্যায় ও কার্যকারীতা সংক্রান্ত তাৎপর্যপূর্ণ পার্থক্য আছে।

### ৫.৩.৫ BPD রোগের ক্ষেত্রে Hallucination ও তার অবভাসিত সত্তার প্রভাবঃ—

যে ৩২৪ রোগীদের টেলিফোনের মাধ্যমে সাক্ষাৎকার নেওয়া হয়েছিল তাদের মধ্যে প্রায় প্রত্যেকে মাসে অন্ততঃ একবার hallucination এর উপস্থিতি টের পেয়েছেন। তাদের গড় কম্পাঙ্ক হিসাব করলে দেখা যায় তা সপ্তাহে অন্তত একদিন অনুভূত হয়। শব্দশ্রবনজনিত যে hallucination তা অন্ততঃ ৮৭ জন রোগীর ক্ষেত্রে দেখা গেছে তাদের মধ্যে আবার ৬৯ জনের দৃষ্টি সংক্রান্ত hallucination ছিল। মোট ৬৭ জন ব্যক্তির একাধিক ইন্দ্রিয়ের ক্ষেত্রে hallucination এর উপস্থিতি লক্ষ করা যায়। যারা মুখোমুখী সাক্ষাৎকারে অংশগ্রহণ করেন তাদের মধ্যে যাদের PSYRATS নামক পরীক্ষা করা হয় তাদের (২৮জন) সপ্তাহে অন্ততঃ একবার শব্দশ্রবণ সংক্রান্ত hallucination হতে দেখা যায়। এদের মধ্যে বেশিরভাগেরই শব্দশ্রবণজনিত hallucination হতে দেখা যায়। তাদের মধ্যে বেশিরভাগেরই দেখা যায় মৌখিক নির্যাতনের শিকার, এবং এই hallucination এর ব্যাপারটা প্রায় সবার কাছেই খুবই কষ্টকর মনে হয়েছে। এছাড়াও দেখা যায় অন্যান্য মানসিক রোগলক্ষণগুলির সাথেও এই BPD রোগের অনেক সাদৃশ্য লক্ষ করা যায়। তালিকা-৪ এ দেখা যায় মুখোমুখী সাক্ষাৎকার নেওয়ার সময় PANSS এর যে ব্যাপারগুলো পরীক্ষা করা হয় সেই পরীক্ষাগুলোর গড় মান ও তাদের সাথে বি.পি.ডি.-র বিশ্লেষণের ফলাফল পাওয়া যায়। একাধিক তুলনার জন্য

সংশোধন করার পর যে দুটো ব্যাপারের মধ্যে পারস্পারিক সম্বন্ধ পাওয়া যায় তাদের মধ্যে একটি হল hallucination এর প্রখরতার সাথে ভ্রান্তদর্শনের এবং অপর সম্বন্ধটি আছে hallucination এর প্রখরতার সাথে ব্যতিক্রমী অমূলক চিন্তাভাবনা। শেষের সম্বন্ধটি cut off score এ (অর্থাৎ ৪ এ) পৌঁছতে না পারায় তাকে চিকিৎসা ক্ষেত্রে অপেক্ষাকৃত অল্প গুরুত্বপূর্ণরূপে ধরা হয়। পারস্পারিক সম্বন্ধ বিষয়ক এই সংস্কারের পরে negative symptom ও disorganization এরা উভয়েই গুরুত্ব হারায়। যেসব রোগীদের hallucination ছিল তাদের মধ্যে মনোরোগ লক্ষণ বেশী করে দেখা যায় যাদের নেই তাদের তুলনায়। অর্থাৎ hallucination-এর তীব্রতা comorbidity-র সাথে সম্পর্কযুক্ত। মোট ৬৩% রোগী যাদের hallucination ছিল তাদের PTSD দেখা যায়, সেখানে যাদের hallucination নেই তাদের ক্ষেত্রে PTSD দেখা দেয় ২৮% লোকের। অতএব PTSD এর সাথে hallucination এর উপস্থিতি ও তীব্রতার সম্পর্ক বিদ্যমান।

বহুব্যক্তিত্বজনিতব্যাদি, ব্রেইন-স্ট্রোক এবং অমূলক দর্শন এই তিন প্রকার ব্যাধির উপর ভিত্তি করে লেখা বিভিন্ন গবেষণাপত্র পর্যালোচনা করা হয়েছে। দেখা গেছে যে বহুব্যক্তিত্বজনিতব্যাদি আসে কোন না কোন তীব্র অপ্রীতিকর স্মৃতির আঘাতে। যে আঘাত সহ্য বা প্রতিহত করার উপায় থাকে না। তখন ধীরে ধীরে নিজের মধ্যে বিভিন্ন সময়ে বিভিন্ন ব্যক্তিত্বের অবতারণা হতে থাকে। অর্থাৎ স্মৃতি আবেগ



তথা ব্যক্তিত্বকে প্রভাবিত করে। আবার দেখা যায় ব্রেইন-স্ট্রোক হলেও ব্যক্তিত্বে  
ভীষণ পরিবর্তন আসে। এক্ষেত্রে স্নায়বিক বিন্যাস নষ্ট হয়ে যায়। মানুষ পূর্বস্মৃতি  
বিস্মৃত হন। অনেকটা জেদি ও একগুয়ে হন, সহ্যশক্তি কমে যায়। কোন কাজ না  
হওয়া পর্যন্ত ভীষণ দুশ্চিন্তাগ্রস্ত হয়ে পড়েন। আত্মীয় পরিজনের ভীষণ বিরক্ত হন।  
পূর্ববর্তী স্মৃতি থাকলেও ব্যবহারিক প্রয়োগ দেখা যায় না। অর্থাৎ এমন শক্তিশালী  
আবেগ থাকে না যার দ্বারা পূর্ববর্তী স্মৃতির সাহায্যে পরবর্তী আচরণ নিয়ন্ত্রিত হয়।  
অর্থাৎ স্মৃতি আর আবেগ এখানে সম্বন্ধহীন। বিভিন্ন রকমভাবে স্মৃতির সাথে  
আবেগের সম্বন্ধ করানোর চেষ্টা করেন আত্মীয় পরিজনেরা। এছাড়া আছে  
ভ্রান্তদর্শন নামক মানসিক সমস্যা। এক্ষেত্রে কোন ভয়ঙ্কর ঘটনার ভার সহ্য করতে  
পারে না আর তখন সেই ঘটনার বিপরীত ঘটনাকে কল্পনা করে এবং কল্পনাকেই  
বাস্তব বলে মনে করতে থাকেন। এক সময় তার স্নায়ুর গঠনই এমন হয়ে দাঁড়ায়  
যে প্রতিকূল পরিস্থিতির উদয় হলেই পরিকল্পিত পরিস্থিতির বাস্তব উপস্থিতি  
অনুভব করে সেইরকম মানসিক ভাব উৎপন্ন করেন। সাধারণতঃ মনরোগ  
বিশেষজ্ঞেরা তাদের সাধ্যমত চেষ্টা করেন, কিন্তু তারা বলে থাকেন যে এর ঔষধ  
প্রয়োগ সেরে ওঠা বিরল ঘটনা। পারিবারিক বন্ধন যার ভিত্তি প্রেম আর ভালোবসা  
দিয়েই মনের এই দুর্বিপাক হতে মানুষ রেহাই পেতে পারে। আর সেই সাথে  
চিকিৎসকের প্রচেষ্টা উভয়ে মিলে হয়ত ভ্রান্তদর্শনজনিত ব্যক্তিত্বের অপলাপের  
হাত থেকে মানুষ রেহাই পেতে পারে।

তথ্যপঞ্জী

ইংরেজী গ্রন্থ

Buzug, T.M. *Computed Tomography*. Springer Nature Link, Springer, Berlin, Heidelberg 2008.

Coriat, H Isador. *Abnormal Psychology*. Routledge, 1910.

Kramme, R; Klaus-Peter Hoffman, Robert S Pozos. *Springer Handbook of Medical Technology*. Springer Nature Link, Springer, Berlin, Heidelberg 2008.

Mortan, Clifford. *Introduction to Psychology*. McGraw Hill Education (Indian) Private Limited, Chennai, 1993.

Thorsten M. Buzug. *Computed Tomography. Medical Technology*. Kramme, Hoffman & Pozos, Springer Nature Link, 2011, pp. 311-342.

Webster, R A. *Neurotransmitter and Brain Function*. Wiley, New York, 2002.

Word, James. *Psychological Principles*. Cambridge Psychology Library, London, 1918.

## Journal

Bastien, C.H.; A, Vallieres; CM Morin. “Validation of the Insomnia Severity Index as an outcome measure for insomnia research”, PubMed, National Library of Medicine, July 2001, vol. 2, issue 4, pp 297-307.

Brooks DN, McKinlay W. “Personality and behavioral change after severe blunt head injury—a relative's view”, *J Neurol Neurosurg Psychiatri*, vol. 46, issue-5, 1983, pp. 336-344.

Bougousslavsky, J.; G Van Melle, F, Regi. “The Lausanne Stroke Registry: analysis of 1000 consecutive patients with first stroke”, *Stroke*, 1988, vol. 19, issue 9, pp. 1083-92.

Edal, A.L.; K Skjodt; H.J. Nepper-Rosmussen. “SIPAP-a new M.R. classification for pituitary adenomas, suprasellar, infrasellar, parasellar, anterior and Pasterior”, *Acta Radiol*, Jan 1997, vol. 38, issue 1, pp. 30-36.

J. Stone; E. Towned; J. Kwan; K. Haga; M.S. Dennis; M. Sharpe. “Personality Change after Stroke: Some Preliminary Observations”, *J Neurol Neurosurg Psychiatri*, vol. 75, issue-12, 2004, pp. 1708-13.

Karl Claxton, Steve Martin, Marta Soares, Nigel Rice, Eldon Spackman, Sebastian Hinde, Nancy Devlin, Peter C Smith, and Mark Sculpher. “Methods for the estimation of the National Institute for Health and Care Excellence cost-effectiveness threshold”, *National Institute for Health Research*, vol. 19, issue 14, 2015, pp. 1-542.

McEwen, James. “The National Health Profile”, Quality of Life Assessment, Walker, S.R.; Rosser, R.M. (Ed), *Springer Nature Link*, 1993, pp. 111-130.

- Monsell, S.; & Mizon, G.A.; “Can the task-cuing paradigm measure an endogenous task-set reconfiguration process”, *Journal of Experimental Psychology: Human Perception and Performance*, vol. 32, issue. 3, pp. 493-516.
- Putnam FW, JJ Guroff, EK Silberman, L Barban, RM Post. “Clinical Phenomenology of Multiple Personality disorder: review of 100 recent cases”, *J Clin Psychiatry*, vol. 47, issue 6, 1986, pp. 285-93.
- Richard P Klub. “An Update on Multiple Personality Disorder”, *Psychiatric Services*, vol. 38, issue 4, April 1987.
- Robinson A John. “Sampling autobiographical memory”, *Cognitive Psychology*, vol. 8, issue 4, Oct 1976, pp. 578-595.
- Solomon, M. R. “The role of products as social stimuli: A symbolic interactionism perspective”, *Journal of Consumer Research*, 1983, vol. 10, issue 3, pp. 319–329. <https://doi.org/10.1086/208971>.
- Schacter, D.L., & Kihlstrom, J.F. Functional amnesia. In F. Boller & J. Grafman (Ed). “Handbook of neuropsychology”, Amsterdam: Elsevier, 1989, Vol. 3, pp. 209-231.
- Shedler, J., Mayman, M., & Manis, M. “The illusion of mental health”, *American Psychologist*, vol. 48, issue-11, 1993, pp. 1117–1131, <https://doi.org/10.1037/0003-066X.48.11.1117>, accessed on 12-01-2021.
- Terence J. Quinn, Peter Langhorne, and David J. Stott. “Barthel index for stroke trials: development, properties and application”, *Search Life-sciences literature*, vol-42, issue-4, 2011, pp-1146-51.
- Tulving, E., Schacter, D. L., & Stark, H. A. “Priming effects in word-fragment completion are independent of recognition memory”. *Journal of Experimental Psychology: Learning, Memory, and Cognition*, vol. 8, issue 4, 1982, pp. 336–342. <https://doi.org/10.1037/0278-7393.8.4.336>.

Valencia ES, van Hemert A, van Eder, Plas A. “Concurrent substance abuse and recent homelessness among patients with schizophrenia in Hague, The Netherlands”, *European Psychiatry*, 2007, vol. 22, issue 1, pp 332.

Wechsler, D. “Manual for the Wechsler Adult Intelligence Scale, Revised”. *Sage Journal*, New York, vol. 1, issue 3, 1981, pp. 255- 257.

### Websites

Bulletin of the British Museum, Natural History, Zoology, 1976, v. 29, [Bulletin of the British Museum, Natural History. Zoology 1976: Vol 29 Contents: Free Download, Borrow, and Streaming: Internet Archive](#), Accessed 25-05-2021.

Case Report, Autobiographical Memory in a case of Multiple Personality Disorder, [abn98040508.tif](#), Accessed 11-02-2023.

Dennis MS, JP Burn, PA Sandercock, JM Bamford, D.T. Wade, and C.P. Warlow. “Long-term survival after first-ever stroke The Oxfordshire Community Stroke Project”, *Stroke-Journal of American Heart Association*, vol. 24, issue 6, 1993, pp. 796-800.

Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4<sup>th</sup> Ed, American Psychiatric Association, 1994, [Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th ed.](#), Accessed 12-12-2023.

Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry, [Homepage | Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry \(JNNP\)](#), Accessed 11-05-2024.

Minnesota Multiphasic Personality Inventory,  
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/9780470479216.corpsy0573>,  
Accessed 27-01-2022.

M Mayman. “Early memories and Character Structure”, *National Memory of Health*, vol. 32, issue 4, Aug 1988, pp. 303-16.

Mezquita-Blanco, J. “Work-therapy in Psychiatric Rehabilitation”, *International Journal of Rehabilitation Research*, vol. 7, issue 1, March 1984, pp 3-10.

Monsell, S., & Mizon, G. A. (2006). Can the task-cuing paradigm measure an endogenous task-set reconfiguration process? *Journal of Experimental Psychology: Human Perception and Performance*, 32(3), 493–516. <https://doi.org/10.1037/0096-1523.32.3.493>

The Micro biodata-Gut-Brain Axis, *Physiol Rev* 99: 1877–2013, 2019. Published August 28, 2019; [The Microbiota-Gut-Brain Axis](#), Accessed 21-10-2024.

## অন্তঃটীকা

- 
- <sup>i</sup> <https://ps.psychiatryonline.org/doi/abs/10.1176/ps.38.4.363>
- <sup>ii</sup> DSM-IV, 1994
- <sup>iii</sup> A group of participant who are controlled by the experimenter.
- <sup>iv</sup> Coriat, 1916; Janet, 1907; Prince, 1910; for review Bliss, 1986
- <sup>v</sup> Putnam, Gutroff, Silberman, Barbar & Past, 1986.
- <sup>vi</sup> Wang, Tulving, Freeman, 1982
- <sup>vii</sup> Monsell, S., & Mizon, G. A. (2006).
- <sup>viii</sup> Mayman, 1968
- <sup>ix</sup> Wechsler D, 1951
- <sup>x</sup> The original Minnesota Multiphasic Personality Inventory(MMPI) was developed in the 1940s to assess mental health problems in psychiatric and medical settings
- <sup>xi</sup>(Solomon, 1983)
- <sup>xii</sup> Shedler, J., Mayman, M., & Manis, M. (1993)
- <sup>xiii</sup> Robinson, 1976
- <sup>xiv</sup> Bulletin of the zoflomic Society, 1976, vol. 7, issue 1, pp. 61-62.
- <sup>xv</sup> “Personality change after stroke: Some preliminary observations”—J stone, E Townend, K Haga, M S Dennis, M Sharpe.
- <sup>xvi</sup> The basis of CT is the measurement of different tissue absorption values, following exposure to x-rays. The tissue absorption values are defined arbitrarily by Hounsfield units (HU
- <sup>xvii</sup> International Journal of Rehabilitation Research 7(1): p 11-24, March 1984.
- <sup>xviii</sup> Neurosurgery & Psychiatry 1983; 46:336-344.
- <sup>xix</sup> Health Technol Assess. 2015 Feb
- <sup>xx</sup> M S Dennis, J P Burn, P A Sandercock, J M Bamford, D T Wade and C.P. Warlow, 1 Jun 1993.

- 
- <sup>xxi</sup> Terence J. Quinn, Peter Langhorne and David J. Stott Originally published 3 Mar ,2011.
- <sup>xxii</sup> McEwen, J. (1993)
- <sup>xxiii</sup> A. L. Edal, K. Skjöldt, and H. J. Nepper-Rasmussen View all authors and affiliations, Volume 38, Issue 1, 1997.
- <sup>xxiv</sup> Human SCID (Severe Combined Immunodeficiency) is a prenatal disorder of T lymphocyte development that depends on the expression of numerous genes. The knowledge of the genetic basis of SCID is essential for diagnosis (e.g., clinical phenotype, lymphocyte profile) and treatment (e.g., use and type of pre-hematopoietic stem cell transplant conditioning).
- <sup>xxv</sup> Personality change after stroke, pp-1710, 1711, figure-2,3
- <sup>xxvi</sup> Personality change after stroke, pp-1710, table-1
- <sup>xxvii</sup> Personality change after stroke, pp-1710, table-1
- <sup>xxviii</sup> Agoraphobics, it has often been suggested, are dependent and unassertive, but the literature provides little support for the existence of a consistent “agoraphobic personality.”
- <sup>xxix</sup> Personality change after stroke, pp-1710, table-3
- <sup>xxx</sup> Ischaemic stroke is a heterogeneous multifactorial disorder. Epidemiological data provide substantial evidence for a genetic component to the disease, but the extent of predisposition is unknown.
- <sup>xxxi</sup> [www.jnnp.com](http://www.jnnp.com)
- <sup>xxxii</sup> J. Bogousslavsky, G Van Melle and F Regli, 1 Sep 1988.
- <sup>xxxiii</sup> *Physiol Rev* 99: 1877–2013, 2019
- <sup>xxxiv</sup> S. Sopena ,B.-K. Dewar ,R. Nannery ,T. W. Teasdale & B. A. Wilson , Pages 1063-1068
- <sup>xxxv</sup> *Cortex*, Volume 41, Issue 1, 2005, Pages 67-75
- <sup>xxxvi</sup> Beth Han and William E. Haley Originally published 1 Jul, 1999
- <sup>xxxvii</sup> Ahmed M. Abdel-Khalek
- <sup>xxxviii</sup> Alexander Romagnoli MD, Arthur S Keats MD, First published: April 1980.



---

<sup>xxxix</sup> Maria B.A. Niemantsverdriet, Christina W. Slotema, Jan Dirk Blom, Ingmar H. Franken, Hans W. Hoek, Iris E. C. Sommer & Mark van der Gaa, *Scientific Reports* volume 7, Article number: 13920 (2017).

<sup>xli</sup> “Schizophrenia refers to a condition and to a spectrum of disorders that all involve a disconnection from reality, including hallucinations and delusions. It also affects a person’s

<sup>xli</sup> *Health Technol Assess.* 2015 Feb

<sup>xlii</sup> “Schizophrenia refers to a condition and to a spectrum of disorders that all involve a disconnection from reality, including hallucinations and delusions. It also affects a p ability to recognize the symptoms they have of this condition. It’s a severe condition, but is treatable, and many people with it can still live happy, fulfilling lives”--<https://my.clevelandclinic.org/health/diseases/4568-schizophrenia>

<sup>xliii</sup> <https://my.clevelandclinic.org/health/symptoms/23350>,

hallucinations#:~:text=A%20hallucination%20is%20a%20false,in%20your%20obrain%20cause%20hallucinations

<sup>xliii</sup> The term “psychiatric comorbidity,” refers to the occurrence in the same person of at least one mental disorder and one addictive disorder. For example, a person suffering from schizophrenia may be addicted to alcohol and perhaps to other drugs as well, [https://doi.org/10.1016/S1389-9457\(08\)70004-2](https://doi.org/10.1016/S1389-9457(08)70004-2).

<sup>xliv</sup> <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/wps.20656>

<sup>xlv</sup> Pseudo hallucination is a false hallucination, and phenomenon that could be, at first sight, mistaken for a true hallucination. In pseudohallucinations there is a lack of sensory consistency (objectivity, detail, and corporality) and they are not located outside the subject's mind. *The British Journal of Psychiatry*, Volume 122, Issue 569, April 1973, pp. 469-476. DOI: <https://doi.org/10.1192/bjp.122.4.469>.

<sup>xlvi</sup> DSM-5-TR is the standard classification of mental disorders used by mental health professionals in the United States.

---

<sup>xlvii</sup> Bradley W. Buczynski MS, April, 2013.

<sup>xlviii</sup> *Ophthalmology*, Volume 103, Issue 3, March 1996, Pages 427-438

<sup>xlix</sup> Benvenuti A, *Bipolar Disord* 2005.

<sup>l</sup> Tschoeke, Stefan MD; Steinert, Tilman MD; Flammer, Erich MSc; Uhlmann, p 544-549, July 2014.

<sup>li</sup> J.-P. Glaser, J. Van Os, V. Thewissen, I. Myin-Germeys, First published: 04 January 2010.

<sup>lii</sup> Hardy, G. E., Barkham, M., Shapiro, D. A., Stiles, W. B., Rees, A., & Reynolds, S. (1995).

<sup>liii</sup> *European Psychiatry*. 2007.

<sup>liv</sup> <https://doi.org/10.1007/s11920-011-0249-4>

## সিদ্ধান্ত

মানুষের মধ্যে সবচেয়ে মূল্যবান যা থাকে তা হল—‘মনুষ্যত্ব’। আবার ব্যক্তিতে সবচেয়ে মূল্যবান যা তা হল তার ‘ব্যক্তিত্ব’। ব্যক্তিত্বহীন ব্যক্তিকে আমরা সহজে গ্রহণ করতে পারি না। ব্যক্তিত্ববান মানুষ বলতে সেই মানুষকে আমরা বুঝিয়ে থাকি যে মানুষ কথায় কাজে মিল রাখেন, যিনি এখন যা বলেন কিছুক্ষণ পরে তার বিপরীত কিছু বলেন না এবং যা করেন তা ভেবে-চিন্তে বুঝে সুঝে তবে করেন। অর্থাৎ তিনি যা করেন তার মধ্যে একটি যুক্তিসিদ্ধতা থাকবে। নিজের ব্যাপারে নিজেই সিদ্ধান্ত নিতে পারার ক্ষমতা থাকতে হবে ব্যক্তিত্ববান মানুষটিতে। ব্যক্তিত্বের এই বিষয়গুলি বিভিন্ন প্রকার মানসিক ব্যাপারের সাথে সাথে আবেগ এবং স্মৃতির উপরও নির্ভরশীল। আবেগ দ্বারা মানুষ অভিভূত হয়ে পড়ে অনেক সময় অনেক ভ্রান্ত সিদ্ধান্ত নিয়ে থাকেন। সেক্ষেত্রে তার ব্যক্তিত্ব অনেকখানি নিন্দনীয় হয়ে পড়ে। উদাহরণস্বরূপ বলা যায় মহাভারতে ধৃতরাষ্ট্র ‘পুত্রশ্লেহ’ এবং ‘আত্মপ্রতিষ্ঠা’ নামক আবেগের দ্বারা অভিভূত হয়ে তার পুত্র দুর্য়োধনকে যেভাবে যুদ্ধের জন্য প্ররোচিত করেছেন তাতে তার ব্যক্তিত্বের নিকৃষ্টতা প্রকাশ পেয়েছে। আবার সব ‘ভয়’ নামক আবেগকে নিয়ন্ত্রিত করে বিদুর যখন ধৃতরাষ্ট্র ও দুর্য়োধনের কাজের নিন্দা করেন তখন বিদুরের ব্যক্তিত্বের উৎকৃষ্টতা প্রকাশ পায়। আবেগ নিয়ন্ত্রণে পূর্ব অভিজ্ঞতা বা স্মৃতির ভূমিকা অনস্বীকার্য।

কাজেই ব্যক্তিত্ব গঠনে স্মৃতি এবং আবেগের ভূমিকা যথেষ্ট গুরুত্বপূর্ণ। আবার আবেগ এবং স্মৃতি পরস্পরের উপর নির্ভরশীল। কিছু আবেগ থাকে ইতিবাচক আবার কিছু থাকে নেতিবাচক আবেগ। এই দুই প্রকার আবেগের মধ্যে ইতিবাচক আবেগ ব্যক্তিকে উন্নততর হতে সাহায্য করে। আবার অভিজ্ঞতা বা স্মৃতিকে যথাযথভাবে কাজে লাগানোর মাধ্যমেও ব্যক্তিত্বকে উন্নততর করা সম্ভব। এই গবেষণাপত্রের বিভিন্ন অধ্যায়ের মাধ্যমে সেটা দেখানো হয়েছে। মোট পাঁচটি অধ্যায়ের প্রয়োজন হয়েছে এর জন্য। এই পাঁচটি অধ্যায়ে অধ্যায়ভিত্তিক আলোচনায় যা পাওয়া গেলো তা আলোচনা করা হলো।

প্রথম অধ্যায়ে মূলতঃ স্মৃতি কাকে বলে, এই বিষয়ে বিভিন্ন দার্শনিকদের মতবাদ এবং ঐ মতবাদসমূহের তুলনামূলক আলোচনা করা হয়েছে। স্মৃতির ব্যাখ্যায় সক্রোটিসের বক্তব্যের সংক্ষিপ্ত রূপ হল—‘স্মৃতিকে বুঝতে হলে কল্পনা করতে হবে যেন আমাদের মনে বিভিন্ন আকৃতির ও বিভিন্ন রকমের কিছু নরম মোমের মণ্ড আছে, অভিজ্ঞতা হলে এই নরম মোমের মণ্ডে কিছু ছাপ পড়ে। যে ছাপ যত গভীর সেই স্মৃতি তত স্থায়ী ও স্পষ্ট হয়ে থাকে। আর যে অভিজ্ঞতা কোন ছাপ না রেখে চলে যায় সেই অভিজ্ঞতার কোন স্মৃতি থাকে না।’ যদিও এই মতবাদের চেয়ে উন্নততর অনেক মতবাদ পাওয়া যায় তথাপি এই মতবাদের গুরুত্বও নেহাত কম নয়। Hume মনে করেন—‘স্মৃতি হল ধারণা ও মুদ্রণের মধ্যবর্তী অবস্থা। তার মতে

মুদ্রণ হল সবচেয়ে সজীব এবং শক্তিশালী। কোন মুদ্রণ যখন তার সজীবতা এবং শক্তি কিছুটা হারায় তখন তাকে স্মৃতি বলা হয়। আর যখন সজীবতা ও স্মৃতি সম্পূর্ণ হারিয়ে যায় তখন তাকে ধারণা বলা হয়।’ যদিও এই মতবাদের ত্রুটি হল—সজীবতা এবং শক্তির এই মাত্রা পরিমাপের কোন সহজ উপায় নেই। আবার Locke স্মৃতি ভাণ্ডারকে স্টোর-হাউসের সাথে তুলনা করেছেন। স্মৃতি প্রতিবিশ্ব একটি ভাণ্ডারে জমা হয়। আবার প্রয়োজনে সেই স্মৃতিকে স্টোর-হাউসের থেকে পুণরায় উদ্ধার করা যায়। যদিও একটি কাল্পনিক স্টোর হাউসের থেকে বাস্তব স্মৃতির উদ্ধার কীভাবে সম্ভব সে প্রশ্নের কোন সদুত্তর পাওয়া যায় না। তাছাড়া স্মৃতি প্রতিবিশ্ব থেকে অন্যান্য মানসিক প্রতিবিশ্বকে পৃথক করারও কোন উপায় জানা যায় না। পরবর্তীকালে Russell তাঁর *Analysis of Mind* নামক গ্রন্থে RTM বা Representational Theory of Memory<sup>ii</sup>-র উল্লেখ করেছেন। তিনি এখানে স্মৃতি-প্রতিরূপকে অন্যান্য মানসিক-প্রতিরূপ থেকে আলাদা করতে একটি বিশ্বাসকে জুড়ে দেওয়ার কথা বলেন। অর্থাৎ কোন মানসিক প্রতিবিশ্বের সাথে যদি ‘আমি স্মরণ করি যে---’ আকারের বিশ্বাস যুক্ত থাকে তাহলে তাকে স্মৃতি বলতে হয়। একই রকমভাবে কল্পনা বা প্রত্যক্ষের ক্ষেত্রেও মানসিক প্রতিরূপের সাথে অনুরূপ একটি বিশ্বাসের যুক্ত থাকার কথা বলা হয়। পরবর্তীকালে Thomas Reid পূর্ববর্তী সকল মতবাদের সমালোচনা করেন। তিনি নিজেও স্মৃতি বিষয়ক একটি মতবাদ প্রদান করেন যা “Direct Theory of Memory” নামে পরিচিত। স্মৃতিকে হতে হবে বর্তমানকালীন অথচ স্মৃতিতে

আবশ্যিক উপাদান হিসাবে থাকতে হবে ‘অতীতকালীনতা’। কিন্তু বাস্তবে তা সম্ভব নয়, কারণ যা বর্তমানকালে প্রত্যক্ষ হয় তা অতীতকালীন বা স্মৃতি হতে পারে না। আবার জ্ঞান সংক্রান্ত যে কোন সাক্ষাৎ মতবাদ ভ্রান্ত প্রত্যক্ষের সাথে সাথে ভ্রান্ত স্মৃতির ব্যাখ্যা দিতে পারে না। যদিও রেড দাবী করেন যে স্মৃতি ভ্রান্ত হতেই পারে না, তথাপি আমরা ভ্রান্ত স্মৃতি হতে দেখি। স্মৃতি কাকে বলে জানার পর বিস্মৃতি কাকে বলে? কত রকমের বিস্মৃতি? তাদের কারণ ও নিরসনের উপায় আলোচনা করা হয়েছে। এখানে মূল উদ্দেশ্য হল—প্রয়োজনীয় স্মৃতি যা তার বিস্মরণ আটকানো এবং বেদনাদায়ক এবং অপ্রীতিকর স্মৃতির বিস্মরণ। প্রথম অধ্যায়ে স্মৃতি আলোচনার পর দ্বিতীয় অধ্যায়ে ব্যক্তিত্ব গঠনে স্মৃতির আলোচনা করা হয়েছে।

দ্বিতীয় অধ্যায়ে ব্যক্তিত্বের উপাদান যে জ্ঞান তা স্মৃতিতে থাকা সত্ত্বেও তাদের মধ্যে একটি আচরণশীলতাও যে একান্ত আবশ্যিক সে কথা বোঝানোর চেষ্টা করা হয়েছে। স্মৃতিতে থাকা সত্ত্বেও যদি তার বাস্তব প্রয়োগ না থাকে তবে ব্যক্তিত্ব প্রভাবিত হয়ে থাকে। কোন ব্যক্তির মধ্যে ব্যক্তিত্বের গঠনগত যাবতীয় বৈশিষ্ট্য থাকা সত্ত্বেও বাস্তবে তার প্রয়োগ অনেক সময় ঘটতে দেখা যায় না। অর্থাৎ অনেকেই যে সেগুলিকে বাস্তবে প্রয়োগ করেন না তা কয়েকটি গবেষণাপত্রের বিশ্লেষণ করে দেখানো হয়েছে। অর্থাৎ ব্যক্তিত্ব গঠনে স্মৃতির সাথে সাথে অনুশীলনও একান্ত আবশ্যিক। দুর্ঘটনার কবলে পড়া ব্যক্তি যাদের মস্তিষ্কের একটি বিশেষ অংশ বাদ গেছে--যে অংশ আসলে ব্যক্তির

আচরণের নিয়ন্ত্রক, তাদের ক্ষেত্রে দেখা যায় স্মৃতিতে সব জ্ঞান থাকা সত্ত্বেও তারা বাস্তবে তার প্রয়োগে অপারগ। এ থেকে প্রমাণিত হয় যে স্মৃতিতে থাকা সত্ত্বেও বাস্তব প্রয়োগ অনুপস্থিত থাকতে পারে। সেক্ষেত্রে ব্যক্তিত্বও পরিবর্তিত হয়ে থাকে।

তৃতীয় অধ্যায়ে আবেগের বিভিন্ন লক্ষণ, আবেগের শ্রেণীবিভাগ, বিভিন্ন আবেগের উদাহরণ আলোচনা করা হয়েছে। আবেগসমূহের মধ্যে কিছু আবেগ আছে ইতিবাচক আবার কিছু আছে নেতিবাচক। দেখা যায় যে কোন কোন ব্যক্তির কোন না কোন অপ্রীতিকর ঘটনার স্মৃতির চাপে মানসিক বিপর্যয় আসে। সেই মানসিক চাপের কারণে ব্যক্তিত্বেও যথেষ্ট পরিবর্তন দেখা যায়। দেখা যায় যে ব্যক্তি নেতিবাচক আবেগের ব্যবহার বেশী করে করছে। অর্থাৎ কোন বিশেষ স্মৃতি ব্যক্তিত্বে পরিবর্তন আনে। সেইসাথে তার আবেগ নির্বাচনের অভিমুখও বদলে যায়। যদিও বিভিন্ন গবেষক-চিকিৎসকগোষ্ঠী তাদের গবেষণায় দেখিয়েছেন যে পারিবারিক সহানুভূতি, পারিবারিক ইতিবাচক মনোভাব, পরিবারের সদস্যদের প্রীতিপূর্ণ ব্যবহার এবং ভালোবাসার দ্বারা বদলে যাওয়া ব্যক্তিত্বকে আবার স্বাভাবিক অবস্থায় ফিরিয়ে আনা যায়। অর্থাৎ দেখা যায় যে স্মৃতি এবং আবেগ উভয়েই ব্যক্তিত্ব গঠনে যথেষ্ট ভূমিকা রাখে।

চতুর্থ অধ্যায়ে আবেগ এবং স্মৃতি উভয়েই ব্যক্তিত্ব গঠনে যথেষ্ট ভূমিকা রাখার সাথে সাথে তাদের নিজেদের মধ্যে কোন সম্বন্ধ আছে কিনা তা দেখানো হয়েছে। স্মৃতি এবং আবেগের মধ্যে সম্পর্ক স্থাপনে যারা প্রয়াসী হয়েছেন তাদের মধ্যে অন্যতম হলেন Descartes। তাঁর *Passion of The Soul* নামক গ্রন্থে এই প্রয়াস লক্ষ্য করা যায়। যেখানে তিনি আবেগ ও স্মৃতির দৈহিক ও মানসিক ভেদে বিভাগ করার চেষ্টা করেছেন। দৈহিক স্মৃতির সাথে দৈহিক আবেগের এবং মানসিক স্মৃতির সাথে মানসিক আবেগের সম্পর্ক দেখানোর চেষ্টা করেছেন। আবেগ এবং বিভিন্ন প্রক্রিয়ার ব্যাখ্যা করতে তিনি ‘Animal spirit’ এর ধারণার অবতারণা করেছেন। তার প্রচেষ্টা সফল হলেও সমালোচনা উর্দ্ধে নয়। তাই এই সম্পর্ককে আরও ভালোভাবে বোঝানোর জন্য পরবর্তী অধ্যায়ের অবতারণা হয়েছে।

পঞ্চম অধ্যায়ে তিনটি বিশেষ ব্যাধির পরবর্তীকালে ব্যক্তির ব্যক্তিত্বে যে পরিবর্তন আসে তা বিভিন্ন গবেষণাপত্র ও পুস্তকের সাহায্য নিয়ে উপস্থাপিত হয়েছে। তিনটি বিশেষ ব্যাধির নাম যথাক্রমে—Multiple-Personality-Disorder, Hallucination, এবং Stroke। এই তিনটি ক্ষেত্রেই দেখা গেছে ব্যক্তির ব্যক্তিত্বে অনেক পরিবর্তন এসেছে। এই পরিবর্তনগুলোর কোনটিই ব্যক্তির পক্ষে স্বস্তিদায়ক নয় সে কথা অধ্যায়টি অনুধাবন করলে সহজেই বোঝা যায়। দেখা গেছে ব্যক্তিত্ব পরিবর্তনের সাথে সাথে তাদের স্মৃতি এবং আবেগেও পরিবর্তন এসেছে। ব্যক্তির



আবেগগুলো অনিয়ন্ত্রিত হয়ে পড়েছে অনেক ক্ষেত্রে যেসব আবেগগুলো ঐসব রোগভোগের পূর্বে নিয়ন্ত্রিত ছিল। এসেছে স্মৃতির চলমানতার অভাব। অভিজ্ঞতা থাকা সত্ত্বেও আবেগ নিয়ন্ত্রণে সেসব কাজে লাগে না। এর অন্যতম প্রধান কারণ হল ঐসব রোগ অসুখে তাদের মধ্যে এক বিশেষ স্নায়বিক বিন্যাস তৈরি হয়েছে। এইসব ক্ষেত্রে যারা চিকিৎসা পরিসেবা দিয়ে থাকেন তাদের প্রচেষ্টা থাকে ঐ সব ব্যক্তিদের মধ্যে ভালোবাসার মধ্য দিয়ে আবার ধীরে ধীরে স্বাভাবিক ব্যক্তিত্ব-বৈশিষ্ট্য ফুটিয়ে তোলার। এই প্রচেষ্টা থেকে আমাদের মধ্যে এই প্রবণতা থাকা উচিত যে, যে কাজ ভালো তা পরিপালন করা। এই পরিপালনে যেসব প্রতিবন্ধকতা আসতে পারে তাদের যথাসম্ভব নিরসন করে। নিত্য এই অভ্যাসে দেখা যাবে মানুষের আকাঙ্ক্ষিত উচ্চতর ব্যক্তিত্বে উপনীত হওয়ার পথে ধীরে ধীরে অগ্রসর হচ্ছেন। যদিও ভালো কি মন্দই বা কি এ নিয়ে অনেক বিতর্ক থাকতে পারে কিন্তু সেসব সত্ত্বেও ব্যক্তির নিজের কিসে ভালো বা মঙ্গল সে বিষয়ে নিজ-অভিজ্ঞতাই অনেকখানি সহায়ক হয়ে থাকে। এই ভালো বা মন্দ যা তাকে শুধু বাচিক জ্ঞানের আকারে রেখে দিলে তার দ্বারা ব্যক্তিত্বের কোন পরিবর্তন হতে দেখা যায় না। ব্যক্তিত্ব নিছক বাচিক জ্ঞান দ্বারা প্রভাবিত হয় না। তাই প্রয়োজন সেই জ্ঞানকে কর্ম ও আচরণে ফুটিয়ে তুলতে নিয়ত প্রচেষ্টা করা। আবেগ ও স্মৃতি উভয়েই ব্যক্তিত্বকে প্রভাবিত করে আবার তাদের মধ্যে পারস্পারিক সম্পর্কও বিদ্যমান। শুভ আবেগকে কর্মে পরিণত করা এবং অশুভ আবেগকে নিয়ন্ত্রণের মাধ্যমে স্মৃতি ও ব্যক্তিত্ব সুনিয়ন্ত্রিত থাকে।

অধ্যায়গুলি পর্যালোচনা করে দেখা গেলো স্মৃতি আবেগ এবং ব্যক্তিত্ব পরস্পরের সাথে সম্পর্কযুক্ত। স্মৃতি মানুষের ব্যক্তিত্বের বিভিন্ন পর্বের মধ্যে সংযোগসূত্র। জীবনে ঘটে চলে অনেক ঘটনা অবিশ্রান্ত অবিরাম। এই ঘটনাপ্রবাহের মধ্যে প্রকৃতপক্ষে কোন যোগাযোগ থাকত না যদি না স্মৃতি দ্বারা এদের মধ্যে সংযোগ রক্ষা হত। আবার ঘটনাগুলো মূলতঃ মনের আবেগ দ্বারা নির্মিত। আবেগের ফলশ্রুতি হিসাবে আমরা নানারকম ক্রিয়াকলাপ করে থাকি। আবেগ তাই ব্যক্তিত্ব গঠনে গুরুত্বপূর্ণ ভূমিকা রাখে। শুধু তাই নয় ব্যক্তিত্ব গঠনে আবেগ ও স্মৃতি উভয়ের ভূমিকা গুরুত্বপূর্ণ।

### অন্তঃটীকা

---

<sup>i</sup> Russell, B. (2022). *The Analysis of Mind* (1<sup>st</sup> Ed.). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781003308935>

<sup>ii</sup> Ceci, S. J., Fitneva, S. A., & Williams, W. M. (2010), *Psychological Review*, 117(2), 464–495, <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/a0019067>.

## তথ্যপঞ্জী

## ইংরেজী গ্রন্থ

Abelson, Raziell. *A Study in Psychology*. The Macmillan Press Ltd, London, 1977.

Arnold, M.B. (Ed). *Feeling and Emotions*. Academic Press, New York, 1970.

Atkinson R.C., & R.M. Shiffrin. *The Control of Short-term memory*. Scientific American, 1971.

Basu, Chaitali. *Hobbes and the Individual*. Progressive Publishers, Calcutta-73, 2001.

Bgnoli, Carla. (Ed). *Morality & Emotions*. Oxford University Press, Oxford, 2011.

Braddon-Mitchell, David and Frank Jackson. *The Philosophy of Mind and Cognition*. Blackwell Publishers, 1996.

Buzug, T.M. *Computed Tomography*. Springer Nature Link, Springer, Berlin, Heidelberg 2008.

Chizuko, Izawa. *On Human Memory*. Psychology Press, New York, April 1999.

Choudhury, Lopamudra and Madhuchanda Sen. *Experiencing Self*. Mohabodhi Book Agency, Kolkata, 2015.

Collins, Mary & Drever James. *Experimental Psychology*. E.P. Dutton and Company, New York, 1926.

Combe, George. *A System of Phrenology*. New York, Boston, 1843.

Cornwell, John. (ed). *Consciousness and Human Identity*. Oxford University Press, 1998.

- Coriat, H Isador. *Abnormal Psychology*. Routledge, 1910.
- Damasio, R. Antonio. *Descartes' Error: Emotion, Reason and Human Brain*. Avon Books, New York, 1995.
- David Braddon-Mitchell and Frank Jackson, *The Philosophy of Mind and Cognition*, Blackwell publishers, 1996.
- Ebbinghaus, Hermann. *Memory: A Construction to Experimental Psychology*. Dover Publication Inc., New York, 1964.
- Eysenck, H.J. and G.D. Wilson. *A Textbook of Human Psychology*. MPT Press Ltd, Lancaster, England, 1976.
- Eric J. Kolb. *The Human Heart: A Psychological View of the Logical Concepts*. ResearchGate, Feb 2024.
- F.M. Cornford. *Plato's Theory of Knowledge*. Taylor & Francis eBook, London, 1935.
- Freud, Sigmund. A General Introduction to Psychoanalysis. *PDF Book World*, 1917.
- Fruzzetti, A. E. Dialectical behavior therapy with parents, couples, and families to augment Stage 1 outcome. In M. A. Swales (Ed.), *The Oxford handbook of dialectical behavior therapy*, pp. 389–411, Oxford University Press, New York, 2019.
- Gordon W. Allport. *Personality: A Psychological Interpretation*. Digital Library of India, Jan 2017.
- Gyatso, Geshe Kelsang. *Understanding the Mind*. Motilal Banarsidas Publishers Pvt. Ltd., Delhi, 1993.
- Hume, David. *Treatise of Human Nature*. Clarendon Press, London, 1896.
- James, William. *Psychology, brief course*. Henry Holt and Company, New York, 1892.
- John Locke. *An Essay Concerning Human Understanding*, Churchyard Publication, London, 1689.

Jowlet Benjamin (Trans). Plato's Theaetetus. Clarendon Press, University of Michigan, America, 1892.

Kramme, R; Klaus-Peter Hoffman, Robert S Pozos. *Springer Handbook of Medical Technology*. Springer Nature Link, Springer, Berlin, Heidelberg 2008.

Kristin Swenson. *A most peculiar: The inherent strangeness of the Bible*. Review of Biblical Literature, 2023.

Locke, Don. *Memory*. Macmillan, London, 1971.

Mason, Michelle. *The Moral Psychology of Contempt*. Rowman & Littlefield, New York, 2018.

McEwen, James. "The Nottingham Health Profile", *Quality of Life assessment: Key Issues the 1990s*, Springer Nature Link, 1991, pp. 181-87.

McGinn, Colin. *Consciousness And Its Objects*. Clarendon Press, Oxford, 2004.

Mondal, Samar Kumar. *What Am I, Strawson's Concept of a Person*. Abhijit Publications, 2010.

Mortan, Clifford. *Introduction to Psychology*. McGraw Hill Education (Indian) Private Limited, Chennai, 1993.

Munn, Norman Leslie. *Introduction to Psychology*. AITBS Publications, India, 1962.

Nichols, Ryan. *Thomas Reid's Theory of Perception*. Oxford University Press, 2007.

Paris, J. (Ed). *Handbook of personality disorders: Theory, research, and treatment*. The Guilford Press, 2005.

Paul-Jean, Sartre, *Sketch for a Theory of the Emotions*, trans-Philip Mairet, London and New York, 1939.

- Reid, Thomas. *Essays on the Active Process of the Human Mind*. The MIT Press, Cambridge, 1815.
- Rene Descartes. *Discourse on the Method*. Ilana and Grag Newby, Routledge, London, 1637.
- Rene Descartes. *Passions of The Soul*, <https://thevirtuallibrary.org/>, accessed on 12<sup>th</sup> Feb. 2020.
- Rene Descartes. *Principles of Philosophy*. Standfor Encyclopedia of Philosophy, January, 1644.
- Russel, Bertrand. *The Analysis of Mind*. George Allen & Unwin Ltd, London, 1921.
- Shanks, R. David. (Ed). *Human Memory- A Reader*. Arnold, Great Britain, 1997.
- Sartre, Paul-Jean. *Sketch for a Theory of the Emotions* (Trans). Philip Mairet, London and New York, 1939.
- Shanks, R. David. (ed). *Human Memory- A Reader*. Arnold, Great Britain, 1997.
- Stout, G.F. *A Manual of Psychology*. 3<sup>rd</sup> edition, University Tutorial Press, High St, New Oxford St, W.C., 1924.
- Taylor, J.M. *Elements of Psychology*. Poughkeesie, New York, 1892.
- Titchener, Edward Bardford. *A Textbook of Psychology*. Indian University Press, Calcutta, 1963.
- Thorsten M. Buzug. *Computed Tomography. Medical Technology*. Kramme, Hoffman & Pozos, Springer Nature Link, 2011, pp. 311-342.
- Valerie, Tiberius. *Moral Psychology: A Contemporary introduction*. Routledge, New York, 2015.
- Webster, R A. *Neurotransmitter and Brain Function*. Wiley, New York, 2002.
- Woodworth, S. Robert and Donald G. Marquis. *Psychology*, Methuen & Co. Ltd., London, 1922.

William McDougall. *Outline of Psychology*. University of Michigan, New York, 1933.

Word, James. *Psychological Principles*. Cambridge Psychology Library, London, 1918.

Woodworth S. Robert and Donald G. Marquis. *Psychology*, Methuen & Co. Ltd., London, 1922.

Wright, Gispin. Barry C. Smith and Cynthia Macdonald. (Ed). *Knowing Our Own Mind*. Clarendon Press, Oxford, 1998.

### বাংলা গ্রন্থ

চট্টোপাধ্যায়, সুব্রত। *চেতনা*। আনন্দ পাবলিশার্স, কলকাতা, ২০১৯।

চট্টোপাধ্যায় সুব্রত। *ইতি আশীর্বাদক বাবা*, তথাগত প্রকাশনা, কলকাতা, ২০২৪।

ভট্টাচার্য, সমরেন্দ্র। *মনোবিদ্যা*। বুক সিণ্ডিকেট প্রাইভেট লিমিটেড, ২০১৫

মুখোপাধ্যায়, অপরাজিতা। *ব্যক্তিচরিত্র ও নৈতিকতা*। যাদবপুর বিশ্ববিদ্যালয় এবং মহাবোধি বুক এজেন্সী, কলকাতা, ২০১১।

সাইফুদ্দিন, ডঃ কাজী। *আধুনিক মনোবিজ্ঞান*। আলেয়া বুক ডিপো, ঢাকা, ২০০৯।

## Journals

Alexander Romagnoli, MD, Arthur S Keats, MD. “Ceiling effect for respiratory depression by nalbuphine”, *Clinical Pharmacology & Therapeutics*, vol. 30, Number 4, April 1980, pp. 478-485. [Ceiling effect for respiratory depression by nalbuphine - Romagnoli - 1980 - Clinical Pharmacology & Therapeutics - Wiley Online Library](#) accessed on 16-11-2023.

Anekal C. Amaresha<sup>1,2</sup>. Ganesan Venkatasubramanian, “Expressed Emotion in Schizophrenia: An Overview”, *Indian Journal of Psychological Medicine*, vol-13, issue 1, Jan-Mar 2012.

Ardila, A., Bernal, B., & Rosselli, M. “The Role of Wernicke’s Area in Language Comprehension. Psychology & Neuroscience”, *Advance online publication*. August 8, 2016, <http://dx.doi.org/10.1037/pne0000060>.

Bacalu, Alexandra. “The Poetic Imagination as Therapy Across English and French Late Renaissance”, 2017.

Bastien, C.H.; A, Vallieres; CM Morin. “Validation of the Insomnia Severity Index as an outcome measure for insomnia research”, PubMed, National Library of Medicine, July 2001, vol. 2, issue 4, pp 297-307.

Benvenuti A, Rucci P, Ravani L, Gonnelli C, Frank E, Balestrieri M, Sbrana A, Dell’Osso L, Cassano GB. “Psychotic features in borderline patients: is there a connection with mood dysregulation”, *Bipolar Disord*, vol. 7, issue-4, Aug 2005, pp. 338-343, [Psychotic features in borderline patients: is there a connection with mood dysregulation? - PubMed](#) accessed on 24-08-2022.

Beth, Han, and William E. Haley. “Family Caregiving for Patients with Stroke: Review and Analysis”, *AHAIASA Journals*, vol. 30, number 7, 1<sup>st</sup> July 1999,



<https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/01.STR.30.7.1478>, accessed on 30-01-2021.

Bezirgianian, S., Cohen, P. and Brook J.S. “The Impact of Mother-Child Interaction on the Development of Borderline Personality Disorder”, *American Journal of Psychiatry*, vol. 150, 1993, pp. 1836-1842. <http://dx.doi.org/10.1176/ajp.150.12.1836> Accessed 15-10-2021.

Bogart, Aaron. “The Metaphysics of Memory.” *International Journal of Philosophical Studies*, vol. 17, issue 4, 2009, pp. 622-627.

Bougousslavsky, J.; G Van Melle, F, Regi. “The Lausanne Stroke Registry: analysis of 1000 consecutive patients with first stroke”, *Stroke*, 1988, vol. 19, issue 9, pp. 1083-92.

Brenda Milner, Suzanne Corkin, H.-L. Teuber, Further analysis of the hippocampal amnesic syndrome: 14-year follow-up study of H.M, *Neuropsychologia*, Volume 6, Issue 3, September 1968, Pages 215-234.

Bradley W. Buczynski, MS, Michael A O'Reilly. “The Role of Hyperoxia in Pathogenesis of experimental BPD”, *Seminars in Perinatology*, vol. 37, issue 2, April 2013, pp. 78, <https://doi.org/10.1053/j.semperi.2013.01.002>, accessed on 11-05-2021.

Brooks DN, McKinlay W. “Personality and behavioral change after severe blunt head injury--a relative's view”, *J Neurol Neurosurg Psychiatri*, vol. 46, issue 5, 1983, pp. 336-344.

Bryan, Kolb. “Brenda Milner: Pioneer of the Study of the Human Frontal Lobe”, *Frontiers in Human Neuroscience*, vol. 15, Jan 2021.

Caitlin A. Sisk, Roger W Remington & Yuhong V. Jiang. “Mechanisms of contextual cueing: A tutorial review”, *Springer Nature Link*, vol. 81, 2019, pp. 2571-2589.

Clive J. Robins and Alex L. Chapman. "Dialectical Behavior Therapy: Current Status, Recent Developments, and Future Directions", *Journal of Personality Disorder*, vol. 18, issue 1, June 2005, <https://doi.org/10.1521/pedi.18.1.73.32771>

Copenhaver, Rebecca. "Thomas Reid's Theory Of Memory." *North American Philosophical Publications*, vol. 23, no 2, Apr. 2006. pp. 171-189.

Dennis MS, JP Burn, PA Sandercock, JM Bamford, D.T. Wade, and C.P. Warlow. "Long-term survival after first-ever stroke The Oxfordshire Community Stroke Project", *Stroke-Journal of American Heart Association*, vol. 24, issue 6, 1993, pp. 796-800.

Edal, A.L.; K Skjodt; H.J. Nepper-Rosmussen. "SIPAP-a new M.R. classification for pituitary adenomas, suprasellar, infrasellar, parasellar, anterior and Pasterior", *Acta Radiol*, Jan 1997, vol. 38, issue 1, pp. 30-36.

Gabriele Rossi Rogoni. "Organology and Others: A Political Perspective", *Journal of the American Musical Instrument Society*, vol. 44, pp. 7-17.

Glaser, J.P., J. Van Os, V. Thewissen, I. Myin-Germeys. "Psychotic Reactivity in Borderline Personality Disorder", *Acta Psychiatrica Scandinavica*, vol-121, issue 2, 2010, pp. 125-134.

Gupta, P., Cohen, and N. J. "Theoretical and computational analysis of skill learning, repetition priming, and procedural memory", *Psychological Review*, vol. 109, no. 2, 2002, pp. 401-448.

Hardy, G. E., Barkham, M., Shapiro, D. A., Stiles, W. B., Rees, A. and Reynolds, S. "Impact of Cluster C personality disorders on outcomes of contrasting brief psychotherapies for depression", *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol-63, no-6, 1995, pp-997-1004.

Hare, E H. "A Short note on pseudo-hallucination", *British Journal of Psychiatry*, vol. 122, issue 569, April 1973, pp. 469-476.  
<https://psycnet.apa.org/doi/10.1192/bjp.122.4.469>, Accessed on 31-12-2021.

Hooley, Jill M., Richters, John E., Weintraub, Sheldon, Neale, John M. “Psychopathology and marital distress: The positive side of positive symptoms”, *Journal of Abnormal Psychology*, Vol. 96. Issue-1, Feb 1987, pp. 27-33.

J Bogouss, G Van Melle and F Regli. “The Lausanne Stroke Registry: analysis of 1000 consecutive patients with first stroke”, *AHA's Premier journal*, vol. 19, number-9, 1988, <https://doi.org/10.1161/01.STR.19.9.1083>, accessed on 12-05-2023.

Jenkins, Janis, “The meaning of expressed emotion: theoretical issues raised by cross-cultural research”, *American Journal of Psychiatry*, Vol. 149, No. 1, 1992, pp. 9-21.

Jobber, D., & Hooley, G. (1987). “Pricing Behavior in UK Manufacturing and Service Industries”, *Managerial and Decision Economics*, vol. 8, pp. 167-171. <https://doi.org/10.1002/mde.4090080211>.

Jowlet Benjamin (Trans). Plato's Theaetetus. Clarendon Press, University of Michigan, America, 1892.

J-P Glaser, J Van Os, V. Thewissen, I. Myin-Germeys. “Psychotic reactivity in borderline personality disorder”, *Acta Psychiatry Scand*, vol. 121, no. 2, Feb 2010, pp. 125- 34, <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2009.01427.x>. Accessed on 16-04-2023.

J. T. Kelly, A. K. Prasad, and A. S. Wexler. “Detailed flow patterns in the nasal cavity”, *The American Physiological Society*, vol. 89, 2000, pp. 323–337. <http://www.jap.org>.

Jing Zhu & Paul Thagard. “Emotion and Action”, *Philosophical Psychology*, vol. 15, no 1, pp. 19-36, 2002, <https://doi.org/10.10080/09515080120109397>, accessed on 5-8-2023.

John F. Cryan, Kenneth J. Oriordon, Caitlin SM Cowan, Kiran V. Sandhu..... “The Micro biodata-Gut-Brain Axis”, *Physiological Reviews*, vol-99, issue-4, Oct. 2019, 1877-2013, <https://doi:10.1152/physrev.00018.2018> accessed on 7-10-2023.

Jose Luis Valder G. & Fernando Torrealba L. “The parietal association cortex of the rat”. *Biological Research*, vol. 41, issue 4, 2008, pp. 369-77.

J. Stone; E. Towned; J. Kwan; K. Haga; M.S. Dennis; M. Sharpe. “Personality Change after Stroke: Some Preliminary Observations”, *J Neurol Neurosurg Psychiatri*, vol. 75, issue-12, 2004, pp. 1708-13.

J. T. Kelly, A. K. Prasad, and A. S. Wexler. “Detailed flow patterns in the nasal cavity”, *The American Physiological Society*, vol-89, 2000, pp. 323–337. <http://www.jap.org>.

Karl Claxton, Steve Martin, Marta Soares, Nigel Rice, Eldon Spackman, Sebastian Hinde, Nancy Devlin, Peter C Smith, and Mark Sculpher. “Methods for the estimation of the National Institute for Health and Care Excellence cost-effectiveness threshold”, *National Institute for Health Research*, vol. 19, issue 14, 2015, pp. 1-542.

Katherine Osborne-Crowley, Skye Mcdowald. “A Review of Social Disinhibition after Traumatic Brain Injury”, *Journal of Neuropsychology*, vol. 12, issue 2, Sept 2016.

Kernberg F. Otto and Robert Michels. “Borderline Conditions and Pathological Narcissism”, *Jason Aronson*, vol. 155, issue 5, 1975, pp. 505-509.

Larry R Squire, Lisa Genzal, John Twixtad, Richard G. Morris. “Memory Consolidation”, *Cold Spring Harbor Perspective in Biology*, vol. 7, issue 8, 2015.

Lazer J Wayne. “Nineteenth and twentieth century brain maps relating to location and construction of brain functions”. *Journal of the History of Neuroscience*, vol-13, issue. 2-3, May 2002, pp. 368-93.

Levy, Lior. “Memory and the Passions in Descartes' Philosophy”, *North American Philosophical Publication*, vol. 28, No. 4, Oct 2011, pp. 339-354.

Li, Dongmei; Jie, Ying; Liu, Hong; Liu, Jingming; Zhu, Zhenghong; Mao, Chi. “Reconstruction of an Ophthalmic Orbits and Contracted Eye Sockets With Microvascular Radial Forearm Free Flaps”, vol. 24, issue 2, pp. 94-97.

Lin, M., Min, E., Orloff, E.A. *et al.* “Predictors of readmission after craniotomy for meningioma resection: a nationwide readmission database analysis”. *Acta Neurochir*, vol-162, 2020, pp. 2637–2646. <https://doi.org/10.1007/s00701-020-04528-x>.

Loftus, E.F “Memory: Surprising new insights into how we remember and why we forget”. *Addition-Wesley Publishing Company*, vol. 12, issue 4, 1980, p.147.

Malcom, Norman. *Memory and Respiration*, Wiley, vol. 4, issue 1, Feb 1970.

Maria B. A. Niemantsverdriet, Christina W. Slotema, Jan Dirk Blom, Ingmar H. Franken, Hans W. Hoek, Iris E. C. Sommer & Mark van der Gaag. “Hallucinations in borderline personality disorder: Prevalence, characteristics and associations with comorbid symptoms and disorders”, *National Library of Medicine*, vol. 7, number 1, 2017.

Marsha Linehan. “Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder”, Guilford Press, May 1993.

Mayman, M. “Early memories and Character Structure”, *National Memory of Health*, vol. 32, issue 4, Aug 1988, pp. 303-16.

McDougall, W. “The nature of emotion”, *The Journal of Abnormal and Social Psychology*, vol. 28, issue 3, 1933, <https://doi.org/10.1037/h0073007>, pp. 245–258.

McEwen, James. “The National Health Profile”, *Quality of Life Assessment*, Walker, S.R.; Rosser, R.M. (Ed), *Springer Nature Link*, 1993, pp. 111-130.

Milner Brenda, Suzanne Corkin, and H.-L. Teuber. "Further analysis of the hippocampal amnesic syndrome: 14-year follow-up study", *Neuropsychologia*, Volume-6, Issue-3, 1968, pp. 215-234.

Monsell, S.; & Mizon, G.A.; "Can the task-cuing paradigm measure an endogenous task-set reconfiguration process", *Journal of Experimental Psychology: Human Perception and Performance*, vol. 32, issue. 3, pp. 493-516.

Norris, D. "Short-term and long-term memory are still different", *Psychological Bulletin*, vol. 143, issue 9, pp. 992–1009.

Oommen, Arun. "Factors Influencing Intelligence Quotient", *Neurology & Stroke*, vol. 1, issue 4, 2014.

Perry D. Hoffman & Jill M. Hooley. "Expressed Emotion and the Treatment of Borderline Personality Disorder," *Family Process Press*, New York, vol. 149, issue 1, 1998, pp. 9-21.

Putnam FW, JJ Guroff, EK Silberman, L Barban, RM Post. "Clinical Phenomenology of Multiple Personality disorder: review of 100 recent cases", *J Clin Psychiatry*, vol. 47, issue 6, 1986, pp. 285-93.

Richard P Klub. "An Update on Multiple Personality Disorder", *Psychiatric Services*, vol. 38, issue 4, April 1987.

Robinson A John. "Sampling autobiographical memory", *Cognitive Psychology*, vol. 8, issue 4, Oct 1976, pp. 578-595.

Roy G. Beran. "Epilepsy & Behavior", *Elsevier, ScienceDirect*, vol. 12, issue 4, pp. 644-51.

Schacter, D.L., & Kihlstrom, J.F. Functional amnesia. In F. Boller & J. Grafman (Ed). "Handbook of neuropsychology", Amsterdam: Elsevier, 1989, Vol. 3, pp. 209-231.

Sara Shomstein. "Attention, Perception & Psychophysics", *Psychonomic Society*, April 2025, vol. 87, issue 3.

Shachnow, Ciarkin, Di Palme, Ghurston, Hull, & Sharin, "Family study of borderline personality disorder and its sectors of psychopathology", *Arch Gen Psychiatry*, Jul 2011, vol-68, issue-7, 1997, pp. 753-62.

Shedler, J., Mayman, M., & Manis, M. "The illusion of mental health", *American Psychologist*, vol. 48, issue-11, 1933, pp. 1117–1131, <https://doi.org/10.1037/0003-066X.48.11.1117>, accessed on 12-01-2021.

Solomon, M. R. "The role of products as social stimuli: A symbolic interactionism perspective", *Journal of Consumer Research*, 1983, vol. 10, issue 3, pp. 319–329. <https://doi.org/10.1086/208971>.

Stout. G.F. "A manual of psychology" (3rd ed., rev. and enl.), *University Tutorial Press*, 1915, pp. 575–584.

Swaran P. Singh, Kath Harley and Kausar Suhail. "Cultural Specificity of Emotional Over Involvement: A Systematic Review", *Schizophrenia Bulletin*, vol. 39, no. 2, 2011, pp. 449–463.

Terence J. Quinn, Peter Langhorne, and David J. Stott. "Barthel index for stroke trials: development, properties and application", *Search Life-sciences literature*, vol-42, issue-4, 2011, pp-1146-51.

Tim, Sallice. "Prescriber Commitment Posters to Increase Prudent Antibiotic Prescribing in English General Practice: A Cluster Randomized Controlled Trial", *Antibiotics (Basel)*, Aug 2020, vol-9, Issue-8.

Tschoeke, Stefan MD, Steinert, Tilman MD, Flammer, Erich MSc, Uhlmann, Carmen. "Similarities and Differences in Borderline Personality Disorder and

Schizophrenia with Voice Hearing”, *The Journal of Nervous and Mental Disease*, Maryland, USA, vol-202, no-7, 2014, pp-544- 549.

Tulving, E., Schacter, D. L., & Stark, H. A. (1982). “Priming effects in word-fragment completion are independent of recognition memory”. *Journal of Experimental Psychology: Learning, Memory, and Cognition*, vol. 8, issue 4, 1982, pp. 336–342. <https://doi.org/10.1037/0278-7393.8.4.336>.

Valencia ES, A Van Hemert, A Van Der Plas. “Concurrent substance abuse and recent homelessness among patients with schizophrenia in Hague”, *European Psychiatry*, vol. 22, issue-S1, 2007, pp. S332.

Valerie, Tiberius. “Moral Psychology, A Contemporary introduction”, *Routledge*, New York, London, 2015.

Vihang, N Vahia. “Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5: A glance”, *Indian J Psychiatri*, vol-56, issue-3, 2013, pp. 2020-23.

Walter B. Canon. “A Critical Examination and an Alternative Theory.” *The American Journal of Psychology*, Vol. 25, No. 3, 1914, pp. 427-447.

Wechsler, D. “Manual for the Wechsler Adult Intelligence Scale, Revised”. *Sage Journal*, New York, vol. 1, issue 3, 1981, pp. 255- 257.

William R. McFarlane, MD; Ellen Lukens, PhD; Bruce Link, PhD; et al Robert Dushay, PhD; Susan A. Deakins, MD; Margaret Newmark, CSW; Edward J. Dunne, PhD; Bonnie Horen, MA; Joanne Toran, MPA. “Multiple-Family Groups and Psychoeducation in the Treatment of Schizophrenia”, *Arch Gen Psychiatry*, August 1995, vol. 52, issue 8, pp. 679-687.



## Websites

Advancements in perovskite solar cells: photo physics, <https://pubs.rsc.org/en/content/articlelanding/2014/ee/c4ee00673a>, Accessed 10-4-2021.

Adult Norms for Rey. Osterrieth Complex Figure Test, <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1076/clin.13.1.30.1976>, Accessed 12-11-2022.

A Functional Anatomical Study of Unipolar Depression, <https://www.jneurosci.org/content/jneuro/12/9/3628.full.pdf>, Accessed on 11-04-2021.

A General Statistical Analysis for fMRI Data, <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1053811901909334>, Accessed 24-11-2023.

A Genetic Simulation System for Intelligent Agent Designs, <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/08839519508945488>, Accessed 01-01-2024.

Alzheimer's Prevention Initiative: A Plan to Accelerate the Evaluation of Presymptomatic Treatments, Sage Journals, <https://content.iospress.com/articles/journal-of-alzheimers-disease/jad0059>, Accessed on 09-04-2021.

A.L. Edal, K. Skjdt and H.J. Nepper Rasmussen, Acta Radiologica: Sage Journal, <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1080/02841859709171238#con1>, accessed on 2-2-2024.

An alternative perspective on managing status epilepticus, *Epilepsy & Behavior*, [https://scholar.google.com/scholar\\_lookup?&title=An%20alternative%20perspective%20on%20the%20management%20of%20status%20epilepticus&journal=Epilepsy%20Behav&doi=10.1016%2Fj.yebeh.2007.12.013&volume=12&issue=3&pages=349-353&publication\\_year=2008&author=Beran%2CRG](https://scholar.google.com/scholar_lookup?&title=An%20alternative%20perspective%20on%20the%20management%20of%20status%20epilepticus&journal=Epilepsy%20Behav&doi=10.1016%2Fj.yebeh.2007.12.013&volume=12&issue=3&pages=349-353&publication_year=2008&author=Beran%2CRG), Accessed on 07-12-2022.

A note on the U hypothesis relating income inequality and economic development, [https://scholar.google.com/scholar?hl=en&as\\_sdt=0%2C5&q=Robinson+%281976%29&btnG=](https://scholar.google.com/scholar?hl=en&as_sdt=0%2C5&q=Robinson+%281976%29&btnG=), 11-05-2023.

A Novel Tandem Differential Edge Sensor Layout for Segmented Mirror Telescopes, *Sensors*, 23(16); <https://doi.org/10.3390/s23167252>, Accessed 12-12-2024.

An Update on Multiple Personality Disorder, *Psychiatric Services*, <https://ps.psychiatryonline.org/doi/abs/10.1176/ps.38.4.363>, Accessed 29-1-2024.

Apoptotic bodies for advanced drug delivery and therapy, *Journal of controlled Release*, <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0959438817302957>, Accessed on 07-08-2023.

Aristotle, Greek Philosopher, <https://www.britannica.com/biography/Aristotle>, 4 Oct 2023.

Atkinson, R. C., & Shiffrin, R. M. (1968). Human memory: A proposed system and its control processes. In K. W. Spence & J. T. Spence, *The psychology of learning and motivation: II*. Academic Press. <https://doi.org/10.1016/S0>, Accessed 12-10-2024.

Brain in drawings and Brain maps, Progress in Brain Research, <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/B9780444627308000049>, Accessed 31-01-2021.

Benton Visual Retention Test, [https://scholar.google.com/scholar?hl=en&as\\_sdt=0,5&qsp=3&q=benton+visual+retention+test&qst=ib](https://scholar.google.com/scholar?hl=en&as_sdt=0,5&qsp=3&q=benton+visual+retention+test&qst=ib), Accessed 24-12-2023.

Behavioural Treatments for Drug Abuse and Dependence, <https://archives.nida.nih.gov/sites/default/files/monograph137.pdf#page=206>, Accessed 19-09-2022.

Bulletin of the British Museum, Natural History, Zoology, 1976, v. 29, [Bulletin of the British Museum, Natural History. Zoology 1976: Vol 29 Contents: Free Download, Borrow, and Streaming: Internet Archive](#), Accessed 25-05-2021.

Can the task-cuing paradigm measure an endogenous task-set reconfiguration process? <https://psycnet.apa.org/record/2006-08586-001>, Accessed 12-10-2021.

Case Report, Autobiographical Memory in a case of Multiple Personality Disorder, [abn98040508.tif](#), Accessed 11-02-2023.

Cognitive Neuroscience and the Study of Memory, [https://www.cell.com/neuron/pdf/S0896-6273\(00\)80987-3](https://www.cell.com/neuron/pdf/S0896-6273(00)80987-3). Accessed 11-12-2022.

Computer analysis of computed tomography scans of the lung: a survey, <https://ieeexplore.ieee.org/abstract/document/1610745>, Accessed on 02-01-2023.

Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition: DSM-IV-TR, <https://psychiatryonline.org/doi/10.1176/ajp.152.8.1228>, Accessed 11-10-2022.

Dementia in Europe Yearbook 2019, Estimating the prevalence of dementia in Europe, [alzheimer europe dementia in europe yearbook 2019.pdf](#), Accessed 14-07-2011.

Dennis MS, JP Burn, PA Sandercock, JM Bamford, D.T. Wade, and C.P. Warlow. “Long-term survival after first-ever stroke The Oxfordshire Community Stroke Project”, *Stroke-Journal of American Heart Association*, vol. 24, issue 6, 1993, pp. 796-800.

Developmental interaction between thalamus and cortex: A true love reciprocal story, <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0959438817302957>, Accessed 07-08-2023.

Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition: DSM-IV-TR, <https://psychiatryonline.org/doi/10.1176/ajp.152.8.1228>, Accessed 11-10-2022.

Dialectic Behavior Theory: Current Status, Recent Developments and Future Direction, <https://guilfordjournals.com/doi/pdf/10.1521/pedi.18.1.73.32771>, 27-11-2023.

Dialectical Behavior Therapy, Family skills Training, <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1545-5300.1999.00399.x>, Accessed 11-02-2024.

Different role of the orbital frontal lobe on emotional versus cognitive perspective-taking, <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0028393205002290> Accessed on 04-04-2023.

DSM-III Criteria for Primary Degenerative Dementia and Multi-Infarct Dementia, Alzheimer Disease & Associated disorder, [https://journals.lww.com/alzheimerjournal/Abstract/1992/06020/DSM\\_III\\_Criteria\\_for\\_Primary\\_Degenerative\\_Dementia.6.aspx](https://journals.lww.com/alzheimerjournal/Abstract/1992/06020/DSM_III_Criteria_for_Primary_Degenerative_Dementia.6.aspx), Accessed on 18-03-2023.

Emotion (disambiguation), Wikipedia, the free encyclopedia, [https://en.wikipedia.org/wiki/Emotion\\_\(disambiguation\)](https://en.wikipedia.org/wiki/Emotion_(disambiguation)), 4 Oct, 2023.

Essays on the Power of the Human Mind: An essay on Quantity: An analysis of Aristotle, <https://books.google.sc/books?id=js2x6pdfCHwC&printsec=frontcover>, accessed on 16-11-2023.

Epistemological Problem of Memory, Stanford Encyclopedia of Philosophy, <https://plato.stanford.edu/entries/memory-episprob/>, accessed on 27<sup>th</sup> Oct. 2019.

Epistemological Problem of Memory- Sanford Encyclopedia, [Epistemological Problems of Memory \(Stanford Encyclopedia of Philosophy\)](#), accessed on 17-12-2022.

Factor Influencing Intelligence Quotient, Neurology & Stroke, <https://archive.ph/C62JP>, Accessed 28-06-2024.

Gender difference in moral Development, <https://link.springer.com/article/10.1007/BF00288055>, Accessed 19-11-2023.

Handbook of Clinical Neurology, Science Direct, <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0072975207880079>, Accessed on 2-1-2023.

Handbook of Emotions, Guilford Press, 2008, [Handbook of emotions: Free Download, Borrow, and Streaming: Internet Archive](#), Accessed 20-05-2022.

Hippocampal Amentia, Neurocase, <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1076/neur.7.5.357.16245>, Accessed on 5-11-2023.

Implication of Behavioral Disorder, <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272006000300005>, Accessed 04-05-2021.

Increased ventro-medial prefrontal activations in schizophrenia smokers during cigarette cravings, schizophrenia research, <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0920996416301049>, Accessed 19-12-2023.

Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry, [Homepage | Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry \(JNNP\)](#), Accessed 11-05-2024.

Journal Psychologists and Counsellors in School, <https://www.cambridge.org/core/journals/journal-of-psychologists-and-counsellors-in-schools/issue/74F0B04119B13A94DA5EB21021ACA6E1>, Accessed 22-09-2023.

Lewis H. Weed, Meninges and Cerebrospinal Fluid, Department of Anatomy, <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC1252412/pdf/janat00527-0003.pdf> Accessed 23-11-2021.

Long-term Survival after first-ever stroke, Oxford-shrine, Stroke. 1993; 24:796–800 <https://doi.org/10.1161/01.STR.24.6.796>, Accessed 26-11-2021.

Mayo Clinical Proceedings, Science Direct, <https://www.sciencedirect.com/journal/mayo-clinic-proceedings> Accessed on 5-7-2022.

Mechanisms of change in dialectical behavior therapy: theoretical and empirical observation, <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/jclp.20243>, Accessed 24-10-2024.

Mechanisms of contextual cueing: A tutorial review, Springer Nature Link, <https://link.springer.com/article/10.3758/s13414-019-01832-2>, Accessed 14-07-2021.

Mechanism of Scalp and Skull injuries, Concussion, Contusion and Laceration, Symposium on Head Injuries, <https://thejns.org/view/journals/j-neurosurg/15/2/article-p125.xml>, accessed on 4-5-2021.

Memory, Psychology & Mental Health, Britannica, <https://www.britannica.com/science/memory-psychology>. Accessed 25-11-2020

Mezquita-Blanco, J. “Work-therapy in Psychiatric Rehabilitation”, *International Journal of Rehabilitation Research*, vol. 7, issue 1, March 1984, pp 3-10.

Milner, B., Corkin, S., & Teuber, H. L. (1968). Further analysis of the hippocampal amnesic syndrome: 14-year follow-up study of H. M. *Neuropsychologia*, 6(3), 215–234. [https://doi.org/10.1016/0028-3932\(68\)90021-3](https://doi.org/10.1016/0028-3932(68)90021-3) Accessed 26-06-2024.

Mind, 1884, [Mind 1884: Vol 9 Table of Contents: Free Download, Borrow, and Streaming: Internet Archive](#), Accessed 26-10-2023.

Minnesota Multiphasic Personality Inventory, Corsini Encyclopedia <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/9780470479216.corpsy0573>, Accessed 27-01-2022.

Modality effects and the structure of short-term verbal memory, <https://link.springer.com/article/10.3758/bf03202613>, 05-05-2022.

Neurology and Stroke, <https://archive.ph/C62JP>, Accessed 28-06-2024.

Neuroanatomy, Occipital Lobe, <https://europepmc.org/article/nbk/nbk544320> Accessed 11-12-2024.

Ophthalmic Plastic & Reconstructive Surgery-LWW, [https://journals.lww.com/opr/abstract/2008/03000/reconstruction\\_of\\_anophthalmic\\_orbits\\_and.3.aspx](https://journals.lww.com/opr/abstract/2008/03000/reconstruction_of_anophthalmic_orbits_and.3.aspx), Accessed 19-02-2023.

Oscillatory brain activity in the human EEG during indirect and direct memory task, <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0006899306011681>, Accessed 08-07-2022.

Pain perception: Is there a role for Primary Somatosensory Cortex, <https://www.pnas.org/doi/epdf/10.1073/pnas.96.14.7705>, Accessed on 05-05-2023.

Personality and Behavioral change after severe blunt head injury, PubMed, <https://doi.org/10.1136/jnnp.46.4.336>, Accessed 24-01-2024.

Phrenology as neurodiversity, Academia, [https://www.academia.edu/70772695/Phrenology\\_as\\_neurodiversity?sm=b](https://www.academia.edu/70772695/Phrenology_as_neurodiversity?sm=b), Accessed 17-11-2021.

Psychological analysis and theory of Hearing, Archive.org, [https://ia600708.us.archive.org/view\\_archive.php?archive=/22/items/crossref-pre-1909-scholarly-works/10.1016%252Fs0140-6736%252802%252939567-9.zip&file=10.1016%252Fs0140-6736%252802%252939831-3](https://ia600708.us.archive.org/view_archive.php?archive=/22/items/crossref-pre-1909-scholarly-works/10.1016%252Fs0140-6736%252802%252939567-9.zip&file=10.1016%252Fs0140-6736%252802%252939831-3), accessed on 2-4-22.

Putnam FW, JJ Guroff, EK Silberman, L Barban, RM Post. “Clinical Phenomenology of Multiple Personality disorder: review of 100 recent cases”, *J Clin Psychiatry*, vol-47, issue-6, 1986, pp. 285-93.

R.S. Soloman, *Ethics*, University of Chicago Press, Vol-78, No-3, April 1968, <https://www.jstor.org/stable/i341099>, Accessed 25-02-2023.

Reducing catheter-associated urinary tract infections: a systematic review of barriers and facilitators and strategic behavioral analysis of interventions, <https://link.springer.com/article/10.1186/s13012-020-01001-2>, Accessed 07-07-2022.

Reid on Memory and Personal Identity, Stanford Encyclopedia of Philosophy, <https://plato.stanford.edu/entries/reid-memory-identity/#:~:text=His%20theory%20of%20memory%20is,or%20impressions%E2%80%9494stored%20or%20otherwise>, accessed on 22-12-2021.

Rethinking Schizophrenia, *Nature*, <https://www.nature.com/articles/nature09552>, Accessed 22-12-2022.



Senile Dementia—A new Explanation of Its Causation, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1821975/>, Accessed on 18-3-2021.

Short-term and long-term memory are still different, Dennis Norris, <https://psycnet.apa.org/fulltext/2017-22544-001.pdf>, Accessed 11-12-2021.

Silver chair Publishers, <https://watermark.silverchair.com/agn118>, Accessed on 04-08-2021.

Social Skill Training, <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/9780470479216.corpsy057>, Accessed on 14-11-2023.

Standard Special Issue Moral Judgment, [https://books.google.co.in/books?hl=en&lr=&id=P2CUWZM2f1sC&oi=fnd&pg=PR11&dq=Standard+Special+Issue+Moral+Judgment+Interview&ots=VjzvT9HyEM&sig=IfIHSyP2Z\\_aeVAqlur9sXBkHsCM&redir\\_esc=y#v=onepage&q=Standard%20Special%20Issue%20Moral%20Judgment%20Interview&f=false](https://books.google.co.in/books?hl=en&lr=&id=P2CUWZM2f1sC&oi=fnd&pg=PR11&dq=Standard+Special+Issue+Moral+Judgment+Interview&ots=VjzvT9HyEM&sig=IfIHSyP2Z_aeVAqlur9sXBkHsCM&redir_esc=y#v=onepage&q=Standard%20Special%20Issue%20Moral%20Judgment%20Interview&f=false), Accessed 24-12-2022.

Stanford Encyclopedia of Philosophy, <https://www.bing.com/ck/a?!&&p=ae1eb59f3f46f0d10004ef1a909b8ead6e04c56e5dcb1f88a16dbdc23edc23ebJmltdHM9MTc0MzYzODQwMA&ptn=3&ver=2&hsh=4&fclid=327cb08a-2b84-6217-28da-a3d12a2263f1&psq=Stanford+Encyclopedia+of+Philosophy&u=a1aHR0cHM6Ly9wbGF0by5zdGFuZm9yZC5lZHUv&ntb=1> Accessed 28-02-2021.

The basal ganglia, Ann M. Graybiel, [https://www.cell.com/current-biology/pdf/S0960-9822\(00\)00593-5.pdf](https://www.cell.com/current-biology/pdf/S0960-9822(00)00593-5.pdf), Accessed 10-11-2024.

The Course and Evolution of Dialectical Behavior, Therapy, <https://psychotherapy.psychiatryonline.org/doi/full/10.1176/appi.psychotherapy.2015.69.2.97>, Accessed 23-11-2022.

The Human Heart: A Psychological View of Theological Concepts, Academia, [https://www.academia.edu/114631703/The\\_Human\\_Heart\\_A\\_Psychological\\_View\\_of\\_Theological\\_Concepts?auto=download&auto\\_download\\_source=social-news](https://www.academia.edu/114631703/The_Human_Heart_A_Psychological_View_of_Theological_Concepts?auto=download&auto_download_source=social-news) Accessed on 05-04-2021.

The Medial Prefrontal cortex controls the behavioral and vegetative arousal, [file:///C:/Users/Jagadish/Downloads/cortex\\_prefrontal\\_PP.pdf](file:///C:/Users/Jagadish/Downloads/cortex_prefrontal_PP.pdf), 4-5-2021.

The Neural basis of Hallucination and delusions, Science Direct, [The neural basis of hallucinations and delusions - Science Direct](#), 26-12-2022.

The effect of Physical activity on Sleeping Quality and Sleeping Disorder, A Systematic Review, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1821975/>, Accessed on 16-08-2022.

The Role of Argumentative Writing in Teaching Controversial issues: A Mixed-Method Research, <https://www.researchgate.net/publication/314291474>, 26-01-2022.

The Medial Temporal Lobe Memory System, Stuart Jola, Morgan, <https://www.science.org/doi/abs/10.1126/science.1896849>, Accessed 7-8-2023.

The Micro biodata-Gut-Brain Axis, *Physiol Rev* 99: 1877–2013, 2019. Published August 28, 2019; [The Microbiota-Gut-Brain Axis](#), Accessed 21-10-2024.

Wechsler Adult Intelligence Scale-Third Edition, APA PsycNet, <https://psycnet.apa.org/doiLanding?doi=10.1037%2F49755-000>, Accessed on 09-02-2024.

What is Anonymous? A case Study Analysis of an information System Hacker Activist Collective Moment, William S. Pandegross, [Anonymus Londinensis - Wikipedia](#), Accessed 11-05-2023.