

**З. Г. Чиковани**

**ПАТОЛОГИЯ  
И РЕСУРСЫ  
ЧЕЛОВЕКА**

**Художественное творчество-  
психоз и личность**

УДК 612.8:7  
Ч 60

**Чиковани З.Г. Художественное творчество – психоз – личность:** Рецензии проф. А.А. Меграбяна, А.Д. Зурабашвили, М.М. Кабанова. – Тбилиси.: Оазис, 2001. 280 с. с ил.; 13 отд. л. схем.

Анализ более чем 40-летнего наблюдения и опыта работы по изучению и внедрению художественного творчества в комплексе лечебно-восстановительных и психосоциальных мероприятий, катамнестические данные и результаты экспериментальных клинко-психопатологических исследований позволяют определить и системно изложить основные выводы относительно предмета и функции искусства – художественного творчества в норме и при патологии, отражения в художественном творчестве патологического содержания сознания и структурных особенностей личности (морбидные и преморбидные), системы её отношений направленности на разных этапах течения болезни и на разных уровнях ее интеграций, состояние художественно-творческих механизмов и их использования с целью социальной и трудовой деятельности, а так же практических рекомендаций.

Книга рассчитана на широкий круг читателей – представителей смежных наук.

The present work embraces ever 40 years of experience of introducing the artcraft-creative activity in a package of curative-recreational and psycko-social work in treating psychiatric patients (basically during shisophrenia). The results of experimental research and catamnestic data permit to note a series of principal peculiarities of artwork in pathological cases. These peculiarities implied and reflected prophylactical, diagnostical, curative-corrective and socially recreational values.

**З. Г. Чиковани**

**Z. Chikovani**

**Патология и  
ресурсы человека**

**ХУДОЖЕСТВЕННОЕ ТВОРЧЕСТВО –  
ПСИХОЗ – ЛИЧНОСТЬ**

**PATHOLOGY  
AND HUMAN RESOURCES**

**ARTISTIC ACTIVITIES –  
PHSUCHOSIS – PERSONALITY**

**ИЗДАТЕЛЬСТВО «ОАЗИС»**

**2001 г.**

## ЗУРАБ ГРИГОРЬЕВИЧ ЧИКОВАНИ

Известный грузинский общественный деятель, ученый-медик (психиатр), хоровой дирижер, автор многих замечательных песен родился в 1933 году в г. Тбилиси.

В 1952 году с отличием окончил среднюю школу и поступил в Медицинский институт на факультет лечебного дела. Параллельно учился в Центральном музыкальном училище им. З. Палиашвили для особо одаренных детей. После окончания Медицинского института в 1958 году поступил в Государственную консерваторию им. В. Сараджишвили, на факультет хорового дирижирования. По окончании консерватории (в 1963 г.) был оставлен хоровым дирижером при оперной студии. Параллельно работал врачом-ординатором НИИ психиатрии им. М. Асатиани МЗ ГССР, младшим научным сотрудником, в последующем старшим научным сотрудником и заведующим отделом реабилитации душевнобольных. В 1969 году успешно защитил кандидатскую диссертацию на заседании ученого совета Ереванского государственного медицинского института (тема диссертации – «Некоторые вопросы динамики спонтанного художественного творчества при шизофрении»). В 1976 году З.Г. Чиковани было присвоено звание старшего научного сотрудника. В 1979 году он успешно прошел апробацию докторской диссертации на заседании проблемной комиссии ученого Совета Ленинградского НИ психоневрологического института им. В.М. Бехтерева. В 1974 году по совместительству работал главным психиатром г. Тбилиси, а в 1978 году был избран председателем Республиканского реабилитационного центра МЗ республики. В последующем работал и.о. главного врача, а затем зам.глав. врача по экспертизе и реабилитации в психоневрологической больнице г. Тбилиси.

Ныне З.Г. Чиковани работает главным психиатром и наркологом Министерства внутренних дел Грузии.

Чиковани Зураб Григорьевич является автором более пятидесяти научно-практических и публицистических исследований, касающихся применения искусства-художественного творчества в системе психиатрической реабилитации, также автором исследования специфических закономерностей образного мышления при патологии, и во взаимосвязи со смежными дисциплинами. Высокоэрудированный врач-психиатр и весьма одаренный хоровой дирижер З.Г. Чиковани развернул активную деятельность и в области музыкального творчества. Он участвовал в постановке многих оперных спектаклей в том числе: «Травиата» Верди, «Севильский цирюльник» Моцарта, «Орфей» Глюка, «Даиси», «Абесалом и Этери» Палиашвили и т.д. Одновременно руководил художественной самодеятельностью Тбилгосмединститута. Был руководителем хорового класса I-го музыкального училища г. Тбилиси.

Но особую известность ему снискало создание семейного вокально-инструментального ансамбля. Ныне вокально-инструментальный ансамбль семьи Чиковани известен не только в Грузии и в странах бывшего Союза, но и далеко за их пределами. «Выступление ансамбля всегда

отличается подлинным артистизмом, исключительной музыкальностью, высоким художественным вкусом»... – читаем в рецензиях. Особо нужно отметить любовь к музыке, пению, тонкое понимание жанра вокального ансамбля, присущие этому удивительному коллективу. Семейный ансамбль во главе в Зурабом Григорьевичем в течение более чем 30-и лет выступал по Центральному телевидению СССР на сцене Колонного зала Дома союзов г. Москвы и в разных мероприятиях регионального, всесоюзного и международного значения. Принимая во внимание высокие художественные достоинства коллектива и огромную воспитательную значимость его деятельности в 1980 году Зурабу Григорьевичу Чиковани было присвоено почетное звание заслуженного артиста республики и в 1987 году он был представлен к почетному званию Народного артиста Грузинской ССР.

**Ираклий Чумбуридзе**  
**заслуженный деятель науки, доктор**  
**медицинских наук, академик АМН Грузии.**

### ZURAB GRIGORI CHIKOVANI

Famous Georgian public man, medical scientist (psychiatrist), choral conductor, composer of many remarkable songs, was born in Tbilisi in 1933.

In 1952 he finished secondary school with honours and entered Medical Institute on the Faculty of General Physician. Simultaneously, he was studying at Z. Paliashvili central musical school for exceptionally gifted children. After graduation from the medical institute in 1958, he entered V. Sarajishvili State Conservatoire on the Faculty of choral conductors'. In 1963, after graduation from the conservatoire he was offered to stay and worked as a choral conductor of the opera studio. Simultaneously, he was working as a doctor in ordination, junior scientist, later senior scientist and head of the department of rehabilitation of mental patients at the M. Asatiani Scientific Research Institute of Psychiatry of the Ministry of Healthcare of the Georgian Soviet Socialist Republic (GSSR). In 1969 he was successfully granted title of a candidate of science on the Scientific Council Meeting of the Yerevan State Medical Institute (dissertation topic «Some Issues of Dynamic Spontaneous Art Creative Work while Schizophrenia»). In 1976 he was granted the title of the senior scientist. In 1979 he successfully passed approbation of thesis for Doctor's degree on the Meeting of Scientific Council's Commission for Problematic Issues of V. M. Bekhterev Scientific Research Institute of Psycho-neurology of Leningrad. From 1974 also works as the senior psychiatrist of Tbilisi, and in 1978 was elected as the Head of Republican Rehabilitation Center of the Ministry of Healthcare of Georgia. Further, he worked as the chief doctor i.e., and later as the deputy chief doctor for expertise and rehabilitation in the psycho-neurological hospital of Tbilisi.

Currently Z. G. Chikovani works as the Chief Psychiatrist and Narcologist of the Ministry of Interior of Georgia.

Zurab Grigori Chikovani is the author of more than fifty scientific-practical and publicist researches on applying art and creativity work in the system of psychiatric rehabilitation, as well as the author of researches on specific regularities of figurative thinking while pathology, and in

relation with conterminous disciplines. Highly intellectual doctor-psychiatrist and a rather gifted choral conductor Z. G. Chikovani also initiated active work in the field of music. He took part in preparation of many opera performances, including «Traviata» of Verdi, «Seville Barber» – Mozart, «Orfeus» – Gluka, «Daisi», «Abesalom and Eteri» – Paliashvili and etc. At the same time he was heading the amateur art activities of Tbilisi State Medical Institute, was the head of choral group number one of the musical school of Tbilisi.

The special fame was given to him for creation of the family vocal-instrumental ensemble. Nowadays, the vocal-instrumental ensemble of Chikovanis is famous not only in Georgia and former union countries but also far from its borders. «Performance of the ensemble is always significant by original artistic skills, exceptional musicality, by high artistic taste»... can be read in reviews. I should especially mention love to music and singing, as well as deep understanding of vocal ensemble genre, which is characteristic for this wonderful group. Family ensemble with Zurab Grigori as a head of it for more than 30 years, was performing on the central television of the USSR, on the scene of the Hall of Columns of the House of Soviet in Moscow and at various events of regional, union and international importance. Taking into account high artistic honours of the ensemble and enormous educational importance of his activity in 1980 Zurab Grigori Chikovani was awarded honorable title of Honorary Art Worker of the Republic and in 1987 was nominated to the honorable award of the National Art worker of the Georgian Republic.

**Irakli Chumburidze**  
**Honoured Scientist.**  
**Doktor of Medicine Akademician**

## ОТАВТОРА

*Изучение внутреннего мира душевнобольного через образное мышление имеет важное познавательное значение с методологической точки зрения в аспекте положения о личности как о системе отношений, в свете концепции двойственности сознания при патологии (особенно при шизофрении), персонологии и с точки зрения реабилитации душевнобольных. Напомним, что с двадцатых годов на эту проблему был наложен строжайший запрет, а в 30-ые годы, в эпоху разгула государственного террора, под прикрытием борьбы против классового врага, лицам, занимающимся подобными проблемами, предъявили обвинение в "ломброзианстве" и наказывали их по всей строгости закона вплоть до расстрела. Тем не менее анализ более чем 40-летнего наблюдения и опыта работы по изучению и внедрению художественного творчества в комплекс лечебно-восстановительных и психосоциальных мероприятий, катamnестические данные и результаты экспериментальных клинико-психопатологических исследований позволяют определить и системно изложить основные выводы относительно: 1. Предмета и функции искусства – художественного творчества в норме и при патологии. 2. Отражения в художественном творчестве патологического содержания сознания и структурных особенностей личности (морбидные и преморбидные), системы ее отношений направленности на разных этапах течения болезни и на разных уровнях ее интеграции. 3. Состояния*

*художественно-творческих механизмов и их использования с целью социальной и трудовой деятельности. 4. Практических рекомендаций.*

*Таким образом замыкается обширный круг вопросов: от художественного образа через вновь созданный психопатологический квалитет, к личности душевнобольного в динамике как до, так и после заболевания.*

*Решить эту задачу с гносеологической точки зрения одними только усилиями психиатрии, конечно, невозможно, так как в процессе исследования выявляется, что... "затронутые при этом сугубо теоретические концепции приобретают большую практическую ценность как для психиатрии и психологии, так и для эстетики, истории искусства, философии, социологии, литературы, религии, педагогики, этнографии и т.д." (А.А. Меграбян, 1969 г.).*

*Монография в целом печатается в том виде в каком она была утверждена в качестве докторской диссертации на заседаниях ученых советов НИИ психиатрии им. М. Асатиани, г. Тбилиси и НИ психоневрологического института им. В.М. Бехтерева, г. Ленинград, 1978-1979 гг.*

*В книге выявляются противоречия, характерные для 60-х годов XX века, тем более, что автор находился под прессом грубой материалистической идеологии, господствующей в бывшем советском государстве. Все это нашло свое отражение в трактовке предмета исследования.*

*Исходя из деонтологических соображений в книге все инициалы и истории болезни больных, находившихся под наблюдением, изменены.*

*Книга рассчитана на широкий круг читателей – представителей смежных наук.*

#### **FROM THE AUTHOR**

*The studying of the inner world of the person with mental disease through the imagery thinking has cognitive importance in the aspect of the state of the personality as network of relationship in the light of the concept of consciousness duality in pathological case (mainly in case of schizophrenia), personality and from the mentally handicapped people's rehabilitation point of view.*

*We would like to remind you that during 20-s study on this issue was strongly prohibited and late 30-s – period of wide-spread state terrorism, persons investigating above mentioned problem were charged with «Lombrobianism» and were punished by high severity of the law, often were shot.*

*40 years of observation and experience of work of studying and introduction of art in the complex of creative-rehabilitation and psycho-sociological measures, kathamnestic data and results of experimental clinical – psychopathological investigations enable to determine and set forth on systematic basis main conclusions related to: 1. Subject and function of art under normal and pathological conditions. 2. Reflection of pathological essence and structural peculiarities of personality in art, (morbid and pre-morbid), systems of its relations on different stages and various levels of integration. 3. Condition of art mechanisms and their utilization with the purpose of social and labor activities. 4. Practical recommendations.*

*Thus wide circle of public issues is formed: from the art of image through the psycho-pathological equality with regards to the personality of mentally handicapped in dynamic before and after disease.*

*To solve mentioned problem from the gnoseological point of view only by the efforts of the psychiatry is impossible, as in the course of researching process becomes clear, that... touched*

*conception deeply theoretical concepts acquire high practical value to psychiatry, psychology, esthetics, history of art, philosophy, sociology, literature, religion, pedagogic, ethnography and etc. (A.Merabian. 1967).*

*Monograph is fully published as it was approved as doctor's dissertation at the sitting of scientific council of M. Asatiani Institute of Psychiatry (Tbilisi) and Bekhtereev Institute of Psycho-Neurology (Leningrad, 1978-79).*

*The book is aimed at wide circle of readers and representatives of same kind of science.*

## РЕЦЕНЗИЯ

Представленная к защите диссертация научного сотрудника Института психиатрии им. М.М. Асатиани З.Г.Чиковани посвящена исследованию художественного творчества больных шизофренией. Я прочитал эту монографию с захватывающим интересом и чувством глубокого удовлетворения эрудицией автора, проявленной как в области наук психологии и психопатологии, так и в области эстетики, искусства изобразительного и музыкального.

Научная тема, которую он столь успешно поднял и осуществил, была бы не под силу ученым специалистам только в области психиатрии. З.Г.Чиковани является не только квалифицированным психологом и психопатологом, но он имеет и высшее специальное образование в области эстетики и музыки. И поэтому, естественно, что такие сложные научные вопросы, как анализ художественного творчества душевнобольных, столь редко встречаются как в отечественной, так и в зарубежной литературе.

Здесь нельзя не упомянуть и не отдать должное научному руководителю диссертанта академику А.Д.Зурабашвили, воспитывающего своих многочисленных учеников в духе высоких идей, в рассматривании основных проблем психопатологии во взаимосвязи со смежными биологическими, медицинскими, социальными дисциплинами и, даже, с искусством, и возвышении их до уровня личности. В этих аспектах изложена диссертационная работа автора.

Наблюдая за клиническим течением патологического процесса, автор одновременно следил и изучал художественную сторону личности больного. Непрерывное клиническое наблюдение симптомов душевного расстройства автор постоянно сопоставлял с художественной продукцией своих больных и синтезировал общее представление о единой структуре личности больного в двух его проявлениях – клинической и художественной. Профессиональные художники и любители работали в мастерской по собственному желанию весьма активно, подбирали сюжеты и композиции, участвовали в выставках и даже принимали заказы...



Во введении автор четко определяет свой оригинальный метод исследования: он ставит перед собой задачу изучения художественного творчества больных шизофренией в аспекте патологического содержания сознания и особенностей его изменения в творчестве в соответствии с течением заболевания. Применяемый метод включает в себя сопоставление данных клиники с данными художественной продукции больных.

Здесь производится сравнение и противопоставление фактов в следующих направлениях: 1. Сопоставляется структура психоза с тематической структурой творчества. 2. Динамика заболевания – с динамикой творчества. 3. Личность в клинических проявлениях с личностью в художественной продукции. 4. Критика собственного состояния с критикой собственной продукции.

Первая глава включает в себя литературный обзор, в котором диссертант с достаточной полнотой приводит историю развития данного вопроса и критически анализирует современное состояние главных направлений и аспектов взаимосвязи медицины и искусства, благотворного воздействия искусства на телесную и душевную функции человеческого организма, диагностические, терапевтические и профилактические возможности в условиях художественной трудовой деятельности душевнобольных и др.

Далее, автор обнаруживает в трудах отечественных и зарубежных исследователей спорные, противоречивые теоретические концепции дискуссионного характера, с которыми вступает в полемику и высказывает свою точку зрения. Так, например, он обоснованно критикует книгу Е.Ломброзо «Гениальность и помешательство», а также взгляды его последователя М.Нордау, утверждавших мысль о непосредственной связи между гениальностью и дегенеративностью.

Он опровергает также учение психоанализа З.Фрейда, который в поисках изучения механизмов невропсихических расстройств, объяснял поведение личности в норме и патологии, даже развитие искусства, религии и историю культуры воздействием биологических низменных сексуальных комплексов.

Автор приводит взгляды ряда ученых, которые раскрывают в рисунках, скульптурах, стихах симптомы, характерные для того или иного душевного заболевания. И, наконец, диссертант знакомит читателя с теориями, которые устанавливают аналогию, сходство и даже тождество художественного творчества душевнобольных с творчеством детей, первобытного человека (теории атавизма и архаизма), а также с творчеством художников – представителей современного абстракционного и модернистского толка.

Во второй главе своей работы автор в начале излагает существующие критерии оценки творчества душевнобольных. Подвергается критике метод сравнения – параллелизма Г.Бюргер-Принца, метод, который только через творческую продукцию в состоянии обнаружить определенные психические состояния поведения. При этом он ссылается на Ж.Далея и др., которые критикуют данный метод, указывая на ошибочность диагноза, основанного только на признаках произведения.

Здесь легко допустить ошибку, выдавая стиль произведения какой-либо школы за патологическое искусство, и наоборот. Далее автор не считает правильным вести в клинике исследование патологического творчества больных в аспекте сравнения со стилем абстрактного искусства, сюрреализма, кубизма и др. «Формальное сходство не объясняет фактического положения вещей», – заключает автор.

Касаясь концепции архаичности психики больных шизофренией (Шторх, Морселли, Гиляровский), диссертант соглашается к применению этого критерия на своем материале лишь

в хронических случаях среди больных любителей и нерисовавших ранее. Критерии, устанавливающие общность детского искусства с творчеством больных шизофренией (Р.Неке и др.), по мнению автора весьма интересны и должны быть проверены на материале детского искусства.

Нужно полностью согласиться с мнением диссертанта о том, что патологический материал его интересует не как самостоятельное художественное произведение, а как форма поведения в целом на разных этапах развития заболевания с целью сопоставления отношения больного к действительности как в клинике, так и в творчестве.

Конечно, автор совершенно прав в своем утверждении, что в отличие от предшествовавших исследователей, краеугольным камнем его метода является критерий взаимосвязи и направленности.

В экспериментальных исследованиях особенностей личности больных в дополнении к клинко-психопатологическим методам автором применялась методика фиксированной установки Д.Узнадзе.

Общий анализ результатов исследования в последней главе диссертации блестяще подтверждает правильность выработанного автором метода сопоставления, оригинально отображенного в схемах индивидуального клинко-эстетического анализа. В итоге анализа ему удалось раскрыть последовательный и закономерный характер трех клинических феноменов.

Первый из них – взаимообособленность, наиболее важная закономерность, из которой логически вытекают две остальных – диссоциация и парадоксальность критического подхода. Были выявлены следующие достоверные факты: у больных художников и любителей наблюдается одновременное сосуществование явных признаков психического расстройства, профессиональных творческих способностей и адекватной критической оценки своих произведений.

При этом было обнаружено, что у профессионалов указанные феномены сохраняются на инициальном, параноидном, даже парафреническом этапах болезни, у любителей – на инициальном и параноидном, а у больных, ранее не рисовавших, эти феномены слабо выявляются только в инициальной стадии. Тем самым автору удалось опровергнуть концепцию Бюргерг-Принца и др. о наличии параллелизма в творчестве больных.

Здесь диссертант не ограничивается констатацией найденных фактов. Он ставит перед собой законный вопрос, – чем же обусловлен такой казалось бы парадоксальный разрыв между структурой психоза и положительным содержанием спонтанного творчества у больных.

В этом весьма трудном и сложном вопросе сконденсирована основная идея всей работы З.Г.Чиковани. В заключительной части он приходит к выводу, что разрушение психологического стереотипа шизофреническим процессом, очевидно, не затрагивает процесс образного мышления – художественный стереотип. Данная относительная сохранность художественного стереотипа несомненно является объективным признаком наличия у больных компенсаторных возможностей.

В компенсаторных механизмах усматривается их терапевтическая и профилактическая ценность и реальная возможность реадaptации больных в клинике. Профессиональный опыт больного художника, создавая прочный стереотип, способствует относительной сохранности личности, что и доказывается феноменом взаимообособленности.

Больные не только сохраняют возможность совершенствовать свое мастерство, но и в дальнейшем в период ремиссии с успехом сдают экзамены и поступают в высшую школу.

Наличие неравномерности патологической регрессии сознания и поведения и одновременного сосуществования двух структур в психозе приводит диссертанта к мысли о двойственном содержании сознания.

Эта точка зрения совпадает с нашим взглядом о двойственной природе сознания личности, изложенным нами в одной из монографий (хотя автор и не цитирует его). Если в начале регрессии личности выпукло обнаруживается феномен взаимообособленности, то постепенно с деградацией психики больного этот феномен исчезает – быстрее у нерисовавших, медленнее – у любителей и профессионалов.

Уже в исходном состоянии у всех больных нивелируются уровень болезни и художественного творчества. В их продукции обнаруживаются схематизм, абстракция, символизм, примитивизм, аглютинация в изображениях наподобие сновидений, т.е. все то, что характерно для патологического творчества больных шизофренией.

Я надеюсь, что диссертант и в дальнейшей своей научной деятельности будет продолжать работать по данной проблеме; и поэтому в порядке дружеской помощи я хочу сделать ряд замечаний.

Нас прежде всего заинтересовал центральный и самый важный в теоретическом отношении вопрос о взаимообособленности и одновременном сосуществовании явной шизофренической патологии и реалистической относительно нормальной сохранности той же личности в творческом процессе.

Почему же шизофреническое сознание больного не отражается в тематике художественного произведения у художников и любителей в начальном и даже в развернутых стадиях болезни?

Мы согласны с автором, который ссылается на биологическую и социальную стойкость профессиональных навыков и стереотипов у заболевших в зрелом возрасте. Правильно и то, что при замедленном хроническом шизофреническом процессе обнаруживается фактор неравномерности расстройства и распада познавательных возможностей у больного. В работе есть также указание о двойственном характере содержания сознания, однако к сожалению автор проходит мимо него.

Понятие взаимообособленности есть в самом деле только феномен, только явление. Однако в глубине процесса, в сущности, мы должны искать взаимосвязанность, взаимообусловленность противоположных тенденций.

В психике, в сознании больного прежде всего характерна двойная ориентированность с преобладанием бредового сознания. Здесь сосуществуют с одной стороны – реалистически адекватная возможность правильного понимания объективности, а с другой – галлюцинаторно-бредовое истолкование ее; причем вторая линия мысли и поведения как более сильная паразитирует над первой.

Однако приобретенные в онтогенетической жизни профессиональные автоматизмы, стереотипы, навыки сохраняют и поддерживают реалистически-адекватную сторону психики. Поэтому и в клиническом наблюдении обнаруживается в трудовых и творческих процессах феномен взаимообособленности.

Рассматривая в целом диссертационную работу научного сотрудника Чиковани Зураба Григорьевича, я могу с полным правом сказать, что автор монографии, посвященной творчеству душевнобольных, несомненно внес ценный научный вклад в разрешение отдельных сторон данной трудоемкой и весьма сложной проблемы.

Поднятые психопатологические вопросы соприкасаются не только со смежными дисциплинами медицины, биологии и психологии, но и, казалось бы, с далеко отстоящей от психиатрии – областью искусства. В настоящую эпоху синтеза и взаимопроникновения наук данная научная работа выглядит вполне современной и актуальной. Значимость диссертации определяется еще и тем, что поднятые в ней сугубо теоретические концепции, находят выход к практике и приобретают ценность в вопросах диагностики, терапии и профилактики.

**Член-корреспондент Академии медицинских наук СССР, доктор мед. наук, заслуженный деятель науки, профессор МЕГРАБЯН А.А.  
г. Ереван, 1969 г.**

## В В Е Д Е Н И Е

Проблема теоретических основ и организационных форм внедрения художественного творчества в систему психиатрической реабилитации в сущности затрагивает глубоко интимные (во многом окутанные мраком) механизмы самого творческого процесса. Одним из стержневых звеньев этой проблемы представляется состояние взаимосвязи между личностью (ее структурными особенностями) и средой, психозом и художественным творчеством-искусством при патологии.

На современном уровне развития медицинской мысли эта проблема не может более оставаться вне поля зрения теоретической и клинической психиатрии, как это было раньше, в период интенсивного развития экспериментально-биологических исследований, когда многие ученые, в большинстве случаев врачи, начали обходить ее молчанием, как бы уступая позиции агностицизму в познании законов психики (художественного творчества) и утверждая, что «Сущность природы духа наукой не может изучаться, и я не желаю этого затрагивать» (Г.Модзли, 1871).

Опровергая несостоятельность этой концепции, И.П.Павлов писал: «В сущности интересует нас только одно – наше психическое содержание. Однако механизм его был и есть окутан для нас глубоким мраком. Все ресурсы человека – искусство, литература, философия и исторические науки – все это соединяется, чтобы бросить луч света в этот мрак» (И.П.Павлов, 1904).

«Да и как же иначе, если ряд предыдущих фактов доказывает нам, что музыка – величайший регулятор наших чувств и настроений, а эти факторы управляют многими сторонами телесной и душевной жизни организма» (И.Р.Тарханов, 1894).

Обращая взор на искусство и литературу как на средства раскрытия психического содержания человека, как И.П.Павлов, так и И.Р.Тарханов, в сущности предвидели, что эта область явится источником ценной научной информации, исходящей из недр структуры личности, отражающей в себе биосоциальную цельность индивида, которая формируется при ее общении и в единстве с окружающим миром. И если вышеизложенные выводы относились тогда к категории научных предсказаний, то реальность этих умозаключений, претворение их в жизнь в свете современного понимания реабилитации – одно из насущных требований психоневрологии. Тот факт, что в медицинской литературе (в клинических и теоретических исследованиях) и на практике вновь возродились и обосновались понятия: «искусство и психопатология, культуртерапия, художественное творчество душевнобольных», «мелотерапия и кинотерапия», «проблемы экспрессии», «музыкальная фармакология, арттерапия», ведутся научные исследования и т . д . , есть объективное подтверждение тому, что процесс внедрения искусства и его успешное применение с лечебной и социально-восстановительной точек зрения носит закономерный, систематический и необратимый характер. По А.В.Снежневскому, изучение изобразительного искусства, прежде всего рисунков психически больных, представляет один из существенных вспомогательных методов исследования клиники психически больных.

Но факт принципиального признания однако недостаточен. Как каждое новое направление, так и внедрение искусства в медицину, в частности психиатрию, естественно чревато осложнениями в отношении эмпирического или эклектического подхода, стихийности и практицизма, случайности и модной увлеченности. Следовательно, необходимо не только систематизирование наших, основанных на клинко-психопатологическом опыте представлений об искусстве при душевных расстройствах, но и определение единой методологически обоснованной точки зрения по вопросу о предмете и функции искусства художественного творчества при норме и патологии, так как «истина,

утверждаемая языком искусства, качественно отличается от истины, которая достигается и утверждается при опоре на рациональном, логическом, вербализуемом и тем самым осознаваемом опыте».

Какое изменение претерпевает образное мышление в свете патологии (в основном при шизофрении)? В двадцатых годах проф. П.И. Карпов отстаивал тезис о том, что «душевнобольные творят по тем же законам, как и здоровые люди . . . Поэтому механизм творческого процесса для всех является одинаковым» ( 8 9 ) . Выдерживает ли этот категориальный тезис испытание временем?

Согласно меткому выражению И.П.Павлова, психическое заболевание – это эксперимент природы, создающий «модель», с помощью которой можно изучить психику человека при особых условиях и вариантах ее проявления. Исходя из многолетнего наблюдения, мы убедились, что искусство, художественное творчество душевнобольных – это не только форма клинического бытия и поведения больного, но и объективный источник специфической информации относительно личностной структуры, ее систем отношения (направленностей) при патологии.

Таким образом, замыкается обширный круг вопросов: от художественного образа через вновь созданный психопатологический квалитет к личности душевнобольного в динамике как до, так и после заболевания.

Решить эту задачу с гносеологической точки зрения одними только усилиями психиатрии, конечно, невозможно, так как в процессе исследования выясняется, что «затронутые при этом сугубо теоретические концепции приобретают большую практическую ценность как для психиатрии и психологии, так и для эстетики, истории искусства, социологии, педагогики, этнографии и др.» (А.Меграбян).

Более того: « . . . без объединения усилий ряда естественно-научных дисциплин познание природы патологических изменений столь сложной деятельности, каковой является психическая деятельность человека, оказывается невозможным» (154).

Следовательно, возникает необходимость комплексного изучения художественного творчества душевнобольных.

В свете вышеизложенного и выкристаллизовывается гносеологическая ценность исследуемого материала, так как перед нами раскрывается целая система координации связанных между собой смежных наук, предметом исследования которых является художественное творчество душевнобольных, в частности:

в аспекте содержания сознания (философия, эстетика),

в аспекте поведения (психология),

в аспекте отражения действительности в конкретно чувственной форме, в образах (эстетика, искусствоведение),

в аспекте отражения структуры личности (психиатрия, психология, патопсихология, детская психиатрия),

в аспекте трудотерапии, в способе реадaptации, ресоциализации и компенсаторных возможностях (клиническая психиатрия, социальная психиатрия) и т.д.

Вот далеко неполный перечень вопросов, которые представляют взаимный интерес для смежных наук при изучении художественного творчества как целостного поведения личности при патологии. В свете изложенного особенно выделяется специфический аспект сугубо теоретического и практического значения для психиатрии, в частности, аспект отражения взаимосвязи структурных особенностей личности душевнобольного, ее системы отношений в художественном творчестве.

Какие же практические результаты мы ожидаем?

Анализ представленного фактического материала даст возможность: определить некоторые особенности художественного процесса, вникнуть в мир сложных душевных переживаний, эстетических потребностей морбидной личности и тем самым в определенном смысле управлять ими, воздействовать на морбидную личность не только извне, а изнутри, с целью превратить нужную психотерапевтическую и социальную программу в эмоциональную собственность личности больного. Это, на фоне активного лечения, обуславливает постепенное урегулирование взглядов больного, отношения и поведения его к себе, к обществу и к предметам внешнего окружения. Как отмечал П.И.Карпов: «Умение и такт врача могут направить творческую деятельность больного в желательное русло». Но следует найти формы и методы для достижения этих целей. Мы считаем, что потребность личности в эстетическом наслаждении, тягу к художественному творчеству следует использовать максимально, так, чтобы через удовлетворение – реализацию ее воздействовать на психодинамические основы психопатологических проявлений, обусловивших поведение больного, и корректировать их в самом очаге зарождения.

При этом обнаруживается весьма ценное свойство искусства – это его интегрирующая функция, придающая поведению больного более целенаправленный и организованный характер. Для практической психиатрии это приобретает существенное значение, так как искусство, художественное творчество, в силу своей специфичности нами рассматривается как форма деятельности, которая способна в определенном смысле регулировать психосоциальное функционирование больного в нужном направлении.

Поэтому ставится задача (нас в сущности интересующая) – проверить через структуру образного мышления, через деятельность (художественное творчество) функциональное состояние систем социальной коммуникации личности при шизофрении, которая в первую очередь подвергается разрушительной силе процесса, а также в той или иной степени и при разных психических заболеваниях. Возможно ли с помощью искусства помешать в определенном смысле поступательному ходу шизофренической аутизации, аутистическому мышлению личности и по возможности дезактуализировать ее, постепенно восстанавливая расстроенные социальные связи, потребность к общению с обществом, с окружающим микро- и макромиром? По сути, речь идет и о переориентации личности, страдающей шизофренией, с помощью искусства – художественного творчества.

Это обстоятельство наводит на мысль о том, что исследователю данной проблемы наряду с опытом психиатра, психопатолога, желательно было бы иметь определенные познания в сфере искусства и эстетики. Именно в этом (на наш взгляд) и заключается одна из основных причин, что систематические научные изыскания в области анализа художественного творчества душевнобольных сравнительно редко встречаются в современной научной литературе (В.Тарханов, 1894; Р.Некке, 1914; В.М.Бехтерев, 1910; Г.А.Трошин, 1915; Г.Принцхорн, 1922; П.Карпов, 1926; В.Моргенталер, 1918; В.Гиляровский, 1934; В.Образцов, 1904; Г.Бюргерпринц, 1932; Г.Фердьер, 1948; А.Эи, 1948; Р.Волма, 1956; Г.Реннерт, 1962 и др).

Наличие множества аспектов, характеризующих художественное творчество душевнобольных и требующих соответствующего дифференцированного подхода, ставят проблему разработки методики исследования, что сопряжено с немалыми трудностями.

Одно остается неизменным, что при изыскании отдельных форм и методов исследования в любом измерении необходимо исходить из центральной методологической проблемы о единстве и взаимодействии биологических и социальных факторов в науке о человеке, так как согласно установке советских ученых она должна быть распространена на понимание психической патологии и определение терапевтической стратегии и тактики.

В свете концепции о «раздвоенности сознания» (113) при шизофрении наиболее правомочным и методологически оправданным представляется нам метод сопоставления двух систем взаимоотношения:

1. Художественное творчество – среда-личность и
2. Художественное творчество – психоз-личность, в результате которого раскрываются факты в определенной закономерности, имеющей несомненно ценное гносеологическое значение.

Анализ 40-летнего наблюдения и опыта работы по изучению и внедрению художественного творчества в комплексе лечебно-восстановительных и психосоциальных мероприятий при лечении душевнобольных (в основном при шизофрении), катамнестические данные и результаты экспериментальных клинико-психопатологических исследований позволяют определить и системно изложить основные выводы относительно:

1. Предмета и функции искусства, художественного творчества в норме и патологии.
2. Отражения в творчестве патологического содержания сознания и структурных особенностей личности (морбидные и преморбидные), системы ее отношений, направленности на разных этапах течения болезни и на разных уровнях ее интеграции.
3. Состояния художественно-творческих компенсаторных механизмов и их использования с целью социальной и трудовой реабилитации больных.
4. Практических рекомендаций.

В этой последовательности изложены основные выводы и обобщения монографии. Она состоит из введения, пяти глав, 10 разделов, выводов и указателя литературы. Из общего числа наблюдаемого контингента (см. гл. IV) отдельно предлагаем результаты исследования творчества (спонтанное и инструктируемое) 100 больных шизофренией, в основном параноидной формы, на разных этапах развития заболевания.

Материал делится на две части: 1) спонтанную (свободную) и 2) инструктируемую и содержит: живопись, скульптуру, музыку, стихосложение, графику и др. – всего свыше 1000 экспонатов, представляющих оба вида творчества.

В процессе дифференцированного анализа в книге используются результаты, полученные нами в предыдущих исследованиях, которые являются органической составной частью обобщенных выводов.

Материал исследуется предложенным нами методом клинико-художественного (эстетического) анализа. В частности, при сохранности основных параметров противопоставления клинико-психопатологических данных с данными художественного творчества делается попытка определить социальный прогноз и подтвердить его через катамнестические сведения, установить основные причины расхождения и выявить сущность данного механизма.

Материал в книге экспонируется поэтапно, в соответствии с динамикой заболевания.



# Г Л А В А I

## ИЗ ИСТОРИИ ВОПРОСА

Отсутствие достоверных сведений о существовании в античности у народов классической культуры специальных учреждений для лечения душевнобольных во многом затрудняет возможность установления уровня обслуживания этого контингента в условиях данной культуры.

Однако дошедшие до нас произведения народного искусства, песенного фольклора древности, в определенной степени помогают реально представить сложившееся отношение общества к душевнобольным, которое, надо полагать, было проникнуто гуманностью и проводилось под семейной защитой.

Согласно А.В.Снежневскому (ссылаясь на С.П.Боткина, Т.Сокольского, И.В.Давыдовского, С.Н.Давиденкова), в свете естественно-исторического и биологического понимания проблем медицины бесспорно, что болезни возникли с первыми признаками жизни на земле, что «болезнь есть явление естественное, приспособительное» (172).

«Душевные болезни столь же стары, как стар человеческий род» (П.Карпов, 1926), следовательно стара и проблема художественного творчества при патологии. В древней народной грузинской песне «Батонеби», которую исполняли у постели детей, страдающих психическими расстройствами в связи с детскими инфекционными заболеваниями (песня трехголосная), выражается надежда на то, что злые духи «батонеби» в скором времени покинут больного, который одержим ими и нуждается в спокойствии для исцеления.

Песня хорального типа, наподобие церковной мессы, по своему гармоническому укладу и музыкальному строению служит успокоению, при неоднократном повторении как монотонный раздражитель она усиливает тормозные процессы в коре головного мозга, после чего у ребенка наступает сон. Все это эмпирично отразил в своем сознании человек, когда музыку, вернее говоря, свою познавательную способность воздействовать на недуги, поставил на службу своего же психического здоровья.

Таким образом, народное искусство, искусство древности служит одним из источников ( ! ) познания истоков симбиоза художественного творчества и душевных расстройств.

Но основным классическим источником, проливающим свет на это явление, является греческая мифология (уровень мышления древних народов), которую на данном этапе общественно-исторического развития классики марксизма рассматривали как закономерный процесс эволюции сознания. В нем «Внешние силы, господствующие над людьми в их повседневной жизни, принимают форму неземных» (184). «В мифах примитивных народов представляется будущая реальность, образ жизни, производство» и т . д . , указывает А.Валлон (32), который факт обращения первобытного человека к сверхъестественному объясняет отсутствием у него развитых способов познания. Таким образом, воплощая прекрасное (в широком смысле этого понятия) и расстроенное (болезненное) в единый образ бога – Аполлона, приписывая ему одновременно функцию исцеления болезни, сознание древних людей анимистически отразило единство взаимосвязанных, реально существующих антиномных (противоречивых) структур (сторон) предметов и явлений природы – прекрасное-уродливое, здоровое-болезненное, порядочное-непорядочное, радость-печаль, гармоничное-дисгармоничное и т . д . На данном уровне сознания вполне естественно, что в процессе заболевания, т . е . расстройства психофизического равновесия «гомеостаза» (Э.Кенон), первобытный человек обращается к антиномному источнику заболевания: к порядку, равновесию, гармонии, то есть к носителю этих свойств, к искусству, к творчеству, что и воплощается воедино в самом образе бога-человека.

Следовательно наступает следующий обусловленный процесс перехода от мифологического, мистического к рациональному, научно-эмпирическому мышлению. Это – греческая эпоха от Пифагора до Платона, «когда ум стремился освободиться от мифологических предрассудков и подняться до уровня рационализма» (182), когда сущностью вещей и элементов, из которых все состоит, пифагорейцы считали числа, признавая их началом, основой материального мира. Пифагоризм, впоследствии поглощенный платонизмом, тесно связался в дальнейшем с учениями орфиков о бессмертии души, о переселении души, о средствах спасения и очищения души (БСЭ). Этому идеалистическому учению противопоставляется материалистическое учение Демокрита, которого К.Маркс называет «эмпирическим естествоиспытателем» (БСЭ). Его последователем в медицине является Гиппократ, выдвинувший положение о том, что мозг является органом психики, что, «с одной стороны, наслаждения, радость, смех, игра, а с другой стороны, огорчения, печаль, недовольства и жалобы, – происходят от мозга» (52).

Признание материальной сущности психических процессов знаменует собой качественно новый этап в сознании человека в античном мире. Впервые раздвигаются горизонты научного подхода к явлениям природы, к человеческим возможностям, его созидательному образу; человек все больше становится в центре внимания, воплощаясь в творца и преобразователя природы. Отрицанием какого бы то ни было божественного вмешательства в развитие природы и судьбы мира и человека, Эпикур, вслед за Демокритом положил начало борьбе против суеверия, мистики и религии. Это направление находит свое продолжение во взглядах Атеиста и Евгемера (184), утверждающих, что «почитаемые боги – это выдающиеся своим могуществом и умом люди прошлого времени, правители, установившие свой культ» (БСЭ), то есть бог Аполлон, его сын Асклепий не кто иной, как человек – врач, лекарь, призванный служить благородной цели и наделенный всеми необходимыми свойствами, в том числе и красотой, которая столь необходима для лечения душевнобольного.

Исторический факт обращения человека к искусству, к художественному творчеству как в процессе созидательного труда, так и в период глубоких душевных потрясений и переживаний на разных этапах социально-экономического развития общества, требует выяснения главного вопроса относительно предмета и функции, роли и назначения искусства – художественного творчества в процессе материального (физического) и духовного (чувственного) утверждения самого себя в мире реальностей, тем более, что необходимо совместить в нашем сознании внешне сходные обстоятельства, в частности: факторы неотъемлемости художественного творчества от жизнедеятельности, созидания и взаимодействия человека с окружающей средой как в норме, так и при патологии, когда больные (страдающие разными видами душевного расстройства, тем более при шизофрении) также обращаются к этой форме деятельности. Спрашивается: что это – защитная реакция или первичный симптом? Можно ли утверждать, что « . . . механизм творческого процесса для всех является одинаковым»? Следовательно, « . . . душевнобольные творят по тем же законам, как и здоровые люди»? (П.И.Карпов, 1926).

Предвидя всю сложность поставленной задачи, в конце своей обширной монографии П.И.Карпов заключил: «Дальнейшее развитие науки в конце концов даст объяснение темным творческим процессам и свяжет их с определенными областями мозга, но для этого нужна затрата времени и сил» (89).

За более чем полвека психиатрия шагнула далеко вперед, успехи экспериментально-психологических и клинко-психопатологических исследований, достижения психофармакологии и размах социальной психиатрии, в частности реабилитационного направления,

развитие гуманитарных наук на современном уровне научно-технического прогресса не могут не вносить существенных коррективов в предлагаемые в прошлом выводы в области художественного творчества душевнобольных при дифференциальном подходе и анализе. Выбирая основным ориентиром сопоставление двух формул:

1. Художественное творчество – среда-личность и

2. Художественное творчество – психоз-личность, мы предполагаем создать определенную предпосылку для выявления взаимосвязи между отдельными компонентами как в норме, так и в патологии, а затем и между ними при их сравнении, что внесет определенную ясность в действительно «темные процессы» (П.Карпов) творческого механизма при шизофрении, так как главным критерием, связывающим и различающим их, избирается нами система отношений личности к среде и к себе самой.

Выясняя основной механизм творческого процесса при душевных расстройствах, П.Карпов исходил из следующего положения, «что знакомство со взаимоотношением сознания и подсознания может точно объяснить механизм творческого процесса, последний заключается в том, что в подсознании произошел необходимый синтез, выкристаллизовавшийся во втором сознании всю идею целиком».

«Таким образом, – заключает автор, – творческий процесс состоит из трех стадий: синтеза, протекающего в подсознании, рождения готового решения в контролирующем сознании и анализа, протекающего в последнем; по окончании третьей стадии и наступает удовлетворение, т . е . сознание того долга, который лежит на творце, получившем дары подсознания» (186).

Нельзя не усмотреть в объяснении механизма творческого процесса принципиального противоречия методологического характера, которое и приводит автора к ошибочному суждению при сравнении нормального и патологического процессов. Он видит в них только количественную разницу; отождествляя их, естественно, приходит к дедуктивному заключению, что талант и гений проистекают из недр неуравновешенных натур (160).

Суждение П.И.Карпова одностороннее, так как механизм творческого процесса объясняется с точки зрения взаимоотношения сознания (контролирующего, по автору) и подсознания, причем последнему придается основное значение. При таком продольном анализе игнорируется существенное значение взаимоотношения Я со средой ( ! ) , что и составляет стержневое содержание сознания. Системе отношений личности не придается доминирующее значение, что естественно влечет за собой методологически неверную концепцию возникновения причин творческого процесса в недрах подсознания. Влияние основных принципиальных положений теории психоанализа в попытке объяснения механизма творческого процесса вне всякого сомнения. Нельзя однако не усмотреть и то ценное для клиники, психопатологии и в определенном смысле реабилитации душевнобольных, что содержится в исследованиях П.И.Карпова, в частности, когда автор утверждает, что «многое зависит от внимания и умения врача, который при помощи своего умелого ( З . Ч . ) вмешательства может превратить разрушительное творчество в содержательное (6) , что умение и такт врача могут направить творческую деятельность больного в желательное русло» (9) .

Возражая против неправильного взгляда, заключающегося в отрицании какой бы то ни было ценности за душевнобольными, автор делает гиперболическое, во многом спорное, но в аспекте современного состояния учения о ценностной ориентации, в определенном смысле заслуживающее внимания заключение, что «следовательно, под влиянием болезненного процесса внутри человеческого организма могут просыпаться возможности, не подозреваемые раньше».

Данные наблюдения и изучение творчества создают условия, при помощи которых облегчается изучение функции подсознания.

Правомерное утверждение автора о способах выражения проецирования психического содержания посредством звуков музыкальной мелодии (20), красок, форм, мимики, жестов и выразительных движений, помимо речи, ритма, мысли и т. д., дает основание полагать, что «на их творчество (творчество при шизофрении – З. Ч.) налагаются симптомы того заболевания, которое присуще данному больному». Это в конечном счете указывает на огромные информационные и коррекционные возможности, которые содержит искусство душевнобольных.

Классифицируя материал при шизофрении, П.И.Карпов выделяет рисунки: стереотипные, символические, с разрывом ассоциативного аппарата, невыясненные, т. е. неясно очерченные, незаконченные изображения и т. д.

Опыты по изучению вопросов влияния музыки на человеческий организм проводились в России еще в конце XIX и начале XX веков (И.М.Догель, 1888, 1898; И.Р.Тарханов, 1894; В.М.Бехтерев, 1916). В.М.Бехтерев основал в России «Общество для выяснения лечебно-воспитательного значения музыки и ее гигиены». О целесообразности применения отдельных форм музыки в комплексе лечебных мероприятий при заболеваниях, возникших в связи с расстройствами нейро-психической сферы деятельности человека указывали С.С.Корсаков (1893,1901), В.П.Сербский (1907), В.П.Осипов (1923), О.И.Консторум (1930,1962) и др.

Занимаясь исследованием рукоделий душевнобольных, И.Н.Топорков (из Казанской лечебницы) приходит к заключению, что эти результаты следует рассматривать в свете «трудового режима» и занятости больных.

В письмах параноиков В.Н.Образцов отмечает «своеобразиепочерка и болезненную символизацию», считая их важными для диагностики и судебно-психиатрической экспертизы.

Согласно П.И.Ковальскому, «... они (творческий материал душевнобольных) являются объективными и с этой стороны никогда не потеряют своей цели».

Изучая вопросы воздействия и влияния концертов на быт и условия жизни больных, Л.С.Павловская (1925) заключает, что «концерты отвлекали их от больничных впечатлений, озорства и охотно посещались ими, влияли на настроение».

Вопросам мелотерапии и кинотерапии посвящаются исследования А.М.Сухаревского (176). «О конституции музыкально одаренной личности» излагает свое мнение А.Берштейн (14). П.Белоусов изучал вопросы «музыкального и ритмического воспитания детей в психоневрологической школе». Е.М.Батурина изучала механизмы «состояния музыкальных функций у больного афазией» (11).

Согласно В.Гиляровскому, «... В графике больные шизофренией могут достичь больших успехов, чему способствует их склонность к стереотипии... В рисунках некоторых шизофреников, – продолжает далее автор, – можно уловить сходство с произведениями признанных художников кубистов».

Анализируя творчество Чюрлёниса, В.Гиляровский писал: «У него красной нитью проходит одухотворение природы, население ее различными живыми существами. В этом пантеизме можно выделить тенденцию к возврату в прошлое»... «Это, – заключает В.Гиляровский, – вместе с указанным выше сходством с первобытным мышлением, дает право Шторху говорить об архаичности психики шизофреников» (52).

Э.Вачнадзе обращает внимание на те формальные признаки рисунков, которые в определенной совокупности составляют «специфический шизофренический комплекс», в структуре которого обнаруживается наличие «различного вида стереотипии, загроможденности, набивки

поверхности рисунка, заполнения ее чуждыми элементами – шрифт, цифры, неологизмы и предложения, схематизм, геометризм и орнаментации» (35).

Ценные сведения содержит монография С.А.Болдыревой «Рисунки детей дошкольного возраста, больных шизофренией» (М., «Медицина», 1974) – вторая печатная официальная монография (после книги П.Карпова), изданная почти 40 лет спустя.

Основным методом изучения рисунков детей С.А.Болдырева избирает метод постоянного сравнения рисунков больных детей, страдающих шизофренией, с рисунками здоровых детей того же возраста, указывая, что «характер рисунков существенно зависит от психического состояния». «При шизофрении, – продолжает автор, – нарушается взаимосвязь расположения предметов, их цвета и т.д. Отсутствует их интеграция, необходимая для реального изображения окружающего мира». Автор перечисляет основные признаки рисунков детей: деформация, диспропорция, геометризация (7-8 лет), незавершенность действий, ригидность, фрагментарность, раздробленность, которые выражают, согласно автору, «дисгармоничные чувства больного». Отмечается также «преобладание фантастики, отсутствие интереса к внешнему миру, косность психики, трудность переключения на другую тематику». Одновременно указывается на диссоциацию между содержанием рисунков и их названием. Считая эти особенности рисунков характерными для шизофрении, автор предусмотрительно оговаривается, что они «не являются строго специфичными . . . , что . . . некоторые из них могут встречаться при других заболеваниях и даже у здоровых детей ( ! ) , у которых эти особенности встречаются лишь в исключительных случаях и только в раннем возрасте, на раннем этапе обучения рисованию».

Выражаясь словами Jakob (1956), автор констатирует, что «художественная продукция является зеркалом ощущения и мышления ее творца».

Собственные наблюдения над взрослыми больными, страдающими шизофренией, преимущественно профессионалами и любителями, не дают нам основания утверждать возможность проявления проекции психотических переживаний (гетерогенных образований) в произведениях, тем более, что параллельно с течением болезни разница в онтогенетическом становлении (возраст, навыки и т . д . ) , видимо, является основным показателем, объясняющим внешне не соответствующие друг другу результаты.

Особое значение приобретает признание эффективности данного метода в лечебно-коррекционной работе, которую, исходя из методических соображений, С.А.Болдырева разделяет на 4 этапа: 1) установление контакта, 2) внесение коррективов в свободное творчество больных, 3) рисование по заданию и 4) сочетание рисования с элементами обучения.

Разработав оригинальную систему коррекции проявления шизофренической патологии детей, автор тем самым доказывает применимость данного метода с психоортопедической точки зрения при других заболеваниях.

История развития и изучения вопросов художественного творчества душевнобольных (привлекшие в те времена внимание психологов, психиатров, педагогов, этнологов, искусствоведов и др.) в связи со смежными науками берет свое начало от работ А.Тардье (1872), М.Симони (1876), Е.Морсели (1885), Ф.Мор (1906), Р.Некке (1914), В. Курбитц (1912) и др. Но вплотную этими вопросами ученые на Западе начали заниматься в двадцатые годы XX века.

Противоречия идеологического характера как основное подспорье мировоззрения ученых, занятых решением проблемы художественного творчества, естественно, обусловили выбор исходной позиции при трактовке и познании принципиальных вопросов данной проблемы.

Именно этот материал был использован в качестве доказательства для научно необоснованного и широко разрекламированного мире труда Ломброзо «Гениальность и помешательство», вместе с Нордау стремившегося установить непосредственную связь между гениальностью и дегенеративностью.

Согласно Е.Фулкиниону, такой негативный подход долгие годы сковывал попытки исследовать психологию художественного творчества и, что еще важнее, до недавнего времени закрывал все пути к изучению его лечебного действия (187).

Во многих исследованиях на Западе творчество душевнобольных рассматривается в свете учения З.Фрейда для обоснования системы психоанализа. Получая материал от своих пациентов в искаженной форме так называемых психоаналитических «символов», врач, согласно З.Фрейду, приобретает возможность объяснить симптом, проникнуть в глубину человеческой души, для чего требуется перевод символики на понятный язык . . . Например, дома с гладкими стенами – это мужчины, дома с выступами и балконами, за которые можно уцепиться – женщины, и масса таких символов, которые носят на понятном языке определенное содержание.

Метод психоанализа, согласно З.Фрейду, способствует раскрытию всех этих тайных «смыслов», что по его представлению объясняет патогенез и дает ключ к терапии данного заболевания.

Фрейдизм уводит приверженцев этого направления от научного понимания психических явлений, от познания механизмов психического расстройства, доведя поведение личности как единства биологического и социального явлений до низменных сексуальных комплексов, имеющих, по их представлению, решающее значение в определении структуры личности и законов общества, чем игнорируется ведущая роль объективной действительности и общественной практики.

Критикуя З.Фрейда, В.А.Гиляровский указывал, что «учение Фрейда широко захватило различные области не только собственно медицинского порядка, но искусство, историю культуры . . . из того же сексуального корня выводится чувство дружбы и родственности, эстетическое и религиозное чувство. Так что возникает концепция об особом пансексуализме» (51).

Критикуя взгляды о близости гения и душевнобольного, Р. Nekke (141) несколько односторонне, но по своему трактует ошибочность подобной оценки. «Если целый ряд произведений музыки, литературы и живописи принимался за безумное, то это потому, что мы бываем не подготовлены к восприятию того, чем дарит нас гений», – заключал он.

Р. Nekke делит все рисунки на две большие группы:

1. Группа самостоятельных рисунков и 2. Группа рисунков по вызову или побуждению (работы с натуры и творческие); именно последним, творческим работам приписывает он наиболее важное значение. Вместе с Ф. Мором, Р. Nekke считает необходимым обратить внимание на общее поведение больного как в период самого рисования, так и до и после него, ибо «врачу важнее знать всю ту обстановку, в которой протекают процессы творчества больного, чем то, что получается на бумаге» (там же). Верность этого положения подтверждается на практике и поныне.

Вопреки утверждениям Bertchinger (1911), Mohr (1905), по данным которых в творчестве душевнобольных отмечается наличие прямой проекции галлюцинаторных ощущений, Р. Nekke считает, что «О галлюцинациях и бредовых идеях за весьма редким исключением (при наличии раннего слабоумия – З.Ч.) не приходится говорить». Р. Nekke предостерегает, что на основании недочетов форм рисунка делать какое-либо заключение о душевной болезни или о возвращении к детству надо весьма осторожно ( ! ) , так как не следует «упускать из виду, что большинство рисовальщиков технически не образованы . . . » , а в другом месте автор указывает, что они (рисунки) «иногда ничем не отличаются от рисунков нормальных» ( ! ) (З.Ч.).

Весьма интересны взгляды автора относительно сходства шизофренического творчества с детским искусством. И тут автор воздерживается от категорических выводов, в некоторых случаях соглашаясь, а порой полемизируя с разными учеными. Р. Nekke разделяет взгляд Wierkandt, который различает три ступени в становлении образного мышления у детей: 1) изобразительное рисование ради стремлений к движению; 2) описательное (с натуры) и 3) созерцательное, заключая, что у душевнобольных могут встречаться все три ступени в зависимости от образования и умения рисовать. Сходство в данном случае с детским искусством вполне логично, так как согласно Е.Кречмеру («Детское искусство»), детские рисунки до 12-летнего возраста содержат технические и логические ошибки. Согласно Suquest рисунки душевнобольных в стадии распада и возвращения «к примитивному» схожи с рисунками первого периода детского искусства, с чем однако Р. Nekke не согласен. В заключение автор возражает против взгляда Е.Морселли, который «в стремлении детей и душевнобольных одухотворить все их окружающее и изобразить людей и сцены, наделенные как бы одинаковыми чувствами» (речь идет о «пантеизме», согласно В.А.Гиляровскому) видит проявление атавизма.

Р. Nekke считает, что «встречающиеся в рисунках душевнобольных черты соответствуют более низкому уровню развития больных и ничего общего не имеют с атавизмом» (141).

Во взглядах Р. Nekke явно чувствуется недостаток классового анализа и правильного понимания законов общества и социальных явлений. Это ощутимо в таких положениях, когда он рассуждает о низших и высших классах, отделяя гениальные произведения от их первоначального источника – народности и т. д.

Некоторые выводы относительно творчества душевнобольных и поныне остаются актуальными, в том числе и положение о том, что и для верного заключения о душевной болезни необходимо иметь для сравнения рисунки здоровых людей, рисунки одного и того же больного в различные периоды его болезни, чтобы проследить изменение, учитывая, что «в начале или в конце психоза характерное с трудом может быть найдено» ( ! ) (3.Ч.).

Возражая и соглашаясь в отдельных случаях с изложенными взглядами, Р. Nekke все же не рекомендует делать на основании их какие-либо обобщающие выводы, оговаривая, что «ни один душевнобольной не произведет ничего нового, ничего великого» ( ! ) .

По данным Бюргер-Принца, «быть может потеря возможности сочного выражения в отношении художественного изображения является одним из первичных симптомов в смысле Блейлера». Автор в одних случаях признает возможность отражения болезненных переживаний в творчестве, но «в других случаях заболевания (при шизофрении – 3.Ч.) начинающийся процесс лишь редко находит свое выражение в изобразительном искусстве» (!?). Явно чувствуется шаткость методологических установок и неопределенность в выборе принципиального критерия при анализе творчества. В отношении исходных состояний Бюргер-Принц говорит, что «у живописца (профессионала) превалируют симметрия, однообразная рутинность, окостенение, схематизм, нет цельности в его изображении, не известно, куда ведет его стремление». «При сравнении шизофренического искусства с нормальным всегда впадаем в искушение сравнивать его с детским искусством, народным искусством и искусством примитивов».

В заключение автор отмечает: «... Если истоки всякого творчества искать в архаических глубинах, то этим в картину не вносится ясность. Если обусловленное влечениями творчество безудержно наживается в шизофреническом искусстве, то все же остается открытым вопрос, является ли вообще этот момент специфическим шизофреническим признаком, или же самую сущность следует искать в том-всеобщем, в котором она проявляется». Бюргер-Принц придерживается второй точки зрения (31).

Резкое увеличение количества рисунков с изменением стиля и тематики в течение болезни на препсихотической стадии, отмечает Mever (1954), является понятным для всех, на втором – психотическом этапе картины могут быть понятны только врачу (?!), глубоко изучившему личность больного. На третьем этапе творчество превращается в символическую деятельность с последующим отказом больного от творческой активности.

Ж.Делей критикует тот метод исследования, который устанавливает параллелизм между разными нозологическими категориями и соответствующим художественным произведением.

Согласно автору, следует подчеркнуть относительность и ошибочность того диагноза, который основывается лишь на признаках произведения, так как «исследователь находится в опасности принять ошибочно стиль произведения какой-нибудь школы или направления за патологическое искусство и наоборот» (231).

То же самое подтверждает Гальви в труде «Манерное искусство и шизофреническая манерность у стационарированных больных шизофренией» (230).

Более того, Р.Бессиер считает, что чаще всего психоз не влияет на технику профессиональных художников. Они продолжают рисовать в присущей им манере. Одни являются специалистами выполненных в сериях лубочно-коммерческих картин. Другие находятся под влиянием художественных школ и людей эпохи, создавая тем самым академические или явно модернистские холсты.

Согласно указаниям автора, даже в тех случаях, когда диссолюция личности больного художника выявляется в произведениях, «все-таки узнается мастерство и его почерк, что говорит о стойкости выработанного стереотипа . . . Иногда им удается создать даже свой наивный шедевр». У профессиональных художников автор подчеркивает стойкость, трансформацию и исчезновение таланта и стиля с течением болезни, приобретенного длительной практикой в искусстве. Согласно Р.Бессиеру, у, так называемых, спонтанных художников и больных, рисовавших в ателье эрготерапии, «отмечается зарождение оригинального стиля, находящегося непосредственно под влиянием психоза».

Швейцарский психиатр Бадер, изучавший особенности художественной продукции больных шизофренией, ранее никогда не рисовавших, выявляет отсутствие в рисунках больных шизофренией теней, воспроизведение движения лишь с искажением формы и тенденцию к стилизации ( 6 ) .

А.Маринов (ГДР) в труде «Творческие возможности в исходном состоянии шизофрении» представляет для наглядности анализ творчества пяти больных. Автор считает, что с помощью художественного творчества можно «проникнуть в область интимных переживаний больного и раскрыть психотические проявления в этой стадии заболевания», когда аутизм, негативизм и распад речи резко затрудняют контакт с больным. А.Маринов подчеркивает характерную своеобразность для многих больных в исходном состоянии шизофрении, манеру письма – стереотипию и поверхностное сходство с рисунками детей, заключая, что «интерес больного к творческой деятельности должен быть использован в рамках трудотерапии и для дальнейшего трудоустройства» (235).

По данным Г.Фердъера, больные шизофренией, ранее никогда не рисовавшие, проявляют стиль, отмеченный самобытной, болезненной техникой, за счет «здоровой части своей психики», так сказать, благодаря вторичным симптомам Джексона, которые противятся первичным симптомам или минус-симптомам, описанным Е.Блейлером. Говоря о специфичности симптома отдельно, автор отрицает его патогномонистический характер, так как считает, что стереотипии нормальное явление среди детей и внешне они неразличимы, тем более, что на определенном уровне диссолюции личности стереотипы обнаруживаются не только при шизофрении, но и у слабоумных паралитиков, эпилептиков, и других психозах.

Однако, согласно автору, стереотипы и итерации обычно сосуществуют и очень типичны для рисунков шизофреников. Второй признак состоит в том, что рисунки полны как яйцо, переплетены как



связка хвоста (В.Моргенталер, Г.Фердьер), где полностью используется пространство, продукции больных «не хватает воздуха». В нем (в больном) есть страх пустоты. Больной заполняет пустоту геометрическими фигурами, анатомическими формами, цифрами и знаками (233).

Р.Вольма (Франция, 1956) выделяет определенное количество феноменов, относительно характерных для творчества душевнобольных. Наличие символизма, стилизации, интеллектуального реализма, привязанности к модели, конденсации и ассимиляции рассматривается автором как специфический аспект для дифференцированного изучения творчества, предостерегая, однако (согласно Ж.Делей, Р.Бессиеру, Гальви и др.) от опасности воспринять ошибочно стиль произведения какой-нибудь школы или направления за патологическое искусство и наоборот.

Обращая внимание на богатство символики рисунков больных страдающих шизофренией (наряду с Г.Дельгадо, Г.Пфистером, Сосюром), автор пытается рассмотреть их с точки зрения психоанализа, исходя «из того же сексуального корня» (выражаясь словами В.А.Гиляровского) понять значение и содержание символов. Р.Вольма разделяет мнение Сосюра о том, что «чем больше регрессии, тем больше больной обращается к символическому языку» (227) (З. Ч.).

Автор считает возможным говорить о сходстве детского и архаического искусства с искусством больных шизофренией, подтверждая высказывания Suquest, Jacob и Шторха.

По нашему мнению, заслуживает внимания та часть исследования, в которой говорится о привязанности к модели при шизофрении. Привязанность в случаях шизофрении совершенно отлична. Это, согласно Р.Вольма, вторичное реактивное явление. Он объясняет его следующим образом: с распадом личности и бегством от объективного мира больной иступленно цепляется за него. Это и есть защитная реакция, полная тоски, реакция компенсации. Когда больному удастся наиболее совершенно поддерживать этот контакт, то он создает произведения академического и обычного характера. Когда ему это удастся хуже, он воспроизводит на своем полотне деформированное видение мира. А когда он терпит в компенсации неудачу, то его раздробленное «Я» выступает в виде искаженного и фрагментарного мира.

Чрезмерно важным по Р.Вольма является вопрос коллективной терапии – эрготерапии; он считает ее довольно эффективным способом занятости больных, указывая что этим делается шаг к выздоровлению и улучшению состояния больных (228).

При составлении феноменологии художественного творчества больных шизофренией Г.Реннерт (ГДР, 1967), указывает на тот факт, что «проблемам рисования и живописи душевнобольных до сего времени не уделялось достаточного внимания (158).

Исходя из данных автора, критерии художественного творчества страдающих шизофренией следует рассматривать с точки зрения патогномичности. При изучении материала, согласно автору, следует искать «решающие психопатологические проявления».

Автором рассматриваются вопросы взаимосвязи творчества больных шизофренией с архаическим, примитивным искусством, искусством детей, а также взрослых людей, не привыкших рисовать.

Согласно Г.Реннерту, «выбор красок больными не может считаться специфичным и общепринятым. Формальный критерий феноменологического сопоставления следует рассматривать в группах регрессии, сгущения, неоморфизма, стереотипии, а также распада образного выражения».

Автор делит патогномные признаки на две части: I. Формальные критерии – а) регресс образного выражения: 1) примитивный способ изображения; 2) преобладание игровых тенденций, отсутствие пер-

спективы и т . д . ; II. Критерии содержания: А. Беспредметная живопись: I. аморфные каракули и завитки; 2. геометрично-линейные изображения; 3. сплетенные орнаментальные композиции (например, ковробразные мотивы). Б. Предметная живопись: I. преимущественно темы и сцены, а) технически-конструктивные изображения; б) изображения, похожие на географические карты; в) лунные пейзажи, космические, религиозные, магические, аллегорические, восточные темы, сказочные сцены, насильственные, сексуальные, портретоподобные и с пристальными глазами и т . д . В. Предпочтительные частные мотивы (элементы картин) – отдельные головы, отдельные глаза, отдельные уши, сердца, половые органы, птицы, рыбы, насекомые, улитки, черви, змеи, ослы, лошади, деревья, цветы, огонь, гроза, корабли, самолеты, часы и др. (158).

С точки зрения эволюции исследования из области художественного творчества душевнобольных несомненно большую познавательную ценность представляют труды В.Моргенталера (1921), Г.Принцхорна (1922, Эдельбергская коллекция), Г.Дельгадо (1922), В.Пфейфера (1923), П.Н.Карпова (1926), Г. Бюргер-Принца (1932), А.Эи (1948), Ф.Ройтмана (Англия, 1950), Кенингем Дах (1953), Ж.Фореа (1953), Р.Вольма (1956), А.Маринова (1960), Г.Реннерга (1962) и т . п . , материалы шести конгрессов по вопросам творчества душевнобольных, в том числе и V Всемирного конгресса психиатров, состоявшегося в Мехико (1971).

В определенном смысле спорную, но интересную информацию содержит статья Gnadirian (Квебек, Канада, 1971) «Художественная выразительность психопатологии посредством художественной терапии» (229). В данной статье автор старается изучить психопатологию душевнобольных, вовлеченных в такой вид творческой деятельности, как рисование. В процессе исследования клинически диагностированных психотических и невротических больных обоего пола попросили начать спонтанное рисование и черчение. Их графическое выражение тщательно оценивалось в динамике со дня острого начала эмоционального расстройства вплоть до выздоровления путем регулярных сеансов художественной терапии.

Тщательное изучение их художественной продукции вскрывает у психотических больных (особенно страдающих шизофренией) тенденцию к абстрактной, причудливой и неорганизованной манере рисования. Появление символических фигур более или менее соответствовало их бредовым мыслям.

Далее отмечается, что если у невротических больных художественное выражение было менее абстрактным, более организованным и реалистическим, то форма, цвет, иллюстрированная ситуация выражали их эмоциональный конфликт. В творчестве невротиков символизм тоже появляется, но он является более осмысленным для нас.

Автор попытался выявить взаимосвязь между творчеством и эмоциональным состоянием, типы (виды) защитных механизмов, мобилизованных при творческом процессе, в таком, как художественная продукция, их роль при патологических состояниях.

О.Биллич (США, Нессвил, шт. Тенесси) в труде «Изображение движения в творчестве больных шизофренией» – при катехизисе, то есть шизофреническом уходе, исследует «изменение перцепции (восприятия) движения в графических изображениях больных шизофренией».

«Отмечается отсутствие обычного потока энергии», т . е . действительной связи между фрагментами композиции. Изменяется не только пространственное изображение, но и одновременно «изображенное движение в пространстве».

Разрушение личности – «эгодезинтеграция» создает чувство страха в виду того, что больной остается перед миром один, и в результате появляются оборонительные защитные механизмы, которые и обуславливают повторение движения (в форме стереотипов), и движение теряет

свою силу и становится бессмысленным. При выздоровлении – эгореинтеграции – фрагментные концепты связываются в единое целое и приобретают определенный смысл, где отсутствует фрагментация и ригидность» (220).

В статье «Сравнительное изучение художественного творчества психически больных» (219) Ассель (1971) указывается, что их творчество имеет много общих черт, независимо от расового различия, культурного уровня, социального происхождения, окружающей среды.

Различия, наблюдаемые в символике душевнобольных, зависят от собственной культуры или субкультуры.

Символику автор делит на три группы:

1. Универсальная символика (общая, охватывающая прошлое, настоящее и будущее).
2. Индивидуальная символика (более конкретная, имеющая непосредственное отношение к переживаниям больного, то, что влияет на него).
3. Символика культуры (возникшая в результате приобретенного опыта, взаимодействия личности больного с его культурой или субкультурой).

Автор предлагает антропологический метод – метод понятия больного и его произведения вне индивидуума и толкования симптомов на фоне общественного, культурного уровня и общественной среды. Содержание шизофренической симптоматики непосредственно определяется социальными, культурными, географическими и этнографическими факторами.

Все вышесказанное является экспериментом с целью понимания и выявления того, какие факторы являются психопатологическими, с одной стороны, и с другой, социальными, культурными и антропологическими (219).

В работе «Групповая терапия и творчество» Мреве (Монреаль, Квебек, Канада) автор выделяет три группы определенной деятельности:

- I группа – создающая мнение, в частности, в этой группе больные обучаются общаться друг с другом.
- II группа – в этой группе больные становятся более осведомленными относительно мира и друг друга.
- III – проекционная группа – больные проникают в суть их личных проблем и проблем, касающихся других членов группы.

Все это дает возможность автору проследить за реакцией больных по группам и их выздоровлением, изучить их в динамике.

Т.Пасто (США, шт. Калифорния, г. Сакраменто) в исследовании «Большая культура и больной шизофренией – творческий процесс» (240) приводит случай хронического шизофренического больного, «мексиканца по происхождению», представленного через его художественное творчество. Заболел в 32 года, начал творить в 65-летнем возрасте и создал очень много образов.

Автор старается доказать тесную связь общей эстетической культуры с индивидуальной культурой личности, заболевшей шизофренией, в творчестве которой поневоле выявляются ее истоки наряду с гетерономным содержанием процессуального характера.

«Коррекция искаженного воображения тела через 18 месяцев творческого анализа» стала предметом исследования З.Зирер (США), (247), в котором утверждается, что творчество стимулирует реакции, являющиеся существенными для терапии: 1) коммуникация, 2) переживания, 3) коррекция и изменения.

В работе «Рисунки как средство диагностики в психиатрии, изучение графических признаков психической болезни» Prazus (Югославия) считает, что рисунки являются своеобразной психограммой, которая отражает различные стороны деятельности человека (перцепцию, психомоторную координацию, состояние аффективной сферы, взаимоотношение

с окружающим миром и т.п. Поэтому рисунки могут отражать те или иные особенности (индивидуальные) личности в норме. Но особенное значение приобретает, по автору, анализ рисунков больных в психиатрической клинике. Важно иметь не один рисунок, а специальные серии их (в динамике заболевания), которые всегда должны рассматриваться «через призму» клинической симптоматологии (239).

Выделены три основные группы патологических рисунков: условные (54,3%), атипичные (38,7%), странные и необычные (6,3%). Условные рисунки могут встречаться и в норме у очень примитивных лиц и у детей. Между рисунками больных и здоровых имеются такие же различия, как между болезнью и здоровьем вообще, т.е. в широком смысле эти различия не специфичны.

Prazus признает, что «подходы к оценке рисунков для целей психиатрической диагностики еще недостаточно разработаны». Основной вывод: рисование должно стать обычной диагностической процедурой в будущем психиатрии.

Bartoszewski S., Wajcechowski S. в статье «Рисунки больных шизофренией при оценке психического состояния» на основании анализа рисунков больных до и в процессе лечения в стационаре, приходят к выводу, что занятие рисованием у психически больных является одной из хороших форм социотерапии. С другой стороны, перемена стиля рисунка больного шизофренией часто предшествует изменениям психического состояния и может быть ценным показателем при наблюдении за ним (222).

В статье Tyskiewich M. (Польша, 1971) «Психиатрическо-художественный анализ вербальных и пластических высказываний при хронической шизофрении» (245) автор предлагает данные, полученные в результате наблюдения над 48-летней больной, находящейся в течение ряда лет в состоянии глубокого шизофренического дефекта с периодическими обострениями заболевания. Особенность случая состоит в относительно богатой творческой деятельности больной. Она с 40 лет занимается живописью, поэзией, прозой, а также композиторской деятельностью. Все творчество больной, однако, вращается вокруг вымышленной ею личности, основанной на фантастическом бреде величия. Но работы больной (особенно живопись), по мнению автора, представляют художественную ценность ( ? ! ) (З.Ч.).

«Живописное творчество больного шизофренией как иллюстрация перемен в его психическом состоянии» является предметом исследования Bartoszewski S., Halaunbrenner S. (223).

## Г Л А В А II

### ХУДОЖЕСТВЕННОЕ ТВОРЧЕСТВО С ТОЧКИ ЗРЕНИЯ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

#### Теоретические основы

Реабилитация рассматривается советскими учеными как «динамическая система взаимосвязанных компонентов», . . . преследующая цель «восстановления личного и социального статуса больного» (84).

В этой системе «во всех реабилитационных мероприятиях стержневым содержанием является, по М.М.Кабанову, «апелляция к личности больного, включение его в лечебно-восстановительный процесс». Принцип, который автор называет «. . . принципом партнерства (врач-больной)» – первый принцип. Второй принцип реабилитации – «принцип разносторонности усилий и воздействий для реализации реабилитационной программы» . . . , задачей которого является «умение направить систему отношения ( ! ) (В.Н.Мясищев) личности в нужную для реабилитационных целей сторону».

Единство клинико-биологических и психосоциальных методов воздействия с целью регулирования «механизмов реституции, адаптации и компенсации» составляет основу третьего принципа.

Ступенчатость, переходность проводимых воздействий и мероприятий (биологических, фармакологических, психотерапевтических, трудотерапевтических и других видов лечения) с созданием «переходных режимов внутри больничных отделений, дневных и ночных стационаров и профилакториев» рассматривается как четвертый принцип реабилитации.

Разработана схема реабилитации психически больных, «уточняются некоторые особенности ее трех последовательных этапов: . . . 1) восстановительной терапии; 2) реадaptации и 3) реабилитации в собственном смысле слова.

Если на первом этапе преследуется цель предупредить формирование психического дефекта, инвалидизации, явлений «госпитализации» путем сочетания «биологических методов лечения, включения физиотерапевтических, с различными психосоциальными воздействиями (лечение средой, занятостью, психотерапией и д р . ) » , то второй этап реабилитации – реадaptация – «имеет задачей приспособление больного на том или ином уровне к условиям внешней среды, восстановление приспособляемости».

Третий этап реабилитации – «реабилитация в собственном смысле этого слова. Восстановление в правах, восстановление индивидуальной и общественной ценности больного . . . , где главенствуют различные социальные мероприятия, помощь в бытовом и трудовом устройстве» и т. д.

Согласно Фон Берталанфи, И.В.Блауберг, Э.Г.Юдину (1973), (1956), П.К.Анохину (1971), А.Раппопорту (1966), реабилитация понимается как «смешанная биосоциальная система, в которой взаимодействие и взаимоотношение избирательно вовлеченных компонентов (биологических, психофармакологических и психосоциальных) приобретает характер взаимодействия на получение фокусированного полезного результата ( 8 4 ) .

Вне всякого сомнения, как любое истинно научное направление, так и психиатрическая реабилитация, продиктованная развитием и потребностями самой общественной жизни, уходит своими корнями в древность.

Под авторитарным влиянием церкви (христианской религии, являющейся господствующей идеологией феодального строя) на протяжении столетий общество рассматривало душевнобольных как «умалишенных», которых держали взаперти в бедламах, тюрьмах «за высокими стенами», ощущая страх перед ними.

Естественно, что одни административные меры и методы, осуществляемые властями разных государств ради ограждения общества от «умалишенных» (не говоря уж о планомерном истреблении душевнобольных в гитлеровской Германии), превращение домов в замаскированную разновидность лепрозориев, не только не способствовали разрешению данной проблемы, но и усугубили ее.

Непрерывный рост заболеваемости в условиях отсутствия эффективных научно-обоснованных методов лечения, привел к тому, что психические болезни постепенно превратились в проблему общечеловеческого масштаба.

Нельзя не согласиться с тем, что «столь устрашающие цифры и громадные затраты на содержание больных дали толчок к позитивным действиям» (187).

Суммируя вышеизложенное, можно со всей определенностью констатировать, что экономическое (!) подспорье следует считать одним из основных источников среди других, обусловивших зарождение реабилитационного направления.

Отдельные принципы реабилитации зародились накануне XVIII столетия, когда медленно, но неуклонно более гуманно начали относиться к душевнобольным. Гуманизм как диаметрально противоположную систему отношения в обращении к душевнобольным – следует считать отправным моментом реабилитации (освобождение 50-и больных от цепей в Биссетрской больнице, Париж, 1792. Тот же период в Италии. Инициатива квакеров в Англии, организовавших психиатрическую больницу в г. Йорке, 1813, с применением методов работы, упражнений и созданием соответствующей атмосферы. Открытие психиатрической больницы в Пенсильвании, США, 1817).

Этот период в психиатрии, как известно, связан с именами Ф. Пинеля, В.Тьюка, Чиаруджи, Д.Конноли, П.Якоба, Н.Баженова, В.И. Яковенко, Г.Симона, Я.Г.Илье и др., признавших психические расстройства болезнью, а людей, страдавших ею, – больными, которых не только можно, но и нужно лечить.

Последующий период бурного развития естествознания, экспериментально-биологических и клинко-психопатологических исследований в России (И.М.Сеченов, И.П.Павлов, Н.Введенский, В.М.Бехтерев, С.С.Корсаков, а затем П.Ганнушкин, Т.Гейер, В.Гиляровский, И.Бергер, Я.Бугайский, Л.М. Розенштейн и др.) дал возможность обнаружить непосредственную связь между различными расстройствами психики и изменениями в деятельности мозга.

В отечественной психиатрии получил широкое признание принцип, согласно которому при наличии отягощенной наследственности как предрасполагающего фактора решающее значение приписывалось внешним факторам, социально-экономическим условиям жизни, среды, в которой живет человек. Это и породило широкую программу социально-профилактических мероприятий по борьбе с психическими болезнями.

Истоки социальной психиатрии у нас восходят к началу 20-х годов (Л.М. Розенштейн, Г.А.Гейер).

П.Ганнушкин считал, что «социологические и статистические методы не могут заменить индивидуально-клинического анализа при постановке диагноза и прогноза». Столь же решительно он предупреждает против соблазнительных попыток психопатологического подхода к решению социальных, политических и

культурных проблем ( ! ) ( 3 . Ч . ) , хотя и говорит о необходимости иметь в виду такие попытки и использовать их как подготовительный материал для будущего здания социальной психиатрии.

Справедливости ради следует указать, что при наличии интенсивного развития экспериментально-биологических исследований психосоциальные методы лечения оказались вытесненными, тем более на фоне достижений психофармакологии, но нельзя не отметить и то, что именно результаты психофармакологии способствовали возникновению реабилитационного направления.

«Применение нейролептиков дало возможность быстрой компенсации душевного заболевания и тем самым лучшие возможности для ресоциализации. . . для личной трудовой и общественной реабилитации вообще» (Е.Венцовский, Чехословакия, 1974). Аналогичные данные предлагает И.Темков (Болгария, 1974) (210).

Сопоставляя данные исследования двух групп – одну после комбинированного биологического и психосоциотерапевтического лечения, другую – после применения одной лишь биологической терапии, Д.Фельдес, К.Вайзе (Лейпциг, ГДР), приходят к заключению, что «социальные отношения ( ! ) в первой группе оказались достоверно лучшими по сравнению с контрольной группой».

При внесении соответствующих коррективов в материальную основу психических расстройств (биологические, психо-фармакологические средства) стало очевидным, что вне связи с психо-социальными мероприятиями и методами лечения нельзя достичь основной цели – возврата больного (человека) в социальную среду, так как нормально функционирующий человек не кто иной, как продукт общественного развития, «совокупность общественных отношений», которые и страдают в первую очередь при процессуальном заболевании и восстановление которых вне социальных механизмов невозможно. Признание единства и взаимодействия биологических и социальных мероприятий при лечении психических расстройств продиктовано и оправдано с диалектической точки зрения, так как «проблема взаимодействия социальных и биологических факторов имеет ведущее значение для теории и практики психиатрической реабилитации» (Мелехов, 1973). «Ибо, – продолжает автор, – положение о единстве и взаимодействии биологических и социальных факторов относится к числу центральных методологических проблем в науке о человеке, . . . являясь, по выражению Т.И.Царегородцева, «своеобразной методологической доминантой, предопределяющей не только общий подход. . . в учении о человеке, но и оказывающей влияние на истолкование более конкретных вопросов науки (социологии, психологии, демографии, антропологии, медицины и др.» (190).

«Признавая существенную роль влияния микросоциальных условий, внешней среды, психологических и личностных особенностей больного в процессе восстановления трудовых навыков и социальных связей, С.Ф.Семенов, Н.П.Могилина, А.П.Чуприков подчеркивают, что «возвращение в социальную структуру общества, большее или меньшее восстановление его трудоспособности и психической деятельности теснейшим образом связано с восстановлением или компенсацией ущербных биологических систем и структур, играющих существенную роль в патогенезе заболевания» (173).

Методологически обоснованное толкование теории психиатрической реабилитации зиждется на фундаментальных экспериментальных и клинико-морфологических исследованиях и исходит из огромного фактического материала, накопившегося в области «обратимых (реверзильных) изменений паренхиматозных образований центральной нервной системы и викарно – за счет компенсаторных возможностей психического аппарата человека (А.Д.Зурабашвили и Б.Р.Нанеишвили), истоки которого восходят к взаимосвязи между структурой и функцией (В. М.Бехтерев), к учению о парабриозе и паранекрозе (Н.Введенский).

На реабилитации как активной реорганизации функции заостряют внимание А.Г.Лещенко и Г.Д.Лещенко. Она базируется на «биологической концепции болезни, согласно которой болезнь рассматривается как система биологических приспособительных реакций, как особая форма адаптивной организации и саморегуляции функции (И.В.Давидовский, 1962-1968) и своими корнями восходит к исследованиям И.П. Павлова, А.А.Орбели, Н.А.Бернштейна, Н.И.Гращенкова, П.К.Анохина, А.Р.Лурия, Джексона, Шерингтона, Фултона и др.» (103).

Согласно Э.Г.Бейну, Л.Г.Столярову, Г.Р.Ткачеву, «ближе всего к подлинному воссозданию преморбидной функции относится уровень восстановления, достигаемый приемами растормаживания временно заблокированных мозговых систем», так как они считают, что «такое восстановление в отличие от компенсации, более характерно для раннего восстановительного периода», тогда как «приспособление к дефекту может рассматриваться как более элементарный уровень реабилитации» (15). Подобное утверждение имеет принципиальное значение, так как оно касается патобиологической сущности нейропсихических расстройств.

И все-таки методы, направленные на сомато-биологическую основу болезни (не взирая на их неоспоримые достижения), не в состоянии предотвратить в большинстве случаев инвалидизацию больных без неуклонного претворения и применения социально-организационных методов в психоневрологической помощи.

Поэтому особо важное значение приобретает, наряду с методологическими и социальными вопросами, разработка психологических основ реабилитационных программ, включающих в себя комплекс воздействия (психотерапевтического, трудотерапевтического, социотерапевтического) на больного, а также на индивидуализацию в соответствии с особенностями личности психически больного, ее ресурсами и компенсаторными возможностями (М.М.Кабанов, Б.В.Иовлев, Б.Д.Карвасарский, К.В.Корабельников).

При отборе принципиально новых методических приемов авторы выделяют первым долгом « . . . изучение личности больного как с точки зрения общей характеристики системы ее отношения (Л.К.Богатская, С.В.Днепровская), ее эмоциональных и волевых особенностей (Б.В.Иовлев, Б.Д.Карвасарский, К.В.Корабельников, В.И.Эйгенброт) (82) и отдельных свойств, таких как степень зависимости, уровень притязаний, лидерство (Г.А.Немчин), так и с точки зрения функционального профиля больного, его интеллектуальных возможностей,

уровня умственной работоспособности, памяти и внимания (Р.О. Серебрякова).

Согласно В.Н.Белову и В.А.Галкину, «поскольку объектом реабилитации является личность, формирование которой и усвоение социальных категорий происходит в процессе деятельности, общественной практики, то становится понятным, что одна из центральных задач реабилитации – это организация коллектива и соответствующих его малых групп, регулирование межличностных отношений, создание методических предпосылок для усвоения больными в их новом положении системы социальных ролей, значения ролевого поведения, что и требует внедрения и воздействия комплексных мероприятий из области как медицинских, так и психологических, социальных, организационных, педагогических, правовых дисциплин» (16).

Исходя из основного теоретического положения об единстве биологического и социального в психической деятельности человека, В.М.Воловик считает, что оно и должно быть распространено на понимание психической патологии и определение терапевтической тактики и стратегии, рекомендуя отказаться «от конструирования упрощенных линейных зависимостей при установлении причинно-следственных отношений» (43).

В свете вышеизложенного вполне правомерно утверждение автора, что «недифференцированное применение психосоциальных методов . . . может оказаться не менее



вредным, чем хаотическое использование фармакологических средств», что необходимы «специально создаваемые приемы работы и подчинение решению конкретно клинических задач». В.М.Воловик выделяет групповую психотерапию и психо-педагогическую работу в семье вообще и особенно в инициальном периоде шизофрении (45).

На важное значение применения эпидемиологического метода в разработке вопросов социально-трудовой реабилитации указывают Н.М.Жариков, Л.Я.Успенская, З.Н.Серебрякова, Ю.И.Либерман, отмечая, что «этот метод дает возможность получить дифференцированную характеристику уровня социально-трудовой реадaptации с учетом различных клинических и социально-демографических показателей (68).

Согласно данным З.Н.Серебряковой, « . . . чем выше квалификация была до болезни, тем дольше больные сохраняли трудоспособность на достаточно высоком уровне».

Определяя собственную позицию относительно «возможности профессионального обучения и трудоустройства больных шизофренией, З.Н.Серебрякова подчеркивает, что «возможности эти далеко не однозначны, и сам по себе диагноз «шизофрения» не является достаточным основанием для превентивного ограничения больного в выборе профессии» . . . Совершенно правомерно и созвучно современному развитию медицинской мысли утверждение автора о «преодолении сложившегося в этом отношении необоснованного, предвзятого обывательского негативизма, являющегося «одной из актуальных задач, стоящих перед советскими психиатрами в области санитарной пропаганды» (163).

Изучение «фактического уровня трудовой адаптации больных шизофренией в период ремиссий, длящихся больше 8-и лет», посвящаются исследования А.Б.Смулевич, Ю.И.Либерман, Г.М.Руденко, Б.В.Соколова, Р.П.Волкова (168), согласно которым «наилучшие возможности для сохранения трудоспособности обнаружили больные с глубокими ремиссиями без позитивной симптоматики, изменения личности у которых не выходили за пределы заострения преморбидных особенностей (168).

Немаловажное значение приобретает при определении принципов дифференциации реабилитационного комплекса правильное прогнозирование путей раскрытия компенсаторных возможностей, иначе говоря, определение направления развития компенсации в сторону преодоления дефекта (высший уровень) или приспособления к нему (низший уровень), чему и должен соответствовать выбор конкретных мероприятий (Г.В.Зеневич) (72).

О повышении уровня «саморегуляции, в частности, при помощи аутогенной тренировки, наряду с коллективными и групповыми методами лечения, и о существенном значении выявления психологических основ совместимости, его возможностей, его особенностей, среды, труда, быта, характера поведения в коллективе указывают М.С.Лебединский, В. М. Воловик и др. (104).

Существенными в реабилитации психически больных А.А.Портнов и Ю.С.Савенко считают исследования, «идушие навстречу друг другу в двух направлениях», в частности, «это изучение возможностей, которые реально предоставляются обществом с его институтами, профессиями, должностями и т. д., т. е. путь составления профессиограмм и, с другой стороны, исследование задатков, способностей, навыков, индивидуальных особенностей и клинических характеристик, которые делают возможным осуществление требуемой профессиональной деятельности» (156).

Затрагивая проблему межличностных компенсаторных механизмов, указывая в каждом отдельном случае на факторы, содействующие или, напротив, препятствующие компенсации у больных шизофренией, Л.Л. Рохлин указывает, что «надо иметь в виду наличие скрытых резервов аффективного реагирования и проявления активности у больных шизофренией,

нередко в течение многих лет неправильно трактуемых как находящихся в состоянии глубокого шизофренического дефекта», когда речь идет не об «истинной негативной симптоматике, а только о торможении активности и блокаде эмоций, которые могут и должны преодолеваться умелой социальной стимуляцией личности в процессе реабилитационной деятельности больного под руководством врача-психиатра» (161).

Это подтверждается и работами В.В.Ковалева (94).

Возражая против приверженцев неоправданного расширения понятия «реабилитация» в социальном плане, говорящих о способности «восстановления психически уязвимой личности в полном статусе ее прежних прав и возможностей, А.К.Ануфриев замечает, что в свете изложенного вольно или невольно отождествляется «понятие психиатрической реабилитации с юридической, действительно имеющей максимальное значение», так как, – продолжает автор, – цель психиатрической реабилитации всегда ограничена природой и существом патобиологического процесса, в связи с чем и она формулируется лишь как оптимальное приспособление психически больного в соответствии с его оставшимися возможностями, а также потенциально сохранными функциональными способностями (2).

Е.Д.Красик считает «нерациональным тратить много времени на дискуссию о правомерности отдельных терминов относительно реабилитации. «Важно другое – найти связь реабилитации с клинической психиатрией, определить и изучить круг вопросов, которые объединяются этим понятием», допуская в перспективе возможность развития реабилитации как одного из самостоятельных научных разделов медицины, так как . . . «государственный характер общей проблемы реабилитации больных и инвалидов, – продолжает автор, – . . . в социалистических странах лишней раз подчеркивает социальный заказ общества по выделению и развитию этого направления(102).

### **Организационные формы и методы реабилитации**

Методологическая обусловленность и теоретическая обоснованность реабилитации раскрывает широкие возможности изыскания организационных форм и методов лечения и восстановления.

Прямым следствием сказанного следует рассматривать постепенное внедрение как в условиях стационара, так и внебольничной психоневрологической помощи, многообразных социально-трудовых, риадаптационных мероприятий, в том числе, дифференцированные формы трудотерапии, культуртерапии, режима открытых дверей, организацию дневного стационара, применение лечебных отпусков и т.д. (М.М. Кабанов, Д.Е.Мелехов, З.Н.Серебрякова, В.В.Бориневич, В.М.Воловик, Т.В.Беляева, В.П.Беляев, Е.Д.Красик, Г.Морозов, Н.Жариков, А.Портнов, Ю.Савенко, Л.Рохлин, В.Козырев, И.С.Розова с соавторами, А.Е.Личко, Л.П.Рубинова, Г.В.Зеневич, М.С.Удальцова (1959), П.П.Васильев (1959), Е.С.Авербух и Б.А.Лебедев (1959) и др.

Выдвинутые принципиальные положения реабилитации находят конкретное выражение в работах многих отечественных авторов. «Примером практического осуществления этих принципов является система дифференцированных лечебных режимов, разработанная в отделе

восстановительной терапии Института им. В.М.Бехтерева (М.М.Кабанов, В.М.Воловик, Т.В.Беляева (42).

На вопрос о социально-психиатрической помощи в вузах, о реабилитации студентов с психическими расстройствами излагает свою точку зрения Э.Г.Кельмишкеит (Москва, 1973).

На опыте организации работы по социальной реабилитации больных в крупной загородной психиатрической больнице указывается в работах В.Н.Козырева, согласно которому «психофармакология не оправдала поначалу возлагавшихся на нее радужных надежд» (95).

Поэтому в комплексе лечебных мероприятий, наряду с биологическими методами, были широко использованы методы социально-психологических воздействий, методы социальной реабилитации; они рассматриваются в двух плоскостях: 1) организация условий для социальной реабилитации и 2) непосредственно мероприятия по социальной реабилитации.

То же подтверждается в работах И.М.Мурина (131), М.А.Мазур (108), Г.В.Морозова, В.М.Шумакова (130), подчеркивающих, что «у больных, занятых неквалифицированным трудом, частота опасных действий в целом оказывается наиболее высокой, тогда как у выполнявших квалифицированную умственную работу она наименьшая. Вполне правомерно также утверждение о том, что разработка соответствующих рекомендаций должна проводиться при содружестве психиатров, юристов и социологов».

На использование стандартизированной катamnестической методики, которая «позволяет более четко определить уровень достигнутой адаптации и степень ее устойчивости, что позволяет прогнозировать динамику ресоциализации больных», указывают О.Коцюбинский и В.Видд (101). О важном значении психологических методов, в том числе стандартизированного клинического личностного опросника (СКЛО) в плане уточнения сохранных сторон личности и психических функций при организации реабилитационной системы говорится в работах И.М.Тонконогова (108).

Среди других форм занятости особо выделяется, на наш взгляд, организация клуба больных с разнообразными кружками, которая способствует «восстановлению общительности больных и нередко служит первым этапом на пути к переходу в лечебные мастерские» (!) (Э.Л. Бреслав, Л.Р.Каплан, А.В.Калтун, Ф.Хвиливицкий) (108).

Применяются новые формы дневного и ночного полустационара социально-восстановительного характера, посредством которых обеспечивается купирование начинающихся рецидивов, осуществляется широкий комплекс лечебно-восстановительных мероприятий в контакте с лечебно-трудовыми мастерскими и клубом больных (!).

Вопросу методов контроля эффективности социально-трудовой ре-адаптации психически больных посвящаются исследования Н.Е.Бачерикова, Н.И.Стрельцовой, В.П.Линского, Г.А.Самардановой, С.Л.Вак, Л.В.Гавенко, Л.А.Доленко, Л.Ревва (27). То же подтверждается в исследованиях М.И.Владимировой (42).

«Музыка в системе восстановительного лечения психически больных» является темой исследования Л.С.Брусиловского (29).

О терапии «занятостью» в условиях психиатрического отделения интересные данные предлагает В.А.Гарнис, представляя ее «следующими достаточно стабильными формами»:

1) Занятия по способностям (музыка, изобразительное искусство, литература), 2) занятия прикладного характера (домоводство, практическая кулинария и т.д.) и 3) общие мероприятия, имеющие развлекательно-познавательное значение, беседы, литературно-музыкальные вечера, экскурсии, посещение кино, вечера отдыха, танцев и т.д. (49).

Улучшение клинической подготовки врачебного и обслуживающего персонала, повышение уровня клинической диагностической работы больницы, разработка дифференцированных показаний к реабилитации на различных этапах и соответствующих режимов, психологическая и организационно-методическая переориентация всего обслуживающего персонала – вот основной круг вопросов, которые легли в основу исследований А.И.Потапова, А.Л.Шмиловича, М.И.Петрова («Реабилитационный центр как организационная форма реабилитации больных в крупной психиатрической больнице» (157).

Анализируя результаты исследования зарубежных авторов, Д.Е. Мелехов (120) указывает на недостаточную разработку теоретических основ реабилитации, которая осознается не только советскими, но и зарубежными психиатрами. Для Д.Шнейдер, Р.С.Кенкроу (США) «вся практическая работа в этой области страдает эклектичностью и эмпиризмом». Беннет (Англия) считает «... методы социальной терапии и реабилитации лишь выражением психиатрической идеологии». О синтетической работе психиатров, социологов и психологов как необходимой основе научной социальной психиатрии, как новой дисциплины, говорит Винг (Англия). Разделив основные тенденции в психиатрии, Беннет говорит о трех «психиатрических идеологиях» (направлениях): соматотерапевтической, психотерапевтической и социотерапевтической. Вступая в полемику с ним, Д. Е.Мелехов считает целесообразным исследовать и противопоставить в этой плоскости основные принципы всех трех направлений.

В методологическом отношении более созвучна с нашей точкой зрения точка зрения социотерапевтов, которые, согласно Беннету и Вингу, «ставят задачей» восстановить способность больного к самостоятельной жизни в обществе, создавая для этого среду максимального активирования больного, трудовой и индивидуальной терапии (Д. Е.Мелехов, 1973). Указывая на исследования Файрвезера и Сандерса, Д. Е. Мелехов особо выделяет исследования М.Блейлера (Швейцария) и Кенкроу (США) «О влиянии среды и генетических факторов на течение болезни и на реабилитацию больных шизофренией», а также серьезные социально-клинические исследования Брауна и Винга (Англия) «О влиянии изменения среды в больнице на формирование и динамику клинических симптомов и социального поведения длительно стационарированных больных» (120).

По К. Мюллеру (ГДР, 1974), «в основном цель всей реабилитации больных шизофренией следует рассматривать как компенсацию необратимого органического компонента дефекта и повышение социальной эффективности».

Излагая свою точку зрения в труде «Место восстановительной терапии психически больных в системе психической гигиены», З.Посель, Е.В.Томчак (Польша, 1974) указывают, что «психическая гигиена должна пользоваться методами многих родственных наук таких, как общая гигиена, психиатрия, психология, социология, педагогика и криминалистика», считая «интердисциплинарность» основным условием ее правильного развития. Это подтверждается исследованиями Х.Шевчик (ГДР) среди диссоциальных подростков (216).

О необходимости координации знаний целого ряда специалистов «в области реабилитации психически больных» интересные данные предлагает З.Рост (Швеция). О применении терапии занятостью и других форм влияния окружения, разработанной еще в 20-е годы Пиотровским (Польша), в том числе о включении в них физиотерапии, терапии, основанной на развлечениях, и художественной терапии, применяемых в психиатрических больницах Польши, говорит в своей работе Г.Станчак. «На общественные условия решения задач восстановительной терапии (реадаптации) психически больных» высказывает свою точку зрения и другой польский

ученый С.Цвинар (Лодзь, 1974). Согласно Цвинару, «углубление в сознание людей, находящихся на ответственных постах организации общественной жизни, убеждение, что для сотни тысяч людей (больных) надо создать условия медицинской и профессиональной реадaptации, считается одной из главных задач».

Этому должны способствовать и определенные юридические нормы (Томаруч, Е.Давид, Румыния, 211).

На важное значение эпидемиологических исследований для определения потребности в психиатрических реабилитационных учреждениях излагает свою точку зрения Х.Хефнет (ФРГ, Гейдельберг).

Комбинирование социотерапии, включая клуб психически больных, с психофармакотерапией в условиях полустационара, по Г.Е.Кюне, Б.Енке, М.Фанг (ГДР, Халле, 1974), показало себя более эффективным в лечении больных с острыми и хроническими нарушениями, чем круглосуточная госпитализация.

Х.фон Харлфлингер (ФРГ, Офен, Ольденбург) считает «базисом реабилитации психически больных терапию средой», трудотерапию и терапию занятостью. Согласно автору, занятость стимулирует творческие силы больных, так как сама активность приобретает доминирующее значение, независимо от производства полезного объекта (213).

## Р Е З Ю М Е

(к I и II главам)

Комментируя основные факты, изложенные в предлагаемой научной литературе, нельзя не отметить наличие общности и противоречивости в трактовке одних и тех же аспектов проблемы художественного творчества как в свете предмета научной психиатрии, так и вне сферы ее компетентности. Наличие достаточно большого количества разного рода теоретических концепций о шизофрении и методологических подходов к их решению, недостаточная дифференцированность исходного клинического материала как предмета исследования и четкость нозологических границ, отсутствие полной ясности в понимании этиопатогенетических механизмов, разносторонность форм и методов лечения и социальной реабилитации и т. п., естественно, обуславливают противоречивость и разносторонность исходной методологической позиции в разработке художественного творчества при шизофрении, корни которых глубоко восходят к идеологическим истокам мировоззрения заинтересованных (занятых проблемой художественного творчества при патологии) ученых.

Тем самым представляется возможным сгруппировать те вопросы, по которым отмечается сходство и общность взглядов исследователей области искусства при патологии:

1. Мультидисциплинарность характера данной проблемы.
2. Диагностическая, лечебно-коррекционная и прогностическая (в социальном плане) ценность результатов и предлагаемых методов исследования в этой области.
3. Познавательная значимость.

Советская психиатрия в основе исследований и трактовки душевных страданий исходной альтернативой рассматривает материалистическое учение И.П.Павлова о единстве и целостности всех

процессов в организме, которые обеспечиваются синтетической деятельностью центральной нервной системы. Весь ряд последующих экспериментально-биологических, клинико-психопатологических и психологических исследований отечественных ученых доказывает первичную дискордантность именно объединяющей (синтетической) функции центральной нервной системы при шизофрении, которая заложена в основу сложной картины процессуальной расщепляемости.

Рассматривая шизофрению как нозологически самостоятельную единицу, советская психиатрия исходит из того положения, что эта болезнь на сложном пути своего клинического течения, всегда и на всех этапах – органическое прогрессивное страдание, тем самым являясь на разных стадиях реверзильным (76).

Искусство – художественное творчество, как одна из форм сознания и поведения личности, источник активности личности, в свете указанной целостности и дискордантности приобретает особо важное значение. Исходя из основных его специфических особенностей, которые заключаются в способности развивать, выявлять и обобщать чувственную зависимость личности от мира реальностей, следует предположить, что оно должно составить в образах объективное представление о своеобразии изменения системы отношения и направленностей больного шизофренией на разных этапах ее течения, равно как и при умелом применении должно содействовать изменению процессуальной направленности, переориентации.

Значимость исследования основных закономерностей художественного творчества при патологии и постановка вопроса в свете реабилитации нам кажутся тем более правомочными, если учесть, что в процессе изыскания форм, стимулов и методов восстановления социального и индивидуального статуса психически больного все более акцентируется и подчеркивается в специальной литературе значение «сохраненных зон аффективного реагирования», «эмоциональных островков», «творческой активности», «художественной терапии», «интердисциплинарности», «занятости», «факторов, способствующих восстановлению общительности», «кружковых занятий», «сохраненных сторон личности», «оставшихся возможностей личности», «потенциально сохраненных функциональных способностей», «сохраненных ресурсов и компенсаторных возможностей», «умения направить систему отношения личности в нужную для реабилитационных целей сторону» и т. п.

Суммируя основные положения, выдвинутые в научных изысканиях, а также многообразность и разносторонность трактовки роли социально-психологических факторов в системе психиатрической реабилитации, можно сделать один принципиальный вывод о том, что зарождение реабилитационного направления в психоневрологии, как объективный факт научного и (социального) государственного значения, уже является в теоретическом и организационном отношении методологически оправданной основой внедрения художественного творчества в психиатрическую действительность.

Выяснению и выявлению места и значения предмета и функции художественного творчества (искусства) в сложной системе взаимоотношений личности к среде, к себе и к предметам внешнего окружения, посвящается III глава.

## ГЛАВА III

### ХУДОЖЕСТВЕННОЕ ТВОРЧЕСТВО – СРЕДА-ЛИЧНОСТЬ

#### а) К вопросу о предмете и функции художественного творчества (искусства)

В условиях отсутствия концептуальной базы в этой области знания данная связь (вернее говоря, постановка вопроса) сама по себе звучит непривычно, тем более, что сущность предмета исследования (художественного творческого процесса в норме) не только не укладывается в рамки медицинских знаний, но и выходит далеко за их пределы. Однако, в эпоху сближения родственных, смежных и казалось бы далеко стоящих от медицины наук, художественное творчество душевнобольных как форма его бытия и поведения, образует пограничную область между искусствознанием (эстетикой, философией, социологией, психологией) и психоневрологией (тем более в свете современного понимания реабилитации), в которой пересекаются пути этих отраслей науки, требующих от нас осведомленности в области искусства с целью постижения сложной взаимообусловленности и противоречия отдельных компонентов при сопоставлении творческих механизмов в норме и патологии, в центре которых стоит личность в процессе индивидуального онтогенетического формирования. Частичная компетентность психиатра в области искусства оправдывается не только наличием предмета соприкосновения (художественного творчества как формы поведения), но и принципиальными методологическими соображениями.

«... Человеческое понятие причины и следствия всегда несколько упрощает объективную связь явлений природы, лишь приблизительно отражая ее, искусственно изолируя те или иные стороны одного единого, мирового процесса» (Ленин В.И. Соч., изд. 4-е, т.14, с. 143).

#### б) Художественное творчество (искусство) как форма сознания

Классики марксизма определяют искусство как одну из форм общественного сознания, как специфический род духовного освоения, познания действительности человеком, обществом. Охватывая мир целостно во всей чувственной яркости единичного, неповторимого, в искусстве обобщаются, выявляются и развиваются эстетические (чувственные) отношения общества (человека) к миру реальностей. «Познавательная функция искусства не связана какими-либо частными отраслями материального производства», так как не имеет целью выявление каких-либо закономерностей отраслевых и фундаментальных наук (физики, химии и т.д.). Правдивое

отражение жизни, реального мира, действительности – принципиальные черты искусства, но в этой общей цели «предметом искусства, -согласно Н. Чернышевскому, – является все, что есть интересного для человека в жизни».

Согласно К.Марксу, «человек утверждается в предметном мире не только через посредство мышления, а и через посредство всех чувств» (Маркс К. и Энгельс Ф. Соч., т.3, 1929, с. 627).

Чувственное утверждение человека в действительности (эстетическое отношение его), т.е. образное отображение процесса взаимоотношения с предметами внешнего окружения, находит выражение в сфере материальной и духовной деятельности людей.

Признавая объективную природу прекрасного (центрального феномена искусства), материалистическая эстетика основу красоты «искала в естественной природе и натуре человека». К изучению «поэтического в действительности» (В.Г.Белинский), «эстетической реальности» (А.Н.Герцен), «прекрасной жизни» (Н.Г.Чернышевский) материалистическая эстетика подошла не «с позиции созерцания, а с позиции общественной практики, обнаружив тем самым общественную сущность прекрасного, которая рождается в обществе и в сфере общественной практики, являющейся основным источником красоты» (БСЭ, т. 49, с. 190).

Два основных фактора в изложенном определении предмета и функции искусства, т.е. в процессе чувственного утверждения, познания прекрасного человеком заслуживают, с нашей точки зрения, пристального внимания. Прежде всего, фактор отношений, через который (в конкретно чувственной форме – в образах) выявляется стремление человека к чувственному утверждению в мире реальностей и, во-вторых, критерии интереса, побуждающие человека выбирать предметом воплощения «все, что есть интересного для него в жизни».

Определяя «личность как совокупность общественных отношений, имеющих свою человеческую биологию, конституцию, темперамент, характер и сознание», К.Маркс тем самым подчеркивает целостность биосоциальной сущности индивида как продукта общественного развития, основной характерной чертой которого является именно «совокупность общественных отношений».

Следовательно, необходимо дифференцировать понятие отношения личности в процессе художественной деятельности, так как именно система отношений претерпевает существенное изменение при процессуальном заболевании, качественно меняя социальный статус заболевшей личности в окружающей среде.

На существенное значение понятия отношения для личности «не только как философской, но и научно-психологической категории» неоднократно указывал В.Н.Мясищев, который подчеркивал недостаточность разработки этой проблемы в медицине, в частности, в психоневрологии.

Говоря о направленности, вернее о доминирующем отношении, В.Н.Мясищев выделяет три основных типа отношений:

1. Отношение человека к людям.
2. Отношение его к себе.
3. Отношение к предметам внешнего мира.

В.Н.Мясищев рассматривает структуру личности в качестве одной из сторон личности, наряду с направленностью, уровнем развития и динамики. Он рассматривает психические образования функции в неразрывной связи с содержанием психической деятельности.

Согласно В.Н.Мясищеву, личность, ее структура непосредственно определяются влиянием и требованиями среды и общественно-исторического процесса.



Художественное творчество при шизофрении в процессе анализа докажет нам, какое изменение претерпевают эти три типа (по нашему мнению, можно говорить и о трех уровнях отношений процессуально изменяющейся личности).

«Реальные объекты действительности не непосредственно отражаются в восприятии людей, а через механизмы социальных отношений. Поэтому естественно, что в искусстве, основным социальным назначением которого является удовлетворение эстетических потребностей человека, возникших при его общении с действительностью, с жизнью, одновременно просвещаясь и воспитываясь, индивид выступает именно через механизм тех социальных отношений, предметом которого является сам и который (этот механизм) сознанием не улавливается» (Р.А.Зачевицкий, 1973) (69).

Однако недостаточно в предмете и функции искусства подчеркнуть доминирующее значение социальных механизмов отношений и не учитывать индивидуальных особенностей личности.

### **в) Художественное творчество как форма выявления структурных особенностей личности**

«Является ли человек пассивным, механическим и трафаретным аккумулятором общественных взглядов, идей и теорий?». Отвечая на этот вопрос, А.А.Меграбян пишет: «... как в индивидуальной, так и в коллективной деятельности человек не только зависит от материальных условий жизни, но и сам создает условия, которые способствуют ему в процессе относительно независимого и свободного преобразования природы и общества ...». Далее автор продолжает: «... Будучи объектом воздействия социальной среды, человек одновременно становится субъектом, членом коллектива, активно изменяющего свою среду».

Существенной является и та концепция автора, в которой утверждается, что «индивидуальное сознание личности избирательно приемлет, присваивает и даже видоизменяет содержание общественных идей, преломляя их сквозь призму своих индивидуальных особенностей, темперамента, характера, задатков, способностей, а также особенностей микросоциальной среды, непосредственно окружающей ее. Таким способом формируется индивидуальная направленность личности в ее повседневной деятельности» (А.А.Меграбян, 110).

Особо важным для психоневрологии и, в частности, при разработке проблемы художественного творчества душевнобольных, является концепция автора о внутренней двойственности и противоречивости индивидуального сознания личности.

Исходя из того положения, что «любое нарушение сознания одновременно является и изменением личности, и любое изменение личности в соответствующей степени изменяет сознание», в чем и заключается принцип единства личности и сознания (К.К.Платонов, 1966), все время следует помнить, что это единство не исключает определенную самостоятельность каждого из них. «Структура сознания не соответствует структуре личности, степени нарушения сознания не соответствует тяжести патологии личности» (К.К.Платонов, 152).

Согласно К.К.Платонову, каждая личность имеет свою неповторимую, индивидуальную, тонкую структуру, состоящую из четырех основных компонентов.

1. Социально обусловленные качества личности: направленность, моральные качества, духовные потребности.
2. Биологически обусловленные качества личности (темперамент, задатки и т.д.).
3. Качество личности, обусловленное опытом: знания, навыки, умения и привычки.
4. Индивидуальные особенности: тип памяти, степень эмоционально-волевой устойчивости и др.

Характер рассматривается как та же структура личности. Он тесно взаимосвязан и наиболее отчетливо проявляется обязательно в различных видах деятельности.

Отмечается принцип динамизма личности и принцип ее компенсационности. А.Г.Ковалев (94) рассматривает личность как синтез сложных структур:

- 1) темперамент – комплекс природных свойств;
- 2) направленность – совокупность потребностей, интересов и идеалов;
- 3) способности – система интеллектуальных, волевых и эмоциональных свойств.

Все свойства в процессе деятельности личности связываются друг с другом в соответствии с требованиями деятельности.

Согласно А.Д.Зурабашвили, самой характерной особенностью личности является интегративность, целостность и наличие обратной информации.

Л.Л.Рохлин в статье «Проблемы личности» (161) определяет личность как организованную совокупность свойств психики человека, а психоз – как изменение не личности, а психического функционирования. Системе же личности приписывается важная роль в преодолении болезненных состояний.

К.Н.Корнилов (100) считает, что непосредственным предметом изучения психологии личности является изучение индивидуально-психологических особенностей личности, ее сознания.

При этом он исходит из следующих принципов: 1) индивид – это член коллектива, 2) изучение внутреннего мира личности должно осуществляться с точки зрения содержания ее сознания, 3) содержание сознания – это по преимуществу отражение общественных отношений, 4) к изучению психологии личности следует подходить с точки зрения как резкого разграничения, так и взаимосвязи индивидуального сознания с общественным сознанием. Эта взаимосвязь особенно ярко проявляется в результатах нашего исследования.

А.Валлон (32) определяет личность «как совокупность цельностей», а ее эволюцию «как последовательность цельностей». Случайно взятое отдельное качество или действие человека не может охарактеризовать его, так как в отрыве от цельного оно не имеет того значения, которое может приобрести в целом.

Одним из основных факторов, влияющих на узнавание «цельности», является время. Это значит, что для выяснения «цельностей» необходим генетический эволюционный подход. Таким образом, взаимоотношение человека со средой обуславливают не только созревание структурных и функциональных процессов в анатомо-физиологическом и психическом планах на ступенях индивидуального и родового развития. «Цельность представляет динамическую, конкретную и главную категорию в системе психологического познания, потому что с ее помощью раскрывается как единство, так и противоречия развития изучаемого психического факта в том состоянии, в каком он проявляется в поведении человека» (32).

Общеизвестны зарубежные теории личности идеалистического толка. Среди них психоаналитическая концепция Фрейда, Адлера, Фромма, Хорна, Салливена, социометрическая

трактовка личности Морена, биосоциальная теория Мерфи, персонология Мюреля, топологическая, т.е. полевая теория К.Левина, персоналистическая теория Олпорта, организмическая теория личности К.Гольдштейна, теория самоактуализации Маслоу, конституциональная теория психологии личности Шельдона, феноменологическая теория Роджерса и другие.

Резюмируя вышеизложенное можно заключить, что процесс чувственного (эстетического) утверждения человека в предметном мире при познании «поэтического в действительности» (В.Г.Белинский), «эстетической реальности» (А.И.Герцен), «прекрасного в жизни» (Н.Г.Чернышевский) (которое содержится в естественной природе и натуре человека) осуществляется через механизмы социальных отношений, являясь основным индикатором, обусловившим общественную сущность образного мышления и ее центрального феномена – прекрасного. При этом предметом воплощения в образах избирается все, «что интересно для человека в жизни». Оно (искусство) преломляется «сквозь призму индивидуальных особенностей личности, а также микросоциальную среду, непосредственно окружающую ее, формируя индивидуальную направленность личности в ее повседневной деятельности» (А.А.Меграбян). Индивидуальные особенности личности и окружающая среда накладывают свой отпечаток на воплощенные в образах предметы.

Таким образом, два основных фактора, обусловленных общественной практикой, средой, – доминирующие отношения (В.Н. Мясищев) и индивидуальное сознание, характеризующееся внутренней двойственностью и противоречивостью личности, избирательно присваивающее приемлемые и видоизменяющее общественные идеи (А.А. Меграбян) – составляют единое ядро личности, активно выступающее в процессе чувственного утверждения в предметном мире, эстетического познания и освоения действительности в образах. Поэтому художественное творчество как «форма интрогенного поведения» (Д. Узнадзе) человека, как одна из характерных, существенных особенностей жизнедеятельности социально-функционирующей личности, целиком и полностью определяется самой тесной констелляцией среды и личности. Любое изменение во взаимообусловленности между вышеизложенными компонентами находит объективное отражение в художественном творчестве как в форме деятельности личности, выявляя динамическую картину меняющейся системы отношения. Но следует добавить, что художественное творчество не является пассивным отражением постоянно трансформирующейся системы отношения личности с изменяющейся средой, не взирая на природу и сущность побуждающей причины. Как одно из средств чувственного утверждения «в предметном мире», в среде, оно активно применяется личностью не только для утверждения, но и для укрепления, обогащения и углубления своего существования в сфере материальной и духовной деятельности, оно выявляет характерные особенности личностной структуры. Поэтому оно относится к категории поведенческих актов (защитных реакций), социально-психологическая направленность которых способствует интеграции организации социально целостной личности, стремящейся познать прекрасное не только в жизни, в предметном мире, в окружающей среде, но и в самом себе и во взаимоотношениях с людьми.

Таким образом, социально обусловленное взаимоотношение среды и личности является основным стержнем в тесной взаимообусловленной констелляции – художественное творчество – личность, – среда, при нормальном психосоциальном функционировании последнего (человека).

## г) Художественное творчество как форма поведения личности

Художественное творчество – это процесс активности деятельности личности, форма ее поведения. «Всякая активность означает отношение субъекта к окружающей среде, к действительности. При появлении какой-нибудь конкретной потребности субъект с целью ее удовлетворения направляет свои силы на окружающую действительность. Так возникает поведение».

Но чем же определяется то состояние субъекта как целого, которое предшествует актам поведения, например, художественному творчеству?

Отвечая на этот вопрос, Д.Узнадзе пишет: «Поскольку связь со средой, с предметом (потребности) устанавливается самим субъектом, очевидно, что окружающая действительность или предмет непосредственно воздействуют именно на него и, изменяя его сообразно с собой как целое, вызывают в нем как в целостности сил соответствующую себе установку».

Таким образом, согласно Д.Узнадзе, субъект с его потребностями как конкретная целостность устанавливает для достижения своих целей взаимоотношение со средой, которая, «воздействуя на него непосредственно, ... настраивает его к действию по отношению к предмету, необходимому для удовлетворения данной потребности».

На этой основе субъект развертывает целесообразные акты поведения ... для овладения этим предметом.

Понятие «субъект с потребностями как конкретная целостность в тесной взаимосвязи со средой» будет иметь для нас ключевое значение во время выяснения механизма формулы «художественное творчество – психоз – личность».

И еще одно важное положение автора – понятие «установка» позволяет понять, почему поведение целесообразно и имеет смысл «..., т.е. учитывает в одно и то же время и субъект и предметную действительность, соответствует и тому и другому. Оно позволяет понять, почему в участвующих в поведении силах учтен именно определенный предмет и в случае его наличия стимулирует нас к действию, а при его отсутствии никогда не создает действительного поведения».

На основании теории установки, Д. Узнадзе предлагает дифференцированные формы поведения, тем самым выделяет источник активности, в которой решающую роль должно играть понятие «потребности». Исходя из этого понятия, «все поведение человека можно отнести к двум категориям» – экстерогенным и интрогенным (деление имеет условный характер). Художественное творчество относится именно к интрогенной форме поведения.

При интрогенных формах поведения активность, действие определяется уже не извне, а исходит из внутреннего импульса и направляется не установкой, первично формирующейся в процессе самого поведения, а установкой, фиксированной в прошлом субъектом.

Таким образом, художественное творчество как форма интрогенного поведения личности, выражение «интимных установок самого художника», «воплощение внутреннего», преследующего цель создать новые формы действительности, обогащая ее, исходит из регулирующего действия установки, возникшей в условиях определенной ситуации, и потребности личности, активирующей ее действия в сторону реализации этих потребностей. В

случае художественного творчества импульс к поведению исходит «из недр функциональной тенденции, т.е. из потребности в активности как таковой, а чувство удовлетворения и удовольствия в конечном счете вызывается не результатом активности, а самим ее процессом. Этим и подчеркивается характер «праксиса» данной формы поведения, ее процессуальная сущность. «Чем более адекватны формы, находимые художником, тем больше удовлетворения приносит творцу процесс творчества» (183).

Опережая события, можно сказать, какое изменение будет претерпевать эта форма поведения при шизофрении в свете двойственности сознания (А.Меграбян) (в процессе дезавтоматизации и высвобождения функции неосознанной сферы), претерпевающего качественное изменение в динамике, при углублении шизофренического процесса, приводящего личность к «раннему слабоумию» (Крепелин), к «атактической аменции» (А.Д. Зурабашвили, Ф.М.Контридзе), к «состоянию дефекта», к расщеплению.

Художественное творчество – это процесс активности, деятельности личности, импульс которого вытекает из недр «функциональной тенденции» личности, из потребности в активности (!) как таковой, т.е. потребности активации в определенном направлении тех сил, которые по той или иной причине оставались бездеятельными. Исходя из регулирующего действия установки при данной форме поведения, активность (всякая активность означает отношение субъекта к окружающей среде, к действительности) определяется в этом случае уже не извне, а исходит из внутреннего импульса ... установки, фиксированной в прошлом субъектом (183).

Аналогичным является утверждение П.И. Карпова относительно творческого процесса. «На творческие потребности человека нельзя смотреть как на прихоть, на роскошь, на ненужную забаву, такой взгляд и неправильный и нездоровый; творчество властно требует своего выявления во внешней продукции, творчество властно заявляет на свои права, пренебрежение которыми и создает в организме стойкую, а затем и непоправимую характеристику личности, терпящую ущерб в своей гармоничности» (88 ).

Чем же обусловлен столь большой интерес психиатра к психологическим особенностям форм поведения, в частности, к художественному творчеству человека при нормальном психосоциальном функционировании? (!) Являясь одним из основных направлений психиатрии 60-х годов, реабилитационное направление, преследующее цель «ресоциализации» (А.Д.Зурабашвили), т.е. «восстановления индивидуальной и социальной ценности больных, их личного и социального статуса» (М.М.Кабанов), не в состоянии осуществить ее без изыскания, выявления и внедрения дополнительных (в условном смысле) средств, форм и стимулов, повышающих эффект самой реабилитации. С этой целью, она – «реабилитация – система динамически связанных компонентов» (М.М.Кабанов) открывает широкую возможность для внедрения таких методов и форм, средств и стимулов социально-психологического, медико-биологического, материально-технического, культурно-бытового и др. порядка, которые способствуют восстановлению социально интегрированной личности.

К таким относится и искусство (!).

Вот почему внедрение в психоневрологию художественного творчества как формы интрогенного поведения человека, наряду с другими формами, на наш взгляд, заслуживает пристального внимания.

Таким образом в данной главе мы постарались выявить и обосновать наличие тесной взаимообусловленности компонентов «художественное творчество – среда – личность», в

которой определяющим является звено «среда – личность»; художественное творчество в этой констеляции выступает как форма поведения, активности личности, как ее потребность в активации своих сил, в воплощении интимных установок в процессе взаимоотношения с окружающей средой, со своей стороны являющейся основным индикатором ее социальной направленности, сущностью. Этим мы хотели бы подготовить концептуальную базу для смыкания основных функций искусства и психиатрии.

Как же обстоит дело при патологии?

Какие существенные изменения претерпевает художественное творчество уже в комплексе триады «художественное творчество – психоз – личность»?

## ГЛАВА IV

### ХУДОЖЕСТВЕННОЕ ТВОРЧЕСТВО – ПСИХОЗ-ЛИЧНОСТЬ

- I. Материал наблюдения, классификация и характеристика контингента.
- II. Рекомендуемые формы художественной занятости.
- III. Организация работы и критерии оценки.
- IV. Организация концертов, работы в художественной мастерской, кинотерапия, литературные чтения и т.д.
- V. Художественное творчество – психоз – личность при шизофрении.

#### I. Материал наблюдения

Исходя из многолетней практики наблюдения и учитывая литературные данные, мы пришли к заключению, что никаких оснований для противопоказания (принципиального характера) при внедрении и дифференцированном применении искусства – художественного творчества – в условиях психиатрического стационара не должно быть. Более того, оно оправдано как с клинико-психопатологической, так и реабилитационной и организационно-методической точек зрения в свете основной концепции (конечной цели) психиатрической реабилитации.

Из вышеизложенного явствует, что предметом наблюдения и исследования нами выбирается не какая-нибудь отдельная нозологическая группа из общего числа стационарного контингента, а весь контингент стационара в целом. При этом следует учесть, что основным критерием в процессе дифференцированного подхода к контингенту нами избран критерий отношения больного (в широком смысле этого понятия) к искусству как в целом, так и к отдельным его видам. Более того, критерий отношения к искусству является базовым при определении формы и структуры, предложенной нами классификации контингента.

#### Классификация и характеристики контингента

- I группа – профессионалы;
- II группа – любители (имеющие преморбидную склонность к искусству);
- III группа – никогда не имевшие склонности к образному мышлению и начавшие заниматься творчеством непосредственно с развитием психоза;
- IV группа – любознательные (наблюдатели, не создающие художественную продукцию, но принимающие участие на правах зрителя в различных мероприятиях);

V группа – инертные;  
VI группа – амбулаторные, посещающие мероприятия по принципу дневного стационара.

Сопоставление статистических данных и сравнительный анализ отдельных групп, в %:

Из общего числа контингента

I группа составляет	от	0,5	до	1
II группа	-"-	"	5	до 10
III группа	-"-	"	15	" 25
IV группа	-"-	"	35	" 45
V группа	-"-	"	45	" 30
VI группа	-"-	"	1	" 2

Соотношение нозологических групп,  
в %

I. Эндогенный психоз в основном SCH				
МДП составляет 1-2 %	от	75	до	85
II. Энд.ОП + ЭК.ОП	"	15	"	10
III. Психогенные заболевания	"	5	"	3
IV. Экзогенные психо. расстр.(токсикомин)	"	5	"	10
V. Задержка псих. развития	"	5	"	2

## II. Рекомендуемые формы художественной занятости

1. Художественная мастерская с постоянно действующей экспозицией.
2. Организация концертов, музыкальный салон (клуб) постоянно функционирующими отдельными видами и формами занятости: репетиции, индивидуальные занятия, прослушивание постановки и т.п.
3. Кинотерапия – (демонстрация кинофильмов).
4. Проведение общепольничных собраний перед культурным мероприятием с участием больных и персонала.
5. Разбор и обсуждение после просмотров кинофильмов, концертов, посещений экспозиции и т.д.
6. Литературные чтения.
7. Спортивно-развлекательная программа.
8. Групповая психотерапия.
9. Трудотерапия.

## III. Организация работы и критерии оценки



Как отмечалось ранее, с целью выявления функционального состояния скрытых возможностей социальной коммуникабельности больных (и управлении ими) в комплексе лечебно-коррекционных мероприятий клинко-биологического характера необходимо предусмотреть дифференцированное применение видов художественного творчества, наличие интроверсии, которая, сопровождается прогрессивным свертыванием социальных связей и аутизацией личности (аутистического мышления), социальной дезадаптацией в различных клинических формах ее проявления, дискордантностью в психической деятельности, негативными последствиями госпитализма (институционализма) в совокупности (как в целом, так и в частности), следует считать основным специфически-клиническим симптомокомплексом и показанием для дифференцированного применения разных видов и форм художественной занятости. Таким образом, становится очевидным, что основной мишенью для применения художественного творчества (отдельных его видов) в комплексе лечебных мероприятий является вышеизложенный симптомокомплекс, так как при включении больных (с указанными клинко-психопатологическими особенностями) в группу художественного общения создается психологическая и социальная основа перестройки системы их отношений.

Подводя итог вышеизложенному, при учете нозологической природы заболевания, ее клинических и личностно-социальных особенностей психиатру предоставляется возможность :

1. Проверить через структуру образного мышления, через деятельность (художественное творчество) функциональное состояние системы социальной коммуникабельности личности больного, вскрыть заблокированные резервы психоэнергетического баланса, сохраненные стороны личности, ее возможности аффективного реагирования и т.д.

2. Установить, возможно ли с помощью искусства (его отдельных форм) воспрепятствовать поступательному ходу аутизации (аутистическому мышлению) при психических расстройствах и по возможности дезактуализировать ее, восстанавливая ее потребность к общению.

3. Изучить индивидуальное содержание сознания личности больного сквозь структуры образного мышления в соответствии с этапами течения болезни.

С учетом изложенных выше основных показаний искусства при патологии с одной стороны, нозологической природе заболевания и личностно индивидуальных, социальных особенностях больного – с другой, в отделении (консилиум, лечащий врач, персонал и т.п.) должен быть решен вопрос о вовлечении больных в ту или иную форму художественной занятости.

При успешном решении поставленной задачи на данном этапе течения болезни клиницист не должен довольствоваться им. Либо следует помнить, что стимулируя коммуникативную активность личности (больного), он обязан в дальнейшем способствовать поощрению и выявлению ее творческой активности. Так как нам представляется, что коммуникативная активность как количественный показатель активности поведения личности, с точки зрения клинической психопатологии, менее информативна, нежели творческая активность (продукция). Она более совершенно вскрывает внутреннее содержание сознания личности и с наибольшей вероятностью выявляет соотношение гетеро- и гомогенных структур патологического сознания.

При организации в клинических отделениях (в стационаре) художественной мастерской, музыкального салона (клуба), комнаты для литературных чтений, демонстрации фильмов с последующим разбором и проведения собраний и т.п., необходимо помнить, что мы создаем не только материальную базу для художественной занятости больного, но и (а это существенно)

психологическую основу, предпосылку (обстановку) для пробуждения его творческой активности, подготовив больного к поэтапному втягиванию через и посредством обмена духовными ценностями сначала в малые, а затем в большие группы общения, мы тем самым способствуем улучшению и налаживанию его межличностной, интерперсональной зависимости и повышению его социальной значимости.

Естественно, что критерии оценки эффективности применяемых форм занятости не могут быть однозначными, при всей ясности и четкости преследуемой цели и поставленной задачи.

Более целесообразной нам представляется следующая система критериев оценки. Их целесообразно рассмотреть в трех основных плоскостях: во-первых – клинического улучшения, во-вторых – общественного поведения (расширения контактов и интерперсональных отношений), в-третьих – по катamnестическим данным (Более подробно смотрите в разделе «Методика исследования»).

#### **IV. Организация концертов**

Нами ставилась главная задача – организовать в актовом зале (200 мест) городской психиатрической больницы занятия по отдельным видам художественного творчества (пение – соло, дуэт, трио; хоровое пение; игра на инструменте – гитаре, фортепиано, аккордеоне; декламация – чтение стихов или отдельных отрывков из пьес и романов, хореографические номера; обучение ведению концерта – функция конферансье и т.д.). Ответственность за это была возложена на сотрудницу, имеющую высшее музыкальное образование (вокалист). Нам пришлось много поработать с персоналом больниц, начиная с лечащего врача, заведующего, кончая младшим медперсоналом. По больнице был издан приказ, который обязывал лечащий и средний медицинский персонал выявлять (согласно разработанными классификации) и предлагать (учитывая клинические показания) больных для включения в концертную группу.

Занятия проводились в неделю два раза, все организационные вопросы заранее согласовывались на собраниях медсовета и дирекции. Репетиции проводились с перерывами. В репетиции активно включали и членов из персонала, имеющих определенные навыки в области художественного творчества. После занятий отбирали отдельные номера и составлялся примерный репертуар концерта. Учитывая специфические особенности больницы, программу концерта составляли в пределах одного часа (часто 40-50 минут). Результаты работы в этом направлении превзошли все ожидания. В больнице основательно задействовал мощный рычаг стимулирования и активности больных, и не только их. Изменилась сама психологическая обстановка всего коллектива. Прилагая максимум усилий, одолевая укоренившийся консерватизм, более того активное сопротивление как со стороны определенной части административно-хозяйственного аппарата, так и лечащего персонала, нам удалось придать работе по организации концертов систематический и планомерный характер.

Как правило, во время репетиций, как и во время концертов, в зале присутствовали сотрудники тех отделений, откуда переводились участники концерта. Больных переводили в сопровождении персонала по заранее составленным спискам, согласно распоряжению зав. отделами и лечащими врачами. Организация перевода контингента была возложена на старшую медсестру отделения. В виду того, что актовый зал вмещал всего 200 человек, мы были вынуждены ограничить количество больных из всех отделений до 20-и человек. В целом

руководила организацией старшая медсестра больницы. Курировали этот вопрос и все время присутствовали зам. главного врача и главный врач. Всего за три года (1984 – 1988 гг.) работы в этом направлении силами и с участием больных было дано 30 концертов, на которых присутствовало более 4000 больных.

#### Выводы:

1. Организация концертов должна стать органически неотъемлемой частью функционирования психиатрического стационара.

2. При соблюдении основных принципов организации культ-мероприятий, указанных нами, представляется возможным исключить эксцессы или обострения статуса больных.

3. На концерты приглашали родственников больных, что и создавало атмосферу, приближенную к театральной обстановке.

4. По завершении концерта необходимо было подытожить значение данного мероприятия, выступление зам.гл. врача (основного куратора), который от имени дирекции объявлял благодарность всем участникам и непосредственной руководительнице за проведенную большую работу, награждая каждого из них. Данные об объективности больных заносились в истории болезни.

Предлагаем несколько примеров проведения и организации концертов.

Репертуар концерта и исполнители	Дата проведения	Кол-во больных по отделениям	№ истории	Сопровождающий и присутствующий персонал
1. Стихотворение «Родина» Долматовского. Больн. В. 2. Азербайджанские напевы. Бюльбюль-оглы. Исп-ца Б. 3. «Я первый сын». Комп. Г. Цабадзе. 4. «Горе»-худож. чтение, Солоухин, б-ая С. 5. «Стрекоза». С. Цинцадзе. Исполн. Е. 6. Попурри народных груз. песен. Исп. Б. К. 7. «Мать», стихотворение И. Нонешвили, исп-ца Дж. 8. «Калина» – русск. нар. песня. Б-ная С. 9. «Осень» П. Чайковского. Соло на ф-но исп.К. 10. Конференсье – Дж. 11. Обращение к больным с благодарностью – зам. гл. врача.	1/ 1/VIII-85	190		Леч. врач, сестра, санитар

Репертуар концерта и исполнители	Дата проведения	Кол-во больных	Сопровождающий и присутствующий персонал
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Конферансье – б-я В. Ведение концерта и вступительное слово.</li> <li>2. Собственное стихотворение «Зима» – б-я С.</li> <li>3. Песня о Тбилиси, комп. Лагидзе. Дуэт б-б. Р.и Е.</li> <li>4. «Герой войны», стихотворение Сурикова, чит. б-я Р.</li> <li>5. «Политсатира» Хохлова, читает б-я С.</li> <li>6. «Наступил Новый год», поэт Мирцхулава, чит. б-ой А.</li> <li>7. Попурри из советских оперет – поет б-я М.</li> <li>8. «Пастухи» – стихотворение И. Нонешвили, чит. б-ой А.</li> <li>9. «Первый полет» – комп. Васадзе, исп.б-ой К.С.</li> <li>10. Собственное произведение «Мать солдата», чит. б-я В.</li> <li>11. Послесловие – зам. главного врач</li> </ol>	27/ХІІ-1985 г.	180	Леч. врач, сестры и санит.

Репертуар концерта и исполнители	Дата проведения	Кол-во больных	№ истории	Сопровождающий и присутствующий персонал	Место проведения
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Конферансье – боль. С.А.</li> <li>2. «Моя столица», комп. Лагидзе, исп. Б.С.</li> <li>3. «Мать», стих. И. Нонешвили, читает Г.Э.Л.</li> <li>4. «Яблочко», русск. нар. анец, исп. больная С.Э.</li> <li>5. «Огни Москвы», комп. Тевдордзе, исп. дуэт Б. С. и К.Т.Г.</li> <li>6. «У зубного врача», юмористическая сатира, читает С.Э.</li> <li>7. «Рябина», русск. нар. песня в обработке Пономарева, исп. В. Г. Э.</li> <li>8. «Феричита», итал. нар.</li> </ol>	20/ІІІ-86 г.	160		Сестры и санитар.	Клуб

<p>песня, испол. К.Т.Г.  9.«Флаги», стихотворение  К.Лорткипанидзе,  читает Д. М.Г.  10. «Ты стоишь на том  берегу», исполняет дуэт  Р.М. и С.Э.  11. «У врача» Кузьмина,  читает С. Э.  12. Послесловие – зам.  главного врача</p>					
---	--	--	--	--	--

Репертуар концерта и исполнители	Дата проведения	Кол-во больных	Место проведения
<p>1. Конферансье, Г.Д. 5/V-1987 г.  2. «Шербургские зонтики»,  песни из кинофильма,  исп.Л.М.  3. «Луна Мтацминды»  стихотворение Г.Табидзе,  исп. Д.К.М.  4. «Черемшина», русск. нар.  песня в обработке Поно-  марева, исп.трио –  К.Т.Г., Р.С.Т., О.Р.П.  5. «Колыбельная», груз.нар.  песня в обработке Чхик-  вадзе , исп. трио – К.Т. Г.,  И.М. и Х.С.  6. «Храбрецы», юмористи-  ческий рассказ, автор  Цибуля, читает О.Р.П.  7. «Соната №2», Гайдн,  исп. на ф-но В.П.Э.  8. «Матросский танец» ,  танцует Р .С. Т.  9. «К тебе одной», груз. нар.  песня, исполняет трио –  И.М., Р.С.Т. и К.Т.Г.  10. «Соната №1», I часть,  Бетховен, исп. К.Т.Г.  11. «Пародия» про рачинцев,  читает Д.З.Дж.  12. «Родина», стих.Г.Табидзе,  читает Р.Д.  13. Послесловие – зам. глав-  ного врача.</p>	5/V-1987 г.	130	Клуб

## **Организация работы в художественной мастерской**

В каждом клиническом отделении (на 100 коек), в крайнем случае в стационаре, желательно высвободить комнату, площадью не менее 40-50 м<sup>2</sup> (с учетом простора и освещения). Мы прибегли к помощи Академии художеств ГССР, которая взяла шефство над больницей, передав в наше распоряжение необходимые приспособления: мольберты (10 шт.), кисти, краски, цветные карандаши, бумагу, отработанные холсты, разные натуры и т.п.

Второй источник материального снабжения – это родные и родственники больных – профессионалы, заинтересованные (не без нашей помощи) в расширении данной работы в этом направлении. Более того, специалистов (среди них художников) приглашали в качестве консультантов и руководителей.

Обеспечение постоянного функционирования мастерской во многом зависит и от энтузиазма персонала отделения, также обеспечивающего больных, занятых в группах общения, всеми необходимыми средствами.

И, наконец (хотя художественная мастерская не является пока одним из структурных подразделений больницы, в виду чего не числится в штатном расписании) источником финансирования должны стать и средства, предназначенные для культурных мероприятий и приобретения культтоваров из госбюджета и средства трудотерапевтических мастерских. Число больных, занятых ежедневно в мастерской составляло 8-10% из общего числа отделения.

## **КИНОТЕРАПИЯ**

### **Организация показа кинофильмов и ее значение с лечебно-коррекционной точки зрения**

В актовом зале (клубе) больницы в тех же материально-технических условиях была смонтирована стационарная киноустановка (аппаратура и подвижной экран).

Заклучив прямой договор (за счет финансирования и трудо-терапевтических средств) с отделом кинопроката управления кинофикации при горисполкоме г.Тбилиси, мы приступили к осуществлению регулярного показа фильмов, естественно, возникли и проблемы как организационно-методического, так и теоретического (с точки зрения клинической психопатологии) характера. Следует учесть, что готовых рецептов в этом деле нет. Все решали с учетом тех местных особенностей, в которых функционирует стационар, отделение, его структурные подразделения. Одновременно надо учитывать и отличительные особенности отдельных больниц – имеются в виду тип лечебного учреждения, применяемая система режимов, общепольничные и частноотделенческие графики и штатные расписания и т.п.

1. Взвесив все «за» и «против», мы приняли решение организовать показ кинофильмов в неделю два раза (в среду и пятницу в 12 часов дня). Это тот промежуток времени, когда начинался перерыв для больных, занятых в трудотерапевтических мастерских, а до обеда оставалось три часа. Расчет полностью оправдал себя.

2. В основу организации демонстрации кинофильмов были заложены те же принципы, что и при проведении концертов.

3. В отличие от концертов перед показом кинофильма мы проводили в течении 15-20 минут общепольничное собрание – собеседование с больными и присутствующими сотрудниками больницы, родственниками и близкими.

Сформулировали порядок дня собрания :

1. О преследуемой цели при демонстрации кинофильмов, о предмете и функции киноискусства.

2. О доброжелательном отношении администрации и персонала к больным. Об уважении их личностного достоинства, о желании облегчить их душевное, социальное (семейное) и физическое состояние, чтобы способствовать своевременному восстановлению их индивидуального и социального статуса.

3. О соблюдении порядка, тишины и спокойствия во время проведения сеанса, воздержании от каких-либо эксцессов.

4. О предоставлении возможности желающим остаться после просмотра и изложить свое мнение, соображение, отношение по всем аспектам проводимых мероприятий и о пожеланиях.

5. Особо подчеркиваем значение того факта, что мы сочли целесообразным предварительно ознакомить присутствующих (имеется ввиду контингент стационара) с содержанием фильма. О целях и задачах постановщика (режиссера), о той пользе, которую может извлечь для себя каждый из них из всего увиденного и услышанного, помня о том, что искусство всегда утверждает добро, приучает нас к прекрасному, смягчает грубые порывы и делает нас менее сухими и эгоистичными, помогает полнее осознать жизнь во всех ее проявлениях и находить выход из трудных положений и т.д.

Нет надобности утверждать, что индуцируя (влияя на аудиторию) , помимо положительных результатов мы преследовали основную цель: стимулировать защитные психические механизмы у больных, воспитать и укрепить у них выработанные социальные навыки общения.

### **Статистические данные**

С 1984 по 1987 гг. в больнице по изложенному выше принципу было продемонстрировано до 250 кинофильмов, на них присутствовало около 37500 больных. В среднем на сеанс всегда удавалось переводить от 160-200 больных из общего числа контингента, что составляет около 28 %. Это неполная цифра – по нашим данным объем контингента, подлежащего переводу, составляет около 50-60%, но ограниченные возможности клуба (посадочные места) лишали возможности вовлечения указанного контингента в данное мероприятие.

Данные участия больных в мероприятиях, их активность в адекватном поведении с последующей динамикой психического статуса заносились в истории болезни.

В больнице ведется журнал с регистрационным номером, который заверяется подписью зам. главного врача и старшей мед. сестрой больницы, на которых возложена ответственность за организационное обеспечение данного мероприятия.

В процессе внедрения и практической реализации показа кинофильмов среди отмеченных выше проблем возникла (и весьма остро на первых порах) проблема выбора кинофильмов – т.е. проблема

кинопрограммы. По сути это вопрос о показаниях и противопоказаниях кинотерапии в условиях стационара. Противников показа фильмов с драматическим сюжетом было больше. Поэтому пришлось на первых порах ограничиться показом развлекательных, документальных, музыкальных и мультипликационных фильмов. Через месяц-два больные в зал уже не заходили. Более того, многие из них запротестовали, и возникла опасность срыва кинофильмов. Естественно, что применение принудительных мер было бы с нашей стороны равнозначно поражению.

Стало очевидно, что мы не дали соответствующую оценку функциональным возможностям больничного контингента. Учитывая достижения и возможности психофармакологии, наличие скрытых компенсаторных возможностей больных, стойкость профессионального динамического стереотипа и сохранность приобретенных в процессе онтогенетического становления социальных навыков и способностей личности, а также надежность разработанной системы вовлечения больных в разные виды художественного творчества, мы взяли на себя ответственность разрешить показ всех фильмов, санкционированных цензурой. Мы пошли на это сознательно, как уже отмечалось, был разработан план проведения общепольничного собрания (с целью как бы премедикации) как до, так и после завершения сеанса.

В течение всего периода никаких эксцессов в актовом зале и после окончания сеансов не возникало. По нашему глубокому убеждению (исходя из практики), внедрение кинотерапии в психиатрической больнице – дело несложное, и необходимое для ее нормального функционирования.

Наряду с концертами, показ кинофильмов и его умелое использование следует считать мощнейшим рычагом в руках психиатра для достижения конечного результата в условиях стационара, т.е. перестроить всю систему отношения в процессе восстановления социального и индивидуального статуса больного.

#### **Названия документальных фильмов по антиалкогольной тематике.**

1. Помогли вернуться в жизнь.
2. Ловушка.
3. Пьянству – позор.
4. Один, два, три.
5. Зеркало жизни.
6. Не помню.
7. Самая красивая.
8. Будьте здоровы, инопланетяне.
9. Перепутал.
10. Мама меня не любит.
11. Трагедия моего небытия.
12. Последнее слово.
13. Дорога к себе.
14. Преступление.
15. Дело общее.



16. Не дать оступиться.
17. Алкогольные прихоти.
18. Виновника к ответу.
19. К врачу перед рейсом.
20. Не ваше дело.
21. Виной всему.

## V. ХУДОЖЕСТВЕННОЕ ТВОРЧЕСТВО – ПСИХОЗ – ЛИЧНОСТЬ ПРИ ШИЗОФРЕНИИ

- а) Методика (методическое обоснование),
- б) Материал и классификация.

В введении было указано на целесообразность исследования основного (в том числе иллюстрируемого) материала в свете сконструированного нами метода динамического сопоставления двух систем:

1. Художественное творчество – среда-личность.
2. Художественное творчество – психоз-личность.

Методологическое обоснование:

Принципиальной основой, т.е. исходной позицией предложенного нами сопоставления является характерная особенность патологии сознания при шизофрении, которая в свете концепции А.А.Меграбяна «состоит в наличии двойной ориентированности с доминированием бредового сознания», когда в сущности при процессуальном изменении сознания «наблюдается одновременное сосуществование двух линий психического функционирования и поведения: с одной стороны, реалистически адекватная возможность познания конкретной действительности, с другой, галлюцинаторно-бредовое истолкование ее» (116).

Ввиду того, что данная концепция системно изложена и обоснована автором во многих его фундаментальных исследованиях, пользующихся признанием как в отечественной, так и в зарубежной специальной литературе, считаем нецелесообразным дублировать ее.

Предлагаем схему клинико-художественного исследования с вероятностью определения социального прогноза и с учетом катамнеза.

Исследования, проводимые нами над одними и теми же больными (основная группа), по предложенному методу в течение более чем 18 лет, и полученные результаты лишней раз доказывают правомочность и целесообразность утверждения М.Блейлера о том, «что наблюдения над больными должны быть проведены на протяжении всего изученного отрезка течения одним и тем же исследователем».

Не менее важным, согласно Э.Я.Штернбергу, представляется предъявленное к таким катамнестическим исследованиям требование, чтобы на протяжении десятилетий диагностика шизофрении осуществлялась с более или менее одинаковых позиций. «Реализация этого требования, возможна главным образом в рамках определенной национальной психиатрической школы, как, например, советской» (206).

Полагаем, что предложенный метод в основном охватывает в процессе сопоставления круг вопросов, ответы на которые должны способствовать объективной интерпретации клинического и социального прогноза данной группы больных шизофренией, «анализу

зависимостей между формой течения и влиянием разных внешних и внутренних факторов, характеристики и систематики шизофренических дефектных и исходных состояний и мн.друг.» (Э.Я.Штенберг, 1978; А.А.Меграбян, М.А.Мелик-Пашаян, 1972).

### **Классификация материала**

#### **I часть**

Предлагается деление контингента на пять групп:

1. Профессиональные художники – 40 (в возрасте от 10 до 45 лет; с давностью заболевания от 1 до 20 лет).
2. Любители, имеющие преморбидную склонность к искусству, -55 (в возрасте от 12 до 50 лет, с давностью заболевания от 1 до 15 лет).
3. Никогда не имевшие склонности к образному мышлению и начавшие заниматься творчеством непосредственно с началом заболевания -25 (в возрасте от 18 до 50 лет, с давностью заболевания от 1 до 20 лет).
4. Любознательные – участвующие в групповых занятиях, в разборах произведений, посещающие экспозиции, но не создающие никакой продукции художественного порядка.
5. Инертные – не поддающиеся воздействию и не имеющие желания включиться в различные формы общения (психозы и неврозы, пограничные состояния различного генеза).

#### **II часть**

#### **Иллюстрации (демонстрируемый материал)**

Материал делится на две группы:

1. Спонтанное творчество (свободное от побуждения извне).
2. Инструктируемое (созданное по инструкции, навязанное больным с целью вскрытия и выявления глубинных переживаний, возможностей фантазии, обнажения мотивов поведения, гетерогенных структур и т.п.).

Экспонируются, в основном, живопись (она более наглядна – 70 экспонатов). Общее количество собранного материала: стихосложение, графика, скульптура, музыкальные формы – составляют около 1000 экспонатов.



### **НАБЛЮДЕНИЕ 1.**

**Рис. № 1. Натюрморт.**

**Инициальная стадия шизофренического процесса прогрессивно-текущая с бредовым синдромом. Первичная госпитализация.**

В диссертационной работе анализ дается по предлагаемой форме №1, 25 случаев с экспозицией картин цветной и обычной фотоиллюстрации в количестве 70 экспонатов, из них 7 случаев с развернутым анализом (истории и схемы), а 5 – только по схеме.

Всего исследовано 100 больных, страдающих шизофренией, в том числе 90% – бредовой формой (прогрессивно-текущей) шизофрении и 50 больных с депрессивным синдромом различного генеза.

Число участвующих ежедневно в групповых занятиях, а также в осмотре экспозиций, в процессе обсуждения и полемики вокруг отдельных произведений в течение наблюдения настолько велико, что мы не сочли целесообразным фиксировать их документально. Следует

исходить из того объективного факта, что постоянная экспозиция художественной мастерской в клинике по сути превратилась в органическую составную часть отделения, составляющую и содержащую потенциальный и индуктивный комплекс психо- и трудотерапевтических средств воздействия, которая при умелом сочетании со средствами медико-биологического характера способствует корригированию поведения пробанда.

### **Инструктируемое художественное творчество и методика исследования.**

В отличие от спонтанного художественного творчества, характерной особенностью инструктируемого творчества является то обстоятельство, что в этом случае больной находится в определенном отношении в условиях принуждения, когда он обязан выполнить и решить художественную задачу согласно данной инструкции. Таким образом, создаются программные произведения.

Понятие «инструктируемое творчество» охватывает несколько аспектов; мы делим их на три основные группы: 1. Инструктируемое творчество в условиях эксперимента при остром или хроническом состоянии в стационаре. 2. Инструктируемое творчество в амбулаторных условиях (дома) и 3. Инструктируемое творчество на производстве в определенном состоянии ремиссии, при необходимом учете характера преследуемой цели и назначения инструкции.



**НАБЛЮДЕНИЕ 1.**

**Рис. № 2. Влюбленные /групповой портрет/.**

## **Бредовая стадия прогрессивно текущего психотического процесса. /Вторичная госпитализация/.**

1. В условиях стационара, в остром или подостром состоянии, больные допускаются в мастерскую согласно данной инструкции под усиленным надзором, на фоне активной терапии и в сочетании с ней. В данном случае исходным пунктом для лечащего врача-экспериментатора является клинико-психопатологический статус. Таким образом, первична активная терапия и вторична трудотерапия, которые проводились вместе, в процессе лечения. Весь ход событий в дальнейшем доказал нам (при умелом сочетании) эффективность коррегирования, которая быстро отражается на общем клинико-психопатологическом состоянии больного. При уравновешенном поведении больного в клинике время для работы при желании увеличивали, сменив строгий надзор. А когда наступало стойкое компенсированное состояние с более или менее явной стабильностью клинической картины, то в лечение больного вносили коррективы: первично предпочитали трудотерапию в мастерской стационара в течение 3-4 часов, увеличивая в дальнейшем в время до 5-6 часов с перерывами (на фоне поддерживающей терапии), снимали персональный надзор и переводили больного на общий режим. Этот принцип подхода к больным мы сохраняли в той же последовательности во всех трех группах в условиях стационара и в условиях дома и службы. Результаты оказались вполне удовлетворительными, о чем мы и сообщаем ниже.

2. Что касается характера инструкции, ее назначения и преследуемой цели, то здесь необходим дифференциальный подход. Учитывается то обстоятельство, что понятие инструкции подразумевает несколько аспектов в зависимости от того, какие из них в данный момент интересуют исследователя, в частности: а) аспект формы, цвета, линии, техники, стиля; б) аспект содержания: мотивы, композиционное решение темы, идейно-сюжетная направленность и т.д.; в) аспект выявления индивидуальных особенностей личности: потребности, интересы, влечения, задатки, характер, темперамент; г) аспект комплексной мотивационной сферы при патологии и гетерогенных структурах и т.д. Этим и определяется, на наш взгляд, характер инструкции.

В зависимости от того, что является предметом исследования, и вырабатывается конкретная цель. В данном случае мы преследуем цель определить и выявить форму взаимосвязи личностной и гетерогенной структур в художественном творчестве, т.е. заставить исследуемого в заведомо принудительном положении выявить: преморбидные особенности, «скрытые комплексы» или гетерогенные, психопатологические структуры, которые детерминируют действительную зависимость больного к предметам внешнего окружения, к среде. С этой целью инструкцией избран следующий циркуляр: «Я – внешняя среда» или «Мир в моем представлении». Назначение данной инструкции сводится в основном к следующему: выявить особенности системы отношения личности больного к среде(!), избегая утрирования и конкретизации темы. Как видим, тема абстрактная, всеобъемлющая, многозначная, но обязывает автора к одному: подчеркнуть свою зависимость от той среды (!), которую он выбирает предметом воплощения, в обстановке которой он предвидит смысл своего существования. Таким образом, в художественном творчестве устанавливается картина особенности взаимозависимости личностной структуры, патологического содержания сознания, мотивационной сферы и системы отношения к среде. Напомним, что в ранних исследованиях

на разных стадиях течения болезни в спонтанном художественном творчестве нами был выявлен феномен взаимообособленности между структурой психоза (синдром бреда), т.е. патологическим содержанием сознания, и тематико-сюжетной структурой творчества, т.е. фактом игнорирования гетерогенных патологических структур в произведениях, созданных без принуждения, собственными побуждениями.



#### НАБЛЮДЕНИЕ 1.

Рис. №3. Радость.

#### СОДЕРЖАНИЕ

**Дети затерялись в лесу, наступают сумерки. Может случиться непоправимое. Начались поиски. Сестра находит своих братьев и все радуются. /Бред.стадия/.**

Насущной задачей в дальнейших исследованиях стал (и вполне естественно) вопрос – проверить результаты, полученные при изучении спонтанного творчества, на инструктируемом материале. Как мы уже отметили, наиболее подходящим мы сочли циркуляр «Я – среда» или «Мир в моем представлении».



### НАБЛЮДЕНИЕ 1.

Рис. №4. Девушка с кувшином

### СОДЕРЖАНИЕ

У девушки большое горе, погиб ее любимый человек. На месте гибели произрастает дерево, в котором воплощается он сам, и поэтому она ежедневно проходит с кувшином мимо дерева, приостанавливается как бы соприкасаясь с ним, набирает воды у родника и уходит домой. /Третич. госпитализация/.

### МАТЕРИАЛ

#### НАБЛЮДЕНИЕ №1

История № Больная Н .З.З. поступает в больницу в 5-й раз 14/X 1975 г., выписывается 10/X1 1976 г.

Диагноз: шизофрения – бредовая форма.

№	Год поступ.	№ ист.	Дата поступ.	Дата выписки	Прове-дено к-д	Длитель. рем. в месяцах
1	1972	2808	20/XI	20/II-73 г.	82	4,5
2	1973	952	14	I/X	79	3,5
3	1974	78	12/1	30/IV	108	1 год
4	1975	698	11/IV	25/VIII	136	2
5	1975	1957	14/X	10/XI-76 г.	391	

## РИСУНКИ

Автор Н.З.З., живописец, с технич. образованием.

1. Натюрморт.
2. Влюбленные (груп. портрет).
3. Радость.
4. Девушка с кувшином.
5. Тюльпан во мраке.
6. Ветви с ягодами.
7. Мать с младенцем.
8. Виноградная лоза.
9. Музыкальная композиция.
10. На воле.
11. Чабан.
12. На пляже.
13. Новогоднее поздравление врачу.
14. Я и моя среда.

## РЕЦЕНЗИЯ

Автор представленных произведений бесспорно обладает талантом и богатством фантазии в восприятии окружающей действительности. Особо можно отметить композицию «Тюльпан во мраке», «Натюрморт – скрипка»





### НАБЛЮДЕНИЕ 1.

Рис. №5. Тюльпан во мраке

**Анамнез:** По наследству отягощения не отмечается. Родители больной живы, труженики села, работают в колхозе, образование в пределах 4-7 классов. В семье воспитывались четверо. Наша больная – самая младшая. Пренатальный и постнатальный периоды проходили без осложнений. В детстве перенесла осложненное двустороннее воспаление ушей, корь. Росла и развивалась нормально, но с юных лет проявились характерные черты: замкнутость, неуживчивость с детьми, избегание контакта с окружающими. Проявились некоторые способности – она долгое время занималась рисованием, а в семь лет пошла в школу. Трудно давалась математика, еле завершила восемь классов и решила поступить в художественное училище. Родители воспрепятствовали этому считая, что она не сможет жить в городе. Два года она посещала курсы шитья и, наконец, добилась своего – в 1968 г. поступила в художественное училище им.Тоидзе.

К этому времени ее характер все более обострялся – часто вступает в спор с родными, каждая мелочь становится предметом больших треволнений в семье, не может найти общего языка с близкими, все ей не нравится; она стала невыносимо грубой в выражениях, аффективной, а временами возбуждалась так, что ее еле удавалось утихомирить.

Заболевание начинается исподволь, но проявляется оно позже, в 1971 г., когда больной было 18 лет. Больная развивает мысли о том, что какой-то студент влюблен в нее и намерен жениться на ней, ему, мол, помогает преподаватель техникума, из-за чего она вступила с ним в конфликт. Постепенно всякое явление начинает интерпретировать по бредовому, бред генерализуется.

Всюду и везде обнаруживает подозрительных и враждебно относящихся лиц к ней, все говорят о ней, подмигивают друг другу, все вокруг знают об ее отношении к тому парню (которого она не знает). Она вступает со всеми в конфликт, проявляет агрессию, грубые эксцессы как в училище, так и дома с близкими; отказалась от пищи, порвала контакты с окружающими, развила аутизм.

Ее насильно уложили в больницу 20/X1 1972 г.

**Физ. состояние:** низкого роста, нормального телосложения, удовлетворительной упитанности, кожа чистая, гладкая.



#### НАБЛЮДЕНИЕ 1.

Рис. №6. Ветви с ягодами.

(Бред. стадия).

Границы сердца в норме, тоны чистые, пульс удовлетворительного наполнения и напряжения, синхронен с биением сердца. АД – 115/75.

Со стороны других систем жалоб нет. **Объективно** – в легких везикулярное дыхание, перкуторно ясный легочный звук, живот мягкий, безболезненный, печень и селезенка не прощупываются.

**Ц.Н.С.** – зрачки симметричны, реакция на свет сохранена, сухожильные рефлексy одинаковые, патологических рефлексy нет.

**Психический статус:** на фоне формально сохраненной ориентации во времени, в пространстве и в окружающем выявляется явно выраженный бредовый синдром. Бред интерпретации, воздействия и преследования, основу фабулы которого составляет бред эротической любви, сексуальной зависимости и моральной порчи: она уверена, что ее любит парень, которого она не знает, но он существует, она замечает, что он расположен к ней; это замечают и другие близкие, родственники. Затем ее переживания становятся явными и доступными другим. Все знают о ней, подмигивают друг другу, смеются, указывают за спиной на нее, говорят в автобусе, троллейбусе, трамвае; даже в селе узнали – предъявляет она обвинение сво-

им родителям. Ночью обнаруживает, что болит живот: «Дали мне снотворное, специально привели мужчину, и он имел со мной сношение. В результате я беременна». Проявляя грубый эксцесс к родителям, наносила им физические повреждения, для окружающих стала опасной; не принимала пищу из дому.

**Лечение:** комбинированное. Инсулин – 30 шок. Аминазин 2,5% -от 2,0 до 4,0-х. Витаминотерапия. Симптоматичное.

Выписали в состоянии частичной компенсации на 82-ой день пребывания.

Не применялись к ней мероприятия социально-психологического характера.

**Вторичное пребывание** в июле 1973 г.

Через 4,5 месяца, в связи с обострением болезни вновь госпитализируется. Этому способствуют семейные неполадки, экономические условия, а порой полное отсутствие динамического наблюдения, отсутствие социальной терапии с целью приспособления к профессиональной среде по месту жительства.



#### НАБЛЮДЕНИЕ 1.

Рис. №7. Мать с младенцем.

/Четверг. пребывание/.

**Психический статус:** описанный статус более усугубляется, бред обостряется, в его фабулу включаются родные, сестры, которые также вступили в контакт с людьми, относящимися к ней враждебно, и оказывают им услугу, чтобы извратить ее. В детском отделении (куда она была помещена) привязалась к шестилетнему ребенку, считая его своим, якобы ею раньше рожденным.

После лечения (нейролептики с корректором, тизерцин, инсулином в дробных дозах с включением препаратов раувольфии, резерпином, трифтазином, в чередовании с галоперидолом) состояние более или менее компенсируется.

Больная находилась в строгой изоляции исключительно на медикаментозном лечении. Ее выписали на поруки.

### **Третье пребывание.**

**Катамнез:** вскоре после выписки в семье опять начались неурядицы. Она добивается у своих близких разрешения на продолжение занятий в худ. училище, но в семье возражают, заставляют придерживаться предписанного режима, принимать лекарственные средства и находиться в условиях дома, так как с бредовыми установками (и это вполне естественно) свободное перемещение больной чревато социально-опасными последствиями.

На фоне строгого наблюдения и ограничения больной, лишения ее определенных возможностей социальной занятости, отсутствия амбулаторного надзора, применения социотерапевтических мер с целью ее трудовой занятости и тем самым специальной реабилитации, невозможности заниматься по специальности вновь обостряется психическое состояние, что и послужило поводом ее третьей госпитализации через 3,5 месяца (при попытке совершить социально-опасное деяние – хотела нанести сестре и ее мужу физическое повреждение с целью убийства).

**Психический статус:** ориентация во времени, пространстве и в окружении сохранены. Предметное восприятие без патологии, в контакт вступает, напряжена, временами проявляет аффект, при наличии которого дает психомоторное возбуждение.

Больная обнаружила дома, что среди враждебно относящихся к ней лиц находится и ее зять – муж старшей сестры, более того, это «именно тот, который по ночам сожительствоует с ней и которого



### **НАБЛЮДЕНИЕ 1.**

**Рис. №8. Виноградная лоза.  
(Бред. стадия).**

толкают на это его близкие и родственники, чтобы ее опозорить». «Это знали все и скрывали от меня, потому что все противные», вот почему ей не удастся устроить свою жизнь и избавиться от преследования и воздействия. «Остается избавиться от них, и я сделаю все, чтобы физически уничтожить как сестру, так и ее мужа, так как со всеми расправиться слабой и хрупкой девочке, конечно, невозможно». «Я сделала попытку нанести физическое увечье сестре и ее мужу, но не удалось». Именно в этот период она попадает под наше одновременное наблюдение. К ней начали применять отдельные формы индивидуальной, а затем и групповой терапии в форме художественной занятости в мастерской. Она увлеклась живописью, ей предоставили возможность обставить мастерскую по собственному желанию, составить график работы, приурочив медикаментозное лечение к формам художественной занятости. Предоставили полную свободу выбирать любой сюжет (с целью стимулирования ее активности), установили наблюдение, избежав каких-либо ограничений в передвижении, диктуемых самой ситуацией (доставка из другого отделения приспособления, обеденный перерыв, встречи с посетителями, прием назначений и т.д.), т.е. во всех обстоятельствах, имеющих целевое назначение (!), она была свободна (доверие врача) (!).

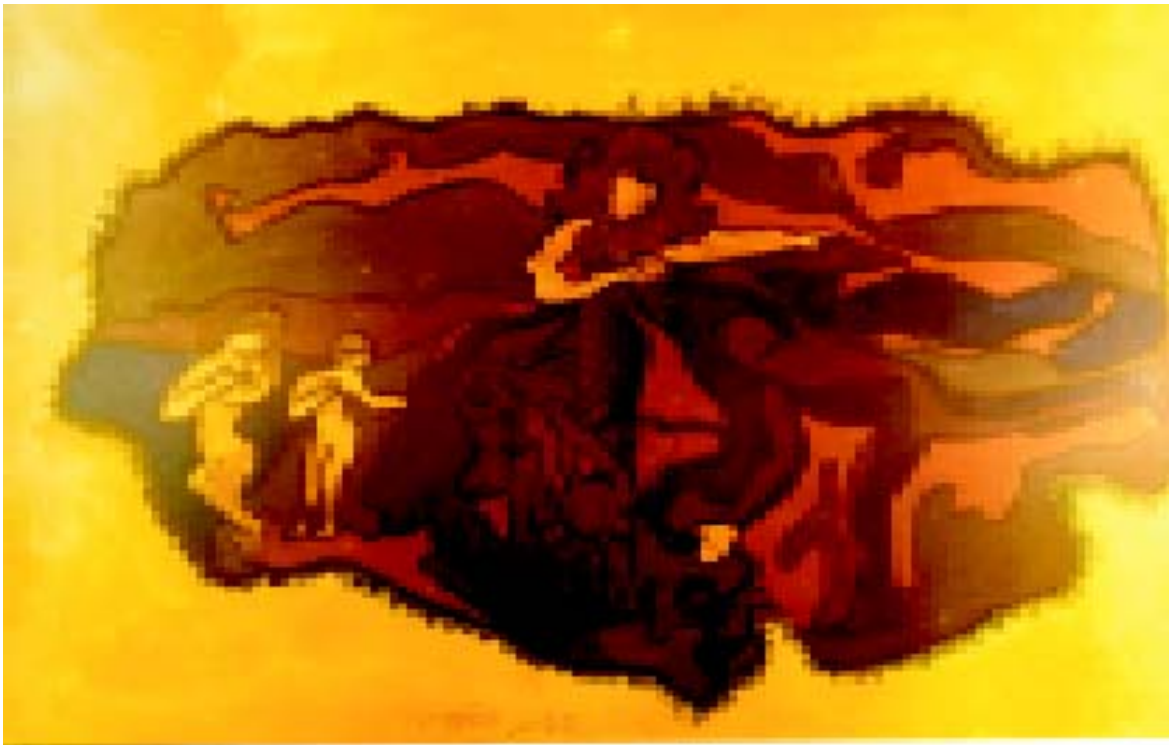
На фоне лечения психотропными средствами и занятости в художественной мастерской нами проводилась систематическая и планомерная серия психо- и социотерапевтического характера, преследующая цель стимулировать ее творческую активность и подчеркнуть ее социальную значимость (!) путем выявления сохраненных духовных ценностей, одобрения уровня профессиональных знаний, поощрения трудовой активности и т.п. Эта программа воздействия приурочивается к мобилизации личности и повышению ее социальной значимости, к продолжению учебы, восстановлению утраченных связей с социальной средой с целью обучения ее новым условиям общения как в профессиональной среде, так и в обществе.

В своих произведениях, выполненных в условиях клиники при вышеописанных обстоятельствах, больная все чаще стала обращаться к мотивам лирического, бытового и будничного характера, все время анализируя жизнь основных героев через призму собственной жизни, как бы проецируя через них планы на будущее.



**НАБЛЮДЕНИЕ 1.**

**Рис. № 9. Музыкальная композиция.  
Экзаменационная работа. /Бред.стадия/.**





## НАБЛЮДЕНИЕ 1.

Рис. № 10. На воле.

### СОДЕРЖАНИЕ

**Мать распоряжается освободить привязанную овцу и выпустить ее на волю.**

**Дети радуются.**

Занятия в мастерской приняли систематический и организованный характер, помимо спонтанно выбранных мотивов, мы начали постепенно давать инструкции с целью выявления возможностей ее фантазии, способности разрешить более абстрактные темы в композиционном отношении, в том числе тему «Я – моя среда», «Мир в моем представлении» (рис. №№ 5-14 ). Постепенно нам удалось включить ее в групповые занятия, она охотно соглашалась разъяснить присутствующим свои композиции. Все эти формы воздействия преследовали цель восстановить контакт с людьми, урегулировать систему отношений и общения (!), что удавалось довольно эффективно в условиях клиники.

Ей предоставили свободную прогулку. Был применен способ открытых дверей, наподобие ночного стационара. Для урегулирования своих дел на 108-ой день пребывания в стационаре больная была выписана из клиники в улучшенном состоянии, с напутствием завершить худ. училище, учиться и работать по специальности интенсивно. И действительно она находилась в состоянии ремиссии ровно год (!). За это время завершила III курс училища и сдала переходные экзамены на следующий курс – при той же микросоциальной обстановке и при нестабильности динамического наблюдения. Более того, часто она находилась вне поля зрения диспансера. Периодически она посещала нас, мы поддерживали постоянный контакт с ней с целью стабилизации процесса социальной адаптации. 11/IV 1975 г.

**больная                      вновь                      поступает                      в                      клинику                      в**  
**4-й раз.**

Больная обнаруживает, что «ее зять, действуя самостоятельно, не только морально извращает ее, но сообща с родными, сестрами, управляет этим гнусным делом». Она обнаруживает, что все делается ради выгоды, «приводят неизвестных мужчин, берут у них деньги и на этом зарабатывают». В клинике она постаралась все это скрыть, диссимулировать (бред преследования, воздействия и моральной порчи).

Проведено лечение трифтазином и этаперазином.

При выписке в неустойчивой компенсации (по требованию родителей) были назначены модитен-депо, препараты, согласно существующей инструкции. В данный период больная была лишена возможности быть занятой в художественной мастерской.



### НАБЛЮДЕНИЕ 1.

Рис. № 11. Чабан /отары на Кавказском хребте/.

В училище ей предоставили академический отпуск, но она упорно отказывалась и много поработала для того, чтобы сдать государственные экзамены и закрыть курс учения (!). и смогла сдать экзамены. Опять возникли препятствия – объективно существующая микросоциальная обстановка и полный отказ руководителей предприятий по месту жительства принять ее на работу по ее специальности. Притом она оказалась без социальной поддержки диспансера (отсутствие мер социотерапевтического характера). Через два месяца после выписки в связи с обострением психического состояния она в 5-й раз была доставлена в больницу.

**Пятое пребывание:** с 14/X 1975 г. по 10/11 1976 г. – пробыла в стационаре 391 день.

**Психический статус:** на фоне формально правильной ориентации во времени, пространстве и окружении отмечается бред моральной порчи, автоматизмы, явления аутизма, «ей навязывают то, чего она не хочет, ее обливают грязью, считают, что она испорченная, ее высмеивают, сторонятся, указывают на нее, рекламируют». Все ее поступки дают угодную им интерпретацию.

Больная вновь имела попытку совершить агрессию по отношению к матери, зятю и сестрам, но была срочно доставлена в стационар.

**Лечение:** 1. Медикаментозное: трифтазин, галлоперидол и аминазин вместе с общеукрепляющими и корректорами и впоследствии модитен-депо.

2. Строгий режим содержания в первые два месяца.

3. Применение индивидуальных форм, а затем групповых форм общения с вовлечением в мастерскую и в смешанные группы общения (мужчины и женщины).

4. Регулярные занятия в мастерской с составлением графика работы с периодическими заданиями (портреты врача, сестры, больных, пейзажи).

5. Предоставление свободного перемещения из одного отделения в другое.

6. Под частичным надзором предоставление мастерской для свободного пользования.

7. Ежедневное обсуждение ее общего социального положения, с целью переориентации и выработки конкретной программы на будущее.





### **НАБЛЮДЕНИЕ 1.**

**Рис. №12. На пляже.**

**/Пятое пребывание в клинике. Бред. стад.  
с парафреническими включениями/.**

8. Периодическая организация встреч с вовлеченными в бредовые идеи лицами, приобщение и урегулирование отношений. Обсуждение взаимоотношений между близкими, родителями с целью сближения и смягчения негативности реакции.

9. Предоставление права свободно покидать территорию больницы с уведомлением заранее о намерениях и преследуемой цели.

10. Предоставление выходных дней для урегулирования дел с целью трудоустройства.

11. Усиление динамического наблюдения во время отпусков.

12. Применение социотерапии по месту работы (часто безрезультатно).

13. Интенсивные физические занятия, вовлечение в большие смешанные группы общения.

Предоставление возможности неоднократно экспонировать свои произведения для посетителей, подчеркивание ее духовных ценностей и социальной значимости.

14. Систематическое обсуждение несостоятельности ее бредовых мыслей в разной обстановке и в разных групповых формах в присутствии мужчин и женщин.

15. Оказание социотерапевтической помощи по месту жительства.

Больная выписалась в состоянии ремиссии, устроилась на работу в вечерней школе по специальности и работает поныне.

### **ИНСТРУКТИРУЕМОЕ ТВОРЧЕСТВО**

**«Я и моя среда»**

«Изобразив глобус и солнце вместе, я хотела подчеркнуть, что мыслям надо дать простор, что я люблю географию, что я за дружбу народов, населяющих Земной шар. Солнце должно греть нас, оно льет свет над тьмой. Люблю ночью, созерцая луну, мечтать, размышлять о Вселенной. Это отображают ракета и звезда. Люблю отдыхать у дерева, читать книги, временами побывать у чабанов на лоне природы. С детства мечтала стать поэтессой, любила писать стихи (листок и ручка), особенно увлекалась рисованием, живописью –



#### НАБЛЮДЕНИЕ 1.

Рис. №13. Новогоднее поздравление  
лечащему врачу. 1977г.



### НАБЛЮДЕНИЕ 1.

Рис. № 14. Я и моя среда.

/Бредовая стадия /.

этюдик выражение именно этих увлечений, приобретаю все инструменты, необходимые для рисования, предпочитаю акварель, гуашь и масло.

Увлекаюсь также шитьем, черчением. Часто мечтала участвовать в туристических походах на склоны высоких гор, поэтому и нарисовала туристов в походе. Люблю спать именно на таком диване, который я и изображаю, а если вы спросите, к чему картон и бумага, то я вам отвечу, что люблю на этом материале рисовать.

Часы – это выражение времени, это я ценю, а то, что маленькая стрелка указывает на семь, то это потому, что я пробуждаюсь и люблю вставать именно в семь часов утра».

*Наблюдение 2*

### РИСУНКИ

Автор Н.Ф.О., 1944 г. рождения, холост, художник-живописец с высшим образованием.

15. Мудрость предков (легенды из жизни сванов).

16. Болезненный автопортрет «Так я представляю самого себя больным».

17. Пейзаж родного села.

## РЕЦЕНЗИЯ

У автора имеется наличие вкуса, отмечается наблюдательность и любовь к окружающей действительности.

**История болезни** № 248. Н.Ф.О., 1944 г. рождения, холост, художник с высшим образованием. Находился на стационарном лечении с 14/II 1972 г. по 11/IV 1972 г. с диагнозом – шизофрения, бредовая форма с явлениями кататонического ступора.

**Анамнез:** В наследстве отягощенность не отмечается, родители – труженики села, добрые и скромные люди. Больной – второй сын у родителей.

В сведениях постнатального периода каких-либо патологических отклонений нет. Рос и развивался нормально, в раннем детском периоде перенес корь, коклюш, скарлатину и др. инфекционные заболевания детского возраста без особых осложнений. В школу начал ходить в возрасте семи лет, учился удовлетворительно, трудно удавались математические предметы. С самого раннего детства проявилась склонность к рисованию, живописи. Очень много времени уделял рисованию, часто отделялся от товарищей и был целиком поглощен рисованием. После окончания 8 классов поступил в художественное училище, которое окончил успешно и впоследствии сдал экзамены в Академию художеств.

Характеризуется как скромный, послушный, уживчивый и трудолюбивый, с астеническими проявлениями, менее активный и общительный, предпочитающий уединение, но все время занятый рисованием. В возрасте 23-х лет, будучи студентом 3-го курса, он особенно пристрастился к алкогольным напиткам, до этого близкие заметили определенные странности в его поведении, он начал сторониться и тех, с которыми долгое время поддерживал хорошие отношения, на вопросы старался отвечать косвенно и коротко. Начал избегать встреч и общения со студентами, в процессе занятия, как и в период между занятиями, находился в одиночестве, часто стоял в одной позе, как будто что-то пристально созерцая, оглядывался вокруг. Впоследствии перестал посещать Академию, занятия. Товарищи настоятельно советовали выпить вино или водку для поднятия настроения. В тот вечер не спал, на второй день исчез, его нашли на улице в неприглядном виде, брату он сказал, что за ним следят и хотят учинить над ним расправу, что давно заметил это и, наконец, убедился. Подозревал нескольких лиц и сейчас верит, что все сговорились против него. Он, опасаясь того, что против него могут настроить и близких, категорически отказался ночевать дома, отказался от пищи, так как она якобы отравлена. В состоянии психомоторного возбуждения, оказывая сопротивление, был доставлен в больницу.

**Физическое состояние:** низкого роста, правильного телосложения, неудовлетворительной упитанности, со стороны сердца и легких патологии нет. Жалоб на заболевание внутренних органов не предъявляет.

Объективных признаков очагового поражения ЦНС не выявляет,



## НАБЛЮДЕНИЕ 2.

Рис. № 15. Мудрость предков  
(легенда из жизни горных жителей – сванов).  
/Бред. стадия, первичн. госпитализация/.

сухожильные рефлексы живы, патологических рефлексов нет. Отмечается вазомоторная вегетодистония.

**Психический статус:** в отделение был помещен насильно, оказывал сопротивление. Вначале были вынуждены принять меры для обезвреживания, с применением галоперидола (3,0) внутримышечно, с установлением круглосуточного дежурства.

Ориентирован в месте, во времени и пространстве, контакту не доступен, предметное восприятие сохранено, отмечают объективные признаки расстройства восприятия в виде оцепенения, сосредоточения слуха, внимания и настороженности. На вопросы отвечает неохотно, с запозданием, коротко и с принуждением. В связи с превалированием негативной симптоматики нам не удалось на первых порах раздобыть у него реальную информацию об истинных психических переживаниях. С течением времени удалось поэтапно и постепенно раскрыть и выявить их. Галлюцинаторно-параноидный синдром, бред преследования и отравления, галлюцинации обоняния, тем не менее принимал больничную пищу вместе с другими. Ассоциации последовательны, суждение формальное, критика собственного заболевания отсутствует, себя больным не считает и помещение в стационар считает несправедливым. Речевая продукция скудная. На вопросы отвечает коротко с опозданием, с оглядкой.

Впоследствии на фоне активного комбинированного лечения стало возможным выявить галлюцинаторно-бредовой синдром. «Я давно заметил, что за мной установили слежку», он



слышит, как люди подслушивают и отбирают у него мысли, он знает это. В связи с этим он лишился возможности творить, опасаясь того, что от него могут избавиться любыми средствами. Он начал изолироваться и сторониться всех и впоследствии – даже своего брата, который находился вместе с ним в общежитии. Коррекции бред не поддается. Интеллект в рамках приобретенной социальной практики. Внимание и память без особых патологических отклонений, в целом сосредоточен вокруг собственных аутистических переживаний.

**Эмоционально:** напряжен, раздражен, озлоблен, негативен, аутистичен, целиком поглощен миром собственных переживаний.

Со стороны моторно-волевой сферы отмечается наличие негативизма и ступора.



## НАБЛЮДЕНИЕ 2.

Рис. № 16. Так я представляю себя.

(Инструктивное творчество).

/Бредовая стадия/.

**Лечение:**

**I этап – строгий режим.**

2. **Комбинированное лечение** – инсулин – шокотерапия с аминазином 0,025 – 0,5 – 0,1 в течение дня и от 1,0 до 4,0 на ночь в инъекциях.

3. **Симптоматическое:** общеукрепляющее, витаминкомплекс – ретиновацетат, хлорид тиамина, рибофлавин, аскорбиновая кислота – дополнительно вводили аскорбиновую кислоту

2,0 вместе с глюкозой, также глютаминовую кислоту в таб. Кордиамин 2,0 в инъекциях вместе с инъекциями аминазина. Впоследствии, в связи с периодическими явлениями ортостатического коллаптоидного состояния, в связи с наличием упорных слуховых галлюцинаций императивного характера, аминазин был заменен инъекциями галюперидола с корректорами.

## II этап.

1. Частое собеседование (индивидуальная психотерапия).
2. Обсуждение экспонируемых в мастерской материалов, композиций во второй половине дня с целью стимулирования его социальной значимости.
3. Включение его в групповую форму обсуждения той или иной художественной продукции с целью восстановления способности «общения» .
4. Выполнение определенной работы (оформление стенной газеты или стендов), а затем и работы с натуры (делает зарисовки сестры, санитаря, больного, врача и т.д. – инструктируемое творчество).
5. Вовлечение в смешанную группу обсуждения и общения (мужчины и женщины).  
Систематическое обсуждение несостоятельности его бредовых мыслей в разной обстановке и в разных групповых формах в присутствии больных обоего пола.
6. Предоставление права свободно ходить по территории больницы, с предварительным уведомлением о намерениях и о преследуемой цели.



**НАБЛЮДЕНИЕ 2.**

**Рис. №17. Пейзаж родного села.  
/в ремиссии /.**

7. Применение социотерапии по месту работы, учебы, часто со стороны его родных.
  8. Предоставление возможности экспонировать несколько раз свои произведения перед посетителями, тем самым подчеркивая их художественную и социальную значимость.
  9. Поручение больному при выписке из больницы выполнить несколько произведений для нас, на разные мотивы и придерживаться нашего задания со всей ответственностью.
- Больной (будучи в состоянии ремиссии) окончил полностью курс Академии художеств и начал работать в родном селе.

**Наблюдение 3**

**РИСУНКИ**

**Автор Ш.Д.П., с высшим образованием.**

**18. Портрет лечащего врача.**

**19. Пейзаж «Родное село».**

**РЕЦЕНЗИЯ**

По двум представленным композициям чувствуется, что автор старается за счет своей большой трудоспособности и наличия профессиональной техники передать и подчеркнуть основные черты характера лечащего врача, что получается не совсем удачно, и показать действительность так, как она воспринимается им самим.

Ввиду каких-то причин автору не удается раскрыть свою изобретательность, тонкость вкуса и способности фантазирования.

**История болезни №...** Больной Ш.А.П., поступил 25/11 1974 г., выписался 12/V 1974 г.

**Диагноз:** шизофрения, бредовая форма (бред философской интоксикации), студент IV курса Академии художеств. Ученик одного из выдающихся представителей советского художественного искусства, Народного художника СССР У.Д.П.

**Анамнез жизни:** старший сын родителей, в наследстве патологическое отягощение отрицает, роды проходили нормально, постнатальный период также без особых изменений. Рос и развивался нормально, в дошкольном возрасте болел инфекционными заболеваниями (корь, коклюш, скарлатина); характеризуется как подвижный, уживчивый и весьма энергичный. Еще в дошкольном возрасте в нем проявились задатки художественного порядка, часто рисовал карандашом, впоследствии акварелью. Родители – крестьяне в основном были заняты сельскими заботами. Художественно-эстетический уровень их был низким, но благодаря соседству и общению с семьями художников, ребенок имел возможность с ранних лет получать у них консультации, общаться в кругу художников и тем самым совершенствоваться и развивать свой эстетический вкус и художественную технику.

В школу начал ходить в возрасте семи лет, учился удовлетворительно, был весьма активным участником школьных художественных мероприятий, оформлял стенды, плакаты, выполнял



все задания, участвовал в выставках и экспозициях, устраиваемых как в школе, так и в районном масштабе. После окончания 8 классов по рекомендации его наставников-художников был зачислен в художественное училище г.Тбилиси, где учился вполне успешно и подавал большие надежды. Процесс формирования его художественного стереотипа, т.е. процесс повышения его профессиональной культуры и мастерства, проходил под непосредственным руководством друга и соседа его семьи, известного художника. После окончания училища он успешно сдал приемные экзамены и поступил в Академию художеств на факультет живописи, в класс своего наставника и учителя. До второго курса он учился хорошо, жил в нанятой квартире и вел свободный образ жизни, смотреть за ним было некому. С III курса пристрастился к алкогольным напиткам. До этого замечали, что он стал удрученным, иногда уединялся и долгое время был погружен в свои раздумья. Объяснял он это состояние усталостью, потерей энергии, снижением работоспособности и т.п. Временами во время беседы он, задавая неожиданно для всех вопросы, не вытекающие из сложившейся обстановки, при наличии общего подъема настроения и веселья, проявлял пессимистические мысли – «а зачем все это, кому это нужно, зачем мы существуем, какова цель, ведь мир устроен так, что на его фоне мы жалкие существа, не чувствуем нашей беспомощности, я нечто большее, чем я есть на самом деле, мир это крупица, она очень мала, а я – все, но не то, что сейчас говорят».



### НАБЛЮДЕНИЕ 3.

Рис. № 18. Портрет лечащего врача.

/ Первичн. госпит., бред. стадия/.

Он часто начал высказывать подобные мысли, а после пристрастия к алкогольным напиткам ему становилось хуже – он не выносил алкоголя. После каждого приема наступала клиническая картина интоксикации, и он на целые дни выбивался из колеи, лежал в постели или бродил по улице, начал пропускать практические занятия, снизил академическую успеваемость и постепенно привлек внимание окружающих. Считаю нужным заострить внимание на следующем факте. С первого курса он сблизился с однокурсницей, которую полюбил, и она тоже влюбилась в него. Они часто встречались, беседовали, ходили в кино, на разные мероприятия. Никто не сомневался в серьезности их намерений и, действительно, при всех вышеописанных переживаниях, треволнениях и состояниях она находилась рядом с ним.

Заболевание формально выявляется у него на четвертом курсе. Замкнулся в кругу своих переживаний, усугубил их, отрекся от окружающих, начал сторониться и своих близких, погрузился в свой внутренний мир и порвал с социальной средой. Начал пропускать занятия, долгое время бродил по улице бесцельно, приходя домой, запирался и целыми днями не выходил, временами говорил сам с собой. При стационарировании сопротивления не оказывал.

**Физический статус:** среднего роста, правильного телосложения, удовлетворительной упитанности, жалоб со стороны внутренних органов не предъявляет. Сердце и легкие в норме, АД – 115/70, пульс – 74 уд. в мин. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Лабораторные исследования (кровь, моча) существенных изменений не выявляют.

**Неврологический статус:** объективных признаков очагового повреждения центральной нервной системы не обнаруживает. Черепно-мозговые нервы функционируют нормально. Зрачки правильной формы, равномерны, реакция их на свет живая, аккомодация и конвергенция без существенных отклонений. Язык высовывается по средней линии, патологических рефлексов нет. Сухожильные и периостальные рефлексы равномерны, оживлены. Чувствительность кожи сохранена симметрично.

**Психический статус:** Ориентирован во времени, в пространстве и в окружающем, контакту доступен. Предметное восприятие сохранено. Ассоциации формально последовательны, суждение формальное, речь без модуляции. Ярко и рельефно выступает бред «философской интоксикации» с явлениями дисморфобии и резонерства.

«Что такое бытие, жизнь, человек, интуиция – ничто. Существую ли я, кто я, чье это тело, кому принадлежат эти движения, манеры, я не имею анатомии, тело не мое; никакой связи между мною и родителями не существует. Я – идеальное явление, вне биологии и физиологии, голос не мой, беседу веду не я, мое «я» несовместимо с моим телом. Существует ли среда, объективный мир? Нет, это мое воображение, я велик, а город – крупица, мир – это ничтожество, я могу зажать его в кулак, небо и земля часто меняют соотношение, я теряю голову, избегаю зеркала, боюсь, что столкнусь с двойником, с искаженным лицом, чувствую перестройку собственного тела: оно то увеличивается, то укорачивается, я одно тело, но не человек, не мыслю, разум опустошен, творить не в силах».

Критика собственного состояния отсутствует, память сохранена, внимание рассеянное, интеллект – в рамках приобретенных знаний и социальной практики. Эмоционально – полностью и целиком погружен в мир собственных переживаний, часто уединяется, избегает контактов с окружающим, аутистичен, аспонтанен, редко включается в собеседование, высказывает порой суицидальные мысли. Нарушения моторики не отмечается.

На расширенной конференции НИИ психиатрии и больницы был установлен диагноз: шизофрения, бредовая форма с прогредиентным течением.

### **Лечение: I этап.**

Соблюдая основные принципы лечения, которые подразумевают длительность, комплексность и дифференцированность в выборе терапевтической стратегии, сообразуя ее со степенью прогрессивности, этапом течения, типом синдрома, мы сочли необходимым использовать с терапевтической и реабилитационной точек зрения его основной профессиональный стереотип.



### **НАБЛЮДЕНИЕ 3.**

**Рис. № 19. Родное село.**

**/в ремиссии/.**

Комплекс медико-биологических и психосоциальных форм воздействия и коррегирования был построен в следующей последовательности:

1. Инсулин – дробные и субшоковые дозы (30 субшоков); амина-зин – 2,5%-2,0 на ночь вместе с кордиамином (2,0) в инъекциях; трифтазин – по 50 мг в полдень с корректором; 0,01 (100 мг) начальные дозы, в час дня; общеукрепляющие – витамин С, витамины В<sub>1</sub>, В<sub>6</sub>, глютаминовая кислота и никотинамид – 2,0.

2. Ежедневное собеседование с больным в процессе осуществления основных назначений (индивидуальная психотерапия) касательно его дальнейшей перспективы с учетом реальных возможностей, скрытых резервов, аффективного реагирования, профессиональных навыков и их реализации.

## II этап.

1. Привлечение больного в художественную мастерскую, с целью упрочения и расширения системы коммуникабельности личности, в собеседование на фоне экспозиции.

2. Обсуждение в мастерской во второй половине дня композиции экспонируемых материалов с целью стимулирования его активности, подчеркивая социальную значимость его сохраненных профессиональных навыков и возможностей.

3. Включение его в групповую форму обсуждения той или иной художественной продукции с целью восстановления способности к общению. Составление для него графика индработы.

4. Применение инструктажа (инструктируемое творчество) с возложением ответственности за выполнение определенной работы (оформление стенной газеты или стендов, выполнение зарисовок из разных вариантов натюрмортов, а впоследствии – портретов – сестры, санитаря, больной).

5. Предоставление больному (при его желании) возможности работать над портретом лечащего врача (рис. №18).

6. Вовлечение в смешанную группу общения (мужчины и женщины).

7. Предоставление права свободного перемещения как по отделению, так и по больнице, с предварительным уведомлением о намерениях и преследуемой цели.

8. Предоставление права близким, родственникам, товарищам по Академии художеств, даже его любимой, присутствовать в мастерской с целью советов, удовлетворения любопытства, обмена мнениями, выбора сюжетов и мотивов для последующих экзаменационных заданий.

9. Применение мер социотерапевтического характера, в частности, устройство несколько раз встреч с преподавателями и представителями ректората с целью убедить больного в гуманности намерений, в желании сделать встречный шаг со стороны преподавателя, оказать ему всяческую поддержку после выписки при удовлетворительной рекомендации от лечебного учреждения. Установление социального прогноза.

10. С улучшением клинической картины в динамике заболевания применение принципа ночного стационара – днем вместе с родными или с товарищами предоставление отпуска для упорядочения своих дел по Академии художеств (присутствует на занятиях, получает задание по специальности и т.д.).

11. После стационарного лечения поручение больному (будучи вне больницы) выполнить несколько композиций для нашего салона (фактически этим мы сохраняем связь с ним с целью прослеживания за катамнестическими данными).

**Катамнез:** больной окончил Академию художеств, сдал госэкзамены с оценкой «хорошо», определился в родной район художником, а через несколько месяцев по обоюдному согласию в сугубо интимной обстановке (особенно настаивала его возлюбленная) женился, имеет сына и работает поныне (прошло 4 года после лечения).

## Наблюдение 4

### РИСУНКИ

Автор Л.М.М., 34 года, холост, окончил художественный техникум, а затем и Академию художеств.

20. На чайных плантациях.
21. Два кувшина с цветами (натюрморт).
22. Натюрморт (Кувшин и чашка с блюдцем).
23. Ваза с фруктами (натюрморт).

## РЕЦЕНЗИЯ

Несмотря на физические недостатки, автор не потерял связь с действительностью и передает ее вполне реально.

Чувствуется большая трудоспособность и любовь к изобразительному искусству.

**История болезни № 635**, больной Л.М.М., 1943 г. рождения, холост, болен с 1962 года. Поступил в клинику 8/IV 1974 г., выписался 1/VII 1974 г.

**Диагноз:** Шизофрения параноидной формы (на фоне резидуальных явлений перенесенного менингоэнцефалита – полное отсутствие слуха), художник с высшим образованием.

**Краткие анамнестические сведения:** единственный сын родителей. Роды проходили с осложнениями (асфиксией). В раннем детском возрасте перенес менингоэнцефалит в сложной форме с последующим дефектом умственного развития и потерей слуха. Родители оба педагоги. Всю свою жизнь они посвятили воспитанию и выявлению остаточных компенсаторно-приспособительных возможностей личности ребенка (!), обучив его по облегченной программе правильной разговорной речи (работа с педагогом), выработав у него основные формы обращения и отношения с людьми.

Больной с детства обнаруживает склонность к рисованию. В возрасте 15 лет начинает проявляться тенденция к возбуждению и агрессии по отношению к родителям, явления пассивного негативизма и подозрительности, в связи с чем попадает под наблюдение психиатра, затем под динамическое наблюдение психоневрологического диспансера с предварительным диагнозом бред тугоухих – шизофреническое состояние.

В 1962 г. в состоянии психомоторного возбуждения и бреда преследования отказывался от пищи, сторонился людей и родных, закрывался в комнате, не подпускал близко никого. В течение нескольких дней запирает свою комнату, не засыпал. Положение настолько накалилось, что возникла необходимость любыми средствами госпитализировать его. В возрасте 19 лет при попытке нанести физическое увечье матери и отцу больной срочно был доставлен в городскую психиатрическую больницу. Во время госпитализации оказывал сопротивление.



#### НАБЛЮДЕНИЕ 4.

Рис. № 20. На чайных плантациях.

/Перв. госпитализ., бред. стадия/.

**Физическое состояние:** среднего роста, правильного телосложения, неудовлетворительной упитанности (соматическое истощение), со стороны внутренних органов патологических отклонений нет.

**Неврологический статус:** отмечаются слабо выраженные остаточные явления очагового повреждения центральной нервной системы после перенесенного менингоэнцефалита.

**Психический статус:** больной контакту недоступен, на вопросы не отвечает, при обращении негативен, больничному режиму не подчиняется. Применяли насильственные формы лечебного воздействия и питания.

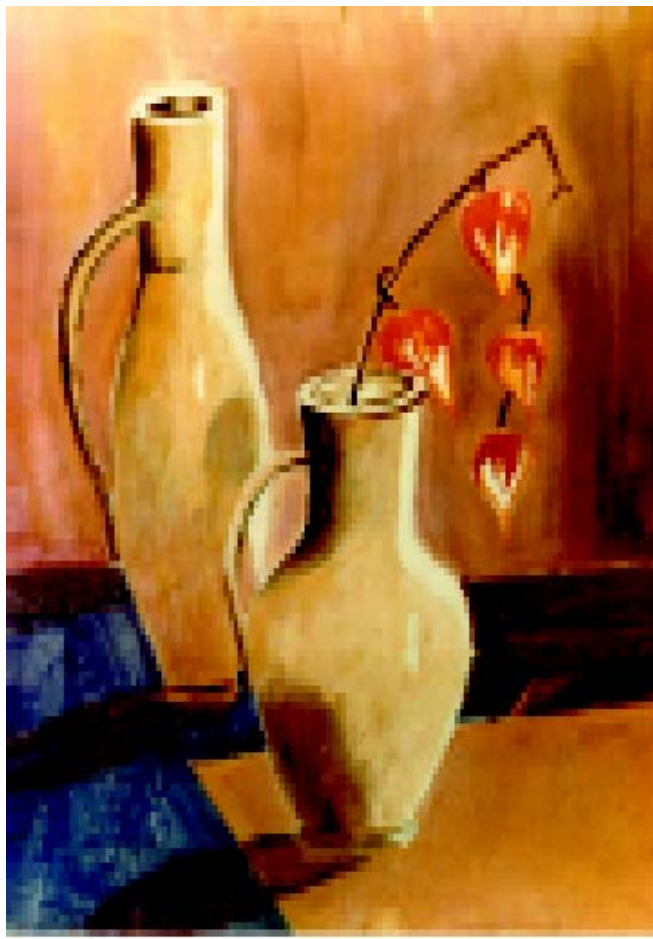
После комбинированной терапии: инсулиновые шоки в сочетании с аминазином 2,5%-2,0-2х с кордиамином, постепенно состояние больного улучшилось, он стал более доступен контакту и придерживался режима отделения. В контакт с ним мы вступали в письменном виде или разговаривали с помощью отца или матери. При наличии умственной отсталости, тугоухости, постепенно удалось установить и выявить содержание его психических переживаний.

Больной утверждает, что люди смотрят на него с подозрением, смеются за спиной, делают необычные движения, указывают пальцем, угрожают. Он обнаруживает, что в этой обстановке ему нельзя оставаться и предпринимает попытку отойти от всех; в последнее время также замечает, что и родители стали чужими ему. При приеме пищи он обнаруживает запах – не отравлена ли она, появляются неприятные ощущения в области брюшины, суставов. Он убежден в правоте своих умозаключений, игнорирует любую форму обращения с ними, а впоследствии применяет агрессию по отношению к матери, нанося ей физические повреждения, обвиняя ее в сговоре с другими людьми, посещающими квартиру, в намерении отравить его.



Критика полностью отсутствует как в оценке собственного состояния, так и в отношении к окружающей действительности. Эмоционально негативен, контакту недоступен, не поддерживает никаких связей с окружающими, аутистичен.

**Лечение:** в процессе лечения и клинического наблюдения мы



#### НАБЛЮДЕНИЕ 4.

Рис. № 21. Натюрморт /Повторное пребывание.  
Экзаменацион. программа. Бред. стадия/.

обнаружили, что он во второй половине дня проявляет определенный интерес к тому больному, который делает графические зарисовки и композиции.

Нам удалось путем неоднократного воздействия заставить его взяться за карандаш и заняться рисованием. В течение всего последующего периода пребывания в стационаре, наряду с медикаментозным лечением, мы поэтапно и последовательно вовлекали его в индивидуальную, а затем и в групповую форму художественного занятия.

С помощью специалистов-художников, при консультации с родителями было принято решение для правильного социального прогноза выбрать его основной профессиональный ориентир, именно рисование, и направить усилия семьи в данную сторону.

**Социальный прогноз:** с 1962 г. больной поступал к нам на лечение 4 раза, при систематически увеличивающихся периодах ремиссии. В течение 15 лет он по облегченной

программе завершил курс художественного училища, затем был зачислен в Академию художеств Грузии. Невзирая на периодические обострения его психического состояния, стал дипломантом Академии. В период госпитализации к нему последовательно применяли весь комплекс форм психосоциальных воздействий наряду с медикаментозным лечением. При этом особо хотим подчеркнуть роль исключительно благоприятной микросоциальной среды, динамического надзора, социотерапии, в частности, чуткость и глубокое понимание со стороны дирекции училища и ректората Академии художеств. При наличии вышеизложенного длительность ремиссии достигла 3-4, а затем и 5-и лет с периодами сокращения срока госпитализации. В последние два раза решение стационарировать больного было принято исключительно из профилактических соображений, ввиду временных перебоев микросоциальных условий, когда возникала опасность остаться без присмотра. Больного устроили на работу по специальности. Он приспособился к рабочей обстановке довольно успешно.



#### НАБЛЮДЕНИЕ 4.

Рис. № 22. Кувшин и чашка с блюдцем.  
/в состоянии ремиссии/.





НАБЛЮДЕНИЕ 4.  
Рис. № 23. Натюрморт  
/в состоянии ремиссии/.

*Наблюдение 5*

#### РИСУНКИ

Автор Д.Т.В., холост, художник с высшим образованием.

24. Весна идет.

25. Зима на исходе (пейзаж).

26. Друзья (дети).

27. Охотник.

28. Мои переживания (Судьба художника). Красота (Аполлон) и смерть (скелет).

29. Золотая осень.

#### РЕЦЕНЗИЯ

Автор безусловно обладает талантом и своеобразием в разрешении контрастных задач при достаточно умелой передаче рисунка и формы изображаемых им произведений.

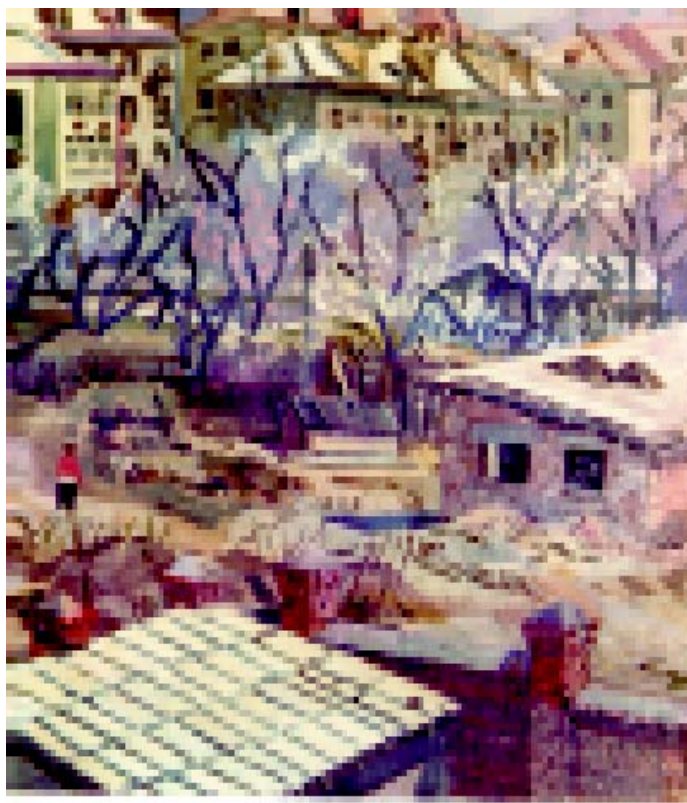
Особо выделяются своей композиционной собранностью и удачной колористической задачей пейзажи «Весна идет» и «Осень».

**История болезни №516.** Больной Дж.Т.В., 32 года. Художник. Холост. Помещен впервые в стационар в 1958 году. Диагноз – шизофрения, параноидная форма.

**Анамнез жизни:** в наследственности патологического отягощения не отмечается. Родился в срок, развивался нормально. С детства подвижный, способный, серьезный и послушный. Учиться начал с 8 лет. В школе с товарищами уживался. Был общительным, трудолюбивым, учился. Особенно увлекался живописью, еще в школьные годы участвовал в конкурсах. Его работы отмечались грамотами и премиями. Он был окружен родительской заботой как единственный сын.

Отец – видный деятель культуры; ребенок вращался в кругу художников, что и способствовало раннему проявлению его художественных способностей. Больной воспитывался всесторонне. Окончив 8 классов, поступил в художественный техникум, а в 1955 году сдал приемные экзамены в Академию художеств.

К этому времени он уже перенес острое туберкулезное воспаление легких. Но занимался страстно, долго не выходил из мастерской, создавая композиции то с натуры (графика), то по собственной фантазии, то программные.



#### НАБЛЮДЕНИЕ 5.

Рис. № 24. Весна идет.

/Бред.стадия прогрессивн.тек.шизофрен./, 1963 г.

**Анамнез заболевания:** с 1955 года в возрасте 22 лет близкие стали замечать раздражительность, резкость в обращении больного, быструю истощаемость. Жаловался на боли и неприятные ощущения в области суставов. По совету врачей сделал тонзиллэктомию; к неприятным ощущениям добавилось учащенное слюновыделение. Отправился в Цхалтубо, принимал радиоактивные ванны. Но в состоянии больного улучшения так и не наступило. В конце 1956 года в поведении больного стали замечаться странности. Во время занятий он неожиданно импульсивно вскакивал и проделывал какой-нибудь навязчивый ритуал (например, имитация толкания ядра), или, проходя по главной улице, перескакивал на газоны, перебегая на запретные места, останавливал движение транспорта и создавал опасность для себя и для других. Нарядился в старый костюм, отпустил бороду, со своими близкими товарищами разговаривал манерно, поворачивался к ним спиной, кричал на них, требовал, чтобы они не смотрели на него в упор, не раздражали его с «целью собственного удовлетворения».

Людей начал избегать, запирался в мастерской и никого к себе не впускал. Временами выходил на улицу босиком. Его отношение к родителям стало парадоксальным, появилась мысль, что отец, бабушка и сестра (последовательно) враждебно расположены к нему и хотят ему зла, что, глядя на него, «они получают сексуальное удовлетворение, хотят воздействовать на него и этим насладиться». Вступил в конфликт с соседями, обвиняя их в том, что они пускают в кран мочу специально для него, и вода имеет привкус мочи; отказывался от пищи; никому не показывал свои рисунки, так как боялся, что в них могут проявиться «рефлексы» заинтересованных людей. Проявлял агрессию в отношении окружающих, дело дошло до милиции, откуда он и был доставлен к нам в начале 1958 года.

Мы подчеркиваем, что, невзирая на диаметрально противоположную перемену в его социальной и психической жизни, он учился в Академии художеств хорошо, был продуктивным, развивался и формировался как художник, взял академический отпуск не потому, что не успевал по специальности, а потому, что стал вопрос о его немедленной госпитализации.

**Соматическое состояние:** больной среднего роста, правильного телосложения. При обследовании внутренних органов выраженных отклонений от нормы выявить не удалось.

**Неврологический статус:** объективных признаков очагового поражения центральной нервной системы не обнаруживает. Черепно-мозговые нервы функционируют нормально. Зрачки правильной формы, равномерны; реакция их на свет, аккомодация и конвергенция – живые. Язык высовывается по средней линии. Патологических рефлексов нет. Сухожильные и периостальные рефлексы равномерно оживлены. Чувствительность кожи сохранена симметрично.

**Психический статус:** сознание формально ясное. Ориентирован во времени и окружающей среде. Предметное восприятие сохранено. Объективно отмечаются переключения внимания, неадекватная мимика и улыбка, часто зарывается под одеяло и замирает. («Пускают специальные газы, чтобы раздражать меня и вывести из равновесия, а они от этого получают удовольствие»). Пищу из дома не принимает, «готовят с отравляющими веществами, я это чувствую и стараюсь укрыться от этих воздействий».

Ассоциации последовательные, суждение формальное. Ярко и рельефно представлен бредовый синдром. «Я в последние годы заметил, что на меня воздействуют рефlekсами».

«Каждый прохожий останавливается на миг около меня, производит молниеносное движение, улавливает мой «рефлекс», получает удовольствие и отходит. Действие «рефлекса» я

заметил на моих картинах, люди смотрят на них не потому, что они интересуют их в художественном отношении, а потому, чтобы уловить в них «отражения», которые «я выделяю». Особенно чувствую воздействие со стороны близких, когда они стоят и смотрят, у них вся мускулатура в движении, я это замечаю сразу и потому набрасываюсь на них ...», «готовят пищу для меня с мочой, специально, чтобы раздражить и «отравить». Отец хочет запереть меня в психиатрическую больницу для того, чтобы удержать на одном месте и воздействовать своими «рефлексами». Эти «отражения» я чувствую и здесь» ... и т.д.

Больной конфликтен, никого не подпускает близко, отгорожен, замкнут. Интеллект сохранен в рамках социальной практики. Больной переубеждениям не поддается. Отмечается рассеянность внимания; мнестические функции без патологии.

В клинике изолирован, ни с кем не общается, неконтактен, аутистичен. Проводит все дни в уединении и рисует один в мастерской, работает до окончания рабочего дня, создавая свои произведения. Отмечаются навязчивые ритуалы, импульсивность, манерность, странные движения на линиях. Было проведено несколько раз лечение инсулином, аминазином, стеллазином, болезнь прогрессирует.

В оценке своего состояния здоровья и отношения с окружающей средой полностью не критичен.

С целью выяснения своеобразия феномена установки нами была применена методика экспериментального изучения фиксированной установки по Д.Узнадзе.

**Метод установки, фиксированной в гаптической сфере:** для выработки установки испытуемому с завязанными глазами несколько раз (10-15 – 20) даются для выяснения в руки два одинаковых по весу, но различных по объему шара. В правую – больший (размер 80 мм), в левую – маленький (размер 60 мм) (установочные опыты). Впоследствии испытуемому предлагаются для сравнения уже два равных шара (критические опыты).

В результате выясняется следующее: у испытуемого вырабатывалась стойкая фиксированная установка (контрастная иллюзия) при отсутствии объективного восприятия критического материала, невзирая на неоднократное повторение (50 раз). Оказалось, что фиксированная установка легко возбудима, лабильная, грубая и динамического типа, что, согласно И.Т.Бжалава (19), Ф.М.Контридзе (99), характерно для параноидной формы шизофрении.

### **Клинико-художественный анализ**

**Клиническая часть:** при клиническом анализе представленного случая четко вырисовывается картина параноидной формы шизофрении.

Неврастенические проявления в возрасте 22-х лет, тенденция к одиночеству и поглощенность своими переживаниями, подозрительность и недоверие к окружающим, характеризуют инициальный период шизофренического процесса, который длится в течение 3-х лет, с 1955 г.

В образе жизни больного происходят радикальные перестройки. Он становится аутистичным, наблюдаются странности в поступках и действиях, агрессия к родным и близким и, наконец, автоматизмы и бредовые идеи воздействия («сексуальные рефлексы»), отравления и преследования, что и послужило причиной его стационарирования.

На фоне сохраненной, формальной ориентации во времени, месте и окружающем, потенциально сохраненных интеллектуальных возможностей в рамках приобретенной социальной практики, памяти и внимания центральное место в клинической картине занимают бред воздействия и преследования с тенденцией генерализации и абстрагирования с абсолютным расстройством критических способностей, атактическое мышление.

В аспекте эмоциональной сферы: «патологическое равнодушие», аутизм и снижение волевой активности, потеря социальных трудовых связей.

В клинической картине преобладают: расщепление, аутизм и бред. Болезнь протекает прогрессивно. Как начало, так и дальнейшее течение процесса с нарастанием болезненной симптоматики, дало нам возможность констатировать наличие шизофренического заболевания бредовой формы, с давностью заболевания до 10 лет. История болезни была разобрана на объединенной конференции Научно-исследовательского института психиатрии им. М.Асатиани, Республиканской психиатрической клинической больницы.

**Художественная часть:** живописью увлекался с детского возраста, находясь еще в начальных классах. Приводим несколько композиций, выполненных соответственно в 1947, 1955-1957 годах («Зима», «Родное село», «Самарканд», «Портрет»).

Как указывалось выше, больной впервые был стационарирован в 1958 году, числясь на четвертом курсе Академии художеств, и был вынужден взять академический отпуск на 1959 год.

Укажем, что с 1958 года он почти все время находился в психиатрической больнице или временно, на короткое время выписывался на поруки родителей, так что описанный психический статус не только не улучшался, но прогрессировал и углублялся. На фоне этого состояния больной и создавал свои произведения.

В течение 1959 года он работал над дипломом, создав иллюстрации к роману выдающегося грузинского писателя И.Джавахишвили «Арсен Марабдели» (линогравюра). Работа была оценена на «отлично» и рекомендована на Республиканскую выставку, где также получила высокую оценку.

В 1960-1961 гг. больной закончил полотно размером 6 кв. метров на тему «Пиросмани» – фрагменты из жизни выдающегося грузинского живописца. В основном картина получила высокую оценку.

Эта картина была экспонирована на Республиканской выставке и впоследствии приобретена Худфондом. Одновременно он делает наброски, эскизы, портреты с натуры и фото и т.д.

В 1962-1965 гг. больной завершил в клинике полотно размером 2 кв. метра на тему Бородинского сражения «Смерть Багратиона», несколько эскизов, набросков.

В 1965 году создал картину «Лыжники». Затем завершил три варианта эскизов на тему «Оборона Кавказа», в том числе символический вариант.

В 1964 году завершил эскиз на тему поэмы И.Чавчавадзе «Дмитрий Самопожертвователь». В том же году выполнил по инструкции несколько новелл: «Мать с натуры» и исполнил композицию «Летний пейзаж», которая была представлена на выставке молодых художников в картинной галерее Музея художников Грузии.

В 1965 году создал две композиции – «Старый Тбилиси» и «Шатели», которые были экспонированы на Республиканской выставке и опубликованы в прессе. Все эти работы выполнены в клинике.

В 1966 году участвовал в выставке, представил две композиции «Революционная Куба» и «Шота Руставели».

В рецензии на его последние произведения, в особенности на «Смерть Багратиона», «Лыжники», «Летний пейзаж» мы читаем: «После глубокого изучения представленных картин мы понимаем, что эти произведения выполнены естественно с творческим мышлением художника».

**Субъективная оценка:** как оценивает больной свои произведения? Он отзывается о них скромно и сдержанно: «Не мне судить об этом, это неэтично и не положено. Я вложил максимум своих знаний в этих условиях, а как удалось – это уже дело вашей критики». Адекватная и умеренная критика.



#### НАБЛЮДЕНИЕ 5.

Рис. № 25. Зима на исходе.

/Бред. стадия/. 1964 г.

Результаты сопоставления в свете клинико-художественного анализа: что же выясняется из сопоставления клиники с творчеством, какова связь между структурой психоза и тематической структурой творчества?

1. По анамнезу с детства подвижный, уживчивый, способный в художественном отношении, нормально развивавшийся и, наконец, социально адаптированный преморбид в возрасте 22-х лет заболевает. Меняется весь психический уклад личности.

2. Психический статус (структура психоза). На фоне формально сохраненной ориентации во времени, месте и окружающей обстановке, появились странности в поведении, галлюцинаторно-параноидный синдром: бред абстрагируется, появляются автоматизмы, бред

воздействия, отравления и преследования, в то время как тематика творчества, наоборот, разнообразная, не отражает содержание синдрома.

3. Отношение к лечебному режиму – негативное.

4. Интровертивен. Неконтактен. Отгорожен. Аутистичен.

5. Болезнь протекает прогрессивно, тогда как творчество продуктивно. На инициальной, параноидной стадии заболевания и после дефекта (длительного пребывания – 7 лет в больнице для хронических больных).

6. В оценке собственного состояния полностью не критичен, а в оценке собственных произведений относительно умерен.

7. Работает в мастерской. Участвует в общей прогулке. При активном содействии положительно относится к групповым формам занятости. К исходу заболевания профессиональные навыки сохранены, весьма продуктивен, при ремиссии отмечается наличие крайне неблагоприятной микросоциальной среды и по месту работы. Через 5 месяцев вновь был доставлен в стационар, чему способствовало также неудовлетворительное динамическое наблюдение.

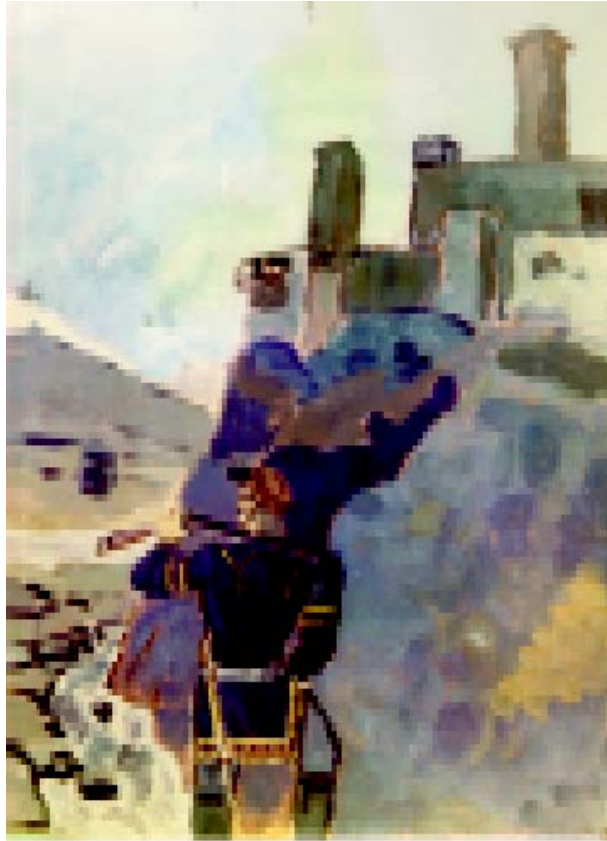
Сопоставляя вышеизложенные факты по схеме, мы получаем следующие результаты:

Ввиду исключительно неблагоприятной семейной обстановки, неудовлетворительного динамического надзора и прогрессивного течения болезни, с 1969 года больной стал почти постоянным обитателем больницы. Единственное, чем его можно было занять – это рисование. Желая сохранить его профессиональные навыки, мы построили терапевтическую стратегию, направленную на сохранение данного стереотипа. Она включала периодический определенный комплекс лечебно-восстановительных мероприятий.



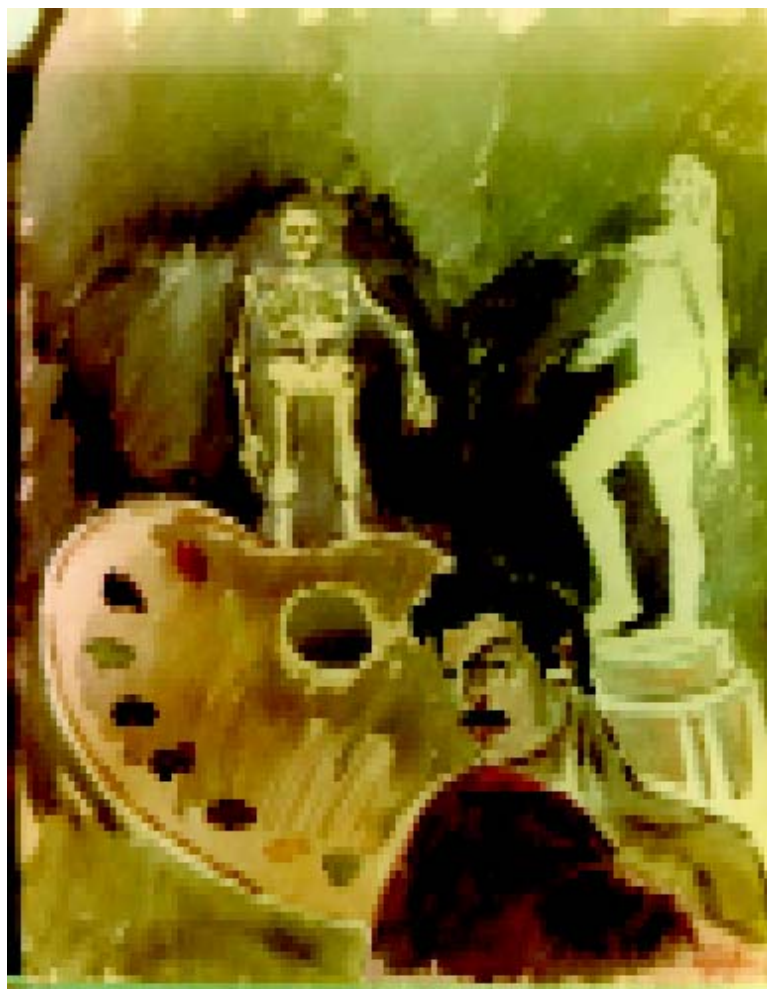


**НАБЛЮДЕНИЕ 5.**  
**Рис. № 26. Друзья.**  
**/Бредов. стадия/. 1965 г.**



**НАБЛЮДЕНИЕ 5.**  
**Рис. № 27. Охотник.**  
**1967 г.**





### НАБЛЮДЕНИЕ 5

#### Рис. № 28. Мои переживания (Инструктивное творчество).

«Нахожусь между двумя противоположными мирами, миром мрака и миром красоты, в этом мой драматизм» /прогресс.текущая шизофрения с бред.синдромом/, 1969 г., давность заб.  
– 10 лет.

#### Лечение: I этап.

1. Строгий режим.
2. Чередование психотропных средств. (При усилении галлюцинации – галоперидол с корректорами, этаперазин и стелазин или аминазин в инъекциях на ночь).
3. Общеукрепляющие, симптоматические средства.

#### II этап.

1. Частое собеседование.
2. Обсуждение в мастерской экспонируемых материалов, композиций.
3. Составление графика как индивидуальной, так и групповой работы.
4. Включение в групповую форму обсуждения и разбора.

5. Выполнение работ по инструкции.
6. Перевод больного на принцип ночного, а затем дневного стационара, при условии, когда ответственность за наблюдение брали на себя родственники.
7. Экспонирование его произведений для посетителей.

### **Заключение.**

После проведения всего комплекса вышеупомянутых средств в течение года, стало возможным выработать у него способность общения с определенным кругом людей – близкими, и заставить выполнять работы по инструкции.

В течение 5-и месяцев он находился на режиме ночного, а затем дневного стационара. Именно в этих условиях состояние больного было стабилизировано, он создал множество произведений, часть которых иллюстрируется и в настоящей работе.

Но ввиду того, что семейная обстановка была крайне неблагоприятна для него, на работу его устроить было невозможно, оставался без присмотра (неудовлетворительное динамическое наблюдение), часто нарушал режим, отказывался от лекарства, бывал часто на улице, болезнь обострялась, и его укладывали в больницу. Так как его семейное положение ухудшилось, он фактически остался один, администрация больницы и отдел были вынуждены направить его на стационарное лечение в больницу для хронических больных, где он находился 6 лет, не имея возможности заниматься рисованием и не проявляя такого желания.

Затем нами была предпринята попытка перевести его обратно, так как отец проявил инициативу вновь заняться им. В 1977 г. он был переведен, ему предоставили возможность рисовать. Предлагаем несколько образцов.



#### **НАБЛЮДЕНИЕ 5.**

**Рис. № 29. Золотая осень.**

**/Бред.стад. с парафреническими образованиями/.**

**1972 г., давность заб. 13 лет.**

**РИСУНКИ**

Автор К.Л.М., 35 лет, холост, специальное художественное образование (техникум).

30. Закат солнца (осень).

31. Танец «Лело».

32. «Мои переживания».

33. На стихи Г.Табидзе.

34. Танец с саблями («Парикаоба») – двое.

35. Натюрморт.

36. Танец «Джеирани».

37. Танец «Багдадури» (трое).

**РЕЦЕНЗИЯ**

Автор в своих работах выявляет богатую фантазию и вкус в передаче движения фигур и в цветовом разрешении пейзажей и натюрмортов.



**НАБЛЮДЕНИЕ 6.**

К.Л.А. Художник-профессионал.

Рис. N 30. Закат солнца (осень).

(Бред. стадия), 1966 г.



**НАБЛЮДЕНИЕ 6.**  
**К.Л.А. Художник-профессионал.**  
**Рис. N 31. Танец «Лело».**  
**(Бред. стадия).**

Древняя грузинская спортивная игра (наподобие регби. Впоследствии этот вид спорта находит свое отражение в самодеятельном творчестве в искусстве, в частности в народных танцах.



**НАБЛЮДЕНИЕ 6.**  
**К.Л.А. Художник-профессионал.**  
**Произведение создано по инструкции лечащего врача.**  
**Рис. N 32. Мои переживания.**  
**(Бред. стадия), 1967 г.**





**НАБЛЮДЕНИЕ 6.**  
**К.Л.А. Художник-профессионал.**  
**Рис. N 33. Фантазия на стихи поэта Г. Табидзе.**  
**1967 г.**



**НАБЛЮДЕНИЕ 6.**  
**К.Л.А. Художник-профессионал.**

**Рис. N 34. Танец с саблями "Парикаоба".  
1967 г.**



**НАБЛЮДЕНИЕ 6.  
К.Л.А. Художник-профессионал.  
Рис. N 35. Натюрморт.  
Эскиз для вступительных экзаменов  
в Академию художеств Грузии, 1967 г.**



**НАБЛЮДЕНИЕ 6.**  
**К.Л.А. Художник-профессионал.**  
**Рис. N 36. Танец "Джеирани".**  
**(Состояние клинической ремиссии), 1967 г.**



**НАБЛЮДЕНИЕ 6.**  
**К.Л.А. Художник-профессионал.**  
**Рис. N 37. Танец "Багдадури".**  
**(Состояние клинической ремиссии), 1967 г.**

**Наблюдение 8**

Предлагаем нашу совместную работу с врачом Г.Чархалашвили (из амбулаторной практики) о роли психогенного фактора в фониапии, как один из многочисленных примеров, доказывающих эффективность симбиоза применяемых методов в отоларингологии и психиатрии на профессиональных певцов, лишившихся способности выступать на сцене в связи с расстройствами психоневрологического характера.



Как известно, пение – комплексный психофизиологический процесс, в котором участвуют многие системы организма. Управление и координация этого сложного процесса певческого голосообразования зависят от условнорефлекторной деятельности, от гармонического соотношения основных процессов центральной нервной системы, т.е. возбуждения и торможения. Исходя из этого, психическому состоянию певцов следует уделять особое внимание.

Известно, что среди певцов психические переживания и состояния повышенной возбудимости (страх, гнев, волнение) особенно перед ответственными выступлениями часто вызывают выраженные соматовегетативные проявления в виде внезапного побледнения или покраснения, дрожания голоса, оцепенения, а в некоторых случаях плача, смеха и т.п. П.А.Мануйлов (1940) и другие эмоциональное состояние связывают с повышением тонуса вокальной мускулатуры через симпатическую нервную систему, что еще раз указывает на тесную взаимосвязь нервной системы и мускулатуры гортани. Учитывая все вышеизложенное, врачи-фониатры не должны забывать о возможности наличия у певцов психогенного заболевания. Поскольку контингент певцов в большинстве относится к так называемому художественному типу высшей нервной деятельности (по И.П.Павлову), отличающемуся повышенной впечатлительностью, лабильностью нервной системы, усугубляемой самой спецификой работы, то можно было бы ожидать их подверженность к частым срывам, к болезненным состояниям в виде неврозов или отдельных невротических реакций. Фактический материал, которым мы располагаем, опровергает это предположение. В этом отношении представляют интерес наши данные и ряда зарубежных авторов, установивших, что контингент душевнобольных и больных неврозами среди художественно-творческих профессионалов составляет относительно малый процент – всего лишь 1,5-2%.

Встречающиеся в практической деятельности врача-фониатра случаи с неочерченной симптоматикой невротических состояний у певцов не доходят до развернутых неврозов в силу специфики искусства (об этом сказано в нашей работе 1960 года). Образное перевоплощение в воображаемый образ является своего рода разрядкой, способствующей снятию стрессовых состояний и психической инертности. С другой стороны, активная деятельность и динамический контроль врача-фониатра, со своей стороны, способствует предотвращению развития заболевания. Более того, психотерапевтический подход пронизывает поведение врача при его общении с больным. Мы столкнулись с таким клиническим фактом, когда лечение лишь соматических факторов (в смысле восстановления функции голосовых складок) не бывает эффективным без применения одновременно и психотерапии, поэтому параллельно с соматическим лечением проводили систематически и психотерапию.

Лучшей в психотерапии мы считаем следующую последовательность: в начале заболевания – рациональную, впоследствии – суггестивную, заканчивающуюся опять-таки рациональной (эти виды терапии отражены в историях болезни). Таким образом, своевременный комплекс психотерапевтических мероприятий спасает больных от развернутых неврозов. Но в практике нам приходилось иметь дело как с легкими психогенными нарушениями, так и с развернутыми психопатологическими состояниями, каким является, например, реактивная депрессия.

В работах ряда авторов (О.Р.Читава, Р.К.Джанджгава, Н.А.Саванели и др.) мы встретили клиническое описание невротических состояний, патопсихологический и патобиологический анализ этого заболевания. Представляем случай из нашей практики.

**История болезни №265.** Больной К . . , 46 лет, впервые обратился к нам 20/ХІІ 1973 г. по поводу полной потери певческого голоса. Как выяснилось из анамнеза, за 2 месяца до обращения к нам больной посетил врача-психиатра районной поликлиники. Жаловался на понижение настроения, тоску, подавленность, бессоницу и неопределенный страх, обман слуха комплексного содержания. Как выяснилось со слов матери больного, причиной болезни явилась психическая травма семейного характера. Врачом-психиатром поликлиники был поставлен диагноз – депрессивный невроз, подтвержденный профессором-консультантом.

Проведенное лечение седативными препаратами (сонапакс, нора-кил, седуксен) и антидепрессантами (нуредаль) привело к относительно положительному результату, но депрессивное состояние продолжа-

лось не только к моменту обращения к нам, но и в дальнейшем. В последствии был выставлен диагноз: шизофрения вялотекущая с бредовым синдромом.

**Ларингоскопическое обследование:** слизистая оболочка глотки ярко красного цвета, миндалины средней величины, из-за небных дужек выступают умеренно. Истинные голосовые складки интенсивно розовато-красного цвета, задние концы голосовых складок отечны и слегка утолщены, правая голосовая складка неподвижна, левая во время фонации переходит за среднюю линию, что обуславливает скрещивание черпаловидных хрящей. Контакт между связками отсутствует, полное отсутствие профессиональной нормы.

**Психическое состояние:** больной малоразговорчив, угнетен, подавлен, находится в состоянии депрессии.

**Диагноз** – реактивная депрессия (паралич правой голосовой складки).

**Окончательный диагноз:** SCH вялотекущая форма с бред. интерпретацией.

На наш взгляд, одной из причин, усугубляющих депрессию, была потеря веры в возвращение певческого голоса, так как при любой попытке что-нибудь спеть, голос у больного срывался, а профессиональное использование голоса было совершенно исключено, хотя разговорный голос был полностью сохранен.

Перед нами стояла задача: с одной стороны, восстановить разрушенную координацию мышц голосовой щели, вызванную параличом правой истинной голосовой складки и, с другой стороны, вывести больного из затяжного депрессивного состояния, которое не только заметно влияет на течение болезни, но и мешает лечению (особенно следует отметить прием снотворных препаратов, назначенных врачом-психиатром ( ! ) , которые вместе со снижением общего тонуса организма, способствуют расслаблению голосовой мускулатуры ( ! ) и в первую очередь парализованной голосовой складки). Исходной позицией при лечении нашего больного мы избрали восстановительную терапию, направленную на пораженный локальный орган – гортань. Лечение локального органа нужно рассматривать как один из этапов ранней реабилитации.

С первых же дней был избран путь психотерапевтического подхода. С самого начала больному старались внушить веру в себя и в благоприятный исход лечения. Мы проявляли сочувствие, внимание, одобрение и, что самое главное, убеждали больного в возможности возвращения певческого голоса, старались вывести его из так называемой создавшейся творческой дезадаптации (под творческой дезадаптацией мы подразумеваем постепенную отчужденность и оторванность больного от творческого коллектива). В противовес творческой дезадаптации занялись творческой реадaptацией. Сущность выбранной нами творческой реадaptации заключалась в следующем: больному с целью создания благоприятной обстановки и исключения состояния изолированности внушали веру в свои силы, поощряли тесный и постоянный контакт с актерами театра на правах равного члена этого коллектива.

Активное вовлечение самого больного в борьбу за восстановление голоса и вместе с этим общего здоровья, проводимое нами по принципу «партнерства», дало положительный эффект. В дальнейшем, как только была достигнута подвижность парализованной складки, больной К. был допущен к прослушиванию в классе. Ему было предложено спеть перед своими товарищами романсы и отрывки из опер. В организованной обстановке голос у больного певца звучал с полной силой, тембрально насыщенно, без болезненных проявлений в голосе. Таков был путь подготовки больного к спектаклю. В дальнейшем, лишенный на некоторое время поддержки лечащего врача, больной К. вновь впал в состояние депрессии и неуверенности в своем голосе. Из-за неуверенности в физическом состоянии голосового аппарата, не решился выйти на сцену, и вынужден был отказаться от выступления (спектакля).

Не лишено интереса, что больной К . , обладая прекрасным голосом (баритон), являлся ведущим солистом театра, и его болезнь заметно отразилась на текущем репертуаре театра.

24/III 1974 г. было возобновлено лечение, направленное на восстановление разрушенной правой голосовой складки фонаторной голосовой щели. Вновь была проведена полная санация всей слизистой оболочки полости рта и глотки, ежедневные инстиляции в гортани, физио-

процедуры, временами инъекции, психотерапия. После закрытия голосовой щели перешли на фонопедические упражнения по восстановлению голоса. Фонопедические упражнения были использованы нами как вспомогательные дополнительные тесты одного из видов стимулирующей терапии. Были также использованы упражнения на открытые и закрытые слоги, а позднее и гаммы. После больших и длинных гамм разрешали петь отрывки из арий и романсы.

Пример лечебного режима:

- 3/VI-75 г. Осмотр голосового аппарата до пения.  
Объективно – контакт между связками полный, тонус слабый. Дали минимальную вокальную нагрузку.  
– мычание на «м».
- 4/VI-75 г. Осмотр голосового аппарата до пения. Голосовой аппарат без ухудшения. Проведена психотерапия.  
– мычание на «м».
- 5/VI-75 г. Осмотр голосового аппарата до пения.  
Проведена психотерапия.  
– слоги.
- 6/VI-75 г. Упражнения на открытые и закрытые слоги «мом-мум».
- 7/VI-75 г. Упражнения в пределах терции-кварты.  
Упражнения в пределах терции-кварты, терции-квинты.
- 8/VI-75 г. Отдых от пения.  
Упражнения в пределах кварты-квинты, сексты.  
В пределах одной октавы на протяжении 10 минут.

После регулярных дозированных и последовательных фонопедических упражнений, которые способствовали стойкому смыканию голосовых связок, голос больного снова стал профессионально звучным, и было решено ввести его в русло квалифицированной профессиональной деятельности. С этой целью он был передан концертмейстеру. В беседе с концертмейстером была достигнута договоренность о соблюдении принципа постепенного нарастания технически трудных произведений, а также тщательного контроля над голосовым аппаратом до и после вокальной нагрузки.

В начале при работе с концертмейстером больному певцу приходилось трудно – голос быстро уставал и временами даже срывался. Певец явно не выдерживал обычной профессиональной нагрузки, поэтому больному К. продолжали оказывать помощь в течение всей работы над голосом, вплоть до выхода его на спектакль. Такие совместные поддержки лечащего врача и концертмейстера привели только к полному восстановлению и укреплению парализованной голосовой складки. В результате голосовая щель закрылась полностью. Голос больного стал по-прежнему звучным, чистым, мощным, тембрально-насыщенным.

При повышающейся голосовой нагрузке голос продолжал звучать с полной силой. Он был допущен к спектаклю ( ! ) .

Выступления в ряде спектаклей (1/III 1975 г. – «Иоланта»; 22/III 1975 г. – «Сельская честь»; 26/III 1975 г. – «Паяцы»; 30/III 1975 г. – «Сельская честь») способствовали бодрости, настроению и тем самым укреплению механизмов психической защиты. Срывов в ходе спектаклей не наблюдалось ни разу. Больной К. 30/III 1975 г. получил благодарность от дирекции театра за высокохудожественное исполнение этих ролей.

Достигнутый успех дал больному возможность преодолеть ряд трудностей, возникающих в творческой деятельности. Вера в полное возвращению певческого голоса сама явилась стимулом выхода из депрессии. По мнению В.П.Днепровской (1974), при выходе из затяжного состояния депрессии у некоторых больных сохраняются астеноподобные черты со снижением выносливости

к жизненным нагрузкам, а также такими явлениями, как чувство неудовлетворенности и раздражительности. В нашем же случае больной, веря в отличное физическое состояние голосового аппарата, окончательно успокоился, приподнялось общее настроение, и астенические черты стали постепенно исчезать. Больной К. влился в творческую жизнь театра.

Вся последующая профессиональная жизнь больного К. подтверждает правильность нашего подхода и эффективность применяемых нами методов.

В заключение хочется подчеркнуть, что современная лечебная фонология все больше выходит из рамок своей как бы ограниченной роли. Она все шире переплетается с другими областями медицины: эндокринологией, гинекологией, психиатрией. Примером этого может послужить и вышеописанный случай.

Становится очевидным, что фонологическое лечение, направленное на восстановление пораженного локального органа – гортани, помогло относительно быстрому восстановлению как утраченной голосовой функции, так и наступлению ранней реабилитации больного реактивной депрессией. Но полному клиническому выздоровлению способствовали дополняющие друг друга комплексы – фонологического и интенсивного психофармакологического лечения с психотерапией.

Психопатологический подход должен быть использован в лечебной фонологии. Основным в профилактике нервно-психических заболеваний среди певцов-профессионалов мы считаем укрепление соматического состояния, а также соблюдение правил психогигиены. В случае надобности следует прибегать к дифференцированной психотерапии. Оправдано также введение специальных тестов для распознавания психогигиенических и психострессовых моментов у фонологических больных, разработанных совместно с врачами-психотерапевтами.

## ХУДОЖНИКИ-ЛЮБИТЕЛИ:

### Наблюдение 9

#### РИСУНКИ

Автор Б.Т.Д., любитель, не имеет специального художественного образования (по образованию физик), но с детства увлекается живописью и поэзией.

38. Демон.

39. Сон (мистика).

40. Бой с быком (в античном Риме).

41. Символика.

42. Дом на окраине оврага.

43. Портрет девушки.

44. Осенний пейзаж.

45. Пейзаж «Осень» (два дерева).

46. Отдых, спокойствие (дом у озера).

47. Мир в моем представлении.

48. Я и моя среда.

#### РЕЦЕНЗИЯ

Автор не обладает соответствующими способностями в области проявления вкуса в живописи, но чувствуется большая любовь к образному мышлению, к окружающей действительности.

**Судя по его произведениям, автор старается показать самостоятельный подход к восприятию действительности. Его фантастические произведения более интересны по композиции, чем реалистические работы.**

**История болезни № 1195**, больной Б.Т.Д., возраст 28 лет, образование высшее, по специальности физик, уроженец г. Тбилиси. Поступил повторно.

**Диагноз:** шизофрения.

**Анамнез жизни:** родился в срок, развивался нормально, с раннего детства подвижный, способный, серьезный и послушный. В школу начал ходить в 7-летнем возрасте, уживался с товарищами, но предпочитал уединение, часто замыкался в кругу своих интересов, отгораживался от общества и занимался техникой, изобретением разных простых конструкций. С детства отмечается склонность к художественному творчеству, рисует, занимается музыкой, порой пишет стихи, но скрывает от посторонних. Много болел, перенес почти все детские инфекционные болезни. Также тяжело перенес инфекционную желтуху в результате осложнения кори. В школе учился хорошо. Успевал по всем предметам, особенно легко удавались математические предметы. Окончив школу, поступил в Тбилисский университет на физико-математический факультет. Характеризуется тем, что при хорошей учебе и уживчивости с товарищами предпочитал уединение, занимался то музыкой, то рисованием.

**Анамнез заболевания:** начиная с пятого курса, было замечено, что продуктивность в учебе стала снижаться. В 1960 году в январе месяце больной обнаружил в себе «неисчерпаемые возможности фантазии». Он оказался во власти страсти создать образ художественного произведения глубоко философского характера. С этой целью он выбрал киносценарий (к сожалению, его у нас нет). «В нем красной нитью проходит идея о том, что ухудшение материального благосостояния превращает людей в животных, и они становятся врагами».

Больной уверен в успехе, обращается в киностудию. У больного отмечается повышенная чувствительность и странности в поведении. Получив отказ, больной достал деньги (продал костюм и некоторые вещи), и невзирая на категорическое сопротивление со стороны семьи, выехал в Москву. Он уверенно заявлял, что «сценарий будет приобретен Московской киностудией», и на эти деньги он купит машину. Он радовался этому заранее, вел себя как малый ребенок, пел, веселился. В Москве его встретил старший брат. И ему тоже не удалось переубедить больного изменить решение, оставить эту нелепость и обратиться к врачу. Больной все же добился встречи с одним кинорежиссером, который пообещал пересмотреть сценарий и дать ответ. Этот факт был воспринят им с большим удовольствием. Весь день он провел среди друзей брата, потратил достаточно денег на кутеж, будучи уверенным в успехе.

Всем рассказывал о случившемся: «Мне удалось совершить реформу в киноискусстве». Старшему брату не удалось добиться от него согласия вернуться на второй день вместе с ним в Тбилиси. Так как старший брат должен был срочно вылететь, он попросил своих друзей два дня присмотреть за больным. В ожидании ответа больной разгуливал по Москве, купил гитару, играл на ней, приставал к прохожим, особенно к девушкам, пел, танцевал в парках, вел себя весьма странно. Не дождавшись ответа, он пошел на Московскую киностудию с гитарой в руках, где привлек внимание окружающих: остановился посреди студии и начал петь, манерничать, высказывать мысли о своих достоинствах, а затем разделся и приступил к физическим упражнениям, подпрыгивая (его рост 1,9 м), прикасался к люстрам. Он не поддавался никаким уговорам и предупреждениям, в результате чего с помощью милиции был доставлен в психоприемник (14/1-1960 г.), откуда был переведен в Республиканскую психиатрическую клиническую больницу г.Тбилиси. Диагноз: «шизофрения; бредовый синдром, слуховые галлюцинации с гебефреническими проявлениями, расщепление мышления». С тех пор по поводу периодических обострений больной поступает четвертый раз на стационарное лечение. В период между рецидивами он работает по своей профессии в Институте телемеханики и автоматики.

В клинике проводился курс лечения инсулином, аминазином, стеллазином, галоперидолом. Лечение дает положительные результаты: больной выходит из болезненного состояния, компенсируется и через некоторое время приступает к работе. Болезнь протекает прерывисто, но прогрессивно, со снижением всей личности и последовательным потускнением социальных связей. Этому способствует и неудача в личной жизни (несколько раз он разводился с женой).

Под наблюдением он находился с 1960 года, последний раз поступил в январе 1967 года в связи с обострением состояния; высказывает бредовые мысли по отношению к окружающим, пищу не принимает, утверждает, что мать и отец его отравляют; ведет себя странно, подпрыгивает, ходит по улице раздетым, конфликтен, агрессивен по отношению к другим.

**Соматическое состояние:** больной высокого роста (1,9 м), правильного телосложения, патологических отклонений и деформаций со стороны суставов, мускулатуры и скелета не наблюдается. При обследовании внутренних органов выраженных отклонений от нормы нет.

**Неврологический статус:** объективных признаков повреждения центральной нервной системы выявить не удастся. Функции черепно-мозговых нервов сохранены. Сухожильные и периостальные рефлексы равномерны, симметричны, патологических рефлексов нет. Зрачки равномерны, правильной формы, реакция на свет живая, аккомодация и конвергенция сохранены. Чувствительность кожи сохранена. В позе Ромберга устойчив.

**Метод установки, фиксированной в галлюцинаторной сфере:** в результате исследования выясняется, что у испытуемого вырабатывалась стойкая фиксированная установка (контрастная иллюзия) при отсутствии объективного восприятия критического материала (30 раз). Установка легко возбудима, лабильная, грубая и динамического типа и, согласно И.Т.Бжалава (19), Ф.М.Контридзе (98), характерна для параноидной формы шизофрении.

**Психический статус:** правильно ориентирован во времени и пространстве. На вопросы отвечает неохотно, односложно и формально. Восприятие окружающего правильное. Со стороны расстройства восприятия отмечаются периодические слуховые галлюцинации, галлюцинации обоняния и психические автоматизмы воздействия сексуального содержания («меня заставляют раздеваться, ну что в этом плохого?»). Пищу из дома не принимает, категорически против, так как она отравлена. Высказывает бредовые мысли по отношению к окружающей действительности («я знаю, за мной следят; меня хотят отравить даже собственная мать и тетя, но я никому плохого не сделал, почему они так поступают?»). Ассоциации формально последовательные, суждение паралогическое, критика собственного состояния отсутствует. Интеллект сохранен в рамках приобретенной социальной практики; предпосылки интеллекта – речь, память и внимание – без особых патологических отклонений.

**Образ клинической жизни:** аутистичен, эспонтанен, малообщителен, гипотоничен, временами проявляет импульсивное возбуждение, тогда и становится агрессивным и конфликтным; поведение



**НАБЛЮДЕНИЕ 9.**  
**Рис. № 38. Демон.**  
**(Вялотекущая прогрессивная шизофрения**  
**с бредом синдрома).**  
**1963г., давность заб. 3 года.**



**НАБЛЮДЕНИЕ 9.**

**Рис. №39. Танцовщица.**  
**/собств. композиция – «Это мой мир» /**  
**(с парафрен. синдромом).**  
**1965 г., давность заб. 5 лет.**

странное, ходит почти голым, босиком, часто меняет постель, входит в конфликт с больными и лечащим персоналом; когда его призывают к порядку, не подчиняется режиму и порой приходится применять принудительные меры. Временами он спокоен и находится в мастерской, где и заканчивает разные композиции, в основном, интересуется скульптурой и лепкой. Моторно-волевая сфера представлена кататоническими проявлениями, манерность, импульсивность, возбужденность. Критики собственного состояния нет.

Проводили лечение в последний раз стеллазином, одновременно был приобщен к трудовой творческой деятельности в художественной мастерской. Находился в стационаре в течение четырех месяцев и выписался в состоянии ремиссии. После кратковременного отдыха он приступил к работе по специальности, а впоследствии был переведен на пенсию.

### Клинико-художественный анализ

**а) Клиническая часть:** центральное место в клинической картине болезни занимает своеобразное острое «полисиндромальное» начало, отражающее процесс изменения отношения больного к окружающему миру. Проявляется оно в форме «бредового озарения» – идея создания киносценария, нелепые поступки (едет в Москву – бросает учебу, приобретает гитару, поет и подпрыгивает на улицах, в киностудии, теряет чувство реальности и т.д.) с гебефреническими элементами, утрата критических способностей, утеря возможностей социальной ориентировки при формально сохраненной ориентации во времени, месте и окружающей среде.

Вышеизложенное указывает на специфическое изменение уклада всей личности, на наличие «атактического, дискоординационного психотического расстройства» (99).

На фоне полной дискоординации между чувственными переживаниями, интеллектуальной оценкой событий и изменением структуры личности разворачивается вся клиническая симптоматология.

В данном случае в клинической психопатологии ведущим синдромом является феномен расщепления, патология сознания в форме «атактической аменции», которая в дальнейшем при прерывистом течении болезненного процесса находит клиническое оформление преимущественно в параноидной форме (бред преследования и отравления). Постепенно нарушаются трудовые связи, больной становится уединенным, оторванным, проявляет импульсивное возбуждение, поверхностен, безразличен, совершает навязчивые действия. Болезнь принимает прогрессивный характер. Ремиссии кратковременны (6 мес. – 1,5 года), в этот период он дважды возобновил работу по специальности, но впоследствии был переведен на пенсию.

Вышеизложенная клиническая картина с характерной симптоматикой квалифицирована отделением и объединенной конференцией НИИ психиатрии им. М.Асатиани как шизофреническое заболевание. Последующее течение (8 лет) и клиника окончательно закрепляют правильность диагноза.

### **б) Художественная часть:**

**Творчество:** в анамнезе жизни мы подчеркнули его характерологические особенности и способности, а также склонность к художественному творчеству как любителя. Поступив в больницу уже в 1960 году, он привлекает наше внимание своей склонностью к рисованию и лепке.



Рисунки графические разного содержания – встречаются лирические, бытовые и религиозные, порнографические темы, а также скульптура портретная.

Каковы же основные темы, лейтмотивы и вся динамика творчества? Помимо вышеизложенного, встречаются композиции по сюжету: Демон, девушки, скульптура Аполлона, скульптура Венеры, скульптура музыканта, барельеф больного и др.; среди графических рисунков встречаются лирические и бытовые, религиозные и порнографические композиции.

Большой работал в мастерской в определенные часы, отведенные для этого, с элементарными приспособлениями, которые необхо димы скульптору, в крайне неудобных условиях, но невзирая на это

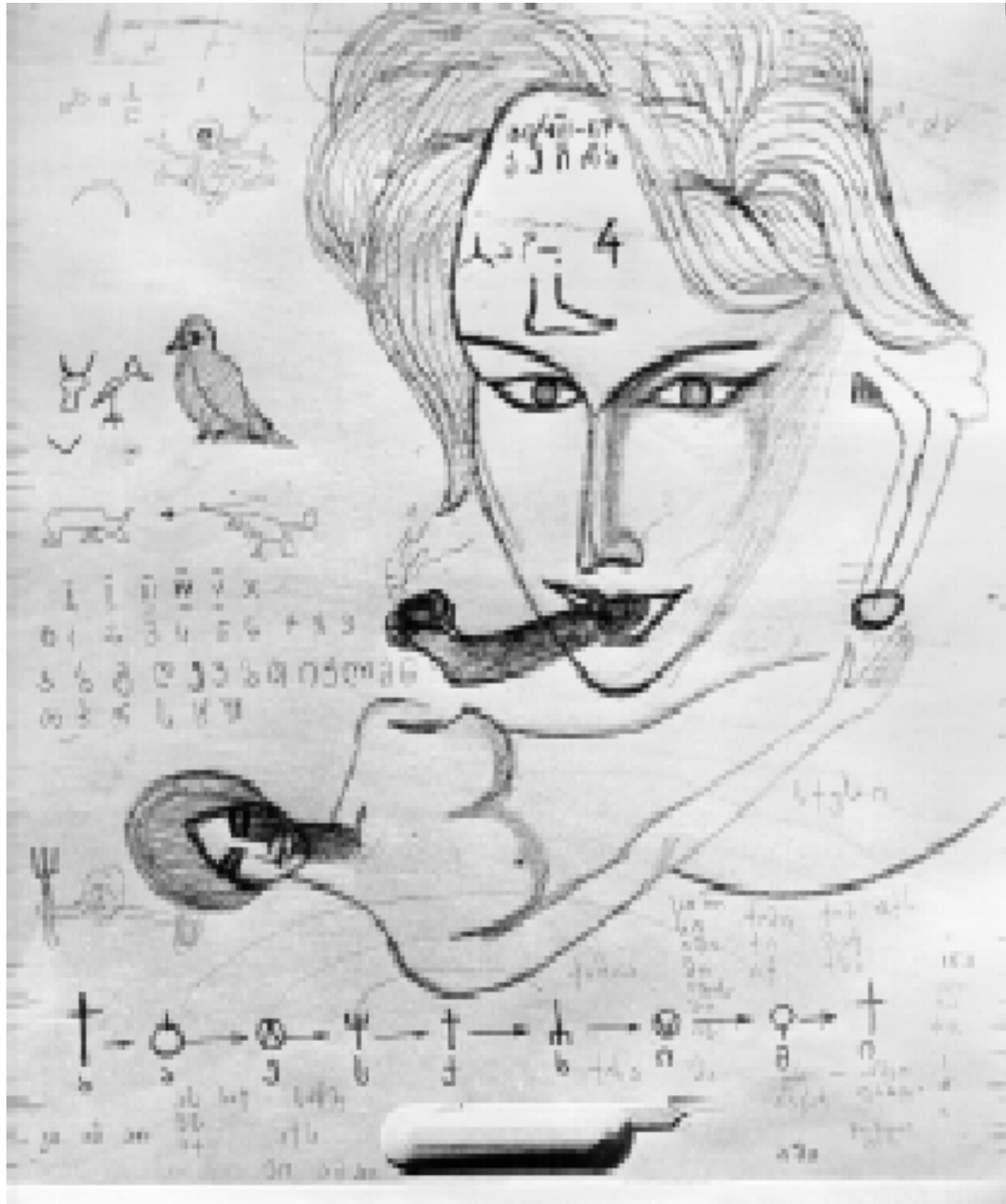


#### **НАБЛЮДЕНИЕ 9.**

**Рис. № 40. Бой с быком в античном мире.**

**/собствен.композиция с мистическим содержанием/.**

**Спасая женщину, которая привязана к быку, богатырь вступает в схватку с ним  
/парафренческая стадия, бред.величия и всемогущества/, 1968 г.**



**НАБЛЮДЕНИЕ 9.**

**Рис. № 41. Система собственной информации.  
/символика стадия дефекта, полный развал основного  
динамического профессионального стереотипа/, 1969 г.**



**НАБЛЮДЕНИЕ 9.**  
**Рис. №42. Дом на окраине оврага.**  
**/после компенсации дефекта/, 1971 г.**



**НАБЛЮДЕНИЕ 9.**  
**Рис. №43. Портрет девушки,**  
**/воображение/, /после компен. дефекта/, 1972 г.**



**НАБЛЮДЕНИЕ 9.**  
**Рис. № 44. Осенний пейзаж.**  
**(Постдефектный период), 1972 г.**



### НАБЛЮДЕНИЕ 9.

**Рис. №45. Одиночество /два дерева/.  
(Постдефектный период), 1973 г.**

(мы хотим особо заострить внимание на скульптурной композиции «Демон»), автору удалось воплотить «внутреннее» в образах и достичь действительно динамического ритма всей композиции. Здесь особо подчеркивается феномен движения на фоне недостаточной и грубой техники. Эта композиция была отлита в гипсе в период нахождения больного в психиатрической больнице в 1965 году.

Тематика графики, как мы уже отмечали, представлена в основном бытовыми, лирическими, порнографическими мотивами, а впоследствии на парафреническом этапе были выполнены картина религиозного содержания «Христос среди учеников», «Танцовщицы», «Бой с быком» и символическая продукция.

Проследивая весь процесс художественного творчества больного в связи с различными этапами развития болезни в представленных композициях, мы особо подчеркиваем отсутствие настоящего времени, т.е. болезненных переживаний, актуальных в настоящем для больного как фактора, являющегося первоначальным доказательством отрыва больного от действительности, от окружающего мира. Во-вторых, четко проявляется регресс образного выражения на пятый год течения болезненного процесса. («Танцовщицы», «Бой с быками» и символические изображения) .

И, наконец, опять-таки налицо факт взаимообособленности по содержанию структуры психоза (синдром и его содержание) и тематической структуры творчества (бред отношения, отравления и воздействия и т.д.).



Если на парафреническом этапе заболевания (7 лет) появляются композиции, содержащие почти все признаки специфического шизофренического комплекса, описанного в литературе, в частности, воскресение взглядов и верований давно минувших времен и эпох («Танцовщицы», «Явление Христа»), признаки архаичности психики шизофреников (Шторх), символика, набивка поверхности картины (В.Моргенталлер, Э.А. Вачнадзе, 35) шрифты и схемы, являющиеся составными частями «специфического шизофренического комплекса» (Э.Вачнадзе), то этого нельзя констатировать в произведениях, созданных больным на инициальной и параноидальной стадиях течения болезненного процесса («Демон», «На пляже», «Любовь к женщине»), что лишний раз доказывает относительную неверность положения, утверждающего возможность констатации вне связи с клиникой шизофренических признаков в каждом рисунке без учета стадийности в течении болезни.

Какова оценка собственных композиций?

«Я старался сделать все, что мог, воплотить свой замысел в образах, а насколько этого добился, это уже дело зрителя, а не мое».

**Рецензия:** «Анализируя произведения больного, можно прийти к выводу, что он не имеет специального художественного образования. Однако он не лишен фантазии и вкуса.

Его работы не столько примитивны, сколько неумелы. Это значит, что он, создавая свои работы, делает попытку выполнить их грамотно и реалистически, вовсе не желая быть примитивистом.

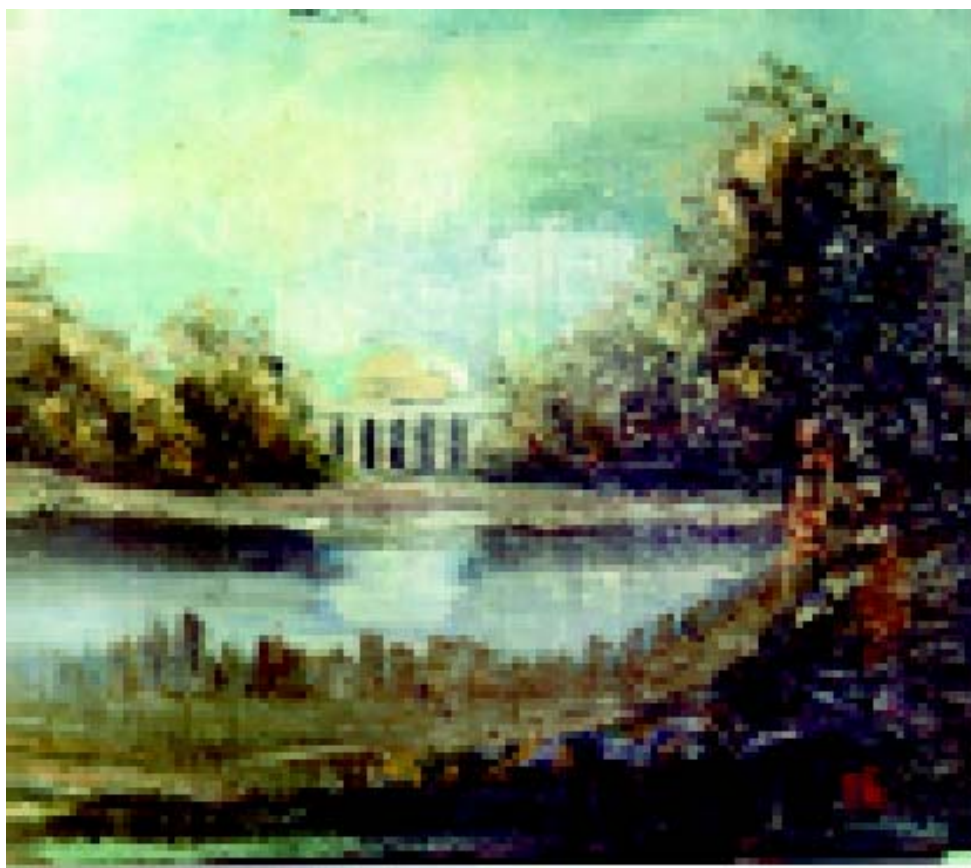
Он старается улучшить качество своих работ, не успокаиваясь на достигнутом. Из всех его работ одна выделяется своим содержанием и манерой выполнения и создает впечатление мистицизма» (В. Джапаридзе, зав. кафедрой живописи Академии художеств ГССР, профессор).

С 1969 года, в связи с периодическими обострениями статуса, больной неоднократно находится на стационарном лечении. С этого периода он полностью декомпенсировался как физик с высшим образованием и целиком увлекся рисованием. Обрел новую жизнь (как компенсацию на дефект).

Поэтому вся последующая стратегия применения комплекса лечебно-восстановительных средств была нами направлена на переориентацию личности в сторону формирования художественного стереотипа.

**Лечение: I этап.**

1. Строгий режим.
2. Лечение препаратом модитен-депо с корректорами.
3. Симптоматические средства: общеукрепляющие, витаминотерапия, физические зарядки.



**НАБЛЮДЕНИЕ 9.**  
**Рис. №46. Отдых.**  
**Спокойствие, дом у озера.**  
**(Постдефектный период), 1973 г.**





**НАБЛЮДЕНИЕ 9.**  
**Рис. №47. Мир в моем представлении.**  
**1974 г.**

**II этап.**

1. Частое собеседование.
2. Обсуждение в мастерской экспонируемых материалов, композиций.
3. Составление графика работы и строгое соблюдение режима.
4. Включение его в групповую форму обсуждения, с целью восстановления способности общения.
5. Выполнение работ по инструкции.
6. Вовлечение в смешанную группу общения (мужчины и женщины).
7. Перевод на режим ночного, а впоследствии – дневного стационара .
8. Экспонирование его произведений для посетителей, предоставление ему права самому объяснять свое творчество.
9. После выписки сохраняем принцип дневного стационара.

**Заключение**

После проведения всего комплекса больной в течение одного года стал интенсивно заниматься рисованием, выполнил огромное количество рисунков живописи как спонтанного, так и инструктируемого характера. В рисунках преобладает синий цвет: синие глаза, синее небо, пожелтевшие листья, осенний пейзаж, в центре которого стоят два дерева с высохшими листьями.

Больной находился дома 4 года в состоянии компенсации, но не работал.

Приводим для наглядности описание и разбор самим больным собственной картины, нарисованной по инструкции «Я – среда», «Мир в моем представлении»:

«Данная картина представляет собой одну из возможных интерпретаций темы: «Мир в моем восприятии»ю

Тема эта решена с помощью аллегорических допущений и символики. В центре композиции в окружность вписаны треугольник и прямоугольник, которые являются в картине символами геометрии и представляют науку.

В окружности, расширяя ее, человеческая фигура, пропорции тела человека, выработанные Леонардо да Винчи. Символично, что человеческая фигура находится в центре картины и выявляется с заднего фона, через лист головой, как бы глядит, познает и открывает сложный, окружающий его мир.

В картине находим и библейские представления о мире, это и яблоко бытия, запрещенный плод с древа познаний, и дерево, олицетворяющее собой род людской, и домик на дереве, представляющий людей как одну семью.

Есть здесь и элементы современных знаний. Например, зубчатое колесо, которое, одновременно являясь плодом знаний, вращается от лучей солнца, напоминая нам об источнике жизни на земле.

Признак современности отражает и женская фигура, лежащая на диване и слушающая магнитофон. Около дивана мы видим столик с вещами личного обихода.

В окружность же вписан и циферблат часов, связывающий вместе понятия времени, материи (яблоко) и пространства (движения стрелок).

На стрелке часов опять женская фигура, которая напоминает нам о быстротечности и легкости всего земного, о праздности и времяпрепровождении.

В целом картина оставляет приятное впечатление и, как нам кажется, является неплохим решением вышеуказанной темы с помощью символики и аллегории».

Анализируя вышеизложенное и сопоставляя его с клинико-психопатологическими данными, можно с художественной точки зрения констатировать следующее:

- 1) Наличие символического мышления в изложении и построении композиции.
- 2) Нагромождение фактуры.
- 3) Воскресение взглядов и верований давно минувших времен и эпох (Гиляровский), т.е. элементы архаичности.
- 4) Сексуальное оголение, страсть и влечение к противоположному полу.
- 5) В центре композиции человек, который «познает и открывает сложный, окружающий его мир».

С клинико-психопатологической точки зрения отмечается:

- 1) Отсутствие в основном критики собственного болезненного состояния.
- 2) Парафреническая оценка собственного достоинства и собственных возможностей (бред «озарения» и величия в дебюте заболевания, острая парафрения).
- 3) Сексуальное оголение (извращения, эксгибиционизм).
- 4) Дурашливость и амбивалентность.
- 5) Аутистический образ жизни.

В данном случае очевидно, что личностные особенности (как преморбидные, так и психопатологические) в инструктируемом творчестве выявляются гораздо рельефнее, чем это можно констатировать в спонтанном творчестве (оба вида творчества в целом дают единую картину состояния преморбидных и морбидных особенностей. Поэтому наши суждения носят относительный характер по отношению к обоим видам творчества). Ясно и то, что в данной форме инструкции происходит провоцирование личности больного.

Не подлежит сомнению и факт сохранности приобретенных профессиональных навыков. Но наиболее интересным в научном отношении является в данном аспекте процесс взаимоперехода,



### **НАБЛЮДЕНИЕ 9.**

**Рис. №48. Я и моя среда.**

**1974 г.**

взаимоотражения, вернее взаимосвязи и обусловленности структурных особенностей (преморбидной и морбидной) личности в художественном творчестве.

Одно ясно, что обнажаются более рельефно биологически обусловленные свойства.

Приводим описание и разбор больным картины, нарисованной по инструкции «Я и среда»:

«Картина представляет собой живописное воплощение темы «Я и среда».

Я и среда – эти две части картины легко выделяются друг от друга.

Часть «Я» – это фигура мужчины на переднем плане. Все остальное, то есть пейзаж и четыре группы фигур, призваны изображать среду.

Первая часть картины это не портрет, а обобщенная форма сущности «Я».

Это и жест, немного абстрактный, но очень символический, мы имеем в виду руку, обнимающую фигурку живописца. Сама фигура живописца за работой представляет в картине искусство.

Фигура велосипедиста и гребцы – понимаются как символы спорта.

Парк, скамейки у дерева и читающий газету человек напоминают об отдыхе.

Итак, в картине представлены искусство, спорт, отдых. На фоне пейзажа – все это «среда», а «Я» – центральная фигура, связанная с искусством символическим теплым объятием, говорит о моем отношении к искусству.

Все это вместе неплохое решение темы: «Я и среда».

**РИСУНКИ**

Автор Джв.Р.П., учитель физкультуры, художник-любитель.

- 49. Натюрморт.
- 50. Озеро (спокойствие).
- 51. Пейзаж (Кавказский хребет).
- 52. Влюбленные (групповой портрет).
- 53. Страсть. Портрет женщины (воображение).

**РЕЦЕНЗИЯ**

Работы безусловно представляют интерес с точки зрения колорита и композиции, что указывает на скрытые возможности автора.

Из общего числа работ следует отметить «Пейзаж (ущелье и горы)», групповой портрет и «Натюрморт».



**НАБЛЮДЕНИЕ 10.**

Джв. Н.В. Художник-любитель.

Прогрессирующая шизофреническая стадия с бредовым синдромом /преследования, отравления и воздействия/.

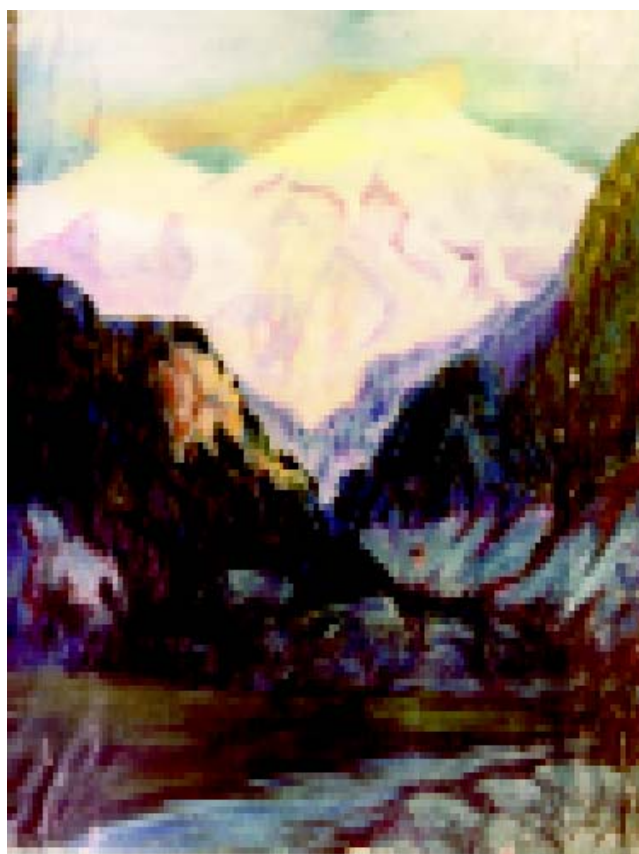
Рис. № 49. Натюрморт.

/Бред. стадия/.



**НАБЛЮДЕНИЕ 10**  
**Джв. Н.В. Художник-любитель.**  
**Рис. №50. Озеро (спокойствие).**  
**/Бред. стадия /.**





**НАБЛЮДЕНИЕ 10**  
**Джв. Н.В. Художник-любитель.**  
**Рис. №51. Пейзаж – Кавказский хребет.**  
**/период ремиссии/.**



**НАБЛЮДЕНИЕ 10**  
Джв. Н.В. Художник любитель.  
Рис. №52. Влюбленные.  
/Бред.стадия, повторное поступление/.



**НАБЛЮДЕНИЕ 10**  
Джв. Н.В. Художник-любитель.  
Рис. № 53. Страсть. Портрет женщины .  
/Бред. стадия/.

*Наблюдение 11*

### **РИСУНКИ**

Автор С.С.К., маляр, художник-любитель, рисует с детства.  
54. Моя судьба.

### **РЕЦЕНЗИЯ**

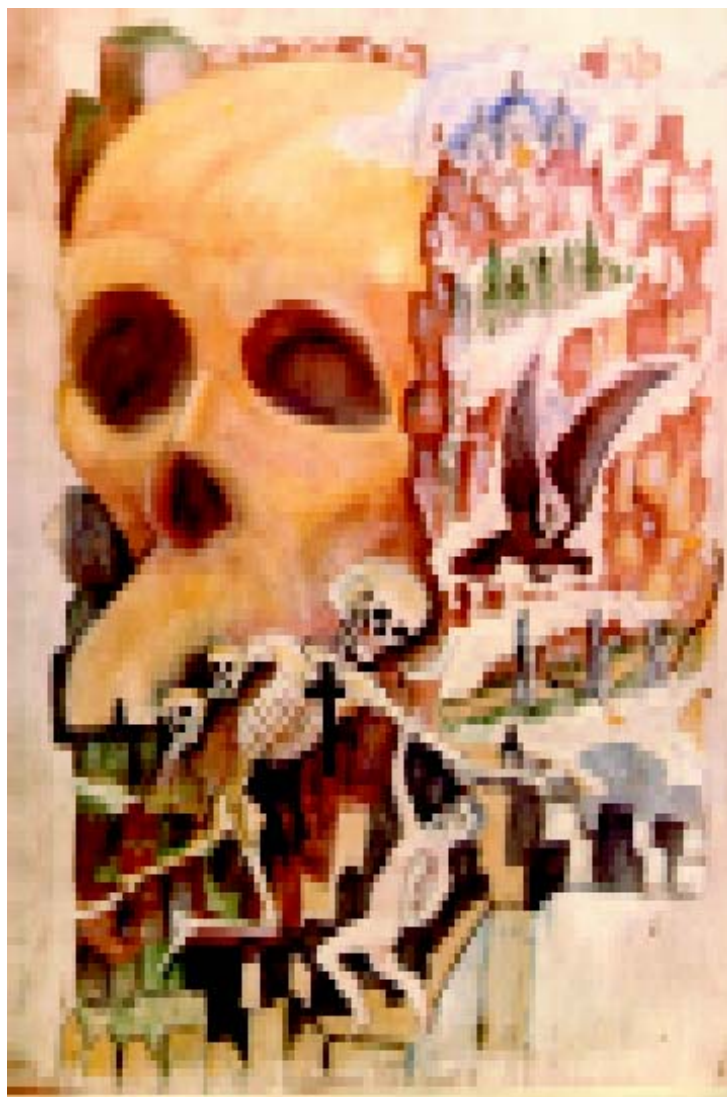
Автором внимание уделено собственной фантазии, отображающей собственные болезненные переживания.



**В процессе нормальной творческой деятельности он может проявить нормальный вкус в изображении окружающей действительности.**

Ист. № 1115

1. Церковь, казенный дом.
2. Лес и лесной пожар, ископаемые, желания, что оканчивается неудачей!
3. Орёл. Неудачные известия.
4. Казненные люди, очередной шаг к умерщвлению.
5. Старые крепости, борьба с жизнью.
6. Недоверие ко всему.
7. Ведя себя на край пропасти, чувства не оправдывают этих сил.
8. Неудачи, которые не дают просвета к удачным надеждам, будет или не будет счастье остатками сил не подтверждается.
9. Приведя себя к последнему средству и сдерживая в себе якобы подлинное настроение (алкогольные напитки). Округлив всю трудную жизнь, нет сил двигаться дальше. Семья становится непосильной ношей.
10. Скрывая свои слабости последними силами, семья терпит болезненные переживания.
11. Поменяв семьи результат остается прежним.
12. Равенство двух кратных равных алкогольных напитков, результат остается прежним с усиленно невыносимой тяжестью.
13. Блуждаю, а признаться совестно.
14. Как теряется настойчивость бороться с жизнью.
15. Путь к здоровью открыт.



**НАБЛЮДЕНИЕ 11.**  
**Рис. № 54. Моя судьба.**  
**На край пропасти (по инструкции).**  
**Интерпретацию автора см. в тексте, на 195 с.**

**Наблюдение 12**

### **РИСУНКИ**

**Автор И.О.Г., художник-любитель.**  
**55. Мир в моем представлении.**

### **РЕЦЕНЗИЯ**

**Автор обладает довольно смелой фантазией при отсутствии соответствующих способностей и профессиональных навыков.**



**НАБЛЮДЕНИЕ 12.**

**Рис. № 55. Я и моя среда.**

*/по инструкции/*

**/Злокачественно текущая шизофрения с галлюцинаторно-бредовым синдромом. Парафренческий этап/.**

## ГЛАВА V

### АНАЛИЗ ИССЛЕДОВАНИЯ

Прежде чем приступить к анализу демонстрируемых случаев (экспонируемого материала), считаем целесообразным вновь сосредоточить внимание на методологически обоснованной альтернативе, определяющей целевую направленность всей нашей исследовательской работы.

*Наблюдение 13*

#### РИСУНКИ

**Автор К.С.К., художник-любитель.**

**56. Дорога в горах.**

**57. У моря.**

#### РЕЦЕНЗИЯ

**Автор пейзажей обладает вкусом, но чувствуется отсутствие опыта и знаний основных законов живописи.**

Как указывалось во введении, суть ее заключается в сопоставлении двух систем:

1. Художественное творчество – среда – личность.

2. Художественное творчество – психоз – личность. Если на первом уровне тесной взаимоконstellляции – художественное творчество – среда – личность – основной определяющей структурой является обусловленность среда – личность (!), то, естественно, возникает вопрос: каким образом преломляется и осуществляется связь на втором уровне – художественное творчество – психоз – личность при процессуальном изменении онтогенетического уклада личности? Точнее говоря, диктуется ли процесс активности и поведения, т.е. художественное творчество как одна из форм активности, гетерогенными процессуальными психотическими структурами или как защитная реакция детерминируется гомогенными механизмами личности, противостоящей становлению вновь созданного психопатологического качества.

Какова же последовательность фактов и вытекающих из этого выводов?



### НАБЛЮДЕНИЕ 13.

К.С.К. Художник-любитель.

Рис. № 56. Морское побережье.

(Вялотекущая форма шизофрении с бредовым синдромом),  
1971г. Давность заболевания 3 года.

Проанализировав представленный материал, нельзя не отметить в принципе **объективный факт** сохранности преморбидной склонности к искусству среди профессионалов и любителей как до, так и в период инкубации и после манифестации болезни с определенным изменением интенсивности темпа творчества (более или менее активность).

Таким образом, при благоприятных условиях у личности сохраняется потребность к активности (!), направить свои усилия в сторону реализации собственных переживаний в образах, творчестве и тем самым поневоле выявить состояние системы отношений во всех трех измерениях, в противоположность клиническому аутизму.

**Второй факт.** При дифференциальном подходе выясняется, что в спонтанном творчестве больной игнорирует свои болезненные (гетерогенные) переживания (за исключением бреда любви (наб.1 №№ 2,4,7,12), как бы отталкивая их, защищаясь от них, и делает уход в сторону лирики (рис. №№ 1, 3, 5, 6, 8, 9, 11, 15, 17, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 29, 31, 32, от 43 до 47, от 50 до 54 и т.п.), как в начальных стадиях болезни, так и в состоянии компенсации после перенесенного приступа (сл. № 5, 8, рис. №№ 23, 43, 44, 45, 46 ; сл. № рис. 52, 53, 54, 59, 61, 67, 68, 69, 70 и т.д.).

**Третий факт.** Вопреки нашим ожиданиям, оказалось, что больные не лишены возможности правильно познать суть собственного состояния именно через творческие произведения, через образное мышление, только при настоящей инструкции «Мои переживания» (наб. № 2 , рис.16; наб. №5, рис. № 28; наб. №6, рис. № 33).

Инструктивное творчество выявляет глубинные переживания и потребности личности, находящейся в состоянии раздвоенности сознания (наб. 1, 9, рис. №№14, 48). Таким образом,

устанавливается определенная противоположная тенденция между вторым и третьим фактами, т.е. при игнорировании собственных переживаний в спонтанном творчестве констатируется их отражение в инструктируемом. Это дает нам возможность сделать вывод, что при особых условиях (!), в частности через образное мышление, больные сохраняют способность более или менее адекватно постичь суть своего реального статуса (социального и индивидуального). А это весьма



**НАБЛЮДЕНИЕ 13.**  
**Художник-любитель.**  
**Рис. №57. У моря. 1971 г.**

обнадеживающий факт, который должен найти свое практическое решение и применение.

### **РИСУНКИ**

*Наблюдения 14*

15

16

17

**Разные авторы.**

**58. Портрет Шолохова.**

**59. Натюрморт.**

**60. Портрет больного.**

**61. Портрет больного мальчика.**

### **РЕЦЕНЗИЯ**

**1. Портрет Шолохова, выполненный карандашом, вполне реален, с довольно-таки правильным рисунком.**

**2. Натюрморт выполнен неживописно, но видны старание и любовь к живописи.**

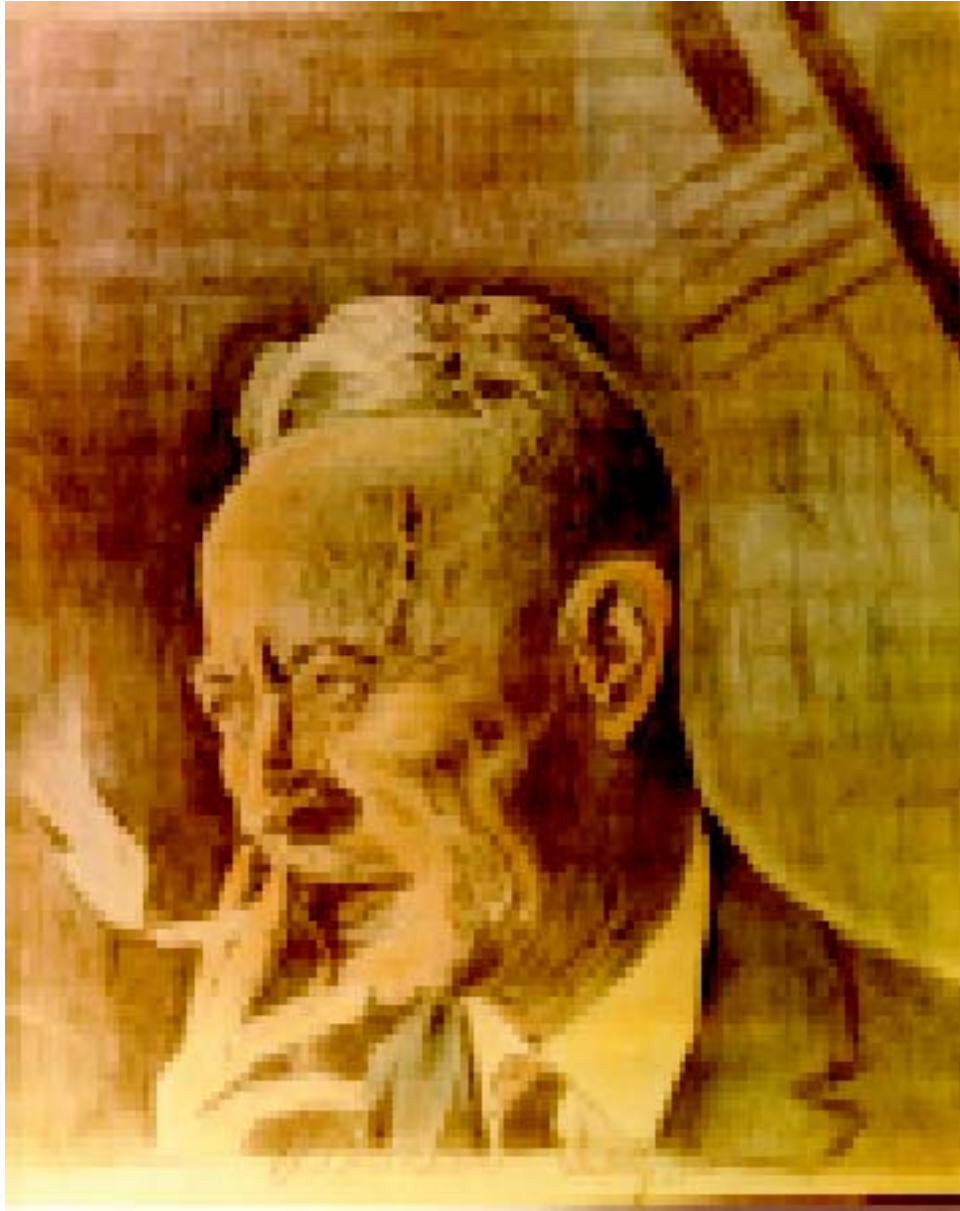
3. Портрет больного выполнен обладателем способностей к живописи, имеющим возможность углубить свои знания и обогатить свою фантазию в области живописного восприятия и познания.

4. Портрет больного мальчика – неумелое произведение. Автор далек от профессиональных способностей, примитив, но явно чувствуется его старание и поиск передать характер и черты личности с помощью цветовой комбинации. Можно констатировать, что у автора есть какие-то возможности, которые он может проявить при упорном обучении.

**Четвертый факт.** В процессе художественной творческой активности как в спонтанном, так и инструктируемом творчестве, профессионалы и любители проявляют интерес к людям, к окружающей действительности и к труду (наб. №1, рис. №1, 2, 3, 4, 7, 9; наб. № 3, 4, рис. №№18, 19, 20, 24; наб. №6, рис. №№31, 32, 34, 37) в противоположность клиническому аутизму. Это дает нам возможность предположить, что при процессуальном изменении личности в ее структуре, вопреки клинико-психопатологической картине, т.е. аспонтанности, отгороженности и аутизму, сохранена способность к общению, к отношению со средой в процессе творчества.

Это подтверждается и последующим **пятым фактом:** в частности, когда больные более или менее активно вовлекаются в групповые формы художественной занятости в процессе художественного творчества.





#### **НАБЛЮДЕНИЕ 14.**

**Художник-любитель.**

**Рис. №58. Портрет М. Шолохова.**

**1969 г. (Шизофрения, злокачественно текущая,  
бредов. синдром). Давность заболев. 5 лет.**

**Шестой факт.** Исходя из вышеизложенного, в частности констатируя у профессионалов и любителей наличие: 1. сохранности преморбидных склонностей к искусству и тем самым потребности к активности при особых условиях в клинике, 2. ухода по творческой тематике в сторону лирики и возможности более или менее адекватного постижения сути своего реального индивидуального и социального статуса через инструктируемое образное мышление, 3. интереса в отношении к людям, к окружающей обстановке и к труду в условиях художественной мастерской, 4. положительного отношения к групповым формам занятости в художественной мастерской, 5. учитывая состояние микросоциальной среды и 6. положение по месту работы, мы сочли обоснованным предусмотрение и определение в принципе их социального прогноза.



**Седьмой факт.** Проверив через катанестические сведения выставленный диагноз и социальный прогноз, мы лишним раз убеждаемся в правомочности толкования и интерпретации фактов, выявленных через сопоставление клинических и художественных данных по предлагаемой схеме № 1.

**Восьмой факт.** При благоприятном сочетании и совпадении основных параметров сопоставления, начиная с графы № 6, отмечается удлинение времени ремиссии втрое, а то и больше (наб. №№ 1, 2, 3, 4, 18, 20), или вовсе исключается повторное обращение в стационар данного контингента (наб. №2, 4) и, наоборот, при наличии неблагоприятной микросоциальной среды, встречного подхода со стороны руководства администрации по месту работы, неудовлетворительного, тем более отсутствия динамического наблюдения и долгого пребывания вне профессиональной обстановки констатируется углубление социальной дезадаптации (наб. №1, 5, 9; наб. №8).

Следует отметить также, что наличие неудовлетворительного динамического наблюдения (что, конечно, недопустимо) компенсируется за счет благоприятной микросоциальной среды (!) и встречного отношения по месту работы (профессиональной среды), чем



**НАБЛЮДЕНИЕ 15.**  
**Художник-любитель.**  
**Рис. №59. Натюрморт.**  
**Хрон. алкоголизм.**  
**(Делириозное изменение сознания).**



**НАБЛЮДЕНИЕ 16.**  
**Художник-любитель.**  
**Рис. №60. Портрет больного.**  
**/Рисунок с натуры/**  
**(Шизофр. злокачествен. текущ.**  
**с бредовым синдромом). Давность заб. 10 лет.**

и можно объяснить относительную стабильность социальной адаптации и, наоборот.

Из числа (40) наблюдаемого контингента среди профессионалов благоприятный социальный прогноз, в смысле адаптации с окружающим и завершения курса учебы, отмечается у 25 больных, что составляет около 64 %.

Остальные 15, то есть около 36%, оказавшиеся не в состоянии завершить учебу, отчислялись из учебных заведений с разных курсов. Во всех указанных случаях отмечалось наличие: неблагоприятной микросоциальной обстановки, неудовлетворительное (порой отсутствие) динамического наблюдения, отсутствие помощи полустационарного порядка, неспособность включиться в групповые занятия по месту учебы (работы), отсутствие социотерапевтической помощи.

Следует отметить, что чем выше вероятность совпадения вышеизложенных параметров, то есть совпадение (–) параметров ниже 6-й графы по схеме № 1, тем выше убежденность в отрицательном социальном прогнозе и в увеличении частоты повторного стационарирования.

Почти аналогичная картина складывается и среди любителей. Из числа наблюдаемого контингента интерес к творческой активности после выписки из стационара сохранили 25 больных, которые в период ремиссии одновременно продолжали работу по основной специальности.

### **ОБОБЩЕНИЕ**

Шизофренический процесс обуславливает расщепление личности, что со своей стороны углубляет и качественно меняет целостную структуру индивидуального сознания личности, «природа которого характеризуется внутренней противоречивой двойственностью» (А.А. Меграбян, 1972), «борьбой познавательного содержания и чувственно-аффективной формой проявления» (там же).

Наличие двойной ориентированности определяет и характеризует специфику структурного изменения сознания личности при шизофрении. Согласно автору, «наблюдается одновременное сосуществование



#### **НАБЛЮДЕНИЕ 17.**

**Художник-любитель.**

**Рис. № 61. Портрет больного ребенка,  
1974 г. (Шизофрения, бредов. стадия).**

двух линий психического функционирования и поведения, – с одной стороны, реалистически адекватная возможность (!) познания конкретной действительности (З.Ч.), а с другой, – галлюцинаторно-бредовое истолкование ее». При этом, «вторая линия ... как ведущая паразитирует над первой и использует ее для реализации патологических намерений» (А.А.Меграбян).

Ставится вопрос – какой же из двух противоборствующих линий психического функционирования и поведения (в сознании процессуально измененной личности) осуществляется и детерминируется художественная активность среди профессионалов и любителей?

Ответим сразу: исходя из наблюдаемых случаев и материала, за исключением парафренической (частично) стадии и дефекта, в основном она осуществляется первой линией психического функционирования (!).

Обоснование: 1. Как показали предыдущие исследования (при анализе творческих произведений в сопоставлении с особенностями структуры психоза), процесс художественного отражения действительности, т.е. конкретно-чувственное (образное) мышление гораздо позже подвергается качественному изменению при процессе, нежели абстрактное мышление (?!).

2. Исходя из иллюстрируемого материала (набл. №1, рис. 1, 2, 4, 5, 11, 13; набл. 2, 3, рис. №№15, 16, 17, 18, 19; набл. № 4, 5, рис. №№21, 22, 23, 24, 25, 27, 28; набл. №6, 7, рис. №№31, 32, 33, 34, 35, 36, 37; набл. №9, рис. №№44, 45, 46, 47, 48; набл. №10, рис. №№50, 51, 52, 53, 54) мы видим, что частичное (!), конкретное (!) в творчестве сохраняет форму адекватного выражения и воплощения, более того, в большинстве случаев констатируется эффективное композиционное (!) решение темы в единстве формы и содержания (рис. №№ 12, 5, 29, 34, 35, 37, 38 и др.).

3. Наличие факта игнорирования в спонтанном творчестве гетерогенных структур на начальных стадиях болезни и в стадии компенсации после дефекта по всей вероятности, следует считать объективным доказательством обусловленности художественного творчества гомогенными механизмами, выработанными в процессе онтогенетического развития личности при взаимоотношении с миром реальности (средой).

## Наблюдение 18

### РИСУНКИ

Автор К.Л.М., окончил Художественное училище им. М.Тоидзе, факультет прикладной эстетики.

**62. Воображаемые сооружения. Жилые дома нового типа у скалистых гор.**

**63. Метеоцентр, высотное здание.**

**64. Фабрика нового типа.**

**65. Форма и содержание (черный цвет и квадратное здание).**

### РЕЦЕНЗИЯ

Автор обладает достаточным вкусом и воображением, которые могут развиваться при изучении и углублении знаний законов архитектуры и живописи.

4. Весь ход предыдущих исследований и наблюдений доказал нам исключительную стойкость основного динамического (профессионального) стереотипа, выработанного в процессе онтогенетического становления личности (навыки, задатки, мастерство, квалификация, уровень профессионального обучения и т.д., способность продолжать учебу по специальности; набл. №№1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 12, 18, 20).

5. Преморбидная склонность с раннего детства к искусству и общность к профессиональной среде.

6. И, наконец, исходя из специфики предмета и функции искусства, утверждение новых форм существования, тенденция к самовыражению, возможность реализации комплексов и т.д. (набл. №1,2, рис. №№2, 3, 4, 5, 7, 9, 10, 12; набл. №5,6, рис. 25, 27, 28, 32, 33, 34). (Потребность в эстетическом наслаждении, в познании прекрасного и т.д.). Эти свойства являются характерной особенностью структуры личности, и они долго сохраняют свою значимость при патологии.



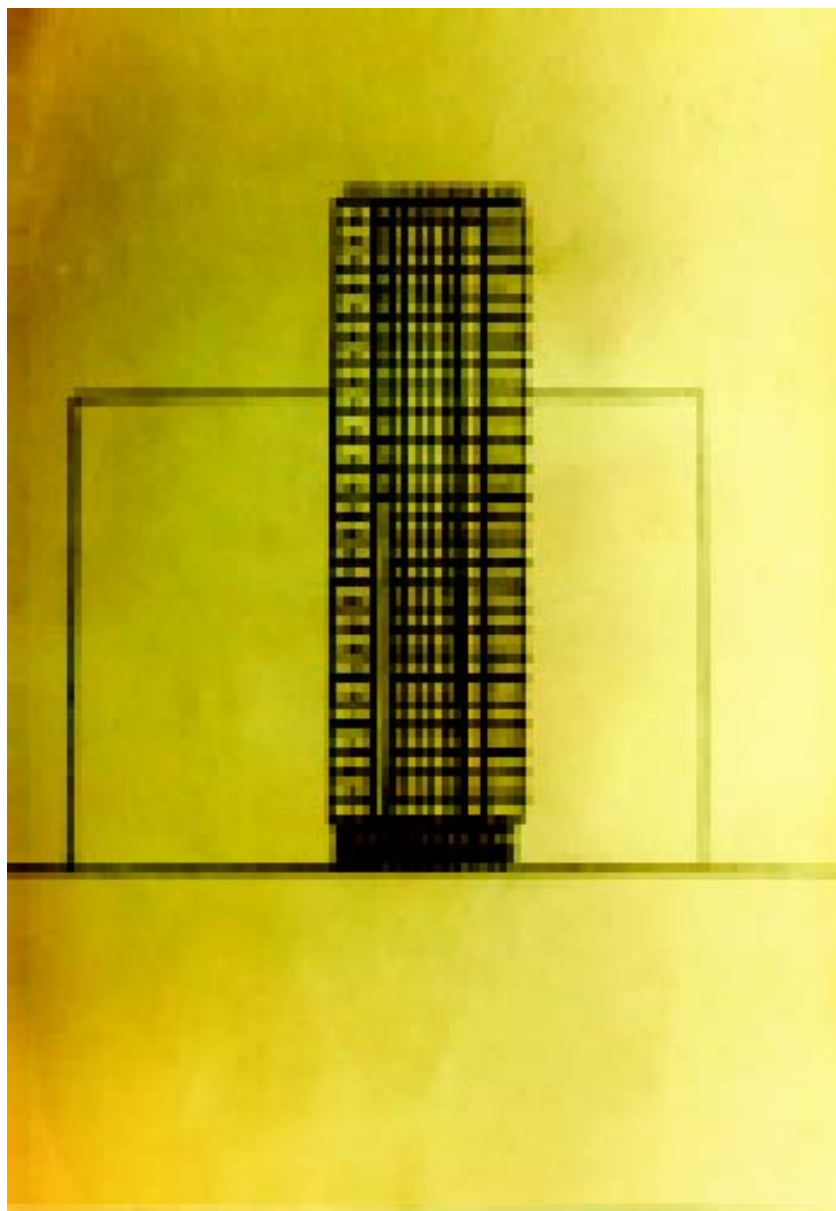
#### **НАБЛЮДЕНИЕ 18.**

**Художник-профессионал**

**Рис. №62. Жилые дома новой конструкции у скалистых гор,  
1973г. (Шизофрения, бред.стадия).**

**Окончил художественное училище, повторно не обращался, работает по специальности.**





**НАБЛЮДЕНИЕ 18.**  
**Художник-профессионал.**  
**Рис. №63. Метеоцентр.**  
**РЕЗЮМЕ**

Таким образом, выявляется, что художественное творчество (искусство) как форма активности личности используется ею при патологии как защитно-компенсаторный механизм, в процессе катехизиса как источник объективной информации взаимоотношений со средой, как способ сохранения связи с реальным миром (!).

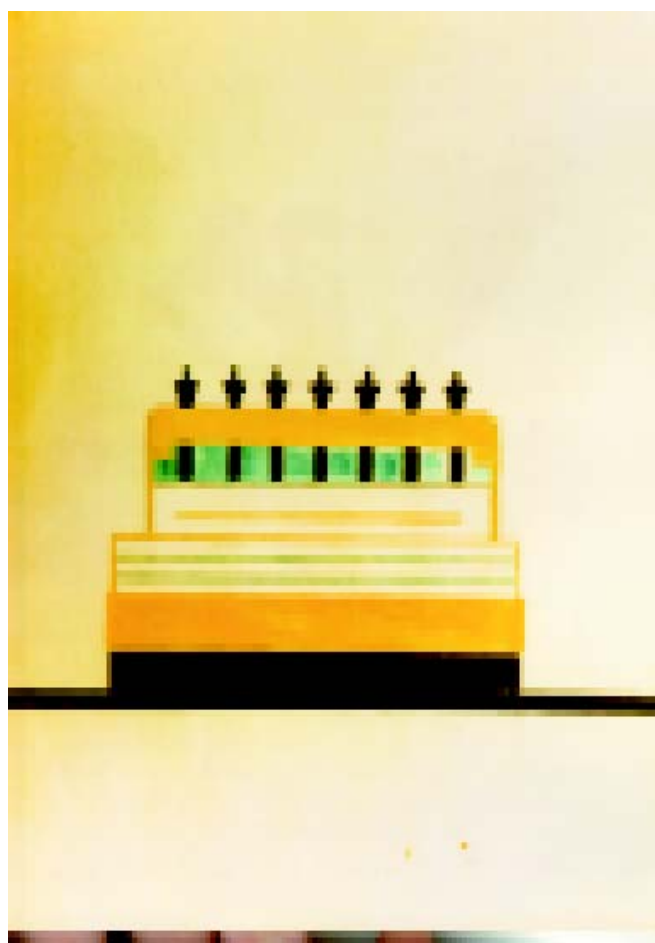
Вполне естественно возникает вопрос – какие же коррективы вносятся в художественное творчество второй линией психического функционирования и поведения – галлюцинаторно-бредовым сознанием? Вернее говоря, каков механизм сложной системы взаимосвязи и взаимообусловленности между патологическим содержанием индивидуального сознания (привнесенного процессом) личности и ее художественным творчеством?

В свете вышеизложенного считаем целесообразным констатировать следующие факты:

1. Во всех представленных случаях в основном усматривается потеря идейно-сюжетной направленности (!) художественного творчества и тем самым лишение ее цельности на начальных стадиях болезни.

2. В творчестве начинает превалировать сугубо индивидуальный уровень особенностей личности (потребности, влечения, темперамент, характер, задатки и т.д.). Этот уровень личности доминирует над творческими побуждениями, внося постепенно элементы стихийности, импульсивности, свойственные психодинамическому ритму «неосознанной сферы» личности, лишенной способности «саморегуляции» (110).

3. На начальных стадиях течения заболевания, сопротивляясь процессу дезавтоматизации (патологическому содержанию индивидуального сознания, т.е. галлюцинаторно-бредовому толкованию по механизму Кандинского-Клерамбо), основной динамический стереотип еще в состоянии определить функцию художественного творчества, и адекватные произведения в этот период нас не должны смущать, так как больной долгое время сохраняет способность правильно получать познавательную информацию из внешнего окружения.



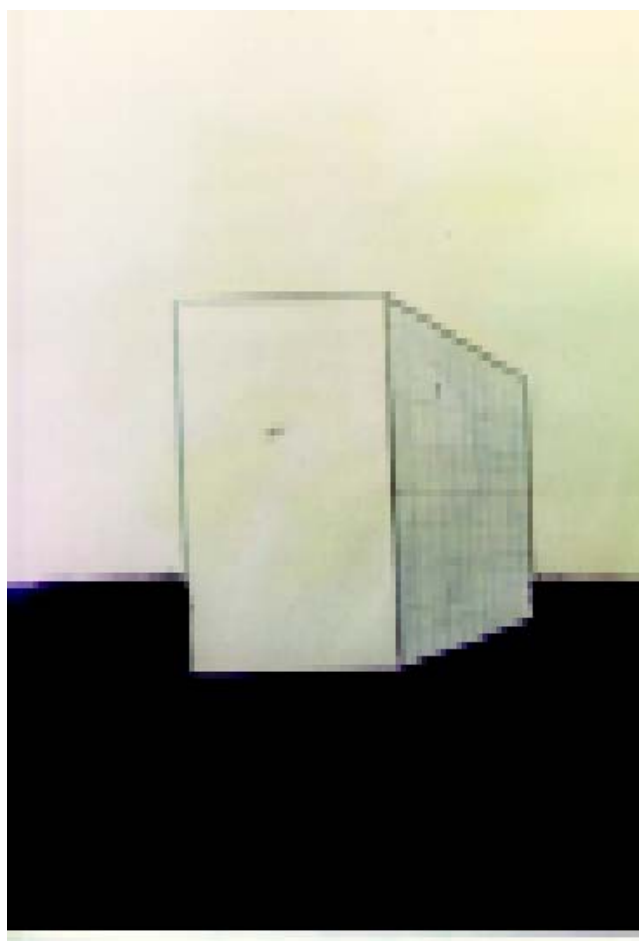
**НАБЛЮДЕНИЕ 18.**  
**Рис. № 64. Фабрика нового типа.**  
**1973 г.**

Зато процесс дезавтоматизации сразу влечет за собой феномен взаимообособленности, диахронической диссоциации и парадоксальности в критической оценке собственного состояния и собственных произведений, что имеет важное диагностическое и прогностическое значение для клиники.

4. Симптоматичен тот факт, что чем больше делается упор на лирику больным в творчестве, тем больше суживается круг реальных потребностей, отношений и тем самым выхолащивается как форма, так и содержание, тем больше мы вправе утверждать, что это происходит под поступательным влиянием галлюцинаторно-бредового сознания, вытесняющего личность – основной динамический (профессиональный) стереотип от многообразных форм взаимоотношений со средой и заставляющего ее бегством от гетерогенных структур укрываться в воображаемом, предпочитаемом для себя мире реальных, а не фантастических вещей.

Надо предполагать, что было бы не совсем правильно характеризовать творчество при шизофрении одними критериями импульсивности, текучести, стереотипности, стихийности. По всему видно, что если в силу автоматизма Кандинского-Клерамбо «вторая линия» психического функционирования и поведения личности не находит воплощения в сюжетной структуре художественного творчества (в основном в спонтанном), то ясно, что своим поступательным ходом она форсирует уход (аутизацию) личности в мир, соответствующий на начальных стадиях болезни ее оставшимся потребностям, а после формирования вновь созданного психопатологического качества качественно изменяет ее (творчество) структуру.

5. Тот факт, что после компенсации дефекта (после соответствующего лечения медико-биологическими, психофармакологическими и психо-социальными методами) личность, ищущая спокойствия и среды для своего утверждения, вновь выступает в творчестве с лирической тематикой, где превалирует синий цвет и поздне-весенний пейзаж лишней раз подтверждает наличие сохранных резервов аффективного реагирования, что имеет как теоретическую (познавательную), так и практическую значимость для диагностики, лечения и социального прогноза.





**НАБЛЮДЕНИЕ № 18.**  
**Рис. №65. Форма и содержание,**  
**1973.**

*Наблюдение 19*

**РИСУНКИ**

**Автор (...).**

**66. Гимнастки.**

**67. Портрет матери.**

**68. Репродукция (здание).**

**РЕЦЕНЗИЯ**

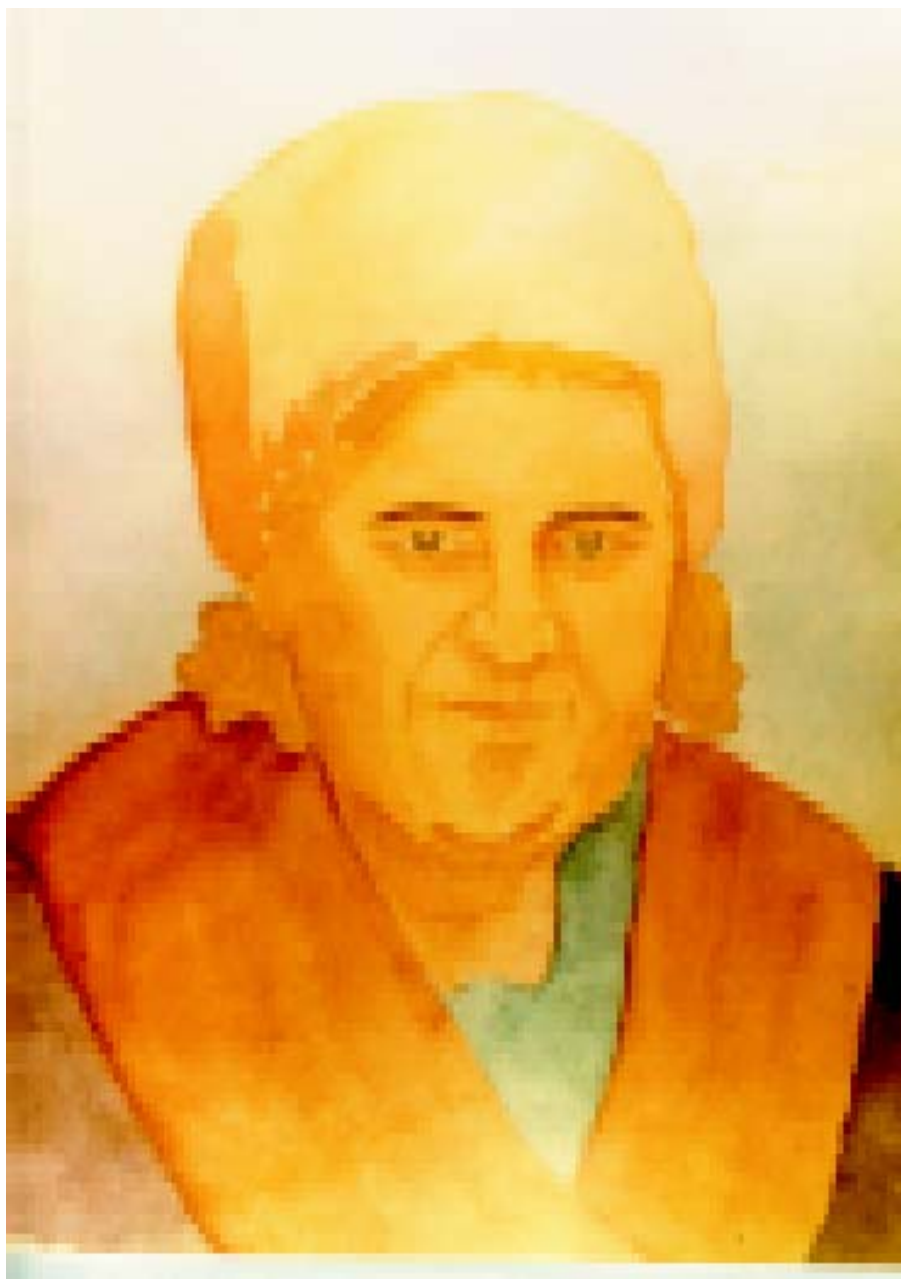
Чувствуется большая старательность автора, работоспособность, наблюдательность и любовь к живописному искусству при отсутствии фантазии, изобретательности, наличии грубой техники рисования, в связи с чем он как бы прикован к натуральной модели. Однако есть все возможности вывести автора из ограниченных рамок фантазирования при умелом обучении.

6. Логическая последовательность иллюстрируемых фактов в определенном смысле дает нам право констатировать, что при шизофрении в свете сопоставления данных клиники и художественного творчества на патологической основе с самого начала преимущественно расстраивается взаимосвязь **индивидуального содержания сознания с общественным сознанием**, что со своей стороны, 1) обуславливает лишение всего творчества (как формы поведения личности): а) идейно-сюжетной направленности, б) целеустремленности; 2) форсирует уход от реальных социальных отношений в предпочитаемый мир реальных ощущений, а не фантастики; 3) в стадии дефекта (формирования вновь созданного психопатологического качества) превращается в предмет тематики и содержания художественного творчества и 4) после компенсации дефекта вновь выступает в творчестве обособленным, мрачным, ищущим воображаемый мир для своего утверждения, для одинокого, отгороженного от большой жизни, от многообразия социальных взаимосвязей человека.

Итак, можно сделать вывод, имеющий концептуальное значение, в частности, в системе – художественное творчество – психоз – личность: до парафренической стадии связь личности и среды остается превалирующей, а на парафренической стадии и стадии дефекта эта функция осуществляется структурой – психоз – личность.



**НАБЛЮДЕНИЕ 19.**  
**Художник-любитель.**  
**Рис. № 66. Гимнастки.**  
**(Вялотекущая форма шизофрении с бредовыми  
идеями преслед. и воздействия).**



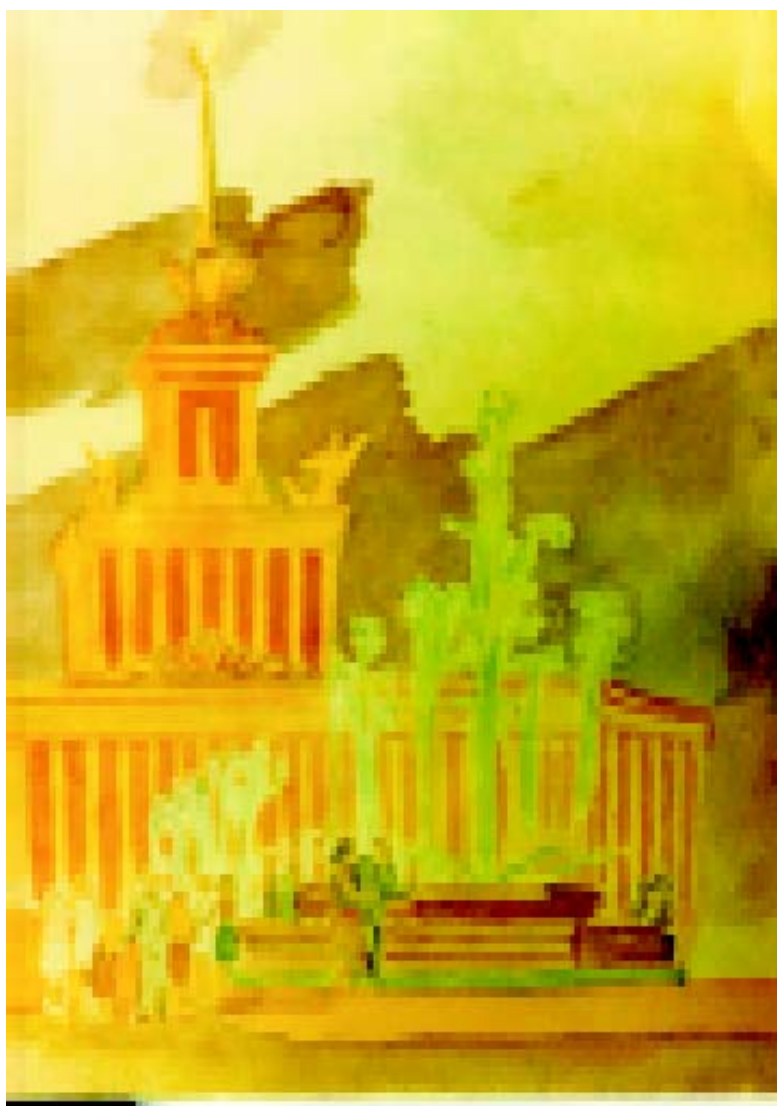
**НАБЛЮДЕНИЕ 19.**  
**Художник-любитель.**  
**Рис. №67. Портрет матери.**

Таким образом, с целью выявления функционального состояния скрытых возможностей социальной коммуникации (личности) больных, страдающих шизофренией (бредовая форма), в комплекс лечебных мероприятий клиничко-биологического характера были включены и психосоциальные формы коррегирования поведения, в которых основной упор делался на искусство, художественное творчество, причем последнему придавалось доминирующее значение. На всех этапах течения болезни все усилия, естественно, были направлены в сторону одоления негативизма, последствий госпитализации, разряжения аутистического мирозерцания и восстановления утерянных социальных связей в условиях клиники, с целью включения больного в групповую систему отношения, общения.

Наиболее наглядно этот процесс прослеживается на примере демонстрируемых случаев. Нетрудно в целом заметить в динамике общей клинико-психопатологической картины заболевания те позитивные сдвиги, которые наступают и совпадают с периодами активного вовлечения больных сначала в процесс художественной занятости, а затем в систему общения в групповых формах.

На фоне лечения психотропными средствами и занятости в художественной мастерской, стало возможным одновременно и программировать в определенном смысле основное время больного, приурочив его к режиму больницы и отделения.

Поэтапный переход от пассивного (аутистического) созерцания к активным действиям осуществляется (как мы убеждаемся на практике) через художественную творческую деятельность; именно этот промежуточный период требует от врача максимальных усилий, чтобы заставить больного (профессионала) взяться за мольберт и кисть. Условно этот период можно назвать критическим периодом, ибо врач не только влияет на пробанда, но и проверяет поневоле свою компетентность в этой сложной процедуре. Основным психологическим подспорьем, на котором врач строит свою тактику, служит обнаружение у личности испытуемого сохранных зон аффективного реагирования. Это необходимо для налаживания эмоционального контакта с упором на социальную значимость профессиональных (художественных) навыков и знаний больного, на важность и достоинство его духовных ценностей, которые подлежат обмену, выявлению и воплощению в образах.



**НАБЛЮДЕНИЕ 19.**  
**Рис. №68. Репродукция.**

Представленные случаи убедительно доказывают нам возможность преодоления активного негативизма (требующего максимальных усилий от врача в процессе применения биологического и психофармакологического лечения). Успешное осуществление процесса перехода от пассивного созерцателя к активной деятельности в критический период как бы автоматически создает условия для более многозначных контактов с окружающим, так как сама обстановка в мастерской уже является основной базой стимулирования потребностей к общению и взаимоотношениям. Этот период условно можно назвать рабочим периодом, так как в процессе адаптации больного в художественной мастерской находятся в основном только двое – врач и больной, как бы взаимодействуя, индуцируя друг на друга. Взаимоотношение врач – больной в условиях художественной мастерской и является, по нашему глубокому убеждению, стержневым звеном для построения и организации всей программы системы групповых взаимоотношений и налаживания интерперсональных отношений. Превратив данную базу в определенные часы в открытую постоянно действующую экспозицию, доступную уже для всех (любопытных больных, родственников, персонала, посетителей, студентов и т.п.), притом рельефно экспонируя композиции, имеющие определенную художественную ценность по жанру и тематико-сюжетному укладу оптимистического, жизнеутверждающего содержания, мы преднамеренно создаем условия, предпосылки для творческого побуждения, творческой активности, через которые облегчается процесс поэтапного втягивания больного сначала в малые, а затем в большие группы общения.

Период групповых отношений в клинике и у нас (как это видно и по нашему материалу) очень часто совпадает с началом наступления компенсации, а затем и стабилизации в динамике заболевания, что лишним раз подтверждает необходимость широкого применения и внедрения групповых форм занятости, в условиях клиники в комплексе психосоциальных мероприятий.

Можно сделать предварительное заключение о том, что процесс социальной активации личности, страдающей шизофренией (бредовая форма), во многом зависит от самой тесной констелляции клинично-биологических и психосоциальных мероприятий. При этом следует учесть, что чем раньше начинается оперативное применение вышеупомянутой координации групповых форм занятий в художественных мастерских (!), тем больше возможностей предотвратить поступательный ход процессуальных изменений личности, ее аутизации, что со своей стороны дает основание с наибольшей вероятностью определить и предвидеть социальный прогноз, а это немаловажно для практики психиатрии.

**Наблюдение 20**

**РИСУНКИ**

**Автор С.К.Д., Художник-любитель.**

**69. Натюрморт.**

**70. Натюрморт (два яблока).**

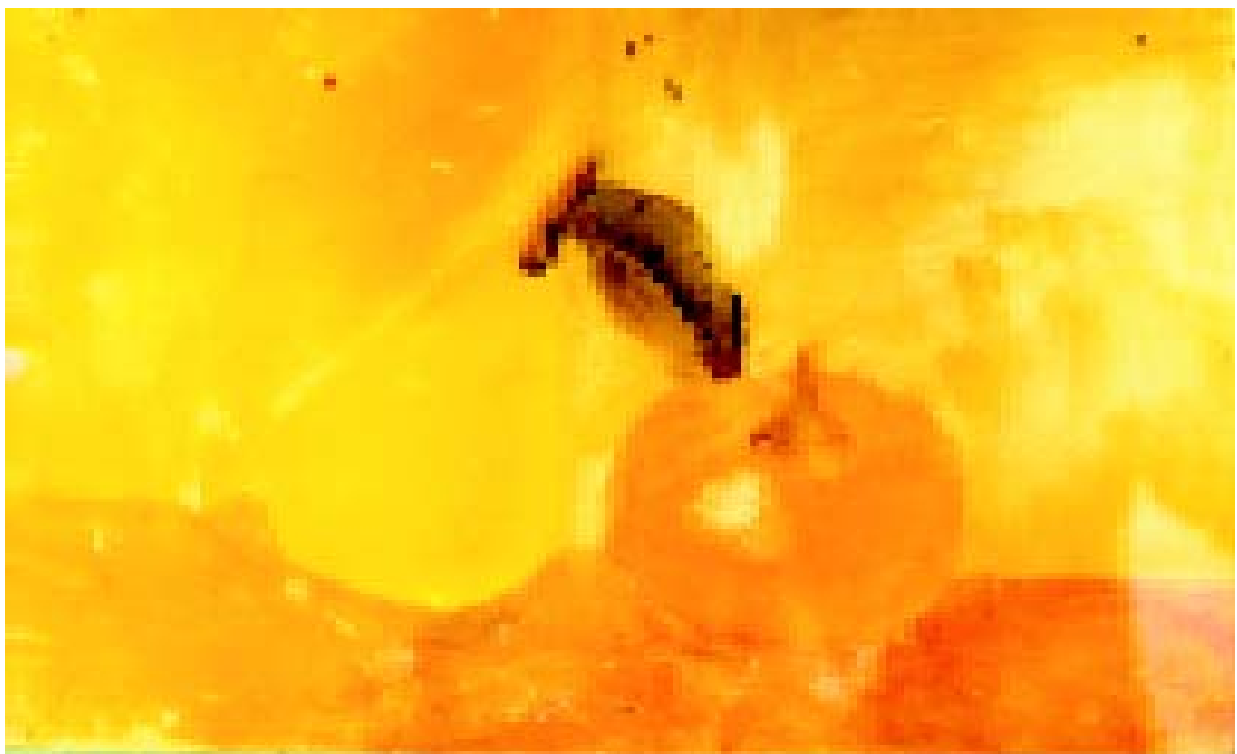
**РЕЦЕНЗИЯ**

**Автор обладает тонким вкусом, что особенно проявляется в его натюрмортах. У него безусловно есть данные живописца, и при правильном воспитании и обучении не исключена возможность, что из него получится хороший, талантливый художник.**

**После окончания школы поступил в Тбилисский гос. университет, а затем с 3-го курса перевелся в Академию художеств и закончил ее полный курс.**

### **Длительность ремиссии после первого стационарирования 6 лет.**

Относительно характеристики организации и комплектации малых и больших групп общения: На данном этапе исследования мы преследовали цель проявить социальную коммуникабельность личности больного (при шизофрении) в групповых формах общения в процессе художественной деятельности. Основной принцип организации групп – это критерий спонтанной активности заинтересованных и любознательных больных. Тем самым они более импровизированы, чем заранее подготовлены. Все приурочивается к естественным условиям (как это бывает в жизни) для нормальной творческой деятельности и обычных салонов, двери которых открыты для посетителей.



**НАБЛЮДЕНИЕ 20.**  
**Рис. № 69. Натюрморт.**  
**Шизофрения вялотекущая с бредовыми идеям.**  
**/см. в тексте на 223 с./.**



**НАБЛЮДЕНИЕ 20.**  
**Рис. № 70. Натюрморт.**  
**Шизофрения вялотекущая с бредовыми идеям.**  
**/см. в тексте на 223 с. /.**

## ВЫВОДЫ

I. Изучение внутреннего мира больного через образное мышление имеет важное познавательное значение с теоретической точки зрения: в аспекте положения о личности как о системе отношений, в свете концепции двойственности сознания при шизофрении, персонологии и с точки зрения реабилитации душевнобольных.

II. При шизофрении в свете сопоставления данных клиники и художественного творчества на патологической основе **расстраивается** с самого начала преимущественно взаимосвязь индивидуального содержания сознания с общественным сознанием, что со своей стороны: 1) обуславливает лишение всего творчества (как формы поведения личности): а) идейно-сюжетной направленности, б) социальной ориентации – целеустремленности; 2) форсирует уход от реальных социальных отношений в предпочитаемый мир реальных ощущений, а не фантастики; 3) в стадии дефекта аутистический мир, галлюцинаторная бредовая линия сознания превращается в предмет тематики и содержания художественного творчества и 4) после компенсации дефекта личность вновь выступает в творчестве обособленной, мрачной, ищущей воображаемый мир для своего утверждения, для одинокого, отгороженного от большой жизни, от многообразия социальных взаимосвязей человека.

В динамике психоза выявляется феномен диахронической диссоциации: одновременное сосуществование и неравномерность распада основного динамического (психологического) стереотипа по типу шизофренного психоза при наличии относительной сохранности и стойкости профессиональных творческих способностей и адекватной критической оценки своих произведений, что находит свое отражение в таблицах Приложения (схемах клинико-художественного анализа №1-№13).

III. В системе художественное творчество – психоз – личность до парафренической стадии связь личности и среды остается превалирующей, а на парафренической стадии и стадии дефекта эта функция осуществляется структурой психоз – личность. В содержании творческих произведений выявляются преморбидные особенности: темперамент, характер, потребности, задатки и т.д. Этот уровень личности наиболее рельефно выступает в начальных стадиях заболевания и течения болезни, чем ее социальная сущность.

IV. На всех стадиях развития заболевания в процессе занятия художественной творческой деятельностью в стационаре, на дому и в спецучреждениях – поведение больных приобретает заметно целенаправленный и интегрированный характер, так как именно через художественную деятельность стимулируется их творческая потенция; данный феномен по всей вероятности обусловлен специфичностью функции и предмета искусства, которая реализует активность личности в двух направлениях: к самовыражению (реализации комплексов, утверждению новых форм существования, свойство катарсиса и т.д.) и познанию прекрасного, констатируя, что эти свойства искусства сохраняют свою значимость и при патологии.

V. Являясь одной из защитно-компенсаторных форм реакции личности, более того, – источником ее активности, потребность в художественном творчестве, в эстетическом наслаждении, равно как и потребность в активности как таковой, в процессе воплощения в образах, имеет как индивидуальную, так и социально-психологическую направленность. В зависимости от культурно-эстетического уровня микро- и макросоциальной среды, эта направленность на всем протяжении онтогенетического становления личности во многом предопределяет своеобразие преморбидных, а затем и клинико-психопатологических особенностей личности в аспекте «системы отношения «Я» к самому себе, к людям (к среде) и к предметам внешнего окружения». Приобретенный профессиональный стереотип отличается исключительной стойкостью, что имеет важное прогностическое значение.



VI. Сохранность функциональных возможностей личности выявленных через структуру художественного образа, социальной коммуникабельности, потребностей к социальной активности и тем самым обратимость шизофренической аутизации во многом зависит от самой тесной констелляции клинико-биологических и социально-психологических (в данном случае художественно-групповых) форм коррегирования.

VII. Исходя из вышеизложенного, художественное творчество -искусство в области психоневрологии, должно быть расценено не как дополнительное средство в комплексе лечебных мероприятий, а как специфический метод социально-психологического характера, способствующий, наряду с другими методами лечебно-коррекционного порядка, восстановлению целостности, повышению социальной значимости личности душевнобольных на разных уровнях ее организации.

VIII. При организации в отделениях (в особенности больших стационаров) художественной мастерской, музыкального салона, комнаты для литературных чтений и разбора произведений, композиций и т.д. необходимо создать не только материальную базу, но и психологическую основу, предпосылку (обстановку) для творческого побуждения, творческой активности путем подготовки и поэтапного втягивания больного сначала в малые, а затем в большие группы общения, улучшая и налаживая его межличностную, интерперсональную зависимость посредством обмена духовными ценностями.

IX. Рекомендуются (и это оправдано клиническими наблюдениями) превращать данную базу в определенные часы в открытую, постоянно действующую экспозицию, доступную для всех (больных, посетителей, родственников, персонала и т.д.), рельефно экспонирующую композиции, имеющие определенную художественную ценность по жанру и тематико-сюжетному укладу, лирического, героического, обрядно-бытового, трудового, в целом оптимистического, жизнеутверждающего содержания.

X. Наиболее эффективные темы и формы общения для углубления взаимопонимания, привлечения и активирования больных (принцип врач – больной): работа над портретом врача (желательно несколько сеансов), сестры, обслуживающего персонала и отдельных больных; работа с натуры (разные комбинации натюрмортов); чтение собственного стихотворения и разбор его врачом и больным; игра на инструменте вместе с больными; предоставление возможности самому больному объяснить присутствующим (изъявившим желание посетить экспозицию – студенты, больные, родственники) мотивы творчества, переживания, установки, дать возможность доработать незавершенные еще на дому холсты, разрешить работать над дипломным заданием, экзаменационной программой. Особую значимость приобретает разрешение его близким и товарищам присутствовать во время работы с целью дать совет, консультацию, помочь в подборе сюжетов и в работе над обязательной программой и т.д.

XI. Результаты применяемых мероприятий оцениваются нами в трех основных плоскостях, во-первых, – клинического улучшения, во-вторых, – общественного поведения (как в микросоциальной среде, так и на работе) и в третьих, – по катamnестическим данным: в частности, длительность ремиссии среди профессионалов, вовлеченных в терапию занятости (художественным творчеством), по сравнению с теми, которые были круглосуточно госпитализированы и лечились исключительно психофармакотерапией, находится в прямо-пропорциональной зависимости от стабильности микросоциальной среды (семья), амбулаторного динамического наблюдения, благожелательности руководства и коллектива по месту работы. Значение данного социального фактора во многом является решающим для процесса адаптации и ресоциализации, т.е. правильного социального прогнозирования.

XII. Во всех нозологических единицах нельзя отрицать положительного результата, полученного при строго индивидуальном последовательном сочетании разных форм художественной занятости в комплексе психосоциальных мероприятий, помня, что эти методы непосредственно влияют на личность заболевшего, на ее социальную сущность.

## ЛИТЕРАТУРА

1. АВЕРБУХ Е.С. Некоторые общие положения по реабилитации нервно-психического здоровья людей в позднем возрасте. Мат. плен. прав. Всесоюзн. общества невр. и псих. 11-13.XII.73 г., Л., 1973, 3.
2. АНУФРИЕВ А.К. Постановка вопроса о перспективах развития реадaptации психически больных. Мат. плен. правл. Всесоюзн. общ. невр. и псих. 11-13.XII. 73 г. (Москва, НИИ психиатрии МЗ РСФСР), 6.
3. АККЕРМАН В.И. Синдром прошлого. Журн. невропатологии, психиатрии и психогигиены, т.V, в.4, М., 1936, 587-614.
4. АСАТИАНИ М.М. Психоневрозы. Медгиз, Тбилиси, 1932.
5. АСАТИАНИ М.М. Метод репродуктивных переживаний в лечении психоневрозов и роль т.н. сигнальных методов лечения психоневрозов.
6. БАДЕР А. Особенности художественной продукции больных шизофренией, до заболевания не рисовавших. Журн. невропатологии и психиатрии им.С.С.Корсакова, 1962,309, раздел информации.
7. БАНЩИКОВ В.М. Проблемы шизофрении, неврозов, реактивных состояний и организации психиатрической помощи. М., 1961.
8. БАНЩИКОВ В.М. Вопросы клинической психиатрии (сб. статей). М., 1964.
9. БАНЩИКОВ В.М., ГУСАКОВ В.С., МЯГКОВ Ц.Ф. Медицинская психология. М., Медгиз, 1967.
10. БАРКАН Д.В. Депрессивный синдром в патоморфозе шизофрении. Л., 1973, 50-53.
11. БАТУРИНА Е.М. Состояние музыкальных функций у больных афазией в клинике сосудистых заболеваний головного мозга. Вопросы теоретической и клинической медицины. Новосибирск, 1958.
12. БЕЛОУСОВ П. Музыкальное и ритмическое воспитание детей в психоневрологической школе-санатории. НКЗ. Крым. В кн.: «Трудные дети», Симферополь, 4, 1929.
13. БЕЛЕНЬКАЯ Л. Я. К вопросу о восприятии временной длительности и ее нарушения. Сб. «Исследования по психологии восприятия». М., 1948, 342-358.
14. БЕРШТЕЙН А. К вопросу о конституции музыкально одаренной личности. Врачебная газета, 1928.
15. БЕИН Э., СТОЛЯРОВА Л., ТКАЧЕВА Г. Некоторые теоретические вопросы проблемы реабилитации больных, перенесших инсульт. (НИИ неврологии АМН СССР). Мат. пленума правл. Всесоюзн. общества невр. и психиатров, М., 1973, 9-II.
16. БЕЛОВ В.П., ГАЛКИН В.А. Реабилитация системы деятельности и науки (ЦИЭТНИ МСО РСФСР, М.). Мат. пленума правл. Всесоюзного общества невр. и псих., Л., 1973, 12-14.
17. БЕХТЕРЕВ В.М. Первоначальная эволюция детского рисунка в объективном изучении. Спб, 1910.
18. БЕХТЕРЕВ В.М. Гипноз, внушение, психотерапия и их лечебное значение. Изд. «Вестник знаний», 1911.
19. БЖАЛАВА И.Т. Личность больного шизофренией с точки зрения психологии установки. Проблемы шизофрении, Тбилиси, 1957.
20. БЖАЛАВА И.Т. Феноменология психотических переживаний (на груз.яз.), изд. «Мецниереба», Тбилиси, 1968, 163.
21. БЖАЛАВА И.Т. Установка и механизмы мозга. Изд. «Мецниереба», Тбилиси, 1971.
22. БЛЕЙЛЕР Е. Аутистическое мышление. 1927.
23. БЛЕЙХЕР В.М. Клиническая патопсихология, изд. «Мед». «Уз.ССР, Ташкент, 1976.
24. БЛИНОВ Г. Из практики психиатра – история болезни №68. Журн. «Здоровье», изд. «Правда», М., 1972, 4.

25. БОГАТСКАЯ Л. К вопросу о поддерживающей психотерапии психически больных во внебольничных условиях (психотерапия при нервных и психических заболеваниях), Л., 1973, 174.
26. БОРЗУНОВА А.С., ВАСЮКОВ Н.М. Преморбидные и патологические особенности личности в адаптации и реабилитации больных с психическими нарушениями. Мат. пленума правл. Всесоюзного общества невр. и псих., Л., 1973, 17-19.
27. БОЧАРИКОВ Н.Е., СТРЕЛЬЦОВА Н.И., ЛИНСКИЙ В.П., САМАРДАКОВА Г.А., РАК С.Л., ГАВЕНКО В.Л., ДОЛЕНКО Л.А. К вопросу о методах контроля эффективности социально-трудовой реадaptации психически больных (Харьков). Мат. пленума правл. Всесоюзного общества невр. и псих., Л., 1973, 70-72.
28. БРЕСЛАВ Э.Л., КАПЛАН Л.Р., КОЛТУН А.В., ХВИЛИВИЦКАЯ И.Ф. Опыт комплексной организации восстановительного лечения и реабилитации психически больных. Мат. пленума правл. Всесоюзного общества невр. и псих., Л., 1973, 74-76.
29. БРУСИЛОВСКИЙ Л.С. Музыка в системе восстановительного лечения психически больных. Автореф. дисс. на соиск. уч. степени канд. мед. наук, Л., 1973.
30. БУМКЕ О. Шизофрения. Сокр. перевод, IX том. Руководство психиатрии З.Берковитца и Консторума, под ред. проф. Бруханского, М., 1933.
31. БЮРГЕР-ПРИНЦ Г. Творчество душевнобольных. Статья из IX тома «Руководства психиатрии» О.Бумке. Сокращ. перевод Берковитца и Консторума, под ред. проф. Бруханского, М., 1933.
32. ВАЛЛОН А. От действия к мысли. Очерк сравнительной психологии. Общ. редакция и вступ. статья проф. А.Н. Леонтьева. Психология и диалектический материализм. М., 1955.
33. ВАРТАНЯН М.Е. Биохимические и генетические аспекты депрессивных состояний. М., 1970, 109.
34. ВАРТАНЯН М.Е. Биологические нарушения и их генетическая детерминация. «Шизофрения», М., 1972, 338-380.
35. ВАЧНАДЗЕ Э.А. Некоторые особенности рисунка больного шизофренией. Проблемы шизофрении. Мат. Объединенной научн. сессии Ин-та психиатрии АМН СССР и ин-та психиатрии им. М.Асатиани МЗ ГССР, Тбилиси, 1967, 17-20.
36. ВАЧНАДЗЕ Э.А. Психопатологическое искусство. Изд. «Сабчота Сакартвело», 1962, 5.
37. ВАЧНАДЗЕ Э.А. Некоторые особенности рисунка душевнобольных. Тбилиси, 1968.
38. ВИД В.Д. Групповая психотерапия и клубные методы в реабилитации больных шизофренией. Психотерапия при нервных и психических заболеваниях. Л., 1973, 155-160.
39. ВИД В.Д. К вопросу о характере эффекта групповой психотерапии больных шизофренией. IV межд. симпозиум по реаб. псих. больных, 1974, 245.
40. ВИЛДБОЛЦ А. Психотическое развитие в самопредставлении при шизофрении. Базель, 1971 (на нем. языке).
41. ВИСФЕЛЬД К истории психиатрии в связи с ее зависимостью от философского развития со времен Ренессанса (нем). Мед. реферат. журнал №4, раздел первый, М., 1958.
42. ВЛАДИМИРОВА М.И. Некоторые данные об этапах ресоциализации психически больных в лечебно-трудовых мастерских Рязанского областного психоневрологического диспансера. Мат. плен. правл. Всесоюзного общества невр. и псих., Л., 1973, 79-82.
43. ВОЛОВИК В.М., БЕЛЯЕВА Т.В. Некоторые принципиальные вопросы организации лечебного режима в психиатрическом стационаре. Мат. 5-го съезда невр. и псих., 1969, 27.
44. ВОЛОВИК В.М. Семейная психотерапия в комплексном лечении больных в инициальном периоде шизофрении (клинические предпосылки, принципы). Сб.: Психотерапия при нервных и психических заболеваниях. Л., 1973, 66.
45. ВОЛОВИК В.М. Применение психосоциальных методов в инициальном периоде шизофрении и критерии их эффективности. «Реабилитация больных нервными и психическими заболеваниями», Л., 1973, 82-86.

46. ВОЛОВИК В.М. Клинические предпосылки и медико-социальные условия ранней реабилитации больных шизофренией. IУ межд.симпозиум по реаб. псих.больных, Л., 1974, 25-30.
47. ВРОНО М.Ш. Шизофрения в детском возрасте. «Шизофрения», М., 1972, 77-107.
48. ГАЛЬВИ Л.А. Манерное искусство и шизофреническая манерность у стационарных больных шизофренией. Мед.реферативный журнал № 9, раздел IX, М., 1964, ст. № 1897 (Франция – Бельгия).
49. ГАРНИС В.А. Некоторые аспекты «терапии занятостью» в условиях психиатрического отделения. Мат. плен. правл. Всесоюзн.общества невр. и псих., Л., 1973, 86-88.
50. ГИЛЯРОВСКИЙ В.А. Психиатрия, 1935.
51. ГИЛЯРОВСКИЙ В.А. Психиатрия, 1938.
52. ГИЛЯРОВСКИЙ В.А. Психиатрия, 1954.
53. ГОРЕЛИК Б.М. К вопросу об изучении отношений «врач-больной» в психиатрической клинике, реабилитация больных невр.и псих.заболеваниями, Л., 1973,88-91.
54. ГРЕБЕННИКОВ В.С., ДАВЫДОВА Л.А., ЖИРНЯКОВА Т.М., ЧУЧВАРИН В.В., ДМИТРИЕВА Л.Н., КИРАЕВ М.Ш., ШЕВЕЛЕВА В.К. О соотношении клинических особенностей социальных факторов (социально-реабилитационных мероприятий при шизофрении). Сб. тр. НИИ им. В.П. Сербского, М., 1975, 175-182.
55. ГУБАЧЕВ Ю.М., НУЛЛЕР Ю.Л. Соматические нарушения и психосоматические взаимосвязи у больных маниакально-депрессивным психозом. Л., 1973, 35-39.
56. ДЖАНДЖГАВА Р.К. Лечение реактивной невротической депрессии психотерапией и психофармакологическими средствами. Вопросы психиатрии. Сб.тр.Института психиатрии им. М.К.Асатиани, Тбилиси, 1968, 80-82.
57. ДЖАНДЖГАВА Р.К. О динамике невротической депрессии. Матер. респ.научн.конференции невропатологов и психиатров, Тбилиси, 1975, 124-127.
58. ДМИТРИЕВ Л.Б. Основы вокальной методики. Изд. «Музыка», М., 1969.
59. ДНЕПРОВСКАЯ С.В. Восстановительное лечение больных затяжными депрессиями и его результаты. IV межд.симпозиум по реабилитации психически больных, Л., 1974, 258.
60. ДНЕПРОВСКАЯ С.В. К вопросу о реабилитации больных с затяжными депрессивными состояниями. Матер.пленума правл. Всесоюзн. общества невр. и псих., Л., 1973, 162-164.
61. ЕЛКИН Д.Г. Восприятие времени. Дисс. на соиск.уч.степ. доктора мед.наук. Одесса, 1951.
62. ЕРШЕВ О.Ф. К вопросу о клинических особенностях депрессивно-бредового синдрома при эндогенных синдромах. Л., 1973, 40-48.
63. ЕФИМЕНКО В.А., БЕЛЯЕВА Т.В. Психосоциальная работа с большими группами психически больных в условиях реабилитационного отделения. Сб.тр. по психотерапии нервных и психических заболеваний. Л., 1973, 149-155.
64. ЖАНЕ О.П. Потеря функции реального. Неврозы. Глава 1У, § 3, М., 1911, 282.
65. ЖАРИКОВ Н.М. Реабилитация и реадaptация больных шизофренией (обзор литературы), эн.невропатологии и психиатрии, 1963, 8, 1266.
66. ЖАРИКОВ Н.М. Эпидемиология. В кн.: Шизофрения (клиника и патогенез). Под общ.редакцией А.В.Снежневского. М., 1969.
67. ЖАРИКОВ Н.М. Эпидемиология. «Шизофрения», М., 1972, 186-225.
68. ЖАРИКОВ Н.М., УСПЕНСКАЯ Л. Я. Некоторые методические аспекты разработки вопросов социально-трудовой реадaptации психически больных (I Моск. мед. ин-т им. И.М.Сеченова). Матер. пленума правл. Всесоюзн. об-ва невр. и псих., Л., 1973, 23-25.
69. ЗАЧЕПИЦКИЙ Р. А. О патогенетической психотерапии при неврозах. Л., 1973, 27-39.
70. ЗАЧЕПИЦКИЙ Р.А., ЯКОВЛЕВА Е.К. Роль неправильного воспитания в происхождении неврозов. Л., 1960.

71. ЗЕЙГАРНИК Б.В. Построение экспериментально-психологического исследования в зависимости от понимания предмета патопсихологии. Психологические методы исследования в клинике. Л., 1967.
72. ЗЕНЕВИЧ Г.В. Принципы дифференциации реабилитационного комплекса, (Реаб. больн. нервн. и псих. заболеваний.), Л., 1973, 25-28.
73. ЗИНОВЬЕВ П.М. Обзор работ по психопатологии шизофрении. Журн. им. С.С.Корсакова, 1925, I.
74. ЗУРАБАШВИЛИ А.Д. Психиатрия. Руководство для студентов и врачей. Тбилиси, 1954.
75. ЗУРАБАШВИЛИ А.Д. О современном уровне теории шизофрении. Гос. изд. «Сабчота Сакартвело», Тбилиси, 1958.
76. ЗУРАБАШВИЛИ А.Д., ГОБРОНИДЗЕ Е.Г. О нозологической самостоятельности шизофрении. Тр. НИИ психиатрии им. М.Асатиани МЗ ГССР, Т. XI-XII, Тбилиси, 1963.
77. ЗУРАБАШВИЛИ А.Д. О динамике шизофрении. Тр. НИИ психиатрии им. М.Асатиани МЗ ГССР, Т. XI-XII, Тбилиси, 1963.
78. ЗУРАБАШВИЛИ А.Д. О проблемах сознания в аспекте персоналистической психологии. Проблемы сознания. Матер. симпозиума. М., 1966, 211-216.
79. ЗУРАБАШВИЛИ А.Д. Стержневые проблемы персонологии и патоперсонологии. Проблемы личности. М., 1970, 45.
80. ЗУРАБАШВИЛИ А.Д. О проблемах теории реабилитации. Л., 1973.
81. ИРИНИНА И. Рисуют душевнобольные. Журн. Союза художников СССР «Творчество», 1966, 12, 24.
82. КАБАНОВ М.М., ИОВЛЕВ Б.В., КАРВАСАРСКИЙ Б.Д., КОРАБЕЛЬНИКОВ К.В. Психологические аспекты реабилитации психически больных. Матер. V Всесоюзн. съезда нерв. и психиатров, 1969, 45.
83. КАБАНОВ М.М. Некоторые этические вопросы в психиатрии и реабилитации психически больных. Сб. тр. по психиатрии при нерв. и псих. заболеваниях, Л., 1973, 21.
84. КАБАНОВ М.М. Реабилитация – динамическая система взаимосвязанных компонентов. Мат. плен. правл. Всесоюзн. общества нерв. и псих., Л., 1973, 11-13, XII, 29-32.
85. КАБАНОВ М.М. К методологии реабилитации. I У межд. симпозиум по реабилитации психически больных. Л., 1974, 57.
86. КАНДИНСКИЙ З.Х. О псевдогаллюцинациях. М., 1952.
87. КАРПОВ П.И. О рисунках душевнобольных. Доклад на V межд. конгрессе в Москве 26-29/XII-1913 г.
88. КАРПОВ П.И. Творчество заключенных. Госиздат, М., 1922.
89. КАРПОВ П.И. Творчество душевнобольных, ч.1, М., 1926.
90. КЕНЕЗ И. Ференц Шварцер, пионер лечения душевнобольных в Венгрии. Журн. Венгерская фармакотерапия, 1970, 3, 146-151.
91. КЕРБИКОВ О.В. Острая шизофрения. М., 1949.
92. КЕРБИКОВ О.В. Шизофрения как нозологическая проблема. В кн.: Шизофрения. М., 1962.
93. КОБЛЕНЦ П.М. Психологические проблемы мотивации поведения человека. Изд. «Просвещение», М., 1969.
94. КОВАЛЕВ В.В. Принципиальные вопросы реабилитации детей и подростков с нервно-психическими заболеваниями. ЦОЛИУВ, Москва. Мат. пленума правл. Всесоюзн. общества нерв. и псих., Л., 1973, 32-35.
95. КОЗЫРЕВ В.Н. Опыт организации работы по социальной реабилитации больных в крупной загородной психиатрической больнице (Москва). Мат. пленума правл. Всесоюзн. общ. нерв. и псих. Л., 1973.
96. КОНТРИДЗЕ Ф.М. О некоторых клинических особенностях феномена атаксии при шизофрении. Тр. IX-X, Тбилиси, 1961, 35.

97. КОНТРИДЗЕ Ф.М. К вопросу о понятийном мышлении при шизофрении. Сб.тр. XI-XII, Тбилиси, 1963.
98. КОНТРИДЗЕ Ф.М., МЕСТИАШВИЛИ М.Г., ЦУЛАДЗЕ С.В. Данные по экспериментально-психологическому изучению личности при шизофрении. Сб.тр., XIX-XX, Тбилиси, 1974, 139.
99. КОНТРИДЗЕ Ф.М. О некоторых психопатологических особенностях антагонистических проявлений в структуре параноидной шизофрении. Сб.тр., XIX-XX, посв. 70-лет. А.Д.Зурабашвили, Тбилиси, 1974, 136.
100. КОРНИЛОВ К.Н. Принципы изучения психологии советского человека. Докл. на совещании по вопросам психол. личности. М., изд. АПН РСФСР, 1956, 7.
101. КОЦЮБИНСКИЙ О., ВИД В. К методике катamnестической оценки результатов восстановительного лечения. Л., 1973, 108-111.
102. КРАСИК Е.Д. Предпосылки и перспективы развития реабилитационного направления в психиатрии. Мат. плен. правл. Всесоюзн. об-ва невр. и псих., Л., 1973, 39-41.
103. КРЕПЕЛИН Э. Учебник психиатрии М.Т. 1, 1910. Т. 2, 1912.
104. ЛЕЩЕНКО А.Г., ЛЕЩЕНКО Г.Д. Реабилитация как активная реорганизация функции. Сб.тр. «Реабил. больных нервн. и псих. заболеваниями». Л., 1973, 44-47.
105. ЛЕБЕДИНСКИЙ М.С. Психотерапия и медицинская психология в реабилитации. Реабил. больн. нервн. и псих. заболеваниями. Л., 1973, 41-44.
106. ЛОМБРОЗО Ц. Гениальность и помешательство. Петербург, 1895.
107. ЛУНЦ Э.Р., ГЕРАСИМОВА С.М., ТАЛЫЦЕ М.Ф., ТУРОВА З.Г., Больные шизофренией с хорошей социальной адаптацией (судебнопсихиатрический аспект). Сб. научн. трудов ЦОТКЗ судебн. психиатрии им. В.П. Сербского, М., 1976.
108. МАРКОВКИН В.М. К вопросу реадaptации психически больных. Мат. V съезда невр. и псих., М., 1969, 145.
109. МАЗУР М.А. Опыт организации управления реабилитационной программой в областной психиатрической больнице (Кемеровская область). Мат. плен. правл. Всесоюзн. об-ва невр. и псих., Л., 1973, 114-116.
110. МАНУИЛОВ П.Л. О роли симпатической нервной системы в фонаторной функции гортани. Журн. ушных, носовых и горловых болезней, 1940, т. XVII, кн. I, 67-73.
111. МЕГРАБЯН А.А. О природе индивидуального сознания. Ереван, 1959.
112. МЕГРАБЯН А.А. Уровни личности и их отражение в психической патологии. Мат. У съезда невр. и псих., М., 1961, 231-233.
113. МЕГРАБЯН А.А. Деперсонализация. АГИ, Ереван, 1962, 234-255.
114. МЕГРАБЯН А.А. К вопросу о содержании сознания. Проблемы сознания. Мат. симпозиума. М., 1966, 133-145.
115. МЕГРАБЯН А.А., МЕЛИК-ПАШАЯН М.А. К вопросу об электроэнцефалографических категориях изменения сознания при гипнозе. Проблемы сознания (мат. симпозиума), II, 1966, 98.
116. МЕГРАБЯН А.А. Заключительное слово по проблеме личности в медико-биологическом аспекте. Мат. обсуждения проблемы личности на симпозиуме 10-12/VIII-70 г. М., 1970, 290-299.
117. МЕГРАБЯН А.А. Общая психопатология. М., 1972.
118. МЕЛЕХОВ Д.Е. Клинические основы прогноза трудоспособности при шизофрении. М., 1963.
119. МЕЛЕХОВ Д.Е. Общие принципы и текущие задачи социальной ре-адаптации психически больных в СССР. Сб.тр. «Социальная реадaptация психически больных». М., 1965.
120. МЕЛЕХОВ Д.Е. К вопросу о теоретических основах реабилитации психически больных и инвалидов. «Реабилит. больных нервн. и психич. заболеваниями», Л., 1973, 50.
121. МЕЛЕХОВ Д.Е. Принципы и пути развития психиатрической реабилитации в СССР. IУ межд. симпозиум по реабилитации психически больных, Л., 1974, 69-74.

122. МЕЕРЛО О. О развитии и расстройстве чувства времени. Журн. «Советская неврология, психиатрия, психогигиена», т.У, в.6, 1936, 1053.
123. МЕЛИК-ПАШАЯН М.А. Об одном электроэнцефалографическом корреляте сознания. Канд. дисс., Ереван, 1965.
124. МЕНТЕШАШВИЛИ И.Т., КОНТРИДЗЕ Ф.М., ЦУЛАДЗЕ С.В. О некоторых психопатологических особенностях при шизофрении. Проблемы сознания. Мат.симпозиума, М., 1966, 560-569.
125. МИЛЯВСКИЙ В.М. Культуротерапия как метод социальной реадaptации больных с неблагоприятно протекающей шизофренией. У съезд невропат.и псих.,1969, 143.
126. МОНАХОВ К.К. Электроэнцефалография. «Шизофрения», М., 1972, 278-338.
127. МОРОЗОВ В.М., ТАРАСОВ Ю.К. Некоторые типы спонтанных ремиссий при шизофрении. Журн. невропат. и психиатрии, 1951, 4, 44.
128. МОРОЗОВ В.М. О современных направлениях в зарубежной психиатрии и их идейных истоках. М., 1961.
129. МОРОЗОВ В.М. Об экзистенциальном анализе в психиатрии. Журн. невропат. и психиатр., 1957, 8, 1038.
130. МОРОЗОВ В.М. О начальной стадии параноидной формы шизофрении. Тр.IV Всесоюзн.съезда невр. и псих., М., 1965, т. 3, в. 1, 204.
131. МОРОЗОВ Г.В., ШУМАКОВ В.М. Некоторые аспекты изучения психически больных в связи с задачами их социально-трудовой реабилитации и профилактики опасных действий. Сб.тр. IV межд. симпозиума по вопросам реабилитации психически больных, Л.,1974, 74-77.
132. МУРИНСОН Н.М. Формы и методы реабилитации больных неблагоприятно текущими вариантами шизофрении, длительно пребывающих в психиатрическом стационаре. Мат. пленума правл. Всесоюзн. общества невр. и псих., Л., 1973, 124-126.
133. МЯГЕР В., БОБРОВСКАЯ М., КОТЯЕВА Т., КАРАНДАШЕВА З., ТУПИЦИН Ю. Семейная психотерапия. Сб. матер. конф. по психотерапии. Харьков, 1968, 104.
134. МЯГЕР В. Психологические аспекты семейной психотерапии. Тр.1У Всесоюзн. съезда психологов, Тбилиси, 1971, 877.
135. МЯГЕР В., МИНИНА Т. Современное состояние проблемы семейной психиатрии при неврозах. Л., 1973, 200-205.
136. МЯСИЦЕВ В.Н. Сознание как единство отражения действительности и отношения к ней человека. Проблемы сознания. Мат.симпозиума. М., 1966, 126-133.
137. МЯСИЦЕВ В.Н. Структура личности и отношение человека к действительности. Доклад на совещании по вопросам психологии личности. М., изд-во АПН РСФСР, 1966, 10.
138. МЯСИЦЕВ В.Н. Проблемы, методы и значение медицинской психологии. Психологические методы исследования в клинике. Л., 1967, 30-33.
139. МЯСИЦЕВ В.Н. Психотерапия как система средств воздействия на психику человека в целях восстановления его здоровья. Сб.тр., Л., 1973, 7-20.
140. НАДЖАРОВ Р.А., ШТЕРНБЕРГ Э.Я., ВРОНО М.Ш. Некоторые вопросы психиатрической нозологии, психопатологии и клиники в возрастном аспекте. Мат.У Всесоюзн. съезда невр. и псих., 1969.
141. НАДЖАРОВ Р.А. Формы течения. «Шизофрения», М., 1972, 16-77.
142. НЕККЕ Р. Некоторые замечания по поводу рисунков и других художественных произведений душевнобольных. Пер.с немецкого. Журн. Неврология и психиатрия им.С.С.Корсакова, М., 1914, 208-214.
143. НОРАКИДЗЕ З.Г. Преморбидная личность и психические заболевания. Экспериментальные исследования по психологии установки. Ин-т психологии им.Узнадзе, Тбилиси, 1958, 1-П, 358-381.

144. НОРАКИДЗЕ З.Г. Типы характера. Сб. экспериментальных исследований по психологии установки. Тбилиси, 1958, 347-387.
145. НУЛЛЕР Ю.Л. О нозологической неоднородности маниакально-депрессивного психоза. Л., 1973, 7-18.
146. ОБРАЗЦОВ В.Н. Анализ письма параноиков. Вестник душевных болезней. С.-Петербург, 1904, 53, раздел «Научное образование».
147. ОСИПОВ В.П. Руководство по психиатрии. М., ГИЗ, 1931.
148. ОСИПОВ В.П. Бехтерев В.М., Медгиз, 1947.
149. ПАВЛОВСКИЙ А.С. Влияние музыки на душевнобольного. Докл. на заседании об-ва психиатров 22/ХІІ-1925 г. Журн. им. С.С.Корсакова, 1925, II.
150. ПАВЛОВСКИЙ А.С. Влияние музыки на душевнобольного. Докл. сб., посвящ. В.М.Бехтереву, 1926.
151. ПАВЛОВ И.П. Полное собрание сочинений. Изд.2, т. II, к. 1-2, изд.АН СССР, М.-Л., 1951.
152. ПАШЕНКОВ С.З. Опыт изучения на производстве больных шизофренией в состоянии ремиссии и интермиссии. Журн. невропатологии и психиатрии им.С.С.Корсакова, М., 1963, №9, 1406.
153. ПИНЕЛЬ Ф. Медико-философское учение о душевных болезнях. Под редакцией Ковальского. П. И. СПб, 1899.
154. ПЛАТОНОВ К.К. Психология личности. Ин-т философии АН СССР (на правах рукописи). М., 1966, 12-14.
155. ПЛАТОНОВ К.К. Проблема личности в медицине, философские и социальные проблемы медицины. Под ред. Г.И. Царегородцева, изд. «Медицина», М., 1966.
156. ПОЛЯКОВ Ю.Ф., ПАПАДОПУЛОС Т.Ф. Значение психопатологических закономерностей в изучении патологии мозга. Мат. V съезда невр. и психиатрии, М., 1969, 251-253.
157. ПОЛЯКОВ Ю.Ф. Патология познавательных процессов. «Шизофрения», М., 1972, 225.
158. ПОРТНОВ А.А., САВЕНКО Ю.С. Основы направления разработки проблемы реабилитации. Сб.тр. «Реабилитация больных нерв. и псих. заболеваниями», Л., 1973, 54-56.
159. ПОТАПОВ А.И., ШМИЛОВИЧ А.Л., ПЕТРОВ М.И. Реабилитационный центр как организационная форма реабилитации больных в крупной психиатрической больнице (Томск). Мат. пленума правл. Всесоюзн. общества невр. и псих., Л., 1973, 128-131.
160. РЕННЕРТ Г. К диагностической оценке рисунков больных шизофренией. Тр. IV Всесоюзн. съезда невропатологов и психиатров, т.У1 «Шизофрения», в. II, М., 1965, 61.
161. РОГОВИН М.С. Проблема экспрессии и ее место в психопатологии. Журн. невр. и псих. им.С.С.Корсакова, 1970, т.70, в.1, 136-143.
162. РОТШТЕЙН Г.А. Доклады на Всесоюзном совещании по проблеме шизофрении, 1961, 49.
163. РОХЛИН Л.Л. Роль личностного фактора в реабилитации больных шизофренией. Реабил. больных нерв. и псих. заболеваниями, Л., 1973, 56-60.
164. РУБИНШТЕЙН С.Л. Принципы и пути развития психологии. М., изд. АН СССР, 1959.
165. СЕРЕБРЯКОВА З.Н. Возможности профессионального обучения и трудоустройство больных шизофренией. Мат. IV межд. симпозиума по реабилитации психически больных. Л., 1974, 199-203.
166. СЕЧЕНОВ И.М. Избранные философские и психологические произведения. Госполитиздат, 1947, 132, 504.
167. СКВОРЦОВ К.Д. О расстройствах восприятия времени у душевнобольных. Сов. невропат., психиатрия, психогигиена. 1935, т. IV в. 3, 17-64.
168. СЛОБОДНЯК А.П. Психотерапия, внушение, гипноз. Изд. «Здоровье», Киев, 1966, 39.
169. СЛУЧЕВСКИЙ И.Ф. Чувство, его нарушение и их патофизиологическая сущность. Тр.Гос.ордена Ленина ин-та усовершенствования врачей им.Кирова, в. 3, Л., 1959. Психиатрическая клиника и проблемы патологии высшей нервной деятельности.



170. СМУЛЕВИЧ А., ЛИБЕРМАН Ю.И., РУДЕНКО Г.М., СОКОЛОВА К.В., ВОЛКОВА Р.П. Некоторые эпидемиологические данные о трудовой адаптации больных шизофренией в период длительных ремиссий. Л., 1973.
171. СНЕЖНЕВСКИЙ А.В. О формах течения шизофрении. Тр., посв. 100-летию С.С.Корсакова, М., 1955.
172. СНЕЖНЕВСКИЙ А.В. Об особенностях лечения шизофрении. Журн. невропатологии и психиатрии им.С.С.Корсакова, 1960. I, 91, 1163-1175.
173. СНЕЖНЕВСКИЙ А.В. О нозологической специфичности психопатологических синдромов. Журн. невроп. и психиатрии, 1960, I, 91.
174. СНЕЖНЕВСКИЙ А.В. «Шизофрения», М., 1972, 5-16.
175. СЕМЕНОВ С.Ф., МОГИЛИНА Н.П., ЧУПРИКОВ А.П. О роли биологических факторов болезни и выздоровления в социальной реабилитации при психических заболеваниях. Мат. IУ межд. симпозиума по реабилитации, Л., 1974, 91-93.
176. СУМБАЕВ И.С. К психопатологии нарушения чувства времени. Сб.научн. трудов, в.2, Иркутск, 1958.
177. СУХОРЕВСКИЙ А.М. Патокимография в психиатрии и неврологии. М., 1936, 245.
178. СУХОРЕВСКИЙ А.М. Мелотерапия и кинотерапия, 1949, 170-171; 194.
179. ТАРХАНОВ И.Т. О влиянии музыки на человеческий организм. Журн. «Северный вестник», 1893, 62.
180. ТАРХАНОВ И.Т. Действие музыки на человеческий организм. С.-Петербург, 1894.
181. ТАРХАНОВ И.Т. О влиянии музыки на человеческий организм. Рецензия на лекции, прочитанные 17/VII–24/VII. Журн. «Образование», № 5-6, отдел «Разные новости и заметки в области науки», 1899.
182. ТОНКОНОГИЙ И.М. О применении психологических методик для выбора методов и оценки эффективности реабилитационных воздействий, Мат. пленума правл. Всесоюзн. общества невроп. и псих., Л., 1973, 140-141.
183. ТОПОРКОВ Н.Н. Попытки психологического анализа рукоделий душевнобольных. Вестник душевных болезней. С.-Петербург, 1904, 30-53.
184. ТУТУНДЖЯН О.М. Психологическая концепция А.Валлона, изд. «Аиастан», Ереван, 1966, 100-151.
185. УЗНАДЗЕ Д.И. Формы поведения человека. Экспериментальные исследования по психологии установки, т. II, Тбилиси, 1963.
186. ФИЛОСОФСКАЯ ЭНЦИКЛОПЕДИЯ. Изд. «Советская энциклопедия», М., 1964, 196-203.
187. ФРЕЙД З. Лекции по введению в психоанализ, 1913.
188. ФРУМКИН Я., ВОРОНОВ Г.А. Учебный атлас психиатрии. Госмедиздат УССР. Киев. 1962.
189. ФУЛЬКИНИОН Е. Журнал ЮНЕСКО, май 1959 г. «Искусство помогает психиатру».
190. ВИРШ Я. Клиника шизофрении. Клиническая психиатрия, под ред. Груле, Юнга, Маиер. Гр.перевод Сегала и Дворецкого, под ред. и с предисловием проф. Федотова, изд. «Медицина», М., 1967.
191. ХВИЛИВИЦКИЙ Т.Я. Скрытые депрессии в клинике маниакально-депрессивного психоза. Л., 1973, 28-31.
192. ЦАРЕГОРОДЦЕВ Г.И. Диалектический материализм и медицина. Изд. «Медицина», М., 1966.
193. ЦОЦОРИЯ М.Ф. К вопросу о нарушении чувства времени в клинике шизофрении. Тр. НИИ психиатрии им.М.Асатиани, XI-XII т., Тбилиси, 1963, 55-65.
194. ЦУЛАДЗЕ С.В. К вопросу психопатологии личности. Сб.тр. НИИ психиатрии им. М.Асатиани, Т. XI-XII, Тбилиси, 1963.

195. ЦУЛАДЗЕ С.В. К применению аперцептивного метода при изучении особенностей личности. Тр. ин-та психологии им.Д.Узнадзе, т. XIV, 1963.
196. ЧИКОВАНИ З.Г. О творчестве душевнобольных. Сб. тр. НИИ психиатрии им.М.Асатиани, т. XI, Тбилиси, 1962.
197. ЧИКОВАНИ З.Г. Музыка и медицина. Статья из газеты «Ахалгазрда комунисти», 2 декабря 1962 г.
198. ЧИКОВАНИ З.Г. Некоторые вопросы художественного творчества больных шизофренией. Проблемы шизофрении. Мат. объединенной научной сессии АМН СССР и Ин-та психиатрии им.М.Асатиани МЗ ГССР, Тбилиси, 1967.
199. ЧИКОВАНИ З.Г. Некоторые вопросы динамики спонтанного художественного творчества при шизофрении. Дисс. на соиск. уч. степ. канд. мед. наук, Ереван, 1969.
200. ЧИКОВАНИ З.Г. О комплексном изучении художественного творчества при шизофрении. Сб. трудов, посвященных 70-летию акад. А.Д.Зурабшвили, Тбилиси, 1974.
201. ЧИКОВАНИ З.Г. Психиатрическая реабилитация в аспекте медицинского обслуживания населения. «Вечерний Тбилиси», 17 марта 1976 г.
202. ЧИТАВА О.Р. О клинике и диагностике некоторых форм невротозов с затяжными течениями. Межресп. научн. конференция, Тбилиси, 1975, 182-187.
203. ШАХМАТОВА И.В. Генеалогические исследования. «Шизофрения», М., 1972, 160.
204. ШИНГАРОВ Г.Х. Эмоции как форма отражения действительности (медико-психологический аспект). Философские и социальные проблемы медицины. Под ред. Г.И. Царегородцева, изд. «Медицина», М., 1966, 243-254.
205. ШОРОХОВА Е.В. Проблема сознания в философии и естествознании. Изд. Социально-экономической литературы. М., 1961, 256.
206. ШОРОХОВА Е.В. Проблема «Я» и самосознания. Проблемы сознания. Мат. симпозиума, М., 1966, 217-228.
207. ШТЕРНБЕРГ Э.Я. Шизофрения в позднем возрасте. «Шизофрения», М., 1972, 107-160.
208. ШТЕРНБЕРГ Э.Я. Новые зарубежные исследования течения и исходов шизофрении. Журн. неврол. и псих. им.С.С.Корсакова, 1978, № I, 135-151.
209. ЯКОБСОН Н.М. Психологические проблемы мотивизации поведения человека. Изд. «Просвещение», М., 1969.
210. РОСТ З. Психиатрическая реабилитация: принципы (Швеция, Оребро). IV межд. симпозиум по реабил. псих. больных, Л., 1974, 91.
211. СТАНЧАК Т. Психиатрическая реабилитация в Польше (Польша, Варшава). IV межд. симпозиум по реабил. псих. больных, Л., 1974, 100.
212. ТЕМКОВ И. Психофармакологические предпосылки реабилитации психически больных (Болгария, София). Мат. IV межд. симпозиума по реабил. псих. больных, Л., 1974.
213. ТОМАРУГ В., ДАВИД Е. Реабилитация психически больных и социальная среда (Румыния, Бухарест). IV межд. симп. по реабил. псих. больных, Л., 1974.
214. ФЕЛЬДЕС Д., ВАЙЗЕ К. Критерии успеха социотерапевтических методов (ГДР, Лейпциг). Мат. IV межд. симпозиума по реабил. псих. больных, Л., 1974.
215. ХАРЛФИНГЕН фон., Терапия средой, трудотерапия и терапия занятостью как оазис реабилитации психически больных (ФРГ, Офен, Ольденбург). IV межд. симпозиум по реабил. псих. больных, Л., 1974, 223.
216. Синдромальная структура курабельных и резистентных к терапии депрессий. М., 1970.
217. ЦВИНАР С. Общественные условия для решения задач восстановительной терапии (реадаптации) психически больных (Польша, Лодзь). IV международный симпозиум по реабилитации псих. больных. Л., 1974, 108-109.
218. ШЕВЧУК Х. Проблемы реабилитации диссоциальных подростков (ГДР, Берлин). IV межд. симпозиум по реабилитации псих. больных, Л., 1974, III (резюме).

219. ШКОДА Ц. Что, по-видимому, не следует называть формой «активирующей терапии» в психиатрической реабилитации (Чехословакия). IV межд. симп. по реабилитации псих. больных, Л., 1974, 117-119.
220. ALLPORT G. Personality. New Iork 1938,48.
221. ASSAEL M.A. Comparative study of psychotic art v.World Congress 1971.
222. BILLI G.O. Representation of motion in schizophrenic art. USA.v.World Congress 1971.
223. Bobon S.Dasnov: A.Bobon D.P.Celestine ou la psxchose creatrice Belgique.
224. BAITOSZEWSKI S.WOJCIECHOWSKI S. Pusunki chonych na schisofrenie jokoczynnik prognostyczny w ocenie ichstonu psychicznego.Psychiat. Pol.1971.5.2.153-160(Polska).
225. BARTOSZEEWSKI S.HALANNBRENNER S.Tworczone aztisty malarza chorego na schisofrenie Jako odzwierciedlenie przemian w jego stanie psychicznym. Psychiat.Pol.1971.5.2.231-238(Polska);
226. WILDBOLZ A. Eine psychotische Entwicklung in prakognitiver Selbstdar-stelling.Interpretation im Sinne eines Individuationsschrittes. Herausgegeben von Sandos 1971.Basel.
227. WIART C.A lareeherche du sens de l anon figuration en peinture. Paris France V.World.Congress 1971 68.
228. WEBER S.P. La Psychologie de f'art-Presses Universitaires de France 108.Paris 1953. ).
229. VOLMAT P. Art psychopathologique et psychopathologie de l'expression 1966 Paris.
230. VOLMAT P. L'art PsychopathologicLue-Presses Universitaires de France.
231. GNA.Dirian A.Artistic expression of psychopathology through the media of art therapy.Luebec.Canada.V.World Congress 69.
232. GALVI. Art, – maniere et manierisme schisophrenique. Acta neurol.belg. 1964.1.125-130.
233. DELAY. J. Art psychopathologique et medecine. Semaines des hopitaux-supp.1952.28/32(5-8)illus.23.
234. EY.H. La psychiatric devant le surrealisme-vo Psychi 1948-of 46-48.
235. FERDIERE G. Le style des dessins schisophrenieques la symetrie et l'equilibre-Ann.med.psychol.1948 106/1 (434-437)
236. SANICKI A. Zastosowanie muzyki jako dodatkowego czinnica w przewiegu lecrenia chorychna schizopfnie.Psychiat.Pol.1971.183-188.Polska.
237. MARINOV A. Schopferische Leistungen in der Endzustand der Schisophre nie.Zeitschrift f.tr. Psichiat Neurol und med.Psich.ol. 1960-10.375-381.
238. RENNERT H. Untersuchungen uber die die Raumwacnruhemung und Eaumabbildung bei psycnischen Krankheiten und ihre Auswirkung auf die psychopathologische Kunst.DDR.Halle V.w.c.1971.
239. RENNERT H. Die Merkmale schisophrenir Bildnerel.Vob Custav Fischer Vering-Jena 1952.
240. PRINSHORN H. Bildneret der Geisteskranken ein Bitrang zur Psychologie und Psychopathologie der Gestaltung. Berlin.1922.
241. PRAZUC B. Crtes Kaopriboy dijagnostici u psihijatrii studija. Likovnog izraza dusevnich bolesnica. An. Klin. Bol. Stojanovie 1971,10.29. supp.l. (Iugoslavia)
242. PACTO. Gross culture and the schizophrenie-creativ proress.USA. California.Y.w.c.1971.
243. PAPERTIAN G. Un nouveau.test de projection Paris France.
244. Perez Rincon C.Perez de Francisco P.Rodriguez. Analisis de algunos aspectos de la obrade un poeta esquizofrenico. Mexico D.F.V.w.c.1971.
245. REVAE. Group therapy and art Canada 1971.V.w.cong.
246. ROUX G.CAVRAE E.F. «Permanences et variations de l'expression pictu rale dans la schizophrenie.Toulouse France.
- 247.TISKEWISZ. Muzykoterapia W oddziale Psychiatrycrnum Psychat. Pol.1971.5.I.69-72.
248. SZELENBERGER. Analiza psychiatricrnoartystyczna wyrowiedrj slownych i plastycznych w schizofrenii przewleklei Psychiat Pol.1971.5.2. 161-168(Polska)
249. ZIERER E. Correction of body image distortions in eighteen months of creative analysis.USA.V.w.cong.1971.

## РЕЦЕНЗИЯ

Выписка из протокола заседания проблемной комиссии специализированного совета по присвоению степени доктора медицинских наук Ленинградского научно-исследовательского психоневрологического института им.В.М.Бехтерева от 4-го декабря 1979 г.

СЛУШАЛИ: Апробацию докторской диссертации З.Г.Чиковани на тему «О теоретических основах и организационных формах внедрения художественного творчества в систему психиатрической реабилитации». Рецензент – доктор мед.наук Г.В.Зеневич.

ПОСТАНОВИЛИ: Принять следующее заключение по диссертации З.Г.Чиковани

Исследованию художественного творчества психически больных был в свое время посвящен ряд работ. Однако в последующем внимание к этой проблеме заметно ослабло. В советской литературе, в частности, вслед за отдельными выступлениями в печати, к тому же имеющими давность в несколько десятилетий, соответствующих работ за последние годы не появлялось.

В целом можно признать, что вопрос этот оставался далеко не изученным.

Между тем, исследование этой проблемы имеет как клиничко-теоретическое, так и практическое значение.

Работа З.Г.Чиковани в значительной степени восполняет указанный пробел.

На основании многолетнего изучения большого числа больных, с использованием методологически и методически правильных методов исследования, автором убедительно показана возможность и необходимость дифференцирования творчества больных шизофренией, обусловленного патологией, от творчества, побуждаемого позитивными тенденциями, причем представлена динамика этих двух форм содержания творчества больных в течение психоза. Диссертантом показано значение анализа художественного творчества больных в качестве существенного дополнительного метода обследования, позволяющего глубже понять и оценить индивидуальное сознание больных.

Автором также впервые поставлен и изучен вопрос о роли привлечения больных к творчеству в комплексе реабилитационных мероприятий. Динамическое изучение позволило диссертанту разработать рекомендации в этом отношении, применительно к разным этапам патологического процесса и разным состояниям больных.

Необходимо также указать, что автором, на основе литературных и собственных данных, проведен анализ проблемы соотношения творчества, личности и среды у здоровых и творчества, психоза и личности у больных.

Все изложенное дает основание признать работу З.Г.Чиковани оригинальным исследованием, разработавшим новое существенно важное звено в системе психиатрической реабилитации.

Обширный клинический материал и аналитическая часть его интерпретации, обобщения и выводы, изложенные в монографии З . Г . Чиковани «О теоретических основах и организационных формах внедрения художественного творчества в систему психиатрической реабилитации» в целом вполне удовлетворяет и соответствует требованиям, предъявляемым к степени доктора медицинских наук.

**Председатель -**

**Директор НИ психоневрологического института  
им.В.М.Бехтерева, профессор КАБАНОВ М.М.**

**Ученый секретарь специализированного совета,  
канд.мед.наук ЕРШЕВ О.Ф.**

**4.X.79 г., г. Ленинград**

## РЕЦЕНЗИЯ

### Выписка из протокола №5 от 17 мая 1979 г. заседания Ученого совета НИИ психиатрии им. М.М.Асатиани МЗ ГССР

О выдаче заключения Ученого совета на диссертационную работу Чиковани З.Г. на тему «О теоретических основах и организационных формах внедрения художественного творчества в систему психиатрической реабилитации», предназначенную для представления к защите на соискание ученой степени доктора медицинских наук.

... Чиковани З.Г. ведет научно-исследовательскую работу в сложной и весьма малоизученной области художественного творчества душевнобольных в течение 20 лет. За этот период он собрал по данной проблеме большое количество клинического материала (живопись, графика, скульптура, стихосложение, музыка и т . п . ) , который с научно-практической и гносеологической точек зрения бесспорно содержит ценнейшую специфическую информацию.

Им же впервые предложен для разработки основного материала (наблюдений) оригинальный метод «клинико-художественного анализа с определением социального прогноза и учетом катамнеза».

... Изучая внутренний мир душевнобольного через структуру художественного образа в свете вышеизложенного метода, Чиковани З.Г. удалось выявить скрытые компенсаторные и адаптационные возможности личности душевнобольных в целом (и в частности при шизофрении), которые долгое время оставались вне поля зрения наших познавательных возможностей, так как при наличии существующих до этого в психиатрии клинико-психопатологических и экспериментальных методов и критериев, эта область поведения и функционирования личности познанию не поддавалась.

В свете открытия Чиковани З.Г. выясняется, что с помощью творческой занятости, наряду с биологическим лечением, становится возможным воспрепятствовать поступательному ходу шизофренической аутизации, наладить поэтапно интерперсональную зависимость личности, стимулировать ее социальную коммуникабельность и общительность. Более того, при наличии сохранности приобретенных профессиональных навыков и знаний в области искусства в условиях активной занятости, согласно З.Г. Чиковани, не только возможно предупредить скольжение личности к дефекту при прогрессивном течении шизофрении, а, наоборот, способствовать стабилизации профессионального стереотипа с целью восстановления ее индивидуального и социального статуса.

В свете исследования Чиковани З.Г. открывается дальнейшая перспектива ведения и планирования научно-исследовательских работ с целью изыскания форм и методов стимулирования творческой активности больных и повышения их социальной значимости.

...Чиковани З.Г. является единственным исследователем в области художественного творчества душевнобольных в психиатрической практике, обладающим одновременно высшим эстетическим музыкальным и медицинским знаниями. Согласно единому плану научных работ АМН СССР, он курирует проблему художественного творчества душевнобольных

По заключению проблемной комиссии МЗ СССР по реабилитации психически больных, метод Чиковани З.Г. вносит существенный вклад в разрешение сложных проблем реабилитации психически больных с художественным уклоном.

Обобщения и выводы З.Г. Чиковани вносят существенные коррективы в практическое разрешение проблемы социально-трудовой реадaptации и реабилитации (ресoциализации) больных с художественным уклоном, делая их социальный прогноз весьма обнадеживающим.

Исходя из вышесказанного, Ученый совет НИИ психиатрии им. М.Асатиани МЗ ГССР считает диссертационную работу Чиковани З.Г. «О теоретических основах и организационных формах внедрения художественного творчества в систему психиатрической реабилитации» вполне удовлетворяющей

требованиям, предъявляемым к докторской диссертации, а самого автора – вполне достойным ученой степени доктора медицинских наук.

**Директор НИИ психиатрии им. М.М. Асатиани,  
академик АМН СССР и АН ГССР,  
заслуженный деятель науки  
профессор А.Д. ЗУРАБАШВИЛИ**

**Ученый секретарь Совета, кандидат мед.наук,  
старший научн. сотрудник Н. РУХАДЗЕ**

**18 мая, 1979 г., г. Тбилиси**

***ПРИЛОЖЕНИЕ***

**СХЕМЫ**

Ист. б. N  
Ф.И.О.:  
Дата поступления  
— выписки

**Наблюдение**

**Схема №1**

**Метод клинико-художественного анализа с определением социального прогноза и учетом анамнеза**

1. Профессионалы
2. Любители
3. Не имеющ. обр.
4. Любознательные
5. Инертные

№	1	2	3	4	5
1	Клиническая часть		Результаты сопоставления	Художественная часть	
	вопрос	ответ		ответ	вопрос
2	Анамнез заболевания				Анамнез жизни (преморбидные склонности к искусству)
3	Структура психоза, синдром и содержание				Тематическая структура творчества. Основные темы и мотивы как до, так и после заболевания.
4	Отношение к лечебному режиму 1) Положительное; 2) Негативное.				Отношение к искусству 1) в инициальный период; 2) в период манифестации; 3) в течение болезни.
5	Личность в клинике 1) Отношение к себе; 2) Отношение к людям; 3) Отнош. к окружающим; 4) Образ жизни; 5) Интересы, склонности, направленность, потребности.				Личность в художественном творчестве 1) Отношение к себе; 2) Отношение к людям; 3) Отношение к окружающим; 4) Образ жизни; 5) Интересы, направленность; 6) Потребности.



№	1	2	3	4	5
6	Динамика заболевания				Динамика творчества
7	Отношение к формам культурного досуга в клинике				Отношение к формам культурного досуга и художественной занятости в микросреде (в семье)
8	Критика собственного состояния				Критика собственных произведений
9	Отношение к групповым формам занятости, общения не художествен. порядка				Отношение к групповым формам занятости в художественной мастерской в процессе творчества
10	Исход заболевания				Состояние профессиональных возможностей к исходу заболевания
11	Семейная обстановка (микросреда) 1) благоприятная; 2) неблагоприятная.				Обстановка по месту работы 1) благоприятная; 2) неблагоприятная.
12	Социальный прогноз				Социальный профессиональный прогноз
13	Катамнез				Катамнез
14	Длительность ремиссии.				Длительность профессиональной адаптации.
15	Динамическое наблюдение				Влияние профес. факторов: среда, участие в выставках, посещ. экспоз.

Ист. 6. N 1957 Ф.И.О.: Н. З. З.		<b>Наблюдение 1.</b>			1. Профессионалы 2. Любители 3. Не имеющ. обр. 4. Любопытные 5. Инертные	
Дата поступления 14/X-75 выписки 10/XI-76		<b>Схема №2</b>			Метод клинико-художественного анализа с определением социального прогноза и учетом катамнеза	
№	1	2	3	4	5	
1	Клиническая часть		Результаты сопоставления	Художественная часть		
	вопрос	ответ		ответ	вопрос	
2	Анамнез заболевания	Заболевание начинается исподволь в 18 лет с аутизмом и разрывом соц. связей	- +	Замкнута, неуживчива интровертивна. С детства увлечена рисованием	Анамнез жизни (преморбидные склонности к искусству)	
3	Структура психоза, синдром и содержание	Шизофрения; бред любви; Преследования и воздейст.	Взаимооб- сoblенность - +	Натюрморты, пейзажи, лирика, обрядные, комплексные, любовные.	Тематическая структура творчества. Основные темы и мотивы как до, так и после заболевания.	
4	Отношение к лечебному режиму 1) Положительное; 2) Негативное.	Негативное со склонностью к агрессии	- + + +	Активное “..” “..”	Отношение к искусству 1) в инициальный период; 2) в период манифестации; 3) в течение болезни.	
5	Личность в клинике 1) Отношение к себе; 2) Отношение к людям; 3) Отнош. к окружающим; 4) Образ жизни; 5) Интересы, склонности, направленность, потребности.	Интроверт. Неконтактна. Отгорожена. Лаутистична.	- + - + - + + +	1. Выявляет личные переживания в инст. творч. 2. Выполняет портреты с натуры: персонала, больных, врача и т. д. 3. Охотно включ. в среду, работает. 4. Желает продолж. учиться.	Личность в художественном творчестве 1) Отношение к себе; 2) Отношение к людям; 3) Отношение к окружающим; 4) Образ жизни; 5) Интересы, направленность; 6) Потребности.	

№	1	2	3	4	5
6	Динамика заболевания	Прогрессирующая	- +	Продуктивная	Динамика творчества
7	Отношение к формам культурного досуга в клинике	Телевизор, рисование, Общая прогулка	+ +	Единствен. увлечение телевизор. Сама занималась рисованием	Отношение к формам культурного досуга и художественной занятости в микросреде (в семье)
8	Критика собственного состояния	Отсутствует	Парадоксальность - +	Умеренная	Критика собственных произведений
9	Отношение к групповым формам занятости, общения не художествен. порядка	Положительное при содействии	+ +	Активное	Отношение к групповым формам занятости в художественной мастерской в процессе творчества
10	Исход заболевания	Ремиссия С	+ +	Сохранены	Состояние профессиональных возможностей к исходу заболевания
11	Семейная обстановка (микросреда) 1) благоприятная; 2) неблагоприятная	Неблагоприятн.	- +	Благоприятная по месту учебы. Неблагоприятная по месту работы (жительства.)	Обстановка по месту работы 1) благоприятная; 2) неблагоприятная
12	Социальный прогноз	При содействии может включ. в производств. отнош., социальн. контакты	+ +	Может работать по профессии и продолжить учебу	Социальный профессиональный прогноз.
13	Катамнез	Не удастся устроиться по специальности.	- +	Окончила техникум, не удастся устроиться по специальности.	Катамнез
14	Длительность ремиссии.	Год	+ +	Год	Длительность профессиональной адаптации.
15	Динамическое наблюдение	Неудовлетворительное	- -	Отсутствует	Влияние профес. факторов: среда, участие в выставках, посещ. экспоз.

Ист. б. N 248 Ф.И.О.: Н. Ф. О.		Наблюдение 2.		Схема №3		1. Профессионалы 2. Любители 3. Не имеющ. обр. 4. Любознательные 5. Инертные	
Дата поступления 14/II-72 выписки II/IV-72		Метод клинико-художественного анализа с определением социального прогноза и учетом катамнеза					
№	1	2	3	4	5		
1	Клиническая часть		Результаты сопоставления	Художественная часть			
	вопрос	ответ		ответ	вопрос		
2	Анамнез заболевания	В возр. 23 лет на 3 курсе Акад. худож. появились странности, отчужд. аутиз. разр. соц. связей.	-	+	Скромный, уживчивый, с астенической конституцией, отмечается с раннего детства увлечение рисованием.	Анамнез жизни (преморбидные склонности к искусству)	
3	Структура психоза, синдром и содержание	Шизофрения; Бред преследов. и отравл.	Взаимообособленность		Пейзажи родного села. Композиции обрядного трудового содержания. Инструктируемые темы	Тематическая структура творчества. Основные темы и мотивы как до, так и после заболевания.	
4	Отношение к лечебному режиму 1) Положительное; 2) Негативное.	Негативное со склонностью к агрессии	-	-	Непродуктивен. Менее активен. Более активен.	Отношение к искусству 1) в инициальный период; 2) в период манифестации; 3) в течение болезни.	
5	Личность в клинике 1) Отношение к себе; 2) Отношение к людям; 3) Отнош. к окружающим; 4) Образ жизни; 5) Интересы, склонности, направленность, потребности.	Интровертивен Неконтактен. Отгорожен. Аутистичен. Желает продолж. учебу	-	-	1. Выявляет личные переживания в инст. творч. 2. Выполняет портреты с натуры, персонала. 3. Желает продолжить учебу по специальности	Личность в художественном творчестве 1) Отношение к себе; 2) Отношение к людям; 3) Отношение к окружающим; 4) Образ жизни; 5) Интересы, направленность; 6) Потребности.	



№	1	2	3	4	5	
6	Динамика заболевания	Прогрессирующая	-	+	Продуктивен	Динамика творчества
7	Отношение к формам культурного досуга в клинике	Общая прогулка Телевизор, Рисование.	+	+	Увлеченность рисованием, охота пение (семья гостеприимн.)	Отношение к формам культурного досуга и художественной занятости в микросреде (в семье)
8	Критика собственного состояния	Отсутствует	Парадоксальность	Умеренная	Критика собственных произведений	
9	Отношение к групповым формам занятости, общения не художествен. порядка	Положительное при содействии	+	+	Активное	Отношение к групповым формам занятости в художественной мастерской в процессе творчества
10	Исход заболевания	Ремиссия Б	+	+	Сохранены	Состояние профессиональных возможностей к исходу заболевания
11	Семейная обстановка (микросреда) 1) благоприятная; 2) неблагоприятная	Исключительно благоприятная	+	+	Благоприятная	Обстановка по месту работы 1) благоприятная; 2) неблагоприятная
12	Социальный прогноз	Может адаптироваться с соц. средой	+	+	Может работать и продолжить учебу по профессии	Социальный профессиональный прогноз.
13	Катамнез	Продолжил учебу включился в соц. контакты	+	+	Окончил Академию художеств и вернулся в родное село.	Катамнез
14	Длительность ремиссии.	Повторно не обращался	+	+	Живет и работает по специальности. в родном селе и поныне	Длительность профессиональной адаптации.
15	Динамическое наблюдение	Неудовлетворительное	-	+	Положительное	Влияние профес. факторов: среда, участие в выставках, посещ. экспоз.

Ист. 6. N Ф.И.О.: Ш.А.П. Дата поступления 24/II-74 выписки 12/V-74		<b>Наблюдение 3.</b>		Схема №4		1. Профессионалы 2. Любители 3. Не имеющ. обр. 4. Любознательные 5. Инертные	
Метод клинико-художественного анализа с определением социального прогноза и учетом катамнеза							
№	1	2	3	4	5		
1	Клиническая часть		Результаты сопоставления	Художественная часть			
	вопрос	ответ		ответ	вопрос		
2	Анамнез заболевания	На III курсе Акад. худож. 20 лет появились странности, отчужденность, расстройство соц. связей, аутизм.	- +	Подвижный, уживчивый, активный, трудолюбивый. С раннего детства отмеч. премоурбидная склонность к искусству, к рисованию.	Анамнез жизни (преморбидные склонности к искусству)		
3	Структура психоза, синдром и содержание	Шизофрения; бред, форма философской интоксикац. и дисморфобии	Взаимобособленность	1. Пейзажи род. села, 2. Портреты, натюрморты, композиции.	Тематическая структура творчества. Основные темы и мотивы как до, так и после заболевания.		
4	Отношение к лечебному режиму 1) Положительное; 2) Негативное.	Негативное	- + + + + +	Непродуктивен. Менее активен. Более активен.	Отношение к искусству 1) в инициальный период; 2) в период манифестации; 3) в течение болезни.		
5	Личность в клинике 1) Отношение к себе; 2) Отношение к людям; 3) Отнош. к окружающим; 4) Образ жизни; 5) Интересы, склонности, направленность, потребности.	1. Формально критич. 2. Выборочное. 3. В основном отгорож. 4. Аутистичен. 5. Считает, что должен учиться	- + + + - + + + - +	1. Выявляет свои пережив. в инструктир. творч. 2. Выполняет портреты врача, сестры. 3. Отражает больнич. жизнь. 4. Желает продолж. учебу	Личность в художественном творчестве 1) Отношение к себе; 2) Отношение к людям; 3) Отношение к окружающим; 4) Образ жизни; 5) Интересы, направленность; 6) Потребности.		

№	1	2	3	4	5
6	Динамика заболевания	Прогрессирующая	- +	Продуктивен	Динамика творчества
7	Отношение к формам культурного досуга в клинике	1. Общая прогулка 2. Рисование.	+ + + + + +	Рисование Кино Телевизор	Отношение к формам культурного досуга и художественной занятости в микросреде (в семье)
8	Критика собственного состояния	Формально сохр., но факт. отсутствует	Парадоксальность	Умеренная	Критика собственных произведений
9	Отношение к групповым формам занятости, общения не художествен. порядка	Положительное при содействии	+ +	Активное	Отношение к групповым формам занятости в художественной мастерской в процессе творчества
10	Исход заболевания	Ремиссия Б	+ +	Сохранены	Состояние профессиональных возможностей к исходу заболевания
11	Семейная обстановка (микросреда) 1) благоприятная; 2) неблагоприятная	Исключительно благоприятная	+ +	Благоприятная	Обстановка по месту работы 1) благоприятная; 2) неблагоприятная
12	Социальный прогноз	Может адаптироваться как спонтанно, так и при содействии	+ +	Может учиться по специальности:	Социальный профессиональный прогноз.
13	Катамнез	Работает, учится, окончил Академию художеств	+ +	Окончил Акад. художеств и работ. в родном р-не по специальности.	Катамнез
14	Длительность ремиссии.	Повторно не обращался	+ +	Устроился по месту жительства и работает больше 4 года	Длительность профессиональной адаптации.
15	Динамическое наблюдение	Неудовлетворительное	- +	Благоприятная	Влияние профес. факторов: среда, участие в выставках, посещ. экзпоз.

№	1	2	3	4	5
6	Динамика заболевания	Прогрессирующая	- +	Продуктивен	Динамика творчества
7	Отношение к формам культурного досуга в клинике	1. Общая прогулка 2. Рисование.	+ + + + + +	Рисование Кино Телевизор	Отношение к формам культурного досуга и художественной занятости в микросреде (в семье)
8	Критика собственного состояния	Формально сохр., но факт. отсутствует	Парадоксальность	Умеренная	Критика собственных произведений
9	Отношение к групповым формам занятости, общения не художествен. порядка	Положительное при содействии	+ +	Активное	Отношение к групповым формам занятости в художественной мастерской в процессе творчества
10	Исход заболевания	Ремиссия Б	+ +	Сохранены	Состояние профессиональных возможностей к исходу заболевания
11	Семейная обстановка (микросреда) 1) благоприятная; 2) неблагоприятная	Исключительно благоприятная	+ +	Благоприятная	Обстановка по месту работы 1) благоприятная; 2) неблагоприятная
12	Социальный прогноз	Может адаптироваться как спонтанно, так и при содействии	+ +	Может учиться по специальности:	Социальный профессиональный прогноз.
13	Катамнез	Работает, учится, окончил Академию художеств	+ +	Окончил Акад. художеств и работ. в родном р-не по специальности.	Катамнез
14	Длительность ремиссии.	Повторно не обращался	+ +	Устроился по месту жительства и работает свыше 4 года	Длительность профессиональной адаптации.
15	Динамическое наблюдение	Неудовлетворительное	- +	Благоприятная	Влияние профес. факторов: среда, участие в выставках, посещ. экзпоз.



Ист. б. N635  
Ф.И.О.: Л.М.М.  
Дата поступления 8/IV-74  
выписки I/VI-74

**Наблюдение 4.**

**Схема №5**

**Метод клинико-художественного анализа с определением социального прогноза и учетом катамнеза**

1. Профессионалы
2. Любители
3. Не имеющ. обр.
4. Любопытательные
5. Инертные

№	1		2		3		4		5	
	Клиническая часть				Результаты сопоставления		Художественная часть			
	вопрос		ответ				ответ		вопрос	
1	Анамнез заболевания		В 15 лет возбуждается, становится агрессивным странным, избегает общества родных с раз. соц. связей.		— +		Маолообщителен в связи с остаточн. явлением менинго-энцефалита и глухоты. С детства склонен к рисованию.		Анамнез жизни (преморбидные склонности к искусству)	
2	Структура психоза, синдром и содержание		Шизофрения; бред, форма тугоухость, бред преследован. и воздействия		Взаимообособленность		Рисунки с натуры, натюрморты, пейзажи, репродукции.		Тематическая структура творчества. Основные темы и мотивы как до, так и после заболевания.	
3	Отношение к лечебному режиму 1) Положительное; 2) Негативное,		Негативное со склонностью к агрессии.		— + + +		Активен. Менее активен, Более активен.		Отношение к искусству 1) в инициальный период; 2) в период манифестации; 3) в течение болезни.	
4	Личность в клинике 1) Отношение к себе; 2) Отношение к людям; 3) Отнош. к окружающим; 4) Образ жизни; 5) Интересы, склонности, направленность, потребности.		1. Интровертивен, 2. Неконтактен, 3. Отгорожен, 4. Аутистичен, 5. Желает продолж. учиться.		— — — + — — — + + + +		1. Выявляет свои переживания в инструкт. творч. 2. Охотно выполняет портреты врача, больн. и персон. 3. Отражает больн. обстан. по инструкции. 4. Трудослюбив, желает учит.		Личность в художественном творчестве 1) Отношение к себе; 2) Отношение к людям; 3) Отношение к окружающим; 4) Образ жизни; 5) Интересы, направленность; 6) Потребности.	

№	1	2	3	4	5
6	Динамика заболевания	Прогрессирующая	- +	Продуктивен	Динамика творчества
7	Отношение к формам культурного досуга в клинике	1. Общая прогулка, 2. Телевизор, 3. Посещ. худож. мастерской	+ +	1. Телевизор, 2. Рисование, 3. Посещ. выставок.	Отношение к формам культурного досуга и художественной занятости в микросреде (в семье)
8	Критика собственного состояния	Отсутствует	Парадоксальность +	Умеренная	Критика собственных произведений
9	Отношение к групповым формам занятости, общения не художествен. порядка	Положительное при содействии	+ +	Активное (при содействии)	Отношение к групповым формам занятости в художественной мастерской в процессе творчества
10	Исход заболевания	Ремиссия С	+ +	Сохранены	Состояние профессиональных возможностей к исходу заболевания
11	Семейная обстановка (микросреда) 1) благоприятная; 2) неблагоприятная	Благоприятная	+ +	Исключительно благоприятная	Обстановка по месту работы 1) благоприятная; 2) неблагоприятная
12	Социальный прогноз	Может Продолжить учебу по специальн. при активном содейств. и наблюд.	+ +	Может учиться по специальности:	Социальный профессиональный прогноз.
13	Катамнез	Находится дома продолж. учиться в кюльч. в соц. связь.	+ +	Окончил техникум, а затем Академию художеств.	Катамнез
14	Длительность ремиссии.	В среднем 4-5 лет	+ +	Занимается и работает и поныне	Длительность профессиональной адаптации.
15	Динамическое наблюдение	Удовлетворительн.	+ +	Положительное	Влияние профес. факторов: среда, участие в выставках, посещ. экспоз.

Ист. 6. N516 Ф.И.О.: Дж.Т.Б. Дата поступления 1958 выписки поныне		<b>Наблюдение 5.</b>		Схема №6 Метод клинико-художественного анализа с определением социального прогноза и учетом катамнеза		1. Профессионалы 2. Любители 3. Не имеющ. обр. 4. Любознательные 5. Инертные	
№	1	2	3	4	5		
1	Клиническая часть		Результаты сопоставления	Художественная часть			
	вопрос	ответ		ответ	вопрос		
2	Анамнез заболевания	В возр. 22 л. станов. раздраж. агрессив. стран. отгорожен. с разрывом со средой и неадекватн. поведен.	- +	Подвижный, уживчивый с детства увлекается рисованием, живописью	Анамнез жизни (преморбидные склонности к искусству)		
3	Структура психоза, синдром и содержание	Шизофрения: бред. форма, бред преследования отравлен. и воздействия	Взаимообособленность	Трудовые, обрядные, героические, исторические лирические темы	Тематическая структура творчества. Основные темы и мотивы как до, так и после заболевания.		
4	Отношение к лечебному режиму 1) Положительное; 2) Негативное,	Негативное со склонностью к соц. агрессивн. поступкам	- + + +	Активное Менее активное Более активное	Отношение к искусству 1) в инициальный период; 2) в период манифестации; 3) в течение болезни.		
5	Личность в клинике 1) Отношение к себе; 2) Отношение к людям; 3) Отнош. к окружающим; 4) Образ жизни; 5) Интересы, склонности, направленность, потребности.	Интровертивен. Неконтактен. Отгорожен. Аутистичен. Желает учиться по специальности.	- + - + - + +	1. Выявляет свои пережив. в инструкт. творч. 2. Рисует портреты: врача, персонала. 3. Избег. темы отражающ. 4. Больнич. жизнь, рисует историч. героич. обрядн. трудовые и лирич. темы, желает продолж. учебу	Личность в художественном творчестве 1) Отношение к себе; 2) Отношение к людям; 3) Отношение к окружающим; 4) Образ жизни; 5) Интересы, направленность; 6) Потребности.		

№	1	2	3	4	5
6	Динамика заболевания	Прогрессирующая	- +	Продуктивен	Динамика творчества
7	Отношение к формам культурного досуга в клинике	Общая прогулка	- +	Рисование, разбор, телевизор	Отношение к формам культурного досуга и художественной занятости в микросреде (в семье)
8	Критика собственного состояния	Отсутствует	Парадоксальность - +	Умеренная	Критика собственных произведений
9	Отношение к групповым формам занятости, общения не художествен. порядка	Негативное	- +	Положительное	Отношение к групповым формам занятости в художественной мастерской в процессе творчества
10	Исход заболевания	Ремиссия с кратковременной стабилизацией и с последующей госпитализацией	+ +	Сохранны	Состояние профессиональных возможностей к исходу заболевания
11	Семейная обстановка (микросреда) 1) благоприятная; 2) неблагоприятная	Крайне неблагоприятная	- +	Благоприятная	Обстановка по месту работы 1) благоприятная; 2) неблагоприятная
12	Социальный прогноз	Вне строгого динамич. наблюдения не может ужиться и адаптироваться	- +	Может учиться по специальности	Социальный профессиональный прогноз.
13	Катамнез	Находится постоянно в больнице; временно выписыв. на поруки	- +	Окончил Акад. художеств. работать не в состоянии, находится в стационаре	Катамнез
14	Длительность ремиссии.	2-3 месяца	- -	Профессионалы, навыки сохранены, но реализ. их и постоянно де квалифицируется	Длительность профессиональной адаптации.
15	Динамическое наблюдение	Неудовлетворит.	- +		Влияние профес. факторов: среда, участие в выставках, посещ. экспоз.



Ист. б. N1646 Ф.И.О.: К.П.А. Дата поступления: 13/ХП-66 выписки 7/П-67		<b>Наблюдение 6.</b>		Схема №7		1. Профессионалы 2. Любители 3. Не имеющ. обр. 4. Любознательные 5. Инертные	
		<b>Метод клинико-художественного анализа с определением социального прогноза и учетом катамнеза</b>					
№	1	2	3	4	5		
1	Клиническая часть		Результаты сопоставления	Художественная часть			
	вопрос	ответ		ответ	вопрос		
2	Анамнез заболевания	В 18 лет появ. мысли о том, что его отравили в ресторане, начал избегать людей, в последс. и своих близких	- +	С детства подвижный уживчивый, отмечается преморбидная склонность к рисованию.	Анамнез жизни (преморбидные склонности к искусству)		
3	Структура психоза, синдром и содержание	Шизофрения; паран. формы, бред отравлен., преследования и воздействия.	Взаимобособленность	Обрядные трудовые, (програмные) особо подчеркивается страсть к движению, динамизму.	Тематическая структура творчества. Основные темы и мотивы как до, так и после заболевания.		
4	Отношение к лечебному режиму 1) Положительное; 2) Негативное,	Негативное со склонностью к агрессии.	- +	Активное, Менее активное, Более активное	Отношение к искусству 1) в инициальный период; 2) в период манифестации; 3) в течение болезни.		
5	Личность в клинике 1) Отношение к себе; 2) Отношение к людям; 3) Отнош. к окружающим; 4) Образ жизни; 5) Интересы, склонности, направленность, потребности.	Интровертивен. Неконтактен. Отгорожен. Аутистичен. Желает продолжать учебу в Академии худ.	- + - + - + - + + +	1. Передаст свои пережив. в инструктир. творчестве. 2. Рисует портреты больных. 3. Все время работает в мастерск. создает произв. с подчеркнут, динамизмом, движением.	Личность в художественном творчестве 1) Отношение к себе; 2) Отношение к людям; 3) Отношение к окружающим; 4) Образ жизни; 5) Интересы, направленность; 6) Потребности.		

№	1	2	3	4	5
6	Динамика заболевания	Прогрессирующая	— +	Продуктивная	Динамика творчества
7	Отношение к формам культурного досуга в клинике	Общая прогулка телевизор	+ +	Кино телевизор	Отношение к формам культурного досуга и художественной занятости в микросреде (в семье)
8	Критика собственного состояния	Отсутствует	Парадоксальность — +	Умеренная	Критика собственных произведений
9	Отношение к групповым формам занятости, общения не художествен. порядка	При активном воздействии положительное	+ +	Активное	Отношение к групповым формам занятости в художественной мастерской в процессе творчества
10	Исход заболевания	Ремиссия С	+ +	Сохранены	Состояние профессиональных возможностей к исходу заболевания
11	Семейная обстановка (микросреда) 1) благоприятная; 2) неблагоприятная	Неблагоприятная	— +	Относительно благоприятная	Обстановка по месту работы 1) благоприятная; 2) неблагоприятная
12	Социальный прогноз	При активном динамич. наблюдении и содействии может адаптироваться к проф. средой.	+ +	При содействии может учиться по специальности	Социальный профессиональный прогноз.
13	Катамнез	Поступил в студию Акад. худож. оконч. экз. не смог сдать прием. экз. на факт являлся и повторно обостр.	+ +	Окончил подгот. курсы студии, но не смог поступить в Академию	Катамнез
14	Длительность ремиссии.	Год повторно не обращался	+ —	Работал по специальн. в родном селе. Работает и поныне	Длительность профессиональной адаптации.
15	Динамическое наблюдение	Неудовлетворит.	— +	Благоприятное	Влияние профес. факторов: среда, участие в выставках, посещ. экспоз.

№	1	2	3	4	5
6	Динамика заболевания	Прогрессирующая	— +	Продуктивная	Динамика творчества
7	Отношение к формам культурного досуга в клинике	Общая прогулка телевизор	+ +	Кино телевизор	Отношение к формам культурного досуга и художественной занятости в микросреде (в семье)
8	Критика собственного состояния	Отсутствует	Парадоксальность — +	Умеренная	Критика собственных произведений
9	Отношение к групповым формам занятости, общения не художествен. порядка	При активном воздействии положительное	+ +	Активное	Отношение к групповым формам занятости в художественной мастерской в процессе творчества
10	Исход заболевания	Ремиссия С	+ +	Сохранены	Состояние профессиональных возможностей к исходу заболевания
11	Семейная обстановка (микросреда) 1) благоприятная; 2) неблагоприятная	Неблагоприятная	— +	Относительно благоприятная	Обстановка по месту работы 1) благоприятная; 2) неблагоприятная
12	Социальный прогноз	При активном динамич. наблюдении и содействии может адаптироваться к проф. средой.	+ +	При содействии может учиться по специальности	Социальный профессиональный прогноз.
13	Катамнез	Поступил в студию Акад. худож. оконч. ос, не смог сдать прием. экз. на факт живописи и повторно обостр.	+ +	Окончил подгот. курсы студии, но не смог поступить в Академию	Катамнез
14	Длительность ремиссии.	Год повторно не обращался	+ —	Работал по специальн. в родном селе. Работает и поныне	Длительность профессиональной адаптации.
15	Динамическое наблюдение	Неудовлетворит.	— +	Благоприятное	Влияние профес. факторов: среда, участие в выставках, посещ. экспоз.

Ист. 6. N  
Ф.И.О.: Тер С.В.К.  
Дата поступления 1975  
выписки

**Наблюдение 7.**

**Схема №8**

**Метод клинико-художественного анализа с определением социального прогноза и учетом катамнеза**

1. Профессионалы
2. Любители
3. Не имеющ. обр.
4. Любознательные
5. Инертные

№	1		2		3		4		5	
	Клиническая часть		Результаты сопоставления		Художественная часть					
	вопрос	ответ					ответ	вопрос		
1	Клиническая часть		Результаты сопоставления		Художественная часть					
2	Анамнез заболевания	В возрасте 20 лет появились страхи, мысли о преследов., подозрит. с разрывом соцсвязей	-	+			С детства слабый, боязливый, с астенич. явлениями, любил рисовать, слушать музыку	Анамнез жизни (преморбидные склонности к искусству)		
3	Структура психоза, синдром и содержание	Шизофрения: вяло-текущая форма. Параноид. форма преследов. и воздействия.	-	+	Взаимообособленность		Литературные герои персонажи портреты стремление к силе, мощи, к характеру. Учился в студ. Акад. художеств	Тематическая структура творчества. Основные темы и мотивы как до, так и после заболевания.		
4	Отношение к лечебному режиму 1) Положительное; 2) Негативное.	Негативное	-	+			Активное Менее активное Более активное	Отношение к искусству 1) в инициальный период; 2) в период манифестации; 3) в течение болезни.		
5	Личность в клинике 1) Отношение к себе; 2) Отношение к людям; 3) Отнош. к окружающим; 4) Образ жизни; 5) Интересы, склонности, направленность, потребности.	Интровертивен. Неконтактен. Отгорожен. Аутистичен. Желает учиться.	-	+			Выявляет свои переживания в инст. творчест. Охотно рисует всех желающих Избегает больнич. жизнь в творч. Работает долго рисует интенсивно.	Личность в художественном творчестве 1) Отношение к себе; 2) Отношение к людям; 3) Отношение к окружающим; 4) Образ жизни; 5) Интересы, направленность; 6) Потребности.		



Ист. 6. N  
Ф.И.О.: Тер С.В.К.  
Дата поступления 1975  
выписки

**Наблюдение 7.**

**Схема №8**

**Метод клинико-художественного анализа с определением социального прогноза и учетом катамнеза**

1. Профессионалы
2. Любители
3. Не имеющ. обр.
4. Любознательные
5. Инертные

№	1		2		3		4		5	
	Клиническая часть				Результаты сопоставления		Художественная часть			
	вопрос		ответ				ответ		вопрос	
1										
2	Анамнез заболевания		В возрасте 20 лет появились страхи, мысли о преследов., подозрит. с разрывом соцсвязей		-	+	С детства слабый, боязливый, с астенич. явлениями, любил рисовать, слушать музыку		Анамнез жизни (преморбидные склонности к искусству)	
3	Структура психоза, синдром и содержание		Шизофрения: вялотекущая форма. Параноид. форма преследов. и воздействия.		-	+	Литературные герои персонажи портреты стремление к силе, мощи, к характеру. Учился в студ. Акад. художеств		Тематическая структура творчества. Основные темы и мотивы как до, так и после заболевания.	
4	Отношение к лечебному режиму 1) Положительное; 2) Негативное.		Негативное		-	+	Активное Менее активное Более активное		Отношение к искусству 1) в инициальный период; 2) в период манифестации; 3) в течение болезни.	
5	Личность в клинике 1) Отношение к себе; 2) Отношение к людям; 3) Отнош. к окружающим; 4) Образ жизни; 5) Интересы, склонности, направленность, потребности.		Интровертивен. Неконтактен. Отгорожен. Аутистичен. Желает учиться.		-	+	Выявляет свои переживания в инст. творчест. Охотно рисует всех желающих Избегает больнич. жизнь в творч. Работает долго рисует интенсивно.		Личность в художественном творчестве 1) Отношение к себе; 2) Отношение к людям; 3) Отношение к окружающим; 4) Образ жизни; 5) Интересы, направленность; 6) Потребности.	

№	1	2	3	4	5
6	Динамика заболевания	Прогрессирующая	- +	Продуктивная	Динамика творчества
7	Отношение к формам культурного досуга в клинике	Общая прогулка Телевизор. Работа в мастерской,	+ +	Кино Телевизор Выставка	Отношение к формам культурного досуга и художественной занятости в микросреде (в семье)
8	Критика собственного состояния	Отсутствует	Парадоксальность - +	Умеренная	Критика собственных произведений
9	Отношение к групповым формам занятости, общения не художествен. порядка	При активном воздействии положительное	+ +	Активное	Отношение к групповым формам занятости в художественной мастерской в процессе творчества
10	Исход заболевания	Ремиссия С	+ +	Сохранны	Состояние профессиональных возможностей к исходу заболевания
11	Семейная обстановка (микросреда) 1) благоприятная; 2) неблагоприятная	Благоприятная	+ +	Благоприятная	Обстановка по месту работы 1) благоприятная; 2) неблагоприятная
12	Социальный прогноз	Может включиться в социальную и адаптироваться при содействии	+ +	Может окончить вуз и работать по специальности, рисовать, принимать заказы	Социальный профессиональный прогноз.
13	Катамнез	Закончил высшее учебное заведение	+ +	Окончил подготовительные курсы студии, но не смог поступить в Академию	Катамнез
14	Длительность ремиссии.	3 года	+ +	Окончил высшее учебное заведение, работал, принимает заказы как художник	Длительность профессиональной адаптации.
15	Динамическое наблюдение	Удовлетворит.	+ +	Положительное	Влияние профессиональных факторов: среда, участие в выставках, посещение экспозиций.

Ист. б. N Ф.И.О.:		<b>Наблюдение 8.</b>		Схема №9		1. Профессионалы 2. Любители 3. Не имеющ. обр. 4. Любознательные 5. Инертные	
Дата поступления — выписки —		<b>Метод клинико-художественного анализа с определением социального прогноза и учетом анамнеза</b>					
№	1	2	3	4	5		
1	Клиническая часть		Результаты сопоставления	Художественная часть			
	вопрос	ответ		ответ	вопрос		
2	Анамнез заболевания	В возрасте 18 лет появились странности в поведении, неадекватные формы отношений лечился частным образом	— +	С детства подвижный Уживчивый. Преморбидно обнаруживает страстную склонность к пению	Анамнез жизни (преморбидные склонности к искусству)		
3	Структура психоза, синдром и содержание	Шизофрения вялотекущая - с бредовыми идеями величия и преследования	Взаимооб- сoblенность — +	Окончил музыкальн. школу-интернат, затем консерваторию, поступил в оперный театр	Тематическая структура творчества. Основные темы и мотивы как до, так и после заболевания.		
4	Отношение к лечебному режиму 1) Положительное; 2) Негативное,	Негативное	— + + +	Активное Менее активное Более активное	Отношение к искусству 1) в инициальный период; 2) в период манифестации; 3) в течение болезни.		
5	Личность в клинике 1) Отношение к себе; 2) Отношение к людям; 3) Отнош. к окружающим; 4) Образ жизни; 5) Интересы, склонности, направленность, потребности.	Замкнут Неконтактен Отгорожен Лутистичен Желает выступить в опере в ролях по специальн.	— + — + — + + +	О себе ничего не говорит Общается с коллективом в процессе репетиции. Контакты с окружающей средой ограничены Работает долго и добросовестно.	Личность в художественном творчестве 1) Отношение к себе; 2) Отношение к людям; 3) Отношение к окружающим; 4) Образ жизни; 5) Интересы, направленность; 6) Потребности.		

№	1	2	3	4	5
6	Динамика заболевания	Прогрессирующая перемежающ. поступательн.	- +	Продуктивен	Динамика творчества
7	Отношение к формам культурного досуга в клинике	Телевизор и присутствие на концертах	- +	Телевизор. Присутствие на концертах вокальной музыки	Отношение к формам культурного досуга и художественной занятости в микросреде (в семье)
8	Критика собственного состояния	Формальное	Парадоксальность - +	Умеренная	Критика собственных произведений
9	Отношение к групповым формам занятости, общения не художествен. порядка	Отрицательн. (негативное)	- +	В профессиональной среде в процессе работы активно включается в сценическую жизнь	Отношение к групповым формам занятости в художественной мастерской в процессе творчества
10	Исход заболевания	Компенсация с периодическими обострениями	+ +	Сохранны	Состояние профессиональных возможностей к исходу заболевания
11	Семейная обстановка (микросреда) 1) благоприятная; 2) неблагоприятная	Благоприятная	+ +	Благоприятная	Обстановка по месту работы 1) благоприятная; 2) неблагоприятная
12	Социальный прогноз	При эффективном сочетании амбулаторн. лечения с интенсивн. занятостью по специальности, при содействии есть возможность адаптации			Социальный профессиональный прогноз.
13	Катамнез	10 л. был на амбулат. лечении особ. под частн. наблюд. и лечился, работал с перерыв.		10 лет с перерывами работает	Катамнез
14	Длительность ремиссии.	10 лет	+ +	10 лет	Длительность профессиональной адаптации.
15	Динамическое наблюдение	Удовлетворительн.	+ +	Положительное	Влияние профес. факторов: среда, участие в выставках, посещ. экспоз.



Ист. 6, N1195

Ф.И.О.: Б.Т.Д.

Дата поступления: 1960 г.

выписки

лечился 8 раз

**Наблюдение 9.****Схема №10****Метод клинико-художественного анализа с определением социального прогноза и учетом катамнеза**

1. Профессионалы
2. Любители
3. Не имеющ. обр.
4. Любознательные
5. Инертные

№	1	2	3	4	5
1	Клиническая часть		Результаты сопоставления	Художественная часть	
	вопрос	ответ		ответ	вопрос
2	Анамнез заболевания	В возр. 23 лет: странности отчужд. бред озарения неадекватн. поступки Аутизм.	-	Подвижный, уживчивый с преморбидн. склонностями к рисованию	Анамнез жизни (преморбидные склонности к искусству)
3	Структура психоза, синдром и содержание	Шизофрения: бред. форма. Бред преследует, отравл. и изобрет.	Взаимообособленность	Пейзажи натюрморты композиции; сновидения переживания	Тематическая структура творчества. Основные темы и мотивы как до, так и после заболевания.
4	Отношение к лечебному режиму 1) Положительное; 2) Негативное,	Негативное со склонностью к эксцессам	-	Активное Активное Активное	Отношение к искусству 1) в инициальный период; 2) в период манифестации; 3) в течение болезни.
5	Личность в клинике 1) Отношение к себе; 2) Отношение к людям; 3) Отнош. к окружающим; 4) Образ жизни; 5) Интересы, склонности, направленность, потребности.	Интровертивен. Неконтактен. Отгорожен. Аутистичен. Желает начать новую жизнь художника.	- - - - +	+ + + + + +	1. Контактен 2. Экстравертивен 3. Выявляет свои переживания, выполняет рисунки больных близких Желает стать художн.



№	1	2	3	4	5
6	Динамика заболевания	Прогрессирующая прерывисто-текущая	- +	Творческая активность способен. развивать худож. навыки усовершенствовать их	Динамика творчества
7	Отношение к формам культурного досуга в клинике	1. Общая прогулка 2. Телевизор 3. Занятия в мастерской	+ +	Разбор худож. призыв. телевизор	Отношение к формам культурного досуга и художественной занятости в микросреде (в семье)
8	Критика собственного состояния	Отсутствует	Парадоксальность - +	Умеренная (с преувеличением собствен. возмож.)	Критика собственных произведений
9	Отношение к групповым формам занятости, общения не художествен. порядка	При содействии положительное	+ +	Активное	Отношение к групповым формам занятости в художественной мастерской в процессе творчества
10	Исход заболевания	Дегрессия по шизофр. типу компенс. дефекты.	- +	Порвал с физикой, деградировал и переключился на искусство рисования.	Состояние профессиональных возможностей к исходу заболевания
11	Семейная обстановка (микросреда) 1) благоприятная; 2) неблагоприятная	Неблагоприятная (недост. жилищ. условия) бытовые искудств. отсутствие систематического надзора	- +	Не в состоянии начать, деградировал, а как художник-любитель не может устроиться	Обстановка по месту работы 1) благоприятная; 2) неблагоприятная
12	Социальный прогноз	Не может включ. самостоятельно в социальн. связи. Не смог устроиться по специальности.	- -	Неблагоприятный, так как нечем занять больного в общ. среде	Социальный профессиональный прогноз.
13	Катамнез	Неизбежно повторн. обращение в кратк. срок.	- -	По основной профессии не в сост. работать и устроиться нигде	Катамнез
14	Длительность ремиссии.	4 месяца, 6 месяцев 8 месяцев	- -	Разрушился основной профес. стереотип-физич. знания, стал заним. рисованием	Длительность профессиональной адаптации.
15	Динамическое наблюдение	Неблагоприятное	- -	Неблагоприятное	Влияние профес. факторов: среда, участие в выставках, посещ. экспоз.

Ист. 6, N161 Ф.И.О.: Джв.Н.В. Дата поступления 26/1-71 выписки 21/V-71		Наблюдение 10.		Схема №11		1. Профессионалы 2. Любители 3. Не имеющ. обр. 4. Любознательные 5. Инертные	
Метод клинико-художественного анализа с определением социального прогноза и учетом катамнеза							
№	1	2	3	4	5		
1	Клиническая часть		Результаты сопоставления	Художественная часть			
	вопрос	ответ		ответ	вопрос		
2	Анамнез заболевания	В возр. 22 лет заболел, отгородился, расстроил. со связи стал агрессивным, конфликты. аутистичн.	— +	С детства подвижн. уживчивый, любил и увлекался живописью	Анамнез жизни (преморбидные склонности к искусству)		
3	Структура психоза, синдром и содержание	Шизофрения: Бредовая форма; бред отравлен. воздействия	Взаимобособленность	Пейзажи, натюрморты портреты лирические мотивы	Тематическая структура творчества. Основные темы и мотивы как до, так и после заболевания.		
4	Отношение к лечебному режиму 1) Положительное; 2) Негативное,	Негативное со склон. к социально опасным действиям.	— + + + + +	Активное. Менее активное. Более активное.	Отношение к искусству 1) в инициальный период; 2) в период манифестации; 3) в течение болезни.		
5	Личность в клинике 1) Отношение к себе; 2) Отношение к людям; 3) Отнош. к окружающим; 4) Образ жизни; 5) Интересы, склонности, направленность, потребности.	Интровертивен. Неконтактен. Отгорожен. Аутистичен. Желает работ. по профессии.	— + — + — + — + + +	1. При инструкции передает свои пережив. 2. Рисует больных 3. Не отраж. окруж. среду 4. Рисует портреты, натюрморты	Личность в художественном творчестве 1) Отношение к себе; 2) Отношение к людям; 3) Отношение к окружающим; 4) Образ жизни; 5) Интересы, направленность; 6) Потребности.		



№	1	2	3	4	5
6	Динамика заболевания	Прогрессирующая	- +	Продуктивен	Динамика творчества
7	Отношение к формам культурного досуга в клинике	Общая прогулка, телевизор	+ +	Кино телевизор	Отношение к формам культурного досуга и художественной занятости в микросреде (в семье)
8	Критика собственного состояния	Отсутствует	Парадоксальность - +	Умеренная	Критика собственных произведений
9	Отношение к групповым формам занятости, общения не художествен. порядка	Положительно. при содействии	+ -	Положительное	Отношение к групповым формам занятости в художественной мастерской в процессе творчества
10	Исход заболевания	Ремиссия С	+ +	Как художник-любитель может совершенствовать свои навыки	Состояние профессиональных возможностей к исходу заболевания
11	Семейная обстановка (микросреда) 1) благоприятная; 2) неблагоприятная	Относительно неблагоприятная	+ +	Благоприятная	Обстановка по месту работы 1) благоприятная; 2) неблагоприятная
12	Социальный прогноз	При динамич. надзоре может адаптироваться	+ +	Может при содействии работать в производстве	Социальный профессиональный прогноз.
13	Катамнез	Начал работать вновь в школе педаг. физ-ры	+ +	Работал как педагог физкультуры и занимался рисованием как любит.	Катамнез
14	Длительность ремиссии.	2 года	+ +	2 года	Длительность профессиональной адаптации.
15	Динамическое наблюдение	Неудовлетворит.	- +	Положительное	Влияние профес. факторов: среда, участие в выставках, посещ. экспоз.

Ист. б. N Ф.И.О.: С.В. Дата поступления — выписки		<b>Наблюдение 11.</b>		Схема №12		1. Профессионалы 2. Любители 3. Не имеющ. обр. 4. Любознательные 5. Инертные	
		<b>Метод клинико-художественного анализа с определением социального прогноза и учетом катамнеза</b>					
№	1	2	3	4	5		
1	Клиническая часть		Результаты сопоставления	Художественная часть			
	вопрос	ответ		ответ	вопрос		
2	Анамнез заболевания	В возр. 22 лет появились странности подозрит. отгорожен. и агрессивность с разрывом соц. связей	— +	С детства скромный боязливый, с астенич. проявлен. преморбидно склонен к рисованию	Анамнез жизни (преморбидные склонности к искусству)		
3	Структура психоза, синдром и содержание	Шизофрения; Бред преследов, воздействия и отравления	Взаимообособленность — —	В основном религиозные темы и сюжеты, пейзажи	Тематическая структура творчества. Основные темы и мотивы как до, так и после заболевания.		
4	Отношение к лечебному режиму 1) Положительное; 2) Негативное.	Негативное	— +	Активное, Менее активное, Более активное	Отношение к искусству 1) в инициальный период; 2) в период манифестации; 3) в течение болезни.		
5	Личность в клинике 1) Отношение к себе; 2) Отношение к людям; 3) Отнош. к окружающим; 4) Образ жизни; 5) Интересы, склонности, направленность, потребности.	Интровертивен, Неконтактен, Отгорожен, Аутистичен, Желание работы есть.	— + — + — + — + + +	В инструктир. творчестве передает свои чувства и переживания (См. рис. N) Общается с окруж. в мастер.	Личность в художественном творчестве 1) Отношение к себе; 2) Отношение к людям; 3) Отношение к окружающим; 4) Образ жизни; 5) Интересы, направленность; 6) Потребности.		

Ист. б. N930  
Ф.И.О.: И.О.Г.

Дата поступления 31/V-72  
выписки 15/XII-72

**Наблюдение 12.**

**Схема №13**

**Метод клинико-художественного анализа с определением социального прогноза и учетом катамнеза**

1. Профессионалы
2. Любители
3. Не имеющ. обр.
4. Любознательные
5. Инертные

№	1	2	3	4	5
1	Клиническая часть		Результаты сопоставления	Художественная часть	
	вопрос	ответ		ответ	вопрос
2	Анамнез заболевания	Болен с 1966 г. в 14 лет меняется его психич. уклад; развивает мысли об изменении всего организма, дисфорсии, деперсонализации станов. странным аутистичным.	- +	С детства был подвижн. своеобразным, увлекался книгами и искусством, в особенности сценическим	Анамнез жизни (преморбидные склонности к искусству)
3	Структура психоза, синдром и содержание	Шизофрения. Бред философск. интоксик. с ипохондрическими и дисморфобическими явлениями.	Взаимоособленность - +	Был увлечен фотоискусством и сценическим искусством	Тематическая структура творчества. Основные темы и мотивы как до, так и после заболевания.
4	Отношение к лечебному режиму 1) Положительное; 2) Негативное,	Негативное	- +	Изявил желание заниматься в мастерской	Отношение к искусству 1) в инициальный период; 2) в период манифестации; 3) в течение болезни.
5	Личность в клинике 1) Отношение к себе; 2) Отношение к людям; 3) Отнош. к окружающим; 4) Образ жизни; 5) Интересы, склонности, направленность, потребности.	Интровертивен. Неконтактен. Отгорожен. Аутистичен. Желает учиться.	- + - + - - - - + -	1. Создает произвед. по инструкции выявляет свои пережив. 2. Не обращ. внимание на окружающих. В творч. работе продуктивен	Личность в художественном творчестве 1) Отношение к себе; 2) Отношение к людям; 3) Отношение к окружающим; 4) Образ жизни; 5) Интересы, направленность; 6) Потребности.

№	1	2	3	4	5
6	Динамика заболевания	Прогрессирующая	- +	В творческой работе продуктивен	Динамика творчества
7	Отношение к формам культурного досуга в клинике	1. Разбор в худ. маст. 2. Телевизор 3. Чтение книг	+	+ Театр Кино Худож. галерея.	Отношение к формам культурного досуга и художественной занятости в микросреде (в семье)
8	Критика собственного состояния	Отсутствует	Парадоксальность - +	Умеренная	Критика собственных произведений
9	Отношение к групповым формам занятости, общения не художествен. порядка	Положительное	+ +	Положительное	Отношение к групповым формам занятости в художественной мастерской в процессе творчества
10	Исход заболевания	Ремиссия С	+ +	Сохранны	Состояние профессиональных возможностей к исходу заболевания
11	Семейная обстановка (микросреда) 1) благоприятная; 2) неблагоприятная	Благоприятная	+ +	Благоприятная	Обстановка по месту работы 1) благоприятная; 2) неблагоприятная
12	Социальный прогноз	Может учиться и адаптироваться при содействии	+ +	Может при содействии окончить учебн. заведения филологич. фак-та	Социальный профессиональный прогноз.
13	Катамнез	Возобновил учебу	+ +	Окончил курс Госуниверсит. поступал одновременно на факульт. кинодрамат.	Катамнез
14	Длительность ремиссии.	С 1973 г. не обращался, закончил учебу.	+ +	Устроился на работу по профессии, но не надолго наход. на пенсии	Длительность профессиональной адаптации.
15	Динамическое наблюдение	Удовлетворительн.	+ +	Благоприятное	Влияние профес. факторов: среда, участие в выставках, посещ. экспоз.



## ART CREATIVITY WORK OF MENTAL PATIENTS (IN SCHIZOPHRENIA) IN THE SYSTEM OF REHABILITATION

Art expression and creativity is a form of social consciousness and it may be considered as a specific means for apprehending the different aspects of Personality's relations especially in the field of emotion and feelings.

From the point of view of psychological approach, art expression represents a so-called introgenic form of behaviour.

Our patho-psychological studies concern the following points:

The pathological content

The expression and perfection of individual particularities

The capacity for rehabilitation and re-socialization

The method used is clinico-aesthetic and implies comparison of the clinical investigation data with those obtained by the analysis of aesthetic productions.

Schizophrenics' artistic activity helps to stimulate their creative resources, gives an opportunity to cure them by more efficient and productive occupational therapy and facilitates the adequate attitude of the sick person towards the community.

All the above mentioned permits us to better integrate the person in his personal world as well as in his social environment, which is the main goal of rehabilitation therapy.

The present work embraces over 40 years of experience of introducing the artcraft-creative activity in a package of curative-recreational and psycho-social – work in treating psychiatric patients (basically during schizophrenia). The results of experimental research and catamnestic data permit to note a series of principal peculiarities of artwork in pathological cases. These peculiarities implied!

and reflected prophylactical, diagnostic, curative-corrective and ' socially recreational values.

## Содержание

ОТ АВТОРА;

FROM THE AUTOR;

РЕЦЕНЗИЯ;

ВВЕДЕНИЕ;

ГЛАВА I. ИЗ ИСТОРИИ ВОПРОСА;

ГЛАВА II. ХУДОЖЕСТВЕННОЕ ТВОРЧЕСТВО С ТОЧКИ  
ЗРЕНИЯ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ;

Резюме ( к I и II глава);

ГЛАВА III. ХУДОЖЕСТВЕННОЕ ТВОРЧЕСТВО – СРЕДА – личность;

а) К вопросу о предмете и функции художественного творчества  
(искусства);

б) Художественное творчество (искусство) как форма сознания;

в) Художественное творчество как форма выявления  
структурных особенностей личности;

г) Художественное творчество как форма поведения личности;

ГЛАВА IV. ХУДОЖЕСТВЕННОЕ ТВОРЧЕСТВО – ПСИХОЗ – ЛИЧНОСТЬ;

I. Материал наблюдения;

II. Рекомендуемые формы художественной занятости;

III. Организация работы и критерии оценки;

IV. Организация концертов;

V. Художественное творчество – психоз – личность при шизофрении;

ГЛАВА V. АНАЛИЗ ИСЛЕДОВАНИЯ;

ОБОБЩЕНИЕ;

РЕЗЮМЕ;

ВЫВОДЫ;

ЛИТЕРАТУРА;

РЕЦЕНЗИЯ;

РЕЦЕНЗИЯ;

ПРИЛОЖЕНИЕ. СХЕМЫ;

ART CREATIVITY WORK OF MENTAL PATIENTS (IN SCHIZOPHERENA)  
IN THE SYSTEM OF REHABILITATION.

Зав. редакцией *Нато Давиташвили*  
Художественный редактор *Алекси Пеикришвили*  
Технический редактор *Нино Кобиашвили*  
Корректор *Александра Роговская*

Подписано в печать  
Формат 60x801/16  
Усл. печ. л. 17,5. Уч.-изд. л. 9,5.  
Тираж 2000 экз.

Цена договорная

ჩიქოვანი ზურაბ გრიგოლის ძე

მხატვრული შემოქმედება \_  
ფსიქოზი \_ პიროვნება

(რუსულ ენაზე)

გამომცემლობა «ოაზისი»  
თბილისი, მარჯანიშვილის 5, 2001 წ.