

საქართველოს სსრ მეცნიერებათა აკადემია
დ. უზნაძის სახ. ფსიქოლოგიის ინსტიტუტი

ფსიქოპათოლოგიის საკითხები



გამომცემლობა „მეცნიერება“
თ ბ ი ლ ი ს ი
1976

ედგენება
პროფესორ იოსებ ბჟალავას
ნათელ ხსოვნას

იოსებ ბჟალავა

(1904—1972)

70 წელი შესრულდა ქართული ფსიქოლოგიური სკოლის თვალსაჩინო წარმომადგენლის, მეცნიერების დამსახურებული მოღვაწის, მედიცინის მეცნიერებათა დოქტორის, პროფესორ იოსებ თეიმურაზის ძე ბჟალავას დაბადებიდან.

ი. ბჟალავა დაიბადა 1904 წ. 1923 წელს ჰუმანიტარული ტექნიკუმის დამთავრების შემდეგ იგი შევიდა თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტის სიბრძნისმეტყველების ფაკულტეტზე, სტუდენტობიდანვე დაინტერესდა ფსიქოლოგიით და დიდ დროს უთმობდა მეცნიერების ამ დარგის შესწავლას. 1928 წელს მან წარმატებით დაამთავრა აღნიშნული ფაკულტეტი და მუშაობა დაიწყო სოციალური ჰიგიენის ინსტიტუტში სოციალური აღზრდის კაბინეტის გამგედ. 1930 წელს ი. ბჟალავა დაინიშნა საქართველოს სსრ ჯანმრთელობის დაცვის სახალხო კომისარიატთან არსებული ბავშვთა და მოზარდთა ჯანმრთელობის დაცვის ინსტიტუტის დირექტორის მოადგილედ. ამ ინსტიტუტში მისი ინიციატივით შეიქმნა დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის დაცვის სექცია, რომლის ბაზაზეც ჩამოყალიბდა შემდეგ დედათა და ბავშვთა ჯანდაცვის ინსტიტუტი.

1932—1937 წლებში ი. ბჟალავა თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო ინსტიტუტის სტუდენტია. ხსენებული ინსტიტუტის დამთავრების შემდეგ იგი მუშაობს ჯერ ორდინატორად ფსიქიატრიულ კლინიკაში, ხოლო შემდეგ სამამულო ომის წლებში განყოფილების გამგედ თბილისის სამხედრო-საევაკუაციო ჰოსპიტალში.

მისი ხელმძღვანელობით ამ ჰოსპიტალში ფართო სამეცნიერო და პრაქტიკული მუშაობა მიმდინარეობდა თავის ტვინის დაზიანებული ფუნქციების აღდგენის მიმართულებით.

1941 წელს ი. ბეალავას მიენიჭა მედიცინის მეცნიერებათა კანდიდატის, ხოლო 1945 წელს მედიცინის მეცნიერებათა დოქტორის სამეცნიერო ხარისხი.

1946—1947 წლებში ი. ბეალავა სამეცნიერო მოღვაწეობას ეწეოდა საკავშირო სამედიცინო აკადემიის ნევროლოგიის ინსტიტუტში. 1933 წლიდან 1940 წლამდე იგი თბილისის ფუნქციონალურ ნერვულ დაავადებათა ინსტიტუტის ფსიქოლოგიური განყოფილების გამგეა. სწორედ ამ განყოფილების ბაზაზე ჩამოყალიბდა 1941 წ. საქართველოს სსრ მეცნიერებათა აკადემიის დ. უზნაძის სახელობის ფსიქოლოგიის ინსტიტუტის პათოლოგიური ფსიქოლოგიის განყოფილება, რომლის უცვლელი ხელმძღვანელიც, სიცოცხლის უკანასკნელ დღემდე, ი. ბეალავა იყო.

სამედიცინო და ფსიქოლოგიურმა განათლებამ ი. ბეალავას საშუალება მისცა მეცნიერული მოღვაწეობა ძირითადად სამედიცინო ფსიქოლოგიის მიმართულებით წარემართა. სამეცნიერო მოღვაწეობის გზა, რომელიც მან 40 წლის მანძილზე განვლო, საქართველოში სამედიცინო ფსიქოლოგიის ჩამოყალიბებისა და განვითარების გზაა. ამ საქმეს ეწეახებოდა ი. ბეალავას შემოქმედებითი ნიჭი, დიდი განათლება, მეცნიერებისადმი დიდი სიყვარული.

ფსიქოლოგიის აღნიშნულ დარგში კვლევა-ძიებას ი. ბეალავამ საფუძვლად დაუდო თავისი დიდი მასწავლებლის დ. უზნაძის ზოგადფსიქოლოგიური თეორია. ამ კვლევის საფუძველზე შექმნა მან ისეთი მნიშვნელოვანი მონოგრაფიები, როგორიცაა „შიზოფრენიის ფსიქოპათოლოგია“, „ეპილეფსია“, „ინვოლუციური ფსიქოზის ფსიქოპათოლოგია“ და სხვ. მის მიერ დადგენილია ფიქსირებული განწყობის თავისებურებანი სხვადასხვა ფსიქოზების დროს, ამ თავისებურებათა საფუძველზე განხილულია პიროვნების პათოლოგიისა და ფსიქოზურ განცდათა ურთიერთობის საკითხები. ი. ბეალავას აღნიშნული გამოკვლევების შედეგად დ. უზნაძის მიერ შემუშავებული ფიქსირებული განწყობის კვლევის მეთოდები ფართოდ დაინერგა ფსიქიატრიისა და ნევროლოგიის კლინიკებში. ამავე გამოკვლევათა შედეგები საფუძვლად დაედო განწყობის დიფერენციალურ-ფსიქოლოგიურ დახასიათებას, რომელიც დ. უზნაძის შრომებშია ასახული. ი. ბეალავას ეს შრომები კარგადაა ცნობილი საბჭოთა კავშირისა და უცხოეთის სამეცნიერო წრეებში; მისი გა-

მოკვლევები ეპილეფსიითა და შიზოფრენიით დაავადებულთა ფიქსირებული განწყობის თაობაზე გამოქვეყნებულა ინგლისურ, გერმანულ, უნგრულ ენებზე.

ი. ბეალავა ინტენსიურად შეისწავლიდა, აგრეთვე, თავის ტვინის დაზიანებათა ფსიქოლოგიას. მისი ნეიროფსიქოლოგიური გამოკვლევებიდან ყურადღებას იპყრობს „ტვინის მეტყველების ზონები და ფიქსირებული განწყობა“, აკადემიკოს ა. ლურიასთან ერთად შესრულებული შრომა — „ფიქსირებული განწყობა ტვინის შუბლის წილის დაზიანების დროს“ და მრავალი სხვა.

ი. ბეალავას მეცნიერული ინტერესები არ შემოიფარგლებოდა მხოლოდ ფსიქოპათოლოგიური პრობლემებით. მეცნიერული მოღვაწეობის შემდგომ ეტაპზე იგი მუშაობას იწყებს განწყობის ფიზიოლოგიური საფუძვლების ძიების მიმართულებით. ამ საკითხის შესწავლას მკვლევარმა რამდენიმე ექსპერიმენტული გამოკვლევა მიუძღვნა. მისი შედეგები შეჯამებულია მონოგრაფიაში „განწყობა და ტვინის მექანიზმები“, სადაც ავტორი ექსპერიმენტულად ასაბუთებს, რომ ფიქსირებული განწყობის აღმოცენებისა და მიმდინარეობის ფიზიოლოგიურ საფუძველს უნდა წარმოადგენდეს თავის ტვინის ნახევარსფეროების ინტეგრირებული მუშაობა, მასში მიმდინარე ნერვული პროცესების ფუნქციონალურად გაერთიანებული დინამიკური სისტემა.

სრულიად განსაკუთრებული მნიშვნელობა ენიჭება ი. ბეალავას კვლევას განწყობის ზოგადი ფსიქოლოგიის სფეროში, კერძოდ, აღქმისა და განწყობის ურთიერთობის საკითხების შესწავლას, რომელთა გასარკვევად ავტორმა უაღრესად რთული და საინტერესო კვლევა განახორციელა თანმიმდევარი პოზიტიური ხატის შესწავლის მიმართულებით, რის საფუძველზე მიღებული შედეგები განწყობის ფსიქოლოგიის მეტად მნიშვნელოვან მონაპოვრად აღიარებული. კერძოდ, ბეალავას მიერ დადგენილია, რომ პოზიტიური თანმიმდევარი კვალი იმგვარადვე ორგანიზირდება და იმავე კანონზომიერებას ემორჩილება, რომელიც დადასტურებულია ფიქსირებული განწყობის კლასიკურ ექსპერიმენტში. ფიქსირებული განწყობის მეთოდის გამოყენებით ი. ბეალავამ შეძლო, აგრეთვე, ეჩვენებინა არსებითი განსხვავება ნეგატიურსა და პოზიტიურ თანმიმდევარ კვალს შორის. ამავე მონოგრაფიაში აღწერილია მანამდე უცნობი ფსიქიკური ფენომენები, რომლებსაც ავ-

ტორი განიხილავს. როგორც აღქმისა და წარმოდგენის ხატებს შორის გარდამავალ საფეხურს.

განწყობის პრობლემებისადმი მიძღვნილი შრომებიდან აღსანიშნავია, აგრეთვე, ი. ბეალავას ექსპერიმენტული გამოკვლევა „კონტრასტული ილუზია, თუ ფიგურის შემდგომი ეფექტი“. ავტორი დამაჯერებლად ასაბუთებს, რომ კვლევის სიმადრის თეორია უძლურია ახსნას განწყობის ილუზიების მრავალი ფაქტი.

ხაზგასმით უნდა აღინიშნოს ის დიდი მუშაობა, რომელიც ი. ბეალავამ კიბერნეტიკისა და ფსიქოლოგიის მოსაზღვრე საკითხების გარკვევას მიუძღვნა. მის მიერ გამოქვეყნებული მონოგრაფია „კიბერნეტიკა და ფსიქოლოგია“ მიზნად ისახავს აჩვენოს განწყობის ცნების გამოყენების მნიშვნელობა მეცნიერების ისეთი დარგებისთვის, რომელთა კვლევის ძირითად სფეროს მართვის პრობლემები წარმოადგენს. აღნიშნულმა მონოგრაფიამ ფართო გამოხმაურება ჰპოვა, იგი გამოქვეყნდა ქართულ, რუსულ და პოლონურ ენებზე.

ი. ბეალავა აქტიურად მონაწილეობდა ფსიქოლოგთა თითქმის ყველა რესპუბლიკური, საკავშირო და საერთაშორისო ყრილობის მუშაობაში. იგი იყო საქართველოს სსრ ფსიქოლოგთა საზოგადოებისა და სსრკ ფსიქოლოგთა საზოგადოების ცენტრალური საბჭოს წევრი.

1969 წ. მისი თაოსნობით თბილისში გაიმართა პირველი საკავშირო სიმპოზიუმი სამედიცინო ფსიქოლოგიაში.

დიდ შემოქმედებით მუშაობასთან ერთად ი. ბეალავა ეწეოდა დაუღალავ პედაგოგიურ მოღვაწეობას. მისი უშუალო ხელმძღვანელობით შესრულებულია არაერთი საკანდიდატო და სადოქტორო დისერტაცია დ. უზნაძის სახელობის ფსიქოლოგიის ინსტიტუტსა და მ. ახათიანის სახელობის ფსიქიატრიის ინსტიტუტში. წლების მანძილზე იგი კითხულობდა პედაგოგიკისა და ფსიქოლოგიის კურსს სამედიცინო ინსტიტუტში (1932—1936) და პათოლოგიური ფსიქოლოგიის კურსს თბილისის უნივერსიტეტში (1944—1953).

მეცნიერების წინაშე დიდი ღვაწლისათვის ი. ბეალავას მიენიჭა მეცნიერების დამსახურებული მოღვაწის წოდება.

ი. ბეალავა იყო არა მარტო თვალსაჩინო მკვლევარი, არამედ ჰუმანიტარული მოქალაქე, წრფელი და გულისხმიერი მეგობარიც, იგი ყველას უხვად უზიარებდა დიდ ცოდნასა და გამოცდილებას, დაუღალავად და დიდი ინტერესით ესმარებოდა თანამშრომლებსა

და მოწაფეებს სამეცნიერო-კვლევითი მუშაობის ყოველ ეტაპზე. წინამდებარე კრებულში გამოქვეყნებული შრომების უმრავლესობაც ი. ბეალაშვილის უშუალო ხელმძღვანელობითაა შესრულებული.

ი. ბეალაშვილის შრომების სია:

1. ეპილეფსიით დაავადებულთა ყურადღების მოცულობა. ფუნქციონარულ-ნერვულ დაავადებათა ინსტიტუტის შრომები, ტ. I, 1936.
2. ეპილეფსიით დაავადებულთა ყურადღების ტიპები. ფუნქციონარულ-ნერვულ დაავადებათა ინსტიტუტის შრომები, ტ. I, 1936.
3. ეპილეფსიის მკურნალობა კოფეინ-ლუმინალის ხსნარით, ფუნქციონარულ-ნერვულ დაავადებათა ინსტიტუტის შრომები, ტ. I, 1936. „საბჭოთა მედიცინა“, 11—12, 1939.
4. ქაფურის ტოქსიკური დოზით გამოწვეული ფსიქოპათოლოგიური ფენომენები და მათი დიაგნოსტიკური მნიშვნელობა. „საბჭოთა მედიცინა“, № 9, 1940.
5. ინტელექტის პოსტკომოციური დეფექტი. კრებ. ფსიქოლოგია, ტ. I, 1942.
6. პოსტკომოციურ რეაქციათა ტიპოლოგია. კრებ. ფსიქოლოგია, ტ. II, 1943.
7. ეპილეფსიით დაავადებულთა განწყობა. საკანდიდატო დისერტაცია, 1941.
8. ნებელობის ფსიქოპათოლოგიისათვის. აკადემიის სამეცნიერო სესიის თეზისები, 1949.
9. ფიქსირებული განწყობის დიაგნოსტიკური მნიშვნელობა, კრებ. ფსიქოლოგია, ტ. 3, 1945.
10. ეპილეფსიის ფსიქოპათოლოგიისათვის. სადოქტორო დისერტაცია, 1945.
11. ტრავმული ნევროზი. ფუნქციონალურ-ნერვულ დაავადებათა ინსტიტუტის შრომები, ტ. 2, 1945.
12. შიზოფრენიით დაავადებულთა მეტყველება. კრებ. ფსიქოლოგია, ტ. 7, 1949.
13. ტვინის ე. წ. მეტყველების ზონები და ფიქსირებული განწყობა, კრებ. ფსიქოლოგია, ტ. 6, 1948.
14. ლობოტომია. თბილისის სამედიცინო ინსტიტუტის შრომები, ტ. 5, 1949.

15. პოსტლობოტომური ცვლილებები ინტელექტში. თბილისის სამედიცინო ინსტიტუტის შრომები, ტ. 6, 1950.
16. თანამიმდევარი ოპტიკური ხატის (კვალის) გადატანის საკითხისათვის. თბილისის სახ. უნივერსიტეტის შრომები, ტ. 43, 1950.
17. თანამიმდევარი ხატი და ფიქსირებული განწყობა. საქართველოს სსრ მეცნიერებათა აკადემიის „მოამბე“, № 2, 1950.
18. სტერეოხატი, საქართველოს სსრ მეცნიერებათა აკადემიის „მოამბე“, № 5, 1950.
19. ნეგატიური და პოზიტიური ხატი. საქართველოს სსრ მეცნიერებათა აკადემიის „მოამბე“, № 1, 1951.
20. ხატის ცვალებადობის საფეხურები. საქართველოს სსრ მეცნიერებათა აკადემიის „მოამბე“, ტ. 1, 1952.
21. სივრცის აღქმა თანამიმდევარ ოპტიკურ ხატში. საქართველოს სსრ მეცნიერებათა აკადემიის „მოამბე“, № 2, 1952.
22. სივრცის აღქმის მექანიზმისათვის. საქართველოს სსრ მეცნიერებათა აკადემიის „მოამბე“, № 5, 1952.
23. განწყობის ფიქსაციის პროცესი. საქართველოს სსრ მეცნიერებათა აკადემიის „მოამბე“, № 9, 1952.
24. ფსიქიკის საბუნებისმეტყველო მექანიზმისათვის. დისკუსიის თეზისები, 8—10 აპრილი, 1952.
25. პირობით გამლიზიანებელთან შეუღლებული ხატი. საქართველოს სსრ მეცნიერებათა აკადემიის „მოამბე“, № 10, 1952.
26. ფიქსირებული განწყობის მიმდინარეობა ფარმაცოლოგიურ საშუალებათა ზეგავლენით. კრებ. ფსიქოლოგია, ტ. 8, 1952.
27. ფარმაცოლოგიურ ნივთიერებათა გავლენა თანამიმდევარ ხატზე. კრებ. ფსიქოლოგია, ტ. 8, 1952.
28. შიზოფრენიით დაავადებულთა ფიქსირებული განწყობა. კრებ. ფსიქოლოგია, ტ. 9. 1953.
29. ფიქსირებული განწყობა და დროებითი კავშირების მექანიზმი. საქართველოს სსრ მეცნიერებათა აკადემიის „მოამბე“, № 6, 1953.
30. ფიქსირებული განწყობა და ტვინის სისტემური მუშაობა. იქვე, № 10, 1953.
31. ფსიქიკის მოქმედების I და II დონე და ტვინის სიგნალიზაციის I და II სისტემა. საქართველოს სსრ მეცნიერებათა აკადემიის „მოამბე“. № 4, 1954.

32. პირობით რეფლექსური კავშირის ორმხრივი მოქმედებისათვის. საქართველოს სსრ მეცნიერებათა აკადემიის „მომამბე“, № 9, 1954.
33. სიზნელისადმი თვალების ადაპტაციის პირობებში აღმოცენებული ოპტიკური ფენომენი. საქართველოს სსრ მეცნიერებათა აკადემიის „მომამბე“, № 4, 1955.
34. ინვოლუციური მელანქოლიის ფსიქოპათოლოგიისათვის კრებ. ფსიქოლოგია, ტ. 10, 1955.
35. პიროვნება და ფსიქოზი. კრებ. ფსიქოლოგია, № 11, 1957.
36. შიზოფრენიის ფსიქოპათოლოგიისათვის (მონოგრაფია), საქ. სსრ მეცნიერებათა აკადემიის გამომცემლობა, 1958.
37. ეპილეფსია (კლინიკურ-ფსიქოლოგიური ნარკვევი), (მონოგრაფია). გამომცემლობა „საბჭოთა საქართველო“, 1959.
38. ფსიქიკური მოქმედების საზღვრებისმეტყველო საფუძვლები (მონოგრაფია). გამომცემლობა „ცოდნა“, 1958.
39. აღქმა და განწყობა (მონოგრაფია), საქართველოს სსრ მეცნიერებათა აკადემიის გამომცემლობა, 1960.
40. ნებელობის შესწავლის ექსპერიმენტული მეთოდი, კრებული ფსიქოლოგია, ტ. 13, 1960.
41. კიბერნეტიკა და ფსიქოლოგია (მონოგრაფია). საქართველოს სსრ მეცნიერებათა აკადემიის გამომცემლობა, 1961.
42. სულით ავადმყოფთა გამოკვლევის ფსიქოლოგიური მეთოდები (მონოგრაფია). გამომცემლობა „განათლება“. 1961.
43. ფსიქოლოგია და კლინიკური ფსიქიატრია. კრებ. ფსიქოლოგია, ტ. 14, 1963.
44. ფსიქოლოგია და კიბერნეტიკა. მონოგრაფია. გამომცემლობა „მეცნიერება“, 1965.
45. ფსიქოზურ განცდათა ფენომენოლოგია (მონოგრაფია). გამომცემლობა „მეცნიერება“, 1968.
46. დიდი ქართველი ფსიქოლოგი და პედაგოგი (დ. უზნაძის დაბადების 80 წლისთავის გამო). სკოლა და ცხოვრება, № 1, 1967.
47. К психопатологии эпилепсии. Труды института функционально-нервных заболеваний, т. 2, 1945.

48. Фиксированная установка при локальных поражениях коры головного мозга. Сб. невропатология военного времени. 1949, в соавторстве с Ал. Лурия.
49. Последовательный оптический образ и фиксированная установка. «Сообщения» АН ГССР, № 2, 1950.
50. Стереобраз. «Сообщения» АН ГССР, № 5, 1950.
51. Негативный и позитивный последовательный образ. «Сообщения» АН ГССР, № 1, 1954.
52. Ступени преобразования последовательных образов. «Сообщения» АН ГССР, № 1, 1952.
53. Восприятие пространства в последовательном образе. «Сообщения» АН ГССР, № 2, 1952.
54. О механизме восприятия пространства. «Сообщения» АН ГССР, № 5, 1952.
55. Процесс фиксации установки. «Сообщения» АН ГССР, № 9, 1952.
56. О естественно-научной основе психики. Тезисы дискуссии 8—10 апреля 1952 г.
57. Последовательный образ, сочетающийся с условным раздражителем. «Сообщения» АН ГССР, № 10, 1952.
58. Основные вопросы советской психологии. Изд. АПН РСФСР № 45, 1953.
59. Фиксированная установка и системная работа головного мозга. «Сообщения» АН ГССР, № 10, 1953.
60. Фиксированная установка и механизмы временных связей. «Сообщения» АН ГССР, № 6, 1953.
61. Некоторые вопросы советской психологии. Известия АПН РСФСР, т. 45, 1953.
62. Взаимоотношение между восприятием и фиксированной установкой в свете учения И. П. Павлова. Сб. докладов на совещании по вопр. психологии, 1954 г., М.
63. Две ступени деятельности психики и две системы сигнализации. «Сообщения» АН ГССР, № 4, 1954.
64. О двухстороннем действии условно-рефлекторной связи. «Сообщения» АН ГССР, № 9, 1954.
65. О двух своеобразных оптических феноменах. «Сообщения» АН ГССР, № 4, 1955.
66. Механизм временных связей и последовательный образ. Журн. Высшей нервной деятельности, № 5, 1955.
67. Психопатология фиксированной установки. Сб. докладов на совещании по психологии, 1955, М.
68. К психопатологии фиксированной установки. Тезисы докл. на сов. по психологии АПН РСФСР, 1955.

69. К психопатологии фиксированной установки при шизофрении и эпилепсии. Докл. на совещании по вопросам психологии, т. 2, 1957.
70. О естественно-научных основах понятия установки. Сб. экспериментальных исследований по психологии установки, т. I, Тбилиси, 1958.
71. К психопатологии шизофрении. Сб. экспериментальных исследований по психологии установки, т. I, 1958.
72. Психопатология эпилепсии с точки зрения психологии установки. Сб. экспериментальных исследований по психологии установки, т. I, Тбилиси, 1958.
73. О природе контрастной иллюзии. «Вопросы психологии», № 4, 1954, М.
74. Структура личности и психоз. Сб. трудов Института психиатрии Мз. СССР, т. 5, 1958.
75. Об экспериментальном изучении воли. Вопросы психологии, № 4, 1961.
76. Установка больных шизофренией, как основа переживания психотических феноменов. Тезисы докладов I Закавказской конф. психиатров, Баку, 1962.
77. Контрастная иллюзия или эффект последствия фигуры. Вопросы психологии, 1962.
78. Некоторые замечания по поводу книги А. Т. Бочорншвили. Проблема бессознательного в психологии. Тр. Ин-та психологии им. Д. Н. Уznадзе, т. 13, 1962, Тбилиси.
79. К психопатологии инволюционной меланхолии. Сб. Эксперим. основы психологии установки, т. 2, 1963 Тбилиси.
80. Фиксированная установка, как основа ассимилятивного переживания психических феноменов. Тезисы докл. на 2 съезде общ. психологов, М., Вып. 4, 1963.
81. Восприятие и установка. Монография. Изд. АН СССР 1965.
82. Психология установки и кибернетика. Монография. Изд. «Наука», АН СССР, М., 1966.
83. Невроз и установка. Сб. Психологические исследования, т. I, 1966, Тбилиси.
84. Связь образа с моторикой тела. Сб. Психологич. исслед. т. I, 1966.
85. Понятие установки в психиатрической клинике. Сб. Проблемы шизофрении. 1967, Тбилиси.
86. Личность больного шизофренией с точки зрения психологии установки. Материалы симпозиума психиатров, 1967, Тбилиси.

87. О современном понимании понятия установки. Сб. проблемы шизофрении, 1967, Тбилиси.
88. Установка, как механизм действия внушения. Вопросы психологии, № 2, 1967.
89. К проблеме бессознательного в теории установки Д. Н. Узнадзе. Вопросы психологии, № 1, 1967.
90. О психологическом механизме галлюцинаций. Сб. III съезда психологов СССР, 1967.
91. Установка и поведение. Монография. Изд. «Знание», 1968, М.
92. О кибернетическом аспекте психологии установки. Вопросы психологии, № 5, 1968.
93. О руководящем начале поведения спортсмена. Сб. Психологич. вопросы тренировки и готовности спортсменов к соревнованию, 1969, М.
94. Понятие личности и ее место в структуре поведения. Кн. Проблемы личности, Изд. Ин-та философии АН СССР, 1969.
95. Попытка установления электроэнцефалографического градиента установки. Вопросы психологии, № 3, 1970.
96. Понятие личности в медицинской психологии. Кн. Понятия установки и отношения в медицинской психологии, 1970, Тбилиси.
97. Электроэнцефалографический градиент установки. Кн. Эксперимент. основы психологии установки, т. 4, 1970.
98. Восприятие времени и установка. Психологические исследования. т. 2, 1971.
99. К психопатологии установки. Журн. Невропатология и психиатрия им. С. С. Корсакова, № 4, 1971.
100. Мозг и установка. Монография. Изд. «Мецниереба», 1971, Тбилиси.
101. Новые методы экспериментального исследования установки. Кн. Психологические исследования, посвященные 85-летию Д. Н. Узнадзе. Изд. «Мецниереба», 1973, Тбилиси.
102. Nature contrast illusion. Recent Soviet Psychology, Ed. O'connor, 1961.
103. Experimental study of the Will. Personality, vol II, № 2, 1963.
104. Figural affter—effects on the contrast illusion. Soviet Psychology and Psychiatry. vol I, № 4; 1963.
105. On the psychology of fixa'ed Set in epilepsy and schizop-hrenia, Cortex, vol. I. 1965.

106. On the Significans of some phenomena Psychology of Set for psychopathology. XVIII International Congress of Psychology 1966.
 107. Cybernetic aspect in the psychology of Set. Soviet Psychology, vol. VII, № 1, 1968—1969.
 108. Nastawienie—podstawa regulacji psychicznej Państwowe Wydawnictwo Naukowe, Warszawa, 1970.
-

ი. ბაღლაშვილი

ფიქსირებული განწყობის თავისებურებანი შიზოფრენიის
უწყვეტი და პროგრადიენტული ფორმების შემთხვევაში

(საქ. სსრ მეცნ. აკადემიის დ. უზნაძის სახ. ფსიქოლოგიის ინსტიტუტი)

ფსიქოპათოლოგიური თვალსაზრისით შიზოფრენია პიროვნების თავისებურ დეზინტეგრაციას წარმოადგენს. ამიტომ ყოველი მკვლევარი ცდილობს მონახოს პიროვნების ისეთი პარამეტრი, რომელიც საშუალებას მისცემს დაახასიათოს შიზოფრენიის კლინიკური ფენომენების მთლიან-პიროვნული საფუძველი. ამგვარად წარმართული კვლევა ცენტრალური ნერვული სისტემის ინტეგრაციული მოქმედების პრინციპს უნდა ემყარებოდეს. ამ სფეროში საინჟინერო ფიზიოლოგიას საკმაოდ დიდი მიღწევები აქვს, ხოლო რაც საბჭოთა ფსიქოლოგიასა და ფსიქოპათოლოგიას შეეხება, აქ ჩვენს ხელთაა დ. უზნაძის განწყობის ცნება, რომელიც ტვინის მუშაობის ხსენებულ პრინციპს ასახავს და მას ემყარება [1]. განწყობა ზომ გულისხმობს გარკვეული მოქმედებისაკენ მზაობასა და მოპართვას, რომელიც ძირითადი ფიზიოლოგიური პროცესების ინტეგრაციის გზით ხორციელდება.

ქვემოთ შევეცდებით ვაჩვენოთ რა თავისებურებებით ხასიათდება ფიქსირებული განწყობა შიზოფრენიის პროგრადიენტული ფორმის დროს.

ჩვენ შევისწავლეთ 195 ავადმყოფი შიზოფრენიის მიმდინარეობის მწვავე სტადიაში, 75 — ქრონიკული მიმდინარეობის სტადიაში და, აგრეთვე 25 ავადმყოფი პიროვნების დეფექტით. აღნიშნული 195 შემთხვევა მიეკუთვნება შიზოფრენიის უწყვეტად მიმდინარე პროგრადიენტულ ფორმას. ჩვენ არ შევუდგებით მასალას განხილვას დაავადების კლინიკური ფორმების მიხედვით, რადგან წინამდებარე შრომის მიზანია გარკვეული პასუხი გაცეს შემდეგ,

კითხვებს: 1. რა თავისებურებით ხასიათდება ფიქსირებული განწყობა პროგრადიენტული შიზოფრენიის შემთხვევაში; 2. განიცდის თუ არა ცვლილებას განწყობის ცალკეული ნიშნები შიზოფრენიის ქრონიკული მიმდინარეობისას; 3. რომელია განწყობის ის ნიშნები, რომლებიც ყველაზე მყარ ხასიათს ატარებენ და ადეკვატურად ასახავენ დაავადების ფინალურ სტადიას, ე. ი. შიზოფრენიისათვის დამახასიათებელ პიროვნულ დეფექტს.

195 მწვავე შემთხვევის შესწავლის შედეგი მოცემულია I ცხრილში.

ცხრილი 1

ფიქსირებული განწყობის თავისებურებანი

განწყობის დამახასიათებელი ნიშნები	ტაქტილური რეცეპტორების მონაწილეობით ფიქსირებული განწყობა, %	ოპტიკური რეცეპტორების მონაწილეობით ფიქსირებული განწყობა, %
1. ინერტულობა	98,0	92,3
2. სიტლანქე	85,4	88,7
3. გენერალიზაცია	—	95,0
4. ირაღიაცია	100,0	100,0
5. კონსტანტობა	76,0	67,9
6. სტაბილობა	72,0	64,1
7. აგზნებადობა	95,2	81,4
8. სიმტკიცე	98,0	88,7

როგორც I ცხრილი გვიჩვენებს, განწყობის ტაქტილურ სფეროში ფიქსაციისას ექსპერიმენტული პირობებით განსაზღვრული შედეგი მიღებულია თითქმის შემთხვევათა 100%-ში. ოპტიკურ სფეროში გავლენა არაა ასეთი დიდი მაგრამ განწყობის ფიქსაცია შემთხვევათა 81,4%-ში აქაც ხერხდება. ამას მიუთითებს განწყობის ადვილი აგზნებადობა.

ფიქსირებული განწყობა მოკლებულია დინამიკურობას. იგი ინერტულია 98,0%-ის ფარგლებში ტაქტილურ სფეროში და 92,3%-ის ფარგლებში — ოპტიკურ სფეროში. ეს იმას ნიშნავს, რომ ავადმყოფის ფიქსირებული განწყობა დიდხანს რჩება ძალაში და არ უთმობს ადგილს მეორე, მის საწინააღმდეგო განწყობას.

განწყობის ჩაქრობა ავადმყოფებთან მისი თანდათანობით დასუსტების გზით როდი ხდება, აქ არა გვაქვს ჭანმრთელი ადამიანის განწყობისთვის დამახასიათებელი პლასტიკურობა — განწყობის ჩაქრობის ფაზების თანდათანობითი ცვლა. ტლანქი განწყობა ტაქტილურ სფეროში გვხვდება 85,4%, ოპტიკურში კი — 88,7%..

განწყობის გენერალიზაციის ცდები ტარდებოდა მხოლოდ ოპტატურ სფეროში: აქ ეს ნიშანი 95,0%-ში აღმოჩნდა. დიდი და პატარა წრეების 15-ჯერ მიწოდების შემდეგ ავადმყოფი, როგორც ცდებმა გვიჩვენა, უტოლოდ აღიქვამს ტოლ ელიფსებს, ტოლ კვადრატებს. ტოლ სამკუთხედებს და ისეთ ფიგურებსაც კი, რომელთაც არაფერი აქვთ საერთო საგანწყობო ობიექტებთან.

განწყობის ირადიაცია ოპტიკური სფეროდან ტაქტილურ სფეროში, ისევ როგორც ერთი თვალისგან მეორეზე, ავადმყოფებთან 100,0%-ში დადასტურდა.

ჩვენი ავადმყოფების განწყობა მისი ნიშნების მიხედვით ტაქტილურ სფეროში კონსტანტურია 76,0%, ხოლო ოპტიკურში — 67,9%. როცა არ უნდა შევამოწმოთ ავადმყოფის განწყობა, იგი ყოველთვის მომდინარეობს ერთი და იმავე ტიპით ხასიათდება.

საკონტროლო ცდებმა, რომლებიც ტარდებოდა განწყობის ფიქსაციიდან 2—3—4—5 დღისა და ერთი კვირის შემდეგაც კი, გვიჩვენა, რომ ავადმყოფის განწყობა დროში გამძლეა, ე. ი. სტაბილურია 72,0%-ში ტაქტილურ სფეროში და 64,1%-ოპტიკურში. ეს იმას მიუთითებს, რომ ავადმყოფის განწყობა განაგრძობს არსებობას ლატენტურ მდგომარეობაში და გარკვეულ მომენტში განიცდის აქტუალიზაციას.

საგანწყობო ცდების ორჯერ და თხუთმეტჯერ გამეორებით მიღებული შედეგების შედარება გვიჩვენებს, რომ ავადმყოფებს ახასიათებს მეტად ადვილად აგზნებადი განწყობა. ეს განსაკუთრებით უნდა ითქვას ტაქტილური რეცეპტორის მონაწილეობით მიღებული შედეგების მიხედვით. აქ 15 საგანწყობო ექსპოზიციისას განწყობა 100%-ში ფიქსირდება, ხოლო 2 საგანწყობო ექსპოზიციისას — 95,2%. მაშასადამე, ავადმყოფებისათვის დამახასიათებელია განწყობის აგზნებადობის ზედა და ქვედა ზღურბლების დაახლოება, რაც თავის მხრივ განსაზღვრავს საპასუხო რეაქციების გათანაბრებას.

ფიქსირებული განწყობის ჩაქრობისათვის საკმარისი არ აღმოჩნდა საკონტროლო ცდების 50—60 გამეორებაც კი. ეს იმას მიუთითებს, რომ ავადმყოფის განწყობა უკიდურესად მტკიცეა: ტაქტილურ სფეროში 98,0%, ოპტიკურში — 88,7%.

აღწერილი მონაცემების საფუძველზე შიზოფრენიით დაავადებულთა განწყობა ხასიათდება ინერტულობით, სიტლანქით, გენერალიზაციით, ირადიაციით, კონსტან-

ტობით, სტაბილობით, ძლიერი აგზნებადობითა და სიმტკიცით.

ეს მონაცემები შეგვიძლია შევადაროთ ავადმყოფთა დანარჩენ ორ ჯგუფთან (ქრონიკული სტადიაში და პიროვნული დეფექტის მდგომარეობაში) მიღებულ შედეგებს.

ცხრილი 2

განწყობის დამახასიათებელი ნიშნები	დაავადების ქრონიკული სტადია (75 შემთხვევა)		ავადმყოფები პიროვნების დეფექტით (25 შემთხვევა)	
	ტაქტილური რეცეპტორების მონაწილეობით ფიქსირებული განწყობა, %	ობტექტური რეცეპტორების მონაწილეობით ფიქსირებული განწყობა, %	ტაქტილური რეცეპტორების მონაწილეობით ფიქსირებული განწყობა, %	ობტექტური რეცეპტორების მონაწილეობით ფიქსირებული განწყობა, %
1. ინერტულობა	95,6	68,9	98,0	72,7
2. სიტლანქე	86,7	73,4	88,8	84,0
3. გენერალიზაცია	—	66,8	—	72,8
4. ირადიაცია	68,9	76,8	88,0	68,2
5. კონსტანტობა	95,6	77,8	92,0	91,0
6. სტაბილობა	93,0	76,8	80,0	80,0
7. აგზნებადობა	68,9	62,0	84,0	68,0
8. სიმტკიცე	91,2	82,0	96,0	59,1

პიროვნების შიზოფრენიული დეფექტის დროს ფიქსირებული განწყობის ცალკეული ნიშნები თითქმის უცვლელადაა შენარჩუნებული. მნიშვნელოვანი განსხვავება არც მათი რაოდენობრივი მაჩასიათებლების მხრივ შეიმჩნევა. აღინიშნება ერთგვარი ტენდენცია განწყობის ინერტულობისა და სიტლანქის გაზრდისაკენ. შესამჩნევადაა დაქვეითებული ობტექტურ სფეროში ფიქსირებული განწყობის აგზნებადობა. ეს განწყობა შედარებით ნაკლები სიმტკიცითაც ხასიათდება.

მნიშვნელოვანი ცვლილებები ვლინდება შიზოფრენიის ქრონიკული მიმდინარეობისას: აგზნებადობა ქვეითდება, ფიქსაცია ძნელდება. რაც შეეხება კონსტანტობასა და სტაბილობას, მისი პროცენტული სიხშირე მატულობს. იმავე დონეზეა დარჩენილი პათოლოგიური ინერტულობა და სიტლანქე.

ჩვენი მონაცემების შედარებითი ანალიზი გვიჩვენებს, რომ შიზოფრენიის უწყვეტად მიმდინარე პროგრადიენტული ფორმები ხასიათდება განწყობის შემდეგი ნიშნებით: პათოლოგიური

ინერტულობით, სიტლანქით, კონსტანტობით, სტაბილულობით და, აგრეთვე, ფართო გენერალიზაციითა და ირადიაციით.

აღნიშნულასაგან განსხვავებით, ეპილეფსიით დაავადებულთა განწყობა ტლანქი-ლოკალური ა: ისტერიის შემთხვევაში განწყობა ვარიაციულ-ლაბილური ა, ფსიქასტენიის დროს — სუსტი. მანიაკალურ ფსიქოზებს ახასიათებს მტკიცე და პლასტიკური განწყობა; პრესენილური ფსიქოზების სხვადასხვა ჩვეულებებში უფრო ხშირად ტლანქი და ირადიირებული განწყობა გვხვდება [2].

ცნობილია, რომ განწყობის ფიქსაცია შესაძლებელია არა მარტო რეცეპტორებზე რეალური ობიექტების ზემოქმედების გზით, არამედ ამ უკანასკნელთა შემცვლელი სიტყვისა ან იდეის მოქმედების საშუალებითაც. ასე რომ ჭანჭრთელი ფსიქიკის მქონე აუპიანის ქცევა ფსიქიკის პირველი და მეორე პლანის შეთანხმებული მოქმედების საფუძველზე ხორციელდება.

შიზოფრენიით დაავადებული მოკლებულია უმაღლესი, ე. ი. ობიექტივაციის დონეზე განწყობის ფიქსაციის შესაძლებლობას. სწორედ ამით აიხსნება, როგორც ჩანს, შიზოფრენიისათვის დამახასიათებელი გახლეჩა და მათი ფსიქიკის მოქმედების კონკრეტულობა.

განწყობის პათოლოგიური ინერტულობა პირდაპირი მაგალითია იმისა, რომ ავადმყოფს არ შეუძლია დროულად გადაინაცვლოს ძველიდან ახალსა და უფრო ადეკვატურ განწყობაზე. ამით აიხსნება, ჩვენი აზრით, ამ ავადმყოფთა ფსიქიკის რიგიდობა, რომელიც უკანასკნელ ხანებში ხშირად იქცევა სპეციალური განსჯის საგნად.

საკმარისია ამ ექსპერიმენტული ფაქტების საფუძველზე შიზოფრენიით დაავადებულთა გაცდებს გადავხედოთ, რომ მაშინვე დავინახოთ მათთვის ესოდენ დამახასიათებელი აკვიატებისა და პერსევერაციის სიმპტომი. განწყობის პათოლოგიური ინერტულობა გასაგებს ხდის, რატომ არ შეუძლია ავადმყოფს განთავისუფლდეს ცნობიერების ავტომატურად აღმოცენებული შინაარსებისაგან. ავადმყოფები ვერ იმორჩილებენ ძალას, რომელიც ავტომატურად მართავს გაცდას, ეს კი ყალბი ასიმილაციების დაუსრულებელ შესაძლებლობას ქმნის.

როგორც განწყობის ირადიაცია და გენერალიზაცია გვიჩვენებს, გრძნობის ორგანოები ერთი ფიქსირებული საფუძვლის თანახმად მოქმედებენ და ყველგან ერთი და იმავე შინაარსის მანი-

ფესტაციის მაგალითს გვაძლევენ. ავადმყოფის სმენა, მხედველობა, გემოვნება, ყნოსვა ერთი ძირითადი განცდის რეალიზაციას ემსახურება. პათოლოგიურად შეცვლილი განწყობის ირადიაციაში უნდა ვხედავდეთ იმის მიზეზს, რომ ავადმყოფის აღქმა, რომელ გრძნობის ორგანოდანაც არ უნდა იღებდეს სენსორულ მასალას, ხასიათდება სინამდვილისადმი ისეთივე გაუქუღმართებული დამოკიდულობით, როგორიც ფიქსირებული განწყობის მოქმედებაში იქნა დადგენილი.

განწყობის გენერალიზაციით უნდა აიხსნას ისიც, რომ ავადმყოფს არაჩვეულებრივი ექსპრესიით გადააქვს ბოდვის შინაარსი უცხო პირებზე. და, აგრეთვე ისიც, რომ იგი ხედავს მტერს იქ, სადაც არავითარი საფუძველი არ არსებობს ამგვარი განცდისათვის.

განწყობის იერარქიული სტრუქტურის დარღვევა, რომელზედაც ზემოთ იყო მითითებული, განაპირობებს შემეცნებითი პროცესების ინერტულ მიმდინარეობას. აქ არა გვაქვს ის საფეხური, რომელზედაც ხდება მოქმედების ჩამოყალიბება ცნობიერების მონაწილეობით. შიზოფრენიის შემთხვევაში შემეცნების უმაღლესი საფეხური თანდათან უკან იხევს და ბოლოს ჩვენ ვღებულობთ ფსიქიკური ცხოვრების პირველსა და მეორე დონეთა შორის კავშირის გახლეჩისათვის დამახასიათებელ სურათს.

ავადმყოფის განწყობის, როგორც ქცევისა და განცდების მთლიანპიროვნული საფუძვლის შესწავლა. გზას გვიხსნის დავადგინოთ მისი ფსიქიკის დარღვევის ძირითადი სიმპტომი და ახლებურად გავაშუქოთ შიზოფრენიის ნოზოლოგიური ბუნება.

И. Т. БЖАЛАВА

О СВОЕОБРАЗИЯХ ФИКСИРОВАННОЙ УСТАНОВКИ ПРИ НЕПРЕРЫВНОЙ И ПРОГРЕДИЕНТНОЙ ФОРМАХ ШИЗОФРЕНИИ

(Институт психологии им. Д. Н. Узнадзе АН ГССР)

Резюме

Исследовали отдельные своеобразия фиксированной установки по методу Д. Н. Узнадзе в процессе острого и хронического течения прогрессивной формы шизофрении, а также больных с определенным дефектом личности. Исследовали всего 195 больных. Установлено, что фиксирован-

ная установка претерпевает коренное изменение, она приобретает патологическую инертность, грубость (косность) и отличается очень широкой генерализацией и иррадиацией. Больные с самого начала оказались лишенными возможности фиксировать установку на уровне воли и мышления, вследствие чего у них своеобразно нарушается нормальная связь между первым и вторым планом деятельности психики.

ლიტერატურა — ЛИТЕРАТУРА

1. У з н а д з е Д. Н. Психологические исследования. Издательство «Наука», М., 1966, стр. 135.
 2. Б ж а л а в а И. Т. К психологии установки. Журнал невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова, т. XXI, в. 6, М., 1971, стр. 846.
-

ა. ბარკალაია

სიტუაციის აღქმის საკითხისათვის მწვავე ფსიქოზის შემთხვევებში

(საქ. სსრ მეცნ. აკადემიის დ. უზნაძის სახ. ფსიქოლოგიის ინსტიტუტი)

სპეციალურ ლიტერატურაში ცნობილია, რომ პათოლოგიურ შემთხვევებში აღქმის პროცესი ავადმყოფებთან ხშირად გართულებულია და რომ სიძნელეები დაკავშირებულია არა მათი შეგრძნებების ან აღქმის საგნობრიობის დარღვევასთან, არამედ ძირითადად გრძნობადი მასალის ორგანიზაციასა და ინტერპრეტაციის ნაკლოვანებასთან. თუ რა მნიშვნელობა იგულისხმება აღქმაში, ეს პირველ რიგში სუბიექტის აქტივობაზე, მისი ცნობიერების მდგომარეობაზეა დამოკიდებული. ფსიქოზით დაავადებულისათვის დამახასიათებელია ფსიქიკის მოშლის შექანიზმები, რომლებიც გამოიხატება საერთო აქტიურობის დაქვეითებაში. მასზეა დამოკიდებული ცნობიერების პათოლოგიური გამოვლენა, რომელიც სხვადასხვა შემთხვევაში და ფსიქოზის ცალკეულ ეტაპებზე თავისი ინტენსიობისა და სიღრმის მხრივ სხვადასხვანაირია. ამიტომ საჭიროდ ჩავთვალეთ შეგვესწავლა როგორ ერკვევა სიტუაციაში მწვავე ფსიქოზურ განცდებში მყოფი ავადმყოფი, როგორ ხდება მასთან ობიექტისაგან მიღებული შთაბეჭდილების ორგანიზაცია ცნობიერების განსხვავებული მდგომარეობის — სიზმრისებური ცნობიერებისა (ტექსტში ავადმყოფების I ჯგუფი) და ე. წ. კლინიკურად ნათელი ცნობიერების (ტექსტში II ჯგუფი) შემთხვევებში. კლინიკური დაკვირვებიდან ცნობილია, რომ ფსიქოზური სიმპტომები: ჰალუცინაცია, ბოდვა (ზემოქმედების, დენის, მოწამვლის, განდიდების, ეროტიული და სხვ.), დეპრესიული მდგომარეობა, დეპერსონალიზაცია და ფსიქოზის სხვა ნიშნები ერთნაირად გვხვდება აღნიშნული ცნობიერების ორივე შემთხვევაში. ე. ი. კლინიკური სიმპტომატიკის თავისებურებებით, მრავალგვარობით, ავადმყოფურ გამოვლინებათა სიმწვავეთა და სიღრ-

მით, არ განსხვავდება ცნობიერების ეს ორი მდგომარეობა. მათ შორის განსხვავება ვლინდება არსებითად განცდის გამოვლენის ფორმაში. მიმდინარეობის სტრუქტურაში. ამის გამო ნათელია თუ რა დიდ მნიშვნელობა აქვს ცნობიერების სხვადასხვა გამოვლენებთან შესწავლას და ექსპერიმენტულ თავისებურებათა დახასიათებას.

შევეცადეთ მოგვეძებნა ისეთი მეთოდი, რომელიც გამოავლენდა სუბიექტისა და ობიექტის დაპირისპირების შესაძლებლობას. რეალობის განცდას, აღქმისა და გააზრების დახასიათებას, თეოცნობიერების გარკვევას. პირველ რიგში მიმართებათა ეს სახეები განცდის ცვლილებას ცნობიერების განსხვავებულ მდგომარეობის შესატყვისად.

კვლევისათვის გამოვიყენეთ პ. მიურეისა და კ. მორგანის თემატიკური აპერცეფციის ტესტები. ბარათებზე გამოსახული პრობლემატიკური სიტუაცია (პრობლემატიკური იმიტომ, რომ მასზე გაურკვეველი მდგომარეობანია გამოსახული) იძლევა იმის საშუალებას, რომ შევაფასოთ როგორ აღიქვამენ სურათის სიტუაციას ჩვენი ავადმყოფები. უპირატესად, რა თქმა უნდა, როგორ ცდილობენ ის გაიგონ. ბარათზე შექმნილია ისეთი სიტუაცია, რომლის ინტერპრეტაცია სხვადასხვანაირად შეიძლება. ამიტომ მჭკრეტელი თვითონ გარდაიქმნება შემქმნელად, ინტერპრეტაციის ავტორად. ეს იქნებოდა მაჩვენებელი იმისა, თუ ობიექტური ფაქტობრივი ვითარება როგორ გარდაისახება სუბიექტის მიერ. ამიტომ ამ მეოოდის გამოყენებით შესაძლებლად მიგვაჩნია სუბიექტურობისა და ობიექტურობის გამოვლენის საფეხურების დაჭერა, რაც ასე მნიშვნელოვანია ფსიქიკის პათოლოგიის მკვლევარისათვის.

როგორც ცნობილია, პროექციული მეთოდი მდგომარეობს იმაში, რომ ცდისპირს ეძლევა დავალება, რომელიც არ გულისხმობს ვადაწყვეტის გარკვეულ შედეგს. არ არის აუცილებელი, რომ მივიღოთ სწორი, ან მცდარი პასუხი. ცდის მიზანია, რომ ცდისპირმა გამომამტავენოს თავისი თავი, დამოკიდებულება სიტუაციასთან, განცდები. სურათების შინაარსი ემოციურად მაძლარია. ამასთანავე სპეციალურად გაურკვეველია, ზოგიერთი კი წინააღმდეგობის შემცველიცაა. ის იძლევა დიდ თავისუფლებას წარმოსახვისა და ინტერპრეტაციისათვის. ამიტომ მივიჩნიეთ, რომ ამ მეთოდით მწვავე ფსიქოზური განცდების მდგომარეობაში ნყოფი ავადმყოფების შესწავლა გაგვარკვევდა მათი სიტუაციის აღქმის თავისებურებაში. მასალის ანალიზი ვაწარმოეთ თემასთან

დაკავშირებული საკითხების წინ წამოწევით (ლიტერატურაში ცნობილია, რომ თემატური აპერცეფციის ტესტებას მასალის ანალიზი სხვადასხვა მკვლევარების მიერ განსხვავებულად ხდება — სხვადასხვა თვალსაზრისით, სხვადასხვა გეგმით, სხვადასხვა მიზნით და ა. შ. იმის მიხედვით, თუ რომელ ფსიქოლოგიურ სკოლას მიეკუთვნებიან ავტორები).

თემატური აპერცეფციის ტესტებით მიღებული მასალის მიხედვით შეგვიძლია ვიშსჯელოთ არა მხოლოდ ავადმყოფის აღქმის უნარზე, გააზრებაზე, წარმოსახვასა და ემოციურობაზე, არამედ მის ორგანიზებულობაზე საერთოდ, მის დარწმუნებულობაზე და უფრო ზოგადად მის ფსიქიკურ სტატუსზე.

ავადმყოფები ცდაში მონაწილეობას ღებულობდნენ სხვადასხვანაირად. ზოგიერთი ავადმყოფი ცდას განიცდიდა, როგორც პროვოკაციას, რომ მას ათქმევინონ რაღაცა, „ასე მგონია რაღაცას მიწყობთ“. „თქვენ ამას იმიტომ მაკეთებინებთ, რომ მოგზავნილი ხართ“, ან „სისულელეა, თამაშია“, „რა საჭიროა ეს“ და ა. შ. ეს უხეხა კლინიკურად ნათელი ცნობიერების მდგომარეობაში მყოფ ავადმყოფებს. ისინი უფრო კრიტიკულად უყურებდნენ ცდას. ავადმყოფები, რომელთაც სიზმრისებური ცნობიერება აღენიშნებოდათ, ცდაში ებმებოდნენ ხალისით, მონღომებიტაც კი.

ჩვენი კვლევის მასალას განვიხილავთ ჰ. მიურეის მიერ აღნიშნული მხოლოდ ფორმალური ანალიზის თვალსაზრისით. თანაც არა ნოზოლოგიური ნიშნების დასადგენად, არამედ მწვავე ფსიქოზური განცდების მქონე ავადმყოფების ცნობიერების განსხვავებული მდგომარეობის დასახასიათებლად. თავისი არსით პროექციული მეთოდი არის პიროვნების შესწავლის გლობალური მეთოდი, რომელიც ათავსებს პიროვნებას სიტუაციის პირდაპირ. პროექციულ პროცედურაში სუბიექტი აქტიურად და სპონტანურად ახდენს არასტრუქტურირებული მასალის სტრუქტურაციას და ამ გზით გამოავლენს სტრუქტურაციის თავის უნარებს, ე. ი. თავის საკუთარ ფსიქოლოგიურ ბუნებას. თუ პროექციას გავიგებთ ისე, როგორც საშუალებას ცდისპირის პიროვნების გამომჟღავნებისა. მსგავსად „ობიექტისა ეკრანზე“, მაშინ ჩვენი ცდის შედეგები იძლევა მასალის ფორმალური ანალიზის საშუალებას.

როგორია რეალობის განცდა ჩვენ ავადმყოფებთან. გარემოს აღქმის გაუყუღმართება, დროში და ადგილში დეზორიენტაცია, ობიექტურის მეტ-ნაკლებად უგულებელყოფა და სუბიექტური მომენტის უპირატესობა შეინიშნება ჩვენი ავადმყოფების პირველ

ვკუთვან. საზმრისებური ცნობიერების დროს ობიექტური კარგავს აქტუალობას და მოვლენები განიცდება სუბიექტური თვალსაზრისის გადაფასებით. ამ ჯგუფის ავადმყოფებთან ცნობიერების მდგომარეობის მიხედვით (ცნობიერების სიმწვავის ხარისხი) სხვადასხვანაირად ხდება მიმართებათა დეზორგანიზაცია, სივრცის დესტრუქტურაცია, გააზრებისა და წვდომის დარღვევა. მეტნაკლებად წაშლილია საზღვარი „მე“-სა და „არა მე“-ს შორის. ძალაშია აფექტური სფეროს მოქმედება. ობიექტური შთაბეჭდილებები უფრო სუსტია. იგი შევსებულია სუბიექტური მომენტებით და აპიტომ ვლელულობთ სიტუაციის მცდარ და შეუსატყვის ვაგებას. ავადმყოფებს სურათის რეალური შინაარსები გადააქვთ ზოღვის შესატყვისად. უმეტესად ექსპერიმენტში სწორედ იმ სურათების აღქმის დროს მქღავნდება ეს ფაქტი, როცა შინაარსობრივად სურათი ახლოს არის ავადმყოფის განცდებთან. მაგრამ ფსიქოზის რაც უფრო მწვავე მდგომარეობასთან გვაქვს საქმე, მით უფრო სრულად. მით უფრო ვრცელად ხდება ობიექტურისა და სუბიექტურის შერწყმა. და ეს ხდება მხოლოდ სიზმრისებური ცნობიერების სხვადასხვა მდგომარეობის გამოვლენის დროს. მაგ. დეპრესიული ავადმყოფი, რომელმაც წიგნში წაუთხული ისტორია გადმოიტანა რეალობაში, სურათებში მოცემულ სიტუაციას აღიქვამს ომისა და ხოცვის, მიცვალეზულებისა და ჩამოხრჩობილების სცენებად. ეს ილუზია აფექტის შინაარსთან არის დაკავშირებული და მისი მიხედვით გაააგებიცაა. დეპრესიული ხასიათისაა, აგრეთვე, სურათების ინტერპრეტაცია ავადმყოფებთან, რომელთაც აქვთ განცდა, რომ აწამებენ და სიკვდილით სჯიან. ექსპანსიურია განცდა იმათთან, ვისთანაც ფსიქოზი ატარებს მანიაკალურ ხასიათს და ა. შ.

თემატური აპერცეფციის ტესტებით ჩატარებულმა ექსპერიმენტმა გვიჩვენა, რომ პირველი ჯგუფის ავადმყოფებთან თითქმის ყოველ აღქმაში ჩართულია რეპროდუქციული ელემენტები. ავადმყოფებთან სულ უფრო და უფრო პრეზენტირებულია წარმოსახვის ფსიქიკური აქტიობა. რეალობა არ არის გამჭრალე, მაგრამ დეზაქტუალიზებულია და აღიქმება დომინირებული განცდის თვალსაზრისით. გარემოს მცდარი შეფასება გაერთიანებულია მეტად თუ ნაკლებად მყარ ავადმყოფურ კონცეპციაში. რასაკვირველია, ასეთი შეცვლილი ცნობიერების დროს აღქმა არ განიცდება ობიექტური მნიშვნელობით. საგნები რაღაცაზე მიუთითებენ, მანიშნებელ როლში გამოდიან. ავადმყოფები გარკვეულ მნიშ-

ენელობას ბოლდაში ხედავენ, რომელიც მათ ცნობიერებაშია კონცენტრირებული. ამიტომ აღქმის შინაარსი მის პიროვნებასთან დაკავშირებით განიცდება და სხვა შინაარსებისათვის შეუვალი ხდება. მათთვის შესაძლებელია მხოლოდ იმის აღქმა, რაც შინაგან ტენდენციებს ემორჩილება.

თემატური აპერცეფციის ტესტების აღქმიდან ჩანს, რომ ავადმყოფები ბევრ შემთხვევაში არ მიმღებლობენ სურათის სრულ ინფორმაციას. მათი აღქმა ხასიათდება შეზღუდულობით, სუბიექტურობის ჭარბი ელმენტებით, აღიქვამენ მხოლოდ უშუალო თვალსაჩინო მხარეს, ამიტომ მათი მოთხრობები ზერელე და ცალმხრივია და პროდუქტია, რომელსაც იძლევა ავადმყოფი, უფარდლება არსებულ ძირითად აფექტურ ტონს. ავადმყოფის მიერ სურათზე გამოსახული სიტუაციური აღქმა განიცდება ერთი დომინირებული ნიშნის მიხედვით, რომელიც ხშირად არაარსებითია, მისი უკიდურესად სუბიექტურობის გამო.

მიუხედავად იმისა, რომ აღქმის სფეროში ძნელი გამოსაკვეთია ისეთი მდგომარეობანი, როგორიც ფერშიბუნგი და ფერდიპტუნგია, ექსპერიმენტის მასალებში ჩვენ მაინც შევხვდით ამ მომენტებს. ე. ი. მომენტებს, როცა აღქმის ხატის შერწყმასთან გვაქვს საქმე, როცა ავადმყოფი განიცდის უცნაურ შერწყმას, სივრცით გადანაცვლებას: მაგ. 8BM სურათზე ავადმყოფი ასეთ ინტერპრეტაციას იძლევა — „ოპერაცია, ქირურგი. არ მესმის რა ხდება, თავი გაბრუებული მაქვს, ცარიელი. როგორ აგხსნათ არ ვიცი. ისინი ვიღაცას ჭრიან. მაგრამ ეს ჩაცმულია. რატომ არის ჩაცმული არ მესმის. როგორ უკეთებენ ოპერაციას თუ ის ჩაცმულია?“ (ავადმყოფმა ვერ გაარკვია სურათში გამოხატული პირველი და მეორე პლანი), ან კიდევ იგივე სურათზე სხვა ავადმყოფი ყვება: „მხატვარი. ახალგაზრდა მხატვარი, ესეც მხატვარია, ესეც მხატვარია. ეს ადამიანი, რომელსაც მხატვარი ხატავს“ (ავადმყოფმა ერთსა და იმავეზე თქვა მხატვარი და ის ადამიანი, რომელსაც ხატავენ). ან კიდევ ერთ-ერთი ავადმყოფი აღწერს სურათს: „გამოსახულია კაცი, რომელიც გლიჯავს არწივს“ (სურათზე გამოსახულია კაცი, რომელიც გლიჯავს რკინის ბარიერს. იქვე მტრედებია, რომელიც ავადმყოფმა აღიქვა არწივად).

ჩვენს მასალებში პირველი ჯგუფის ავადმყოფებთან შევხვდით, აგრეთვე, შემთხვევებს, რომელიც ცნობილია ფსევდორეგნისცენაციებისა და კონფაბულაციის სახელწოდებით. ავადმყოფი-

ბი ბარათის შინაარსს უკავშირებენ ცრუ მოგონების ფანტასტიკურ გადამუშავებას. დიდი კმაყოფილებით, გატაცებითა და ამასთან სრული რწმენით მოგვითხრობენ სურათის ისტორიას, როგორც მათ თავგადასავალს. მაგ., ავადმყოფი 9 BM სურათზე ყვება: „ეს ჩვენ მივდიოდით, მივიჩქაროდით ბუჩქებისაკენ. ჩვენ სამნი ვიყავით. მე ბუჩქები გადავწიე და ვთქვი, რომ აქ სძინავთ ვიღაცეებს. მეორემ აიღო ქვა და ბუჩქებიდან პირდაპირ ესროლა მათ. მათ გაიღვიძეს. გამოეჩანა ჩვენსკენ და ატყდა დიდი ჩხუბი. განა ასე არ იყო? თქვენც იქ არ იყავით? არ გახსოვთ?“.

პირველი ჯგუფის ავადმყოფებთან მსჯელობაში დაცულია ფორმალური მხარე. პირველ პლანზე წამოწეულია რაიმე უმნიშვნელო მომენტი, ავადმყოფი გატაცებულია შინაგანი განცდებით და მოქცეულია პირად სამყაროში. კრიტიკა და მოსაზრება აბსოლუტურად მოხსნილია. შენახულია გარემოს ფრაგმენტული, მარტივი ორიენტაციის უნარი. სურათით მიღებულ ინფორმაციაში შევსება უმეტესად წინა გამოცდილებაში დაგროვილი მასალით ხდება, მაგრამ ეს უკანაენელი უცვლელი სახით კი არ უკავშირდება უშუალოდ მოცემულ ინფორმაციას, არამედ მასში ფანტასტიკური გარდასახვებით ჩაერთვის. ძველი შთაბეჭდილებები შენახულია და გამოჩნდა თუ არა ხელსაყრელი სიტუაცია, ის ახერხებს ზემოქმდას ცნობიერებაში. ასეთი მდგომარეობის დროს მეტ-ნაკლებად არის წაშლილი საზღვარი „მე“-სა და გარე სამყაროს შორის.

იდენტიფიკაცია. მიუჩრისა და მორგანის ამოსავალი არის ჰიპოთეზა, რომ ისტორიის მოყოლა (სურათის ინტერპრეტაცია) შეესატყვისება იმ ქცევას, რომელიც ექნებოდა სუბიექტს ჩვეულებრივ ცხოვრებაში ინდენტური სიტუაციის დროს. მათი ძირითადი პრინციპი არის ის, რომ მოთხრობა აგებულია იმ ქცევის მოდელზე, რომელსაც სინამდვილეში ექნებოდა ადგილი. ე. ი. ტესტი არის რეალური სიტუაციის მინიატურაში მოდელირება. მიუჩრეი გულისხმობდა, რომ სუბიექტი სურათის ისტორიის გმირთან ახლენს თავის თავის იდენტიფიკაციას და ამიტომ გმირების მოთხოვნილებები წარმოადგენენ სუბიექტის მოთხოვნილებათა ექსტერნალიზაციას. სუსტად სტრუქტურირებული სტიმულები ჩვეულებრივ უფრო ხელსაყრელია ინდივიდუალური პასუხების მისაღებად. ჩვენს ოქმებში არის მავალითები სტრუქტურირების სხვადასხვა საფეხურებისა (ნორმაში აღქმაში სუბიექტური მომენტის

ექსპერიმენტული კვლევა თემატიკური აპერცეპციის ტესტებით ეკუთვნის ლ. ბელაკს).

პ რ ო ე ქ ც ი ა. ამ ტერმინით აღნიშნავენ აპერცეფციული და მახინჯების მაქსიმალურ ხარისხს (ბელაკი). მისი საპირისპირო პოლუსი იქნება პერცეფცია, რომელიც აბსოლუტურად შეესატყვიანება ობიექტურს. ჰეშმარიტი პროექციის შემთხვევები შეგვჩვენა ჩვენი ავადმყოფების მხოლოდ პირველ ჯგუფთან. რაც შეეხება მეორე ჯგუფის ავადმყოფებს, მათთან ვნახეთ მხოლოდ ინვერსირებული პროექცია. ოქმებიდან ჩანს, რომ სიზმრისებური ცნობიერების დროს არის ტენდენცია — ვერ წვდება რა ავადმყოფი გამოსახულების შინაარსს, თვითონ მისი წარსულიდან ნახულობს გააზრებას, შინაარსს დებს ძველი გამოცდილებიდან. აქ არ შეიძლება თქმა იმისა, რომ ხდება გამოსახულების აქტიური აღქმა. ცნობიერების ასეთი მდგომარეობის დროს ჩანს პიროვნების იდენტიფიკაცია გამოსახულ სიტუაციასთან. დაკარგულია ორიენტაციის უნარი მდგომარეობის მიმართ. ახალს არ მიმღებლობს და ავადმყოფი თავის განცდების პროექციას ახდენს. მაშინ როდესაც ჯანმრთელ ადამიანთან ტესტის შინაარსს ობიექტური განსაზღვრავს, ავადმყოფი, პირიქით, სუბიექტური განცდის მიხედვით აღიქვამს ობიექტურს. მათთან მსგავსების საზღვარი მეტად გაფართოებულია. იდენტიფიკაცია მდგომარეობს იმაში, რომ ტესტის სიუჟეტი რომელიმე ერთი ნიშნით განიცდება და ავადმყოფი მას ზიიშგავსებს თავის წარსულ გამოცდილებასთან, წაკითხულ, თუ გაგონილთან. მაგ. ბარათი I — „მოწყენილი, დაფიქრებული ვარ. ასე ვითომ ბიჭია. აქანა თითქოს ჩონგურია. მე რომ ვარ მოწყენილი თლათ ისეა. დასჩერებია, ჩემს საქმეს უყურებს. ჩემს საქმეზე ვარ ჩამოსული და ჩემს ჩონგურს დავსცქერი. ერთი თვალი გაფუჭებული მაქვს და მეორე ძლივს ბეუტავს. ე. ი. ორ ადგილას მქონდა საქმე და ერთ ადგილას დაჩუტულია. ალბათ ერთი საქმე გაუქმდა. მეორეს უჩანს პირი“. 3 BM — „ეს თლა ჩამჭდარი ვარ სავილეში. სკამიც არ მაქვს და ძირს ვაგდივარ. უკვე არც სახე ჩანს. ორი თითი ჩანს ზევით“... და ა. შ.

მ ა რ ტ ი ვ ი პ რ ო ე ქ ც ი ა. მას არა აქვს პათოლოგიური მნიშვნელობა. იგი ხშირად გვხვდება ნორმაშიც. ავადმყოფთან კი იგი უფრო გამომწლავნებულია, უფრო ხშირია. მარტივი პროექციის დროს ობიექტური და სუბიექტური თანატოლფარდოვანია. ტესტის სიუჟეტებში ჩართულია სუბიექტის მდგომარეობა ცდის მსვლელობაში. მაგ. ავადმყოფი 12 B სურათს მიმღებლობს შემ-

დგნაობად: „ბებერი, ეს ბიჭი. თითი უკავია პირში. ჯავრობს რა საქმეც მოუვიდა. ფეხი მტკივა და მანქანაზე ვიჯექი. ჩემს ფეხზე ჯავრობს, აბა ვიზე იჯავრებს. ეს მე ვარ“, იგივე ავადმყოფი 3 სურათს ასე აღიქვამს: „ეს ის გოგოა, რომელიც სახლში იყო ჩვენთან. მიყვარხარო მითხრა. ეხლა თავს იკლავს. მე უარი არ მითქვამს, რატომ იკლავს თავს არ ვიცი“. ან კიდევ ერთი ავადმყოფი ყვება სურათი 12 B-ზე: „მათ უყვართ ერთმანეთი და ფიქრობენ რა ვქნათ? მათ ტკივათ კბილი. წავიდნენ ექიმთან უნდა გაიკეთონ კბილის ოპერაცია“. (ავადმყოფს ცდის დროს თვითონ სტკიოდა კბილი).

სენსიბილიზაცია. ეს არის ისეთი აღქმა, რომელიც დამახინჯებულია ძველი გამოცდილებით. არიან სუბიექტები, რომლებიც უფრო მგრძნობიარე არიან არსებული სიტუაციის აღსაქმელად. ე. ი. სიტუაციას აღიქვამენ მოლოდინის შესატყვისად. ობიექტი, რომელიც შეესატყვისება იმ სტრუქტურას, რომელსაც ელი, უფრო ადვილად აღიქმება, ვიდრე ობიექტი, რომელიც მას არ შეესატყვისება. სენსიბილიზაცია არის ფაქტი, რომელიც ჩვეულებრივ სუბიექტისათვის არაცნობიერია. ავადმყოფი, რომელსაც აქვს განცდა, რომ ის გმირი კოსმონავტი ქალია, თემატური აპერცეფციის ყველა ბარათს აღიქვამს ამის შესატყვისად: 18 BM — „ნიკოლაევი კოსმოსის კაბინაში. ჰაერი არ ყოფნის“, ან 13g — „ეს ცის ხოშაღია. მე ავდივარ და უნდა გავფრინდე“ და ა. შ.

ექსტერნალიზაცია. ამ ტერმინით აღნიშნავს ბელაგი ისეთ მდგომარეობას, როდესაც სუბიექტს შეუძლია გაანალიზოს სიუჟეტის ინტერპრეტაცია, როგორც თავისი ისტორია. მაგალითად, სუბიექტი ასეთ ინტერპრეტაციას აძლევს სურათს (ბელაგის მაგალითი) — „დედა, რომელიც იხედება ოთახში, რომ ნახოს დაბრუნდა თუ არა შვილი. უჯავრდება დაგვიანებისათვის. (ცოტახნის შემდეგ უმატებს) მე ვფიქრობ, რომ ეს სწორედ ის არის, რაც ჩემსა და დედას შორის მოხდა, თუმცა მე ეს არ გამიცნობიერებია, როდესაც ისტორიას ვყვებოდი“. შეიძლება ითქვას, რომ ამ დროს ისტორიის მოყოლის პროცესი გაუცნობიერებელი იყო, მაგრამ სუბიექტმა გააცნობიერა იგი როგორც თავისი წარსული. ჩვენს ექსპერიმენტებში ექსტერნალიზაციის შემთხვევები ხშირი იყო ალკოჰოლური ფსიქოზის დროს. ავადმყოფები ყვებოდნენ ისტორიას და შემდეგ აცნობიერებდნენ როგორც მათ თავგადასავალს. შიზოფრენიის შემთხვევებშიც ვნახეთ, როცა ავადმყოფი ყვება მთელ რიგ სურათის სიუჟეტებს და შემდეგ აცნობიერებს:

როცა მე ვთამაშობდი როლებს, ზუსტად ასეთი პოზა მქონდა. სხვა სურათებშიც შევამჩნიე ჩემი როლები. მე მქონდა ასეთი მდგომარეობები, მე ასე ვიქცეოდი. უიმედობა, პიპნოზი როცა ვთქვი ჩემი თავი მქონდა მხედველობაში. მოსიყვარულე ღელაც ეს მე ვიყავი...”

ობიექტური აღქმა. ეს ბელაქის მიერ აღნიშნულ პროექციის საფეხურების ბოლო ეტაპია. ადეკვატური, რეალური აღქმა სიზმრისებერი ცნობიერების მდგომარეობაში მყოფ ავადმყოფებთან აბსოლუტურად არ შეგვხვედრია. ამიტომ ვთვლით, რომ უნივერსალური მაჩვენებელი სიზმრისებური ცნობიერებისა ეს არის პროექცია-იდენტიფიკაცია თავისი გამოვლენის სედასხვა საფეხურებით. ეს არის საფეხურები, სადაც გამოვლენილია სუბიექტ-ობიექტურობის მაჩვენებლები. უკიდურესი პოლუსია პროექცია, შემდეგ რეალობასთან უფრო ახლოს დგას სენსიბილიზაცია, რამდენადაც აქ სუბიექტი მგრძნობიარეა სტიმულისადმი. ექსტერნალიზაცია, სადაც სუბიექტს შეუძლია თავისი საკუთარი პროექციის აღქმაში თავის სუბიექტური შენატანის გაცნობიერება და ბოლოს ობიექტური აღქმა. ჩვენი დაკვირვებიდან ჩანს, რომ რაც უფრო მეტად არის ცნობიერება შეცვლილი, რაც მეტად არის ფსიქოზური განცდები მწვავედ გამოვლენილი, მით მეტად სუბიექტურია აღქმა, მით მეტად ახდენს ავადმყოფი თავის თავის იდენტიფიკაციას სტიმულთან. ეს ეხება ჩვენი ავადმყოფების მხოლოდ პირველ ჯგუფს.

ჩვენ ავადმყოფებთან თემატური აპერცეფციის ტესტებით მიღებული მასალის ანალიზი გვიჩვენებს, რომ ყოველი სიუჟეტის შინაარსი მასტიმულირებელი ტესტით მიღებული მასალის მეტნაკლებად გადამუშავებულ შედეგს წარმოადგენს ცალკე მომენტების, ხშირად არაარსებითის, აქცენტუალიზაცია; პერსონაჟების სუბიექტურად გარდასახვა; პროპორციების დარღვევა; შემთხვევითი, მეხსიერებაში შემორჩენილი, უმნიშვნელო ინდიფერენტული შთაბეჭდილებები, მაგრამ განახლებულები და გადამუშავებულნი — ყოველივე ეს ქმნის პირობას, რათა სრულიად სხვა შინაარსის კომბინაცია წარმოიქმნას (ისევე, როგორც ეს ხდება სიზმარში). ამიტომ არის, რომ სუბიექტის „მე“-ს გაიგივება, ან იდენტიფიცირება, არ არის ზუსტი კოპირება სურათზე გამოსახულ სიტუაციასთან. ჩვეულებრივ ის ატარებს გაუნაწევრებელ, მთლიან, სიმბოლურ ხასიათს. სიმბოლო ფართო გაგებით ნიშნავს ერთი საგნის აღნიშვნას მეორე, მისგან განსხვავებული, საგნით. მაგრამ ეს

განსხვავება არ არის აბსოლუტური. იმისათვის რომ ერთი საგანი სიმბოლოდ იქცეს, საჭიროა მათ შორის არსებობდეს რაღაც გარკვეული მსგავსება, გარკვეული მიმართება, თუნდაც ძალიან შორეული. და რაც მეტად განსხვავებული საგნები უკავშირდებიან ერთმანეთს, მით მეტად სუბიექტურია სიმბოლო, მით მეტად განსხვავებულია მსგავსება აღსანიშნისა და აღმნიშვნელს შორის.

პათოლოგიურ შემთხვევებში, კერძოდ სიზმრისებური ცნობიერების დროს, ტესტის შინაარსი სიმბოლურ მნიშვნელობას იძენს. იგი, როგორც რაღაცის მანიშნებელი, განიცდება. პეტად სჭარბობს სუბიექტური სიმბოლოები, რომლის დროსაც ჩვენთვის სრულიად გაუგებარი, ძალიან შორეული საგნები უკავშირდებიან ერთმანეთს. და რაც მთავარია, ასეთ შემთხვევაში სიმბოლოები მრავალი მნიშვნელობის მატარებელია, საქმე ეხება მეტად სუბიექტურ ასახვას, რომელშიაც საგანთა მოცემულ ჯგუფისაგან მიღებული სუბიექტური შთაბეჭდილება დომინირებს. ცნობიერების ასეთი მდგომარეობის დროს ავადმყოფი არ გრძნობს არავითარ კოლოზიას, წინააღმდეგობას, ან რაიმე უხერხულობას. შინაარსს უყოყმანოდ დებს თვალსაჩინო ხატის სასარგებლოდ. ტესტის შინაარსი ყოველ კონკრეტულ მომენტში წარმოდგენილია ავადმყოფის ცნობიერებაში მხოლოდ ერთ-ერთი უადრესად სუბიექტური მომენტით, ე. ი. ცალმხრივად. საქმე ის არის, რომ ავადმყოფთან სიტუაციის აღქმა არ არის დიფერენცირებული. მისი აღქმის ხატი ღარიბია დეტალებით. არ ხდება მათთან ობიექტის სრულყოფილი ასახვა. ჩვენი ავადმყოფების აღქმის ნაკლებდიფერენცირებულობის ერთ-ერთი მაჩვენებელია ისეთი ობიექტების გაიგივება, რომელთა მსგავსების დაქერა ნორმაში გაძნელებულია. რაც უფრო მდიდარია სიტუაცია საგნებით და მათ შორის მიმართებებით, მით უფრო ძნელდება მისი აღქმა, რის გამოც ის აისახება სქემატურად და ფრაგმენტულად, რომელიც ავადმყოფის აფექტის შინაარსთან არის დაკავშირებული.

სუბიექტურ რეპროდუქციაში არსებით როლს გაიგივება ასრულებს, რომელიც ხორციელდება შემთხვევითი, გარეგანი ნიშნის საფუძველზე. მაგ. 17 BM სურათს შემდგენიარად აღიქვამენ: „ის აღის მალდა, ის მიდის თავის სახლში ხვეული კბეებით. ეს პარზის ღვთისმშობლის ტაძარია“, ან „აგერ რამსიგრძე გველი კიჭია. ბიჭს მაგნიტი აქვს გაკეთებული გველისაგან. გაშეშებული აქვს ხელი“, „ნიკოლაევი პარაშუტით ეშვება: მეც პარაშუტით უნდა გადმოვხტე? არა, მე ისე ვიფრენ კოსმოსში: ჯობია ცაში ვი-

ყო, ვიდრე დავიღუპო დაშვებისას“. ასევე განსხვავებულ ინტერპრეტაციას აძლევენ ავადმყოფები 8 B/M სურათსაც; „ეს არის სწორედ ეშმაკები. ოპერაციას აკეთებენ. ეს სიზმარია, მოლანდება. დანა უკავიათ ხელში, განა მართლა ხალხნი არიან. ესენი ქაჩებიან. ეს მე რომ ვიყავი ის არის. ამას ეჩვენება ჯარში იყო. ერთად ვიყავით. იმას კრიან, ვითომ გველები ყავს?“ ან კიდევ: „საპლანეტაშორისო ხომალდი. კოსმონავტები ეშმაკებიან ასაფრენად. ნიკოლაევი სსრკ. ჩვენები აფრინდნენ კოსმოსში. მეც მათთან ვარ“. „ეს ჩემი ძმია. ოპერაციას უკეთებენ, აპენდიციტის ნარკოზის ქვეშ. მეც ნარკოზის ქვეშ ვარ...“. „ჩემი მამა და ბაბუა. ხელში კალმისტარი უკავია. მამას ლამაზი პალსტუკი უკეთია — კუსკოვი თეოდორ ივანეს ძე. ეს აგარაკზე არიან, ითამაშეს ბურთი და ოთახში შემოვიდნენ“...

იხეთი მარტივი სურათი, როგორც არის მე-15, ავადმყოფებმა შემდეგნაირად აღიქვეს: „ეს სიკვდილის მოციქულია. ყველანი უნდა ამოვიხოცოთ წყალბადის ბომბით. ეს საფლავებიდან გვეძახის — მოკვდი, მოკვდი. ეხლაც მესმის მისი ხმა. კოსმოსში რომ ვარ იქაც მესმის. მე ეხლა კოსმოსში ვარ. ნუთუ უნდა მოვკვდე?“, ან „ეს მღვდელია. ის სპორტის ოსტატია. დგას კვარცხლბეკზე და პირველი ადგილი დაიკავა. აქ მეორე ადგილია“... „ეს მე ვარ კოსმოსურ ტანისამოსში. სახე, ხელები მთლიანად დაფარული მაქვს კოსმოსური კოსტუმით, ლითონის ქუდით. ირგვლივ მზეზე ვარსკვლავებია“, „ეს არის რაც არის. ეს ეშმაკია. კუდი შენახული აქვს. ჩამალულია კლდეში“.

ასეთია პირველი ჯგუფის ავადმყოფების მიერ სიუჟეტური სურათების გააზრება. მიუხედავად იმისა, რომ ავადმყოფის ინტერპრეტაცია ნაკლებად შეესატყვისება სინამდვილეს, იგი ვერ ამჩნევს ულოგიკობას რომელიც გამოწვეულია წარმოსახულისა და რეალურის არევიით. სიზმრისებურა ცნობიერების დროს ყველაზე მეტად არის გამოხატული კორდინაციის დარღვევა აფექტისა და ინტელექტის შორის (იხევე როგორც ეს ხდება სიზმარში). სიმალის განცდამ ავადმყოფში ასოციაციურად გამოიწვია „პარიზის ღვთისმშობლის ტაძარი“, ვინაიდან მას გაფიქსირებული აქვს, რომ ის არის მსახიობი და ყოველი სურათის ინტერპრეტაციას კინოფილმების კადრებს უკავშირებს. ასევე, ავადმყოფს, რომელსაც აქვს ბოდვა, რომ იგი ცნობილი საბჭოთა კოსმონავტი ქალია, სურათებს ამის შესატყვისად აღიქვამს, თუმცა ნორმისათვის ძნელი დასაკავშირებელია მე-15 სურათზე გამოსახული ფიგურა კოსმო-

სურ ხომალდთან. ავადმყოფთან სჭარბობს სუბიექტური ასოციაციები და, რაც მთავარია, საგნის წარმოდგენა არ ემთხვევა თავის მნიშვნელობას. სიზმრისებური ცნობიერების სპეციფიკად უნდა ჩავთვალოთ ის, რომ ხდება გრძნობად შინაარსთა უჩვეულო, აღევტორიულო, მეტად სუბიექტური შეკავშირება, რაც იმაში გამოიხატება, რომ აღდევატურ ობიექტების გვერდით თავს იჩენს ინადევკატური შინაარსი. როგორც ანალიზიდან ჩანს, სიზმრისებური ცნობიერების დროს, მიუხედავად უკიდურესი სუბიექტურობისა და ტესტების შინაარსთა ინტერინდივიდუალობისა, პასუხებში მაინც აღმოჩნდა ერთგვაროვნების დადგენა, რომელმაც საშუალება მოგვცა სიზმრისებური ცნობიერების დახასიათებისა. შესადარებლად საინტერესოდ გვეჩვენება მეორე ჯგუფის ავადმყოფების ოქმებიდან ამონაწერი, სადაც სრულიად საწინააღმდეგო შედეგები გვაქვს მიღებული. ცნობილია, რომ ე. წ. კლინიკურად ნათელი ცნობიერების დროს, როცა ავადმყოფები ორიენტირებულნი არიან დროში, ირგვლივ მყოფთა შორის, გარემოში, უჭირთ და ჯერ ერკვევიან, უკრიტიკონი არიან თავის მდგომარეობის მიმართ. თავს არ თვლიან ავადმყოფად და დაჟინებით მოითხოვენ საავადმყოფოდან გაწერას. ამავე დროს კი აქვთ მწვავე ფსიქოზური განცდები, რასაც ლოგიკურადაც კი ასაბუთებენ.

მეორე ჯგუფის ავადმყოფებთან არის მხოლოდ ფორმალური კონსტანტაცია სურათის თვითეული ელემენტისა. იმის მაგივრად, რომ აღწერონ სურათის შინაარსი, ავადმყოფები შემოსაზღვრულნი არიან მხოლოდ ობიექტური ნიშნით. გარეგნულად მკვეთრად ვამოხატული სურათის ემოციონალური ქვეტექსტი არ იწვევს ავადმყოფებში შინაარსის გაშლას. ისინი ამჩნევენ სურათის დეტალებს და კმაყოფილდებიან მხოლოდ იმის აღნუსხვით. იმის მაგივრად, რომ შეაფასონ სურათი, სიტუაცია და მოქმედი პირები, ავადმყოფები იძლევიან სურათის ემოციური კოლორიტის ზოგად შეფასებას. მაგ. სურათი 17BM-ზე პასუხობენ: „მამაკაცი ადის ან ჩამოდის თოკზე“, „თოკზე არის ჩამოკიდებული კაცი, (რატომ?) თავი უნდა ჩამოიხრჩოს, არ ვიცი რატომ. არ არის ნაჩვენები“, „ფიზიკულტურელი ზემოთ ადის. უცნაურად იყურება, რაღაც ისე არ არის“. ან სურათი მე-18 „კარგად არის დახატული, მხოლოდ ხელები და ყველაფერი ნათელია, რაღაც ზემოქმედება“, „კაცი დგას უკნიდან ვიღაც ეჭიდება“, „მამაკაცი სასოწარკვეთილი. (რატომ?) არ არის ცნობილი (მაინც რა შეიძლება, რომ იყოს?), მე ვერ ვხედავ მეორე სახეს“ „მთვრალი მამაკაცი უკან ვილაცას უკა-

ვია“. ან კიდევ სურათი 8BM — „ეს რაღაც წამებია. ეს მამაკაცია, მონაწილეობას არ იღებს. გამოძიებულია“. „ეს იარაღია. აქ არ ვიცი რა არის. წინ ფიგურა შევებში, უკან კი თეთრებში, რომ გამოეყოს ამას. რაღაც საგანი უჭირავს ფანქრის მსგავსი და მწოლი-არეს აჩვენებს რაღაცას“. „არ შემიძლია ვთქვა რა არის. ახალ-გაზრდა კაცი ღვას. აქ ვილაცა ოპერაციას უკეთებენ. მუცელს უჭირან. არ არის თქმული რატომ, ვის და რისთვის“.

აგრეთვე პირველი ჯგუფისაგან განსხვავებულ პასუხს იძლე-ვიან მე-15 სურათის აღწერას „რაღაც საშინელი ჯვრებია“, „კა-ცი ღვას შეშინებული. არ ვიცი რატომ არის ასე“, „აქ არის ადა-მიანი რომელიც ჩემთვის უცნობია, პირველად ვხედავ ასეთ სუ-რათს“. „ეს აბსტრაქტული ხელოვნებაა — ღმერთის სიმბოლო“.

როგორც ამონაწერიდან ვხედავთ, კონკრეტული საგნობრივი აღქმა ამ ავადმყოფებთან თითქოს ადეკვატურია, მაგრამ იგრძნო-ბა ემოციური შეცვლა. ავადმყოფები მხოლოდ საგნების ჩამოთ-ვლით კმაყოფილდებიან. ზოგიერთი ავადმყოფი კი ვერ ამყარებს მიმართებას მოვლენათა შორის. ასახულია მხოლოდ ობიექტური მხარე. ერთი შემთხვევა, სადაც ავადმყოფმა სურათი აღიქვა, რო-გორც აბსტრაქტული ხელოვნება — ღმერთის სიმბოლო, უნდა გა-ვიგოთ, როგორც ობიექტური სიმბოლო, რომელშიც გამართლე-ბულია მსგავსების მომენტი. ამ ჯგუფის ავადმყოფები ყოველ სურათში ხედავენ მხოლოდ თვალსაჩინო მომენტებს და ამიტომ უჭირთ ამის იქით დაინახონ შინაარსი. ხშირად აღნიშნავენ „არ ვი-ცი რაზე ლაპარაკობენ“, „სურათი ხომ არ ილაპარაკებს და მე არ ვიცი რა ხდება. აქ არ წერია“. და ა. შ.

უნდა აღინიშნოს, ისიც, რომ განსაკუთრებით ძნელი აღმოჩნ-და ამ ჯგუფის ავადმყოფებისათვის თემატური აპერცეფციის ტეს-ტის მე-10, მე-11 და მე-19 სურათების ინტერპრეტაცია. ეს ბა-რათები არ არის ისეთი, რომ თავის დეტალებში დასრულებული აღქმის შესაძლებლობა მოგვცეს. განზრახაც კი ეს ბარათები ისეა შერჩეული, რომ ფანტაზიის ამოქმედება გამოიწვიოს. ე. ო. ის, რაც ობიექტურად არ არის სრულყოფილად მოცემული, ფანტაზი-იდან უნდა იქნეს შევსებული — ამ ბარათებში აღქმა უნდა შეავ-სოს ფანტაზიამ. ნახატების შინაარსი აღნიშნულ ბარათებში იმდე-ნად გაურკვეველია, რომ მისი ახსნისათვის აუცილებელია რაღაც ხარისხით წარმოსახვის შემოქმედებითი აქტივობა. და, როგორც უკვე ჩვენ ცდებში ვნახეთ, მეორე ჯგუფის ავადმყოფებისათვის სწორედ ამ ბარათების ინტერპრეტაცია იყო გაძნელებული.

ამრიგად, ამ ჯგუფის ავადმყოფები სიტუაციის მთლიან გააზრებას ვერ ახდენენ, ვინაიდან სურათს აღიქვამენ დეტალებში და უჭირთ მთლიანის წვდომა, შინაარსები სტემატურია და ემოციურად გაციებული. ვფიქრობთ, რომ ჩვენს ავადმყოფებთან გამოჩნდა ის ფაქტი, რომ ცნობიერება ეს არის დინამიური სისტემა, რომელიც წარმოადგენს აფექტური, ინტელექტუალური და წარმოსახვის პროცესების ერთიანობას. მეორე ჯგუფის ავადმყოფებთან ჩვენ ვნახეთ, რომ ემოციებისა და წარმოსახვის გამომრიცხველ აზროვნებას არ შეუძლია ობიექტურის სრულყოფილი წვდომა, რომ ემოციაც და ფანტაზიაც აუცილებელი მომენტიან ნორმალური აღქმისათვის.

ამრიგად, ჩვენ ექსპერიმენტებში გამოჩნდა, რომ ის მანერა, რომლითაც ავადმყოფი რეაგირებს სხვადასხვა სიტუაციაზე (მოთხოვნის ტატუქტურა, სიტუაციის გააზრება, ემოციური მხარე, რეალობის ხარისხი, წარმოსახვა და ა. შ. მიუხედავად ტერმინოლოგიით „ფორმალური ანალიზი“) ვლინდება განსხვავებულად. იგი დამოკიდებულია, როგორც ცნობიერების აქტივობაზე, ისე ცნობიერების თვისობრივ ხასიათზე. ბელაკის მიერ აღნიშნული სუბიექტ-ობიექტურობის საფეხურებიდან მხოლოდ პირველი ჯგუფის ავადმყოფები ექვემდებარებიან იდენტიფიკაციის სხვადასხვა დონეებს (მარტივი პროექცია, სენსიბილიზაცია, ექსტერნალიზაცია და ობიექტური აღქმა) და იგი კორელაციაშია ფსიქოზური განცდების სიმწვავესთან. რაც შეეხება მეორე ჯგუფის ავადმყოფებს, მიუხედავად მწვავე ფსიქოზური განცდებისა, მათთან არ შეგვხვედრია პერცეფტული დამახინჯების შემთხვევები.

А. Л. БАРКАЛАНА

К ВОПРОСУ ВОСПРИЯТИЯ СИТУАЦИИ В ОСТРЫХ СЛУЧАЯХ ПСИХОЗА

(Институт психологии им. Д. Н. Узнадзе АН ГССР)

Резюме

Для экспериментального изучения восприятия ситуации применялись тематические апперцептивные тесты Мюррея и Моргана. Опыты были проведены над больными с различной степенью просоночного сознания (I группа) и больными, имеющими клинически ясное сознание (II группа).

У больных первой группы наблюдается дезориентация

во времени, месте и пространстве; игнорирование объективных и превалирование субъективных моментов; отсутствие критики; обилие представлений, фантазий, репродуктивные переживания, интерпретирующиеся на основе поверхностного сходства.

У больных же второй группы наблюдается более адекватное отношение к ситуациям; превалирование субъективных моментов отмечается лишь в отношении психических переживаний; особая трудность в проявлении субъективных представлений, недостаточность фантазии. Способность осмысления и критики сохранены формально.

Следует отметить, что указанные Л. Беллаком ступени проекции (идентификация, сенсibilизация, экстернализация и объективное восприятие) характерны только для больных первой группы, причем в корреляции с остротой психических переживаний.

ა. ბარაქლია, მ. ვაჩნაძე, მ. საუვაშვილი, ჰ. ცინცაძე

ფიქსირებული განწყობის თავისებურება შიზოფრენიით დაავადებულთა მემკვიდრეობაში

(საქ. სსრ მეცნიერებათა აკადემიის დ. უზნაძის სახ. ფსიქოლოგიის ინსტიტუტი).

1. შიზოფრენიის მემკვიდრეობითი განსაზღვრულობის საკითხი, რომელიც სრულად გარკვეული ფაქტების საფუძველზე აღმოცენდა, დღემდე გადაუჭრელ პრობლემად რჩება. ძირითად სიძნელეს აქ, როგორც ჩანს, ის გარემოება ქმნის, რომ ფაქტები, რომლებიც თითქოს უდავოდ მიუთითებენ გენეტიკური ფაქტორის როლს აღნიშნული დაავადების წარმოშობაში (დაავადების მნიშვნელოვანი სიხშირე უახლოეს სისხლით ნათესავთა შორის, მისი გაშვლენის ნეტად ხშირი თანხვედრა მონოზიგოტურ ტყუპებთან და სხვ.), არ ემორჩილებიან მემკვიდრეობითი გადაცემის იმ კანონზომიერებებს, რომლებიც გენეტიკაშია დადგენილი. ამით აიხსნება ალბათ ხსენებული პრობლემის გადაჭრის მრავალი ერთმანეთისაგან განსხვავებული ცდა, რომელსაც სამეცნიერო ლიტერატურაში ვხვდებით. ავტორთა ერთი ნაწილის მიხედვით შიზოფრენია მხოლოდ რეცესიული გზით გადაეცემა [11], მეორენი სთვლიან, რომ დაავადების ზოგიერთი ფორმა რეცესიულია, ზოგიერთი კი დომინანტური [9, 12], ზოგი მკვლევარის აზრით კი შიზოფრენია შთაბოძავლობას ე. წ. შუამდებარე, ნახევრადდომინანტური გენით გადაეცემა [5,10].

2. მიუხედავად იმ განსხვავებისა, რომელიც ხსენებულ შეხედულებათა შორის არსებობს, მათ გათვალისწინებას უდავოდ ერთ საერთო დასკვნამდე მივყავართ: შიზოფრენიის გენეტიკური ფაქტორი შეიძლება არსებობდეს არა მარტო უშუალოდ ავადმყოფთან, არამედ ავადმყოფის ფენოტიპურად ჩანმართელ სისხლით ნათესავთანაც; ამ ფაქტორის მატარებელი იქნება ყველა ფენოტიპურად ჩანმართელი ჰეტეროზიგოტა მაშინაც როცა შიზოფრენიის მემკვიდრეობით გადატანის სახედ რეცესივს ჩავთვლით

და მაშინაც როცა მემკვიდრეობით ფაქტორად მივიჩნიეთ დომინანტური გენს, რომელმაც დაკარგა თავისი დომინანტური ეფექტი, ანდა რომელიც იმთავითვე შუამდებარე გენს წარმოადგენდა. ამავე დროს, როგორც სამართლიანად შენიშნავა შახმატოვა-პავლოვა, შიზოფრენია შეიძლება ჰომოზიგოტაშიც გამოვლინდეს ფენოტიპურად. რადგან მოდიფიკატორების შერჩევის პროცესში მავნე გენი შეიძლება არა მარტო ჰეტეროზიგოტაში, არამედ ჰომოზიგოტაშიც დადასტურდეს.

ამგვარად, ნათელი ხდება, რომ შიზოფრენიის მემკვიდრეობითობის შესწავლა დაავადების მხოლოდ მანიფესტირებული ფორმების მიხედვით სრულიადაც არაა საკმარისი. აუცილებელი ხდება მემკვიდრეობითი ფაქტორის ძიება ავადმყოფის ფენოტიპურად ჯანმრთელ უახლოეს ნათესაებთან. სხვანაირად რომ ვთქვათ, დგება საკითხი იმის შესახებ ატარებენ თუ არა და როგორი კანონზომიერებით ატარებენ შიზოფრენიით დაავადებულის ჯანმრთელი ნათესაები რომელიმე ისეთ ნიშან-თვისებას, რომელიც შიზოფრენიისათვისაა დამახასიათებელი.

3. აღნიშნულ საკითხს დღეს მეცნიერების მრავალი დარგი შეისწავლს; შიზოფრენიის მემკვიდრეობითი ფაქტორის ძიება ავადმყოფის ლისხლით ნათესაებთან მიმდინარეობს ბიოლოგიური, იმონოლოგიური, ბიოქიმიური, ენდოკრინოლოგიურა, ანტრაპოლოგიური და მრავალი სხვა მიმართულებით. პნიშვნელოვანი ადგილი დაიკავა ამ მხრივ პრობლემის ფსიქოლოგიურმა შესწავლამაც. ეს უკანასკნელი ძირითადად ორი გზით ხორციელდება.

კვლევის ერთი გზა გულსახმობს ავადმყოფის ნათესაების ქარაქტეროლოგიური ტიპების დადგენას შიზოიდური ფსიქოპათიების გამოვლენის მიზნით. ცნობილია რომ ასეთი მიმართულების კვლევა ჩვენ ჯერ კიდევ კრეჩმერთან გვხვდება. ბლოილერიც მიუთითებს, რომ შიზოფრენიით დაავადებულთა ოჯახში ხშირად გვხვდება ისეთი პიროვნებები, რომლებსაც გამოხატული შიზოიდური თვისებები აქვთ და რომლებსაც იგი „ლატენტურ შიზოფრენიებს“ უწოდებს. ავადმყოფთა ნათესაების თავისებურებებს ყურადღება მიაქცია იუდინმაც, რომელმაც „შიზოიდური წრის“ ცნებაც კი შემოიღო. შიზოფრენიით დაავადებულთა და მათი უახლოესი ნათესაების პიროვნული წყობის მსგავსებას მიუთითებდა განუშკინიც. განსაკუთრებით ინტენსიური ხასიათი მიიღო აღნიშნული მიმართულებით კვლევამ უკანასკნელ წლებში [5, 6, 7]. ასე მაგალითად, პოლემჩუკისა და შენდეროვას მიერ კლინიკური

საუბრის მეთოდით შესწავლილია შიზოფრენიით დაავადებულთა 785 ნათესავი. ავტორები აღნიშნავენ, რომ ავადმყოფების თანატოლის ყველა ნათესავს აღნიშნება შიზოიდური წრისათვის დამახასიათებელი პიროვნული თავისებურებანი, ან პიროვნული ანომალიები, რაც მათი აზრით, შიზოფრენიის მემკვიდრეობათა გაპირობებულიობის სასარგებლოდ ლაპარაკობს.

ანგვარი გამოკვლევები სამეცნიერო ლიტერატურაში საკმაოდ ბევრია. მაგრამ როგორც მაგონაპი და მთელი რიგი სხვა ავტორები წერენ. მიუხედავად იმისა, რომ შიზოიდური პიროვნების განსაზღვრა სხვადასხვა ავტორთან მეტ-ნაკლებად ერთნაირია, ამ ცნების გამოყენება იმისათვის, რომ განვსაზღვროთ შიზოიდურია, თუ არა მოცემული პიროვნება, მაინც სუბიექტურია. სნეჟნევსკიც აღნიშნავს, რომ პიროვნების ასეთ დისპარმონიულ წყობას ფსიქიატრიაში დღემდე არა აქვს მკაცრად ჩამოყალიბებული განსაზღვრება. ყოველივე ეს კი იმას ნიშნავს, რომ შიზოიდური ფსიქოპათიის ცნება არაა საკმარისად დადგენილი იმისათვის რომ იგი შიზოფრენიის გენეტიკურ განსაზღვრულობის პრობლემის შესასწავლად გამოვიყენოთ.

4. პრობლემის ფსიქოლოგიური შესწავლის მეორე გზას წარმოადგენს შიზოფრენიისათვის სპეციფიკური თავისებურების ძიება ავადმყოფის სისხლით ნათესავეებთან. ასეთ თავისებურებად მკვლევართა უმრავლესობა აზროვნების პათოლოგიას მიიჩნევს და შიზოფრენიის გენეტიკური პრობლემის გადასაჭრელად ავადმყოფის ნათესავთა აზროვნების შესწავლას მიმართავს. აღნიშნული გამოკვლევების უმრავლესობა ადასტურებს, რომ ავადმყოფების ჯანმრთელი ნათესავები ავლენენ გარკვეულ, მეტად ან ნაკლებად გამოვლენილ ტენდენციას ე. წ. შიზოფრენიული აზროვნებისაკენ [2, 13, 14, 15, 16]. მაგრამ არსებობს საკმარისი რაოდენობა ექსპერიმენტული ფაქტებისა, რომლებიც მიუთითებენ, რომ აზროვნების პროცესის ცვლილება შიზოფრენიით დაავადებულებთან ზეორად ხასიათს ატარებს და გაპირობებულია არა ინტელექტის დარღვევით, არამედ დაავადებული პიროვნების გარკვეული თავისებურებებით. მაშასადამე, შიზოფრენიის გენეტიკური მექანიზმების შესასწავლად პირველ რიგში აუცილებელია გაირკვეს პიროვნების ის თავისებურებანი, რომლებიც აზროვნების პროცესის სპეციფიკურ დარღვევას განსაზღვრავენ და რომელთა არსებობაც ამავე დროს ავადმყოფის ფენოტიპურად ჯანმრთელ ნათესავეებთანაცაა მოსალოდნელი.

5. მაგრამ აქ კიდევ ერთი გარემოების გათვალისწინებაა საჭირო. საქმე ისაა, რომ ავადმყოფსა და მის ნათესავებს შორის გარკვეული ფსიქოლოგიური მსგავსების შემთხვევაში ამ უკანასკნელის საფუძველს, როგორც ამას საპართლიანად მიუთითებენ [17, 18, 19, 20], უპირველეს ყოვლისა შეიძლება მათი საერთო პოციალურა გარემო წარმოადგენდეს. მაშასადამე, შიზოფრენიის მემკვიდრეობითი განსაზღვრულობის პრობლემის კვლევისას ისეთ სოციალ-პიროვნულ ფსიქოლოგიურ ფაქტორს უნდა მივმართოთ, რომელიც ვერ დაიყვანება გამოცდილებისა და სოციალური პირობების გავლენაზე.

6. როგორც ცნობილია, განწყობის თავისებურებათა კვლევის შედეგად დადგენილია ფიქსირებული განწყობის გარკვეული ტიპები, რომლებიც კონსტანტურ ხასიათს ატარებენ, თავის სპეციფიკურ ნიშნებს პიროვნების მთელი სიცოცხლის მანძილზე ინარჩუნებენ. ექსპერიმენტული კვლევის საფუძველზე დადასტურებულია, რომ აღნიშნული ნიშნებითაა განსაზღვრული პიროვნების ქარაქტეროლოგიურ თავისებურებათა ვარიაციები [4]. ამგვარად, გარემოს უპირატესი ზემოქმედება ყოველ ცალკეულ შემთხვევაში იმ ინდივიდუალური ფორმით გამოვლინდება, რომელსაც პიროვნების ზემოხსენებული კონსტანტური თვისებები ქმნიან.

ფიქსირებული განწყობის ტიპის კონსტანტურობა, ჩვენი აზრით, მისი თანშობილი ბუნების სასარგებლოდ ლაპარაკობს და ამდენად მისი გენეტიკური გაპირობებულობის საკითხსაც კანონიერად აყენებს.

განწყობის აღნიშნული კომპონენტების მემკვიდრეობით ხასიათს უნდა მიუთითებდეს ისეთი გამოკვლევები, რომლებიც გვიჩვენებენ. რომ განწყობის ეს კონსტანტური თავისებურებანი ზელსაყრელ ნიადაგს ქმნიან გარკვეული დაავადების აღმოცენებისათვის. მხედველობაში გვაქვს, მაგალითად, ი. ბეალავას შრომები, სადაც დადგენილია შიზოფრენიით დაავადებულთა ფიქსირებული განწყობის თავისებურებანი [1]. საინტერესოა, რომ ი. ბეალავამ შეისწავლა აგრეთვე შიზოიდური წრის ფსიქოპათთა ფიქსირებული განწყობაც და მიღებული შედეგების საფუძველზე იმ დასკვნამდე მივიდა, რომ „ფიქსირებული განწყობის მიხედვით შიზოფრენია ახლო ნათესაობას ავლენს შიზოიდური წრის ფსიქოპათებთან“. ამასთან დაკავშირებით წამოიჭრა შიზოფრენიით დაავადებულთა პრემორბიდის შესწავლის საკითხი, რომელიც ვლ. ნორაკიძემ სისტემატური კვლევის საგნად აქცია. ეს კვლევა გვიჩვენებს,

რომ „... კონფლიქტურ პიროვნებათა ერთი ჯგუფი უნდა ჩაითვა-
ლოს კონტიგენტად, რომელიც ასაზრდოებს შიზოფრენიას. სახელ-
ლობარ, ის ადამიანები, რომელთა ფიქსირებულ განწყობას ახასია-
თებს სტატიკურობა, სიტლანქე, ადვილად აგზნებადობა და
სხვ“. [2].

ზემოხსენებულის გამო შიზოფრენიის გენეტიკური პრობლე-
მის შესასწავლად მიზანშეწონილად მივიჩნიეთ ფიქსირებული გან-
წყობის კვლევა შიზოფრენიით დაავადებულთა უახლოეს სისხლით
ნათესავებთან. შესწავლილ იქნა პაპტურ სფეროში ფიქსირებული
განწყობის აგზნებადობისა და ჩაქრობის პროცესი 140 შიზოფრე-
ნიით დაავადებულთან, ავადმყოფთა 100 ფენოტიპურად ჯანმრ-
თელ ნათესავთან და 140 ჯანმრთელ საკონტროლო ცდისპირ-
თან. ცდებში მონაწილეობდნენ ავადმყოფები, განურჩევლად ასა-
კისა, დაავადების ფორმისა და ხანგრძლივობისა. თუმცა უნდა აღვ-
ნიშნოთ, რომ გამოკვლეულ ავადმყოფთა შორის ჰარბობდა ჰალუ-
ცინატორულ-პარანოიდული ფორმა, უწყვეტი მიმდინარეობით.
ცდები წარმოებდა ძირითადად ავადმყოფთა I ჯარისხის სისხლით
ნათესავებზე (დედ-მამა, და-ძმა). საკონტროლო ცდისპირთა დიდ
უმრავლესობას (26 ოჯახი) შეადგენდნენ სისხლით ნათესავები და-
ძმები და მშობლები.

ცდები ტარდებოდა 2,5 და 15 საგანწყობო ექსპოზიციით. თუ
ორი საგანწყობო ექსპოზიციის შემდეგ ცდისპირს კრიტიკულ
ცდაში სტატიკური განწყობა დაუდასტურდებოდა (25—30 კონ-
ტრასტული ილუზია), ცდას აღარ ვაგრძელებდით; ცდისპირი ჩა-
ითვლებოდა ადვილად აგზნებადი სტატიკური განწყობის მქონედ.
ახვა შემთხვევაში ცდები გრძელდებოდა ჯერ 5 საგანწყობო ექს-
პოზიციით და თუ ეს საკმარისი არ აღმოჩნდებოდა — 15 საგან-
წყობო ექსპოზიციით. განწყობის ადვილად აგზნებად ტიპად ით-
ვლება ის სუბიექტი, რომელმაც 2—5 საგანწყობო ექსპოზიციის
შემდეგ კრიტიკულ ცდებში 25—30 კონტრასტული ილუზია
მოგვცა და ადეკვატურ განწყობაზე ვერ გადაინაცვლა. ად-
ვილად აგზნებადად ჩავთვალეთ ის ცდისპირებიც, რომლებ-
თანაც განწყობა სტატიკურ ხასიათს არ ატარებს, მაგრამ სა-
განწყობო ექსპოზიციათა გაზრდა ილუზიების რიცხვს აღარ
ზრდის — ერთი სიტყვით, ყველა ის ცდისპირი, რომელიც კრა-
ტიკულ ცდებში ილუზიათა მაქსიმუმს 2—5 საგანწყობო ექსპო-
ზიციით იძლევა. სანიმუშოდ მოგვაქვს ამონაწერი ავადმყოფის
ოქმიდან № 12:

2 საგანწყობო
კ=ა

16+
5+
5=

5საგანწყობო
კ=ა

15+
5=

15 საგანწყობო
კ=ა

16+
5=

როგორც ოქმიდან ჩანს, ავადმყოფი განწყობის აღდგენილად აგზნებად ტიპად უნდა ჩაითვალოს, რადგან კონტრასტული ილუზიების მაქსიმუმი მან 2 საგანწყობო ექსპოზიციით მოგვცა და ილუზიათა რაოდენობა საგანწყობო ექსპოზიციითა გაზრდისას უცვლელი დარჩა. ასეთი განწყობა საკმაოდ ხშირად გვხვდება ავადმყოფებთან და მათ ნათესაებებთან. ჭანმრთელებთან კი მხოლოდ ერთ შემთხვევაში დადასტურდა.

ცხრილი 1

სამი ჯგუფის ცდისპირთა განწყობის აღვილი აგზნებადობის მაჩვენებლები

ცდისპირები	ცდისპირთა რაოდენობა	აღვილად აგზნებადი 2—5 საგ. ექსპოზ. აბს. რაოდენობა	%
ავადმყოფები	140	68	48,5
ავადმყოფის ნათესაები	100	44	44
ჭანმრთელები	140	16	11,4

ცხრილი გვიჩვენებს, რომ 140 ავადმყოფიდან 2—5 საგანწყობო ექსპოზიციის შემდეგ კონტრასტულ ილუზიათა მაქსიმუმი კრიტიკულ ცდებში 68 ავადმყოფმა მოგვცა, რაც 48,5%-ს შეადგენს. ავადმყოფის 100 ნათესაეიდან აღვილად აგზნებადი განწყობა აღმოაჩნდა 44, ე. ი. ცდისპირთა 44%. 140 ჭანმრთელი ცდისპირიდან კი ასეთი განწყობა მხოლოდ 16 ცდისპირთან, ე. ი. ცდისპირთა 11,4%-თან დადასტურდა.

ამგვარად, ავადმყოფები და მათი ნათესაები განწყობის გაცილებით უფრო აღვილი აგზნებადობით ხასიათდებიან; ისინი სადიქსაციო ცდის ორჯერადი მიწოდებით განწყობის მაქსიმალური ეფექტს ავლენენ და ამით მნიშვნელოვნად განსხვავდებიან საკონტროლო ჯგუფისაგან.

რაც შეეხება განწყობის ჩაქრობის პროცესს, მისმა შესწავლამ შემდეგი სურათი მოგვცა:

სამი ჯგუფის ცდისპირთა განწყობის სტატისტიკურობის მაჩვენებლები

ცდისპირები	ცდისპირთა რაოდენობა	სტატისტიკური განწყობის ც. პ. აბსოლ. რაოდ.	%
ავადმყოფები	140	90	64,3
ავად. ნათეს.	100	42	42
ჯანმრთელები	140	23	16,4

როგორც ცხრილი გვიჩვენებს, ჯანმრთელ სუბიექტებში სტატისტიკური განწყობა მხოლოდ შემთხვევათა 16,4%-ში გვხვდება. ასეთი განწყობის სიხშირე ავადმყოფებთან — 64,3%-ია, ხოლო მათ ნათესავებთან — 42%.

სტატისტიკურმა დამუშავებამ გვიჩვენა, რომ აღნიშნული მონაცემების მიხედვით ჯანმრთელ ცდისპირებსა და ავადმყოფებს შორის განსხვავება მნიშვნელოვანია: $\chi^2=98,8$ $p<0,005$.

ასევე მნიშვნელოვანი აღმოჩნდა სხვაობა ავადმყოფების ნათესავებისა და საკონტროლო ჯგუფის ცდისპირთა მონაცემებს შორის. $\chi^2=27,1$ $p<0,005$.

ექსპერიმენტული მასალა გვიჩვენებს აგრეთვე, რომ განწყობის ჩვენს მიერ შესწავლილი ორი თვისება აგზნებადობა და ჩაქრობის პროცესის რაგვარობა როგორც ავადმყოფებთან, ისე მათ ნათესავებთან და ჯანმრთელ სუბიექტებთან გარკვეულ კორელაციასაა; ასე მაგალითად, 140 ჯანმრთელ ცდისპირთან 23-ს სტატისტიკური განწყობა აქვს, აქედან 16 ცდისპირთან ასეთ განწყობას 2—5 საგანწყობო ექსპოზიცია იწვევს. ე. ი. 70%-ში ცდისპირები რომელთაც სტატისტიკური განწყობა დაუდასტურდათ აღვილად აგზნებადნიც იყვნენ. 140 ავადმყოფიდან სტატისტიკური განწყობის ტიპი 90 აღმოჩნდა, აქედან აღვილად აგზნებადი იყო 63 (70%). 100 ავადმყოფის ნათესავიდან განწყობის სტატისტიკურობა 42-თან დადასტურდა, 32 ამათგანი განწყობის მიხედვით აღვილად აგზნებადია (76%).

ზემოთ აღვნიშნეთ, რომ ცდებში მონაწილეობდა ავადმყოფთა 100 სისხლით ნათესავი: ავადმყოფთა 60 დედ-მამა, 33 და-ძმა და 7 მეორეხარისხის ნათესავი (ბიძა-დეიდა). ავადმყოფთა სისხლით ნათესავებმა საერთოდ, როგორც ვნახეთ, სტატისტიკური განწყობის რაიმეტი პროცენტი გვიჩვენეს, რომლითაც ისინი მნიშვნელოვნად განსხვავდებიან ჯანმრთელი ცდისპირებისაგან და საკმაოდ ახლო

აღვილად აგზნებადი და სტატიკური განწყობის ცდისპირები

ცდისპირები	რაოდენობა	სტატიკურები	აღვილად აგზნებადი	%
ავადმყოფები	140	90	63	70
ავადმყოფის ნათესავები	100	42	32	66
ჯანმრთელები	140	23	16	70

დგანან ავადმყოფებთან. მასალის შემდგომმა დამუშავებამ გვიჩვენა, რომ განწყობის სტატიკურობით სიბსები (და-ძმები) უფრო გვანან ავადმყოფებს, ვიდრე მშობლები. თუმცა ჩვენი მასალა ამ მხრივ არ არის მრავალრიცხოვანი: 50 დედა, 10 მამა. სტატიკური განწყობა აქვს 4 მამას და 15 დედას. 25 და, 8 ძმა. სტატიკური განწყობა დაუდასტურდა 13 დას და 5 ძმას.

ცხრილი 4

ცდისპირები	ცდისპირთა რაოდენობა	სტატიკური განწყობა	
		აბს. რაოდ.	%
ჯანმრთელები	140	23	16,4
ავადმყოფები	140	90	64,3
მშობლები	60	19	31,6
სიბსები	33	18	54,5
ბიძა-დედა	7	5	—

აღნიშნული მონაცემების სტატისტიკური დამუშავების შედეგად გამოირკვა, რომ განწყობის სტატიკურობის მიხედვით განსხვავება ავადმყოფებისა და მათი სიბსების (და-ძმები) მონაცემებს შორის მნიშვნელოვანი არ არის ($\chi^2=3,8$ $p>0,05$). მაგრამ ეს განსხვავება მნიშვნელოვანი აღმოჩნდა სიბსებისა და მშობლების მაჩვენებლებს შორის ($\chi^2=10,8$ $p<0,005$, სიბსებისა და ჯანმრთელების ($\chi^2=24,2$ $p<0,005$) და ავადმყოფის მშობლებთანა და ჯანმრთელების მონაცემებს შორის. როგორც ვხედავთ, განწყობის თავისებურებების მიხედვით პრობანდსა და სიბსებს შორის მსგავსება უფრო მეტია, ვიდრე პრობანდსა და მშობლებს შორის.

წინამდებარე შრომის ერთერთმა ავტორმა [3] ექსპერიმენტულად დაადგინა წარმოსახულ სიტუაციაში ფიქსირებული განწყობის ეფექტის მნიშვნელოვანი დაქვეითება შიზოფრენიის შემთხვევაში. ავადმყოფთა სისხლით ნათესავები აღნიშნული განწყო-

ბ-ს თავისებურების მიხედვითაც იქნენ შესწავლილნი. როგორც ქვემოთ მოტანილი ცხრილი გვიჩვენებს, წარმოსახულ სიტუაციაში განწყობის ფიქსაციის ეფექტი 93 ავადმყოფიდან დასტურდება მხოლოდ 17-თან — 18%, ავადმყოფის 91 ნათესავიდან 23-თან 25%, ხოლო ჯანმრთელი საკონტროლო ჯგუფის 113 სუბიექტიდან 48-თან — 42,4%.

ცხრილი 5

ცდისპირები	ც. პ. რაოდენობა	განწყობის ეფექტი %	აღკვეთური აღქმა %
ავადმყოფები	93	18	82
ავად. ნათეს.	91	25	75
ჯანმრთელები	113	42,4	57,5

როგორც ვხედავთ, წარმოსახულ სიტუაციაში განწყობის ფიქსირების ეფექტის მიხედვითაც ავადმყოფებსა და მათ სისხლით ნათესავებს შორის საკმარისი მსგავსება აღინიშნება.

ექსპერიმენტული კვლევის აქ მოტანილი შედეგები ადასტურებს, რომ ფიქსირებული განწყობის მეთოდი აღეკვეთური უნდა იყოს შიზოფრენიის გენეტიკური განსაზღვრულობის პრობლემის შესწავლისათვის.

А. Л. БАРКАЛАИА, Э. А. ВАЧНАДЗЕ, М. А. САКВАРЕЛИДЗЕ,
К. Д. ЦИНЦАДЗЕ

ОСОБЕННОСТИ ФИКСИРОВАННОЙ УСТАНОВКИ В НАСЛЕДСТВЕ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ

(Институт психологии им. Д. Н. Узнадзе АН ГССР)

Резюме

В связи с проблемой наследственной обусловленности шизофрении, изучались особенности возбудимости и затухания фиксированной в галпической сфере установки, а также эффект фиксации установки в воображаемой ситуации у больных шизофренией, их близких кровных родственников и нормальных субъектов контрольной группы.

Проведенные исследования показали, что в отношении указанных выше особенностей фиксированной установки кровные родственники больных значительно приближаются к последним и в достаточной степени отличаются от здоровых испытуемых контрольной группы.

Полученные результаты удостоверяют целесообразность изучения генетической проблемы шизофрении методом фиксированной установки.

ლიტერატურა — ЛИТЕРАТУРА

1. ი. ბეალაძე, შიზოფრენიის ფსიქოპათოლოგიისათვის, თბ., 1958.
 2. ვლ. ნორაკიძე. პიროვნების ხასიათის ცვლილების დინამიკა ნორმალურსა და პათოლოგიურ შემთხვევებში. 1, 1961.
 3. ე. ვაჩნაძე. სიტყვის სიტუაციაში ფიქსირებული განწყობა შიზოფრენიის შემთხვევაში. დ. უზნაძის სახ. ფსიქოლოგიის ინსტიტუტის წარმები, ტ. XI, 1957.
 4. Н о р а к и д з е Вл. Типы характера и фиксированная установка, 1961
 5. Ш а х м а т о в а - П а в л о в а И. В. Сб. Шизофрения, под ред. Снежневского, 1972 г.
 6. А м б р у м о в а А. Г. и другие, Тр. Московского НИИ психиатрии 1968, т. 56.
 7. П о л и щ у к Ю. И. Ш е н д е р о в а В. Л. Ж. Невропат. и психиат. 1969, вып. I.
 8. М е л е ш к о Т. К. Материалы IV Всесоюзн. Общ. психологов, 1971.
 9. Н а т а л е в и ч Э. С. Ж. Генетика, 1968, т. IV, № 9.
 10. S l a t e r E. Acta Genetica et Statistika Medica, 1958, v. 8, № 1.
 11. B u r c h P. R. Y., Brit. J. of Psychiat, 1964, 110, 818—824.
 12. M i t s u d a H. Bull OMS. Suppl XII.
 13. L o v i b o n d S. H., Aust. J. of Psychol, 1953, 5, 53.
 14. M e - G o n g h y N., J. of Neurol. Neurosurg. Psychiat. 1959, 22, 243.
 15. L i d z T. and all, Psychiat. Res. 1962. v. 1, 193—200.
 16. P h i l l i p s J. and all, Brit. J. of Psychiat. 1967, 113, 505.
 17. K r i n g l e n E. Scandinavian Univesrity Books, 1964.
 18. P o s t F., W e r d l e I., J. of Mental Sci, 1962, 108, 453.
 19. D e l a y T., D i n k e r O., L'Encephale, 1962, 51,1.
 20. W o l m a n T., Acta Psychotherap. 1961, 9, № 3.
-

ბ. გამყრელიძე

ატვიპურ-აფექტურ ფსიქოზთა ექსპერიმენტულ- ფსიქოლოგიური შესწავლისათვის თემატური აპერცეფციის მეთოდით

(მ. ასათიანის სახ. ფსიქიატრიის სამეცნიერო-კვლევითი ინსტიტუტი)

ფსიქოზი პირველ რიგში პიროვნების დაავადებაა, რომელიც მის ყველაზე არსებით და დამახასიათებელ თვისებას — მის მთლიანობას არღვევს.

შიზოფრენიის, როგორც დაავადებათა შორის ყველაზე ადამიანური კატეგორიის, პათოლოგიის დროს გაუკუღმართებულია მთლიანი პიროვნების ყველაზე ნატიფი და ინტიმური თვისებები: პიროვნების შინაგანი აქტივობა, გარემოში სწორი პიროვნული ორიენტაციის უნარი, ქცევის აქტების რეგულირება და აქედან გამომდინარე სოციალურ გარემოსთან ადაპტირების უნარი. შიზოფრენიისათვის დამახასიათებელია პიროვნების ძირითადი რეგისტრების დისკოორდინირება, დესტრუქცია და გახლეჩვა, როდესაც, მეორე ენდოგენურ ფსიქოზის — მანიაკალურ დეპრესიული ფსიქოზისათვის მსგავსი ხასიათის ცვლილებები სრულიად შეუთავსებელია. მანიაკალურ-დეპრესიული ფსიქოზის აფექტური ფაზები ჩათვლება ისე, რომ პიროვნების მთლიანობა ძირითადად აღდგენას განიცდის.

ენდოგენური დაავადების კლინიკო-ნიზოლოგიური განსაზღვრისათვის საჭიროა დადგინდეს პიროვნების შეცვლის სტრუქტურული თავისებურებანი როგორც ავადმყოფობის შეტევის, ისე განსაკუთრებით შეტევათა შორის პერიოდში; ამ ცვლილებათა ხარისხობრივი და რაოდენობრივი თავისებურებანი და ავადმყოფური ქცევის ფსიქოლოგიური საფუძვლები, თავის მხრივ განიცდიან პათოლოგიურ ცვლილებებს აზროვნების, გაცნობისა და მოქმედებების საინფორმაციო არხების დარღვევის შედეგად.

ამ ამოცანის სიძნელე და სირთულე სრულიად ნათელია, მაგ-

რამ იგი გაცილებით უფრო რთული აღმოჩნდება, როდესაც საქმე გვაქვს ე. წ. „მწვავე ატიპიურ აფექტურ ფსიქოზებთან“. ენდოგენურ ფსიქიკურ დაავადებათა ეს ფორმები თუ ვარიანტები კლინიკური გამოვლინებით და მიმდინარეობის თავისებურებით იკავებენ შუამდებარე ადგილს შიზოფრენიასა და მანიაკალურ დეპრესიულ ფსიქოზს შორის და თავის სტრუქტურაში შეიცავენ არა მარტო შიზოფრენიის და მღპ-ს, არამედ ეპილეფსიისა და ზოგჯერ ეპილეფსიურ ფსიქიკურ დაავადებებისათვის დამახასიათებელ სამპტომებს. ამ თავისებურების გამო. ატიპიურ აფექტურ ფსიქოზთა აღსანიშნავად პორტუგალიელი ფსიქიატრი ბარაზონა-ფერნანდესი [1] გვაწვდის სახელწოდებას „პოლოდისფრენია“-ს.

კლინიკურ ფსიქიატრიაში ექსპერიმენტულ-ფსიქოლოგიური მეთოდები ძირითადად ფსიქიკის ამა თუ იმ ფუნქციათა აშლის ხარისხის და კომპენსატორული მექანიზმების თავისებურებათა დადგენის ამოცანას ემსახურება. რაც შეეხება მთლიანი პიროვნების შესწავლას, ჯერჯერობით ასეთი საყოველთაოდ აღიარებული მეთოდები თითზე ჩამოსათვლელია. აღნიშნულ ხარვეზს მნიშვნელოვნად ავსებს დ. უზნაძის ფიქსირებული განწყობის მეთოდი, რომელიც ოთხი ათეული წლის განმავლობაში წარმატებით გამოიყენება არა მარტო ზოგად ფსიქოლოგიური პრობლემის, არამედ კლინიკური ფსიქიატრიული ამოცანების გადასაჭრელად (ი. ბეალავა [2], ქ. მდივანი [3], ე. ვაჩნაძე [4], ფ. კონტრიძე [5], მ. მესტიაშვილი [6], მ. საყვარელიძე [7], ს. წულაძე [8], თ. აბრამიშვილი [9], ა. მამარდაშვილი [10], ნ. კუტალია [11], მ. ჭაფარიძე [12], ნ. რუხაძე [13] და სხვები). ჩვენ მიერ ფიქსირებული განწყობის მეთოდი გამოყენებული იყო ატიპიურ აფექტურ ფსიქოზთა კლინიკო-ფსიქოპათოლოგიური თავისებურებების შესწავლისათვის და მიღებული იყო მნიშვნელოვანი ფაქტიური მასალა, რომელიც გარკვეულ დიაგნოსტიკურ ღირებულებას წარმოადგენდა [14]. საზღვარგარეთ ამავე მიზნით გამოიყენება და დიდი პოპულარობით სარგებლობს პიროვნების შესწავლის ე. წ. „პროექციული“ მეთოდები, რომელნიც ჩვენს ქვეყანაში უკანასკნელ ხანებამდე ვ. მიახიშჩევის კამოთქმით [15], „ზედმიწვენითი კრიტიკული დამოკიდებულების, სიფრთხილისა და გაუბედაობის მოტივით საერთოდ არ იხმარებოდა“. სრულიად სამართლიანად, კრიტიკულ შეფასებას იმსახურებს პროექციული მეთოდების არააწორი და პრეტენზიული თეორიული დასაბუთება, ამ მეთოდებით მიღებული ექსპერიმენტული მასალის ცალმხრივი ინტერპრე-

უცია ფრეიდიზმის და ნეოფრეიდიკის პოზიციებიდან მიმართული ღრმა კომპლექსების ამოხსნისაკენ. ამასთან ერთად გაუმართლებელია იმ მკვლევართა პოზიციები, რომელნიც ცდილობენ პროექციული მეთოდებით ფსიქიკურ დაავადებების საბოლოო ღიაგნობის დასნას. პროექციულ მეთოდებს, როგორც ჩანს, უნდა ჰქონდეს საორიენტაციო, დამხმარე მეთოდოლოგიური მნიშვნელობა დიაგნოსტიკაში და გარკვეული შემეცნებითი მნიშვნელობა პიროვნების სტრუქტურული თავისებურების შესწავლაში. კლინიკისტის ზღვში ეს მეთოდები გაამართლებენ თავის დანიშნულებას თუ კი გამოიყენებიან სხვა ობიექტურ მეთოდებთან კომპლექსში. მიღებული ექსპერიმენტული მასალის ანალიზის დროს საჭიროა მხედველობაში იქნეს მიღებული პიროვნების ინდივიდუალური თავისებურებანი: სქესი, ასაკი, გამოცდილება, ინტელექტის დონე და სხვა პარამეტრები. პროექციული მეთოდების ერთ-ერთ თავისებურებად ითვლება აღქმის პროცესში ობიექტური რეალობის ხვედრითი წონის ხელოვნური შემცირება (რორშახის ლაქების და მურეის სურათების შინაარსის განუსაზღვრელობა და ბუნდოვანი ხასიათი), რაც აუცილებლად მოითხოვს სუბიექტის აქტიურობას (ს. წულაძე [8]).

პროექციული მეთოდებით მიღებული მონაცემები მოწოდებულია დაგვეხმაროს პიროვნების სტრუქტურულ-დინამიკურ თავისებურებათა (მოთხოვნილებანი, მოსწრაფებანი, იდეები, განწყობანი, გარემოსთან კომუნიკაციების დამყარების თავისებურება და ა. შ.). და პიროვნების მოძალადობის (ინტეგრაციულობა, კონფლიქტურობა, ეგოცენტრულობა და ა. შ.) დადგენაში. ამ თვალსაზრისით ჩვენ გამოვიყენეთ მურეის თემატური აპერცეფციის მეთოდი.

გამოვიკვლიეთ ატიპიურ-აფექტური ფსიქოზით დაავადებული 55 ავადმყოფი. მათგან ქალი 38, მამაკაცი — 12. ასაკით 17—54 წლამდე. 31 ავადმყოფი შესწავლილია როგორც მანიაკალურ, ისე დეპრესიულ ფაზაში, 12 — მხოლოდ მანიაკალურ და 7 — მხოლოდ დეპრესიულ ფაზაში. ყველა ავადმყოფი გამოკვლეულია განმეორებით აფექტური ფაზის ჩათავეების შემდეგ, ე. წ. ინტერმისიის პერიოდში, რომელსაც ჩვენ შეტევათა შორის ნათელ პერიოდად მივიჩნევდით. თემატური აპერცეფციის მეთოდისაზე შეჩერება ზედმეტად მიგვაჩნია, მაგრამ აღვნიშნავთ, რომ ჩვენ ყველა ავადმყოფს ვაძლევთ 14 სურათს, ავადმყოფთა სქესისა და ასაკის გათვალისწინებით. ცნობილია, რომ ამ ტესტის ავტორები იყენებენ 19 სურათს, მაგრამ უკანასკნელ ხანებში მრავალი

ავტორი (ფ. პალპერნი [16], მ. მესტიაშვილი [6] და სხვ.) მათ წინაშე დასმული საკითხების მიხედვით მხოლოდ 10 სურათს იყენებს. ჩვენ წინაშე იდგა სრულიად კონკრეტული ამოცანა: შეგვესწავლა ავადმყოფის სტრუქტურული თავისებურება მოცემულ მომენტში — ფსიქოზური შეტევისა და შეტევათა შორის ნათელ პერიოდში. კერძოდ: ცდისპირის დამოკიდებულება ექსპერიმენტისადმი, სიუჟეტის გადმოცემის ფორმა (თხრობის ტიპი), ამოცანისადმი პიროვნული დაყენება, აღქმის თავისებურება, ამოცანის შეთვისების ხარისხი, უფრო აქტუალური თემის შერჩევის უნარი და ა. შ. გამოკვლევის პროცესში ვაკვირდებოდით ავადმყოფის ქცევას, მივიყურე რეაქციას, ამოცანისადმი ემოციურ დამოკიდებულებას და ა. შ. შედგენილი იყო 1400-მდე მოთხრობა.

მთაბ-ის მიხედვით მიღებული მონაცემების ანალიზისათვის არსებობს ორი გზა: 1. ფორმალური და 2. თემატური ანალიზი. თემატური ანალიზი ითვალისწინებს მოთხრობის სტრუქტურის ამოხსნას, სიუჟეტის თავისებურებას, მის ემოციურ ასპექტს, რეალობის ხარისხს, მისწრაფებასა და მოთხოვნილებას მოცემულ მომენტში, ემოციურ და გონებრივ დონეს და ა. შ. თემატური ანალიზი კი მიზნად ისახავს არაცნობიერი კომპლექსების და ე. წ. „უარული ტენდენციების“ გამოვლენას და პიროვნების ისეთი კატეგორიების ამოხსნას როგორცაა: მისწრაფება გაბატონებისადმი, დამორჩილებასა და განმარტობისადმი; დანაშაულებრივი ტენდენციები და ა. შ. მივიჩნიეთ რა მასალის თემატური ანალიზი უპერსპექტივო და სუბიექტურ მონაცემებზე დამყარებულ ცდად, დაკმაყოფილდით მხოლოდ მასალის ე. წ. ფორმალური ანალიზით. ავადმყოფთა მიერ შედგენილი მოთხრობების ანალიზი მოვახდინეთ იმ კატეგორიების მიხედვით, რომელიც მოწოდებულია ამ ტესტის მომწოდებელი ავტორების პ. მურეის ჩ. მორგანის [17]), მათი ინტერპრეტაციების დ. რაპოპორტის [18], ბ. ბეტეპეიმის [19], ს. შორის [20] მიერ და რომელიც გადამუშავებულია და გამოიყენება რსფსრ ფსიქიატრიის ს. კ. ინსტიტუტის და მ. ასათიანის სახ. ფსიქიატრიული ინსტიტუტების პათოფსიქოლოგიურ ლაბორატორიებში.

საბჭოთა ავტორები: ს. წულაძე [21, 22], ი. გილიაშევა [23], მ. მესტიაშვილი [6], ი. სავენკო [24] და სხვები თავის გამოკვლევებში იყენებენ ამ მეთოდის რაციონალურ მარცვალს, რომელიც იძლევა პიროვნების სტრუქტურულ თავისებურებაზე მეტად მნიშ-

ენელოვან ობიექტურ მასალას. მათი მონაცემებით ოპტ-ის საშუალებით შესაძლებელია მივიღოთ ალკმის, წარმოსახვის, მოფიქრება-მოსაზრების, ემოციურობის, პიროვნული მიმართებების, პოზიციებისა და გარემოსთან პიროვნული დამოკიდებულების შესახებ მნიშვნელოვანი მონაცემები ნორმასა და პათოლოგიაში. შიზოფრენიის დროს შესაძლებელი ხდება მივიღოთ წარმოდგენა მთლიან პიროვნების ბირთვზე და მის სტრუქტურულ მთლიანობის დარღვევაზე [22] და პიროვნების სპეციფიკური შეცვლის თავისებურებაზე.

ოპტ-ის მეთოდით მასალის შესწავლის დროს ჩვენ წინაშე იდგა კონკრეტული ამოცანა, მწვავე ატიპიურ აფექტურ ფსიქოზით დაავადებულთა პიროვნების სტრუქტურულ თავისებურებათა დადგენა. კერძოდ, მათი ემოციურ-ნებითი სფეროს აშლის ხარისხი, პიროვნების სტრუქტურაში სტრუქტურული ფაქტორების მონაწილეობა, რომელნიც ხშირად წინ უსწრებენ აფექტური აშლის შეტევის დაწყებას, და ძირითადი პიროვნული კატეგორიების: ემოციურობის, პიროვნული დაყენებებისა და მიმართებების, მისწრაფებებისა და მორალურ-ეთიკური წარმოდგენების თავისებურებათა დადგენა.

ავადმყოფთა 82% ავლენდა ექსპერიმენტისადმი აქტიურ დაინტერესებას და ცდილობდა სწორად გარკვეულიყო სურათის შინაარსში, ყურადღებით ათვალიერებდა სურათს, არჩევდა რამდენიმე ვერსიიდან უფრო შესაფერისს ან ზოგჯერ გვაწვდიდა მოახრობას რამდენიმე ვარიანტს.

გამოკვლევის მონაცემების ანალიზი გვიჩვენებს, რომ ამ მეთოდით მიღებული მონაცემები როგორც რაოდენობრივად, ისე ხარისხობრივად არაერთგვაროვანია. იგი ბევრად არის დამოკიდებული ავადმყოფური მდგომარეობის კლინიკო-ფსიქოპათოლოგიურ თავისებურებაზე. ამ თვალსაზრისით საკუთარი მასალის დაყოფა კეთილთვისებიანად და ნაკლებად კეთილთვისებიანად მიმდინარე ვარიანტებად გარკვეულ კორელაციურ დამოკიდებულებაში აღმოჩნდა ოპტ-ის მონაცემებთან. ექსპერიმენტისადმი პასიური, ინაქტიური დამოკიდებულება, რომელიც მოითხოვდა სტიმულირებას, უფრო ხშირად ვლინდება მეორე ვარიანტში [20%], ვიდრე პირველში [11%], სადაც ავადმყოფები ამოცანისადმი ავლენდნენ პიროვნულ, ობტიმისტურ და ემოციური რეზონანსით გაზიარებულ დამოკიდებულებას (80%). მეორე ჯგუფის ავადმყოფთა 37% მიცემულ ამოცანისადმი ავლენდა ფორმალურ და-

მოკიდებულებას. ამ შემთხვევაში მოთხოვნებში სურათის ემოციური ქვეტექსტი ნაკლებად აქტუალურია და შინაარსში ნაკლებად რეალიზდება. სურათებზე მოცემული საგნებისა და სუბიექტების სტატეკური ჩამოთვლა და დეტალების აღწერა პირველი ჯგუფის ავადმყოფების მიერ შედგენილი მოთხოვნების 13,72%-ში იყო მოცემული, მაშინ როდესაც მეორე ჯგუფში ეს მაჩვენებელი ორჯერ მეტად (26,78%) გამოვლინდა. უფრო კეთილთვისებიანად მიმდინარე ჯგუფის ავადმყოფების მოთხოვნები ინტერპრეტაციული ხასიათისაა და ატარებს „სრული ისტორიის“ მთლიანი ინტერპრეტაციის ხასიათს. დროის პარამეტრი და ლატენტური დრო მეორე ჯგუფთან შედარებით ხანმოკლეა. მეორე ჯგუფის ავადმყოფები, პირველთან შედარებით, ამოცანის გადაწყვეტას იწყებენ უფრო გვიან და ანდომებენ მეტ დროს.

გარკვეული სხვაობა გამოვლინდა აგრეთვე მოთხოვნების შინაარსობრივ მაჩვენებლებში: მოთხოვნათა 94%-ში, როგორც წესი, აღსახებოდა მომენტი. ამ კატეგორიის შინაარსიდან გამოვარდნა ყოველთვის გამოწვეულია ამოცანისადმი არასერიოზული, ზერელე დამოკიდებულებით ან ავადმყოფის მძიმე მდგომარეობით. ჩვენს შემთხვევებში მომენტის გამოვარდა აღინიშნა ძირითადად მანიპულური აგზნების დროს დაახლოებით თანაბრად ორივე ვარიანტის ავადმყოფებში. გარკვეული განსხვავება გამოვლინდა ავადმყოფთა დამოკიდებულებაში წარსულისადმი და მომავლის უავეგმვის მხრივ. პირველი ვარიანტის ავადმყოფთა პროდუქციებში წარსულის გამოცდილება გამოიყენებოდა მოთხოვნათა 52.1%-ში და პერსექტივა იყო გათვალისწინებული 52,4%-ში, მაშინ, როდესაც იგივე კატეგორიები მეორე ვარიანტში შესაბამისად აღსახა 38,0 და 49,7%-ში. ზოგადად წარსული გამოცდილებისადმი ქეშმარიტი დამოკიდებულება გამოვლინდა 85,8%-ში, ხოლო ფორმალური დამოკიდებულება 14,2%-ში.

გარკვეულ ინტერესს იმსახურებს მოთხოვნის ემოციური კომპონენტი, როდესაც სურათზე მოცემული პერსონაჟები ცდისპირის წარმოდგენაში იმყოფებიან განცდებში, რაღაც აწუხებთ, აშფოთებთ, ღგანან გარკვეული პრობლემების წინაშე და ა. შ. ამ შემთხვევაში სურათის დანარჩენი პერსონაჟები უბრალო სტატისტიკები კი არ არიან, არამედ სურათზე ასახული სიტუაციის აქტიური მონაწილენი, რომელნიც აზროვნებენ, გამოაქვთ გარკვეული გადაწყვეტილებანი და ავლენენ თავიანთ დამოკიდებულებებს შექმნილი სიტუაციის შესაბამისად. ჩვენ მასალაზე მოთხოვნათა პერ-

სონაჟები, როგორც მოაზროვნე სუბიექტები, დაახლოებით თანაბრად იყო მოცემული ორივე ვარიანტში და შესაბამისად აისახა პასუხთა 33,8 და 35,4%-ში. რაც შეეხება ემოციურ კომპონენტს, პირველ ჩვეულებრივ ავადმყოფებს თავიანთ პერსონაჟებს აღწერდნენ მოთხოვნათა 59,3%-ში, გარკვეული ემოციური განცდების გათვალისწინებით, ხოლო მეორე ჩვეულებრივ ეს კატეგორია მოთხოვნათა მხოლოდ 36,0%-ში გამოიხატა. ანალოგიური შეფარდებით გამოვლინდა იდენტიფიკაციის კატეგორიაც. ხატოვანი მოთხოვნის შედგენისათვის ზოგჯერ საჭიროა, რომ ცდისპირმა მოახდინოს თავისი თავის იდენტიფიცირება სურათზე მოცემულ რომელიმე პერსონაჟთან. ჩვეულებრივ ეს ხდება მოთხოვნის მთავარ გმირთან. ზოგჯერ ავადმყოფები მიუთითებენ, რომ სურათზე მათი ცხოვრება არის ასახული. მსგავსი ქეშმარიტი იდენტიფიკაცია პირდაპირ მიუთითებს ავადმყოფის ემოციური და პიროვნული მინარტყლების მდგომარეობაზე. ქეშმარიტი იდენტიფიკაცია ჩვენ მასალაზე პირველ ვარიანტში აღინიშნა მოთხოვნათა 48,8%-ში, ხოლო მეორე ვარიანტში — 31,7%-ში.

მოთხოვნათა შინაარსში ხშირად აისახება კონფლიქტური სიტუაცია, რომელსაც ავადმყოფისათვის სტრესორული მნიშვნელობა შეიძლება ჰქონდეს. იმის მიხედვით, თუ დროის რომელ მონაკვეთში იყო ავადმყოფისათვის სტრესორული ფაქტორი, მოთხოვნათა შინაარსში თავს იჩენს კონფლიქტური სიტუაცია წარსულში, აწყმომში ან მომავალში (მოსალოდნელი კონფლიქტი). ჩვენ მასალაზე კონფლიქტი წარსულში აისახა მოთხოვნათა 34%-ში, აწყმომში — 61%-ში და მომავალში კი 45%-ში. სტრესორულ სიტუაციებში ავადმყოფი ავლენს გარკვეულ პოზიციას, რომელიც შეიძლება იყოს პასიური, აქტიური ან განურჩეველი, მოქმედი ან თანაგრძნობის. ჩვენ მასალაზე აქტიური მოქმედი პოზიცია აისახა მოთხოვნათა 26,5%-ში, პასიური — 52,0%-ში და თანაგრძნობის პოზიცია — 8,0%-ში. საერთოდ არავითარი პოზიცია არ ჩანდა მოთხოვნათა 13%-ში, სადაც მნიშვნელოვნად ჭარბობდა მასალა, მიღებული მეორე ვარიანტის ავადმყოფებისაგან.

ყურადღებას იმსახურებს ავადმყოფთა ძირითად მოთხოვნებთან თავისებურება. მოთხოვნებში ხშირად ვლინდება აქტიური მისწრაფება ცოდნის შეძენისადმი, მორალურ-ეთიკური სიწმინდისადმი, კეთილშობილური მიზნებისა და განზრახვის მიღწევისადმი, სურვილი დაეხმაროს ვინმეს, თავიდან აიცილოს შემაწუხებელი განცდები; მოთხოვნები დასვენების, ინსტიქტების

დაკმაყოფილების და ა. შ. ჩვენი მასალის ორივე ჯგუფში თითქმის თანაბრად არის აქტუალური მისწრაფება სწავლასადმი, დასახული მიზნების მიღწევისა და მორალურ-ეთიკური სიწმინდისადმი. ხოლო ისეთი მოთხოვნილებანი როგორიცაა: სურვილი დაეხმაროს მოყვასს, მფარველობდეს ვინმეს და აგრეთვე სექსუალური ხასიათის მოთხოვნილებანი მნიშვნელოვნად აქტუალურია უფრო კეთილთვისებიანი მიმდინარეობის ვარიანტში, ვიდრე მეორეში. ამ ვარიანტისათვის შედარებით უფრო აქტუალური აღმოჩნდა დასახული მიზნის მიღწევის, წამების აცილების, დასვენებისა და ინტიმულების დაკმაყოფილების მოთხოვნილებანი.

მოთხოვნისათვის თემის შერჩევის დროს პიროვნებისათვის დიდი მნიშვნელობა აქვს თუ ცხოვრების რომელ სფეროში განვლილიანდება მისი გარემოსთან დამოკიდებულება, იქნება იგი პირადი, ოჯახური, საზოგადოებრივი, იდეოლოგიური, მორალურ-ეთიკური. სექსუალური თუ სხვა რომელიმე. მასალის ანალიზი მიუთითებს, რომ მოთხოვნის შედგენის დროს პირადი სფერო იყო პირველ ვარიანტისათვის აქტუალური 51,5%-ში, მეორისათვის 45,3%-ში, ოჯახური, შესაბამისად, 20,8% და 28,6%, ინტიმური 12,9 და 17,5%.

ე. წ. პათოლოგიური პროდუქციები და ინტერპრეტაციები ჩვენ მასალაზე გვხვდებოდა ძლიერ იშვიათად: სიუჟეტის ძირითადი ხაზიდან გადახვევა, გმირის ტრაგიკული ფინალი (სიკვდილი, თვითმკვლელობა, მკვლელობა, დაავადება, ძალადობა და ა. შ.) ძირითადად დეპრესიული მდგომარეობის დროს აისახება სიუჟეტში და უფრო პირველი ვარიანტის ავადმყოფებზე მოთხოვნებში იყო მოცემული, ხოლო პათოლოგიური გადახრები, მოთხოვნის ფრაგმენტულობა, აგრამატიზმები, სიუჟეტის დაუსაბუთებლობა, სტერეოტიპია, პერსევერაცია და ა. შ. ერთეულ მოთხოვნებში გამოვლინდა და უმთავრესად ნაკლებად კეთილთვისებიანად მიმდინარე ავადმყოფთა პროდუქციაში.

პიროვნების სტრუქტურის შეფასებისათვის გარკვეული მნიშვნელობა აქვს მოთხოვნის პერსონაჟთა გუნებაგანწყობის ზოგად ფონს, რომელიც შეიძლება წარმოდგენილი იყოს სულ სხვადასხვა მდგომარეობაში. ჩვენ მასალაზე იმის მიუხედავად, რომ მოთხოვნათა უმრავლესობა შედგა ჰიპომანიაკალურ ან მანიაკალურ მდგომარეობაში, პერსონაჟები აიწერა მოწყენილ (43,5%) და განურჩეველ (35,2%) გუნებაგანწყობაში. მხიარულ მდგომარეობაში აიწერა პერსონაჟები მოთხოვნათა 10%-ში; გაღიზიანების და

მშფოთვარე მდგომარეობაში — 7%; სევდისა და მძიმე დეპრესიის — 3%; სენტიმენტალურში — 1,1%, ხოლო ემოციურად გამოფიტულ მდგომარეობაში — 0,62%.

ამრიგად, თემატური აპერცეფციის ტესტით მიღებული მონაცემების ანალიზი მიუთითებს, რომ მწვავე ატიპიურ-აფექტური ფსიქოზის შედარებით უფრო კეთილთვისებიანი მიმდინარეობის ვარიანტში ავადმყოფები ექსპერიმენტის მიმართ ავლენენ აქტიურ დაინტერესებას, ამოცანის შესრულებისადმი ავადმყოფის მიმართებაში ნათლად ვლინდება ემოციური რეზონანსი. თხრობის ტიპი ძირითადად (80,2%) ინტერპრეტაციული ხასიათისაა, მათგან 85,3%-ში „მთლიანი ისტორიის“ სახეს ატარებს. ინტერპრეტაციის ე. წ. „ფრაგმენტული“ ტიპი მოთხრობათა მხოლოდ 14,7%-ში გამოვლინდა.

ავადმყოფთა მიერ შედგენილ მოთხრობათა სტრუქტურული ანალიზი მიუთითებს, რომ სიუჟეტის ჩამოყალიბების პროცესში ავადმყოფები მიმართავენ წარსულ გამოცდილებას (52, 1%), მასთან უფრო ხშირად არსებითად (88,3%), ვიდრე ფორმალურად (11,7%). მომავლის დაგეგმვასა და განსაზღვრასაც ამ ჯგუფის ავადმყოფები მიმართავენ უფრო ხშირად (59,2%), ვიდრე ნაკლებად კეთილთვისებიანად მიმდინარე ჯგუფში (40,8%). პროექციით შემუშავებულ სიუჟეტში მოქმედი პირები გარკვეული ემოციური მდგომარეობით არიან მოცემული. კონფლიქტური სიტუაცია, რომელიც მოთხრობის ფაბულასთან არის მჭიდროდ დაკავშირებული, ან უფრო ხშირად განსაზღვრავს მას, უფრო მეტად დაკავშირებულია აწყმოსთან, ვიდრე წარსულთან. სტრესორულ სიტუაციაში აქ გვირგვინები უფრო ხშირად ვიდრე მეორე ჯგუფში ავლენენ აქტიურ, მოქმედ ან შემბრალებელ-თანაგრძნობის პოზიციას. ზოგადად კი მთელ მასალაზე ორივე ჯგუფისათვის უფრო დამახასიათებელია (59,14%) პასიური პოზიცია.

მოთხრობათა პერსონაჟების ემოციური ტონი ხშირად შეესატყვისება ცდისპირების ემოციურ ტონს, რაც ბევრად არის განპირობებული იდენტიფიცირების უნარით. ამასთან ერთად დეპრესიისა და მანიაკალურ და, მითუმეტეს, ჰიპომანიაკულურ ფაზაში მყოფთა მიერ დახასიათებული გმირები ძირითადად აღწერილია, როგორც დაღვრემილნი, დამწუხრებულნი და ონაქტურნი (85,6%). აღსანიშნავია, რომ გუნებაგანწყობის მხიარული ტონი ამ ვარიანტში მხოლოდ 16,4%-ში გვხვდება, მაგრამ იგი უფრო ხშირად გვხვდება, ვიდრე მეორე ვარიანტში (2,6%).

ავადმყოფთა პიროვნულ დამოკიდებულებათა და მისწრაფებათა სფეროს ამ ვარიანტში ძირითადად წარმოადგენს: პირადი, ინტიმური, ოჯახური და მორალურ-ეთიკური.

თემატური აპერცეფციის მეთოდით მიღებული მასალის ანალიზი იძლევა საშუალებას მოიძებნოს ის ნატიფი განმასხვავებელი ნიშნები, რომლებიც ატიპურ-აფექტური ფსიქოზის კეთილთვისებიან და ნაკლებად კეთილთვისებიან ვარიანტებს ახასიათებს და რომელთაც შეიძლება პროგნოზული ღირებულება მოიპოვონ.

შედარებით ნაკლებად კეთილთვისებიანი მიმდინარეობის მქონე ავადმყოფები უფრო ნაკლებად აქტიურად უდგებიან ამოცანის შესრულებას. ამოცანის გადაჭრის დროს ისინი უფრო მეტჯერ კმაყოფილებიან სურათზე მოცემული საგნების ჩამოთვლით ან პერსონაჟების სტატიკური აღწერით (34,4%), მაშინ როდესაც მსგავსი მონაცემები მასალის პირველ ჯგუფში 19,3%-ში შეგვხვდა. ამასთან ერთად ნაკლებად კეთილთვისებიან ვარიანტში შედარებით ხშირად იჩენდა თავს სურათზე მოცემული სიუჟეტის ფორმალური აღწერილობა და ინტერპრეტაციის დაუსრულებელი, ფრაგმენტული ხასიათი. პროექციის შედეგად მოცემულ მოთხრობებში შედარებით ნაკლები ხვედრითი წონა აქვს წარსულში მიღებულ გამოცდილებას. ამის ერთ-ერთი მიზეზი შეიძლება იყოს ისიც, რომ მოთხრობებში კონფლიქტური სიტუაცია უფრო ხშირად პროექტირდება წარსულ დროში.

მოთხრობის პერსონაჟთა დახასიათებაში შედარებით ნაკლებად არის გამოყენებული ემოციური კატეგორია, ამიტომ აქ გმირთა გუნებგანწყობის ზოგადი ფონი შედარებით ხშირად არის განურჩეველი ან გულგრილი (46,4%) და დადვრებილი (40,1%). უიღრე პირველ ვარიანტში (შესაბამისად 25,5 და 36,7%).

ავადმყოფთა ძირითადი პიროვნული კომპონენტებიდან: მიწწრაფებანი, განწყობანი, მათთვის აქტუალური საზრუნავი სფერო და ზოგიერთი სხვა მაჩვენებელი არსებითად ერთნაირი ხარისხითაა მოცემული ორივე ვარიანტში. ერთგვარი სიჭარბე შეიმჩნევა ამ ჯგუფებში მოთხოვნილებათა ისეთ კატეგორიებში, როგორიცაა: მისწრაფება ტანჯვის თავიდან აცდენის, დამოკიდებულებისაგან განთავისუფლებისა და გამოჯანმრთელებისაკენ, ერთი მხრივ, და სურვილი დასვენებისა და ზოგიერთი ინსტიქტის დამაკმაყოფილებლისა, მეორე მხრივ.

ზემოთ მოყვანილი მასალა გვაძლევს საშუალებას დავასკვნათ, რომ თემატური აპერცეფციის ტესტით მიღებული ექსპერიმენ-

ტულ-ფსიქოლოგიური მონაცემები გარკვეულად ასახავს პიროვნების სტრუქტურულ თავისებურებას მოცემულ მომენტში, ამიტომ იგი შეიძლება გარკვეული წარმატებით იქნას გამოყენებული იმ დაავადებათა კლინიკო-ნოზოლოგიური განსაზღვრისათვის, რომელნიც პიროვნების დაავადებად არიან მიჩნეულნი და გარკვეული ხარისხის ცვლილებები შეაქვთ მის სტრუქტურაში.

საკუთარი მასალის ანალიზი გვიჩვენებს, რომ მწვავე ატიპიურ-აფექტური ფსიქოზების შემთხვევებში პიროვნების ძირითადი სტრუქტურული ელემენტები (მისწრაფებანი, მიმართებანი, განწყობანი, მოთხოვნილებანი და ა. შ.) არსებითად არ იცვლება და პიროვნების ბირთვი მთლიანი რჩება. ფსიქოზური შეტევებისა და შეტევათა შორის ნათელ პერიოდში თემატური აპერცეფციის ტესტის მონაცემების ნორმიდან გადახრის მაჩვენებლები გარკვეულად კორელირდება აფექტური სფეროს პათოლოგიის ხარისხთან და საერთოდ კლინიკო-ფსიქოპათოლოგიურ სტრუქტურაში ჰეტერონიულ სიმპტომების ხარისხობრივ მაჩვენებლებთან.

Ш. А. ГАМКРЕЛИДЗЕ

К ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОМУ ИЗУЧЕНИЮ АТИПИЧНЫХ АФФЕКТИВНЫХ ПСИХОЗОВ: С ПОМОЩЬЮ МЕТОДА ТАТ

(Институт психиатрии им. М. М. Асатиани МЗ ГССР)

Резюме

Изучено 50 б-х: женщин — 38, мужчин — 12, в возрасте от 17 до 64 л. Исследования проведены как во время аффективного приступа, так и в межприступных светлых промежутках.

Сравнительный анализ данных, полученных с помощью метода тематической апперцепции, выявили определенные коррелятивные взаимоотношения, в зависимости от типа течения болезненного состояния (более благоприятного и сравнительно менее благоприятного).

В целом основные структурные элементы личности (направленность, устремления, потребности, установки и т. д.) при атипичных аффективных психозах сохраняются: при решении задач больные обнаруживают преимущественно личностный эмоционально живой подход к заданию, они дают большей частью полный характер интерпретации, достаточно обоснов-

ванное применение прошлого опыта и планирование будущего, с участием основных качественных компонентов эмоционально-волевой и интеллектуальной деятельности личности (мысли, эмоции, способность идентифицироваться, позиция, сфера деятельности, основные потребности героя, общий фон настроения персонажей, конфликтность и т. д.).

В группе больных с благоприятным типом течения при составлении рассказов чаще обнаруживается склонность опираться на прошлый опыт, причем больше по существу, или планирование будущего, чем у больных во второй группе. Эмоциональная категория в этой группе сравнительно чаще представлена в содержании рассказов, и конфликтная ситуация в данных случаях имеет отношение больше к настоящему, чем к прошлому времени. В стрессовых ситуациях у больных этой группы сравнительно больше проявляется действенная и страдательная позиция, чем у больных второй группы, где больше имеет место пассивная позиция. У больных со сравнительно менее благоприятным типом течения подход к заданию характеризуется меньшей эмоциональностью и у них сравнительно менее выявляется личностное отношение к нему. Основная область, в которых больные первой и второй группы планируют и реализуют свои отношения и личностные установки, — это личная, семейная и интимная сферы, но в каждом из них удельный вес, в зависимости от группы, разный. Особенности, выявленные с помощью исследования ТАТ, определенным образом подтверждают данные клинко-психопатологического наблюдения об относительно более выраженных нарушениях со стороны эмоционально-волевой сферы и психической продуктивности больных с атипичными аффективными психозами, у которых заболевание протекает сравнительно менее благоприятно.

ლიბერატურა — ЛИТЕРАТУРА

1. Baranona - Fernandes H. T. Uber «Holodisphrenien» В кн.: 2—d. International congress of Psychiatry. Congress reports, V—IV, 1959. IV, 235—236.
2. Б ж а л а в а И. Т. Применение методов изучения фиксированной установки Д. Н. Узнадзе в клинике душевнобольных. В кн.: Психологические методы исследования в клинике, Л., 1967, стр. 5—9.
3. მ დ ი ე ა ნ ი ქ. განწყობის ილუზია ისტერიის შემთხვევაში ქ. თბილისის ჯან-მრთელობის დაცვის განყოფილების ფუნქციურ-ნერვულ დაავადებათა ინსტიტუტის შრომები, ტ. I, 1936, გვ. 101—103.
4. В а ч н а д з е Э. А. Особенности фиксированной установки в словесной ситуации при шизофрении. В кн: Экспериментальные исследования по психологии установки. Тбилиси, 1963, т. 2, стр. 351—357.

5. К о н т р и д з е Ф. М. Материалы по клиническому и экспериментальному психологическому исследованию непрерывнотекущей (прогредиентной) шизофрении. Автореферат докторской диссертации. М., 1971.
6. М е с т н а ш в и л и М. Г. Клинико-психопатологические особенности инципальной стадии непрерывнотекущей шизофрении у подростков. Автореферат докторской диссертации. Тбилиси, 1968.
7. С а к в а р е л и д з е М. А. К патопсихологии шизофренического мышления. Автореферат докторской диссертации, Тбилиси, 1974.
8. Ц у л а д з е С. В. К вопросу психологии личности. Сб. тр. НИИ психиатрии им. М. М. Асатиани. Тбилиси, 1963, т. 11—12, стр. 251—259.
9. А б р а м и ш в и л и Т. Г. О мышлении и установке больных инволюционной меланхолией. Сб. тр. НИИ психиатрии им. М. М. Асатиани. Тбилиси, 1963, т. 11—12, стр. 573—577.
10. М а м а р д а ш в и л и А. Ф. Материалы по изучению психопатологии эпилептического слабоумия. Автореферат кандидатской диссертации. Тбилиси, 1968
11. К у т а л и Н. А. Некоторые вопросы обобщения понятия при шизофрении в свете теории установки. В кн.: Понятия установки и отношения в медицинской психологии. Тбилиси, 1970, стр. 107—111.
12. Д ж а п а р и д з е М. А. Характеристика установки, выработанной на разность температуры. В кн.: Понятие установки и отношения в медицинской психологии, Тбилиси, 1970, стр. 60—72.
13. Р у х а д з е Н. В. Клинико-психопатологические особенности эпилепсии у детей школьного возраста в свете психологии установки. Автореферат кандидатской диссертации, Тбилиси, 1971.
14. Г а м к р е л и д з е Ш. А. О некоторых особенностях фиксированной установки при атипичных эндогенных психозах с циркулярным течением. В кн.: Понятие установки и отношения в медицинской психологии. Тбилиси, 1970, стр. 51—59.
15. М я с и щ е в В. Н., Б е с п а л ь к о И. Т., Г и л ь я ш е в а И. Н., К о р в а с а р с к и й Б. Д., Н е м ч и н Т. А. Методы исследования личности за рубежом. В кн.: Исследование личности в клинике и в экспериментальных условиях. Л., 1969, стр. 69—96.
16. H a l p e r n F. Projectiv tests in the personality investigation of children. J. Pediatrice, 1951, 38, 6, 770—775.
17. M o r g a n Ch. P. und M u r r e i H. A., Metod for Investigations Fantasies. The Thematic Apperception Tests. Arch. Neurol. and psychiat. 1934, 134, 289—306.
18. R a p p a r t P. Diagnostic psychological Testing. Chicago, 1946.
19. B e t t e l h e i m R. Self-interpretation of fantasy; The thematic apperception tests as an educational and therapeutic device Amer. J Orthopsych 1947, 17, 80—100.
20. S h o r r J. E. A Proposed System for scoring the TAT. J. Clin. Psychiat. 1948, 4, 189—194.

21. Ц у л а д з е С. В. О месте и значении проекционных методов в изучении личности. В кн.: Проблемы личности. М., 1970, т. I, стр. 194—197.
 22. Ц у л а д з е С. В. К применению метода тематической апперцепции для изучения особенностей личности. Сб. тр. НИИ психологии им. Д. Н. Узнадзе, Тбилиси, 1963, стр. 195—205.
 23. Г и л ь я ш е в а И. Н. О возможностях использования метода ТАТ при изучении личности больного в психоневрологической клинике. В кн.: Психологические методы исследования в клинике. Л., 1967, стр. 228—231.
 24. С а в е н к о Ю. С. К обоснованию некоторых методик по изучению личности. В кн.: Проблема личности. М., 1970, т. I, стр. 238—241.
-

სახელდების პროცესის თავისებურება შიზოფრენიით დაავადებულებთან

(საქ. სსრ მეცნ. აკადემიის დ. უზნაძის სახ. ფსიქოლოგიის ინსტიტუტი)

შიზოფრენიით დაავადებულთა სიმბოლური ფუნქცია ჩვენ პიქტოგრამის ცნობილი მეთოდით ვიკვლიეთ. კვლევის შედეგად გამოირკვა, რომ თუ ჯანსაღი ცდისპირი უმრავლეს შემთხვევაში სოციალურ ურთიერთობაში უნივერსალურ ტრადიციულ სიმბოლოებს იყენებს, შიზოფრენიით დაავადებული აღმნიშვნელის აღსანიშნავ მამართულებას სუბიექტური დამოკიდებულების საფუძველზე ამყარებს და ხშირად ჩვენთვის გაუგებარ სიმბოლოებს აკებს [8].

აღნიშნული კვლევის შემდეგ ჩვენ წინაშე დადგა საკითხი, სპეციალურად შეგვესწავლა შიზოფრენიით დაავადებულთან აღმნიშვნელსა და აღსანიშნავ შორის სუბიექტური დამოკიდებულება, რასაც სახელდების აქტის ცნობილ ცდებში აქვს ადგილი, ე. ი. გაგვეჩვენა როგორ ადგენს პათოლოგიურად შეცვლილი პიროვნება შესატყვისობას სახელსადებ შინაარსსა და მის სახელს შორის.

ამ მიზნით გამოვიყენეთ დ. უზნაძის მიერ შემუშავებული სახელდების აქტის კვლევის ცნობილი მეთოდის I და II სერიის ჩვენი ვარიანტი. დაემაზადეთ სამი სხვადასხვა სახის ნახაზი, რომელსაც შეძლებისდაგვარად არც ერთი ნაცნობი საგნის წარმოდგენა ასოციაციურად არ უნდა გამოეწვია და, აგრეთვე, სამი ცალკე ფურცელი თითოზე ზუთი სამმარცვლოვანი უაზრო სიტყვით. ცდისპირს უნდა აღექვა თითოეული ნახაზი და შემდეგ მისთვის შესაფერისი სახელი მოენახა (ცდის I სერია). II სერიაში ცდისპირს ვაძლევდით ისეთ გამოკვეთილ უაზრო სიტყვებს, როგორიცაა „ეტიითი“, „ყოზალო“, „უტიფოკი“ და ვთხოვდით გრაფიკულად გამოესახა ისინი.

სახელდების აქტის შესასწავლად ცდები დაყენებული იყო 50 შიზოფრენიით დაავადებულზე, რომელთა უმრავლესობასთანაც

შიზოფრენია ძირითადად პალიუცინატორულ-პარანოიდული ფორმის სახით მიმდინარეობდა.

სადიფერენციაციოდ, პათოლოგიური მასალის ჯანსაღებთან შედარებლად, ჩვენი მასალის ანალიზისა და განხილვის დროს ვსარგებლობდით დ. უზნაძის ძირითადი დებულებებითა და მისი ცდისპირების ოქმებით.

ცდის I სერია

კვლევის შედეგად მიღებული ექსპერიმენტული მასალა სამ ჯგუფად განაწილდა.

პირველი ჯგუფის 7 ადეკვატური ქცევის ავადმყოფი (14%) ნახაზში მნიშვნელობას, შინაარსს გულისხმობს და ბგერათა კომპლექსს უკავშირებს (კონტაქტურია, ცდას სერიოზულად ეკიდება და სათანადო ინტერესსაც კი იჩენს). მოგვაქვს ოქმები.

ცდისპირს ვაწვდით I ნახაზს; მისი ჩვენებით ნახაზი ელვას წააგავს და მიწოდებული სიტყვებიდან ავადმყოფი ექსპრესიით სწრაფად და მკვეთრად გამოსთქვამს სიტყვას — ქეტითი.

მეორე ცდისპირი. I ნახატი.

„ეს მშვილდიდან გაშვებულ ისარს წააგავს. სიტყვა ქეტითი ამ ნახაზის შესატყვისად უღერს“. ვაწოდებთ მეორე ნახაზს — „ორნამენტის სახეა. დაეარქმევ ლაკობას. მაგონებს დახვეულ ვაზს (იოჰა) და ჰგავს უღერადობითაც და დიგირალურადაც“.

რა გზას მიმართავს მეორე ჯგუფის 35 ცდისპირი (70%), რომელიც სახელსაღებ ობიექტში — ნახაზში — სადგნობრივ შინაარსს ვერ პოულობს, ხოლო სახელდების ინტენციის შესაძლებლობას არ არის მოკლებული.

შიზოფრენიით დაავადებულ ცდისპირთა სწორედ ასეთი ხასიათის ექსპერიმენტულ მასალაზე გვინდა შეეჩერდეთ, სადაც საერთოდ ნახაზში ცდისპირი მნიშვნელობას, თვალსაჩინო შინაარსს ვერ ამჩნევს და სახელდების აქტის განსახორციელებლად სხვადასხვა საშუალებას მიმართავს.

პირველ რიგში შევეხებით ორი ცდისპირის ჩვენებას, რომელსაც საფუძვლად უდევს ცნობილი ენის სიტყვების მიმსგავსება ბგერით კომპლექსთან.

ცდისპირი I ნახატს უწოდებს „ტეჟატი“. რატომ? „ტეჟატიმ მომაგონა ტეხილი“, მეორე ცდისპირი II ნახატს უწოდებს „ლაცოზე“. „ეს სიტყვა გავს ლაზოს, ცხენებს რომ იჭერენ“.

შიზოფრენიით დაავადებული არ არის. ემოციურად ინდიფერენტული სახელდების პროცესში:

ავადმყოფი I ნახაზს არქმევს ტექატი — „ლამაზად, კარგად გამოითქმის“; II ნახაზს შეურჩია ლაყოზე — „უფრო სასიამოვნო გამოთქმაა და ამიტომ უფრო უხდება“. III ნახაზი — „ტუქოპა“ „უფრო მძლავრი გამოთქმაა და ციხე-სიმაგრესა გავს“. II ნახაზს ავადმყოფმა ღეჩო დაარქვა — „მომაგონდა ღელაჩემის მოფერება ღაჩა, ჩემო ღაჩა, ღაჩუნელა“.

საინტერესოა ამ ჯგუფის ცდისპირთა ისეთი ჩვენებებიც, რომელშიც ობიექტისა და სიტყვების შესატყვისობას შთაბეჭდილებათა ნათესაობის რწმენა უდევს საფუძვლად.

ცდისპირთა დიდი ნაწილი ჩვენ მიერ მიწოდებულ სამივე ნახატს გარკვეულ სახელს შეურჩევს, ხოლო მათ შორის შესაფერისობას ან რაიმე შესატყვისობას ვერ ასახულებს.

ცდისპირს ვაწვდით I ნახატს — „არაფერს ნიშნავს, ისე კი ტუქოპაა“, რატომ? „ვერაფერს გეტყვით, ვერ ავიხსენით“, II ნახატი — „ღეჩო — ეს ავირჩიე, უფრო გავს, ასე განვიცდი“.

დ. უზნაძე თავის გამოკვლევაში ხაზგასმით აღნიშნავს იმ მნიშვნელოვან გარემოებას, რომ ზოგიერთის ცნობიერებისათვის თითოეული ბგერითი კომპლექსი თავისი მოყვანილობით სრულიად გარკვეულს, მნიშვნელოვან რომელობას წარმოადგენს, რა თქმა უნდა, კიდევ უფრო გარკვეული სახისაა აღქმული სახელსაღები ნაკვეთის მოყვანილობა.

თუ მოყვანილობა მხოლოდ ზოგიერთი ჯანსაღი ცდისპირისათვის აქ ობიექტისა და სიტყვის დაკავშირების ერთ-ერთი გზაა, შიზოფრენიით დაავადებული ცდისპირები ამ უკანასკნელ გზას საკმაოდ ხშირად მიმართავენ.

ცდისპირს ვთავაზობთ I ნახატს — ავადმყოფის აზრით ქეტოთი „ნახაზი მთლიანად ტეხილია, გამოიკვეთება და სახელიც მკვეთრი ფორმისაა, მკვეთრი ხმოვანებისა“. II ნახაზი ყოზალოა „ფორმით და სიტყვით კლაკნილსა და მომრგვალებულს წარმოადგენს“. III ნახაზს ცდისპირი უწოდებს უტიფოკი — „გრძელი სახელი და ნახაზიც გრძელია“. II ნახაზს არქმევს „ყოზალოს“ — ყოზალო უფრო უხდება ხმოვანებითაც, ფორმითაც და ყველაფრით. სიტყვა ტუქოპა (III ნახატი) „შეფერებულია ნახაზთან, ახლოს არის თავისი ფორმით, რატომ, ვერ ამიხსნია“.

აქ განხილული მასალა საკმაო საბუთს გვაძლევს იმისას, რომ

დაავადებული ცდისპირები ნახაზსა და ბგერათა კომპლექსის ასი-
მილაციას მოყვანილობის, ფორმის მსგავსების, შესატყვისობის
საფუძველზე ახდენენ.

მაგრამ, მაშალის ანალიზმა დაგვანახა აგრეთვე, რომ მოყვა-
ნილობის, ფორმის საშუალებით ნახაზისა და სიტყვის დაკავშირება
მარტო მთლიანი სიტყვის, ან ნახაზის მთლიანი ფორმით არ წარ-
მოებს; ავადმყოფი ხშირად ნახაზისა და სიტყვის ნაწილობრივ მიმ-
სგავსებასაც მიმართავს.

I ნახაზს შიზოფრენიით დაავადებული უწოდებს ტუქოპას —
„ეს ქ-ანი ნახაზის პირველი ნაწილია, ეს ო ნახაზის მეორე ნაწი-
ლია, ამიტომ დავარქვი ტუქოპა“.

II ნახაზია — დეჩო — „ორ მარცვლად იყოფა სიტყვა და ნა-
ხაზიც“.

III ნახაზს ტუქოპა შეუჩრია „რალაც გაშლილი ნახაზია და
თანაც ბგერები ხმოვანია — უ, ო, ა“.

ცდისპირს ვთავაზობთ სამივე ნახაზს. I ნახაზი — „ასოებსა
გავს — უ (ნახაზის პირველი ნაწილი); ეს ღ არის (მეორე ნაწილი)“.
სახელად არქმევს ქეტიანს. „ერთი კავი უნდა, რომ ქ-ანი გამოვი-
დეს. შუაში ე, შეიძლება ტ, და ეს რომ მოვაშოროთ ი (ერთდროუ-
ლად ავადმყოფი ცდილობს თითებით მოხაზოს აღნიშნული ასო-
ების შესატყვისი ადგილები, სხვადასხვა ნაწილებს ხელით უფარ-
დებს ასოებს). II ნახაზი — ყოზალო და ტექატიც: — „ნახაზში
ელიფსური რომ მოვაცილოთ უ გამოდის (აფარებს ხელს). გამო-
დის ტექატი: აქ ტ შეიძლება გამოვიდეს (ხელით ფარავს ნახაზის
სხვადასხვა მხარეებს და ცდილობს გამოიყვანოს ასოების მოხაზუ-
ლობა — ე — ქ — ა და სხვა. ცდილობს ასოები გაანაწილოს ნახა-
ზის სხვადასხვა ნაწილებზე). III ნახაზი, ავადმყოფის შერჩევით
არის ფირებუ — „ვერ ავხსნი, შეიძლება რამდენი ასოც არის აქ, ნა-
ხაზში ჩაიწეროს. მაგ. ფ-ი-რ-ე-ბუ“ ავადმყოფი თითით გვიჩ-
ვენებს ადგილს ნახაზზე თითოეული ასოსათვის). I ნახაზს ერთ-
ერთი ცდისპირი თიტყვას უწოდებს — „რადგანაც სამი კუთხე
აქვს და თითოეულ კუთხეს თითო მარცვალი — თი-ტე-კა უხ-
დება“. III ნახაზს ცდისპირი უკავშირებს სამ სიტყვას — „სამი სა-
ხელი დავარქვათ — კუთხე ნიშნავს — ტექატი. ფირებუ — კლავნილს
და მორგვალელები კი — ყოზალო“.

აქვე გვინდა შევნიშნოთ ერთი გარემოება: ახლახან განხი-
ლული ავადმყოფები, მათ მიერ განხორციელებული სახელდების

დასაბუთების მიხედვით, მსგავსებას ეძებენ ნახატსა და სიტყვას, როგორც ასოთა და არა ბგერათა კომპლექსს შორის. ისინი სიტყვის გარეგნული ნახატი, უფრო ხშირად თითოეული ასოს გარეგნული ხაზით სარგებლობენ, ამ ხატისა და ნახატის მსგავსებას იყენებენ სახელდების საფუძვლად. ერთი სიტყვით, შთაბეჭდილება ისეთია, რომ ისინი სიტყვისა და ობიექტის დაკავშირებას კი, არ ახდენენ, არამედ ორ ობიექტს შორის გარეგნულ ნათესაობას ეძებენ. თითოეული ასოს ფორმასთან ნახაზის მსგავსების ძიება, აღარაა ფაქტიურად სიტყვასა და ობიექტს შორის რალაც კავშირის დამყარება. რა თქმა უნდა, არც ისაა გამორიცხული, რომ ავადმყოფის მიერ მოცემული დასაბუთება არ ასახავს საჭმლის ფაქტიურ ვითარებას, შეიძლება ეს უკანასკნელი უცვლელად განხორციელებული სახელდების შემდეგ აღმოცენდება მხოლოდ. ეს მით უფრო საფიქრებელია. რომ ამ ავადმყოფების მიერ მოცემული სახელდების შერჩევა თანხედება სხვა ავადმყოფებსა და ჯანმრთელების მიერ შეგროვულ სახელთა უმრავლესობას. ასეა თუ ისე, ეს ფაქტი მეტად საინტერესოდ გვეჩვენება და იგი შემდგომ კვლევას მოითხოვს.

ბოლოს, მესამე პატარა ჯგუფი დეფექტური ავადმყოფებისა 8 ცდის პირის რაოდენობით (16%) სახელსაღებ ინტენციას ვერ ასწავებს. მოწოდებულ ნახატზე უაზროდ ადებს თითხს ბგერათა კომპლექსს. „სულ ერთია რას დავარქმევთ“. გულგრილად განურჩევლად პასუხობს. ანდა უაზრო ბგერათა კომპლექსი მასთან იწვევს შიზოფაზიურ პროდუქციას და ნეოლოგიზმებს.

ცდების II სერია

იმავე ცდის პირებზე ჩატარებული იყო ცდების მეორე სერია: ცდისპირს დასახატავად ვაწვდიდით უაზრო, იმავე ბგერათა კომპლექსებს — ქეტითი, ყოზალო, ფირებუ და სხვა.

მეორე სერიის ექსპერიმენტული შედეგები სამ ჯგუფად განაწილდა და თითქმის დაემთხვა პირველი სერიის მონაცემებს. პირველი ჯგუფის 8 ცდისპირმა (16%-მა) დასახატად მიწოდებული ბგერათა კომპლექსი საგნობრივად გამოსახა.

ცდისპირს ეძლევა დასახატად სიტყვა ქეტითი. ზატავს თითებს „სიტყვის მეორე ნაწილმა მომაგონა თითი“. სიტყვაზე — ყოზალო — ზატავს ჯამს „ყოზალოს წაავას“, ტექატი — „პარკეტის ნაპერი არ შეიძლება იყოს მრგვალი“. ბგერათა კომპლექსი უტიფოკი გამოსახულია საყვირით, რომელიც უტის იძახის. მესამე ჯგუფ-

ფის დეფექტურმა ცდისპირებმა ვერც ერთ სერიაში ამოცანა ვერ გადაწყვიტეს.

ყურადღების ცენტრში აქაც მეორე ჯგუფია. ამ ჯგუფის ცდისპირები თითქმის ვერ ახერხებენ უაზრო სიტყვის საგნობრივი შინაარსით გამოსახვას. პირიქით, ზოგიერთი ცდისპირი აცხადებს კიდევ: „უაზრობაა, რომ დავხატო ნამდვილად გიჟი გეგონებით“, ან და „სიტყვა ქეტითი არ გამიგია და ვერ დავხატავო“.

მაგრამ, თუ ცდისპირთა ეს დიდი ჯგუფი საგნობრივად ვერ გამოხატავს მიწოდებულ სიტყვას, სამაგიეროდ, როგორც თვითონ ავადმყოფები აღნიშნავენ, „როგორც თვითონ არის სიტყვა, ისე გამოვსახე გრაფიკულად“, ან „მორგვალეზული ფიგურაა და სიტყვა ყოზალოს მსგავსია“.

ერთი სიტყვით, ჩვენი ცდისპირების მოტივაციით და ჩვენი დაკვირვებით ავადმყოფები სიტყვას გარკვეული ფორმით, მოყვანილობით განიცდიან და ცდილობენ ბგერათა კომპლექსის მოზაზულობის გამოსახვას. მაგ., ბგერათა კომპლექსი ქეტითი გამოსახულია სამი ტეხილი ხაზით. ქეტითი — „ხაზოვანი გამოსახულებაა, მკვეთრი, ხმოვანი გამოთქმა, მას შეესაბამება წახნაგოვანი ნაკეთი“. ბგერათა კომპლექსი ყოზალო — გამოსახულია წრე — „მაგონებს შეკრულ რგოლს“. ან „მორგვალეზული ნახაზია — ყოზალო — „მრგვალი რალაც სხეულია“. ბგერათა კომპლექსი უტიფოკი — გამოსახულია მომრგვალებული, ტალღისებური ნახაზი „უფრო ამ სიტყვას დავამსგავსე“. ანდა „რთული ხაზოვანი კონფიგურაციაა“.

მაგრამ უპირატესად ცდისპირი აქაც მთლიანობას არღვევს და ნაგულისხმევ გამოსახულებას ბგერათა კომპლექსის ნაწილებში ხედავს. სანიმუშოდ: ქეტითი — გამოსახულია კუთხოვანი. ტეხილი ნახაზი, თითო კუთხეში ჩაწერილია თითო მარცვალი: ქე-ტი-თი. ბგერათა კომპლექსი ყოზალო — გამოსახულია წრე — „რგვალია, რადგანაც — ყო-ზა-ლო“. ცდისპირს ეძლევა დასახატად უტიფოკი, ავადმყოფი ავლებს სწორ ხაზს და შემდეგ ხატავს პირამიდას — „ფოკი, თითქოს ამალღებული ბგერაა, უტი უფრო დაწოლილა“. ცდისპირი კითხულობს სიტყვას — ტექატი, ხატავს კვადრატს გაყოფილს სამ ნაწილად ხაზებით „სახელია ისეთი, სამად არის გაყოფილი“ და სხვ.

ამრიგად, ჩვენი ცდისპირების მასალის განხილვამ ცდების ორივე სერიაში გვიჩვენა, რომ შიზოფრენიით დაავადებული სახელდების აქტის განხორციელების ცდებში მრავალი შესაძლებ-

ლობით სარგებლობს. მაგრამ ეს გზები არც ჯანსაღი ცდისპირის-თვის არის უცხო.

დ. უზნაძის მეთოდის მიხედვით, ცდისპირების წინაშე შემდეგი ამოცანა იდგა: ცდისპირს უნდა აღექვა მიწოდებული ობიექტი და შეზღუდვების სათანადო სახელი გამოენახა. მაგრამ მეტყველების სპეციფიკა იმაშია, რომ სიტყვას გარკვეული ობიექტური მნიშვნელობა აქვს. მეტყველი ადამიანისათვის სიტყვა უთუოდ რაიმე მნიშვნელობას გულისხმობს. მართალია, აღებული ობიექტი — ნახატი არაფერს გამოსახავს, მაგრამ როგორც დ. უზნაძის ცდებიდან ირკვევა, სახელსაღებ ალქმის ობიექტში, რომელიც თავისთავად ასოცურად ინდიფერენტულ მასალას წარმოადგენს, სახელების ინტენციის გამო ცდისპირი რაიმე მნიშვნელობის ამოკითხვას ცდილობს. ამიტომ, დ. უზნაძის ცდების თანახმად, ყველა ცდისპირი ნახაზის ექსპოზიციის დროს მისთვის რაიმე მნიშვნელობის მიცემას ლაშობს, მის რაიმე საგნისადმი მიმსგავსებას ცდილობს. ეს მათი ტენდენცია იმდენად ძლიერია, რომ ცდისპირები წინასწარ იმუშავებდნენ გეგმას ნახაზში მნიშვნელობის გატარებული ელემენტი აღმოეჩინათ (დ. უზნაძე).

როგორი ვითარებაა ამ მხრივ ჩვენი ცდების პირობებში შინაფრენიით დაავადებულებთან?

თუ ჯანსაღი ცდისპირების უმრავლესობა ჩვეულებრივი ხალხის ექსპოზიციის დროს მნიშვნელობის მონახვას ცდილობს, შინაფრენიით დაავადებულთა 16% ახერხებს ნახაზში მნიშვნელობის თვალსაჩინო შინაარსის გამოძებნას. ჩვენ საგანგებოდ მივმართვედით ცდისპირებს უხოვნიტ, ხომ არ არის მიწოდებულ ნახაზში გაშლასული რაიმე ნაცნობი, უკვე ნახული საგანი. ცდისპირები კატეგორიულად აცხადებდნენ — „ნახატიც გაუგებარია თავისი შინაარსით და სიტყვაც“. „ანდა თავისი გაუგებრობით მსგავსია“ — დარწმუნებით გვეუბნება ავადმყოფი.

მაგრამ დ. უზნაძის გამოკვლევის თანახმად „საექსპოზიციო მასალის ალქა მართო ამ ერთის, თუმცა კი მთავარი, ცენტრალური მნიშვნელობის გზით როდი მიმდინარეობს. არის ისეთი შემთხვევებიც, როდესაც ცდისპირი, ინტენსიური ძიების მიუხედავად, მაინც ვერ ახერხებს ალქმულის „ობიექტურ ნაცნობ შინაარსთან დაკავშირებას. ამის მიუხედავად სახელების ინტენცია, რომელიც თვალსაჩინო შინაარსის გამოძებნას ვერ ახერხებს, სხვაგვარი მნიშვნელობის ძიებაზე მაინც არ იღებს ხელს“.

მაგრამ თუ ჩანსალი, მხოლოდ მთავარი გზის ინტენსიური, უშედეგო ძიების შენდევ მიმართავს ამოცანის გადასაწყვეტად სხვა ხერხებს, შიზოფრენიით დაავადებული ყოველგვარი ძალის-ხმების გარეშე, ნახაზში რაიმე საგნობრივი შინაარსის შეუმჩნევლობის იგამო (70% — 35 ცდისპირის რაოდენობით) სახელდების ინტენციით სხვადასხვა მიმართულებით იწყებს აქციას. ჩვენი ავად-მყოფების შემთხვევაში, როგორც უკვე ვნახეთ, ბგერითი კომპლექსის სახელსაღებ ობიექტთან დაკავშირებას საფუძვლად უდევს: ცნობილი სიტყვების მსგავსება; მიმართება ემოციური დამოკიდებულების საფუძველზე. შთაბეჭდილების ნათესაობის განცდა და განსაკუთრებით კი ობიექტისა და სიტყვის მოყვანილობის შესაფერისობა.

მაგრამ ამ დიდი ჯგუფის უმრავლესობისათვის, ცდების ორივე სერიაში, როგორც მოტანილ ნიმუშებში ვნახეთ, უფრო დამახასიათებელი აღმოჩნდა მთლიანი ფორმის განაწევრება და დანაწილება. პათოლოგიურად შეცვლილი პიროვნება ნახაზის ნაწილებისა და ბგერათა კომპლექსის ცალკე ასოების, მარცვლების მიმსგავსებას, დამთხვევას და შესატყვისობას აწარმოებს,

დასასრულს აღსანიშნავია აგრეთვე ერთი გარემოება: ჯანსაღ ცდისპირებზე დაყენებული ცდების ორივე სერიაში გარკვეული კანონზომიერებაა: მიუხედავად იმისა, რომ კავშირი სახელსაღებ ობიექტსა და სახელს შორის მეტ-ნაკლებად სუბიექტურია, ჯანსაღი ცდისპირების დიდი უმრავლესობა ერთ სახელსაღებ ობიექტს ერთსა და იმავე სახელს შეურჩევს. მაგ., სიტყვებით „ტექითი“, „ტექიტი“ თითქმის ყველა სწორხაზოვან, კუთხოვან ნახაზებს (I ნახაზს) აღნიშნავს. სიტყვა ყოზალო, დეჩო — ყველა შემთხვევაში მომრგვალებულია, წრეხაზოვანი კონფიგურაციაა (II ნახ.); „უტი-ფოკი“, „ფარებუ“ ტალღისებური, ხაზოვანი, და სხვ. (III ნახ.). ასე რომ სახელისა და სახელსაღები ობიექტის დაკავშირება ერთგვარად ობიექტურ ხასიათს იღებს. საინტერესო და ყურადღასაღები ის არის, რომ ჩვენი ავადმყოფების უმრავლესობა ცდის ორივე სერიაში, განურჩევლად იმისა, თუ რა გზას მიმართავს იგი ამოცანის გადაწყვეტისას და როგორ დასაბუთებას აძლევს მას, ამა თუ იმ ნახატს სწორედ იმ სახელს არქმევს, რომელსაც ჯანმრთელი ცდისპირების უმრავლესობა.

როგორც დ. უზნაძისა და ა. ბაინდურაშვილის ექსპერიმენტული კვლევიდან ჩანს, სახელდების პროცესში ცდისპირი არაა განურჩეველი იმის მიმართ, თუ რა სახელს უწოდებს გარკვეულ

შოვლენას, პირიქით, იგი გაცნობიერებულად ცდილობს შესატყვისობაში მოიყვანოს სახელსაღები შინაარსი მის სახელთან. მიუხედავად იმისა, რომ ჩვენი ავადმყოფები ხშირად ცნობიერად არ ახდენენ სახელსაღები შინაარსისა და მისი სახელის შესატყვისობაში მოყვანას, მათი გადაწყვეტის შედეგი არ განსხვავდება ჯანმრთელი ადამიანის მიერ მოცემული გადაწყვეტისაგან.

ჩვენ ვფიქრობთ, რომ შიზოფრენიით დაავადებულთან დადასტურებულ ალნიშნული გარემოება კარგად ასაბუთებს დ. უზნაძის დებულებას იმის შესახებ, რომ სახელდების ფსიქოლოგიურ საფუძველს წარმოადგენს განწყობა, აღმოცენებული იმ სუბიექტში, რომელიც გარკვეული შინაარსის სახელსაღებად, მისთვის სახელის დასარქმევად განეწყობა [2, 3].

Э. А. ВАЧНАДЗЕ

ПРОЦЕСС НАИМЕНОВАНИЯ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ

(Институт психологии им. Д. Н. Узнадзе АН ГССР)

Резюме

Методом Д. Н. Узнадзе изучен процесс наименования у больных шизофренией. В результате исследования выяснилось, что большинство больных (70%) без усилия объединяют воспринятый звуковой комплекс и форму с объектом наименования. Но в отличие от здоровых, больные целостные формы и звуковые комплексы расчленяют на отдельные части слова, слоги и буквы.

ლიტერატურა — ЛИТЕРАТУРА

1. დ. უზნაძე. სახელდების ფსიქოლოგიური საფუძვლები. შრ., ტ. I, 1956.
2. დ. უზნაძე. ცნების შემუშავება სკოლის წინარე ასაკში, შრ., ტ. I, 1956.
3. დ. უზნაძე. ენის შინაფორმა, კრებ. „ფსიქოლოგია“ IV, 1947.
4. რ. ნათაძე. ზოგადი ფსიქოლოგია, 1956.
5. ე. ეახნაძე. შიზოფრენიით დაავადებულთა სიმბოლიური აზროვნების საკითხისათვის. ხელნაწერი.
6. Баиндурашвили А. Г. О психологической природе наименования, автореферат, 1955.
7. Баиндурашвили А. Г. Проблема наименования в экспериментальной психологии, 1968.
8. Fraisse P. La Psychologie Experimentale, Paris, 1966.

ა. ზურაბაშვილი

პიროვნება და ანბინომური რეაქციები

(მ. ასათიანის სახ. ფსიქიატრიის სამეცნიერო-კვლევითი ინსტიტუტი)

შემოქმედებითი მიმართულება სინთეზური კვლევის უპირატესობისა და მნიშვნელობის შესახებ, უწინარეს ყოვლისა, დაკავშირებულია ადამიანის ფიზიკური და ფსიქიკური ყოფიერების პრობლემებთან.

ცნება *totus homo* კულტურის ისტორიაში არასდროს არ ყოფილა ესოდენ აქტუალური, როგორც დღეს, ზუსტ მეცნიერებათა და ზოგადად საბუნებისმეტყველო დარგების საზღაპრო მიღწევათა ვითარებაში.

ძირითადი გარემოებანი, რომელნიც განსაჯთრებულად ართულებენ ადამიანის ფსიქოლოგიური ეგზისტენციისა ანუ ყოფიერების პრობლემებს შემდეგია:

1. კონცეფციები ბიოლოგიური, ფიზიოლოგიური, მოლეკულური, ელექტროენცეფალოგრაფიული, ბიოქიმიური თუ ფიზიოლოგიური ფსიქოლოგიის შესახებ მნიშვნელოვნად ამდიდრებს ჩვენს წარმოდგენებს ტვინისა და ფსიქიკის ბუნებაზე, მათ დინამიკურ ურთიერთკავშირზე. მაგრამ მათი დასკვნითი მონაცემები ამ მიმართულებით მხოლოდ და მხოლოდ წანამძღვრებია. მტკიცედ უნდა გვახსოვდეს, რომ სულიერი პროცესები ადამიანის ტვინის გარკვეული კვალიტეტია და არა ფიზიკური ენერგია.

2. კიბერნეტიკასა და მანქანურ ტექნიკას აქვს თავისი მიღწევები და მონაპოვარი, თავისი შესაძლებლობანი და საზღვრები. ამასთან ერთად ურვასა თუ სიზარულს, მწუხარებასა თუ მზიარულებას და პიროვნების სხვა ფსიქიკურ გამოვლინებებს სჭირდება ღრმა ფსიქოლოგიური ანალიზი.

3. ორმა მსოფლიო ომმა, განსაკუთრებით მეორემ, მოახდინა დიდი პერტურბაციები და კატაკლიზმები არა მარტო სახელმწიფოების საზოგადოებრივ, პოლიტიკურ და ეკონომიურ ცხოვრებაში, არამედ ხალხთა საერთო ფსიქოლოგიაში და ყოველი ადამიანის სუბიექტურ სამყაროში, როდესაც ხდება ფიზიკური და ფსიქიკური ყოფიერების ღირებულებათა ძირეული გადაფასება.

4. ბიკროსოციოლოგიური ბუნების ფსიქოგენიების სემანტიკის როლი და მნიშვნელობა განსაკუთრებულად გაძლიერდა. ორგანიულ და ფუნქციურ დინამიკურ დაავადებათა დროს არსებული ბრძოლა ინდივიდუუმისა და მათგან გარემოს შორის მეტად რთულია, მძიმეა და მრავალფეროვანია. ხსენებული ბრძოლა პიროვნებისა და გარემოს შორის თავისი პათოლოგიური რგოლით დახლართულია და შესაძლოა მოულოდნელი გადანაცვლებანი. ამიტომ ფსიქოლოგიური ბუნების მქონე დაავადებები შეიძლება განვიხილოთ, როგორც კლინიკური ფსიქიატრიის დამოუკიდებელი შემოქმედებითი თავი ფსიქორეაქტოლოგიის სახელწოდებით.

5. პიროვნების განვითარების ყოველი ეტაპი, მისი აისი თუ დაისი, უნდა განვიხილოთ წარმოდგენილი პრინციპის ევრეთწოდებული ფსიქო-ბიოლოგიური გამძლეობის შუქზე. ბიოლოგიასა და ფსიქოლოგიაში არსებული დებულება — ფუნქცია რაც უფრო რაფინირებულია და დინამიკურად მაღალი, მით უფრო ლაბილურია იგი პათოლოგიურად და ადვილად ზიანდება, საჭიროებს პრინციპულ კორექციას.

პიროვნების ძირითადი ღერძი მტკიცე და გამძლეა. კლინიკაში ცნობილია მრავალი შემთხვევა, რომელიც იძლევა განცვიფრების განცდებს და გვიხდება მუხლი მოვიდრიკოთ ადამიანის პიროვნების წინაშე. მხედველობაში მაქვს ძველი შემთხვევები შიზოფრენიისა, როდესაც ავადმყოფები იმყოფებიან აბსოლუტური აბულიის მდგომარეობაში და მოგვაგონებენ ზოოლოგიური საფეხურის ვითარებას. აი იმ დროს სიკვდილის წინა წუთებში, ე. წ. აუთანაზიის პერიოდში, ძველი, ემოციურად განუტყვევლი ავადმყოფები იჩენენ პიროვნულ ინტერესს მახლობელთა მიმართ. ვიმეორებ, ფსიქიკური აპარატის ყოველი დონისათვის დამახასიათებელია მთლიანი, ინტეგრირებული მოქმედება; ხოლო ხსენებული ინტეგრაცია განსაკუთრებულად სპეციფიკურია ადამიანის პიროვნების რეგისტრებზე.

მტკიცედ უნდა ვიცოდეთ, რომ ფსიქიკური პროცესების დი-

ნამიკურობა განსაზღვრავს ფსიქიკური აპარატის ანალიზურ-სინთეზური მუშაობის სისწრაფეს.

ფსიქიკურ გამოვლინებათა მთლიანობა და დინამიკურობა, რაც ესოდენ დამახასიათებელია პიროვნული ღონისათვის, კმნის ფუნქციურ ფონს, რათა გამომჟღავნდეს ანტინომური ფსიქიკური რეაქციები.

პათოლოგიური ანტინომების გენეზური ფესვებისა და დინამიკური მექანიზმების გაგება მეტად ძნელია ჩვეულებრივად ცნობილი ფსიქოლოგიური პოზიციებიდან (გაგების ფსიქოლოგია, შთაგრძნობის ფსიქოლოგია თუ ახსნის ფსიქოლოგია). ამ შემთხვევაში ჩვენ საქმე გვაქვს რთულ ფსიქიკურ პროცესებთან, როდესაც პიროვნების ძირითადი კრედოს შენახვის მიზნით ხდება მრავალი დროებითი თუ გარკვეულად მუდმივადი გადანაცვლება.

ჰარმონიული პიროვნება მოწოდებულია მუდამ და ყოველ პირობებში აწონ-დაწონოს ფაქტები და მოვლენები (ანალიზი — სინთეზი) და მოახდინოს საჭირო ორიენტაცია რთულ სიტუაციაში და სუბიექტურ განცდებში. როგორც ვხედავთ, ჰარმონიული ფსიქიკური აპარატი მჭიდროდ ადამიანს არ აქვს შაბლონური, ერთტიპიური, მარტივი ფსიქიკური რეაქციები.

უფრო ზნობრივად ფსიქიკური რეაქციების მოქმედება თუ მიმართება დაკავშირებულია პიროვნების განწყობის, ტენდენციების, სურვილებისა და მიზიდულობათა ურთიერთშორის ბრძოლასთან.

მოხსენებული ვითარების გამო ფსიქიკურ აპარატში იქმნება კონფლიქტურ განცდათა გარკვეული კვანძი, რომელიც მოითხოვს გადაწყვეტას და ფსიქოდინამიკურ განტვირთვას. რაც უფრო რთულია სუბიექტური და ობიექტური სიტუაცია, მით უფრო კონფლიქტურია და მწვავეა ანტინომური რეაქციები.

ანტინომური რეაქციები წარმოიშვება, ასე ვთქვათ ინტელექტუალურ გრძნობაზე, რომელიც ამავე დროს განსაზღვრავს ობიექტური კრიტიკის შესაძლებლობას, როდესაც დასაშვები ხდება სიძულვილის თანაარსებობა გულწრფელ პატივისცემასთან.

პიროვნების სრულიად სხვადასხვა ანტინომური განწყობანი თუ რეაქციები, როგორც მაგალითად სიყვარული და სიძულვილი, ნდობა და უნდობლობა, თავმდაბლობა და მედიდურობა და მრავალი სხვა, წარმოადგენს ადამიანის მოქმედებათა მამოძრავებელ საწყისს.

А. Д. ЗУРАБАШВИЛИ

ЛИЧНОСТЬ И АНТИНОМНЫЕ РЕАКЦИИ

(ИИИ психиатрии им. М. М. Асатпани МЗ ГССР)

Резюме

Единство и динамичность психических явлений создает функциональный фон для проявления антиномных психических реакций. Возникновение или направленность психических реакций в значительной степени зависят от столкновений установок, тенденций, желаний и стремлений человеческой личности. В результате создается некоторый узел конфликтных реакций, требующих разрешения и психодинамической разгрузки. Чем сложнее субъективные и объективные ситуации, тем более конфликтными и острыми становятся антиномные реакции.

Совершенно различные антиномные установки или реакции личности являются движущей силой деятельности человека.

დანაკლისის ბოღვითი იღვის ფსიქოპათოლოგიურ თავისებურებათათვის შიზოფრენიის დროს

(მ. ასათიანის სახ. ფსიქიატრიის სამეცნიერო-კვლევითი ინსტიტუტი)

ჰიპნოტომატური ფსიქიატრიის პერიოდში და მის შემდეგაც, დანაკლისის ბოღვით მდგომარეობას ქონებრივი დაზარალების, გაქურდვისა და გაძარცვის პათოლოგიური იდეების სახით, უმეტესად აღწერენ თავის ტვინის მძიმე ორგანულ დაზიანებათა დროს; მათ შორის სისხლძარღვთა ათეროსკლეროზისა და განსაკუთრებული სტერეოტიპულობით კი, ატროფიული, კერძოდ მოხუცებულობითი ფსიქოზების შემთხვევაში. გრიზინგერმა (1867, [1]), შიულემ (1881, [2]), კრაფტ ებინგმა (1897[3], და სხვ. დანაკლისის ბოღვითი იდეები, ნიპილისტურ ბოღვით გამოთქმებთან ერთად, აღიარეს, როგორც მარტოოდენ ხანდაზმულ, უპირატესად სენილურ ასაკში განვითარებულ ფსიქოზურ დაავადებათა ერთ-ერთი აუცილებელი, მუდამ თანმდევნი, პათოგნომიური კლინიკური სიმპტომოკომპლექსი. მისი ჩამოყალიბებისათვის მნიშვნელოვან ფსიქოპათოლოგიურ წანამძღვრად ითვლებოდა ორგანული, საკუთრივ, მეტ-ნაკლები ინტენსივობით გამოჩატული მოხუცებულობითი ჰქუასუსტობა თანდართული დისმენზიური აშლილობანით. დანაკლისის ბოღვითი მდგომარეობის ერთ-ერთ განმსაზღვრელ მდგომარეობად მიჩნეულ იქნა მეხსიერების ამა თუ იმ ხარისხით მოშლა, უფრო მეტად კი მისი თვისობრივი პათოლოგია. გარდა ჰიპომენზიისა, მხედველობაში ჰქონდათ პარამენზია, ფსევდორემინისცენცია და კონფაბულაცია. ასე რომ, დანაკლისის ბოღვითი იდეა განიხილებოდა, როგორც გერონტოგენეზურ ცვლილებათა ნიადაგზე განვითარებულ ინტელექტუალურ ფუნქციათა აშლის კანონზომიერი შედეგი. შემდგომში, კლინიკური მასალის დაზუსტებასთან ერთად, დანაკლისის ბოღვითი მდგომარეობის ფსიქოლოგიურ საფუძველს ეძიებდნენ უკვე ავადმყოფთა დეპრე-

სიულ განცდებში, კერძოდ, ენდოგენურ (ციკლოფრენიულ) და პრესენილური მელანქოლიის შემთხვევაში. აღმოჩნდა ისიც, რომ დეპრესიული წარმოშობის დანაკლისის ბოდვას, არაიშვიათად, თან სდევს ახსნა-განმარტებითი და პერსექუტორული შინაარსის ბოდვითი იდეები. აღნიშნული გარემოება დაედო საფუძვლად იმას, რომ 1898 წელს კრეპელინმა [4] ინვოლუციური ფსიქოზების საერთო წვუთიდან გამოჰყო კლინიკურ შემთხვევათა ერთი ნაწილი. რომლის ფაბულა ამოიწურებოდა დანაკლისის ბოდვითი განცდით, ხოლო სტრუქტურა უპირატესად შემოიფარგლებოდა პარანოიდული სინდრომისათვის დამახასიათებელი შენებით, კონსტრუქციულობით.

კრეპელინის მიერ გამოყოფილი დანაკლისის ინვოლუციური ბოდვა, როგორც პრესენილური ფსიქოზისაგან სრულიად დამოუკიდებელი ავადმყოფური ფორმა, ხასიათდებოდა შედარებით კეთილთვისებიანი კლინიკური მიმდინარეობით და მისთვის არ იყო სავალდებულო ქუჟასუსტობის ფანვითარება. ქუჟასუსტობა, ისევე როგორც დეპრესია, კრეპელინისათვის არ წარმოადგენდა აუცილებელ წინაპირობას დანაკლისის ბოდვითი მდგომარეობის შექმნისათვის. აღნიშნულ სინდრომს იგი იმთავითვე აკუთვნებდა ჭერ კიდევ გამოუცნობი ეტიოლოგიის მქონე პარანოიდულ დაავადებათა წევრს. კრეპელინის შეხედულებით, დანაკლისის ინვოლუციურ ბოდვას, როგორც ცალკე ნოზოლოგიურ ერთეულს, უმეტესად ვხვდებით ქალთა შორის 45-დან 60 წლამდე. იგი იწყება თანდათანობით, ყოფითი, ყოველდღიური ფაქტების ბოდვითი ახსნა-განმარტებით. დაავადების ზოგად ფსიქოპათოლოგიურ სტრუქტურაში. დანაკლისის ბოდვით განცდასთან ერთად, შესაძლებელია ადგილი ჰქონდეს დევნის, ზეგავლენისა და ღალატის (ლაზოიანობის) ბოდვით იდეებს. არის ისეთი შემთხვევები, როდესაც დანაკლისის ბოდვითი მდგომარეობა მიმდინარეობს ავთვისებიანად და იგი შემდგომში, კლინიკური სურათის გართულებასთან ერთად, ლებულობს ნაადრევი ქუჟასუსტობის ბოდვითი ფორმის განოხატულებას. მაგრამ ისიც ზღდება, რომ დანაკლისის ბოდვითი მდგომარეობა შეიძლება წარმოდგენილი იყოს აშკარა მელანქოლიური სინდრომის სტრუქტურაში, მაშინ იგი მიჩნეული უნდა იქნეს როგორც პრესენილური ფსიქოზის ერთ-ერთი ქვესახე. ამრიგად, კრეპელინი გამოჰყოფდა დანაკლისის ბოდვითი მდგომარეობის სამ კლინიკურ ვარიანტს: 1). ინვოლუციური დანაკლისის ბოდვას, როგორც დამოუკიდებელ ავადმყოფურ ერთეულს; 2). დანაკლი-

სის ბოდვით მდგომარეობას საკუთრივ პრესენილური ფსიქოზის დროს; და 3). დანაკლისის ბოდვით სიმპტომოკომპლექსს ნაადრევ ვი ჭკუასუსტობის ფარგლებში.

კრეპელინის კომპრომისულმა გადაწყვეტილებამ დანაკლისის ბოდვითი მდგომარეობის შესახებ, განსაზღვრა ის გარემოება, რომ დიდი ხნის მანძილზე ღიად დარჩა აღნიშნული ფსიქოპათოლოგიურ სინდრომის ნოზოლოგიური მიკუთვნების საკითხი. კლინიკური ფსიქიატრიის შემდგომმა განვითარებამ უარყო კრეპელინის მოსაზრება ინვოლუციური დანაკლისის ბოდვითი მდგომარეობის ნოზოლოგიური დამოუკიდებლობის შესახებ. მაგრამ ამავე დროს, სრულიად უსაფუძვლოდ მიივიწყა კრეპელინის ის დაკვირვება, რომ დანაკლისის ბოდვით სიმპტომოკომპლექსს შესაძლოა ადგილი ჰქონდეს ნაადრევი ჭკუასუსტობის დროსაც. აღნიშნულ ფსიქოპათოლოგიურ მდგომარეობას კვლავ თვლიდნენ ასაკობრივ ცვლილებათა ნიადაგზე განვითარებულ ორგანული ფსიქოზებისა და პრესენილურ დაავადებათა დამახასიათებელ კლინიკურ ნიშნად. მხოლოდ ე. ბლეილერმა (1921 [5]) შენიშნა გაკვირვებით, რომ კრეპელინისეული ბოდვითი მდგომარეობა შესაძლებელია შიზოფრენიული ბუნებისა იყოს. ეს აზრი უფრო გააღრმავა მ. ბლეილერმა, როდესაც აღწერა მოგვიანებულ ასაკში განვითარებული შიზოფრენიის შემთხვევები (1943[6]). მაგრამ ხაზი გაესვა იმ გარემოებასაც, რომ ასეთი შინაარსის ბოდვით იდეებს ადგილი არა აქვთ ახალგაზრდათა და მოზრდილთა შიზოფრენიის დროს. ავტორი იმასაც მიუთითებდა, რომ დანაკლისის ბოდვითი იდეა ეს არის „მცირე მასშტაბის“ მქონე ყოფითი შინაარსის ბოდვა, რომელიც არაა მოკლებული გარკვეულ კათათიმიურობასა და კომპლექსურობას. შენიშნული იყო, რომ ავადმყოფები პრემორბიდულად გამოირჩეოდნენ, როგორც ხელმოშპირენი, მომხვეჭელობისადმი მიდრეკილნი და ძუნწები.

ლიტერატურული ცნობები შიზოფრენიის დროს საკუთრივ დანაკლისის ბოდვითი მდგომარეობის შესახებ შედარებით მცირეა. მათ შორის აღსანიშნავია ე. ი. ზიკოვას (1958[7], ე. ე. ნაკაშიძის (1964[8]), ე. ო. შტერნბერგის (1969[9]) და უფრო ვრცლად გადმოცემული ე. ს. ჟისლინას (1967[10]) დაკვირვებანი. იგი ეხება დანაკლისის ბოდვითი მდგომარეობის კლინიკურ თავისებურებებს პრესენილური, სენილური, ათეროსკლეროზული ფსიქოზების დროს, და განსაკუთრებულად ფართოდ, მოგვიანებული შიზოფრენიის შემთხვევაში. ავტორი დაასკვნის, რომ დანაკლისის ბოდ-

გითი იდეა არ წარმოადგენს რაიმე პათოგნომურ კუთვნილებას ზეპოთ ჩამოთვლილი სნეულებათათვის, მაგრამ თითოეულ მათგანს შეუძლია თავისებური სტრუქტურული ცვლილებანი შეიქმნოს აღნიშნულ ფსიქოპათოლოგიურ სინდრომის მიმდინარეობაში.

როდესაც დანაკლისის ბოღვითი სინდრომის შესწავლას შევუდექით შიზოფრენიის დროს, განვიზრახეთ პასუხი გაგვეცა შემდეგ სამ კითხვაზე: 1) რა ფენომენოლოგიური თავისებურებებით ხასიათდება დანაკლისის ბოღვითი იდეის სტრუქტურა და მისი შინაარსი; 2) როგორი ურთიერთობა უნდა არსებობდეს დანაკლისის ბოღვით განცდასა და იმ ზოგიერთ ფსიქოპათოლოგიურ სიმპტომოკომპლექსთა შორის, რომელთაც ვხვდებით შიზოფრენიის დროს; და 3) დასაშვებია თუ არა დანაკლისის ბოღვითი მდგომარეობა ამ სნეულების ისეთ შემთხვევებში, რომლებიც ვითარდებიან შედარებით ახალგაზრდა ასაკში.

საამისოდ კლინიკური დაკვირვებანი ჩავატარეთ უწყვეტად მიმდინარე შიზოფრენიის ბოღვითი ფორმის 52 შემთხვევაზე. ამათგან 22 იყო მამაკაცი, 30 ქალი. ასაკი დაავადების დასაწყისში: 25-დან 29 წლამდე 7 შემთხვევა, 30-დან 35 წ-მდე 14 შემთხვევა, 36-დან 40 წ-მდე 9 ავადმყოფი, 41-დან 60 წლამდე 22 შემთხვევა (ე. წ. მოგვიანებული შიზოფრენიის ჯგუფი). სნეულების ხანგრძლივობა: 3 თვიდან 6 თვემდე 4 შემთხვევა, 6-დან 1 წლამდე 15 შემთხვევა, სამი და ოთხი წლის ზემოთ 25 ავადმყოფი, 7 შემთხვევაში დაავადების ხანგრძლივობა აღემატებოდა 10 წელიწადს. პრემორბიდულად 26 ავადმყოფი გამოირჩეოდა ღრმა შიზოიდური ხასიათობრივი თავისებურებებით. რთულ ფსიქოგენურ სტრესორულ სიტუაციას, რომელიც შეიძლებოდა გამხდარიყო დაავადების გამომჟღავნებისათვის ხელის შემწყობი მიზეზი, ადგილი ჰქონდა 29 შემთხვევაში. პიროვნებისათვის დამამძიმებელ ფსიქოგენურ მომენტებს ძირითადად ვხვდებოდით მოგვიანებულ ასაკში განვითარებული შიზოფრენიის დროს და უფრო ხშირად ქალთა შორის. დაავადების მიმდინარეობისას ფსიქოპათოლოგიური სინდრომის უპირატესი წარმომადგენლობის თვალსაზრისით 14 ავადმყოფს აღენიშნებოდა ჰალუცინაციურ-პარანოიდული სინდრომი, 19 შემთხვევაში გამოხატული იყო ბოღვითი მდგომარეობის პარანოიდული სტრუქტურა, 29 ავადმყოფს აღენიშნებოდა მეტ-ნაკლებად სისტემატიზირებული პარაფრენიული სიმპტომოკომპლექსი. 5 ავადმყოფს სნეულება დაეწყო მწყობრი ექსპანსიური და ფანტაზიურ-კონფაბულაციური პარაფრენიული სინდ-

რომით. ხანგრძლივად მიმდინარე პარანოიალურ მონოთემატიურ დანაკლისის ბოლევით მდგომარეობას ჩვენ არ შევხვედრივართ. ნემკვიდრეობით დატვირთვა აღენიშნებოდა 24 ავადმყოფს.

გარდა საკუთარი შემთხვევებისა, ჩვენ მაერ გაანალიზებულია აგრეთვე მ. ასათიანის სახ. ფსიქიატრიის ინსტიტუტის საარქივო მასალის 25 კლინიკური ისტორია, სადაც წაყვან ფსიქოპათოლოგიურ სინდრომად შეიძლება მიგვეჩნია დანაკლისის ბოლევითი მდგომარეობა. ამრიგად, შემთხვევათა საერთო რაოდენობა, რომლის საფუძველზედაც უფლება მოგვეცემოდა ზოგიერთ შეზღუდვებათა გამოტანა დანაკლისის ბოლევითი მდგომარეობის შესახებ, შიზოფრენიის დროს მოიცავს 77 შემთხვევას.

დანაკლისის ბოლეა, ისევე როგორც ყოველი ბოლევითი იდეა, უაღრესად რთული ფსიქოპათოლოგიური ფენომენია. ცხადია, რომ მისი არსის ამოხსნისათვის სრულიად გამოუსადეგარია ჯერ კიდევ სიმპტომატური ფსიქიატრიის დროს გაბატონებული ბოლვის ინტელექტუალური თეორია, რომლის მიხედვითაც მესხიერების სისუსტე პირობადებს თითქოს დანაკლისის ბოლევითი სინდრომის განვითარებას. სქემატური კაუზალიზმის ცალმხრივობაზეც რომ არ შევჩერდეთ, დანაკლისის ბოლევით იდეას ვხვდებით ისეთ შემთხვევებში, სადაც აზროვნების ფორმალურ უკმარისობაზე და ინტელექტის პირველად დეფიციტზე მსჯელობა სავესებით გამოირიცხებულია. ვერც მარტოოდენ აფექტურ სფეროს პათოლოგიის გათვალისწინებამ შეუწყო ხელი მთლიანად დანაკლისის ბოლევითი მდგომარეობის ფენომენოლოგიურ თავისებურებათა ამოხსნას. თუმცა სევდა, კაეშანი, წუხილი და აგრეთვე ასაკობრივი ხასიათობრივი ცვლილებანი, რომლებიც აღრმავებენ ეგოიზმს და მომავლისადმი უპერსპექტიულობის განცდას და არსებულისადმი უნდობლობის გრძნობას, ზოგიერთ შემთხვევაში შეიძლება გამხდარიყვნენ მატერიალური და მორალური უზრუნველყოფის კომპლექსურ განწყობილებათა წანამდევარი, რაც პათოლოგიის დროს სუბლიმირებული სახით გამოქვდავდებოდა დანაკლისის ბოლევით განცდაში. საერთოდ, როგორც ფროიდი (1921[11]) აღნიშნავდა, ცალკეულ პიროვნებათა შორის ხელმომჭირნეობის კომპლექსს ძლიერი გამომთიშველი ძალა ახლავს თან და მას გარკვეულ ვითარებაში ძალუძს, როგორც პათოპლასტიკურ წინაპირობას, შექმნას ნიადაგი დანაკლისის ფსიქოლოგიური სიტუაციის განვითარებისათვის. ამიტომ, ბუნებრივია, რომ ბოლვის ჩამოყალიბებაში დიდ მონაწილეობას ღებულობს ღრმა აფექტური განცდები, ისე როგორც ეს ესმო-

დათ კრეჩმერსა (1918[12]) და ე. ბლეილერს (1921[5]). მაგრამ ნიხი განსაზღვრელი არის მხოლოდ ამ გზით ძიება, როგორც ცნობილია, ბოდვის ყველა შემთხვევაში ყოველთვის არაა გამართლებული, განსაკუთრებით შიზოფრენიული ბოდვითი სინდრომების დროს. როგორც ამას ი. თ. ბეალავა (1968[13]) აღნიშნავს, ნოზოლოგიურ-ბიოგრაფიული თვალსაზრისით, ყოველი შინაარსის ბოდვა სასიცოცხლო მართულს დარღვევაა, პათოლოგიურად შეცვლილი პიროვნების უწყვეტი განვითარების თანამგზავრია, ამიტომ მისი ბუნების გაგებისათვის მხედველობაში უნდა ვიქონიოთ ფსიქიკური აპარატის არა ცალკეულ ფუნქციათა აშლა, არამედ იმ სტრუქტურულ წანამძღვართა თვისობრივი გარდაქმნა, რომლებიც განსაზღვრავენ პიროვნების, როგორც ქცევის სუბიექტის მთლიანობას, მის ერთიანობას.

კლანიკური დაკვირვებანი გვიჩვენებენ, რომ თავისი შინაარსით დანაყლისის ბოდვითი იდეა მრავალწახნაგოვანია. თავისთავად ცხადია, რომ საკმაოდ რთულია თქმა იმისა თუ რა განაპირობებს დანაყლისის ბოდვითი იდეის თემას, მის შინაარსს. მაგრამ ერთი რამ მაინც უეჭველია — ისევე როგორც სხვა შინაარსის ბოდვითი იდეა, დანაყლისის ბოდვა ადამიანთა ურთიერთდამოკიდებულებათა პათოლოგიური შეცვლის ერთ-ერთი გამოხატულებაა, საზოგადოებრივი ყოფიერების ასახვის თვისობრივი დეზორგანიზაციაა. თავისთავად ინტერპერსონალური მიმართებანი მრავალფეროვანია და ისინი ყალიბდებიან ინდივიდის იმ გამოცდილებათა საფუძველზე, რომელსაც იგი ღებულობს პოსტნატალური განვითარების მანძილზე. ასეთ ვითარებაში იქმნება პიროვნების ღირებულებათა სისტემა, რომელსაც ზოგჯერ ინდივიდის ღირებულებათა ორიენტაციის უნარს უწოდებენ. ღირებულებათა სისტემაში შეიძლება იყოს თეორიული, სოციალური, რელიგიური, ეკონომიური, მორალური და სხვა. ყოველ ცალკეულ შემთხვევაში, იმისდა მიხედვით თუ რა კონკრეტულ სიტუაციას აქვს ადგილი, მეღვანდება ამა თუ იმ ღირებულებათა სისტემის ამოქმედების ტენდენცია: მატერიალური უზრუნველყოფის დათრგუნვისას აქტიუზაციას განიცდის ეკონომიურ ღირებულებათა სისტემა. მისი დანაყლისისა ან გაცხოველების თვალსაზრისით, ზნეობრივ პრობლემათა შეფასებისას ვითარდება ეთიკურ ღირებულებათა სისტემა და ა. შ. ამ სისტემათა ადეკვატურ დაუფლებაზეა დამოკიდებული ზოგჯერ ადამიანთა მიზანსწრაფვეული ქმედითუნარიანობა მოცემულ მიკრო-სოციალურ ვითარებაში. უნდა დავუშვათ, რომ

სულით დაავადებათა დროს ადგილი აქვს შეხედულებათა და ქცევათა იმ სტერეოტიპების დარღვევას, რომლებიც ყალიბდებიან ღირებულებათა სისტემების ნიადაგზე, მთელი ცხოვრების მანძილზე.

აღნიშნულის საფუძველზე შეიძლებოდა გვეფიქრა, რომ ამა თუ იმ ბოღვითი იდეის თემა, მათ შორის დანაკლისის ბოღვის შინაარსი გაპირობებულია იმ რომელიმე ღირებულებათა სისტემის პათოლოგიური გარდაქმნით, რომელიც ზემოთ იყო მითითებული. ამ თვალსაზრისით დასაშვებია, რომ დანაკლისის პათოლოგიური განცდა, რომლის ფსიქოპათოლოგიურ გამოხატულებას დანაკლისის ბოღვითი იდეა წარმოადგენს, მოიცავს არა მარტო მატერიალური ღირებულებათა სისტემის ხელყოფას, არამედ მორალურა წანაძღვარების გაუკუღმართებასაც. თუ ეს ასეა, ამას კი კლინიკური დაკვირვებანიც გვიდასტურებენ, მაშინ შინაარსის მიხედვით შეგვეძლო გამოგვეყო დანაკლისის ბოღვითი მდგომარეობის სამი ერთმანეთთან მკიდროდ დაკავშირებული ქვესახე: 1) დანაკლისის ბოღვა, როგორც ქონებრივი დაზარალების ავადმყოფური განცდა გაქურდვისა და გაძარცვის ბოღვითი იდეების სახით. აქვე დავსძენთ, რომ ამ შემთხვევაში უპიკოპესია ვიხმაროთ ცნება „დაზარალების ბოღვა“, ვინაიდან ამ დროს უპირატესად შეცვლილია პიროვნების მატერიალური (ეკონომიური) ხელუხლებლობის ღირებულებათა სისტემა; 2) დანაკლისის ბოღვითი მდგომარეობა, როგორც მორალურ წარმოდგენათა შებლაღვა. კლინიკურად იგი ელინდება ზნეობრივი წახდენილობის ბოღვით იდეაში. ამ დროს პიროვნება განიცდის არა მარტო მორალურ ღირებულებათა დანაკლისს, არამედ სოციალურ ზიმარტოვესაც. ამიტომია, რომ ზშირად, წახდენილობის ბოღვა (უპირატესად სექსუალური შინაარსის) წინაპირობაა იმისათვის, რომ სუბიექტი, რომელიც „დევნის“ საგანია, ზნეულების წინმსვლელობასთან ერთად, თვითვე იქცევა მდევნელად. როგორც ჩანს, ზსენებული გარემოება ავადმყოფურად შეცვლილი პიროვნების სოციალური და მორალური რეაბილიტაციის ბოღვითი გზა; და 3) დანაკლისის ბოღვითი იდეა გამოქვდავებული ნიპილისტური შინაარსის ბოღვაში, რაც თავის მხრივ, დებრესიის უტყუარი მაჩვენებელია. ნიპილისტური ბოღვითი იდეა იმასაც ადასტურებს, რომ დარღვეულია ყოფიერების სტერეოტიპულობის განცდა. არსებულის მუდმივობის ბოღვითი უარყოფა, სიკვდილის გარდაუვალობის ბოღვითი უგულებელყოფა და ამ ნიადაგზე განვითარებული უკვდავების გრძნობით გამოწვეული მძიმე დამწუხრების აფექტი, კლინიკურად კოტარის სინდრომში გვევლინება.

არაერთგვაროვანია დანაკლისის ბოლდვითი მდგომარეობის სტრუქტურაც. იგი შეიძლება აყოს პარანოიალური (სნეულების დასაწყისში), პარანოიდული და პარაფრენიული. კლინიკური მასალა გვიჩვენებს, რომ შიზოფრენიის დროს დანაკლისის ბოლდვითი იდეა იმეორებს დაავადების მიმდინარეობის ყველა იმ შესაძლებელ სტერეოტიპს, რომლითაც ზასიათდება საერთოდ სხვა შინაარსისა და სტრუქტურის მქონე ბოლდვითი მდგომარეობა. ეს ეხება როგორც დაზარალების ბოლდვას, ასევე მორალური წახდენილობის ბოლდვით იდეას. მაგრამ, აქ გარკვეულ განსხვავებასაც აქვს ადგილი.

შიზოფრენიის დროს დაზარალების ბოლდვას შედარებით იშვიათად ვხვდებით სნეულების დასაწყისში, მით უმეტეს, როდესაც იგი ვითარდება ახალგაზრდათა ასაკში. პრესენილური და სენილური ფსიქოზებისაგან განსხვავებით, სადაც გაქურდვისა და გაძარცვის ბოლდვითი იდეა ხშირად იმთავითვე იჩენს თავს, შიზოფრენიის დროს მას უფრო მეტი სტერეოტიპულობითი ადგილი აქვს დაავადების კლინიკური სურათის სრული გაშლის საფეხურზე, როდესაც გამოხატულია უკვე პარანოიდული და პალუცინაციურ-პარანოიდული სინდრომი. ამ დროს დაზარალების ბოლდვა ჩაქსოვილია დევნის, მოწამვლის, ფიზიკური ზემოქმედების ბოლდვითი იდეის შინაარსში. არის შემთხვევები, როდესაც დაზარალების განცდა ღებულობს ფსიქიკური ავტომატიზმის სახეს (კანდინსკ-კლერამბოს სინდრომის სტრუქტურას) იმ თვალსაზრისით, რომ „უცხო ძალები“ ავადპყოფს ართმევენ არა მარტო საკუთარი აქტივობის უნარს, რითაც იმორჩილებენ მის „მეობას“, არამედ „ითვისებენ“ კიდევაც ავადმყოფის „საკაცობრიო მნიშვნელობის ფილოსოფიურ შეხედულებებსა და მხატვრულ ნაწარმოებებს“, ყოველივე იმას რაც მან „გაიღო“ ადამიანთა საკეთილდღეოდ. ამ შემთხვევაში ბოლდვა უკვე პარაფრენიული სინდრომის სახითაა წარმოდგენილი, რომლის მიმდინარეობაშიაც შესაძლებელია ადგილი ჰქონდეს ვერბალურ პალუცინოზსაც. აქვე აღვნიშნავთ, რომ არა იშვიათად ადგილი აქვს დაზარალებისა და განდიდების ბოლდვითი იდეების თანაარსებობას, გამსაკუთრებით კონფაბულაციური და ექსპანსიური პარაფრენიული სინდრომის დროს, რაც კლინიკურ სურათს ანიჭებს ანტაგონისტური, მანიქეული ბოლდვითი მდგომარეობის ხასიათს. საწინააღმდეგოდ მოგვიანებულ ასაკში განვითარებული შიზოფრენიისა, სადაც ქონებრივი დანაკლისის ბოლდვა უმეტესად შემოიფარგლება ყოფითი, კონკრეტუ-

ლი, სუბიექტური მნიშვნელობის ფაბულით, მოზრდილთა შიზოფრენიის დროს, მისი ბოლდვითი ფორმის პარაფრენიულ საფეხურზე, ბოლდვის თემა. თანდართული დაზარალების განცდით, ზოგად-სოციალური „უკუღმართობის“ გამომხატველია და ამავე დროს კოლექტივისადმი „ზრუნვის დამადასტურებელი“.

მატერიალური დაზარალების ბოლდვისაგან განსხვავებით, მორალური წახდენილობის ბოლდვითი იდეა შიზოფრენიის დროს შეიძლება აღმოცენდეს სნეულების დასაწყის საფეხურზე, მის პარანოიალურ სტადიაზე, ან მაშინ, როდესაც ადგილი აქვს გაფანტულობას, გაურკვევლობას, სუბიექტური უკმარისობის გრძნობასა და მოახლოებული კატასტროფის ქვეშეცნეულ განცდას. იმთავითვე მორალური წახდენილობის ბოლდვას, როგორც დანაკლისის ბოლდვის ერთ-ერთ ქვესახეს, სამი ვექტორი გააჩნია: ავტოფსიქიკური, სომატოფსიქიკური და ალოფსიქიკური. პირველ შემთხვევაში მორალური წახდენილობის ბოლდვა გამოიხატება ჰომოსექსუალობის ბოლდვით ცილისწამებაში და აგრეთვე სხვა პერვეზიულ და ეროტიულ ბოლდვით ზემოქმედებაში, რომლის მსხვერპლიც თვითონ ავადმყოფი ხდება (მაგ., ახალგაზრდა ქალიშვილი ღრმად დაარწმუნებული იმაში, რომ უხილავი ძალებით სურთ მისი გაუპატიურება; მეუღლე სწამლავს ქმარს იმნათვის, რომ სქესობრივად დააუძლუროს იგი, გახადოს მამათმავალი, შემდეგ კი გაშორდეს). მეორე შემთხვევაში, ადგილი აქვს სექსუალური შინაარსის სენესტოპათიურ-ჰიპოქონდრიული, კათესტეზიური ბუნების წახდენილობის ბოლდვით იდეას (მაგ., ავადმყოფი ბოლდვითად დარწმუნებულია, რომ მტრებმა შესცვალეს მისი სასქესო ორგანოები, ამიტომ იგი გენერაციულ მდგომარეობაშია — უპირატესად მამაკაცთა შორის). წახდენილობის ბოლდვის ალოფსიქიკური ვექტორი მიმართულია ახლობელთა ზნეობრივი „თავშეუკავებლობის“ ბოლდვითი გამოაშკარავებისაკენ ან მათი მორალური ხელუხლებლობის დაცვისაკენ (მაგ., როდესაც მწვავე ბოლდვითი იდეებით შეპყრობილი დედა აცხადებს, რომ მისი ქალიშვილი ინტიმურ ურთიერთობაში იმყოფება მამასთან, ხოლო ვაჟი ჰომოსექსუალია, ამიტომ ისინი ოჯახის შემარცხვენელნი არიან და საჭიროა მათი საზოგადოებრივი გაკიცხვა, დასჯა ან ხელახალი აღზრდა).

მორალური წახდენილობის ბოლდვითი მდგომარეობის სამივე შემთხვევაში, როგორც ზემოთ იყო აღნიშნული, ძალიან ხშირად ვითარდება მდევნელთა მდევნელის ბოლდვითი სინდრომი, რაც გარკვეულ სასიცოცხლო საშიშროებას წარმოადგენს ირგვლივმყოფ-

6. ფსიქოპათოლოგიის საკითხები

თათვის. ამ დროს არ არის გამორიცხული აგრეთვე თვითმკვლელობის ცდებიც.

საერთოდ წახდენილობის ბოღვით იდეას, თუ იგი არაა პარანოიკალური სტრუქტურის, მუდამ თან ერთვის დევნისა და ზემოქმედების ბოღვითი ფენომენები, არაიშვიათად დისმორფოფობიის მოვლენებიც. ზოგიერთ შემთხვევაში ადგილი აქვს ღალატის (ღაზოიანობის) ბოღვასაც, რომელსაც თან ახლავს წარსულში ასტონიურად განცდილი ეროტიული სიტუაციის ბოღვითი ახსნა — ბოღვითი ბრალდება სქესობრივი უძლეულების შესახებ. მორალური წახდენილობის ბოღვითი იდეა შეიძლება საკმაოდ ბრუტალურიც იყოს, მაგალითად სოდომიური შინაარსისა (ბოღვის სტრუქტურა თავისი შეუძლებელი მასშტაბურობით უპირატესად პარფრენიულია). ავადმყოფთა ერთ ნაწილში წახდენილობის ბოღვა ვითარდება სრულიად შემთხვევითი ფაქტების პარანოიკალურ-პარანოიდული ინტერპრეტაციის გზით. ამ დროს, როგორც ა. ზურაბაშვილი (1964, [14]) აღნიშნავს, ადგილი აქვს არსებულის მონენტალურ ბოღვით შეფასებას, რაც თავის მხრივ შეპირობებულია ზოგადი ბოღვითი დეზორიენტაციით.

შევნიშნავთ, რომ შიზოფრენიის დროს დანაკლისის ბოღვითი მდგომარეობა შეიძლება წარმოდგენილი იყოს, როგორც მატერიალური დაზარალებბს, ასევე მორალური წახდენილობის ბოღვითი იდეის ერთდოული არსებობით. ასეთ ვითარებას უპირატესად ადგილი აქვს მოგვიანებულ ასაკში განვითარებული შიზოფრენიის დროს..

დასკვნები

1. დანაკლისის ბოღვითი მდგომარეობა ორი ფსიქოპათოლოგიური სიმპტომოკომპლექსის სახით მელანდება: მატერიალური (ქონებრივი) დაზარალებბისა და მორალური წახდენილობის ბოღვითი იდეებით. მატერიალური ანუ გაქურდვისა და გაძარცვის ბოღვითი იდეების დროს, ადგილი უნდა ჰქონდეს ქონებრივ ღირებულებათა სისტემის, როგორც ახლად შეძენილი სოციალური სტრუქტურის ხელყოფას მისი ავადმყოფური, პათოლოგიური შეცვლის სახით. მორალური წახდენილობის ბოღვითი მდგომარეობის შემთხვევაში, როდესაც ადგილი აქვს ზნეობრივ, ეროტიულ, უმეტესად პერვერზიული შინაარსის ბოღვით ცილისწამებას, თვისობრივ დანაკლისს განიცდის ეთიკურ ღირებულებათა სისტემა..

დანაკლისის ბოღვითი მდგომარეობის ერთ-ერთ ქვესახედ შეგვეძლო განვეჩილა კოტარის სინდრომის ის კლინიკური გამოვლინება, რომელიც ასახავს სიკვდილის გარდუვალობის უარყოფას, რაც პიროვნებაში იწვევს უღირსობისა და ცოდვილიანობის ბოღვით განცდას.

2. დანაკლისის ბოღვითი მდგომარეობა არ წარმოადგენს მხოლოდ ხანდაზმულ ასაკში განვითარებულ ფსიქოზურ დაავადებათა დამახასიათებელ კლინიკურ სურათს. მატერიალური დაზარალების ბოღვას ვხვდებით მოზრდილთა შიზოფრენიის დროსაც, აერძოდ, ამ სნეულების ბოღვითი ფორმის პარაფრენიულ საფეხურზე, როდესაც ბოღვითი სინდრომი ღებულობს ანტაგონისტური ბოღვითი მდგომარეობის ხასიათს.

3. შიზოფრენიის დროს დანაკლისის ბოღვითი სინდრომი ჩვეულებრივად წარმოადგენილია პარანოიალურ, პარანოიდულ, პალუტინაციურ-პარანოიდულ და პარაფრენიულ მდგომარეობათა სტრუქტურაში. იგი ძირითადად იმეორებს იმ სტერეოტიპს, რომელიც საერთოდ დამახასიათებელია აღნიშნული სნეულებისათვის.

Ф. М. КОНТРИДЗЕ

К ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИМ ОСОБЕННОСТЯМ БРЕДА УЩЕРБА ПРИ ШИЗОФРЕНИИ

(НИИ психиатрии им. М. М. Асатiani МЗ ГССР)

Резюме

Тематика и структура бреда ущерба при шизофрении неоднозначна. В одних случаях, особенно при шизофрении манифестирующей в позднем возрасте, преобладают бредовые идеи имущественного (материального) ущерба, сочетаясь у отдельных больных с экспансивными парафреническими симптомокомплексами, создавая этим клинические проявления, характерные для антагонистического бредового синдрома. Наиболее тягостными, катастрофическими и прогностически более злокачественными являются бредовые идеи морального ущерба, затрагивающие традиционно укоренившиеся этические нормы поведения, комплексы самоутверждения и нравственную неприкосновенность личности. Имеются в виду бредовые идеи порчи, выражающиеся в бредовом обвинении заболевшего в сексуальных перверзиях. Указанный

подвид бреда ущерба чаще наблюдается при шизофрении зрелого возраста. Структура бредовых идей ущерба может быть паранойяльной, параноидной, галлюцинаторно-параноидной и парафренической. Психологическими предпосылками бреда ущерба могут быть патологические видоизменения происходящие в системах материальных, моральных и этических ценностей индивидуума.

ლიტერატურა — ЛИТЕРАТУРА

1. Г р и з н и н г е р В. Душевные болезни. СПб, 1867.
 2. Ш ю л е Г. Руководство к душевным болезням. Харьков, 1881.
 3. К р а ф т - Э б н и н г Р. Учебник психиатрии. 3-е изд., СПб., 1897.
 4. К р е п л и н Э. Психиатрия. СПб., т. 2, 1899.
 5. Б л е й л е р Е. Руководство по психиатрии. Берлин, 1920.
 6. B l e u l e r M. Die spätschizophrenen Krankheitsbilder. tort. N. Psychiat. 1943, 15.
 7. З ы к о в а З. И. Особенности бреда при поздней шизофрении. В кн. Научн.-практ. конф. посвящ. 100 летию со дня рожд. С. С. Корсакова. М., 1955.
 8. Н а к а ш и д з е Е. Е. О некоторых клинических особенностях т. н. поздней шизофрении. Тез. докл. IV Всесоюзного съезда невропатологов и психиатров, М., 1969, IV, II.
 9. Ш т е р н б е р г Э. Я. Возрастные изменения клиннки. В кн.: Шизофрения. Под редакцией А. В. Снежневского М., 1967.
 10. Ж и с л и н а Е. С. Клинические особенности бреда ущерба в позднем возрасте. Автореферат канд. дисс. М., 1967.
 11. Ф р е й д З. Лекции по введению в психоанализ. 1922, М.,
 12. K r e t s c h m e r, Ueber der sensit. Beriehungwahn. Berlin, 1918.
 13. Б ж а л а в а И. Т. Феноменология психотических переживаний. Тбилиси, 1968.
 14. З у р а б а ш в и л и А. Д. Актуальные проблемы психиатрии. Тбилиси. 1964.
-

თ. შაპარაძე

ფიქსირებული განწყობის თავისებურებანი პერბალური პალუცინოზით მიმდინარე შიზოფრენიის შემთხვევებში (თერაპიის დროს)

(შ. ასათიანის სახ. ფსიქიატრიის სამეცნიერო-კვლევითი ინსტიტუტი)

შიზოფრენიის მეტად მრავალმხრივ და რთულ ფსიქოპათოლოგიურ გამოვლინებათა შორის პალუცინაციები თავისი სირთულითა და დაავადების მიმდინარეობის წარმართავი მნიშვნელობით, ერთ-ერთი ყველაზე მეტად თვალსაჩინო და საყურადღებო კლინიკური ფენომენია.

თვით ის ფაქტი, რომ პალუცინაცია მეტად გავრცელებული სიმპტომია და გვხვდება სრულიად არაერთგვაროვანი დაავადებების — შიზოფრენიისა და ალკოჰოლიზმის, რეაქტიული ფსიქოზისა და ინფექციით გამოწვეული დაავადების დროს, განსაკუთრებით საინტერესოს ხდის მის შესწავლას. ამიტომ, პალუცინაციების წარმოშობის სტრუქტურისა და მისი მექანიზმების გაგება არაერთგვაროვანი დაავადებების დროს, გარკვეულ შემთხვევაში, ნიშნავს მისი ნოზოლოგიური კუთვნილების განსაზღვრას.

პალუცინაციური სინდრომის შემადგენლობაში შემავალი ვერბალური პალუცინაციები თავისი მრავალგვარობით, სირთულით, განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია.

ამჟამად, ცნობილია, რომ შიზოფრენიის კლინიკაში ვერბალური პალუცინოზი თამაშობს წამყვან როლს სხვა ისეთ სინდრომებთან ურთიერთდამოკიდებულებაში, რომლებიც განპირობებულია სიტყვის მნიშვნელობით.

თვით ის ფაქტი, რომ პალუცინაციების წარმოშობის ასახსნელად მრავალი თეორია იქნა შემუშავებული (ნეიროგენული, კლინიკურ-ფენომენოლოგიური, ფსიქოლოგიური) უდაოს ქმნის ამ სინდრომისადმი დიდ ინტერესს მისი გამოყოფიდან დღემდე.

ვ. ა. გილაროვსკის მიხედვით, რადგან აღქმა შემეცნებითი აქტია, ჰალუცინაციები უნდა განიხილოს, როგორც აღქმის პათოლოგია, როგორც რგოლი საერთო შემეცნებითი პროცესის დარღვევისა.

ჰალუცინაციური სინდრომებიდან შიზოფრენიისათვის უფრო მეტად სპეციფიკურად თვლიან ფსევდოჰალუცინაციებს, რომლებიც თავისი კლინიკო-ფსიქოპათოლოგიური თავისებურებებით უფრო ახლო დგანან აზროვნების პათოლოგიასთან. გრულე შიზოფრენიული ჰალუცინაციების თავისებურებებს ჰალუცინაციური აღქმის თავის „მე“-სადმი მიკუთვნების მომენტში თვლის. ავტორი განსაკუთრებულ როლს ანიჭებს მათ შესწავლას დიაგნოსტიკური მნიშვნელობით: თუ შიზოფრენია პიროვნების დაავადებაა, მაშინ ჰალუცინაციების შესწავლა თამაშობს განსაკუთრებულ როლს დიაგნოზის დაზუსტებაში, რადგანაც მათ შინაარსში ყოველთვის მონაწილეობს პიროვნება — მისი ქვეცნობიერი და კომპლექსური კომპონენტები, შიზოფრენიის დროსაც კი.

ჰალუცინაციები იმდენად ხშირია და იმდენად განსაზღვრავენ ავადმყოფის ქცევას, დაპოკიდებულებას გარემოსადმი, ირგვლივმყოფებისადმი, რომ მაიერ-გროსს მიაჩნია, რომ „იმპულსურობაც არ არსებობს ჰალუცინაციების გარეშე“.

ცნება — ჰალუცინოზი — მოიცავს მთელ მრავალსახეობიან ჰალუცინაციურ სინდრომს, რომელიც ხასიათდება განსაკუთრებული სიმყარით, განმეორადობით, რითმიულობის ელემენტებით, გამომხიანებლადმი მსგავსებით და გარემო-გამღიზიანებლებისადმი განსაკუთრებული დაპოკიდებულებით (ა. პ. სნეჟნევსკი, რ. ე. ნაჯაროვი, თ. პ. ვერტოგრადოვა).

ცნობილია, რომ თვით ჰალუცინოზის სტრუქტურა დიდად არის დაპოკიდებული დაავადების მიმდინარეობის ტიპზე, ფორმაზე, ასაკზე, პიროვნების თავისებურებებზე და თერაპიის სახეზე. ორი ეს უკანასკნელი ჩვენთვის განსაკუთრებით საინტერესოა.

მაგალითად, დაავადების ნაადრევ ასაკში მანიფესტაციისა და უწყვეტი მიმდინარეობის დროს აღწერილია თვით ჰალუცინოზის მადრეკილებაც ქრონიკული მიმდინარეობის მიმართ და გაფორმება მეტად რთული გამოვლინების — კანდინსკი-კლერამბოსა და აზროვნების პათოლოგიის სახით.

დაავადების დაწყებისას საშუალო ასაკში, ჰალუცინოზი აღიქმება ბოდვის ხატოვანებას და ხელს უწყობს მის სწრაფ გარდაქმნას პარაფრენიულ ბოდვით ფორმად.

პალუცინოზით მიმდინარე შიზოფრენიულ პროცესის რემისი-
ებიც მეტად თავისებურია. აღსანიშნავია, აგრეთვე, რომ დაავადე-
ბის გამწვავების დროს რემისიების შემდეგ, პალუცინაციური გა-
მოვლინებანი იმეორებენ უმეტესად იგივე თავისებურებებს, რაც
ქონდათ მწვავე შეტევის შემთხვევაში.

პალუცინოზი ბოდივით სინდრომის გარეშე უმეტესად გვხვ-
დება ნაჰკურნალე ავადმყოფებში და მონოსიმპტომის წარმოად-
გენს სხვადასხვა ხარისხით გამოხატულ დეფექტის ფონზე.

პიროვნების ცვლილებებიც ისეთ ავადმყოფებში, რომლებშიც
პროცესი მიმდინარეობს ვერბალური პალუცინოზის თანხლებით,
მეტად თავისებურია. იგი გამოიხატება სპონტანური აქტივობისა
და ინიციატივის დაქვეითებაში, გარკვეულ შემთხვევაში ავადმო-
ფი ინარჩუნებს რა ემოციურ ადეკვატობასა და ინტელექტუ-
ალურ სრულღირებულოვნებას.

მეტად საგულისხმოა შეხედულებანი თვით პალუცინაციების
გამოვლინებათა შესახებ პროცესის მიმდინარეობის ავთვისებიანო-
ბაზე, სადაც პალუცინაციების შინაარსი მიუხედავად მკურნალო-
ბისა, არ იცვლება. უმეტესად იმპერატიული ხასიათისაა, უარყო-
ფითი შინაარსის.

გ. მ. მოლჩანოვის (1960) მიხედვით, პალუცინაციები ჩნდებ-
იან საერთო მდგომარეობის გაუარესების ფონზე და ფსიქოპა-
თოლოგიურ სტრატის აძლევენ მკვეთრ და გამოკვეთილ სახეს.

კლემარეტი პალუცინაციები, ავტორის მიხედვით, დაჩახასია-
თებელია დაავადების მწვავე დასაწყისისათვის და სწორედ აქ გა-
მოირჩევიან ისინი არამდგრადობით: ერთი სახე იცვლება მეორით.
იმ დროს, როდესაც პროცესის თანდათანობითი განვითარების
დროს შეიმჩნევა უფრო მკრთალი აღქმის პათოლოგია.

უკანასკნელ ხანებში, ფსიქოფარმაკოლოგიურ საშუალებათა
გამრავლების შემდეგ, განსაკუთრებული ინტერესი გამოიწვია სინ-
დრომთა დინამიკამ.

სინდრომთა გარდაქმნის შესახებ ფსიქოპათოლოგიურ სუჟ-
რატში კარგა ზანია ცნობილია ვ. ქ. კანდინსკის მითითება მის მიერ
აღწერილ დინამიურობის შესახებ, რაც საფუძველს იძლეოდა
შემდგომში შეესწავლათ ამ ცვლილებების თავისებურებანი სხვა-
დასხვა სინდრომთა ან სიმპტომთა შემთხვევაში.

1939 წელს ბრიტანეთის სამედიცინო ასოციაციის სხდომაზე
წაკითხულ იქნა მაკკოუვენის შრომა, სადაც ავტორი განიხილავს
პალუცინაციას, როგორც გარეთ პროეცირებულ ფსიქიკურ სახეს

და აყენებს დებულებას, რომ მხედველობითი პალუცინაციები წარმოადგენს ქვეცნობიერის კუთვნილი სახეების გამოვლას ცნობიერში, ხოლო სმენითი პალუცინაციები — მსგავსი მოვლენაა აზრთა ვერბალური სახეებისა.

საინტერესოა ლუნდხოლმის მიერ ჩატარებული გამოკვლევები პოსტჰიპნოზურ მდგომარეობაში განპირობებული პასუხის მეოთხით. აქ, ავტორი ასკვნის, რომ ობიექტის მნიშვნელობა განპირობებულია ავადმყოფის ნებით მოძრაობის უნარით და დამოკიდებულია ამ საგნისადმი. ზემოაღნიშნული დებულება ვანსა-კუთარებით საინტერესოა ჩვენთვის დ. უზნაძის ფიქსირებულ განწყობის ცნების ასპექტში, რომლის განმარტებაც უაზროვდება ლუნდხოლმის მიერ აღნიშნულ „დამოკიდებულებას საგნისადმი“. ჩვენი კვლის საგანს სწორედ აღქმის პათოლოგია წარმოადგენს, განწყობა შესწავლილია აღქმის პათოლოგიის სხვადასხვა ეტაპზე.

შეიძლება დაგვეშვა, რომ პალუცინაციური სინდრომის ზემოაღნიშნულ დინამიურობაში გარკვეული მნიშვნელობა უნდა მიკუთვნებოდეს განწყობას, როგორც აღქმის პროცესის განპირობებულ წინამძღვარს.

დ. უზნაძის მიხედვით, განწყობა ეს ობიექტის ასახვა ორგანიზმის აქტუალური მოთხოვნილების ფონზე. განწყობა — ორგანიზმის ფსიქიკური და ფიზიკური პროცესების მზაობაა. განწყობის ფარგლებში ინფორმაციას არ შეუძლია შეასრულოს მართვის ფუნქცია. ი. ბეალავას მიხედვით — განწყობა მმართველი სისტემაა. იგი დებულობს შემსრულებელ ორგანოებისაგან ინფორმაციას, აქ ხდება მისი შეფასება. განწყობის ფუნქციას შეადგენს არამართო მოქმედებისადმი პოტენციალური მზაობა, არამედ მოქმედების დინამიკის აქტიური რეგულაცია.

განწყობა, როგორც ორგანიზმის ერთიანი მდგომარეობა არა მართო განსაზღვრავს პიროვნების ცალკეულ ქცევებს, იგი ასახავს აგრეთვე ცალკეული სიგნალების დინამიური აღქმის პროცესს. ინფორმაციის სიზშირე და ინტენსივობა წარმოადგენს წინაპირობას ცოტა თუ ბევრად მყარი ფიქსირებული განწყობის წარმოსაქმნელად.

ა. ზურაბაშვილი განიხილავს განწყობას პიროვნული ფსიქოლოგიის კრილში და აღნიშნავს, რომ „განწყობა განსაზღვრავს რეაქტიულ გამოვლინებათა კონკრეტულ მიმართებას“.

აღქმა ერთნაირადაა დამოკიდებული, როგორც გამლიზიანებ-

ლებზე, ისე იმ ორგანიზმის მდგომარეობაზე, სადაც ფორმდება და მიმდინარეობს ალქმის პროცესი.

თვით ინდივიდის მოთხოვნილებანიც განსაზღვრავენ ალქმას, განსაკუთრებით საინტერესოა ეს საკითხი პათოლოგიის შემთხვევაში, სადაც მიღებული ცოდნის, გამოცდილების, წარმოდგენების მონაწილეობა უობიექტო ალქმის, ანუ ჰალუცინაციების შემთხვევაში უდავოა. ზოგიერთი დაავადების დროს კი, თვით ინდივიდის მოთხოვნილებაც, მისი დაფარული სურვილებიც მკაფიოდ ჩანს. ასეთია ფსიქოგენური ჰალუცინაციები. შედარებით შესწავლილია განწყობა ბოდვით მდგომარეობისას. აღმოჩნდა, რომ ამ დროს განწყობის აგზნებადობა პაპტურ და ოპტიკურ სფეროში სხვადასხვა ინტენსივობისაა (ფ. კონტრიძე), რომ პაპტურ სფეროში განწყობის ფიქსაცია უფრო ადვილად მისაღწევია, ვიდრე ოპტიკურში.

მიუთითებენ აგრეთვე, რომ მაშინ, როდესაც მწვავე პარანოილს თან სდევს ალქმის პათოლოგია, აგზნებადობა პაპტურ სფეროში მატულობს. შიზოფრენიის მწვავე ჰალუცინაციურ-პარანოიდული მდგომარეობის დროს ერთ დღეს ფიქსირებული განწყობა 20—22 ილუზიით შემოიფარგლებოდა, მეორე დღეს კი სავსებით აღიკვეთებოდა.

განწყობას ჰალუცინაციებით მიმდინარე შიზოფრენიული პროცესის დროს, ფ. კონტრიძის გამოკვლევებით, ახასიათებდა უპირატესად სიმტკიცე (სიუხვე კონტრასტ-ილუზიების), სიტლანქე. ზემოხსენებულ შემთხვევაში მიუთითებენ აგრეთვე ირადირებულ და გენერალიზებულ განწყობაზე. ალქმის პათოლოგიის გარეშე მიმდინარე შიზოფრენიის ბოდვითი ფორმების შესწავლამ შედარებით განსხვავებული სურათი აჩვენა.

იმდენად, რამდენადაც ვერბალური ჰალუცინოზი სხვა ფსიქოპათოლოგიურ სიმპტომთა შორის ყველაზე უფრო მეტად წარმართავს ავადმყოფის ქცევას, დამოკიდებულებას გარემოსადმი, ამდენად განწყობის კვლევა მწვავე ჰალუცინოზის, ზოლო შემდეგ კი მკურნალობის პროცესში უკუგანვითარებული ვერბალური ჰალუცინაციების ფონზე — მეტად საინტერესო და საყურადღებოა.

განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია განწყობის კვლევა შიზოფრენიული ჰალუცინოზის დროს, როდესაც პიროვნება მთლიანად მოწყვეტილია რეალურ სამყაროს, იმყოფება მის მიერ შექმნილ სიტუაციაში, სადაც დამოკიდებულებას, ქცევას, სურვილებს და მის შემცვლელ მისწრაფებებს შემთხვევათა გარკვეულ ნაწილში. ჯანაპირობებს ბოდვის სახე ან ჰალუცინოზის შინაარსი.

განწყობის კვლევის დაწყებასთან ერთად ისმება რიგი საკითხებისა: როგორია ავადმყოფის განწყობა იმ მწვავე მდგომარეობაში, როდესაც მისი აფექტური ფონი ძლიერ დაძაბულია, არავითარი რეალური გამღიზიანებლები ამ დროს არ ახდენენ მასზე ისეთ გავლენას, როგორც ცრუ, პათოლოგიური ინფორმაცია. იცვლება თუ არა პიროვნების განწყობა ზემოაღნიშნული სურათის გარდაქმნასთან ერთად, ე. ი. მაშინ, როდესაც აფექტური დაძაბულობა ქვეითდება და ავადმყოფი გარკვეულად რეაგირებს რეალურ გარემოზე. მეტად საინტერესოა აგრეთვე განწყობის შემდგომი კვლევა მკურნალობის პროცესში, როდესაც ხდება ჰალუცინაციების განლევა, გამკრთალება, შინაარსის შეცვლა. ამდენად, ხდება იმ ემოციურ-აფექტური ფონის გამკრთალება, რასაც უპირატესად განაპირობებდა ჰალუცინაციების ინტენსივობა და შინაარსი.

არანაკლებ საყურადღებოა განწყობის კვლევის საკითხი ქრონიკული ჰალუცინოზების დროს. უმეტესად პროცესის ამ ეტაპზე ერთფეროვანი, შინაარსით ერთგვაროვანი, ერთტიპიური ჰალუცინაციებისადმი ავადმყოფების დამოკიდებულება დროის გარკვეულ მონაკვეთამდე იგივეა, რაც მწვავე მდგომარეობის დროს, თუმცა ობიექტურად ზემოხსენებული იმდენად შესამჩნევი აღარ არის.

ფიქსირებული განწყობა-კვლევა ჩავატარეთ დ. ნ. უზნაძის მეტოდის მიხედვით.

ექსპერიმენტულ-ფსიქოლოგიური კვლევა ჩატარდა შიზოფრენიის პარანოიდული ფორმის 25 ისეთ შემთხვევაზე, რომლებიც შეიძლება გამოიყოს როგორც პარანოიდული ფორმის ჰალუცინაციური ვარიანტი. აქედან 15 შემთხვევაში საქმე გვქონდა პროცესის მწვავე მდგომარეობასთან, უხვი სმენითი ჰალუცინაციებით, სადაც მკურნალობის პროცესში ხდებოდა ვერბალური ჰალუცინოზის უკუგანვითარება — სხვა ფსიქოპათოლოგიურ სინდრომთან ერთად, აფექტური ფონის და ემოციურ-ნებითი სფეროს მოწესრიგება.

გამოკვლევა ჩატარებული იყო უმეტესად ზემოხსენებულ შემთხვევაში მკურნალობისა და ჰალუცინოზის უკუგანვითარების სამ ეტაპზე: — მკურნალობის დაწყების დროს, მწვავე, მრავლობითი, მკვეთრი ვერბალური ჰალუცინოზის არსებობისას. შემდეგ, მკურნალობის პროცესში, მოწესრიგებულ ემოციურ-აფექტური ფონისა და შემცირებული, შესუსტებული ვერბალური ჰალუცინოზისას და ზოლოს, მკურნალობის ჩათაგების პერიოდში, განლეული ან სრულიად გამქრალი სმენითი ჰალუცინაციების ფონზე.

10 ავადმყოფს აღენიშნებოდა კლინიკური სურათი, რომელიც ცნობილია ჰალუცინოზის სახით (კრეპელინი). ასაკი 17-დან 51 წლამდე. დაავადების ხანგრძლივობა — 2 თვიდან 10 წლამდე. თითოეულ მწვავე შემთხვევაში ჩატარებულია 6—5 ექსპერიმენტული დაკვირვება, ხოლო ქრონიკული ჰალუცინოზის დროს — 5—6. სულ — 150 გამოკვლევა.

ექსპერიმენტული კვლევა ვაწარმოეთ ძირითადად მკურნალობის პროცესში (ამინაზინი — სადღელამისო მაქსიმალური დოზა — 350, ტრიფტაზინი — სადღელამისო მაქსიმალური დოზა — 80, პალპერიდოლი — მაქსიმალური დოზა — 40), ხოლო 7 შემთხვევაში მედიკამენტოზური ჩარევის გარეშე.

კლინიკური დახასიათება ავადმყოფების გამოკვლევის პერიოდში

შიზოფრენიის პარანოიდული ფორმის — ჰალუცინაციურ-პარანოიდული სახე; დაავადება ამ პირებს ეწყებათ უმეტესად თანდათანობით, უბირატესად ახალგაზრდა ასაკში. დასაწყისშივე შესანიშნევი იყო უცნაური ქცევები, განმარტოვება, ჩაკეტილობა, — მათ ანამნეზში მხოლოდ დაავადების დაწყებიდან 2—3 თვის შემდეგ ჩნდება პირველად ჰალუცინაციების არსებობის ობიექტური ნიშნები: ქცევები, რომლებიც აიხსნებოდა „გარეშე პათოლოგიური ინფორმაციის“ შინაარსით; ბოდვითი გამოთქმები — დევნის, დამოკიდებულების, მოწამვლის. უმეტესად ამ პერიოდში შესამჩნევია ყნოსვითი ჰალუცინაციების არსებობა. თანდათან ძნელდება სოციალური კავშირების შენარჩუნება, გარე სამყაროსთან შეგუება. დროთა განმავლობაში ჰალუცინაციები მრავლდება, ხშირდება და ავადმყოფს უკვე უძნელდება მათი დაფარვა, რადგან ამ დროს ჰალუცინაციების შინაარსი უმეტესად თანხვედბა ბოდვისას და კიდევ უფრო ამყარებს მას. ასე მაგალითად, მუქარა და ლანძღვა უფრო მეტად არწმუნებს ავადმყოფს „მტრებისა“ და „მღუეღელების“ არსებობაში. ავადმყოფის ყველა ქცევა და მოქმედება განპირობებულია ჰალუცინაციებისა და ბოდვის შინაარსით.

ფიქსირებული განწყობა შეისწავლებოდა მკურნალობის დაწყებამდე; დაძაბული აფექტური ფონი, ეპვითი განწყობა, ხშირად აგზნება, აგრესია: აქ განვითარებულია ჰალუცინოზის უარყოფითი შინაარსით. ამ მდგომარეობაში ავადმყოფთა ექსპერიმენტული გამოკვლევა გაძნელებული იყო.

მომდევნო პერიოდში ფიქსირებული განწყობის შესწავლა

ხდება თვალსაჩინო მედიკამენტოზური ეფექტის შედეგად მკვეთრად შეცვლილ, შესუსტებულ აფექტურ ფონსა და ყნოსვითი პალუცინაციების გაქრობის შემდეგ.

დაძაბულებას, სიძველერეს მოკლებული პალუცინაციები, შემოფარგლული და კეტეგორიულობას მოკლებული ბოდვითი მდგომარეობა — ნაწილობრივი კრიტიკული დამოკიდებულება შეცვლილი პალუცინოზის მიმართ, ქმნის საშუალებას ფიქსირებული განწყობის კვლევის შედეგები შევადაროთ ზემოაღნიშნულ ეტაპზე ჩატარებული კვლევის შედეგებს და ბოლოს კვლევა ტარდება დაავადებულთა იმავე შემთხვევებში მკურნალობის დროს ბოლო და მესამე ეტაპზე, როდესაც ემოციურ-ნებითი სფერო ავადმყოფს საშუალება აძლევს აღადგინოს კონტაქტი ირგვლივ მყოფებთან, ახლობლებთან, უჩნდება ცხოველი გეგმები და პერსპექტივები, ბოდვითი განწყობა გარემოს მიმართ არ შეიზღუდება, ვერბალური პალუცინოზი გვხვდება ერთეული სიტყვების სახით.

ცალკე უნდა გამოიყოს შიზოფრენიის პარანოიდული ფორმის პალუცინაციურ-პარანოიდული სახის ის შემთხვევები, რომლებიც აღწერილია, როგორც გამოსავალი მდგომარეობის ერთ-ერთი ვარიანტი — ქრონიკული პალუცინოზის სახელწოდებით. ამ შემთხვევებში, მიუხედავად ჩატარებული მკურნალობისა, ფსიქოპათოლოგიურ გამოვლინებათაგან ყველაზე მეტ სიმყარეს იჩენს ვერბალური პალუცინოზი, არ იცვლება მისი არც შინაარსი, არც სიმკვეთრე და სიხშირე. ხშირად აღწერილ შემთხვევებში — ვერბალურ პალუცინაციებს თან ერთვის მხედველობითი პალუცინაციები, რაც შიზოფრენიის დროს ავტორთა უმრავლესობით მაჩვენებელია პროცესის ხანდაზმულობის და ავთვისებიანობის (გ. მოლჩანოვი, ო. ვერტოურადოვა).

მიუხედავად იმისა, რომ ობიექტურად ემოციურ-ეფექტური ფონის სიმწვავე არ ჩანს, ავადმყოფი მაინც იმყოფება მხოლოდ ამ ხშების შინაარსის გავლენის ქვეშ, ემორჩილება მათ. მათი ზემოქმედებით დამოკიდებულების შეცვლა გარემოს მიმართ, ავადმყოფებისადმი, თუ ახლობლებთან თითქმის ისეთივე ხშირია, როგორც დაავადების წვედვე პერიოდში. უმეტესად შესამჩნევი იყო ზოგადი აქტივობის დაქვეითება, გარეგნული განურჩევლობა, ფრაგმენტული, არასისტემური მოწამვლის, ზემოქმედებისა და ზოგჯერ განდიდების ბოდვითი გამოთქმები (პარაფრენიული სინდრომი).

ფიქსირებული განწყობის შემუშავება მოხერხდა ჩვენ მიერ გამოკვლეულ ყველა 35 შემთხვევიდან.

ფიქსირებული განწყობის პარამეტრები პაპტური სფეროს მონაწილეობით იჩენდნენ შეპდეგ თავისებურებებს.

აგზნებადობა (იგულისხმება განწყობის აღმოცენების სისწრაფე ან გაძნელება). მწვავე შემთხვევებში, როგორც დაავადების და მკურნალობის პირველ, ისე მეორე და მესამე ეტაპზე განწყობა ხასიათდება ადვილი აგზნებადობით. ჩვეულებრივ 3—4 საგანწყობო ცდა ხდება საკმარისი განწყობის შესაქმნელად. უნდა აღინიშნოს, რომ 15 შემთხვევიდან მხოლოდ სამში იყო აგზნებადობა მაღალი, რისი დაავადების იმ ეტაპზე კვლევისას როდესაც მკურნალობის ეფექტი თვალსაჩინო იყო და ხდებოდა პალუცინოზის უკუგანვითარება. ზემოაღნიშნულ 3 შემთხვევაში განწყობის აღმოცენება გაძნელებული აღმოჩნდა მესამე ეტაპზე — მკურნალობის ჩათავეებისა და პალუცინაციების გაქრობის პერიოდში. რაც შეეხება ქრონიკული პალუცინოზის შემთხვევას, აქ განწყობის ეს პარამეტრი თითქმის ყველგან ერთნაირია და თავისი ადვილი აგზნებადობით ჰგავს დაავადების მწვავე შემთხვევებს.

პლასტიურობა და სიტლანქე. შიზოფრენიის ყველა მწვავე შემთხვევაში (მკვეთრი და გამოხატული ვერბალური პალუცინაციებით) გამოკვლეული ფიქსირებული განწყობა ხასიათდება განსაკუთრებული სიტლანქით. შემდგომი კვლევის ეტაპებზე, მდგომარეობის ზოგადი გაუმჯობესებისას, პალუცინაციების უკუგანვითარების ფონზე გამომუშავებული განწყობა ზოგიერთ შემთხვევაში პლასტიკურ ხასიათს ღებულობს. ე. ი. შესამჩნევად განწყობის იმ ელემენტთა მონაწილეობა და მონაცვლეობა, რაც ჩანაჩიოვლადამიანებისათვისაა დამახასიათებელი. 4 შემთხვევაში, 17%-ში განწყობა არ შეიცვალა, იგი ტლანქი დარჩა.

ქრონიკული პალუცინოზის 10 შემთხვევაში განწყობის მრავალჯერადმა კვლევამ მოგვცა იგივე სურათი, რასაც ადვილი ჰქონდა მწვავე ვერბალური პალუცინაციების დროს — განწყობამ შეინარჩუნა თავისი სიტლანქე.

ინერტულობა. ჩვენ მიერ გამოკვლეულ შემთხვევებში განწყობა დაავადების მწვავე ეტაპზე ხასიათდებოდა სტატიკურობით. საჭირო გახდა კრიტიკული ცდის 30—40-ჯერ გამეორება იმისათვის, რომ კრიტიკული ობიექტები ადეკვატურად აღქმულიყო.

მწვავე მდგომარეობაში ილუზიები თანდათან ძირითადად კონტრასტულია, რაც მიუთითებს აგრეთვე მის სიმტკიცეზე.

ამგვარად, განწყობა უმთავრესად სტატიკურია, ინერტულად

ზოგადი დაძაბუნების, ბოღებითი განწყობილების, უკრიტიკობის, ჰევეთარი ვერბალური ჰალუცინოზის ფონზე.

კვლევის შემდგომ ფაზეში, განწყობის სიტლანქის შეცვლასთან ერთად, პროცესის უკუგანვითარების, პიროვნების აღდგენას შესაძლებლობებთან ერთად, განწყობა შემთხვევათა მცირე ნაწილში ღებულობს. ღინამიკურ ხასიათს.

ეს ცვლილებები არ შეიძწწევა ქრონიკული ჰალუცინოზის დროს. განწყობის სტატიკურობა, ინერტულობა არავითარ ცვლილებს არ განიცდის. თავისი თავისებურებებით იგი ნაწილობრივ უახლოვდება პროცესის მწვავე შემთხვევაში ჩატარებულ კვლევის შედეგებს.

ამგვარად, ჩატარებული გამოკვლევების შედეგად ჩანს, რომ შიზოფრენიის მწვავე პერიოდში, აფექტური დაძაბულობის ფონზე, როდესაც კლინიკურ სურათში მწვავე ვერბალური ჰალუცინოზის მოვლენები ქარბობენ, აღინიშნება ფიქსირებული განწყობის ადვილი აგზნებადობა — იგი გამოჰუშავდება საგანწყობო ცდის 2—3-ჯერ გამეორების შემდეგ. ამასთან ერთად ფიქსირებული განწყობა მტკიცეა და სტატიკურია, ვერბალური ჰალუცინოზის უკუგანვითარების დროს მკურნალობის პროცესში, ფიქსირებული განწყობის პარამეტრები განიცდიან ცვლილებებს. ინერტულობა, სიტლანქე და ფიქსირებული განწყობის სიმტკიცე იცვლება მისი დინამიურობითა და პლასტიურობით.

ქრონიკული ჰალუცინოზების შემთხვევაში ფიქსირებული განწყობა ხასიათდება აღმოცენების, მიმდინარეობისა და ჩაქრობის ერთგვაროვნებით. ფიქსირებული განწყობის ტიპი ამ დროს ტლანქი-სტატიკურია და ასეთად რჩება მკურნალობის შედეგადაც.

Т. А. МАКАРИДЗЕ

ОБ ОСОБЕННОСТЯХ ФИКСИРОВАННОЙ УСТАНОВКИ В СЛУЧАЯХ ВЕРБАЛЬНОГО ГАЛЛЮЦИНОЗА ПРИ ШИЗОФРЕНИИ

(НИИ психиатрии им. М. М. Асатриани МЗ ГССР)

Резюме

В начальных стадиях острого вербального галлюциноза при параноидной шизофрении тип установки является грубо-статичным. В процессе лечения структура установки вы-

доизменяется и становится пластично-динамичной, наблюдается смена последовательности возникновения и угасания иллюзий установки.

Тип фиксированной установки при хронически протекающих вербальных галлюцинациях параноидной шизофрении носит грубо-статичный и константный характер.

ა. მისტიკური

უწყვეტად მიმდინარე მოზარდთა შიზოფრენიის ზოგიერთი კლინიკურ-ფსიქოპათოლოგიური და ექსპერიმენტულ-ფსიქოლოგიური თავისებურებებისათვის

(2. ასათიანის სახ. ფსიქიატრიის სამეცნიერო-კვლევითი ინსტიტუტი)

კლინიკური ფსიქიატრიის ერთ-ერთი ყველაზე მნიშვნელოვანი პრობლემაა შიზოფრენია.

შიზოფრენიის შედარებითი სიხშირე, უპირატესად მისი დაწყება მოზარდთა ასაკში, მიმდინარეობის სიმძიმე და ბევრ შემთხვევაში არაკეთილსასურველი პროგნოზი, განაპირობებს მკვლევართა მზარდ ყურადღებას აღნიშნული პრობლემის მიმართ, რაც ნათლად შეიმჩნევა უკანასკნელ ათეულ წლებში.

შიზოფრენიის დასაწყისი სტადიის დროული დადგენა უკიდურესად გაძნელებულია, ხოლო დაავადების დიფერენციალური დიაგნოსტიკა, ბევრ შემთხვევაში, ეყრდნობა დროის ფაქტორს (არაიშვიათად-კატამნეზურ მონაცემებს).

მოზარდთა და განსაკუთრებით ბავშვთა ასაკის შიზოფრენიის დროული დიაგნოსტიკის სიძნელეს ძირითადად განაპირობებს, ერთი მხრივ, კლინიკური სურათის გაუშლულობა და ფრაგმენტულობა, უდიდესი პოლიმორფიზმი, სინდრომთა სპეციფიკურობის არარსებობა და, მეორე მხრივ, — ობიექტური სადიფერენციაციო კრიტერიუმის უქონლობა. ეს უკანასკნელი გარემოება იწვევს როგორც ბავშვთა და მოზარდთა შიზოფრენიის საზღვრების ბუნდოვანებასა და არასიმყარეს, ისე ცალკეულ სპეციალისტებს შორის შეუთანხმებლობას კლინიკური ცნებების შეფასებაში.

მოზარდთა შიზოფრენიის ინიციალური სტადიის ზოგიერთი კლინიკურ-ფსიქოპათოლოგიური თავისებურებების დადგენის მიზნით შევისწავლეთ უწყვეტად მიმდინარე შიზოფრენიით დაავადებული 50 მოზარდი (12 წლიდან 18 წლამდე).

მასალის ანალიზი გარკვეულად მიუთითებს ინიციალურ აშლი-

ლობათა არაერთგვაროვნებაზე. უკანასკნელი მეღვენდება როგორც სტატიკური, ისე დინამიკური მაჩვენებლების თავისებურებებში.

საკუთარი დაკვირვება გვაძლევს უფლებას აღვნიშნოთ, რომ ინიციალური პათოლოგიის შემოთგადმოცემულ არაერთგვაროვნებას საფუძვლად უდევს შიზოფრენიული პროცესებისა და კერძოდ-ინიციალური სტადიის მიმდინარეობის სხვადასხვა ტიპი.

საბჭოთა ფსიქიატრიულა მეცნიერების შემოქმედებითი დაყენებიდან გამომდინარე, რომლის თანახმად დაავადების მიმდინარეობის ტიპი განისაზღვრება კლინიკური სიმპტომების გაღრმავების ტემპითა და ავადმყოფური პროცესის პროგრესიენტულობის ხარისხით, — ჩვენ გამოვეყავით უწყვეტად მიმდინარე მოზარდთა შიზოფრენიის ინიციალური პერიოდის ორი ტიპი: პროგრესიენტული ტიპი არაკეთილსასურველი (ავთვისებიანი) მიმდინარეობით და პროგრესიენტული ტიპი შედარებით კეთილსასურველი მიმდინარეობით.

მიმდინარეობის არაკეთილსასურველი (ავთვისებიანი) ტიპი ხასიათდება პიროვნების ცვლილებების მკვეთრი უპირატესობით კლინიკურად სუსტად გამოხატულ პროდუქტულ აშლილობებზე; პიროვნულ ძვრების აღმოცენების ტემპისა და სიღრმის გამოხატული ტენდენციით; ინიციალურ სიმპტომების სამჩნევი პოლიმორფიზმით; სინდრომების რუდიმენტულობითა და „წილადობით“; ცალკეულ სიმპტომების განსხვავებული ინტენსივობით; „უპირატეს“ სიმპტომთა (სინდრომთა) უკიდურესი ცვალებადობით და არასიმყარით; ერთ ფსიქოპათოლოგიურ წარმოქმნათა მეორეთი შეცვლის თანამიმდევრობის დაზღვევით; როგორც ნეგატიური, ისე პოზიტიური სიმპტომების გაღრმავებისა და გართულების სწრაფი ტემპით; ინიციალური პერიოდის ნაკლები ხანგრძლივობით.

მიმდინარეობის შედარებით კეთილთვისებიანი ტიპი გამოირჩევა კლინიკურ სურათში პროდუქტიულ (ნევროზის და ფსიქოპათიისმაგვარი) აშლილობათა უპირატესობით არაღრმა პიროვნულ ცვლილებებზე; პოლიმორფიზმის შეზღუდული დიაპაზონით, ნეგატიური ძვრების ნელი და თანდათანობითი გაღრმავებით; „უპირატეს“ სინდრომთა სამჩნევი სიმყარით; ერთი რიგის ფსიქოპათოლოგიურ განოვლინებათა-მეორეთი შეცვლის გამოხატული თანამიმდევრობით; ინიციალური პერიოდის საკმარისი ხანგრძლივობით, მანიფესტური სტადიის შეუმჩნეველი განვითარებით.

ავადმყოფ მოზარდთა ძირითად კლინიკურ-ფსიქოპათოლოგიურ შესწავლასთან ერთად, ჩატარებულია ექსპერიმენტულ-ფსიქოლოგიური გამოკვლევები.

სანამ უშუალოდ გადავიდოდეთ ექსპერიმენტული კვლევის შედეგების გადმოცემაზე, საჭიროდა ვთვლით აღვნიშნოთ, რომ კლინიკისტები დიდი ხანია ცდილობენ დაადგინონ ის ძირითადი აზ-ლა, რასაც შიზოფრენიული პროცესი იწვევს დაავადების ყველაზე ნაადრევ სტადიაში, — რაც თანაბრად ვლინდება დაავადების ყოველი კლინიკური ფორმისა და მიმდინარეობის შემთხვევაში და რომლის არსებობა წყვეტს საკითხს დაავადების ქეშმარიტ შიზოფრენიული ბუნების სასარგებლოდ და მათ დიფერენციაციის საკითხს სხვადასხვა გენეზის შიზოფრენიისმაგვარ მდგომარეობიდან. მართალია, ფსიქოპათოლოგიურად ასეთ დამახასიათებელ დარღვევად, როგორც ცნობილია, აღიარებულია ფსიქიკის გახლეჩილობის (ატაქსიის) გამოვლინება, მაგრამ დღემდე არ არის დაზუსტებული საკითხი ატაქსიის შინაგანი პირობებისა და მისი ექსპერიმენტული დადგენის შესაძლებლობის შესახებ (ი. ბეალავა).

დღეს მტკიცებას არ მოითხოვს დაკვირვება, რომლის მიხედვით, ფსიქიკის გახლეჩილობის შედეგად, პირველ ყოვლისა, იცვლება ინდივიდუუმის მთელი წყობა, პიროვნების მთელი სტრუქტურა. ა. ზურაბაშვილის თანახმად, შიზოფრენიით დაავადებულთა ფსიქოლოგიურ გამოვლინებათა შინაარსს და მის მიმართულებას ხარისხს განსაზღვრავს ახლად წარმოქმნილი პიროვნების მოდუსი.

და თუ ასეა და მართლაც შიზოფრენიული პროცესი თავდაპირველად აზიანებს (აუკულმარტებს) ფსიქოდინამიკურ კავშირებს, პიროვნების დონეზე, მაშინ ამ დაავადების ინიციალური სტადიის კლანიკო-ფსიქოპათოლოგიური თავისებურებების ძებნა აუცილებლად უნდა იწყებოდეს პიროვნების სტრუქტურის შესწავლიდან.

შიზოფრენიით დაავადებულ ბავშვთა და მოზარდთა პიროვნებას ინტეგრაციის ხარისხის და მისი ავადმყოფურად შეცვლილ თავისებურებათა კვლევა გარკვეულ სიძნელეებთან არის დაკავშირებული. შიზოფრენიული პროცესი დესტრუქციულად მოქმედებს ბავშვის პიროვნების განვითარებისა და ინტეგრაციის მექანიზმებზე, რის შედეგად ბავშვის პიროვნება განიცდის სრულიად სხვადასხვა-

გვარ მოდიფიკაციებს; აქედან გამომდინარე ბავშვთა შიზოფრენიის არსის დაზუსტება ევოლუციის საფუძველზე, აუცილებლად მოიხოვს იმ სტრუქტურაციის დონის განსაზღვრას, რომელსაც მი-
აღწია ბავშვმა. პიროვნების ევოლუციის სტრუქტურის განსაზღვრა კი ძირითადად უნდა ემყარებოდეს კვლევის პერსონალისტურ მე-
თოდებს.

იმ მეთოდებს შორის, რომლებიც პერსონალისტური ფსიქოპა-
თოლოგიის კრძლში იძლევიან გარკვეულ ობიექტურ შესაძლებ-
ლობას ერთგვარად დაზუსტებული იქნეს ბავშვისა და მოზარდის
პიროვნების ინტეგრაციის ხარისხი და შიზოფრენიული პროცესის
ზეგავლენით ახლად ჩამოყალიბებულ პიროვნული კვალიტეტის თა-
ვისებურებანი, წინამდებარე შრომაში, შევჩერდებით ე. წ. პრო-
ექციულ მეთოდებზე; კერძოდ თემატურ აპერცეფციის (თატ) და
ათემატური ექსპერიმენტის (რორშახის ექსპერიმენტი) მეთოდებზე.

შრომაში წარმოდგენილია მოზარდთა შიზოფრენიის 40 შემ-
თხვევის პროექციული მეთოდებით შესწავლის მასალები. მასა-
ლა შედგება მხოლოდ შიზოფრენიის უწყვეტად მიმდინარე შემთხ-
ვევებისაგან (სხვადასხვა კლასიკური ვარიანტებით).

თემატური აპერცეფციის მეთოდით კვლევისას გამოვლინდა
შეიდევი ძირითადი მონაცემები: თბრობის დესკრიპტიული და წარ-
მოსახვევი ტიპი; მოთხრობის სტრუქტურის შეუყავშირებელი,
დარღვეული, და ფრაგმენტული გადმოცემა; იდენტიფიკაციის ინ-
ვერსიული ტიპი და იდენტიფიკაცია რამდენიმე პერსონაჟთან; პა-
სუხების დონის მიხედვით უპირატესად გვხვდება მეორე დონე, მე-
ოთხე ე. ი. ინტერპრეტაციის დონეზე — გახლეჩილობის, ემოციური
ამბივალენტობისა და ემოციური დაქვეითების ელემენტები, — მე-
ხუთე დონეზე — სურათის მთლიანი შინაარსის გადმოცემის შეუძ-
ლებლობა, ერთი სურათის შინაარსის ორი ერთმანეთის საწინააღმ-
დეგო ინტერპრეტაცია, უგულებელყოფა სურათის რეალური შინა-
არსისა დეტალების მნიშვნელობის გადაჭარბების ხარჯზე; პერს-
პექტივის მიხედვით მისი ამბივალენტური და განურჩეველი ხა-
სიათი; ლატენტური დროის უთანაბრობა, დროის ხანგრძლივობის
შეუსაბამობა სურათის სირთულესთან.

ათემატური ექსპერიმენტის მეთოდით კვლევის შედეგად მი-
ღებული მონაცემების მიხედვით გახლეჩილობის ერთგვარ ექსპე-
რიმენტულ გამოვლინებად შეიძლება ჩაითვალოს: 1. პასუხების

ანალიზის კრილში: მდიდარი და კარგი ინტერპრეტაციის შემდეგ ზატეობის უარყოფა, ორი ინტერპრეტაციის კონტრამინაცია, შეუსაბამობა ფორმა პასუხებსა და კინესტეზურ პასუხებს შორის; 2. სინთეზის კრილში: წვდომის თანამიმდევრობის გაურკვეველი ტიპი, აღქმულ საგანთა (ფიგურათა) გაყოფის, დანაწევრების მოვლენები, 3. რეზონანსის კრილში: კოარტირებული რეზონანსი; 4. შინაარსის კრილში: რაციონალისტური, დისოციაციური პასუხები და ე. წ. სიმეტრიული დისოციაციის მოვლენები.

ამრიგად, შიზოფრენიით დაავადებულ ბავშვთა და მოზარდთა ე. წ. პროექციული მეთოდების გამოყენებით ექსპერიმენტულად ღავადგანთ ისეთი მონაცემები, რომლებიც, ერთი მხრივ, გარკვეულად შეესაბამება ინიციალურ სტადიაში ავადმყოფთა კლინიკურ გამოვლინებათა თავისებურებას, მეორე მხრივ — ერთგვარად იძლეკან წარმოდგენას ავადმყოფთა პიროვნების ორგანიზაციის მოღალობისა და შეცვლილი პიროვნების მოღუსის შესახებ. რაც მთავარია, შემთხვევების ნაწილში ექსპერიმენტულად ვლინდება ატაქსიის ნიშნები აზროვნებისა და ემოციურ სფეროში ისეთ ავადმყოფებში, რომელთაც კლინიკურად ატაქსიის მოვლენები ჯერ კიდევ არა აქვთ შესამჩნევად გამოჰლავებული.

სპეციალური ყურადღების ღირსია დაკვირვება, რომლის მიხედვით მოზარდთა შიზოფრენიის დროს ექსპერიმენტულად დადგენილი მონაცემები, ბევრ შემთხვევაში, სრულიად განსხვავდება საკონტროლო ჯგუფის ექსპერიმენტულ მაჩვენებლებისაგან (საკონტროლოდ პროექციული მეთოდებით გამოკვლეულია 25 ავადმყოფი: ეპილეფსიის, არადრმა ოლიგოფრენიის, ფსიქოპათიის, რეაქტიულ და შიზოფრენიის მავვარ მდგომარეობათა დიაგნოზებით).

ამასთან ერთად, საჭიროა ხაზი გაესვას იმას, რომ მეტად შეზღუდულია პროექციული მეთოდების დამოუკიდებელი გამოყენების შესაძლებლობა. აღნიშნული ექსპერიმენტული კვლევანი ნახმარი უნდა იყოს მხოლოდ და მხოლოდ როგორც ავადმყოფთა კვლევის დამხმარე მეთოდი და მათ უნდა წაეყენოთ არა დიაგნოსტიკური, არამედ კლინიკო-ფსიქოპათოლოგიურ დაკვირვებათა გაღრმავებისა და გაზღიდრების მიზანი ექსპერიმენტული (და აქედან — ობიექტური) გზით. ასეთი გაგებით პროექციული მეთოდების გამოყენება კლინიკისათვის შეუძლია გარკვეული სარგებლობის მოტანა.

О НЕКОТОРЫХ КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИХ И ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЯХ НЕПРЕРЫВНОТЕКУЩЕЙ ШИЗОФРЕНИИ У ПОДРОСТКОВ

(НИИ психиатрии им. М. М. Асатиани МЗ ГССР)

Резюме

Экспериментально-психологическое изучение подростков, больных непрерывнотекущей шизофренией методами тематической апперцепции и атематического эксперимента (метод Роршаха) указывает на существование определенной корреляции между данными экспериментально-психологических наблюдений и особенностями клинико-психопатологических проявлений.

Данные тематической апперцепции указывают на своеобразие личностного подхода к заданию и интеллектуального и эмоционального решения эксперимента. Определенное ограничение случаев личностного отношения к заданию, преимущественно формальный подход к эксперименту, статический и описательный характер пересказа и превалирование фрагментарного типа интерпретации над т. н. полной историей, свидетельствуют об сужении аффективных стимулов и снижении мыслительных возможностей больных.

Данные атематического эксперимента указывают на наличие характерных особенностей ответов в инициальной стадии болезни. Обращает на себя внимание частичный и ограниченный охват образа, а также превалирование вторичных, комбинированных форм словесных реакций в виде конфабуляторных, сукцессивных и контаминационных ответов. Детерминант представлен ответами, главным образом, по форме, цвет-форме и по цвету; имеет место наклонность к различной интерпретации двух симметрических частей-явлений т. н. симметрической диссоциации. Из структурных особенностей ответов преимущественно представлены стереотипные, рациональные и диссоциативные. Момент синтеза характеризуется вялой и неопределенной последовательностью охвата, коартированным и экстратенсионным типами резонанса.

1. ბ ჯ ა ლ ა ვ ა ი. დ. უზნაის სახ. ფსიქოლოგიის ინსტიტუტის შრომათა კრებული. 1963, ტ. II.
2. ბ ჯ ა ლ ა ვ ა ი. ნევროპათოლოგთა და ფსიქიატრთა საკავშირო ყრილობის შრომათა კრებული, 1965, ტ. III.
3. ზ ე რ ა ბ ა შ ვ ი ლ ი ა. ამიერკავკასიის ფსიქიატრთა I კონფერენციის შრომათა კრებული. 1963.
4. ზ უ რ ა ბ ა შ ვ ი ლ ი ა. პერსონოლოგიისა და კლინიკური ფსიქიატრიის აქტუალური პრობლემები. მონოგრაფია, 1970.
5. კ ო ნ ტ რ ი ძ ე ფ. საქართველოს ჯანდაცვის სამინისტროს მ. ასათიანის სახ. სამეცნიერო კვლევითი ინსტიტუტის სამეცნიერო სესიის თეზისები. 1966.
6. წ ე ლ ა ძ ე ს. საქართველოს ჯანდაცვის სამინისტროს მ. ასათიანის სახ. სამეცნიერო კვლევითი ინსტიტუტის სამეცნიერო სესიის თეზისები, 1966.

მხედველობის თანმიმდევარი კვალის თავისებურებათა შესახებ შიზოფრენიული ონეაროიდის დროს

(მ. ანათიანის სახ. ფსიქიატრიის სამეცნიერო კვლევითი ინსტიტუტი)

კვალის მოვლენები ადამიანის მხედველობის სისტემაში ცნობილია უძველესი დროიდან (Peizesc, 1634, Descartes R. 1637., Darwin E., 1786, Plateu J. 1834, Fechner 1838, 1840 და სხვა.). დადგენილია, რომ გამლიზიანებლის მოქმედება არ წყდება მისი ზემოქმედების შეწყვეტასთან ერთად. ამჟამად გამოხატული მხედველობითი შეგრძნებები აღმოცენდება გამლიზიანებლის გაქრობის შემდეგაც. საზოგადოდ, თანმიმდევარი ხატის წარმოქმნა ყველა აფერენტული სისტემის საერთო ნიშანდობლივ თავისებურებას წარმოადგენს, მაგრამ თავდაპირველად მკვლევართა განსაკუთრებულ ყურადღებას იმსახურებდა მხედველობის კვალის მოვლენები, რომელთა სისტემური შესწავლის დასაწყისი სამართლიანად დაკავშირებულია პურკინიეს (Purkinje, 1825) სახელთან. საკითხის დეტალური მიმოხილვა მოცემულია ბევრ ცნობილ გამოკვლევაში (Bosscha, 1894, Helmholtz 1896, Загорюлько Л. Т. 1946, Нарикашвили С. П. 1946 და სხვა.), რომელთაც ხელი შეუწყვეს თანმიმდევარი კვალის მიმდინარეობის ძირითად თავისებურებათა შემდგომ შესწავლას. გრძნობათა ორგანოთა და ზოგადი ფიზიოლოგიის სწრაფმავალმა განვითარებამ განაპირობა მხედველობის თანმიმდევარი ხატის მიმდინარეობის მნიშვნელოვან კანონზომიერებათა დადგენა და მათი თეორიული დასაბუთება.

განსაკუთრებით, ყურადსაღებია უკანასკნელი 20—15 წლის გამოკვლევები, რომელნიც თანმიმდევარი კვალის მიმდინარეობისა და სხვადასხვა პარამეტრების ნატიფ დახასიათებას ეხებიან (ბელაჟა ი., 1963, Bennet—Clark, 1964, Ekman, Lindman, 1964,

Anstis, Atkinson, 1966, Балонов Л. Я. 1971, და სხვ.) საკითხის პრაქტიკაში შესწავლამ ცხადყო, რომ თანმიმდევარი ხატი ასახავს ეფერენტული სტიმულის საპასუხოდ წარმოქმნილ ფაზური ნეირონალური რეაქციების დინამიკას და ამასთანავე მის მიმდინარეობაზე გარკვეულ გავლენას ახდენს ტვინის არასპეციფიკური სტრუქტურებიც.

ჯანმრთელ პირებში კვალს მოვლენის კანონზომიერებათა დადგენასთან ერთად, მეტად მნიშვნელოვანია იმ ცვლილებათა აღნუსხვა და შესწავლა, რომელთაც ადგილი აქვთ მხედველობის თანმიმდევარი ხატის პათოლოგიური მდგომარეობის დროს. განსაკუთრებით, საინტერესო და მიზანშეწონილია მხედველობის კვალის პათოლოგიურად შეცვლილი ფორმების შესწავლა კლინიკური ფსიქიატრიისათვის. დღეისათვის დადგენილია მხედველობის თანმიმდევარი ხატის მთელი რიგი თავისებურებანი ნევროზული მდგომარეობების (Vujic, Levi — 1939, ა. ე. კაპლანი 1949; ლ. ბალონოვი 1950, ა. ს. ვიტენზონი 1955. ა. ა. მეგრებიანი, 1960 და სხვ.), ინტოქსიკაციური და ინფექციური ფსიქოზების (ს. პ. რონჩეცკი, 1942, ლ. ი. ბალონოვი 1950, 1949 და სხვ.), სხვადასხვა სახის დეპრესიულ მდგომარეობებისა და შიზოფრენიის დროს (ნ. რ. ბოგუში 1939, ლ. ი. ბალონოვი 1950, ვ. ი. იაშვილი 1958, ნ. ვ. რუხაძე 1958, Johnson D. at all 1959, ი. თ. ბეალავა 1963).

ჩვენ შევისწავლეთ მხედველობის თანმიმდევარი ხატის (ფერიანი თანმიმდევარი კონტრასტი) თავისებურებანი პერიოდულად და პროგრესიულად მიმდინარე შიზოფრენიის დროს გამოხატულ ონეიროიდული სინდრომის შემთხვევებში (32 შემთხვევა), თანმიყოლილი ხატის საერთო სურათისა და მიმდინარეობის დამახასიათებელ თვისებათა კომპლექსიდან, ჩვენი დაკვირვებისა და შესწავლის საგანს წარმოადგენდა თანმიმდევარი ხატის ხანგრძლივობა, მისი გამოვლენის ფარული ხანა, სიკაშკაშე, შეფერადება და ფორმა. მხედველობაში იყო მიღებული აგრეთვე, რომ თანმიმდევარი ხატის დახასიათებისათვის გარკვეული მნიშვნელობა ენიჭება გაღიზიანების პარამეტრებსა და პირობებს, როგორცაა სტიმულის ინტენსივობა, ფერი, ფონი, გაღიზიანებათა შორის ინტერვალებისა და ექსპოზიციის ხანგრძლივობა.

ვიკვლევდით ხელოვნური შუქის პირობებში. გამოსაკვლევი პირი თავსდება სავარძელში 1 მეტრის დაშორებით თეთრი ეკრანიდან (1800—1200 სმ მოცულობის), რომელზეც თვლების დო-

ნეზე ჩნდება წითელი ან მწვანე კვადრატი (80×80 სმ). ფერადი გამლიზიანებლის ფიქსაციის შემდეგ გამოსაყვლევ პირს მხედველობა გადააქვს სუფთა თეთრ ეკრანზე და უცდის კვალის აღმოცენებას. სტიმულის ექსპოზიციის ხანგრძლივობა — 51,5 10 და 15 სეკუნდია. ყოველი ექსპერიმენტი შედგება 9 სეანსისაგან (ერთნაირი ხანგრძლივობის 3—3 სეანსი). სეანსებს შორის ინტერვალი 3 წუთია. ეკრანი განათებულია ელნათურით (100 ვ). სტიმულის ფიქსაციის დრო, ლატენცური ხანა, თანმიმდევარი კონტრასტის ხანგრძლივობა იზომება სეკუნდომერით.

გამოკვლევის პერიოდში, გარდა თ. ვ.-ზე დაკვირვებისა, წარმოებს გამოსაყვლევ პირს ქცევისა და მეტყველებითი პროდუქციების ფიქსირება და შესწავლა. როგორც საკონტროლო ჯგუფი, ამავე მეთოდით გამოკვლეულია 5 ჯანმრთელი პირი.

ავადმყოფები აღნიშნული მეთოდით გამოკვლეულნი იყვნენ დინამიკაში, ფსიქოზური მდგომარეობის სხვადასხვა ეტაპზე. შემთხვევათა უმეტესობაში, სუბონეიროიდულ მდგომარეობაში და განმეორებით, ონეიროიდული მდგომარეობის ამოწურვის შემდეგ. ფსიქოზური მდგომარეობის ცვალებადობასთან ერთად, იცვლება თანმიმდევარი ხატის მიმდინარეობაც.

ექსპერიმენტული კვლევის შედეგად შეგვიძლია შევნიშნოთ, რომ შიზოფრენიის იმ შემთხვევებში, როდესაც გამოხატულია ცნობიერების ონეიროიდული შეცვლა, მხედველობის თანმიმდევარი კვალი ხასიათდება მთელი რიგი თავისებურებებით. კერძოდ, თანმიმდევარი ხატი ადვილად აღმოცენდება, მისი ხანგრძლივობა გაზრდილია; იგი ზედმიწევნით კაშკაშაა, პლასტიური, ცვალებადი. შეფერადების მხრივ თანმიმდევარი ხატი შემთხვევათა უმრავლესობაში არ იმეორებს სტიმულის ფერს, ფერები ადვილად ენაცვლებიან ერთმანეთს. როგორც წითელი, ისე მწვანე სტიმულის დროს, დარღვეულია წყვილობის ფენომენი. რაც შეეხება, თანმიმყოლი კონტრასტის ფორმას, იგი თავისებურ დეფორმაციას განიცდის: ან თავდაპირველადვე არ იმეორებს სტიმულის ფორმას, ან რამდენიმე პროექციის შემდეგ, კვადრატი იქცევა „რგოლად“, „კარსკვლავად“, „ყვავილად“ და სხვ. ამგვარად, გამოხატულია ე. წ. პარეიდოლიური თანმიმყოლი ხატი. ზოგ შემთხვევაში ხდება თანმიმდევარი ხატის აგლუტინაცია ავადმყოფის პალუცინაციურ ხატთან. კვალის ტრანსფორმაციას თან სდევს შიშისა და განგაშის გრძნობა. შემთხვევათა ნაწილში, ადგილი აქვს წარმოდგენათა ვიზუალიზაციას, ნაძალადევ მოგონებებს. საინტერესოა, რომ განსა-

ხვავეებით ეგზოგენური ონეიროიდის შემთხვევებისგან, შიზოფრენიული ონეიროიდის დროს, მიუხედავად თანმიმდევარი კვალის დინამიურობისა, პლასტიურობისა და პალუცინაციური ტრანსფორმაციისა, მისი პროეცირება ეკრანს მიღმა არ ხდება.

აღსანიშნავია, რომ თანმიმდევარი კვალის ხანგრძლივობის გაზრდა, პლასტიურობა, სიკაშკაშე და პალუცინაციური ტრანსფორმაცია, განსაკუთრებით მკვეთრად გამოხატულია ფსიქოზის მწვევე სტადიაში, კერძოდ ან ე. წ. „დისოცირებული ონეიროიდის“ დროს ან ონეიროიდული მდგომარეობიდან გამოსვლის უახლოეს პერიოდში, შემდეგ თანმიმდევარი ხატი კარგავს პლასტიურობასა და ცვალებადობის უნარს, შედარებით ხანმოკლე ხდება თვით კვალი (განსაკუთრებით მკვეთრად მცირდება პროგრესიულად მიმდინარე შიზოფრენიის ბოლოში ფორმის დროს).

ჩვენი დაკვირვების საფუძველზე, შიზოფრენიული ონეიროიდის დროს გამოვლენილი თანმიმდევარი კვალის ნიშანდობლივი თვისებები და ლიტერატურული მონაცემები ნებას გვაძლევს, შევნიშნოთ, რომ პათოლოგიურად შეცვლილი თანმიმდევარი კვალის თავისებურებათა შესწავლა კლინიკური კვლევისას, შესაძლებელია ზრჩხელ იქნეს ერთ-ერთ დამხმარე მეთოდად. იგი შეიძლება სასარგებლო აღმოჩნდეს დიფერენციალური დიაგნოსტიკების მიზნებისათვის და ავადმყოფური პროცესის დინამიკის შესახებ მსჯელობისას.

Л. Д. МИКЕЛАДЗЕ

О ЗРИТЕЛЬНОМ ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОМ КОНТРАСТЕ ПРИ ШИЗОФРЕНИИ С СИНДРОМОМ ОНЕИРОИДНОГО ИЗМЕНЕНИЯ СОЗНАНИЯ

(НИИ психиатрии им. М. М. Асатiani МЗ ГССР)

Резюме

Изучены особенности зрительного последовательного контраста в случаях шизофрении (с прогрессивным и периодическим течением) с онейроидным изменением сознания. Из общего комплекса признаков течения и картины последовательного образа изучалось скрытое время развития последовательного контраста, его длительность, цветовое оформление, яркость, форма, течение. Учитывались ус-

ловия и параметры раздражения: длительность экскреции, интенсивность стимула, цвет раздражителя, фон и интервалы между раздражителями.

В результате экспериментального исследования, можно отметить, некоторые особенности возникновения и течения зрительного последовательного контраста. В частности: увеличена длительность последовательного контраста; последовательный образ отличается яркостью, пластичностью и изменчивостью. Зачастую возникают парейдолические последовательные образы, а в части случаев, происходит агглютинация последовательного образа с имеющимися галлюцинаторными образами больных. Последовательный контраст не проецируется вне экрана, не объемен, не носит характера панорамических видений. Длительность, пластичность и галлюцинаторная трансформация последовательного контраста лучше всего выражена в ближайший период после выхода больного из онейроидного состояния; в дальнейшем образы утрачивают пластичность, сокращается их длительность.

Таким образом, зрительные последовательные образы при шизофрении с онейроидным изменением сознания характеризуются определенной степенью выраженности признаков изменения следа и своеобразной динамикой их нарушения.

ლიტერატურა — ЛИТЕРАТУРА

1. Helmholtz H. Über die subjektiven Nachbilder Hamburg. 1858.
2. Загорулько Л. Т. О течении зрительных последовательных ощущений при условии взаимодействия аффективных систем. Докторская диссертация, Л., 1946.
3. Нарикашвили С. П. Зрительный последовательный образ Пуркине и его изменения под влиянием не прямых раздражений. Докторская диссертация, Л., 1945.
4. ბეჯალაძე ი. თ. თანმიმდევარი ხატი (კვალი) და ფიქსირებული განწყობა. 1965, მონ. აღკმა და განწყობა. თბილისი.
5. Балонов Л. Я. Последовательные образы, 12, Л., 1971.
6. V u j i e, L e v i Die Patologie der optischen Nachbilder und ihre Klinische Wertertung. 1939.
7. Каплан А. Е. Зрительные последовательные образы при нарушении нормальной деятельности и центральной нервной системы. Автореферат кандидатской диссертации, 1949.
8. Балонов Л. Я. Изменения зрительных последовательных образов при некоторых психопатологических синдромах. Сб. по физиол. оптике, М—Л., стр. 6, 1950.

9. Р о н ч е в с к и й С. П. К теории галлюцинаций. Ж. Невропатология и психиатрия, 1941, т. 10, стр. 53.
 10. Я ш в и л и В. Е. Материалы к нейродинамике зрительного анализатора у эмоционально-лабильных психопатов. Докторская диссертация, Тбилиси, 1953.
 11. Р у х а д з е Н. В. Изучение последовательного (контрастного) следа при галлюцинаторно-параноидной форме шизофрении. Сб. тр. НИИ психиатрии. Тбилиси, 1958, стр. 243, 12.
-

გონებით ჩამორჩენილ ბავშვებში წარმოსახულ სიტუაციაში და აბსტრაქტულ მიმართებებში ფიქსირებული ბანწყობის თავისებურებანი

(საქ. სსრ მეცნ. აკადემიის დ. უზნაძის სახ. ფსიქოლოგიის ინსტიტუტი)

1. პრობლემა და მეთოდი

თანამედროვე ფსიქოლოგიაში ვერნერმა და ლევინმა, შეიძლება ითქვას, პირველად დაარღვიეს გაბატონებული შეხედულება, რომ გონებით ჩამორჩენილობის არსი, ნორმალურ ადამიანებთან შედარებით, ინტელექტის ხარისხობრივ განუვითარებლობაში, ინტელექტის დაქვეითებაში მდგომარეობს. მათი აზრით, გონებით ჩამორჩენილობის არსის დასადგენად, პირველ რიგში, აუცილებელია ვიკვლიოთ გონებით ჩამორჩენილი სუბიექტების ქცევის ფსიქოლოგიური „მექანიზმი“ და არა მხოლოდ ფსიქიკური ფუნქციების განვითარების დონე. ამ ავტორებმა მიუთითეს, რომ გონებით ჩამორჩენილის ძირითადი თავისებურება მდგომარეობს ქცევის რიგიდობაში. გონებრივად ჩამორჩენილი ბავშვის სპეციფიკას შეადგენს ის, რომ მისთვის გაძნელებულია ერთი გონებრივი ოპერაციიდან მეორეზე გადანაცვლება; დამახასიათებელია ერთ ოპერაციაზე „მიწეება“, ჩვევად ქცეული, ყოველგვარი ცვლილებისადმი რეზისტენტული ქცევა ანუ რიგიდობა¹.

ჩვენი პრობლემისათვის საყურადღებოა ამ საკითხზე გოლდშტაინის შეხედულება. გოლდშტაინის მიხედვით არსებობს პირველადი და მეორადი რიგიდობა. პირველადი რიგიდობა ერთი განწყობიდან მეორეზე გადანაცვლების უუნარობაა, ერთხელ შემუშავებული განწყობის ინერტობაა, ერთ განწყობაზე მიწეებაა, ამი-

¹ A. and E. H. Luchins, Rigidity of Behaviour, a variational approach to the effect of einstellung, 1959, გვ. 3-4.

ტომ იგი განწყობის დეფექტია. ასეთი დეფექტი დამახასიათებელია ქერქქვეშა სისტემების დაზიანებული ავადმყოფისათვის. ასეთი სახის რიგიდობა დამოუკიდებელია უმაღლესი ფსიქიკური პროცესებისაგან და თავს იჩენს მოქმედების ყველა სფეროში. მეორადი რიგიდობა უშუალოდ გამოწვეულია უმაღლესი ფსიქიკური პროცესების დეფექტით. ეს დეფექტი, რომელიც გვხვდება ქერქის დაზიანებას შემთხვევაში, შეიძლება დახასიათდეს, როგორც „აბსტრაქტული ატიტუდის დაზიანება“. აბსტრაქტული ატიტუდის დაზიანების შემთხვევაში ინდივიდი იძულებულია იმოქმედოს კონკრეტული ატიტუდით. ორივე სახის ატიტუდი წარმოადგენს პიროვნების უნარის დონეებს. კონკრეტულ და აბსტრაქტულ ატიტუდებს შორის მხოლოდ თვისობრივი სხვაობაა, ისინი მოძრავ მიმართულებაში არიან ერთმანეთთან, ურთიერთს ენაცვლებიან სიტუაციის მოთხოვნის შესაბამისად. აბსტრაქტული ატიტუდი გულისხმობს ცნობიერ აქტივობას, გაცნობიერებას, განსჯას, თვითანგარიშს; აქ ინდივიდი უშუალოდ მოცემულ სიტუაციას სცილდება და თავის მოქმედებას წარმართავს კატეგორიით, კლასით ან ზოგადი მნიშვნელობით; კონკრეტული ატიტუდი შეიძლება განხორციელდეს კონცეფციის გზით, ყოველგვარი ცნობიერი, დისკურსიური მსჯელობის აქტივობის გარეშე; იგი თავის ბუნებით „რეალისტურია“, შემოფარგლულია მოცემული სიტუაციის, საგნის იდეის უშუალო წვდომით. ამ გზით გაძნელებულია საგნის, როგორც ზოგადი კლასის რეპრეზენტანტის გაცნობიერება.

გონებით ჩამორჩენილებს დაზიანებული აქვს აბსტრაქტული ატიტუდი. მათი კონკრეტული მოქმედების სფეროში რიგიდობა არ იჩენს თავს, მათ შეუძლიათ მოქმედების ერთი სფეროდან მეორეში გადანაცვლება — ერთი დავალებიდან მეორეზე გადასვლა, მანამ მათ წინაშე არ დადგება ნებისმიერი გადანაცვლების მოთხოვნა, რისი უნარიც აბსტრაქციის დეფექტის გამო მათ არ გააჩნიათ. იმ მომენტში, როდესაც მათ წინაშე აღმოცენდება ამოცანა, რომელიც აქტიურ გადანაცვლებას მოითხოვს, თავს იჩენს რიგიდული ქცევა. ესაა მეორადი რიგიდობა. იგი მეორადია აბსტრაქციის უნარის დაზიანების მიმართ. გონებრივად დეფექტურ ინდივიდს შეუძლია ნორმალური ქცევა ისეთ პირობებში, რომელიც კონკრეტულ „ატიტუდს“ მოითხოვს, მაგრამ იქ, სადაც აუცილებელია აბსტრაქტული „ატიტუდი“, იგი აღმოჩნდება ე. წ. „კატასტროფიული სიტუაციის“ წინაშე. ამ სიტუაციიდან თავის დაღწევის ერთ-ერთი საშუალებაა რიგიდულად მიწებება ისეთ კონკრეტულ მოქ-

მედებაზე, რომლის შესრულება მას შეეძლო, თუ ამასაც ვერ მოახერხებს, მაშინ თავს იჩენს ე. წ. ანომალური გაფანტულობა.

ამრიგად, ქცევის რიგალობის ფსიქოლოგიურ მექანიზმად გოლდშტაინისათვის ითვლება აბსტრაქტული ატიტუდის დარღვევა. თუ კარგად ჩავუკვირდებით ამ ცნებას, ვნახავთ იგი არ გამოდგება რიგალობის ფენომენის ამხსნელ ცნებად. გოლდშტაინის „აბსტრაქტული ატიტუდი“ ფაქტიურად გამოხატავს აბსტრაქტული აზოცანების გადაჭრის შესაძლებლობას, აბსტრაქტულ სიტუაციისადმი ადაპტაციის უნარს — აბსტრაქტულ სიტუაციაში მიზანშეწონილად მოქმედებას, ე. ი. გამოხატავს მხოლოდ აბსტრაქციის როლსა და მნიშვნელობას ადამიანის გარემოსთან შეგუებისათვის.

გოლდშტაინი ფაქტიურად აღწერს ასეთი სუბიექტების თავისებურებას; მაგალითად, იგი მიუთითებს, რომ გონებით ჩამორჩენილ ბავშვებს აბსტრაქციის უნარის დარღვევის გამო არ გააჩნიათ „აბსტრაქტული განწყობა“ — აბსტრაქტულ სიტუაციაში მიზანშეწონილი ქცევის შესაძლებლობა; აბსტრაქტულ სიტუაციაში ისინი იჩენენ რიგიდულ ქცევას.

გოლდშტაინმა უთუოდ სწორად მიუთითა გონებით ჩამორჩენილი ბავშვების ზოგ თავისებურებაზე, კერძოდ ქცევის რიგალობაზე, განწყობის დარღვევებზე. მაგრამ განწყობის იმ კონცეფციის უკმარობა, რომლითაც სარგებლობდა გოლდშტაინი, საშუალებას არ აძლევს მას განიხილოს ეს მოვლენები სრულად, ყოველმხრივ (განწყობა მისთვის პიროვნების ერთი კერძოული ასპექტია, კერძოდ, გონებრივი დეფექტის მეორადი მოვლენა). გოლდშტაინის მიერ სწორად დაყენებული პრობლემა, რომელიც მას მხოლოდ თეორიულ ასპექტში აქვს განხილული, უფრო მიზანშეწონილი იქნებოდა შეგვესწავლა დ. უზნაძის მიერ დადგენილი განწყობის ცნების საფუძველზე; კერძოდ, ექსპერიმენტულად შეგვესწავლა გონებით ჩამორჩენილი ბავშვების განწყობის მოქმედება წარმოსახულ სიტუაციაში და აბსტრაქტულ მიმართებებზე, გვეჩვენა რა თავისებურებით ხასიათდება ასეთი ბავშვის ქცევა ექსპერიმენტულად შექმნილ წარმოსახულ და აბსტრაქტულ სიტუაციაში, რამდენად არის დაკავშირებული „აბსტრაქტული განწყობის“ შემუშავება და მიმდინარეობა თვით აბსტრაქციის უნართან, აბსტრაქტულ სიტუაციაში რა სახით იჩენს თავს ქცევაში რიგალობა.

ამ საკითხების შესასწავლად ჩვენ გამოვიყენეთ განწყობის ფსიქოლოგიაში ცნობილი ცდები; 1) წარმოსახულ სიტუაციაში

ფიქსირებული განწყობის მეთოდი (რ. ნათაძე)², 2) აბსტრაქტულ მიმართებაზე ფიქსირებული განწყობის მეთოდი (ზ. ხოჯავა)³.

ამ მეთოდებით ცდები ჩატარდა 9—16 წლამდე 61 გონებით ჩამორჩენილ ბავშვებზე.

II. კვლევის შედეგები

1. წარმოდგენით ფიქსირებული განწყობის ცდების შედეგები

გონებით ჩამორჩენილ ბავშვებზე ჩატარდა წარმოდგენით ფიქსირებულ განწყობის ცდები ოპტიურსა და ჰაპტურ გრძნობათა მოდალობებში. ჩვენი ცდისპირები მიეკუთვნებოდნენ „ღებილების“ კატეგორიას, რომელნიც წარმატებით ახერხებენ დამხმარე სკოლის სასწავლო პროგრამის დაძლევას. მასალების დამუშავების დროს გამოირიცხა ინტელი ბავშვები და, აგრეთვე, ისეთი ბავშვებიც, რომელთა დებილობაში ჩვენ ეჭვი შევიტანეთ.

ცდისპირს ძირითადი ცდების დაწყებამდე ვუმართავდით საუბარს სიდიდის მიხედვით საგანთა შორის არსებულ განსხვავებებზე; ვთხოვდით აერჩია მის წინ საგანგებოდ დალაგებულ მუყაოს ფიგურებიდან დიდი, პატარა, სიდიდით ერთნაირი ან განსხვავებული ფიგურები. ამ ფიგურებს შორის იყო ტოლი მუყაოს წრეებიც. თითქმის ყველა ცდისპირი ახერხებს სიდიდის მიხედვით საგნის განსხვავებისა და მგავსების დადგენას; შეიძლება ითქვას, ასეთ ბავშვებს მოქმედების სფეროში სიდიდის „ცნება“ გააჩნიათ. ამის შემდეგ ვუჩვენებდით ტაქსიტოსკოპში ტოლ წრეებს შესადარებლად. თუ ბავშვს აღმოაჩნდებოდა ბუნებრივი გადაფასების ტენდენცია, ამას შემდეგში, საგანწყობო ცდებში, ვღებულობდით მხედველობაში: დიდი წრე ეძლეოდა იმ მხარეს, სადაც ახასიათებდა სიდიდის გადაფასება. ასეთივე წინასწარი შემოწმება წარმოებდა ჰაპტურ სფეროშიც⁴. აგრეთვე, ვარკვევდით იცის თუ არა ბავშვმა რას ნიშნავს სიტყვა „წარმოიდგინე“, „წარმოდგენა“. კონ-

² Р. Г. Н а т а д з е, Установочное действие воображения, Сб. эксп. исслед. по психологии установки, 1958.

³ З. И. Х о д ж а в а, Фактор фигуры в действии фиксированной установки, Сб. Эксп. исслед. по психологии установки, 1958.

⁴ ბ. ხ ა ჯ ა ვ ა რ ი ძ ე, ასიმეტრია სიდიდეების შეფასების ცდებში, „ფსიქოლოგია“, 8, 1, 1942.

კრეტულ მაგალითებზე ვასწავლიდით ნაცნობი საგნების წარმოდგენას. მაგალითად, ვთხოვდით წარმოედგინა თავისი დედა, მასწავლებელი, თავისი სახელი და მის წინ მდებარე კონკრეტული საგნებიც, ვთხოვდით წარმოედგინოს აღწერასაც. წინასწარ ცდებში დავადგინეთ ინსტრუქციის ხასიათი, რომელიც გამოყენებული იყო ცდების ჩატარების დროს. პირველ ხანებში ბავშვებს ინსტრუქციას ვაძლევდით ჩვეულებრივი სახით, ე. ი. ისე როგორც ეს ხდება ზრდადასრულებული ნორმალური ადამიანის განწყობის შესწავლის შემთხვევაში. ცდისპირის ვეუბნებოდათ წარმოედგინათ თითქმის ტაქსტოსკოპის ფანჯარაზე მარჯვნივ დახატულია დიდი წრე, მარცხნივ კი — პატარა. ბავშვს ვეუბნებოდათ: „ეცადე წარმოიდგინო ეს წრეები, თანაც სთქვი რომელ მხარეზეა დიდი წრე და რომელზე პატარა“. ასეთი ინსტრუქციით ბავშვს ვთხოვდით არა რომელიმე კონკრეტული განსხვავებული წრეების წარმოდგენას, არამედ ზოგადი, სიტყვით რეპრეზენტირებული ორი განსხვავებული წრის წარმოდგენას, რომელთაგან დიდი მოთავსებულია მარჯვნივ და პატარა მარცხნივ. აქ მოქმედებს არა აქტუალურად მოცემული რეალური სიტუაცია, არამედ სიტუაცია, რომელიც სიტყვითაა გაშუალებული და წარმოდგენის პლანში მიმდინარეობს. ცდისპირმა ანგარიში უნდა გაუწიოს წარმოსახულ, აზრით სიტუაციას. სავსებით იგივე მოეთხოვება ბავშვს ჰაბტურ სფეროში წარმოდგენით განწყობის ფიქსაციის ცნებაშიც.

წინასწარი ცდებით გამოირკვა, რომ ასეთი სახის ინსტრუქცია არ იწვევს ბავშვში განსხვავებული საგნების წარმოდგენის მოთხოვნილებას, სიტყვის, ე. ი. ვერბალურად გაშუალებულ სიტუაციაში გადასვლა და წარმოსახვა მიუღწეველი შეიქმნა მისთვის. ბავშვების გამომეტყველებაში ნათლად იყო ასახული ცდებისადმი სრულიად ინდიფერენტული დამოკიდებულება, ისინი უხალისოდ, მექანიკურად იმეორებდნენ სიტყვებს: „მარჯვნივ დიდი, მარცხნივ პატარა“; როგორც ჩანს, ინსტრუქციამ მათში ვერ აღძრა წრეების თუ სფეროების წარმოდგენით შედარების მოთხოვნილება. უდაოდ ამის გამო მათში ვერ მოხერხდა სიტყვით განწყობის ფიქსაცია. ბავშვთა უმრავლესობას კრიტიკულ ცდებში სრულიად არ გაუჩნდა განწყობის ილუზია, თავიდანვე ადასტურებდნენ სიდიდეების ტოლობას; ერთი ნაწილი კი იძლეოდა სრულიად გამოკვეთილ სტერეოტიპულ პასუხებს. მაგალითად: თუ კრიტიკულ ცდებში მარჯვნივ იყო მიწოდებული უფრო დიდი სიდიდე, მარცხნივ კი პატარა, იგი კრიტიკულ ცდებში ტოლი სიდი-

დეების მიმართაც ამასვე იმეორებდა. გარეგნულად აქ ასიმილაციური ილუზიის გამოვლენასთან გვაქვს საქმე, მაგრამ თუ ჩავუკვირდებით ბავშვის ცდებისადმი დამოკიდებულებას, დავრწმუნდებით, რომ ეს პასუხი ვერ ჩაითვლება ნამდვილ ფანჯახობის ილუზიად. 20 ცდისპირიდან 14-მა თავიდან დაადასტურა ტოლობა (ცდების დროს მხედველობაში მიღებული იყო გადაფასების შეზოწმების შედეგები), 4-მა მოგვცა სტერეოტიპული პასუხები; ორი ცდისპირი კი უსასრულოდ ადასტურებდა კონტრასტულსა და ასიმილაციურ ილუზიათა შორის რხევას (ერთი ილუზია მარჯვნივ, შემდეგ მარცხნივ და ასე უსასრულოდ); მაგრამ ცდების შედეგები საგრძნობლად შეიცვალა, როცა შევცვალეთ ინსტრუქცია და ამით ცდის მიმდინარეობაც. როცა დავრწმუნდით, რომ გონებით ჩამორჩენილ ბავშვს ცდების ჩვეულებრივ პირობებში არ უჩნდება სიტყვაში გამოხატული ზოგადად მოცემულ სიდიდეთა (მარჯვნივ დიდი და მარცხნივ პატარა) წარმოსახვითი შედარების მოთხოვნილება და ამის გამოც არ ზღდება ასეთ მიმართებებზე განწყობის შემუშავება, ცდების დაწყების წინ ამ ბავშვებს გავუმართეთ შემდეგი საუბარი: მაჩვენეთ ამ ოთახში წრე. ბავშვი ასახელებს წრეს ან მის მსგავს საგნებს: მაჯის საათი, მინა, გამოკრილი წრეები, ფანჯარაში იხედება და ასახელებს მანქანის ბორბლებს და სხვა. ვეკითხებით „კიდეც რა წრე იცი?“ ზოგიერთი ბავშვი ახერხებს წრიული ფორმის მქონე საგნების წარმოადგენას, ცერძოდ ყველამ იცის „გორგოლაქი“ (ე. ი. ბორბალი, რომლითაც თითქმის ყველა ბავშვს უთამაშა). ყველამ შეძლო წარმოედგინა ფეხბურთის, ბილიარდის ან ტენისის ბურთი. ასეთი წინასწარი საუბრის შემდეგ ტაქსტოსკოპური ცდების ჩატარების წინ ბავშვს ეძლევა ასეთი ინსტრუქცია: წარმოიდგინე ამ ფანჯარის მარცხნივ (ხელით ვუჩვენებთ მხარეს) დიდი გორგოლაქია (ან „ბორბალი“), მარჯვნივ კი პატარა. პაპტურ სფეროში კი ცდების ჩატარების წინ ვუბნებით წარმოიდგინე თითქოს მარცხენა ხელში გიჭირავს ფეხბურთის ბურთი, მარჯვენაში კი ტენისის ბურთი. როდესაც ბავშვს მოვთხოვეთ სრულიად კონკრეტული, რეალური საგნების წარმოადგენა და წარმოედგენით მათი შედარება, მისი ქცევა საცხებით შეიცვალა, სახე გაუბრწყინდა, აქტიურად ჩაერთო ცდაში. ცდისპირები ასეთი ინსტრუქციის შემდეგ დაკვირვებით აღარუბდნენ წარმოედგენილ კონკრეტულ საგნებს ერთმანეთს და დაჯერებულად იმეორებდნენ — აქეთ დიდი ფეხბურთის ბურთი, იქით პატარა ტენისის ბურთი და სხვა. ე. ი. ბავშვები ამ ცდებში მოქმედებდნენ არა

წარმოდგენით ფიქსირებული განწყობა (ობტექური სფერო)

განწყობის ჩაქრობის მიმდინარეობის ფორმები						განწყობის ჩაქრობის მიმდინარეობის ტიპები								შპინდელი ზღნის შპინდელი ფიქსაცია	
ასაკი	ზღნაყმინაფიქტი	წველიაფიქტი	ზღნაყ- -მინაფიქტი	ზღნაყ- -მინაფიქტი	0	+	—	—	—	+	—	—	—		0
9—10	37,5	25	25	12,5	50	12,5	25	10	12,5	10	10	10	15	50	6,4
11—12	40	20	30	10	35	10	10	10	10	10	10	10	15	35	3,7
13—14	45	5	40	10	45	5	30	10	5	10	10	10	15	45	4,2
15—16	41,7		50	8,3	41,7		8,3	33,4		8,3	8,3	8,3	15	50	4,2

ზაგნის ზოგადი მნიშვნელობის, სიტყვის ნიადაგზე, არამედ ცოცხალი კონკრეტული წარმოდგენებით. ამ საზის ინსტრუქციით ფიქსირებული განწყობის ცდები ჩატარებულ იქნა 61 გონებით ჩამორჩენილ ბავშვზე (ბავშვების ასაკი 9-დან 16 წლამდე).

ცდების შედეგები შემდეგ სურათს იძლევა. 9-დან 10 წლიანი ცდისპირების ნახევარს, ე. ი. 50%-ს ოპტიკურ სფეროში არ უფიქსირდება განწყობა (ცხრილი 1); დანარჩენები ავლენენ განწყობის ჩაქრობის მიმდინარეობის სხვადასხვა ფორმებს. მაგალითად, ცდისპირების 37,5%-ისათვის დამახასიათებელია განწყობის მიმდინარეობის სტატიკურობა, 25% ავლენს განწყობის სიტლანქეს, 25% — პლასტიკურობას, ხოლო დინამიკურობა თავს იჩენს მხოლოდ 12,5%-ით. სტატიკურობა ძირითადად პლასტიკურ-სტატიკური განწყობის ტიპის სახითაა მოცემული. ტლანქი სტატიკური განწყობა, რომელიც აღქმის სფეროში დამახასიათებელია ყველა ასაკის გონებით ჩამორჩენილი ბავშვებისათვის (ლ. გერსამიას ცდები), ამ შემთხვევაში არ გვხვდება. ბავშვთა 12,5% ავლენს ტლანქ-სტატიკურ განწყობას, რომელიც ასიმვილაციური ილუზიების სახით მელავნდება. ბავშვთა 25% გვაძლევს პლასტიკურ-სტატიკურ განწყობას (კონტრასტულ, ასიმვილაციურ ილუზიათა და ტოლობას შორის რხევა), რომელშიც ჭარბადაა მოცემული კონტრასტული ილუზიები. მტკიცე ტლანქი დინამიკური განწყობა გვხვდება 12,5%-თან. ამრიგად, 9-წლიანი ბავშვების 50%-ს არ უფიქსირდება წარმოსახვის სფეროში განწყობა, ხოლო დანარჩენებს, ე. ი. იმათ, რომელთაც უჩნდებათ განწყობა, მისი მიმდინარეობა პლასტიკურ-სტატიკურია. მთლიანში მათი განწყობა სუსტია, რადგანაც კონტრასტულ ილუზიათა საშუალო რაოდენობა უდრის 6,4-ს (სტატიკურ განწყობაში ჭარბობს ასიმვილაციური ილუზიები).

გონებით ჩამორჩენილ 9—10 წლიან ბავშვებს განწყობის თავისებურება არსებითად არ ეცვლება. უფროსი ასაკის ბავშვებში, ბავშვის ზრდასთან ერთად არ იზრდება განწყობის დინამიკურობის ტენდენცია, როგორც ამას ნორმალურ ბავშვებში აქვს ადგილი. 11—12 წლიან ბავშვების 25%-ს განწყობა არ უჩნდება. ამავე დროს 15% იძლევა სტერეოტიპულ პასუხებს. ბავშვები კრიტიკულ ცდებში მექანიკურად იმეორებენ საგანწყობო ცდებში ნათქვამ სიტყვას (მარჯვნივ ან მარცხნივ დიდს), რაც იმაზე მიუთითებს, რომ ამ შემთხვევაში განწყობის ფიქსაციას არ ჰქონდა ადგილი, კრიტიკულ ცდებში ბავშვის პასუხები საგანწყობო ცდებში ფიქსირებული განწყობის ზეგავლენის შედეგი არაა. 13—14 წლი-

ანებში განწყობის ფიქსაციის შეუძლებლობა უდრის 45%-ს 15—16 წლიანებში კი 41,7%-ს. ამრიგად, ასეთი ბავშვების დიდ ნაწილს ჩვენი ინსტრუქციის პირობებშიც წარმოდგენის სფეროში არ უჩნდება განწყობა. რაც შეეხება განწყობის მიმდინარეობის ფორმებს და ტიპებს, აქაც 6—7 წლის ასაკის მანძილზე (9—16 წელი) მნიშვნელოვან ცვლილებებს არა აქვს ადგილი. მაგალითად, 11—12 წლიანი ბავშვების 40%-ს განწყობის სტატიკურობა ახასიათებს, 20%-ს კი სიტლანქე, პლასტიკურობა 30%-ს და ა. შ. ეს მონაცემები ახლოსაა 9—10 წლიანი ბავშვების მონაცემებთან; 13—14 წლის ასაკში სიტლანქის მაჩვენებლების შემცირების ხარჯზე (5%) ცოტათი მატულობს პლასტიკურობა (40%). ამავე მოვლენას აქვს ადგილი 15—16 წლის ასაკშიც. აქ განწყობის პლასტიკურობა აღწევს 50%-მდე, ე. ი. ერთადერთი ცვლილება, რაც შეინიშნება, ესაა ის გარემოება, რომ ასაკის ზრდასთან ერთად მატულობს განწყობის პლასტიკურობა, მისი სიტლანქის შემცირების ხარჯზე. თუ 9—10 წლიან ბავშვებში განწყობის პლასტიკურობა უდრის 25%-ს, 15—16 წლიანებში იგი აღწევს 50%-მდე. განწყობის სტატიკურობის და დინამიკურობის მაჩვენებლები თითქმის უცვლელი რჩება.

ახლა ვნახოთ ასაკის ზრდასთან ერთად განწყობის პლასტიკურობის ზრდა როგორ აისახა განწყობის ტიპში. I ცხრილი გვიჩვენებს, რომ 11—12 წლიანების 10% ავლენს პლასტიკურ სტატიკურ განწყობას, სადაც სჭარბობს კონტრასტული ილუზია; 10% კი ისევ პლასტიკურ-სტატიკურ განწყობას ასიმბალაციური ილუზიების სიჭარბით, 10% კი სუსტ პლასტიკურ დინამიკურ განწყობას. განწყობის პლასტიკურობა კონტრასტული ილუზიების ქარბი მონაწილეობით 13—14 წლის ასაკში 30%-მდე აღწევს; 15—16 წელში კი იგი ძლიერ მცირდება (8,3%) და წამყვანი ხდება პლასტიკურ-სტატიკური განწყობის ტიპი, სადაც კრიტიკულ ცდებში 40-ჯერ სიმულანტურად მიწოდებული ტოლი ობიექტების შეფასება უმრავლეს შემთხვევაში ასიმბალაციურ-ილუზორული სახისაა. რაც შეეხება პლასტიკურ-დინამიკურ განწყობას, იგი თითქმის შემთხვევითი მოვლენაა, 11—12 წლიანებში მოცემულია 10%-ით, 15—16 წლიანებში კი 8,3%-ით. არც ტლანქი სტატიკური განწყობის ტიპია (კონტრასტული ილუზიები) დამახასიათებელი. 11—12 წლის ასაკში იგი თავს იჩენს 10%-ით და შემდეგ ქრება. განწყობის სიმტკიცე, რომელიც გამოიხატება კონტრასტული ილუზიების საშუალო მაჩვენებლების სახით, არ მატულობს ასაკის ზრდასთან ერთად, პირაქით, იგი იკლებს. მაგალითად, 10—11

წლიანებში იგი უდრის 6,4-ს, 15—16 წლიანებში 4,2-ს, საერთოდ ასეთი ბავშვებისათვის უფრო დამახასიათებელია ასიმილაციური ილუზიები, რა თქმა უნდა, მაშინ, როდესაც ფერხდება განწყობის ფიქსაცია.

თუ შევაჯამებთ I ცხრილის ანალიზის შედეგებს, ვნახავთ, რომ ბავშვების თითქმის ნახევარს არ უჩნდებათ წარმოდგენის სფეროში განწყობა, დანარჩენებისათვის კი დამახასიათებელია პლასტიკურ-სტატიკური განწყობა. განწყობის სტატიკურობა იმაში იჩენს თავს, რომ განწყობის ფიქსაციის ფაქტორი 40 კრიტიკული ექსპოზიციის მანძილზე ინარჩუნებს ძალას, ხოლო განწყობის პლასტიკურობა კი თავს იჩენს ასიმილაციური სახით (უმთავრესად). ე. ი. თავიდანვე ბავშვი ადასტურებს ასიმილაციურ ილუზიას, შემდეგ ტოლობას, ისევ ასიმილაციურ ილუზიას, ისევ ტოლობას, იშვიათად გვაძლევს კონტრასტულ ილუზიასაც და ასე გრძელდება უსასრულოდ.

ჰაპტურ სფეროში წარმოდგენით ფიქსირებული განწყობის მაჩვენებლები განსხვავდება ოპტიკურ სფეროში ფიქსირებული განწყობის მაჩვენებლებისაგან (ცხრილი 2). პირველ რიგში თვალში გეცემათ განწყობის სტატიკურობის მაჩვენებლების ზრდა. მაგალითად, 9—10 წლიანებში განწყობის სტატიკურობის მაჩვენებელი უდრის 50%-ს (ოპტიკურში 37,5%). ასაკის ზრდასთან ერთად იგი თანდათანობით იზრდება და 15—16 წლიანებში აღწევს 75%-მდე. ამასთანავე ერთად, ამ სფეროში განწყობის სიტლანქე უფრო ჰარბადაა გამოხატული. 9—10 წლიანებში თუ იგი 25%-ით არის წარმოდგენილი, 15—16 წლიანებში იგი აღწევს 41,7%-მდე (ოპტიკურ სფეროში განწყობის სიტლანქე ასაკის ზრდასთან ერთად მცირდება); რაც შეეხება განწყობის პლასტიკურობის მაჩვენებელს, იგი არსებითად არ განსხვავდება ოპტიკური სფეროს მაჩვენებლებისაგან. იგი თავსდება 25%-სა და 41,7%-ს შორის. განწყობის დინამიკა ამ შემთხვევაშიც არაა დამახასიათებელი. რაც შეეხება განწყობის ფიქსაციის შეუძლებლობას (ნულეული), იგი ასაკის ზრდასთან ერთად იკლებს; თუ 9-წლიანი ბავშვების 50%-ს სრულიად არ უჩნდება განწყობა, აგრეთვე 11—12 წლიანებში სტერეოტიპული პასუხები და „ნულეული“ ერთად უდრის 40-ს, იგი თანდათანობით იკლებს და 15—16-წლიანებში მცირდება 6,6%-მდე.

ჰაპტურ სფეროში ასეთი ბავშვების განწყობის თავისებურება უფრო ნათელი იქნება, თუ მას განვიხილავთ ტიპოლოგიური

წარმოდგენით ფაქტორებზე განწყობა (კატეგორიული)

ასაკი	კონტრასტ-ილუზ. საშუალო										
	საზოგადოებრივი	საზოგადოებრივი	საზოგადოებრივი	საზოგადოებრივი	საზოგადოებრივი	საზოგადოებრივი	საზოგადოებრივი	საზოგადოებრივი	საზოგადოებრივი	საზოგადოებრივი	საზოგადოებრივი
9—10	50	25	25	25	25	25	25	25	25	25	50
11—12	55	25	35	25	25	25	25	25	25	25	20
13—14	60	40	35	15	20	20	20	20	20	20	20
15—18	75	41,7	41,7	8,3	33,4	41,7	41,7	41,7	41,7	41,7	16,3

თვალსაზრისით. ცხრილიდან ჩანს, რომ განწყობის სტატიკურობა ძირითადად ვლინდება მის უსასრულო ასიმილაციურ მიმდინარეობაში. მაგალითად, კონტრასტული ილუზიების სახით მოცემული განწყობის ტლანქი სტატიკური ტიპი სრულიად უმნიშვნელოდაა წარმოდგენილი. 15—16 წლიანებში, იგი სავსებით არ გვხვდება, მაგრამ ასიმილაციური ილუზიების სახით იგი საკმაო რაოდენობითაა წარმოდგენილი ყველა ასაკში, მაგალითად, 9—წლიანებში უდრის 25%-ს, 15—16—წლიანებში კი 33,4%-ს. პლასტიკურ-სტატიკური ტიპის განწყობის მიმდინარეობა ძირითადად ასიმილაციური ილუზიების სიჭარბის ნიშნითაა აღბეჭდილი. იგი ასაკის ზრდასთან ერთად თანდათანობით იზრდება. თუ 9—10 წლის ასაკში მისი მაჩვენებელი 25,5%-ია, 15—16 წლის ასაკში 41,7%-ს უდრის. კონტრასტული ილუზიების სიჭარბით მიმდინარე პლასტიკურ-სტატიკური განწყობის მაჩვენებლები სრულიად უმნიშვნელოა. იგივე შეიძლება ითქვას ტლანქი დინამიკური და პლასტიკურ-დინამიკური განწყობის მაჩვენებლებზედაც. განწყობის დინამიკურობა, რომელიც იშვიათად იჩენს თავს, ასიმილაციური ილუზიების სახით ვლინდება. განწყობის სიმტკიცე, რომელიც კონტრასტული ილუზიების საშუალო რაოდენობაშია გამოხატული, ასაკის ზრდასთან ერთად არ იზრდება. მაგალითად, 9—10 წლის ასაკში თუ კონტრასტულ ილუზიათა საშუალო მაჩვენებლები უდრის 5,3-ს, 15—16 წლის ასაკში უდრის 5,2-ს. მხოლოდ 13—14 წლის ასაკში იგი შედარებით მეტია (7,2). მაგრამ ეს განსხვავება ისე მკვეთრი არაა, რომ მას ასაკის ზრდასთან ერთად არსებითი გარდაქმნის მნიშვნელობა მიენიჭოს.

ამრიგად, პაპტურ სფეროში წარმოდგენით ფიქსირებული განწყობა ძირითადად ზუსაითდება სტატიკურობით და პლასტიკურობით. სტატიკურობა, სიტლანქე და პლასტიკურობაც ძირითადად ასიმილაციური ილუზიების მიმდინარეობაში ვლინდება. განწყობის ფიქსაციის შეუძლებლობაც საკმაოდ დიდი მაჩვენებლებითაა მოცემული. თუ 9- წლიანი ბავშვების 50%-ს სრულიად არ უჩნდება განწყობა, აგრეთვე 11—12 წლიანებში სტერეოტიპული პასუხები და „ნუღუელი“ ერთად უდრის 40%-ს, იგი თანდათანობით იკლებს და 15—16 —წლიანებში მცირდება 6,6%-მდე.

პაპტურ სფეროში ასეთი ბავშვების განწყობის თავისებურება უფრო ნათელი იქნება, თუ მას განვიხილავთ ტიპოლოგიური თვალსაზრისით. ცხრილიდან ჩანს, რომ განწყობის სტატიკურობა ძირითადად ვლინდება მის უსასრულო ასიმილაციურ მიმდინარე-

ობაში. მაგალითად, კონტრასტული ილუზიების სახით მოცემული განწყობის ტლანქი, სტატიკური ტიპი სრულიად უმნიშვნელოდაა წარმოდგენილი; 15—16 წლიანებში იგი საესეხით არ გვხვდება; მაგრამ ასიმილაციური ილუზიების სახით იგი საკმაო რაოდენობითაა წარმოდგენილი ყველა ასაკში; მაგალითად, 9 წლიანებში უდრის 25%-ს, 15—16 წლიანებში კი 33,4%-ს. პლასტიკურ-სტატიკური ტიპის განწყობის მიმდინარეობა ძირითადად ასიმილაციური ილუზიების სიკარბის ნიშნითაა აღბეკდილი. იგი ასაკის ზრდასთან ერთად თანდათანობით იზრდება. თუ 9—10 წლის ასაკში მისი მაჩვენებელი 25,5%-ია, 15—16 წლის ასაკში 41,7%-ს უდრის. კონტრასტული ილუზიების სიკარბით მიმდინარე პლასტიკურ-სტატიკური განწყობის მაჩვენებლები სრულიად უმნიშვნელოა. იგვე შეიძლება ითქვას ტლანქი დინამიკური და პლასტიკურ-დინამიკური განწყობის მაჩვენებლებზედაც. განწყობის დინამიკურობა, რომელიც იშვიათად იჩენს თავს, ასიმილაციური ილუზიების სახით ვლინდება. განწყობის სიმტკიცე, რომელიც კონტრასტული ილუზიების საშუალო რაოდენობაშია გამოსატული, ასაკის ზრდასთან ერთად არ იზრდება. მაგალითად, 9—10 წლის ასაკში, თუ კონტრასტულ ილუზიათა საშუალო მაჩვენებელი უდრის 5,3-ს, 15—16 წლის ასაკში უდრის 5,2-ს. მხოლოდ 13—14 წლის ასაკში იგი შედარებით მეტია (7,2), მაგრამ ეს განსხვავება ისე მკვეთრი არაა, რომ მას ასაკის ზრდასთან ერთად არსებითი გარდამტეხი მნიშვნელობა მიენიჭოს.

ამრიგად, ჰაპტურ სფეროში წარმოდგენით ფიქსირებული განწყობა ძირითადადში ხასიათდება სტატიკურობით და პლასტიკურობით. სტატიკურობა, სტლანქე და პლასტიკურობაც ძირითადად ასიმილაციური ილუზიების მიმდინარეობაში ვლინდება. პირველ ხანებში განწყობის ფიქსაციის შეუძლებლობაც საკმაოდ დიდი მაჩვენებლებითაა მოცემული, მაგრამ უფროს ასაკში იგი სტატიკური ასიმილაციური ილუზიების ზრდასთან ერთად მცირდება. ამ შემთხვევაში ჰაპტური სფეროს მონაცემები ოპტიკური სფეროს მონაცემებისაგან განსხვავდება მხოლოდ იმით, რომ ჰაპტურ სფეროში შედარებით ჰარბადაა წარმოდგენილი განწყობის სტატიკურობა და უფრო ნაკლებად ნულეული, მაგრამ ეს მაინც არაა არსებითი განსხვავება; ორივე შემთხვევაში დამახასიათებელია ასიმილაციური ილუზიები, ასიმილაციური ილუზიების ტლანქი სტატიკური და პლასტიკურ-სტატიკური მიმდინარეობა. ორივე შემთხ-

კევაში, მიუხედავად განწყობის სტატიკურობისა, ფიქსირებული განწყობა სუსტია (ასიმილაციური ილუზიები სწორედ ამ სისუსტის მანიშნებელია). ორივე შემთხვევაში კარბადაა წარმოდგენილი „ნუღელი“.

ამრიგად, წარმოდგენის საშუალებით ფიქსირებული განწყობის ცდების შედეგები ადასტურებენ, რომ გონებით ჩამორჩენილ ბავშვების სიტყვის, როგორც წარმოდგენის, იდეის რეპრეზენტანტის საშუალებით განწყობა არ უჩნდებათ. მხოლოდ სიტყვის საშუალებით შეუძლებელი ხდება მათში იმარკვეული ქცევისადმი განწყობის შემუშავება. ბავშვი სრულიად ინდიფერენტულია წარმოსახული სიტუაციისადმი, შეუძლებელი ხდება ასეთი სიტუაციების მიმართ მათი ძალების აქტივაცია, თითქოს ასეთი სიტუაცია მათთვის არც არსებობდეს. კიდევაც ექსპერიმენტულ პირობებში ბავშვთა დიდ უმრავლესობას არ უმუშავდება განწყობა, ბავშვთა ნაწილი მექანიკურად, სტერეოტიპულად იმეორებს, აგრძელებს საგანწყობო ცდებში წარმოებულ ქცევას. ასეთი სტერეოტიპული ქცევა შეიძლება ქცევის რიგიდობის მაჩვენებელიც იყოს, მაგრამ იგი უნდა გავარჩიოთ ისეთი რიგიდული ქცევისაგან, როცა ბავშვი აქტიურია, ცდილობს ამოცანის გადაჭრას, აქტიურად ხართულია ამოცანის ამოხსნაში, მაგრამ წინათ ფიქსირებული ქცევის მზაობა იძულებულყოფს მას იმოქმედოს წინათ შემუშავებული ქცევის სქემის მიხედვით. პირველ შემთხვევაში ადგილი აქვს სრულ სტერეოტიპიას, წინა ქცევის მექანიკურ გაგრძელებას. როცა მეორე შემთხვევაში პიროვნების ცნობიერი აქტივობა ემორჩილება მისთვის არაცნობიერად მოცემულ განწყობის იმპულსს და მართავს მის ქცევას, მაშინაც კი, როდესაც სუბიექტი ცდილობს ქცევის ადეკვატურად წარმართვას. სტერეოტიპული ქცევა თავს იჩენს ცდების მეორე სერიაშიც — კონკრეტული წარმოდგენებით განწყობის ფიქსაციის ცდებშიც — ამიტომ ისინი ჩვენ ცალკე გამოვყავით.

თუ ცდების პირველ სერიაში ცდისპირები სიტყვით განწყობის ფიქსაციას ვერ ახერხებენ და გამონაკლის შემთხვევაში თავს იჩენს სტერეოტიპული ქცევა, ცდის მეორე სერიაში, როცა განწყობის ფიქსაციის ცდები წარმოებს კონკრეტული, აღქმასთან ახლოს მდგომი თვალსაჩინო ხატებით, აქაც ოპტიკურ სფეროში ბავშვთა თითქმის 50% (პაბტურ სფეროშიც ბავშვთა დიდი რაოდენობა) ვერ ახერხებს განწყობის შემუშავებას. ის ბავშვებიც, რომელთაც უმუშავდებათ განწყობა, რომელნიც კრიტიკულ ცდებ-

ში მოქმედებენ ფიქსირებული განწყობის ნიადაგზე, ხასიათდებიან რიგიდულობით, სტატიკურობით. უმრავლეს შემთხვევაში ასეთი ქცევა ჰგავს სტერეოტიპულ ქცევას, იმ მხრივ, რომ აქაც განწყობა ასიმილაციური ხასიათისაა, ბავშვი უსასრულოდ იმეორებს საგანწყობო ცდებში ნაწარმოებ მოქმედებას; მაგრამ, როგორც ეს ზემოთ აღვნიშნეთ, განსხვავებით სრული სტერეოტიპული ქცევისა, აქ აღვილი აქვს აქტივობას; ბავშვი იგამოკვეთილად აწარმოებს შედარების აქტს, მაგრამ საბოლოოდ მაინც ვერ ჰკრის ამოცანას. იგი ემორჩილება წინათ ფიქსირებული განწყობის იმპულსს. ამრიგად, ჩვენი ცდების შედეგები მეტყველებენ, რომ გონებით ჩამორჩენილ ბავშვებს 16 წლამდე სიტყვის, იდეის სფეროში განწყობა არ უფიქსირდებათ. კონკრეტული, აღქმისეული წარმოდგენის ნიადაგზედაც გაძნელებულია განწყობის შენუშავება, მხოლოდ ჰაპტურ სფეროში უფროსი ასაკის ბავშვების დიდი ნაწილი ახერხებს განწყობის შემუშავებას. ასეთი განწყობაც სუსტია (ასიმილაციური), სტატიკურია, რიგიდული.

სანამ გადავიდოდეთ სხვა ექსპერიმენტული მასალის განხილვაზე, საჭიროა პასუხი გავცეთ შემდეგ კითხვებზე: წარმოდგენის, იდეის სფეროში განწყობის შემუშავების სიძნელე ან შეუძლებლობა ხომ არ აიხსნება იმ გარემოებით, რომ ბავშვს დარღვეული აქვს წარმოდგენის საშუალებით შედარების, საერთოდ მიმართების წვდომის ოპერაციები. ცხადია, თუ ბავშვს წარმოდგენები და წარმოდგენის სფეროში შედარების ფუნქცია დარღვეული აქვს, მაშინ სრულიად ცხადია, რომ წარმოდგენით განწყობის შემუშავებას ის ვერ შეძლებს. გავარკვიოთ ეს საკითხი. ჩვენს ცდებში ბავშვმა უნდა წარმოიდგინოს, რომ მას მარცხენა ხელში უჭირავს დიდი ბურთი, მარჯვენაში კი პატარა, თანაც სიტყვიერად აღნიშნოს ეს მოვლენა. ამის მსგავს ოპერაციებს გონებით ჩამორჩენილი ბავშვი ყოველდღიურად აწარმოებს სკოლის გავვითილებზე. ცნობილია, რომ ასეთი ბავშვის გონებრივი დონე აღწევს 9—10 წლამდე. ისინი სწავლობენ 8-წლიანი დაშხმარე ჯგულის სასწავლო მასალას, რომელშიც იათვალისწინებულია დაწყებითი სკოლის ყველა საგნის შემოკლებული კურსი; სწავლობენ გეოგრაფიას, ბუნებისმეტყველების ელემენტებს, არითმეტიკას, ისტორიას; ამ საგნების შესწავლა სრულიად შეუძლებელია წარმოდგენით შედარების აქტის ფუნქციის მოშლის შემთხვევაში. წინასწარ ცდებშიც ჩვენ დავრწმუნდით, რომ ასეთ ბავშვში ხერხდება წარმოდგენის გამოწვევა, წარმოდგენების ხატების ნიადაგზე იგი წარმარ-

თავს ყოველდღიურ ცხოვრებაში საუბარს და სხვა პრაქტიკულ ურთიერთობას. მაგრამ ამავე დროს ისიც უნდა აღინიშნოს, რომ წარმოდგენით შედარების აქტი ინტელექტუალურად ამოცანის გადაჭრის დროს უთუოდ გაძნელებულად მიმდინარეობს. პრაქტიკულ ურთიერთობაში, აღქმის სფეროში ასეთი აქტების ობიერებას იგი ადვილად ახერხებს, მაგრამ ფსიქიკურის მეორე დონეზე, სიტყვით რეპრეზენტირებულ სიტუაციაში ეს აქტები უთუოდ დიდ სიძნელეს ეღობებიან. ამის დამახასიათებელია ჩვენი შემდეგი ცდა.

დებილ ბავშვებზე ჩავატარეთ პიაჟეს ცდები. ბავშვის წინ ვდებთ 3 საგანს: მარცხნივ ფანქარს, შუაში გასაღებს და მარჯვნივ ფულს. ბავშვს ვეკითხებით — სად იქნება ფანქარი მარჯვნივ თუ მარცხნივ გასაღებიდან? გასაღები? მარჯვნივ თუ მარცხნივ ფულიდან? ფანქრიდან? და ასე შემდეგ. უმცროსი ასაკის გონებით ჩამორჩენილი ბავშვები ამ ამოცანას წყვეტენ დახმარებით, უფროსი ასაკის ბავშვები კი დაუხმარებლადაც. ე. ი. ისინი აღქმის სფეროში წვდებიან მხარეთა შორის მიმართებას, ბავშვები ახერხებენ ობიექტის თვალსაზრისზე დადგომას და ობიექტთა შორის ადგილის მიმართების წვდომას. მაგრამ როგორც კი ამ ამოცანას მივაწვდით წარმოდგენის პლანში, ბავშვი დიდ სიძნელეს ეღობება. მაგალითად, ბავშვის წინ ვდებთ სამ საგანს: მარცხნივ ქაღალდს, შუაში ასანთის კოლოფს, ხოლო მარჯვნივ საათს. ვუჩვენებთ საგნების ამ განლაგებას ნახევარი წუთის განმავლობაში, შემდეგ ვფარავთ ქაღალდით ამ საგნებს და ვეკითხებით სად იქნება ქაღალდი მარჯვნივ თუ მარცხნივ გასაღებიდან? და ა. შ. ბავშვი, რომელიც ახერხებს წარმოიდგინოს, თუ რა თანმიმდევრობით იყო დალაგებული საგნები, მხოლოდ მიხმარების შემდეგ წვდება ამ საგანთა შორის არსებულ მიმართებას, მაგალითად, ამ ცდებში ბავშვთა 28% თავიდანვე წვდება მიმართებას, 50% ცდის ხელმძღვანელის დახმარებით, ე. ი. წარმოდგენის აქტივაციისათვის აუცილებელი დამატებითი კითხვების შემდეგ ახერხებს საგანთა შორის არსებული მიმართების სწორად მიგნებას.

ამ ცდის შედეგები მეტყველებენ იმას, რომ ბავშვთა დიდ ნაწილს აქვს წარმოდგენის სფეროშიც საგანთა შორის მიმართების წვდომის შესაძლებლობა, სათანადო პირობებში შესაძლებელია მისი აქტივაცია (სწავლების პროცესში სპეციალური პედაგოგიური მეთოდების გამოყენებით, ხოლო ექსპერიმენტის პირობებში მოხმარების მეთოდის გამოყენებით და სხვ.).

როგორც ჩანს, ასეთი ბავშვის აქტივობა არაა მიმართული წარმოსახული მიმართების ობიექტივაციისაკენ, მხოლოდ დახმარე-

ბით შეუძლია მას ასეთი მიმართების წვდომა. მას ძნელად უჩნდება მოთხოვნილება ასეთი მიმართების წვდომისა.

ამიტომ ცხადია, რომ სიტყვით რეპრეზენტირებულ სიტუაციაში მას განწყობა არ ექმნება ან ძნელად ექმნება. კონკრეტული წარმოდგენების სფეროში ბავშვთა დიდი ნაწილი ახერხებს მიმართების წვდომას (მარჯვნივ მდებარე საგანი მარცხნივ მდებარე საგნის მიმართ დიდია) და სათანადო განწყობის შემუშავებასაც; ამიტომ მიზანშეწონილი არაა ვილაპარაკოთ ფსიქიკურის მეორე დონეზე ბავშვის ქცევის როგილობის შესახებ. რადგან ასეთი ქცევის განწყობა მასში არ მუშავდება, მისთვის არ არსებობს სიტყვა, როგორც იდეის რეპრეზენტანტი; სიტყვა ძირითადად განცდილია აღქმისებურ წარმოდგენის ხატთან კავშირში, ე. ი. სიტყვა წარმომადგენლობს არა ცნებას, იდეას, არამედ კონკრეტულ ხატს; რატომ უნდა, სპეციალური დახმარებით, სწავლების გზით ბავშვი იქნეს აბსტრაქტულ ცნებებსაც. სიტყვას იყენებს ასეთი ცნების გასაგებად, მაგრამ მისთვის დამახასიათებელი განწყობა მას კონკრეტულსაგან, აღქმის მსგავსი წარმოდგენებისაგან წარმართავს. განწყობის ექსპერიმენტში ბავშვი არ ამჟღავნებს მისწრაფებას სიტყვის საშუალებით შეიმუშაოს მოქმედების განწყობა.

2. ახლა შევჩერდეთ ცდების მეორე სერიაზე. ცდების ამ სერიაში ცდისპირებს საგანწყობო ცდებში შესადარებლად ეძლევათ 18 წყვილი განსხვავებული ფიგურებისა. ყოველი ეს წყვილი ფორმით ერთნაირია, ხოლო სიდიდით მკვეთრად განსხვავებული (მარცხნივ დიდი, მარჯვნივ პატარა). ჩვენ ცდებში ფიგურები სავსებით იგივე იყო, რაც ამ ცდების ავტორის ზ. ხოჯავას მიერ იყო გამოყენებული. როგორც ამას ზ. ხოჯავა აღნიშნავს, 18 წყვილი არატოლი ფიგურების თანმიმდევარი ექსპოზიციით იქმნება განწყობა „მარჯვნივ პატარა ფიგურაზე“. მაგრამ ეს განწყობა არაა შექმნილი ერთი წყვილი ფიგურის შედარების გზით, რადგან აქ მოცემულია არა ერთი, არამედ ფიგურის მრავალი განსხვავებული წყვილი; ამიტომ აქ მოქმედად გამოდის მხოლოდ სიდიდეთა შორის არსებული მიმართება, რომელიც არ ეხება ცალკე არც სამკუთხედებს, არც კვადრატებს და არც სხვა ფიგურების წყვილს. ამ ცდებში განწყობა თავიდანვე მოწყდება კონკრეტულ ფიგურებს, კონკრეტულ მასალას; ე. ი. ხელოვნურ სიტუაციაში წინასწარ ხდება კონკრეტული მასალის აბსტრაგირება; რის გამოც თვითონ განწყობა:

იქცევა მხოლოდ მიმართებაზე განწყობად, ამიტომ იგი ატარებს უფრო აბსტრაქტულ ხასიათს. თავისთავად ცხადია, რომ კონკრეტული მასალიდან მათი მიმართების აბსტრაქცია აქ არაა აბსოლუტური ხასიათის, არამედ იგი ემყარება გრძნობად მასალას — აქ განწყობა იქმნება „სიდიდეთა შორის მიმართებაზე“. მაგრამ იგი არის „ფიგურალური გრძნობის“ მქონე სიდიდეების მიმართება (ზ. ხოჯავა).

ჩვენ როცა დავრწმუნდით, რომ ბავშვები წინასწარ ცდებში სავსებით კარგად ადარებდნენ საგნებს, ფიგურებს სიდიდეების მიხედვით, არჩევდნენ მათ განსხვავებას და მსგავსებას, შევისწავლეთ ბუნებრივი გადაფასების ტენდენციაც, ტაქსტოკოპურად ვაწვდით თანმიმდევრულად აღნიშნულ 18 წყვილ ფიგურას; თუ ბავშვი აქტიურად ჩართულია ცდაში და იძლევა სწორ პასუხს (მარცხნივ დიდია, მარჯვნივ პატარა წრე, ელიფსი და სხვ.), კრიტიკულ ცდებში ვაწვდით შესადარებლად პირველ რიგში ტოლ წრეებს. შემდეგ მეორე დღეს იმავე ბავშვებზე ისევ მეორდება საგანწყობო ცდები; მხოლოდ კრიტიკულ ცდებში ვაძლევთ ორ ტოლ ელიფსს, მესამე დღეს კი კრიტიკულ ცდებში ეძლევა მრავალკუთხედი. მეოთხე დღეს კრიტიკულ ცდებში ეძლევა არა ცალკეული ფიგურა, არამედ 12 ფიგურა, რომელშიც შედის ორი წყვეტილი წრე, ორი ტოლი ელიფსი და მრავალკუთხედი და სხვ.

ცდების შედეგები შემდეგ სურათს გვაძლევს: 9—10 წლიანი ბავშვების 50% თავიდანვე, საკონტროლო ცდებში მიწოდებულ ტოლ წრეებს აღიქვამს ტოლად, ე. ი. ჩვენი ცდისპირების ნახევარს არ უფიქსირდება განწყობა. წყვილი განსხვავებული სიდიდის ფიგურების თანმიმდევრულად მიწოდებით 12,5% იძლევა სტერეოტიპულ პასუხებს; 11—12 წლიანებში როგორც „ნულეული“, ისე სტერეოტიპული პასუხები იკლებს, მაგრამ 13—14 და 15—16 წლის ასაკებში იგი ისევ აღწევს 55%-ს. სტერეოტიპული პასუხები გვხვდება მცირე რაოდენობით (5%, 8,3%), ამრიგად, 9 წლამდე ცდისპირთა ნახევარზე მეტს აღნიშნულ ცდებში არ უჩნდება განწყობა ან იძლევა სტერეოტიპულ პასუხებს.

9—10-წლიან ცდისპირთა 25% თავიდანვე იძლევა კონტრასტულ ილუზიას (მე-3 ცხრილის პირველ გრაფაში მოცემულია საკონტროლო ცდებში ბავშვების პირველი პასუხი). 11—12 წლიანებში ასეთი პასუხები ტოლობის შემცირების ხარჯზე აღწევს 45%-ს, მაგრამ შემდეგ ასაკში იგი არ აღემატება 25%-ს. ასიმულიაციური ილუზიების მაჩვენებლები უმნიშვნელოა, იგი რჩევადობს 10 დან

ფიგურა		წრე				ელფსი				პრაგულუფსი			
ასა	ფიგურა		—	სტერ.	=		—	სტერ.	=		—	სტერ.	=
9—10	%	25	12,5	12,5	50	12,5	37,5		50	25	12,5	62,5	
	პრაგულ.	0,8				0,6							
11—12	%	45	10	10	35	20	30	5	45	10	30	10	50
	პრაგულ.	1,2				0,25				0,15			
13—14	%	25	15	5	55	35	20	5	40	20	10	5	65
	პრაგულ.	0,7				0,5				0,4			
15—16	%	25	16,7	8,3	50	25	16,7	8,3	50	8,3	25	8,3	58,4
	პრაგულ.	1,08				1,3			0,2				

16%-ს შორის. კონტრასტულ ილუზიათა საშუალო მაჩვენებლების მიხედვით თუ განვიხილავთ შემუშავებულ განწყობას, ვნახავთ, რომ აღნიშნულ მასალაზე ფიქსირებული განწყობა მეტად სუსტია. მაგალითად 9-წლიანებში კონტრასტულ ილუზიათა საშუალო მაჩვენებელი უდრის 0,8; 11 და 12-წლიანებში — 1,2-ს; 13—14 წლიანებში — 0,7, ხოლო 15—16 წლიანებში — 1,08.

ასეთივე სურათი იშლება მაშინაც, როცა კრიტიკულ ცდებში მივაწოდეთ ფიგურა ელიფსი. აქაც ცდისპირთა ნახევარს ან ნახევარზე მეტს არ უჩნდება განწყობა. ბავშვები თავიდანვე იძლევიან ადეკვატურ პასუხს. თავიდანვე კონტრასტული ილუზიების გამოვლენა და კონტრასტული ილუზიების საშუალო მაჩვენებლები კიდევ უფრო მცირდება (0,6; 0,5; 0,5; 1,3), 9—10 და 11—12 წლიანებში ერთიორად იზრდება ასიმილაციური ილუზიები, შემდეგ ასაკებში იგი მცირდება (20% და 1:97%). ამრიგად, კრიტიკულ ცდებში ელიფსის მიწოდებისას განწყობა ან არ მუშავდება, ან შემუშავებული განწყობა ძლიერ სუსტია.

რაც შეეხება ამ ცდებში მრავალკუთხედზე ფიქსირებული განწყობის გავლენას, აქ ბავშვთა დიდი უმრავლესობა კრიტიკულ ცდებში ადეკვატურად აღიქვამს ტოლ მრავალკუთხედს ან იძლევა სტერეოტიპულ პასუხებს. მაგალითად, 9-წლიანებში ასეთი პასუხი უდრის 62,5%-ს (ტოლობა), 12,5% სტერეოტიპული პასუხია. შემდეგ ასაკში ასეთი პასუხები მნიშვნელოვნად არ იცვლება. მაგალითად, 15—16 წლიანებში ადეკვატური პასუხები უდრის 58,4%-ს, სტერეოტიპული პასუხები კი — 8,3%-ს; რაც შეეხება კონტრასტულ ილუზიათა პირველ გამოვლენას და მის საშუალო მაჩვენებლებს, იგი სრულიად უმნიშვნელოა. მაგალითად, 9—10 წლიანებში კონტრასტული ილუზიები სრულიად არ გვხვდება, 11—12-წლიანებში იგი უდრის 10%-ს, კონტრასტულ ილუზიათა საშუალო მაჩვენებელი კი უდრის 0,15%-ს, 13—14-წლიანებში კონტრასტულ ილუზიას თავიდანვე ბავშვთა 20% ავლენს, მაგრამ იგი მალე ქრება. მაგალითად, კონტრასტულ ილუზიათა საშუალო მაჩვენებელი აქაც უდრის 0,4-ს, 15—16 წლიანებში კი 0,2-ს. კონტრასტულ ილუზიათა თავიდანვე გამოვლენა თავს იჩენს მხოლოდ ბავშვთა 8,3 პროცენტში. ამრიგად, ფიქსირებული განწყობის გამოვლენის მიხედვით, წრეზე, ელიფსზე და მრავალკუთხედზე ერთნაირ მდგომარეობასთან გვაქვს საქმე. სამივე შემთხვევაში ცდისპირთა ნახევარი უჩვენებს, რომ საგანწყობო ცდებში არ შემუშავდა იმ სახის განწყობა, რომ კრიტიკულ ცდებში მიწოდებულ მასალის აღქმაზე

გავლენა მოეხდინა; მაშინაც როცა განწყობა მუშავდება, მიჰი გავლენა სამივე ფიგურაზე მეტად სუსტია. კონტრასტულ ილუზიათა ყველაზე დიდი საშუალო მონაცემები აღწევს 1,2-ს; სამივე შემთხვევაში შედარებით კარგად იჩენს თავს ასიმბალაციური ილუზიები. ექვსკუთხედზე გამოვლენილი განწყობა უფრო სუსტია, მაგრამ ეს გარემოება ისე მკვეთრი არაა, რომ ცვლიდეს წრეზე ან ელიფსზე გამოვლენილი განწყობის ძირითად კანონზომიერებას. ფიქსირებული განწყობის თავისებურება უფრო მკვეთრად იჩენს თავს, თუ ცდის შედეგებს განვიხილავთ ტიპოლოგიური თვალსაზრისით.

9-წლიანებში წრის ექსპოზიციის დროს ტლანქი სტატიკური განწყობა ჩნდება მხოლოდ 8,3%-ით; აქ სტატიკურობა თავს იჩენს ასიმბალაციური ილუზიების სახით. უფრო ხშირია პლასტიკურ-სტატიკური განწყობა (13-წლიანებში 20% და 15—16 წლიანებში 33,3%). პლასტიკურ-სტატიკური განწყობა ვლინდება ძირითადად ასიმბალაციური ილუზიებისა და ტოლობის შორის ურთიერთმონაცვლეობაში. ტლანქი-დინამიკური განწყობა თავს იჩენს 10 წლიდანვე. იგი მქცავნდება ან ასიმბალაციური (12,5%), ან კონტრასტული ილუზიების (25%) სახით. ასაკის ზრდასთან ერთად ასეთი ტიპის განწყობა არ მატულობს: მაგალითად, 11—12 წლიანებში ტლანქი დინამიკური განწყობის ტიპი უდრის 40%-ს (ასიმბალაციური 10%, კონტრასტული 30%); 13—14 წლიანებში იგი იკლებს (15%) და შემდეგ არ იზრდება. ტლანქი დინამიკური განწყობა, რომელიც იჩენს თავს კონტრასტული ილუზიების სახით მეტად სუსტია, ილუზიათა საშუალო რაოდენობა არ აღემატება 2—3-ს. ამ შემთხვევაში ცდისპირთა ნახევარზე მეტი უჩვენებს „ნულეულს“ ან სტერეოტიპულ პასუხებს. ამრიგად, ამ ცდებში ბავშვებისათვის დამახასიათებელია „ნულეული“ ან სტერეოტიპული პასუხები. შემუშავებული განწყობა კი სუსტია — ასიმბალაციური; განწყობის სიმტკიცე ძირითადად თავს იჩენს პლასტიკურ-სტატიკურ განწყობაში (ასიმბალაციური ილუზიის მონაცვლეობით მიმდინარეობა).

ეს სურათი ძირითადად არ იცვლება ელიფსის კრიტიკულ ცდებში მიწოდების დროს. აქაც როცა განწყობა მუშავდება, წამყვანია ძლიერ სუსტი ტლანქი დინამიკური განწყობა, რომელიც თავს იჩენს 2—3 კონტრასტული ილუზიის ან ასიმბალაციური ილუზიის სახით. პლასტიკურ-სტატიკური განწყობის მიმდინარეობა ხასიათდება ასიმბალაციური ილუზიებისა და ტოლობის უსასრუ-

ფურცელი	წ				ე				ლ				ს				პ				რ				ა			
	ფ	ტ	მ	წ	ფ	ტ	მ	წ	ფ	ტ	მ	წ	ფ	ტ	მ	წ	ფ	ტ	მ	წ	ფ	ტ	მ	წ	ფ	ტ	მ	წ
განმ. ტა.	ფ	ტ	მ	წ	ფ	ტ	მ	წ	ფ	ტ	მ	წ	ფ	ტ	მ	წ	ფ	ტ	მ	წ	ფ	ტ	მ	წ	ფ	ტ	მ	წ
პატი	ფ	ტ	მ	წ	ფ	ტ	მ	წ	ფ	ტ	მ	წ	ფ	ტ	მ	წ	ფ	ტ	მ	წ	ფ	ტ	მ	წ	ფ	ტ	მ	წ
9-10			25	12,5				12,5	50				37,5	12,5			50											
11-12	5	30	10					10	35				20	30	5		45											
13-14	20	15	5					10	55				15	5		55												
15-16	8,3	33,3	16,8					8,3	33,3	8,3	16,8		8,3			58,3												

ფურცლები		12 ფურცელი თანამდებრულად									
ფურცელი	ფ	ტ		მ		წ		ს		პ	
		ფ	ტ	მ	წ	ფ	ტ	მ	წ	ფ	ტ
9-10						12,5		25		12,5	
11-12						20		5		10	
13-14						35				10	
15-16						33,4				8,3	

ლო მონაცვლეობაში, ე. ი. მთლიანში. შემუშავებული განწყობა ძლიერ სუსტია, ცდისპირთა ნახევარს სრულიად არ უმუშავდებათ განწყობა (45—58,3%). კრიტიკულ ცდებში, მრავალკუთხედის ექსპოზიციის შემთხვევაში, ძირითადად, უფრო გამოკვეთილი სახით, მეორდება ზემოთ აღწერილი სურათი. ბავშვთა უმრავლესობას განწყობა არ უმუშავდება. ცდისპირთა ნაწილი ცდებში ავლენს სრულიად სტერეოტიპულ ქცევას. ის 9—10 და 11—12-წლიანი ცდისპირები, რომელთაც უჩნდებათ განწყობა, ავლენენ ასიმბალაციური სახის ტლანქ-დინამიკურ განწყობას (25—30%). უფროს ასაკებში ძირითადად თავს იჩენს მხოლოდ პლასტიკურ-სტატიკური განწყობა, რომელშიც წამყვანია ასიმბალაციური ილუზიებისა და ტოლობის მონაწილეობა. სამივე ფიგურაზე გამოვლენილი განწყობის ტიპი ან ტლანქ-დინამიკურია, ან პლასტიკურ-სტატიკური. ყველგან წამყვანი ასიმბალაციური ილუზიებია; ნახევარზე მეტს სრულიად არ უჩნდება განწყობა. ამრიგად, ეს ცდები გვიჩვენებენ, რომ ფიგურათა აბსტრაქციის პირობებში განწყობა ან არ ფიქსირდება, ან ფიქსირებული განწყობა მეტად სუსტია.

ცდების მექანიზმებში სერიოზული ცდისპირის საგანწყობო ცდებში ვუფიქსირებდით კონკრეტული მასალის აბსტრაქციის ნიადაგზე სიდიდის მიხედვით ფიგურების განსხვავების განწყობას (მარცხნივ დიდი და მარჯვნივ პატარა), კრიტიკულ ცდებში თანმიმდევრობით ვაძლევთ ერთნაირი ფორმისა და სიდიდის ტოლ წყვილ ფიგურებს; ე. ი. თუ წინა ცდებში აბსტრაქტული განწყობის შემუშავების ძალა მოწმდებოდა ერთ წყვილ კრიტიკულ ფიგურაზე, ახლა იგი მოწმდება ასეთი კრიტიკული ფიგურების 12 წყვილზე. ამ ცდებით გვინდოდა გვეჩვენებინა განწყობა რამდენად გენერალიზებულია, რამდენად ვრცელდება იგი განსხვავებული ფორმის ფიგურებზე (12 წყვილი ფიგურიდან ყოველი წყვილი ფიგურა ფორმით და სიდიდით ერთნაირია, მაგრამ ყოველი წყვილი ფორმით ურთიერთისაგან განსხვავებულია). ცდის შედეგები გვიჩვენებენ (ცხრილი 5), რომ ყველა ასაკის ცდისპირთა 50% სრულიად არ უჩნდება განწყობა. მიწოდებულ ყველა 14 ფიგურას აღიქვამს ადეკვატურად, ხოლო დანარჩენებისათვის ნიშნულია განწყობის ასიმბალაციური მიმდინარეობა; მაგალითად, 9—10-წლიანი ბავშვების 25%-ს ახასიათებს ტლანქ-დინამიკური, ასიმბალაციური განწყობა. ზემო ასაკში წამყვანია პლასტიკურ-სტატიკური განწყობა ასიმბალაციური ილუზიების სიჭარბით (20%—35%—33,4%). ამ შემთხვევაში ძნელი გასარკვევია—ეს ასიმბალაციური ილუზი-

ები განწყობის მოქმედების შედეგია, თუ იგი სტერეოტიპული პასუხებია. ცდისპირები ხშირად საგანწყობო ცდებში აქტიურად აღარებდნენ ერთმანეთს განსხვავებულ სიდიდეებს, კრიტიკულ ცდებში ეს აქტივობა დუნდება და ბოლოს არც უკვირდებიან ტაქსტოკოპის ფანჯარაში გამოჩენილ ფიგურებს და ისევ მექანიკურად იმეორებენ „მარცხნივ დიდია“. პასუხების ეს კატეგორია ცალკე გამოვყავით სტერეოტიპულ-მექანიკური პასუხებისაგან. ბავშვს ქცევაზე დაკვირვების შედეგებს თუ მივიღებთ მხედველობაში, მაშინ, უფრო ზუსტი იქნება განწყობის ეფექტად ჩავთვალოთ მხოლოდ პირველი პასუხები, შემდეგი პასუხები კი ჩავთვალოთ სტერეოტიპულ პასუხად. ამ თვალსაზრისით თუ შევხედავთ ჩვენ მასალას, მაშინ ყველა პასუხი გაიყოფა სამ ჯგუფად: განწყობის ფიქსაციის შეუძლებლობა (50%), სტერეოტიპული პასუხები და ასიმილაციური ილუზიები, რომელიც თავს იჩენს პირველი ორი წყვილი ფიგურის აღქმის დროს. ასეთი შედეგები გვარწმუნებს იმაში, რომ გონებით ჩამორჩენილ ბავშვებს ჩვენი ცდის პირობებში „აბსტრაქტული“ განწყობა ან სრულიად არ უმუშავდებათ, ან როცა უმუშავდებათ იგი იმდენად სუსტია, რომ მას განზოგადებელი ძალა არ გააჩნია.

მართლაც, ამ ცდებში გონებით ჩამორჩენილ ბავშვებს უჭირთ კონკრეტული მასალის აბსტრაქცია და წმინდა მიმართებებზე განწყობის შექმნა. ეს იქიდან ჩანს, რომ სხვა პირობებში, სადაც განწყობის შემუშავებისათვის მასალის აბსტრაქცია ნაკლებ როლს თამაშობს, მათ უმუშავდებათ მტკიცე განწყობა. მაგალითად, ლ. გერსამიას გამოკვლევის მიხედვით გამოირკვა, რომ აღქმის სფეროში ფიქსირებული განწყობა (კლასიკური მეთოდით) სტატიკურია და ირადირებელი, განწყობის გამოვლენა კონტრასტულ ილუზიებში იჩენს თავს.

ცდების მეოთხე სერიაში ცდისპირებს საგანწყობო ცდებში ეძლევათ უბოლო წრეები, კრიტიკულ ცდებში კი წყვილი ტოლი ფიგურები, რაც ცდების მეორე სერიაში იყო მიწოდებული. თუ ცდების მეორე სერიაში სუბიექტს ხელსაყრელი პირობები ჰქონდა აღნიშნული ფიგურების ილუზორულად აღქმისა, ამ შემთხვევაში განსხვავებულ წრეებზე შექმნილი განწყობის გამოვლენას და მოქმედებას ხელს უშლის ფიგურის გეშტალტის ფაქტორი. როგორც ეს ზრდადამთავრებულ ნორმალურ ადამიანებზე ჩატარებულმა ცდებმა უჩვენა, — მსგავსების მიხედვით რაც უფრო შორსაა კრიტიკული ფიგურა საგანწყობო ფიგურებისაგან, მით უფრო ძნელდე-

ბა განსხვავებული გეშტალტის მქონე ფიგურებზე განწყობის გადატანა, როდესაც ცდების პირველ სერიაში სიდიდის აბსტრაქციის გზით შექმნილი განწყობა ხელს უწყობს განსხვავებულ მასალაზე განწყობის მოქმედებას (ზ. ხოჯავას ცდების შედეგები).

გავარჩიოთ ცდების შედეგები (ცხრ. 6—7—8): უტოლო წრეებზე შეზღუდებული განწყობა ტოლი წრეების მიმართ 9-წლიან ბავშვებში თავს იჩენს თავიდანვე კონტრასტული ილუზიების სახით 75% შემთხვევაში. კონტრასტულ ილუზიათა საშუალო რაოდენობა უდრის 25,1-ს. ასაკის ზრდასთან ერთად თავიდანვე კონტრასტული ილუზიების გამოვლენა არ მცირდება, პირიქით. 15—16 წლიანებში იგი აღწევს 83,4%-ს (კონტრასტული ილუზიების საშუალო რაოდენობა—26,5); დანარჩენი პროცენტული მაჩვენებლები ნაწილდება ტოლობაზე და ასიმეტრიული ილუზიებზე.

რაც შეეხება საგანწყობო მასალიდან მსგავსების მიხედვით მცირედ დაშორებულ ფიგურას — ელიფსს, აქ განწყობის მოქმედების ეფექტი თუმცა წრეებთან შედარებით ბევრად უფრო მცირეა, მაგრამ მაინც იგი საკმარის გამოკვეთილად იჩენს თავს; 9-წლიანებში იგი უდრის 50%-ს. კონტრასტულ ილუზიათა რიცხვი უდრის 5-ს, 11—12-წლიანებში 70%-ს; შემდეგ ტოლობის ზრდის გამო, იგი მცირდება და 15—16-წლიანებში უდრის 41,7%-ს, სიმტკიცის მაჩვენებელი, 3,96-ია. რაც შეეხება მრავალკუთხედზე უტოლო წრეებით შექმნილი განწყობის გავრცელებას, აქაც თავიდანვე კონტრასტული ილუზიები საკმარის დიდია — 9-წლიანებში 50%-ია (სიმტკიცე 3,4), 11—12 წლიანებში 55%, 15—16 წლიანებში იგი დადის 33,3%-მდე (სიმტკიცე — 2,1).

განწყობის ჩაქრობის მიმდინარეობის ანალიზი შემდეგ სურათს იძლევა: კრიტიკულ ცდებში ტოლი წრეების მიწოდებისას ყველა ასაკის ბავშვთა დიდი უმრავლესობა სტატიკურ განწყობას ავლენს. მაგალითად, 9—10 წლიანებში იგი თავს იჩენს 77,5%-ით, 11—12 წლიანებში 90%, 10—14-წლიანებში 80%, 15—16 წლიანებში 75%. დამახასიათებელია განწყობის ტლანქი-სტატიკური ტიპი. უტოლო წრეებით ფიქსირებული განწყობის გამოვლენა ფიგურა ელიფსზე ძირითადად პლასტიკურ-სტატიკური მიმდინარეობით ხასიათდება; პლასტიკურ-სტატიკური განწყობა კი უფრო ჭარბადაა წარმოდგენილი ასიმეტრიული ილუზიებით. იშვიათია ტლანქი-სტატიკური განწყობის ტიპი. 15—16 წლიანებში თავს იჩენს განწყობის დინამიკურობა. მაგრამ განწყობის დინამიკურობა აქ უფრო ხშირად მოცემულია ასიმეტრიული ილუზიების სახით,

ფიგურები		წრე				ელფსი				პრავალკუთხედი			
	ასაყო შეფარდა	+	—	სტერ.	=	+	—	სტერ.	=	+	—	სტერ.	=
9—10	%	75	12,5		12,5	50	12,5	25	12,5	50	12,5	25	1,25
	მ.პ.მ.წ.	25,1				5				3,5			
11—12	%	75	15		10	70	5		25	55	5		40
	მ.პ.მ.წ.	24,8				3				2,1			
13—14	%	80	10		10	50	15		35	40	15		45
	მ.პ.მ.წ.	27				3,4				2		1	
15—16	%	83,4	8,3		8,3	41,7	8,3	8,5	41,7	33,3	8,3		59,4
	მ.პ.მ.წ.	26,5				3,6				2,1			

ფიგ.	წრე				ელფსი				პრეპარატები					
	ტლ. სტ.	პლ. სტ.	ტლ. დ.	ტლ. დ.	პლ. სტ.	ტლ. დ.	პლ. სტ.	ტლ. დ.	სტე-რეო	ტლ. სტ.	ტლ. დ.	პლ. სტ.	ტლ. დ.	სტე-რეო
9-10	75	12,5					12,5	50		25	25	25	12,5	25
11-12	65	25					10	5	55	20	20	30	15	40
13-14	60	20	10				10	5	40	20	5	5	40	40
15-16	41,7	33,3	25				8,3	33,4	8,3	8,3	11,7	25	16,7	58,3

ცხრილი 8

12 ფიგურა თანამიმდევრულად									
ფიგ.	ტლ. სტ.		პლ. სტ.		ტლ. დ.		პლ. დ.		სტე-რეო
9-10			50						12,5
11-12	5		30		5		15		10
13-14			40		5		20		8,3
15-16			25		25		8,3		33,4
									37,5
									35
									35
									33,4

ქშირია „ნულეული“, მაგალითად, 15—16 წლიანებში იგი უდრის 41,6%-ს.

რაც შეეხება მრავალკუთხედს, აქ ტლანქი სტატიკური განწყობა სრულიად არ გვხვდება. მცირე რაოდენობითაა წარმოდგენილი პლასტიკურ-სტატიკური განწყობის ტიპი. 13—14 წლიანებში დინამიკური განწყობის ტიპი ძლიერ სუსტი ტლანქი-დინამიკური მიმდინარეობის სახით დიდი რაოდენობითაა მოცემული. საერთოდ ამ ასაკისათვის დამახასიათებელია „ნულეული“, მაგალითად ეს უკანასკნელი უფროს ასაკებში უდრის 58,3%-ს.

ახლა ვნახოთ როგორ მოქმედებს უტოლო წრეებით ფიქსირებული განწყობა სიმულტანურად მიწოდებულ სიდიდით ტოლ და ფორმით ერთგვარ 12 წყვილი ფიგურის აღქმაზე. აქ ფიგურათა ექსპოზიცია იწყება ელიფსით. საბოლოოდ ცდისპირთა ნახევარზე ნეტი აქაც აღასტურებს განწყობის ეფექტს. განსაკუთრებით ხშირია პლასტიკურ-სტატიკური და ძლიერ სუსტი ტლანქი დინამიკური განწყობა, გვხვდება ძლიერ სუსტი ტლანქი დინამიკურიც, მცირე პროცენტით თავს იჩენს სტერეოტიპული პასუხებიც (ცხრილი 8).

თუ ახლა ამ მონაცემებს შევადარებთ ცდების მეორე სერიის შედეგებს, ვნახავთ, რომ ცდებში, სადაც განწყობის ფიქსაცია ხდება უტოლო წრეებით, და საჭირო არაა კონკრეტული მასალიდან მიმართების (მარცხნივ დიდის და მარჯვნივ პატარას) აბსტრაქცია, განწყობა საკმაოდ კარგად ფიქსირდება და მისი ზეგავლენაც მომდევნო აღქმაზე მკვეთრად იჩენს თავს. ტოლ წრეებში, სადაც საგანწყობო და კრიტიკული მასალის ფორმა ერთგვარია, როგორც წესი, ფიქსირებული განწყობა სტატიკურია და მტკიცე. როდესაც ფიგურები თავისი გეშტალტის მსგავსების მიხედვით თანდათან შორდება საგანწყობო მასალას (ელიფსი, მრავალკუთხედი), მაშინ განწყობის მოქმედება მკვეთრად სუსტდება, მაგრამ იგი მაინც გაცილებით მტკიცეა, ვიდრე მასალის აბსტრაქციის პირობებში ფიქსირებული განწყობა. მაგალითად, მეორე სერიაში სიმულტანური მიწოდების შედეგად ფიქსირებული განწყობის სიმტკიცის მაჩვენებელი არ აღემატება 1,2-ს, როდესაც საგანწყობო ცდებზე განსხვავებული წრეების მიწოდების შედეგად (მეოთხე სერია) ეს მაჩვენებელი აღწევს 27-ს; რაც შეეხება ელიფსზე განწყობის გავრცელების სიმტკიცეს, ცდების მეორე სერიაში კონტრასტული ილუზიების ყველაზე მაღალი მაჩვენებელი 1,3-ია, ყველაზე დაბალი კი

ც.3. მეოთხე სერიაში ეს მაჩვენებელი 9-წლიანებში უდრის 5—3,4-ს. ცდების მეორე სერიაში ფიქსირებული განწყობის ზუსტი მოქმედება თავს იჩენს მრავალკუთხედებთან. მაგალითად, აქ კონტრასტულ ილუზიათა რიცხვი არ აღემატება 0,2-ს; როდესაც ცდების მეოთხე სერიაში მრავალკუთხედზე უტოლო წრეებით ფიქსირებული განწყობის მოქმედება თავს იჩენს 9-წლიანებში 3,4 (კონტრასტული ილუზიის რაოდენობა), 11—12 წლიანებში 2,4-ს 10—14 წლიანებში 2-ს, ხოლო, 15—16 წლიანებში 2,1-ს. მეორე სერიის ცდებში მეტად მცირეა განწყობის სტატისტიკური მიმდინარეობა და სიტლანქე, დამახასიათებელია „ნულეული“ და ასიმბლაციური ილუზიები. ამ შემთხვევაში კრიტიკულ ცდებში მოწოდებულ ტოლ წრეებზე განწყობის ეფექტი თითქმის არ იჩენს თავს, როდესაც ცდების მეორე სერიაში ბავშვთა უმრავლესობა წინათ ფიქსირებული უტოლო წრეების ზეგავლენით ტოლ წრეებს აღიქვამს უტოლოდ და განწყობის მიმდინარეობაც უმრავლეს შემთხვევაში სტატისტიკურია და ტლანქი. აღნიშნული ცდების დანარჩენი მონაცემების შედარება ნათელს ხდის იმ გარემოებას, რომ კონკრეტული მასალიდან მიმართების აბსტრაქციის ნიადაგზე ფიქსირებული განწყობის შემუშავება და ასეთი განწყობის მოქმედება გაცილებით ძლიერია, მაშინ როდესაც განწყობის ფიქსაციისათვის საჭიროა მეტად მარტივი აბსტრაქციის აქტი (მარცხნივ დიდი და მარჯვნივ პატარა). ამ ცდების ნიადაგზე, ცხადია, რომ დებილ ბავშვებს არ შეუძლიათ სიტყვის, იდეის სფეროში, აგრეთვე, კონკრეტულ მასალიდან მიმართების აბსტრაქციის ნიადაგზე მტკიცე განწყობის ფიქსაცია, ე. ი. ისინი მოკლებული არიან ასეთი განწყობის შემუშავების უნარს, მაგრამ აქტუალურ სიტუაციაში, როდესაც განწყობის შემუშავებისათვის საჭიროა აღქმის სფეროში მიმართებათა უშუალო წვდომა ან კონკრეტული წარმოდგენები, ისინი ახერხებენ მტკიცე განწყობის შემუშავებას და ასეთი განწყობის ნიადაგზე მოქმედებას.

გასარკვევია, აღნიშნულ პირობებში განწყობის შემუშავების შეუძლებლობა ან სიძნელე შედეგია აბსტრაქციის, როგორც გონებრივი ოპერაციის დეფექტისა, თუ ამის მიზეზი სხვაგან უნდა ვეძიოთ. ცხადია, თუ ბავშვს კონკრეტული მასალიდან წმინდა მიმართულებების აბსტრაქციის უნარი არ აქვს, ამ სფეროში იგი განწყობას ვერ შეიმუშავებს; მაგრამ ამ ბავშვებზე დაკვირვება და ექსპერიმენტული მონაცემებიც ადასტურებენ, რომ კონკრეტული მასალიდან ერთი ნიშნის აბსტრაქცია ამ ბავშვებს შეუძლიათ.

მაგალითად, სკოლაში ბავშვები სწავლობენ არითმეტიკას, თვალსაჩინო გეომეტრიას, აწარმოებენ დიდ ციფრებზე ოთხ მოქმედებას, სწავებენ არითმეტიკულ ამოცანებს და სხვა, ე. ი. სწავლობენ ისეთ მასალებს, რომელნიც აუცილებლად მოითხოვენ ერთ ან ორი რიცხვის აბსტრაქციას და ამ აბსტრაგირებული ნიშნებით ოპერირებას. ამის დამადასტურებლად მოიპოვება ექსპერიმენტული მასალებიც. მაგალითად, ი. ხარშილაძემ გონებით ჩამორჩენილ ბავშვებზე ჩაატარა დ. უზნაძის მეთოდით ცნების შემუშავების ცდები; ამ ცდების შედეგად გამოირკვა, რომ ასეთი ბავშვები ახერხებენ სხვადასხვა ფერის, სიდიდის, ფორმის ფიგურებიდან ერთი ნიშნის აბსტრაქციას და ამ ნიშნით ოპერირებას, მისმარების გზით კი ახერხებენ განსხვავებულ საგანთა რიგიდან ორი ნიშნის აბსტრაქციასაც. მ. ყოლბაიამ შეისწავლა ბრიუნერის მეთოდით ასეთი ბავშვების განზოგადების უნარი. ამ ცდების ნიადაგზედაც გამოირკვა, რომ ასეთი ბავშვები მისმარების საშუალებით ახერხებენ ორი ნიშნის აბსტრაქციასა და განზოგადებას. აპრიგად, დაკვირვებები და ცდები ადასტურებენ, რომ გონებით ჩამორჩენილ ბავშვებს შესწევთ ელემენტარული აბსტრაქციის უნარი, ე. ი. ერთი კონკრეტული მასალიდან ერთი ან ორი ნიშნის აბსტრაქციისა და ამ ნიშნებით კონკრეტული აზროვნების სფეროში ოპერირების უნარი. ზ. ხოჯავას ცდებშიც ბავშვს მოეთხოვება მარტივი აბსტრაქციის ოპერაცია. უნდა აღინიშნოს, რომ ცდების პროცესში ინსტრუქციის გაგების ყველა სიძნელე მაქსიმალურად მოხსნილი იყო. მაგალითად, შენიშნულია, რომ გონებით ჩამორჩენილ ბავშვებს მარჯვენა და მარცხენა მხარეთა გაცნობიერება და მხარეების მიმართების ნიადაგზე გონებრივი ოპერაციები შეუძლიათ მხოლოდ 11—12 წლის ასაკიდან (ჩვენი გამოკვლევა „მსჯელობა მიმართებებზე“). ამიტომ ჩვენ ინსტრუქციაში ცდისპირს ვთხოვდით ამ მიმართებების არა სიტყვიერ აღნიშვნას, არამედ თითოთ ჩვენებას (რომელ მხარეზეა დიდი ფიგურა და რომელზეა პატარა); კიდევაც იგი თათით გვიჩვენებდა: „აქეთ დიდი, იქეთ პატარა“. ამრიგად, ჩვენ ცდებში აღნიშნული სიძნელეც მოხსნილი იყო. უნდა აღინიშნოს ის გარემოებაც, რომ ამ ცდებში 12 წლამდე ყველა ბავშვი, რომელსაც, ჩვენი ინსტრუქციის პირობებში უძნელდებოდა თუ არ უძნელდებოდა მარჯვენა და მარცხენა მხარეთა გარჩევა, შედარებით ერთგვარ პასუხებს იძლევა; 9-დან 16 წლამდე განწყობის შემუშავებისა და ჩაქრობის თავისებურების მიხედვით

მკვეთრი განსხვავება არ აღინიშნება, რაც იმაზე მეტყველებს, რომ ჩვენი ინსტრუქცია განწყობის ფიქსაციის ხელისშემშლელი არაა. საერთოდ ცდები იმდენად მარტივა — მხარეთა შორის მიმართება იმდენად გაააგებია და კონკრეტულ სიტუაციაშია მოცემული, რომ განწყობის ფიქსაციის ყველა ხელისშემშლელი ფაქტორი მაქსიმალურად გამორიცხულია, მიუხედავად იმისა იგი ან ვერ ახერხებს განწყობის ფიქსაციას. ან ფიქსირებული განწყობა ძლიერ სუსტია. ამის მიზეზი ალბათ ისაა, რომ ბავშვს არ გააჩნია, აბსტრაქციის, როგორც გონებრივი ოპერაციის წარმოების მოთხოვნილება, იგი ინერტობას, შინაგან ინაქტივობას აჟღერებს ისეთი ოპერაციების მიმართ, რომლებიც აბსტრაქციას საჭიროებენ. უნდა აღინიშნოს ის გარემოებაც, რომ ამ ცდების სპეციფიკა იმაში მდგომარეობს, რომ აქ ბავშვმა, თვითონ, დამოუკიდებლად, უნდა მიმართოს ობიექტივაციის აქტს, მექანიკურად კი არ გააძეოროს „აქეთ დიდი და იქით პატარა“, არამედ, ამავე დროს, საგანწყობო ცდებში უნდა „შეიჩერდეს“ თითოეულ ფიგურაზე, ყურადღება მიაქციოს წყვილ ფიგურათა შორის არა ფორმით, არამედ სიდიდის მიხედვით განსხვავებას. ასეთი ყურადღების მიქცევის ან, შეიძლება ითქვას, ობიექტივაციის აქტის გარეშე კონკრეტული მასალის აბსტრაქცია და მარჯვნივ პატარა და მარცხნივ დიდის გულისხმობის განწყობის ფიქსაცია შეუძლებელია. მხოლოდ უშუალოდ აღქმული სიდიდეების, წყვილ ფიგურათა შორის სიდიდის მიხედვით განსხვავების გაშვება აქ არაა საკმარისი, ბავშვებმა საგანწყობო წყვილ ფიგურათა მთელი მწკრივიდან, რომელშიც მწკრივის ყოველი წყვილი ფორმით განსხვავებულია, სიდიდით კი ერთგვარი, უნდა გამოყონ სიდიდის მიხედვით მისი სივრცეში განლაგება და ამ იდეით იხელმძღვანელონ ყოველი წყვილი ფიგურის აღქმის დროს. ყოველი საგანწყობო ცდა მათში უნდა იწვევდეს ობიექტივაციის ნიადაგზე აბსტრაგირებული მიმართების ფიქსაციას. სწორედ ასეთი აქტივობის (ობიექტივაციის) დაქვეითება განაპირობებს ამ ცდებში განწყობის ფიქსაციის შეუძლებლობას, ისევე, როგორცეს ხდება სიტყვით რეპრეზენტირებულ სიტუაციაში. ასეთი ბავშვებისათვის დამახასიათებელია სწორედ სპეციფიკური ადამიანური აქტივობის ობიექტივაციის სისუსტე, ფსიქიკურის მეორე დონეზე ქცევისათვის აუცილებელი აქტივობის დაქვეითება, განსაკუთრებით წარმოსახული, იდეური სიტუაციის საფუძველზე განწყობის ფიქსაციის დიდი სიძნელე. სწორედ ფსიქიკურის მეორე დონეზე განწყობის შემუშავების სიძნელე განა-

პირობებს ინტელექტუალური ოპერაციების სიძნელეს, კერძოდ, ერთი გონებრივი ოპერაციიდან მეორეზე გადანაცვლებისას რიგიდობის გამოვლენას. როგორც ჩანს, გონებით ჩამორჩენილ ბავშვებში ქცევის რიგიდობა მაშინ იჩენს თავს, როცა აუცილებელია გადანაცვლების მომენტში ობიექტივაციის აქტი, იდეურ სიტუაციაში განწყობის შემუშავება. ობიექტივაციის დონეზე თვითაქტივობის დაქვეითების გამო, ასეთ ბავშვებს სპონტანურად, სათანადო დახმარების გარეშე, არ შეუძლიათ ახალ გონებრივ ოპერაციებზე გადანაცვლება.

В. Г. НОРАКИДЗЕ

ОСОБЕННОСТИ ВЫРАБОТКИ УСТАНОВКИ В ВООБРАЖАЕМОЙ СИТУАЦИИ НА АБСТРАКТНЫЕ ОТНОШЕНИЯ У ДЕТЕЙ-ОЛИГОФРЕНОВ

(Институт психологии им. Д. Н. Узнадзе АН ГССР)

Резюме

У умственно отсталых детей установка в воображаемой ситуации и на абстрактные отношения не вырабатывается или вырабатывается с трудом даже тогда, когда они обладают способностью производить умственные операции (операция сравнения, абстракции), необходимые для выработки такой установки. Трудность выработки установки в области представления и абстрактных отношений обуславливает трудности интеллектуальных операций.

Ригидность поведения умственно отсталых детей (резистентность к изменениям поведения) в процессе интеллектуальной активности проявляется в том случае, когда необходима выработка установки в воображаемой ситуации. Поэтому, а также вследствие понижения активности на уровне объективации умственно отсталым детям трудно спонтанно, без соответствующей помощи переключиться на новую операцию.

6. რეზიუმე

შიშის სინდრომის ფსიქოპათოლოგიისათვის ბავშვთა და მოზარდთა შიზოფრენიის დროს

(მ. ასათიანის სახ. ფსიქიატრიის სამეცნიერო-კვლევითი ინსტიტუტი)

საბჭოთა და საზღვარგარეთული ლიტერატურული მონაცემების საფუძველზე შიზოფრენიული პროცესის ნაადრევი დიაგნოსტიკა, როდესაც ის იწყება ბავშვთა ასაკში, აწყდება ერთგვარ სიძნელეებს, მითუმეტეს, როდესაც შიზოფრენია იწყება ნევროზისმაგვარი გამოვლინებით. ამ უკანასკნელის დროს, ყველაზე ხშირად ვხვდებით შიშის სინდრომს, რომელიც თავისი კლინიკური გამოვლინებით წააგავს ნევროზული გენეზის შიშებს.

შიშის რეაქციები უმეტესად ვლინდება ფილოგენეტიკური განვითარების ყველაზე ნაადრევ საფეხურზე, ამიტომ შიშები, რომლებიც ვითარდებიან ბავშვთა ასაკში, წარმოადგენენ ყველაზე უნივერსალურ რეაქციას ბავშვთა კლინიკის ფსიქოპათოლოგიაში. სუბარევას გამოკვლევების მიხედვით, ნაადრევი ასაკის შიშები არ შეიძლება იყოს განხილული, როგორც ავადმყოფობის, ამ სიტყვის სრული მნიშვნელობის, გამომხატველი, რადგანაც ისინი შეიძლება მივიჩნიოთ ფიზიოლოგიურ, პასიურ-თავდაცვით რეაქციად (პავლოვი), რაც ესოდენ დამახასიათებელია ბავშვებისათვის. შემდგომში, ზრდასთან და განვითარებასთან ერთად, მიდრეკილება შიშისადმი თანდათანობით კლებულობს და ბოლოს სავსებით ქრება.

შიშები კვლავ შეიძლება აღმოცენდნენ ფსიქიკური ტრავმის ზეგავლენის ან არასწორი აღზრდის შედეგად, ამ შემთხვევაში შიში იღებს შედარებით მყარ ხასიათს.

ყველაზე ხშირად შიშები გვხვდება ბავშვთა ნაადრევ ასაკში (2—4 წ) როდესაც არსებობს ერთგვარი დისოციაცია ჯერ კიდევ

მოუმწიფებელ ფსიქიკასა და ყოველ ახალ სიტუაციას შორის (ნავ-
ლიანსკაია, სკანავი, ვიშნევსკაია).

ბავშვთა ასაკში წარმოშობილ შიშების ერთერთ დამახასია-
თებელ ნიშანს წარმოადგენს ის, რომ მათი აღმოცენება დაკავში-
რებულია უშუალო ტრავმული გამღიზიანებლის არსებობასთან.
შედარებით მოზრდილ ასაკში კი (7—12 წლები) შიშები ვითარ-
დებიან წარმოდგენის, მომავალში შესაძლო ტრავმული სიტუაციის
მოლოდინში.

ნაადრევ ასაკში წარმოშობილ ნევროტულ შიშებს ახასიათებს
რუდიმენტულობა, ეპაზოდურობა, ასაკობრივ ზრდასთან ერთად
შიშები იძენენ უფრო მყარ ხასიათს და თავისი კლინიკური გამოვ-
ლინებით ემსგავსებიან მოზრდილთა ნევროზულ გამოვლინებათა
კლინიკას.

ცნობილია, რომ ფსიქოგენური რეაქციები, კერძოდ შიშები,
უპირატესად უვითარდება სუსტი ნერვული სისტემის მქონე ბავ-
შეებს. დაფუძნება შეიძლება იყოს თანდაყოლილი, ან გაპირობე-
ბული სხვადასხვა მავნე მომენტებით: ინფექციები, ინტოქსიკაციე-
ბი, გადაღლა, უძილობა და სხვა.

სუხანოვის, სუხარევის და სკანავის აზრით, შიშის ნევროზი
უვითარდებათ ისეთ ბავშვებს, რომლებიც გამოირჩევიან თავის
ტოლ-ამხანაგებისგან ზედმეტი მგრძნობიარობით, შთაბეჭდილიანო-
ბით, დაძაბულობით და სხვა.

ჯერ კიდევ იასპერსმა აწერა ტრიადა, რომლითაც ხასიათდება
ფსიქოგენური რეაქციების კლინიკური თავისებურებანი: 1. ავად-
მყოფობის დაწყება დაკავშირებულია ფსიქიკურ ტრავმასთან, 2.
ფსიქოპათოლოგიური აშლილობათა შინაარსი გამომდინარეობს
ტრავმული მომენტისაგან და მათ შორის არსებობს ფსიქოლოგიუ-
რად გასაგები კავშირები, და 3. დადებითი პროგნოზი.

ხანგრძლივი კლინიკური დაკვირვების შედეგად დადგენილია,
რომ ზოგიერთი შიში, რომელიც განვითარებულია ბავშვთა ასაკში,
არ ექვემდებარება ზემოთ აღნიშნულ მიმდინარეობას და წარმოად-
გენს ერთ-ერთ ნაადრევ სიმპტომს მძიმე ფსიქიკურ დაავადებისა,
კერძოდ, ბავშვთა ასაკის შიზოფრენიისა.

ბავშვთა ასაკის ფსიქოზების მკვლევართა შორის იყო ცდა ჩა-
მოეყალიბებინათ თავისებურებანი, რომლებითაც დახასიათდებო-
და შიშის სიმპტომი შიზოფრენიის დროს (სუხარევა, სიმსონი, ნავ-
ლიანსკაია, ჩენოვა, ვრონო, ვიშნევსკაია და სხვა). მათი დაკვირ-
ვებიდან გამომდინარეობს, რომ შიში, რომელიც წარმოადგენს

ერთ-ერთ სიმპტომს შიზოფრენიის ინიციალურ სტადიაში, ხასიათდება ამორფულობით, დიფუზურობით, უზრობით, ახირებულობით, სიმბოლიურობით, სიტუაციასთან შეუსაბამისობით და შედარებით მყარი ხასიათისაა, განიცდის გენერალიზაციას და ხშირად ტრანსფორმაციას აკვიატებულ შიშში, მდგომარეობაში და წარმოდგენს ბოდვის განვითარების საფეხურს (სუხარევა).

სემენოვსკაიამ 4 წლის განმავლობაში აწარმოა დაკვირვება შიშის სინდრომზე შიზოფრენიის სხვადასხვა ტიპის მიმდინარეობის და ასაკობრივი ცვლილებების დროს. მან გამოყო სამი ჯგუფი: 1. პერიოდული მიმდინარეობით, 2. პერიოდული-პროგრადიენტული მიმდინარეობით და 3. დუნედ მიმდინარე შიზოფრენია.

როგორც დაკვირვებებმა უჩვენა, ამ სამივე ჯგუფის ავადმყოფებში, თუ დაავადება დაწყებული იყო სკოლამდელ ასაკში, შიშები ატარებდა დიფუზურ ხასიათს, აღინიშნებოდა შიშები ახალი სიტუაციის, უცნობი ადამიანების, ახალი ტანაცმლის, საჰმლის, სიბნელის, ცხოველებისა და სხვათა მიმართ. ამ ასაკისათვის დამახასიათებელია აგრეთვე ღამის შიშების არსებობა. შიშის აფექტს ამ შემთხვევაში, თან სდევს მორტორული მოუსვენრობა, გამოხატულია სომატო-ვეგეტატიური აშლილობანი. ხშირად შიშების შინაარსი დაკავშირებულია სიზმრებთან, რაზედაც მეტყველებენ ბავშვების წყვეტილი გამოთქმები: „ავი ძალი მომღვეს“, „სათამაშო წამართვეს“ და სხვა. დროთა განმავლობაში ღამის შიშებს ემატებათ დღის შიშები, მათი თემატიკა ფართოვდება. გარდა ზემოთაღნიშნულისა ამ ასაკისათვის აგრეთვე დამახასიათებელია მდგომარეობა, რომელიც ემსგავსება ეგზოგენური ტიპის რეაქციებს. შიშები გაპირობებულია ილუზიებით, ჰალუცინაციებით. ავადმყოფები იღვიძებენ ყვირილით, არწმუნებენ მშობლებს, რომ ხედავენ ჭიანჭველებს, თაგვებს, ხოჭოებს, რომლებიც მათ საწოლზე ცოცავენ. სხვა ეგზოგენური ფენების ფსიქოზურ მდგომარეობებთან დაპირისპირებით გამოირკვა, რომ ასეთი დელირიოზული სინდრომი იდენტურია დელირიოზული მდგომარეობისა შიზოფრენიის დროს. განსხვავება მხოლოდ იმაში მდგომარეობს, რომ შიზოფრენიული პროცესის მიმდინარეობის დროს შიშები უფრო ადრე იხსნება, ვიდრე ალქმის პათოლოგია. ეს იმაზე მეტყველებს, რომ ხსენებული სინდრომი გაპირობებულია ასაკობრივი ფაქტორით და არა დაავადებით.

ამრიგად, შიშის კლინიკური გამოვლინება შიზოფრენიის მიმდინარეობის სამივე ვარიანტის დროს თითქმის ერთნაირია.

მეორე ასაკობრივი კრიზის დროს (7—9 წ.) შიშები ატარებენ უფრო რთულ ხასიათს, ისინი დაკავშირებული არიან აღქმის ან აზროვნების პათოლოგიასთან. პერიოდული მიმდინარეობის შიზოფრენიის დროს წამყვანი ადგილი უკავია მხედველობით პალუცინაციებს, შიშები ატარებენ მონოთემატიურ ხასიათს.

შიზოფრენიის შუბისმავგარი მიმდინარეობის დროს მხედველობითი პალუცინაციები ატარებენ ფრაგმენტულ, დაუსრულებელ ხასიათს. ავადმყოფი ხედავს მარტო თვალებს, ხელებს, რაღაცას, რის აღწერაც შეუძლებელია. შიშები ატარებენ პოლითემატიურ ხასიათს. აღსანიშნავია, რომ შიში შეხამებულია გაძლიერებული ლტოლვით ყოველგვარი ხიფათისადმი.

უფროსი ასაკის ბავშვებში შიშები დაკავშირებულია ბოდვის შინაარსთან. ღვენი იღებთან და გარემოს ბოდვით აღქმასთან.

შიშის სინდრომის განვითარებაზე დაკვირვებამ უჩვენა, რომ შიზოფრენიული პროცესის განვითარებასთან ერთად რთულდება შიშის სინდრომის გამოვლინებაც — უსაგნო შიშიდან ჩამოყალიბებულ ბოდვამდე.

ღუნედ მიმდინარე შიზოფრენიის დროს აღსანიშნავია შიშის თემატიკის გაფართოება, აფექტური დაძაბულობის თანდათანობითი შესუსტება და რიტუალების წინ წამოწევა.

მიუხედავად ზემოთ აღნიშნულისა, შიშის სინდრომის დიფერენცირება ნევროზული მდგომარეობისა და შიზოფრენიული პროცესის განვითარების ნაადრევ ეტაპზე გარკვეულ სიმძნელეს წარმოადგენს და მოითხოვს ხანგრძლივ კლინიკურ დაკვირვებას, მითუმეტეს, რომ იგი ზოგჯერ არ იპყრობს არც მშობლების და არც პრაქტიკულად მომუშავე ექიმების ყურადღებას, მაშინ როცა ეს სიმპტომი ხშირად შეიძლება იყოს ერთ-ერთი მრისხანე სიმპტომი მძიმე დაავადებისა, კერძოდ, შიზოფრენიის განვითარებისა.

ჩვენი კვლევის ძირითად მიზანს შეადგენდა მოგვეჩვენა ისეთი დიფერენციულ-დიაგნოსტიკური კრიტერიუმი, რომელიც გამოდგებოდა შიშის სიმპტომის კვალიფიკაციისათვის დაავადების ნაადრევ პერიოდში.

როგორც ზემოხსენებული ავტორების გამოკვლევებიდან ჩანს, შიშის სიმპტომი ვითარდება გარკვეულ პიროვნულ ნიადაგზე და, გარდა ამისა, ცნობილია, რომ ფსიქოზი იქნება ეს თუ ნევროზი, საქმე გვაქვს ავადმყოფურად შეცვლილ პიროვნებასთან. აქედან გამომდინარე, კვლევის მეთოდად, გარდა კლინიკური დაკვირვებისა, ჩვენ გამოვიყენეთ ფიქსირებული განწყობის მეთოდი, რომე-

ლიც ამჟამად მიღებულია როგორც საბჭოთა, ისე საზღვარგარე-
ულ ფიქსირებუროლოგიაში. როგორც პიროვნების კვლევის ერთ-
ერთი მეთოდი. ფიქსირებული განწყობის მეთოდი გამოყენებულია
ჯათოფსიქოლოგების მიერ ისეთ დაავადებათა შესასწავლად, რომ-
ლებიც იწვევენ ცვლილებებს ავადმყოფის პიროვნებაში. ამგვა-
რად იყო შესწავლილი შიზოფრენია, ეპილეფსია, პროგრესული
დამბლა, პისტერია, რეაქტიული მდგომარეობანი და სხვა, მოზრ-
დილ ავადმყოფთა შორის.

ჩვენ ექსპერიმენტულად შევისწავლეთ ავადმყოფთა ორი ჯგუ-
ფი. პირველი ჯგუფი აერთიანებს 20 შემთხვევას შიზოფრენიის
დიაგნოზით, მეორე — 15 ავადმყოფს ნევროზული მდგომარეო-
ბით, 6—15 წლის ასაკამდე.

პირველი ჯგუფის ავადმყოფთა აქტუალური ფიქსირებული
განწყობა ხასიათდება: ადვილი აგზნებადობით, ინერტულობით,
სიტლანქით, სტატიკურობით, კონსტანტობით, ირაღიაციით, გე-
ნერალიზაციით, სტაბილობით, რასაც პირობითად ეწოდება
ტლანქი-ინერტული, ირადირებული ტიპის განწყობა.

მონაცემები, რომლებიც ჩვენ მივიღეთ, ეთანხმება მესტიაშ-
ვილის მიერ მიღებულ შედეგებს მოზარდთა შიზოფრენიის ინიცი-
ალურ სტადიის შესწავლისას.

ავადმყოფთა პირველ ჯგუფში განწყობა სიტყვით სიტუაცი-
აში ან არ ფიქსირდება, ან ხასიათდება სისუსტით, პლასტიურო-
ბით, რაც მიუთითებს ერთგვარ დისოციაციაზე ფსიქიკის მოქმე-
დების პირველსა და მეორე დონეთა შორის.

მეორე ჯგუფის ავადმყოფთა ფიქსირებული განწყობა (10
ავადმყოფი) არ ხასიათდება ერთგვარობით, მათი განწყობა, რო-
გორც აქტუალური, ისე სიტყვით სიტუაციაში პლასტიკურია, დი-
ნამიური, ვარიაბილური, მათ შორის ორ ავადმყოფს განწყობა
ნულეული ჰქონდა, ე. ი. მისი ფიქსაცია ვერ მოხერხდა.

როგორც ლიტერატურული მონაცემებიდან არის ცნობილი
(პიაჟე და ლამბრესიე), ფიქსირებული განწყობა სკოლაჰდელ ასა-
კის ბავშვებში ხასიათდება ინერტულობით. ბავშვის ზრდასთან ერ-
თად განწყობა იძენს პლასტიკურობას და დინამიურობას და 10—
12 წლის ასაკიდან იგი ძეითივეა, როგორც ჯანმრთელ, ზრდადასრუ-
ლებულ ადამიანებში. ამიტომ, ჩვენი აზრით, ინერტულობა, რო-
მელიც გვხვდება გამოკვლეულ ავადმყოფთა შორის (6 ავადმყო-
ფი 6—10 წლამდე) არ შეიძლება მივიჩნიოთ მათთან განწყობის

შიზოფრენიისათვის დამახასიათებელ თვისებად. მაგრამ კონსტანტობა და სიტლანქე, შესაძლებელია სწორედ ის პარამეტრები იყოს, რომელთა გათვალისწინება საშუალებას მოგვცემს ვიმსჯელოთ პროცესუალურ დაავადებაზე.

ჩვენ გამოვყავით ცალკე ჯგუფად 5 ავადმყოფი, რომლებიც შიშის სინპტომის კლინიკური გამოვლინებით მიეკუთვნებიან ნევროზების ჯგუფს, მაგრამ ფიქსირებული განწყობის ტიპი კი ისეთია, როგორც შიზოფრენიით დაავადებულ ჯგუფს ავადმყოფებში. აღცალელებელია კატამნეზური დაკვირვება, რომ საბოლოოდ დადგინდეს ღრჩებიან ისინი ნევროზის ფარგლებში, თუ მათ განუვითარდებათ შიზოფრენიული პროცესი.

შეუძლებელია მხედველობის გარეშე დაეტოვოთ შიზოფრენიული წარმოსმობის შიშის თავისებური ხასიათი. ეს შიშები, როგორც აღვნიშნეთ, ატარებს აბსურდულ, გაუგებარ, სიტუაციის მიმართ არაადეკვატურ, დიფუზურსა და ხშირად აბსტრაქტულ ხასიათს. რითი უნდა იყოს გაპირობებული შიშის განცდის აღნიშნული თავისებურებანი? შესაძლოა ისინი განსაზღვრულია დაავადებული ადამიანის პიროვნული ცვლილებებით, რომლებიც წინ უსწრებენ თვით ფსიქოზის მანიფესტაციას, ანდა წარმოადგენენ ავადმყოფის ინტელექტუალურ-მნესტიკურ შესაძლებლობების პათოლოგიური შეცვლის შედეგს? საკითხის გასარკვევად აუცილებელი გახდა შეგვესწავლა ინტელექტუალურ-მნესტიკური პროცესები უკვე ჩამოყალიბებული პროცესუალური წარმოსმობის შიშების შემთხვევაში.

შიზოფრენიით დაავადებულთა ინტელექტუალურ-მნესტიური შესაძლებლობანი დიდი ხანია, რაც ფსიქიატრებისა და ფსიქოლოგების ყურადღებას იქცევს. მაგრამ ერთიანი აზრი ამ საკითხზე დღემდე არ არსებობს. მაგალითად, ბლეილერი ამტკიცებს, რომ შიზოფრენიის დროს არ გვხვდება ის დარღვევები ინტელექტუალურ-მნესტიური სფეროს მხრივ, რომელიც დამახასიათებელია ტვინის ორგანული დაავადებისათვის. იგი მიუთითებს, რომ ძირითადი დარღვევები მდგომარეობს ფსიქიკის „სხიზისში“ — გახლეჩაში. ჯექსონი თვლის, რომ შიზოფრენიის დროს ქვეითდება ესა თუ ის შედარებით ადრეული ონტო ან ფილოგენეტიური დონე. კლაისტი ცდილობს აზროვნების დარღვევები ახსნას ტვინის გარკვეული ზონის ლოკალური დაზიანებით. გურევიჩი აღნიშნავს, რომ შიზოფრენიის დროს ინტელექტუალურ-მნესტიური დაზიანება არ არის წამოწყებული წინა პლანზე და რომ შიზოფრენიის

დროს კვუასუსტობა ატარებს სპეციფიკურ ხასიათს და განსხვავდება ორგანული კვუასუსტობისაგან. შიზოფრენიის დროს ინტელექტი და მეხსიერება ფორმალურად და პოტენციურად შენახულია. გილიაროვსკი სთვლიდა, რომ შემეცნებითი პროცესი ირღვევა მთლიანად მისი საწყისი რგოლებიდან. ვიგოცკომ წამოაყენა კონცეფცია ცნებითი აზროვნების დარღვევის შესახებ შიზოფრენიის დროს. კერბიოვი მიუთითებდა რომ შიზოფრენიის შემთხვევაში ცოდნის ადრინდელი მარაგი დიდი ხნის განმავლობაში შედარებით შენახულია. აქ არ არის მეხსიერების უხეში პათოლოგია. ავადმყოფს, ყურადღების კონცენტრირების შემთხვევაში, შეუძლია რთული გონებრივი ოპერაციების შესრულება. ამ დროს დარღვეულია არა ცალკეული ინტელექტუალური ფუნქციები, არამედ მათი გამოყენებას უნარი.

სუხარევის, სიმსონის, მამცევის და ვრონოს აზრით, შიზოფრენიის დროს ირღვევა არა წარმოსახვითი, არამედ აბსტრაქტული აზროვნების სფერო. შენდეროვა მიუთითებს, რომ სპეციალური ფსიქოლოგიური გამოკვლევები მიუთითებენ თავისებურ საერთო უკმარისობაზე, რომელიც გაპირობებულია არა ინტელექტუალური დარღვევებით, არამედ სპონტანური ინდივიდუალური აქტიურობისა და შემოქმედებითი საქმიანობის უნარის დაქვეითებით.

პოლიაკოვისა და მისი თანამშრომლების მიერ ფსიქოლოგიური მეთოდების გამოყენებით შესწავლილი იქნა აზროვნების პროცესები ქაბუკობის ასაკში დაწყებული შიზოფრენიის ისეთ შემთხვევებში, სადაც გამოხატული იყო შიზოფრენიული დეფექტი და ნეგატიური სიმპტომატიკა.

ჩატარებული კვლევის შედეგად ავტორები ასკვნიან, რომ აზროვნების პროცესის გაუქვლმართება შიზოფრენიის დროს ძირითადად გაპირობებულია საგანთა შესახებ მიღებული ცოდნის გამოყენების შესუსტებით. ავადმყოფები ამოცანის გადაჭრისას უპირატესად ობიექტების გამოცდილების მიხედვით ნაკლებ ღირებულებს, ე. წ. ლატენტური ნიშნებით სარგებლობენ.

მ. საყვარელიძის გამოკვლევის მიხედვით, შიზოფრენიით დაავადებულთა აზროვნების პროცესში არ ხდება ამოცანის შესატყვისის განწყობის დიფერენციაცია და ჩამოყალიბება. ძირითადი დარღვევა აქ განწყობის ობიექტთან დინამიკური შეგუების დარღვევას ეხება და სწორედ ეს განსაზღვრავს აზროვნების პროცეს-

სის არაადეკვატურ მიმდინარეობას შიზოფრენიით დაავადებულ პაროვნებასთან.

იმის დასადგენად თუ რა დამოკიდებულება არსებობს ინტელექტუალურ-მნესტიკურ შესაძლებლობასა და შიშის შინაარსს შორის, შევისწავლეთ უწყვეტად მიმდინარე შიზოფრენიით დაავადებული 14 ავადმყოფი, 10—16 წლამდე, უბრაატესად, ვაჟები.

მეხსიერების კვლევა. მეხსიერების მოქმედება ჯამონაბატება იმაში, რომ წარსული გავლენას ახდენს ახალ შთაბეჭდილებაზე. ამაში მდგომარეობს აღქმისათვის დამახასიათებელი ერთიანობა წარსული და აწმყო შთაბეჭდილებებისა. მეხსიერება არის წარსული შთაბეჭდილებათა კვალი, რომელიც ცნობიერებაში წარმოდგენის სახით აისახება. წარმოდგენის ულემენტალურ ფორმად ითვლება თანმიმდევარი ხატი, რომელიც ხანმოკლე მეხსიერების უმარტივესი ფორმაა.

ხანმოკლე მეხსიერებას ვიცვლევიდით 8 ციფრის, 10 სიტყვისა და 10 უაზრო მარცვლის რეპროდუქციის საშუალებით. აღნიშნულ მასალას ავადმყოფს ვაწვდიდით ზეპირად, ერთხელ ცდის განმავლობაში. გარდა უაზრო მარცვლებისა, რომლებსაც ვუმეორებდით ორჯერ. პასუხების რეგისტრაციას ვაწარმოებდით მაშინვე. დღის განმავლობაში ციფრებს ვუმეორებდით სამჯერ, სიტყვებს ათჯერ, უაზრო მარცვლებს რვაჯერ. ავადმყოფი თავიდანვე გაფრთხილებული იყო, რომ ვიცვლევიდით მის მეხსიერებას და მოვითხოვდით მესგან ყურადღებით ყოფილიყო და რეპროდუქციის დროს დაეცვა მიწოდებული მასალის თანმიმდევრობა.

პირველი ექსპოზიციის შემდეგ სწორად იყო დამახსოვრებული საშუალოდ 7 ციფრი, 8 სიტყვა და 4 უაზრო მარცვალი. მიღებული შედეგები გვიჩვენებს, რომ შიზოფრენიით დაავადებული ავადმყოფის მეხსიერება მცირედ განსხვავდება ჩანმრთელი, იმავე ასაკის ბავშვის მეხსიერებისაგან, რომელიც თავიდანვე იმახსოვრებს თითქმის მთელ მასალას. გარდა ამისა, განსხვავება იმაშია, რომ ავადმყოფი არავითარ ყურადღებას არ აქცევს თანმიმდევრობას, მიუხედავად ხელმეორე გაფრთხილებისა.

ცდის გამეორებისას მეხსიერების მოცულობა იზრდება, განსაკუთრებით მე-6—7 ცდაზე 9—10 სიტყვამდე. მაგრამ ცდის ბოლოს დამახსოვრებული მასალის რიცხვი მცირდება 7—6-მდე. გარდა ამისა შემჩნეულია, რომ ავადმყოფი იმეორებს უკვე ერთხელ რეპროდუცირებულ მასალას, ე. ი. ადგილი აქვს პერსევერაციებს.

იგივე, მაგრამ უფრო გამოხატულად, მეორდება უაზრო მარცვლების დამახსოვრების შემთხვევაში.

ავადმყოფს შეუძლია დამახსოვრებული მასალის რეპროდუქცია მეორე და მეხუთე დღეს: ციფრების — 6—7, სიტყვების 6—7, უაზრო მარცვლების 2—3.

ექსპერიმენტული მონაცემების ანალიზი იგვიჩვენებს, რომ მეხსიერების სამივე ფუნქცია — ფიქსაცია, რეტენცია, რეპროდუქცია, ავადმყოფებს შენახული აქვთ. არ აღინიშნება მეხსიერების თვისობრივი ცვლილება, თუმცა რაოდენობრივად აღსანიშნავია მეხსიერების დონის უმნიშვნელო დაქვეითება ჭანმრთელ მოსწავლეთა მეხსიერებასთან შედარებით. აღსანიშნავია მეხსიერების განლევადობა, სისუსტე, რაზედაც მიუთითებს დამახსოვრებული მასალის შემცირება ცდის ბოლოს და პერსევერაციების არსებობა, რაც თავის მხრივ, ინერტულობის მაჩვენებელია რეპროდუქციის პროცესში.

მეხსიერება არა მარტო შთაბეჭდილებათა კვალია, არამედ მისი შენახვისა და აღდგენის უნარიც. თუ როგორი კავშირი იქნება დამყარებული შთაბეჭდილებათა შორის არ არის დამოკიდებული მეხსიერებაზე, იგი მყარდება ასოციაციის კანონის საფუძველზე. წარმოდგენათა შორის კავშირების თავისებურების შესასწავლად, ჩვენ გამოვიყენეთ სურათების საშუალებით სიტყვების დამახსოვრების ლეონტიევისა და ზინკოვის მეთოდი.

ცდისპირმა უნდა დაამყაროს გარკვეული კავშირი სიტყვასა და იმ სურათს შორის, რომელსაც ამოირჩევს სიტყვის დამახსოვრების მიზნით. ამ კავშირის საშუალებით ავადმყოფმა უნდა გაიხსენოს სიტყვა და მოახდინოს მისი რეპროდუქცია.

როგორც გამოკვლევებიდან ჩანს ავადმყოფები ამყარებენ კავშირებს სიტყვასა და სურათებს შორის ობიექტურად, სუბიექტურად და ანალოგიის მიხედვით. პირველ ადგილზეა ობიექტური კავშირები. მაგალითად: სიტყვა „წყალის“ დასამახსოვრებლად ავადმყოფი ირჩევს სურათს „ჩაიდანი“ — „რადგანაც ჩაიდანში აღუღებენ წყალს“. ამ კავშირების დროს ავადმყოფი ყოველთვის სწორედ ახდენს დამახსოვრებული სიტყვის რეპროდუქციას.

მეორე ადგილზეა სუბიექტური კავშირები. სიტყვა „ასანთის“ დასამახსოვრებლად ავადმყოფი ირჩევს სურათს „ტაფა“, რადგანაც „ასანთით ანთებენ ცეცხლს და ტაფაზე წვავენ ერბოვერცხს“. სუბიექტური კავშირების საფუძველს წარმოადგენს ინდივიდუალ-

ლური შთაბეჭდილებანი. ზოგჯერ იმდენად არაადეკვატური, რომ იშვიათად ეხმარებიან ავადმყოფს გაიხსენოს ის სიტყვა, რომელიც მას უნდა დაემახსოვრებინა. ცდისპირს უხდება არა ცალკეული სიტყვის, არამედ მთელი წინადადების გახსენება, რომ ხელშეორედ დააწახუთოს ის, რასაც თავადანვე არ ჰქონდა ობიექტური საფუძველი.

კავშირის დამყარების შემთხვევაში ანალოგიის მიხედვით სიტყვა და არჩეული სურათი უნდა გავდეს ერთმანეთს რომელიმე თვისებით, ფერით ან დანიშნულებით. მაგალითად, სიტყვა „ყვავილის“ დასამახსოვრებლად ავადმყოფი ირჩევს სურათს „კაბა“, „რადგანაც ორივე ჭრელია“.

როგორც ცდების შედეგიდან ირკვევა, ავადმყოფებს შეუძლიათ კავშირების დამყარება წარმოდგენათა შორის და მისი გამოყენება დამახსოვრებული მასალის აღსადგენად.

აზროვნების გამოკვლევა. ავადმყოფთა აზროვნების შესასწავლად გამოყენებულია დ. უზნაძის გეომეტრიული ფიგურების კლასიფიკაციის მეთოდი, ზოგიერთი გამარტივებით. განსაკუთრებული ყურადღება ექცეოდა იმას, მონახავდა თუ არა ავადმყოფი კვალიფიკაციის რომელიმე პრინციპს და შემდეგ ცდის მიმდინარეობაში შეძლებდა მის შეცვლას. ჩვენი აზრით, სწორედ ამ ცდაში გამოჩნდებოდა ყველაზე ნათლად ავადმყოფებისათვის დამახასიათებელი გადანაცვლების სიძნელე.

ავადმყოფის წინ დალაგებული იყო სხვადასხვა ფერის, ფორმისა და სიდიდის გეომეტრიული ფიგურები. ამ სამი თვისებიდან მას უნდა ამოერჩია რომელიმე ერთი, რის საფუძველზე მოახდენდა მასალის დაჯგუფებას. თუ ავადმყოფი კლასიფიკაციის საფუძველად აირჩევდა ფერს, მაშინ მას ერთ ჯგუფში უნდა მოეთავსებინა სხვადასხვა ფორმისა თუ ზომის ყველა წითელი ფიგურა. ცდის მიმდინარეობაში გამოირკვა რომ ავადმყოფს არ შეუძლია შემოიფარგლოს მხოლოდ ერთი თვისებით. იგი ალაგებს ფიგურებს ფერის მიხედვით და იქვე ადგენს ქვეჯგუფს ფორმის მიხედვით, ე. ი. აჯგუფებს მასალას ორი თვისების მიხედვით. მხოლოდ ექსპერიმენტატორის შენიშვნის შემდეგ ახდენს იგი ფიგურების კლასიფიკაციას სწორედ.

როგორც ცდის შედეგებმა გვიჩვენა, ავადმყოფებს უძნელდებათ ერთი პრინციპიდან გადაინაცვლონ მეორე პრინციპზე, ისინი უბრუნდებიან უკვე ერთხელ გამოყენებულ პრინციპს.

არის თუ არა ეს იმის მაჩვენებელი, რომ ავადმყოფებს არ

შეუძლიათ მასალის კლასიფიკაცია ერთი ნიშნის მიხედვით? წინასწარმა შესწავლამ გვიჩვენა, რომ ავადმყოფებს შეუძლიათ მასალის დაჯგუფება ფორმის ან ფერის მიხედვით. სიძნელე ჩნდება მხოლოდ ექსპერიმენტის პროცესში. თუ ერთი რომელიმე ნიშანი ფიქსირებულია, შემდგომ, მიუხედავად ავადმყოფის სურვილისა, ძნელია მისგან თავის დაღწევა და გადანაცვლება კლასიფიკაციის ახალ პრინციპზე, აქედან გამომდინარეობენ შეცდომები.

ამრიგად, თანახმად ჩვენი გამოკვლევებისა უწყვეტად მიმდინარე შიზოფრენიით დაავადებულთა ინიციალურ სტადიაში ინტელექტუალურ-მნესტიკური შესაძლებლობანი თვისობრივად შეცვლილი არ არის. აღინიშნება მხოლოდ ობიექტივაციის სისუსტე, აზროვნების პროცესების ინერტულობა და შეუთანხმებლობა, იერარქიული ურთიერთკავშირის დარღვევა ფსიქიკური მოქმედების I და II დონეთა შორის.

აღნიშნულის საფუძველზე შეიძლება გამოვიტანოთ წინასწარი დასკვნები, რომ შიშების გამოვლინება და მათი ფაბულა არ არის დამოკიდებული ინტელექტუალურ-მნესტიკურ შესაძლებლობათა ცვლილებებზე, არამედ არის ინერტულობის, ძნელი გადანაცვლების, ფსიქიკური დონეთა კავშირის დარღვევის შედეგი. ერთხელ ფიქსირებული შთაბეჭდილებები პოულობენ გამონათქვას ავადმყოფთა განცდებში, ავადმყოფს არ ძალუძს თავი დააღწიოს მათ, მიუხედავად, იმისა, რომ ამჩნევს არაადეკვატურობას, შეუსაბამობას გარემო სიტუაციასთან.

დასკვნები

1. კლინიკური დაკვირვებით ცნობილია, რომ ბავშვთა და პუბერტალურ ასაკში აღმოცენებული ნევროზული ხასიათის შიშები დაკავშირებულია ტრავმულ სიტუაციასთან და მის წარმოდგენასთან. შიშის ფაბულა გამომდინარეობს ტრავმული სიტუაციისაგან და მათ შორის არსებობს გასაგები ფსიქოლოგიური კავშირი.

2. პროცესუალური ხასიათის შიშები ჩნდება თვალსაჩინო მიზეზების გარეშე. ატარებენ დიფუზურ, უცნაურ, ფანტასტიკურ და ირგვლივ არსებულ გარემოსთან შეუსატყვის ხასიათს, უფრო მყარია და ხშირად განიცდიან ტრანსფორმაციას აკვიატებულ შიშებში, მდგომარეობებსა და ბოდვით სინდრომში.

3. ფიქსირებული განწყობა შიზოფრენიული შიშების დროს

ბასიათდება ინერტულობით, სიმტკიცით, კონსტანტობით, სტაბილობით, ირადიაციით და გენერალიზაციით. განწყობის ფიქსაცია ფსიქიკური მოქმედების მეორე ღონეზე, ე. ი. სიტყვით სიტუაცი-აში არ ხერხდება.

4. შიზოფრენიის ინიციალურ სტადიაში ინტელექტუალურ-მნესტიკური შესაძლებლობათა შესწავლიდან ჩანს, რომ ცალკეული ფსიქიკური ფუნქციები თვისობრივად უცვლელია. მენსი-ერების შესწავლისას აღინიშნება ფსიქიკური პროცესების განლე-ვადობა, რაზედაც მიუთითებს დამახსოვრებული მასალის რაოდე-ნობრივი შემცირება ცდის ბოლოს და პერსპექტივების აღმოცე-ნება.

აზროვნების კვლევისას აღმოჩნდა, რომ ავადმყოფები ადვი-ლად ახერხებენ მასალის კლასიფიკაციას გარკვეული პრინციპით, მაგრამ სიტუაციის შეცვლისას ავლენენ გამოყენებული პრინციპი-საკენ დაბრუნების ტენდენციას, რაც მიუთითებს აზროვნების პროცესების ინერტულობასა და მათი გადანაცვლების სიძნელეზე.

5. ბავშვთა და მოზარდთა შიზოფრენიის დროს, მის ინიცი-ალურ სტადიაში არსებული შიშის შინაარსი არ არის დამოკი-დებული ინტელექტუალურ-მნესტიკურ შესაძლებლობათა შეც-ვლაზე და შესაძლოა ახსნილი იყოს პიროვნული ცვლილებებით, იერარქიული კავშირის დარღვევით ფსიქიკის მოქმედების ორ ღო-ნეთა შორის.

Н. В. РУХАДЗЕ

К ПСИХОПАТОЛОГИИ СИНДРОМА СТРАХА ПРИ ШИЗОФРЕНИИ ДЕТСКОГО И ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА

(НИИ психиатрии им. М. М. Асатриани МЗ ГССР)

Резюме

С целью установления соотношения интеллектуально-мнестических возможностей у больных непрерывнотекущей шизофренией, с отмеченным у них в инициальной стадии за-болевания синдромом страха, изучено 14 больных в возрасте 10—16 лет, преимущественно мальчиков.

Методы изучения — клинико-феноменологический и эк-спериментально-психологический (методы исследования па-

мнати по Леонтьеву и Занкову, исследования мышления по Д. Н. Узнадзе, а также фиксированной установки).

На основании клинического наблюдения известно, что страхи невротического характера, возникшие в детском и пубертатном возрасте, связаны с травмирующей ситуацией или с представлением о ней. Фабула страха вытекает из этой травмирующей ситуации и между ними имеется понятная психологическая связь. Выход из болезненного состояния благоприятный.

Страхи процессуального характера возникают без внешней причины, носят диффузный, вычурный, фантастический, не соответствующий окружающему характер. Они более стойки и часто трансформируются в навязчивые страхи, состояния и бредовые высказывания (ипохондрический, бред отношения, преследования).

Фиксированная установка в актуальной ситуации характеризуется стойкостью, инертностью, константностью, иррадиацией, генерализацией, стабильностью. Фиксировать установку на втором уровне психической деятельности, т. е. в словесной ситуации, не удается.

На основании экспериментально-психологического исследования интеллектуально-мнестических возможностей в инициальной стадии шизофрении выясняется, что отдельные психические функции качественно не изменены. При исследовании памяти отмечается некоторая истощаемость психических процессов, на что указывают снижение количества запомненного материала к концу опыта и появление персевераций.

При исследовании мышления оказалось, что больным легко удастся выработать определенный принцип классификации материала, но при изменении ситуации отмечается тенденция к возвращению к уже использованному принципу. Отмеченное указывает на некоторую инертность и трудную переключаемость мыслительных процессов.

Диффузность, абстрактность, нелепость содержания страха в инициальной стадии шизофрении у детей и подростков не зависит от изменений интеллектуально-мнестических возможностей, а могут быть объяснены личностными изменениями и нарушением иерархической взаимосвязи между I и II уровнями психической жизни больных. А трансформация синдрома страха в другие психопатологические синдромы может быть связана с генерализацией фиксированной установки больных.

Результаты исследования могут быть использованы с целью установления некоторых особенностей структуры фобического синдрома при непрерывно-текущей шизофрении у детей и подростков.

ლიტერატურა — ЛИТЕРАТУРА

1. С у х а р е в а Г. Е. Клинические лекции по психиатрии детского возраста. Т. I, 1955.
2. С у х а р е в а Г. Е. Лекции по психиатрии детского возраста. Москва, Изд. «Медицина», 1974.
3. С у х а р е в а Г. Е. и Ш у р И. В. Клинико-психологические особенности вялотекущей шизофрении (на подростковом материале) Ж. Невропатология и психиатрия т. IV, вып. II, М. 1935.
4. Н а в л я н с к а я К. А. К вопросу о роли преморбидной личности при вялотекущей шизофрении пубертатного возраста. Ж. Неврологии, психиатрии и психогигиены, т. IV, вып. II, М. 1935.
5. С и м с о н Т. П. Начальные синдромы шизофрении раннего возраста Советская психоневрология, № 6, 1935.
6. Ч е х о в а А. Н. Течение шизофренического процесса, начавшегося в детском возрасте. М. 1963.
7. В р о н о М. Ш. Шизофрения у детей и подростков. М., 1971.
8. Г о р е л и к о в И. Клинические особенности синдрома страха при некоторых нервно-психических заболеваниях у детей. Тр. НИИ психиатрии РСФСР, т. 59, 1969.
9. В и с н е в с к а я Л. Я. В сб. Материалы к 3-ей Всероссийской научной кон. по невропатологии и психиатрии детского возраста. М., 1971.
10. Ш е н д е р о в а В. Л. Клинико-генетическое исследование малопрогредиентной и злокачественной юношеской шизофрении. Ж. Невропат. и психиатрия, вып. I, 1974.
11. М а м ц е в а В. Н. Особые интересы и фантазии при шизофрении у детей, как возрастное видоизменение паранояльного синдрома. Акт. пробл. психоневрологии дет. возраста М., 1973.
12. С е м е н о в с к а я Э. И. Синдром страха при шизофрении у детей дошкольного возраста. Акт. пробл. психоневр. дет. возр. М., 1973.
13. П о л я к о в Ю. Ф. Исследования нарушений психических (познавательных) процессов, Кн. Шизофрения клиника и патогенез. М., 1969.
14. В ы г о т с к и й Л. С. К проблеме психологии шизофрении. Ж. Невропат. психология и психогигиена. № 8, 1932.
15. С а к в а р е л и д з е М. А. К патопсихологии шизофренического мышления. Автореферат докторской диссертации, Тбилиси, 1974.
16. Г а л ь п е р и н П. Я. Психология мышления и учение о поэтапном формировании умственных действий. Кн. Исследования мышления в советской психологии М., 1966.

17. Зейгарник Б. В. Патология мышления. М., 1962.
 18. Узнაძე Д. Н. Экспериментальные основы психологии установки. Тбилиси, 1961.
 19. Местнашвили М. Г. В сб. Психологические исследования в психиатрической клинике, Ленинград, 1970.
 20. ბეალავა ი. შიზოფრენიის ფსიქოპათოლოგიისათვის, თბილისი, 1958.
 21. ბეალავა ი. სულით ავადმყოფთა ფსიქოლოგიური გამოკვლევის მეთოდები, თბილისი, 1961.
-

მ. საჰვარელიძე

მ. წ. დეპერსონალიზაციის განცდის საკითხისათვის

(საქ. სსრ მეცნიერებათა აკად. დ. უზნაძის სახ. ფსიქოლოგიის ინსტიტუტი)

ფსიქოპათოლოგიურ ფენომენთა შორის ე. წ. დეპერსონალიზაციას, გარკვეული აზრით, განსაკუთრებული ადგილი უკავია. სხვა პათოლოგიური სიმპტომებისაგან განსხვავებით, დეპერსონალიზაციის განცდა შეიძლება აღმოცენდეს ფსიქიკური მოქმედების დარღვევის თითქმის ყველა შემთხვევაში. იგი შეიძლება შეგვხვდეს როგორც ფუნქციონალური, ისე ორგანული დაავადებების, როგორც ფსიქოზების, ისე ნევროზების დროს. ამიტომაც, რომ დეპერსონალიზაცია ითვლება „არასპეციფიკურ სიმპტომად, რომელიც სცილდება ყოველგვარ დიაგნოსტიკურ ფარგლებს“ [15].

მაგრამ აღნიშნული არასპეციფიკურობა, რომლის გამოც დეპერსონალიზაცია თავისთავად მოკლებულია მკაცრ დიაგნოსტიკურ მნიშვნელობას, სხვა თვალსაზრისით განხილვისას, განსაკუთრებით ღირებულს ხდის მას. რაკი ეს ფენომენი შეიძლება გამოვლინდეს ყველგან, სადაც კი ადგილი აქვს ფსიქიკურ აშლილობას, განურჩევლად ამ უკანასკნელის რაგვარობისა, იგი შეიძლება დაგვანახოს, როგორც ნორმალური ფსიქიკის შეცვლის ზოგადი ნიშანი, როგორც ფენომენი, რომელიც დამახასიათებელია ნორმალური ფსიქიკური მოქმედების დარღვევისათვის საერთოდ. ამიტომ ზოგადი პათოფსიქოლოგიის თვალსაზრისით, დეპერსონალიზაციის მოვლენა განსაკუთრებულ მნიშვნელობას იძენს.

* * *

დეპერსონალიზაციის შესწავლის ისტორია ძირითადად, კრიეშაბერის შრომით იწყება [12], სწორედ ამ შრომაშია აღწერილი სუბიექტები, რომელთაც აქვთ ისეთი განცდა, თითქოს ისინი

აღარ არიან ის, რაც იყვნენ და აღარ ცხოვრობენ იმ გარემოში, რომელშიც აქამდე ცხოვრობდნენ. თვით ტერმინი დეპერსონალიზაცია სამეცნიერო ლიტერატურაში დღეისა შემოიტანა. მასვე ეკუთვნის ტერმინის ქვეშ ნაგულისხმევი ცნების დეფინიცია: დეპერსონალიზაცია არის განსხვავების, უცხოობის გრძნობა, რომელიც აქვს ავადმყოფს გარე სამყაროს, ან საკუთარი პიროვნების მიმართ [9]. რამდენადმე უფრო ზუსტია შილდერის განსაზღვრება: „დეპერსონალიზაცია არის მდგომარეობა, სადაც სუბიექტი შეცვლილად განიცდის თავის თავს წინანდელ მდგომარეობასთან შედარებით: აღნიშნული ცვლილება ერთდროულად ვრცელდება მე-ზე და გარე სამყაროზე“. როგორც ფოლენიცი აღნიშნავს, შილდერის დეფინიციაში ჩაზგასმულია ის გარემოებაც, რომ დეპერსონალიზაციის დროს სუბიექტის ფსიქიკური აქტივობა ორიენტირებულია საკუთარი ცნობიერების მდგომარეობის ანალიზისაკენ, ე. წ. აუტოანალიზისაკენ [11].

მას შემდეგ რაც პირველად იქნა აღწერილი დეპერსონალიზაცია, სფერო იმ განცდებისა, რომელიც დეპერსონალიზაციის სახელის ქვეშაა გაერთიანებული, თანდათან იზრდება. კლინიკაში, ჩვეულებრივ, დეპერსონალიზაციის ფენომენთა სამ ძირითად სახეს გაარჩევენ: სომატოფსიქიკური, აუტოფსიქიკური და ალოფსიქიკური დეპერსონალიზაცია. ამ უკანასკნელს ხშირად დერეალიზაციას უწოდებენ.

სომატოფსიქიკური დეპერსონალიზაციის ქვეშ იგულისხმება ისეთი პათოლოგიური მოვლენები, რომელიც საკუთარი სხეულის განცდასთანაა დაკავშირებული, სხეულის უჩვეულობის განცდა, სხეულის მოცულობის ან საზღვრების შეცვლის განცდა, სხეულის სქემის დარღვევის სხვადასხვა სახეები, სხეულის იერალურობის, მისი გაქრობის განცდა და სხვა.

აუტოფსიქიკური დეპერსონალიზაციის შემთხვევაში უჩვეულობის და უცხოობის განცდები ეხება საკუთარ პიროვნებას, ფსიქიკურ მე-ს: საკუთარი პიროვნების იერალურობის გრძნობა, სიცარიელის გრძნობა; ავტომატიზმის გრძნობა; აფექტებისა და ემოციების დაკარგვის განცდა; მე-ს გაორების განცდა, პეოტოსკოპური ჰალუცინაციები, როგორც მე-ს გაორების ერთ-ერთი ფორმა და სხვა.

ალოფსიქიკური დეპერსონალიზაციის დროს საქმე ეხება გარემოს პათოლოგიურ განცდას: გარემოს (საგნები, მოვლენები და

სხვა ადამიანები) შეცვლის განცდა, გარემოს ირეალურობის, იმატერიალურობის გრძნობა და სხვა.

მაგრამ აღნიშნულ კლასიფიკაციას ყველა ავტორი როდი იზიარებს. ზოგი, მაგ. სუმბაევი, დერეალიზაციას განიხილავს, არა როგორც დეპერსონალიზაციის ერთ-ერთ სახეს, არამედ როგორც დანოუქიდებელ სიმპტომს. დერეალიზაცია, მისი აზრით, არის მხოლოდ რეალობის გრძნობის დაკარგვა, თანაც იგი არაა მხოლოდ ალოფსიქიკური: დერეალიზაცია არის ირეალურობის გრძნობა, განურჩევლად იმისა, თუ რას ეხება იგი, გარემოს, საკუთარ პიროვნებას, თუ საკუთარ სხეულს [7]. ავტორთა დიდი ნაწილისათვის კი დერეალიზაცია მხოლოდ ალოფსიქიკურია და მოიცავს არა მარტო ირეალურობის, არამედ გარემოს განსხვავების, მისი უცხოობისა და უჩვეულობის განცდებსაც [2, 5, 10].

როგორც ვხედავთ, დეპერსონალიზაციის კლინიკური ჩარჩოები ჯერ კიდევ არაა მკაცრად შემოსაზღვრული. მაგრამ მდგომარეობა კიდევ უფრო რთულდება მაშინ, როცა დეპერსონალიზაციის მოვლენას პათოლოგიური ფსიქოლოგიის თვალსაზრისით განიხილავენ.

ადამიანს ყოველ მომენტში შეიძლება მრავალი განსხვავებული განცდა ჰქონდეს. მაგრამ ცნობილია, რომ განცდათა ეს სიმრავლე ჯანმრთელი ადამიანის ცნობიერებაში ერთი განუყოფელი მთლიანობის სახითაა მოცემული და თითოეული განცდა, რომელიც მის ცნობიერებაში აღმოცენდება, ამ მთლიანობას შეერწყმის. ყოველი ახალი განცდა ჩემს ცნობიერებაში არსებული ჩემი სხვა განცდების ერთობლიობაში ჩაიქსოვება, ამ ერთობლიობის, ამ მთლიანობის ნიშნით აღიბეჭდება, და, ამგვარად, ჩემად განიცდება. სხვანაირად, რომ ვთქვათ, ნორმალური ადამიანის ყოველი ფსიქიკური განცდა იქნება ეს აღქმა, აზრი, გრძნობა, თუ წარმოდგენა თავის თავში შეიცავს იმის განცდას, რომ „იგი ამ მომენტში ჩემს მიერ განიცდება, რომ იგი ჩემი განცდაა“ [3]. განცდის ამ თვისებას დ. უზნაძე განცდის „ჩემობას“ უწოდებს [3, გვ. 120]. განცდის „ჩემობა“, ჩვეულებრივ, სუბიექტისათვის არაა საგანგებოდ მოცემული, არა ცნობიერების წინა პლანზე წამოწეული. მაგრამ ზოგჯერ და განსაკუთრებით ცნობიერების პათოლოგიის გარკვეულ შემთხვევაში, კერძოდ, კი სწორედ განსხვავების განცდისას განცდის „ჩემობა“ დაავადებული სუბიექტის საგანგებოდ დაკვირვების ობიექტადაა ქცეული. ავადმყოფი ცდილობს გაარკვეოს ვის ეკუთვნის, ანდა ეკუთვნის, თუ არა მას მის ცნობიერებაში აღმო-

ცნებული ესა, თუ ის განცდა. განცდის „ჩემობის“ არსებობას განსაკუთრებით თვალსაჩინოდ სწორედ განცდის /ვასხვისების, მისი დეპერსონალიზაციის შემთხვევები ადასტურებს. როგორც ჩანს, სწორედ ამიტომაც, რომ ზოგიერთი მკვლევარი დეპერსონალიზაციასთან დაპირისპირებით განცდის „ჩემობას“ განცდის პერსონალიზაციას უწოდებს. მაგალითად იასპერსი აღნიშნავს, რომ ყველა ფსიქიკური მოვლენა განსაკუთრებული ტონის მატარებელია, იგი „ჩემი საკუთარის“ ტონს ატარებს — ესაა პერსონალიზაცია. მაგრამ თუ ფსიქიკური განცდები ცნობიერებაში ჩნდებიან არა როგორც ჩემი, არამედ როგორც უცხო, ავტომატური, ასეთ ფენომენებს დეპერსონალიზაციას ვუწოდებთ [12].

აღნიშნულ ვითარებასთან დაკავშირებით, ფსიქოპათოლოგიაში თანდათან იკვეთება ტენდენცია პათოლოგიური სიმპტომების დაყოფისა პერსონალიზებულ და დეპერსონალიზებულ განცდებად. მაგალითად, დეშეს მიხედვით, პათოლოგიური განცდების განვითარებაში შეიძლება ორი სტრუქტურული ტიპი გამოიყოს. შეიძლება ისინი განვითარდნენ პერსონალიზაციის გზით და პერსონალიზაციის გარეშე. პერსონალიზებული პათოლოგიური განცდები ინტეგრირებულია ავადმყოფის პიროვნებასთან და განიცდება, როგორც მისი საკუთარი განცდები. დეპერსონალიზებული განცდა კი არაა შერწყმული მის მე-სთან, იგი განიცდება როგორც მისთვის სრულიად უცხო [8].

ასეთი მიდგომა ვერ ეგუება დეპერსონალიზაციის იმ გაგებას, რომლითაც იგი ფსიქიატრულ კლინიკებში გამოიყენება და არა თუ ვერ აზუსტებს, არამედ კიდევ უფრო განუსაზღვრელს ხდის დეპერსონალიზაციის ჩარჩოებს. ასე გაგებული დეპერსონალიზაცია საკმაოდ ფართოდ ხსნის თავის კარებს და პათოლოგიური მოვლენათა სულ უფრო და უფრო მეტ სახეს მოიცავს. მაგალითად, ავტორთა რიგი პალუცინაციისა და ბოდვის ზოგიერთ სახესაც დეპერსონალიზაციის მოვლენად მიიჩნევს. მურგს აღწერილი აქვს ერთი ასეთი შემთხვევა: ავადმყოფი თავის პათოლოგიურ განცდებს შემდეგნაირად აღწერს: „მუშაობის დროს ფიქრობდი იმის შესახებ, თუ რომელი შრიფტით სჯობდა ამა თუ იმ წიგნის სათაურის აწყობა. მოულოდნელად გარედან ვიღაც მეუბნებოდა: გააკეთე ასეთი და ასეთი შრიფტითო. წარმოიდგინეთ, რომ ეს მართლაც ყველაზე შესაფერი შრიფტი იყო სათაურისათვის. როცა ზოგჯერ ხელნაწერში სიტყვის ამოკითხვა გამიჭირდებოდა, გარედან კვლავ ვიღაც მკარანახობდა სიტყვის მნიშვნელობას და ამ უც-

ნობი კორექტორის მიერ მოწოდებული სიტყვა ყოველთვის სწორი აღმოჩნდებოდა. იგი წინადადების აზრსაც შეესატყვისებოდა და თვით სიტყვის სტრუქტურასაც“ [16]. ხმა, რომელიც ავადმყოფს ესმის გარეთაა ლოკალიზებული, იგი ეკუთვნის ვილაც კორექტორს, რომელიც კარნახობს, შველის მას. მაშასადამე, საქმე გვაქვს სმენითი ჰალუცინაციის ერთ-ერთ სახესთან. მაგრამ შეუძლებელია ჯერადლების გარეშე დავტოვოთ მეორე მომენტი: ზედმეტია მტკიცება იმისა, რომ ფაქტიურად აქ სიტყვაც ავადმყოფის მიერაა ამოკითხული და შრიფტიც მისი შერჩეულია. სათანადოდ ფსიქიკური მოქმედება, რომელსაც ახორციელებს ავადმყოფი შრიფტის შერჩევისა ან სიტყვის ამოკითხვისას, არაა მის მიერ განცდილი; ამ მოქმედების შედეგი უეცრად იჭრება მის ცნობიერებაში, როგორც გადაწყვეტა, რომელიც გარედანაა მოსული, რომელიც სხვამ განახორციელა. ე. ი. სიტყვის ამოკითხვა და შრიფტის შერჩევა არ განიცდება, როგორც მის მიერ განხორციელებული მოქმედება. აქტს აკლია „ჩემობა“, იგი განსხვავებულია, და ამდენად სმენითი ჰალუცინაციის ეს შემთხვევა, შეიძლებოდა დეპერსონალიზაციის მოვლენად ჩაგვეთვალა. ამიტომაც, რომ თვით მღრგიც მას სწირედ, როგორც დეპერსონალიზაციას განიხილავს.

მეგრებიანი თავის ვრცელ მონოგრაფიაში, დეპერსონალიზაციის შესახებ, შემდეგ შემთხვევას აგვიწერს: ავადმყოფი აღნიშნავს, რომ იგი იძულებულია რაღაც აპარატიდან გამოსხივებული ფერების გავლენის ქვეშ. იგი გრძნობს როგორ მოქმედებს ეს აპარატი მის სხეულზე — სხეული ხან იზრდება, ხან მცირდება. ამ აპარატის მეშვეობით მისი მტრები ახდენენ მისი ქცევისა და მისი აზრების რეგულირებას. მას არა აქვს საკუთარი აზრები, იგი გადაქცეულია ავტომატად. ზემოქმედების ბოღის ეს შემთხვევა, რომელსაც თან ახლავს საკუთარი აზრების განსხვავება, მეგრებიანს მოაქვს, როგორც დეპერსონალიზაციის მაგალითი. ამავე მკვლევარის პეორე ავადმყოფმა თხოვნით მიმართა ქირურგს მოეკეთათ მისთვის ქვედა კიდური, რომელიც საოცრად გაეზარდა. ერთ დღეს ავადმყოფმა თვითონაც სცადა საკუთარი ბარძაყის ძვლის გადახერხვა. რამდენადაც აქ საკუთარი სხეულის შეცვლის განცდა გვაქვს, მეგრებიანი ამ შემთხვევასაც დეპერსონალიზაციის სახედ მიიჩნევს [6].

ჩვენ მიერ შესწავლილი ერთი ავადმყოფი შემდეგნაირად აგვიწერს თავის განცდებს: „უნივერსიტეტში ყველა ამხანაგები შეიცვალნენ, წავედი სოფელში. აქაც ყველა შეცვლილი დამხვდა,

სხვანაირად მექცეოდნენ, მითვალთვალებდნენ, ჩემი მხილება და დაპატიმრება იყო საჭირო. ოჯახის წევრები დააპატიმრეს და მათ ნაცვლად უცხო ადამიანები მოიყვანეს“. შეკითხვაზე, როგორ შეაძინა, რომ ეს უცხო ადამიანები არიან, ავადმყოფმა გვიპასუხა: „მათი ქცევებითა და მიდრეკილებით“. ვეკითხებით ჰქონდათ თუ არა შეცვლილი სახე მისი ოჯახის წევრებს; ავადმყოფი გვიპასუხებს „არა, სახე ზუსტად იგივე. ვიღაც უცხო ადამიანებს გაუყეთეს ჩემი დედის, ჩემი დის, ჩემი ძმის პარიკი. ერთხელ ამის შესამოწმებლად ჩემს დას ცხვირიც კი მოვუსინჯე“. რა თქმა უნდა, შეუძლებელია აქ ურთიერთობისა და დევნის ბოდვის არსებობა უარყოფოთ. მაგრამ, მეორე მხრივ. გვაქვს გარემოს შეცვლის, მისი უცხოობის განცდაც. მეგობრები შეცვლილნი არიან, უახლოესი ადამიანები განიცდებიან, როგორც უცხო, უცნობი პირები, ე. ი. საქმე, თითქოს, ალოფსიკიკური დეპერსონალიზაციის შემთხვევასთან უნდა გვექონდეს.

მავსადამე, გამოდის, რომ არსებობს ჰალუცინაციები და ბოდვა პერსონალიზაციითა და პერსონალიზაციის გარეშე; ასეთ ვითარებაში დეპერსონალიზაცია ჰკარგავს დამოუკიდებელი სიმპტომის სახეს, იგი გვევლინება არა როგორც ერთ-ერთი პათოლოგიური სიმპტომი ბოდვისა თუ ჰალუცინაციების გვერდით, არამედ, როგორც პათოლოგიური განცდის ერთ-ერთი თვისება, რომელიც შეიძლება ახლდეს, ან არ ახლდეს მას?!

როგორც ზემოთ აღვნიშნეთ, ავტორთა უმრავლესობა დეპერსონალიზაციის სახელის ქვეშ ევლისხმობს ძირითადად საკუთრივ დეპერსონალიზაციას (ანუ ავტოფსიკიკურსა და სომატოფსიკიკურ დეპერსონალიზაციას) და დერეალიზაციას (ანუ ალოფსიკიკურ დეპერსონალიზაციას). ეს უკანასკნელი უპირატესად აღქმის პროცესებთან დაკავშირებით იჩენს თავს. ამიტომაც, რომ ზოგიერთი ავტორი ალოფსიკიკურ დეპერსონალიზაციას, ანუ დერეალიზაციას აღქმის გაუკუღმართების სახედ თვლის. ასე, მაგალითად, გურევიჩი და სერვისკი აგნოზიისა და დერეალიზაციის შედარებისას აღნიშნავენ, რომ აგნოზიისაგან განსხვავებით დერეალიზაციის დროს „საგანთა ცნობა არაა დარღვეული. საგნის ცნობა ხდება, მაგრამ იგი დამახინჯებულად აღიქმება“ [4].

მაგრამ საქმე ისაა, რომ როგორც ჩვენი, ისე სხვა ავტორების მასალაში დასტურდება ალოფსიკიკური დეპერსონალიზაციის უამრავი შემთხვევა, სადაც საგნის დამახინჯებულ აღქმაზე ლაპარაკი შეუძლებელია. საკმარისია რამდენიმე მაგალითის მოტანა: „მე

აღარაფერს არ აღვიქვამ ისე, როგორც წინათ“, „მე ისე ვხე-
დავ ყველაფერს, თითქოს ზღვის ფსკერზე ვიყო“ (გურგენიჩი, სერ-
ვისკი), „ყველაფერი გამოიყურება შორეულად და უცხოდ, საგ-
ნები თითქოს მკვდარია, უსიცოცხლო, შეგრძნებით მე მათ შევიგ-
რძნობ, მაგრამ არავითარი გრძნობები“ (მეგრებიანი), „მე ყველა-
ფერს ვხედავ, ყველაფერი მესმის, მაგრამ აღარ ვგრძნობ ისე,
როგორც წინათ“ (მეგრებიანი); „მე აღარ მესმის ძაღლის ყეფა,
ისე როგორც წინათ“ (ყანე); „მე იმ სახით ვხედავ ნივთებს, რომ
ეს მართმევს მათი რეალიზაციის საშუალებას, მართმევს უნარს
განვიცადო ისინი, როგორც არსებული. მაშინაც კი, როცა ვე-
ხები ან ვხედავ სამყაროს, მე ის მეჩვენება, გიგანტურ ჰალუცინა-
ციად?“ (ბილოდი). „მე ვერ ვგრძნობ ადამიანებს“. „ჩემი ოჯახ-
ჩემთვის უცნაურად გამოიყურება, რაღაც მთაა ჩემსა და სხვებს
შორის“ (ყანე). „ხანდახან მგონია, რომ სხეული ჩემი არ არის, ხმა
სხვისაა, თითქოს გარედან მოდის, თავი დიდდება მოცულობაში“. „ჩემი სხეული კი არ არის განსხვავებული, იგი არ რეაგირებს, ისე
როგორც წინათ“ [13].

თუ ჩავუყვირდებით ავადმყოფთა თვითდაკვირვების მონაცე-
მებს არ შეიძლება არ შევნიშნოთ, რომ ავადმყოფი ცვლილებებს
საკუთარივე აღქმულ ობიექტში კი არ ხედავს, არამედ იმ განცდებ-
ში, რომლებიც ობიექტის აღქმას ახლავს თან. მისთვის უჩვეუ-
ლოა არა თვით ობიექტი, არამედ განცდა, რომელსაც იწვევს ის
ობიექტი. თითქმის ყველა ავტორი მიუთითებს, რომ დეპერსონა-
ლიზაციის დროს ადგილი აქვს აუტონალიზს, რომ ავადმყოფი
განუწყვეტლივ ახდენს შედარებას წინანდელსა და ახლანდელს
შორის. მაგრამ ავადმყოფი შედარებას ახდენს არა იმას შორის,
თუ როგორი იყო სამყარო წინათ და როგორია იგი ახლა, როგორი
იყო მისი სხეული წინათ და როგორია იგი ახლა, არამედ იმ სუბი-
ექტურ განცდებს შორის, რომელიც ახლდა თან გარემოსა და სა-
კუთარი სხეულის განცდას წინათ და ახლა („მე აღარაფერს არ
აღვიქვამ ისე, როგორც წინათ“). ამის საუკეთესო ილუსტრაციაა
მაიერ-გროსის ერთი ავადმყოფის გამოთქმა: „სამყარო ჩემთვის
ნათელია, მაგრამ არაა ნათელი საკუთარივე ჩემთვის (The world is
clear to me but not to myself). ამიტომაც აუტონალიზი ესოდენ
შერწყმული დეპერსონალიზაციასთან¹. აქ, რომ საკუთარივე ობიექ-

¹ სწორედ ეს აუტონალიზი უნდა ჰქონდეს მხედველობაში ი. ბჟალავას, როცა
იგი მიუთითებს, რომ ავადმყოფი როგორც თვითდამკვირვებელი ზოგჯერ უკეთეს
მდგომარეობაშია, ვიდრე ჯანმრთელი (1, გვ. 8).

ტის შეცვლის განცდასთან გვეტონდეს საქმე, ავადმყოფი თავისი განცდების ანალიზისაკენ კი არ იქნებოდა მიმართული, არამედ ობიექტის ანალიზისაკენ, თავისი განცდების ცვლილებების მექანიზმის ძიებას კი არ დაიწყებდა, არამედ ობიექტის ცვლილების მიზეზის გარკვევას.

ზემოაღნიშნულს კარგად შეესატყვისება ის გარემოება, რომ როგორც ეს არაერთგზისაა მითითებული, დეპერსონალიზაციის განცდას არ ახლავს თან დარწმუნებულობა განცდის ქვეყნიერებაში. ავადმყოფთა სიტყვიერი პროდუქციები სავსეა გამოთქმებით „თითქოს“, „როგორღაც“, „მეჩვენება“ და სხვა, რაც სავსებით ნათლად მიუთითებს, რომ ავადმყოფი თავის განცდების ცვლილებებს გრძნობს და არა საკუთრივ ობიექტის ცვლილებას. სწორედ ეს აქვთ მხედველობაში მიღებული, როცა ხაზს უსვამენ, რომ დეპერსონალიზაცია ისეთი პათოლოგიური მდგომარეობაა, რომელიც გაცნობიერებულია ავადმყოფის მიერ, სწორედ როგორც ავადმყოფური, როგორც პათოლოგიური.

ამრიგად, როგორც ალო, ისე სომატოფსიქიური დეპერსონალიზაციის შემთხვევაში დამახასიათებელი უჩვეულობისა და შეცვლის განცდა ეხება თვით დაავადებული პიროვნების განცდებს ამა თუ იმ ობიექტთან დამოკიდებულებაში. ავადმყოფისათვის შეცვლილია არა ობიექტი, არამედ მისი განცდა ჩვეულის, ნაცნობი ობიექტების მიმართ. ამის სასარგებლოდ ლაპარაკობს ის გარემოებაც, რომ დეპერსონალიზაციის აღნიშნული სახეები შემთხვევათა უმრავლესობაში აუტოფსიქიურ დეპერსონალიზაციასთანაა შერწყმული; უცხოობის განცდა მხოლოდ გარემოსა და საკუთარი სხეულის განცდას კი არ ახლავს თან; იგი თან სდევს ავადმყოფის მთელ რიგ სხვა განცდებსაც. „მე ისეთი გრძნობა მაქვს თითქოს აზრი ჩემი არ არის... ვიცი რომ ჩემი აზრებია, მაგრამ თითქოს ჩემი არ არის“; „მე ფაზროვნებ, მიჩნდება აზრები და ისე განვიცდი თითქოს სხვა აზროვნებს ჩემში, ყველა ხატი, ყველა განცდა, რომელიც ჩემში წარმოიშობა, რაღაც თითქოს უცნაურია, თითქოს მას კავშირი არა აქვს ჩემთან“.

სულ სხვა მდგომარეობაა, ამ მხრივ, ბოდვისა და ჰალუცინაციის იმ შემთხვევებში, რომელზედაც ზემოთ გვეტონდა საუბარი. მეგრადიანის ავადმყოფი, რომელმაც საკუთარი კიდეურის მოკვეთა დააპირა, ცვლილებებს ხედავს არა კიდეურის შეგრძნებასთან დაკავშირებულ საკუთარ განცდაში, არამედ თვით კიდეურში. კიდეურის გაზრდის ეს ახირებული განცდა სრულიად არ განიცდება მის

შეიქმედო, როგორც ეხიზებული. იგი დარწმუნებულია, რომ მისი აზრი ობიექტური ვითარებას შესატყვისია, ამ რწმენის გარეშე იგი არასოდეს არ განაზოორციელებდა ამ საოცარ ქცევას. აქ მისთვის გასხვისებულია, უჩვეულოა არა განცდა, არამედ თვით ობიექტი.

ჩვენ მიერ ზემოთ აღწერილი ავადმყოფი თავის ახლობლების მიმართ განცდების შეცვლას კი არ უჩივის, მისთვის თვითონ ეს ადამიანები არიან უცხო, შეცვლილი. იგი გარეთ ეძებს მათი შეცვლის მიზეზს: ეს მისი ახლობლების ნილაბით შემოსული უცხო პირობები არიან. იგი ასეა დარწმუნებული ამაში, რომ თავის დასცხირს უსინჯავს. აქ ჩვენ უკვე აუტოანალიზი კი არა გვაქვს, არამედ, თუ შეიძლება ასე ვთქვათ, „ალოანალიზი“. ავადმყოფი მანამ აწარმოებს საკუთარი განცდების ანალიზს, სანამ იგი გრძნობს მათ ავადმყოფურ ხასიათს, სანამ იგი არაა დარწმუნებული მათ ქეშნარტებაში. მაგრამ, როდესაც მისი განცდები მისთვის ქეშმარიტი გახდება, როცა იგი რწმუნდება, რომ მისი განცდა ობიექტური ვითარების შესატყვისია, ცხადია, აუტოანალიზისაგან აღარაფერი დარჩება. სწორედ ეს გარემოება ქმნის არსებით ფსიქოლოგიურ განსხვავებას ბოღვისა და პალუცინაციის დეპერსონალიზაციასთან შეტნაკლებად მსგავს სახეებსა და დეპერსონალიზაციის განცდას შორის. დეპერსონალიზაცია უჩვეულობის სუბიექტური განცდაა, ბოღვა კი ნოლოდ ობიექტურადაა უჩვეულო. „დეპერსონალიზაციისა და დერეალიზაციის მოვლენებს — წერს მაიერ-გროსი — ავადმყოფები განიცდიან, როგორც უცნაურსა და ავადმყოფურს, მაშინ როცა სხვა სიმპტომების მიმართ მათ არა აქვთ ასეთი განცდა“. კიდევ უფრო გადაჭრით აქვს ეს მოსაზრება გამოთქმული ფოლენს: „... დეპერსონალიზაციის ჩარჩოებიდან უნდა გამოირიცხოს ისეთი პათოლოგიური მდგომარეობანი, სადაც ავადმყოფი არ იძიებს განცდების შექანიზმს, არ ახდენს მათ ანალიზს“.

ამგვარად, ავადმყოფის ყოველგვარ განცდას, იქნება ეს გარე სამყაროს საგნებისა, სხვა ადამიანებისა თუ საკუთარი სხეულის აღქმა, საკუთარი ქცევების, აზრებისა. თუ საკუთარი პიროვნების განცდა, თან ახლავს რალაც უცხოობის ტონი, რომლის მიმართაც იგი სავსებით კრიტიკულია: მისი განცდები თითქოს უცხოა და გასხვისებული, მათ თითქოს დაკარგული აქვთ „ჩემობა“.

მაგრამ შეუძლებელია მხედველობიდან გამოგვარჩეს ის გარემოება, რომ „ჩემობის“ დაკარგვა განუჩრეველად იმისა, თუ რომელ განცდას ახლავს იგი თან, განიცდება და დასტურდება თვით ავადმყოფი სუბიექტის მიერ ე. ი. არსებობს ის, ვინც თვითონ გა-

ნიცლის თავისი განცდის „ჩემობის“ დაკარგვას. ავადმყოფი უჩივის: არა იმას, რომ მის თავში არსებული აზრები სხვისია, რომ მას სხვისი ხმა ესმის, არამედ იმას, რომ მის აზრს, მის ხმას „ჩემობა“ აკლია („ჩემი აზრები თითქოს ჩემი არ არის“, „ჩემი ხმა თითქოს ჩემი არაა“). მას სწორედ ის აწუხებს, რომ მისას, საკუთარს საკუთარის ტონი აკლია².

ეს იმას ნიშნავს, რომ „ჩემობის განცდა“ ფაქტიურად არაა დაკარგული. „ჩემობის“ განცდის დაკარგვა შეუძლებელია სუბიექტურად განიცდებოდეს, როგორც სწორედ ასეთი; შეუძლებელია თანაარსებობდნენ „ჩემობის“ განცდის დაკარგვა და თვით ამ დაკარგვის განცდა. განცდა, რომელმაც დაკარგა „ჩემობა“ არ შეიძლება სუბიექტისათვის მოცემული იყოს, როგორც „ჩემობა დაკარგული“ განცდა. მურგის ზემოხსენებული ავადმყოფი იმას როდღა უჩივის, რომ თავისი ქცევა სხვისად ეჩვენება. მას თავისი ქცევა სხვის მიერ განხორციელებულად მიაჩნია. რა თქმა უნდა, მოქმედებას რომელიც ფაქტიურად ავადმყოფმა შეასრულა არ ახლავს „ჩემობის“ განცდა. მაგრამ თვით ავადმყოფისათვის იგი მოცემულია, არა როგორც „ჩემობა დაკარგული“, არამედ, როგორც სხვისი ქცევა. ხმა, რომელიც ავადმყოფს ესმის სწორედ იპიტომ უნდა ჩაითვალოს პალუცინაციად, რომ მას არ ახლავს თან „ჩემობის“ დაკარგვის განცდა. „ჩემობის“ განცდის დაკარგვა და „ჩემობის“ დაკარგვის განცდა განსხვავებულ ფსიქოლოგიურ ფენომენებს წარმოადგენს. ამიტომ აუცილებელია ერთმანეთისაგან განვასხვავოთ ის ავადმყოფური მოვლენები, რომელიც „ჩემობის“ დაკარგვის განცდით ხასიათდება და ის ავადმყოფური ფენომენები, სადაც განცდას დაკარგული აქვს „ჩემობა“. რომელი მათგანი უნდა მივიჩნიოთ დეპერსონალიზაციის მოვლენად?! „ჩემობის“ დაკარგვის განცდის შემთხვევაში განცდის „ჩემობა“, როგორც აღვნიშნეთ, ჯერ კიდევ არაა წაშლილი, იგი ჯერ კიდევ ინტე-

² ამასთან დაკავშირებით საინტერესოა აღვნიშნოთ, რომ გამოთქმა „დეპერსონალიზაცია“ პირველად სწორედ თვითონ ავადმყოფმა იხმარა თავისი საკუთარი პათოლოგიური განცდების აღწერისას. მხედველობაში გვაქვს ამეილის ნაწარმოები — *Journal intime*. ციტ. დუბუას მიხედვით.

³ საფიქრებელია, რომ დაახლოებით იგივეს გულისხმობს მეგრებიანი, როცა წერს: Полная потеря ощущения своей личности фактически, означает снятие деперсонализации (6, გვ. 14). მაგრამ სამწუხაროდ, იგი ამ აზრს არ ავითარებს და დეპერსონალიზაციის სინდრომში ერთმნიშვნელოვანად აერთიანებს, როგორც „ჩემობის“ განცდის დაკარგვის, ისე „ჩემობის“ დაკარგვის განცდის შემთხვევებს.

გრირებულია პიროვნებასთან, მაშასადამე თვითონ განცდა არაა დეპერსონალიზებული, მაგრამ სუბიექტურად ავადმყოფი დეპერსონალიზაციას განიცდის, მას ისეთი გრძნობა აქვს, თითქოს მისი განცდები კარგავენ „ჩემობას“, მას აქვს დეპერსონალიზაციის განცდა.

„ჩემობის“ განცდის დაკარგვის შემთხვევაში კი განცდა დეპერსონალიზებულია, იგი სხვას მიეწერება, განიცდება, როგორც სხვა პიროვნების მიერ რეალიზებული. იგი გასხვისებულია. აქ განცდის დეპერსონალიზაციასთან გვაქვს საქმე და უპირველეს ყოვლისა იმით, რომ მას არ ახლავს ამ დეპერსონალიზაციის სუბიექტური განცდა.

დეპერსონალიზაციის ფსიქოპათოლოგიური ბუნების შესწავლისა და მისი ჩარჩოების ზუსტი დადგენისათვის აუცილებელია ერთმანეთისაგან გავმიჯნოთ პათოლოგიურ განცდათა ორი განსხვავებული სახე: დეპერსონალიზაციის განცდა და განცდის დეპერსონალიზაცია, ანუ დეპერსონალიზებული განცდა. ამ ორი განცდის ურთიერთობის შესწავლა ფსიქოპათოლოგიის მრავალ საინტერესო პრობლემასთან უნდა იყოს დაკავშირებული.

М. А. САКВАРЕЛИДЗЕ

К ВОПРОСУ О ДЕПЕРСОНАЛИЗАЦИИ

(Институт психологии им. Д. Н. Узнадзе АН ГССР)

Резюме

Результаты анализа данных клинико-психологического исследования указывают на необходимость выделения двух психологически различных видов явлений деперсонализации: а) переживание деперсонализации и б) деперсонализированное переживание.

ლიტერატურა — ЛИТЕРАТУРА

1. ი. ბ ე ა ლ ა ვ ა, ფსიქოზურ განცდათა ფენომენოლოგია, 1968.
2. ა. ზ უ რ ა ბ ა შ ვ ი ლ ი, ფსიქიატრია, 1953.
3. დ. უ ზ ნ ა ძ ე, ექსპერიმენტული ფსიქოლოგიის საფუძვლები, 1934, ტ. 1.
4. Гуревич М. О. Серейский М. Я. Учебник психиатрии, 1946.
5. Короленко К. Х., Гизин Р. Х., Механикова И. Ф.

- К вопросу о клинике дереализации; Сб. Проблемы общей психопатологии 1968.
6. М е г р а б я н А. А. Деперсонализация, 1962.
 7. С у м б а е в И. С. К психопатологии и клинике деперсонализации; Сб. Проблемы общей психопатологии, 1958.
 8. D e s h a i s, Psychopathology General, 1959.
 9. D u g a s, Un cas de depersonnalisation, R ev. Philos. 1898, № 5.
 10. D u b o i s, Les conceptions etiologique du syndrome de depersonnalisation, 1960.
 11. F o l l i n, Contribution à l'état du sentiment de depersonnalisation, Congrès Mondial de psychiatrie, 1951.
 12. J a s p e r s, Allgemeine Psychopathologie, 1953.
 13. K r a p e, Sur la depersonnalisation, Congrès International de Psychiatrie, 1950.
 14. K r i e s h a b e r, De la neuropathie cerebrocardiaque, 1873.
 15. M a y e r - G r o s s, Sur la depersonnalisation, Congrès Internattional de Psychiatrie, 1950.
 16. M o u r g u e, Neurologie de L'hallucination, 1932.
-

საქართველოს ბოღვის თავისებურებისათვის მოგვიანებული ასაკის ფსიქოზების დროს

(მ. ასათიანის სახ. ფსიქიატრიის სამეცნიერო-კვლევითი ინსტიტუტი)

მოგვიანებითი შიზოფრენიის კლინიკის საკითხებს ამჟამად საკმარისი ყურადღება ეთმობა. ზოგი ავტორის თანახმად (მ. ბლეილერი [1], ს. გ. ქისლინი [2], ე. ი. შტერნბერგი [3], ე. ე. ნაკაშიძე [4], ზ. ი. ზიკოვა [5], ნ. გ. რომანოვა [6], ა. გ. აპრუშოვა [7], ე. კ. მოლჩანოვა [8] და სხვ.) უმრავლეს შემთხვევაში მოგვიანებული შიზოფრენიის დაავადების მანიფესტაციას ადგილი აქვს 40—55 წწ. ასაკში. მის განვითარებაში დიდ როლს თამაშობს გარეშე ფსიქოსტრესული სიტუაცია და ავადმყოფის პიროვნული ქარაქტეროლოგიური თავისებურებები. კლინიკური გამოვლინებით იგი თითქმის არ განსხვავდება ახალგაზრდა ასაკში დაწყებული დაავადებისაგან. სინდრომთა ცვლის თანმიმდევრობა, რომელიც დამახასიათებელია უწყვეტად მიმდინარე შიზოფრენიისათვის, ძირითადად რჩება, მაგრამ პროცესის განვითარება შეიძლება შეჩერდეს პარაფრენიულ სტადიაზე. შიზოფრენიის ამ ნაირსახეობის დროს შედარებით იშვიათად ვხვდებით საკუთრივ გამოსავალ მდგომარეობას.

უწყვეტად მიმდინარე მოგვიანებული შიზოფრენია ხშირ შემთხვევაში ვლინდება პარანოიდული შიზოფრენიის განვითარების სხვადასხვა ეტაპებით, მხოლოდ მათგან განსხვავებით ისინი უფრო ხანმოკლეა. გარდა უწყვეტი მიმდინარეობისა ვხვდებით მოგვიანებული შიზოფრენიის რეკურენტულ და შუბისმაგვარ ფორმებს.

უნდა აღინიშნოს, რომ მოგვიანებითი შიზოფრენიის ბოღვითი ფორმები ხასიათდება გარკვეული თემატური და სტრუქტურული თავისებურებებით. აღნიშნული ვითარების ერთ-ერთ მნიშვნელოვან მომენტად აღიარებულია ასაკობრივი ცვლილებები, რომლე-

ბიცი ვლინდებიან როგორც პათოპლასტიკური ფაქტორები. ამ შემთხვევაში განსაკუთრებით ხშირია ექვიანობის, სიყვარულის, დანაკლისის, წახდენილობის, სექსუალური ზემოქმედების, დევნის ბოლდვითი აზრები, რომელთაც თან ერთვის მკვეთრად გამოხატული სენესტოპათიური და სხვა შემაწუხებელი შეგრძნებები. ისინი განაპირობებენ სენსორულ-სენესტოპათურ ავტომატიზმის სტრუქტურის განვითარებას. მოგვიანებულ ასაკში ბოლდვითი იდეების ფენომენოლოგიური თავისებურებების დადგენა საშუალებას გვაძლევს გავერკვეთ დაავადების ნოზოლოგიის არსის ზოგიერთ მხარეში.

იმ სხვადასხვა შინაარსის ცნობილ ბოლდვით იდეათა შორის, რომელთაც ადგილი აქვთ მოგვიანებული შიზოფრენიის დროს, მეტად თავისებურს, პიროვნებასთან ყველაზე ახლოს მდგომს წარმოადგენს სიყვარულის ბოლდა. სიყვარულის ბოლდვის ქვეშ იგულისხმება პიროვნების სიყვარულის საგნის სანაცვლო ემოციური დამოკიდებულების ღრმა სუბიექტური, პათოლოგიური დარწმუნება, რაც კლინიკურად ვლინდება არსებული სიტუაციის ავადმყოფურად შემცდარ შეფასებაში. სიყვარულის ბოლდა ცნობილი იყო სხვადასხვა სახელწოდებით: ეროტომანია. ეროტომანიული ბოლდა, დევნის სექსუალური ბოლდა, ოცნებიანული პარანოია, ვნებითი ბოლდა, და სხვ... თავდაპირველად იგი აღწერილია ესკიროლის [9] მიერ. შემდგომში სხვადასხვა დაავადების დროს სიყვარულის ბოლდა შეისწავლეს: კრატ-ებინგმა [10], ვ. პ. სერბსკიმ [11], ს. ა. ლუხანოვმა [12], ს. ს. კორსაკოვმა [13], ი. ნ. ვედენსკიმ [14] და სხვ... დადგენილი იქნა, რომ სიყვარულის ბოლდა გვხვდება სხვადასხვა დაავადებათა დროს და ხასიათდება გარკვეული ნაირსახეობებით.

სიყვარულის ბოლდვის კლინიკური კვლევის აქტუალობა განისაზღვრება შემდეგი მოსაზრებით: 1. სიყვარულის ბოლდვის ფენომენოლოგიური გამოკვლევის თავისებურება გულისხმობს ზოგადად ბოლდვის კლინიკოფსიქოპათოლოგიური პრობლემის დაზუსტებას. იგი განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია შიზოფრენიის ბოლდვის წარმოშობის ასპექტში. 2. შეყვარებულობის ბოლდა საინტერესოა, როგორც სოციალური და ეთიკური დამოკიდებულების დარღვევის მაჩვენებელი. 3. ექვემდებარება თუ არა სიყვარულის ბოლდა ბოლდვითი შიზოფრენიის განვითარების ცნობილ სტერეოტიპს, თუ მას აქვს თავისი განსხვავებული მიმდინარეობა, განსაზღვრულ შემთხვევაში პრემორბიდული პიროვნული თავისე-

ბურებებით. 4. სიყვარულის ბოდვის შესწავლა ხელს უწყობს დიფერენციალურ-დიაგნოზური მაჩვენებლებზე გამოვლინებას სახე-დასახვა ნოზოლოგიური ერთეულების დროს და ბოლოს 5. როგორია მისი პროგნოზული მნიშვნელობა ავადმყოფური მდგომარეობის შეფასებისას.

ზემოთ აღნიშნული საკითხების დასაზუსტებლად ჩვენ შევისწავლეთ მოგვიანებითი შიზოფრენიის 20 შემთხვევა, რომელთა კლინიკურ მიმდინარეობაში გამოხატული იყო სიყვარულის ბოდვა. 20 შემთხვევიდან 4-ს 12 წლის მანძილზე აღენიშნებოდა მონოთემატიური ბოდვითი სტრუქტურა, 5 შემთხვევაში პარანოიდული, 8 შემთხვევაში პალუცინაციურ-პარანოიდული და 3 შემთხვევაში პარანოიდული შიზოფრენიის პარაფრენიული ნაირსახეობა.

დაკვირვების პროცესში ყურადღება ექცეოდა პრემორბიდული, ქარაქტეროლოგიური და ასაკობრივი თავისებურებების როლს. მხედველობაში იყო მიღებული კონკრეტულ-სოციალური პიტუაცია, რომელიც შეიძლება გამხდარიყო განსაზღვრული ფსიქოსტრესული წინამორბედი ცალკეული ბოდვითი გამოთქმების ფაბულის ჩამოყალიბებაში.

ჩვენს ხელთ არსებული კლინიკური მასალა გვიჩვენებს, რომ სიყვარულის ბოდვის განვითარება უმთავრესად გვხვდება სტენური და შერეული ხასიათის მქონე პირებში, პარანოიალური, ციკლოიდური და შიზოიდური წრის ფსიქოპათებში.

მოგვიანებითი შიზოფრენიის პროდორმალურ-ინიციალურ სტადიაში, კლინიკური გამოვლინების პოლიმორფულობა განსაზღვრავს მისი ნაადრევი დიაგნოსტიკის გარკვეულ სიძნელეს, მაგრამ მიუხედავად ამ პერიოდში არსებული ფსიქოპათოლოგიური სიმპტომატიკის არა სპეციფიკურობისა, ჩვენ გამოვყავით შემდეგი, ერთმანეთთან მჭიდროდ დაკავშირებული მდგომარეობანი: ფსიქოპათიისმაგვარი, ნევროზისმაგვარი, არამყარი გარდამავალი ბოდვითი გამოთქმები, უმოტივო დაუსაბუთებელი ქცევები, აზროვნების აშლის სხვადასხვა სახე (რეზონირობა, ფილოსოფიური ინტოქსიკაცია და სხვ...). ამავე პერიოდში პათოლოგიური შეყვარებულობის ბოდვის ტენდენცია უმთავრესად წარმოდგენილია ეპიზოდური, პარანოიალური და პარანოიდული აშლილობით, აგრეთვე ზედირებულოვანი იდეების ჩამოყალიბებისადმი მიდრეკილებით.

საკუთარი მასალის შესწავლა გვიჩვენებს, რომ სიყვარულის

ბოდვის აღმოცენება მოგვიანებული შიზოფრენიის პარანოიალურ ეტაპზე ხდება პარალოგიურ, აბსტრაქტულ, აფექტურად არა დეტერმინირებულ წარმოდგენათა საფუძველზე. პარანოიალური იდეები წარმოიშვება არაერთგვარად: ერთ შემთხვევაში თანდათანობით, ზოგჯერ მათ შესაქმნელად არსებობს რეალური ნიადაგი. სხვა შემთხვევაში ბოდვა შეიქმნება მოულოდნელად, როცა უცებ წარმოიშობა მყარი ბოდვითი დარწმუნება. პარანოიალური ბოდვითი იდეები ხანგრძლივად ინარჩუნებენ თავიანთ ავტონომიას, ამჟღავნებენ მკურნალობის მიმართ განსაზღვრულ რეზისტენტობას, განსაკუთრებით შორს წასულ შემთხვევაში. გარეგნულად ამგვარი ავადმყოფები რჩებიან ერთგვარად მოწესრიგებულები, იმყოფებიან სახლში, შეუძლიათ მუშაობის გაგრძელება. სხვა დროს სიყვარულის აზრებს თან ერთვის ციკლოთიმის მაგვარი გუნებ-განწყობის შეცვლა, უმთავრესად დეპრესიის სახით, სომატური ჩივილებით, სხეულის სხვადასხვა ნაწილებში იპოქონდრიული შეგრძნებებით, გენიტალურ მიდამოზე ყურადღების ფიქსაციით.

ზოგიერთ შემთხვევაში ავადმყოფური გამოვლინებები არ განიცდიან შეზღოვებულ გართულებას, ჩერდებიან ერთფეროვანი ბოდვითი გამოთქმების დონეზე. არსებული გარემოება შეიძლება ჩაითვალოს პროცესის კეთილთვისებიანი მიმდინარეობის გარკვეულ მაჩვენებლად. სხვა დროს პათოლოგიური შეყვარებულობა შემდგომ რთულდება დეპრესიის, ექვიანობის ბოდვითი იდეებით. თანდათან ბოდვითი თემატიკა კარგავს მიზანდასახულებას, აქტუალობას, აღვილს უთმოვს ქცევათა სტერეოტიპულობას.

პარანოიდული, პალუცინაციურ-პარანოიდული და აგრეთვე პარაფრენიული ვარიანტებისათვის დაწყებითი სტადია ხასიათდება პოლიმორფული შინაარსით და სინდრომოლოგიური მრავალსახეობით. პარანოიალურ შიზოფრენიისაგან განსხვავებით, პარანოიდული ქვესახის დროს სიყვარულის ბოდვას თან სდევს ზემოქმედების, წახდენილობის, იპოქონდრიული და მოწამვლის ბოდვითი იდეები. სიყვარულში ბოდვითი დარწმუნება წარმოიშვება როგორც „განსხივოსნობა“. სრულიად შემთხვევითი, ჩვეულებრივი მოვლენების ახსნას ეძლევა ავადმყოფისათვის პრინციპული მნიშვნელობა ბოდვითი სისტემის შექმნისთვის.

პარანოიდული ვარიანტისას სიყვარულის ბოდვა იღებს უფრო თვალსაჩინო, სენსორულ ხასიათს. გარშემომყოფების „წი-

ნაწარგანსაზღვრული შტრული“ დამოკიდებულების შედეგად იცვლება ემოციური ფონი. გამოხატულია პოსალოდნელი კატასტროფის განცდა, შფოთვა, შიში. წარმოქმნილი ბოდვითი სისტემა ინარჩუნებს თავის სიმწვავეს და მნიშვნელობას და აგრეთვე ხანგრძლივად განსაზღვრავს დაავადების ფსიქოპათოლოგიურ სტრუქტურას. ბოდვითი გამოთქმების შინაარსში პერსექუტორულ იდეებთან ერთად, ყურადღებას იპყრობს „კეთილგანწყობის“ სიმპტომოკომპლექსი, რომელიც ქმნის საფუძველს ანტაგონისტური ბოდვითი სინდრომის ჩამოყალიბებისათვის. ავადმყოფური პროცესის განვითარებისას ნაწილ ავადმყოფებში თანდათან ვლინდება ინტერესების შეზღუდვა, პირადი აქტივობის დაქვეითება, ემოციური გასაღავება. ქრება სიყვარულის გამოთქმებისათვის დამახასიათებელი აფექტური განწყობა. ბოდვითი აზრები განსაზღვრულ ხარისხში სტაბილურდება. რიგ შემთხვევაში პარანოიდული სტრუქტურის ბოდვა ტრანსფორმაციას განიცდის პალუცინაციურ-პარანოიდულ სინდრომში, რომელმაც თავის რიგად შესაძლებელია დაავადების წინსვლელობასთან ერთად სახე იცვალოს კონფაბულაციურ და ფანტასტიკურ-პარაფრენიულ მდგომარეობად.

პალუცინაციურ-პარანოიდული ქვესახის ფსიქოპათოლოგიური სურათი. პოლიმორფული, მაგრამ არა მყარი და ხანმოკლე პროდორმალური სტადიის გავლის შემდეგ, მწვავედ ვითარდება. პალუცინაციურ-პარანოიდული სინდრომის განმტკიცება ვლინდება კანდიდაკი-კლეამბოს სიმპტომოკომპლექსის გამოჩენაში. კერძოდ იდეატორულ-სენსორულ-კინესტეტიკური ავტომატიზმის სახით, რომელთაც აქვთ ეროტიული ფაბულა დადებითი ემოციური რეაქციებით. დადებითი ემოციური განწყობა სიყვარულის სახით არსებობს მოწამვლას, დევნის, ფიზიკური ზემოქმედების ბოდვასთან ერთად. მიუხედავად არაერთგვაროვანი კლინიკური სურათისა, გამოყოფილია ფსიქოპათოლოგიური მდგომარეობის ორი სახე: უპირატესად პალუცინაციურ-პარანოიდული, ფსიქიკური ავტომატიზმის მოვლენებით და შემთხვევები, სადაც კლინიკურ სურათში ქარბობს ხატოვანი ბოდვითი იდეები, ვერბალური და მხედველობითი პალუცინაციები თანდართული ფსიქოსენსორული სინთეზის დარღვევით, ფრაგმენტული სუბონეირიდიული ცნობიერების შეცვლის ფონზე.

პარაფრენიული მდგომარეობის მანიფესტაციისას გამოიყოფა ორი ძირითადი ქვეჯგუფი: ფანტასტიკური და ექსპანსიური. მეხსიერების ბოდვითი კონფაბულაციური აშლილობით, გარემო სინამ-

ღვილის ილუზორულ-პალუცინაციური აღქმით. ადგილი აქვს ექსალტირებას, პიზომანიაკალურ მდგომარეობას, რომელიც არაშეათად იცვლება აფექტურობით. პერიოდულად აღინიშნება აგზნება შიშით, სუბონერიოიდული განცდათა ჩართვა და სიყვარულის ობიექტის ხატოვანი წარმოსახვა. პათოლოგიური სიყვარულის განცდა ხშირად ვითარდება ობიექტის არარსებობის დროს, თავისი შინაარსით ხასიათდება უსაზღვრო და შეუძლებელი მასშტაბურობით. არაიშვიათია კაპგრას სინდრომი „დადებითი“ და „უარყოფითი“ ორეულის სახით.

გარდა კლინიკური დაკვირვებისა, ვაწარმოებდით ზემოთ აღნიშნულ ავადმყოფთა ექსპერიმენტალურ ფსიქოლოგიურ შესწავლას, ამისათვის გამოყენებულია დ. უზნაძის [15] ფიქსირებული განწყობის მეთოდი, მიურეის [16] თემატური ექსპერიმენტის ტესტი და ა. ზურაბაშვილის [17] მიერ მოდიფიცირებული სიტყვიერი ექსპერიმენტი. აღნიშნული ტესტები საშუალებას იძლევა წარმოდგენა ვიქონიოთ პიროვნების ისეთ წინამძღვართა შესახებ, როგორიცაა: მოტივაცია (მოთხოვნილებათა და ინტერესთა ბუნებრივი), აქტიურობა (ქცევათა რეაქცია) და პიროვნული ინტეგრაციის სტრუქტურა მისი სოციალური ორგანიზაციისა და ლოგიკურ-მორალურ ღირებულებათა დამოკიდებულების სახით.

ფსიქიკური ცხოვრების პირველ პლანზე გამოყოფილია ფიქსირებული განწყობის სამი ტიპი: 1. ინერტულ-სტაბილური, 2. დინამიურ-ლაბილური და 3. ვარაბილური. ინერტულ-სტაბილური ტიპი უშთავრესად გვხვდება მონოთემატიური, პარანოიკალური და აგრეთვე უფრო სისტემატიზებული პარანოიდული მდგომარეობისას. დინამიურ-ლაბილურს ადგილი აქვს მწვევე პალუცინაციურ-პარანოიდული სინდრომების შემთხვევებში ფსიქიკური ავტომატიზმებით. ვარაბილური ტიპი გვხვდება პროცესუალური სიმპტომატიკის შეტევის მაგვარ გართულებისას, ემოციური ფონის ლაბილობისას და ეკზაცირბაციის მდგომარეობის დროს.

განწყობის ფიქსირება ფსიქიკური ცხოვრების მეორე (ვერბალურ) სიტუაციაში არ ხერხდება. ვერბალურ სიტუაციაში განწყობის წარმოშობის შეუძლებლობა პირველ პლანზე ფიქსირებისას, მიუთითებს ფსიქიკური მოქმედების დაბალ და მაღალ რეგისტრებს შორის გარკვეულ შეუთანხმებლობაზე. რაც ჩვეულებრივ დამახასიათებელია შიზოფრენიისათვის [18].

თემატური აპერცეფციის მეთოდით მიღებული შედეგების შედარებითი ანალიზი ცხადყოფს პიროვნების სტრუქტურათა მთლი-

ანობის გარკვეულ შენახვას მოგვიანებულ ასაკში განვითარებული შიზოფრენიის დროს. დაბალი ხარისხობრივი მონაცემები, გამოხატული სხვადასხვაგვარ მსჯელობაში, ერთფეროვან-სტერეოტიპულ განმარტებებში, დეტალებზე შეჩერება, მიუთითებს აზროვნების შესაძლებლობების დაქვეითებაზე და ავადმყოფის ემოციურ-ნებითი სტიმულების დათრგუნვაზე.

რორშახის [19] წესით გამოკვლევისას, სახეზეა გარკვეული დისოციაცია პიროვნების ინტელექტუალურ და ემოციურ დონეს შორის, რომელიც ვლინდება წარმოსახვითი საგნის სხვადასხვაგვარ შეცნობასა და შეფასებაში, აგრეთვე სტრუქტურული პასუხების არაერთგვაროვნებაში, განსაკუთრებით დაავადების განვითარებისას.

ასოციაციური მოქმედებების გამოკვლევამ გვიჩვენა გასაგები ლოგიკური აზროვნების აშლილობა.

საგულისხმოა, რომ ზემოთ მოყვანილი მონაცემები გარკვეულ ფარგლებში თანხვდება ფ. კონტრიძის [20], ს. წულაძის [2], მ. მესტიაშვილისა [22] და შ. გამყრელიძის [23] მიერ მიღებულ შედეგებს შიზოფრენიით დაავადებულთა კვლევის დროს.

ექსპერიმენტულ-ფსიქოლოგიური კვლევა გვიჩვენებს გარკვეულ ურთაერთკავშირს კლინიკო-ფსიქოპათოლოგიურ გამოვლინებათა და პიროვნების დონის დაქვეითების შორის. აღნიშნული გარემოება ვლინდება დაავადების მიმდინარეობის ტიპში, ფორმასა და ხანგრძლივობაში.

Н. Г. ЧХЕИДЗЕ

К ОСОБЕННОСТЯМ ЛЮБОВНОГО БРЕДА ПРИ ПОЗДНЕЙ ШИЗОФРЕНИИ

(НИИ психиатрии им. М. М. Асатиани МЗ ГССР)

Резюме

В работе дан клинико-психопатологический и экспериментально-психологический анализ бредовых идей любви. Выявлены феноменологические особенности любовного бреда в структуре паранойяльных, параноидных, галлюцинаторно-параноидных и парафренических синдромов, различающихся по степени систематизации и стойкости. Любовные бредовые идеи, длительно сохраняя свою автономность, сосуществуют с бредовыми высказываниями ревности, пре-

следования, порчи. Любовные притязания отличаются про-
топатичностью, наглядностью, телесностью переживаний; не-
редко сопровождаются распадом психосенсорного синтеза
и соматоскопическими галлюцинациями на фоне фрагмен-
тарного субнейроидного изменения сознания. Наличие слож-
ных, взаимоисключающих переживаний, выражающихся в
качественно измененных антиномных реакциях личности,
подтверждаются и данными психологического обследования,
обнаруживающими определенную корреляцию между клини-
ко-психопатологическими проявлениями и уровнями пора-
жения личности. На первом плане психической жизни выде-
лены три типа фиксированной установки: инертно-стабиль-
ный, чаще встречающийся при паранойяльных, а также
более систематизированных параноидных состояниях; дина-
мически-лабильный — в случаях остро возникающих галлю-
цинаторно-параноидных синдромов с явлениями психическо-
го автоматизма; и вариабильный — при приступообразном
обострении процессуальной симптоматики, неустойчивости
аффективного фона, состояниях экзacerbации и смене одно-
го этапа другим. По данным ТАТ и Роршаха при паранойяль-
ных и некоторых параноидных состояниях имеет место опре-
деленная сохранность основных структурных предпосылок
личности. Атематический эксперимент при галлюцинаторно-
параноидных и парафренических состояниях выявляет дезор-
ганизацию эмоциональной сферы со сведением эмоциональ-
ного резонанса и внутренних побуждений к минимуму, сви-
детельствуя о выраженном нарушении аналитико-синтетиче-
ской деятельности в этой группе больных.

ლიტერატურა — ЛИТЕРАТУРА

1. Bleuler M. Die stäschizophrenen krankheitsbilder, Fortsch. Neurol, Psychiatr., 1943, 15, 259.
2. Ж и с л и н С. Г. Роль возрастного и соматогенного фактора в возник-
новении и течении некоторых форм психозов. М., 1956.
3. Ш т е р н б е р г Э. Я. Возрастные изменения клиники. В кн.: Шизоф-
рения, М., 1969, 120—166.
4. Н а к а ш и д з е Е. Е. О некоторых клинических особенностях т. н.
поздней шизофрении. Тр. IV Всесоюзн. съезда невр. и псих., М., 1963,
123—124.
5. З ы к о в а З. И. Поздняя шизофрения. Журнал невр. и псих. им. С. С.
Корсакова, 1956, I, 1307—1319.
6. Р о м а н о в а Н. Г. К клинике поздней шизофрении. Автореферат кан-
дидатской диссертации, М., 1964.

7. Амбрумова А. Г. К вопросу клиники шизофрении, возникшей в позднем возрасте. В кн.: Вопросы клиники, лечения, патогенеза шизофрении и психических нарушений при сосудистых заболеваниях. М. 1960.
 8. Молчанова Е. К. К клинике обострения вяло текущей шизофрении в позднем возрасте и особенности последующего течения болезни Журнал невр. и псих. 1967, 3, 427—431.
 9. Esquirol E. Monomanie. Dictionnaire des Sch. med. 1819, 39, 114—125.
 10. Крафт-Эбинг. Учебник психиатрии. С. Пб. 1897.
 11. Сербский В. П. Психиатрия, М., 1906.
 12. Суханов С. А. Симптоматика душевных болезней, М., 1905.
 13. Корсаков С. С. Курс психиатрии, М., 1913.
 14. Введенский И. Н. Синдром любовного бреда при шизофрении и его судебно-психиатрическое значение. Тр. псих. клиники I ММИ. М., 1934, 4. 114—127.
 15. უზნაძე დ. ნ. განწყობის ფსიქოლოგიის ექსპერიმენტული საფუძვლები. ფსიქოლოგია, ტ. VI, თბილისი, 1949, 93—112.
 16. Murray H. A. Tematik Apperception Test. Combridgi Harva. Press, 1943.
 17. Зурабашвили А. Д. О значении словесного эксперимента в клинике шизофрении. Журнал Высшей нервной деятельности им. Павлова, 1953, III, 393—407.
 18. Бжалава И. Т. Психопатологические методы исследования душевнобольных. Тбилиси, 1961.
 19. Rorschach H. , Psychodiagnostik. Ber.-Leipzig, 1921.
 20. Контридзе Ф. М. Материалы по клиническому и экспериментально-психологическому исследованию шизофрении. Докторская диссертация, Тбилиси, 1971.
 21. Цуладзе С. В. О месте и значении проекционных методов изучения личности. В кн.: Психологические методы исследования душевнобольных. Тбилиси, 1961.
 22. Местиашвили М. Г. О некоторых клинико-психопатологических особенностях инициальной стадии шизофрении в подростковом возрасте. Материалы Закавказ. научной конференции психиатров, Ереван, 1967, 85—87.
 23. Гамкрелдзе Ш. А. К вопросу изучения атипичных случаев шизофрении и маниакально-депрессивного психоза методом фиксированной установки. В кн.: Понятие установки и отношения в медицинской психологии. Тбилиси, 1968, 14.
-

ჟ. ცინცაძე

მოლოდინის გავლენა პერცეფტულ დონეზე შემუშავებული განწყობის ეფექტზე ჯანმრთელ და შიზოფრენიით დაავადებულ ინდივიდებთან

(საქ. სსრ მეცნიერებათა აკად. დ. უზნაძის სახ. ფსიქოლოგიის ინსტიტუტი)

ცნობიერი მოლოდინის გავლენა განწყობის ეფექტზე შესაძლებელია გამოკვლეულ იქნას ე. წ. „ფიგურის შემდგომი ეფექტების“ თავისებურებათა შესწავლის დროს.

„ფიგურის შემდგომ მოქმედების“ ცნებაში შემდეგი მოვლენა იგულისხმება: სტიმულს გაზანგრძლივებული მოქმედება იწვევს აღქმის ველის ცვლილებებს, რის შედეგადაც ველის ამავე ან მოსაზღვრე არეებში მოხვედრილი სხვა ფიგურა დამახინჯებულად აღიქმება. ფიგურის შემდგომი ეფექტები თითქმის ყველა მიადალობაში დადასტურდა. ასე მაგალითად: თუ სუბიექტი ხანგრძლივად აღიქვამს ვერტიკალური ან ჰორიზონტალური მდგომარეობიდან გადახრილ ხაზს და ამის შემდეგ კი შეხედავს ვერტიკალურ ან ჰორიზონტალურ ხაზს, სუბიექტს იგი საწინააღმდეგო მიმართულებით გადახრილი მოეჩვენება. ასეთივე ფაქტი დასტურდება კინესთეტიკურ სფეროშიც. თუ ცდისპირი თითებით კარგა ხანს მოსინჯავს ამოზნექილ ზედაპირს, ამის შემდეგ სწორი ზედაპირი მის მიერ ჩაზნექილად განიცდება. ნორმიდან გადახრილი ფიგურები საწინააღმდეგო მიმართულებით მახინჯდებიან. ფიგურის შემდგომი ეფექტი დადასტურებულია არა მხოლოდ ანომალური ფიგურების აღქმისას, არამედ სიმეტრიული ფიგურების აღქმის შემდეგაც.

ხანგრძლივად მიწოდებულ პირველ ფიგურას საინსპექციო ფიგურას უწოდებენ (J), ხოლო მეორედ მიწოდებულ ფიგურას, რომელზედაც გამოვლინდება ფიგურის შემდგომი ეფექტი — ტესტ (T) ფიგურას.

ფიგურის შემდგომი მოქმედება სხვადასხვანაირად გამოვლინ-

დება. J ფიგურის მოქმედების გამო T ფიგურამ აღქმაში შეიძლება შეიცვალოს ფერი, სიღრმე, სიდიდე და სხვა თვისებები.

ფიგურის შემდგომი მოქმედების ეფექტის ახსნისათვის ძირითადად ფიზიოლოგიური თეორიები იყო ჩამოყალიბებული. განსაკუთრებით ცნობილია ჯიბსონის [1], კელერისა და ვალახის [2], ოსტულდისა და ჰეირის თეორიები. ფართოდაა გავრცელებული კელერისა და ვალახის ე. წ. სიმაძღრის თეორია რომლის მიხედვითაც ილუზორულად აღქმული ფიგურების თავისებურებათა გაგება შესაძლებელია აღქმის ველში მიმდინარე ფიზიკალურ-ფიზიოლოგიური პროცესებით, ქერქში მიმდინარე ელექტრული პროცესებით, რომლებიც თითქმის ფიგურის ხანგრძლივი ფიქსაციის გამო აღმოცენდებიან.

სიმაძღრის თეორია მრავალი თვალსაზრისით იქნა გაკრიტიკებული, მაგრამ ჩვენ საგანგებო ყურადღება გვინდა მივაქციოთ იმას, რომ ამ თეორიაში სრულიად არაა გათვალისწინებული პიროვნების ფსიქიკური აქტივობის როლი აღქმის პროცესში. ფიგურის შემდგომი ეფექტების ფიზიოლოგიურ თეორიებში იგნორირებულია საგნის აღქმის სპეციფიკური ფსიქოლოგიური კანონზომიერებანი.

გამოკვლევა ფიგურის შემდგომ ეფექტების შესახებ გამოაქვეყნა ჯიბსონმა 1933—1937 წლებში, ხოლო კელერმა და ვოლაქმა 1944 წელს. ფიგურის შემდგომ ეფექტების ცნობილმა მკვლევარმა მალზოტრამ [3] 1966 წელს თავი მოუყარა და ვრცლად მიმოიხილა თითქმის ყველა მნიშვნელოვანი გამოკვლევა და თეორია, რომელიც კი ფიგურის შემდგომ ეფექტების შესახებ არსებობდა.

ამ წიგნში მალზოტრა ფიგურის შემდგომ ეფექტების ისტორიის მიმოხილვის დროს დ. უზნაძის მიერ 1931 წელს გამოქვეყნებულ განწყობის ოპტიკურ, ჰაპტურ და სიმძიმის ილუზიების ფაქტებს განიხილავს, როგორც ფიგურის შემდგომ ეფექტების ერთ-ერთ პირველ ცდებს. ავტორი აქვე აღნიშნავს, რომ ამ ფაქტების ასახსნელად უზნაძეს განწყობის საკუთარი თეორია აქვს წამოყენებული.

როდესაც მალზოტრა განიხილავს საკითხს, იცვლება თუ არა ფიგურის შემდგომი ეფექტები ასაკთან ერთად, იგი აქ პიაეის [4] გამოკვლევას ეყრდნობა, რომელიც პიაეის უზნაძის განწყობის ილუზიების მეთოდით აქვს ნაკვლევი.

სანამ განვიხილავდეთ უცხოურ გამოკვლევებს, რომელიც შემდგომ ეფექტებსა და განწყობის ურთიერთობის საკითხს ეხე-

ბა, აღვნიშნავთ, რომ, ამ საკითხთან დაკავშირებით ჩვენში მთელი რიგი გამოკვლევებია შესრულებული პროფესორების შ. ჩხარტი-შვილის [5], ი. ბეალავას [6], ზ. ხოჯავას [7], ნ. ადამაშვილის [8] და სხვათა მიერ.

პროფ. ხოჯავას აზრით, კელერისა და ვალახის მიერ შემჩნეული ფიგურის სიდიდისა და ფიგურის გადაადგილების ფაქტი ფიქსირებული განწყობის მოქმედების შედეგია. სიდიდისა და გადაადგილების ეფექტი არსებითად განწყობისეული კონტრასტული ილუზიის ფაქტია.

პროფ. ბეალავამ ექსპერიმენტული გამოკვლევებით მიუთითა იმ სიძნელეებზე, რომლებიც კელერის სიმძლავრის თეორიას გააჩნია. კელერის თეორიის მიხედვით, გაუგებარია ილუზიის ტრანსპარაციის ფაქტიც ილუზიის ერთი მოდალობიდან მეორეში, როცა საინსპექციო ცდა ჰაპტურ სფეროში ტარდება, ხოლო კრიტიკული — ოპტიკურში.

ამ ბოლო დროს უცხოეთში გაჩნდა, მრავალი ექსპერიმენტული გამოკვლევა, რომლებშიც ნაჩვენებია, რომ ფიზიოლოგიური თეორიები არ არის საკმარისი ფიგურის შემდგომ ეფექტების ახსნისათვის. ამ გამოკვლევების საფუძველზე ნაჩვენებია, რომ კელერის თეორია ვერ ხსნის ცდისპირთა ფსიქოლოგიურ მდგომარეობის, ე. წ. „ფსიქოლოგიურ განწყობის“ გავლენას ფიგურის შემდგომ ეფექტებზე. ამ შრომებში მითითებულია, რომ ფიგურის შემდგომ ეფექტების განმსაზღვრელი ფაქტორი განწყობაა. ასეთი ზასიათისაა ანა სტორის [9] გამოკვლევა. სტორს ექსპერიმენტში გამოყენებული ჰქონდა ორაზროვანი ფიგურა.

13 ეს ფიგურა ცდისპირთა ერთ ჯგუფს ეძლეოდა, როგორც ასო B და მეორე ჯგუფს კი, როგორც ციფრი 13. ცდებში დამატებით 5 საკონტროლო ჯგუფი მონაწილეობდა. ექსპერიმენტატორი I ჯგუფის ცდისპირებს საგანწყობო ცდების ჩატარებისას უჩვენებდა რამდენიმე ბარათს სხვადასხვა ასოებით. ბარათის ჩვენება გრძელდებოდა 5 სექუნდის განმავლობაში. ბარათის ცენტრში საფიქსაციო ჯვარი იყო მოთავსებული. თითოეული ბარათის მიწოდებისას ექსპერიმენტატორი ცდისპირებს ეკითხებოდა: „ხედავთ A-ს? ხედავთ K-ს? ხედავთ F-ს“ და ა. შ. (ბა-

რათებზე დაწერილი ასოების ნაწილები ოდნავ ერთმანეთთან დაშორებული იყო, დააბლოებით ისე, როგორც ეს ორაზროვან ფიგურაშია გაკეთებული). ამის შემდეგ ცდისპირებს 60 სეკუნდის განმავლობაში საფიქსაციოდ ეძლეოდათ ორაზროვანი ფიგურა როგორც ასო B. ეს იყო საინსპექციო ცდა, რომელსაც კრიტიკული (T) ცდა მოსდევდა. კრიტიკული ფიგურები წარმოადგენდა ორ ვერტიკალურ ხაზს. რომელთაგან ერთ-ერთი მოხვედებოდა საინსპექციო ფიგურის შიგნით. ცდისპირებს უნდა ეთქვათ, რა განსხვავებას ხედავდნენ T ფიგურებს შორის. კრიტიკული (T) ცდა ერთი და იგივე იყო ორივე ჯგუფისათვის. ცდისპირთა II ჯგუფს საგანწყობო ცდებში ასოების მაგივრად ციფრები ეძლეოდა. საინსპექციო ცდაში მიწოდებულ ორაზროვან ფიგურას ამ ჯგუფის ცდისპირები აღიქვამდნენ როგორც ციფრ 13-ს.

ამგვარად, ორივე ჯგუფის ცდისპირები საინსპექციო ცდაში მიწოდებულ ერთსა და იმავე ფიგურას სხვადასხვანაირად აღიქვამდნენ, I ჯგუფი, როგორც B-ს, ხოლო II ჯგუფის ცდისპირები, როგორც რიცხვს 13-ს.

მკვლევარის მიერ ცდის ასეთი მასალის არჩევა გაპირობებული იყო გარკვეული მოსაზრებით. I ჯგუფს, ასოების აღქმის განწყობას უმუშავებდნენ, II ჯგუფის ცდისპირებს კი ციფრებს. თუ ამ ორაზროვან ფიგურებს სხვადასხვა ჯგუფი ასე განსხვავებულად აღიქვამდა, მაშინ პირველი ჯგუფის ცდისპირებს ორაზროვანი ფიგურა უნდა აღექვათ, როგორც დახურული, შეკრული ერთი ფიგურა, მეორე ჯგუფს კი, როგორც ორი სხვადასხვა ფიგურა — სხვადასხვა ციფრი 1 და 3. ამ ფიგურის ასე სხვადასხვანაირ აღქმას, ამ აღჭორების ჰიპოთეზის მიხედვით უნდა გამოეწვია ორი სხვადასხვანაირი ფიზიოლოგიური პროცესი ტვინის ქერქში. სახელდობრ, ორაზროვანი ფიგურის „B“ ასოდ აღქმას და მის ფიქსაციას უფრო დიდი ფიგურის შემდგომი ეფექტი უნდა გამოეწვია, ვიდრე ამავე ფიგურის რიცხვ „13“-ად აღქმას, რადგან B დახურულია და მასში ფიგურის შემდგომ ეფექტის გამომწვევი პროცესები მეტი უნდა იყოს, ვიდრე გახსნილი ფიგურის რიცხვი 13-ის აღქმისას.

პირველი ჯგუფის ცდისპირებთან T — ფიგურის მიწოდების შემდეგ, რომელიც მოხვედებოდა (J) საინსპექციო (ორაზროვანი) ფიგურის შიგნით, მეტი ფიგურის შემდგომი ეფექტი უნდა მიგველო, ვიდრე მეორე ჯგუფის ცდისპირებთან, რადგან B ფიგურა

დახურულია და მასში ფ. შ. ეფექტის გამოწვევი პროცესები მეტი უნდა იყოს, ვიდრე გახსნილი ფიგურის, 13-ის აღქმის შეზღუდვა.

ექსპერიმენტში ეს ფაქტიურად ასეც მოხდა. პირველი ჯგუფის 40 ცდისპირიდან ფიგურის შემდგომ ეფექტი 33 ცდისპირმა ღივნა, მაშინ, როდესაც მეორე ჯგუფის 40 ცდისპირიდან ფ. შ. ეფექტი მხოლოდ 10-ს დაუდასტურდა. ამ ჯგუფებს შორის განსხვავება მნიშვნელოვანია, მაშასადამე ჰიპოთეზა დადასტურდა. ავტორის მოსაზრებით ასეთი შედეგები გამოწვეულია იმით, რომ პირველი ჯგუფის ცდისპირებმა ორაზროვანი ფიგურა აღიქვეს, როგორც ასო B, ხოლო მეორე ჯგუფის ცდისპირებმა კი, როგორც რიცხვი 13. ორაზროვანი ფიგურის აღქმადი თვისებები შეიცვალა განწყობის გამო და სუბიექტურად აღქმულმა თვისებებმა განაპირობა ფიგურის შემდგომი ეფექტის აღმოცენება. ფ. შ. ეფექტები განსხვავდებიან ერთმანეთისაგან იმის დამხედვით, თუ როგორ ხდება საინსპექციო ფიგურის აღქმა.

მეხუთე ჯგუფის ცდისპირებს ორაზროვანი ფიგურის ნაცვლად, საინსპექციო ფიგურად ასო B-ს აწოდებდნენ. ამ ჯგუფის 40 ცდისპირიდან ფ. შ. ე. 29-სთან დადასტურდა, მსგავსად I ჯგუფის 33 ცდისპირისა, რაც საეპარისად განსხვავდება II ჯგუფის შედეგებისაგან. მიღებული შედეგების ერთმანეთთან შედარება გვიჩვენებს, რომ განწყობის გამო I ჯგუფის ცდისპირებისათვის J ფიგურა (ორაზროვანი) ისეთივე ფ. შ. ეფექტს იწვევს, როგორც ნამდვილად დახურული B ფიგურა. ავტორს, ჩატარებული აქვს კიდევ რამდენიმე ვარიანტის ცდა (III—IV), რომლის შედეგებაც ძირითადი ვარიანტის ცდის შედეგების დამადასტურებელია. სტორი აკეთებს ასეთ დასკვნას; განწყობა არის ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი ფაქტორი აღქმისა და შემდგომ ეფექტების არსებული ფიზიოლოგიური თეორიები არ არის ადეკვატური თეორიები იმისათვის, რომ ახსნან განწყობის გავლენა აღქმაზე.

უნდა ითქვას, რომ სტორის ექსპერიმენტში ორი ურთიერთ-თან დაკავშირებული, განსხვავებული კანონზომიერებაა გამოვლენილი. პირველი ზოგადი ფაქტი იმაში მდგომარეობს, რომ ორაზროვანი ფიგურა სხვადასხვა ჯგუფის ცდისპირებმა განსხვავებულად აღიქვეს იმის მიხედვით, თუ როგორ განწყობას უქმნიდა ექსპერიმენტატორი მათ. გარდა ამისა, აღნიშნულ ექსპერიმენტში მეორე კანონზომიერებაც არის დადასტურებული. იმ ჯგუფის ცდისპირებს, რომლებიც ორაზროვან ფიგურას ასო B-ს სახით აღიქვამ-

დნენ, უფრო ძლიერი ფიგურის შემდგომი ეფექტები ჰქონდათ. ვიდრე იმ ცდისპირებს, რომლებიც ორაზროვან ფიგურას, რიცხვი 13-ის სახით განიცდიდნენ. ობიექტურად ერთი და იგივე ფიგურები, იმის მიხედვით, თუ რა კატეგორიის მოვლენებად განიცდიდებიან, რა შინაარსებია სუბიექტის მიერ მათში ნაგულისხმევი, განსხვავებული ფიგურის შემდგომ ეფექტებს იძლევიან. სწორედ ეს უკანასკნელი ფაქტი რჩება აუხსნელი სიმამძლის თეორიისათვის.

ფიგურის შემდგომ ეფექტებზე სხვადასხვა საფნობრივი მნიშვნელობის განცდების მოქმედება ე. წ. „ფსიქოლოგიური განწყობის“ გავლენის სახით არის ცნობილი უცხოურ ლიტერატურაში.

ფსიქოლოგიური განწყობების გავლენა ფიგურის შემდგომ ეფექტზე ნაჩვენებია, აგრეთვე, ზინგერისა და შიპენის 10 ექსპერიმენტულ გამოკვლევაში. ამ გამოკვლევის ცდის მეთოდი და შედეგები ასეთია: აღებული იყო ალუპინის დისკო, რომლის დიამეტრი 25 სმ-ია, დისკო ბრუნავს ღერძის გარშემო. უკანა მხრიდან დისკოს აქვს დანაყოფები, რომელიც უჩვენებს კუთხის გრადუსებს. სტიმული არის შავი ხაზი, რომლის სიგრძე 10 სმ-ს უდრის, საგანე კი 3 სმ-ს, დისკოს ცენტრში მოთავსებულია საფიქსაციო წერტილი.

ყოველი ცდისპირი გადის სამ ცდას. წინასწარ ცდაში ცდისპირმა ხაზი უნდა დააყენოს ვერტიკალურად, ისე, რომ თვალი ფიქსირებული ჰქონდეს დისკოს ცენტრში. ამის შემდეგ ტარდება საგანწყობო ცდა. საგანწყობო ცდაში ცდისპირს 120 სეკუნდის განმავლობაში 30°-ით გადახრილი ხაზი ეძლევა საფიქსაციოდ. კრიტიკულ ცდაში მას ევალება ხაზის ვერტიკალურად დაყენება. ფიგურის შემდგომი ეფექტი იქნება წინასწარ და კრიტიკულ შედეგებს შორის სხვაობა.

ექსპერიმენტში მონაწილეობდა ცდისპირთა სამი ჯგუფი, რომლებთანაც აღნიშნული ცდა სხვადასხვა ინსტრუქციით ტარდებოდა. პირველი ჯგუფის ცდისპირებს ეძლეოდათ ე. წ. პოზიტიური ინსტრუქცია. პოზიტიური ინსტრუქციის შემთხვევაში ცდისპირს წინასწარ ეუბნებოდნენ, რომ გადახრილი ხაზის გახანგრძლივებული ფიქსაციის შემდეგ, კრიტიკულ ცდაში ობიექტურად ვერტიკალური ხაზი საწინააღმდეგო მიმართულებით გადახრილად მოეჩვენებოდა.

მეორე ჯგუფს ეუბნებოდნენ, რომ შემდგომი ეფექტი გაჩნდებოდა იმავე მიმართულებით, რა მიმართულებაც ჰქონდა ხაზს სა-

ფიქსაციო ცდაში. ეს იყო ე. წ. ნეგატიური ინსტრუქცია. კრიტიკულ ცდაში ცდისპირებს ევალუბოდათ ზაზის ვერტიკალურად დაყენება.

მესამე ჯგუფს ეძლეოდა ნეიტრალური ინსტრუქცია. ამ ცდისპირებს მოსალოდნელი ეფექტის შესახებ არაფერს ეუბნებოდნენ.

შედეგები ასეთი აღმოჩნდა: საფიქსაციო ცდების გარეშე წინასწარ ცდებში ცდისპირები კარგად ახერხებდნენ ზაზის ვერტიკალურად დაყენებას, პოზიტიური, ნეგატიური და ნეიტრალური ინსტრუქციით ჩატარებულ ცდებში სამივე ჯგუფს დაუდასტურდათ ფიგურის შემდგომი ეფექტა. მას ჩვეულებრივი ფიგურის შემდგომი ეფექტისათვის დამახასიათებელი მიმართულება (კონტრასტული) ჰქონდა. იმ ჯგუფის ცდისპირებს, რომლებსაც ცდები პოზიტიური ინსტრუქციით უტარდებოდათ, უფრო ძლიერი ფ. შ. ე-ბი აღმოაჩნდათ, ვიდრე იმ ცდისპირებს, რომლებსაც ნეგატიური ინსტრუქცია ეძლეოდათ. ნეიტრალური ჯგუფის ცდისპირების ფ. შ. ე-ბის სიდიდე პოზიტიური და ნეგატიური ჯგუფის ცდისპირების ეფექტების საშუალო აღმოჩნდა. აღნიშნული შედეგები მოცემულია 1 ცხრილში.

ცხრილი 1

ნეიტრალური ინსტრუქცია	პოზიტიური ინსტრუქცია	ნეგატიური ინსტრუქცია
+ 1,82 სმ	+ 2,35 სმ	+ 1,05 სმ

როგორც ცხრილიდან ჩანს, პოზიტიურმა ინსტრუქციამ ფიგურის შემდგომი ეფექტი საშუალოდ 0,53 სმ-ით გაზარდა. ნეგატიურმა ინფორმაციამ ფიგურის შემდგომი ეფექტის სიდიდე 0,77 სმ-ით შეამცირა.

მამასადამე, კრიტიკული ცდების შედეგები ცვლილებებს განიცდიან იმ მოლოდინის შესატყვისად, რომელიც ექსპერიმენტატორმა ცდისპირს შეუქმნა. ფსიქოლოგიური განწყობები, გარკვეული მოლოდინები გავლენას ახდენენ ფიგურის შემდგომი ეფექტის სიდიდეზე.

ზინგერისა და შიხენის ექსპერიმენტულ გამოკვლევებში, განწყობის ფსიქოლოგიის თვალსაზრისით, შემდეგ ვითარებასთან გვაქვს საქმე: ამ ექსპერიმენტში მოლოდინი გავლენას ახდენს პერცეფტულ სფეროში შემუშავებულ და გამოვლენილ განწყობის ილუზიის სიდიდეზე. ამიტომ ამგვარად შემუშავებული განწყო-

ბის ეფექტი განსხვავდება ნეიტრალური ინსტრუქციით, ფსიქიკური აქტივობის პირველ დონეზე შემუშავებული განწყობის ეფექტისაგან.

ექსპერიმენტულად დადასტურებულია, რომ განწყობა შეიძლება შემუშავდეს და გამოვლინდეს ფსიქიკური აქტივობის სხვადასხვა დონეზე. დ. უზნაძე რ. ნათაძის ექსპერიმენტული მონაცემების გამოყენებით, რომელიც წარმოსახვით სიტუაციაში განწყობის შექმნის საკითხს ეხება, აღნიშნავს: „ამ ცდების შედეგად მიღებული მონაცემების საფუძველზე ირკვევა, რომ განწყობა შეიძლება წარმოდგენის ნიადაგზედაც, ე. ი. ობიექტისა და სიტყვიერი ზემოქმედების გზითაც იქნეს ფიქსირებული“ [11].

ამგვარად, განწყობის ფაქტი დადასტურებულია ჩვენში, არა მხოლოდ აქტუალური ქცევის პლანში, არამედ აზრით, იდეურ სიტუაციაშიც [12]. განსხვავებული შედეგები მიიღეს შიზოფრენიით დაავადებულებთან ი. ბეალავამ და ე. ვაჩნაძემ [13]. მათი ექსპერიმენტული მონაცემების მიხედვით, შიზოფრენიით დაავადებულებთან გაჩენილია განწყობის შემუშავება ფსიქიკური აქტივობის მაღალ დონეზე.

თუ თავს მოვეყრით განწყობის ფორმირების საკითხთან დაკავშირებულ გამოკვლევის შედეგებს, შემდეგ სურათს მივიღებთ:

1. ჭანჭრთელ ადამიანებთან განწყობის შემუშავება შესაძლებელია ვერბალურ აზრით სიტუაციაშიც.

2. ვერბალურ აზრით სიტუაციაში ე. ი. ფსიქიკური აქტივობის მაღალ დონეზე შემუშავებული მოლოდინი გავლენას ახდენს პერცეფტულ სფეროში შემუშავებულ განწყობაზე და ცლის მის ეფექტს.

3. დადასტურებულია ისიც, რომ შიზოფრენიით დაავადებულთან განწყობა ფსიქიკური აქტივობის დაბალ დონეზე კარგად მუშავდება. მაგრამ განწყობის შემუშავება შიზოფრენიით დაავადებულებთან წარმოსახვით სიტუაციაში (ექსპერიმენტულ პირობებში) არ ხერხდება. „ფსიქიკის დაბალ დონეზე განწყობის ფიქსაცია, დაუბრკოლებლად მიმდინარეობს, იმდენად დაუბრკოლებლად რომ ამ ვითარებაში ფიქსირებულ განწყობას გადაჭარბებული ფიქსაცია და პათოლოგიური ინერტულობა ახასიათებს, რაც შეეხება მის ფიქსაციას ფსიქიკური ცხოვრების მაღალ დონეზე, როგორც ექსპერიმენტულმა კვლევამ გვიჩვენა, ამის შესაძლებლობას ჩვენი ავადმყოფები მოკლებულნი არიან“ [13].

ჩვენ ექსპერიმენტულად გამოვიკვლიეთ შიზოფრენით დაავადებულებთან ინსტრუქციით გამოწვეული მოლოდინის გავლენა პერცეფტული გზით შემუშავებულ განწყობაზე.

აღნიშნული საკითხის შესასწავლად მოვახდინეთ ზინგერის, შიხენისა და უზნაძის მეთოდების მოდიფიცირება. ცდები ჩატარებულია როგორც ოპტიკურ, ისე პაპტურ სფეროში. ოპტიკურ სფეროში ცდები ჩატარებულია შიზოფრენით დაავადებულ (ქრონიკული მდგომარეობა) 36 ავადმყოფზე. ცდისპირთა უმრავლესობისათვის დამახასიათებელი იყო აპათია, გარემოსადმი ინდიფერენტული დამოკიდებულება. ამ ავადმყოფებისაგან შევადგინეთ სამი ჯგუფი, თითოეულ ჯგუფში 12 ავადმყოფი შედიოდა.

ცდები ტარდებოდა ინდივიდუალურად. პირველად, საკონტროლო ცდამი, ცდისპირს ილუზიომეტრით შესადარებლად ეძლეოდა 15—15 მმ-იანი წრეები, ცდისპირს ვაეარჯიშებდით აპარატის ხმარებაში და თუ საჭირო იყო წრეების აღქვატურ აღქმაშიც.

საკონტროლო ცდების შემდეგ ტარდებოდა საგანწყობო ცდა. ცდისპირს ილუზიომეტრის ეკრანზე 15-ჯერ ეძლეოდა შესადარებლად 30—15 მმ-იანი წრეები, წრეებს შორის საფიქსაციო წერტილით. მათ ევალეობოდათ საფიქსაციო წერტილის ყურება და წრეების შესადარება. ცდისპირთა სამივე ჯგუფზე ცდები ტარდებოდა ერთი და იმავე საგანწყობო მასალით, მაგრამ სხვადასხვა ინსტრუქციით. საგანწყობო ცდების დაწყების წინ ცდისპირს ეძლეოდა ინსტრუქცია.

ცდისპირთა პირველ ჯგუფს ეძლეოდა ე. წ. პოზიტიური ინსტრუქცია, რომლის დროს ისინი წინასწარ იყვნენ ინფორმირებული ისეთი შედეგების მისაღებად კრიტიკულ ცდებში, რომლებიც შეესატყვისება განწყობის ეფექტის ჩვეულებრივ მიმართულებას (კონტრასტულს). „იკოდეთ, ამ უტოლო წრეების ფიქსაციის შემდეგ, ეკრანზე გამოჩნდება წრეები, რომლებსაც ახლა აღქმული წრეების სიდიდის საწინააღმდეგო მიმართულება ექნებათ. ასე მაგალითად, თუ ახლა თქვენ მარჯვნივ ზედავთ დიდ წრეს, ამ წრეების 15-ჯერ ჩვენების შემდეგ ეკრანზე გამოჩნდება პირიქით, მარცხნივ დიდი და მარჯვნივ პატარა წრე, ეს უტოლო წრეები თქვენ უნდა გაატოლოთ“.

ცდისპირთა მეორე ჯგუფს ნეგატიური ინსტრუქცია ეძლეოდა. ექსპერიმენტატორი წინასწარ განაწყობდა ცდისპირებს ისეთი შედეგების მისაღებად, რომელიც ეწინააღმდეგება განწყობის

ეფექტის ჩვეულებრივ მიმართულებას. ცდისპირთა მესამე ჯგუფ-
ზე ცდები ნეიტრალური ინსტრუქციით ჩვეულებრივი წესით ტარ-
დებოდა. საგანწყობო წრეების ფიქსაციის შემდეგ, კრიტიკულ
ცდაში ცდისპირებს შესაძარებლად ეძლეოდათ 15-15 მ-იანი
წრეები, რომლებიც თუ ილუზორულად უტოლოდ იქნებოდნენ
აღქმული, ცდისპირს უნდა გაეტოლებინა.

ცდისპირთა თითოეულ ჯგუფზე, აღნიშნული ვარიანტის ცდების
შემდეგ, ყველა დანარჩენი ვარიანტი ტარდებოდა. თითოეულ
ჯგუფის მონაცემები შესაძლებლობას გვაძლევს გავარკვიოთ რა
გავლენას ახდენს ინსტრუქციით გამოწვეული მილოდინი გან-
წყობის ეფექტზე.

ცალკეულ ჯგუფზე სამივე ვარიანტის ცდის ჩატარება შესაძ-
ლებლობას მოგვცემდა დაგვერკვია რა განსხვავებულ შედეგს იძ-
ლევა ეს სამი სხვადასხვა ინსტრუქცია ერთსა და იმავე ჯგუფთან.
თუ ერთი ინსტრუქციით ჩატარებული ცდები გავლენას მოახდენ-
და მეორე ინსტრუქციით ჩატარებულ ცდებზე, მაშინ, ჩვენ მხოლოდ
პირველი ვარიანტით ჩატარებული ცდების შედეგებს მივიღებდით
მხედველობაში.

ყოველი ვარიანტის ცდის ჩატარების შემდეგ ცდისპირები
3—5 წუთს ისვენებდნენ. ჩვენ მიერ აღწერილი ცდების შედეგები
შემდეგნაირად დავამუშავეთ: ა) ერთმანეთს შევადარეთ სამ სხვა-
დასხვა ჯგუფზე სხვადასხვა ინსტრუქციით ჩატარებული ცდების
შედეგები. სხვადასხვა ჯგუფის ცდისპირებზე სხვადასხვა ინსტრუქ-
ციით ჩატარებული ცდების შედეგები მოცემულია მე-2 ცხრილში.

ცხრილი 2

ობიექტური ილუზიის საშუალო სიდიდე

პოზიტიური ინსტრუქცია 12 ც. პ.	ნეგატიური ინსტრუქცია 12 ც. პ.	ნეიტრალური ინსტრუქ- ცია 12 ც. პ.
1,3 პპ	1,05 პპ	0,9 პპ

მე-2 ცხრილში წარმოდგენილ მონაცემებს შორის არსებუ-
ლი სხვაობა სტატისტიკურად მნიშვნელოვანი არ აღმოჩნდა.

პოზიტიურ და ნეგატიურ ჯგუფებს შორის განსხვავებისა-
რვის $t=0,74$, პოზიტიურ და ნეიტრალურ ჯგუფებს შორის განსხ-
ვებისათვის $t=0,7$ $p<0,2$.

ამგვარად, შიზოფრენიით დაავადებულებთან ინსტრუქცია

გავლენას ვერ ახდენს განწყობის ეფექტზე. მონაცემებს შორის არსებული სხვაობა მნიშვნელოვანი არ არის.

ბ) ჩვენ ერთმანეთს შევადარეთ თითოეულ ჯგუფში სამივე ინსტრუქციით ჩატარებული ცდის შედეგები. თითოეული სახის ინსტრუქციით ცდები 36-ივე ცდისპირზე იყო ჩატარებული.

ექსპერიმენტული მონაცემების სტატისტიკური დამუშავებიდან ჩანს, რომ შიზოფრენიით დაავადებულებთან, ჯანმრთელებისაგან განსხვავებით, სხვადასხვა ინსტრუქციით ჩატარებული ცდების შედეგებს შორის განსხვავება არ დასტურდება. (იხ. ცხრ. 3).

ამგვარად, შეიძლება ითქვას, რომ ზ-ნგერიასა და შეეჰანის მიერ ჯანმრთელ ცდისპირებზე მიღებული შედეგებისაგან განსხვავებით ჩვენ მიერ შიზოფრენიით დაავადებულებზე ჩატარებულ ცდებში, ე. წ. „ფსიქოლოგიური განწყობები“, მოლოდინები, გავლენას ვერ ახდენს განწყობის ოპტიკური ილუზიების ეფექტებზე.

ცხრილი 3

პოზიტიური ინსტრუქცია	ნეგატიური ინსტრუქცია	ნეიტრალური ინსტრუქცია
1,22 მმ	0,98 მმ	1,04 მმ

აქვე გვინდა აღვნიშნოთ, რომ ადრე შიზოფრენიით დაავადებულებთან „ილუზიოპეტრით“ გავზომეთ ოპტიკური ილუზიების სიდიდე. ოპტიკური ილუზიების საშუალო სიდიდე კრიტიკულ ცდებში საშუალოდ 1,1 მმ-ს უდრიდა. ასეთივე შედეგები მივიღეთ ახლაც, სამივე ინსტრუქციით ჩატარებული ცდების შემთხვევაშიც, ილუზიის მაქსიმალური საშუალო სიდიდე უდრის 1,3 მმ-ს, მინიმალური კი 0,98 მმ-ს, მასალის სტატისტიკურმა დამუშავებამ უჩვენა, რომ ამ შედეგებს შორის არსებული განსხვავება მნიშვნელოვანი არაა.

ოპტიკურ სფეროში ჩატარებული ცდების ანალოგიური ცდები პაპტურ სფეროშიც ჩატარეთ.

საგანწყობო მასალად ვაყენებდით 80 და 50 მმ დიამეტრის მქონე ხის ბურთებს. კრიტიკულ ცდაში ხდებოდა საგანწყობო ცდებში შექმნილი განწყობის ილუზიის სიდიდის გაზომვა. კრიტიკულ ცდებში ილუზიის გაზომვისათვის შერჩეული გვექონდა ბურთების სპეციალური კომპლექტი, რომელიც 13 სხვადასხვა ზომის ბურთისაგან შედგება. ყოველი ბურთის დიამეტრი 1 მმ-ით

გვარა შეზღვრვამ ბურთზე. კრიტიკული ცდებისათვის გამოყენებული ბურთები სიდიდის მიხედვით ასეთი იყო: ყველაზე დიდი ბურთის დიამეტრი 62 მმ-ს უდრის, შემდეგი 12 ბურთის დიამეტრის ზომებია 60, 61, 59, 58, 57, 56, 55, 54, 53, 52, 51, 50 მმ.

კრიტიკულ ცდებში ილუზიის გამოზომვის რამდენიმე გზა არსებობს. შეიძლება გაზომვა დავიწყოთ კრიტიკულ ბურთებს შორის არსებული მკირე განსხვავებით და თანდათან გავზარდოთ ეს განსხვავება და შეიძლება პირიქით, დიდი განსხვავებით დავიწყოთ და თანდათან შევამციროთ კრიტიკულ ბურთებს შორის განსხვავება.

წინასწარი ექსპერიმენტების შემდეგ, ძირითადი ცდები ჰაპტურ სფეროში 60 ჯანმრთელ და 60 ავადმყოფ ცდისპირზე ჩავატარეთ. თვალდახუჭულ ცდისპირს 80—85 მმ დიამეტრის მქონე ბურთებს ჰაპტურად 15-ჯერ ვაძლევდით შესადარებლად. კრიტიკულ ცდებში ხდებოდა ილუზიის გაზომვა, რომლის დროს ცდისპირს ერთ ხელში ყოველთვის 50 მმ დიამეტრის ბურთი ეძლეოდა, ხოლო მეორე ხელში, ყოველ ექსპოზიციაში, საჭიროების მიხედვით ბურთის სიდიდეებს ვცვლიდით. გაზომვას ვიწყებდით 50—55 მმ-იანი ბურთებით და ყოველ შემდგომ ექსპოზიციაში იმის მიხედვით თუ რა პასუხს მივიღებდით ცდისპირისაგან, ვზრდიდით ან ვამცირებდით ამ ბურთებს შორის განსხვავებას. ილუზიის სიდიდედ ყოველ კონკრეტულ შემთხვევაში ვთვლიდით იმ უტოლო წყვილ ბურთს შორის ობიექტურად არსებულ სხვაობას, რომელსაც ცდისპირი ვერ განიცდიდა. ცდისპირთა ერთ ჯგუფს არაერთგვაროვანი სპეციალური ინსტრუქცია არ ეძლეოდა, ეს იყო ცდისპირთა ე. წ. ნეიტრალური ინსტრუქციის ჯგუფი.

ცდისპირთა მეორე ჯგუფს საგანწყობო ცდების დაწყების წინ ასეთი ინსტრუქცია ეძლეოდა: „საგანწყობო ბურთების 15-ჯერ შედარების შემდეგ ჩვენ მოგაწოდებთ ბურთებს, რომლებსაც საგანწყობო ცდებში აღქმული ბურთების სიდიდის საწინააღმდეგო მიმართულება ექნებათ“. ე. ი. ცდისპირებს ეძლეოდათ ე. წ. პოზიტიური ინსტრუქცია, რომლის დროს ისინი წინასწარ ინფორმირებულნი იყვნენ კრიტიკულ ცდებში ისეთი შედეგების მისაღებად, რომელსაც ადგილი აქვს ჩვეულებრივად ჰაპტურ სფეროში ჩატარებული განწყობის ცდებში.

ცდისპირთა მესამე ჯგუფს ნეგატიური ინსტრუქცია ეძლეოდა, რომლის დროს ექსპერიმენტატორი წინასწარ განაწყობს ცდის-

პირებს ისეთი შედეგების მისაღებად, რომელიც ეწინააღმდეგება განწყობის ფაქტის ჩვეულებრივ მიმართულებას.

როგორც უკვე აღვნიშნეთ, შიზოფრენიით დაავადებულებთან ოპტიკურ სფეროში ცდების ჩატარებამ გვიჩვენა, რომ ცდისპირებისათვის მოცემული ინსტრუქციები, ე. წ. „ფსიქოლოგიური განწყობები“, გავლენას ვერ ახდენენ ოპტიკურ სფეროში შემუშავებულ განწყობაზე. სხვადასხვა ინსტრუქციით ჩატარებულ შედეგებს შორის განსხვავება არ დადასტურდა. ასეთივე აღმოჩნდა ავადმყოფებზე ჰაპტურ სფეროში ჩატარებული ცდების შედეგებიც. იხილეთ ცხრილი 4.

ცხრილი 4

ავადმყოფებზე ჰაპტურ სფეროში ჩატარებული კრიტიკული ცდების შედეგები (ილუზიების საშუალო სიდიდე; მმ)

პოზიტიური ინსტრუქცია	ნეგატიური ინსტრუქცია	ნეიტრალური ინსტრუქცია
5,45	5,46	5,33

ცხრილი მე-4-ის მოცემული შედეგების სტატისტიკური მეთოდებით დამუშავებამ გვიჩვენა, რომ ამ შედეგებს შორის მნიშვნელოვანი განსხვავება არ არის.

სხვაგვარი შედეგებია მიღებული ჯანმრთელ ცდისპირებზე ჩატარებულ ცდებში. სახელდობრ, პოზიტიური ინსტრუქციით ჩატარებულ ცდებში ილუზიის საშუალო სიდიდე მეტია ნეგატიური და ნეიტრალური ინსტრუქციით ჩატარებულ ცდებში მიღებული ილუზიის საშუალო სიდიდეზე (იხ. ცხრილი 5), მათ შო-

ცხრილი 5

ჯანმრთელ ცდისპირებზე ჰაპტურ სფეროში ჩატარებული კრიტიკული ცდების შედეგები (ილუზიების საშუალო სიდიდე, მმ)

პოზიტიური ინსტრუქცია	ნეგატიური ინსტრუქცია	ნეიტრალური ინსტრუქცია
7,05	6,14	6

რის განსხვავება მნიშვნელოვანი და სანდო აღმოჩნდა. $P < 0,001$;

ამგვარად ირკვევა, რომ ჯანმრთელ ადამიანებთან მეორე დონის ფსიქიკური აქტივობა, მოლოდინები გავლენას ახდენენ

პერცეფტულ დონეზე შემუშავებული განწყობის ჩამოყალიბებაზე და ცვლიან მის ეფექტს — აძლიერებენ ან ასუსტებენ პერცეფტული გზით შემუშავებული განწყობის ეფექტებს.

ექსპერიმენტული კვლევის შედეგად გამოირკვა, აგრეთვე, რომ შიზოფრენიით დაავადებულებთან, ჰაპტურ სფეროში შემუშავებული განწყობის ილუზიის სიდიდე ცვლილებას არ განიცდის იმ მოლოდინების შესატყვისად, რომლის შექმნასაც ექსპერიმენტატორი გარკვეული ინსტრუქციებით ცდილობს.

ჩვენი საკითხის კვლევის დროს თავი იჩინა ფაქტმა, რომელიც გარკვეულ სიძნელეებს ქმნის ასეთი საკითხების შესწავლის დროს.

წინასწარი ცდების ჩატარებისას, რომლის დროს საგანწყობო 80—50 მმ-იანი ბურთების შემდეგ 50—59 მმ-იანი ბურთები ეძლეოდათ ცდისპირებს შესაძარებლად და ყოველ შემდგომ ექსპოზიციებში ბურთებს შორის განსხვავება 1 მმ-ით მცირდებოდა, ე. ი. ცდა დაღმავალი მეთოდით ტარდებოდა. შევამჩნიეთ ასეთი ფაქტი: ცდისპირი კრიტიკულ ცდაში ვთქვათ ტოლად აღიქვამს 50—57 მმ ბურთებს, ე. ი. მისი ილუზიის სიდიდე 7 მმ-ს უდრის, ამის შემდეგ ცდას ვაგრძელებთ და ვაწოდებთ 50—56, 50—55 მმ ბურთებს. ავადმყოფები ხშირად ყველა ამ ბურთის წყვილს ტოლად აღიქვამდნენ.

ეს მოვლენა დადასტურდა როგორც აღმავალი, ისე დაღმავალი წესით ჩატარებულ ცდებში. იგი თავს იჩენს როგორც ჯანმრთელებთან, ისე სულით დაავადებულ ცდისპირებთან. ეს ფაქტი ზღურბლის გაფართოების ეფექტს წარმოადგენს.

განწყობის ოპტიკური ილუზიების ტაქსიტოსკოპური კვლევის დროს ზღურბლის გაფართოების ეფექტი პირველად პიუჟეს მიერ იყო დადასტურებული. ჩვენ ამ ეფექტის მრავალი თავისებურება შევისწავლეთ, რომელთა შესახებ შემდგომში საგანგებოდ ცალკე გვექნება მსჯელობა.

1. ჩვენ მიერ მოპოვებული ფაქტების განხილვის შემდეგ ნათელი ხდება ისეთი თეორიების უფარგისობა, რომლებიც ფიგურის შემდგომ მოქმედების ახსნას აღქმის ველში მიმდინარე მხოლოდ ფიზიკალურ-ფიზიოლოგიური პროცესებით ცდილობენ. ზენოთ დასახელებულ ავტორთა ექსპერიმენტულ გამოკვლევებშიაც ნაჩვენებია, რომ ფიგურის შემდგომი მოქმედებანი განპირობებულია ე. წ. ფსიქოლოგიური განწყობებით, რომლებიც ცდისპირზე მოქმედებენ.

დ. უზნაძის თეორიის მიხედვით, ასეთი ფაქტები გაგებულნი უნდა იქნას როგორც პირველი და მეორე დონის ფსიქიკური აქტივობის ურთიერთობის შედეგი.

გამოირკვა, რომ ჯანმრთელ ადამიანებთან მეორე დონის ფსიქიკური აქტივობა, ინსტრუქციით შექმნილი მოლოდინები გავლენას ახდენენ პერცეფტულ დონეზე შემუშავებულ განწყობის ჩამოყალიბებაზე და ცვლიან მის ეფექტს, აძლიერებენ ან ასუსტებენ პერცეფტული გზით შემუშავებული განწყობის ეფექტებს.

2. ექსპერიმენტულმა კვლევამ გვიჩვენა, აგრეთვე, რომ შიზოფრენიით დაავადებულთა ფსიქიკური აქტივობის მეორე დონე არაა საკმარისად აქტიური. რომ გავლენა მოახდინოს პერცეფტული გზით შემუშავებულ განწყობაზე. შიზოფრენიით დაავადებულებს ვერ ექნებათ ისეთი მოლოდინები, რომლებიც გავლენას მოახდენენ პერცეფტული გზით შემუშავებულ განწყობაზე, შეცვლიან მის ეფექტს.

К. Д. ЦИНЦАДЗЕ

ВЛИЯНИЕ ОЖИДАНИЯ НА ЭФФЕКТЫ ВЫРАБОТАННОЙ В ПЕРЦЕПТИВНОЙ СФЕРЕ УСТАНОВКИ У ЗДОРОВЫХ И БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ

(Институт психологии им. Д. Н. Узнадзе АН ГССР)

Резюме

В настоящей работе показано, что влияние ожидания на эффекты установки не может быть объяснено лишь физиологическими теориями.

Ожидание влияет на величину эффекта установки здорового испытуемого, ослабляет или усиливает его. Однако ожидание не оказывает такого влияния на эффект установки, выработанной в перцептивной сфере больного шизофренией (в хронической форме).

ლიტერატურა — ЛИТЕРАТУРА

1. Gibson S., Adaptation, after-effect and contrast in the perception of curved lines, G. exper. Psychol., 16, 1933.
2. Köhler W. and Wallach, Figural after-effects an investigation of visual processes, Proc. Amer. phil. Soc. 88, 1944.

3. Malchotzu M. K., *Figurae* | Nachwirkungen, *Psychologische Forschung*, 30, 1—104, 1966.
 4. Piaget Y. et Lambercier M., *Essaisur un effet d'„Einstellung“ survenant au cours des perception visuelles successives (effet d'Usnadze)*. *Archives de Psychologie*, 30, 1944.
 5. ჩხარტიშვილი შ. განწყობის ფსიქოლოგიის ზოგიერთი საკითხი. „მეცნიერება“. 1962.
 6. Б ж а л а в а И. Т. Контрастная иллюзия или эффект последствия фигуры. «Вопросы психологии», 1962, № 5.
 7. Х о д ж а в а З. И. Фигурные «после-эффекты перемещения и размера» в опытах В. Келера и Г. Воллаха как контрастные иллюзии восприятия расстояния. Экспериментальные исследования по психологии установок. 4, 1970
 8. ა დ ა მ ა შ ვ ი ლ ი ნ. კონტრასტული ილუზიის პრობლემა თანამედროვე უცხოურ მეცნიერებაში. სამეცნიერო ბიბლიოგრაფიული კრებული; № 2—3, თბილისის სახ. უნივერსიტეტი, 1964.
 9. S t o r y A. B., Figural after-effects as a function of the perceived characteristics of the inspection-figure. *Amer. J. psychol*, 72, 1959.
 10. S i n g e r and S c h e e h a n, The effect of demand characteristics on the figural after effect with real imaged inducino figures. *Amer. J. psychol*. 78, 1965.
 11. უ ზ ნ ა ძ ე დ. განწყობის ფსიქოლოგიის ექსპერიმენტული საფუძველი. 1949-
 12. ნ ა თ ა ძ ე რ. წარმოსახვის განმანწყობელი მოქმედება, 1958.
 13. ბ ე ა ლ ა ვ ა ი. შიზოფრენიის ფსიქოპათოლოგიისათვის, 1958.
 14. Ц и н ц а д з е К. Д. Измерение оптических иллюзий установки у больных шизофренией. Понятие установки и отношения в медицинской психологии. 1970.
-

8. ჯანმრთელობა

აზროვნების ზოგიერთი თავისებურება უიზოფრენიის ზორსწასულ შემთხვევებში

მახასიათებელ-ფსიქოლოგიური გამოკვლევა

(საქ. სსრ მეცნიერებათა აკადემიის დ. უზნაძის სახ. ფსიქოლოგიის ინსტიტუტი)

უიზოფრენიის ქრონიკულ შემთხვევაში ავადმყოფთა აზროვნების კვლევას სრულიად გარკვეული ამოცანის გადაწყვეტა ევალებოდა. ჩვენს მიზანს შეადგენდა გაგვერკვია, რამდენად აზროვნებს ავადმყოფი ექსპერიმენტული მასალის კლასიფიკაციის პრინციპის მონახვას, მის გამოყენებას მასალის დასაჯუფებლად და მასალის კლასიფიკაციის ახალ პრინციპებზე გადაწესებებს. ამ საკითხის შესწავლის მიზნით გამოვიყენეთ დ. უზნაძის მიერ შემუშავებული ე. წ. ცნების ქმნადობის ექსპერიმენტი. ზემოაღნიშნული მეთოდი ხუთი სერიისაგან შედგება: 1. დაჯუფება, 2. განზოგადობა, 3. სახელდება, 4. ურთიერთგაგება და 5. დეფინიცია.

კვლევის ამ ეტაპზე ჩვენ დავკმაყოფილდით მხოლოდ პირველი ორი სერიის (დაჯუფება, განზოგადობა) გამოყენებით. ცდის I სერია (დაჯუფება) შემდეგში მდგომარეობს: 1. სუბიექტის წინ მაგიდაზე დალაგებულია სხვადასხვა ფერის, ფორმისა და მოცულობის მქონე მუყაოს გეომეტრიული ფიგურები, ზოგიერთი სახმარი საგანი: ღილები, ფული, ფერადი ფანქრები, საშლელი, ასანთი და სხვა... მასალაში, გარდა ერთი ფერისა, არის ორფერა და სამფერა ფიგურებიც. ცდისპირს ევალება მოახდინოს მიწოდებული მასალის კლასიფიკაცია 4 ჯგუფად: მასალა ისეა შერჩეული, რომ ინსტრუქციის მიხედვით მისი კლასიფიკაცია მხოლოდ ორი ნიშნის საფუძველზეა შესაძლებელი — სიდიდისა და ფერის მიხედვით: ერთ ჯგუფში უნდა გამოიყოს დიდი ქრომატული ფერის საგნები, მეორეში პატარა ქრომატული ფერის, მესამეში დიდი აქრომატული, ხოლო მეოთხეში პატარა აქრომატული ფერის საგნები.

არსებითად ამ გზით ტარდებოდა ექსპერიმენტი შიზოფრენიით დაავადებულებთან, მაგრამ ძირითადი ინსტრუქციის მიცემამდე, ჰაჯირო იყო გაგვერკვია შეუძლია თუ არა ავადმყოფს საერთოდ კლასიფიკაციის მოხდენა, საგანთა შორის განსხვავების დანახვა. ამ მიზნით მას ეძლეოდა ინსტრუქცია დაეჯგუფებინა რამენაირად მიწოდებული მასალა. თუ იგი მასალას ერთი ნიშნის მიხედვით, მაგ. ფერის მიხედვით აჯგუფებდა, ჩვენ ვთხოვდით მას ახლა სხვა რაიმე ნიშნის. ვაქცათ ფორმის ან სიდიდის მიხედვით მოეხდინა კლასიფიცირება. თუ ავადმყოფი ვერ მოახერხებდა დაჯგუფებას ჰაპონტანურად, მაშინ პირდაპირ ვეუბნებოდით: „დააჯგუფეთ ფერის მიხედვით“, „ახლა ფორმის მიხედვით“ და სხვა... ერთი სიტყვით, ჩვენი მიზანი იყო გაგვერკვია, რამდენად ახერხებს ავადმყოფი მასალის საკლასიფიკაციო ნიშნის გამოყოფას და მის შეცვლას საჭიროების მიხედვით. თუ ავადმყოფი დაძლევდა ამ ამოცანას, მხოლოდ მაშინ ეძლეოდა ასეთი ინსტრუქცია:

— ეს მასალა დააჯგუფეთ ოთხად.

ამჯერად ავადმყოფს ევალდებოდა მასალის კლასიფიკაციის პრინციპის მონახვა ერთდროულად ორი ნიშნის აბსტრაქციის საფუძველზე. თუ ავადმყოფი ვერ სძლევდა ამოცანას, ჩვენ ვებძარებოდით მას ახალი პრინციპის მონახვასა და ფორმულირებაში. დახმარება იყო დასაფეხებურებული:

I საფეხურის დახმარება: სპეციალური კითხვებით წარვმართავდით მის ყურადღებას სათანადო ნიშნებზე და ვებძარებოდით ინსტრუქციის გარკვევაში.

II საფეხურის დახმარება: ვადგენდით სანიმუშო ჯგუფებს, თითოეულ ჯგუფში ვათავსებდით ორ-სამ და თუ საჭირო იქნებოდა მეტ ფიგურას და წინადადებას ვაძლევდით ცდისპირს განგებო დაჯგუფება.

III საფეხურის დახმარება: პირდაპირ ვეუბნებოდით, თუ რა უნდა გაეკეთებინა მას: ყველა მოცულობით დიდი და ფერადი ფიგურები მოეთავსებინა ერთ ჯგუფში, მოცულობით პატარა და ფერადი ფიგურები მეორე ჯგუფში, მოცულობით დიდი და ნეიტრალური ფერის ფიგურები მესამე, ხოლო მოცულობით პატარა და ნეიტრალური ფერის ფიგურები მეოთხე ჯგუფში. თუ ავადმყოფი ამოცანას სწორად გადაწყვეტდა, დამატებით ვაწოდებდით ჰეტეროგენულ საგნებს და ვთხოვდით ეს საგნებიც გაენაწილებინა შესატყვის ჯგუფებში ორი ნიშნის — ფერისა და სიდიდის მიხედვით.

ცდის შედეგები:

დაჯგუფება. ცდის მიმდინარეობამ გვიჩვენა, რომ მასალის ერთი ნიშნის მიხედვით დაჯგუფება ავადმყოფთა უმრავლესობას სრულიად არ უჭირს. ცდებში 25 ავადმყოფი მიწოდებულ ფეგურებს ფორმის მიხედვით აჯგუფებს, 3 ავადმყოფი — „მათემატიკური გამოანგარიშების“, 5 ავადმყოფი — სილამაზის, 15 ავადმყოფი — ფერის, ხოლო 2 ავადმყოფი „დიდ-პატარის“ მიხედვით აჯგუფებს.

საილუსტრაციოდ მოვიყვანოთ ცხრილი 1

დაჯგუფების სახეები

ავადმყოფების რაოდენობა	ფორმის მიხედვით	მათემატიკური გამოანგარიშ. მიხედვით	სილამაზის მიხედვით	ფერის მიხედვით	დიდ-პატარის მიხედვით
50	25	3	5	15	2
%	50%	6%	10%	30%	4%

ცდის ამ ეტაპზე, ინსტრუქციის მოსმენისთანავე (დააჯგუფე), ავადმყოფთა უმრავლესობამ მოგვმართა კითხვით: „როგორ“?, „რის მიხედვით დავაჯგუფო?“ ასეთი შეკითხვები უკვე ნათლად გვიჩვენებს, რომ ავადმყოფს კარგად ესმის, რას ნიშნავს კლასიფიკაცია საერთოდ, რომ მას მასალის დამახასიათებელი ელემენტარული ცნებები შენარჩუნებული აქვს. 20 ავადმყოფმა (40%) ეს ამოცანა გადაწყვიტა პირველი და მეორე საფეხურის დახმარებით, 27 ავადმყოფს (54%) დასჭირდა ინსტრუქციის ასე თუ ისე გამარტივება და რაჰდენიმეჯერ განმეორება, ხოლო 3 ავადმყოფმა (6%) შეძლო მთელი მასალის კლასიფიკაცია ერთდროულად ორი ნიშნის მიხედვით. ამ შედეგებზე მიუთითებს ცხრილი 2.

ცხრილი 2

ავადმყოფთა რაოდენობა	I და II საფეხურის დახმარება	III საფეხურის დახმარება	ერთდროულად ორი ნიშნის აბსტრაქცია
50	20	27	3
100%	40%	54%	6%

აქვე უნდა აღვნიშნოთ ერთგვარი სიძნელე, რომელმაც თავი იჩინა კლასიფიკაციის ერთი პრინციპიდან მეორეზე გადანაცვლების პროცესში.

გავარჩიოთ ცხრილი 3.

ცხრილი 3		
ავადმყოფების რაოდენობა	I ჯგუფი	II ჯგუფი
	ძნელად გადანაცვლებადი ტიპი	ადვილად გადანაცვლებადი ტიპი
50	30	20
100%	60%	40%

ცხრილი 3-დან ჩანს, რომ 30 ავადმყოფს (60%) ექსპერიმენტის მიმდინარეობისას გაუძნელდა ერთი საკლასიფიკაციო ნიშნიდან მეორეზე გადანაცვლება. დანარჩენმა 20 ავადმყოფმა (40%) ეს ამოცანა შედარებით ადვილად დაძლია.

გავარჩიოთ პირველ ჯგუფში შემავალი ერთი ავადმყოფის კდის ოქმი. ავადმყოფი ვ. ი. (ავადმყოფის ისტორია № 35). ავადმყოფის ამოცანას შეადგენს ექსპერიმენტული მასალის ერთი ნიშნის მიხედვით დაჯგუფება.

ოქმი 1

ექსპერიმენტატორი	ავადმყოფის სიტყვიერი პროლექციები	ავადმყოფის მოქმედება ექსპერიმენტულ სიტუაციაში
დააჯგუფეთ — რა ნიშნის მიხედვით აჯგუფებთ? — ახლა სხვა ნიშნით დააჯგუფეთ	— სილამაზის მიხედვით აი, ასე	ყველა კუთხოვან ფიგურას ათავსებს ცალკე ჯგუფში, ყველა მრგვალ გეომეტრიულ ფიგურას აწყობს ერთი მეორის გვერდით ძალიან აბლოს, შემჭიდროებული (დომიხირებს ფორმად)
— რა პრინციპით ხელმძღვანელობთ? — სხვა რა პრინციპით შეიძლება კიდევ ამ მასალის დაჯგუფება?	— სილამაზის პრინციპით ერთი ფერისანებს დავაწყობთ ერთად	წითელი ოთხკუთხედი, წითელი სამკუთხედი, წითელი მრავალკუთხედი მოათავსა ერთ ჯგუფში

ექსპერიმენტატორი	ავადმყოფის სიტყვიერი პროლუქციები	ავადმყოფის მოქმედება ექსპერიმენტულ სიტუაციაში
— რის მიხედვით? (ისევ ფორმა დომინირებს)	— ფერის მიხედვით	
— წითელი წრე?	— ეს ცალკე	
— რატომ?	— ჩვენ ვაწყობთ კუთხოვან ფიგურებსა და მრგვალს	
— ყველა დიდი ფიგურა ერთად, ყველა პატარა ერთად	—	" "
— თვითონეული ჯგუფი გაყავი ორ ნაწილად	—	ყოფს მექანიკურად ითელის ფიგურებს და ყოფს ორ თანაბარ ჯგუფად.
— რა პრინციპით?	— შუაზე გაყავი	
ვადგენთ სანიმუშო ჯგუფებს. თითოეულ ჯგუფში ვათავსებთ ორ-ორ ფიგურას და ვთხოვთ ცლისპირს დაჯგუფება განაგრძოს.		იწყებს დაჯგუფებას სწორად.
— მწვანე დიდი სამკუთხედი?	— ეს ცალკე	
(სპექტრალური ფერის დიდ ჯგუფზე წითელი ელიფსია მოთავსებული)		
— რატომ?	წითელი და მწვანე ერთად არ მოთავსდება	მწვანე სამკუთხედი გადასდო ცალკე.
— რის მიხედვით ვაჯგუფებთ?	ეს ცალკე იყოს. ერთად არ შეიძლება... წითელი აჩერებს, მწვანე უშვებს. მოსიარულეთა კანონში ასე წერია. ეს განსაკუთრებით მოტოციკლეტიანებს ეხებათ, მანქანიანებსაც და ყველა სულიერ და უსულო მგზავრებს.	
— ლურჯი რომბი?		" "
— ლურჯი სამკუთხედი?	—	" "

ექსპერიმენტატორი	ავადმყოფის სიტყვიერი პროდუქციები	ავადმყოფის მოქმედება ექსპერიმენტულ სიტუაციაში
— ყვითელი წრე?		ხან ერთ ჭგუფს ათვალიერებს, ხან მეორეს... ტენდენცია აქვს ფორმით დაჭგუფებისა... უნდა მრგვალი ფიგურები მოათავსოს ერთად.
— რომელ ჭგუფს უფრო უხდება?	სილამაზის მიხედვით...	ფიქრობს...
— ფერისა და ფორმის მიხედვით რომელ ჭგუფს უფრო მიუღდება?		" "
— მიიღე 4 ჭგუფი		
— ყველა, მოცულობით დიდი და ფერადი ფიგურები მოათავსეთ ერთ ჭგუფში. მოცულობით პატარა და ფერადი ფიგურები მეორე ჭგუფში, მოცულობით დიდი და თაღის ფიგურები მესამე, ხოლო პატარა და ნეიტრალური ფერის ფიგურები მეოთხე ჭგუფში	—	

მოყვანილი ოქმი პირველ ჭგუფში შემაველ ავადმყოფთა უმრავლესობის აზროვნების კვლევის ტიპიურ მაგალითს წარმოადგენს. იგი გვიჩვენებს, რომ ავადმყოფები, რომელთაც არ უქირათ კლასიფიკაციის ერთი პრინციპით დაჭგუფება, მეორე პრინციპზე გადანაცვლებისას მარცხს განიცდიან. მათ უძნელდებათ ერთხელ შემუშავებული ქცევისაგან თავის დაღწევა და სხვა ახალ ქცევაზე გადანაცვლება; უძნელდებათ თავიანთი აზროვნებითი პროცესების სხვა მიმართულებით წარმართვა. აქვე უნდა აღვნიშნოთ, რომ ზემოთ აღნიშნულ ავადმყოფთა უმრავლესობა აქტუალურ სიტუაციაში ინერტულ-სტატიკური განწყობის ტიპს იძლევა.

ყურადსაღებია, რომ ერთი გარკვეული ქცევის, თუ მოქმედ-

ბის აკვიატება, რომელიც შემდგომ პერსევერაციულ ხასიათს ატარებს შიზოფრენიის შორსწასულ შემთხვევაში, სხვა ინტელექტუალურ ფუნქციათა კვლევის დროსაც შეინიშნება. ასე მაგ. ობიექტივაციის ცდებში, ნაცნობ სიტყვათა თანამიმდევრობაში კრიტიკული სიტყვების გამოჩენა სპონტანტურად, ექსპერიმენტატორის დახმარების შემთხვევაშიც ძნელად იწვევს კითხვის ავტომატიზმის შეჩერებას. ობიექტივაციის მოხდენის სიძნელე ამ შემთხვევაში გაპირობებულია განწყობის პათოლოგიური სიმტკიცით, რომლის გავლენასაც უნდა დააღწიონ თავი სუბიექტებმა ისეთ სიტუაციაში, რომელიც ობიექტივაციის აქტის აუცილებლობას მოითხოვს. აზროვნების ასეთი ინერტულობა, შიზოფრენიის დროს, სხვა ავტორების მიერაცაა დადასტურებული. განსაკუთრებით აღსანიშნავია ამ მხრივ, გოლდშტაინი, რომელიც აზროვნების აღნიშნულ ამ თავისებურებას, რიგიდობას უწოდებს. საინტერესოა, რომ გოლდშტაინის მიხედვით, აზროვნების რიგიდობა გაპირობებულია არა თვით აზროვნების დეფექტით, არამედ ავადმყოფის ფსიქიკის ზოგადი რიგიდობით; ე. წ. კონკრეტული ატიტუტიდან, აბსტრაქტულ ატიტუტზე გადანაცვლების უნარის დაკარგვით. აზროვნების რიგიდობა, ავტორის აზრით, ზოგადი რიგიდობის გამოვლენაა და სხვა არაფერი (1946).

აზროვნების პროცესის დინამიკის დარღვევის მსგავსი შემთხვევები (ავადმყოფებს არ შეუძლიათ ერთხელ შემუშავებული ქცევიდან მეორეზე გადანაცვლება, არ შეუძლიათ ერთხელ დაწყებული საქმიანობის შეცვლა) დეტალურადაა აღწერილი პროფ. ი. ბეალავას მონოგრაფიაში „ეპილეფსია“ (1959 წ.) და „შიზოფრენიის ფსიქოპათოლოგიისათვის“ (1958 წ.).

ბ. ზეიგარნიკს, მართალია, აზროვნების ინერტულობა არ მიაჩნია შიზოფრენიით დაავადებულის სპეციფიკურ თავისებურებად, მაგრამ თავისთავად ეს ინერტულობა მას განხილული აქვს, არა როგორც აზროვნების ფუნქციის, არამედ, როგორც აზროვნების პროცესის დინამიკის დარღვევის სახე. გადანაცვლების სიძნელე, რომ თვით აზროვნების დეფექტით კი არა, ფიქსირებული განწყობის ინერტულობითაა გაპირობებული, ამას ჩვენი კვლევის შედეგებიც ადასტურებს. ის ავადმყოფები, რომელთაც აქტუალურ სიტუაციაში ფიქსირებული განწყობა ან საერთოდ არ ექმნებათ, ან ძლიერ სუსტი ხასიათისაა, ცნების ქმნადობის ექსპერიმენტში ადვილად ინაცვლებენ ერთი საკლასიფიკაციო ნიშნიდან მეორეზე: ფერიდან ფორმაზე, ფორმიდან სიდიდეზე და სხვა. მოვიყვა-

ნოთ ტიპიური შემთხვევები (ავადმყოფის ისტორია № 613). ავად-
მყოფი ერკვევა ფერში, ფორმასა და სიდიდეში (ვთხოვთ ექსპე-
რიმენტული მასალა დააჯგუფოს რაიმე ნიშნის მიხედვით).

ექსპერიმენტატორი	ავადმყოფი
— რაიმე ნიშნის მიხედვით დააჯგუფეთ.	ერთნაირ ფორმისანებს დაეწყობთ ერთად. (ფიქრობს... ათვალეერებს ფიგურებს. დაწყო ყველა ფიგურა ფორმის მიხედვით)
— ახლა სხვა ნიშნით	— ფერით დაეწყობ
— კიდევ რა ნიშნით შეიძლება მათი დაჯგუფება?	(ფიქრობს...) ფერი. სიდიდე... სიდიდით... (გაანაწილა მთელი მასა- ლა სწორად)
— ახლა გაანაწილე ეს მასალა ისე, რომ მიიღო 4 ჯგუფი	(ანაწილებს სწორად, მაგრამ მწვანე მოათავსა აქრომატულ ჯგუფში)
— რატომ?	— თავისი ფერით აქ უფრო უხდება.

მოყვანილი ოქმიდან ჩანს, რომ ავადმყოფმა ადვილად გადა-
ინაცვლა ერთი პრინციპიდან მეორეზე და მთელი ექსპერიმენტუ-
ლი მასალა დახმარების გარეშე გაანაწილა ორი ნიშნის მიხედვით.
ყურადღასღებია, რომ მსგავსი შედეგებია მიღებული თბიერქტივა-
ციის და განწყობის ნებისმიერი გადანაცვლების ექსპერიმენტში.
მაგრამ ასეთი შედეგი სულ 3 ავადმყოფმა მოგვცა, რაც საერთო
კანონზომიერებას არ ექვემდებარება. ფიქსირებული განწყობის
მიხედვით ეს ისეთი ავადმყოფები არიან, რომელთაც აქტუალურ
სიტუაციაში ნულოვანი განწყობა აღმოაჩნდათ.

თუ საკითხს უფრო ღრმად ჩაუვყვირდებით, ნათელი გახდე-
ბა, რომ ასეთი ავადმყოფების შემთხვევაში საქმე გადანაცვლე-
ბის სიძნელესა თუ სიადვილესთან არა გვაქვს. ამ ჯგუფში შემავალ
ავადმყოფთა უმრავლესობასთან აქტუალურ სიტუაციაში გან-
წყობის ფიქსაცია არა ხდება; თუ ეს ასეა, ცხადია გადანაცვლების
ექსპერიმენტში, მათთვის ფიქსირებული განწყობის დაძლევის
აუცილებლობა არცა დგას.

II სერია, განზოგადების პროცესის კვლევის შედეგები

ცდის ამ ეტაპზე ცდისპირს ევალეზა სხვადასხვა პეტეროგენული საგნების შესატყვის ჯგუფებში განაწილება; თან მოეთხოვება თავისი ქცევის დასაბუთება, ე. ი. რატომ ათავსებს ამა თუ იმ საგანს ამა თუ იმ ჯგუფში.

ვაგეცნოთ ამოცანის გადაწყვეტის ტიპიურ შემთხვევას.

ო ქ მ ი 1

ექსპერიმენტატორი	აუღმყოფების სიტუაციური პროლექციები	აუღმყოფის მოქმედება ექსპერმენტულ სიტუაციაში
ვთხოვთ მოათავსოს შესატყვის ჯგუფში პატარა წითელი ჩემოდანი.		" "
— ყველილებიანი კაბა:	— ეს ცალკე... ყველილებიანი კაბა სამოსია... აცვიათ, რომ არ შესციოდეთ. ზოგს აცვია იმიტომ, რომ უხდება ეს პრინციპი კაბაზე არ გავრცელდება. ყველა საგანს თავისი დანიშნულება აქვს	—
— ბაცი იასამნის ფერი ღილი	— ეს პატარა...	ათვლიერებს ნეიტრალური ფერის პატარა ფიგურებს. ყველა ფიგურა დაწყო ცალ-ცალკე, შესატყვისი ფერი ვერ ნახა, გადაღო ცალკე
— მწენომეტრი:	— ესეც ცალკე მოთავსდება, შეიძლება გადაცემად გამოდგეს... ეს იმაზეა დამოკიდებული, როგორ მოისარგისებ. ნიჭიერებაზეა დამოკიდებული	
— ასანთი?	—	" "

ექსპერიმენტატორი	ავადმყოფის სიტუაციები	ავადმყოფის მოქმედება ექსპერიმენტულ სიტუაციაში
— აბსტრაქტული სამფე- რიანი ფიგურა (მწვა- ნე, ყვითელი, ლურ- ჯი)	ამისი ფერი აქ არის (მწვა- ნე) ესეც ამისია (ყვი- თელი) ესეც აქ არის...	ათვალიერებს ცალკე ფე- რებს
ავადმყოფს ეთხოვთ მოა- თავსოს შესატყვის ჭგუფში წითელი ლილი	—	„ „ ზელში ატრიალებს და ათ- ვალიერებს
— რომელ ჭგუფში მო- თავსდება?	— არც ერთს არ უდგება	—
— რატომ?	— ასეთი არსად არის თუ განზოგადოებულად ვი- ლაპარაკებთ, ვიტყვი ლილი წითელი... წითე- ლი სისხლი... ცეცხლი... ომი... ცალკე ჭგუფი იქნება... თუ ვიგულის- ხმებთ, რომ აქ ომზეა ლაპარაკი	—
— ჩვენს მიერ პირობი- თად შედგენილი ჭგუ- ფებიდან, რომელს უფ- რო მოუხდება?	არც ერთს... ეს ცალკე...	
— ჰერი?	—	„ „
— შავი ტელეფონი?	—	„ „
— შავი ჩანთა?	—	„ „

ზემოთ მოყვანილი ოქმიდან ჩანს, რომ ჩვენი ავადმყოფების მიერ ამოცანის სწორად გადაწყვეტა, ამ შემთხვევაში განზოგადება, თვალსაჩინო მსგავსების საფუძველზე ხდება და მაშასადამე, იგი ნამდვილი განზოგადების პროცესს, როგორც ასეთს, არ წარმოადგენს. ორფერი და სამფერი მუყაოს გეომეტრიული ფიგურების და სხვადასხვა საგნების შესატყვის ჭგუფებში განაწილებისას ავადმყოფი ხშირ შემთხვევაში არა ცდება, ჰეტეროგენული საგნების მიწოდებისას უპირატესად იბნევა. არის ისეთი შემთხვევებიც, როცა სულ სათითაოდ, ცალ-ცალკე გადააწყობს ავადმყოფი ყოველ ფიგურას, რათა ნახოს ზუსტად მისი მსგავსი ფერის ნიმუში და თუ ვერ ნახავს ცალკე გადადებს მას. მაგალითად ავად. ე. ი. „ბაც იასამნისფერ ღილს“ ვერ ათავსებს „ლურჯ

ფერთან“, რადგან „სხვადასხვა ფერისანი არიან“ თუმც იგივე ავადმყოფი იმავე ექსპერიმენტში სწორად ათავსებს „ჩემოდანს“ ნესატყვის ჯგუფში.

მოუხედავად იმისა, რომ ავადმყოფთა უმრავლესობა ჩვენს ექსპერიმენტში უპირატესობას საგანთა შორის კონკრეტულ მსგავსებას აძლევს, ჩვენი აზრით, თვით ეს ფაქტი არაა საკმარისი იმისათვის, რომ კონკრეტულობა სპეციფიკურად ჩავთვალოთ მათთვის. უფრო ზუსტად, არაა საკმარისი იმისათვის, რომ მათთან აბსტრაქციის უნარის დაკარგვაზე ვილაპარაკოთ; წინააღმდეგ შემთხვევაში, გაუგებარი იქნებოდა თუნდაც ის იშვიათი შემთხვევები, როცა ავადმყოფი ადეკვატურად წყვეტს ამოცანას, როცა იგი ახერხებს სათანადო ნიშნის აბსტრაქციასა და მის განზოგადებას. ასე მაგალითად, ზემოთ ილუსტრირებული ავადმყოფი ერთ შემთხვევაში სწორად წყვეტს ამოცანას, როცა იგი „ასანთს“ და „ჩემოდანს“ შესატყვის ჯგუფებს მიაკუთვნებს, მეორე შემთხვევაში კი ვერა, როცა კითხვაზე — რომელ ჯგუფში მოთავსდება „ყვავილებიანი კაბა“, გვპასუხობს: „ყვავილებიანი კაბა აცვიათ, რომ არ შესცივდეთ, ზოგს აცვია იმიტომ, რომ უხდება“. ანალოგიურია ეს შემთხვევაც: (პროფესიით მძღოლი) „წითელი და მწვანე ერთად არ მოთავსდება იმიტომ, რომ წითელი აჩერებს, მწვანე უშვებს. მოსიარულეთა კანონში ასე წერია“ რა შეიძლება ითქვას მოყვანილი ოქმების საფუძველზე? პირველყოვლისა ის, რომ თუ ავადმყოფს საერთოდ დაკარგული აქვს განზოგადების ფუნქცია, იგი ვერცერთი სწორი პასუხის შოვნას ვერ მოახერხებდა. იგი ვერც „ასანთისა“ და ვერც „ჩემოდანისაგან“ ვერ მოახერხებდა სათანადო ნიშნის აბსტრაგირებას და ამის მიხედვით მის სათანადო ჯგუფში მოთავსებას. ბუნებრივად იბადება კითხვა, რატომაა ასე გაძნელებული ჩვენ ავადმყოფებთან ჰეტეროგენული საგნის კლასიფიცირება? საქმე იმაშია, რომ ჰეტეროგენული საგნები ზემოაღწერილ ექსპერიმენტში წარმოადგენს ადამიანის ყოველდღიურ ცხოვრებაში სახმარ საგნებს. მაგალითად: ღილი, საშლელი, ასანთი, კაბა, კოლოფი და სხვა... ბუნებრივია, რომ ასეთი საგნების მიმართ ადამიანს თავისი ცხოვრების ყოველდღიური გამოცდილების მანძილზე სრულიად გარკვეული, ჩვეული დამოკიდებულება უმუშავდება. სხვანაირად რომ ვთქვათ, მის მიმართ სუბიექტს გარკვეული ფიქსირებული განწყობა აქვს. იმისათვის, რომ „წითელი ღილი“ ფერად გეომეტრიულ საგანთა ჯგუფში მოათავსოს, სუბიექტმა საგანს უნდა შეხედოს არა თავისი სუბიექ-

ტური, უფრო ზუსტად, გამოცდილებით მიღებული თვალსაზრისით, არამედ მხოლოდ, როგორც წითელ საგანს განურჩევლად იმისა, თუ რა არის თვითონ ეს საგანი. ე. ი. მან მხედველობის გარეშე უნდა დატოვოს მისი „ლილობა“, ის, რომ ის „ლილია“ და მხოლოდ მისი სიწითლის გამოყოფა მოახერხოს. ე. ი. მან უნდა მოახერხოს ყველა სხვა ნიშნისაგან ერთი, ამ შემთხვევაში ობიექტურად მნიშვნელოვანი ნიშნის აბსტრაგირება, მისი განყენება, რასაც ავადმყოფი უმრავლეს შემთხვევაში ვერ ახერხებს. ეს ერთი შეხედვით ისეთ შთაბეჭდილებას ქმნის, რომ მას აბსტრაქცია არ შეუძლია, მაგრამ ვიმეორებთ, რაკი არაა გამორიცხული ისეთი შემთხვევები, სადაც ავადმყოფი ადეკვატურად ახერხებს საჭირო ნიშნების აბსტრაგირებას. საფიქრებელია, რომ მისი მარცხი გაპირობებული არ უნდა იყოს აბსტრაქციის უნარის დაკარგვით. თუ გავითვალისწინებთ, რომ ამ ჯგუფის ავადმყოფთა უმრავლესობას ახასიათებს პათოლოგიურად ძლიერი, პათოლოგიურად ინერტული განწყობა, მაშინ ნათელი იქნება, რომ ჰეტეროგენული საგნებით მანიპულირების დროს მას სწორედ ამ საგანთა მიმართ უკვე ფიქსირებული განწყობის დაძლევა უჭირს. სხვა სიტყვებით რომ ვთქვათ, იგი გარკვეული თვალსაზრისით უყურებს ამ „ლილს“. უჭირს მოწყდეს ამ თვალსაზრისის და სხვა თვალსაზრისით შეხედოს საგანს, შეხედოს მას იმ თვალსაზრისით, რომელიც ადეკვატურია მოცემულ პირობებში. ამიტომაც, რომ „კაბა“ მისთვის რჩება ისეთ საგნად, რომელიც ან „გვიხდება“ ან „გვათბობს“ ანდა „წითელი მწვანესთან არ მოთავსდება“, იმიტომ, რომ „წითელი აჩერებს, ნწვანე უშვებს“. სხვა შემთხვევაში ავადმყოფის დამოკიდებულება ამა თუ იმ საგნის მიმართ იმდენად თავისებური და იმდენად სუბიექტურია, რომ ის სრულიად მოწყდება ამ რეალურ ობიექტურ პირობებს და მიწოდებულ საგანს სრულიად გარკვეულ კატეგორიაში ათავსებს „წითელი ღილი, წითელი სისხლი, ცეცხლი... ცალკე ჯგუფში იქნება“. ამ შემთხვევაში ავადმყოფი შესანიშნავად ახერხებს ღილისაგან მისი სიწითლის გამოყოფას და ამ ნიშნის საფუძველზე მის გარკვეულ კატეგორიაში მოთავსებას, მაგრამ როგორც ჩანს, ისეთ კატეგორიაში, რომელსაც მისთვის, როგორც ინდივიდისათვის გარკვეული ღირებულება აქვს. რა დასკვნების გაკეთება შეგვიძლია აქედან? 1. ავადმყოფთა უმრავლესობა მასალის კლასიფიკაციისას უპირატესობას ფორმას აძლევს. 2. ფორმის მიხედვით დაჯგუფების შემდეგ, ავადმყოფს უძნელდება ფიგურების სხვა ნიშნის,

ვთქვათ ფერის მიხედვით დაჯგუფება, უძნელდება ერთი გაფიქსირებული პრინციპიდან მეორეზე გადანაცვლება, თავისი აზროვნების პროცესების სხვა მიმართულებით წარმართვა. 3. ჰეტეროგენულ საგანთა დაჯგუფების პროცესში დადგენილი სიძნელებები გაპირობებულია ავადმყოფის გამოცდილებაში ფიქსირებული განწყობის უაღრესად ინერტულა, დაუძლეველი ხასიათით.

М. А. ДЖАПАРИДЗЕ

НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ МЫШЛЕНИЯ В ДАЛЕКО ЗАШЕДШИХ СЛУЧАЯХ ШИЗОФРЕНИИ

(Институт психологии им. Д. Н. Узнадзе АН ГССР)

Резюме

В результате экспериментально-психологического исследования процесса формирования понятий, установлен ряд особенностей мышления больного шизофренией, обусловленных чрезмерно косным характером фиксированных установок больной личности.

ლიტერატურა — ЛИТЕРАТУРА

1. ბ ე ლ ა ვ ა ი. შიზოფრენიის ფსიქოპათოლოგიისათვის, გამომც. საბჭოთა საქართველო, თბილისი, 1958.
 2. ბ ე ლ ა ვ ა რ. ეპილეფსია, გამომც. საბჭოთა საქართველო, თბილისი, 1959.
 3. უ ზ ნ ა ძ ე დ. ცნებათა შემუშავება სკოლის წინარე ასაკში. შრომები 1, თბილისი, 1956, გვ. 89—162. -
 4. З е й г а р н и к Б. В. Введение в патопсихологию, М., 1969.
 5. G o l d s t e i n K. Methodological Approach to the Study of Schizophrenic Thought Disorder. Language and Thought in Schizophrenia, Ed. by Kasanin, 1946.
-

პიროვნების სტრუქტურა და ნევროზი

(მ. ასათიანის სახ. ფსიქიატრიის სამეცნიერო-კვლევითი ინსტიტუტი)

დღეისათვის, პიროვნების გაგება თავისი სტრუქტურული თავისებურებით ისევე როგორც მისი შესწავლის ადეკვატურ მეთოდთა გამოყენების პრობლემა, თანამედროვე ფსიქიატრიის ყურადღების ცენტრში დგას. ამ თვალსაზრისით თავისთავად ცხადია, რომ რამდენადაც ნევროზები წარმოადგენენ ისეთ მდგომარეობებს, სადაც სხვადასხვა აშლილობათა წარმოქმნაში მადეტერმინირებული როლი ფსიქოგენურ ფაქტორებს ეკუთვნის, ამდენად პიროვნების პრემორბიდულ თავისებურებათა შესწავლამ უნდა დაიკავოს მნიშვნელოვანი ადგილი დაავადების პათოგენეზისა და ფსიქოპათოლოგიური სურათის გაგების საკითხში.

მაშინ, როცა ნევროზი განიხილება როგორც ფუნქციონალური ფსიქოგენურ ნერვულ-ფსიქიკური ტანჯვა, მხედველობაში მიიღება, რომ განცდის თვით სიმძიმე დამოკიდებულია არა იმდენად მატრამვირებელი ფაქტორის მოძალობაზე, რამდენადაც თვით პიროვნების თავისებურებაზე, რომელიც ავადმყოფურად რეაგირებს მათზე; ის რაც ერთისათვის შეიძლება სტრესორულ ფაქტორს და პათოგენურ ტრამვას წარმოადგენს, მეორისათვის შეიძლება განურჩეველი იყოს. ამგვარად, ნევროზის სტრუქტურის გაგებისათვის ერთ-ერთ აქტუალურს წარმოადგენს საკითხი იმ მჭიდრო ურთიერთმიმართებათა განსაზღვრისა, რაც არსობრივად აკავშირებს სუბიექტის განცდებს პიროვნების ყველაზე ინტიმურ და მგრძნობიარე სტრუქტურებთან.

საქმე ის არის, რომ განცდა თან ახლავს ყოველ ფსიქიკურ აქტს, ყოველ ობიექტურ სინამდვილესთან ურთიერთობის პროცესს. თანახმად დ. უზნაძისა: როდესაც ჩვენ ობიექტი გვაინტერესებს, მის ასახვაში არა მხოლოდ ობიექტური თვისებები შედის,

არამედ სუბიექტურიც, ე. ი. თვისებაც რომელსაც ჩვენში გარკვეული გრძნობის გამოწვევა შეუძლია. თუ გავითვალისწინებთ, რომ თანახმად განწყობის თეორიისა, ყოველი ალქმის აქტი გულსახმობს სუბიექტის სათანადო წინასწარ მზაობას, რომელიც ღებულობს მონაწილეობას რომელიმე მოთხოვნილების სახით, შეიძლება ვიფიქროთ, რომ არ არაებობს გარემოს ასახვის აქტი, რომელიც მეტ-ნაკლებად არ ატარებდეს განცდისეულ ხასიათს. ხოლო არის შემთხვევები, როდესაც ემოციური განცდა ობიექტური ვითარების დამახასიათებელი თვისების გამომხატველია, და პირიქით, შემთხვევები სადაც ის დაყვანილია ისეთ მინიმუმამდე, რომ ის არ შეინიშნება სუბიექტის მიერ.

საგნის აფექტური ელფერის არსებობის დამტკიცება, როდესაც ის შეუმჩნეველი რჩება სუბიექტისათვის კარგად ჩანს იმ შემთხვევებში, სადაც ადგილი აქვს ალქმითი აქტივობის ყველაზე ფაქიზ დარღვევას. დერეალიზაციის დროს საგნის ალქმის სტრუქტურა სრულად არის შენარჩუნებული და მას აკლია მხოლოდ ის აფექტური შეფერადება და მოქმედებისადმი მზაობა, რომელიც ანიჭებს ალქმის საგანს გარე სინამდვილეში თავის რეალობის ქვალიტეტს.

თუმცა ტერმინი „განცდა“ ხშირად იხმარება როგორც ყოველი ფსიქიკური პროცესის მიმდინარეობის სინონიმად, ეს ტერმინი უპირველესად გულისხმობს ისეთ გრძნობათა სიჭარბეს, რომლებიც შეიცავენ განსაკუთრებულ განცდებს და მჭიდრო კავშირში არიან ადამიანის მთელ ცხოვრებასთან პიროვნების ყველა თავისებურებებით. ამასთან, განცდის გრძნობათა შინაარსში იმალება მოცემული პიროვნებისათვის ყველაზე დამახასიათებელი, მიმართება გარემო სინამდვილისადმი: „საკმარისია თვალი შევაგლოთ ადამიანის ყოველ ღრმა განცდას, აღნიშნავს ვ. ნ. მისაიჩევი, რომ დავრწმუნდეთ იმაში, რომ განცდას საფუძვლად უდევს პიროვნების ურთიერთმიმართება გარე სინამდვილის სხვადასხვა მხარეებთან, და რომ ავადმყოფური განცდები წარმოადგენენ მხოლოდ და მხოლოდ დარღვეულ ურთიერთმიმართებათა შედეგს.

ამ კონცეფციასთან ახლოს დგას ბ. მ. ტეპლოვის შეხედულება, რომლის თანახმადაც: „სინამდვილესთან პიროვნების მიმართებისას მის განცდას ეწოდება ემოცია ან გრძნობა“. აღნიშნულ მდგომარეობას შეიძლება მივაკუთვნოთ მიმართების ის განსაზღვრა, რომელიც მოცემული აქვს ვ. კ. პლატონოვს, რომლის მიხედვითაც ამ ტერმინის ქვეშ იგულისხმება ინდივიდუალური ცნო-

ბიერების აქტიური კომპონენტი, რომელიც „ზოგჯერ გამოდის ვანცლასთან მთლიანობაში“.

ამრიგად, განცდა და გრძნობა შეადგენს მიმართების უშუალო ფორმას და ცოცხალ ქსოვილს და ამასთან ერთად, ისევე როგორც ემოცია გვევლინება ამ ურთიერთობათა მარეგულირებლად, რის შედეგადაც, როდესაც ფსიქოგენურ დაავადებათა შემთხვევაში პიროვნების მიმართება ირღვევა, ისინი გრძნობათა სისტემაში ვლინდება.

იმის გამო, რომ მთლიან პიროვნულ ფორმათა მოდუსი დეზორგანიზებულია, რომელშიც ისინი ავლენენ ნევროზული მდგომარეობის ფსიქოპათოლოგიურ სურათს, ამ მოდუსს განსაკუთრებული კავშირი უნდა ჰქონდეს მიმართების პათოლოგიურ რეგისტრთან. ბუნებრივად დგება საკითხი გრძნობათა რეგისტრების მიმართებათა ან სახეობათა დიფერენციაციის შესახებ.

ვ. შიპაჩიშვილი, რომელიც სრულიად სამართლიანად განსაზღვრავს ნევროზს, როგორც „ადამიანის მიმართებათა დარღვევას ცხოვრება-ს სიძნელეებით“, გამოყოფს ისეთ კატეგორიებს, როგორიცაა მიმართება კოლექტივთან, შრომით შემოქმედებასთან, ოჯახთან და ა. შ. მაგრამ ჩვენ ვფიქრობთ, რომ უმჯობესი იქნებოდა მოცემული ამოცანის მიხედვით განვიხილოთ მიმართება მისი პერსონოლოგიური ასპექტით, სახელდობრ განცდის კატეგორიის თვალსაზრისით.

ამ საკითხის განხილვისას, ავტორი განასხვავებს გრძნობითი განცდების კატეგორიებს, უფრო სწორად — რეგისტრებს. მაგალითად, პიროვნების აფექტური სფეროს შედარებით მრავალმხრივ გამოვლინებაში ს. ლ. რუბინშტეინი გამოპყოფს სამ ძირითად ღონეს: პირველი — ორგანული აფექტურ-ემოციური მგრძნობელობის ღონე; მას მიეკუთვნება ელემენტარული დიფუზური მგრძნობელობა, რომელიც ეხება ჩვენი ორგანიზმის მდგომარეობას, ისინი ჩვეულებრივ ვლინდებიან სიამოვნების ან უსიამოვნების გრძნობის სახით, მაგრამ მათ შეიძლება შეიძინონ მეტ-ნაკლებად ადგილობრივი ხასიათი, როგორც ეს ჩანს მ. ი. ასტვაცატუროვის მიერ ემოციათა კლასიფიკაციაში, სადაც გრძნობა განიხილება როგორც ცალკეულ ორგანოთა მოქმედების რღვევის შედეგი. გრძნობის მოდელი, რომელიც ამ რეგისტრს მიეკუთვნება არის ფიზიკური ტკივილის გრძნობა.

შემდეგი ღონე არის საგნობრივი აღქმის გრძნობა, ე. ი. გრძნობა, რომელიც მიეკუთვნება პიროვნებებსა და საგნებს; აქ

ტკივილის გრძნობის ნაცვლად გვეძლევა შიშის გრძნობა, მაგრამ არა უსაგნო შიში, როგორც შფოთვა ან წუხილი, არამედ შიში რაიმესა ან ვინმესადმი. „გასაგნობრიებული“ დონის გრძნობას მიეკუთვნება აგრეთვე ე. წ. ინტელექტუალური, ესთეტიკური და მორალური გრძნობა, რამდენადაც ეს გრძნობა განიცდება განსაზღვრული საგნის ან პიროვნების მიმართებისას, რომლებიც იწვევენ მათ ან რომლისკენაც მიმართული არიან ისინი.

ყველაზე მაღალ საფეხურზე იმყოფება განზოგადოებული გრძნობა, რომელსაც ს. ლ. რუბინშტეინი უწოდებს „მსოფლმხედველურ გრძნობას“, მისი სიტყვებით, ანალოგიურია „განზოგადოებული გადატანითი აზრის დონე, როგორიცაა იუმორის, ამალღების, ტრაგიზმის გრძნობა“.

ჩვენი აზრით, ეს დონე წარმოადგენს სინამდვილესთან მიმართების ყველაზე მაღალი ფორმის რეგისტრს, რომელსაც მაქსიმალურად პიროვნული მნიშვნელობა აქვს, როგორც მაგალითად, „რეალობის გრძნობა“ აღწერილი პიერ ჟანეს მიერ, როგორც პერსექუციული ინტეგრაციის უმაღლესი რეგისტრი. ალბათ საჭიროა ამ უმაღლეს დონეს მივაკუთვნოთ ისეთი მდგომარეობები, როგორიცაა შფოთვა და დეპრესია; შფოთვის გრძნობა სრულებითაც არ ეხება ორგანიზმს და ჯანმრთელობას, როგორც აქეთს. არამედ უშუალოდ მიეკუთვნება თვით სუბიექტის არსებობას, ისევე როგორც დეპრესიის გრძნობა არსებითად ეხება არა კონკრეტულ საგნებს, არამედ გულისხმობს, მომავლის იმედის დაკარგვას. ასეთი სახის საფეხურებრივი თანმიმდევრობა შიშსა და დეპრესიას შორის ნათლად განიხილება ფსიქოგენურ რეაქციათა მაგალითზე, რაზედაც ყურადღებას ამახვილებს ო. კითავა, რომლის მიხედვითაც გონებრივად სრულფასოვანი პირებისაგან განსხვავებით, რომელთაც ყველაზე უფრო უვითარდებათ დეპრესია. ოლიგოფრენებს, როგორც წესი, უვითარდებათ შიშის რეაქცია. საჭიროა აღინიშნოს, რომ ს. ლ. რუბინშტეინის ცდა, რათა გამოყოფა განცდათა რეგისტრები, ფაქტურად შეესატყვისება ზოგიერთი ცნობილი ავტორის პიროვნების დონის კლასიფიკაციას (შელერი, როტხაქერი, ლერში, მერლო-პონტი), რომლებიც გამოყოფენ აგრეთვე სამ ძირითად დონეს — EIGENWELT - MITWELT - IHMWELT (ლერშის მიხედვით). მსგავსი გაგების სამსაფეხურიანი იერარქია გვაგონებს ვერნიკეს: სომატოფსიხე, ალოფსიხე, სოფროფსიხე —

კლასიკურ რეგისტრებს, რომლის მიხედვით ა. ზურაბაშვილი ვკლავაზობს განვიხილოთ ტყვილა, შიში და დებრესია, როგორც ერთი და იგივე სწორხაზოვანი განვითარების გამოვლენა. აღსანიშნავია, რომ თანამედროვე ფსიქოლოგთა შრომებში (ა. ვალონი, ე. პიადე) აღწერილია პიროვნების ონტოგენეტური ეტაპები, რომლებიც უახლოვდება ზემოთ მოცემულ დონეებს; დაწყებული საკუთარი სხეულის დაუფლებით, დამოუკიდებელ გადაადგილებასა და საგანთა დაუფლების შემდგომი განვითარებით, რასაც მივყავართ ინდივიდის გარემოსთან მიმართების განვითარებასთან და რაც გვირგვინდება თვით შეცნობით და რეალობის ფაქიზი ორიენტაციით.

ზემოთ აღნიშნული შეიძლება გამოვიყენოთ პიროვნებისა და ნევროზების სტრუქტურის გასაგებად და აგრეთვე მათი სისტემატიკის დასადგენად, რაზედაც უფრო დეტალურად უნდა შევეჩერდეთ.

დაავადებათა სწორ მეთოდოლოგიურ წანამძღვარებზე დაფუძნებული კლასიფიკაცია მედიცინის ერთ-ერთი აქტიური საკითხია. იგი ასახავს სნეულების არამარტო კლინიკური მიმდინარეობის რავვარობას, არამედ ეტიოლოგიის, პათოგენეზისა და შესაფერისი მკურნალობის თავისებურებებსაც. ჯანსაყუთრებით რთულია ფსიქონერვულ აშლილობათა, მათ შორის კი, ნევროზულ გამოვლინებათა სისტემაში მოყვანა.

ამ უკანასკნელ მდგომარეობათა კლასიფიკაცია მოითხოვს შემდეგი ძირითადი მომენტების გათვალისწინებას: უმაღლესი ნერვული მოქმედების ტიპოლოგიურ თავისებურებას, ორგანიზმის ზოგად მდგომარეობას ფსიქიკური ტრავმის მიღების დროს, პიროვნების ქარაქტეროლოგიურ განსხვავებულობას, აფექტურ ურთიერთობას, რომელიც ადამიანს აქვს გარემოსადმი და იმ კომფლიქტებს, რომლებიც წარმოიშობიან პიროვნების ან საზოგადოების მიერ წამოყენებულ მოთხოვნილებასა და ამ უკანასკნელთა დაკმაყოფილების (რეალიზაციის) შესაძლებლობათა შორის. გასაგებია, რომ ხსენებულ ფაქტორთა ამდაგვარი მრავალფეროვნება განპირობებს ნევროზულ რეაქციათა კლინიკური სურათის არაერთგვარობას. ეს კი თავისთავად ხელს უწყობს ნევროზის ირგვლივ არსებულ მოსაზრებათა შეუთანხმებლობას.

დღესდღეობით ფსიქონევროლოგიაში ვერ დააღწია თავი ნევროზთა დენომინაციის სიუხვეს¹. მიუხედავად ამისა, ძირითადად ავტონომიურ ნოზოლოგიურ ერთეულებად მაინც ის ფორმები რჩება, რომლებიც გამოყოფილი იქნა ბრედის, შარკოსა და ჟანეს მიერ გასული საუკუნის ბოლოს; ესენია: ნევროსთენია, ისტერია და ფსიქასთენია. აქვე დავსძენთ, რომ როგორც ცნობილია, თანახმად ი. პ. პავლოვისა, ნევროზულ გამოვლინებათა ამ სამივე ნიშანსახეობას განსაზღვრავს უმაღლესი ნერვული მოქმედების ფუნქციური დარღვევის თავისებურებანი. კერძოდ: ისტერიული რეაქცია უპირატესად მეღაღენდება „მხატვრულ“ ტიპებში, აკვიატებულ მდგომარეობის ნევროზი (ფსიქასთენია) ვითარდება „ქოზროვნე“ ადამიანთა შორის, ნევრასთენია კი ვლინდება ე. წ. უზამდებარე ტიპის ადამიანებში. ი. პ. პავლოვის კონცეფციამ დიდად შეუწყობ ხელი ნევროზების ნეიროდინამიკური წანამდგარების ძიებას.

საკუთარი კლინიკური და ექსპერიმენტულ-ფსიქოლოგიური დავიწვებებისა და ლიტერატურულ მონაცემებზე დაყრდნობით, ჩვენ შევეცადეთ მოგვეძებნა ის შესატყვისობა, რომელიც უნდა არსებობდეს ნევროზის კლინიკურ გამოვლინებათა მრავალფეროვნებასა, კერძოდ ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის მიერ შედგენულ კლასიფიკაციასა და ამ სნეულების ზემოაღნიშნულ სამ ფორმას შორის. კვლევის პროცესში ვითვალისწინებდით პიროვნების სტრუქტურულ ორგანიზაციის იერარქიულ დონეებს ანუ რეგისტრებს.

მასალის ანალიზმა დაგვარწმუნა, რომ საკუთრად ისტერიის გარდა, ისტერიულ ნევროზებში შესაძლებელია გავაერთიანოთ შიშის ნევროზი და ფობიკური ნევროზი. გარდა დეპერსონალიზაციურ-დერიალიზაციული სინდრომისა (რომელიც თანამედროვე ნომენკლატურაში ცვლის ჟანეს მიერ კლასიკურად დახასიათებულ ფსიქასთენიას), სადაც წამყვანი მნიშვნელობა მიეწერება „რეაქლობის განცდის დაკარგვას“. ფსიქასთენიურ ნევროზთა ჯგუფში

¹ ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის სულით დაავადებათა საერთაშორისო კლასიფიკაციის 30-ე პარაგრაფში მოცემულია ნევროზის შემდეგი სახეები: 300,0 შიშის ნევროზი, 300,1 ისტერიული ნევროზი, 300, 2 ფობიკური ნევროზი, 300,3 აკვიატების ნევროზი, 300,4 დეპრესული ნევროზი ანუ ნევროზული დეპრესია, 300,5 ნევრასთენია, 300,6 დეპერსონალიზაციისა და დერიალიზაციის სინდრომი, 300,7 იპოქონდრიული ნევროზი, 300,8 სხვა ნევროზები, 300,9 დაუზუსტებელი ნევროზები.

შეტანილი უნდა იქნეს აკვიატებისა და ჰიპოქონდრიული ნევროზები. ნევრასთენიულ ნევროზთა წყებაში თავსდება საკუთრივ ნევრასთენიული სინდრომი, ნევროზული დეპრესია და საბჭოთა ფსიქიატრიაში აღიარებული და დამუშავებული ე. წ. სისტემური ნევროზი.

ნათქვამის დასასაბუთებლად საკმარისია გავიხსენოთ ის, რომ ისტერიულ ნევროზთა ჯგუფში მოთავსებული შიშის ნევროზი, თანახმად მრავალი ავტორისა (ი. სვიადოში და პ. შიშო), წარმოადგენს იმ ნიადაგს, რომელზედაც ვითარდება ფობიკური ნევროზი და კონვერსიული ისტერია. რაც შეეხება ფობიკურ ნევროზს, რომელიც პირველად ჟანემ დაუახლოვა ისტერიულ დამბლებს (როგორც ავადმყოფობაში განსვლის ანალოგიურ სახეს), ნიშანდობლივია, რომ ზ. ფროიდმა მას „შიშის ისტერია“ უწოდა. ისიც საუბრადღებოა, რომ ი. თ. პავლოვი აგორაფობიითა და ერიფროფობიით შეპყრობილ ადამიანებს ისტერიულ ტიპს აკუთვნებდა.

ფსიქასთენიისა და აკვიატებული ნევროზის ურთიერთდამოკიდებულება იმდენად ინტიმურია, რომ ზოგიერთი ავტორი მათ სინონიმებადაც კი ხმარობს. ი. პ. პავლოვის მიხედვით, ფსიქასთენიას საფუძვლად უდევს უმაღლესი ნერვული მოქმედების სუსტი ტიპი, რომლისთვისაც ნიშანდობლივია ნერვულ პროცესთა ძვრადობის აშლა და მეორე სასიგნალო სისტემის უპირატესობა. რაც შეეხება ჰიპოქონდრიულ ნევროზს, ცნობილია, რომ ისიც ამავე სასიგნალო სისტემის დონეზე მიმდინარეობს. ასეთი ადამიანები გამოირჩევიან ექვიან-მშფოთვარე ხასიათით, მუდმივი ორჭოფობით და ავადგახდომის აკვიატებული და დაუძლეველი აზრით.

ნევროზული დეპრესიის ნევრასთენიულ ჯგუფში გაერთიანების სასარგებლოდ მეტყველებს მ. ასათიანის სახ. ფსიქიატრიის ინსტიტუტის ნევროზთა განყოფილების კლინიკური მასალა ისევე, როგორც სხვათა კლინიკური დაკვირვებანი, მაგალითად ა. კრაინდლერის მიერ ცალკე აღწერილი ნევრასთენიის დეპრესიული ფორმა, ძირითადად შეესატყვისება ფოლკერტის ნევროზულ დეპრესიას. აქვე შევნიშნავთ, რომ მრავალი ავტორი ასევე ახლოს აყენებს ნევრასთენიასთან შინაგან ორგანოთა იმ ფუნქციურ აშლილობებს, რომლებსაც ადრე ორგანოთა ნევროზს ან ვეგეტონევროზს უწოდებდნენ და ამჟამად ჩვენში სისტემურ ნევროზების სახელით არას ცნობილი (შ. კარვასავსკი, ი. მ. აპტერი) ყოველგვან ზემოხსენებული სქემატურად შეიძლება ასე გამოიხატოს:

	ისტერიული ნევროზები	ფსიქასთენიუ- რი ნევროზები	ნევრასთენო- ლი ნევროზები
„მეს“ არსებ- ით მიმართება გაცემისთან	შიშის ნევროზი	დერეალიზაცია- დებერსონალიზა- ციის სინდრომი	ნევროზული დებრესია
„მეს“ მიმარ- თება საკნე- თან და პირე- ბთან	ფობიკური ნევროზი	აკვიატების ნევროზი	ნევრასთენია
„მეს“ მიმარ- თება საკუთარ სხეულთან	ისტერიული ნევროზი	ჰიპოქონდრიული ნევროზი	სისტემური ნევროზი

სქემიდან ჩანს, რომ ჩვენ მიერ დაჯგუფებული ნევროზის ფორმები მთლიანად შეესატყვისება ჯანმრთელობის საერთაშო-რისო ორგანიზაციის მიერ მოწოდებულ კლასიფიკაციას, მხოლოდ იმ განსხვავებით, რომ მასში შეტანილია აგრეთვე სისტემური ნევ-როზი, რომელიც ჯანმრთელობის საერთაშორისო ორგანიზაციის კლასიფიკაციაში არ არის წარმოდგენილი ფსიქოანალიზური კონ-ცეფციის ზეგავლენის გამო, ნევროზის ეს სახე არაა გამოცალკე-ვებული როგორც ნევროზი და უმართებულოდაა განხილული რო-გორც ფსიქოგენურ-სომატიური დაავადება, როგორც ფსიქოსო-მატიური დაავადებას ერთ-ერთი ფორმა.

აქ მოყვანილი კლასიფიკაცია გარდა იმისა, რომ შესაძლებ-ლად ხდის ნევროზის მრავალფეროვანი სახე სამი ძირითადი და კლასიკური ფორმის მიხედვით დაეჯგუფოთ, საშუალებას გვაძ-ლევს აგრეთვე განვიხილოთ ნევროზები მეორე, მეტად მნიშვნე-ლოვანი განზომილების მიხედვითაც.

ნევროზი, საბჭოთა ფსიქონევროლოგიაში განიხილება პერ-სონოლოგიის კრილში, როგორც პიროვნების „მიმართებათა“ დარ-ღვევა (ვ. ნ. მიასისჩევი). ამ თვალსაზრისით, ყურადღებას იპყ-რობს ის გარემოება რომ ნევროზების დროს, ფენომენოლოგიუ-რად პიროვნების მიმართებათა დარღვევა ეხება სუბიექტის გარე სინამდვილესთან დამოკიდებულების განსხვავებულ ველებს; ზო-

გიერთ შემთხვევაში დარღვეულია სუბიექტის მიმართება საკუთარ სხეულისადმი (პიპოქონდრიული, ისტერიული და სისტემური ნევროზები). სხვა შემთხვევაში წინა პლანზე დგას სუბიექტის დამოკიდებულება გარემოს კონკრეტულ მოვლენებთან — საგნებთან და ადამიანებთან (ავიატებისა და ფობიკური ნევროზები და ნევრასთენია). ხოლო, როდესაც ირღვევა ადამიანის გარემოსთან ინტეგრაციის უმაღლესი, ვიტალური მნიშვნელობის რეგისტრი, მაშინ ნევროზული რეაქცია წარმოდგენილია ფსიქასთენიის ქვეჯგუფში დეპრესიონალიზაციისა და დერეალიზაციის სინდრომით, სადაც შეცვლილია რეალობის განცდის გრძნობა; ისტერიის ჯგუფში აღილი აქვს შიშის ნევროზს, რომელიც ატარებს ვიტალური შფოთვის ხასიათს და ასახავს უშიშროების რწმენის დარღვევას გარემოსთან ორიენტაციის მომენტში. ნევრასთენიის ჯგუფში კი მოცემულია ნევროზული დეპრესია, ამ დროს შელახულია ადამიანის იმედი მომავლისადმი, რომელიც წარმოადგენს ირგვლივ არსებულში აღქვატური ორიენტაციის აუცილებელ პირობას.

ზემოაღნიშნულ, ჩვენს მიერ მოწოდებული სქემის განზომილებანი და მათში ასახული ნევროზის კლინიკური ფორმები წარმოადგენს პიროვნების ორგანიზაციისა და მიმართებათა არსებით სახეების ასახვას. ეს უკანასკნელი კი შეესატყვისება ფსიქოლოგიაში მიკვლეულ პიროვნების ონტოგენეზური განვითარების ძირითად საფეხურებს.

წარმოდგენილი სქემა, რა თქმა უნდა, ნევროზის სუფთა ფორმებს ასახავს, პრაქტიკულად, ნევროზების კლინიკაში უმრავლეს შემთხვევაში მეტ-ნაკლებად შერეულ შემთხვევებთან გვაქვს საქმე.

С. В. ЦУЛАДЗЕ

СТРУКТУРА ЛИЧНОСТИ И НЕВРОЗ

(НИИ психиатрии им. М. М. Асатнани МЗ ГССР)

Резюме

Модусы дезорганизации целостности личности, в формах в которых они проявляются в психопатологической картине невротического состояния, должны иметь определенную связь с регистром нарушенных отношений. В связи с этим, естественно возникает вопрос о дифференциации видов или регистров чувственных отношений. Выделяются три основных

уровня — первый — уровень органической эффективно-эмоциональной чувственности, к нему относятся элементарные, диффузные чувствования, касающиеся состояния организма в целом. Следующий уровень — предметного восприятия, т. е. чувства относящиеся к предметам и лицам. На самой высшей ступени находятся чувства обобщенного характера. Этот уровень представляет прежде всего регистр отношения к действительности, имеющий максимально личностное значение.

В работе дается попытка привести в определенную систему различные формы неврозов, учитывая международный перечень болезней. Предлагаемая автором классификация неврозов опирается на два основных положения. Первое из них предусматривает группировку всех разновидностей неврозов в соответствии с тремя классическими формами: истерии, психастении, неврастении. Второе положение подразумевает принцип учета уровней личностной организации. Здесь связываются: степень отношения «Я» к собственному телу с истерическим, ипохондрическим и системным неврозами; степень отношения «Я» к предметам и лицам с фобическим, навязчивым и неврастеническим неврозами; Степень обобщенного существенного отношения «Я» к действительности с неврозом страха, синдромом дереализации — деперсонализации и с невротической депрессией, где на высших регистрах интеграции личности страдают либо чувство реальности, либо чувство безопасности, либо чувство доверия к будущему, которое неразделимо от готовности человеческого существа к действию.

ს ა რ ჩ ე ვ ი

ი ო ს ე ბ ე ა ლ ა ვ ა (1904—1972)	3
ი. ბეალავას შრომების სია	7
ი. ბ ე ა ლ ა ვ ა. ფიქსირებული განწყობის თავისებურებანი შიზოფრენიის უწყვეტი და პროგრადიენტული ფორმების შემთხვევაში.	14
ა. ბ ა რ კ ა ლ ა ი ა. სიტუაციის აღქმის საკითხისათვის მწვავე ფსიქოზის შემთხვევებში	21
ა. ბ ა რ კ ა ლ ა ი ა, ე. ვ ა ჩ ნ ა ძ ე, მ. ს ა ყ ვ ა რ ე ლ ი ძ ე, ქ. ც ი ნ ც ა ძ ე. ფიქსირებული განწყობის თავისებურება შიზოფრენიით დაავადებულთა მემკვიდრეობაში.	36
შ. გ ა მ ყ რ ე ლ ი ძ ე. ატიპიურ-აფექტურ ფსიქოზთა ექსპერიმენტულ-ფსიქოლოგიური შესწავლისათვის თემატური აპერცეფციის მეთოდით	46
ე. ვ ა ჩ ნ ა ძ ე. სახელდების პროცესის თავისებურება შიზოფრენიით დაავადებულებთან	60
ა. ზ უ რ ა ბ ა შ ვ ი ლ ი. პიროვნება და ანტინომური რეაქციები	69
ფ. კ ო ნ ტ რ ი ძ ე. დანაკლისის ბოღვითი იდეის ფსიქო-პათოლოგიურ თავისებურებათათვის შიზოფრენიის დროს	73
თ. მ ა კ ა რ ი ძ ე. ფიქსირებული განწყობის თავისებურებანი ვერბალური პალუცინოზით მიმდინარე შიზოფრენიის შემთხვევებში	85
მ. მ ე ს ტ ი ა შ ვ ი ლ ი. უწყვეტად მიმდინარე მოზარდთა შიზოფრენიის ზოგიერთი კლინიკურ-ფსიქოპათოლოგიური და ექსპერიმენტულ-ფსიქოლოგიური თავისებურებისათვის	96
ლ. მ ი ქ ე ლ ა ძ ე. მხედველობის თანმიმდევარი კვალის თავისებურებათა შესახებ შიზოფრენიული ონეროიდის დროს	103
ვ ლ. ნ ო რ ა კ ი ძ ე. გონებით ჩამორჩენილ ბავშვებში წარმოსახულ სიტუაციაში და აბსტრაქტულ მიმართებებზე ფიქსირებული განწყობის თავისებურებანი	109
ნ. რ უ ხ ა ძ ე. შიშის სინდრომის ფსიქოპათოლოგიისათვის ბავშვთა და მოზარდთა შიზოფრენიის დროს	141
მ. ს ა ყ ვ ა რ ე ლ ი ძ ე. ე. წ. დეპერსონალიზაციის განცდის საკითხისათვის	156
ნ. ჩ ხ ე ი ძ ე. სიყვარულის ბოღვის თავისებურებისათვის მოგვიანებული ასაკის ფსიქოზების დროს	168
ქ. ც ი ნ ც ა ძ ე. მოლოდინის გავლენა პერცეფტულ დონეზე შემუშავებულ განწყობის ეფექტზე ჯანმრთელ და შიზოფრენიით დაავადებულ ინდივიდებთან	177
მ. ჯ ა ფ ა რ ი ძ ე. აზროვნების ზოგიერთი თავისებურება შიზოფრენიის შორსწასულ შემთხვევებში	193
ს. წ უ ლ ა ძ ე. პიროვნების სტრუქტურა და ნევროზი	206

СОДЕРЖАНИЕ

Иосиф Бжалава (1904—1972)	3
Список трудов И. Т. Бжалава	7
И. Т. Бжалава. О своеобразиях фиксированной установки при непрерывной и прогрессивной формах шизофрении	19
А. Л. Баркалани. К вопросу восприятия ситуации в острых случаях психоза	34
А. Л. Баркалани, Э. А. Вачнадзе, М. А. Сакварелидзе, К. Д. Цинцадзе. Особенности фиксированной установки в наследстве больных шизофренией	44
Ш. А. Гамкрелидзе. К экспериментально-психологическому изучению атипичных аффективных психозов с помощью метода ТАТ	56
Э. А. Вачнадзе. Процесс наименования у больных шизофренией	68
А. З. Зурабашвили. Личность и антиномные реакции	72
Ф. М. Контридзе. К психопатологическим особенностям бреда ущерба при шизофрении	83
Т. А. Макаридзе. Об особенностях фиксированной установки в случаях вербального галлюциноза при шизофрении	94
М. Г. Местиашвили. О некоторых клинико-психопатологических и экспериментально-психологических особенностях непрерывно текущей шизофрении у подростков	101
Л. Д. Микеладзе. О зрительном последовательном контрасте при шизофрении с синдромом онейроидного изменения сознания	106
В. Г. Норакидзе. Особенности выработки установки в воображаемой ситуации на абстрактные отношения у детей-олигофренов	140
Н. В. Рухадзе. К психопатологии синдрома страха при шизофрении детского и подросткового возраста	152
М. А. Сакварелидзе. К вопросу о деперсонализации	166
Н. Г. Чхендзе. К особенностям любовного бреда при поздней шизофрении	174
К. Д. Цинцадзе. Влияние ожидания на эффекты выработанной в перцептивной сфере установки у здоровых и больных шизофренией	191
М. А. Джапаридзе. Некоторые особенности мышления в далекошедших случаях шизофрении	205
С. В. Цуладзе. Структура личности и невроз	214

დაიბეჭდა საქართველოს სსრ მეცნიერებათა აკადემიის
სარედაქციო-საგამომცემლო საბჭოს დადგენილებით

რედაქტორი მ. საყვარელიძე
გამომცემლობის რედაქტორი დ. ბაქრაძე
ტექნორედაქტორი ც. ქაშუშაძე
მხატვარი მ. თუშმალისვილი
კორექტორი ც. ქიტიაშვილი

გადაეცა წარმოებას 28.4. 1976; ხელმოწერილია დასაბეჭდად 24. 8. 1976;
ქაღალდის ზომა 60×90¹/₁₆; ქაღალდი № 2; ნაბეჭდი თაბახი
13.75; სააღრიცხვო-საგამომცემლო თაბახი 11.35;
უე 01542; ტირაჟი 1000; შეკვეთა № 1387
ფასი 1 მან. 25 კაპ.

გამომცემლობა „მეცნიერება“, თბილისი, 380060, კუტუზოვის ქ. 19
Издательство «Мецниереба», Тбилиси, 380060, ул. Кутузова, 19

საქ. სსრ მეცნ. აკადემიის სტამბა, თბილისი, 380060, კუტუზოვის ქ., 19
Типография АН Груз. ССР, Тбилиси, 380060, ул. Кутузова, 19

ВОПРОСЫ ПСИХОПАТОЛОГИИ