

საქართველოს სსრ მეცნიერებათა აკადემია
დ. უზნაძის სახელობის ფსიქოლოგიის ინსტიტუტი

ი. ბჟაღავა

შიზოფრენიის ფსიქოპათოლოგიისათვის

საქართველოს სსრ მეცნიერებათა აკადემიის გამომცემლობა

თბილისი—1958

წინასიტყვაობა

ადამიანის შინაგანი სამყაროს შესწავლა მეცნიერულად დასაბუთებულ ნიადაგზე რომ დადგეს, ჩვენი აზრით, აუცილებელია, მკვლევარმა ფსიქიკური როგორც პროცესი, როგორც ქცევა (деятельности) შეისწავლოს. განსაკუთრებული სიცხადით ამაში ფსიქიატრიის კლინიკას შეუძლია დაგვარწმუნოს, იმიტომ, რომ ფსიქოზური განცდის შინაარსები ისეა ავადმყოფის ქცევაში ჩართული, რომ მათ მისგან გამოყოფილი არსებობა არც კი გააჩნიათ.

ქცევა სუბიექტის გარეშე არსებობას მოკლებულია, ამიტომ ამოცანაც იმაში მდგომარეობს, რომ იგი, როგორც მასი აქტიურობა შევისწავლოთ. ცოცხალი არსების საქცევო აქტიურობის აღმნიშვნელი ცნებაა განწყობა, რომელიც მთლიანი სუბიექტის ისეთ მობართვაში მდგომარეობს, რომ მასში სწორედ იმ ფსიქიკურმა და მოტორულმა აქტებმა იჩინონ თავი, რომელნიც, როგორც დ. უზნაძე მოუთითებს, სიტუაციის აღქვატურს კვრეტიოს ან მოქმედებით ასახვას უზრუნველყოფენ.

ქცევის შემსწავლელი მეცნიერების ამოცანას ის უნდა შეადგენდეს, რომ მან მისი როგორც მთლიანის შესწავლა განახორციელოს. განწყობის ცნების ავტორის მიზანსაც სწორედ ეს შეადგენდა, ამიტომ მან თავიდანვე უარი განაცხადა ცალკეული პროცესების შესწავლაზე და შეუდგა ქცევის როგორც მისი სუბიექტის მთლიანი შეცვლის საფუძველზე აღმოცენებული მოვლენის შესწავლას.

საკმაოდ ხანგრძლივი შემოქმედებითი მუშაობა დასჭირდა დ. უზნაძეს იმისათვის, რომ განწყობის ცნებისათვის ისეთი სახე და შინაარსი მიეცა, როგორც ჩვენ მას ვხედავთ მის მონოგრაფიაში: „განწყობის ფსიქოლოგიის ექსპერიმენტული საფუძველები“. მისი მოწაფეები არც ამით დაკმაყოფილდნენ, რომელთა კრიტიკული მუშაობის შედეგებმა იმ თეზისებში პოვეს გამოხატულება, რომელიც მიეძღვნა საქართველოს მეცნიერებათა აკადემიის პრეზიდიუმის მიერ 1952 წ. IV გამართულ დისკუსიას: „საბჭოთა ფსიქოლოგიის ზოგიერთი საკითხი“ (ამ დისკუსიის თეზისები და სტენოგრაფიული ანგარიში ინახება საქართველოს მეცნიერებათა აკადემიის სამკითხველოში. აგრეთვე დ. უზნაძის სახელობის ფსიქოლოგიის ინსტი-

ტუტში). ჩვენც პირველად ამ დისკუსიაზე ვცადეთ დებულების სახით ჩამოგვეყალიბებინა ჩვენი მოსაზრება განწყობის ფსიქოლოგიისა და უმაღლესი ნერვული მოქმედების ფიზიოლოგიის ურთიერთობის შესახებ. წინამდებარე შრომაში მოცემული გვაქვს ამ დებულების გაშლა და დასაბუთება ექსპერიმენტული ფაქტების საფუძველზე.

ამ აუცილებელი ღონისძიების შემდეგ შესაძლებლად დავინახეთ შიზოფრენიის ფსიქოპათოლოგია განწყობის ცნების საფუძველზე განგვეხილა. ამიტომ შრომის პირველ ნაწილში ცალკე ადგილი აქვს დათმობილი განწყობის ცნების საბუნებისმეტყველო დასაბუთებისაკენ მიმართული ექსპერიმენტული ფაქტების განხილვას, რომლებიც 1950 წლიდან ცალკე გამოკვლევათა სახით ქვეყნდება და საქართველოს მეცნიერებათა აკადემიის ყოველთვიურ ორგანო — „მოამბე“-ში; რაც შეეხება განწყობის ცნების სისტემატურ განხილვას, მას დაინტერესებული მკითხველი დ. უზნაძის ზემოხსენებულ მონოგრაფიაში იპოვნის.

ჩვენი ნაშრომის დანიშნულება იმაში მდგომარეობს, რომ მან ექსპერიმენტული ფაქტებისა და მათი კვლევის ადეკვატური მეთოდების გამოყენების საფუძველზე გვიჩვენოს განწყობის ცნების ადგილი ფსიქიატრიის კლინიკაში. ამ მიზნით გვაქვს ჩვენ შიზოფრენიის სიმპტომოტოლოგია განხილული, ამიტომ მკითხველმა მხოლოდ აღნიშნულის ფარგლებში უნდა სცადოს მისი შეფასება.

წინამდებარე შრომის შინაარსი მრავალის მხრივ არის დავალებული საქართველოს მეცნიერებათა აკადემიის ფსიქოლოგიის ინსტიტუტის კოლექტივის შემოქმედებითი მუშაობით, რომელსაც სათავეში ჩვენი პატივცემული მასწავლებელი, დ. უზნაძე ედგა. აქ განხილული საკითხების დიდი ნაწილი მასთან უახლოესი ურთიერთობის პირობებში არის დამუშავებული. მონოგრაფია, რასაკვირველია, ჩვენ მიერ გადადგმული პირველი ნაბიჯია, რომელსაც მიზნად აქვს წარმოგვიდგინოს საბჭოთა ფსიქიატრიისა და ფსიქოლოგიის წინაშე მდგომი აქტუალური საკითხების გაშუქება ექსპერიმენტული ფაქტების სისტემატური განხილვის საფუძველზე. მოვახერხეთ თუ არა ამის განხორციელება, მის შესახებ მსჯელობა, იმედი გვაქვს გახდება ჩვენი მეცნიერების მრავალრიცხოვან წარმომადგენლთა განსჯის საგანი.

თავი პირველი

შიზოფრენიის ფსიქოლოგიური თეორიები

შიზოფრენიის ცნებისათვის

შიზოფრენიის ცნება სრულიად გარკვეული ფსიქოლოგიური კრიტერიუმის საფუძველზე არის მოპოვებული. ჭერჯერობით მისი მეცნიერულად დასაბუთებული განსაზღვრების მოცემა მომავლურს საქმედ უნდა იქნეს მიჩნეული. საქმის თანამედროვე ვითარება ისეთია, რომ ჩვენს განკარგულებაში მხოლოდ სიმპტომებია, ამიტომ ცნების დეფინიციის აღგის მათი აღწერა იკავებს. რასაკარგველია, ეს სრულიად არ ნიშნავს იმას, რომ ახლავე არ იყოს შესაძლებელი მის ძირითად თავისებურებათა დახასიათება.

ჩვენთვის ცნობილი კლინიკური ფენომენების მიხედვით ამ ყსიქოზის დამახასიათებელი ნიშანია ინტერპერსონალური კავშირების შესუსტება, სოციალური კონტაქტის განლევა, სინამდვილესთან შეგუების გაძნელება, პიროვნების ორგანიზაციის ფუნდამენტალური მოშლა, ემოციებისა და იდეებს შორის სინქრონიულობის მოხსნა, მათი ერთიმეორისაგან გათიშვა; რაც შეეხება აფექტის სიჩქარეს, იგი მეტ-ნაკლები ხარისხით ყოველთვის არის გამოხატული.

შიზოფრენიისათვის ცვლილებათა ეს კომპლექსია დამახასიათებელი, ამიტომ აქ უნდა ვეძიოთ ნიადაგი, საიდანაც ხდება ილუზიებისა და პალუცინაციების (განსაკუთრებით სმენის) აღმოცენება, თუმცა სენსორიუმის მოშლა არ ითვლება სავალდებულო სიმპტომად. სიძნელე, რომელსაც გარემოსთან შეგუებაში აქვს ადვილი, ნელი მიმდინარეობით ხასიათდება, მაგრამ არც ისე იშვიათად წყვეტს ავადმყოფი მასთან ერთბაშად კავშირს. იგი მის მიერვე შექმნილ განცდათა სამყაროში აწარმოებს გადათავსებას, რათა საბოლოოდ ზურგი შეაქციოს რეალურად არსებულ სინამდვილეს. შიზოფრენიკი ქცევას საზროვნო პროცესების დეზორგანიზაციის პირობებში აგებს და იმდენად განსხვავებულ საფუძველზე, რომ ნორმალური ადამიანისათვის იგი გაუგებარი და ეგოცენტრულია. ავადმყოფი იცინის, თუმცა სასაცილო არაფერია, ღელავს და ამის გამომწვევი მიზეზი ობიექტურად არსად ჩანს. თითოეული ადამიანის გამოხედვაში, თუ საუბარში იგი ბოლდვითი იდეის ზეგავლენით ფარულ აზრს ნახულობს, ამიტომ მათთან ურთიერთობასაც გაურბის.

ერთი სიტყვით, შიზოფრენიის სახით საქმე ავადმყოფურად შეცვლილ პიროვნებასთან გვაქვს. მისი ეს შეცვლა, როგორც ეს საბოლოოდ იქნა დადგენილი, არ არის რომელიმე ფსიქიკური ფუნქციის გამოვარდნით გამოწვეული. საერთოდ, ინტელექტუალური ფუნქციები არ არიან ისეთ მდგომარეობაში, რომ ისინი ავადმყოფის პიროვნების დასახასიათებლად გამოდგენ. შიზოფრენიის სახით, თანაზმად არსებული მითითებისა, ისეთ მანქანასთან უნდა გვქონდეს საქმე, რომლის ნაწილები ხელუხლებლად დარჩენილია, მაგრამ საწვავის უქონლობის გამო იგი უმოქმედოდ დგას. იგივე აქვს მხედველობაში კრეპელინის მითითებას, რომლის მიხედვით ისეთი ორეესტრია მისი სახით ჩვენს წინაშე, რომელსაც დირიჟორი აკლია.

შიზოფრენიის ქცევა, როგორც ყველა დანარჩენი ფსიქოზის შემთხვევაში, გონიერებას მოკლებულია. მას დაკარგული აქვს ჯარემოში სწორი ორიენტაციისა და, როგორც ითქვამს, შეგუების უნარი. ამავე დროს ავადმყოფის ზოგადი გონიერების დახასიათება არ იძლევა მასალას, რომელიც მის უგუნურ ქცევას გასაგებს გახდის. ამასთან დაკავშირებით ბუნებრივად უნდა დასმულიყო საკითხი: შიზოფრენიის აღმოცენებას რა უდევს საფუძვლად, ჰქუასუსტობა, თუ პიროვნების გაორება? ამის გასარკვევად, ჩვენი აზრით, საჭირო იქნება ჯერ კრეპელინისა და შემდეგ ბლოილერის თვალსაზრისის გაცნობა.

ნაადრევი ჰქუასუსტობის კლინიკური შინაარსი

მორელის მიერ ნაადრევი ჰქუასუსტობის (*dementia praecox*) სახელად აწერილი ერთადერთი შემთხვევა ისე შთანთქა დეგენერაციის შესახებ ამავე ავტორის მოძღვრებამ, რომ მას ჩვენთვის საინტერესო ფსიქოზის ცალკე ნოზოლოგიურ ერთეულად გამოყოფის საქმეში არავითარი წვლილი არ მიუძღვის. კრეპელინის სახელთან არის დაკავშირებული ფსიქოზების გარკვეული ჯგუფის ერთ ნოზოლოგიურ ერთეულად ჩამოყალიბება, რომელსაც მან ნაადრევი ჰქუასუსტობა უწოდა (*Dementia praecox*). ამ ფსიქოზების დაახასიათებლად მას მიაჩნია: ს ქ ე ს ო ბ რ ი ვ ი მ ო მ წ ი ფ ე ბ ი ს პ ე რ ი ო დ შ ი დ ა წ ყ ე ბ ა, კ ლ ი ნ ი კ უ რ ი ს ი მ პ ტ ო მ ე ბ ი ს ა ნ ა ლ ო გ ი უ რ ი მ ი მ დ ი ნ ა რ ე ო ბ ა და დასასრულში ჰქუასუსტობა. ასეთია სამი კრიტერიუმი, რომლის მიხედვით შესაძლებლად ცნო კრეპელინმა ნაადრევი ჰქუასუსტობის ცალკე ფსიქოზად გამოყოფა.

1. ნაადრევი ქკუასუსტობის ერთ-ერთი შემთხვევის დროს მზარდის ფსიქიკური ინდივიდუალობა იმდენად იცვლება, რომ მშობლები მის ქცევას ცუდი აღზრდის გამოვლინებად თვლიან. ბავშვი ამჩნევს, რომ იგი სამუშაოს თავს ვერ ართმევს, ვერ ახერხებს წაკითხულის სწორად გადმოცემას, ყურადღების კონცენტრაციას. იგი გაფანტულია, აზრების უგეგმოდ ხეტიალი აწუხებს, თავს ვერ ართმევს აზრების უნებლიე შემოქრას. ერთსა და იმავეს რამოდენიმეჯერ კითხულობს, მაგრამ წაკითხულისაგან აზრის გამოტანას ვერ ახერხებს, გადაწერის დროს შეცდომებს უშვებს, სრულიად შეუფერებელ მოძრაობებს აკეთებს. ხშირად აზრის ავტომატური მიმდინარეობა იმდენად იპყრობს მას, რომ დაძახებაზე პასუხის მიცემას ვერ ახერხებს.

მექანიკური დამახსოვრება ხელუხლებლად არის დარჩენილი, მაგრამ შეთვისებულის გონებრივი გადამუშავება მიულწვეველი რჩება. მეხსიერების ასეთი მდგომარეობის მიუხედავად გრძელდება ინტელექტის გალარიბება, რაც მოუფიქრებელი ქცევის კრიტიკის შესუსტებისა და აზროვნების მოუწყესრიგებელი მიმდინარეობის მხრივ იჩენს თავს.

ცნობიერება ავადმყოფს ნათელი აქვს ახერხებს გარემოში, დროში სწორ ორიენტაციას, ხშირად ისეც გაეგება, რომ მიხი-გონებრივი შესაძლებლობანი მეტად შეზღუდულია, ამიტომ შეძენილ ჩვევათა სფეროში ცდილობს დარჩეს და სტერეოტიპიული აზრებით კმაყოფილდება.

ავადმყოფი მომავალზე არ ზრუნავს, დღეებს უდარდელად ატარებს და გარშემო მყოფ ადამიანების მიმართ განუზრგელობასა და აპათიურ დამოკიდებულებას იჩენს. ემოციების აგზნებულობას, მისი დაჩლუნგება და პერიოდული აფეთქება ცვლის. თავის გარეგნობას იგი ყურადღებას არ აქცევს, საცხოვრებო წესებს არ იცავს, ნავთები ხშირად ეკარგება, მოვალეობა ავიწყდება. უაზრო ჭიუტობას ხშირად მორჩილება ცვლის და შთაგონებადობა.

მეტყველებაში აღსანიშნავია თეატრალური დეკლამაცია, ერთი და იმავე წინადადებების განმეორება, ბანალური ოხუნჯობა, ზეფარდოვანი წინადადებები, რთული პერიოდები, გარითმა და აზრის შესამჩნევი სიღარიბე.

შიზოფრენიის დაწყების მაუწყებელი ჩივილებია: ყურში შუილი, თავბრუ, დაღლილობა, გამღიზიანებლობა, კარჩაეტილობა, ცნობიერების გაოგნების მოვლენები, უძილობა და უმადობა, ფიზიკური სისუსტე, შრომის უნარის დაქვეითება. ხშირად უმოტავოდ

მხიარულ გუნებას მელანქოლიური განწყობილება ცვლის. ამ პერიოდში იწყება იპოქონდრიული ხასიათის ჩივილები, ბედი ა უკმაყოფილება, რაც დევნისა და განდიდების ბოდვის საწყისის წარმოადგენს.

სქესობრივი მომწიფების პერიოდში განვითარებული ჰკუასუსტობის დახასიათება, რომელიც აქ არის წარმოდგენილი, თანახმად კრეპელნის მითითებისა, ჰეკერის ჰებეფრენიის მიხედვით არის გადმოცემული. ამ შემთხვევაში, როგორც კრეპელინი ფიქრობს, ირა მარტო ფსიქიკური ცხოვრების განვითარების შეჩერებასთან ვვაქვს საქმე, არამედ რეგრესიასთანაც, რაც საბოლოოდ შექმნილი ჰკუასუსტობით მთავრდება. ამ ფსიქოზის მიმდინარეობაზე დაკვირვებით ბევრი ისეთი სიმპტომის დანახვა არის შესაძლებელი. რაჟელიც ადამიანის სქესობრივი მომწიფების პერიოდისათვის არის დამახასიათებელი. ასეთია მაგალითად, ასაკისათვის შეუფერებელი წიგნების კითხვა. „ცხოვრების ურთულესი პრობლემის გადაწყვეტისკენ მიდრეკილება, მალალფარდოვანი სიტყვები და ხელოვნური მეტყველება“¹.

2. ფსიქოზის შემდეგი ფორმა, რომელიც კრეპელანმა ნადრევი ჰკუასუსტობის ფარგლებში მოაქცია, არის კალბაუმის კატატონია. იგი დეპრესიით იწყება და ხშირად მას წინ უძღვის „ნერვული სისუსტის“ ნიშნები. ავადმყოფი ყურდება, დაძაბულია, არ იცის რის ეშინია, თან გაღიზიანებულია და ჭიუტი. ფსიქოზის დასაწყის მომენტში უჩივის თავის ტკივილს, კეფის მიდამოში სიმძიმეს, აზროვნების გაძნელებას. ძილი და მადა იკარგება და თავის მდგომარეობის ანალიზით გართული ავადმყოფი განმარტობას ირჩევს.

ფსიქოზის დაწყებიდან ერთი კვირის თუ ერთი თვის გავლის შემდეგ იწყება კატატონიური მოვლენები, რომლის ნიშნები თავიდანვე ჩანდა. თვალში მყისვე გვეცემა სიმპტომი, რომელსაც კალბაუმმა ნეგატივიზმი უწოდა. ავადმყოფი გაჩუმებულია, შეკითხვებზე ჩურჩულით პასუხობს და შემდეგში სავსებით წყვეტს ლაპარაკს (mutacismus). ამ მდგომარეობაში ავადმყოფი შესაძლებელია თავისთვის ჩურჩულებდეს, შეკითხვებზე წერილობით პასუხს იძლეოდეს.

ნეგატივიზმის ერთ-ერთ გამოვლინებას საკმლის მიღებაზე უარის თქმა წარმოადგენს. ამავე დროს იგი, თუ ძალდატანებას მივმართეთ, პასიურად გვიწევს წინააღმდეგობას და არასოდეს ისეთ

¹ Эм. Крепелин, Психиатрия, 1898, გვ. 121.

სიმტკიცეს არ იჩენს, რომელიც მელანქოლიური ავადმყოფისათვის არის დამახასიათებელი. ნეკატივიზმთან ახლო მონათესაობას ფსიქომოტორული გაშეშება პოულობს. თვალეები ავადმყოფს დახუჭული აქვს, ან იმდენად ფართოდ გაღებული, რომ გაფართოებული გუბა ჩანს. სახის გამომეტყველება გაქვევებულია, სახე ნიღაბს მოგვაგონებს, ზოგჯერ იწყება სახის კუნთების უცნაური მანქვა და გრეხვა. ყოველივე ამას თანდათანობით ცვლის კატალექსია—გარეზემოქმედებისადმი პასიური დამორჩილება, სხეულის პოზის შეუცვლელად და ხანგრძლივად ერთ მდგომარეობაში დარჩენა. ამ პერიოდის დამახასიათებელი სიპტომებია ეხოლალია და ეხოპრაქსია, იმპულსური წამოყვირება, ახალი სიტყვების შედგენა (ნეოლოგიზმი), წინადადებათა სტერეოტიპული განმეორება (ვერბიგერაცია).

ორიენტაციის უნარი ავადმყოფს მთლიანად დაკარგული არა აქვს, იგი ახერხებს სწორი ცნობების მიწოდებას და ზოგჯერ იმის ცოდნასაც ინარჩუნებს, რომ მისი ქცევა გონიერებას მოკლებულია.

ნაადრევი ქუთასუსტობის ზემოაღწერილი შემთხვევათა 50% 22 წლის ასაკის ადამიანებში არის მოსალოდნელი, მაგრამ კატატონიის ერთ-ორი შემთხვევა 50—60 წლის ასაკშიც არის აღწერილი. კალბაუმს შესაძლებლად მიაჩნია სრული რემისიის მიღება, მაგრამ კრეპელინის აზრით „ვისაც ეს დაავადება გადაუტანია, მასში ფსიქიატრის დახელოვნებული თვალი ყოველთვის შეამჩნევს ზნარს, რომელიც უბრალო დამკვირვებლისათვის შეუმჩნეველად რჩება“¹.

3. ნაადრევი ქუთასუსტობის ბოლდვით ფორმას ახასიათებს მოულოდნელი დაწყება: ავადმყოფს ერთბაშად იპყრობს შიში, აკზნებულობა, ცნობიერების აბნევა. ასევე ერთბაშად იწყება უცნაური აზრების გამოთქმა, უჩვეულო ტონით მეტყველება და აზრის მოუწესრიგებელი მიმდინარეობა. ავადმყოფს ჩვენთვის მისაწვდომი მიზეზების გარეშე სჯერა, რომ მას თვალყურს ადევნებენ, აძლევენ უცნაურ შეკითხვებს, უწყობენ ხრიკებს, ცდილობენ მის მოწამლვას. დარწმუნებულია იმაშიაც, რომ მისი აზრები ყველასათვის ერთნაირად არის ცნობილი. იგი გარინდებული უსმენს პალუცინაციურ სმებს, რომლის რეალობაში მსჯელობის გარეშეა აბსოლუტურად დარწმუნებული.

ცნობიერება ასეთ ავადმყოფს ნათელი აქვს, იცის ვის ელაპარაკება, შეკითხვების შინაარსი ესმის, პასუხებს იძლევა, მაგრამ იქვე

¹ opit. cit. გვ. 122.

სრულად შეუფერებელ მოსაზრებებსაც გამოთქვამს. ახლობლებს ცნობს, მაგრამ მათ ისტორიულ პიროვნებებთან, თავის ძველ ნაცნობებთან აიგივებს.

4. 1896 წელს ნაადრევი კჳუასუსტობის ზემოაღწერილი სამივე ფორმა კრეპელინის მიერ ჩამოყალიბებული იყო. დიმას გამოკვლევის გამოსვლის შემდეგ, 1903 წელს, მან შემოიტანა ნაადრევი კჳუასუსტობის ვულგარული ფორმა. ფსიქოზის ამ ფორმისათვის შემპარავი მოქმედება და სიმპტომების სიღარიბე არის დამახასიათებელი. თავიდანვე შესამჩნევი ხდება ემოციების გაციება, აპათია, ინდიფერენტიზმი.

საგრძობლად შენელებულია ინტელექტუალური პროცესების მიმდინარეობა, წაკითხულისა და დაწერილის ათვისება. გონება სწრაფად იღლება და მალე მიდის გამოფიტვამდე. აპათიური გუნება ლოგინში წოლას ითხოვს და ოდესღაც ბეჯით ყმაწვილს პათოლოგიური სიზარმაცე ერევა. იუმორის გაგება, მიხვედრილობა დაქვეითებულია. ავადმყოფისათვისაც შესამჩნევი ხდება ფანტაზიის გაღარიბება, სიანამდვილესა და ოცნებას შორის საზღვრის გავლებასთან დაკავშირებული სიძნელე.

ხასიათში წინ არის წამოწეული გამლიზიანებლობა, ზედმეტი პრინციპულობა და გულჩათხრობილობა.

ფიზიოგენური შეგრძნებიდან შემჩნეულია: თავში ბურუსი, შებოჭილობა, თავის ტკივილი, ბუნდოვანობა და თავბრუ.

სენსორულ სფეროს ცვლილებებიდან აღსანიშნავია: სახელის დაძახება, ზარის ხმაური, თვალწინ წრეების გამოჩენა, ვარსკვლავები, ჩრდილის ციმციმი, ილუზიები და პარეიდოლია.

ასეთი ავადმყოფი ხანგრძლივად ახერხებს ბოღვითი იდეები არ გამოამჟღავნოს, მაგრამ საკმარისია ოდნავ საბაზი, რომ ბოღვისთვის დამახასიათებელი მცდარი მსჯელობა, კრიტიკის სისუსტე და პათოლოგიური დარწმუნებულობა გამოაჩნდეს.

საერთოდ, ფსიქოზური სიმპტომები ღარიბია, მათი ჩამოყალიბება ნელი ტემპით მიმდინარეობს, რომელთა შორის თვალსაჩინო ადგილი კჳუასუსტობას უკავია.

ნაადრევი კჳუასუსტობის ოთხივე აქ აწერილი ფორმისათვის, როგორც კრეპელინი მიაუთითებს, 17—22 წლის ასაკში დაწყება არის დამახასიათებელი. ისინი ენდოგენური, ე. ი. ჩვენთვის უცნობი მიზეზით არიან გამოწვეული. ფსიქოზის ოთხივე ფორმისათვის მიმ-

დინარეობის პროცესულური ხასიათი და ცუდი პროგნოზი არის დამახასიათებელი (დემენცია). ასეთია ძირითადი ნიშნები, რომელთა იგივეობა წარმოადგენს ამ ფსიქოზური ფორმების გამაერთიანებელ საფუძველს. „კლინიკური სურათის სიკრულე, წერს კრეპელინი, რომელსაც ნაადრევ ჰქუასუსტობასთან ვაკავშირებთ, მეტისმეტად აძნლებს მათ მიკუთვნებას ერთი ჯგუფის ფსიქოზისათვის. რაც შეეხება იმას, რომ ხანმოკლე თუ ხანგრძლივი დროის შემდეგ ყველა შემთხვევაში თავს იჩენს ფსიქიკური სისუსტე, რასაც შეუძლია იმ მოსაზრებამდე მიგვიყვანოს, რომ აქ ერთი და იმავე ფსიქოზური პროცესის ფორმებთან გვაქვს საქმე“¹.

ნაადრევი ჰქუასუსტობის შემთხვევებში, როგორც ეს კრეპელინს აქვს მითითებული, ნივთიერების ცვლის მოშლის შედეგად აღმოცენებულ ფსიქოზთან გვაქვს საქმე. ნივთიერებათა ცვლის მოშლას თან სდევს ორგანიზმში ტოქსინების დაგროვება, რომლის ზემოქმედებით ირღვევა თავის ტვინის ქერქის ნორმალური მუშაობა. ამრიგად, ამ ფსიქოზის პირველადი მიზეზები არა ქერქში, არამედ ორგანიზმში მდებარეობს, საიდანაც ტოქსინი სისხლის გზით ქერქამდე აღწევს და მისი მოქმედების მოშლასაც იწვევს. კრეპელინის ამ მოსაზრების მიხედვით ნაადრევი ჰქუასუსტობა არა ენცეფალოგენური, არამედ სომატურ-ფსიქიკურ სფეროს ფუნქციონის მოშლის შედეგად აღმოცენებული დაავადებაა. „როგორც არ უნდა იყოს, მე იმ აზრისა ვარ, წერდა კრეპელინი, ორგანიზმის თვით მოწამვლის შესახებ მოსაზრებას, ჩვენი ცოდნის თანამედროვე ეტაპზე, უკეთ შეუძლია აგვიხსნას კლინიკური მოვლენები, როგორც პროგრესიული დამბლის, ისე პროგრესული ჰქუასუსტობის შემთხვევებში“.

კრიტიკიუმში, რომლის მიხედვით მიაღწია კრეპელინმა ნაადრევი ჰქუასუსტობის ცალკე ნოზოლოგიურ ერთეულად გამოყოფას, ამდენად მტკიცე აღმოჩნდა, რომ ამ მიმართულებით მას სერიოზული მოწინააღმდეგე არც ყოლია. ფსიქოზის თითოეული ფორმა ისეთი სისრულით არის აწერილი, რომ არც მათი კლინიკური სურათის შევსების მიმართულებით ყოფილა მნიშვნელოვანი ნაბიჯი გადადგმული; რაც შეეხება თვითონ ფსიქოზის ბუნების შემეცნებას, აქ მკვლევართათვის კარი ღიად იყო დატოვებული და ამ მიმართულებით ბევრი საინტერესო მოსაზრებებიც არის წამოყენებული

¹ Эм. Крепелин, Клинические лекции, 1923, გვ. 52.

² Эм. Крепелин. Психиатрия, т. II, გვ. 101.

ნაადრევი ჰქუასუსტობა თუ პიროვნების გაოკება

ფსიქოზის განსხვავებული ფორმების დადგენა იმ მხრივ წარმოადგენს სიძნელეს, რომ ერთი და იმავე დაავადების მიმდინარეობაში ერთიმეორის საწინააღმდეგო სურათი ცვლის ურთიერთს, თანაც ცნობილია ისიც, რომ სრულიად განსხვავებული ავადმყოფობა უროებით იღვანტური შინააჩის კლინიკურ სურათს გვიხატავს. სწორედ ამის გამო ფსიქოზიის ამა თუ იმ ფორმის დასადგენად, როგორც ამის შესახებ ჯერ კიდევ კარლბაუმის მიერ იყო მითითებული, ისეთი ძირითად სიმპტომის დადგენაა საჭირო, რომელიც პროცესუალური ხასიათის ცვლილებით არის განსაზღვრული. კრეპელმა ასეთად ჰქუასუსტობა ჩათვალა, მაგრამ რემისიების არსებობამ, რომელსაც არც კრეპელინი უარყოფდა, ასეთი მნიშვნელობის სიმპტომად დემენციის აღიარებას საფუძველი გამოაცალა. მოინახა შემთხვევები, სადაც დემენციის არსებობა ეჭვის ქვეშ იქნა დაყენებული. ამ გარემოებამ კვლევარათა ყურადღება არა დემენციის, არამედ უფრო არსებითი ხასიათის სიმპტომის ძიების მიმართულებით გაამახვილა.

ახლის ძიებას შედეგად მოყვა ის, რომ ნაადრევი ჰქუასუსტობის შემცველად მოწოდებულ იქნა *dementia dissecans* (ცვაიგი), *dementia sejectiva* (გროსი), *dementia apperceptiva* (ვარცანდტი), ინტრაფსიქიკური ატაქსია (სტრანსკი) და ა. შ. ყველაზე უფრო მნიშვნელოვანი ნაბიჯი ამ მიმართულებით, როგორც ცნობილია, ბლოილერმა გადადგა, რომელიც წერს: „მე ნაადრევი ჰქუასუსტობას იმიტომ ვუწოდებ შიზოფრენიას, რომ ფსიქიკურ ფუნქციათა გახლეჩა არის მისი ნამდვილი ნიშანი“¹. ბლოილერი ამას თვლის და არა დემენციას ისეთ სიმპტომად, რომელსაც შეუძლია კრეპელინის მიერ მოწოდებული ფსიქოზების ერთ ჯგუფში გაერთიანება.

ავადმყოფის შემოწმება გვიჩვენებს, რომ მას შენარჩუნებული აქვს აზრის გაგების უნარი, აგრეთვე იმ ცოდნის დიდი ნაწილი, რომელიც ავადმყოფობამდე იყო შექმნილი, ამიტომ არ შეუძლია ინტელექტუალური ფუნქციების ცალკეულ შესწავლას გაგვაგებობს ამ ფსიქოზისათვის დამახასიათებელი ემოციების გაციება, ინდიფერენტობა და მოქმედების სურვილის დაკარგვა. ამ შემთხვევაში ჩვენ

¹ Prof E. Bleuler, *Dementia praecox oder Gruppe der Schizophrenien*, 1911, გვ. 5.

საქმე გვაქვს ფსიქიკური ფუნქციების არა პირველად მოშლასთან, არამედ უფრო ღრმად მდებარე ცვლილებასთან.

რა ხასიათისაა ეს ცვლილება, ამის გასაგებად საკმარისი არ აღმოჩნდა ავადმყოფების ქცევის, თუნდ ისეთი სიზუსტით აღწერა, როგორც ეს კრებულის აქვს გაკეთებული. ავადმყოფის განცდათა სამყაროში ღრმად ჩახედვა შეიქმნა აუცილებელი, რომელიც პირველად ბლოილერმა მოახერხა და კიდევაც შეძლო მზის სინათლეზე გამოეტანა შიზოფრენიით დაავადებული ადამიანის სულიერი ცხოვრების საიდუმლოებანი.

ბლოილერი შიზოფრენიკთა ცნობიერების შინაარსის დახასიათებას იწყებს ცნობიერების ყველაზე ელემენტარული ფაქტის — წარმოდგენის — აღწერით. წარმოდგენათა შორის კავშირების თავისებური მიმდინარეობისა და ჩამოყალიბების ჩვენებით, მისი აზრით, შესაძლებელია შიზოფრენიკის ინტელექტუალური სფეროს დახასიათება. ამ ფსიქოზის დროს კავშირი ისეთ წარმოდგენათა შორის მყარდება, რომელთაც ნაკლებად ან სულ არა აქვთ საერთო ერთმანეთთან. ცნობიერების შინაარსი კარგავს თანამიმდევრობას და ყალიბდება ისეთი სურათი, რომელსაც კლინიკაში ა ს ო ც ი ა ც ი ა თ ა რ გ ო ლ ი ს გ ა მ ო ვ ა რ დ ნ ა ეწოდება. წარმოდგენათა შორის თანამიმდევრობის დარღვევა, მათი გამაერთიანებელი რგოლის გამოვარდნა გზას უხსნის ნეოლოგიზმების აღმოცენებას.

წარმოდგენის ხატებს სიცხოველუ და მეტისმეტად პლასტიკურობა ახასიათებს, რაც შესაძლებლობას იძლევა ერთ ცნებაში რამოდენიმე განსხვავებული შინაარსი იქნეს ასახული. ეს არის პირდაპირი გზა „კრებადი ხასიათის ცნებათა“ წარმოშობისა, რომელიც არა კოლექტიური. არამედ ინდივიდუალური მნიშვნელობის მატარებელია. ავადმყოფის ცნობიერებაში ერთ ხატად არის წარმოდგენილი ადამიანი და ლომი, ლომი და არწივი, დაახლოებით ისე, როგორც ამას საბერძნეთის მითოლოგიიდან ვიცნობთ (სფინქსი, ცენტავრი). ჩვენ მხედველობაში გვაქვს წ ა რ მ ო დ გ ე ნ ა თ ა ა გ ლ უ ტ ი ნ ა ც ი ი ს მოვლენა, რომლითაც ასე მდიდარია ჯანსაღი ადამიანის ფანტასტიკური სიზმარი და შიზოფრენიკთა ცხადის განცდები.

აგლუტინაციის პროცესის შემდეგი ნაბიჯი წარმოდგენათა შესქელებაა (Verdichtung). წარმოდგენის პირვანდელი მნიშვნელობა იმდენად სუსტდება, რომ მის გვერდით სხვა მნიშვნელობის არსებობაც არის შესაძლებელი. ასე ყალიბდება ორმაგი მნიშვნელობის წარმოდგენის ხატი, რომელიც ხშირად გვხვდება შიზოფრენიკის განცდათა სამყაროში. ასეთი ავადმყოფი ექიმს მამას

უწოდებს და ამავე დროს იცის, რომ იგი ექიმს ელაპარაკება. ერთი ჩვენი ავადმყოფი თავის ქმრად აღმიქვამდა, მაგრამ ჩემს მიმართვაზე იგი, როგორც ექიმის შეკითხვაზე იძლეოდა პასუხს. წარმოდგენათა ასეთ ჩანაცვლებას ხშირად აქვს ადგილი პრიმიტიული ადამიანების აზროვნებაში, იგი სრულიად უცხოა ჩვენი ცნობიერებისათვის.

ამ სახის წარმოდგენებიდან იქმნება კომპლექსი, რომელიც აფექტურად არის შეფერადებული. მასში ყოველთვის ასახულია ის, რაც ავადმყოფის პიროვნებასთან, მის სურვილებთან ინტიმურად არის დაკავშირებული. სოციალურს ავადმყოფში ინდივიდუალი გამოცდილება ცვლის, ისიც ანგარიშს უწევს იმას, რაც აქტუალურ განწყობილებასთან პოულობს კავშირს. ეს არის ერთადერთი გზა, რომლის მეშვეობით შეუძლია გამოცდილებას ავადმყოფის განცდათა ნიმუშინარეობაში ჩაერთოს. აქ უნდა ვეძიოთ ავადმყოფისათვის დაბნახასიათებელი სუბიექტივიზმის წყარო და საბაზი იმისა, რომ ზოგიერთი წარმოდგენა ცნობიერებიდან იღვენება.

ცნობიერებიდან იღვენება კომპლექსის შემადგენელი არაყოველი ხატი, როგორც ამას წარმოდგენათა შესქელების შემთხვევაში აქვს ადგილი, არამედ მხოლოდ ის, რომელიც ყველა დანარჩენის შემცველი უნდა გახდეს. აქ ისეთ შემთხვევასთან გვაქვს საქმე, როცა ხმას, თმის ფერს, ტანსაცმელს, ჩრდილს შეუძლია წარმოდგეს, როგორც კომპლექსური განცდის მიერ ნაგულისხმევი და მისი თვისებებით აღკურვილი ადამიანი. ეს უწყობს ხელს სინამდვილის დამახინჯებულად განცდას, რომლის შემოქმედებით აღმოცენებული შთაბეჭდილებები გადამუშავების გარეშე აისახებიან ავადმყოფის ცნობიერებაში.

წარმოდგენათა ასეთი მექანიკა, თანახმად პრესის მითითებასა, კომპლექსური აზროვნებისათვის არის დამახასიათებელი. წარმოდგენის ხატი ამ შემთხვევაში როგორც სიმბოლო კი არ მოქმედებს, არამედ როგორც სიგნალი. ასეთი ავადმყოფისათვის ცეცხლის დანახვა სიგნალია იმისა, რომ მას დაწვას უპირებენ, იგი მას სინამდვილედ ლებულობს და სათანადო ზომებსაც იღებს.

აზრისა და ქცევის ასეთი ურთიერთობა ფსიქიკური ცხოვრების ისეთი დაბალი საფეხურისათვის არის დამახასიათებელი, რომელიც არ ღვას ინდივიდის სოციალურა, ე. ი. ნამდვილი ადამიანური გამოცდილების დონეზე. აქ სოციალური ბიოლოგიურის მიერ არის მოხსნილი, ამიტომ არც ფსიქიკის მოქმედება მიმდინარეობს სხეულბრივი პროცესების მონაწილეობის გარეშე, მისგან გამოყოფი-

ლად. გარესინამდვილის ზემოქმედების ძალა შესუსტებულია, ავადმყოფი თავის მდგომარეობით არის დაინტერესებული და მისი ცნობიერებაც ორგანიზმში მიმდინარე მოვლენების სარკისებურ ასახვას ემსახურება. ფსიქიკის მოქმედება ავტომატურია, მას „მოკლე რკალში ჩაყვრილი“ რეაქციის მსგავსი მოქმედება ახასიათებს.

ჩვენთვის უცნობია მოტივი, რომლითაც ხელმძღვანელობს ავადმყოფი, იგი ხშირად წერას ხატვით ცვლის და ნახატებიც ისეთი სამკაულებით არის შემკული, რომელიც ჩვენთვის არაფრის, მაგრამ, როგორც ჩანს, ავადმყოფისათვის მეტად საგულისხმო მნიშვნელობის მატარებელია. წერისა და ხატვის მასალასთან ავადმყოფი ისეთ დამოკიდებულებას ამყარებს, როგორც სიტყვებთან, რომელსაც იგი ხშირად არა მნიშვნელობის, არამედ ბგერათა მსგავსების მიხედვით აკავშირებს და წინადადებასაც მსგავსი დაბოლოების მქონე სიტყვებიდან აგებს. მისი წინადადების აზრი ერთმანეთს შემთხვევით უკავშირდება, იგი გაუგებარია და, როგორც ავადმყოფის მეტყველებაზე დაკვირვება გვიჩვენებს, მას დაკარგული აქვს უნარი, აზრი ერთი მიმართულებით წარმართოს. შედეგი ამისა ის არის, რომ უნებლიეთ აღმოცენებული წარმოდგენა კავშირს ვერ პოულობს ფსიქოზის პირობებში ჩამოყალიბებულ კომპლექსთან, რაც ბლოილერს დამახასიათებლად მიაჩნია არა ორგანული, არამედ შიზოფრენიული დემენციისათვის.

კომპლექსური განცდების ფიქსაცია ისეთი ძალით მიმდინარეობს, რომ აქედან აღმოცენებული სტერეოტიპია ერთი წელი შეიძლება გაგრძელდეს. შეკავება თუ კომპლექსური წარმოშობისაა, თანახმად ბლოილერის მითითებისა, მასაც ასეთივე ფიქსაციისა და გენერალიზაციის უნარით აღჭურვილობა ახასიათებს და არც ისე იშვიათად ვრცელდება ავადმყოფის მთელ ფსიქიკურ ცხოვრებაზე. ამავე კატეგორიის მოვლენაა ჰემუნგი, რომლის შედეგს ავადმყოფი განიცდის როგორც აზრის წართმევას, აზრის განლევას.

შიზოფრენიით დაავადებული ადამიანის აზროვნების შემდეგ დამახასიათებელ თავისებურებას აზრის აცდენა წარმოადგენს. იგი ხშირად ნამდვილი გზიდან უხვევს და მცდარ მიმართულებას იღებს. ავადმყოფს სურს ექიმს დაუძახოს, იგი ღვება და ფანჯრის მინას ამტკრევს. ამ შემთხვევაში ისეთი იმპულსი მიმართავს ავადმყოფის ქცევას, რომლის არც დასაწყისი და არც მიმდინარეობა მას არ ემორჩილება. თითოეულ იმპულსს, მეორესთან ურთიერთობის გარეშე, ბანქანის მსგავსად მოჰყავს მოქმედებაში ფსიქიკური აქტები, ამი-

ტომ ავადმყოფს გონია, რომ ვიღაც მეორე განაგებს მისი ცნობიერების მუშაობას.

შიზოფრენიით დაავადებული ადამიანის აზროვნების დამახასიათებელი ნიშანია ისიც, რომ აქ ლოგიკური მიმართების ადგილი სურვილებს, ფანტაზიის ხატებს უჭირავთ, რომელთა რეალობაში ავადმყოფი აბსოლუტურად დარწმუნებულია. ასე ისახება შიზოფრენისათვის ესოდენ დამახასიათებელი აუტისტური აზროვნება და მისთვის დამახასიათებელი ბოდვითი იდეები. სინამდვილესთან სოციალური კონტაქტი დაკარგული ავადმყოფი ოცნების კოშკს აგებს და მის კედლებში თვითკმარ ცხოვრებას განაგრძობს. იგი თავს ტახტის მემკვიდრედ თვლის, ან მსოფლიო კონგრესზე გამოსვლას უცდის. ამიტომ ჩვენთან საუბარის არც მოთხოვნილება აქვს და არც ამისთვის მოცალეობა.

ეს არ არის ჰკუთასუსტობის შედეგი, არამედ, როგორც ბლოილერს აქვს მითითებული, აფექტურ სფეროში არსებული ცვლილებებისა, რომელიც ჯერ კიდევ იმ მომენტიდან იჩენს თავს, როცა ფსიქოზური განცდები არც შეიმჩნევიან. ავადმყოფის ემოციები თანდათან ცივდება, არაფერი იზიდავს, სიმპათიის გამოხატვის უნარიც იმდენად დაკარგული აქვს, რომ წყენა, სინარული და რისხვა უმოტივოდ ცვლიან ერთიმეორეს. ერთი სიტყვით, აფექტური სფეროს უკმარობა და სინამდვილესთან ამის შედეგად კონტაქტის დაკარგვა შიზოფრენიის მეტად დამახასიათებელი სიმპტომია.

აქ უნდა ვეძიოთ მიზეზი იმისა, რომ შიზოფრენიით დაავადებული ადამიანი ცდილობს ნაბიჯის საკუთარი განზრახვით გადადგმას, მაგრამ მის სისრულეში მოსაყვან ენერგიას ვერ პოულობს. ასე ისახება მასში ამბივალენტუზმი: ერთდროულად სიცილი და ტირილი (პარათიმია), მოქმედების სურვილთან ერთად მისგან თავის შეკავება (ამბიტენდენცია). ნებისყოფის ხელისშემშლელად ხშირად აკვიატებული წარმოდგენებიც გამოდიან და ავადმყოფის სურვილის წინააღმდეგ განაგრძობენ ფუნქციობას.

შიზოფრენიით დაავადებული ადამიანი, თანახმად ბლოილერის დასკვნისა, აქტივობის გრძნობით ვერ ხელმძღვანელობს, რაც იქიდან ჩანს, რომ არ შეუძლია საკუთარ აზრებს მიმართულეობა მისცეს, მათი აღმოცენება და მიმდინარეობა საკუთარი კონტროლის ქვეშ დააყენოს. ამრიგად, მე-ს განცდაში ეს არსებითი კონპონენტი, რომელიც ინტელექტის მოქმედებიდან იღებს სათავეს, შიზოფრენიის დაკარგული აქვს, მაგრამ არის ამ განცდის მეორე მხარე, რომელიც ინსტიქტებს ემყარება და ყოველთვის მზად არის ფუნქციობისთვის.

ფსიქიკის ამ ორ იმპულს შორის, რომელიც ინტელექტიდან და ინსტიქტიდან მომდინარეობენ იმართება ბრძოლა, წინ გამოდის ინსტიქტებიდან მომავალი იმპულსით განსაზღვრული მე-ს აქტიურაზა, რომლის გამო ორად იხლიჩება ავადმყოფის ცნობიერების მუშაობა: ერთი ნებისმიერია და ნაცნობი, მეორე—არა. ასე ყალიბდება ავადმყოფში შიზოფრენიისათვის ესოდენ დამახასიათებელი ორმაგი ცნობიერება. „ეს ისეთი ცვლილებაა, რომელიც არ არის განზრახვით გამოწვეული, ცნობიერი... პიროვნების გახლეჩის ორივე პროდუქტი ერთიმეორის გვერდით თავადება“¹.

რაც შეეხება შიზოფრენიის აღქმის, ყურადღების, მეხსიერების მოქმედებას, როგორც ეს ახლა საერთოდ მიღებულია, ისინი არ შეიცავენ რომელიმე ხასიათის ცვლილებას. ბლოილერს ამან მისცა უფლება გამოეტანა დასკვნა, რომ ამ დაავადების დროს საქმე გვაქვს არა საზოგადოდ ჰქუასუსტობასთან, არამედ გარკვეულ მომენტში, გარკვეულ კონსტელაციაში, თუ გარკვეული კომპლექსის ფარგლებში ჰქუასუსტ ადამიანთან. როგორც კი შევეხებით ავადმყოფის კომპლექსებს, იქვე გამოჩნდება, რომ მისი აზროვნება ლოგაჯის კანონებს არ ემორჩილება. ასეა ეს ფსიქოზის დასაწყისში, ხოლო რაც შეეხება გამოსავალ მდგომარეობას, აქ, როგორც ბლოილერი მიუთითებს, ფსიქოზი ყოველთვის სტოვებს პიროვნებაში სწორედ ამ დაავადებისათვის დამახასიათებელ ბზარს.

შიზოფრენული პროცესი ორგანიზმის სომატურ საფუძველს არ არღვევს, მაგრამ იგი გავლენას ახდენს მასზე, რაც იმაში გამოიხატება, რომ პიროვნების სომატური მხარეც იცვლება და ფსიქიკურიც. ეს მთლიანი ხასიათის ცვლილება აძლევს მიმართულებას ავადმყოფის მოქმედებას. კლინიკური სიმპტომები მის საფუძველზე აღმოცენდებიან. ამის შესახებ მეტყველებს ავადმყოფის ჰაბიტუსი, სახის ფერი, გამომეტყველება, ქცევა. აქედან ცხადია, რომ ამ მთლიანი ხასიათის ცვლილების ამსახველი სიმპტომის გამოყოფის საჭიროება უნდა დამდგარიყო.

ფსიქიკის აღვების ძირითადი სიმპტომი

საკითხის ასე დასმამ ბლოილერი იმის აუცილებლობის წინაშე დააყენა, რომ წამოეყენებია პირველადი და მეორადი სიმპტომების ცნება. პირველადი სიმპტომის გამოყოფას იგი უაღრესად დიდ მნიშვნელობას ანიჭებს, ვინაიდან ამ გზით მააჩნია შესაძლებლად მისე-

¹ Bleuler opit cit. გვ. 322.

ლა ავადმყოფის გამომწვევი მიზეზის ცოდნამდე, როგორც ამას შემდეგში გრუპლეს მიერ დამუშავებული ძირითადი მოშლის (Crundstörung) ცნება გვიჩვენებს.

ვთქვათ, მაგალითად, გარკვეული ფიზიოლოგიური და ქიმიური პროცესის შედეგად, წერს ბლოილერი, მივიღეთ ძვლის დაავადება—ოსტეომალაცია. რაც ამ შემთხვევაში ძვალში ხდება არის ავადმყოფურა პროცესის პირდაპირი შედეგი; რაც შეეხება ამის შედეგად აღმოცენებულს სახსრების კონტრაქტურას,—ეს არაპირდაპირა, ე. ი. მეორადი სიმპტომია.

შიზოფრენია დაავადებაა და მის ფარგლებშიაც ასევე აუცილებელია პირველადი და მეორადი სიმპტომის გარჩევა.

1. ბლოილერისათვის პირველადი სიმპტომია ასოციაციათა გაფხვიერება (Associationslockerung). ფსიქოზის მიმდინარეობის პარალელურად ადგილი აქვს ასოციაციათა განლევის, ე. ი. კავშირების მოშლას, რომელსაც ემყარება ადამიანის გამოცდილება. ეს უკანასკნელი ასოციაციათა სახით არის ჩვენში დამკვიდრებული და ახალი ასოციაციებიც მასთან დაკავშირების შედეგად ახერხებენ ქცევაში მონაწილეობის მიღებას. გამოცდილებაზეა დამოკიდებულა, ბლოილერის აზრით, ასოციაციების ძველი და იოლი, ახალი და ძნელი გზით მიმდინარეობა. გამოცდილება აძლევს მიმართულებას ასოციაციების სიზმარში და, საერთოდ, ყველა ისეთი მოქმედების შემთხვევაში, რომელიც არაცნობიერ სფეროში ისახება. ამავე დროს არც გამოცდილება დგას ასოციაციებისაგან დამოუკიდებლად, რადგანაც იგი ასოციაციათა გარკვეულ წყობას ემყარება, მის საფუძველზე ხდება გამოცდილების განლაგება დროში და სივრცეში გარკვეული მიმართულებით.

შიზოფრენიული პროცესი, თანახმად ბლოილერის შეხედულებისა, ასოციაციათა გაფხვიერების შედეგად ნიადაგს აცლის ადამიანის გამოცდილებას. შიზოფრენიით დაავადებული ადამიანის აზრის მიმდინარეობაში არ ჩანს მიმართულება, არც მისი დახასიათებისათვის ჩვენთვის მისაწვდომი ლოგიკური გზა. დაქუცმაცებულია ავადმყოფის აზროვნება, ცნებები შინაარსიდან დაკლილი და საკუთარ გზას აცდენილი. სწორ გზაზე აქ არც ცნობიერების დანარჩენი შინაარსები დგანან. ავადმყოფს იღეათა ნაგლეჯებიდან უხდება სააზროვნო ოპერაციების წარმოება, აქვე ვნახავთ წარმოდგენათა დაცურებას, მათ უცნაურ შერწყმასა და შეჯგუფებას. „ასოციაციურ კავშირთა დარღვევა არის მიზეზი, მიუთითებს ბლოილერი, რომ აზ-

როვნებისა და მეტყველების ერთიანობის, მათი ნორმალური გზით მიმდინარეობის პირობა არ არსებობს და გონებრივი ოპერაციები არალოგიკური და უჩვეულო გზით მიემართებიან¹.

შიზოფრენიით დაავადებული ადამიანის ასოციაციები ნორმალურად რომ არ მიმდინარეობენ და აქ არც ჩვენი ცნობიერების ფაქტებისათვის დამახასიათებელი თანამიმდევრობაა დაცული, ეს ისეთი ქეშმარიტებაა, რომელსაც კლინიკაში ყოველდღე ვნახულობთ. მაგრამ ასოციაციების არანორმალური გზით მიმდინარეობა როდინიშნავს იმას, რომ მათ შორის კავშიარია დარღვეული. თუ ასოციაციათა შორის კავშირის დარღვევაში ის ვიგულისხმეთ, რომ ის არსებობდა, მაგრამ ფსიქოზის მიმდინარეობის პროცესში არ არსებობს, როგორც ამაში ბლოილერი გვარწმუნებს, ეს უთუოდ ისეთ დასკვნაში მივდივართ, რომელიც სინამდვილეს არ შეეფერება. ავადმყოფს როგორც ძველი, ისე ახალი ასოციაციები გააჩნია, მაგრამ მისი თავისებურება იმაში მდგომარეობს, რომ იგი აქედან ახირებულს, ჩვენთვის უცხო პროდუქტს ქმნის. ამ ფსიქოზისათვის დამახასიათებელი პალუცინაციები, ბოღვითი იდეები, მათი აკვიატებული ხასიათი, კავშირებისა და წარმოდგენების ისეთი მიმდინარეობის მაჩვენებელია, რომელიც პიროვნების შეგნებული მონაწილეობის გარეშე დგას. მოშლილია, როგორც მორელი მიუთითებს, არა კავშირები, არამედ „ასოციაციებზე აქტიური კონტროლი“. სინამდვილეშიაც ავადმყოფის განცდაში გაბატონებული ადგილი პიროვნების ხელმძღვანელობიდან განთავისუფლებულ იდეებს უკავიათ. მაშასადამე, არსებითი მნიშვნელობა არა კავშირების შესუსტებას, არამედ პიროვნების აქტიურობის დაქვეითებას ენიჭება, რომლის გამო არ ხდება სწორი მიმართულებით კავშირების წარმართვა. საკითხის ასეთ გაშუქებას შეუძლია გასაგები გახადოს ბლოილერის მითითება იმის შესახებ, რომ შიზოფრენიის შემთხვევაში არა ქერქული მექანიზმები, არამედ ამ მექანიზმების მართვა არის დაზიანებული. ასოციაციების მართვლის როლი ვის უნდა დაეკისროს თუ არა პიროვნებას, და ეს არის ის, რაც ნიადაგს აცლის ყველა იმ სახის კვლევას, რომელსაც მხედველობაში ცალკეული ფუნქციები და სიმპტომები აქვს. ამრიგად, საქმის ნამდვილი ვითარება ისეთია, რომ ცვლილება ასოციაციებში თვითონ წარმოადგენს პიროვნული ხასიათის სიმპტომს და თვითონაც სწორედ ამის გამო მოითხოვს ამ მხრივ განხილვას.

¹ Bleuler opit. cit. გვ. 285.

2. შიზოფრენიით დაავადებული ადამიანის განცდის შინაარსებს, როგორც გრუპულე აღნიშნავს, მიმართულება, სინათლე არ აკლიათ. წარსულისა და აწყმოს ფაქტების ერთიანობაც არ არის დარღვეული. ამ დაავადებისათვის არც ნამდვილი ამნეზია არის დამახასიათებელი. ის, რაც ამ შემთხვევაში თვალში გვეცემა, განაჯრძობს გრუპულე, ეს იმაში მდგომარეობს, რომ ცნობიერების შინაარსთა გამაერთიანებელი „მე“ არ ჩანს. ავადმყოფის განცდას აკლია ის, რაც ჩვენს განცდაში მესთან არის დაკავშირებული და, ამიტომ ჩვენზე კუთვნილებად განიცდება. განცდა და გრძნობა, რომელთანაც ავადმყოფს აქვს საქმე, არ არის მისი გრძნობა და მისი განცდა, არამედ „სხვის მიერ გაკეთებული“. ეს არა მარტო მის აზრს შეგება, არამედ ავადმყოფის აღქმას, წარმოდგენას, ნებით იმპულსებს. მაშასადამე, სიმპტომი ცალკეული აქტების საზღვრებს შორდება და საქმე საზოგადოდ „მე“-ს ანომალიასთან გვაქვს¹.

ამ სპეციფიკურ აქტივობას მოკლებულ ავადმყოფს, გრუპულეს აზრით, სრულიად ბუნებრივია, რომ უცხო ძალისადმი დამორჩილების განცდა გაუჩნდეს. აქედან გამომდინარეობს შიზოფრენიისათვის დამახასიათებელი უმწეობა (*Ratiosigkeit*). ამრიგად, პირველადი სიმპტომი ნებით სფეროში კი არ მდებარეობს, არამედ ცნობიერებაში, ე. ი. შემეცნების აქტების ერთიანობის სამფლობელოში. ცნობიერების ამდაგვარ მუშაობაზე იძლევა ავადმყოფი რეაქციას, რომ მის ფსიქიკაში რალაც უცნაურ მოვლენას აქვს ადგილი. ამით განსაზღვრულია, ასკვნის გრუპულე, ავადმყოფებისათვის დამახასიათებელი განმარტობა, განცდის განსხვისება და ემოციებში ამ ფსიქიკისათვის დამახასიათებელი ცვლილება.

ამრიგად, შიზოფრენიის ძირითადი სიმპტომი მე-ს ცნობიერების მოშლაში მდგომარეობს (*Ichstörung*). და, მაშასადამე, პიროვნების გახლეჩის მიზეზი აქაა საძიებელი. აქედან ცხადია, რომ ავადმყოფის ცნობიერება პიროვნებისეულ აქტივობას კარგავს და მისი კონტროლის გარეშე დარჩენილი განცდის შინაარსები ავტომატიზმით უნდა ხასიათდებოდეს. ყოველივე ამის სათავე, როგორც აღვნიშნეთ, ცნობიერებაში მდებარეობს.

— რით არის განსაზღვრული ცნობიერების შინაარსთა ავტომატიზმი? ხომ არა გვაქვს აქ საქმე იგივე ასოციაციათა შორის კავშირის დარღვევასთან? ასოციაციათა დარღვევა, აქ არ გამოდგება, მიუ-

¹ Dr. Josef Berze und Hans Cruhle—Psychologie der Schizophrenie, 1929.

თითებს გრუპლე. ნამდვილად არა ეს, არამედ ცნობიერების მამოძრავებელი მოტივი მოშლილი, უკეთ, მის შინაარსთა მოტივაცია. გრუპლესათვის მოტივია ის, რაც საბაზად უნდა ჩაითვალოს აქციისათვის. ის სწორედ ამაზე მიუთითებს, როცა აღნიშნავს, რომ მოტივაციის აზრი იმაშია, რომ იგი აქციის მოშლაზე მიგვიითებ-ს. სახელდობრ, რა სახის აქცია აქვს მას მხედველობაში, ამის შესახებ პასუხს თვითონვე იძლევა და აღნიშნავს, რომ ეს საკიოპი ჯერჯერობით ღიად არის დატოვებული.

ყოველ აქციას პიროვნება სწირდება, რომელსაც მისი აზრით. „ღირებულებათა სისტემა“ ქმნის. მაგრამ პიროვნების შემქმნელი ღირებულებანი: კულტურული, ეთნიური და ა. შ. გრუპლეს მსგავსად მოაზროვნე მკვლევრისათვის იღვის სახით არსებობენ და პიროვნებაც მისთვის იღვათა სისტემას წარმოადგენს. პიროვნებაში ცვლილება იღვათა თავისებურა გადაჯგუფების შედეგად აღმოცენდება, იგი ჩვენთვის უცხო მიმართულებას იძენს. სად უნდა ვეძიოთ აზრის მიზეზი, გრუპლე ამ კითხვაზე პასუხს არ იძლევა. ასეთი რამ მისგან არც იყო მოსალოდნელი, რადგანაც მას თავიდანვე განწირულ საქმედ მიაჩნია ფსიქოზური პროცესით განსაზღვრული მოვლენების ფსიქიკურში ძიება.

ფენომენოლოგისტები განსხვავებული ვარიანტით. მაგრამ ერთსა და იმავეს იმეორებენ, ეს ყველაზე მეტად გრუპლეს შესახებ უნდა ითქვას, რომელიც არაფერს იძლევა ახალს, იმასთან შედარებით, რაც ბერცეს მიერ იყო მოწოდებული.

3. შიზოფრენიის ძირითად სიმპტომად ბერცე ცნობიერების ჰიპოტონიას თვლის. ამის მიხედვით ასკენის იგი ავადმყოფის ფსიქიკური აქტივობის დაქვეითების შესახებ. ავადმყოფის ცნობიერება კარგავს სპონტანობას, რომელშიაც უნდა პოვოს გამოხატულება მისი ფსიქიკის აქტივობამ. ეს იქიდან ჩანს, რომ ავადმყოფის განცდა, ბერცეს აზრით, მოკლებულია ხელმძღვანელ ცნებას, რომელიც მას მიმართულებას მისცემდა და აზრებსაც ერთმანეთთან ორგანიზებულად დააკავშირებდა. ამრიგად, შიზოფრენიით დაავადებულ ადამიანს არ ყოფნის ინტენციონალური აქტების შესასრულებლად აუცილებელი ინიციატივა; რაც შეეხება აზროვნების ტექნიკურ საშუალებებს: მსჯელობას, დასკვნას, გააზრებას, ესენი ნას გააჩნია, მაგრამ აზრის მოსაპოვებლად მარტო ეს არ კმარა. ცნობიერების სპონტანური ინიციატივაა საჭირო, რომ მოხერხდეს აზრის წარმართვა აღმოჩენისაკენ, გეგმის, იღვის, კონცეპციის ჩამოყალიბებისაკენ. ავადმყოფის ცნობიერების ჰიპოტონია იმაში მდგომარ-

რეობს, რომ იგი სწორედ ამ სახის ფსიქიკურ აქტივობას არის მოკლებული. ფსიქოზი ინტელექტისათვის დამახასიათებელი ინიციატივის გარეშე სტოვებს ადამიანს, რაც კონკრეტულად წარმოდგენილია როგორც პიროვნების უკმარობა, „აქტიუალური პიროვნების ინსუფიციენცია“¹. პიროვნებას ხელიდან ეცლება დინამიკურობა, რომლის კლინიკურ გამოხატულებად უნდა ჩაითვალოს. ბერცეს აზრით, ნეგატივიზმი, სტერეოტიპია, პერსევერაცია¹.

არსებითად ბერცე შიზოფრენიით დაავადებული ადამიანის ისეთ თავისებურებაზე მიუთითებს, რასაც იუნგი ცნობიერების ინაქტიურობას, ლევი ინტენციის გამოფიტვას, ბერინგერი ინტენციონალური რკალის უკმარობას, ლემანი ცნობიერების ენერჯის დაქვეითებას უწოდებს.

დანამდვილებით შეიძლება ითქვას, რომ ამ დაავადების დროს ფსიქიკის დაძაბულობა დაქვეითებულია (ჟანე). ამის გამო შიზოფრენიით დაავადებული ადამიანის ფსიქიკური ცხოვრება დაბლა იწევს ჰიპობულიკურ და ჰიპნოიდურ მექანიზმებამდე (კრეჩმერი). იგი ჩვენი ფსიქიკური ცხოვრების ისეთ დონეს უახლოვდება, რომელიც ლოგიკური აზროვნების გარეშე დგას და, ისეთი მექანიზმებით მუშაობს, რომელიც აუტისტური სამყაროს განცდებისათვის არის დამახასიათებელი.

ცნობიერების ჰიპოტონია, რასაკვირველია, შიზოფრენიის დამახასიათებელი სიმპტომია, მაგრამ ისეთი, რომელიც მოკლებულია სპეციფიკურობას. ამ სიმპტომს ადვილად დაინახავს მკვლევარი ფსიქასტენიით, მელანქოლიით, და ორგანული დემენციით შეპყრობილ ავდამყოფთა შორის. ამავე დროს ცნობიერების ჰიპოტონია, როგორც მინუს სიმპტომი, რასაკვირველია, ვერ ეგულება შიზოფრენიული წარმოშობის განცდათა სიმწვავესა და ძალას, სინამდვილის, დამახინჯების შედეგად აღმოცენებულ მათ ბოდვასა და ჰალუცინაციებს. „ეს დამახინჯებანიო, მიუთითებს კრონფელდი, განსაკუთრებით ბოდვით განცდებში და განწყობილებებში — ჩვენ უფრო დამახასიათებლად გვეჩვენება შიზოფრენიისათვის, ვიდრე ფსიქიკის არასპეციფიკური სისუსტე“². ესეც არ იყოს, ცნობიერების ჰიპოტონია ისეთი ფაქტია, რომელიც თვითონ მოითხოვს ახსნას.

¹ ბერცეს შეხედულების გადმოცემას ავტორი ამ შრომის „50“ გვერდზე უბრუნდება.

² А. Корнфельд, Современные проб. эм. учения о шизофрении, Сб. Трудов Института им. Гавнушкина, 1936, гв. 48.

ფსიქიკური აქტივობის ჰიპოფუნქცია, როგორც ამას ბერცე ამტკიცებს, ორგანული წარმოშობისაა, მას ცერებრალური მოვლენები განსაზღვრავენ, რომლის არსის გაგებამდე ფსიქოლოგური ანალიზით მისვლა შეუძლებელია, ვინაიდან ფსიქიკური და ცერებრალური მისთვის ორი დამოუკიდებელი მოვლენის სამყაროა. როგორც ვხედავთ, სხვა პარალელისტებთან ერთად ბერცე იქ ამთავრებს კვლევას, საიდანაც ნამდვილად უნდა დაწყებულიყო ძიება და, სადაც ყველა მისი მსგავსი აგნოსტიკოსი ფსიქიატრიაში ხელიდან აგდება კალამს¹.

აქტუალური პიროვნების ინსუფისცენცია, ცნობიერების აქტიურობის ისეთ დაქვეითებაზე მიუთითებს, რომელიც გზას უხსნის თავისუფალი მოქმედებასათვის ფსიქიკურ ავტომატიზმს. ცხოვრებაში ნებისმიერსა და იმპულსურს შორის კავშირი ირღვევა, ადამიანი თავის მოქმედებაზე ხელმძღვანელ როლს კარგავს. ავადმყოფის ფსიქიკური ცხოვრების მთლიანობას საფუძველს აცლის ორგანული პროცესი, და ამ სომატოგენურად განსაზღვრულ გახლეჩილობაში უნდა ვეძიოთ მიზეზი იმისა, რომ ავადმყოფი თავის ქცევაში, როგორც აქტიური სუბიექტი არ ჩანს, ვერნიკეს ეს მოსაზრება, როგორც კრონდელდი აღნიშნავს, ლოგიკურ ბოლომდე არის მოყვანილი კლერამბოს ნევროლოგიურ კონცეფციაში.

4. კლერამბო პათოლოგიურ ავტომატიზმს, როგორც თვითონ აღნიშნავს, ვიწრო მნიშვნელობით იყენებს. საბჭოთა კავშირის ფსიქიატრთა უკანასკნელ გამოკვლევათა მიხედვით, ფსიქიკური ავტომატიზმის პირველი აღწერა ფსევდოჰალუცინიციის ავტორს—კანდინსკის ეკუთვნის, მაგრამ, ჩვენ კლერამბოს მექანიკური თვალსაზრი-

¹ ჩვენ არ მოგვყავს ფსიქიანალიტიკების მიერ გამოთქმული მოსაზრებანი, რადგანაც მე-ინიერებისათვის საინტერესო იქ არაფერი მოიპოვება. შიზოფრენიის შემთხვევაში, მათი აზრით, ლიბიდოზური ენერჯია ნარციზმისთვის ტოვებს კარებს ღიად. ავადმყოფი ლიბიდოზურ ენერჯიას იყენებს ნარციზული აშლილობის გასომრკიცებლად; აქ ლიბიდოს არა აქვს გარედ მდებარე ობიექტი, იგი ავადმყოფის „მე“-ზე არის ფიქსირებული. შიზოფრენიით დაავადებული ადამიანი, როგორც ფიქსონალიტიკები ამტკიცებენ. საკუთარ თავზე არის შეყვარებული, ამ სიტყვის სექსუალური მნიშვნელობით. ამის დამადასტურებლად ავადმყოფებს შორის ჰომოსექსუალური ტენდენციების არსებობა და ონანიზმის გავრცელება არის დასახელებული. ეს ასედაც რომ იყოს, ნარციზმი მაინც არაფერს გვეუბნება ისეთს, რაც გასაყებს გახდიდა შიზოფრენიის ფსიქოპათოლოგიას. ამით აიხსნება ფსიქიანალიტიკების სრული იგნორაცია შიზოფრენიის მეცნიერულ ლიტერატურაში.

სი გვინტერესებს, ამიტომ აქ მხოლოდ მისი შეხედულების გარჩევანზე შევჩერდებით, ზუსტად იმავე სახით, როგორც ეს მასვე აქვს გადმოცემული¹.

კლერამბო წერს: „მე არ მაინტერესებს ნორმალური ფსიქოლოგიური ავომატიზმი, არც საერთოდ ავტომატიზმი, რომელსაც შეიძლება გაუგებრობა მოყვეს და ვილაპარაკებ სინდრომ „S“-ზე.

ფსიქიკური მოვლენები, რომლებიც შეიძლება ამ სინდრომში მონაწილეობდნენ, წერს კლერამბო, მექანიკური ჩანან. სენსიტური, მოტორული კომპონენტები შეიძლება მასში მონაწილეობდეს და არც მონაწილეობდეს, ასევე თემატიური იდეაცია. იგი არც იდეოფექტური წარმოშობისაა, პირიქით, ამ სინდრომის თავისებურებას ის შეადგენს, რომ იგი აფექტურისა და იდეის მხრივ ნეიტრალურია. დადებითის მხრივ აქ ჩვენ ეხოს მოვლენასთან გვაქვს საქმე, ზოლო უარყოფითის მხრივ—შეკავებასთან და დაბნეულობასთან, რომელშიც შერეულია შემცდარი ცნობა და განსხვისების გრქნ.ობა. დეპერსონალიზაცია ამ სინდრომთან ერთად გვხვდება, მაგრამ მის ამხსნელად არ გამოდგება. იგი ბირთვეულ მოვლენას ჰალუსინაციურ ქრონიკულ ფსიქოზებში წარმოადგენს. ბოდეა თან მისდევს ეხოს მოვლენას, მაგრამ შეიძლება მას წინ უსწრებდეს და იმავე ნიშნით იყოს განსაზღვრული.

ეხო ქმნის გაორებას, რომელიც მექანიკური მიზეზით არის განსაზღვრული. ეხო მოულოდნელია, ამავე დროს იგი ყოველთვის გაორების დასაწყისია. ეხოს საფუძველი ნეიტრალურია, არ ახლავს კანესტეზიური უცნაურობა; ეხო შეიძლება ფსიქიკური (ნახევრად სმენადი, ფსევდოსმენადი), მოტორული და შერეული იყოს. არის ნათელი და ბუნდოვანი აზრის ეხო, ამიტომ ასეთი აზრი უცნობი შეიძლება დარჩენილიყო, რომ ეხოს მოვლენა არ იყოს. ბუნდოვანი და ნათელი აზრი შეიძლება ეხოდ შეიცვალოს, მაგრამ იგი ყოველთვის განმეორებაზე არ ჯერდება. არსებობს ეხოს ვარიანტები, იგი ეინმესადმი მიმართულია, ზოგჯერ კონსტანტურია, კომენტარის სახითაც გვხვდება. აქ ყველგან, წერს კლერამბო, ეხო ემბრიონალური იდეაციის გამოსავალი ბირთვია და არა მათი ცენტრო.

ეხოში ადგილი აქვს აზრის შერჩევას, მაგრამ იგი ნევროლოგიური საფუძვლის მქონეა და აპოსტერიორი წარმოადგენს პათო-

¹ Dr G. C. de clera mbault, Syndrome mecanique et conception mecanicoste des psychoses hallucinations, Annales Medico-psychologiques, 1927, № 4, გვ. 390—413, 1927 (თარგმანით ვისარგებლეთ).

ლოგიურ მოვლენას. საერთოდ ეხო ცერებრალური ხასიათის მოვლენაა, მასში პიროვნება არ მონაწილეობს. „ეხო განცხადებას იძლევა, რომლის გაფართოებასთან არის დამოკიდებული ავტონომიური იდეაცია, ხოლო ამ უკანასკნელის გაფართოებას თან სდევს მეორე პიროვნება“. ამრიგად, ეხო დერივაციის მოვლენაა, თუ მან დამთავრებული სახე მიიღო შეუძლია მოვცეცეს სისტემური ხასიათის წყობა. სისტემური დერივაცია გაკაფული გზებით, ასოციაციებით სარგებლობს. მეორეს მხრივ იგი არასწორ შეერთებას ქმნის სიტყვათა მოკლე და იდეათა ფართო ციკლს შორის. აქედან მომდინარეობს ალოგიზმი და შეუსაბამოებანი. ეხოს მე-ს განცდა არ ახლავს, არც მსმენელი ყავს მხედველობაში, ის განცხადებებს აკეთებს, ამიტომ ფრაგმენტალურია და თან ისეთი ნიშნები ახლავს, რომელიც შორი მანძილიდან გადაცემული აზროსათვის დამახასიათებელ ამოწიფრვას საკიროებს. ეხოს პროტოტიპს პერიფერიულ სფეროში რეფლექსი წარმოადგენს. უშუალო ხასიათისაა მისგან მომდინარე ნათელი, თუ ბუნდოვანი აზრი, „მენტისმები, განმეორება, ქირღვა, თუთიყუშობა, ლინგვისტური გიმნასტიკა, მოულოდნელი წინადადებები, შეჩერებები, გამოტოვებანი“ და ა. შ. ყოველივე ამას, როგორც კლერიმბო აღნიშნავს, მსგავსება ფიზიოლოგიურ ფუნქციებთან აქვს.

არ შეიძლება ითქვას, რომ ეხო ყოველთვის უაზროა, მასში აზრი და უაზრობა ერთიმეორეს აფექტურ დატვირთულობიდან აგებს. აქვე ვნახავთ, ერთის მხრივ, ირონიას, მეორეს მხრივ—თავაზიანობას. გრძნობა აქ არის ის, რაც აზრში იგულისხმება. შეფასებასაც აქვს ადგილი, მაგრამ მეტწილად იგი აბსურდულია. მისთვის დაქადნებაც დამახასიათებელია, რომელიც ბოდეად იქცევა. მტრობა ამ სინდრომისათვის არ არის უცხო, მაგრამ იგი უფრო გაფართოებული ტენდენციის შედეგია. პათოლოგიური გაღიზიანება, წერს კლერიამბო, აფართოებს, მობილიზაციას უკეთებს აფექტურ ფორმებს. ჩნდება აფექტური ტენდენციები, ძველი აგრეგატების საფუძველზე, აფექტური და აქტუალური ტენდენციები კონსტრუქტული და ნაწარმოებია, ამის მიხედვით ხდება შერჩევა, მაგრამ ეს არ არის ფსიქიკის, პიროვნების მოქმედების საფუძველი. ეს ტენდენციები ემბრიონალურ შესაძლებლობათა განვითარების შედეგს წარმოადგენს, ამიტომ არც ფსიქოლოგიური საბუთი ასებობს, რატომ ასეთი ეხო ჩნდება და არა სხვა შინაარსის. კაცი 20 წლის წინათ გარდაცვლილ მამას ხედავს, თუმცა მას ამის შემდეგ არანაკლე-

ბი ინტამური განცდები ჰქონია. ლოგიკის ძალით უფრო ახლო აგრეგატები უნდა იყოს წინ წამოწეული, ამიტომ ფსიქოლოგიურად გაუგებარია, რატომ ამან მიღო დომინანტური უფლებები. ამგვარი არჩევანის მატერიალურ საფუძველს კლერამბო რიბოს კანონში ხედავს.

სიზმარი და სიმთვრალე, წერს კლერამბო ნორმალურ გზას შლის, ამიტომ მისი ლოგიკა ჰუმორალურ და რეფლექსურზე არის დამოკიდებული და არა უნიტარულ ლოგიკაზე. პიკის აზრით, ღრმა ძილში გვახსენდება ის, რაც შორეულ წარსულს ეკუთვნის, ხოლო ზერელე ძილში—უახლოესი. ამრიგად, აქაც ძალა რიბოს კანონს აქვს.

აფექტურის იდეოგენეტური წარმოშობა, მისი აზრით, სინამდვილეს არ შეეფერება. იგი ორგანული წარმოშობისაა და მას ემორჩილება. ფსიქოზს პიროვნებასთან ზოგიერთი აფექტები საერთო აქვს. მაგრამ ეს არ არის არსებითი, რადგანაც აფექტს საკუთარი, ორგანიზმიდან დამოუკიდებელი განვითარება არ გააჩნია. მაშასადამე, არ არის სწორი, თითქოს ფსიქოზი აფექტზეა დამოკიდებული. ყალბია დასკვნა, რომლის მიხედვით ფსიქოზი მართავს აფექტურ სფეროს. ფსიქოზი საზრდოობს პიროვნების რეპერტუარებით. ფსიქოგენური მსჯელობა შეიძლება მიუყენოთ დელირიუმს, პეპეს, ფსიქიკურ ეპილეფსიას. იგი ყოველთვის ბოროტმოქმედია, პროგრესიული დამბლით დაავადებული. ყოველთვის პატივმოყვარეა და ერთსა და იმავე თემაზე ამეღავნებს თავის სიამაყეს, თუმცა სხვა ძალაა მისი ხელმძღვანელი. მეორე პიროვნება კრილობათა თუ ახალწარმოქმნათა მიერ გაკვალული გზების ქსელია, —ამიტომ მეორე აზრი პირველს ზუსტად არ იმეორებს.

ამრიგად, სინდრომია ის, რაც როგორც პათოლოგიურ ზონათა ნეზობლად მდებარე ჯანსაღი ზონების რეაქცია გვეძლევა, იგივე ითქმის ავადმყოფში მოლაპარაკე მეორე აზრზე. ეს მოსაზრება ემთხვევა, წერს კლერამბო, კლინიკურ ფაქტებს. ავადმყოფს ნაწილობრივად ესმის თავის ავადმყოფობა, ჰალუცინაციაც დროებით წყდება ახალი მომენტის შემოჭრით.

კლერამბოს დასკვნა ასეთია: სინდრომი „S“, ანუ სინდრომი ეხო, რომელსაც შეიძლება შემოჭრის სინდრომი ვუწოდოთ, არის ნევროლოგიური, ორგანული წარმოშობისა. იგი უჭრედების სპონტანური ამოძახილია, ამიტომ აფექტური შეფერადება არ ახლავს. ათემატურია და პიროვნულ საფუძველს მოკლებული. ამ სინდრომს ვნახულობთ როგორც ნახევრად ფიზიოლოგიურ, ისე ორგანულ და

ტოქსიკური წარმოშობის ფსიქოზებს შორის. პალუცინაციურ ფსიქოზებში ის წარმოადგენს ინტერპრეტაციის ბოდვის ბაზას, მეორადი ავტოკონსტრუქტული ბოდვის ბირთვით. ამრიგად, კლერამბოს აზრით, სინდრომი „S“ ისეთივე ხასიათის მოვლენაა, რასაც სენსორული და მატორული ცენტრების ელექტროდენით გალიზიანების დროს აქვს ადგილი. „მექანიკურია“ არა მარტო მისი წარმოშობა, არამედ მისი სტრუქტურა და დინამიკაც მექანიკურად არის ნევროლოგიური მექანიზმებით განსაზღვრული. ამიტომ ამ სინდრომის განხილვა არ შეიძლება როგორც ცნობიერისა და არაცნობიერის მოვლენისა და არც პიროვნების როგორც ინტელექტუალურ, ისე აფექტურ რეაქციად. იდეოაფექტური კომპლექსები გვხვდება, მაგრამ არა ცალკე, არამედ როგორც ნევროლოგიურ პროცესში ჩართული.

შიზოფრენიისათვის სწორედ ისეთ ავტომატიზმს თვლიან სპეციფიკურ სიმპტომად, რომელიც ფსიქოლოგიურ საფუძველს მოკლებულია. ამგვარად, კლერამბომ შიზოფრენიის ძირითადი სიმპტომი ფსიქოპათოლოგიის სფეროდან ნევროლოგიის სფეროს გადაიტანა.

კლერამბომ ბოლომდის დამთავრებული ფსიქომორფოლოგიური კონცეპცია ჩამოაყალიბა. ეხო, როგორც სინდრო „S“-ის ბირთვი, პათოლოგიურ მდგომარეობაში მყოფი ნერვული უჯრედების ხმაა, თუ შეიძლება ასე ითქვას, იგი უჯრედის ამოძახილია, მისი სპონტანური ენერგიით განსაზღვრული ვიბრაციაა ნერვული ფიბრილებისა, რომელიც თავის წარმოშობით არც თემატურია, არც აფექტური და არც ინტელექტუალური პროცესი. სინდრომი „S“ წმინდა ცერებრალური მექანიზმების ქლეაა, რომელიც ისევე მოკლებულია შინაარსს, როგორც ქარის მიერ შერხეული გიტარის ძაფების ქლეა. ასე თუ გავიგებთ კლერამბოს სიმპტომს, მაშინ ყველაფერი შესაძლებლობის ფარგლებში რჩება და მართლაც შეიძლება გამართლებულად ჩაითვალოს მისი ანალოგია ნერვული უჯრედების ელექტროდენით გალიზიანების მოვლენებთან, რადგან ამ მექანიკური გალიზიანების მოვლენები არაფერს შინაარსეულს, არაფერს ვანცდისათვის გარკვეულს არ შეიცავენ. თუ ასეთი ხასიათისაა „S“ სინდრომი, მაშინ ჩვენ მისი სახით ნერვული უჯრედების გალიზიანების, ირიტაციის მოვლენასთან გვექონია საქმე.

ეხო ავადმყოფს. ესმის. მას სივრცეში პროექცია გააჩნია და ელემენტარული, მაგრამ მაინც გარკვეული შინაარსი აქვს, რომელთანაც ყოველთვის დაკავშირებულია ზემოქმედების განცდა. ამიტომაც ახერხებს ავადმყოფი ეხოს შინაარსის მოყოლას. მაშასადამე,

ბუნებრივად დგება საკითხი: როგორ იქცევა იგი წმინდა ნევროლოგიურ მოვლენიდან გარკვეული შინაარსის განცდად, ე. ი. როგორ შეიძინა სინდრომ „S“-მა პალუცინაციური ბირთვი? კლერამბოს პასუხი ამ კითხვაზე გარკვეულია, იგი უჯრედების ამოძახილია, მათი ეხთა. ამიტომ ამტკიცებს იგი, რომ ფსიქოზის მანიფესტაცია ფსიქოლოგიურად ავადმყოფის პიროვნებიდან არ გამოიყვანება, როგორც ამას ფსიქოზური მოვლენების შესახებ მისი წინამორბედი ნევროლოგი—ჯექსონი ამტკიცებდა.

ეხო კლერამბოს მოსაზრების მიხედვითაც, როგორც ვნახეთ. ცენტრალური ნერვული სისტემის ელემენტარული მოქმედების პროდუქტია. მაშასადამე, როგორც ყოველ მოქმედებას, ისე ეხოს თავისი ფიზიოლოგიური მექანიზმები გააჩნია, იგი დიდ ჰემისფეროებში ყალიბდება და გარკვეულ პირობებში რეალიზაციის შემდეგ უნდა ჩაქრეს. ამასთანავე ერთად ეხოში ყოველთვის ასახულია, როგორც ყოველ მოქმედებაში, ავადმყოფის ორგანიზმის მდგომარეობა, მისი მამოძრავებელი მატერიალური პირობები. ტვინი სპონტურად კი არ მეტყველებს, ავტონომიურად კი არ ქმნის ეხოსთვის შინაარსებს, არამედ ადამიანი, რომლის განცდები და თვითონ ეხოც მისი ორგანიზმის მდგომარეობის ამსახველია.

5. პირველადი შეიძლება ბოღვაც იყოს, როგორც ეს გრუპლემე შიზოფრენიული ბოღვის ანალიზის შედეგად გვიჩვენა. სიმპტომი წარმოადგენს ფუნქციის მოქმედების შედეგს, რომელიც ყველგან ერთი და იმავე სახით მეორდება; რაც შეეხება მის შინაარსს იგი ცვალებადია, მაგალითად, რელიგიური და მელანქოლიური გუნებას ადამიანის ბოღვა განსხვავებულია, მაგრამ ბოღვითი ფუნქცია ორივე შემთხვევაში ერთი და იმავე სახით განაგრძობს არსებობას. შიზოფრენიული ბოღვა, გრუპლეს აზრით, პროცესით უშუალოდ არის განსაზღვრული და, პირველადი სიმპტომის მსგავსად, ისეთივე დამოკიდებულებაში დგას შიზოფრენიასთან, როგორც კლერამბოს ეხოს სიმპტომი¹.

პირველადი ისეთ ბოღვით იდეას ეწოდება, მიუთითებს ვაისფელდი, რომელსაც აღქმასთან არა აქვს კავშირი და არც ლოგიკური გადამუშავების შედეგად არის მიღებული. იგი ფრანგმეტალუ-

¹ Hans Gruhle Psychologie des Abnormen. Handbuch der vergleichenden Psychologie, von Gustav Kafka, 1922, გვ. 112.

რია, სქემებს არ ქმნის, სხვა იდეებს არ უკავშირდება, ინტელექტუალური ფუნქციებისაგან იზოლირებული მოქმედება ახასიათებს. პირველადი ბოღვით იდეას ავადმყოფი ისე გადმოგვეცემს, რომ იგი მისი მეშვეობით დასკვნებს არ აკეთებს და არც იმ მხრით იჩენს დაინტერესებას სწორია იგი, თუ არა.

პირველადი ბოღვითი იდეის შემდეგ თავისებურებას შეადგენს ის, რომ იგი შიზოფრენიისათვის დამახასიათებელი პიროვნების გახლენის პირობებშია აღმოცენებული, ამიტომ ავადმყოფობამდე მისი არსებობის შესახებ მსჯელობაც არ შეიძლება. იგი ავადმყოფის ინტელექტუალური ფუნქციების მონაწილეობის გარეშე არის აღმოცენებული და არც გამოჯანსაღების შემდეგ პოულობს მის ინტელექტთან რაიმე კავშირს. გაჯანსაღებო, წერს ვაისფელდი, არ იწყება ბოღვითი იდეების დაკავშირებით ავადმყოფის ინტელექტთან, პირიქით, ამ შემთხვევაში ისპობა საფუძველი, რომელიც ხელს უწყობს ბოღვის აღმოცენებას. პირველადი ბოღვის საფუძველია ორგანული პროცესი, იგი ნერვული ქსოვილის მდგომარეობის უშუალო გაგრძელებაა, ამიტომ შეიძლება ეს ეხოდ მივიჩნიოთ. იგივე უნდა თქვა მეორადი ბოღვის შესახებაც, რადგანაც, ვაისფელდის აზრით, „მეორადი ბოღვის მნიშვნელოვანი წყარო იქ იბადება, სადაც პირველადი ბოღვა მდებარეობს“¹. ორივეს საფუძველს წარმოადგენს ორგანული პროცესი.

პირველადი და მეორადი სიმპტომების თეორიის წარმომადგენლები, გრუპლეს მსგავსად, ე. წ. „ფსიქომორფოლოგიურ“ თვალსაზრისზე დგანან, თუმცა სიმპტომის გამომწვევი ანატომიური სუბსტრატი საიდუმლოდ დაფარულია. მათ შორის არც იმ მხრივ არსებობს შეთანხმება, რომ ძირითადი სიმპტომის ანალიზს შეუძლია მიგვიყვანოს ფსიქოზური პროცესის ბუნების შემეცნებამდე. სიმპტომი ფსიქიკური მოვლენაა, ფსიქოზი—ორგანული, ამიტომ პირველის აღწერითა და დახასიათებით გზა პირდაპირი ორგანული ხასიათის ცვლილებათა გასაგებად არ არსებობს. ფსიქიატრებს შორის ახლაც არსებობს აქედან აღმოცენებული ნილილიზმი, რომლის ყველაზე თვალსაჩინო წარმომადგენლად იასპერსი უნდა ჩათვალოს.

ბლოილერის აზრით, შიზოფრენიის შემთხვევაში, პროგრესიული დამბლის მსგავსად, „საკუთრივ ავადმყოფურ პროცესთან“ გვაქვს საქმე, მაგრამ მის საფუძველზე აღმოცენებული სიმპტომი

¹ М. И. В а й с ф е л ь д, Первичный и вторичный бред. Труды Психиатрической клиники, т. V, 1940, стр. 640.

არ წარმოდგენს ამ პროცესის უღერას. ფსიქოზის აღმოცენებას ყოველთვის თან ერთვის კომპლექსი, რომელიც სიმპტომს ჩვენთვის გასაგებ სახეს აძლევს. ამრიგად, ძირითადი სიმპტომიც არ ჩაითვლება წმინდა ორგანულ პროცესად, ვინაიდან მის წარმოქმნაში ამის შესატყვისი ფსიქიკური იღებს მონაწილეობას. მხედველობაში უნდა იქნეს მიღებული ისიც, რომ ცენტრალური ნერვული სისტემის არა ერთი ორგანული დაავადებაა ჩვენთვის ცნობილი, სადაც ბოძვით იღვების აღმოცენებას სრულიად არა აქვს ადგილი. ამასთანავე ფსიქოზის წარმოშობის არც წმინდა ფსიქოგენურა თეორია უნდა იყოს სწორი, ვინაიდან ძირითადი სიმპტომის ბუნება ისეთია, რომ რგი ორგანიზმის მთლიანობის იღვებზე დამყარებით განხილვას მოახზავს.

არ შეიძლება ითქვას, რომ შიზოფრენიის ავტორისათვის ეს გარემოება შეუძინველი დარჩა. პირველად ბლოილერი შეეცადა შიზოფრენიული ცვლილება განეხილა, როგორც მთლიანი პიროვნების აუტიზმისაკენ „თვითმობრახობა“. ამით მან გზა გაუხსნა შიზოფრენიის ძირითადი სიმპტომის ძიების სფეროში პერსონალისტიკურ მიმდინარეობას, თუმცა თვითონ ამ გზით არ წასულა.

6. ძირითადი სიმპტომის ძიებამ გზა გახსნილი დატოვა გენეტიკური ასპექტის მომარჯვებისათვის. შიზოფრენიკთა აზროვნებისთვის დამახასიათებელი აუტიზმის განხილვამ ბლოილერი სიზმრის ცნობიერებას მექანიზმებამდე მიიყვანა. წარმოიშვა სრულიად გარკვეული აზრი იმის შესახებ, რომ შიზოფრენიის შემთხვევაში რეგრესიასთან გვაქვს საქმე, ადამიანი კარგავს საფუძველს, რომელსაც პისი მოქმედების მთლიანობა ემყარება, ამის გამო შილდერის აზრით, ადგილი აქვს მე-ს ცნობიერებას ფუნქციონალურ მოშლას. მის ადგილს ინსტიქტები იკავებენ, ან უფრო ნადრევი პერიოდთან დაკავშირებული წარმოდგენები. შტორხი რეგრესიას იმაში ხედავს, რომ ავადმყოფი განვითარების არქაულ პერიოდს უბრუნდება, რაც ჩანს ანალოგიიდან, რომელსაც ადგილი აქვს შიზოფრენიით დაავადებული ადამიანისა და პრიმიტივების სულერ სამყაროს შორის¹. ავადმყოფის ქცევას დემონური ძალის წარმოდგენები მართავენ. რომელნიც განვითარების ისეთ დაბალ საფეხურზე დგანან, რომ

¹ Dr. Alfred. Storch Das Archeis—Primitive Erleben und Denken der Schitophrenien, 1921.

იხ შილდერის Wahn und Erkenntnis, 1918. აგრეთვე იუნგის ცნობილი მონოგრაფია: Uber die Psychologie der Dementia Praeox, 1907.

არ ჩანს დიფერენციალა აღქმასა და წარმოდგენას შორის. ავადმყოფის წარმოდგენები აღქმისებურ ფუნქციას ასრულებენ და უახლოეს მსგავსებას პოულობენ ჯანსაღ ადამიანთა სიზმრის ცნობიერების შინაარსებთან.

ფსიქოზისათვის დამახასიათებელი რეგრესიის შემთხვევაში ადგილი აქვს ინსტიქტების შემოკრას ცნობიერებაში, რაც ცვლის ავადმყოფის ცნობიერების დონეს, ავიწროებს სინამდვილის აღქმის ფარგლებს, ქვეითდება ადამიანის აქტიურობა, რომელზედაც იყო დამოკიდებული ფსიქიკური ცხოვრების ორივე სფერო: ინსტიქტებისა და ინტელექტის შეთანხმებული მოქმედება. ეს აძლევს დასაბამს ინტიქტების გაძლიერებულსა და მოუწესრიგებელ მოქმედებას. შეიძლება ეს იყოს მიზეზი იმისა, რომ შიზოფრენიით დაავადებული ადამიანის განცდები მსგავსებას პოულობენ დაღლილი ადამიანის ფსიქიკური პროცესების მიმდინარეობასთან, რომელიც ებრძვის ჩაძინებას (კ. შნაიდერი). ამ უმაღლესი, ე. ი. სპეციფიკური ადამიანური აქტიურობის დაქვეითება ამზადებს ნიადაგს იმისათვის, რომ ინსტიქტები შემოიკრნენ მიზეზობრიობის (ცნობიერების), სფეროში და ამით დასაბამი მიეცეს, როგორც ეს მურგის წიერ ჰალუცინაციების მიმართ არის მითითებული, ბოდვის აღპოცენებას.

შიზოფრენიის ფუნდამენტალური და ორგანული კონცეფცია

ჩვენ განვიხილეთ შიზოფრენიის ფსიქიკური სიმპტომები, რასაკვირველია, გარკვეული კონცეფციის მიხედვით, რომელიც გულისხმობს, რომ ამ სიმპტომებს საფუძვლად ფუნქციონალური ხასიათის ცვლილება უდევს. შიზოფრენიის ფუნქციონალურ კონცეფციას ერთგვარი საფუძველი გააჩნია იყოს დაარწმუნებული იმაში, რომ მას შეუძლია მიგვიჩიოთ, თუ რას წარმოადგენს ამ დაავადებისათვის დამახასიათებელი პიროვნების დეზინტეგრაცია. განსაკუთრებით ანერგიული, ეგრეთწოდებული დინამიკური ფსიქიატრია, რომელიც ფროიდის მოძღვრებას ემყარება, ამ შემთხვევაში რეგრესიისადმი მითითებით კმაყოფილდება, რომელსაც იგი განსაკუთრებულ მნიშვნელობას ანიჭებს. რეგრესია შიზოფრენიის განუყრელ კომპონენტად არის აღიარებული, იგი თითქოს განვითარების ისეთ საფეხურამდე აღწევს, საიდანაც ისახება ჩვენი ფსიქიკური ცხოვრების მომწესრიგებელი აქტურობა, ფსიქოანალიტიკების ენით რომ ვთქვათ, „მე“-ს გარძნობა, შიზოფრენია ამ უკანასკნელის

დეზინტეგრაციით იწყება და პირველადი სააზროვნო პროცესები, რომელთაც ყოველთვის არაცნობიერი განაგებს, თავისუფალი მოქმედების საშუალებას პოულობენ. როცა ისინი ცნობიერებაში შეიჭრებიან. ნორმალური „მე“-ს თვალსაზრისით, უცხონი და ალოგიური ჩანან. შიზოფრენიული ხასიათის რეაქციათა უცნაურობა ამით, ე. ი. „მე“-ს მოხსნით არის გამოწვეული, რადგანაც მას აქვს დაკისრებული სინამდვილესთან ნორმალური კონტაქტის, შთაბეჭდილებათა სინთეზისა და მოწესრიგების ფუნქცია.

საკუთარი „მე“-ს გრძნობის დაკარგვით ირღვევა ფსიქიკის სტრუქტურული წყობა, რომელიც სამი სართულისაგან შედგება: Es, Ich über — Ich (ის, მე, ზე-მე) და ამდენად აქვე გვაქვს მოცემული დებრესონალიზაციის საწყისიც. ავადმყოფი, როგორც განცდის სუბიექტი იცვლება და, რასაკვირველია, მისი გარემოსთან დამოკიდებულებაც შეცვლილია. რეგრესია აქ იმაში გამოიხატება, რომ ობიექტურად არსებულ სამყაროსთან სოციალური კონტაქტი, ან, როგორც ფროიდისტები იტყოდნენ, ლიზიდოზური კავშირი თანდათან ძალას კარგავს.

რეგრესიის შემდგომი სიმპტომია იპოქონდრიული განცდება, რომელიც იმის გამო აღმოცენდებიან, რომ სხეულს ინტრაფსიქიკურად ერთიანობა არღვევა და მისი ცალკეული ნაწილები ერთმანეთთან შეუთანხმებლად იწყებენ მოქმედებას. დროგამოშვებით იპოქონდრიული შეგრძნებები სომატიური ილუზიის სახეს იძენენ, რომლის შემთხვევაში ავადმყოფი, როგორც ამას ჰალუცინაციის შემთხვევაში აქვს ადგილი, ყოველგვარი საფუძვლის გარეშე არის დარწმუნებული მის რეალობაში

რაც შეეხება ორგანულ კონცეპციას, იგი შიზოფრენიის ფსიქიკური სიმპტომებით კი არ არის დაინტერესებული, არამედ მის საფუძვლად მდებარე სომატური პროცესებით. ამ კონცეფციაში არსებითი მნიშვნელობა შინაგანი ჭირკვლების მოქმედებას აქვს მინიჭებული. ფიქრობდნენ, რომ ამ ჭირკვლების შეუთანხმებელი მოქმედების შედეგად ადგილი აქვს სპეციფიკური მნიშვნელობის ტოქსინის გამოყოფას, რომლის ორგანიზმში დაგროვების შედეგად აღმოცენდება შიზოფრენიის ხასიათის ფსიქოზი. უკანასკნელად განმტკიცებული მოსაზრების მიხედვით, გადამწყვეტი მნიშვნელობა არა ჭირკვლების მოქმედებას აქვს მინიჭებული, არამედ ორგანიზმის საერთო მდგომარეობას, რომელიც იმაში გამოიხატება, რომ იგი კარგავს პორმონებზე ნორმალური რეაქციის უნარს. ამ მიზნით წარმოებული მკურნალობა აღნიშნული პიპოთეზის საწინააღმდეგო

შედგის მომცემი აღმოჩნდა. თიროიდინის სინაკლებე შიზოფრენი-
კთა ორგანიზმში მხოლოდ 10%-ის ფარგლებში აღმოჩნდა, თანაც
ამ პრეპარატის მიცემით შესამჩნევი გაუმჯობესება მხოლოდ ხსე-
ნებულ ავადმყოფებს შორის იქნა ნახული. არც ადრენალით მკურ-
ნალობას მოჰყოლია ამაზე უკეთესი შედეგი.

შესაძლებელია ამის ანალოგიური ფაქტების რაოდენობა გავ-
ზარდოთ, მაგრამ ეს ძლიერ შორს წაგვიყვანდა და თან არსებითად
აჩალს არაფერს შესძენდა ჩვენს მეცნიერულ ინტერესს. ჩანს, რომ
ამ გზით შიზოფრენიის ბუნების გახსნას ერთი მეტად მნიშვნელო-
ვანი დაბრკოლება ელოდება, რომელიც იმაში მდგომარეობს. რომ
ბიოქიმიური გამოკვლევების ავტორს არა მარტო ამა თუ იმ ნივთი-
ერების განსაზღვრება სჭირდება, არამედ ანგარიში გაუწიოს მოვ-
ლენების ტრიადას: ავტონომიური ნერვული სისტემის, ენდოკრ-
ნული აპარატისა და ემოციების მდგომარეობას.

ძნელია განსაზღვრა იმისა, რომელი თამაშობს აქ მიზეზისა და
რომელი შედეგის როლს, რა მხრივ არის შესაძლებელი მათი მოქ-
მედების ერთიანი საფუძვლის დადგენა.—ეს ჩვენი მეცნიერების,
თანამედროვე დონის მიხედვით მიუღწეველი რჩება. ცნობილია,
რომ შიზოფრენიის შემთხვევაში გარკვეული ბიოქიმიური ცვლილე-
ბა და ენდოკრინული ვარიაციები გვხვდებიან, მაგრამ ჯერ არავის
მიუღწევია იმისათვის, რომ მოენახა კავშირი ორგანიზმის ჰორმონა-
ლურ ბალანსა და ფსიქოზს შორის. საკმაოდ მნიშვნელოვანი ფაქ-
ტები არის დაგროვილი, რომელთა მიხედვით აშკარად ჩანს, რომ
ემოციას შეუძლია გავლენა მოახდინოს ენდოკრინული ჯირკვლების
მოქმედებაზე. ცნობილია, რომ გაბრაზებას თან სდევს ადრენალის
გაძლიერებული გამოყოფა. ცვლილებები ფსიქიკაში, რომელსაც
შიზოფრენიის შემთხვევაში აქვს ადგილი, თუ მას კარგად ჩაუკვირ-
დებით, ვნახავთ, რომ არა ყველა, მაგრამ რიგ მათგანი პირველა-
დია. ხოლო ბიოქიმიური ცვლილებანი და ვარიაციები, რომელსაც
ლაბორატორიებში პოულობენ. მასთან შედარებით, მეორადი.

ავიღოთ ეგზოგენური ფაქტორებიდან თავის ტვინის ჰემისფე-
როების ტრავმა, ცნობილია, რომ რიგ შემთხვევაში ამას თან სდევს
შიზოფრენიული ხასიათის რეაქცია. ე. ი. ფსიქოზის აღმოცენება.
შეიძლება განა აქედან დასკვნის გამოტანა, რომ ქერქის ტრავმა არ-
ის ფსიქოზის გამომწვევი მიზეზი? რასაკვირველია, არა. გაცილე-
ბით მეტი შემთხვევის დასახელება არის შესაძლებელი ისეთი
ტრავმისა, რომელიც ფსიქოზის გარეშე მიმდინარეობს. ზოგ ადამი-
ანში ტრავმას თან სდევს ფსიქოზი და ზოგთან—არა. იგივე უხდა ით-

კვას ინტოქსიკაციისა და ინფექციების შესახებ. სხეულის მოწამვლის ნეტი შემოხვევა ფსიქოზის განვითარების გარეშე რჩება. ხოლო მცირე ნაწილი ფსიქოზის დაწყების საბაზი ხდება. ადამიანთა ძლიერ მცირე ნაწილი იძლევა ინფექციის გართულების შედეგად ფსიქოზს, ამიტომაც დარჩა გაუმართლებელი შიზოფრენიის ინტოქსიკაციისა და ინფექციის თეორია.

საქმე ისაა, რომ ფსიქოზის გამომწვევი ტოქსინის მონახვა სრულიად არ მოასწავებს იმას, რომ ჩვენ უკვე მიაგენით ცვლილებას, რომელიც იწვევს ბოდვის, პალუცინაციების, ილუზიების აღმოცენებას. ტოქსინის თავისებურების ცოდნას არ შეუძლია გვიოთხრას, რატომ იჩენს ავადმყოფი საკუთარ განცდებთან უკრიტიკო დამოკიდებულებას, რატომ არის იგი დარწმუნებული ბოდვისა და პალუცინაციის შინაარსის რეალობაში და ა. შ. ერთი სიტყვით, შეიძლება ცნობილი იყოს ფსიქოზის გამომწვევი აგენტი, მაგრამ არაფერი ვიცოდეთ იმ ცვლილების შესახებ, რომელსაც ორგანიზმი მისი ზემოქმედების შედეგად განიცდის. სწორედ ამის ცოდნა წარმოადგენს პათოფსიქოლოგიური კვლევის ამოცანას

ბიოგენეტიური კონცეფცია

სპეციფიკური შიზოფრენიულის ძიების გზაზე, გარდა ორგანიზმისა და ფუნქციონალურისა, გამოყალიბდა კონსტიტუციონალური, ანუ ბიოლოგიურ-გენეტიკური კონცეფცია, რომელიც ფიქრობს, რომ შიზოფრენიული რეაქციასათვის ნიადაგი არა მორბილში, არამედ პრემორბილში მზადდება და, რომ იგი მემკვიდრეობითი ბუნების მქონეა.

მანიანის დროიდან ცნობილია, რომ ფსიქოზი ავადმყოფურად შეცვლილი ნიადაგიდან აღმოცენდება, ამიტომ პრინციპულად შეუძლებლად მიჩნეული იყო ფსიქოზური მოვლენების მსგავს ელემენტების ძიება ნორმალური ფსიქიკის ფარგლებში¹. ამ აზრისა იყო კრეპელინი, თუმცა ავადმყოფთა ოჯახში იგი ხშირად პოულობდა არასრულწლოვან პირებს. ბლოილერი ამ ვზით არ წასულა, ბოდვითი იდეების მსგავსი შინაარსები, თანახმად ამ ავტორის მითითებისა, ჯანსაღი ადამიანის ცნობიერებაშიც აღმოცენდებიან, მაგრამ მას თან სდევს აწონ-დაწონვა. ფსიქოზის შემთხვევაში იგივე

¹ E. Minkowski, Das Problem der primären und secundäre Symptome in der Psychiatrie, Monatschr. f. Psychiatrie und Neurologie, Bd. LXXV, 1930. S. 373.

შინაარსებთან გვაქვს საქმე, მაგრამ მას თან არ ახლავს ლოგიკური არგუმენტების მიხედვით კორექცია. შიზოფრენია მისთვის ნორმალურ ფსიქიკაში პოტენციალურად არსებული შიზისის პათოლოგიური განვითარებაა. ამიტომ რაიმე მიზეზის შედეგად, თუ მან ერთხელ მაინც იპოვა განვითარებისათვის ხელსაყრელი ნიადაგი, შეზღვევაში მის შეჩერება, უცხო სხეულის მსგავსად, შეუძლებელია¹. ასე ჩამოაყალიბა ბლოილერმა ლატენტური შიზოფრენიის ცნება. რომლის შესახებ ქვემოთ საგანგებოდ გვექნება მსჯელობა.

როგორც ბერინგერის გამოკვლევებიდან ჩანს, ბერცეს 1910 წელს გამოუთქვამს აზრი იმის შესახებ, რომ ავადმყოფის ოჯახში ყოველთვის შეიძლება ენახოთ უცნაური ადამიანები, რომლებსათვის დამახასიათებელია სხვის მიმართ სიცივე, მოუქნელობა, ხასიათში ისეთი ცვლილება, რომელიც ნაადრევ კეჟასუსტობასთან პოულობს მსგავსებას. ბერცესა და ბლოილერის ამ დაკვირვებას მედოვისა და რუდინის მიერ დაგროვილი მასალა შეემატა, მაგრამ ჯასარკვევი დარჩა მაინც შიზოფრენიის პრემორბიდი, ე. ი. ხასიათის ისეთი ნიშნები. რომელიც შიზოფრენიასთან იპოვედა პირდაპირ კავშირს. ბლოილერმა ასეთ ნიშნად კარჩაკეტილობა და აწეული გრძნობადობა ჩასთვალა, მაგრამ გარკვეული მითითება არ მოუცია იმის შესახებ, რამდენდაჲ გამოსადეგია ეს შიზოფრენიისადმი მიღრევილების მაჩვენებლად. მიუხედავად ამისა, დანამდვილებით აქიდანვე ჩაისახა პრეფსიქოზურისა და ფსიქოზურის გამაერთიანებელი ხიდი. ასეთი ხიდის როლი შიზოფრენიის ცნებამ შეასრულა, რომელიც საბოლოო სახით ჩვენს მეცნიერებაში კრეჩმერის მიერ არას დამკვიდრებული. რასაკვირველია, იუნგს არანაკლები დამსახურება მიუძღვის თავისი ინტრავერტული ტიპის ჩამოყალიბებით.

ადამიანის განვითარებაში აღინიშნება პერიოდი, რომელიც, თანახმად კრეჩმერის მითითებისა, ფარულად არსებულა შიზოიდური ბირთვის განვითარებით იწყება. ამას სქესობრივი მომწიფების ასაკში აქვს ადგილი, და თურმე განვითარების ამ პერიოდში გაივლის ადამიანის ფსიქიკა შიზოიდიზაციის აუცილებელ საფეხურს. ამ დროს ფსიქიკაში ადგილი აქვს შიზოფრენიისათვის დამახასიათებელ ძვრებს: ემოციების გაბლაგვებას, აუტიზმს, გულჩათხრობილობას და განმარტობას. ყმაწვილი სინამდვილესთან რეალურ კავშირს ვერ პოულობს და მისთვის მიუწვდომელი აბსტრაქციებისაჲ, ფილოსოფიური პრობლემების გადაჭრისაჲ იხრება. ერთი

¹ Bleuler Opit. cit. გვ. 284.

სიტყვით, პუბერტალურ პერიოდში ყველა ჩვენგანს უხდება შიზოფრენიული ცვლილებების გადატანა, რომლის ინტენსივობა დამოკიდებულია თურმე იმაზე, შიზოთიმიკი იტანს მას თუ შიზოიდი.

შიზოიდისათვის დამახასიათებელი ცვლილება ხასიათში, თანახმად ბლოილერისა და კრემჩერის მოძღვრებისა თანაშობილი გვევლინება. ეს იქიდან ჩანს, რომ შიზოფრენიის შემთხვევაში ადამიანს „შინაგან სტრუქტურაში რალაციის გადახალისება ხდება. შეიძლება ამ შემთხვევაში შენობა მთლიანად დაინგრეს, ან შესამჩნევად გადაიხაროს, მიუხედავად ამისა, უმეტეს შემთხვევაში რალაც რჩება, რომელიც ამიერიდან განაგრძობს არსებობას“¹. ეს არის ის, რაც საშუალებას არ იძლევა ზღვარი დავდვათ ჯანსაღსა და ავადმყოფს შორის. ქარაქტერეოლოგიურსა და ფსიქოზურს შორის.

შიზოიდურ სიმპტომებს ერთ გარკვეულ კონსტიტუციად აერთიანებს ფსიქესტეტიკური პროპორცია: აწეული გრძნობელობა და სიცივე.

მგრძნობიარე შიზოიდისათვის დამახასიათებელია სიმორცხვე, მშობარობა, აგზნებადობა, განმარტოება, წიგნებთან და ბუნებასთან მეგობრობა.

ცივი შიზოიდი წყნარია, თავშეკავებული, სერიოზული და თან უცნაური, გულცივი, საერთოდ კი შიზოიდური ადამიანის ფსიქიკურ ცხოვრებას ახასიათებს ფსიქესტეტიკურ და ანესტეტიკურ ფაზებს შორის ტალღისებური მოძრაობა. შინაგან სითბოსა და სინაზეს აქ ერთბაშად ცვლის საშინელი გულცივობა. საერთოდ, ამ ჯგუფის ადამიანები ვერ ახერხებენ აუტისტური წარმოსახვის გარეშე სხვა ადამიანებთან კონტაქტის დამყარებას. ამ მხრივ დამახასიათებელია ერთი შიზოიდის განცხადება: „ჩემსა და საზოგადოებას შორის მინის ფარდა დგას“².

ემოციების გაციების გამო შიზოიდი კარგავს სიხარულისა და წყენის გამოხატვის უნარს. ახლობლებისადმი მას გულციობა ეტყობა და თვითონაც, როგორც ბლოილერი მიუთითებს, გამშრალი სახითა და უძრავი მიმიკური კუნთებით მუშობს ემსგავსება. სხვისადმი თანაგრძობის გამოჩენას ვერ ახერხებს, შეკრებულებაში ზედმეტი ადამიანივით ჩანს, შორიდან მაყურებლის როლი ურჩევნია.

გულჩათხრობილობა, სოციალური კონტაქტის უკმარობა ადამიანს ინტრაფსიქიკური მოვლენების ანალიზისაკენ ხრის და ხელს

¹ К р е м ч е р, Строешие тела и характер, 1929, გვ. 171.

² იქვე, გვ. 118.

უწყობს საკუთარ ცხოვრებაზე კმაყოფილი ტიპის ჩამოყალიბებას, რომელიც ცხოვრობს მხოლოდ მისთვის მისაწვდომი ოცნებისა და იდეების სამყაროში. აუტიზმის გაღრმავება ხშირად კონფლიქტების წყაროდ იქცევა, რაც შიზოიდს თანდათანობით საზოგადოებიდან აძევებს. ასე ყალიბდება მეოცნებე, ცხოვრებიდან განდგომილი ტიპი იდეალისტისა, რომელიც ხელოვნურად შექმნილი სქემებით ზომავს ოჯახთან, საზოგადოებასთან, ამხანაგებთან დამოკიდებულებას.

ხელოვნურაა შიზოიდის არა მარტო აზროვნება და მეტყველება, არამედ ფსიქომოტორული სფერო. ისინი გამოირჩევიან სიეულის პოზით, სიარულით, სხვისადმი მიმართვით. ხომ გინახავთ სარგადაყლაპულივით გაშეშებული ადამიანი, რომელიც ფეხს მუხლში არ ხრის და სიარულის დროს შეხტება იქ, სადაც ამის საჭიროება არ ჩანს¹. ასეთია შიზოიდი, იგი ცდილობს სხვისგან განსხვავებული ჩაიცივას, თმას უშვებს, წვერს არ იპარსავს. ოჯახში ასეთ ახალგაზრდას თავი განმარტოებულად და ქედმაღლურად უკავია და ისეთი ტონით მიმართავს ახლობლებს, თითქოს აბსოლუტურ ჭეშარიტებას აფრქვევდეს. იგი გარეგნულად სერიოზულობის შენარჩუნებას ცდილობს. მაგრამ იმდენად უცნაურია მისი ქცევა, რომ ოჯახის წევრებს დიდი მოთმინება სჭირდებათ კონფლიქტების ასა-ცდენად. ზოგი მათგანი ცივი დესპოტია, რომელსაც წიგნის კითხვა აქვს ან მუსიკის შესწავლა აკვიატებული და ყველა დანარჩენის უეურადლებოდ დატოვებას ცდილობს. ესენი გაუკუღმართებული ხასიათის, მაგრამ ამავე დროს ნიკით დაჯილდოვებული ახალგაზრდები არიან, რომლებიც დაავადების შემთხვევაში, როგორც მითითებული იყო, შიზოფრენიულ რეაქციას იძლევიან.

პიროვნული ბირთვი, რომლის პათოლოგიურ განვითარებადაც შიზოფრენია მიჩნეული, როგორც ვნახეთ, შიზოიდია ყოფილა. ეს ბუნებრივად აღძრავს ინტერესს იმისა, რომ ვიცოდეთ, თუ რა არის იგი. მიუხედავად შიზოიდის სიმპტომოლოგიის საკმაოდ სიზუსტით ცოდნისა, ამ მოვლენის ბუნება გაუხსნელი რჩება. კრემერი წერს: „იგი ისეთი რაღაცაა. რაც წინასწარ არის მოცემული, რაც ცხოვრების გარკვეულ პერიოდში გამოჩნდება და შემდეგ თანდათანობით განაგრძობს წინსვლას“².

შიზოიდის სამი გრადიატია ცნობილია: შიზოთიმიკი (ნორმალური) შიზოიდი (ფსიქოპათი) და შიზოფრენია (ფსიქოზი). სამი-

¹ П. Н. Г а н п у ш к и н, Клиника психопатий, 1933.

² Opit. cit გვ. 118.

ვეს აქვს ერთი ბიოლოგიური საწყისი — შიზოიდური ტემპერა-
გენტი, რომლის სხეულის ასთენიკურ აგებულებასთან პოულობა
კანონზომიერ დამოკიდებულებას. სამივე შემთხვევაში თვალსაჩი-
ნოდ არის გამოხატული ამ ტემპერამენტისათვის დამახასიათებ-
ელი სიმპტომები: აუტიზმი, ემოციების პარადოქსალობა, შინაგა-
ნი მთლიანობისა და თანამიმდევრობის უკმარობა.

შიზოიდური ტემპერამენტი

შიზოფრენიის ბიოლოგიური საფუძვლის ძიებამ კრეჩმერი იმ
დასკვნამდე მიიყვანა, რომ შიზოიდიასა და სხეულის აგებულებას
შორის გარკვეული ხასიათის დამოკიდებულება უნდა არსებობ-
დეს. ამ ფსიქოზის ჩამოყალიბებაში, მისი აზრით, მონაწილეობს
არა მარტო ადამიანის ხასიათი, არამედ სხეულის აგებულებაც,
რომელიც წარმოადგენს პრეფსიქოზურ და ფსიქოზურ ცვლელ-
ბათა სომატურ საფუძველს.

შიზოფრენიის კლინიკური სურათის მიმდინარეობასა და სხეულის აგებუ-
ლებას შორის მიმართება მაუციუსა და კოლეს მიხედვით (უკანასკნელის ციფრები
ფრჩხილებში არის ჩასმული)

ცხრილი 1

გამოსავალი მდგომარეობა (კუვასუსტობა) %	პარანოიდული და პარანოიდული კუვასუსტობა%	პერიოდული მინ- დინარეობა %
ასთენიკები 81,2 (73,0)	11,0 (12,5)	-- (—)
ათლეტები 73,0 (72,2)	10,5 (16,6)	30 (5,6)
ასთენ. ატლეტი შერ. ფორ. 44,3 (28,6)	40,3 (42,8)	10,0 (14,3)
პიკნიკური შერ. ფორმა 9,0 (50,0)	60,0 (38,8)	17,0 (11,1)
პიკნიკები 5,2 (25,0)	53,8 (41,6)	19,7 (16,6)

ჩვენ განვებ წარმოვადგინეთ კრეჩმერის მიერ განხილული
ცხრილი, სადაც შიზოფრენიკებს შორის ასთენიკური და ათლე-
ტიკური ტანთაგებულება ყველაზე უფრო ჰარბად არის წარმო-
დგენილი¹. ბიურგერ-პრინცი ეპკვის ქვეშ აყენებს შიზოფრენიის
ავშირის ასთენიურ კონსტიტუციასთან, თუმცა უიმტენი, ლუქსემ-
ბურგერი და მრავალი სხვაც იზიარებს კრეჩმერის მიერ წამოყენე-
ბულ დებულებას.

¹ შრ. К р е ч м е р, Строение тела и характер, 1930, გვ. 131.

ასტენიკებს შორის შიზოთიმიკური ხასიათის ადამიანებს შუადარებით უფრო ხშირი შემთხვევა იმით უნდა აიხსნას, რომ მათ ჩამოყალიბებაში თვითონ ორგანიზმი, მისი ვეგეტატიკურ-ენდოკრინული სისტემა იღებს მონაწილეობას, რომელიც თავის ძირივ ცენტრალურ-ნერვულ სისტემასთან არის დაკავშირებული და სრულიად უდავოა, რომ გავლენას ახდენს ორგანიზმის ზრდასა და ჩამოყალიბებაზე. ამის გარეშე არც ფსიქომოტორიკა დგას, რომლის მოქმედებაში უშუალო მონაწილეობას ლებულობენ ცსიქიკური ფუნქციები და პერიფერიული სამოძრაო აპარატი. თუ გვითვალისწინებთ კავშირებს, რომელიც ემოციებსა და ენდოკრინულ-ვეგეტაციურ ნერვულ სისტემას შორის არსებობს, მაშინ უდავოდ უნდა იყოს ის ურთიერთობა, რომელიც სხეულის აგებულებასა და ფსიქიკურ ცხოვრებას შორის შეინიშნება. ასტენიური ტანთაგებულების ადამიანს თავისი სხეულის შესატყვისი ნერვული სისტემა და ფსიქიკა გააჩნია.

ამ კონსტიტუციის ადამიანის ორგანიზმში სულ მცირე ფიზიკური თუ აფექტური დაძაბვის შედეგად აღგილი აქვს, როგორც ეს იაჰნის გამოკვლევებიდან ჩანს, რძის მკვების კუნთებში დაგროვებას, კუჭში მარილის მკვავას მომატებას და შარდში ტუტოვანობის ზრდას. ასტენიკებს შორის გლიკოგენის წარმოქმნა კუნთებში უფრო მეტად ხდება, ვიდრე ლვიძლში, რასაც ხელს უწყობს აცეტოკოლინი, კრეტანი და ჰისტამინი. ამ ნივთიერებათა მოქმედებას უკავშირებს იაჰნი სისხლში შაქრის რაოდენობის შემცირებასა და ძირითადი ცვლის დაქვეითებას. იმავე ავტორის ცნობით, აქ აღნიშნული ასტენიური სინდრომი, სწორედ შიზოფრენიით დაავადებული ადამიანებისათვის აღმოჩნდა დამახასიათებელი¹.

ასტენიური კონსტიტუცია თავისებური ფსიქიკური ტემპის ადამიანებისათვის არის დამახასიათებელი. რომელიც თავს იჩენს გრძნობების გამოხატვის შემთხვევაში, აზროვნებაში, ფსიქომოტორიკის სწრაფ და ნელ მიმდინარეობაში. ფსიქესთეზიასა და ფსიქიკურ ტემპს შორის გარკვეული ურთიერთობის დამყარების შედეგად ყალიბდება ტემპერამენტი, რომელიც ჩვენი ქცევისა და განცდების ბიოლოგიური საფუძვლის როლს ასრულებს.

შიზოიდური ხასიათის ადამიანის ტემპერამენტი, თანახმად ი. პ. პავლოვის მითითებისა, მელანქოლიურია. ნერვულა მექანი-

¹ В. Т. Протопопов. Патопсихологические основы рациональной терапии шизофрении, 1946, гз, 87—88.

ზნების მიხედვით, ჩვენ ამ შემთხვევაში შეკავებით ტიპთან გვაქვს საქმე. „მელანქოლიური ტემპერამენტი, წერს ის, არის ნერვული სისტემის აშკარად გამოხატული შეკავებითი ტიპი“¹. ამ ტემპერამენტრისათვის საერთო სისუსტე არის დამახასიათებელი და ძირითად ფიზიოლოგიურ პროცესებს შორის წონასწორობის დარღვევა.

ასეთი ადამიანები იბადებიან და, როგორც მათი ცხოვრების მიმდინარეობიდან ჩანს, მათ შორის პოულობს ნევროზი და ფსიქოზი ყველაზე ხელსაყრელ ნიადაგს. მელანქოლიური ტემპერამენტი სისხლით მონათესავე ადამიანთა გარკვეულ წრეს აერთიანებს, იგი ბიოლოგიური პუნქტია, საიდანაც მემკვიდრეობა ნელი ნაბიჯით მიემართება შიზოფრენიისაკენ. თანახმად აქ აღნიშნულისა, არც ის არის გასაკვირი, თუ ავადმყოფის ოჯახის წევრებს შორის ხშირად გვხვდებიან პრეტსიქოზური ადამიანები.

შიზოიდი. ანუ მელანქოლიური ტემპერამენტი, ივ. პავლოვის აზრით, არა მხოლოდ ნიადაგს ამზადებს გარკვეული დაავადებისათვის, არამედ პირდაპირ კავშირს პოულობს მასთან. „შემდეგში, როცა ავადმყოფობა ეგრეთწოდებული ფსიქიკურ ფორმაშია წარმოდგენილი, განა არ შეიძლება ვიფიქროთ, ორივე ძირითადი ჯგუფი ენდოგენური კონსტიტუციონალური ფსიქოზისა — ცირკულიარული ფსიქოზი და შიზოფრენია — წარმოადგენენ, ფიზიოლოგიური მექანიზმის მიხედვით, უმაღლეს ხარისხამდე ასულს იმავე დაავადებას“².

კონსტიტუციონალური კონცეპციის სისუსტე იმაში მდგომარეობს. რომ იგი მხოლოდ რაოდენობრივი ხასიათის ცვლილებას პოულობს პრეტსიქოზურსა და ფსიქოზურ ცვლილებათა შორის. პრეტსიქოზური მდგომარეობა არა მარტო ქარაქტერიოლოგიურად არის ნიადაგის მომზდება, არამედ ფსიქოზი მის პირდაპირ გაგრძელებად არის ნაგულისხმევი. ამის გამო ვერ ხერხდება საზღვრის დადება პროცესუალურსა და არაპროცესუალურ მოვლენებს შორის. შიზოიდი პიროვნებაში ისეთი ცვლილების აღმნიშვნელია, რაც მხოლოდ ფსიქოზურს არსებობას მიუთითებს და ამდენად, როგორც ექვემოთ ვნახავთ, ფარული შიზოფრენიის აღმნიშვნელი ცნებაცაა.

¹ И. П. Павлов, Физиологическое учение о типах нервной системы, т. III, кн. 2, 1954. გვ 86.

² იქვე, 1851, გვ. 87.

ლატენტური შიზოფრენია

შიზოფრენიის სრულ მანიფესტაციას, როგორც ზემოთქმულის მიხედვით ირკვევა, დაახლოებით ისეთი სურათი უძღვის წინ, რომელიც ეპილეფსიის შემთხვევაში ეპილეპტიკოსის სახელით არის ცნობილი, ციკლოფრენიის შემთხვევაში—ციკლოიდის და ა. შ. ერთი სიტყვით, უნდა არსებობდეს პროდორმი, რომელიც გარკვეულ პერიოდში რბილი მიმდინარეობით ხასიათდება.

ამ საკითხის ყველაზე უფრო არსებითი განხილვა ბლოილერს ეკუთვნის. იგი წერს: „არსებობს შიზოფრენიის ფარული ფორმა (Latente Schizophrenie), რომელიც ვფიქრობ, რომ ხშირ შემთხვევას წარმოადგენს, თუმცა სხვებზე გაცილებით უფრო იშვიათად ხდება იგი მკურნალობის ობიექტი“. უთუოდ იმის გამო, რომ მისთვის ჯერ კიდევ გამოუაშკარავებელი მოქმედების პერიოდი არის დამახასიათებელი, ეს გვაფიქრებინებს, რომ იგი მოულოდნელად იწყება და ნელი ტემპით მიმდინარეობა ახასიათებს.

თავიდანვე წინ არის წამოწეული ჰიპოთეზა: ავადმყოფი ზარმაცი ხდება, მოქმედებაში ნელი, ეზარება ადგომა, პირის დაბანა, საზოგადოებაში ყოფნა. აქტიურობის დასუსტებას თან სდევს განზარტობა, ახლობლებთან გულცივი დამოკიდებულება, აფექტის სპონტანური უკმარობა, გარემოსთან კონტაქტის დარღვევა. ნებით მოქმედების აქტები თანდათან ღარიბდებიან, წინ ცნობიერების დეაქტივაცია, ფსიქიკური ავტომატიზმის მოვლენებია წამოწეული.

ამ ასთენიურ სინდრომს თან სდევს პიროვნების პრემორბიდული თვისებების გამწვავება, შიზოიდური თვისებების გაღრმავება.

ტვინის ქსოვილში მიმდინარე ეს პროცესი ჯერ კიდევ არ არის ფსიქოზურ ფორმაში ასახული, იგი ნევროზის ფარგლებს არ სცილდება, გარკვეულ პერიოდამდე ადამიანს მოქალაქეობრივ უფლებებს არ ართმევს და არც მის სოციალურ ღირებულებას ვნებს. ერთი სიტყვით, ნერვული სიმპტომები, ხასიათის დამახასიათებელი შეცვლა კი არ გამოირიცხავს, პირიქით, გულისხმობს შიზოფრენიის არსებობას. ეს მეტად მრავალფეროვანი კონტინენტი მოჩვენებითი ნევროზით დაავადებულთა, წერს ბლოილერი, ექიმებთან დახვეტებიან, ამბულატორიებს აწყდებიან და გამაჯანსაღებელ დაწესებულებებს ავსებენ. ფარულ შიზოფრენიაში მათავსა მან ყველა ჩვესივის ცნობილი ნევროზები, ჟანეს ფსიქასთენიის ჩათვლით. ამრიგად, ნევროზის კლინიკური სიმპტომები ნებით თუ უნებლიეთ მიჩნეულ იქნა შიზოფრენიის პროდორმის მაუწყებლად. ყველა გაღიზიანებისადმი მიდრეკილნი, უცნაურნი, მერყევი გუნებისანი, მარ-

ტოხელა, ზედმიწევნით პუნქტუალურნი, ბლოილერის აზრით, ექვს უნდა იწვევდნენ იმ მხრივ, რომ ხომ არ არიან ისინი შიზოფრენიკები.

კრონფელდისათვის სოციალური კონტაქტის შესუსტება საკმარისი აღმოჩნდა, რომ Schizophrenie mitis-ის ცნება შემოეტანა. მაიერ-გროსმა იპოქონდრიული ჩივილები ჩასთვალა შიზოფრენიის რბილი ფორმის მაუწყებლად, რაც შეეხება ლ. მ. როზენშტეინს, მან - ნერვულობის, ნევრასთენიის, ფსიქასთენიისა და სხვა ნევროზების სახით მიმდინარე დაავადებანი შიზოფრენიის პროდორმად მიიჩნია და საჭიროდ დაინახა ყველგან პრემორბიდული კონსტიტუციის კვლევა¹.

როგორც ითქვა, შიზოიდის ბუნება გაუხსნელი დარჩა, არც პათოგნომიურა მნიშვნელობის სიმპტომია დღემდე ჩვენთვის ცნობილი, რომლის თანდათანობით გაშლას შიზოფრენიამდე შეუძლია მიგვიყვანოს. თვითონ შიზოიდის ცნება ამ მიზნისათვის გამოუსადეგარია, რადგანაც არ არის გარკვეული რა დამოკიდებულება აქვს მას პროცესუალური ბუნების ფსიქოზთან. საკმე ისაა, რომ კონსტიტუციონოლოგებს ბევრი ისეთი ნიშნები აქვთ ფსიქოზიდან წამოღებული და ნორმალურ ქარაქტერეოლოგიურ თვისებად აღიარებული, რომლის ხელშეწყობა ავადმყოფებს შორის აღმოჩენა, რასაკვირველია, არავითარ სიძნელეს არ წარმოადგენს.

აღამიანის ხასიათის შიზოიდური (კრემერი), ინტრავერტული (იუნგი) ორგანიზაციის არსებობა ექვის გარეშე უნდა იქნეს დაყენებული, მაგრამ რა ადგილი უკავია მას შიზოფრენიული ტიპის ფსიქოზებში, ეს ისეთი საკითხია, რომელიც ჯერ კიდევ საგანგებო კვლევას მოითხოვს. არსებობს შიზოფრენიულ რეაქციათა კლინიკური ცნება, რომელიც ამ საკითხის სწორი გადაწყვეტის გზას გვიჩვენებს.

შიზოფრენიული ტიპის რეაქცია

კაპნის მიხედვით შიზოიდია არის წინასწარმიდრეკილების აღმნიშვნელი ცნება, რომლის საფუძველზე გარკვეული ტიპის რეაქცია აღმოცენდება. თვითონ წინასწარმიდრეკილება ჯერ კიდევ არ არის პროცესუალური ხასიათის დაავადება, იგი ასეთ სახეს მანეჯენტის დამატებით შემოქმედების შედეგად იქნის. აქ აღნიშნულის.

¹ Л. М. Розенштейн, Проблема мягкой формы шизофрении, Сп., Современные проблемы шизофрении, 1933.

სისწორე ომის მასალაზეა ნაჩვენები, სადაც ტრავმის შემდეგ დეზულობს პიროვნების კონსტიტუციონალური თვისებები ფსიქოზისათვის დამახასიათებელ სურათს. ამრიგად, რნდივიდის შიზოიდური წყობის ფენოტიპურ რეალიზაციად იქნა მიჩნეული ის, რასაც შიზოფრენიული ტიპის რეაქცია ეწოდება.

რაც შეეხება პოპერს, იგი არ თვლის აუცილებლად ასეთი მადრეკილების არსებობას და არც საჭიროდ მიაჩნია ყველაფერი ერთი ქულის ქვეშ მოთავსდეს. მან ძნელ საქმედ მიიჩნია რეაქციათა მსგავსების მომდინარეობის დანახვა გენოტიპურად მონათესავე წინასწარმადრეკილებიდან. მდგომარეობა იმითაც რთულდება, რომ შიზოფრენიული ტიპის რეაქციებში შეტანილია მანიაკალურ-დეპრესიული ფსიქოზის ფაზები, ეპილეფსიური ეკვივალენტი, რომელიც საერთოდ შიზოფრენიისათვის დამახასიათებელი მიმდინარეობით ხასიათდება (ევალი). ამის მსგავსი აუტოქტონურ მდგომარეობათა პროვოკაცია თუ ფსიქიკური გზით ხდება, მაშინ საგანგებოდ რთულდება რეაქციების როგორც რეაქტიულ მდგომარეობისაგან, ისე ფაზებისაგან გამიჯვნა. ამ სიძნელეს გასაგებს გახლდა შიზოიდური წრის ფსიქოპათებისათვის დამახასიათებელი ფაზური რხევის მხედველობაში მიღება. არც ისე იშვიათად აღმოცენდება ფსიქიკური ტრავმის შედეგად ასთენიკური და დეპრესიული მდგომარეობა, რომლის ფონზე შეიძლება გაიშალოს კატატონიური, პულერილური და ბინდისებური ცნობიერებისათვის დამახასიათებელი სურათი. ამის შესახებ მდიდარ მასალას ციხის პირობებში აღმოცენებული ფსიქოზი იძლევა.

მიუხედავად ამისა, ფსიქოგენური შიზოფრენიის მომხრეთა ჯგუფი თანდათან კლებულობს, ვინაიდან ფსიქიკური ტრავმა ამ ფსიქოზთან მხოლოდ ქრონოლოგიურად არის დაკავშირებული. გარკვეული მომენტის შემდეგ იგი ფსიქოზს შორდება და კავშირის მონახვაც ვერ ხერხდება ტრავმასა და რეაქციას შორის. გაცილებით უფრო ახლოს უნდა იყოს სიმართლესთან საუბარი სომატოგენური, ფსიქოგენური ტრავმით პროვოცირებული შიზოფრენიის შესახებ, რომელიც, თანახმად ბოსტრების მითითებისა, გარკვეული პერიოდის შემდეგ თავის საბედისწერო გზით მიემართება.

ტრავმაზე შიზოფრენიული ტიპის რეაქციას, როგორც ეს ახლა საკმაოდ კარგად არის ცნობილი, შიზოიდური წრის ადამიანები იძლევიან. ამის მსგავსი კლინიკური სურათი აწერილია ინფექციების, ენცეფალიტების, ცენტრალური ნერვული სისტემის სიმსივ-

ნით დაავადების და სომატოგენური წარმოშობის ფსიქოზების შემთხვევაში (ბუნკე, კრიში, ბუნევი, კრასნუშკინი, მელენოვი)¹.

შიზოფრენიული ტიპის რეაქციის შემთხვევაში, როგორც ეს საერთოდ რეაქციებისათვის არის დამახასიათებელი, პიროვნება შენახულია, ფსიქოზიდან გამოსვლაც სრული აღდგენით მთავრდება. იგი არც კლინიკური სურათის მიხედვით არის იდენტური შიზოფრენიასთან. ამის მხედველობაში მიღების შედეგია ის, რომ წარმოიშვა ისეთი ცნებები, როგორიცაა: შიზოფრენოიდური, შიზოფრენისებური. ამ ცნებების ქვეშ გაერთიანებული შემთხვევები სიმპტომატური შიზოფრენიის სახელს ატარებენ, რაც მითითებასაც შეიცავს იმის შესახებ, რომ გენუინური შიზოფრენიაც უნდა არსებობდეს.

სიმპტომატური და გენუინური შიზოფრენია

კლოდის აზრით, არსებობს ფსიქოზი, რომელიც ნაადრევ ასაკში ჰქუასუსტობათ მთავრდება და მისი კლინიკური სურათის გაფორმება სრულიად არ არის დამოკიდებული ავადმყოფის კონსტიტუციაზე. იგი ამ მხრივ ნეიტრალობას იჩენს და ყველა ჩვენთვის ცნობილი კონსტიტუციის ფარგლებში შეიძლება მისი აღმოცენება. ყველა ასეთ შემთხვევაში ნაადრევ ჰქუასუსტობასთან გვაქვს საქმე. ისეთი გაგებით, როგორც ეს კრეპელინის მიერ არის აღწერილი. ამ შემთხვევაში აფექტური კომფლიქტები, პიროვნების დაღლა-გამოფიტვა, როგორც ფსიქოზის წინამორბედი მოვლენა, არა გვაქვს. ფაიქიკის ზოგადი დაქვეითება ჩვენთვის უცნობი მიზეზით იწყება და სწრაფი და პროგრესული მიმდინარეობით ხასიათდება. მისთვის კლოდი არც მემკვიდრეობაში დატვირთვას თვლის აუცილებელ პირობად.

რაც შეეხება შიზოფრენიას, იგი სრულიად განსაკუთრებული ტიპის დავადებაა და რაც მას ეკუთვნის, იგი არა ორგანული გზით, როგორც ამას ნაადრევი ჰქუასუსტობის შემთხვევაში აქვს ადგილი, არამედ ქარაქტეროლოგიური თვისებების ვალრმავეების შედეგად აღმოცენდება. შიზოფრენიის მისაღებად შიზოიდური კონსტიტუციის ადამიანს მიერ ფსიქიკური ტრამვაა აუცილებელი, რომ დისოციაციამ მკვეთრად გამოხატული სახე მიიღოს, საბოლოოდ იგი ზლოილერის მიერ აწერილ სურათს დაემთხვეს. ავადმყოფის ქცე-

¹ Д. Е. Мелехов, О классификации шизофренического типа реакции, Труды психиатрич. клиники, I, ММ. и вып. IV, 1934.

ვას ამ შემთხვევაში საფუძვლად ეს — ფსიქიკის გახლეჩა უდევს და არა დემენცია, მაგრამ თუ ფსიქოზის მიმდინარეობა დიდხანს გაგრძელდა, არც მისი მიღების შესაძლებლობა არის გამორიცხული¹.

ეს საკითხი გაცილებით უფრო მწვავედ შიზოფრენიის ბიოლოგიური მეთოდით მკურნალობამ დააყენა. ერთ ჯგუფს ავადმყოფებისა კლეზი ხანგრძლივი ძალით მკურნალობდა, რომელსაც მან „მწვავე პარანოიდული პალუცინოზი“ უწოდა. ეს ავადმყოფები ხშირად რჩებოდნენ.

1937 წელს მედუნა იმ დასკვნამდე მისულა, რომ არსებობს შიზოფრენიის ორი ჯგუფი: სიმპტომატური და გენუიანური. პირველი ბიოლოგიური მეთოდების გამოყენებით იკურნება, მეორე კი არა.

მედუნამ შიზოფრენიის სიმპტომატურ ჯგუფს მიაკუთვნა ო ნ ე ი რ ო ფ რ ე ნ ი ა, რომლის მიმდინარეობაში წინ არის წამოწეული ბლოირის მესამე კრიტერიუმი — სენსორულ სფეროს მოშლა, რაც, როგორც ეს ბლოიერის მითითებებიდან ვიცით, არ არის შიზოფრენიისათვის დამახასიათებელი.

გენუიანური შიზოფრენიის დიაგნოზის დასასმელად მედუნას საკმარისად მიაჩნია ბლოიერის მიერ წამოყენებული კრიტერიუმის დანახვა: ო ნ ტ ე ლ ე ქ ტ ი ს მ ო შ ლ ა, ე მ ო ც ი ე ბ ი ს უ კ მ ა რ ო ბ ა, ს ე ნ ს ო რ უ ლ ს ფ ე რ ო ს ხ ე ლ უ ხ ლ ე ბ ლ ა დ ა რ ს ე ბ ო ბ ა, სადაც ეს სამივე კრიტერიუმი არ არის დაცული, იქ საქმე გვაქვს გენუიანურ შიზოფრენიასთან, რომელიც ბლოიერის მითითებითაც, კეჟასუსტობით მთავრდება; რაც შეეხება კლეზის პარანოიდულ პალუცინოზსა და ონეიროფრენიას, მედუნას აზრით, ორვე ბლოიერის მესამე კრიტერიუმის მიხედვით შეიძლება გამოირიცხოს.

ამრიგად, უნდა დაეუშვათ, რომ არსებობს ნამდვილი შიზოფრენია და ამასთან ერთად შიზოფრენიის მსგავსი კლინიკური სურათით წარმოდგენილი ფსიქოზი. პირველი მთავრდება კეჟასუსტობით, პიროვნების დეფექტით, მეორე არის შიზოფრენია, თუმცა მასთან მსგავსების მონაცხვა ადვილად არის შესაძლებელი. ამ უკანასკნელს ახასიათებს მწვავე დასაწყისი, სენსორიუმის მოშლა,

¹ В. И. А ж ж е р м а н, Шизофрения Клода и его школы, Ж. Невропат.и психиат. им. Корсакова, вып. I, 1930.

შიზმები. კატატონური მოვლენები, აფექტურ სფეროს შესაძინება და ჩაღვრვა¹.

მედუნას არ მოუთხოვია შიზოფრენიის დაპირისპირება კრეპელინის ნაადრევი კვლასუსტობისათვის, მაგრამ საკითხის მსვლელობამ მოითხოვა, რომ იგი საგანგებო მსჯელობის საგნად გაეხადათ 1950 წელს პარიზში გამართულ პირველ საერთაშორისო კონგრესზე. აქ დაისვა საკითხი იმის შესახებ, თუ რა უნდა იყოს ტერმინი შიზოფრენიის ქვეშ გაგებული.

კონგრესში გამოსული მომხსენებლებიდან (ლუისი, ლონდონი, ბინი) არ ნახულობენ საფუძვლებს იმისა, რომ კრეპელინის მიერ მოწოდებულ კლასიფიკაციაში ცვლილება შეეცანათ. ლანგფელდი ამ აზრისა იყო, რომ ნამდვილი შიზოფრენიისაგან, რომელზედაც შოკით მკურნალობა არ მოქმედებს, ცალკე უნდა გამოიყოს ავადმყოფები, რომელთა შორის მკურნალობას თან სდევს მეტად მნიშვნელოვანი თერაპევტული ეფექტი. ხსენებულ კონგრესზე მედუნა და იბორ ლოპეტი იმავე აზრს ანვითარებდნენ. შეიძლება აქვე ბელაქის გამოკვლევების დასახელება, რომლის მიხედვით შიზოფრენიული დაავადება ორ ჯგუფად მაინც უნდა იქნეს გაყოფილი: ნამდვილი ნაადრევი კვლასუსტობა, რომელსაც იგი ყველა დანარჩენ შიზოფრენიულ ფსიქოზებს უპირისპირებს. ბელაქს ამ უკანასკნელი ჯგუფებისათვის სასურველად მიაჩნია შიზოფრენიის სახელის დატოვება.

ერთი სიტყვით, ბიოლოგიური მეთოდით შიზოფრენიის მკურნალობის მასალა ძალაში ტოვებს ამ ფსიქოზის ორ ძირითად ჯგუფად გაცოფას: გენუინურს ანუ ნამდვილ შიზოფრენიას, რომელიც დგას კრეპელინის მიერ მოცემული სიმპტომოტოლოგიის სფეროში და სიმპტომატურს. ანუ შიზოფრენიული ტიპის რეაქციებს, რომლებიც გარკვეულ ქარაქტეროლოგიურ ბაზაზე დგანან და ამა თუ იმ მანერა აგენტის შემოქმედების შედეგად აღმოცენდებიან. ნამდვილი შიზოფრენიის აღმოცენებისათვის ასეთი წინასწარ შემზადებული ნიდაგის არსებობა არ უნდა იყოს აუცილებელი².

¹ Ladislav Josef Meduna: Oneirophrenia, იხ. ცალკე Нерои. и Психиатрия, в. 4, 1955, გვ. 30.

Meduna and Mecculloch: The modern concept of schizophrenia, Symposium on Neuro-psychiatr. diss. 1945.

² Gabriel Langfeld The diagnosis of schizophrenia, The American journal of Psychiatry, № 2, 1951.



ჩვენ მერ განხილული კონცეფციებიდან ჩანს, რომ შიზოფრენია პაროვნების დაავადებაა. ამით იმის თქმა გვსურს, რომ იგი პირველ რიგში ისეთ ნიადაგს აცლის ადამიანის ფსიქიკურ ცხოვრებას, რომელიც მისი, როგორც მთელის, ფუნქციობის საფუძველის როლს ასრულებს. სხვაზე აღრე ამას ბლოილერმა მიაქცია ყურადღება, და ამაში ვხედავთ ჩვენ, კრეპელინთან შედარებით, მის მიერ გადადგმული ნაბიჯის მნიშვნელობას. მას შიზოფრენია არა ცალკედ ცვინის, არამედ მასთან ერთად ორგანიზმის, როგორც მთელის, დაავადებად აქვს განხილული. აქ მომხდარი ცვლილების ამსახველია გახლეჩის ცნება, ამიტომ იგი პირველადი ხასიათის მოვლენად არის მიჩნეული, ხოლო ექუასუსტობა — მეორადი.

ბლოილერის ამ დასკვნას ჩვენ სავსებით ვიზიარებთ, მაგრამ ისიც უნდა აღინიშნოს, რომ მან ვერ შეძლო ნიადაგის დახასიათება, საიდანაც უშუალოდ მომდინარეობს გახლეჩის სიმპტომი. დასაბუთებულად არც ის მიგვაჩნია, რომ მისი არსი ასოციაციების დახასიათებიდან უნდა იქნეს გამოყვანილი. არც ცალკე ხასიათისა და ტემპერატურის ცნებაა ამ მიზნით გამოსადეგი, რადგანაც არც ერთი და არც მეორე წარმოადგენს ორგანიზმის ფუნქციობის საფუძველს, რომლის მოშლის შედეგად უნდა ხდებოდეს ფსიქოზური განცდების აღმოცენება. ამის მხედველობაში მიღება იქით წარმართავს აზრის მიმდინარეობას, რომ ადამიანში უნდა მოინახოს უფრო ძრსებითი მნიშვნელობის სფერო, რომლის დახასიათებას შეუძლია გვიჩვენოს რით არის განსაზღვრული ავადმყოფის ფსიქიკური ცხოვრების გახლეჩა.

თავი მორა

ორბანიზმი და ბანჟობა

ბლოილერი შიზოფრენიით დაავადებული ადამიანის ორგანიზმში ცვლილებათა პირველ წყაროს, როგორც ეს ახლა ჩვენთვის ცნობილია, ავადმყოფის ასოციაციებში ეძებდა, გოლდშტაინისა და ღომარუსის თანამოაზრენი — ცნებით აზროვნებაში, კრეჩმერი-ასტენიკურ კონსტიტუციაში, ვისთვისაც შიზოფრენიის ძირითადი სიმპტომი ცნობიერების ფარგლებში თავსდება, იგი მას ცნობიერების დასუსტებას უწოდებს (ფრაინსვერგი), ცნობიერების ენერჯის დაქვეითებას (ლემანი), ცნობიერების დარღვევას (ოტო გროსი), ყურადღების უკმარობას (ჩიჟი, მასელონი)¹. თითოეულ ამ სიმპტომს, როგორც ჩანს, შიზოფრენიით დაავადებული ადამიანის ფსიქიკური ცხოვრების სისუსტე აქვს მხედველობაში. ამ გარემოებას განსაკუთრებული ყურადღება ბერცემ მიაქცია და შიზოფრენიის ისეთი ფსიქოლოგიური თეორიის წამოყენება სცადა, რომელიც აქ ჩამოთვლილი მოსაზრებების ერთი ცნების შინაარსად გაერთიანების საშუალებას მოგვცემდა.

ასეთი სპეციფიკური მნიშვნელობის სიმპტომს, ბერცეს აზრით, ფსიქიკური აქტივობის პირველადი უკმარობა წარმოადგენს. როგორც სიმპტომი იგი ორგანიზმს უფრო მეტად ეხება, ვიდრე ცნობიერებას. ამიტომ მას ფენომენად ვერ ჩავთვლით. ბერცეს მხედველობაში აქვს აქტიურობა, რომელიც არა ცნობიერებას, არამედ ორგანიზმის საერთო მდგომარეობას გვიხასიათებს. ეს ბიოლოგიური ინდივიდის ისეთი დაძაბულობაა, რომელიც ქმნის სიფხიზლისათვის დამახასიათებელი ცნობიერების ტონუსს, — ფსიქოკორტიკალური აპარატის მოქმედებისათვის მზაობას². ბიოლოგიური ინდივიდი ორგანიზმია, ამიტომ რაც მის შესახებ ითქვა, საცხებით შეიძლება გავავრცელოთ ავადმყოფზე. ბერ-

¹ Hans Gruhle: Störungen der Gesamtpersönlichkeit, Handbuch von Bumcos, Bd. IX.

² Dr. Josef Berze: Störungen des psychischen Antriebes, Zeitschr. f. d. g. Neurol. u. Psych. 182, 1934, pag. 769.

ცეს მიხედვით, როგორც აქ აღნიშნულიდან ჩანს, ორგანიზმს, მის ფსიქოკორტიკალურ აპარატს მოქმედებისათვის მზაობა სჭირდება, რომელსაც იგი სპეციფიკური ხასიათის ფსიქიკური აქტივობის გზით აღწევს.

ორგანიზმის მზაობა ფსიქოკორტიკალური აპარატის დაძაბულობის გარკვეულ დონეზე მიმდინარეობს, რომელსაც ბერცე ფსიქიკურ აქტიურობას უწოდებს. როცა ამის გამომხატველი დაძაბულობა ეცემა, მაშინ აქტუალიზაციის მეტ შესაძლებლობას პოულობს ის, რაც ავადმყოფობასთან არის დაკავშირებული. შეიძლება რგი მსუბუქად იყოს გამოხატული ან ისეთ საფეხურზე მიმდინარე პროცესებს ეხებოდეს, რომელთა კავშირი ორგანიზმში მიმდინარე ბიოლოგიურ მოვლენებთან მეტად სუსტია და შეუძინეველი. ზოგჯერ ინდივიდის კორტიკალური აპარატის დაძაბულობა ისეთ ფორმაშია წარმოდგენილი, რომელიც მიუთითებს ორგანიზმის რეაქტიულობის მინიმუმამდე დაცემას. ერთი სიტყვით, ყოველგვარი ცვლილება ფსიქოკორტიკალურ აპარატში ორგანიზმის საერთო მდგომარეობას ცვლის, მის რეაქტიულობას ან ზევით წევს, ან კიდევ შესამჩნევად აქვეითებს. ამრიგად, ფსიქოკორტიკალური აპარატის მზაობა, როგორც ამას ბერცე უწოდებს, არ იქნება მისი ძირითადი აზრის დამახინჩება თუ ვიტყვით, ეხება მთლიანად ორგანიზმს და ამდენად მოქმედებისათვის მის მზაობასაც წარმოადგენს. ეს რქიდანაც ჩანს, რომ აქტიურობის უკმარობა, რომელიც ბერცეს აქვს მხედველობაში, ფსიქიკის ყველა ფენაში პოულობს თავის გამოხატულებას, იგი არა ორგანოსი, არამედ ინდივიდის ან როგორც ბერცე იტყოდა, პიროვნების, და არა მის ცალკეულ ფუნქციათა, მდგომარეობის მაჩვენებლად უნდა იქნეს მიჩნეული.

ბიოლოგიური ინდივიდის—ორგანიზმის—დაძაბულობის ორი საფეხური აქვს ბერცეს მითითებული: რეაქტიულობა და სპონტანური აქტივობა, პირველი ფსიქოკორტიკალური აპარატის დაბალ საფეხურზე აღმოცენებული მზაობაა, მეორე აქტიურობის ისეთი მაღალი საფეხურია, რომელიც მე-ს დინამიკურობის, პიროვნების გონიერი აქციების სახით პოულობს გარეთ გამოხატულებას.

აქტიურობა ბიოლოგიური მნიშვნელობით, წერს ბერცე, არის რეფლექსი. რეფლექსი მოძრაობაა, მისი ორგანო კონთაა და ჭირკვლები. ამ უკანასკნელის რეფლექსური მოქმედების შედეგია სეკრეტის გამოყოფა. ამ შემთხვევაში რეფლექსი არის კუნთური აქტივობის გამომხატველი, მაგრამ არსებობს ფსიქიკური აქტივობა, რომელიც მისგან განსხვავებულია, მას თავის ორგანოდ ფსიქოკორტიკა-

ლური აპარატი აქვს. ამ თავის ბუნებით რთული აპარატის ფუნქციონების შედეგად, მსგავსად რეფლექსისა, ხდება ცნობიერების, ე. ი. ფსიქიკური მოვლენის აღმოცენება.

ფსიქიკურის მიმართ ასეთი მოსაზრების იყო ვერნიკე, რომელიც ფსიქიკურ და მოტორულ აქტებს შორის, ვინაიდან ორ-ვეს აღმოცენების მიზეზი ნერვული უჭრედის აგზნებაა, პრინციპული ხასიათის განსხვავებას ვერ ნახულობდა. ამა თუ იმ ნერვში აღმოცენებული აგზნება სათანადო გზით სენსორულ-მოტორული საპროექციო ველებსაკენ მიემართება, რომელსაც რეფლექსების ცენტროსაც უწოდებენ. სხვადასხვა ნერვული გზების შეერთებით, როგორც ამაში ვერნიკე იყო დარწმუნებული, აღმოცენდება „ფსიქიკურის რეფლექსური რკალი“ Reflexionen¹

ბიოლოგიური ინდივიდის ანუ ორგანიზმის დაძაბულება, თანამედ იმ შთაბეჭდილებისა, რომელიც ჩვენ ბერცეს ნაშრომიდან გამოვიტანეთ, თუ მას ფიზიოლოგიის თვალთ შევხედავთ, ცენტრალური ნერვული სისტემის აგზნება უნდა იყოს, რომელიც იმის მიხედვით რა საფეხურს აღწევს, შეიძლება მისი შესაჩუყვისა ფსიქიკური („ფსიქიკური რეფლექსი“) კორტექსში ან კიდევ დაბალ საფეხურზე—სუბფორტექსში მიმდინარეობდეს².

ამრიგად, ორგანიზმის აქტიურობის წარმოქმნაში თავს ტონის სხვადასხვა უჭრედის აგზნება ღებულობს მონაწილეობას, რომელსაც ყოველთვის გააჩნია თავისი კორელატი ფსიქიკურის სახით. მისი მოქმედება კონკრეტულ ფორმას, როგორც ზემოაღნიშნულიდან ჩანს, ფსიქოკორტიკალური აპარატის მზაობის საბაზო იძენს. ასე იქმნება დაძაბულობის გარკვეული დონე, ანუ „ცნობიერების ტონუსი“, რომელიც ინდივიდის ფსიქიკური აქტიურობის წყაროსაც წარმოადგენს და მისთვის მიმართულების მიმცემსაც.

ბერცე ამ სახის აქტიურობის უკმარობას თვლის შიზოფრენიისათვის დამახასიათებლად, რომლის საფუძველზე აღმოცენდება ცნობიერების ჰიპოტონია.

ბერცეს თვალსაზრისის იმდაგვარი გაშუქებაც, როგორც იგი აქ წარმოვადგინეთ, მეტად არსებითი ხასიათის ნაკლს შეიცავს. კორტიკალური აპარატის მზაობა მისთვის ორგანიზმის დაძაბულობაა და არა მოქმედება. ფსიქიკურ აქტიურობასაც იგი, როგორც სპონ-

¹ Berze opit. cit. 722.

² იქვე, გვ. 723.

ტანურ პროცესს იხილავს; რაც შეეხება ფსიქოკორტიკალური აპარატის ფუნქციონისათვის მზაობას (Funktionbereitschaft), ესეც არის მაღალ დონეზე აღმოცენებული სპონტანურობა, სადაც დინამიკური „მე“, აქტუალური პიროვნება (aktuelle Persönlichkeit) გამოდის სამოქმედოდ. ამრიგად, ფსიქიკური აქტიურობა, რომელიც დაძაბულობის სახით გამოიხატება, ბერცეს მიხედვით, წარმოადგენს უხილავი ძალის პროდუქტს. ამიტომ მას არც უცდია ორგანიზმის დაძაბულობის განმსაზღვრელი ფაქტორებისათვის მიეთითებინა. ბერცეს მოძღვრებაში არ ჩანს რისთვის სჭირდება ორგანიზმს დაიძაბოს და რა აიძულებს მას ამას მიმართოს.

ბიოლოგიური ინდივიდი ანუ ორგანიზმი, უპირველეს ყოვლისა, სისტემური ხასიათის მთლიანია და რაც მასში ხდება მისი ამ თავისებურებით არის განსაზღვრული. გრძნობის ორგანოების: ყურის, თვალის, გემოვნების, ე. ი. საერთოდ რეცეპტორების შეთანხმებული მოქმედების საფუძველს ორგანიზმი წარმოადგენს, რომელიც ყოველთვის ინარჩუნებს გარკვეულ ტონუსს, გარკვეულ მზაობას, რომ უზრუნველყოფილ იქნეს სხეულში მოქმედი პროცესების ნორმალური მიმდინარეობა. ორგანიზმი აწყობილი მთლიანობაა, რომელსაც ემყარება სხეულის ორიენტაცია სივრცეში და წონასწორობა.

ადამიანს, როგორც ბიოლოგიურ ინდივიდს, ყოველთვის აქვს შესაძლებლობა თავისი სხეულის ნაწილებისა და თვითონ ორგანიზმის მდგომარეობა გაიცნობიეროს. ეს მაჩვენებელია იმის, რომ ორგანიზმის ფუნქციონა მანამდესაც ემყარება რაღაც ისეთს, რაც მას როგორც მთელს გვიხასიათებს. ამ მთელის ჩამოყალიბებაში სენსორული ფაქტები მონაწილეობენ, როგორც ეს ჰედისა და ჰოლმსის გამოკვლევებიდან არის ცნობილი. მათი მიმართება არის ის გრძნობადი მასალა, რომლის საფუძველზე ყალიბდება ფსიქოლოგიურად ისეთი ახალი წარმოქმნა, რომელიც პოსტურალური (პოზის) მოდელის, „სხეულის სქემის“ სახელით არის ცნობილი.

თუ რა იგულისხმება ამ ცნების ქვეშ, ამის გასაგებად საჭიროა გავითვალისწინოთ როლი, რომელსაც მის ჩამოყალიბებაში პოსტურალური იმპულსებიდან შემდგარი სენსორული ელემენტები ასრულებენ. ჰედის მითითების მიხედვით იმპულსები, რომელნიც სხეულის მდგომარეობის, მისი სივრცეში მდებარეობის შესახებ იძლევიან სიგნალებს, მიმდინარეობენ ზურგის ტვინის უკანა სვეტში და ისე შემოდინან თავის ტვინში, რომ თავიანთ პირვანდელ დონეს უცვლელად ინარჩუნებენ. ამ იმპულსების მიხედვით სხეულის პოზა ისე იცვლება, რომ ცნობიერ-

ბა მასში არ მონაწილეობს. მათი გავლენის სფეროს წარმოადგენენ კოორდინირებული მოძრაობანი, კუნთების ტონუსის შეცვლა და სხეულის ნაწილების არაცნობიერი განლაგება. უკანა სვეტარ ზირ-თვეებში იმპულსების გადახალისება და ქერქის სენსორულ არეში მათი შემოქრა, ისეთ დონეზე მიმდინარეობს, რომელნიც სხეულის პოზისა და მისი ნაწილების სივრცეში განლაგების გაცნობიერების საფუძვლის როლს ასრულებენ.

ერთი სიტყვით, სხეულის პოზის მოდელის ჩამოყალიბებას საფუძვლად უდევს შეგრძნებათა შედარებისა და შეერთების უნარი, რომელიც დღეში ასჯერ და ათასჯერ მეორდება. ამის შედეგად ყალიბდება „პოსტურალური მოდელი“, რომლის არსი იმაში მდგომარეობს, რომ ყოველ ახალ შეგრძნებას მხოლოდ იმ შემთხვევაში შეუძლია მიაღწიოს ცნობიერებამდე, თუ იგი მიმართებაში იქნება დაყენებული იმასთან, რაც მანამდე მომხდარა.

ამრიგად, „მოდელი“ ცნობიერებაში არ მდებარეობს, პირაქით, იმპულსები მის საფუძველზე პოულობენ ცნობიერებაში გამოხატულებას, მას ქერქი მოჰყავს აქტიურ მდგომარეობაში და სხეულის ნაწილთა მდებარეობის შეცვლით აღმოცენებული შეგრძნებების გაგება იმ შემთხვევაში ხდება შესაძლებელი, როცა ისინი გარკვეულ მიმართებაში დგებიან წინასწარ შემუშავებულ „მოდელთან“. ეს უკანასკნელი შემუშავებას საჭიროებს იმის გამო, რომ სხეულის მდებარეობა, მისი ნაწილების სივრცეში განლაგება იცვლება, მაგრამ ხშირად ერთი და იმავე მდგომარეობის განმეორებასაც აქვს ადგილი, რაც ამა თუ იმ მოდელის ჩამოყალიბებისა და ფაქსაციის პირობას წარმოადგენს. ამიერიდან „ყოველი ახალი მდებარეობა ანუ ყოველი ახალი მოძრაობა ამ პლასტიკური ბუნების მოდელში პოულობს გამოხატულებას და ქერქის მოქმედება ყოველ ახალ შეგრძნებას მასთან ურთიერთობაში აყენებს“ (პედი და ჰოლჰაი)!

სივრცეში სწორი ორიენტაციისათვის არა მარტო სხეულის ნაწილების მდებარეობის ცოდნა არის საჭირო, არამედ თვითონ სხეულისა, რომელიც ჩვენში ხატის სახით არის მოცემული (შაილდერი). თავისთავად ცხადია, თუ რაოდენ დიდი მნიშვნელობა აქვს ამ შემთხვევაში პროპრიოცეპტულ შეგრძნებებს. სხეულის სხვადასხვა ნაწილებიდან მომავალი შეგრძნებები, პიკის აზრით, სქემას კი არ ქმნიან, არამედ სხეულის ისეთ მომართვას, რომელაც შინი ჩვეული მდგომარეობით არის განსაზღვრული (Habitualzustand)

1) Проф. Н. И. Мероуич, Расстройства „схемы тела“ при психических заболеваниях, 1948, გვ. 20.

და ხიდის მოვალეობას ასრულებს „სხეულის სქემასა“ და ანდივიდის გაცნობიერებულ განცდებს შორის.

ერთი სატყეით, სრულიად უდავოა, რომ ჯდომის შემთხვევაში ორგანიზმს ამ ვითარების შესატყვისი პოზა გააჩნია, სიარულის დროს ისეთი, რომელიც მისი განხორციელებისათვის არის საჭირო და ა. შ. მაგრამ საკითხავია: „ორგანიზმის პოზა, „მოდელის“, „სქემის“ სახით არსებობს, თუ ფიქსირებული განწყობის სახით? ჩვენი აზრით, თუ ამ ცნებათა ნამდვილ აზრს გავიგებთ, განწყობაც კეთ უნდა ასახავდეს საქმის აქ აწერილ ვითარებას.

ამ შემთხვევაში განწყობის თანშობილ სახესთან გვაქვს საქმე, რომელიც ფიქსირებული სახით განაგრძობს არსებობასა და სათანადო მომენტში აქტუალიზაციის შესაძლებლობაც გააჩნია. პრინციპულად არაფერს ახალს არ შეიცავს, ამასთან შედარებით ის, რასაც ივ. პავლოვის სკოლიდან გამოსული მკვლევარები საოპორტაციო რეფლექსებს უწოდებენ. ამ ჩვენი მოსაზრების სასარგებლოდ მეტყველებს ისიც, რომ რეფლექსი როგორც ტვინში ასახული მოძრაობა არის განხილული.

ჩვენთვის ცნობილია განწყობის მეორე სახეც, რომელიც ორგანიზმისა და გარემოს ურთიერთობის პროცესში ყალიბდება და გარკვეული მომენტის შემდეგ ქრება. საერთოდ, ორგანიზმსა და გარემოს შორის შეუწყვეტლად მიმდინარეობს ნივთიერებას ცვლა. ნივთი ორგანიზმს მოთხოვნილების დასაკმაყოფილებლად სჭირდება, ამიტომ მიუთითებს დ. უზნაძე, რომ გარემო და მოთხოვნალება განწყობის შემუშავების ობიექტური და სუბიექტური ფაქტორებია. ამ ორი ფაქტორის ერთიანობის შედეგად ყალიბდება ორგანიზმის შზაობა გარკვეული მოქმედებისათვის. ორგანიზმში მიმდინარე პროცესები „ამიტომ მოქმედებენ გარკვეული სახით, წერს დ. უზნაძე, რომ გარკვეული მოთხოვნილება არსებობს, რომლის დაკმაყოფილება გარკვეულ საგანს შეუძლია. მაშასადამე, რა ძალებს ამოქმედებს სუბიექტი და როგორი იქნება ეს მოქმედება, საკანზეა დამოკიდებული, რომელიც სუბიექტს ესაჭიროება და რომლისაყენაც მისი ძალებია მიმართული: მოქმედების, აქტიობის, ქცევას რა გვარობას საგანი განსაზღვრავს. აქტიობა მუდამ საგნობრივია, უსაგნო მოქმედება ყოველს გარკვეულობას მოკლებული ქაოტიური უაზრო პროცესი იქნებოდა, რომელსაც ქცევას ვერავინ უწოდებდა.

„მაგრამ საგანი უშუალოდ, რეფლექსისებურად როდო განსაზღვრავს ამა თუ იმ ქცევის აქტს. ეს შესაძლებელი იქნებოდა მხოლოდ იმ შემთხვევაში, რომ ამ აქტებს დამოუკიდებელი არსე-

ზომა ჰქონოდათ, რომ ისინი გარკვეულ მთლიანობას, ცოცხალ ორსებას, სუბიექტს არ ჰკულისხმობდნენ, რომლის ცალკეულ აქტებსაც ისინი წარმოადგენენ. მაგრამ ცოცხალი არსება, სუბიექტი, როგორც ორგანიზმი, ისეთი მთლიანობაა, რომელშიც მთელი წინ უსწრებს ნაწილებს, რომელშიც ნაწილები, კერძო მოვლენები პირველადი მთლიანობის შემდგომი დიფერენციაციის ნიადაგზე არიან აღმოცენებულნი, რომელშიაც, მამასადამე, მთელი ეს არ არის ნაწილზე დამოკიდებული, არამედ, პირიქით, ნაწილებია მთელზე დამოკიდებული¹. ასეთია ორგანიზმი, რომელშიც მიმდინარეობს ქცევის ჩამოყალიბება და რომლისათვის დამახასიათებელი მთლიანობითი ბუნების ეფექტი არა სპონტანურად, არამედ გარემოსა და მოთხოვნილების ერთიანობის შედეგად აღმოცენდება.

ამრიგად, ქცევისათვის დამახასიათებელი მთლიანობა დინამიკური ხასიათისაა, იგი გარკვეულ გარემოსა და მოთხოვნილების ურთიერთობის პირობებში აღმოცენდება და მოთხოვნილების დაკმაყოფილების შემდეგ ქრება. ცოცხალმა არსებამ თუნაც ერთი ნაბიჯი რომ გადადგას, ამისათვის იგი, როგორც მთელი წინასწარ უნდა მოიმართოს, ამ ნაბიჯის გადასადგმელად უნდა განეწყოს.

განწყობა და აღქმის ხატი

ქცევასთან განწყობის დამოკიდებულება ცნობილია, მაგრამ აღქმის ხატთან აქვს თუ არა მას იგივე ურთიერთობა, ეს ისეთი საკითხია, რომელიც ცალკე შემოწმებას საჭიროებს.

სიბნელისათვის თვალების ადაპტაციის შემდეგ ცდისპირს გაეუნათოთ 2 წამის განმავლობაში თეთრ ფონზე მოთავსებული ორი წითელი წრე: მარცხნივ დიდი და მარჯვნივ პატარა O O. სინათლის ჩაქრობის მომენტიდანვე იქვე გამოჩნდება ამ წრეების მუქი წითელი ფერის ოპტიკური გამოხატულება, რომელიც საშუალოდ 6—8 სექუნდში რჩება დაუშლელად, რაც სრულიად საკმარისია, რომ ცდისპირმა გაარჩიოს მათი სიდიდე და ერთმანეთს შეადაროს ისინი. ამ საგანწყობო ცდის 15-ჯერ განმეორება საკმარისია იმისათვის, რომ განწყობის ფიქსაცია ჩავთვალოთ დამთავრებულად.

კრიტიკული (საკონტროლო) ცდა ისევ ორი წითელი წრის

¹ დ. უზნაძე, ადამიანის ქცევის ფორმები, სტალინის სახელობის თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტის შრომები, ტ. XVII, 1941, გვ. 5—6. განწყობის ცნების სისტემატური განხილვა მოცემულია დ. უზნაძის მონოგრაფიაში: განწყობის ფსიქოლოგიის ექსპერიმენტული საფუძვლები, ფსიქოლოგია, ტ. VI, 1949.

განათებით იწყება, მაგრამ ისინი მოცულობით განსხვავებულნი კი არ არიან, არამედ ტოლი O O. ამ შემთხვევებშიც ცდისპირი ერთ-მანეთს ამ წრეებს და მათი თანამიმდევარ ოპტიკურ გამოხატულებას აღარებს¹.

ცდისპირი განათებულ ტოლ წრეებსა და მათ თანამიმდევარ ოპტიკურ ხატებს ტოლად კი არ დაინახავს, არამედ უტოლოდ, რომელთაგან წყვილის ერთი წვერი დიდი ჩანს, მეორე—პატარა. ჩვეულებრივ, დიდი ჩანს თანამიმდევარი ოპტიკური გამოხატულება იმ მხარეზე, სადაც განწყობის ფიქსაციის ცდაში პატარა წრის განათებას მივმართავდით (კონტრასტული ილუზია). შედარებით უფრო იშვიათია, მაგრამ შესაძლებელია დიდი ჩანდეს თანამიმდევარი ხატი იმ ადგილზე, სადაც განწყობის ფიქსაციის დროს დიდი წრე იყო მოთავსებული (ასიმილაციური ილუზია). საბოლოოდ ფიქსირებული განწყობის მოქმედება ძალას კარგავს და ადგილს უთმობს ტოლი წრეებისა და მათი თანამიმდევარი ოპტიკური გამოხატულების ტოლად დანახვას.

რით არის გამოწვეული ტოლი წრეებისა და მათი თანამიმდევარი ხატის როგორც არატოლი სიდიდეების აღქმა? ამაში გასარკვევად განწყობის საფიქსაციო ცდას უნდა მივმართოთ, რომელიც წინ უძღვის ტოლი წრეების აღქმას. საგანწყობო ცდაში დიდი და პატარა ფიგურების ზედიზედ 15-ჯერ აღქმამ, ჩანს, რომ ცდისპირში სათანადო ცვლილება გამოიწვია, იგი ამ ცდამ განაწყო არატოლი წრეების აღსაქმელად. კრიტიკულ ცდაში ცდისპირის წინ ტოლი წრეებია, მაგრამ იგი აქედან მიღებულ შთაბეჭდილებებს, როგორც ამას კრიტიკული ცდის მიმდინარეობა გვიჩვენებს, უტოლო წრეების ზეგავლენით ფიქსირებული განწყობის შესატყვისად აღიქვამს, ამიტომაც ტოლ წრეებსა და მის თანამიმდევარ ხატებს იგი უტოლოდ ხედავს და ასედაც აღიქვამს.

ამრიგად, ტოლი წრეების ილუზორულად აღქმის მიზეზი ჩვენ მიერ ფიქსირებული განწყობაა, რომლის ზეგავლენით მიმდინარეობს შთაბეჭდილებათა ასიმილაცია. ეს კი იმის მაჩვენებელია, რომ გამღიზიანებელთა ხატი არა უშუალოდ, არამედ განწყობის საფუძველზე გადამუშავებული პოულობს გამოხატულებას ცნობიერებაში.

¹ მეთოდის დაწვრილებითი აღწერა მოცემულია ჩვენს წერილში: თანამიმდევარი ხატი და ფიქსირებული განწყობა, საქართველოს მეცნიერებათა აკადემიის შობაზე, № 2, 1950.

ფიქსირებული განწყობის ჩაქრობის მიმდინარეობამ გვიჩვენა, რომ ჩვენ მიერ შესწავლილ შემთხვევათა 96%-ს მხოლოდ კრიტიკული ცდის 10—15 განმეორების ფარგლებში შეუძლია მიაღწიოს იმას, რომ ტოლი წრეების თანამიმდევარი ხატები ტოლად დაინახოს, რაც მათი განწყობის დინამიკურობის მაჩვენებელია. მხოლოდ დანარჩენ შემთხვევაში დაგვეკირდა განწყობის ჩასაქრობად ცდის 30 და მეტჯერ განმეორება. ამრიგად, შემთხვევათა საერთო რაოდენობის 4%-ს ახასიათებს ფიქსირებული განწყობის სტატიკურობა, ანუ ინერტულობა.

ჩაქრობის პროცესის მიმდინარეობაში, როგორც აღნიშნული იყო, ჩვეულებრივად კონტრასტული ილუზიების ფაზას ცვლას ასომილაცია, ხოლო ორივეს—ტოლობა. განწყობის ფაზათა ასეთი შორიგეობით მიმდინარეობა და თანდათანობითი დასუსტება, ცხადია, მისი პლასტიკურობის მაჩვენებელია. პლასტიკური აღმოჩნდა განწყობა შემთხვევათა 75%-ის ფარგლებში, მაგრამ აქვე გვხვდება ისეთი სურათი, როცა კონტრასტული მოქმედებიდან ცდისპირი ერთბაშად ტოლობაზე გადადის. ეს განწყობის ჩაქრობის სიტლანქივ მიუთითებს, რაც ჩვენს მასალაში 25% რაოდენობით არის წარმოდგენილი.

სხვადასხვა დროს თითოეული ცდისპირის შემოწმებამ გვიჩვენა, რომ განწყობის ჩაქრობის ერთხელ გამომცვლადებული მიმდინარეობა უცვლელად რჩება. მას აღამიანში ისეთი მყარი ადგილი უკავია, რომ მთელ მის სიცოცხლეში შეიძლება ასეთი დარჩენს, თუ რაიმე განსაკუთრებულმა შემთხვევამ არ მოახდინა მასში საღუძველიანი გარდატეხა. ერთი სიტყვით, იგი კონსტანტური ია.

ფიქსირებული განწყობის შემდეგ თავისებურებას შეადგენს ის, რომ ანალოგიურ სიტუაციაში მას ხელმეორედ განახლება ახასიათებს; ცდისპირი ტოლი წრეების თანამიმდევარ ხატებს ილუზორულად შეცვლილს ნახულობს განწყობის ფიქსაციიდან, მეორე, მესამე, მეშვიდე დღეს—განწყობას დროში გამძლეობა, ე. ი. სტაბილურობა ახასიათებს. უნდა ვიფიქროთ იმიტომ, რომ ტოლი წრეები და მისი ხატი ამ შემთხვევაში რამდენიმე დღის წინ ფიქსირებული განწყობის აქტუალიზაციის სიგნალის როლს ასრულებს.

მხოლოდ ერთი თვალის მონაწილეობით ფიქსირებული განწყობის ეფექტი, როგორც სპეციალურად დაყენებულმა ცდის შედეგებმა გვიჩვენა, მეორე თვალში იჩენს თავს. ეს ფიქსირებული განწყობის ირადიაციაზე მიგვითითებს.

განსხვავებული სიდიდის წრეებზე განწყობის ფიქსაციის შემდეგ ცდისპირები ილუზორულად აღიქვამდნენ არა მხოლოდ ტოლი წრეების, არამედ ტოლი ელიფსების, ტოლი კვადრატების, ტოლი სამკუთხედების თანამიმდევარ ოპტიკურ ხატებს. ამ შემთხვევებში, რასაკვირველია, განწყობის გენერალიზაცია სივრცით გაქვეს საქმე.

რიგ შემთხვევებში საკმარისია საგანწყობო ცდის 5—6-ჯერ განმეორება, რომ ცდისპირისათვის დამახასიათებელი განწყობის ჩაქრობის ტიპური სურათი მივიღოთ. მათ შორის არიან ისეთებიც, რომელთაც ამავე შედეგების მისაღებად საგანწყობო ცდის 8—10-ჯერ განმეორება სჭირდებათ. ერთი სიტყვით, განწყობისათვის მეტად თუ ნაკლებად გამოხატული აგზნებადობა არის დამახასიათებელი. ეს იმის მაჩვენებელია, რომ ზოგან მისი ფიქსაცია ადვილად მიმდინარეობს, ზოგჯერაც შეტი წინააღმდეგობის დაძლევა არის საჭირო.

სრულიად ცხადი უნდა იყოს, რომ განწყობის შემთხვევა პარაცესია, შესაძლებელი ხდება მისი ფიქსაცია და გარკვეული დროის შემდეგ ჩაქრობა. განწყობის სხვა დამახასიათებელი თავისებურებებიდან ჩვენთვის ცნობილია: დინამიკურობა, პლასტიკურობა, სტაბილობა, ირადიაცია, გენერალიზაცია, მეტ-ნაკლებად გამოხატული აგზნებადობა და სიმტკიცე. ჩვენ აქ ჯანსაღ ადამიანთა კვლევის შედეგებს ვიხილავთ, რომელთა 88%-სათვის, როგორც დ. უზნაძეს აქვს მითითებული, განწყობის დინამიკურობა და პლასტიკურობა არის დამახასიათებელი¹.

ჯანსაღ ადამიანთა შემდგომ და არსებითი მნიშვნელობის თავისებურებას შეადგენს ის, რომ მათ აქვთ განწყობის აზრით, ანუ სიტყვით სატუაციაში შემუშავების უნარი. ამრიგად, ფსიქიკური ცხოვრების პირველ და მეორე დონეთა შორის ურთიერთობაში არავითარი ბზარი არ შეინიშნება. ამის საგანგებოდ აღნიშვნა, იმიტომ მიგვაჩნია აუცილებლად, რომ, როგორც ქვემოთ ვნახავთ, არანორმალური ადამიანის ქცევის თავისებურების ძირითადი მიზეზი სწორედ აქ არის საძიებელი.

¹ აქ დასახელებული ცნებების დადგენა დ. უზნაძეს ეუთენის, იხ. მისი მონოგრაფია: განწყობის ფსიქოლოგიის ექსპერიმენტული საფუძვლები, ფსიქოლოგია, ტ. VI, 1949.

ზიძხიკიბული განწყობა და ინდივიდის გამოცდილების უპრობლემობა

ჩვენ გავეცანით მასალებს, რომელნიც აღქმის ხატისა და ფიქსირებული განწყობის ურთიერთობას გვიხასიათებენ. ვნახეთ, რომ განწყობის ზეგავლენით აღქმის ხატი სრულიად გარკვეული ხასიათის ცვლილებას განიცდის. ამასთან დაკავშირებით იმის გარკვევაც არის საჭირო, თუ როგორ მიმდინარეობს აღქმის ჩამოყალიბება განწყობის ზეგავლენით და ხომ არ აღინიშნება აქ მსგავსება, საერთოდ, კარგად ცნობილ პროცესთან, რომელიც შეგრძნობისა და აღქმის ურთიერთობას ეხება და, რაც ფსიქოლოგიაში შეგრძნებებში გამოცდილების მონაწილეობის სახელით არის ცნობილი.

ამ საკითხზე ექსპერიმენტულად დასაბუთებული პასუხის მოსაპოვებლად შემდეგი შინაარსის ცდა იყო დაყენებული.

დიდი და პატარა წრებისა და მათი თანამიმდევარი ხატის ექსპოზიცია 15-წერ იყო განმეორებული, რათა მიგვეღწია განწყობის ფიქსაციისათვის. ერთი სიტყვით, ჩვეულებრივი წესით მიმდინარეობდა საგანწყობო ცდა, ცვლილება მხოლოდ კრიტიკულ ცდას შეეხება: ტოლი წრეების განათება ისე სწრაფად მიმდინარეობდა, რომ შეუმჩნეველი რჩებოდა ცდისპირისათვის მათი სიდიდე და ამდენად მათი შედარებაც შეუძლებელი. მიუხედავად ამისა, სიბნელეში ჩვენ მიერ სწრაფად განათებული ტოლი წრეების თანამიმდევარი ხატი ახერხებდა აღმოცენებას, მაგრამ რაც საინტერესოა, მან განკითხვების ისეთი საფეხური გვიჩვენა, რომელიც მანამდე ჩვენთვის არ ყოფილა ცნობილი.

სწრაფად განათების შედეგად ორივე ხატი დაპატარავებულა ჩანდა და მათ შორის სიდიდის მიხედვით განსხვავების დანახვაც მოუხერხებელი. ეს ეხება ტოლი წრეების ხატების გამოჩენის პირველ პერიოდს, რომლის შემდეგ ნათლად შესამჩნევია ის, რომ ერთ-ერთი ხატი უფრო ხშირად იმ ადგილზე, რომელიც საგანწყობო ცდაში დიდ წრეს ეკავა, თანდათან იბერება და საბოლოოდ თვალწინ ერთი დიდი და მეორე პატარა ხატი ჩერდება. ამ შემთხვევაში გვაქვს საქმე თანამიმდევარი ხატების განწყობის ზეგავლენით ილუზორულ აღქმასთან, ვინაიდან ილუზიის არსებობა მხოლოდ აღქმის ფარგლებში არის შესაძლებელი.

ჩვეულებრივი მსჯელობის მიხედვით აქ აღქმის ორი საფეხური გვაქვს: პერცეპციისა და აპერცეპციის. ამ უკანასკნელი ტერმინით ისეთი ცვლილება იგულისხმება, რომელსაც გამოცდილება შეაქვს აღქმაში. ზემოხსენებული ექსპერიმენტის პირობებში ჩვენვე შევი-

მუშავეთ დიდი და პატარა წრეებისა და მათი თანამიმდევარი ხატების აღქმის მზაობა, რომელსაც აღქმის ხატის პერცეპციაში იმ მხრივ შეაქვს ცვლილება, რომ მას ილუზორულ გამოხატულებას აძლევს.

ინდივიდის მზაობა სრულიად ცხადად იმასვე აკეთებს, რაც დღემდე აპერცეპციის სახელით აღინიშნება და რასაც ტრადიციული ფსიქოლოგია გამოცდილების დამსახურებად თვლის. მე რომ ერთ დროს ასე მიმოქმედი, ეს უგზო-უკვლოდ არ იკარგება, იგი ჩემში, როგორც ტრადიციული თვალსაზრისი იტყოდა, გამოცდილების სახით განაგრძობს არსებობას და, საჭიროების მიხედვით, მონაწილეობას ღებულობს ფსიქიკური ცხოვრების მიმდინარეობაში.

ფსიქოლოგიაში დღესაც არ არსებობს გარკვეული აზრი იმის შესახებ, თუ რა ფორმით შეუძლია გამოცდილებას არსებობა. წარმოდგენის სახით მისი არსებობა არ უნდა იყოს შესაძლებელი, ვინაიდან იგი ცნობიერების ფაქტია. გამოცდილება თვითონ არასოდეს არ არის ცნობიერებაში მოცემული, მას ჩვენში არაცნობიერი არსებობა ახასიათებს. ამ მხრივ ის, რასაც გამოცდილება ეწოდება განწყობას უფრო უახლოვდება, რომელსაც, როგორც ვნაჰუთ, ახასიათებს ფიქსაცია, წლობით არსებობა და მომდევნო შთაბეჭდილებაზე გარკვეული ხასიათის ზეგავლენა. ამიტომ, ჩვენი აზრით, გამოცდილებას არაფერი რჩება ინდივიდში გასაკეთებელი იმაზე მეტი, რასაც ფიქსირებული მზაობა (განწყობა) აკეთებს. ამ უკანასკნელის სახით უნდა ახერხებდეს გამოცდილება ინდივიდის მოქმედებაში მონაწილეობის მიღებას.

სადაც აღქმაა, იქ ყველგან საქმე თუ გამოცდილების მონაწილეობასთან გვაქვს, მაშინ შეუძლებელია აღქმა განწყობის გარეშე არსებობდეს. სინამდვილეშიაც იგი როგორც ილუზორული, ისე ამოღიზიანებელის ადეკვატური აღქმის საფუძვლის როლს ასრულებს. ტოლი ობიექტების ტოლად აღქმა, რომ განწყობის საფუძველზე მიმდინარეობს, ეს ექსპერიმენტული შესწავლის საგანს წარმოადგენდა და შედეგიც ამის დამადასტურებელი აღმოჩნდა.

სამკუთხედის აღქმა თუ ფიქსირებული განწყობის ნიადაგზე ხდება, მაშინ მისი პერცეპციისა და აპერცეპციის საფეხურები ადვილად დასანახი უნდა იყოს. ამის შესამოწმებლად სულ უბრალო ცდის დაყენება იქნება საკმარისი. სიბნელეში თვალების ადაპტაციის შემდეგ გაუნათოთ ცდისპირს დაუმთავრებელი Δ ფიგურა. თანახმად ჩვენი მსჯელობისა, მისმა დანახვამ სათანადო განწყობის

აქტუალიზაცია უნდა შეძლოს, რომლის საფუძველზე ამ ფიგურის აღქმამ დასრულებული ფორმა უნდა მიიღოს.

სინამდვილე ჩვენი ვარაუდის სასარგებლოდ მეტყველი აღმოჩნდა. დაუმთავრებელი ფიგურის Δ განათებისა და სინათლის ჩაქრობის შემდეგ მხედველობის ველზე ჩნდება, როგორც ეს ამ საკითხის სპეციალურმა შესწავლამ გვიჩვენა, ჯერ დაუმთავრებელი ფიგურის ხატი, ე. ი. განათებული ფიგურის ნამდვილი ასლი,—წამიცი არ არის საჭირო იმისათვის, რომ ამ ფიგურის გვერდები ამოძრავდნენ და დაუმთავრებელი ფიგურის ადგილი დასრულებულა Δ სამკუთხედის ხატმა დაიკავოს.

ასეთი შედეგის მიღება იმიტომ აღმოჩნდა შესაძლებელი, რომ დაუმთავრებელი ფიგურის მოყვანილობა სამკუთხედს მოგვაგონებს, იგიც იმპულსი აღმოჩნდა იმისა, რომ სამკუთხედის აღქმისათვის აუცილებელი ფიქსირებული განწყობის აქტუალიზაცია გამომწვევია. ეს ჩანს იქიდან, რომ გარკვეული მომენტის შემდეგ მხედველობის ველზე დინამიკური პროცესი იწყება: ამოძრავებულა გვერდები ერთდებიან და დაუმთავრებელი ფიგურის ადგილს იკავებს დამთავრებული ფიგურა,—ამით სამკუთხედის აღქმაც მთავრდება.

ერთი სიტყვით, ფიქსირებული განწყობის ცნება გასაგებს ხდის იმ როლს, რომელსაც გამოცდილებას მიაწერდნენ და რაც დღემდე გამოცდილების შინაარსად იყო ნაგულისხმევი. ამ საკითხის გაშუქებას ჩვენ ქვემოთ ხელახლად დაუბრუნდებით, როცა სულით ავადმყოფის ქცევის დახასიათების შესახებ გვექნება მსჯელობა. იქ დავინახავთ, რომ შექმნილი გამოცდილება ხელუხლებლად არას დარჩენილი, მაგრამ ქცევაში მისი ჩართვა არ ხდება ნორმალურად ან კიდევ ავადმყოფი მას სრულად უადგილო ადგილას იყენებს.

განწყობის ცნების საბუნებისმეტყველო დასახუთებისათვის

ჩვენი მიზანი იქნება განწყობის საბუნებისმეტყველო შესწავლა ისეთივე გზით წარემართოთ, როგორც ეს ი. პ. პავლოვის მიერ, ე. წ. პირობითი რეფლექსის მიმართ არის განხორციელებული. ამ უკანასკნელს იგი ელემენტარულ ფსიქიკურ აქტად თვლიდა, რომელიც, მისი აზრით, ქერქში მიმდინარე აგზნების, შეკავებისა და მათ შორის ინდუქციური დამოკიდებულების საფუძველზე ხორციელდება. ამრიგად, ი. პ. პავლოვმა გვიჩვენა ფიზიოლოგიური მექანიზმები, რომელთა მონაწილეობით ხორციელდება ფსიქიკური ანუ.

როგორც იგი უწოდებს, „უმაღლესი ნერვული მოქმედება“. განწყობა ფსიქიკურ მოვლენათა რიგს მიეკუთვნება, ამიტომ, საფიქრებელია, რომ მის აღმოცენებაში, საერთოდ ფსიქიკური მოქმედებისათვის დამახასიათებელი, ფიზიოლოგიური მექანიზმები ღებულობენ მონაწილეობას.

ჯერ შევეცადოთ გავარკვიოთ არის თუ არა შესაძლებელი აღწმის თანამიმდევარმა ხატმა შეასრულოს პირობითი სიგნალს როლი?

სმენის პირობითი გამლიზიანებლის მოქმედება 10 წამით წინ უძღოდა თეთრ ქალაღზე დაწეპებული წითელი სამკუთხედის გაწათებას, რომელიც 2 წამი გრძელდებოდა. სინათლის ჩაქრობას თან სდევდა სამკუთხედის თანამიმდევარი ხატის აღმოცენება, რომლის ჩაქრობამდე გრძელდებოდა სმენის გამლიზიანებლის (300 ჰერცი) მოქმედება¹. ამ ცდის 300-ჯერ განმეორება აღმოჩნდა აუცალბელი, რომ სმენის პირობითი სიგნალის მოქმედებაში მოყვანას გამოეწვია ცდისპირის თვალწინ განათებული არეს აღმოცენება, რასაკვირველია, მხედველობის გამლიზიანებლის განათების გარეშე. ცხადია, ასეთი შედეგის მიღება შეუძლებელი უნდა ყოფილიყო, რომ ცდის სისტემატურ განმეორებას არ გამოეწვია კავშირის დამყარება სმენისა და მხედველობის ქერქულ პუნქტებს შორის.

ამიერიდან სმენის ქერქულ კერაში აღმოცენებული აგზნება ვზას იკავებს მხედველობის ქერქულ კერისაკენ და იწვევს აგზნების გაძლიერებას, რასაც თან სდევს სინათლის ეფექტის აღმოცენება. ამ ფენომენის კავშირი სმენის გამლიზიანებელთან იმის მიხედვითაც ჩანს, რომ მისი ხანგრძლიობა 15—20 წამიდან 180 წამამდე გაიზარდა. ამ კავშირის რეფლექსური ბუნების შესახებ მიუთითებს ის, რომ შესაძლებელია მისი ჩაქრობა და აღდგენა, აგრეთვე დადებით და უარყოფით გამლიზიანებელთა მიხედვით დიფერენციაციის მიღწევა.

ამან შესაძლებლობა მოგვცა კვლევის ობიექტად გავეხადა განწყობის ურთიერთობა პირობით სიგნალებთან. 300 ჰერციან სმენის პირობით სიგნალთან შევაუღლეთ დიდი და პატარა წრეების თანამიმდევარი ხატები, ხოლო 100 ჰერციან სმენის სიგნალთან

¹ უფო დაწერილებით ამ ცდისა და შედეგების აღწერას დაინტერესებული მკითხველი იპოვის — ი. ბქაღავა, პირობით გამლიზიანებელთან შეუღლებული თანამიმდევარი ხატი, საქართველოს მეცნიერებათა აკადემიის მოამბე, № 2, 1953.

ტოლი წრეების თანამიმდევარი ხატები. ერთ დღეს ცდისპირი 300 ჰერციან, ხოლო მეორე დღეს—100 ჰერციან სიგნალთან მუშაობდა. ორივე შემთხვევაში ცდა განწყობის ფიქსაციისკენ არის მიმართული, მაგრამ მათ შორის განსხვავებაც არსებობს: სმენის სიგნალის 300 ჰერცის მოქმედების პირობებში მუშავდება უტოლო წრეებისა და მათი თანამიმდევარი ხატების უტოლოდ, ხოლო სმენის სიგნალის 100 ჰერცის მოქმედების პირობებში—ტოლ გამლიზიანებელთა და მათი ხატის ტოლად აღქმის განწყობა¹.

კრიტიკული ცდის წარმოებას წინ უსწრებდა სმენისა და მხედველობის ქერქულ პუნქტებს შორის დროებითი კავშირის დამყარება, მათ შორის ნერვული გზის გაკაფვა. ამის შემდეგ ცდისპირს როგორც სმენის სიგნალი 100, ისე 300 ჰერცის მოქმედების დროს, ვუნათებდით მხოლოდ ტოლ წრეებს. გამოირკვა, რომ ტოლი წრეები და მათი თანამიმდევარი ხატი ტოლი ჩანდა, თუ სმენის სიგნალად 100 ჰერცი მოქმედებდა. არსებითად შეიცვალა სურათი, როცა უტოლო წრეების ექსპოზიციის პირობებში მოქმედი სმენის სიგნალი (300 ჰერცი) მოვიყვანეთ მოქმედებაში. ამ შემთხვევაში იგივე ტოლი წრეების თანამიმდევარი ხატები არა ტოლი, არამედ პირობითი სიგნალის შესატყვისად შეცვლილი აღმოჩნდა, ე. ი. ერთი დიდი და მეორე პატარა.

ჩვენი ცდის შედეგის მიხედვით ირკვევა, რომ ერთი და იმავე გამლიზიანებელთა თანამიმდევარ ოპტიკურ ხატებს ცდისპირები ტოლდაც აღიქვამენ და უტოლოდაც, იმის მიხედვით, რომელი სმენის სიგნალი მოგვყავდა მოქმედებაში.

პირველ რიგში აქ წარმოადგენილი შედეგი იმის მაჩვენებელია, რომ კავშირი სმენისა და მხედველობის ქერქულ კერებს შორის არსებობს. სწორედ ამის ცოდნა სვამს საკითხს იმის შესახებ, თუ როგორ ახერხებს სმენის პირობითი გამლიზიანებელი თანამიმდევარი ხატების აღქმაში ცვლილების შეტანას? ცხადია არავითარი საბუთი არ არსებობს ვიფიქროთ, რომ 300 და 100 ჰერცის ბგერაა ამაში უშუალოდ დამნაშავე, ვინაიდან სმენის ფიზიკური გამლიზიანებლისათვის სულერთია როგორ მიმართულებას მიიღებს ჩვენი აღქმა. ექსპერიმენტის მიმდინარეობაში არც ანალიზატორებისათვის მიგვიყენებია ზიანი, რომ გამლიზიანებელთა გაუქვლმართე-

¹ ამ ცდის დაწერილებით აღწერას მკითხველი იპოვის ჩვენს გამოკვლევაში: ფიქსირებული განწყობა და დროებითი კავშირების მექანიზმი, საქართველოს მეცნიერებათა აკადემიის მოამბე, № 6, 1953.

ბული აღქმა მიგველა ფაქტობრივი ვითარების მიხედვით თუ ვიმსჯელებთ, ვნახავთ, რომ ცდისპირი, რომლის გამორიცხვა შეუძლებელია ექსპერიმენტიდან, ერთ შემთხვევაში ჩვენ მოვამზადეთ იმისათვის, რომ ოპტიკური გამლიზიანებლები უტოლოდ, ხოლო მეორე ცდაში—ტოლად დაენახა, ახლა როცა მოქმედებაში პირველი პირობითი გამლიზიანებელი (300 ჰერცი) მოგვყავს, იგი ცდისპირში იმ დიქსირებული განწყობის აქტუალიზაციას იწვევს, რომლის ჩამოყალიბებაში თვითონ ლებულობდა მონაწილეობას. ეს არის მიზეზი იმისა, რომ სენსორული რეაქცია არა ოპტიკური გამლიზიანებლის, არამედ აქტუალური განწყობის შესატყვის მიმართულებას იძენს. ცდისპირის წინ ტოლი წრეებია, მაგრამ იგი მას არა ტოლად, არამედ როგორც უტოლოებს აღიქვამს.

იგივე მეორდება 100 ჰერციანი პირობითი გამლიზიანებლის ამოქმედების შედეგად. 100 ჰერცი ტოლი წრეების განათებასთან ყოველზე უფლებული, რომლის სტერეოტიპულმა განმეორებამ ცდისპირი ამ გამლიზიანებელთა ტოლად აღქმისათვის განაწყობს. სმენის პირობითი გამლიზიანებელი ამ წინასწარ შემუშავებული განწყობის აქტუალიზაციის სიგნალის როლს ასრულებს, და რეაქციაც მასთან ადეკვატური ჩანს. ამრიგად, პირობით გამლიზიანებელს არა მარტო ქცევაში განლაგებული მექანიზმები, არამედ ამასთანავე ერთად ამ მექანიზმების მონაწილეობით ფიქსირებული განწყობა მოჰყავს მოქმედებაში, რომლის რეალიზაციის შედეგია ის, რომ ტოლი წრეების თანამიმდევარი ხატები ერთ შემთხვევაში ილუზორულად შეცვლილი ჩანან და მეორე შემთხვევაში — ტოლნი.

საესებით ამის ანალოგიურ სურათს იძლევა დროებითი კავშირების ჩამოყალიბებაზე დაკვირვება. ამ შემთხვევაშიც ნერწყვის გამოყოფა სმენისა და მოგრძო ტვინის სათანადო პუნქტებს შორის დროებითი კავშირის ჩამოყალიბების საფუძველზე მიმდინარეობს. პირში ნერწყვის გამოყოფა ორგანიზმის ერთი მოქმედებაა, მეტრონომზე საპასუხო რეაქცია — მეორე, მაგრამ ამ ორი მოქმედების დროში დამთხვევით არც ისე იშვიათად მიმართავს ცხოველი ისეთ მოძრაობას, თითქოს საკმელს ჰაერში იჭერდეს. ამ შემთხვევაში, ცხადია, ძაღლის საპასუხო რეაქცია მოკლებულია საგრძობრივ შინაარსს და წარმოადგენს ანალოგს პირობითი გამლიზიანებლით გამოწვეული სინათლის ეფექტისა.

პირობითი სიგნალი, რომელიც ამას ცხოველის მოქმედება გვიჩვენებს, დაკავშირებულია არა მარტო სალივაციასთან, არამედ მწიერი ორგანიზმის მდგომარეობასთან მთლიანად, პირობითი და

უპირობო რეფლექსების გამაერთიანებელი ქერქული მექანიზმის საფუძველზე მიმდინარე ქცევასთან—ჭამის აქტთან. მართალია, ცხოველის ეს ქცევა ქერქული მექანიზმებით ხორციელდება. ნაკრამ მისი სახით ორგანიზმის მოქმედებასთან გვაქვს საქმე, რომელიც მთლიანია იმიტომ, რომ მასში ორგანიზმის მოთხოვნილება და მისი დაკმაყოფილების საგანია ასახული.

თუ მხედველობაში მივიღებთ იმას, რომ თანამიმდევარი ხატის აღმოცენება ინდივიდის სურვილზე არ არის დამოკიდებული და არც მისი ჩაქრობა, მაშინ ცხადი უნდა იყოს ისიც, რომ ჩვენ ხელთ გვაქვს ისეთი ინდიკატორი, რომელიც ჩვენ ცდებში ნერწყვის მაგივრობას წევს და ამდენად განწყობის საბუნებისმეტყველო დასაბუთების საშუალებას იძლევა. ამის შემდეგ ცხადია, საჭიროა კონკრეტულ-ფიზიოლოგიურ მექანიზმზე მითითება, რომლის მონაწილეობით ყალიბდება განწყობა.

სწორედ ამის გასარკვევად სმენის პირობით გამლიზიანებლად ავირჩიეთ 100 ჰერცი, 700 ჰერცი, 300 ჰერცი და მეტრონომის 120 რხევა წუთში. მხედველობის გამლიზიანებლად ერთი წყვილი ტოლი და მეორე წყვილი უტოლო წრეები გვაქვს გამოყენებული.

100 ჰერცი დიფერენცირების როლს ასრულებს, ამიტომ მასთან შეუღლებულია ტოლი წრეებს განათება: რაც შეეხება დანარჩენი სმენის გამლიზიანებლებს, თითოეული მათგანი უტოლო წრეების განათებასთან არის შეუღლებული.

შემათულებელი ცდების დამთავრების შემდეგ პირობითი სიგნალი 300 ჰერცი ჩავსვით არა მარტო თავის, არამედ 100 ჰერცის, 700 ჰერცის, M—120 მოქმედების ადგილზე. თითოეულ შემთხვევაში ცდისპირს ტოლ წრეებს ვუნათებდით. მან ტოლი წრეების თანამიმდევარი ოპტიკური ხატები დაინახა არა ტოლად, არამედ 300 ჰერციან სიგნალთან შეუღლებული ფიქსირებული განწყობას შესატყვისად შეცვლილი, ე. ი. ერთი დიდი იყო და მეორე პატარა. სავსებით ამის ანალოგიური სურათი გადაიშალა ჩვენ წინ, დანარჩენი პირობითი სიგნალების შემოწმების შედეგად.

თითოეული სიგნალი ყველა დანარჩენს ცვლის და ერთი და იგივე განწყობის აქტუალიზაციას ემსახურება. ამის მაჩვენებელია ის, რომ ტოლი წრეების თანამიმდევარი ოპტიკური ხატები ყველგან

¹ ი. ბეალავა, ფიქსირებული განწყობა და ტვინის ნახევარსფეროების მუშაობის სისტემურობა, საქართველოს მეცნიერებათა აკადემიის მოამბე, № 10, 1953.

ილუზორულად შეცვლილნი გვევლინებიან. პირობითი სიგნალი ამის მიღწევას არა თავის რიგით ადგილზე, არამედ მაშინაც ახერხებს. როცა იგი რიგში სხვა დანარჩენებს ცვლის, ამ მხრივ საინტერესოა 100 ჰერციანი სიგნალის შედეგების გაცნობა. იგი თავის რიგით ადგილზე ტოლი წრეების აღქმას უცვლელად ტოვებს, ე. ი. მასთან შეუღლებული ტოლობის განწყობის აქტუალიზაციას იწვევს და ამიტომ ტოლი წრეების თანამიმდევარი ხატები ტოლი ჩანან. იგივე პირობითი სიგნალი დანარჩენთა რიგით ადგილზე არა მასთან შეუღლებულის, არამედ იმ განწყობის აქტუალიზაციას ახერხებს. რომლის ადგილზე იგი ამჟამად განაგრძობს მოქმედებას. შედეგი ამისა არის ის, რომ ტოლი წრეების თანამიმდევარი ხატები ილუზორულად შეცვლილნი განიცდებიან. ერთი სიტყვით, თითოეული სიგნალი იწვევს ჩვენ მიერ განმტკიცებული სისტემური ცვლილების აღდგენას, ამიტომ საპასუხო რეაქცია მის შესატყვისად შეცვლილი პოულობს გარეთ გამოხატულებას.

ასეთი შედეგების მიღება, ცხადია, შეუძლებელი აღმოჩნდებოდა, რომ ქერქში გამღიზიანებელთა ზემოქმედების არეები ცალკეულ პუნქტად იყოს ჩამოყალიბებული. გამოიკვეა, რომ ადამიანის რექმედების დროს ისანი არა როგორც იზოლირებული არეები არსებობენ, არამედ როგორც ფუნქციონალურად გაერთიანებული დინამიკური სისტემები.

აქედან ცხადია, რომ განწყობის მოქმედება თავის ტვინის სისტემურ მუშაობას ემყარება, რომელიც, ი. პ. პავლოვის სიტყვით რომ ვთქვათ. წარმოადგენს აგზნებითი და შეკავებითი პროცესების აწყობასა და განაწილებას ჰემისფეროების ქერქში¹.

აქვე ერთ გარემოებას უნდა მივაქციოთ ყურადღება. ხატი აგზნების გარეშე არ აღმოცენდება, მაგრამ მისგან იმით განსხვავდება, რომ ყოველთვის ცნობიერებაში მოცემულობით ხასიათდება და ანგარიშს იძლევა იმ საგნის შესახებ, რომლის ხატსაც იგი წარმოადგენს. აგზნების შესახებ ცნობიერებას ანგარიშის მოცემა არ შეუძლია. იგი არც საგნის არსებობაზე მიგვითითებს. საერთოდ, აგზნების. ცნობიერებაში ხატის მსგავსად, ძიებისათვის არავითარი საფუძველი არ არსებობს.

თუ ამ თვალსაზრისით შევხედავთ ჩვენს შედეგებს, ვნახავთ, რომ უძალესი ნერვული მოქმედების ფიზიოლოგია და განწყობის

¹ И. П. Павлов, условный рефлекс, т. III, кн. 2, 1951, гл. 333.

ფსიქოლოგია,—ორივე ინდივიდის მოქმედებას, მის ქცევას სწავლობს, მაგრამ თითოეული მის თვისობრივად განსხვავებულ მხარეს: ფიზიოლოგიურსა და ფსიქოლოგიურს. განწყობის ცნება ქცევის ფსიქოლოგიური, ხოლო დინამიკური სტერეოტიპი—მისი ფიზიოლოგიური დახასიათებისათვის არის მოწოდებული. განწყობის ცნების სახით ჩვენ, როგორც გამოირკვა, ისეთ მოვლენასთან გვაქვს საქმე, რომელიც ქცევას სწავლობს ქერქის ფიზიოლოგიის მიერ მოპოვებულ კანონზომიერებებზე დამყარებით¹.

განწყობა, როგორც აქ განხილული ფაქტებიდან ჩანს, ქცევის ისეთი თავისებური ფორმაა, როგელშიაც შინაარსი და ქერქული მექანიზმი ერთ მთლიანობადაა წარმოდგენილი. იგი ინდივიდის, როგორც მთელის, მდგომარეობაა და არა მისი ორგანოსი, თუნდ ეს რყოს თავის ტვინი. განწყობის სახით ჩვენ ადამიანის ქცევას, როგორც მის აქტიურობას ვსწავლობთ და არა მისი ერთ-ერთი ორგანოს მოქმედებას.

განწყობის შესწავლას შეუძლია, როგორც აქ წარმოდგენილი მასალებიდან ჩანს, იმ ფიზიოლოგიური პროცესების გათვალისწინება, რომლებიც მისი მოქმედების დროს ქერქში მიმდინარეობენ, მაგრამ აქვე შეიძლება გვითხრან: განა მართებულია ფსიქოლოგიურ მოვლენაზე დამყარებით ფიზიოლოგიური პროცესების შესაბამისად დასკვნის გამოტანა? როგორც ცნობილია, ი. პ. პავლოვი პირობით რეფლექსს „ელემენტალურ ფსიქიკურ აქტს“ უწოდებდა, მაგრამ ამას მისთვის ხელი არ შეუშლია, რომ მის საფუძველად მდებარე ფიზიოლოგიური მექანიზმები დაედგინა. არავითარი საფუძველი არ არსებობს განწყობის ცნება გამონაკლისად იქნეს აღიარებული. ამის დამადასტურებელი ფაქტების განხილვას ხელმეორედ დაუბრუნდებით მაშინ, როცა შიზოფრენიით დაავადებულ ადამიანთა განწყობის შესახებ გვექნება მსჯელობა.

¹ უფრო დაწვრილებით ამის შესახებ ჩვენ წერილში об естественно-научном обосновании понятия установки, Сб. Экспериментальные исследования понятия установки, 1957.

ფსიქიკური ცხოვრების პირველი დონე

შიზოფრენიით დაავადებული ადამიანის ფიქსირებული განწყობა

ჩვენი ამოცანა ახლა იმაში მდგომარეობს, რომ განწყობის ცნება და მისი კვლევას მეთოდები, რომლის საბუნებისმეტყველო დასაბუთებაც უკვე გავეცანით, შიზოფრენიით დაავადებული ადამიანების შესასწავლად გამოვიყენოთ. ცხადია, ცალკე დროებითი ევოლუციების შესწავლის საპირობება არ დგას, რადგანაც იგი როგორც განწყობის ფიზიოლოგიური მექანიზმი უკვე იყო განხილული და დახასიათებული. პირველ რიგში ავადმყოფის განწყობის თავისებურებების დახასიათება იქნება საჭირო, რათა ამის შემდეგ უმჯობესი ნერვული მოქმედების ფიზიოლოგიაში ვეძიოთ ქერქული მექანიზმები, რომელნიც მონაწილეობას ლებულობენ მათი განწყობის ჩამოყალიბებაში. ასე მოვიპოვებთ საშუალებას იმისა, რომ შიზოფრენიის კლინიკური სიმპტომების ანალიზი განვხორციელოთ ფსიქიკური და ფიზიოლოგიური მექანიზმების ერთიანობის საფუძველზე.

გადავრდეთ განწყობის კვლევის კლასიკური მეთოდების აღწერაზე.

ტაქტიურ ანალიზატორთა მონაწილეობით განწყობის ფაქსაციის ცდაში ავადმყოფს შესაძარებლად მარცხენა ხელში დიდი და მანჯვენაში—პატარა ბურთი ეძლევა. თანახმად ინსტრუქციისა, ეს წინ იმ ხელს წევს. რომელშიც დიდი ბურთი ეჭირა. ამ ცდის 15-ჯერ განმეორება სრულიად საკმარისია განწყობის ჩამოყალიბება და განმტკიცება მიღწეულად ჩავთვალოთ. საფიქსაციო ცდის შედეგებმა კრიტიკულ ცდაში უნდა იჩინონ თავი, რომლის მიმდინარეობის დროს ავადმყოფი ერთმანეთს არა სიდიდის მხრივ განსხვავებულს, არამედ ტოლ ბურთებს ადარებს. იგი აქაც იმ ხელს წევს ჩვენსკენ, რომელშიც ბურთი დიდი ჰგონია. კრიტიკული ცდა ტოლობიექტების 5-ჯერ ზედიზედ ტოლად აღქმით მთავრდება, მაგრამ თუ ამას ვერ მივაღწიეთ, ცდის 30-ჯერ ან მეტჯერ განმეორება იქნება საჭირო, რომ საბოლოოდ დადგენილი შედეგები მივიღოთ.

განწყობის ოპტიკური ანალიზატორის მონაწილეობით ფიქსაციის ცდებში ბურთების მოვალეობას დიდი და პატარა წრეები ასრულებენ. ამრიგად, კრიტიკული ცდა ტოლი წრეების ტაქსიტოსკოპური ექსპოზიციით იწყება და დანარჩენის მხრივ იმავე წესით მიმდინარეობს, როგორც ეს ზემოთ იყო აღნიშნული.

რაც შეეხება ფიქსირებული განწყობის ირადიაციის, გენერალიზაციის, აგზნებადობის, კონსტანტობისა და სტაბილობის კვლევას, ამის შესახებ ცნობები ტექსტში ცალკე იქნება მოცემული.

არც ერთი ზემოაღწერილი მეთოდის გამოყენება არ საჭიროებს სიტყვის აუცილებელ მონაწილეობას, განწყობის საფიქსაციოდ საკმარისია გამლიზიანებელთა უშუალო ზემოქმედება რეცეპტორებზე, ამიტომ მეთოდით ჩვენ, რომ ამ მეთოდების დანიშნულებას შეადგენს დაგვიხასიათოს ფსიქიკური ცხოვრების პირველი დონე, ხოლო რაც შეეხება უფრო მაღალ—მეორე დონეს, მის შესასწავლად გამოყენებული მეთოდებისა და ფაქტების შესახებ თავის ადგილზე გვექნება მსჯელობა¹.

შიზოფრენიით დაავადებული ადამიანების ფიქსირებული განწყობის შესწავლას შეიძლება წინ გადაეღობოს ავადმყოფის ცნობიერების აბნევა, ფსიქოზური პროცესის გამწვავება, ნეგატივიზმი, ჰათოლოგიური დამორჩილება, რაც ხშირად გამზდარა საბაზო იმისა, რომ ერთი და იგივე ავადმყოფი რამოდენიმეჯერ შეგვესწავლა. რასაკვირველია, არც ეს არის სანდო გზა ექსპერიმენტულად განსაზღვრული პასუხების სისწორეში დასარწმუნებლად, მაგრამ მთავარია ექსპერიმენტის ელემენტარულობა და კონტრასტული ილუზიების სიუხვე. ეს უკანასკნელი ექვს არ ტოვებს იმაში, რომ ავადმყოფთა პასუხები ექსპერიმენტული სიტუაციით არის განსაზღვრული. აქვე მოგვყავს ცხრილი, სადაც 225 ავადმყოფის 8.000 პასუხის ანალიზი არის წარმოდგენილი.

ცხრილი 2

განწყობის ფიქსაცია რეცეპტორების მიხედვით	განწყობის ილუზიის სახეები	
	კონტრასტული	ასიმულიაციური
ჰაპტური სფერო .	98,2	1,8
ოპტიკური სფერო	92,0	8,0

¹ ამ თავში წარმოდგენილი მასალა უნნიშვნელო ცვლილებებით გამოქვეყნებულია, ფსიქოლოგია, ტ. JX, 1954.

განსხვავებული სიდიდის გამლიზიანებელთა ტაქტილურ ანალიზატორებზე (პაპტურ სფეროზე) უშუალოდ 15-ჯერ ზემოქმედების შედეგად ფიქსირებული განწყობა, როგორც ამ ცხრილიდან ჩანს, იძის მიზეზი გამხდარა, რომ ავადმყოფს ტოლი გამლიზიანებლები 98,2% ფარგლებში დიდი ეჩვენება იმ ხელში, რომელშიაც განწყობის ფიქსაციის დროს პატარა გამლიზიანებელი ეკავა. ამ შემთხვევაში კონტრასტულ ილუზიასთან გვაქვს საქმე.

თითქმის ასეთივე სურათს იძლევა ოპტიკურ ანალიზატორებზე დაყენებული ცდის შედეგები, აქაც კონტრასტული ილუზიების რიცხვი 92,08%-ს აღწევს. ტოლი ობიექტების უტოლოდ აღქმის მიზეზი ფიქსირებული განწყობაა, თორემ ავადმყოფის ავტომატურ პასუხებთან რომ გვეკონდეს საქმე, ჩვენ ინსტრუქციის თანახმად, ავადმყოფი იმ ხელს ასწევდა, რომელშიაც განწყობის ფიქსაციის დროს დიდი ბურთი ეკირა. შესაძარებელ სიდიდეებს, როგორც ეს მათი აღქმის აქ აღნიშნულ თავისებურებიდან ჩანს, ავადმყოფები ფიქსირებული განწყობის განცდის კვალობაზე აფასებენ.

განწყობის საფიქსაციო ცდის დამთავრების შემდეგ ტოლი ობიექტების ტოლად აღქმის არაერთი შემთხვევა გვეკონდა. მაგრამ ზემოდასახელებულ ცხრილში ეს შემთხვევები არ არის წარმოდგენილი. ეს გამოწვეულია იმით, რომ აქ ისეთ შედეგთან გვაქვს საქმე, რომელიც დროებითი ხასიათისაა, ვინაიდან ამავე ავადმყოფების სხვა დროსა და სხვა ვითარებაში შემოწმებამ გვიჩვენა, რომ განწყობის როგორც ფიქსაციას, ისე რეალიზაციას ხელს არაფერი უშლიდა. ჩანს, განწყობის ფიქსაციის სიძნელე არ არის შემთხვევითი ხასიათის მოვლენა. პირიქით. იგი იმდენად კანონზომიერი აღმოჩნდა, რომ საჭიროდ დავინახეთ ამ ავადმყოფების ცალკე ჯგუფში მოთავსება.

პირველ ჯგუფში 30 ავადმყოფი, ე. საერთო რაოდენობის 13,3%-ია მოთავსებული. ისინი კვლევისათვის მისაწვდომი არიან, მაგრამ სხვებთან შედარებით. მწვავე აგზნებულ მდგომარეობაში იმყოფებიან.

მკაფიოდ გამოხატული კატატონური აგზნების დროს აქა-იქ გვეკონდა შემთხვევა, როცა განწყობის საფიქსაციო ობიექტებს ავადმყოფები არაადექვატურად აფასებდნენ: დიდ ობიექტს პატარად აღიქვამდნენ, პატარას—დიდად. ცდის შემდეგ ეტაპზე, თუ ავადმყოფს მარცხენა ხელში ეძლეოდა დიდი ბურთი, ახლა იგი მას მარჯვენა ხელში ღებულობს, მაგრამ ამას რეაქციის პარადოქსალურ მიმდინარეობაში ცვლილება არ შეუტანია.

ნეგატიურად განწყობილი ავადმყოფები დაჟინებით იმეორებდნენ: „რა საჭიროა. არ მინდა“. ზოგი თვალის ახვევის წინააღმდეგი იყო და შეშინებული გვეკითხებოდა: „რა უნდა გამიკეთოთ?“ ცდას პოცესში ავადმყოფი თავს ანებებდა ობიექტების სინჯვას და ხმამაღლა ლანძღავდა ჰალუცინაციის ხმის ავტორს. „დაიწიეთ,— მოგვმართა ავადმყოფმა,— ხომ გესმით, მეუბნებიან დაარტყიო!“ ისეთი ავადმყოფებიც გვყავდა, რომლებიც საბედისწერო მნიშვნელობას ანიჭებდნენ ცდის შედეგებს: „მაშ, ასე ხომ? შევცდი არა?... უნდა დამსაჯონ“. იყო შემთხვევა, როცა საგანწყობო ბურთები ავადმყოფმა იატაკზე დაახეთქა და ლანძღვა-გინებით დასტოვა ოთახი. ზოგიერთი ავადმყოფი საორდინატორო ოთახში შემოყვანისას გაყუჩდა. არც ერთ შეკითხვაზე არ იძლეოდა პასუხს. თავი ჩალუნული ჰქონდა და თვალები დახუჭული. ზოგი პასიურად ემორჩილებოდა ინსტრუქციას, საგანწყობო ობიექტებს ხელში ატრიალებდა, მაგრამ იღიმებოდა და ხმას არ იღებდა. როცა ვეკითხებოდით— რომელ ხელში უჭირავს დიდი ობიექტი, ავადმყოფი პასუხობდა: „ავად არა ვარ, ჭანსალი ვარ“. დანარჩენები თავისთვის ჩურჩულებდნენ: „უნდა ვითათბიროთ, ვა!...“. იყო შემთხვევა, როცა პასუხის დაჟინებით მოთხოვნის გამო ავადმყოფი გაჯავრებული ყვიროდა: „მე ხალხის ბედ-იღბალი მამარია და აქ ჩამკეტეთ, თქვენთან არ მინდა ლაპარაკი“. ერთ-ერთმა გამოგვიცხადა: „თვალს რად მიხვევთ, მე კბილი მტყივა და არა თვალიო“. მეორემ თავაზიანად მოგვწაბრა: „პროფესორმა მითხრა თვალის ახვევის უფლება არავის მოსცეო“. იყო შემთხვევა, როცა შეშინებული ავადმყოფი თვალიდან საფარს იცილებდა და საყვედურს გამოთქვამდა: „ელექტრონს ნუ მოკეთებთო“.

ამ ჯგუფის ავადმყოფებში განწყობის ფიქსაცია, რომ დროებით შეუძლებელია. ამას საფიქსაციო ცდის მიმდინარეობა გვიჩვენებს. ავადმყოფები დიდ და პატარა გამღიზიანებლებს განსხვავებულ ობიექტებად აღიქვამდნენ და ადეკვატურადაც პასუხობდნენ. ამის შემდეგ ტოლი ობიექტების ექსპოზიციას სრული გაყუჩება მოჰყვება, ან კიდევ დაგვიანებული პასუხი: „ტოლები არიან, ტოლია“. საინტერესოა, რომ ამ ცდების რაოდენობით ზრდას არ მოჰყოლია განწყობის ფიქსაცია და ფიქსირებული განწყობის ილუზიების აღმოცენება. კრიტიკული ცდის განმეორების შემთხვევაში ავადმყოფი გაღიზიანებული ტონით პასუხობდა: „ტოლი იყო და ტოლია ეხლაც...“ „რა გინდა, ჰა, ტოლია და დაიჯერე“.

ამრიგად, პირველი ჯგუფის ავადმყოფების თავისებურებად უნდა ჩაითვალოს ის, რომ აქ გარკვეულ პერიოდში, განწყობის ფიქსაცია მოუხერხებელია. იგივე ავადმყოფების სხვა მდგომარეობაში შემოწმების შედეგად, როგორც აღვნიშნეთ, ისევე შესაძლებელია ექსპერიმენტით განსაზღვრული პასუხის მიღება, როგორც დანარჩენ შემთხვევებში.

ცალკე გამოყოფილია მეორე ჯგუფი, რომელშიც 32 ავადმყოფი გვყავს (14,2%). ამ ავადმყოფების თავისებურება იმაშია, რომ ისინი წინააღმდეგობას არ გვიწევენ, მაგრამ ცდისადმი დამოკიდებულებაში ქედმაღლობა ეტყობათ. ერთ-ერთმა ავადმყოფმა მისალმებისას განაცხადა: „რად მინდა თეთრი ხელი (უარს აცხადებს ხელს გაწოდებაზე), თქვენთვის გამოსადეგია, დროება ასეთია... კიდევ ვაჭობებ სხვას“. ამ მომენტში, ე. ი. 7/IV. ვერ მოვახერხეთ მისგან ექსპერიმენტით განსაზღვრული პასუხების მიღება. სამაგიეროდ, როდესაც ის 8/VI განმეორებით ცდაზე გამოვიძახეთ, შეკითხვაზე ადეკვატურ პასუხებს იძლეოდა, არც განწყობის ფიქსაციის მხრივ ჰქონია ადგილი დაბრკოლებას.

ავადმყოფი ს ი ზ ო ტ. საგანწყობო ცდაზე ადეკვატურ რეაქციას იძლევა და თან იმეორებს: „არა, არ შეიძლება უჩინმაჩინის ასეთი თამაში“. კრიტიკული ცდის დასაწყისშივე წამოვარდა და გატულისებულმა მოგვმართა: „გეყოფა, გეყოფა, თორემ!“... თვითონ მოიგლიჯა თვალსახვევი და დასძინა: „ასე სჯობია“. ორი დღის შემდეგ მან ზედიზედ 15-ჯერ ტალი ობიექტების განწყობისეულად აღთქმის შემდეგ ცდის მიმდინარეობა მოულოდნელად შეწყვიტა და გამოგვიცხადა: „არა, გეყოფა“. ოპტიკურ სფეროში განწყობის მოქმედება კონტრასტული ილუზიებით არის წარმოდგენილი.

ავადმყოფი ნ ი კ ო ლ. ოთახში შემოდის და ყვირის: „გამიშვით აქედან“... საგანწყობო ცდაზე ადეკვატურად პასუხობს, მაგრამ ერთსა და იმავე წინადადებას იმეორებს: „გვარი არ წერია, მამის ძე წერია“... კრიტიკულ ცდაზე პასუხობს: „არც განიანი ვიცი არც მრგვალი, ერთს ზევით ვუწევ დიდი იქნება, მეორე ქვემოთ—პატარა. გული რომ დადგება, მაშინ მივხვდები... ეს იზრდება, ერთი პატარაა“. ოპტიკური განწყობის მოქმედება მალე აღიკვეთა. ასეთი სურათია მიღებული 15/VII. მაგრამ 24/VII-ს ამავე ავადმყოფს იმდენად მტკიცედ ფიქსირებული განწყობა აღმოაჩნდა, რომ მისი მოქმედება 30 ექსპოზიციის ფარგლებში არ შეწყვეტილა.

როგორც ზემოაღნიშნული შედეგების განხილვიდან ჩანს, ამ ჯგუფის ავადმყოფების თავისებურება იმაში მდგომარეობს, რომ

ექსპერიმენტულად განსაზღვრული პასუხების მიღება, ერთ გარკვეულ პერიოდში, მხოლოდ ცდის 15-ჯერ განმეორების საფუძველზე არის შესაძლებელი. ამ ვითარებაში ექსპერიმენტის წინაშე წამოჭრილი წინააღმდეგობის დასაძლევად, როგორც ეს საკითხის სპეციალურმა შესწავლამ გახადა ჩვენთვის ნათელი, საკმარისი არ აღმოჩნდა საფიქსაციო ცდის 2, 3, 5 და მეტჯერაც განმეორება. სამაგიეროდ, ზოგჯერ ერთი დღე არც არის საჭირო, რომ არსებითად შეიცვალოს ავადმყოფის მდგომარეობა და ცდის 2—3-ჯერ განმეორებით ისეთივე სურათი მივიღოთ, რის მიღწევა მაქსიმალური რაოდენობით განმეორებული განწყობის საფიქსაციო ცდის საფუძველზეა შესაძლებელი. განწყობის აგზნებადობის ასეთი ცვალებადობა, განსაკუთრებით მეორე ჯგუფის ავადმყოფებისათვის აღმოჩნდა დამახასიათებელი, თუმცა ანალოგიური სურათი არაერთხელ არის მიღებული სხვა ჯგუფის ავადმყოფებზეც.

მეორე ჯგუფის ავადმყოფებში ექსპერიმენტულად განსაზღვრული პასუხის მიღება, მხოლოდ საფიქსაციო ცდის 15-ჯერ განმეორების შედეგად არის შესაძლებელი, რაც იმაზე მიგვითითებს, რომ განწყობის აგზნებადობის ქვედა საზღვარი ისეთ მდგომარეობაშია, რომ მარტო მისი ზედა საზღვარი ხდება ჩვენთვის მისაწვდომი. გარკვეული დროის შემდეგ ამავე ავადმყოფის მდგომარეობა იცვლება. ახლა ცდის 2—3-ჯერ განმეორებაც საკმარისი ჩანს მტკიცედ ფიქსირებული განწყობის ჩამოსაყალიბებლად. რასაკვირველია, არც ეს ჩაითვლება ნორმალურ ვითარებად, რადგანაც განწყობის მომეტებული აგზნებადობის გამო, აქ მისი აღმოცენების ზედა საფეხური გვაქვს წაშლილი. ერთი სიტყვით, არც პირველი და არც მეორე შემთხვევა იძლევა შესაძლებლობას იმისა, რომ ავადმყოფები დაეახასიათოთ განწყობის აგზნებადობის დიფერენცირებულ ზღურბლთა მიხედვით. ასეთია ჩვენი კვლევის შედეგები, რომელიც, როგორც აქედან ჩანს, განწყობის აგზნებადობის ოპტიმუმსა და მინიმუმს შორის ნორმალური ურთიერთობის დარღვევაში პოულობენ კონკრეტულ გამოხატულებას.

აქ მეორე ჯგუფის ავადმყოფთა ისეთ თავისებურებაზეა მითითებული, რომელიც, როგორც ცხრილი გვიჩვენებს, თითქმის უცვლელად პოულობს გამოხატულებას შიზოფრენიის თითოეულ კლინიკურ ფორმაში.

განწყობის ზემოაღნიშნული თავისებურება, მართალია, კატატონიური აგზნების დროს 35,6% -ით არის წარმოდგენილი, მაგრამ არც ისეა საქმე, რომ ამ მოვლენას შიზოფრენიის სხვა კლინიკურა

ფორმების დროს სრულიად არ ჰქონდეს ადგილი. ეს იმის მაჩვენებელია, რომ ავადმყოფის მდგომარეობა ფსიქოზური პროცესის გამწვავების მიხედვით იცვლება და ამასთან ერთად იცვლება მისი განწყობის აგზნებადობაც.

ავადმყოფის მდგომარეობის მიხედვით ცვალებადობს აგრეთვე განწყობის ჩაქრობის პროცესი. იგი რიგ შემთხვევაში იმდენად სუსტია, რომ კრიტიკული ცდის, ე. ი. ტოლი ობიექტების 4—5 ექსპონიციას საკმარისია, რომ სავსებით აღიკვეთოს მისი მოქმედება. რასაკვირველია, ისიც შესაძლებელია, რომ განწყობის ფიქსაცია განვახორციელოთ. ყოველივე ეს ავადმყოფის განწყობის ცვალებადობას

ცხრილი 3

მე-II ჯგუფის ავადმყოფთა კლინიკური ფორმები	ავადმყოფობა რაოდენობა	%
კატატონია	11	35,6
პარანოიდეს	6	18,1
სიმპლექსი	5	15,0
ჰეზეფორენია	4	12,2
ცნობიერების შეცვლის მდგომარეობა	6	18,1

დობაზე,—მის ვარიანტობაზე მიუთითებს, რომელიც 54,5% ფარგლებშია ჩვენს მასალაში წარმოდგენილი.

ფიქსირებული განწყობის დროში გამძლეობის შემოწმებამ გვიჩვენა, რომ იგი ფიქსაციის პირველს თუ არა მეორე დღეს ავადმყოფების 63,2%-ს აღკვეთილი აქვს, რაც, რასაკვირველია, მის ვარიანტობაზე მიუთითებს.

ფსიქოზური პროცესის მიმდინარეობის ერთ-ერთ სტადიაზე, როგორც ითქვა, ავადმყოფის მდგომარეობა იცვლება, რაც ჩვენ ცდებში იმაში გამოიხატება, რომ ფიქსირებული განწყობის ვარიანტილობას ცვლის კონსტანტობა, ხოლო ლაბილობას—სტაბილობა. ამრიგად, როგორც განწყობის ფიქსაციაში შენიშნული ცვლილება, ისე მისი ლაბილობა და კონსტანტობა, აქ გარდამავალი სიმპტომებია, რომელნიც ფსიქოზის გამწვავების პერიოდში შეინიშნებიან. ავადმყოფების დამშვიდების შედეგად ცდის მიმდინარეობა ისეთ სურათს იძლევა, რომელიც შიზოფრენიით დაავადებულ ადამიანთა ძირითადი მასისათვის არის დამახასიათებელი.

მესამე ჯგუფში თავიდანვე ყურადღებას იპყრობს განწყობის ფიქსაციის განსხვავებული მიმდინარეობა ტაქტილური და ოპტიკური ანალიზატორების სფეროში. 48 ავადმყოფში, რაც საერთო რაოდენობის 21,7% შეადგენს, ცდა წარმატებით მიმდინარეობს იმ შემთხვევაში, როცა ტაქტილური ანალიზატორები ღებულობენ მასში მონაწილეობას. ოპტიკური ანალიზატორების მონაწილეობამ განწყობის ილუზიების რაოდენობა 43,2%-მდე შეამცირა. საქმეს არც საგანწყობო ცდის უჩვეულო რაოდენობით ზრდა შევლის: მხედველობის პერიფერიული აპარატის დაავადებას, რასაკვირველია, ამაში არ უდევს წვლილი.

როგორც ქვემოთაღნიშნული ცხრილის გადათვალიერებიდან ჩანს, განსხვავებულ სურათს იძლევა თითოეული ანალიზატორის მონაწილეობით ფიქსირებული განწყობის დახასიათება. ამ ცდაში 48 ავადმყოფი ღებულობდა მონაწილეობას.

ოპტიკური გზით შემუშავებული განწყობის აგზნებადობა 37,5%-ით არის წარმოდგენილი, ტაქტილური გზით ფიქსირებული განწყობის აგზნებადობა—75,6%-ით. ოპტიკური განწყობა დინამიკურია 75%-ის ფარგლებში, ტაქტილური გზით შემუშავებული განწყობა 96,5%-ის ფარგლებში სტატიკურია, ანუ ინერტული. ასეთივე განსხვავება ჩანს განწყობის ვარიაბილობის, ლაბილობისა და სიმტკიცის მხრივ. ეს მიუთითებს ამ ორი ანალიზატორის მონაწილეობით ფიქსირებული განწყობის მოქმედებაში არსებულ დისოციაციას, რაც მესამე ჯგუფის ავადმყოფთა ერთ-ერთ დამახასიათებელ ნიშნად უნდა იქნეს მიჩნეული.

აღნიშნული ვითარების გამო, თუ ტაქტილური, ე. ი. პაპტური განწყობის მიხედვით შევეცდებით ჩვენი ავადმყოფების დახასიათებას, ვნახავთ, რომ იგი აგზნებადობით, ინერტულობით, სიტლანტით, ვარიაბილობით, ლაბილობით, ლოკალობით და სიმტკიცით ხასიათდება. აქედან სიტლანტე, ლაბილობა და ლოკალობა ოპტიკური ანალიზატორების მონაწილეობით ფიქსირებულ განწყობასაც ახასიათებს. მართალია, ოპტიკურ სფეროში განწყობის ფიქსაციის აღკვეთა საგრძნობლად ზღუდავს მისი გავრცელების შემოწმების შესაძლებლობას, მაგრამ მხედველობაში მისაღებია ის, რომ ამ უნარით აღჭურვილი 21 ავადმყოფიდან მხოლოდ 6 შემთხვევაში ჰქონდა ადგილი განწყობის ირადიაციას.

აქ ფიქსირებული განწყობის ისეთი ნიშნებია წარმოდგენილი, რომლებიც, როგორც ეს ნევროზების შესწავლიდან არის ცნობი-

ცხრილი 4

განწყობის ნიშნები	პაატური განწყობა		ობტიკური განწყობა		შენიშვნა
	ავადმყ. რაოდენ.	%	ავადმყ. რაოდენ.	%	
აგზნებადობა	28	75,6	6	37,5	
სტატიკურობა	32	26,5	4	25,0	
სიტლანქე	28	75,6	15	93,7	
ვარიებილობა	24	65,0	4	25,0	
ლაბილობა	93	62,2	7	43,7	
ლოკალობა	34	91,9	11	68,8	
სიმტკიცე	32	86,5	8	50,0	

ლი, არსებითად ისტერიისათვის არის დამახასიათებელი. ასეთია მაგალითად, განწყობის ლაბილობა, როგორც ეს ერთ-ერთ ჩვენ გამოკვლევაში არის ნაჩვენები¹. იგივე უნდა ითქვას განწყობის ვარიებილობის შესახებ, რომელიც აგრეთვე საგანგებო მითითების საგანს წარმოადგენდა². რამდენად სწორად ასახავს აღნიშნული ვითარება შიზოფრენიის კლინიკურ სურათს, ამის ჩვენება ქვემოთ განხილულ კლინიკურ შემთხვევებს შეუძლიათ.

შიზოფრენიისათვის არც ობტიკური ანალიზატორების გზით განწყობის ფიქსაციის აღკვეთა უნდა იყოს დამახასიათებელი, ვინაიდან ეპილეფსიის შესწავლიდან ვიცით, რომ აქ ობტიკური გზით განწყობის ფიქსაცია შესაძლებელია ცდის 20—25-ჯერ განმეორების შედეგად³. ამ ფაქტმა საგანგებო სიცხადით ჰპოვა გამოხტულება ტვინის დიდი ჰემისფეროების ლოკალურ დაავადებათა შემთხვევებში⁴. ჩვენ ხელთ გვაქვს ექ. გია ნადარეიშვილის მასალები, საიდანაც ჩანს, რომ ენეცეფალიტები ასეთივე დაბრკოლებას ქმნიან ობტიკური გზით განწყობის ფიქსაციის მისაღწევად. განწყობის ამ თავისებურების შესახებ საგანგებოდ მითითებულია მარინე საყვარელი-

¹ ი. ბუალავა, ტრავმული ნევროზი, თბილისის ფუნქც. ნერვულ დაავადებათა ინსტიტუტის და პოლიკლინიკის შრომები, ტ. 11, 1945.

² ქ. მდივანი. განწყობის ილუზია ისტერიის შემთხვევებში, ფუნქც. ნერვულ დაავადებათა ინსტიტუტის შრომები, ტ. 1, 1936.

³ ი. ბუალავა, ეპილეფსიის ფსიქოპათოლოგიისათვის (სადოქტორო დისერტაცია), 1944.

⁴ И. Б ж а л а в а и А. Л у р и я, Фиксированная установка при локальных поражениях коры головного мозга, Сб. Невропатология военного времени, т. I, 1949.

ძის სადისერტაციო შრომაში¹. როგორც ჩანს, განწყობის ლოკალობას ვნახულობთ კლინიკურად განსხვავებულ დაავადებებსა და ტვინის განსხვავებული ტოპოგრაფიული მიდამოების დაზიანების შემთხვევებში. ეს უთუოდ იმის მაჩვენებელია, რომ იგი ტვინის არა ლოკალური ცენტრის, არამედ მისი სისტემური მუშაობის მოშლის შედეგად აღმოცენდება.

ჩვენ მიერ ზემოგანხილულ სამივე ჯგუფში 110 ავადმყოფია დახასიათებული, აქედან 30-ის შესახებ ექსპერიმენტული მასალა არ მოგვეპოვება, რადგანაც ჩვეულებრივი წესით აქ განწყობის ფიქსაციას ვერ მივაღწიეთ. მესამე ჯგუფის ავადმყოფებს (სულ 48 ავადმყოფი), შიზოფრენიისაგან განსხვავებული ადგილი უკავია და, როგორც ვნახეთ, ისტერიასთან პოულობენ საერთო ენას; რაც შეეხება მეორე ჯგუფის 32 ავადმყოფს, მათი ფიქსირებული განწყობა, როგორც გამოირკვა, იმავე ნიშნებით ხასიათდება, რომელთა შესახებ ქვემოთ გვექნება მსჯელობა. ამრიგად, მეოთხე ჯგუფში განსახილველი გვყავს 147 ავადმყოფი, რაც საერთო რაოდენობის 65,3%-ს შეადგენს. ამის გათვალისწინებაც საკმარისია, რათა ვიფიქროთ, რომ სწორედ აქ დავინახავთ შიზოფრენიის კლინიკისათვის დამახასიათებელ ცვლილებებს ავადმყოფების ფიქსირებულ განწყობაში.

მეოთხე ჯგუფის ავადმყოფები თავიდანვე ყურადღებას იქცევენ იმ მხრივ, რომ აქ განწყობის ფიქსაცია, როგორც ტაქტილური, ისე ოპტიკური ანალიზატორების მონაწილეობით თითქმის ერთნაირი წარმატებით მიმდინარეობდა.

ცხრილი 5

ანალიზატორები	15 ექსპოზიციით		2 ექსპოზიციით	
	ავად. რაოდენობა	განწყობის ილუზიები % ¹ -ში	ავად. რაოდენობა	განწყობის ილუზიები % ¹ -ში
ტაქტილური (პაპტური)	147	100,9	140	95,2
ოპტიკური	120	81,6	89	60,5

თუ ტაქტილური ანალიზატორების მონაწილეობით განწყობის ფიქსაციას, ცდის 15-ჯერ განმეორებით ვაწარმოებთ, როგორც

¹ М. А. Сакварелидзе, К вопросу о психопатологии нарушения системной деятельности головного мозга (автореферат дисс.), 1953.

ეს ცხრილიდან ჩანს, იგი 100%-ით იძლევა ექსპერიმენტული პირობებით განსაზღვრულ შედეგს. მართალია, ოპტიკური ანალიზატორის შემთხვევაში ასეთი წარმატება არ ჩანს, მაგრამ იგი ავადმყოფების საკმაოდ დიდ რაოდენობას—81,6% აღმოაჩნდა. აქ აღნიშნული ძალაში რჩება იმ შემთხვევაშიც, როცა საგანწყობო ცდა მხოლოდ ორჯერ, ე. ი. მინიმალურად მცირე რაოდენობით არის განმეორებული. აქაც ტაქტილური ანალიზატორების მონაწილეობით ფიქსირებული განწყობა 95,2%-ის ფარგლებში მოქმედებს. ოპტიკური ანალიზატორის მონაწილეობით ფიქსირებული — 60,5%-ისა. ამგვარად, აღქმის ორივე სფეროში განწყობის ფიქსაციას დაბრკოლების გარეშე მიმდინარეობა ახასიათებს.

საგანწყობო ცდის 15 და 2-ჯერ განმეორებით მიღებული შედეგებს ერთმანეთთან შედარება გვიჩვენებს, რომ ჩვენი ავადმყოფებისათვის დამახასიათებელია განწყობის მეტად იოლი აგზნებადობა. ეს ითქმის განსაკუთრებით ტაქტილური ანალიზატორების მონაწილეობით მიღებულ შედეგებზე, სადაც ცდის 15 და 2-ჯერ განმეორებას თან სდევს განწყობის ფიქსაცია 95,2% და 100%-ის ფარგლებში. ოპტიკური ანალიზატორით ფიქსირებული განწყობის შესახებ მთლიანად იგივეს განმეორება არ იქნება მართებული, მაგრამ ამ შემთხვევაშიც ექსპერიმენტით განსაზღვრული ეფექტი 81,6 და 60,5-ს ფარგლებში არის წარმოდგენილი. ჩანს, რომ შიზოფრენიით დაავადებული ადამიანებისათვის განწყობის აგზნებადობის ზედა და ქვედა ზღურბლის დაახლოება არის დამახასიათებელი, რომელსაც თან სდევს ს ა პ ა ს უ ხ ო რ ე - ა ქ ც ი ა თ ა გ ა თ ა ნ ა ბ რ ე ბ ა. ამ მეტად მნიშვნელოვანი ფაქტის შესახებ ქვემოთ საგანგებოდ გვექნება მსჯელობა, ამიტომ აქ მხოლოდ აღნიშნული მითითებით უნდა დაკმაყოფილდეთ.

არც ტაქტილური და ოპტიკური ანალიზატორების მონაწილეობით ფიქსირებული განწყობის მიხედვით ჩანს ავადმყოფებს შორის განსხვავება. ფიქსირებული განწყობის მოქმედება გრძნობის ორივე სფეროში უცვლელი რჩება. თუ მეოთხე ჯგუფში განწყობის ინტერმოდალური დისოციაცია არის წინ წამოწეული, მეოთხე ჯგუფის ავადმყოფებში, პირიქით, პაპტური და ოპტიკური სფერო ერთი და იმავე ხასიათის შედეგებითაა წარმოდგენილი.

თანახმად მე-5 ცხრილისა, ამ ჯგუფის ავადმყოფების ფიქსირებული განწყობის დინამიკურობა დაუკარგავს, იგი ტაქტილური ანალიზატორის მიხედვით ს ტ ა ტ ი კ უ რ ი ა ა ნ უ ი ნ ე რ ტ უ ლ ი 97,6%-ის რაოდენობით, ხოლო ოპტიკური ანალიზატორის

მიხედვით—75%-ის ფარგლებში. ეს იმის მაჩვენებელია, რომ საფიქსაციო ცდების დამთავრების შემდეგ ტოლი ობიექტების 30—34-ჯერ მიწოდება არ არის საკმარისი იმისათვის, რომ ავადმყოფმა ტოლობის აღქმას მიაღწიოს.

ცხრილი 6

განწყობის დახასიათებელი ნიშნები	პატურთი განწყობა % -ში	ობტიკური განწყობა % -ში
სტატიკურობა	97,6	75,8
დინამიკურობა	2,4	24,2
გენერალიზაცია	—	95,0
სიტლანქე	86,5	72,7
პლასტიკურობა	13,5	27,3
კონსტანტობა	77,8	73,2
ვარიაციურობა	22,2	26,8
სტაბილობა	73,5	70,0
ლაბილობა	26,5	3,0
ირადიაცია	70,0	100,0
ლოკალობა	29,1	—
სიმტკიცე	87,3	69,3
სისუსტე	12,7	30,7

გენერალიზაციის ცდები მხოლოდ ობტიკური ანალიზატორების მონაწილეობით არის ჩატარებული და ამ თვისების მატარებელი აღმოჩნდა ფიქსირებული განწყობა 95%-ის ფარგლებში. დიდი და პატარა წრეების 15-ჯერ მიწოდების შემდეგ ავადმყოფი უტოლოდ აღიქვამს ტოლ სამკუთხედებს, ტოლ კვადრატებს, ტოლ ელიფსებს და ისეთ ფიგურებსაც, რომელთაც არა-ეითარი მსგავსება არა აქვთ საგანწყობო ობიექტებთან.

ტლანქია განწყობა ტაქტილურ სფეროში 86,5%-ში, ობტიკურ სფეროში—72,7%-ში. ეს იმის მაჩვენებელია, რომ ფიქსირებული განწყობის ჩაქრობა თანდათან დასუსტების გზით არ ნიმდინარეობს, ამიტომაც არც მისი ჩაქრობის ფაზები ჩანს. შიზოფრენიით დაავადებული ადამიანის განწყობა შეიძლება იმ სახით არსებობდეს, როგორც იყო თავიდან, იგი დიდხანს არ წყვეტს მოქმედებას. ერთი სიტყვით, ჯანმრთელი ადამიანების განწყობისათვის დამახასიათებელი პლასტიკურობა აქ არსად ჩანს.

კონსტანტური თვისებისაა განწყობა ტაქტილურ სფეროში მოქმედების დროს 77,8%-ის, ხოლო ობტიკურ სფეროში—73,2%-ის ფარგლებში. მას ვარიაციურობა, ე. ი. პერიოდული შემოწმების მიხედვით ცვალებადობა არ ახასიათებს. რა დროსაც უნდა შევა-

მოწმობთ ჩვენი ავადმყოფების განწყობა, იგი ყოველთვის ტიპიური მიმდინარეობით ხასიათდება.

ფიქსაციის შემდეგ ტოლი ობიექტების მოწოდებამ 4—5 დღის, ზოგ შემთხვევაში—ერთი კვირის განმავლობაში გვიჩვენა, რომ ფიქსირებული განწყობა დროში გამძლეობით, ე. ი. სტაბილობით ხასიათდება 73,5%-ის რაოდენობით ტაქტილური ანალიზატორების, ხოლო 70%-ის ოპტიკური ანალიზატორების მოქმედების სფეროში ამიტომაც აქ განწყობის ლაბილობა გაცილებით უფრო იშვიათ შემთხვევას წარმოადგენს.

განწყობის ოპტიკურ ანალიზატორების მონაწილეობით შემუშავების შემდეგ ფიქსირებული განწყობის ილუზიები დასტურდება ტოლი ბურთების ბელში მიწოდების შემთხვევაში 70,9%-ის რაოდენობით. განწყობის ირადიაციით ერთი თვალისგან მეორეში 100%-ით არის წარმოდგენილი. ამრიგად, ეპილეფსიისათვის ესოდენ დამახასიათებელი განწყობის ლოკალიზა, შეიძლება ითქვას, რომ სრულიად არ ეგუება შიზოფრენიის ბუნებას.

ტოლი ობიექტების 60—70-ჯერ მოწოდება საკმარისი არ აღმოჩნდა ფიქსირებული განწყობის ჩასაქრობად, თუ იგი შემუშავებულია ტაქტილური ანალიზატორების მონაწილეობით 8,3%-ის, ხოლო ოპტიკური ანალიზატორების მონაწილეობით შემუშავების შემთხვევაში—69,3%-ის ფარგლებში. ამასთანავე განწყობა კონტრასტული მოქმედებით ხასიათდება, ყოველივე ეს უთუოდ ჩვენი ავადმყოფების ფიქსირებული განწყობის იშვიათი სიმპტომის მაჩვენებელია.

რაც შეეხება ავზნებადობას, ამის შესახებ უკვე აკვანდა საუბარი, მაგრამ რა ემართება ამ შემთხვევაში ფიქსირებული განწყობის დამახასიათებელ ნიშნებს, ეს შეუძლია გვიჩვენოს საგანწყობო ცდის 2-ჯერ განმეორებით მიღებული შედეგების უახილვამ.

მე-7 ცხრილიდან ჩანს, რომ ორივე ანალიზატორის ფარგლებში განწყობა ერთ კანონზომიერების მიხედვით მოქმედებს, განწყობის ინერტულობა ჰაპტურ სფეროში 75,8%-ით არის წარმოდგენილი, ოპტიკურ სფეროში—60,0%-ით. სიტლანქე ჰაპტურ სფეროში 64,0%-ით რის წარმოდგენილი, ოპტიკურ სფეროში—82%-ით და ა. შ. ამ მხრივ ამ ორი მოდალობის განწყობათა შორის არ არის განსხვავება. დანამდვილებით შეგვიძლია მივუთითოთ, რომ ცდის 15-ჯერ, და 2-ჯერ განმეორებით, როგორც ჰაპტურ, ისე ოპტიკურ სფეროში ფიქსირებული განწყობა ინერტულია,

ცხრილი 7

განწყობის დახეხაობის კატეგორიები	ჭ. კტუოი სტეოო	ოპტოკოი სტეოო
	შემთხვევები %	ფეთხვევები %
სტატოკოო	75.8	80.0
დოხოიკოო	2.2	40.0
სოტოკოო	64.5	84.8
პოლასოკოო	55.5	17.2
კონსტანტოო	53.6	85.0
ვოოიოიო	40.4	15.0
სტოიოიო	5.6	72.6
ლაბოიოიო	40.4	27.4
ფოიოიოიო	4.0	21.7

კონსტანტური სტაბილური, მეტად მტკიცე, ძლიერ აგზნებადი, ტლანქი, აგრეთვე გენერალიზაციისა და ირადიაციის. უნარით აღქურვილი.

ასეთია შიზოფრენიით დაავადებული ადამიანის ფიქსირებული განწყობა და მისი ამ ცვლილებათა კომპლექსს, თუ პირობით მტკიცე ინერტულ-ირადირებულ განწყობას ვუწოდებთ, მაშინ ვნახავთ, რომ განწყობის სწორედ აღნიშნული თავისებურებანი უნდა ჩაითვალოს, როგორც ზემოთაც ითქვა, შიზოფრენიით დაავადებული ადამიანების 65,3%-ისათვის დამახასიათებელი.

რამდენად დამახასიათებელია ჩვენი ავადმყოფებისათვის ფიქსირებული განწყობის აქ აღნიშნული ცვლილებები, ამის ჩვენება მასალის დიფერენციალურ-დიაგნოსტიკური თვალსაზრისით ვახილვას შეუძლია. ამჟამად შეგვიძლია მივუთითოთ, რომ ეპილეფსიის შემთხვევებში ფიქსირებული განწყობა ტლანქი-ლოკალურია, ისტერიას განწყობის ვარიანტილობა და ლაბილობა ახასიათებს, ფსიქასთენიას—უსტი ტლანქი და ლაბილური განწყობა, მანიაკალური ფსიქოზი—მტკიცე პლასტიკური-ირადირებული განწყობით არის წარმოდგენილი, პრესენილური ფსიქოზის განსხვავებულ ჯგუფებს შორის ტლანქი—ირადირებული განწყობა ქარბობს.

შიზოიდური წრის ფსიქოპათია განწყობა

ჩვენ მხედველობაში გვაქვს ადამიანთა ჯგუფები, რომლებიც ი. პ. პავლოვმა მელანქოლიური ტემპერამენტის ქვეშ გააერთიანა და რომელთაც ფსიქოზი არა აქვთ, მაგრამ შიზოფრენიასთან ტემპერამენტისა და ხასიათის მიხედვით პოულობენ ახლო მონათესაობას. ეს გახდა საბაზი იმისა, როგორც ამის შესახებ თავშივე მქონდა წსჯელობა, რომ შიზოფრენიის ძიება მორბიდიდან გადაეცნათ პრემორბიდში. ხსე გაჩნდა ლატენტური შიზოფრენიის ცნება და შიზოფრენიის საზღვრების ისეთი გაფართოება, რომ მან ნევროზების ჩანთქმა მოინდომა.

საბაბს ასეთი მსჯელობისათვის იძლეოდნენ აუტისტურად განწყობილი, გულჩათხრობილი, ცივი და მიუყარებელი ადამიანები, რომლებიც არც ისე იშვიათად გვხვდებიან ჩვენს საზოგადოებაში. რადგანაც მათი ხასიათის თავისებურებათა შესახებ უკვე გქონდა მსჯელობა, აქ ხელმეორედ ამ საკითხის განხილვას ვერ შევუდგებით და პირდაპირ ექსპერიმენტული კვლევის შედეგების განხილვაზე გადავალთ.

ჩვენ მოგვეპოვება მასალა არა საერთოდ შიზოიდების შესახებ, არამედ მხოლოდ ერთი ჯგუფის დასახასიათებლად, რომელსაც კრეჩმერი ახასიათებს, როგორც წყნარს, თავშეკავებულს, უცნაურსა და გულცივს (ანესტეტიკები). ამ წრის 23 შიზოიდის ფიქსირებული განწყობა გვაქვს იმავე წესით შესწავლილი, როგორც ეს ზემოთ იყო წარმოდგენილი.

ცხრილი 8

განწყობის დამახასიათებელი ნიშნები	სატური განწყობის ფარგლებში %	ობტიკური განწყობის ფარგლებში %
სტატიკურობა	87.5	69.3
სიტლანჭე	92.3	85.5
კონს უანტობა	82.1	75.6
სტაბილობა	78.6	63.5
ირადიაცია	100.0	100.0
გენერალიზაცია	.	94.5
იოლად ავზნებადი	97.6	85.5
მეტად მტკიცე	95.3	95.3

აქ წარმოდგენილი შედეგების შედარებას, მეოთხე ჯგუფის ავადმყოფთა ფიქსირებულ განწყობასთან ნათლად შეუძლია გვაჩვენოს, რომ მათ შორის განსხვავება არ არსებულა. ფსიქოპათი შიზოიდებისა და შიზოფრენიკების განწყობის მოქმედება ორივე შემთხვევაში პათოლოგიური მიმდინარეობით ხასიათდება. განწყობის სტატიკურობა ანუ ინერტულობა, სიტლანქე, ირაღიაცია, გენერალიზაცია, ადვილად აგზნებადობა და არაჩვეულებრივი სიმტკიცე ერთსაც ახასიათებს და მეორესაც. ამის მიხედვით უთუოდ გვაქვს უფლება გამოვიტანოთ დასკვნა, რომ აქტუალური აღქმის სფეროში ფიქსირებული განწყობის მიხედვით შიზოფრენია ახლო მონათესაობას პოულობს შიზოიდური წრის ფსიქოპათებთან.

ანრიგად, ჩვენი მასალის მიხედვითაც დადგა საკითხი შიზოფრენიის პრემორბიდის ძიების შესახებ. ეს საკითხი თავის სისტემატური კვლევის ამოცანად გაიხადა ვ. ნორაკიძემ. თანახმად იმ შედეგებისა, რომელიც მას აქვს მიღებული, ირკვევა, რომ კონფლიქტური პიროვნებათა ერთი ჯგუფი უნდა ჩაითვალოს კონტინგენტათ, რომელიც ასაზრდოებს შიზოფრენიას. სახელდობრ, ისეთი ადამიანები, რომელთა ფიქსირებულ განწყობას ახასიათებს სტატიკურობა, ირაღიაცია, სიტლანქე, კონსტანტობა, სტაბილობა, ადვილად აგზნებადობა და სიმტკიცე და, რასაც ჩვენ პირობით ტლანქი ირადირებული განწყობა ვუწოდეთ.

შეიძლება აქედან გამოვიტანოთ დასკვნა, რომ შიზოიდ ფსიქოპათებსა და შიზოფრენიას შორის არ არსებობს პრინციპული ხასიათის განსხვავება? ჩვენ ამაზე წინასწარ პასუხის გაცემა არ შეგვიძლია, ვინაიდან შესასწავლია მათი ფსიქიკური ცხოვრების უფრო მაღალი დონე, და თუ ამ შემთხვევაშიაც იგივე შედეგები იქნა მიღებული, მხოლოდ მაშინ შეგვიძლია იმ მოსაზრებას შევუერთდეთ, რომელიც შიზოფრენიასა და შიზოიდიას შორის არა რომელიღობითს, არამედ რაოდენობრივი ხასიათის განსხვავებას ეხდავს.

ფიქსირებული განწყობისა და განცდის ურთიერთობისათვის

განწყობის ექსპერიმენტულმა კვლევამ გვიჩვენა, რომ დიდი და პატარა ობიექტების 15-ჯერ მიწოდებით საკმარისია აღმოცენდეს იმდენად მტკიცე განწყობა, რომ ამის შემდეგ ტოლი ობიექტების 50—60-ჯერ ზედიზედ შემოქმედების მიუხედავად, მისი ჩაქრობა ჩვენთვის მიუწვდომელი რჩება. სანამდის განწყობის

მოქმედება უცვლელია, იგი ახალი განწყობის აღმოცენებას ღიღ ხანს ადგილს არ უთმობს და ეს არის მიზეზი იმისა, რომ რეალური გამლიზიანებლები ხანგრძლივად უტოლრდ განიცდებიან. მართალია, განწყობის ილუზიები მაშინვე არც ჟანსალ ადამიანთა შემთხვევებში აღიკვეთება, მაგრამ ავადმყოფის თავისებურებას შეადგენს ის, რომ აქ განწყობის ჩაქრობის მიმდინარეობა პათოლოგიურად შეცვლილ ხასიათს იღებს, იგი ღიღხანს რჩება ძალაში. ავადმყოფი ასევე ღიღხანს ვერ ახერხებს აქტუალური განწყობისადმი წინააღმდეგობის გაწევასა და გარესინამდვილისადმი საკუთარი განცდის შეუსაბამო მიმდინარეობის დანახვას.

როგორც ვნახეთ, საგანწყობო ცდის 2-ჯერ განმეორება, ე. ი. სულ მცირე ბიძგიც საკმარისი აღმოჩნდა ისეთი განწყობის აღმოსაყენებლად, რომელიც შემდეგში იმ საგნების ილუზორული აღქმის წყაროდ იქცევა, რომელთა მიმართ ავადმყოფი ადეკვატურ ურთიერთობას ამყლვანებდა. ერთი სიტყვით, ჩვენი ავადმყოფების განცდის შინაარსი ერთხელ ამოქმედებული განწყობის ინერციას მიყავს, რომლის გამო გარემოს ადეკვატური აღქმა, კრიტიკული ცდის 50—60 განმეორებათა ფარგლებში, მოქმედების ძალას კარგავს. ამაში მდგომარეობს შიზოფრენიით დაავადებული ადამიანის განწყობის პათოლოგიური ინერტულობა ან უსიტაკურობა.

აქედან თავისთავად ნათელია ისიც, რომ ჩვენ მიერ შესწავლილი ავადმყოფების ფიქსირებულ განწყობას არაჩვეულებრივი სიმტკიცე ახასიათებს.

ავადმყოფის ფიქსირებული განწყობა არა მარტო პათოლოგიური ინერტულობით, არამედ ასეთივე პათოლოგიური სიტლანქით ხასიათდება. ამის შესახებ მეტყველებს ის, რომ ფიქსირებულ განწყობას ჩაქრობის ფაზები არ გააჩნია, მისი მოქმედება კონტრასტული ილუზიებით იწყება და ბოლომდის ამ მდგომარეობაში რჩება უცვლელად. ჩვეულებრივად კი კონტრასტული ილუზიები გარკვეული მომენტის შემდეგ ადგილს ასიმილაციურ ილუზიებს უთმობენ, ხოლო ეს უკანასკნელი, როგორც მითითებული იყო, ტოლობის აღქმას. ჩვენი ავადმყოფებისათვის მოვლენის ასეთი პლასტიკური მიმდინარეობა უცხოა, პირიქით, სრულიად გარკვეული შთაბეჭდილება რჩება, რომ ყოველი ახალი ბიძგი აძლიერებს რეაქციის ცალმხრივ მიმდინარეობას. ავადმყოფის პასუხებს, გარდა იმისა, რომ გამლიზიანებლისადმი შეუსატყვისობა ახასიათებთ,

ზისთვის მიმართულების შეცვლა აღმატება ჩვენი ავადმყოფის შესაძლებლობას.

საკმარისია ამ ექსპერიმენტული ფაქტების საფუძველზე შეეხედოთ შიზოფრენიით დაავადებული ადამიანების განცდას, რომ იქვე დაინახოთ მათთვის ეგრე დამახასიათებელი აკვიატების სიმპტომი. ავადმყოფის განწყობის პათოლოგიურმა ინერტულობამ, როგორც ვნახეთ, იმ მხრივ იჩინა თავი, რომ მის საფუძველზე აღმოცენებულს აღქმის ილუზიებს ისევე ვერ იშორებს იგი თავიდან. როგორც ამას ადგილი აქვს პერსევერაციის, სტერეოტიპიისა და იტერაციის შემთხვევებში. აკვიატებული განცდის შინაარსი, ფიქსირებული განწყობის მსგავსად, გარემოს ზემოქმედებას რა ემორჩილება და წინასწარ დადგენილი ტრაფარეტის კვალობაზე განაგრძობს მიმდინარეობას. ამიტომაც, რომ ავადმყოფის ცნობიერებაში ერთხელ შექრილი შინაარსი დღეებისა და თვეების განმავლობაში არ უთმობს ადგილს მის საწინააღმდეგო შთაბეჭდილებებს. ფსიქოზური განცდის შინაარსი იმპულსური ბუნებისაა და ავადმყოფისათვის უცნობი ძალა მართავს მას ავტომატურად. განცდის ავტომატურად მმართველი ძალის დამორჩილება ვერ ხერხდება, ამიტომ დაუსრულებელი შესაძლებლობას ქმნის შთაბეჭდილებათა მცდარი ასიმილაციისათვის. ფსიქოზური განცდის თავისებურება სწორედ ამაში ჩანს, რაც, როგორც ვნახეთ, თავის პროტოტიპს განწყობის ინერტულობასა და სიტლანქეში პოულობს.

ავადმყოფის სიცილს, ცეკვასა თუ ყვირილს, იმდენად მტკიცედ ფიქსირებული საფუძველი გააჩნია, რომ არა მარტო ამათ, არამედ საერთოდ მის მოქმედებათა მიმდინარეობას ნაძალადევ ხასიათს აძლევს. ძნელია ისეთი ფსიქოზური სიმპტომის დასახელება, რომლის აღკვეთა მისაწვდომი იყოს ჩვენი ზემოქმედებისათვის. ავადმყოფთა პათოლოგიური საფუძველის მქონე განცდების დასახასიათებლად, უნდა ითქვას ისიც, რომ იგი მთელი დღე ერთი და იმავე სახით მეორდება. იგივე უნდა ითქვას ჩვენი ავადმყოფებისათვის დამახასიათებელი პათოლოგიური შთაგონების შესახებ. აქ შთაგონებულის აღკვეთა ისევე შეუძლებელია ჩვენი ზემოქმედების შედეგად, როგორც შიზოფრენიული წარმოშობის ბოდვისა და ჰალუცინაციების. ერთი სიტყვით, სრულიად ცხადი ანალოგია არსებობს ავადმყოფის განცდის შინაარსსა და ფიქსირებული განწყობის თავისებურებათა შორის.

ეხლა მივაქციოთ ყურადღება ავადმყოფის ფიქსირებული განწყობის შემდეგ თავისებურებას. ტაქტილურ ანალიზატორებზე უშუალო ზემოქმედებით განწყობის ფიქსაციის შემდეგ ტოლო წრეების ოპტიკური, ე. ი. ისეთი რეცეპტორის სფეროში მიწოდება იწვევს განწყობის ილუზიების აღმოცენებას, რომელსაც საგანწყობო ცდის მიმდინარეობაში მონაწილეობა სრულიად არ მიუღია. როცა საფიქსაციო ცდა ოპტიკური ანალიზატორების მონაწილეობით განვახორციელებთ, ხოლო განწყობის მოქმედება ტაქტილური ანალიზატორების მოქმედების სფეროში შევამოწმებთ, როგორც მოსალოდნელი იყო, აქაც ზემოაღნიშნულის ანალოგიური შედეგები იქნა მიღებული. ამრიგად, განწყობის მოქმედების სფერო ერთი რეცეპტორით არ განისაზღვრება. იგი ერთი და იგივე სახით პოულობს გამომქლავებას განსხვავებულ გრძნობის ორგანოებში და, როგორც ჩანს, მათი შეთანხმებული მოქმედების ფიქსირებულ საფუძველსაც იგი წარმოადგენს.

რა უნდა ჰქონდეს საერთო ფიქსირებული განწყობის ირადიაციას ავადმყოფის განცდასთან?

ცნობილია, რომ ბოლდითი იდეით შეპყრობილი ავადმყოფი ოჯახის წევრებს შორის თავის მტერს ხედავს, სანახავად მოსულ ამხანაგში—გადაცმულ მოქიშპეს, ქუჩაში შემთხვევით გაჩერებულ ადამიანში—მოგზავნილ მეთვალყურეს. საბოლოოდ დგება მომენტი, როცა პაერიდან მოწამელის შიშით ის ოთახში იკეტება, საკმლის მიღებაზე უარს აცხადებს და მოახლოებული მტერის ფეხის ხმას ლოგინის ქვეშ ემალება. საესებით ისე, როგორც ეს ავადმყოფის პათოლოგიურად შეცვლილი განწყობის ირადიაციამ გვიჩვენა, მისი გრძნობის ორგანოები ერთი ფიქსირებულ საფუძვლის მიხედვით მოქმედებენ და ყველგან ერთი შინაარსის მანიფესტაციის მაგალითს იძლევიან. ავადმყოფის სმენა, მხედველობა, ყნოსვა, გემოვნება ერთი განცდის რეალიზაციას ემსახურებიან. რასაკვირველია, გრძნობის ორგანოთა ფენომენების ასეთი მცდარი გადამუშავება უთუოდ ფიქსირებული განწყობის ირადიაციის საფუძველზე მიმდინარეობს. აქ არის საძიებელი მიზეზი იმისა, რომ ავადმყოფის აღქმა, რომელი გრძნობის ორგანოთი უნდა იღებდეს იგი სენსორულ მასალას, სინამდვილისადმი ისეთივე გაუკუღმართებული დამოკიდებულება ახასიათებს, როგორც ეს ავადმყოფის ფიქსირებული განწყობის საფუძველზე აღმოცენებული აღქმის ილუზიებიდან არის ჩვენთვის ცნობილი.

ოპტიკურ რეცეპტორზე დიდი და პატარა წრეების ზემოქმედებით განწყობის ფიქსაციის შემდეგ, როგორც ეს ექსპერიმენტულმა კვლევა-ძიებამ გვიჩვენა, ავადმყოფი არა მარტო ტოლ წრეებს, არამედ ტოლ ელიფსებს, ტოლ კვადრატებს, ტოლ რომბებსა და მთელ რიგ შემთხვევაში ტოლ ხაზებსაც აღიქვამს არა ტოლად, არამედ როგორც უტოლო ფიგურებს. შესაძლებელია იგივეს ნახვა განსხვავებული ფერებისა და განსხვავებული ტონების მიმართ. ასევე ადვილი დასანახია ავადმყოფის განწყობის გენერალიზაციის ანალოგი მის განცდაში.

ავადმყოფების ფსიქიკური სამყაროს ერთ-ერთ თავისებურებას შეადგენს ის, რომ ბოდვის შინაარსი მათ არაჩვეულებრივი ექსპრესიით გადააქვთ ოჯახის წევრებზე, ავადმყოფებზე, საექიმო პერსონალზე. დევნის ბოდვით შეპყრობილი ავადმყოფის თვალს ყველას ეჭვის ქვეშ აყენებს, ყველგან ხიფათს ხედავს. ყოველი ახალი შთაბეჭდილება ამ განწყობის მიხედვით განიცდება, ამიტომ ცნობიერების შინაარსთა ასიმილაციაც ამ მიმართულებით წარმოებს. ფსიქოზური განცდის გენერალიზაცია ხშირად იქამდე აღწევს, რომ ავადმყოფი ნაცნობს და უცნობს ვერ არჩევს, პირიქით, ყოველივე მასთან პოულობს კავშირს და დარწმუნებულიცაა, რომ ის, რაც მის გარშემო იმყოფება, მასთან არის უშუალო კონტაქტში. ცხადია, განცდის ასეთი საფუძვლის მიხედვით მოქმედი ავადმყოფი იქ ხედავს მტერს, სადაც ასეთის გულისხმობისათვის არავითარი საფუძველი არ არსებობს. გასაგებია ისიც, რომ იგი ისეთ ადამიანს უტევს საცემად, რომელსაც მისთვის არაფერი დაუშავებია. ფსიქოზური განცდისათვის დამახასიათებელ ამ უჩვეულო განზოგადებას, ჩვენი აზრით, შეუძლებელია არაფერი ჰქონდეს საერთო მისი პათოლოგიურად შეცვლილი ფიქსირებული განწყობის გენერალიზაციასთან.

ფსიქოზის შემთხვევაში არა მარტო ავადმყოფის ფიქსირებული განწყობაა კონსტანტური და სტაბილური. ე. ი. რამდენაქედლის განმავლობაში უცვლელი სახით განმეორების უნარის მქონე, არამედ როგორც ამას უბრალო დაკვირვება გვიჩვენებს, ასეთივე ბუნებისაა ავადმყოფის ბოდვისა და ჰალუცინაციის შინაარსი. როგორც ცნობილია, შიზოფრენიით შეპყრობილი ადამიანი თავიდან ვერ იშორებს ბოდვის ერთი და იმავე შინაარსს, უფრო ნეტიც, იგი წლების განმავლობაში ისმენს ერთი და იგივე ადამიანის ჰალუცინაციის ხმას. იშვიათად იცვლება ავადმყოფის საუბრის თემა, იგი, როგორც მათი მეტყველების სისტემატური ანალი-

ზიდან ჩანს, სხვადასხვა ვარიაციით მეორდება დღითი დღე, თითქმის უცვლელად. ერთი სიტყვით, ფსიქოზური განცდის საფუძველი მყარია და თუ რაიმე წვლილი უდევს მის ფიქსირებულ განწყობას, იგი კონსტანტური და სტაბილური უნდა ყოფილიყო.

ექსპერიმენტული კვლევა სწორედ ამაზე მიგვითითებს, ვინაიდან საგანწყობო ცდის 15 თუ 2 განმეორებით ფიქსირებულ განწყობა, რა დროსაც უნდა შევამოწმოთ იგი, როგორც ვნახეთ, ყველა დამახასიათებელი ნიშნების მიხედვით უცვლელად მეორდება. ჩვენ ახლა ისიც ვიცით, რომ მას ხელმეორედ აქტუალიზაციის ძალა აქვს ტოლი ობიექტების ერთი კვირისა და ერთი თვის შემდეგ მიწოდების შემთხვევაშიც. ამ ვითარებაში აქტუალიზირებული განწყობა ისეთივე ტლანქია და ინერტული, როგორც იყო იგი აღმოცენების პირველ დღეს. ასეთია ავადმყოფის განწყობისა და მის განცდას შორის არსებული შესატყვისობა.

ჩვენი ავადმყოფების ქცევაზე დაკვირვება, მათი ფიქსირებული განწყობის აგზნებადობის სასარგებლოდ მეტყველებს. კლინიკაში ყოველთვის ვნახავთ ისეთ ავადმყოფებს, რომელთათვის სულ მცირე ბიძგი საკმარისია, რათა იგი აიგზნოს, აყვირდეს და აგრესიული ხასიათისა და ერთი და იმავე შინაარსის აფექტი გამოამჟღავნოს. ამ მოუსვენარ და იმპულსურ ავადმყოფთა გვერდით ისეთებიც არიან, რომელთაც არაფერი არ აინტერესებთ, მთელ დღეს ლოგინში ატარებენ და შეკითხვებზედაც იშვიათად პასუხობენ. პირველი ჯგუფის ავადმყოფებისათვის სწორედ ის არის დამახასიათებელი, რომ ისინი განწყობის საფიქსაციო ცდის 2-ჯერ განმეორებაზე მაქსიმალური სიძლიერის ეფექტს იძლევიან; რაც შეეხება ავადმყოფთა მესამე ჯგუფს, აქ განწყობის აგზნებადობა იმდენად არის დაწეული, რომ იგივე ეფექტის მისაღებად ცდის 10—15-ჯერ განმეორებაც შეიძლება საკმარისი არ აღმოჩნდეს.

ავადმყოფების განწყობის აგზნებადობის ცოდნას იმ მხრივაც აქვს მნიშვნელობა, რომ იგი მიგვითითებს შთაბეჭდილებათა ნომეტრულ ფიქსაციაზე, ეს კი საერთოდ არის დამახასიათებელი ფსიქოზით შეპყრობილი ადამიანებისათვის. აქ ყოველ შემთხვევითი შთაბეჭდილება ისე ღრმად იჭრება მათ განცდებში, რომ თავიდან მათი მოშორება საგანგებოდ გაძნელებულია და ავადმყოფში ჩვენთვის გაუთვალისწინებელ საფუძველსაც პოულობს. ამავე დროს შთაბეჭდილებები გარკვეული მიმართულებით ნიმდინარეობენ და ეხებიან პიროვნების ცხოვრების ისტორიას. ცნობილია, რომ ავადმყოფი პალატაში ექიმის შემოსვლას, მეზობ-

ლად მწოლიარე ავადმყოფის ქცევას, ონკანიდან ჩამოწვეთილი წყლის წვეთს საკუთარი ცხოვრების გზას უკავშირებს და მათ განსაკუთრებულ მნიშვნელობასაც ანიჭებს. შთაბეჭდილებათა ამ სახის ასიმილაციაში, თქმა არ უნდა, რომ სრულიად განსაკუთრებული წვლილი ავადმყოფის ფიქსირებულ განწყობას უღევს.

ფიქსირებული განწყობის თავისებურებათა პათოფიზიოლოგიური დახასიათებისათვის

თანახმად იმისა, რაც ჩვენ ახლა განწყობის ცნებისა და უმაღლესი ნერვული მოქმედების ფიზიოლოგიის ურთიერთობის შესახებ ვიცით, გვავალებს, რომ ამ საკითხის განხილვა ავზნებითი და შეკავებითი პროცესების სისტემურობის, ე. ი. სტერეოტიპის დახასიათებით დავიწყოთ. მ. კ. პეტროვას ექსპერიმენტული შედეგები გვიჩვენებენ, რომ საკუროისი ძაღლის სტერეოტიპი ნორმალურად ფუნქციონების უნაირს კარგავს, იგი უჩვეულო დროის განმავლობაში განაგრძობს მოქმედებას. სტერეოტიპის ინერტულობა იმდენად მტკიცეა, რომ მის ჩასაქრობად ცდის 40-ჯერ და ისიც განმტკიცების გარეშე, განმეორება არ აღმოჩნდა საკმარისი. პირობით სიგნალზე დასაკუროსებული ძაღლი 22 წუთის განმავლობაში ნერწყვის გამოყოფით პასუხობდა¹. ამ მკვლევარს არა ერთი მაგალითი აქვს დასახელებული, როცა მტკიცედ ფიქსირებული სტერეოტიპის ჩასაქრობად ცდის 50—60-ჯერ განმეორებას არ მოუტანია სასურველი შედეგი.

ამის გამომწვევი მიზეზი არა მარტო კასტრაცია შეიძლება იყოს, არამედ, თანახმად ი. პ. პავლოვის მითითებებისა, ინსტიქტების გაძლიერებული მოქმედება, ტრავმა, აფექტი. თითოეულ შემთხვევაში ინერტულობის ჩამოყალიბებას ადგილი აქვს როგორც ტვინის პირველ, ისე მეორე სასიგნალო სისტემაში. „სადაც უნდა წარმოიშვას ეს მოვლენა, წერს ი. პ. პავლოვი, იგი საფუძვლად დაედვა პერსევერაციის, სტერეოტიპის, იტერაციის, გონებრივი ავტომატიზმის, პარაზიტული სიტყვებისა და იდეების აღმოცენებას, რომელთა გარშემო ყოველთვის ყალიბდება ბოღვა“².

¹ М. К. Петрова. Влияние кастрации на условно-рефлекторную деятельность. Труды физиологических лабораторий акад. И. П. Павлова, т. IV. 1936, гл. 13.

² И. П. Павлов. Проба физиологического понимания навязчивого невроза, т. III, кн. 3, 1951, гл. 266.

ცნობილია შემთხვევები, როცა უარყოფითი სიგნალის საკმლათ გამტკიცება დიდხანს ხდებოდა, რომ მისი დადებითად გადაართვისათვის მიეღწიათ, მაგრამ არც ამას და არც დადებითი რეფლექსის განმტკიცების გარეშე დატოვებას მოყოლია სასურველი შედეგი. ჩამოყალიბებული რეფლექსის აღკვეთა, მისი მეორე სახის რეფლექსად გარდაქმნა, როცა არანორმალურ მდგომარეობაში იმყოფებოდა ორგანიზმში, არც ისე ადვილად მისაღწევი აღმოჩნდა. ამის შესახებ წერს მ. კ. პეტროვა: „ჩანს, რომ როგორც დადებითმა, ისე უარყოფითმა პროცესებმა არანორმალური სიმტკიცე შეიძინეს“¹ (ხაზი ი. ბ.). ი. პ. პავლოვს არაერთხელ აქვს მითითებული სუსტი და ძლიერი სტერეოტიპის განსხვავებულ მოქმედებაზე.

მტკიცედ ჩამოყალიბებული დროებითი კავშირებისათვის დამახასიათებელია ანალოგიურ ვითარებაში განახლებული მოქმედება. ერთხელ ჩამოყალიბებული პირობით-რეფლექსური კავშირი, მიუთითებს ი. პ. პავლოვი: „თვეებისა და წლებების განმავლობაში შეიძლება პრაქტიკის გარეშე არსებობდეს“, ფიქსირებული განწყობის სტაბილობა, ცხადია, ცოცხალი არსების მოქმედების ამავე თავისებურებაზე მიუთითებს. მართალია, სტაბილობის ცნებით არც ი. პ. პავლოვი და არც მისი მოწაფეები სარგებლობენ ქცევის დასახასიათებლად, მაგრამ არსებითი მნიშვნელობა არა ამას, არამედ იმის დანახვას აქვს, რომ მის კანონიერება თვითონ მოვლენის აღწერიდან ჩანს.

ცნობილია, რომ საექსპერიმენტო კამერაში შეყვანილი ძაღლი თვითონვე შეახტება დაზგაზე და საათის მექანიზმივით განაგრძობს მუშაობას. დროის გარკვეული ინტერვალის შემდეგ სტერეოტიპის შემოწმებას არა ერთ შემთხვევაში უჩვენებია უცვლელად განმეორების მაგალითები. მიუხედავად ამისა, არც კონსტანტობის ცნება უმაღლესი ნერვული მოქმედების ფიზიოლოგიაში დამკვიდრებული.— ი. პ. პავლოვი ამ მოვლენას ასე აგვიწერს: „ძველი სტერეოტიპი რამდენიმე ხანი რჩება, მხოლოდ შემდეგ უთმობს ადგილს ახალს, ე. ი. ერთი გამღიზიანებლის განმეორებით, ბოლოს და ბოლოს, ერთნაირ ეფექტს ვლდებულობთ. მაგრამ ძველი სტერეოტიპის როლი, თუ ის მტკიცედ არის ფიქსირებული, ამით არ თავდება.

¹ М. К. Петрова, Влияние кастрации на условно-рефлекторную деятельность. Труды физиологических лабораторий ак. И. И. Павлова т. VI, 1936.

ლუჯი ახლა უკანასკნელი გამლიზიანებელი რამოდენიმე ხანი არ გამოვიყენეთ და შემდეგში მივმართეთ მას, მაშინ ჩვენ გვექნება არა ახალი სტერეოტიპი, არამედ ისევ ძველი¹. რასაკვირველია, მტკიცედ ჩამოყალიბებული სტერეოტიპი რომ არ ინახებოდეს და შესაფერ პირობებში მას უცვლელად განმეორება არ ახასიათებდეს, მაშინ ძველი და ახალი სტერეოტიპის შესახებ მსჯელობაც არ იქნებოდა საჭირო.

რაც შეეხება ირადიაციასა და გენერალიზაციას, ერთიც და მეორეც უმაღლესი ნერვული მოქმედების ფიზიოლოგიაში მტკიცედ დამკვიდრებული ცნებებია. როგორც ვნახეთ, ამავე თავისებურებათა საფუძველზე დავახასიათეთ ჩვენ ფიქსირებული განწყობა-

ობტაკური ანალიზატორების მონაწილეობით ფიქსირებული განწყობის ეფექტი, როგორც ამის შესახებ თავის დროზე გვქონდა მსჯელობა, ვრცელდება ტაქტილური ანალიზატორების მოქმედების სფეროში. აგზნებათა და შეკავებათა ასეთი ფართო ირადიაციის შემთხვევა, თანახმად ლიტერატურული წყაროებისა, ჯერ არ უნდა იყოს ცნობილი.

ქერქში აგზნების ირადიაცია, როგორც ცნობილია, ყოველთვის წინ უძღვის დროებით კავშირთა ჩამოყალიბებას. მის ძირითად თავისებურად უნდა ჩაითვალოს ის, რომ აქ ცდის განმეორებას თან სდევს აგზნების ერთ პუნქტში კონცენტრაცია და ირადიაციის აღკვეთა. ფიქსირებული განწყობა ამ მხრივ განსხვავებულ მოქმედებას გვიჩვენებს, ცდის განმეორება ხელის შემშლელი როდია, პირიქით, რაც უფრო მეტი რაოდენობით ხდება ცდის განმეორება და რაც უფრო მტკიცედ ფიქსირებულია იგი, მით უფრო უკეთ გამოხატულია და მყარი განწყობის ირადიაციაა.

უმაღლესი ნერვული მოქმედების ფიზიოლოგიაში ცნობილია ისეთი ხასიათის საპასუხო რეაქცია, რომელიც კონტრასტული ილუზიის ანალოგს უნდა წარმოადგენდეს. ი. პ. პავლოვი წერს: «გამლიზიანებელი, რომელიც ერთია გამოყენებული წინა სისტემის ადგილზე, ამ სისტემას თავის ეფექტით აღადგენს, მაგრამ გაუკუღმართებული სახით: წინა ძლიერი გამლიზიანებლის ადგილზე ვლდებულობით სუსტ ეფექტს, სუსტის ადგილზე ძლიერს, ე. ი. გამომქლავნდება პარადოქსალური ფაზა². მეთოდს, რომელსაც ემყარება ჩვენი ექსპერიმენ-

¹ И. П. Павлов. Динамическая стернотипия высшего отдела головного мозга. т. III. кн. 2. 1951, გვ. 243.

² აქვე, გვ. 243.

ტული შედეგები, დიდი და პატარა ობიექტის, ანუ ძლიერი და სუსტი გამლიზიანებლის ზემოქმედებით ფიქსირებული განწყობის შესწავლა აქვს მიზნად. კრიტიკულ ცდაში ცდისპირი სუსტი, ე. ი. საგანწყობო ობიექტებზე გაცილებით უფრო ნაკლები მოცულობის გამლიზიანებელს ლებულობს. იმ ადგილზე, სადაც დიდი და, მაშასადამე, ძლიერი გამლიზიანებელი მოქმედებდა, როცა სუსტი გამლიზიანებელით ვმოქმედებთ, ვღებულობთ არა სუსტს, არამედ ძლიერ ეფექტს, ხოლო ძლიერის ადგილზე—სუსტს.

როგორც ვხედავთ, ფიქსირებული განწყობა არც ერთი ისეთი ნიშნით არ ყოფილა დახასიათებული, რომელიც არ იყოს ცნობილი უმაღლესი ნერვული მოქმედების ფიზიოლოგიაში. ეს იმით აიხსნება, რომ ორივე მეცნიერულ დისკაპლინას, აქ აღნიშნული ცნებები ქცევის დახასიათებისათვის აქვს გამოყენებული. თუ მეთოდი სწორად ასახავს ქცევის დამახასიათებელ თავისებურებას, ცხადია, ფიზიოლოგი მოკიდებს ხელს მის შესწავლას, თუ ფსიქოლოგი, ამით, რასაკვირველია, ქცევის დამახასიათებელი კანონზომიერებები არ შეიცვლებიან.

რა ხდება იმ შემთხვევაში, როცა უმაღლესი ნერვული მოქმედების ფიზიოლოგია არა ქცევას საერთოდ, არამედ მის ფიზიოლოგიურ მექანიზმებს გვიხასიათებს? ყველა ასეთ შემთხვევაში იგი ფსიქოლოგიიდან განსხვავებული ცნებებით მსჯელობას მიმართავს, რაც ჩანს ი. პ. პავლოვის შემდეგი სიტყვებიდან: „იმისათვის, რომ მთლიანად მოვიცვათ ნერვული მოქმედება, უმაღლესი ცხოველის ქცევა, მხედველობაში უნდა გვქონდეს მთელ ნერვულ სისტემაში არსებულ მოვლენათა ექვსი ცალკეული რიგი: 1. აგზნება, 2. შეკავება, 3. აგზნებისა და შეკავების მოძრაობა; 4. ურთიერთ ინდუქცია: შეკავებისა—აგზნებით (უარყოფითი ინდუქცია), აგზნებისა—შეკავებით (დადებითი ინდუქცია), 5. ნერვული სისტემის სხვადასხვა პუნქტებს შორის ჩართვის და განართვის მოვლენები, 6. ორგანიზმისათვის შინაგანი (ყოველივე ის რაც თვით ორგანიზმში ხდება) და გარეგანი სამყაროს ცალ-ცალკე დანაწევრების, ანალიზის მოვლენები“¹.

თუ ამ მექანიზმების თვალსაზრისით შევხედავთ შიზოფრენიისათვის ესოდენ დამახასიათებელ პათოლოგიურ ინერტულობას მოვლენას, მაშინ ენახავთ, რომ იგი ქერქში აგზნების გავრცელების

¹ ი. პ. პავლოვი, ჰემისფეროების ნორმალური მოქმედება და მათი საერთო კონსტიტუცია, კრ. უმაღლესი ნერვული მოქმედების ფიზიოლოგია, 1953, გვ. 144.

იმ წესს ემყარება, რომელიც დომინანტისათვის არის დამახასიათებელი. დომინანტა როგორც ძლიერი აგზნების კერა, მიუთითებს სკიპინი, თავისკენ იზიდავს სუსტ იმპულსებს და საფუძვლად ედება რეაქციის ერთ მხრივ მიმდინარეობას. სანამდის დომინანტური აგზნების კერა ქერქში არ ჩამქრალა, რეაქციის მიმდინარეობა მას ემორჩილება. „პათოლოგიურ შემთხვევაში, წერს სკიპინი, როცა ცენტრალურ ნერვულ სისტემაში ქრონიკული აგზნების კერა წარმოიშობა (ფუნქციონალური მდგომარეობის დარღვევის, თუ ქსოვილში ორგანული ცვლილებების გამო), ეს კერა დომინანტური უბნის ყველა დამახასიათებელ თვისებებს შეიძენს: 1. ინერტულობას, 2. ცენტრალურ ნერვულ სისტემაში პროცესის მიმდინარეობისათვის მიმართულების შეცვლის უნარს იმის გამო, რომ ქერქის სხვა უბნებიდან თავისკენ იზიდავს აგზნებას“¹. ამრიგად, არა მარტო ინერტულობა, არამედ ფიქსირებული განწყობის სიტლანქეც, როგორც ეს ამ ცნების დახასიათებიდან არის ჩვენთვის ცნობილი, ნერვული პროცესების სწორედ ამდაგვარ მიმდინარეობაზე მივყვითითებენ. აქ ისიც უნდა იქნეს აღნიშნული, რომ ქერქული პროცესების სიტლანქე (косность) და ინერტულობა სკიპინს მიჩნეული აქვს დიდი ნახევარსფეროების მუშაობის დამახასიათებელ თვისებად².

ტვინში აგზნების ტალღის ტერიტორიალური გავრცელება ის ძირითადი ქერქული მექანიზმია, რომელნიც თავის გამოხატულებას ფიქსირებული განწყობის ირადიაციაში პოულობს. აგზნებისა და შეკავების ერთ პუნქტში კონცენტრაციას ემყარება, ალბათ, განწყობის გენერალიზაცია; რაც შეეხება ფიქსირებული განწყობის კონტრასტულ მოქმედებას, როგორ ითქვას, ამ შემთხვევაში რეაქციის პარადოქსალურ მიმდინარეობასთან უნდა გვეკონდეს საქმე.

გაცილებით უფრო თვალსაჩინოდ წარმოუდგენილია ჩვენს მასალაში განწყობის აგზნებადობის ურთიერთობა ქერქში მიმდინარე აგზნებისა და შეკავების პროცესებთან. ავადმყოფებს ერთი ნაწილი, როგორც ამის შესაძლებლობა გვექონდა ჯეინახა, ულის 2-ჯერ განმეორების შედეგად, ისეთი ძალის რეაქციას იძლევა, რომლის ჩვეულებრივ პირობებში მისაღებად საფიქსაციო ცდის 15-ჯერ განმეორება იქნებოდა საჭირო. ამრიგად, ავადმყოფობა ასეთ მდგომარეობაში

¹ Г. В. Скряпин. О системности работы больших полушарий, Труды физиологических лабораторий акад. И. И. Павлова, VIII, 1938.

² ი. В. Скряпин. Косность, инертность первых процессов. . . Там же.

რეობას ქმნის, როცა განწყობის საფიქსაციო ცდის მაქსიმალური და მიმინიმალური რაოდენობით განმეორებას თან სდევს ერთი და იგივე სახისა და ძალის ეფექტი. ამის წყარო ფსიქოზი უნდა იყოს, ალბათ, ქედან მომდინარეობს განწყობის აგზნებადობის ზედა და ქვედა ზღვრების გათანაბრებას მიზნით. ამავე ვითარების განსაზღვრულად უნდა ჩაითვალოს მეორე ჯგუფის ავადმყოფების საპასუხო რეაქცია, რომლის მისაღებად, როგორც ვნახეთ, საგანწყობო ცდის 10—15-ჯერ განმეორება არის საჭირო.

ამ ექსპერიმენტული მასალების საფუძველზე, რასაკვირველია, უნდა გვეფიქრა, რომ პარაბოლის გათანაბრების ფაზასთან უნდა გვქონდეს საქმე. საკითხის დაზუსტების მიზნით განწყობის ფიქსაციის მიმდინარეობა ცალკე შევისწავლეთ ბრომისა და კოფეინის ზეგავლენით. ბრომის დიდი დოზების ქრონიკულმა გამოყენებამ, როგორც მოსალოდნელი იყო, განწყობის აგზნებადობა მირს დასწია, საგანწყობო ცდის რაოდენობა გაიზარდა, ორგანიზმში კოფეინის შეყვანით ცდის 2—3-ჯერ განმეორება აღმოჩნდა საკმარისი იმისათვის, რომ მაქსიმალური სიძლიერის ეფექტი მიგველო.

სავსებით ამის ანალოგიურ სურათს იძლევა, როგორც ამას ქვემოთ დავინახავთ, ქაფურის დიდი დოზების მკურნალობის მიზნით გამოყენება. ამ ფარმაკოლოგიური საშუალებით მოქმედების ერთ-ერთ ფაზაში საგანწყობო ცდის მინიმალური რაოდენობით განმეორება საკმარისია მაქსიმალური სიძლიერის ეფექტის მისაღებად. ქაფურის მოქმედების მეორე, ე. ი. დეპრესიის ფაზაში იგივე შედეგების მისაღებად, როგორც ამას ჩვენი კვლევის შედეგები გვიჩვენებს, ცდის მაქსიმალური რაოდენობით განმეორება არ აღმოჩნდა საკმარისი!

ზოგიერთი ავადმყოფი, როგორც ეს ახლა მათი პასუხების განხილვიდან ვიცით, ექსპერიმენტის მიმდინარეობის პროცესში დიდობიექტს პატარად აღიქვამდა, ხოლო პატარას შესახებ გვეუბნებოდა, როგორც აღნიშნული იყო, დიდიან. ერთი შეხედვით, ეს შემთხვევითი ხასიათის პასუხები, ქაფურის დიდი დოზის მოქმედების ერთ-ერთ ფაზაზე იმდენად ხშირ მოვლენად გადაიქცა, რომ ჩვენს შედეგებში სრულიად კანონზომიერი ადგილი უჭირავს. ახლა, როცა

2 ი. ბ. ჯალაღა, ფარმაკოლოგიურ საშუალებათა გავლენა ფიქსირებული განწყობის მოქმედებაზე, კრ. ფსიქოლოგია, ტ. VIII, 1953.

უმალესი ნერვული მოქმედების ფიზიოლოგიის თვალთ ვუყუ-
რებთ ამ ფაქტებს, შეეკვებაც არ შეიძლება იმაში, რომ ავადმყოფე-
ბის ისეთ საპასუხო რეაქციებთან გვქონია საქმე, რო მელშიც
უშუალო გამოხატულებას პოულობს ცენტრალ-
ური ნერვული სისტემის პარაბიოზის პარა-
დოქსალური ფაზა.

შიზოფრენიით დაავადებული ადამიანის ქერქი, თანახმად
ი. პ. პავლოვის მითითებისა, უმალეს ხარისხამდე ასული სისუს-
ტით ხასიათდება. ადვილად ყალიბდება პირობები, რომლის გამო
ავზნებისა და შეკავების პროცესების განაწილებას ტვინში თან
ხდევს მათ შორს ჩვეულებრივი ბალანსის დარღვევა, მეტად თუ ნაკ-
ლებად გამოხატული არანორმალური მდგომარეობა, რომელიც თა-
ვის კონკრეტულ გამოხატულებას ქერქის ფაზურ მოქმედებაში პო-
ულობს. არც ისე ძლიერ შთაბეჭდილებათა ზეგავლენით, წერს
ი. პ. პავლოვი, ქერქში „თანდათან აღმოცენდება სულ უფრო მეტად
უძლური პუნქტები და კერები, წარმოებს ნახევარ-სფეროების
ქერქის სულ უფრო მეტად დაშლა, მათი ნორმალურად დამაკავში-
რებელი მუშაობის განღეჩა“¹.

ადამიანი უფრო ნაზი წარმოქმნის—მეორე სასიგნალო სისტე-
მის საფუძველზე მუშაობს, ამიტომ იგი ადვილად გადადის, შედა-
რებით პირველ სასიგნალო სისტემასთან, შეკავების, ე. ი. პიპნოი-
დურ მდგომარეობაში. ეს ქმნის პირობას იმისა, რომ „ფხიზელ
მდგომარეობაში ჩვეულებრივად პირველობის მქონე მეორე სასიგ-
ნალო სისტემის ადგილს, როგორც ი. პ. პავლოვი აღნიშნავს, პირ-
ველი სასიგნალო სისტემა იკავებს, დასაწყისში მედგარი ოცნებე-
ბით და ფანტაზიებით, შემდეგში უფრო მწვავე ბინდისებური ან
იოლი ძილისებური მდგომარეობით (ძილმღვიძარე ან ჩაძინების
მდგომარეობის დარად), რომელიც მეორე სასიგნალო სისტემის
სელმძღვანელობიდან განთავისუფლებულია. ამის გამო ჩნდება ქა-
ოტური მდგომარეობა, რომელიც სულ არა ან მცირედად უწევს ან-
გარიშს გარესინამდვილეს და უშთავრესად გვაქვს ქერქვეშა კვან-
ძების ემოციებისადმი დამორჩილებული მოქმედება“².

¹ И. П. Павлов, Физиологическое учение о типах нервной системы, темпераментных тож. т. III, кн. 2, 1951, гл. 88.

² И. П. Павлов, Проблема физиологического понимания симптоматологии истерии, т. III, кн. 2, 1951, гл. 215.

რაც უფრო ქერქში მეტი ტერიტორიაა შეკავების მდგომარეობაში, მით უფრო მეტი შესაძლებლობა არსებობს იმისათვის, რომ ქერქევა კვანძებმა ავტონომიური მოქმედების ძალა შეიძინონ და ამ სფეროში მოთავსებული ინსტიტუტების, აფექტებისა, მიზიდულებების მექანიზმთა სამოქმედო არენა გაფართოვდეს. ამ ელემენტარული და ფილოგენეტიკური წარსულის მქონე ფსიქიკური პროცესების ფიზიოლოგიური მექანიზმები დაბალ საართულში ყალიბდებიან და უმეტეს შემთხვევაში ფიქსირებული სახით განაგრძობენ არსებობას. გარესინამდვილესთან ნორმალურ კონტაქტის შესაძლებლობას მოკლებული და ჰიპნოიდურ მდგომარეობაში მყოფი ნერვულ სისტემაში საგრძნობლად შეზღუდულია ანალიზური და სინთეზური მუშაობის პირობები. ქერქევა კვანძების გამტკიცებულა შტამპით მოქმედება, რასაკვირველია, ინდივიდისათვის მცდარი და სათანადო გადამუშავების გარეშე აღმოცენებულ პასუხების წყაროს წარმოადგენს.

თავი მეოთხე

ფსიქიკური ცხოვრების მეორე დონე

განწყობის სიტუციის სიტუაციაში ფიქსაცია

ჩვენ მიერ განხილული ექსპერიმენტული მასები. როგორც იქნა, განკუთვნილი იყო იმისათვის, რომ აქტუალური, ე. ი. რეცეპტორთა უშუალო მონაწილეობით ფიქსირებული განწყობა დაგვეხასიათებინა. ამ შემთხვევაში ორგანიზმის კავშირი გარემოსთან არ საჭიროებს სიტყვის აუცილებელ მონაწილეობას, აქ განწყობის ფიქსაცია ისეთ საფეხურზე მიმდინარეობს, რომელიც განვითარების ადამიანურ დონეს საგრძნობლად ჩამორჩება.

ფსიქიკური ცხოვრების ამ დაბალი დონის თავისებურებას შეადგენს აგრეთვე ის, რომ ფსიქიკური მასალა, რომლის მონაწილეობით მიმდინარეობს აქ განწყობის ჩამოყალიბება არ სცილდება შეგრძნების, აღქმის სფეროს, ე. ი. უშუალოდ მოცემულ სენსორულ შინაარსებს, იგი ავტომატური ბუნებისაა და ავადმყოფობის განზრახვისა და ცნობიერების კონტროლის გარეშე მიმდინარეობა ახასიათებს. ადამიანისათვის არა ავტომატური, არამედ ცნობიერებით გაშუალებული ქცევის აქტებია დამახასიათებელი, ამიტომ გადაეწყვიტეთ ვაჩვენოთ: გააჩნიათ თუ არა ავადმყოფებს აზრითს, ე. ი. სიტყვითს სიტუაციაში განწყობის ფიქსაციის შესაძლებლობა.

ჩვენთვის ცნობილ ცდებში, თუ ავადმყოფები დიდ და პატარა ობიექტებს ხელით სინჯავდნენ, თვალით აღიქვამდნენ, ახლა რივე ობიექტები უნდა წარმოისახონ და ამ გზით 20—25-ჯერ მათი შედარებით მიაღწიონ განწყობის ფიქსაციას. საგანწყობო ობიექტების ამ სახით ცნობიერებაში არსებობა მხოლოდ სიტყვის საშუალებით არის შესაძლებელი, რაც თავის მხრივ განწყობის ჰიტყვითს სიტუაციაში ფიქსაციის პირობად იქცევა. თუ ავადმყოფის ფსიქიკის მოქმედებაში სიტყვას შესწევს განწყობის ფიქსაციის ძალა, მაშინ ისეთი შედეგების მიღებას უნდა მოველოდეთ, როგორც ეს ცდის აქტუალური აღქმის სფეროში დაყენებამ გვი-

ჩვენა, რაც თავის მხრივ უთუოდ კრიტიკული ცდების მიპდინარეობაში იპოვის გამოხატულებას.

225 ავადმყოფიდან 142-მა ამ ექსპერიმენტის მოთხოვნა ვერ დააკმაყოფილა იმ მხრივ, რომ საგანწყობო ობიექტების წარმოსახვა მათთვის მიუღწეველი აღმოჩნდა. წარმოსახულ გამღიზიანებელთა აქტიურად განცდის მაგიერ, უმრავლესობა მექანიკურად იმეორებდა: „აქეთ იყოს დიდი“... ზოგი საყვედურობდა: „არაჟერა და რა წარმოვიდგინო“-ო.

ამრიგად, დაგვრჩა 83 ავადმყოფი, რაც საერთო რაოდენობის 36.8%-ს შეადგენს. ამ ავადმყოფების შესახებ დანამდვილებით შეგვიძლია ვთქვათ, რომ საგანწყობო ობიექტების წარმოდგენა მათ შეუძლიათ, მაგრამ წარმოდგენილი შინაარსის გარკვეულად ღრის განმავლობაში ნებისმიერად გაჩერება ცნობიერებაში ვსუნუხორციელებელი ჩანს. „კი გაიღვა თავში, მაგრამ ახლა არ არის“, „გამოჩნდა მაგრამ უკვე დაიკარგა“. ვლებულობდით პასუხებს შედარებით უფრო ადეკვატური ქცევის ავადმყოფებისაგან. ამის გამო აუცილებელი შეიქმნა განწყობის ფიქსაციის დასაყრდენად გამოგვეყენებინა ინსტრუქციის ხმამალა განმეორება. ავადმყოფები ამაზე სიამოვნებით თანხმდებოდნენ და თვითონაც ხმამალა იმეორებდნენ: „აქეთ დიდი, იქით პატარა“. გავეცნოთ ამ ვითარებაში ჩატარებული ცდის შედეგებს.

ცხრილი 9

განწყობის ილუზიების რაოდენობა	პაპტური განწყობა			ობტიკური განწყობა		
	% კონტრ.	% ასი-მილ.	% ტოლ.	% კონტრ.	% ასი-მილ.	% ტოლ.
8—10 ილუზია	7,0	—	93,0	8,0	3,0	89,0
3—4 ილუზია	10,0	4,0	86,0	7,0	2,0	91,0
1—2 ილუზია	15,0	3,0	82,0	13,0	14,0	73,0

ავადმყოფის საერთო რაოდენობიდან მხოლოდ 7%-ს აღმოაჩნდა ტაქტილური ანალიზატორების სფეროში ფიქსირებული განწყობის ეფექტი, ობტიკურ სფეროში—8%; 3—4 ილუზია პაპტურ სფეროში—14% აქვს, ობტიკურ სფეროში—9%-ს, 1—2 ილუზია პირველ შემთხვევაში 18%-ით არის წარმოდგენილი, მეორე შემთხვევაში—27%-ით. ამრიგად, თუ მხედველობაში მივიღებთ განწყობის ფიქსაციის შემთხვევებს, რომელიც 7—8%-ის ფარგლებ-

შეაწარმოდგენილი, შეიძლება გამოვიტანოთ დასკვნა, რომ წინასწარ შერჩეული ავადმყოფების აბსოლუტური უმრავლესობისათვის მიუღწეველია სიტყვითს სიტუაციაში განწყობის ფიქსაცია.

აქ წარმოდგენილი შედეგების უაღრესად პრინციპულმა მნიშვნელობამ გვიკარნახა, რომ ამ საკითხის შესწავლას ხელმეორედ დაბრუნებოდა ერთ-ერთი ჩვენი თანამშრომელი. საბოლოოდ დადგენილი მასალის ანალიზმა დ. უზნაძე მიიყვანა იმ დასკვნამდე, რომ შიზოფრენიით დაავადებული ადამიანისათვის სიტყვითს სიტუაციაში განწყობის ფიქსაცია მიუღწეველია¹.

ფსიქოზის მიმდინარეობის პროცესში, რასაკვირველია. ისეთი ავადმყოფებიც გვხვდებიან, რომელთა ფსიქიკის ეს მაღალი საფეხური ასე თუ ისე შერჩენილი აქვთ, მაგრამ მათი რაოდენობა იმდენად უმნიშვნელოა. რომ ისინი საერთო კანონზომიერებიდან გამონაკლის შეადგენენ. დანამდვილებით შეიძლება ითქვას, რომ ფსიქიკის მოქმედების ამ მაღალ საფეხურს ჩვენი ავადმყოფების ცხოვრებაში ხელმძღვანელი როლი დაკარგული აქვს.

ავადმყოფების თავისებურებას შეადგენს ის, რომ აქ გარესნამდვილეში ორიენტაციისათვის განკუთვნილი ფსიქიკის დაზალ დონეზე განწყობის ფიქსაცია, როგორც ვნახეთ, დაუბრკოლებლად მიმდინარეობს, იმდენად დაუბრკოლებლად, რომ ამ ვითარებაში ფიქსირებულ განწყობას გადაჭარბებული ფიქსაცია და პათოლოგიური ინერტულობა ახასიათებს; რაც შეეხება მის ფიქსაციას ფსიქიკური ცხოვრების მაღალ დონეზე, როგორც ექსპერიმენტულმა კვლევამ გვიჩვენა, ამის შესაძლებლობას ჩვენი ავადმყოფები მოკლებულნი არიან.

ეს ჩვენი დასკვნის ისეთი ნაწილია, რომელიც ფიზიოლოგიური მექანიზმების მხრივაც ჩანს დასაბუთებული. სიტყვის სიტუაციაში მოქმედების ჩამოყალიბებისათვის აუცილებელი ცერებრალური მექანიზმები, როგორც ეს ი. პ. პავლოვის მითითებიდან ვიცით, შიზოფრენიით დაავადებულ ადამიანს ქრონიკული შეკავების მდგომარეობაში აქვს. ამრიგად. თუ ადვილი მისაღწევი აღწონდა განწყობას ფიქსაცია პირველ სასიგნალო სისტემის მოქმედების სფეროში, იგივე შედეგების მიღება მეორე სასიგნალო სისტემის დონეზე, როგორც გამოიჩვენა. განუხორციელებელი რჩება.

¹ დ. უზნაძე, განწყობის ფსიქოლოგიის ექსპერიმენტული საფუძვლები, 1949.

ამრიგად, ნორმალური კავშირი ფსიქიკური ცხოვრებას პირველ და მეორე დონესა და, მაშასადამე, სასიგნალო სისტემებს შორის არ არსებობს. ფსიქოზი, როგორც ჩანს, სპეციფიკურ ადამიანურ მონაპოვარს—სიტყვით სიტუაციაში განწყობს ფიქსაციას — აზიანებს, ყოველ შემთხვევაში იმდენად, რომ მისი მონაწილეობა ავადმყოფის მოქმედებაში არსად ჩანს.

რა შეიძლება ითქვას ჩვენ მიერ წინასწარ შერჩეული ფსიქოპათების შესახებ?

როგორც ეს ექსპერიმენტის მიმდინარეობამ გვიჩვენა, შარბოსახეთს სიტუაციაში განწყობის ფიქსაცია აქაც ხვდება წინააღმდეგობას, მაგრამ ისეთს, რომლის გადალახვას შიზოიდები თავისუფლად ახერხებენ. ამ შემთხვევაში საგანწყობო ცდის რაოდენობრივ ზრდას, ცდისპირის დაინტერესებას, ცდის მიმდინარეობაში აქტიურად ჩართვას ხშირად თან სდევს სათანადო შედეგის მიღება. ერთი სიტყვით, სრულიად საწინააღმდეგო შედეგია მაჩუბული, შედარებით იმასთან, რაც ახლა ჩვენთვის შიზოფრენიის შესწავლიდან არის ცნობილი. 23 შიზოიდიდან 19-ს, ე. ი. 82,5% აზრით სიტუაციაში განწყობის ფიქსაციას უნარი ხელუხლებლად აქვს შენარჩუნებული.

ამ განწყობის თავისებურებას შეადგენს ის, რომ იგი შედარებით უფრო სუსტია და მალე კარგავს მოქმედების ძალას, ამიტომ ინერტულობის ადგილი აქ მის დინამიკურობას უკავია. საგრძნობლად შემცირებულია განწყობის სტლანქის შემთხვევები, რომელსაც ცვლის მისი პლასტიკურობა.

შიზოიდ ფსიქოპათებს შორის ისეთებიც საკმაოდ დიდი რაოდენობით მოიპოვებიან, რომელთა განწყობა აზრით სიტუაციაში ინერტულობით, ე. ი. ყველა იმ ნიშნებით ხასიათდება, რაც ჩვენთვის მათი აქტუალური აღქმის სფეროში ფიქსირებული განწყობის დახასიათებიდან არის ცნობილი.

ამრიგად, შიზოიდური წრის ფსიქოპათს სპეციფიკური ადამიანური განწყობა ხელუხლებლად აქვს და მისი უპირატესობაც იმაში მდგომარეობს, რომ იგი საჭიროების მიხედვით იყენებს ფსიქიკური ცხოვრების ორივე დონეს. ეს სწორედ იმის შესახებ გვეუბნება, რომ შიზოიდი და შიზოფრენიას შორის არსებითი ხასიათის განსხვავება არსებობს, ამიტომ არავითარი საბაზი არა გვაქვს იმისა, რომ შიზოფრენია შიზოიდ ფსიქოპათებს შორის ვეძიოთ.

ობიექტივაციის დახასიათებისათვის¹

განწყობის ფიქსაცია დიდი და პატარა ობიექტების ზემოქმედების შემთხვევებში, როგორც ვნახეთ, ადვილად მისაღწევი აღმოჩნდა. იგივე ძალა ამ ობიექტების შემცველ სიტყვას, გამოირკვა, რომ არ გააჩნია. ამის მიზეზი, როგორც ავადმყოფთა სიტყვიერა ანგარიშიდან ჩანს, უნდა იყოს ის, რომ წარმოდგენის ხატი, რომლითაც ხელმძღვანელობენ ავადმყოფები იმდენად იმპულსური ბუნების არის, რომ მის ცნობიერებაში შეჩერებას ისინი ვერ ახერხებენ. ამრიგად, წარმოდგენათა ავტომატურ მიმდინარეობაში უნდა ვეჩაოთ მიზეზი იმისა, რომ განუხორციელებელი რჩება დიდი და პატარა ობიექტების წარმოსახვის გზით განწყობის ფიქსაცია. ეს დაკვირვება თუ სწორად ასახავს საქმის ვითარებას, მაშინ ძირითადი მანკი, რითაც განსაზღვრული ჩანს ჩვენი შედეგები, აქტიური შეჩერების, ე. ი. ობიექტივაციის უნარის დაკარგვაში უნდა მდგომარეობდეს.

სიმართლეს შეეფერება თუ არა ეს ჩვენი მოსაზრება, ამის შემოწმება ისეთ ექსპერიმენტს შეუძლია, სადაც წარმოდგენილი იქნება ფიქსირებული განწყობის რეალიზაციის შემაფერხებელი მოძენტები. ეს უკანასკნელი უნდა გახდეს საბაზი იმისა, რომ ავადმყოფმა შეძლოს შეაჩეროს მოქმედების ავტომატიზმი და განახორციელოს სიტუაციის ახალი ვითარების მიხედვით გააზრება.

ამის შესამოწმებლად არის მიწოდებული სიტყვების შემდეგი რიგი: вода, трава, ветер, великий, вели, рука, храбрый хари, дерево, горня, налив. ავადმყოფი გაფრთხილებულია, რომ მან არა მარტო უნდა იკითხოს ეს სიტყვები, არამედ შინაარსაც მიაქციოს ყურადღება და თუ შეუსაბამობას დაინახავს შეაჩეროს კითხვას ავტომატიზმი, გაიაზროს სიტყვის მნიშვნელობა. ამ სიტყვებს ქართული ენის მცოდნე რუსი ავადმყოფები კითხულობენ; რაც შეეხება რუსული ენის მცოდნე ქართველ ავადმყოფებს, მათ ქართული ასოებით დაწერილ შემდეგ სიტყვებს ვაწოდებდით: მელანი, ქათამი, ღვერი, ფერი, ნამქერი, ზამთარი, ზვერი, ველი, ხელი, თავი.

¹ ობიექტივაციის ზოგად ფსიქოლოგიური შესწავლა ალ. მოსიავეს ეკუთვნის. მისი კვლევის სათავე პროფ. ზ. ზოჯავას „ნეიტრალური შრიფტით“ კითხვის მეთოდებიდან მომდინარეობს.

რუსული ასოებით დაწერილი სიტყვები, ცხადია რუსულ ენაზე სკოთხავად განაწყოფს ავადმყოფს. ყოველი სიტყვის გრაფიკული გამოხატულება ამ განწყობის აქტუალიზაციას უწყობს ხელს, ამიტომ შთაბეჭდილებათა ასიმილაცია მის სასარგებლოდ მიემართება. ეს აძნელებს ქართული სიტყვების: მადონ, ხარო, მადონა მნიშვნელობის დანახვას, მათ განცდას არარუსულ, ე. ი. ქართული ენის სიტყვებად. სინამდვილეშიც მნიშვნელობის ფანჯარაში მოსულ ყოველ სიტყვას ავადმყოფი რუსულ ენაზე კითხვის განწყობით ეგებება და ამის საფუძველზე აღიქვამს და განიცდის მას. ეს იქიდან ჩანს, რომ არც ერთ ავადმყოფს არ აღუნიშნავს, რომ მას გარდა რუსულისა სხვა ენის სიტყვა წაეკითხოს. თითოეული გვარწმუნებდა, რომ რუსული სიტყვები იყო წაკითხული და მათი რუსული მნიშვნელობაც გაიგეს.

ავადმყოფი ხელმეორედ უბრუნდება იგივე სიტყვების წაკითხვას, მაგრამ გრაფიკულ სიტუაციათან ზოგჯერ იმდენად მოწეპებულისა, რომ ქართულ სიტყვებს რუსული ენის მახვილით კითხულობს. იგი მაშინაც დარწმუნებულია რუსული სიტყვა წაკითხა, როცა სინამდვილეში მის წინ ქართული სიტყვაა და მისი მნიშვნელობის გააზრება ვერ მოუხერხებია. «... რუსული სიტყვაა, გვიმტკიცებდა ავადმყოფი. იმიტომ, რომ რუსულად არის დაწერილიო. რიგ შემთხვევაში კრიტიკული სიტყვა ყურადღების გარეშეა დატოვებული და არც კი ახსოვთ იგი წაკითხეს თუ არა.

სავსებით იგივე ემართებათ რუსულ სიტყვებს, რომელნიც ქართულ ენაზე კითხვის სიტუაციაში არიან ჩართულნი. ავადმყოფი ამ შემთხვევაშიაც იმის მტკიცებას ცდილობს, რომ მხოლოდ ქართული სიტყვები იყო მის მიერ წაკითხული. „დვერი“ ქართულად რას ნიშნავს? „არ მახსოვს“ იყო პასუხი. ცხ. ქართული სიტყვაა? ცხ. „ქართულად დაწერილია და ქართულია, მაგრამ არ მახსოვს“. ცხ. რუსულად რას ნიშნავს სიტყვა „დვერი“? ცხ. „რუსულად რატომ უნდა ნიშნავდეს. შეიძლება კარია“.

მცდარი ასიმილაციის ნიმუშები კითხვაში, როგორც ვხედავთ, ისეთია. რომ არაფერი გვიშლის ხელს ავადმყოფის ამ მოქმედებაში. მის ფიქსირებული განწყობის ინერტულობა დავინახოთ. საკითხავ მასალასთან იგი წინასწარ ფიქსირებული განწყობის მიხედვით ამყარებს დამოკიდებულებას და შეცდომის წყაროსაც, ისე როგორც ტოლი ობიექტების ილუზორული აღქმის დროს, სწორედ ეს წარმოადგენს. როგორც ჩანს, ერთი კანონზომიერებით განსაზღ-

ჯრულ მოვლენასთან გვაქვს საქმე, მაგრამ გრაფიკული სიტუაცია, კინაიდან უცვლელად არის დატოვებული, შეიძლება გვითხრან, რომ ფიქსირებული განწყობის რეალიზაციის შესაფერხებლად ნაკლებად შესამჩნევი საბაზია მოცემულია. ამ შენიშვნების გასაფანავად გავეცნოთ ცდის ახალ ვარიანტს.

ლათინურ ენაზე სიტყვების კითხვაში გავარჯიშების შემდეგ ავადმყოფს მისთვის ცნობილ უცხო სიტყვათა მწკრივში წასაკითხად შემდეგი რუსული სიტყვები ეძლეოდა: ПОЧВА, ГРЕХ, ОРЕХ, ГОРЕЧЬ. როგორც ეს ზ. ხოჯავას მიერ იყო გამოყენებული ჩვევისა და განწყობის ურთიერთობის კვლევის დროს¹. რუსული ასოების დანახვამ, ცხადია ხელი უნდა შეუწყოს ლათინურად კითხვის მექანიზმის ავტომატური მიმდინარეობის შეფერხებას, ავადმყოფს უნდა გაუადვილდეს რუსული სიტყვების დანარჩენებიდან გამოყოფა და ადეკვატური შრიფტით კითხვაზე გადანაცვლება. ცდა ამ შემთხვევაში, როგორც ვხედავთ, ისეა აგებული, რომ გრაფიკული სიტუაცია თვითონ კარნახობს მას, თუ რომელ ენაზე უნდა წაიკითხოს კრიტიკული სიტყვები.

აქაც უპირატესობა როგორც მასალის ანალიზიდან ჩანს, ლათინურად კითხვის ფიქსირებულ განწყობას ერგო. ავადმყოფების 73%-ს ყოველგვარი შეფერხების გარეშე აქვთ წაკითხული კრიტიკული სიტყვები ისე, რომ თითქოს ტექსტში არც ყოფილიყოს ჩართული რუსული სიტყვები. დაახლოებით 14%-ს შეცდომა იმის გამოჰოსდის, რომ არარუსული სიტყვების რუსულად წაკითხვას ცდილობს, ხოლო 13%-ი ერთ-ერთი სიტყვის სწორად წაკითხვის შემ-

ცხრილი 10

კრიტიკული სიტყვები	წაკითხვის ნიმუში	შემთხვევა %-ში
почва	ნორბა	100.0
грех	გეჰს	75.0
орех	ოონჰს	86.0
горечь	როაერ	76.0

დეგ, ისევ ლათინურად კითხვას უბრუნდება. აქვე მოგვეყავს თითოეული კრიტიკული სიტყვის წაკითხვის ნიმუში და მისი ადგილი შემთხვევათა საერთო რაოდენობაში.

¹ З. Н. Ходжава, Проблемы языка в психологии, 1952.

ავადმყოფმა უნდა წაიკითხოს რუსული სიტყვა «рех», მაგრამ იგი ასო „r“-ს. რომლის ლათინურად წაკითხვა ვერ მოუხერხებია, უყურადღებოდ ტოვებს და ისე განაგრძობს კითხვას. შედეგი ამისა არის ის, რომ «рех» წაკითხულია როგორც „პექს“, სავსებით იგივე მეორდება იმ შემთხვევაში, როცა სიტყვა «рече» უნდა იქნეს წაკითხული. აქ ავადმყოფი ასო „r“-ს ლათინური „r“-დ აღიქვამს, ხოლო სირბილის ნიშანს „x“ ისე ექცევა, თითქოს იგი არც დაუნახია. ამის შედეგია ის, რომ „გორეჩ“-ი „როპერად“ არის წაკითხული. ასეთი მაჩვენებლებით არის წარმომდგარი ჩვენ წინ აღმდმყოფების აბსოლუტური უმრავლესობა.

სპეციფიკური „რუსული ასოების მნიშვნელობის ფანჯარაში გამოჩენა ხელს უშლის ფიქსირებული ავტომატიზმით კითხვას. ამას აკეთებენ სპეციფიკური რუსული ასოები, მაგრამ მათ დანახვას ძალა არ აღმოაჩნდა, რომ რუსულად კითხვის სტიმული გამხდარიყვნენ. ამაშია ჩვენი ავადმყოფის თავისებურება, ვინაიდან ჯანსაღი ადამიანი შეამჩნევს თუ არა რუსულ ასოს, იგი ლათინურად კითხვის ავტომატიზმს აჩერებს და იქვე ინაცვლებს რუსულად კითხვაზე, ერთი სიტყვით, ექსპერიმენტის მიმდინარეობა აფერხებს ფიქსირებული განწყობის რეალიზაციას, თანაც ბიძგსაც იძლევა იმ მიმართულებით, რომ ავადმყოფმა ანგარიში გაუწიოს კრიტიკული სიტყვის მოხაზულობას, შენიშნული შეუსაბამობა უყურადღებოდ კიდევ დატოვოს, არამედ შეჩერდეს მასზე და სენსორულ შთაბეჭდილებათა დაგროვების გზით სცადოს მომდევნო ნაბიჯის გადადგმა. ამისათვის საჭიროა ავადმყოფის აქტიურობა, რომელიც შეაჩერებს ქცევის ავტომატურ მიმდინარეობას და შექმნის პირობას იმისა, რომ რეაქციამ ობიექტური ვითარების შესატყვისი მიმართულება მიიღოს. როგორც ვნახეთ, სწორედ ამ აქტიური შეჩერების, ე. ი. ობიექტივაციის საგანგებო სისუსტეს ამჟღავნებენ ჩვენი ავადმყოფები.

ავადმყოფს რამდენიმეჯერ თუ გავუმეორებთ ცდას, ადვილი შესაძლებელია, რომ მივალწიოთ მასში ობიექტივაციისკენ მიმართული აქტიურობის გამოღვიძებას. მხედველობაში მისაღებია ისიც, რომ შიზოფრენიით დაავადებული ადამიანი, რომელმაც ფსიქოზი გადაიტანა, მაგრამ კარგი რემისიის მდგომარეობაშია, როგორც ამას თავის დროზე დავინახავთ, წარმატებით წყვეტს ობიექტივაციისაკენ მიმართულ ამოცანას, რომლის მიმართ იგი ფსიქოზის მდგომარეო-

ბაში სიჩლუნგეს ამქლავნებდა. ყოველივე ეს საკმაო საბუთია ვიფიქროთ, რომ საქმე არ უნდა გვექონდეს ობიექტივაციის გამოვარდნასთან, არამედ, როგორც ირკვევა, ფსიქოზს გადაყავს შემეცნებარს ფუნქციათა ამოქმედებისაკენ მიმართული ადამიანის აქტიურობა—
ობიექტივაციანი აქტურ მდგომარეობაში.

შიზოფრენიით დაავადებული ადამიანის მოქმედებაზე დავიკრებებას შეუძლია გვიჩვენოს, რომ იგი ობიექტივაციის გარეშე „მოკლულ რეალში ჩაეკეტა“ რეაქციას ემსგავსება. ამ რეაქციების მსგავსად იგი რეფლექსურია და როგორც ყოველ რეფლექსს, მასაც ავტომატური მიმდინარეობა ახასიათებს.

ცოცხალი არსების მოქმედება, წერს სეჩენოვი, რეცეპტორებზე გამლიზიანებელთა ზემოქმედებით იწყება და აქედან მიემართება ნერვული იმპულსი ქერქში. ქერქში იმპულსი გამლიზიანებლის გრძნობად შინაარსად ყალიბდება და წარმოადგენს რეფლექსის შუა წევრს, რომლის უპირატესობას შეადგენს ის, რომ მას უშუალოდ ემოყავს მოქმედებაში ეფექტორები, ე. ი. რეფლექსის ბოლო წევრი. სანამდის რეაქცია ამ ჩაეკეტულ რეალში მიმდინარეობს, იგი ჩვენს ჩარევას არ საჭიროებს, ვინაიდან რეფლექსის შუა წევრია, უკეთ რომ ვთქვათ, გამლიზიანებლის ხატი ავტომატურად ასრულებს ეფექტორების რეგულიატორის როლს¹. ამიტომაც, რომ ძალი ჯოხის დანახვისთანავე გარბის.

ცხადია, ჯოხი თავდაცვითი რეაქციის სიგნალის როლს ვერ შეასრულებდა, რომ იგი დაკავშირებული არ იყოს ცხოველის თავდაცვით ინსტიქტთან. მაგრამ ჯოხმა ინსტიქტური მოქმედების სიგნალის როლი რომ შეასრულოს, მან ცხოველის მხედველობის რეცეპტორზე უნდა იმოქმედოს და აისახოს ცენტრალურ სისტემაში. უკეთ რომ ვთქვათ, სანამდის ძალი გაქვევისათვის აუცილებელ ქცევის აქტებს მიმართავდეს, მან ჯოხი უნდა დაინახოს. მხოლოდ დანახულ ჯოხს შეუძლია შეასრულოს ძალისათვის თავდაცვითი ინსტიქტის სიგნალის როლი.

როგორც წინა ჩვენი მსჯელობიდან გახდა აშკარა, აღქმა გალიზიანებლის ბაღურაზე აღბეჭდვით იწყება და ამ პირველადი გრძნობადი შინაარსის ინდივიდის გამოცდლებით, მისი ფიქსირებული განწყობის მიხედვით გადამუშავებით მთავრდება. თვითონ ეს პროცესი იმდენად ავტომატურია, რომ, როგორც ვნახეთ, ცნობიერების მონაწილეობას არ საჭიროებს. ამრიგად, ცოცხალი არსე-

¹ И. М. Сеченов, *Механизмы мысли*, 1943, гл. 15.

ბა გამლიზიანებელზე საპასუხო რეაქციას არა ბადურის, არამედ ალქმის ხატის მიხედვით იძლევა. ეს ასრულებს ეფექტორების რეგულატორის, ინსტიქტური მოქმედების სიგნალის როლს. „ცხოველისათვის გარესინამდვილის სიგნალიზაცია, წერს ი. პ. პავლოვი, დიდ ნახევარსფეროებში მიმდინარეობს გამლიზიანებლისა და მისი კვალის წემჭვებით. რომელიც უშუალოდ შემოდის სპეციალურ უჯრედებში მხედველობის, სმენის და ორგანიზმის სხვა რეცეპტორებისაგან. ეს არის ი.ა. რაც ჩვენ გაგვაჩნია, როგორც შთაბეჭდილებები, შეგრძნებები და წარმოდგენები როგორც ზოგად ბუნებრივი, ისე სოციალური გრძობიდან, გაგონილი და ნახული სიტყვის გამოკლებით“¹.

მასასადამე, გამორიცხული არ არის, რომ რეალური საფრთხის წინაშე ადამიანმაც გაქცევით უშველოს თავს, მაგრამ არა უკუაღრთვის, რადგანაც მას ქცევის სხვაგვარად წარმართვის საშუალებაც მოეპოვება. გაქცევისაგან თავის შეკავება ადამიანმა თუ პირველი ივე წუთს ვერ შეძლო, ადვილად მოსალოდნელია, რომ მან პირველი ნაბიჯის გადადგომისთანავე ხელი აიღოს გაქცევაზე. შეჩერდე და შექმნილ ვითარებიდან სხვაგვარი გამოსავალია ძიებას მიწართოს. ცხოველებსაგან განსხვავებით ადამიანისათვის სწორედ ეს მოქმედების შეჩერება, მისი ახალი გზით წარმართვის ძიება არის დამახასიათებელი.

მოქმედების შეჩერებას ადამიანი იმიტომ მიმართავს, რომ თავსაჩინო ხატის მონაწილეობით ჩამოყალიბებული ქცევა, მისი ავტომატური მიმდინარეობა მას არ აკმაყოფილებს და ცდილობს იგი მოქმედებიდან გამოყოფილი აზრის მიხედვით ააგოს. თუ აქობამდე მისი ქცევის განმსაზღვრელ ალქმაში უშუალოდ მოქმედული საგანი იყო, ახლა იგი ამ საგანთან აზრის მიხედვით ამყარებს დამოკიდებულებას. ეს კი მხოლოდ მაშინ იქნება შესაძლებელი თუ შეწყდება რეაქციის მოკლე რეალში ჩავეტილი მიმდინარეობა და ადგილს აზროვნებას დაუთმობს.

აზროვნება ალქმის ობიექტივაციით იწყება, ამიტომ აქვე საჭირო იქნება გავითვალისწინოთ, თუ როგორ აქვს ეს პროცესი სეჩენოვს წარმოდგენილი. ადამიანს, როგორც იგი აღნიშნავს, ხშირად უხდება ავტომატური მოქმედების შეკავება და მისი წარმართვა აზრის მეოხებით. მოქმედების შეკავებას, თანახმად სეჩენოვის მიხედვით, ადამიანი დაბადებიდან სწავლობს. ამასთან დაკავშირებით სვამს იგი კითხვას: „ნებისმიერ მოძრაობათა წარმოშობაში თა-

¹ И. П. Павлов, Условный рефлекс, т. III, кн. 2, 1951, стр. 335.

ზაშობს თუ არა მექანიზმი როლს, რომელიც შემკავებელის სახელით არის ცნობილი?“ სეჩენოვი ამ კითხვაზე მის მიერვე აღმოჩენილ ცენტრალურ შეკავებაზე მითითებით პასუხობს და იმასაც ცდილობს გვიჩვენოს, თუ რა აქვს ამ მოვლენას საერთო ადამიანის მოქმედებასთან.

ცენტრალური შეკავება ძირითადი ქერქული მექანიზმია, რომლის მეშვეობით ხორციელდება ავტომატური მოქმედების შეჩერება, ეფექტორების გამოთიშვა. ამ მექანიზმის ამოქმედების შედეგად „ცნობიერი ფსიქიკური აქტები გარედ გამოვლინების გარეშე რჩებიან“, ერთი სიტყვით, ეფექტების შეკავებით იწყება ავტომატური მოქმედებიდან აზრის გამოყოფა, ამიტომაც მიუთითებს სეჩენოვი, რომ „ფსიქიკური რეფლექსი ბოლო ნაწილის (ეფექტორის ი. ბ.) გარეშე აზრია“-ო. აქედან ცხადია, რომ ცენტრალური შეკავება პირობაა, რომელიც დასაბამს აძლევს ადამიანის აზროვნებასა და ნებელობას.

საბოლოოდ სეჩენოვი თავის აზრს ასე აყალიბებს: „ადამიანი ეჩვევა ცნობიერებაში გამოყოფს აზრი მისგანვე გამომდინარე მოქმედებიდან, ქცევიდან. ყოველ ადამიანში, მართლაცდა რომელიმე გრძნობადი აგზნების ზეგავლენით, ერთჯერ მას თან სდევს საქციელი (поступки) მეორეჯერ დგება მოძრაობის შეკავების საკიროება და აქტზე შეჩერება, საბოლოოდ, მესამედ ამავე აზრის ზეგავლენით მოგვევლინება ქცევა, რომელიც პირველისაგან განსხვავებულია. ცხადია, რომ აზრი, როგორც კონკრეტული რამ მოძრაობას უნდა გამოეყოფოს, რომელიც აგრეთვე კონკრეტულ ფორმაში გვეძლევა“¹ (ი. ბ.).

ამრიგად, სრულიად ცხადია, რომ მოქმედების რეფლექსური თეორიისათვის არ არის უცხო იმპულსური ქცევის აქტების შეკავება, აქედან გამოყოფილ აზრზე შეჩერება, ე. ი. ადამიანის აქტიურობა, რომელიც განწყობის ფსიქოლოგიაში როგორც ობიექტივაცია არის დახასიათებული. მეცნიერებაში კარგად ცნობილი ცენტრალური შეკავების სახით შეგვიძლია მივუთითოთ ქერქულ მექანიზმზე, რომლის მონაწილეობით პოულობს განხორციელებას ადამიანის ობიექტივაციისაკენ მიმართული აქტივობა.

ავადმყოფი ქცევას არა მოქმედებიდან გამოყოფილი აზრის დახმარებით აგებს, არამედ იმ საგნებთან ურთიერთობის მიხედ-

¹ И. М. Сеченов, Избрание произведения, т. I, 1952, зб. 101.

ვით, რომელიც უშუალო პერცეპციის სფეროშია წარმოდგენილი. საქმე იმაშია, რომ ფსიქოზი გარესინამდვილესთან და ასევე საკუთარ განცდებთან სხვაგვარი ურთიერთობის საშუალებას არ იძლევა. შიზოფრენიით დაავადებული ადამიანისათვის ცნობიერების მუშაობის ე. წ. აპერცეპციის საფეხური მიუწვდომელი რჩება. ამ აზრით, რასაკვირველია, შეიძლება გვეთქვა, რომ ჩვენი ავადმყოფებისათვის „აპერცეპციის სიბრმავეა დამახასიათებელი“¹.

აპერცეპციის სიბრმავის შესახებ ვაინგანდტის მსჯელობა მიუთითებს იმაზე, რომ ავადმყოფს ცნობიერება ჩაბნელებული აქვს, ხოლო შინაარსები ბუნდოვანი და სინათლეს მოკლებული. ფსიქოზური განცდებისათვის, პირიქით, მეტისმეტად გამოხატული სიცხადე და სიმტკიცე არის დამახასიათებელი. აპერცეპციის, ე. ი. ყურადღების ცნების ტრადიციული გაგება აქ ისეთ წინააღმდეგობას აწყდება, რომელიც არ ეგუება საქმის ნამდვილ ვითარებას, ცნობიერების ცხადი შინაარსები სიზმარშია გვაქვს, მაგრამ მასში ყურადღების მონაწილეობა ჯერ არავის დაუდასტურებია!

ყურადღების ამოქმედებისათვის ისევე აუცილებელია ობიექტივაცია, როგორც სხვა შემეცნებითი ფუნქციებისათვის. ავადმყოფი ამის შესაძლებლობას მოკლებული აღმოჩნდა, ამიტომ აქტიური ყურადღების მოქმედებისათვის აუცილებელი დონე ფსიქიკური ცხოვრებისა, როგორც ვნახეთ, ჩვენ ავადმყოფებს არ გააჩნათ. მაშასადამე. საქმე ეხება არა ყურადღების ამ ფორმალური ფუნქციის მოშლას, არამედ იმ ცვლილებებს, რომელიც ეხება მისი აღმოცენებისა და მოქმედების პირობებს. ამის სასარგებლოდ მეტყველებს ისიც, რომ ექსპერიმენტულ კვლევა-ძიებით დღემდე არაფერი ყოფილა ნახული ისეთი, რომელიც ავადმყოფის ყურადღებაში არსებული ცვლილების შესახებ მსჯელობის უფლებას მოგვცემდა.

ამრიგად, შიზოფრენიით დაავადებული ადამიანის მოქმედება, თანახმად აქ წარმოდგენილი ექსპერიმენტული ფაქტებისა, თავის ნორმალურ სტრუქტურას კარგავს. ფსიქოზი აზიანებს ადამიანის სპეციფიკურ აქტივობას, რომელმაც შემეცნებითი ფუნქციების მუშაობას უნდა მისცეს მიმართულება და დაედვას საფუძვლად მათი ნონაწილეობით განსაზღვრული მოქმედების ჩამოყალიბებას; უკეთ რომ ვთქვათ. ობიექტივაციის პლანზე განწყობის ფიქსაციას.

¹ Dr. C. G. Jung—Über die Psychologie der Dementia praecox, 1907.

ამ ცდაში შიზოიდი ფსიქოპათიების თავისებურება იმაში მდგომარეობს, რომ იშვიათად რჩება ყურადღების გარეშე კრიტიკული სიტყვის მნიშვნელობა. ისინი უმეტეს შემთხვევაში მითითების გარეშეც ხვდებიან რაში მდგომარეობს ცდის დანიშნულება, ამიტომ წინასწარ დადარაჯებულაც არიან იმ მიმართულებით, რომ რუსული ენის სიტყვები ცალკე გამოყოფნა და ისე წაიკითხონ. რასაკვირველია, ავტომატურ კითხვას აქაც აქვს ადგილი, მაგრამ როგორც რეციდიუსი, იგი აქ ერთგვარ სტიმულის როლსაც ასრულებს შემდეგი სიტყვების გამოსაყოფად. ერთი სიტყვით, არც ამ შემთხვევაში ჩანს ცვლილება, რომლის მიხედვით შეიძლებოდა მათი გაიგივება შიზოფრენიასთან, პირიქით, სწორედ აქ არის საძიებელი პუნქტი, საიდანაც იწყება მათი ერთიმეორისაგან დაშორება: ჩვენი შედეგების მიხედვით შიზოიდი ნორმალური სტრუქტურის ადამიანია, შიზოფრენიკი კი — პათოლოგიურად არის შეცვლილი.

ეს ჩანს იქიდან, რომ ობიექტივაცია მხოლოდ ამ შემთხვევაში აღმოჩნდა ქრონიკული ინაქტიური მდგომარეობაში: ანეროზები, თანახმად ჩვენ ხელთ არსებული მასალებისა, ამ მხრავ უმნიშვნელო ცვლილებებით ხასიათდებიან; რაც შეეხება ორგანული წარმოშობის დემენციას და, კერძოდ, აფაზიას, აქ ფსიქიკის ობიექტივაციის დონეზე მოქმედების შესაძლებლობა გამოვარდნილია. ეპილეფსიის შემთხვევაში მის პერსევერაციული ტიპის დაზიანებასთან გვაქვს საქმე, მაინც ალური ფსიქოზში ობიექტივაცია ფლუქტუაციის მსგავსი სურათით არის წარმოდგენილი, ხოლო პრესინილური ფსიქოზებში მისი პათოლოგიური ლაბილობა გვაქვს.

ასეთია ძირითადი ხასიათის ცვლილება, რომელიც ჩვენ მიერ იქნა გამოძველებული და რაც, პირველ რიგში ავადმყოფის მეტყველებასა და აზროვნებაში იჩენს თავს. სანამდის უშუალოდ ამ საკითხების განხილვაზე გადავიდოდეთ, ვნახოთ, როგორი შედეგია მოსალოდნელი იმ შემთხვევებში, სადაც ფიქსირებული განწყობის იმპულსთან დაპირისპირებულია ავადმყოფის ნებითი სფერო.

განწყობის ნებისმიერი გადასაცვლება

ავადმყოფის მოქმედების ავტომატური მიმდინარეობის ხელოვნურად შეფერხების შემთხვევებშიც, როგორც ეს ახლა ჩვენთვის ცნობილია, მას სახელმძღვანელო წარმოდგენა ხელიდან ეცლება და კვლავ იმ აქტუალური განწყობით განაგრძობს მოქმედებას, რომლის მიმართ თვითონ უნდა ყოფილიყო დაპირისპირებული. ერთი

სიტყვით იმპულსური და ნებით მოქმედებას შორის ნორმალური ურთიერთობა აქ არ ჩანს, მაგრამ არის შემთხვევები, როცა ავადმყოფი განკარგულებას იძლევა გავეცალოთ მხედველობის ველიდან. ჰალუცინაციებისაგან თავმოებზრებული ხმამაღლა მღერის, ყვირის, რათა ღრობებით მაინც მოიშოროს ისინი თავიდან. სწორედ ეს გვიკარნახებს, ვაჩვენოთ: როგორია ამ შემთხვევაში ავადმყოფის შესაძლებლობანი, შეუძლია თუ არა მას ნებისმიერად შეაჩეროს ქცევის ავტომატიზმი?

ორი შესაძლო მოქმედების არჩევის წინაშე მდგომ ავადმყოფს მოვთხოვოთ, რომ მან ფიქსირებულ განწყობას საკუთარი განზრახვა დაუპირისპიროს. უნდა ვიფიქროთ, რომ რაც უფრო მტკიცედ ფიქსირებულ განწყობასთან გვექნება საქმე, მით უფრო ენერგიული ძალისხმევა დასჭირდება მას იმისათვის, რომ საკუთარი განზრახვა სისრულეში მოიყვანოს.

ავადმყოფის წინაშე რუსულ და ლათინურ ენაზე წასაკითხი, ე. წ. „ნეიტრალური შრიფტით“ და ხელით დაწერილი სიტყვებია: *оавев, чорев, пехви, пухнох. ренво, пчовев, хыва, Новев*, ამ უაზრო სიტყვების კითხვაში გავარჯიშებისა და ამ გზით ლათინურად კითხვის განწყობის მტკიცედ ფიქსაციის შემდეგ, თანახმად ჩვენი დავალებისა, ავადმყოფმა მნემომეტრის ფანჯარაში მოსული პირველი სიტყვა საკუთარი განზრახვის მიხედვით რუსულ ენაზე უნდა წაიკითხოს. ამრიგად, რუსულ ენაზე კითხვის არჩევანს თერთონ აკეთებს და წინასწარ იძლევა გაფრთხილებას საკუთარი განზრახვის სისრულეში მოყვანის შესახებ¹.

კრიტიკული სიტყვის მნემომეტრის ფანჯარაში გამოჩენა ავადმყოფს წინასწარ შემუშავებული განწყობით მოქმედებისაკენ უზღობს, მაგრამ ამ იმპულსის რეალიზაციას წინ მისი განზრახვა ეღობება, რომლის მიხედვით სიტყვა არა ლათინურად, არამედ რუსულად უნდა იქნეს წაკითხული. რომელს ერგება უპირატესობა, ეს სიტყვის გრაფიულ გამოახტულებაზე არ არის დამოკიდებული. რადგანაც კითხვა აქ ორივე ენაზეა შესაძლებელი. არც შინაარსი გაზოდის ამ შემთხვევაში ხელის შემშლელად, რადგანაც ავადმყოფს უაზრო სიტყვებთან აქვს საქმე. როგორც ვხედავთ, რომელი იმპულსი გაიმარჯვებს, ეს დამოკიდებულია არა სი-

¹ ამ მეთოდის აღწერა და მის საფუძველზე მოპოებული შედეგები მოხსენებულია საქართველოს მეცნიერებათა აკადემიის საზოგადოებათმეცნიერების განყოფილების სამეცნიერო სესიაზე 1943 წელს. კვლევის მეთოდის შედგენის დროს, ცხადია, ხ. ხოჯავას „ნეიტრალური შრიფტით“ კითხვის ექსპერიმენტმა გვიჩვენა გზა.

ტყვა-გამლიზიანებელზე, არამედ განზრახვის ან ფიქსირებული განწყობის სიმტკიცეზე. მიზანი, ცხადია, განუხორციელებელი დარჩება, თუ ლათინურად კითხვის მზა მექანიზმი ავადმყოფმა ვერ შეაჩერა და რეაქციის ჩვეული გზით მიმდინარეობას ვერ შეუცვალა მიმართულება. სიძნელეც სწორედ ამაშია, ვინაიდან კრიტიკულა სიტყვა წინასწარ მასზე ფიქსირებულ განწყობას მოუხმობს სამოქმედოთ, რომლის განწყობისეული აღქმა მანამდე ხორციელდება, სანამდის სიტყვა წაკითხული იქნებოდეს.

ეს გარემოება ავადმყოფს სრულიად გარკვეული წინააღმდეგობის წინაშე აყენებს, ვინაიდან, მიუხედავად სიტყვის ლათინურად მნიშვნელობით აღქმისა, მან მისი კითხვისაგან თავი უნდა შეიკავოს. ეს აუცილებელი პირობაა იმისათვის, რომ აღქმული სიტყვის ხატი მან ცნობიერებაში შეაჩეროს, იგი განზრახვის სისრულეში მოსაყვან „იდეურ“ ობიექტად გადააქციოს და მხოლოდ ამის შემდეგ სცადოს ხელმეორედ, ე. ი. რუსულის მნიშვნელობით, მისი აღქმა ამ პირობის გარეშე, როგორც ცდის ანალიზიდან დავინახავთ, ავადმყოფის განზრახვის სისრულეში მოყვანა შეუძლებელია. მაშასადამე, მას იმის გამო სჭირია მიმართოს ნებელობის აქტს, რომ ლათინურად კითხვას თავი დააღწიოს და ქცევა არა აქტუალური აღქმის, არამედ განზრახვის კვალობაზე წარმართოს.

როგორც ჯანსაღ ადამიანებზე ჩატარებული ცდის შედეგები გვიჩვენებენ, კრიტიკული სიტყვის წაკითხვა სრულიად გარკვეული სიძნელის შემცველია, ვინაიდან იგი თავიდანვე აქაც ლათინურის მნიშვნელობით აღიქმება. მაგრამ ჯანსაღი ადამიანის უპირატესობა იმაშია, რომ ლათინურად კითხვის ტენდენციას იგი შეგნებით უპირდაპირებს საკუთარ განზრახვას, ცდილობს აღქმული სიტყვის უშუალო ზეგავლენას გაექცეს და სათანადო ოპერაციების განხორციელება წარმოსახულ სიტუაციაში გადაიტანოს. ჯანსაღი ადამიანი დროებით კრიტიკული სიტყვის მზერას თავს ანებებს, აღქმული სიტყვის ხატს ცნობიერებაში აჩერებს და თითოეული ასოსათვის რუსულ მნიშვნელობას ეძებს. ასეთია გზა, რომლის საფუძველზე ადამიანი იძულებულია მიმართოს ექსპერიმენტული სიტუაციის გაცნობიერებას და კრიტიკული სიტყვის თითოეული გრაფიკული გამოსახულებისათვის ახალი მნიშვნელობის ძიებას. ამ რთული ფსიქოლოგიური პროცესის განხორციელების შედეგად არის შესაძლებელი გარკვეული ვოლუნტური აქტის შესრულება — განზრახვის რეალიზაცია.

ანლა ვნახოთ როგორ იქცევიან ავადმყოფები.

ჩვენი ავადმყოფების უმრავლესობა განზრახვის გამომჟღავნებდას გაურბის, თითქოს წინასწარ იყოს მისთვის ცნობილი, რომ მარცხი თავიდან მოუშორებელია. მენემომეტრის ფანჯარაში მოსული სიტყვის ლათინურ ენაზე კითხვა გრძელდება, იგი მას ან ხმამაღლა ასრულებს, ან ჩურჩულთ. არა ერთხელ მიგვიქცევია ავადმყოფის უურადლება ინსტრუქციის შინაარსისათვის, მაგრამ ფიქსირებული განწყობის იმპულსით კითხვა ამის გამო არ შეწყვეტილა. სრულიად გარკვეული შთაბეჭდილება შეგვექმნა, რომ განზრახვის გამოსამჟღავნებლად აუცილებელი აქტიობის გამოჩენის შესაძლებლობა ჩვენს ავადმყოფებს არ გააჩნიათ.

ავადმყოფის წინ რუსულად წასაკითხი სიტყვა „*იძეუა*“ - ია, იგი ამ სიტყვის დათვალაერების შემდეგ თავისთვის განაგრძობს ჩურჩულს: „როპერია, აბა სხვა რა იქნება“. საინტერესოა, რომ აფექტური დაძაბვა, რომელიც ყოველთვის თან სდევს ამ ექსპერიმენტს, აქ სრულიად არ შეინიშნება. ჩანს, ისეთ ავადმყოფებთან გვაქვს საქმე, რომელთაც არ ეხერხებათ ფიქსირებული განწყობის წინააღმდეგ მოქმედება, საკუთარი განზრახვის გამომჟღავნება. ცხადია, მხოლოდ ფიქსირებული განწყობის იმპულსით კითხვა ჩვენი ავადმყოფების ნებელობის არაჩვეულებრივი სისუსტის მაჩვენებელია.

საქმე იმაშია, რომ ასოების რუსული მნიშვნელობა ავადმყოფს არ ახსენდება და სანამ ამის ძიებაშია, სიტყვა თვითონ, როგორც ისინი ამბობენ, ლათინურად ეკითხებათ. როგორ იქნება რუსულად, ეკითხებით მას, ასოს „*И*“-ს სახელი? იგი ღუმს ან შეიძლება გვითხრას: „არ ვიცი“-ო. სიტყვაში შემავალი ასოების რუსული მნიშვნელობის გაცნობა ავადმყოფზე გამამხნეველად მოქმედებს, მაგრამ კრიტიკული სიტყვის რუსულად წაკითხვის ყოველი ახალი ცდა მაინც მარცხით მთავრდება. ნებელობის ძალისხმევამ შეიძლება სიტყვის დასაწყისი. ან ბოლო ასოს რუსულად წაკითხვა მოიტანოს, მაგრამ დანარჩენი ისევ ფიქსირებული განწყობის იმპულსით იკითხება.

ხუთმა ავადმყოფმა, ე. ი. 20,8%-მა მოახერხა თავიდანვე განზრახვის მიხედვით კითხვის დაწყება. ესენი დანარჩენებისაგან იმითაც განიჩივებიან, რომ აქტიურად ცდილობდნენ განზრახვის სისრულეში მოყვანას, თუმცა შედეგი მაინც კომპრომისულია იმიტომ, რომ სიტყვა „*вася*“ რუსულად უნდა წაკითხულიყო, მაგრამ

სინამდვილეში წაკითხულ იქნა „დაბერ“, „mynox“ „ტუნოქს“ და ა. შ. ავადმყოფი განზრახვის ბოლომდე რეალიზაციას ვერ ახერხებს. იგი რუსულად იწყებს კითხვას, მაგრამ ამთავრებს მას ლათინურად. განზრახვის სისუსტის გამო მისი მოქმედება გაორებულია, შთაბეჭდილებათა ასიმირაცია ახირებული. ყოველივე ეს ძლიერ მოგვაგონებს ჩვენი ავადმყოფებისათვის დამახასიათებელ ამბივალენტ-ტიზმს, ორი ერთიმეორის საწინააღმდეგო ტენდენციის ბრძოლას.

ცხრილი 11

კრიტიკული სიტყვების კითხვის სახეები	ავადმყოფების რაოდენობა	%
1. მთლიანი ლათინური კითხვა	19	79,2
2. რუსულ-ლათინური (შეზუღი კითხვა)	5	20,8
3. მთლიანად რუსული კითხვა	—	—

როგორც მე-11 ცხრილიდან ჩანს, ავადმყოფების 79,2% კრიტიკულ სიტყვებს მთლიანად ფიქსირებული განწყობის იმპულსით კითხულობს, ამიტომ რუსულად კითხვის განზრახვის გავლენა სრულად არ ჩანს; ერთდროულად რუსულ-ლათინურ ენაზე კითხვის შემთხვევა 20,8%-ს შეადგენს, ხოლო რაც შეეხება კრიტიკული სიტყვის განზრახვის შესაბამისად მთლიანად რუსულად წაკითხვას, ამის არც ერთი მაგალითი არ გვქონია. აქედან ცხადია, რომ ფიქსირებული განწყობის ავტომატური მოქმედების შეჩერება, მისი საკუთარი განზრახვის მიხედვით შეცვლა ჩვენი ავადმყოფებისათვის მიუღწეველია. მათ არ ყოფნით ნებელობის ძალა დასძლიონ იგი და რეაქციის მიმდინარეობას შეუცვალონ მიმართულება, უკეთ რომ ვთქვათ, განზრახვა,—ეს ინტელექტუალური აქტი—გადააქვონ ვოლუნტიურ აქტად.

შიზოიდები თავიდან ინტერესითა და ენერგიულად იწყებენ მუშაობას, მაგრამ განწყობისეულად კითხვის თავიდან აშორება ვერც ამ შემთხვევაში ხერხდება. იგი ცდება, მაგრამ იცის, რომ ვერ მოახერხა იმის გაკეთება, რის განზრახვაც ჰქონდა, ამიტომ ძალებს უფრო ძაბავს და ყოველ მომდევნო სიტყვას უკეთ და უკეთ კითხულობს. საინტერესოა ის, რომ ხშირად ესენი უკეთეს შედეგს აღწევენ, ვიდრე რომელიმე სხვა არა ავადმყოფი. ერთ-ერთ ფსიქოპათმა განაცხადა: „ვიცი რომ ვერ წავიკითხე რუსულად, მაგრამ განმეორების დროსაც შეცდომა მომივიდა“. შეცდომები აღელვებს

მათ და ხშირად დასვენებას მოითხოვენ. ერთი სიტყვით, ახალ განწყობაზე გადანაცვლება შიზოიდი ფსიქოპათებისათვის ძნელია, მაგრამ მისაწვდომია, ხოლო შიზოფრენიკისათვის აბსოლუტურად ნიუწვდომელი.

საინტერესოა ამ მხრივ ეპილეფსიით დაავადებული ადამიანების ქცევა. ისინი ცდას ინტერესით ეკიდებიან, თვითონვე გვაფრთხილებენ, რომ განზრახული აქვთ სიტყვის რუსულად წაკითხვა. მართალია, განზრახვის დაუბრკოლებლად რეალიზაცია არც აქ ხერხდება, მაგრამ ავადმყოფი კრიტიკულ სიტყვას რამოდენიმეჯერ უბრუნდება, თავის მარცხს აფექტურად განიცდის და ისიც იცის, რომ დაშვებული შეცდომის გამოსწორება ვერ მოახერხა.

რაც შეეხება ფსიქასთენიკს, ესეც თავიდან დაბნეულობას ამჟღავნებს, სინანულით განიცდის თავის სისუსტეს და ცდილობს ძალის მოკრეფას. განზრახვის გამომჟღავნებას აქაც წინ უძღვის ყოყმანი, მაგრამ რუსულად კითხვაზე გადანაცვლება არც ისე დიდ წინააღმდეგობას ხვდება. გადანაცვლების მიღწევის შემდეგ ყოველი ზომდევნო სიტყვა ფსიქასთენიკს უნებლიეთ ეკითხება რუსულად. ლათინურად წასაკითხი სიტყვების კითხვის დროს შეცდომას იმის გამო უშვებს, რომ აქაც უნებლიეთ რუსულად განაგრძობს კითხვას.

შიზოფრენიით დაავადებული ადამიანის თავისებურებას, როგორც ითქვამს, შეადგენს ის, რომ მას არ აღმოაჩნდა განზრახვის გამომჟღავნებისათვის საჭირო აქტიურობა. ეპილეფსიით და ფსიქასთენიით დაავადებული ადამიანი იბრძვის სიძნელის დასაძლევად, ცდილობს ნებელობის ენერჯიის მობილიზაციას ფიქსირებულ განწყობის იმპულსის დასაძლევად. შიზოფრენიით ავადმყოფი გაყუჩებულია ანდა სრულიად ავტომატურად განაგრძობს კითხვას. იმ შემთხვევაში, როცა იგი შეგნებით ცდილობს შეაჩეროს აქტუალური განწყობის რეალიზაცია, როგორც ვნახეთ, მაშინაც ხასიათის სისუსტეს ამჟღავნებს. კრიტიკულ სიტყვას ავადმყოფი ხმაშემალიან ჩურჩულით კითხულობს არა რუსულად, არამედ ლათინურად, ე. ი. ფიქსირებული განწყობის იმპულსით.

მაშასადამე, მოქმედების ნებისმიერად შეცვლა, როგორც აქ წარმოგვნილმა მასალამ გვიჩვენა, შიზოფრენიით დაავადებული ადამიანებისათვის მიუღწეველია. ავადმყოფის ურთიერთობა სინამდვილესთან აქტუალურ სიტუაციაში ფიქსირებული განწყობის ზეგავლენ-

ნით მიმდინარეობს, რაც მაჩვენებელია იმის, რომ მისი მოქმედება იმპულსური ბუნებისაა.

თუ მხედველობაში მივიღებთ ჩვენი ცდის შედეგების იმ ნაწილს, სადაც ასახულია ცენტრალური ნერვული სისტემის ჰიპნოიდური, ე. ი. ფაზური მდგომარეობა, მაშინ უთუოდ საინტერესოა ი. პ. პავლოვის ლაბორატორიაში ჩატარებული ცდის გათვალისწინება, რომლის შინაარსი შემდეგში მდგომარეობს:

გარკვეული ჰიპნოიდურ სტადიაში ძალდი საქმლის დანახვაზე ნერწყვის გამოყოფით პასუხობდა, მაგრამ საკვებს არ იღებდა. ჰიპნოიდური სტადიის გაღრმავების შედეგად რეაქციის მიმდინარეობა შეიცვალა იმ მხრივ, რომ პირობით სიგნალის მიცემის შემდეგ საქმლის დანახვაზე ცხოველი თავს განზე წევდა, საქმლის წაღების შემთხვევაში იგი მისკენ მიიწევდა. ჰიპნოიდური სტადიის კიდევ უფრო ღრმა ფაზაში ძალმა პირი საკვებზე დადვა, მაგრამ ყბის მოძრაობაში მოყვანა ვერ მოახერხა.

საქმელი როცა ძალდი პირთან მიგვაქვს, მიუთითებს ი. პ. პავლოვი, იგი როგორც ძლიერი გამღიზიანებელი სუსტ ქერქში პარადოქსალურ ეფექტს იწვევს: აგზნების მაგიერ—შეკავებას. საქმლის თანდათან დამორებას თან სდევს აგზნების შესუსტება და ადრეკატური, ე. ი. საქმლის მიმართულებით რეაქცია. ამრიგად, ნეგატივისტურ მოქმედებას საფუძვლად უდევს ქერქის შეკავება, რომელიც პარაბიოზის პარადოქსალური ფაზისათვის არის დამახასიათებელი. ამავე მიზეზით განსაზღვრულია შიზოფრენიის შემთხვევაში შენიშნული სიმპტომი, რომელიც იმაში გამოიხატება, რომ ავადმყოფი ჩურჩულით მიცემულ შეკითხვებზე ადრეკატურ პასუხს იძლევა, ხოლო ხმამაღლა თქმულ შეკითხვაზე გაყუჩებულია.

ქერქში შეკავების გაღრმავებას თან სდევს ულტრაპარადოქსალური ფაზით განსაზღვრული ამბივალენტური მოქმედება. ტვინის ჰემისფეროების მდგომარეობა აქ ისეთია, რომ დადებითი გამღიზიანებელი უარყოფით ეფექტს იწვევს, უარყოფითი—დადებითს. ასეთ ნერვული სისტემის ადამიანს ჩვენთვის კარგად ცნობილი სიმპტომი აღმოაჩნდება, იგი ხელის ჩამორთმევის მაგიერ მას უკან გაწევს, ხოლო გაწვდილი ხელის უკან წამოღების შემთხვევაში—თვითონ წამოიღებს ჩვენკენ ხელს. ამრიგად, ულტრაპარადოქსალური ფაზა შეკავების თავისებური ფორმაა, რომლის საფუძველზე აღმოცენდება, როგორც ი. პ. პავლოვი მიუთითებს, ამბივალენტური რეაქცია და საერთოდ კონტრალიზმის მოვლენები.

როგორც ნეგატივიზმის, ისე ამბივალენტიზმი შიზოფრენიისათვის დამახასიათებელი ავტომატიზმის გამოვლენაა ნებით სფეროში, რომელიც სუსტი ქერქის საფუძველზე მიმდინარეობს, მისთვის დამახასიათებელი პარაბიოზის სტადიების მონაწილეობით. ქერქის სისუსტის გამო ტვინის შემკავებელ პუნქტებს შორის საზღვარი ადვილად იშლება. ერთ პუნქტში კონცენტრირებული აგზნება, მეზობლად მდებარე სფეროში უარყოფით ინდუქციას უწყობს ხელს, რომელიც უპირობო რეფლექსებისათვის კარს ღიად სტოვებს, ხოლო პირობითი რეფლექსების აღმოცენებასა და რეალიზაციას განსაკუთრებით ძნელ პირობებში აყენებს. წინასწარ შექმნილი და მტიკეცდ ფიქსირებული მექანიზმების მოქმედებას განაგრძობენ, ხოლო სუსტნი და უახლოესნი უმოქმედოთ რჩებიან.

როგორც ჩვენი ცდის მიმდინარეობამ გვიჩვენა, შიზოფრენიკი ცდილობს შეაჩეროს ფიქსირებული განწყობის იმპულსი, მაგრამ სისუსტეს ამკლავნებს, იგი საკუთარი განცდების ავტომატიზმს ვერ უმკლავდება. ყოველდღიური მარცხი მას არწმუნებს, რომ დაკარგა საკუთარ ქცევაზე შეგნებული ხელმძღვანელობის ძალა. ფაქტიურადაც როგორ ნაბიჯს გადადგამს ავადმყოფი,—ეს მის განზრახვაზე კი არ ჩანს დამოკიდებული, არამედ, როგორც მათი ნებელობის დახასიათება გვიჩვენებს, აქტუალური განწყობის ძალაზე. აქედან მიმდინარეობს მოქმედების იძულებითი ხასიათი, რომლის გამო ავადმყოფი უნებლიეთ ცნობიერებაში შემოჭრილ შინაარსებს უსმენს, ათვალეირებს ან მათ ხმამაღლა კითხულობს. ამიტომაცაა იგი დარწმუნებული იმაში, რომ მოსმენილი აზრი მას კი არ ეკუთვნის, არამედ სხვის მიერ არის გაკეთებული, თვითონ კი არ ლაპარაკობს, არამედ უცნობი ძალა ალაპარაკებს. ასე იხსნება გზა შიზოფრენიისათვის ესოდენ დამახასიათებელი შემოქმედების ბოღვისათვის.

შიზოფრენიის მატყველება

ლათინურ ენაზე კითხვის ფიქსირებული განწყობის განმტკიცების შემდეგ, როგორც ეს ჩვენთვის ობიექტივაციის ცდებიდან ცნობილია, ავადმყოფი რუსულ სიტყვებს არა რუსულად, არამედ განწყობისეულად კითხულობს, ე. ი. ლათინურად. შეიძლება მას რუსულ ენაზე კითხვის ფიქსირებული განწყობა განუმტკიცოთ და წასაკითხად უცხო სიტყვები მიეცეთ, აქაც სავსებით იგივე სურათი განმეორდება, უცხო სიტყვებს იგი არა ლათინურის, არამედ რუ-

სული ენის შრიფტით და მნიშვნელობით წაიკითხავს. საინტერესოა, რომ ამ ვითარებაში რუსულად წაკითხული და მისთვის ნაცნობი სიტყვების მნიშვნელობა ავადმყოფისათვის განსხვავებული რჩება.

ყოველმა ჩვენთაგანმა საკუთარი გამოცდილებიდან იცის შემდეგი: თუ იგი წიგნის კითხვით გართულია, ამ მომენტში რადიკებროდუქტორიდან მოსმენილი სიტყვები მის ცნობიერებადღე ვერ აღწევენ. რასაკვირველია, რებროდუქტორიდან პაერის რხევა სმენის აპარატს აღიზიანებს, მაგრამ რებროდუქტორის მიერ მოტანილი სიტყვების მნიშვნელობიდან ცნობიერებაში არაფერი რჩება. საკმარისია, სიტყვა გამლიზიანებლისაკენ, ან რებროდუქტორისაკენ კოჰუნიაკაციის მოთხოვნილებით შემობუნება, რომ ამ მოთხოვნილების ფონზე იგივე სიტყვების გაცნობიერებული ასახვა განხორციელდეს. ერთი სიტყვით დანამდვილებით შეიძლება ითქვას, რომ ადამიანი როგორც თვითონ მეტყველების, ისე სხვისი ნათქვამის წოსმენის დროს ამა თუ იმ ენაზე მოქმედების მზაობით ხელმძღვანელობს. ეს აძლევს მას, როგორც დ. უზნაძე აღნიშნავს, ყოველ ნაბიჯზე ცნობიერების ჩარევის გარეშე გადაბმული ლაპარაკის, სათანადო ლექსიკური ფონდით თავისუფლად სარგებლობის, საშუალებას.

როგორც ყოველი მოქმედება, ისე ენობრივიც სრულიად გარკვეული ფაქტორების ურთიერთობის შედეგად ყალიბდება. საგანთა ადგილი აქ სიტყვებს უკავიათ. ჩვეულებრივი მოთხოვნილების ადგილი — კომუნიკაციის მოთხოვნილებას. სიტყვა კომუნიკაციის მოთხოვნილების ფონზე ასახული ბგერათა კომპლექსია, რომლის საშუალებით ახერხებს ადამიანი საგანთა იდეური ობიექტის — აზრის ფიქსაციას ცნობიერებაში. აზრიც სხვა მოვლენებისაგან გამოყოფილი და საგანთან იგივეობაში მდგომი ცნობიერების შინაარსია. ცნობიერების ასეთი შინაარსის აღმოცენება მოითხოვს სიტყვას — იდეისა და საგნის იგივეობის განცდას. სპეციფიკური აქტიურობა, რომელსაც ადამიანის ეს განცდა ემყარება არის ობიექტივაცია, ამიტომ სადაც მის განლევასთან გვაქვს საქმე, არც მეტყველება გვექნება ნორმალური.

როცა ობიექტივაციის გარეშე ენობრივი მოქმედება დარჩენილი, მაშინ ის, რაც სიტყვამ უნდა გააკეთოს, მთლიანად პრაქტიკულ მოქმედებაშია ჩართული. აზროვნებას არაფერი რჩება გასაკეთებელი და სიტყვის საპირობებაც არ დგას. განუხორციელებელი რჩება აღქმიდან საგნის, უკეთ რომ ვთქვათ, მოქმედებიდან აზრის გამოყოფა, რომელიც სიტყვაში იძენს ჩამოყალიბებულ ფორმას. ეს

კი შეუძლებელია, თუ განუხორციელებელი დარჩა აღქმიდან გამოყოფილი აზრით ხელმძღვანელობა, რომელიც სიტყვაში იძენს თავის მატერიალურ დასაყრდენს. „სიტყვაზე უკეთ აზრის მოცემულობად გადაქცევა, როგორც დ. უზნაძე მიუთითებს, არაფერს შეუძლია, საქმე ისაა, რომ სიტყვა თავისთავად ყოველგვარ შინაარსს მოკლებულია: იგი ბგერაა და მეტი არაფერი, ე. ი. წმინდა თვალსაჩინო განცდა. მაშასადამე, არაფერი გვიშლის ხელს მის შინაარსად განყენებული აზრი გადავაქციოთ და ამით ამ უკანასკნელს ხელსახეები თვალსაჩინო ობიექტური განსახიერება მივცეთ: „სიტყვა განყენებული აზრის ობიექტივაციაა“¹. ერთი სიტყვით, ადამიანის ხელში ენა (სიტყვა) ობიექტივაციის ფუნქციას ასრულებს და ამით აზრითს სიტუაციაში განწყობის ფიქსაციის აუცილებელ პირობას ქმნის.

ბავშვის მეტყველებაზე დაკვირვება გვიჩვენებს, რომ იგი არაფერს შეიცავს ჩვეულებრივი მოქმედებისაგან განსხვავებულს, ვერ სცილდება ინდივიდუალურ სამკვიდროს, აღქმისა და თვალსაჩინო-წარმოდგენათა სფეროშია ჩაკეტილი და ვერც ცნებით აზროვნებას ფლობს. ბავშვის მეტყველების მიერ მოტანილი სიტყვა ემოციურია, არ ჩანს საზღვარი ნამდვილისა, აუცილებელსა და შესაძლოს შორის. არც საგანსა და სიტყვათა შორის განსხვავება შეინიშნება. იმიტომ სურათზე დათვის დანახვისას ბავშვი ცხარე ცრემლით ტირილს იწყებს. ბავშვის მეტყველების თავისებურებას შეადგენს ისიც, რომ იგი დასაწყისში არ ემყარება მოქმედებისაგან გამოყოფილ აზრს, არ დგას ობიექტივაციის მოწიფულ ნიადაგზე.

ადამიანი ძლიერ ადრე ეუფლება ენობრივ მექანიზმებს, მზამზარეულად მოწოდებული სიტყვების წარმოთქმას. ამრიგად, ადამიანის განვითარების გარემოა ისეთი, რომ იგი მის წინაშე თავიდან მხოლოდ სამეტყველო აპარატის ხმარების, საჭიროების მიხედვით მისი გამოყენების ამოცანას აყენებს. ბავშვიც დაზებირებულ სიტყვებს და წინადადებებს სრულიად უადგილო ადგილზე წარმოთქვამს, ფრაზებს ისეთი სიტყვებით აგებს, რომლების მნიშვნელობის ცნობიერება მას არ მოეპოვება.

ასეთ ვითარებაში ადვილად შეიძლება აღმოჩნდეს მოზრდილი ადამიანები, თუ მას ობიექტივაციის გარეშე მოუხდა ენობრივი მოქმედება. ცხადია, მოზრდილ ადამიანებთან სურათი, ბავშვთან შედარებით, განსხვავებული გვექნება, თუნდაც იმიტომ, რომ იგი მე-

¹ დ. უზნაძე, ზოგადი ფსიქოლოგია, 1940, გვ. 383.

ტყველების მოწიფულ ფსიქოლოგიურ პირობას კარგავს, რომლის საფუძველზე ოდესღაც მოპოებული სიტყვები და წინადადებები უხვად იმყოფებიან მის განქარვულებაში. ყოველ შემთხვევაში ფსიქოზის მდგომარეობაში, სადაც, ობიექტივაცია არავითარ როლს არ თამაშობს, ადამიანის მეტყველება იმპულსური მოქმედებისათვის დამახასიათებელი შინაარსებითა და ავტომატიზმით უნდა წარმოსდგეს ჩვენ წინაშე. რამდენად შეეფერება ეს ჩვენი მოსაზრება სიმართლეს, ამის ჩვენება ავადმყოფი ბი რ კ-ის მეტყველების გაცნობას შეუძლია, რომელიც ყოველთვის მზად არის მოხსენებით წარსდგეს აუდიტორიის წინაშე.

ყოველ კაცს თავისი პლანი. თქვენ ორი კაცი ხართ. კრეზა შეიძლება სამი კაცისაგან. მოსკოვი, კრემლი შეერთებულა თბილისთან. დღევანდელი ჩვენი თემა, საუბარი: პრაზნიკი 8 მარტი, სოვეტიზაცია საქართველოში, ოქტომბრის დღესასწაული, კვირეული მოძრაობა. დავიწყოთ მოხსენება. მიდის თეატრში. განვიხილოთ საკითხი. დიდი ხანი გავიდა მას შემდეგ... ჩვენი პარტიული კადრების გასაბჭოება. არ დადასტურდა. მიანდვეს, მაგრამ გააბათილა. ვსაუბრობ და იურიდიული რჩევა-დარიგება მივცეთ. პროფესორთან თანასწორი ვარ. ეს ხალხი მოგვამზადა ჩვენ ხელისუფლება. გავხდით რა გადაწყვეტობაზე პარტიამ დააყენა ჩვენი არის გაგება, ვინ ვარ მე? აქ გამოირკვა ასეთი ამბავი. ვინ ვარ მე? ვუპასუხე მე: მამაჩემი იყო მეტყვევე, ის მსახურობდა სხვადასხვა მრეწველობის უბანზე, განსაკუთრებით ტრანსპორტზე. ტრანსპორტი და ტყე ერთადაა. ჯარი მაცადინებოტ ტყეში. ტყეში ხალხი და სროლა არ იქნება. მამაჩემი ახლა არის სარდალი, იქნება შრომის გმირი. იყო სარდალი დალნოე ვოსტოჩნი კრაი. ეხლა არის მარშალი. აქ არის საკითხი პორტ-არტურის სიმაგრის შეშახებ და მისი დაცვა. ომი ჩავარდა. გაათავა სამსახური ის ჩემი და შენ ხომ იცნობ... თამარა ჩემი გამზდელია მერე ვცხოვრობდი ხაშურში. გორი ვაგრძელება, დიდი ხაშური. გოგუცას დიდი შვილი. ასე გათავდა და მორჩა. როდესაც მე აღვნიშნე ამ და ამ წლიდან ვიყავი წევრი, ხომ არ მქონია გადახვევა“...

მივიღოთ ზომები, თუ ეს მოხერხდება, შევაჩეროთ ჩვენი მომხსენებელი, შევაცვლევიოთ მას საუბრის თემა.

„გთხოვთ შეჩერდეთ, რაღაც უნდა გკითხოთ“,—მიემართეთ ავადმყოფს, მაგრამ იგი ანგარიშს არ გვიწევს და გვეუბნება: „ჭერ არა, შეკითხვები ბოლოს იქნებაო“—ო. მიუხედავად ამისა, ვთხოვთ, მას, რომ მოხსენება სხვა თემაზე გაგვიკეთოს, კერძოდ, რა საქმიან-

ნობას ეწევა ამჟამად საავადმყოფოში. ავადმყოფმა მოგვისმინა, მაგრამ ისევ განაგრძო:

— დავადასტურე საბჭოთა კავშირის გმირობა. ოქტომბერი დღე-სასწაულია, შემდეგ იქნება ნოემბერი. საკითხები ბევრია. სტახანოველია მამაჩემი. ჩვენ ყველანი გმირები ვართ... აქ ჩვენ მას საუბარს ვაწყვეტინებთ და ვთხოვთ ილაპარაკოს სხვა საკითხებზე.

„ესეც იქნება, გვეუბნება ავადმყოფი და განაგრძობს: „ჩვენ გვყავს ფრუნზე. გერმანელებს ნაპოლეონ ბონაპარტე. ჩვენ გვყავს გმირი სააკაძე. ჩვენ ვიცი, რომ ყველა კაცს აქვს ჩვენთან სვიაზი. ჩვენი გაგრძელება, როგორც ამათი სახელმწიფო ჩვენთან საერთოა“.

— განმეორებით ვთხოვთ, რომ სხვა თემაზე გველაპარაკოთ.

— „ეხლავე, ეხლავე, მაცალეთ, იქნება. ეს ამის სვიაზია. ნაპოლეონ ბონაპარტე ან ნაპოლეონი მაკედონელი. ეს არის როგორც ჩვენ გვყავს სააკაძე გმირია... წინათ ერეკლე მეფე იყო. ერეკლემ პახვალი მიიღო, რომ მისცეს შრომის და შეიძლება ჩავთვალოთ კომუნისტად. პახვალი ხარასტერისტკაა. ოროლი მოროლი ტრუდ თონი რომ იცი. მეფე იყო გახდა ჩვენი მომხრე. ის მეფე იყო და გახდა ჩვენი მომხრე. ის მეფე რომ იყო, როგორც ცნობილი კაცი, გენიოსი მოღვაწე. ის მეფე მებრძოლია, პირველი იმას ნიშნავს, როცა მიდიოდა ბრძოლაში, იტყოდა ჯორჯიდებული მიყავდა ცხენები... ჯორთან ახლო თეთრი იყო. იყო წიგნები. ის მივიდა ერთ-ერთ სოფელში ინგილო რომ არი. იაკობ გოგებაშვილმა დასწერა ივენანა. როცა ვაშლთან მივიდა ყვარელი, ვარდისუბანი, ჩხეიძე რომ ცხოვრობს, გომბორს ეძახიან. გაიარა ერეკლე მეფემ. ინგილო ქალი კრეფდა თუთას, არა ვაშლს, კრეფდა ჰანკურს, მოტეხილი ყუნწი მიაწოდა მეფეს. თავაზიანობა გამოიჩინეს, ერეკლემ მიიღო ყუნწილა. ხალხის პატრვისცემის იყო განსახიერება. ხალხი კრეფდა ჭურჭენს. მიიღეს გობჭია პარტიაში. თავის კარგი მეფობით ჩვენი მას სვიაზი“...

ჩვენი ავადმყოფი 8 წლის განმავლობაში პოლიტწრის ხელმძღვანელი ყოფილა და ამჟამადაც დარწმუნებულია, რომ ის ამ მოვალეობის შესასრულებლად არის ჩვენთან მოვლინებული. თვითონ დაეძებს მსმენელებს: თუ ისინი ურჩობას გამოიჩინენ, იგი ბრაზობს და იქაღნება. ასეთია ამ ავადმყოფის მოქმედების ფიქსირებული საფუძველი, რომელიც მას მოუხმობს აუდიტორიის წინაშე გამოსასვლელად.

ჩვენ არა ერთხელ მოუუწოდეთ მას ენობრივი მოქმედება შეეჩერებანა, შეეცვალა სასაუბრო თემა. მიუხედავად ამ ღონისძი-

ებისა, ჩვენი ავადმყოფის მეტყველება მომართული ავტომატივით განაგრძობს ძველი გზით სიარულს. რასაკვირველია, აქ ურჩობასთან არა გვაქვს საქმე, არამედ ძირითად მანკთან, რომელიც შეუძლებელს ხდის ენობრივი მოქმედების შეკავებას, მისი მიმართულების შეცვლას. როცა ჩვენი შეკითხვები ხელს უშლის ავადმყოფს, რათა ფიქსირებული მზაობით განაგრძოს მოქმედება. იგი გვილაყვედურებს: «ეხლავე, ეხლავე, მაცალეთ, იქნებაო».

შემაფერხებელი მომენტებოთ სავსეა ავადმყოფის ესოდენ არაადეკვატური მეტყველება, რომელც ახირებული და უაზრო წინადადებებით გვიმასპინძლდება, მაგრამ ეს არ ყოფილა მისი ენობრივი მოქმედების შეჩერების საბაბი. ერთხელაც არ უცდია ჩვენს ავადმყოფს დაბრუნებოდა წინადადებებს და ეცადა მათი გაზოსწორება. მეტყველებას ავტომატიზმს იმდენად დამორჩილებული ყავს იგი, რომ სრულიად არ ამქლავნებს ინტერესს, რათა თავის მონოლოგის შინაარსი ჩვენთვის გასაგებ ფორმაში მოგვაწოდოს.

აი მეორე ავადმყოფი ბ უ რ -ძე, იგი აღელვებული გვიყვება:

«Вот эта женщина имеет каких-то детей, эти дети как-то помешанные. Хархели отравлены какой-то сифилисом, и от этого сифилиса эти дети помешаны. В Африке живут не очень они хорошо, а после слыят и врют мне, я не знаю, что такое». ეცადეთ მისი შეჩერება, მაგრამ აღელდა და უფრო სწრაფი ტემპით განაგრძო: «ერთხელ ვიტყვი გიჟია, ისინი იძახიან არა, მეორედ ვიტყვი გიჟია—არაო. რა უყუო 700 წლისა არიან და აქ რომ მოდიან 700 წლისა არიან».

თუ მოვუხშირეთ შეკითხვების მიცემა, იგი ყვირის: «კაცო, რომელი ცხოველი ცხოვრობს, რომელი ნადირი, რომელი საქონელი, გაგიებულუბი აქ ხალხს უჩხბრიკინებენ... Все же сифилис у них должен быть». ძალდატანებით აღუკვეთეთ მას ლაპარაკი, მაგრამ იგი ტუჩების ძიგძიგით განაგრძობს ჩურჩულს. ავადმყოფმა თავის მდგომარეობა ასე დაგვიხასიათა: «Когда я молчу, мне хуже, я должна кричать».

ავადმყოფისათვის მიუწვდომელია ენობრივი მოქმედების შეჩერება, ამიტომ ადვილად შესაძლებელია, რომ იგი ვერც წარმოთქმული წინადადების განმეორებას მოახერხებს. «რა უნდათ ჩემგან, ჩივის ჩვენი ავადმყოფი, რა უნდათ, ვილაც შევდები არიან, ფინები, ინტელიგენტები არიან». ჩვენ ვთხოვეთ მას გაიმეოროს ეს

წინადადება, მაგრამ ყურადღება არც მოგვაქცია და განაგრძო: «Почему у них там Кори, почему у них выскочила кори, у них сумашедшие кори». ახლა ამ უკანასკნელი წინადადების განმეორება მოვთხოვეთ მას, მაგრამ იგი წინადადებას გასამეორებლად არ უბრუნდება და აგრძელებს: „რა ვქნა კაცო, ჯუნა არის შვედი, ჯუნა ქალია და დარბიან საზღვარგარეთ“.

წინადადების განმეორება აღვილი აღმოჩნდებოდა რომ ავადმყოფის მეტყველებას მართავდეს ობიექტივაციისაკენ მიმართული აქტივობა, მაგრამ აქ, როგორც ვნახეთ, მისი ჩანასახიც არ ჩანს. იგი ავტომატიზმის გავლენის ქვეშაა იმდენად, რომ სასაუბრო აემას თვითონ როდი ირჩევს, არამედ მზამზარეულად ეძლევა. უნებლიეთ აღმოცენებულ აზრებს თან სდევს ავადმყოფის ავტომატური პასუხები. მისი მეტყველება იძულებითი ხასიათისაა, რომლის მამოძრავებელი იმპულსის შეჩერება ავადმყოფის ძალღონეს აღემატება.

მაშასადამე, აქ არც არსებობს განმეორების შესაძლებლობა, ვინაიდან ამისთვის ენობრივი მოქმედების შეჩერებაა აუცილებელი და მისკენ იმ განზრახვით შემობრუნდება, რომ სათქმელსა და წარმოთქმულს შორის განცდაში იგივეობის დანახვა მოხერხდეს. არც შეჩერებაა მექანიკური პროცესი, იგი თავდაპირველად აზრის გამოყოფისაკენ არის მიმართული, რომელიც სიტყვის მეშვეობით ჩაერთვის ენობრივ მოქმედებაში. მაგრამ უნებლიედ აღმოცენებული შინაარსების ვერბალიზაცია, შეიძლება ითქვას, აქ ისე მიმდინარეობს, როგორც ფირფიტაზე უწესრიგოდ ჩაწერილი ტექსტის განმოვანება. ამიტომაც, რომ ავადმყოფის მეტყველებაში ყველაფერი უწესრიგოთ არის გადაბმული და წინადადებებში სიტყვების განლაგება ახირებულს ხასიათისაა.

ცნობიერებაში ერთბაშად შემოჭრილ წარმოდგენებს თან სდევს, როგორც ეს საერთოდ იმპულსური მოქმედებისათვის ჰრის დამახასიათებელი, სათანადო სამეტყველო აპარატის ამოქმედება. ამიტომაც ავადმყოფის ენობრივ მოქმედებაში უშუალოდ ჩართულია ის, რაც სიტყვით გაშუალებულ ასახვას საკიროებს. ამ ვითარებაში აღმოცენებული ენობრივი მოქმედება რეფლექსური ბუნებისაა და მის მსგავსად გაუცნობიერებელი. ავადმყოფი მეტყველებს, მაგრამ ისე, რომ იგი აზრის გამართვაში ოდნავ დაინტერესებასაც არ ამჟღავნებს. „ეს ხალხი მოგვამზადა ჩვენ ხელისუფლება“, გვიყვება იგი, ან კიდევ: „გაუხდით რა გადაწყვეტობაზე პარტიამ დააყენა ჩვენი არის გაგება“ და ა. შ. მეტყველების მიმდინა-

რეობა გვიჩვენებს, რომ ავადმყოფი კულში მისდევს ასოციაციების მოუწესრიგებელ მიმდინარეობას. იგი აქტუალური შინაარსების ავტომატურ ვერბალიზაციით კმაყოფილდება და ეს არის ის, რაც იმს მეტყველებას სიტუაციურ ხასიათს ქენს.

არ ჩანს სიტყვათა შორის ლოგიკური კავშირი, აზრი ბუნდოვანია და წინადადებები დაუნაწევრებელი. ეს სიტყვათა მარაგის ნაკლებობით არ არის გამოწვეული, პირიქით, ავადმყოფი ზომამზე მეტად რეზონირობს, მაგრამ ყველაფერი ერთმანეთში ისეა არეული, რომ გარკვეული აზრის გამოტანა შეუძლებელი ხდება. მისი მეტყველება მთლიანად წარსულში მიღებული შთაბეჭდილებებით იკვებება, მაგრამ ისე, რომ ხელმძღვანელი აზრის ძალა აქ არსად ჩანს. ყოველი წინადადება ბოლო და მომდევნო სიტყვათა მექანიკურ ასოციაციის მიხედვით არის შეკოწიწებული. ძირითადი აზრის განვითარება არ ჩანს, ცალკეული ეპიზოდების თხრობა შინაგანი ლოგიკური კავშირის გარეშე მიმდინარეობს. შემთხვევით წარმოთქმულ წინადადებებს,—რომ მამა მისი მეტყვევ იყო, ამის გახსენებას თან მოსდევს ჭარისკაცების ტყეში მეცადინეობა, პორტ-არტურის ცხენი, შორეულ აღმოსავლეთში საკუთარი მამის სარდლად დასახელება, ნაპოლეონ ბონაპარტე და ა. შ. „ჩვენ გვყავს ფრუნზე, გერმანელებს ნაპოლეონ ბონაპარტე“—გვიყვება ავადმყოფი: „ჩვენ გვყავს გმირი სააკაძე, ჩვენ ვიცით, რომ ყველა კაცს აქვს ჩვენთან სვიაზი. ჩვენი გაგრძელება, როგორც ამათი სახელმწიფო ჩვენთან საერთოა“. საგანგებო მტკიცება არ არის საპირო, რომ ავადმყოფის ენობრივი მოქმედება წარმოადგენს ტიპიურ ასოციაციურ მეტყველებას.

ცხადია, ყოველი შიზოფრენიით დაავადებული ადამიანის მეტყველება არ არის წარმოდგენილი შიზოფრენიის სიმპტომით. მათ შორის შედარებით დალაგებული მეტყველების ავადმყოფებსაც ვნახავთ, მაგრამ აქაც ყოველი გრძობადი შინაარსი იქვე ილტვის რეალიზაციისაკენ: „მოლაპარაკე აზრი, როგორც ავადმყოფები მიუთითებენ, არ ჩერდება, მოსვენებას არ იძლევა“. „როგორ გითხრათ არ ვიცი,—აღნიშნავდნენ ისინი,—ეს არ არის ხმა, ეს არ არის სატყვა, ეს აზრის სმენადობაა. ავადმყოფისათვის უცნობია ამ ახირებული და „მოლაპარაკე აზრების“ წარმოშობის წყარო. „ეს ჩემთვის გაუგებარია,—განმარტა ავადმყოფმა, ჩემს გარეშე რაღაც ძალაა, მე მას ვემორჩილები“. ამ თვითნება აზრის შეჩერება მოუხერხებელია, იგი აღმოცენებისთანავე ხმამაღლა ამეტყველების ძალას იძენს, ან კიდევ ჩურჩულით ისმის. ავადმყოფები ზომებს

ლებულობენ, რათა თავიდან მოიშორონ მოლაპარაკე აზრი“, ყვირიან, ყურში ბამბას იტენიან, მაგრამ ამაოდ. ერთი ჩვენი პაციენტა სასთუმალის ქვეშ ნემპუტალს დებდა, რომ მოფუსფუსე აზრი დაეფრთხო. „მასთან ბრძოლა ძნელია, აღნიშნავდა იგი, იმდენად ძნელი, რომ ოფლს დამასხამსო“-ო.

სახის მიმიკურ კუნთებზე დაკვირვებას შეუძლია გვიჩვენოს, რომ ავადმყოფები ხშირად მაშინაც განაგრძობენ ლაპარაკს, როცა ხმამაღლა არ მეტყველებენ. „მე ვდუმეარ, აღნიშნა ერთმა მათგანმა, მაგრამ შიგნით ყოველთვის ვლაპარაკობ“. მეორემ ასე დაახასიათა თავისი მდგომარეობა: „მე არ შემძლია, მთელი სხეული მიძიკძიკებს, ენა არ შემორჩილება. ვცდილობ მოვისაზრო, მაგრამ არაფერი გამომდის. აზრი თავში თვითონვე კეთდება ერთბაშად და ისე მომაწვება, რომ მეტი გზა არა მაქვს უნდა ვიყვირო:

«Я не могу сдерживаться, я как животное»¹.

ერთი სიტყვით, ჩვენი ავადმყოფების ძირითადი მანკი, რომელიც ობიექტივაციისაკენ მიმართული აქტივობის დაძაბუნების მხრივ იჩენს თავს, როგორც ვნახეთ, თვალსაჩინო გამოხატულებას პოულობს მათ მეტყველებაში. ამ აქტივობის უქმარობაა ის, რაც შიზოფრენიით დაავადებული ადამიანის მეტყველებას სპეციფიკურ ადამიანურ სახეს უკარგავს, ბუნებრივ დასაყრდენს აცლის. აქ პირობები არ არსებობს იმისათვის, რომ ვეძიოთ მეტყველების ხელმძღვანელი აზრი, როგორც ეს ბაქ-ძეს მეტყველების ნიმუშების გაცნობას შეუძლია გვიჩვენოს. მან ასე დაიწყო ჩვენთან საუბარი:

„ხო, რაცხას პატარას დაწერდა კაცი, რაცხას პატარას. დაწერდა რაცხას პატარას, ისე... (გაჩუმდა).

— რა გაქვთ დასაწერი?

— „სპეციალურად, სპეციალურად, ასე რომ ვთქვათ, ჩვენ სპეციალურად არაფერი. სპეციალურად როგორც ასეთი არაფერი. დავალებული ვინმეს მიერ არაფერი. ისეთ ასეთი არაფერი. მაშასადამე ცხოვრებიდახ უნდა ვთქვათ, დღეს უნდა ვთქვათ, რომ მშვე-

¹ რა: აკვირ. ელია. ავ დმოფისაგან შორას მდგომ მკითხველს შეუძლია იკითხოს: საიდან აქვს ავადმყოფს ასეთი თვითდაკვირვების უნარი? შეცდომა იქნებოდა ავეფიქრა, რომ ავადმყოფი ჩვენ თვითდაკვირვებით მოპოვებულ მასალას გვაწვდის. თითოეული ავადმყოფი თავის სასაუბრო თემის შინაარსებს თვალით ხედავს. ყურით ისმენა, იგი აქუმის ძალის მქონე განკდის ზესახებ მოგვითხრობს, რომეოსაც დღეში რამდენჯერმე განიკდის სტეროროპურად.

² ი. ბ. ჯალაგვა, შიზოფრენიით დაავადებულთა მეტყველება, კრ. ფსიქოლოგია, ტ. VII, 1950, გვ. 45.

ნიერი დარი გათენდა და მონადირემ მოკლა ჩიტი. მაგრამ ჩიტი, როდესაც სიკვდილს აპირებდა, მაშინ მონადირემ ეს ამბავი გაიგო. მშვენიერი მდგომარეობა იყო ქვეყნად. მხოლოდ იყო, რაღაც საიდუმლო, რომელიც ხელს უშლიდა დროებას. მხოლოდ იყო, რაც პატარა სინამდვილეში, რომელიც ხელს უშლიდა დროებას. ეს პიროვნება რომ იყო, იმიტომ თავის ანგარიშისდაგვარად, მაშასადამე, ერთგვარად თქვა, მაინც რაღაც სინამდვილეში რომ არ მომხდარიყო გაუგებრობა, ჩვენ ყველაფერს გამოვიცნობდით. ამგვარად, სინამდვილე დაარღვია რაღაცამა. ასე მშვენიერი არე-მარე და... (ფანჯარაში იყურება). ასეთნაირად მშვენიერი მიდამო, ამ ცხოვრებას რომ აქვს... მაგრამ მოწამე ხარ მანქანა მიდის... უყურე აგერ ქალიშვილს საცხა მიუხარია გზაზე და სჯობია... სწერს კიდევ მაგრამ შედავწერიდი ჩემს ნაწერში იმას, რომ როგორ იყო მდგომარეობა, მაშასადამე, ასეთნაირი მდგომარეობა, ასეთნაირი ამბავი ყველა კაც შეუძლია დაწერო. წერა კი შეუძლია მაგრამ დაწერა მდგომარეობა... მაგრამ პოეტური თვალსაზრისით სხვა და ისე სპეციალურად ვინმემე რამე... მაშინ ასეთნაირი ამბავი... ვინმემ რამე დამავალოს, ვინმემ რამე დამავალოს, ასეთნაირი ამბავი არ მომხდარა, ჯერ რომ ვინმეს დაევალებიოს ჩემთვის რამე დასწერო. მაგალითად, წიგნი, რვეული ან ქაღალდი. არა, ამას ქვია რვეული, რასაკვირველია, დაიწერება შიგ რამე... ასე არაა. მეტი სახელი ვერ მოუძებნია კაცობრიობას, რომელიც არა ჩვენს ქვეყანაში. სოციალიზმი გაიმარჯვაო ამბობენ... ასე ამბობენ, მაშასადამე, პოეტური თვალსაზრისობა დიდებული რაპ არის იმიტომ, რომ კაცმა გაიგოს ეს მდგომარეობა არის. მაშასადამე მე, როგორც ასეთი, რომ თემა მქონდეს მოცემული, ეს ასე არაა. რასაკვირველია, ვინმეს რომ მოეცეს, დავალებული მქონდეს ან მოსკოვს, ან ლენინგრადის, ან დიდი დაწესებულების. ასეთი რამე არავითარ შემთხვევაში არ არსებობს. ცხადია და ფაქტია ერთ ამბავს აქვს მნიშვნელობა და მონადირემ მოკლა ჩიტი“.

— მონადირის ამ ამბავს რა კავშირი აქვს თქვენთან?

ისე ბატონო, რომ მონადირე არის ისეთნაირი პიროვნება, რომელიც შესაძლებელია ხანდისხან... მაშასადამე, ამ მშვენიერი მდგომარეობის დროს თქვას სიტყვა, მაგალითად, მაშასადამე, მონადირემ ამ მშვენიერი მდგომარეობის დროს... მაშასადამე, როდესაც მშვენიერო მდგომარეობა არის, ასეთნაირი მდგომარეობა იშვიათად არის. მშვენიერი მდგომარეობა იშვიათად არის, მშვენიერი მდგომარეობა იშვიათად არის, იმიტომ, რომ ალ-

ბათ, ზამთარში... ზამთარში არის, ალბათ, მშვენიერი მდგომარეობა... არ შეიძლება კაცმა სთქვას ასე: ზამთარში არ არის მშვენიერი მდგომარეობა. განსაკუთრებული და იშვიათ შემთხვევებში არის“.

—რა კავშირია მონადირესა და პოეტურ თვალსაზრისს შორის?

„მონადირე არ შეიძლება იყოს გმირი მწერლის. გმირი არა, მონადირე არის პიროვნება სწორედ. რაც შეეხება, მაშასადამე, იმას რომ ქვია, ე. ი. მონადირემ უშველა, ე. ი. მონადირე არის დამხმარე, აქ ამ შემთხვევაში დამხმარე. ამხელა საკითხი დასკვნა, მაშასადამე, გმირობა. მდგომარეობა რომ არ შეცვლილიყო, მდგომარეობა რომ არ შეცვლილიყო... ჩიტი მოკლა მონადირემ. მაშასადამე, გამოდის რომ იყო პირველი პიროვნება მონადირე, რომელმაც გაარკვია საკითხი მსოფლიოში ჩიტების შესახებ“.

„ფილოსოფიასთან ის, რომ კლასიკური გერმანული ფილოსოფია არის კანტი და ჰეგელი. მათ შორის ყოფილა და ფიხტე და შელინგი, ყოფილა მათ შორის ფილოსოფოსები. ეს იმიტომ, რომ სინამდვილეში ყოფილა, მაშასადამე, ის ორი ფილოსოფოსი ფიხტე და შელინგი სინამდვილეში ისეთნაირი ყოფილა. მაშასადამე, ის ორი ფილოსოფოსი ფიხტე და შელინგი რომ არის, ეს ორი ფილოსოფოსი სინამდვილეში არიან. ამაშია საქმე. მხოლოდ სინამდვილეში. როდესაც ორი ფილოსოფოსები არიან, სინამდვილეში ყოფილა მაინც, თორემ ისე ხომ არ იქნებიან... თვითონ არიან ვითომ თავთავიანთი მიზეზი“...

ავადმყოფი ასე მსჯელობს: მონადირე არის პიროვნება, სწორედ რაც შეეხება, მაშასადამე იმას რომ ქვია, ე. ი. მონადირემ უშველა, ე. ი. მონადირე არის დამხმარე“ და ა. შ. ცხადია, ასეთი მეტყველების საფუძველია არა ავადმყოფის მიზანდასახული აქტიობა, არამედ მისი კონტროლის გარეშე მოქმედი იმპულსი. აქაც ამ იმპულსათ წარმართული მეტყველება, ისეთი შინაარსების რეგისტრაციას და ანიმილაციას აწარმოებს, რომელნიც მისი ცნობიერების დაუპატიჟებელი სტუმარია.

გაცილებით უკეთესი მდგომარეობა ჩანს, როცა საუბარი დიალოგის სახით მიმდინარეობს. ავადმყოფი შეკითხვის მიხედვით ახერხებს პირველი წინადადების აგებას, ამიტომ ლაპარაკსაც ასე იწყებს: „ფილოსოფიასთან ის“..., მაგრამ ერთბაშად აზრი უწყდება, ან უკეთ რომ ვთქვათ, მის გაშლას ვერ ახერხებს. იგი დაუსრულებლივ უტრიალებს შეკითხვას, მაგრამ მაინც ვერ პოულობს შესაფერ პასუხს. „ფილოსოფოსები, ეს იმიტომ, რომ—გვიხსნის ავადმყოფი,—სინამდვილეში ყოფილა. მაშასადამე, ის ორი ფილოსო-

ფოსი ფიხტე და შელინგი, სინამდვილეში ისეთნაირი ყოფილა. შა-
შასადაძე, ეს ორი ფილოსოფოსი ფიხტე და შელინგი სინამდვილე-
ში ყოფილა“. რასაკვირველია, ეს არ არის პასუხი ჩვენს შეკითხვა-
ზე: რა კავშირი აქვს მის საუბრის შინაარსს ფილოსოფიასთან.

არა მარტო სასაუბრო თემა, არამედ ცალკეული გამოთქმებაც
და სიტყვები სტერეოტიპურად მეორდებიან, არ იცვლება წინა-
დადებათა წყობა, ინტონაცია, მელოდია, რიტმი. თითქმის ყოველი
ნეორე და მესამე წინადადება ასეთია: „ვინმემ რამე დამავალოს,
ვინმემ რამე დავალოს, ასეთნაირი ამბავი ამ მომხდარა, ჯერ რომ ვინ-
მეს რაიმე დავეალებიო“... და ა. შ. სტერეოტიპია და პერსევერაცი-
ები თითქოს მოუშორებელია. რაც თავისთავად მიგვითითებს, რომ
ავადმყოფის ენობრივი მოქმედება წარსულში ფიქსირებული და
ამჟამად შემთხვევით ცნობიერებაში შემოპრილი შინაარსებით იკვე-
ბება. ამიტომაც, რომ ავადმყოფის ენობრივი მექანიზმები რეპრო-
დუქტორის მსგავსად ავტომატურად მოქმედებენ.

ხელმძღვანელი აზრის უქონლობის გამო გაძნელებულია ცნე-
ბებისათვის გარკვეული ადგილის მიჩენა, დარღვეულია წინადადე-
ბათა კატეგორიალური წყობა. ცნებებს ავადმყოფის მეტყველება-
ში, როგორც ამაში შესაძლებლობა გვქონდა დარწმუნებისა, პეტე-
როგენული ადგილი უკავიათ. არც წინადადებათა წყობა ემორჩი-
ლება ლოგიკის კანონებს, რომელნიც სათავეს კომპლექსური განც-
დებიდან ლებულობენ. „რა ვქნა კაცო, გვეუბნებოდა ავადმყოფი
ბუ რ.-ძე, ჯუნა არის შვედი. ჯუნა ქალია. ჩემი მეზობელი ჯუნა
შვედია. დარბიან საზღვარგარეთ. ახალგაზრდა არის პიონი, მერე
აქეთ რომ გამოდის ხდება ქართველი. პიონი, პიონი ის არის ხარა“.
ამ ავადმყოფის როგორც ადამიანის, ისე ყვავილის სახელი კომპ-
ლექსური მნიშვნელობით აქვს გამოყენებული, ამიტომ კავშირი
ცნებებს შორის ლოგიკური კი არ არის. არამედ სავსებით თვით-
ნებურია. საერთოდ, შიზოფრენიით დაავადებული ადამიანის მე-
ტყველებაში ყოველთვის ჩანს ორი ერთიმეორის პარალელურად
შიმდინარე აზრი: აუტისტური და ლოგიკური.

ავადმყოფის ფსიქიკის მოქმედების დონე, როგორც ვნახეთ,
აქტუალური განწყობის იმპულსით ამოიწურება. ეს განცდების აღ-
მოცენების ისეთი დაბალი საფეხურია, რომლისთვის უცბაა ლო-
გიკური აზროვნების არგუმენტები და აჩსებითად იმით კმაყოფილ-
დება. რაც ინსტიტუტების. იმპულსური მოქმედების შინაარსებისა-
თვის არის დამახასიათებელი. აქედან იღებენ სათავეს ავადმყოფე-
ლის განცდები და ამ ვითარებით განსაზღვრული ფენომენები პო-

ულობენ გამოხატულებას მის მეტყველებაში. ობიექტივაციის გარეშე დარჩენილი ავადმყოფის მეტყველება უკონცეპციოა, აქ გაბატონებული ადგილი უკრიტიკო იდეებს უკავიათ, წინ წამოწეულია კონტრამინაცია. აზრისა და სიტყვის გათიშულობა.

ჩვენი ავადმყოფების შესაძლებლობას აღემატება პერცეპციის მასალაზე აგებული მოქმედებიდან ამალღება სიტყვითს სიტუაციაში ჩამოყალიბებულ მოქმედების საფეხურზე. არ ჩანს წიადაგ, რომლის საფუძველზე იშლება ნორმალური ადამიანის აზროვნება და მეტყველება. მიუხედავად ამისა, ჩვენ საქმე გვაქვს აღმაცნთან, რომელსაც ნორმალური აზროვნებისა და მეტყველების დიდი ხნის გამოცდილება გააჩნია. მაშასადამე, საფიქრებელაა, რომ ფსიქოზის მდგომარეობაშიც დარჩენილია ავადმყოფის განკარგულებაში ობიექტივაციის დონეზე ფიქსირებული ენობრივი მექანიზმები. მართალია. მას დაკარგული აქვს მეტყველების შემოქმედებითი გამოყენების შესაძლებლობა, მაგრამ ის, რაც ოდესღაც შეუძენია. ჯერ კიდევ ძალაშია დარჩენილი. ავადმყოფის პასუხები როდია მოპოებული დასმული კითხვის გააზრების შედეგად, არამედ შედგენილია იმის მიხედვით, რაც მის მენსიერებაში ამჟამად მოიპოვება: „ფილოსოფიასთან ის,— გვიპასუხებს ავადმყოფი, — გერმანული კლასიკური ფილოსოფია არის კანტი და შელინგი“. მის განკარგულებაში, როგორც ჩანს, ეს ოდესღაც გაზეპირებული წინადადებები აღმოჩნდა, იგი მას უადგილო ადგილზე იყენებს და მათი შესაბამო ადგილზე რეპროდუქციით კმაყოფილდება. როცა წარსულში შეძენილი ცოდნის ახალ ვითარებასთან შეგუების ამოცანა დგება. ავადმყოფი დაბნეულობას ამჟღავნებს, ორიენტაცია ეკარგება და მეტყველების დამახასიათებელი აბნევა იჩენს თავს. მას უწესრიგოდ მოაქვს ზოგი რამ ოდესღაც ობიექტივაციის დონეზე ფიქსირებული ენობრივი მოქმედებიდან, ზოგიც აქტუალური სიტუაციით განსაზღვრული შინაარსებიდან. ეს აყენებს ავადმყოფის მეტყველებას აბნევის გზაზე.

ვნახოთ ახლა რა აქვს საერთო ჩვენს შედეგებს უმაღლესი ნერვული მოქმედების ფიზიოლოგიაში დადგენილ ფაქტებთან.

თანახმად კაუფმანის მითითებისა, შიზოფრენიით დაავადებული ადამიანი სწორად ახერხებს საანკეტო ცნობების მოცემას. თუ მას მოეთხოვეთ ძველი მასალის ახალი ვითარების შესაბამისად გადაჭრუება, იქვე თავს იჩენს დამახასიათებელი დეფექტი. გარესინმდვილის ანალიზი, სწორი ორიენტაცია მიუღწეველი რჩება, რაც თავის მხრივ გამოხატულებას მეტყველების აბნევაში პოულობს.

წარსულში შექნილი გამოცდილების ადეკვატურ ფორმაში გადნოცემა ავადმყოფისათვის მისაწვდომია, მაგრამ იგი ძველის მიხედვით ახალი კავშირების შექმნაში საგანგებო სისუსტეს ამჟღავნებს. შექნილი გამოცდილება, წერს კაუფმანი, დაკარგული არ ჩანს, მაგრამ მისი ადეკვატური გამოყენება, ახალ ვითარებასთან შეფარდება, მეტად შეზღუდულია. ელემენტარულ პირობებში, თითქმის ნორმალურად მიმდინარე მეტყველება, დასძენს იგი, სიტუაციის გართულების შემთხვევაში საოცარ აბნევას ამჟღავნებს. ავადმყოფი ფიქსირებული შაბლონით სარგებლობს იმ შემთხვევაშიც, როცა მისგან ახალი ვითარებით განსაზღვრულ პასუხებს მოითხოვენ.

ექსპერიმენტული კვლევის შედეგები ამასვე ადასტურებენ, ვინაიდან სიტყვა—გამღიზიანებელზე შემუშავებული რეფლექსი მეტად ძლიერი გენერალიზაციის უნარით აღჭურვილი აღმოჩნდა. ყოველ ინდივიდენტულ სიტყვას, რომელსაც არავითარი კავშირი არ ჰქონია პირობით სიგნალთან, აღმოაჩნდა ძალა რეგულარულად გამოეწვია მოტორული რეაქცია. შეკავების შემუშავება, თანახმად ამ მკვლევარისა, შესაძლებელია, მაგრამ უმეტეს შემთხვევაში მის საგანგებო სისუსტემ იჩინა თავი. მეორე სასიგნალო სისტემის რეფლექსთა გამტკიცება მოუხერხებელი აღმოჩნდა, არც პირობითი რეფლექსის განმტკიცება უპირობო რეფლექსით გამოვიდა ხელის შემწყობ ფაქტორად, პირიქით, შეაფერხა ჩამოყალიბებული კავშირის გამტკიცება, ახალი კავშირების შემუშავებაც საგრძნობლად დაანელებული აღმოჩნდა. საერთოდ, პირებით—რეფლექსური კავშირის ჩამოყალიბება მეორე სასიგნალო სისტემაში განუხორციელებელია. ყოველივე ამის შედეგად კაუფმანს გამოტანილი აქვს დასკვნა: „სიგნალურ სისტემათა ურთიერთობაში უხეშ დარღვევის აქვს ადგილი, რომელიც თავის გამოხატულებას იმაში პოულობს, რომ დარღვევულია ელემენტარული ირადიაცია“¹.

ამრიგად, მეორე სასიგნალო სისტემაში, იმის მიხედვით, რაც აქ ითქვა, ცენტრალური შეკავების საგანგებო სისუსტესთან ვაკვს ხაქმე. ეს მოქმედების ისეთი თავისებური ფიზიოლოგიური მექანიზმია, რომელიც, როგორც აღნიშნული იყო, ობიექტივაციის საფუძვლზე ენობრივი მოქმედების ჩამოყალიბების დასაყრდენს წარმოადგენს და, მაშასადამე, არაფერია მოულოდნელი იმაში, რომ

¹ Д. А. Кауфман. К вопросу о патофизиологии шизофренического процесса. Ж. Невропатология и Психиатрия им. Корсакова, 4, 1955, 267.

ავადმყოფი იძულებული ხდება ყოველ ახალ სიგნალზე ფიქსირებული შაბლონით უპასუხოს. რაკი ავადმყოფს არ გააჩნია შესაძლებლობა დადგეს ვერბალური აზროვნების სიმალლეზე, იგი წარსულში ფიქსირებული მექანიზმებით განაგრძობს ენობრივ მოქმედებას.

ამრიგად, ავადმყოფის მეტყველებაში ობიექტივაციის მიხედვით განსაზღვრული დეფექტი, როგორც ვნახეთ, პათოფიზიოლოგიური თვალსაზრისითაც პოულობს სრულიად გარკვეულ დასაბუთებას. აზროვნებისა და მეტყველების გამაერთიანებელი რგოლის — ობიექტივაციის — დაძაბუნებით განსაზღვრულია შიზოფრენიით დაავადებული ადამიანის მეტყველება, რომლის სიმპტომებს შორის განსაკუთრებული ადგილი პარალოგიას უკავია.

პარალოგიის ნიშანთა შორის, აქ ყურადღება გვსურს ერთი წინადადებიდან მეორეზე უნებლიე დაცურებას მივაქციოთ. ავადმყოფების მეტყველებაში, როგორც ეს ახლა ჩვენთვის ცნობილია, აზრი გაუშლელი რჩება, წინადადებათა შორის კავშირიც მანკიერიცა, იგი უადგილო ადგილზე წყდება. ავადმყოფი თითქოს თავისთვის მეტყველებს, შეკითხვებზე აცდენილ პასუხებს იძლევა: „ორილი მორილი ტრუდ თოხი ხომ იცი“. დაცურებას ხელს უწყობს აზრის სიღარიბე და წინადადებათა შორის კავშირის ძიება იქ, სადაც ამის შესაძლებლობა არც კი არსებობს. აზრის მიმდინარეობას ავადმყოფი ანგარიშს არ უწევს, მოვლენებს შორის კავშირი თვითმიზნად გადაქცეულია. „ერეკლე მეფე ვაშლთან მოვიდარო. მიუთითებს ავადმყოფი, და იქვე დასძენს: „ყვარელი, ვარდისუბანი, ჩხვიძე რომ ცხოვრობს, გომბორს ეძახიანო“. როცა აზრის ასეთი ხტუნვა ვერ ხერხდება ავადმყოფი რომელიმე წინადადების მოძაბეზრებელ განმეორებას მიმართავს: „ვინმეს რაიმე დაევალებიოს. ვინმეს რაიმე, ვინმემ რამე დამავალოს, ჭერ რომ ვინმეს რაიმე დაევალებიოს“... და ა. შ. ამის გამო წინადადებათა შორის თანამიმდევრობა იკარგება, წარმოიშობა ხარვეზები, რაც ხელს უწყობს აზრის ხტუნვას. დაცურების რეალურ მიზეზს შეადგენს ის, რომ ავადმყოფს არა აქვს ობიექტივაციის დონეზე წინადადების გაშლის შესაძლებლობა, ამიტომ იგი იძულებულია მზა მექანიზმებით ისარგებლოს და მეტყველებაც დაბალ საფეხურზე დაცურდეს. აი მაგალითად, ასე გაგვიმართა ავადმყოფმა რა კავშირი აქვს მის მიერ მოყოლილ ამბავს პოეტურ თვალსაზრისთან: „მონადირე არ შეიძლება იყოს გმირი მწერლის. გმირი არა. მონადირე არის პიროვნება სწორედ, რაც შეეხება, მაშასადამე, იმას რომ ქვია, ე. ი. მონადირემ უშველა,

ე. ი. მონადირე არის დამხმარე, აქ ამ შეთხვევაში დამხმარე“ და ა. შ.

როგორც აქ მოყვანილი მაგალითებიდან ჩანს, ჩვენი ავადმყოფების მეტყველებაში არ აღინიშნება გრამატიკული ფორმების დარღვევა, ამავე დროს თვალსაჩინოდ გამოხატულია აზრის ფორმულირების სიძნელე, ე. ი. პ ა რ ა გ რ ა მ ა ტ ი ზ მ ი. გაუცნობიერებული აზრის სწორად ფორმულირებაში ვერც გრამატიკული ფორმებია და ვერც სიტყვების სიუხვე შევლის მათ. ავადმყოფი ისეთ სიძნელეს აწყდება, რომლის გამო იძულებულია დამაკავშირებელი სიტყვების უხვად გამოყენებას მიმართოს. სინამდვილეშიც მის მეტყველებაში კავშირის აღმნიშვნელი სიტყვები (და, ხომ, მაშასადამე) ყოველ მეორე და მესამე სიტყვის შემდეგ გვხვდება. აი ამის მაგალითი: „მაშასადამე, მე როგორც ასეთი, რომ არის იმიტომ, რომ კაცმა გაიგოს და ეს მდგომარეობა არის, მაშასადამე, მე როგორც ასეთი, რომ თემა მქონდეს მოცემული, ეს ასე არაა“. აზრის ფორმულირების სიძნელეს ავადმყოფი წინადადებებში სიტყვების არა მართებულ შეუღლებამდე მიყავს: „ასეთნაირი ამბავი ყველა კაც შეუძლია დაწერო“, „ეს ხალხი მოგვამზადა ჩვენ ხელისუფლება“, „თავის კარგი მეფობით ჩვენი მას სვიაზი“ და სხვა მრავალი ამის მსგავსი. წინადადებებში აზრის დაუსრულებლობის გამო სიტყვის დაბოლოება თვითნებურია, ერთმანეთთან უთავბოლოდ გადაბმული. ჩელმძღვანელი აზრი, რადგანაც ობიექტივირებული სახით ავადმყოფს არ მოეპოება, არც მასზე დაყრდნობით ხდება წინადადებების გამართვა.

აქ არც შინაგანი და გარეგანი მეტყველების სტადიები ჩანს, არც მათ შორის განსხვავება. ავადმყოფისათვის მხოლოდ ხმა-აღლა მეტყველება არის მისაწვდომი. მის მეტყველებას აშკარად ეტყობა აზრის სიღარიბე, დიფუზურობა და თანამიმდევრობის დარღვევა. აზრი მას ისეთ ფორმაში ეძლევა, რომ იგი ძლიერ ახლოს დგას „დე პ ე შ ი ს ს ტ ი ლ თ ა ნ“. აი როგორ გადმოგვცემს ავადმყოფი თავის აზრს: „ის ჩემი და შენ ხომ იცნონ, თამარა ჩემი გამზრდელია. მერე ეცხოვრობდი ხაშურში. გორის გაგრძელებაა. დიდი ხაშური. გოგუცას დიდი შვილი“. სხვაგვარად აზრის გადმოცემის შესაძლებლობა მას არ გააჩნია. რადგანაც აქ აზრის სიტყვა წინასწარი სამზადისის გარეშე აღბეჭდეს. ჩვენი ავადმყოფებისათვის დაშახასიათებელია ვერბალური ჰალუცინაციის ერთ-ერთი დამახასიათებელია თავისებურება სწორედ ამ მხრივ იჩენს თავს. ავადმყოფი ერთი სიტყვიდან აწარმოებს გამწლილი აზრის ამოკითხვას და, რო-

გორც ვნახეთ. საუბრის დროსაც ასე უცნაურად შეკუმშული წინადადებებით სარგებლობს.

თანხმად ზემოაღნიშნულისა, ცხადი უნდა იყოს, რომ ავადმყოფის მეტყველება სუსტად ორიენტირებულია საგანზე, მის მნიშვნელობაზე. ხშირად იგი უაღვილო ადგილზე წყდება, გაკიანურებული ტემპით მიმდინარეობს. მოშლილია მოდულაცია და აქცენტუაცია, აზრის სიღარიბის გამო სიტყვიერი პროდუქცია ბლანტია, გამოსახველი მოძრაობები ღარიბი, ხშირია პაუზები, დარღვეულია წინადადებათა მიმდინარეობაში ქრონოლოგია. საერთოდ, ნერვული სისტემის ქრონიკული შეკავების მდგომარეობაში ყოფნა ძლიერ ახლოს აყენებს ავადმყოფის მეტყველებას დაღლილი ადამიანის მეტყველებასთან. ამ უკანასკნელის მსგავსად მკვეთრად გამოხატულია ინიციატივის დაწვევა, აზრის დაძაბულობის სისუსტე, ამოცანისადმი ინდეფერენტული დამოკიდებულება, წინადადების უკანასკნელი სიტყვების მიწებება, შთაბეჭდილებათა იმპულსური აღძვრა და წინადადებათა უცნაური შეკუმშვა.

შიზოფრენიით დაავადებული ადამიანისათვის დაამახასიათებელი რეზონიორობა თავის გამოხატულებას პ ა რ ა ფ ა ზ ი ა შ ი პოულობს. იგი სიტყვათა მარაგს უწესრიგოდ იყენებს. არ ჩანს მიზანდასახულობა, ამიტომ სიტყვათა კორიანტელში იკარგება წინადადებათა შინაარსი. ავადმყოფი შეუჩერებლად, ყოველგვარი კონტროლის გარეშე ისვრის სიტყვებს: რომ ნემსი რა არის და წამალი რა არის, გვეუბნება ავადმყოფი, ისე დასმულია არ იბრძვის და პატარა შემთხვევა, რის შესახებ არის მათი ჰაერობა. შემაწუნებელი ჰაერობა, ოჰ! და ის ნაწილაკები, რომელნიც მთლიანად განაკრფებულა ჰაერობით, მათ სუფთა სუნთქვა სურთ“. ცნობილია, რომ შიზოფაზია თავის შენახული გრამატიკული წყობით განსხვავდება პარაფაზიისაგან, მაგრამ ძლიერ ახლოს დგას მასთან წინადადებათა უწესრიგო გამოყენებით.

რაც აქ ჩვენი ავადმყოფების მეტყველების შესახებ ითქვა, საკმარისი საბუთია, რათ გამოვიტანოთ დასკვნა, რომ ენა აქ თავის ნამდვილ დანერგულებას არ ემსახურება. იგი ობიექტური სამყაროს ასახვის ფუნქციას მოკლებულია და არც ავადმყოფისადმი დამორჩილებული მოქმედებით ხასიათდება. არც ავადმყოფი ამჟღავნებს მისი მართვის ცხოველ ინტერესს. ეს ჩანს იქიდან, რომ თავის სიტყვიერ პროდუქციებთან ავადმყოფს სრულიად უკრიტიკო დამოკიდებულება ახასიათებს. იგი ენობრივი მოქმედების შინაარსს არ აკვირდება და არც უბრუნდება მას შესამოწმებლად. ენა, როგორც

აღვნიშნეთ, პატეფონის ფირფიტასავით მხოლოდ იმას იმეორებს, რაც ოდესღაც ცნობიერებაში აღბეჭდილა, ამიტომ ჩივის იგი, რომ ავტომატია და იმას იმეორებს, რაც შემთხვევით შემოიკრება ცნობიერებაში, ან რასაც „მოლაპარაკე აზრი“ ჩასძახებს. რადგანაც ავადმყოფის სიტყვა საგნის ინდივიდუალურ თვისებებს აღბეჭდავს, მას ისეთივე „ფიზიონომია“ აქვს, როგორც თვითონ საგანს. შიზოფრენიით დაავადებული ადამიანის მეტყველება „ფიზიოგნომიურია“.

ჩვენი ავადმყოფების მეტყველების სიტუაციური ხასიათი თავის გამოხატულებას პოულობს იმ მხრივ, რომ სიტყვათა მნიშვნელობა იცვლება, იგი უჩვეულო ლაბილობით ხასიათდება. ეს ასედაც უნდა იყოს ისეთ მეტყველებაში, რომელიც პერცეპტულ მასალებს ემყარება და არა აბსტრაქციის შედეგად მოპოებულ იდეას. მნიშვნელობის ლაბილობა სიტყვას ართმევს საზოგადოებრივ ფუნქციას და ისეთ ეროვლიფად აქცევს მას, რომლის გაგება და შინაარსის ამოწმება მსმენელისათვის ხშირად მიუწვდომელია. მეტყველება სუბიექტური მომენტებით იმდენად გადატვირთულია, რომ ურთიერთგაგების, კომუნიკაციის ფუნქციას თანდათანობით ჰკარგავს. როგორც აღვნიშნეთ, ავადმყოფი არც ცდილობს აზრს ვაგვაგებოს, იგი იმდენად დამორჩილებული ჰყავს მეტყველების ავტომატიზმს, რომ მთელი დღე თავისთავს ელაპარაკება. ჰალუცინაცია და ბოდვითი აზრები რომ მოასვენებდნენ ავადმყოფს, მას არც ექნებოდა მეტყველების მოთხოვნილება. ბევრი მათგანი, როგორც ცნობილია, კვირაობით და თვეობით დუმს და შეკითხვებზედაც არ იძლევა პასუხს.

შიზოფრენიით დაავადებული ადამიანის მეტყველებას, როგორც ამის შესაძლებლობა გვექონდა გვეჩხა, აფაზიისათვის დამახასიათებელი სიმპტომები აღმოაჩნდა. ალბათ, იმიტომ, რომ ორივე შემთხვევაში დაზიანებულია ობიექტივაციისკენ მიმართული აქტიურობა. აფაზიის შემთხვევებში, როგორც ეს სპეციალურმა გამოკვლევამ გვიჩვენა, ობიექტივაციის არა ინაქტივობასთან, არამედ გამოვარდნასთან გვაქვს საქმე¹. აფაზიით დაავადებულ ადამიანს სიტყვების მარაგი არ მოეპოვება, მათი მნიშვნელობა დაკარგული აქვს და არც სიტყვის წარმოთქმა შეუძლია. შიზოფრენია ამ მხრივ არსებითად განსხვავებულ სურათს იძლევა, აქ ობიექტივაცია ისეთ მდგომარეობაშია, რომ ზოგჯერ თავისი ადეკვატური ქცევითა და

¹ ი. ბეჟალავა, ტვინის დიდი ჰემისფეროების ე. წ. სამეტყველო ზონები და ფიქსირებული განწყობა, კრ. ფსიქოლოგია, ტ. V, 1948.

ასახეებით ავადმყოფს შეუძლია ჩვენი გაცემა გამოიწვიოს. მისი აფაზური სიმპტომებიც თავისებურია, მაგალითად, აფაზიის შემთხვევაში პარაფაზია სიტყვის მნიშვნელობის განსხვავებით არის განსაზღვრული. სინამდვილეშიც ავადმყოფს არც თავისი და არც სხვისი ნათქვამი ესმის. შიზოფრენიით დაავადებულ ადამიანს სიტყვის მნიშვნელობა არსებითად შენარჩუნებული აქვს, მაგრამ პარაფაზიის ნიმუშს იძლევა იმიტომ, რომ წინადადებებში აზრის ლოგიკური გამართვა ვერ მოუხერხებია. აფაზიის დროს „დექემის სტილი“ დაკავშირებულია იმ სიძნელესთან, რომელიც თან ახლავს აზრის სიტყვიერ ფორმულირებას. იგივე სიმპტომი შიზოფრენიის შემთხვევაში აზრის სიღარიბის შედეგია. აფაზიით დაავადებული ადამიანი სიტყვების შესიტყვებას ვერ ახერხებს, მას ამისათვის საჭირო გრამატიკული ნორმები არ მოეპოვება. ასეთი სიძნელე შიზოფრენიის შემთხვევებში არ არსებობს, აქ პარაგრამატიზმი და პარალაია აზრის ახირებული მიმდინარეობით არის განსაზღვრული.

შიზოფრენიით დაავადებული ადამიანის აზროვნება და მეტყველება ცალ-ცალკე აღებული, კრეპელინის აზრით, ისეთს არაფერს წეიცავს, რომ ის ავადმყოფის გარესინამდვილესთან არანორმალური ურთიერთობის გასაღებად გამოდგეს. „აზროვნების დეფექტის შესახებ მსჯელობა სწორად არ ასახავს სინამდვილეს, წერს კრეპელინი, რადგანაც რეალური იმპულსით აღძრული წარმოდგენა მზად არის, მაგრამ მას უცხო წარმოდგენა აკავებს, ან აძევებს“¹, სტრანსკის აზრით, შიზოფრენიით დაავადებული ადამიანის ძირითადი დამახასიათებელი სიმპტომია „მეტყველების კოორდინაციის მოშლა ფსიქიკის დანარჩენ სფეროსთან“. კლასიტი ძირითად მნიშვნელობას აზროვნებისა და მეტყველების გახლეჩას ანიჭებს²; რაც შეეხება ბლოლერს, მისი აზრით, ავადმყოფის შედარებითი მოწესრიგებული ქცევა გვიჩვენებს, რომ საძიებელი დეფექტი აზროვნების გარეშე მღებარეობს³.

თანახმად ჩვენი შედეგებისა, ფსიქოზი აზროვნებისა და მეტყველების წინაპირობას—ობიექტივაციისკენ მიმართულს ადამიანის აქტივობას — აზიანებს. აზროვნებისა და მეტყველების ამ გამაერთიანებელი რგოლის უმოქმედობით არის განსაზღვრული ფსიქიკის

¹ Friedrich Kreinz, *Psychologie der Sprache*, 9 ა, გვ. 365

² K. Kleist, *Über Störungen der Rede bei Geisteskranken*, *zeit-schr. f. d. g. Neurolog u. Psychiatr.* 3. 1931.

³ Bleuler—*op. cit.*

მოქმედების პირველ და მეორე დონეთა გათიშვა, რაც თავის გამოხატულებას მეტყველებაში პოულობს. ფსიქოზი ობიექტივაციის გამოთიშვით არღვევს ფსიქიკის საფეხურობრივ წყობას, ავადმყოფიც აზრითს სიტუაციაში მოქმედების ჩამოყალიბების უნარს კარგავს და ისეთ დაბალ საფეხურზე იხევს, სადაც მხოლოდ იმპულსური მოქმედებისათვის დამახასიათებელი შინაარსები აღმოცენდებიან. შიზოფრენიით დაავადებული ადამიანის მეტყველება, მსგავსად მისი ქცევისა, იმპულსური, უკეთ რომ ვთქვათ, რეფლექსური ბუნებისაა.

თუ ფსიქიკის ამდაგვარი გახლეჩაა შიზოფრენიის ძირითადი სიმპტომი, მაშინ თავისთავად ცხადია, რომ ავადმყოფის მეტყველება: უნდა ემსახუროდეს არა ლოგიკურს, არამედ არალოგიკურს. ე. ი. აუტისტურ განცდათა სამყაროს.

სინამდვილეში ობიექტივაციის გარეშე დარჩენილი ჩვენი ავადმყოფების მეტყველება აუტიზმის ამოურწყყავი აუზიდან იკვებება. აქ უხედავ წარმოდგენილია სინამდვილიდან მოწყვეტა. დაცუება, წარმოდგენათა უცნაური შერწყმა და ჰიპერმეტარმორფოზი. შემეცნების აქტების უძლეურობას გამო კომპლექსური განცდის შინაარსები ავადმყოფის ცნობიერებაში ფოტოგრაფიული სიზუსტით და მაქსიმალური სიცხადით პოულობენ გამოხატულებას, ისინი შეუჩერებლივ ილტვიან რეალიზაციისაკენ. პერცეპციის სფეროში რიმდინარე ანალიზისა და სინთეზის უკმარობის გამო. ავადმყოფის მიერ შთაბეჭდილებათა გადამუშავება, საკუთარ განცდებში ორიენტაცია მცდარ გზაზე დგას, იგი მათ მიმართ სრულიად უკრიტიკოდ დამოკიდებულებას ამჟღავნებს. ცნობიერების ამ აქტუალურ და თვალსაჩინო შინაარსებს ავადმყოფი ისევე ადევნებს თვალყურს და ისევე ცხადად განიცდის, როგორც სიზმრის ცნობიერების შინაარსებს.

გრძნობად შთაბეჭდილებათა ასიმილაცია, როგორც ქვემოთ ვნახავთ, იმავე წესით მიმდინარეობს, როგორც სიზმარში, ამიტომ გვჩნდება უცნაურობანი. ფანტასტიკური აზრები და თავისებურად შერწყმული სიტყვები: „გადაკრეფვა“, „ხარა“, „ჰაერადობა“, „გირა“ და ა. შ., ნეოლოგიზმები სწორედ აუტისტური განცდების შესაფერი სიტყვებია, რითაც ასე მდიდარია შიზოფრენიით დაავადებული ადამიანის მეტყველება. ავადმყოფი ზოგჯერ იმდენად შორს დგას სინამდვილიდან, რომ მისი მეტყველება სრულიად გაუგებარია: „ტრეტეკენეს პან, ტრატაპანა პანას. ეს ბიე ბეტეკეს კა პიას ტრატაკახინე, ლიკ კა ენეს რეინეს ეს ნიულუს ტაკა კურახანის. ზე-

ნეს პინ მასტანა ზეკე. პატანა ზეკე, ზეკე ტრეტეს“ და ა. შ. ასეთი სიტყვების მნიშვნელობა თვითონ ავადმყოფისათვისაც უცნობია და წარმოადგენს წმინდად ენობრივი ავტომატიზმის შედეგს.

გლოსოლალის ფარგლებში ლოგიკური შინაარსის ძიება, როგორც ამის შესახებ ტრუპლეს აქვს მითითებული, რასაკვირველია, ყოველგვარ საფუძველს მოკლებულია¹. არა მხოლოდ შინაარსი, არამედ გლოსოლალის მამოძრავებელი იმპულსიც მთლიანად საიდუმლოდ დაფარულია ავადმყოფისათვის. იგი მეტყველების ავტომატიზმის ყველაზე უკიდურესი ფორმაა, რომლის მამოძრავებელი ძალა ავადმყოფს *Deus ex machina*-ს მსგავსად ბოველინება და სანამდის არ ამოწურავს თავისთავს, უმიზნოდ მოქმედებს. არის შემთხვევები, როცა გლოსოლალია გარითმვით მიმდინარეობს, ამ შემთხვევაში ჩვენ წინ თავისებური ქარგონის ენა წარმოსდგება, მეტყველების ისეთი აბნევა, რომელიც *Verschrotenheit*-ის სახელით არის ცნობილი.

თუ მხედველობაში მივიღებთ ზემოაღნიშნულს. სახეებით ცხადი უნდა იყოს, რომ ავადმყოფი ავტომატურად მეტყველებს. ამას აღგილი არა აქვს მხოლოდ ქერქული უჯრედების სპონტანური აგზნების გამო, არამედ იმიტომ, რომ ოდესღაც ფიქსირებული ენობრივი მექანიზმები ავტომატურად განაგრძობენ მოქმედებას ისე, რომ მათი შეჩერება ავადმყოფის ძალ-ღონეს აღემატება.

აზროვნება

შიზოფრენიით დაავადებული ადამიანის ენა, როგორც ვნახეთ, აუტისტურ განცდათა უშუალო სანამდვილეა, იგი ავტომატიზმით შეპყრობილი განცდების საყვირია. სიტყვითი სიტუაცია ავადმყოფის წინაშე არ აყენებს ამოცანას, რომელიც მან აზროვნების საშუალებით უნდა გადაწყვიტოს. ენა აქ, როგორც ვნახეთ, ობიექტივაციის გარეშე ემსახურება იმპულსური შინაარსების რეალიზაციას.

ჩანსალი ადამიანი, რასაკვირველია მზა ენობრივი მექანიზმით მეტყველებს, მაგრამ როგორც კი ფიქსირებული მოქმედების რეალიზაციას წინააღმდეგობა გადაეღობება, იგი აზროვნებისათვის აუცილებელ აქტივობას — ობიექტივაციას მიმართავს. ეს აყენებს ამოცანას დაბრკოლების გადალახვისა, რომელიც „მოთხოვნილებას აღძრავს პირველ რიგში, როგორც დ. უზნაძე მიუთითებს, ამ სიძნე

¹ Dr. Josef Berze und Hans Gruhle *Psychologie der Schizophrenie*, 1929.

ლის ხასიათი და მისი თავიდან აცილების შესაძლებლობა გავარკვეოთ“. ადამიანი მომავალი მოქმედებისათვის ზრუნავს, რომელიც ახალ მოთხოვნილებასა და გარემოს ურთიერთობის შედეგად უნდა აღმოცენდეს. ამრიგად, ობიექტივაცია უხსნის გზას შემეცნებით მუშაობას, რათა თეორიულ სფეროში მივალწოთ აზროვნებას ამოცანის გადასაწყვეტად აუცილებელი მოქმედების ჩამოყალიბებას. როგორც მეტყველება, ისე აზროვნება „ობიექტივაციის ნიადაგზე წარმოებული აქტივობაა, რომელიც აღძრული მოთხოვნილების დაკმაყოფილებას ემსახურება“¹. გარეშე ობიექტივაციისა ჩანს, რომ არც მეტყველებაა ნამდვილი მეტყველება და არც აზროვნება.

მაშასადამე, შიზოფრენიით დაავადებული ადამიანის აზროვნება (ინტელექტი) შეუძლებელია მისივე მეტყველების ბედს არ იზიარებდეს და დამოკიდებული არ აღმოჩნდეს იმ პიროვნული ხასიათის დეფექტზე, რომელმაც ფსიქიკის მოქმედების პირველ და მეორე დონეთა შორის გახლეჩის მხრივ ჰპოვა გამოხატულება.

ჯერ კიდევ ბლოილერის მიერ იყო მითითებული, რომ ცვლილებები ინტელექტში აზროვნების ფარგლებს სცილდება და ნებელობისა და აფექტურ სფეროში მოითხოვს ჩახედვას. შიზოფრენიის სააზროვნო აქტების შესახებ გამოთქმული იყო მოსაზრება, რომ აქ არსებითი ხასიათის ცვლილებასთან არ უნდა გვეკონდეს საქმე, თუ ავადმყოფი ვერ ახერხებს სააზროვნო ამოცანის გადაწყვეტას, ამის მიზეზი საძიებელია არა ინტელექტუალურ ფუნქციებში, არამედ პიროვნების მდგომარეობაში. არა ერთი მკვლევარის მითითება არსებობს იმის შესახებ, რომ ინტელექტუალური ფუნქციები პოტენციონალურად შენახულია, ექსპერიმენტული ფაქტებიც არის მოყვანილი იმის დასამტკიცებლად, რომ ავადმყოფი თითქოს ისევე ფლობდეს ცნების შემუშავების პროცესს, როგორც ჯანსაღი ადამიანი. ასეთი დასკვნის ავტორი იძულებული იქნება თავისი შედეგები ავადმყოფის მსჯელობებზე და დასკვნებზედაც გაავრცელოს, მაგრამ ასეთი ღონისძიებების უსაფუძვლობის ჩვენება კლინიკას ყოველგვარი ექსპერიმენტის გარეშე შეუძლია. შიზოფრენიით შეპყრობილი ადამიანი იმიტომაცა მოთავსებული საავადმყოფოში, რომ მას, მიუხედავად სააზროვნო ინვენტარის შენარჩუნებისა, ნორმალური აზროვნება არ შეუძლია.

- ¹ დ. უხნაძე, განწყობის ფსიქოლოგიის ექსპერიმენტული საფუძვლები, 1949, გვ. 131.

მკვლევრების დიდი ნაწილი (გოლდშტაინი, ვიგოტსკი¹), ჰანფანი და კახანიანი², კემერონი და სხვ.) შიზოფრენიის დამახასიათებელ დეფექტს აზროვნებაში ნახულობდნენ. შიზოფრენიული წარმოშობის დემენციის თავისებურების გასაღებს, საბჭოთა მკვლევრებს შორის, ვიგოტსკი აზროვნებაში ეძებდა, მაგრამ საბოლოოდ ეს იმ დასკვნამდე მივიდა, რომ ეს ისეთი ღონისძიებაა, რომელიც შეიძლება განუხორციელებელი დარჩეს. „თუ ავადმყოფის პიროვნება არ იქნა გაგებული, როგორც ინტელექტისა და აფექტის ერთიანობის საფუძველი“. ამრიგად, დემენციის სტრუქტურული ბუნების გასაგებად არაინტელექტუალური ფაქტორით გამოწვეული ცვლილებები ავადმყოფის აზროვნებაში.

ჩვენი კვლევა სწორედ იქითკენაა მიმართული, რომ დაგვიხსნათ ამ არაინტელექტუალური ფაქტორით გამოწვეული ცვლილებები ავადმყოფის აზროვნებაში.

ცნების უმეცხველის კაცობა

აქ გასარკვევი გვაქვს შეუძლია თუ არა ავადმყოფს თვალსაჩინო გრძნობად შინაარსზე დამყარებით ჩამოაყალიბოს ცნების შინაარსი, გადააქციოს იგი გარკვეული მნიშვნელობის მატარებელ სიტყვად, ხოლო ეს უკანასკნელი გამოიყენოს როგორც ურთიერთგაგებინების საშუალება? ამ მოთხოვნას ყველაზე უკეთ დღემდე ცნობილ მეთოდეს შორის დ. უზნაძის მიერ მოწოდებული ცნების შემუშავების მეთოდი აკმაყოფილებს, ამიტომ აქვე შევუდგით მის აღწერას³.

მაგიდაზე დალაგებულია სხვადასხვა ფორმის, ფერისა და სიღრმის გეომეტრიული ფიგურები. ავადმყოფი თვალსაჩინო ნიშანთან მიხედვით იწყებს ამ ფიგურების კლასიფიკაციას. თუ მან რომელიმე ნიშნის მიხედვით ვერ შეძლო მასალის კლასიფიკაცია, ცდის ხელმძღვანელი ეხმარება და თანდათანობით მიყავს რეცეპტის გადაწყვეტამდე. ერთი ნიშნით მასალის კლასიფიკაციის დამთავრების შემდეგ ცდის ხელმძღვანელი ავადმყოფს ავალებს იგივე მასალის ოთხ ჯგუფად განაწილებას.

¹ Я. С. Выготский, Мышление и речь, 1934, об. Непропатология и психиатрия, 1934, 31, гл. 10(3).

² E. Nanfan und J. Kasanin Conceptuel thiking in Schizophrenie 1942.

³ დ. უზნაძე, ცნების შემუშავება სკოლის წინარე ასაკის ბავშვებში, შოკები, ტ. I, 1956 გვ. 89,

უკანასკნელი ამოცანა შედარებით უფრო ძნელია, რადგანაც მისი გადაწყვეტა ორი ნიშნის ერთდროულად მხედველობაში მიღების შემთხვევაშია შესაძლებელი. მასალის ცალკე ფერის, ფორმისა და სიდიდის მიხედვით დაჯგუფებაში მიღებული გამოცდილება ავადმყოფმა ახალი ამოცანის გადასაწყვეტად უნდა გამოიყენოს. მან უნდა მოახერხოს მასალის ფერისა და სიდიდის ერთდროულად საკლასიფიკაციო ნიშნებად გამოყენება და ამ ორი აბსტრაქტიული ნიშნის ქვეშ გააერთიანოს ფიგურები.

საძიებელი ნიშანი, რასაკვირველია, მხედველობის ველზე არ არის მზამზარეულად მოცემული. იგი ანალიზით და სინთეზით, მასალის შერჩევის მიხედვით უნდა იქნეს მოპოებული. ფიგურებთან უშუალო ურთიერთობა ავადმყოფს მოუხმობს თვალსაჩინო გრძობადი შთაბეჭდილებების მიხედვით განაგრძოს მოქმედება, მაგრამ ამ გზით ამოცანის გადაწყვეტა მოუხერხებელია. ამოცანა მას ავალებს უშუალო შთაბეჭდილებათა მიხედვით მოქმედებიდან თავი შეიკავოს, დროებით ყურადღების გარეშე დასტოვოს მასალის ფერი, ფორმა და სიდიდე და მათ შორის მიმართების გზით სცადოს საკლასიფიკაციო ნიშნის მოპოება. ამისთვის აღქმის ობიექტივაციაა საჭირო, ე. ი. მოქმედების გადატანა თეორიული შემეცნების სფეროში.

ქვემოთ განხილული გვაქვს წინასწარ შერჩეული ავადმყოფების კვლევის შედეგები, რომელთაც ნათლად გამოხატული ჰქონდათ ამ დაავადებისათვის დამახასიათებელი დეფექტი აზროვნებაში. შედეგების განხილვის დროს არც დაავადების ხანგრძლიობა მიგვიღია მხედველობაში, რადგანაც ზოგადი კანონზომიერებების გათვალისწინება გვაინტერესებდა და არა საერთოდ შიზოფრენიით დაავადებულ ადამიანთა აზროვნების დიფერენციალური დახასიათება.

I ჯგუფი: ავადმყოფი ბი... წინასწარ აცხადებს: „ჰო! ეს კი ვიცი დიდი ხანია სკოლაში, მაგრამ გეომეტრიასთან არის“. სწრაფად იწყებს ფიგურების გადარჩევას და გვეკითხება: „ფერად არა, ყველა თავის ადგილას, ხო!“ იგი ფიგურებს ფერის მიხედვით აჯგუფებს; ერთად დააწყია ლურჯი ელიფსები, ხოლო ყვითელი პარალელოგრამი ცალკე გადასდო. ყვითელი ფიგურებიდან სამი ჯგუფი შეადგინა, დანარჩენ ფიგურებს ხელს არ კიდებს. ზომით განსხვავებულ ფიგურებს რა უყოს არ იცის. მოწოდებულ ფიგურას ხელში ატრიალებს, ხოლო წითელ ფიგურებს გვერდით ათავსებს. ცხ. რატომ ამ ფიგურათა შორის არ მოათავსეთ? ცპ. „შიგნით არა,

მისი ადგილი აქ არის“. ფერთა და ზომით იდენტური ფიგურების 9 ჯგუფი ჩამოაყალიბა, ხოლო დანარჩენი მათ გარშემო ჩამოარიგა.

ცხ. რა ნიშნით განაწილეთ ჯგუფში ფიგურები? ცხ. „თავის ადგილის მიხედვით“. ცხ. რის მიხედვით არიან ერთად“? ცხ. „თავის ფერისა და ადგილის მიხედვით“. როგორც ვხედავთ, ფიგურების განაწილება ავადმყოფმა სცადა ფერის მიხედვით განეხორციელებია, ამიტომაც გვეუბნება „თავის ფერისა და ადგილის მიხედვით“-ო.

ახლა იგივე მასალის სხვა ნიშნის მიხედვით განაწილებას მოვიტხოვთ, მაგრამ იგი დაუინებით ერთი და იმავე პასუხს იმეორებს: „მეტი არ შეიძლება“. ცხ. რატომ? ცხ. და ყველა თავის ადგილის მიხედვით არის“. ხც. კიდევ რით განსხვავდებიან ეს ფიგურები? ცხ. „დიდი და პატარა შეიძლება, ზოგი რომბია, ზოგი პარალელოგრამია“. ცხ. მაშ დააჯგუფეთ. ცხ. „მინც ეს როგორ“? ცხ. თქვენ ხომ თქვით, რომ გარდა ფერისა ამ ფიგურებს სხვა ნიშნებიც აქვს. ცხ. „გავაკეთებ, მაგრამ ასე იყოს სჯობია“ ცხ. სხვა ნიშნის მიხედვით დააჯგუფეთ. ავადმყოფმა ფიგურებიდან შედგენილი ჯგუფები ერთიმეორის ახლოს მისწია, აათვალიერდაათვალიერა და გამოგვიცხადა: „მრგვალი არ გამოვიდა“.

სხვა გზა არ იყო; მის მიერ შედგენილი ჯგუფები უნდა დაგვეშალა, მაგრამ იგი ჩვენს ქცევას გაკვირვებული თვალთ უყურებს. მუშაობას ავადმყოფი ისევ შეუდგა ფიგურებს ფერის მიხედვით ალაგებს და თან ლაპარაკობს: „ეს ამის ფერია, ეს ამის“. დავალელებული აქვს ფიგურის ფერებს ყურადღება არ მიაქციოს, მაგრამ იგი მინც თავისას განაგრძობს. კვლავ ერთი ფერის ფიგურათა ჯგუფები უდევს წინ. ცხ. დავშალოთ ეს ჯგუფები და მიიჩაიროთ, კიდევ რა ნიშნით არიან ფიგურები განსხვავებული? ცხ. „მოცულობის მიხედვით“. მოცულობის მიხედვით დააჯგუფეთ, მიუთითა ცდის ხელმძღვანელმა, მაგრამ მან თავიდან აღებული გეზით განაგრძო მუშაობა, და ერთი ფერის დიდი ფიგურები ერთად მოაგროვა, ერთი ფერის პატარები ერთად და ასე 19 ჯგუფი ჩამოაყალიბდა.

ცხ. ეს ფიგურები ორ ჯგუფად განაწილეთ? ცდისპირმა ჯგუფში გაერთიანებული ფიგურები დაუშლელად ერთმანეთის გვერდით გაამწკრივა. ცხ. განა ეს ორად არის გაყოფილი? „მაშ ასე ხომ?“ თქვა მან, და ჯგუფებს შორის სწორი ხაზი გაავლო. ცხ. რა ნიშნით გაყავით? ცხ. „უკვე არის“. ცხ. რა არის? ცხ. „ფერების მიხედვით არის ორი“. ვთხოვეთ ხმამაღლა გაიმეოროს, რომ მასალის განაწილება სიდიდის მიხედვითაც შესაძლებელია. მიუხედავად ამისა, მხოლოდ მასალის ფერს იღებს მხედველობაში და ჯგუ-

დების შედგენას ისევ ძველი გზით განაგრძობს. იგი ხელში განსხვავებული ფორმის ფიგურას იშვიათად იღებს, მაგრამ დამოკიდებულებას მასთან, მაინც ფერის მიხედვით ამყარებს. ცხ. ფიგურები სიდიდის მიხედვით გაანაწილეთ. ცხ. „არ გამოვა, ამას ვერ შეადგენენ“.

ამოცანის გაადვილებების მიზნით ავადმყოფის წინ მხოლოდ ექვსი ფიგურა დავდეით და მივუთითეთ, რომ აქედან ორი ჯგუფი უნდა შესდგეს. მან ეს ფიგურები სიდიდის მხედველობაში მიღების პარეუშე გაპყო, ამიტომ სამი ჯგუფი გამოუვიდა. გაკვირვებულად დასცქერის მათ, ჩანს, რაღაც არ მოსწონს, თანაც იმეორებს: „ფერებით ასე გამოდისო“. ცხ. ხომ გითხარი, რომ ფიგურები სიდიდისა და სიპატარავეის მიხედვით უნდა გაანაწილოთ. ცხ. „პო, როგორ არა“. იგი შავი ფერის ორ პატარა ფიგურას ერთად ათავსებს, ყვითლებს ერთად და ა. შ. ავადმყოფი მასალის ფერით განაწილებას, როგორც ვხედავთ, თავს ვერ ართმევს. ჩვენ იძულებული აღმოვჩინდით მისთვის შეცდომები გაგვესწორებია, ზოგჯერ ვაიძულეთ კიდევ თავის განზრახვის წინააღმდეგ ემოქმედა, რასაც თანდათანობით მოპყვა ფიგურების ორ ჯგუფში გაერთიანება. ახლა ავადმყოფი დახედავს თუ არა ჯგუფებს, იგი მიწოდებულ ფიგურებსაც მასში სწორად ანაწილებს.

როგორც ექსპერიმენტის მიმდინარეობიდან ჩანს, ჩვენი ავადმყოფი მასალის ფერებშიაც ერკვევა და სიდიდეში. მისთვის თითოეული ფიგურა ნაცნობია, ამიტომ მოთხოვნისთანავე ასახელებს: „ეს სამკუთხედი“, „ეს რომბია“, „ეს პარალელოგრამია“. ერთი ლიტყვით, მასალის ცალკეულ ნიშნებს იგი თავისუფლად არის დაუფლებული. ავადმყოფმა ისიც ისწავლა რომ, ცალკეული ნიშნის მხედვით მასალა დაეჯგუფებინა. მაშასადამე, არაფერი გვიშლის ხელს, რომ ექსპერიმენტის მიმდინარეობა გავაგრძელოთ და ვთხოვოთ მას იგივე ფიგურების ოთხ ჯგუფად დანაწილება.

ავადმყოფი დადუმებულია, როგორც ჩანს, მას დავალების შენაარსი არ ესმის. ბოლოს შეგვეკითხა: „ერთნაირები ერთად?“ ცხ. ეს ფიგურები ოთხად უნდა გაანაწილოთ. ისევ ფერის მიხედვით განაგრძო მასალის განაწილება. ე. ი. იმავე ხასიათის სიძნელე რჩინა თავი, რაც წინა ცდაში. ფერით მასალის განაწილება ავადმყოფს აუკრძალეთ, მაგრამ ახლა ფორმა აღმოჩნდა აკვირებულა. მასალის ერთი თვალსაჩინო ნიშნით განაწილება თავიდან მოუშორებელია, ამიტომ ჯერ ფერის აბსტრაქციისკენ მივმართეთ მისი ყურადღება.

ავადმყოფის წინ სპექტრალური და აქრომატული ფიგურები დევს. იგი მხოლოდ ფიგურის ფორმას იღებს მხედველობაში, ამიტომ სისტემატურად გვიხდება შეცდომის გასწორება. საბოლოოდ ჯგუფში ფიგურების გარკვეული რაოდენობა არის დაგროვებული. იგი ჯგუფებს ათვალიერებს და თუ მისი მსგავსი ფიგურა იქვე შეამჩნია ნაბიჯსაც სწორად დგამს. წითელი პარალელოგრამი პირველად აქვს ხელში, ჯერ არ ყოფილა შემთხვევა, რომ ასეთი ფიგურისათვის ჯგუფი მოენახოს. ამიტომ ფიგურას უკან გვიბრუნებს, ან უკეთეს შემთხვევაში, დუმს. ეს აქ შეიძლება, ვეუბნებით მას, და ფიგურას ღიდი სპექტრალური ფერის ფიგურებს შორის ვათავსებთ. ავადმყოფს არ მოსწონს ჩვენი მითითება, მაგრამ გვეთანხმება: „შეიძლება, ასედაც შეიძლება“-ო. საბოლოოდ ჩამოყალიბდა სპექტრალური და აქრომატიული ფიგურების ორი ჯგუფი.

ამ ორი ჯგუფის ისევ ორად გაყოფა მხოლოდ იმ შემთხვევაშია შესაძლებელი, თუ საკლასიფიკაციო ნიშნებიდან გამოყოფილი იქნება ფიგურების სიდიდე. ავადმყოფმა მოინდომა თითოეული ჯგუფის მექანიკურად შუაში გაყოფა, როცა ამის უფლება არ მიეცით, ამან მისი გაკვირება გამოიწვია. მის წინ სპექტრალური ფერის ღიდი ფიგურების ჯგუფია, იგი ცდილობს ფორმით განსხვავებული ფიგურები შეარჩიოს. ავადმყოფი ვერც ამ შემთხვევაში ურიგდება სხვადასხვა ფერისა და ფორმის ფიგურების ერთად მოთავსებას. სიძნელეს ვერ ართმევს თავს, თუმცა იცის, რომ ღიდი და პატარა ფიგურები ცალკე უნდა იქნან გამოყოფილნი. ბოლომდე გაუცნობიერებელი დარჩა მისთვის მასალის სიდიდე, როგორც საკლასიფიკაციო ნიშანი, ამიტომ ღიდი კვადრატის გვერდით ღიდი სამკუთხედის მოთავსება სასურველად არ მიაჩნია, თუმცა ჩვენი დავალების შესრულებაზე უარს არ ამბობს.

ასეთია გზა და ის სიძნელები, რომელიც წინ გადაეღობა გეომეტრიული ფიგურების ოთხ ჯგუფად განაწილებას. მართალია, საბოლოოდ ავადმყოფი მივიყვანეთ იქამდე, რომ მასალა სათანადო ჯგუფებში გაგვენაწილებია, მაგრამ მხოლოდ დახმარებისა და პირდაპირი მითითების გზით. აქ წარმოდგენილი სურათი ტიპიურია, ამიტომ. დანარჩენი და, უნდა ითქვას, ავადმყოფების მცირე ნაწილის დახმარების დროს, ვეცდებით მათი მოქმედების მხოლოდ ისეთ მხარეს შევხებით, რომელიც ზემოაღნიშნულის განმეორება აქ იქნება.

რამ შეუშალა ხელი ჩვენს ავადმყოფს მასალის სწორად დაჯგუფებაში? ფიგურების ფერი, ფორმა, სიდიდე, როგორც ვნახეთ,

მისთვის ცნობილია და, როგორც თვალსაჩინო მოცემულნი. საესეზო ხელმისაწვდომიცაა. საქმე იმაშია, რომ აქვე თავი იჩინა აზვადმყოფებისათვის დამახასიათებელმა პერსევერაციებმა და ავტომატიზმმა, ამის გამო ვერ მოახერხა მან ერთი მოქმედებადან განდინაცვლება მეორეზე. ჩვენ აქ საქმე, ცხადია მასალის დაჯგუფების პერსევერაციულ ტიპთან გვაქვს, რომელიც, როგორც ითქვა, საერთო მოვლენას წარმოადგენს და ამდენად არა მარტო ამ ერთი შემთხვევის, არამედ მთლიანად ჩვენი ავადმყოფების მოქმედების დამახასიათებელ თავისებურად უნდა იქნეს მიჩნეული.

პერსევერაცია და ავტომატიზმი სათავეს არა აზროვნებთან იღებენ, არამედ ჩვენი ავადმყოფების ფიქსირებული განწყობის ინერტულობა და სიტლანქიდან. მან პირველად გამოხატულობა სწორედ აქ ჰპოვა და, როგორც ეს ახლა ჩვენთვის ცნობილია, განწყობის ისეთ თავისებურებას ემყარება, რომელიც ქერქული მექანიზმების მხრივ პოულობს დასაბუთებას. ამრიგად, ხელთ ავადმყოფის მოქმედების პათოფიზიოლოგიური და პათოფსიქოლოგიური მექანიზმების ერთიანობით განსაზღვრული დასაყრდენი გავგანხილავთ, რომელიც გეომეტრიული ფიგურების კლასიფიკაციის ცდებში რომელიმე ერთი ნიშნის აკვირებას ედება საფუძვლად.

რაც შეეხება მასალის ოთხ ჯგუფად განაწილებაში ავადმყოფების მიერ გამომჯღავნებულ სისუსტეს, იგი განსხვავებული ხასიათისაა. ამ ამოცანის აზრი, როგორც აღვნიშნეთ, ჩვენი ავადმყოფისათვის მიუწვდომელი აღმოჩნდა, იგი მასალას უტრიალებს; მაგრამ აქტუალური აღქმის გარეშე მოქმედების გამართვას, მასალის ინდივიდუალურ თავისებობათა განზოგადობას ვერ ახერხებს. ამის წინააღმდეგ, როგორც ვნახეთ, თითოეული ნიშნის ცალ-ცალკე შემჩნევა საკმარისი არ არის, ავადმყოფმა არა მარტო ამის მიხედვით უნდა წარმართოს მოქმედება, არამედ პირველად შთაბეჭდილებათა ხელმეორედ აღქმით უნდა მიადწიოს მათი გამაერთიანებელი აზრის მოპოებას. შემეცნების ამ მაღალი საფეხურით სარგებლობის შესაძლებლობა აქ არ ჩანს.

ჩვენი ავადმყოფები ნახულსა და უშუალოდ განცდილს ემყარებიან და სრულიად ანგარიშს არ უწევენ იმას, რომ ექსპერიმენტული სიტუაცია მათ წინაშე აღქმის საგანის აზროვნების საგნად აღქმის ამოცანას აყენებს, ე. ი. მასალის თვალსაჩინო ნიშანთა მიმართების გამოყოფას. ამის დანახვა იმ შემთხვევაში აღმოჩნდება შესაძლებელი, თუ ცდისპირი ფიგურათა შორის მსგავსების ძი-

ებით არ დაკმაყოფილდება და ნიშანთა სინთეზით შეეცდება ჯგუფში ფიგურების გამეორთიანებელი აზრის დაუფლებას. ამისათვის აბსტრაქციის ისეთი საფეხურია საჭირო, რომელიც კონკრეტული ნიშნებიდან ზოგადის გამოყოფისა და მათი საგანთა თვალსაჩინო მონოცემულობის გრესე გააზრების შესაძლებლობას მოგვცემდა. ერთი სიტყვით, *ჩვენი ავადმყოფების წინაშე დასმული ამოცანა აზრით სიტუაციაში მოქმედებას მოითხოვს. რომლის შესაძლებლობა, როგორც ამაში სპეციალურმა კვლევამ დაგვარწმუნა, მათ არ გააჩნიათ. ნაშასადამე. ფსიქიკის მოქმედების პირველ და მეორე ღონეთა შორის არსებული გათიშვის გამოხატულებას უნდა წარმოადგენდეს ის. რომ აღქმის სფეროში ავადმყოფებისათვის ანალიზი და სინთეზი მოსაწვდომია. მაგრამ იმავეს მიღწევა აზრით სიტუაციაში განუხორციელებელი.

II. ჯ გ უ ფ ი. ავადმყოფის წინაშე მხოლოდ ფერადი დიდი ფიგურება. იგი ღუმილის შემდეგ გვეკითხება: „როგორ უნდა გვაეცხოვრო?“ რასაკვარველია, მან იცის, რომ მასალის რომელიმე ერთი ნიშნით განაწილება არის საჭირო, მაგრამ სათანადო ნაბიჯის გადადგმა ვერ მოუხერხებია. იძულებული შევიქნით მისთვის კითხვით მივვემართა: ეს რა ფერისაა? ცხ. „წითელი“. ცხ. აი ეს? ცხ. „ყვითელი“. დაასახელეთ ამათი ფერი, მივმართეთ ავადმყოფს და რამოდენიმე ფიგურა ერთად დაუდევით. მან თავისუფლად ჩამოთვალა: მწვანე, ლურჯი, შავი, თეთრი. ასევე ჩამოთვალა მან ფიგურები ფორმა: სამკუთხედი, წრეხაზი, რომბი, კვადრატი, პარალელოგრამი. ამის შემდეგ ვაჩვენეთ ორი ოვალური ფორმის ფიგურა და შევეკითხეთ: შეიძლება თუ არა მათი ერთად მოთავსება? ცხ. „გვანან და შეიძლება“. ცხ. კიდევ რომელი ფიგურები გვანან? ცხ. „წრეხაზები“. ცხ. ახლა თქვენ განაგრძეთ მასალის შერჩევა. ცხ. „არ ვიცი, რა ვაკეთო“. ხელში ოთხკუთხედს ვაძლევთ, იგი მას დაფიქრების შემდეგ სწორად ათავსებს ჯგუფში. ყველაფერი რიგზე ჩამდინარეობდა, მაგრამ ხელში რაკი პირველად აიღო კვადრატი, როგორ მოიქცეს არ იცის. ცხ. „აბა ეს სად დავდო, რომ არ ვიცი?“. ფიგურა ხელში დიდხანს ატრიალა, არც ჩვენს რჩევას გაუწია ანგარიში. იგი ცალკე გადასდო. ცხ. რატომ დადეთ ცალკე? ცხ. „ფორმა აქვს თავისი“. ახლა არც გვისმენს, ყოველ ხელში აღებულ ფიგურას თავის მსგავს ფიგურას უძებნის, ზომავს, ერთმანეთს აღებს. და თუ იდენტური აღმოჩნდებიან, მხოლოდ ამის შემდეგ დებს ჯგუფში. ასე გააგრძელა მუშაობა, სანამდის მაგიდაზე იდენტური ფიგურების შერჩევა იყო შესაძლებელი. დანარჩენი ფიგურები

ამან გვერდზე გასწია. გრძნობად შინაარსთა ასეთი ასოციაციის გზით 22 ჯგუფის ჩამოყალიბება მოხერხდა, რომელნიც ერთიმეორის მომდევნო გრძელ ჯაჭვს ქმნიან.

როგორც აქედან ჩანს, ჩვენი ავადმყოფი არც ერთი გამოყოფილი ნიშნით არ სარგებლობს, იგი მთლიანად გრძნობად შთაბეჭდილებაზე არის დამოკიდებული, ამიტომ ფიგურებს რაიმე პრინციპის მიხედვით კი არ ანაწილებს, არამედ ყოველ ცალკე ფიგურას ქვის ტოლს უძებნის. ასეთი გზით, რასაკვირველია, სამკუთხედების ცალკე ჯგუფები დგება. წრებაზების, პარალელოგრამების და ასე დაუსრულებლად. აბსტრაქციაზე თუ აქ შეიძლება მსჯელობა, უთუოდ მის ისეთ უმდაბლეს ფორმასთან გვაქვს საქმე. რომელიც ფიგურათა აბსოლუტურ მსგავსებას ემყარება. ავადმყოფი ფიგურების ჯგუფში განაწილების დროს თითოეული ფიგურის ინდივიდუალური ხატით სარგებლობს და ზუსტად ამის შესატყვის ფიგურას ეძებს. ამან აიძულა იგი წრეები არა ერთად მოეგროვებინა. არამედ ყოველი წრესათვის თავისი იდენტური წრე მოენახა. ეს კი ისეთი ელვისებებაა, რომელიც ავადმყოფის წინაშე დასმულ ამოცანას არ შეესატყვისება. სხვადასხვა ფიგურების ერთ ჯგუფში გაერთიანებას მოითხოვს.

ნიშნავს ეს იმას. რომ რომელიმე ერთი ნიშნის, ფერის, ფორმის, თუ სიდიდის მიხედვით ჩვენს ავადმყოფს მასალის დაჯგუფება არ შეუძლია? რასაკვირველია, არა. ამის განსახორციელებლად მხოლოდ დახმარებაა საჭირო, და ისიც გაცილებით უფრო ენერჯიული. ვიდრე პირველი ჯგუფის ავადმყოფებთან. ავადმყოფის წინაშე დიდი და პატარა სპექტრალური ფერის ფიგურებია. სიდიდის მიხედვით ფიგურებს ის სწორად ანაწილებს, მაგრამ ფერი ხშირად ეშლება. თვითონაც ჩივის, რომ ასეთი ფიგურა აქ არ არისო.

ამის შემდეგ მას ნეიტრალური ფიგურების ორად განაწილება ვთხოვეთ. მაგრამ ნიმუშის მიცემის გარეშე თვითონ ვერ შეძლო მიღებული გამოცდილების გამოყენება. ფერით და ზომით იდენტური ფიგურების ძიებისათვის ავადმყოფს თავი არც ამ შემთხვევებში დაუნებებია, სხვა მხრივ მისი მოქმედება არაფერს შეიცავს ახალს, ამიტომ არც იმის საჭიროება დგას, რომ ხელმეორედ შევსწავლოთ მის აღწერაზე. საბოლოოდ, ცდისა და შეცდომის გზით პივალწიეთ მასალის ოთხ ჯგუფში განაწილებას.

III ჯგუფი. ამ ჯგუფის ავადმყოფები ფიგურებს სულ არ აკვირდებიან და არც ინსტრუქციის მიხედვით მათი შერჩევისათვის იწუხებენ თავს. ისინი არ ზრუნავენ სწორი მოქმედების საფუძველი

მანახონ, ამიტომ სრული შთაბეჭდილება რჩება, რომ მათი მოქმედება ფიგურებიდან შემთხვევით მიღებულ შთაბეჭდილებას ემყარება. ამით უნდა აიხსნას ის, რომ ავადმყოფის მიერ შედგენილ ჯგუფში ყოველი ფიგურისთვის კარი ღიად არის დატოვებული. აქ ფერით, ფორმით, სიდიდით განსხვავებულ მასალებს ვნახავთ; ერთ შემთხვევაში ფერმა შეიძლება ავადმყოფის ყურადღება მიიქციოს, რომ იგი „ლამაზია“, მეორე შემთხვევაში—ფორმამ და ა. შ. მასალის საკლასიფიკაციო მყარი ნიშანი ავადმყოფს არ გააჩნია, ამიტომ არც თავის მოქმედების დასაბუთებისა და დაცვისათვის იწუხებს თავს. საკლასიფიკაციო ნიშნის ასეთი ლ ა ბ ი ლ ო ბ ა ჯგუფების ჩანოყალიბებას ხელს უშლის და საგანგებო ზომების მიღების გარეშე მისი გამტკიცება არც ხერხდება.

როგორც კი ერთ-ერთი ნიშნის გამტკიცებას მივალწიეთ, იქვე პერსპექტივის ტენდენციამ იჩინა თავი. საერთოდ, ჩვენი დახმარება არაფრის მომტანი აღმოჩნდა და იძულებული გავხდით გვეთქვა ავადმყოფისათვის, რომ აქ დიდი ფიგურები უნდა იყოს, ხოლო მე-2 ჯგუფში—პატარაები. იგი ჩვენს დავალებას ასრულებს, მაგრამ თუ შევეკითხეთ: რატომ არის ეს ფიგურა აქ? უმეტეს შემთხვევაში ასეთ პასუხს იძლევა: „ასეთები აქ არიან და“. ყოველი კრიტიკული ნაბიჯის გადადგმა შეცდომისა და დაბნეულობის წყაროს წარმოადგენდა. დასასრულს ავადმყოფმა ისწავლა, როგორც თვითონ გვეუბნებოდა: „დიდი და ასეთების“ და „პატარა და ასეთების“ ჯგუფში სწორად განაწილება. გაურკვეველი დარჩა, რას გულისხმობდა იგი სიტყვა „ასეთების“ ქვეშ, თუმცა როგორც სხვა შემთხვევებში, ეს არც აქ აღმომჩნდარა ხელის შემშლელი პრაქტიკულად მოქმედების სწორად წარმართვისათვის.

IV ჯ გ უ ფ ი. ავადმყოფთა სულ მცირე ნაწილი ჯგუფში მასალას ჩვენთვის უცნობი თვალსაზრისით ანაწილებს. აქ არც ერთი ავადმყოფი ფიგურების თვალსაზრისით თვისებას, როგორც საკლასიფიკაციო ნიშანს, არ ემყარება. არც ის ჩანს როგორ აღგენენ ისინი ჯგუფს და რა ნიშნით ათავსებენ მასში ამა თუ იმ ფიგურას. ჩვენ შეკითხვაზე რატომ დადევით ეს ფიგურა აქ? ავადმყოფი ღიმილით პასუხობს: „სილამაზის მიხედვით“. ნაწილი აღნიშნავდა: „ამ ფიგურებს ასე ურჩევნიათ“, „ასე უხდებათ“ და ა. შ. ცხ. ეს ფიგურა რატომ არ შეიძლება აქ იყოს? ცხ. „არ ვიცი, თვითონ თუ თანახმაა“. ცხ. შეიძლება აქ ამ ფიგურის მოთავსება? ცხ. „შეიძლება“. ცხ. რატომ შეიძლება? ცხ. „მას ასე ურჩევნია“. მასალასთან ავადმყოფის დამოკიდებულება, როგორც აქედან ჩანს, თვითნებურია და

ყოველი ფიგურა მისი განწყობილების დამატებად არის წარმოდგენილი. თითოეული ჯგუფიც ჩვენ განდაფარული კომპლექსური შინაარსის შემცველია, რომლის შედგენის დროს ავადმყოფი, როგორც აღვნიშნეთ, არა ობიექტური, არამედ უაღრესად სუბიექტური მოსაზრებით ხელმძღვანელობს.

რასაკვირველია, შიზოფრენიით დაავადებულ ავადმყოფებს შორის, ისეთებიც არიან, რომელთაც მცირე დახმარების შედეგად შეუძლიათ მასალის კლასიფიკაციის პრაქტიკულად გადაწყვეტა, მაგრამ, როგორც თავიდან აღვნიშნეთ, ამ ავადმყოფების შესახებ ისევე როგორც არ მივიჩნით ამჟამად საინტერესოდ.

მასალის კლასიფიკაციის ცდებში ჩვენი ავადმყოფები თვალსაჩინო ნიშნის აბსტრაქციის ნიადაგზე განაგრძობენ მოქმედებას. განმაზოგადებული აბსტრაქცია, როგორც ვნახეთ, არც ერთ შემთხვევაში არ ყოფილა მათი მოქმედების სახელმძღვანელო პრინციპი. პირიქით, მასალის დაჯგუფების ცდებში თავი იჩინა ერთ-ერთი თვალსაჩინო ნიშნის აკვირებამ. საკლასიფიკაციო მასალასთან ასეთი დამოკიდებულება გრძელდება მანამ, სანამ შთაბეჭდილებათა ცალმხრივი ასიმილაცია არ შენელებს, რომელიც, როგორც აღვნიშნეთ, ფიქსირებული განწყობის ინერტულობით უნდა იყოს განსაზღვრული.

მასალის ერთი თვალსაჩინო ნიშნის მიხედვით ანალიზი და სინთეზი, როგორც რუშკევიჩის ცდის შედეგებიდანაც ჩანს, მისაწვდომია შიზოფრენიით დაავადებული ადამიანისათვის¹. ამ შემთხვევაში იმდენად ელემენტარულ მოვლენასთან უნდა გვექონდეს საქმე, რომ იგი არც ცხოველისათვის რჩება მიუწვდომელი, როგორც ეს პროტოპოვის ცდის შედეგებიდან ჩანს².

ჩვენი ცდა ავადმყოფის წინაშე გაცილებით უფრო რთულ ამოცანას აყენებს. მან ფიგურათა შორის არა მარტო მსგავსება უნდა დაინახოს, არამედ ამასთანავე ერთად გამოჰყოს ერთი სერთო ნიშანი, დაემყაროს მას და ამის მიხედვით განახორციელოს ფერითა და ფორმით განსხვავებული ფიგურების ერთ ჯგუფში გაერთიანება. როცა დიდ და წითელ ფიგურებს ავადმყოფი ერთად აგროვებს, ამ ჯგუფში ყვითელი ფიგურის შეტანაზე იკაუზებს ცხადებს. ეს გასაგები აღმოჩნდება, თუ მხედველობაში შევიღებთ იმას,

¹ Е. А. Рушкевич, О расстройствах отвлечения и обобщения при шизофрении, Вопросы физиологии, т. 4, 1953, гл. 104.

² В. П. Протопопов, Исследование высшей нервной деятельности в естественном эксперименте, 1950.

რომ მისგან ფერის აბსტრაქციას—ფიგურების ჯგუფში გამაერთიანებელი ნიშნის გამოყოფისა და ამის მიხედვით მოქმედებას მოვიხილოთ. რადგანაც ასეთი რამ გამოყოფილად ავადმყოფს არ გააჩნია. არც ის ესმის, როგორ არის შესაძლებელი განსხვავებული ფერისა და ფორმის ფიგურების ერთად შეგროვება. ნიშანი, რომლითაც ავადმყოფი ჯგუფში ფიგურას ათავსებს. განმაზოგადებელი აბსტრაქციის შედეგად არ არის მოპოებული, პირიქით, იგი მასალას გრძობად შთაბეჭდილებას ემყარება, საიდანაც თავს განხედავს. როგორც ვნახეთ, მისთვის დახმარების გზაზეც მოუხერხებელია.

ჯგუფების ჩამოყალიბება და მათში ფიგურების განაწილება, როგორც ცდამ გვიჩვენა, ექსპერიმენტის მიმდინარეობის პროცესში შესაძლებელია მხოლოდ ამის გამო, რომ ავადმყოფი აკრძალვის შემთხვევებში ფიგურას განზე დებს, მოწონების შემთხვევაში მას ჯგუფში ათავსებს, მითითების ანგარიშს უწევს, ე. ი. საბოლოოდ ექსპერიმენტის პროცესში ეუფლება ამოცანის სწორად გადაწყვეტას. ფიგურების ჯგუფში სწორად განაწილება, როგორც ითქვა, ივალსაჩინოების ფარგლებშია შესაძლებელი, არც იქიდან ჩანს, რომ ავადმყოფი ისეთ ფიგურას იღებს ხელში, რომლის მსგავსი ჯგუფში ეგულება: რაც შეეხება განსხვავებული ნიშნის ფიგურას, იგი ხშირად დაბრკოლებისა და დაბნეულობის წყაროს წარმოადგენს. ავადმყოფი აქაც ანგარიშს უწევს ექსპერიმენტატორის მითითებას, ამის გამო სიძნელესაც ადვილად ეუფლება. მართლია, არც ერთი შემთხვევა არ ყოფილა ისეთი, რომ მას მასალის ანალიზის შედეგად თვითონ გადაედგას სწორი ნაბიჯი, მაგრამ საბოლოოდ მაინც, როგორც იყო აღნიშნული, აღწევს იმას, რომ პრაქტიკულად სწორად წარმოართოს მოქმედება.

როგორც დასაბუთებიდან ჩანს, ავადმყოფი ვერ იძლევა ახსნა-განმარტებას, რატომ მოათავსა მან ესა თუ ის ფიგურა ჯგუფში, ე. ი. სწორი მოქმედების სიტყვიერ ფორმულირებას. რასაკვირველია, დამაკმაყოფილებლად არ ჩაითვლება შემდეგი პაუზები: „...ქრის ამისთანები“, „თავის ტოლთა მიხედვით“, „თავის ზომის მიხედვით“, „ესეც წითელია“ და ა. შ. საკმარისია, მიუთითოთ ავადმყოფს, რომ წითელი ფიგურა მეორე ჯგუფშიც მოიპოვება, რომ ექვე მოინდომოს ფიგურის გადატანა სხვა ჯგუფში. აქედან ჩანს, რომ ავადმყოფს სწორად მოქმედება შეუძლია და, მაშასადამე, საფუძველიც ვაჩნია ანდაგვარი მოქმედებისათვის, თუმცა მას მიზანი მოქმედებისა არა აქვს გაცნობიერებული, ე. ი. არ იცის, რატომ

მა ასე მოქმედება აუცილებელი. ასეთია ავადმყოფთა აბსოლუტური უმრავლესობის დამოკიდებულება მასალასთან, ამიტომ ბუნებრივია ვიკითხოთ: როგორ არის ეს შესაძლებელი? რა მართავს ავადმყოფის პრაქტიკულად სწორ მოქმედებას?

თანხმად ჩვენი ექსპერიმენტული კვლევის შედეგებისა. აქტუალურ სიტუაციაში განწყობის შემუშავება შიზოფრენიით დაავადებული ადამიანისათვის სავსებით მიუაწვდომია. ხოლო აზრობის სიტუაციაში იგივეს მიღწევა განუხორციელებელია. მაშასადამე, უნდა ვიფიქროთ, რომ ამ შემთხვევაშიც საკლასიფიკაციო მასალასთან უშულო ურთიერთობის პირობებში ფიქსირებულა განწყობა აძლევს მის მოქმედებას მიმართულებას. როცა ამ განწყობის რეალიზაცია ჩვეულ სიტუაციაში მიმდინარეობს, როგორც ვნახეთ, ავადმყოფის მოქმედება ადეკვატური ჩანს. ამავე დროს საკმარისია ოდნავი ცვლილება სიტუაციაში, რომ ავადმყოფმა, როგორც ეს ცდის მიმდინარეობად ჩანს, სტერეოტიპურად განაგრძოს ძველი განწყობით მოქმედება და მასალისადმი სრულიად არაადეკვატური დამოკიდებულება გამოამჟღავნოს. ამრიგად, მასალის კლასიფიკაციის ცდაში, როგორც ირკვევა, ავადმყოფის გაუცნობიერებელი მაგრამ პრაქტიკულად სწორად გამიზნული მოქმედება ფიქსირებული განწყობის საფუძველზე მიმდინარეობს.

ბანჯოგადების ცდის შედეგები

ცდის პირველ ეტაპზე ავადმყოფების წინ არფუიანი. სანაყარიანი გეომეტრიული ფიგურებია. რომელთა განაწილება ამა თუ იმ ჯგუფში შესაძლებელია, თუ მოახერხებს ავადმყოფი მგავს ნიშანთა შემჩნევას გასანაწილებელ ფიგურებსა და ჩამოყალიბებულ ჯგუფებს შორის. ეს არ უნდა წარმოადგენდეს სიძნელეს, ვინაიდან ფერების მიხედვით ჯგუფებში მასალის განაწილებას ისინი ჯერ კიდევ კლასიფიკაციის ცდებში არიან დაიფლებულნი. ჩადგანაც ჯგუფსა და ფიგურას შორის კავშირი მსგავსების მიხედვით არის მოსაპოვებელი, ამ ეტაპზე ავადმყოფის მოქმედებას საუფუძველ იგივეა, რაც კლასიფიკაციის ცდაში. წარმატება დამოკიდებულა იქნება იმაზე, რამდენად მტკიცეა წინა ცდას მიმდინარეობის პროცესში ფიქსირებული განწყობა და აღმოჩნდება თუ არა შესაძლებელი მასზე დამყარებით ახალი მასალის ასიმილაცია.

ეს ცდა, შეიძლება ითქვას, რომ ადვილად მისაწვდომია აღმოჩნდა ჩვენი ავადმყოფისათვის. როგორც მოსალოდნელი იყო, ხელში

აღებულ ფიგურას ისინი, უმეტეს შემთხვევაში, ჯგუფში სწორად აღავსებენ. თუ მხედველობაში არ მივიღებთ მცირე ყოყმანს, რომელიც წინ უძღოდა პირველი ნაბიჯის გადადგმას. როგორც ცდის მიმდინარეობამ გვიჩვენა, ამ შემთხვევაშიც გადაწყვეტი მნიშვნელობა თვალსაჩინოებას აქვს. ამით აიხსნება ის, რომ ავადმყოფი ჯგუფში ფიგურის მოთავსებას იმით ასაბუთებს, რომ „მწვანე და წითელი აქაც არის“-ო. იგი არც ამით კმაყოფილდება და ხელში აღებულ ფიგურის იდენტურ ფერს ეძებს, საიდანაც ჩანს, რომ ამოცანის გადაწყვეტა ჯგუფში გაერთიანებული ფიგურების მსგავსებას ევალობაზე მიმდინარეობს. შეცდომებს ამა თუ იმ ფიგურის სიღრმის ყურადღების გარეშე დატოვება იწვევს, ძაგრამ ესეც მხოლოდ ცდის დასაწყისში. დასაბუთების მოთხოვნას აქაც თან სდევს დაბნეულობა და ჯგუფში მართებულად მოთავსებული ფიგურის უკან დაბრუნება.

გეომეტრიულ ფიგურათა შორის მსგავსი ნიშნების მონახვა და აღიარება. როგორც ითქვა, არ ქმნის გადაულახავ სიძნელეს, განსაკუთრებით I და II ჯგუფის ავადმყოფებში. რაც შეეხება III და IV ჯგუფს. აქ სწორი და მცდარი პასუხები ისეთი მორიგეობით ცვლიან ერთმეორეს, რომ გარკვეული დასკვნის გამოტანის შესაძლებლობას მოკლებული ვართ.

ზემოაღნიშნულის მხედველობაში მიღება სრულიად გარკვეულ საბუთს იძლევა გამოვიტანოთ დასკვნა, რომ ჩვენი შედეგები აღქმის სფეროში მიმდინარე გენერალისა და აქის დასახასიათებლად იძლევიან მასაღას. მაშასადამე, სრულიად გარკვეული საფუძველი არაებობს წარმატებისათვის. ვინაიდან სპეციალურად დაყენებული ცდის შედეგებიდან ვიცით რომ აქტუალური აღქმის სფეროში განწყობის გენერალისა და აქის ავადმყოფებისათვის ადვილად მისაწვდომია. მხოლოდ მის მხედველობაში მიღებას შეუძლა გასაგები განხადოს ავადმყოფის მოქმედება, რომელიც არც ამ შემთხვევაში დგას გაცნობიერების საფეხურზე. თუმცა იგი ადევკატორი მიმდინარეობით ხსნაოღდება.

ცდის შემდეგ ეტაპზე ამოცანა გართულებულია, ვინაიდან გენერალისა და აქის დასახასიათებლად მიმდინარეობს ავადმყოფისათვის ადვილად მისაწვდომია. მხოლოდ მის მხედველობაში მიღებას შეუძლა გასაგები განხადოს ავადმყოფის მოქმედება, რომელიც არც ამ შემთხვევაში დგას გაცნობიერების საფეხურზე. თუმცა იგი ადევკატორი მიმდინარეობით ხსნაოღდება.

შეაახებ ყოველ შემთხვევაში ზოგადი წარმოდგენის ქონება მაინცაა აუცილებელი, თორემ შეცდომების თავიდან აცილება მოუხერხებელი იქნება. ნიშანთა ტრანსპოზიციის წარმოებებით მიმდინარეობისათვის მათი გამაერთიანებელი აზრია საჭირო და არა კონკრეტული წარმოდგენა, მაგრამ, როგორც აღვნიშნეთ, ჩვენი ავადმყოფების მოქმედება ასეთ მაღალ საფეხზე არ დგას.

ავადმყოფს ხელში წითელი ლილი უკავია და არ იცის რა უყოს „ლილი აქ არ შეიძლება, ამბობს იგი, ეს კაბაზეა საჭირო“. ჯგუფში ლილის მოთავსების შემდეგ ყველა მისი მსგავსი სახეების ადგილის მიგნება გაადვილებული ჩანს. ავადმყოფს ვერ გაუგია, რა გზით არას შესაძლებელი გეომეტრიულ ფიგურათა შორის საათის მოთავსება. ჩვენს მითითებას იგი სწორად ასრულებს, მაგრამ არ ჩანს, რომ გაიგო ამ მოქმედების გამსაზღვრელი პრინციპი. „ხალათს აქ რა უნდა“, გვეკითხება ავადმყოფი, და იმდენად უცნაურად ეჩვენება ჩვენი მოთხოვნა, რომ ცდილობს შემდეგი ნაბიჯების გადაფგმისაგან თავი შეიკავოს. როგორც წესი, ყოველი ახალი საგნის ხელში აღებას თან სდევდა შეცდომა და დაბნეულობა, საერთოდ, დაამარების გარეშე არც ყოფილა შემთხვევა, რომ ავადმყოფს პირველი ნაბიჯი სწორედ გადაედგას.

საძნელე იქვე მოიხსნა, როგორც კი მივუთითეთ ყურადღება არა თვითონ საგანს, არამედ მათ ფერსა და სიდიდეს მიაქციონ. ახლა ავადმყოფი კედლის საათს ჯგუფში სწორედ უძებნის ადგილს, იმის გამო, რომ „ყვითელია“. ხალათს ავადმყოფი დიდ ნეიტრალურ ფიგურათა ჯგუფში ათავსებს, რადგანაც „ხალათი თეთრია“. იგი საკეთარი მოქმედების დასაბუთებასაც ამ თვალსაჩინო ნიშნის საფუძველზე აწარმოებს: „აქ შეიძლება, რადგან ფერით უხდება“. რასაკვირველია, ეს არ არის ამოცანის გადაწყვეტის ნამდვილი გზა, რადგანაც მისგან მოვითხოვთ არა გრძნობად შთაბეჭდილებებზე უნდა დამყარებას, არამედ მოქმედების წარმართვას აღქმის ობიექტივაციის საფუძველზე. მხოლოდ ამ შემთხვევაშია, მისთვის შეუძლებელი იხელმძღვანელოს საგანთა ჯგუფში გამაერთიანებელი აზრის მიხედვით და შეცდომაც თავიდან აიცილოს. მოქმედების ასეთ მაღალ საფუძველზე გაშლა, როგორც ვნახეთ, ჩვენი ავადმყოფებისათვის განუხრციელებელია, ისინი ვერ სცილდებიან თვალსაჩინოების ფარგლებს; რაც შეეხება დახმარების ეფექტიურობას. იგი მიგვითითებს იმაზე, რომ სამზადისი პერიოდი, რომელიც წინ უძღოდა განზოგადების ცდებს, უშედეგოდ არ დაკარგულა.

სახელდებისა და უკთიერთგაგებინების ცდის შედეგები

ჩვენს განკარგულებაში არსებული შედეგებიდან ჩანს, რომ ავადმყოფები ჯერ კიდევ არ არიან დაუფლებული თითოეული ჯგუფის გამაერთიანებელი ცნების შინაარსს. მიუხედავად ამისა, მოქმედების საფუძველს წარმოადგენს არა ერთი კერძოული მოვლენა და საგანი, არამედ მთლიანად ჯგუფის გამაერთიანებელი შინაარსი. საიდან მომდინარეობს ჯგუფში ფიგურების გამაერთიანებელი ძალა: ცნებიდან. თუ ზოგადი წარმოდგენიდან, ამჟამად ჩვენთვის ამას კი არა აქვს მნიშვნელობა, არამედ იმის გათვალისწინებას, რომ მოპოებულია ერთგვარი ზოგადი ხასიათის შინაარსი, რომელიც შესაძლებლობას იძლევა თითოეული ჯგუფის სახელდებისათვის.

როცა ავადმყოფი უარს აცხადებდა ჯგუფებისათვის მონახოს სახელი, ამ მოვალეობას ექსპერიმენტატორი კისრულობს და ეუბნება მას: აი ამ ფიგურების ჯგუფს (დიდი ფერადი გეომეტრიული ფიგურები) დავარქვათ „ედეზა“, მეორეს—(პატარა ფერადი ფიგურები)—„კონგო“, მესამეს—(დიდი აქტომატიული ფერის ფიგურები)—„ხრო“, მეოთხეს—(პატარა აქტომატიული ფერის ფიგურები)—„ხრია“. დათანხმების შემდეგ ვარჯიშს მივმართავდით იმ მიზნით, რომ თითოეული ბგერათა კომპლექსი გარკვეული ცნების შინაარსთან დაგვეკავშირებინა. ვარჯიში გრძელდებოდა მანამ, სანამ ავადმყოფი ზეპირად მოახერხებდა ექსპერიმენტული სიტყვების დასახელებას.

ამას თან სდევდა ცნების შემუშავების პროცესში შექმნილი სიტყვის ურთიერთგაგებისათვის გამოყენება. ცდის ხელმძღვანელი თხოვდა ცდისპირს ეჩვენებია მისთვის „ედეზა“, „კონგო“, „ხრო“, „ხრია“; დაესახელებია რამდენი „ხრო“ იღვა მაგიდაზე, რა გვეჭირა ჭელში? და ა. შ. უმეტეს შემთხვევაში ავადმყოფები სწორად პასუხობდნენ, მაგრამ არაერთხელ გავვიგონია: „ეს კვადრატია“. ასევე სიტყვის დასახელების მაგიერ იყო შემთხვევა ავადმყოფი ჯგუფს შიშის აღებდა. საბოლოოდ მივალწიეთ ავადმყოფებთან ექსპერიმენტული სიტყვებით ურთიერთობის დამყარებას. აქაც იჩინა თავი ერთგვარმა სიძნელემ, იმ შემთხვევაში, როცა ავადმყოფი ექსპერიმენტულ სიტყვებს არა გეომეტრიული ფიგურების, არამედ ჩვეულებრივი ხმარების საგანთა მიმართ იყენებდა.

შეცდომები მაშინაცაა შესაძლებელი, როცა ისეთი საგნების დასახელებას მოვითხოვთ, რომელნიც პირველად დებულობენ ცდაში მონაწილეობას. ექსპერიმენტული ცნების ადგილი აქ პრაქტიკული ურთიერთობიდან ცნობილმა სიტყვებმა დაიკავეს. ამას და

დავარქვით, ვეკითხებით ავადმყოფს, სტეროსკოპის შესახებ, იგი ჭკუფებს ათვალეირებს, იქეთ-აქეთ იხედება და აცხადებს: „ასეთებისათვის ჩვენ არ დაგვირქმევია“. ცხ. რა ფერისაა იგი? ცხ. „თეთრი“. ცხ. თეთრი რომელ ჭკუფშია? ცხ. „აქ არის“. ცხ. „მაშ, რა უოფილა? ცხ. „ხრო“.

ჭკუფებზე ქალაღლის გადაფარებამ საგრძნობლად გაზარდა შეცდომების რიცხვი. ამ შემთხვევაში ექსპერიმენტული სიტყვა თვალსაჩინო დასაყრდენის გარეშე უნდა იქნეს გამოყენებული ურთიერთობისათვის, მაგრამ ასეთი ძალა ექსპერიმენტულ სიტყვას არ აღმოაჩნდა. ნაწილი ჩვენი ავადმყოფებისა შეცდომებს თვითონვე აწარმოებდნენ, თუმცა იყო შემთხვევა ხან ერთი ჭკუფისაკენ იშვებოდნენ თითს და ხან მეორესაკენ: „ედეზა იქნება, ხომ იქნება, კონგო იქნება“-ო. თუ ავადმყოფი სწორად დაასახელებდა მიწოდებულ საგანს, მას თვალი იმ ადგილისაკენ ექირა, სადაც მისი გამაერთიანებელი ჭკუფი ეგულებოდა. მხედველობა. როგორც ვხედავთ, ამ შემთხვევაშიც წარმოდგენს აუცილებელ დასაყრდენს, რომლის გარეშე სიტყვას ავადმყოფისათვის არ აქვს ძალა. ეს იქიდანაც ჩანს, რომ ესა თუ ის საგანი მისთვის „წითელია და იმიტომ არის ედეზა“, ან იმის გამო, რომ „აქ არის ამისთანა“ და ა. შ.

აქედან ცხადია, სენსორული შთაბეჭდილებებიდან თავის განთავისუფლება, არც ამ სტადიაზეა მიღწეული. ავადმყოფების პასუხები ჭკუფში გაერთიანებულ საგანთა ინდივიდუალურ თვისებებს ემყარებიან და არა უშუალოდ სიტყვას. ბგერათა კომპლექსა და ცნების შინაარსს შორის კავშირი სუსტია. მათი სრული შერწყმა საბოლოოდ არ არის განხორციელებული. ამის გამო ჭკუფებზე ქალაღლის გადაფარებით ექსპერიმენტული სიტყვა უშინაარსო აქუსტიკურ ფენომენად იქცა და მისი შინაარსი თითოთ საძიებელი აღმოჩნდა. ქალაღლის მოხსნის შემდეგ იგივე ბგერათა კომპლექსი გარკვეულ გრძნობად დასაყრდენს პოულობს. ავადმყოფიც შეკითხვებზე დარწმუნებითა და სწორად იძლევა პასუხს. მასალის გრძნობადი თვისებები ავადმყოფისათვის სახელმძღვანელო დასაყრდენია, ამიტომ ცნების შინაარსთან შედარებით. ავადმყოფი მას აყენებს წინ, მისი მხედველობაში მიღებით ახერხებს სათანადო ნაბიჯის გადადგმას. ერთი სიტყვით, ექსპერიმენტულად შემუშავებულ სიტყვა შეესატყვისება არა ცნების შინაარსს არამედ კონკრეტულ საგანს, მის თვალსაჩინო წარმოდგენას. ამის უტყუარ ფაქტებს დავინახავთ განსაზღვრების ცდებში, რომლის განხილვას აქვე შევუდგებით.

ცნებათა განსაჯღვრება

ექსპერიმენტის ამ უკანასკნელ ეტაპზე არა მარტო ჯგუფის უღღვნილობა, მათი გამაერთიანებელი გრძნობადი შინაარსია მოპოვებული, არამედ თითოეული ჯგუფის სახელმძღვანელო სიტყვები. ამ სიტყვებმა, როგორც ვნახეთ, შეასრულეს ურთიერთგაგებინების, კომუნიკაციის ფუნქცია ავადმყოფსა და ექსპერიმენტატორს შორის. მაშასადამე, არაფერი გვიშლის ხელს შევამოწმოთ რამდენად ფლობს ავადმყოფი თითოეულ სიტყვას, ე. ი. ცნებას.

ჩვენ შეკითხვაზე: რას ნიშნავს სიტყვა „ედეზა“? პირველი ჯგუფის ავადმყოფი ბირ-ძე პასუხობს: „სამკუთხედი, — ოთხკუთხედი, წრეხაზი“. ცხ. თუ შეიძლება უკეთესად განმარტეთ. ცპ. „წითელი იყო, ყვითელი იყო, წრეხაზი იყო“. ცხ. ნუ ჩამოთვლით ფიგურებს. ცპ. „შეიძლება ვთქვათ: წითელი წრე, ყვითელიც იყო, პარალოგრამი და ბევრი სხვაც“. ცხ. რას ეუწოდებთ კონკო? ცპ. „ეს არის ედეზას მომდევნო“. ცხ. რას აერთიანებს ეს სიტყვა? „ეს ხომ ვთქვი, მაგალითად, წრეხაზია, წითელია, სამკუთხედი, რომბია“. ცხ. ხრო: რას ნიშნავს? ცპ. „იგი კონგოს მომდევნოა, აქაც არიან ფიგურები“. ხრია? ხრია კი როგორ არა, აქ არის ხროს მომდევნოა და მასთან სვიაზშია.

ცხ. ედეზა და ხრო რით განსხვავდებიან? ცპ. „ედეზა პირველია, ხრო მისი თანამომდევნოა“. ცხ. კიდეც რით განსხვავდებიან? „ედეზა დიდია, ხროც დიდია მარა მთლად არა“. ცხ. ხრო და ხრია რით განსხვავდებიან? „ცოტა ერთმანეთის მომდევნო, მაგრამ ცოტათი პატარაა?“. ცხ. ხრო და ედეზა ფერით თუ განსხვავდებიან? ცპ. „კი უფრო მოთეთროა, ედეზა აქ რომ იყო უფრო წითელია“. ცხ. შეიძლება ახლა უკეთ გვითხრა: რას ეწოდება ედეზა? ცპ. „ედეზა წითელიც არის, ყვითელიც სხვადასხვა სათამაშოს მსგავსი“.

აქვე გავეცნოთ „ჩიტი და მონადირეს“ თემაზე მოსაუბრე ავადმყოფის ბაქ-ძეს პასუხებს: „ედეზა, ბატონო, დიდებული საქმეა, მაგრამ არის კი საკირო!“ ცხ. ამ სიტყვის მნიშვნელობა გაგვიმარტეთ. ცპ. „მნიშვნელობა, მნიშვნელობა ის, რომ ფიგურები წითელი იყო და ყვითელიც. იყო წითელი და ერთად არიან. რატომ მოხდა, რატომ მოხდა, ახლა ძნელია კაცმა თქვას“. ცხ. კონგო რას ნიშნავს? ცპ. „ესეც ფიგურა იყო, არის წითელი, მაგრამ ყვითელიც არის“. ცხ. რით განსხვავდებიან ედეზა და კონგო? ცპ. ფიგურა იყო, მარა აწი ამით რომ პაწია იყო, თუ ეს ასეა, მაშინ არ შემიძლია დანამდვილებით ვთქვა“. ცხ. რატომ არ შეგიძლიათ? ცპ. „ფიგურა რომ

არის და დანამდვილებით ასეა, მაშინ დიდი აწი დიდკაცს ნიშნავს? თუ ეს ასეა, ყოფილა მაშინ“. ცხ. მაშ, რა ყოფილა კონგო? ცხ. „ყოფილა დიდი კაცი ქვეყანაზე, მარა კონგოა აწი იგი? ხედავ პატარაც ყოფილა და ამაში ძნელია გარკვევა“. ცხ. თუ პატარა ყოფილა, მაშინ რით განსხვავდებიან ედუზა და კონგო? ცხ. „დიდიც ყოფილა და პატარაც ყოფილა, ძნელია თქვას კაცმა“. ამ ავადმყოფის დანარჩენი პასუხები ამავე ხასიათისაა.

პირველი ჯგუფის ავადმყოფისათვის, როგორც აქ წარმოდგენილი მასალებიდან ჩანს, დამახასიათებელია ის, რომ ისინი ექსპერიმენტული ცნების განზოგადებულ შინაარსს დაუფლებულნი არ არიან და მიწოდებული სიტყვის დეფინიციის დროს თვალსაჩინო წარმოდგენით სარგებლობენ. ეს არის მიზეზი იმისა, რომ ცნებას განსაზღვრება ერთი ნიშნის შიხედვით ხდება. პირველი ავადმყოფისათვის „კონგო“ ედუზას ნაწილია და მისი მეზობელი. „ხრო“ ისეთივეა, მისი აზრით, როგორც „ედუზა“, ხოლო „ხრია“ კი მისი ნაწილია, რასაკვირველია, ასეთ პასუხს არ დაუბრუნებდა ადგილი, რომ სიტყვას მასალის გრძობადი შინაარსისაგან დამოუკიდებელი და განზოგადებული მნიშვნელობა მოეპოვებინა. ამ შემთხვევაში ჯგუფებიც ერთმანეთისაგან გამოყოფილ არსებობას შეიძენდნენ და არც იმის საბაბი გაჩნდებოდა, რომ ავადმყოფს ეპასუხა: „ყველანი ერთად არიან და სვიაზში იმყოფებიან“.

ერთ-ერთ ავადმყოფს შევეკითხეთ: ეს ფიგურები რომ გადაყაროთ ედუზა მათ გაყვება? ცხ. „არაფერი არ დარჩება, გათავდა და შორჩება“. ცხ. ფიგურები სხვას მივცეთ, მაშინ თუ დარჩება ედუზა? იგი ღიმილით პასუხობს: „თქვენი საქმეა“. ცხ. რატომ არის ჩემი საქმე? ცხ. „დაგვირდებათ ასეთი და ნუ მისცემთ“. ცხ. დამიგდეთ ყური, ფიგურები, რომელსაც ედუზა ქვია, ვთქვათ, სხვამ წაიღო და სიტყვა ედუზა თუ გაყვება მას? ცხ. „თუ წაიღო არაფერი არ დარჩება და მერე ვინ მოგცემს ედუზას“.

აქედან მხოლოდ ის შეგვიძლია დავასკვნათ, რომ ავადმყოფის დამოკიდებულება ექსპერიმენტულ ჯგუფებთან არ ემყარება მათ გამაერთიანებელი ცნების შინაარსს, არამედ ისეთ თვალსაჩინო შთაბეჭდილებას, რომლის მხედველობის ველიდან გაქრობისთანავე კარგავს დამოუკიდებელ არსებობას. სიტყვა აქ ჯგუფს კი არ ცვლის, არამედ მხოლოდ მას აღნიშნავს და მისი არსებობის პირობებში განიცდება, როგორც მისი მუწყებელი სიგნალი. იგი განცდამი ფიგურათა ჯგუფის გარეშე ავადმყოფისათვის დამოუკიდებელ ძალას კარგავს, ამიტომ თუ მასში გაერთიანებულმა ჯგუფმა არ იარ-

სება, არც სიტყვის არსებობა მიიჩნია ავადმყოფს, როგორც ჩანს, შესაძლებელი. მიუწვდომლად არის დარჩენილი თითოეული სიტყვის თვალსაჩინოების გარეშე გააზრება, ამიტომ ავადმყოფის დამოკიდებულება ექსპერიმენტულ მასალასთან ემყარება არა ცნების იდეურ შინაარსს. არამედ თვალსაჩინო წარმოდგენას. ამ წარმოდგენას ძალა მანამ აქვს, სანამ მისი შინაარსი ჩანს, ამიტომ ავადმყოფი ჯგუფში გაერთიანებულ მასალასა და სიტყვას შორის განსხვავებას ვერ ამჩნევს. მისთვის სიტყვაა ის, რასაც ჯგუფის სახით ხედავს, ან წარმოდგენს, ყოველ შემთხვევაში არა მასში შემავალი ფიგურების ნიშანთა გამაერთიანებელი აზრი.

ჩვენს ავადმყოფს ცნების მაგიერობას თვალსაჩინო ხატი უწევს და არა მისი იდეური შინაარსი. ამ უკანასკნელის ადგილი ცალკეულმა ნიშნებმა დაიკავეს, რომლის ჩამოთვლით იძლევიან ავადმყოფებსა ჯგუფის დეფინიციას. ისინი ნიშანთა შეჯამებით ცდილობენ გაგვაგებინონ ცნების მნიშვნელობა, ამიტომ ჩამოთვლიან ფიგურების ფერს. ფორმას, მაგრამ მათი გამაერთიანებელი განზოგადებული ნიშნის გარეშე, ამიტომ გასამარტავი ცნების ფორმულირებაც მიუღწეველი რჩება. აქ სიტყვა არა საგანთა კატეგორიის აღმნიშვნელია, არამედ ცალკეული ნიშნების გროვისა. რომელშიც შეიძლება წითელი ფიგურაც იყოს, ყვითელი, წრეხაზი, სამკუთხედი და ა. შ. ერთი სიტყვით, ავადმყოფის დეფინიციისაში ასახულია არა ანალიზისა და სინთეზის შედეგად მოპოვებულ მიმართებები, არამედ საგანთა კრებადობა. ამის მიხედვით შესაძლებელი აღმოჩნდა ფიგურათა შორის კავშირის, დანახვა და ჩამოთვლა, მაგრამ ლოგიკური კატეგორიებისათვის დამახასიათებელი უმაღლესი ანალიზისა და სინთეზის გარეშე.

ჩანს, რომ მასალის ცალკეული ნიშანი: ფერი, ფორმა, სიდიდე ავადმყოფისათვის ცნობილია, მაგრამ ამის საფუძველზე მოპოვებული აზრი, ის არსებითი ნიშანი, რომელიც მასალას ერთი ცნების შინაარსად გააერთიანებდა მიუღწეველი აღმოჩნდა. ავადმყოფმა თვითონ შეადგინა ჯგუფი დიდი და ფერადი ფიგურებისაგან, მაგრამ „ედუხას“ განსაზღვრებაში ვერ იყენებს ამ გამოცდილებას, და ზღვრილვანელო აზრის მოპოების შესაძლებლობას მოკლებული, ვერ ასერხებს ამ შესაძლებლობათა დანიშნულების მიხედვით გამოყენებას. ჩვენი აზრით, სწორედ ამას უნდა მიექცეს სრულიად განსაკუთრებული ყურადღება, ვინაიდან შიზოფრენიით დაავადებული ადამიანის აზროვნების ძირითადი დამახასიათებელი ნიშანი ამაში უნდა იჩენდეს თავს. ავადმყოფს ყველა წინასწარი

ბირობები მოეპოება ექსპერიმენტული სიტყვის სწორად განსასაზღვრავად, იგი მასალის ცალკეულ ნიშნებსაც ფლობს, მაგრამ ისეთ გადამწყვეტი ნაბიჯის გადადგმას ვერ ახერხებს, რომელიც ცალკეულ ნიშნებს ერთი ცნების შინაარსად გააერთიანებდა. საგანთა თვისებებისათვის თავის მოყრა, ყოველ ახალ მომენტში ამის გათვალისწინება, ჩვენ გასწავლეთ მათ, მაგრამ დახმარების ვერც ერთ სტადიაზე ვერ რეაგირებდნენ იმას, რომ თვალსაჩინოდ მოცემული ნიშნების უმაღლესი სინთეზისათვის მიეღწიათ. ვერ მოხერხდა აზრითს სიტუაციაში იმის მოპოება, რაც ავრე ხელმისაწვდომი აღმოჩნდა აქტუალური აღქმის სფეროში. რაკი ეს ასეა, უთუოდ იმ ძირითადი მანკით განსაზღვრულ მოვლენასთან გვაქვს საქმე, რომელიც ფსიქიკის მოქმედების განწყობისა და ობიექტივაციის დონის ურთიერთობიდან არის ჩვენთვის ცნობილი.

რა უნდა იყოს ის ზოგადი, მაგრამ გარკვეული შინაარსის მქონე მოვლენა, რომლის საფეხურამდე ამაღლება განუზოცრცილებელი დარჩა? ავადმყოფის ენობრივი მოქმედება გრძნობად შინაარსებს ემყარება, ამიტომ მასალის თვალსაჩინოდ მოცემულა თვისებები მასში მიმართების გამოყოფის გარეშეა წარმოდგენილი. ერთი სიტყვით, ჩვენი ავადმყოფები მასალის თვალსაჩინო ხატით სარგებლობენ და არა მასალათა არსებით ნიშანთა ამსახველი ცნებებით. ეს კი იმას ნიშნავს, რომ ისინი ზოგად წარმოდგენას ემყარებან და აზროვნებაც მოკლებულა შესაძლებლობას ამაზე უფრო ღრმად ჩაწვდეს მოვლენის ნამდვილ შინაარსს. თვალსაჩინოების სფეროში ავადმყოფი. როგორც ვნახეთ, ერთად აგროვებს წითელ ფიგურებს და ამ ზოგად ნიშნის ქვეშ აერთიანებს სხვადასხვა ფორმის გეომეტრიულ ფიგურებს, სხვა შემთხვევაში მას შეუძლია მასალის ფორმის წარმოდგენით იხელმძღვანელოს და სამკუთხედების, კვადრატების ჯგუფი შექმნას. ამაზე უფრო შორს მათი აზროვნება ვერ მიდის, ამიტომ ვამბობთ ჩვენ, რომ ჩვენი ავადმყოფების აზროვნება მასალათა კლასიფიკაციის ცდებში სარგებლობს არა ცნებით, არამედ ზოგადი წარმოდგენით, მისი ფუნქციონალური ეკვივალენტით. როგორც ყოველი წარმოდგენა არც ეს მიდის თვალსაჩინოების იქით, ამიტომ ის საერთო, რაც ამ შემთხვევაში აერთიანებს გეომეტრიულ ფიგურებს, თვალსაჩინო ხატი შეიძლება იყოს და მხოლოდ ამ ხატით ხელმძღვანელობის ფარგლებში პოულობს ინდივიდში მოქმედების ძალას. ზოგად წარმოდგენაში საგნები მსგავ-

სი ნიშნის მიხედვით არიან გაერთიანებული, რომელიც მხედველობის ველზე მოცემული ფიგურებისათვის აღმოჩნდა დამახასიათებელი. ჩვეულებრივად ეს შეიძლება საფეხურს წარმოადგენდეს, რომელსაც უნდა მოყვეს ცნების შემუშავება, მაგრამ ჩვენი ავადმყოფებისათვის, როგორც ვნახეთ, აზროვნების ეს მაღალი საფეხური მიუწვდომელი დარჩა.

ზოგადი წარმოდგენა სავსებით საკმარისია ავადმყოფის მოქმედება პრაქტიკულად სწორად იქნეს წარმართული. ამით აიხსნება ის, რომ თვალსაჩინოების სფეროში ჩვენი პაციენტები გაცილებით უკეთეს მაჩვენებლებს იძლევიან, ვიდრე ისეთ შემთხვევებში, სადაც სწორი ნაბიჯის გადასადგმელად აზრის მოპოებაა საჭირო. აქ ავადმყოფების ისეთი სისუსტე მქლავნდება, რომელიც მცირეწლოვანთა პასუხებს მოგვაგონებს.

ზოგადი წარმოდგენის ამარად დარჩენილი ავადმყოფი როგორც ვნახეთ, ყველგან ენობრივი მოქმედების თვალსაჩინო დასაყრდენს ეძებს, მხოლოდ ამის მონახვის შემდეგ აქვს სიტყვას მისთვის ძალა. ეს იმ დროს, როცა ნორმალურად მოაზროვნე ადამიანისათვის სიტყვა უნივერსალური საშუალებაა, რომლის დახმარებით აზროვნების ამოცანის გადაწყვეტა გაცილებით უფრო ადვილია, ვიდრე წარმოდგენის მიხედვით. სიტყვის შინაარსად თუ საგნის კონკრეტული თვისებები ვიგულისხმეთ, მაშინ აზრის სფეროში მოქმედებისათვის არც არსებობს საფუძველი და არც სიტყვის საჭიროება დადგება, რადგანაც ის, რაც აზრით უნდა მოინახოს და გადაწყდეს, როგორც ითქვა, აღქმაშია მოცემული, ამიტომ საძიებელიც არაფერი რჩება. ასეთ ვითარებაში არც იმის მიღწევაა შესაძლებელი, რომ ბგერათა კომპლექსი და ცნების შინაარსი ნამდვილ სიტყვად ჩამოყალიბდეს. კავშირი მათ შორის, როგორც ვნახეთ, იმდენად სუსტი აღმოჩნდა, რომ ჭკუფებზე ქალაღის გადაფარების შედეგად ექსპერიმენტული სიტყვა შინაარსიდან ვათიშულ ბგერათა კომპლექსად გადაიქცა. ჩვენი ავადმყოფების შემდეგ თავისებურად უნდა ჩაითვალოს ის, რომ სიტყვა მათთვის თვალსაჩინო ხატია და არა ცნება, სხვაგვარად შეუძლებელია, რომ ავადმყოფს ეთქვა: ფიგურების გადაყრის დროს არც მისი აღმნიშვნელი სიტყვა დარჩებაო. მაშასადამე, თქმა არ უნდა, რომ 'ნი-ზოფრენით დაავადებული ადამიანის მეტყველებასა და აზროვნებას. ვ. გოლდშტაინის ენით რომ ვთქვათ, კონკრეტულობა ახასიათებს, იგი სიტუაციურია და მთლიანად მასში არის ჩართული.

განსაზღვრების ცდებმა სრულიად აშკარად დაგვანახა, რომ სახელდება განხორციელებულია არა ნიშანთა სინთეზის გზით მოპოებული აზრის, არამედ ზოგადი წარმოდგენის ფარგლებში მოცემული მასალის თვალსაჩინო შინაარსის მიმართ. აქედან ცხადია, რომ ცნების შინაარსი ავადმყოფს ჯგუფში გაერთიანებული ფიგურების ფერზე, ან ფორმაზე დაყავს ან კიდევ მათი მორიგეობით ჩამოთვლით კმაყოფილდება. ამრიგად, ცნების შემუშავების პროცესში ვერ მიაღწია ავადმყოფმა იმას, რომ შეეძინა ცოცხალი აზრი, რომელიც ჯგუფში გაერთიანებული ფიგურების ხატით არ იქნებოდა, არამედ მათი გამაერთიანებელი ცნება, ექსპერიმენტულ პირობებში შექმნილი ცოდნის ლოგიკური წევრი. რაკი ამას მიღწევა ვერ მოხერხდა, გასაგებია, რომ სიტყვა გრძნობად შთაბეჭდილებებსა და მათ გამოცოცხლებას ემსახურება. მის მიერ მოპოებული სიტყვის შინაარსია არა აზრი, არც ფიგურათა განზოგადებული მნიშვნელობა, არამედ მათი სურათი. ყოველივე ეს სრულიად საკმარისი საბუთია დასკვნის გამოსატანად, რომ ავადმყოფების მიერ მოცემულ დეფინიციებში არ ჩანს აზროვნებისათვის დამახასიათებელი შემეცნებითი ასახვის მაღალი საფეხური.

მოაზროვნე ადამიანის ენა არა თვალსაჩინო ხატის, არამედ აზრის აღბეჭდვასა და ფიქსაციას ემსახურება. ასახვის ამ უმაღლეს საფეხურზე იძენს აზრი სიტყვაში ობიექტივირებულ ფორმას, და ეს არის ის, რაც მას ურთიერთგაგებინების უნივერსალურ საშუალებად აქცევს. ავადმყოფისათვის, როგორც ვნახეთ, ასახვის ასეთი მაღალი საფეხური მიუწვდომელია, ენა მასში უშუალო ხედვის საგნად ქცეული მოვლენების აღბეჭდვასა და ფიქსაციას ემსახურება. შემეცნების მაღალ საფეხურზე გადამუშავებას მოკლებული შინაარსები პოულობენ აქ ენობრივ მოქმედებაში გამოხატულებას ისევე ავტომატურად, როგორც ეს ყოველი გაუცნობიერებელი მოქმედებისათვის არის დამახასიათებელი.

აზრი ჩვენში გადმოტანილია საგანია, რომლის თავისთავთან იგივეობის განცდა იმიტომ არის შესაძლებელი, რომ ადამიანი სიტყვას ფლობს, რომელშიაც გრძნობად შთაბეჭდილებათა იდეური ობიექტი, ე. ი. საგნის მნიშვნელობაა ფიქსირებული. ამის გარეშე, ცხადია, სიტყვა აზრის ობიექტივაციის ფუნქციას ვერ შეასრულებდა. „რაკი სინამდვილის ობიექტივირებული მონაკვეთის თავისთავთან იგივეობის განცდა გვიჩნდება, წერს დ. უზნაძე, არაფერი გვიშლის ხელს ვიგულისხმობთ, ჩვენ ამ სინამდვილის რამდენიც გვსურს, იმდენჯერ განმეორებული განცდა შეგვიძლია, რაკი

ეს სინამდვილე მთელი იმ დროის მანძილზე თავისთავის ტოლი იქნება. საზოგადოებრივი ცხოვრების პირობებში, ე. ი. ადამიანის ცხოვრების პირობებში, ეს წინამძღვარს ქმნის ფსიქოლოგიურად იმისათვის, რომ ობიექტივირებული, მაშასადამე, თავისთან გაიგივებული სინამდვილე გარკვეული სახელწოდებით აღვნიშნოთ“¹. ავადმყოფის ცხოვრებაში, როგორც ვნახეთ, სიტყვა ამ დანიშნულებას უნაკლოდ ვერ ასრულებს.

ამის მიზეზი უნდა ვეძიოთ იმაში, რომ ავადმყოფის ცნობიერების საუნჯე აღქმით ამოიწურება, რომელიც სინამდვილის მხოლოდ ხატს. მის სურათს იძლევა. ამიტომ იგი ცოცხალი არსების ქცევის მხოლოდ ისეთი „შემთხვევისათვისაა საკმარისი, რომელიც ობიექტური წიაღიდან მომდინარე ესა თუ ის სტიმული, ამა თუ იმ გარკვეული რეაქციის მხოლოდ სიგნალის როლს ასრულებს: რეფლექსის. ინსტიქტის, ალბათ, იმპულსური ქცევის შემთხვევაშიც“².

ავადმყოფს მიერ მოცემულა ცნების დეფინაციიდან. რომელიც რამდენიმე განსხვავებული ვარიანტი არის შესრულებული: „ედუზა“ ერთ შემთხვევაში „წითელი, ყვითელი წრეხაზი“ აღმოჩნდა. მეორე შემთხვევაში—„სამკუთხედი, ოთხკუთხედი“ და ა. შ. ისინი მრჩენტალურ შთაბეჭდილებათა მიხედვით მოქმედებენ, რომელთაც არა სიტყვის, არამედ სიგნალის ძალა აქვთ, ამიტომ არც იყო მრსალოდნელი, რომ ავადმყოფის მეტყველებაში სიტყვა, ისეთივე წყარ ადგილს დაიკერდა, როგორც ეს ცნებისათვის არის დამახალიათებელი.

ცნებითი აზროვნების საფეხური შეუძლებელია მისაწვდომი უმომჩდარაყო ისეთი ავადმყოფებისათვის, რომელთაც არ გააჩნიათ სიტყვითს სიტუაციაში განწყობის ფიქსაციის შესაძლებლობა. ფსიქიკის მოქმედების ობიექტივაციის დონე, რომელიც მოითხოვს მოქმედებიდან აზრის გამოყოფას და ამის მიხედვით გარეშო პირობების, სენსორულა მასალის ხელმეორედ შემეცნების ობიექტად გადაქცვას, როგორც ვნახეთ, ჩვენი ავადმყოფებისათვის განუხორციელებელი აღმოჩნდა. ამ საფეხურზე ინტელექტის გამოყენების შესაძლებლობას მოკლებული ფსიქიკური აქტები ნაოლოდ ქცევაში ჩართული გვევლინებიან და ოდესღაც ფიქსი-

¹ დ. უზნაძე. განწყობის ფსიქოლოგიის ექსპერიმენტული საფუძვლები, 1949. გვ. 124.

² დ. უზნაძე, ზოგადი ფსიქოლოგია, 1940, გვ. 352.

რებული მექანიზმებით განაგრძობენ ფუნქციობას. აზრს აქ ერთობლივი წარმოდგენა ცვლის, რომელიც რეფლექსის მსგავსად, უშუალოდ იწვევს ეფექტორების მოძრაობაში მოყვანას. ადამიანის ნებით სფეროს მოწყვეტილი ფსიქიკა იმპულსური მოქმედებით ხასიათდება, წინ წამოწეულია ძველი და ახალი შთაბეჭდილებების უკონტროლო ასოციაციის შედეგად მეტყველებისა და აზროვნების აბნევა. აზრის ხელმძღვანელი ძალის შესუსტების გამო, აზროვნებაში იმავე ხასიათის ცვლილებებია წარმოდგენილი, რაც მეტყველებაში: დაცურება, წინადადებებში სიტყვათა ახირებული შეკავშირება, პეტეროგენული წარმოდგენის შერწყმა, აზრის განლევა თუ აჩქარებული მიმდინარეობა, ავტომატიზმი.

ობიექტი, რომელიც ჩვენზე მოქმედებს, თუ მხოლოდ შეგრძნებების მიხედვით შევხედავთ მას, იგი ყოველი ალქმის დროს თავისებური და ახალი საგანი აღმოჩნდება. აზროვნების დახმარება აქ იმაში მდგომარეობს, რომ იგი ერთგვარი საგნების გამაერთიანებელ საერთო ნიშანს პოულობს. ეს საერთოა ის, რაც ჩვენში საგნის როლს ასრულებს და იგივეობის განცდას ედება საფუძვლად. ეს უკანასკნელია აზროვნების მონაპოვარი და მის შესახებ წარმოდგენაც არ გვექნებოდა, რომ ჩვენი აზროვნება იგივეობის კანონს არ ემყარებოდეს. ავადმყოფების აზროვნების ძირითად თავისებურებას შეადგენს ის, რომ აზროვნების ამ ძირითად კანონს ძალა დაკარგული აქვს. ავადმყოფი ბირძესათვის „კონგო“ „ედენას“ ნაწილია, ზოლო ბაქძესათვის დიდი ფიგურა დიდ კაცს ნიშნავს. არც ერთ ჩვენ ავადმყოფს არ აღმოაჩნდა ფიგურათა ჯგუფში გამაერთიანებელი ზოგადი ნიშანი, რომლის საფუძველზე თითოეული ჯგუფი მასთან იგივეობაში იქნებოდა განცილებილი. აქ აღნიშნულის ცოცხალ ილუსტრაციას ავადმყოფი ბე-სვის მსჯელობა იძლევა:

«Я не рождался в Грузии, я жил в Петербурге. Вообще я не рождался. Когда я жил в Петербурге, гვეუბნება ავადმყოფი ბე-ოვი, меня воспитывала Екатерина, был я ее мужем. Потом я отделился и большая часть была футляром. Радирующая часть вылезла из своей оболочки и она превратилась в маленького Петра . . . Я тогда был Петр великим . . . Петр Великий вначале был Александр Великий,—это одно и то же. Александр Великий и Петр одно и то же, но это не поддается расшифровке . . . Я был знаком с Пушкиным . . . Пушкин И я, одно я то же».

ეს ავადმყოფი, როგორც თვითონ გვარწმუნებს, ერთ წინააღ-
დებაში ეკატერინეს შეილია, მეორე წინააღდებაში — მისი მეულ-
ლე. შიზოფრენიით დაავადებული ადამიანი ერთი და იმავე დროს.
თავს მესიად თვლის და ფსიქიატრიის საავადმყოფოშიაც ცხოვ-
რებას განაგრძობს. ავადმყოფებს ერთდროულად ესმის ქებისა
და გინების ხმა, იგა იცინის და ტირის ერთდროულად. მათ შორის
ისეთსაც ვნახავთ, რომელიც ამტკიცებს: „მე მოვკვდი, მაგრამ
ცოცხალი ვარ“. შეიძლება ავადმყოფი ფიქრობს, რომ ის სამი
წლისაა და ამავე დროს წვერის გასაპარსად მიდიოდეს, ასეთ მსჯე-
ლობასა და მოქმედებას შორის შიზოფრენიკი წინააღმდეგობას
ვერ ამჩნევს. ცხადია, ამგვარად მხოლოდ ისეთი ადამიანი
მსჯელობს, რომლის აზროვნება ანგარიშს არ უწევს წინააღმ-
დეგობის კანონს.

ლოგიკის ამ კანონების გარეშე დარჩენილი ადამიანი, რასაკ-
ვირველია, ვერ მოახერხებს ქეშმარიტების წვდომას, გარემოში
სწორ ორიენტაციას. არ არსებობს არც ერთი ბოღვა, რომლის ში-
ჯნით ძალა ჰქონდეს აზროვნების იგივეობისა და წინააღმდეგობის
კანონებს:

შიზოფრენიკის მსჯელობის ნიმუშები

ქვემოთ მოგვყავს ერთ-ერთი ავადმყოფის მსჯელობის, უკეთ
რომ ვთქვათ, ბოღვის ნიმუში, სადაც, ჩვენი აზრით, თავს იყრას
ჯველაფერი, რაც ახლა ჩვენ შიზოფრენიკთა აზროვნებისა და მე-
ტყველების შესახებ ვიცით. აქვე დავინახავთ როგორ აყალიბებს
ავადმყოფი ცნებას, როგორ იყენებს მას და რა სახის დასკვნას აკე-
ფებს მის საფუძველზე.

ავადმყოფი ჟ-იას ვთხოვეთ გაგვიმარტოს რას ნიშნავს სიტყვა
„გადაკრეფვა“, რომელსაც ის ხშირად ასახელებს მსჯელობის
დროს. „გადაკრება ასეთი ნაკრეფია, არ არის მთლიანად საარ-
სებობა ნაკრებობა. თვითონ არა აქვს თავისუფალი ნაკრებობა. აზრ-
თა სვლა, თვითონ არ არის ადგილთა ცვლა, რომელსაც აქვს ნა-
თელი არსებობა და გახდეს სხვა ნაკრები“.

— რას ნიშნავს სიტყვა ნაკრები?

„ნაკრები თვითონ რითაც არის განაკრებებული. „ნ“ ბგერა.
ასე გამოთქვამს—ნაკრები. ბგერა ხომ რამდენი ნაკრებია, აბა აღ-
დაბეტი რისთვის გვაქვს ჩვენ? და რამდენიც ბგერებიც არის, იმ-
დენი — ჰაერის იმდენი განაკრებება არის, და მათი გასიტყვები

!
 ცალ-ცალკე, ბგერა, რომელიც ბგერაა, როგორ გასიტყვავდება ის აზრია. ნაკრები არის, ისეთი შეკრება „შ“ ბგერას გამოთქმით, რომელსაც მილიონი ნაკრებობა „ნ“ ბგერის გამოთქმით, იმ ჰაერის ნაწილაკების, რომელსაც უნდათ ერთად ყოფნა არა? ეს ნაკრები კიდევ „ნ“ ბგერად რომ ვთქვათ, არის თავისი სურათი ფაქტი. სხვადასხვა ბგერების აზრი არის სურათიც, ფაქტიც და რაც არის ის არის „ნ“ ბგერას გამოთქმით, „ნ“ ბგერას გაგებით. „ნ“ ბგერას შემცველობით, ასე შეიძლება რომ ვთქვათ, იმიტომ, რომ გამოთქმა არის გაბგერება და გასიტყვავება“.

— თქვენ შეიძლება ნაკრები იყოს?

„მე ნაკრები ვარ, განაკრებება ვარ, მაგრამ გულიყო ვარ სასილად, გამთლიანება ვარ, გამოვლენა შეიძლება ვიყო „გ“ ბგერასი. ბგერა, თუ მარტო ერთი „გ“ ბგერა ხომ არ არის, რამდენი ჰაერია და სხვადასხვა ჰაერი ვერც ყველა ბგერდება ისე. როგორიც ბგერა შეუძლია იყოს. როგორი ბგერა არის, ისე იბგერება გამთლიანდება, განაკრებება ეს ხომ ყველაფერი „გ“ ბგერას გამოთქმაა ხომ! ხომ ასეა? ასე რომ სხვა ბგერაა, განაკრებება. იმ ცვლებს სხვა ბგერებს, სიტყვა სხვა რა არის? ბგერათა ნაკრეფია“.

— თქვენ განა „გ“ ბგერას ნაკრები ხართ? ადამიანი შეიძლება განა ნაკრეფი იყოს?

„გულიყო იმიტომ მქვია, რომ „გ“ ბგერას განაკრეფია. სიტყვა ადამიანი თვითონ ნაკრებია. ადამიანი სიტყვაა, ხომ ყველაფერი ნაკრებია. ყველაფერი განაკრებება. მე იმიტომ ვხმარობ „ნ“ ბგერის გამოთქმით, რომ ნაკრების სიტყვა საერთო გაგებით გამოვლინდება. აი, მაგალითად, ასე ვთქვათ, შეკრებილი ნაკრებია. რა არის სკამი? ესეც ნაკრებია, ყველაფერი ნაკრებია. ისე კიდევ ყველა პირებს თავის გამოთქმა გვაქვს, საერთოდ ლაპარაკის დროს კი ყველა სიტყვებს ვხმარობთ, ყველა გამოვლენას, იმიტომ, რომ ჩვენ თვითონ ვსიტყვავდებით ხოლმე. ვასიტყვავება—გამოთქმა თვითონ არის, რა აზრი გვაქვს, ამაზე თითონ ნაკრები გამოვლინება სიტყვად, ამიტომ ვხმარობ ნაკრებ სიტყვას.

— ადამიანი ბგერების ნაკრებია და მეტი არაფერი?

„ადამიანობა? ის ნაწილაკების შემცველია, ბგერების გაბგერების შემცველობაა, რომელნიც ერთად არიან შეკრებილნი და თითოეულ სიტყვას სხვადასხვა ადამიანობა და ფორმა აქვს.

— ადამიანი ნაკრებია, თქვენ ბრძანეთ, რომ ბუნებაც ნაკრე-

ღია, მაშასადამე. განსხვავება ბუნებასა და ადამიანს შორის არსებობს, თუ არა?

„უელაფერი ნაკრებია, მარა ბუნება იმით განსხვავდება ადამიანისაგან, რომ ბუნება ნაკრებია, ადამიანი ადამიანად ნაკრებია, და მერე ბუნებას აქვს ისეთი გამოვლენა, ისეთი სურათობა, ისეთი ფაქტები, ისეთი აღქმა, როდესაც მას ბუნებას ეძახიან. ასეთი გადაგიღებული ნაკრებობა ლამაზს ასწერს არა? რომელი ნაკრებობა, რა კარგი მიდამოა, რა კარგი ხეებია, ატმოსფერო. ადამიანის ნაკრები ისეთ ნაკრებს შეადგენდა, რომელსაც უარსებო ნაკრებად სიარული შეეძლო. სიარული შეეძლო როგორც ახლა, მასაც შეუძლია ადგომა. საარსებო ნაკრებად ნაკრეფდება, მაგრამ ამას უკვე ნაკრებებით ძალა, სახელი, სხვა სახელი ხომ ასეა?“.

— თუ ბუნება და ადამიანი ნაკრებია, სად არის აქ განსხვავება?

„კი მაგრამ ნაკრები არი ბუნება სიტყვა, ის ნაკრები არი. ადამიანი—სიტყვა ერთი და იგივე ნაკრებია, მარა ხომ სხვა სიტყვაა; არა? ბუნება ერთი სიტყვაა, ადამიანი—მეორე სიტყვა სხვა სიტყვაა არა?“

— განსხვავება მხოლოდ იმაშია, რომ ბუნება და ადამიანი სხვადასხვა სიტყვაა?

„ბუნება და ადამიანი სხვადასხვა სიტყვაა, აბა რაშია განსხვავება, თუ სიტყვა ერთი სიტყვა, მეორე სიტყვა. მეორე სიტყვაა; ერთი სიტყვა ერთი ნაკრებია, მეორე სიტყვა, მეორე ნაკრებია“.

— ნუთუ ადამიანსა და ბუნებას შორის განსხვავება მხოლოდ იმაშია როგორ გამოითქმიან ისინი?

„ის ჰაერი, რომელიც განაკრეფდება ადამიანად, მათ რა უნდათ, საერთოდ ადამიანი არის ეს, რომ ისო ისეთი არსება ადამიანი, რომელმაც, ე. ი. დაარქვა მის განკრებებაც ადამიანი, ადამიანი არა? და ეძახიან მის მსგავს არსებას, ყველას, ადამიანს. მაგრამ ჩვენ ვუძახით ჩვენთვის იმ სახელს, რა სახელებიც გქვია არა? ხომ ასეა? მე, მაგალითად გულიკო მქვია, გულიკოს მეძახიან და რა ადამიანს... თვითონ ის ბუნება რა ჰაერთაც ბუნებობს, იმ ჰაერით საარსებო ნაკრებად იკრიბება. იქაც არსებობს, აქაც არსებობს, სახიერებას (იციინის) ბუნების, რომელსაც უნდა ილაპარაკოს, ე. ი. ის გამოვლენა კი არ ჰქონდეს რა გამოვლენაც ბუნებაში აქვს. ერთი ბგერა ერთი ფორმაა, მეორე ბგერა, მეორე ფორმაა. აი ეს არის ბგერათა ნაკრებობა და მათი გასიტყვაება არის მათი გამოთქმა, სხვადასხვა ბგერათა ერთად გასიტყვაება“.

— თქვენ „გ“ ბგერის განაქრებება ბრძანდებით, ე. ი. გულ-
კო, გულკო ხომ სხეაც არსებობს და ის რა იქნება?

„გულიკო მე, ე. ი. ეს ფორმა ვარ და ეს განლაგება. გუ-
ლიკო კვირკველია მეორე „გ“ ბგერაა. ისეთი განაქრებები, უფრო
პატარა ფორმად, უფრო ვლინდება და მისი გადაბგერვა უკვე იკ-
ვირკველიებს თავს“.

ახლა შეიძლება ვიკითხოთ: რა თავისებურებით ხასიათდება
ავადმყოფის მსჯელობა?

მსჯელობის უშუალო სინამდვილე წინადადებაა, ამიტომ გასა-
მარტავ ცნების შინაარსმა, ცხადია, აქ უნდა ჰქოვოს გაშლა. ჩვენ
ავადმყოფის მსჯელობის საგანი იმდენად ინდივიდუალური თვი-
სებებითაა აღქურვილი, რომ იგი მხოლოდ მისთვის ჩანს მისაწვ-
დომი. ავადმყოფს სურს დაგვიმტკიცოს, რომ ის, რაც ჩვენ გარშე-
შოა ყველაფერი ბგერების ნაკრებია. ამრიგად, მის მსჯელობას
რადაც მის მიერვე შექმნილი და ობიექტურად არარსებული ს-
ინამდვილე აქვს მიღვევლობაში. ავადმყოფის მსჯელობას საგნობ-
რავობა არ გააჩნია, იგი სუბიექტურია. მისთვის ცოცხალი და
არაცოცხალი საგნების სამყარო „ნაკრებია“, რომელიც „არ არის
მთლიანი საარსებო ნაკრებობა. თვითონ არა აქვს თავისუფალი
ნაკრებობა. აზრთა ცვლა თვითონ არ არის ადგილთა ცვლა რომელ-
საც აქვს ნათელი არსებობა და გახდეს სხვა ნაკრები“. ამის შემდეგ
იჩვენება, რომ „ნაკრები“ ის ყოფილა, „რითაც არის განაქრე-
ბებული“.

ჩვენგან დამოუკიდებლად არსებული სინამდვილე ავადმყო-
ფის მსჯელობაში ასობის შემთხვევით კომბინაციამდე არის დაყ-
ვანილი, ამიტომ „გულიკო“ „გ“ ბგერის ნაკრებობაა და მეტი არა-
ფერი. ბგერებს „დასიტყვაების“ გარეშე სინამდვილეს ავად-
მყოფი ფიქციად თვლის. მისთვის ბგერები ისეთივე თვალსაჩინო
გრძნობადი ელემენტების როლს ასრულებენ, როგორც ფიგურე-
ბის ფერი და ფორმა ცნების შემუშავების ექსპერიმენტში. ორივე
შემთხვევაში სიტყვის განსაზღვრება მასალის გრძნობად თვისე-
ბებს ემყარება. ავადმყოფის ცნობიერებაში „გულიკო“ ამ ბგერე-
ბის „ნაკრებია“, ამიტომ აცხადებს იგი: „ადამიანი ნაკრებია“
ბუნებაც ნაკრებია, აბა მეტი რა უნდა იყოს“. ორ ადამიანს, თუ
ორივეს გულიკო ქვია, იგი ვერც ახერხებს მათ შორის განსხვავე-
ბის დანახვას, რადგანაც ორივეს სახელი „გ“ ბგერით იწყება.
ასეთია ავადმყოფის მიერ გამოყოფილი გრძნობადი შინაარსი, რო-
მელიც ყველა მის მსგავს აერთიანებს, ამიტომ საკმაო საბუთიც

არსებობს იმისათვის, რომ მან მეორე გულიკოში განსხვავების დანახვას თვალი აარიდოს, რომლის „გადაბგერვა უკვე იკვერკვე-ლებს თავს“.

ქეშმარიტი მსჯელობა სინამდვილის არსებითი ნიშნების ასა-ნებას ემყარება, მაგრამ ავადმყოფის მსჯელობას სინამდვილესთან აბსოლუტი აქვს საერთო. იგი თითოეული საგნის განმარტებას მისი აბსოლუტურ სიტყვაში შემავალი ბგერების „დასიტყვაების“ მიხედვით იძლევა. ეს მისი მსჯელობის ერთადერთი დასაყრდენია და არა ცნება და მასშივე წარმოდგენილი საგნის არსებითი ნიშ-ნები. ჩვენი ავადმყოფის მსჯელობა არა მარტო მცდარია, არამედ წინაარსიდან დაცლილი. როგორც მისი მსჯელობის გაცნობიდან ჩანს, მას ერთი გრძნობადი შინაარსი აქვს აკვიატებული და ამის მი-ხედვით ცდილობს საგნებისა და მოვლენების აღქმას. „აბსტრაქ-ცია“ ამ გზით მიემართება და, როგორც ვნახეთ, დანარჩენი უფრო არსებითი ხასიათის ნიშნები ყურადღების გარეშე არის დატოვე-ბული. ცხადია, აქ ეს ერთი თვალსაჩინო ნიშანი ისეთი საზომია, რომ ადამიანსა და ბუნებას შორის განსხვავების დანახვის საშუალებას არ იძლევა. ერთიც და მეორეც ბგერების კრებადობაა, რომელიც მას განცდაში არა ფონის, არამედ ფიგურის როლს ასრულებს. დანარჩენი ნიშნები ამის მიხედვითაა აღქმული, ამიტომაც კით-ხვლობს იგი: „აბა სხვა რა უნდა ყოს“-ო. თუ ფიგურისა და ფო-ნის ერთეურობას პირობით ფიგურაცია ვუწოდებთ მაშინ ავადმყოფის აზროვნებაში აბსტრაქციის ფუნქციონალურ ექვივალენტად, როგორც ეს ვერნერსა და უზნაძეს აქვთ მითითე-ბული. სწორედ ფიგურაცია უნდა ჩაითვალოს.

აზროვნებაში ცნების როლს აქაც ზოგადი წარმოდგენა ას-რულებს. მაშასადამე, არც იმის საშუალება არსებობს, რომ მსჯე-ლობის საგნად აღებულ მასალის ცალკეული თვისებები გაერ-თიანებულ იქნეს ცნების მთლიან შინაარსად და ამგვარად ჩამოყა-ლებებულ აზრს დაეკისროს ხელმძღვანელი როლი. ამიტომაც ანა-ლოგიის გზით ერთიმეორის გვერდით ლაგდებიან: ადამიანი, ბუ-ნება. სკამი და ა. შ., ყველანი ხომ ბგერათა ნაკრებობით იქნენ არსებობას! ფიგურაცია ავადმყოფის განცდაში ბგერების „დასი-ტყვაებით“ და ანალოგიის გზით მიმდინარეობს. გავიხსენოთ ავად. ბირ-ძე. მსჯელობა. რომელმაც ფორმალური ანალოგიის მი-ხედვით ერთ ჭგუფში მოათავსა მამა, ნაპალეონი, ერეკლე მეფე და თან დასძინა: „სვიაზში არიანო“. ასევე იქცეოდნენ ჩვენი ავად-მყოფები გეომეტრიული ფიგურების მიმართ, ეღეზა მათ ცნობიე-

რებაში ისაა, რაც წითელი და ყვითელია, კონგოც ასევე წითელი და ყვითელია, ამიტომ ჭკუფებს შორის საზღვარი წაშლილი აღმოჩნდა.

რადგანაც სიტყვის დასაყრდენი ზოგადი წარმოდგენაა და არა ცნების შინაარსს („ედეზა“, „გულიკო“ გარდა გრძნობადი ელემენტებისა სხვა არაფერზე მიგვიტოვებენ), მათი შინაარსიც აღქმადი სასაოთისაა. სიტყვა ავადმყოფისათვის იგივე საგნის ხატია, ამიტომ ცნების განსაზღვრებას ცვლის ამ საგნის სურათის აღწერა. გარდა ბგერებისა ადამიანში ავადმყოფი სხვას ვერაფერს ხედავს, ჯა როგორც მოსალოდნელი იყო, არც ადამიანსა და მისი სახელის აღწნიშვნელ სიტყვას შორის ჩანს განსხვავება. სიტყვა ავადმყოფისთვის არა ცნების, არამედ საგნის სურათია. „ადამიანობა ნაწილაკების შემცველია, გვეუბნება ავადმყოფი, ბგერების გაბგერების შემცველობაა, რომელნიც ერთად არიან შეკრებილი და თითოეულ სიტყვას სხვადასხვა ადამიანობა და ფორმა აქვს“-ო.

ჩვენი ავადმყოფის მსჯელობაში აღწერა და ახსნა ერთმანეთს ემთხვევა, ამიტომ აუცილებლობისა და ზოგადი კატეგორიების, მიზეზისა და საშუალების მიმართების განცდა სრულიად თავისებურ სახეს ღებულობს. აქ ადამიანის, ბუნების არსებობა ისეთივე შემთხვევითობაა, როგორც სიტყვაში ბგერების კომბინაცია. „თვითონ ეს ბუნება, მსჯელობს ჩვენი ავადმყოფი, რა ჰაერითაც ბუნებობს, იმ ჰაერით საარსებო ნაკრებად იკრიბება“. ბუნების არსებობა, როგორც აქედან ჩანს, იმაზე ყოფილა დამოკიდებული თუ როგორია ჰაერის ნაკრებობა, ხოლო ეს უკანასკნელი იმდაგვარი, როგორც ის გამოითქმის. ადამიანს, ბუნებას დასანახ ფორმას, აქ ჰაერის თუ ბგერების თვითნებური ნაკრებობა აძლევს, ვინაიდან ერთი ბგერა, დასძენს ავადმყოფი, ერთი ფორმაა, მეორე ბგერა მეორე ფორმაა“. ამდაგვარად მოაზროვნე ავადმყოფისათვის, რასაყვარეველია, ადვილად სათქმელია, რომ სიტყვა „ედეზა“ გაქრება თუ მასში გაერთიანებული ფიგურები სხვას ვაჩუქეთ. ადამიანი თუ ბგერათა ნაკრებია და მხოლოდ მათი „დასიტყვაება“, მაშინ მეტი რა გზაა მისი არსებობა ბგერების არსებობაზე ყოფილა დამოკიდებული!.

აქ აზროვნებისათვის დამახასიათებელ ლოგიკურ კატეგორიებს ყოველგვარი უფლებები დაკარგული აქვთ. ავადმყოფი მსჯელობს, მაგრამ ლოგიკის კანონებით არ ხელმძღვანელობს, მის განცდას საკუთარი კანონები აქვს. სინამდვილესთან კავშირაც თავისებურია, ამიტომ ბუნებისა და საზოგადოების კანონებს ზემოქ-

შედების ძალა არ გააჩნიათ, ავადმყოფის მსჯელობის საფუძველიც თვითნებურია. მისი ცნობიერება გვერდს უვლის იგივეობის განცდას. აზროვნების ამ ძირითად კანონს, მას თავისუფლად ცვლის ფსიქიკური შინაარსი, რომელსაც რომელიმე საგანი ერთ პირობებში აღძრავს. ავადმყოფის აზროვნება სიტუაციურია, მას ჯოველი გრძნობადი შინაარსის მსგავსად თვითმდინარეობა არასიათებს. თუ „გ“ ბგერის ნაკრებია გულიკო, ვეკითხებით ავადმყოფს, მაშინ რით შეიძლება იგი გიორგისაგან განვასხვავოთ? „მე ნაკრები ვარ, პასუხობს ავადმყოფი. მაგრამ გულიკო ვარ საბუნლად. გულიკო მას აქვს ისეთი ფორმა. რომელსაც ის დაასურათებს. ის მთლიანად შეიცავს. რომ ვამბობთ სახელი გიორგი, ეს ის ფორმაა, როგორიც არის, ე. ი. როგორიც ფორმა გულიკოა. ისეთი ფორმაა გულიკო და როგორი ფორმაც გიორგი, ისეთი ფორმაა გიორგი. ორივე „გ“ ბგერის ნაკრებობაა“. ასეთი არგუმენტების საფუძველზე გამოტანილი დასკვნა, თავისთავად ცხადია, რომ შეუძლებელია სწორი იყოს. სინამდვილეშიაც ორ გულიკოს შორის ის განსხვავებას იმაში ხედავს, რომ ერთი თვითონაა, ხოლო მეორე, „ბგერათა გადამბგერების გამო იკვერკველიებს თავს“. ზედმეტია მტკიცება, რომ ასეთი დასკვნა და მსჯელობა სავესებლო ეცხობა ჩვენი აზროვნებისათვის¹.

ინტელექტი. სინამდვილის შემეცნების ეს უმაღლესი საფეხური. ავადმყოფის ხელში უმოქმედობას იჩენს, ამიტომ ექვი, შემოწმება. კრტკია, რაც ეგრე დამახასითებელია აზროვნებისათვის აქ სრულიად არ ჩანს, გარესინამდვილესთან კავშირი გაწყვეტილი ავადმყოფის აზროვნება. როგორც ვნახეთ, ისეთი შინაარსებით იკვებება, რომელნიც სრულიად გამოუსადეგარნი არიან ცხოვრების პირობებთან შეგუებისათვის. დაზიანებული აღმოჩნდა, როგორც ვნახეთ, სიტყვის ქმნადობის პროცესი, ხოლო რაც შე-

¹ რაკვირველია. არსებობს შესაძლებლობა. რომ ავადმყოფების მსჯელობა შეგვედარებოდა ბავშვის აზროვნებისათვის, როგორც ეს ვიტოუსკის მიერ იყო მითითებული. მოგუენახა ანალოგია პრიმიტივეობის აზროვნებასთან. როგორც ეს შტროხის. სტრანსკის, დობარუსის მიერ იყო გაკეთებული. მაგრამ ასეთ ღონისძიებას იმ შემთხვევებში ექნებოდა აზრი, რომ ფსიქოზი განვითარების შეჩერებას წარმოადგენდეს; ესეც რომ იყოს ბავშვიც და პრიმიტივიც ჭანსალი ფსიქიკის ათამიანებია, ჩვენ კი საქმე სულით ავადმყოფთან გვაქვს. აზროვნების დეფექტი. რომლის შესახებ აქ გვაქვს მსჯელობა, თვისობრივად განსხვავებულ მოვლენას წარმოადგენს, იგი განსხვავებულ საფუძველზე აღმოცენდება. ჩვენ ფსიქოზის შემთხვევაში დემენციასთან გვაქვს საქმე, რომელიც ფსიქიკის სტრუქტურის, მისი საფუძვლობრივი წყობის დარღვევით არის გამოწვეული.

ეხება წარსულში შექმნილ სიტყვებს, წინადადებებში მათ ასოციაციას, ისინი არაადეკვატურ მიმართულებას იძენენ. საკუთარი განცდის შინაარსებს ავადმყოფი ისე გამოხატავს, რომ ისინი არც საჭიროებენ სიტყვიერ ფორმებში გადაყვანას, ან გაცნობიერების გარეშე პოულობენ რეალიზაციას ენობრივ მოქმედებაში. ზოგად ადამიანურ საფუძველს მოკლებული და განმცდელის სუბიექტურ სამყაროში ჩაკეტილი აზრები და წარმოდგენები ეგოცენტრული ბუნებასა არიან და მხოლოდ ავადმყოფის აწმყოს და წარსულს უტრიალებენ. ინტელექტის მონაწილეობის გარეშე აღმოცენებული და მიმდინარე ფსიქიკური აქტები იმპულსურობით, ცალსხრივ მიმდინარეობით და ტენდენციურობით ხასიათდებიან. ყალბია ავადმყოფის მსჯელობის წინამძღვარი და ამის საფუძველზე გამოტანილი დასკვნები. მას ცნობიერების ისეთ თვალსაჩინო შინაარსებთან აქვს საქმე, რომელნიც მისი უშუალო ხედვის საგნად არაან გადაქცეულნი. მათი რეალობა, როგორც ყოველი თვალით ნახულის, ექვის გარეშე დგას, ამიტომ ავადმყოფის განცდას თან ახლავს გულუბრიყვოლო დარწმუნებლობა. ავადმყოფის მსჯელობა არა ლოგიკურ დასკვნებს, არამედ უშუალოდ მოცემულს, მაგრამ თავისებურად გადამუშავებულ გრძნობად შინაარსებს ემყარება.

ყოველივე ამის გამო სრული უფლება გვაქვს გამოვიტანოთ დასკვნა, რომ აზროვნების სრულიად თავისებურ ფორმასთან, შიზოფრენიისათვის დამახასიათებელ აუტისტურ აზროვნებასთან გვაქვს საქმე. იგი ფსიქოზურ ნიადაგზეა აღმოცენებული ამიტომ აუტიზმი, რომლის შესახებ აქ გვაქვს მსჯელობა, პათოლოგიურ მოვლენას წარმოადგენს. ავადმყოფის აზროვნება თავის მიზნისათვის, როგორც ბლეილერი მიუთითებს, ისეთ მასალას იყენებს, „რომელიც ყოველგვარ ლოგიკურ კავშირებს მოკლებულია“. „აქ ასოციაციები თანაბგერობის მიხედვით დგება, ამიტომ რომელიც გნებავთ იმ აღქმათა და წარმოდგენათა შემთხვევით დამთხვევას შეუძლია ლოგიკური ასოციაციების ადგილი დაიკავოს. ბოლომდის გაუაზრებელი ცნებები, ყალბი ინდენტიფიკაცია, შერწყმა, გადასმა, სიმბოლოები ქმნიან იმ მასალას, რომლითაც აუტისტური აზროვნება სარგებლობს“¹.

აუტისტური აზროვნების შინაარსები სიზმრის ცნობიერების პროდუქციებთან დგანან ყველაზე უფრო ახლოს. როგორც სიზმარში, ისე აქაც გარემოსთან ზურგშექცეული ადამიანი საკუთარი ოცნების სამყაროში ცხოვრობს, მის შინაარსებს კვრეტს და ათვა-

¹ Проф. Е. Бл е и е р, Аутическое мышление, 1927. გვ. 78.

ლიერებს. შეიძლება ერთადერთ გამოსავალს ავადმყოფი ამაში პოულობდეს. რადგანაც სინამდვილე მისთვის დაუძლეველი წინააღმდეგობის შემცველია. თანახმად იმისა, რაც აქ თქვა, იგი იძულებულიცაა სინამდვილეს ზურგი შეაქციოს და მისთვის მისაწვდომ საფეხურზე აღმოცენებული ფსიქიკურ სამყაროში განაგრძოს ცხოვრება, სადაც მოვლენები კრიტიკისა და წინააღმდეგობის გარეშე მიმდინარეობენ, როგორც ეს საერთოდ სიზმრის ცნობიერებისათვის არის დამახასიათებელი.

საკუთხის ასე დასმა გამართლებას იმ მხრივაც პოულობს, რომ სწორედ სიზმრის სტადიაშია დამახასიათებელი ცნობიერებისათვის ის, რომ ფსიქიკის მოქმედების ობიექტივაციის დონე იქ ინაქტიურ მდგომარეობაშია და მისი მუშაობა არსებითად და მთლიანად ფსიქიკური ცხოვრების პირველ დონეზე, ე. ი. ისეთ საფეხურზე მიმდინარეობს, სადაც აღქმასა და წარმოდგენას შორის დიფერენციაციის შესაძლებლობას ინდივიდი მოკლებულია.

პიროვნების სტრუქტურა

თანახმად იმისა, რაც ახლა ჩვენ შიზოფრენიით დაავადებული ადამიანის აზროვნების შესახებ ვიცით, შეიძლება გამოვიტანოთ დასკვნა, რომ მისი აზროვნება ფსიქიკის მოქმედების ისეთ საფეხურზე მიმდინარეობს, რომელიც მთელი რიგი ნიშნებით სიზმრის ცნობიერებას უახლოვდება, რომლის პროდუქტიც ყველას მიერ ბოღვად არის აღიარებული. ამის გამო მივიჩნით ჩვენ ბოღვის მიზეზის ძიება არამართებულად საკუთრივ მსჯელობაში, ინტელექტში. პირიქით, საკმაოდ მნიშვნელოვანი საბუთი არსებობს იმისა, რომ იგი იმ ცვლილებათა სფეროში ვეძიოთ, რომელსაც შიზოფრენიკის პიროვნების სტრუქტურაში აქვს ადგილი.

ერთის მხრივ, აქტუალური განწყობისა და, მეორეს მხრივ, სიტყვით სიტუაციაში ფიქსირებული განწყობის მოქმედების დონე, ჩვენი ფსიქიკური ცხოვრების ორი ისეთი საფეხურია, რომელიც მის იერარქიულ წყობაზე, ე. ი. პიროვნების სტრუქტურულ აღნაგობაზე პოვეითობს. მათ ერთიანობას ემყარება პიროვნების მთლიანობა, ამიტომაც სანამდის მის სტრუქტურაში ცვლილება არ მომხდარა, პიროვნების ფსიქიკური ცხოვრება ნორმალურად მიმდინარეობს.

ამის საილუსტრაციოდ უთუოდ გამოდგება ის მასალა, რომელიც შიზოიდი ფსიქოპათების შესწავლის შედეგად არის მოპოვებული. ამ ადამიანებს შიზოფრენიასთან გარდა რიგი ხასიათის ნიშნებისა საერთო აღმოაჩნდა აქტუალური აღქმის სფეროში ფიქსირე-

ბული განწყობის თავისებურებანი, მაგრამ ფსიქოზის ფორმალური ნიშნები მათ არ ჰქონიათ. როგორც კვლევა-ძიებამ გვიჩვენა იმიტომ, რომ ფსიქიკური ცხოვრების დონეთა შორის ურთიერთობა აქ არის დარღვეული, სიძნელე აქაც აღინიშნება, მაგრამ შენარჩუნებულია ფსიქიკის ბუნებრივი სტრუქტურა. შიზოფრენიკების შესწავლიდან ვიცით, რომ ავადმყოფობას სწორედ ამ მხრივ შეაქვს ხარვეზი ფსიქიკის მოქმედებაში.

ფსიქიკური ცხოვრების დონეთა შორის კავშირის დარღვევას თან სდევს, როგორც ამას ვლ. ნორაკიძემ მიაქცია ყურადღება. სეზელობის შესუსტება, ირღვევა ის ურთიერთობა, რომელიც არსებობდა ნებელობითსა და იმპულსურ ქცევათა შორის. ისპობა ცნობიერებით გაშუალებული განწყობის მოქმედებისათვის აუცილებელი პირობები, და რაც მთავარია, კონფლიქტების მომწესრიგებელი ძალა არსად ჩანს.

აქ აღნიშნულის ნათელსაყოფად გავიხსენოთ იმ ცდას შედეგები, რომელიც ობიექტივაციისა და სიტყვით სიტუაციაში განწყობის ფიქსაციის შესწავლას დაუსახეთ მიზნად. ობიექტივაციის ცდებში ერთხელ არ გვქონია შემთხვევა, რომ ავადმყოფი თავის ინტერ-მოქმედებაში შეეჭვებულებოდა, ან კრიტიკული სიტყვა მას ადეკვატურ ენაზე წაეკითხა. კითხვის ავტომატიზმი ისე მიმდინარეობდა, თითქოს სრულიად არ არსებულებოდა მისი შემათავრებელი მომენტები. ადგილი არ ჰქონია ემოციურ დატვირთვას, კრიტიკული სიტყვების კონფლიქტურად განცდას. საკმარისი იყო ოდნავი სიძნელე, რომ ამას ავადმყოფის დადუმება გამოეწვია. ერთი სიტყვით, ობიექტივაცია ავადმყოფის მოქმედებაში არსად არ გამოიყვანებულა.

ამ დანაკლისმა, ცხადია, პირველ რიგში, ინტელექტის მოქმედების დაქვეითებაში უნდა ჰპოვოს გამოხატულება, თუმცა, როგორც ამას სპეციალური შესწავლა გვიჩვენებს, ავადმყოფს დაკარგული არა აქვს მეხსიერების, აღქმის, მსჯელობის უნარი. აქ არც ასოციაციების საგანგებო სიღარიბე ჩანს და არც იმ მხრივ სიძნელე, რომ ავადმყოფმა თავისი აზრი სიტყვიერ ფორმაში გამოხატოს. ერთი სიტყვით, გონების რთული მექანიზმები განაგრძობენ მოქმედებას, მაგრამ მას ის ნაკლი ახლავს, რომ დაკარგული აქვს შემოქმედებითი ძალა და ავტომატად არის გადაქცეული. ობიექტივაციის მიმართველი აქტიურობის განლევას თან სდევს იმპულსური ფსიქიკური აქტების განთავისუფლება,—ირღვევა ამით ფსიქიკური ცხოვრების იერარქიული წყობა, რაც თავის მხრივ იმაზე მიუთით-

თებს, რომ შეცვლილია პიროვნების სტრუქტურა. წინ წამოწეულია დაბალი ობიექტივის ფსიქიკური პროცესები, მათი გაძლიერებული და უკონტროლო მოქმედება. ფსიქიკური ცხოვრების ამ დაბალ საფეხურზე, როგორც მითითებული იყო, განწყობის ინერტულობა წარმოადგენს პერსვერაციებისა და სტერეოტიპიის დასაყრდენს, რომელიც თავის მხრივ გამოხატულობას პოულობს ავადმყოფების ქცევაში, მეტყველებაში, ასოციაციების მიმდინარეობაში და ბოლომდე პროდუქციებში.

აზრით სიტუაციაში განწყობის ფიქსაციისაკენ მიმართული, ცდების შედეგებიდან ვიცით, რომ ამ მხრივ ჩვენი ავადმყოფები სრულ უმწეობას მელავენებენ. აქ საგანწყობო ცდის გავლენა კრატული ობიექტების აღქმაზე არც იმ შემთხვევაში გვინახავს, როცა ექსპერიმენტი გარეგნულად დამშვიდებულ ვითარებაში მიმდინარეობდა. ამრიგად, რაც ეგრე ადვილია აქტუალური აღქმის სფეროში სრულიად მიუღწეველი აღმოჩნდა აზრით სიტუაციაში. ამის გამო ავადმყოფს საშუალება არ გააჩნია გარემოსთან ნორმალური ურთიერთობა დაამყაროს და, რაც მთავარია, მასში თანდათან გროვდება გაუნაღლებელი სურვილები და მოთხოვნაილებები. ამათ რგალიზაციას ავადმყოფი ფსიქიკური ცხოვრების ისეთ დაბალ საფეხურზე მიმართავს, სადაც საზღვარი აღქმასა და წარმოდგენას შორის არ ჩანს.

ობიექტივაციის — სპეციფიკური ადამიანური აქტიობის — განღვევა არის მიზეზი იმისა, რომ ფსიქიკური ცხოვრების პირველ, ე. ი. დაბალ დონეზე, რაც ავადმყოფისთვის ადვილი მისაწვდომია, იმავეს განხორციელება ფსიქიკური ცხოვრების მეორე, ე. ი. მაღალ დონეზე სრულიად მიუღწეველი ჩანს. ეს შედეგია იმისა, რომ ფსიქიკის იერარქიული წყობა, და ამდენად პიროვნების სტრუქტურული მთლიანობა საფუძვლიანად არის დარღვეული. კ ა ვ შ ი რ ი ფ ს ი ქ ი კ უ რ ი ც ხ ო ვ რ ე ბ ი ს I დ ა II დ ო ნ ე თ ა შ ო რ ი ს ა რ ჩ ა ნ ს, რ ა ც უ ფ ლ ე ბ ა ს გ ვ ა ძ ლ ე ვ ს გ ა მ ო ვ ი ტ ა ნ ო თ დ ა ს კ ე ნ ა, რ ო მ შ ი ზ ო ფ რ ე ნ ი ი ს ა თ ვ ი ს ე ს ო დ ე ნ დ ა მ ა ხ ა ს ი ა თ ე ბ ე ლ ი გ ა ხ ლ ე ჩ ი ს (შ ი ზ ი ს ი ს) ს ი მ პ ტ ო მ ი ს მ ი ზ ე ზ ი ა ქ ა რ ი ს ს ა ძ ი ე ბ ე ლ ი. ფსიქოზს დამახასიათებელი ბზარი შეაქვს პიროვნების სტრუქტურაში იმით, რომ თიშავს ფსიქიკური ცხოვრების ორივე დონეს ერთიმეორისაგან. ეს არის ის, რაც ავადმყოფის ასოციაციების მიმდინარეობაში, მეტყველებაში, აფექტურ და ნებით სფეროს ურთიერთობაში

სწორედ ამ ფსიქოზისათვის დამახასიათებელი თავისებურებით პო-
ლოზს გამოხატულებას.

ამრიგად, შიზოფრენია, თანახმად ჩვენი ექს-
პერიმენტული მასალებისა, არის პიროვნების
დაავადება, ხოლო გახლეჩა მისი პიროვნული
ხასიათის სიმპტომი, რომელიც სპეციფიკური
ადამიანური აქტივობის უკმარობით არის გან-
საზღვრული.

აქედან ცხადია, რომ ფსიქოზი პიროვნებას არ სპობს, არამედ
ისეთ ცვლილებას იწვევს მასში, რომლის შედეგად თანდათან, ან
ერთბაშად ქვეითდება განცდების ინტეგრაციის საფეხური, რაც
თავის მხრივ ქმნის ცხადისა და სიზმრის ცნობიერების შინაარსთან
ერთმანეთში აღრევის პირობას. ფსიქოზური განცდების აღმოცენე-
ზისათვის პიროვნების მთლიანობის არა ყოველგვარი, არამედ სწო-
რედ ასეთი ხასიათის დარღვევა არის დამახასიათებელი: რაც შეეხე-
ბა ფსიქოზის გამომწვევს შავნე აგენტებს, (ტრამვა თუ ტოქსინი),
რისი ზემოქმედებას ახდენენ არა არამატერიალურ ფსიქიკურზე,
არამედ პიროვნებაზე და მის სტრუქტურაში შეაქვთ ცვლილება,
რომელიც ობიექტივაციისაკენ, ე. ი. შეკავებისაკენ მიმართული
აქტივობის დაქვეითების მხრივ იჩენს თავს. ამის გამო წინ გამოდიან
უფრო დაბალი ორგანიზაციის სიმპტომები. და მათ შორის ისეთები,
რომელნიც თავიდან დომინანტური უფლებით სარგებლობდნენ, ან
ინდივიდის აქტუალური მოთხოვნილების დაკმაყოფილებას ემსა-
ხურებიან.

ზემოგამოთქმული მოსაზრებათა საბუნებისმეტყველო საფუძ-
ვლად შეიძლება წარმოგვედგინა შიზოფრენიის შემთხვევაში სასიგ-
ნალო სისტემათა ურთიერთობაში არსებული ცვლილების დახასია-
თება, როგორც ეს ჩვენი ავადმყოფების მეტყველებისა და აზროვნე-
ბის განხილვამ გვიჩვენა. აქ წინასწარ შეიძლება გვეთქვა, ფსი-
ქოზის აღმოცენების პირობად უმაღლესი ნერვული მოქმედების
ფიზიოლოგიაც ზომ სასიგნალო სისტემათა შორის ნორმალური
ურთიერთობის დარღვევას თვლის.

შიზოფრენიის შემთხვევაში ფსიქიკური ცხოვრების დონეთა
შორის კავშირის ისეთი შესუსტება, რომელიც მათი გახლეჩის მაჩ-
ვენებელია, როგორც ვნახეთ, გამოწვეულია ობიექტივაციის ინაქ-
ტიურობით, უკეთ რომ ვთქვათ, შეკავებითა და არა მისი გამოვარ-
დნით, როგორც ამას ორგანული ბუნების ფსიქოზებს შორის აქვს
ადგილი (პროგრესული დამბლა, სენილური დემენცია, ტვინის ქერ-

ღის დაზიანების შემთხვევებში). აქედან მომდინარობს შიზოფრენიული დემენციის ფუნქციონალური ხასიათი, რომელიც მას ორგანული დემენციისაგან განსხვავებულ სახეს აძლევს. რასაკვირველია, არ არის გამორიცხული, რომ ბოლოსა და ბოლოს ფუნქციონალურ სარჩულს ორგანული შეცვლის.

ამ მხრივ არ არსებობს პრინციპული ხასიათის განსხვავება კრეპელინის ნაადრევ ჰუასუსტობასა და ბლოილერის შიზოფრენიას შორის, ორივე ეს ცნება აერთიანებს ფსიქოზის ისეთ ფორმებს. რომელთაც საფუძვლად უდევთ პიროვნების გახლეჩა; რაც შეეხება დემენციას, იგი ამის საფუძველზე ყალიბდება, ამრიგად, საქმე ისეთ ფსიქოზების ჯგუფს ეხება, სადაც დემენცია პიროვნების გახლეჩის შედეგად არის აღმოცენებული.

თუ აქ წარმოდგენილი თვალსაზრისით შევხედავთ კლერამბოს მიერ აწერილ სიმპტომს, ვნახავთ, რომ მან ფაქტების ვულგარიზაციას მიმართა, როცა ბოღვა („იდეაცია“) ჩასთვალა ნერვული უჯრედებიდან ფსიქოზის ამოძახილად. ბოღვა და, მაშასადამე, იდეაციის ყველა დანარჩენი სახეებიც წარმოდგენენ პიროვნების მიერ გარეშთაბეჭდილებათა მცდარი გადამეშავეების შედეგს, მისი აქტიურობის თავისებურ პროდუქტს. ავტომატიზმი არა უჯრედების ფიზიკურ ვიბრაციაა, არამედ ავადმყოფის მოქმედება, მისი ინერტული ფიქსირებული განწყობის რეალიზაცია ცნობიერების კონტროლის გარეშე. ავტომატიზმი შიზოფრენიით დაავადებული ადამიანის ფიქსირებული განწყობის თავისებურებათა ცოდნის საფუძველზე ხდება გასაგები.

ქერქული პროცესების სისუსტე, რომელიც შეადგენდა ი. პ. ჰავლოვის მსჯელობის საგანს, არსებითად შიზოფრენიით დაავადებული ადამიანის ორგანიზმის ჰიპორეაქტიულობაზე მიგვიბრუნებს. ჰიპორეაქტიულობა, როგორც საგანგებოდ ჩატარებული ცდის შედეგებიდან ჩანს, ზოგადი ბუნების მოვლენაა, იგი ერთნაირად დამახასიათებელია ორგანიზმში მიმდინარე მეტაბოლური პროცესებისათვის, აგრეთვე ცენტრალური და პერფორატორული ნერვული სისტემისათვის¹. ჩვენ ცდებში ამ მოვლენის გამოხატულებას იმაში ვხედავთ, რომ ფსიქოზის ზეგავლენით სპეციფიკური ადამიანური განწყობა, — პიროვნების აქტივობის უმაღლესი დონე—აღ-

¹ A. Angyal, H. Freeman and R. G. Hoskins—Physiological aspects of schizophrenia withdrawal. Tomkins—contr. Psychopathologie, 1944, გვ. 254—259.

მოჩნდა უმოქმედო მდგომარეობაში. ჩვენი ავადმყოფი გარემოსთან ურთიერთობას, როგორც ვნახეთ, დაბალი — რეცეპტორული ფსიქიკის დონეზე აღმოცენებული და თან პათოლოგიურად შეცვლილი განწყობის საფუძველზე ამყარებს. გარემოსთან კონტაქტი მას იმდენად დაკარგული აქვს. რომ სინამდვილიდან განდგომილ მდგომარეობაში იმყოფება. შიზოფრენიული განდგომის ფსიქოლოგიურ გამოხატულებას წარმოადგენს აპათია, ინდიფერენტიზმი. გარემოსთან ადამიანური კავშირის სისუსტეა მიზეზი იმისა, რომ გარესამყაროს ზემოქმედებას დაკარგული აქვს ინტელექტუალური ფუნქციების სტიმულაციის ძალა. ავადმყოფის ფსიქიკური ცხოვრების აქტივობის დონე იმდენად დაბლა დგას, რომ მისი განცდის შინაარსები ცნობიერების, აზროვნების, ნებელობის მონაწილეობის გარეშე პოულობენ ქცევაში რეალიზაციას. ავადმყოფის სისუსტე იმაში ჩანს, რომ მას დაკარგული აქვს არა მალაღი, არამედ ფსიქიკური ცხოვრების დაბალ დონეზე. აღმოცენებული ფსიქიკურ შინაარსებზედაც ხელმძღვანელობა. მისი ქცევა იმდენად დამოკიდებულია ფსიქოზური წარმოშობის შინაარსებზე, რომ იძულებულია ის განიცადოს და ის გააკეთოს, რაც მისი შეგნებიდან არ გამომდინარეობს. ამაში პოულობს გამოხატულებას ავადმყოფის პ ი რ ო ვ ნ ე ბ ი ს, მ ი ს ი ს პ ე ც ი ფ ი კ უ რ ი ა დ ა მ ი ა ნ უ რ ი ა ქ ტ ი ვ ო ბ ი ს უ კ მ ა რ ო ბ ა, მ ი ს ი ო რ გ ა ნ ი ზ მ ი ს ჰ ი პ ო რ ე ა ქ ტ უ ლ ო ბ ა.

ორგანიზმის ამ მთლიანი ცვლილების საფუძველზე აღმოცენებული სიმპტომებია, ჩვენი აზრით, ასოციაციათა სისუსტე, მე-სერთიანობის დარღვევა, ცნობიერების ჰიპოტონია, ინტენციონალური რკალის უკმარობა, რომლის შესახებ ზემოთ გვქონდა მსჯელობა.

შიზოფრენიული ფსიქოზისათვის დამახასიათებელ ძირითად რღვევას, თანახმად ჩვენი შედეგებისა, ს პ ე ც ი ფ ი კ უ რ ი ა დ ა მ ი ა ნ უ რ ი ა ქ ტ ი ვ ო ბ ი ს უ კ მ ა რ ო ბ ა წარმოადგენს. ამის ცოდნას იმიტომ აქვს ჩვენთვის მნიშვნელობა, რომ არ არსებობს ფსიქოზური მოვლენა, რომელსაც საფუძველად არ ედვას თავისი შესატყვისი ძირითადი რღვევის სიმპტომი და არ განსაზღვრავდეს იგი მის ნაზოლოგიურ ბუნებას. ავადმყოფობა იმ შემთხვევაში ჩაითვლება ზუსტად შესწავლილად, როცა ფსიქოლოგიურად დადგენილია ფსიქოზური მანიფესტაციის დამოკიდებულება ძირითად რღვევის სიმპტომთან. ამ პრინციპით აქვს ბლოილერს შიზოფრენია

გამოყოფილი და ამის ცოდნა მისი სწორი შემეცნების გზასაც გვიჩვენებს.

ამავე დროს არც ძირითადი რღვევის აღმნიშვნელი სიმპტომის გამოყოფა იქნება საკმარისი, თუ ის მთლიანობას მოკლებულია და მისი დადგენა ცალკეული სიმპტომების სინთეზის გზით არის ნაცადი. სინთეზის სფეროში ყოველთვის ცალმხრივობა მეფობს. ჭეშმარიტი ძიების ამოცანა, როგორც ვნახეთ, იმაში მდგომარეობს, რომ ფსიქოზური წარმოშობის სიმპტომების ისეთი საფუძველი მოინახოს, რომელშიც გაერთმთლიანებულია ფსიქოლოგიური და ფიზიოლოგიური. ასეთ მოვლენას განწყობა წარმოადგენს, რომელიც, როგორც ვნახეთ, თითქმის უნაშტოდ ასახავს ორგანიზმში მიმდინარე ფიზიოლოგიური მოვლენების თავისებურებას და ამდენად სიმპტომის სწორი შემეცნების გზას გვიჩვენებს. ამ სახით კვლევის აუცილებლობაზე მიუთითებდა კრონფელდი, რომელიც ფსიქოლოგიურისა და ფიზიოლოგიურის მკიდრო დაახლოების შესახებ წერდა: „მას ფსიქიატრიისათვის აქვს მეტად პრინციპული მნიშვნელობა, მაგრამ განსაკუთრებით მაინც შიზოფრენიის შესახებ მოძღვრებისათვის“¹.

როგორც ვხედავთ, გაცილებით უფრო მეტი საბაზი გვაქვს ვიდიქროთ, ვიდრე ჩვენს წინამორბედ მკვლევარებს, რომ ღღემდე ზვენთვის ცნობილ სიმპტომებს შორის ავადმყოფის ფიქსირებულ განწყობას სრულიად განსაკუთრებული ადგილი უკავია. იგი თავს უყრის და გასაგებ საფუძველს უძებნის ჩვენი მეცნიერების განკარგულებაში არსებულ ფაქტებს, ცდილობს მიგვითითოს პათოფიზიოლოგიურ მექანიზმზე, რომელთა მონაწილეობით მიმდინარეობს ფსიქოზური განცდების რეალიზაცია.

ჩვენ ვნახეთ, რომ შიზოფრენიის შედეგად ადამიანი სპეციფიკურ აქტივობას კარგავს, რის გამო შისი ფსიქიკის მუშაობა სრულიად გარკვეულ ანალოგიას პოულობს ცნობიერებას იმ ფენომენებთან, რომელიც ჩვენთვის ძილისა და სიფხიზლის შუალედ მდგომარეობაში არის ცნობილი და რომლისათვისაც სწორედ ისაა დამახასიათებელი, რომ ნამდვილსა და ილუზორულს შორის საზღვრის დადგება საგანგებო სიძნელედ არის გადაქცეული. კონკრეტულად რა გვაქვს მხედველობაში, ამის შესახებ მსჯელობას აქვე შევეუბნებით.

¹ А. Кроуфельд, Современные проблемы учения о шизофрении, Труды Института им. Ганнушкина, 1935, 83 44.

თავი მესამე

ზოგოფრენიის ფსიქიკური სიმპტომები ბანუშოხის ფსიქოლოგიის სვალსაზრისით

ძილისა და სიფხიჯლის შუალედის ფენოფენები

სიფხიჯლე პიროვნების მაქსიმალურ აქტიობასთან არის დაკავშირებული, რომელსაც იგი იყენებს არა მარტო იმისათვის, რომ ასახოს გარემო, არამედ შეიტანოს მასში ცვლილება, შეუგუოს ის თავის ცხოვრების პირობებს. გარესინამდვილის ასახვა აქ პიროვნების კონტროლის ქვეშ მიმდინარეობს, და იგი არა მარტო მისი სურვილების, მისწრაფების, მოთხოვნილებების დაკმაყოფილებას ემსაუღრება, არაპედ გარემოსთან ორგანიზმის შეგუებას და მხოლოდ ამის შედეგად პოულობს მოქმედებაში გამოხატულებას. ფხიჯელ ადამიანს აქტიობის გაცნობიერებული მოთხოვნილება აქვს, იგი თვითონაა ქცევის მწარმოებელი და ისიც იცის რატომ მიმართავს მოქმედებას, რომელიც ფსიქიკური ცხოვრების II დონეზე მიმდინარეობს.

ძილისათვის არა ესაა დამახასიათებელი, არამედ გარესინამდვილესთან კავშირის გაწყვეტა, პიროვნების აქტიურობის მაქსიმალურად დაქვეითება. ცნობიერების მუშაობა აქ პიროვნების შეგნებული კონტროლის გარეშე მიმდინარეობს. რაც უფრო ღრმად ძილი, მით უფრო წყვეტს ადამიანი კავშირს გარე სინამდვილესთან, საკუთარ განცდებთან და განსხვავებულ მდგომარეობაში რჩება. იგი არც საკუთარი მოქმედების მწარმოებელია. მისი აქტიურობის შესუსტებასთან ერთად წინა არენაზე ცნობიერების იმპულსური შინაარსები გამოდინან, რომლის ისეთივე პასიური მკვრეტელია ადამიანი, როგორც სარკეში საკუთარი სახის გამოხატულებისა.

ცნობიერების მუშაობაზე დღე-ღამის განმავლობაში დაკვირვება გვიჩვენებს, რომ სიფხიჯლისა და ძილის მდგომარეობა გარკვეული გრადაციებით ცვლიან ერთიმეორეს. აქ ერთი მდგომარეობიდან გადასვლა მეორეში არც ისე ელემენტარული ხასიათისაა, როგორც ეს ერთი შეხედვით ჩანს. ჩვეულებრივად ადამიანის შესახებ ძინავსო, იმ შემთხვევაში ვამბობთ, როცა მას თვალუბი დახუჭული აქვს და რეცეპტორული ორგანოების ურთიერთობა გარესი-

ნამდვილესთან დროებით მაქსიმალურად შესუსტებულია. სინამდვილეში ძილის მდგომარეობასთან ახლო ვდგავართ მაშინაც, როცა თვალები ღიად გვაქვს და შეკითხვებზე პასუხის გაცემა შეგვიძლია. რომ ეს ასეა, ამაში შეუძლია დაგვარწმუნოს დალლილი ადამიანის ჩეტყველებაზე დაკვირვებამ, აგრეთვე გამოღვიძების მომენტში ცნობიერების მუშაობამ. ძილში სუფთა სახით უნდა იყოს წარმოდგენილი ფსიქიკური ცნობერების პირველი დონის პროდუქცია.

ყოველდღიური ფაქტებიდან ცნობილია, რომ როგორც ძილის მდგომარეობაში გადასვლა, ისე მისგან გამოსვლა ერთბაშად არ ხდება: სიფხიზლიდან ძილამდე და ძილიდან სიფხიზლემდე ცნობიერება გარკვეული ფაზების გავლას საჭიროებს. ძილისა და ცხადის შუა მდებარეობს, მოკლე პერიოდები, რომელთა ცოდნას სრულიად განსაკუთრებული მნიშვნელობა აქვს ფსიქოზური განცდების ბუნების გასაგებად.

ასეთი შუალედის მდგომარეობა იმით არის აღსანიშნავი, რომ სიზმრისა და ცხადის შინაარსები ცნობიერებაში ისე აისახებიან, რომ მათი ერთიმეორისაგან გარჩევა ხშირად ნორმალური ადამიანისათვისაც განსაკუთრებულ სიძნელეს წარმოადგენს. აქ უფრო ჩეტად შეუმჩნეველად ხდება ადამიანისათვის ცხადის შთაბეჭდილებათა გადასვლა სიზმარში და სიზმრის შინაარსებისა ცხადში. ფსიქოზურ განცდებთან ყველაზე უფრო ახლოს სწორედ ცნობიერებებს ასეთი მუშაობა, ამ მდგომარეობაში აღმოცენებული მისი პროდუქციები დგას. ამით აიხსნება ის, რომ XVIII საუკუნიდან უახლოეს ანალოგიას ნახულობდნენ ფსიქოზურ განცდებსა და ჩაძინების მომენტში აღმოცენებული ცნობიერების შინაარსებს შორის. არც ახლა დგას ეპეის ქვეშ ფსიქოზური განცდების მსგავსება ღრმა ძილის წინაპიპნოგოგიურ სტადიასთან, მისთვის დამახასიათებელი ილუზიებითა და ჰალუცინაციებით¹.

ძილისა და სიფხიზლის შუალედები ნერვული სისტემის ნორმალური ფუნქციობის შემთხვევაში მომენტანურია და შეუმჩნეველი. მაგრამ არსებობს პათოლოგიური მდგომარეობა, სადაც ძილსა და სიფხიზლეს შორის გარდამავალი პერიოდები ხანგრძლივდება და სტაბილურ ხასიათს იძენს. ასეთ „უკიდურეს შემთხვევაში, რო-

¹ ბლოილერს აქვს მითითებული, რომ ერთმა ჩემმა პაციენტმა სონტანურად ასეთი ფორმულირება მოგვკია: „Das Traumleben der Menschen ist identisch mit der Stimmensphäre der Geisteskranken“, მისი დასახელებული მონოგრაფია, გვ. 357.

გორც დ. უზნაძე მიუთითებს, ადამიანის ცნობიერება სიზმრისებურ მუშაობას იწყებს: თავის სუბიექტური განწყობის შესატყვისის პალუცინატორულსა და ილუზორულ სამყაროს ქმნის, რის გამოც რეალური სინამდვილე მისთვის ინაქტური ხდება, და, მამასადამე, ძილსა და სიზმარს მისთვის ყოველი აზრი ეკარგება¹. პიზოაღურ სტადიაში მყოფი ადამიანის ცნობიერებას სხვა არაფერი დარჩენია თუ არა ოდესღაც ფიქსირებული განწყობის სამსახურში ჩადგეს და ინტელექტის მონაწილეობის გარეშე აღმოცენებული შინაარსებით იკვებოს. ასე ყალიბდება სამყარო. განცდებისა, რომელიც, როგორც დ. უზნაძეს აქვს მითითებული, „ფსიქოზური მდგომარეობისათვის არის დამახასიათებელი“.

განსაკუთრებით ეს ბიზოფტრენის შესახებ უნდა ითქვას, რომლის ფსიქიკური ცხოვრება პირველ დონეზე მიმდინარეობს და სწორედ ამ ფსიქოზისათვის არის დამახასიათებელი რეალური სამყაროსათვის ზურგის შექცევა, ეგოცენტრიზმი, სინამდვილის დამახინჯებული აღქმა, პალუცინაციები, აფექტის სიბლაგვე, დაუკავშირებელი ასოციაციები, წარმოდგენების ახირებული შერწყმა, რითაც ეს მდიდარია სიზმრის ცნობიერება. როგორც ცნობილია, ბიზოფტრენისათვის დამახასიათებელი აუტისტური აზროვნება სიზმრის ცნობიერების მექანიზმებით მუშაობს და მისი პროდუქციებით იკვებება.

ბიზოფტრენით დაავადებული ადამიანის განცდაში ძილისა და ცხადის ცნობიერების შინაარსები ერთმანეთში არის არეული. ავადმყოფი, როგორც ეს ჩვენთვის ცნობილია, თავისი განცდების გადმოცემის დროს ნამდვილსა და მოჩვენებითს ერთმანეთისაგან ვერ არჩევს, მისთვის ორივეს თანაბარი ძალა აქვს და ისე გადადიან ისინი ერთმანეთში, რომ საზღვარი მათ შორის შეუმჩნეველი რჩება. „ერთბაშად გარედან ადამიანების ხმა მომესმა, აღნიშნა ავადმყოფმა, ფანჯრიდან შევამჩნიე, რომ მოსაკლავად მოდიოდნენ. მე ლოგინიდან წამოვხტენი, მაგრამ იქვე ხელები მტაცენ და დამაგდენ, რა უნდა მექნა, ვყვიროდი: ნუ მომკლავთ, გამიშვით ხელი, შალვა არ გრცხვენია, მივმართე ძმას, შენც ჩემ მტრებს ეხმარები და ვკარი ფეხი. დავიწყე ბელადის სახელის ყვირილი, ვითხოვე შველა, ამ დროს ჯოხებით შემოცვივდნენ გარედან. მათ შორის ვიციანი ჩემი მეზობელი, ერთი ვიყვირე: რას მერჩით, რატომ უნდა ჩამქოლოთ

¹ დ. უზნაძე, ძილი და სიზმარი, 1936, გვ. 64.

და ამის შემდეგ რა მოხდა არ ვიცი, სხეული სულ დამტვრეული მაქვს...“.

ასეთია ჩვენი ავადმყოფების ჰალუცინაციურ-ბოდვითი განცდების საწყარო, რომელიც ძილ-მღვიძარე, ე. ი. შუალედი მდგომარეობისათვის არის დამახასიათებელი. აი კიდევ ერთი ამისი მაგალითი: ავადმყოფი ლოგინში გაშეშებული იწვ: და თავს ბალიშზე არ დებდა. ერთი ხელა მას კისერთან ახლო ჰქონდა გაჩერებული და მეორე ხელით ყური ეჭირა. ასე გაგრძელდა 1 1/2 დღე. ექიმისათვის ეს კატატონური აგზნების სიმპტომია, რომელიც, რასაკვირველია, არაფერს გვეუბნება ამ მომენტში ავადმყოფის განცდის შესახებ. მკურნალობის შედეგად კარგ რემისიაში მყოფმა შემდეგი მოგვიყვა: „მე დავალბებული მქონდა ბოროტი სულების დამარცხება. ვებრძოლე მათ და ერთ-ერთ ბრძოლაში მხრებზე ორი უშველებელი გველი დამაწვა, რომ არ ეკბინათ მე სულგანაბული ვიბრძოდი. ერთი მარჯვენა ხელში მეჭირა და არ ვეშვებდი, მეორეს ქვევით ეჭაჩავდი. ერთ დღეზე მეტი ბრძოლა დამჭირდა დამეძლია ისინი“. მართალია, ამ ავადმყოფის სახე ხშირად საშინელ ტანჯვას გაუძობატავდა, მაგრამ ვის შეეძლო ეფიქრა, რომ იგი ამ დროს გველებს ებრძოდა.

კლინიკის დერეფანში არც ისე იშვიათად ვნახავთ მოსიარულე ავადმყოფს, რომელიც არავის ეჯახება, მაგრამ მისი ცნობიერება ილიასათვის დამახასიათებელ გავიწყების მდგომარეობაშია. აქვე მოგვყავს ერთ-ერთი ასეთი ავადმყოფის სიტყვიერი პროდუქციება. ნან ჩვენთან თვითონ დაიწყო შემდეგი შინაარსის საუბარი: „თითოეულს ხაროში ექონა. მე არ მიხსენებია... ფოთლაძე რომ ქვიოდა. ბუ ვაქვია: ხაროში მეთქი. წასულიყო და... ახსენე ვინმე... სახელი დავიწერო იქინე... იყო ჭინქარაძე. რამდენია მკვდარი? გიორგაძეს გიორგი ქვია. ჰა, წა ასე და... თითოეულს უნდა ეხსენებია ასე... საცხა უნდა წავსულიყავი... კიდევ ხაროში მეთქი, კიდევ ასე და... ისე ასე არ ველაპარაკები. ჩააქცია წყალი იქანე. სი... მო... ხაროში ბედნიერი ცხოვრება მეთქი, კიდევ ასე და... ახსენე ვინმე, ე... დალაა წყალი მეთქი. მოვიდა აქანე. ყველა მორჩეს. მოსულიყო... თითოეულმა მოახსენა... მახსენა, თითოეული მახსენა... იგინი გასულიყო თითოეული. ხაროში მეთქი სულ ყველა...რა დაწერა აწი? ვინ თქვა იგი“ და .ა. შ.

ჩვენი დავალებით იგივე ავადმყოფი დედას შემდეგი შინაარსის წერილს წერს: „ალვასი (ავადმყოფის სახელია) მორჩეს... წაპალი მოლურჯო მომიტანეს, მაგრამ მორჩეს. კარგად იყავი სულ

ყველ... მორჩეს... ბედნიერი ცხოვრება... სულ ყველას ხაროში მზე, ზონდიკი ხაროში, კომუნისტის გაზეთი ხაროში. გაზეთში დაქრილ თუთუნს მოვწევ. მე თვინ გლახა არ მითქვამს“... წერილს მან ჯანგლიძე მოაწერა, თუმცა მისი გვარია კალანდაძე.

როგორც საუბრას შემთხვევაში, ისე აქაც ავადმყოფის ცნობიერების შინაარსები ცალკეულა დრაგმენტების სახით არის წარმოდგენილი. წინ ავტონომიური მნიშვნელობის წარმოდგენებია წამოწეული, ისინი მომდევნო აზრისაგან განცალკევებული დგანან. მზე, ქოლგა, გაზეთი, წამალა, ჩვენთვის უცნობი საფუძვლის მიხედვით, ერთმანეთის დამოუკიდებლად და სიმბოლიური, უკეთ რომ ვთქვათ, კომპლექსური მნიშვნელობით არის განცდილი. აქ ობიექტური ვითარების ასახვა შეცვლილია უადრესად სუბიექტური სურვილების გამოხატველი წარმოდგენებით, ამიტომაც გაუგებარია რის თქმა სურს ავადმყოფს ამ წინადადებებში: „თითოეულს ხაროში ექონა, რე არ მიხსენებია. ფოთლაძე ხომ ქვიოდა... მე ვთქვი ხაროში მეთქი“... და ა. შ.

სიზმრის ცნობიერებისათვის ჩვეული გაორება განსაკუთრებით დამახასიათებელია შიზოფრენიით დაავადებული ადამიანისათვის: იგი ერთი და იმავე დროს ბიჭად და გოგოდ შეიძლება თავს განიცდიდეს. ასეთი ახირებული წარმოდგენის საფუძველზე ავადმყოფი ერთი და იმავე დროს იცანის და ტირის. „ცოლი კი მყავს, გვიმტკიცებდა ავადმყოფი, მაგრამ ასე გამოდის ჩემი შვილი ცოლად შევირთე მე თვითონ“. შეკითხვაზე: „როგორ არის ეს შესაძლებელი?“ მან გვიპასუხა: „მე ასეთი გრძნობა მაქვს“—ო. ავადმყოფი ხშირად თავის თავში ორ ადამიანს ხედავს: ბოროტსა და კეთილს. როგორც ვნახეთ, წერილს ავადმყოფმა ჯანელიძე მოაწერა, თუმცა იგი კალანდაძეა. თქვენ ხომ კალანდაძე ხართ, ვეკითხებით მას.—„შეიძლება, მაგრამ ჯანელიძე ვარო“,—მივიღეთ მისგან პასუხი.

განსხვავებებს განცდა, ზოგჯერ ისე ღრმად, რომ ავადმყოფი თავის თავზე მესამე პირით იწყებს საუბარს: „სულელი არ იყო, აქ ტყუილად მოიყვანეს“, გვეუბნება ავადმყოფი საკუთარი თავის შესახებ. „მას არ ერჩიან“, ამბობს ავადმყოფი და მხედველობაში საკუთარი თავი აქვს. საერთოდ, პირველი პირით ლაპარაკობს იგი თავისთავზე, თუ მესამეთი, ამ ადამიანის განცდის შინაარსები მხოლოდ მისივე გარშემო ტრიალებენ. რაც ავადმყოფს უნებლიეთ ახსენდება და მის გარშემოა, მხოლოდ მასთან არის იგი დაკავშირებული და მასშივე ნახულობს გამაერთიანებელ ძაფს. ერთი სიტყვით, ავადმყოფის განცდა, როგორც ეს სიზმრისთვის არის დამახასიათე-

ბელი, ეგოცენტრული წარმოშობისაა. აქ არ ჩანს საზღვარი სინამდვილესა და ოცნებას შორის, ყოველი წარმოდგენა აღქმის ქალით აღქურვილა და ავადმყოფის მიერაც როგორც რეალობა განიხილება.

ფსიქოზური ცნობიერების შინაარსებისათვის დამახასიათებელი ხატოვანობა მაჩვენებელია იმისა, რომ აქ მთლიანად შეცვლილია განცდის გამოსავალი პოზიცია. პროფ. აკერმანის ავადმყოფმა სინამდვილესთან ურთიერთობა დაახასიათა, როგორც „ფოტოგრაფიული აპარატის პრინციპით“ მოქმედება. „ცხოვრება ისე როგორც არის, იგი თვალთ არის გადაღებული, მიუთითებს ავადმყოფი, როგორც ფოტოგრაფიული აპარატის მიერ, ფოტოგრაფიული აპარატის პრინციპით. მე კი არა თვალი ფიქრობს... ყოველივეს ერთბაშად ვწვდები... ყოველივე რაც ხდება ამისთვის არ არის ტვინის მუშაობა საჭირო— თვალებით არიან გასაგები... თვალებით თავისებური მუშაობა: აზრი, რომელიც ჩემი ნების გარეშე მიმდინარეობს შეფასებას ჩემი „თვალს“ შეგნებით“ ლებულობს. ტვინით არ ვმუშაობ, თითქოს ვიღაც საღვაც ზის და ჩემ მაგიერ პასუხობს. მე ახლა არაფერს არ ვქმნი, მხოლოდ ტვინის საშუალებით აღვადგენ. ტვინისა და პირის შეხებით მესმის: ჩემია მხოლოდ პირი, რომელიც წარმოთქვამს და ყური, რომელსაც ვესმის, ტვინი კი არაფრის მაქნისია და არც აზროვნებს, აზროვნებას არა აქვს ადგილი, ტვინი დაღუბებულია, აზრი ისმის. ჩემი წარსულის აზრები ჩემამდე ამეტყველებული აღწევენ. აზრის ხმას ყოველთვის ხმამაღლა ვაძლევ პასუხს, გაჩუმებულ მდგომარეობაში ფიქრი არ შემოქლია. ენა, პირი ტვინის გარეშე მუშაობენ. ტვინი ვამორთულია და ჩემ მაგიერ ვიღაც მეტყველებს, რასაც ვამბობ ყურით მესმის, მაგრამ არ ვფიქრობ, წარმოვთქვა აზრებს, ალბათ, წინასწარ განსაზღვრულს... ტვინი კინოსურათის დარად მოქმედებს, რომელიც წინასწარ ჩემგანვე არის განსაზღვრული“¹.

როგორც ითქვა, ვიზუალურად მოცემული მოვლენების რეალობაში დასარწმუნებლად ავადმყოფს ისევე არ სჭირია მოუხმოს აზროვნებას, როგორც იმისათვის, რომ დავრწმუნდეთ დგას თუ არა ხე ჩვენი ფანჯრის წინ, რომელიც ისედაც კარგად ჩანს. ავადმყოფს, როგორც თვითონ მიუთითებს, საქმე თვალის მიერ გადაღებულ სურათებთან აქვს, მაშასადამე, რაც აქ აზრით უნდა იქნეს მოპოვე-

¹ Проф. В. И. Аккерман, Механизм шизофренического первичного бреда, 1936, гл. 72—73.

ბული, თავიდანვე ხილულად მოცემულია, ამიტომ ამბობს იგი, რომ ჩემ მიერ წარმოთქმული გონებით არ არის მოპოვებული, იგი წინასწარვეა განსაზღვრული. აწმყოსთან მტკიცე კავშირის შემთხვევაში ავადმყოფს არც დასკირდებოდა ეთქვა, რომ ოდესღაც ფიქსირებულის ხელახლად აღდგენას ვაწარმოებო: „მე არათერს არ ვქნი, მიუთითებს ის, მხოლოდ ტვინის საშუალებით აღვადგენ“. სიზმრის ცნობიერებისათვისაც სწორედ ოდესღაც განცდილის ძილში განახლენ არის დამახასიათებელი. რადგანაც განახლებული განცდის შინაარსებს ავადმყოფი თვალთ ხედავს, ყურით ესმის, რასაკვირველია, აზროვნებისათვის ადგილი არ რჩება, ვინაიდან, რაც აზრით უნდა იქნეს მოპოვებული პიროვნების შეგნებული მონაწილეობამდე ჩაერთვის მის მოქმედებაში, და იგი ყოველი ასეთი მოქმედებისათვის დამახასიათებელ ავტომატიზმს ემორჩილება. სწორია ავადმყოფის დაკვირვება იმ მხრივაც, რომ ამ ავტომატიზმის საფუძველი მის მიერ „წინასწარ არის განსაზღვრული“. რაც აქ ცნობიერებაში უნდა აისახოს ფსიქოზით დაავადებული ადამიანის აქტუალური განწყობის იმპულსს ემორჩილება. მაშასადამე, ეს არის ის, რაც მის ყურს თუ პირს, ე. ი. თვითონ ავადმყოფს აზროვნების გარეშე ამოქმედებს.

დენის ბოღვით შეპყრობილი ავადმყოფი ტრამვაის რონოდაში შევიდა. გასასვლელ კართან მან შეამჩნია ორი სამხედრო ტანსაცმლით მორთული ადამიანი. ეს უკვე საკმარისი იყო, რომ მისთვის თავში გაეეღვა აზრს: „აჰა მითვალთვალევენ“. გაიწია კარისაკენ, რომ ჩქარა დაეტოვებია ტრამვაი, რომელიც გაჩერების ადგილს უახლოვდებოდა. სამხედრო პირი ადგა და ისიც კარისაკენ წამოვიდა. ამ დროს ავადმყოფმა შეამჩნია, რომ მან ჯიბეში ხელი ჩაიყო, რევოლვერის ამოღებას აპირებდა გაიფიქრა და თავს გაქანებული ტრამვიდან გადახტომით უშველა.

შთაბეჭდილებათა ასეთი მცდარი ასიმილაციისა და ვენერული წაციის მაგალითები ხშირია ავადმყოფებს შორის. ეს შემდეგი მარტივი ცდიდანაც ჩანს. ურთიერთობის ბოღვით შეპყრობულ ავადმყოფთან საუბრის დროს, იქვე ჩვენ გვერდით მჯდომმა ექიმმა, თანამად ჩვენი დავალებისა, ხმამაღლა თქვა: „მონადირემ ისროლა თოფი“. ავადმყოფი შეკრთა და თავისთვის წაიხურჩულა: „მკლავენ, თოფით უნდა მომკლან ხომ?! მეორე ავადმყოფთან იმავე ექიმმა შეკითხვით მოგვემართა: „სად არის ბაწარი?“ ავადმყოფი ზეწამოვარდა და აღელვებულმა განაგრძო: „რა გინდათ, რატომ მახარობთ?“ ეს ცოცხალი მაგალითია იმის, რომ შთაბეჭდილებათა გარ-

კვეულ რიგს ავადმყოფი აქტუალურ განწყობასთან ასიმილაციის კვალობაზე განიცდის, რაც მის ცნობიერებაში ილუზორული და პალუცინაციური შინაარსების ჩამოყალიბების პირობას წარმოადგენს.

გარე შთაბეჭდილებათა მცდარი ასიმილაცია განსაკუთრებით სიზმრის ცნობიერებისათვის არის დამახასიათებელი. მძინარე მეზღვაურს პაერის ტალღით გაუღიზიანეს თვალის ქუთუთოები, მან გამოღვიძებისთანავე განაცხადა: „კრონშტადტში ზღვის პირას ვიდე-ჩი და აღელვებული ზღვის ტალღები სახეზე მცემდენ“¹. სიზმარში ასევე ხდება ინტერორეცეპციის მასალის პირდაპირი ან შეცვლილი სახით ასიმილაცია. ამის მაუწყებელი ფაქტები იმდენად კარგადაა ცნობილი, რომ იგი შეუძლებელია დავის საგანს შეადგენდეს. საკითხი მხოლოდ იმას შეეხება, ფხიზელი ცნობიერების შინაარსების მსგავსად, სიზმრის შინაარსების ასიმილაციის დასაყრდენს წარმოადგენს თუ არა ფიქსირებული განწყობა?

ფიქსირებული განწყობა და სიზმრის წარმოდგენის ხატები

სიზმარში ცნობიერების მუშაობის ნიშანდობლივ თვისებას წარმოადგენს ის, რომ აქ ჩვენი განცდა ქცევის სახით იშლება და ისეც ისე, რომ მისგან აზრის გამოყოფის საჭიროებაც არ დგას. სიზმრის წარმოდგენის მეორე თავისებურებად ის უნდა ჩაითვალოს, რომ იგი აღქმისეულია, ე. ი. გარედ არის პროექტირებული.

სიზმრის ცნობიერების შემდეგს და, შეიძლება ითქვას, კარდინალური ხასიათის თავისებურებას შეადგენს ის, რომ ისეთი გრძნობადი შინაარსის აღმოცენების პირობას ქმნის, რომელაც არც წარმოდგენაა და არც აღქმა, იგი აღქმასა და წარმოდგენის შუა მდებარე ფენომენია. სიზმრის ხატის ამ თავისებურებას დ. უზნაძემ მიაქცია ყურადღება და იგი ისეთ პლასტიკურ მასალად დაახასიათა, რომელსაც თავისუფლად შეუძლია აღქმის თვისებები შეიძინოს. ჩვენ გვაგონდება, მაგალითად, რაიმე სიზმარში და უკვე ვხედავთ, რომ ამ მოგონების ხატი დაუყოვნებლივ ჩვენს თვალწინ აღქმის ნამდვილს, ცხად შინაარსად იშლება. „ეს დაკვირვება, ვფიქრობთ, კარგად ახასიათებს ჩვენი ცნობიერების მდგომარეობის თავისებურებას სიზმრის დროს: ს ი ზ მ ა რ შ ი ყ ვ ე ლ ა ფ ე რ ი წ ა რ მ ო დ გ ე ნ ი ლ ი და უ ყ ო ვ ნ ე ბ ლ ი ვ ა ლ ქ მ ი ს ხ ა ტ ა დ ი ქ ც ე ვ ა“².

¹ Ф. П. Маиров, физиологическая теория сновидений, 1951.

² დ. უზნაძე, განწყობის ფსიქოლოგიის ექსპერიმენტული საფუძვლები, 1949, გვ. 124.

სიზმრის ცნობიერების შემდეგ თავისებურებას შეადგენს ის, რომ ამ დროს ფსიქიკის მუშაობა ისე მიმდინარეობს, რომ რასაც ჯავიფიქრებთ ყველაფერს თვალათ ვხედავთ, ამიტომ არც გვკვირდება აზროვნებას მივმართოთ. სიზმარში არც არსებობს აზროვნების აღმოცენების პირობები, ვინაიდან სურვილების განხორციელება წინააღმდეგობის გარეშე მიმდინარეობს. სიზმარში თუ ადამიანს მანძილი აქვს დასაძლევთ, იგი იქვე ხედავს, რომ ჰაერს ფრთებით მიჰპობს. მას თუ შობილებთან გამგზავრების სურვილი გაუჩნდა, იქვე რკინიგზის სადგურზეა, მიდის სალაროსთან იღებს ბილეთს და თითქოს მისთვის სპეციალურად იმავე წუთში ჩამომდგარ მატარებელში შედის. სიზმარი პროცესია, რომელიც შეუწყვეტლად მიმდინარეობს, ადამიანს არ უხდება მისი შეჩერება, ერთხელ განცდილის ხელმეორედ განცდა. დანამდვილებით შეიძლება ითქვას, რომ აქ განხორციელდება არა აქვს ადგილი, არც ერთი სიზმარი, ამ სიტყვის ნამდვილი მნიშვნელობით, არ გავს მეორეს. მისთვის უცხოა ფსიქიკის ობიექტუალურობის დონე.

აქედან ცხადია, რომ სიზმარი არ არის სპეციფიკური ადამიანური აქტიობის პროდუქტი. იგი ჩვენი ფსიქიკის ჰიპოფუნქციის მაჩვენებელია, მისი დიფუზური მდგომარეობის, რომლის გამო ძნელი ხდება ალქმის თუ წარმოდგენის ზუსტად გარკვეული განცდის შინაარსად აღიარება, თუმცა სიზმრის ხატი ინდივიდუალური განცდის შინაარსად რჩება.

ასეთია ფსიქოლოგიური პირობა, რომელიც სიზმარში შესაძლებელს ხდის ისეთი პლასტიკური მასალის აღმოცენებას, რომლის ალქმის შინაარსად ტრანსფორმაცია არის შესაძლებელი. სწორედ სიზმარში გვაქვს ნამდვილი მაგალითი იმისა, თუ ერთი და იმავე შინაარსი როგორ არის შესაძლებელი ალქმის შინაარსიც იყოს და წარმოდგენისაც. „თუ ალქმა კონკრეტი სინამდვილის, განსაზღვრული, ინდივიდუალურად მოცემული შინაარსის ასახვას წარმოადგენს, იგივე უნდა ითქვას სიზმრის წარმოდგენის შესახებაც, წინააღმდეგ შემთხვევაში მისი ალქმად გადასახვა სრულიად შეუძლებელი იქნებოდა, თუ ერთი და იგივე შინაარსი ერთნაირად შეიძლება შეადგენდეს როგორც წარმოდგენის, ისე ალქმის შინაარსსაც, ალქმა და წარმოდგენა ამ შემთხვევაში ერთმანეთისაგან არ უნდა განსხვავდებოდნენ. მაშასადამე, ერთი და იგივე ინდივიდუალურად კონკრეტი მოცემულობა შეიძლება ერთ შემთხვევაში ალქმისა და მეორეში— წარმოდგენის შინაარსად განიცილებოდეს“¹.

¹ Orit. cit. გვ. 124.

ბუნებრივია ადამიანმა იკითხოს: რის საფუძველზეა ეს შესაძლებელი, ხომ არ უნდა ვიგულისხმოთ, რომ სიზმრის წარმოდგენის ხატს ისეთივე ურთიერთობა აქვს განწყობასთან, როგორც ეს აღქმის ხატისა და ფიქსირებული განწყობის ურთიერთობის შესწავლიდან არის ჩვენთვის ცნობილი? ცნობილია, რომ აღქმასა და წარმოდგენას შორის მხოლოდ რაოდენობითი ხასიათის განსხვავება არსებობს. სწორედ ამიტომ, რაც აღქმის ხატის შესახებ ითქვა, შეიძლება სავსებით გაეავრცელოთ წარმოდგენის ხატზე, მით უმეტეს სიზმრის წარმოდგენის ხატზე, რომელიც ფენომენოლოგიურად არც კი განსხვავდება აღქმის თანამიმდევარი ხატისაგან.

ფიქსირებულ განწყობას ისეთივე ცვლილების შეტანა შეუძლია სიზმრის ხატის მიმდინარეობაში, როგორც ეს ახლა ჩვენთვის აღქმის თანამიმდევარი ხატისა და განწყობის ურთიერთობიდან არის ცნობილი. სიზმარში წარმოდგენის ხატების განწყობის ასიმილაციურ მოქმედებასთან დამორჩილებული მიმდინარეობის მაჩვენებელი ფაქტები უხვად მოიპოება. განდიდების სურვილით შეპყრობილი ადამიანი სიზმარში ნახულობს თავისთავს დიდებული პირებით გარემოცულსა და მბრძანებლის როლში. მშვიერს დამე საყვარელი კერძით მორთული მაგიდა ესიზმრება, ალკოპოლიკს — დაცინვა, ოჯახის ტრაგედია და ა. შ.

ცნობილია, რომ სიზმრის ცნობიერებაში შინაარსის გაფორმებაში მონაწილეობას ღებულობს ინდივიდის მიერ ცხადში მიღებული გამოცდილება. სიზმარში თოფს ისე ვექცევით, როგორც ეს ცხადში გვისწავლია, სტუმრებთან იმავე თავზაიანობას ვიჩენთ, როგორც ეს გვჩვევია და ა. შ. როგორც ცხადში, ისე სიზმარში ამის საფუძველს ინდივიდის ფიქსირებული განწყობა წარმოადგენს, რომელიც ამ მომენტში ცნობიერების მუშაობას ისეთ შინაარს ძენს, რომელიც ტოლი წრეების აღქმას ილუზორულ გამოხატულებას აძლევდა და დაუმთავრებელ ფიგურას — დასრულებულ ფორმას.

როგორც ეს აღქმის თანამიმდევარი ხატის შესწავლამ გვიჩვენა, საფიქრებელია, რომ სიზმრის ხატი აღმოცენების მომენტიდან განიცდის განწყობის შესატყვისად გარდაქმნას. სიზმარში მე ვხედავ ნინდორს, ხეს და ერთბაშად იგი იქცევა ჩემ ეზოდ, სადაც მე ბავშვობის დროს მითამაშია, ვაშლის ხეს ვცნობ, რომელზედაც არა ერთხელ ავცოცებულვარ. კიდევ ერთი მომენტი და ეზოს შუაში პატარა მდინარე ჰყოფს და იმ ადგილსაც ვხედავ, სადაც მიყვარდა ბანაობა. ერთი სიტყვით, შემთხვევით ნახული მინდორი ჩემ თვალ-

წინ ეზოდ გადაიქცა და ისეთი დეტალებით შეივსო, რაც ჩვენს გამოცდილებას შეესატყვისებოდა.

მიზეზი ამისა უნდა იყოს ის, რომ მინდვრის ხატმა გამოიწვია ჩემში განწყობის აქტუალიზაცია, რომლის ზეგავლენით ყოველი ახალი ხატი მასთან ასიმილაციის მიმართულებით პროლოზდა ჩემში ჩამოყალიბებას. ამან გადააქცია მინდორი ეზოდ, ხე—ვამლის ხედ და ა. შ. თითქოს აქაც იგივე პროცესია, რომელიც თანამაღღვარი ხატის აღქმიდან არის ჩვენთვის ცნობილი. იგი ჯერ ჩვეულებრივი ხატი იყო, მაგრამ გარკვეული მომენტის შემდეგ განწყობის ზეგავლენით შეცვლილ ფორმას იძენდა. თავწაყვეთილი ფიგურის ხატი თავწაყვეთილი იყო, მაგრამ ჩაქრობამდე დამთავრებული ფორმა მიიღო. საესებით ამის ანალოგიურ მდგომარეობას აქვს ადგილი სიზმარში. აქაც ჯერ წარმოდგენის ხატი გამოჩნდება, რომელიც თანდათანობით ინდივიდის განწყობის შესაფერისად იცვლება ჯა მის ზეგავლენით წარმოვიდგენს გარკვეული სურათის შინაარსს.

სასიამოვნო სურათი ჩამოყალიბდება თუ უსიამოვნო, ეს განწყობაზე არის დამოკიდებული. I. M. Vold-ისა და ზემდეგ ბლონსკის გამოკვლევის მიხედვით, სრულიად ნათლად ჩანს, რომ მხედველობის ხატი სხეულის მდებარეობის მიხედვით იცვლება. ბლონსკი საკუთარი ცდის შედეგების ანალიზის საფუძველზე აწკვნის: „ეს და მისი ანალოგიური ცდები საშუალებას იძლევიან დავუშვათ, რომ ხატები თავიანთ მოქმედებაში ასახვენ საკუთარი სხეულის მდგომარეობის შეცვლას“¹.

ეს მხოლოდ იმ შემთხვევაში აღმოჩნდება შესაძლებელი, თუ ხატს რაიმე კავშირი აქვს სხეულთან, მისი ნაწილების მოძრაობასთან. მხედველობის სიბნელისადმი ადაპტაციისათვის განკუთვნილი დროის გავლის შემდეგ ცდისპირს ხელებში ყუთა აქვს, რომელშიაც თეთრ ფონზე მოთავსებული სამკუთხედი ჩასმული. იგი ყუთის განათების შემდეგ დარჩენილ მის ხატს თავისა და სხეულის გაუნძრევლად აკვირდება. ცდისპირი ხელებს თანდათან ხრის და სიბნელეში ყუთი თვალთან ახლო მოაჭკვს, იქვე ხელების თანდათან გაშლით ყუთს თავის ადგილზე აბრუნებს. ცდა სიბნელეში მიმდინარეობს, ამიტომ ცდისპირი ვერც თავის ხელებს ხედავს და ვერც ყუთს, მის განკარგულებაშია მხოლოდ ხელების მოძრაობით გამოწვეული კინესტეტიკური შეგრძნებები.

¹ П. Блонский, Память и мышление, 1925, стр. 70.

ყუთის თვალთან ახლო მიტანის მოძრაობის შესრულებამ გამოიწვია ყუთსა და ცდისპირს შორის არსებული მანძილის შემოკლება და ამის პროპორციულად ამავე ყუთის თანამიმდევარი ხატის დაპატარავება. მოხრილი ხელების თანდათანობით გაშლამ—მანძილის გადიდება და მის შესატყვისად თანამიმდევარი ხატის სიღრმის გაზრდა. ერთი სიტყვით, ხელების მოხრა და გაშლასთან შეუღლებული აღმოჩნდა თანამიმდევარი ხატის მოცულობის დაპატარავება და გადიდება.

ასევე დაკავშირებული აღმოჩნდა ხატის დაპატარავება და გადიდება ფეხების მოხრასთან, ტანის წელში მოხრასთან და, რაც მთავარია, კანიდან მომავალ კიხესტეტიკურ სიგნალთან. საგანი კანზე თუ თვალთან მიახლოვების მიმართულებით გავატარეთ, თანამიმდევარი ოპტიკური ხატი ხელების მოძრაობასთან შეუღლებული მოქმედების ანალოგიურ ეფექტს იძლევა, — პატარავდება. კანზე საგნის მოძრაობისათვის მიმართულების შეცვლის შემთხვევაში იგივე ხატს მოცულობაში მომატება ეტყობა. ეს უთუოდ იმის მაჩვენებელია, რომ თანამიმდევარი ოპტიკური ხატი დაკავშირებულია ჩვენი სხეულის სხვადასხვა ნაწილებიდან წამოსულ კინესტეტიკურ სიგნალთან.

საინტერესოა, რომ ცარიელი ხელების მოძრაობას იგივე შედეგი არ მოყოლია, თუმცა ხელების მოძრაობით განსაზღვრული კინესტეტიკური სიგნალი ამ დროსაც არსებობდა. ამავე დროს საკმარისი აღმოჩნდა, რომ ცდისპირს იგივე საგანი ხელებში აეღო, რომ ხატში დაენახა მანძილის პროპორციულად მიმდინარე ცვლილება. ხატში ცვლილება არც იმ შემთხვევაში აღმოჩნდა, როცა ცდისპირი ზელში სხვა საგანს იღებს. იმავე საგნის დაბრუნებას, რომლის თანამიმდევარ ხატს იგი ხედავდა, ყოველთვის თან სდევს გადიდება—დაპატარავების ფენომენი¹.

ამრიგად, თანამიმდევარი ოპტიკური ხატის სხეულის ნაწილებთან შეუღლებული მოქმედება სიტუაციურადაა განსაზღვრული; რაც შეეხება თვალის მოძრაობასთან ხატის შეუღლებულ მოქმედებას, აქ ასეთი განსაზღვრულობა ნაკლებად იგრძნობა. ამიტომ, შესაძლებელია, ხელის მოძრაობა უშუალოდ დაკავშირებულია არა თანამიმდევარ ხატთან, არამედ თვალის მოძრაობასთან და ამის

¹ ი. ბ. ჯაღავა. სურკის აღქმა თანამიმდევარ ხატში, საქართველოს მეცნიერებათა აკადემიის მოაპბე, № 2. 1952.

საფუძველზე აღწევს მასში ცვლილების გამოწვევას. თუ ეს ასეა, მაშინ თვალის მოძრაობიდან გამოთიშული ხელი დაკარგავს სათანადო ეფექტის გამოწვევის შესაძლებლობას.

ზემოაღნიშნულის დასადასტურებლად შეგვიძლია წარმოვადგინოთ შემდეგი ექსპერიმენტული ფაქტი. ცდისპირს მიცნული აქვს დავალება, რომ სინათლის ჩაქრობისთანავე თავი 90°-ით მოაბრუნოს. ამის გამო იგი საგნის ოპტიკურ გამოსახტულებას გვერდით ხედავს, თვითონ საგანი თვალთან მიაქვს და მოაქვს. მიუხედავად ამისა, თანამიმდევარი ხატი თვალის ფიქსაციის ადგილზე დგას და ცვლილება არ ეტყობა. ამრიგად, როცა ხელის მოძრაობა ხელაფნურად მოვწყვიტეთ თვალის მოძრაობას, როცა ხელისა და თვალის შეთანხმებული თანამშრომლობის პირობა დავარღვიეთ, მაშინვე დაიკარგა მათი შეუღლებული მოქმედების ეფექტი.

თანამიმდევარ ოპტიკურ გამოსახტულებაში ცვლილების მისაღებად, როგორც ირკვევა, აუცილებელია თვალთან სხეულის დანარჩენი ორგანოების თანამშრომლობა. ეს თანამშრომლობა, კავშირი მათ შორის, ჩვენ ექსპერიმენტულად დავასაბუთეთ. თვალი და სხეულის დანარჩენი ორგანოები სხეულში აღმოცენებული კავშირის საფუძველზე მოქმედებენ და ამის საფუძველზე მიმდინარე კანონზომიერებით განსაზღვრულ ეფექტს იძლევიან. ამიტომაც, რომ ოპტიკურ გამოსახტულებაში ცვლილების გამოწვევი კინესთეტიკური სიგნალი ძლიერ ფართო კავშირების შესაძლებლობის შემცველია. იგი დაკავშირებული აღმოჩნდა კანიდან, ხელებიდან, ფეხებიდან, სხეულის თითოეული ნაწილიდან მომავალ კინესთეტიკურ სიგნალთან. თანამიმდევარი ოპტიკური ხატის მიმართ ხელი და ფეხი, როგორც ვნახეთ, თვალის მოვალეობას ასრულებს.

ირკვევა, რომ თუმცა ხელი და თვალი განსხვავებულ მოვალეობას ასრულებენ, ისინი როგორც ორგანიზმის ნაწილები, მის, როგორც მთლიანი სადღი დამორჩილებული მოქმედებით ხასიათდებიან. გამოიკვეთა ისიც, რომ სხეულის ცალკეულ ორგანოებს ასეთივე მტკიცე კავშირი აქვთ გარესინამდვილის სუბიექტურ ხატთან, რომ მასში თითოეულის მდგომარეობის მიხედვით გარკვეული ხასიათის ცვლილება ხდება. გამლიზიანებელთა ხატი ისე მტკიცედ ინტეგრირებულია ორგანიზმის სხვადასხვა ნაწილებთან, რომ ყოველი ცალკეული ცვლილება სხეულში პოულობს მასში გამოსახტულებას. ამის ცოდნას სრულიად განსაკუთრებული მნიშვნელობა აქვს იმ დეფორმაციების გასაგებად, რომელსაც პალუცინაციის ხატი განიცდის. აქვე უნდა ვეძიოთ მიზეზი იმისა, თუ რატომ არის უმეტეს

შემთხვევაში ჰალუცინაციის ხატი შემაწუხებელი შინაარსის მქონე. ხატში ცვლილების შეტანას ხელის მოძრაობა იმ შემთხვევაში ახერხებს, თუ უცვლელად დაცულია სიტუაცია, რომელშიაც თავიდან იყო ხელი ჩართული. ცარიელი ხელის მოძრაობას, ან ხელში ყუთის მავიერ წიგნის აღებას, როგორც ვნახეთ, სასურველი შედეგი ვერ მოაქვს. გამღიზიანებელი ჩვენში ხატის სახით არის წარმოდგენილი, იგი ამავე დროს იმ სიტუაციის წარმომადგენელია, რომლის ფარგლებში მოუხდენია მას ორგანიზმში ცვლილება. ხატი ამ სიტუაციის, უკეთ რომ ვთქვათ, ორგანიზმის გარკვეული მოქმედებისათვის განწყობის აქტუალიზაციის სიგნალის როლს ასრულებს, რომლის მიხედვით ადამიანს თანამიმდევარი ხატი, თუ ის თვალთან ახლო იყო, დაპატარავებული უნახავს, ხოლო თვალიდან შორს გადატანის შემთხვევაში—გაღიღებულ. ამ განწყობის განახლების გამოა, რომ სიბნელეში და სხეულის უძრავად შენარჩუნების პირობებში ჩვენი ცდისპირები, მიხედვით იმისა, მოხრილი აქვთ მათ ხელი თუ გაშლილი თანამიმდევარი ხატის სიდიდეს შეცვლილად ზედავენ. რასაკვირველია, ხელების მოძრაობა ფიქსირებული განწყობის აქტუალიზაციის სიგნალის როლს ვერ შეასრულებდა, რომ ნერვული გზით გაკაფული კავშირი არ არსებობდეს ხელისა და მხედველობის მამოძრავებელ ორგანოებს შორის. მაგრამ ფაქტი იჯითონ ხატის სიდიდის ილუზორულად აღქმისა, მარტო ნერვული გზების გაკაფვაზე დამოკიდებული რომ ყოფილიყო, მაშინ ხატში ცვლილებას ცდისპირი ცარიელი ხელის მოძრაობის შემთხვევაშიაც დაინახავდა, რადგანაც მექანიზმისათვის სულერთია ცარიელი ხელია მოძრაობაში, თუ არა.

ამ შემთხვევაში სავსებით იმის ანალოგიურ მდგომარეობასთან გვაქვს საქმე, რომელიც ჩვენთვის პირობითი სიგნალებისა და ფიქსირებული განწყობის ურთიერთობიდან არის ცნობილი. ვნახეთ, რომ ქერქში შესაძლებელია 300 ჰერციანი პირობითი სიგნალის შეუღლება დიდი და პატარა წრეების ზემოქმედებით შემუშავებულ განწყობასთან. სმენისა და მხედველობის გამღიზიანებელთა შორის ქერქში პირობით-რეფლექსური გზის გაკაფვის შემდეგ 300 ჰერციანი სიგნალი იძენს ძალას იმისა, რომ ცდისპირმა ტოლო წრეების თანამიმდევარი ოპტიკური გამოხატულება არა ტოლად, ე. ი. ერთი დიდად და მეორე პატარად დაინახოს. ამას იმიტომ აქვს ადგილი, რომ სმენის გამღიზიანებელი ტვინში ჩამოყალიბებული დროებითი კავშირების საფუძველზე ასრულებს მასთან შეუღლებული განწყობის აქტუალიზაციის სიგნალის როლს. შედეგი.

ამისა არის ის, რომ ტოლი წრეების თანამიმდევარი ოპტიკური ხატების სიდიდე ტოლად კი არ აღიქმება, არამედ ილუზორულად, ე. ი. ფიქსირებული და ამქამად განასლებული განწყობის შესატყვისად შეცვლილი. ახლა რომ მეორე სიგნალი 100 ჰერცი მოვიყვანოთ მოქმედებაში, რომელთანაც ტოლი წრეები იყო თავიდან შეუღლებული, ცდისპირი იმავე კრიტიკულ ობიექტების ხატებს, როგორც ვნახეთ, ტოლად დაინახავს.

ხელის მოძრაობა, ე. ი. კინესტეტკური იმპულსი, ზემოაღწერილ ცდებში, 300 ჰერციანი პირობითი სიგნალის როლს ასრულებს. ისიც მხედველობის ორგანოსთან ნერვული გზით არის დაკავშირებული და ამიტომ ისეთივე ძალა აქვს ფიქსირებული განწყობის აქტუალზაციისა, როგორც სმენის პირობით გამოიზიანებელს. შედეგად ანალოგიური ჩანს, ვინაიდან ორივე შემთხვევაში თანამიმდევარი ხატის სიდიდის ილუზორულ აღქმასთან გვაქვს საქმე. ამრიგად, გრძნობად შთაბეჭდილებათა აღქმა იქნება იგი სხვა მოდალობის გამღიზიანებელთან დაკავშირებული, თუ არა, ყველგან მათ ასიმილაციას პიროვნების ფიქსირებული განწყობა აძლევს მიმართულებას. როგორ იქნება გარეშთაბეჭდილება აღქმული, ეს დამოკიდებულია არა მხოლოდ გამღიზიანებელზე, არამედ ცოცხალი არსების მთლიან მდგომარეობაზე, — მის განწყობაზე.

ზემოგანხილული ფაქტების საფუძველზე სრული უფლება გვაქვს ვიგულისხმოთ, რომ სიზმრის ხატი ისევე ემორჩილება ფიქსირებული განწყობის ზემოქმედებას, როგორც ამას აღქმისა და განწყობის ურთიერთობის განხილვა გვიჩვენებს.

განწყობის მოძრაობა მძხვარიშენახული ძილის მდგომარეობაში

არის თუ არა შესაძლებელი განწყობის ფიქსაცია და განახლება ჰიპნოიდურ მდგომარეობაში?

ამ კითხვაზე პასუხს დ. უზნაძის ხელმძღვანელობით ჩატარებული ცდას შედეგები იძლევიან. იგი ღრმა ჰიპნოზურ ძილში მყოფ ადამიანს ხელში დიდ და პატარა ბურთებს აძლევდა და ამ ობიექტების ზედიუმის მიერ ძილში 15-ჯერ შედარების ძედგად ფიქსირებულ განწყობას მღვიძარე მდგომარეობაში ტოლი ბურთების მიწოდებით ამოწმებდა. კრიტიკული ცდა. რასაკვირველია, მეორე ოთახში მდღიუმის გაყვანისა და ჰიპნოზურ ძილში ჩატარებული მანიპულაციების სრული ამნეზიის პირობებში მიმდინარეობდა.

ცდის შედეგების შესახებ დ. უზნაძე წერს: „საქმე იმაშია, რომ ოუმცა ცდისპირებმა სრულიად არაფერი იციან იმ საგანწყობო ცდებისა, რომელიც მათზე ჰიპნოზურ ძილში ყოფნის დროს ჩატარდა, ისინი მაინც ამკლავებენ ჩვეულებრივ ილუზიას: ერთი ბურთი მათ მეორეზე დიდი ეჩვენებათ, და ეს უდაოდ საგანწყობო ცდის ზეგავლენით ხდება“¹. საგანწყობო ცდების ზეგავლენის შესახებ მსჯელობს იგი იმიტომ, რომ ამის მიხედვით განხორციელდა განწყობის ფიქსაცია ჰიპნოზური ძილის მდგომარეობაში. კრიტიკულ ცდაში ტოლი ბურთების მიწოდება ძილში ფიქსირებული განწყობის განახლებას იწვევს და ეს არის მიზეზი იმისა, რომ შთაბეჭდილებათა ასიმილაციას ილუზორულ მიმდინარეობას აძლევს.

ჰიპნოზური ძილი და პოსტჰიპნოზური შთაგონება ყოველთვის წარმოადგენდა არაცნობიერი ფსიქიკურის არსებობის დამადასტურებელ სინამდვილეს. დ. უზნაძე, თანახმად საკუთარი ექსპერიმენტული კვლევის შედეგებისა, ასკვნის, რომ „არაცნობიერის ცნება ზედმეტი ცნებაა“ და, ჩვენი აზრით, სრულიად კანონიერად. სიზმარში თუ ჰიპნოზის მდგომარეობაში, მისგან გამოსვლის შემდეგაც აღამიანის მოქმედებას მიმართულებას აძლევს¹. არაცნობიერი წარმოდგენა, როგორც ამას ფროიდი და მისი მიმდევრები ამტკიცებენ, არამედ ის, რაც ცნობიერების შინაარსი არ არის, მაგრამ მასზე ზეგავლენას ახდენს, სახელდობრ, ფიქსირებული განწყობა, როგორც ეს ზემოაღწერილი ექსპერიმენტის შინაარსიდან ჩანს.

„ამრიგად თანახმად ჩვენი ცდების აზრისა, ჰიპნოზური ძილის დროს მიღებული შთაგონება, წერს დ. უზნაძე, სუბიექტში შესატყვის განწყობას იწვევს, რომელიც მიუხედავად პოსტჰიპნოზური ამნეზიისა, გაღვიძების შემდეგაც განაგრძობს არსებობას: თვითონ იგი ცნობიერების შინაარსს არ წარმოადგენს, და გასაგებია, რომ ამნეზია მას არ ეხება. მაშასადამე, გაღვიძების შემდეგ მის აქტივაციასა და რეალიზაციას ხელს არაფერი უშლის. პოსტჰიპნოზური შთაგონების ფაქტების საფუძველად, ამის და მიხედვით, ქვეცნობიერ არეში გადანაცვლებული წარმოდგენები როდი უნდა ვიგულისხმოთ, არამედ ის, რაც შთაგონების გამო შეიქმნა, მაგრამ გაღვიძების შემდეგაც ძალაში დარჩა, ე. ი. ის სპეციალური მთლიანი

¹ დ. უზნაძე, განყოფილის ფსიქოლოგიის ექსპერიმენტული საფუძვლები, 1949, გვ. 34.

მდგომარეობა, რომელსაც ყველაზე უკეთ განწყობის სახელწოდება შეეფერება¹.

დ. უზნაძის ამ დასკვნას სრულიად განსაკუთრებული მნიშვნელობა აქვს ფსიქოპათოლოგიისათვის, მით უმეტეს იმის შემდეგ, რაც ექსპერიმენტულად იქნა დადასტურებული, რომ ჰიპნოზური ძილის მდგომარეობაში არა მარტო განწყობის, არამედ, როგორც უმაღლესი ნერვული მოქმედების მკვლევართა მიერ შესრულებული გამოკვლევებიდან ვიცით, მისი ფიზიოლოგიური მექანიზმს—ფიზიოლოგიური პროცესების სისტემატურობის ჩამოყალიბება ხდება. მაშასადამე, ძილშიაც განწყობა საკუთარი მექანიზმის საფუძველზე განაგრძობს მოქმედებას და თვითონ წარმართას სიზმრის ხატების ასიმილაციას გარკვეული მამართულებით.

ეს რომ ასეა, ამის დამტკიცებულ ექსპერიმენტულ ფაქტს გავეცანით იმ ცდების აღწერისას, რომელსაც მიზნად განწყობისა და აღქმის ხატის დამოკიდებულების გარკვევა ჰქონდა. როგორც ეს ახლა ჩვენთვის ცნობილია, ამ ხატების ერთ-ერთ თავისებურებას შეადგენს ის, რომ ისინი ფიქსირებული განწყობის ზეგავლენით ილუზორულ სიდიდეს იძენენ და მასთან ასიმილაციის მიხედვით პოულობენ განცდაში გამოხატულებას. პრინციპულად სხვაგვარი დამოკიდებულება, როგორც აღვნიშნეთ, შეუძლებელია ვიგულისხმოთ სიზმრის წარმოდგენის ხატსა და ფიქსირებულ განწყობას შორის. მით უმეტეს, როცა ამ შემთხვევაშიც საქმე გარეთ პროექცირებულ ხატებთან გვაქვს და მათ დამახასიათებელ თავისებურებას შეადგენს ის, რომ ისინი წარსულში ინდივიდის მიერ შექმნილ გამოცდილებასთან ასიმილაციის შედეგად განიცდებიან.

შეიძლება აქვე ვიკითხოთ: როგორ ხდება სიზმარში ფიქსირებული განწყობის განახლება? ძილში ორგანიზმში სასიცოცხლო პროცესების მიმდინარეობა არ წყდება, პირიქით, კვების, თავდაცვის, სექსუალური მოთხოვნილებები განაგრძობენ მოქმედებას. ერთი სიტყვით, განწყობის შემუშავების სუბიექტური ფაქტორი იქნება აქტიურ მდგომარეობაშია და, მაშასადამე, არაფერია ხელის შემშლელი, რომ მან მისივე მონაწილეობით ფიქსირებული განწყობის გამოცოცხლება გამოიწვიოს.

ძილში არც გარემოსთან არის კავშირი მთლიანად გაწყვეტილი. ორგანიზმში გარედან შემოდიან კანის, სმენის, კინესტეტიკური

¹ დ. უზნაძე, პოსტჰიპნოზური შთაგონების თეორიისათვის, ფუნქც. ნერვულ დაავადებათა, ინსტიტუტის შრომები, ტ. 1 19 '6, გვ. 69.

შეგრძნებები, აგრეთვე ინტერორეცეპტორებიდან წამოსული იმპულსები. ამრიგად, განწყობის შემუშავების ობიექტური ფაქტორიც მოქმედებაში იმყოფება, რომელიც თავის მხრივ განწყობის უქტუალიზაციის სიგნალის როლს ასრულებს. სხვადასხვა რეცეპტორებიდან შემოსული გრძნობადი შინაარსები ძილში განახლებული განწყობის კონტექსტში მოექცევიან და მის მიერ შეცვლილი პოულობენ გამოხატულებას სიზმარში. ადამიანს არა თვითონ გამღიზიანებელი ესიზმრება, არამედ მოქმედება, რომელშიაც იგი სრულიად სახეშეცვლილად არის ჩართული. საფრანგეთის რევოლუციის ეპოქის ადამიანისათვის ძილში კისერზე შემოხვეული პირსახოცი სიგნალი აღმოჩნდა არა იმისა, რომ მას გილიოტინაზე სიკვდილით დასჯა დასიზმრებოდა. ძილში ფეხის ტერფის გაღიზიანების გამო ხშირად მძინარე თავს მოცეკვავე ადამიანის როლში ხედავს და ა. შ. ერთი სიტყვით, გარეშთაბეჭდილებათა ასეთი გადამუშავება და გარკვეული მოქმედების სახით გაშლა თვითონ გამღიზიანებელზე კი არ არის დამოკიდებული, არამედ ფიქსირებულ განწყობაზე, რომლის აქტუალიზაციის სიგნალის როლს ის ასრულებს.

ორგანიზმში მოთხოვნილების გამოცოცხლებას ყოველთვის თან ბოაქვს შინაარსი, ე. ი. საგანი, რომელთან ურთიერთობაში იგი ჩვენიში ჩამოყალიბებულია. მიუხედავად ამისა, მოწყურებულ ადამიანს მხოლოდ წყალი კი არ ესიზმრება, არამედ მოქმედება, რომლითაც მას ეს მოთხოვნილება ცხადში დაუკმაყოფილებელია. მშვიერ სიზმარში მხოლოდ პურს კი არ ხედავს, არამედ გაშლილ სუფრას და საჭმლით დატვირთულ მაგიდასთან მჯდომი როგორ შეექცევა საყვარელ კერძებს. სიზმარში ქცევასთან იმიტომ გვაქვს საქმე, რომ დაუკმაყოფილებელი მოთხოვნილება ფიქსირებული განწყობის გამოცოცხლებას იწვევს, რომელიც სიზმარში ცალკე ქცევის ცალკეულ აქტებად იშლება, რათა ინდივიდის აქტუალურმა მოთხოვნილებამ მაქსიმალურად დაკმაყოფილების საშუალება მონახოს.

სიზმრის და ფსიქოზური წარმოშობის ცნობიერების მუშაობის საფუძვლად განწყობის აღიარებას სრულიად გარკვეული უპირატესობა აქვს ყველა იმ თვალსაზრისებთან შედარებით, რომელნიც მის საწყის არაცნობიერ სფეროში ეძებდნენ. საქმის ვითარება რომ ისე ყოფილიყო, როგორც ეს არაცნობიერის ფსიქოლოგიაშია წარმოდგენილი, მაშინ უნდა აგვეღიარებია, რომ ჩვენი განცდები მანამ არსებობენ დამთავრებული სახით, სანამ ისინი თავის რეალიზაციას

მოახერხებდნენ. მაგრამ მაშინ რაღა აზრი ექნებოდა მათს სიზმრის ცნობიერებაში აქტივიზაციას? არა იგი როგორც განცდები კი არ განაგრძობენ არსებობას, მიუთითებს დ. უზნაძე, როგორც წარმოდგენები, აზრები, სურვილები ან აფექტები, არამედ როგორც პზაობა, როგორც სუბიექტის განწყობა მათი მიმართულებით განწყობის წარმოშობისა. კომპლექსიც ხომ აფექტია და, მაშასადამე, რაც აქ ითქვა, რასაკვირველია, ბლოილერის მოძღვრების მცდარ საფუძველზედაც მიუთითებს. იგივე უნდა ითქვას ფროიდის არაცნობიერ მისწრაფებაზე (Lustprinzip), რომელიც მას აუტისტური განცდების წყაროდ მიაჩნია.

„რატომ ვლაპარაკობთ აქ განწყობაზე და არა სურვილებზე, აფექტებზე, კომპლექსებზე, რომელნიც ეგოდენ ხშირად ხვდება თანამედროვე ფსიქოლოგიურ ლიტერატურაში? მე ვფიქრობ, ჯერ ერთი, არაცნობიერი სურვილი, აფექტი ან კომპლექსი უალრესად ჰიპოთეტიკური ცნებებია, რომელთა მართებულობის საბუთად მხოლოდ ის ითვლება, რომ, რაკი იგინი, ცნობიერებაში გამოვლენის შემდეგ, სურვილს, აფექტის ან კომპლექსის სახით იჩენენ თავს, მანამდისაც ამავე სახით უნდა არსებულებიყვნენ. მაგრამ არ არის არც ერთი შემთხვევა, რომ ანალოგიური განცდის არაცნობიერ მდგომარეობაში დადასტურება, ერთხელ მაინც მოხერხებულყო, მეორე—არ არის დამტკიცებული, რომ აფექტურ მდგომარეობას რაიმე ინტელექტუალური შინაარსის გამოწვევა შეეძლოს“¹. სიზმრის ცნობიერების შინაარსებს: წმოდგენას, აზრს აფექტს თავის დასაყრდენი გააჩნია სუბიექტის განწყობის სახით, ჯერ იგი უნდა ჩამოყალიბდეს, ან თუ ჩამოყალიბებულია ხელმეორედ განახლებას საჭიროებს, რომ ცნობიერებაში მისი შესატყვისი შინაარსები აღმოცენდნენ.

ტრადიციულ ფსიქოლოგიაში გაბატონებული კვალის თეორიის მიხედვით, წარმოდგენა იგივე კვალია, რომელიც ტვინის უჯრედებში დაბინავებული ხელსაყრელ მომენტს უცდის გამოცოცხლებისათვის. საკმარისია უჯრედი მოვიდეს მოძრაობაში, რომ მასში კვალის სახით არსებულმა წარმოდგენამ იფეთქოს ცნობიერებაში. ამრიგად, ჰიპნოიდური ცნობიერების შინაარსი, თანახმად ამ თეორიისა, უჯრედების სპონტანური მოქმედების შედეგად აღმოცენებული წარმოდგენების ურთიერთობის შედეგად ყალიბდება. როგორი იქნება სიზმრის ცნობიერების შინაარსები, ეს წარმოდგენ-

¹ დ. უზნაძე, ძილი და სიზმარი, 1935, გვ. 60.

ბის სპონტანურ მოქმედებაზე არის დამოკიდებული ისე, რომ ფიზიოლოგიური პროცესების მონაწილეობის საჭიროება არც დგას. კვალის თეორიისთვის ტვინი ლატენური წარმოდგენებით, ე. ი. სულით დატვირთული ორგანოა, მისი თავშესაფარი და არა ტვინის მოქმედების პროდუქტი.

ფსიქომორფოლოგიზმის წყაროდ გადაქცეული კვალის თეორია უსუსურია გაგვაგებინოს: როგორ დგება სიზმრის ფაბულა, როგორ ამყარებს ის ურთიერთობას ინდივიდის მოთხოვნილებასთან. გაუგებარი რჩება სიზმრის პიროვნული ხასიათი: სანგვინიური პიროვნების სიზმარი, რატომ არის ოპტიმისტური ხასიათის, ხოლო მელანქოლიური ტემპერამენტის ადამიანის სიზმრის შინაარსი — პესიმისტური. მას არც იმაზე გააჩნია პასუხი, თუ რა უდევს საუფქვლად, სეჩენოვის სატყვიით, რომ ვთქვათ, გამოცდილების ისეთ კომპინაციას სიზმარში, რომელიც მის შინაარსს ფანტასტიკურ ხასიათს აძლევს.

თუ გავიზიარებთ იმ აზრს, რომ ავადმყოფის სიზმრისებურ ცნობიერებას მისი აქტუალური განწყობა მართავს, გასაგები აღმოჩნდება, რატომ არიან ამ პირობებში აღმოცენებული შინაარსები პიროვნული დალით აღბეჭდილი. ამავე დროს, როგორც ეს როსალოდნელი იყო, ვერც ერთსა და ვერც მეორეს შეუძლია წვდეს პიროვნების თავგადასავალს. საქმე იმაშია, რომ ნორმალური კავშირი სინამდვილესთან დარღვეულია, თანაც ავადმყოფის ფსიქიკა განვითარების იმ საფეხურს ვერ სცილდება, რომელიც წინ უსწრებს ინტელექტის განვითარებას და საბოლოოდ ვერც მისი შინაარსი ახერხებს სუბიექტის ინტიმურ სამყაროს გასცილდეს. ასეთ მდგონარეობაში მყოფი ადამიანის ცნობიერებისათვის ისაა დამახასიათებელი, რომ მისთვის სინამდვილე მხოლოდ იმდენად განიცდება, რამდენადაც იგი, როგორც დ. უზნაძე მიუთითებს, „მისი ქცევის სტიმულს წარმოადგენს, მისი რეაქციების კონტექსტში შედის“, და, როგორც ეს საერთოდ ჰიპნოიდური მდგომარეობისათვის არის დამახასიათებელი, სუბიექტთან ინტიმურ კავშირში მყოფი შინაარსებს ქსოვს, სინამდვილე როგორც ობიექტური მოცემულობა მისთვის არც არსებობს.

არც ჭანსალი ადამიანის ცნობიერებისათვის არის უცხო აქტუალური განწყობით განსაზღვრული შინაარსები, მაგრამ აქ ნაცვლად იმისა, რომ თითოეულმა სტიმულმა ჩვეული რეაქცია გამოიწვიოს, როგორც თავის დროზე იყო მითითებული, ობიექტივაცია იჩენს

თავს. რეაქცია გადაიდება და აქტუალური განწყობით განსაზღვრული შინაარსები ხელმეორედ აღქმის ობიექტად გადაიქცევიან. ამრიგად, სანამ სიტუაცია მოქმედებას გამოიწვევდეს, მანამ მასზე თვალის გადავლება ხდება, აზროვნება იწყება, და ცოცხალი არსების წინაშე ობიექტივირებული სინამდვილის სურათი იშლება. ამით ხდება შესაძლებელი მისი შინაგანი გადამუშავება. ინტელექტის გადავიძება ობიექტივაციის გარეშე შეუძლებელია, იგი არსებითად ამ შინაგანად გადამუშავების პროცესს წარმოადგენს. ამრიგად, ნორმალური ადამიანის დამოკიდებულება სინამდვილესთან ინტელექტის მონაწილეობით ჩამოყალიბებულ განწყობის დონეზე მოქმედებას საჭიროებს. როგორც სიზმარში, ისე ფსიქოზში ამის შესაძლებლობა, როგორც ითქვა, მთლიანად თუ არ არის აღკვეთილი, იგი მინიმუმამდე მაინც შეკვეცილია.

სიზმრისა და ჰალუცინაციის ხატი

სიზმრის ხატი, იასპერსის აზრით, რეალურ სამყაროში კი არ არის პროექტირებული, არამედ „წარმოდგენათა სავრცეში“, ამიტომ მას საერთოდ აღქმისათვის და, კერძოდ, ჰალუცინაციისათვის დამახასიათებელი სიცხველე (Leibhaftigkeit) არ გააჩნია. იასპერსი სიზმარს ფსევდოჰალუცინაციად თვლის და არც საჭიროდ მიაჩნია მისი გაიგივება აღქმასთან. როგორც ჰალუცინაციაზე დაკვირვება გვიჩვენებს, მას სინამდვილეში არსებულ საგნებს შორის არასოდეს არ უკავია, კ. შნაიდერის მითითებით, ისეთი ადგილი, რომელიც ჩვენ განცდაში რეალურად აღქმულ საგნის აღქმას უჭირავს, ამიტომ ასკვნის იგი, ამ განცდათა შორის არსებობს თვალსაჩინო განსხვავება. ყოველი ჰალუცინაცია მას ფსევდოჰალუცინაციად მიაჩნია, ამიტომ სიზმარსა და ფსევდოჰალუცინაციას შორის განსხვავებასაც ვერ ხედავს.

განცდის თვალსაზრისით ძნელი მოსანახია განსხვავება ჰალუცინაციისა და აღქმის ხატებს შორის. ტენი ისე შორს წავიდა, რომ მან აღქმა ჰემმარიტ ჰალუცინაციად ჩასთვალა. რამდენად სწორია ტენის დასკვნა ამის შესახებ მსჯელობას აქ ვერ შეუდგებით, მაგრამ ერთი რამ სრულიად უდავოდ გვეჩვენება: ვინც ჰალუცინაციის ხატს ხედავს, იგი მისთვის აღქმის თვისებით არის აღქურვილი. შეიძლება მათ შორის არ ჩანდეს არსებითი ხასიათის განსხვავება, მაგრამ არ შეიძლება იმის დავიწყება, რომ აღქმის საგანი რეალურად არსებობს, ხოლო სიზმარი და ჰალუცინაცია წარმოდგენას ემყარ-

ბა. თუ გავიხსენებთ სიზმრის წარმოდგენის ზემომოყვანილ დახასიათებას ცხადი აღმოჩნდება, რომ მის სახით ისეთ გარდამავალი ხასიათის ფენომენტთან გვაქვს საქმე, რომელიც არც აღქმავა და არც წარმოდგენა, მაგრამ ორივე თვისებების მატარებელია.

ჩვენი მოსაზრების სისწორეში დასარწმუნებლად საკმარისია როვიგონოთ პირობები, რომელშიაც ჰალუცინაციისა და სიზმრის ხატები აღმოცენდებიან. ასეთ პირობას ქმნის სიფხიზლისა და ძილის შუა მდებარე ცნობიერება, რომლის ფარგლებში ადამიანი ვერც არჩევს ჰალუცინაციის, სიზმრის თუ აღქმის ხატია მის წინაშე. განსაკუთრებით რთულდება მდგომარეობა, როცა არა ჯანსაღი, არამედ ავადმყოფია ამ მდგომარეობაში. ასეთ ავადმყოფს შეუძლია ძალის ყეფა ჰალუცინაციად მიიჩნიოს და იკითხოს სად არის აქ ძაღლები მოთავსებული. ყნოსვის ჰალუცინაციით შეპყრობილი ოზეროცკოვსკის ორი ავადმყოფი ახლობლებს ეკითხებოდა, ხომ გრძნობთ რა ცუდი სუნი დგასო. ასეთი მაგალითების მოყვანა არ წარმოადგენს სიძნელეს, მაგრამ არა ნაკლებ ხშირია, როცა სიზმარში ნახული ცხადში გამოყვება ავადმყოფს და იგი მღვიძარე მდგომარეობაში მას როგორც სინამდვილეს განიცდის. ავადმყოფის მიერ მოთხრობილში არც ისე იშვიათად არის ერთმანეთში არეული სიზმრისა და ცხადის შთაბეჭდილებები. ამ ორ განცდათა შორის საზღვრის გავლებას, როგორც მითითებული იყო, იგი ყოველთვის ვერ ახერხებს.

ეს არ უნდა იყოს მხოლოდ ავადმყოფებისათვის დამახასიათებელი, რადგანაც ყოველი ჩვენთაგანი იცნობს ჩაძინების წინა პერიოდის განცდებს, სადაც შეუფერხებლად მიმდინარეობს წარმოდგენის ხატის გადაქცევა ჰალუცინაციურ ხატად. ადამიანს ჯერ კიდევ ძილი არ მორევიდა, მაგრამ იგი ხედავს ადამიანების, ცხოველების, მცენარეების ხატებს, მომხიბვლელ პანორამებს, რომელთა შორის ბევრი რამ დღის შთაბეჭდილებებიდან არის მოტანილი. რაკი ეს ხატები ძილ-მღვიძარე მდგომარეობაში აღმოცენდებიან. მათ ჰიპნოგოგიურ ხატებს უწოდებენ. სტუდენტმა თავის ჰიპნოგოგიურ ხატებზე დაკვირვების პერიოდში მიიღო ცნობა დედის ავადმყოფობის შესახებ. იმავე ღამეს მან მთვლემარე მდგომარეობაში დედის სახე დაინახა, იგი ლოგინზე იწვა და გარშემო ნათესავები იდგნენ. ეს იმდენად ცხადად განიცადა მან, რომ შიში მოერია და იძულებული შეიქმნა სანთელი აენთო. ერთ ჩემს სიყრმის ამხანაგს სკოლის ასაკში ჩვევად გადაექცა ჩაძინების წინ საზღვარგარეთ მოგზაურობაზე ოცნება. ხშირად იგი მთვლემარე მდგომარეობაში თვალ-

წინ ხედავდა ფართო ქუჩებს, ცამდე აბჯენილ სახლებს და ქუჩაში ავტოებისა და ადამიანების გროვას.

ჩაძინებისა და სიფხიზლის შუა მდებარეობს სტადია, როცა ჰიპნოგოგიური ხატები იმპულსურად აღმოცენდებიან და დამკვირვებლის ნება-სურვილის გარეშე განაგრძობენ მიმდინარეობას. კავშირიც მათ შორის ისე მყარდება, რომ ინდივიდის მონაწილეობა არ ჩანს, იგი გარედან მაყურებლის როლში იმყოფება, თუ თვალწინ უნებლიეთ გაშლილი სურათი მის სიცოცხლეს საფრთხეს უმზადებს, ამას თან სდევს აფექტი და ხატების ავტომატური მიმდინარეობის შეწყვეტა. მე მქონდა შემთხვევა, წერს გ. ი. მიულერი, 1828 წელს საუბარი მქონოდა გოეთესთან იმ მოვლენების შესახებ, რომელიც ორივეს გვაინტერესებდა. როცა მე ტანტზე თვალვდებოდა უწყვეტი ვწევარ, და ჯერ კიდევ ძილი არა მაქვს მორეულო, სწორად ფიგურებს ვხედავ, რომლებზე შემძლია დაკვირვება. გოეთემ ამის შესახებ იცოდა და ძლიერ აინტერესებდა გაეგო, ამ დროს როგორი განცდა მქონდა. მე მას მოვახსენე, რომ ნებისყოფა არავითარ გავლენას არ ახდენს ამ ხატების აღმოცენებაზე, არც მათი ფორმის შეცვლაზე. როგორც გოეთესაგან გავიგე მას, პირიქით. თვითონვე შეეძლო თემა დაესახა, რომლის შინაარსის გარდაქმნა მის უნებურად მიმდინარეობდა¹.

ჰალუცინაციის სხვადასხვა სახე არსებობს, მაგრამ პრინციპში ჰალუცინაცია ერთია და ის, რაც მის ჰიპნოიდური ფორმის შესახებ იტქმის ძალაში რჩება დანარჩენთა მიმართ. მნიშვნელობა აქვს არა ამის გათვალისწინებას, არამედ იმის ცოდნას ხატების აქტიურობის რომელ სტადიაში ვკვრეტთ მას.

I. სტადია ხასიათდება ყურადღების პასიურ მდგომარეობაში გადასვლით. ამ დროს სინამდვილესთან კავშირი არსებობს, მაგრამ ინდივიდის ფსიქიკის მოქმედება ამის საფუძველზე არ იშლება. შესამჩნევად შეზღუდულია ნებისყოფის აქტები, მოტორიკის აქტიურობა. გარემოსთან რეცეპტორების კავშირი ჯერ კიდევ გრძელდება, რაც აძლევს ინდივიდს თავის განცდებში საჭიროების მიხედვით სწორი ორიენტაციის საშუალებას. ასოციაციების ფუნქციონირება გრძელდება, მასზე კონტროლი საგრძნობლად არის შესუსტებული. ხატები იმპულსურად აღმოცენდებიან, ეპიზოდური ხასიათის არიან, ისინი იშვიათად შეიძლება მიმზიდველი იყვნენ, თუმცა მათთვის თავის დანებება არც ისე ადვილია. ამ სტადიაზე ადამიანს შეუძ-

¹ 4-р Симон. Мир грез, 1890, гл. 113

ლია მოიკრიფოს ძალა და მიმართულება შეუცვალოს ხატების მიმდინარეობას. იგი ამ პროცესის შეუწყვეტლად ახერხებს გაერკვეს მათ რაობაში და შეუძლია მის მიერ განცდილ ხატებთან კრიტიკული დამოკიდებულების დამყარება.

II. ჰიპნოზოგიური ხატების აქტიურობის მეორე სტადიაზე ინდივიდის აქტიურობა საგრძნობლად ეცემა, ყურადღებას არავითარი კავშირი არა აქვს სხეულის პოზასთან, ასოციაციათა მიმდინარეობა იმდენად პასიურია, რომ იგი სწრაფად და უნებლიეთ იცვლის მიმართულებას. მოგონების ელემენტები დეზინტეგრირებულია და წათ შორის კავშირი ახირებულ ხასიათს ატარებს. მოტორიკა იმდენად გამოთიშულია, რომ ხატების შესატყვისი იმპულსების მოძრაობის გამომწვევი ძალა საგრძნობლად შესუსტებულია. ცნობიერების შინაარსებს სიცხადე ემატება და გამოკვეთილად ჩანან. უნებლად აღმოცენებული აზრი იქვე იქცევა ხატად, რომელიც აღქმას უფრო გავს, ვიდრე წარმოდგენას. იმდენად თავისუფლად მიმდინარეობს ხატების ტრანსფორმაცია, რომ მეტად გაადვილებულია ოცნებათა ოქროს კოშკის აგება. უფრო ღრმა ძილის მდგომარეობაში გადასვლას თან სდევს აბსურდული ხასიათის ხატები, რომელნიც ხშირად უსაამოვნო განცდების აღმოცენებისათვის იძლევიან მასალას, ძილის ამ სტადიაზე ვერ ხერხდება, თუ ძაან არ დავატანეთ თავს ძალა, ნამდვილსა და სიზმარს შორის ზღვარის დადება. ნორმალური ადამიანი ამ შემთხვევაშიაც აღწევს სენსორული აპარატის აქტიურობას დაემყაროს და მთლიანად გამოღვიძების გარეშე ახერხებს მის წინ მიმდინარე მოვლენებში გარკვევას.

III. ხატების აქტიურობის ეს ისეთი სტადიაა, რომელიც ჰემზარატი ჰალუცინაციისათვის არის დამახასიათებელი. ამ შემთხვევაში სენსორული აპარატის აქტიურობა თითქმის მთლიანად შეკვეცილია, გარემოსთან კავშირი შეიძლება ითქვას, რომ არ არსებობს. თავის განცდების მიმდინარეობიდან პიროვნება გამოთიშულია, იგი ცნობიერების შინაარსების გარედან მეთვალყურეა, რომელთა მიმართ იშვიათად ამჟღავნებს ემოციურ დამოკიდებულებას. რაღაც ვანსაკუთრებული მოვლენის წინაშე უნდა აღმოჩნდეს პიროვნება, რომ მის მხედველობის ველზე მიმდინარე მოვლენები ემოციურად განიცადოს. ორიენტაცია წარსულში იშვიათად შეიძლება არსებობდეს, აქ აწმყო და წარსული ერთმანეთშია არეული, უკეთეს შემთხვევაში, ყველაფერი რასაც ის თვალთ ხედავს ცოცხალ სინამდვილედ განიცდება. სიზმარში 20 წლის დასაფლავებულ მამას, როგორც ამჟამად გარდაცვლილს განვიცდით და მეგობრებისაგან სამძიმარსაც

ვლებულობთ. ხატების აქტივაციის ამ სტადიაზე წინ წამოწეულია კონტრასტული ხასიათის განცდები. საერთოდ ძილში სენსორულ და მოტორულ სფეროთა შორის კავშირი გათიშულია, მაგრამ ცნობილია მისი ისეთი სტადია, რომლისთვის დამახასიათებელია ძილში ლაპარაკი და სიარული. ადვილი შესაძლებელია სულით ავადმყოფის ცნობიერების მდგომარეობა ძილის ისეთ მექანიზმებთან იდგეს ახლოს, რომელიც ნოქტამბულიზმისა და ლუნატიზმისათვის არის დამახასიათებელი.

საფხიზლე ერთბაშად არ გვეძლევა, მის დასაბრუნებლად საჭიროა ადამიანმა ხატების აქტიურობის, ე. ი. ძილის სტადიები შებრუნებული მიმართულებით გაიაროს. გამოღვიძებისკენ სვლა ნიშნავს სწორი ორიენტაციის აღდგენას, ამასთანავე ერთად ხატები სიცხოველისა და ინტენსიობას კარგავენ და „ბოლოს იმის ცოდნაც ბრუნდება, რომ ჩვენ მიერ განცდილი არა სინამდვილეში, არამედ ძილში მიმდინარეობდა.

სიზმრისა და პალუცინაციის ხატები ემყარებიან იმას, რაც ამჟამად ან შორეულ წარსულში იყო განცდილი. ხანგრძლივი ძალით მკურნალობის შედეგად დაგროვილი მასალებიდან ჩანს, რომ თუ ავადმყოფს ძილით მკურნალობის დაწყებამდე დევნის ბოლდა ჰქონდა, ძილში იგი ამ იდეების შესატყვის პალუცინაციის ხატებს ხედავდა. სიფილსით დაავადების იდეით შეპყრობილმა ავადმყოფმა ძილში ნახა სიფილისით დაავადების სცენა, თან ხმებიც გაიგონა, რომ იგი ნამდვილად დაავადებულია. დევნის იდეებს გამოთქვამდა ავადმყოფი, რომელსაც სიზმარში უთხრეს: „ქმარს ამიერიდან თვალით ვერ ნახამ“¹.

ხანგრძლივი ძილით მკურნალობის დროს ავადმყოფების მიერ ნახულ ხატებს ძლიერ ახლო მსგავსება გააჩნიათ ონეირეიდულ პალუცინაციებთან, ვინაიდან სცენები აქაც ერთიმეორეს ცვლიან და ავადმყოფის მდგომარეობაც შეზარხოშებულ ადამიანს მოგვაგონებს. ონეირეიდული ცნობიერებაში ერთმანეთშია არეული მოგონებების, ფანტაზიისა და სინამდვილის ხატები. განცდილ სიტუაციაში რომანტიული ელემენტებია ჩართული, რომელიც შლის საზღვარს არსებულს და შესაძლოს შორის. პიროვნება სხვაზეა დამოკიდებული, როგორც ამას შიზოფრენიის შემთხვევაში აქვს ადგილი,

¹ В. А. Гияровский. К клинике и психопатологии галлюцинаторных расстройств, развивающихся у шизофреников при лечении наркотическим сном, невр. и психиатр. т. VIII, в. 4, 1939, 83-5.

ემოციური სფეროც ამბივალენტურია. ადვილად შესამჩნევი ჩანს აუტისტური შთაბეჭდილებებისაკენ მიდრეკილება და სინამდვილისაგან მოწყვეტა. ავადმყოფის განცდა სიზმარს მოგვაგონებს, ამიტომაც უწოდა მას მაიერ-როსმა ონეირეიდული მდგომარეობა¹. როგორც ეს საერთოდ ტოქსიკოზური წარმოშობის ფსიქოზებისათვის არის დამახასიათებელი, ამ დროს ადგილი აქვს წარმოდგენის ვიზუალიზაციას,—საკმარისია გაფიქრება, რომ ავადმყოფმა იგი მის წინ ხატად დაინახოს.

აქ აგრე სქემატურად აღნიშნულიც საკმარისია იმის დასანახად, რომ მეტად არსებითი ხასიათის მსგავსება არსებობს სიზმრისა და ჰალუცინაციის ხატებს შორის. ამას იმიტომ აქვს ადგილი, რომ ძილისა და სიფხიზლის შუა ცნობიერების ისეთი მდგომარეობა მდებარეობს, რომელიც ქმნის პალუცინაციის აღმოცენების საერთო ნიადაგს. ამ შემთხვევაში აქვს ადგილი, როგორც თავის დროზე იყო აღნიშნული, ობიექტივაციისაკენ მიმართული აქტივობის უკმარობას, ნიადაგი ეცლება ინტელექტის მოქმედებას, და დაბალი ორგანიზაციის ფსიქიკური მოვლენები აზროვნების საფეხურზე გადამუშავების გარეშე პოულობენ ცნობიერებაში გამოვლენის შესაძლებლობას. იდეების ადგილს აქ აღქმა და წარმოდგენა იკერს ხშირად დიფერენციის გარეშე.

ჩვენ გვქონდა შესაძლებლობა გვენახა, რომ სიზმრის, ე. ი. ჰიპნოზის მდგომარეობაში შესაძლებელია განწყობის ფიქსაცია, მისი ზღმეორედ განახლება. იგი ამ შემთხვევაშიაც ისევე წარმართავს ჰიპნოზოგოგიური ცნობიერების შინაარსთა ასიმილაციას, როგორც ეს ჩვენთვის თანამიმდევარი ხატებისა და განწყობის ურთიერთობიდან არის ცნობილი. ჰალუცინაციური ხატი, თანახმად იმისა, რაც ზემოთ ითქვა, ცხადია, რომ არ შეიძლება გამონაკლის შეადგინდეს, ნით უმეტეს, როცა იგი თითქმის არაფრით განსხვავდება სიზმრისაგან არავითარი სპეციალური მტკიცება არაა საჭირო დასკვნის გამოსატანად, რომ ავადმყოფის ცნობიერების შინაარსთა ალუზორული და ჰალუცინაციური გადამუშავება ფიქსირებული განწყობის საფუძველზე მიმდინარეობს.

ჩვენთვის ახლა ცხადია, რომ ხატი, რომელიც განწყობის ჩამოყალიბებაში მონაწილეობას ღებულობდა, შეიძლება ინდივიდის მოთხოვნილებასთან ერთად ასრულებდეს განწყობის აქტუალიზა-

¹ W. Mager—Gross Selbstschilderungen der Verwirrtheit, 1924.

ციის სიგნალის როლს. პალუცინაციის ხატს ამის შესრულება, ისე როგორც ზარის ხმას ნერწყვის გამოყოფა, იმ შემთხვევაში შეუძლია, თუ იგი ინდივიდის აქტუალურ მოთხოვნილებასთან აზრს დაკავშირებული. როცა დეჰნის იდეით შეპყრობილი ავადმყოფი მის დასაქვრად მოსული ადამიანის პალუცინაციის ხატს ხედავს, იგზის მხერით კი არ კმაყოფილდება, არამედ თავდაცვს მოთხოვნილების დაკმაყოფილების მიზნით ქვეშაგების ქვეშ იმალება, ან გეორე ოთახში გარბის და უარს აცხადებს თავის პალატაში დაბრუნებაზე. ეს უთუოდ შედეგია იმის, რომ პალუცინაციის ხატმა ავადმყოფში შეძლო აღძრა ისეთი ფიქსირებული განწყობა, რომელიც საფუძვლად დაედვა მის თავდაცვის მოთხოვნილების დაკმაყოფილებას. განწყობის ცნების გარეშე გაუგებარია ავადმყოფის ქცევა. რომელიც მოხსენებებს წერს, მსოფლიო კონგრესზე კამოსავლელად ემზადება და დარწმუნებულიაა წარჩინებულ ადამიანებს შორის იმყოფება. დეპრესიის მდგომარეობაში აქტუალიზირებულ განწყობის საფუძველზე ავადმყოფი თვითდაკნინების იდეებს გამოთქვამს და ყურშია ც დამამძირებელი სიტყვები ესმის.

აკუსტიკური ხატის თავისებურებას შეადგენს ის, რომ მას კავშირი აქვს არა მარტო სხეულის ამა თუ იმ ორგანოსთან, არამედ ამასთან ერთად მეტყველების აპარატისათვის განკუთვნილ კანენტეტიკურ და მოტორულ ელემენტებთან. იგი მხედველობის ხატს მსგავსად მოქმედებს, მაგრამ მასთან განსხვავებით, ენობრივი განწყობა მოჰყავს მოქმედებაში (რომლის არსებობა ექსპერიმენტულად არის დასაბუთებული დ. უზნაძის გამოკვლევაში!), ამოძრავებს მოვლენათა ციკლს, რომელიც მეტყველების მექანიზმისათვის არის განკუთვნილი.

აკუსტიკურ ხატს, მსგავსად მხედველობის ხატისა, სათანადო განწყობის აქტუალიზაციის შედეგად, მოძრაობაში მოჰყავს კუნთების კომპლექსი, რომელიც აზროვნების, ე. ი. სიტყვის ფორმულირებისათვისაა განკუთვნილი და ამდენად მიმართულებას აძლევს აზრის უნებლიე ვერბალიზაციას. ამის შედეგად წარმოიშობა ხმაბალლა მოლაპარაკე აზრი, „აზრის ფერა“, რომელიც ავადმყოფას აზრს თქმამდე ხმაბალლა იმეორებს. ჩვენი ავადმყოფების პათოლოგიურად შეცვლილი ენობრივი განწყობის მოქმედებაში უნდა ვეძიოთ მელოდების, სიტყვების, ცალკეული წინადადებების აკვირბე-

ბისა და მათი ცნობიერების მონაწილეობის გარეშე რეალიზაციის, მიზეზი.

ჰალუცინაციასა და ბოდვას, თანახმად აქ წარმოდგენილი მასალისა, აღმოცენების ერთი წყარო გააჩნია, ამიტომ ბოდვასა და განწყობას შორის პრინციპულად შეუძლებელია არსებობდეს განსხვავებული ხასიათის ურთიერთობა. აქ ასეთი მოკლე მითითებებით შეიძლება დავკმაყოფილდეთ, რადგან ავტორს განსაზღვრული აქვს ჰალუცინაციისა და ბოდვის ურთიერთობას ცალკე გამოკვლევა მიუძღვნას.



შიზოფრენიით დაავადებულისა და ძილის მდგომარეობაში მყოფი ადამიანებისათვის ერთნაირად დამახასიათებელია: 1. გარე სამყაროსათვის ზურგის შექცევა, სინამდვილესთან კონტაქტის შესუსტება, 2. შინაგანი განცდების სამყაროში ჩაძირვა, რომელიც, როგორც ვნახეთ, იმდაგვარ ცვლილებას განიცდის, რომელიც უჩვეულოა ცხადის ცნობიერებისათვის. ცვლილება ფსიქოზის შემთხვევაში, ისეთივე ხასიათისაა, რასაც ძილში აქვს ადგილი: ფსიქიკის ობიექტივაციას დონე ინაქტიურ მდგომარეობაში გადადის და პირველ დონეზე აღმოცენებული ფსიქიკის უკონტროლო მოქმედება გაბატონებულ ადგილს იკავებს.

საკმაოდ კარგადაა ცნობილი, რომ შიზოფრენია განსაკუთრებით მისი კატატონური ფორმა, ვეგეტატიური ნერვული სისტემის ესეთ სინდრომს იძლევა, რომელიც ძილის პერიოდში არის ორგანიზმისათვის დამახასიათებელი. ამ საკითხს ბევრი მკვლევარი ყავს, მაგრამ რაც ითქვა ისიც საკმარისია ამ დებულებას სისწორეში ეჭვი არ შევიტანოთ. ორივესათვის ერთნაირად დამახასიათებელია რიგი სიმპტომებისა, როგორცაა: სხეულის ტემპერატურის ცვალებადობა, მისი საგრძნობლად დაქვეითება, სალივაციო, ჰიპერპიდროზი, ციანოზი, ვაზომოტორული ფუნქციის ლაბილობა, განსაკუთრებით, კუნთებისა და, საერთოდ კი, ორგანიზმის ტონუსის დაქვეითება, გუგების გაფართოება, მოძრაობის სიღარიბე, ბრადიკარდია, ჰედულნკულიარული ჰალუცინოზის მოვლენები.

აქვე შეიძლება საგანგებოდ მიუთითოთ ვეგეტატიკურ-ოპტიკური სისტემის დისფუნქციაზე, რომლის შესწავლამ უჩვენა, რომ თვალი არა მხოლოდ სინათლის მიმღები აპარატია, არამედ ჰიპოთალამუსის ვეგეტატიური ცენტრებია და ჰიპოფიზის ნევროჰუ-

ბორალური აქტივობის გამომწვევიცაა. თვალში შემოსული სინათლე მიემართება არა მარტო მხედველობის ქერქისაკენ, არამედ ტვინის ჰიპოთალამუსისა და ჰიპოფიზის ვეგეტატიური ცენტროებისაკენ. მრავალი სხივი მხედველობისათვის არაერთარ როლს ასრულებს, მაგრამ ვეგეტატიურ ნერვულ სისტემაზე ზემოქმედებით ცვლის ორგანიზმის მდგომარეობას, მის საადაპტაციო მზაობას. ამას ისინი თვალის ფოტოვეგეტატიკური და ფოტონერვეტიკული ფუნქციაზე დამყარებით აღწევენ.

სინათლით თვალის სტიმულაცია თავის მხრივ გავლენას ახდენს, როგორც ეს გ. ი. მაჩკელოვს აქვს ნაჩვენები, პორმონებისა და შინაგანი სეკრეციის ჯირკვლების მოქმედებაზე. აქედან ცხადი უნდა იყოს ისიც, რომ ორგანიზმის ვიტამინით კვებაც ცვლილებას განიცდის. ვეგეტატიური ნერვული სისტემის ფუნქციონალური ანალიზის მიხედვით გაირკვა, რომ ეგზოგენურ ფაქტორთა შორის ვიტამინებიც მონაწილეობენ ჯირკვლების მოქმედებაში, ამიტომ მათი კორელაციური მონაწილეობის გარეშე ისინი ნორმალურ ფუნქციონობას ვერ ახერხებენ.

ოპტიკურ-ვეგეტატიკური სისტემაში შემოდის წინა ჰიპოთალამუსის ნეირონები, რომელიც ორმაგი ფუნქციით ხასიათდება: ნერვული და სეკრეტორული. აქედან ხორციელდება ვეგეტატიკური ნერვული სისტემის ერგოტროპული და პისტროპული გავლენა ანიმალურ ნერვულ სისტემაზე. ჰიპოთალამუსის ფარგლებში ხორციელდება სულ სხვადასხვა ხასიათის რეცეპტორებს შორის კავშირი. (ეგსტერა და ინტერარეცეპტორების, ქიმიური რეცეპტორების და ვეგეტაციური სისტემისა, აგრეთვე უკანასკნელს კავშირი ეგსტერა-პირამიდალურ სისტემასთან). ემოციურ-აფექტური სისტემა, ინსტიტუტები, მკიდროდ დაკავშირებულია ჰიპოთალამუსის ვეგეტატიკურ ცენტროებთან¹.

ვეგეტატიურ-ოპტიკური სისტემის ფუნქციის მოშლა შეიძლება იყოს მიზეზი იმისა, რომ ჩვენი ავადმყოფები თვალზე ხელს იღებენ, სინათლეს გაურბიან და ხშირად ლოგინშიც იმალებაან; რაც შეეხება ენდროკრინულ-აფექტურ სფეროს მოშლას, ამის მათუწყებელი ფაქტები საკმაოდ არის ცნობილი. ორგანიზმის სასიცოცხლო პროცესების ვაგატონიისაკენ გადახრა ერთნაირად დამახასიათებელია როგორც შიზოფრენიისათვის, ისე ძილში მყოფი ორგანიზმისათვის.

¹ Г. И. Маркелов, Заболевание вегетативной системы, 1943, стр. 287.

მეტაბოლური პროცესების დაქვეითებას ორივე შემთხვევაში აქვს ადგილი, რომელსაც თან სდევს ცენტრალური ნერვული სისტემის ელექტრონული აქტივობის დაქვეითება¹. ამასთანავე ერთად აღილი აქვს სისხლის მიმოქცევის შენელებას და გაზების ცვლის შეცვლას: აღინიშნება ჟანგბადის ნაკლებობა, შაქრის წვის შენელება და შესამჩნევად გამოხატული ბრადიკარდია.

ანიმალური ნერვული სისტემის, მისი კორტიკალური აპარატის დაძაბუნების მაჩვენებელია ძილში აგზნებითი და შეკავებითი პროცესების დაძაბვის, მათი კონცენტრაციისა და ურთიერთ ინდუქციის უნარის დაკარგვა. აგზნებისა და შეკავების ძალის შესუსტებას თან სდევს კონცენტრაციის შესუსტება და ირადიაციის გაძლიერება, ამის გამო ხდება საგანგებოდ გაძნელებული კომპლექსური გამღიზიანებელთა დიფერენციაცია.

ერთი სიტყვით, შიზოფრენიით დაავადებული ადამიანის დამახასიათებელ თავისებურებად აღიარებული უნდა იქნეს სპეციფიკური ადამიანური აქტივობის უკმარობა, რომელიც ერთნაირად გამოხატულია, როგორც ანიმალურ, ისე ვეგეტატიური ნერვული სისტემის მოქმედებაში. ყველაზე უფრო ამ აქტიურების უკმარობის შედეგად უახლოვდება შიზოფრენიით დაავადებულ ადამიანის ფსიქიკური ცხოვრებას იზომრის ენურ ცნობიერებას.

ჩვენ კომპენდენტურად არ ვთვლით თავს ვამტკიცოთ, რომ შიზოფრენია ქრონიკული ჰიპნოზის მდგომარეობაა, მაგრამ ერთი რამ სრულიად ცხადი უნდა იყოს. ძილისათვის დამახასიათებელი ნერვული მექანიზმების ბიოლოგიური მნიშვნელობა იმაში მდგომარეობს, რომ ისინი ორგანიზმის თავდაცვას ემსახურებიან. ძილი პირობებს უქმნის ორგანიზმს იმისა, რომ შეავსოს დაკარგული ენერგია, შეძლოს დარღვეული წონასწორობის აღდგენა. ძილის გამომწვევი შეკავება, ამიტომ ითვლება თავდაცვისაკენ მიმართულ შეკავებად (охранительное торможение).

ორგანიზმი თვითონ იბრძვის წონასწორობის დაცვისათვის, ამიტომ როგორც კი ადგილი დაურჩება გადააგზნებას, აგზნების ინტენსივობის ზრდას, მის გახანგრძლივებას, მაშინ ვითარდება თავდაცვითი შეკავება. ეს არის „ფიზიოლოგიური საშუალება“, რომელ-

¹ В. Я. Кауфман, Исследование расстройств сна при шизофрении, Ж. Высшая нервная деятельность № 5, 1956.

საც მიმართავს ორგანიზმი ყოველი მავნე აგენტის, ისე შიზოფრენიის გამომწვევი, ვთქვათ, ტოქსინების წინააღმდეგ.

აქედან გასაგებია, რომ შიზოფრენიის თანამედროვე მკურნალობაში ძილით თერაპიას სრულიად განსაკუთრებული ადგილი უკავია და ისიც, რომ ამ გზით განკურნების მიღწევა იმ შემთხვევაში ხდება შესაძლებელი, როცა დარღვეული წონასწორობის აღდგენის უნარი ნერვულ უჯრედებს არ დაუკარგავთ. აქ ეწყვეტთ ამის შესახებ მსჯელობას, რადგანაც ქვემოთ ამ საკითხს ისევე დაუბრუნდებით.

სიზოფრენიის ცნობიერების მუშაობის ნერვულ-დინამიკური საფუძვლები

ტვინში, როგორც სიფხიზლის, ისე ძილის მდგომარეობაში, სხვადასხვა ინტენსივობით, მაგრამ მაინც მიმდინარეობს აგზნების, შეკავების, მათი კონცენტრაციისა, ირადიაციისა და ინდუქციის მოვლენები. ამასთანავე ეცვლება ტვინის ტონუსი, მის ზედა და ქვედა სართულებს შორის დამოკიდებულება, მათი დინამიკა. არც ძილის გამომწვევი შეკავება წარმოადგენს სტატიკურ მოვლენას, ვინაიდან იგი პერიოდულად ცვალებადობს და ტალღისებურად განაგრძობს მოძრაობას. შეკავების გავრცელების, ინტენსივობის, კონცენტრაციის მიხედვით ყალიბდება ძილის განსხვავებული სტადიები, რომელნიც ი. პ. პავლოვის მიერ განხილულია როგორც პარაბიოზის ფაზები.

პარაბიოზი, თანახმად ვედენსკის შეხედულებისა, ნერვის სიცილილს კი არ წარმოადგენს, არამედ მასში მოქმედი აგზნების მოდიფიკაციას, რომელიც ქერქის ფიზიოლოგიურ მექანიზმებს თავისებურ სამუშაო მდგომარეობაში აყენებს. პარაბიოზის მდგომარეობაში ადამიანის მოქმედებას სიფხიზლისათვის დამახასიათებელი საფუძველი ეცვლება, კავშირი ორგანიზმსა და გარემოს შორის განსხვავებულ ხასიათს იძენს, ირღვევა გამღიზიანებლის ძალისა და საპასუხო რეაქციის შორის მანამდე არსებული დამოკიდებულება, არსებითად განსხვავებულ საფუძველზე იწყებს მიმდინარეობას ნერვული სისტემის გამაერთიანებელი მუშაობა. ამის გამო ორგანიზმსა და გარემოს შორის წონასწორობა ირღვევა, საგრძნობლად შეფერხებულია ქერქული პროცესების ფუნქციონალური ძერადობა, მისი პლასტიკურობა და ლაბილობა.

შიზოფრენიით დაავადებული ადამიანის ცერებრალური დინამიკის პარაბიოზული საფუძველის შესახებ მიგვითითებს ის, რომ !

რითმულმა გამლიზიანებელმა ავადმყოფი, როგორც სპეციალურად გამოკვლევიდან ჩანს. სწრაფად გადაიყვანა ძილის მდგომარეობაში. გამოაშკარავდა ნერვული უჭრედების სწრაფად გამოფიტვა, ნორმის უნარის დაქვეითება, უკეთ რომ ვთქვათ, ქერქული პროცესების მკაფიოდ გამოხატული სისუსტე (ტატარენკო).

სისხლის სანათურების პირობით რეაქციაზე დაკვირვებამ უჩვენა, რომ იგი ხშირად სრულიად არ პასუხობს ძლიერ და სუსტ გამლიზიანებელზე (ნ ა რ კ ა ზ უ ლ ი ფ ა ზ ა). სხვა შემთხვევაში ავადმყოფის ნერვული სისტემა ორივე გამლიზიანებელზე ერთნაირი ძალით პასუხობდა (გ ა თ ა ნ ა ბ რ ე ბ ი ს ფ ა ზ ა). გამოვლენილ იქნა აგრეთვე ისეთი მდგომარეობა. როცა სუსტ გამლიზიანებელზე სწრველი სისტემა ძლიერ რეაქციას იძლეოდა, ხოლო ძლიერზე — სუსტს (პ ა რ ა დ ო ქ ს ა ლ უ რ ი ფ ა ზ ა). პროფ. პროტოპოპოვი წერს: „ძლიერ ხშირი იყო შემთხვევა, როცა პლეთიზმოგრაფიული მრუდე ძლიერ ელექტროგამლიზიანებელზე ქვევით არ იწევდა, არამედ მატულობდა. რაც სანათურების გაფართოების მაჩვენებელი იყო (უ ლ ტ რ ა პ ა რ ა დ ო ქ ს ა ლ უ რ ი ფ ა ზ ა). რეაქციის ასეთი ტიპი არ გვქონია შემთხვევა ნორმალურ ადამიანთა შორის გვენახა. ამ სახის რეაქცია (დენის მიცემის მომენტში სისხლის სანათურის გაფართოება) ჯანმრთელ ადამიანებთან მხოლოდ ჩაძინების პერიოდში და ძლიერი დაღლის მდგომარეობაში შეინიშნება“¹.

როგორც ახლა ამ ვითარებაში შემუშავებული განწყობის დახასიათებიდან არის ჩვენთვის ცნობილი, შიზოფრენიით დაავადებულ ადამიანებს შორის ძლიერ ხშირი მოვლენაა პარაბიოზის გათანაბრების ფაზა, გაცილებით უფრო იშვიათია პარაბიოზის პარადოქსალური ფაზის მაჩვენებელი სურათი, ხოლო საკმაოდ ხშირ შემთხვევას წარმოადგენს ნარკოზული ფაზა².

ამრიგად, ჩვენი ავადმყოფების ცნობიერებისათვის დამახასიათებელი ჰიპნოიდური სტადიები, საკუთრივ ჩვენს ექსპერიმენტულ ფაქტებშიც კანონზომიერ გამოხატულებას პოულობენ. მიუხედავად ამისა, საჭიროდ მიგვაჩნია შეეჩერდეთ იმ მასალის გარჩევაზე, რომელიც ქაფურის დიდი დოზის გამოყენების პირობებში იყო მიღებული 75 ავადმყოფზე.

¹ В. П. Протопопов, Патофизиологические основы рациональной теории шизофрении, 1946, გვ. 101.

² ი. ბ. ელავა, ფარმაკოლოგიურ საშუალებათა გავლენა ფიქსირებული განწყობის მოქმედებაზე, კრ. ფსიქოლოგია, ტ. VIII, 1953.

ქათურის ტოქსიკური მოქმედების პირველი სტადია პერიფერიული კაპილარების სპაზმით, კანის სიმკრთალობით, გულისცემის აჩქარებით, სუნთქვის გაზშირებით, ფსიქომოტორული სფეროს როლი აგზნებით, ეიფორიით და ასოციაციათა აჩქარებით იწყება. ამ პერიოდში საგანწყობო ცდის მინიმალური რაოდენობით განმეორებით შესაძლებელია სტატკური, ტლანჭი განწყობის ფიქსაცია. არ ჩანს განსხვავება გამლიზიანებელთა მინიმალური და მაქსიმალური რაოდენობით ფიქსირებულ განწყობათა შორის. ეს მაჩვენებელია იმის, რომ განწყობის აგზნებულობა იმდენად მომატებულია, რომ 2 საგანწყობო ცდით იგივე შედეგის მიღებაა შესაძლებელი, რომლის მისაღებად ჩვეულებრივად ცდის 8—10-ჯერ განმეორება იქნებოდა აუცილებელი. ფიქსირებული განწყობის აგზნებადობის ზღურბლის გათანაბრებას თან სდევს ს ა კ ა ს უ ხ ო ე ფ ე ქ ტ ი ს გ ა თ ა ნ ა ბ რ ე ბ ა. რომლის პათოფიზიოლოგიურ საფუძველს. რასაკვირველია. ქათურის ტოქსიკური მოქმედებით განსაზღვრული ნერვულ სისტემის პარაბიოზული მდგომარეობა უნდა წარმოადგენდეს.

ქათურის მოქმედების მომდევნო სტადიაზე ავადმყოფის მდგომარეობა მკვეთრად იცვლება. იგი ერთბაშად ატირდება და იქვე სიცილს იწყებს. შიშის აფექტის ზეგაქლენით ზეზე წამომხტარი ავადმყოფი ყვირის. უნებლიეთ იცინის. შევლას ითხოვს, ლოგინს ზელით ებლაუქება. მკვეთრად გამოხატულია მეტყველებით აგზნება და მიმიკური კუნთების თამაში. ამ დროს ავადმყოფების უმრავლესობა დიდ და პატარა ობიექტებს ხელით სინჯავდნენ, მაგრამ დიდს პატარად აღიქვამდნენ და პატარას — დიდად. მართალია, ასეთი პასუხების მიღება ფარმაკოლოგიური ნივთიერების გამოყენების ფარგლებს არის შესაძლებელი, მაგრამ იგი აქ სისტემატურ ხასიათს იძენს. ცხადია, ამ შემთხვევაში ნერვულ სისტემის პარაბიოზით განსაზღვრულ პ ა რ ა დ ო ქ ს ა ლ უ რ რ ე ა ქ ც ი ა ს თ ა ნ გ ვ ა ქ ვ ს ს ა ქ მ ე.

ნივთიერების ტოქსიკური მოქმედების უკანასკნელ სტადიაზე ავადმყოფი ყუჩნდება, იგი გარინდებულია და რომელიმე წერტილს თვალს ვერ აშორებს. ამ დროს ხელში მოცემულ დიდ და პატარა ობიექტებს ავადმყოფი ხშირად ტოლად აღიქვამს და დამატებითი სტიმულაციის შემთხვევაში—განსხვავებულად, მიუხედავად ცდის საკმარად დიდი რაოდენობით მიწოდებისა, განწყობის ფიქსაცია განუხორციელებელი რჩება. მათ მეტწილად კრიტიკული ობიექტები ხელიდან უვარდებოდათ და გარკვეული პასუხის მიცემას ვერ ახერ-

ჩებდნენ. ამ შემთხვევაში უთუოდ ნერვული სისტემის ნაკონ-
ჭული ფაზით განსაზღვრულ შედეგებთან
გვაქვს საქმე.

რაც შეეხება პარაბიოზის ულტრაპარადოქსალურ ფაზას, იგი
ჩვენ არ გვინახავს, მაგრამ არა იმიტომ, რომ ასეთი რამ არ უნდა
არსებობდეს, არამედ იმის გამო, რომ გამოყენებული მეთოდი ამის
დანახვის საშუალებას არ იძლეოდა.

თანხმად წარმოდგენილი შედეგებისა, ყველაზე მასიურსა და
სტაბილურ შემთხვევას წარმოადგენს გათანაბრების ფაზა. ამრიგად,
შიზოფრენით დაავადებული ადამიანის ცნობიერება ძილისებურ
მდგომარეობაშია, რომელსაც საფუძვლად უდევს პარაბიოზის სახით.
ნერვული სისტემის თავისებური მდგომარეობა, ყველა მისთვის და-
ძახასიათებელი სტადიებით. აქედან ცხადი უნდა იყოს, რომ მეტ-
ყველებისა და აზროვნების დასახასიათებლად ზემომოყვანილი ფაქ-
ტები ჩვენი ავადმყოფების ჰიპნოიდური ცნობიერების პროდუქტს
წარმოადგენს.

შიზოფრენით დაავადებული პიროვნების გახლეჩა, რომელმაც
ასე თვალსაჩინო გამოხატულება ჰპოვა ავადმყოფების განწყობის
შესწავლის დროს, აქედან გამომდინარე შედეგები მათ მეტყველე-
ბაში და აზროვნებაში წარმოადგენს ისეთ მოვლენას, რომელიც
ავადმყოფის ნერვული სისტემის პარაბიოზით განსაზღვრულ მდგო-
მარეობას ემყარება. ქერქის ჰიპნოიდურ მდგომარეობაში გადასვ-
ლა ავადმყოფს უმაღლესი აქტიურობის გამოვლენის საშუალებას
ართმევს და გზას უხსნის სიზმრის ცნობიერებისათვის დამახასიათე-
ბელ შინაარსებს. ობიექტივაციის შესაძლებლობა არ ჩანს, მასთან
დაკავშირებული ნებელობისა და აზროვნების აქტები ძალას კარ-
გავენ და თავისუფალი გამოვლენის საშუალებას იძენს უფრო და-
ბალი სართულის იმპულსური ფსიქიკა.

ფსიქიკის მოქმედების პირველ დონეზე აღმოცენებული შინა-
არსებისათვის ძალა დაკარგული აქვს ინტელექტუალურ კატეგო-
რიებს, კერძოდ, რელაციისა და მოდლობის კატეგორიებს—ნამ-
დვილისა, შესაძლოსი და აუცილებლობისა. ავადმყოფისათვის რეა-
ლური და ნამდვილია ის, რასაც ის ხედავს, რაც მას ესმის, ეს მისი.
ცნობიერების აქტუალური შინაარსებია, ამიტომ ისეთივე დარწმუ-
ნებულობა ახლავს მათ განცდას, როგორც ამას სიზმარში აქვს აღ-
გილი.

ავადმყოფის განცდაში ხატი და სინამდვილე ერთი და იმავე
ძალით და აუცილებლობით სარგებლობენ: სიზმრის მსგავსად, აგი-

აზრს თუ წარმოდგენის შინაარსს თვალთ ხედავს, ან ყურით ისმენს. მისი ცნობიერების ვერც ერთი შინაარსი ვერ ახერხებს მიღწეოს აზროვნების, ე. ი. ქცევიდან გამოყოფილი არსებობის საფეხურამდე. ავადმყოფის განცდა აქტუალური განწყობისათვის დამახასიათებელი აღქმითა და წარმოდგენებით ამოიწურება, რომელთა შორის დიდფერენციაცია ისევე არ ჩანს, როგორც სიზმარში.

სიზმრის ცნობიერებისათვის დამახასიათებელ წარმოდგენათა შენაცვლებას, რომლის შესახებ თავის ადგილზე გვქონდა სწავლობა. შიზოფრენიით დაავადებულ აზროვნებაში აქვს ადგილი, იგივე უნდა ითქვას, სიმბოლიზაციის, შერწყმის შესახებ, როგორც ეს ე. ა. პოპოვის გამოკვლევებიდან ჩანს¹.

როგორც ეს სიზმრისათვის არის დამახასიათებელი, ფსიქოზურ განცდაში ქრონოლოგიური მიმდინარეობა ირღვევა. ამას თუ დაუმატებთ კრიტიკის უნარის მოხსნას, რეალობის განცდის შესუსტებას და მის ადგილზე ილუზორულად გადამეშავებული შინაარსების წინ წამოწევას, რომლის მიმართ ავადმყოფი, საერთოდ, სიზმრის შინაარსებისადმი დამახასიათებელ გულუბრყვილობას და დარწმუნებულობას იჩენს, მაშინ ვნახავთ, რომ სიტყვაში გადატანილი ეს შინაარსები არაფრით იქნება განსხვავებული იმისაგან, რასაც ბოლვა ეწოდება.

¹ Э. А. Попов, Проблема теории сна, сб. Проблема сна, 1954.

ტიპოლოგიური კვლევის შედეგები

კლინიკური ფენომენების ტიპოლოგიისათვის

ფიქსირებული განწყობა, როგორც ვნახეთ, შეიძლება მტკიცე იყოს ან სუსტი; ჩაქრობის მიმდინარეობის მხრივ ადვილად გადა-
ნაცვლებადი. ე. ი. დინამიკური ან ინერტული: დროში გამძლეობის
მხრივ განწყობა სტაბილური შეიძლება იყოს, ან ლაბილური: ვარ-
დოს პირობებთან ურთიერთობის მხრივ კონსტანტური ან ცარაბი-
ლური; გავრცელების მიხედვით შეიძლება ირადიაცია ახასიათებ-
დეს ან ლოკალობა: ფიქსაციის მხრივ — მეტ-ნაკლებად გამოჭატე-
ლი აგზნებადობა;

ასეთია ფიქსირებული განწყობის ნიშანთა კომპლექსი, რომელ-
თა მიხედვით უნდა დახასიათდეს ავადმყოფის მოქმედება. ამიტომ
მისი ინდივიდუალობაც მოსალოდნელია, რომ ამ ნიშნებით აღჭვ-
რვილა მოქმედებაში გამოჩნდება.

ჩვენ ექსპერიმენტული მასალა არ გაგვიჩინა იმის შესახებ,
თუ როგორი იყო ავადმყოფების განწყობა დაავადებამდე. ამის
გამო არც ფიქსირებული განწყობის პრემორბიდული თავისებურე-
ბათა შესახებ ვსვამთ საკითხს. დანტერესებულა მკითხველი ამ
მიმართულებით წარმოებული კვლევის შედეგებს პროფ. ვლ. ნორა-
კიძის შრომების მიხედვით გაეცნობა¹. ჩვენი ინტერესების სფერო
ამიტომ განსაზღვრულია; მას მიზნად აქვს გვიჩვენოს: არსებობს თუ
არა შესატყვისობა შიზოფრენიის გამოვლინებას ფორმებსა და
ფიქსირებულ განწყობას შორის?

ფიქსირებული განწყობის ტიპოლოგიური ნიშნების მიხედვით
მასალის გადათვალთვრებამ გვიჩვენა, რომ ჩვენი ავადმყოფები
შესაძლებელია 5 ძირითად ჯგუფში გავანაწილოთ.

¹ ვლ. ნორაკიძე, შიზოფრენიით დაავადებულთა პრემორბიდული პიროვნება, ფსიქოლოგიის ინსტიტუტის VI სამეცნიერო სესია, 1948 (თეზისები). უფრო
ერეულ მასალას ავტორი იძლევა თავის სალოქტორო დისერტაციაში: „პიროვნე-
ბის ხასიათი და ფიქსირებული განწყობა“, 1948.

ბურჟუაზიული ქარაქტეროლოგია ადამიანის მოქმედების დამახასიათებელი „პირველ მთლიანს“ ეძებს ორგანიზმის ვიტალურ სფეროში და ცდილობს მონახოს ისეთი სინამდვილე, რომელიც „პერსონალური მე-ს ვარემე“ დგას (Vitalität ohne personliche Ich). ასეთ სამყაროდან არის მოტანილი: ვიტალური გრძნობა Vitalgefühl), ჰორმე (Horme), სიცოცხლის გრძნობა (Lebensgefuhc), სქესობრივი ლიბიდო (Libido), გუნება - განწყობილება (Stimmunglage); ბიოტონუსი (Bio-tonus). წინასწარმდრეკილება (Anlage) . თითოეულ ამ ცნებას ქარაქტეროლოგიაში თავისი ავტორი ჰყავს და გამოყენებული აქვთ ერთი მიზნისათვის—ვიტალური პერსონის დასახასიათებლად. თითოეული ამ ცნების ავტორი დარწმუნებულია, რომ მან მონახა სინამდვილე, რომლის ძალა განსაზღვრავს არა მხოლოდ ადამიანის „პერსონალურ მეობას“, არამედ ცნობიერების შინაარსებს და მათ შორის არსებულ კავშირებსაც. მაგალითად, მონოკოვის განმარტებით, ჰორმე არის „მემკვიდრეობით მიღებულ გამოცდილებათა ჯამი, ინსტიქტის „შემომელი დღა“. კლაგესი პიროვნების სტრუქტურას ვიტალურ გრძნობათა საერთო ფონზე—ავტონომიურ გუნებაზე (Stimmung) აგებს და თვლის, რომ ეს წარმოადგენს ადამიანის სულიერ სამყაროს მამოძრავებელ ძალას. ფროიდისათვის ამავე ძალის მატარებელია სქესუალური ენერგეტიკული ფონი—ლიბიდო. როგორც ვხედავთ, ბურჟუაზიულ ქარაქტეროლოგიაში პიროვნების „პირველადი მთლიანის“ განსაზღვრული სინამდვილის ძიება გადატანილია ექსპირიმენტისათვის მიუწვდომელ ვიტალურ სფეროში, რაც თავისთავად მეტყველებს ასეთი საფუძვლის მქონე ქარაქტეროლოგიის მეცნიერულ ღირებულებაზე.

განწყობის ცნების უპირატესობა, ვფიქრობთ, რომ თავისთავად ცხადია. მას არაფერი აქვს საერთო ვიტალური სამყაროს ამ სიმპტომებთან, ვინაიდან იგი ორგანიზმის მოთხოვნილებების დაკმაყოფილების სიტუაციაში აღმოცენდება და ამდენად მისი წარმოშობის პირობები ჩვენთვის ცნობილია. განწყობა ექსპერიმენტული ძიებით დასაბუთებული ცნებაა, ამიტომ მისი მართვა ჩვენ ხელთ არის და, რაც მთავარია, დღეს ჩვენთვის მისი ფიზიოლოგიური მექანიზმებიც ცნობილია.

ცხრილი 12

ფიქსირებული განწყობის ტიპოლოგია		ავტორი ფუნქციის აღნიშვნა	რა- ობა	%	შენიშვნა
1	მტკიცე ინერტულ-ირადირებელი განწყობა (კონსტანტური, სტაბილური, აგზნებადი, ტლანქი).		147	65,3	
2	მტკიცე ინერტულ-ლოკალური განწყობა (კონსტანტური, სტაბილური, ტლანქი, აგზნებადი).		25	11,2	
3	ვარიაბილურ-ლაბილური განწყობა (ტლანქი, ინერტული, დანარჩენი ნიშნები ვარიაბილობით ხასიათდება).		14	6,3	
4	სუსტი ინერტულ-ლაბილური განწყობა (ნაკლებად აგზნებადი, კონსტანტური, ირადირებელი).		31	13,6	
5	პლასტიკური ინერტულ-ირადირებელი განწყობა (კონსტანტური, სტაბილური, აგზნებადი).		8	3,6	

როგორც ამ ცხრილიდან ჩანს და ზემოთაც იყო აღნიშნული, შიხოფტ ეწიით დაავადებული ადამიანებისათვის მტკიცე ინერტულ-

ირადირებული განწყობა აღმოჩნდა დამახასიათებელი. ამ განწყობის თავისებურებანი აერთიანებს შიზოფრენიის საერთო რაოდენობის 65,3%-ს. აქვე გავეცნოთ ამ ჯგუფის ავადმყოფთა ერთ ტიპიურ წარმომადგენელს.

1. ავადმყოფი შ. მ. (ისტორია № 369). შემოვიდა ფსიქიატრიის კლინიკაში 1923 წ.

დიაგნოზი: შიზოფრენია.

ავადმყოფის მამა ალკოჰოლს ეტანებოდა. დედას მშობიარობა წიძმე პირობებში ჩაუტარებია, ბავშვი ასფექსიის მდგომარეობაში დაბადებულა. იგი იზრდებოდა შეძლებულ ოჯახში.

ჩვენი ავადმყოფი ბავშვობიდან ყოფილა მორცხვი, კოლექტიურ თამაშობაში პასიური, ბეჯითი და თვითნება. ამხანაგებთან, ოჯახის წევრებთან გულისხმიერებას იჩენდა. სქესობრივი მომწიფების პერიოდში დაეტყო ადვილი აგზნებადობა, იმპულსიურობა, განმარტოება და გულჩათხრობილობა. ახლობლებთან დამოკიდებულება შეეცვალა, დაეტყო გულცივობა, უნდობლობა, უდიერი მოპყრობა. ამხანაგებთანაც კონტაქტი დაერღვა, საზოგადოებას გაურბოდა, გახდა ჯიუტი, წყენისაყენ მიდრეკილი, ქცევაში ნეგატივისტური ტენდენციები სპარბობდა. ხშირად მოწყენილი იყო. ცდილობდა დაეძლია ფსიქიკის აღნიშნული თავისებურებანი, მაგრამ ეს არ ახერხებდა.

სწავლაზე გული აუტრუვდა, შრომას გაურბოდა, მალე იღლებოდა, ხშირად უჩიოდა თავის ტკივილს. მშობლების შენიშვნებს ვერ იტანდა, წყენას თავიდან ვერ იშორებდა. მან შეამჩნია, რომ შრომის უნარი დაეკარგა, შრომის ნაყოფიერებაც დაეცა. მეტი დრო წამოწოლილი იყო, წიგნის კითხვას იწყებდა, მაგრამ აზრის მიძღინარეობა უწყდებოდა, თავში სრულიად გაუთვალისწინებელი აზრები მოდიოდნენ. „მე ძლიერ ადრე შევამჩნიე, აღნიშნავდა ავადმყოფი, რომ ინიციატივა შემისუსტდა, ყველაფერი მალიზიანებდა და ხშირად წონასწორობას ვკარგავდი“. თანდათან დაეტყო მეტყველების გაზანტება, ასოციაციათა სიღარიბე და შენელებული მიმდინარეობა. მოულოდნელი ხმაური, შეყვირება, კარის გაღება მას წონასწორობას უკარგავდა და თავის ტკივილი ეწყებოდა. ხშირად მოუწყესრიგებელი აზრები გაიტაცებდა და საათობით იჯდა ერთ ადგილზე გარინდებულად. ყოველივე ეს ავადმყოფის ცნობიერების კონტროლის ქვეშ მიმდინარეობდა. ამ დროს ხშირად თავის ტკივილიც ჰქონდა.

ფსიქოზი კატატონიური აგზნებით დაიწყო. საავადმყოფოში გაყურებული წევს, არავის არ ელაპარაკება, ავადმყოფებთან დაახლოებას გაუბრბის, თავისთვის ჩურჩულებს. ხშირად საკმლის მიღებაზე უარს აცხადებს. ლოგინში ტიტველი წევება, აპათიურია, მშობლების მიმართ ემოციები გაუცივდა. ქცევა მისი იმპულსურია, ერთბაშად წამოხტება ჩაამტვრევს ფანჯრის მინას და დაწევება. აქვს სტერეოტიპული რეაქციები, ეხოლალიის მოვლენები. იშვიათად ხმამაღლა გასცემს პასუხს ჰალუცინაციურ ხმებს. არავის არ ნდობს, ყველას ეჭვით უყურებს. იშვიათად ამყლავნებს ბოდვას, რომელიც უსისტემოა და მეტწილად იპოქონდრიული შინაარსის. არავის არ არ ნდობს, ამიტომ ახლო მისვლის ეშინია. აქვს სმენითი ჰალუცინაცია, რამდენად შესაძლებელი იყო დაგვედგინა, იმპერატიული ჩასიათის.

ცნობიერება ნათელი: დროში, გარემოში ორიენტირებულია. თავის მდგომარეობის სწორი შეფასება არა აქვს, ხშირად გვეკითხება: „რატომ ვარ დაპატიმრებული?“

გუნება-განწყობილება დაწული აქვს, ახლობლებისადმი, მის გარშემო არსებულ მოვლენებისადმი გულგრილ დამოკიდებულებას იჩენს. სახე ამიმიურია, თითქოს არაფერზე ფიქრობს და არც არაფერი აწუხებს.

ნებითი მოძრაობები ძლიერ ღარიბი, მთელ დღეს ლოგინში ატარებს, ნეგატივისტურია: თუ წევს, მისი აყენება ძნელია, როცა დგას ადგილიდან ვერ დაეძრავთ. არის შემთხვევა დავალების შესრულებას გეპირდება, მაგრამ განზრახვის გამოჩენის წინ ჩერდება, ხშირად იმეორებს: „რატომ?“, „მაცალეთ... ეხლავე“... ნაკაფიოდ გამოხატულია ამბივალენტური ტენდენციები.

აღქმას: საგნებს სწორად აღიქვამს. აქვს სმენითი ჰალუცინაცია, რომელიც დრო და დრო მწვავდება.

ასოციაციები: ღარიბი, ხშირად წარმოდგენათა შორის შეუფერებელი კავშირი და არაადეკვატური მიმდინარეობა აღინიშნება.

აზროვნება და მეტყველების მხრივ ჩვეულებრივ საუბარში არ ჩანს დარღვევა. დაუმთავრებელი წინადადების აზრი მისთვის მისაწვდომია, სიუჟეტის გადმოცემას ახერხებს, რასაკვირველია, თუ დავაინტერესეთ. ხშირად სტოვებს ძირითად აზრს და შემთხვევით შთაბეჭდილებისაკენ გადაიხრება. აქვს ბოდვითი ოდებები. ძირითადად იპოქონდრული ხასიათის, იშვიათად ამყლავნებს მოწამლვის შიშს, მეტყველებაში აგრამატიზმი არ აღინიშნე-

ბა, შეტყველების პროცესი შენელებული და სტერეოტიპული წინადადებებით მდიდარი.

ტაქტილური და ოპტიკური რეცეპტორით ფიქსირებულ განწყობა. 2 საგანწყობო ექსპოზიციით ისეთივე მტკიცე განწყობა უმუშავდება, როგორც იმავე ობიექტების 15-ჯერ მიწოდების შედეგად. ფიქსირებულ განწყობას: ძლიერი აგზნებადობა, სიმტკიცე, ინერტულობა, კონსტანტობა, სტაბილობა, ირადიაცია, გენერალიზაცია და სიტლანქე ახასიათებს: $\frac{+3}{+3}$

სიტყვით, ე. ი. წარმოსახულს სიტუაციაში განწყობის ფიქსაცია მიულწეველია.

ექსპერიმენტულად აშკარად გამოხატულია ობიექტივაციის აქტის უკმარობა: ექსპერიმენტულ სიტუაციაში ცვლილებას ვერ ამჩნევს, არც შემაფრთხებელი მომენტების გააზრება და მასზე შერჩერება ენერხება.

ასევე მიულწეველი აღმოჩნდა განწყობის ნებისმიერი შეცვლა. ავადმყოფი გაურბის განზრახვის გამომჟღავნებას, ვერ მოუხერხებია გადაწყვეტილების გამოტანა და პასიურად ემორჩილება აქტუალური განწყობის იმპულსს.

ნერვიული მოქმედების ტიპის თვალსაზრისით, რომ შევხედოთ ავადმყოფის ქცევას, ვნახავთ, რომ იგი ბავშვობიდან იყო მორცხვი, გაუბედავი, ხშირად კარგავდა წონასწორობას, არ ეხერხებოდა მოქმედების გადანაცვლება, საკუთარი იმპულსების შეკავება. თანახმად ამისა, უნდა ვიფიქროთ, რომ ჩვენი ავადმყოფისათვის დამახასიათებელია როგორც აგზნების, ისე შეკავების სისუსტე.

ახლა ვნახოთ ავადმყოფის ფსიქიკურ სტატუსს რა კავშირი აქვს განწყობის ექსპერიმენტული კვლევის შედეგებთან.

აქ განწყობის ძირითად თავისებურებას, როგორც ვნახეთ, პათოლოგიური ინერტულობა წარმოადგენს, ავადმყოფი ამის მიხედვით ამყარებს ურთიერთობას გარესინამდვილესთან და ამის საფუძველზე აწარმოებს გარეშთაბეჭდილებათა გადამუშავებას.

1 + 30 გვიჩვენებს, რომ ავადმყოფი ორი ტოლი ობიექტიდან ერთს, სხელდობრ იმ ხელში, რომელშიაც საგანწყობო ცდაში დიდი ობიექტი ეჭირა, და პატარავებულად აღიქვამს 30-ჯერ. ხანის ქვეშ 5-ჯერ მას იგივე ობიექტები თვალითაც ილუზორულად აქვს აღქმული.

ასეთ ფიქსირებულ საფუძველზე აღმოცენებული საპასუხო რეაქცია, როგორც მოსალოდნელი იყო, არც აღმოჩნდა გამღიზიანებელთა მიმართ ადეკვატური. აღქმის სენსორული შინაარსი ილუზორული განცდის წყაროდ გადაიქცა, აზროვნება ცალმხრივად წარმართული, ასოციაციების მიმდინარეობა სინამდვილეს მოწყვეტილი, ადამიანებთან დამოკიდებულება გაუკუღმართებული. ავადმყოფის განწყობა ობიექტურ ვითარებაში შეტანილი ცვლილების შესატყვისად არ იცვლება, აკლია ამისთვის საჭირო პლასტიკურობა, მას სიტლანქე ახასიათებს. არც ამ საფუძველზე მიმდინარე რეაქციის შემკავებელი ძალა ჩანს, ვინაიდან კრიტიკული ცდის 50—50 განმეორებითაც არ ხერხდება მისი ჩაქრობა.

ასეთი მტკიცე ფიქსირებული საფუძვლის მქონე ავადმყოფის ნოქმედება წინააღმდეგობის მიმართ უგარძნობელია და მიერეკება მას განუწყვეტელი კონფლიქტებისაკენ, რაც ბოლოს და ბოლოს გარემოდან მოწყვეტით და უსიამოვნო განცდებში ჩაყვითით მთავრდება. შთაბეჭდილებათა ცალმხრივი ასიმილაციაზე აგებული ავადმყოფის მოქმედება ხელოვნურია და მის გარშემო მყოფი ადამიანებისათვის აუტანელი. ფიქსირებული განწყობა ნიადაგს ამზადებს ნეგატივიზმის ჩამოსაყალიბებლად იმით, რომ ავადმყოფს ძალა არ შესწევს შესცვალოს ან აღკვეთოს განწყობის იმპულსი, ამიტომ უარყოფით დამოკიდებულებას იჩენს ყოველივე იმისადმი, რაც ამ იმპულსის რეალიზაციას წინ აღუდგება.

ფიქსირებული განწყობის კონსტანტობა და სტაბილობა აიძულებს ავადმყოფს თავის სურვილის გარეშე განაგრძოს ტრიალი ინერტული განწყობის ფარგლებში. აქვეა მოცემული აფექტების ეგოცენტრიული კუმულაციისათვის საჭირო პირობა. მუდამ ერთი და იგივე შინაარსის განწყობის ტყვეობაში მყოფი ადამიანი იძულებულია გაუნადღებელი კომპლექსების სამყაროში იცხოვროს და მისი ინტერპრეტაციაც ყალბად წამმართველი საფუძვლის მიხედვით აწარმოოს. გარემოსთან ნორმალური კონტაქტის თანდათანობით შესუსტება და ილუზიების აღმოცენებისათვის ფიქსირებული საფუძვლის გამტკიცება ძალაუვნებურად აიძულებს ავადმყოფს ჩამოაყალიბოს აუტისტურ-ფანტასტიკურ განცდათა სამყარო, რომლის პასიური მკვრეტელის როლშია იგი მთელი დღეების განმავლობაში. თანდათან მტკიცდება მასში ინტროვერსიისათვის დაბნახსიათებელი აფექტების დაბნული წრე, გარემოსაგან მოწყვეტა და სხვისი განცდებისადმი გულგრილობა.

ავადმყოფის განწყობის ირადიაცია გრძნობის ყველა ორგანოებში პოულობს გამოხატულებას და საფუძვლად ედება კანის, სმენის, მხედველობის, ყნოსვისა, გემოვნებისა და ინტერორეცეპტორებიდან შემოსულ შთაბეჭდილებათა გაერთიანებას ფსიქოზური განცდის ერთ შინაარსად. გრძნობათა ორგანოებიდან შემოსული შთაბეჭდილებათა ილუზორული აღქმის, მათი ინტერმოდალური ერთიანობის მიზეზი სწორედ აქედან მომდინარეობს. ავადმყოფი ყურით იმას ისმენს, რაზედაც ფიქრობს, ვისი ხმა ესმის მასვე ხედავს, თუ მოწამვლის ეშინია წყალსაც საწამლავის გემოს უსინჯავს; რაც შეეხება ამ განცდათა პათოლოგიურ განზოგადებასა და ყალბ ინტერპრეტაციას, ამის წარმართველი ისევ ავადმყოფის განწყობის გენერალიზაციაა, რომელიც ფართო გზას უხსნის შიზოფრენიისათვის ესოდენ დამახასიათებლს ბოდვის შინაარსის გავრცელებას.

ფიქსირებული განწყობის ინერტულობით განსაზღვრულია ჩვენი ავადმყოფისათვის დამახასიათებელი სტერეოტიპია, აკვირებული იდეები, პერსევირაცია, ავტომატიზმი.

რაც შეეხება განწყობის აგზნებადობას, იგი ფართოდ უღებს კარს შთაბეჭდილებებს, მაგრამ ისინი გააზრების გარეშე პოულობენ რეალიზაციას. ამაში განსაკუთრებული წვლილი ობიექტივაციონის აქტის ქრონიკულ შეკავებას უღვევს, რომლის გამო ავადმყოფი საშუალებას კარგავს შეაკავოს მოქმედება, აღკვეთოს მისი ავტომატური მიმდინარეობა, გააცნობიეროს საკუთარი ქცევის აქტები და ამით თავი დააღწიოს განწყობის ინერტულობით განსაზღვრული შეცდომებისა და ილუზიებისაგან. მისთვის ისიც მიუწვდომელია, რომ ნებელობის ძალისხმევას მიმართოს და ამ გზით დაძლიოს ფიქსირებული განწყობის იმპულსით განსაზღვრული მოქმედება. ავადმყოფს აქაც საგანგებო სისუსტე ეტყობა, იგი უკან იხევს, სრულ უინციტივობას ამჟღავნებს.

ფსიქიკის მოქმედების პირველსა და მეორე დონეთა შორის დისოციაცია, თქმა არ უნდა, შიზოფრენიისათვის დამახასიათებელი გახლეჩის მაჩვენებელია, რომელიც ყოველ მის მოქმედებაშია თვალსაჩინოდ წარმოდგენილი. ფსიქოზი ავადმყოფს იმპულსური ფსიქიკის ამარად ტოვებს და სხვა გზა გარესინამდვილის ასახვისა მისთვის არც არსებობს. ამ დაბალ საფეხურზე აღმოცენებული ფსიქიკური შინაარსი ჩვენთვის თუ სინამდვილის შემეცნების ნედლ მასალას წარმოადგენს, ავადმყოფი, პირიქით, მთლიანად მასზეა დამოკიდებული და მის ნიადაგზე ფიქსირებული ინერტული განწყობის მიხედვით აწარმოებს ურთიერთობას გარესინამდვილესთან.

ზღის განცდების დამახასიათებელ თავისებურებას შეადგენს ის, რომ ისინი ინტელექტის მონაწილეობის გარეშე პოულობენ რეალიზაციას მოქმედებაში, ამიტომაც ჩანს ავადმყოფის მოქმედება, ნორმალური ადამიანის თვალსაზრისით უგუნური.

რაც ამ ერთი ავადმყოფის შესახებ აქ ითქვა, ცხადია, არა მარტო მას, არამედ მთლიანად ჯგუფს შეეხება, ე. ი. შემთხვევათა საერთო რაოდენობის 65,3%-ს. სწორედ ამიტომ ამათ შორის უნდა ვეძიოთ შიზოფრენიის ტიპური მიმდინარეობა.

რასაკერველია აქედან სრულიად არ გამომდინარეობს დასკვნა, რომ დანარჩენი 35% შიზოფრენიით დაავადებულნი არ არიან, ისინიც ამ ფსიქოზით არიან დაავადებულნი, მაგრამ განსხვავებულია წათი განცდის საფუძველი, ამიტომ კლინიკური სიმპტომების გამოხატულება, თავისებურ სახეს იძენს. რამდენად სწორია ეს ჩვენი დაკვირვება, ეს დანარჩენი ოთხი ჯგუფის დახასიათებას შეუძლია გვიჩვენოს. ჯერ გავეცნოთ ქოლერიული ტემპერამენტის ავადმყოფს, რომელსაც სტენიური რეაქციები და აგრესიული აფექტები ახასიათებს.

2. ავადმყოფი პ. მ. (ისტორია № 364), შემოვიდა ფსიქიატრიის კლინიკაში 21.11.1934 წელს.

დიაგნოზი — შიზოფრენია პარანოიდული.

ეს ჩვენი ავადმყოფი ბავშვობიდან ყოფილა ჭიუტი, უხეში, აქტიური, კონფლიქტური პიროვნება. ახასიათებდა წყენისაკენ მიდრეკილება, თავშეუკავებლობა. სქესობრივი მომწიფების პერიოდისა და დაეტყო მოწყენა, გუნების პერიოდული ცვალებადობა, პათოლოგიური აფექტებისაკენ მიდრეკილება. საკუთარ ქცევაში და ახლობლებთან დამოკიდებულებაში იგი პედანტია, ეგოისტი, საქმიანი, ენერგიული, გადაამეტებული პატივმოყვარეობის და პასუხისმგებლობის გრძნობის ადამიანი. გულღრძობა, არ ეხერხება მიყენებული წყენის პატიება. აფექტს ახასიათებს კუმულაცია და აფეთქება. მოქმედებანი ზანტია, უჭირს გადანაცვლება, დაეინებული და მომაბეზრებელი მოთხოვნისებები აქვს, ამის გამო ახლობლებისათვის აუტანელია. ოჯახის წევრებს ვერ შეეგუა და ცალკე საცხოვრებლად გადავიდა.

1923 წელს მოეწყო სამსახურში, თავის მოვალეობას პუნქტუალურად ასრულებდა, შენიშვნებს ვერ იტანდა, ამის გამო ხშირი უსიამოვნება ჰქონდა. 1928 წელს გაქურდეს, ამან დიდი სულიერი მღელვარება გამოიწვია. საერთოდ, ექვიანი იყო და გაქურდვის

ემდეგ მეზობლებს ახლოს არ იკარებდა. მეორედ გაქურდეს იმავე წელს, ამან კიდევ უფრო ძლიერ შეარყია ავადმყოფის სულიერი სიმშვიდე და ერთი კვირა სამუშაოზე არ გამოსულა. სამსახურში დაბრუნებისას შეამჩნია თავის დამძიმება, თავის ტკივილი, მისაზნაობის დაქვეითება. მუშაობის შესრულების ხარისხი დაუქვეითდა, ამის გამო ხშირად შენიშვნებს ლებულობდა, რაც მას უფრო აღელვებდა. დაეტყო უძილობა, ჩაძინების წინ ხედავდა ძალს, გემს, ზღვას. ამავე დროს უთავებლო აზრებს ვერ იცილებდა. დილას თავგაბრუებული დგებოდა და მთელი დღე თვლემდა. ამას დაერთო სხეულის კანკალი, გაურკვეველი შიშის განცდა, გულისცემის გახშირება. სამსახურში წასვლის სურვილი ჰქონდა, მაგრამ შიშის გამო ვერ მიდიოდა. ბოლოს სმენაც ატყუებდა, ეგონა კარზე დააკაკუნესო, ამოწმებდა, მაგრამ არავინ იყო. „ტვინის მუშაობა“ არ ემორჩილებოდა, ნაძალადეგ ფიქრებში იყო გართული. მიმართა ექიმს სამკურნალოდ და დაუსვეს დიაგნოზი: „ისტერო-ნევროსთენია“. ერთი თვე ამბულატორულად მკურნალობდა.

მკურნალობის პროცესში ავადმყოფი მიატოვა შეყვარებულმა. ამან კიდევ უფრო გაუმწვავა მდგომარეობა: შეზიზღდა ადამიანები, ოთახში ჩაიკეტა და გარეთ არ გამოდიოდა. გაუჩნდა აზრი, რომ ის ათაშანგით არის დაავადებული. ერთ საღამოს ნახა ფანტასტიკური ხასიათის პალუცინაციური ხატი. ბოლოს პალუცინაციური ხმის შეგავლენით ღამე ქუჩაში გამოვიდა, გზაზე ტელეფონის ბოძებს ეთვლიდა, მავთულიდან ესმოდა ზოგჯერ ბრძანების ხმა, ზოგჯერ დამცინავი წინადადება. ამავე ხმის შეგავლენით თავი მეფედ ჰქონდა წარმოდგენილი, ასეთ მდგომარეობაში მოათავსეს სამკურნალოდ კლინიკაში.

კლინიკაში იგი მბრძანებლობს, ავადმყოფებს ცემს, ხშირად ამტვრევს და ხევს ნივთებს. ავადმყოფებს საკუთარ მონებად თვლის, მოითხოვს ყველა მას დაემორჩილოს. ექიმებს უხეშად ექცევა, ლანძლავს, აფრთხილებს ყველას ახლოს არ მიეკარონ. იმპულსურად წამოვარდება და მეზობელ ავადმყოფს დახრჩობას უპირებს. ერთი სიტყვით, ავადმყოფობამდე ჩამოყალიბებული იმპულსური ქცევის აქტებმა ფსიქოზის მდგომარეობაში მეტი სიმწვავეით გამომყდაგნება პპოვეს. პათოლოგიურ აფექტისაქენ მიღრეკილი ავადმყოფის ფსიქოზურ განცდებს: პალუცინაციასა და ბოდვას აგრესიული გამოხატულება აქვთ.

ფიქსირებული განწყობა: ავადმყოფს განწყობის გადანაცვლება არ ეხერხება. მისი განწყობის არც შესუსტება ზღე-

ბა და არც მისი ფაზის შეცვლა. იგი ტლანქია და ინერტული, შედარებით პირველი ჯგუფის ავადმყოფებთან ნაკლებად აგზნებადი. განწყობის „ტრანსპოზიცია“ ერთი გრძნობის ორგანოდან მეორეზე არ ხერხდება. ამრიგად, თუ საერთოდ შიზოფრენიით ავადმყოფის განწყობა ირადიაციით არის წარმოდგენილი, ავადმყოფთა ამ ჯგუფისათვის მისი ლოკალობა აღმოჩნდა დამახასიათებელი. ...³¹⁵

ს ი ტ ყ ვ ი თ ს, ე. ი. ა ზ რ ი თ ს სიტუაციაში განწყობის ფიქსაციის შესაძლებლობა არც ამ ავადმყოფს აღმოაჩნდა.

ო ბ ი ე ქ ტ ი ვ ა ც ი ი ს ა ქ ტ ი ს კვლევამ გვიჩვენა, რომ ავადმყოფისათვის მიუღწეველია აქტუალური განწყობის იმპულსით განსაზღვრული განცდის შინაარსების შეჩერება, ახალი ვითარების მიხედვით მათი ხელმეორედ გამოყენება აქტის ობიექტად. ავადმყოფი ენერგიულად გვიმტკიცებდა „რუსულად არის დაწერილი და რუსული სიტყვა არისო. როცა მივუთითეთ, რომ მოენახა მისი რუსული მნიშვნელობა, მან გაბრაზებით გვიპასუხა: „ყველა სიტყვის მნიშვნელობა პროფესორებმა არ იციან“.

ნ ე ბ ი თ ი ა ქ ტ ე ბ ი ს კვლევისაქენ მიმართულ ცდაში, წინა ავადმყოფთან შედარებით აქტიურია, ცდილობს წაიკითხოს კრიტიკული სიტყვა, მაგრამ ვერ ახერხებს, ამავე დროს დარწმუნებულია თავის მოქმედების სისწორეში. შეცდომებზე მითითების გამო გაბრაზებულმა ლანძღვით დასტოვა საორდინატორო ოთახი.

ცდის მიმდინარეობის დროს ხშირად იმეორებს: „მე დიდი ადინიანი ვარ. უბრალოდ ჩემთან ლაპარაკი არ შეიძლება“. სტერეოტიპულად იმეორებს წინადადებას: „მომეცით ბეჭედი, ჩემი კაბა, გამიღეთ კარი უნდა წავიდე“. ავადმყოფის ასოციაციების მიმდინარეობის დასახასიათებლად მოვიყვანთ ერთ-ერთ მისი მსჯელობის ნიმუშს: „ქუჩის ქალებმა წამიყვანეს, მატარეს, მატარეს ავტომობილით და გამეხსნა ერთი კრილობა, მეორე. თა ეს არის მათი ჩაცმა, მიუთითეთ ტანსაცმელზე. იღებენ ხელში და ვანას აკეთებენ. ავადმყოფად არ მთვლიან სხვა რამედ მთვლიან და პირუტყვი რომ პირუტყვია იმას მოაბრუნებენ. ჩაი უკეთესია თუ მურაბა? გარეული ჩაი? მეზინდება თქვენთან ლაპარაკი, ნუ სწერთ სისულელეს. დორბლიანი ბაყაყი რო იქნება რომ შეასკდება გლუხს ქეციანს“... და ა. შ.

ნ ე რ ვ უ ლ ი ტ ი ბ ი: ავადმყოფისათვის აგზნების სიძლიერე და შემაკავებელი მექანიზმის სისუსტე, როგორც ვნახეთ, თავიდან ყოფილა დამახასიათებელი. ქცევის აღწერიდან ჩანს აგრეთვე, რომ

არაწონასწორი. ძნელად გადანაცვლების, ენერგიული და შეუთავებელი აფექტების ადამიანი ყოფილა.

როგორც პირველ შემთხვევაში, ისე აქაც, რასაკვირველია, შიზოფრენიასთან გვაქვს საქმე, მაგრამ, როგორც ვნახეთ, ორივე შემთხვევაში ფსიქოზურა განცდის მანიფესტაცია განსხვავებული გზით მიემართება. პირველი ავადმყოფის განცდა სუსტია, იგი ასოციაციურ ფონზე მიმდინარეობს. მეორე ავადმყოფის განცდას საფუძვლად სტენიური ფონი აქვს და აგრესიული აფექტებით ხასიათდება. ბუნებრივია ვიკითხოთ: რა უნდა იყოს ამის მიზეზი? თვითონ ფსიქოზი, როგორც ჩანს, აქ არაფერ შუაშია, ამიტომ დასძულ კახვანზე პასუხი ავადმყოფის განცდის საფუძველში უნდა ვეძიოთ— ნერვული მოქმედების ტიპი. ამ მხრივ ჩვენი ავადმყოფი ძლიერი აგზნებისა და სუსტი შეკავების ადამიანია, რომელსაც ძირითად ფიზიოლოგიური პროცესების წონასწორობა დაზღვეული აქვს და მათი ძვირადობის მხრივაც ინერტულია. ჩვენს ცდებში ნერვული ტიპის ეს თავისებურება, როგორც ვნახეთ, მტკიცე ინერტულ-ლოკალური განწყობის სახით არის წარმოდგენილი.

სწორედ ამის გამო შეიძლება ვიკითხოთ: რა შეუძლია გვიტხრას ფიქსირებული განწყობის თავისებურებამ განცდას ამ განსხვავებული გზით მიმდინარეობის სასარგებლოდ? როგორც ავადმყოფის ქცევის აღწერადან ჩანს, იგი თავიდან მოუქმედი ყოფილა. არ ვსვრბობოდა ერთი მოქმედებიდან მეორეზე სწრაფად გადანაცვლება. პირობები, სადაც ამის საჭიროება იდგა, ეს მასში უსიამოვნებას, აგზნებას და საერთო ნერვულობას იწვევდა. დაზღვეულ წონასწორობის აღდგენას ვერ ახერხებდა, მოუთმენლობას, თავზე ხელდასხმულობას უკმაყოფილებას ამჟღავნებდა. არც მუშაობაში იყო სწრაფი. ბეჯითად მუშაობდა. მაგრამ გადამეტებული პუნქტუალობის გამო ღიძხანს უნდებოდა მის შესრულებას, შენიშვნებს ვერ იტანდა. ჭიუტობდა. ხასიათის ასეთმა თავისებებმა აიძულეს იგი მივტოვებოდა მოსახლეობისა და ცალკე საცხოვრებლად გადასულიყო.

ამ ადამიანის განწყობის ინერტულობა სწორედ იმაზე ნიშნავს, რომ მისი ჩაქრობა ხანგრძლივი პროცესია. ასეთ ფიქსირებულ საფუძველზე აღმოცენებული რეაქციები გამლიზიანების მიმართ არა აღეკვამტურია. ავადმყოფის განწყობა ერთხელ შექმნილ ფორმას თავდაპირველი სახით ჩაქრობამდე ინარჩუნებს. ტოლიობიექტების ზედინედ ზემოქმედება მას ვერ ასუსტებს, ვერც მიმართულებას უცვლავს. სანამდის ფიქსირებული განწყობის მოქმედება არ შეწყვეტილა, ყოველი ახალი შთაბეჭდილება მის გავლენის

ქვეშ ექცევა და აღქმის შინაარსი ამ დომინანტური უფლებით აღ-
კურვლილი განწყობის შესატყვისად შეცვილილი პოულობს გა-
რედ გამოვლინებას. ავადმყოფის აფექტიც ასეთივე ცალმხრივი მი-
მდინარეობით ხასიათდება და, რასაკვირველია, ხელს უწყობს მის
აყუმულაციას.

აფექტის აყუმულაციას, როგორც ყოველთვის, აქაც თან სდევს
აფეთქება, აგრესიული განტვირთვა, რომლის შემდეგ ავადმყოფი
დამშვიდებულ მდგომარეობაში გადადის. ერთი სიტყვით, ინერ-
ტულ-ლოკალურ განწყობის ადამიანის აფექტს დასაწყისიც აქვს,
და დასასრული. სწორედ განცდის ამ თავისებურებით განსხვავდე-
ბა ჩვენი ავადმყოფი დანარჩენებისაგან. ექსპერიმენტული შესწავ-
ლის შედეგაც ამაზე მიუთითებს, ვინაიდან ავადმყოფის განწყობაც
გარკვეული დროის განმავლობაში თავდაპირველ მდგომარეობა-
ს ინარჩუნებს და ყოველგვარი ცვლილების გარეშე ერთბაშად წყვეტს
მოქმედებას. იგი არსებობს და მოქმედებს ინერციის შეუსუსტებე-
ლი ძალით, ხოლო მისი ამოწურვისთანავე წყვეტს არსებობას მიმა-
რთულების შეუცვლელად. ჩვენი ავადმყოფის აფექტიც ასეთია, იგი
საშიშია, არავის არ ინდობს, მაგრამ აფექტის რეალიზაციის შემდეგ
წყნარდება იმდენად, რომ მასთან საუბარი და ხუმრობაც არის
შესაძლებელი.

სტატიკურ-ლოკალური განწყობის ადამიანი ყოველთვის ცალ-
მხრივად ორიენტირებულია, მისი გონებრივი ჰორიზონტი ვიწროა,
აფექტი—კონკრეტული. შთაბეჭდილება ისეთია, თითქოს განცდის
ერთი გარკვეული ცენტრი არსებობდეს, საითკენაც გზას იკაფავენ
ყველა დანარჩენები. ამ ადამიანებისათვის დამასასიათებელია რაი-
მეს ან ვინმეს ათვალსუვნება, სრულიად გაუგებარი უნდობლობა,
დაძაბული გუნება-განწყობილება, აფექტის ერთი მიმართულებით
გაძლიერებული კონცენტრაცია და დაგუბებული ბოდმა. ავადმყო-
ფის ბოდვა ერთ ვიწრო ფარგლებშია მომწყვდეული, ჰალუცინა-
ციის შინაარსიც თითქმის ბოლომდე უცვლელი რჩება. ფსიქოზური
განცდაც შინაარსის მხრივ ღარიბია, მისი გავრცელება გრძნობის
ორგანოებზე შეზღუდული მკვეთრად გამოხატული ბოდვითი ილევები
და სპორადიული ხასიათის სმენითი ჰალუცინაციის მეტი აქ შეიძ-
ლება სხვა სიმპტომი არც ჩანდეს. ბოდვასა და ჰალუცინაციას შო-
რის კავშირი თუ არა ფსიქოზის დასაწყისში, თორემ შემდეგში
იგი ძნელი დასაწახია, თუ ტიპური კლინიკურ შემთხვევასთან გვაქვს
საქმე.

როგორც ვნახეთ, ავადმყოფის განცდის საფუძველი ლოკალობით ხასიათდება: ტაქტილურ სფეროში ფიქსირებული განწყობა თავის მოქმედებას ამ ანალიზატორის სფეროში ამთავრებს, ამ დროს ოპტიკური რეცეპტორია მისი გავლენიდან თავისუფალია. არც ოპტიკური ანალიზატორების გზით ფიქსირებული განწყობის ტაქტილურ სფეროში შემოწმება იძლევა ეფექტს. პირველი ავადმყოფისათვის, პირიქით, განწყობის სხვადასხვა ანალიზატორთა შორის ირადიაცია იყო დამახასიათებელი. ამ შემთხვევაში ფსიქოზური განცდაც მეტად ვრცელი და, შედარებით ლოკალური განწყობის ავადმყოფთან, დიფუზური ბუნებისა ჩანს.

ცნობილია თუ არა ისეთი ფაქტი, რომელზედაც მითითება გასაგებს გახდიდა ფიქსირებული განწყობის ლოკალობას? სწორედ აგზნების გადაძაბვის შემთხვევებში, როგორც ამის შესახებ უმაღლესი ნერვული მოქმედების ფიზიოლოგიაში არის მითითებული, წარმოიშობა აგზნების იზოლირებული ინერტული პუნქტი, რომლის შედეგად რეაქცია კერძის ვიწროდ შემოსაზღვრული არეების მონაწილეობით ხორციელდება და მისი მიმდინარეობაც ელექტრაკურ ხასიათს იღებს, ტვინი მხოლოდ ერთი მიმართულებით იძლევა რეაქციას. ამ თავისებურ ინერტულ პუნქტს, აკად. ივ. პავლოვის სიტყვებით რომ ვთქვათ, ახასიათებს „აგზნების დაგუბება, უჩვეულო ინერტულობა, გაძლიერებული კონცენტრაცია, უადრესი ტონიკურობა“, რომელშიაც სულ მცირე ცვლილებას თან სდევს ქრონიკულ პიპნოიდური მდგომარეობა გათანაბრებისა და პარადოქსალური ფაზებით“.

არსებობდა თუ არა პირობები, რომელთაც შეეძლო ჩამოეყალიბებიათ ნერვულ სისტემაში პათოლოგიური ინერტულობით აღჭურვილი აგზნება? ისედაც არაწონასწორი ნერვული ტიპის ავადმყოფი, როგორც ამას მისი დაავადების ისტორია გვიჩვენებს, ზედიზედ ერთი და იგივე შინაარსის ტრავმას ღებულობს, იგი ორჯერ გაქურდეს. ამას მოჰყვა მეზობლებისადმი უნდო დამოკიდებულება, სამსახურში უსიამოვნება, ავადმყოფმა დაკარგა შრომის უნარი, რამაც სამსახურში კონფლიქტები გაულრმავეა და ბოლოს დასტოვა იგი. ექიმი ამ დროს მას ნევრასთენიის დიაგნოზს უსვამს. პეურნალობის პერიოდში ავადმყოფი უკანასკნელ შიმე ტრავმას ღებულობს. მას შეყვარებული სტოვებს. ყოველივე ამან შეაქულა ადამიანები, იგი განმარტოვდა საზოგადოებიდან და თავის მძივე განცდების ამარა ავადმყოფი ოთახში გამოიკეტა. დაკარგა ძილი, აკვირატა აზრა, რომ ათაშანგით არის დაავადებული. ჩაძინების წინ,

ე. ი. ჰიანოიდურ მდგომარეობაში ხშირად ხედავდა მხედველობის პალეოცინატორულ ხატებს. ბოლოს მოჩვენებითი ხმის ზეგავლენით ტოვებს ოთახს და სიზმრისებური ცნობიერების მდგომარეობაში დარწმუნებული იმაში, რომ იგი მეფეა, დილამდე დასეირნობს ქუჩაში. კლინიკაში მოყვანის შემდეგაც მას ეს რწმენა არ გაშორებია და ამის გამო ავადმყოფებთან. ისეთივე დამოკიდებულება ჰქონდა, როგორც მეფეს თავის ქვეშევრდომებთან.

პათოლოგიურა ნიადაგი, რომლის საფუძველზე აღმოცენდება ფსიქოზური განცდა. როგორც ვნახეთ, ქერქულა მექანიზმისა და ავადმყოფის ფიქსირებულა განწყობის ლოკალიზაცია და ინერტულობით არის წარმოდგენილი. მის აღმოსაყენებლად სრულიად არ არის აუცილებელი ადამიანის ცნობიერების მონაწილეობა, იგი შემდეგშიც მისი გავლენის გარეშე პოულობს რეალიზაციას, ამიტომაც ავადმყოფის განცდის შინაარსები სიზმრის ცნობიერებასთან უფრო ახლოს დგანან, ვიდრე ცხადისა.

3. ახლა ვარაბილურ-ლაბილური განწყობის ავადმყოფის კლინიკურ: სურათს გავცნობ.

ააღ. ს. ო. რ. (ისტორია № 157). შემოვიდა ფსიქიატრიის ინსტიტუტში 24. III. 47 წელს.

ბავშვობიდანვე ეტყობოდა ემოციების ლაბილობა, გუნების ცვალებადობა, აგზნებადობა, სიფიცხე და ქირვეულობა. ყოფილა ალერსიანი. მაგრამ ამავე დროს ანჩხლი, თავნება, ამპარტავანი, ეგოისტია, ექსტრავერტული განცდების გოგონა. უყვარდა თავის გამოჩენა. ამინაგების გარშემო შემოკრება: სკოლაში ცდილობდა ურადღების მიქცევას. მაგრამ სწავლის სუსტი უნარი ამის საშუალებას მას არ აძლევდა. ამის გამო სწუხდა, ტირიდა. საკუთარი მდგომარეობისადმი მეტად მგრძობიარე. სხვის მიმართ ფორმალური თანაგრძობით კმაყოფილდებოდა. კეკლუცობისაქენ მიდრეკილების გამოჩენაში ეკონომიური სივიწროვე ხელს უშლიდა. შთაგონებლობა ახასიათებდა და წყენას ვერ იტანდა. ქცევაში არაწონასწორს. ამინაგებთან. ოჯახის წევრებთანაც ხშირად კონფლიქტი ჰქონდა. გუნება ხშირად ეცვლებოდა, მხიარულობაში, საზოგადოებაში წონასწორობას ვერ იცავდა. მორცხვობდა, გამბედაობა აკლდა, ხშირად ცდილობდა თანაგრძობის გამოჩენას. მაგრამ ყოველთვის ვერ ახერხებდა. უფროსების დარიგებას. მოწონებას დიდ ყურადღებას აქცევდა და ცდილობდა მათი მსჯელობის: ყურადღების საგანი გამხდარიყო. წყენას ვერ იტანდა. ხშირად ტირიდა.

დაამთავრა საშუალო სასწავლებელი, დაწყო სამსახური, მაგრამ საზოგადოებას ვერ შეეგუა, თავის დაბალ თანამდებობას მწვეკედ განიცდიდა, ცდილობდა წინ წაწევას, მაგრამ ვერც ეს მოახერხა. სამუშაო ადგილს ხშირად იცვლიდა. ოჯახური პირობების გამო ადრე საკუთარი შრომით ცხოვრებას მიჰყო ხელი, მაგრამ ცუდწიფა და მდგომარეობით უკმაყოფილო იყო.

1946 წელს იგრძნო დაღლილობა, სამსახურიდან დაბრუნებული ს. ჯიქია არაფერს აკეთებდა, ადრე წვეებოდა. ერთ დღეს მშობლებს შესჩივლა, რომ მას ერთი და იგივე კაცი უთვალთვალეზს (ამ დროს საიდუმლო სამუშაოს ასრულებდა). ამ მდგომარეობაში ის გაგზავნეს შავი ზღვის სანაპიროზე დავალების შესასრულებლად. აქ უბინაობის გამო იძულებული იყო ნაცნობ მამაკაცთან გაეთია დამე. მივლინებიდან დაბრუნების შემდეგ ქცევაში უცნაურობა შეამჩნიეს, დედას ხშირად წყრომით ეუბნებოდა: „რალაც იცი და მიძალავ“. სამსახურში თანამშრომლებს მიმართავდა ხოლმე: „რატომ მიყურებთ ექვის თვლით“. ავადმყოფმა ერთბაშად შენიშნა, რომ მისი ნაცნობები ერთმანეთს თვლით ანიშნებდნენ: „ეს ფეხმძიმედ არის“. ეს იმდენად აწუხებდა, რომ თითი გაიჭრა, სისხლი თეთრეულს წააცხრა და დედას აჩვენა იმის დასამტკიცებლად, რომ ორიველი არ არის. ბოლოს ოჯახის წევრებზე ექვი მიიტანა, რომ მას ზიზღით უყურებენ, ამის გამო საკმლის მიღებაზე უარი განაცხადა. ამ მდგომარეობაში ავადმყოფი მოთავსებულ იქნა კოჯრის ნევროზების სტაციონარში, საიდანაც გაიქცა თავის მოკვლის მიზნით, მაგრამ დროზე მოუსწრეს და გადმოგზავნეს ფსიქიატრიის ინსტიტუტში. ამ ინსტიტუტში კლინიკის დიაგნოზი: „რეაქტიულ-ლაბილურა პიროვნების ისტერიული ფსიქოზი“.

გადის დრო და უნვითარდება ყნოსვისა და გემოვნებას ჰალუცინაცია, ზემოქმედების ბოღვა, სმენის ჰალუცინაცია: „შეცვლილი მნიშვნელობის სიტყვებით ქირდავენ“. ამას თან ერთვის დეპერსონალიზაცია, რომ იგი ორია, ყველაფერს მისთვის ორი მნიშვნელობა აქვს, ერთი—ჩვეულებრივი, მეორე—„რალაც ღრმა და გამოუთქმელი“. საბოლოოდ, ნევროზულ რეაქციას ფარავს შიზოფრენიული პროცესი. ფსიქოზის გამოვლინების ფორმის განსაზღვრა ძნელია, ამ მხრივ ერთფეროვნება არ ჩანს. ცნობიერება ნათელი, ავადმყოფი დროში და გარემოში ერკვევა, მაგრამ თავს ავადყოფად არ თვლის და სახლში გაწერას თხოულობს.

ემოციონალურად გაციება არ ეტყობა, სანახავად მოსულ დედას გულისწყრომით ეგებება, სახლში წაყვანას თხოვს და უყურადღებობას უსაყვედურებს.

ნებით სფეროში აღინიშნება აქტიურობის შენელება, ასპონტანობა, მეტ დროს მწოლიარედ ატარებს.

ინტელექტუალური ფუნქციები ფორმალურად შენახული. აქვს სმენისა და ყნოსვის ჰალუცინაცია. აშკარად გამოხატულია დეპერსონალიზაციის მოვლენება, მნიშვნელობის შეცვლის ბოდვა.

ფიქსირებული განწყობის ერთი ტიპი ავადმყოფს არ უდასტურდება, მას განწყობა აქვს ვარიაბილური და ლაბალური. თუმცა გაცილებით უფრო ხშირია ინერტულ-ირადირებული განწყობის შემთხვევები. პაპტურ და ოპტიკურ განწყობათა შორის შესატყვისობა არ ჩანს.

არააქტუალურ აღქმის სფეროში, ე. ი. სიტყვით სიტუაციის განწყობის ფიქსაციის უნარი ავადმყოფს არა აქვს.

ობიექტივაციის აქტის ექსპერიმენტულმა გამოკვლევამ გვიჩვენა მისი სრული უკმარობა.

უმალღესი ნერვული მოქმედების ტიპი: ძალის ჩსრივ აგზნება სპარბობს შეკაებას, არის შემთხვევები სტენიური რეაქციებით მოქმედების, მაგრამ სიძნელის წინაშე სისუსტეს იჩენს. ზოგჯერ გადაპარბებით აქტიურია, მაგრამ მოჩვენებითი, ამიტომ ხშირად სინანულს ეძლევა. ნერვული პროცესების სიძლიერე და სისუსტე ვიტწილად დამოკიდებულია გარემოზე, რომელშიაც მას უხდება მოქმედება. საერთოდ უთუოდ სუსტი ნერვული სისტემის ადამიანთა გვაქვს საქმე.

ამ ავადმყოფის ფიქსირებული განწყობა, როგორც ითქვა, ვარიაბილურ-ლაბილურია. ეს იმაზე მიუთითებს, რომ მას ინერტულ-ირადირებული, ძლიერი ინერტულ-ლოკალური, ზოგჯერ კიდევ ტლანქი-დინამიკური განწყობა აქვს; რასაკვირველია, ისეთი პერიოდებიც ჰქონდა ავადმყოფს, როცა განწყობის ფიქსაცია სრულიად მიუღწეველი რჩებოდა. ამაში მდგომარეობს ჩვენი ავადმყოფის განწყობის ვარიაბილობა. აღნიშნული იყო ისიც, რომ აქ განწყობას დროში გამძლეობა არ ახასიათებს, იგი ლაბილურია. არც ტაქტიკური და ოპტიკური ანალიზატორების მონაწილეობით ფიქსირებული განწყობის დამახასიათებელ ნიშნებს შორის ვნახეთ შესატყვისობა. ეს მესამე არსებითი ხასიათის ნიშანია, რომელიც გრძნობის ორგანოების მუშაობის მხრივ არსებულ დისოციაციაზე მიუთითებს.

ჩვენი ავადმყოფის ქცევის აღწერა გვიჩვენებს, რომ იგი წინასწარობდა დაკარგული ადამიანია, რომელსაც არაფერი აკმაყოფილებს, შფოთავს, გამკილავია და ხშირად ღეარძლიანი, რომელსაც სულ მალე საწინააღმდეგო განცდა ცვლის. თვითშთაგონებისკენ მიდრეკილი ყველგან ალერსს ეძებს, ცდილობს იმის უკეთესი ჩანდეს, რაც სინამდვილეშია. იბრძვის საზოგადოებაში უკეთესი მდგომარეობის დასაქვრად, მაგრამ ამისთვის არც გარეგნობა და არც პირადი უნარი უწყობს ხელს. ახლობლებისაგან მოითხოვს პატივისცემას, გაუბრუნებს იმ საზოგადოებას, სადაც ამის დამსახურება შეუძლებელია. ასეთ ადამიანში, განუშკინის სიტყვებით რომ ეთქვათ, არაფერია მყარი. მისი პიროვნული თვისება მერყევია, დენადი, არც ხასიათის თვისებები მომდინარეობენ პიროვნების სიღრმეიდან. ქცევას ყოველთვის ატყვია ხელოვნურობის ბეჭედი. „კეთილი და თბილი, წერს განუშკინი, თითქოს ერთ შემთხვევაში მოსიყვარულე. ერთბაშად ამქვადვებს სრულიად უსულგულობას, უკიდურეს ეგოიზმს, ზოგჯერ სიმკაცრეს, ამაყი და ქედმაღალი. თანაც ერთბაშად მზად არის ყოველმხრივ დამარცხებისათვის. მერყევი, ნეგატივიზმამდე ჯიუტი, ერთბაშად მზად არის დამორჩილებისათვის... უძლური და სუსტი, ამავე დროს ამქვადვებს ენერგიას და სიყვარულს, თუ ამას მოითხოვენ კაცონები, რომელიც ბატონობს მის ფსიქიკაში. ეს კანონები შეიძლება არსებობენ, თუმცა მათ შესახებ ჩვენ არაფერი ვიცით“¹.

ასეთია ჩვენი ავადმყოფი და, როგორც ვხედავთ, მისი ფიქსირებული განწყობის ვარიანტილობა და ლაბილობა არსებითად შეესატყვისება ყოველივე იმას, რაც აქ ისტერიული ადამიანის ქცევის შესახებ ითქვა. ამ მექანიზმების საფუძველზე მიმდინარეობს ავადმყოფის შთაბეჭდილებათა ვადამუშავება. დაავადების კლინიკურა სურათიც ამის მიხედვით არის გაფორმებული. ამიტომ გასაგებია, რომ ფსიქოზის დასაწყისში ისტერიის დიაგნოზი არის წინ წამოწეული. თანდათან ღრმავდება შიზოფრენიული პროცესი და საბოლოოდ ყალიბდება შიზოფრენია მისთვის დამახასიათებელი კლინიკური სურათით.

ავადმყოფის განცდის შინაარსი, მისი მიმდინარეობა, როგორც ვნახეთ, სრულიად განსხვავებულია ჩვენ მიერ განხილული ავადმყოფებისაგან. აქ იმდენად წინ წამოწეულია სიტუაციის ფსიქოლოგიური ვადამუშავება, რომ განცდის ეტიოლოგიურ მოქმედებას

¹ П. И. Ганвушенин, Клиника психопатий, 1933, გვ. 31.

და მის შინაარსს შორის შესატყვისობის დასანახავად არავითარი სიძნელე არ არსებობს. ყოველთვის მეტის მაძიებელი და დაუქა-
ყოფილებელი სურვილებით დატვირთულ ადამიანს ერთბაშად აწი-
ნაურებენ, ნდობენ საიღუმლო სამუშაოს. თვითშთაგონებისაქენ მი-
ჯრეკილ ადამიანს უნვითარდება შიში, რომ მას თვალყურს აღევნე-
ნენ. იგი ამ განცდის საფუძველზე უფრო მეტად ძაბავს ძალებს,
სამსახურში დიდი ხანი რჩება, რომ ერთგულება საქმისადმი დაამტ-
კიცოს. მას გადაძაბული ნერვულ მდგომარეობაში გზავნიან მაუ-
ლინებაში, სადაც ჩვენთვის უცნობი მიზეზის გამოდამეს მამაკაცებ-
თან ერთ ოთახში ათევს. სახლში დაბრუნებულს ექვი ეპარება, რომ
მას ორსულად თვლიან, დასცინიან, ზიზლით უყურებენ. ის აფექტურ
რევერსიას იმ ზომამდე მიჰყავს, რომ საცვალს სისხლით სვრის, რა-
თა ოჯახის წევრებს დაუმტკიცოს არ არის ორსული, ქალწულია.

ყოველივე ეს იმის მაჩვენებელია, რომ ფსიქოზური პროცეს-
ისტერიული მექანიზმების ძლიერი ამოქმედებით იწყება. სპეცია-
ლისტებიც დარწმუნებული არიან, რომ რეაქტიულად დაწყებულ
ისტერიულ ფსიქოზთან აქვთ საქმე და ამ მიმართულებით განაგრძო-
ნენ მის მკურნალობას. ეს არ არის უბრალო შეცდომის შედეგი,
ვინაიდან ნევროზს რომ წავართვათ ის, რასაც არა აქვს მასთან
პირდაპირი დამოკიდებულება, ე. ი. პრიმიტიული რეაქციები, რა-
საც ხშირად ისტერიას მიაწერენ, ვნახავთ, რომ ნევროზის დანარ-
ჩენი სიმპტომები აღმოჩნდება შიზოფრენიის მექანიზმების მანიჟეს-
ტაცია (აუტიზმი, გაორება, სიმბოლიკა, არაცნობიერ სფეროს აქტი-
ვობა)¹. საერთოდ, მექანიზმების მიხედვით შიზოფრენიასა და ის-
ტერიას შორის მსგავსება არა ერთი ავტორის მიერ ყოფილა აღ-
ნიშნული. მაგალითად, აკად. ივ. პავლოვის აზრით: „არსებობს საფუ-
ძველი შიზოფრენია განვიხილოთ, როგორც ქერქის უკიდურესი სი-
სუსტე. როგორც უმაღლეს ხარისხამდე ასული ისტერია“².

რით ვხელმძღვანელობდით ჩვენ, როცა ეს ავადმყოფი შიზო-
ფრენიის წრეში მოვაქციეთ? იმით, რომ მის ვარიაბილურ განწყო-
ბათა შორის ყველაზე ხშირი შემთხვევა გვექონდა მტკიცე ინერტულ-
რადირებელი განწყობისა, რაც საქმარისი იყო გვეფიქრა, რომ
აქ საქმე გვაქვს განსხვავებულ პიროვნულ ფონზე მიმდინარე ში-
ზოფრენიულ პროცესთან.

4. რა ურთიერთობაშია შიზოფრენიის კლინიკასთან სუსტა
ინერტულ-ლაბილურა განწყობა?

¹ Bleuleri opit cit.

² И. П. Павлов, Физиологическое учение о типах нервной системы, экспериментал тож, т. III, кн. 2, 1951, გვ. 88.

ავად. მე რ გ. უ. (ისტორია № 685). შემოვიდა ფსიქიატრიის ინსტიტუტში 2. IV. 1938 წელს.

დიაგნოზი: შიზოფრენია.

ბავშვობის ასაკში განვითარება ნორმალურად მიმდინარეობდა. სწავლობდა საშუალოდ. ამხანაგებთან კარგი ურთიერთობა ჰქონდა. წყენას იშვიათად ამჟღავნებდა, ცდილობდა მხიარული ყოფილიყო, მოსწონდა ამას ყოველთვის ვერ ახერხებდა. ადამიანის მორალურ მხარეს განსაკუთრებული პატივისცემით ეპყრობოდა, მაგრამ გაძლიერებული სექსუალობის გამო თავში ისეთი ახირებული აზრები მოეძოდა, როგორც სინდისის ქეჯნას გვრიდა. გარეგნულად სერიოზული ახალგაზრდის შთაბეჭდილებას სტოვებდა, მაგრამ შიგნით ცინიკური აზრები უტრიალებდა. ფიქრობდა ხშირად ერთსა და აკეთებდა მეორეს. სერიოზული საკითხებით დაინტერესებული, კტევაში ზერელობას ამჟღავნებდა. 15 წლის იყო—აეკვიტა შორს გადაფურთხება, ამის გამო საზოგადოებას გაურბოდა, აეკვიტებოდა რომელიმე სიტყვა და მთელი დღე მას იმეორებდა. მოსმენილ მელოდიებს მთელი დღეების განმავლობაში თავიდან ვერ იშორებდა. თანდათან შეამჩნია რომ გამბედაობა არ ყოფნის. ცდილობდა წინააღმდეგობა თავიდან აეცილინა, მაგრამ ამას ხშირად ვერ ახერხებდა. არ იყო დარწმუნებული რაც გააკეთა სწორედ შეასრულა თუ არა. საწინააღმდეგო ტენდენციები თანდათან მატულობდა და ბოლოს მასში გამუდმებით ორი იმპულსი იბრძოდა.

ასეთ მდგომარეობაში იყო ის, როცა მოსკოვის ერთ-ერთ უმაღლეს სასწავლებელში დაიწყო სწავლა. „რალაც ისეთი ბიძგი ვიგრძენი, აღნიშნავს ავადმყოფი, რომლის შემდეგ დავკარგე წონასწორობა“. მდგომარეობა გაუმწეავდა, შეთვისების უნარი დაკარგა, ბოლომდე ვერაფერს აკეთებდა. ნებისყოფის გაწაფვის მიზნით, ერთბაშად უარი თქვა ოჯახიდან დახმარების მიღებაზე. ამავე დროს ისიც „აღმოაჩინა“, რომ მის ცხოვრებაში ბევრი ხელოვნური მომენტი ურევია, ცხოვრების საიდუმლოების გაგების მიზნით ფილოსოფიის შესწავლა დაიწყო, მაგრამ ეს განზრახვა ბოლომდე ვერ მიიყვანა. ლექციებზე დასწრება მიატოვა, წიგნების კითხვა შესწყვიტა, ბოლოს რექტორს მისცა განცხადება შეეწყვიტათ მისთვის სტაჰენდიის პიცემა და ითხოვა სასწავლებლიდან გარიცხვა. ამ დროს მიმხედა არ ემორჩილებოდა, უმიზეზოდ იცინოდა და ტიროდა. თავისი დღიური გაუგზავნა ბელადს და თხოვა მიეთითებინა მისთვის, რა უშლიდა ხელს გამხდარიყო დიდი ადამიანი. აპათიურ-აბულიური მდგომარეობა იმდენად მოერია, რომ ოთახიდან გარეთ ვერ გამოდიოდა,

სისუფთავის დაცვა ეზარებოდა. დროგამოშვებით ესმოდა ერთი და იმავე ხასიათის ხმა: „გაუფრთხილდი თავს, მომავალი წინ არის“. კლინიკაში აშკარად გამოხატული დეპერსონალიზაციის სიმპტომები აქვს, კატატონიური მუტიზმი და აუტიზმი. დღეში რამდენჯერმე ერთი და იმავე ხასიათის მოძრაობას იმეორებს, თუ არა და ერთ ადგილზე დგას თავჩალუნული.

ავადმყოფს ცნობიერება ნათელი აქვს, დროში და გარემოში ორიენტაცია შენახულია. საკუთარი მდგომარეობის კრიტიკული შეფასება დროდადრო არა აქვს მთლიანად დაკარგული.

ე მ ო ც ი ო ნ ა ლ უ რ ს ფ ე რ ო შ ი აშკარად გამოხატული სიღარიბე: არაფერი სიამოვნებს, მშობლებისადმი სიყვარული და პატივისცემა დაეკარგა, არც არაფერი აინტერესებს და ახარებს.

ნებითი მოძრაობის აშკარად გამოხატული შემცირება, ეზარება საუბარი, სიარული, ლოგინიდან ადგომა, ხშირად გარინდებუ-ლია, საკუთარი აზრებთან საუბარში გართული.

ასოციაციათა რგოლის გამოვარდნა მხოლოდ მაშინ ეტყობა, როცა აფექტური ტონით მეტყველებს.

აქვს სმენითი ჰალუცინაცია, რომელიც ოდნავ ისმის, ზოგჯერ სრულიად დაეკარგება. გამოთქვამს იპოქონდრული ხასიათის ბოდვით იღეებს.

გ ა ნ წ ყ ო ბ ა ძნელად უფიქსირდება, ნაკლებად აგზნებადი. ავადმყოფთა ძირითადი ჯგუფისათვის დამახასიათებელი ექსპერი-მენტული შედეგის მისაღებად საგანწყობო ცდათა 7—8 მიწოდება არის საჭირო. განწყობა ხშირად ამჟღავნებს ჩაქრობის ტენდენციას, შავალითად, 5—6 კრიტაკულ ცდაზე, მაგრამ ხელმეორედ განახლება ახასიათებს და დაუსრულებელი განმეორება. შედარებით შეზღუდულად წარმოდგენილია განწყობის ირადიაცია და გენერალიზაცია. ფიქსირებული განწყობა ლაბილურია, ანალოგიური სიტუაცია მის განახლებასაც იწვევს და უცვლელი სახით მეორდება, რაც მის კონსტანტობაზე მიუთითებს.

ფ ი ქ ს ი რ ე ბ უ ლ ი გ ა ნ წ ყ ო ბ ი ს ნ ე ბ ი ს მ ი ე რ ი შეცვლის შესასწავლად მოპოებული მასალა აღსანიშნავია იმით, რომ ავადმყოფი კრიტიკულ სიტყვას უცდის და მხოლოდ დანახვის შემდეგ ცდილობს მის განზრახვის მიხედვით წაკითხვას. შეცდომებს თან სდევს ავადმყოფის გამაფრთხილებელი პასუხი: „მაცალეთ ეხლავე“. რუსულად კითხვაზე გადანაცვლების შემდეგ სიძნელეს ტექსტის ლათინურად კითხვა წარმოადგენს. ამრიგად, ჩვენი ავად-მყოფის თავისებურება იმაშია, რომ იგი მორიგეობით განწყობის

შეცვლას ვერ ახერხებს და საბოლოოდ მაინც კონფლიქტურ ვითარებაში უხდება მოქმედება.

აზრით სიტუაციაში საფიქსაციო ცდა ადეკვატურ ვითარებაში მიმდინარეობს, მაგრამ კრიტიკული ობიექტების აღქმის დროს იგი იმდენად მერყეობდა, რომ ძნელია გარკვეული აზრის გამოტანა მივალწიეთ თუ არა განწყობის ფიქსაცია. ავადმყოფის ასეთი მერყეობა 3-4 კრიტიკულ ცდას უძღვის, რომლის შემდეგ იგი ლფრო დაბეჭითებით აცხადებს, რომ ტოლია ობიექტები.

ობიექტივაციის ცდაც დაახლოებით ასეთივე სურათს იძლევა, იგი ზოგი სიტყვის გამოყოფას და გაცნობიერებას ახდენს, ზოგი უყურადღებოდ რჩება. ცდას რამოდენიმეჯერ განმეორებით შეიძლება მივალწიოთ სასურველ შედეგს.

ნერვეული მოქმედების ტიპი: აქ აგზნების შეკავების პროცესი კარბობს. იგი არაწონასწორი, შინაგანად მშფოთაფა, რმპულსურა მოქმედებისა და სუსტი ნერვეული ტიპის ადამიანია.

ჩვენი ავადმყოფის ძირითად თავისებურებას, თანახმად აქ წარმოდგენილი ექსპერიმენტული შედეგებისა, ფიქსირებული განწყობის სისუსტე წარმოადგენს. ეს შეეხება არა მარტო რეცეპტორების მონაწილეობით, არამედ აზრით სიტუაციაში ფიქსირებულ განწყობასაც. სუსტია კავშირი ფსიქიკის მოქმედების პირველსა და მეორე პლანს შორის. როგორც ვნახეთ, ავადმყოფი მოპოებული იდეური ობიექტის მიხედვით განწყობის ფიქსაციის შესაძლებლობას მთლიანად მოკლებული არ არის, მაგრამ მისი სისუსტე მას საშუალებას არ აძლევს მოქმედება მის საფუძველზე აავოს. ეს არის იწეზი იმისა, რომ სწორედ ფსიქიკის მეორე პლანში მოქმედებას დროს საგანგებოდ გამოხატულია მერყეობა, საკუთარი მოქმედების სისწორეში შეეკვება. ნებელობის კვლევამ უკეთ გამოკვეთა ავადმყოფის თავისებურება, იგი გადაწყვეტილების გამოტანისაგან იძულებულია თავი შეიკავოს, ხოლო განზრახვის გამოძღვენებას, მაშინ ბედაეს, თუ დაინახა საგანი, რომლის მიმართ მოითხოვენ მისგან ნაბიჯის გადადგმას. ფიქსირებული განწყობის ცდების მიმდინარეობამ გვიჩვენა, რომ ავადმყოფს ობიექტურ სინამდვილესთან კავშირის დამყარება უჭირს და მოქმედების საფიქსაციოდ ცდების არა 2—3, არამედ 7—8-ჯერ განმეორებაც არ არის საკმარისი. ამავე დროს ცდის მაქსიმალური რაოდენობით ფიქსირებული განწყობა სუსტია, იგი მუდამ ილტვის აკვეთისაკენ, მაგრამ საბოლოოდ მაინც არ წყდება და ქრონიკული რეციდივებით მსვლელობა ახასიათებს. განწყობის პერიოდულად შესუსტება და განახლება, შეიძლება ით-

ქვას მხოლოდ ამ ჯგუფის ავადმყოფებისათვის არის დამახასიათებელი. სუსტად გამოხატულია განწყობის ირადიაცია გრძნობის განსხვავებულ ორგანოებზე, იგი იზოლირებული და ლოკალური მოქმედების ტენდენციას ამჟღავნებს, არც გენერალიზაციის პროცესია ძლიერი, მას წინააღმდეგობის ზრდასთან ერთად შესუსტება და აღკვეთისაკენ ღრმად ეტყობა. ასეთია ამ ავადმყოფის დახასიათება როკლედ.

ახლა ვნახოთ, რამდენად სწორად არის ამ დახასიათებაში ასახული მისი ფსიქიკური სტატუსი.

ნებელობის სისუსტე, აკვიატებული იდეები თავიდან იყო ჩვენი ავადმყოფის მოქმედების მოუშორებელი თანამგზავრი. ფსიქოზი მისი ფსიქიკის ამ თავისებურების გაღრმავებით იწყება და გარკვეულ მომენტში განვითარების უმაღლეს წერტილს აღწევს. ნებელობის თანდათან განლევის პარალელურად აკვიატების სიმპტომი სულ უფრო მეტ ძალას იძენს. ავადმყოფში ყალიბდება იმპულსური მოქმედება, რომელიც მის ნებისმიერი სურვილების განხორციელებას წინ ელობება. იგი იბრძვის ამ ორი ტენდენციის მოსაწესრიგებლად, ცდილობს ნებელობის აქტების გაწვრთნას მიაღწიოს, მაგრამ ამაოდ. ამ ბრძოლაში გამოფიტული ადამიანი ერთბაშად, როგორც თვითონ აღნიშნავს, ისეთ ბიძგს გრძნობს, რომლის გამო დაკარგული წონასწორობის აღდგენა მისთვის მიუწვდომელი რჩება და საბოლოოდ ფსიქოზური განცდების ორომტრიალში მომწყვდეული იძულებულია ფსიქიატრიულ კლინიკაში ეძიოს დახმარება.

ფსიქოზის კლინიკურ სურათში ცენტრალური ადგილი ისევ აკვიატების სიმპტომს უკავია, ნებელობის განლევას და დეპერსონალიზაციის მოვლენებს. ავადმყოფს არც ახლა დაუკარგია იმის შეგნება, რომ აკვიატებული იდეების მსხვერპლია, მაგრამ მის შეგნებას, როგორც თვითონ აღნიშნავს, „თავიდან არაფერი გაუკეთებია და აწი რის მაქნისია“.

ერთი სიტყვით, ჩვენს წინ დგას ფსიქასტენიურ ფონზე ჩამოყალიბებული შიზოფრენიული პროცესი. საინტერესოა, რომ პიროვნების ფსიქიასტენიური სტრუქტურა აქ ბოლომდე მისდევს ფსიქოზური პროცესის მიმდინარეობას. როგორც ცნობილია, კანაბინი, მასთან ერთად ზოგი სხვა ფსიქიატრიკ, ფსიქასტენიას ამბულატორულ შიზოფრენიად თვლის¹. რაც, შეეხება აკვიატების სიმპტომის დამოკიდებულებას შიზოფრენიასთან, ამ საკითხის უფ-

¹ Ю. В. Каинабих, К вопросу о так называемом псевдо шизофрении в состоянии, Советская Психоневрология, № 6, 1945.

რო ვრცელი დასაბუთებისათვის უკეთესი იქნება ოზერეცკოვსკის გამოკვლევას მივმართოთ¹.

საინტერესოა ვიცოდეთ ჩვენი მოსაზრების სასარგებლოდ რა შეუძლია გვითხრას უმაღლესი ნერვული მოქმედების ფიზიოლოგიას?

სუსტ ნერვულ სისტემაში აგზნების პროცესის ქრონიკულ გადატვირთვა, როგორც ცნობილია, მთავრდება ქერქში აგზნების ინერტული პუნქტის ჩამოყალიბებით. იგივეს მიღწევა ექსპერიმენტულად შესაძლებელი აღმოჩნდა შეკავების პროცესის ქრონიკულ გადატვირთვას შედეგად. უკანასკნელ შემთხვევაში აგზნების შესუსტების გამო, ქერქში წარმოიშობა შეკავების ინერტული პუნქტი, რომელიც თანახმად აკად. ივ. პავლოვის მითითებისა, შეიძლება ზოგად ხასიათს ატარებდეს ან პარციალურს და წარმოდგენილი იყოს ბისტოვას დამახასიათებელი ჰიპნოიდური ფაზებით. ამ სახის პათოლოგიური მოვლენა ხშირად ქერქის იზოლირებულ სფეროში ყალიბდება, იგი როგორც ფიზიოლოგიური ხასიათის წარმოქმნა მოითხოვს „არა მხოლოდ უხეშ — ანატომიურ, არამედ სტრუქტურულ-დინამიკური თვალსაზრისით გაგებას“ (ივ. პავლოვი). ამრიგად, ფსიქასტენიის ფიზიოლოგიურ მექანიზმს, თანახმად უმაღლესი ნერვული მოქმედების ფიზიოლოგიაში არსებული მასალებისა, წარმოადგენს შეკავების პათოლოგიური ინერტულია.

თუ ამ უკანასკნელ მოვლენას აბსოლუტურ უძრავობად არ გავიგებთ. მაშინ ჩვენი ექსპერიმენტული კვლევის შედეგები. ტვინის დიდი ჰემისფეროების ფიზიოლოგიის თვალსაზრისით. საესებით დასაბუთებული ჩანს. ჩვენ საგანგებოდ მივუთითეთ იმაზე, რომ განწყობის ფიქსაცია ფსიქასტენიის შემთხვევაში გარდა იმისა. რომ ვაძინებულაა. მას ყოველთვის ეტყობა ჩაქრობის ტენდენცია. რომელიც ქერქის შემაკავებელ მექანიზმის გაძლიერებული ფუნქციონების შედეგად აღმოცენებულ მოვლენად უნდა იქნეს მიჩნეულა. განწყობის ასეთმა სისუსტემ განსაზღვრა ირადიაციის შეზღუდულობა. რომელიც აგრეთვე ჩვენი ავადმყოფის ერთ-ერთ თავისებურებას წარმოადგენს. ეს ისეთი ფაქტია, რომელიც ეთანხმება და არავითარ შემთხვევაში არ ეწინააღმდეგება ამ დროს ქერქში იზო-

1 Д. С. Озерецковский, Навязчивые состояния, 1950.

ღირებული ინერტული პუნქტის არსებობას. ჩვენი ექსპერიმენტული შედეგების უმაღლესი ნერვული მოქმედების ფიზიოლოგიის ფაქტებთან სოლიდარობას გვიჩვენებს ისიც, რომ აკად. ივ. პავლოვი ფსიქასთენიის შემთხვევაში პირველ სასიგნალო სისტემის სისუსტეზე მიუთითებს და ასკვნის: «И отсюда-отсутствии чувства реальности, постоянное ощущение неполноты жизни, полная жизненная негодность вместе с постоянным бесплодным и искаженным ухаживанием в виде пассивных идей и фобий»¹.

5. პლასტიკური-ინერტული ირადირებული განწყობის ავადმყოფები იმდენად უმნიშვნელო რაოდენობით (3,6%) არის წარმოდგენილი, რომ გარკვეული დასკვნის გამოტანის შესაძლებლობას მოკლებული ვართ. მასალის სიმცირე ტიპიური შემთხვევის შერჩევის შესაძლებლობასაც არ იძლევა, ამიტომ ავადმყოფობის ისტორიის გარჩევისაგან თავი უნდა შევიკავოთ და მხოლოდ ზოგადი ხასიათის შთაბეჭდილებების გადმოცემაზე შევჩერდებით.

ამ ჯგუფში წარმოდგენილი ავადმყოფებისათვის დამახასიათებელი ჩანს ფსიქოზური პროცესის პერიოდული გამწვავება, რომელიც არსებითად მანიაკალური აგზნების ფონზე მიმდინარეობს. ფსიქოზის მიმდინარეობაშიც ციკლიურობა ჩანს. ავადმყოფების ენოციურ სფეროში შიზოფრენიისათვის დამახასიათებელი ცვლილებები არ აღინიშნებიან. ავადმყოფის ქცევა მოწესრიგებულია, თვითონ ის კონტაქტური და მომვლელ პერსონალთან თავაზიან დამოკიდებულებას ამჟღავნებს. თუ ჩვენ წინ ქალია, მისი ქცევა არ არის მოკლებული კეკლუტობას, მათ შორის ხშირად მოინახება გართობული წინადადებით მეტყველი. ამავე დროს მანიაკალური აგზნება უხეშ ფორმაში მიმდინარეობს და ნაკლებად ახასიათებს პროდუქტულობა. ამ ავადმყოფების ცხოვრების ისტორია გვიჩვენებს, რომ ჩვენ წინ ენერგიული, მხიარული, გულლია, საზოგადოებაში გართული ადამიანებია. ყოველივე ეს შეიძლება იყოს იმის მაჩვენებელი, რომ აგზნებადი, თავშეკავებული ნერვული ტიპის ადამიანთან გვაქვს საქმე, რომელიც აკად. ივ. პავლოვის მითითებით, ციკლოთომიასთან, პიპოკრატის კლასიფიკაციის მიხედვით ქოლერიულ ტემპერამენტთან პოულობს შესატყვისობას. როგორც აღვნიშნეთ, ეს ისეთი საკითხია, რომელიც უფრო ფართო მასალაზე საჭიროებს შემოწმებას და, ამდენად ცალკე კვლევის საგანს წარმოადგენს.

¹ И. П. Павлов, Типы высшей нервной деятельности, т. III, кн. 2, 1951. გვ. 347.

ამით ვამთავრებთ შიზოფრენიის კლინიკური სურათის განხილვას, და, როგორც ვნახეთ, ფიქსირებული განწყობის ტიპოლოგიური ნიშანთა წყობას, თანახმად აქ წარმოდგენილი მასალებისა, ფსიქოზის გარკვეული კლინიკური სურათი შეესატყვისება. ეს იმით აიხსნება, რომ განწყობა, როგორც ავადმყოფის განცდისა და ქცევის ფიქსირებული საფუძველი, სრულიად გარკვეულ გამოხატულებას პოულობს ფსიქოზური ფენომენების მანიფესტაციაში და თვითონაც საფუძველად ედება მათ კონკრეტულ ფორმაში ჩამოყალიბებას.

ფიქსირებული განწყობის ტიპი როგორც ინდივიდის ტიპოლოგიურ თავისებურებათა გამომსახველი თანდათან ჩაერთვის ავადმყოფობაში და თვითონაც იცვლება ფსიქოზის მიმდინარეობის პროცესში. ამრიგად, ინდივიდი, როგორც გარკვეული სტრუქტურის მქონე არსება იცვლება და თვითონაც ცვლის ფსიქოზის მიმდინარეობას. განსაკუთრებით ნათლად ეს ფსიქოზის დასაწყისში ჩანს, რომელიც ჩვენს მასალაში გამოხატულია როგორც ფსიქოზის ნევრასთენიული, ისტერიული, ფსიასთენიკური დებიუტი. მაგრამ არსებითი მნიშვნელობა ამას კი არა აქვს, არამედ, როგორც ითქვა, იმ ცვლილებებს, რომელიც ფსიქოზს შეაქვს ადამიანის ფსიქიკას სტრუქტურულ წყობაში. იგი საგანგებოდ აზიანებს ფსიქიკის მოქმედების მეორე დონეს, ტვინის დიდი ჰემისფეროების სიგნალიზაციის უმაღლეს ინსტანციას. ძირითადი რღვევა, განსაკუთრებით შიზოფრენიის შემთხვევაში. თანახმად ჩვენი მასალებისა, სწორედ აქედან იწყება, რომლის შედეგია ის, რომ ფსიქიკის მოქმედების პირველი დონე და ტვინის პირველი სასიგნალო სისტემა კარგავს კავშირს მის მაღლა მდგომ ინსტანციასთან და ამის გამო თვითონაც პათოლოგიურად შეცვლილი გვევლინება. რა ხასიათის ცვლილებას აქვს ადგილი ამ შემთხვევაში ავადმყოფის განცდაში. ამის შესახებ თავის დროზე საკმარის ვრცლად გვქონდა საუბარი, ამიტომ იმავეს განმეორების საჭიროება, რასაკვირველია, აქ არ დგას.

ზემოაღნიშნულიდან ცხადი უნდა იყოს, რომ ფსიქოზის მიერ ორგანიზმში გამოწვეული ცვლილება გაცილებით უფრო შორს მწვდომია, ვიდრე ის, რაც მხოლოდ ავადმყოფის ფიქსირებულ განწყობის დახასიათებიდან არის ჩვენთვის ცნობილი. ფსიქოზის ვასაგებად გადამწყვეტი მნიშვნელობა იმის ცოდნას აღმოაჩნდა, თუ რა სახის დეზორგანიზაცია შემოიტანა მან ფსიქიკური ცხოვრების I და II დონეთა ურთიერთობაში. ამაზე დამოკიდებული აღმოჩნდა შიზოფრენიისათვის ესოდენ დამახასიათებელი სიმპტომი—პიროვნების გახლეჩა. შიზოფრენიული პროცესის მიერ გამოწვეული

ცვლილება ფსიქიკის დონეთა იერარქიაში იმაში გამოიხატება, რომ ფსიქიკური ცხოვრების მაღალი, ე. ი. მეორე დონე ინაქტიურ მდგომარეობაში გადადის და მისი მარეგულირებელი გავლენიდან განთავისუფლებული 1 დონის შინაარსები კვებავენ ავადმყოფის განცდას.

შიზოფრენიის კლინიკური ფენომენები, როგორც ვნახეთ, არსებითად პოულობენ შესატყვისობას ფსიქიკის დაბალ დონეზე ფიქსირებულ-განწყობის თავისებურებებთან. ასეა ეს საერთოდ, მაგრამ შიზოფრენია ყოველ ადამიანში ერთნაირად როდი მიმდინარეობს. როგორც ამაში შესაძლებლობა გვქონდა დარწმუნებისა, იგი ზოგჯერ ისტერიული, ზოგან ფსიქასთენიური დებიუტით იწყება. ამაში ჩვენ ავადმყოფის ტემპერამენტს ვთვლით დამნაშავეთ, რომლის ჩვენება ჩვენ ცდებში შეუძლია განწყობის ავზნებადობის, ჩაქრობისა და სიმტკიცის მხრივ დახასიათებას¹. როგორც შემოგანხილული მასალიდან ჩანს, ისტერიულ ადამიანში შიზოფრენიას წინ უძღვას მკაფიოდ გამოხატული ისტერიული დებიუტი. ფსიქიკასთენიურ ადამიანში — ფსიქასთენიური დებიუტი, და ა. შ. ამასთანავე ერთად, როგორც ი. პ. პავლოვის მიერ იყო მითითებული, არსებობენ ავზნებისა და შეკავების მხრივ სუსტი ადამიანები, თანახმად კრემერის მოთხრობისა, შიზოიდები, რომელთა შორის შიზოფრენიას ტიპური მიმდინარეობა ახასიათებს. ჩვენ მიერ აწერილი ნერტულ. ტლანქი — ირადირებული განწყობის ავადმყოფები, დანამდვილებით შეიძლება ითქვას, რომ მელანქოლიური ტემპერამენტისა და ფსიქესესტეტიკური პროპორციის მატარებელი ადამიანები არიან.

შიზოფრენიის კლინიკური ფორმები და განწყობა

შიზოფრენიის თანამედროვე კლასიფიკაციამ დიდი ხანია მტკიცედ მოიღვა ფეხი კლინიკის ყოველდღიურ პრაქტიკაში. ამგვარად შეიძლება წინასწარ ითქვას, რომ ამ მხრივ საეჭვო თითქოს არაფერია, რაც გადასინჯვასა და გადახალისებას მოითხოვდეს. ჩვენ წინ არც მეცნურებაში მტკიცედ შემოსული ცნებების შეცვლას საკიროება დგამ. არამედ ახლოდ იმის ჩვენება გვსურს. თუ რა უროიენტობა აქვს ფიქსირებული განწყობის ტიპებს შიზოფრენიის კლა-

¹ ელ. ნორაკიძე, ფიქსირებული განწყობის მეთოდური და ტემპერამენტური ფსიქოლოგია, ტ. IX, 1955.

ნიკურ ფორმებთან. ამის გამოსარკვეველ შიზოფრენიის მარტივი, კატატონიური, პარანოიდური და ჰებეტერენიული ფორმები განწყობის თავისებურებათა მიხედვით გავანაწილეთ.

მტკიცე ინერტულ-ირადირებული განწყობის ფარგლებში, როგორც ამას ცხრილი გვიჩვენებს, შიზოფრენიის თითოეულ კლინიკურ ფორმას შეიძლება შევხვდეთ, მაგრამ ყველაზე უფრო ხშირია შიზოფრენიის კატატონიური გამოხატულება, რომელიც 48,3%-ით არის წარმოდგენილი. ამას მოსდევს მარტივი შიზოფრენია, რაც საერთო რაოდენობის 21,5% შეადგენს. ყველაზე მცირე აღმოჩნდა პარანოიდული (13,1%) და ჰებეტერენიული (11,4%) ფორმები. მტკიცე ინერტულ-ლოკალური განწყობის ფარგლებში გაბატონებული ადგილი შიზოფრენიის პარანოიდულმა ფორმამ დაიკავა. მას ასეთივე უპირატესობა ერგო (57,4%) ვარიაბილურ-ლაბილურ განწყობის ფარგლებში. სუსტი ინერტულ-ლაბირულ განწყობაში შიზოფრენიის კატატონიური ფორმა სკარბობს (49,5%). გაურკვეველ შემთხვევათა რიცხვი 12, რომელიც საერთო რაოდენობის 5,3%-ს შეადგენს. ამ ავადმყოფების მიკუთვნება შიზოფრენიის ცნობილ კლინიკურ ფორმებისათვის შეუძლებელი შეიქმნა.

საერთოდ უნდა აღინიშნოს, რომ კლინიკა ავადმყოფობის ცალკეული ფორმების დადგენის დროს, როგორც ცნობილია, წამყვან სიმპტომით სარგებლობს. რასაკვირველია, ამას თან ახლავს თავიდან მოუშორებელი სიძნელე, ვინაიდან შიზოფრენია ბოდვის გარეშე ჯერ არავის უნახავს. მაშასადამე, პარანოიდული ჯგუფის ცალკე გამოყოფისათვის პრინციპული ხასიათის საფუძველი არც არსებობს. აგრეთვე ისიც ცნობილია, რომ ფსიქოზის მიმდინარეობის პროცესში, მისი კლინიკური ფორმები ერთიმეორეს ცვლიან. ეს ასედაც უნდა ხდებოდეს, ვინაიდან ამა თუ იმ სიმპტომის გამოხატულება უფრო მეტად ავადმყოფის მდგომარეობაზეა დამოკიდებული და არა მისი ცნობიერების ფენომენებზე.

ჩვენ მიერ მოცემულ ტიპოლოგიას ის უპირატესობა აქვს, რომ ავადმყოფთა ცალკე ჯგუფებს შორის საზღვარი მტკიცედ არის დაცული და გაცილებით უფრო ხელსაყრელი პირობა არსებობს სიმპტომების სტრუქტურული ანალიზისათვის. ჩვენი შედეგები უშუალოდ ემყარებიან უმაღლესი ნერვული მოქმედების ფიზიოლოგიის მიერ დადგენილ ქერქულ მექანიზმებს. მართალია, ჩვენი ტიპოლოგია ფსიქოლოგიურია, მაგრამ ისეთი, რომელიც პირდაპირ მიგვითითებს იმ ფიზიოლოგიურ ცვლილებებზე, რომელთაც ადგილი აქვთ ავადმყოფის ტვინის დიდ ჰემისფეროებში. ერთი სიტყვით,

	ფიქსირებული განწყობის ტიპი	მარტივი ფორმა	
		აბსოლ.	%
1	მტკიცე ინერტულ-ირადირებული	38	21,5
2	მუყაფე ინერტულ ლოკალური	3	12,0
3	წაოიბილუო ლაბილური	—	—
4	სუსტი ინერტულ-ლაბილური	9	28,0
5	პლასტიკუო-ინერტულ-ირადირებული	—	—

შიზოფრენიის აქ წარმოდგენილი ტიპოლოგია ცერებრალური და პათოფსიქოლოგიური მექანიზმების ერთიანობას ემყარება. ეს ჩვენ მიერ გამოყენებული მეთოდის ისეთ უპირატესობაზე მიუთითებს, რომელიც, რამდენად ჩვენთვის ცნობილია, არც ყოფილა შემთხვევა ფსიქოლოგიურ კვლევას ოდესმე რგებოდეს.

საბოლოოდ, ვფიქრობთ, საგანგებო მითითების გარეშე ცხადი უნდა იყოს ჩვენ მიერ გამოყენებული მეთოდის დიაგნოსტიკური მნიშვნელობა და უპირატესობა, შედარებით იმ ფსიქოლოგიურ მეთოდებთან, რომლის დახმარებას ყოველთვის მიმართავდა ფსაქ-ატრი, რომელიც პატივს ცემდა თავის მოვალეობასა და ავადმყოფებს.

განხილვა და კომიხია

ჩვენ ვნახეთ. რომ ფსიქოზს ცვლილება შეაქვს ავადმყოფის განცდისა და ქცევის საფუძველში, იგი არსებითად ცვლის ფსიქიკის ფუნქციების პირობებს. განკურნება ამ დარღვევული მდგომარეობის აღდგენით უნდა მთავრდებოდეს. არის თუ არა ეს ასე, ამის ჩვენება უთუოდ ქაფურის დიდი დოზებით მკურნალობის შედეგად მიღებული რემისიის შესწავლას შეუძლია. რემისიის მდგომარეობაში ავადმყოფების შესწავლა იმითაც არის ჩვენთვის ხელსაყრელი, რომ წინასწარ ცნობილი იყო ცვლილებები, რომელიც ფსიქოზმა გამოიწვია მათ ფიქსირებულ განწყობაში. ქაფურით მკურნალობის შედეგად ავადმყოფი სწრაფად გამოდის ფსიქოზურ მდგომარეობიდან, ამიტომ მოსალოდნელია, რომ ასეთივე სწრაფ გარდატეხას ექნება ადგილი მის ფიქსირებულ განწყობაშიაც.

ჩვენი შედეგების მთლიანად განხილვის საჭიროება აქ არ დგას, ამიტომ ისეთი რემისიების განხილვაზე შევჩერდეთ, რომლის

ცხრილი 13

კატატონიური		პარანოიდული		ჰებეფრენიული		გაურკვეველი	
აბსოლ.	%	აბსოლ.	%	აბსოლ.	%	აბსოლ.	%
68	48,3	20	13,1	14	11,4	7	5,7
7	28,1	11	44,0	—	—	4	16,0
3	27,3	8	57,4	—	21,3	—	—
15	49,5	7	22,5	—	—	—	—
2	23,0	2	25,0	3	37,5	1	12,1

დროს ავადმყოფმა შესაძლებლობა მოიპოვა დაბრუნებოდა საზოგადოებრივ ცხოვრებას.

ავად. გ. ან. დიდი ხანია კატატონიურ მდგომარეობაში იმყოფებ. განწყობაში ისეთივე ხასიათის ცვლილებებს ჰქონდა ადგილი, რომელიც ჩვენთვის ინერტული, ტლანქი-ირადირებული ჯგულის ავადმყოფების შესწავლიდან არის ცნობილი. ქაფურის მე-8 რნექციის შემდეგ იგი ფსიქოზიდან გამოვიდა ასეთ მდგომარეობაში:

„მე ბედნიერი ვარ, თქვენ ბატონო, თქვენ ჩემო მომრჩენელო ექიმო, მაჩუქეთ სიცოცხლე. ოი, ღმერთო ჩემო, რა იყო ჩემი ცხოვრება, რა მომივიდა ეს, რა დამემართა! მახსოვს ჩემი ქცევა, მაგრამ რატომ ვიქცეოდი ასე არ ვიცი. შესმოდა ხმები, მეუბნებოდნენ ტახტიდან გადახტია და მეც ამას ვასრულებდი. მეტყობდნენ იცეკვო და მეც ვცეკვავდი, სირცხვილი დავკარგე. მეგონა აქ ციხეში ვარ და ამაში ბრალს ჩემს ქმარს ვდებდი. ხმები მეუბნებოდნენ, რომ ქმარს შენი თაფიდან მოშორება უნდოდა და ციხეში ყავხარო. მე კიდევ ქმარს ვეხვეწებოდი მაპატიე, მაპატიე არა ვარ დამნაშავე... წამლის გაკეთება არ მინდოდა, მეგონა უნდა წამებით მომკლან. ერთ საღამოს დავიძინე და დილას გავიხედე-გამოვიხედე და საავადმყოფოში ვარ. გამიკვირდა, მაგრამ იქვე მიგხვდი. რა უბედურება მომსვლია“.

ფსიქოზიდან ასე წარმატებით გამოსული 19 ავადმყოფის შესწავლამ გვიჩვენა რომ ამ დროს ფიქსირებულ განწყობაში არსებითი ხასიათის ცვლილებას აქვს ადგილი. განწყობის ინერტულობა 74,2%-ის ფარგლებში დინამიკურობით შეიცვალა, სიტლანქე — 55,8%-ში პლასტიკურობით. ამავე დროს 19-ს შემთხვევაში აღსანიშნავი რიგიეტივაციისა და სიტყვიტის სიტუაციაში განწყობის ფიქსაციის შესაძლებლობა. მართალია ჯერ კიდევ საგრძნობლად სუსტია ეს გან-

წყობა, მაგრამ მაინც მაჩვენებელია იმის, რომ ავადმყოფი დაეუფლა ფსიქიკის მოქმედების ისეთ სფეროს, რომელიც მას ფსიქოზის ზომდინარეობის პერიოდში უმოქმედო მდგომარეობაში ჰქონდა. ამრიგად, გახლეჩის სიმპტომი ლიკვიდირებულ იქნა, აღსდგა ფსიქიკის მოქმედების პირველ და მეორე დონეთა შორის დაკარგული კავშირი.

რემისიის დანარჩენ B და C შემთხვევებში განწყობაში ცვლილების დანახვა შესაძლებელი იყო, მაგრამ სიტყვიტოს სიტუაციაში განწყობის ფიქსაციის შესაძლებლობა აქ ავადმყოფს არ დაბრუნებია. ეს ერთხელ კიდევ ხაზგასმით მიუთითებს, რომ ფსიქოზს არსებითი ხასიათის ცვლილება ფსიქიკის საფეხურებრივ სტრუქტურაში შეაქვს. ავადმყოფი შესაძლებლობას კარგავს როგორც სინამდვილის. ისე საკუთარი განცდების გადამუშავება წარმართოს ადამიანის ძირითადი მონაპოვარის—ინტელექტის — მონაწილეობით. მისი მოქმედება აზრით სიტუაციაში საფუძველს მოკლებული რჩება, რომელიც სიტყვა-გამღიზიანებლის ზემოქმედებით უნდა ჩამოყალიბდეს. ცნობიერებაში სიტყვის სახით წარმოდგენილი იდეა განწყობის საფიქსაციო ძალას კარგავს, მაგრამ, როგორც ვნახეთ, არა სამუდამოდ, არამედ დროებით, რადგანაც რიგ შემთხვევაში მისი აღდგენა თურმე შესაძლებელი ყოფილა. მაშასადამე, არავითარი საბუთი არ არსებობს ნილილიზმისათვის, რომელსაც არც ისე იშვიათან ვხვდებით შიზოფრენიის მკურნალობის სფეროში.

ზოგი რამ მკურნალობის შესახებ

შიზოფრენიის მკურნალობა, როგორც ეს ჩვენი კვლევის შედეგებიდან ჩანს, იქითკენ უნდა იყოს მიმართული, რომ მოხერხდეს ავადმყოფის ფსიქიკური ცხოვრების სტრუქტურული აღნაგობის, მისი მთლიანობის აღდგენა.

ავადმყოფის ფსიქიკური ცხოვრების მთლიანობის დარღვევა იწყება იმით, რომ ქვემოთ იწევს სპეციფიკური ადამიანური აქტივობა: იგი კარგავს საშუალებას ქცევა ისეთ დონეზე გაშალოს, როგორც აზროვნების: ცნებების, მსჯელობისა და დასკვნების მონაწილეობას საჭიროებს. ჩვენ კვლევა-ძიებაში ეს გამოიხატა იმ მხრივ, რომ ავადმყოფისათვის მიუწვდომელი დარჩა საკუთარი აზრების, სურვილების, ქცევის ობიექტივაცია.

შიზოფრენია ამ სპეციფიკური ადამიანური აქტივობის დაზიანებით იწყება და რაც უფრო შორს მიდის პროცესი, მით უფრო

უკან იხევს ავადმყოფის ფსიქიკის შესაძლებლობანი, იგი თანდათან ხიზმრის ცნობიერებისათვის დამახასიათებელ დონეს უახლოვდება. საბოლოოდ ისეთი მდგომარეობა ყალიბდება, რომ ავადმყოფი სიზმრის განცდებში მოსიარულე ადამიანს მოგვაგონებს.

ფსიქიკურ სფეროში აქ აღნიშნულ ცვლილებებს შეესატყვივება შიზოფრენიით დაავადებული ადამიანის ორგანიზმის ჰიპოთეტიკულია, რაც რასაკვირველია, ავადმყოფის ქერქული აპარატის სისუსტის მაჩვენებელიცაა.

საფიქრებელია, რომ ავადმყოფის ამ მდგომარეობიდან გამოყვანისაკენ არის მიმართული ბიოლოგიური მეთოდით მკურნალობის თანამედროვე საშუალებანი: ქაფური, კორაზილი, ინსულინი. ესენი შოკის გზით აღწევენ მიზანს, ხოლო ამინიზინი, სერპაზილი, რეზერპინი ხელოვნური ჰიბერნაცია, უკანასკნელად ქლოროპრომაზინი, ორგანიზმის თავდაცვითი ძალების დემობილიზაციის, ნერვული და ვეგეტატიკური დაძაბულობის, ფსიქიკური კონუსის დაწევის შედეგად.

შოკით მკურნალობის შედეგად სასურველი თერაპიული ეფექტის მიღება იმ შემთხვევაში არის შესაძლებელი, როცა ორგანიზმი ამ მედიკამენტების ზემოქმედებაზე ცხოველი რეაქციით პასუხობს და აღდგომი აქვს ჰიპორეაქტიულობის საწინააღმდეგო სიმპტომების აქტივაციას, როგორცაა: ფსიქომოტორული აგზნება, შიშის აფექტი, დისფორია, შემეცნებითი ფუნქციების გაძლიერებული მოქმედება. სომატური ხასიათის ცვლილებებიდან აღსანიშნავია ტაქიკარდია, ვაზომოტორული მოვლენები, ოფლიანობა, სალივაციის გაძლიერება, საერთოდ, ვეგეტატიკური ნერვული სასტემის ისეთი აქტივაცია, რომელიც მისი სიმპატიკოტონური მოქმედებისათვის არის დამახასიათებელი, და რასაც თან სდევს ორგანიზმში რეაქციების გადართვა აციდოზიდან ალკოლოზისაკენ. ამის მიღწევის შემთხვევაში, დამოუკიდებლად იმის ცოდნისა, სად ხდება პირველადი ხასიათის ცვლილება, როგორც ეს ერთ-ერთ ჩვენს ნაშრომში გვაქვს მითითებული, შესაძლებელია ნიადაგის შეცვლა, რომელსაც ორგანიზმში პროცესების პათოლოგიური მიმდინარეობა ეწყყარება¹.

¹ ი. ბეალავა, ქაფურის ტოქსიკური დოზით გამოწვეული ზოგიერთი ფსიქოპათოლოგიური მოვლენა და მისი კლინიკურ-დიაგნოსტიკური მნიშვნელობა, „საბჭოთა მედიცინა“, № 9, 1940.

ასეთი ცვლილების საფუძველზე ახერხებს ორგანიზმი დაკარგული წონასწორობის აღდგენას, ნერვული და ჰუმორალური მექანიზმების კოორდინირებული მოქმედების ისე მტკიცედ ჩართვას შინაგანი პროცესის მიმდინარეობაში, რომელიც „ჰომეოსტატიკური საზღვრებისათვის“ (კენონი) დამახასიათებელი მდგომარეობის აღდგენას უწყობს ხელს. ამ შემთხვევაში აღწევს ორგანიზმი შინაგან ვარემოში წონასწორობის მოპოებას და ფუნქციონალურად ერთიმეორისაგან გამოთიშული სისტემების გაერთიანებას.

ამასთან დაკავშირებით, ბუნებრივია, ვიკითხოთ: თუ შიზოფრენია ერთი დაავადებაა, თუ მისი არსი ყველგან იმაში გამოიხატება, რომ ადგილი აქვს ფსიქიკის ღონეთა შორის ურთიერთობის იმდაგვარ დარღვევას, რომელიც მათ გახლეჩაში პოულობს გამოხატულებას, მაშინ რატომ ყველგან ერთნაირი წარმატებით არ მთავრდება მკურნალობა? ხომ არ არის ეს საკმარისი საბუთი იმისა, რომ გამოვიტანოთ დასკვნა შიზოფრენიის სიმპტომატური და გენუინური ფორმის არსებობის შესახებ? ჩვენი აზრით, ასეთი დასკვნის გამოტანის შესაძლებლობას შიზოფრენიის თანამედროვე მკურნალობა არ იძლევა, რამდენადაც იგი სიმპტომატურია და არა სპეციფიკური.

ყურადღების მისაქცევია ის გარემოება, რომ შიზოფრენიის მკურნალობის თანამედროვე საშუალებანი 60 და ზოგჯერ მეტ პროცენტში იძლევიან რემისიას, თუ ისინი დაავადების დაწყებიდან 2—3 თვის ფარგლებში იყვნენ გამოყენებული. ჩანს, მნიშვნელობა აქვს რამდენად ღრმად არის ფსიქოზური პროცესი ორგანიზმში შეკრილი.

ანგარიში აგრეთვე ორგანიზმს უნდა გაეწიოს, რომელშიაც მოახერხა ავადმყოფობამ დაბუდება. ზოგჯერ მასში ფსიქოზისათვის უალრესად ხელსაყრელი ნიადაგი არის შექმნილი, ამიტომ იგი თავიდან ინტენსიურად იჭრება ორგანიზმში და ანადგურებს მის განკარგულებაში არსებულ საკომპენსაციო მექანიზმებს. ასეთ პირობებში, ცხადია, რომ მკურნალობის თანამედროვე საშუალებანი ნაკლებად ეფექტურნი უნდა იყონ. თანახმად ჩვენი დაკვირვებისა. ყველაზე მეტად ეს შიზოიდურ კონსტიტუციონალურ ბაზაზე მოქმედ ფსიქოზის შესახებ უნდა ითქვას, სადაც შიზოფრენიისათვის დამახასიათებელი დისოციაციისათვის ნიადაგი წინასწარ მომზადებულია.

ამრიგად, საქმე ეხება არა შიზოფრენიის ორ განსხვავებულ ფორმას, არამედ ერთ დაავადებას, რომელიც ზოგან მეტი და ზოგან

ნაკლები დამშლელი გავლენით სარგებლობს. აქ ისევე ძნელია საზღვრის გავლება, როგორც ფუნქციონალურსა და ორგანულს შორის. შიზოფრენიას შეიძლება, საერთოდ ფუნქციონალური საწყისი პქონდეს, მაგრამ, მიხედვით ორგანიზმის მდგომარეობისა, სწრაფად ან სულ ვერ მოხერხდეს ორგანული ცვლილების ჩამოყალიბება. ამის პირდაპირი თუ არა, ყოველ შემთხვევაში მნიშვნელოვან საბუთს იძლევა შიზოფრენიის ნევროზული დებიუტით დაწყება, რემისიები.

ყოველ შემთხვევაში, სადაც შესაძლებელია მკურნალობა და თანაც რემისიის მაუწყებელი ნიშნები ჩანან, ექიმის ძირითად მოვალეობას შეადგენს ის, რომ მან ენერგიულ ფსიქოთერაპიულ ღონისძიებებს მიმართოს. ზრუნვის საგნად ავადმყოფის პიროვნება უნდა ექციოთ იმ მხრივ, რომ მივალწიოთ მასში ნორმალური ცხოვრებისაკენ დაბრუნების მოთხოვნილების გავლიძებას. თანდათან უნდა განვაახლოთ საკუთარ ოჯახში დაბრუნებისადმი, პროფესიონალური შრომისადმი ინტერესი. შევამჩნევით მას მის გარშემო მყოფთ ავადმყოფისათვის ქცევაში რა არის არანორმალური დ მხოლოდ ამის შემდეგ წარვმართოთ ჩვენი ღონისძიებანი ბოლვითი იდეებისა ლა პალუცინაციების წინააღმდეგ.

ფსიქოთერაპიის ჩატარება, წინასწარშემუშავებული რეცეპტით შეუძლებელია. წარმატების მიღება განუხორციელებელი დარჩება თუ ექიმი ავადმყოფის პატივისცემით არ სარგებლობს. ექიმი უნდა იყოს დაინტერესებული, რომ იგი თავის პაციენტის სიმპათიით სარგებლობდეს. უნდა დავიცადოთ სანამ ეს არ მოხერხდება, ვინაიდან ექიმთან ასეთი კავშირი ავადმყოფს ეხმარება აუტისტური რკალის გარღვევაში. რეალობასთან აღმავალი გზით მიმავალი ურთიერთობის განხორციელებაში.

ავადმყოფის სიმპატიის დამსახურების. მასთან დაახლოების ყველაზე საიმედო გზა არის მკურნალობა. მართალია, ჩვენ არანორმალური ქცევის აღამიანთან გვაქვს საქმე. მაგრამ იგი კარგად ამჩნევს ზრუნვას, თუ არა, და რას აკეთებს ექიმი მისი კეთილდღეობისათვის. ერთი ავადმყოფის განკურნება ათ დანარჩენში აღვძებს განკურნების იმედს, რომლის ავტორი ყოველთვის სარგებლობს ავადმყოფის გამოუთქმელი სიმპატიით.

მარცხი და გამარჯვება პირველი ნაბიჯის გადადგმაზე არის დამოკიდებული, ამიტომ წინასწარი სამზადისია საჭირო, რომელიც ავადმყოფის ცალკე ოთახში გამოყვანით. ამასთან ნეიტრალურ თეზაზე საუბრით იწყება. ამ საუბრის დანიშნულებას უნდა შეად-

გენდეს გავფანტოთ ჩვენი ავადმყოფებისათვის დამახასიათებელი ექვიანობა, უნდობლობა და ნეგატივიზმი. ამისთვისაა საჭირო ექიმში ყურადღებით მოეპყრას ავადმყოფის განცდებს და ზოგ შემთხვევაში კიდევაც უნდა აგრძნობინოს მას, რომ იგი ბევრ შემთხვევაში თანაგურძნობს და ესმის მისი განცდების შინაარსი. აქ გადამწყვეტია არა ინტელექტუალური, არამედ ურთიერთ სიმპატიანე აგებული გაგება. არა ნაკლები მნიშვნელობა აქვს ავადმყოფის მოსენას და იქვე სათანადო პოზიციის მონახვას. ამას შეუძლია აღადგინოს ნდობა ავადმყოფში იმისა, რომ მან მონახა ადამიანი, რომლისთვის შეუძლია საკუთარი განცდების გაზიარება.

ფსიქოთერაპევტს ყოველთვის მხედველობაში უნდა ჰქონდეს რა სიტუაციის საფუძველზეა ავადმყოფის განცდები აღმოცენებული და რა პასუხს გასცემდა იგი შეკითხვაზე, რომელიც ავადმყოფს შეეძლო მისთვის მიეცა. ეს სრულიად არ ავალებს მას დაკარგოს ობიექტურობა და, რაც მთავარია, დისტანცია თავის პაციენტთან. ექიმის ღირსება იმაშია, რომ მან საჭიროების მიხედვით შეძლოს ობიექტურობით განსაზღვრულ გზას დაუბრუნდეს და მის ამ დაბრუნებაში არ უნდა იყოს ნასახი წინააღმდეგობისა. თანაგრძნობასთან ერთად ავადმყოფი უნდა გრძნობდეს, რომ მას საქმე ძლიერ ადამიანთან აქვს, რომლის დახმარებით შესაძლებელია საკუთარი სისუსტის კომპენსაცია. ავადმყოფის თვალში ექიმის ავტორიტეტი მაღლა იწევს, თუ მან იცის, რომ მის შესახებ მზრუნველობას სწორედ ასეთი ადამიანი ეწევა.

შიზოფრენიკებზე ზემოქმედება, ჩვენი აზრით, მხოლოდ რაციონალური ფსიქოთერაპიის გზით არის შესაძლებელი, ამიტომ წარმატებისათვის მხედველობაში არის მისაღები ავადმყოფის ინტელექტის განვითარების დონე.

ჩვენი ავადმყოფების მდგომარეობა ისეთია, რომ მასთან ურთიერთობის ყველა შემთხვევაში უნდა ვიყოთ ფსიქოთერაპევტის როლში. კარგი ფსიქიატრია ის, ვინც ბუნებრივად ახერხებს ფსიქოთერაპევტის პოზიციის დაჭერას ავადმყოფის გასინჯვის, მისი ჩივილების მოსმენით თუ ჩვეულებრივ ურთიერთობის შემთხვევებ-

წი. ამას ყოველთვის შეუძლია ნაყოფის მოტანა, მაგრამ განსაკუთრებით მაშინ, თუ ავადმყოფს იცნობ, მასთან ურთიერთობა არ გეზარება და შენს ადამიანურ მოვალეობას შეგნებული მოთხოვნების კარნახით ასრულებ. ასეთი ექიმის შესახებ იტყვიან ავადმყოფები, რომ ის გულკეთილი, პატიოსანი და ძლიერი პროვნებაა. ამ თვისებებით უნდა იყოს აღქურვილი არა მარტო ექიმი ფსიქოთერაპევტი, არამედ ყოველი ადამიანი, რომელიც საზოგადოებაში ცხოვრობს და ადამიანებთან ნორმალური ურთიერთობის დამყარებით არის დაინტერესებული.

სარჩევი

წინასიტყვაობა	3
თავი პირველი	
შიროკარენის ფსიქოლოგიური თეორიები . . .	5
შიხოფრენის ცნებისათვის	5
ნადრევი კუასუსტობის კლინიკური შინაარსი	6
ნადრევი კუასუსტობა თუ პიროვნების გაორება	12
ფსიქიკური რღვევის ძირითადი სიმპტომი	17
შიხოფრენის ფუნქციონალური და ორგანული კონცეფცია . . .	31
ბიოგენეტიური კონცეფცია .	34
შიხოლიდური ტემპერამენტი	38
ლატენტური შიხოფრენია . . .	41
შიხოფრენიული ტიპის რეაქცია	42
სიმპატომატური და მენუინური შიხოფრენია	44
თავი მეორე	
ორბანისში და ბანუშობა	49
განწყობა და აღქმის ხატი	55
ფიქსირებული განწყობა და ინდივიდის გამოცდილების ურთიერ- თობა	59
განწყობის ცნების საბუნებისმეტყველო დასაბუთებისათვის . .	61
თავი მესამე	
ფსიქიკური ცხოვრების პირველი ღონე . .	
შიხოფრენით დაავადებული ადამიანის ფიქსირებული განწყობა	69
შიხოლიდური წრის ფსიქოპატთა განწყობა	83
ფიქსირებული განწყობისა და განცდის ურთიერთობისათვის . .	84
ფიქსირებული განწყობის თავისებურებათა პათოფიზიოლოგიური დაზნისათვის	90
თავი მეოთხე	
ფსიქიკური ცხოვრების მეორე ღონე	99
განწყობის სიტყვით სიტუაციაში ფიქსაცია .	99
ობიექტივაციის დაზნისათვის	103
განწყობის ნებისმიერი გადაწველება	111
შიხოფრენის მეტყველება .	118
აზროვნება . .	138

ცნების შემუშავების პროცესი	140
განხილვადების ცდის შედეგები	151
სახელდებისა და ურთიერთგაგებინების ცდის შედეგები	154
ცნებათა განსაზღვრება	156
შიზოფრენიკის მსჯელობის ნიმუშები	164
პიროვნების სტრუქტურა	170

თავი მესამე

შიზოფრენიის ფსიქიკური სივრცეები განწყობის ფსიქოლოგიის თვალსაზრისით	179
ძილისა და სიფიზის შუალედის ფენომენები	179
ფიქსირებული განწყობა და სიზმრის წარმოდგენის ხატები . .	186
განწყობის მოქმედება ექსპერიმენტული ძილის მდგომარეობაში	193
სიზმრისა და ჰალუცინაციის ხატი	199
სიზმრის ცნობიერების მუშაობის ნერეულ-დინამიკური საფუძ- ვლები	203

თავი მამეხვა

ტიპოლოგიური კვლევის შედეგები	215
კლინიკური ფენომენების ტიპოლოგიისათვის	215
შიზოფრენიის კლინიკური ფორმები და განწყობა	240
განწყობა და რემისია	242
ზოგი რამ მკურნალობის შესახებ	244