

Э. А. ВАЧНАДЗЕ



РИСУНКИ ДЕТЕЙ БОЛЬНЫХ
ШИЗОФРЕНИЕЙ И
ЭПИЛЕПСИЕЙ

«МЕЦНИЕРЕВА»

1975

АКАДЕМИЯ НАУК ГРУЗИНСКОЙ ССР
საქართველოს სსრ მეცნიერებათა აკადემია

ИНСТИТУТ ПСИХОЛОГИИ ИМ. Д. Н. УЗНАДZE

დ. უზნაძის სახ. ფსიქოლოგიის ინსტიტუტი

Дорогой соучастнице
с почтением автор

1976.



ა. ვახნაძე



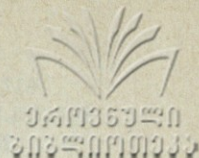
შიზოფრენიით და ეპილეუსიით
დაავადებულ ბავშვთა ნახაზები

**DRAWINGS DONE BY SCHISOPHRENIC AND
EPILEPTIC CHILDREN**

E. VACHNADZE

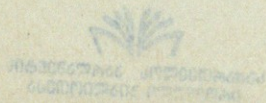
გამომცემლობა „მეტსნიერეა“
PUBLISHING HOUSE „METSNIEREBA“
თბილისი 1975 TBILISI

Э. А. ВАЧНАДЗЕ



РИСУНКИ ДЕТЕЙ БОЛЬНЫХ
ШИЗОФРЕНИЕЙ И
ЭПИЛЕПСИЕЙ

ИЗДАТЕЛЬСТВО «МЕЦНИЕРЕБА»
ТБИЛИСИ
1975



В настоящее время, когда изучены и установлены клинические формы и психопатологическая структура душевнобольных детей, возникает задача исследовать одну из интрогенных форм поведения человека — изобразительную деятельность душевнобольного ребенка.

С этой целью изучены рисунки детей больных шизофренией и эпилепсией от 4 до 12 лет. В результате психопатологического анализа рисунков выявлены следующие характерные особенности: поведение детей в процессе рисования, их изобразительные возможности, аспекты, формы и содержание рисунка. Психопатологическая структура детей, больных шизофренией, — изменение личности, эмоциональное оскудение, нарушение мыслительных процессов, аутистическая фантазия, обусловленные страхом галлюцинаторные образы и проч.

В рисунках же ребенка, больного эпилепсией, — своеобразное поведение в процессе рисования, вязкость, тугоподвижность, трудная переключаемость и т. п. Все эти особенности в рисунках больных детей не выражены с такой полнотой и цельностью, как в рисунках взрослых больных. Надо полагать, что это обстоятельство обусловлено возрастным принципом: недоразвитием личности ребенка и шизофреническим процессом и тем, что для стабилизации особенностей в рисунках взрослого требуется определенный период развития шизофренического процесса.

Мы полагаем, что условие выявления психопатологической особенности детского рисунка больного шизофренией так же как и у взрослых — ригидность фиксированной установки. У больных же эпилепсией — ее ригидность и локальность.

R 360.305
3

ВВЕДЕНИЕ

Одной из особенностей рисунка душевнобольных является его сходство с изобразительной деятельностью детей и примитивных народов.

Объяснить это своеобразие пытаются обычно гипотезой «регрессии». Мышление душевнобольных и их художественная продукция отождествлены с рисунком и мышлением ребенка и примитива. Но известно, что здесь мы имеем дело всего лишь с формальным, стилистическим, поверхностным и несущественным сходством. Разница между ними выражается с точки зрения генетического развития: взрослый душевнобольной, потеряв способность мыслить понятиями и техническую возможность художественного изображения, не может быть помещен на одной генетической ступени с примитивным человеком или ребенком. У него уже пройдены и преодолены все ступени развития, он уже владел всем тем, чем только сейчас овладевает ребенок. Поэтому между рисунками больного и ребенка может существовать только внешнее сходство, параллели, но не тождество.

В связи с этим, интересно высказанное А. Лачинсом [22] соображение: как известно, некоторые исследователи (Вернер, Гольдштейн) придерживаются того мнения, что в случаях психоза мы имеем дело с нарушением абстрактного уровня и, следовательно, больной психозом находится на ступени примитива и ребенка, также лишенных абстрактного уровня.

А. Лачинс не разделяет этого мнения. Возьмем двоих детей одного и того же возраста, отмечает Лачинс, одного с каким-либо патологическим дефектом, а другого — нормального. Если оба довольно малы, тогда, согласно некоторым психологам, оба должны действовать конкретно и оба должны быть лишены абстрактной аттитюды. Но если ребенок с патологическим дефектом не имеет абстрактной аттитюды, то как же рассматривать его дефект? Как нарушение абстрактной аттитюды или ее потерю? Но у него же вообще нет абстрактной аттитюды.

По нашему мнению, то же нужно сказать и тогда, когда речь идет о сходстве рисунков детей и взрослых душевнобольных. Если рисунки взрослых душевнобольных и детей аналогичны, то каким же должен быть рисунок душевнобольного ребенка?

Надо отметить, что когда речь идет о сходстве между рисунками детей и душевнобольных, обычно всегда подразумевают рисунок нормального ребенка, т. е. сравнивают друг с другом два гетерогенных материала и, как видно, не видят разницы между рисунками здоровых и больных детей.

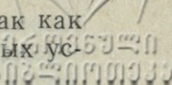
Сегодня уже изучены и установлены клинические формы детской шизофрении, эпилепсии. Выделены типичные шизофренические, эпилептические и другие психопатологические ведущие синдромы, отличающиеся от таковых взрослых душевнобольных. Ясно, что сейчас мы можем изучить рисунки душевнобольных детей и увидеть, как соотносены друг с другом рисунки больных и здоровых детей, взрослых душевнобольных и детей, больных психозом.

За последние три десятка лет изучению патологического рисунка детей посвящалось довольно много исследований. Изучены рисунки ненормальных детей: психопатичных и невропатичных, детей с истерическими реакциями и эмоциональными нарушениями, рисунки умственно отсталых, «трудных» и глухонемых детей, детей-бродяг и злодеев, а также рисунки подростков. Например — [16].

Для изучения обычно обращаются к рисункам, исполненным спонтанно и по заданию. Дифференцированным материалом исследования, в основном, являются нарисованные детьми дом, растение, человек, машина и другие предметы [21].

Нужно отметить также и такие исследования, где исследователь на основе представленных детских рисунков пытается установить клинический диагноз невротических, слабоумных и дефективных детей [18].

Strand M. и Skula E. в своем исследовании [23] дают анализ изучения рисунков больного шизофренией 10-летнего ребенка. По мнению авторов, в рисунках детей, больных шизофренией, шизофреническое своеобразие по сравнению с рисунками взрослых выражено слабее. На основе анализа рисунков проявляются психопатологические симптомы: идентификация, амбивалентность и агглютинации. По заключению авторов, это, по клинической картине, — медленно, вяло протекающая форма шизофрении. По мнению авторов,

детским рисункам следует уделить особое внимание, так как они дают возможность установления диагноза в сложных случаях. 

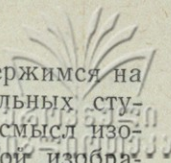
Наконец, детские рисунки изучены также и с психоаналитической точки зрения. Изучена трудновоспитуемая девочка, хорошо рисующая и пишущая рассказы. Иллюстрации детского рассказа рассматриваются психоаналитически. В рисунке ребенка нереализованные переживания и комплексы конденсированы в виде разных символов.

В общем, целый ряд исследований касается рисунков невротических и психопатичных детей, в основном — детей школьного возраста от 7 до 14 лет, воспитанных в различной социальной и культурной среде. Рисунки исполнены в школе, семье и лечебных заведениях. В отмеченных трудах даны, в основном, общие наблюдения исследователя или, как в американском исследовании, приведены точные статистические данные характерных черт разных объектов, изображенных нормальным и аномальным ребенком.

Таким образом, психопатология, стиль, аспекты формы и содержания рисунков душевнобольных детей, можно сказать, почти не были изучены. Нельзя ли объяснить это обстоятельство проблемой возрастного фактора в психиатрии, ролью возраста в душевной болезни?

Еще в начале нашего века целый ряд исследователей совершенно отрицал существование детских психозов (Томпсон, Инфелд и др.). Но за последние десять лет число работ по изучению душевнобольных детей значительно возросло (Фогт, Ваихброд, Грюнталь, Гамбургер, Крамер и др.). Особые заслуги принадлежат советским ученым (Гуревич, Озерецкий, Симсон, Винокурова, Гребальская, Сухарева со своими коллегами и др.) [10]. Сегодня уже известно возрастное влияние ребенка и подростка на характер психических заболеваний, своеобразное выявление шизофрении, эпилепсии, симптомокомплексов маниакально-депрессивных психозов. Ясно, что заболевание меняет личность ребенка, ее связь со средой, его внутренний мир, индивидуальность, мышление, эмоциональную и волевою сферу и, видимо, и ту большую сферу изобразительного действия, которая занимает значительное место в определенном периоде духовной жизни ребенка. Невозможно, чтобы в одной из форм поведения ребенка, такой, как рисование, не проявились бы все те психопатологические своеобразия, которые специфичны для детей, больных шизофренией, эпилепсией и другими психическими заболеваниями.

Среди форм поведения ребенка особого внимания заслуживает рисование. Оно ясно выражает все ступени развития



творческой способности ребенка. Здесь мы не задержимся на специфике рисования здорового ребенка, на отдельных ступенях его развития и отметим лишь, что вообще смысл изобразительного действия ребенка является попыткой изображения форм, их постепенное формирование, совершенствование, короче, овладение формой.

Изобразительное действие, в частности рисование, так же, как и игра, является одной из форм интрогенного поведения человека. Почему ребенок играет и рисует, станет понятным, если мы обратимся к понятию функциональной тенденции Д. Н. Узнадзе. Естественным состоянием человека является активность. В этом случае активность определяется не извне, а исходит из внутреннего импульса. Здесь поведение свободно от побуждения извне и по своему происхождению является моментом внутреннего порядка [13].

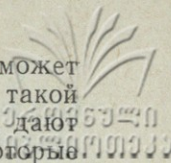
О том, что рисование ребенка возникает на основе функциональной тенденции и носит интрогенный характер, свидетельствует изобразительное действие ребенка и его своеобразие. Редко, чтобы ребенок не рисовал, не лепил или же не пользовался бы строительным материалом. Разумеется, для действия ребенка нужны соответствующие условия, но и там, где их нет, ребенок все-таки старается удовлетворить свое изобразительное влечение.

Одним из основных психологических своеобразий рисования ребенка представляется рисование по памяти, воображением. Ребенок рисует не то, что видит глазами, а то, о чем он думает, какое знание и представление у него о предмете.

Рисование ребенка является формой воспроизведения его внутреннего мира, Если ребенку не удастся адекватно изобразить действительность, он создает новые ее формы. Поэтому рисунок ребенка отличается особым своеобразием, он неповторим, непосредственен, наивен и откровенен.

Интрогенный характер изобразительного действия особенно четко проявляется в патологическом рисунке. Известно, что патологический рисунок выделяется сильной индивидуальностью и субъективностью. Художественная продукция представляет собой изображение больной личности. Патологичный рисунок носит след своеобразия личности и находится в теснейшей связи с индивидуальностью художника. Поэтому изучение художественной продукции душевнобольных должно значительно содействовать определению особенностей личности больного ребенка.

Вообще ребенок, в особенности психически больной, является своеобразным и сложным испытуемым. Здесь не



проведешь любой эксперимент. Больной ребенок не может описать и передать свои болезненные переживания. В такой ситуации рисунки ребенка, как это мы увидим ниже, дают довольно-таки большой материал о тех изменениях, которые произошли в личности больного ребенка, в его психической структуре. Поэтому изучение художественной продукции мы считаем еще одним из методов исследования психики больного ребенка.

Основная цель нашего исследования — определить своеобразие личности детей, больных шизофренией и эпилепсией, на основе анализа художественной продукции.

Для изучения рисунков взрослых и детей известен рисовальный альбом фигур Вартега, Гуденуга и Маховера, а также альбом деревьев Коха. Эти альбомы содержат незаконченные формы людей, животных, деревьев; большие заканчиванием форм проявляют индивидуальное своеобразие.


Для больного ребенка мы создаем такие условия, в которых он может развернуть свое изобразительное поведение без всякого принуждения, свободно и автономно. Несмотря на то, что рисование стимулировано просьбой исследователя, ребенок все-таки проявляет свою индивидуальность, непосредственность, свои желания и интересы. Во время рисования не имели места ни поощрение или внесение коррективов в рисование, ни внешнее влияние и ограничение свободы.

Художественная продукция больных детей собрана, в основном, в стационаре при психоневрологическом детском диспансере г. Москвы и в Республиканском психиатрическом институте им. М. Асатиани. Рисунки принадлежат детям обоих полов в возрасте от 4 до 12 лет.

Рисунки детей в большинстве случаев собраны в такой период, когда больные субъективно были в более или менее хорошем состоянии.

В первую очередь, мы предлагали нашим детям нарисовать что-либо по их желанию, так что при выборе темы ребенок был совершенно независим. Если ребенок из-за инертности и аспонтанности отказывался от рисования или же долго молчал, мы просили нарисовать то, что дети чаще и прежде всего рисуют: человека, дом, животное и растение.

Основной контингент наших испытуемых достиг той ступени развития рисования, на которой ребенок уже старается изобразить объект, правда более схематично, но все-таки это можно считать за «настоящее рисование».



С особым вниманием следили мы за ходом рисования больных детей, за их поведением в процессе рисования, за движением руки, позой, выражением лица. Своеобразие рисунка больного ребенка надо искать не только в готовой художественной продукции, но и в том изобразительном действии, в акте процесса рисования, когда больной создает графическое произведение.

СВОЕОБРАЗИЕ РИСУНКА ДЕТЕЙ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ

В процессе рисования больной шизофренией ребенок показал своеобразное поведение. Здесь не было той непосредственности, увлечения и радости, которую обычно доставляет изобразительное действие здоровому ребенку, когда ребенок графически щедро проявляет свои чувства, мысли и фантазию. Но больной шизофренией ребенок все же остается ребенком и на основе функциональной тенденции проявляет определенную активность и сравнительно легко включается в рисование. И средства изображения — карандаш и бумага — также и в клинических условиях пробуждают в ребенке потребность изображения.

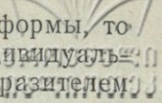
Во время рисования большинство детей застенчивы, несмелы, пассивны и часто не устанавливают контакта. Но при помощи рисования все же установить с ребенком контакт можно.

Рисование детей, больных шизофренией, часто смахивает на автоматичное, импульсивное, нецелесообразное действие и совершенно отличается от рисования детей, больных эпилепсией, носящего, если можно так выразиться, «деловой» характер. Ребенка, больного шизофренией, во время рисования характеризует непрекращающееся и бесконечное действие, и в этом бесцельном действии не видно возбуждения и волнения.

Своеобразно применяют также наши дети основные возможности изображения.

Одним из средств изображения является линия. Линия по своей природе отвлеченна и условна. Проведенная больным шизофренией ребенком линия испытывает определенные изменения.

Большинство графических рисунков наших детей исполнено более или менее ригидными, лишенными гибкости линиями. Проведенные линии часто однородны, форма линий, если можно так выразиться, унифицирована, лишена экспрессии и модуляции.



Если линия является остовом художественной формы, то цвет облекает в плоть форму и дает обычную индивидуальную расцветку. Психологически цвет является выразителем эмоций, чувствителен, конкретен и локален.

Большинство маленьких художников в отношении цвета проявило своего рода равнодушие, индифферентность. Видимо, цвет не произвел своего соответствующего влияния, несмотря на то, что во время рисования в поле зрения детей попадали карандаши всех цветов. Но нельзя сказать, что ребенок совершенно не применяет цветов. Подбор цветов происходит часто невольно, вследствие чего рисунки в отношении колорита оставляют своеобразное, странное впечатление. Ребенок, больной шизофренией, в отличие от здорового отрицает живые, пестрые тона и рисует более бледными, светлыми цветами, чем проявляет более или менее свою эмоциональную неразборчивость. Большинство рисунков исполнено черным карандашом и напоминает отчасти рисунки художников-графиков.

Вообще нужно отметить, что больные шизофренией мало заботятся о цвете и большее внимание уделяют точности формы. На расхождение между формой и цветом в случаях шизофрении указывает и исследование методом Роршаха: ребенок так же, как и взрослый больной, лишен возможности мышления цветовыми пятнами. Цвет и форма здесь не кодированы [5].

Таково поведение больного шизофренией ребенка во время рисования и своеобразие основной возможности примененного им изображения.

Мы изучили изобразительный материал детей так же, как и рисунок взрослых, больных шизофренией, со стороны формы и содержания. Общий обзор материала показал, что в рисунке больных шизофренией детей почти с равномерной силой проявляются аспекты формы и содержания, и то преимущество формы над предметной действительностью, которое мы имеем в рисунке взрослого, реже в рисунках детей. Поэтому мы постарались проанализировать рисунки с точки зрения как формы и содержания, так и их взаимоотношений, и в этих аспектах увидеть психопатологическую структуру, составляющую суть шизофрении.

Ясно, что проявление шизофрении из-за возрастной разницы у взрослых и детей неодинаково, но бесспорно и то, что как в одном, так и в другом случае должны существовать своеобразия, характерные вообще для шизофрении. Сегодня уже известно, что сходство между шизофренией ребенка и

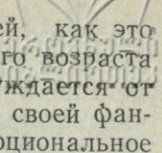
взрослого выражено в основных симптомах. Больной шизофренией ребенок испытывает типичное для шизофрении изменение личности, что выражается в потере спонтанности и инициативы, в эмоциональном охлаждении и в отчуждении от окружающего. Аутизм ребенка проявляется в своеобразной фантазии, расщепление же его личности не столько в мышлении, сколько в стереотипии и автоматизмах [11]. Поэтому мы сочли целесообразным определить в первую очередь, насколько выражен комплекс шизофренических особенностей, имеющих место в рисунках взрослых, в рисунках детей, больных шизофренией. Нами установлена также суть возрастного фактора в рисунке ребенка, больного шизофренией, и отличие этого последнего от рисунка здорового ребенка и взрослого.

Анализ рисунка взрослого больного шизофренией показал нам специфические формальные особенности: стереотипию разного рода, перегруженность поверхности рисунка; внесение в рисунок чуждых элементов, особенно шрифта и цифр, неологизмов, предложений, затем схематизм, геометризацию, декоративность и склонность к орнаментизации.

Но кроме основных формальных свойств проявляются и черты, которые не всегда обнаруживаются на протяжении болезни. Например, отсутствие пространственного соотношения и расположения: недостаток перспективы, третьего измерения и объема предмета; недостаток изображения движения и чувства времени в рисунке, обрамление рисунка, неоморфизмы, агглютинация и идентификация образов; склонность к стилизации и слабая возможность композиции.

В сравнении с аспектами формы, гораздо сложнее для психопатологического анализа оказалось содержание рисунка взрослого больного, его предметная действительность. Часто под внешне явным, определенным содержанием кроются скрытые переживания больного. Предметом частого изображения больных являются пейзаж, человек, животное, растение, среда клиники, портрет медицинского персонала и др.

Психопатологический анализ рисунков детей, больных шизофренией, мы начинаем с периода изобразительного действия — т. н. «разного вида малевания», изображения каракулей. На первый взгляд, этот образец свободного «малевания», лишенного всякого значения и смысла, по своей структуре похож на продукт здорового ребенка соответствующего возраста. Но достаточно взглянуть со стороны изобразительной функции и возрастного развития на «якобы рисование» ребенка, чтобы заметить некоторые психопатологические особенности ребенка больного шизофренией.

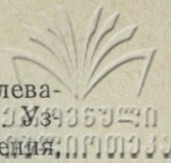


Ребенок этой группы, больной шизофренией, как это видно из психологического исследования, с раннего возраста становится постепенно вялым, пассивным и отчуждается от детского коллектива; он замкнут и живет в мире своей фантазии. Отчуждение от реальности вызывает эмоциональное охлаждение: он уже не испытывает радости и тепла в отношении родителей. Часто ребенок напряжен и охвачен страхом. В раннем возрасте заболевший ребенок находится в дефективном состоянии, что вызывает торможение интеллектуального развития и эмоциональное оскудение.

Во время рисования дети не устанавливают контакта, не проявляют инициативы и часто настроены негативистически. Пятилетний мальчик берет карандаш то левой, то правой рукой, пользуется им как палкой: придерживая двумя пальцами, он проводит карандашом по бумаге и оставляет следы «каракули». Мы просим нарисовать дом. Ребенок без слов продолжает «малевать» (рис. 1, 2). Приблизительно таковы результаты детей четырех-, пяти- и шестилетнего возраста. Только случайно, механически примешивается красный и синий цвет. Во всех трех случаях лишнее всякой предметности малевание маленьких размеров и разбросано там и здесь по поверхности бумаги. Но дети 6 и 7 лет уже умело пользуются карандашом, и их малевание создает такое впечатление, как будто это результат преднамеренного рисования. Шестилетняя девочка малюет без слов на поверхности листа отличные друг от друга каракули, и этим кончается «рисование». На наш вопрос, что же она нарисовала, ребенок назвал каждое изображение своими именами. Семилетний мальчик как будто придает какое-то значение своему малеванию. Ребенок малюет и в то же время говорит: «Бух!», «Война», «Красный», «Мавзолей», «Вот милиционер с палкой». Мы просим нарисовать дом. «Вот горит дом», — смеется и продолжает малевать.

Разумеется, объективно между «малеванием» и тем, что должно быть на самом деле изображено, нет никакого сходства. Но легко допустимо, что здесь речь идет о любом сходстве, о субъективном представлении ребенка. Фантазия больного ребенка в каракулях представляет сцены настоящей войны, милиционера, дом и т. д.

Как видно из анализа художественной продукции, эта группа больных шизофренией детей находится на первой степени развития рисования и их «рисование» представляет простое царапанье, «малевание». Но ведь первый этап рисования, предшествующий настоящему рисованию, также обязателен и для здорового ребенка.



Здоровый ребенок в процессе игры в каракули, «малевания» овладевает основными формами. По мнению Д. Н. Усадникова [14], «малевание» является той формой поведения, благодаря которой изобразительная функция ребенка начинает действовать и созревать: в процессе «малевания» постепенно зарождаются и формируются те основные формы, в которых обычно проявляется изобразительная тенденция человека.

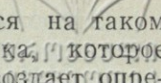
Из данных патологического малевания и специального наблюдения педагогов не видно закономерного развития, характерного для процесса «малевания». Ребенок нашей группы малюет, царапает каракули вообще, и в его действии нет постепенного перерастания малевания каракуль в конкретную форму. Он остается на стадии «малевания», царапания, ему не удается представить, изобразить формы со значением, овладеть ими. В то же время здоровый ребенок достигает этого свободно и в трехлетнем возрасте переступает за порог «малевания»; наш же больной и в семилетнем возрасте продолжает «малевать».

Ребенок, больной шизофренией, малюет без всякого интереса и увлечения, во время малевания не проявляет преднамеренную инициативу и активность в отличие от здорового ребенка, когда говорит: «Я должен нарисовать маму». И несмотря на то, что его «намалеванное» не означает мать, само «малевание» определенно означает «рисование матери».

Но если первая стадия рисования ребенка является «малеванием», то вторая стадия представляет собой настоящее рисование. В это время ребенок старается установить объективное сходство между своим рисунком, изображением и его значением. Разумеется, здесь ребенок еще не достигает полного сходства. Но он начинает схематически рисовать задуманный предмет, и этот период известен как время схематического рисунка.

Анализ исследуемого нами материала касается, в основном, именно этого периода. Здесь нам дается возможность изучения психопатологического своеобразия формы художественной продукции ребенка, больного шизофренией, и его предметной действительности.

Художественная продукция принадлежит детям 5—12-летнего возраста. Психопатологически для детей характерны шизофренические изменения личности: относительная потеря спонтанности, активности и инициативы, аутизм, проявленный в своеобразной фантазии, нарушение эмоционально-волевой сферы и сферы мышления; из дополнительных симптомов — страхи и зрительные галлюцинации.



Мы хотим, в первую очередь, остановиться на таком своеобразии художественной продукции ребенка, которое встречается особенно во время шизофрении и создает определенные условия возникновения остальных, специфических для шизофрении особенностей.

Мы имеем в виду явление стереотипии, выраженное в монотонном, часто ритмическом повторении одного и того же движения, позы в поведении больного.

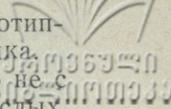
Какие же виды стереотипии мы увидели в рисунках больных детей? Прежде всего стереотипия, проявившаяся в повторении одной и той же темы, мотива, формы и фигуры. Тема и мотив наших детей многосторонни. Часты эпизоды войны, боевое оружие, дома разной конструкции, перегруженные окнами, деревья, флаги и др. Каждый рисунок, на первый взгляд, не представляет как будто отклонения от нормы и походит на творчество здорового ребенка. Но больной ребенок в процессе рисования создает не один рисунок, а размножает серии похожих друг на друга рисунков, тем и мотивов. Это происходит так автоматически и импульсивно, независимо от ребенка, что он даже не замечает бесконечное стереотипное действие (рис. 3, 4, 5, 6). Показательны в этом смысле проведенные на бумаге волнистые, гибкие линии, которые ребенок назвал «морем» и повторил одно и то же спонтанно шесть раз (рис. 7).

Но повторяется не только тема, мотив и форма; стереотипия проявляется также и в деталях формы и в точности структуры. Здесь бесконечно, стереотипно даны также образцы разнородных малых форм и частей: деревья с многочисленными ветвями, изображенные линейно; рассеянные по небу птицы, нескончаемые звезды, электролампы и, наконец, стереотипия абстрактных форм с геометрическими фигурами, неоморфизмы — повторение странных, нарушенных структур.

Характерна также орнаментальная стереотипия детских рисунков, совпадающая сама по себе с тенденцией стереотипии. Стереотипное убранство встречается в разных абстрактных конструкциях.

Одним словом, больные дети создают персеверативно-стереотипные рисунки. Ребенок продолжает рисовать то же самое в то время, когда мы просим его нарисовать что-либо другое.

Но тенденция к автоматической стереотипии, как это нам показали рисунки взрослых, больных шизофренией, не замыкается в самой себе и проявляет новый формальный признак — бессвязность, загруженность и хаотичность образов. Незаполненная поверхность покрывается геометричес-



кими фигурами, надписями, цифрами и разными стереотипными знаками. Явление это называется набивкой рисунка. Этого своеобразия не лишен и детский рисунок, но не с такой полнотой, как это мы видели в рисунках взрослых, больных шизофренией. В рисунках детей 8 и 10-летнего возраста ветки деревьев забиты хаотически рассеянными многочисленными линиями. Или абстрактный, странный, деформированный предмет перегружен штрихами. Исполненный ребенком пейзаж с домом в центре заполнен цифрами, буквами и надписью, в рисунке стереотипно рассеяны звезды (рис. 8, 9, 10).

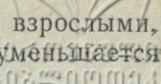
В художественной продукции детей слабо выражена характерная для взрослого большого декоративность и тенденция к геометризму. В детских рисунках надо отметить также обрамление рисунка.

До сих пор мы касались основных черт формы рисунка. Но, как было отмечено выше, в рисунках больных шизофренией есть еще некоторые формальные черты, не всегда проявляющиеся, но не лишённые значения при анализе рисунка. В этом отношении следует, в первую очередь, отметить своеобразие выражения пространственного соотношения, вернее — его недостаток. Отсутствие пространственного соотношения яснее всего замечается в некоторых рисунках наших детей, лишенных всяких планов соотношения и перегруженных разными формами и фигурами. В таком случае ребенок не имеет возможности показать в пространстве расстояние между предметами, поэтому он часто помещает предметы один над другим. У больных шизофренией так же, как и у наших детей, нет перспективы, тесно связанной с пространственным соотношением. В рисунках детей так же, как и в рисунках взрослых больных, отсутствие пространственного соотношения вызвано невозможностью применения перспективы и светотени, что создает третье измерение, объем предмета. Так что рисунок детей, больных шизофренией, представляет собой мир форм, данный на двухмерной плоскости.

Движение так же, как и цвет, является показателем эмоционального переживания. Рисунок наших детей вообще выделяется своеобразной статикой. Здесь нет той жизни и радости, которую вносят в свои рисунки здоровые дети, нет и той ригидности и неподвижности, что специфично для творчества эмоционально охладевших взрослых, больных шизофренией. Холодные цвета, часто употребляемые ребенком, усиливают впечатление неподвижности. В рисунках детей деревья часто лишены пластичности и экспрессии. Идущий из дымохода дым обычно застывает в воздухе. По материа-

360.305
3





лам детских рисунков так же, как и в случае со взрослыми, вместе с хроничностью заболевания постепенно уменьшается выражение движения в рисунке.

В мире форм у больных шизофренией значительное место занимают неоморфизмы: чаще уплотнение образов, основанное на законах агглютинации. Рисунки наших детей в этом отношении бедны и более просты, чем агглютинации образов и связанные с ними переживания взрослых. Конденсировано боевое оружие прошлого, например копье, кнут и сабля (рис. 11).

В рисунках наших детей привлекает внимание тенденция к стилизации. Она обычно проявляется в более схематичных рисунках, так как стилизация выражается в выявлении существенного, в упрощении и повторении формы. Дети просто передают облака контуром, конфигурацию деревьев — ответвлением веток и листьями.

Для психопатологического анализа намного сложнее содержание рисунков больных шизофренией, их предметная действительность. С первого взгляда, тематическая сторона рисунков детей как будто более понятна и постижима, чем формальные возможности того же изображения. Внешне обычное содержание рисунка само по себе как будто не патологично, но изображенный пейзаж, человек или др. могут быть по-своему пережиты больным. Каким бы индифферентным и незначительным ни было содержание рисунка больного или его отдельные элементы, все же надо принять во внимание, что под зримым содержанием могут скрываться истинные переживания патологически измененной личности. Есть случаи, когда больной ребенок проявляет свои скрытые мысли и переживания символами в рисунках. Символика является одной из возможностей проекции внутреннего мира больной личности и может быть понята скорее информацией, данной самой больной личностью. Большинство символических рисунков больных детей становится более понятным при помощи традиционной, универсальной символика, в то время, как рисунки взрослых характерны специфической шизофренической символика. Содержание рисунков наших детей более сковано патологической специфичностью, чем рисунки взрослых. Предметом своего изображения большинство детей избирает пейзаж, человека, растение, животное, среду клиники и др. Мальчики постарше рисуют сцены войны и разное боевое оружие. Имеет место также продукция бредоподобной фантазии и галлюцинаторные образы, вызванные страхом.

В продукции как здорового, так и патологического рисунка самой популярной темой является пейзаж. Пейзаж больных шизофренией вообще бедный, голый, скудный, монотонный и почти бесперспективный. Пейзаж наших детей в большинстве случаев оставляет впечатление бесцветной и безжизненной природы. Рисунки исполнены черным карандашом, и цвета использованы кое-где очень скупо. В пейзаже представлен дом, забор, дорога, деревья и солнце (рис. 12, 13, 14, 15, 16, 17). В небе изображены облака, иногда и самолет. С возрастом схема рисунка постепенно усложняется, количественно и качественно усовершенствуется и приближается к реальному изображению.

Каков каждый элемент пейзажа? Дом является частым мотивом в рисунке ребенка. Обычно изображается фасадная сторона дома и везде он строится по горизонтали, а это значит, что он стоит непосредственно на земле, без фундамента, возвышается на нижней части бумаги, что целый ряд исследователей, считает характерным для невротических детей. Дом детей, больных шизофренией, так же, как и взрослых, заперт, неприступен и пуст. Дорога, ведущая к нему, изображается редко, из-за чего он кажется оторванным и уединенным. Но в пейзаже ребенка, больного шизофренией, самым типичным является забор. Нет дома, который не был бы изолирован забором с закрытыми воротами. Такая частота заборов в рисунке больных шизофренией детей не случайна. Дети не только спонтанно рисовали огражденный дом, но и тогда, когда мы просили их нарисовать только дом, без забора. По нашему наблюдению, такое частое изображение забора должно выражать аутизм ребенка, его уединение, отчуждение от коллектива, символ чувства ограждения, тем более, что большинство этих детей не устанавливает контакта, не проявляет инициативу и является замкнутым. Как видно, дети проекцию своего духовного состояния графически проявляют в передаче забора. Аналогичное явление мы увидим ниже, когда пойдет речь о своеобразии изображения дерева.

Дерево в изображении шизофреника обычно голо и безжизненно (рис. 18, 19). Надо сказать, что обычно дерево, в особенности оголенное, выразительно, экспрессивно и своими многообразными очертаниями дает богатые образы для действия фантазии. Больной часто придает дереву символическое значение.

Один студент, больной шизофренией, высказывал мысль, что его открытие не было оценено должным образом и что в рисунке он выразил свои переживания в виде символа — он

представил себя деревом, находившимся на одной из низших ступеней подъема и стоящим уединенно.

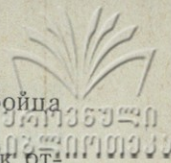
В этом смысле более наглядный пример дает рисунок большого шизофренией мальчика 11 лет. В семилетнем возрасте характер ребенка изменился. Он бросил школу, перестал играть с детьми, стал холодным и грубым в отношении родителей. В отношении к окружающим отмечаются псевдогаллюцинации и бред. Общая одаренность в пределах нормы.

В период рисования ребенок замкнут, скромн, скупен, с пониженным настроением. Контакт устанавливается при помощи рисования. Он рисует дом, колодец, пароход. Рисунки бесцветны, исполнены карандашом. Он рисует стереотипно один и тот же мотив. Наконец, ребенок рисует спонтанно дерево, с расцвеченными кое-где листьями, перед ним с большой точностью пририсовывает дощатый забор. Внешне картина оставляет необычное впечатление (рис. 20). Если мы учтем психопатологическое своеобразие ребенка, тогда станет понятным содержание, замысел рисунка. Наподобие вышеуказанного взрослого больного, и наш ребенок дает в рисунке проекцию собственной личности, идентифицирует себя с изображенным деревом и представляет им себя. Он выражает свое отчуждение от среды, уединение забором и этим осуществляет свою аутистичную тенденцию. Смело передает свои переживания также склонная к патологическим фантазиям, аутистично настроенная десятилетняя больная шизофренией девочка: в пустом пространстве природы изображено уединенное дерево, отражающее личность ребенка (рис. 21).

Гора является одним из компонентов пейзажа, и в рисунках ей часто приписывают символическое значение. В рисунках больных шизофренией нет горы. (Большинство детских рисунков принадлежит русским).

Больной шизофренией обычно изображает солнце в виде простого схематического круга. Оно холодное, безжизненное, оставляет впечатление подвешенного в небесном пространстве искусственного диска.

Ребенок, больной шизофренией, так же как и здоровый, любит солнце. Солнце у ребенка желтого цвета и всегда выглядывает из левого или правого угла рисунка. Вот на парусе корабля изображено солнце — подобие озаренного человеческого лица, как символ бога солнца Гелиоса, который ночью на лодке обходит землю, чтобы утром вновь вернуться на восток (рис. 23). В рисунках реже изображение луны. Частым мотивом является море: по морю плывет пароход,



военный пароход с пушками, извергающими огонь — бойда же нигде нет.

Взрослый больной шизофренией редко рисует цветок отдельно. Он вплетает его, как мотив, в орнаментацию. Для ребенка так же, как и для здорового, цветок — самостоятельная тема. Девочки чаще рисуют букет цветов. Разбросанные по саду или по полю цветы, как это мы имеем в рисунках детей, больных эпилепсией, их привлекают меньше.

Довольно большое место в рисунках больных детей занимает изображение человека. Человека так же, как и пейзаж, они рисуют воображением. Мальчики рисуют человека в боевых сценах, девочки же изображают девочек своего возраста. Портреты, которые мы сейчас предлагаем, с технической и художественной стороны исполнены хорошо (рис. 24, 25).

Нас заинтересовал вопрос автопортрета, и мы постарались найти сходство автора с его произведением. Наблюдение показало, что в рисунке имеется сходство не столько по индивидуальным физическим чертам, сколько в отражении психической структуры больного, его личностных качеств: статичности, отсутствия гибкости, косности и напряжения (рис. 24, 25).

Некоторые исследователи в рисунках больных шизофренией не отводят места животному миру. По нашему материалу, больной шизофренией не безразличен к животным и птицам. Дети по сказкам рисуют волка, лису, лошадь и собаку. Дети старшего возраста рисуют странные существа и называют их именами редко встречающихся животных — «сайгак» и др. Животные и птицы в большинстве случаев шаржированы и гротескны (рис. 26, 27).

Целый ряд рисунков принадлежит мальчикам, больным шизофренией. Эти дети старшего возраста по психическому статусу возбуждены и агрессивны настроены. Свои агрессивные реакции, как видно, они проявляют в сценах войн и боевых эпизодов. На рисунках изображены самолеты, танки, пушки, военные корабли и револьверы, стреляющие сами по себе. Реакции агрессивного характера обычны и для здоровых детей раннего возраста. Но агрессия больного шизофренией ребенка своеобразна: агрессивные акты он осуществляет с холодным, равнодушным выражением лица (рис. 28).

Как было сказано, ребенок изображает и среду клиники. Не лишена юмора «стенгазета № 4», где описаны подробно процедуры, проводимые у детей, с соответствующими сопроводительными надписями (рис. 29).

Известно, что рисование ребенка — это не только проявление соответствующего специфического дарования, но также общего умственного развития ребенка. Если это так, то ясно, что процесс рисования ребенка, больного шизофренией, должен быть проявлением действия познания, в частности мышления, тем более, что патологии мышления при шизофрении придается большое значение.

Своеобразием мышления ребенка, больного шизофренией, считается дисгармоничность. В процессе мышления ребенку трудно отличить существенное от несущественного, постичь целое, правильно выработать понятие и увидеть сходство и разницу. Кроме того, в ребенке замечается непоследовательность мысли, нелогичность и отсутствие гибкости [7].

Основная задача мышления — осмысление отношений между предметами и явлениями. Процесс мышления представляет активное, произвольное, целеустремленное действие личности.

Известно, что ребенок, больной шизофренией, более или менее теряет способность придать своим мыслям определенную направленность. Цельность процесса мышления ребенка нарушается, и отдельный ряд мыслей начинает самостоятельное существование.

Как отразилось графически такое изменение мышления в художественной продукции больного шизофренией ребенка?

Рассмотрение исследуемого нами материала показало, что характерное для шизофрении своеобразие мышления не везде встречается в рисунках и связано непосредственно с более или менее проявленными в личности патологическими изменениями.

С этой целью мы постарались проанализировать некоторые спонтанно созданные, непонятные в отношении формы и содержания рисунки.

Спонтанный рисунок восьмилетней девочки: на бумагу беспорядочно нанесены карандашом предметы, не приведенные в соответствие ни в отношении формы, ни содержания. В верхней части рисунка изображены глаза в очках, внизу — нотная система: музыкальный ключ и знаки (алфавит); там же геометрические фигуры и парусные лодки. Выше флаг и странной конфигурации дерево, как будто одетое в платье, наконец, серп и молот, дом, гора, на которой возвышается флаг и др. (рис. 30). Аналогичным ему является рисунок девятилетнего мальчика: расположенные подряд три ряда неоморфизмов, местами детское лицо, треугольник и алгебраическая формула (рис. 31).

Внешне оба рисунка напоминают ребус, решить который не так-то просто.

Первое, что бросается в глаза при анализе этих изображений, это их дисгармоничность; рядом с предметом объективного значения аморфное изображение. Психологически в рисунке нарушена содержательная и смысловая цельность, последовательность и логическое соотношение между изображениями. По психологическому исследованию у обоих детей отмечается дефект целеустремленного мышления и лабильность логических процессов, наплыв одновременно пришедших в голову мыслей, неологизмы и проч.

Семилетний ребенок рисует мальчика, поднявшегося вверх на воздушном шаре; внизу, на земле какой-то странный предмет. Сам мальчик дает рисунку такую интерпретацию: «Он улетел на шаре, а это морковка» (рис. 32).

Восьмилетний мальчик — неадекватного поведения, неспокойный, рассеянный. В результате психологического анализа отмечается произвольный, бесцельный ход мыслительного действия. Во время рисования он психомоторно возбужден, небрежен. Рисует дом и дымоходную трубу в том месте, где дверь. К крыше же дома он пририсовывает что-то наподобие трубы с огнем и заявляет: «Это папироска висит, прилепилась» (рис. 33).

Наконец, еще об одном рисунке, принадлежащем десятилетнему мальчику — гебоиду. Рисунок оставляет странное впечатление. Конденсированный образ щита и сабли выражает символ силы. Затем револьверы, стреляющие сами по себе. Дом. Выше — ружье-автомат, само стреляет. В середине какой-то страшный доисторический зверь и, наконец, ребенок, взрывающий дом. Внизу написано — «Дом ограблен». Наверху как будто стихами написано следующее: «Заряжены планшеты, ножи и пистолеты. Штурман уточняет какой ограбить дом. Давайте-ка ребята зарядим автоматы у нас еще в запасе четырнадцать минут. Я верю друзьям караваны машин помчат от звезды до звезды. На пыльных шкафах ограбленных квартир останутся наши следы» (рис. 34).

Как видно из рисунка и стиха, и того, что известно из психопатологии гебоида, личность ребенка дезинтегрирована. Мышление его странное, дурашливое, лишено целеустремленности. В то же время ребенок, как гебоид, проявляет в рисунке и стихе коварство, агрессию и склонность к разрушению.

Таким образом, некоторые своеобразия мышления детей, больных шизофренией, такие, как нарушение ассоциаций, ав-

томатизмы, расщепление цельности мышления, проявляются и в изобразительном действии.

Но по нашему наблюдению, мышление, в частности целенаправленный и целостный характер его процесса, дает о себе знать и в композиционном отношении художественного произведения. Известно, что сущность композиции заключается в построении, распределении и в объединении художественного произведения. Композиция, как и процесс мышления, устанавливает соотношение основных элементов, создает цельность образов и их последовательность.

Изучение композиции больных шизофренией показало, что их композиционные возможности в рисунке связаны непосредственно с патологическими изменениями, в частности — с дефектом мышления больного. В рисунках больных шизофренией детей часто проявляется композиционная дезорганизация, беспорядочное расположение форм, внесение в рисунок разных несоответственных элементов и нарушение логического соотношения между предметами.

Характерным признаком мышления ребенка, больного шизофренией, является то, что здесь место логического соотношения занимают желания, образы фантазии, в реальности которых ребенок абсолютно уверен.

Фантазия является характерным своеобразием поведения здорового ребенка дошкольного возраста. Творческая фантазия является необходимым компонентом игр ребенка, и в соответствии со своей фантазией он легко преобразуется. Здесь не имеет места смешение фантазии и реальности, ребенку легко удается переключиться от одного к другому.

В школьном возрасте, с нарастающим развитием логического мышления, уменьшается склонность к фантазии. Сохранность способности фантазии в этом возрасте является показателем задержки развития на низкой ступени.

Но обычная фантазия ребенка в некоторых случаях претерпевает качественное изменение, задерживается с возрастом, превращается в аутистичную фантазию и проявляется как шизофренический симптом. Фантастическое содержание находится в интимной связи с личностью ребенка, с его переживаниями и конфликтами. Больной ребенок с трудом возвращается к реальной действительности, его фантастическая продукция аффективно бедна и часто проявляется в повторении одних и тех же схем.

Аутистично настроенные дети пассивны и довольно неконтактны, лишены воли и активности, что, со своей стороны, вызывает отрыв от действительности и заставляет действовать фантазию.

Восьмилетняя девочка с эйдетической способностью содержание сказки принимает за реальность и ясно представляет его. Фантазия ребенка невольно следует за фантастическим содержанием сказки и создает целый ряд рисунков. Содержание рисунка лишено эмоции и логической последовательности. Ребенок дает рисункам такую интерпретацию: «На дереве тетер, лиса говорит, кто там на лошади едет, мужик с дровами, а кто там за телегой бежит, тетер говорит, прощай иду домой» (рис. 35).

Девятилетний мальчик во время рисования не проявляет контакта, инициативы, апатичен. Он стереотипно рисует улицу и дома одного и того же типа. Как выясняется из психологического исследования, мышление и речь его нарушены, он стереотипно повторяет одни и те же слова и ни к чему не проявляет интереса. У него отмечаются фантазии, подобные стереотипному бреду.

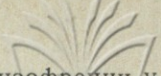
В этом смысле интересным образцом является рисунок, исполненный спонтанно в клинике, о котором больной не дает никакой информации. Формально рисунок шизофренического характера: он исполнен миниатюрно, имеет надписи, полон стереотипов, неологизмов и др., последовательность содержания нарушена, и местами имеются пробелы. Из-за ригидности и аффективного оскудения содержание остается непонятным.

Но, как видно из надписей, ребенок в своем рисунке старался передать комплексное переживание — он пытался бежать из больницы.

Темой рисунка является приключение «Незнайки» и его друзей. В рисунке передана больница, затем вход в отделение и, наконец, побег вместе с друзьями из больницы. Как видно из содержания рисунка, конфликт ребенка реализован в аутистическом мире (рис. 36, 37).

Черным карандашом изображен волосатый, рогатый чёрт с копытами и когтями. Тут же рядом жутко уродливая женщина. Наверху надпись: «Чёрт и ведьма». В другом рисунке странное маленькое существо с кнутом в руке (рис. 38, 39).

Чем вызвано представление таких необычных, лишенных реальной действительности образов у детей? Ответом этому служат переживания самих детей. «Чертёнок, которого я боялась и часто его видела». Или же: «Эти человечки хотят убить мать, я вижу их перед сном». «Страшила!» — так назвал ребенок странное существо. «Дядя, — обращается ребенок шёпотом во время рисования, — я боюсь этого чертёнка».



Известно, что одним из ранних симптомов шизофрении у детей является чувство страха. Основой типичных для шизофрении страхов обычно служат галлюцинаторные явления, содержание которых — «страшные» звери, «странные люди».

Таким образом, мы постарались изучить изобразительное действие больного шизофренией ребенка и показать в художественной продукции некоторые шизофренические особенности, характерные для детского возраста: вызванное эмоциональным оскудением безразличие к цветам и ограничение движения, своеобразное нарушение мышления, аутистичные фантазии, возникшие в результате страха, галлюцинаторные образы и др., что совершенно чуждо для изобразительного поведения здорового ребенка.

Разумеется, рисунки детей, больных шизофренией, полностью не оторваны от творчества здоровых детей. В обоих случаях определенную роль играет возрастной фактор и сама ступень творческого развития. На фоне больших или меньших изменений личности ребенка и наряду с психопатологическими явлениями, в рисунках спорадически все же сохранены естественная детская эмоциональность, радость, непосредственность, искренность и все еще оставшиеся интересы и связи со средой.

Наконец, о сходстве рисунков душевнобольных взрослых и здоровых детей, как об одной из особенностей рисунков душевнобольных. Дело в том, что замечается сходство не только между рисунками больного взрослого и здорового ребенка, но и между рисунками здорового взрослого и здорового ребенка. Большинство взрослых, не обучавшихся после школы специально рисованию, рисуют как дети, более или менее в пределах схемы. Часто отмечают, что не только здоровый взрослый, но и 30-летний больной шизофренией рисует как ребенок 8—10 лет. Но это только формальное стилистическое сходство (так же, как и сходство между рисунком ребенка и художником-примитивистом доисторического периода). Разница между ними в генетическом развитии.

Благодаря приобретенному на протяжении лет знанию и опыту, взрослый, а также доисторический художник, в рисовании не допускает характерных для детского возраста логических ошибок, как, например, прозрачный предмет в рисунке, т. н. рентгеновский рисунок, смешение профиля и анфаса, примитивную схему и др.

Более ощутимую разницу увидели мы между рисунками больных шизофренией взрослых и здоровых детей. Несмотря на глубокие изменения личности больного шизофренией, редко можно встретить в его творчестве те специфические свое-

образа, которые проявляет вышеупомянутый здоровый ребенок на протяжении развития рисования. Разновидность изменений в рисунках больного шизофренией обусловлена характерными для шизофрении симптомами. Компоненты основного формального комплекса рисунков шизофренического порядка — стереотипия, уплотненность образов, заполнение до отказа поверхности, внесение чуждых элементов в рисунок — ничего общего не имеют с рисунками здорового ребенка.


Таким образом, существующий взгляд о сходстве между рисунками душевнобольного и здорового ребенка, неверен. Для здорового ребенка совершенно чужда суть рисунков шизофренического порядка, их психопатологическая структура.

Цель нашего исследования, как мы отмечали выше, показать те особенности в рисунках больного шизофренией ребенка, которые считаются специфичными для шизофрении.

В результате анализа исследуемого материала, надо полагать, что основные особенности изобразительной деятельности взрослых больных — поведение в процессе рисования, изобразительные возможности, аспекты формы и содержания, психопатологическая основная структура, в рисунках больных шизофренией детей уже рудиментарно заложены и являются как бы малой формой.

Означенное возрастное своеобразие в рисунке больного шизофренией ребенка будет более убедительным, если примем во внимание соображение Г. Сухаревой относительно диагноза шизофрении в детском возрасте. По ее мнению, основная трудность заключается в том, что объектом шизофрении является существо, находящееся в периоде усиленного и еще незавершенного развития. Эти два момента — незрелость и резкий темп развития — играют существенную роль в формировании детской шизофрении. Поэтому, по мнению Г. Сухаревой, а также других советских и зарубежных исследователей, в изучении клиники детской шизофрении важна интерференция двух процессов — с одной стороны, нормального процесса физиологического роста и, с другой, — патологического, деструктивного, шизофренического процесса [10].

Надо полагать, что выявленное в детских рисунках с большей или меньшей силой шизофреническое своеобразие должно быть обусловлено взаимным усилением или ослаблением двух вышеотмеченных процессов. Правда, сходство между рисунками взрослых, больных шизофренией, и больных детей вне сомнения, но возрастные своеобразия — незавершенность развития личности ребенка, недостаток опы-



та и недоразвитие форм другого действия придают своеобразный вид изобразительному поведению ребенка, больного шизофренией. В рисунках больного ребенка еще в незаконченном виде дано все то, что заложено в изобразительном действии взрослого, больного шизофренией. Как видно, стабилизация шизофренического своеобразия в рисунках требует определенной степени развития и определенного периода в ходе шизофренического процесса.

СВОЕОБРАЗИЕ РИСУНКА РЕБЕНКА БОЛЬНОГО ЭПИЛЕПСИЕЙ

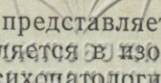
Художественная продукция больных эпилепсией в сравнении с рисунками больных шизофренией бедна и малочисленна. В отличие от рисунков шизофренического порядка, она не так четко ставит вопрос о форме и содержании художественной продукции или взаимоотношении патологического искусства и изобразительного искусства. Но «эпилептический характер», эпилептическая деградация — слабоумие довольно резко проявляется в художественной продукции больных детей.

Художественная продукция больных эпилепсией детей изучена на примере двух групп больных: больные, обладающие эпилептической психикой с хроническим изменением характера, с характерными для деградации личности и слабоумия чертами (больные психиатрической клиники) и эпилептически измененные дети с «эпилептическим характером» (пациенты психоневрологического диспансера). Наши маленькие «художники» — 7—12-летнего возраста.

Рисунки детей исполнены в периоды между припадками, когда больные субъективно в более или менее хорошем состоянии.

Надо отметить, что в процессе собирания рисунков не было ни сопротивления, ни негативистского настроения со стороны больных. Наоборот, личность больного эпилепсией характеризует сильный инстинкт самозащиты, положительная оценка своего поведения и критическое отношение к окружающему. Больной тесно связан с реальностью. Его характеризует эгоцентризм, и проявленный нами интерес и внимание к больным вызывали в них определенный стимул и увлечение рисованием.

По нашему наблюдению, вообще специфичность больного эпилепсией и, в частности, рисунков ребенка надо искать не только в готовой художественной продукции, но и в изобразительном действии, в акте художественного процесса, когда больной создает графическое произведение. Интерес-



но, что все то, что отражается на бумаге и представляет своеобразие эпилепсии, четко и наглядно проявляется в изобразительном поведении больного. Поэтому психопатологическое своеобразие художественной продукции в случаях эпилепсии так непосредственно связано с поведением личности в процессе рисования, как ни при одной другой болезни.

Интересно, что процесс рисования детей, больных эпилепсией, внешне носил, если можно так выразиться, «деловой характер». Дети рисовали с большим педантизмом. Их рисование более оставляло впечатление целеустремленного поведения, более походило на труд, чем на рисование, схожее с игрой. В располагающей к рисованию ситуации дети рисовали с увлечением до тех пор, пока их «творческая» энергия не иссякала.

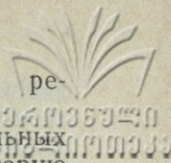
Ребенок, больной эпилепсией, медленно и аритмично проводит линии. Линии и штрихи широкие или узкие. Движение руки, особенно в период слабоумия и во время психомоторного возбуждения, импульсивно, аффективно, от напряжения и нажима иногда бумага вдавливается, прорывается. Часто линии бессвязны, отрывочны, беспокойны, напряжены и динамичны. Дети тщательно описывают контур предмета несколько раз так, что изображение предмета и его обработка обведены несколькими штрихами.

Во время рисования больным детям мы даем обычно возможность применения разноцветных карандашей. Цвет в переживании ребенка, больного эпилепсией, носит определенный смысл. Здесь цвет, при помощи которого передается форма, играет главную роль. Цветом больной дает индивидуальную окраску предмета. Состав цветов в рисунках нашего больного обусловлен его эмоциональным состоянием. Дисфорический больной ребенок в депрессивном состоянии рисует темными карандашами, возбужденный же ребенок использует пестрые цвета.

Неслучайно и то обстоятельство, что в опытах Роршаха наши больные эпилепсией дети в интерпретациях пятен отдают предпочтение как детерминанту — цвету, а не форме.

Таковы, в общем, те основные формальные изобразительные возможности — линия и цвет, применяемые ребенком, больным эпилепсией, для удовлетворения своей изобразительной потребности.

В результате анализа рисунков мы можем привести также такие формальные признаки, каковыми являются пропорции, перспектива, движение и др. Но об этом речь пойдет

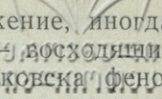


при психопатологической характеристике изображения ребенка, больного эпилепсией.

Психопатологический анализ рисунков детей, больных эпилепсией, мы начинаем с разбора той группы, которую характеризует эпилептическая деменция разной стадии и ярко выраженный «эпилептический характер» личности. Эпилептическая деменция — сложного происхождения с бесповоротным прогрессивным дефектом, проявляющимся в снижении целостной личности, в нарушении интеллекта и других психических функций и в изменении адекватного взаимоотношения со средой.

Р. М. 7 лет. Диагноз — эпилепсия, эпилептическое слабоумие. Больной является первенцем у родителей. Роды у матери были нормальные. В шестимесячном возрасте у ребенка начались судороги эпилептического характера. Он был помещен в больницу с диагнозом — спазмофилия. Припадки случались через каждые 2—3 месяца в день 4 раза. В больницу больной поступил в беспокойном состоянии. Он не может стоять на месте: бегаёт, кричит, ссорится. Не подчиняется режиму. Во время рисования ребенок не устанавливает контакта, психомоторно возбужден, неадекватного поведения, отмечается нарушение речи, восприятие неправильное, запас слов бедный. Перед ребенком цветные карандаши и бумага. Без всякого отбора он схватывает импульсивно карандаш и бумагу, проводит бессмысленно линии карандашом по бумаге. Рисует то правой, то левой рукой. Во время рисования он говорит: «вчера мой отец придет», «хочу цветок», «это птичка кукла птичка». Рисование ребенка представляет простое «малевание». Нет ничего общего между «малеванием» и тем, что должно быть изображено. Полученная продукция походит на «малевание» двух-трехлетнего здорового ребенка (рис. 40, 41).

Клиническим состоянием и поведением восьми- и девятилетний Вова и Малхаз напоминают вышеприведенную девочку. Оба возбуждены психомоторно. Оба механически берут в руки карандаш, автоматически водят карандашом по бумаге и «малюют» объект, лишенный определенного значения и смысла. В процессе рисования первый что-то лепечет и повторяет наши слова, другой же персеверативно повторяет один и тот же мотив, примитивную схему наподобие цветка и импульсивно, ритмично говорит: «цветок — крыса». Но «малевание» этих двух мальчиков все-таки отличается от первого. Надо сказать, что когда мы изучали рисунки взрослых, больных эпилепсией, в книге Р. Вольмата [24], мы обратили внимание на замечание Минковска, что больного эпи-




лепсией характеризует антагонистическое движение, иногда он иступленно проводит линии вверх и вниз — восходящие и нисходящие. К сожалению, описанный Мииковский феномен мы не нашли в рисунках взрослых, но в рисунках наших дементных больных эпилепсией детей четко проявился вышезамеченный факт. Малхаз в лишенной всякого смысла структуре, в «малевании» восходящими и нисходящими линиями выводит неожиданно рисунок пирамиды. Вова, рисуящий как бы «цветок», вдруг стереотипно передает пикообразную форму.

Известно, что для электроэнцефалограммы больных эпилепсией характерны внезапные пикообразные скачки биотоков вверх в волнообразных линиях [6] и др. Случайно или нет такое совпадение между пиками в рисунке и пиками энцефалограммы? Встречается ли такое совпадение у всех больных эпилепсией или оно характерно только для деградированного эпилепсией ребенка? Во всяком случае вопрос этот заслуживает специального исследования (рис. 42, 43).

Но изобразительное поведение деградированного эпилепсией ребенка не ограничивается только этим.

Мальчик М. Н., 10 лет, с диагнозом — эпилепсия, эпилептическое слабоумие. Как видно из анамнеза, психофизическое развитие протекает с опозданием. В восьмилетнем возрасте наступают частые припадки, продолжаются 2—3 минуты. Установить контакт с больным трудно из-за олигофазии. На вопросы он отвечает урывками, отдельными словами. Ему трудно составить предложение. Предметное восприятие правильное. Отмечается персеверация и стереотипия. Способность сравнения, соображения, критики снижена, так же, как механическая и логическая память. Больной легко возбудим, упрям, беспокоен, аффективен и конфликтен.

Во время рисования больной спокоен, скромно, льстиво и чересчур вежлив. Он выбирает разные карандаши, не знает, что нарисовать, не проявляет инициативы. Мы предлагаем ему нарисовать дом. Он старательно начинает рисовать, пытается исполнить наше задание. Нехотя начинает карандашом проводить линии. Как обычный, здоровый ребенок, он начинает описывать предмет, его контур черным карандашом. Останавливается после каждой линии. В процессе рисования больной начинает изображать структуру предмета незначительными деталями. У него появляется склонность к излишней детализации, что часто не соответствует схематически изображенному объекту. Больной рисует старательно, с большой аккуратностью и старается, чтобы его «художество» понравилось.



Мы не остановимся на характеристике ряда больших возрастом от 5 до 10 лет той же группы, приблизительно того же клинического состояния, а рассмотрим их художественную продукцию с точки зрения формы и содержания.

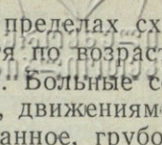
Еще Коррадо Риччи заметил, что традиционно дети начинают рисовать с человека [8]. Человек — живое, действенное существо и несмотря на трудность его изображения все же в первую очередь привлекает внимание ребенка. Но, по мнению современных исследователей, патологическое своеобразие больного ребенка более отчетливо проявляется в изображении дома, чем других предметов. По нашему наблюдению, каждый предмет, нарисованный больным ребенком, указывает на большее или меньшее отклонение от нормы.

Наши дети часто рисуют дом на правой или левой стороне поверхности бумаги, а иногда в углу. Как будто преднамеренно, они игнорируют закономерность возможности расположения предмета в пространстве (по замечанию В. Штерна, W. Stern) [15].

Изображенный дом — диспропорциональный, странный, неопределенного размера и формы. Дома лишены перспективы, что не соответствует возрасту изображающих их детей, и часто все три стороны дома построены в одной плоскости. Для передачи дома и крыши дети прибегают к разным формам: треугольнику, трапециям и полукругу. Если здоровый ребенок на этой ступени развития рисования соблюдает некоторую умеренность и симметрию окон и дверей на фасаде дома, то наши больные перегружают стены окнами. Распределение окон часто лишено всякой симметрии. Окна пририсованы под крышей по обе стороны фасада, в углу, средняя же часть фасада пуста. Как правило, наши больные эпилепсией — дементные дети покрывают крышу черепицей, с большой точностью изображают ручки от дверей и ступени лестницы, в силу чего изображение отдаляется от схемы и приближается к реалистическому. Трудно установить также численность этажей дома и пр. (рис. 44, 45, 46, 47).

Своеобразное впечатление оставляет также изображение нашими больными человека, растения и животного.

Изображение человека под названием «головоножка», известное в первых рисунках ребенка и в примитивном искусстве, в рисунках наших больных, несмотря на общее умственное снижение, не встречается. С возрастом же рисунок постепенно приближается к изображению настоящего человека.



Большинство больных рисует человека в пределах схемы. Они его изображают только в анфас, хотя по возрасту они должны уже его изображать и в профиль. Больные совершенно не считаются с пропорциями тела, движениями, экспрессией и выражением. Строение тела странное, грубое, уродливое и деформированное: квадратной, овальной, кувшинообразной формы. Изображенный человек представляет схему, он изуродован, лишен структуры, пластичности и пр. Огромные руки с пальцами не соответствуют телу, неподвижному и отяжелевшему. Рисунок беден психологическим содержанием, лишен всякого переживания, индивидуальности, комичности, гротескности, смешного и грустного, чем богато большинство изображений здоровых детей (рис. 48, 49, 50).

Одним из мотивов рисунков детей является растение, а именно, дерево и цветок. Разумеется, и наш больной небезразличен к этому многообразному миру растений. Примечательно, что иногда больному не удается дать дифференциации между деревом и цветком. Когда мы просили нарисовать дерево, он рисовал цветок или же смешанную форму дерева и цветка. Например, он пририсовывает к стволу дерева непосредственно цветы, вместо веток и листьев, схему, подобную розе или пуговице. Если ребенок рисует цветок вместо дерева, цветок своим размером и структурой похож на большое декоративное экзотическое растение. Больной эпилепсией ребенок рисует конфигурацию дерева не абрисом, а соблюдает своего рода анатомическую последовательность. Ответвления дерева или цветка — листья и цветы — он рисует тщательно, с большой точностью. Рисунок похож на вышивку, исполненную пестрыми нитками. Здесь с особой силой проявляется чувство цвета и колорита. Часто на одном растении больной изображает разноцветные цветы одной и той же формы (рис. 51, 52, 53, 54).

Как выясняется, по мнению большинства исследователей, ребенка не так уж увлекает рисование животного. Обычно для изображения животного ребенок применяет схему человека — только вместо вертикального положения он придает ему горизонтальное, и вместо ног он приделывает четыре линии, пририсовывает хвост и этим кончает. Наши больные отказывались от изображения животного, из-за чего материал мира животных оказался бедным. Графически точно изображена курица с перьями и крыльями (рис. 55).

Но больной эпилепсией проявляет активность не только в создании новой художественной продукции: для удовлетворения своей потребности он обращается к репродукции, к

перерисовыванию с модели. Мы поручаем больным перерисовать пароход. Больной начинает перерисовывать пароход с деталей, частей, начинает считать окна двухэтажного парохода и в точности репродуцирует его. Он начинает расцвечивать изображенный пароход, старается подобрать существующие в оригинале цвета. По художественной технике перерисованный предмет намного лучше исполнен, чем по представлению, в то время, как здоровый ребенок лучше рисует воображением, чем с натуры (рис. 56).

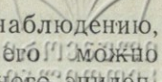
Мы интересовались, отличается ли нет рисунок ребенка, больного эпилептической деменцией, от рисунка ребенка, больного деменцией другой формы.

Для сравнения мы взяли дементных детей 10—12 лет Г. Кершенштейнера [9], среди них и взрослых идиотов. Больные изображали отдельные части фигур: голову собаки, глаз, нос и др. Больной эпилепсией и в период слабоумия сохраняет цельность предмета. Если он останавливается на некоторых частях предмета и разрабатывает их, как это мы увидим ниже, это потому, что ему трудно перейти на другую часть.

Художественная продукция второй группы детей, больных эпилепсией, принадлежит детям с эпилептически измененным характером. Эти дети — пациенты психоневрологического диспансера, ученики средней школы.

Маленькие пациенты диспансера выделяются своей характерологической структурой. Характером они застенчивы, скромны, инактивны, легко возбудимы и раздражительны. В некоторых случаях они напряжены, упрямы и беспокойны. При обследовании и проверке общей одаренности они проявляют ограниченность интеллектуальной возможности. И здесь дети легко включались в рисование и с чувством долга и ответственности исполняли порученную им задачу. Некоторые рисовали с таким увлечением, что не могли оторваться от своего незаконченного рисунка, и мы часто, выражая довольство, вынуждали их прекратить рисование.

Перед нами ученик первого класса, 7 лет. Его рост, развитие протекает нормально. В 6-летнем возрасте с ним случился судорожный припадок с потерей сознания. После этого у него в месяц два-три припадка. Ребенок строптив, беспокойен, с рассеянным вниманием. Во время рисования он совершенно свободен в выборе темы. Он рисует дом. На бумаге изображен дом. Дом выше обычного, с симметрично рас-
пределенными окнами и дверью, обязательно с ручкой! Дом, как правило, начинается непосредственно с нижней кромки бумаги, и основание или пол, обычно обозначенный гори-



зонтальной линией, игнорируется. По нашему наблюдению, это явление, как правило, проявляется везде, его можно считать одной из характерных черт рисунка больного эпилепсией ребенка (рис. 57, 58, 59, 60).

Интересно исполнено цветными карандашами дерево. Это уже настоящее дерево, а не гибрид дерева и цветка, который часто рисует ребенок, больной дементной эпилепсией. Правда, дерево нарисовано семилетним ребенком, но так как оно обработано более уверенно и детально, оно переходит границы примитивной схемы и приближается к изображению настоящего дерева. С большим старанием изображен человек епфасе, снабженный анатомически всеми частями тела. Если, например, схема тела или ноги и руки человека представляли собой простые линии, то сейчас мы видим попытку дать полное очертание частей тела. Одежда человека расцвечена нанесенными неоднократно друг на друга цветными штрихами. Такое же характерное своеобразие видно в рисунках 9-ти, 10-ти и 12-летних детей, своим клиническим состоянием не отличающихся от вышеупомянутых детей. И тут четко выражены дерево, цветок и человек. Дерево и цветок исполнены локальными цветами и из-за обработки отдельных частей оставляют впечатление натурального дерева. Как видим, тут нет места веникообразной, оголенной формы схеме дерева. Вместо веток и листьев мы видим здесь изображенные круги, которые часто встречаются в рисунках здорового ребенка того же возраста (рис. 61, 62, 63, 64, 65).

Характерные для рисунков детей, больных эпилепсией, стилистические, формальные и предметные черты даны также в исполненных спонтанно маленьких композициях. Наивно и простодушно написаны деревенские пейзажи, река, берега, покрытые травой и песком, автомашина, красная пожарная машина и др. Указанные композиции перегружены излишними деталями. Как видно, детям не удается композиционное обобщение, и они выдвигают вперед более конкретные, несущественные аспекты (рис. 66, 67, 68, 69).

Но кроме вышеописанных рисунков, в которых дается характерологическая структура личности больного эпилепсией ребенка, в целом ряде рисунков не видны стилистические аспекты, типичные для эпилепсии, и эти рисунки по своей структуре совпадают с рисунками здорового ребенка. Они принадлежат относительно сохраненной личности ребенка, больного эпилепсией.

В чем выражается психологическая особенность эпилепсии в клинической симптоматологии, которая делает понят-

ним изобразительное поведение ребенка, больного эпилепсией?

Большинство исследователей (Сухарева, Бжалава, Минковска и др.) в результате изучения личности больного эпилепсией пришло к заключению, что основным психопатологическим своеобразием эпилепсии является аффективная вязкость, прилипание, стаз, эксплозивность и импульсивность.

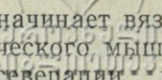
Сегодня уже известно, что патогномический симптом эпилепсии составляет не отдельный симптом клиники детской эпилепсии — пароксизмы разнообразной формы — и разнообразные психические нарушения, а целостная структура эпилептической личности со своим напряженным, стабильным и прилипчивым аффектом.

Относительно своеобразия детской эпилепсии Г. Е. Сухарева пишет: «Типичные для эпилептической психики симптомы — прилипание аффекта, напряжение, тугоподвижность мышления и др. характерны и для детского возраста. Но в малолетних детях все это проявляется не так отчетливо, так как оно замаскировано психомоторным возбуждением, меньшей стойкостью и рассеиванием внимания» [11].

Больной эпилепсией ребенок обычно начинает рисовать медленно, неспеша. Он тщательно проводит линии. В процессе рисования больной долго задерживается на одном объекте, не отстает от него, пока у него не появится импульс перейти на другой предмет. Он застревает на одном месте, начинает топтаться и долго отдельно и детально обрабатывает изображаемый предмет. Часто он проводит одну линию на вторую, один слой кладет на другой, отчего рисунок становится рельефным. Рисуя, ребенок часто проявляет такое упорство, что не прекращает работу и тогда, когда мы этого требуем.

Из детской психологии известно, что рисование в детском возрасте вообще не считается проявлением соответствующего специфического таланта, а является показателем общего умственного развития ребенка. Поэтому мы учли и умственное развитие ребенка, больного эпилепсией, чтобы увидеть, насколько проявляется в рисовании психопатологическое своеобразие в аффективно-волевой сфере и сфере мышления ребенка, больного эпилепсией.

Как свидетельствуют результаты специальных экспериментальных психологических исследований [7] и наши наблюдения, ребенку, больному эпилепсией, не удается переработать воспринятое и отделить существенное от несущественного. Он застревает на отдельных деталях и с трудом достигает обобщения, общих понятий. Из-за тугоподвиж-



ности мышления ребенок теряет целостность и начинает вязнуть на незначительных деталях. Для эпилептического мышления типична тенденция к детализации, персеверации, к многословности, повторениям и др. Ребенку, больному эпилепсией, трудно также переключаться от одного акта поведения на другой. В условиях эксперимента ребенок проявляет нетерпение, вспыльчивость. Его аффект напряжен и вязок. Но нередко в работе ребенок вынослив и даже целеустремлен.

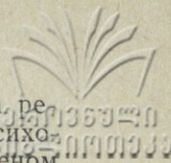
Таким образом, своеобразные черты интеллектуальной, эмоционально-волевой сферы и изобразительного действия эпилептически измененного ребенка типичны тогда, когда черты эти взаимосвязаны и возникают на общем фоне изменений личности больного.

Установленные в рисунках ребенка, больного эпилепсией, черты характера, психопатологические аспекты формы и содержания рисунка, роль возрастного фактора, ступени развития рисования и психологическое своеобразие общей одаренности больного ребенка дают нам право сделать некоторые заключения.

Ребенок, больной эпилепсией, так же как и здоровый, начинает рисовать с определенного возраста. Разумеется, патологический ребенок менее активен, часто неадекватен, трудно приспосабливается к среде, отчего его инициатива и потребность изображений задерживаются. Но если больному ребенку создать соответствующую ситуацию, он начинает рисовать. Ребенок, больной эпилепсией, сравнительно медленно проходит все этапы развития рисования — «малевание», примитивную схему и её различные ступени, пока он не овладеет объективно реальным изображением предмета.

Но, как было видно по ходу нашего анализа, рисунки больных детей отличаются от здоровых. Если мы примем во внимание эту разницу с точки зрения возраста и развития рисования, то увидим, что стилистической и психологической разницы между здоровыми и больными юными «художниками» дошкольного возраста почти нет, так как в этот период, как было уже отмечено выше, основные черты эпилепсии, можно сказать, очень слабо проявляются в рисунках. Ввиду нивелировки характерологических черт, рисунки больного ребенка приближаются к рисункам здоровых.

Художественная продукция больного эпилепсией школьного возраста, где больше дают о себе знать изменения характера ребенка, уже четко отличается от рисунка здорового ребенка и, в первую очередь, своеобразным поведением в процессе рисования, что, по нашему наблюдению, фактически



ки обуславливает специфику эпилептического характера ребенка в графическом изображении, и, наконец, той психопатологической особенностью, которая вызвана феноменом прилипания и проявляется в тенденции к детализации. Но в определенный период и здоровый ребенок заполняет свои рисунки конкретными элементами и мелочами. В этом отношении ребенок заходит так далеко, что часто он пытается нарисовать то, что внутри и незримо снаружи. Но эта конкретизация не есть патологическое проявление эпилептического ребенка к мельчайшим подробностям и деталям за счет существенного. Психологически эти два явления отличны друг от друга. Если у здорового ребенка это явление обусловлено возрастом и, наряду с ним, фактором развития рисования, то ребенок, больной эпилепсией, теми же художественными техническими возможностями, под воздействием феномена «вязкости» и прилипания, точно и детально обрабатывает предмет в целом или его части. В результате этой обработки не увеличивается число отдельных частей, как на определенном этапе развития здорового ребенка, а замечается качественное улучшение в рисунке.


Если ребенок вообще графически лучше передает образы, созданные воображением, чем срисовывая с модели, то больной эпилепсией ребенок, наоборот, из-за того же прилипания, вязкости с большой полнотой и точностью репродуцирует предмет.

Ребенок рисует воображением и знанием, он не может достигнуть полного сходства с предметом и довольствуется лишь поверхностным обозначением и символами. Поэтому Сёли и Конрад Ланге [1] полагают, что маленький художник скорее символист, чем натуралист.

Наш больной эпилепсией ребенок, в силу черт своего характера, рисует упорно и в своей художественной продукции скорее натуралист, чем символист. Вообще, надо сказать, что реалистические тенденции являются одной из черт художника, больного эпилепсией, и его творчества.

Здоровый ребенок отличается от больного эпилепсией ребенка как по общей одаренности, так и по своеобразию изобразительного поведения. Но несмотря на это, оба действуют на уровне конкретности. И если их поведение по существу все-таки различно, то это оттого, что ребенок, больной эпилепсией, в процессе заболевания приобрел психопатологическое своеобразие, совершенно чуждое здоровому ребенку.

Конечно, возрастной фактор в процессе развития душевного заболевания играет значительную роль. Характерное для эпилепсии основное психопатологическое своеобразие в



рисунках детей, а, главным образом, детей младшего возраста, не проявляется с такой интенсивностью, как в художестве уже сложившейся чертами «эпилептического характера» личности больного взрослого.

По мнению Г. Е. Сухаревой, в случаях душевного заболевания детей имеет место интерференция двух процессов — нормального физиологического роста и патологической деструкции [11].

Означенное взаимодействие в рисунках больных эпилепсией детей, как уже было отмечено выше, незначительное. В рисунках же детей, больных шизофренией, оно выглядит гораздо ярче.

Таким образом, больные в своих рисунках дают обильную проекцию своего состояния и своих переживаний. Это — то психологическое преимущество, которое заключается в творчестве душевнобольных.

В рисунках больных детей наглядно видно различие двух духовных миров — больного и здорового ребенка: в художественной продукции четко отразились специфические и различные психопатологические особенности больного шизофренией и эпилепсией ребенка и та характерная специфика, которая разнит больного ребенка и больного взрослого.

S U M M A R Y

The clinical forms and psychopathological structure of mentally diseased children have at present been studied and determined.

In this connection the pictorial activities of schizophrenic and epileptic children, one of the introgenous forms of human behaviour, has been investigated.

However the peculiarities obserable in drawings done by mentally diseased children are not so fully pronounced as they are in the case of sick adults. We suggest that this might be attributed to the underdeveloped personality of children; the stabilization of peculiarities in drawings by sick adults evidently requires a certain more advanced stage in the development of the schizophrenic and epileptic process.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бюллер К. Духовное развитие ребенка, 1930.
2. Бжалава И. Т. К психопатологии шизофрении, 1958 (на груз. яз.).
3. Бжалава И. Т. К психопатологии фиксированной установки при эпилепсии. В сб.: Материалы совещания по психологии. М., Изд-во АПН РСФСР, 1957.
4. Вачнадзе З. А. Некоторые особенности рисунка душевнобольных, 1972.
5. Вачнадзе Э. А. Особенности воображения больных шизофренией методом Роршаха. Труды Ин-та психологии, 1963.
6. Вильяр Пенфильд. Эпилепсия и мозговая деятельность, 1949.
7. Кононова М. П. Руководство по психологическому исследованию психических больных детей, 1963.
8. Коррадо Риччи. Дети художники, 1911.
9. Кершенштейнер Г. Развитие художественного творчества ребенка, 1914.
10. Сухарева Г. Е. Клиника шизофрении у детей и подростков, I, 1937.
11. Сухарева Г. Е. Клинические лекции по психиатрии детского возраста, 1940.
12. Симсон Т. П. Шизофрения раннего детского возраста, 1948.
13. Узнадзе Д. Н. Психологические исследования, 1966.
14. Узнадзе Д. Н. Психология детей, 1947 (на груз. яз.).
15. Штерн В. Психология раннего детства, 1922.
16. Berrien F.—A study of the drawings of abnormal and children, 1935.
17. Bendeř Lauretta—Child psychiatric techniques.
18. Burbury W. Mary—The use of children's drawings in clinical diagnosis.
19. Elwe E.—Profile drawings of normal and abnormal children, 1934.
20. Elkisch P.—Significant relations ship between the humen figur and the machine in the drawings of boys.
21. Kerr M.—Children's drawings of houses.
22. A. and E. Luchins—Rigidity of Behavior 1959.
23. Strand M. Skula E.—Ein Fall von kinder schizoprenie mit ausdrucksvoller—Bildproduktion.
24. Wolmat R.—„L'art psychopatologique“, 1956.

РИСУНКИ

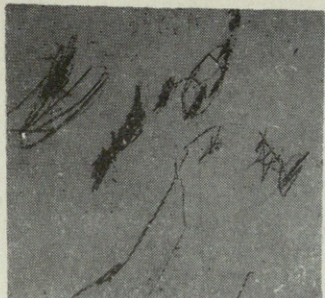


Рис. 1

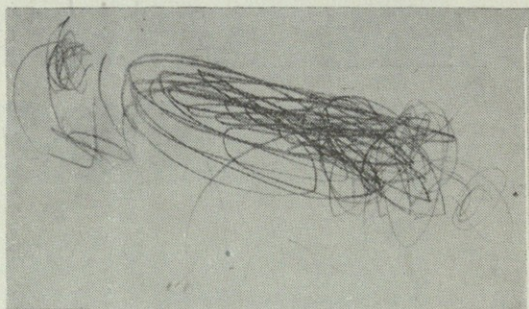


Рис. 2

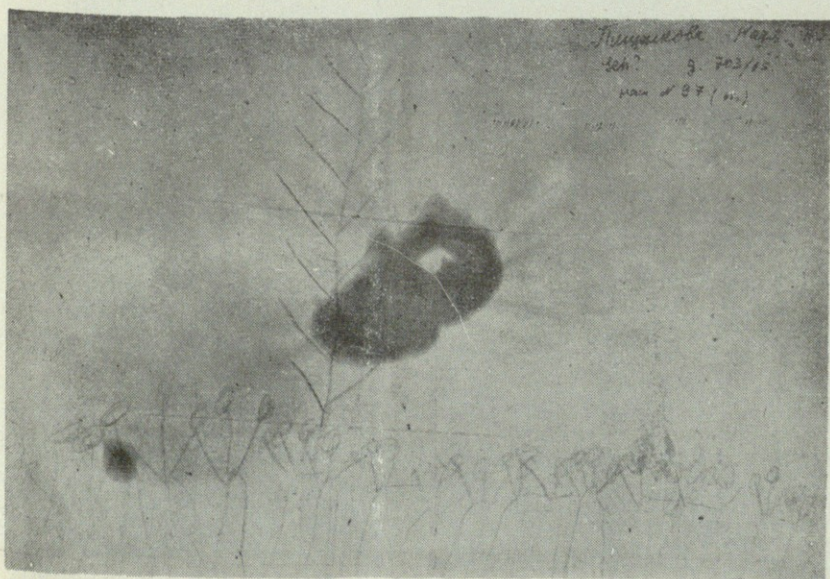
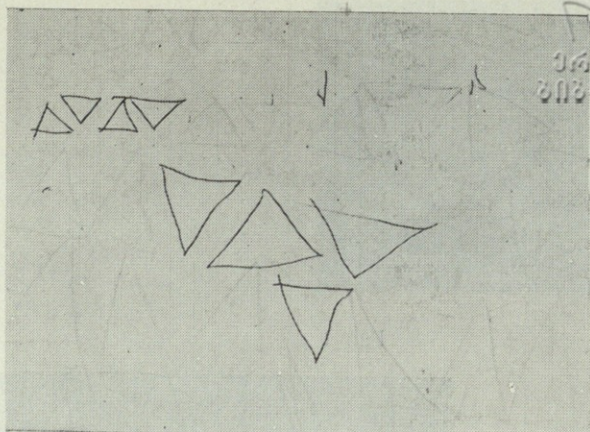


Рис. 3



14136340
308-11101333

Рис. 4

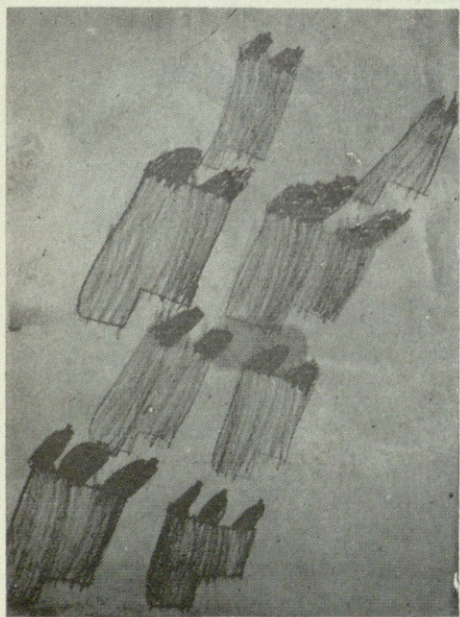


Рис. 5



Рис. 6

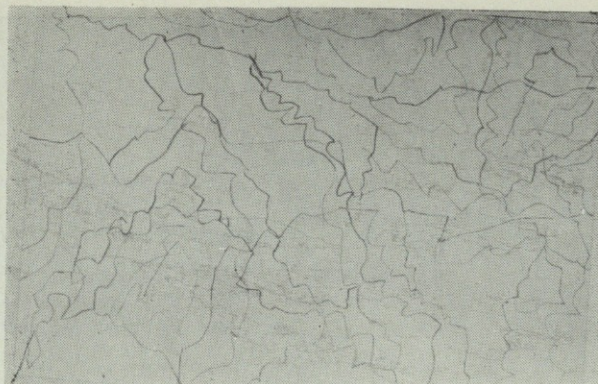


Рис. 7



Рис. 8

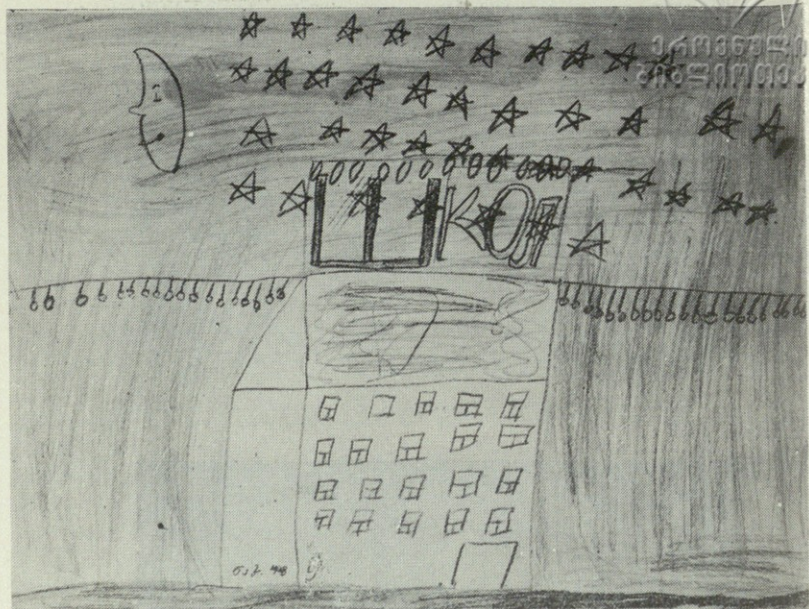


Рис. 9

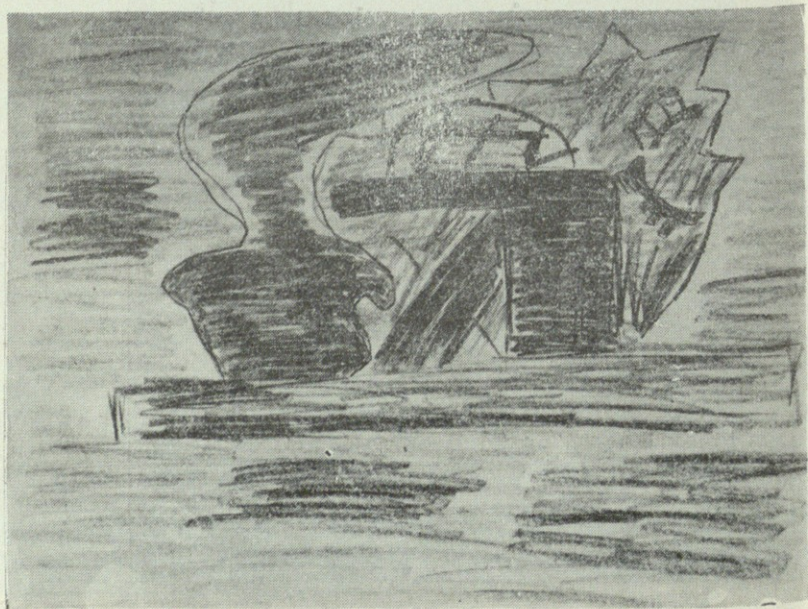


Рис. 10

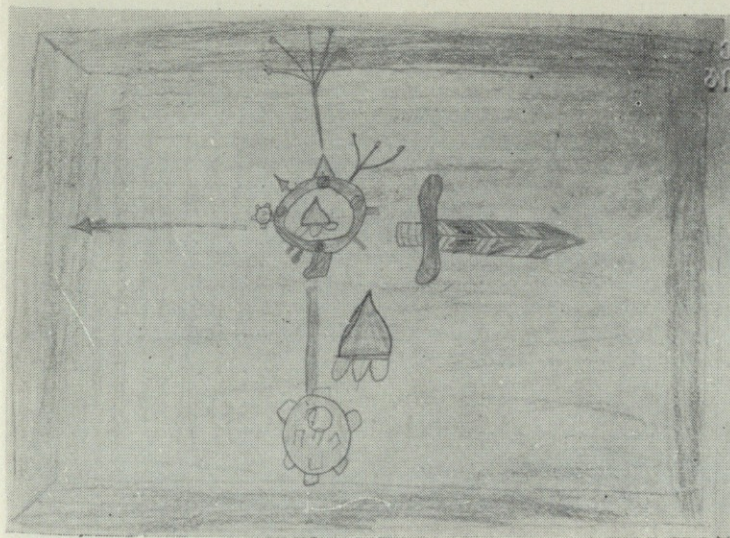


Рис. 11

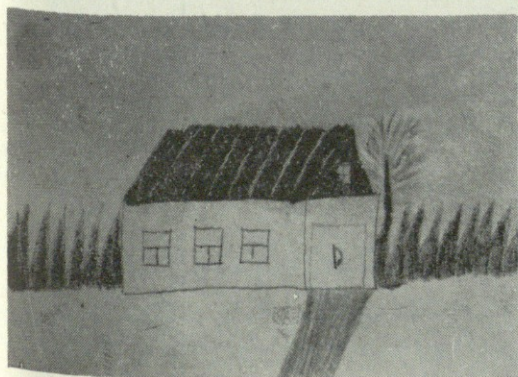


Рис. 12

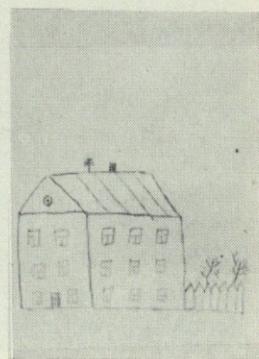


Рис. 13

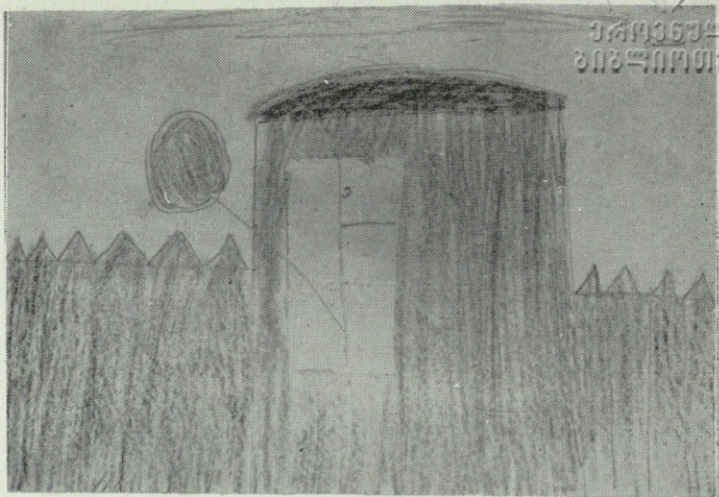


Рис. 14



Рис. 15

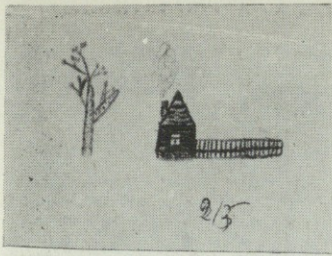


Рис. 16

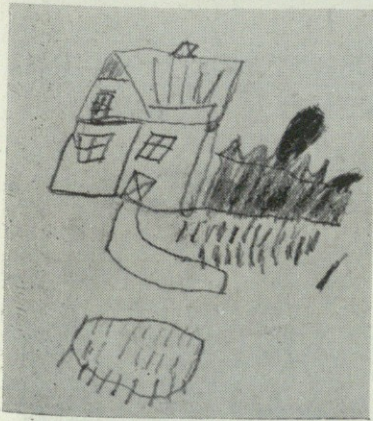


Рис. 17

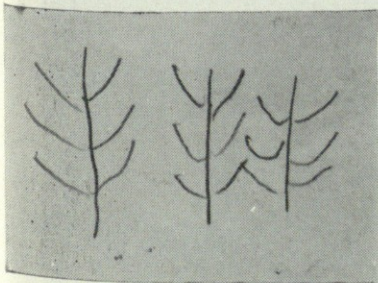


Рис. 18

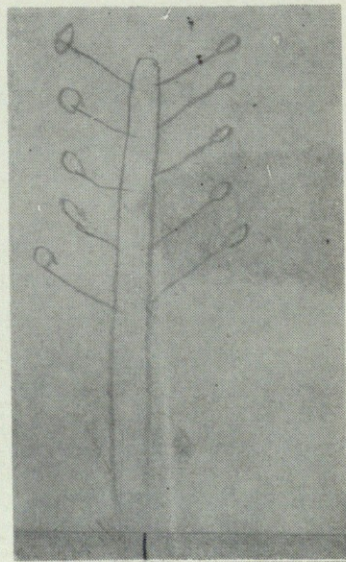


Рис. 19

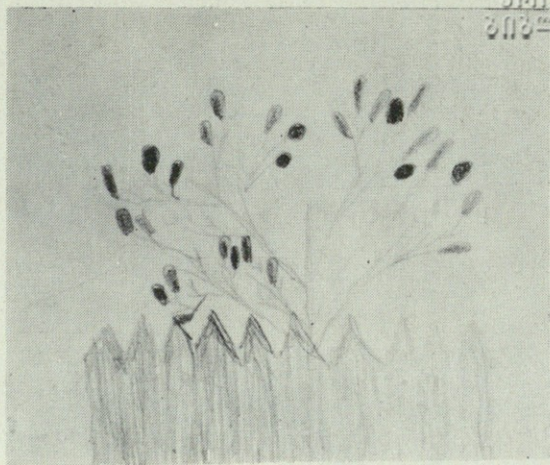


Рис. 20



Рис. 21



ՀԱՅԱՍՏԱՆԻ
ԳՐԱԴԱՐԱՆ

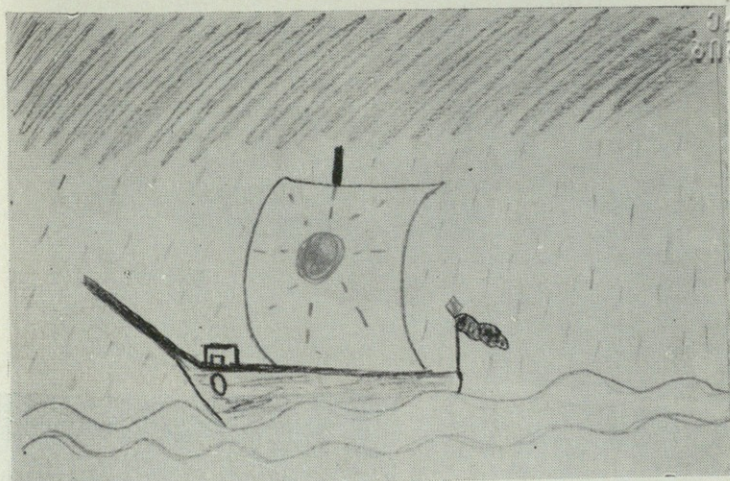


Рис. 22

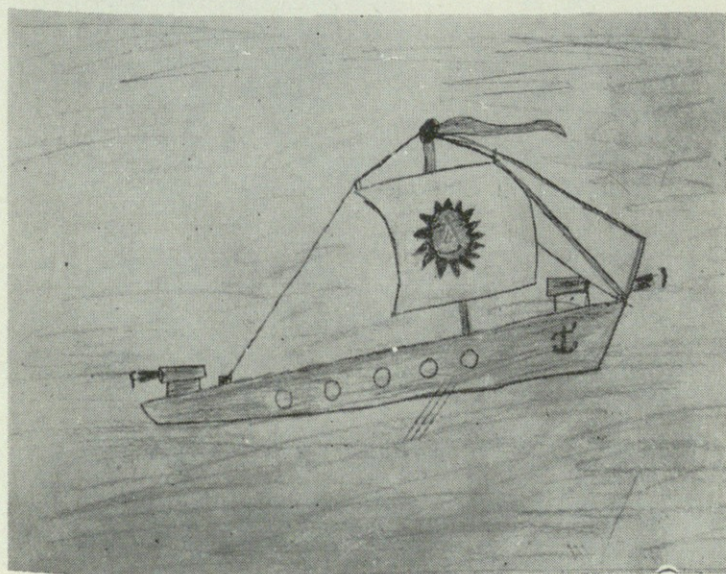


Рис. 23



Рис. 24



Рис. 25



Рис. 26



Рис. 27

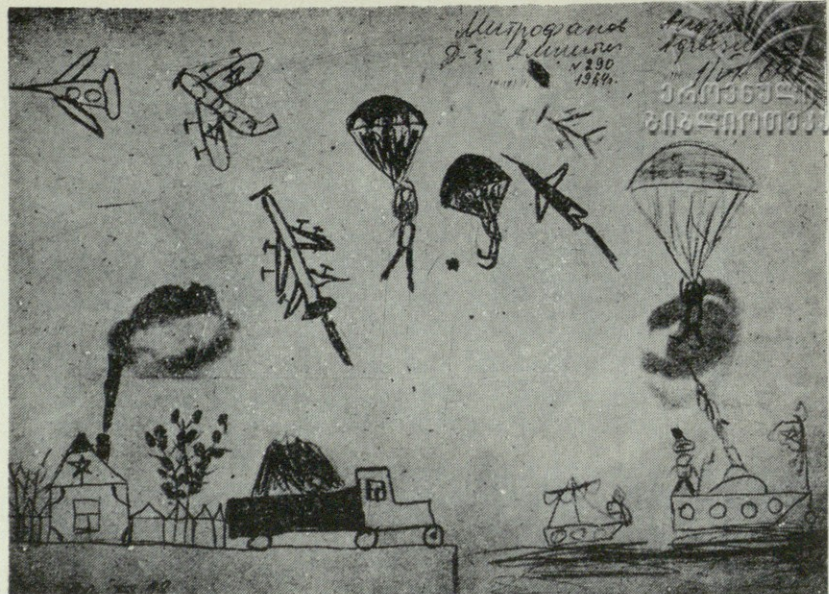


Рис. 28



Рис. 29

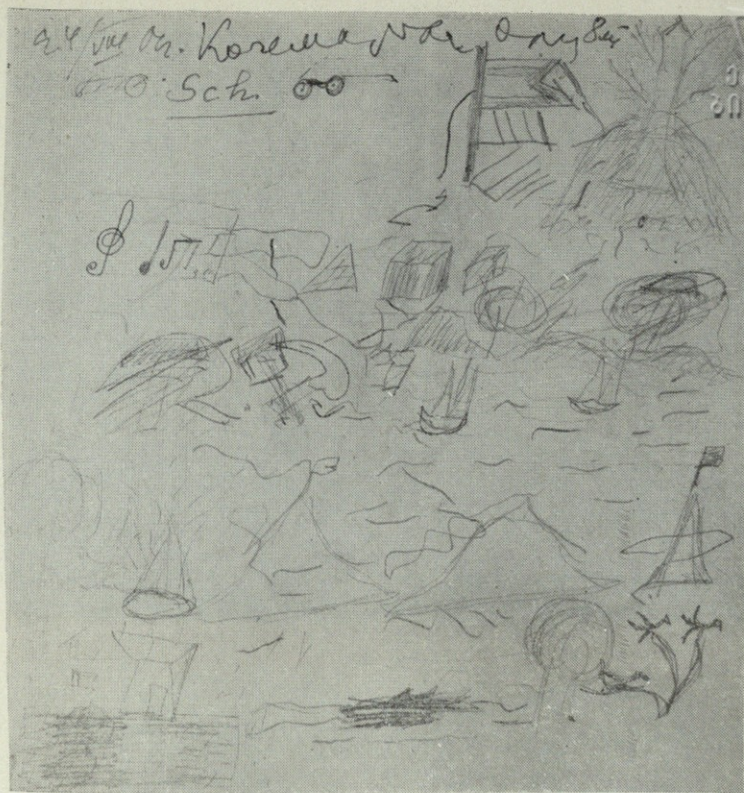


Рис. 30

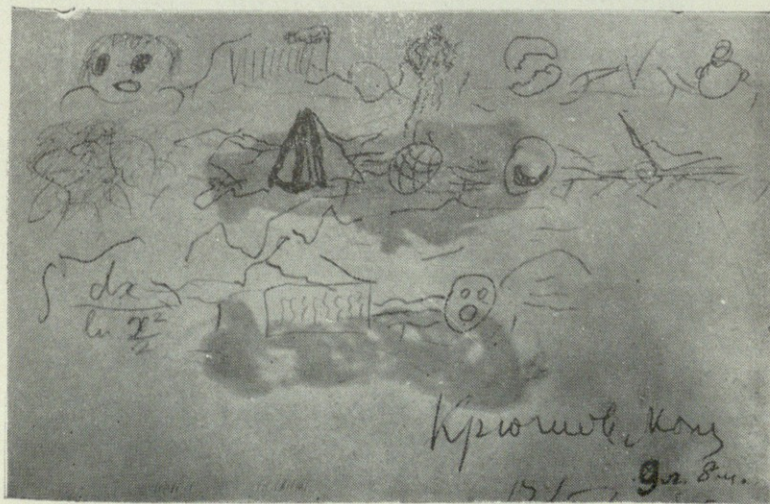


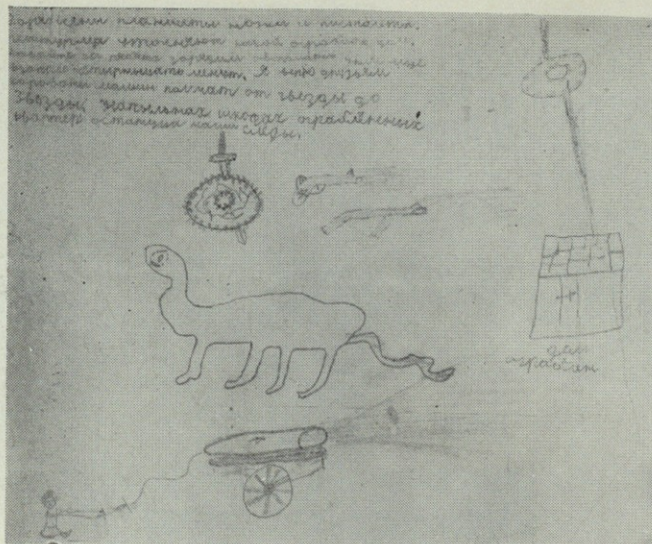
Рис. 31



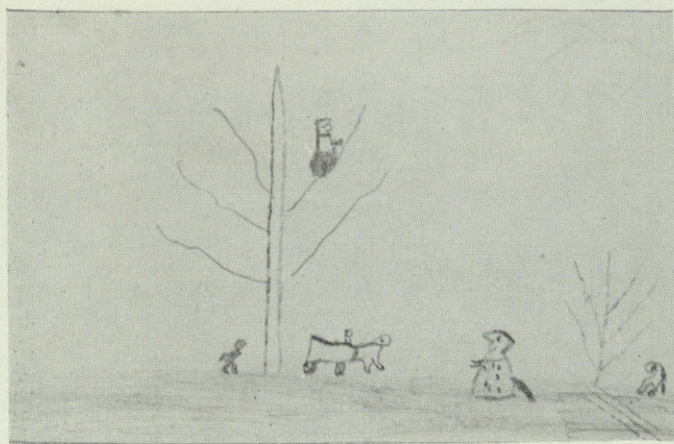
Рис. 32



Рис. 33



Րիս. 34



Րիս. 35

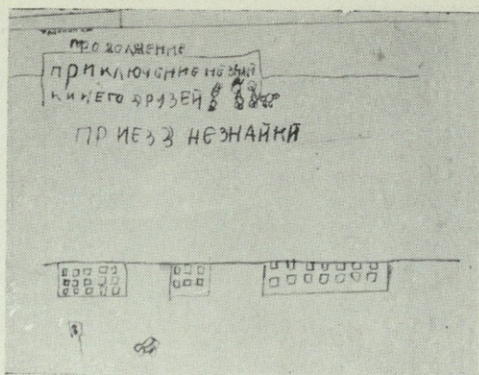


Рис. 36

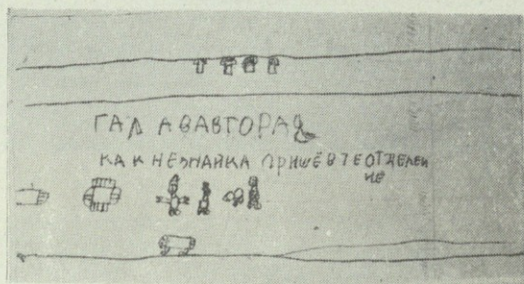


Рис. 37



Рис. 38

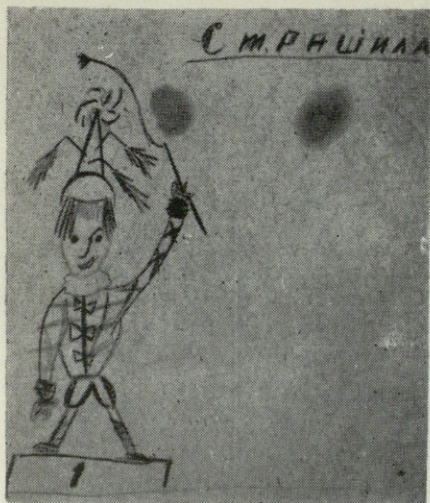


Рис. 39.



Рис. 40

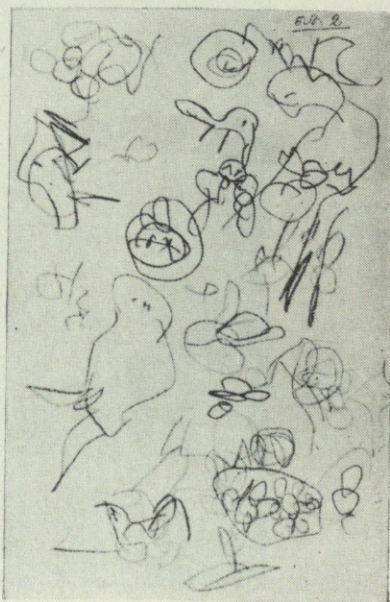


Рис. 41



Рис. 42

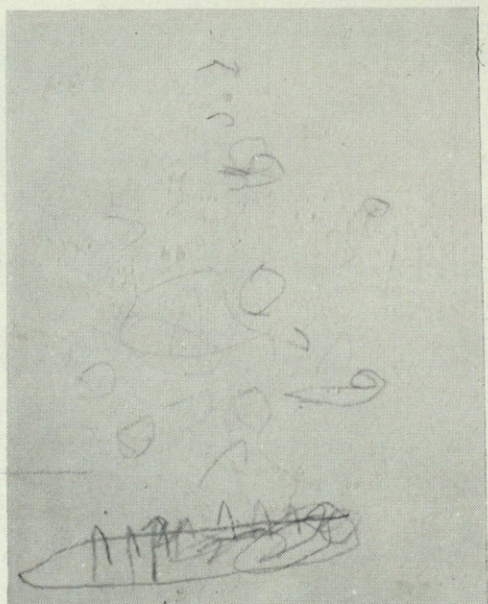


Рис. 43

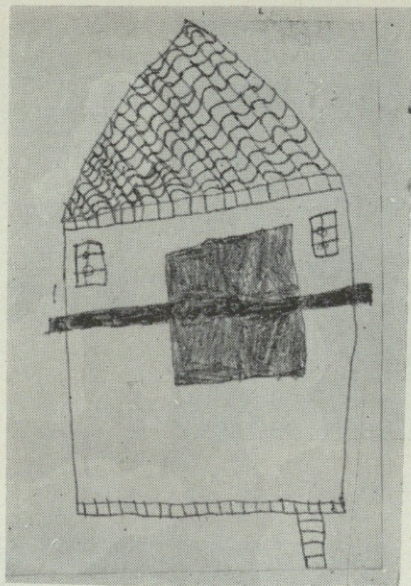


Рис. 44

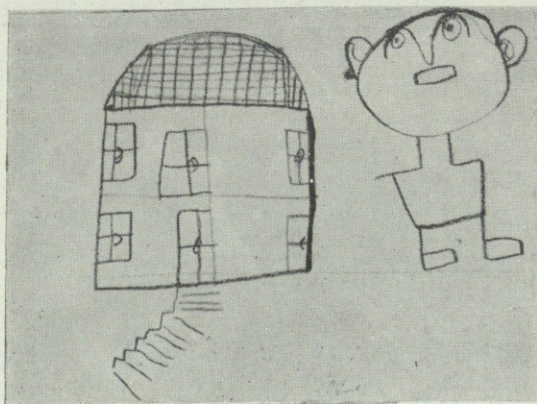


Рис. 45

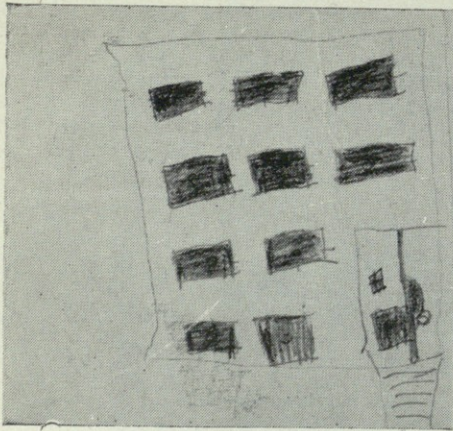


Рис. 46

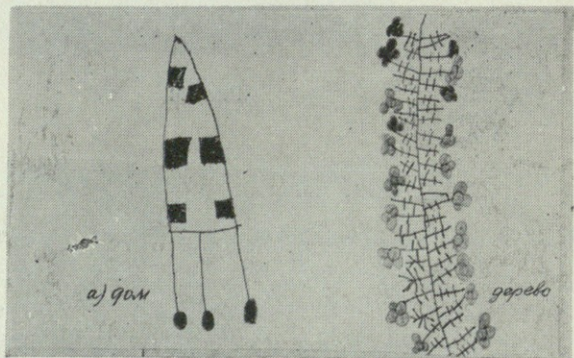


Рис. 47

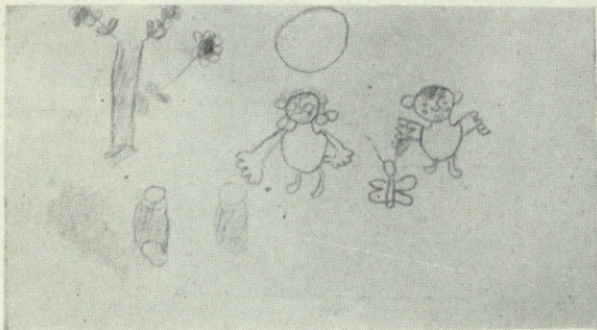


Рис. 48

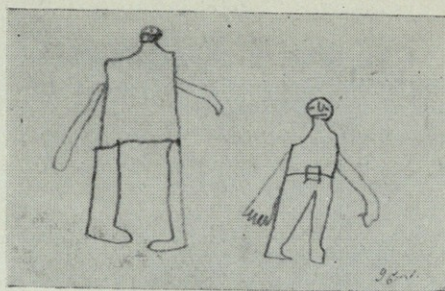


Рис. 49



Рис. 50

УДК 633.01
303.001.013.33

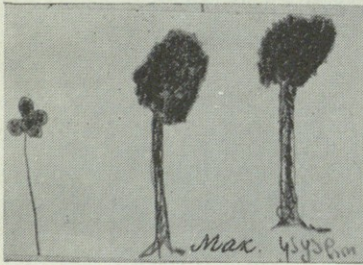


Рис. 51

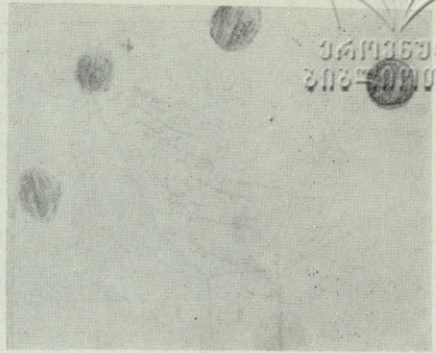


Рис. 52

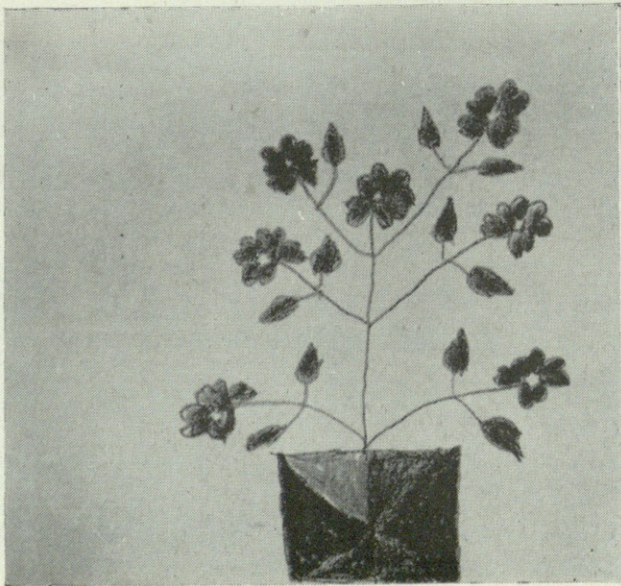


Рис. 53

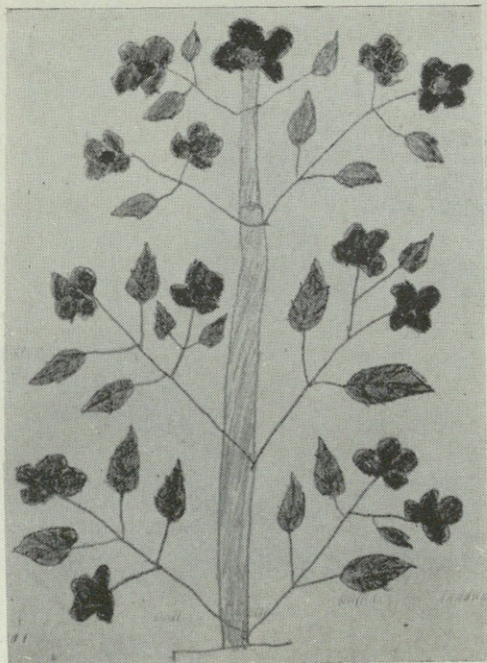


Рис. 54

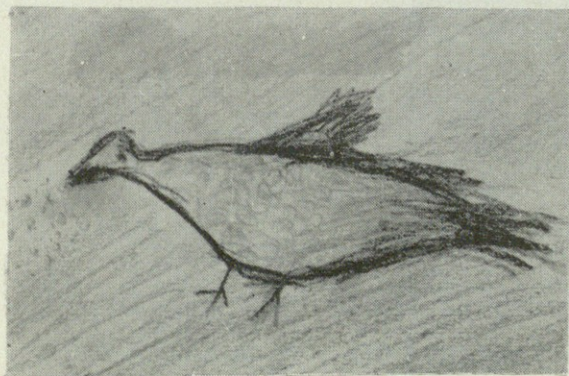


Рис. 55

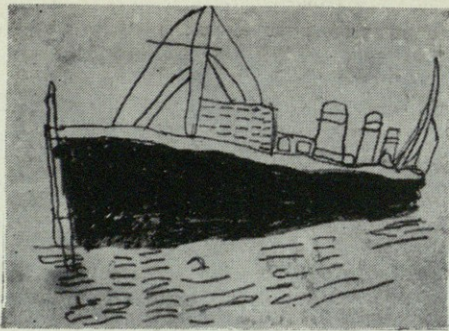


Рис. 56

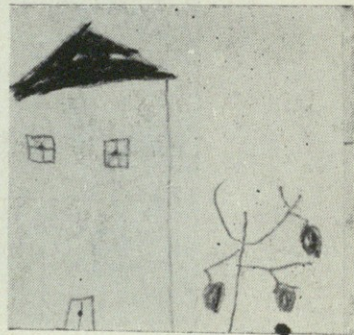


Рис. 57

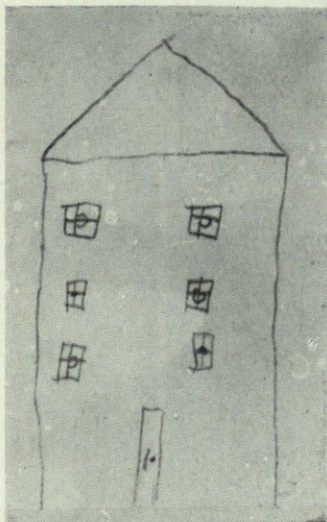


Рис. 58

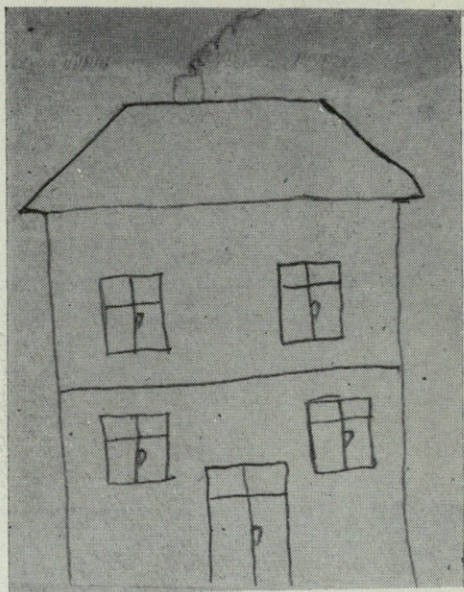


Рис. 59

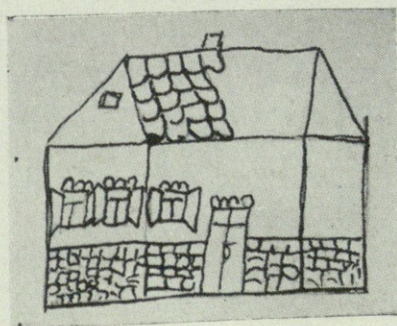


Рис. 60

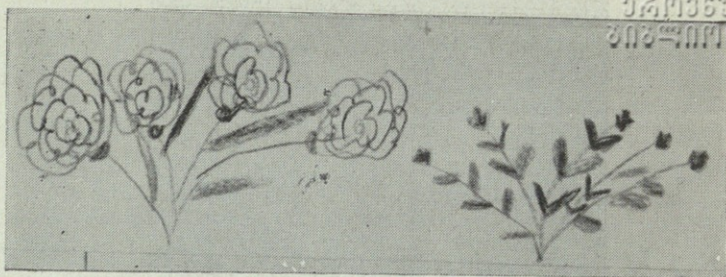


Рис. 61



Рис. 62

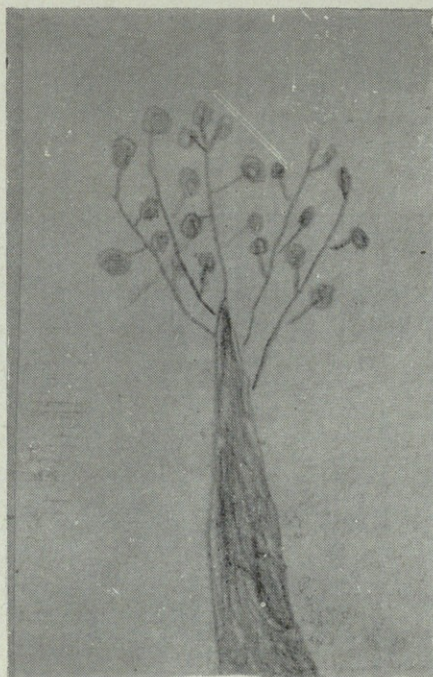


Рис. 63



Рис. 64



Рис. 65



Рис. 66



Рис. 67



Рис. 68



Рис. 69



ОГЛАВЛЕНИЕ

Введение	5
Своеобразие рисунка детей больных шизофренией	11
Своеобразие рисунка ребенка больного эпилепсией	29
Резюме (на английском языке)	41
Литература	42

CONTENTS

Introduction	5
Peculiarities of drawings done by schizophrenic children	11
Peculiarities of drawings done by epileptic children	29
Summary	41
References	42

Эраст Александрович Вачнадзе

РИСУНКИ ДЕТЕЙ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ И ЭПИЛЕПСИЕЙ

Напечатано по постановлению Редакционно-Издательского Совета
Академии наук Грузинской ССР

*

Редактор М. Сакварелидзе
Редактор издательства М. Г. Мачабели
Техредактор Э. Б. Бокериа
Корректор Л. А. Пахомова

Сдано в набор 21.5.1975; Подписано к печати 29.10.1975; Формат
бумаги 60×90¹/₁₆; Бумага № 2; Печатных л. 4.75; Уч.-издат. л. 3.69;
УЭ 01094; Тираж 1300; Заказ 1861;
Цена 35 коп.

Издательство «Мецниереба», Тбилиси, 380060, ул. Кутузова, 19
გამომცემლობა „მეცნიერება“, თბილისი, 380060, კუტუზოვის ქ., 19

Типография АН Груз. ССР. Тбилиси, 380060, ул. Кутузова, 19
საქ. სსრ მეცნ. აკადემიის სტამბა, თბილისი, 380060, კუტუზოვის ქ., 19

Цена 35 коп.

R2 360.305
3
ՀԱՅԿԱՅԻՆ
ՏՈՒՆՆԵՐԱԿԱՆ