

თ. აბრამიშვილი

პროგრესული ღამების ფსიქოპათოლოგიისათვის

გამომცემლობა
„საბჭოთა საქართველო“
თბილისი
1966

შრომაში შესწავლილია ფსიქიატრიაში ბიოლოგიური თვალსაზრისით ერთ-ერთი ყველაზე უკეთ დამუშავებული დაავადების — პროგრესული დამბლის ფსიქოპათოლოგია.

კვლევის მეთოდად გამოყენებულია დ. უზნაძის მიერ მოწოდებული ფიქსირებული განწყობის მეთოდი, რომლითაც დღეს დიდად არის დაინტერესებული როგორც ჩვენი ქვეყნის, ასევე საზღვარგარეთის სამეცნიერო დაწესებულებანი.

მიღებული მონაცემები გაანალიზებულია როგორც ზოგადი პათოფსიქოლოგიის, ისე განწყობის ფსიქოლოგიური თეორიის საფუძველზე, რაც პიროვნების ძირითად თავისებურებათა დახასიათებას გულისხმობს. ამდენად ნაშრომი ეხება თანამედროვე პერსონალისტური ფსიქოპათოლოგიის ძირითად საკითხებს.

შრომა განუთვნილია ექიმ-ფსიქიატრების, ნევროლოგებისა და პათოფსიქოლოგებისათვის.

მონოგრაფია ავტორის მიერ შესრულებულია საზოგადოებრივ საწყისებზე.

შ ე ს ა ვ ა ლ ი

პროგრესულმა დამბლამ, სულით ავადმყოფობის ამ კერძო შემთხვევამ, დიდი როლი ითამაშა ფსიქიატრიის, როგორც მეცნიერების განვითარებისა და პირველ რიგში, მისი სამედიცინო ბიოლოგიური პოზიციების ჩამოყალიბების საქმეში.

ამ ავადმყოფობის ისტორიას, დღევანდელ პირობებში, როდესაც ის თითქოს ლიკვიდაციის გზაზეა დამდგარი, თითქმის მთლიანი და დასრულებული სახე აქვს, რომლის უბრალოდ თვალის გადავლებაც საკმარისი აღმოჩნდება ამ როლის გასათვალისწინებლად.

ჯერ კიდევ მაშინ, როდესაც ის „აღმოჩენილ“ იქნა, როდესაც ბეილმა პირველად აღწერა, როგორც სულით ავადმყოფობის სრულიად განსაკუთრებული, დამოუკიდებელი ფორმა, გამოირკვა, რომ ეს ისეთი ფსიქოზი იყო, რომელიც მხოლოდ ფსიქიკის დარღვევით არ ამოიწურებოდა: მას თან სდევდა მრავალფეროვანი პათოლოგიური მოვლენები მთელი ორგანიზმის მხრივ და განსაკუთრებით ნერვული სისტემის ისეთი დაზიანების სახით, რომელიც გარეგნულად პროგრესულად განვითარებად დამბლაში გამოიხატებოდა. ეს იმას ნიშნავს, რომ პროგრესული დამბლის დროს საქმე ორგანიზმის მთლიან ბიო-ფსიქიკურ პათოლოგიასთან უნდა გვეკონოდა.

პროგრესული დამბლა ფსიქოზთა შორის ყველაზე უკეთეს მდგომარეობაში აღმოჩნდა იმ მხრივ, რომ აქ მეცნიერებამ სულით ავადმყოფობის უშუალო გამოიწვევეს მიაგნო. მას შემდეგ, რაც პროგრესული დამბლით დაავადებულ ადამიანთა თავის ტვინში ნოგუშმას მიერ ლუესის გამოიწვევი მკრთალი სპიროქეტა იქნა ნახული და ამ ავადმყოფობის ლუესური ეტიოლოგიის პიპოთეზი ფაქტად გადაიქცა, პროგრესული დამბლის შესწავლას ფსიქიატრიებისა და ნევროპათოლოგების გარდა სიფილოდოლოგებმა, ბაქტერიოლოგებმა და იმუნოლოგებმა მოჰკიდეს ხელი.

პროგრესული დამბლა ფსიქოზთა შორის ყელაზე უკეთეს მდგომარეობაში იმ მხრივაც აღმოჩნდა, რომ აქ მეცნიერებამ სულით ავადმყოფობის ყველაზე ეფექტური მკურნალობის ხერხს მიაგნო. ამ გარემოებამ კიდევ უფრო გაზარდა მისით დაინტერესებულ მკვლევართა რიცხვი. მას შემდეგ, რაც ვაგნერ-იაურეგმა პროგრესული დამბლის მალარით მკურნალობის თავისი შედეგები გამოაქვეყნა, ეს ავადმყოფობა ჩვენი საუკუნის 25-30-იანი წლების არა მარტო ფსიქიატრიის, არამედ საერთოდ მედიცინისა და უფრო მეტიც. ზოგადი ბიოლოგიის ერთ-ერთ საინტერესო პრობლემად გადაქცა.

დღეისათვის საკუთრივ პროგრესული დამბლის პრობლემა თითქოს მოხსნილად ითვლება, რადგან მალარიოთერაპიის დიდი წარმატებებისა და ვენეროლოგიის მიღწევებთან ერთად ეს ავადმყოფობა ძალიან შემცირდა. ამ პირობებში მას, შეიძლება ითქვას, თითქოს მხოლოდ ისტორიული მნიშვნელობა შემორჩა.

სწორია თუ არა ასეთი შეხედულება? მართლაც ამოიწურა თუ არა პროგრესული დამბლის პრობლემა, რის გამოც ამ ავადმყოფობას დღეს მხოლოდ ისტორიული მნიშვნელობა უნდა ჰქონდეს? ამის გასარკვევად ისევ დაავადების ისტორიას მივმართო.

ყველაზე ძირითადი მნიშვნელობის მომენტი დაავადების ისტორიიდან ჩვენ უკვე შევნიშნეთ: მან უდიდესი როლი შეასრულა ფსიქიატრიის, როგორც საექიმო დისციპლინის სამედიცინო-ბიოლოგიური საფუძვლების დამუშავების საქმეში, მაგრამ აქვე უნდა გავიხსენოთ ის გარემოებაც, რომ პროგრესულ დამბლას არანაკლები მნიშვნელობა ჰქონდა კლინიკური ფსიქიატრიის დღევანდელი პოზიციის, კრეპელინის მიერ შემოღებული ნოზოლოგიის პრინციპის, როგორც იდეის შემუშავებაში. მხოლოდ მისთვის დამახასიათებელი, სრულიად გარკვეული კლინიკური ფენომენების საფუძველზე იგი ყველაზე პირველად გამოეყო სხვადასხვა ავადმყოფობის შედეგად გამოწვეულ უამრავ სინდრომთა ქაოსს, რომელიც მაშინდელ ფსიქიატრიაში არსებობდა და მიიღო რა ნოზოლოგიურად სრულიად გარკვეული და კონკრეტული სახე, გახდა მაგალითი სინდრომთა ამ ქაოსიდან სხვა. ასევე გარკვეულ, კონკრეტულ ფსიქოზთა გამოყოფისა. არც ერთ სხვა ფსიქოზს არ გაუწევია დღევანდელი კლინიკური ფსიქიატრიისათვის ესოდენ დიდი სამსახური, თუნდაც იმიტომ, რომ იმ დროს ისინი, როგორც ფსიქოზები, ჯერ კიდევ ცნობილნი არ იყვნენ, ხოლო

ის, რაც პროგრესულმა დამბლამ იკისრა, სწორედ მათ გაიზიარებოდნენ იყო მიმართული.

მაგრამ ფსიქოპათოლოგიური თვალსაზრისით პროგრესული დამბლის შესწავლა, სამწუხაროდ, ამით თითქმის ამოიწურა კიდევ. სპეციფიკურ პათოფსიქოლოგიურ პრობლემას აქ თითქმის ადგილიც აღარ დარჩა, რის გამოც მკვლევართა უმრავლესობის წინაშე არ დამდგარა საკითხი იმის შესახებ, თუ რა პათოფსიქოლოგიური საფუძვლიდან გამომდინარეობდა ავადმყოფობისათვის დამახასიათებელი უაღრესად საინტერესო კლინიკური სიმპტომები, როგორი პათოფსიქოლოგიური მექანიზმის საფუძველზე უნდა მოხერხებულიყო პროგრესული დამბლით შეპყრობილი კეთუხუცის ადამიანის ქცევის ახსნა.

ამ გარემოებას, რასაკვირველია, თავისი მიზეზები აქვს, რომელნიც, ჩვენი აზრით, შემდეგში მდგომარეობენ:

ჯერ ერთი ის, რომ ამ ავადმყოფობის დროს მისი გამომწვევი მიზეზი და სამკურნალო საშუალება იქნა მიგნებული, რამაც პროგრესული დამბლის ისტორიის ორი უკანასკნელი პერიოდის მანძილზე მკვლევართა ყურადღება თავისი მიმართულებით გადახარა. რაც შეეხება მისი ისტორიის პირველ პერიოდს, ამ ხნის განმავლობაში ჯერ კიდევ თვით დაავადების ცალკე გამოყოფა ხდებოდა.

მეორე ის, რომ პროგრესული დამბლა, როგორც ცნობილია, ძალიან ტლანქ ორგანულ ცვლილებებს იწვევს თავის ტვინში, რამაც მკვლევართა ყურადღება დიდი ხანია მიიქცია. ისიც შეიძლება ითქვას, რომ ფსიქოზთა პათანატომია ამ ავადმყოფობის ანატომიური შესწავლით იწყება. ნისლმა, ალცჰაიმერმა და მერყევსკიმ აქედან დაიწყეს. სულით ავადმყოფთა პათოლოგიური ანატომიის დამუშავება. მაშინდელ ფსიქიატრთა უმრავლესობის თეორიული წარმოდგენების მიხედვით, თუ სულით ავადმყოფობის დროს ცნობილი გახდებოდა ტვინის ცვლილება, მაშინ ამ ფსიქოზისათვის დამახასიათებელი ძირითადი თავისებურება, მისი არსი, პრინციპულად შეცნობილად ითვლებოდა. მძიმე მდგომარეობა იყო იქ, სადაც ასეთი ცვლილების დადასტურება ვერ ხერხდებოდა, თორემ პროგრესული დამბლისათვის დამახასიათებელი ფსიქოპათოლოგიური გამოვლინების გაგების საკითხი, მათი აზრით, გადაწყვეტილად შეიძლებოდა ჩათვლილიყო. თუ ამას დავუმატებთ იმ გარემოებას, რომ ეს ავადმყოფო-

ბა ბევრად დაეხმარა ფსიქიატრიას სამედიცინო საფუძვლებზე დამდგარიყო, ადვილი წარმოსადგენია მაშინდელი ბიოლოგიური აზროვნების ყოვლისშემძლეობა და გასაგებია ის, თუ რატომ სერიოზულად არ დადგა პროგრესული დამბლის არსებობის მთელ მანძილზე საკითხი მისი სპეციფიკური პათოფსიქოლოგიური პრობლემის შესახებ.

როგორც ვხედავთ, მიუხედავად იმ დიდი ცოდნისა, რაც მეცნიერებას პროგრესული დამბლის შესახებ მოუპოვებია, აქ ჯერ კიდევ დარჩენილია საკითხი, რომლის გარკვევა ფსიქიატრიისათვის არა ნაკლებ საინტერესო უნდა იყოს, ვიდრე ის, რომ პროგრესულ დამბლას მკრთალი სპირობა იწვევს, ანდა ის, რომ ამ დროს ტვინში ტლანქი ანატომიური დარღვევები გვხვდება. ყოველ შემთხვევაში. მისი ეტიოპათოგენეზი, პათოლოგიური ანატომია და თვით ავადმყოფობის მკურნალობაც კი ვერ იძლევა პასუხს კითხვაზე იმის შესახებ. თუ რა უდევს საფუძვლად ავადმყოფი ადამიანის განცდებს, ანდრითი უნდა აიხსნას დემენციის მდგომარეობაში მყოფი ავადმყოფის შეცვლილი ქცევა. ერთი სიტყვით, სრულიად გარკვეული ისტორიულად განსაზღვრული მიზეზების გამო პროგრესული დამბლის სპეციფიკური პათოფსიქოლოგიური პრობლემა ჯერ კიდევ ბურუსით არის მოცული.

მაგრამ შესაძლებელია საკითხი ასეც დაისვას: რამდენად გამართლებულია პროგრესული დამბლის პათოფსიქოლოგიური კვლევა დღეს, როდესაც მისი პრობლემა პრაქტიკულად თითქმის გადაწყვეტილად ითვლება? რომ იგი ნაკლებადაა შესწავლილი, ეს პრობლემის ნეგატივურად დაყენებას ნიშნავს. რადგან საკითხი პროგრესული დამბლის შესახებ დღეს ზემოაღნიშნულ მდგომარეობამდეა მოსული, აუცილებელია მისი პათოფსიქოლოგიური კვლევის პოზიტიური მხარეების წინასწარ გათვალისწინება, ე. ი. საკითხი სავსებით გარკვეულია; იგი ეხება იმას, თუ რა უნდა შეგვძინოს ასეთმა კვლევამ. რითი უნდა გაგვამდიდროს მან.

ჩვენი ღრმა რწმენით, პროგრესული დამბლის პათოფსიქოლოგიის შესწავლას მნიშვნელობა უნდა ჰქონდეს ორი მიმართულებით: ჯერ ერთი, იგი საინტერესოა თვით პროგრესული დამბლისათვის. მართალია ეს ავადმყოფობა უკანასკნელი 20 წლის განმავლობაში მნიშვნელოვნად შემცირდა, მაგრამ დღესდღეობით იგი ჯერ

კიდევ არსებობს. ამიტომ, აუცილებელია მის კარგად ცნობილ სიმპტომებს მათი უშუალოდ გამომწვევი პათოფსიქოლოგიური მექანიზმების ცოდნაც დაემატოს, რამაც პროგრესული დამბლის შედეგად განვითარებული კჟუასუსტობის ასახსნელად მოწოდებული მექანიციური, გულუბრყვილო-ანატომიური თეორიების ადგილი უნდა დაიკავოს. და, თუკი ამ ავადმყოფობას უახლოეს ხანში სრულიად მოსპობა მოელის, რაც ძნელი დასაჯერებელია, მაშინ პათოფსიქოლოგიური კვლევით პროგრესული დამბლის შესახებ არსებულ უმდიდრეს ლიტერატურაში მისი საბოლოოდ დამასრულებელი და გაამთლიანებელი სტრიქონები ჩაიწერება.

მეორე ის, რომ ასეთ კვლევას დიდი ღირებულება უნდა ჰქონდეს მთელი თეორიული ფსიქიატრიისათვის, რადგანაც მან პათოფსიქოლოგიური პრობლემის გაშუქება უნდა სცადოს იქ, სადაც ფსიქოზის სხვა ასპექტები ყველა სხვა სულით ავადმყოფობაზე უკეთ არის დაზუსტებული. ეს კი იმას ნიშნავს, რომ მან ერთგვარი მთლიანი წარმოდგენა უნდა შეგვიქმნას საერთოდ ფსიქოზის, როგორც მოვლენის შესახებ. შიზოფრენიის ანდა, რომელიც გნებავთ, სხვა სულით ავადმყოფობის შემთხვევაში ეს ამოცანა ჯერჯერობით მიუღწეველია, რადგან ჩვენ არაფერი ვიცით მისი გამომწვევისა, პათოლოგიური ანატომიისა თუ ასე თუ ისე რაციონალური მკურნალობის შესახებ. სრულიად სხვა მდგომარეობასთან გვაქვს საქმე პროგრესული დამბლის შემთხვევაში: თუ ცოდნას მისი გამომწვევის, პათანატომიისა და მკურნალობის შესახებ დაემატება ცოდნა ფსიქოზის ამ ბიოლოგიური მექანიზმების შედეგად განვითარებული ფსიქოპათოლოგიური გამოვლინებების სპეციფიკურ პათოფსიქოლოგიურ მექანიზმთა შესახებ, მივიღებთ ერთი ფსიქოზის, როგორც ნოზოლოგიური ერთეულის, მთლიან სურათს, რაც ფსიქოპათოლოგიურად ასევე გამოკვეთილ სხვა ნოზოლოგიურ ერთეულთა, სხვა ფსიქოზთა მოდელად შეიძლება გამოგვადგეს, მოდელად, რომლის საფუძველზეც თუნდაც შიზოფრენიის არსის შემდგომი გათვალისწინება უნდა მოხდეს, იმ აზრით, რომ წინასწარ განეკვრიტოთ, თუ რა მნიშვნელობა უნდა ჰქონდეს შიზოფრენიული პროცესის გამომწვევს, მის პათოლოგიურ ანატომიას თუ მკურნალობის რომელიმე ხერხს ამ ავადმყოფობის არსის გარკვევის საქმეში.

როგორც ვხედავთ, პროგრესული დამბლის პათოფსიქოლოგიის

საინტერესო საკითხი დღევანდელი თეორიული ფსიქიატრიისათვის დიდი მნიშვნელობის მქონე პრობლემა ყოფილა, რომლის კვლევა რსეთივე ინტენსივობით უნდა გაიშალოს, როგორი ინტენსივობითაც ამჟამად აღიარებული თეორიული და პრაქტიკული საკითხების დამუშავება მიმდინარეობს.

ამის გამო, ჩვენი სისტემატური მუშაობის საგნად პროგრესული დამბლით დაავადებულთა ფსიქოპათოლოგიის საკითხი გავიხადეთ. ეფექტობთ, სწორად გავიგეთ აქ არსებული ძირითადი პათოფსიქოლოგიური პრობლემა, რომელსაც დ. უზნაძის განწყობის ექსპერიმენტული კვლევის მეთოდის გამოყენებით მივუღებთ, და მისივე თეორიის შუქზე, ჩვენი შესაძლებლობის შესაბამისად, შევეცადეთ პროგრესული დამბლის პათოფსიქოლოგიურ პრობლემაში გარკვეული თვალსაზრისით ერთგვარი სინათლე შეგვეტანა.

პროგრესული დამბლის ფსიქოპათოლოგიური პრობლემა და მისი გადაჭრის გზა

პროგრესული დამბლის ფსიქოპათოლოგიური შესწავლა მისი. როგორც ცალკე ნოზოლოგიური ერთეულის გამოყოფის შემდეგ დაიწყო. ამ ავადმყოფობის ფსიქოპათოლოგიის პირველი მკვლევარები ბეილისა და ესკიროლის მიმდევრები, ანუ უნიტარისტულ და დუალისტურ თვალსაზრისზე მდგომი მკვლევარები იყვნენ.

კლინიკური ფსიქიატრიის წინვლასთან დაკავშირებით პროგრესული დამბლის ფსიქოპათოლოგიური კვლევა უფრო გაფართოვდა. ამ საკითხის მიმართ სპეციალური ინტერესი გამოიჩინეს უიზინმა, მენდელმა, მაიკლმა, პოპოვმა, გულეიშინმა, კოვალევსკიმ, ილბერგმა, როჟერმა, ბინსვანგერმა, კრაფტ-ეაინგმა, ჰოზემ და სხვ.

ფსიქოპათოლოგიური შესწავლა აღნიშნულ მკვლევარებს ძირითადად წარმოდგენილი ჰქონდათ, როგორც ფსიქიკური მდგომარეობისა და მიმდინარეობის დეტალური აღწერა, ანუ ძირითად ფსიქიკურ ნიშანთა მიხედვით დიაგნოზის დასმა. ამიტომ ჯერ კიდევ კორსაკოვი¹ აღნიშნავდა, რომ „პროგრესული დამბლა ეკუთვნის იმ ფორმათა რიგს, რომელნიც ზედმიწევნითაა შესწავლილი, ყოველ შემთხვევაში კლინიკურად მაინც, მიუხედავად იმისა, რომ ექიმები მას დიდი ხანი არ არის, რაც იცნობენ“ (გვ. 318).

ასეთი დაავადების წმინდა კლინიკურ-ფსიქოპათოლოგიური აღწერა შემდეგაც გრძელდებოდა. პროგრესული დამბლის შემთხვევაში მას განსაკუთრებით მისდევდნენ: პაქტი და ბონომი, კლოდი,

¹ Корсаков С. С. — Курс психиатрии. изд. 3-е, т. 2, 1913.

ტაბილსკი, მალსბერგი, მილიგანი, ლევისი, ლევისი ანრი, პოლიაკოვი და სხვ.

სულით ავადმყოფობის ფსიქოპათოლოგიური კვლევის ასეთი გზა არის და იქნება ფსიქიატრიის, როგორც კლინიკური დისციპლინის, ერთ-ერთი მთავარი და ძირითადი მიმართულება. ეს არის ის, რასაც პრაქტიკოსი ექიმი თავის ყოველდღიურ საქმიანობაში განუწყვეტლივ იკვლევს და რითაც იგი მუდამ ხელმძღვანელობს ავადმყოფობის დიაგნოზის დასმისა და სამკურნალო-პრაქტიკული ღონისძიებების დასახვის საქმეში.

მაგრამ პროგრესული დამბლის ფსიქოპათოლოგიაში სპეციფიკური პათოფსიქოლოგიური პრობლემებიც არსებობს. ამ პრობლემათა შორის ცენტრალური ადგილი უჭირავს და ამიტომ განსაკუთრებულ ინტერესს იწვევს პარალიზური წარმოშობის ჰეპსუსტობის. ანუ დემენციის პათოფსიქოლოგიური თავისებურებების გარკვევის საკითხი.

ამ მიმართულებით არცთუ ისე მრავალრიცხოვანი ლიტერატურა არსებობს, რადგან უმრავლესობას, ვინც ავადმყოფობის პათანატომიას თუ პათოფიზიოლოგიას, პათოგენეზსა თუ მკურნალობას სწავლობდა, ეგონა, რომ პარალიზური დემენციის საკითხი მათ ნაშრომებში თავისთავად გადაწყდებოდა, რის გამოც სპეციალური პათოფსიქოლოგიური პრობლემა მათ წინაშე არც იდგა.

მკვლევართა მეორე მცირერიცხოვანი ჯგუფი ამ თვალსაზრისს არ იზიარებდა, რის გამოც ისინი მიმართავდნენ დაავადების პათოფსიქოლოგიურ კვლევას. მაგრამ მათი შრომების გადათვალიერებიდან ირკვევა, რომ კვლევა-ძიება თავიდანვე მეთოდოლოგიურად მცდარი მიმართულებით იყო ორიენტირებული; ძირითადი ყურადღება ცალკეული ფსიქიკური ფუნქციების კვლევას ჰქონდა დათმობილი, რათა აქ ნახული შედეგების განზოგადება გამოყენებული ყოფილიყო პროგრესული დამბლით შეპყრობილი ადამიანის სულიერ ცხოვრებაში არსებული ცვლილებების გასაგებად.

ამ მცდარი მეთოდოლოგიის წყარო პარალიზური ჰეპსუსტობის შესახებ იმ არასწორ შეხედულებაში იმალებოდა, რომელსაც ეს ავტორები იზიარებდნენ და რომლის მიხედვით დემენციის ცნება ცალკეული ფსიქიკური ფუნქციების პათოლოგიაზე, მათ გამოვარდნაზე შენდებოდა. ფსიქოპათოლოგიური კვლევის ასეთი გზა უშუა-

ლოდ გამომდინარეობდა იმ დროს ფსიქიატრიულ აზროვნებაზე დიდი გავლენის მქონე, ტრადიციული, ასოციაციური ფსიქოლოგიის ძირითადი თეორიული წანამძღვარებიდან.

ასეთი კვლევა უნაყოფო აღმოჩნდა, ვერც მეხსიერების — სტანოვეიჩი, ზახარჩენკო, კატარინოვა და სხვ., ვერც წარმოდგენების — ვორობიოვა, ვერც მეტყველების — სელეცკი, ვერც აფექტურ-ნებითი სფეროს — მეეროვიჩი, ამერჯანიანი, ისევე როგორც ყველა ფსიქიკური ფუნქციის ცალ-ცალკე დახასიათებამ — ბერნშტეინი, პავლოვსკაია, მაკაროვი, კულიკოვა, ალბრეხტი და სხვ. ვერ მოატანა სასურველი შედეგი; ასეთმა კვლევამ ვერ მიაგნო პროგრესული დამბლისათვის დამახასიათებელი დემენციის სპეციფიკას.

ფუნქციების დეფექტის მნიშვნელობა ამ ფსიქოზის დამახასიათებელი დემენციის გაგებისათვის ექვის ქვეშ დააყენა მალარიით მკურნალობის შედეგად მიღებულმა გამოკეთებამ, რემისიამ. გამოიკვია, რომ ეს ტლანქი ორგანული ჰქუასუსტობა, როგორც მას მანამდე იცნობდნენ, მკურნალობას ექვემდებარებოდა.

ამ გარემოებამ ნათელი გახადა, რომ პარალიზური დემენციის შემთხვევაში საკმე ცალკეული ფუნქციების დეფექტს კი არ ეხება, არამედ უფრო ზოგად მოვლენას, რომელიც ცალკეულ ფსიქიკურ ფუნქციათა მოქმედებას აწესრიგებს და წარმართავს.

ამიერიდან პარალიზური ჰქუასუსტობის შესწავლა სხვა მიმართულებით წარიმართა.

ბირნბაუმისა¹ და ვიგოტსკის² აზრით, ჰქუასუსტობის პროცესის ნაწილობრივმა ან სრულმა აღდგენამ, რომელმაც თავი იჩინა პროგრესული დამბლის მალარიით თერაპიის დროს, დასვა საკითხი იმას შესახებ, რომ აუცილებელია გამოვიდეთ ინტელექტის, როგორც ასეთის, ვიწრო ჩარჩოებიდან უფრო ფართო ფსიქოლოგიური კავშირებისა. და დამოკიდებულებათა სფეროში, სადაც, როგორც ჩანს, ინტელექტის მუშაობის განმსაზღვრელი პირობები უნდა ვეძებოთ. ამიტომ დღეს მოძველებული ჩანს ის შეხედულება, რომლის მიხედვითაც ჰქუასუსტობა აუცილებლად ინტელექტუალური სფეროს

¹ Б и р н б а у м — О структурном строении слабоумия. 1934. Москва перевод Скворцова.

² В ы г о т с к и й Л. С. — К вопросу о деменции при болезни Пика. Совр. неврол. и психиатр., т. 3, в. 6, 1934 г.

დაზიანებით შეიძლებაოდა ყოფილიყო გამოწვეული, რის გამოც ცალკეული ფსიქიკური ფუნქციის დარღვევათა მხოლოდ ნეგატიურ მხარეს აღვწერდით მათი გამოვარდნის, დაქვეითებისა თუ სისუსტის თვალსაზრისით. ახლა სხვა პრობლემები დგება, რომლებსაც უპირველესად ყოვლისა დემენციის ცნების გაფართოების გზით მივყევართ.

ამიტომ იყო, რომ გურგენიჩი¹ პარალიზური კეუასუსტობის განხილვისას ყურადღებას აქცევდა არა მხოლოდ ცალკეულ ფსიქიკურ ფუნქციათა გამოვარდნას, არამედ ტვინში მიმდინარე დინამიკურ ცვლილებებსაც. მაგრამ, ფსიქო-პათოლოგიური თვალსაზრისით უფრო საინტერესოა იმ მკვლევართა ნაშრომები, რომლებიც ამ საკითხის გარკვევისათვის ინტელექტის ტყვეობიდან თავის დაღწევას შეეცადნენ.

მათ შორის უპირველესად ყოვლისა ვერმეილენი და ვერვაკი² უნდა დავასახელოთ. მათი აზრით, პროგრესული დამბლით შეპყრობილი ადამიანი სრულიადაც არ არის დემენციური. მათი უაზრო ქცევა თითქოს კეუასუსტობაზე უნდა მიგვითითებდეს, მაგრამ სინამდვილეში ინტელექტი, გარკვეულ პერიოდამდე, ამ ავადმყოფებს ჯერ კიდევ ხელუხლებელი აქვთ, მაგრამ, თუ ისინი მაინც კეუასუსტებს ჰგვანან, ეს იმიტომ ხდება, რომ მათი ინტელექტი ვერ მოდის მოქმედებაში, ე. ი. დემენცია პროგრესული დამბლის დროს მოჩვენებითია. რის გამოც ზემოხსენებული ცნების მაგივრად ამ ავტორებს „ფრენოლეფსიის“ ცნება შემოაქვთ, რომელიც მიუთითებს იმაზე, რომ ამ დროს არსებულ კეუასუსტობას არა აქვს არსებითი ხასიათის მნიშვნელობა. თუ ეს ასეა, მაშინ რატომ ვერ ფუნქციონირებს ინტელექტი, რა აფერხებს მის ნორმალურ მოქმედებას? ვერმეილენისა და ვერვაკის აზრით, ამის მიზეზი ისაა, რომ პროგრესული დამბლით დაავადებულმა დაკარგა ინტელექტუალური აქტივობა, დაკარგა უნარი ინტელექტის ამოქმედებისა. ხოლო, რაც შეეხება თვითონ ინტელექტუალურ აქტივობას, იგი აზროვნების პირობაა და არა

¹ Гуревич М. О. — К вопросу дементности больного прогрессирующим параличом после маляриотерапии, медико-биол. журнал, в. 5, 1931.

² Vermeylen — Le deficit mental au cours des tumeurs du cerveau, 1928.

Vermeylen et Vervaeck — Les formes psychiques paralytiques generales malarises et la notion de demence paralytique. L'encephale. 1930.

მისი ფორმა; ამიტომ ინტელექტუალური აქტივობის დაქვეითება არ ჩაითვლება ინტელექტის დაზიანების რომელიმე ფორმად, იგი მხოლოდ ამ უკანასკნელის ამოქმედებისათვის საჭირო პირობის მოშლას. მაღარიით მკურნალობის ეფექტურობა, მათი აზრით, სწორედ ამ ინტელექტუალური აქტივობის უნარის აღდგენაზე მიუთითებს.

როგორც ვხედავთ, ვერმეილენისა და ვერვაციის აზრი მიმართულია იმ კლასიკური თეორიის წინააღმდეგ, რომელიც ორგანულ ჰქუასუსტობაში ხედავდა პროგრესული დამბლის უპირველეს სიმპტომს. მანამდე, თითქოს, არავის ეპარებოდა ექვი იმაში, რომ პროგრესული დამბლა თავიდანვე ანატომიური სუბსტრატით განსაზღვრული ჰქუასუსტობით იწყებოდა. ამ ავტორებმა პირველად მოგვაწოდეს პროგრესული დამბლის ფუნქციური თეორია.

ამ თეორიას თავისი წინამორბედები ჰყავდა. მაგალითად, ბინე და სიმონი ლაპარაკობდნენ „ფუნქციონირების სიძნელისა“ და თავისთავის, ანუ საკუთარი აზრების „მართვის“ უნარის დაკარგვის შესახებ. მათ შემდეგ დაახლოებით ასეთავე ცნობას ხმარობდა მიკარდი — autoconduction. ტარგოვლაც ლაპარაკობდა პროგრესული დამბლის დროს confusion mentale-ს შესახებ, მაგრამ ამას თეორიის სახე არ მიუღია. კლეინი მიუთითებს იმაზე, რომ პროგრესული დამბლით დაავადებულთა რეაქციებზე ხშირად გავლენას ახდენს სხვადასხვა ფსიქიური მომენტი (განსაკუთრებით აფექტური ხასიათი) და იმდენად უცვლის ამ რეაქციებს სახეს, რომ მათი ნამდვილი ბუნების გარკვევა ძნელდება. ანალოგიურ აზრს გამოთქვამდა ბიურგერ-პრინციც, შმარიანს მოჰყავს პროგრესული დამბლით დაავადებულის ერთი ისტორია, სადაც აღნიშნავს, რომ გაბრუება და დეზორიენტაცია ამ შემთხვევაში ბევრად უფრო ღრმა დემენციის სურათს იძლეოდა, ვიდრე სინამდვილეში იყო¹. შევალიოვი თავის სტატიაში² სამართლიანად მიუთითებს ამაზე, რომ ჯერჯერობით არ არსებობს ჰქუასუსტობის, როგორც პროცესისა და მისი, როგორც მდგომარეობის გამომხატველი ცნებები. მისი აზრით, პროცესი შესაძლებელია თავისი განვითარების ისეთ სტადიაში იყოს, როდესაც ცენტრა-

¹ Шмарьян А. С. — К вопросу о деменции в начальных стадиях прогрессивного паралича. Соврем. психоневрол. т. 9, № 1—2. 1930.

² Шевалев Е. А. — Анализ понятия деменции. Сов. психоневрол. № 5, 1937.

ლურ ნერვულ სისტემაში ორგანული ცვლილებები ჯერ კიდევ არ განვითარებულა, მაგრამ კლინიკურად ავადმყოფი ჰქუასუსტობის სურათს ადგენს. ამის მაგალითად შევალიოვს მოჰყავს პოსტინფექციური ფსიქიკური სისუსტის შემთხვევა.

ვერმეილენსა და ვერვაკს ეთანხმება ვაისფელდი,¹ მხოლოდ იმ განსხვავებით, რომ იმას, რასაც ვერმეილენი და ვერვაკი ინტელექტუალურ აქტივობად თვლიან, იგი მხოლოდ ერთ სიტყვას, აქტიურობას ეძახის. ამით მას სურს ჰქუასუსტობის პრობლემა კიდევ უფრო დააშოროს არა მარტო ინტელექტს, არამედ იმასაც, რასაც ინტელექტთან აქვს უშუალო კავშირი.

როგორც ვხედავთ, თუ პროგრესული დამბლით დაავადებული ადამიანის ჰქუასუსტობის გარკვევის საკითხში ცალკეული ფსიქიკური ფუნქციების კვლევაზე ხელს ავილებთ, რისი აუცილებლობა ამ ავადმყოფობის მალარიით მკურნალობის პრაქტიკამ გვიჩვენა, კვლევა-ძიება ისეთ სფეროში გადადის, რომელიც თვითონ ინტელექტუალურ კატეგორიას არ მიეკუთვნება, მაგრამ მიუხედავად ამისა. იგი ინტელექტუალურ ფუნქციათა მოქმედებას წარმართავს. ძნელი მისახვედრი არაა, რომ ეს სფერო მთლიანი ორგანიზმი, პიროვნებაა, რომელსაც ინტელექტი გააჩნია და რომელსაც იგი იყენებს გარემოსთან უკეთ შეგუების მიზნით.

ასეთი თვალსაზრისის შემუშავების შემდეგ, პარალიზური ჰქუასუსტობის შესწავლის საკითხი მეთოდოლოგიის მხრივაც გამართლებულ გზას დაადგა, რადგანაც ამიერიდან დემენციის განმსაზღვრელი მიზეზის ძიება ცალკეული ფსიქიკური ფუნქციებიდან მთლიან ორგანიზმში იქნა გადატანილი და მისი კვლევა პიროვნების სპეციფიკური ხასიათის ზოგადი ცვლილების გარკვევის მიმართულებით წარიმართა.

ამ კითხვაზე პასუხის გაცემა პირველად ბოსტრემმა სცადა. მალარიით მკურნალობის შემდეგ მიღებული რემისიის ანალიზის შედეგად ბოსტრემი იმ დასკვნამდე მივიდა, რომ აქ საქმე უფრო ზოგადი ხასიათის მოშლასთან უნდა გვქონდეს, ვიდრე ცალკეული ფსიქიკური ფუნქციების მოშლასთან. მისი აზრით, ამ შემთხვევაში ავადმყოფი „კომბინირებული მოქმედების უნარს“ კარგავს, ე. ი. ისეთ რამეს, რაც პიროვნების ფსიქიკური ფუნქციების შეთანხმე-

¹ Вайсфельд М. И. — О сущности и границах деменции при прогрессирующем параличе. Сов. психоневрол. № 5, 1934.

ბულ მოქმედებას უდევს საფუძვლად. ასეთი ადამიანები მოკლებულნი არიან დამოუკიდებელი მსჯელობის უნარს ცოტად თუ ბევრად რთული სიტუაციების დროს. მათ არა აქვთ საკუთარი ინიციატივა. მათ დაკარგეს ავადმყოფობამდე მათთვის ჩვეული მაღალი პიროვნული შესაძლებლობანი, საერთო გაქანება, გახდნენ სხვაზე დამოკიდებულნი, თითქოს როგორღაც გამოიცვალნენ, „მიჩუმდნენ“¹.

კაპლინსკი და ლუსტერნიკი² მაღარიით ნამკურნალევე ყოფილ ავადმყოფთა საერთო ცვლილებას „პიროვნების ასთენიზაციაში“ კვრეტენ. ეს ასთენია მათ ვიტალურ ასთენიად „სასიცოცხლო ტურგორის“ დაქვეითებად მიაჩნიათ. ამგვარი ვიტალური ასთენია, ამ ავტორთა აზრით, განსხვავდება ყველა სხვა გენეზის მქონე ასთენიასაგან იმით, რომ მას, ჯერ ერთი, ტლანქი ორგანული ბუნების დალი აზის და მეორე, რაც მთავარია, ეს ასთენია ყოვლისმომცველია, რას გამოც იგი ყოველ ცალკეულ ფსიქიკურ ფუნქციაზე ახდენს გავლენას.

გოლანტის აზრით³, პროგრესული დამბლით დაავადებული ადამიანი ვეღარ ახერხებს გარემოსთან შეგუებას. იგი უძლურია თავი დააღწიოს ყველა იმ, მისთვის. უსარგებლო გაღიზიანებებს, რომლებიც გარემოდან მოდიან და რისთვისაც საპასუხო რეაქციის მოქნილობა და სისწრაფეა საჭირო. ყოველივე ეს იმიტომ ხდება, რომ ავადმყოფი „პლასტიურობა უნარს“ კარგავს, რაც აფექტურ-ნებითი სფეროს ნორმალურად ფუნქციონირების დროს გარემოსთან შეგუების უმაღლეს დონეს განააზღვრავს.

ლასკავის⁴ აზრით, აფექტური რეაგირების უმთავრეს და უპირატეს ცვლილებებთან ერთად ამ დროს „პიროვნების მთელი წყობა“ იცვლება.

¹ Bostrom—Handbuch Bumke 4 bd. 8. 1930.

² Каплинский М. З., Люстерник Р. Е. — Прогрессивный паралич леченный малярией—типы исходов. Сов. невро. псих. и психопрофил. т. 3. в. 4. 1934.

³ Голант Р. Я. — О некоторых исследованиях в области клиники психозов на почве органического поражения головного мозга. Невропат. и психиат. т. 6, в. 10, 1937.

⁴ Ласкавый П. Н. — О сдвиге клинической картины прогрессивного паралича. Вopr. психиатр. 1936. Киев.

პიროვნების ცვლილებების შესახებ ლაპარაკობს ჩეხოვიჩი¹, მაგრამ იგი უპირველესად ყოვლისა პიროვნების „თვისობრივ“ შეცვლაში“ ხედავს პროგრესული დამბლით შეპყრობილი ადამიანის ძირითად ცვლილებას. მისი ძირითადი აზრი იმაში მდგომარეობს, რომ „პიროვნების აქტიურობის დაწევის“ გამო, პროგრესული დამბლით შეპყრობილი პიროვნება „დიფუზურ დაზიანებას“ განიცდის. დაახლოებით ასეთივე აზრისაა ზელენინი და ტურგიევი.

როლიონოვის მიხედვით², პროგრესული დამბლის მაღარიით წარმატებით მკურნალობის შემდეგ მართალია პიროვნება აღდგება, დაუბრუნდება პრემორბიდს, ავადმყოფობამდელ პიროვნებას, მაგრამ იგი მაინც შედარებით უფრო „დაბალ საფეხურზე“ რჩება, ვიდრე ავადმყოფობამდე იყო.

მირსკაიას და როზენბერგის³ აზრით, სრული გამოკეთების ცენტრალური კლინიკური სინდრომი „პიროვნების ორგანულ შეცვლაში“, მის მიერ ფართო შესაძლებლობათა დაწევაში და საერთო ნიველირებაში მდგომარეობს.

ეს უკანასკნელი დებულება ამ ავტორებს მაუციის შეხედულებიდან აქვთ ნასესხები, რომელიც უფრო ადრე იქნა გამოთქმული და უფრო ნათლად გამოხატავს პროგრესული დამბლისათვის დამახასიათებელი დეფექტის ასაწერად სხვადასხვა ავტორის მიერ გამოთქმულ ძირითად იდეას.

მაუცი⁴ იმ აზრისაა, რომ ამ დროს წარმოდგენილია არა ფსიქიკური ფუნქციების გამოვარდნა, არამედ პიროვნების ინდივიდუალურ თავისებურებათა, მისთვის დამახასიათებელ ნიუანსთა ინდივიდუალური აქცენტის დაკარგვა. ასეთი ცვლილების აღმოჩენა არც

¹ Чехович А. И. — О благоприятной ремисии после малярийного лечения и проблема специфичности паралитического дефекта. кн. 50 лет псих. клин. им. Корсакова (1-ый Моск. мед. институт). 1940, Москва.

² Родионов С. М. — Прогрессивный паралич, малярийное лечение и трудоспособность. Вopr. соц. и клин. психоневрол. т. 3, 1936.

³ Мирская М. Я., Розенберг К. Л. — Об изменениях личности леченых паралитиков в полных и хороших ремиссиях. Ж. Невропат. и психиатр. т. 6. 1937.

⁴ Maur-Fur Psychopathologie malariaremittester paralitiker. t. f. d. g. Psych. Rd. 127, № 4-5. 1930.

თუ ისე ადვილი საქმეა. იგი თავს იჩენს ღრმა ჩაკვირების შემდეგ, რისი საშუალებითაც დამკვირვებელი რწმუნდება, რომ თუმცა პიროვნების ძირითადი ბირთვი შენახულია, მაგრამ იგი „ნიველირებულია“, ინდივიდუალური პრემორბიდული ხაზები გაბუნდოვნებული და წაშლილია. ამავე აზრს იზიარებს ჰეგარტი.

ბოლოს მოვიყვანთ კიდევ ერთი ავტორის აზრს; ეს არის პენიტცი¹, მას უფრო მოხერხებულად მიაჩნია „დეფექტის“ ნაცვლად იხმაროს გამოთქმა „ნაწიბუროვანი მოვლენები“, როქელიც პიროვნების აფექტურ სფეროში და ინიციატივის უკმარისობაში პოვებს თავის გამოსატულებას. ამას, თანახმად პენიტცის მოსაზრებისა, იმიტომ აქვს ადგილი, რომ საქმე გვაქვს პიროვნების „ზოგადი ხასიათის დაქვეითებასთან, მისი აქტივობის დაწევასთან“.

პენიტცას მოსაზრება სხვებზე მეტად უახლოვდება შტერცის სწორ შეხედულებას საერთოდ დემენციაზე, რომლის მიხედვითაც კუუსუსტობის გაგება „პიროვნების საერთო დონის დაწევის“ გათვალისწინებით უნდა ხდებოდეს².

მოლოჩეისა და კოსკინასის აზრით, „შტერცის ძვირფას ფორმულირება ჯერ კიდევ ყურადღების გარეშეა დარჩენილი, თუქცა ეს ის ერთადერთი გზაა, რამაც პროგრესული დამბლის პათოფსიქოლოგიური პრობლემა უნდა გადაწყვიტოს“ (გვ. 320)³.

როგორც ვხედავთ, მალარიით პროგრესული დამბლის მკურნალობის პრაქტიკამ ამ ავადმყოფობის შედეგად გამოწვეული კუუსუსტობის ფსიქოპათოლოგიური არსის მაძიებლებს ხელი ააღებანა ცალკეული ინტელექტუალური ფუნქციის კვლევაზე; დაანახვა მათ კუუსუსტობის მიზეზთა ინტელექტის გარეთ ძიების საჭიროება, რის გამოც სრულიად კონკრეტულად დასვა საკითხი მთლიანი პიროვნების, როგორც ყველა ფსიქიკური ფუნქციის ბატონ-პატრონის ცვლილებათა შეცნობის აუცილებლობის შესახებ.

¹ Ponitr—Der defektgehelte Paralytiker. z. f. b. g. Neur. u. Psych Rd. 127. № 4—5. 1930.

² Stert—storungen der Intelligens. Handbuch der Gestoskrankheiten vom Rumke. Rd. 1. 1928.

³ М о л о ч е к А. И., К о с к и н а С. Н.—Атипичные формы прогрессивного паралича при малярийной терапии. Тр. Крымск. гос. мед. инст. им. Сталина, т. 1, 1935.

პარალიზური დემენციის პათოფსიქოლოგიური არსის გახსნისათვის ამორჩეული ასეთი გზა მთელი ზოგადი ფსიქოპათოლოგიისათვის დიდი მნიშვნელობისა. უაღრესად პროგრესულ მოვლენად უნდა ჩავთვალოთ, რადგანაც იგი იმთავითვე ამაღლდა ფსიქიატრიული ნოზოლოგიისა და სინდრომოლოგიის შემდეგ გამოვლენილ ურთულეს პრობლემათა, ისევე როგორც სულით ავადმყოფობის სტრუქტურული ანალიზისა და პოლიდენენსიური დიაგნოსტიკის საკითხთა დონემდე.

საგულისხმოა ის გარემოება, რომ პროგრესული დამბლის პათოფსიქოლოგიის წინაშე მდგომი ზემოაღნიშნული პრობლემა უშუალოდ პრაქტიკის, მისი მალარიით მკურნალობის მიერაა დაყენებული და ამდენად მის კანონიერებაში ეჭვის 'მეტანა შეუძლებელია.

შეიძლება ითქვას, რომ ამით ამ ავადმყოფობამ ფსიქიატრიის წინაშე თავისი ვალი ბოლომდე მოიხადა: თუ თავიდანვე მან, თავისი არსებობით, მეცნიერული ფსიქიატრიის გარიჟრაჟზე, ნოზოლოგიური პრინციპის ფსიქიატრიაში დამკვიდრების აზრს მისცა დასაყრდენი, შემდეგ, თუ მან ასევე თავის ფარგლებში მიღწეული წარმატებებით ხელი შეუწყო ფსიქიატრიის მედიკურ-ბიოლოგიური საფუძვლების დამუშავებას, საბოლოოდ თავისივე პრაქტიკიდან, პროგრესულმა დამბლამ დღევანდელი ფსიქოპათოლოგიის ყველაზე უფრო აქტუალური პრობლემა ფსიქოზის შედეგად შეცვლილი პიროვნების დახასიათების საკითხი დააყენა.

შეიძლება თუ არა გამოვთქვათ იმედი, რომ პროგრესული დამბლის წინაშე დასმულ ამ საინტერესო საკითხის გაშუქების დროს ისევე მნიშვნელოვანი შედეგების მიღება შეიძლება, როგორი მონაცემებიც მისი სხვა ასპექტების კვლევის შედეგად არის მიღებული? ალბათ შეიძლება, რადგანაც მისი ძირითადი ფსიქოპათოლოგიური სინდრომი, თავისებური ჰეპათისტობა, რომელიც ამ ასი წლის წინათაც ვერ იმალებოდა ავადმყოფობის კლასიკური, მანიაკალური, ექსპანსიური თუ დეპრესიული ფორმების შირმის იქით, დღეს დაავადების გამოვლენის ერთადერთ ფორმად გვევლინება, რაც იმას უნდამოწმობდეს, რომ მისი პათოფსიქოლოგიური მექანიზმები სხვა ავადმყოფობათა, ვთქვათ შიზოფრენიის, ამგვარ მექანიზმებთან შედარებით გაცილებით უფრო მარტივი უნდა იყოს.

მაგრამ სანამ ასე შორს გავიჭრებოდეთ, სჯობს ჯერ ამ პრობ-

ლემის გადაწყვეტისათვის ზემოთ მოხსენებული უკვე ჩატარებული მუშაობის მოკლე რეზუმე გავაკეთოთ, რათა უფრო ნათლად წარმოვიდგინოთ თუ რა საფესურამდღა იგი დღეს მიყვანილი.

ჩვენ მიერ ზემოთ განხილულ ყველა ავტორის შრომაში პიროვნების ამა თუ იმ თვისების თუ მის მთლიანად შეცვლაზეა ლაპარაკი: ერთ შემთხვევაში აქ საქმე გვაქვს მისი „ინტელექტუალური აქტივობის“ ან საერთოდ „აქტივობის“ უნარის დაქვეითებასა თუ დაკარგვასთან (ვერმეილენი, ვერვაკი, ვაიზფელდი, ჩეხოვიჩი), მეორე შემთხვევაში იგი „კომბინირებული მოქმედების“ ან „პლასტიკურობის უნარს“ კარგავს (ბოსტრუმი, გოლანტი). მესამე შემთხვევაში ხდება მისი „ათენიზაცია“, ან ირღვევა პიროვნების „წყობა“ (კაპლინსკი, ლუბტერნიკი, ლასკავი), სხვა ავტორთა მიხედვით, პიროვნების „დიფუზური დაზიანება“ ხდება (ჩეხოვიჩი), რის გამოც იგი „თვისობრივ“, „ორგანულ“ ცვლილებებს განიცდის (მირსკაია, როზენბერგი, ჩეხოვიჩი). ანდა მის „ზოგადი ხასიათის დაქვეითებასთან“ გვაქვს საქმე (პენიტცი), რომელიც აღდგენისას შესაძლებელია რომელიმე „დაბალ საფეხურზე“ დაჩქეს (როდონოვი), რის გამოც იგი „საერთოდ ნიველირებული“ იქნება (მაუცი).

თუ ჩავუყვირდებით ამ ავტორთა მიერ გამოთქმულ მოსაზრებებს, დავინახავთ, რომ ყველა ისინი დაახლოებით ერთსა და იმავე ხასიათის ცვლილებებზე მიუთითებენ. ეს საგნებით ბუნებრივია, რადგან ყველას პარალიზურ ჰეპათიტობასთან ჰქონდა საქმე და პიროვნების ცვლილება, რომელსაც ისინი ეძებდნენ, რასაკვირველია. ყველგან ერთი და იგივე სახით იყო წარმოდგენილი. მაგრამ, თუ მათ შორის სხვადასხვა ავტორი „აქტივობის“, „წყობის“ თუ „დიფუზური“ დაზიანების“, რაღაცა „ზოგადი დაქვეითების“, „დაბალი საფეხურისა“ თუ „ნიველირების“ შესახებ მსჯელობს, ეს იმითი უნდა აიხსნას, რომ ჯერ კიდევ არ არის დაზუსტებული მთლიანი პიროვნების გარკვეული, ფენოჩენოლოგიური დესკრიფციული ბუნება.

მაგრამ ამას არსებითი მნიშვნელობა არ უნდა ჰქონდეს. უფრო მნიშვნელოვანია ია გარემოება, რომ ყველა ეს შრომა, თავისი შინაარსით, უფრო მოვლენის—პიროვნების ცვლილების—აღწერას ემსახურება, ვიდრე ამ მოვლენის პათოფსიქოლოგიური შინაარსის ახსნას. თუ ისინი მაინც ახსნითი ცნებებია, ეს, ალბათ, მხოლოდ მათი ავტორებისათვისაა ასე, სხვისთვის კი მათ კონკრეტული შინაარსი შეიძ-

ლება არც კი ჰქონდეთ, რადგანაც ძნელი წარმოსადგენია რას ნიშნავს „პიროვნების აქტივობის დაქვეითება“, როდესაც არ არის ნათლად განსაზღვრული, თუ რას წარმოადგენს თავისთავად ეს აქტივობა; პირ გავიგებთ რას ნიშნავს „პიროვნების წყობის დარღვევა“, თუ მისი ნორმალური წყობის შესახებ არა გვაქვს გარკვეული აზრი; გაუმართლებელია „პიროვნების ზოგადი ხასიათის დაქვეითებისათვის“, ანდა „პიროვნების დაბალ საფეხურზე დაწევის“ ცნებისათვის ახსნითი ფუნქციების დაკისრება იმის გარეშე, თუკი პიროვნების ფსიქიკური მოქმედების საფეხურებას შესახებ გარკვეული თეორიული წარმოდგენა არა გვაქვს შემუშავებული.

როგორც ვხედავთ, მიუხედავად იმ ნაყოფიერი მუშაობისა, რაც პროგრესული დამბლის წინაშე მდგომი კანონიერი ფსიქოპათოლოგიური პრობლემის გაშუქებისათვის ზემოხსენებულ ავტორებს ჩაუტარებიათ. რომლია შედეგადაც მათ ძირითადად სწორად მიუთითებიათ ამ კვლასუსტობის განმაზღვრელი პიროვნების ძირითად ცვლილებაზე, შეიძლება ითქვას, რომ დღესდღეობით საქმე ამ ძირითადი ცვლილების მხოლოდ აღწერით დამთავრებულა, ხოლო მას შინაარსში გარკვევა, მისი პათოფსიქოლოგიური ბუნებისა და სტრუქტურის დადგენა, ჯერ კიდევ მომავლის საქმე ყოფილა.

ესაა ის პრობლემა, რომელიც ჯერ კიდევ ხელუხლებელია და რომლის გაშუქება დღევანდელ პირობებში აუცილებლად უნდა იყოს ნაცადი.

წინამდებარე შრომა სწორედ ამ პრობლემას ეხება. რა თქმა უნდა, მას ამ პრობლემის გადაჭრის პრეტენზიები სრულიადაც არა აქვს. იგი მხოლოდ ცდილობს გარკვეული ფსიქოლოგიური კონცეფციის საფუძველზე დაყრდნობით ერთგვარი სინათლე შეიტანოს პროგრესული დამბლისათვის დამახასიათებელი კვლასუსტობის პათოფსიქოლოგიური ბუნების გარკვევის საქმეში.

ჩვენი ამოცანას უფრო ნათლად წარმოდგენისა და ჩასატარებელი სამუშაოს შემდეგი კონკრეტიზაციისათვის სასარგებლოდ მიგვაჩნია ბირნაუმისა და ვიგოტსკის აზრს გაუფწოთ ანგარიში.

ამ ავტორთა აზრით, კვლასუსტობა ფსიქიკური ცხოვრების სურათის კანონზომიერად აგებულ, გარკვეული სტრუქტურის მქონე, მთლიანობითი ბუნების მოვლენას წარმოადგენს, რომელიც ზოგადი ფსიქოლოგიის კანონებს ემორჩილება და მოცემულ კონკრეტულ

პათოლოგიურ პირობებში თვისობრივად განსხვავებულ, თავისებურ გამოხატულებას იძენს. ჰკუთასუტობის ყოველი კერძო ფორმის სტრუქტურა გასაგები გახდება მხოლოდ და მხოლოდ მთლიანი პიროვნების ყოველ კერძო შემთხვევაში, ზოგადი, ყოველთვის თავისებური სურათის შექმნე. იმ მკვლევარმა, რომელსაც ჰკუთასუტობის ბუნების გაგება სურს, ამოცანად ის უნდა დაისაზოს, რომ შესძლოს თვით ჰკუთასუტობა მისთვის დამახასიათებელი ფსიქოლოგიური სტრუქტურის თვალსაზრისით გაიაზროს. ეს საშუალებას მიაქცემდა მას გადაედგა პირველი ნაბიჯი ჯერ ცალკეულ პროცესთა და ოპერაციათა ექსპერიმენტული ანალიზიდან, კლინიკურ სურათში ძირითადად წარმოქმნათა და აქედან პიროვნებისა და მისი ცხოვრების დახასიათების მიმართულებით, ხოლო შემდეგ, გადაეწყვიტა ურთულესი ამოცანა—გადასულიყო კლინიკური სურათის ფენომენოლოგიური ანალიზიდან მის კაჟხალურ, სტრუქტურულ ახსნაზე.

დაბოლოს, არ შეგვიძლია მხედველობაში არ მივიღოთ ზეიგარნიკის მოსაზრებანი. აზროვნების პათოფსიქოლოგიის ამ გამოჩენილი მკვლევარის აზრით, თუ სხვა კატეგორიის აზროვნებითი მოქმედების დარღვევა უმთავრესად ანალიზისა და სინთეზის პროცესის შესუსტებით ან განზოგადოებისა და გადატანის პროცესის გაძნელებით ხასიათდება, პროგრესული დამბლის დროს აზროვნების დარღვევა უშუალოდ პიროვნების დაზიანებით შეიძლება იყოს გაპირობებული¹.

აზროვნების დარღვევის სხვადასხვა ფორმის ფსიქოლოგიური ანალიზი, აშუქებს რა ამ დარღვევის რთულ სტრუქტურას, მიგვითითებს ავადმყოფის პიროვნული განწყობილებისა და მოთხოვნილებების დარღვევაზე. იგი გვიჩვენებს, რომ ცხოვრების რეალური მიმართულებანი, გარემოს კონკრეტული ფაქტები აღარ გამოდის ასეთ ავადმყოფთა მსჯელობისა და ქცევის მოწვესრიგებლის როლში. არ არსებობს აზროვნების დარღვევა ადამიანის მოთხოვნილებების, მისი სურვილებისა და მისწრაფებათა დარღვევის გარეშე².

¹ Зейгарник Б. В. — Нарушения мышления у психических больных (экспериментально-психологическое исследование), 1958, Москва.

² Зейгарник Б. В. — Нарушения мышления у психически больных. Автореф. дисс. на соиск. уч. степ. докт. педагог. наук по психол. 1958. Москва.

აზროვნება ირღვევა არა როგორც ცალკეული „ფუნქცია“, არამედ როგორც ყოველგვარი პათოლოგია ადამიანის მოქმედებაში, ამ მიზანმიმართულ, განმაზოგადებელ, სინთეზირების უნარის მქონე, გამაშუალებელ, გარკვეული დინამიკის მქონე ძირითად ფსიქიკურ პროცესში უშუალოდ გამოვლინდება შემეცნების უმაღლესი ფორმის — აზროვნების დარღვევის სახით¹.

როგორც ვხედავთ, თავდაპირველად, პროგრესული დამბლის პათოფსიქოლოგიური პრობლემის კვლევა ამ ავადმყოფობით შეპყრობილი ადამიანის პიროვნების მოთხოვნილებებისა და „პიროვნულ განწყობათა“ შესწავლით უნდა დაიწყოს, რაც ყოველთვის ითვალისწინებს „გარემოს კონკრეტულ ფაქტებს“, როგორც თვით ამ მოთხოვნილებათა და „განწყობათა“ არსებობის პირობას.

შემდეგ, რადგანაც აზროვნების დარღვევა უნდა გავიგოთ, როგორც მოქმედების, ქცევის პათოლოგიაზე აღმოცენებული ფენომენი, ამიტომ ავადმყოფის პიროვნება რაიმე კონკრეტული მოქმედების, ქცევის პროცესში უნდა იქნეს შესწავლილი, რომელსაც თავის მხრივ „გარკვეული დინამიკა“ ახასიათებს.

ბოლოს, ასეთი კვლევა დაავადებული ადამიანის მთლიანი პიროვნების ძირითადი ცვლილების დახასიათებისაქენ უნდა წარიმართოს, მაგრამ აქ ნახული მდგომარეობა ისეთი ცნებების საშუალებით უნდა იქნეს აღწერილი, რომელთა საფუძველზე შეაძლებელი გახდება ჰქუაუსტი ადამიანის არანორმალური ქცევის ახსნა.

როგორც ვხედავთ, ჩვენი კვლევის ობიექტად ამორჩეული საკითხი პათოფსიქოლოგიისა და ფსიქიატრიის პირველხარისხოვან პრობლემათა რიგში დგას. უფრო პეტიტ. ფსიქოზის შედეგად შეცვლილი პიროვნების ძირითადი თავისებურების ზუსტი ფორმულირება, მისი პათოფსიქოლოგიური სტრუქტურის გათვალისწინება და ამ სტრუქტურის საფუძველზე ავადმყოფი ადამიანის შეცვლილი ქცევის ახსნა ისეთი პრობლემაა, რომელსაც ფსიქოპათოლოგია თავის იდეალურ ამოცანად სახავს

ძნელია ვინმემ ითავოს ამ ამოცანის გადაწყვეტა, მაგრამ მიუხე-

¹ Зейгарник Б. В. — Исследование распада мышления и их значение для общей психологии. Докл. на I-ом съезде Общества психол. (тезисы), 1959. Москва.

დავად ამისა, თუკი მას მაინც მოვკიდებთ ხელს. რათა ერთგვარი შუქი მოვფინოთ ჯერ კიდევ შეუსწავლელ საკითხებს, უპირველესად ყოვლისა, ისეთი ფსიქოლოგიური თეორიითა და კვლევის ობიექტური მეთოდით უნდა შევიახლოდეთ, რომელიც თავის შესწავლის საგნად პიროვნებისა და მისი ქცევის ზოგად ფსიქოლოგიურ კანონზომიერებებს იბღის.

ადამიანის ქცევის ასეთი კანონზომიერების ექსპერიმენტულ ფსიქოლოგიურ კვლევასთან, როგორც საბჭოთა, ისე თანამედროვე საზღვარგარეთელ ფსიქოლოგთა შორის, ჯერჯერობით. ყველაზე ახლოს განწყობის ფსიქოლოგიური თეორიის ავტორი დ. უზნაძე იყო, რის გამოც ჩვენი კვლევა მისი მეთოდისა და თეორიის ფსიქიატრიულ კლინიკაში გამოყენების საფუძველზე გაიშალა.

აქვე გვინდა შევნიშნოთ, რომ დ. უზნაძის განწყობის თეორია ფსიქოპათოლოგიური კვლევის სფეროში დიდი ხანია გამოყენებულია საქართველოს სსრ მეცნიერებათა აკადემიის დ. უზნაძის სახელობის ფსიქოლოგიის ინსტიტუტის პათოფსიქოლოგიის განყოფილების თანამშრომელთა და, განსაკუთრებით, ამ განყოფილების ხელმძღვანელის პროფ. დ. ბეალავას მიერ. ასეთმა კვლევამ დიდად შეუწყო ხელი მთელ რიგ ფსიქო-პათოლოგიურ მდგომარეობათა პათოფსიქოლოგიური ბუნების შესწავლას.

თ ა ვ ი მ ე ო რ ა

საკუთარი ღაკვირვებები

კვლევის მეთოდები

ფსიქიკური მოქმედების დაბალი დონე

ჰაპტურ სფეროში ფიქსირებული განწყობის მეთოდი — დ. უზნაძის მიერ შემუშავებულია ფიქსირებული განწყობის ექსპერიმენტული შექმნის მეთოდი, რომელიც ჰაპტურ სფეროში შემდეგ აირად მიმდინარეობს:

ცდისპირს, რომელსაც თვალები ახვეული აქვს, ხელთ ეძლევა რამდენიმეჯერ (10—15-ჯერ) შესადარებლად ორი განსხვავებული მოცულობის ხის ბურთი. მარჯვენა ხელში პატარა, მარცხენაში — დიდი (საგანწყობო ცდები). ამის შემდეგ ექსპერიმენტატორი ცდისპირს შესადარებლად ტოლ ბურთებს აწვდის (კრიტიკული ცდა), სადაც თავს იჩენს განწყობის ეფექტი.

ოპტიკურ სფეროში ფიქსირებული განწყობის მეთოდი — ამ შემთხვევაში ცდისპირს ტაქისტოსკოპის საშუალებით თვალთ შესადარებლად ეძლევა ორი განსხვავებული მოცულობის წრე: მარჯვნივ პატარა და მარცხნივ დიდი. საგანწყობო ცდა აქაც 10—15-ჯერ მეორდება. კრიტიკულ ცდაში ცდისპირი ტოლი მოცულობის წრეებს ადარებს ერთიმეორეს. შედეგი აქაც იგივეა, რაც ჰაპტურ სფეროში. ხდება განწყობის ფიქსაცია.

* სიმძიმის მიხედვით სურათები ერთნაირები არიან. ზომით დიდი ბურთის დიამეტრი 9 სმ უდრის, პატარებისა კი 6 სმ.

განწყობის თვისებათა გამოკვლევა ძირითადად პაპტურ სფერო-ში ფიქსირებული განწყობის ნიადაგზე ხდება, ამის მეთოდები შემდეგია:

ა გ ზ ნ ე ბ ა დ ო ბ ა — ცნობილია, რომ პათოლოგიურ შემთხვევებში განწყობის ფიქსაციისათვის ხშირად საჭირო არ არის საგანწყობო ცდის 10—15-ჯერ განმეორება, რადგან სულით ავადმყოფობის დროს ხანდახან განწყობა ადვილად აგზნებადია. ამიტომ თავიდან ჩვენ საგანწყობო ობიექტებს 2-ჯერ ვაწოდებდით, რასაც მაშინვე მოსდევდა კრიტიკულ ცდათა სერია. თუ განწყობის ილუზიები მკარერიცხოვანი იყო, მაშინ ღიდ-პატარა ბურთებს ხელახლა 5—7-ჯერ ვაძლევდით. ხოლო, თუ არც ეს იძლეოდა გამოხატულ ეფექტს, განწყობის ნაკლები აგზნებადობის გამო, მაშინ მისი ფიქსაციისათვის საგანწყობო ცდათა ნორმალურ რაოდენობას (10—15) მივმართავდით.

ს ტ ა ტ ი კ უ რ ო ბ ა, დ ი ნ ა მ ი კ უ რ ო ბ ა, ს ი ტ ლ ა ნ ქ ე და პ ლ ა ს ტ ი კ უ რ ო ბ ა — განწყობის ამ თვისებათა საკვლევად მისი ფიქსაციის შემდეგ კრიტიკულ ცდას 30-ჯერ მივმართავდით. რომლის დროსაც:

1) თუ განწყობა არ აღიკვეთა (ცდისპირმა ვერც ერთხელ ვერ შენიშნა, რომ მიწოდებული ბურთები ტოლია), ეს მისი განწყობის სტატიკურობის მაჩვენებელია.

2) თუ მან რამოდენიმე ილუზიის შემდეგ ტოლი ობიექტები ადევკატურად შეაფასა, ე. ი. თუ განწყობა აღიკვეთა, ეს განწყობის დ ი ნ ა მ ი კ უ რ ო ბ ა ზ ე მიუთითებს.

3) თუ ფიქსირებული განწყობა მისი გამოვლენის მხოლოდ ერთ ფაზაზე შეჩერდა, განწყობა ტ ლ ა ნ ქ ი ა.

4) თუ განწყობის ილუზიების მიმდინარეობაში ერთი ფაზა მეორეთი შეიცვალა, მაგალითად: ჯერ კონტრასტული, შემდეგ ასომილატიური და ბოლოს ტოლობა, მაშინ განწყობა პ ლ ა ს ტ ი კ უ რ ი ყოფილა.

ს ი მ ტ კ ი ც ე და ს ი ს უ ს ტ ე — განწყობის ამ მხარის გამოკვლევა შემდეგნაირად ხდება:

1) რაც უფრო მეტია თანმიმდევარი კონტრასტული ილუზიება რიცხვი, მით უფრო მტკიცედ ითვლება ფიქსირებული განწყობა.

ცხადია, თუ ფიქსირებული განწყობა 30 ილუზიასაც ვერ იძლევა, მაშინ პათოლოგიურ მასალაზე ასეთი განწყობა შედარებით სუსტად ითვლება.

2) განწყობის სიმტკიცის ხარისხის შესაპოვნებლად კრიტიკულ ექსპოზიციითაა რიცხვი 30-ის ნაცვლად 40, 60, 80 და 100 ექსპოზიციამდე იზრდება.

სტაბილურობა და ლაბილურობა — თუ შემუშავებული განწყობა 30 კრიტიკული ექსპოზიციის შემდეგ კიდევ ძალაში დარჩა, საჭიროა გამოვიკვლიოთ მისი სტაბილურობა, ანუ დროში გამძლეობა, ამისათვის მეორე დღეს ცდას პირდაპირ ტოლი ბურთების მიწოდებით ვიწყებთ, საგანწყობო ცდის დაუყენებლად. თუ აქაც თანმიმდევარი ილუზიები მივიღეთ, 30 ექსპოზიციის შემდეგ ცდას ვამთავრებთ და სტაბილურობის კვლევა მესამე დღისათვის გადაგვაქვს. ამ წესით განწყობის დროში გამძლეობის ხარისხი მეოთხე, მეხუთე დღეს, ერთი კვირისა და ერთი თვის შემდეგაც შეგვიძლია შევამოწმოთ.

ამის საწინააღმდეგოდ, თუ ფიქსირებული განწყობა მაშინვე ან მეორე დღეს გაქრა, ვასკენით, რომ იგი ლაბილური ყოფილა ირადიაცია და ლოკალურობა — განწყობის ირადიაციის გამოსაკვლევად ჩვენ შემდეგნაირად ვიქცევოდით:

1) როდესაც პატურ სფეროში განწყობა კრიტიკულ ობიექტთა 30-ჯერ მიცემის შემდეგ ჯერ კიდევ ძალაში იყო. ცდისპირა თვალეზს ვუხსნიდით და განწყობის ირადიაციის გამოვლენისათვის ტოლ ბურთებს თვალით ვასინჯებდით.

2) საგანწყობო ცდებს ვაყენებდით პატურ სფეროში. ხოლო მის ეფექტს ტაქისტოსკოპის საშუალებით ტოლ წრეთა მიწოდებით ოპტიკურ სფეროში ვამოწმებდით. ანდა პირიქით, — საგანწყობოს ოპტიკურად ვაძლევდით, ხოლო განწყობის გამოვლენას პატურ სფეროში ტოლ ბურთთა მიცემით ვცდილობდით.

3) რადგანაც განწყობას ჩვენს შემთხვევებში გრძნობის ერთი მოდალობიდან მეორეში ირადიაციის უნარი არ აღმოაჩნდა, ამიტომ განწყობის ამ თვისების კვლევა ერთი ანალიზატორის კორესპონდულ ორგანოებში ვცადეთ: ერთ ხელში საგანწყობო ობიექტთა სუქციური მიწოდების შემდეგ, მისი ეფექტი გვსურდა მეორე ხელში გამოგვევლინა, რისთვისაც აქაც ასევე სუქციური ტოლ ობიექ-

ტებს ვაძლევდით. ასევე ვიქცეოდით ოპტიკურ სფეროშიც, სადაც გვინდოდა განწყობა ერთ თვალში შეგვემუშავებინა, ხალხო მისა-
ფეხქტი მეორეში გაოგვევლინებინა.

კონსტანტურობა და ვარიაციურობა — განწყო-
ბის ამ მხარის გამოკვლევა ხდება მას შემდეგ. რაც მისი ყველა ს-
თვისება გამოკვლეულია და ცდისპირი განწყობის მოქმედებისაგან
თავისუფლდება. ამისათვის, რამოდენიმე ხნის შემდეგ, ავადმყოფს
ხელახლა ვუმუშავებთ განწყობას და კიდევ ერთხელ ვაკვირდებით
მის მიმდინარეობას, — ხელახლა ვიკვლევთ განწყობის ყველა თვი-
სებას, თუ იგივე შედეგს მივიღებთ, განწყობა კონსტანტური
ყოფილა, თუ არა — ვარიაციური.

ოპტიკური განწყობის თვისებათა გამოკვლევის მეთოდი სავსე-
ბით ისეთივეა, როგორც ჰაპტურისა.

განწყობის ექსპერიმენტულ მონაცემთა ჩაწერის ტექნიკა —
ფიქსირებული განწყობის კვლევის ოქში ჩვენ პირობითი აღნიშ-
ნები გვაქვს, მაგალითად: 2 X კ-ა, რაც შემდეგ მდგომარეობას ვა-
მოხატავს:
$$= \frac{30}{5}$$

მარცხნივ დაწერილი ციფრი გვიჩვენებს საგანწყობო ექსპოზი-
ციათა რიცხვს (ამ შემთხვევაში—2), ასოები „კ“ და „ა“ ნიშნავს კონ-
ტრასტულ და ასიმილაციურ ილუზიას. კრიტიკული ცდის შედეგის
აღსანიშნავად ასო „კ“-ს ქვეშ ვწერთ კონტრასტული ილუზიების
რიცხვს, რაც იმას ნიშნავს, რომ ავადმყოფს იმ ხელში ეჩვენება
დიდი ბურთი, რომელშიაც საგანწყობო ცდის მიმდინარეობის დროს
პატარა ბურთი ეძლეოდა. მოყვანილი მაგალითი იმას გვიჩვენებს.
რომ ცდისპირს ზედიზედ 30-ჯერ ჰქონია ილუზია და ყველა ისინი
კონტრასტული ბუნებისანი ყოფილან.

„კ“-სა და „ა“-ს ქვეშ, შუა ხაზზე, დაწერილი ტოლობის ნიშანი
გვიჩვენებს, რომ ავადმყოფი ბურთების ტოლობას ადასტურებს
(მაგალითად კ-ა), როცა „კ“-ს ქვეშ. შუაში წერია ტოლობის ნიშა-
ნი და რიცხვი (მაგალითად 5-ა), ამით აღნიშნულია თანმიმდევრულად
ტოლად აღქმულ ექსპოზიციათა რაოდენობა, ამ შემთხვევაში
ხუთი ტოლობა ზედიზედ.

პორიზოტალური ხაზის ქვემოთ ამავე წესით აღინიშნება გან-
წყობის ირადიაციის კვლევის შედეგები. მაგალითად, პირველ შემ-

თხვევაში ხაზის ქვეშ აღნიშნულია ტაქისტოსკოპიის საშუალებით ოპტიკურად მიწოდებული ტოლი წრეების შეფასების შედეგი — ხუთი ტოლობა.

კითხვის ნიშნით (?) აღნიშნავთ ისეთ მდგომარეობას, როდესაც ავადმყოფმა არ იცის, რა გვიპასუხოს, იგი შეექცეპულია თავის პასუხში.

ფსიქიკური მოქმედების მაღალი დონე

ს ი ტ ყ ვ ი თ ს ს ი ტ უ ა ც ი ა შ ი ფ ი ქ ს ი რ ე ბ უ ლ ი გ ა ნ წ ყ ო ბ ი ს: მ ე თ ო დ ი—ამ მიზნისათვის ჩვენ გამოვიყენეთ რ. ნათაძის მიერ გამოყენებული მეთოდი. ეს მეთოდი დ. უზნაძის მიერ შემუშავებული, ფიქსირებული განწყობის ექსპერიმენტული შექმნის კლასიკური მეთოდია, ოღონდ აქ ცდის პირობებია შეცვლილი*.

ამ შემთხვევაში აქტუალური სიტუაციის ნაცვლად, ცდისპირზე ვერბალურად რეპრეზენტირებული სიტუაცია მოქმედებს. ამიტომ რ. ნათაძის მიერ ცდა შემდეგნაირად იყო შეცვლილი:

იმის მაგივრად, რომ საგანწყობო ცდაში ავადმყოფს საგანწყობო ობიექტები (ბურთები) მივცეთ ხელში, ჩვენ მას წინადადებას ვაკლევთ წარმოიდგინოს, რომ ერთ ხელში, მაგალითად, მარჯვენაში პატარა მოცულობის ბურთი აქვს, ხოლო მეორეში, მარცხენაში — დიდი მოცულობისა. საგანწყობო ცდების 15-ჯერ განმეორების შემდეგ ისევ თვალდახუჭულ ცდისპირზე ვაყენებთ კრიტიკულ ცდებს: ახლა მას რეალურად ეძლევა ხელში სიდიდის შესადარებლად ორი ტოლი მოცულობის ბურთი.

ასევე წარმოებს ცდა ოპტიკურ სფეროში: ცდისპირს ევალება წარმოიდგინოს ტაქისტოსკოპის საექსპოზიციო სარკმელში ნაჩვენებ ადგილზე ორი განსხვავებული მოცულობის წრე—მარცხნივ დიდი და მარჯვნივ პატარა. ამ წარმოდგენის მრავალჯერ განმეორების შემდეგ ტაქისტოსკოპიურად სარკმელში ტოლი წრეების მომენტურ ექსპოზიციას გახდენთ. ავადმყოფს ევალება მათი სიდიდის შედარება.

* ჩვენს შემთხვევებში საგანწყობო ცდებს 30-ჯერ და მეტჯერ ვიმეორებდით.

როგორც პირველ, ისე მეორე შემთხვევაში, თუ ცდისპირს ფიქსირებული განწყობა შეექმნა, მან კრიტიკული ობიექტები ილუზორულად უნდა აღიქვას.

ობიექტივაციის აქტის გამოკვლევის მეთოდი. ობიექტივაციის აქტის შესასწავლად ჩვენ გამოვიყენეთ ა. მოსი-ავას შემდეგი მეთოდი:

ცდისპირს მნემომეტრის საშუალებით სიტყვები ეძლევა წასაკითხად. ყველა სიტყვა დაწერილია ცდისპირისათვის ცნობილი ენის ასოებით. პირველი რამოდენიმე სიტყვა ამავე ენის ლექსიკონიდანაა აღებული, ხოლო შემდეგ მასალაში შერეულია ამ ენის ასოებით დაწერილი, მაგრამ სხვა ენის ლექსიკონიდან აღებული სიტყვა. მაშალაში სულ სამი-ოთხი ასეთი სიტყვაა (ეს კრიტიკული სიტყვებია). ცდისპირს ინსტრუქცია ეძლევა ხმამაღლა იკითხოს სიტყვები, იგულისხმება, რომ ცდისპირი პირველ სიტყვებს გარკვეულ ენაზე კითხვის განწყობით კითხულობს. ერთი ენის რამოდენიმე სიტყვის წაკითხვა მასში ამ ენაზე კითხვის განწყობის ფიქსაციაა ახდენს. ამის შემდეგ მოდის კრიტიკული სიტყვა, რომელმაც უნდა შეაფერხოს განწყობისეული ქცევა. ცდისპირი უნდა შეჩერდეს ამ სიტყვაზე. უნდა ამოაგდოს იგი სიტყვათა მწკრივიდან, თავისი სპეციალური დაკვირვების ობიექტად გახადოს იგი და გაარკვიოს რას წარმოადგენს ეს სიტყვა.

ასეთ ექსპერიმენტულ ზიტუაციაში, ფიქსირებული განწყობის ქართველი ავადმყოფებისათვის ქართულად კითხვის ფიქსირებული განწყობის—რეალიზაციის შემაფერხებელი ობიექტური ფაქტორი არსებობს — ქართული ასოებით დაწერილი რუსული სიტყვა—რაც, ჩიფულებრივ საკმარისია იმისათვის, რათა ადამიანმა შეაჩეროს ექსპერიმენტის საშუალებით შექმნილი ერთი გარკვეული მიმართულებით ქცევის ტენდენცია. თუ როგორ მოახერხებს ამას ავადმყოფი, ეს ჩვენი ცდების შედეგებში უნდა გამოჰლავნდეს. ამგვარად, ცდა ისეა აგებული, რომ იგი ცდისპირში ობიექტივაციის აქტს იწვევს.

ქაროველ ავადმყოფებს ჩვენ სიტყვათა შემდეგ მწკრივს ვაკითხებდით: თაგი, ხელი. ველი, ბევრი, ზვერი, ზამთარი, ნამქერი. ფერი, ღვერი, მელანი, ქათამი, პოლე.

ვინაიდან ჩვენ რუსი ავადმყოფებიც გვყავდა, რომლებმაც ქართული არ იცოდნენ, ეს მეთოდი მაინცდამაინც ხელსაყრელი არ იყო.

ბაგრამ ჩვენ ის მაინც გამოვიყენეთ: რუსულ სიტყვათა რიგში შეგვქონდა რამოდენიმე რუსული ასოებით დაწერილი ქართული სიტყვა, რომელიც ბგერითი ხმოვანებით რუსულ სიტყვას ჰგავდა. მაგალითად:

рыба, изба, баба, бамба, жаба, каба, рота, вата, ката, сова, сура, сумма.

ავადმყოფს ინსტრუქცია ეძლეოდა ხმამალა ეკითხა სიტყვები. ამ შემთხვევაშიც ცლისპირს რუსულად კითხვის განწყობა უფიქსირდება. უცნობმა სიტყვამ იგი აქაც უნდა შეაფერხოს; ცლისპირი აქაც უნდა შეჩერდეს კრიტიკულ სიტყვაზე, გამოჰყოს ის დანარჩენი სიტყვებიდან, დააკვირდეს მას და დაადგინოს, რომ ეს მისთვის უცნობი სიტყვაა.

რასაკვირველია, ჩვენი რუსი ავადმყოფები ვერ გვეტყოდნენ, რომელ ენას ეკუთვნის ეს სიტყვა, მაგრამ თვით ობიექტივაციის აქტს, განწყობისეული ქცევის შეფერხებასა და შემაფერხებელ რგოლზე აქტიურ შეჩერებას, ეს მეთოდი უსათუოდ იჭერს.

ჩვენ სპეციალურად გამოვიკვლიეთ ამ მეთოდით რამოდენიმე რუსი ჯანმრთელი პიროვნება; რომელთაც ქართული არ იცოდნენ; ყველა მათგანი ამ ცდაში ობიექტივაციის აქტს მიმართავდა.

ჩვენი ცდების მიმდინარეობის დროს ავადმყოფი წინასწარ იმაშიც იყო გაფრთხილებული, რომ, თუ კითხვის დროს რაიმე შეუსაბამობას შეამჩნევდა, ვერ მიხვდებოდა წაკითხული სიტყვის მნიშვნელობას, უნდა შეჩერებულიყო და მაშინვე ეცნობებინა ამის შესახებ ჩვენთვის.

ცალკეულ ფსიქიკურ ფუნქციათა კვლევის მეთოდები

განწყობისა და ობიექტივაციის გამოკვლევის შემდეგ ჩვენ დავინტერესდით საკითხით იმის შესახებ, თუ რა სახით პოულობს გამოხატულებას ავადმყოფთა პირველი და მეორე დონის მდგომარეობის მონაცემები მათი ინტელექტუალურ ფუნქციათა მოქმედებაში. ამისათვის საინტერესო იყო დავკვირვებოდით ავადმყოფის აღქმის მიმდინარეობას, მის მიერ წარმოდგენის ნებისმიერი გამოწვევის უნარს და ყურადღების მისთვის დამახასიათებელ ტიპს.

აღქმა და წარმოდგენა — რადგანაც ჩვენს წინაშე არსებითად ავადმყოფთა განწყობისათვის დამასასიათებელი მხარეების ფსიქიკურ ფუნქციათა მოქმედებაში გამოვლენის ამოცანა იდგა, ამიტომ არც აღქმისა და არც წარმოდგენის სპეციალური ექსპერიმენტული კვლევისათვის ჩვენ არ მიგვიმართავს. საქმე ის არის, რომ ამ ფუნქციათა მოქმედებაში აქტუალურ და სიტყვიტოს სიტუაციაში შემუშავებული განწყობის მხარეთა გამოვლენა უშუალოდ ხდება; განწყობის თვისებები აღქმაში ვლინდება და შეიწვევლება. ამიტომ აქტუალურ სიტუაციაში ფიქსირებული განწყობის მონაცემების მიხედვით, სრული უფლება გვაქვს ვიმსჯელოთ ავადმყოფთა აღქმის, როგორც ფსიქიკური ფუნქციის მდგომარეობისა და მისი მიმდინარეობის შესახებ, ხოლო, რაც შეხება საკითხის იმის შესახებ, შეუძლია თუ არა ავადმყოფს წარმოდგენათა ნებისმიერი გამოწვევა, ანდა რა ხასიათისანი არიან ასეთნაირად გამოწვეული მათი წარმოდგენები, სიტყვიტოს სიტუაციაში ფიქსირებული განწყობის ექსპერიმენტული მონაცემები პასუხობენ.

ავადმყოფთა აღქმის დასასიათების დროს ჩვენ იმითაც დავინტერესდით, შეუმუშავდებოდა თუ არა ცლისპირს განწყობა აზრის მასალის აღქმის შემთხვევაში. ამისათვის ტაქისტოსკოპის საშუალებით ავადმყოფს 15-წერ და მეტწერ ვაკითხებდით სიტყვას: „გარეული“ რუს ცლისპირებს: „корзина“ (საგანწყობო ცდები). კრიტიკული ცდებისათვის ვხმარობდით სიტყვებს: „გაზეული“, „картинка“.

ყურადღების ტიპი — ამის გასარკვევად ყურადღების მიმდინარეობას ვაკვირდებოდით, რისთვისაც ავადმყოფს ტაქისტოსკოპის საშუალებით გრძელ სიტყვას ვაკითხებდით — „გაკეთილშობილებული“, „растревоженный“ — რუსი ცლისპირებისათვის. ცდის დაწყებამდე ავადმყოფი წინასწარ გარკვეული იყო საქმის ვითარებაში და ელოდა ტაქისტოსკოპის სარკმელში სიტყვის გამოჩენას. სიტყვის ჩვენების დრო არ იყო ხანმოკლე (1 სექუნდაჲ).

თუ ავადმყოფს ნებისმიერი ყურადღება ძლიერ დაქვეითებული აღმოაჩნდება, მან ვერ უნდა მოასწროს მიწოდებული გრძელი სიტყვის ბოლომდე წაკითხვა. ამ პირობებში საშუალება გვეძლევა დავაკვირდეთ ყურადღების ტიპს: ან ანალიზურა, რომელიც ცალ-

კვ ასობით ან მარცვლებით ცდილობს კითხვას, ანდა სინათეზურს, როდესაც რომელიმე სხვა სიტყვას ან მარცვალთა კომპლექსს თავიდანვე გულისხმობს. სიტყვის მრავალჯერ ჩვენების საშუალებით შეგვიძლია გამოვარკვიოთ როგორ მიმდინარეობს პროცესი — ცვლას თუ არა ცდისპირი ერთხელ ამორჩეულ გზას.

მ ე ხ ს ი ე რ ე ბ ა — ამ ინტელექტუალური ფუნქციის სეკვლევად ჩვენ მიერ გამოყენებული იყო როგორც ფიქსაციის, ისე დასწავლის მეთოდი. ამ უკანასკნელს მივმართავდით როგორც სიტყვების, ისე უაზრო მარცვალთა მიცემის საშუალებით (ეპინჰაუსის მეთოდი).

ფიქსაციის გამოსაკვლევად ავადმყოფს მანემომეტრის საშუალებით, სათანადო ინსტრუქციის მიცემის შემდეგ, ვაკითხებდით 10 მარტივი შინაარსის არსებით სახელს — დანა, ვარდი, კატა, ნემსი. ეზო, დღე, ტყე, კარი, ხე, მზე. რუს ავადმყოფებს — годъ, замор. олень, стул, замок, игла, лес, двор, клюг, кот. ერთხელ წაკითხვის შემდეგ ავადმყოფი მაშინვე ახდენდა წაკითხულის რეპროდუქციას. მიწოდებულ სიტყვათა დასასწავლად კი ასეთი პროცედურა ზედიზედ 10-ჯერ მეორდებოდა. ეპინჰაუსის მეთოდით მეხსიერების გამოკვლევას შემდეგი უაზრო მარცვლების იგივე წესით მიწოდებით ვახდენდით — „ჰეფ“, „კაც“, „პად“, „ვოგ“, „ტებ“. „დალ“, „შირ“, „ნუს“, „რილ“, „ფეც“. რადგანაც ამ მარცვლებს არც რუსულ ენაზე აქვთ რაიმე აზრი, ამიტომ რუსი ავადმყოფების გამოსარკვევად ისინი პირდაპირ ვთარგმნეთ.

ა ზ რ ო ე ნ ე ბ ა — რადგანაც ჩვენ ორგანული კეუასუსტოზის მასალაზე გვიხდებოდა მუშაობა, ამიტომ ავადმყოფთა აზროვნების გამოკვლევას ჩვენთვის განსაკუთრებული მნიშვნელობა ენიჭებოდა. ამ ამოცანის გადააწყვეტად ჩვენ ცნებია, როგორც აზროვნების ძირითადი ფორმის შემუშავების ექსპერიმენტული შესწავლა განვიზრახეთ.

ამ მიზნისათვის ყველაზე ხელსაყრელად ვცანით დ. უზნაძის მიერ მოწოდებული ცნების შემუშავების მეთოდი, მით უპეტეს, რომ იგი ფსიქოპათოლოგიურ მასალაზე მრავალჯერ გამოცდილი მეთოდია.

დ. უზნაძის ეს მეთოდი ცნების შემუშავების, ყველა საფეხუ-

რის ექსპერიმენტულ კვლევას ითვალისწინებს. ცდის მასალად გამოყენებულია სხვადასხვა ფერის, ფორმისა და სიდიდის მუყაოსაგან გამოჭრილი გეომეტრიული ფიგურები და ზოგიერთი სახმარი საგნები: დილები, ხურდა ფული, საშლელი, კოლოფი, ფანქარი და სხვა. ცდა რამოდენიმე სერიისაგან შედგება.

I სერია — დაჯგუფების, ანუ კლასიფიკაციის ცდები.

ცდისპირს ეძლევა ზემოხსენებული გეომეტრიული ფიგურები და ევალუბა დააჯგუფოს ისინი. თუ ცდისპირი ვერ ახერხებს ფიგურების დაჯგუფებას, მაშინ ექსპერიმენტატორი სთხოვს მას ისე დააჯგუფოს ფიგურები, რომ ოთხი ჯგუფი მიიღოს. მასალა იაქა შერჩეული, რომ მისი ოთხ ჯგუფად დაჯგუფება შეიძლება ორი ნიშნის მიხედვით. კერძოდ, ჩვენს მასალაში დაჯგუფება ფერისა და სიდიდის მიხედვით უნდა მოხდეს და ამ გზით შეიძლება შემდეგი ოთხი ჯგუფი გამოიყოს: I ჯგუფი — დიდი და ფერადი საგნები. II ჯგუფი — პატარა და ფერადი საგნები, III ჯგუფი — დიდი და ნეიტრალური ფერის საგნები, IV ჯგუფი — პატარა და ნეიტრალური ფერის საგნები.

უნდა აღინიშნოს, რომ ექსპერიმენტატორი ამ ცდაში გარკვეულ დახმარებას უწევს ცდისპირს. შემუშავებულია დახმარების ოთხი საფეხური. თუ ცდისპირი ვერ ახერხებს დაჯგუფებას, ექსპერიმენტატორი სათანადო კითხვებით ეხმარება მას: უხსნის რა უნდა გააკეთოს, ცდილობს ცდისპირის ყურადღება მიწოდებული საგნების სხვადასხვა ნიშნებზე შეაჩეროს. ეს დახმარების პირველი საფეხურია. თუ ამ დახმარებამ ვერ გაკრა, ექსპერიმენტატორი თვითონ აღგენს ჯგუფებს, თვითნებულ ჯგუფში ორ-სამ ფიგურას ათავსებს და სთხოვს ცდისპირს განაგრძოს დაჯგუფება, — ეს დახმარების მეორე საფეხურია. თუ ცდისპირი მაინც ვერ ახერხებს დაჯგუფებას, ექსპერიმენტატორი კვლავ სათანადო კითხვებით ეხმარება მას და თუ ცდისპირი შეცდა, უსწორებს მას შეცდომას. ეს უკვე დახმარების მესამე საფეხურია. თუ არც ეს აღმოჩნდება საკმარისი, მაშინ ექსპერიმენტატორი დახმარების მეოთხე საფეხურზე გადადის და პირდაპირ ეუბნება ცდისპირს რა უნდა გააკეთოს, როგორ უნდა დააჯგუფოს ფიგურები.

ამგვარად, დახმარების საფეხურები ისეა აგებული, რომ თუ ცდისპირს როგორმე მაინც აქვს შენარჩუნებული სათანადო ფუნქცია, მისი ამოქმედება უსათუოდ უნდა მოხდეს და ცდის მიმდინარეობაში გამოვლინდეს.

II სერია — ჯგუფების განზოგადება.

დაჯგუფებულ ფიგურებს ემატება ახალი მასალა: უფორმო, ორფენიანი და სამფენიანი ფიგურები და ზოგიერთი სახმარი საგნები, რომელთაც ისეთი საერთო ნიშნები აქვთ, რომელნიც საფუძვლად დაედო ფიგურათა კლასიფიკაციას. ცდისპირს ევალება ეს საგნებიც მოათავსოს სათანადო ჯგუფებში. ცდის ამ სერიაშიც ექსპერიმენტატორი დახმარების საფეხურებს მიმართავს.

- III სერია — სახელდების ცდები.

ამ ცდაში ცდისპირმა თვითნებურ ჯგუფს სახელი უნდა შეურჩიოს. თუ ცდისპირი ვერ ახერხებს ამას, ექსპერიმენტატორი თვითონ არქმევს ჯგუფს სახელებს. ექსპერიმენტატორის მიერ დარქმეული სახელი უმინიმუმსო ბეგრათა კომპლექსს წარმოადგენს (მაგალითად, „ედეზა“, „ხრო“ და სხვა).

ცდის IV სერია ორი ნაწილისაგან შედგება.

1) ურთიერთგაგების ცდები—ამ ცდებში გამოწმებით სწორად ეხმარება თუ არა ცდისპირს ახალი სახელების მნიშვნელობა. ამისათვის ცდისპირს სათანადო დავალებებს ვაძლევთ: „მომეცი ორი ედეზა“ და ერთი „ხრო“, „ამას რა ჰქვია“ და სხვა. აქაც ცდის ხელმძღვანელი სათანადო შეკითხვებით ეხმარება ცდისპირს.

2) განზოგადების ცდები — საცდელ მასალას ემატება ახალი ფიგურები და პეტეროგენული საგნები. ცდისპირს ევალება გადაიტანოს სახელები ახალ საგნებზე. ცდის ხელმძღვანელი აქაც დახმარებას უწევს ცდისპირს.

ცდის V სერია—დეფინიციის ცდები.

ცდისპირმა ახალი სიტყვების განსაზღვრება უნდა მოგვცეს უნდა გვითხრას, რა არის „ედეზა“, რა არის „ხრო“ და ა. შ.

უნდა აღვნიშნოთ, რომ მთელი ცდის განმავლობაში ექსპერიმენტატორი ცდისპირისაგან მისი ქცევის დასაბუთებას მოითხოვს, მაგალითად, „რატომ მოათავსეთ ეს ფიგურა ამ ჯგუფში“, „რატომაა ეს „ედეზა“ და სხვა.

კვლევის მასალა

ჩვენ მიერ სულ გამოკვლეულია პროგრესული დამბლით დაავადებული 40 ავადმყოფი.

მასალა გროვდებოდა 1955—1958 წლების განმავლობაში.

ჩვენს ავადმყოფთაგან 8 ქალია, 32 მამაკაცი.

40 შემთხვევიდან 30-ში დაავადების ხანგრძლიობა ერთი წელი და მეტია. მათ ჩვენ „ძველ ავადმყოფებს“ ვუწოდებთ, რადგან ყველას მათ ჩატარებული აქვთ როგორც მალარიით მკურნალობა, ისე სპეციფიკური, ანტილუესური წამლობის რამოდენიმე სრული კურსი. ამ ავადმყოფთა შორის არიან 10, 15, 20, 25 და მეტი წლის წინათ დაავადებული ადამიანები, რომელთაც თავიანთი ავადმყოფობის ისტორიის მანძილზე მალარიით მკურნალობა მრავალჯერ აქვთ განმეორებული.

მასალის 10 შემთხვევაში „ახალ“ ავადმყოფებს შეეხვდით. ასე იმიტომ ვუწოდებთ, რომ ისინი პირველად არიან მოთავსებულნი ფსიქიატრიულ საავადმყოფოში. მათი ავადმყოფობის ხანგრძლიობა ექვს თვეს არ აჭარბებს.

მაგრამ იმ დროისათვის, როდესაც ჩვენ მათი შესწავლა დავიწყეთ. 5 ავადმყოფს მკურნალობის კურსი უკვე დამთავრებული ჰქონდა (3 შემთხვევაში მალარიოთერაპია, 2-ში სულფიზინი), რის გამოც ისინი გამოკვლეული გვყავს მკურნალობის შემდეგ, ისევე, როგორც ყველა ზემოხსენებული ავადმყოფი.

დანარჩენი 5 ავადმყოფი 1—3 თვის წინათ დაავადდა. საავადმყოფოში ისინი 1—3 კვირის წინათ იყვნენ მოთავსებულნი, რის გამოც მალარიით მკურნალობა მათ ჯერ დაწყებული არ ჰქონდათ. იმიტომ საშუალება მოგვეცა ხუთივე ავადმყოფი მალარიით მკურნალობის დამთავრების შემდეგ კიდევ ერთხელ გამოგვეკვლია.

ამათ გარდა, გამოკვლეული გვყავს ერთი ჯანმრთელი ქალი. იგი რამოდენიმე წლის წინათ გახდა ავად პროგრესული დამბლით და მალარიით მკურნალობის შედეგად ავადმყოფური მდგომარეობიდან სავსებით გამოვიდა.

დაავადების ფორმის მიხედვით ჩვენი მასალა სავსებით ერთგვაროვანია. „ძველი“ ავადმყოფები, პროგრესული დამბლის შედეგად გამოწვეულ ჰქუასუტობის მდგომარეობაში იყვნენ. ახალ ავადმყოფები კი, რომლებიც საავადმყოფოში პირველად შემოვიდნენ, ყველანი მიდიოდნენ დიაგნოზით: პროგრესული დამბლა, დემენციური ფორმა.

თუ მხედველობაში მივიღებთ იმ გარემოებას, რომ ჰქუასუტობა პროგრესული დამბლის ისეთი ნიშანია, ურომლისოდაც ამ

ავადმყოფობის კლინიკური დიაგნოზი არ არსებობს, გამოდის, რომ ჩვენი კვლევის მასალა განსაკუთრებით სიმპტომატურია. მასში წინა პლანზე ამ ავადმყოფობის ფსიქოპათოლოგიისათვის დამახასიათებელი ყველაზე უფრო ძირითადი და დიდმნიშვნელოვანი ფენომენები უნდა იყოს წარმოდგენილი, რადგანაც ა. ზურაბაშვილისა და სხვათა მოსაზრებით, „პარალიზური კეუსუსტობა წარმოადგენს ძირითად (ღერძოვან) ნიშანს, რომელიც განაპირობებს ყველა სხვა გამოვლინებას, იქნება იგი გონებრივი, ემოციური თუ ნებითი-მოტორული რიგისა. პროგრესული პარალიზის დროს არსებული უმართებულო ბოდვითი იდეა, ემოციური სიჩლუნგე თუ ნებით გამოვლენბათა უკმარისობა განხილული უნდა იქნეს, როგორც მეორადი, ღრმა დემენციაზე დართული სიმპტომატოლოგია.

შესაძლებელია თუ არა ჩვენს მასალაში დიაგნოზურ შეცდომას ჰქონდეს ადგილი?

ასეთი რამ ჩვენი კვლევის პროცესში სრულიად შეუძლებელია მომხდარიყო. ჭერ ერთი იმიტომ, რომ პროგრესული დამბლის დიაგნოზი ფსიქიატრიის პრაქტიკაში ერთ-ერთი ყველაზე უფრო გარკვეული და ადვილად გადასაწყვეტი საკითხია. შემდეგ ის, რომ მოსკოვში და თბილისში გამოკვლეულ ავადმყოფთა დიაგნოზი ექიმთა გაერთიანებულ კლინიკურ კონფერენციაზეა დასმული, ხოლო სურამში ნახული ავადმყოფები ადრე თბილისის საავადმყოფოში მკურნალობდნენ. და ბოლოს, დიაგნოზში შეეჭვება არც ქუთაისსა და სოხუმში გამოკვლეულ ავადმყოფთა მიმართ უნდა იყოს გამართლებული, რადგან მიუხედავად იმისა, რომ ამ დაწესებულებებში საკმაოდ გამოცდილი და მაღალკვალიფიცირებული სპეციალისტები მუშაობენ, დაავადების დიაგნოზი, ყოველ კერძო შემთხვევაში, ჩვენ მიერ საგანგებოდ მოწმდებოდა.

რამდენად ადეკვატური იყო ჩვენი ავადმყოფებისათვის კვლევის ჩვენ მიერ გამოყენებული მეთოდები და კერძოდ ფიქსირებული განწყობის მეთოდი?

ჩვენი მასალა ამ მხრივ რაიმე სერიოზული დაბრკოლების წინაშე არ მდგარა, თითქმის ყველა ავადმყოფი გამოკვლევის პერიოდში მშვიდ მდგომარეობაში იმყოფებოდა. ისინი ერკვეოდნენ ჩვენს მოთხოვნებში და მზად იყვნენ დაუყოვნებლივ შეესრულებინათ ისინი (გარდა უმნიშვნელო გამონაკლისისა). ბევრი მათგანი ექსპერიმენ-

ტით დაინტერესებულებასაც კი იჩენდა და გამოკვლევას მთელი პასუხისმგებლობით ეკიდებოდა. ცდის წარმატებით ჩატარებას ვერც დანარჩენები უშლიდნენ ხელს; მათ საწინააღმდეგოდ პროგრესული დამბლისათვის დამახასიათებელი დამორჩილიანობა მოქმედებდა, რომლის ძალითაც ასეთები ჩვენს მოთხოვნას ჩქარა თავის მოთხოვნილებად იხდიდნენ და მათ შეძლებისდაგვარად ასრულებდნენ.

მაგრამ პროგრესული დამბლით დაავადებულ ადამიანს ისეთი თვისებაც აქვს, რომელსაც ჩვენი ცდების შედეგებში ცვლილების შეტანა შეეძლო. მხედველობაში გვაქვს მათთვის დამახასიათებელი გადამეტებული შთაგონებადობა. კვლევის პროცესში ვცდილობდით ეს მომენტი მხედველობიდან არასდროს არ გამოგვჩენოდა. მის საწინააღმდეგოდ ყოველ კონკრეტულ შემთხვევაში ვლებულობდით ზომებს. ვფიქრობთ, რომ გარკვეულ ღონისძიებათა შედეგად ეს დაბრკოლება ჩვენ მიერ დაძლეულ იქნა. იმ შემთხვევებში კი, სადაც ავადმყოფები განწყობის ილუზიითა უსასრულო რაოდენობას (100 და მეტი) იძლეოდნენ, მათი განცდის ქეშმარიტებაში დასარწმუნებლად სხვადასხვა საპროვოკაციო კითხვებს ვაძლევდით: „აბა, კარგად გასინჯე!“ „იქნებ ტოლია?“ და სხვა. მაგრამ ილუზია იმდენად აშკარა იყო, რომ ავადმყოფები ყურს არ უგდებდნენ ჩვენს „პროვოკაციებს“, რაჟაღ მათში შთაგონების გზით ბურთების რეალური განცდა უნდა შეეცვალა.

აქაჲალურ სიტუაციაში ფიქსირებული განწყობის კვლევის შედეგები

ჩვენ ჯერ გადმოვცემთ ფიქსირებული განწყობის კვლევის საერთო შედეგებს, ხოლო შემდეგ დეტალურად შევეხებით განწყობის ცალკეული მხარეების თავისებურებებს ჩვენს ავადმყოფებში და შევეცდებით კონკრეტულ მასალაზე ვუჩვენოთ იგი.

აქტუალურ სიტუაციაში ფიქსირებული განწყობის მეთოდი. როგორც აღვნიშნეთ, ჩვენი ავადმყოფებისათვის საკმარისად აღეკვეტირი აღმოჩნდა, მაგრამ განწყობის ფიქსაცია ყველა ჩვენს ავადმყოფთან მაინც ვერ მოხდა.

ქვემოთ მოყვანილი ცხრილი გვიჩვენებს განწყობის ფიქსაციის ეფექტს ჩვენს ავადმყოფებთან.

		მოდალობა	
		ჰაპტური	ოპტიკური
ავადმყოფთა საერთო რაოდენობა	აბსოლუტური	40	40
	პროცენტული	100%	100%
ფიქსაციის საერთო ფიქტი	აბსოლუტური	36	8
	პროცენტული	90%	20%
ფიქსაცია არ მოხდა	აბსოლუტური	4	32
	პროცენტული	10%	80%

როგორც ამ ცხრილიდან ჩანს, განწყობის ფიქსაციას ყველა ავადმყოფთან არ ჰქონია ადგილი.

ჰაპტურ სფეროში განწყობის შემუშავება 4 ავადმყოფთან ვერ მოხერხდა (ნულეული წგუფი) — 10%. რაც შეეხება ოპტიკურ სფეროს: აქ განწყობის ეფექტი მხოლოდ 8 ავადმყოფთან მივიღეთ (20%), ხოლო დანარჩენებს, ე. ი. დიდ უმრავლესობას — 80% იგი სულ არ აღმოაჩნდა.

აქტუალურ სიტუაციაში ფიქსირებული განწყობის ცალკეული მხარეების ზოგად თავისებურებათა წინასწარ გასათვალისწინებლად აუცილებელია, შევაჯამოთ ჰაპტურ და ოპტიკურ სფეროში განწყობის კვლევის შედეგად მიღებული მონაცემები, რათა ჯამიდან საშუალო პროცენტული მაჩვენებელი გამოვიყვანოთ.

მაგრამ, ჩვენს შემთხვევაში ასეთი ოპერაციის წარმოება გაუმართლებელი იქნებოდა, რადგანაც ამ გზით მიღებული საერთო სურათი ოპტიკური განწყობის მონაცემებს შეუძლია დაამახინჯოს. ეს იმიტომ არის მოსალოდნელი, რომ ოპტიკურ სფეროში ჰაპტურ სფეროსთან შედარებით განწყობის ფიქსაცია $1/4$ -ზე ნაკლებ შემთხვევაში არის მიღწეული. ასეთი მცირე მასალა ჰაპტურ სფეროში შექმნილი განწყობის მონაცემებისათვის რომ დაგვეპირისპირებინა, რთ-

მელიც რაოდენობრივად მასზე ბევრად მეტა, აუცილებლად აცდებოდა სწორი ანგარიშის გზას.

ამას გარდა, ჩვენს მიერ შესწავლილი 8 ავადმყოფიდან აშკარად გამოხატული ოპტიკური განწყობა ყველა თავისი დამახასიათებელი ნიშნებით მხოლოდ ერთს აქვს. დანარჩენი 7 ავადმყოფიდან 4-ს ოპტიკური განწყობის ძლიერ ზუსტი ეფექტი (1—2 ილუზია) აღმოაჩნდა, ხოლო სამს ცოტათი უფრო ძლიერი.

ცხადია, ამ ავადმყოფთა ოპტიკური განწყობის შედეგების პატურ სფეროში შექმნილი განწყობის მონაცემებთან ერთად დამუშავება ჩვენ მიერ მოპოვებულ მასალას მისთვის დამახასიათებელ სახეს დაუკარგავდა.

როგორც ვხედავთ, პატურალურ სიტუაციაში ფიქსირებული განწყობის ცალკეული მხარეების ზოგად თავისებურებათა გასათვალისწინებლად, მხოლოდ პატურ სფეროში შექმნილი განწყობის მონაცემებს უნდა დავემყაროთ.

პროგრესული დამბლით დაავადებულთა პატური განწყობა

პატურ სფეროში ფიქსირებული განწყობის ზოგად თავისებურებათა წარმოსადგენად გავეცნოთ მე-2 ცხრილს.*

ც ხ რ ი ლ ი 2

განწყობის თვისებები	ავადმყოფთა რაოდენობა	
	რაციონობრივი	პროცენტული
1	2	3
1. ადვილი აგზნებადობა	24	66.62
აგზნებადი, მაგრამ სუსტი	4	11.1
ნაკლები აგზნებადობა	8	22.2

* პროგრესული დამბლით დაავადებულთა 40 შემთხვევიდან 4 ავადმყოფს განწყობა არ შეუძუშავდა (ნულური ჩგუფი). ამიტომ ცხრილში 36 ავადმყოფის მონაცემებია განხილული.

1	2	3
2. სტატიკურობა დ. ნამიკურობა სტატიკური, ზოგჯერ დინამიკური	24 8 4	66,6 22,2 11,1
3. სიტლანქე პლ. სტიკურობა	34 2	94,4 5,5
4. სტაბილურობა ლაბილურობა სტაბილური, ზოგჯერ ლაბილური	24 8 4	66,6 22,2 11,1
5. სიმტკიცე არა ყოველთვის მტკიცე ნაკლები სიმტკიცე	24 4 8	66,6 11,1 22,2
6. ლოკალურობა ირადიაცია	34 2	94,4 5,5
7. კონსტანტურობა ვარიაციურობა	32 4	88,8 11,1

ცხრილი გვიჩვენებს, რომ პროგრესული დამბლით დაავადებულთა უმრავლესობას ადვილად აგზნებადი, სტატიკური, ტლანქი, სტაბილური, მტკიცე, ლოკალური და კონსტანტური განწყობა აქვთ.

ამ მონაცემთა მიღების შემდეგ საკითხავია ის, თუ რა ურთიერთობა არსებობს ამგვარ განწყობასა და განწყობის იმ ტიპებს შორის, რომელიც ნორმალური ადამიანისათვისაა დამახასიათებელი; რა აქვთ მათ საერთო და განსხვავებული.

ბ. ზაქაპურიძის მონაცემების მიხედვით ნორმალურ ადამიანთა უმრავლესობას (88%) პლასტიკურ-დინამიკური განწყობა ახასიათებს. განწყობის სხვაგვარი ტიპი, ვთქვათ ტლანქი-სტატიკური, ტლანქი-დინამიკური, ისევე როგორც ვარიაცილური, ნორმაში უმნიშვნელო პროცენტული რაოდენობითაა წარმოდგენილი. ჩვენს მასალაში კი განწყობის ეს მხარეები ასეთი სიხშირით გვხვდება:

განწყობის ტიპი	ავადმყოფთა რაოდენობა	
	რიცხობრივი	პროცენტული
პლასტიკურ დინამიკური	1	2,7
სტატიკურ-პლასტიკური	1	2,7
ვარიაციული	4	11
ტლანქი დინამიკური	7	19
ტლანქი-სტატიკური	23	64

როგორც ვხედავთ, ტლანქი-სტატიკური განწყობა, რომელიც ნორმაში 3%-ს უდრის, პროგრესული დამბლით შეპყრობილებთან 64%-ში გვხვდება. რაც შეეხება პლასტიკურ-დინამიკურ განწყობას, რომელიც ნორმალურ ადამიანებში უმაღლესი პროცენტული მაჩვენებლებით განისაზღვრება, ჩვენი მასალაში იგი მხოლოდ 2,7%-ით არის წარმოდგენილი.

ამგვარად, ჩვენი ავადმყოფების ფიქსირებული განწყობა ჯანმრთელ ადამიანთა განწყობასთან შედარებით მნიშვნელოვან ცვლილებებს განიცდის, რომელიც აშკარად გამოხატულ პათოლოგიურ ხასიათს ატარებს.

ასეთია ფიქსირებული განწყობის კვლევის ზოგადი შედეგები. გადავიდეთ კონკრეტულ მასალაზე.

ჩვენი ზიერ ზემოთგანხილული მეორე და განსაკუთრებით მესამე ცხრილის მიხედვით ირკვევა, რომ მთელი ჩვენი მასალა სამ ძირითად ჯგუფად იყოფა.

პირველ ჯგუფში ის ავადმყოფები ერთიანდებიან, რომელთაც ტლანქი და სტატიკური განწყობა აქვთ; მეორეში — ტლანქი და დინამიკური განწყობის ადამიანები; მესამეში კი ვარიაციული განწყობის მქონენი.

რაც შეეხება მესამე ცხრილში აღნიშნულ პლასტიკურ-დინამიკური და სტატიკურ-პლასტიკური განწყობის მქონე თითო ავადმყოფს, პირველი ტლანქი-დინამიკურის, ხოლო მეორე ტლანქი-სტატიკურის ჯგუფიდან არის გამოყოფილი.

ამ ჯგუფებს შორის ყველაზე მრავალრიცხოვანი პირველი ჯგუფია. აქ ავადმყოფები განწყობის ერთი საერთო ნიშნის — სტატიკურობის ან ინერტულობის მიხედვით არიან გაერთიანებულნი. თვით ჯგუფსაც, ამის გამო, სტატიკურ ჯგუფს ვუწოდებთ. მეორე ჯგუფში შემავალი ავადმყოფები პირველისაგან განწყობის დინამიკურობით განსხვავდებიან. აქედანვე წარმოსდგება ამ ჯგუფის დასახელება — დინამიკური. ხოლო მესამე ვარიანტი ჯგუფში შემავალი ავადმყოფები ყველა დანარჩენისაგან განწყობის ვარიანტიურობით განსხვავდებიან.

იმისათვის, რათა უფრო ნათელი წარმოდგენა ვიქონიოთ ამ ჯგუფების შესახებ, გავეცნოთ მეოთხე ცხრილს.

ც ხ რ ი ლ 4

№ განწყობის ჯგუფები	ავადმყოფთა რაოდენობა	
	რიცხოობრივი	პროცენტული
I სტატიკური	24	66,6
II დინამიკური	8	22,2
III ვარიანტიური	4	11,1

შევეცადოთ უფრო დავუახლოვდეთ მასალას, ვნახოთ რა ხდება ამ ჯგუფებს შიგნით.

ს ტ ა ტ ი კ უ რ ი გ ა ნ წ ყ ო ბ ი ს ჯ გ უ ფ ი

ამ ჯგუფში შემავალი ავადმყოფები განწყობის ერთსა და იმავე ტიპს იძლევიან. გავარჩიოთ რამოდენიმე მათგანი. მაგალითად:

1) ავადმყოფი შ-ვი (ავადმყოფობის ისტორია № 101, კაშჩენკოს სახელობის ფსიქიატრიული საავადმყოფო, მოაკოვი). რუსი, 1912 წელს დაბადებული, პროფესიით ავტომანქანის მძღოლი. საავადმყოფოში მოთავსდა 1956 წლის 5 მაისს. სტაციონირებულია მუხუთედ.

ანამნეზური ცნობები: ბავშვობაში არ ავადმყოფობდა. სწავლა დროზე დაიწყო. დამთავრა 5 კლასი, შემდეგ სამძღოლო კურსები. 1938 წელს დაოჯახდა. ჰყავს 12 წლის ვაჟი, ჯანმრთელი. ოთხი წლის განმავლობაში იმყოფებოდა დიდი სამამულო ომის ფრონტებზე. მიიღო მარცხენა საზარდულისა და მხარის მიდამოს მუშებუქი ჭრილობა. კონტუზირებული არ ყოფილა. ომის დამთავრების შემდეგ ავადმყოფობის დაწყებამდე მუშაობდა თავის სპეციალობაზე.

1944 წელს დაავადდა ათაშანგით. 1954 წელს სიმალლიდან გადმოვარდა და მიიღო თავის ქალას სერიოზული ტრავმა, ცნობიერების ხანგრძლივი დაკარგვით. ერთ თვემდე მკურნალობდა ნევროლოგიურ კლინიკაში. რამოდენიმე თვის შემდეგ დასჩემდა თავის ტკივილები. დაერღვა ძილი. გახდა ადვილად აგზნებადი, კონფლიქტური. ირგვლივმყოფებმა შენიშნეს მეხსიერების მკვეთარი დაქვეითება. განუვითარდა მარცხენა კიდურთა მგრძნობელობისა და ძილის დაქვეითება. სამუშაოზე ჰქონდა შემთხვევა, როდესაც მგზავრები მიჰყავდა არა დანიშნულებისამებრ, რის მიზეზსაც ვერ ასახელებდა. ყოველივე ამის გამო 1954 წლის 9 თებერვალს ავადმყოფი პირველად მოთავსდა კაშჩენკოს სახელობის ფსიქიატრიულ საავადმყოფოში (ავადმყოფობის ისტორია № 826), სადაც დაუსვეს დიაგნოზი: პროგრესული დამბლა, დემენციური ფორმა.

სავადმყოფოში დაჰყო 1954 წლის მაისამდე. ამ ხნის განმავლობაში ჩაუტარდა მკურნალობა მალარიით, პენიცილინით, ბიოქროლითა და ნეოსალვარსანით. გაეწერა ახლობლების ზედამხედველობის ქვეშ, მშვიდ მდგომარეობაში. 1954 წლის 8 სექტემბერს განმეორებით იქნა მოთავსებული საავადმყოფოში (ავადმყოფობის ისტორია № 5171) მდგომარეობის გამწვავების გამო. უჩიოდა თავის ტკივილებს. არ ეძინა. ხშირად სახლიდან იპარებოდა, უაზროდ დაეტეტებოდა ქუჩებში. იჩენდა ტენდენციას ამორალური საქციელი-სადმი. საავადმყოფოში ერთ თვეს დაჰყო. ჩაუტარდა მკურნალობა ბიოქინოლით დ გოგირდწყალბადოვანი აბაზანებით. გაეწერა თითქოს კომპენსირებულ მდგომარეობაში, მაგრამ ერთი თვის შემდეგ ისევ დაუბრუნდა საავადმყოფოს (ავადმყოფობის ისტორია № 5806). სადაც ამჯერად 1965 წლის ჭარტამდე დაჰყო. მეორედ ჩაუტარდა მალარიოთერაპია. მკურნალობდნენ აგრეთვე ბიოქინოლით, იოლიანი კალიუმითა და გოგირდწყალბადოვანი აბაზანებით. მიუხედავად

ამისა, ფსიქიკური მდგომარეობის მხრივ გაუმჯობესების ნიშნები არ დასტუბია, რის გამოც ავადმყოფი მოსკოვგარეთა ფსიქიატრიულ კოლონიაში გადაიგზავნა, მაგრამ ახლობლებმა მალე სახლში წაიყვანეს.

ამჟამად ავადმყოფი მეხუთედ იმყოფება საავადმყოფოში.

სომატიური მდგომარეობა—საშუალოზე მაღალი ტანის, სწორი აგებულების, დამაკმაყოფილებელი კვების, ფილტვების მხრივ შენიშნულია გულმკერდის მარცხენა მხარის სუნთქვაში ჩამორჩენა. მოსმენით ამ ნაწილში აღენიშნება შესუსტებული ვეზიკალური სუნთქვა. გულის მოყრუების საზღვრები 1-2 სმ-ით გადანაცვლებულია მარცხნივ. მოსმენით ტონები სუფთა, ზომიერად მოყრუებული. სისხლის წნევა 175/75. მუცელი რბილი. პალპაციით უმტკივნეულო ღვიძლი ნეკნთა რკალს სცილდება 2-3 სმ-ით. ელენთა არ ისინჯება შარდ-პასქესო ორგანოები ნორმის ფარგლებშია.

ნევროლოგიური მდგომარეობა — გუგები არასწორი ფორმის. კუთხოვანი, თანაბარი ორივე მხარეს. რეაქცია აკომოდაციაზე შენაკტული, სინათლეზე დუნე. თვალის კაკალთა მარჯვნივ მოტრიალები-სას აღინიშნება იოლი ნისტაგმისმაგვარი მოძრაობა. არამყარი კონვერგენაცია. კბილების ჩვენებისას ტუჩთა ასიმეტრია. ენა იხრება მარცხნივ. ქვედა კიდურებზე შენიშნულია მყესთა რეფლექსების იოლი ანიზორეფლექცია — მარჯვნივ უფრო ცოცხალი, ვიდრე მარცხნივ. მარცხენა წინამხრისა, მტევნის და ქვედა კიდურის დაქვეითებული ძალა და მგრძნობელობა. რომბერგის ნიშანი დადებითი. პათოლოგიური რეფლექსები არ არის.

ლაბორატორიული მონაცემები—სისხლისა და შარდის საერთო ანალიზი ნორმის ფარგლებში. ვასერმანის რეაქცია სისხლში (4+); თავზურგტვინის სითხეში—ვასერმანი (4+), ფრიდმანის, ნონე-აპელტისა და ვაიპბროდტის რეაქციები (2+). ზაკს-ვიტებსკისა და კანის რეაქციები (1+); ციტოზი 324/3; ცილა 0,66%;

ფსიქიკური მდგომარეობა—ცნობიერება ნათელი. ორიენტირებუ-ლია ადგილში. დროში და გარემოში ორიენტაცია არაზუსტი. იცის, რომ საავადმყოფოშია, თუმცა თავს ავადმყოფად არ აღიქვამს. ანამნეზური ცნობების გადმოცემა უჭირს. ბევრი რამ მნიშვნელოვანი თავისი პირადი ცხოვრებიდან აღარ ახსოვს, ხოლო გარკვეული მოვლენები მისი ცხოვრებიდან სრულიად გამოვარდნილია. ინტელექ-

ტულუარად ავადმყოფი დაქვეითებულია; ვერ ხვდება გადატანით აზრს, არ შეუძლია გაიმეოროს მოყოლილი ამბავი. ასოციაციური პროცესები შენელებული. რაიმე ამოცანის გადაწყვეტისას ასპონ-ტანურია, რის შედეგადაც მიზნის მიღწევა სრულიად შეუძლებელია. მეტყველება დიზართრიული. ემოციურად დადებითი ტონი; აღინიშნება სუპრასულოვნება. ადვილად ღიზიანდება; ხშირად ავადმყოფებთან კონფლიქტურია. საექიმო პერსონალს მუდამ ღიმილით ხვდება. ცდილობს მათი ყოველი მოთხოვნა მაშინვე შეასრულოს. ქცევა უაზრო; საბოლოო მიზნის მიღწევა არ ხდება. ქცევის ერთი დაუმთავრებელი აქტი ჩქარა მეორეთი იცვლება, მეორე კიდევ სხვა მოქმედებით, რაც გარეგნულად ყოველგვარ აზრს მოკლებულ ფუსფუსში ვლინდება. მეტყველება თანქოს გაავტომატიებულია, ავადმყოფი ხშირად თავისთვის ბუტბუტებს გაუთავებლად რაღაც გაუგებარს. უმთავრესად პასუხობს სრულიად შემთხვევით გარეგან გამღიზიანებლებს. დადებითი ფსიქოზური სიმპტომატიკა არა აქვს.

დიაგნოზი: პროგრესული დამბლა, დემენციური ფორმა.

ფიქსირებული განწყობის კვლევის შედეგები.

7/V—56 წ. ავადმყოფს შესაძარებლად მივაწოდეთ (2-ჯერ) სი-დიდის მიხედვით განსხვავებული ბურთები (საგანწყობო ცდა). მესამე ექსპოზიციის დროს ხელში ტოლი ბურთები მივეცით (კრიტიკული ცდა);

2X კ—ა
30
—
=5

კარგად სინჯავს. თავის პასუხებში სავსებით დარწმუნებულია.

თვალებს ვეზ.ნით და ვთხოვე ტაქტოსკოპის საშუალებით ოპტიკურად მიწოდებული ორი ტოლი წოე შეადაროს ერთმანეთს. ადარებს, ტოლობას ადასტურებს.

რისი თქმა შეიძლება ავადმყოფის ფიქსირებული განწყობის შესახებ მოყვანილი ოქმის საფუძველზე? გავარჩიოთ განწყობის მხარეები ცალ-ცალკე.

აგზნებადობა—ჩვენს ავადმყოფს საგანწყობო ბურთები ჰაპტურ სფეროში ორჯერ მივაწოდეთ. ამის შემდეგ ჰაპტურ სფეროში მიწოდებული ტოლი ბურთები ავადმყოფმა ილუზორულად აღიქვა — მარჯვენა დიდი მოეჩვენა, ე. ი. განწყობის ფიქსაცია მოხდა. ამგვარ-

რად, ამ ავადმყოფობათვის ორი საგანწყობო ექსპოზიცია საკმარისია ჰაბტურ სფეროში განწყობის ფიქსაციისათვის. ეს ფაქტი იმას მოწმობს, რომ ავადმყოფის ჰაბტურ სფეროში ფიქსირებული განწყობა აღვილად ა გ ზ ნ ე ბ ა დ ი ა.

განწყობის სტატიკურობა მას შემდეგ, რაც ავადმყოფმა კრიტიკულ ცდაში მიწოდებული ტოლი ბურთები ჰაბტურ სფეროში ილუზორულად აღიქვა, იგი სულ ილუზორულად განაგრძობს ბურთების აღქმას. საერთოდ, ჯანმრთელი ადამიანი განწყობის ილუზიებს შედარებით ადვილად აღწევს თავს—ფიქსირებული განწყობა ახალ განწყობას უთმობს ადგილს და ცდისპირი ბურთებს ტოლად აღიქვამს. ჩვენი ავადმყოფი კი, როგორც ვხედავთ, ბურთების ტოლობას არც ერთხელ არ ადასტურებდა. იგი კრიტიკული ობიექტების ოცდაათჯერ მიწოდებისასაც მარჯვენა ბურთს დიდად აფასებს. ავადმყოფი გამუდმებული ილუზიის მსხვერპლია. ეს ყოველივე ჰაბტურ სფეროში ფიქსირებული განწყობის სტატიკურ ხასიათზე მიუთითებს.

განწყობის სიტლანქე—ჩვეულებრივ, ჯანმრთელ ადამიანებში, უფრო ხშირად, ფიქსირებული განწყობის ექსპერიმენტში განწყობის ჩაქრობის პროცესს ფაზური მიმდინარეობა აქვს: თავდაპირველად მხოლოდ კონტრასტულ ილუზიებს აქვს ადგილი; შემდეგ თავს იჩენს ასიმილაციური ილუზია. მალე კონტრასტული ილუზიები სულ ქრება და მხოლოდ ასიმილაციური ილუზიები რჩება. შემდეგ თანდათან ტოლობის დადასტურებაც იჩენს თავს და. ა. შ. ჩვენს ავადმყოფს არც ერთი ასიმილაციური ილუზია არა აქვს, მას არც მიწოდებულ ობიექტთა ტოლობა დაუდასტურებია. მისი ფიქსირებული განწყობა კრიტიკულ ცდებში თავიდანვე კონტრასტული ილუზიების სახით გამოვლინდა და ბოლომდე ასე დარჩა, ე. ი. ფიქსირებული განწყობა თავისი ჩაქრობის პირველ ფაზაზე გაჩერდა. განწყობის ეს თავისებურება მისი სიტლანქის მაჩვენებელია. მაშასადამე ჩვენი ავადმყოფის ფიქსირებული განწყობა ტლანქია.

განწყობის სიმტკიცე — განწყობის ეს მხარე მისი ჩაქრობის პირველი ფაზით იზომება. რაც უფრო მეტია თანმიმდევარი კონტრასტული ილუზიების რიცხვი, მით უფრო მტკიცედ ითვლება ფიქსირებული განწყობა. ჩვენი ავადმყოფის გამოკვლევის ოქმი გვიჩვენებს, რომ აქ 30 თანმიმდევარი კონტრასტული ილუზია გვაქვს. ეს

საკმაოდ დიდი რიცხვია. იგი გვიჩვენებს, რომ ავადმყოფის ჰაპტურ სფეროში ფიქსირებული განწყობა მტკიცე ხასიათისაა.

განწყობის ლოკალურობა — ფიქსირებული განწყობის ერთ-ერთ დამახასიათებელ ნიშნად მისი ირადიაცია ითვლება: როდესაც განწყობის ფიქსაციას ერთ მოდალობაში (ჰაპტურში) ვახდენთ, მისი ეფექტი მეორე მოდალობაშიც (ოპტიკურში) იჩენს ხოლმე თავს, რაც აქ მიღებულ ილუზიებში გამოიხატება, მიუხედავად იმისა, რომ ოპტიკურ სფეროში სპეციალური საგანწყობო ცდები არ ყოფილა დაყენებული.

როგორც მოყვანილი ოქმიდან ჩანს, ცდის დამთავრების შემდეგ ავადმყოფს თვალები გავუხსენით და ტაქსტოსკოპის საშუალებით ოპტიკურად ტოლი წრეები ვაჩვენეთ. ცდისპირმა ტოლი ობიექტები ადეკვატურად შეაფასა — ილუზიას ადგილი არ ჰქონია. ეს გარემოება გვიჩვენებს, რომ ჩვენი ავადმყოფის განწყობას ირადიაციის უნარი არა აქვს. ამის საბოლოოდ გასარკვევად ამისათვის მოწოდებულ სპეციალურ ცდას მივმართეთ:

ჰაპტურ სფეროში განწყობის ფიქსაციის შემდეგ კრიტიკული ობიექტები (ტოლი წრეები) მაშინვე ოპტიკურად მივაწოდეთ შესაძარებლად. ავადმყოფმა ისინიც ადეკვატურად აღიქვა — ტოლად შეაფასა, ე. ი. ილუზია, რომელსაც ჰაპტურ სფეროში ჰქონდა ადგილი, ოპტიკურ სფეროში არ გამოვლინდა — ფიქსირებული განწყობას ირადიაციას ადგილი არ ჰქონია. ეს საბოლოოდ ამტკიცებს იმას, რომ ამჟერად ჩვენს ავადმყოფს ლოკალური ფიქსირებული განწყობა აქვს.

განწყობის სტაბილურობა — ახლა ვნახოთ როგორია ამ ავადმყოფის ჰაპტურ სფეროში ფიქსირებული განწყობა დროში გამძლეობის მხრივ. ამის გასარკვევად მეორე დღეს ჩვენ ავადმყოფისათვის საგანწყობო ობიექტები (დიდი და პატარა ბურთები) აღარ მივცით. 8/IV-ს გამოკვლევა პირდაპირ კრიტიკული ობიექტების, ტოლი ბურთების მიცემით დავიწყეთ. ჩვენ გვაინტერესებდა გვეჩვენებდა გვარძელდებოდა ბურთების ილუზორული აღქმა საგანწყობო ობიექტების მიუწოდებლად, ანუ სპეციალური გამაგრების გარეშე, როგორი უნდა ყოფილიყო ჩვენი ავადმყოფების განწყობა დროში გამძლეობის მხრივ. მოგეყავს ამ ავადმყოფთან განწყობის სტაბილურობის კვლევის ცხრილი.

კრიტიკული ცდის დაუენე- ბის დრო	განწყობის ილუზიები
8/V-56	90
10/V	10
11/V	30
12/V	30
13/V	0

ცხრილი გვიჩვენებს, რომ 8/V-ს, განწყობის ფიქსაცია მეორე დღეს, ავადმყოფმა კრიტიკული ბურთების შედარებისას 30 ილუზია მოგვცა. ვნახოთ ამ ცდის ოქმი:

კ—ა	სინჯავს კარგად. თაღის პასუხებში დარწმუნებულია. ვაძლევთ.
10—	საპროვოკაციო კითხვებს: იქნებ ერთნაირი? აბა კარგად მოსინჯე? მიუხედავად ანა ა მ. რჯვენა ხელში დიდს ადასტურებს.
5	უკვირს—„რა საჭიროა ამდენ ხანს სინჯვა?“ *
7	
8	
=5	

როგორც ვხედავთ, წინააღმდეგობით ფიქსირებულ განწყობას არაფერი დაკლებია. იგი იგივე ძალით განაგრძობს მოქმედებას.

მე-5 ცხრილი გვიჩვენებს, რომ 10/V-საც ავადმყოფმა ილუზორულად აღიქვა კრიტიკული ობიექტები.

კ—ა	საინტერესოა, რომ ავადმყოფი არ იღლებს. კარგად სინჯავს. მაგრამ ძალიან უკვირს რას ნიშნავს ეს ყოველივე ჩვენ-ს სურვილს მა, ნე ასრულებს, თუმცა ბურთების შედარება მოგვხრდა.
30	კარგად ადარებს. საპროვოკაციო კითხვებით ვერ ვაცდენთ.
20	
10	
15	
5	
10	
5	
5	
=5	

როგორც ვხედავთ, ფიქსირებულ განწყობას არც სამი დღის შემდეგ დაკლებია რაიმე.

* ავადმყოფის პასუხები, როგორც აქ, ისე შემდეგაც ჩვენს მიერ ქართულად არის გადმოთარგმნილი.

ცვლილება არც ხუთი დღის შემდეგ მომხდარა:

კარგად ადარებს
12/V თავის პასუხებში ეჭვი არ ეპარება.
კ—ა
15
15
—
=5

13/V-ს ავადმყოფს შესადარებლად ისევ ტოლი ბურთები მივაწოდეთ. როგორც მეხუთე ცხრილიდან ირკვევა, ამ დღეს განწყობის ილუზიები აღარ მიგვიღია, რაც იმას ნიშნავს, რომ ფიქსირებული განწყობა აღიკვეთა. აი ეს ოქმიც:

კ—ა	„რალაც ტოლებს გავს“
?	„როლია“
=	„ო, თქოს ტოლია“
=?	„ნამდვილად ტოლია“
=	„არა!“
?	„ტოლი!“ „ერთნაირია“.
=5	

მაშასადამე, 5 დღის შემდეგ, ავადმყოფის ფიქსირებული განწყობა ჩაქრა. მან ადგილი დაუთმო ახალს. ტოლობის განწყობას — ავადმყოფმა ტოლი ბურთები ტოლად აღიქვა.

მაშასადამე, დაეყენეთ რასაგანწყობო ცდები 7/V-ს, ამის შემდეგ, ჩვენ სწავლასხვა დროს ვამოწმებდით ფიქსირებული განწყობის ძალას, რისთვისაც საგანწყობო ცდების გარეშე პირდაპირ კრიტიკულ ობიექტებს ვაწოდებდით ავადმყოფს. გამოირკვა, რომ ფიქსირებული განწყობა საგანწყობო ცდების დაყენებიდან მეხუთე დღეზეც ძალაში იყო, ე. ი. ავადმყოფის ფიქსირებული განწყობა პაპტურ სფეროში დროში საკმარისად გაძლევდა, რაც იმას გვეუბნება, რომ ჩვენი ავადმყოფის პაპტური განწყობა სტაბილურ ხასიათს ატარებს.

გასარჩევი დაგვჩა ამ ავადმყოფის ფიქსირებული განწყობის კიდევ ერთი ნიშანი — კონსტანტურობა.

ამ ნიშნის შესასწავლად ჩვენ ვარკვევდით, ყოველთვის ერთსა და იგივე ხასიათს ატარებს ავადმყოფის განწყობა თუ არა. ზემოთ

ჩვენ დავადგინეთ, რომ 7/V-ს ავადმყოფის განწყობა ადვილად აგზნებადი, სტატიკური. ტლანქი, მტკიცე, ლოკალური და სტაბილური იყო. განწყობის სტაბილურობის, ანუ დროში გამძლეობის დბ-სადგენად დაყენებული ცდები ჩვენ საშუალებას გვაძლევს, მისი კონსტანტური ხასიათის შესახებაც ვინახელოთ. მაგალითისათვის ავიღოთ 10/V-ს მიღებული მონაცემები. როგორც ოქმიდან ჩანს, ავადმყოფის განწყობა ამ დღესაც სტატიკურია. იგი ჯერ კიდევ ვერ აღწევს ილუზიებს თავს და 100 კრიტიკული ექსპოზიციის შემდეგაც კონტრასტულ ილუზიებს გვაძლევს. აქ უკვე ჩანს, რომ ავადმყოფის გახწყობა ამ დღესაც მტკიცეა, მისი ჩაქრობის პირველი ფაზა 100 თანმიმდევარი კონტრასტული ილუზიისაგან შედგება. ეს ოქმი იმასაც გვიჩვენებს, რომ განწყობა თავისი ჩაქრობის ფაზებს არ ავლენს. აქ, მუდამ, მხოლოდ კონტრასტული ილუზიები გვაქვს, ე. ი. განწყობა ამ დღესაც ტლანქია. გარდა ამისა, როგორც ოქმი გვიჩვენებს, პაპტურ სფეროში ფიქსირებული განწყობა ოპტიკურ სფეროში არ ვრცელდება; ოპტიკურად მიწოდებულ ტოლ წრეებს ავადმყოფი ყოველთვის ადეკვატურად აღიქვამს, რაც იმაზე მიუთითებს, რომ ჩვენი ავადმყოფის განწყობა ამ დღესაც ლოკალურია.

როგორც ვხედავთ, ავადმყოფის პაპტურ სფეროში ფიქსირებული განწყობა მისი არსებობის შემდეგ დღეებშიაც ისეთივეა: იგი სტატიკურია, ტლანქი, ლოკალური და მტკიცე.

მაგრამ აქ მოყვანილი ოქმები არ გვაძლევენ იმის დადგენის საშუალებას, თუ როგორია განწყობის აგზნებადობა შემდგომი კვლევის დროს; 7/V-ს ავადმყოფს მეტად ადვილად აგზნებადი განწყობა ჰქონდა. შემდეგ დღეებში განწყობის აგზნებადობის კვლევა შეუძლებელი იყო, რადგან, როგორც ვნახეთ, განწყობა იმდენად სტაბილური აღმოჩნდა, რომ იგი შემდეგი დღეების მიმდინარეობის პროცესში ძალაში დარჩა, რის გამოც განწყობის აგზნებადობის გამოსაკვლევად საგანწყობო ცდების ხელახლა დაყენების საშუალება ჩვენ არ გვქონდა. მხოლოდ საგანწყობო ცდებს დაყენებიდან მეშვიდე დღეს, 14/V-ს, შევეცადეთ ხელახლა მოგვეხდინა განწყობის ფიქსაცია ისევე, როგორც ადრე აქაც ავადმყოფს 2-ჯერ მივაწოდეთ საგანწყობო ბურთები და შემდეგ კრიტიკული ობიექტები მივეცით: 14/V-56 წ.

$$\frac{2X_1 - a}{30} = 5$$

ისევ კარგად აღარებს

როგორც ვხედავთ, ამ დღესაც, ისევე, როგორც 7/V-ს ორი სა-
განწყობო ექსპოზიცია საკმარისი აღმოჩნდა განწყობის ფიქსაციისა-
თვის, ე. ი. განწყობა ისევ ადვილად აგზნებალია. გარდა ამისა, რო-
გორც ოქმი გვიჩვენებს, ავადმყოფის ფიქსირებული განწყობის სხვა
მხარეებიც ისეთავე ხასიათს ატარებს, როგორც წინა დღეებში; გან-
წყობა: სტატიკურია (ილუზიები ტოლობის დადასტურებით არ იცვ-
ლება), იგი ტლანქია (განწყობის ჩაქრობის ფაზები არ ჩანს), განწყ-
ობის პირველი ფაზა 30 თანმიმდევარი კონტრასტული ილუზიისა-
გან შედგება, რაც ისევ განწყობის სიმტკიცეზე მიუთითებს და ბო-
ლოს, ოპტიკურად მიწოდებული ტოლი წრეები ილუზოლურად არც
აქ აღიქმება, განწყობის ირადიაციას არა აქვს ადგილი, იგი ისევ ლო-
კალური ხასიათისაა.

განწყობის კონსტანტურობის სრული სურათის მისაღებად ვიკე-
ლიეთ ამ მეორედ ფიქსირებული განწყობის დროში გამძლეობაც—
სტაბილურობა. გამოკვლევის შედეგი ქვემოთმოყვანილ ცხრილშია
მოცემული.

ვფიქრობთ, ზედმეტი უნდა იყოს ამ ცხრილში წარმოდგენილი
შედეგების ცალკე ოქმების მიხედვით განხილვა. იგი ისედაც ნათლად
გვიჩვენებს, რომ ჩვენი ავადმყოფის ფიქსირებული განწყობა ისევე

სტაბილურია, როგორც ადრე იყო. ეს გა-
რემოება, პირველ რიგში ავადმყოფობის
ჰაპტურ სფეროში შემუშავებული განწყო-
ბის კონსტანტურობაზე მიუთითებს.

ამგვარად, ჩვენი ავადმყოფის ჰაპტურ
სფეროში ფიქსირებული განწყობა ადვი-
ლად აგზნებალია, სტატიკური, ტლანქი,
სტაბილური, მტკიცე, ლოკალური და
კონსტანტური.

ანალოგიურ თვისებებს ავლენს აგრე-
თვე ამ ჯგუფში შემავალი ყველა ავადმყოფის ჰაპტურ სფეროში
ფიქსირებული განწყობა.

ც ხ რ ი ლ ი 6

კრიტიკული ცდის დ. ყვე- ბის დრო	გ. ნწყობის ილუზიები
14/V - 56	30
16/V	40
18 V	60
20/V	30
22 V	0

როგორც ვიცით, ამ ჯგუფში შემავალ ავადმყოფებს, ძირითად ჯგუფში შემავალ ავადმყოფთაგან განსხვავებით, სტატიკური განწყობის საწინააღმდეგოდ, ფიქსირებული განწყობის დინამიკურობა ახასიათებთ. ესაა მათი გამომყოფელი ძირითადი ნიშანი. ვნახთ. როგორ გამოხატულებას პოულობს ეს გარემოება კონკრეტულ მასალაზე.

ავადმყოფი გ-ჩი (ავადმყოფის ისტორია № 2700, კაშიენკოს სახელობის ფსიქიატრიული საავადმყოფო, ქ. მოსკოვი) 1903 წელს დაბადებული. რუსი, წარსულში მუშაობდა უშიშროების კომიტეტში ოპერატიულ მუშაკად. საავადმყოფოში შემოვიდა 1956 წლის 7 მაისს. თავსდება მეექვსედ.

ანამნეზური ცნობები. ბავშვობაში იზრდებოდა და ვითარდებოდა ნორმალურად, მემკვიდრეობა ჯანმრთელი. სწავლა თავის დროზე დაიწყო. დაამთავრა დაწყებითი სკოლა. 1918—22 წლებში აქტიურ მონაწილეობას ლებულობდა სამოქალაქო ომში, ორჯერ იქნა კონტუზირებული. 1928 წლიდან მსახურობს უშიშროების ნაწილებში. ამავე დროს გადაიტანა ყველანაირი ტიფი (პარტახტიანი. მუცლის და შებრუნებითი) რაიმე მძიმე გართულების გარეშე. მონაწილეობდა დიდ სამამულო ომში, მიიღო ძლიერი კონტუზიო-კომოციო, რამოდენიმე დღის განმავლობაში ცნობიერება დაკარგული ჰქონდა. 1946 წელს დაოჯახდა. ცოლს აღენიშნებოდა სპონტანური მუცლის მოშლა. შვილი არა ჰყავს. ვენერული სენი ავადმყოფის მიერ უარყოფილია.

1949 წლიდან ეწყება ავადმყოფობა, რაც გამოიხატებოდა აღვილად გაღიზიანებლობაში, მოუსვენრობაში და ძილის დაკარგვაში. აღენიშნებოდა ყურადღების მკვეთრი დაქვეითება. იყო გაფანტული. ველარაფერს იმახსოვრებდა. მუშაობა სრულიად აღარ შეეძლო. მალე დაკარგა კრიტიკა და გამოთქვამდა მეგალომანიურ აზრებს. მას უნდა დაუეკავშირდნენ მთავრობის ხელმძღვანელები, იგი მათ სახელმწიფოს მართვას ასწავლის და სხვა. ამის გამო ავადმყოფი 1949 წლის 23 აპრილს პირველად მოთავსდა კაშიენკოს სახელობის ფსიქიატრიულ საავადმყოფოში (ავადმყოფობის ისტორია № 210).

სავადმყოფოში დაჰყო 1949 წლის 23 აგვისტომდე. ამ ხნის გან-

მავლობაში ჩაუტარდა მკურნალობა მაღარიით, პენიცილინოთერაპიით. ანტილუესური მკურნალობა ბიოქინოლით. გაეწერა კარგ მდგომარეობაში. 1950 წლის 13 ოქტომბერს განმეორებით იქნა მოთავსებული საავადმყოფოში (ავადმყოფობის ისტორია № 5139). სახლში არ ჩერდებოდა. უნდოდა ქუჩაში უმიზნოდ სეჩიალი. განუახლდა მეგალომანიური გამოთქმანი. საავადმყოფოში ბევრს ლაპარაკობდა. მოუსვენრობდა. აღენიშნებოდა ეიფორიული მდგომარეობა. გახდა ამორალური. საავადმყოფოში დაჰყო 1950 წლის 31 დეკემბრამდე. განმეორებით ჩატარებულ იქნა ისეთივე მკურნალობა, რაც პირველად (მაღარიოთერაპია მეორედ). გაეწერა ცოლის დაქინებითი მოთხოვნის საფუძველზე შედარებით მშვიდ მდგომარეობაში. ამის შედეგ ავადმყოფი კვლავ სამჯერ იმყოფებოდა ფსიქიატრიულ საავადმყოფოში (ავადმყოფობის ისტორია № 785—1951 წელი, № 3540—1952 წელი და № 2864—1953 წელი). მკურნალობის შედეგად, მაღარიოთერაპია ერთხელ (მესამედ) ანტილუესური წამლობის საპიკურსი და პენიცილინოთერაპია, ავადმყოფი მნიშვნელოვნად გამოკეთდა. ხელი აიღო განდიდებითს აზრებზე. მოწესრიგდა. ემოციურად დამშვიდდა დაუბრუნდა კრიტიკა თავისი მდგომარეობის მიმართ. თითქმის გამოკეთებულ მდგომარეობაში გაეწერა 1953 წლის ნოემბერში, რასაც ლაბორატორიული მონაცემებიც ადასტურებდა. სამი თვის შემდეგ ავადმყოფმა მიიღო ფსიქიკური ტრავმა — გახდა მოწმე მძიმე ავტოკატასტროფისა, დაეღუპა მეუღლე. ამის შემდეგ ხელი მიჰყო სმას. 1956 წლის იანვრის თვიდან დაეწყო უძილობა, მოუსვენრობა, თავის ტკივილი. გახდა გულმავიწყი. აღენიშნებოდა იოლი ეიფორია, რის გამო ამჯერად შეექვედა იქნა მოთავსებული სტაციონარში.

სომატიური მდგომარეობა—საშუალოზე მაღალი ტანის, სწორი აგებულების, დამაკმაყოფილებელი კვების. ფილტვების მხრივ პათოლოგია შენიშნული არ ყოფილა. გულის საზღვრები ოდნავ გადრეხული. ტონები მოყრუებული. სისხლის წნევა 140/95. მუცელი რბილი. პალპაციით უმტკივნეულო. ღვიძლი ნეკნთა რეალს არ სცილდება. ელენთა არ ისინჯება. შარდ-სასქესო სისტემა ნორმის ფარგლებში.

ნევროლოგიური მდგომარეობა — გუგები არათანაბარი, მარჯვენა მეთია მარცხენაზე. რეაქცია სინათლეზე მოსპობილია. თავის

ტენის დანარჩენი ნერვების მხრივ ნორმიდან გადახრას ადგილი არა აქვს. რეფლექსები ცოცხალი. მარჯვენა მხარეს ოდნავ დაქვეითებული. რომბერგის ნიშანი უარყოფითი. პათოლოგიური რეფლექსები შენიშნული არ ყოფილა.

ლაბორატორიული მონაცემები — სისხლისა და შარდის საერთო ანალიზი ნორმის ფარგლებში, ვასერმანის რეაქცია სისხლში და თავზურგტენის სითხეში უარყოფითი. ფრიდმანის, ვაიპროდტის, ნონე-აპელტის, ზაკ-ვიტბესკისა და კანის რეაქციები უარყოფითი. ციტოზი არ არის. ცლა 0, 33%.

ფსიქიკური მდგომარეობა—ცნობიერება ნათელი. ავადმყოფი ორიენტირებულია ადგილში და გარემოში. ასახელებს წელს და თვეს, რიცხვი არ ახსოვს. იცის, რომ ფსიქიატრიულ საავადმყოფოშია, რადგან ავად არის—„ნერვები არ მივარგა“, გადმოგვცემს ანამნეზურ ცნობებს, რომლის დროსაც ბევრი რამ კარგად აღარ ახსოვს. უჩივის მეხსიერების დაქვეითებას. განსაკუთრებით ცდება ისტორიულ თარიღთა დასახელების დროს. აღარ ახსოვს, როდის დაოჯახდა. არითმეტიკული ოპერაციების წარმოება შეუძლია მხოლოდ 20-ის ფარგლებში, თუმცა არც ესაა მისთვის ადვილი. ჩქარა იღლება. უჩივის თავის ტკივილებს. არ მოსწონს საავადმყოფოს პირობები. ვერ იტანს ხმაურს. შთაგონებადია, სუსტსულოვანი, მაგრამ ეს ნიშნები უკვე განხილულ ავადმყოფებთან შედარებით უფრო იოლად აქვს გამოხატული. ქცევა შედარებით მოწესრიგებული. შეუძლია თვითმომსახურება. აქტიურად ებმება განყოფილების ცხოვრებაში, ეხმარება მომვლელ პერსონალს. შედარებით ხალისით მუშაობს შრომათერაპიის ინსტრუქტორის ზედამხედველობის ქვეშ. აცეთებს ზუყაოს კოლოფებს, უფრო რთული სამუშაოს შესრულება არ შეუძლია. ხანდახან ესეც არ გამოუდის კარგად, რის გამოც ღიზიანდება, ბრაზობს თავის თავზე. ცდილობს კარგად გააკეთოს. სამედიცინო პერსონალს განსაკუთრებული პატივისცემით ეპყრობა. განსაკუთრებით სურს ექიმს დაუახლოვდეს. შრავალ კომპლიმენტს ხარჯავს. სურს საერთო ნაცნობი გამოინახოს მასთან. საავადმყოფოს რეჟიმი ზეპირად იცის, ცდილობს არ დაარღვიოს. მაღა დამაკმაყოფილებელი. ძილი შედარებით კარგი.

დიაგნოზი—პროგრესული დამბლა, დემენციური ფორმა.

ფიქსირებული განწყობის კვლევის შედეგები:

ოქმი № 1, 8/V—56 წ.

2X კ—ა

2

(?) „მგონი ტოლებია“

=5

ოქმი გვიჩვენებს, რომ ორი საგანწყობო ექსპოზიციის შედეგად ავადმყოფს სუსტი განწყობა შეექმნა, — მხოლოდ ორი კონტრასტული ილუზია მოგვცა; ტოლი ბურთების მესამედ მოწოდებისას, უკვე შეექვდა ბურთების სიდიდეთა განსხვავებაში, ხოლო ამის შემდეგ ზედიზედ ხუთჯერ დაადასტურა კრიტიკულ ობიექტთა ტოლობა, განწყობა აღიკვეთა.

ცოტა ხნის შემდეგ ცდას ვიმეორებთ, მაგრამ, ახლა საგანწყობო ექსპოზიციათა რიცხვი ხუთამდე აგვეყვას.

ოქმი № 2

5X კ—ა

5

„განსხვავება ზცირება“

=

2

=5

საგანწყობო ექსპოზიციათა გაზრდით ფიქსირებული განწყობის ეფექტმა იმატა.—ორის მაგიერ შვიდი ილუზია მივიღეთ. ვასვენებთ და ვაძლევთ საგანწყობო ექსპოზიციათა ნორმალურ რაოდენობას:

ოქმი № 3

15X კ—ა

13

(?) „ცოტათი დიდი უნდა იყოს“

=5

ჩანს, ჩვენს ავადმყოფს პირველ ჯგუფში შემავალი ავადმყოფი-საგან განსხვავებით საკლებად აგზნებადი განწყობა აქვს, მაგრამ ისეთი, რომელიც ნორმალურ მდგომარეობასთან შედარებით მაინც ადვილად აგზნებადად ჩაითვლება. მაგრამ, უფრო საინტერესოა ის გარემოება, რომ ამ შემთხვევაში ფიქსირებული განწყობის ილუზიათა უსასრულო რიცხვთან კი არა გვაქვს საქმე, როგორც ეს პირველ ჯგუფში გვქონდა (სტატიკურობა), არამედ ფიქსირებული განწყობის ჩაქრობა მალე, კრიტიკულ ობიექტთა 13-ჯერ ილუზორული აღქმის შემდეგ ხდება. ესაა სწორედ ის, რაც ამ ავადმყოფის განწყობის დინამიკურობაზე მიუთითებს.

ახლა განვიხილოთ ფიქსირებული განწყობის სხვა მხარეები: მოყვანილი ოქმებიდან ირკვევა, რომ ამ ავადმყოფის ფიქსირე-

ბული განწყობაც ტლანქია. კონტრასტულ-ასიმილაციურ ფაზათა მონაცვლეობასთან არც აქ გვაქვს საქმე. აქ, ისევე, როგორც პირველი ჯგუფის შემთხვევებში, ფიქსირებული განწყობის ჩაქრობის მიმდინარეობა მხოლოდ კონტრასტული ილუზიების გამოვლენით ხდება, რაც უშუალოდ ტოლობის დადასტურებაში გადადის.

ამ ავადმყოფის განწყობა, წინააღმდეგ სტატიკურ ჯგუფში შემავალთა განწყობისაგან, ნაკლები სიმტკიცით გამოირჩევა. მართალია ამ შემთხვევაშიც მხოლოდ თანმიმდევარ კონტრასტულ ილუზიებთან გვაქვს საქმე, მაგრამ მათი რაოდენობა მცირეა.

როგორც მესამე ოქმიდან ირკვევა, ავადმყოფის ფიქსირებული განწყობა ერთი ცდის პირობებში აღიკვეთა. ეს გარემოება მისი განწყობის ლაბილურობაზე მიუთითებს. ამ მხრივ ჩვენ მაინც მივემართეთ შემამოწმებელ ცდას და ექსპერიმენტის დამთავრების ნახევარი საათის შემდეგ ავადმყოფს ისევ მივეცით ტოლი ბურთები შესაღარებლად. როგორც მოსალოდნელი იყო, ავადმყოფს ტოლი ობიექტები ილუზორულად არ აღუქვამს, მან ობიექტთა ტოლობა დაადასტურა. განწყობის ამ თვისების სპეციალურად შემოწმებისათვის ამ დღეს მას კიდევ მივაწოდეთ მოცულობის მიხედვით განსხვავებული (საგანწყობო) ობიექტები 15-ჯერ, ხოლო კრიტიკული ცდა მეორე დღეს დავაყენეთ ტოლი ობიექტების პირდაპირ, საგანწყობოს გარეშე მიწოდებით. წინა დღით შემუშავებულმა ფიქსირებულმა განწყობამ არც ამ შემთხვევაში იჩინა თავი, რაც საბოლოოდ ამტკიცებს ავადმყოფის განწყობის ლაბილურობას. როგორც ვხედავთ, წინააღმდეგ პირველ ჯგუფში შემავალი ავადმყოფებისა ამ ავადმყოფის ფიქსირებულ განწყობას სტაბილურობა არ ახასიათებს. მისი ექსპერიმენტულ სიტუაციაში ფიქსირებული განწყობა ერთი ცდის პირობებში სავსებით ისპობა. აქ ის ლაბილურია.

რადგან განწყობა ერთი ცდის პირობებში ქრება, ამიტომ ცდის დამთავრების შემდეგ თვალის ახსნას და ამით ირადიაციის ეფექტზე დაკვირვებას აზრი არა აქვს. საამისოდ მხოლოდ ცდის სპეციალურად დაყენებაა საჭირო.

ასეთი ექსპერიმენტის (განწყობის შექმნა ჰაპტურ სფეროში და კრიტიკულ ობიექტთა ოპტიკურად ჩვენება) ჩვენს მიერ მრავალჯერ იქნა დაყენებული, მაგრამ ჩვენი ცდა უნაყოფო აღმოჩნდა, განწყო-

ბის ირადიაციის ფაქტი დადასტურებული ვერ იქნა, იგი აქაც ლოკალური გამოდგა.

ავადმყოფის ფიქსირებული განწყობის კონსტანტურობის საკვლევად ჩვენ, შემდეგ დღეებში, მას რამოდენიმეჯერ გავუფიქსირეთ განწყობა და ვაკვირდებოდით მისი ჩაქრობის მიმდინარეობას. მაგალითად:

10/V—56 2X კ—ა

3

(?)

=5

„ცოტა დი.ია“

10/V—56 წ. 5X კ—ა

7

=

3

=5

„განსხვავება ძალიან მცირეა“

ანდა, 15X კ—ა

8

=

7

(?)

=5

„ნუთუ ვერ გაიგეთ! ცოტა დიდია“

12/V—56 აგზნებადობა ისეთივე

15X კ—ა

12

=

2

=5

„მცირე განსხვავებაა“

16/V—56 წ. აგზნებადობა ისეთივე

15X კ—ა

8

=2

4

(?)

=5

„მცირე განსხვავებაა“

როგორც ვხედავთ, ავადმყოფის განწყობა ყოველთვის ერთნაირად იქნება და მისი ჩაქრობის მიმდინარეობაც ისეთივეა, როგორც გამოკვლევის პირველ დღეს, 8/V-ს იყო. ეს მიუთითებს იმაზე, რომ განწყობა აქაც, ისევე როგორც პირველ ჯგუფთან კონსტანტურია.

მოყვანილი ავადმყოფის განწყობა, რომელიც ამ ჯგუფში შემავალი ყველა ავადმყოფის ფიქსირებული განწყობის ტიპურ სურათს იძლევა, საკმაოდ განსხვავდება ყველა იმ ავადმყოფის ფიქსირებული განწყობის სურათისაგან, რომლებიც პირველ ჯგუფში თავსდებიან.

ამ ორი ჯგუფის მთავარ განმასხვავებელ ნიშანს განწყობის სტატიკურობა თუ დინამიკურობა წარმოადგენს, მაგრამ ამ ძირითად ნიშანთა გარდა, როგორც მოყვანილ შემთხვევათა მაგალითიდან დავინახეთ, ამ ორ ჯგუფს ფიქსირებული განწყობის სხვა თვისებებიც აქვს განსხვავებული, კერძოდ:

წინააღმდეგ პირველ ჯგუფში შემავალ ავადმყოფთა ადვილად აგზნებადი განწყობისა, დინამიკურ ჯგუფში შემავალ ავადმყოფთა განწყობა ნაკლებად აგზნებადია, მაშინ, როდესაც იქ ფიქსირებული განწყობა სტაბილურია, აქ იგი ლაბილურობით ხასიათდება, ხოლო, თუ სტატიკურ ჯგუფში საკმაოდ მტკიცე განწყობასთან გვექონდა საქმე, ამ შემთხვევაში განწყობა ნაკლები სიმტკიცით გამოირჩევა.

რაც შეეხება ამ ჯგუფების მსგავსებას, ირკვევა, რომ გარდა იმისა, რომ ფიქსირებული განწყობის აგზნებადობა ნორმალურ მდგომარეობასთან შედარებით დინამიკურ ჯგუფშიაც გაადვილებულია. ამ ორი ჯგუფის საერთო ნიშნებს ფიქსირებული განწყობის სიტლანქე, ლოკალურობა და კონსტანტურობა წარმოადგენს.

ახლა ვნახოთ რა მდგომარეობაა მესამე ჯგუფში.

ეს ავადმყოფები, როგორც ვიცით, სტატიკურ და დინამიკურ ჯგუფში მოთავსებული ავადმყოფებისაგან ფიქსირებული განწყობის ვარიაციული ხასიათით განსხვავდებიან.

ვ ა რ ი ა ბ ი ლ უ რ ი ჯ გ უ ფ ი

ავადმყოფი ნ-კი. (ავადმყოფობის ისტორია № 5511, კაშიენკოს სახელობის საავადმყოფო, მოსკოვი). 1923 წელს დაბადებული. რუსი. ინვალიდი. საავადმყოფოში შემოვიდა 1955 წლის 11 ოქტომბერს. თავსდება მეოთხედ.

ანამნეზური ცნობები. იზრდებოდა ჯანმრთელო. ვითარდებოდა კარგად. სწავლა დროზე დაიწყო. იყო მუყაითი და ბეჯითი. სწავლობდა კარგად. ისწავლა ექვს კლასამდე, რის შემდეგაც ოჯახური მდგომარეობის გამო სწავლას თავი მიაწება და კოლმეურნეობაში დაიწყო მუშაობა. ამ ხანიდან აღენიშნებოდა ეპილექსიური ხასიათის გულყრები, რამაც რამოდენიმე წელში გაუარა. მონაწილეობას ღებულობდა დიდ საქმეულ ომში. ორჯერ იყო კონტუზირებული. მესამედ მძიმედ დაიჭრა, დაკარგა მარჯვენა ფეხი და მარცხენა ხელის ორი თითი.

ომიდან დაბრუნებისას დაოჯახდა. შვილი არა ჰყავს. მუშაობდა კოლმეურნეობაში საწყობის გამგედ. ხელი მიჰყო ლოთობას. ლუესით დაავადდა 1942 წელს. მკურნალობდა უსისტემოდ. 1952 წლიდან ცხოვრობს მოსკოვში. მუშაობდა ინვალიდთა არტელში.

1952 წლის შემოდგომაზე ერთ-ერთი ძლიერი დათრობის შემდეგ მოიცა რამოდენიმე ეპილექსიური ხასიათის გულყრა, შემდგომი დელრიუმის მაგვარი ცნობიერების შეცვლის მდგომარეობა. რამოდენიმე დღეს დაჰყო მოსკოვის პირველი საჰედიცინო ინსტიტუტის ფსიქიატრიის კლინიკაში. კლინიკიდან გამოწერისას მუშაობა ველარ შესძლო. აღენიშნებოდა მეხსიერების მკვეთრი დაქვეითება. ველარ აგნებდა თავის სახლს. ვერ ცნობდა საკუთარ ნივთებს, ითვინებდა სხვისას, რის გამოც „ქურდობისათვის“ დაპატიმრებულ იქნა. მაგრამ, მილიციის განყოფილებიდან პირდაპირ კაშჩენკოს სახელობის საავადმყოფოში იქნა მოთავსებული (ავადმყოფობის ისტორია, № 1048).

კლინიკაში დასმულ იქნა პროგრესული დამბლის დიაგნოზი. მკურნალობა ჩაუტარდა მალარიით, პენიცილინით. შესამჩნევი ეფექტი მიღებული ვერ იქნა, მაგრამ შედარებით დამშვიდებულ მდგომარეობაში გაწერილ იქნა ახლობლების ზედამხედველობის ქვეშ. 1953 წლის განმავლობაში ამავე საავადმყოფოში ორჯერ იმყოფებოდა (ავადმყოფის ისტორია № 3053 და № 1512). განმეორებით იქნა ჩატარებული მალარიით მკურნალობა. უკეთებდნენ პენიცილინს. გაიარა სპეციფიკური, ანტილუესური მკურნალობის რამოდენიმე კურსი. თითქოს რაღაცა უმნიშვნელო გაუმჯობესების ნიშნები დაეტყო, რის გამოც გაწერილ იქნა საავადმყოფოდან, წავიდა სოფელში. წელიწადნახევრის შემდეგ, ამჯერად მეოთხედ, ისევ დაუბრუნდა ფსიქიატრიულ საავადმყოფოს.

სომატიური მდგომარეობა. საშუალო ტანის. სწორი აგებულების. არასაკმარისი კვების, ამპუტირებული მარჯვენა ფეხით. მარცხენა ხელზე ორი თითი აკლია. კანი და ხილული ლორწოვანი გარსები ანემიური. ფილტვები ენფიზემური, გული ჰიპერტროფირებული. ტონები ძლიერ მოყრუებული. პერიფერიული სისხლის ძარღვები სკლეროზული. სისხლის წნევა 17% (100), შინაგანი ორგანოების მხრივ აშკარა პათოლოგია არ შეიმჩნევა.

ნევროლოგიური მდგომარეობა—აღინიშნება ანიზოკორია: მარ-

ჯენა მეტია მარცხენაზე, გუგები დეფორმიული. სტრაბიზმი. სინათ-
ლეზე გუგათა რეაქცია მოსპობილი. აკომოდაციაზე ღუნე. სახის
ნერვის ქვედა ტოტის სისუსტე, მყეს-ძვალთა რეფლექსები ძლიერ
ღუნე, თითქმის არც იწვევა. პათოლოგიური რეფლექსები არ იწ-
ვევა. ენისგასატეხს ვერ ამბობს.

ლაბორატორიული მონაცემები. სისხლისა და შარდის ანალიზი
ნორმის ფარგლებში. ვსაერმანის რეაქცია სისხლში უარყოფითი
თავზურგტვინის სითხეში დადებითი (+), დანარჩენი რეაქციები
როგორც სისხლში, ისე თავზურგტვინის სითხეში უარყოფითი. ლან-
გეს რეაქცია 011110000.

ფსიქიკური მდგომარეობა—კითხვებზე შედარებით სწორ პასუ-
ხებს იძლევა. საუბრათვის მისაწვდომი და კონტაქტურია. იცის,
რომ საავადმყოფოშია, მაგრამ სულთ ავადმყოფად თავს არ თვლის.
დროში მიახლოებითაა ორიენტირებული. ასახელებს წელს. რა თვეა,
არ იცის, მაგრამ ხედება, რომ ზაფხულია. ახსოვს, რომ ადრე ვენე-
რიული სენით იყო ავად. პალუცინაციები და ბოდვები არა აქვს.
მეხსიერება დაქვეითებული; ვერ იხსენებს ისტორიულ თარიღებს,
თავისი ცხოვრების ისტორიიდან მხოლოდ ორიოდ ფაქტის დასახე-
ლება შეუძლია. არითმეტიკულ ოპერაციებს ვერ აწარმოებს. აღვი-
ლად იღლება. უჩივის გულისა და სახსრების ტკივილს. შთაგონება-
დია. ემოციურად ლაბილური, მოქმედებანი იმპულსური. ქცევა
უაზრო და მოუწესრიგებელი. კონფლიქტურია ავადმყოფებისა და
და მომვლელი პერსონალის მიმართ. ხშირად ექიმთან ჩივის, მაგრამ
რისთვის, გარკვევით არ იცის, მიზეზი ჩქარა ავიწყდება.

ხანდახან შედარებით მოწესრიგებულია. გუნება ეცვლება: შე-
დარებით კარგ ხასიათზეა. ცდილობს მომვლელ პერსონალს დაეხმარ-
ოს. სურს ექიმის ნდობა მოიპოვოს. სიტუაციით ინტერესდება.
იძლევა სხვადასხვა შეკითხვას ამინდისა და მოსავლის ირგვლივ. გა-
მოთქვამს სურვილს ოჯახში დაბრუნებისას. ცდილობს იმუშაოს
შრომათერაპიის ინსტრუქტორის ზედამხედველობის ქვეშ. მაგრამ.
ირკვევა, რომ უბრალო დავალების შესრულებაც კი უჭირს, რასაც
აფექტურად განიცდის: ღიზიანდება, ჯავრობს, თავის წარუმატებ-
ლობას სხვას აბრალებს.

ავადმყოფის საერთო კლინიკურ სურათში ასეთი ცვლილება

თუმცა ზშირია, მაგრამ მეტისმეტად ხანმოკლე, რის გამოც მალე ავადმყოფი თავის პირვანდელ მდგომარეობას უბრუნდება. საერთოდ ყველაფრით კმაყოფილია. ძილი და მაღა კარგი აქვს.

ფიქსირებული განწყობის კვლევის ოქმები:

24 VI 56 წელი 2X კ—ა

— 30
= 5

„მარჯვენა ძალიან დიდია“

„რა საჭიროა ამდენი!“

როგორც ვხედავთ, განწყობის შესაქმნელად ამ შემთხვევაში საკმარისი აღმოჩნდა ორი საგანწყობო ექსპოზიცია. განწყობა ადვილად აგზნებადი. კონტრასტული ილუზიები, რომლის სახითაც იჩენს თავის ფიქსირებული განწყობის ეფექტს, არ იცვლება, არც ასიმილაციური ილუზიით და არც ტოლობის დადასტურებით. ფიქსირებულ განწყობის მოქმედება კონტრასტული ილუზიების ფაზაზე ჩერდება—განწყობა ტლაქნი ხასიათისაა. ფიქსირებული განწყობა ადგილს არ უთმობს სიტუაციის შესაფერ განწყობას, რომლის ნიადაგზეც ავადმყოფმა ტოლი ბურთები ტოლად უნდა შეაფასოს. ავადმყოფი მიწოდებულ კრიტიკულ ობიექტებს მუდამ ილუზორულად აღიქვამს, რაც ამ ავადმყოფის განწყობის სტატიკურობაზე მიგვითითებს. განწყობის ჩაქრობის პირველი ფაზა 30 თანმიმდევარი კონტრასტული ილუზიისაგან შედგება—ფიქსირებული განწყობა მტკიცე ყოფილა განწყობის სტატიკურობისა და ჰიმეტრიის მიუხედავად. პატურ სფეროში ფიქსირებული განწყობა არ ვრცელდება ოპტიკურ სფეროზე; როდესაც ავადმყოფს თვალებს ვუხსნით და კრიტიკულ ობიექტებს თვალით ვაჩვენებთ, ავადმყოფი მათ ტოლად აღიქვამს, რავე. როგორც ოპტიკურად მიწოდებული ტოლი წრეების ტოლობას ადასტურებს, — განწყობა ლოკალურია.

ავადმყოფის ფიქსირებული განწყობის დროში გამძლეობის დამახასიათებლად მოვიყვანთ ცხრილს:

ცხრილი 9	
კრიტიკული ცდას დაყენების დრო	განწყობის ილუზიები
24/VI	30
25/VI	50
26/VI	60
27/VI	20
28/VI	0

განწყობა ჩვენ ამ ავადმყოფს 24/VI-ს შევეუქმენით, საგანწყობო ბურთების ორჯერ მიწოდებით. შემდეგ, ყოველდღე ჩვეი მხოლოდ კრიტიკულ ცდებს ვაყენებდით. ცხრილი გვიჩვენებს ამ კვლევის შედეგებს. როგორც ცხრილიდან ირკვევა, 24/VI-ს ფიქსირებული განწყობა მეოთხე დღე-

საც, 28/VI-ს, განაგრძობდა თავის ' მოქმედებას — ფიქსირებული განწყობა ჭერ კიდევ ძალაში იყო, რაც განწყობის სტაბილურ ხასიათზე მიგვიჩივებს.

ერთი სიტყვით, ამ ავადმყოფის პაპტურ სფეროში ფიქსირებული განწყობა ადვილად აგზნებადი, სტატიკური, ტლანქი, სტაბილური, მტკიცე და ლოკალური ხასიათისაა.

თუ გავიხსენებთ, ეს თვისებები სტატიკურ ჯგუფში შემავალ ავადმყოფთათვის იყო დამახასიათებელი. ვნახოთ სრულია თუ არა ეს მსგავსება — ვიკვლიოთ განწყობის კონსტანტობა:

1/VII - 56 2X კ—ა

3

=

1

=5

„ცოტათი დიდია“

ერთი საათის შემდეგ:

5X კ—ა

4

=

1

(?)

=5

„განსხვავება მცირეა“

კიდევ ერთი საათის შემდეგ:

15X კ—ა

11

=

5

=

(?)

=5

„ძალიან ცოტა სხვაობაა“

შედგეი ძალიან საინტერესო!

ავადმყოფის განწყობა აქვერად ნაკლებად აგზნებადია: ორი საგანწყობო ექსპოზიციით სუსტი განწყობა შეექმნა, სამით—უფრო ძლიერი, მაგრამ მაინც შედარებით სუსტი. 15 საგანწყობო ექსპერიმენტის დაყენების შემდეგ განწყობა მაინც არ არის ისეთი ძლიერი, რომ მან შეძლოს 30-მდე ილუზია ზოიციეს, განწყობის მოქმედება მხოლოდ 16 ილუზიით ამოიწურება, განწყობა დინამიკურია. შემდეგ ფიქსირებული განწყობა ტლანქია, რადგან იგი ერთი ფაზიდან უშუალოდ ტოლობაზე გადადის; ნაკლებად მტკიცეა, რადგან ილუზიათა უსასრულო რიცხვთან არა გვაქვს საქმე. ამ განწყობის სტაბილურობისა და ირადიაციის სპეციალური კვლევის შედეგად გამოირკვა, რომ იგი ლაბილურ და ლოკალურ ხასიათს ატარებს.

ზემოთ ჩამოთვლილი თვისებები, როგორც გვახსოვს, დინამიკური განწყობის ჯგუფში შემავალ ავადმყოფთათვისაა დამახასიათებელი.

ვნახოთ რა ხდება შემდეგ დღეებში:

3/VII 56 წ. 2X კ—ა

16

=

18

=5

„განსხვავება საკმარისია“

მივიღეთ ზუსტად ისეთივე შედეგი, როგორც 1/VII-ს, მხოლოდ აგზნებადობაა შედარებით უფრო აღვილი.

4/VII-56 2X კ—ა

12

=

2

=

1

=5

კარგად ადარებს
პრაქტიკის ამბობს

შედეგი უცვლელია, ავადმყოფი სავსებით ისეთივეა, როგორც ბიკ მეორე ჯგუფში გვყავს.

ამ ავადმყოფის ფიქსირებული განწყობის კონტანტურობის კვლევისათვის თავი, რასაკვირველია, არ მიგვიწოდებია და აი შედეგი.

5/VII-56 2X კ—ა

30

—

=5

„ძალიან დიდია, გვეოფა!“

განწყობა სრულიად არ ჰგავს წინააღმდეგობას და სავსებით ისეთივეა, როგორც 24/VI-ს იყო. იგი ისევ სტატიკური გახდა, ანუ ისევ პირველი ჯგუფისათვის დამახასიათებელი სახე მიიღო.

ეს განწყობაც წინანდელივით სტაბილური აღმოჩნდა, რის შემდეგაც ავადმყოფის კვლევა აღარ გავგიგრძელებია. ასე იმიტომ მოვიქცით, რომ ასეთივე შემთხვევები სხვებზეც ვნახეთ. ყველა მათგანი (4 შემთხვევა) განწყობის ამ მესამე ჯგუფში მოვათავეთ.

ამ ჯგუფში შემავალი ავადმყოფები ფიქსირებული განწყობის დამახასიათებელი შვიდი ნიშნიდან ექვსი ნიშნით (ავზნებადობა, სტატიკურობა-დინამიკურობა, სიტლანქე, სტაბილურობა-ლახილურობა, სიმტკიცე-სისუსტე და ლოკალურობა) ორივე განხილულ ჯგუფში შემავალ ავადმყოფებს ჰგავნან და ორივესაგან მხოლოდ უკანასკნელი ნიშნის კონტანტურობის მიხედვით განსხვავდებიან, მათი განწყობა ვარიაციული ხასიათის ატარებს, წინააღმდეგ

ორივე ჯგუფისათვის დამახასიათებელი კონსტანტური განწყობისა.

მაგრამ, საინტერესოა ის გარემოება, რომ ეს განმასხვავებელი ნიშანია ის, რაც მას ორივე ჯგუფს ამსგავსებს, რადგანაც ამ ავადმყოფთა ფიქსირებული განწყობის ვარიაციულობა იმაში მდგომარეობს, რომ ის ან სტატიკურია, სტაბილური და მტკიცე (საერთო ჰირველ ჯგუფთან), ანდა დინამიკური, ლაბილური და ნაკლებად მტკიცე (საერთო ზეორე ჯგუფთან).

ასე რომ, ამ ჯგუფში შემავალი ოთხი ავადმყოფის ფიქსირებული განწყობა შემდეგი თვისებებით ხასიათდება:

იგი ადვილად აგზნებადია, სტატიკური, მაგრამ, ზოგჯერ დინამიკურიც, ტლანქი, სტაბილური, მაგრამ, ზოგჯერ ლაბილურიც, მტკიცე, მაგრამ ზოგჯერ ნაკლებად მტკიცე, ლოკალური და ვარიაციულობით.

უნდა აღვნიშნოთ, რომ ამ ჯგუფში შემავალი ერთი ავადმყოფის განწყობა (ავადმყოფობის ისტორია № 1805) ვარიაციულობის მიხედვით დანარჩენი სამი ავადმყოფის ვარიაციულობის საზღვარს სცილდება. — ამ თვისებას იგი კიდევ უფრო მეტად იჩენს, მართალია, იგი ხან სტატიკური ჯგუფისათვის დამახასიათებელი განწყობის სურათს იძლევა, ხან დინამიკურისას, მაგრამ არის შემთხვევები, როდესაც ამ ავადმყოფს განწყობა საერთოდ არ უფიქსირდება. ამდენად, იგი იმ ავადმყოფებსაც ჰგავს, რომლებთანაც ჩვენ განწყობის ფიქსაციას საერთოდ ვერ მივალწიეთ და რომლებიც ამის გამო ე. წ. ნედლეულ ჯგუფში მოვათავსეთ.

ისიც უნდა აღვნიშნოთ, რომ არის ერთეული შემთხვევები, როდესაც განწყობის ფიქსაციას ეპიზოდურად ვერც სტატიკურ და დინამიკურ ჯგუფში შემავალ ავადმყოფებთან ვახერხებთ. ამ აზრით ისინიც შეიძლება ჩაგვეთვალოდეს ისეთებად, რომლებიც აღნიშნული ავადმყოფის მსგავსად საერთოს ნულეულ ჯგუფთან ნახულობენ.

განწყობის სამივე ჯგუფის დამახასიათებელ თვისებათა განხილვის შემდეგ საშუალება გვეძლევა ჩვენ ავადმყოფთა პაპტურ სფეროში ფიქსირებული განწყობის ისეთ თვისებებზე მივუთითოთ, რომლებიც ამ ჯგუფებს საერთო აქვთ, ესენია: ადვილი აგზნებადობა. სიტლანქე და ლოკალურობა.

თუ მე-2 ცხრილს ჩავეუყვირებთ, დავინახავთ, რომ ესენი ისეთი

თვისებებია, რომელნიც მთელი მასალიდან უდიდესი პროცენტული მაჩვენებლებით გამოირჩევიან.

ასეთია პროგრესული დამბლით დაავადებულ ადამიანთა პაპტური განწყობა, რომელსაც, როგორც აღენიშნეთ, აქტუალურ სიტუაციაში ფიქსირებული განწყობის ზოგადი სურათის დახასიათებაა ძალა აქვს.

პაპტური განწყობის სხვა მონაცემები

ა) ჩვენ მიერ განხილულ ავადმყოფებს შორის. განწყობის ირადიაციის ფაქტი ნახული არ ყოფილა. აქ, პაპტურ სფეროში შემუშავებული განწყობა ობიექტურ სფეროზე არ ვრცელდება, როგორც № 2-ე ცხრილიდან ჩანს, ასეთივე ლოკალური განწყობა აქვს ჩვენ მიერ გამოკვლეულ ყველა ავადმყოფს, გარდა ორისა (ავადმყოფობის ისტორია № 3149, № 173), რომელთაგანაც განწყობის ირადიაციის გამომხატული ეფექტა მხოლოდ პირველ ავადმყოფს უდასტურდება (ავადმყოფობის ისტორია № 3149). რაც შეეხება მეორე ავადმყოფს (ავადმყოფობის ისტორია № 172), მართალია მის განწყობას ირადიაციის უნარი აქვს, მაგრამ მხოლოდ პაპტური სფეროდან ობიექტურში და ისიც ძლიერ სუსტი (1—2 ილუზია).

ამის შემდეგ, საჭირო გახდა ჩვენს ავადმყოფთა განწყობის ლოკალურობის საზღვრების დადგენა, კერძოდ გამორკვევა იმისა, თუ რამდენად აქვს პროგრესული დამბლით დაავადებულთა განწყობას ირადიაციის უნარი ერთი გრძნობათა ორგანოს, ერთი მოდალობის ფარგლებში. ამის გასარკვევად ცდას შემდეგნაირად ვაყენებდით: ავადმყოფს დიდ-პატარა ბურთებს ერთ ხელში სუქცესიურად (ერთიმეორის მიყოლებით) ვაწოდებდით, რომლებსაც იგი სიდიდის მიხედვით ადარებდა და გვეუბნებოდა რომელი მათგანი იყო დიდი, — პირველი თუ მეორე. კრიტიკულ ცდაში, ასევე სუქცესიურად ავადმყოფი იმავე ხელით მოცულობის მიხედვით ტოლ ბურთებს ადარებდა ერთმანეთს, რომელთაგანაც პირველს უფრო დიდად აფასებდა, ვიდრე მეორეს, რაც იმაზე მიუთითებს, რომ ამ ხელში. საგანწყობო ობიექტების სუქცესიურად მიწოდების გზით, ავადმყოფს შესაფერისი განწყობა გამოუმუშავდა. ამის შემდეგ ამგვარი ცდის კი-

5. თ. აბრამიშვილი

ღევ ერთხელ განმეორების (ერთ ხელში ტოლ ბურთთა უტოლოდ აღქმის განწყობის შემუშავების) შემდეგ იმისათვის, რათა დაგვედგინა ვრცელდება თუ არა ეს განწყობა მკრძნობელობის ერთი სფეროს მეორე მხარეს, კორესპონდულ ორგანოში, კრიტიკული ცდა (ტოლი ბურთების სუქცესიური მიწოდება) მეორე ხელში იქნა დაყენებული. შედეგად განწყობა აქაც ლოკალური გამოდგა. მას ერთი მოდალობის ფარგლებშიაც კი არ აღმოაჩნდა ირადიაციის თვსება, გარდა იმ ზემოხსენებული ორი ავადმყოფისა, რომელთაც ირადირებული განწყობა აქვთ.

ანალოგიური ექსპერიმენტი ოპტიკურ სფეროშიაც იქნა დაყენებული იმ ავადმყოფებზე, რომლებთანაც ოპტიკურად განწყობის შემუშავება შეეძელით. მართალია მათ ცალი თვალის მონაწილეობით განწყობა უფიქსირდებოდათ, მაგრამ მეორე თვალში განწყობას ეფექტი არ ჩანდა. აქაც გამოჩაყლის ირადიაციის უნარის მქონე ორი ავადმყოფი შეადგენს.

ბ) — ჩვენ მასალაში „ძველი“ და „ახალი“ ავადმყოფები გავარჩიეთ. საინტერესოა ვნახოთ, რა დამოკიდებულება არსებობს დაავადების ხანგრძლიობის ჩვენს მიერ შემოღებული განწყობას და ექსპერიმენტულად გამოვლენილი ფიქსირებული განწყობის ჩვენს მიერ მიღებულ ჯგუფებს შორის.

როგორც აღვნიშნეთ, ახალი ავადმყოფების რიცხვი 10-ს უდრის. გამოირკვა, რომ ისინი განწყობის ჯგუფებში შემდეგნაირად ნაწილდებიან:

ცხრილი 11

№ განწყობის ჯგუფები	ავადმყოფთა რაოდენობა	
	რიცხოობრივი	პროცენტული
I სტატიკური	6	60%
II დინამიკური	2	20%
III ვარიატული	1	10%

ეს ცხრილი რომ მე-4 ცხრილს შევადაროთ, სადაც მთელი მასალაა თავმოყრილი, საოცარ მსგავსებას დავინახავთ. ამას თუ დაუმატებთ იმ გარემოებას, რომ მეათე ავადმყოფს განწყობა საერთოდ არ ექმნება და აპიტომ ის ამ ცხრილში შეტანილი არ იქნა, მაშინ, რა-

ლაც სასწაულებრივი დამთხვევა გამოდის; თუ მთლიან მასალაში ნულეული ჯგუფი 10%-ს შეადგენს (4 ავადმყოფი), ეს ერთი ავადმყოფიც ათთან შეფარდებისას მასალის 10%-ს წარმოადგენს.

ფიქსირებული განწყობის კვლევის მეთოდი რომ სიზუსტის უმაღლესი ხარისხით გამოირჩეოდა. ეს ჩვენ აღრეც ვიცოდით და ჩვენი კვლევის შემდეგ განსაკუთრებით ღრმად გვწამს, მაგრამ მიუხედავად ამისა, აქ გამოვლენილი მათემატიკური დამთხვევა რომ შემთხვევითობის გამოვლენად უნდა ჩავთვალოთ, ესეც უდავოა: ყოველ შემთხვევაში, ჩვენ რომ კიდევ ერთი ახალი ავადმყოფი გამოგვევლია, ასეთი ზუსტი შესატყვისობა აუცილებლად დაირღვეოდა, თუმცა კანონზომიერება ალბათ მაშინაც საკმაოდ თვალსაჩინო იქნებოდა.

აღნიშნული 10 ახალი ავადმყოფიდან 5 შემთხვევაში მკურნალობის კურსი სულ ახალი დამთავრებული იყო. ამათგან: 3 შემთხვევაში გამოყენებული იყო მალარიოთერაპია, 2-ში კი სულფოზინით მკურნალობა. მალარიოთერაპიის სამი შემთხვევიდან ორ ავადმყოფს (ავად. ისტ. № 2243, 1640) დინამიკური განწყობა ჰქონდა, ხოლო ერთს (ავად. ისტ. № 2189) ვარიაბილური. სულფოზინით მკურნალობის ორივე შემთხვევაში კი (ავად. ისტ. № 173, 233) ავადმყოფთა განწყობა სტატიკურ ხასიათს ატარებდა.

დანარჩენი 5 ავადმყოფიდან, რომელთაც მკურნალობა ჯერ კიდევ დაწყებული არ ჰქონდათ, ოთხი (ავად. ისტ. № 4268, 1979, 1939, 127) სტატიკურ განწყობას ავლენდა, ერთს კი (ავად. ისტ. № 1989) ვანწყობა საერთოდ არ ექმნებოდა.

თუ რა დამართა ამ ავადმყოფთა განწყობას მკურნალობის შემდეგ, ამაზე ქვემოთ დაწვრილებით შეეჩერდებით, აქ კი გვსურს მკითხველის ყურადღება ფიქსირებული განწყობის კვლევის პროცესში ჩვენ მიერ ნახულ საინტერესო ფაქტზე გავამახვილოთ:

გ) — როგორც ზემოთ აღვნიშნეთ, იმ ხუთი „ახალი“ ავადმყოფიდან, რომელთაც მკურნალობა ჯერ კიდევ დაწყებული არ ჰქონდათ, ოთხი სტატიკურ განწყობას ავლენდა. ამ ოთხს შორის, ორ შემთხვევაში (ავად. ისტ. № 4268 და 1979) განწყობის ფიქსაციის უცდის დროს (როდესაც განწყობის შესაქმნელად ხელში შესაღარებლად დიდ-პატარა ბურთებს ვაწოდებდით) ეპიზოდურად შენიშნული იყო შემდეგი გარემოება:

ბურთების შედარებისას მარცხენა ხელში მიცემული დიდი ბურთი თანდათან დაპატარავებას განიცდიდა. პირველ ავადმყოფთან (ისტორია № 4268) მე-5 ექსპოზიციისას დიდი ბურთი უკვე პატარის ტოლი ხდებოდა. ეს ავადმყოფი მომდევნო საგანწყობო ექსპოზიციებში, სიდიდის მიხედვით განსხვავებულ ობიექტებს მუდამ ტოლად აღიქვამდა. როდესაც ასეთ მდგომარეობაში მას შესაძარებლად ტოლი ბურთები მივაწოდეთ, ავადმყოფმა ისინი ადეკვატურად აღიქვა, — ტოლობა დაადასტურა. ცდის დაახლოებით 20-25-30-ჯერ განმეორების შემდეგ, ავადმყოფი სრულიად მოულოდნელად საგანწყობო ობიექტთა სიდიდის მიხედვით განსხვავებას აღნიშნავდა, — ადეკვატურად აღიქვამდა მიწოდებულ ობიექტთა რეალურ სიდიდეს. მაგრამ ასეთი მდგომარეობა არ იყო ხანგრძლივი; მე-5, მე-6 ან მე-7 ექსპოზიციიდან ზემოთაღნიშნული ფაქტი ხელახლა იჩენდა თავს: დიდი ბურთი თანდათან პატარავდებოდა, მალე უტოლდებოდა პატარას და რამოდენიმე ხანს ობიექტთა ტოლობაში ავადმყოფს ექვი არ ეპარებოდა.

ანალოგიურ მდგომარეობასთან გვექონდა საქმე, როდესაც ბურთებს შორის განსხვავებას მიმართულებას შევუცვლიდით, ე. ი. ავადმყოფს დიდ ბურთს მარჯვენა ხელში ეაძლევდით.

დიდი ბურთის დაპატარავებამ მეორე ავადმყოფთან (ავდ. ისტ. № 1979) უფრო მკვეთრად იჩინა თავი, რაც იმაში გამოიხატებოდა, რომ დიდი ბურთი მას შემდეგაც განაგრძობდა დაპატარავებას, როდესაც იგი უკვე პატარის ტოლი იყო. საბოლოოდ, ავადმყოფი ობიექტურად დიდ ბურთს უფრო პატარად აღიქვამდა, ვიდრე ობიექტურად მასზე პატარას.

ასეთი რამ არც ამ ავადმყოფის შემთხვევაში იცვლებოდა სიდიდის მიმართულების შეცვლისას და 20, 25 ან 30 ექსპოზიციის შემდეგ, როდესაც ავადმყოფი მოულოდნელად სიდიდეთა ადეკვატურ აღქმაზე გადადიოდა, აღნიშნული ფაქტი იგივე კანონზომიერებით იჩენდა ხოლმე თავს.

როგორც თავიდან აღვნიშნეთ, ამ ავადმყოფებს საერთოდ პირველ ჯგუფში შემავალი ავადმყოფებისათვის დამახასიათებელი სტატიკური განწყობა ჰქონდათ. ზემოთ აღწერილ მოვლენებს, როგორც

ცალკეულ ეპიზოდებს, მათთან ორ, სამ ან ხუთ დღეში ერთხელ ვაკვირდებოდით განწყობის კონსტანტობის კვლევისას.

პროფ. ი. ბეალავამ, როდესაც იგი შიზოფრენიით დაავადებულითა ჰაპტურ განწყობას სწავლობდა, ანალოგიური მოვლენა ნახა და ის, როგორც უმაღლესი ნერვული მოქმედების ფაზური მდგომარეობის განწყობის ექსპერიმენტში გამოვლენა ჩათვალა.

ფეიქრობთ, რომ ჩვენს მიერ შემჩნეული ფაქტებიც ამ მიმართულებით უნდა იქნეს გაგებული. ამასთანავე, პირველ შემთხვევაში, სადაც ავადმყოფი დიდსა და პატარა ბურთს ტოლად აღიქვამს. საქმე უნდა გვქონდეს გათანაბრების ფაზასთან, ხოლო მეორეში ულტრაპარადოქსულ ფაზასთან, რადგან აქ ავადმყოფს დიდი ბურთი პატარად ეჩვენება, ხოლო პატარა დიდად.

დ) ჩვენს მასალაში ორ ავადმყოფს (ისტორია № 205, 3762) პლასტიკური განწყობა აღმოაჩნდა ლაბილურობასთან ერთად. ეს ავადმყოფები ძირითად, სტატიკურ ჯგუფში შედიან.

როგორც ცნობილია, პლასტიკურობა და ლაბილურობა ვარიანტილურობასთან ერთად ისტერიულთა განწყობისათვისაა დამახასიათებელი. გამოირკვა, რომ ეს ავადმყოფები (ორივე ქალია) წარსულში „ისტერიულები“ იყვნენ: პირველ შემთხვევაში (სურამის ფსიქიატრიული საავადმყოფო) საქმე გვქონდა პრემორბიდულ ისტერიულ ხასიათთან, რაც სპეციალურად ამ მიზნით შეკრებილი ანამნეზური ცნობების საფუძველზე გახდა ჩვენთვის ცნობილი, ხოლო მეორე (მოსკოვის განუშენის სახელობის საავადმყოფო) ადრე არაერთხელ თავსდებოდა ფსიქიატრიულ სტაციონარში ისტერიული ფსიქოზის დიაგნოზით.

პროგრესული დამბლით დაავადებულთა ოპტიკური განწყობა

როგორც აღვნიშნეთ, ოპტიკურ სფეროში განწყობის ფიქსაცია 40 ავადმყოფიდან მხოლოდ 8-სთან მოხდა (20%), მაგრამ, ამ 8 შემთხვევიდან ოთხს ოპტიკური განწყობა ძლიერ სუბტი აქვს—1-2 ილუზია, რის გამოც მათი ოპტიკური განწყობის დამახასიათებელი თვისებების კვლევა შეუძლებელია. დანარჩენი ოთხიდან ერთი ავადმყოფის ოპტიკური განწყობა სტატიკურია, ხოლო დანარჩენი სამის დინამიკური

ჰაპტური განწყობის ჯგუფების მიხედვით ასეთი მდგომარეობა გვაქვს:

სტატიკური ჯგუფის 24 ავადმყოფიდან ოპტიკური განწყობა მხოლოდ ოთხ ავადმყოფს აქვს. ამათგან სამ შემთხვევაში ძლიერ სუსტი (1-2 ილუზია), ხოლო ერთ შემთხვევაში ისეთივე, როგორც პაპტურ სფეროში (ისტორია № 3149), მხოლოდ ნაკლებად სტაბილური, ე. ი. ადვილად აგზნებადი, სტატიკური, ტლანქი, ნაკლებად სტაბილური, მტკიცე და კონსტანტური. რაც შეეხება ირადიაციას, როგორც აღვნიშნეთ, ამ ავადმყოფს ირადიაციის ფაქტი აღმოაჩნდა, როგორც პაპტური სფეროდან ოპტიკურ სფეროში, ისე პირიქით, ოპტიკურიდან პაპტურში. გავიხსენოთ, რომ ეს არის მთელ ჩვენს მასალაში განწყობის გამონათქვამი ირადიაციის ერთადერთი შემთხვევა. განწყობის სუსტი ირადიაციის მეორე შემთხვევაც ამ ოთხ ავადმყოფს შორის გვხვდება (ავად. ისტ. № 173), რომელთაც ძლიერ სუსტ განწყობასთან ერთად აღვნიშნება სუსტი ირადიაცია პაპტურ სფეროდან ოპტიკურ სფეროში. პირიქით, ოპტიკურიდან პაპტურში ირადიაცია არ ხდება. ამის მიზეზი შეიძლება თვით ოპტიკური განწყობის სისუსტე იყოს.

იმ ავადმყოფებიდან. რომელთაც პაპტურ სფეროში დინამიკური განწყობა აქვთ (მეორე ჯგუფი, 8 ავადმყოფი), ოპტიკურ სფეროში განწყობის ფიქსაცია სამ ავადმყოფთან მოხდა, რას გამოც ეს ჯგუფი ოპტიკური განწყობის მხრივ სხვა ჯგუფებთან შედარებით უმაღლეს პროცენტულ რაოდენობას იძლევა (37,5%). მართალია განწყობა არც აქ არის მტკიცე, მაგრამ იგი დინამიკურ ხასიათს ატარებს, ე. ი. ისეთივეა, როგორც ამ ავადმყოფთა პაპტური განწყობა. ნაკლებად აგზნებადი, დინამიკური, ტლანქი, ლაბილურია, სუსტი, ლოკალური და კონსტანტური.

ვარიაციული ჯგუფის 4 ავადმყოფიდან სუსტი ოპტიკური განწყობა (3-4 ილუზია) მუდმივად მხოლოდ ერთ ავადმყოფს აქვს (ავად. ისტ. 55 11) დანარჩენი სამი ავადმყოფიდან კი ორი დროდადრო იძლევა ოპტიკური განწყობის ძლიერ სუსტ ეფექტს.

როგორც ვხედავთ, ოპტიკური განწყობის გამონათქვამი ეფექტი მთელ ჩვენს მასალაში მხოლოდ დინამიკური განწყობის ჯგუფში შემავალ ავადმყოფებს აქვთ. ამასთანავე აქ ოპტიკური განწყობა ისეთივე ხასიათისაა, როგორც პაპტურ სფეროში. ვარიაციული ჯგუფში შემავალ ავადმყოფებთან ძლიერ სუსტი ოპტიკური განწყობა გვაქვს, ხოლო რაც შეეხება იმ ავადმყოფებს, რომლებიც ძირითად,

სტატიკურ ჩგუფში შედიან, მათ ოპტიკური განწყობა არა აქვთ*.

ბუნებრივად დგება საკითხი იმის შესახებ, თუ რატომ არ უნდა ჰქონდეს პროგრესული დამბლით დაავადებულ ადამიანს ოპტიკური განწყობა? რატომაა იგი ამ ავადმყოფებს შორის გამონაკლისი მოვლენა?

ამ საკითხზე პასუხის გაცემა ძალიან ძნელია და ჯერჯერობით ალბათ შეუძლებელიც, რადგან იგი ამ მიმართულებით წარმართულ სპეციალურ კვლევას მოითხოვს. მაგრამ, მიუხედავად ამისა, უნდა აღვნიშნოთ შემდეგი: ოპტიკური განწყობა არც ნორმაშია საყოველთაო მოვლენა, იგი ნაკლებად გვხვდება ფსიქიკურ ავადმყოფებს შორის, ხოლო, რაც შეეხება ტვინის ორგანული ხასიათის დაზიანებას, აქ იგი შესამჩნევად კლებულობს.

როგორც ჩანს. ოპტიკური განწყობის გაქრობა და ტვინის ისეთი ორგანული დაავადება, რომელსაც პროგრესული დამბლია დროს აქვს აღგილი, როგორღაც დაკავშირებული უნდა იყოს ერთმანეთთან.

მარჯალურ ნიბუაბიაში ფიქსირებული განწყობის კვლევის შედეგები

აქამდე ჩვენ განწყობის ფიქსაციას გამლიზიანებლის უშუალო ზემოქმედების გზით ვახდენდით. ახლა ვნახოთ, როგორი მდგომარეობა გვაქვს მაშინ, როდესაც განწყობის ფიქსაციისათვის უშუალო გამლიზიანებლის როლს იტყვა ასრულებს.

ვერბალურ სიტუაციაში ფიქსირებული განწყობის კვლევას ჩვენ მხოლოდ პაპტურ სფეროში ვაწარმოებდით.

მთელი ჩვენი ექსპერიმენტული მასალა აქტუალურ სიტუაციაში შემუშავებული პაპტური განწყობის მონაცემების მიხედვით სამ ჩგუფად გაიყო: ძირითადი, სტატიკური ჩგუფი (24 შემთხვევა). რომელიც პარალიზური კუუასუსტობისათვის დამახასიათებელი განწყობის სპეციფიკურ სურათს გვიჩვენებს; დინამიკური (8 ავადმყოფი) და ვარიაბილური (4 შემთხვევა).

* არა აქვთ იმიტომ, რომ ერთი ავადმყოფი, რომელსაც სტატიკური განწყობა უდასტურდება რიცხობრივად ძალიან მცირეა, ხოლო დანარჩენ სამს ძლიერ სუსტი განწყობა აქვს, რომელთაც ვერ დაუპირისპირებთ იმ 20 ავადმყოფს, რომელთაც ოპტიკური განწყობა საერთოდ არა აქვთ.

ვერბალურ სიტუაციაში ფიქსირებული განწყობის კვლევის შედეგად მიღებული ექსპერიმენტული მონაცემების გადმოცემისას. ჩვენ ამ ჯგუფობრივი დაყოფიდან გამოვალთ*, ამიტომ განვიხილოთ ჯერ სტატისტიკური განწყობის ჯგუფში შემავალ ავადმყოფთა მონაცემები. ამის საილუსტრაციოდ მოვიყვანთ მხოლოდ ერთ შემთხვევას. რადგან ამ ჯგუფში შეშავალ ავადმყოფთა დიდი უმრავლესობა საავსებით ანალოგიურ სურათს იძლევა.

1—ავადმყოფი პ-ვი (ავადმყოფობის ისტორია № 4902. კაშჩენკოს სახელობის ფსიქიატრიული საავადმყოფო, მოსკოვი) რუსი, 1903 წელს დაბადებული. პროფესიით ყოფილი სამხედრო მოსამსახურე. ამჟამად პენსიონერი. საავადმყოფოში მოთავსდა 1956 წლის 12 მარტს. სტაციონირებული მეოთხედ.

ანანეზური ცნობები. ბავშვობაში იზრდებოდა ჯანმრთელი. არ ავადმყოფობდა. შთამომავლობაში აღინიშნება მძიმე ალკოჰოლიზმა მამის მხრივ. სწავლა დროზე დაიწყო. სწავლობდა კარგად. საშუალო სასწავლებლის დამთავრებისთანავე სამხედრო სამსახურშია. მონაწილეობდა სამოქალაქო ომში. მიიღო მრავალი ჯილდო. მშვიდობიან პერიოდში სწავლა განაგრძო ერთ-ერთ უმაღლეს სამხედრო სასწავლებელში, რომელიც წარმატებით დაამთავრა. დანიშნული იქნა ერთ-ერთი სამხედრო ნაწილის მეთაურად. მონაწილეობას ღებულობდა ბრძოლებში იაპონიასთან და ფინეთთან. მიიღო თავის ქალას ტრავმა, მძიმე კონტუზიურ-კომოციური მოვლენებით 1939 წელს.

1940 წელს დაავადდა ათაშანგით. ჩაატარა მეურნეობის რამოდენიმე სრული კურსი. დიდი სამამულო ომის პირველი დღეებიდან დამთავრებამდე რჩეოფებოდა ფრონტის წინა ხაზზე. რამდენჯერმე იყო კონტუზირებული. ომის დმთავრებამდე რამოდენიმე დლით აღრე მიიღო მარჯვენა ფეხის მძიმე ჭრილობა, რის გამოც გაუქეთდა ამპუტაცია. ფიზიკურ ნაკლს მძიმედ განიცდიდა, რის გამოც დაიწყო სპირტული სასმელების მომეტებული მიღება. სულ მალე ჩამოყალიბდა ქრონიკული ალკოჰოლიზმი. 1949-51 წლებში გადაიტანა თეთრი

* იმ ავადმყოფებთან, რომელთაც აქტუალურ სიტუაციაში განწყობა არ შეუშუავდათ (ნულეული ჯგუფი, 4 ავადმყოფი), სიტყვითს სიტუაციაში განწყობის ფიქსაციის ცდისათვის არ მიგვიმართავს.

ცხელების ორი შეტევა. გახდა სუსტსულოვანი, ზერელე, ოხუნჯი. ანადგურებდა თავის და მშობლების ქონებას.

1952 წელს დაკარგა დედა, რაც, როგორც ჩანს, ძლიერ განიცადა და მოიცა რეაქტიული ფსიქოზის მაგვარი რეაქცია, მოთავსებულ იქნა კაშიენკოს სახელობის ფსიქიატრიულ საავადმყოფოში (ავად. ისტ. №3291), მაგრამ ძალიან ჩქარა სულით ავადმყოფობას ორიგინალური ელფერი მიეცა. განვითარდა მეხსიერების მკვეთრი დაქვეითება, პარალიზური ჰქუასუსტობის სხვა მოვლენები და ნევროლოგიური ნიშნები. დასმული იქნა დიაგნოზი: პროგრესული დამბლა, დემენციური ფორმა. ჩაუტარდა მკურნალობა მაღარიით, რამაც პროცესი შეაჩერა. მიიღო სპეციფიკური, ანტილუესური წამლობის რამოდენიმე სრული კურსი და შედარებით მშვიდ მდგომარეობაში გაწერილ იქნა საავადმყოფოდან ახლობლების ზედამხედველობის ქვეშ.

ამის შემდეგ, ავადმყოფი უძილობის, საერთო მოუწყვრობის და განსაკუთრებით ხელშეორედ მკურნალობისა და მდგომარეობის გაუმჯობესების იმედით შესამედ თავსდება კაშიენკოს სახელობის ფსიქიატრიულ საავადმყოფოში (1954 წელს. ისტორია № 2114 და 1955 წელს, ისტორია № 5305). ამაჲმად ავადმყოფი მეოთხედ იმყოფება საავადმყოფოში. წარსულში მაღარიოთერაპია ჩატარებული აქვს სამჯერ, სამჯერვე უშედეგოდ. მკურნალობდნენ აგრეთვე პენიცილინით, ბიოქინოლით, ნეოსალვარსანით, იოდინი კალიუმით, გოგირდწყალბადოვანი აბაზანებითა და სხვ.

სომატური მდგომარეობა — საშუალოზე მაღალი ტანის, სწორი აგებულების, დამაკმაყოფილებელი კვების. სასუნთქი ორგანოების მხრივ აღინიშნება ფილტვების ემფიზემური ცვლილებები. გულის საზღვრები მომატებული. ტონები ყრუ. პერიფერიული ბისხლის ძარღვები სკლეროზული. მაჯა აჩქარებული, 90—100 წუთში. სისხლის წნევა 160/95 მმ. მუცელი რბილი. პალპაციით უმტკივნეულო. ღვიძლი ზომიერად გადიდებული. ელენთა არ ისინჯება. შარდ-სასქესო ორგანოები დახედვით ნორმის ფარგლებშია.

ნევროლოგიური მდგომარეობა — გუგები არასწორი ფორმის, დაკბილული. არათანაბარი ზომის, მარჯვენა მეტია მარცხენაზე. რეაქცია აკომოდაციაზე შენასული, სინათლეზე მოაპობილი. თვალის მამოძრავებელი ნერვები პათოლოგიას არ განიცდის. მარცხენა

მხარეს აღინიშნება სახისა და ენისქვეშა ნერვის გამოხატული პარეზი. სახე ამიმიური, ნიღაბისმაგვარი. მუესთა და მუეს-ძვალთა რეფლექსები აწეული. აღინიშნება იოლი ანიზორეფლექსია. კიდურებში დაქვეითებული ძალა. კანის რეფლექსები დუნე. აქილევის რეფლექსი არ იწვევა არც ერთ მხარეს. რომბერგის ნიშანი დადებითი. პათოლოგიური რეფლექსები შენიშნული არ არის.

ლაბორატორიული მონაცემები: სისხლში ლეიკოპენია. შარდში მკირე ცილა. ვასერმანის რეაქცია სისხლში უარყოფითი. თავზურგტვინის სითხეში ზომიერად დადებითი (2+) ფრიდმანის, ზავიტებსკისა და კანის რეაქციები (2+). ნონე-აპელტისა და ვაიპბროდტის (1+), ციტოზი 260/3, ცილა 0,60 %.

ფსიქიკური მდგომარეობა—ცნობიერება ფორმალურად ნათელი. ორიენტირებულია ადგილში. იცის რომ მოსკოვშია, ფსიქიატრიულ საავადმყოფოში. დროში და გარემოში ორიენტაციას ვერ ახდენს. თავს ავადმყოფად არ აღიქვამს. არც ირგვლივმყოფებს თვლის ფსიქიკურად დაავადებულად. ანამნეზურ ცნობებს ვერ გადმოგვცემს, მეხსიერების მკვეთრი დეფექტის გამო. ინტელექტუალურად ავადმყოფი ძლიერ დაქვეითებულია. ვერ წყვეტს უმარტივეს არითმეტიკულ ამოცანებსაც კი. აზროვნებითი პროცესები მძიმე პათოლოგიას განიცდის. ვერ ხერხდება სააზროვნო ოპერაციათა ამოცანის გადასაწყვეტად მომართვა, ამოცანის გაჩენა.

ასოციაციები ძლიერ ღარიბი. ტემპი შენელებული. შინაარსობრივად შემთხვევითი, ვიწრო სიტუაციური. ემოციურად აღინიშნება უფრო გულგრილობა იოლი დადებითი ტონის ფონზე. ჩვენი ჩაკითხვის შემდეგ აცხადებს, რომ იგი დიდი მხედართმთავარაა და ახლაც დიდ სტრატეგიულ გეგმებს ამუშავებს. აღინიშნება სუსტსულოვნება. უმიზეზოდ ტირის. ხშირად ღიზიანდება. ადვილად ებმება კონფლიქტში ავადმყოფებთან, თუმცა მის ჩხუბს არავითარი აზრი არა აქვს. არ იცის ვის ეჩხუბება ან რისთვის. ექიმს განსაკუთრებული მოწიწებით ეპყრობა. განყოფილების ცხოვრებაში არ ებმის. მომვლელ პერსონალს არ ეხმარება. შრომათერაპიის პროცესებში თითქოს სურს მონაწილეობა მიიღოს, მაგრამ მისი სურვილი მარცხით მთავრდება, რადგან ვერავითარ დავალებას ვერ ასრულებს მოქმედებათა ცალმხრივი, ტლანქი, მოუხეშავი, აზრს მოკლებული. ძილი კარგი. მაღა დაჰაკმაყოფილებელი. დადებითი ფსიქოზური მოვლენები (ბოდვები, ჰალუცინაციები და სხვა) არა აქვს.

დიაგნოზი: პროგრესული დამბლა, დემენციური ფორმა.

როგორც აღვნიშნეთ, აქტუალურ სიტუაციაში (ჰაპტურ ზფე-როში) ფიქსირებული განწყობის მიხედვით ეს ავადმყოფი ძირითად, სტატიკურ ჯგუფში შედის. მისი ფიქსირებული განწყობა, ისევე, როგორც ამ ჯგუფში შემაჯავალი ყველა ავადმყოფის ფიქსირებული განწყობა, ადვილი აგზნებადობით, სტატიკურობით, სიტლანქით, სტაბილურობით, სიმტკიცით, ლოკალურობითა და კონსტანტურობით ხასიათდება.

ვერბალურ სიტუაციაში შემუშავებული განწყობის კვლევის შედეგები:

როგორც ვთქვით, ვერბალურ სიტუაციაში ფიქსირებულ განწყობას ჩვენ მხოლოდ ჰაპტურ სფეროში ვიკვლევდით. მკითხველისათვის უკვე ცნობილია, რომ ასეთი განწყობის ფიქსაციისათვის თვალახვეულ ავადმყოფს ევალება მარცხენა ხელში ღიდი და მარჯვენაში პატარა ბურთი წარმოადგინოს.

განვიხილოთ ამ ავადმყოფის კვლევის ოქმები:
ოქმი № 1 20/V-56 წ.

ვაძლევთ შემდეგ ინსტრუქციას:

— შეგიძლიათ თუ არა წარმოიდგინოთ, რომ მარცხენა ხელში ღიდი ბურთი, ხოლო მარჯვენაში პატარა გიჟირავთ?

— „რასაკვირველია, ეს ძალიან ადვილია“*.

— აბა სცადეთ!

— „ღიას, უკვე წარპოვიდგინე.“ — ავადმყოფი ამ პასუხს მაშინვე, უყოყმანოდ იძლევა.

— აბა კარგად წარმოიდგინეთ!

— გელაპარაკებით წარმოიდგინე-მეთქი“.

ვამეორებინებთ რამოდენიმეჯერ. ავტომატურად გაიძახის: „აქ ღილია, აქ პატარა“. ვაყენებთ კრიტიკულ ცდას, ტოლ ბურთებს ხელში ვაძლევთ შესაღარებლად:

კ—ა

= „ერთნაირები“

= „განსხვავება არ არის“

= „ტილია“—იღივება.

როგორც ვხედავთ, კრიტიკულ ცდებში განწყობის ეფექტი ვერ

* რუსი ავადმყოფის პასუხები როგორც ზემოთ, ისე აქაც ყველგან ქართულად არის გადმოთარგმნილი.

მივიღეთ, რაც იმაზე მიგვითითებს, რომ ამ ცდით ვერბალურ სიტუაციაში განწყობის შემუშავება ავადმყოფთან არ მოხდა. განვიხილოთ შემდეგი ოქმები:

ოქმი № 2. 24/V-56 წ:

ვაძლევთ ანალოგიურ ინსტრუქციას. ყოველგვარი წინასწარი მომზადების გარეშე გვიცხადებს, რომ უკვე წარმოიდგინა. ვაფრთხილებთ, რომ ეს ადვილი არ არის და მისგან ყურადღების დაძაბვას მოითხოვს.

— „რატომ, ძალიანაც ადვილია. აი, აქ დიღია, აქ პატარა, რა უნდა ამას!“.

ცდას დაახლოებით 30-ჯერ ვამეორებინებთ.

— „რა საჭიროა ამდენი, უკვე კარგად წარმოვიდგინე, აქ დიღია (გვიჩვენებს მარცხენა ხელს), აქ პატარა“.

ვაყენებთ კრიტიკულ ცდას:

კ-ა

=10

პა.უხს მაშინვე გვაძლევს. ბურთების ტოლობაში ვჭვი არ ეპარება.

ოქმი № 3. 30/V-56 წ.

— „ვიცი, რომ უნდა წარმოვიდგინო, თქვენ გგონიათ დამავიწყდა? მაღლობა ღმერთს, კარგი მეხსიერება მაქვს“.

საგანწყობო ცდას 30-ჯერ ვიმეორებთ. კრიტიკულ ცდაში განწყობის ეფექტი არ ჩანს.

როგორც მოყვანილი ოქმებიდან ირკვევა, სიტყვით სიტუაციაში განწყობის ფიქსაცია ამ ავადმყოფთან არ ხდება. მისთვის სრულიად მიუღწეველია გადაწყვიტოს ჩვენ მიერ მიცემული ამოცანა: ნებისმიერად გამოიწვიოს ერთ ხელში დიდი ობიექტის, ხოლო მეორეში პატარის წარმოდგენა. ავადმყოფის წარუმატებლობის მიზეზი ნათლად ჩანს წინასწარ ჩატარებულ საგანწყობო ცდებში; მას განსაკუთრებით „უადვილდება“ ისეთი რთული ნებელობითი აქტის წარმოება, რომელიც ნორმალურ ცდისპირებშიაც ფსიქიკური ენერგიის სერიოზულ დაძაბვას მოითხოვს. ჩვენი ჩაკითხვასას იგი უყოყმანოდ გვპასუხობს, რომ განსხვავებული ობიექტები მან უკვე წარმოიდგინა და რომ ეს მისთვის სრულიადაც არ არის ძნელი. სინამდვილეში კი, და ეს განსაკუთრებით ცხადად ჩანს, მას სრულიად არ ძალუძს გაიჩინოს მოთხოვნილება ასეთი იდეური ობიექტების წარმოდგენისა, არა თუ ნებისმიერად გამოიწვიოს ისინი.

ასეთ მონაცემებს იძლევა, როგორც ვთქვით, ამ ჯგუფში შემავალ ავადმყოფთა დიდი უმრავლესობა.

II—ახლა განვიხილოთ დინამიური განწყობის მქონე ავადმყოფთა მონაცემები, რომელთა საილუსტრაციოდ ამ ჯგუფში შემავალი ერთი ავადმყოფის ისტორიას მოვიყვანთ. მაგალითად, ავადმყოფი ი-ვი (ავადმყოფობის ისტორია № 1213, კაშჩენკოს სახელობის ფსიქიატრიული საავადმყოფო, მოსკოვი), 1900 წელს დაბადებული, რუსი, მუშა, წარსულში ელექტრომექანიკოსი. საავადმყოფოში შემოვიდა 1956 წლის 1 აპრილს. მოთავსებულია განმეორებით.

ანამნეზური ცნობები—ბავშვობაში იზრდებოდა და ვითარდებოდა ჩვეულებრივად. შთამომავლობაში აღინიშნება ალკოპოლიზმი და ეპილესია დედის მხრივ. სწავლა 10 წლამდე დაწყო. მიიღო დაწყებითი განათლება, რის შემდეგაც ეხმარებოდა ოჯახს. მუშაობდა მიწის მუშად. მონაწილეობას ღებულობდა სამოქალაქო ომში. დაიჭრა ბარძაყის მიდამოში. 1913 წლიდან ცხოვრობს მოსკოვში. მიიღო ელექტრომექანიკოსის სპეციალობა. მუშაობდა საავტომობილო ქარხანაში. 1930 წელს დაოჯახდა. ჰყავს ერთი ვაჟი ეპილესიით დაავადებული. მონაწილეობას ღებულობდა დიდი სამამულო ომის ფრონტზე. 1944 წელს მიიღო თავის ქალას ტრავმა გონების დაკარგვით. 1945 წელს დაავადდა ლუესით.

სულიერი ავადმყოფობა ეწყება 1952 წლიდან. გახდა ადვილად გამლზიანებელი. უმიზეზოდ კონფლიქტური. დაეკარგა ძილი. ხშირად აღინიშნებოდა გუნებგანწყობის აწევა. გამუდმებით ქეიფობდა. არ სურდა ანგარიშის გასწორება რესტორანში, რის გამოც პირველად მოთავსებული იქნა, როგორც პროგრესული დამბლის ტიპიური შემთხვევა, მოსკოვის პირველი სამედიცინო ინსტიტუტის ფსიქიატრიის კათედრის კლინიკურ საავადმყოფოში სტუდენტებისათვის სადემონსტრაციოდ (ისტორია № 128). აღნიშნულ საავადმყოფოში დაჰყო ექვს თვემდე. აქ ჩაუტარდა მალარიით მკურნალობა. ანტილუესური მკურნალობის რამოდენიმე კურსი და ჰარალიზური „დეფექტის“ მღვთმარეობაში გაწერილ იქნა.

რამოდენიმე თვის დასვენების შემდეგ დაუბრუნდა ქარხანას, მაგრამ მალე გამოირკვა, რომ თავის სპეციალობაზე მუშაობა მას აღარ შეეძლო. გადაყვანილი იქნა სამაქროს დამსუფთავებლად. მუშაობდა სხვისი ზედამხედველობის ქვეშ. სამუშაოს ხშირად აცდენდა

ჯანმრთელობის ცუდი მდგომარეობის გამო. 1956 წლის მარტის ბოლოს მოჰყვა საავტომობილო კატასტროფაში. მიიღო თავის ქალას განმეორებითი ტრავმა ცნობიერების დაკარგვით. მდგომარეობიდან გამოპვლისას აღენიშნებოდა ცნობიერების შეცვლა მოტორული და მეტყველებითი აგზნებით, რის გამოც მოთაქსებულ იქნა კაშინეკოს სახელობის ფსიქიატრიულ საავადმყოფოში.

როგორც ავადმყოფობის ისტორიიდან ირკვევა, ერთი კვირის განმავლობაში ავადმყოფი სავსებით გამოსულა აგზნების მდგომარეობიდან, მაგრამ რადგანაც ზურგის ტვინის სითხეში დადებითი ვასერმანის რეაქცია აღმოსჩენია, გადაუწყვეტიათ მისი საავადმყოფოში დატოვება და ანტილუესური მკურნალობა.

სომატიური მდგომარეობა. დაბალი ტანის, სწორი აგებულების, არაღამაქმყოფილებელი კვების. ძვალ-კუნთოვანი სისტემა სუსტად განვითარებული. ფილტვების მხრივ არც პერკუსიით და არც აუსკულტაციით პათოლოგია არ აღინიშნება. გულის საზღვრები ნორმალური. ტონები სუსტი. მაჯა 75, სისხლის წნევა 110/60. შინაგანი ორგანოების გასინჯვით პათოლოგიას აღვილი არა აქვს. შარდ-სასქესო სისტემა ცვლილებებს არ განიცდის.

ნევროლოგიური მდგომარეობა—გუგები მრგვალი ფორმის, მარჯვენა დიდია მარცხენაზე. აკომოდაციაზე რეაქცია ნორმალური. სინათლეზე ღუწე. აღინიშნება სახის წერვის იოლი სისუსტე. თავის ქალას სხვა წერვების დაზიანება შენიშნული არ ყოფილა. რეფლექსები ცოცხალი. რომბერგის ნიშანი უარყოფითი. პათოლოგიური რეფლექსები არა აქვს.

ლაბორტორიული მონაცემები — სისხლისა და შარდის საერთო ანალიზი ნორმის ფარგლებში. ვასერმანის რეაქცია სისხლში უარყოფითი. თავზურგტვინის სითხეში (1+) ფრიდმანის, ვაიჰბროდტის. ნონე-აპელტის, ზაკ-ვიტბესკისა და კანის რეაქციები სუსტად დადებითი (1+). ციტოზი არ არის, ცილა 0,33%

ფსიქიკური მდგომარეობა — ცნობიერება ნათელი. ავადმყოფი ორიენტირებულია ადგილში და გარემოში. ასახელებს წელს და თვეს. რიცხვის დასახელებისას ერთი-ორი დღით ცდება. იცის, რომ ფსიქიატრიულ საავადმყოფოშია. ახლობლების მოყოლით გაიხსენა, რომ ავარიაში მოჰყვა. ახსოვს, რომ სხვა ფსიქიატრიულ საავადმყოფოში ადრეც იწვა. „მაშინ მძიმე ავადმყოფი ვიყავი, ახლა კი ჩვეუ-

ლებრივად ვარ“. გადატანილი აგზნების მდგომარეობა ბუნდოვნად ახსოვს, უჩივის საერთოდ მეხსიერების დაქვეითებას, რომელიც პირველი ავადმყოფობის შემდეგ დსჩემდა. აწუხებს თავის ტკივილები. არ მოსწონს საავადმყოფოს პირობები. სურს სიმშვიდე და სიწყნარე. შთაგონებადია. აღენიშნება გუნებგანწყობის იოლი ცვლა. ქცევა ადეკვატური და სინტონიური. თავს ჯვლის. საწოლს სუფთად ინახავს. აქტიურად ებმის განყოფილების ცხოვრებაში. ეხმარება მომვლელ პერსონალს. მუშაობს შრომათერაპიის ინსტრუქტორის ზედამხედველობის ქვეშ. აკეთებს კარტონის კოლოფებს. სამუშაოს თავს კარგად ართმევს. საავადმყოფოს რეჟიმი ზეპირად იცის და ცდილობს არ დაარღვიოს. ექიმს გადამეტებული გარეგნული პატივისცემით ეპყრობა. სურს მისი ნდობა მოიპოვოს. მკურნალობის კმაყოფილია. მაღა დამაკმაყოფილებელი. ძილისათვის ღებულობს წამლებს.

დიაგნოზი — პროგრესული დამბლა, „დეფექტური“ მდგომარეობა.

აქტუალურ სიტუაციაში ფიქსირებული განწყობის მიხედვით, ეს ავადმყოფი დინამიკური განწყობის მქონე ავადმყოფთა ჯგუფში შედის. მისი განწყობა ნაკლებად აგზნებადი, დინამიკური, ტლანქი, ლაბილური, ნაკლებად მტკიცე, ლოკალური და კონსტანტურია.

ვერბალურ სიტუაციაში ფიქსირებული განწყობის კვლევის შედეგები:

ო კ მ ი № 1. 10/V-60 წ.

ინსტრუქციას ყურადღებით ისმენს. ცდას პასუხისმგებლობის გრძნობით ეკიდება.

— „შევეცდები ექიმო!“ თვალზე ხუჭავს. ისევ ახელს. საყელო გაისწორა, ხელები წინ გამოიშვირა. თვალები ავუხვიეთ. დუმს.

— აბა წარმოიდგინეთ!

ხმას არ იღებს.

— „ჰო.! ეს ძნელი ყოფილა. ვერაფერს ვერ ვხედავ“.

— აბა შეეცადე!

— „აქ დიდი, აქ პატარა. დიდი, პატარა, პატარა, დიდი“. იმეორებს რამოდენიმეჯერ. ცდას 30-ჯერ ვამეორებინებთ. საკმაოდ დაიღალა. ვაყენებთ კრიტიკულ ცდას:

განწყობის ეფექტი არ გამოვლენილა. ავადმყოფს წარმოსახვით სიტუაციაში განწყობა არ შეექმნა.

ოქმბი № 2. 13/V-56 წ.

ცდას აქვე სერიოზულად უდგება. სურს წარმოიდგინოს. ვატარებთ საგანწყობო ექსპოზიციათა საკმაო რაოდენობას. კრიტიკულ ცდაში ბურთების ტოლობას მაშინვე აღასტურებს.

ოქმბი № 3. 15/V-56 წ.

ცდა ზუსტად ისევე მიმდინარეობს, როგორც წინა დღეებში. განწყობის ეფექტი არც აქ ჩანს. ავადმყოფს სიტყვით საშუალებით განწყობა არ ექმნება.

როგორც ვხედავთ, ეს (და ამ ჯგუფში შემავალი ყველა 8 ავადმყოფი) ექსპერიმენტატორის და საკუთარი ენერგიის დაძაბვის შედეგად მაინც ახერხებს ამოცანის გადაწყვეტა მოინდომოს, ინსტრუქციის მიცემის შემდეგ მას ნამდვილად სურს ერთ ხელში ღიდი, ხოლო მეორეში პატარა ბურთი წარმოიდგინოს. მაგრამ, იგი სწორედ ამის შემდეგ აწყდება მისთვის გადაულახავ წინააღმდეგობას: მას არც იდეურ ობიექტთა წარმოდგენის ნებისმიერად გამოწვევის ძალა აქვს და არც ამ ობიექტთა მიმართ სპეციფიკური, აქტიური დამოკიდებულების დამყარებისა.

III — ვნახოთ, როგორც იქცევა ვარიანტილურ ჯგუფში შემავალი ავადმყოფი.

ავადმყოფი 3-ვა (ავადმყოფობის ისტორია № 907, მოსკოვის ქალაქის მესამე ფსიქიატრიული საავადმყოფო, პრეობრაჟენსკის სახელობისა). რუსი. დაბადებული 1920 წელს. პროფესიით მკერავი. საავადმყოფოში შემოვიდა 1955 წლის 20 დეკემბერს, თავსდება განმეორებით.

ანამნეზური ცნობები — მემკვიდრეობაში აღინიშნება სულით ავადმყოფობა (შიზოფრენია) მამის მხრივ. ბავშვობაში გადაიტანა თითქმის ყველა ბავშვთა ინფექციური დაავადება სერიოზული გართულებებით. სწავლა შედარებით გვიან დაიწყო. სწავლობდა კარგად. დაამთავრა 10 კლასი, რის შემდეგაც შეისწავლა მკერავის ხელობა.

ხასიათით იყო გულღია. მეგობრებისა და დროსტარების მოყვარული; თავისუფალი ცხოვრებისა და სიყვარულის მოტრფიალე.

18 წლის ასაკში დაავადდა ლუესით. თავისი ავადმყოფობა გვიან შეიტყო. მკურნალობდა უწესრევოდ. 20 წლის ასაკიდან გადაჭარბებით ეტანებოდა ალკოჰოლურ სასმელებს. უწესრიგო ცხოვრების გამო დიდ ზიანს აყენებდა საკუთარ ჯანმრთელობას. რამოდენიმეჯერ იქნა დათხოვილი სამუშაოდან. 1948 წელს გათხოვდა. პქონდა რამოდენიმე სპონტანური აბორტი. 1950 წელს იმშობიარა. ბავშვს თანდაყოლილი ათაშანგი აღმოაჩნდა. ამჟამად ბავშვთა ფსიქიატრიულ კოლონიაში იმყოფება.

1952 წლის აგვისტოს თვეში ქმართან უსიამოვნების შემდეგ დაემართა ისტერო-ეპილეფსიური ხასიათის გულყრა. რამოდენიმე დღის განმავლობაში იმყოფებოდა შეცვლილი ცნობიერების მდგომარეობაში. მოთავსებულ იქნა განუშვინის სახელობის ფსიქიატრიის ინსტიტუტში (ავადმყოფობის ისტორია № 1705). აღნიშნული მდგომარეობიდან გამოსვლისას მაშინვე (როგორც ისტორიიდან ჩანს, ჩამოყალიბებულია პარალიზური კეუასუსტობის კლინიკური სინდრომი, მეხსიერების მკვეთრი დაქვეითებით, პროგრესული დამბლისათვის დამახასიათებელი კეუასუსტობის ელემენტებით, სრული ნევროლოგიურ-ლაბორატორიული მონაცემებით. ჩაუტარდა მაღარიოთერაპია და სპეციფიკური მკურნალობა. პროცესი შეჩერდა და ავადმყოფი კეუასუსტობის მდგომარეობაში გადაყვანილ იქნა მოსკოვგარეთა ფსიქიატრიულ კოლონიაში. აქ ავადმყოფმა დაპყო 1954 წლის ზაფხულამდე, როდესაც ქმარმა მონახა და წამოიყვანა სახლში. აღარ უმუშავნია.

1955 წლის შემოდგომაზე გარდაეცვალა ქმარი. დაეწყო უძილობა, თავის ტკივილები. ხშირად სახლიდან მიდიოდა და უაზროდ დაეხეტებოდა ქუჩებში: როგორც სოციალურად ზაშიში პიროვნება, დეკემბერში მოთავსებულ იქნა პრეობრაჟენსკის სახელობის საავადმყოფოში. აქ მეორედ ჩაუტარდა მაღარიოთ მკურნალობა და სპეციფიკური ანტილუესური წამლობა. შედარებით დამშვიდდა. მკურნალი ექიმის ჩანაწერებიდან ირკვევა, რომ ფსიქიკურად უმნიშვნელოდ. მაგრამ მაინც თითქოს გამოკეთდა.

სომატიური მდგომარეობა—საშუალო ტანის. ასტენიური აგებუ-

ლებს. ცუდი კვების. ხილული ლორწოვანი გარსები ანემიური. ჰეალენთოვანი სისტემა სუსტად განვითარებული.

ფილტვებში ისმის გაფანტულ, ხიხინი. გულის საზღვრები ზომიერად გადიდებული. ტონები მოყრეხული. მაჯა აჩქარებული, 90—100. სისხლის წნევა 90/60. შინაგანი ორგანოების მხრივ მნიშვნელოვანი ცვლილებები არ აღინიშნება. შარდ-სააქესო ორგანოები გასინჯვით პათოლოგიას არ განიცდის.

ნევროლოგიური მდგომარეობა — გუგები გაფართოებული. კიდევები უსწორმასწორო. ზომიო არათანაბარი, მარცხენა მეტა მარჯვენაზე: რეაქცია სინათლეზე მოახლოვლი. კონფერენცია — აკომოდაციაზე დუნე. აღინიშნება გრეფეს ნიშანი. სახის ნერვის ქვედა ტოტისა და მარცხენა ენის ქვეშა ნერვის პარეზი. მეტყველება დიზარტრიული. სახე ამიმიური. რეფლექსები აწეული. პათოლოგიური რეფლექსები არა აქვს. რომბერგის ნიშანი დადებითი. აქილევის რეფლექსი არ იწვევა მარჯვნივ.

ლაბორატორიული მონაცემები — სისხლში ანემია და იოლი ჰიპერგლიცემია. შარდში ცილის ნიშნები და მომატებული მარილები. ვასერმანის რეაქცია სისხლში უარყოფითი. თავზურგტვინის სითხეში ვასერმანი მკვეთრად დადებითი. ნონე-პელტი, ზაკს-ვიტბსკისა და კანის რეაქციები დადებითი. ციტოზი 290/3, ცილა 50%.

ფსიქიკური მდგომარეობა — ცნობიერება ფორმალურად ნათელი აქვს. ადგილში ორიენტაცია არაზუსტი. იცის, რომ საავადმყოფოშია, მაგრამ რა ხასიათის საავადმყოფოა, ვერ ამბობს. აცხადებს, რომ იგი გულით ავადმყოფია, მოსკოვშია თუ სხვა ადგილას, არ იცის. ირგვლივმყოფებს სულით ავადმყოფებად არ აღიქვამს. წელიწადისა და თვის დასახელება არ შეუძლია. ანამნეზური ცნობების მოწოდება ძლიერ უჭირს. მესხიერების მკვეთრი დეფექტი გამო. ქმრის სახელის მეტს ვერაფერს იხსენებს. ინტელექტის მხრივ აღენიშნება: ორგანული ხასიათის დეფექტი. ასოციაციური პროცესები შენელებული, წარმოდგენები ღარიბი, ვიწრო სიტუაციური. ემოციურად უმეტესად განურჩეველი. მაგრამ, ასეთი პაერთო მდგომარეობის ფონზე ხანდახან ავადმყოფი იცვლება. თითქოს ხალისიანი ხდება. ინტერესდება ირგვლივმყოფებით. უკეთ სძინავს და „დასვენებული“ (როგორც თვითონ ამბობს) იღვიძებს. კითხულობს დროს, თვესა და

რიცხვს; რამდენი ხანი უნდა დარჩეს აქ; ეშველება თუ არა რაიმე და სხვ. ასეთ მდგომარეობაში ცდილობს ჩაებას განყოფილების ცხოვრებაში. მოესმაროს მომვლელ პერსონალს. იმუშაოს შრომათერაპიის კაბინეტში. მაგრამ, მუშაობა არ შეუძლია, ღიზიანდება. გუნება ეცვლება, ბრაზობს, ტირის, თითქმის განიცდის თავის უმწეობას. ასეთი ხანმოკლე „გამოკეთების“ შემდეგ ავადმყოფი ისევ პირვანდელ მდგომარეობას უბრუნდება: ნეტ დროს საწოლში ატარებს. უსუფთაოა. თავს არ უვლის, არაფრის მიმართ არ იჩენს დაინტერესებას, ემოციურად გულგრილია, თუმცა საკმაოდ სუსტსულოვანიც. უმიზეზოდ ტირის, ცრემლად იღვრება. მალე გუნება ეცვლება. ილიმება მაშინ, როდესაც თვალზე ჭერ ცრემლიც არ შემოიბოზა. შთაგონებადია, უკრიტიკოდ ღებულობს აბსურდულ აზრსაც კი: საუბრისას უმეტესად არაფერზე არ ფიქრობს. მთელი მისი ფსიქიკური მოქმედება გარედან მომდინარე შემთხვევითი გამღიზიანებელზე აღმოცენებული პირდაპირი და უშუალო, პრიმიტიული რეაქციებით ამოიწურება. ქცევა უაზრო და გაავტომატებული: რაიმე მოვლენაზე აქტიური შეჩერება არ ხდება.

დიაგნოზი: პროგრესული დამბლა, დემენციური ფორმა.

აქტუალურ სიტუაციაში ფიქსირებული განწყობის მიხედვით, ეს ავადმყოფი ვარიაბილურ ჯგუფში შედის. მისი განწყობა ადვილად აგზნებადია, სტატიკური, მაგრამ ზოგჯერ დინამიკურიც. ტლანქიც, სტაბილური, მაგრამ ზოგჯერ ლაბილურიც, მტკიცე, მაგრამ ზოგჯერ ნაკლებად მტკიცე, ლოკალური და ვარიაბილური.

ვერბალურ სიტუაციაში ფიქსირებული განწყობის კვლევის შედეგები:

ოქმ ი № 1. 1/VI-56 წ.

— წარმოიდგინეთ?

— „დიახ“.

— აბა კარგად წარმოიდგინეთ!

— „კი, კარგად, კარგად წარმოვიდგინე. მაღლობა ღმერთს, წარმოდგენის უნარი კარგი მაქვს“. ჩავატარეთ 30 ექსპოზიცია.

— „კარგად წარმოვიდგინე, გვეყოფა, რამდენჯერ შეიძლება?! გელაპარაკებით წარმოვიდგინე-მეთქი“. ჭავრობს. ცდის განმეორება აღარ უნდა. დაღლა არ ეტყობა.

ვაყენებთ კრიტიკულ ცდას: ტოლ ბურთებს ხელში ვაძლევთ შესაღარებლად:

კ—ა
=10

„ერთნაირებია“
„ერთნაირებია-მეთქი!“

ოქმი № 2. 3/V-56 წ.

მივიღეთ ზუსტად ისეთივე შედეგი: ავადმყოფი გვარწმუნებს. რომ ყველაფერი კარგად წარმოიდგინა, მაგრამ სინამდვილეში ჩვენი დავალების შესრულება არც კი სურს. განწყობის ეფექტი არ ჩანს.

ოქმი № 3. 7/VI-56 წ.

პაატურ განწყობაში თავს იჩენს ვარიაბილურობა. განწყობა დინამიკურია, ლაბილური და ნაკლებად მტკიცე. ვაყენებთ სიტყვით სიტუაციაში განწყობის ფიქსაციის ცდას:

ინსტრუქციას შედარებით მეტი სერიოზულობით უდგება, თუმცა არა ისე, როგორც დინამიკურ ჯგუფში შემავალი ავადმყოფები.

— „მინდა წარმოვიდგინო, მაგრამ არ შემიძლია“.

— აბა თავს ძალა დაატანეთ!

— „გელაპარაკებით მინდა წარმოვიდგინო და... დიად, წარმოვიდგინე კიდეც“. ვატარებთ საგანწყობო ექსპოზიციათა საჭირო რაოდენობას. ვაყენებთ კრიტიკულ ცდას:

კ—ა
=10

„ერთნაირებია“.

როგორც ოქმიდან ირკვევა, ამ დღეს ჩვენ იმას მაინც მივალწიეთ, რომ ავადმყოფმა მოინდომა იდეურ ობიექტთა წარმოდგენა, გამოიჩინა სურვილი ერთ ხელში დიდი, ხოლო მეორეში პატარა ბურთის წარმოდგენისა. ეს სურვილი თითქმის გადაწყვეტილების დონემდეც ავიდა, მაგრამ მიუხედავად ამისა, ავადმყოფმა მაინც ვერ შეძლო წარმოსახვით ობიექტთა ცნობიერებაში ნებისმიერად გამოწვევა.

ასეთი შედეგი მოგვცა ავადმყოფმა მომდევნო დღეებში: 8, 9 და 10/VI-ს, მანამდე სანამ მისი აქტუალურ სიტუაციაში ფიქსირებული განწყობა დინამიკურ ხასიათს ატარებდა. მაგრამ 11/VI-დან მისი განწყობის ვარიაბილურობის გამო ფიქსირებულმა განწყობამ ისევ სტატიკური ხასიათი მიიღო და, აი რა შედეგი მოგვცა ასეთ

მდგომარეობაში ვერბალურ სიტუაციაში განწყობის შემუშავების ცდამ:

ოქმი № 4. 11/VI-56 წ.

— „კიდე წარმოვიგინე! რა საჭიროა ამდენი? მე ხომ უკვე ბევრჯერ წარმოვიდგინე“.

— „დიახ, დიახ, ნუ მისწორებთ, ძალიან კარგად წარმოვიდგინე“.

— „რატომ გგონიათ, რომ წარმოდგენა არ შემიძლია?“. ცდა 30-ჯერ ვამეორებინებთ, რის შემდეგაც ტოლ ბურთებს ვაძლევთ. მაგრამ განწყობის ეფექტი მაინც არ ჩანს.

ასეთივე შედეგებია მიღებული 13, 14 და 17/VI-ს.

ცხადია, რომ ვერბალურ სიტუაციაში განწყობის შექმნის უნარი არც ამ ავადმყოფს აქვს, ზემოთმოყვანილი ოქმები აძლიან ჰგავს როგორც პირველი ავადმყოფის, ისე მეორის ოქმებს. ეს ავადმყოფი ხან პირველი ავადმყოფისათვის დამახასიათებელ სურათს იძლევა, ხან მეორესათვის დამახასიათებელს, მიხედვით იმისა, სტატიკურია თუ დინამიკური მისი აქტუალურ სიტუაციაში შემუშავებული პაპტური განწყობა.

ასეთია ვარიაბილური განწყობის მქონე ოთხივე ავადმყოფის მონაცემები. ასეთივე სურათს იძლევა ვერბალურ სიტუაციაში განწყობის გაფიქსირების ცდისას სტატიკურ ჯგუფში შემავალი სამი ავადმყოფიც (ავად. ისტ. № 3762, 1979, 4268), რომელთა აქტუალურ სიტუაციაში შემუშავებული პაპტური განწყობა მართალია სტატიკურ ხასიათს ატარებს, მაგრამ მაინც არა მთლიანად ისეთს. როგორსაც ამ ჯგუფში შემავალი დანარჩენი ავადმყოფები, რის გამოც მათი განწყობის სხვა მონაცემები ჩვენ სპეციალურად განვიხილეთ, როგორც უმაღლესი ნერვული მოქმედების ფაზური მდგომარეობის განწყობის საფიქსაციო ცდაში გამოვლენა (ავად. ისტ. № 1970 და 4268, განწყობის პლასტიკურობა და ადრე გადატანილი ისტერიული ფსიქოზისტორია, № 3762). ერთი სიტყვით, ზემოთმოყვანილი ოქმების ანალოგიურ სურათს სულ შვიდი ავადმყოფი იძლევა (ოთხივე ვარიაბილური ჯგუფიდან და სამი სტატიკური განწყობის ჯგუფიდან).

სიტყვით სიტუაციაში განწყობის ფიქსაციის ცდებმა, რომლებიც ჩვენ ზემოთმოყვანილი სამი შემთხვევის ილუსტრაციით გად-

მოვეცი, დაგვანახვა, რომ ვერბალურ სიტუაციაში განწყობის შემუშავება პროგრესული დამბლით დაავადებულთათვის საერთოდ შეუძლებელია.

დამახასიათებელია ის გარემოება, რომ ეს ურთულესი აქტი, რომელაც ნორმალური ადამიანისთვისაც ძნელი მისაღწევია, ჩვენს ავადმყოფებს განსაკუთრებით უადვილდებათ. ფეიქრობთ, ეს იმიტომ უნდა ხდებოდეს, რომ მათთან ასეთი ექსპერიმენტის დაყენება საერთოდ შეუძლებელია. მათ არ ძალუძთ. ცდისადმი სერიოზული დამოკიდებულების დამყარება, იდეურ ობიექტთა წარმოდგენის მოთხოვნის გაჩენა, მათი ნებისმიერი გამოწვევა. ამიტომაც. რომ ისინი სწორედ მაშინ, როდესაც არავითარი წარმოდგენები არ უჩნდებათ, ყოველგვარი პასუხისმგებლობის გარეშე აცხადებენ — „უკვე წარმოვიდგინე“, „ეს ძალიან ადვილია“ და სხვ.

ამის ტიპურ მაგალითს ჩვენს მიერ აღწერილი პირველი შემთხვევა წარმოადგენს (ავად. ისტ. № 4902), რომელიც, როგორც აზერთხელ აღვნიშნეთ, სტატიკურ, ძირითად ჯგუფში შემავალი 24 ავადმყოფის დიდი უმრავლესობის (21 ავადმყოფი) ანალოგიურ მდგომარეობას ასახავს.

მაგრამ, ზოგიერთი ავადმყოფი ხანდახან. თითქოს ინტერესდება ცდით. ამის მაგალითს წარმოადგენს ჩვენ მიერ ილუსტრირებული მესამე შემთხვევა (ავად. ისტ. № 907), რომელიც, როგორც ვარიანბილურ ჯგუფში შემავალი ყველა ავადმყოფის, ისე სტატიკური განწყობის მქონე სამი ავადმყოფის ტიპურ სურათს იძლევა.

არიან ისეთებიც (ჩვენ მიერ აღწერილი მეორე შემთხვევა, ისტორია № 1213 და ყველა ის ავადმყოფი, რომელთაც დინამიკური განწყობა აქვთ), რომლებიც თუმცა ცდას სერიოზულად უდგებიან, მაგრამ გადაულახავ დაბრკოლებებს აწყდებიან.

ასე რომ, პროგრესული დამბლის დროს სიტყვით სიტუაციაში განწყობის ფიქსაცია არ ხდება, რაც მიგვითითებს იმაზე, რომ ამ დროს ობიექტივაციის აქტის პათოლოგიასთან უნდა გვქონდეს საქმე, რადგანაც იგი ვერბალურ სიტუაციაში განწყობის შექმნის აუცილებელ ფსიქოლოგიურ საფუძველს წარმოადგენს.

ვნახოთ რა მდგომარეობაშია ჩვენი ავადმყოფების ეს სპეციფიკურ-ადამიანური უნარი.

როგორც აღვნიშნეთ, პროგრესული დამბლით დაავადებულთა ობიექტივაციის საკვლევად ჩვენ მიერ ა. მოსიაეას მიერ მოწოდებული მეთოდი იქნა გამოყენებული. გავიხსენოთ, რომ ინსტრუქციის თანახმად ავადმყოფმა უნდა წაიკითხოს მწებომეტრის სარკმელში გამოჩენილი ყოველი სიტყვა და ეცადოს გაიგოს მისი მნიშვნელობა. ჩვენი ცდების მიმდინარეობის დროს, ავადმყოფი წინასწარ იმაშიც იყო გაფრთხილებული, რომ თუ კითხვის დროს რაიმე შეუსაბამობას შეამჩნევდა—ვერ მიხვდებოდა წაკითხული სიტყვის მნიშვნელობას—უნდა შეჩერებულიყო და მაშინვე ეცნობებინა ამის შესახებ ჩვენთვის.

გამოკვლეული გვყავს 36 ავადმყოფი. რადგან 4 ავადმყოფის ექსპერიმენტულ სიტუაციაში ჩართვა ვერ მოხერხდა. ამათგან: ერთი (ავად. ისტ. № 96, სოხუმის ფსიქიატრიული საავადმყოფო) იმ პერიოდში საერთოდ არ ლაპარაკობდა (მუტიზმი), მეორეს (ისტორია № 106, ქუთაისის ფსიქიატრიული საავადმყოფო) არ სურდა ჩვენთან საუბარი, ხოლო დანარჩენი ორი არაადეკვატურად მეტყველებდა: დაწერილის მაგიერ სრულიად სხვას კითხულობდნენ, რასაც არავითარი კავშირი არ ჰქონდა ჩვენს მიერ მიწოდებულ სიტყვებთან (ავად. ისტ. № 89, თბილისი და № 58, სურამის ფსიქიატრიული საავადმყოფო). ამ ოთხი ავადმყოფიდან I, III და IV-ს აქტუალურ სიტუაციაში სტატისტიკური განწყობა აქვს, მეორესთან განწყობის ფიქსაცია ვერ იქნა მიღწეული, რის გამოც იგი ე. წ. ნულურ ჯგუფშია შეტანილი.

გამოკვლევების შედეგად მიღებული საერთო შედეგების საილუსტრაციოდ გავეცნოთ ცხრილს:

ცხრილი 12

ავადმყოფთა ჯგუფები	ავადმყოფთა რაოდენობა		ცდების პირობები	ობიექტივაციის მდგომარეობა
	პროცენტული	რიცხობრივი		
I	22%	8	ცდის II—III განმეორების ინსტრუქციის უკიდურეს გამოტოვება	ძლიერ შესუსტებულია
II	78%	28	ჩვენ თვითონ ვაჩვენებთ	გამოვარდნილია

როგორც ცხრილიდან ჩანს, ჩვენი ავადმყოფების ობიექტივაციის უნარი ღრმა პათოლოგიას განიცდის. მაშინ, როდესაც ნორმალურ ცდისპირებთან ნაცნობ სიტყვათა თანამიმდევრობაში კრიტიკული სიტყვის გამოჩენა (ქართული ასოებით დაწერილი რუსული სიტყვა ან პირიქით) მაშინვე იწვევს კითხვის შეფერხებას, ჩვენს ცდებში ასეთი რამ არ ხდება.

აქ, მას შემდეგ, რაც ინსტრუქცია უკიდურესად გამარტივებულია, და, შეიძლება ითქვას, რომ ავადმყოფს პირდაპირ ვეუბნებით ცდის შინაარსს, მხოლოდ 8 ავადმყოფთან (22%), ისიც ცდის მეორედ ან მესამედ განმეორებისა და ინსტრუქციის კიდევ უფრო გამარტივების შემდეგ, შევხვდით ისეთ შემთხვევებს, როცა ავადმყოფი აცხადებს, რომ მიწოდებულ სიტყვებში აქა-იქ ერია რაღაც გაუგებარი რამ.

რაც შეეხება შემთხვევათა დიდ უმრავლესობას (28 ავადმყოფი, 78%), აქ ობიექტივაციის აქტი იმდენადაა დაზიანებული. რომ მისი გამოწვევა არც ინსტრუქციის უკიდურესი გამარტივებით და ცდის 5-6-ჯერ განმეორების შემდეგ ხდება და არც მაშინ, როდესაც მნემომეტრის სარკმელში მხოლოდ კრიტიკულ სიტყვას ვაჩვენებთ, ჩვენ თვითონ გამოუყოფთ მას ერთი ენის სიტყვათა კონტექსტიდან.

ვნახოთ რა ხდება ამ ცხრილის შიგნით, განვიხილოთ კონკრეტული შემთხვევები. უპირველესად ყოვლისა, საინტერესოა, რანაირია ზემოთაღნიშნული 8 ავადმყოფი. საილუსტრაციოდ მოვიყვანთ ერთ შემთხვევას:

ავადმყოფი ი-ინი (ავადმყოფის ისტორია № 2243, მოსკოვის ქალაქის მესამე საავადმყოფო, პრეობრაჟენსკის სახელობისა), რუსი, 1920 წელს დაბადებული. პროფესიით მსახიობი. საავადმყოფოში შემოვიდა 1956 წლის 2 იანვარს. თავსდება პირველად.

ანამნეზური ცნობები—დაიბადა მუშის ოჯახში. იზრდებოდა და ვითარდებოდა კარგად. დაამთავრა საშუალო სასწავლებელი. ბავშვობიდანვე იჩენდა მიდრეკილებას სცენისადმი. საშუალო სასწავლებლის დამთავრების შემდეგ მოეწყო მოსკოვის ერთ-ერთ თეატრში სცენის მუშად. მალე დიწყო სწავლა დაუსწრებელ თეატრალურ ინსტიტუტში და სამსახიობო მოღვაწეობა.

1940 წელს დაავადდა ათაშანგით. მკურნალობდა უსისტემოდ. 1941 წელს მოხალისედ წავიდა დიდ სამამულო ომში. არმიაში იმ-

ყოფებოდა იმის დამთავრებამდე. მონაწილეობას ლებულობდა ბრძოლებში წინა ხაზზე. სამჯერ იყო კონტუზირებული. გონება არ დაუკარგავს. აქვე მიეჩვია ალკოჰოლური სასმელების მიღებას.

1945 წლიდან კვლავ უბრუნდება თეატრს. სწავლის გაგრძელება აღარ უცდია. ითვლებოდა მეორეხარისხოვან მსახიობად. გადაჭარბებით ლებულობდა ალკოჰოლს. 1948 წელს ხელმეორედ დაავადდა ლუესით. ჩაატარა რამდენიმე სრული კურსი. 1950 წელს დაოჯახდა. შვილი არა ჰყავს.

1955 წლის ზაფხულიდან ეწყება ადვილი დაღლა. უძილობა. უგუნებობა, რის გამოც სმას მოუმატა. შემოდგომაზე თეატრალური დასი საგასტროლოდ იმყოფებოდა პროვინციაში, სადაც მას ბევრი მუშაობა უწევდა. რამდენჯერმე მიუმართავს ექიმისათვის აღნიშნული ჩივილებით. ექიმს ნევრასთენიის დიაგნოზი დაუსვა.

1955 წლის დეკემბერში სცენაზე გამოავლინა უცნაური ქცევა. როდესაც სპექტაკლი შეწყვეტილ იქნა, გამოავლინა სრული უკრიტიკო დამოკიდებულება თავისი საქციელის მიმართ. აცხადებდა, რომ იგი დიდი მსახიობია, დიდი მხედართმთავარი და საერთოდ დიდი ადამიანი და სხვ. რამდენიმე ხანს იმყოფებოდა სახლში, სადაც ირგვლივმყოფებისათვის სრულიად ნათელი გახდა მისი აშკარა ჭკუასუსტობის მოვლენები მეხსიერების მკვეთრი დაქვეითებით. დასმული იქნა პროგრესული დამბლის დიაგნოზი. საავადმყოფოში მოთავსებამდე ერთი დღით ადრე ჰქონია ეპილეფსიური ხასიათის კრუნახვითი შეტევა.

სომატური მდგომარეობა—საშუალოზე მაღალი ტანის, სწორი აგებულების. დამაკმაყოფილებელი კვების. ძვალკუნთოვანი სისტემა კარგად განვითარებული. სისხლის მიმოქცევის და სასუნთქი ორგანოები ნორმის ფარგლებში. არტერიული წნევა 130/80. საკმლის მომწიფებელი ორგანოების მხრივ ნორმიდან გადახრა არ აღინიშნება. შარდ-სასქესო ორგანოები როგორც ფუნქციის, ისე გარედან გასინჯვის მხრივ პათოლოგიას არ განიცდის.

ნევროლოგიური მდგომარეობა—ანიზოკორია, მარცხენა მეტა-მარჯვენაზე. გუგების ფორმა შეცვლილი არ არის, რეაქცია სინაოლზე მოსპობილია. აღინიშნება კონვერგენციის სისუსტე. სახის ნერვის ქვედა ტოტის პარეზი მარცხნივ. მყეს-ძვალთა რეფლექსები მარჯვნივ უფრო ცოცხალი, ვიდრე მარცხნივ. აქვს ჰიპერკინეზიის მოვ-

ღენები ცხვირ-თითის ცდის შესრულებისას. ენის გასატეხთა გამო-
თქმა ძლიერ უჭირს. რომბერგის ნიშანი დადებითი. მარჯვნივ გარ-
დამავალი ბაბინსკის ნიშანი. აქილევსის რეფლექსები ორივე მხა-
რეს არ იწვევა.

ლაბორატორიული მონაცემები — სისხლისა და შარდის საერ-
თო ანალიზი პათოლოგიურ ცვლილებებს არ განიცდის. ვასერმანის
რეაქცია სისხლში მკვეთრად დადებითი. ზურგის ტვინის სითხეში
ვასერმანის, ფრიდმანის, ვაიჰბროდტის, ნონე-აპელტის, ზაკ-ვიტებს-
კისა და კანის რეაქციები მკვეთრად დადებითი. ციტოზი 360/3. ქარ-
ბობს ეოზინოფილები და ლიმფოციტები. შედარებით ცოტა რაოდე-
ნობითაა მონოციტები. ცილა 0,85%. ლანგეს რეაქცია — 666666
55432.

ფსიქიკური მდგომარეობა — შემოსვლისას ავადმყოფი დეზორი-
ენტირებულია, გაფანტული, მოუკრეფავი, სრულიად ვერ ერკვევა
ადგილში, ღროში და გარემოში. უკრიტიკო. აცხადებს, რომ ჯანმრთე-
ლობის მხრივ ასე კარგად არასოდეს ყოფილა. ინტელექტუალურად
ძლიერ დაქვეითებული: არ იცის, რამდენი წლისაა, როდის დაიბადა.
ჰყავს თუ არა დედ-მამა, ვერ იხსენებს მეუღლის სახელს. ემოციუ-
რად დადებითი ტონის, ეიფორიული. კარგი გუნებაგანწყობის მიზე-
ზად ფიზიკურ ჯანმრთელობას ასახელებს. აღენიშნება სრულიად
უსისტემო ბოღვისმაგვარი გამოთქმები, რომ იგი დიდი მსახიობია,
დიდი ადამიანი, არმიის უფროსი, სახელმწიფოს მმართველი და სხვ.
ყველაფერი კმაყოფილია. ხანდახან უმიზეზოდ ღიზიანდება. ჟინვა-
ნობს. სუსტსულოვანია, ტირის უხვი ცრემლებით, ითხოვს შველას.
ხშირად აღენიშნება სქესობრივი აგზნებულობა. აწუხებს მომვლელ
პერსონალს. ქცევა სრულიად უაზრო. ვერ აგნებს თავის საწოლს.
საპირფარეშოს, უსუფთაოა ლოგინში. წონაში ძალზედ იკლებს.

დიაგნოზი — პროგრესული დამბლა, დემენციური ფორმა.

ავადმყოფს 1/III-დან დაეწყო და 1/IV დაუმთავრდა მალარიით
მკურნალობა. ჰქონდა 15 ცხელებითი შეტევა მაღალი სიცხით. უკეთ-
დებოდა პენიცილინი (ეიდიო 20 მილიონი). მალარიით მკურნა-
ლობის დამთავრების ცოტა ხნით ადრე დაეწყო სპეციფიკური, ანტი-
ლუესური მკურნალობა ბიოქინოლით. ამჟამად ამთავრებს მეორე
კურსს.

მკურნალობის შემდგომი მდგომარეობა: ლაბორატორიულად

ავადმყოფს აღენიშნება საგრძნობი გამოკეთება. ვასერმანის რეაქცია, როგორც სისხლში, ისე თავზურგტვინის სითხეში უარყოფითი გახდა. ასევე უარყოფითია ცილების სხვა სეროლოგიური რეაქციები. ლიქვორში აღინიშნება ციტოზისა და ალბუმინების ნიშნები.

ნევროლოგიური მდგომარეობა — ანიზოკორია, მარცხენა მეტია მარჯვენაზე. რეაქცია სინათლეზე დუნე. აკომოდაციასა და კონვერგენციაზე ცოცხალი. სახის ნერვის ქვედა ტოტის იოლი სისუსტე. მყეს-ძვალთა რეფლექსები ცოცხალი, თანაბარი ორივე მხარეს. ჰიპერკინეზიის მოვლენები არ აღინიშნება, ენის გასატეხ სიტყვებს ნაკლები დამახინჩებით გამოთქვამს, რომბერგის ნიშანი უარყოფითი. პათოლოგიური რეფლექსები არა აქვს.

ფსიქიკური მდგომარეობა — ავადმყოფი ორიენტირებულია ადგილში. იცის, რომ ფსიქიატრიულ საავადმყოფოშია დროში ორიენტაცია არაზუსტი. გადმოგვცემს ანამნეზურ ცნობებს, თუმცა ბევრი რამ კარგად აღარ ახსოვს. არითმეტიკული ოპერაციების წარმოება შეუძლია, მაგრამ უჭირს. ადვილად იღლება. გადატანილი ავადმყოფობის მიმართ იჩენს კრიტიკულ დამოკიდებულებას: „გიყი ვიყავი, სიფილისმა თავში დამარტყა“. აინტერესებს მისი ჯანმრთელობის შემდგომი მდგომარეობა. ავადმყოფობას განიცდის, რის გამოც გუნება-განწყობა უარყოფითი ტონისა აქვს. ეშინია ავადმყოფობამ არ შეუქციოს. სურს გაიგოს მორჩება თუ არა ათაშანგისაგან. აწუხებს თავის ტკივილი. საავადმყოფოს პირობები მასზე უარყოფითად მოქმედებს. ვერ იტანს ხმაურს. ადვილად ღიზიანდება. აღენიშნება სუსტაულოვნების ელემენტები, ზედმეტად გულჩვილია. ადანაშაულებს თავს წარსული უწყესრიგო ცხოვრების გამო. ამბობს, რომ დანაშაუვა მეუღლის წინაშე, რომელსაც მთელი ცხოვრება წაართვა და გაუფუჭა. ადვილად დამჯერება კონტაქტური და პინტონიური. ქცევა მოწესრიგებული. შეუძლია თვითმომსახურება ცდილობს ჩაებას განყოფილების ცხოვრებაში, მოეხმაროს მომვლელ პერსონალს, დაიცვას სისუფთავე და სხვა ექიმს უჯერებს. საერთოდ, როგორც თვითონ ამბობს, ყოველთვის ვინმეს ზედამხედველობის ქვეშ უნდა იყოს. მარტო ცხოვრება ეშინია. ცოლს კარგად ხვდება. „ცოლი ჩემი მეუღლეც არის და დედაც“-ო. საავადმყოფოს რეჟიმს იცავს. ცდილობს არ გამოტოვოს არც ერთი სამკურნალო პროცედურა. მადა კარგი აქვს. ძილი შედარებით მოწესრიგებული. ფიზიკურად საგრძნობლად მოიმატა.

როგორც ვხედავთ, ავადმყოფი მეურნალობის შედეგად როგორც ფსიქიკურად, ისე ფიზიკურად მნიშვნელოვანი გამოკეთების გზაზე დგას. ჩვენ მისი შესწავლა ამ მდგომარეობაში ჩავატარეთ 1956 წლის მაისის თვეში.

ჩვენი მონაცემები:

აქტუალურ სიტუაციაში ფიქსირებული განწყობის მიხედვით, ავადმყოფი ღინამიკურ ჯგუფში შედის. სიტყვით სიტუაციაში განწყობის ფიქსაციის ცდისას ავადმყოფმა ყველა ამ ჯგუფში შემავალ შემთხვევათა ანალოგიური სურათი მოგვცა. ვნახოთ, რა მდგომარეობაშია მისი ობიექტივაციის უნარი.

ოქმი № 1. 5/V-56 წ.

ინსტრუქციას ყურადღებით ისმენს. ცდისათვის ემზადება. კითხულობს შეუფერხებლად, კრიტიკულ სიტყვებში რაიმე შეუსაბამობას თითქოს ვერ ამჩნევს: წაკითხვის შემდეგ ცოტა შეფიქრანებული ამბობს, რომ ყველა სიტყვა გაიგო. თავის პასუხში ღარწმუნებულობა არა აქვს.

ინსტრუქციას ვუმეორებთ.

მეორედ წაკითხვისას კრიტიკულ სიტყვებზე ფერხდება. სურს გაიზიაროს მათი მნიშვნელობა. კითხვას მაინც არ წყვეტს. ცდის შემდეგ აცხადებს: „მართლაც იყო რაღაცა გაუგებარი სიტყვები, მაგრამ არ მახსოვს“. გვთხოვს კიდევ ერთხელ წავაკითხო.

კითხულობს: — „აი дамба არ ვიცი რას ნიშნავს... არც ка-на,... ката—ალბათ ქალის სახელია. „კატია“... сурა კი პირველად მესმის, ამისთანა სიტყვა არც გამიგონია“.

— ეს სიტყვები რუსულია?

— „რა ვიცი, შეიძლება არც არის რუსული, აი „სურა“ ნამდვილად არ არის რუსული“.

— სხვა სიტყვები თუა რუსული?

— „მე მგონი, რა ვიცი... მე არ ვხმარობ ასეთ სიტყვებს... შესაძლებელია არც არის რუსული... ჰო, რუსული რომ იყოს, მე ხომ უნდა ვიცოდე. რასაკვირველია, არ არის რუსული“.

როგორც ოქმიდან ირკვევა, ამ ავადმყოფის ობიექტივაციის უნარი საგრძნობლად შესუსტებულია, მაგრამ მას მაინც შეუძლია აამოქმედოს იგი. როგორც დავინახეთ, ამისათვის განსაკუთრებული პირობებია საჭირო: ინსტრუქციის უკიდურესი გამარტივება, ცდის

რამოდენიმეჯერ განმეორება, ინსტრუქციის გახსენება ყველა გამეორების წინ და მთელი რიგი მისახვედრი კითხვების დასმა. ერთი სიტყვით, მართალია ამ შემთხვევაში ობექტივაცია მძიმე პათოლოგიას განიცდის, მაგრამ ავადმყოფს ჯერ კიდევ არ დაუქარავს შესაძლებლობა გარკვეულ პირობებში მიმართოს მას, ამოქმედოს თავისი ეს უაღრესად შესუსტებული უნარი, დიდი გაჭირვებით მოსწყვიტოს თავისი ქცევა აქტუალურ სიტუაციას, უშუალო გამღიზიანებელს და საცადოს გადაერთოს აზროვნებით, თეორიულ პლანში.

როგორც აღვნიშნეთ, ობიექტივაციის კვლევის მონაცემების მიხედვით, ასეთ შედეგს მხოლოდ 8 ავადმყოფი იძლევა. განვიხილოთ რამოდენიმე მათგანის კვლევის ოქმებიც:

ოქმი № 2. 18/VII-56 წ. (ავადმყოფობის ისტორია № 1640).

ინსტრუქციას ისმენს. ცდისათვის მზადაა.

პირველი წაკითხვისას არავითარი შეფერხება არ აღინიშნება აცხადებს, რომ ყველაფერი გაიგო.

მეორედ წაკითხვისას „Сур“ ზე თითქოს ჩერდება.

აქვე ვეკითხებით გაიგო თუ არა ამ სიტყვის მნიშვნელობა

— „როგორ გითხრათ, შესაძლებელია რაიმე ადგილობრივი დასახელება“.

მესამედ წაკითხვის წინ სპეციალურად ვაფრთხილებთ, რომ იქნებ მართლა არის რაღაც გაუგებარი რამ. ვთხოვთ ყურადღება. მიაქციოს.

ჩერდება კრიტიკულ სიტყვებზე — „ესენი რუსული არ უნდა იყოს. შესაძლებელია რუსულია, მაგრამ რაიმე ადგილობრივი დასახელებებია, მე არ გამიგია“.

— იქნებ არ არის რუსული!

— „რა ვიცი, შეიძლება მართლაც არ არის რუსული“.

ოქმი № 3. 10/V-56 წ. (ავად. ისტ. № 2700).

თავიდან შეუფერხებლად კითხულობს:

— „ყველაფერი გასაგები იყო თქვენთვის თუ არა?“

— „რა ვიცი, მე მგონი ყველაფერი გავიგე, რუსულად ეწერა“.

მეორედ წაკითხვას შემდეგ — „აქ ზოგიერთი სიტყვა არასწორად წერია!“ რომელი იყო ეს სიტყვები, არ ახსოვს.

მესამედ წაკითხვისას — „აი KATA“, — არასწორად წერია. უნდა ეწეროს „კატა“, კიდევ არის შეცდომები, მაგრამ არ ვიცი, როგორ უნდა ეწეროს“. სხვა „შეცდომებს“ ვერ იხსენებს.

სადაც შეისწავლა მესაათის სპეციალობა. 1947 წელს დაბრუნდა მოსკოვში. შეირთო ცოლი, რომელსაც მალე შეჰყარა ათამანი. ამის გამო ცოლი გაეყარა. ხელი მიჰყო ლოთობას.

1955 წლის დამლევს დაეტყო შესამჩნევი ცვლილებები. გახდა ადვილად გამღიზიანებელი, სამუშაოზე ხმამალა ჩხუბობდა. აღენიშნებოდა გუნებაგანწყობის აწევა. საქმეს თავს ვეღარ აბამდა. რამოდენიმე საათი გააღუქა. კამათობდა, — თქვენ მესაათობისა რა გაგეგებათ, ყველაზე დიდი მესაათე მე ვარო. შეატყვევს მესხაერების მკვეთრი დაქვეითება. ვეღარ ცნობდა საკუთარ საზღს. ვეღარ აგნებდა სამსახურს, რის გამოც 24 დეკემბერს მოთავსებულ იქნა პრეობრაჟენსკის სასელობის საავადმყოფოში (ისტორია № 5791).

საავადმყოფოში დაუსევს პროგრესული დამბლის დემენციური ფორმის დიაგნოზი. უმკურნალეს მაღარიით. პენიცილინით. ჩაუტარეს ანტილუესური მკურნალობის ერთი კურსი. მკურნალობას შესამჩნევი დადებითი შედეგი არ მოჰყოლია. ფიზიკურად საგრძნობლად გამოკეთდა. ეიფორია მოიხსნა და შედარებით დამშვიდებულ მდგომარეობაში გაწერილი იქნა 1956 წლის 15/V-ს.

სახლში უპატრონოდ აღმოჩნდა. აწუხებდა მეზობლებს, რის გამოც მათი თხოვნით, დროებით საიზოლაციოდ, განმეორებით მოთავსდა საავადმყოფოში.

ფიზიკური სდგომარეობა — მაღალი ტანის, სწორი აგებულების. დამაკმაყოფილებელი კვების. ხილული ლორწოვანი გარსები ვარდისფერი. გულ-სისხლძარღვთა და სასუნთქი სისტემა რაიმე მნიშვნელოვან პათოლოგიას არ განიცდის. მაჯა 70. სისხლის წნევა 130/75. ავადმყოფი უჩივის ფაღარათობას და ტკივილს მუცლის არეში.

პალპაციით აღინიშნება ტკივილი განივი და სიგმოიდური კოლინჯის არეში. თერაპეუტის კონსულტაციით დადასტურებულია დიპტეფსიის მოვლენები, დანიშნული აქვს სათანადო მკურნალობა. პარენქიმული ორგანოები პათოლოგიას არ განიცდის. შარდ-სასქესო სისტემა ნორმის ფარგლებშია.

ნევროლოგიური მდგომარეობა — გუგები არათანაბარი, მარცხენა მეთია მარჯვენაზე, მრგვალი ფორმის. რეაქცია სინათლეზე ძლიერ დუნე. აკომოდაციასა და კონვერგენციაზე ნორმალური — მარცხნივ სახის ნერვის ქვედა ტოტისა და მარცხენა ენისქვეშა ნერვის პარე-

ზი. მეეს-ძვალთა რეფლექსები მარჯვნივ უფრო ცოცხალი. კანის რეფლექსები დაქვეითებული. აღინიშნება ტანის ქანობა თვალების დახუჭვისას. პათოლოგიური რეფლექსები არ იწვევა. მეტყველება გაძნელებული, დიზართრიული.

ლაბორატორიული მონაცემები—სისხლისა და შარდის საერთო ანალიზი ყურადღებას არ იპყრობს. ვასერმანის რეაქცია სისხლში სუსტად დადებითი. ზურგის ტვინის ლითხეში ვასერმანის რეაქცია მკვეთრად დადებითი. ფრიდმანის, ზაქს-ვიტებსკისა და კანის რეაქციები მკვეთრად დადებითი. ნონე-აპელტისა და ვაიპროდტის რეაქცია სუსტად დადებითი. ციტოზი 220/2, ცილა 0,55%.

ფსიქიკური მდგომარეობა — ცნობიერება ფორმალურად ნათელი. ორიენტირებულია ადგილში. იცის, რომ მოსკოვშია. საავადმყოფოში. რა სახის საავადმყოფოა, ვერ გარკვეულა. თავს ავადმყოფად არ აღიქვამს. არც ირგვლივმოფებს თვლის სულიერად დაავადებულებად. ანანეზური ცნობების გადმოცემა არ შეუძლია მეხსიერების მკვეთრი დაქვეითების გამო. ვერ წყვეტს უმარტივეს არითმეტიკულ ამოცანებს. არ შეუძლია ანგარიში. ახერხებს მხოლოდ მიმატებას. ისიც 10-ის ფარგლებში. ასოციაციური პროცესები შენელებული, ღარიბი, სტერეოტიპული, შინაარსობრივად შემთხვევითი და მხოლოდ თვალსაჩინო-ხატოვანი. ემოციურად გულგრილი, მაგრამ წონასწორობიდან ადვილად გამოდის. ხშირად უმიზეზოდ ჩხუბობს მომვლელ პერსონალთან. ამ ფონზე აღინიშნება ეპიზოდურად დადებითი ემოციური ტონი, რომლის დროსაც შესამჩნევია თავისი პიროვნული შესაძლებლობების გადაფასების ტენდენცია.

ხშირად სუსტსულოვანია, იცრემლება, რის შემდეგაც გუნებ-განწყობა სწრაფად ეცვლება. ქცევა უაზრო. მოქმედებანი ტლანქი, კოორდინაციას მოკლებული, მოუხეშავი. დადებითი ფსიქოზური სიმპტომები არა აქვს.

ხანდახან ავადმყოფი შედარებით უკეთ არის. აღარ ჩხუბობს. შრომათერაპიაზე უარს აღარ ამბობს, თუმცა მუშაობაში წარმატებას ვერ აღწევს. თითქოს ინტერესს იჩენს თავისი მდგომარეობის მიმართ, ექიმს ტირილით მიმართავს: „მიმეკურნალეთ და მომარჩინეთ! —.

ობიექტივაციის კვლევის შედეგები:

ინსტრუქციას ისმენს, მაგრამ ცდას არც თუ ისე დიდი მონდომებით ეკიდება. პირველად შეუფერხებლად ჩაიკითხა და გვაუწყა, რომ ყველაფერი კარგად გაიგო. ინსტრუქცია გაუშეორეთ. მეორედაც ასევე შეუფერხებლად კითხულობს და ასევე გვატყობინებს, რომ წაკითხულ სიტყვებში მისთვის გაუგებარი რამ არ ყოფილა. ცდის ზუთჯერ განმეორება მდგომარეობას ვერ ცვლის. ვეუბნებით:

— ამ რუსულ სიტყვებში არის ისეთები, რომლებიც რუსული ასოებით არის დაწერილი, მაგრამ რუსული კი არა, უცხო სიტყვებია. აბა გამოიცანით ისინი! — კითხულობს, ვერ გამოიცნო. მათთვის ყველა სიტყვა რუსული აღმოჩნდა.

მიზნის მისაღწევად იძულებული ვართ მხოლოდ კრიტიკული სიტყვა გამოვაჩინოთ მნემონეტრის სარკმელში. ვაჩვენეთ „მაშინა“. ვეკითხებით, — რუსულია? ფიქრობს.

— არა, რუსული არ არის: არ ვიცი, არ მისწავლია.

ვაჩვენეთ — „каша“ — რუსულია?

— „რუსულია“. რას ნიშნავს? — „არ ვიცი, შეიძლება არც არაა რუსული, დიახ, არ უნდა იყოს რუსული“.

ვაჩვენეთ — „ката“ — რუსულია?

— „ჰო, ეს რუსული არ არის, ეს ინგლისური სიტყვაა“.

ვაჩვენეთ — „супа“.

— „ეს კი არც ინგლისურია და არც რუსული, უფრო გერმანული უნდა იყოს. თქვენ გაინტერესებთ გითხრათ რუსულია თუ არა — რასაკვირველია არ არის რუსული. საინტერესოა, როდესაც ვკითხულობდი, ისინი რუსული მეგონა!“.

როგორც ვხედავთ, ობიექტივაციის აქტის პათოლოგია აქ უფრო შორს არის წასული. ამ ავადმყოფს ცდის ზუთჯერ განმეორებას შემდეგ ჩვენ პირდაპირ ვუთხარით, რომ მართალია ყველა სიტყვა რუსული ასოებით წერია, მაგრამ ზოგიერთი მათგანი რუსული არ არის და დავავალეთ გამოერჩია ისინი. ავადმყოფმა ამოცანის გადაწყვეტა ვერც ამის შემდეგ შეძლო.

ბოლოს მას მხოლოდ კრიტიკული სიტყვები ვაჩვენეთ, ე. ი. მისი გასაკეთებელი საქმე ჩვენ გავაკეთეთ, კრიტიკული სიტყვები რუსულ სიტყვათა საერთო კონტექსტიდან ჩვენ თვითონ გამოვყავით. აქ ჩვენ ავადმყოფს მხოლოდ ერთი და ყველაზე უმარტივესი საქმე

ევალეზოდა: ეთქვა უარყოფითი პასუხი, რომ სიტყვა არ იყო რუსული. როგორც ოქმიდან ჩანს ჩვენი ავადმყოფისათვის არც ეს არის მარტივი ამოცანა, მაგრამ არა ისეთი, რომ მან არ ამოხსნას.

საინტერესოა ავადმყოფის გავიკრება — „როდესაც ვკათხულ-ობდი, ისინი რუსული მეგონა“.

მოვიყვანოთ კიდეც რამოდენიმე ანალოგიური შემთხვევა:

ოქმი № 2.30/VI-56 წ. (ავადმყოფობის ისტორია № 5511).

ცდისადმი გულგრილობას იჩენს. ინდიფერენტულად კითხულობს. ყველაფერი გაიგო. ყველა სიტყვა რუსული იყო. მეექვსე ექსპოზიციის შემდეგ ვეუბნებით, რომ ზოგიერთი სიტყვა არ არის რუსული, მაინც ვერ ხვდება.

ვაჩვენეთ — „намна“ რუსულია?

— არა მგონი, არა? არ არის რუსული“.

ვაჩვენეთ — „кана“ „არ უნდა იყოს რუსული. არ ვიცი შეიძლება რუსულია და მე არ გამიგონია, არ ვიცი“.

ვაჩვენეთ — „ката“ — „არა, ეს რუსული არ უნდა იყოს, დიახ, არ არის რუსული“.

ვაჩვენეთ — „супа“ — „თუ რუსულია, მაშინ კუთხური სახელია, თორემ მე არ გამიგონია და მგონია, რომ არ არის რუსული“.

ოქმი № 3. 2/VI-56 წ. (ისტორია № 907). ცდა არ აინტერესებს. როდესაც არ ვეშვებით, უკვირს კიდეც რატომ. მისთვის ყველა სიტყვა რუსულია.

ვაჩვენეთ — „намна“ — „რუსულია, თუმცა არა... იმეორებს „ბამბა“, „ბამბა“... არ არის რუსული“.

„Кана“, „ката“, „супа“ არც ერთი არ არის რუსული. წელან როდესაც სიტყვებს მაკითხვდით, იქ ეს სიტყვები არ ყოფილა, თქვენ მე სიტყვები გამომიცვალეთ — იღიმება.

ოქმი № 4. 25/V-56 (ავადმყოფის ისტორია № 3762).

ინსტრუქციას თითქოს ინტერესით ისმენს. ექვსჯერ შეუფერხებლად კითხულობს, რადგან ყველა სიტყვა რუსული იყო და ყველა მათგანი კარგად გაიგო.

ცალკე ჩვენებისას: „номна“ — რუსული კი უნდა იყოს, მაგრამ რას ნიშნავს არ ვიცი“. იქნებ არ არის რუსული?“ — „რა ვიცი შეიძლება ეგრეც იყოს“. „Кана“ — „აი, ეს არის ის, რასაც თქვენ ამბობდით, ეს არ არის რუსული სიტყვა“. დანარჩენებზე იძა-

ბის: — „არც ესენია რუსული მხოლოდ ახლა თავი დამანებეთ, ძალიან დავიღალე“.

ასეთ შედეგებს იძლევა ამ 28 ავადმყოფიდან 7. აქედან ოთხივე განწყობის ვარიაბილური ჯგუფიდან, ხოლო სამი—სტატიკური განწყობის წარმომადგენელი, მაგრამ სწორედ ისინი, რომლებიც ვერბალურ სიტუაციაში განწყობის შემუშავებისათვის დაყენებულ ცდებში ვარიაბილური განწყობის მქონე ავადმყოფთა ანალოგიურ შედეგს იძლევიან (ავად. ისტ. № 4268, 1979, 3762).

ახლა ენახოთ, როგორი მდგომარეობა გვაქვს დარჩენილ 21 ავადმყოფთან, რომლებსაც ჰაპტურ სფეროში პროგრესული დამბლისთვის დამახასიათებელი სტატიკური განწყობა აქვთ. განვიხილოთ ძირითად ჯგუფში შემავალი კიდევე ერთი ავადმყოფის ავადმყოფობის ისტორია.

ავადმყოფი ე-ნი (ავადმყოფობის ისტორია № 157, კაშინეკოს სახელობის ფსიქიატრიული საავადმყოფო, მოსკოვი), რუსი, 1900 წელს დაბადებული. პროფესიით ინჟინერი. საავადმყოფოში შემოვიდა 1954 წლის 20 იანვარს. თავსდება მერთხელ.

ანამნეზური ცნობები—დაიბადა პედაგოგის ოჯახში. იზრდებოდა და ვითარდებოდა ნორმალურად. ბავშვობაში არ ავადმყოფობდა. სწავლა 7 წლისამ დაიწყო. სწავლობდა კარგად. საშუალო სასწავლებლის დამთავრების შემდეგ მიიღო უმაღლესი განათლება გერმანიაში. აქვე დაავადდა ლუესით 1920 წელს.

მუშაობდა ჰიდროელექტროსადგურების მშენებლობებზე. 1920 წელს დაოჯახდა. მალე ცოლს აღმოაჩნდა ათაშანგი, რასაც ჩვენი ავადმყოფი მძიმედ განიცდიდა. იმჟურნალა ორივემ. ჩაატარეს 5-5 სრული კურსი. ცოლს აღენიშნებოდა 6 სპონტანური აბორტი და ორი მშობიარობა თანდაყოლილი სიფილისით, რის გამოც ორთავე ნაყოფი მალე დაიღუპა. ავადმყოფი ამ თავის უბედურებასაც განსაკუთრებით მძიმედ განიცდიდა, რის გამოც 1932 წლიდან ხელი მიჰყო ლოთობას. 1936 წელს გარდაეცვალა მეუღლე. სმას განსაკუთრებით უმატა. გახდა ყველაფრის მიმართ გულგრილი სამუშაოზე დააქვეითეს.

1938 წლის შემოდგომაზე დაეწყო თავის ტკივილები და უძილობა. უჩიოდა ნევრასთენიული ხასიათის ტკივილებს სხეულის სხვადასხვა მიდამოში. სმას თავს არ ანებებდა. აღინიშნებოდა: ყოველგვ-

რი ინიციატივის დაკარგვა, ქრონიკული დაღლილობა, მესხიერების მკვეთრი დაქვეითება, საერთო გაფანტულობა და გუნებგანწყობის აწევა. ერთ დღეს შიშველი გამოვიდა ქუჩაში, აჩერებდა გამვლელებს, მოითხოვდა შეხვედრას მთავრობის წარმომადგენლებთან, რის გამოც პირველად იქნა მოთავსებული კაშჩენკოს სახელობის ფსიქიატრიულ საავადმყოფოში 1938 წლის 15 ნოემბერს (ავად. ისტორია № 4391).

როგორც ისტორიიდან ირკვევა, ავადმყოფს დაუსვეს პროგრესული დამბლის ექსპანსიური ფორმის დიაგნოზი და უმკურნალეს მაღარიით. შესამჩნევი ფსიქიკური გამოკეთება შენიშნული არ ყოფილა. ავადმყოფი დამშვიდდა. მანიაკალური სინდრომი გაფერმკრთალდა და ოთხი თვის შემდეგ გაწერილ იქნა ახლობლების ზედამხედველობის ქვეშ. სახლში უვლიდნენ კარგად. მაგრამ ერთი წლის შემდეგ კვლავ მოთავსდა საავადმყოფოში განმეორებით სამკურნალოდ (ავად. ისტ. № 146—1939 წ.) განმეორებით მაღარიოთერაპიას შესამჩნევი შედეგი არ მოყოლია, რის გამოც ავადმყოფი გადაყვანილ იქნა მოსკოვგარეთა ფსიქიატრიულ საავადმყოფოში. აქ იგი იმყოფებოდა 1946 წლამდე. 1946 წელს ისევ კაშჩენკოს სახელობის საავადმყოფოში იქნა მოთავსებული და მესამეჯერ უშედეგოდ ნამკურნალევი (ავად. ისტ. № 2815), რის შემდეგაც ახლობლებმა სახლში წაიყვანეს. 1954 წელს გარდაეცვალა ერთადერთი მომვლელი და. ამის შემდეგ იგი მეოთხედ თავსდება საავადმყოფოში, სადაც დღემდე იმყოფება.

სომატიური მდგომარეობა — მაღალი ტანის. სწორი აგებულების. ძვალ-კუნთოვანი სისტემა სუსტად განვითარებული. დაქვეითებული კვების. ხილული ლორწოვანი გარსები ანემიური. გულ-სისხლძარღვთა სისტემა ასაკობრივ ცვლილებებს განიცდის. ალბინიზმება პერიფერიული სისხლის მიღების სკლეროზის მოვლენები. სისხლის წნევა 180/100. ფილტვები ემფიზემური. პერკუსიით კოლოფისებური ხმიანობა. მუცელი რბილი. პალპაციით უმტკივნეულო, ღვიძლი ზომიერად გადიდებული და მკვრივი. ელენთა არ ისინჯება. შარდ-სასქესო სისტემა გარეგანი გასინჯვით ნორმის ფარგლებში.

ნევროლოგიური მდგომარეობა — გუგები არათანაბარი ზომის. მარცხენა მეტია მარჯვენაზე. კიდეები უსწორმასწორო, კუთხოვანი

სინათლეზე რეაქცია მოსპობილი. აკომოდაციასა და კონვერგენციაზე დუნე. აღინიშნება მარცხენა სახის. ნერვის ქვედა ტოტისა და ენის-ქვეშა ნერვის პარეზი, თავის ტვინის სხვა ნერვები პათოლოგიურ ცვლილებებს არ განიცდის. მყესთა რეფლექსები მარჯვნივ უფრო ცოცხალი. კანის რეფლექსები დუნე. აქილევის რეფლექსი მოსპო-ბილი ორივე მხარეს. მუხლის რეფლექსები ძლიერ ძნელად იწვევა. აღინიშნება ბაბინსკისა და ოპერჰაიმის პათოლოგიური რეფლექსები. რომბერგის ნიშანი დადებითი.

ლაბორატორიული მონაცემები — შარდში ცილის ნიშნები და მომატებული ოქსალატების რაოდენობა. სისხლში ერითროციტე-ბის დალექვა აჩვენებულია. ვასერმანის რეაქცია სისხლში უარყოფი-თი. თავზურგტვინის სითხეში ვასერმანი სუსტად დადებითი. ფრიდ-მანის, ვაიპროდტის, ნონე-აპელტის, ზაქს-ვიტებსკისა და კანის რეაქციები სუსტად დადებითი. ციტოზი 160/2, ცილა 0,56%.

ფსიქიკური მდგომარეობა — ავადმყოფი ნაწილობრივად ორი-ენტირებულია გარემოში. იცის, რომ საავადმყოფოშია, მაგრამ რა-ხასიათის, ვერ ამბობს. თავს სულთ ავადმყოფად არ აღიქვამს. უჩივის რაღაცა სომატიურ დაავადებას, სახელობრ, რას, არ იცის. ცნობიერება ფორმალურად ნათელი აქვს. დროში ორიენ-ტაციას სრულებით ვერ ახდენს. ამბობს, რომ ახლა 2000 წელია, მე-ორე წუთს სულ სხვა თარიღს ასახელებს. ვერ ამბობს ზაფხულია თუ ზამთარი. ვერ თვლის წელიწადს, თვეებს. არ იცის რამდენი-დღეა კვირაში. არ შეუძლია მათი თანმიმდევრობით ჩამოთვლა. მეტ-სიერება მკვეთრად დაქვეითებული აქვს. ანაჰნეზიდან არ შეუძლია თითქმის არც ერთი ფაქტის დასახელება. ასოვს მხოლოდ საკუთარი სახელი და გვარი. ამბობს, რომ 30 წლისა იქნება და სხვა. აზროვ-ნების მხრივ აღინიშნება მკვეთრი, ორგანული ხასიათის დაქვეითება. არ შეუძლია არავითარი ამოცანის გადაწყვეტა. ამოცანის გაჩენა და მის მიმართ რაიმე ინტერესის თუ აქტიური დამოკიდებულების შეგვარი რამის დამყარება სრულიად არ ხდება. ასოციაციური პრო-ცესი ძლიერ შენელებული, უკიდურესად ღარიბი, ყოველთვის შემ-თხვევითი და აზრობრივად დაუკავშირებელია. გარემოს მიმართ ინტერესს არ იჩენს. ასპონტანურია, ნაკლებს ლაპარაკობს, მაგრამ, თუ სასაუბროდ გამოვიწვიეთ, მრავალსიტყვიანია. ამ აზრით მეტყვე-

ლება იმპულსურ და გაავტომატებულ ხასიათს ატარებს, თვითონ კონტაქტს არავისთან არ ამყარებს. ხშირად აღვილად ღიზიანდება, ჭავრობს უმიზეზოდ. ჩხუბობს ირგველივყოფებთან და მომვლელ პერსონალთან. ამ მდგომარეობაშიც კი სრულიად უწყინარია. გუნება მალე ეცვლება. აღვილად შთაგონებადია. სრულიად უკრიტიკო. სუსტსულოვანი. უმნიშვნელო გარემოების გამო და ხშირად უმიზეზოდაც ტირის, ცრემლიანობს, მოთქვამს. მალე წყნარდება. ხანდახან ჩვეულებრივზე მეტს მოძრაობს, რაღაცას უაზროდ საქმიანობს. რაიმე მოქმედებას აიკვიატებს და დიდხანს თავს არ ანებებს, გამოთქვამს მთელ რიგ სომატიური ხასიათის ჩივილებს, რომელთა ზუსტი მითითება არ შეუძლია.

დიაგნოზი: პარალიზური ხასიათის ქკუასუსტობის მდგომარეობა.

ობიექტივაციის კვლევის შედეგები:

ოქმი № 1. 1/VIII—56 წ.

ცდისადმი გულგრილობას იჩენს. ინსტრუქციით არ ინტერესდება. ინდიფერენტულად კითხულობს. ჩვენს შეკითხვაზე გვპასუხობს, რომ ყველაფერი გაიგო. ასე მიმდინარეობს ხუთი ჩვენება. ყოველი ექსპოზიციის წინ ინსტრუქციას ვიმეორებთ. შედეგი მაინც არ ჩანს. მისთვის ყველა სიტყვა რუსული იყო.

ვეუბნებით. რომ ზოგიერთი სიტყვა არ არის რუსული. მიზანს ვერ ვაღწევთ — „ყველა რუსულია“.

ვაჩვენებთ ცალკე „дама“.

— რუსულია!

— „რასაკვირველია რუსულია, ვერ ხედავთ რუსული ასოებით არის დაწერილი“.

ვაჩვენებთ — „каба“ — რუსულია? „მაშ რა არის, რასაკვირველია რუსულია“.

„ката — „დიახ, დიახ, ესეც რუსულია.

„супа“ — „ესეც, ესეც, ყველა სიტყვა რუსულია“.

— იქნებ ეს სიტყვები რუსული არ არის?

— „აბა რას ამბობთ, მე რუსი ვარ, გეუბნევით რომ რუსულია, მორჩა და გათავდა!“.

— მაშ თუ ეს სიტყვები რუსულია, რას ნიშნავს რუსულად ბამბა?

— როგორ თუ რას ნიშნავს, რას უნდა ნიშნავდეს?

— ვუხსნით, რომ ყოველი სიტყვა რაღაცას ნიშნავს და თუ „ბამბა“ რუჟული სიტყვაა, ის აუცილებლად რაღაცა საგანს ანდა მოვლენას უნდა გამოხატავდეს.

— ჰო! „ბამბა“, „ბამბა“... — იმეორებს რამოდენიმეჯერ. — იცით მე მეხსიერება არ მივარგა... — ფიქრობს, — „ბამბა“, „ბამბა“,... ჰო! ძველი რუსული სიტყვაა და ნიშნავს ეკლესიის ზარების რეკვას, ბამ! ბამ! ხომ სწორია“ — იღიმება, გაეხარა.

„კაბა“ — რას ნიშნავს? — ფიქრობს...

„как-нѣ“ რომ არაფერი მოხდეს — как-нѣ ხომ სწორია?..

— „კატა“?

— „კატა“ ქალის სახელია, — „კატია“.

— „სურა“ — რაღა არის?

— „ჰო, ეს მგონი დამავიწყდა“ — ფიქრობს... „არა, არ დამვიწყებია, ეს სიტყვა სელის ძაფის დაგრეხვას ნიშნავს „суровие“ (ავადმყოფი თვითონ იგონებს ახალ სიტყვას) — ხომ სწორია! ხომ გითხარი თუ ეველა სიტყვა რუსულია მეთქი, რუს კაცს უნდა დაუჭეროთ, ნუთუ თქვენ ჩემზე უკეთესად იცით რუსული?!“.

განვიხილოთ სტატიკური განწყობის მქონე კადევ რამოდენიმე ავადმყოფის ობიექტივაციის კვლევის ოქმი.

ოქმი № 2. 17/V—56 (ავად. ისტორია № 101).

ყოველგვარი დაინტერესების გარეშე კითხულობს. კრიტიკულ სიტყვებზე არ ფერხდება, მათ უცხოობას ვერ ხვდება.

ცდა ზუსტად ისევე მიმდინარეობს, როგორც ზემოთმოყვანილ ავადმყოფთან. კრიტიკულ სიტყვათა გამოცნობა არც ცალკე ჩვენების შემდეგ ხერხდება. მისთვის ისინი რუჟული სიტყვებია. ვთხოვთ აგვიხსნას მათი მნიშვნელობა.

— „ბამბა“ — ზარის რეკვას ნიშნავს.

— „კაბა“ — ყველის ეროერთი სახეობაა“.

— „კატა“ — ნაჭერია, რომლისაგანაც საცვლებს კერავენ.

— „სურა“ — მდინარეა.

— არა! ეს რუსული სიტყვები არ არის!

— „რა ვიცი, თქვენ რაც გინდათ თქვით, მე გეუბნებით, რომ რუსულია მეთქი: გინდა დაიჯერეთ, თუ არა და თქვენი ნებაა“.

ოქმი № 3. 18/VII-56 (ავად. ისტორია № 109).

კითხვით მიზანს ვერ ვაღწევთ. ვერც ცალკე ჩვენებისას და-
ვაჯერეთ კრიტიკულ სიტყვათა უცხოობაში. ვთხოვთ გაგვიმართოს
მათი მნიშვნელობა. ფიქრობს:

— „ბამბა“ — ფერია ასეთი. ახალგაზრდა ქალები იცვამენ“.

— „კაბა“ — გაზეთია, თუ რაღაც ამდაგვარი.

— „კატა“ — საკერავი მანქანის ნაწილია“.

— „სურა“ — გარეული ფრინველია“.

მეხუთედ ვეუბნებით, რომ ეს სიტყვები არ არის რუსული.

— „რუსულია, რუსული! ვერ ხედავთ რუსულად წერია. რა
დაუჯერებელი კაცი ყოფილხართ. ღმერთო ჩემო! თავი დამანებეთ“
ოქმი № 4. 25/V-56 წ. (ავად. ისტ. № 4802).

ცდის მიმდინარეობაში ახალი არაფერია. „ყველა რუსული
სიტყვებია“. ცალკე ჩვენებისა და ჩვენი ჩაკითხვის შემდეგ გვიმარ-
ტავს მათ რუსულ მნიშვნელობას:

— „ბამბა“ — არასწორად წერია, უნდა ეწეროს „დამბა“ —
ჯებირია წყლის შესაკავებლად“.

— „კაბა“ — სლავიანური გვარია. ისტორიის ცოდნა საჭირო.
თორემ ამის გამოცნობას რა უნდა“.

— „კატა“ — ამ სიტყვით პატარა ბავშვებს აშინებენ ხოლმე,
კატა მოდის და ჩქარა დაიძინეო. ხომ სწორია?“.

— „სურა“ — ახალი სამედიცინო პრეპარატია, რომელიც სიფი-
ლისის საწინააღმდეგოდ იხმარება. თუ არ გჯერათ, ჩემს ექიმს ჰკით-
ხეთ. იმანაც კარგად იცის რუსული“.

როგორც ვხედავთ, ავადმყოფები, რომელთაც აქტუალურ სიტუ-
აციაში სტატიკური განწყობა უფიქსირდებათ, ვერანაირი ინსტრუქ-
ციის საშუალებით ვერ წყვეტენ ამოცანას. მიუხედავად მრავალგზის
წაკითხვისა და სპეციალური გაფრთხილებისა, ობიექტივაციის მოწ-
დენა მათ არ შეუძლიათ. უფრო მეტი: ისინი კრიტიკული სიტყვის
უცხოობაში მაშინაც არ ეჭვდებიან, როდესაც ამ სიტყვათა გამოყო-
ფას, მათზე შეჩერებას, ობიექტივაციას ექსპერიმენტატორი ახდენს.
ცდის ხელმძღვანელი ასეთი ღონისძიებითაც კი ვერ ეხმარება

ამ ავადმყოფებს, რაც იმაზე მიუთითებს, რომ მათ ობიექტივაციის უნარი მოსპობილი, გამოვარდნილი აქვთ.

მაგრამ, ამ ჯგუფში, ისევე, როგორც ვერბალურ სიტუაციაში განწყობის კვლევის შემთხვევაში, შეღის იგივე 7 ავადმყოფი (4 ვარიანტიური და 3 სტატიკური ჯგუფიდან), რომლებიც მართალია ზემოთმოყვანილ შემთხვევათა მსგავს შედეგებს იძლევიან, მაგრამ მაინც განსხვავდებიან მათგან. ეს განსხვავება იმაში მდგომარეობს, რომ, როდესაც კრიტიკულ სიტყვებს ცალკე ვაჩვენებთ, აღნიშნული 7 ავადმყოფი, საბოლოოდ, ეპედება რუსული ასოებით დაწერილი სიტყვების მნიშვნელობაში და უშვებს იმის შესაძლებლობას, რომ ისინი სხვა ენის სიტყვები უნდა იყონ.

ეს ფაქტი საკუთრივ ობიექტივაციისათვის შესაძლებელია არაფერს ნიშნავდეს, მაგრამ ჩვენ მასზე მაინც ვამახვილებთ ყურადღებას, რადგან ამ ავადმყოფთა უმრავლესობა ვარიანტიური განწყობის ჯგუფს ეკუთვნის, ხოლო დანარჩენმა სამმა სტატიკური ჯგუფიდან, ვერბალურ სიტუაციაში განწყობის ფიქსაციის ცდის დროსაც გამოავლინა ოღნავ განსხვავებული შედეგი. ამაზე ჩვენ შემდეგ შევჩერდებით, როდესაც ექსპერიმენტულ და კლინიკურ მონაცემებს დაუუპირისპირებთ ერთმანეთს.

ამრიგად, ჩვენ დეტალურად გავეცანით მე-12 ცხრილში წარმოდგენილ მონაცემებს და ამ ექსპერიმენტული ფაქტების საილუსტრაციოდ მოყვანილი კვლევის ოქმების ზოგადი ანალიზიც მოვახდინეთ. ახლა, შევეცადოთ უფრო ღრმად ჩავწვდეთ მიღებულ ექსპერიმენტულ შედეგთა შინაარსს, და, შეძლებისდაგვარად, აეხსნათ, გავიგოთ ისინი იმ მონაცემების საფუძველზე, რომელნიც ჩვენ აქტუალურ სიტუაციაში შემუშავებული განწყობის კვლევის შედეგად მოვიპოვეთ.

ჩვენი ექსპერიმენტული გამოკვლევის ყველაზე ძირითადი და მნიშვნელობის მქონე უპირველესი შედეგი არის ის, რაც მკითხველმა ალბათ ყველაზე ნათლად დაინახა. ზედმეტია ალბათ მტკიცება იმისა, რომ სწორედ ის სპეციფიკური მდგომარეობა, რაც ობიექტივაციისათვის არის დამახასიათებელი, ჩვენს ცდებში არ ჩანს, სახელდობრ, როგორც დ. უზნაძე მიუთითებს: „გაჩნდება თუ არა დაბრკოლება, ქცევის აქტი, რომელიც უნდა მომხდარიყო—მორიგი რგოლი აქტთა ჯაჭვში—ჩვეულებრივ აღარ უთმობს ადგილს მომდევნოს,

მის მიერ სტიმულირებულ აქტს, ვინაიდან დაბრკოლება სწორედ ამ სტიმულაციის პროცესს ეხება. ამის შედეგად ქცევა ფერხდება, ღა სათანადო რგოლი, ასე ვთქვათ, აქტთა ჩაქვიდან გამოვარდება. რამდენადაც იგი არ იწვევს მომდევნო აქტს, მას დროებით ჩაქვის ერთ-ერთი რგოლის მნიშვნელობა ეკარგება, იგი ფსიქოლოგიურად, დამოუკიდებელ საგნად იქცევა, ობიექტად, რომელსაც თავისთავადი, აქტუალურად მიმდინარე ქცევის პირობებისაგან დამოუკიდებელი არსებობა და ისეთი თავისებურებები აქვს, რომელთა წინასწარ გაცნობიერება აუცილებელია, რათა მათი მიზანშეწონილი გამოყენება, ქცევის პროცესში ხელახლად ჩართვა შესაძლებელი გახდეს“.

როგორც დავინახეთ, ასეთი რამ ჩვენს შემთხვევაში არ ხდება. აქ დაბრკოლება (კრიტიკული სიტყვა) ვერ აფერხებს უკვე ფიქსირებული ქცევის ტენდენციას, ხოლო წინასწარ წაკითხულმა რამოდენიმე რუსულმა სიტყვამ კრიტიკულ სიტყვათა ასიმილაცია მოახდინა და ავადმყოფს ისინი როგორც რუსული სიტყვები განაცდევინა. ეს იმიტომ მოხდა, რომ ვერც ერთი ჩვენი ავადმყოფი კრიტიკულ სიტყვათა ობიექტივაციას ვერ ახდენს, რადგანაც მათ ეს უნარი დაკარგული აქვთ.

მაგრამ, ჩვენი ექსპერიმენტული მასალის პირველ ჯგუფში მოთავსებული 8 ავადმყოფი გარკვეულ პირობებში ცდის მეორედ ან მესამედ ჩატარებისას მაინც ამჩნევს რაღაცა შეუსაბამობას. იმდენად, რამდენადაც მათ, თუმცა დიდი გაჭირვებით, მაგრამ მაინც შეუძლიათ მიზნის მიღწევა, ჩანს ობიექტივაციის აქტის შესრულების შესაძლებლობა მათში, ჯერ კიდევ, მართალია ძლიერ შესუსტებულა სახით, მაგრამ მაინც არსებობს.

მეორე ჯგუფში შემავალ ავადმყოფებთან ეს შესაძლებლობაც მოსპობილია. თუმცა კრიტიკული სიტყვები მათთვის სრულიად უცხოა, მაგრამ იმ ასიმილაციის ტენდენციისაგან, რაც მათ ერთ ენაზე კითხვის ფიქსირებულმა განწყობამ შეუქმნა, ისინი ვერასგზით ვერ თავისუფლდებიან. ეს ავადმყოფები მთლიანად აქტუალური სიტუაციის, სიტყვის გრაფიკული გამოხატულების ტყვეობაში იმყოფებიან და არ ძალუძთ მივიდნენ იმ აზრამდე, რომ მათ მიერ აღქმული რუსული ასოებით დაწერილი არარუსული სიტყვა მართლაც არ არის რუსული, ანდა პირიქით.

დ. უზნაძის მიხედვით, ობიექტივაციის აქტი ორი არსებითი მომენტისაგან შედგება:

1) მოვლენათა ერთ რიგში რაიმეს შეუსაბამობის გამო ქცევის აქტის შეფერხება, რაც იწვევს მის, ამ მოქმედების შეწყვეტას, შეჩერებას და

2) იმის, რამაც აქტიური შეჩერება გამოიწვია, აღქმის ობიექტად გახდომა, მისი გაცნობიერება, მისი ობიექტივაცია.

მართალია, პირველ ჯგუფში მოთავსებულ ავადმყოფთა ობიექტივაციის უნარი ძლიერ შესუსტებულია, მაგრამ მას შემდეგ, რაც ავადმყოფები მოახერხებენ თავიანთი ყურადღების კრიტიკულ სიტყვებზე შეჩერებას ამ სიტყვათა ადეკვატური გაცნობიერების საფუძველზე, რაც მათთვის არცთუ ისე ძნელია, შედარებით იოლად ასკვნიან, რომ რუსული ასოებით დაწერილი სიტყვები არ არის რუსული ენისა.

მეორე ჯგუფში შემავალ ავადმყოფებთან ობიექტივაციის აქტის პირველი მომენტი, შეჩერება სრულიად შეუძლებელია, ხოლო თუ ამას ექსპერიმენტატორი იკისრებს, თვითონ შეუჩერებს, — კრიტიკულ სიტყვას ცალკე აჩვენებს — მაშინ, მისი გააზრება, თუ საერთოდ შეიძლება ამას გააზრება, გაცნობიერება ეწოდოს, მხოლოდ 7 ავადმყოფთან ხდება. მხოლოდ მათ შეუძლიათ დეტალური ახსნა-განმარტების შემდეგ ექვი შეიტანონ წაკითხული სიტყვის მნიშვნელობაში.

რაც შეეხება ავადმყოფთა უდიდეს უმრავლესობას. აქ ჩვენ მიერ გამოყოფილი სიტყვის ოდნავ მაინც ადეკვატური გაცნობიერებაც კი სრულიად მიუღწეველია. ერთი ენის სიტყვების კითხვის ტენდენცია და ამ ტენდენციით გამოწვეული კრიტიკული სიტყვების ასიმილაცია აქ სრულიად გარდაუვალია. ავადმყოფი იმდენად დამონებულია აქტუალური სიტუაციის მიერ, რომ ცალკე აღქმული რუსულად დაწერილი არარუსული სიტყვის რუსულ მნიშვნელობაში ექვის შეტანა მისთვის სრულიად წარმოუდგენელია. ამის გამო, მიუხედავად იმისა, რომ ავადმყოფს წარმოდგენაც არა აქვს სიტყვის მნიშვნელობის შესახებ, მისთვის იგი იმ ენის სიტყვაა, რანაირი ასოებითაც არის დაწერილი და ეს რწმენა მასში იმდენად მტკიცეა, რომ იგი ყოველნაირად ცდილობს მას რაიმე შესაფერისი მნიშვნელობა გამოუძებნოს.

ერთი სიტყვით, მეორე ჯგუფში პროცესი ისე შორსაა წარსული. რომ მსჯელობა საკუთარ ობიექტივაციაზე, როგორც ადამიანის სპეციფიკურ უნარზე შეაჩეროს ერთი მიმართულებით ფიქსირებული მოქმედება, გამოპყოს ავტომატური ქცევის ჯაჭვიდან ერთი, რომელიმე ამ ქცევის შემფერხებელი რგოლი და სპეციალური დაკვირვებისა და გაცნობიერების, ობიექტივაციის საგნად აქციოს იგი, სრულიად შეუძლებელია. აქ ეს უნარი აღარ არსებობს, აქ იგი გამოვარდნილია.

როგორც ჩვენი ანალიზიდან ირკვევა, პროგრესული დამბლით დაავადებული ადამიანები ობიექტივაციის ცდაში აქტუალური სიტუაციის გარდაუვალ გავლენას განიცდიან. მათ არ შეუძლიათ თავი დააღწიონ უშუალო გამლიზიანებელს მაშინაც კი, როდესაც ეს უკანასკნელი თავისი ბუნებით აბსოლუტურად ეწინააღმდეგება ერთი მიმართულებით ქცევის ტენდენციას. ეს გარემოება ცხადია და თითქოს სავსებით გასაგები ჩანს, თუ მხედველობაში მივიღებთ იმას, რომ ამ ავადმყოფებს ობიექტივაციის უნარი აქვთ დაკარგული. მაგრამ მიუხედავად ამისა ავადმყოფის ქცევა ექსპერიმენტულ სიტუაციაში მაინც ასახსნელია. ჩვენ ხომ პირდაპირ ვეუბნებით და რამოდენიმეჯერ ვუმეორებთ, რა უნდა გააკეთოს მან! ჩვენ ხომ თვითონ ვახდენთ კრიტიკული სიტყვის გამოყოფას! რატომ ვერ უნდა იცნოს ამის შემდეგ ავადმყოფმა უცხო სიტყვა? რატომ არის იგი მიჯაჭვული უშუალო გამლიზიანებელზე? რატომ არ შეუძლია მას თავი დააღწიოს სიტყვის გრაფიკულ გამოხატულებას?

ამ კითხვებზე პასუხის გასაცემად, ანუ ავადმყოფის ექსპერიმენტულ სიტუაციაში თავისებური ქცევის ასახსნელად, უნდა მივმართოთ იმ ავადმყოფთა აქტუალურ სიტუაციაში, უშუალო გამლიზიანებლით გაპირობებული ქცევის ფსიქოლოგიურ საფუძველს. ეს საფუძველი განწყობაა, რომელიც ჩვენ გამოვიკვლიეთ და როლის შედეგები საკმარისად დაწვრილებით უკვე გადმოვეცით. ჩვენს წინაშე დასმული საკითხის გასარკვევად სწორედ განწყობის ცალკეული თვისებები უნდა გავითვალისწინოთ.

როგორც დავინახეთ, პროგრესული დამბლით დაავადებულთა განწყობა პათოლოგიურ ხასიათს ატარებს, რაც მის ადვილად აგზნებადობაში, უაღრესად სტატიკურობაში, სიტლანქეში, სტაბილურობაში, სიმტკიცეში, ლოკალურობასა და კონსტანტურობაში მდგო-

მარეობს. ესაა ის წყარო, საიდანაც ავადმყოფი ადამიანის ქცევა გამოდინარეობს და რაც საშუალებას არ აძლევს მას განთავისუფლდეს აქტუალური სიტუაციის ტყვეობისაგან.

მაგრამ, ჩვენ ავადმყოფებს შორის ისეთებიც გვხვდებიან, რომელთა განწყობა ნაკლები აგზნებადობით, დინამიკურობით, ლაბილურობითა და ნაკლები სიმტკიცით გამოირჩევა და აი, სწორედ ესენია ის 8 ავადმყოფი, რომლებიც მე-12 ცხრილში პირველ ჯგუფში შედიან და რომლებთანაც მსგავსი მოვლენა შემჩნეული არ ყოფილა. მართალია, მათი ობიექტივაციაც მძიმე პათოლოგიას განიცდის, მაგრამ ასეთი უთავბოლო შეცდომები და სრული გაურკვევლობა ექსპერიმენტულ სიტუაციაში მათ არ გამოუვლენიათ.

ერთი სიტყვით, ავადმყოფის ქცევა ექსპერიმენტულ სიტუაციაში, რაც ჩვენ ზემოთმოყვანილი მრავალრიცხოვანი ოქმების საშუალებით გადმოვეცით, მთლიანად განწყობით არის გაპირობებული და ამდენად იგი ჩვენთვის სავსებით გასაგებია.

რაც შეეხება ობიექტივაციას, როგორც არაერთხელ აღვნიშნეთ, იგი აქ არ არსებობს, ანუ პროგრესული დამბლით დაავადებულ ადამიანს დემენციის სტადიაში სპეციფიკური ადამიანური აქტი, ობიექტივაციის უნარი სავსებით მოსპობილი, გამოვარდნილი აქვს. აქ ზედმეტია ლაპარაკი ობიექტივაციის დროებითი ხასიათის დარღვევაზე ან მის განსაკუთრებულ პათოლოგიურ მდგომარეობაზე. პარალიზური ქეუასუსტობის დროს ეს უნარი ადამიანს აღარ გააჩნია.

აღნიშნული მდგომარეობა—ობიექტივაციის გამოვარდნა, რასაც ჩვენი მასალა, ვფიქრობთ, საკმარის ნათლად გვიჩვენებს, ამ სახის ქეუასუსტობისათვის დამახასიათებლად უნდა ჩავთვალოთ.

განწყობის თავისებურებათა გამოვლენა ავადმყოფის ინტელექტუალურ ფუნქციათა მოქმედებაში

ახლა ინტერესს არ იქნება მოკლებული ვნახოთ, თუ რა სახით პოულობს გამოხატულებას ავადმყოფთა განწყობისათვის დამახასიათებელი თავისებურებანი მათ ინტელექტუალურ ფუნქციათა მოქმედებაში. ამის გარკვევა ერთგვარ მასალას მოგვცემდა თვით ამ ფუნქციათა მდგომარეობის დასახასიათებლადაც.

ამის გასარკვევად ყურადღების მიმდინარეობას დავაკვირდით, რისთვისაც ავადმყოფს ტაქისტოსკოპის საშუალებით გრძელ სიტყვას ვაკითხებდით.

ცდის დაწყებამდე ავადმყოფი წინასწარ გარკვეული იყო საქმის ვითარებაში და ელოდა ტაქისტოსკოპის სარკმელში წასაკითხი სიტყვის გამოჩენას. სიტყვის ჩვენების დრო არ იყო ხანმოკლე.

გამოკვლეული გვყავს 36 ავადმყოფი. ცდაში მონაწილეობა არ მიუღია იგივე 4 ავადმყოფს, რომლებიც ობიექტივაციის ცდაში ვერ ჩაერთნენ¹.

ექსპერიმენტული კვლევის შედეგად მიღებული მონაცემების სადემონსტრაციოდ გავეცნოთ ცხრილს

ცხრილი 13

განწყობის ჯგუფები	ავადმყოფთა რაოდენობა	სწორად კითხულობს	არასწორად კითხულობს	
			სინჯეზურად	ანალიზურად
დინამიური	8	8		
ვარიაბილური	4	—	4	
სტატიკური	24	—	3	21
სულ	36	8	23	

მოყვანილი ცხრილიდან ირკვევა, რომ ამ ავადმყოფთა ყურადღება საგრძნობლადაა დაქვეითებული. 36 ავადმყოფიდან ამოცანა მხოლოდ 8 ავადმყოფმა გადაწყვიტა; მხოლოდ მათ შეძლეს მიწოდებული გრძელი სიტყვის წაკითხვა, მაშინ, როდესაც ექსპოზიციის დრო ნორმალურთან შედარებით საგრძნობლად გაზარდილი იყო (1 სექუნდი).

რაც შეეხება ავადმყოფთა დიდ უმრავლესობას, მათი ყურადღება იმდენადაა დაქვეითებული, რომ ეს გაზარდილი საექსპოზიციო დროც არ არის საკმარისი იმისათვის, რათა მათ ტაქისტოსკოპის სარკმელში გამოჩენილი სიტყვის წაკითხვა შეძლონ. მაგრამ, ამ

¹ ეს ავადმყოფები არც დანარჩენი ექსპერიმენტებისათვის გამოგვადგა.

ავადმყოფთა შორისაც არის ერთგვარი განსხვავება, რაც იმაში მდგომარეობს, რომ ზოგი მათგანი სინთეზური გზით უდგება ამოცანას (7 ავადმყოფი), ზოგიც ანალიზურად (21 ავადმყოფი). ეს გარემოება იმაზე მიგვითითებს, რომ იმ ავადმყოფთა შორის, რომელთაც ყურადღება ისე ძლიერად აქვთ დაქვეითებული, რომ ტაქსიტოსკოპის საკმელში გამოჩენილი სიტყვის წაკითხვა არ შეუძლიათ, თვით ყურადღების დაქვეითების ხარისხი არ არის ერთნაირი:

ისინი, რომელთა ყურადღების მოცულობა უადრესად შემოფარგლულია, რის გამოც მათ არ შეუძლიათ ყურადღების საშუალებით განათებულ აღქმის ველში მთლიანად მოათავსონ მიწოდებული სიტყვა, იძულებულნი არიან მის წასაკითხად ანალიზური გზა აირჩიონ: დაანაწევრონ სიტყვა, იკითხონ მისი ცალკეული ნაწილები, სათითაო მარცვლები ან ასოები და სხვა. ხოლო ისინი, რომელთა ყურადღების მოცულობა ჯერ კიდევ იტევს მიწოდებულ გრძელ სიტყვას, მის წაკითხვას მთლიანად სინთეზური გზით ცდილობენ¹.

ჩვენთვის ყურადღებამისაქცევია ის გარემოება, რომ ჩვენი ცდების მიხედვით ყურადღება ყველაზე მეტად სტატიკური განწყობის ჯგუფში შემავალ ავადმყოფებს აქვთ დაქვეითებული. მათზე უკეთეს წედეგს იძლევა ვარიაბილური ჯგუფი, ხოლო დინამიკურ ჯგუფში შემავალი ყველა ავადმყოფი მათთან შედარებით ყურადღების გაცილებით ნაკლებ დაქვეითებას ავლენს.

დავაკვირდეთ ჩვენი ცდების მიმდინარეობას. განვიხილოთ ავადმყოფთა ყურადღების გამოკვლევის ოქმები.

ოქმები № 1. 10/V-56 წ. (ავად. ისტ. № 101).

ვუხსნით რა უნდა გააკეთოს. ამოცანას ვამეორებინებთ. ყველაფერი თითქოს გაიგო. ვაჩვენებთ სიტყვას — „растревоженный“.

¹ ცნობილია, რომ ნორმალურ პირობებში არსებობს ანალიზური და სინთეზური ტიპის ყურადღების ადამიანები, მაგრამ ყურადღების ასეთი ძლიერი დაქვეითების დროს ამ ტიპოლოგიური ხასიათის განსხვავებულობას, ჩვენი ზრით, აღარ უნდა ჰქონდეს ისეთი მნიშვნელობა, რომლის ანგარიშის გაწევა ჩვენს ცდებში აუცილებელი უნდა იყოს.

1-ლი ექსპოზიცია — „რას .

მე-2 “ — „რას . . თ . . ჯ . . “

მე-3 “ — „რას . . თ . . რჯ . . “

მე-4 “ — „რას . . თ . . ბ . . რ . . ჯ

მე-5 “ — „რ . ს . . თ . . ე . . ჯ . . “

მე-6 “ — „რ . ას . . თ . . ე . . ჯ . . ო .

მე-7 “ — „რას . . თ . . ე . . რ “

მე-8 “ — „რ . ის . . თერ . . ეჟ“

მე-9 “ — „რას . . თერეჟ . . ნი . . “

მე-10 — „რას . . თერეჟ . . ონ . . ნი . . “

მე-11 — „რასთერეჟიონი . . “

მე-12 — „რასთერეჟიონი . . “

მე-13 — „რასთერეჟიონი . . “

ექსპოზიციის დროს ვზრდით

მე-14 ექსპოზიცია — „რასთერეჟიონი . . “

მე-15 “ — „რასთერეჟიონი . . “

მე-16 “ — „რასთერეჟიონი . . “

მე-17 — „რასთერეჟიონი . . “

ექსპოზიციას კიდევ ვაძლეობთ (2 სეკუნდამდე).

მე-18 ექსპოზიცია — „რასთერეჟიონი . . “

მე-19 “ — „რასთერეჟიონი . . “

მე-20 “ — „რასთერეჟიონი . . “

21-ე ექსპოზიცია — „რასთერეჟიონი . . “

22-ე “ — „რასთერეჟიონი . . “

23-ე “ — „რასთერეჟიონი . . “

24-ე “ — „რასთერეჟიონი . . “

25-ე “ — „რასთერეჟიონი . . “

ტაქსიტოსკოპის სარკმელი ჯერ არ გავიღია, მაგრამ მაინც „კითხულობს“ — „რასთერეჟიონი . . “

26-ე ექსპოზიცია — „რასთერეჟიონი . . “

— აბა კარგად დააკვირდით, იქნება სხვა სიტყვა წერია!

— „არა, არა... „რასთერეჟიონი . . “

27-ე ექსპოზიცია — „რასთერეჟიონი . . “

— თქვენ ცდებით, აბა კარგად დააკვირდით?

უყურებს, სიტყვა ჯერ არ გვიჩვენებია, მაინც კითხულობს:
— „растереженный“.

28-ე ექსპოზიცია — „растереженный“.

29-ე ექსპოზიცია — „растереженный“.

ჩვენების დროს კიდევ ვადიდებთ (2 სეკუნდზე მეტი).

30-ე ექსპოზიცია — „растереженный“.

ტაქსისტო სკოპის სარკმელს საერთოდ ღიად ვტოვებთ. ვთხოვთ
ყურადღებით წაიკითხოს: კითხულობს — „растереженный“.

ვაკითხებთ ასოებით: კითხულობს.

— „рас . те . ре . в . жоп . ный“

— „рас . . тере . вож . . онный“ .

— „рас . тре . ва . . жолный“

— „рас . т, с . во . . ж . . ен . ный“

— „рас . . трев . . жонный“

— „растревожонный“

სწორად წაიკითხა.

ოქმი № 2. 30/IV-56 წ. (ავად. ისტ. № 2033).

ინსტრუქცია გაიგო. ცდით ინტერესდება.

1-ლი ექსპოზიცია — „рас . торможение“

მე-2 „ — „расторможение“

მე-3 „ — „расторможение“

მე-4 „ — „расторможение“

მე-5 „ — „рас . . . трев . . жение“

მე-6 „ — „растревожение“

მე-7 „ — „растревожение“

მე-8 „ — „рас . . трев . . женный“

მე-9 „ — „рас . . трево . . . женный“

მე-10 „ — „растревоженный“

— „ხომ სწორია?“

ზემოთმოყვანილი ოქმებიდან პირველი სტატიკური განწყობის
მქონე ავადმყოფს ეკუთვნის. ეს ოქმი ამ ჯგუფში შემავალ ავად-
მყოფთა ყურადღების კვლევის შედეგად მიღებულ ტიპიურ სუ-
რათს ასახავს. მეორე ოქმი ვარიაბილური ჯგუფიდან არის მოტანი-
ლი. ასეთივეა როგორც დანარჩენი ორი ვარიაბილური განწყობის
მქონე ავადმყოფი, ისე კიდევ სამი ავადმყოფი სტატიკური ჯგუფი-

დან. დინამიკურ ჯგუფში შემავალ ავადმყოფთა ყურადღების კვლევის ოქმები არ მოგვეყავს, რადგანაც, როგორც აღვნიშნეთ, ისინი ტაქისტოსკოპის საშუალებით მიწოდებულ სიტყვას პირველივე ექსპოზიციისაში სწორად კითხულობენ.

რისი თქმა შეიძლებოდა მოყვანილი ოქმების საფუძველზე იმის გარდა, რაც ჩვენ პროგრესული დამბლით დაავადებულ ადამიანთა ყურადღების შესახებ უკვე აღვნიშნეთ? იმის, რაც ჩვენ ყველაზე მეტად გვაინტერესებს, სახელობრ ის, რომ პროგრესული დამბლის დროს ყურადღების, როგორც აქტის მიმდინარეობა შეცვლილი. მართალია ის ჩვეულებრივ ან ანალიზური, ან სინთეზური გზით იწყება, მაგრამ მისი მიმდინარეობა მაშინვე ავტომატიზირდება, არასწორად წაკითხული სიტყვა მომდევნო ექსპოზიციებში იმ სახითვე, სტერეოტიპულად მეორდება. ეს ავტომატიზაციისა და სტერეოტიპიზაციის ტენდენცია ამ შემთხვევაში იმდენად ძლიერია, რომ მას ვერაფერს აკლებს ვერც სიტყვის ჩვენების დროის მაქსიმალური გაზრდა და ვერც ჩვენი შენიშვნები თუ შესწორებები. საბოლოოდ, ამ მდგომარეობიდან ავადმყოფს დიდი გაწირვებით მხოლოდ მაშინ შეუძლია თავის დაღწევა, თუ ტაქისტოსკოპის სარკმელს აღარ დავხურავთ და მიწოდებულ სიტყვას ასო-ასო წავაკითხებთ. სხვა პირობებში კი, როგორც ჩვენი ცდებიდან ირკვევა, მისი გადალახვა სრულიად შეუძლებელი ჩანს.

ეს გარემოება იმაზე მიუთითებს, რომ პარალიზური დემენციის დროს ყურადღების ტიპი პათოლოგიურად იცვლება. იგი პერსევერაციულ ხასიათს ღებულობს.

ჩვენი ავადმყოფების ყურადღების, როგორც აქტის, მიმდინარეობის ასეთი ცვლილება — პერსევერაციული ტიპი, პროგრესული დამბლისათვის დამახასიათებლად უნდა ჩავთვალოთ, რაც მათი სტატიკური განწყობის გათვალისწინებით ხდება გასაგები.

ა ლ ქ მ ა

1) როგორც ჩვენ მიერ გამოყენებულ კვლევის მეთოდთა აღწერის დროს აღვნიშნეთ, აქტუალურ სიტუაციაში ფიქსირებული განწყობის კვლევის მეთოდი ავადმყოფის აღქმის კვლევის მეთოდად გამოდგება. განწყობა, როგორც პიროვნების მდგომარეობა,

ყველაზე თვალნათლივ აღქმაში ვლინდება, ამიტომ განწყობის, როგორც სუბიექტის გარკვეული ქცევისადმი წინასწარი მზადობის კვლევის დროს, ამ სუბიექტის აღქმის, როგორც ასეთის შესახებაც ვლენულობთ ცნობებს, რადგან თვით აღქმა განწყობის გარეშე შეუძლებელია.

ჩვენი გამოკვლევებით დასტურდება, რომ პროგრესული დამბლით დაავადებულთა აღქმა თვისობრივად შეცვლილი არ არის: ისინი ადეკვატურად აღიქვამენ საგანწყობო ობიექტთა ყველა ცალკეულ მხარეს (ფორმა, მოცულობა და სხვა თვისებები), ისევე როგორც მათ შორის არსებულ მიმართებას (მარცხნივ დიდი და მარჯვნივ პატარა).

მაგრამ, როგორც განწყობის ექსპერიმენტებიდან ირკვევა, პროგრესული დამბლით დაავადებულთა აღქმა ნორმალურად არ მიმდინარეობს. აღქმის ეს არანორმალური მიმდინარეობა იმაში მდგომარეობს, რომ აქ აღქმის ერთი ხატი, ერთი კონკრეტული შთაბეჭდილება, დიდხანს რჩება ავადმყოფის ცნობიერებაში. იკი გზას არ უთმობს სხვა, მომდევნო, ასევე კონკრეტულ შთაბეჭდილებას. აქ აღქმის ერთი აქტი მაშინვე ავტომატიზირდება და პერსეკრაციულ ხასიათს ღებულობს, რის შედეგადაც ვლენულობთ აღქმის პროცესის იმდენად სტატიკურ და ტლანქ მიმდინარეობას, რომ მისი გადართვა სხვა შინაარსზე, მაშინაც კი, როდესაც ობიექტი და მისგან მომდინარე შეგრძნებები, — აღქმის შინაარსი, — ამის აუცილებლობას მოითხოვს, ძალიან ძნელად ხდება.

მართალია, ეს მეთოდი თავისთავად აღქმის გაფიქსირებას გულისხმობს, მაგრამ ჩვენს შემთხვევაში, როგორც დავინახეთ, ასეთი სპეციალური გაფიქსირება არც არის საჭირო, განწყობა აქ ძლიერ ადვილად აგზნებადია, ის თავისთავად, მაშინ ფიქსირდება ერთი, ორი ან მაქსიმუმ სამი საგანწყობო ექსპოზიციის ჩატარების შემდეგ.

მაგრამ, როგორც ჩვენი მასალა გვიჩვენებს, პროგრესული დამბლით დაავადებულთა შორის არიან ისეთი ავადმყოფებიც, რომელთა აღქმის მიმდინარეობა არ ხასიათდება ასეთი სტატიკურობითა და პერსეკრაციული ხასიათით. ამის მაგალითს წარმოადგენს დინამიკური განწყობის მქონე 8 ავადმყოფი. მათი აღქმა ამ აზრით

დინამიკურია; აღქმის ერთი აქტიდან მეორეზე გადასვლა აქ რაიმე სეროზული დაბრკოლების გარეშე ხდება.

რაც შეეხება ვარიაბილური განწყობის ავადმყოფებს, მათი აღქმის პროცესის მიმდინარეობაც ვარიაბილურია. აქ აღქმა მაშინ არის პერსევერაციული ხასიათის, როდესაც მათი პაპტური განწყობა სტატეკურია, ხოლო იმ შემთხვევებში, როდესაც მათი აქტუალურ სიტუაციაში ფიქსირებული განწყობა დინამიკური ხდება, აღქმაც დინამიკურ მიმდინარეობას ღებულობს.

2) პროგრესული დამბლით დაავადებულთა აღქმის საკვლევად ჩვენ სხვა ექსპერიმენტსაც მივმართეთ.

აღქმაში საგნის მნიშვნელობაა მოცემული. იგი შემეცნების, მართალია დაბალი, მაგრამ მნიშვნელოვანი ფორმაა. ჩვენ მიზნად დავისახეთ გვენახა რა მდგომარეობაშია პროგრესული დამბლის შედეგად გამოწვეული ჰქუასუსტობის დროს აღქმის შემეცნებითი მომენტი.

ამისათვის შემდეგ ცდას ვაყენებდით:

ჩვენ ავადმყოფებს ოპტიკურად, ისევე, როგორც ოპტიკურ სფეროში ფიქსირებული განწყობის კვლევისას, მხოლოდ არა წრეებს, არამედ, აზრიან მასალას, სიტყვას ვაწოდებდით. ჩვენი მაზანი იყო გვენახა, გაფიქსირდებოდა თუ არა ოპტიკურ სფეროში განწყობა აზრიან მასალაზე, სიტყვის წაკითხვის საშუალებით. საგანწყობოდ ვხმარობდით სიტყვას „корзинка“, კრიტიკულ ცდაში, სიტყვას „корзина“. ქართველ ავადმყოფთათვის საგანწყობოდ — „გარეული“, კრიტიკულად „გახეული“. სიტყვას ტაქისტოსკოპის საშუალებით ვაკითხებდით, რადგან სპეციალური ინსტრუქცია ამ ცდის ჩასატარებლად საჭირო არ იყო, პირდაპირ ვეუბნებოდით — „წაკითხეთ!“.

განვიხილოთ ჩვენი ცდების შედეგები. დავიწყოთ დინამიკური განწყობის მქონე ავადმყოფიდან.

ო კ მ ი № 1. 10/V-56 წ. (ავად. ისტ. № 2700).

სწორად კითხულობს. საგანწყობო სიტყვას 15-ჯერ ვაკითხებთ. კრიტიკულ ექსპოზიციებში ვლინდება აღქმის ილუზიები:

1—„корзинка“

2—„корзинка“

3—„корзинка“

4 — „კორჰნიკა“ ოდნავ ფერხდება

5 — „კორჰნი . . . კა“ . თუ რაღაც სხვა?“

ფიქრობს. „აბა კიდევ ერთხელ მაჩვენეთ!“

6 — „კარ . . . ტ . . . ინ . . . კა“ „აბა კიდევ!“

7 — „კარტიჩკა“

დაახლოებით ასეთივე შედეგს იძლევა დინამიკურ ჯგუფში ში-
შეპალი ყველა ავადმყოფი.

ახლა ვნახოთ, რა მდგომარეობაა სტატიკური განწყობის
ჯგუფში:

ოქმი № 2. 25/VII-56 წ. (ავად. ისტ. № 109).

საგანწყობო სიტყვას აქაც 15-ჯერ ვაკითხებთ. კრიტიკულ ცდა-
ში განწყობის ეფექტი არ ჩანს: ავადმყოფი მაშინვე სწორად კი-
თხულობს: — „картинка“.

ვასვენებთ ცოტა ხნით, რის შემდეგაც ცდას ხელახლა ვიმე-
ორებთ, მხოლოდ, ამჯერად საგანწყობო ექსპოზიციებს 30-მდე
ვზრდით. შედეგი იგივეა. განწყობა არ შემუშავდა. პირველივე კრი-
ტიკულ ექსპოზიციაში ავადმყოფი სიტყვას სწორად „კითხულობს“ —
„картинка“.

მეორე დღეს ცდას ისევ ვიმეორებთ. მხოლოდ ახლა საგან-
წყობო ცდებში სიტყვას — „картинка“ — 50-ჯერ ვაკითხებთ.
ცდის მიმდინარეობაში ხშირად ავადმყოფი მაშინაც „კითხულობს“,
როდესაც ტაქისტოსკოპის სარკმელი ჯერ კიდევ არ გაგვიხსნია, რაც
იმასვე მიუთითებს, რომ საგანწყობო სიტყვის აღქმამ ავტომატი-
ზაცია განიცადა, ანუ პერსევერაციული ხასიათი მიიღო. მიუხედა-
ვად ამისა კრიტიკულ სიტყვას ავადმყოფი სრულიად შეუფერხებ-
ლად სწორად კითხულობს „картинка“.

ახლა განვიხილოთ ვარიანტილიური განწყობის ავადმყოფის მო-
ნაცემები:

ოქმი № 3. 28/IV-56 წ. (ავად. ისტ. № 2033).

სწორად კითხულობს: საგანწყობო ცდას 15-ჯერ ვიმეორებთ.
ვასვენებთ კრიტიკულ სიტყვას:

1 — „картинка“ — კითხულობს შეფერხებით.

2 — „кор . . . зинка“ — უფრო მეტად ფერხდება.

3 — „кор“ . . . არა“ кар . . . тина“

4 — „картинка“ — ხომ სწორია!“

უნდა აღნიშნოთ, რომ ამ დღეს ავადმყოფის ჰაბტური განწყობა ცინამურია.

3/11-56 წ. ავადმყოფის განწყობა სტატიკური გახდა. ამ დროს მეორედ დავყენეთ ჩვენი ცდა.

ოქმი № 4. კარგად კითხულობს. საგანწყობოს 30-ჯერ ვაძლევთ კრიტიკულ სიტყვას მაშინვე სწორად კითხულობს — „картинка“.

როგორც მოყვანილი ოქმებიდან ირკვევა, სიტყვაზე განწყობა ჩვენს ავადმყოფთა შორის მხოლოდ დინამიკურ ჯგუფში მუშავდება. ვარიაციულ ჯგუფში ასეთი განწყობა ძლიერ სუსტია, ხოლო სტატიკურ ჯგუფში ჩვენი ცდები უარყოფით შედეგს იძლევა, განწყობის ეფექტი აქ არ ჩანს.

რაზე მეტყველებს ჩვენ მიერ მიღებული შედეგები? — იმაზე, რომ დინამიკური განწყობის ავადმყოფებთან აზრიან მასალაზე განწყობის შემუშავება ჯერ კიდევ შეიძლება, რომ ეს უნარი ძლიერ შესუსტებულია ვარიაციული განწყობის ავადმყოფებთან და რომ სტატიკურ ჯგუფში ასეთი განწყობის შემუშავება საერთოდ შეუძლებელია.

მაგრამ, სტატიკურ ჯგუფში ასეთი განწყობის კარგად გამოხატული ეფექტი ერთ ავადმყოფთან მაინც გვხვდება. აი მისი გამოკვლევის ოქმიც:

ოქმი № 5. 9/VII-56 წ. (ავად. ისტ. № 3149).

კარგად კითხულობს. საგანწყობო ცდას 15-ჯერ ვატარებთ. ვაძლევთ კრიტიკულ სიტყვას:

- 1— „коршка“
- 2— „корзинка“
- 3— „корзинка“
- 4— „корзинка“
- 5— „коринка“
- 6— „корзинка“
- 7— „корзинка“
- 8— „корзинка“
- 9— „корзинка“
- 10— „корзи. ка“

კითხულობს ყოველგვარი შეფერხების გარეშე. თავისი პასუ-

ხის სისწორეში სავსებით დარწმუნებულია. ვადიდებთ სიტყვის ჩვენების დროს:

11—„корзинка“

12—„корзинка“

13—„корзинка“

14—„корзинка“

15—„корзинка“—„გვეყოფა, მომბეზრდა“.

— აბა კარგად დააკვირდით, იქნებ სწორად არ კითხულობთ?

16—„корзинка“

17—„корзинка“

18—„корзинка“

19—„корзинка“

20—„корзинка“

თუმცა სიტყვის ჩვენების დრო გაზრდილია, მაგრამ ამას ავად-
მყოფისათვის არც კი აქვს მნიშვნელობა, რადგან იგი არ უკვირდუ-
ბა ტაქსიტოსკოპის სარკმელში გამოჩენილ სიტყვას, არ კითხუ-
ლობს მას; ერთს მოაუღებს თვალს და ზეპირად გაიძახის — „кор-
зинка“ თუ სიტყვის ჩვენებას ოდნავ დავაგვიანებთ, ავადმყოფს
მაშინვე წაოცდება სიტყვა — „корзинка“.

დაბეჭდებით ვითხოვთ კარგად გააინჯოს ჩვენ მიერ მოწოდე-
ბული სიტყვა. ჩვენების დროს მაქსიმალურად ვზრდით:

21—„кор . . . зин . . . ка“—„შეფერხდა“

22—„кар . . . тин . . . ка“ . ფიქრობს.

23—кар . . . тин . . . ка—

24—„картинка“

25—„картинка“ წელან სხვა სიტყვა იყო. ახლა სხვა სიტყვაა.

უნდა აღვნიშნოთ, რომ ამ ავადმყოფს ოპტიკურ სფეროში
წრებზე; განწყობა ისევე აღვილად უფიქსირდება, როგორც ჰაპ-
ტურ სივრცეში.

ეს შემთხვევა, როგორც ჩვენ ავადმყოფთა ოპტიკური განწყო-
ბის კვლევის შედეგების გადმოცემისას აღვნიშნეთ, მთელ ჩვენს ჯა-
სალაში ერთადერთი შემთხვევაა, როცა ავადმყოფს ოპტიკური
განწყობა აქვს და ის ისევე სტატიკურია, როგორც ყველა ამ ჯგუფ-
ში შემავალ ავადმყოფთა ჰაპტური განწყობა.

ხოპ არ შეიძლება გვეფიქრა, რომ ჩვენი ცდების დადებითი შედეგე ოპტიკური განწყობის შემუშავების უნარზე უნდა იყოს დამოკიდებული?

ასეთი მოსაზრების საწინააღმდეგოდ მრავალი ფაქტი მეტყველებს:

1) დინამიკურ ჯგუფში ოპტიკური განწყობა 8 ავადმყოფიდან მხოლოდ 3 აქვს. მიუხედავად ამისა, აზრიან მასალაზე განწყობა ყველა ამ ავადმყოფს ექნება.

2) ვარიაციულ ჯგუფში სუსტი ოპტიკური განწყობა მხოლოდ ერთ ავადმყოფს აქვს (ავად. ისტ. № 5511), სიტყვაზე სუსტი განწყობის ეფექტს კი ყველა ისინი ავლენენ.

3) სტატიკურ ჯგუფში გარდა ზემოთმოყვანილი ავადმყოფისა, რომელსაც კარგად გამოხატული ოპტიკური განწყობა აქვს, კიდევ სამი ისეთი ავადმყოფია, რომლებიც წრეებზე ოპტიკური განწყობის სუსტ ეფექტს (1—2 ილუზია) ავლენენ. ამის მიუხედავად, სიტყვაზე განწყობის ფიქსაციის ცდისას, მაშინაც კი, როდესაც განწყობა ექსპოზიციები 30-დან 50-მდე ავიყვანეთ, განწყობის გაფიქსირების მაგვარი რამ ჩვენ არ შეგვიძინა.

ყველა ეს არგუმენტი ჩვენ იმის უარსაყოფად მოვიყვანეთ, რომ თითქოს სტატიკურ ჯგუფში შემავალი ერთი ავადმყოფის მონაცემების მიხედვით შეიძლებოდა გვეფიქრა ოპტიკური განწყობის უნარსა და ჩვენი ცდების შედეგების ურთიერთდამოკიდებულებაზე.

ასეთი აზრი, თუ გულდასმით ჩავუკვირდებით, თავისთავად არ უნდა იყოს მართებული, რადგან, სინამდვილეში, ის ფაქტი, რომ სტატიკური განწყობის მქონე ავადმყოფებთან ოპტიკურ სფეროში (წრეებზე) განწყობა არ იქმნება, იმას კი არ უნდა ნიშნავდეს, თითქოს აქ არც სიტყვაზე უნდა დაფიქსირდეს განწყობა, არამედ ამ გარემოებაში, თუკი სიტყვაზე განწყობის შემუშავება ამ ავადმყოფებთან შესაძლებელია, პირიქით, ხელი უნდა შეუწყოს მისი ეფექტის კიდევ უფრო ნათლად დაკერას, რადგანაც, ამ წრეებზე რომ განწყობა მუშავდებოდეს, ჩვენ ვერ გავარჩევდით განწყობაში აღქმის შემეცნებითი მხარის გამოვლენას.

რომ ჩვენი მსჯელობა სწორია, ამის ექსპერიმენტულ დასაბუთებად სწორედ ზემოთმოყვანილი ავადმყოფის მონაცემები უნდა

მივიწინოთ (ოქმი № 5), რადგან სტატიკურ ჯგუფში სიტყვაზე განწყობის შემუშავების „ეფექტს“ მხოლოდ მასთან აქვს ადგილი. ეს კი ერთადერთი შემთხვევაა, რომელსაც ოპტიკური განწყობის კარგად გამოხატული ეფექტიც უდასტურდება.

ასეთი მსჯელობის შემდეგ გამოდის, რომ სტატიკური განწყობის ჯგუფში შემავალი ავადმყოფები, ჩვენს ცდებში, სიტყვის მხოლოდ გრაფიკულ გამოხატულებას, მის ფორმალურ მხარეს აქცევენ ყურადღებას. ხოლო, რაც შეეხება წაკითხულის შინაარსს, იგი მათი ყურადღების გარეშე რჩება. ამიტომაც, რომ საგანწყობო სიტყვის შინაარსი ცდის 50-ჯერ განმეორების შემდეგაც კი ვერ აზღერს გავლენას კრიტიკული სიტყვის შინაარსზე.

ის, რომ პროგრესული დამბლით დაავადებულები, სიტყვის მხოლოდ გრაფიკულ გამოხატულებას აქცევენ ყურადღებას, ჩვენს ცდებში განსაკუთრებით ნათლად ჩანს, რადგანაც, როგორც ოპტიკური განწყობის კვლევის შედეგებიდან ვიცით, მათ წრეებზე (ამ აზრით უშინაარსო მასალაზე) განწყობა საერთოდ არ ექმნებათ.

ჩვენი ცდები უფლებას არ გვაძლევენ პროგრესული დამბლით დაავადებულთა აღქმის საგნობრიობაზე სერიოზული მსჯელობა გაეშართოს. ისინი ასეთი რთული ამოცანის გადასაწყვეტად არ გამოდგებიან. ჩვენ კი ეს ამოცანა არც დავისახავს მიზნად.

მაგრამ, რომ პროგრესული დამბლის დროს აღქმის აზრითი მომენტი შელახულია, ამაზე ჩვენი ცდის შედეგები უთუოდ მიუთითებენ.

როგორც ვხედავთ, პარალიზური ჭკუასუსტობის დროს, ავადმყოფთა აღქმას შემეცნებითი მნიშვნელობა დაუკარგავს.

წარმოდგენა

1) ვერბალურ სიტუაციაში განწყობის ფიქსაციისათვის ავადმყოფმა უნდა წარმოიდგინოს, რომ ჰაპტურ სფეროში იგი განსხვავებული სიდიდეების ბურთებს აღიქვამს. როგორც დავინახეთ, ამისი განხორციელება ჩვენს ავადმყოფებს არ ძალუძთ. მათ არ შეუძლიათ ნებისმიერად გამოიწვიონ ერთ ხელში დიდისა და მეორეში პატარა ობიექტის წარმოდგენა. ამის უნარი მათ არა აქვთ, ნებისმიერი წარმოდგენები მათ არ უჩნდებათ.

მაგრამ წარმოდგენათა ასეთი ნებისმიერი გამოწვევის ცდა ყველა ჩვენს ავადმყოფში ერთნაირად მაინც არ მიმდინარეობს. თუ ასეთი რამ სრულიად შეუძლებელია სტატიკური ჯგუფის ავადმყოფებთან, ღინამიკურ ჯგუფში ეს ასე არ არის: მართალია, წარმოდგენათა ნებისმიერი გამოწვევა არც აქ ხდება, მაგრამ ეს ავადმყოფები ამოცანისაყენ მაინც მიემართებიან; სურთ შეასრულონ ჩვენ მიერ მიცემული დავალება, ცდილობენ გამოიწვიონ უტოლო ობიექტთა წარმოდგენები. რაც შეეხება ვარიებილურ ჯგუფში შემავალ ავადმყოფებს და 3 ავადმყოფს სტატიკური ჯგუფიდან, ისინი, ხანდახან სტატიკურ ჯგუფზე უკეთეს შედეგებს იძლევიან.

ეს ექსპერიმენტული ფაქტები გარკვეულად მიუთითებენ იმ გარემოებაზე, რომ პროგრესული დამბლით დაავადებულებს წარმოდგენის ნებისმიერი, აქტიური გამოწვევის უნარი არა აქვთ.

2) არსებობს თავისუფალი, პასიური წარმოდგენებიც, რომლებიც ერთმანეთს წარმოდგენათა ასოციაციის კანონებით უკავშირდებიან და გარკვეული კანონზომიერებებით გაპირობებულნი „თავისუფლად“, ავტომატიურად მიმდინარეობენ. საინტერესო იყო გაგვეჩვია ჩვენს ავადმყოფებში მათი წარმოშობისა და მიმდინარეობის თავისებურებანი.

სამწუხაროდ. ამ მხრივ ჩვენი მასალა ძლიერ ღარიბია. „თავისუფალი ასოციაციების“ მეთოდით ჩვენ სულ რამოდენიმე ავადმყოფი გვყავს გამოკვლეული. მათი ილუსტრაცია ზედმეტად მიკვანჩია, რადგანაც მიღებული უაღრესად მცირერიცხოვანი მასალა უფლებას არ მოგვცემდა პროგრესული დამბლით დაავადებულების წარმოდგენათა ასოციაციის შესახებ გვემსჯელა.

მაგრამ, მიუხედავად ამისა, მაინც უნდა შევნიშნოთ, რომ: თუ ღინამიკურ ჯგუფში, ჩვენ მიერ გამოკვლეულ ერთ ავადმყოფთან, ასოციაციური პროცესები ნორმალური მდგომარეობისაგან არცთუ ისე თვალსაჩინოდ განსხვავდება. რაც ცოტათი გახანგრძლივებული ლატენტური ღროით და შედარებით მარტივი, ერთმნიშვნელოვანი პასუხებით გამოიხატება, სტატიკურ ჯგუფში, ჩვენ მიერ გამოკვლეული ექვსი ავადმყოფი, მხოლოდ ეხოლალური პასუხებს იძლევა, რომელთაც სტერეოტიპული, პერსევერაციული ხასიათი აქვთ, რაც შეეხება ლატენტურ ღროს, ის აქ ნორმაზე უფრო ხან-

მოკლეა, რაც მათი წარმოდგენების იმპულსურ, უპირატესად გაავტომატებულ მიმდინარეობაზე მიუთითებს.

ერთი სიტყვით. იმ ავადმყოფებს, რომლებსაც პატურ სფეროში განწყობა სტატიკური აქვთ, მათი პასიური წარმოდგენების მიმდინარეობის ასოციაციური პროცესები აჩქარებით, იმპულსურობით, უმდაბლესი პასუხებითა და პერსევერაციული ხასიათით გამოირჩევა.

მეხსიერება

როგორც კვლევის მეთოდების აღწერის დროს აღვნიშნეთ. პროგრესული დამბლით დაავადებულთა მეხსიერება ჩვენ მიერ საკმაოდ საფუძვლიანად არის გამოკვლეული.

კლინიკური გამოკვლევით ვამოწმებთ წარსული ფაქტების ავადმყოფთა მიერ რეპროდუქციის უნარს. ეს კლინიკური მასალა ჩვენ მიერ ნაწილობრივ გადმოცემულია ავადმყოფთა ფსიქიკური მდგომარეობის აღწერის დროს. ამ მიმართულებით დაგროვილი სპეციალური მასალების გადმოცემისაგან თავს ვიკავებთ, რადგან იგი დიდ ადგილს წაგვართმევდა. ვფიქრობთ, მკითხველი არ დარჩება უკმაყოფილო, თუ საბოლოო შედეგის გადმოცემაზე გადავალთ. ეს შედეგი კი ასეთია:

სტატიკური განწყობის მქონე ავადმყოფებთან წარსულის მოგონება თითქმის შეუძლებელია. უმრავლეს შემთხვევაში ავადმყოფს ისტორიული თარიღები, შეძენილი ცოდნა, და თავისი პირადი ცხოვრების განსაკუთრებით მნიშვნელოვანი მომენტებიც კი აღარ ახსოვს. აქ, წარსულ განცდათა რეპროდუქციის უნარი უკიდურესად შესუსტებულია, ან სრულიად არ არსებობს.

ვარიანბილურ ჯგუფში შემავალ ავადმყოფებთან მეხსიერების ეს ფუნქცია თითქმის უკეთეს მდგომარეობაშია, მაგრამ არ უნდა დაგვავიწყდეს, რომ ეს „უკეთესობა“ თვით მეხსიერებისათვის ძალიან ცოტას ნიშნავს, რადგანაც ის სტატიკურ ჯგუფთან შედარებით არის უკეთესი, სადაც რეპროდუქცია თითქმის აღარ არსებობს.

ამ მხრივ. ყველაზე კარგ მონაცემებს იძლევა დინამიკური ჩგუფი. აქ ავადმყოფებს ასე თუ ისე ახსოვთ თავიანთი წარსული ცხოვრების მნიშვნელოვანი ფაქტები, ზოგიერთი დიდი ისტორიული მოვლენის თარიღი და შეუძლიათ აღადგინონ თავიანთი პროფესიული ჩვევა თუ ცოდნის მარაგიც კი.

ექსპერიმენტული გამოკვლევის საგნად ჩვენ ავადმყოფთა აქტიური მეხსიერების ორი მხარე გავიხადეთ: ფიქსაცია და დასწავლის უნარი.

1) ფიქსაცია — ფიქსაციის საკვლევად ავადმყოფებს მნემო-მეტრის საშუალებით ათ მარტივ სიტყვას ვაძლევდით. იგივე მიზნით, ჩვენ მიერ გამოყენებული იყო აგრეთვე ეპინგჰაუსის ცდა (უბრალო მარცვლებს დახსომება). დასამახსოვრებელი მასალის ერთხელ მიწოდების შემდეგ ვამოწმებდით დახსომებულ სიტყვათა რაოდენობას. ცდის საერთო შედეგები ქვემოთმოყვანილ ცხრილშია მოცემული:

ცხრილი 1

განწყობის ჯგუფები	დასამახსოვრებელი მასალა	
	სიტყვა	მარცვალი
სტატიკური .	2	1
ვაოიბილური .	3	1 ან 2
დინამიკური	4	2
ფიქსაციის საშუალო ეფექტი .	3	1,5

როგორც ცხრილიდან ირკვევა, პროგრესული დამბლით დაავადებულთა მეხსიერების არსებითი მხარე — ფიქსაცია, ძლიერ დაქვეითებას განიცდის. მიწოდებული ათი სიტყვიდან ჩვენს ავადმყოფთა ცნობიერებაში მხოლოდ 3 განიცდის ფიქსაციას. ათი უაზრო მარცვიდან კი ავადმყოფები, საშუალოდ, მხოლოდ 1,5 მარცვალს „იპყერენ“.

მაგრამ ფიქსაციის ეფექტი განწყობის ჩგუფების მიხედვით განსხვავებულია. ამ მხრივ ყველაზე კარგ შედეგებს დინამიკური ჩგუფში შემავალი ავადმყოფები იძლევიან, უფრო უარესს — ვაოიბილური ავადმყოფები, ხოლო ყველაზე დაბალს — სტატიკური განწყობის მქონენი.

მოვიყვანოთ კერძო მაგალითები:

ოქმ ი № 1. 12/V-56 წ. (ავად. ისტ. № 2700).

ინსტრუქციას ყურადღებით ისმენს. სიტყვებს კარგად კითხულობს. სტუმარი, ღობე, ირემი, სკამი, კლიტე, ნემსი, ტყე, ეზო, გასაღები, კატა¹.

ალადგენს: 1. სტუმარი

2. ირემი — ფიქრობს.

3. ნემსი — „მეტი აღარ მახსოვს“.

4. კატა — ფიქრობს. „კიდევ იყო ბევრი, მაგრამ აღარ მახსოვს“. ფიქრობს. სურს მოიგონოს.

— „...რა ვქნა, მეხსიერება მალალობს, ავადმყოფობის ბრალია!“.

ამ ავადმყოფს ჰაპტურ სფეროში დინამიკური განწყობა აქვს.

ოქმ ი № 2. 30/IV-56 წ. (ავად. ისტ. № 2033).

ცდისადმი ნაკლებ ინტერესს იჩენს, ერთხელ წაკითხვის შემდეგ ალადგენს.

1. სტუმარი, მასპინძელი (ეს სიტყვა ჩვენ არ მიგვიცია).

2. ღობე — ფერხდება.

3. კატა — ფიქრობს. „მეტი არ მახსოვს“.

ამ ავადმყოფის ჰაპტური განწყობა ვარიაციულია.

ახლა ენახოთ, როგორ იმახსოვრებს მიწოდებულ სიტყვებს სტატიკური განწყობის ავადმყოფი:

ოქმ ი № 3. 12/VII-56 წ. (ავად. ისტ. № 2149).

ცდით არ ინტერესდება. კითხულობს უშეცდომოდ. ალადგენს:

1. კატა — ძაღლი, ლეკვი (ამ სიტყვებს თვითონ ამატებს).

2. ეზო — სახლი, სახურავი.

ავადმყოფი სიტყვებს თითებზე ითვლის — „ექვსი? სრულიად საკმარისია; ხომ გითხარით, კარგი მეხსიერება მაქვს-მეთქი“, ვეუბნებით, რომ მან ათი სიტყვიდან მხოლოდ ორი დაიმახსოვრა, ოთხი კი თავისი გამოგონილი დაამატა — „არა, მაგას ვერ დაგიჯერებთ! თუ გინდათ, დანარჩენ ოთხსაც გეტყვით“ — ფიქრობს.

— „კატა, ძაღლი, ლეკვი... სოფელი“.

¹ ავადმყოფებს ეს სიტყვები რუსულად ეძლეოდათ.

მოყვანილი ოქმები ჩვენ მიერ გამოკვლეულ ავადმყოფთა ტიპურ სურათს გვიჩვენებენ. აქ ყურადღებაამისაქცევია შემდეგი:

სტატიკური განწყობის მქონე ავადმყოფი, თუმცა მხოლოდ ორი სიტყვის ფიქსაციას ახდენს, მაგრამ ოთხ სხვა სიტყვას, რომლებიც ჩვენ არ მიგვიწოდებია, თავისთავად ამბობს. როგორც ვხედავთ, ახალი სიტყვის ასეთი ნებისმიერი ჩამატება ვარიაბილურ ჯგუფთან ეპიზოდური მოვლენაა, ხოლო დინამიკური განწყობის ავადმყოფებთან საერთოდ არ ხდება.

ასევე საინტერესოა ის, რომ დინამიკური ჯგუფის ავადმყოფი ცდას პასუხისმგებლობით ეკიდება; უნდა დანარჩენი სიტყვებიც მოიგონოს, ფიქრობს; იცის, რომ ბევრი დარჩა სათქმელი. ამ ავადმყოფს ესმის თავისი მეხსიერების უმწეო მდგომარეობა და გარკვეულად განიცდის კიდევ ამას. ასეთი სერიოზული დამოკიდებულება ცდის მიმართ ვარიაბილურ ჯგუფში ნაკლებია, ხოლო სტატიკური განწყობის ავადმყოფი, ყოველგვარი პასუხისმგებლობის გარეშე „აღადგენს“ სიტყვებს და აქვს კიდევ ერთგვარი პრეტენზია დამაკმაყოფილებელი მეხსიერებისა.

ახლა ვნახოთ, როგორ ხდება ამ ავადმყოფებში უაზრო მარცვალთა ფიქსაცია:

ოქმი № 1 — დინამიკური ჯგუფი¹.

უაზრო მარცვალთა კითხვისას ეცინება. კითხულობს ერთგვარი შეფერხებით: „ჰეფ“, „კაც“, „პად“, „ვოგ“, „ტებ“, „დალ“, „შირ“, „ნუს“, „რილ“, „ფეც“, წაკითხულის აღდგენა უჭირს, ფიქრობს:

1. „ჰეფ“... „ჰეფ“ — იმეორებს.

2. „პად“... — იღიმება.

„ნად“... „არა, ეს არ ყოფილა“.

„მეტი აღარ მახსოვს“ — ფიქრობს — „ეს ძალიან ძნელი ყოფილა“.

ოქმი № 2. ვარიაბილური ჯგუფი.

კითხულობს ჩვეულებრივ, ნაკლები შეფერხებით. ალაგ-ალაგ სურს უაზრო მარცვლებს აზრი მოუძებნოს: „ტებ“ — тебе, „რილ“ — рило და სხვ. აღადგენს:

¹ აქ ლაპარაკია იგივე ავადმყოფებზე, რომლებიც წინა ოქმებში მოვიყვანეთ.

1. „ტებ“...

2. „რილ“ — არა რელი.

3. „ბილ“, „პილ“, „ლილ“... „მეტი აღარ მახსოვს“.

ოქმი № 3. სტატიური ჯგუფი:

კითხულობს შეუფერხებლად. აღადგენს:

1. „ფეც“, „ცეც“, „ქეც“, „პეც“, „ცაფ“, „პაფ“, „ცაპ“, „ცუმ“, „გუმ“, „ე. ი. მოსკოვის მთავარი უნივერსალი“.

ვეუბნებით, რომ მან მხოლოდ ერთი მარცვალი აღადგინა სწორად. „რას ამბობთ? აი დავთვალთ“ — ჩამოთვლის თითებზე კიდევ ათ სხვა მარცვალს: „ფაც“, „ფალც“, „ფილც“, „ფაბ“,... „ბაბ“, „ბობ“, „ტობ“, „ტაბ“, „ტობ“... „ტიბ“, სულ ათი! ხედავთ, რა კარგად ვიმახსოვრებ“ — იღიმება.

როგორც ვხედავთ, უაზრო მარცვალთა ფიქსაციის პროცესიც ისეთივე კანონზომიერებით მიმდინარეობს, როგორც არსებითი სახელებისა, თუმცა, ამ შემთხვევაში უფრო ნაკლებად ჩანს, როგორც მეხსიერების დაქვეითების ხარისხი (სტატიურ ჯგუფში შემავალმა ავადმყოფმა მხოლოდ ერთი და ისიც ბოლოს მიწოდებული მარცვალი აღადგინა), ისე ავტომატიზმისა და პერსევერაციის ტენდენცია, რაც პროგრესული დამბლით დაავადებულთა დიდ უმრავლესობას ასე თვალნათლივ ახასიათებს.

2) დასწავლა — დასწავლა აქტიური, ნებისმიერი მეხსიერების უმაღლესი ფორმაა. ვნახოთ, როგორ ერევიან ამ რთულ ამოცანას ჩვენი ავადმყოფები.

ცხრილი 15

განწყობის ჯგუფები	დასწავლილი მასალა	
	იტყვა	მარცვალი
სტატიური .	4	2
ვალია: ლერი	6	3
დინამიური	8	4
დასწავლის საერთო შედეგი	6	3

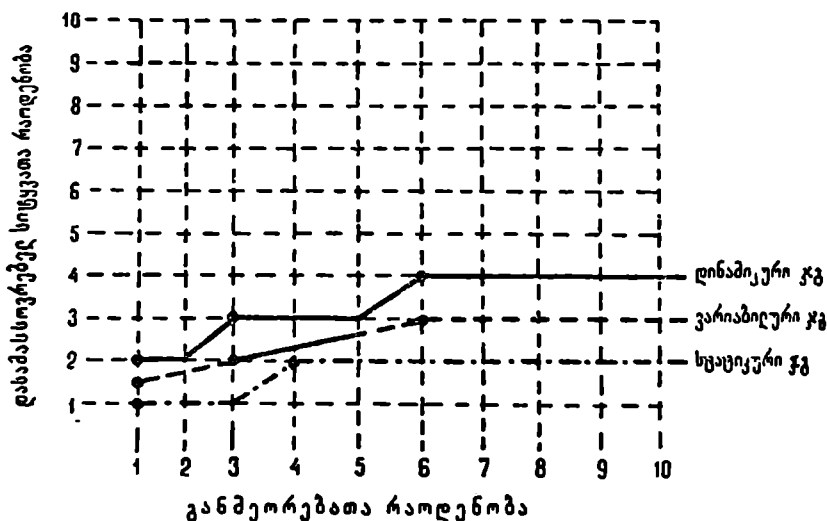
მოყვანილი ცხრილიდან ირკვევა, რომ ჩვენს ავადმყოფებში მიწოდებული ექსპერიმენტული მასალის აქტიური, ნებისმიერი და-

მახსოვრება-დასწავლა ძლიერ შესუსტებულია (გავიხსენოთ, რომ მიწოდებულ სიტყვებს ავადმყოფები 10-ჯერ იმეორებდნენ).

მაგრამ, დასწავლის ხარისხი განწყობის სხვადასხვა ჯგუფში სხვადასხვაა:

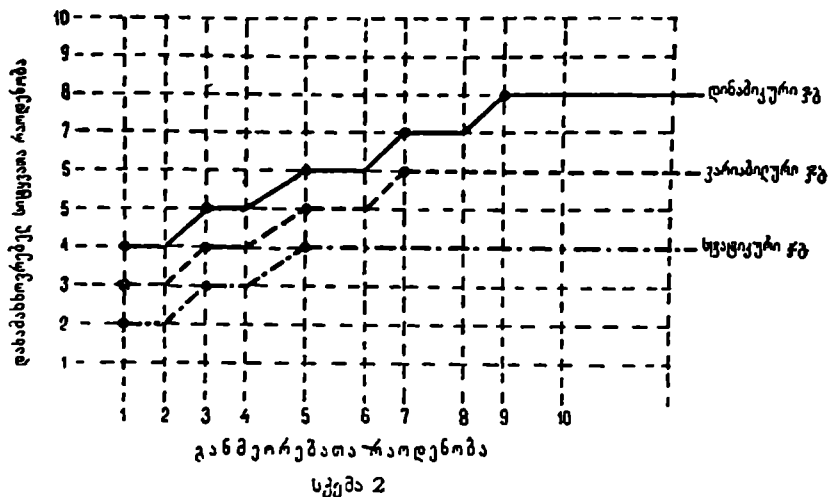
სტატიკურ ჯგუფში შემავალი ავადმყოფები, სადაც ყველაზე დაბალი მაჩვენებლებია მიღებული, საშუალოდ, მხოლოდ 4 სიტყვისა და 2 უაზრო მარცვლის დასწავლას ახერხებენ. დინამიკურ ჯგუფში შემავლები მათზე 2-ჯერ მეტს (8 სიტყვა და 4 უაზრო მარცვალი), ხოლო რაც შეეხება ვარიაბილური განწყობის მქონე ავადმყოფებს, ისინი, თავიანთი მონაცემების მიხედვით, ამ ორ ჯგუფს შუა დგანან — 6 სიტყვასა და 3 უაზრო მარცვალს იმახსოვრებენ.

ახლა ვნახოთ, როგორ ხდება დასწავლის პროცესი, მისი მიმდინარეობა, დინამიკა:



სურათი 1

სანამ მოცემული სქემის განხილვაზე გადავალთ, თვალი გადავავლოთ უაზრო მარცვალთა დასწავლის დინამიკის ამსახველ სქემასაც:



როგორც მოყვანილი სქემებიდან ირკვევა, რომლებიც ჩვენ ავადმყოფთა დასწავლის უნარის გამოკვლევის ზოგად კანონზომიერ სურათს გვიჩვენებს, პროგრესული დამბლით დაავადებულთა მიერ მასალის დასწავლა თანდათან ხდება, სანამ ამ უნარის მაქსიმუმი არ იქნება მიღწეული, ხოლო მას შემდეგ, რაც დასწავლის უმაღლესი დონე მიღწეულია, პროცესი ჩერდება და მომდევნო განმეორებანი დადებით შედეგს ვეღარ იძლევა. მაგალითად:

სტატიკურ ჯგუფში შემავალი ავადმყოფები, როდესაც არსებით სახელთა დასწავლა ხდება, თავის შესაძლებლობათა მაქსიმუმს (4 დასწავლილი სიტყვა), საშუალო, ცდის მეხუთე ექსპოზიციაზე აღწევენ. მომდევნო ხუთი განმეორება სრულიად ვერ ზრდის დასწავლის რაოდენობრივ ხარისხს.

ვარიაციული ჯგუფის ავადმყოფები მეხუთე ექსპოზიციაზე ხუთ სიტყვას იმახსოვრებენ. მერე კიდევ ერთს (მეშვიდე განმეორებისას), რის შემდეგაც დანარჩენ სიტყვათა დამახსოვრება მათ აღარ შეუძლიათ.

დინამიური ჯგუფის ავადმყოფები, რომლებიც ამ მხრივ, ისევე როგორც საერთოდ, ჩვენს ავადმყოფთა შორის ყველაზე მაღალი

მაჩვენებლებით გამოირჩევიან, მე-7 ექსპოზიციაზე შეიდ სიტყვას იმახსოვრებენ, მე-9-ზე კი—8. ირკვევა, რომ ამაზე შორს წასვლა (თუნდაც ერთი სიტყვის მიმატება) მათ აღარ შეუძლიათ. მიწოდებული მასალის განმეორებათა რაოდენობას, ჩვენ ამ ჯგუფთან 5-მდე ვზრდიდით. მოყვანილ სქემებში ეს გარემოება აღნიშნულა არ არის, მაგრამ მიუხედავად ამისა, დასწავლილ სიტყვათა რაოდენობა უცვლელი რჩებოდა, ახალი (მე-9 ან მე-10) სიტყვის დამახსოვრება მათთან არ ხდებოდა.

ანალოგიური მდგომარეობა გვაქვს, როდესაც საქმე ეხება უაზრო მარცვალთა დასწავლას, მხოლოდ ავადმყოფის შესაძლებლობის მაქსიმუმი აქ გაცილებით ადრე მელაენდება — სტატიკურ ჯგუფთან მეოთხე ექსპოზიციაზე (ორი დამახსოვრებული მარცვალი); ვარიაბილურსა და დინამიკურ ჯგუფთან მე-6 განმეორებაზე. ხოლო, პირველ შემთხვევაში სამის, მეორეში კი ოთხი უაზრო მარცვლის დამახსოვრება ხდება.

ახლა განვიხილოთ ჩვენს შედეგთა ამსახველი, განსაკუთრებით ტიპიურ შემთხვევათა კვლევის ოქმები.

დინამიკური ჯგუფი.

ოქმი № 1. 12/V-56 წ. (ავადმყოფობის ისტორია № 2700).

ავადმყოფთა გამოკვლევის ოქმებს ამ შემთხვევაში ჩვენ სქემის სახით ვწერდით. დავაკვირდეთ ამ სქემას¹.

განმეორებათა რაოდენობა სასწავლო სიტყვები										
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1. სტუმარი	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
2. ღობე			+	+	+	+	+	+	+	+
3. იოფი .	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
4. სკამი .										
5. კლიტე	.								+	+
6. ხეასი .	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
7. ტყე .	.									
8. ეზო	.				+	+	+	+	+	+
9. გასაღები	.						+	+	+	+
10. კატა .	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+

¹ პლუსით (+) აღნიშნულია ავადმყოფის მიერ დასწავლილი სიტყვები.

1) „მეტი აღარ მახსოვს“ — ფიქრობს — „კიდევ იყო ბევრი, მაგრამ აღარ მახსოვს“... სურს მოიგონოს „რა ვქნა, მეხსიერება მლაღატობს, ავადმყოფობის ბრალია“.

2) „არა, მეტი აღარ მახსოვს“,

3) „სახლი?“ — არა სახლი არ ყოფილა.

4) „აბა კიდევ ერთხელ მაჩვენეთ!“

5) „ეზო“ — ილიმება. „ღობე და ეზო!“

6) ფიქრობს. „მეტი აღარ მახსოვს“ — წუხს.

7) — „კარები!“ — თუ კარები არ ყოფილა?“ — გვეკითხება.

8) ფიქრობს. „არა კარები არ ყოფილა“

9) „კლიტე! კლიტე, გასაღები და კლიტე“ — უხარია.

10) „არა, მეტს ველარ დავიმახსოვრებ, ძალიან დავიღალე, გვეყოფა“.

ვნახოთ ამ ავადმყოფის მიერ უაზრო მარცვალთა დასწავლის პროცესიც.

ოქმი № 2

16/V-56 წ.

განმეორებათა რაოდენობა დასამახსოვრებელი მარცვლები										
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1. ჰე .	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
2. კაც .										
3. პად .	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
4. ვოგ .										
5. ტებ										
6. დ ლ			+	+	+	+	+	+	+	+
7. შარ .										
8. ნუს .										
9. ოილ										
10. ფეც					+	+	+	+	+	+

1) მარცვლებს იმეორებს: „ჰეფ“ — ილიმება. „ნად!“ — „არა“, ეს არ ყოფილა“.

1 ეს ცდის პროცესში ავადმყოფის სპონტანური სიტყვიერი პროდუქციებია. მათ ჩვენ რიგის მიხედვით ნომრებით აღვნიშნავთ, რაც იმაზე მიუთითებს, თუ რომელი განმეორების შემდეგ მოგვაწოდა იგი ავადმყოფმა.

აქვე, მოკლედ ვახსიათებთ ავადმყოფთა ქცევას ცდის დროს.

- 2) ისევ ორი დავიმახსოვრე. რა უცნაური სიტყვებია.
- 3) „ნად“ არ ყოფილა ხომ?
- 4) „ვერა, მეტს ველარ დავიმახსოვრებ“.
- 5) „ფეხცფეხ არ მითქვამს წელან“
- 6) „არა მეტი აღარ მახსოვს“ — ფიქრობს
- 7) „ძალიან ძნელია!“
- 8) „ნად“ მინდა ვთქვა, მაგრამ მეუბნებით, რომ არ ყოფილაო“.
- 9) ბევრს ფიქრობს. ვერც ერთ ახალ მარცვალს ვერ იხსენებს.
- 10) „თავი დამანებეთ, ძალიან დავიღალე. ხომ ხედავთ, არა-ფერი გამოდის!“.

ვარიანტილური ჭგუფი

ოკმი № 1. 29/IV-56 წ. (ავადმყოფობის ისტორია № 203)

განმეორებათა რაოდენობა დასასწავლი მასალა										
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1. სტუმარი	.	+	+	+	+	+	+	+	±	+
2. ღობე	.	+	+	+	+	+	+	+	+	+
3. იოეპი .	.									
4. სკარი .	.									
5. კლიტე	.				+	+	+	+	+	+
6. ნეპი .	.									
7. ტყე .	.		+	+	+	+	+	+	+	+
8. ეზო .	.									
9. გასაღები	.						+	+	+	+
10. კატა .	.	+	+	+	+	+	+	+	+	+

1) „მასპინძელი“... ფერხდება... ფიქრობს... „მეტი აღარ მახსოვს“.

2) „მეტი აღარ მახსოვს“. მოგონება ეზარება

3) „მასპინძელი, ...მინდორი..., როგორ არა! მინდორი იყო.

4) „არა მეტი აღარ მახსოვს“. თავს არ იწუხებს.

5) „კირიტე, კლიტე! ეს აღრე არ მითქვამს... „მინდორი“. თქვენ მეუბნებით არ ყოფილაო, მაგრამ ზე მახსოვს, რომ იყო, „მასპინძელი“ იყო“.

6) სულ ეს არის, მეტი აღარ მახსოვს“.

7) „ჰო, გასაღები, მაგრამ გვეყოფა, დავიღალე“.

8, 9, 10) — სიტყვას ველარ უმატებს. აცხადებს, რომ ცდა მო-

ბეზრდა, დაიღალა. ხანდახან ამტკიცებს, რომ „მინდორი“ და „მას-
პინძელი“ იყო.

ოქმის № 2. 4/V-56

განმეორებათა რაოდენობა	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
დასასწავლი მარცვლები										
1. ჰეფ .										
2. კ'ც .										
3. პად .										
4. ვოკ .										
5. ებ .	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
6. დ.ლ .										
7. შირ .										
8. ნეს .										
9. რ.ლ .	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
10. ფეც						+	+	+	+	+

1) „რილ“ არა ბილ, პილ, ლილ... მეტი აღარ მახსოვს.

2) „რილ თუ ...პილ, ლილ“... ფიქრობს

3) „მეტი აღარ მახსოვს“ — ფიქრი ეზარება.

4, 5) — „მეტს ველარ დავიმახსოვრებ“.

6) „აი, „ფეც“... კიდეც?... ფაც, ცაც, ციკ, ცაკ“...

ვაჩერებთ, ვეუბნებით, რომ ეს მარცვლები ჩვენ არ მიგვიცია.

„არ ვიცი, მეუბნებით კიდეო და კიდეც გეუბნებით“.

7, 8, 9, 10) — მარცვალს ველარ ამატებს. შიგადაშიგ თვითონ
უმატებს სხვა უაზრო მარცვლებს: „ბილ, პილ, ცაც, ფაც“ და სხვა
სტატიკური ჯგუფი

ოქმის № 1. 12/VII-56 წ.

(აეაღ. ისტ. № 3149)

განმეორებათა რაოდენობა	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
დასასწავლი სიტყვები										
1. სტუმარი										
2. ლობე					+	+	+	+	+	+
3. იო ვიი										
4. სკაცი			+	+	+	+	+	+	+	+
5. კლ'ტე										
6. ნესი .										
7. ტყე .										
8. ეხო .	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
9. გასაღები										
10. კატა	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+

1) „ძალი, ლეკვი, სახლი, სახურავი“ — სიტყვებს თითებზე ითვლის.

2) „ძალი, ლეკვი, სახურავი — ხომ გითხარით, კარგი მეხსიერება მაქვს-მეთქი“.

3) „მაგიდა... სახლი, სახურავი“. ითვლის ხელებზე.

4) ვეუბნებით, რომ მან ათი სიტყვიდან მხოლოდ სამი დაიმახსოვრა — „არა, მაგას ვერ დაგიჯერებთ, ექვსი სიტყვა მახსოვს“.

5) „ძალი, ლეკვი, სახლი, მაგიდა, კარადა... სახურავი — სულ ათი, ათივე დავიმახსოვრე!“. ცდის გაგრძელება აღარ სურს.

6, 7, 8, 9 და 10 ექსპოზიციებზე დასწავლის ხარისხი არ იზრდება. დანარჩენ სიტყვებს თვითონ, ნებისმიერად ამატებს, თავისი მეხსიერებით ტრაბახობს კიდეც.

ოქმი № 2. 14/VII-56 წ.

განმეორებათა რაოდენობა დასასწავლი მარცვლები	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1. ჰეფ .	.									
2. კაც .	.									
3. პად .	.									
4. ვ. გ .	.									
5. ტებ .	.									
6. დალ .	.									
7. შიო .	.									
8. ნუს .	.			+	+	+	+	+	+	+
9. რილ .	.									
10. ფეც	.	+	+	+	+	+	+	+	+	+

1) „ცეც, კეც, პეც, ცაფ, ჰაფ, ცაპ, ცუმ, გუმ, მოსკოვის მოვარი უნივერსალი — გუმ!“.

2) „ფაც, ფალც, ფაბ, ბაბ, ბოზ, ტოზ, ტაბ, ტიბ“, უაზრო მარცვლებს ყოველგვარი შეფერხების გარეშე „იგონებს“.

3) „ნას, ვას, ბას, სას, პას, ჩას“ — ავადმყოფს თუ არ შეეაჩერებთ, უსასრულოდ მრავალი მარცვლების დასახელება შეუძლია.

4, 5, 6, 7, 8, 9 — ცდა უცვლელად მიმდინარეობს. ახალ მარ-

ცვალს ვედარ იმახსოვრებს. თავისთავად შეუძლია მრავალი მარცვალი ჩაამატოს. ცდის დროს ილიმება და თავისი კარგი მეხსიერებით ამაყობს. ამის საილუსტრაციოდ ვნახოთ, როგორ იგონებს ავადმყოფი დასწავლილ მარცვლებს მე-10 ექსპოზიციამზე.

10) იმ ორის გარდა, რომელიც სწორად აქვს დასწავლილი, ამბობს:

„ქეც, ცაპ, პაპ, ლაპ, ლამპ, ფაც, ფალც, ფაბ, ბობ, ბომბ, ტობ, ტიბ, ჩას. ჩის, ვას, ნას, პას, პის, კის“ — ვაჩერებთ. „თუ გინდათ კიდევ გეტყვი“ — ილიმება — „მადლობა ღმერთს, მეხსიერება კარგი მაქვს“.

რა შეიძლებოდა დასწავლის, როგორც პროცესის მიმდინარეობის შესახებ გეტყვით ჩვენ მიერ ფართოდ მოყვანილი ექსპერიმენტული მასალის საფუძველზე?

ის, რომ, რადგანაც მეხსიერების ეს აქტიური, ნებისმიერ პროცესი, პროგრესული დამბლით დაავადებულებში თითქმის აღარც არის შესაძლებელი (ლაპარაკია სტატიკურ ჯგუფზე, რომელიც მასალის დიდ უმრავლესობას მოიცავს), დასწავლის პროცესი აქ გაუცნობიერებელ, გაავტომატებულ, ნებელობისაგან დამოუკიდებელ პროცესად არის გადაქცეული.

ეს, რასაკვირველია, სრულიად არ ჰგავს იმას, რასაც დასწავლა ჰქვია (ამ სიტყვის ნამდვილი მნიშვნელობით). როგორც ჩვენი ცდებიდან ირკვევა, ასეთი რამ პროგრესული დამბლით დაავადებულ ადამიანს აღარ შეუძლია; ექსპერიმენტული მასალის შეთვისება, დასწავლა მისთვის მიუღწეველია.

სწორედ იმის გამო, რომ დასწავლა პროგრესული დამბლით დაავადებულებში აღარ არის აქტიური, ცნობიერი, ნებილობით პროცესი. იმის გამო, რომ დასწავლა, მათთვის საერთოდ შეუძლებელია, ამიტომ ჩვენი ცდის მიმდინარეობა, ავადმყოფის ქცევა. მეხსიერების ამ მხარის გამოკვლევის მთელი პროცესი, ავტომატური, გაუცნობიერებელი, იმპულსური, ავადმყოფის ნებისყოფისაგან სრულიად დამოუკიდებელი, თავისთავად მიმდინარე და უკონტროლო პროცესის სახეს ღებულობს:

ავადმყოფი, როგორც მას ჰგონია, კარგად „იხსომებს“ სიტყვებს; როდესაც ჩვენ მიერ მოწოდებულ მასალას ვერ იხსენებს, თვითონ ამბობს მას ყოველგვარი დაბრკოლების, შეფერხებისა თუ

უხერხულობის გარეშე. იგი მართალია, 10-ჯერ განმეორების შემდეგ მხოლოდ 2 უაზრო მარცვალს სწავლობს, მაგრამ, თუ შევეყი-თხებით, უაზრო მარცვალთა უსასრულო რაოდენობის დასახელება შეუძლია, რასაც სრულიად თავისუფლად, ყოველგვარი დაძაბვისა და ფიქრის გარეშე აკეთებს.

ასეთია ფაქტი, რომელსაც, ექვს გარეშეა, პროგრესული დამბლით დაავადებულთათვის დამახასიათებელი ადვილად ავხვებადი, სტატიკური და მტკიცე განწყობა უნდა აპირობებდეს.

ეს რომ მართლაც ასეა, ამის მაგალითს ღინამიკური განწყობის ავადმყოფები წარმოადგენენ. როგორც დავინახეთ, მათთან დასწავლის პროცესი ჯერ კიდევ არ არის შეუძლებელი. მართალია, ის აქაც ძლიერ შესუსტებულია, მაგრამ, რომ ცნობიერება და ნებისყოფა აქ აღარ მონაწილეობდეს, ამისი თქმა მათთან არ შეიძლება.

ჩვენი ცდების მიმდინარეობა რომ განწყობისეული მექანიზმებით ხორციელდება, ამას ისიც ამტკიცებს, რომ ღინამიკურ ჯგუფში პროცესი ავტომატურ, აკვიატებულ, პერსევერაციულ ხასიათს არ ღებულობს, ცრუ მოგონებანი არ ხდება, ცდისადმი უკონტროლო და უპასუხისმგებლო დამოკიდებულება აქ შენიშნული არ ყოფილა. რატომ? ცხადია იმიტომ, რომ მათ განწყობა აქვთ ღინამიკური, რამაც სტატიკურის საწინააღმდეგო შედეგი უნდა მოიცეს. როგორც ვხედავთ, ჩვენს ცდებში ეს ასეც ხდება.

აზროვნება

პროგრესული დამბლით დაავადებულთა აზროვნების კვლევა ჩვენთვის განსაკუთრებული ინტერესის საგანს წარმოადგენდა. ამ ინტერესით იყო გამოწვეული ის, რომ ამ მიზნის მისაღწევად ჩვენ ცნების, როგორც აზროვნების ძირითადი ფორმის შემუშავების პროცესის ექსპერიმენტული შესწავლა განვიზრახეთ.

რამდენადაც ცნება ეყრდნობა საკანთა კლასის არსებით ნიშანთა წვდომას, ამდენად ცნების შემუშავება საგანთა (მოვლენათა) კლასიფიკაციას, საგანთა კატეგორიების გამოყოფას მოითხოვს. საგანთა კლასიფიკაცია კი აუცილებლად გულისხმობს საგანთა ურთიერთ შედარებას, მათ შორის მიმართებათა წვდომას — საერთოს და განსხვავებულის მონახვას; შემდეგ, საერთო, არსებითი ნიშნების აბსტრაქციას, მათ გამოყოფას და, ბოლოს ამ განყენებულ ნი-

შანთა სინთეზირებას მთლიანი შინაარსის სახით — უკვე არათვალსაჩინო, აზრითი შინაარსის სახით, ე. ი. იმის სახით, რასაც „იდეურ ობიექტს“ უწოდებენ.

მაგრამ, ამით ცნების ჩამოყალიბების პროცესი რასაკვირველად არ მთავრდება. იმისათვის, რომ ცნებითი აზროვნება იყოს შესაქლებელი, ეს არათვალსაჩინო ცოდნა ან აზრი, რომელიც ცნების შინაარსს შეადგენს, თვალსაჩინო დასაყრდენს საჭიროებს. ის არსებითი ნიშნები, რომელნიც აბსტრაგირებულია საგნიდან და საგნის გარეშე იაზრებიან, ცნების შინაარსში რაღაც თვალსაჩინო წარმოდგენასთან უნდა იყოს გაერთიანებული. ცნების შინაარსის ასეთ თვალსაჩინო დასაყრდენს, რომელიც აერთიანებს ცნების ცალკეულ ნიშნებს, სიტყვა ცნების „სახელი“ შეადგენს. ამიტომ არის, რომ ცნება, ჩვეულებრივ, სიტყვის მნიშვნელობის სახით განიცდება, იგი სიტყვის მნიშვნელობას წარმოადგენს.

აბსტრაგირებული შინაარსის სახელწოდება, ე. ი. სიტყვის გამოყენება შინაარსის აღსანიშნავად, ცნების შემუშავების არსებით მომენტს შეადგენს. საგნიდან განყენებული არსებითი ნიშნები მხოლოდ მაშინ მიიღებენ ცნების სახეს, მხოლოდ მაშინ ჩამოყალიბდებიან ერთი გარკვეული აზრის სახით, როდესაც ამ განყენებული შინაარსის სახელწოდება განხორციელდება. ამის შემდეგ ცნება უკვე საბოლოოდ შემუშავებულია, რის გამოც სიტყვა და მისი შინაარსი ერთი მთლიანობის სახით განიცდება, — სიტყვის აღქმა მისი მნიშვნელობის გაგებასთან ერთად ხდება.

არსებობს ცნების შემუშავების მრავალი მეთოდი. ერთ-ერთი მათგანი, რომელიც ითვალისწინებს ცნების შემუშავების ყველა საფეხურის ექსპერიმენტულ კვლევას, დ. უზნაძის მიერ მოწოდებული მეთოდია. ჩვენ მას მივმართავთ, მით უმეტეს, იგი ისეა აგებული, რომ, თუ ცდისპირს სათანადო ფუნქცია შენარჩუნებული აქვს, მისი ამოქმედება უსათუოდ მოხდება (მაედველობაში გვაქვს ამ ცდაში მიღებული დახმარების საფეხურები, რომელსაც ცდის ხელმძღვანელი მიმართავს, რათა მიახვედროს, სწორ გზაზე დააყენოს ან პირდაპირ უჩვენოს ცდისპირს, რას მოითხოვენ მისგან).

დ. უზნაძის ამ მეთოდში ცდის მასალად გამოყენებულია სხვადასხვა ფერის, ფორმისა და სიდიდის მუყაოსაგან გამოჭრილი გეომეტრიული ფიგურები და ზოგიერთი სახმარი საგნები: ლილეზა,

ხურდა ფული, საშლელი, კოლოფი და სხვ. ცდა რამდენიმე სერი-
ისაგან შედგება.

სანამ ცდას დავიწყებდით, ავადმყოფს წინასწარ ვამოწმებდით,
რათა გაგვერკვია, შეეძლოთ თუ არა მათ ფიგურათა ფერის, ფორ-
მისა და სიდიდის გარჩევა. გამოირკვა, რომ ყველა ჩვენი ავადმყო-
ფი, ასე თუ ისე, ერკვევა ამ კატეგორიებში, თუმცა ფორმის დასა-
ხელება (ცვადრატი, პარალელოგრამი, მრავალკუთხედი, ელიფსი)
უმრავლესობას არ შეეძლო. ასე რომ, ცდის ჩატარებას ფორმალუ-
რად თითქოს არათფერი ელობებოდა წინ.

გამოკვლეული გვყავს 36 ავადმყოფი. ავადმყოფთა საერთო
რიცხვს აქაც ის არაერთხელ აღნიშნული 4 ავადმყოფი გამოაკლდა.
რომლებიც ობიექტივაციის ცდაში ვერ ჩავრთეთ.

როგორც ვიცით, დ. უზნაძის ცნების შემუშავების ცდა რამო-
დენიმე სერიისაგან შედგება (კლასიფიკაცია, აბსტრაქცია, განზოგა-
დება, სახელდება, დეფინიცია). პროგრესული დამბლით დაავადე-
ბულთა ამ მეთოდით კვლევისას გამოირკვა, რომ ცდის ბოლომდე
მიყვანა, ყველა სერიის ჩატარება, ჩვენს ავადმყოფთა მხოლოდ მცო-
რე რიცხვთანაა შესაძლებელი, რაც შეეხება ავადმყოფთა დიდ უმ-
რავლესობას, მათი ინტელექტი იმდენადაა დაქვეითებული, რომ
ისინი კლასიფიკაციის ცდას ვერ ცილდებიან; ცდის გაგრძელება
მათთან შეუძლებელია, ექსპერიმენტულ სიტუაციაში სრული გა-
ურკვევლობის გამო. ასე, მაგალითად, ჩვენ მიერ გამოკვლეული
36 ავადმყოფიდან ცდის ბოლომდე მიყვანა მხოლოდ 8 შემთხვევა-
ში (22, 27) მოხერხდა, ისიც ექსპერიმენტატორის მხრივ ყოველ-
მხრივი დახმარების საშუალებით, 28 ავადმყოფი კი (77,7%) ცნებ-
ის შემუშავების პროცესში კლასიფიკაციის სტადიაზე ჩერდება. მაგ-
რამ, მათთან არც მასალის კლასიფიკაცია ხდება.

მაგალითისათვის გავეცნოთ რამდენიმე შემთხვევის ოქმს.

ოქმი № 1. 3/VIII-56 წ. (ავადმყოფი — ი-ნი, (ავად. ისტ.)
№ 157), ვაჩვენებთ წითელ წრეს.

რ ა ა რ ი ს ?¹

¹ ჩვენი შეკითხვები ცდისპირის მიმართ გახაზულია, ავადმყოფის პასუხები
კი ბრკველებშია მოთავსებული.

„შეიძლება ხელით გავსინჯოთ?“ — ვაძლევთ ხელში. „ქარტონია მსუბუქი... ქაღალდი“.

— რ ა ფ ე რ ი ს ა ა ?

— „ვარდისფერი“.

— რ ა ფ ი გ უ რ ა ა ?

— „თითქოს მრგვალი უნდა იყოს“.

ვაძლევთ ლურჯ ოთხკუთხედს.

— „ეს კუბიკია“, — ითვლის კუთხეებს — „ოთხი კუთხე აქვს“. „მ ა შ ა ს ა დ ა მ ე, რ ა ყ ო ფ ი ლ ა?“ — „ოთხკუთხედი უნდა იყოს“. რ ა ფ ე რ ი ა ? — „მოლურჯო“.

ვულაგებთ მრავალ ფიგურას. ვთხოვთ დააჩგუფოს. „როგორ უნდა დავაჩგუფო!“. ვუბნით, რომ ამ ფიგურებს განსხვავებული ნიშნები აქვს, რის მიხედვითაც შესაძლებელია ისინი სხვადასხვა ჩგუფად გავყოთ (დახმარების პირველი საფეხური). ვერ ხვდება. ჩვენ თვითონ ვულაგებთ ფერის მიხედვით. ვაკეთებთ წითლების. ყვითლებისა და მწვანე ფიგურების ჩგუფებს. თითო ჩგუფში 3—4 ფიგურაა. ვთხოვთ გააგრძელოს (დახმარების მეორე საფეხური). რამოდენიმე ფიგურას სწორად ათავსებს წითლების ჩგუფში. შეკდეგ აქვე დებს ლურჯ ელიფერსაც. მწვანეებში ურევს შავსა და ნაცრისფერ წრეს. ყვითლებში—წითელსა და შავ ფიგურებს. ეს აქ უნდა იყოს? — ვუთითებთ ლურჯ ელიფსებზე — „რატომ არა. ესენიც ასეთებია“. რ ა ფ ე რ ი ს ა ა ეს ფ ი გ უ რ ე ბ ი ? — „მოლურჯო“. აქ რ ა ფ ე რ ი ს ფ ი გ უ რ ე ბ ი ი ყ ო ? — „მოწითალო“. შეიძლება ოდ ა მ ა თ ი ე რ თ ა დ მ ო თ ა ვ ს ე ბ ა ? — „რატომ არა, თუ დალაგებაა, დალაგება იყოს!“. რ ი ს ი მ ი ხ ე დ ვ ი თ ვ ა წ ყ ო ბ დ ი თ ჩ ვ ე ნ ფ ი გ უ რ ე ბ ს ? „როგორ რისი მიხედვით... ვაწყობდით ფიგურების მიხედვით... ვაწყობდით დაწყობის მიხედვით“. როგორც ვხედავთ, არც დახმარების მესამე საფეხური იძლევა სასურველ შედეგს. გადავღივართ დახმარების მეოთხე საფეხურზე — ვთხოვთ დაალაგოს ყველა ფიგურა ფერის მიხედვით. „ეგრე გეთქვათ, რას მაწვალებდით, ახლავე!“. ალაგება ყოველგვარი პრინციპის გარეშე ერთად. ყველა ფიგურა ერთად მოაგროვა. რ ა გ ა ა კ ე თ ე თ ? — „დავალაგე“. რ ი ს მ ი ხ ე დ ვ ი თ დ ა ა ლ ა გ ე თ ? — „როგორ რისი მიხედვით... როგორც

მითხარით, ისე დაეაწყვე, თუ გინდათ სხვანაირად მითხარით და სხვანაირად დაგიწყობთ... როგორც მეტყვით. ისე დაგიწყობთ“.

როგორც ვხედავთ, ჩვენს ცდაში ავადმყოფი სრულ უმწეობას იჩენს. ცდას მაინც არ ვწყვეტთ. ჩვენ თვითონ ვაჭგუფებთ ყველა ფიგურას ფერის მიხედვით. გზადაგზა დეტალურად ვუხსნით ავადმყოფს რაშია საქმე. რამდენიმეჯერ ვამეორებინებთ ჩვენს ნათქვამს და ვთხოვთ ახლა თვითონ გააკეთოს, რაც დავასწავლეთ.

ალაგებს ერთმანეთის გვერდით წითელ წრეს, ელიფსს, მრავალკუთხედს, შემდეგ მწვანე ფიგურებს, მიიღო ერთნაირი ფერის ზოლები, დანარჩენ ფიგურებს ტოვებს — „დავიღალე, გვეყოფა“.

კიდევ ერთხელ ვაჩვენებთ ნიმუშს მთელი თავისი დეტალური ახსნა-განმარტებით. თვითონ ალაგებს, მიიღო წითლებისა და მწვანე ფიგურების ჯგუფები. სხვა ფერის ფიგურებსაც ამ ორ ჯგუფში ურევს. ვაჩერებთ. ისევ თავიდან ვიმეორებთ ყველაფერს. წითლებისა და მწვანე ფიგურების გარდა გამოჰყო ლურჯი ფიგურების ჯგუფიც. დანარჩენებს ჩვენი დახმარებით ვალაგებინებთ. ჯგუფებს ვშლით და ვთხოვთ თვითონ დამოუკიდებლად გაიმეოროს ცდა. ალაგებს სწორად ფერის მიხედვით.

„რა გააკეთეთ? — „დავაჭგუფე“. რისი მიხედვით დააჭგუფეთ? — „როგორც მითხარით, ისე, წითლები წითლებთან... მწვანეებთან (ხელით გვიჩვენებს) ყვითლებთან, ლურჯებთან... როგორც თქვენ გსურდათ ისე“.

ფიგურებს ვურევთ და ვთხოვთ ახლა ფერის მიხედვით კი არა, ფორმის მიხედვით დაალაგოს. მუშაობას მაშინვე იწყებს და ყოველგვარი მოფიქრების გარეშე ფიგურებს ისევ ფერის მიხედვით ალაგებს. მე რა გთხოვეთ? — „არ მახსოვს“. ჩვენ თხოვნას კიდევ ვუმეორებთ. „ახლავე!“ — ალაგებს ისევ ფერის მიხედვით. თავისი მოქმედების დასაბუთება არ შეუძლია. „მაჩვენეთ როგორც გინდა და ისე გავაკეთებ“. ვულაგებთ ფორმის მიხედვით. თვითონ ისევ ფერის მიხედვით აწყობს. კიდევ ვულაგებთ ფორმის მიხედვით. აწყობს რამდენიმე ფიგურას, ჩვენი ნიმუშის მსგავსად (ფორმის მიხედვით), მაგრამ მალე გადადის ფერით დალაგებაზე. საბოლოოდ, თავიდან სწორად გამოყოფილ ფიგურებსაც ფერის მიხედვით აწყობს. კიდევ ვულაგებთ. იწყებს ფორმის მიხედვით, გადადის ფერით დალაგებაზე. უბრუნდება ფორმის მიხედვით დალაგებულ

ჯგუფებს და იმათაც ფერის მიხედვით გადააწყობს. კიდევ ვუჩვენებთ. იწყებს ფორმის მიხედვით დალაგებას, გადადის ფერზე, მაგრამ ფორმით დალაგებულ ჯგუფებს აღარ შლის. ფიგურები, როგორც ფორმის, ასევე ფერის მიხედვითაც დააწყო. რა გააკეთეთ? — „დავალაგე... როგორც მითხარით ისე დავალაგე, მაგრამ ძალიან დავიღალე, გვეყოფა!“. რა პრინციპით, რის მიხედვით დალაგეთ? — „რა პრინციპით?!.. განლაგების... დაწყების პრინციპით დავალაგე... როგორც თქვენ გინდოდათ ისე, მხოლოდ ახლა აღარაფერს გავაკეთებ, მომბეზრდა“. ცდას ვწყვეტთ.

ამავე ავადმყოფთან კლასიფიკაციის ცდა სამი დღის შემდეგ გავიმეორეთ. როდესაც მას თავიდან ფიგურები ვაჩვენეთ, მან მაშინვე ფერის მიხედვით დაჯგუფება დაიწყო, მაგრამ საქმე ბოლომდე ვერ მიიყვანა და მალე ყველა ფიგურა ერთმანეთში აურიო. შემდეგ ჩვენ თვითონ ვაჩვენეთ და მოვთხოვეთ ფორმის მიხედვით მასალის დაჯგუფება. მეოთხე ცდაზე ავადმყოფმა სწორად დაალაგა ფიგურები ფორმის მიხედვით, როდესაც ამის შემდეგ ჩვენ მას ფიგურათა ფერის მიხედვით გადალაგება მოვთხოვეთ, ცდა ზუსტად ისევე წარიმართა, როგორც სამი დღის წინათ, ფერიდან ფორმაზე გადასვლის დროს. ავადმყოფს აეკვიატა ფორმის მიხედვით ფიგურათა დაჯგუფების ტენდენცია და მისგან ვერაფრით ვერ განთავისუფლდა. რაც შეეხება თავისი ქცევის დასაბუთებას, ავადმყოფი აქაც ანალოგიურ პასუხებს იძლეოდა — „დავაჯგუფე ჯგუფების მიხედვით... დალაგების მიხედვით... ისე, როგორც თქვენ მაჩვენეთ“ და სხვა.

მოყვანილი ოქმი ჩვენს ავადმყოფთა დიდი უმრავლესობის აზროვნების კვლევის ტიპიურ მაგალითს წარმოადგენს, კერძოდ, ზემოთმოყვანილი ოქმის ანალოგიურ სურათს იძლევა 21 ავადმყოფი, დანარჩენი შვიდი ავადმყოფი, რომლებიც, ისევე, როგორც ეს 21. კლასიფიკაციის ცდას ვერ გასცდა, ამ ავადმყოფებისაგან უმნიშვნელო განსხვავებას ამჟღავნებს, გავეცნოთ მათი კვლევის ოქმსაც.

ოქმი № 2. 15/VI-56 წ. (ავადმყოფი ფ-ვი, ავად. ისტ. № 1805).

გამოკვლევისათვის შედარებით ადეკვატურია. ერკვევა ფორმასა და ფერში. ამჩნევს ფიგურათა მესამე განმასხვავებელ ნიშანსაც — სიდიდეს. ფიგურების სახელები ეშლება. ჩვენი გახსენების შემდეგ გვიდასტურებს.

ინსტრუქციის მიცემის შემდეგ თითქოს ფიქრობს. მალე იწყებს ფიგურების გადაღებას. თვითელ მათგანს დიდხანს ატრიალებს ხელში, თათქოს სინჯავს, მაგრამ დაჯგუფებას ვერ ახდენს. ვამახვილებთ ავადმყოფის ყურადღებას ფიგურათა განმასხვავებელ ნიშნებზე. ვეუბნებით, რომ, თუ მხედველობაში გვექნება რომელიმე ნიშანი, მისი მიხედვით ფიგურების დაჯგუფებაა შესაძლებელი. არაფერი გამოდის — „ესენი კარგი ფიგურებია... კრელები. ამით თამაშობა შეიძლება“. ჩვენ თვითონ ვულაგებთ წითლებსა და ლურჯების ჯგუფს. ვთხოვთ გააგრძელოს. — „ვითამაშოთ! რატომ არა. შეიძლება“. აგრძელებს ცდას და ალაგებს ფერის მიხედვით სწორად. რა გააკეთეთ? — „არაფერი, თქვენ მითხარით ასე დაალაგეო და დავალაგე“. რისი მიხედვით დაალაგე? — „პირდაპირ, ერთნაირები ერთად დავდე“. რითი განსხვავდებიან ეს ჯგუფები ერთმანეთისაგან? — „ისინი განსხვავდებიან სხვადასხვა ჯგუფებით, წითლებით, ყვითლებით... ჯგუფებით... სხვადასხვა ჯგუფებით!“. ვუხსნით, რომ მან ეს ფიგურები ფერის მიხედვით დაალაგა. — „დიხ, ფერის მიხედვით... ფორმის მიხედვითაც... ჯგუფების მიხედვითაც... გარშემოწერილობის მიხედვითაც... არა თქვენ მხოლოდ ფერის მიხედვით დაალაგეთ. — „კი, ეგრე იყოს, ფერის მიხედვით იყოს... როგორც თქვენ გინდათ, ისე იყოს!“.

— აბა, ახლა სხვა რაიმე ნიშნის მიხედვით დავაჯგუფოთ? — „დავაჯგუფოთ!“ — ალაგებს ისევ ფერას მიხედვით. არა! ფერის მიხედვით კი არა, სხვა ნიშნის მიხედვით. — „როგორ? — აი, თუნდაც ფორმის, გარშემოხაზულობის მიხედვით! ალაგებს ისევ ფერის მიხედვით. მუშაობს ნელა, თითქოს ფიქრობს. ვუჩვენებთ ფორმის მიხედვით დალაგების ნიმუშს. ვთხოვთ გააგრძელოს. აგრძელებს სწორად, მაგრამ ბოლოს მაინც ფერის მიხედვით დაჯგუფებაზე გადადის, თუმცა ფორმით დალაგებულ ფიგურებს ხელს არ ახლებს. ჩვენ თვითონ ვულაგებთ ყველა ფიგურას ფორმის მიხედვით. ვთხოვთ ასევე დააჯგუფოს. მუშაობს ნელა. ალაგებს სწორად ფორმის მიხედვით. რა გააკეთეთ? „დავალაგე“. რისი მიხედვით დაალაგეთ? — „მსგავსების მიხედვით.“

რითი ჰგვანან ეს ჯგუფები ერთმანეთს? — „ყველაფრით“. მაინც რა ნიშანი გამოჰყავით? — „არ ვიცი... ერთნაირები არიან, აი, სამკუთხედი, ესეც სამკუთხედი, ესეც... აი მრგვალი... აი ბევრი კუთხეები“. ე. ი. რისი მიხედვით დავგილაგებიათ? — „მსგავსების მიხედვით“.

ვთხოვთ ისევ ფერის მიხედვით დაალაგოს. „ისევ ფერის მიხედვით, რა საჭიროა ამდენი!“. ალაგებს ფერის მიხედვით, მაგრამ მალე ფორმით დალაგებაზე გადადის. შეცდომას თვითონ ხვდება, ფერობს, ცდილობს ფორმით დალაგებული ჯგუფები ფერის მიხედვით დაალაგოს, ვერ ახერხებს. ხელახლა, უფრო ადვილად ალაგებს ფერის მიხედვით. მესაშედ მიზანს აღწევს — ყველა ფიგურას ფერის მიხედვით სწორად ალაგებს. „ეს უკანასკნელია, ამის შემდეგ აღარ დავალაგებ. გვეყოფა!“. ცდას ვამთავრებთ.

მეორე ღლეს ცდას ვაგრძელებთ. წინადადებას ვაძლევთ დააწყოს ფიგურები ფერის მიხედვით. აჯგუფებს სწორად, ახლა გვსურს ფორმის მიხედვით დავალაგებინოთ, უხეილდება, მაგრამ მაინც შეუძლია ფიგურათა გადალაგება, თუ ცდას მესამე განმეორებისას ჩვენ თვითონ უეჩვენებთ, ერთი სიტყვით, ერთი საკლასიფიკაციო ნიშნიდან მეორეზე გადასაცვლება აქაც გაძნელებულია, მაგრამ არა ისე, როგორც პირველ ოქმში, სადაც ეს თითქმის შეუძლებელი ჩანდა.

ცდას ვაგრძელებთ, გვსურს მოწოდებული მასალა ავადმყოფს ორი ნიშნის მიხედვით (ფერი და სიდიდე) დავალაგებინოთ. გავიხსენოთ, რომ ორი ნიშნის მიხედვით მასალის დაჯგუფება ამ მეთოდში კლასიფიკაციის საბოლოო მიზანს შეადგენს, რის შემდეგაც ცნების შემუშავების პროცესის კვლევა შემდეგ ეტაპებზე, ცდის შემდეგ სერიებზე გადადის, როგორც ვიცით, ამ ექსპერიმენტში მასალის ორი ნიშნის მიხედვით დაჯგუფების მიღწევისას, მთელი ფიგურები ოთხ ჯგუფად ლაგდება: დიდები და პატარები, პატარა ზომის იგივე ფიგურები, დიდი აქრომატული (თეთრი და შავი) და ასეთივე პატარა ფიგურები.

მიუხედავად იმისა, რომ ავადმყოფს მესამე საკლასიფიკაციო ნიშანზე (სიდიდე) ასე თუ ისე, წარმოდგენა აქვს, მიზნის მიღწევა (ორი ნიშნის მიხედვით ფიგურათა დაჯგუფება) მათ სრულიად არ შეუძლიათ. ჩვენ არ მივმართავთ ცდის ილუსტრაციას, რადგან ის

ზედმეტ ადგილს წაგვართმევდა, მით უმეტეს, მოყვანილი ოქმებიდან ირკვევა, რომ ამ ავადმყოფებს ერთი ნიშნის მიხედვითაც არ შეუძლიათ მასალის დაჯგუფება, საკუთრივ კლასიფიკაციის (ამ სიტუაციის პირდაპირი მნიშვნელობით) მოხდენა. სწორედ ამ გარემოებითაა გამოწვეული ის, რომ ამ ავადმყოფებთან ცნების შემუშავების ექსპერიმენტის გაგრძელება (მომდევნო სერიებზე გადასვლა) და სხვა სააზროვნო ოპერაციათა (განზოგადება, სახელდება) ექსპერიმენტული კვლევა არ გახდა შესაძლებელი.

ზემოთმოყვანილი მასალა, როგორც აღვნიშნეთ, პროგრესულადამბლით დაავადებულთა 28 შემთხვევას მოიცავს. ამ 28-დან 24 სტატიკური განწყობის ავადმყოფია, რომლებიც ჩვენ თავიდანვე ძირითად ჯგუფში გავაერთიანეთ და მათი მონაცემები პროგრესული დამბლისათვის ტიპიურად ჩავთვალეთ. საერთო შედეგების მიხედვით, მათთან ძალიან ახლო დგას ვარიაბილური განწყობის 4 ავადმყოფი, რომლებიც სტატიკური ჯგუფის 3 ავადმყოფთან ერთად ერთნაირ სურათს იძლევიან. უნდა აღვნიშნოთ, რომ ეს იგივე საპი ავადმყოფია სტატიკური ჯგუფიდან, რომლებმაც ვარიაბილურთა ანალოგიური მონაცემები გამოამჟღავნეს ვერბალურ სიტუაციაში განწყობის კვლევისა და ობიექტივაციის ცდის დროს. ამ 7 ავადმყოფის აზროვნების კვლევის შედეგები მხოლოდ უმნიშვნელოდ განსხვავდება ძირითადი სტატიკური ჯგუფის ავადმყოფთა მონაცემებისაგან, რის გამოც მათი საერთო ანალიზი სავსებით მართებულად უნდა იყოს.

როგორც დავინახეთ, ამ ავადმყოფებთან ცნების შემუშავების ცდის ბოლომდე მიყვანა ექსპერიმენტატორის მიერ ენერგიის უკიდურესი დაძაბვის შედეგადაც სრულიად შეუძლებელია, რის გამოც მთელი ექსპერიმენტი მხოლოდ კლასიფიკაციის ცდით ამოიწურება. მაგრამ საკუთრივ კლასიფიკაციასთან აქ საქმე, რასაკვირველია, არა გვაქვს. ავადმყოფი მართალია, ასე თუ ისე ერკვევა ფერში, ფორმასა და სიდიდეში, მაგრამ, რომ ამ ნიშანთა საფუძველზე მიწოდებულ ფიგურათა დაჯგუფებაა შესაძლებელი, ეს მისთვის სრულიად წარმოუდგენელია. საკლასიფიკაციო ნიშანი მისთვის საერთოდ არ არსებობს. მასალას იგი მხოლოდ ჩვენ მიერ მიწოდებული ნიმუშის მიხედვით ალაგებს. ამიტომაც, რომ მას არავითარი წარმოდგენა არა აქვს იმის შესახებ, თუ რა გააკეთა. თავისი ქცევის დასაბუთებას იგი

ვერც ერთ შემთხვევაში ვერ იძლევა. ერთი სიტყვით, პროგრესული დამბლით დაავადებულებთან ცნების შემუშავების ექსპერიმენტში მასალის კლასიფიკაცია არ ხდება. ამ მეტად მნიშვნელოვანი სააზროვნო ოპერაციის მოხდენის უნარი აღნიშნულ ავადმყოფებს არა აქვთ.

საკითხავია, როგორღა მიმდინარეობს პროგრესული დამბლით დაავადებულთა აზროვნების პროცესი, თუ აქ არც კლასიფიკაცია ხდება და არც სხვა სააზროვნო ოპერაციათა კვლევაა შესაძლებელი? შერჩათ თუ არა მათ საკუთრივ აზროვნების უნარი?

აზროვნების პროცესი მუდამ რაიმე ამოცანით, რაიმე კითხვით არის წარმართული; ამიტომღა იგი მიზნობრივ ხასიათს რომ ატარებს, გარკვეული მიზნისაკენ წარიმართება: აზროვნების პროცესი გარკვეული მიმართულებით, სახელდობრ, აღმოცენებული საკითხის წამოჭრილი ამოცანის გადაწყვეტის მიმართულებით მიმდინარეობს.

არც ერთი ჩვენი ცლისპირის წინაშე ექსპერიმენტულ სიტუაციაში პრობლემა, ამოცანა არ დგება. მათი მოქმედება არასდროს რაიმე გარკვეული საკითხის წამოჭრის საფუძველზე არ იწყება, რათა მთელი მომღვეწო ქცევა ამ საკითხის გაშუქებას, გარკვეული ამოცანის გადაწყვეტას მიეძღვნას. ამიტომღა, რომ მას შემდეგ, რაც ავადმყოფს გავაცნობთ საქმის ვითარებას და ვთხოვთ მუშაობას შეუდგეს, იგი ჩვენ მიერ დასმულ ამოცანას კი არ მისდევს, არამედ თავისთავა ლაპარაკობს — „ესენი კარგი ფიგურებია... ჭრელები... ამითი თამაშობა შეიძლება“. ცდის რამოდენიმეჯერ უშედეგოდ განმეორების შემდეგ კი იგი ჩვენ გვეკითხება — „როგორ უნდა დავაჯუფოთ?“, „მითხარით და სხვანაირად დავიწყობთ, როგორც მეტყვით, ისე დაგვიწყობთ“.

როდესაც ნორმალური ადამიანის წინაშე საკითხი, ამოცანა, პრობლემა დადგება, საიდანაც აზროვნება, როგორც ამ პრობლემის გადაწყვეტისათვის მოწოდებული სპეციფიკური აქტი იწყება, შემდეგში იგი სრულიად გარკვეული მიმართულებით მიმდინარეობს. კერძოდ, ჩვენ სხვადასხვა, შემთხვევითი, წარმოდგენები კი არ მოგვივა თავში, არამედ ჩვენი წარმოდგენათა ცვალებადობა, აზრთა მიმდინარეობა, მხოლოდ ამ ამოცანის გადაწყვეტისათვის საჭირო: მიმართულებით წარმოებს. ჩვენი აზროვნება ამ ოპერაციას ასრულებს მანამდე, სანამ არ დაასრულებს მას გარკვეული შედეგის.

მიღებით. ამ მხრივ, აზროვნების პროცესი დასრულებულ მთლიან პროცესს წარმოადგენს. ამ აზრით, აზროვნების პროცესი „დახშულია“, ე. ი. გარკვეული ამოცანით დაწყებული, იგი ამ ამოცანის გადაწყვეტით სრულდება.

ჩვენს შემთხვევებში პროგრესული დამბლის შედეგად მიღებული ქუთასუსტობის დროს ავადმყოფის წინაშე ამოცანა არ დგას. ამიტომ, რომ არც მის გონებაში წამოჭრილი წარმოდგენები ემორჩილებიან ე. წ. „დეტერმინაციის ტენდენციას“, რის გამოც აზროვნების პროცესი დასრულებულ, მთლიან პროცესს ადარ წარმოადგენს, იგი აღარ არის „დახშული“. ერთ-ერთი ჩვენი ავადმყოფი, რომელიც ფიგურათა ჯგუფებს ითვლიდა, ამგვარ შემთხვევით ასოციაციებს აედევნა: „ხუთი, ექვსი, შვიდი... თითქოს საავადმყოფოს მეშვიდე განყოფილება იყოს, მაგრამ რა, საწოლები არ ჯვოფნის, რომ დაეშენებინათ ორი სართული, კარგი იქნებოდა, ფუნდამენტი აუცილებლად გაუძღვებ, სქელი კედლებია. აი, ის სქელი კაციც ყოველთვის კედელთან დგას... მაინც რატომ არ უნდათ ჩემი აქედან გაწერა. გაწერა კარგია, საპასპორტო მაგიდაშიაც წერენ ხალხს“... და სხვა. ცხადია, ასეთნაირად წარმართული „აზროვნება“ ამოცანის გადაწყვეტით ვერ დამთავრდება, მით უმეტეს, რომ პრობლემა თავიდანვე არ მდგარა ავადმყოფის წინაშე.

როგორც ცნობილია, აზროვნება პიროვნების მიზანდასახულ, აქტიურ, ნებისმიერ მოქმედებას წარმოადგენს. პასიური, უნებური აზროვნება შეუძლებელია.

პროგრესული დამბლით დაავადებულ ადამიანთან ასე არ ხდება, ჩვენი ცდების პროცესში ავადმყოფი არ ამჟღავნებს თავისი მოქმედების მიზანდასახულობას; როდესაც თავისი ქცევის დასაბუთებას ვთხოვთ — ვეკითხებით რა გააკეთა, მისი პასუხი ასეთია: „არაფერი, თქვენ მითხარით ასე გააკეთეო და გავაკეთე“. ჩვენს ექსპერიმენტებში ავადმყოფი, თავის მხრივ, არავითარ აქტიურობას არ ამჟღავნებს. მისი მოქმედებანი ნებისმიერნი არ არიან. იგი ექსპერიმენტულ სიტუაციაში მთლიანად ცდის ხელმძღვანელზეა დამოკიდებული: — „როგორც თქვენ გსურდათ, ისე დავაწყვე“, „მაჩვენეთ როგორც გინდათ და ისე გავაკეთებ“.

როგორც ვხედავთ, პროგრესული დამბლით დაავადებულებას „აზროვნებას“ აღარ აქვს ის ძირითადი თვისებები თუ ნიშნები,

რომლებიც აზროვნებას საერთოდ ახასიათებს. ყოველი საგანი თუ მოვლენა, თუკი მას მისთვის დამახასიათებელ არსებით ნიშნებს გამოვაცლებთ, სწვევტს თავის, როგორც საგნის თუ მოვლენის არსებობას. ჩვენს განკარგულებაში მყოფი ექსპერიმენტული მასალის ზემოხსენებული ანალიზის შედეგად, ალბათ, ძნელი გასაზიარებელი არ უნდა იყოს დასკვნა იმის შესახებ, რომ პროგრესული დამბლის დროს ავადმყოფს ცნებითი, ანუ ვერბალური აზროვნების უნარი აღარ შესწევს. იგი აღამიანის ამ უდიდესი ფილოგენეზურ-ისტორიული მოწაპოვრის გარეშე ცხოვრობს, მისი ქცევა აღარ არის გაშუალებული ლოგიკური აზროვნების ფორმებით — ცნებებით, მსჯელობებითა და დასკვნებით.

თუ ასეა, მაშინ რა უნდა აპირობებდეს, რითი უნდა იყოს გაშუალებული ავადმყოფის ქცევა ექსპერიმენტულ სიტუაციაში? იგი ხომ, თუმცა ჩვენი დახმარებით, მაგრამ მაინც რაღაცას აკეთებს, მოქმედებს, ქცევის აქტებს აწარმოებს. რა არის ცდის პირობებში ავადმყოფის ქცევის ფსიქოლოგიური საფუძველი, რას ემყარება იგი? რასაკვირველია, აქტუალურ განწყობას, რომელიც თავისი ბუნებით ისეთია, რომ ცნობიერებისა და აზროვნების მონაწილეობას სრულიად არ საჭიროებს. იქმნება რა აქტუალურ სიტუაციაში, იგი მაშინვე რეალიზდება ქცევაში, მით უმეტეს, რომ პროგრესული დამბლით დაავადებული აღამიანის პიროვნების მხრივ აქტიური შეჩერების, სიტუაციის ობიექტივაციის, მისი გააზრების, ცნობიერებითა და აზროვნებითი პროცესების საშუალებით ქცევის გაშუალების, მისი შეცვლის შესაძლებლობა აქ გამორიცხულია.

ამიტომ, რომ ავადმყოფს სრულიად არ შეუძლია თავისი ქცევის დასაბუთება ან ცოტად თუ ბევრად დამაკმაყოფილებელი განმარტების მოცემა, და იგი ჩვენს შეკითხვაზე გვპასუხობს: „როგორ, რისი მიხედვით,... ვაწყობდით ფიგურების მიხედვით“... „ვაწყობდით დაწყობის მიხედვით“. „რა პრინციპით?! დალაგების პრინციპით... განლაგების, დაწყობის პრინციპით“, „დავაჯუფე ჯგუფების მიხედვით... დალაგების მიხედვით“, „დიახ, ფერების მიხედვით, ფორმის მიხედვითაც, ჯგუფების მიხედვითაც, გარემოწერილობის მიხედვითაც“. „არ ვიცი, ერთნაირები არიან, აი სამკუთხედი, ესეც ოთხკუთხედი... ესეც! (ვერ ამბობს)... აი მრგვალი... აი ბევრი კუთხეები“ და სხვ. ამიტომაცაა, რომ ცდის პროცესში ავად-

მყოფი იმპულსურად მოქმედებს. იგი ყოველგვარი წინასწარი შეფერხებისა თუ მოფიქრების გარეშე ავტომატურად იწყებს და ამთავრებს მუშაობას.

ის გარემოება, რომ ავადმყოფთა ქცევა მართლაც აქტუალური განწყობით არის გაპირობებული, შესანიშნავად ჩანს, თუ დავაკვირდებით ჩვენი ცდების პროცესს, მის მიმდინარეობას. სახელდობრ, როგორც მოყვანილი ოქმებიდან ირკვევა, თუ ავადმყოფმა მასალა ერთი რომელიმე ნიშნის, ვთქვათ, ფერის მიხედვით დააჯგუფა, იგი უძლური ხდება ფიგურები სხვა ნიშნის, ვთქვათ, ფორმის მიხედვით, გადააჯგუფოს, რადგან უკვე წარმოებული მოქმედების სწრაფი გაფიქსირების გამო ფერით დაჯგუფების ტენდენცია ისეთი ძლიერი ხდება, რომ ის ფორმის მიხედვით დალაგების ყოველ ცდას დიდი ხნის განწავლობაში ფუჭ განზრახვად აქცევს.

ერთი გარკვეული ქცევის თუ მოქმედების აკვიატება და მისი შემდგომი პერსევერაციული ხასიათის გამოვლინება ჩვენ სხვა ინტელექტუალურ ფუნქციათა კვლევის დროსაც შევნიშნეთ და იგი, როგორც პროგრესული დამბლით დაავადებულთა განწყობის ძირითადი თვისების, სტატიკურობის გამოვლენა განვიხილეთ. აქაც, ერთ საკლასიფიკაციო ნიშანზე როგორღაც მიწებების, დაჯგუფების პრინციპის შეცვლის შეუძლებლობის ასახსნელად, განწყობის სტატიკური ხასიათი უნდა მოვიშველიოთ, რადგანაც, როგორც ჩვენი ცდებიდან ირკვევა, ერთ ნიშანზე მიჯაჭვის ფენომენი განსაკუთრებით თვალსაჩინოდ სტატიკური განწყობის ავადმყოფებთან გვხვდება. აქ საკლასიფიკაციო ნიშნის შეცვლა თითქმის შეუძლებელია. ეს მოვლენა ნაკლებადაა გამოხატული ვარიაბილურ ავადმყოფებთან, ხოლო მაშინ, როდესაც ამ უკანასკნელთა განწყობა დინამიკურ ხასიათს ღებულობს, სხვა საკლასიფიკაციო ნიშანზე გადანაცვლების სიძნელე თითქმის აღარც აღინიშნება. რაც შეეხება დინამიკური ჯგუფის ავადმყოფებს, რომელთა მონაცემებს ჩვენ ჯერჯერობით არ შევხებივართ, იქ ეს მოვლენა სრულიად არ გვხვდება.

ახლა გადავიდეთ იმ 8 ავადმყოფის აზროვნების კვლევის შედეგების განხილვაზე, რომლებთანაც ცნების შემუშავების ექსპერიმენტის ბოლომდე მიყვანა შესაძლებელი აღმოჩნდა, ე. ი. რომლებსაც, როგორც ჩანს, აზროვნების ფუნქცია ჯერ კიდევ როგორღაც შენარჩუნებული აქვთ. ახლაზან აღვნიშნეთ, რომ ესენი დინამიკური

განწყობის მქონე ავადმყოფები არიან. ვნახოთ, როგორ მიმდინარეობს მათთან ცნების შემუშავების პროცესი.

დაჯგუფების ცდები — მასალის ერთი ნიშნის მიხედვით დაჯგუფება ამ ავადმყოფებისათვის თითქმის სავსებით მისაწვდომი აღმოჩნდა. 5 ავადმყოფი მიწოდებულ ფიგურებს ფერის მიხედვით ალაგებდა, 3 ფორმის მიხედვით. სიდიდის მიხედვით დალაგებისათვის კი არც ერთ ჩვენს ავადმყოფს არ მიუმართავს. როგორც აღვნიშნეთ, ერთი საკლასიფიკაციო ნიშნიდან მეორეზე გადანაცვლების გაძნელება ამ ჯგუფში შენიშნული არ ყოფილა, მაგრამ, როცა ექსპერიმენტატორი ავადმყოფისაგან მასალის ოთხ ჯგუფად დაყოფას მოითხოვდა და, ე. ი. ორი ნიშნის მიხედვით კლასიფიკაციას, ავადმყოფები დიდი სიძნელის წინაშე აღმოჩნდნენ. აქ ისინი მხოლოდ დახმარების სამი ან ოთხივე საფეხურის გავლის შემდეგ აღწევდნენ მიზანს. ამგვარად, ამ ავადმყოფებს ორი ნიშნის მიხედვით დაჯგუფება ძალიან უჭირთ, რითი უნდა იყოს ეს გამოწვეული? ამის გასარკვევად განვიხილოთ ჩვენი ცდის ოქმი.

ოქმი № 3. 8/V-56 წ. (ავადმყოფი ი-ნი, ავად. ისტ. № 2243).

ავადმყოფი კარგად ერკვევა ფერში, ფორმასა და სიდიდეში. ვთხოვთ როგორც სურს, ისე დააჯგუფოს მიწოდებული მასალა.

— „შეიძლება სამკუთხედი სამკუთხედთან?“

— შეიძლება.

ავადმყოფი ალაგებს ყველა ფიგურას ფორმის მიხედვით.

— შეიძლება სხვა ნიშნის მიხედვით დავალაგოთ? — ფიქრობს... — „შეიძლება, ფერის მიხედვითაც შეიძლება“.

ავადმყოფი ახლა ფიგურებს ფერის მიხედვით აჯგუფებს.

ვთხოვთ მთელი მასალა ოთხ ჯგუფად გაჰყოს. შლის ჯგუფებს და ისევ ფორმის მიხედვით იწყებს დალაგებას. ოთხი ჯგუფი არ გამოდის.

— „სამკუთხედები და ოთხკუთხედები შეიძლება შევადაროთ!“ — აერთებს სამკუთხედებსა და ოთხკუთხედებს. ოთხი ჯგუფი მაინც არ გამოდის.

— აბა სხვა ნიშნებს მივაქციეთ ყურადღება!

— „რანიშნებს?“

— კიდევ რითი განსხვავდებიან ეს ფიგურები ერთმანეთისაგან?

— „ფერით“.

— კიდევე?

— სხედასხვა ფორმის ფიგურებია და წითელი, მწვანე, შავი

— ყველა ერთი ზომისაა?

— „არა, ზოგი დიდია, ზოგი პატარა“.

— გამოდის, რომ სიდიდითაც განსხვავდებიან, არა?

— დიახ“.

— აბა მიიღეთ მხედველობაში ეს ნიშნები და ეცადეთ ისე დალაგოთ, რომ ოთხი ჯგუფი გამოვიდეს (დახმარების პირველი საფეხური).

იწყებს დაჯგუფებას: წითელ ფიგურებს ცალკე ალაგებს. ლურჯებს ცალკე (სიდიდეს ყურადღებას არ აქცევს), იღებს წითელ პარალელოგრამს: „რა ექნა, აქ ამნაირი არ არის?!“.

— ფორმას მნიშვნელობა არა აქვს!

ღებს წითელ ფიგურებთან, განაგრძობს ფერის მიხედვით დაჯგუფებას; ფორმის განსხვავება ხანდახან ხელს უშლის. ოთხი ჯგუფი მაინც არ გამოდის.

— აბა სიდიდესაც მიაქციეთ ყურადღება!

იწყებს სიდიდის მიხედვით დაჯგუფებას. ფერს ყურადღებას არ აქცევს.

— კიდევე დააკვირდით სხვა ნიშნებს, ორი ნიშნის მიხედვით დააჯგუფეთ.

— „როგორ ორი ნიშნის მიხედვით!“.

გადავდივართ დახმარების მეორე საფეხურზე. ავადმყოფის წინაშე ოთხი ჯგუფის ნიმუშს ვათავსებთ და ვთხოვთ ამ ნიმუშის მიხედვით დააჯგუფოს დანარჩენი ფიგურები.

იღებს დიდ წითელ ელიფსს და ათავსებს პირველ ჯგუფში იქ. სადაც დიდი მწვანე ელიფსი დევს.

— რატომ მოათავსეთ აქ?

— „ოვალა“.

განაგრძობს დაჯგუფებას; ავსებს ელიფსებით პირველ ჯგუფს, ათავსებს აქ პატარა ყვითელ ელიფსსაც.

— რატომ იქნება მანდ?

— „ოვალა“.

— ეს ფიგურები (პირველი ჯგუფი) დიდია თუ პატარა?

— „დიდია“.

— ეს (პატარა ელიფსი).

— „პატარა“.

— მერე, ერთ ჯგუფში იქნება?

— „ოვალთა ზომი“.

უყურებს ჯგუფებს. ელიფსი ჯერჯერობით მხოლოდ პირველ ჯგუფშია.

— „არ ვიცი სად იქნება“.

ჩვენ თვითონ ვათავსებთ ფიგურას სათანადო ჯგუფში (დახმარების მესამე საფეხური), ვაწოდებთ დიდ თეთრ ელიფსს:

— რომელ ჯგუფში იქნება?

— „ამაში (გვითითებს პირველ ჯგუფზე).“

— რა ფერია?

— „თეთრი“.

— თეთრი ფიგურები სად გვაქვს?

— აქ! (მესამე ჯგუფი) მაგრამ ასეთი ფორმისა აქ არ არის!

— ფორმას მნიშვნელობა არა აქვს.

— „რატომ“.

— იმიტომ, რომ ჩვენ სხვა ნიშნების მიხედვით ვალაგებთ.

დებს სათანადო ჯგუფში.

გადაღის სხვა ფორმის ფიგურებზე. აქაც ისეთივე შეცდომებს უშვებს და მხოლოდ ჩვენი დახმარების შემდეგ ასწორებს, საბოლოოდ ირკვევა, რომ დამოუკიდებლად ოთხ ჯგუფად დალაგება მაინც არ შეუძლია. გადავღივართ დახმარების მეოთხე საფეხურზე. ვეუბნებით რა უნდა გააკეთოს, ამის შემდეგ ვღებულობთ ოთხ ჯგუფს.

ამგვარად, ავადმყოფს ორი ნიშნის მიხედვით დაჯგუფება ძალიან უჭირს; იგი მხოლოდ დახმარების ოთხივე საფეხურის გავლით შემდეგ ახერხებს ამოცანის მეტ-ნაკლებად სწორად გადაჭრას.

საინტერესოა, რომ მაშინაც, როცა ავადმყოფი სათანადო ჯგუფში სწორად ათავსებს ფიგურას, იგი ვერ იძლევა თავისი ქცევის ხერხიან დასაბუთებას. ავადმყოფი ან სულ ვერ ასაბუთებს იმას, თუ

რატომ მოათავსა ეს ფიგურა ამ ჯგუფში, ან ამბობს რომ ამ ჯგუფს უხდება, ანდა, უკეთეს შემთხვევაში, ფიგურის მხოლოდ ერთ ნიშანს ასახელებს. შთაბეჭდილება ისეთია, თითქოს ავადმყოფი პრაქტიკულად მეტ-ნაკლებად სძლევს ამოცანას, მაგრამ დაჯგუფების პრინციპი გაცნობიერებული არა აქვს.

ორი ნიშნის მიხედვით დაჯგუფება, საერთოდ, ამ ნიშნების მთელისაგან გამოყოფას მოითხოვს, ისე, რომ ერთდროულად მთელიც მოცემული იყოს და მისგან აბსტრაგირებული ნიშნებიც. აბსტრაქცია სავსებით ცნობიერი და ობიექტივაციაქმნილი პროცესია და, თუ ნამდვილი აბსტრაქცია მოახდინე ნიშნებისა, მაშინ ამ ნიშნებით წარმოებული დაჯგუფების დასაბუთებაც უნდა შესძლო. უნდა ვიფიქროთ, რომ ჩვენი ავადმყოფები ნამდვილ აბსტრაქციას ვერ ახდენენ, სხვანაირად გაუგებარია, რატომ არ შეუძლიათ მათ დაჯგუფების დასაბუთება.

მაგრამ, თუ ავადმყოფი ნიშანთა ნამდვილ აბსტრაქციას არ ახდენს, მაშინ რისი მიხედვით, რის საფუძველზე აწარმოებს ის დაჯგუფებას? ავადმყოფი ხომ, ჩვენი დახმარებით, პრაქტიკულად მაინც ახერხებს მასალის დაჯგუფებას ორი ნიშნის მიხედვით!

საქმე იმაშია, რომ ნიშნები, რომელთა მიხედვითაც დაჯგუფება ხდება (ფერი, სიდიდე) ჩვენს მასალაში, იმდენად კონკრეტული და თვალსაჩინოა, რომ იმისათვის, რათა პრაქტიკულად სწორად მოახდინო ამ ნიშნების მიხედვით კლასიფიკაცია, მით უმეტეს მაშინ, როცა ჯგუფების ნიმუში მოცემული გაქვს (ჩვენი ავადმყოფები ხომ მხოლოდ დახმარების ოთხივე საფეხურის შემდეგ ახდენენ ასე თუ ისე სწორ დაჯგუფებას). შეიძლება ითქვას, რომ ამ შემთხვევაში ნიშანთა ნამდვილი აბსტრაქცია არც არის საჭირო, როგორც ჩანს, ავადმყოფი დაჯგუფებისას იმ კონკრეტული შთაბეჭდილებებით სარგებლობს, რომელსაც მის წინაშე არსებული ჯგუფი ახდენს მასზე, იგი კონკრეტული მსგავსებით ხელმძღვანელობს.

ამ ჯგუფში შემავალი ზოგიერთი ავადმყოფი დაჯგუფების ცდებში ასე იქცევა: ვთქვათ უპირავეს ხელში წითელი ფიგურა. იგი იწყებს ასეთი ფერის ფიგურის ძებნას ჯგუფებში და რომელ ჯგუფშიც ნახავს წითელს, იმ ჯგუფში ათავსებს ამ ფიგურას. ანდა, მაგალითად, იღებს მრავალკუთხედს და იწყებს მსგავსი ფიგურის ძებნას თვითველ ჯგუფში. ზოგჯერ კონკრეტული მსგავსების ძიება ისე

შორს მიდის, რომ ავადმყოფები ერთმანეთზე ათავსებენ ფიგურებს, როცა ფიგურა ყველა თავისი კიდით თანხვდება რომელიმე ჯგუფის ფიგურას, ისინი ამ ჯგუფში სდებენ მას.

აქედან საესებით ნათელია, რომ ავადმყოფები დაჯგუფებას თვალსაჩინო სიტუაციის კონკრეტული მსგავსებით ახდენენ. ნიშანთა ნამდვილ გამოყოფას აქ ადგილი არა აქვს. ავადმყოფის ქცევა მუდამ თვალსაჩინო სიტუაციითაა წარმართული, ხოლო, როცა საქმე არათვალსაჩინო ნიშნებს შეეხება, მაშინ ავადმყოფი ერთი ნიშნის მიხედვითაც ვერ ახერხებს კლასიფიკაციას. ერთი სიტყვით, ჩვენი ავადმყოფები კლასიფიკაციას თვალსაჩინო მსგავსების საფუძველზე ახდენენ და ნიშანთა ნამდვილ აბსტრაქციას ვერ ახერხებენ.

ახლა ვნახოთ, როგორი შედეგები მოგვცეს ავადმყოფებმა ჯგუფების განზოგადების ცდებში. ცდის ამ სერიაში ავადმყოფის წინაშე ვათავსებთ ორფერიან და სამფერიან ფიგურებს და სხვადასხვა ჰეტეროგენულ საგნებს: საშლელი, ხურდა ფული, სათლელი, სათითე, კოლოფი; პატარა მინის ბოთლი, ღილები, ფანქრები და სხვა. ავადმყოფს ვთხოვთ ეს საგნები არსებულ ჯგუფებში გაანაწილოს.

ორფერიანი და სამფერიანი ფიგურების დაჯგუფებას ავადმყოფები შედარებით უფრო ადვილად ახერხებენ. ისინი ამ ფიგურებს ისევე აჯგუფებენ, როგორც ერთფერიან ფიგურებს. დაჯგუფების დასაბუთებას ავადმყოფები ვერც აქ იძლევიან. ჩანს ორფერიანი და სამფერიანი ფიგურების დაჯგუფებაც არსებითად ფიგურათა თვალსაჩინო მსგავსების მიხედვით ხორციელდება.

რაც შეეხება ჰეტეროგენულ საგნებს, მათ დაჯგუფებაზე ყველა ავადმყოფი უარს აცხადებდა. ამიტომ, ჩვენ იძულებული ვიყავით ცალ-ცალკე მიგვეწოდებინა მათთვის დასაჯგუფებელი საგნები. ავადმყოფები მხოლოდ ჩვენი მნიშვნელოვანი დახმარების შემდეგ აღწევდნენ საგანთა სათანადო ჯგუფებში მოთავსებას.

მოვიყვანოთ მაგალითი. ზემოთმოყვანილი ავადმყოფი ორფერიანი და სამფერიანი ფიგურებს მართალია შეცდომებით, მაგრამ მაინც აჯგუფებს. მისი დასაბუთება ისეთივეა, როგორც დაჯგუფების ცდებში. „ამისთანაა“, „ამას უდგება“, „წითელია“ და სხვა.

ჰეტეროგენული საგნების დანახვისას ავადმყოფი გაოცებით გვეუბნება:

— „ეს რა შუაშია?!“

— ამ საგნებს აქვთ საერთო ნიშნები ამ
ჯგუფთან.

— „რა ნიშნები?“

დეტალურად ვუხსნით რაშია საქმე, მაგრამ მიუხედავად ამისა, ავადმყოფი ყოველ საგანს მისი კონკრეტული მნიშვნელობის თვალსაზრისით უყურებს.

როდესაც დახმარების ოთხივე საფეხუჭს მივმართავთ, მაშინ ავადმყოფი ახერხებს ზოგიერთი საგნის დაჯგუფებას, მაგრამ დაჯგუფება ამ შემთხვევაშიც თვალსაჩინო მსგავსების საფუძველზე ხდება. ამას კარგად გვიჩვენებს ავადმყოფის დასაბუთება: „ფული მრგვალია“. იმ საგნებს, რომლებიც ჰგვანან გეომეტრიულ ფიგურებს, ავადმყოფი უფრო ადვილად ათავსებს სათანადო ჯგუფში. რაც უფრო დაშორებულია საგანი გარეგნულად გეომეტრიულ ფიგურას, მით უფრო ძნელია მისთვის მისი სათანადო ჯგუფში მოთავსება.

ერთი სიტყვით, ჰეტეროგენულ საგანთა ჯგუფებში განლაგება იმ გარეგნული შეხედულების მიხედვით ხდება, რომელიც საგანს აქვს და რომლითაც ის გეომეტრიულ ფიგურას ემსგავსება. ავადმყოფს არ შეუძლია ნიშნების აბსტრაქცია მოახდინოს; წრისაგან მისი სიწითლე და სიდიდე გამოჰყოს, ფანქრისაგანაც მისი სიწითლე და სიდიდე და ამ ორი ნიშნის ერთობის, მათი განზოგადების საფუძველზე ეს ორი საგანი ერთ ჯგუფში მოათავსოს, ფანქარი მისთვის ფანქარია, ხოლო წრე — წრე. ის თვალსაჩინო განსხვავება, რომელიც წრესა და ფანქარს შორის არსებობს, წამყვანია ავადმყოფის ქცევაში. როცა ეს განსხვავება თვალსაჩინო არ არის და მსგავსება თვალნათლივია, მაშინ ავადმყოფი საგანს შესაფერის ჯგუფში შედარებით ადვილად ათავსებს.

მაშასადამე, ავადმყოფი აქაც თვალსაჩინოების ფარგლებში მოქმედებს. არავითარ განზოგადებას, რომელიც სწორედ თვალსაჩინოს გადალახვას და არათვალსაჩინოს წვდომას გულისხმობს, აქ ადგილი არა აქვს. ამიტომაც, რომ საგნების ჯგუფში სწორად მოთავსების შემთხვევაშიც ავადმყოფის დასაბუთება ცალმხრივია და ხშირად არასწორიც.

გადავიდეთ სახელდებისა და ურთიერთგაგების ცდებზე.

ცდის ამ სერიაში ავადმყოფმა თვითივე ჯგუფს სახელი უნდა

დაარქვას, ანდა, თუ მას ეს არ შეუძლია, ჩვენ ვარქმევთ ჯგუფებს სახელებს. ამის შემდეგ, სათანადო შეკითხვებით ვარქვევთ იმას, თუ რამდენად გულისხმობს ავადმყოფი ახალი სიტყვების ქვეშ გარკვეული ნიშნების საფუძველზე შედგენილ იმ ჯგუფს, იმ საგნებს, რომელსაც ეს სახელი დავარქვით.

ჩვენ მიერ ილუსტრირებული ავადმყოფი უარს ამბობს სახელებზე: „რა უნდა დავარქვა? როგორ უნდა დავარქვა სახელი, ამას ერთი სიტყვა არ დაერქმევა, ყველა სხვადასხვანაირებია“.

— ს ხ ვ ა ღ ა ს ხ ვ ა ნ ა ი რ ე ბ ი კ ი ა , მ ა გ რ ა მ ს ა ე რ თ ო ნ ი შ ნ ე ბ ი ც ხ ო მ ა ქ ე თ !

— „არა, არ მესმის“.

ჩვენ თვითონ ვარქმევთ ჯგუფებს სახელებს. სახელები ბგერათა უაზრო კომპლექსს წარმოადგენს. მაგალითად, პირველ ჯგუფს (დიდი და პრელი ფიგურები) ვარქმევთ „ედეზა“-ს, მეორეს (პატარა პრელი ფიგურები) — „კონგოს“, მესამეს (დიდი ნეიტრალური ფერის საგნები) — „ხროს“ — მეოთხეს კი (პატარა ზომის ნეიტრალური ფიგურები) — „ხრიას“.

ავადმყოფი იმეორებს და ცდილობს დაიმახსოვროს ახალი სიტყვები. ამის შემდეგ ვთხოვთ მოგვცეს ორი „ედეზა“ და ერთი „ხრო“.

— „ედეზის“ სამკუთხედი თუ წრე... თუ რომელი?“.

— ს უ ლ ე რ თ ი ა , ო ლ ო ნ დ „ე დ ე ზ ა“ ი ყ ო ს .

გვაძლევს.

— მაშ როგორი ფიგურები ყოფილა „ედეზა“?

— „აი ამ ჯგუფში რომაა“.

— რ ა ნ ი შ ნ ე ბ ი ა ქ ე ს ე დ ე ზ ა ს ?

— „წითლები, ყვითლები, მწვანეები, ლურჯები...“.

რამდენიმე ასეთი ცდის შემდეგ ფიგურები ერთმანეთში აურიეთ და ვთხოვეთ ავადმყოფს ფიგურათა ამ გროვაში „ედეზა“ ეპოვნა. ეძებს, ვერ პოულობს.

— „არ ვიცი... აქ არ არის... დამავიწყდა როგორი იყო“.

როგორც ჩანს, ჩვენი ავადმყოფისათვის ჯგუფი რალაც ისეთია, რაც მრავალი, ერთმანეთისაგან დამოუკიდებელი საგნებისაგან არის შემდგარი. ყოველ ჯგუფში ავადმყოფს სხვადასხვა ფერისა და ფორ-

მის გეომეტრიული ფიგურები და პეტეროგენული საგნები აქვს. ისინი ავადმყოფმა ერთ ჯგუფში რაღაც კონკრეტული, გარეგნული მსგავსების მიხედვით გააერთიანა და არსებითად ჯგუფი. მათი საერთო ნიშნების განზოგადების გარეშე შეადგინა. ახლა, როცა მის წინაშე მთელი ჯგუფია, რომელსაც მან ერთი სახელი უნდა დაარქვას, ეს მსგავსება საგნებს შორის აღარაა მისთვის ისე მკაფიოდ მოცემული. მთელი ჯგუფი ავადმყოფზე სრულიად სხვადასხვაგვარი საგნებისაგან შემდგარის შთაბეჭდილებას ტოვებს. ესაა, რომ მისთვის სახელდების სიძნელეს ქმნის. ამიტომ, რომ ავადმყოფი რომელიმე ჯგუფის გამო გვეუბნება. ამას ერთი სიტყვა არ დაერქმევია. ამიტომ, რომ ურთიერთგაგების ცდებში ავადმყოფი ჯგუფის ახელს მის ცალკეულ წევრებზე არ ავრცელებს და გვეკითხება, „ედების“ სამკუთხედი გნებავთ თუ წრეო.

ერთი სიტყვით, არც ჩვენ მიერ დარქმეული სახელია ავადმყოფისათვის ფიგურათა გარკვეული ჯგუფის აღმნიშვნელი. ჯანმრთელი ადამიანი სახელის ქვეშ მუდამ გარკვეულ საგანს გულისხმობს, სახელდების წარმოება უსათუოდ მოითხოვს სახელდების საგანზე სპეციალურ შეჩერებას, მის გამოყოფას, მისი სპეციალური დაკვირვების ობიექტად გადაქცევას. ამის გარეშე ნამდვილი ნომინაცია შეუძლებელია. ამიტომ, თუ ადამიანმა ნამდვილად აწარმოვა სახელდება, ის ყოველთვის სწორად გამოიყენებს დარქმეულ სახელს.

ჩვენი ავადმყოფები. სახელდების საგანში, მათ მიერ შედგენილ ამა თუ იმ ჯგუფში მხოლოდ იმას ხედავენ, რისი დანახვაც ერთი შეხედვით შეიძლება: ყოველგვარი აქტიური შეჩერების, საგნის გამოყოფის, მისი ობიექტად გადაქცევის გარეშე. ამიტომ, რომ არც ჩვენ მიერ დარქმეული სახელია ავადმყოფისათვის რომელიმე ჯგუფის გამაერთიანებელი და ამიტომ, რომ ავადმყოფი ვერ იყენებს ჩვენ მიერ მიწოდებულ სახელს.

ჩვეულებრივ, ჯანმრთელ ადამიანსაც უჭირს ახალი საგნისათვის სახელის დარქმევა. ეს გასაგებია: სიტყვა ძალიან მტკიცეა და დაკავშირებული მის მატარებელ საგანთან. ეს კავშირი იმდენად მჭიდროა, რომ, შეიძლება ითქვას, სიტყვას თავისი დამოუკიდებელი მნიშვნელობა (როგორც ბევრათა კომპლექსი) ადამიანისათვის არცა აქვს. ამიტომ, რომელიმე ნაცნობი სიტყვის დარქმევა ახალი საგნი-

სათვის ძალიან ძნელია. ნაცნობი სიტყვა ისეა შეზრდილი თავის საგანთან, რომ იგი ხელს უშლის ადამიანს ეს სიტყვა ახალ საგანზე გადაიტანოს; უფრო სწორად, ეს სიტყვა ველარ უკავშირდება ახალი საგნის შინაარსს, ადამიანი მას ამ ახალი საგნის სახელად ვერ განიცდის.

ჩვენი ავადმყოფები კი საგნის შინაარსს არავითარ ანგარიშს არ უწევენ, ისინი სახელდების პროცესში საგნის შინაარსიდან არ ამოდიან. ინსტრუქცია მათში ამ საგნისათვის სახელის დარქმევის განწყობას არ იწვევს. საგანზე აქტიური შეჩერება, მისი გამოყოფა, მისი შინაარსის გათვალისწინება აქ არ ხდება. ამიტომ ის სიძნელე, რასაც ავადმყოფი სახელდების განხორციელების დროს აწყდება, რის გამოც მას არ შეუძლია ერთი სიტყვით გამოხატოს გამოყოფილ ჯგუფთა არსებითი ნიშნები, არავითარ კავშირში არ არის იმ სიძნელეებთან, რასაც სახელდების პროცესში ნორმალური ადამიანიც ხვდება.

ამგვარად, ამ ავადმყოფებთან სახელდების აქტი ძირითადად დარღვეულია.

განზოგადების ცდები: ახლა ავადმყოფის წინ ვათავსებთ ახალ გეომეტრიულ ფიგურებს და სხვადასხვა ჰეტეროგენულ საგნებს, რომლებიც აქამდე ცდაში არ ყოფილა და ვთხოვთ იპოვოს ამ საგნებში „ედეზა“, „ხროა“ და სხვა.

როგორც ახალ გეომეტრიულ ფიგურებზე, ისე ჰეტეროგენულ საგნებზე სახელდების გადატანას ავადმყოფი მხოლოდ ექსპერიმენტატორის ძალიან დიდი დახმარების შემდეგ ახერხებს და ისიც მხოლოდ იმ შემთხვევაში, თუ ჯგუფები, რომლებსაც სახელი დაერქვა, ავადმყოფს თვალწინ აქვს, თუ ჯგუფები არეული არ არის.

ჰეტეროგენული საგნების მიკუთვნებას გარკვეული ჯგუფისადმი ეს ავადმყოფები ასე თუ ისე (ჩვენი დახმარებით) მაინც ახერხებენ. მაგრამ, როცა ავადმყოფმა ჰეტეროგენულ საგნებში „ედეზა“ უნდა იპოვოს, მას თვალსაჩინო მსგავსება აღარ შეეძლოს, რადგან სიტყვაში „ედეზა“ მის მიერ აღნიშნული ჯგუფის თვალსაჩინო ხატიდან აღარაფერი დარჩენილა. ამ შემთხვევაში ავადმყოფმა ჯერ „ედეზის“ მნიშვნელობა უნდა გაიზიაროს, გამოჰყოს მისი ცალკეული ნიშნები, ჰეტეროგენული საგნის ნიშანთა აბსტრაქცია მოახდინოს და „ედეზისა“ და მათი იდენტიფიკაციის საფუძველზე ახა-

ლი საგნის ნომინაცია აწარმოოს. მაგრამ, ჩვენს ავადმყოფებს ხომ სახელების აქტი არ უწარმოებიათ, ისინი ხომ „ედუზის“ ქვეშ საგნის ნამდვილ შინაარსს, მის ცალკეულ ნიშნებს არ იაზრებენ, არ გულისხმობენ და, ამიტომ ისინი ვერც ნიშანთა განზოგადებას ახდენენ, რის გამოც, ცხადია, ვერც სახელის ახალ საგანზე გადატანა უნდა მოეხერხებინათ. ამრიგად, ნიშანთა განზოგადება თვალსაჩინო სიტუაციის ფარგლებში მომწყვედრულ ჩვენს ავადმყოფებს არ შეუძლიათ, განზოგადების ფუნქცია მათ დარღვეული აქვთ.

გადავიდეთ დეფინიციის ცდებში მიღებული შედეგების განხილვაზე.

ექსპერიმენტის ამ უკანასკნელ სერიაში ავადმყოფის წინაშე ცდის მასალა სრულებით აღარ არის. ავადმყოფს ევალება განსაზღვროს რა არის „ედუზა“, „ხრო“ და სხვა.

ჩვენი ავადმყოფი მის მიერ გამოყოფილი ჯგუფის სახელის ქვეშ საგნების უბრალო თავყრილობას გულისხმობს.

— რა არის „ედუზა“?

— „ედუზა“ აი აქ (გვიჩვენებს ხელით) რომ ჯგუფი იყო, ის არის“.

— რა ფიგურები იყო ამ ჯგუფში.

— „ბევრნაირი... ყველანაირი“.

— რითი განსხვავდება ეს ჯგუფი სხვა ჯგუფებისაგან?

— „განსხვავდებოდა... კი არ მახსოვს რითი განსხვავდებოდა, ის ჯგუფი აქ იყო (ისევ ხელით გვაჩვენებს)“.

ავადმყოფისათვის ჯგუფი ერთად მოგროვილი საგნებია. ამიტომ ჯგუფები ერთმანეთისაგან მათი სივრცეში მდებარეობის მიხედვით განსხვავდებიან და თუ ავადმყოფის თვალსაზრისზე დავდგებით, „ედუზა“ სწორედ აქ მდებარე საგანთა გროვაა. სხვა განსხვავება ჯგუფებს შორის წაშლილია. ეს გასაგებიცაა, რადგან წინა სერიებში ავადმყოფს ნიშანთა აბსტრაქცია და განზოგადება არ მოუხდენია, იგი ყოველთვის საგანთა კონკრეტული შეხედულებით სარგებლობდა.

არის ავადმყოფი (ავად ისტ. № 1640), რომელიც დეფინიციის ცდის დროს ჯგუფში შემავალი თითოეული საგნის ნიშანს ასახელებს, ანდა უბრალოდ საგანს ჩამოთვლის: „ხრო“ არის წრეები, სამ-

კუთხედები, კვადრატები, სათითო, ღილი...“, „ედეზა“ სხვადასხვა ფორმისაა, წითელი, ყვითელი, ლურჯი...“.

თითოეული ჭგუფის სახელის ქვეშ არსებითად ეს ავადმყოფიც ერთად მოგროვილ საგნებს გულისხმობს და განსაზღვრებიან ამ ჭგუფის საგნებს ჩამოთვლის. ჭგუფების დამაბასიათებელი ნიშნებიან გამოყოფას ვერც ეს ავადმყოფი ახერხებს.

ჩვენი ავადმყოფების მიერ მოცემული ახალი სიტყვების განსაზღვრებას რომ გადავხედოთ, ვნახავთ, რომ განსაზღვრებაში ყველგან საგნის გრძნობადი, კონკრეტული მხარეებია მხოლოდ მოცემული. მაგრამ, სიტყვასა და მის შინაარსში რომ მხოლოდ საგნის კონკრეტული მხარეები რჩებოდეს, ის ვერასდროს ვერ იქცეოდა ურთიერთგაგების საშუალებად. სიტყვისათვის კი სწორედ ისაა სპეციფიკური, რომ მისი საშუალებით ადამიანები ერთმანეთს თავის აზრებს აგებინებენ. სიტყვა იმიტომაც ურთიერთგაგების საშუალებაა, რომ სიტყვა და მასში ნაგულისხმევი შინაარსი, სიტყვა და მისი მნიშვნელობა ერთ მთლიანობაშია შერწყმული და ყველასათვის ერთნაირია, ყველას მიერ ერთნაირად იაზრება. საგნის გრძნობადი, კონკრეტული მოცემულობა კი შეტ-ნაკლებად განსხვავებული შეიძლება იყოს; ჩვენი ავადმყოფების განსაზღვრებანი გვიჩვენებს, რომ „ედეზა“ ერთისათვის გარკვეულ ადგილას მდებარე ფიგურებია, მეორისათვის ერთად მოგროვილები, მესამისათვის წითლები, ყვითლები, ლურჯები, მეოთხისათვის, სამკუთხედები, ოთხკუთხედები და სხვა. ასე რომ, „ედეზა“ სხვადასხვა ავადმყოფისათვის სხვადასხვა მნიშვნელობის მატარებელია და ამიტომ ის ურთიერთგაგების საშუალებად ვერ გამოდგება.

ჩვენს ავადმყოფებთან სიტყვა, მაგალითად, „ედეზა“ და მისი მნიშვნელობა არაა შერწყმული ერთ მთლიანში, იგი არაა განწყენილი „გრძნობადი შენარჩევიდან“, მასში არ არის ნაგულისხმევი ზოგადი, ანუ იგი არაა ჩამოყალიბებული გარკვეულ აზრად, ამიტომ „ედეზა“ ვერ იქცა ურთიერთობის საშუალებად, ვერ ჩამოყალიბდა ცნებად — ავადმყოფს ცნება არ შეექმნა.

რა შეიძლებოდა კიდევ ჩვენი ავადმყოფების შესახებ გვეთქვა განსაზღვრების ცდებში მიღებული შედეგების საფუძველზე? უპირველესად ყოვლისა ის, რომ ამ ცდებს საკმაო სინათლე

შეაქვთ ამ ავადმყოფთა იმ თავისებურებაში, რომელიც მათ ექსპერიმენტის წინა სერიაში გამოამჟღავნეს.

დეფინიციის ცდების შედეგები ერთხელ კიდევ ამტკიცებენ იმას, რომ ორი ნიშნის მიხედვით კლასიფიკაციას ჩვენი ავადმყოფები ფიგურათა თვალსაჩინო მსგავსების საფუძველზე ახლენენ და, რომ ნიშანთა ნამდვილ აბსტრაქციას და განზოგადებას ისინი არ აწარმოებენ. მაგალითად, ისეთ შემთხვევაში, როცა ავადმყოფი ჯგუფის ნიშანთა დასახელებას ცდილობს, იგი ამ ნიშნის განზოგადებას ვერ ახლენს. იგი არ ამბობს, რომ „ელეზა“ ფერადებია, იგი აცხადებს, რომ აქ მწვანე, ლურჯი, წითელი და სხვა ფერის ფიგურებია, ე. ი. კლასიფიკაციის ცდებში მას ფერადობის ნიშნის აბსტრაქცია და შემდეგ მისი განზოგადება არ მოუხდენია. იგი ხედავდა, რომ ამ ჯგუფში წითელი ფერის ფიგურა იყო და მეორე წითელ ფიგურასაც აქ ათავსებდა, ხედავდა მწვანეს და მეორე მწვანესაც იქ დებდა. ასე იქცეოდა იგი სიდიდის მიმართაც.

მაგრამ ავადმყოფი ექსპერიმენტის ყოველ სერიაში პრაქტიკულად, ასე თუ ისე, ახერხებდა ამა თუ იმ ოპერაციის წარმოებას. რატომაა, რომ დეფინიციის ცდებში იგი სავსებით უმწეოა?

საქმე იმაშია, რომ დეფინიციის ცდები არსებითად განსხვავდება ექსპერიმენტის დანარჩენი სერიებისაგან. ყველა სერიაში, დეფინიციის ცდების გარდა, მასალა, რომლითაც ავადმყოფმა სხვადასხვა ოპერაცია უნდა მოახდინოს, სრულიად თვალსაჩინოდაა მოცემული ავადმყოფის თვალწინ; აქ მასალა მუდამ ცდისპირის აღქმის ველშია. ურთიერთგაგებისა და განზოგადების ცდებშიც კი, სადაც ავადმყოფმა ფიგურებისა და საგნების ნაცვლად მათი სახელებით უნდა ისარგებლოს, როდესაც კონკრეტული მასალა ავადმყოფს თვალწინ აქვს, ეს მნიშვნელოვნად აადვილებს ამოცანის გადაწყვეტას, რამდენადაც ავადმყოფი ნამდვილი განზოგადოების გარეშეც სწორად ახერხებს ამოცანის გადაწყვეტას თვალსაჩინო მსგავსების საფუძველზე. დეფინიციის ცდებში კი მასალა მთლიანად თეორიულ, ვერბალურ პლანშია გადატანილი. გარდა ამისა, ურთიერთგაგებისა და განზოგადების ცდებში ავადმყოფი იყენებს სიტყვას, დეფინიციის ცდებში კი მან მისი განსაზღვრა უნდა მოგვეცეს; ერთია სიტყვის გამოყენება, მაგრამ სულ სხვაა მისი განსაზღვრება. ეს უკანასკნელი ყოველთვის მოითხოვს ექსპერიმენტის ყოველი სერიის

გაცნობიერებას, მაშინ, იმისათვის, რომ ნამდვილი ცნება შემუშავდეს, საჭიროა ადამიანმა საგნის ნიშანთა ნამდვილი აბსტრაქცია, მათი განზოგადება და საგნის ნამდვილი სახელდება მოახდინოს. ყველა ეს ოპერაცია ჩვენს ავადმყოფებს არსებითად დარღვეული აღმოაჩნდათ. ამიტომაც, რომ მათ არ შეუძლებოდათ ის ცნებები, რომელნიც ჩვეულებრივ იქმნება ამ ექსპერიმენტში, ამიტომაც, რომ ისინი ახალი ცნებების დეფინიციას ვერ იძლევიან.

ამრიგად, ნამდვილი ცნება არც ამ ავადმყოფებთან იქმნება.

ჩვენ არ შეგვისწავლია პროგრესული დამბლით დაავადებულთა აზროვნების სხვა ფორმები (მსჯელობა, დასკვნა), რადგან აზროვნების ყველა სხვა ფორმა ცნებას ემყარება და მის გარეშე ვერ აიგება.

ასეთია, ჩვენ მიერ გამოკვლეული, პროგრესული დამბლით დაავადებულთა აზროვნება. როგორც დავინახეთ, ამ ავადმყოფთა დიდ უმრავლესობასთან ის, როგორც ფუნქცია არც არსებობს.

პროგრესული დამბლით დაავადებულთა ინტელექტის შესახებ

მართალია პროგრესული დამბლით დაავადებულთა ინტელექტუალური ფუნქციები ჩვენ გარკვეული თვალაზრისით ვიკვლიეთ, მაგრამ, ჩვენ მიერ მოპოვებული ექსპერიმენტული მასალა მაინც შეიცავს მონაცემებს ავადმყოფთა ინტელექტის მდგომარეობის შესახებ. თუ ამას დავუმატებთ იმ გარემოებას, რომ მათი მეხსიერება და აზროვნება საკმაოდ ფართოდ დავახასიათეთ, მაშინ უფლებამოსილი შევიქნებით აღნიშნულ საკითხს შევხვით.

ჩვენ მიერ მიღებულ ექსპერიმენტულ მონაცემთა ილუსტრაციის შემდეგ, ალბათ, სპეციალურ არგუმენტაციას აღარ უნდა მოითხოვდეს დებულება იმის შესახებ, რომ პროგრესული დამბლით დაავადებულთა ინტელექტი განსაკუთრებით ღრმა პათოლოგიას განიცდის.

მაგრამ აღნიშნული დაზიანება ყველა შემთხვევაში ერთნაირი ხარისხით არ არის წარმოდგენილი; ამ მხრივ ავადმყოფებს ერთმანეთისაგან მიჯნავს ჰაპტურ სფეროში ფიქსირებული განწყობა:

განწყობის სხვადასხვა ჯგუფში შემავალ ავადმყოფთა ინტელექტუალური სხვადასხვა ხარისხითაა დაქვეითებული, ასე იაგალითად:

განწყობის სტატიკური ჯგუფში ავადმყოფს ინტელექტის მაგარი თითქმის აღარაფერი შერჩენია. აქ ადამიანის გონებრივი შესაძლებლობანი სრულიად მოსპობილი, გამოვარდნილია. ინტელექტი, როგორც ადამიანის გარემოსთან აქტიური შეგუების პირობა, მათთან სრულიად წაშლილია.

ეს ავადმყოფები ყოველგვარი ინტელექტუალური მოქმედებების გარეშე ცხოვრობენ. მათი ისეთი ქცევაა კი, რომელიც თავისი ხასიათით, თითქოს ძლიერ დაქვეითებულ ინტელექტუალურ მოქმედებას ჰგავს, წარსულში შექმნილი ჩვევებით არის გაპირობებული, თუმცა არც ეს ჩვევებია პათოლოგიის გარეშე, სრული სახით წარმოდგენილი.

ამ ჯგუფთან შედარებით უფრო შენახული სახით ინტელექტი დინამიკური განწყობის ავადმყოფებთან გვხვდება. აქ ავადმყოფის გონებრივი სფერო მართალია ღრვა დაქვეითებას განიცდის, მაგრამ გონებრივ შესაძლებლობათა გამოვლენა, ინტელექტით მეტ-ნაკლებად გაპირობებული ქცევა მათთან მაინც შესაძლებელია. რაც შეეხება წარსულში შეძენილ ჩვევებს, ისინი ამ ავადმყოფებთან შედარებით ნაკლებად დაზიანებულნი, უფრო მთლიანი სახით არიან შემორჩენილნი.

ვარიაციული ჯგუფის ავადმყოფები, როგორც ყოველთვის, ისე ამ მხრივაც, თავისი მონაცემების მიხედვით, ამ ორ ჯგუფს შუადგანან, მაგრამ, მათ სტატიკური განწყობის მქონე ავადმყოფებთან უფრო მეტი აქვთ საერთო, ვიდრე დინამიკურთან. ამ უკანასკნელებს ისინი მეტ-ნაკლებად მხოლოდ მაშინ ემსგავსებიან, როდესაც მათი განწყობა დინამიკურის მსგავსი ხდება. აქვე უნდა შევნიშნოთ, რომ სტატიკურ ჯგუფში შედის სამი ავადმყოფი, რომლებიც ვარიაციულთან მსგავს სურათს იძლევიან.

ერთი სიტყვით, ჩვენ ღიერ გამოკვლეული 36 ავადმყოფიდან 21 ინტელექტუალური მოქმედება, როგორც ასეთი, სრულიად აღარ ახასიათებს, 7-თან იგი უკიდურესად დარღვეულია, ისე რომ, შეიძლება ითქვას, არც მათ აქვთ გონებრივი მოქმედების გაშლის უნარი, და მხოლოდ 8 ავადმყოფი (22,2%) ამჟღავნებს ძლიერ დაქვეითებულ ინტელექტუალური ქცევის წარმოების შესაძლებლობას.

მძსპერიმენტული და კლინიკური ფაქტების ურთიერთობისათვის

ახლა გადავიდეთ იმის განხილვაზე, თუ რა ურთიერთობა არსებობს, რა კავშირშია ჩვენ მიერ მიღებული ექსპერიმენტული მონაცემები როგორც ერთმანეთთან, ისე ავადმყოფთა ფაქტიური კლინიკური მდგომარეობის მიმართ.

განწყობის მიხედვით ავადმყოფთა ჯგუფებად დაყოფა კანონზომიერი იმდენად აღმოჩნდა, რამდენადაც ამ ჯგუფებში შემავალი ყველა შემთხვევა ჩვენ მიერ დაყენებულ სხვა ცდებში კანონზომიერად განსხვავებულ შედეგს იძლევა. ამის შესახებ ჩვენ გზად-გზა მივუთითებდით, ახლა კი შევაჯამოთ ამ მიმართულებით მიღებული ყველა შედეგი, რათა ერთხელ კიდევ, უფრო ნათლად წარმოვიდგინოთ აქ არსებული შესატყვისობა.

სტატისტიკური განწყობის ჯგუფში დანარჩენი ექსპერიმენტების შედეგად ასეთი მონაცემებია მიღებული:

ამ ავადმყოფებს განსაკუთრებით „უადვილებათ“ ვერბალურ სიტუაციაში განწყობის ფიქსაციისათვის მათ წინაშე დასმული ამოცანის შესრულება — განსხვავებული სიდიდის ობიექტთა წარმოდგენა. ცდას ისინი სრულიად არასერიოზულად უდგებიან, მექანიკურად გაიძახიან აქ დიდია, აქ პატარაო და, რასაკვირველია, ცდის მიზანს ვერ აღწევენ: სიტყვით სიტუაციაში განწყობის შემუშავება მათთან სრულიად მიუღწეველია.

ობიექტივაციის ცდაში ეს ავადმყოფები სრულ უნაწილობას ამჟღავნებენ. მათ არა თუ ცდის რამოდენიმეჯერ განმეორებისა და ინსტრუქციის უკიდურესად გამარტივების შემდეგ არ შეუძლიათ კრიტიკული სიტყვების გამოცნობა, არამედ ამას ისინი მაშინაც კი ვერ აღწევენ, როდესაც სხვა ენის სიტყვას ჩვენ თვითონ გამოვუყოფთ და მათ ცალკე, მშობლიური ენის სიტყვათა კონტაქტის გარეშე ვაჩვენებთ. ამ ობიექტივაციის ცდისათვის სრულიად არაჩვეულებრივ პირობებშიაც ისინი უძლურნი არიან სიტყვის უცნობობა განიცადონ, მიაჩნიათ ის იმ ენის სიტყვად, რა ენის ასოებითაც არის დაწერილი და ყოველნაირად ცდილობენ მას რაიმე შესატყვისი მნიშვნელობა გამოუძებნონ. ერთი სიტყვით, ობიექტივაციის აქტის მოხდენის შესაძლებლობა ამ ავად-

მყოფებთან აღარ არსებობს, ეს უნარი მათ აღარ აქვთ, აქ იგი გამოვარდნილია.

ცალკეული ინტელექტუალური ფუნქციების გამოკვლევისას გამოირკვა, რომ ამ ავადმყოფებს ძლიერ დაქვეითებული აქვთ ყურადღება, მეხსიერება და სრულიად არ შეუძლიათ აზროვნებითი ოპერაციები აწარმოონ. როგორც ირკვევა, ეს ავადმყოფები ყოველგვარი ინტელექტუალური მოქმედების გარეშე ცხოვრობენ.

ამას გარდა, ჩვენ მიერ წარმოებული ინტელექტუალური ფუნქციათა კვლევა სპეციალურ მიზანს ემსახურებოდა. ჩვენ გვსურდა გვენახა ინტელექტუალური ფუნქციათა მოქმედების მიმდინარეობაში გამოვლინდებოდა თუ არა განწყობის ის ძირითადი თვისებები, რომელთა მიხედვითაც თავდაპირველად დავაჯგუფეთ ავადმყოფები. მართლაც, სტატიკური განწყობის აღნიშნულ შემთხვევებში სრულიად აშკარად გამოვლინდა ყურადღების აქტის ავტომატიზირება, რომ აქ ერთი აღქმა დიდხანს ადგილს აღარ უთმობს მეორეს, მოგონების ღროს გვხვდება უსასრულო პერსპექტივები და სტერეოტიპები, ხოლო აზროვნების კვლევისას, დაჯგუფების ცდებში, ერთი საკლასიფიკაციო ნიშნიდან მეორეზე გადასაცვლება თითქმის შეუძლებელია.

ჩვენ ექსპერიმენტულ მონაცემთა ასეთი გასაგები შესატყვისობა ძალაუვნებურად გვაგალებდა ამ ავადმყოფთა საერთო-კლინიკური მდგომარეობას უფრო მეტი გულისყურით ჩავკვირვებოდით და, მართლაც, როდესაც ამ მხრივ ყურადღება გავამახვილეთ (იხილე შრომაში ილუსტრირებული სტატიკური განწყობის მქონე ავადმყოფთა ფსიქიკური მდგომარეობა), ვნახეთ, რომ ისინი თავისი კლინიკური მონაცემების მიხედვითაც საესებით იდენტურნი არიან, ასე მაგალითად:

ეს ავადმყოფები ღრმა პარალიზური ჰეპასუსტობის მდგომარეობაში იმყოფებიან, ისინი სრულიად ვერ ახდენენ ადგილში, ღროში და გარემოში ორიენტაციას; ოდნავადაც ვერ ერკვევიან თავიანთ ავადმყოფურ მდგომარეობაში. კლინიკურად ამქლავნებენ გონებრივი სფეროს ღრმა დაქვეითებას მეხსიერებისა და აზროვნების მძიმე პათოლოგიით. არიან გადამეტებით შთაგონებადნი, ყოველგვარ, აბსურდულ აზრსაც კი მაშინვე, თავისუფლად იზიარებენ. ემოციურად ავლენენ ადვილად გამღიზიანებლობას, სუსტსულოვ-

ნობას, გუნებგანწყობის სწრაფ ცვალებადობას. ვერ იცავენ საავადმყოფოს რეჟიმს. არ ებმებიან განყოფილების ცხოვრებაში. ვერავითარ წარმატებას ვერ აღწევენ შრომათერაპიის ინსტრუქტორის ზედამხედველობის პირობებში უმარტივესი სამუშაოების შესრულების დროს. მათი ქცევა იმპულსურობითა და სტერეოტუპული ხასიათით გამოირჩევა. მოქმედებენ მოუთქმებლად, უაზროდ. დაწყებულ საქმეს ვერ ამთავრებენ: ერთი საგნიდან მეორეზე გადადიან, მეორიდან მესამეზე, რის გამოც მათი მოქმედება გარეგნულად სრულიად უმიზნო ფუსფუსში გამოიხატება. ყველაფრით კმაყოფილნი არიან, არავითარი ჩივილები არა აქვთ, თავს გრძნობენ ისე კარგად, როგორც არასდროს.

ზემოთ მოყვანილი მასალა, აშკარა რიცხობრივი უმრავლესობის გამო, ჩვენ მიერ პარალიზური ქკუაუსტობისათვის დამახასიათებლად, სპეციფიკურად იქნა ჩათვლილი. როგორც ვხედავთ, ჩვენ მიერ მიღებული ძირითადი ექსპერიმენტული შედეგები და ავადმყოფთა დიდი უმრავლესობის ფსიქიკური მდგომარეობის კლინიკა საკვებით გასაგებ კორელაციაშია ურთიერთის მიმართ.

ახლა ვნახოთ, რა მდგომარეობა გვაქვს იმ 8 ავადმყოფთან, რომელთაც ჰაპტურ სფეროში დინამიკური განწყობა აქვთ. დავიწყოთ მათი ფსიქიკური სტატუსიდან (იხილეთ დინამიკური განწყობის მქონე ავადმყოფთა ისტორიები).

ეს ავადმყოფები მართალია არა სრულად, მაგრამ მაინც ორიენტირებულნი არიან თავიანთ ავადმყოფურ მდგომარეობაზე, მართალია არაზუსტი წარმოდგენა აქვთ, მაგრამ იციან, რომ „ნერვები არ უვარგათ“. ინტელექტუალურ შესაძლებლობათა კლინიკური გამოვლინების მხრივ სტატიკური განწყობის ავადმყოფებისაგან ისინი საკმაოდ თვალსაჩინოდ განსხვავდებიან: უფრო კარგად შეუძლიათ ანგარიში, შედარებით კარგად ახსოვთ თავიანთი წარსული, ქცევაც უფრო გონიერი და აზრიანი აქვთ. ეს ავადმყოფები აქტიურად ებმებიან განყოფილების ცხოვრებაში, ეხმარებიან მომვლელ პერსონალს. საკმაოდ წარმატებით მუშაობენ შრომათერაპიის ინსტრუქტორის ზედამხედველობის ქვეშ. მათთან არ აღინიშნება ქცევის ისეთი იმპულსიურობა და აკვიატებულობა. საავადმყოფოს პირობებით ისინი არც მაინცდამაინც კმაყოფილნი არიან. „აწუხებთ ხმაური“. თავიანთი მდგომარეობით ინტერეს-

დებიან. ექიმს პატივისცემით ეპყრობიან. რეჟიმს იცავენ. სურათ-
მორჩენა. ახლობლებს შედარებით თბილად ხვდებიან და სხვა.

ამ ავადმყოფთა ექსპერიმენტული გამოკვლევის შედეგად ირ-
კვეთა შემდეგი:

ვერბალურ სიტუაციაში განწყობის ფიქსაციის ცდის მთელი
მიმდინარეობის დროს ეს ავადმყოფები ექსპერიმენტისადმი სერი-
ოზულ დამოკიდებულებას ამჟღავნებენ. ისინი ახერხებენ იდეურ
ობიექტთა წარმოდგენის მოთხოვნილების გაჩენას, მაგრამ სწორედ
აქ აწყდებიან მათთვის გადაულახავ დაბრკოლებას, რადგან მათ
ასეთი წარმოდგენის ნებისმიერი გამოწვევის, მასზე აქტიური შე-
ჩერებისა და ამ გზით სიტყვით სიტუაციაში განწყობის შემუშავე-
ბის უნარი არა აქვთ.

ობიექტივაციის კვლევისას ისინი ცდის მეორედ ან მესამედ
განმეორებისა და ინსტრუქციის უკიდურესად გამარტივების შეშ-
დეგ ცნობენ კრიტიკულ სიტყვებს, რაც იმაზე მიუთითებს, რომ
ეს უნარი აქ ჯერ კიდევ გამოვარდნილი არ არის, ობიექტივაცია
აქტის ამოქმედების საშუალება ამ ავადმყოფებს ჯერ კიდევ შერ-
ჩენილი აქვთ.

ცალკეული ფსიქიკური ფუნქციების კვლევისას ეს ავადმო-
ფები სტატიკურ ჯგუფში შემავალ შემთხვევებთან შედარებით გა-
ცილებით უკეთეს მაჩვენებლებს იძლევიან. აქ ნაკლებადაა დაზი-
ანებული ყურადღება, მეხსიერება და, რაც მთავარია, აზროვნება.
ცნების შემუშავების ცდის ბოლომდე მიყვანა, ყველა სერიის ჩა-
ტარება — ცდის ხელმძღვანელის მხრივ დახმარების ყველა საფე-
ხურის გავლის შემდეგ მათთან შესაძლებელია. ყოველივე ეს ამ
ავადმყოფთა ინტელექტის უფრო შენახულ, მაღალ დონეზე მიუ-
თითებს. მართალია მათი გონებრივი სფეროც ღრმა დაქვეითებას
განიცდის, მაგრამ, გონებრივ შესაძლებლობათა გამოვლენა, ინტე-
ლექტით მეტ-ნაკლებად გაპირობებული ქცევა მათთან მაინც შესა-
ძლებელია.

რაც შეეხება ამ ავადმყოფთა ინტელექტუალური ფუნქციე-
ბის მოქმედების მიმდინარეობას, ამ მხრივ ავტომატიზმები, პერსი-
ვერაციები და სტერეოტიპები, ისევე, როგორც დაჯგუფების ცდებ-
ში ერთი საკლასიფიკაციო ნიშნიდან მეორეზე გადასაცვლების სიძ-
ნელე მათთან შენიშნული არ ყოფილა. როგორც ჩანს, ავადმყოფის

განწყობისათვის დამახასიათებელი დინამიკურობა მისი ინტელექტუალური ფუნქციების მიმდინარეობის პროცესში აღნიშნულ მოვლენათა განვითარების საშუალებას არ იძლევა.

როგორც ვხედავთ, არც ავადმყოფთა ეს კლინიკური და ექსპერიმენტული გამოვლინების მცირერიცხოვანი ჯგუფია გასაგები ურთოვრობის გარეშე.

დაგვრჩა კიდევ 4 ავადმყოფი, რომლებიც ჩვენ წინაშე დასმული საკითხისათვის ფრიად საინტერესო მაგალითებს წარმოადგენენ. ესენი არიან ვარიაბილური განწყობის მქონე ავადმყოფები, რომელნიც განწყობის მონაცემთა მიხედვით: სტატიკურ ჯგუფებსაც ეკუთვნიან და დინამიკურსაც. მათი ვარიაბილურობა სწორედ იმაში მდგომარეობს, რომ მათი განწყობა ხან სტატიკურია და ხან კი დინამიკური.

ვნახოთ რას წარმოადგენენ ეს ავადმყოფები კლინიკურად (ექსპერიმენტული მასალის გადმოცემის პროცესში ოთხივე ავადმყოფის ისტორია ილუსტრირებულია).

როგორც ამ ავადმყოფთა ისტორიებიდან ირკვევა, ისინი მართალია ისევე, როგორც სტატიკური განწყობის ჯგუფში შემავალი ავადმყოფები ღრმა, ორგანული ჰეპატოსტომის მდგომარეობაში იმყოფებიან, მაგრამ, ხანდახან მათ ზოგად-კლინიკურ სურათში ერთგვარი ცვლილება, გარკვეული „გამოცოცხლება“ შეიმჩნევა, რაც იმაში მდგომარეობს, რომ ამ დროს ისინი უფრო აღვეკატურები არიან, საორიენტაციო კითხვებზე მიახლოებით მაინც პასუხობენ, გონებრივი სფეროს მხრივ მათთვის ჩვეულებრივზე უფრო მაღალი რიგის პასუხებს იძლევიან, თავს მეტ-ნაკლებად უვლიან, თავისი მდგომარეობით ასე თუ ისე ინტერესდებიან, ასეთივე ინტერესს იჩენენ ირგვლივმყოფების მიმართაც. აღნიშნულ მდგომარეობაში ისინი ცდილობენ განყოფილების ცხოვრებაში ჩაბმას. იჩენენ ექიმის მიმართ ზედმეტ ყურადღებას, თავის ავადმყოფობას როგორღაც განიცდიან. გამოთქვამენ მუშაობის სურვილს შრომათერაპიის კაბინეტში, თუმცა არაფერი გამოსდით. ასეთი კლინიკური გაუმჯობესება არ არის ხანგრძლივი, რის გამოც ეს ავადმყოფები მალე ისევ თავის პირვანდელ მდგომარეობას უბრუნდებიან.

მაგრამ. საყურადღებო ისაა, რომ აღნიშნული ეპიზოდური

კლინიკური გაუმჯობესება მათთან მაშინ იყო შესაძენვეი, როდესაც მათი განწყობა სტატიკურ ხასიათს კარგავდა და დინამიკური ხდებოდა, რაც საკმაოდ ძლიერი არგუმენტია კლინიკურ და ექსპერიმენტულ ფაქტთა დამთხვევის საილუსტრაციოდ.

რაც შეეხება ამ ავადმყოფების ინტელექტუალურ ფუნქციათ: კვლევის შედეგებს, ამ მხრივ მათი მონაცემები სტატიკური და დინამიკური ჯგუფის ავადმყოფთა შედეგების დამაკავშირებლის როლში გამოდიან. მათი მონაცემები უფრო ახლო დგას სტატიკური განწყობის მქონე ავადმყოფთა მონაცემებისაგან, მაგრამ მათგან მაინც განსხვავდება, თუმცა უმნიშვნელო, და მაინც უკეთესი შედეგით. ეს უკეთესობა, საკუთრივ ინტელექტუალურ ფუნქციათა მდგომარეობის თვალსაზრისით, შესაძლებელია არც იყოს არსებითი, რადგანაც არც მათ აქვთ უნარი ობიექტივაციის აქტის ამოქმედებისა, ანდა აზროვნებით გაუშუალებული ქცევის წარმოებისა. მაგრამ, რამდენადაც ისინი მაინც იძლევიან სტატიკურ ავადმყოფებთან შედარებით უკეთეს შედეგებს და ამ შედეგების უკეთესობა დინამიკურ ავადმყოფთა მონაცემების მსგავსების მიმართულებითაა წარმართული, ამდენად ეს ის ჯგუფია, რომელიც დინამიკურ ავადმყოფებთანაც პოულობს საერთოს და სტატიკურებთანაც.

ამრიგად, ეს ავადმყოფებიც კლინიკური და ექსპერიმენტული მონაცემების სრულ შესატყვისობას ამჟღავნებენ.

ერთი სიტყვით, ჩვენ მიერ გამოკვლეული ყველა ავადმყოფის მონაცემები, როგორც კლინიკური, ისე ექსპერიმენტული თვალსაზრისით, ერთმანეთთან დაკავშირებული, გასაგები და შესატყვისია.

მაგრამ, კლინიკურ და ექსპერიმენტულ ფაქტთა ჩვენ მიერ აღნიშნული შესატყვისობა, მხოლოდ მოყვანილი მაგალითებით როდი ამოიწურება. ჩვენს მასალაში კიდევ მრავალი ფაქტი არსებობს, რომლებიც ამაზე მიუთითებენ. შესაძლებელია მოვლენის დასადასტურებლად ისინი აღარც იყვნენ საჭირო მოყვანილი მაგალითების განსაკუთრებული სიცხადის გამო, მაგრამ, რადგანაც ასეთი ფაქტები ჩვენ ხელთ გვაქვს, არც ის იქნებოდა სწორი, რომ მათზე მკითხველის ყურადღება არ გაგვემახვილებინა, მით უმეტეს, რომ ეს ფაქტები შემდეგში, როდესაც ჩვენ პროგრესული

დამბლისათვის დამახასიათებელი კუთსუსტობის ირგვლივ გავმართავთ მსჯელობას, ძლიერ დაგვეხმარება ჩვენი აზრის განსამტკიცებლად.

ჩვენ მხედველობაში გვაქვს ავადმყოფთა მკურნალობისა და ჩვენი ექსპერიმენტული მონაცემების საკითხი. აქ, უპირველესად ყოვლისა, საინტერესოა ის, თუ, როგორ აისახება ჩვენს გამოკვლევებში ისეთი შემთხვევები, რომლებიც მკურნალობის შედეგად მეტ-ნაკლებად დადებით ფეფქტს ავლენენ. ამისათვის, რასაკვირველია, ჩვენ მიერ შესწავლილ „ახალ“ ავადმყოფთა მონაცემებს უნდა გადავხედოთ.

ჩვენ მიერ გამოკვლეული 10 ახალი ავადმყოფიდან, როგორც უკვე აღვნიშნეთ 5 შემთხვევაში მკურნალობის კურსი ახალი დამთავრებული იყო, ამათგან 3 შემთხვევაში გამოყენებული იყო მაღარიოთერაპია, 2-ში კი სულფოზინით მკურნალობა. მაღარიოთერაპიის 3 შემთხვევიდან 2 ავადმყოფს დინამიკური განწყობა ჰქონდა, ხოლო ერთს ვარიაბილური. სულფოზინით მკურნალობის ორივე შემთხვევაში კი ავადმყოფის განწყობა სტატიკურ ხასიათს ატარებდა. იმ ორი ავადმყოფის ისტორია, რომლებიც მკურნალობის შემდეგ გამოვიკვლიეთ და რომლებმაც დინამიკური განწყობა გამოავლინეს, ჩვენ მიერ შრომაში უკვე ილუსტრირებულია. ამათგან, ერთი (ავად. ისტ. № 1640) მოყვანილია პროგრესული დამბლით დაავადებულთა ჰაპტური განწყობის დასახასიათებლად, როგორც დინამიკური განწყობის მქონე ავადმყოფის შემთხვევა, ხოლო მეორე (ავად. ისტ. № 2243) ილუსტრირებულია ჩვენს ავადმყოფთა ობიექტივაციის მონაცემების გადმოცემისას, როგორც ისეთი, რომელსაც ობიექტივაციის აქტის ამოქმედების უნარი აქვს. თუ ამ ავადმყოფთა ისტორიებს ჩაუვყვირდებით, დავინახავთ, რომ ისინი მკურნალობის შედეგად საგრძნობლად გამოკეთდნენ. მართალია ჩვენ საშუალება არ გვქონდა, ეს ავადმყოფები მკურნალობის დაწყებამდე გამოგვეკვლია, მაგრამ, რადგანაც მკურნალობის შედეგად მათ მართლაც მოიცეს შესამჩნევი ფსიქიკური გაუმჯობესება, რაც ძალიან ჰგავს საერთოდ დინამიკურ ჯგუფში შემავალ ავადმყოფთა კლინიკურ მდგომარეობას, ხოლო მკურნალობამდე, როგორც მათი მკურნალი ექიმის ჩანაწერებიდან ირკვევა, ისინი ჩვენ მიერ გამოკვლეულ სტატიკურ ავადმყოფებისათვის დამახასიათებელ

კლინიკურ მდგომარეობას ავლენდნენ, შესაძლებელია დავუშვათ, რომ მკურნალობის დაწყებამდე. მათი ექსპერიმენტული გამოკვლევის საშუალება რომ მოგვეცემოდა, სტატისტიკური განწყობის მქონე ავადმყოფთა დამახასიათებელი სურათი უნდა მიგვეღო, მით უმეტეს, რომ მაშინ, როდესაც ჩვენ მათი გამოკვლევა ვაწარმოვეთ. ისინი ყველა ექსპერიმენტის მონაცემების მიხედვით დინამიკური განწყობის მქონე ავადმყოფთა ტიპიურ სურათს იძლეოდნენ. ამასთანავე, ჩვენი აზრის სისწორის დასასაბუთებლად უნდა აღვნიშნოთ ისიც, რომ ის ერთი ავადმყოფი, რომელიც მკურნალობის შემდეგ ვარიაბილური განწყობის მქონე ავადმყოფთა მონაცემებს იძლეოდა, ფსიქიკურად, უმნიშვნელო, მაგრამ მაინც გარდამავალი თერაპიული ეფექტის ნიშნებს ავლენდა, ისეთს, რაც საერთოდ ვარიაბილურ ავადმყოფთა ფსიქიკური მდგომარეობისათვისაა დამახასიათებელი. დაბოლოს, იმ ორ შემთხვევაში, ავადმყოფებს სულფოზინით უმკურნალეს (ერთი ქუთაისის, მეორე სოხუმის ფსიქიატრიული საავადმყოფოდან) და თერაპიული გაუმჯობესება შემჩნეული არ ყოფილა, როგორც განწყობის, ისე სხვა ექსპერიმენტულ მონაცემთა მიხედვითაც, ისინი სტატისტიკურ ჯგუფში არიან მოთავსებულნი.

როგორც აღვნიშნეთ, ჩვენ მიერ შესწავლილ ახალ ავადმყოფთა შორის 5 შემთხვევაში საშუალება ს. ავეცა გამოკვლევა გვეწარმოებინა, როგორც მკურნალობის დაწყებამდე, ისე მის შემდეგაც.

ამ ავადმყოფთა ექსპერიმენტული მონაცემები ჩვენთვის განსაკუთრებული ინტერესის საგანს წარმოადგენს, რადგან მათ ჩვენ მიერ მიღებულ შედეგთა თერაპიის შემდგომ ცვალებადობაზე მათ დინამიკაზე უშუალოდ უნდა მიგვითითონ.

ყველა ეს შემთხვევა ჩვენ მოსკოვის კაშიჩენკოს სახელობის ფსიქიატრიულ საავადმყოფოში ვნახეთ.

გადავიდეთ მათ განხილვაზე.

გავიხსენოთ, რომ ამ ხუთი ავადმყოფიდან, ოთხი სტატისტიკური განწყობას ავლენდა (ავად. ისტ. № 4268, 1979, 1939), ხოლო ერთს (ავად. ისტ. № 1929) განწყობა საერთოდ არ ექმნებოდა.

მოვიყვანოთ კონკრეტული მაგალითები:

1) ავადმყოფი ა-ნი (ავადმყოფობის ისტორია № 127), რუსი. 1920 წელს დაბადებული. პროფესიით ფოტოგრაფი, საავადმყოფოში მოთავსდა 1956 წლის 15 მაისს. სტაციონირებულია პირველად.

ანამნეზური ცნობები — ბავშვობაში არ ავადმყოფობდა. სწავლა დროზე დაიწყო. დამთავრა 7 კლასი, ეძნელებოდა მათემატიკა, რის გამოც ორი წელი გააცდინა. ისწავლა შვიდ კლასამდე.

სამამულო ომის დაწყებისთანავე გაწვეულ იქნა ფრონტზე. იბრძოდა წინა ხაზზე. მიიღო მრავალი ჭილღო. კონტუზირებული იქნა ორჯერ. ერთ შემთხვევაში აღინიშნებოდა თავის ქალას ძლიერი ტრავმა, გონების დაკარგვით რამოდენიმე საათის განმავლობაში და ქალას ფუძის მოტეხილობის ნიშნებით, რის შემდეგაც ხშირად უჩიოდა თავის ტკივილებსა და უძილობას. ამ მიზეზის გამო დემობილიზებულ იქნა.

სახლში დაბრუნებისას შეისწავლა ფოტოგრაფია. მუშაობდა მოსკოვის ერთ-ერთ ფოტოატელიეში. 1946 წელს დაავადდა ათაშანი-გით. მკურნალობდა უსისტემოდ, რასაც შემდეგ წლებში ძლიერ განიცდიდა. 1950 წელს დაოჯახდა. შვილი არა ჰყავს. მეუღლეს აღენიშნებოდა სისტემატური სპონტანური მუცლის მოშლა. ამ დროიდან გახდა გულჩათხრობილი, ხელი მიჰყო მაგარი სასმელების გადაჭარბებით მიღებას. თავს დაღუპულ ადამიანად თვლიდა. თანდათან განუვითარდა სხვადასხვაგვარი ნევროზული ხასიათის ნიშნები. რისთვისაც მკურნალობდა ფსიქონევროლოგიურ დისპანსერში.

1956 წლის აპრილის თვიდან ეწყება ძლიერი თავის ტკივილი. აწუხებს უძილობა. სამუშაოს თავს ვეღარ ართმევს. უჩივის უსიამოვნო შეგრძნებებს სხეულის სხვადასხვა მიდამოში. ირგვლივმყოფებმა შეამჩნიეს მეხსიერების მკვეთრი დაქვეითების ნიშნები. რამოდენიმეჯერ თავის სახლს ვერ მიაგნო. სურათებს ვეღარ იღებდა. ერთ დღეს სრულიად შიშველი გავიდა საერთო სამზარეულოში. სრულიად მოულოდნელად განაცხადა, რომ იგი გამოჩენილი მხატვარი და მოქანდაკეა. ამავე დღეს მოთავსებულ იქნა საავადმყოფოში.

სომატიური მდგომარეობა — საშუალო ტანის, სწორი აგებულების. ძვალ-კუნთოვანი სისტემა ზომიერად განვითარებული. კანა ფერმკრთალი. ხილული ლორწოვანი გარსები ვარდისფერი. გულ-

სისხლძარღვთა და სასუნთქი ორგანოების მხრივ ნორმიდან რაიმე მნიშვნელოვანი გადახრა შენიშნული არ არის შინაგანი ორგანოები ნორმის ფარგლებში.

ნევროლოგიური მდგომარეობა — ანიზოკორია, მარცხენა გუჯ: მეტია მარჯვენაზე: რეაქცია სინათლეზე მოსპობილია, აკომოდაციაზე დუნე. სახის მიმიკა შეცვლილი (ნილაბისებური სახე), მეტყველება დიზარტული. მარცხნივ აღინიშნება სახისა და ენის ქვეშა ნერვის დამბლა. მყესთა რეფლექსები ცოცხალი, არათანაბარი, მარცხნივ უფრო აწეული, ვიდრე მარჯვნივ რომბერგის პოზაში ვერ ჩერდება. ბაზინსკის წინაშე მარჯვნივ სუსტად დადებითი, მარცხნივ კი კარგად გამოხატული. სხვა პათოლოგიური რეფლექსები არა აქვს.

ლაბორატორიული მონაცემები — სისხლისა და შარდის საერთო ანალიზი ნორმის ფარგლებშია. ვასერმანის რეაქცია სისხლში მკვეთრად დადებითი (4+). თავზურგტვინის სითხეში როგორც ვასერმანის, ისე ყველა დანარჩენი რეაქცია მკვეთრად დადებითია, ასევე სახეზეა ციტოზი და მომატებული ცილის რაოდენობა.

ფსიქიკური მდგომარეობა — ავადმყოფი სრულიად დეზორიენტირებულია ადგილში, დროში და გარემოში: არ იცის, სად არის, რა დროა, ვინ არიან მის ირგვლივ და სხვა. გაფანტულია, მოუკრეფავი და უყურადღებო. ქცევა უზარო, უმოზნო და მოუფიქრებელი. საწოლში არ ჩერდება. უნდა სადღაც წავიდეს; არ იცის სად. უნდა ექიმს მიმართოს, მაგრამ სათქმელი ავიწყდება. უნდა რაიმე თქვას და ვერ იგონებს. ჩვენს შეკითხვებზე მოგვიანებით, არაადეკვატურად გვპასუხობს. ერთი სიტყვით, სახეზე გვაქვს ცნობიერების პათოლოგია კარგად გამოხატული გაბრუების სახით. რამოდენიმე დღეში გაბრუებამ თითქოს იკლო. ავადმყოფი შედარებით დაწყნარდა. აღარ ფუსფუსებს. მეტ დროს საწოლში ატარებს. თუ წამოდგა, თავის ადგილს ველარ აგნებს. შეკითხვებზე შედარებით ადვეკატურად გვპასუხობს. ვერ ამბობს თავის წლოვანებას. აღარ ახსოვს თავისი ცხოვრების მნიშვნელოვანი თარიღები: როდის გაიწვეეს არმიაში, სად იმყოფებოდა, როდის დაოჯახდა, სად მუშაობდა და სხვა. ისტორიულ თარიღთა რეპროდუქცია სრულიად არ ხდება. ანგარიში 10-ის ფარგლებშია: კი არ შეუძლია. ასოციაციური პროცესები ძლიერ შენელებული, ლატენტური დრო ძლიერ გახანგრძლივებული, პასუხები მხოლოდ ეხოლალური ხასიათის. ავადმყოფი ადვი-

ლად ღიზიანდება, ბრაზობს, თვითონაც არ იცის, რატომ. მალე წყნარდება. ხშირად ტირის. უგუნებობის მიზეზს ვერ ასახელებს. ასევე ხშირად იცინის და არც ეს იცის, რატომ. ხანდახან აღნიშნავს, რომ კარგ ხასიათზეა, რომ მის ირგვლივ ნაცნობ-მეგობრები იმყოფებიან, ქეიფობენ და დროს მხიარულად ატარებენ. სახლში წასვლა არ სურს. თავს ავადმყოფად არ აღიქვამს. ღამით ცუდად სძინავს. საკმელს მაშინ ღებულობს, როდესაც ამის შესახებ შეახსენებენ კრიტიკა თავისი მდგომარეობის მიმართ სრულიად მოსპობილი აქვს.

დიაგნოზი: პროგრესული დამბლა, დემენციური ფორმა.

ექსპერიმენტული გამოკვლევის შედეგები:

1 განწყობა — ადვილად აგზნებადი, სტატიკური, ტლანქი, სტაბილური, მტკიცე, ლოკალური და კონსტანტური.

2 — ოპტიკური განწყობა არა აქვს.

3 — წარმოდგენითი განწყობის ფიქსაციის ცდა მიუღწეველია.

4 — ობიექტივაცია გამოვარდნილია.

5 — ინტელექტუალური ფუნქციები და მათი მიმდინარეობა ჩვენთვის უკვე ცნობილ ცვლილებებს განიცდის:

ყურადღება დაქვეითებულია; კითხულობს ანალიზური გზით აღინიშნება არასწორად წაკითხულის უსასრულო პერსევერაციები.

სიტყვის აღქმაზე განწყობა არ ექმნება.

ახერხებს მხოლოდ ერთი სიტყვის ფიქსაციას. უაზრო მარცვალს ვერც ერთს ვერ აღადგენს. სწავლობს სამ სიტყვასა და ერთ მარცვალს. აღინიშნება უაჰრაჰი ცრუ მოგონებანი.

ცნების შემუშავებისას სრულიად უმწეოა: დახმარების ოთხივე საფეხურის გავლის შემდეგ პრაქტიკულადაც კი ვერ ახერხებს ფიგურათა კლასიფიკაციას. აღინიშნება ერთი მოქმედების უთავბოლო აკვიატება, სხვა მოქმედებაზე გადანაცვლების შეუძლებლობა და სხვა

ერთი სიტყვით, ეს ავადმყოფი ძირითად ჯგუფში შემავალ ავადმყოფთა საერთო მონაცემებს უკლებლივ იმეორებს.

30 მაისს ავადმყოფს აუტრეს მალარია. პირველი შეტევა მოიცა 1 ივნისს, მაღალი სიცხით, ძლიერი შემცივნებითა და შემდგომი ძლიერი ოფლიანობით. შემდგომი შეტევა აღარ განმეორებულა. 10 ივნისს ავადმყოფს განმეორებით აუტრეს მალარია. ოთხი დღის შემდეგ მოიცა ტემპერატურის უმნიშვნელო მომატება, ოღნავი შეკ-

ცივანებით, მცირე ოჯლით. 17/VI-ს ავადმყოფს ჰქონდა ძლიერი მაღარიული შეტევა. ამის შემდეგ კი მაღარია აღარ გამოვლინებულა. მიუხედავად შეტევის პროვაცირების დაჟინებითი ცდისა.

როგორც ვხედავთ, ავადმყოფს მაღარია ძალიან ცუდად აეცრა; სულ ჰქონდა კარგად გამოხატული მხოლოდ ორი შეტევა. ამის შემდეგ, პროგრესული დამბლის სპეციფიკური მკურნალობა ამ ავადმყოფთან აღარ გაუგრძელებიათ. მკურნალობდნენ პენიცილინით (მიიღო 15 მალიონი ერთეული), ბიოქინოლით, გოგირდწყალბადოვანი აბაზანებითა და სხვა ფიზიოთერაპიული საშუალებებით, მაგრამ, როგორც მოსალოდნელი იყო, რაიმე, შესაძინევი გაუმჯობესება ავადმყოფის ფიქიკურ მდგომარეობაში შენიშნული არ ყოფილა. თუმცა ფიზიკურად საგრძნობლად მოიკეთა.

1/VI-დან ჩვენ ხელახლა დავუბრუნდით ამ ავადმყოფის კვლევას, განმეორებითი გამოკვლევის შედეგად დადასტურდა, რომ როგორც განწყობის, ისე ობიექტივაციისა და ცალკეული ინტელექტუალური ფუნქციების მდგომარეობის მხრივაც ავადმყოფი ისეთივე შედეგს იძლევა, როგორც პირველად, ე. ი. მკურნალობის წარუმატებლობის პირობებში, მაშინ, როდესაც ავადმყოფს თერაპიული ზემოქმედების შედეგად ფიქიკური გაუმჯობესების ნიშნები არ გამოუვლენია. ჩვენი ექსპერიმენტული მონაცემები იგივე დარჩა, არავითარი ცვლილება მათში არ მომხდარა.

განვიხილოთ კიდევ ერთი ანალოგიური შემთხვევა, სადაც მკურნალობის შედეგად თერაპიულ გაუმჯობესებას ადგილი არ ჰქონია:

2) ავადმყოფი ს-ვი (ავადმყოფობის ისტორია № 1989). რუსი. 1900 წელს დაბადებული. პროფესიით ვაქრობის მუშაკი. საავადმყოფოში შემოვიდა 1956 წლის 23 აპრილს.

ანამნეზური ცნობები — მემკვიდრეობაში აღინიშნება ალკოპოლიზმი და სულთ ავადმყოფობა მამის მხრივ. სულთ ავადმყოფობის ხასიათი დადგენილი ვერ იქნა. იზრდებოდა ჯანმრთელ ბავშვად. ვითარდებოდა კარგად. ბავშვობაში ავლენდა თავისებურ ხასიათს. იყო ზედმეტად ჯიუტი, თავნება და ტოლებში აგრესიული. სწავლა დროზე დაიწყო. სწავლობდა ცუდად. მეტ დროს თამაშობას ანდომებდა. დაამთავრა 7 კლასი, რის შემდეგაც მოხალისედ წავიდა სამოქალაქო ომში. მიიღო თავის ქალას ცეცხლსასროლი ჭრილობა,

რის შემდეგაც ხუთი წლის განმავლობაში პერიოდულად (თვეში ერთხელ) ჰქონდა ეპილეფსიური ხასიათის გულყრები ჭექაონის ტაძრისა. დაამთავრა სპეციალური სავაჭრო კურსები. საავადმყოფოში შემოსვლამდე მუშაობდა თავის სპეციალობაზე, თუმცა სამუშაო ადგილს ხშირად იცვლიდა თანამშრომლებთან გაუთავებელი კონფლიქტის გამო. ცოლს ადრე დააცილდა, ვერ შეეგუა. ასევე მალე მიატოვა მეორე და მესამე მეუღლეც. შვილები არ ჰყავს.

1930 წელს დაავადდა ლუესით. მკურნალობდა უსაბუთოდ. ამავე წლიდან აღინიშნება გადამეტებული სმა, ხოლო 1940 წლიდან ავადმყოფი ქრონიკული ლოთია. 1945 წელს განმეორებით დაავადდა ათაშანგით. ჩაატარა ინტენსიური მკურნალობა, მაგრამ სისხლში ვასერმანის რეაქცია მაინც დიდხანს დიდებითი შერჩა. 1950 წელს დაპატიმრებულ იქნა ვაჭრობის წესების დარღვევისა და სპეკულაციის გამო. 1955 წლამდე იმყოფებოდა შრომა-გასწორების ბანაკში.

პატიმრობიდან დაბრუნების შემდეგ სამუშაო მალე იშოვნა, მაგრამ დარწმუნდა, რომ მუშაობის გაგრძელება აღარ შეეძლო. დაეწყო ძლიერი თავის ტკივილი, უძილობა, ნევრასთენიული ხასიათის ტკივილები სხეულის სხვადასხვა მიდამოში. გუნებაგანწყობა შეეცვალა, გახდა ზედმეტად გამღიზიანებელი, კონფლიქტური. სმას კიდევ უფრო უმატა, თუმცა პარალელურად ფსიქონევროლოგიურ დისპანსერშიც მკურნალობდა. უჩიოდა მუხსიერების დაქვეითებას.

1956 წლის აპრილის თვიდან ირგვლივმოყვები ამჩნევდნენ, რომ გახდა უჩვეულოდ კეთილი. ყოველთვის კარგ ხასიათზე იყო. ზოგჯერ არაადეკვატურადაც იქცეოდა. 22 აპრილს ფულის მუდგებლად უნდოდა დაერიგებინა საქონელი. ეპატივებოდა მომხმარებლებს, ლანძღავდა დახლის სხვა მუშაკებს. ადმინისტრაციას განუცხადა, რომ მან ვაჭრობის ახალი სისტემა გამოაგონა. ყოველივე ამის გამო მეორე დღესვე მოთავსებულ იქნა ფსიქიატრიულ საავადმყოფოში.

სომატიური მდგომარეობა—საშუალო ტანის, სწორი აგებულების, დამაკმაყოფილებელი კვების, მარცხენა კეფის მიდამოში აქვს ნაწიბური. თავის წლოვანებასთან შედარებით მოხუცად გამოიყურება, პერიფერიული სისხლის ძარღვები სკლეროზული. გულის საზღვრები გადიდებული, ტონები მოყრუებული. ფილტვები ემფიზე-

მური. ალაგ-ალაგ ისმის გაფანტული ხიხინი. სისხლის წნევა 170/90. ღვიძლი გადიდებული და მეკრივი, პალპაციით მტკივნეული — საჭმლის მომნელებელი სისტემა ნორმის ფარგლებში. აღინიშნება მარცხენა საზარდულის ირიბი თიაქარი, საშუალო ზომის, შარდ-სასქესო სისტემა დახედვით პათოლოგიის გარეშე.

ნევროლოგიური მდგომარეობა — აღინიშნება ანიზოკორია: მარჯვენა გუგა მეტია მარცხენაზე. რეაქცია სინათლეზე მოსპობილი. აკომოდაციაზე შენახული. სახის ნერვის პარეზი — მარცხნივ. ამავე მხარეს ენისქვეშა ნერვისა და საშვერა ნერვის ქვედა ტოტ-ს დამბლა მეეს-ძვალთა რეფლექსები ძლიერ ღუნე, თითქმის არ იწვევა. რომბერგის ნიშანი დადებითი. მარჯვნივ ბაბინსკის გარდამავალი ნიშანი. სხვა პათოლოგიური რეფლექსები არ არის. აღინიშნება ძლიერი დიზარტრია.

ლაბორატორიული მონაცემები — სისხლისა და შარდის საერთო ანალიზში ყურადღებაამისაქცევია სისხლში შაქრის, ხოლო შარდში ცილის ნიშნები. ვასერმანის რეაქცია სისხლში სუსტად დადებითი (1+). თავზურგტვინის სითხეში ვასერმანის რეაქცია მკვეთრად დადებითი (4+). ვაიპროდტის, ზაქს-ვიტებსკის, ნონე-აპელტისა დ. პანდის რეაქციები მკვეთრად დადებითი. ციტოზი 270/2, ცილა 0,80%.

ფსიქიკური მდგომარეობა — ადგილში, დროში და გარემოში ორიენტაციას ვერ ახდენს. თავს სომატიურ ავადმყოფად აღიქვამს. ავად არის ათაშანგით. ამჟამად სასტუმროში იმყოფება. უყვრის, რომ ქალებს ვერ ხედავს. სქესობრივად აღგზნებულია, აწუხებს მომვლელ პერსონალს, დიდ ყურადღებას აქცევს ავადმყოფთა მნახველებს. აღინიშნება ინტელექტის მკვეთრი დაქვეითება, რაც მის ყოველ სიტყვაში, ყოველ მოქმედებაში იჩენს თავს. გადამეტებით შთაგონებადია, საერთოდ მშვიდი, წყნარი და ასპონტანური, მაგრამ დროდადრო გუნებგანწყობა აწეული აქვს, ბევრს ლაპარაკობს. გამოთქმებში შეიმჩნევა თავის პიროვნულ შესაძლებლობათა გადაფასების ტენდენცია: გამოიგონა „ვაქრობის ახალი სისტემა“. გრძნობს უზომო ძალისა და ენერგიის მოზღვაებას და სხვა. უფრო გამოკვეთილ მეგალომანიურ აზრებს არ გამოთქვამს. მეხსიერება ძლიერ დაქვეითებული აქვს. ვერ ამბობს თავისი დაბადების თარიღს, არ

იცის რამდენი წლისაა, სად მუშაობდა და სხვა. ისტორიულ თარ-
 ლებს რასაკვირველია ვერ იგონებს. სრულიად არ შეუძლია შრომა,
 თერაპიის პროცესებში ჩაბმა, არაფერი არ გამოსდის, ყველაფერს
 აფუჭებს, განყოფილებაში ბევრს მოძრაობს. საწოლში არ ჩერდება,
 უაზროდ დაეხეტება, წვება სხვის საწოლში, თავისას ხშირად ვერ
 აგნებს. პირადი ჰიგიენის ელემენტარულ მოთხოვნათა დაცვაც კი
 არ შეუძლია, საწოლის პირობებში უსუფთაოა. ხშირად უმიზეზოდ
 ღიზიანდება, ჭავრობს: აქ აღარ მინდა ყოფნა, გამიშვით ჩემს სახლ-
 შიო, თუმცა საკუთარი მისამართი აღარ ახსოვს: „რატო მინდა მისა-
 მართი, მე ყველა მიცნობს“ — ამბობს იგი. აღინიშნება სუსტსუ-
 ლოვნობა: ხშირად უმიზეზოდ ტირის. აქვე უმიზეზოდ დგება კარგ
 ხასიათზე. ავადმყოფის ქცევა მთლიანად გარედან მომდინარე გამ-
 ღიზიანებლებით არის წარმართული: ერთი საგნიდან მეორეზე გადა-
 დის, მეორედან მესამეზე; საუბრისას ერთი თემიდან სხვაზე, სრუ-
 ლიად შემთხვევითი ასოციაციური კავშირის გამო. ძინავს ცუდად.
 საჭმელს კარგად ღებულობს. ხშირად ავადმყოფებსაც პარავს და
 მათ თვალწინ ილუქმება. თავს სულიერ ავადმყოფად არ აღიქვამს.
 თავისი მდგომარეობის მიმართ აბსოლუტურად უკრიტიკოა.

დიაგნოზი — პროგრესული დამბლა, დემენციური ფორმა.

ექსპერიმენტული გამოკვლევის შედეგები:

ყველაზე საინტერესო, რაც ავადმყოფმა გამოავლინა, ეს არის
 ის, რომ მას განწყობა არ ექმნება. მაგალითად: ვაძლევთ საგანწყო-
 ბოს 2-ჯერ, ფიქსაცია არ ხდება.

საგანწყობო ექსპოზიციათა რიცხვს ხუთამდე ვზრდით — შე-
 დგეს ვერ ვღებულობთ. მიუხედავად 15-ჯერ, განწყობა მაინც არ შე-
 ექმნა. მესამე დღეს, 5/V-ს ისევ ვიმეორებთ განწყობის საფიქსაციო
 ცდას:

$$15 \times 4 = 10$$

ინსტრუქციის მიცემისას არაფერს ამბობს. არც თვალების აა-
 ვევაზე ამბობს უარს. ობიექტთა შორის განსხვავებას სწორად აფა-
 სებს, თუმცა პასუხებს თითქოს ავტომატურად იძლევა.

მეორე დღეს კიდევ ვცადეთ განწყობის შექმნა. ახლა საგანწყო-
 ბო ობიექტები 20-ჯერ მივაწოდეთ. გარეგნულად თითქოს კარგად
 აღარებდა, მაგრამ განწყობის ფიქსაცია მაინც არ მოხდა.

მ/V-ს ისევ მივეცით საგანწყობო ობიექტები:

$$30 \times 4 - 10 = 10$$

როგორც ვხედავთ, ამ შემთხვევაში საგანწყობო ექსპოზიციათა რიცხვი 30-მდე გავზარდეთ. ავადმყოფი ობიექტთა განახლებას ადასტურებს, თუმცა ეტყობა, რომ ცდისადმი მაინცდამაინც ინტერესს არ იჩენს, კრიტიკულ ობიექტთა მიცემისას სხვადასხვა საპროვოკაციო კითხვებსაც ვაულობთ: იქნებ არ არის ტოლი, „აბა მარჯვენა კარგად გაიხჩე“ და სხვა, მაგრამ ვერ ვაცდენთ. ავადმყოფი ტოლ ბურთებს მაშინვე აღეკვრატურად, ტოლად აფასებს.

ენახოთ, რა მოხდა 10/V-ს.

$$50 \times 4 - 10 = 10$$

როგორც ვხედავთ, თუმცა საგანწყობო ექსპოზიციათა რიცხვი ამ შემთხვევაში 50-მდე გავზარდეთ, მაგრამ განწყობის ფიქსაციას მაინც ვერ მივალწიეთ.

მომდევნო დღეებში ჩვენ კიდევ რამოდენიმეჯერ ვცადეთ განწყობის შემუშავება, მაგრამ ჩვენი ყოველი ცდა აქაც უშედეგოდ დამთავრდა, თუმცა ზოგიერთ შემთხვევაში საგანწყობო ექსპოზიციათა რიცხვს ჩვენ მიერ 60, 80 და 100-მდეც კი იქნა აყვანილი. ყურადღება მისაქცევია, რომ მიუხედავად საგანწყობო ცდათა ასეთი უსასრულო რაოდენობისა, ავადმყოფს ერთხელაც არ გამოუტყვამს უკმაყოფილება. მას არ მოხერხებია ბურთების შედარება, იგი ყოველთვის მონოტონურად გაიძახოდა აქ დიდიაო. მისი პასუხები თითქოს გაავტომატებულად იყო, ცდისადმი იგი ერთგვარ ინდიფერენტულობას იჩენდა. თუმცა ამ გარემოების მტკიცე საფუძველი ჩვენ არ გვაქვს, მაგრამ ავადმყოფი გარკვეული გაგებით, თითქოს არ ერთვებოდა ცდაში; იგი იმდენად უინტერესოდ და განურჩევლად პასუხობდა, რომ ცდა თითქოს მისი ყურადღების გარეშე რჩებოდა, მან თითქოს მოთხოვნილებაც არ ჰქონდა ბურთების შედარებისა, თუმცა კიდევ ერთხელ უნდა გავიმეოროთ, რომ მიუხედავად ამისა, იგი ბურთების ობიექტურ სიდიდეს ყოველთვის სწორად აფასებდა.

ასეა თუ ისე, ამ ავადმყოფთან განწყობის ფიქსაცია არ მოხდა, რის გამოც იგი ნულეული განწყობის ჯგუფში შემავალი დანარჩენი სამი ავადმყოფის გვერდით მოთავსდა. ასევე არ ექმნება მას განწყობა ოპტიკურ სფეროში.

რაც შეეხება სხვა ექსპერიმენტებს, ეს ავადმყოფი აქაც იჩენდა ჩვენ მიერ ზემოაღნიშნულ ერთგვარ გულგრილობას თუ ინდიფერენტულობას. ცდის შედეგების მიხედვით კი მან ისეთივე სურათი გამოავლინა, როგორიც სტატიკური ავადმყოფებისათვისა დამახასიათებელი, მხოლოდ იმ განსხვავებით, რომ ცალკეულ მოქმედებათა აკვიატებასთან, უსასრულო პერსევერაციებთან აქ ადგილი არა გვქონია.

8/V ავადმყოფს აუცრეს მალარია, მაგრამ ინკუბაციური პერიოდის გავლის შემდეგ სიცხოვან შეტევას ადგილი არა ჰქონდა. 25/V ავადმყოფს განმეორებით აეცრა მალარია, მაგრამ ჩვენთვის გაუგებარი მიზეზის გამო ავადმყოფობის გამოვლენა არც ამ შემთხვევაში მოხდა. მოწვეული იქნა გაფართოებული კონსილიუმი, გადაწყვიტეს კიდევ აეცრათ, მაგრამ ეს ცდაც უშედეგოდ დამთავრდა, ექსპერიმენტული მალარიის გამოწვევა ავადმყოფში რატომღაც ვერ მოხერხდა.

1/VI დაენიშნა სულფოზინით მკურნალობა. ჰქონდა მაღალი სიცხეები (39—40), რასაც ავადმყოფი ძნელად იტანდა. ფიზიკური მდგომარეობა მკვეთრად გაუარესდა, რის გამოც აღნიშნული მკურნალობაც შეწყვეტილ იქნა. დაენიშნა ანტილუესური მკურნალობა და პენიცილინი. პენიცილინის 20 მილიონი ერთეულის მიღება და ბიოქინოლით ანტილუესური მკურნალობის ერთი კურსის ჩატარების შემდეგ ეს ავადმყოფი ჩვენ მიერ განმეორებით იქნა გამოკვლეული.

1/VIII—56

$$15 \times 3 \rightarrow \\ = 10$$

თითქოს კარგად ადარებს, მაგრამ ცდისადმი რაიმე ცხოველ ინტერესს არ იჩენს.

3/VIII—55

$$30 \times 3 \rightarrow \\ = 10$$

როგორც ვხედავთ, განწყობის ფიქსაციას ვეოც ამ შეპთაკევაში მივალწოთ. ავადმყოფს ისევ ნულუული განწყობა აქვს.

5/VIII—56

$$50 \times 3 \rightarrow \\ = 10$$

რაც შეეხება დანარჩენ ექსპერიმენტებს, რაიმე ცვლილება არც ამ მხრივ შეგვიინიშნავს, ავადმყოფი ზუსტად იმეორებს თავის პირვანდელ მონაცემებს.

მაგრამ ჩვენთვის საყურადღებოა ის, რომ არც ავადმყოფის

საერთო-კლინიკურ მდგომარეობაში და არც მისი ლაბორატორიული მონაცემების მხრივ მომხდარა რაიმე ცვლილება — გაუმჯობესება. ზემოაღნიშნული მეურნალობის წარუმატებლობის გამო, ავადმყოფის ფსიქიკური მდგომარეობა არ შეცვლილა, იგი ახლაც ღრმა, ორგანიული კეუსუსტობის მდგომარეობაში იმყოფებოდა.

ახალ ავადმყოფთა დარჩენილ სამ შემთხვევაში მეურნალობის შედეგად ფსიქიკური გაუმჯობესება იქნა მიღწეული. განვიხილოთ ისინი და დავაკვირდეთ მეურნალობის შემდგომ მათ ექსპერიმენტულ მონაცემებს.

3) ავადმყოფი უ-ვი (ავად. ისტორია № 1939) რუსი, 1905 წელს დაბადებული, სამხედრო მოსამსახურე. საავადმყოფოში მოთავსებულ იქნა 1956 წ. 30/V-ს.

ანამნეზური ცნობები — მემკვიდრეობა ჩანმრთელი. ბავშვობაში არ ავადმყოფობდა, იზრდებოდა და ვითარდებოდა ნორმალურად. სწავლობდა კარგად. 1921 წელს მოხალისედ შევიდა წითელ არმიასში. მონაწილეობას ღებულობდა სამოქალაქო ომში. სამხედრო სამსახურში მალე დაწინაურდა. 1925 წელს დაამთავრა სპეციალური სამხედრო სკოლა. 1930 წელს კი სამხედრო აკადემია მონაწილეობას ღებულობდა ბრძოლებში იაპონიასა და ფინეთის წინააღმდეგ. დაჭრილი არ ყოფილა. სამამულო ომის პირველსავე დღეებიდან იმყოფებოდა ფრონტზე. რამოდენიმეჯერ მიიღო იოლი კონტუზია, მრავალი ჭილღო და სამხედრო წოდება. ომი დაამთავრა პოლკოვნიკის ჩინით და 1950 წლამდე მუშაობდა საზღვარგარეთ. ალკოჰოლურ სასმელებს ყოველთვის ზომიერად ეტანებოდა.

1946 წელს დაავადდა ლუესით. მეურნალობდა კარგად, ჩაატარა ხუთი კურსი ლაბორატორიული მონაცემები უარყოფით მაჩვენებლებს იძლეოდა. 1948 წლიდან უჩივის გულის სტენოკარდიული ხასიათის შეტევებს, 1953 წელს ჰქონდა მიკროინფარქტი. მეურნალობდა ხანგრძლივად.

1955 წლის დასაწყისიდან გუნება შეეცვალა, გახდა ადვილად აგზნებადი, კონფლიქტური ამავე დროს ლმობიერიც. იჩენდა ლიბერალურ დამოკიდებულებას თანამშრომლების მიმართ, რის გამოც მიიღო რამოდენიმე მითითება, საყვედური და ბოლოს თანამდებობიდან ჩამოაქვეითეს. დაეწყო უძილობა, თავის ტკივილები. უჩი-

ოდა მეხსიერების დაქვეითებას. სამუშაოს თავს ველარ ართმევდა, ხშირად იმყოფებოდა ბიულეტენზე.

1956 წლიდან აღნიშნული მდგომარეობა მნიშვნელოვნად გაუმჯავდა. მუშაობა სრულიად ვერ შეიძლო. იმყოფებოდა სახლში. ოჯახში ამჩნევდნენ პიროვნების თანდათანობით დეგრადაციას. როგორც ახლობლები გადმოგვცემენ გახდა ჯერ ზერელე, შემდეგ სრულიად უდარდელი. აღინიშნებოდა გუნებ-განწყობის უკრიტიკო აწევა: კარგ ხასიათზე იყო, პატივებდა ნაცნობ-მეგობრებს, აწყობდა ქეიფს, ფულს უაზროდ ფლანგავდა, ყველას ასაჩუქრებდა, თანდათან გამოავლინა ჭკუასუსტობის ნიშნები: ღიად ტოვებდა გაზის ონკანს, აღარ შეეძლო ლიფტით სარგებლობა, ეზოში გასული თავის ბინას ველარ აგნებდა, შეკითხვებზე მოუფიქრებელ და უაზრო პასუხს იძლეოდა. გამარჯვების დღეს (9 მაისს) შეიძინა ორდენების მრავალი ლენტი, მიიყვრა გულზე და სურდა პარადი მიეღო. როდესაც გარეთ არ გაუშვეს აიგზნო, დაამტვრია რაც ხელთ მოხვდა. შემოიხია ტანისამოსი და შიშველი გამოეყარა გარეთ. მოწვეულ იქნა ფსიქიატრი და გადაწყვიტეს მკურნალობა სახლის პირობებში ჩაეტარებინათ. მაგრამ ავადმყოფის მძიმე მდგომარეობის გამო ეს ვერ მოხერხდა და ამიტომ მოთავსებულ იქნა სავადმყოფოში.

სომატიური მდგომარეობა — მაღალი ტანის, სწორი აგებულების, დამაკმაყოფილებელი კვების, კანქვეშა ციხიშვანი ქსოვილი კარგად განვითარებული, ხილული ლორწოვანი გარსები ღია ვარდისფერი, გულის ელექტროკარდიოგრაფიული გადაღებით აღინიშნება კარდიოსკლეროზისათვის დამახასიათებელი ნიშნები. სასუნთქი სისტემა ნორმის ფარგლებში. სიხლის წნევა 180/100. საკმლის მომწვანებელ, პარენქიმულ და შარდ-სასქესო ორგანოთა მხრივ ნორმიდან შესამჩნევ გადახრას ადგილი არა აქვს. ღიაგნოზი: კარდიოსკლეროზი, მიოკარდიოდისტროფია, ჰიპერტონია.

ნერვული სისტემა — გუგები არათანაბარი, მარცხენა მეთია მარჯვენაზე. კიდევები უსწორმასწორო. რეაქცია სინათლეზე ღუნე. აკომოდაციასა და კონვერგენციაზე შენახული. აღინიშნება მარცხენა სახის ნერვის ქვედა ტოტისა და ენისქვეშა ნერვის იოლი სისუსტე. მყეს-ძვალთა რეფლექსები ცოცხალი, თანაბარი ორივე მხარეა. კანის რეფლექსები ნორმალური, პათოლოგიური რეფლექსები არა აქვს, რომბერგის ნიშანი სუსტად დადებითი, მეტყველების

მხრივ იოლი დიზართრია, გარკვევით ვერ გამოთქვამს ენის გასატეხ სიტყვებს.

ლაბორატორიული მონაცემები — სისხლში შაქრის მცირე რაოდენობა. შარდის საერთო ანალიზი პათოლოგიის გარეშე. ვასერმანის რეაქცია სისხლში უარყოფითი. თავზურგტვინის სითხეში ვასერმანი მკვეთრად დადებითი (4+). ასევე მკვეთრად დადებითია სხვა რეაქციებიც. ალინიშნება ციტოზი და დიდი რაოდენობით ცილა.

ფსიქიური მდგომარეობა — ავადმყოფი სრულიად ღებორიენტირებული იყო ადგილში, დროში და გარემოში. შედარებით მშვიდი, მეტ დროს საწოლში ატარებდა. ემოციურად უფრო განუზრუნველი, თუმცა ხანდახან იგზნებოდა, ჩხუბობდა, ჭავრობდა, მაგრამ მიზეზი მალე ავიწყლებოდა და წყნარდებოდა. ალინიშნებოდა სუსტ-სულოვნობა, ტიროდა, ცრემლად იღვრებოდა. თუ გავამხნევებდით მაშინვე კარგ ხასიათზე დგებოდა. ექიმს ყოველთვის სამხედრო სალმით ხვდებოდა. მოითხოვდა რომ ასეთივე სალმით შეგებებოდნენ მასაც, რადგან თავს გენერლად აღიქვამდა. ხშირად იძლეოდა ბრძანებებს. ავადმყოფებს თავის თანამშრომლებად აღიქვამდა. განყოფილების გამგეს მარშლად და სხვა. გონებრივი შესაძლებლობანი სრულიად გამქრალი ჰქონდა. ვერ იხსენებდა ვერცერთ ისტორიულ თარიღს, საკუთარ სახელსა და გვარს. გამოჩენილი მეომრების გვარებს, სამამულო ომის დაწყებისა და დამთავრების თარიღებს, რასაც სრულიად არ განიცდიდა. პიროვნება ღრმა, ორგანიული ჰეპათოსტოზის შედეგად იყო შეცვლილი. ქცევა უაზრო, მოუფიქრებელი. ავტომატური. მიზიდულებანი გაძლიერებული. უზომოდ იკვებებოდა, იჩენდა დაინტერესებას ქალთა სქესის მიმართ, ხშირად დისადმიც იჩენდა სქესობრივ მიზიდულებას. ყველაფრით კმაყოფილი იყო. თავისი მდგომარეობის მიმართ სრულ უკრიტიკობას იჩენდა. თავს არაჩვეულებრივად კარგად გრძნობდა, თავის საკუთარ ფანტაზიებში და ჰეპათოსტოზ გამოთქმებსა თუ სურვილების სამყაროში ცხოვრობდა.

დიაგნოზი: პროგრესული დამბლა, დენენციური ფორმა.

ავადმყოფს შემოსვლის მეორე დღიდანვე აეცრა მალარია, ასე რომ ჩვენ იგი ინკუბაციურ პერიოდში მყოფი გამოვიკვლიეთ.

ექსპერიმენტული გამოკვლევის შედეგად, ავადმყოფმა მოიცა: სტატიკური განწყობა. ობიექტივაციის გამოვარდნა, ინტელექ-

ტის ამოქმედების შეუძლებლობა, სტატიკურობის ფუნქციათა მოქმედებაში გამოვლენა და სხვა, ანუ ისეთივე შედეგი, რასაც ასეთნაირ შემთხვევებში საერთოდ ვღებულობდით.

7 ივნისს ავადმყოფმა მოიცა ძლიერი მალარიული შეტევა, მაღალი სიცხით 40,5, ძლიერი შემცივნებითა და ოფლიანობით. აღინიშნებოდა ქოშინი, გულის მუშაობის შესუსტება, რის გამოც ნაზმარი იქნა საგულე საშუალებები. შეტევა 3—4 საათს გაგრძელდა, რის შემდეგაც ავადმყოფი შესამჩნევად დასუსტდა, საწოლიდან აღგომა ვეღარ შეძლო.

სამი დღის შემდეგ, აღნიშნული შეტევა განმეორდა. ავადმყოფს ახლაც ცუდად გაუხდა გული. სისხლის წნევამ მკვეთრად იმატა 220/120. ენერგიული ზომების მიღების შემდეგ ავადმყოფი გამოყვანილი იქნა მძიმე მდგომარეობიდან.

გათართობული კონსილიუმის შემდეგ გადაწყდა მალარიული შეტევების შეწყვეტა, რადგან ეს უკანასკნელი ავადმყოფის სიცოცხლისათვის გარკვეულ რისკს წარმოადგენდა. ავადმყოფს დაენიშნა პენიცილინი, სტრეპტომიცინი და სპეციალური ანტიმალარიული საშუალებანი, რის შემდეგაც აღნიშნული შეტევა აღარ განმეორებულა.

20 ივნისიდან ავადმყოფს დაენიშნა ანტილუესური მკურნალობა. ფსიქიკურად აღინიშნებოდა გაუმჯობესების ნიშნები. მკურნალობის ერთი მთლიანი კურსის პროცესში და მის შემდეგ ავადმყოფი ფსიქიკურად შესამჩნევად გამოკეთდა, ასე მაგალითად:

გახდა ორიენტირებული ადგილში, დროში და გარემოში. იცოდა, რომ ფსიქიატრიულ საავადმყოფოში იმყოფებოდა, რომ მის ირგვლივ სულთ ავადმყოფები იყვნენ: რიცხვს მიახლოებით ასახელებდა. დაუბრუნდა გარკვეული კრიტიკა თავისი მდგომარეობის მიმართ. ამბობდა, რომ ალბათ მეც ჰქუაზე შევცდიო. იგონებდა თავის ავადმყოფობას „სიზმარავით მახსოვს. ძალიან ვღელავდი“. ბევრი რამ მისი მეხსიერებიდან გამოვარდნილი იყო. თავის ავადმყოფობას ათაშანგს უკავშირებდა: „სულ მეშინოდა ამისი, მაგრამ მაინც ვერ ავიცილე თავიდან უბედურება“. ახლობლებს კარგად ზღებოდა. თავისი მდგომარეობის მიმართ დიდ ინტერესს იჩენდა. ნანობდა, რომ თავისი ჯანმრთელობის საწინააღმდეგოდ ცხოვრებაში ბევრს სცოდავდა, თავს არ უფრთხილდებოდა: „ახლა ყველაფერი ახია ჩემ-

ზე“. გახდა ზედმეტად ყურადღებიანი, ექიმის მიმართ თავა-
ზიანი.

მიუხედავად ავადმყოფის მნიშვნელოვანი ფსიქიკური გაუმჯო-
ბესებისა, მისი ფიზიკური მდგომარეობა თანდათან უარესდებოდა:
აღინიშნებოდა ჰიპერტონია 220—240/100—120, ტკივილები გულის
არეში, ირადიაციით მარცხენა ბეჭის შიდამოში, სუნთქვის გაძნე-
ლება, თავბრუ, ყურებში შუილი და სხვა. ავადმყოფი მწო-
ლიარე იყო და ყოველგვარი მკურნალობა უტარდებოდა.

ამ მდგომარეობაში გამოკვლევისას მან ასეთი შედეგი
მოგვცა:

ჰაპტური განწყობა—2/VIII—56 წ.

$\times_{\text{კ}} \rightarrow$ კარგად ადარებს. პასუხებში დარწმუნებულია
1
(?)
=5

ცოტა ხანს ვასვენებთ და ცდას ვიმეორებთ:

$5 \times_{\text{კ}} \rightarrow$ აინტერესებს სწორ პასუხებს გვაძლევს თუ არა
2
(?)
=5

3/VIII—56 წ. $15 \times_{\text{კ}} \rightarrow$

5
(?)
3
(?)
2
(?)
=5

თავის პასუხებში დაურწმუნებლობას იჩენს. „რა-
ტომ არის, რომ ეს ხან დიდია და ხან, თითქოს
ერთნაირი?“

4/VIII—56 წ. წინააღმდეგ შემთხვევებით განწყობის ეფექტ:
არ ჩანს. კონსტანტურობის საკვლევად ვაძლევთ ისევ დიდ და პა-
ტარა ბურთებს:

$2 \times_{\text{კ}} \rightarrow$ „თითქოს ერთნაირია“

2
(?)
=5

ვასვენებთ:

$5 \times_{\text{კ}} \rightarrow$
3
(?)

$$\begin{array}{r} 1 \\ (7) \\ = 5 \end{array}$$

„ტოლია!“

5/VI II-56 წ.

15 X 4 — ა

6

(7)

2

=

(7)

= 5

„გვეყოფა, რა საჭიროა ამდენი, საშინლად დავიდ ალექ“.

ნახევარი საათის შემდეგ გამოწმებით:

გაძლე ტოლებს

კ - ა

=

„ტოლია“

ავადმყოფის განწყობა ლაბილურია.

ოპტიკური განწყობის ფიქსაციას ჩვენ გამოკვლევის ყოველდღეს ვცდიდით, მაგრამ მიზანს ვერ მივალწით, ავადმყოფს ოპტიკური განწყობა არ ექმნება.

სიტყვის საშუალებით განწყობის ცდისას, ავადმყოფი ექსპერიმენტს სერიოზულად უდგება, ცდილობს წარმოიდგინოს განსხვავებული ობიექტები, მაგრამ ვერ ახერხებს.

ობიექტივაცია. 7/VIII-56 წ. ავადმყოფი ცდის მეორედ გაშეორების შემდეგ (როდესაც ინსტრუქცია გამართივებულია) ახერხებს ობიექტივაციის აქტის მოხდენას, ცნობს კრიტიკულ სიტყვებს.

8/VIII ავადმყოფს საწოლში დაეკარგა ცნობიერება, აღინიშნებოდა ციანოზი და კომატოზური მდგომარეობა, მაჯის აჩქარება გამოვარდნებით და ძლიერ მაღალი სისხლის წნევა 260/150. კლინიკურად, ნევროლოგიურ გასინჯვის შედეგად დადასტურებულ იქნა აპოპლექსიის მოვლენები მარცხენა ჰემისფეროში. ენერგიული ზომების მიუხედავად, ავადმყოფის გამობრუნება ვერ მოხერხდა და მეორე დღეს გარდაიცვალა.

პათანატომიური დიაგნოზი — მასიური სისხლჩაქცევა მარცხენა ჰემისფეროს წინა ცენტრალური ხვეულის მიდამოში. ტვინის სისხლძარღვთა სკლეროზი. კარდიოსკლეროზი და მიოკარდიოდისტროფია. გულის კუნთში აქა-იქ განვითარებულია შემაერთებული ქსოვილი.

აღსანიშნავია, რომ ცენტრალური ნერვული სისტემის მიკროსკოპიული დათვალიერებით პროგრესული დამბლისათვის დამახასიათებელი ცვლილებები შენიშნული არ ყოფილა. ჰისტოპათოლოგიური გამოკვლევა წარმოებულ არ ყოფილა.

აღნიშნული შემთხვევა ნათლად მიუთითებს კლინიკურ და ექსპერიმენტულ მონაცემთა დინამიკაზე, მათ განვითარებაზე. ამასთანავე ეს დინამიკა, მისი პროცესი კლინიკისა და ექსპერიმენტულ მონაცემთა სრული შესატყვისობის, მათი კორელაციის გზით მიმდინარეობს.

სანამ ავადმყოფი კლინიკურად პარალიზური ჰქუასუსტობის ჩამოყალიბებულ სურათს იძლეოდა. მას ჩვენი ექსპერიმენტებით სტატიკური განწყობა და ამ ჯგუფისათვის დამახასიათებელი ყველა მონაცემი უდასტურდებოდა, მაგრამ, როდესაც იგი კლინიკურად ფსიქიკის მხრივ შესამჩნევად გამოკეთდა, ამ დროისათვის მისმა განწყობამ დაჰკარგა თავისი ჩვეული სტატიკურობა და დინამიკური ხასიათი მიიღო, განსაკუთრებით აღვილად აგზნებადის ნაცვლად, ნაკლებად აგზნებადი გახდა, სტაბილურის საწინააღმდეგოდ ლაბილური და სიმტკიცის სამაგიეროდ ნაკლებად მტკიცე ან სუსტიც. ასევე დაუბრუნდა ავადმყოფს ობიექტივაციის უნარი, რომელიც პირვანდელ მდგომარეობაში სრულიად მოსპობილი, გამოვარდნილი ჰქონდა.

ჩვენ ვერ მოვასწარიტ ამ ავადმყოფის ფსიქიკურ ფუნქციათა შესწავლა, მაგრამ გვწამს, რომ ამისი საშუალება რომ მოგვეცემოდა, დინამიკური ჯგუფისათვის დამახასიათებელ შედეგებს მივიღებდით, მით უმეტეს, რომ ავადმყოფის საბოლოო ფსიქიკური სტატუსიდან ნათლად ჩანს მისი შესამჩნევი ინტელექტუალური გამოკეთება.

განვიხილოთ კიდევ ერთი ასეთი ავადმყოფი:

4) ავადმყოფი კ-ნი (ავ-დ. ისტ. № 4268) ებრაელი. 1910 წელს დაბადებული. პროფესიით მუსიკოსი. საავადმყოფოში შემოვიდა 1956 წლის 12 მაისს.

ანამნეზური ცნობები — მემკვიდრეობა დატვირთული. მამა ლოთი, დედა სულით ავადმყოფი, გარდაიცვალა ფსიქიატრიულ კოლონიაში. ბავშვობაში ხშირად ავადმყოფობდა, ითვლებოდა სუსტ და ძნელად აღსაზრდელ ბავშვად. სწავლა დროზე დაიწყო. სწავლობდა კარგად. სკოლასთან ერთად სწავლობდა მუსიკალურ სასწავლებელში, ვიოლინოზე, სადაც გარკვეულ მონაცემებს ავლენდა. საშუალო სკოლის დამთავრების შემდეგ სწავლა გააგრძელა მოსკოვის კონსერვატორიაში, რომელიც წარმატებით დაამთავრა 1935 წელს.

სამამულო ომში მონაწილეობა არ მიუღია. უკრავდა ორკესტრში, ითვლებოდა კარგ მევიოლინედ.

1930 წელს დაავადდა ლუესით. მკურნალობდა უსისტემოდ. 1940 წლიდან მკურნალობს ფსიქონევროლოგიურ დისპანსერში ღიაგნოზებით: ფსიქოპათია, ნევროპათია, სიტუაციური ნევროზი და სხვა. 1935 წლიდან სისტემატურად ლებულობს ალკოჰოლს. 1950 წლიდან ჩამოყალიბდა როგორც ტიპიური ქრონიკული ალკოჰოლიკი, რის გამოც დაითხოვეს ორკესტრიდან. ამის შემდეგ უკრავდა სხვადასხვა რესტორანში. 1953 წელს რესტორანში ჩხუბის დროს ერთმა მთვრალმა სკამი დაარტყა თავში, რის გამოც დიდი ხნით დაჰკარგა გონება და მიიღო თავის ტვინის ძლიერი კომოციო. რამოდენიმე ხანს იწვა საავადმყოფოში. შემდეგ კი დასჩემდა უძილობა, გუნებგანწყობის შეცვლა, თანდათან უნვითარდებოდა მეხსიერებას დაქვეითება. სმას უმატა.

1956 წლის აპრილის თვიდან, რაიმე შესაძენევი მიზეზის მოუხედავად ერთგვარად გამოიცვალა. გახდა ზედმეტად მგრძნობიარე ირგვლივმყოფების მიმართ, ადვილად ტირიდა. ზოგჯერ კარგ ხასიათზე იყო. ხშირად თითქოს ეთიშებოდა გარემოს, თითქოს ცნობიერებას ჰკარგავდა, აღარ იცოდა სად იყო, რას აკეთებდა და სხვა. მეხსიერება ძლიერ დაუქვეითდა. ხშირად სახლში ველარ ბრუნდებოდა. ერთ-ერთი ასეთი უმიზნო ხეტიალის შემდეგ მოხვდა მილიციის განყოფილებაში, სადაც ეჭვი შეეპარათ მის ფსიქიკურ ჯანმრთელობაში და ფსიქიატრის კონსულტაციის შემდეგ მოთავსებული იქნა კაშინკოს სახელობის საავადმყოფოში.

სომატიური მდგომარეობა — საშუალო ტანის, სწორი აგებულების, ასთენური კონსტიტუციის, დაქვეითებული კვების. გულის საზღვრები გადიდებული, ტონები მოყრუებული. ფილტვებში შესუსტებული ვეზიკალური სუნთქვა, პერკუსიით ალაგ-ალაგ მოყრუება. საკმლის მომწვანებული ორგანოები გარეგანი გასინჯვით ნორმალური, ღვიძლი გადიდებული და მკერივი. შარდ-სასქესო ორგანოების მხრივ ავადმყოფი ჩივილებს არ გამოთქვამს.

ნევროლოგიური მდგომარეობა — გუგები არათანაბარი. მარჯვენა მეტია მარცხენაზე, მრგვალი ფორმის. სინათლეზე გუგათა რეაქცია მოსპობილია, აკომოდაციასა და კონვერგენციაზე შენახული. აღინიშნება მარცხენა სახის ნერვის ქვედა ტოტისა და ენისქვეშა

ნერვის პარეზი. თავის ტვინის დანარჩენი ნერვები პათოლოგიას არ განიცდის. მყეს-ძვალთა და კანის რეფლექსები აწეული, უფრო ცოცხალი მარჯვენა მხარეს. რომბერგის ნიშანი მკვეთრად დადებითი. პათოლოგიური ნიშნებიდან სახეზეა ბაბინსკი, ორივე მხარეს. აქილევსის რეფლექსი არ იწვევა არცერთ მხარეს.

ლაბორატორიული მონაცემები: სისხლისა და შარდის საერთო ანალიზი პათოლოგიური ცვლილებების გარეშე. ვასერმანის რეაქცია სისხლში უარყოფითი. თავზურგტვინის სითხეში ვასერმანისა და ყველა სხვა რეაქცია მკვეთრად დადებითი (4+). მომატებული ცილა და ციტოზი.

ფსიქიკური მდგომარეობა — ავადმყოფი ნაწილობრივად ორიენტირებულია ადგილში, იცის რომ საავადმყოფოშია, ხოლო რა ხასიათის საავადმყოფოა ვერ ამბობს. იცის, რომ მალე ზაფხული უნდა მოვიდეს, თვე და რიცხვი არ იცის. ირგვლივმყოფებს სულით ავადმყოფებად არ აღიქვამს, „ჰკვიანები არიან, მაგრამ ყველას თავისი სატკივარი აქვს“. აღინიშნება გონებრივი დაქვეითება. განსაკუთრებით დაქვეითებული აქვს მეხსიერება ვერ იხსენებს მნიშვნელოვან თარიღებს პირადი ცხოვრებიდან. ისტორიული თარიღები ძალიან მიახლოებით და არაზუსტად იცის. ასოციაციური პროცესები შენელებული, ერთმანეთთან შემთხვევითი კავშირებით დაკავშირებული, უაღრესად თვალსაჩინო. რაიმე ამბის მოყოლა სრულიად არ შეუძლია, ერთი თემიდან მეორეზე გადადის, ლაპარაკის ტემპს უმატებს, გარეგან გამლიზიანებლებს ყურადღებას აქცევს და რთავს თავის მონაყოლში, რის შედეგადაც გამოუღდის სრულიად უაზრო რაღაც. გაფანტულია, განსაკუთრებით მოუკრეფავი, შეკითხვებზე პასუხს არ იძლევა, თითქოს ლაპარაკი არ ესმისო, თავისთვის რაღაცას ბუტბუტებს; ჩქარა ისევ „გონზე მოდის“ და თავის ჩვეულ მდგომარეობას უბრუნდება. თავისი ავადმყოფობის შეგნება არა აქვს. თუ ჩავეკითხებით თითქოს ყველაფრით კმაყოფილია და თავს მშვენივრად გრძნობს.

დიაგნოზი: პროგრესული დამბლა, დემენციური ფორმა.

ექსპერიმენტულად ავადმყოფი იძლევა სტატიკურ განწყობას; ობიექტივაციის გამოვარდნას, ინტელექტუალურ შესაძლებლობათა სრული დაკარგვით: თუმცა ამ ავადმყოფის ცალკეული ფსიქიკური ფუნქციების მდგომარეობა ვარიაბილურ ჯგუფში შემავალ ავადმყოფ-

ფთხა მონაცემებს უფრო წააგავს, მაგრამ, როგორც არა ერთხელ აღვნიშნეთ, ეს უკანასკნელი პრინციპულად არ განსხვავდება სტატისტიკური ავადმყოფებისაგან, თუ მხედველობაში არ მივიღებთ ამ გარემოებას, რომ ავტომატიზმები და ფსიქიკურ ფუნქციათა პერსევერაციული ხასიათი მათთან ერთგვარი ტენდენციის სახით არის წარმოდგენილი.

უნდა აღვნიშნოთ, რომ როდესაც ავადმყოფი იმყოფებოდა ზემოაღნიშნული ცნობიერების შეცვლის მდგომარეობაში, მაშინ განწყობის ფიქსაციის დროს იგი სწორად ვერ აფასებდა საგანწყობო ობიექტთა რეალურ სიდიდეს: დიდსა და პატარა ბურთს ტოლად აღიქვამდა. ეს გარემოება ჩვენ მიერ უკვე აღნიშნულია და შეფასებულაა, როგორც უმაღლესი ნერვული მოქმედების ფაზური ცვლილება — გათანაბრების ფაზა.

ის გარემოება, რომ ასეთი ფაზური მდგომარეობა ცნობიერების აღნიშნული პათოლოგიის დროს შეგვხვდა, კიდევ ერთი საბუთია ექსპერიმენტულ და კლინიკურ გამოვლინებათა დამთხვევითა — სხვა მდგომარეობაში ასეთი რამ განწყობის კვლევისას შენიშნული არ ყოფილა.

საავადმყოფოში შემოსვლის მეოთხე დღეს ავადმყოფს აეცრა მალარია. 20/V ავადმყოფმა მოიცა სიცხოვანი მდგომარეობა, მცირე ოფლით, 23-ში კი ნაპდვილი მალარიული პაროქსიზმი, რომელიც რეგულარულად მეორდებოდა ყოველ სამ დღეში. სიცხეებს ავადმყოფი კარგად იტანდა. რამოდენიმე შეტევის შემდეგ დაეტყო ფსიქიკური გაუმჯობესების ნიშნები. 19 ივნისიდან, მას შემდეგ, რაც ავადმყოფმა გადაიტანა 10 მალარიული შეტევა, დაეწყო ანტიმალარიული მკურნალობა, რის შედეგადაც სიცხოვანი პაროქსიზმი ავადმყოფს აღარ ჰქონია. ერთი კვირის შემდეგ ავადმყოფს დაენიშნა მკურნალობა პენიცილინით და სიფილისის საწინააღმდეგო მკურნალობა ბიოქინოლით.

1/VII-დან, მას შემდეგ, რაც ავადმყოფს მართლაც აშკარად შეეტყო ფსიქიკური გამოკეთება, ჩვენ მისი ექსპერიმენტული შესწავლა განვაახლეთ. ამ დროისათვის იგი შემდეგ ფსიქოპათოლოგიურ სურათს იძლეოდა:

ავადმყოფი ორიენტირებული იყო ადგილში, დროში (რიცხვი ეშლება) და გარემოში. „გაიგო“, რომ ფსიქიატრიულ საავადმყოფ-

ფოშია. „მიზნულად“, რომ მის ირგვლივ სულით ავადმყოფები არიან. გადატანილი მდგომარეობა ბუნდოვნად ახსოვდა. ყოველივეს, რისი მოგონებაც შეეძლო სულით ავადმყოფობად თვლიდა. სულით ავადმყოფობის მიზეზად ლუესი, ალკოჰოლი და მძიმე სულიერი ცხოვრება დაასახელა. საგრძნობლად გამოუკეთდა მენსიერება. გაიხსენა მრავალი ფაქტი თავისი პირადი ცხოვრებიდან. ისტორიულ თარიღთა მოგონებისას ნაკლებად ცდებოდა. ავადმყოფი სინტონიური და ადეკვატური იყო. ექიმის ჭეროდა და ცდილობდა ნდობა მოეპოვებინა მის თვალში, როგორც შემსრულებელი ავადმყოფის. გახდა განსაკუთრებით კორექტული და საკუთარი თავის გამასამართლებელი. იხდიდა უამრავ ბოდიშს, იმაზე, რაც, მისი აზრით, ალბათ დაგვიშავა ავადმყოფურ მდგომარეობაში ყოფნის დროს. აქტიურად დაიწყო შრომა, რეცხდა იატაკს, უვლიდა მძიმე ავადმყოფებს. ამბობდა: „მართალია მე მუსიკოსი ვარ და ფიზიკურად არასოდეს არ მიშრომია, მაგრამ დავრწმუნდი, რომ ესაა ადამიანის ჯანმრთელობის წყარო“. განსაკუთრებით ბევრს და მუყაითად მუშაობდა შრომათერაპიის კაბინეტში. აღინიშნებოდა თავისი ავადმყოფობის ღრმად განცდა და ამ ნიადაგზე განვითარებული გუნებგანწყობის დეპრესიული ტონი. ერთი სიტყვით ავადმყოფი თანდათან თითქმის სრულიად გამოდიოდა ავადმყოფური მდგომარეობიდან.

ჩვენმა ექსპერიმენტულმა გამოკვლევებმა კი შემდეგი შედეგებით გავვაშიდირა:

ავადმყოფს შეეცვალა განწყობა: დინამიკურობის, ნაკლები აგზნებადობისა და ლაბილურობის გარდა, ავადმყოფის განწყობამ კიდევ ერთი, ნორმალურ ადამიანთათვის სპეციფიკური თვისება, განწყობის პლასტიკურობა შეიძინა.

ავადმყოფს დაუბრუნდა ობიექტივაციის უნარი. ჩვენ ცდაში ამოცანა მან პირველივე ექსპოზიციასზე გადაწყვიტა, ანუ ინსტრუქციის უკიდურესი გამარტივება მას არ დასჭირვებია.

აზროვნების კვლევისას ავადმყოფმა ჩვენ დინამიკურ ავადმყოფებზე მაღალი ინტელექტი გამოავლინა (დახმარების მეოთხე საფეხური მასთან არ დაგვიკირვებია). ასევე კარგი შედეგები მოგვცა ავადმყოფმა ყურადღებისა (გამოკვლეული იყო ბურღინის მეთოდით) და განსაკუთრებით მენსიერების კვლევის დროს. ფსიქიკურ ფუნქციათა მოქმედების იმპულსირობის ავტომატიზაციისა და მათი

შეშვლილი პარტიკულარული მამულისათვის ტექნიკა ამ შემთხვევაში შენიშნული, რასაც იტყვიან, არ ყოფილა.

ახლა განვიხილოთ უკანასკნელი ავადმყოფის მონაცემები. რომელიც, როგორც დაიხატა, ზეპირმოყვანილის სრულ ანალოგს წარმოადგენს. თვალსა და დაავადებით მის ისტორიასა და ექსპერტულ მონაცემებს:

5) ავადმყოფი ლ-ნი (ავად. ისტ. № 1979) რუსი. 1907 წელს დაბადებულა. პროფესიით მოანგარიშე. საავადმყოფოში მოთავსებულ იქნა 1956 წლის 20 აპრილს.

ანამნეზური ცნობები — აღინიშნება დატვირთული შემკვიდრება: დედის მხრივ სულით ავადმყოფობა, მამის მხრივ კი ფსიქოზი (ჰქონდა მამის ძმას), ალკოჰოლიზმი და ათამანგი. ბავშვობაში იზრდებოდა და ვითარდებოდა ცუდად. გადატანილი აქვს თითქმის ყველა ბავშვთა ინფექცია, გართულებებით. სიარული და ლაპარაკი დაიწყო გვიან. 7 წლამდე აღინიშნებოდა ეპილეფსიური ხასიათის გულყრითი შეტევები. ხასიათით ყოფილა ჭიუტი, ადვილად აგზნებადი. კონფლიქტური. ითვლებოდა ძნელად აღსაზრდელ ბავშვად. სწავლა დროზე დაიწყო. სწავლობდა კარვად. დაამთავრა 7 კლასი. სწავლის გაგრძელება ვეღარ შეძლო ეკონომიური ხელმოკლეობის გამო. დაიწყო მუშაობა მოანგარიშედ, მაგრამ აღრევე მიზნო ხელს სპირტუელის ხმარებას, რის გამოც სამსახურში ვეღარ დაწინაურდა. სიყმაწვილეში აღმოაჩნდა შარდის შეუკავებლობა, რის გამოც სამხედრო სამსახურში გაწვეული არ ყოფილა. 1925 წელს დაოჯახდა, ჰყავს ერთი ქალიშვილი.

1930 წელს დაავადდა ათამანგით. მკურნალობდა ცუდად. 1955 წლიდან, წელიწადში რამოდენიმეჯერ, აღინიშნებოდა ეპილეფსიური ხასიათის გულყრითი შეტევები. ამავ წლიდან სისტემატურად ლოთობს. ქრონიკული ალკოჰოლიზმის გამო რამოდენიმეჯერ უშედეგოდ მკურნალობდა ფსიქონევროლოგიურ დისპანსერში, აქვე დაუხვეს ფსიქოპათიისა და ალკოჰოლური დეგრადაციის დიაგნოზი.

მეუღლის გარდაცვალების შემდეგ, 1953 წლიდან სისტემატური კონფლიქტი ჰქონდა სიძესთან, ბინის თაობაზე. ერთ-ერთი ჩხუბის დროს, ამ უკანასკნელმა მიაყენა თავის ქალს ტრავმა, რის გა-

მოც თავის ტვინის კომოციოს დიაგნოზით მკურნალობდა ნევროლოგიურ კლინიკაში.

1956 წლის თებერვლიდან შეამჩნიეს გუნებგანწყობის უჩვეულო ცვლილება: გახდა მზიარული, სრულიად უდარდელი, უპასუხისმგებლო. პიროვნება გამოიცვალა: დაჰკარგა სირცხვილის გრძნობა, საოცრად დაუტყვეითდა მეხსიერება და სულ მალე სრული ინვალიდი შეიქმნა: ანგარიში სრულიად აღარ შეეძლო ვერ ახდენდა გარემოში ორიენტაციას, იყო გაფანტული და მოუკრეფავი, ხშირად იკარგებოდა, ღამეს ქუჩაში ათენებდა. მაღაზიაში ფულის გადახდა არ სურდა. დაკავებულ იქნა როგორც ქურდი, მაგრამ იმავე დღეს გადმოგზავნეს ფსიქიატრიულ საავადმყოფოში.

სომატიური მდგომარეობა — საშუალოზე დაბალი ტანის, ასთენიური, სუსტი კვების, კანი მკრთალი, ხილული ლორწოვანი გარსები ანემიური სისხლმომოქცევისა და სასუნთქი ორგანოების მხრივ შესამჩნევ პათოლოგიას ადგილი არა აქვს. არც საკმლის მომწელებელი სისტემის მხრივ აღინიშნება ნორმიდან გადახრა ღვიძლი ძლიერ გადიდებული და მკვრივი. ელენთა არ ისინჯება. შარდ-სასქესო ორგანოების მხრივ ავადმყოფი ჩივილებს არ გამოთქვამს.

ნევროლოგიური მდგომარეობა — გუგები არათანაბარი, ანიზოკორია, მარცხენა მეტია მარჯვენაზე, რეაქცია სინათლეზე მოსპობილი, ოკნევრგენაციასა და აკომოლაციზე შენახული. აღინიშნება სტრაბიზმი, — მარცხენა განმზიდველი ნერვის დამბლა. მარცხენა სახის ნერვისა და ენისქვეშა ნერვის პარეზი. სახის გამომეტყველება ამიშიური. მყეს-ძვალთა რეფლექსები შენახულია; მარჯვენა მხარეს უფრო ცოცხალი ვიდრე მარცხნივ. აღინიშნება კანის რეფლექსების ანიზორეფლექსიაც; მარჯვნივ უფრო ცოცხალი ვიდრე მარცხნივ. პათოლოგიური რეფლექსები არა აქვს. რომბერგის ნიშანი მკვეთრად დადებითი. მეტყველება გაძნელებული — დიზართრია.

ლაბორატორიული მონაცემები — სისხლში ანემია. შარდის საერთო ანალიზი ნორმიდან გადახრას არ განიცდის. ვასერმანის რეაქცია სისხლში სუსტად დადებითი (1+). თავზურგტვინის სითხეში ვასერმანი მკვეთრად დადებითი (4+). დანარჩენი რეაქციები: კანის, ციტოზოლის, ზაქს-ვიტბესკის ფრიდმანისა და ნონე-აპელტის დადებითი (3+). ცილა 0,80%, ციტოზი 250/3.

ფსიქიკური მდგომარეობა — ავადმყოფი დეზორიენტირებულია. არ იცის სად იმყოფება ან ვინ მოიყვანა აქ, რა დროა, რა ხდება მის ირგვლივ. საწოლში გაჩერება არ სურს. უაზროდ დადის განყოფილებაში საცვლების ამარად. თავის საწოლს ვერ აგნებს. ჩრველივმყოფებს ნაცნობ-მეგობრებად აღიქვამს. ერთ-ერთი ავადმყოფი თავისი სიძე ჰქონია, რის გამოც ხშირად კონფლიქტი მოსდის მასთან. გუნებგანწყობა გარდამავალი, უფრო ხშირად ცუდ ხასიათზეა. ჭავრობს, ჩხუბობს, რატომ, არ იცის. აღინიშნება გუნების სწრაფი ცვალებადობა, ჩვენთვის უმიზეზოდ იცინის, თვითონ კი კარგ ხასიათზეა, რადგან „ძალიან კარგად“ გრძნობს თავს და დროსაც მხიარულად ატარებს. მეორე წუთში ტირილს იწყებს, არ უნდა აქ დარჩენა, სახლში გამიშვით უზომო ქონება მეკარგებაო. აღინიშნება საკუთარი ფიზიკურ შესაძლებლობათა გადაფასების ტენდენციასხვა მეტნაკლებად გამოხატულ მეგალომანიურ აზრებს არ აწვითარებს. აღინიშნება ორგანული ხასიათის გონებრივი დაქვეითებაძლიერ დაქვეითებული აქვს მეხსიერება, თითქმის სრულიად აღარაფერი ახსოვს. ახალ შთაბეჭდილებებს ვერ ღებულობს. ასოციატიური პროცესები აჩქარებული, ერთმანეთთან შემთხვევითად დაკავშირებული. მეტყველება ავტომატური, რაიმეზე აზრის გაშლასრულიად არ შეუძლია, ლაპარაკობს ყველაფერზე და არ ამბობს არაფერს. ქცევა იმპულსური, მოუფიქრებელი, სტერეოტიპული და პერსევერანტიული ხასიათის. ავადმყოფის შრომა თერაპიის პროცესებში ჩამბა სრულიად შეუძლებელია, ვერაფერს ვერ აკეთებს, არც ცდილობს რაიმე გააკეთოს. ხანდახან ავადმყოფი გაყუჩებულია. შეკითხვებზე არ გვპასუხობს, თავისთვის რაღაცა გაუგებარს ბუტბუტებს. ამ დროს იგი გაფანტული და მოუკრეფავია. ყურადღებას არ აქცევს არაფერს, თითქოს გაბრუებულია, დაინებიით ჩაკითხვის შემდეგ მოგვიანებით და არაადგეკატურად გვპასუხობს, ლაპარაკობს ჩუმი, ოღნავ გასაღონი ხმით. აღნიშნული მდგომარეობიდან მალე გამოდის და უბრუნდება მისთვის ჩვეული აგზნებადობა, იმპულსურობა, უაზრო ფუსფუსი და ემოციური პათოლოგია. ერთი სიტყვით, ავადმყოფი ღრმა, ორგანული პარალიზური ჰქუასუსტობის მდგომარეობაშია; მასში წამოკრილი ყოველნაირი აზრი თუ სურვილი სინამდვილედ მიაჩნია, რის გამოც ყველაფრით კმაყოფილია და თავს

საუკეთესოდ გრძნობს...კრიტიკა თავისი ავადმყოფური მდგომარეობის მიმართ სრულიად მოსპობილია.

დიაგნოზი — პროგრესული დამბლა, დემენციური ფორმა.

ჩვენი ექსპერიმენტული მონაცემების მიხედვით, მკურნალობამდე ავადმყოფს ჰქონდა სტატიკური განწყობა, სრულიად არ ჰქონდა ობიექტივაციისა და ამ სპეციფიკურ-ადამიანური აქტით გაშუალებული ფსიქიკურ მოვლენათა ამოქმედების უნარი.¹

როგორც აღვნიშნეთ ამ შემთხვევაშიც, განწყობის ფიქსაციის ცდის დროს, ჩვენ მიერ შენიშნული იყო უმაღლესი ნერვული მოქმედების ფაზური ცვლილებები (გათანაბრებისა და ულტრაპარადოქსული ფაზა) უნდა შევნიშნოთ, რომ ამ მოვლენებს ჩვენ მაშინ ვაკვირდებოდით, როდესაც ავადმყოფი კლინიკურად სრულიად თავისებურ მდგომარეობაში იყო: გაუყჩებული იყო, შეკითხვებზე არ გვპასუხობდა, თავისთვის რაღაც გაუგებარს ბუტბუტებდა, ყურადღებას არ აქცევდა არაფერს, თითქოს გაბრუებული იყო, დაჟინებით ჩაკითხვის შემდეგ მოგვიანებით და არაადეკვატურად გვპასუხობდა, ლაპარაკობდა ჩუმად, ოდნავ გასაგონი ხმით.

ავადმყოფის მკურნალობა წარმატებით წარიმართა: 27V/I აეცრა მაღარია. 5/V მოიცა პირველი კარგად გამოხატული მაღარიული შეტევა. ავადმყოფის ფიზიკური მდგომარეობა დამაკმაყოფილებელი იყო, ასე, რომ მაღარიით მკურნალობა მისთვის არავითარ საფრთხეს არ წარმოადგენდა. გადაიტანა 12 სიცოვანი შეტევა, რომლის პროცესშიაც და განსაკუთრებით შემდგომი ანტილუესური და პენიცილინით მკურნალობის დროს გამოავლინა მნიშვნელოვანი ფსიქიკური გამოკეთება:

30/VII ორიენტირებულია ადგილში, დროში და გარემოში. იცის რომ ფსიქიატრიულ საავადმყოფოშია, რომ მის ირგვლივ სულით ავადმყოფები იმყოფებიან. თავისი მდგომარეობის მიმართ კრიტიკულია. იცის, რომ გადაიტანა მძიმე ფსიქიკური დაავადება რომელიც ლუესის ნიადაგზე განვითარდა. განვლილი ცხოვრებით უკმაყოფილოა: „ბევრს ვსვამდი, ჯანმრთელობას არ ეუფრთხილდე-

¹ ინტელექტუალურ ფუნქციათა საერთო მდგომარეობის მიხედვით ეს ავადმყოფიც ვარიაბილურთა მსგავს მონაცემებს იძლევა.

ბოდი და ასეთ მდგომარეობაზე მოვედი“. შვილის მიმართ ზედმეტად მკაცრობიარეა. სიძესაც კარგად ლეზულობს და ებოდიშება. პპირდება საავადმყოფოდან რომ გამოვალ მშვიდობიანად ვიცხოვროთო. აქტიურად ებმება განყოფილების ცხოვრებაში. ებმარება მომვლელ პერსონალს, იცავს წესრიგს. წარმატებით მუშაობს შრომათერაპიის კაბინეტში. ექიმს პატივისცემით ეპყრობა. უსაზღვროთ მაღლიერია, რომ „სიკვდილს გადავარჩინეთ“. თავისი მომავალი აინტერესებს. პირობას გვაძლევს, რომ მიხედავს თავის თავს. ავადმყოფობის მდგომარეობა ბუნდოვნად ახსოვს, მძიმედ განიცდის. რის გამოც შეიმჩნევა გუნებგანწყობის საერთო უარყოფითი ტონი. სურს მალე სრულიად მორჩეს და სამუშაოს დაუბრუნდეს.

ასეთ მდგომარეობაში (30/VII-დან 8/VII-მდე) ავადმყოფმა მოიცა ტლანქი-დინამიკური განწყობა, უმნიშვნელოდ გაძნელებული ობიექტივაციის უნარი, აზროვნების იოლი დაქვეითება (ცდა მიმდინარეობდა დახმარების ორი საფეხურის გამოყენებით) და დამაკმაყოფილებელი მონაცემები ყურადღებისა (გამოკვლევა სწარმოებდა ბურღონის ცდით) და მეხსიერების მხრივ.

როგორც ვხედავთ, კლინიკურ და ექსპერიმენტულ ფაქტთა შესატყვისობას ჩვენ მიერ ილუსტრირებული ზუთივე ავადმყოფი განსაკუთრებით ნათლად გვიჩვენებს.

პირველ ორ შემთხვევაში, სადაც თერაპიული ეფექტი სამკურნალო ღონისძიებათა წარუმატებლობის გამო მიღწეული არ ყოფილა, არც ავადმყოფის ექსპერიმენტული მონაცემებია შეცვლილი.

პირველ შემთხვევაში, სადაც განწყობა სტატიკური იყო, იგი სტატიკურივე დარჩა; მეორეში კი, სადაც ნულეულ განწყობასთან გვქონდა საქმე, ავადმყოფს არც უშედეგოდ წარმოებულ თერაპიულ ღონისძიებათა შემდეგ შექმნია განწყობა.

ორივე შემთხვევაში, ავადმყოფთა ობიექტივაციის უნარი, როგორც მკურნალობაზე, ასე მის შემდეგაც, სრულიად მოსპობილ. გამოვარდნილი. იყო, ხოლო, რაც შეეხება ცალკეულ ინტელექტუალურ ფუნქციებს და მათი მიმდინარეობის პროცესს, რაიმე ცვლილებასთან არც აქ გვქონია საქმე.

სამ უკანასკნელ შემთხვევაში კი მკურნალობის წარმატებისა და თერაპიულ გამოკეთებას ყოველთვის თან სდევდა ავადმყოფთა ექსპერიმენტული მონაცემების საფუძვლიანი გაუმჯობესება:

ამ ავადმყოფთა განწყობა დინამიკური ხდებოდა, მათ უბრუნდებოდათ ობიექტივაციისა და აზროვნების უნარი, ისინი ჰკარგავდნენ ფსიქიკურ ფუნქციათა იმპულსური, ავტომატიური დენადობის ტენდენციას, ისევე, როგორც ამ ფუნქციათა თითქმის აუცილებელ პერსევერაციულ მიმდინარეობას.

ყოველივე ამის შემდეგ, ჩვენ სრული უფლება გვქონდა ყოველგვარ ექვს გარეშე აღვნიშნოთ ჩვენს მასალაზე ექსპერიმენტულ და ზოგად-კლინიკურ მონაცემთა სრული დამთხვევის, შესატყვისობის, მთლიანი კორელაციისა, თუ სავსებით გასაგები ურთიერთობის ფაქტი.

მაგრამ ამისათვის, რომ ეს ფაქტი მკითხველმა საბოლოოდ მიიღოს, უკანასკნელად აღვნიშნავთ შემდეგს:

კვლევის მასალის გადმოცემისას ჩვენ შევნიშნეთ, რომ გამოკვლეული გვყავს ერთი ჯანმრთელი ქალი, რომელიც რამოდენიმე წლის წინათ დაავადდა პროგრესული დამბლით და მკურნალობის შემდეგ სავსებით გამოკეთდა.

ეს ავადმყოფი ჩვენ ქუთაისში ვნახეთ 1957 წლის ზაფხულში¹. მაშინ იგი მუშაობდა ქალაქის პირველი პოლიკლინიკის თერაპიულ კაბინეტში ექიმის თანაშემწის თანამდებობაზე. გამოსაკვლევად იგი ჩვენ მიერ ფსიქიატრიულ საავადმყოფოში იქნა გამოძახებული, სადაც ოთხი წლის წინათ იწვა (ავადმყოფობის ისტორია № 51, 1953 წელი).

როგორც ამ ისტორიიდან ირკვევა (მკურნალი ექიმი ა. ფუტყარაძე), მაშინ ავადმყოფი დაავადებული ყოფილა პროგრესული დამბლის დემენციური ფორმით (დიავნოზი დადასტურებულია როგორც კლინიკურად, ისე ნევროლოგიურად და ლაბორატორიული გამოკვლევების საფუძველზე). ჩაუტარებიათ მალარიით მკურნალობის სრული და ანტილუესური წამლობის რამოდენიმე კურსი, მკურნალობდნენ პენიცილინითაც. მკურნალობის შედეგად ავადმყოფი მთლიანად გამოსულა ღრმა, პარალიზური ჰკუთხულობის მდგომარეობიდან და დაახლოებით ექვსი თვის შემდეგ ძველ სამუშაოს დაბრუნებია.

¹ მოქალაქე კ-ვა ე. ბ., 1920 წელს დაბადებული, ქართველი, პროფესიით ფერალი მცხოვრები ქუთაისში.

ჩვენი გამოკვლევების პროცესში ცდისპირი ფსიქიკურად სრულიად ჯანმრთელი იყო. გადატანილი ფსიქოზი კარგად ახსოვდა და ემინოდა მომავალში აღარ განმეორებოდა მსგავსი რამ. უჩიოდა ადვილად დაღლილობას, ხანდახან თავის ტკივილსა და ფხიზელ ძილს ცდილობდა თავისთვის მოეველო. ოჯახის მიმართ, როგორც თვითონ ამბობდა, გადამეტებულ მზრუნველობას იჩენდა: „ავადმყოფობამდე არ ვიყავი ასეთი“-ო. სასახურშიც ზედმეტ პასუხისმგებლობას იჩენდა — „მეშინია რაიმე არ დაეშავო“. ხშირად თავს არ ენდობოდა და სხვას ეკითხებოდა, როგორ მოეგვარებინა ესა თუ ის საქმე; „საკუთარი თავის იმედი აღარ მაქვს, სხვისი ზედამხედველობა მჭირდება“-ო.

ცდისპირმა ექსპერიმენტული გამოკვლევის პროცესშიაც ნორმალური შედეგები მოგვაწოდა. ჩვენი გამოკვლევებით მას აღენიშნებოდა: პლასტიკურ-დინამიკური, ირადირებული განწყობა, სრულიად ნორმალური ობიექტივაციის უნარი, უმნიშვნელოდ დაქვეითებული ყურადღება (გამოკვლევა სწარმოებდა ბურღონის მეთოდით) და სავსებით დამაკმაყოფილებელი მეხსიერება (როგორც ფიქსაცია, ისე რეპროდუქცია და დასწავლა). აზროვნების კვლევისას ცდისპირთან მიღწეულ იქნა ცნების შემუშავება, რომლის პროცესშიაც მან გამოავლინა: ორი ნიშნის მიხედვით კლასიფიკაციის, განზოგადებისა და დეფინიციის იოლი გაძნელება (გამოყენებულ იქნა დახმარების მხოლოდ პირველი საფეხური).

ერთი სიტყვით, ამ ჩვენი მასალის, თუ შეიძლება ითქვას, „საკონტროლო“ შემთხვევაშიც, ავადმყოფის ფსიქიკური მდგომარეობა სავსებით კანონზომიერ შესატყვისობაშია, როგორც მის ფიქსირებულ განწყობასთან, ისე ობიექტივაციის საფუძველზე მიმდინარე მოვლენებთან.

ახლა გვსურს ორიოდ სიტყვით შევეხოთ იმ ავადმყოფებს, რომლებთანაც ჩვენ მიერ განწყობის ფიქსაცია ვერ იქნა მიღწეული. როგორც ვიცით, ამათ ჩვენ ნულეული განწყობის ჯგუფი ვუწოდეთ.

ამ ავადმყოფებიდან ერთის ილუსტრაცია ჩვენ უკვე მოგახდინეთ, საიდანაც დავინახეთ, რომ ავადმყოფი თუმცა ნათელი ცნობიერების მდგომარეობაში იმყოფებოდა და სწორად აფასებდა მიწოდებულ საგანწყობო ობიექტთა რეალურ სიდიდეს, მაგრამ, მიუხე-

დავად ამისა, განწყობის ფიქსაცია მასთან, დიდ-პატარა ბურთების უსასრულოდ მრავალჯერ მიწოდების შემდეგაც, არ გახდა შესაძლებელი.

თუმცა ჩვენ მიერ განწყობის ფიქსაციის ცდის მიმდინარეობის პროცესში ავადმყოფის მხრივ შენიშნული იყო ერთგვარი ინდიფერენტულობა, მაგრამ ეს ინდიფერენტობაში, თუ ერთგვარი განურჩევლობა, არ იყო ისეთი ხარისხის, რომ იგი როგორც განწყობის შექმნის სუბიექტური ფაქტორის (ბურთების სიდიდის შედარების მოთხოვნილება) გამოპრიცხველი გავგეხილა, ამიტომ იმის ახსნისაგან, თუ რატომ ვერ მივალწიეთ აღნიშნულ შემთხვევაში განწყობის ფიქსაციას, ჩვენ თავი შევიკავეთ.

როგორც ცნობილია, სხვადასხვა პათოლოგიური მდგომარეობის დროს, ხანდახან ვხვდებით ისეთ შემთხვევებს, როდესაც ავადმყოფს განწყობა არ ექმნება. ასეთი რამ არც ნორმალურ ადამიანებთანაა სრულიად გამორიცხული. ამიტომ ამ მოვლენის შესწავლისათვის, მისი მიზეზის დასადგენად, ამ მხრივ წარმოებული სპეციალური კვლევაა საჭირო.

ნულეული განწყობის მქონე ოთხი ავადმყოფიდან, ანალოგიურ მდგომარეობასთან გვაქვს საქმე კიდევ ორ შემთხვევაში (ავადმყოფობის ისტორია № 486, 1954 წ. თბილისის ფსიქიატრიული საავადმყოფო და № 73, 1957 წ. — სოხუმის ფსიქიატრიული საავადმყოფო). აქაც, თუმცა ავადმყოფთა საერთო მდგომარეობის მიხედვით, ამ მხრივ თითქოს არავითარ დაბრკოლებასთან არ უნდა გვქონოდა საქმე, მაგრამ განწყობის ფიქსაციას, საგანწყობო ობიექტთა უსასრულოდ მრავალჯერ მიწოდების შემდეგაც ვერ მივალწიეთ.

რაც შეეხება მეოთხე ნულეულ ავადმყოფს, იგი ჩვენ განწყობის საფიქსაციო ცდაში, ისევე, როგორც სხვა ექსპერიმენტულ გამოკვლევებში, უბრალოდ ვერ ჩავრთეთ. მას საერთოდ არ სურდა ჩვენთან საუბარი; მუდამ დაკავებული იყო თავისი განდიდების იდეებით და ჩვენი ყოველი თხოვნა ისეთ „თამაშობად“ მიაჩნდა, „რომლისთვისაც არც ერთი წუთის დაკარგვა არ შეეძლო“.

უნდა აღვნიშნოთ, რომ ვარიაბილურ ჯგუფში შემავალი ერთი ავადმყოფის განწყობა (ისტორია № 2019), ვარიაბილურობის მიხედვით ამ ჯგუფში შემავალი დანარჩენი სამი ავადმყოფის ვარიაბილუ-

რობის საზღვარს სცილდება; ამ თვისებას იგი კიდევ უფრო მეტად იჩენს: მართალია იგი ხან პირველი (სტატიკური) ჯგუფისათვის დამახასიათებელი განწყობის სურათს იძლევა, ხან მეორისას (დინამიკური), მაგრამ არის შემთხვევები, როდესაც ამ ავადმყოფებს განწყობა საერთოდ არ უფიქსირდება. ამდენად, იგი იმ ავადმყოფებსაც გავს, რომლებთანაც ჩვენ განწყობის ფიქსაციას საერთოდ ვერ მივაღწიეთ (ნულეული ჯგუფი).

ისიც უნდა აღვნიშნოთ, რომ არის ერთეული შემთხვევები, როდესაც განწყობის ფიქსაცია ეპიზოდურად. არც სტატიკურ და დინამიკურ ჯგუფში შემავალ ავადმყოფებთან ხდება. ამ აზრით, ისინიც შეიძლება და ჩაგვეთვალო ისეთებად, რომლებიც საერთოს ნულეულ ჯგუფთან ნახულობენ.

როგორც აღვნიშნეთ, ნულეული განწყობის პირველ შემთხვევაში ავადმყოფს არა აქვს ობიექტივაციის უნარი, ძლიერ დაქვეითებული აქვს ცალკეული ფსიქიკური ფუნქციები და სრულიად უძლურია აზროვნებითი ამოცანების გადაწყვეტისათვის. ე.ი. ეს ავადმყოფი სხვა ექსპერიმენტული მონაცემების მიხედვით სტატიკური განწყობის მქონე შემთხვევათა იდენტურ შედეგებს იძლევა. ასეთივეა დანარჩენი ორი ნულეული განწყობის ავადმყოფის ობიექტივაციისა და ცალკეული ინტელექტუალური ფუნქციების კვლევის შედეგებიც, ხოლო ის ავადმყოფი, რომელსაც საერთოდ არ სურდა ჩვენთან ურთიერთობა, ვერც დანარჩენ ექსპერიმენტებში ჩაერთო.

ამის აღნიშვნა იმიტომ დაგვჭირდა, რომ ბაჭიროა სტატიკური განწყობის. მქონე ავადმყოფთა მონაცემებს (ობიექტივაციის გამოვარდნა, აზროვნების უნარის სრული განადგურება), რომლებიც ჩვენ მასალაზე პროგრესული დამბლისათვის განსაკუთრებით დამახასიათებლად, სპეციფიკურად ჩავთვალეთ (და რომლებთანაც ასე ახლო დგას ვარიაბილური განწყობის მქონე ავადმყოფთა მონაცემები), ამ სამი ავადმყოფის ექსპერიმენტული შედეგებიც მივეუმართოთ. ეს რიცხობრივად და პროცენტულად კიდევ უფრო ზრდის იმ მასალას, რომლის საფუძველზეც ჩვენ მიერ მიღებული ძირითადი ფაქტებია მოპოვებული.

საკუთარი ექსპერიმენტული მონაცემების განზოგადების ცდა

ექსპერიმენტული მასალის გადმოცემისას, კერძოდ, ცალკეულ ინტელექტუალურ ფუნქციათა დახასიათების დროს, განსაკუთრებით კი პროგრესული დამბლით დაავადებულთა აზროვნების კვლევის შედეგად მიღებულ მონაცემთა განხილვისას, ჩვენ გზადაგზა ვიძლეოდით გამოვლილ შედეგთა ნაწილობრივ ანალიზს, მაგრამ ჩვენ მიერ ჩატარებულ მუშაობას საერთოდ ზოგადი ანალიზი ესაჭიროება. რათა გავითვალისწინოთ მისი თეორიული ღირებულება და აქედან გამომდინარე პრაქტიკული შედეგები.

განწყობის ცნება თეორიულად, დ. უზნაძისა და მისი უახლოესი მოწაფეების ნაყოფიერი მეცნიერული მოღვაწეობის შედეგად საკმაოდ კარგად არის დამუშავებული, რის გამოც ჩვენ მიერ მიღებულ ექსპერიმენტულ ფაქტთა განზოგადება არ არის ძნელი. მაგრამ, კვლევის ეს მეთოდი ჩვენი. პათოფსიქოლოგიისა და ფსიქიატრიის ინტერესებისათვის გამოვიყენეთ; მისი საშუალებით პროგრესული დამბლის შედეგად გამოწვეული ჰქუასუსტობის პათოფსიქოლოგიური თავისებურების გარკვევის საკითხში ერთგვარი სინათლე გვინდოდა შეგვეტანა, ხოლო ამის საფუძველზე პროგრესული დამბლის ფსიქო-პათოლოგია გაგვეჩილა. რადგან ჩვენ თავიდანვე ასეთი ინტერესებით ვიყავით აღტურვილი, ამიტომ მიღებულ შედეგთა განზოგადობაც გარკვეული გზით უნდა წარიმართოს. ეს გზა კი ისეთი უნდა იყოს, რომელიც ჩვენ თეორიულ ნააზრევს გამოსადეგს გახდის, როგორც პათოფსიქოლოგიის, ისე კლინიკური ფსიქიატრიისათვის.

ჰქუასუსტობის არსის გაგებისათვის ჩვენ აზროვნების ფსიქოლო-
200

გიის დიდი მცოდნის ვიგორტკისა და კლინიკური ფსიქიატრიის დიდი ავტორიტეტის ბირნაუმის თვალსაზრისით გავიზიარეთ, რის გამოც ჩვენი კვლევის გზა და ამ აზრით, გარკვეული თვალსაზრისი პრობლემის დაყენების პროცესშივე იქნა ამორჩეული. ამიტომ ცხადია, ექსპერიმენტულ შედეგთა ანალიზის, მათი თეორიული გააზრებას პროცესიც იმავე მიმართულებით უნდა წარიმართოს.

თუ ჩვენ ამ გზისა თუ თვალსაზრისის ამორჩევისას არ შევმცდარვართ, მაშინ ექსპერიმენტულ მონაცემთა განზოგადობაზე მართალც გარკვეული პრაქტიკული შედეგები უნდა გამოიღოს. როგორც პათოფსიქოლოგიის ისე კლინიკური ფსიქიატრიისათვის.

საინტერესოა, რატომ ვამჟღავნებთ ჩვენ მონაცემთა თეორიული ანალიზისადმი ასეთ ოპტიმიზმს?

იმიტომ, რომ როგორც დავინახეთ, პარალიზური ქუთასუსტობის პათოფსიქოლოგიური პრობლემის გადაწყვეტა დაავადებული ადამიანის პიროვნების, როგორც ყველა ცალკეულ ფსიქიკურ ფუნქციათა მატარებლისა და ბატონ-პატრონის კვლევას მოითხოვს (ბოატრემი, კაპლინსკი და ლუსტერნიკი, გოლანტი, ჩეხოვიჩი, როდიონოვი, მირაკაია და როზენბერგი, მაუცი, პენიტცი).

უფრო იმიტომ, რომ თურმე თუ პროგრესული დამბლით შეპყრობილი ადამიანის პიროვნების შესწავლა ექსპერიმენტული გზით განვიზიარებთ, მაშინ ავადმყოფის „პიროვნული განწყობები“ და „მოთხოვნილებანი“ უნდა შევისწავლოთ, რომელნიც ყოველთვის ითვალისწინებენ „გარემოს კონკრეტულ ფაქტებს“, როგორც თვით ამ მოთხოვნილებათა და განწყობათა „არსებობის პირობას“ (ზეიგარნი).

ბოლოს, იმიტომ, რომ რადგანაც აზროვნების დარღვევა, როგორც მოქმედების, ქცევის პათოლოგიაზე აღმოცენებული ფენომენი უნდა გავიგოთ, ამიტომ ავადმყოფის პიროვნება რაიმე კონკრეტული მოქმედების, ქცევის პროცესში უნდა იქნეს შესწავლილი. რომელსაც თავის მხრივ „გარკვეული დინამიკა“ ახასიათებს (ზეიგარნიკი).

აქმაყოფილებს თუ არა დ. უზნაძის განწყობის ცნება ყველა ზემოაღნიშნულ პირობას? სწავლობს თუ არა ის ადამიანის პიროვნებას სწორედ ექსპერიმენტული გზით? ემყარება თუ არა მისი აღმოცენება ადამიანის „მოთხოვნილებებს“ და „გარემოს კონკრე-

ტულ ფაქტებს“, როგორც ისეთ რამეს, რაც მისი „არსებობის პირობას წარმოადგენს“? აქვს თუ არა მას „გარკვეული დინამიკა“? დაბოლოს, სწავლობს თუ არა ის ადამიანის პიროვნებას „რამე კონკრეტული მოქმედების, ქცევის პროცესში“?

ჩვენ მიერ საკმაოდ ფართოდ იქნა გადმოცემული დ. უზნაძის ვანწყობის ფსიქოლოგიის ზოგადი დებულებები. საიდანაც მკითხველი ალბათ დარწმუნდებოდა, რომ ამ ცნებას, და საერთოდ დ. უზნაძის მოძღვრებას, მართლაც შესწევს უნარი საკმაოდ დასაბუთებული პასუხი გასცეს იმ საკითხებს, რომლებიც ჩვენ მიერ ამორჩეული პრობლემის წინაშე იყო დასმული.

ერთი სიტყვით, მიგვყვით ბირნბაუმისა და ვიგოტსკის გზას და ვნახოთ, რას იძლევა ამ მხრივ ჩვენ მიერ მიღებული შედეგები, მხოლოდ გავიხსენოთ, რას ამბობდნენ ისინი, რა თანმიმდევრობით ჰქონდათ მათ წარმოდგენილი ჰქუასუსტობის პათოფსიქოლოგიური კვლევა და რა უნდა მიეცა, მათი აზრით, ასეთ მუშაობას ფსიქიატრიის კლინიკისათვის.

ამ ავტორთა რწმენით, ჰქუასუსტობა ფსიქიკური ცხოვრების სურათის კანონზომიერად აგებული, გარკვეული სტრუქტურის მქონე, წთლიანობითი ბუნების მოვლენას წარმოადგენს, რომელიც ზოგადი ფსიქოლოგიის კანონებს ემორჩილება. ამიტომ უპირველესად, საკითხავია ის, შეიძლება თუ არა ჩვენი ექსპერიმენტული მონაცემების საფუძველზე პროგრესული დამბლით დაავადებული ადამიანის პიროვნების სტრუქტურის შესახებ შევიშუშოთ წარმოდგენა? არის თუ არა ჩვენი მონაცემები ზოგადფსიქოლოგიური თვალსაზრისით სტრუქტურული ბუნების? შეიძლება თუ არა გავიზიაროთ ისინი ფსიქოლოგიური სტრუქტურის თვალსაზრისით?

თუ ეს შესაძლებელია, მაშინ საძიებელია ის, თუ რამდენად სპეციფიკურია ეს სტრუქტურა, რამდენად თავისებურია იგი, განსხვავდება თუ არა ის სხვა პათოლოგიურ მდგომარეობათა ამგვარივე სტრუქტურებიანგან, რადგან აღნიშნული ავტორები ამბობენ, რომ ყოველი ჰქუასუსტობა მოცემულ „კონკრეტულ“ პათოლოგიურ პირობებში, „თვიაობრივად განსხვავებულ“, „თავისებურ“ გამოხატულებას იძენსო.

ვიგოტსკი და ბირნბაუმი ასკვნიან, რომ ამის შემდეგ ჰქუასუსტობის მკვლევარს საშუალება მიეცემოდა გადაედგა პირველი ნაბი-

ჯი ჭერ ცალკეულ პროცესთა და ოპერაციათა ექსპერიმენტული ანალიზიდან კლინიკურ სურათში ძირითად წარმონაქმნთა და აქედან პიროვნებისა და მისი ფიზიკური ცხოვრების დახასიათების მიმართულებით, ხოლო შემდეგ, გადაეწყვიტა ურთულესი ამოცანა, — გადასულიყო კლინიკური სურათის ფენომენოლოგიური ანალიზიდან მის კაუზალურ, სტრუქტურულ ახსნაზე.

ასეთი შეხედულება ჩვენ წინაშე პირველ რიგში აყენებს საკითხს იმის შესახებ, თუ რა ურთიერთობაში მოვა პარალიზური კუუასუსტობის განწყობის თეორიის თვალსაზრისით შემუშავებული სტრუქტურა იმ ავტორთა შრომებთან, რომლებმაც პროგრესული დამბლის დროს პიროვნების შესწავლა განიზრახეს და მისი ძირითადი ცვლილება გარკვეული ცნებების სახით ჩამოაყალიბეს. შემდეგ კი, ჩვენ წინაშეც დადგება — „ურთულესი“ ამოცანა, — ცვალოთ გადავადტო კლინიკური სურათის ფენომენოლოგიური ანალიზიდან მის „კაუზალურ“, სტრუქტურულ ახსნაზე, ანუ შევეცადოთ ჩვენ მიერ შემუშავებული პიროვნების სტრუქტურის საფუძველზე გავიგოთ პროგრესული დამბლის კლინიკისათვის დამახასიათებელი ცალკეული მოვლენები.

დავიწყოთ თავიდან, ე. ი. ვნახოთ აქვს თუ არა პარალიზურ კუუასუსტობას სტრუქტურული ხასიათი დ. უზნაძის განწყობის თეორიის თვალსაზრისით.

პარალიზური ზეპასუსტობის სტრუქტურული გუნეზისათვის

განწყობის მოქმედების ზოგადი კანონზომიერების მიხედვით.. როგორც ვიცით, ადამიანის ქცევა ორ, პრინციპულად განსხვავებულ საფეხურზე მიმდინარეობს.

პირველი საფეხური განწყობის ანუ იმპულსური მოქმედებას პლანია, სადაც სიტუაცია ადამიანის ცნობიერების მონაწილეობის გარეშე წარმოქმნის რა გარკვეული ქცევის განწყობას, შემდეგში იგი (ეს განწყობა) უშუალოდ გარეთ გამოვლინდება, რეალიზდება ქცევაში, რომელიც სავსებით ადეკვატურია არსებული სიტუაციისა. მაშინ. როდესაც განწყობა აღარ შეესაბამება ახალ სიტუაციას. ქცევა მაინც არ ფერხდება და ილუზორულ აღქმას ვლდებულობთ. ამიტომაც რომ ამ პლანში ქცევა აზროვნების გარეშე მიმდინარეობს,

რისთვისაც იგი, როგორც ადამიანის ქცევის პირველი პლანი, განწყობისეული, ანუ დაბალი დონე უნდა წარმოვიდგინოთ.

სულ სხვა მდგომარეობასთან გვაქვს საქმე მაშინ, როდესაც ქცევა ვერბალურ სიტუაციაში მიმდინარეობს, რადგან აქ მისი ჩამოყალიბება სიტყვის აუცილებელ მონაწილეობას გულისხმობს. ამ დროს ისმება პრობლემა, ჩნდება კითხვა — „რა არის ეს“? რომელზედაც პასუხის გასაცემად აზროვნების აქტები მოდიან მოქმედებაში, რაც თავის მხრივ, სინამდვილის ყოველმხრივი ასახვის პიზანს ემსახურება, ამიტომ ამ მეორე პლანში, ანუ მაღალ დონეზე მიმდინარე ქცევა თავისი ბუნებით არსებითად განსხვავდება იმპულსური ქცევისაგან.

ისიც ვიცით, რომ ნორმალური ადამიანის ქცევას უმთავრესად ის განწყობები აშუალებენ, რომელნიც ქცევის მაღალ ადამიანურ დონეზე არიან შემუშავებულნი.

ფსიქიკის მაღალი დონე განუყრელ ერთიანობაშია ფსიქიკის დაბალ დონესთან. დაბალ დონეზე საგნის თვალაჩინო კონკრეტული მხარეები აისახება. მაღალ დონეზე სუბიექტი ამ კონკრეტულში არსებულ ზოგადს ასახავს; იგი მოვლენის ცოცხალი კვრეტიდან მის აბსტრაქტულ ასახვაზე გადადის, საგნის გრძნობად მოცემულობას შორდება და მის არსს სწვდება.

მაგრამ სრულიად უდაოა, რომ აბსტრაქტული ასახვა, საგნის არსის წვდომა მასში არსებული ზოგადის დანახვა, აუცილებლად მოითხოვს ამ საგანზე აქტიურ შეჩერებას. აქტიური შეჩერების გარეშე, არც საგნის გამოყოფა და აბსტრაქცია შეიძლება და ე. ი. არც მისი აბსტრაქტული ასახვა. ამიტომაც, რომ ფსიქიკის დაბალ, განწყობისეულ დონეზე ჩვენ მხოლოდ იმას ავსახავთ, რაც კონკრეტულადაა მოცემული, ფსიქიკის ამ პლანში ჩვენ ხომ შეუჩერებელივ გადავდივართ ერთი საგნის ასახვიდან მეორეზე, ერთი მომენტის განწყობისეული ასახვიდან მეორე მომენტის ასეთსავე ასახვაზე. საგანზე აქტიური შეჩერება კი ბუნებრივად მის განმეორებით ასახვას პირობადებს, საგნის სპეციალური დაკვირვების ობიექტად ქცევას და ცხადია, მის უფრო სრულყოფილ, აბსტრაქტულ ასახვასაც.

ამგვარად, ობიექტზე აქტიური შეჩერება — ობიექტივაცია, როგორც ეს თავის დროზე იყო ჩვენ მიერ აღნიშნული, ის ფსიქოლოგიური საფუძველია, რომელიც ფსიქიკური მოქმედების, დაბალსა

და მაღალ ღონეს შორის ნორმალურ ურთიერთობას ამყარებს, რომელიც ფსიქიკის სუბიექტის — პიროვნების ქცევის დაბალი ღონედან მაღალ ღონეზე ასვლას აპირობებს.

ადამიანის ქცევის დაბალი და მაღალი ღონის გათვალისწინებით საშუალება გვეძლევა თვით ამ ქცევის მექანიზმთა სტრუქტურულ ბუნებაზე ვიმსჯელოთ, რადგანაც დამტკიცებულია, რომ ქცევის თვისობრივი ცვლილების დროს, ვთქვათ, სულით ავადმყოფობის შემთხვევაში პირველ რიგში სწორედ ამ დაბალსა და მაღალ ღონესთან შორის აუცილებელი ნორმალური ურთიერთობა, მისი ჩვეულებრივ-სტრუქტურაა შეცვლილი.

ადამიანის ქცევის სტრუქტურა, როგორც მისი პიროვნების სტრუქტურაც განიხილება, რადგან დ. უზნაძესთან ზოგადფსიქოლოგიური თვალსაზრისით პიროვნება, როგორც ქცევის სუბიექტია გაგებული.

ამის შემდეგ ძნელი არ უნდა იყოს იმის გათვალისწინება, თუ რა როლი ენიჭება პიროვნების მთლიანობას, მისი ნორმალური სტრუქტურის შენარჩუნების საქმეში ობიექტივაციის უნარს, რომელიც დ. უზნაძის განწყობის თეორიაში ის ფსიქოლოგიური პიროვნებაა, რომლის ნიადაგზედაც ადამიანური, გააზრებული ქცევა იშლება და რომელიც პიროვნების ფსიქიკური ცხოვრების მაღალ ღონეს, მის მთლიანობასა და ქცევის ნორმალურ სტრუქტურას განსაზღვრავს.

ახლა გავიხსენოთ ჩვენი ძირითადი ექსპერიმენტული მონაცემები, რათა გავითვალისწინოთ, თუ რამდენად დაშორდა პროგრესული დამბლით დაავადებული ადამიანის პიროვნების სტრუქტურა ნორმალური პიროვნების სტრუქტურას, ანუ ვნახოთ როგორია ის პათოფსიქოლოგიური საფუძველი, საიდანაც ავადმყოფის არანორმალური ქცევა უშუალოდ გამომდინარეობს.

ჩვენი ექსპერიმენტული გამოკვლევებიდან გამოიჩევა, რომ პროგრესული დამბლით დაავადებულთა დიდ უმრავლესობას ობიექტივაციის უნარი სრულიად მოსპობილი, გამოვარდნილი აქვს. ამიტომაც, რომ მათ არ შეუძლიათ შეაჩერონ განწყობის და, მაშასადამე, მის საფეხურზე მიმდინარე ქცევის ავტომატური აქტების დენადობა. ობიექტივაციის საკვლევი ექსპერიმენტული სიტუაცია, რომელიც ჩვეულებრივ შემთვარხებლად მოქმედებს განწყობაზე, უძლური

აღმოჩნდა, რათა ავადმყოფს ფსიქიკური ენერგია მიემართა იქით. რომ მას განწყობაში ჩაძირული ქცევის აქტები საგანგებო დაკვირვების საგნად გაეხალდა. ყოველი ჩვენი ცდა ამ მხრივ სრულიად უშედეგოდ დამთავრდა, რის გამოც გამოვიტანეთ დასკვნა იმის შესახებ, რომ პროგრესული დამბლის შედეგად განვითარებული ჰეპათოსტოზის დროს ობიექტივაციის ამა თუ იმ სახის დაზიანებასთან კი არა, მის მოსპობასთან, თუ შეიძლება ასე ითქვას, გამოვარდნასთან გვაქვს საქმე.

რაზე უნდა მიუთითებდეს ეს ექსპერიმენტული ფაქტი? როგორი უნდა იყოს ამ ავადმყოფთა პიროვნების სტრუქტურა, თუ ის სპეციფიკური აქტი, რომელიც ადამიანის ფსიქიკური ცხოვრებას დაბალსა და მაღალ საფეხურს შორის კავშირს ამყარებს, ამ შემთხვევაში აღარ არსებობს.

რა თქმა უნდა, ასეთ შემთხვევაში პიროვნება საფუძვლიანადაა დარღვეული, რაც იმაში გამოიხატება, რომ ქცევის მაღალი აზროვნების დონეზე გაშლის საშუალება აქ სრულიად აღარ უნდა არსებობდეს, ეს ადამიანის უმაღლესი ფსიქიკური ფუნქცია აქ სრულიად მოსპობილი, გამოვარდნილი უნდა იყოს.

როგორც ამ ავადმყოფთა ცალკეული ინტელექტუალური ფუნქციების კვლევის შედეგად გამოირკვა, ეს მართლაც ასეა. ჩვენი ავადმყოფებისათვის მიუწვდომელი აღმოჩნდა აზროვნებისათვის დამახასიათებელი გონებრივი ოპერაციების შესრულება — ისინი არა თუ ვერ ახერხებენ სპონტანურად კლასიფიკაციის პრინციპის მონახვას, არამედ თვით ცდის ხელმძღვანელის მიერ ნაჩვენებ ნიშნებს მიხედვითაც კი ვერ განაგრძობენ დაჯგუფებას. პროგრესული დაშლით დაავადებულ ადამიანებს ღრმა, ორგანული ჰეპათოსტოზის მდგომარეობაში, ინტელექტისაგან აღარაფერი აქვთ შემორჩენილი: მათ სრულიად არ შეუძლიათ თავიანთი ქცევა აზროვნებით მეტ-ნაკლებად გაშუალებულ სფეროში წარმართონ; აზროვნებას, როგორც უმაღლესი ფსიქიკური ფუნქციის უნარი მათ სრულიად აღარ აქვთ. ეს ფუნქცია მათთან აღარც არსებობს, აქ ესეც გამოვარდნილია. ამიტომაცაა, რომ ავადმყოფთა მიერ ფიქსირებული განწყობის ავტომატიზმის შეჩერება არა თუ ძნელი, გარდაუვალი აღმოჩნდა. ხოლო განსხვავებული ობიექტების წარმოდგენა და ამ გზით განწყობის აზრით სიტუაციაში ფიქსაცია მათთვის სრულიად შეუძლებელია.

ამრიგად, პროგრესული დამბლით გამოწვეული დემენციასათვის დამახასიათებელი აღმოჩნდა ობიექტივაციის აქტიუა და მის დონეზე მიმდინარე აზროვნების მოშლა. ობიექტივაციის გამოვარდნის გამო ავადმყოფი ვერ ასერსებს ფსიქიკური ცხოვრების ამ პლანისათვის დამახასიათებელი განწყობის შემუშავებას, რომლის საფუძველზეც აზროვნების პროცესები უნდა გაიშალოს, ესაა პარალელური კვლასუსტობის ფსიქოლოგიური პირობა.

მაშ რა უდევს საფუძვლად ავადმყოფი ადამიანის ქცევას, რა წარმართავს მის მოქმედებას?

ის, რაც მისი პიროვნების სტრუქტურას შემორჩა, როგორც ფსიქიკური ცხოვრების ერთადერთი დასაყრდენი. ეს არის განწყობის სფერო. ფსიქიკური მოქმედების პირველი პლანი, ფსიქიკური ცხოვრების დაბალი დონე.

საკმარისია ჩვენ მონაცემებს ჩავუყვარდეთ, რათა სრულიად ცხადად დავინახოთ ჩვენი ავადმყოფებისათვის დამახასიათებელი კვლასუსტობის არანორმალური სტრუქტურული ბუნება. დემენცია აქ შედეგია არა მხოლოდ მეხსიერების ან აზროვნების დაზიანებისა, არამედ კვლასუსტობა ამ შემთხვევაში ფსიქიკის ნორმალური სტრუქტურული მთლიანობის დარღვევას გამოუწვევია. აქ პიროვნებისა და მისი ფსიქიკური ცხოვრების ნორმალური სტრუქტურაა დარღვეული; რაც ასე ადვილი მისაწვდომი აღმოჩნდა ფსიქიკის დაბალ საფეხურზე, როგორც ვნახეთ, სრულიად მიუწვდომელია ფსიქიკური მოქმედების მაღალ, ობიექტივაციის, აზროვნების დონეზე.

ერთი სიტყვით, მაშინ, როდესაც ნორმალური ადამიანის ქცევას ფსიქიკის დაბალი და მაღალი დონის ურთიერთშეთანხმებული მოქმედება, ე. ი. პიროვნების ნორმალური სტრუქტურა განსაზღვრავს, პროგრესული დამბლით დაავადების შემთხვევაში ადამიანის პიროვნება, რომელიც სრულიად მოკლებულია ქცევის აზროვნების დონეზე, სიტყვით სიტუაციაში წარმართვის ყოველგვარ საშუალებას, მხოლოდ აქტუალურ სიტუაციაში რეცეპტორებზე უშუალო ზემოქმედების შედეგად შექმნილი განწყობის ამარად არის დარჩენილი და იგი მხოლოდ ამ უკანასკნელის საფუძველზე შლის თავის ქცევის აქტებს, მას მხოლოდ ასეთი განწყობის საშუალებით შეუძლია მოქმედება.

მაგრამ ჩვენ მასალაში ისეთი ავადმყოფებიც შეგვხვდა, რომლებსაც ობიექტივაციის ამოქმედების უნარი ჯერ კიდევ შემორჩენილი აქვთ (დინამიკური ჯგუფი).

ამ ავადმყოფების ინტელექტუალურ ფუნქციათა კვლევის პროცესში ისიც იქნა დადასტურებული, რომ ისინი არც აზროვნების ამოქმედების საშუალებას არიან მოკლებულნი სრულიად. მართალია ეს უმაღლესი ადამიანური ფუნქცია მათთანაც მძიმე დაზიანებას განიცდის. მაგრამ თვით შესაძლებლობა აზროვნებითი ოპერაციების წარმოებისა, აქ სრულიად გამოვარდნილი კი არ არის, არამედ ჯერ კიდევ როგორღაც არსებობს.

პიროვნების სტრუქტურის მხრივ ეს ავადმყოფებიც თვისობრივად განსხვავდებიან ნორმალური ფსიქოლოგიური სტრუქტურისაგან. რადგანაც მათი ობიექტივაცია ძლიერ დაზიანებას განიცდის. სწორედ ამ სპეციფიკურ-ადამიანური უნარის ასეთი პათოლოგიური მდგომარეობის შედეგია ის გარემოება, რომ ამ შემთხვევაშიც საკმაოდ ღრმად არის დარღვეული კავშირი და ურთიერთთანამშრომლობა ფსიქიკის დაბალსა და მაღალ დონეს შორის, მაგრამ არა ისე, რომ ასეთი კავშირი საერთოდ არ არსებობდეს, იგი სრულიად მოსპობილი იყოს და ადამიანი მხოლოდ ფსიქიკის დაბალი დონის საფუძველზე მოქმედებდეს.

ახლა ვნახოთ, რა ხდება ფსიქიკის დაბალ საფეხურზე, გრძნობათა ორგანოებზე უშუალოდ მოქმედი გაღიზიანების შედეგად აქტუალურ სიტუაციაში შექმნილი განწყობის პლანში.

როგორც ვიცით, პროგრესული დამბლით დაავადებულთა დიდი უმრავლესობისათვის ამ მხრივ არსებითი ხასიათის ცვლილებაა შენიშნული. მათი აქტუალურ სიტუაციაში შემუშავებული განწყობა ისეა შეცვლილი, რომ ის ნორმალური ადამიანისათვის ჩვეული განწყობის ტიპისაგან საფუძვლიანად განსხვავდება.

პროგრესული დამბლით დაავადებულთა დიდ უმრავლესობასთან განწყობა ადვილი აგზნებადობით, სტატიკურობით, სიტლანქით, სტაბილურობით, სიმტკიცით, ლოკალურობითა და კონსტანტურობით გამოირჩევა.

მაგრამ, განწყობის ნორმალური ტიპის აღნიშნული პათოლოგიური ცვლილება მთელ ჩვენ მასალაზე მაინც არ ვრცელდება.

ჩვენი გამოცვლევების შედეგად, თუმცა მცირე, მაგრამ, ავადმყოფთა მაინც გარკვეულ რაოდენობას ნაკლებად აგზნებადი, დინამიკური, ტლანქი, ნაკლებად სტაბილური, ნაკლებად მტკიცე, ლოკალური და კონსტანტური განწყობა აქვს. ასეთი ტიპის განწყობა, საერთოდ მეტ-ნაკლებად დამახასიათებელია ნორმალური ადამიანებისათვის.

ამაჲ გარდა, განწყობის ძირითადი, სტატიკური ტიპი ჩვენ იხუთ ავადმყოფებთან გვხვდება, რომლებსაც ობიექტივაციის მძიმე პათოლოგია, მისი გამოვარდნა უდაბურდებთ, ხოლო დინამიკური განწყობის მონაცემებს ის მცირერიცხოვანი ავადმყოფები ამჟღავნებენ, რომელთაც ობიექტივაცია თუმცა ძლიერ დაზიანებული აქვთ, მაგრამ მათთან ეს უნარი მაინც როგორღაც ჯერ კიდევ შერჩენილია.

როგორც ვხედავთ, ჩვენი მასალის მიხედვით პროგრესული დამბლის დროს ორ, ერთმანეთისაგან განსხვავებულ პათოფსიქოლოგიურ სტრუქტურასთან გვაქვს საქმე:

მასალის დიდ უმრავლესობაში ავადმყოფთა განწყობა თავისი თვისებების მიხედვით ძლიერ შორსაა ნორმალური ადამიანისებობის დამახასიათებელი განწყობის ტიპისაგან, ობიექტივაცია კი სრულიად აღარ არსებობს, ავადმყოფთა უმცირესობა კი ობიექტივაციის აქტის მძიმე დაზიანებასა და ნორმალურ ადამიანთათვის ასე თუ ისე დამახასიათებელი განწყობის სურათს იძლევა.

როგორც პირველ შემთხვევაში, ისე მეორეში ავადმყოფის პიროვნება, მისი სტრუქტურაა შეცვლილი, მაგრამ ისე, რომ სტატიკური განწყობის მქონე ავადმყოფი მხოლოდ პირველ პლანში, განწყობის დონეზე მოქმედებს, ხოლო დინამიკურ ჯგუფში შემავალ ავადმყოფებს თუმცა დიდი გაჭირვებით, მაგრამ მაინც შეუძლიათ თავისი ქცევა მაღალ საფეხურზე წარმართონ, თუმცა ეს „მაღალი“ საფეხური საფუძვლად დარღვეული „პიროვნების“ პლანია.

საკითხავია, არსებითი ხასიათისაა თუ არა განსხვავება ამ ორ პათოფსიქოლოგიურ სტრუქტურას შორის.

ამ კითხვაზე, ცხადია, მხოლოდ დადებითი პასუხი შეიძლება არსებობდეს, რადგან მათ შორის განსხვავება მართლაც თვსობრივ-ბუნებისაა: პირველ შემთხვევაში პიროვნების არანორმალური სტრუქტურა მხოლოდ არსებითად შეცვლილი განწყობის საფეხურიითაა წარმოდგენილი, მაშინ, როდესაც მეორე შემთხვევაში ფსიქიკური მოქმედების მაღალი საფეხურიც თითქმის არაეობს, ხოლო

განწყობის პლანი ამ შემთხვევაში არც თუ ისე შორს დგას ნორმალური ადამიანისათვის დამახასიათებელი ფსიქიკის დაბალი დონედან, რაც შეეხება კავშირს ფსიქიკური მოქმედების ამ ორ დონეს შორის; აქ იგი საფუძვლიანად დარღვეული სახით არის წარმოდგენილი.

როგორღა გავიგოთ აღნიშნული მდგომარეობა? რატომ მივიღეთ ჩვენ პროგრესული დამბლის შემთხვევაში ორი სხვადასხვა ბუნების პათოფსიქოლოგიური სტრუქტურა?

არც ამ კითხვაზე პასუხია გაცემა წარმოდგენს განსაკუთრებულ სიძნელეს, რადგან ეს პათოფსიქოლოგიურ სტრუქტურათა განსხვავებულობა, აუცილებლობითაა გამოწვეული, იგი პროგრესული დამბლის. როგორც სულით ავადმყოფობის, განვითარებისა და მიმდინარეობის კანონზომიერებიდან გამომდინარეობს.

როგორც ვიცით, პროგრესული დამბლა განსაკუთრებულად მძიმე ფსიქოზთა რიგს ეკუთვნის. მას საფუძვლად უდევს წინმავალი დესტრუქციული პროცესი, რომელიც სიფილისით არის გამოწვეული და რაც თავის გამოხატულებას უპირველესად ყოვლისა თავის ტვინის ქერქში პოულობს, თუმცა შემდეგ იგი მთელ ტვინზე და მთელ ორგანიზმში ვრცელდება. სწორედ ამით აიხსნება ყველაზე არსებითი ხასიათის მოვლენა მის კლინიკურ სურათში: ერთი მხრივ თავისებური, წინმავალი, პროგრესული ჰქუასუსტობა და, მეორე მხრივ, მთელი რიგი ე. წ. ფიზიკური ნიშნებისა, რომლებიც ასევე წინმავალი და პროგრესული დამბლითი მოვლენებით არიან გაპირობებულნი. დაავადებას სწრაფი განვითარება და უკიდურესი პროგრესულობა ახასიათებს, რასაც სულ მალე ავადმყოფის პიროვნების სულიერ და ფიზიკურ შესაძლებლობათა სრულ განადგურებამდე მივყავართ; ავადმყოფი იღუპება დაავადებიდან ორისამი წლის განმავლობაში უკიდურესად მძიმე პარალიზური მარაზმის მდგომარეობაში.

როგორც ვხედავთ, ამ ავადმყოფობას, რომელსაც ცენტრალურ ნერვულ სისტემაში მიმდინარე რღვევითი პროცესი უდევს საფუძვლად. განსაკუთრებული ავთვისებიანობა „პროგრესულობა“ ახასიათებს, რაც სულ მალე, პიროვნების მთელი გონებრივი კუთვნილებას სრული გაქრობით მთავრდება. ამას ემატება უკიდურესი ფიზიკური დაუძლურება და ადამიანი კვდება.

მართალია, ჩვენი ავადმყოფები წარსულში ჩატარებული მკურნალობის შედეგად არ დაღუპულან, მაგრამ მათთან, ისევე, როგორც ეს მალარიოთერაპიისათვის საერთოდ დამახასიათებელია, პროცესის შეჩერება ჰკუთასტობის სხვადასხვა სტადიაში, დაავადების განვითარების სხვადასხვა ფაზაში მოხდა. მართალია ჩვენ ავადმყოფთა ფსიქიკური მდგომარეობა ისე ვერ გამოკეთდა, რომ მათ ჩვეულებრივ პირობებში ცხოვრების საშუალება მიეცემოდათ, რის გამოც ისინი ჰკუთასტობის ქრონიკულ მდგომარეობაში დარჩნენ და სამუდამოდ დასახლდნენ ფსიქიატრიულ საავადმყოფოებში, მაგრამ მათი ჰკუთასტობის სურათი, როგორც ეს ამ ავადმყოფთა ფართოდ განხილული ავადმყოფობის ისტორიებიდან ირკვევა, თვალსაჩინოდ განსხვავდება ერთმანეთისაგან დემენციის სიღრმის მისი სხვადასხვა ხარისხის მიხედვით. ასე მაგალითად:

ძირითად, სტატიკური განწყობის ჯგუფში მკურნალობამ მხოლოდ ავადმყოფთა დაღუპვის, ფიზიკური განადგურების საშიშროება მოხსნა, სომატიური გაუმჯობესება მოიცა. ხოლო რაც შეეხება ფსიქიკას, აქ პროგრესულმა დამბლამ თავისი საქმე გააკეთა, ავადმყოფობამ აღამიანი ღრმა, სპეციფიკურ-პარალიზური ჰკუთასტობის მდგომარეობამდე მიიყვანა. დინამიკურ ჯგუფში შემავალ ავადმყოფებთან კი მალარიით მკურნალობამ პროცესის უფრო ადრეულ სტადიაში შეჩერება გამოიწვია, რის გამოც კარგ სომატიურ მდგომარეობასთან ერთად ამ ავადმყოფებს ფსიქიკის შედარებით იოლი დაზიანება შეუნარჩუნა. მართალია, ისინიც ორგანული ჰკუთასტობის მდგომარეობაში იმყოფებიან. მაგრამ დემენციის სიღრმის მიხედვით, განსხვავდებიან ძირითად ჯგუფში შემავალი ავადმყოფებისაგან. როგორც ამ ავადმყოფთა ფსიქიკური მდგომარეობის გადმოცემისას გახდა ნათელი, მათ შედარებით მოწესრიგებული, ადეკვატური ქცევა ახასიათებთ და, საერთოდ, ისინი გაცილებით უფრო უკეთეს მდგომარეობაში მყოფ ავადმყოფთა შთაბეჭდილებას ტოვებენ, ვიდრე სტატიკურ ჯგუფში შემავალი ავადმყოფები.

თუ ყველაფერს, რაც ზემოთ ვთქვით, დავუმატებთ იმას, რომ ჩვენი ექსპერიმენტული ფაქტები როგორც ერთმანეთთან, ისე ავადმყოფთა ფაქტიური კლინიკური მდგომარეობის მიმართაც სრულიად გასაგებ შესაბამისობაში აღმოჩნდნენ, მაშინ ჩვენ შეგვიძლია ვარკვეული წარმოდგენა შევიმუშაოთ პროგრესული დამბლისათვის

დამახასიათებელი პიროვნების პათოფსიქოლოგიური სტრუქტურას ჩამოყალიბების პროცესზეც.

თავდაპირველად, ავადმყოფობა, მაშინვე თვისობრივად ცვლის რა ადამიანის პიროვნებას, აზიანებს მის სპეციფიკურ-ადამიანურ უნარს. — ობიექტივაციას და სახეს უცვლის მის იმპულსურ, ცნობიერების გარეშე მიმდინარე ფსიქიკურ პროცესთა ბუნებას; გადააქცევს მათ ადვილად აგზნებად¹, ტლანქ, ლოკალურ, მეტნაყლებად სტაბილურ და შედარებით მტკიცე ხასიათის პროცესებად.

შემდეგ, პათოლოგიური პროცესის პროგრესული განვითარების შედეგად, ავადმყოფის პიროვნება კიდევ უფრო ღრმად იცვლება. ეს ცვლილება დასაწყისში განვითარებული პათოლოგიისაგან განწყობისა და ობიექტივაციის მონაცემების მიხედვით თვისობრივად განსხვავდება. აქ განწყობა დინამიკურის ნაცვლად სტატიკური, სტაბილური, მტკიცე და ძლიერ ადვილად აგზნებადია, ხოლო ობიექტივაციის უნარი სრულიად აღარ არსებობს, იგი სრულიად მოსპობილი, გამოვარდნილია.

განწყობისა და ობიექტივაციის მონაცემთა, ანუ პიროვნების პათოფსიქოლოგიური სტრუქტურის ზემოაღნიშნული თვისობრივი ცვლა, დაავადების პროგრესული განვითარების პარალელურად ხდება და, ამიტომ, ლოგიკურად გამომდინარეობს რა ერთი გარკვეული პათოლოგიური პროცესის განვითარების კანონზომიერებიდან, პრინციპულად ახალ მოვლენას არ წარმოადგენს. იგი რასაკვირველია გაგებული უნდა იქნეს, მხოლოდ და მხოლოდ როგორც თვით პროგრესული დამბლის ბუნებრივი, სტადიური და ამდენად თვისობრივი განვითარების ჩვენს მონაცემებში გამოვლენილი ფაქტი.

ჩვენი ექსპერიმენტული მასალები რომ მართლაც იქერენ პარალიზური ჰეპსისტოზის ბუნებრივ, სტადიური მიმდინარეობის პროცესს, ამის მაგალითს წარმოადგენს ჩვენ მიერ ცალკე გამოყოფილი ვარიანტილური განწყობის მქონე ავადმყოფები.

¹ დინამიკურ ჯგუფში შემავალ ავადმყოფთა ნაკლებად აგზნებადი განწყობა სტატიკურ ჯგუფში შემავალ ავადმყოფებთან შედარებით ითვლება ნაკლებად აგზნებადად, თორემ ნორმალურ მდგომარეობასთან შედარებით იგი ადვილად აგზნებადია.

როგორც ვიცით, ამ ავადმყოფთა განწყობის ვარიაბილურობა სწორედ იმაში მდგომარეობს, რომ მართალია მათ ძირითადად პროგრესული დამბლით დაავადებულთა უმრავლესობისათვის დამახასიათებელი სტატიკური განწყობის ფონი აქვთ, მაგრამ ამ ფონზე ხანდახან მათი განწყობა დინამიკურ სურათსაც იძლევა და, მაშინ, განწყობის სხვა თვისებები შესაბამისად ემსგავსება დინამიკურ ჯგუფში შემავალ ავადმყოფთა თვისებებს: ნაკლები ავზნებადობა, ასევე ნაკლები სტაბილურობა და სიმტკიცე.

ასეთ მდგომარეობაში, ამ ავადმყოფთა საერთო-კლინიკურ სურათშიც შეიმჩნეოდა ცვლილება — ერთგვარი „გამოცოცხლება“. ხოლო ობიექტივაციის და სხვა ექსპერიმენტულ მონაცემთა მიხედვით ეს ავადმყოფები ყოველთვის იძლეოდნენ სტატიკურ ჯგუფში შემავალ ავადმყოფთაგან თუმცა არა არსებით, მაგრამ, მაინც გარკვეულ განსხვავებას. რაც დინამიკურ ჯგუფში შემავალ ავადმყოფთა საერთო მონაცემებისაგან იყო მიმართული.

აღნიშნულ მდგომარეობას საბოლოოდ ამტკიცებს ის შედეგები. რომლებიც ჩვენ ავადმყოფთა მკურნალობის შემდეგ მივიღეთ; მაღარიით მკურნალობის წარმატებას და ავადმყოფის კლინიკური მდგომარეობის გაუმჯობესებას, როგორც ვნახეთ, ყოველთვის თან სდევს დამახასიათებელი ცვლილება როგორც მის განწყობაში, ისე ობიექტივაციის მდგომარეობაში და ამ უკანასკნელით გაპირობებულ ინტელექტუალურ ფუნქციათა ექსპერიმენტულ მონაცემებში. ასე, რომ დაავადების მიმდინარეობის პროცესის სტადიური კონონომიერების, საწინააღმდეგოდ, რამაც ჩვენ მაშალაში განსხვავებული ბუნების პათოფიქოლოგიური სტრუქტურების სახით იჩინათავე. რომლებსაც ჩვენ ავადმყოფობის განვითარების პარალელურად ვაკვირდებოდით, ჩვენ მონაცემებში შექცევითი, უკუმიმართულებით, პიროვნების აღდგენის, მისი გამოჯანმრთელების, ანუ ფსიქიკური მდგომარეობის გაუმჯობესების პროცესიც საკმაოდ ნათლად ჩანს.

ჩვენ მიერ გამოკვლეულ ახალ ავადმყოფთა მკურნალობის შემდგომი ექსპერიმენტულ და კლინიკური მონაცემების მიხედვით ირკვევა, რომ კარგი რემისიის დროს ავადმყოფის განწყობა თითქმის ან მთლიანად ჯანსაღი ადამიანისათვის დამახასიათებელ სურათს იძლევა, იხსნება განწყობის სტატიკურობა და სიტლანქე, რომლის აღ-

გილსაც პლასტიკურობა და დინამიკურობა იკავებს. ავადმყოფს უპრუნდება ობიექტივაციის უნარი, ხოლო აზროვნებაში ოდნავ შესამჩნევი დეფექტილა ჩანს, ან ისიც არა. ყოველივე ამის შესატყვისად ავადმყოფის ქცევა უფრო მოქნილი ხდება. იგი ადვილად აბერხებს სიტუაციის მიხედვით გადანაცვლებებს, მის ექსპერიმენტულად დაყენებული ამოცანის გააზრებასა და ამის ნიადაგზე სათანადო დასკვნის გამოტანას.

ავადმყოფები, რომლებიც მკურნალობის შემდგომ ჯერ კიდევ ასე თუ ისე ჩამოუყალიბებელი რემისიის მდგომარეობაში შევისწავლეთ, მათი წინანდელი მონაცემების მაგიერ დინამიკური განწყობა და ობიექტივაციის აქტის, ისევე, როგორც მის საფუძველზე მიმდინარე ფსიქიკურ პროცესთა მნიშვნელოვანი ექსპერიმენტული გაუმჯობესების სურათი მოგვცეს.

არსებითად განსხვავებული აღმოჩნდა იმ ავადმყოფთა მდგომარეობა, რომელთა მიმართ მალარიით მკურნალობამ უშედეგოდ ჩაიარა. ამ ავადმყოფების განწყობა ისეთივე აღმოჩნდა, როგორიც ჩვენთვის ძირითადი ჯგუფის ავადმყოფების ექსპერიმენტული დახასიათებდნაა ცნობილი, ანუ ისეთივე, როგორიც მკურნალობამდე იყო. ამ შემთხვევებში არც ობიექტივაციაში და არც ამ ავადმყოფთა აზროვნების მოქმედებაში გვინახავს რაიმე გაუმჯობესება.

ერთი სიტყვით, პროგრესული დამბლა, როგორც მძიმე ორგანული პროცესი, პირველ რიგში ობიექტივაციის აქტს აზიანებს, რაც გამოც ირღვევა ფსიქიკური მოქმედების დაბალსა და მაღალ დონეს შორის ნორმალური ურთიერთობა — პიროვნების ნორმალური ფსიქოლოგიური სტრუქტურა. ამის პარალელურად ზიანდება ობიექტივაციის პლანში მიმდინარე უმაღლესი ფსიქიკური პროცესებიც — ფსიქიკის მაღალი დონე. რაც შეეხება ფსიქიკის დაბალ დონეს, აქ განწყობა იმთავითვე ადვილად აგზნებადი, ტლანქი და ლოკალური ხდება, ასევე იძენს იგი სტაბილობისა და სიმტკიცის ტენდენციას.

აღნიშნული დაზიანებისა და მისი შემდგომი პროგრესული განვითარების გამო, ავადმყოფი ადამიანის პიროვნება თანდათანობით ავტომატური, იმპულსური ბუნების ფსიქიკური აქტებისაკენ იწევს.

საბოლოოდ კი, პროცესის წინსვლისა და ობიექტივაციის არული გამოვარდნის შემდეგ, ავადმყოფი მხოლოდ თავისი იმპულსური,

ავტომატური, აქტუალურ სიტუაციაში შექმნილი განწყობით განსაზღვრული ფსიქიკური აქტების ამარად რჩება, რომელიც თავის მხრივ ძლიერ ადვილად აგზნებადი, სტატიკური, ტლანქი, სტაბილური, მტკიცე და კონსტანტური ხდება.

რადგან ღრმა პარალიზური ჰყუასუსტობის დროს, როგორც ობიექტივაცია, ისე მის დონეზე მიმდინარე ფსიქიკური პროცესებია სრულიად აღარ არსებობს და ავადმყოფის ქცევა მხოლოდ აქტუალურ სიტუაციაში შექმნილი განწყობის საფუძველზე იშლება, ამიტომ განწყობის აღნიშნულმა ცალკეულმა პათოლოგიურმა თვისებებმა ნათელი უნდა მოჰფინოს პროგრესული დამბლით დაავადებული ჰყუასუსტი ადამიანის ქცევას.

ასეთია ჩვენი მონაცემების მიხედვით პროგრესული დამბლით დაავადებული ადამიანის პიროვნების პათოფსიქოლოგიური სტრუქტურა, მისი არანორმალური ქცევის უშუალო ფსიქოლოგიური საფუძველი დ. უზნაძის განწყობის ფსიქოლოგიის თეალსაზრისით.

პარალიზური ჰყუასუსტობის პათოფსიქოლოგიური სტრუქტურის სპეციფიკურობისათვის

ყოველი სულით ავადმყოფობა, როგორც ნორმალური ფსიქიკური მოქმედების აშლის თავისებური, სპეციფიკური, დამოუკიდებელი მდგომარეობა — ყოველი ფსიქოზი, როგორც ნოზოლოგიური ერაუ-ეული — თავისებურ, სპეციფიკურ, მხოლოდ მისთვის დამახასიათებელ პათოფსიქოლოგიურ სტრუქტურას გულისხმობს. რომლის საფუძველზედაც იშლება ცალკეულ ნოზოლოგიურ ერთეულთათვის დამახასიათებელი თავისებური და სპეციფიკური კლინიკური გამოვლიანება. ე. ი. ყოველ კერძო შემთხვევაში, სხვადასხვა ფსიქიკურ აშლილობის დროს თავისებურად იცვლება რა ავადმყოფის პიროვნება. ის განსხვავებული პათოფსიქოლოგიური სტრუქტურებია საძიებელი, საიდანაც სწორედ ასე და არა სხვაგვარად შეცვლილი პიროვნების ავადმყოფური ქცევა გამომდინარეობს.

ფსიქოზთა ფიზიოლოგიური საფუძვლების დამუშავებაც ამ გზით მიმდინარეობს. როგორც ცნობილია, ივანოვ-სმოლენსკი და მისი მიმდევრები, ეძებენ რა პირველი და მეორე სასიგნალო სისტემის

სპეციფიკურ შეცვლას, თუ მათ შორის ავადმყოფობის შედეგად დამყარებული პათოლოგიური ურთიერთობის მდგომარეობას. ცდილობენ ცალკეული ნოზოლოგიური ერთეულები ერთმანეთისაგან სიგნალური სისტემების თავისებური პათოლოგიის გათვალისწინების საფუძველზე გაარჩიონ.

ამიტომ ახლა საკითხავია ის, თუ რამდენად სპეციფიკურია პარალიზური კკუასუსტობის ჩვენ მიერ გაზიარებული პათოფსიქოლოგიური სტრუქტურა, რამდენადაა ის დამახასიათებელი მხოლოდ პროგრესული დამბლისათვის, ანუ როგორ განსხვავდება იგი სპეციალური ფსიქოზთა შედეგად შეცვლილი პიროვნების პათოფსიქოლოგიური სტრუქტურებისაგან.

განწყობის ფსიქოლოგიის თვალსაზრისით ცალკეულ ფსიქიკურ დაავადებათა პათოფსიქოლოგიური სტრუქტურის დადგენისა და ამის ნიადაგზე ამ ავადმყოფობათა ფსიქო-პათოლოგიის განხილვისათვის წარმოებული მთელი მუშაობა, რომელიც პროფ. ი. ბეალავას მიერ არის ჩატარებული, თავიდანვე ამ მიმართულებით იყო ორიენტირებული. ყველაზე უფრო სრული სახით, ჩატარებული ხანგრძლივი მუშაობის შედეგად, დღეისათვის სრულიად გარკვეული შეზღუდულობა არსებობს შიზოფრენიასა და ეპილეფსიაზე; მათთვის დამახასიათებელ პიროვნების სპეციფიკურად შეცვლის მდგომარეობაზე. ეს გარემოება განწყობის პათოფსიქოლოგიის გადმოცემისას ჩვენ მიერ უკვე იყო შენიშნულა, აქ კი, ჩვენს წინაშე დასმული საკითხის გაშუქებისათვის დაგვიკირდება ერთხელ კიდევ გავიხსენოთ იგი.

შიზოფრენია და ეპილეფსია ფსიქიატრიაში ძირითადი ფსიქო-პათოლოგიური პროცესებია, ამიტომ პირველ რიგში ვნახოთ, რა ურთიერთობაშია, რითი განსხვავდება პროგრესული დამბლისათვის დამახასიათებელი პათოფსიქოლოგიური სტრუქტურა მათთვის დამახასიათებელი ამგვარივე სტრუქტურებისაგან.

შიზოფრენიით დაავადებულ ადამიანს ექსპერიმენტულ სიტუაციაში განწყობა ძლიერ ადვილად უფიქსირდება, ხოლო მას შემდეგ, რაც მას განწყობას შევუქმნით, ტოლ ბურთთა ადეკვატური აღქმა ძალიან დიდხანს ვეღარ ხერხდება — განწყობა ძლიერ სტატიკურია. ამ ავადმყოფთა განწყობა სიტლანქითაც ხასიათდება, კონტრასტულ და ასიმეტრიულ ფაზათა მონაცვლეობას ვერც მათთან ვხვდებით

ამის გარდა, შიზოფრენიით დაავადებულებს ფართო ირადიაციისა და გენერალიზაციის მქონე განწყობა აქვთ.

რაც შეეხება ეპილეფსიას, ის ადამიანის განწყობას თითქმის ისევე უცვლის სახეს, როგორც შიზოფრენიული პროცესის— ადვილად აგზნებადობა, სტატიკურობა, სიტლანქე, სტაბილურობა, სიმტკიცე და კონსტანტიურობა, მაგრამ ეპილეფსიით დაავადებული ადამიანის ფიქსირებული განწყობა შიზოფრენიით დაავადებულის განწყობისაგან საკმაოდ თვალსაჩინოდ ლოკალურობით განსხვავდება. ამ დროს ერთი ანალიზატორის მონაწილეობით ფიქსირებულ განწყობას მოქმედების ძალა მხოლოდ ამ ანალიზატორში აქვს, სხვა რეცეპტორი მისი გავლენისაგან სრულიად თავისუფალია. განწყობისა ლოკალურობა ეპილეფსიის დროს ისე შორს მიდის, რომ მისი ირადიაცია არც კორესპონდულ ორგანოებში შეიმჩნევა: ერთი ხელის მონაწილეობით ფიქსირებული განწყობა, მეორე ხელში არ იჩენს თავს და ა. შ. ესაა ის ნიშანი, რომელიც ამ ორი დაავადების დიფერენციულ-დიაგნოზურ გამოიჯვანასაც კი ახერხებს და, ამდენად, გასაჯებია მისი დიდი მნიშვნელობა ფსიქიატრიის პრაქტიკული, კლინიკური საკითხების გადაჭრის დროს.

რაც შეეხება ფსიქიკური მოქმედების მაღალ დონეს, აქ ამ ორ ავადმყოფობას შორის განსხვავე: ულობა კიდევ უფრო თვალნათლივია. მაშინ, როდესაც შიზოფრენიით დაავადებულებს არ ძალუძთ თავიანთი ქცევა ფსიქიკის მოქმედებას მაღალ დონეზე წარმართონ. რადგანაც მათი ობიექტივაციის უნარი ინაქტიურ მდგომარეობაშია, ეპილეფსიის შემთხვევაში ავადმყოფი თავისი სურვილის წინააღმდეგ მოქმედებს; ამ ავადმყოფისათვის არც ისე ადვილია ობიექტივაციით განსაზღვრული მოქმედება, მაგრამ ამ სიძნელეს იგი არ ემორჩილება და ენერგიის მობილიზაციის საშუალებით ახერხებს ობიექტივაციის აქტის ამოქმედებას.

იგივე უნდა ითქვას აზრით სიტუაციაში განწყობის ფიქსაციის შესახებ. აქაც, ავადმყოფს ძალების საგანგებო დაძაბვა სჭირდება, რომ მიაღწიოს განწყობის ფიქსაციას ფსიქიკის მოქმედების ობიექტივაციის საფეხებზე ერთი სიტყვით, ეპილეფსიით დაავადებულს მხოლოდ ნებისყოფის ძალა შველის, რათა ქცევის საფუძველის ისეთი მთლიანობა შეინარჩუნოს, რომელიც ნორმალური ადამიანისა-

თვის არის დამახასიათებელი. ამის შესაძლებლობა ავადმყოფს ხშირად ხელიდან ეცლება და სწორედ ამ დროს გადადის იგი ე. წ. ეპილექსიური ეკვივალენტის მდგომარეობაში, რის გამოც აუცილებელია მისი ფსიქიატრიულ საავადმყოფოში მოთავსება.

შიზოფრენიის დროს, ფსიქიკური ცხოვრების პირველ და მეორე დონეთა შორის კავშირი გათიშულია, რაც საფუძვლად ედება ამ ფსიქოზისათვის დამახასიათებელ ძირითად ფსიქოპათოლოგიურ ნიშანს, პიროვნების გახლეჩას (ასიზისს) და რომლის ნიადაგზეც მთელ რიგ ატაქსიური ხასიათის ქცევებს ვაკვირდებით.

ეპილექსიით შეპყრობილი ავადმყოფი კი მის პიროვნებაში არსებული დეფექტის კომპენსაციას, რაც თვალაჩინოდ განსხვავდება შიზოფრენიული პიროვნების ცვლილებისაგან, ნებელობის ენერგიის მობილიზაციით ახერხებს. ამ ადამიანს არ დაუკარგავს ფიქიკური ცხოვრების პირველ და მეორე დონეთა ურთიერთობაში არსებული ხარვეზის შეცეპების უნარი. ეს მისი ისეთი უპირატესობაა, რომელიც მას საშუალებას აძლევს იცხოვროს და იმუშაოს ადამიანთა საზოგადოებაში და თავისი ქცევა, შიზოფრენიით შეპყრობილ ავადმყოფებთან შედარებით, არსებითად განსხვავებულ საფეხურზე ააგოს.

უბრალო თვალის გადავლევაც საკმარისია, რათა აშკარად დავინახოთ ის განსხვავება, რომელიც ამ პათოფსიქოლოგიურ სტრუქტურებსა და პროგრესული დამბლით დაავადებული ადამიანის პიროვნების სტრუქტურას შორის არსებობს.

ეს განსხვავება ნაკლებად ეხება ფსიქიკური ცხოვრების პირველ პლანს. შეიძლება ითქვას, რომ ამ დაბალ საფეხურზე არავითარი სხვაობა არ არსებობს პროგრესულ დამბლასა და, მაგალითად, ეპილექსიას შორის, ხოლო შიზოფრენიისაგან ეს ავადმყოფობაც გასწყობის ლოკალურობით განსხვავდება.

მაგრამ ძირითადი და არსებითი მნიშვნელობის განსხვავება აქ ობიექტივაციის პლანში დასტურდება. ეს განსხვავება აშკარაა ფსიქიკური ცხოვრების მაღალ საფეხურზე. იგი განსაკუთრებით თვალაჩინოა იქ, სადაც ჩვენ პარალიზური კეჟანუსტობის ფსიქოლოგიურ პირობას მივაგენით.

თუ შიზოფრენიის დროს ობიექტივაციის აქტი ერთგვარ ინაქტიურ მდგომარეობაშია, ან ეპილექსიით დაავადებულს თავისი

ნებელობითი ენერგიის მობილიზაციის გზით მაინც შეუძლია მის ღონეზე მოქმედება, პროგრესული დამბლით ავადმყოფ ადამიანს ფსიქიკის ამ მაღალ, სიტყვისა და აზროვნების საშუალებით გაშუალებულ პლანში მოქმედება სრულიად აღარ შეუძლია, რადგან მათან ობიექტივაციის აქტი, როგორც ასეთი აღარ არსებობს.

თუ პირველ და მეორე შემთხვევაში ფსიქიკური ცხოვრებანი ღონეთა შორის კავშირი და ნორმალური ურთიერთობაა დარღვეული, რაც შიზოფრენიის დროს ამ კავშირის სრული გაწყვეტის მდგომარეობამდე მიდის, პროგრესული დამბლის შემთხვევაში ასეთ კავშირზე, თუ ავადმყოფობის შედეგად პათოლოგიურად შეცვლილ ურთიერთობაზე ლაპარაკი სრულიად ზედმეტია. აქ ავადმყოფი მხოლოდ ფსიქიკური ცხოვრების დაბალ ღონეზე შლის თავის ქცევის აქტებს, იგი მხოლოდ აქტუალურ განწყობის საფუძველზე მოქმედებს.

პროგრესული დამბლის პათოფსიქოლოგიური პრობლემის დაყენების დროს ჩვენ გამოვთქვით იმედი იმის შესახებ, რომ ამ ავადმყოფობის პათოფსიქოლოგიური მექანიზმები სხვა დაავადებათა ვთქვით შიზოფრენიის, ამგვარივე მექანიზმებთან შედარებით გაცილებით უფრო მარტივი უნდა ყოფილიყო, რადგან პროგრესული დამბლის ძირითადი ფსიქოპათოლოგიური სინდრომი — თავისებური, ორგანული ჰეპათოსტოზა, რომელიც ამ ასი წლის წინათაც ვერ იმალებოდა ავადმყოფობის კლასიკური, მანიაკალური, ექსპანსიური თუ დეპრესიული ფორმების შირმის იქით დღეს დაავადების გამოვლენის ერთადერთ ფორმად გვევლინება.

როგორც ვხედავთ, ჩვენი იმედი გამართლდა. მაშინ, როდესაც შიზოფრენიის, ეპილეფსიის, ანდა სხვა რომელიმე სულით ავადმყოფობის დროს, ფსიქიკური ცხოვრების როგორც პირველი, იან მეორე პლანი საფუძველიანად შეცვლილი სახით არსებობს და მათთვის დამახასიათებელი ძირითადი თავისებურებების არსი ამ ღონეთა შორის სპეციფიკურად შეცვლილ ურთიერთობაშია საძიებელი (რაც გარკვეული დაბრკოლებების გამო დღევანდელ პირობებში სავესებით მისაღწევი არც არის), პროგრესული დამბლის დროს ეს სირთულე მოხსნილია. აქ მაღალი დონე ფსიქიკური მოქმედებისა საერთოდ გამორიცხულია; ფსიქიკის ორი, დაბალი და მაღალი საფეხურის ნაცვლად აქ მხოლოდ ერთი, დაბალი საფეხურია შემორ-

ჩენილი, რომელიც ავადმყოფის ვიტალური მოთხოვნებისა და უშუალო, აშკარად არსებული, აქტუალური სიტუაციის საფუძველზე ფუნქციობს.

ერთი სიტყვით, ფსიქოზთა განწყობის თეორიის თვალსაზრისით განხილვისას მათი არსი, მათი სპეციალურობა ფსიქიკის დაბალსა და მაღალ დონეს შორის შეცვლილ კავშირსა და არანორმალურ ურთიერთობაში, ამ ურთიერთობის სპეციფიკაში მდგომარეობს, რომლის გარკვევა არც თუ ისე ადვილი საქმეა, რადგან ჭერჯერობით ობიექტივაციის კვლევის უფრო ზუსტი მეთოდები არ არის დამუშავებული, ეს უკანასკნელი კი ყოველ კერძო შემთხვევაში თავისებურად და სპეციფიკურად იცვლება.

კვლევის დღევანდელ ეტაპზე, იმ მეთოდების საშუალებით, რომლებიც აშკარად ჩვენს განკარგულებაშია, დადგენილია, რომ ეს სპეციფიკური ადამიანური უნარი ერთ შემთხვევაში ინაქტიურ მდგომარეობაშია (შიზოფრენია). სხვა შემთხვევათა ექსპერიმენტული კვლევა მისი „მოციმციმე“ მდგომარეობაში ყოფნას ადასტურებს (ციკლოფრენია), ანდა ადამიანს თავისი ნებისყოფის ძალით შეუძლია მისი მოქმედებაში მოყვანა (ეპილეფსია), ანდა ავადმყოფი მართალია აღის ფსიქიკის ამ მაღალ საფეხურზე, მაგრამ ჩქარა „ცურდება“ ქვევით, ფსიქიკის დაბალი დონესაქენ სწორედ ობიექტივაციის აქტის თავისებური პათოლოგიური მდგომარეობის გამო (ინვოლუციური ფსიქოზი).

ობიექტივაციის აქტი ყოველი ფსიქოზის კერძო შემთხვევაში თავისებურად, სპეციფიკურად არის შეცვლილი, ხოლო ამ თავისებურებისა თუ სპეციფიკურობის უფრო ზუსტი კვლევა მომავლის საქმეა, რადგან ის დაკავშირებულია ობიექტივაციის კლინიკური და ექსპერიმენტული კვლევის უფრო ზუსტი და ნატიფი მეთოდების შემუშავებისა და თვით ამ აქტის ზოგადფსიქოლოგიური ბუნების თუ კანონზომიერებათა შემდგომი დაზუსტება-დამუშავების მიმართულებით ჩასატარებელ მომავალ მუშაობასთან¹.

ამდენადაა მარტივი პროგრესული დამბლის პათოფსიქოლოგიური სტრუქტურა: აქ ობიექტივაციის აქტი და მისით გაპირობებული

¹ თვით განწყობის თეორიის ავტორი დ. უზნაძე, რომელმაც ობიექტივაციას ცნება თავის ფსიქოლოგიურ კონცეფციაში შემდეგ შემოიტანა, ბევრს მუშაობდა

ფსიქიკური პროცესები სრულიად აღარ არსებობს და პიროვნება მხოლოდ აქტუალური განწყობის მოქმედების ამარად არის დარჩენილი.

მაგრამ ობიექტივაციის აქტის მძიმე პათოლოგიას ვაკვირდებით აგრეთვე ოლიგოფრენიული ჰქუასუსტობის შემთხვევაშიც, რის გამოც აუცილებელია მათზე შეჩერება.

თანდაყოლილი ჰქუასუსტობის, ანუ ოლიგოფრენიისათვის დამახასიათებელი პათოფსიქოლოგიური სტრუქტურებისაგან გასამიჯნავად იმ ექსპერიმენტულ მონაცემებს. უნდა დავეყარდნოთ, რომლებიც იდიოტთა, იმბეცილთა და დებილთა გამოკვლევის შედეგად დასტურდება.

ღრმა დებილბთან და იმბეცილბთან განწყობის ფიქსაციის მიღწევა რეცეპტორთა უშუალო მონაწილეობის გზითაც ძლიერ გაძნელებულია ანდა მთელ რიგ შემთხვევაში თითქმის შეუძლებელიც. იდიოტბთან კი განწყობის ფიქსაცია საერთოდ არ ხდება. რაც შეეხება ობიექტივაციის აქტს, მის შესახებ მაჯელობა ამ შემთხვევებში სრულიად ზედმეტია. თანდაყოლილი ჰქუასუსტობის უფრო მაღალ საფეხურზე, ზომიერი დებილბის დროს თანდათან ვუახლოვდებით განწყობის მეტნაკლებად ნორმალურ გამოვლინების შესაძლებლობას, ხოლო „მაღალ“ დეზილბებს შორის უკვე მხოლოდ ობიექტივაციის უნარის უკმარისობასთან გვაქვს საქმე.

საჭიროა სხვაგვარი წარმოშობის ორგანული ჰქუასუსტობის შემთხვევათა განხილვაც (მოხუცებულობითი, არტერიოსკლეროზული, ალკოჰოლური და ა. შ.), მაგრამ ამისი საშუალება არა გვაქვს, რადგან ისინი ჭერჯირობით არ არიან განწყობის თვალსაზრისით გამოკვლეულნი, თუმცა, ცხადია, რომ ამ შემთხვევებშიაც უმთავრესად ობიექტივაციის ღრმა პათოლოგიასთან უნდა გვექონდეს საქმე.

ბოლოს, საჭიროა შევეხოთ არანაკლებად საინტერესო საკითხს იმის შესახებ, თუ როგორ განსხვავდება პროგრესული დამბლისათვის დამახასიათებელი პათოფსიქოლოგიური სტრუქტურა ტვინის

ამ ცნების ზოგადფსიქოლოგიური კანონზომიერებების უფრო ნათლად წარმოდგენისათვის, მისი უკანასკნელი დამთავრებელი ნაშრომი ამ საკითხს ეხებოდა.

დღეს, საქართველოს სსრ მეცნიერებათა აკადემიის დ. უზნაძის სახელობის ფსიქოლოგიის ინსტიტუტში გაცხოველებული მუშაობა სწარმოებს ამ მიმართულებით.

ათაშანგით შეპყრობილი ადამიანის ქცევის ფსიქოლოგიური საფუძვლიანაგან. ენაზე, როგორ იცვლება ადამიანის პიროვნება ერთი და იგივე ეთიოლოგიური საწყისით გაპირობებული სხვადასხვა ხასიათის პათოლოგიური პროცესების დროს. მართალია ამ საკითხზე ჯერჯერობით საბოლოო პასუხის გაცემა ძნელია, მაგრამ აღნიშნული მიმართულებით არსებობს ნაწილობრივ გამოკვლევა, რომლის მონაცემები დაგვეხმარება მათ შორის არსებული განსხვავებების წარმოსადგენად.

ტვინის ათაშანგით დაავადებული ადამიანის ფიქსირებული განწყობა პროგრესული დამბლით დაავადებულთა განწყობისაგან განსხვავებით ნაკლებდ აგზნებადია, სტატეკურის ნაცვლად დინამიკური, ხოლო ლოკალურის საწინააღმდეგოდ ირადირებული. როგორც ვხედავთ, ფსიქიკური ცხოვრების დაბალ დონეზე ამ ორ ავადმყოფობას შორის საკმაოდ თვალსაჩინო განსხვავებაა.

რაც შეეხება ობიექტივაციას, იგი ტვინის ათაშანგით დაავადების შემთხვევაში არსებობს, თუმცა საგრძნობლად შეაუსტეხულია, რაც საშუალებას არ აძლევს ავადმყოფს სათანადო კონტროლი გაუწიოს თავის ავადმყოფურ აზრებსა და მოქმედებებს.

ზემოთქმულის შემდეგ, სადაც შევეცადეთ პროგრესული დამბლისა და სხვა სულით ავადმყოფთა პიროვნების სტრუქტურები ერთმანეთისაგან განგვესხვავებინა, სრული უფლება გვეძლევა დავასკვნათ, რომ პარალიზური ჰეპსუსტობის ის პათოფსიქოლოგიური სტრუქტურა, რომელიც ჩვენ ექსპერიმენტულ მონაცემთა განზოგადების საშუალებით შეგვიძლია წარმოვიდგინოთ, საკმაოდ სპეციფიკურია პროგრესული დამბლისათვის; იგი არა ჰგავს სხვა ფსიქოზთა ამგვარივე სტრუქტურებს და საკმაოდ თვალსაჩინოდ განსხვავდება მათგან.

პარალიზური ჰეპსუსტობის პათოფსიქოლოგიური სტრუქტურა და პროგრესული დამბლით დაავადებული ადამიანის პიროვნების ძირითადი ცვლილება

როგორც აღნიშნეთ, მაღარიოთერაპიის პრაქტიკამ პროგრესული დამბლის ჰეპსუსტობის პათოფსიქოლოგიის მკვლევარებს ხელი ააღებინა ცალკეული ფსიქიკური ფუნქციების კვლევაზე, რის შედეგადაც ამ ავადმყოფობის მეცნიერული შესწავლა პროგრესული დამ-

ბლით დაავადებული ადამიანის პიროვნების ძირითადი ცვლილებას გარკვევის გზით წარიმართა.

მთელმა რიგმა ავტორებმა, რომლებმაც ამ მიმართულებით ნაყოფიერი მუშაობა აწარმოეს, მიუთითეს პროგრესული დამბლის შედეგად შეცვლილი პიროვნების ეს თავისებური ცვლილება მათ სხვადასხვა ცნებების საშუალებით აღწერეს; მათ პროგრესული დამბლით დაავადებული ადამიანის ამა თუ იმ თვისებას, თუ მის მთლიანად შეცვლას მიაქციეს ყურადღება. ვერმეილენმა, ვერვაკმა და ვაისფელდმა ადამიანის „ინტელექტუალური აქტივობის“, თუ საერთოდ „აქტივობის“ უნარის დაქვეითებაზე ან სრულიად დაკარგვაზე მიუთითეს ბოსტრემისა და, გოლანტის აზრით, ავადმყოფი პიროვნება „კომბინირებული მოქმედების“, თუ „პლასტიკურობის“ უნარს ჰკარგავს. კაპლინსკი და ლუსტერნიკის შეხედულებით აქ მთავარი ისაა, რომ „პიროვნების წყობაა“ დარღვეული. ჩეზოვიჩი ამბობს, რომ პროგრესული დამბლის შედეგად პიროვნების „დიფუზურ დაზიანებასთან გვაქვს საქმე. პენიტცის მიხედვით, აქ წამყვანი პიროვნებას „ზოგადი ხასიათის დაქვეითებაა“, დასკავით მისი „ათენიზაცია“, მირსკაიათი და როზენბერგით პიროვნების „თვისობრივი“, „ორგანული“ ცვლილება, რაც აღდგენიასა შესაძლებელია დაბალ საფეხურზე“ დარჩეს (როდიონოვი), რის გამოც იგი (პიროვნება) საერთოდ „ნიველირებული“ იქნება (მაუცი).

როდესაც კვლევის საკითხს ვსვამდით, ჩვენ დაწვრილებით შევჩერდით ამ შრომათა მნიშვნელობაზე პარალიზური ქუთასუტობის პათოფსიქოლოგიური პრობლემის გარკვევის საკითხში. ახლა კი აუცილებელია ვნახოთ. თუ რა დანოკიდებულებაშია განწყობის თეორიის თვალსაზრისით შემუშავებული პარალიზური ქუთასუტობის პათოფსიქოლოგიური სტრუქტურა პროგრესული დამბლით დაავადებული პიროვნების ძირითადი კლინიკური ცვლილების ასაწერად მოწოდებულ ამ ცნებებთან; შესაძლებელია თუ არა ამ სტრუქტურის საფუძველზე უფრო გარკვეული პათოფსიქოლოგიური შინაარსი მიეცეს ამ ცნებებს, უფრო გასაგები გახდნენ ისინი.

დავიწყოთ იქიდან, თუ რას უნდა ნიშნავდეს პიროვნების „თვისობრივი“ ან „ორგანული“ ცვლილება. სამედიცინო აზროვნება ამ ცნებებით გარკვეულ პათოლოგიურ მდგომარეობებს აღნიშნავს, რასაც ფსიქიატრიულ ენაზეც ერთგვარი უფრო ზოგადი და ნაკლებად

კონკრეტული მნიშვნელობა აქვს. მაგრამ, თუ პროგრესული დამბლის პათოფსიქოლოგიური შინაარსი მიეცეს ამ ცნებებს, უფრო გასაგები გახდნენ ისინი.

დავიწყით იქიდან, თუ რას უნდა ნიშნავდეს პიროვნების „თვისობრივი“, ან „ორგანული“ ცვლილება. სამედიცინო აზროვნება ამ ცნებებით გარკვეულ პათოლოგიურ მდგომარეობებს აღინიშნავს, რასაც ფსიქიატრიულ ენაზეც ერთგვარი უფრო ზოგადი და ნაკლებად კონკრეტული მნიშვნელობა აქვს. მაგრამ, თუ პროგრესული დამბლის პათოფსიქოლოგიურ სტრუქტურას გავითვალისწინებთ, მაშინ მათი უფრო კონკრეტული მნიშვნელობის წარმოდგენა შესაძლებელია.

პარალიზური ჭკუასუსტობა ავადმყოფის განწყობის სფეროსთვისობრივად ცვლის, ხოლო ობიექტივაციას სრულიად სპობს, ეს კი ფუნქციის გამოვარდნას ნიშნავს, რასაც მხოლოდ ორგანული ბუნების დაზიანება იძლევა. ასე რომ მინსკაიასი და როზენბერგის მიერ შენიშნული კლინიკური მოვლენა ერთგვარად დასაბუთებული ჩანს პროგრესული დამბლი: პათოფსიქოლოგიური სტრუქტურის საფუძველზე.

ჩეხოვიჩის მიხედვით, პროგრესული დამბლით დაავადებული ადამიანის პიროვნება „დიფუზურ დაზიანებას“ განიცდის. ეს ცნება პათოლოგიური პროცესის შედეგად მიღებულ მასიურ, მთლიან დარღვევას გულისხმობს. ჩვენი მონაცემების მიხედვით პარალიზური ჭკუასუსტობის დროს პიროვნების დაზიანება მართლაც მთლიანი, მასიური და ამდენად დიფუზურია.

პენიტცის აზრით, პროგრესული დამბლის დროს ხდება პიროვნების „ზოგადი ხასიათის დაქვეითება“. ეს მოსაზრება ძლიერ ახლოდგას შტერცის შეხედულებასთან საერთოდ დემენციაზე, რომლითაც მიხედვითაც ჭკუასუსტობის გაგება „პიროვნების საერთო დონის“ თანდათანობითი „დაწევის“ გათვალისწინებით უნდა ხდებოდეს.

პარალიზური ჭკუასუსტობის სტრუქტურის ჩამოყალიბების პროცესი სწორედ პიროვნების ზოგადი ხასიათის თანდათანობით დაქვეითებაზე, მისი საერთო დონის თანდათანობით დაწევაზე მიუთითებს. განწყობის ცალკეულ თვისებათა მიხედვით, ჩვენ მასალაზე პათოლოგიური პროცესის წინსვლის პარალელურად დინამიკური, ვარიაციული და სტატიკური ჯგუფი მივიღეთ. როგორც კლინიკურ

და ექსპერიმენტულ ფაქტთა ურთიერთობის განხილვის შედეგად გამოირკვა, ამ ჯგუფებში შემავალ ავადმყოფებთან თანდათან ხდება როგორც ობიექტივაციის უნარის დაკარგვა, ისე ცალკეულ ინტელექტუალურ ფუნქციათა მდგომარეობის თანდათანობითი, მკვეთრი და პროგრესული გაუარესება.

აღნიშნული გარემოება გასაგებად ეხმარება მაუცის ცნებას ავადმყოფობის დასაწყისში ლა განსაკუთრებით მალარიაოთერაპიით ეფექტური მკურნალობის შემდგომი რემისიის დროს პიროვნების „ნიველირებას“, რომლის აზრი იმაში მდგომარეობს, რომ ანეთნაირად შეცვლილი ადამიანი ჰკარგავს თავის ინდივიდუალურ თავისებურებებს, მისთვის დამახასიათებელ ნიუანსებს, ქცევის ინდივიდუალურ აქცენტს.

ზემოთ ჩვენ შევეკამათეთ კაპლინსკის, ლუსტერნიკსა და როდიონოვს, რომლებიც ამბობენ, რომ პროგრესული დამბლის დროს „პიროვნების წყობა“ იცვლება და იგი „დაბალ საფეხურზე“ ჩამოდისო. მათ მიერ მოწოდებული ცნებები მართლაც ძალიან აბსტრაქტული და ძნელად გასაგები დარჩებოდა, თუ პიროვნების ნორმალური წყობის ანდა მისი საფეხურებრივი შენების ნორმალური სტრუქტურის შესახებ გარკვეული ფსიქიოლოგიური შეხედულება წინასწარ არ გვექნებოდა გათვალისწინებული. ახლა, როდესაც იგივე საკითხს ჩვენ დ. ზუნაძის თეორიის მომარჯვებით მივუდევით, რომელიც პიროვნებას სწორედ საფეხურებობრავე სტრუქტურის მიხედვით აშენებულს გულისხმობს, პარალიზური ჰქუასუსტობის პათოფსიქოლოგიური სტრუქტურა სრულიად ნათლად გვიჩვენებს ავადმყოფის პიროვნების არანორმალურ წყობას და მის დაბალ საფეხურზე დაწევას.

საბოლოოდ, როდესაც ავადმყოფის პიროვნება მხოლოდ განწყობის ამარად რჩება, პროგრესული დამბლით დაავადებული ადამიანი გარემოსთან შეგუებას ვეღარ ახერხებს. იგი უძლურია თავი დააღწიოს იმ მისთვის უსარგებლო გამლიზიანებლებს, რომლებიც გარემოდან მოდიან, და რისთვისაც საპასუხო რეაქციის მოქნილობაა საჭირო. როგორც გოლანტი იტყოდა ასეთი პიროვნება „პლასტიკურობის უნარს“ ჰკარგავს. ჩვენ ექსპერიმენტული მასალა შეეძინეთ გოლანტის კლინიკურ დაკვირვებას — პროგრესული დამბლით დაავადებული ადამიანის განწყობა, როგორც ვიცით, სიტლანქით

გამოიჩვენა, რაც გამორიცხავს ქცევის ადვილად გადართვის საშუალებას, მის პლატიკურ ხასიათს.

ბოსტრემის აზრით, პროგრესული დამბლით დაავადებული პიროვნება „კომბინირებული მოქმედების“ უნარს, ჰკარგავს. რატომ? იმიტომ, რომ მისი გახწყობა ერთობიურად იცვლება და იგი ქცევის მხოლოდ ცალმხრივობასა და ერთტიპიურობას განსაზღვრავს, რაც ავადომყოფს ცალკეულ პროცესთა ე. წ. „კომბინირებული“ მოქმედების საშუალებას არ აძლევს.

თითქმის ყველა ზემოთგანხილული ავტორი აღნიშნავს, რომ პროგრესული დამბლით დაავადებული ადამიანის ერთ-ერთი დამახასიათებელი ცვლილება მის ინიციატივის უკმარისობაში, მის მიერ პიროვნული აქტიურობის დაქვეითებასა თუ სრულ დაკარგვაში მდგომარეობს. მაგრამ ზოგიერთი მათგანი ამას განსაკუთრებით უსვამს ხაზს და მასში ხედავს პარალიზური ჰქუასუსტობიანობის დამახასიათებელ ყველაზე ძირითად მოვლენას. მაგალითად, ამ მოკლენას ლასკავი პიროვნების „ათენიზაცია“ უწოდებს, ვაიფელდი პირდაპირ „აქტიურობას“ ეძახის, რომელიც პროგრესული დამბლის დროს ძლიერ დაქვეითებულია, ხოლო ვერმეილენი და ვერვაკი მის აღსანიშნავად „ინტელექტუალური აქტივობის“ ცნებას ხმარობენ.

საინტერესოა, რას უნდა ნიშნავდეს ეს გარემოება განწყობის თეორიის თვალსაზრისით?

ამის გასათვალისწინებლად საჭიროა ჯერ თვით „აქტიურობის“ ცნება როგორღაც წარმოვიდგინოთ. ყველა ავტორი ალბათ თავისებურ შინაარსს დებდა ამ სიტყვაში. მაგრამ ამ ცნების საერთო, ზოგადი გაგებაც არსებობს, რომელსაც ალბად ყველა მათგანი დაეთანხმებოდა.

ადამიანის აქტიურობა მის მიერ საკუთარ ფსიქიკურ პროცესთა დაუფლებაში მდგომარეობს. იმაში, რომ მას შეუძლია შეაჩეროს თავისი იმპულსურად მიმდინარე ფსიქიკური აქტები და მისცეს მათ მიზანდასახული, მისთვის სასარგებლო მიმართულება. ადამიანი ყველაფერს კი არ მიაქცევს ყურადღებას, ყველაფერზე კი არ რეაგირებს საპასუხო ქცევით, არამედ იმაზე, რაც მისი მოთხოვნილებებია და გარემოს გაცნობიერების შედეგადაა მისთვის მისაღები. ამაზე მდგომარეობა ზოგადად მისი აქტიურობა, ამდენად არის იგი საკუთარი ქცევის ბატონ პატრონი. ამიტომ, ცხადი უნდა იყოს, რომ

„აქტიურობა“, ეს უალრესად ფართო მნიშვნელობის ცნება იმყოფება სურათად მიმდინარე ქვეყნის აქტების შეჩერებაში, გარემოსა და საკუთარი მოთხოვნილებების გაცნობიერებაში მდგომარეობს. ამის პირობა კი, განწყობის თეორიის მიხედვით ადამიანის სპეციფიკური უნარი — ობიექტივაციაა.

ობიექტივაცია საშუალებაა ქვეყნის დაბალი საფეხურიდან მაღალ დონეზე გადართვითათვის, იაა, რომ ადამიანის წინაშე პრობლემას სვამს. რომლის გადასაქრელად აზროვნების აქტები მოდიან მოქმედებაში, ისაა, ადამიანის მოქმედებას მიათვის სპეციფიკურ, ვერბალურ პლანში რომ წარმართავს. ამიტომ ვერმეილენი და ვერეაკის „ინტელექტუალური აქტივობის“ ცნება; რომელააც იანნი ფსიქოლოგიურ განმარტებას არ აძლევენ, ფაქტიურად ობიექტივაცია უნდა იყოს, რადგან სხვა აქტი, რომელიც უკეთესად შეითავაზდება „ინტელექტუალური აქტივობის“ უალრესად ფართო შინაარსს, ჯერჯერობით მონახული არ არის.

პარალიზური ჰქუასუსტობის არსი განწყობის თეორიის თვალსაზრისით სწორედ ობიექტივაციის მძიმე პათოლოგიაში, მის სრულ გამოვარდნაში მდგომარეობს; ესაა პროგრესული დამბლის შედეგად გამოწვეული დემენციის ფსიქოლოგიური პირობა.

მაშასადამე, ის არასაც პარალიზური ჰქუასუსტობის პათოფსიქოლოგიური პრობლემის ყველა მკვლევარი აღნიშნავდა, ობიექტივაციის, ამ სპეციფიკურ-ადამიანური აქტის გამოვარდნის შედეგია. ამიტომ პროგრესული დამბლით დაავადებული ავადმყოფის პიროვნებისათვის დამახასიათებელი როგორც ასთენიზაცია, ისე მის მიერ ინიციატივის, საერთოდ რაღაცა „აქტიურობის“ თუ ინტელექტის ამოქმედების, მისი წარმმართველი ძალის. — „ინტელექტუალური აქტივობის“ დაკარგვა, ობიექტივაციის გამოვარდნის საფუძველზე უნდა იქნეს გაგებული.

როგორც ვხედავთ, პარალიზური ჰქუასუსტობის პათოფსიქოლოგიური სტრუქტურა, რომელიც განწყობის თეორიის ნიადაგზეა შემუშავებული, ადეკვატურად ეხმაურება იმ ავტორთა შრომებს. რომლებიც პროგრესული დამბლის პათოფსიქოლოგიური პრობლემისადმი მიძღვნილი. ამ სტრუქტურაზე დაყრდნობით, მისი პოზიციიდან, მოსახერხებელი ჩანს პარალიზური ჰქუასუსტობის დროს არსებული პიროვნების ძირითადი ცვლილების შინაარსში გარკვევა,

მისი პათოფსიქოლოგიური ბუნების უფრო კონკრეტულად წარმოდგენა, მისი კლინიკური შინაარსის ექსპერიმენტულ-ფსიქოლოგიური დასაბუთება.

პროგრესული დამბლის კლინიკა და ჩვენი მონაცემები

ახლა ვნახოთ რა კავშირშია ჩვენი მონაცემები, კერძოდ, პარალიზური ჭკუასუსტობის პათოფსიქოლოგიური სტრუქტურა პროგრესული დამბლის კლინიკისათვის დამახასიათებელ მოვლენათა მიმართ. შესაძლებელია თუ არა ჩვენ მიერ მოწოდებული სტრუქტურული პოზიციიდან მის საფუძველზე გავიგოთ და ავხსნათ პროგრესული დამბლის ცალკეული ფენომენები. პრინციპულად ეს შესაძლებელი უნდა იყოს, რადგან განწყობის თეორიის მიხედვით შემუშავებული პათოფსიქოლოგიური სტრუქტურა ავადმყოფის შეცვლილი ქცევის ფსიქოლოგიურ საფუძველს წარმოადგენს. ვნახოთ როგორაა ეს შესაძლებელი პრაქტიკულად.

პროგრესული დამბლის ზოგადი კლინიკური სურათი¹ თავის გამოხატულებას თავისებურ, მხოლოდ მისთვის დამახასიათებელ ჭკუასუსტობაში პოულობს, რომელიც თავიდანვე სახეზეა და შემდეგში სწრაფად ღრმავდება. ეს ძირითადი ფსიქოპათოლოგიური ფონი ხშირად დადებითი ფსიქოზური სიმპტომებით შეიფერება ხოლმე, რაც თავისებურ აგზნებაში გუნებგანწყობის აშლაში და სხვადასხვა შინაარსის, უმთავრესად განდიდების ბოღვით იღებში ვლინდება. მაგრამ ყველა მოვლენა, რომელსაც პროგრესული დამბლის დროს ვაკვირდებით, გამოირჩევა ერთი საერთო თვისებით — ყველას მათ თავისებური ფსიქიკური სისუსტის დაღი აზის.

ჯერ კიდევ დაჯადების მოახლოებისას ადამიანს ემჩნევა ადვილად დაღლილობა. რა ადვილ საშუაოსაც არ უნდა ასრულებდეს იგი ჩქარა იღლება და შეიძლება საქმის კეთების დროს ჩამოეძინოს კიდევ. ამ დროს ავადმყოფი თითქოს სიზმარშია, ან იოლი დათრობის მდგომარეობაში. ეს ცნობიერების თავისებური გაბრუების მდგომარეობა გამოყოფს, აშორებს მას მის ირგვლივ არსებული სამყაროსაგან.

ავადმყოფობის უპირველეს ნიშნად ყველა გამოჩენილი კლინი-

¹ მასალა გადმოცემულია კრეპელინის სახელმძღვანელოს მიხედვით.

ცისტი ყურადღების მეტ-ნაკლებად დაძაბვის გასაოცარ უუნარობას თვლის. ავადმყოფი ხდება დაბნეული, გაფანტული, უყურადღებო. იგი წინანდელი გარკვეულობითა და სიზუსტით ველარ ალიქვამს მის ირგვლივ მომხდარ ფაქტებს: ველარ ამჩნევს კერძოულს, ჰკარგავს უნარს ზოგადი ნიშნების წვდომისას და გაჭირვებით ან სავსებით ვერ ერკვევა თავის ჩვეულ გარემოშიც კი.

ამ დროს განსაკუთრებით მძიმედ ირღვევა მეხსიერების უნარი. იაე, რომ ამას პროგრესული დამბლისათვის დამახასიათებელი ჰქუასუსტობის განმსაზღვრელადაც კი თვლიდნენ.

უპირველეს ყოვლისა ადამიანს ავიწყდება ახლო წარსულის შთაბეჭდილებანი. ეს გარემოება, კრეპელინის მიხედვით, უშუალოდ გამომდინარეობს ყურადღების პათოლოგიიდან. ავადმყოფობის დასაწყისში შთაბეჭდილებანი ძლიერ ხანმოკლედ, ან სულ არ ჩერდებიან ცნობიერებაში, რის გამოც მათი გაფიქიარება ძნელდება. ამიტომაც, რომ იგი ვერ ამბობს რა მოხდა ერთი კვირის წინათ, ვისთან იყო გუშინ. საქმე იქამდე მიდის, რომ მას არ შეუძლია გითხრათ, რას აკეთებდა 15 წუთის წინათ, ნახათ თუ არა ექიმმა ამ დღით და ა. შ. უფრო შორეული წარსულის ფაქტები ამ დროს შესაძლებელია შეპორჩენილი იყოს.

მეხსიერების აღნიშნული პათოლოგიის შედეგია ისიც, რომ ავადმყოფს აღარ შესწევს უნარი დააღაგოს მოვლენები დროის მიხედვით. სულ მალე დროის განცდა მისთვის სავსებით ისპობა: ისაი თი ეერ ამბობენ რიცხვს, თვეს წელიწადს, ვერ ანსხეავენენ დილას საღამოსაგან და სხვა.

დაავადების განვითარებასთან ერთად ხდება ადამიანის ინტელექტუალურ შესაძლებლობათა მკვეთრი გაღარიბება მათ სრულ პოსაობამდე და მთელი გონებრივი კუთვნილების გაქრობამდე.

როგორც წესი, მეხსიერების ხარვეზი ფანტაზიის მოქმედებით ივსება. ავადმყოფს თავის განცდილათ ეჩვენება არა მარტო სიზმრალ ნახული, ან წაკითხულ-გაგონილი, არამედ მის მიერვე შეთხზულიც კი ამიტომ ავადმყოფს სჯერა, რომ მას აქვს ზღაპრული თავგადასავალი: მოიგო დიდი ომი, გადაიტანა, იყო ახალი დამოკიდებულებაში გამოჩენილ პიროვნებებთან, იღებდა აქტიურ მონაწილეობას ყველა დიდ ისტორიულ მოვლენაში, მოიპოვა უამრავი ქონება, ოქრო-

ვერცხლი და ა. შ. ავადმყოფი განიცდის ზღაპრულ წარმოდგენათა მუდმივ ცვალებადობას, რომელიც ძალიან წააგავან სიზმრისებრ განცდებს. ფანტაზიის ჩარევის შედეგად ავადმყოფი სავსებით დარწმუნებული ამბობს, რომ ახლახან იგი ინახულეს, რომ გუშინ მან მთავრობის ხელმძღვანელებთან ისაუბლა, ასეთი მოთხრობები ჩვენც შეგვიძლია გამოვიწვიოთ და ჩვენი სურვილისამებრ წარვმართოთ, ეს შესაძლებელია მიმავედრი კითხვების მიცემით, რის შედეგადაც ავადმყოფი არც თუ ისე დარწმუნებული იწყებს თავისი „თავგადასავლის“ თხრობას, მაგრამ თანდათან თვითონვე რწმუნდება თავისი მონაყოლის სისწორეში და თავიდან ბოლომდე იჭერებს მას.

ზემოაღნიშნულიდან აშკარად გამომდინარეობს, თუ ავადმყოფობის დასაწყისშივე როგორ ესპობა ადამიანს კრიტიკის უნარი. ი. სულიერი სიმშვიდე, რომლითაც ავადმყოფი თავის მცდარ აზრებს გადმოგცემს, თვალსაჩინო ილუსტრაციაა ამ მძიმე უკრიტიკო მდგომარეობისა. ავადმყოფი დაავადების დასაწყისშივე ჰკარგავს ობიექტურ სამყაროს კონტროლირების უნარს და გადადის ოცნებათა სამყაროში, სადაც ყველაფერი მის საკუთარ წარმოდგენებად და სურვილებად იქცევა; იგი ვეღარ ამჩნევს აშკარა წინააღმდეგობას არსებულ სინამდვილესა და ამ სინამდვილის მის საკუთარ გაუკუღმართებულ გაგებას შორის.

ინტელექტუალური სფეროს ასეთი მძიმე პათოლოგია თავიდანვე ღებულობს სრულიად თავისებურ ხასიათს კეჟანუსტობის წყალობით. რომელიც ავადმყოფობის ძირითად ფონს ქმნის მხოლოდ ძლიერ იშვიათ შემთხვევაში და ისიც ძლიერ ხანმოკლედ შეიძლება დაეკვირდეთ ბოდვის ერთგვარ სისტემას, როგორც წესი, ავადმყოფები აწვითარებენ სრულიად სხვადასხვაგვარ ყოველგვარ სისტემას მოკლებულ ბოდვისმაგვარ იდეებს, რომლებსაც აბნეულად ალაგებენ ერთიმეორეზე და არავითარ ანგარიშს არ უწევენ მათ შორის არსებულ წინააღმდეგობებს.

კეჟანუსტობის გამოა, რომ პროგრესული დამბლით დაავადებულის „ბოდვითი“ აზრი იქვე გამოდის შესაძლებლობის ყოველგვარი ფაქტორების ზეგავლენით, რის გამოც ის მრავალრიცხოვან და არსებით გადახრებს შეიცავს თავისი პირველდაწყებითი ვერსიისაგან: გუშინდელი გრაფი, დღეს შესაძლებელია იმპერატორი გახდეს.

ხვალ კი ახალგაზრდა ლეიტენანტად გადაიქცეს. ადვილად შესაძლებელია ჩვენი დახმარებით რაზმდენიმე წუთის განმავლობაში ავადმყოფი უკიდურესად საოცარ იდეამდე მივიყვანოთ.

ასეთი მძიმე უკრიტიკო მდგომარეობის მიზეზია ის, რომ ავადმყოფს თავისი ავადმყოფობის ცნობიერება არა აქვს, პირიქით, იგი თავს ძალიან კარგად გრძნობს; იგი ისეა, როგორც არასოდეს არ ყოფილა. ავადმყოფი სრულიად ვერ გრძნობს თავის კატასტროფულ მდგომარეობას.

ემოციური და ნებითი სფეროს მხრივ არანაყლებ პათოლოგიასთან გვაქვს საქმე. დაავადების დასაწყისში თვალში გვეცემა აწეული გამლიზიანებლობა: ავადმყოფი კაპრიზულია, არაა განწყობილი. მოწყენილია, ოდნავ მიზეზის შედეგად გამოდის წონასწორობიდან და იძლევა ადვილად წარმავალ, შეუსაბამო აგზნების მდგომარეობას. რომლის დროსაც იგი სრულიად კარგავს თავდაქერილობას უკვე ამ დროს ავლენს ავადმყოფი უმაღლეს გრძნობათა სიჩლუნგეს. შემდეგში, ინტელექტუალური, ესთეტიკური და ელემენტარული მორალური გრძნობებიც კი ჰკრებიან და ადგილს უთმობენ ყოველგვარ გრძნობას მოკლებულ გულგრილ მდგომარეობას, რომელიც აგზნებადობის აწევის საერთო ფონზე არსებობს.

გუნებგანწყობის ელფერი ერთმნიშვნელოვან კავშირშია ბოღვითი იდეების შინაარსთან. განდიდების იდეებს ყოველთვის თან სდევს თვითკმაყოფილება გრძნობა, ხშირად უკიდურესი ნეტარების განცდაც. გუნებგანწყობის დაწევის დროს კი უარყოფითი ბოღვითი წარმოდგენები ჩნდება.

ჩვეულებრივ, გუნებგანწყობის ელფერი არ არის ერთგვაროვანი; პირიქით, პროგრესული დამბლისათვის დამახასიათებელია აფექტურ განცდათა უშუალო მონაცვლეობა სუსტსულოვნება: უდიდეს სამხიარულო ტონს, უცბად ცრემლებს ნაკადი მოსდევს; ერთი მდგომარეობას ხშირად, დროის მოკლე მონაკვეთში, მისი საწინააღმდეგო ემოციური მდგომარეობა ცვლის, ემოციათა ასეთი კონტრასტული ცვლა ჩვენც შეგვიძლია გამოვიწვიოთ. ჩვენი სახის გამომეტყელებია უბრალო შეცვლითაც კი. საბოლოოდ, ავადმყოფობის ფინალურ სტადიაში, ავადმყოფის გუნებგანწყობა აღარ შეიცავს არავითარ მეტს თუ ნაკლებ ელფერს, იგი უაზრო თვითკმაყოფილებაში ან საერთო გამლიზიანებლობაში გამოიხატება.

ავადმყოფობა სრულიად ცვლის ავადმყოფი ადამიანის ხასიათს. ყოფილი დამოუკიდებლობისა თუ ხასიათის სიმტკიცეიდან აღარაფერი რჩება. ავადმყოფს ნებისყოფის სისუსტე და ყოველგვარი დამოუკიდებლობის დაკარგვა ემჩნევა, რაც განსაკუთრებულ შთაგონებადობაში ვლინდება. ავადმყოფი კარგავს ყოველგვარ სამოქმედო ენერგიასა და ინიციატივას. მისი მართვა ჩვენს ნება-სურვილზე არა ვითარ სიძნელეს არ წარმოადგენს. ამიტომ, მიუხედავად იმისა, როგორ იგი თავს ავადმყოფად კი არა საუკეთესოდ გრძნობს, შესაძლებელია მისი საავადმყოფოში მოთავსება ყოველგვარი ძალის გამოყენების გარეშე, რის შემდეგაც ჩვენი შთაგონების შემდეგ იგი აქებს იმ პიროვნებებს, რაც ჩვენ საავადმყოფოში შეუქმენით, ადვილად გვეთანხმდება დარჩეს ჩვენთან რამოდენიმე ხანს და ესაა მისი ნებისყოფის უკიდურეს სისუსტეზე რომ მიუთითებს.

ამგვარად, ავადმყოფი სულ ჩქარა ხდება უუნარო რამდენადმე მოწესრიგებული მოქმედებისათვის, ნაწილობრივ იმიტომ, რომ ავიწყდება თავისი მოვალეობანი და აღარ გრძნობს მათი შესრულების აუცილებლობას, ნაწილობრივ კი იმიტომ, რომ ასრულებს მათ არა მთლიანად, უწესრიგოდ და მცდარად.

ავადმყოფები მაშინვე, ყოველგვარი შინაგანი წინააღმდეგობის გარეშე ემორჩილებიან თავიანთ ლტოლვათ ან იდეებს, ამიტომ ყოველი მათი საქციელი უმიზნობითა და მოუფიქრებლობით გამოირჩევა. მას შეუძლია ჩაიძე დაწაშებული კი ჩაიდინოს, მაგრამ მისი სიმძიმე სრულიად მიუწვდომი და გაუგებარი რჩება მისთვის. ხშირად ზემოაღნიშნულს ემატება გადამეტებული ფუსფუსი: ავადმყოფი სწრაფად და მოუფიქრებლად ცდილობს სისრულეში მოიყვანოს თავისი „ბოღვითი“ გეგმები; იგი მაშინვე იწყებს საქმიანობას, როდესაც რაიმე აზრი მოუვა თავში და რადგან ეს უკანასკნელი მალე ავიწყდება, გადადის სრულიად სხვაზე, რაც გარეგნულად უარო და გადამეტებულ ფუსფუსში გამოიხატება.

ავადმყოფთა ქცევა ზნეობრივი გრძნობის დაჩლუნგებით და წესიერების მოთხოვნათა ანგარიშგაუწველობით ხასიათდება. პროგრესული დამბლით დაავადებულს ადვილად შეუძლია ჩაიდინოს უტაქტობანი, უწესობანი და უმსგავსოებანი. ის, ნატიფი, ჩვენი ქცევის წარმართველი, ჩვენ მოტივთა და სურვილთა შემაკავებელი რამ, რაც აღზრდის შედეგად არის ჩვენ მიერ შეთვისებული და რო-

მელიც ყოველთვის სიტუაციურ მომენტებზე დამოკიდებულებით განსაზღვრავს ჩვენი ქცევის ფორმას პროგრესული დამბლით დაავადებულს ჭერ კიდევ ძალიან ადრე ეკარგება.

ასეთია ზოგადად პროგრესული დამბლის კლინიკა.

აქ ზოგიერთი მომენტი ფსიქოლოგიურადაა გასაგები, მაგალითად:

პროგრესული დამბლით დაავადებული ადამიანის მეხსიერების დეფექტი კრებელინის მიერ ყურადღების პათოლოგიით არის ახსნადი, ხოლო მეხსიერების ძლიერი დაქვეითება თავის მხრივ დროთა განცდის მოსპობას აპირობებს; ავადმყოფი დაავადების დასაწყისშივე კარგავს ობიექტური სამყაროს კონტროლირების უნარს, რის გამოც ოცნებათა სამყაროში გადადის — სიზმარში ცხოვრობს, სადაც ყველაფერი მის საკუთარ წარმოდგენებად იქცევა, სადაც მის ყოველი სურვილი პოულობს „რეალიზაციას“. ჰუასტონის წყალობით არ არსებობს პირობა ბოლდითი სისტემის ჩამოყალიბებისა: ავადმყოფის ბოლდისმაგვარი ფანტაზიები ერთმანეთთან დაუკავშირებელ. წინააღმდეგობრივ და აბსურდულ ხასიათს ატარებენ; ავადმყოფობის შედეგად გამოწვეული უკრიტიკო მდგომარეობის მიზეზაა გუნებაგანწყობის დადებითი ტონი, რომელიც თავის მხრივ განსაზღვრავს ბოლდითი გამოთქმების ექსპანსიურ ხასიათს; ნებისყოფის სისუსტის გამო ავადმყოფი შთაგონებადი ხდება და ა. შ.

მაგრამ ავადმყოფობის კლინიკურ გამოვლინებაში ბევრი რამ, და სწორედ ისეთი მომენტები, რომლებიც ასე თუ ისე გასაღებს წარმოადგენს შემდგომი ფართო ფსიქოლოგიური ანალიზის საწარმოებლად, სრულიად გაუგებარია. ისინი გაუგებარია ფსიქოლოგიურად. ამიტომ ასეთ მოვლენებს, როგორც უშუალოდ პათოლოგიური პროცესის შედეგად გამოწვეულს განიხილავენ და ცდილობენ მათი საწყისები ორგანიზმის ბიოლოგიურ ცვლილებებში მოიხსონ. მაგრამ ეს გზა, საბოლოოდ, შედეგს ვერ იძლევა. რადგან პათოლოგიური პროცესი უშუალოდ კი არ იწვევს ამა თუ იმ ფსიქოპათოლოგიურ სიმპტომს, არამედ შეცვლილი პიროვნების საშუალებით, რომლის სპეციალური პათოფსიქოლოგიური კვლევაა საჭირო.

ჩვენ მიერ სწორედ ასეთი მუშაობაა ჩატარებული. ჩვენ ხომ პროგრესული დამბლის შედეგად შეცვლილი პიროვნება შევისწავლეთ! მაშმოვიმარჯვით მისი პათოფსიქოლოგიური სტრუქტურა და ვცადოთ გავერკვეთ პროგრესული დამბლის კლინიკის ცალკეულ

მოვლენებში. მაგრამ ამისათვის ჯერ თვით ეს მოვლენები გამოვ-
ყოთ ცალკე.

რა არის უფრო ძირითადი მნიშვნელობის მოვლენა პროგრესუ-
ლი დამბლის ფსიქოპათოლოგიაში?

დავიწყოთ იქიდან, რა ჯერ კიდევ ავადმყოფობის მოახლოები-
ლას, როდესაც იგი კლინიკურად აშკარად არ არის გამოვლენილი.
ალინიშნება ყურადღების დაჩქუნება. ავადმყოფი ხდება დაბნეული,
გაფანტული და უყურადღებო. იგი წინანდელი გარკვეულობითა და
სიზუსტით ვეღარ აღიქვამს მის ირგვლივ მომხდარ ფაქტებს, ვეღარ
ამჩნევს კერძოულს, ჰკარგავს უნარს ზოგადი ნიშნების წვდომისა
და გაპირვებით ან სავესებით ვერ ერკვევა თავის ჩვეულ სიტუაცია-
შიც კი. მოკლედ, ავადმყოფი ჰკარგავს ნებისმიერ ყურადღების ამოქ-
მედების შესაძლებლობას.

მართალია პროგრესული დამბლის ამ დასაწყის სტადიაში ცნო-
ბიერების პათოლოგიასთანაც გვაქვს საქმე; ამ დროს ადამიანი თით-
ქოს სიზმარშია, ან იოლი დათრობის მდგომარეობაში. ეს თავისებუ-
რი გაბრუების მდგომარეობა, რომელიც აპირობებს ავადმყოფობის
მოახლოების ასევე პირველ სიმპტომს — ადვილად დაღლილობას.
პიროვნებისაგან განცალკევებით დგას. სწორედ ესაა დაავადების
ისეთი ნიშანი, რომელიც უშუალოდ პათობიოლოგიური პროცესითაა
გაპირობებული. როგორც ცნობილია, ავადმყოფობის წინაველსთან
ერთად ეს თავისებური გაბრუება ისპობა და პიროვნების დეფექტი
აშკარად ჩნდება.

ერთი სიტყვით, პროგრესული დამბლის უპირველესი ფსიქოპა-
თოლოგიური სიმპტომი აქტიური ყურადღების ძლიერი დაქვეითება
ან სრული შეუძლებლობაა.

ამას დაუშვამათ ის გარემოება, რომ პროგრესული დამბლა იმ-
დენადაა თავისებური დაავადება, რამდენადაც ყველა მისი ფსიქოპა-
თოლოგიური სიმპტომი თავისებური ფსიქიკური სისუსტის დაღს
ატარებს.

ბოლოს კი გავიხსენოთ ისიც, რომ დაავადების დასაწყისში გა-
რედან მომდინარე შთაბეჭდილებანი ძლიერ ხანმოკლედ ან სრულიად
არ ჩერდებიან ავადმყოფის ცნობიერებაში.

ჩვენ მიერ განოცალკევებული ეს სამი მომენტი პროგრესული
დამბლის ფსიქოპათოლოგიაში ძირითად და წამყვან მოვლენებად მი-
გვაჩნია, ამიტომ ჯერ მათი მიზეზობრივი ახსნა ვცადოთ.

რა უნდა დამართოდა პროგრესული დამბლით დაავადებულს ისეთი, რაც მის აქტიურ ყურადღებას ასე დააჩლუნგებდა ანდა საშუალებას არ მისცემდა მას გარედან მომდინარე შთაბეჭდილებანი ცნობიერებაში გარკვეული დროით შეეჩერებინა? რაშია მიზეზი იმისა, რომ პროგრესული დამბლის ყველა კლინიკურ სიმპტომს თავისებური ფსიქიკური სისუსტის დალი აზის?

რასაკვირველია, ობიექტივაციის მძიმე პათოლოგიაში, როგორც ვიცით, ობიექტივაცია, ნებისმიერ, აქტიური ყურადღების იმდენად ძირითადი კომპონენტია, რომ მისი ამ აქტიდან გამოცალკევება ჭერ კიდევ მოუხერხებელია. ობიექტივაციის აქტის უკმარისობაა ფსიქიკური სისუსტის შთაბეჭდილებას რომ იძლევა. ობიექტივაცია რომ დაზიანებული არ იყოს ავადმყოფს შეეძლებოდა თავისი სურვილის შესაბამისად მეტ-ნაკლები დროით შეეჩერებინა ცნობიერებაში გარემოდან მომდინარე სხვადასხვა გამღიზიანებელი.

ობიექტივაციის მდგომარეობა პროგრესული დამბლის დროს ჩვენ ექსპერიმენტულად ვიკვლიეთ და ვნახეთ, რომ ის აქ სრულიად მოსპობილი, გამოვარდნილია. ეს გარემოება ჩავთვალეთ ჩვენ პროგრესული დამბლისათვის დამახასიათებელი ჰკუასუსტობის ფსიქოლოგიურ პირობად, ესაა ძირითადი მომენტი ამ ავადმყოფობის პათოფსიქოლოგიური სტრუქტურის სპეციფიკურობაში.

ასე რომ, ის რაც ჩვენ ექსპერიმენტულად მივიღეთ, სრულიად გასაგებ კავშირშია კლინიკაში არსებულ ძირითადი მნიშვნელობის ფაქტებთან. ეს იმას ნიშნავს, რომ პარალიზური ჰკუასუსტობის პათოფსიქოლოგიური სტრუქტურის თავისებურება—ობიექტივაციის გამოვარდნა, მიზეზობრივად აპირობებს მისი კლინიკისათვის დამახასიათებელ მოვლენას, აქტიური ყურადღების მოაპობას, რომლითა ფუძეველზედაც კრეპელინმა პროგრესული დამბლისათვის დამახასიათებელი მეხსიერების დეფექტის აღმოცენების მიზეზი შეიცნო. მეხსიერების პათოლოგიას კი ზოგიერთი ავტორი დღესაც თვლის ყველაზე ძირითად და ცენტრალური ხასიათის მოვლენად პარალიზური ჰკუასუსტობის ფსიქოპათოლოგიაში; პარალიზური დემენციის სინონიმად ამნესტიური ჰკუასუსტობის ცნებას ახლაც ხმარობენ.

ობიექტივაციის გამოვარდნის ფაქტიდან პირდაპირ თუ არაპირდაპირ გამომდინარეობს სხვა მრავალი მოვლენა, რომელიც პროგრესული დამბლის კლინიკისათვის განსაკუთრებით დამახასიათებელია.

ადამიანი, რომლის ობიექტივაციის უნარი ასეთ მძიმე დაზიანებას განიცდის, კარგავს ყველაფერს, რასაც ეს სპეციფიკურ-ადამიანური უნარი აშუალებს და პირველ რიგში იმეთ ადამიანურ მოვლენას, როგორცაა აზროვნება. როგორც ცნობილია, აზროვნების პათოლოგია ცენტრალური მომენტია პროგრესული დამბლის კლინიკაში.

დაავადების განვითარებასთან ერთად, კლინიკური დაკვირვებით აშკარაა ინტელექტუალურ შესაძლებლობათა მკვეთრი გაღარიბება მათ სრულ მოსპობამდე და მთელი გონებრივი კუთვნილების გაქრობამდე. ობიექტივაციის პათოლოგიაც სწორედ ამ გზით მიდის; ის ძლიერ დაზიანებულია დაავადების დასაწყისშივე. შემდეგ კი პათოლოგიური პროცესის წინსვლის პარალელურად ავადმყოფი პიროვნება სრულიად ჰკარგავს ამ უნარს, რაც გასაგებს ხდის ინტელექტუალურ შესაძლებლობათა როგორც უკიდურეს გაღარიბებას, ისე ადამიანის მთელი გონებრივი კუთვნილების სრულიად გაქრობას.

პროგრესული დამბლის კლინიკისათვის დამახასიათებელი აზროვნებითი პროცესების მძიმე პათოლოგიის შედეგია ავადმყოფის სრული უკრიტიკოება თავისი ავადმყოფური მდგომარეობის მიმართ, მაგრამ, პროგრესული დამბლის დროს კრიტიკის უნარი უფრო მძიმე დაზიანებას განიცდის; აქ პიროვნება საერთოდ უკრიტიკოა. ამას იგი ყველაფერში ამჟღავნებს. მისთვის ყოველგვარი ლოგიკური კანონები ჰკარგავენ ძალას. ამიტომ იგი ყველაფრის მიმართ საერთოდაა უკრიტიკო. ასეთი მძიმე უკრიტიკო მდგომარეობის შედეგია ისიც, რომ პროგრესული დამბლით დაავადებული ადამიანის ქცევა ზნეობრივი გრძნობის დაჩლუნჯებითა და წესიერების მოთხოვნათა სრული ანგარიშგაუწევლობით ხასიათდება.

როგორც ვსვდებით, პროგრესული დამბლის ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი სიმპტომის — სრული უკრიტიკობის მიზეზიც ობიექტივაციის დაზიანება ყოფილა.

ობიექტივაცია უშუალო საფუძველია მეორე არანაკლებ მნიშვნელოვანი თვისებისა. რომელიც მხოლოდ ადამიანს გააჩნია. ეს არის ნებისმიერი მოქმედების უნარი. რასაკვირველია, ამ აქტის ასეთი მძიმე პათოლოგიის დროს ნებისყოფისაგან აღარაფერი აღარ უნდა იყოს დარჩენილი და, მართლაც, პროგრესული დამბლის შემთხვევაში ეს ასეცაა: ნებისყოფის სრული გაქრობა პროგრესული დამბლით

დაავადებული ადამიანის ფსიქოპათოლოგიურ სურათში დიდი მნიშვნელობის სიმპტომს წარმოადგენს.

გამოდის, რომ ისეთი მოვლენები, როგორიცაა აზროვნების, კრიტიკის, ნებისყოფისა და აქტიური ყურადღების სრული მოსპობა, რაც ასე რიგად დამახასიათებელია პროგრესული დამბლისათვის და რომელთა ნიადაგზე კლინიკური ფსიქოპათოლოგია ცდილობს გაიგოს ის, თუ რატომ ამქლავნებს პროგრესული დამბლით დაავადებული ადამიანი მეხსიერების ასეთ მკვეთრ დეფექტს, რატომ ცხოვრობს იგი ოცნებათა სამყაროში, სადაც ყველაფერი მის საკუთარ წარმოდგენებად და სურვილებად იქცევა, რატომ ვერ ახერხებს ავადმყოფი სისტემატური ბოღვის ჩამოყალიბებას, რატომ არის ავადმყოფის ბოღვისმაგვარი ფანტაზიები ერთმანეთთან დაუკავშირებელი; წინააღმდეგობრივი და აბსურდული, რატომაა ასეთი ავადმყოფი კარგი გუნებგანწყობის მდგომარეობაში, რაც მის ბოღვითი გამოთქმების ექსპანსიურ ხასიათს განსაზღვრავს, რატომაა იგი შთაგონებადი და სხვა — ობიექტივაციის იმ ღრმა პათოლოგიის შედეგი ყოფილა, რომელიც ჩვენი ექსპერიმენტული გამოკვლევის შედეგად დადასტურდა.

ამიტომ, რომ ავადმყოფი სულ ჩქარა ხდება უუნარო რამდენადმე მოწესრიგებული ქცევისა თუ მოქმედებისათვის, რის გამოც მისი ყოველი ქცევითი გამოვლინება, მისი ყოველი მოქმედება უმიზნობითა და მოუფიქრებლობით გამოირჩევა.

მაგრამ კრეპელინის აზრით ეს ნაწილობრივ იმიტომ ხდება, რომ ავადმყოფს ავიწყდება თავისი მოვალეობანი და აღარ გრძნობს მათი შესრულების აუცილებლობას, ხოლო ნაწილობრივ იმიტომ, რომ ასრულებს მათ არა მთლიანად, უწესრიგოდ და მცდარად.

აქ კი უდიდესი კლინიკისტის მსჯელობა აშკარად არ არის საკმარისი, რადგან საკითხავი სწორედ ისაა, თუ რატომ ასრულებს პროგრესული დამბლით დაავადებული ადამიანი თავის ქცევის აქტებს „არა მთლიანად, უწესრიგოდ და მცდარად“? გასაგებია, რომ მას „ავიწყდება“ თავისი მოვალეობანი და აღარ გრძნობს მათი შესრულების აუცილებლობას, — ამას ობიექტივაციის გამოვარდნა აპირობებს, მაგრამ, რატომ მოქმედებს ასეთი ადამიანი „მცდარად“? რატომ შლის იგი თავის ქცევით აქტებს „უწესრიგოდ“?

ასეთი კითხვის დასმა სრულიად სამართლიანია, რადგანაც

მართალია პროგრესული დამბლით დაავადებულს ადამიანისათვის დამახასიათებელი მაღალი რიგის ფსიქიკური პროცესები ზოგჯერ, მართალია მან ქცევის ადამიანური სპეციფიკა დაჰკარგა; მაგრამ ივი ცოცხალი არსებაა და ამდენად მას ჯერ კიდევ არ დაუტარგავს სიცოცხლისათვის საჭირო, ცხოველურ, ვიტალურ მოთხოვნილებათა დაკმაყოფილების უნარი, და იგი თავის ქცევის სუბიექტია, რომელიც ამ მოთხოვნილებათა დასაკმაყოფილებლად მის ირგვლივ არსებულ გარემოში მოქმედებს, ქცევის აქტებს შლის; მათი პათოფსიქოლოგიურ შინაარსში გარკვევა, გაგება და გარკვეული თვალსაზრისით ახსნა აუცილებლად უნდა იყოს ნაცადი.

ჩვენ უფლებაც არ გვაქვს გვერდი ავუაროთ ამ საკითხს, რადგან ჩვენ მიერ მოპოვებულ ექსპერიმენტულ მონაცემებში, რომლის ნიშნად ადაგზედაც თეორიულად წარმოვიდგინეთ პარალიზური ქუჩასუსტობის შედეგად შეცვლილი ავადმყოფი პიროვნების პათოფსიქოლოგიური სტრუქტურა, არსებობს მასალა, რომელზე დაყრდნობითაც შესაძლებელია ამ კითხვაზე გარკვეული დადებითი, პოზიტიური პასუხის გაცემა.

პარალიზური ქუჩასუსტობის ჩვენ მიერ გაზიარებული პათოფსიქოლოგიური სტრუქტურა მიგვითითებს, რომ პროგრესული დამბლით დაავადებული ადამიანის მთელი ქცევა ფსიქიკური მოქმედების დაბალ საფეხურზე მიმდინარეობს, მისი ფსიქიკური ცხოვრება იმპულსური, ავტომატური ფსიქიკის პლანში იშლება, იგი მხოლოდ ფსიქიკის დაბალი დონის ამარად არის დარჩენილი. ამიტომ მისი ქცევის თავისებურება აქტუალურ სიტუაციაში ფიქსირებული განწყობის ცალკეულმა მხარეებმა უნდა გავვაგებინოს.

ჩანს თუ არა პროგრესული დამბლის კლინიკაში ის ფაქტი, რომ ავადმყოფი ადამიანის ქცევა მართლაც მთლიანად განწყობის პლანში მიმდინარეობს. ამის დასადასტურებლად ისევ კრეპელინის მივმართოთ.

კლინიკური ფსიქიატრიის ეს ფუძემდებელი ასე აღწერს პროგრესული დამბლით დაავადებული ადამიანის ქცევას:

ავადმყოფები მაშინვე, ყოველგვარი შინაგანი წინააღმდეგობის გარეშე ემორჩილებიან თავიანთ ლტოლვათ, ამიტომ მათი საქციელი უმიზნობითა და მოუფიქრებლობით გამოირჩევიან.

ცხადია, რომ ასეთი მოქმედება მთლიანად აქტუალური მოთხოვნა-

ლების იმპულსით უნდა იყოს სტიმულირებული და ის მხოლოდ აქტუალურ სიტუაციაში უნდა მიმდინარეობდეს. ეს კი ქცევის განწყობის საფეხურია, მისი დაბალი დონე, რომელიც იმპულსური, ავტომატური ბუნებისაა და ამიტომ ცნობიერების მონაწილეობის გარეშე თავისთავად ფუნქციობს.

ახლა საკითხავი ისაა, თუ რატომ აღარ შეეფერება უმეტეს შემთხვევაში განწყობის დონეზე მიმდინარე ქცევის აქტები გარემო სიტუაციის მოთხოვნებს, რატომ არ უწევს ანგარიშს ქცევის სუბიექტი გარემოს კონკრეტულ ფაქტებს? ცხოველის ქცევა მხოლოდ განწყობისეული მექანიზმებით არის განსაზღვრული, მაგრამ ეს გარემოება მას ხელს კი არ უშლის შეეგუოს თავის გარემოს, არამედ სწორედ იგია ამ შეგუების ერთადერთი პირობა. მაშ რაშია საკმე? რა მოსდის პროგრესული დამბლით დაავადებულებს?

ის, რომ მისი განწყობა პათოლოგიურადაა შეცვლილი! ჩვენი ექსპერიმენტული გამოკვლევებით დადასტურდა, რომ პროგრესული დამბლით დაავადებული ადამიანის განწყობა არსებითად განსხვავდება ნორმალური ადამიანისათვის დამახასიათებელი განწყობის ტიპისაგან; დაავადებული ადამიანის ორგანიზმში მიმდინარე პათოლოგიური პროცესის შედეგად, პროგრესული დამბლით დაავადებული პიროვნების განწყობა პათოლოგიურ ხასიათს ღებულობს.

ამ პათოლოგიური ხასიათის კერძო გამოვლინებაა განწყობის სტატიკურობა, რომელიც გამოხატული პარალიზური დეფექტის დროს იქნა ჩვენ მიერ ექსპერიმენტულად პარალიზური დეფექტის დროს იქნა ჩვენ მიერ ექსპერიმენტულად დადგენილი. განწყობის ეს არანორმალური თვისება მის სტაბილურობასა და სიმტკიცესთან ერთად იქნა შემჩნეული. კლინიკურ და ექსპერიმენტულ მონაცემთა ურთიერთშეჯერებიდან გამოიკვეა, რომ განწყობის ეს პათოლოგიური მხარეები, როგორც ცალკეულ ფსიქიკურ ფუნქციონათა, ისე, საერთოდ, ავადმყოფის ქცევის ავტომატიზაციის ტენდენციას და პერსვეერაციულ ხასიათს აპირობებს.

ამიტომ, რომ პროგრესული დამბლით დაავადებული ადამიანის ქცევა გარეგნულად უმიზნობითა და მოუფიქრებლობით გამოირჩევა, ამიტომ, რომ ის უწესრიგოდ და მცდარად მიმდინარეობს.

მაგრამ პარალიზური კეთუასუსტობის უფრო აღრეულ სტადია-

ში ადამიანი ჯერ კიდევ ახერხებს ვიტალურ მოთხოვნილებათა მეტ-ნაკლებად აღდეკატურად დაკმაყოფილებას. ასეთ შემთხვევაში მისი განწყობა ნორმალური ადამიანის განწყობისაგან თითქმის უმნიშვნელოდ განსხვავდება: ის დინამიკურია, ლაბილური და ნაკლებად მტკიცე.

პარალიზური ჰეპასუსტობის როგორც იოლ, ისე ღრმა შემთხვევებში, ავადმყოფის განწყობას ერთნაირად ახასიათებს ადვილი აგზნებადობა, ბიტლანქე და უაღრესი ლოკალურობა. ეს განწყობის ის თვისებაა, რომელიც ჩვენი ექსპერიმენტული მონაცემების მიხედვით, პროგრესული დამბლით დაავადების ყველა შემთხვევაში გვხვდება და ამდენად ზოგადად არის დამახსიათებელი ამ ავადმყოფობისათვის. ამიტომ, როდესაც პროგრესული დამბლით შეპყრობილი ავადმყოფის ქცევის შესახებ ზოგადად ვმსჯელობთ, უპირველესად ყოვლისა განწყობის ეს თვისებები უნდა გავითვალისწინოთ. ისინი ზოგადად გაგვარკვევენ პროგრესული დამბლით დაავადებული ადამიანის ავადმყოფური ქცევის ხასიათში.

თუ განწყობის ამ თვისებებს მივიღებთ მხედველობაში, მაშინ გასაგები უნდა იყოს ის, თუ რატომ ხდება, რომ პროგრესული დამბლით დაავადებული ადამიანი მაშინვე, ყოველგვარი შინაგანი წინააღმდეგობის გარეშე ემორჩილება თავის სურვილს, რატომ არის. რომ მაშინვე იწყება საქმიანობას, „როდესაც რაიმე აზრი მოუვა თავში?“. იმიტომ რომ მისი აქტუალურ სიტუაციაში ფიქსირებული განწყობა განსაკუთრებით ადვილად აგზნებადია.

განწყობის განსაკუთრებულად ადვილი აგზნებადობა უფრო გასაგებს ხდის კიდევ ერთ გარემოებას:

ჩვენ აღვნიშნეთ, რომ პროგრესული დამბლით დაავადებული ადამიანი სრული უკრიტიკობის გამო შთაგონებადია; იგი ადვილად იჯერებს ჩვენ ნათქვამს, ადვილად განიცდის სხვის ზემოქმედებას. მაგრამ შთაგონებადობა პროგრესული დამბლის ღროს ყოველგვარ საზღვარს სცილდება. ავადმყოფი განსაკუთრებულად ადვილად შთაგონებადია. ასეთი უკიდურესი შთაგონებადობა კრიტიკის მოსპობის სხვა შემთხვევაში იშვიათად გვხვდება. რაშია საქმე? რატომ ასე ადვილად იჯერებს ავადმყოფი ჩვენ მიერ მიწოდებულ

უპირატესად აბსურდულ აზრებს? რატომ ასე ღრმად იჯერება და ჩქარა თავისი პიროვნების კუთვნილებად იხდის მას?

იმიტომ, რომ მას საერთოდ განსაკუთრებულად ადვილი აგზნებადობის ზანწყობა აქვს, მით უმეტეს, რომ აქ ზანწყობის მოქმედებას ობიექტივაცია ხელს ვერ უშლის.

ზანწყობის ადვილი აგზნებადობა, მისი სიტლანქე და განსაკუთრებით უკიდურესი ლოკალურობა გვიხსნის იმასაც, თუ რატომ ვერ ამთავრებს პროგრესული დამბლით დაავადებული ადამიანი დაწყებულ საქმეს, რატომ უსასრულოდ გადადის სხვადასხვა შემთხვევით გამლიზიანებლებზე და განუწყვეტლივ პასუხობს, მათ რაც ავადმყოფის მოქმედებებში გადამეტებული ფუსფუსის შთაბეჭდილებას ქმნიკ. როგორც კრეპელინი ამბობს: ავადმყოფი სწრაფად და მიუფიქრებლად ცდუნებას სისრულეში მოიყვანოს თავისი „ბოლღიანი გეგმები“ — იგი მაშინვე იწყებს საქმიანობას, როდესაც რაიმე აზრი მოუვა თავში და რადგან ეს უკანასკნელი მალე ავიწყდება გადადის სრულიად სხვაზე.

ზანწყობის აღნიშნული თვისებების საფუძველზე გასაგები ჩანს: აკრეთვე პროგრესული დამბლით დაავადებისათვის დამახასიათებელი ემოციური პათოლოგია. კერძოდ ის, რომ ავადმყოფი მცირე მიზეზის შედეგად გამოდის წონასწორობიდან და იქცევა ადვილად წარმავალ შეუსაბამო აღგზნების მდგომარეობას. ამის საფუძველზე უნდა გავიგოთ ისიც, რომ ავადმყოფის გუნებზანწყობის ელფერა არ არის ერთგვაროვანი და რომ პროგრესული დამბლისათვის დამახასიათებელია აფექტურ განცდათა უშუალო მონაცვლეობა — სუსტსულოვნობა.

ასეთი გარკვეულობა შეაქვს პარალიზური ქკუასუსტობის ზანწყობის თეორიის თვალსაზრისზე შემუშავებულ პათოფსიქოლოგიურ სტრუქტურას პროგრესული დამბლის როგორც სულით ავადმყოფობის გამოვლინებაში, მის კლინიკურ თვისებებებში. ასე სხნის ის პროგრესული დამბლის როგორც ძირითად, ისე ცალკეულ ფსიქოპათოლოგიურ სიმპტომებს. ასე გვაგებინებს ზანწყობის თეორიის მიხედვით გაგებული ავადმყოფის პიროვნების ცვლილება ქკუასუსტი ადამიანის ქცევის პათოფსიქოლოგიურ ბუნებასა და ხასიათს.

ახლა შევეცადოთ განვსაზღვროთ ჩვენ ექსპერიმენტულ შედეგთა თეორიული და პრაქტიკული ღირებულება.

ცხადია, რომ, თუ ჩვენ გამოკვლევაში მართლაც არის რაიმე ახალი. მაშინ მას თეორიული მნიშვნელობა უნდა ჰქონდეს განწყობის ზოგადი ფსიქოლოგიისათვის, სპეციალურ ინტერესს უნდა იწვევდეს მისი პათოფსიქოლოგიისათვის და პრაქტიკულად გამოსაყენებელი უნდა იყოს ფსიქიატრიულ კლინიკაში, პროგრესული დამბლით დაავადებულთა ფსიქოპათოლოგიური გამოკვლევის დროს.

განწყობის ზოგადი ფსიქოლოგიისათვის ჩვენი ექსპერიმენტული მონაცემები პრინციპულად ახალს არაფერს შეიცავს. უფრო სწორი იქნებოდა თუ ვიტყოდით, რომ იგი ამტკიცებს ცალკეულ პრობლემათა ექსპერიმენტული დაბაბუთების საკითხს, კიდევ ერთხელ ადასტურებს მათ, მაგალითად:

1) რომ ნორმალური ადამიანის განწყობა და ობიექტივაციის უნარი მისი სულიერი დაავადების დროს თვისობრივად იცვლება და პათოლოგიურ ხასიათს ღებულობს, ეს ადრეც იყო ცნობილი. ჩვენი მასალა კიდევ ერთხელ ადასტურებს განწყობის ზოგადი ფსიქოლოგიისათვის ამ ერთ-ერთი ძირითადი მნიშვნელობის საკითხს.

2) ჩვენ მასალაზე კიდევ ერთხელ ექსპერიმენტულად არის დადასტურებული განწყობის ზოგადი ფსიქოლოგიისათვის ის არანაკლები მნიშვნელობის ფაქტი, რომ მკურნალობის შედეგად ხდება პათოლოგიურად შეცვლილი განწყობისა და ობიექტივაციის მონაცემთა ნორმისაკენ მიახლოება, ხოლო სრული რემისიის დროს, ისინი მთლიანად ისეთ სახეს ღებულობენ, როგორც ეს ნორმალური მდგომარეობისათვისაა დამახასიათებელი.

3) პროგრესული დამბლით დაავადებულ ადამიანისათვის ოპტიკური განწყობა დამახასიათებელი არ არის. როგორც ცნობილია, ის არც სხვაგვარი წარმოშობის ორგანული დაზიანების დროს გვხვდება. ეს გარემოება სემა ზოგად ფსიქოლოგიურ საკითხს ოპტიკური განწყობის აღმოცენების სპეციალურ მექანიზმთა შემდგომი კვლევისათვის:

განწყობის პათოფიზიოლოგიისათვის ჩვენი ექსპერიმენტული მონაცემები სპეციალური ინტერესის საგანს წარმოადგენს, რადგან იხინი არა მარტო ადასტურებენ. უკვე ცნობილ ფაქტებს, არამედ ახალ, აქამდე უცნობ საკითხებსაც არკვევენ.

განწყობისა და ობიექტივაციის მონაცემები რომ გარკვეულ გასაგებ კორელაციაშია ავადმყოფთა ფაქტიური კლინიკური მდგომარეობის მიმართ, ეს ადრეც ცნობილი იყო. ჩვენი მასალა კიოვე ერთხელ აღნიშნავს ამ მნიშვნელოვან მოვლენას და გვიჩვენებს, თუ როგორ შეესაბამება ავადმყოფის განწყობისა და ობიექტივაციის ექსპერიმენტული მონაცემები პროგრესული დამბლით დაავადებული ადამიანის კლინიკურად და ექსპერიმენტულ-ფიზიოლოგიურად გამოვლინებული დემენციის ხარისხს, მის სიღრმეს, ისინი მიგვითითებენ, თუ ჰეუსუსტობის თანდათანობითი გაღრმავების პარალელურად როგორ შორდება ავადმყოფის განწყობისა და ობიექტივაციის მონაცემები ნორმალურ მდგომარეობას.

პროგრესული დამბლით დაავადებულთა განწყობა ადრე გამოკვლეული არ ყოფილა, ამიტომ ჩვენი მასალა ავებს განწყობის პათოფიზიოლოგიაში აქამდე არსებულ ხარვეზებს და გვიჩვენებს:

რომ პროგრესული დამბლისათვის, საერთოდ, განსაკუთრებით ადვილად აგზნებადი, ყოველთვის ტლანქი და უაღრესად ლოკალური განწყობაა დამახასიათებელი.

რომ ასეთი განწყობა იმთავითვე ამელავნებს ტენდენციას, სტატიკურობის, სტაბილურობისა და სიმტკიცისაკენ.

და, რომ პროგრესული დამბლით დაავადებულ ადამიანის განწყობა, რომელიც ჩამოყალიბებულია პარალიზური ჰეუსუსტობის მდგომარეობაში, ადვილი აგზნებადობით, სტატიკურობით, სიტლანქით, სტაბილურობით, სიმტკიცით, ლოკალურობითა და კონსტანტურობით ხასიათდება.

არც პროგრესული დამბლით დაავადებულთა ობიექტივაცია ყოფილა ადრე გამოკვლეული. ჩვენი ექსპერიმენტული მონაცემების მიხედვით კი ირკვევა:

რომ ამ ავადმყოფობის დროს, ყველაზე ადრე და განსაკუთრებით მძიმედ სწორედ ეს სპეციფიკურ-ადამიანური აქტი ზიანდება.

და, რომ ძალიან ჩქარა პათოლოგიური პროცესის წინსვლას-

თან დაკავშირებით ობიექტივაციის უნარი ადამიანს სრულიად აღარ აქვს, აქ ის გამოვარდნილია.

მაგრამ რა სარგებლობა უნდა მოუტანოს ამ მონაცემებმა ფსიქიატრიულ კლინიკას? რა დახმარება უნდა გაუწიოს ჩვენ მიერ დადგენილმა ექსპერიმენტულმა ფაქტებმა ექიმს, მის წინ დასმულ სხვადასხვა საექიმო-პრაქტიკული საკითხების გადაჭრის საქმეში?

დავიწყოთ იქიდან, რომ პროგრესული დამბლის დროს ობიექტივაციის უნარი ადამიანს სრულიად აღარ აქვს, რომ აქ ეს სპეციფიკურ-ადამიანური აქტი გამოვარდნილია.

როგორც ვნახეთ, დაავადებია უადრესი კლინიკური სიმპტომები, კერძოდ შესამჩნევი გაფანტულობა და უყურადღებობა, რაც ხშირად ერთდერით სინპტომია მოახლოებული პროგრესული დამბლისა, ობიექტივაციის დაზიანების შედეგია.

ცნობილია, რომ პროგრესული დამბლის ნევრასთენიული სტადია, ხშირად, არც თუ იაე ადვილი გასარჩევია საერთოდ ნევრასთენიისა, ანდა სხვა რომელიმე სულით ავადმყოფობის, ვთქვათ შიზოფრენიის დებიუტისაგან.

ჩვენი მონაცემების მიხედვით საფიქრებელია, რომ პროგრესული დამბლით დაავადებული ადამიანი, დაავადების ამ დასაწყის სტადიაშიც უნდა ამჟღავნებდეს ობიექტივაციის გარკვეულ მძიმე პათოლოგიას, რაც არც ნევრასთენიისათვის არის დამახასიათებელი და არც სხვა რომელიმე სულით ავადმყოფობისათვის, ისევე როგორც შიზოფრენიის დროს, არ უნდა იყოს განსაკუთრებით მკვეთრად გამოხატული.

ამიტომ ობიექტივაციის მეტ-ნაკლებად მძიმე დაზიანების გამოვლენამ ფსიქონევროლოგიური დისპანსერის პირობებში ექვე უნდა აგვადებინოს მოახლოებულ პროგრესულ დამბლაზე, რის შემდეგაც სპეციალური ლაბორატორიული და ნევროლოგიური გამოკვლევის ნიადაგზე ექიმს საშუალება მიეცემა დასახოს გარკვეული სამკურნალო ღონისძიებანი. ეს ბევრად უფრო მეტ შანსებს უტოვებს ავადმყოფს სრული გამოკეთებისათვის.

მართლა, პროგრესული დამბლის დიაგნოზი კლინიკათვის არ წარმოადგენს განსაკუთრებულ სიძნელეს, მაგრამ რადგანაც განწყობისა და ობიექტივაციის მონაცემები, ანუ დაავადებული პიროვნების პათოფსიქოლოგიური სტრუქტურა, რომელიც ამ ავად-

ყოფობისათვის არის დამახასიათებელი, განსაკუთრებით თვალსაჩინოდ განსხვავდება სხვა ფსიქოზთა ამგვარივე სტრუქტურისაგან ისინი შესაძლებელია გამოყენებულ იქნეს, როგორც, კიდევ ერთი დამხმარე საშუალება პროგრესული დამბლის კლინიკური დიაგნოზისათვის.

მაგრამ პროგრესული დამბლის დიაგნოსტიკის ეს დამხმარე მეთოდი შესაძლებელია გარკვეულ პირობებში სხვა მეთოდებზე უფრო საპირველობო აღმოჩნდეს, მაგალითად:

არსებობს შემთხვევები კლინიკური სიმკვლეებისა.

ჩვენ მხედველობაში გვაქვს ტვინის ათამანგის ფსევდოპარალიზური ფორმები, რომლებიც არა მარტო კლინიკური გამოვლინების მსრივ წააგვანან პროგრესულ დამბლას, არამედ ხშირად მათთვის ერთნაირად დამახასიათებელია ცალკეული ლაბორატორიული მონაცემებიც.

ასეთ რთულ შემთხვევაში ჩვენ ექსპერიმენტულ მონაცემებს (განწყობის დამახასიათებელი და ობიექტივაციის გამოვარდნა) ცხადია გარკვეული პრაქტიკული მნიშვნელობა ეძლევა მათ ერთმანეთისაგან გასამიჯნავად.

რემისიის მდგომარეობაში ხშირად დგება საკითხი ყოფილ ავადმყოფთა შრომისუნარიანობის ან შერაცხადობის შესახებ. ჩვენი მონაცემების საფუძველზე შესაძლებელია ადამიანის ჰეპასუსტობის ხარისხის, მისი სიღრმის საკითხის ირგვლივ მივიღოთ ექსპერიმენტული მასალა. რადგანაც, როგორც ჩვენ მიერ იქნა დადასტურებული, განწყობისა და ობიექტივაციის მონაცემები დემენაციის სიღრმის პარალელურად კანონზომიერ ცვალებადობას განიცდის. მაგალითად:

ჰეპასუსტობის მეტ-ნაკლებად იოლ შემთხვევებში, განწყობა ღინამიკურია. ობიექტივაცია კი ყოველთვის მეტ-ნაკლებად მძიმედ დაზიანებული; ღრმა პარალიზური ჰეპასუსტობის დროს—განწყობა სტატიკურია, ხოლო ობიექტივაცია არულისადაა აღარ არსებობს; მათ შორის გარდამავალი მდგომარეობის დროს კი განწყობა ვარიადილური (ხან სტატიკურ, ხან ღინამიკური), ხოლო ობიექტივაცია ძლიერ მძიმედ დაზიანებულია.

ავადმყოფის გამოკეთების დროს, მაშინ, როდესაც მკურნალობის შედეგად იგი გამოდის ჰეპასუსტობის მდგომარეობიდან ჩვენი დაკვირვების თანახმად, ხდება განწყობისა და ობიექტივა-

ციის ზემოაღნიშნული მონაცემების უკუთანმიმდევრობით აღდგენა. ამიტომ, თუ ავადმყოფის სტატიკურმა განწყობამ დინამიკურობის ტენდენცია შეიძინა, რაც მის ვარიაბილურობაში უნდა გამოვლენდეს, მაშინ შეგვიძლია იმედი ვიქონიოთ, რომ ამ შემთხვევაში მკურნალობის შედეგად ფსიქიკური გამოკეთება მოსალოდნელია.

როგორც ვხედავთ, ჩვენ ექსპერიმენტულ მონაცემებს ფსიქიატრიულ კლინიკისათვის გარკვეული პრაქტიკული, გამოყენებითი მნიშვნელობა ჰქონია როგორც პროგრესული დამბლის ნაადრევი ამოცანების, ისე მიახლოებითი დიფერენციალური დიაგნოზის, მკურნალობითი პროგნოზისა და ყოფილ ავადმყოფთა შრომითი, თუ სასამართლო ფსიქიატრიული ექსპერტიზის, ცალკეულ საკითხთა გადაწყვეტის საქმეში.

ეს ყოველივე დ. უზნაძის ფსიქოლოგიური კვლევის მეთოდების ფსიქიატრიულ კლინიკაში შემდგომი დანერგვის სარგებლიანობაზე მიუთითებს.

შ ი ნ ა ა რ ს ი

შესავალი

3

თ ა ვ ი პ ი რ ე ლ ი

პროგრესული დამბლის ფსიქოპათოლოგიური პრობლემა და მისი გადაჭრის
გზა

9

თ ა ვ ი მ ე ო რ ე

საკუთარი დავირვებები	24
კვლევის მეთოდები	24
კვლევის მასალა	34
• ქრეტალურ სიტუაციაში ფიქსირებული განწყობის კვლევის შედეგები	37
ვერბალურ სიტუაციაში ფიქსირებული განწყობის კვლევის შედეგები	71
პროგრესული დამბლით დაავადებულთა ობიექტივაცია	87
განწყობის თავისებურებათა გამოვლენა ავადმყოფის ინტელექტუალური ფუნქციათა მოქმედებაში	109
ექსპერიმენტული და კლინიკური ფაქტორების ურთიერთობისათვის.	163

თ ა ვ ი მ ე ს ა მ ე

საკუთარი ექსპერიმენტული მონაცემების განზოგადების ცდა	203
პარალიზური კვუასუსტობის სტრუქტურული ბუნებისათვის	203
პარალიზური კვუასუსტობის - პათოფსიქოლოგიური სტრუქტურის სპეცი- ფიკურობისათვის	215
პარალიზური კვუასუსტობის პათოფსიქოლოგიური სტრუქტურა და პრო- გრესული დამბლის დაავადებული ადამიანის პიროვნების ძირითადი ცვლილება	222
პროგრესული დამბლის კლინიკა და ჩვენი ამოცანები	228
საკუთარი ექსპერიმენტული მონაცემების თეორიული და პრაქტიკული მნი- შვნელობის შესახებ	242

Тенгиз Георгиевич Абрамшвили
К психопатологии прогрессивного паралича
(На грузинском языке)

Издательство «Сაბჭოთა საქართველო»
Тбилиси, ул. Марджанишвили, 5
1966

რედაქტორი დ. კანდელაკი -
მხატვარი ნ. ლაფაჩი
მხატვრული რედაქტორი ნ. ოსკანოვი
ტექნიკური რედაქტორი ვ. ჭიჭინაძე
კორექტორები: ნ. ლომეანიძე, ც. ნიკურაძე

ხელმოწერილია დასაბეჭდად 24/XII-66 წ.
ქალაქის ზომა 60×841/16. ნაბეჭდი
თაბახი 15,5 სააღრ.-საგამომც. თაბახი 12,36.
უე 02902. ტირაჟი 1.000. შეკვ. 871.
ფასი 80 კაპ.

გამომცემლობა „საბჭოთა საქართველო“
თბილისი, შარტავის ქუჩის, 5ა

მე-4 სტამბა, თბილისი, მედქალაქი.
Типография № 4, Тбилиси, Медгородок