С. А. БОЛДЫРЕВА



Рисунки детей дошкольного возраста, больных шизофренией

МОСКВА · МЕДИЦИНА · 1974





С. А. БОЛДЫРЕВА

Рисунки детей дошкольного возраста, больных шизофренией

УДК 616.895.8-008.435-053.4

На основании многолетних исследований изобразительного творчества детей автором дается сравнительный анализ рисунков больных и здоровых детей. В отечественной и зарубежной литературе это первая монография, посвященная изобразительному творчеству больных шизофренией дошкольного возраста и лечебно-коррекционной работе с ними.

В книге излагается семиотика изобразительного творчества больных детей, приводятся примеры различных нарушений формы и содержания рисунков. Выявлены особенности творчества в зависимости от клинических проявлений и типа течения шизофренического процесса. Наряду с диагностическим значением показана возможность использования изобразительного творчества для лечебно-коррекционной работы, являющейся в детской практике одной из форм трудо- и психотерапии. Разработаны этапы и прнемы этой работы. Даются практические рекомендации дифференцированной тактики педагога с больными шизофренией детьми при различном психотическом состоянии.

Книга рассчитаиа на невропатологов, психиатров, педагогов, педиатров, дефектологов.

Б $\frac{52000-138}{039(01)-74}$ 205—74

© Издательство «Медицина» · Москва · 1974

ПРЕДИСЛОВИЕ

Изучение изобразительного творчества, прежде всего рисунков, психически больных представляет один из существенных вспомогательных методов исследования клиники психических болезней. В последние годы этому разделу психиатрии было посвящено несколько международных конференций. Во многих странах ведется систематическое изучение творчества психически больных, издаются специальные монографии.

В отечественной психиатрии проблеме изобразительного творчества психически больных также уделялось внимание. Опубликовано несколько оригинальных исследований (Г. А. Трошин, В. М. Бехтерев, В. А. Артемов, Н. Д. Рыбников и др.), имеются главы в руководствах психиатрии (В. А. Гиляровский). Но специальная монография на эту тему была издана лишь одна (П. И. Карпов, 1926).

Монографической работы, посвященной исследованию рисунков детей, болеющих шизофренией, нет ни в нашей стране, ни за рубежом. Серьезный пробел в этой области с успехом восполняет предлагаемая читателю книга С. А. Болдыревой. Ее исследования уникальны во многих отношениях. Рисунки детей, страдающих шизофренией, постоянно сравниваются с рисунками здоровых детей одинакового возраста. Рисунки больных детей дифференцируются по формам шизофрении, сопоставляются в соответствии с динамикой болезни. Полученные автором результаты ее метода исследования вносят в клинику детской шизофрении новые существенные данные, представляют значение для диагностики этой болезни, подчас весьма трудной.

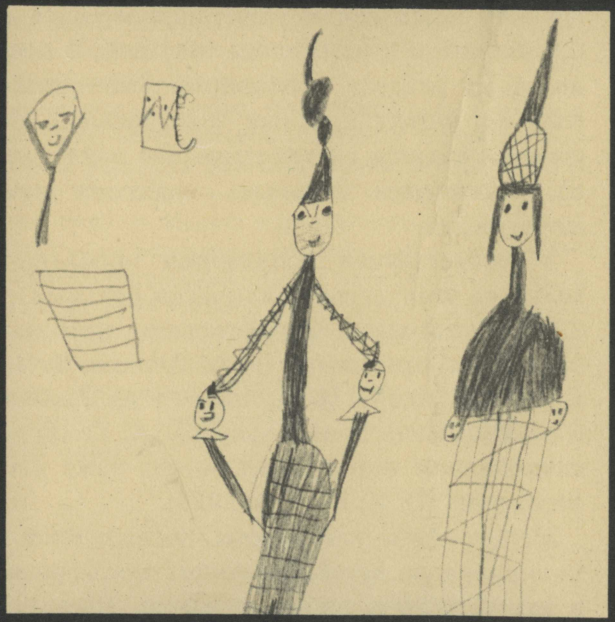
Другая особенность исследования С. А. Болдыревой — психоортопедическая, с использованием стремления детей к рисованию. Автором в этом направлении разработана своя система коррекции проявлений шизофренической патологии детей. Рисование используется в качестве трамплина и для достижения возможности проведения дошкольных и школьных занятий, и для нормализации поведения. Разработанный автором метод терапии поведения больных детей приложим не только к шизофрении, но и к другим психическим заболеваниям и неврозам.

Коллекция рисунков, включенная в монографию, представляет исключительную ценность.

Несомненно, монография С. А. Болдыревой положит начало широкому исследованию творчества психически больных психиатрами, психологами, педагогами и дефектологами.

Действительный член АМН СССР,
профессор *А. В. Снежневский*





ВВЕДЕНИЕ

Изучение изобразительной деятельности детей имеет большую историю и различные теории, начиная с рассмотрения рисунка как средства педагогического воздействия и кончая признанием за ним серьезного диагностического и прогностического значения.

В творчестве ребенка отражается его внутренний мир: настроение, переживания, фантазии, влечения, которые он не всегда сам осознает и не всегда высказывает. Для ребенка рисунок является формой выражения мыслей, представлений об окружающей действительности, эмоциональных переживаний. Посредством рисунка устанавливается контакт при наличии замкнутости, аутистических и негативистических тенденций у больных детей, которые либо сами мало говорят, либо не хотят обсуждать свои переживания. «Рисунок ребенка,— писал Claparéde,— это его душа, выложенная на бумаге» [1].

Рисование по сравнению с речью имеет то ценное и бесспорное преимущество, что является «интернациональным языком» (Kerschensteiner, 1914), доступным и понятным каждому человеку.

Художественное творчество детей представляет интерес не только для педагогов и искусствоведов, но и для психологов, педиатров, психоневрологов, дефектологов. Несмотря на то, что анализ творчества ребенка может многое дать для понимания его внутренних переживаний и служить диагностическим целям, этому вопросу уделяется недостаточно внимания при психических заболеваниях, в частности при шизофрении. Рисунки детей, заболевших шизофренией в дошкольном возрасте, вообще не изучены. Специальных публикаций по этому вопросу в отечественной и доступной зарубежной литературе мы не встретили.

Данная монография посвящена изучению рисунков больных шизофренией детей дошкольного возраста. Рассматриваются вопросы лечебно-коррекционной работы с больными детьми на основании изучения их творчества. Разработка методов и приемов коррекции невозможна в отрыве от изучения особенностей творчества больных и сравнительного анализа со здоровыми детьми. Проводится сопоставление творчества больных с рисунками контрольной группы — здоровых детей того же возраста. Обращается внимание на своеобразие изобразительного творчества при шизофрении, его диагностическую значимость и возможности педагогического воздействия.

Исследование изобразительной деятельности больных детей и их психических особенностей открывает новые, совершенно не освещенные в литературе пути лечебно-коррекционной работы. Методы и приемы этой работы во многом определяются клинической картиной заболевания и особенностями творчества больных. Систематические занятия с детьми способствуют установлению контакта с ними, частично преодолению аутизма, внесению корректив в их творчество и поведение. Занятия по заданию отвлекают детей от болезненных переживаний и односторонних интересов. Вместе с элементарным обучением грамоте они развивают познавательную деятельность, расширяют связи с окружающей действительностью и оказывают терапевтическое воздействие.

[1] Цит. по Traube, 1937, с. 285.



ГЛАВА I

Особенности художественного творчества взрослых больных шизофренией. Творчество душевнобольных давно привлекало внимание врачей, психологов и педагогов. Имеются публикации, посвященные художественному творчеству взрослых больных, в частности страдающих шизофренией.

Kraepelin (1909) упоминает о кататониках, способных создавать бесчисленно повторяющиеся рисунки нередко в виде сказочных существ. Mohr (1905—1906) сообщает о больных с бредовыми идеями преследования, изображающих машины, посредством которых их пытают. Bertschinger (1911) описывает женщину 28 лет, которая в галлюцинациях видела чертей и змей. Эти галлюцинации она изобразила более чем на 100 рисунках.

Morgenthaler (1921) описывает душевнобольного художника, который страдал параноидной формой шизофрении. Содержание творчества его характеризуется монотонностью. В последние годы болезни они становятся все более застывшими и условными. В произведениях доминируют излюбленные мотивы, которые в разных вариантах изображаются на протяжении 10 лет. Чаще всего это богини. Рисунки необычайно часто повторяются: либо один и тот же мотив с некоторыми вариациями в ряде листов, либо одна и та же форма как истинная стереотипия. Птички и улитки встречаются дюжинами на каждом листе, нередки символические фигуры: крест, круг, овал, треугольник, ромб, волнистая линия. Больной любит вычерчивать дату, год, определенные три буквы. Он не выносит пустых мест, обязательно все заполняет.

Разнообразные рисунки страдающих шизофренией П. И. Карпов (1926) классифицирует на следующие виды: а) с невыясненными формами, б) стереотипные, в) символические, г) с разрывом «ассоциативного аппарата». К невыясненным формам автор относит неясно очерченные, неопределенной формы штрихи, незаконченные изображения. Они напоминают творчество детей младшего возраста, которые, не выявляя формы, штрихуют бумагу. Стереотипные рисунки — это такие, когда на протяжении длительного времени больной ежедневно выполняет одни и те же фигуры, предметы, образы. При символических рисунках изображения зашифровываются больными избранным ими способом. Шифр этот неясен окружающим и не всегда понятен самому больному. Разрыв «ассоциативного аппарата» характеризуется отсутствием связи составных частей предмета, изображенного на рисунке. Например, копируя с трафарета дом, больной рисует крышу отдельно от фасада, или незаконченный фасад дома располагает в отрыве от окон, которые находятся на другой стороне бумаги и не связаны между собой и фасадом дома. П. И. Карпов отмечает, что больные шизофренией охотно рисуют животных, но необычной, странной формы, не встречающихся в действительности.

Bürger-Prinz (1932) считает, что художественному творчеству больных шизофренией присущи схематизм, монотонность, включение чуждых природе элементов, преобладание симметрии. Продукция их бесформенная, динамика ее проста до бесконечности. Деятельности больного шизофренией свойственны бесконечные изменения, но не истинная динамика и

движение. По мнению этого автора, больной шизофренией отдален от реальности и рисует в отрыве от окружающего. Для его творчества характерны поверхностность в изображении предметов и явлений, незавершенность, нетерпимость к пустым местам, орнаментальность, почти цифровая стилизация, отсутствие признаков жизни. Образы в картинах почти неподвижны, статичны.

В творчестве страдающих шизофренией редко встречаются пространственные рисунки, построенные по законам перспективного изображения. Рисунки имеют мозаичную структуру или составные элементы картины нанизываются друг на друга (Becker, 1934).

Pfister (1934) наблюдал у больных шизофренией внезапное изменение первоначальной конструкции рисунка и на этом фоне возникновение совершенно иного изображения. При острых шубах линии распадаются на точки, нанесенные через короткие промежутки.

У больных с гебефренической формой заболевания пунктиры ритуальны либо служат проявлением задержки (sperrung). Рисунки при шизофрении отличаются своеобразной мрачностью или калейдоскопической пестротой цветов.

Freyhan (1940) описал 2 больных, у которых на основании изучения рисунков установлен правильный диагноз шизофрении. Художественная продукция этих больных, как и письмо, свидетельствовала о расщеплении психической деятельности и разорванности мышления.

При шизофрении часто отсутствует градация цветовых оттенков. Некоторые больные неуместно используют цвета, даже в самом начале рисования применяют яркие, кричащие тона: красный, желтый (Bieber, Herkimer, 1948). В других случаях, наоборот, наблюдается полный отказ от применения красок (Anastasi, Foley, 1944).

Fiedler и Siegel (1949) считают, что свободный рисунок больных может быть использован как тест, позволяющий определить психотерапевтические возможности.

Ferdiere (1951) подчеркивает, что больной шизофренией не интересуется вещью в целом. Обращают на себя внимание разбросанность элементов рисунка, фрагментарность, отсутствие чего-либо целого. Очень часто это мазня или несвязные элементы, заключенные в рамку. Больной не стремится создать ансамбль, игнорирует композицию. Поправки делаются часто, но произведение от этого не улучшается. Наоборот, получается нагромождение непонятного. Бесконечные коррективы самых мелких деталей рисунка особенно часты при навязчивых состояниях. В отличие от здорового у художника, больного шизофренией, нет чувства законченности с последним мазком. Автор описывает взрослого больного шизофренией, который только тем и занимался, что с утра до поздней ночи рисовал. Поражает огромное количество рисунков мелкого формата. Больной предпочитал рисовать на листах блокнота или тетради. Даже при большом формате бумаги он старался ее экономить, рисовал на обратной стороне листа.

Ferdiére отмечает, что многие больные шизофренией нажимают карандашом так сильно, что на бумаге образуются глубокие, иногда даже прорезывающие ее линии. Bauer (1952) сообщает о больном шизофренией «с расстройствами восприятия и бредовой симптоматикой», который рисовал призрачные фигу-

ры, «смерть», гробы, бутылки, заполненные ядом. Rost (1952) указывает на бедность форм, примитивность формообразования, стереотипность в рисунках больных шизофренией. Kretschmer (1944) находит при шизофрении «явление агглютинации» — проникновение одной картины в другую, Ziese (1953) подметил, что страдающий шизофренией творит исключительно для себя. Ввиду аутичности ему неважно, будет его творчество понято другими или нет.

Mever (1954) описывает больного шизофренией 39 лет, много рисовавшего во время психоза. Больной говорил, что на белой бумаге он видит уже готовые контуры, которые ему достаточно лишь обвести. Несмотря на монотонность, творчество больных шизофренией не остается все время стабильным, а с изменением состояния изменяется количество и содержание рисунков.

Mever сопоставляет художественное творчество до и во время психоза у больной, которая в 50-летнем возрасте заболела шизофренией. Во время психоза резко увеличилось количество картин, изменились их тематика и стиль. Автор выделяет три периода в творчестве больной: 1) период препсихотический, когда произведения больной были всем понятны; 2) период начала психоза — изображение личных моментов, понятных лишь врачу либо тому, кто сам пережил; 3) период символической деятельности — во время развившегося психоза. После этого больная перестала рисовать.

Mever указывает, что в некоторых случаях шизофрении может произойти углубление художественного творчества с подлинным изменением стиля, т. е. с применением иных сюжетов форм и цветов как средств художественного выражения. Он считает, что особенности препсихотической личности и ее художественные способности, с одной стороны, неоднородность течения заболевания — с другой, обусловливают большое разнообразие шизофренического искусства.

В творчестве больных шизофренией можно увидеть отражение характерных признаков болезни (Jakab, 1956). Так, расщепление личности приводит к своеобразным и символическим композициям, в которых часто доминируют геометрические фигуры. В других случаях фигуры манерны, находятся в застывших позах, лишены движения. Художественную продукцию психически больных, в том числе страдающих шизофренией, Jakab сравнивает с рисунками детей, архаическим искусством и искусством примнтивных народов.

Bobon (1957) описывает творчество нескольких больных шизофренией. Один из них, будучи в парафренном состоянии, отождествлял себя с рыбой и рисовал преимущественно рыб. Для больного рыба являлась символом внутреннего зрения. У другого больного рисунки имели значение магических заклинаний. Сфинкс — стилизованная голова и бюст для больного являлись изображением полового члена. Третий больной также с параноидной формой шизофрении («бред виновности со страхом кастрации») на всех рисунках изображал половой член.

Jakab (1959) сообщает о больном шизофренией 45 лет с бредовыми идеями воздействия электрическим током. Он изображал разноцветные с преобладанием красного цвета «излучения», факелы, которые на него воздействовали. Больной показывал, как его тело «пронизывают лучи». Внутри тела находятся микробы и «убийцы», от которых «исходят излу-

чения». Серия рисунков посвящена превращению «убийц» в фигуры людей, искаженных, деформированных, и животных, преимущественно змей, а также комбинации человеко-животных, окрашенных главным образом в красный цвет.

В рисунках взрослых больных шизофренией отмечаются странность, амбивалентность, склонность к стилизации, орнаменту, декорированию и нарушению перспективы. Все это придает продукции схематичный вид и напоминает творчество детей и примитивного человека. Однако это сходство кажущееся. Marinow (1960) не разделяет точки зрения Morgenthaler, Jakab и других авторов, согласно которой рисование больных в конечной стадии шизофрении представляет собой повторение фило- и онтогенетического развития. Marinow отмечает, что в изобразительном творчестве больных шизофренией находят выражение остаточные психотические симптомы, преморбидные и профессиональные особенности личности. В конечной стадии шизофренического процесса особенно нарушены функции второй сигнальной системы и речевой контакт, в связи с чем на этой стадии рисование приобретает особое значение, так как в творчестве отражаются психические расстройства и переживания больного.

Wolf (1961) приводит описание 32-летней больной, которая рисовала во время затихания шизофренического шуба. Рисунки (пустой остров, китайская стена и др.) отражали ее психическое состояние.

Arajarvi, Alanen, Viitamaki (1964) важным диагностическим критерием в рисунке считают расположение предметов, особенностей позы и лица человека. Рисункам больного шизофренией свойственны «абсурдные» черты лица, искаженные фигуры. Для оценки патологии имеет значение также положение рисунка на листе. Отсутствие одушевленной природы является, по мнению этих авторов, показателем негативистических явлений. Изолированное изображение предметов свидетельствует об отчужденности. Изобилие орнаментов часто представляет собой следствие эмоциональных нарушений. Сказочный сюжет говорит об утрате контактов с реальностью.

Диагностическое значение имеют интенсивность и качество проведения линий. Прерывистость линий характерна для шизофрении. Сильное сжимание карандаша во время рисования указывает на беспокойство или агрессивность больных шизофренией, а слабое давление на бумагу — об эмоциональной бедности.

Рисункам больных шизофренией свойственны абстрактность, схематизм, обилие орнаментов, отсутствие одушевленных предметов. Предметы нередко изображаются изолированно друг от друга.

В художественной продукции больных шизофренией, как отмечает Walter (1964), нередко примешиваются чуждые элементы, не свойственные изображаемым предметам, например человеческое лицо вписывается в неодушевленные фигуры. Создается впечатление, что в таких случаях во время рисования вклиниваются посторонние импульсы, мешающие правильно закончить работу. Части лица изображаются изолированно, вне связи между собой. Краски часто неадекватны изображенным объектам.

Многие авторы констатируют неспособность больных изображать движение. Фигуры людей производят впечатление застывших. Цветы и деревья выполнены так, словно это мертвые растения. Нередко в рисунках имеются проявления амбивалентности.

Например, у человека две головы, из которых одна выражает добро, а другая — зло.

Румынские авторы Nicolau, Enachescu, Stefanescu и Lazar (1965) сообщают о 2 больных, страдающих параноидной формой шизофрении, которые все свое время посвящали рисункам. Последние отражали нереальный, абстрактный мир и в соответствии с бредовыми идеями имели символический характер.

Winkler (1965) описывает 34-летнюю больную шизофренией, которая, не будучи художником, в психиатрической клинике начала заниматься живописью. Во время работы она непрерывно рассказывала о том, что писала. Все ее творчество являлось попыткой внести какой-то порядок в путаницу своих бредовых идей. Одна из картин называлась «Рождение нового Спасителя», другая — «Цветущее дерево», которое, по интерпретации больной, олицетворяло «рост зрелости и оплодотворение посреди хаоса». Третья картина представляла собой пересечение мужской и женской рук. Женская рука окружена цепью. В точке пересечения расположен фонтан — «эликсир жизни». Над руками «божье око» в желтом треугольнике. Серия картин посвящена «встрече мужчины и женщины, ухаживанию, опьянению и раздвоению». Все это показано на примере двух рыб, из которых самец в конечном счете превращается в дракона. Картины символические и совершенно непонятны окружающим. Своей продукцией больная показывала то, что не могла высказать словами.

Navratil (1965) пишет, что при шизофреническом процессе нарушается тонкая взаимосвязь формальных категорий (форма, расположение предметов, цвет и т. д.), отсутствует их интеграция, необходимая для правильной передачи натуры. Творчество больных шизофренией характеризуется либо чрезмерным подчеркиванием, либо утратой формальных категорий. Строгий формализм и разрушение формы (деформация) свойственны этим больным.

Одной из фундаментальных работ по изобразительному искусству взрослых больных шизофренией последнего времени является монография Rennert (1966). Оценку живописи больных шизофренией автор производит на основании критерия формы и критерия содержания. Показателями нарушения формы являются искажение, стереотипия, ригидность (окаменелость), распад художественной выразительности. О нарушении формы свидетельствуют беспорядочное наслоение одного на другое, перегрузка рисунка, включение в него элементов письма, так называемая трансформация — диспропорция фигур, комбинация различных существ, удвоение или умножение и другие изменения анатомических частей. Шизофреническое содержание живописи проявляется бесформенной вычурной орнаментацией, пачкотней, органоподобными формами, орнаментальностью композиции, изображением механизмов, конструкций. Больным шизофренией свойственны также религиозные или сексуальные темы, космические, магические, ирреальные, аллегорические и другие необычные сюжеты.

Названия своим рисункам больные шизофренией часто дают явно неправильные, иногда по какой-то одной детали без учета рисунка в целом. Несколько чужеродных образований могут объединяться под общим названием, которое не вытекает из нарисованного (Knorr, Rennert, 1966).

Roslanowska-Kowalewska и Kowalewski (1969) проанализировали 60 художественных работ, выполнен-

ных больными шизофренией. Авторы обращают внимание на зависимость творчества от возраста, в котором начинается болезнь. При возникновении шизофренического процесса в детском и юношеском возрасте художественное творчество обнаруживает более глубокие и зафиксированные изменения. Последние выражаются в отсутствии перспективы, стереотипности и слабой связи содержания картины с окружающей действительностью. У больных с поздним началом шизофрении отчетливо выражено символическое содержание картин.

Особенности рисунков детей, больных шизофренией. Рисунки являются одним из сильных средств, при помощи которого можно полнее исследовать душевное состояние ребенка. «Язык ребенка, хоть и редко, все же говорит иногда неправду; но никогда не лжет маленькая рука, вооруженная карандашом... От линии до линии — там все правда, идущая из глубины творящего» (В. Воронов, 1910). По мнению Lewinstein (1905), об истинном «содержании головы» ребенка по рисункам можно узнать гораздо больше, чем по письму или речи.

При детальном анализе по рисункам можно сделать довольно ценные дифференциально-диагностические выводы (Mohr, 1905—1906). На диагностическое и прогностическое значение детских рисунков указывают А. М. Кугаенко (1927), Schringer (1957) и др.

В произведениях искусства больных шизофренией иногда наблюдаются те же признаки болезни, что и в клинической картине: стереотипия, застывший аффект, аутизм и др. Однако эти проявления в искусстве имеют диагностическое значение лишь в сочетании с клиническими данными (Zeldenrust, 1951).

А. М. Шуберт (1929) указывает, что содержание рисунка свидетельствует о направленности интересов больного ребенка. Например, нереальный сюжет может явиться отражением совершенно необычных, символических ассоциаций больного. Встречаются экстравагантно-нелепые рисунки в виде разрозненного изображения частей: руки отдельно от корпуса, глаза вне головы, окна вне стен дома. Разрозненность частей рисунка встречается и у здоровых детей, но на первых стадиях рисования. Позднее она наблюдается у больных шизофренией. В некоторых случаях разрозненные части одного предмета совершенно нелепо вклиниваются среди частей другого предмета. Иногда в рисунке привлекают внимание украшение, детали в виде орнаментов или предметов, которые в жизни используются как украшение (бантики, ленточки, кольца, браслеты). На выборе сюжета отражаются интересы, настроение ребенка, его познания и впечатления. Но гораздо большее значение, чем содержанию, А. М. Шуберт придает форме. Важно не столько то, что больной рисует, а то, как он рисует, манера изображения: своеобразие штриха, фактуры, масштаб, особенности линий, форм и композиции.

М. Коренблит и М. Надольская (1914) рассматривают рисование как метод исследования личности ребенка, его психических особенностей. В частности, при оценке восприятия учитываются точность передачи пространственных соотношений, формы, величины предметов. Обращается внимание на воображение, направленность интересов, аккуратность и законченность работы, эстетическое чувство, умение выбрать живописный сюжет, красиво расположить предметы, гармонически сочетать цвета и формы. В свободном рисовании сказываются особенности

умственного склада ребенка, представления и сведения о жизни и природе, его симпатии и антипатии, наблюдательность и способность к творчеству. Все это позволяет судить о личности ребенка.

Для оценки личности по рисунку существуют тесты Вартега, «тест завершенного рисунка» (Kindet, 1952). Goodenough (1931) в 1926 г. предложила тест, с помощью которого проводится анализ рисунка человека. На основании рисунков автор делает заключение об интеллекте ребенка. Machover полагала, что в изображении человеческих фигур отражается личность больного. Специально этому вопросу она посвятила монографию «Проекция личности в рисунках человеческих фигур» (1949). Однако последующие многочисленные исследования, как отмечает Swensen (1957), не подтвердили предположения Machover. Предлагаемые тесты громоздки и далеко не всегда характеризуют личность и интеллект. Трактовка их большей частью основана на психоанализе. Качество рисунка зависит не только от особенности личности и интеллекта, но и от интересов ребенка, способа обучения, особенностей окружающей среды и ряда других факторов.

Румынские авторы Nicolau, Enachescu, Stefanescu, Lazar (1965) подчеркивают ценность материалов художественного творчества. Последние могут быть использованы для оценки психического состояния, с диагностической целью, как метод наблюдения за развитием заболевания и метод коллективной трудотерапии.

Рисование является способом установления контакта с детьми, которые спонтанно не говорят либо молчаливы и замкнуты, либо не хотят обсуждать свои дела. Рисование позволяет заглянуть во внутреннюю жизнь ребенка (Bender, 1937). В рисунках ребенок может ненамеренно отразить свои фантазии, влечения, комплексы и конфликты, которые он не осознал или не может высказать.

Однако литература об изобразительном творчестве детей, больных шизофренией, незначительна и представлена в основном описаниями отдельных наблюдений. В западноевропейской психиатрии диагноз шизофрении в детском возрасте ставится сравнительно редко. Может быть, отчасти этим объясняется почти полное отсутствие публикаций, посвященных рисункам детей дошкольного возраста, страдающих шизофренией. В отечественной литературе также нет работ, специально посвященных этому вопросу. Для анализа творчества представляют интерес публикации, в которых рассматриваются рисунки детей школьного возраста, больных шизофренией, на которых мы и остановимся.

Главными признаками таких рисунков Prinzhorn (1922) считает: 1) смешение фаса и профиля при рисовании людей, 2) наслаивание одних форм на другие — «прозрачность», 3) отсутствие перспективы, 4) отсутствие единого масштаба, 5) стремление заполнить весь лист до краев, не оставляя свободного места, 6) отсутствие связи между отдельными частями изображаемого предмета, 7) стереотипию. Совершенно не выяснено, имеется ли у больных шизофренией определенная тенденция в подборе красок или нет. По мнению автора, какой-либо закономерности не выявлено. Больные шизофренией используют все краски от контрастных до нежных переходов.

Однако творчество не всех больных одинаково. В литературе приводятся примеры одаренных детей. А. И. Трофимова (1936) описывает девочку 10 лет,

страдающую шизофренией, с узко односторонней художественной одаренностью. Она занималась вырезыванием, лепкой и рисованием исключительно животных. Лучше всего она вырезала. За 30 минут она могла вырезать до 30 силуэтных изображений разных животных без предварительного нанесения контура на бумагу. В среднем через минуту появлялась вполне законченная фигура. Изображения были динамичными, яркими, отчетливыми. Фигуры имели все детали морфологической структуры животного: суставные выпуклости на конечностях, когти на лапах, пышную извилистость рога у оленя. В ее творчестве каждое животное сохраняло индивидуальный облик, например, мягкость движений кошки, гордую осанку льва.

Bender (1937) сообщает о 6-летнем больном, страдавшем шизофренией. Первые рисунки его напоминали мазню, характерную для полуторалетнего ребенка. В дальнейшем изображения человека были очень примитивными, с необычным расположением частей лица и тела. Например, рот находится не на лице, а на животе.

Ferdiére (1951) указывает, что при шизофрении рисунок нередко остается незавершенным. Ребенок берет один лист бумаги, что-то рисует и бросает, затем — другой лист и ничего не доводит до конца.

Duranton (1956) отмечает, что техника и сюжет рисунков детей, больных шизофренией, отражают расстройства их мыслительных процессов. В тематике проявляются фантастичность и агрессивность (расстрел, злые звери и т. п.).

Bobon (1957) описывает 15-летнюю больную шизофренией, которая на протяжении нескольких месяцев в бесчисленном количестве рисовала только деревья. Затем она изображала женщин с изуродованными руками. Потом все рисунки заполняла фигурами неопределенной формы, в которые вписывались мужские лица без ртов.

Strand и Skula (1960) приводят рисунки 10-летнего мальчика, страдающего шизофренией. Его творчество характеризовалось неуместным употреблением красок, символикой, фантазией, отсутствием перспективы. Продукция этого больного напоминала рисунки 6-летнего ребенка.

Рисунок больных шизофренией детей во многом напоминает рисунок взрослых больных (отсутствие композиции, нарушение пространственных отношений, диспропорция и т. д.). Отличием являются определенные возрастные особенности техники и тематики рисунков (С. А. Болдырева, В. П. Кудрявцева, 1967). Иногда возникает подозрение о «регрессе». С достоверностью о нем можно говорить лишь на основании динамического сопоставления рисунков до и во время болезни или на разных этапах течения шизофрении. Отсутствие этих данных не позволяет исключить одностороннее отставание ребенка в развитии (изобразительном творчестве), если рисунки соответствуют более младшей возрастной группе. При олигофрении отставание в рисовании сочетается с общим интеллектуальным недоразвитием.

Во Франции имеются две тенденции в оценке рисунков: типологическая и психоаналитическая. Типологическая интерпретация связана с работами Minkowska (1949). Последняя считает, что в художественной продукции в значительной мере отражается характер исполнителя. Она различает и противопоставляет как полюсные сенсориальный и рациональ-

ный характеры. По ее мнению, рисунки Ван Гога — «чувственно-эпилептического» полюса, рисунки Сэра — «шизо-рационального» полюса. Minkowska считает, что все детские рисунки можно расположить между этими двумя полюсами: на одном полюсе («чувственно-эпилептическом») находится универсальная конкретность, чувственность движений, а на другом («шизо-рациональном») — универсальная абстрактность, неподвижность конструкции и символизм.

Для «чувственно-эпилептического» типа творчества характерно слияние, объединение, а для «шизо-рационального» — разъединение. В первом случае все части собираются в одно целое, во втором — органически связанные части разъединяются. Это крайности патологии, а в норме более или менее выражена та или иная тенденция. По мнению Minkowska, у детей, больных шизофренией, резко выражены монотонность, геометричность и симметрия элементов, которые в то же время мало связаны или вообще не связаны между собой. Классификация рисунков Minkowska на «чувственно-эпилептический» и «шизо-рациональный» типы не выдерживает критики, поскольку творчество душевнобольных представляет собой огромное многообразие. Совершенно неправомерно взятые от больных типы рисунков переносить на здоровых людей. Рисунки детей, страдающих шизофренией, диссоциированы, как и сама личность (аутизм, болезненный рационализм, расщепление мышления). В них отсутствует конкретная связь с действительностью (Strand, Skula, 1960).

Некоторые дети чрезмерно увлечены рисованием. Colbert и Koegler (1961) наблюдали подростков, заболевших шизофренией в детстве, которые все свободное время заполняли рисованием поездов, ракет, часов. В отличие от них здоровые дети, если и проявляли повышенный интерес к рисованию, то посвящали им лишь часть активной жизни.

Albee и Hamlin (1949) отмечают, что на основании рисунков можно судить об общей адаптации больных. М. П. Кононова (1949) констатирует большое стремление страдающих шизофренией к рисованию. В нем она усматривает проявление компенсаторных механизмов. «Когда шизофреник стремится к рисованию,— пишет автор,— он тем самым стремится оформить свое внутреннее состояние. Кроме того, рисование как деятельность помогает шизофреникам выходить из своей обособленности и как-то утвердиться в реальности. Даже само выявление в рисунке болезненных переживаний может оказаться оздоровляющим как отреагирование этого болезненного». Автор правильно отмечает, что больные шизофренией наиболее продуктивны в художественном творчестве. Особенно интересны «свободные» рисунки. Больные редко копируют картины, мало подражают. Автор обращает внимание на тот факт, что в острой фазе шизофренического процесса дети много говорят и совсем не рисуют. А те, которые много рисуют, обычно молчат. «Одна функция,— пишет М. П. Кононова,— как бы заменяет другую, а обе служат одной цели: оформлению внутренних переживаний».

Изменение рисунков наблюдается не только при шизофрении, но и при других заболеваниях. При возбуждении, дисфориях и депрессиях у детей преобладают рисунки геометрической формы, без живых существ, бессюжетная мазня. Отсутствие композиции и движения в рисунке является признаком умственной отсталости (Traube, 1937).

Рисунки малого размера, по мнению Traube,— признак робости, застенчивости. Рисунки с наклонными домами, деревьями — признак депрессии. Чем больше размыт рисунок, тем сильнее депрессия. Слабые, еле заметные линии бывают у физически слабых детей при состоянии депрессии. Сильные линии обычно проводит ребенок с энергичным характером или физически сильный. Пачкотня со слабыми линиями говорит о беспокойстве, депрессии. Чем более выражено возбуждение и беспокойство, тем беспорядочнее мазня и сильнее линия.

Rouma (1913) установил, что рисунки недоразвитых детей похожи на рисунки более маленьких детей. Они характеризуются регрессией к более низким стадиям развития с особо подчеркнутыми автоматизмами, мелочностью и частым повторением одной и той же формы.

Labar, Croufer и Bobon (1969) сообщают, что во время соматических заболеваний при высокой температуре рисунки у детей имеют вид каракуль, штрихов, появляется символика.

Рисунки здоровых детей дошкольного возраста. Рисование детей «...представляет собой крайне поучительный предмет исследований»,—писал В. М. Бехтерев (1910).

Первый, кто основательно занялся психологией детского искусства, был Ricci. В 1887 г. вышла в свет его книга «Дети-художники».

Несколько позже профессор Лейпцигского университета Лампрехт (1909) положил начало движению в пользу собирания детского рисунка. Мюнхенский педагог Kerschensteiner издал крупную работу о детских рисунках «Развитие способности к рисованию» (1905).

Ricci, проанализировав 1000 рисунков детей народных школ, пришел к заключению, что до 3 лет ребенок вообще едва понимает, какие следы на листе бумаги оставляет карандаш. Но как только появляется удовольствие, в 99 из 100 случаев ребенок изображает человека в виде четырехугольника или кружочка с отходящими от них двумя перпендикулярными линиями (в форме «головонога»). Такое упрощение человека свойственно иногда и детям более старшего возраста. Для детских рисунков характерно стремление изображать детали предметов, которые при всей малозаметности производят на ребенка большое впечатление. Так, если он рисует дом, то скорее забудет изобразить окна, чем трубу, из которой обычно идет дым.

Многие авторы приходят к выводу, что совершенствование рисования у детей нарастает закономерными ступенями, соответствующими возрасту рисовальщика.

Можно довольно точно проследить, как из года в год изменяется творчество ребенка.

Sully (1901), исследовав рисунки детей в различные возрастные периоды, выделил несколько стадий. На ранней стадии наблюдается неопределенная, бесформенная мазня. Это бесцельные движения карандаша в разных направлениях, каракули, хаос слегка изогнутых линий. Мазня чисто спонтанная и не похожа ни на один из предложенных образцов. Иногда она напоминает некую форму и даже получает определенное название. Ребенок может вкладывать в нее произвольное значение.

Вторая стадия — «стадия лунной схемы человеческого лица». Она постепенно вытекает из первой стадии. Кривые линии превращаются в петли. Ребенок

рисует лицо человека в виде примитивного круга, грубо располагая на нем точки.

Третья стадия — изображение фигуры человека и животных (на 6-м году жизни). Человек и животные представлены сложнее, чем на предыдущей стадии. Рисунок в некоторой степени приближается к действительности. Ребенок пытается изобразить трудные части тела и умеет рисовать человека в профиль.

Sully высказал интересное замечание: ранние живописные изображения человека и животных имеют эмбриональную конфигурацию. Он считает, что как художник ребенок скорее является символистом, чем натуралистом. Точки зрения других авторов совпадают с данными Sully в отношении порядка развития детского рисунка. Это касается как способа выражения отдельных пунктов и их связей между собой, так и порядка появления этих пунктов и взаимосвязей.

Baldwin (1903) проследил способность своей дочери рисовать в возрасте с 1 года 7 месяцев до 2 лет 3 месяцев. В раннем возрасте отмечалось простейшее и неопределенное, общее подражание движениям учителя. В 1 год 7 месяцев девочка двигала своей рукой от плеча. Через несколько месяцев она начала сгибать руку в локтевом и луче-запястном суставах, а в 2 года 3 месяца научилась работать пальцами.

Подобно словам, рисунки ребенка представляют собой лишь общие схемы различных людей и предметов. Один и тот же рисунок изображает у ребенка (особенно маленького) и отца, и брата, и дядю, а нередко и лиц женского пола: мать, сестру, тетю. Одна и та же схема часто годится не только для собаки, кошки, но и для курицы, гуся. С возрастом изображения становятся все более индивидуальными, что характеризует не только развитие техники, но и рост представлений ребенка (Ф. Чада, 1911).

Kerschensteiner (1914) различает несколько ступеней в развитии рисования у детей:

1. Ступень схемы. Форма тела, сочетание членов, пропорциональность частей, линии движения и т. д. совершенно безразличны для ребенка. Он только выражает, что человек имеет те или другие части тела, не дифференцируя людей. Себя и других он рисует одинаково схематично. Рисует ли ребенок игру в снежки или похоронную процессию, схема человеческих фигур будет одна и та же. На этой ступени мы имеем дело только с символическим изображением предмета, а не с правдоподобным, похожим на действительный вид и формы его.

2. Ступень возникающего чувства формы и линии. Эта ступень нерезко отграничена от первой. Есть много рисунков, которые можно отнести одинаково к первой и второй ступени. Но фигуры уже приближаются к действительному виду предметов. Относительно правильно передается пропорциональность отдельных частей тела.

3. Ступень правдоподобного изображения. Фигура человека становится похожей на реальную. Однако ребенок еще не обладает способностью передавать пластичность предмета, глубину пространства, перспективу. Весь рисунок представляет собой одни очертания плоскости.

4. Ступень пластического изображения. Человеческие фигуры представлены в различных позах, передается даже движение. Формы тела изображаются выпукло при помощи соответствующего распределения света и тени и размещения контуров, отмечаются пластичность предмета, глубина пространства и пер-

спектива. Четвертая ступень начинается с 11-летнего возраста и не у всех детей. До 10 лет она встречается в виде редкого исключения. Без преподавания лишь немногие дети собственными силами идут дальше третьей ступени. Автор делает вывод, что обучение рисованию по моделям в четырех младших классах (7—11 лет) приносит мало пользы. У детей 7—8 лет рисование по памяти и представлениям дает более благоприятные результаты, чем рисование по образцам.

Излюбленным объектом рисования после человека является животное. Наблюдения Kerschensteiner показывают, что больше 50% детей до 7 лет не используют дифференцированных схем для разных животных, а всех их рисуют по одной схеме. Из них 10% детей для изображения животного употребляют даже схему человеческой фигуры. Среди детских рисунков редко встречается изображение человека или животного в движении.

Traube (1937) определяет первую стадию рисунка как стадию мазни и примитивных человечков. Вторая стадия — изображение геометрических рисунков. Если ребенок старше 6 лет выполняет примитивный рисунок с геометрическими формами, то это свидетельствует о его психической отсталости. Rouma также считает, что рисунки больных детей напоминают рисунки самых маленьких детей.

Между нормально развитыми детьми и отсталыми имеется большая разница в скорости развития творчества. Из всех стадий рисования идиоту доступна только первая — стадия штрихов (Г. Я. Трошин, 1915). В результате сравнительного анализа детских рисунков в разных странах выделены следующие основные этапы (стадии) развития: 1) период «каракуль», 2) период схематичных изображений, 3) переходный период к правдоподобному, реалистическому изображению. Г. Я. Трошин указывает, что при изображении предмета ребенок вначале выделяет его форму, а затем переносит ее на бумагу. Только к концу 3-го года появляется возможность изобразить форму предметов. Упрощение и обобщение — яркие и постоянные черты детского рисования. Ребенок обобщает предмет, упрощает его сложные очертания, схематизирует. Он передает на бумаге не реальный образ действительности, а его условно-художественный символ (В. Воронов, 1919).

А. М. Кугаенко (1927) различает в художественном развитии ребенка 6 показателей: линии, формы, композиции, движения, пространства, цвета. Композиция — когда предметы существуют не отдельно, а связаны целой цепью взаимоотношений и внесены в рисунок. Последний усложняется чертами, взятыми из действительности. Получается рисунок-рассказ, например пейзаж.

Потребность в рисовании обязательна для каждого растущего ребенка (В. А. Артемов, 1929). Дети особенно увлекаются рисованием в возрасте от 3 до 10—12 лет. Затем наступает период затишья, сменяемый периодом падения изобразительного творчества. Умственное развитие, тип поведения, социально-экономическое положение детей оказывают заметное влияние на их творчество. Наряду с этим отмечаются возрастные и половые различия.

В рисунке дети воспроизводят не то, что видят, а то, что переживают (Е. А. Аркин, 1948). По мнению Goodenough, вначале ребенок рисует то, что знает о предмете, а позднее то, что видит. Вначале он преувеличивает размеры предметов, которые кажутся

ему важными или интересными, и сводит к минимуму или упускает другие части, мало внимания уделяет деталям объекта.

Е. А. Флерина (1946) подчеркивает, что объективная реальность, стремление детей к познанию окружающего побуждают их к изобразительному творчеству. Она придает большое значение широкому художественному воспитанию детей. Автор выдвигает на передний план познавательную функцию детского творчества в противоположность зарубежным исследователям, которые на первое место ставят интуицию, переживания и подходят к этому вопросу с позиции фрейдизма и идеалистического символизма.

Эволюция рисования у детей определяется возрастом, однако во многом зависит от воспитания, обучения дома и в детском саду, от способностей и заинтересованности ребенка. Наряду с общими закономерностями рисования, свойственными определенным возрастным группам, имеются индивидуальные различия. Эти особенности, как отмечают Alschuler и Hattwick (1943), проявляются не только в том, что дети изображают, но и в использовании цвета, пространства, линий, формы. В период с 3 до 7 лет рисование является изобразительной деятельностью. Зрительное восприятие играет ведущую роль в изобразительной деятельности дошкольника (Н. П. Сакулина, 1965). С 6—7 лет в рисунках начинают проявляться отдельные элементы зрительного реализма: профильный поворот фигуры человека, непрозрачность, заслоняемость предметов, уменьшение предмета с удалением его (Е. А. Флерина, 1956).

Ребенок не только изображает окружающий его мир, но и выражает свое отношение к нему. Он рассматривает лист бумаги как плоскость, не передает светотени и перспективу. Изображаемый им образ носит плоскостный характер (Ю. В. Станэк, 1966).

Некоторые авторы дают фрейдовскую трактовку формирования представления образов у детей. Так, по данным Meili-Dworetzki (1957), образ человека в представлении маленького ребенка строится на основе подсознательного общего чувства. В противоположность этим авторам Н. П. Сакулина (1965) указывает, что рисование является одним из средств отражения предметов и явлений реального мира. Дети рисуют то, что их интересует, поэтому рисунки дают много информации о мыслях, знаниях и чувствах ребенка. «Детский рисунок обладает свойствами, сравнимыми со свойствами почерка» (Traube, 1937).

В характере детских рисунков выявляется своеобразие психических процессов: восприятия, мышления, эмоций и воли. В дошкольном возрасте процесс рисования сопровождается речью, рассказом. Речь и рисование лишь в совокупности составляют полноценный процесс выражения. Таким образом, развитие рисования у детей тесно связано с развитием речи (Н. П. Сакулина, 1961).

И. А. Грошенков (1964) особо обращает внимание на роль рисования в развитии восприятия и пространственных представлений. Изобразительная деятельность, как отмечает Н. П. Сакулина (1960), способствует развитию зрительного восприятия, осязания, кинестезии и зрительно-двигательной координации.

В литературе имеется точка зрения о том, что дети дают обобщенное, отвлеченное от конкретности изображение, например «человека вообще», «животного вообще». Н. П. Сакулина (1953) вскрыла ложность такого взгляда на детский рисунок. Она указывает,

что рисуя, дети всегда имеют в виду нечто определенное, конкретное в меру своего знания жизни. Общность изображения не говорит еще об общности содержания. По мере обогащения жизненного опыта, накопления впечатлений, а также по мере развития умения рисовать детские рисунки приобретают все более конкретный реалистический характер. Утверждение буржуазных авторов о том, что дети рисуют не так, как видят, а как знают, неверно. В рисунках дети пытаются изобразить предметы и явления такими, какими они видят их и воспринимают в действительности. Однако не на всех ступенях развития рисования они обладают умением делать это правильно и грамотно. «Следовательно,— продолжает Н. П. Сакулина,— схематичность изображения не является присущим детскому возрасту обобщением и абстракцией, а лишь доступной детям ступенью изображения».

По мнению М. Вана (1914), Luquet (1927) и некоторых других, воспитатель должен предоставлять возможность ребенку рисовать, как он хочет, не навязывать свой стиль и свои темы.

В отличие от буржуазных авторов, которые рассматривают эстетическое развитие как спонтанный процесс, советские педагоги и психологи во главу угла ставят процесс воспитания и обучения. Они подчеркивают необходимость обучать ребенка наблюдательности, активно направлять его внимание, объяснять окружающее, выделять и подчеркивать то, что делает рисунок красивым. Формирование изобразительной деятельности наиболее успешно происходит при правильно организованном обучении (Е. А. Флерина, 1924; Н. П. Сакулина, 1960; Т. С. Комарова, 1964; Е. Коссаковская, 1964).

Наблюдения Н. М. Зубаревой (1969) показывают, что дети, которые обучаются, более способны к эстетическому восприятию, чем дети, с которыми не ведутся такие занятия.

В. А. Езикеева (1959) указывает на необходимость воспитывать у дошкольников чувство цвета, так как цвет в картине придает образу то эмоциональное звучание, которое необходимо для полного раскрытия замысла. Она считает педагогически правильным как можно раньше вводить сравнение предметов по форме и цвету. Вначале она рекомендует устанавливать различия между предметами, затем переходит к установлению сходных черт.

Для правильного эстетического отношения к цвету нужно, чтобы контуры предмета дети рисовали простым карандашом. Это поможет ребенку сначала выделить форму предмета, а затем передать его цвет (Т. С. Комарова, 1963).

Учитывая значение графически-декоративной стороны рисунка, Н. П. Сакулина (1959) рекомендует детям дошкольного возраста давать темы о природе, временах года, праздниках. При правильном руководстве рисование может служить средством развития ребенка.

Современные дети проявляют желание научиться лучше рисовать не в 10—12 лет, как было в дореволюционное время, а в 4—5 лет (Н. П. Сакулина, 1953). В детских рисунках отражается современность. Изобразительная деятельность—это отражение окружающего мира (Е. Г. Ковальская, 1964). В настоящее время дети чаще всего рисуют космонавтов, спутники, ракеты, космос. Мальчики чаще изображают технику: подъемные краны, экскаваторы, автомашины, вертолеты, самолеты, танки, пароходы, значительно

реже — лошадей, домашних животных и птиц; исключение составляют дети, которые проявляют к ним особую любовь.

Ряд авторов обращают внимание на половые различия в рисунках девочек и мальчиков. Эти различия сказываются в тематике и технике рисунков. И. Д. Ермаков (1922) отмечает, что девочки любят изображать животных как необходимый элемент домашней обстановки, придающий дому уют. Мальчиков, наоборот, интересует изображение солдат, лошадей, мчащихся всадников. Мальчики живо откликаются на военные события. У девочек этот интерес встречается крайне редко.

Traube (1937) указывает, что мальчики предпочитают рисовать транспортные средства (поезда, пароходы, коляски, самолеты и т. д.), а девочки — дома.

По данным А. В. Бакушинского (1925), у мальчиков обнаруживается большое тяготение к динамическим построениям. У них имеется специфический «мужской» круг сюжетов. Они склонны опускать подробности. Девочки больше склонны к статичности. Они используют украшения, декоративное и орнаментальное оформление, у них мелочи и подробности нередко преобладают.

Чаще всего дети рисуют фигуры своего пола: мальчики — в 74% случаев, девочки — в 97% случаев (Weider, Noller, 1950). Мальчики изображают преимущественно динамические объекты, девочки — картины природы. Девочки проявляют склонность к украшательству (ваза с цветами, занавески), каждую деталь стараются разукрасить разным цветом, поэтому рисунки выглядят естественно и весело (van Krevelen, Martens-Wartena, 1955).

Lewering (1928) отмечает, что девочки более оригинальны и лучше определяют цвета. Мальчики больше соблюдают пропорцию и перспективу. Мальчики чаще рисуют человечков в действии. Девочки больше уделяют внимание деталям лица. Голову они рисуют бóльших размеров, а стопы — меньших, чем мальчики.

Мальчикам свойственна военная тематика рисунков. У девочек она встречается чрезвычайно редко. Половые различия сказываются на величине изображаемых предметов. Девочки чаще миниатюристки, чем мальчики (В. А. Артемов, 1929).

Таким образом, имеющиеся публикации о художественном творчестве больных шизофренией относятся главным образом к взрослым. Небольшое число исследований посвящено изобразительному творчеству детей школьного возраста, страдающих шизофренией. Показано некоторое своеобразие их рисунков. Однако отсутствуют систематизированная оценка последних и сравнение с контрольными группами — здоровыми детьми.

Что касается детей дошкольного возраста, больных шизофренией, то их творчество в литературе представлено лишь отдельными наблюдениями. Специальных исследований в отечественной и зарубежной литературе не имеется. Совершенно не отражены в печати приемы и методы лечебно-коррекционной работы с больными.



ГЛАВА II

РИСУНКИ ЗДОРОВЫХ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Для выявления особенностей художественного творчества детей, страдающих шизофренией, изучались рисунки контрольной группы — здоровых детей (87 мальчиков и 117 девочек) детских садов Москвы. Дети были в возрасте от 3 лет 6 месяцев до 7 лет 4 месяцев. Проанализировано 840 рисунков. Из них 372 рисунка выполнены на свободную тему, 468 — по заданию (табл. 1). В качестве образца предлагалось изобразить человека, дом, флаг, елку, овощи, фрукты.

Таблица 1

Возрастной состав здоровых детей и количество рисунков, выполненных на свободную тему

Группа	Возраст	Число детей	Количество рисунков
Первая	От 3 лет 6 месяцев до 4 лет	8	10
Вторая	» 4 до 5 лет	24	44
Третья	» 5 » 6 »	57	114
Четвертая	» 6 » 7 »	64	133
Пятая	» 7 » 7 » 4 месяцев	51	71
	итого	204	372

Уровень выполнения рисунков, как известно, во многом зависит от возраста. Обычно чем старше ребенок, тем больше приближается к действительности рисунок. Кроме возрастного фактора, имеют значение индивидуальные особенности ребенка, его наклонности, воспитание, обучение рисованию, заинтересованность в выполнении задания.

В возрасте от 3 лет 6 месяцев до 4 лет (первая группа) дети рисуют прямые, изогнутые и спиралевидные линии, круги, треугольники, четырехугольники неправильной формы. Все это нередко хаотично переплетается между собой (рис. 1). Технический уровень выполнения рисунков низкий. Предметное изображение только намечается. Имеются геометризация, наслоение (см. рис. 1) и совмещение (рис. 2) фигур. На рис. 2 ребенок пытался изобразить абсолютно не связанные между собой по сюжету предметы: лошадь, огурец, флажок, ботинки. Многие предметы на подобных рисунках непонятны для окружающих, хотя дети вкладывают в них произвольное значение.

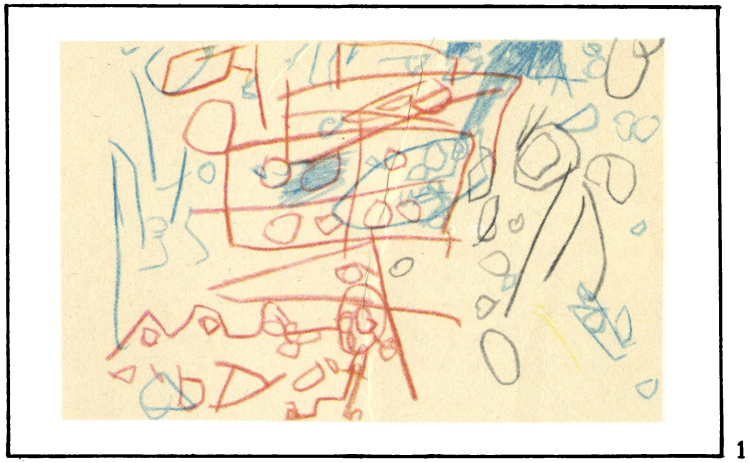
Рис. 1 отражает период становления предметного изображения, известный в литературе как период «схемы». Сделана попытка нарисовать дом, окна, забор, человека, круги. Предметы незавершены, представлены схематично. У здоровых детей старше 5 лет подобных рисунков мы не наблюдали.

В возрасте 3—4 лет большинство здоровых детей изображают не предмет в целом, а наиболее важные, с их точки зрения, составные части. Например, человека они изображают в виде «головонога» (рис. 3): прямо от головы отходят ноги. Варианты рисунков детей данной группы представлены на рис. 1—4. Если на рис. 1 видно хаотическое переплетение линий и штрихов неопределенной формы, некоторое подобие фигур, то на рис. 4 намечается предметное изображение: машина, елка с шариками, цветок.

Цветные карандаши дети первой группы чаще всего употребляют без назначения. Одни и те же фигуры

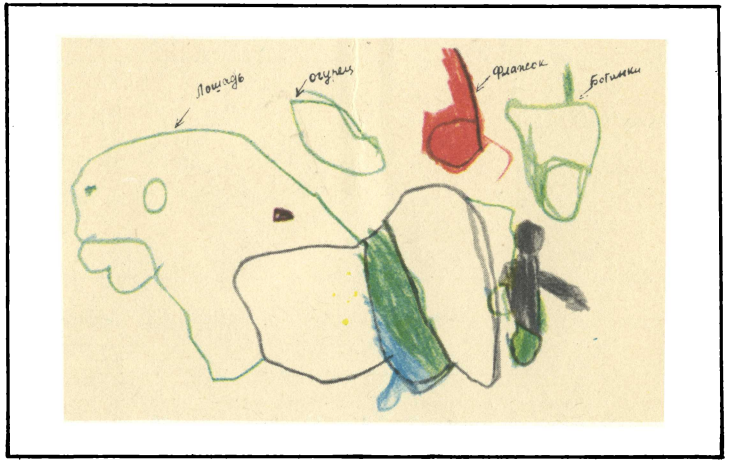
и предметы раскрашены разными цветами «для красоты». Например, на рис. 4 листья раскрашены черным и зеленым карандашами.

В возрасте от 4 до 5 лет (вторая группа) тематика богаче и уровень технического выполнения рисунков несколько выше, чем в предыдущей группе. Однако не всегда между этими двумя группами можно провести четкую грань. В отдельных случаях творчество детей мало отличается от такового в предыдущей группе. Такие рисунки представлены в виде геометрических фигур, штрихов, замкнутых или изолированных линий, беспорядочно расположенных по отношению друг к другу. Изображение мало понятно для зрителя.



1

1. Дом, забор, кружочки, человек. Оля Б., 3 года 6 месяцев.



2

2. Лошадь, огурец, флажок, ботинки. Саша Б., 3 года 6 месяцев.

У большинства детей в отличие от первой группы имеется предметное изображение (рис. 5). Рисунки понятны для окружающих, часто включают в себя несколько не совмещенных друг с другом предметов. Для этой группы характерно схематическое изображение. За отдельным исключением, рисунки представляют собой коллекцию или, точнее, набор разных предметов, чаще всего случайных, не объединенных между собой тематикой. На рис. 6 тщательно выпол-

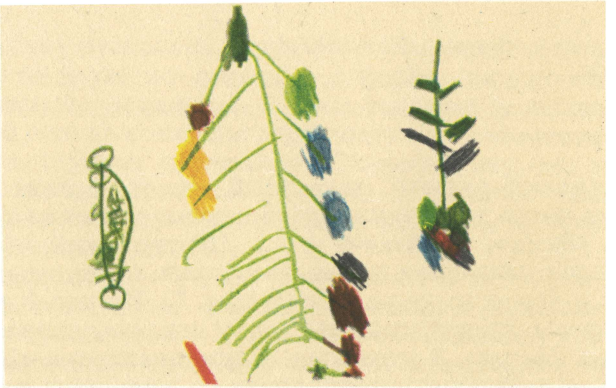
нено окно, в глубине его виден цветок, хорошо изображены ставни. В этой группе намечаются половые различия в тематике. У мальчиков преобладает военная тематика, у девочек — бытовая (люди, дома, растения).

В возрасте от 5 до 6 лет (третья группа) дети начинают подбирать предметы в соответствии с замыслом темы и располагают их в такой взаимосвязи, что они



3. Девочка, утки. Галя Е., 3 года 6 месяцев.

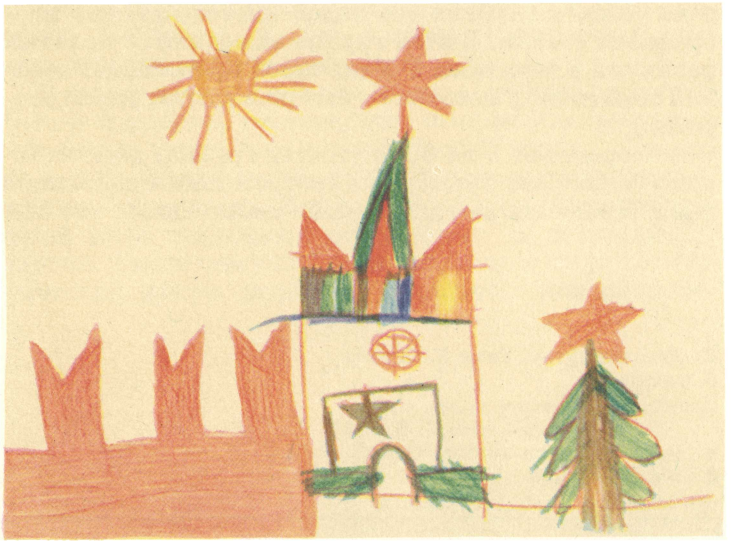
4. Машина, елка, цветок. Оля Г., 3 года 8 месяцев.



3

4

5



5. Кремль. Сережа Б., 4 года 4 месяца.



6

6. Лето. Света Ж., 5 лет.

составляют единый, целостный сюжет. В этом возрасте часто встречается обобщенная тематика («Лето», «Зима», «Война» и т. д.). Центральный объект выделен, выдвинут на передний план, крупнее остальных и доминирует над ними (рис. 7). На рис. 8 представлены четырехэтажный дом, девочка, справа деревья. На рис. 9 отражена задуманная тема «Зима, ночь»: изображены заяц, птица на елке, луна и сверкающие на небе звезды. Имеются также рисунки, по технике выполнения близкие к рисункам предыдущей группы.

В возрасте от 6 до 7 лет (четвертая группа) намечается переход от схематического изображения человека, животных и других предметов к реалистическому. Мужчины и женщины, взрослые и дети рисуются по-разному. Предметы изображаются более дифференцированно. Например, на рис. 10 («Парад») представлена разнообразная современная военная



7



8

7. Мама. Митя Т., 5 лет 3 месяца.

8. Дом и девочка. Наташа Ч., 5 лет 8 месяцев. ▲

техника: несколько видов самолетов, отличающихся друг от друга по величине и форме, парашютисты, ракеты, бронемашина. В этом возрасте большинство детей еще не способны передавать пластичность предметов, глубину пространства, перспективу, все предметы представляются в одной плоскости. Однако в отдельных случаях показана глубина, намечается перспектива (рис. 11).

В возрасте 7—$7^1/_2$ лет у большинства детей рисунки становятся более реалистическими, с признаками перспективы (рис. 12), правильно передаются пропорциональность отдельных частей предметов, их соразмерность и взаимоотношение между собой. Рис. 13



9



10



11

9. Зима, ночь. Таня О., 5 лет 9 месяцев.

10. Парад. Юра С., 6 лет 2 месяцев.

11. Зима. Марина Н., 6 лет 10 месяцев.

12. На даче. Оля И., 7 лет.

13. Стройка. Зоя К., 7 лет 1 месяц.

14. Узор. Надя Б., 7 лет 4 месяца.

«Стройка» отражает тему сегодняшнего дня. Идет строительство многоэтажного жилого дома. Изображены подъемный кран и рабочие. Грузовые машины подвозят строительный материал. Новый дом выдвинут на передний план, занимает бóльшую часть листа. Сзади на ограниченной площади изображен одноэтажный небольшой старый дом. Четко выполнен узор (рис. 14). Правильно чередуются составные части его, соблюдена симметрия, удачно подобраны яркие краски. У некоторых детей имеются и лучшие рисунки. Однако нами представлены рисунки, наиболее характерные для данных возрастных групп.

В дошкольном возрасте ребенок проходит азбуку своего художественного развития, которая является для него при правильном руководстве источником больших радостей, обогащающим его жизнь новыми чувствами, открывающими перед ним новые формы проявления своей личности.

Искренне и просто ребенок выражает в рисунке то существенное, что волнует его в жизни, удивляет, восхищает, что он стремится познать, еще и еще раз пережить, над чем он размышляет. Моральная линия всегда четко выражена и сомневаться не приходится, кому сочувствует маленький художник. В рисунках нет фальши и надуманности: ребенок со всей непосредственностью и горячностью выражает волнующий его образ, дает и свое отношение к нему.

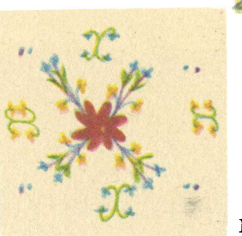
В творчестве здоровых детей обращает на себя внимание сочная цветовая гамма с различным колоритом и оттенками, преобладанием ярких и светлых тонов. В рисунках есть солнце, радость и жизнь. Окружающий мир представлен разносторонне, таким, каким он существует в действительности. С возрастом рисунок изменяется и совершенствуется.



14



13



12



ГЛАВА III

ХУДОЖЕСТВЕННОЕ ТВОРЧЕСТВО БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ

Изучались рисунки 100 детей, больных шизофренией (71 мальчик и 29 девочек). Давность заболевания от нескольких месяцев до 3 лет отмечена у 36, от 3 до 5 лет — у 46, свыше 5 лет — у 18 детей. Проанализировано 4725 рисунков. Из них 4016 выполнены на свободную тему и 709 по заданию (табл. 2).

Таблица 2

Возрастной состав детей, больных шизофренией, и количество рисунков, выполненных на свободную тему

Группа	Возраст	Число больных	Количество рисунков
Первая	От 3 лет 7 месяцев до 4 лет	3	6
Вторая	» 4 до 5 лет	8	130
Третья	» 5 » 6 »	23	811
Четвертая	» 6 » 7 »	35	1 606
Пятая	» 7 » 8 »	31	1 463
	итого	100	4 016

Больные находились на стационарном обследовании и лечении в Московском городском психоневрологическом диспансере для детей и подростков. Диагноз устанавливался научными сотрудниками первого клинического отделения Института психиатрии АМН СССР. Рисунки выполнялись детьми в период пребывания их в стационаре, а в некоторых случаях до госпитализации и после выписки из стационара. Относительно 50 больных имеются катамнестические данные.

В зависимости от типа шизофренического процесса больные распределены на три группы: злокачественное течение наблюдалось у 27, вялое — у 35, приступообразное — у 38 детей.

Применялся метод сравнительного анализа рисунков здоровых (204 ребенка) и больных детей аналогичных возрастных групп. Сопоставлялись рисунки, выполненные на свободную тему и по заданию. В основном изучались рисунки на свободную тему, так как в них ребенок самостоятельно отражает свои интересы, знания, мысли и чувства. Предпосылкой к спонтанному рисованию служат более живые образы и представления, в то время как в рисунки по заданию или требованию вклинивается чуждый элемент. Дети значительно охотнее рисуют не по заданию, а на свободную тему, когда их не заставляют. При рисовании по замыслу они относятся к своему творчеству с особой любовью (В. А. Артемов, Н. А. Рыбников, 1924), поэтому для выявления патологии более ценны спонтанные рисунки (Mohr, 1905—1906).

Изучались содержание и техника выполнения рисунков, форма, расположение, взаимосвязь и соотношение составных частей и предметов между собой, их окраска. Обращалось внимание на соответствие уровня изображения возрасту ребенка, а также соответствие изображения названию и замыслу рисунка. Придавалось значение разнообразию тематики, возможности ее изменения и переключения на другие виды занятий. Учитывались нажим карандаша, совмещение и наслоение линий, предметов. Особое внимание обращалось на символизм, стереотипию, геометризацию, искажение формы и содержания.

Рисунки исследовались в динамике в сопоставлении с клиникой и течением заболевания (психотический приступ, течение с постепенным изменением личности без психотической манифестации, ремиссия, обострение процесса).

ИНТЕРЕС К РИСОВАНИЮ

Из 100 обследованных нами больных интерес к рисованию проявляли 53 ребенка с вялым или приступообразным течением шизофрении. Этих детей не требовалось уговаривать и привлекать к рисованию, они сами охотно занимались им. У 23 детей (9 — с вялым и 14 — с приступообразным течением болезни) интерес был настолько повышен, что имелось основание говорить о патологическом влечении. Для этих детей рисование являлось единственным активным видом деятельности. Они находились во власти излюбленных рисунков и не замечали, что происходит вокруг, ни на кого не обращали внимания и как бы не слышали, когда их приглашали на прогулку или обед. Иногда они что-то напевали или так много говорили по поводу своего творчества, что остановить их было невозможно.

Дети с патологическим влечением к изобразительному творчеству давали обильную продукцию. От 23 больных получено 2733 рисунка, что составляет 62% общего количества рисунков, выполненных всеми больными.

В этой группе 16 детей рисовали очень быстро и много, как бы лихорадочно выкладывая на бумагу все то, о чем они думали, что переживали и хотели сказать. Так, Наташа М. сплошь все альбомы заполняла «невидимками» и человечками. В дальнейшем выяснилось, что изображения отражали ее слуховые галлюцинации. Многочисленные рисунки Валерия Я. представляли собой сплошную пачкотню. Мальчик изображал пыльный буран, в который попал в степи перед заболеванием.

Во время рисования поведение таких больных отличалось тем, что они становились многоречивыми, возбужденными, чрезмерно подвижными, сами обращали внимание педагога на свои рисунки, активно комментировали их.

Остальные 7 детей с патологическим влечением рисовали медленно, включали в рисунок все новые детали, иногда заканчивая его лишь на 2—3-м занятии. Они так «обогащали» свой рисунок, что порой в нем невозможно было узнать ничего предметного.

Дети с патологическим влечением к рисованию не только много времени уделяли рисованию излюбленных предметов, но даже вырезали свои рисунки, наклеивали на пол или стол, подолгу бегали вокруг них, «играли», что-то нашептывали. Эта игра продолжалась часами и полностью поглощала внимание больных.

Остальные 47 из 100 больных не проявляли интереса к рисованию. У 27 из них наблюдалось злокачественное течение шизофрении.

ТЕХНИКА РИСУНКА

Техника рисунков, выполненных больными детьми, в целом значительно ниже по сравнению с техникой рисунков соответствующих возрастных групп здоровых детей. Кроме того, некоторые больные вкладывали в рисунок скрытый смысл, известный только им одним. Низкий технический уровень сочетался с сим-

воликой, поэтому такие рисунки без объяснений больного было невозможно понять.

У отдельных больных рисунки по технике выполнения нисколько не уступали рисункам здоровых детей. Низкую технику рисунка у большинства больных можно объяснить слабостью побуждений к деятельности, падением волевой активности и снижением эмоциональности. Многие дети, страдающие шизофренией, пассивны, не стремятся улучшить рисунок, приблизить изображаемое к реальному. Иногда они просят педагога показать, как надо рисовать. Но стремление улучшить свое творчество нередко лишь кажущееся. Взгляд таких детей во время объяснения педагога обращен в сторону. Они что-то шепчут или смеются, а если смотрят на образец, то все равно рисуют по-своему. Отсутствие стимула к активной деятельности сказывается на качестве рисунков.

Большинство больных рисуют небрежно, не заботясь о правильном изображении предметов. Отмечаются стилизация, схематизм, вычурность, символика. Техника рисунка зависит от моторики. Дети неловкие рисуют хуже. Однако наблюдается и обратное, когда дети с замедленной моторикой вырисовывают мелкие детали предметов.

У некоторых детей имеет место диссоциация между знаниями и возможностью преломлять их на бумаге. Интеллект оказывается выше, чем способность к художественному творчеству. Тщательно выполняют излюбленные рисунки дети с патологическим влечением и односторонней тематикой. Однако и здесь встречаются отступления, наблюдается торопливость и небрежность. Есть рисунки, плохо выполненные не в связи с психическим состоянием, а ввиду отсутствия интереса к творчеству.

С ухудшением психического состояния обычно ухудшается и техника рисунка. В это время наблюдаются совмещение, зачеркивание, путаные линии, иногда бледные, чуть заметные линии, еле касающиеся бумаги. Рисунок получается расплывчатым в виде набросков. Иногда предметы распадаются до линий, например любимые лампочки приобретают вид штрихов. Составные части предмета становятся бессвязными, разрозненными. Все представляется в виде каракуль и грязной мазни. В другой раз появляется вычурная, непонятная, загадочная символика.

В состоянии депрессии силуэт предметов выполнен сравнительно точно, но линии бледные. При потере интереса или истощении ребенок бросает рисовать. Во время возбуждения техника рисунка резко изменяется. Ребенок так сильно нажимает карандашом, что последний врезается в бумагу, появляются канавки. Контуры предметов несколько раз обводятся карандашом.

ТЕМАТИКА РИСУНКОВ

Некоторые больные никогда не рисовали обычных детских рисунков. При становлении предметного изображения у них появлялась своеобразная тематика: планы шоссейных и железных дорог, обозначения остановок транспорта, схемы городов, пути на Марс, остров Пасхи, вымышленный океан «Аландея», лампочки, давно вымершие животные, предки, нервные окончания, гланды, микробы.

Встречались вычурные символические рисунки в виде прямоугольников и путаных линий под названием «Декабрь», «Кусок земли», «Стена», «Потолок», «Крыша», «Следы от шин». Олег К., находясь в изо-

ляторе, выполнил спонтанно рисунок, назвав его «Как разваливаются стены в изоляторе». Игорь Ш. назвал рисунок «Листья золотые играют». Вначале он изобразил лист, затем дом, в который вписал квадрат, наполовину раскрасив его зеленым карандашом.

Значительная часть больных (25) рисовали одушевленные предметы, не свойственные их окружению, давно вымерших экзотических животных, орлов, человеко-птиц, человеко-зверей, скелеты, осьминогов, драконов, невидимок. Иногда в состоянии возбуждения тематика рисунков приобретала агрессивный характер (дом-бандит, змей-горыныч с множеством голов и др.). У 14 детей рисунки не отличались от рисунков здоровых детей. Это были больные шизофренией в основном с неврозоподобными расстройствами.

Дети охотнее рисуют то, что им ближе и с чем они чаще всего встречаются. Этими объектами являются человек, дом, животные (Ф. Чада, 1911; Ю. Н. Болдырева, 1913; В. Стерн, 1922; К. Бюлер, 1924, и др.). Наиболее частой темой спонтанных рисунков здоровых детей является человек. В их творчестве представлены все основные части человека: голова, туловище, конечности. Лучше всего изображены черты лица.

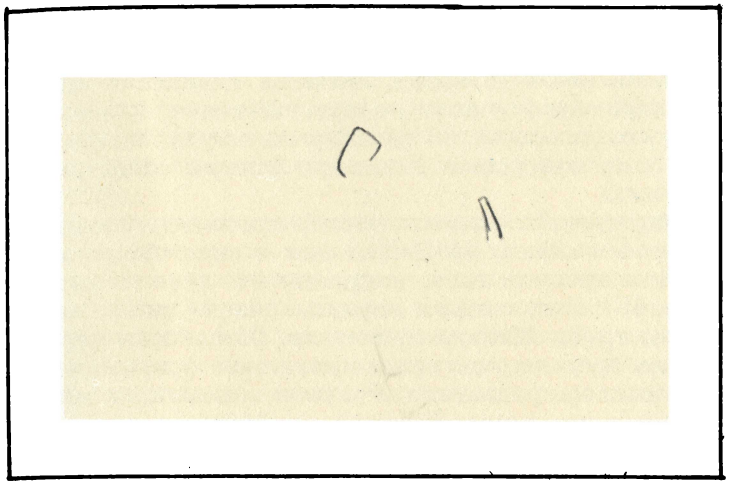
Темой рисунков детей, страдающих шизофренией, также чаще всего является человек (52% наблюдений). Вторая излюбленная тема — дом. Однако творчество больных, как правило, отличается от творчества здоровых детей. В рисунках больных встречаются различные отклонения, которые не отмечаются у здоровых детей. Ниже мы остановимся на них подробнее.

ОСОБЕННОСТИ ФОРМЫ И СОДЕРЖАНИЯ РИСУНКОВ

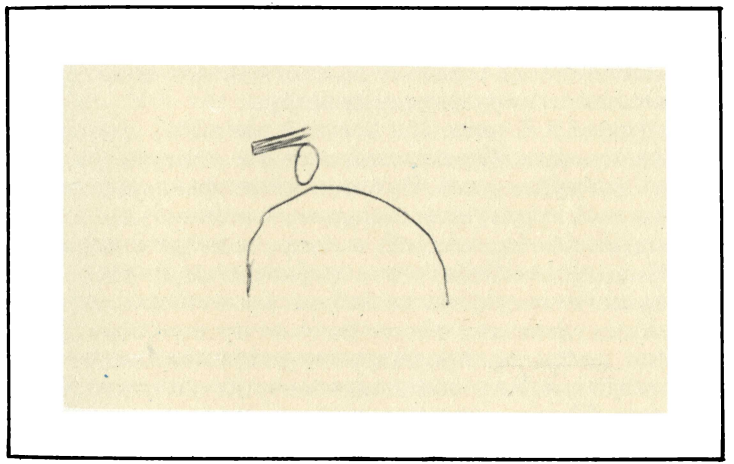
Незавершенность (прерывание) в изображении предметов отмечалась у 56 детей. Больной начинает запечатлевать какой-либо предмет и тут же прерывает свое действие. Снова начинает его рисовать и снова бросает. Прерывание иногда наступает сразу, с начала выполнения фигуры, и на этом весь рисунок заканчивается. В других случаях оно многократно продолжается на одном и том же или нескольких листах бумаги. Незаконченность действия может происходить на разных этапах изображения предмета. Поэтому на рисунке могут наблюдаться в изолированном виде только что начатые части или элементы фигур либо предметы с различной степенью незавершенности и почти законченные предметы. Все это может быть нарисовано на одном или нескольких листах бумаги.

Неизвестно, что хотел изобразить Сережа Г., 7 лет (рис. 15). Он что-то начал рисовать и тут же бросил. Получились две незаконченные фигуры неправильной формы. То же имело место на другом его рисунке (рис. 16).

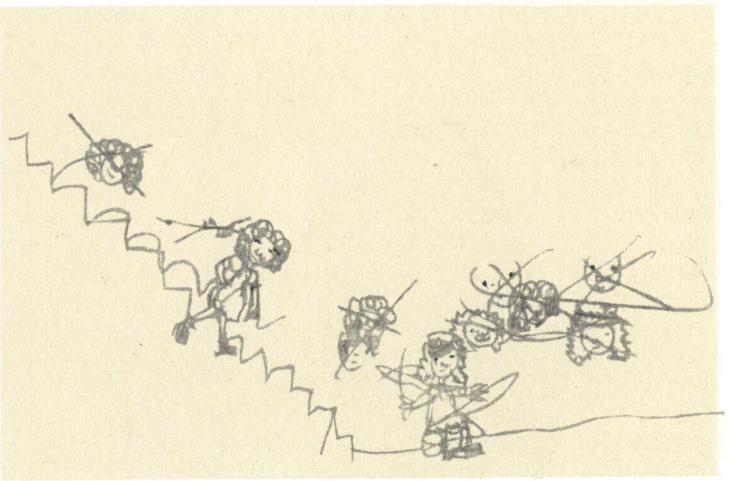
Незавершенность действий чаще всего наблюдается в остром психотическом состоянии. Иногда незавершенный рисунок представлен отдельными линиями, штрихами, частью геометрической фигуры и другими незаконченными формами. Не закончив одно, больной тут же начинает рисовать что-либо новое. На одном листе появляется масса штрихов, кружков, линий, предметов, нагроможденных и совмещенных между собой. По технике выполнения рисунки таких больных 6—7-летнего возраста напоминают творчество здоровых детей 2—3-летнего возраста.



15



16



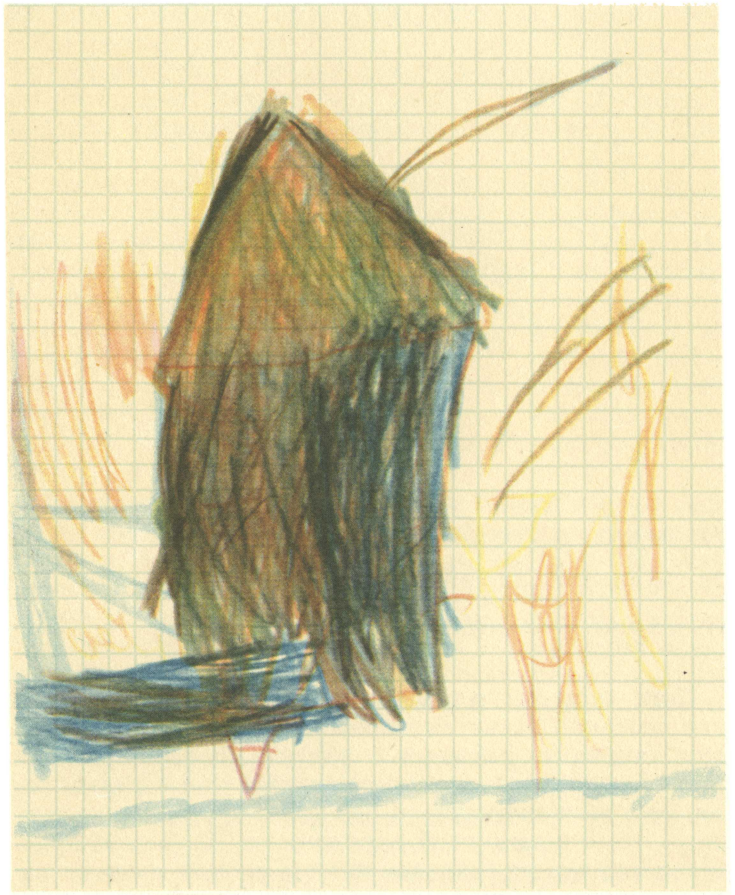
17

15. Без названия. Сережа Г., 7 лет.

16. Без названия. Сережа Г., 7 лет.

17. Девочки. Наташа М., 7 лет 11 месяцев.

Дети чаще всего рисуют людей, поэтому прерывание особенно касается человеческих фигур. Обычно они начинают рисовать с головы. В связи с этим встречаются изолированные головы то с чертами лица, то в виде вытянутого круга без обозначения черт лица, то—незамкнутой окружности. На рис. 95 представлены изолированные головы разной степени незавершенности: голова в форме вытянутого круга (в центре), голова и два глаза (слева), голова со всеми чертами лица и волосами (справа).



18

18. Дом. Слава Г., 7 лет 4 месяца.

На рис. 17 Наташи М., 7 лет 11 месяцев, в изолированном виде изображены головы. Некоторые из них не выполнены до конца. Имеется наслоение одной незавершенной головы на другую (в центре), перечеркивание их — две головы (справа сверху) с незаконченными контурами. Лишь две фигуры человека закончены.

Отсутствие основных частей предмета. Слава Г., 7 лет 4 месяцев, изобразил дом в виде прямоугольника и треугольника, соединенных друг с другом (рис. 18). Отсутствуют основные части дома: окна, дверь, труба. Контуры нечеткие. Штриховка переходит за пределы контуров, совершенно произвольная, в разных направлениях. Рисунок напоминает многоцветную пачкотню. Больной использовал все имеющиеся у него цветные карандаши (6 цветов), перемешивая один цвет с другими как попало.

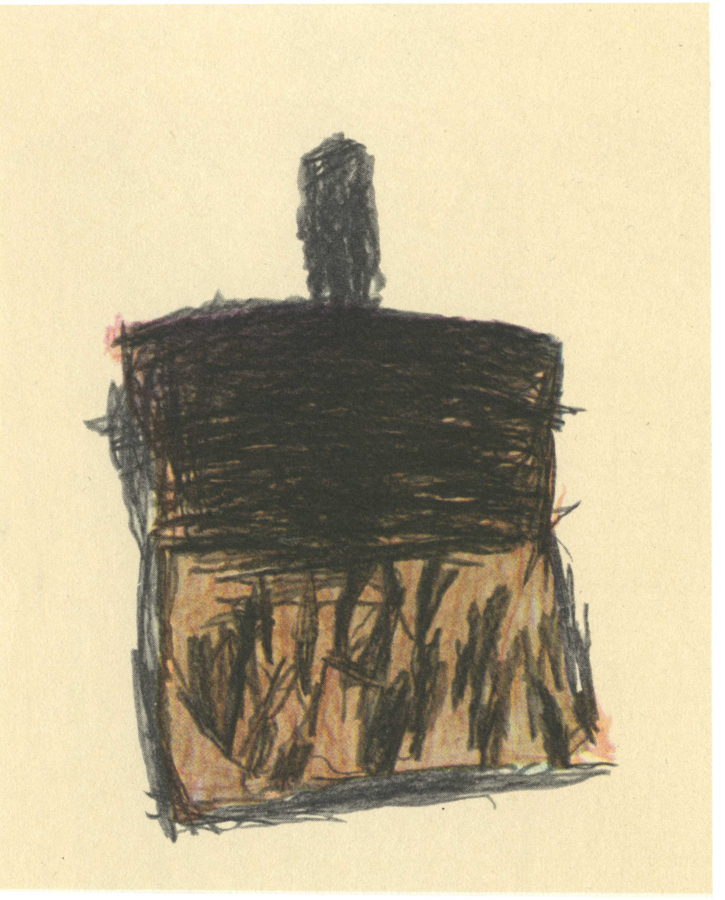
Ф. Чада (1911) указывает, что отсутствие существенных частей в рисунках ребенка свидетельствует о слабом внимании. Интересно замечание автора, что внимание иногда страдает за счет снижения интереса к реальности, окружающему миру.

На рис. 19 Алиса М., 6 лет 9 месяцев, пыталась изобразить дом. Однако отсутствуют окна, дверь, нет четких контуров дома. Больная много фантазировала, рассуждала о рисунке, говорила, что дом будет очень красивый. Сообщила, что в доме, изображенном на рисунке, живет баба яга в коричневом платье. Тут же стала говорить, что ее бабушка «закатила истерику», а дедушка дал ей конфету во время обеда. Раскраска, как и на предыдущем рисунке, хаотичная, многоцветная, с преобладанием черного и коричневого тонов. На фасаде дома штриховка пятнистая; по словам больной, это «баба яга выбросила тряпки».

На рис. 20, Вовы Ш., 7 лет 8 месяцев, показан фасад многоэтажного дома, разделенного переплетами окон подъезда на этажи; огромный дом и сплошная стена без окон, кроме окон подъезда. Жильцы как бы отгорожены этой стеной от внешнего мира. Такие дома без окон мальчик рисовал в большом количестве.

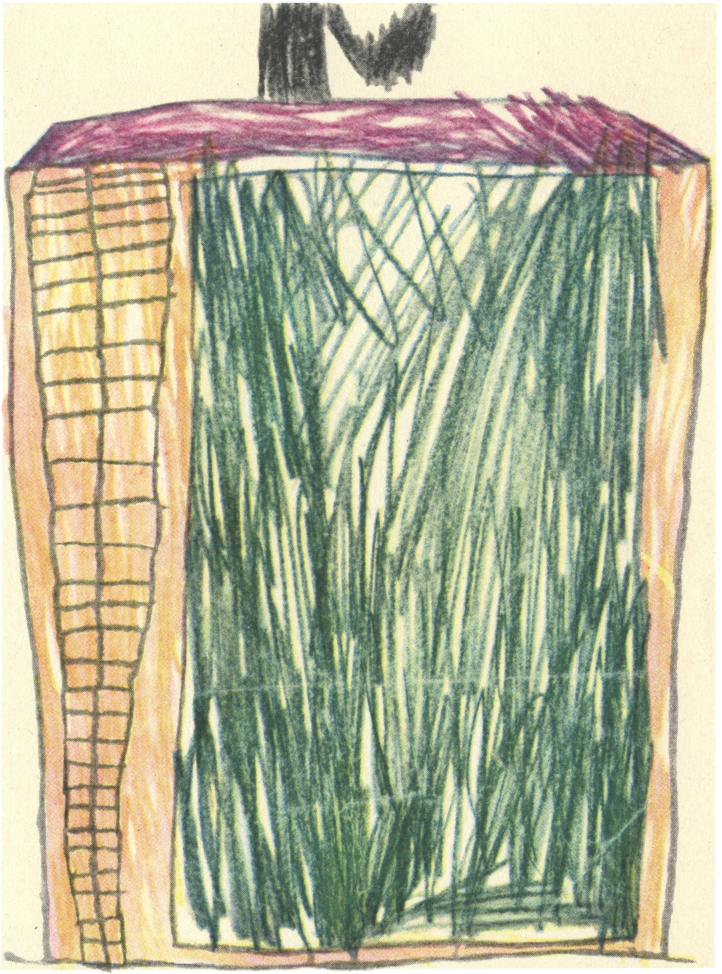
Увеличение анатомических частей. В ряде рисунков, как отмечалось выше, фигуры людей, животных, птиц оказываются незавершенными, лишенными конечностей, туловища или отдельных своих частей. В рассматриваемых здесь случаях, наоборот, одушевленные предметы изображены с несколькими головами, излишним числом конечностей или других частей тела, например многоголовая змея, четырехногая птица, четыре туловища человека, наслаивающиеся одно на другое, с одной головой (рис. 40).

Аня М., 5 лет (шизофрения, вялое течение), рисовала квадраты с кружочками посредине и ножками. Называла их «усиком» и «усюней». Эти усики «ходили гулять», «улетали, убегали». Больная играла с ними. В 5 лет научилась читать, и книги стали ее страстью. Любила рисовать чудовищ. В 5 лет в рисунках отражалось патологическое влечение к птицам, которым посвящала целые альбомы. Иногда среди них вдруг появлялись уродливые фигуры людей, отдельные животные, рыбы. Девочка рисовала разных птиц (цапли, гуси, лебеди, непонятные птицы). Среди них встречались незавершенные формы (например, только голова и верхний контур туловища), сдвоенная птица (четыре крыла, четыре ноги и одна голова), человеко-птица (голова человека изображена в фас, вместо рук крылья, туловище в виде прямой, которая в дистальном отделе раздваивается на две ноги).



19

19. Дом. Алиса М., 6 лет 9 месяцев.



20

На рис. 21 изображена пятиглавая птица, рядом справа в профиль — человек в позе, напоминающей эмбриональную, внизу — бегущая птица, за которой гонится зверь с большим толстым хвостом, превышающим размер туловища (диспропорция).

Деформация представляет собой искажение формы предметов или отдельных их частей вплоть до уродства. Деформация и уродство довольно часто встречаются в рисунках детей, страдающих шизофренией. Многие больные шизофренией обладают высокой техникой рисования и наряду с этим обнаруживают в своем творчестве выраженную деформацию. Деформация нередко сочетается с диспропорцией.

Грубое уродство и диспропорция видны на рис. 22 Валерия Ф., 7 лет 5 месяцев. Человек изображен в виде двух снежных комов. Голова в несколько раз больше туловища. Нижние конечности отсутствуют, верхние — в виде палочек. Уродство и диспропорция при шизофрении далеко не всегда связаны с низкой техникой выполнения рисунка. На данном рисунке черты лица изображены сравнительно правильно. Рядом нарисована звезда с соблюдением пропорции в отношении размеров крыла самолета.

Олег С., 6 лет 7 месяцев, изобразил свою семью: слева — мать, в центре — себя и справа — отца (рис. 23). Рядом нарисована кошка, на заднем плане — дом с забором. Хотя мальчик по росту сравнительно правильно представил мать, себя и отца, однако фигуры всех трех людей резко изуродованы. Туловище у матери и отца необычно длинной, вытянутой формы. Руки в виде ластов, ноги уродливые, крючкообразной формы. Черты лица, кроме глаз, искажены. Да и сами глаза, особенно у матери, очень большие. Туловище матери и отца густо раскрашено.

Выполнение штриховки своеобразное, вычурное. Вначале больной в середине туловища выделил контуры треугольника, раскрасил его и лишь после этого стал штриховать остальную часть туловища. Любимым карандашом у него был зеленый, которым он раскрасил на рисунке только себя. Зеленый цвет мальчик предпочитал и в одежде. В стационаре однажды ошибочно заменили его зеленые тапочки тапочками другого цвета. В ответ на это больной кричал, плакал и успокоился лишь тогда, когда принесли его зеленые тапочки. Сюжет рисунка, описанный выше, впервые возник в психотическом состоянии. В дальнейшем он закрепился и отражался длительное время в его творчестве.

На рис. 24, 25 и 26, выполненных Наташей М., 7 лет 11 месяцев, видна деформация головы человеческих фигур. На рис. 24 верхняя часть головы зубчатая, на рис. 25 головы усеченные, а на рис. 26 — в виде сердца.

Тематика рисунков на протяжении 5 лет однообразная: больная рисует только людей. Техника высокая. Фигуры представлены с разнообразной мимикой. Различны форма одежды и их позы. В чертах лица можно уловить отражение тонких психологических переживаний. Например, на рис. 25 «Девочки думают» действительно «Рита» и «Янис» о чем-то размышляют, а «Света» улыбается.

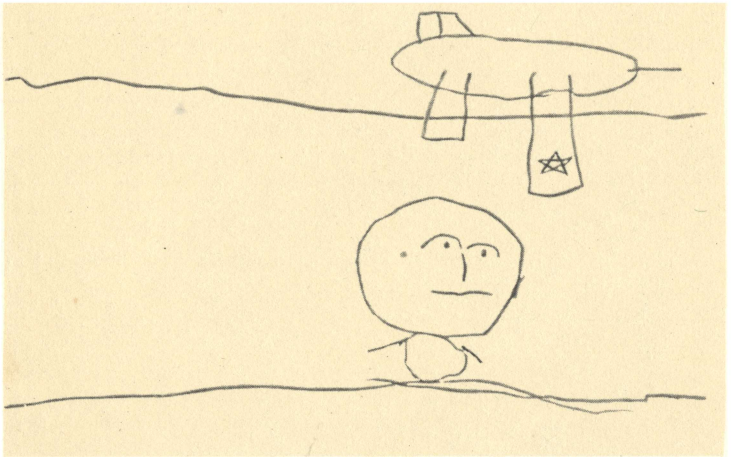
Иногда в одном рисунке этой больной представлено несколько фигур с разными формами головы: одна из них зубчатая, другая — усеченная, третья — в виде сердца. Больная много фантазировала. Персонажам рисунков придумывала необычные, вычурные имена: «Крутель», «Палма», «Искра», «Снежинка», «Люстра» (см. рис. 24, 26). В рисунках отражается



21

20. Многоэтажный дом. Вова Ш., 7 лет 8 месяцев.

21. Птицы. Аня М., 5 лет



22

22. Человек, самолет. Валерий Ф., 7 лет 5 месяцев.

23. Папа, мама и я. Олег С., 6 лет 7 месяцев.

амбивалентность. Рис. 24 называется «Девочки зимой», а все они, за исключением первой слева, одеты по-летнему.

Необычно уродливое изображение предмета делает его неузнаваемым. Так, Павлик Н., 6 лет, изобразил дом в виде скворечника (рис. 27). По внешнему виду этот «дом» совершенно не соответствует тому назначению, которое он должен иметь. Грубое нарушение формы привело к искажению содержания.

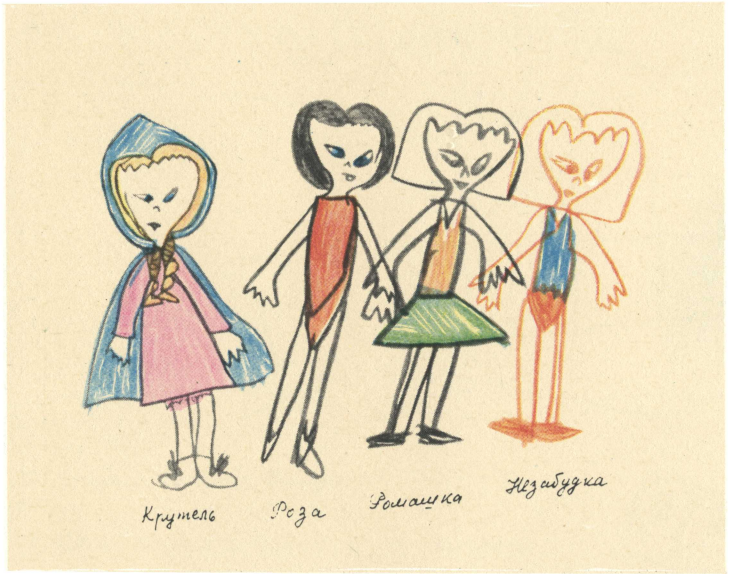
Диспропорция — несоразмерность в расположении отдельных частей или предметов, их величины, площади, формы и взаимоотношения. Это либо чрезмерно удлиненные предметы, например вытянутые фигуры человека, либо очень маленькие фигурки. Диспропорция нередко сочетается с искажением формы предметов (например, уродливые головы, необыкновенной формы и величины руки, ноги). В других случаях нарушены соотношение составных частей предметов и их взаимосвязь. Landry (1959) отмечает, что рисунки детей, больных шизофренией, отличаются диспропорцией: малые головы, огромные руки, нос, рот, может быть много лишних пальцев.

У Саши Б., 6 лет 2 месяцев, любимым предметом был кофейник, корпус которого он рисовал большим, во весь лист, а ручку, носик и крышку настолько маленькими, что в целом непонятно, что изображено.

Диспропорция иногда наблюдается в рисунках по заданию, а «свои» рисунки выполняются правильно или, наоборот, в психотическом состоянии «свои» рисунки ребенок выполняет с грубой диспропорцией, незавершенностью, не раскрашивает их, по заданию же изображает предметы правильно, даже с соблюдением тех цветов, которые видит на образцах. В отличие от диспропорции, которая встречается и у здоровых детей, при шизофрении она отличается необычайной устойчивостью, косностью, уродливостью. Если у здоровых детей она легко поддается коррекции и быстро проходит, то у больных шизофренией почти не поддается исправлению и сохраняется несколько месяцев, иногда лет.

Ярко выраженная и устойчивая диспропорция рисунков встречалась более чем у половины наших больных. Речь идет не о диспропорции возрастного характера, а более грубых расстройствах. Несмотря на обучение, многократные демонстрации предметов, изучение их формы, дети упорно продол-





24



25

жают рисовать по раз установившемуся шаблону. Они живут как бы в мире своих представлений о форме и величине составных элементов, соединенных в один образ. При попытке внести коррективы в рисунок они выражают резкий протест, отталкивают руку педагога, вырывают рисунок, кричат. Эмоционально притупленные больные относятся к исправлению спокойно и даже индифферентно, не принимая во внимание замечания педагога. В этом отличие от возрастной диспропорции у здоровых детей, которые со временем совершенствуют рисунок, с интересом прислушиваются к указаниям, исправляют ошибки, постепенно приближая рисунок к образцу. У большинства детей, больных шизофренией, отсутствует стремление изобразить предмет лучше, красивее. Игнорирование окружающей действительности сказывается на всем творчестве этих детей.

На рисунке Саши Б., 6 лет 2 месяцев (рис. 28), представлен дом с основными его частями (окно, дверь с ручкой, крыша, выложенная черепицей, труба). Показана газовая плита — проявление «прозрачности». Однако налицо грубое несоответствие размеров дома и окна. Площадь последнего составляет половину площади дома. На рис. 29 этого же больного изо-

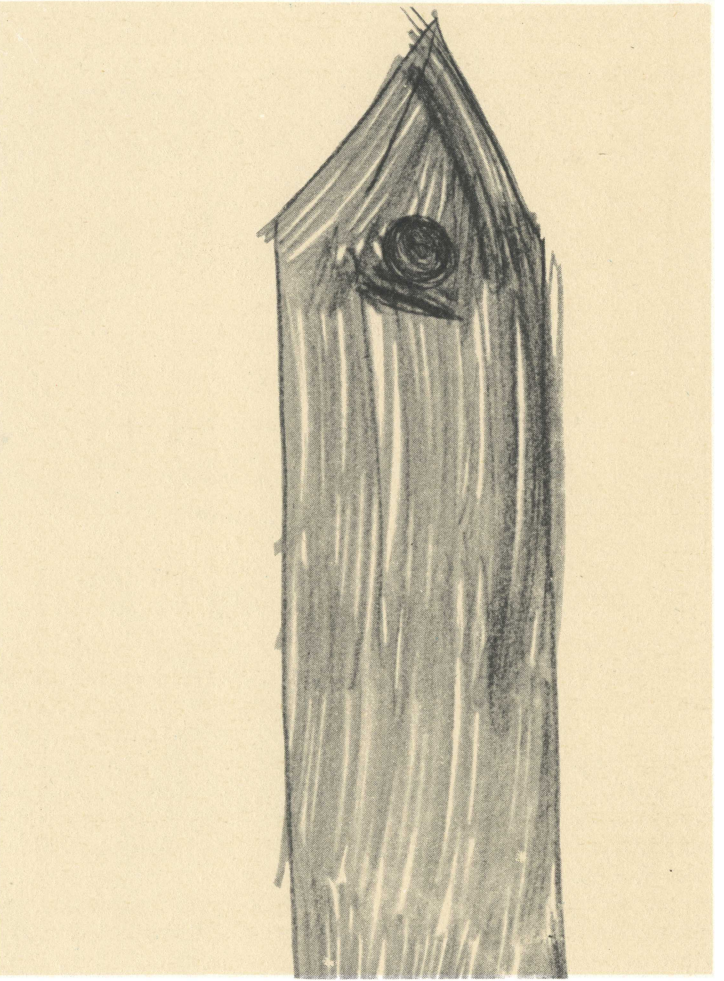


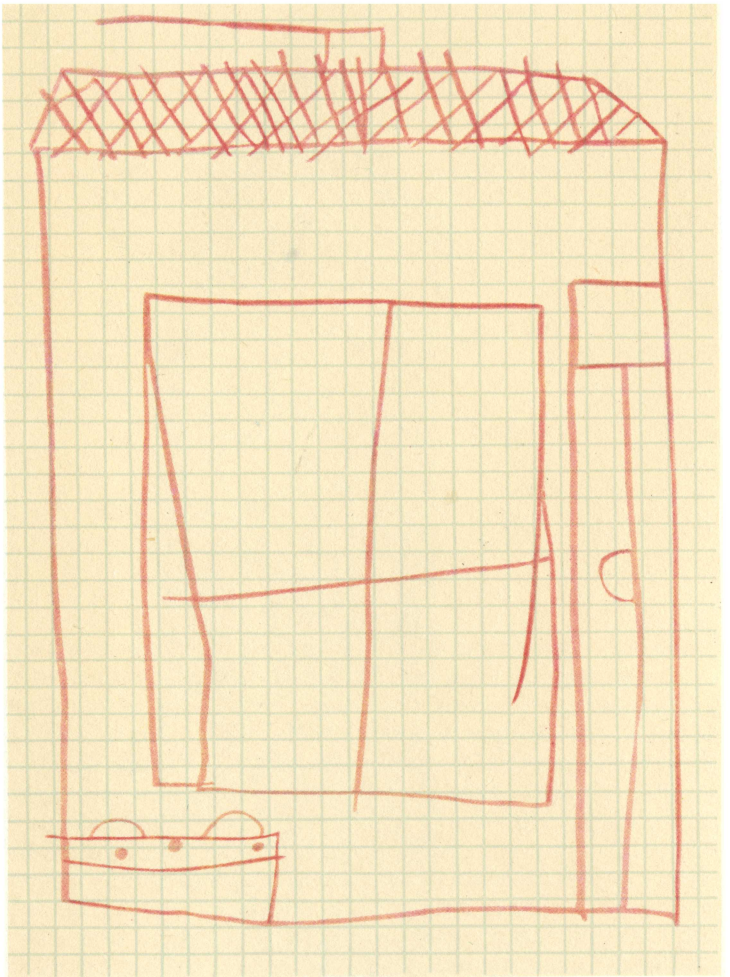
24. Девочки зимой. Наташа М., 7 лет 11 месяцев.

25. Девочки думают. Наташа М., 7 лет 11 месяцев.

26. Подружки. Наташа М., 7 лет 11 месяцев.

27. Дом. Павлик Н., 6 лет.



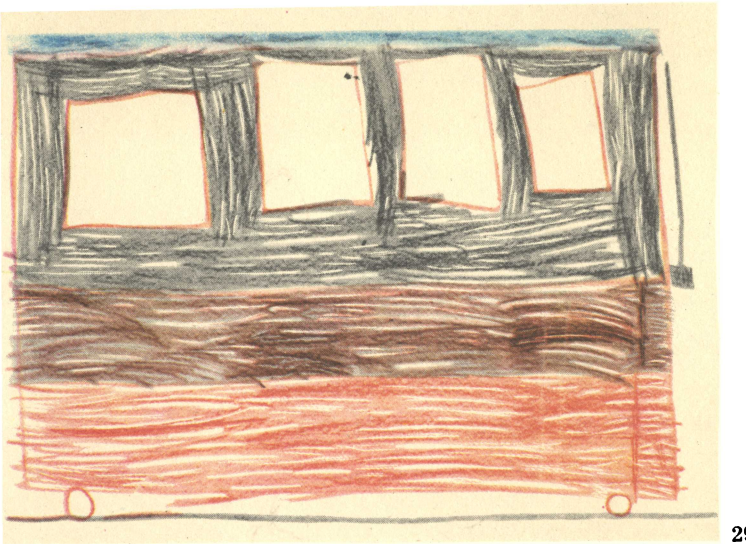


28

28. Дом. Саша Б., 6 лет 2 месяца.

29. Автобус. Саша Б., 6 лет 2 месяца.

30. Девочки. Ира К., 6 лет 5 месяцев.



29



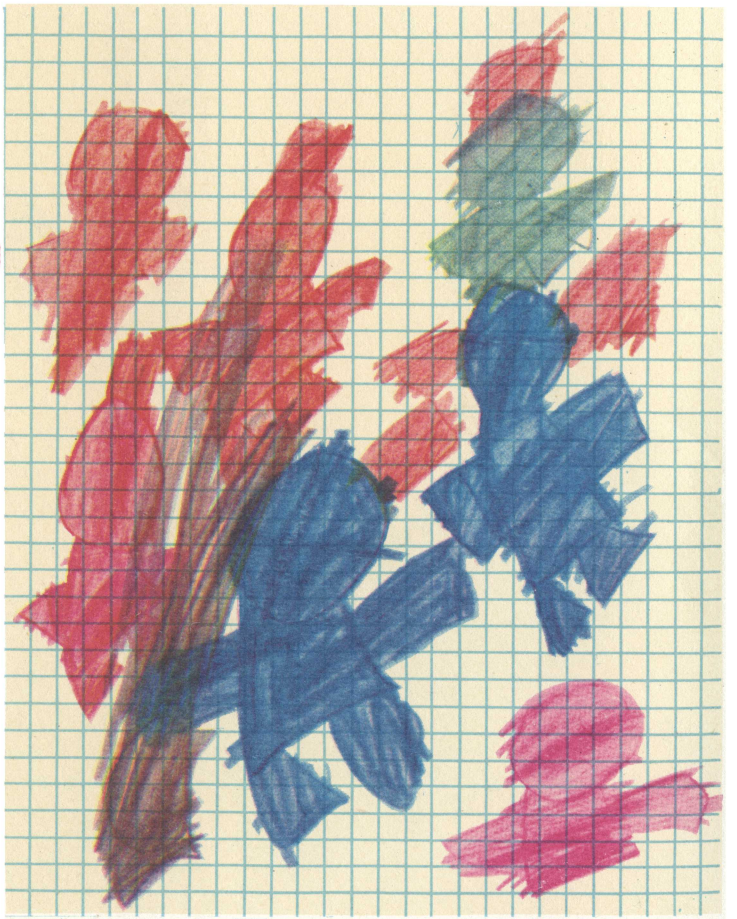


31

31. Человек. Сережа И., 8 лет.

бражен автобус. Обращают на себя внимание очень маленькие колеса по сравнению с корпусом автобуса. Общая техника рисунков невысокая.

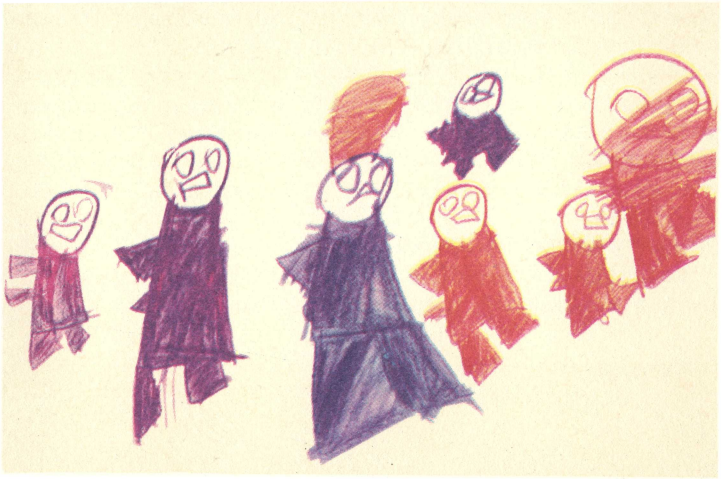
Диспропорция нередко наблюдается при хорошей технике рисунка. Ира К., 6 лет 5 месяцев, изображала преимущественно людей, все фигуры представляла в динамике. Наряду с этим была выражена диспропорция составных частей предметов. Отмечалась диссоциация между высокой способностью к художественному творчеству и реализацией этой способности на бумаге. На рис. 30 фигуры людей изображены



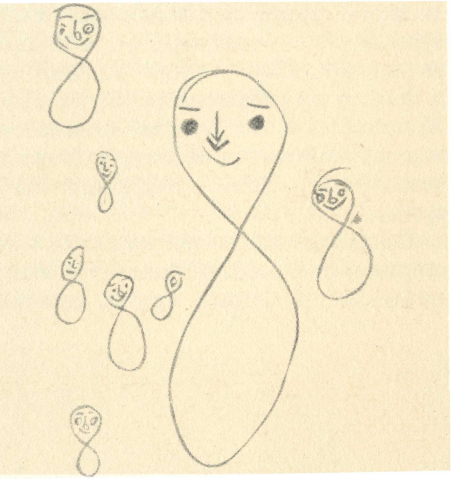
32

32. Хлопчики идут. Валерий Я., 8 лет.

33



33. Люди падают на землю. Валерий Я., 8 лет.



34

34. Люди. Игорь К., 7 лет.

в динамике. Среди них выделяется в центре фигура «девочки», по размерам значительно превышающая остальных (огромная голова, чрезмерно длинные трехпалые руки). Больная назвала эту фигуру «страшной, плохой девочкой». Она вытянула вперед руки, чтобы напугать других детей, которые играют «в больницу». А большая девочка сама не знает, как играть, и всех прогоняет. Вторая фигура слева очень вытянутая, опирается на носки и напоминает собой длинную круглую палку, верхний конец которой заканчивается головой в виде символа смерти.

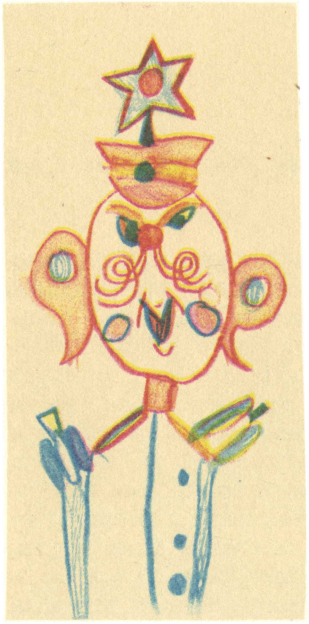
Геометризация — изображение предметов в виде геометрических фигур — четырехугольника, треугольника, трапеции, ромба, круга — встречается и у здоровых детей в период становления предметного рисунка в возрасте 3—4 лет, а затем исчезает. У больных детей геометризация имеет место в более старшем возрасте. Больные шизофренией стремятся к геометрической стилизации, стараются все свести к схеме, изобразить предметы не такими, какие они есть в действительности, а в отрыве от реальности, в виде сочетания различных геометрических фигур.

Сережа И., 8 лет, нарисовал человека в форме сочетания геометрических фигур: голова в виде круга, верхняя часть туловища — треугольника, наложенного на прямоугольник, в центр треугольника вписана

цифра 7 (рис. 31). Нижняя часть туловища в виде трапеции с усиленными, подчеркнутыми контурами по бокам. Нос в виде прямой линии, рот открыт, в форме прямоугольника, из которого видны зубы — прямые линии. Прямоугольники составляют конечности. Голова, туловище и верхние конечности представлены в фас, а ноги как бы вывернуты и в профиль.

Отчетливая геометризация имеется на рис. 32 Валерия Я., 8 лет. Головы человеческих фигур представлены в форме круга, туловище — в виде трапеции, руки и ноги составляют прямоугольники. Черты лица отсутствуют. На рис. 33, выполненном этим же больным, изображены рот и глаза. На рис. 32 фигуры людей густо заштрихованы и перечеркнуты. Перечеркивание и затушевывание изображенных предметов наблюдается обычно в состоянии возбуждения, что имело место и в данном наблюдении. Возможно, отсутствие черт лица объясняется тем, что фигуры людей повернуты спиной к зрителю.

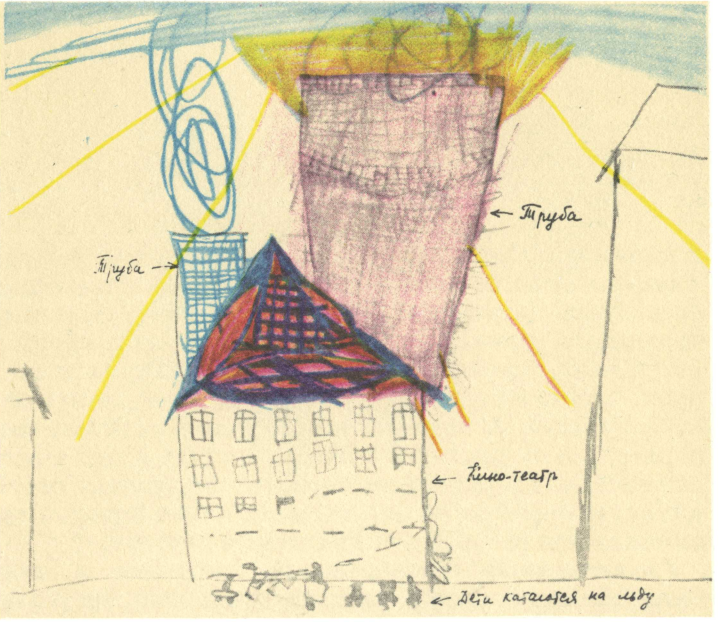
Смешанная проекция — расположение частей предмета в необычной проекции, например лицо пред-



35

35. Военный. Олег Б., 7 лет 5 месяцев.

36. Кинотеатр. Алеша К., 7 лет 9 месяцев.



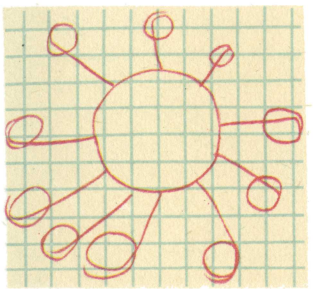
36

ставлено в профиль, а туловище в фас. На рис. 31 голова, верхние конечности и туловище изображены в фас, а ноги в профиль. Валерий Я., 8 лет, лицо и туловище человеческих фигур нарисовал в фас, а руки в профиль (см. рис. 33).

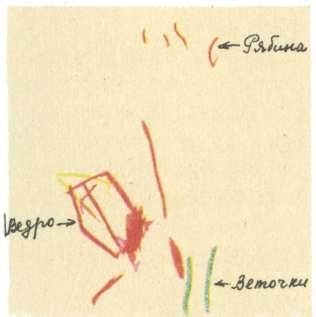
Вычурность—причудливое, изощренное выделение предмета или какой-либо его части нередко с нарушением величины и формы. Предметы, в частности фигуры людей, выполняются в своеобразной манере. Вычурность свойственна больным шизофренией и не наблюдалась нами у здоровых детей. Игорь К., 7 лет, все время рисовал человека в виде восьмерки. В верхнюю часть этой цифры он вписывал черты лица, причем нос изображал в виде якоря (рис. 34).

Вычурность также имеется на рис. 35 Олега Б., 7 лет 5 месяцев. Несмотря на высокую технику рисунков этого больного, нос и уши изображены в виде завитков, необычные усы и рот. На голову, как на верхушку елки, надета звезда. Голова очень большая, по размерам равная ширине туловища, а шея слиш-

37



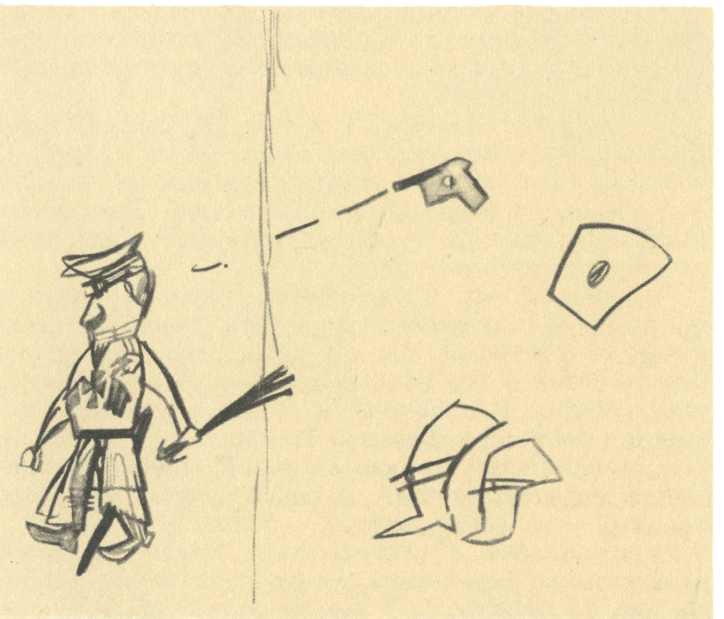
38



37. Солнце. Саша Б., 6 лет 2 месяца.

38. Рябина, ведро, веточки. Олег К., 7 лет.

39. Военные. Сережа Г., 7 лет.



39

ком тонкая (диспропорция). Необычное расположение погон (кнаружи от плеч). Глаза находятся слишком высоко (смещены).

На рис. 36, выполненном Алешей К., 7 лет 9 месяцев, на передний план выдвинута труба (справа). Она необычных размеров, почти такая же, как все здание, закрывает солнце. Ей уделено много внимания. Мальчик долго рисовал трубу, разделял ее на мельчайшие фрагменты, с увлечением говорил: «Как много из нее выйдет дыма! Труба и дым заслонят солнце!», радовался этому. Детей, катающихся на льду (внизу), трудно различить.

Здоровые дети обычно стремятся показать зрителю людей, выдвигают их на передний план. Они рады сиянию солнца и не заслоняют его другими предметами, как на рис. 36.

Вычурность отмечается и на рис. 37. Саша Б., 6 лет 2 месяцев, изобразил солнце в виде круга в середине с отходящими от него лучами, каждый из которых заканчивается небольшим кружочком. Дети часто рисуют солнце, но подобных рисунков у здоровых детей мы не встречали.

Распад рисунка. В некоторых случаях рисунок представлен отдельными штрихами, линиями, непонятными фигурами. Все это разобщено, не связано между собой и без объяснения больного непонятно окружающим. Рис. 38 Олег К., 7 лет, выполнил в состоянии депрессии. Больной был ко всему безразличен, говорил тихо, еле двигал рукой. Цвета карандашей не дифференцировал: зеленый называл красным, красный — голубым, желтый — синим.

Разорванность в изображении. Части предмета разъединены, разобщены, не связаны между собой. На рис. 39 Сережи Г., 7 лет, представлены изолированные ноги в сапогах, символическая голова, а туловище и руки отсутствуют. Здоровые дети рисуют оружие в руках человека. А на рис. 39 пистолет представлен в изолированном виде и к тому же стреляет. На этом же листе бумаги слева изображен без существенных дефектов кавалерист с саблей и крестом.

Нагромождение, наслоение. На одном листе бумаги может быть представлено большое число фигур, предметов, расположенных один над другим. Рисунок оказывается перегруженным. Фигуры и предметы обычно не объединены единой композицией. Совмещаются чаще всего разрозненные предметы. При этом полностью игнорируются ранее нарисованные фигуры. Например, больной изобразил фотоаппарат, на нем душ, тут же рядом «дядя с шлангом» поливает цветы, а на него наслаивается дом с огромной конфетой внутри. При улучшении психического состояния каждый из этих предметов в отдельности выполняется хорошо.

Нагромождение и наслоение нередко сочетаются с символикой, вычурностью, уродливостью и другими патологическими отклонениями в изображении. Такой рисунок напоминает хаотическую смесь из мало понятных зрителю предметов и фигур.

На рис. 40 Алеши К., 7 лет 9 месяцев, слева видно наслоение четырех фигур человека, объединенных одной головой. Рядом несколько ракет, спутников, перечеркнутых, наслаивающихся друг на друга. В центре внизу уродливая фигура «головонога» с огромными ушами. Справа внизу у человека настолько огромные черные уши, что вся фигура имеет форму бабочки. Справа символическая фигура человека.

40. Узоры на ковре. Алеша К., 7 лет 9 месяцев.



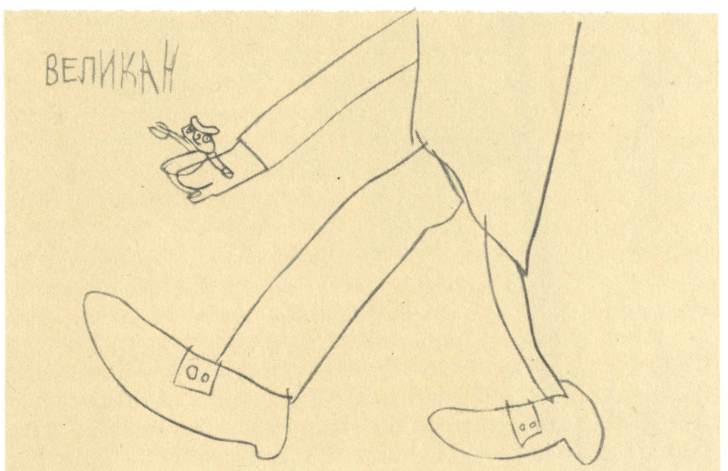
Весь рисунок больной назвал «Узор на ковре». В действительности же это хаотическая смесь уродливых, незавершенных, символических фигур и предметов. Подобные рисунки наиболее типичны для страдающих шизофренией.

41. Великан. Олег Б., 7 лет 5 месяцев.

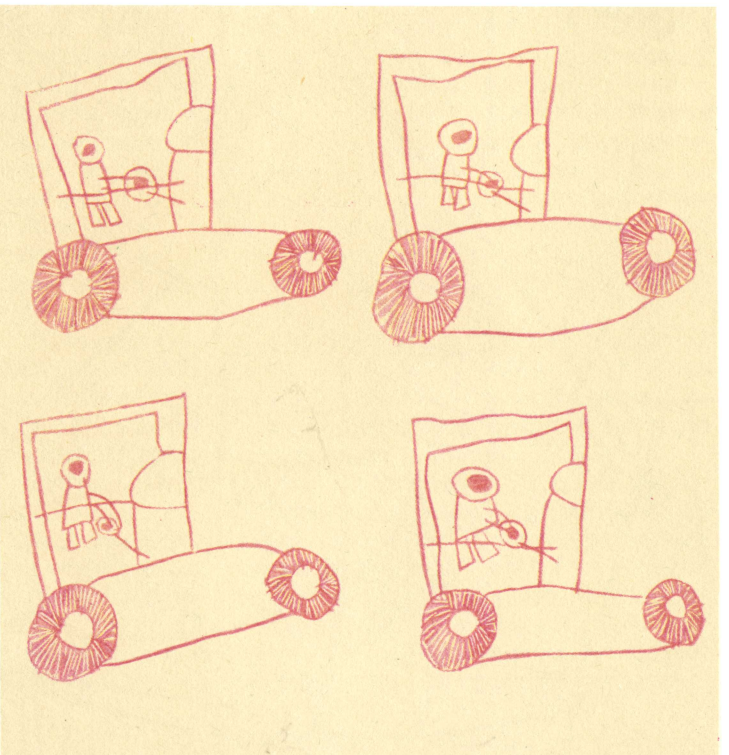
42. Тракторы и я. Валерий Я., 8 лет.

43. Кошка, собака и лиса. Наташа М., 7 лет 11 месяцев.

44. Дети. Наташа М., 7 лет 11 месяцев.



41



42

Совмещение, наслоение, нагромождение, незавершенность, символизм являются одними из характерных черт творчества больных шизофренией. Чаще всего они наблюдаются при ухудшении психического или соматического состояния больных.



43



44

Несогласование замысла рисунка с размерами листа (несоразмерность). Некоторые больные шизофренией с хорошей техникой рисования не могут разместить на листе задуманный рисунок. Нарисовав часть предмета, больной оставляет предмет незаконченным. Вполне понятно, когда нарисованы голова или торс, но совершенно необычно, когда на рисунке представлена лишь нижняя часть туловища. Происходит как бы расчленение предмета (фигуры) на две части, одна из которых отсутствует, а другая изображена.

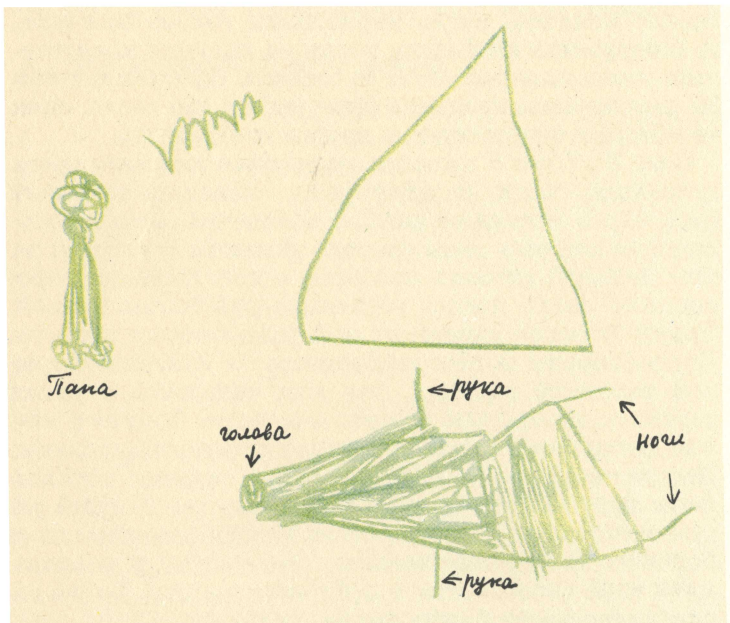
Олег Б., 7 лет 5 месяцев, нарисовал нижнюю часть туловища, ноги и одну руку человека-великана (рис. 41). В ладони он держит человечка. Если в большинстве случаев дети рисуют человека с головы, то этот больной рисовал человека с ног. Видна диспропорция: левая нога в несколько раз толще правой. Левый ботинок примерно в 2 раза больше правого. Диспропорция и несоразмерность не связаны с низкой техникой рисунка, так как человечек в руках великана изображен достаточно четко. Тонкие и мелкие движения у больного вполне дифференцированы. Несоразмерность и диспропорция, видимо, обусловлены нарушением чувства пространства. Данный рисунок отражает несоответствие между способностями больного к художественному творчеству и реализацией этой способности в действительности. То же самое имеет место у ряда других больных.

Стереотипия — повторение в рисунках одних и тех же предметов одинаковой величины и формы — имела место лишь у 3 больных в психотическом состоянии. Небольшой процент стереотипных рисунков у детей дошкольного возраста, страдающих шизофренией, объясняется, по-видимому, несовершенством технических возможностей ребенка, отсутствием способности с фотографической точностью изображать один и тот же предмет в большом количестве.

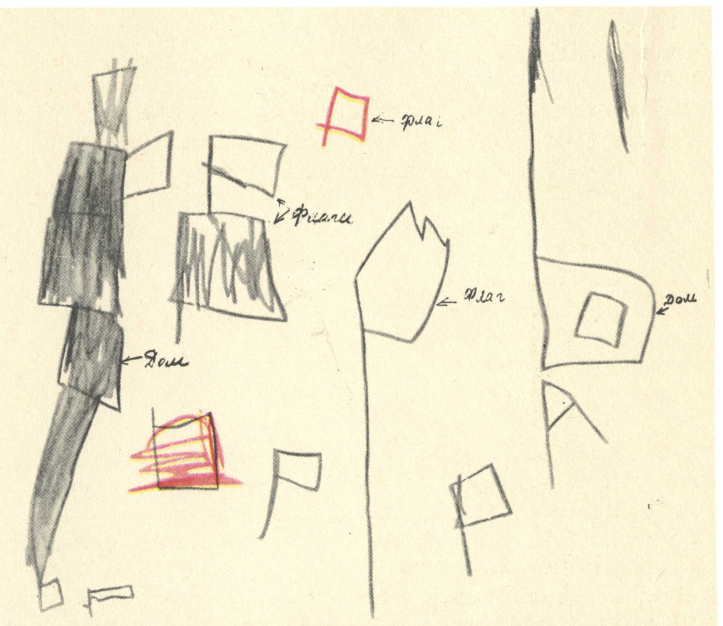
Стереотипные рисунки дети выполняли за одно занятие в большом количестве: самолеты в виде крестиков, тракторы, на которых больной изображал себя (рис. 42), дикие звери. Рисовали они простым карандашом, очень быстро, схематично, беря один лист за другим, отбрасывая готовые рисунки и не заботясь о том, что с ними сделают.

Изображение живых существ спиной к зрителю. Выше отмечалось изображение людей спиной к зри-

45. Мальчик идет в школу. Олег Ш., 6 лет 2 месяца.



45



46

телю (см. рис. 32). На рис. 43 кошка, собака и лиса повернуты спиной к зрителю. Технически рисунок выполнен хорошо. Ясно, что девочка намеренно повернула животных спиной. Эта же больная изобразила двоих детей спиной к зрителю (рис. 44). Возможно, такие рисунки выражают отчужденность от окружающего мира (аутизм).

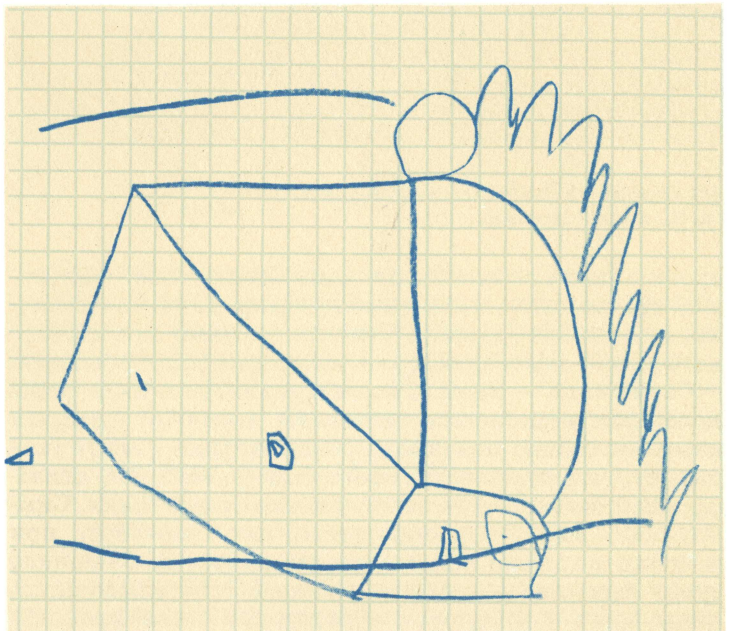
Непонятность изображения—без объяснения больного неясно, что он нарисовал. Такие рисунки обычно выполняют в психотическом состоянии. «Мальчик» (рис. 45), изображенный Олегом Ш., 6 лет 2 месяцев, в психотическом состоянии, совершенно непохож на человека. Находится в горизонтальном положении. Голова в виде маленького круга, расположена также необычно. Без пояснений больного неясно, что он изобразил. «Школа» представлена в виде треугольника. Здоровые дети этого возраста даже при слабых способностях к рисованию обязательно обозначат в доме окна, рядом изобразят учащихся и другие предметы. В данном случае «школа» — это три линии, соединенные в треугольник. В то же время «папа» нарисован относительно правильно в виде «головонога». Такая продукция может иметь место у здоровых детей, но в 3—4 года.

Костя К., 5 лет 2 месяцев, изобразил два дома и флаги (рис. 46). Дом слева в виде геометрических фигур, неправильной формы прямоугольников, нагроможденных друг на друга. Справа дом — два квадрата, вписанных один в другой. Штриховка небрежная, в разных направлениях. Технический уровень рисунка очень низкий. Во время рисования мальчик был дурашлив, ложился на пол, кривлялся, смеялся.

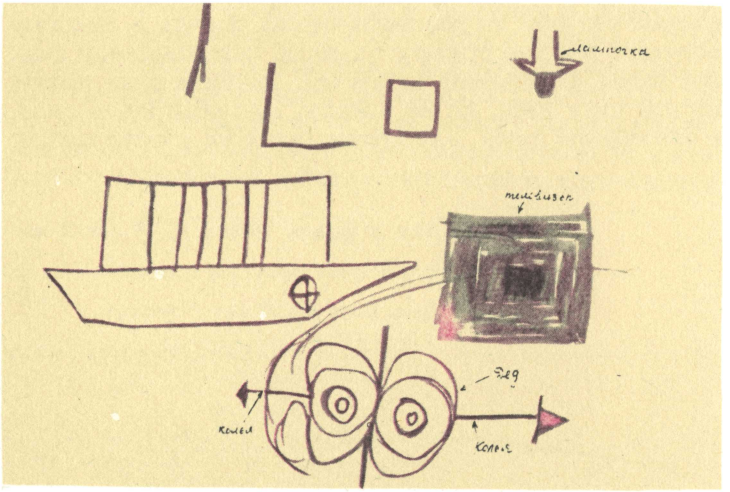
Рис. 47, сделанный Олегом Ш., 6 лет 2 месяцев, также без комментариев непонятен. Дом необычной формы состоит из геометрических фигур, в которые вписаны мелкие прямоугольники неправильной формы (окна, по словам больного). Труба в виде круга, из нее идет дым, но не кверху, как обычно, а вниз, к основанию дома. Две линии (одна на уровне трубы,

46. Дом и флаги. Костя К., 5 лет 2 месяца.

47. Дом. Олег Ш., 6 лет 2 месяца.



47

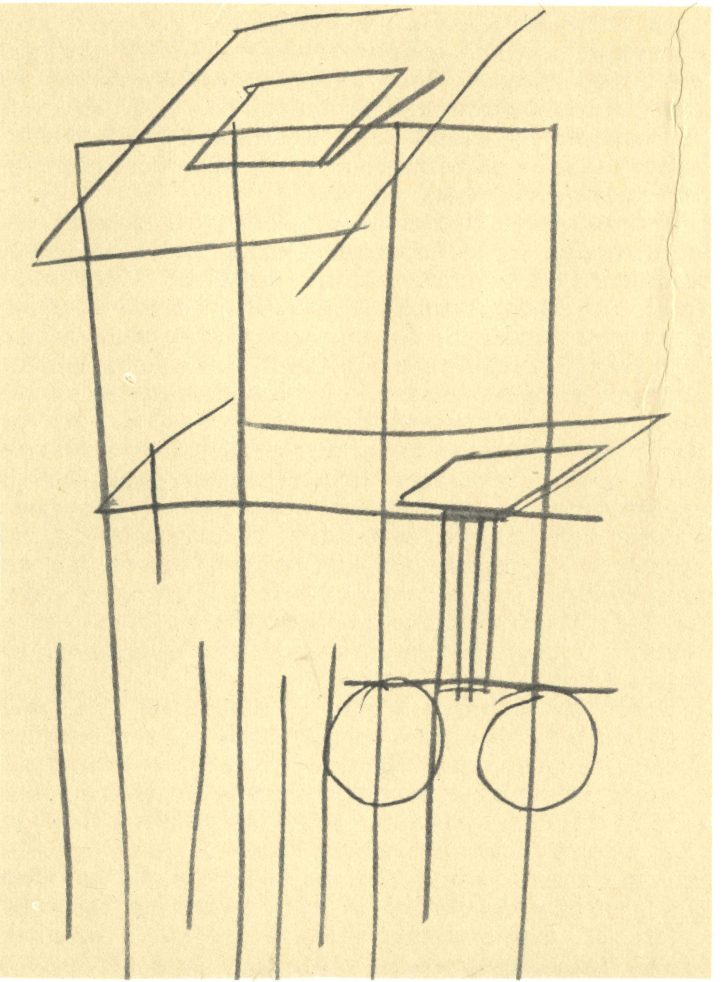


48

48. Страшный дед, телевизор, корабль. Дима Е., 6 лет 7 месяцев.

другая внизу) пересекают дом. Слева очень маленький треугольник вынесен за пределы дома и непонятно, что он изображает. Другие рисунки этого больного также недоступны для понимания окружающих.

Символизм — изображение предметов в виде определенных знаков или символов, ключ от которых известен только больному. П. И. Карпов (1926) указывает, что творческая фантазия у больных шизофренией богата, но не имеет реального значения. Символика — один из распространенных способов, при помощи которого больной проецирует во внешнюю среду свое внутреннее содержание. Этой символикой чаще всего пользуются страдающие шизофренией.



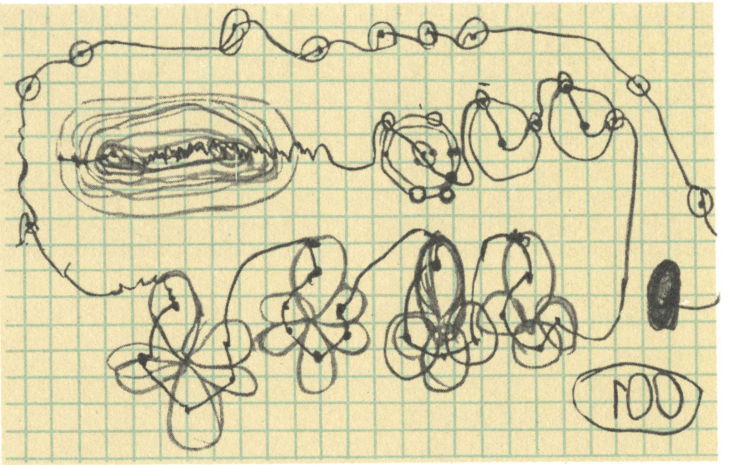
49

Шизофренические символы характеризуются причудливостью, вычурностью и находят отражение в рисунках (М. П. Кононова, 1949).

Символика обусловлена не низким техническим уровнем исполнения, а отрывом больного от окружающей действительности, как бы шифровкой им реальных предметов. Дети изображают свои переживания, предметы, например, в виде концентрических или наслаивающихся друг на друга кругов, изолированных или вписанных друг в друга, а иногда представленных в объеме квадратов и прямоугольников. Без комментариев рисунки непонятны, хотя больные способны нарисовать сложные по технике выполнения фигуры, изображая их в объеме.

Дима Е., 6 лет 7 месяцев, каждый рисунок начинает с лампочек и выключателей, располагая их по краям листа. Эти лампочки и выключатели то единичные (рис. 48), то обрамляют весь лист бумаги. На рис. 48 мальчик изобразил символического «страшного деда» в форме парных кругов, между которыми проведена соединяющая их линия. От кругов в стороны отходят колья, с помощью которых «дед» поражает непослушных детей. Слева изображен корабль, справа — телевизор в форме заштрихованного квадрата. У верхнего края справа — лампочка, левее ее — квадрат, рядом — незавершенная фигура в форме угла. У верхнего края слева — вертикальная линия. При объяснении рисунка мальчик употребляет неологизмы: «страшного деда» называет «Сипла», который «режет всех, кто не слушается». У «деда» имеются «руната», «рага», «груга», которыми он режет детей.

49. Страшная машина. Дима Е., 6 лет 7 месяцев.



50

50. Схема электросети. Наташа М., 7 лет 11 месяцев.

«Страшная машина» (рис. 49) того же больного состоит из двух ромбов, вписанных один в другой. В середине листа прямоугольник, внутри которого расположен квадрат, ниже изображены два круга, ряд вертикальных линий. «Машина» представлена как бы в объеме. У больного имеется ряд рисунков, на которых в объеме правильно изображены параллелепипед, стол, дом, машина. Эти рисунки, а также рассматриваемый, свидетельствуют о том, что мальчик способен к правильному изображению предметов, но часто рисует их символически.

Непонятность рис. 48 и 49 для окружающих обусловлена не низким техническим уровнем творчества больного, не неумением рисовать, а тем, что рисунки

Димы Е. символичны, реальные предметы представлены в виде геометрических фигур, расположенных часто беспорядочно. В творчестве отсутствует композиция, какой-либо сюжет, объединенный единым замыслом. На одном листе (см. рис. 48) изображены совершенно не связанные между собой предметы (корабль, «дед с кольями», телевизор, квадрат, лампочка), что, может быть, отражает разорванность мыслительных процессов. Наслоение, неологизмы, парадоксальность в трактовке рисунка являются признаками шизофренического творчества.

51. Фигуры. Наташа М., 7 лет 11 месяцев.



51

У данного больного имеется диссоциация между его способностью к познанию (он хорошо считает, пишет цифры, буквы, легко переключается на задание, правильно выполняет его) и возможностью практического действия. Он многое может, но отсутствие активности, побуждений мешает ему это выполнять. Он нуждается в постоянной стимуляции и активизации деятельности, чтобы его способности реализовались.

Изображение на одном листе совершенно не связанных между собой нескольких предметов имело место у 43 детей. На одном листе можно было увидеть сахар, яйцо, стрелу и лестницу, в другом случае — сумку, лодку, автобус.

Необычная тематика — это тематика, не свойственная здоровым детям дошкольного возраста. Сюда относится изображение схем метрополитена, шоссейных и железных дорог, остановок транспорта, схем электросети. Обычно эти схемы выдуманные и не соответствуют действительным. Например, Наташа М., 7 лет 11 месяцев, изобразила схему электросети (рис. 50). На рисунке нагромождены неправильной формы круги, соединенные между собой кривыми линиями.

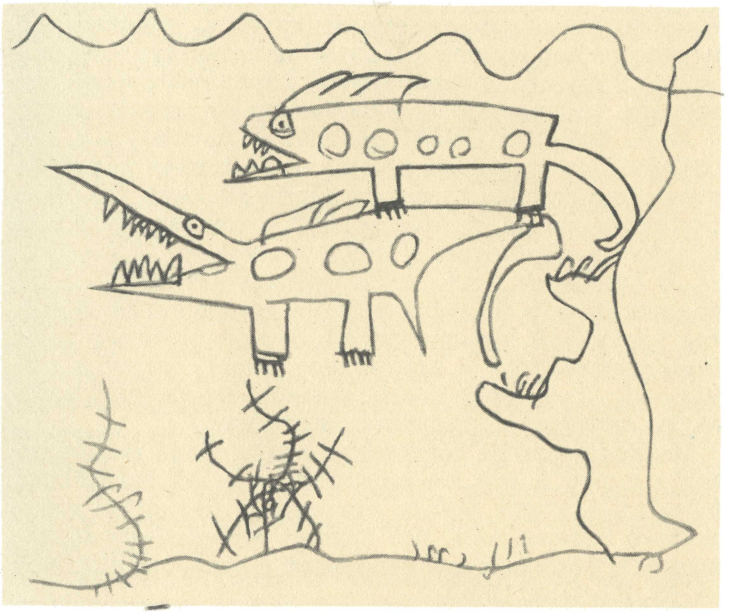
Необычна тематика рис. 51, выполненного той же больной. Фигуры имеют причудливую форму, второй ряд точно копирует первый, однородные фигуры расположены попарно — одна под другой. В нижнем ряду справа две одинаковые фигуры. Больная не объяснила, что они собой представляют.

Фантастическая тематика. Некоторые дети рисуют живых существ, не встречающихся в действительно-

сти. Это фантастические или давно вымершие животные, птицы, чудовища. Такие рисунки строго индивидуальны и не повторяются другими детьми.

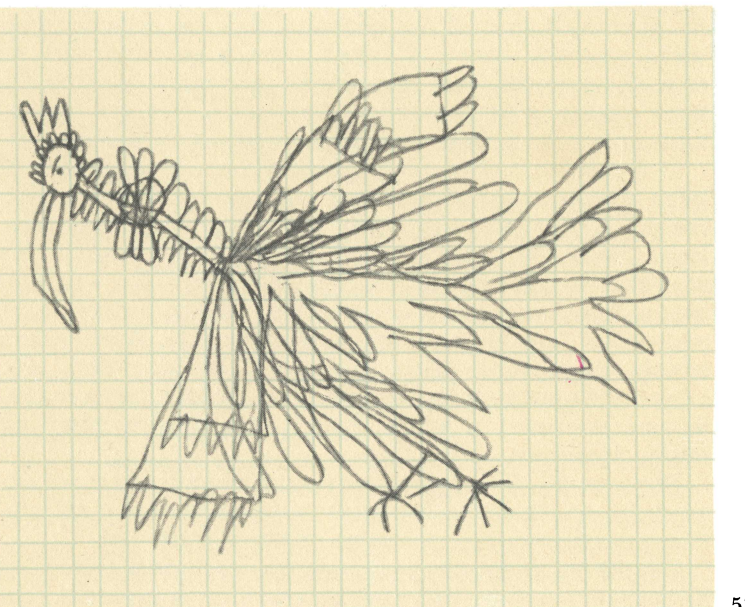
Вова Б., 6 лет (шизофрения, вялое течение), в 2 года начал фантазировать, в разговоре часто упоминал о выдуманной им стране «Мундирии». Говорил, что в этой стране все лучше, чем в жизни: и звери, и ягоды, и растения. В «Мундирии» будто бы выстроен громадный аквариум из сосен, в котором живет огромный осьминог — лучший друг больного. Мальчик «ходил» с ним на «встречи», «ездил на французскую войну» и, чтобы осьминог быстрее двигался, «надевал» ему на каждую лапу по колесику. Игры и рисунки мальчика отражали его фантазию об этой стране. В 2 года он прекрасно для своего возраста нарисовал осьминога с глазами, носом, хвостом и восемью ногами. Рано мальчик изобразил человека с основными частями. Затем нарисовал обезьянку, кошку. Все ри-

52. Драконы. Вова Б., 6 лет.



52

53. Птица. Наташа М., 7 лет 11 месяцев.



53

сунки выразительны, оставляют хорошее впечатление, тематика разнообразная, но преобладают осьминоги. В 3 года стал посещать детский сад, придумывал себе и матери имена. Себя называл «Долгопят филиппинский», а мать — «Нос обыкновенный».

Тематика рисунков больного необычна для детей: схемы, города, планировка, пути на Марс. Больной жил своей фантазией и с трудом переключался на другое. В 4 года задавал странные вопросы: «Как получается море, дождь?» «Сколько весит капля, когда она падает на землю?» и т. д. Выслушав ответ, говорил, что в «Мундирии» все не так. Рассказывал, что она находится у Северного полюса, куда он «летает» на ракете. В другой раз говорил, что эта страна заменила планету Марс. Считал, что в «Мундирии» он самый главный. Там есть океан, который больше Тихого океана и называется «Аландея». Все эти фантазии находили отражение в рисунках и их названиях.

В 5 лет мальчик стал употреблять в разговорной речи неологизмы, произнося набор непонятных, бессвязных слов, называя это «мундирским языком». Всех жителей выдуманной страны он разделил на военных и разных драконов: «подводных», «дождевых», «наскальных», «пещерных». Этих драконов он рисовал в большом количестве (рис. 52). Изображал также разнообразных чудовищ. Переключить его с фантазии на другие темы трудно. Если иногда и удавалось достигнуть этого, то по заданию он рисовал очень неохотно.

Наташа М., 7 лет 11 месяцев, в психотическом состоянии изобразила фантастическую птицу с вычурным оперением и огромным клювом (рис. 53).

Односторонняя направленность является одной из характерных черт творчества детей, страдающих шизофренией. На протяжении нескольких месяцев, а иногда лет изо дня в день 44 из 100 обследованных рисовали одно и то же. Переключить их на другие рисунки было очень трудно. Если давалось новое задание, дети отказывались его выполнять, перечеркивали рисунок, ломали карандаши, плакали, самовольно уходили с занятия. Некоторые, нарисовав по заданию, говорили, что, кроме «своих», других рисунков выполнять не будут.

Детям свойственно стремление к повторению одних и тех же тем, к однообразию форм изображения. Все новое усваивается далеко не сразу и требует упражнений. Однако со временем у здоровых детей изображение предметов совершенствуется, усложняется, поддается коррекции, появляются новые темы и предметы. У больных однообразие характеризуется косностью, трудностью переключения на другие темы.

Е. А. Флерина (1924) различает активную и пассивную повторяемость рисунков. Активная повторяемость свойственна здоровым детям. При ней тематика некоторое время остается одной и той же, но форма предметов совершенствуется и постепенно усложняется. В активном повторении ребенок стремится к упражнению, что является залогом его развития. В случае пассивной повторяемости форма предметов не совершенствуется, а длительное время остается стабильной. Пассивная повторяемость, по мнению автора, не является нормальным явлением.

Многочисленное повторение одних и тех же рисунков в одной и той же трактовке у детей школьного возраста — почти всегда показатель бедности внутреннего содержания. Все случаи однообразия содержания и формы свидетельствуют о косности психики (А. М. Шуберт, 1929).

Преобладание односторонней тематики в рисунках детей, больных шизофренией, можно объяснить также игнорированием окружающей действительности. Отсутствие интереса к внешнему миру является одним из характерных признаков шизофрении. Ребенок как бы выхватывает из окружающей действительности (или даже непосредственно не окружающей его) что-то одно, узко ограниченное и длительное время рисует. Саша Б., 6 лет 2 месяцев, на протяжении 4 месяцев пребывания в стационаре рисовал только кофейники (рис. 116).

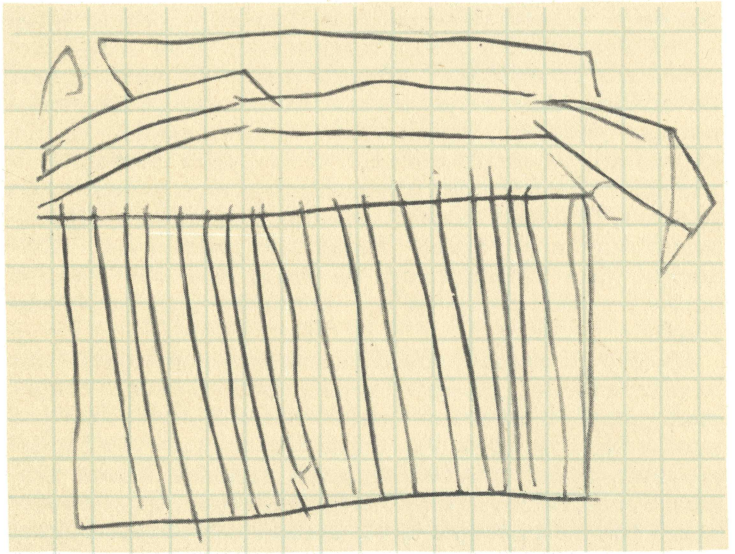
Патологическое влечение к изображению каких-либо определенных предметов. В отличие от односторонней направленности при патологическом влечении, изображая излюбленный предмет, больной испытывает большое удовлетворение, аффективно окрашенное нередко чувством радости, а иногда и восторга.

Женя Д., 6 лет 2 месяцев (шизофрения, приступообразное течение), поступил в отделение в возбужденном состоянии, был многоречив. Мальчика постоянно тянуло на свалки, где были старые, гнилые доски, мусор, пыль. Он забирался в самую гущу свалки, выбирал гнилые доски, приносил их домой, требовал, чтобы отец помогал ему. Патологическое влечение к разрушенным домам возникло в 3-летнем возрасте. Вначале оно проявлялось в играх. Мальчик рвал книги, строил из листов заборы, «дома», которые затем превращал в свалки. Кроме того, он стремился душить маленьких слабых детей, особенно девочек. Увидев коляску с ребенком, он подходил и опрокидывал ее на землю.

В клинической картине на передний план выступало неодолимое влечение к свалкам и разрушенным домам — «сломкам-помойкам» (по выражению больного). Ребенок без конца говорил обо всем этом с необычным увлечением: «Какая там пыль, вонь, грязь! Во все стороны летят щепки, гнилые доски!» — восклицал больной, испытывая наслаждение. Ничто другое его не интересовало. С чувством восторга он рассказывал о старых сломанных домах, размахивал руками, брызгал слюной, громко хохотал, воспроизводил звуки и треск падающих обломков. Полностью был сосредоточен на этом, кричал: «Доски летят в глаза, летят во все стороны, они всех вас убьют!»

Вместо рисования новых домов больной испытывал патологическое влечение к разрушенным. Мы старались привлечь внимание мальчика к другой тематике рисованием по заданию. Однако в психотическом состоянии, кроме пересекающихся линий и мазни черного цвета, он ничего не изображал (рис. 54), пользовался только простым карандашом или черным цветным. Говорил, что на его рисунках «помойки», «сломки», во все стороны летят доски, которые могут выколоть глаза окружающим. Издевался над младшими и физически слабыми детьми. Старался ударить их, ущипнуть, задушить, причинить боль, испытывал при этом наслаждение. Отмечалась амбивалентность эффекта: одновременное сосуществование злобы и агрессивных действий с радостью, смехом и чувством удовлетворения.

После выхода из психотического состояния благодаря длительным индивидуальным занятиям тематика рисунков существенно изменилась, стала разностороннее. По нашему заданию мальчик изображал новые дома, траву, цветы, солнце, самолеты. В дальнейшем появился интерес к письму, счету, чтению.



54

Больной даже старался напомнить педагогу, чтобы его не забыли взять на занятие.

Павлик Н., 6 лет, начал изображать лампочки с 2 лет, рисуя их даже там, где они не бывают: на цветах, игрушках, вместо глаз у животных и т. д. Катамнез показывает, что и сейчас, когда ему 9 лет, он продолжает их рисовать.

Изображение абстрактных понятий. Нарисовать можно лишь что-то определенное, конкретное — предметы или явления. При шизофрении наблюдается парадоксальность в художественном творчестве: абстрагирование конкретных предметов, явлений и, наоборот, конкретизация абстрактных понятий. Игорь К., 7 лет, изобразил «лень» — нечто неопределенное, не то птицу, не то человека (рис. 55).

Парадоксальность в изображении героев сюжета. Здоровые дети рисуют обычно положительных героев. Если они запечатлевают войну, то на переднем плане — советских воинов, которые побеждают фашистов. Некоторые больные шизофренией, наоборот, считают наших врагов своими героями, выделяют их, изображают впереди остальных. При рисовании фашистов, «беляков» испытывают радость. С чувством удовлетворения и восторга говорят, что изображенные ими герои убивают людей и побеждают.

То же самое имеет место при изображении животных. Здоровые дети большей частью изображают домашних животных. Если они и рисуют хищников, то характеризуют их отрицательно. Некоторые дети, страдающие шизофренией, рисуют хищников как любимых героев.

Сережа Г., 7 лет (шизофрения, вялое течение), с детства предпочитал игрушки, изображающие зверей. С $4^1/_2$ лет боялся тополей, гнезд, галок, убегал от них. Испытывал страх взгляда людей. Успокаивая себя, спрашивал: «Что люди на меня смотрят? Они ведь не волки?» Пугался детей, которые шли ему навстречу. Боялся, что бабушка его укусит. Полюбил игрушечного волка. Просил мать рассказывать сказку «Красная шапочка» по-другому, где бы волк оказался победителем. Часто рисовал волка одного или рядом с овечкой, нападающего либо на нее, либо на охотника. Любил играть в войну, в которой всегда побеждали враги — «беляки», фашисты. Испытывал удовольствие, когда причинял кому-либо боль. При этом говорил, что всех детей он ненавидит, хочет быть бандитом, перебить всех людей. Очень много рисовал

«белых», вооруженных саблями, пистолетами, пулеметами.

На рис. 56 изображен его любимый герой — волк (слева), который «нарядился, как в цирке». «Он веселый, потому что сыт, съел маленького мальчика». В одной лапе волк держит горящий факел, в пламени которого виден также волк (справа) и «просвечивает» мальчик, которого волк съел. Сюжет необычный, с явной агрессией, направленной на детей. Во время рисования больной испытывал удовольствие, улыбался, смеялся, отказывался идти гулять. Волк изображен необычно, в вертикальном положении, с поднятыми кверху лапами, одна из них (справа) в несколько раз больше другой (диспропорция). На рисунке представлена лишь передняя часть туловища. Непонятно, как может отразиться в пламени съеденный волком мальчик, который изображен изолированно вне туловища волка.

Этим же больным запечатлены следы людей (рис. 57). Следы разные по величине и форме, но все трехпалые. В перспективе на заднем плане вооруженный офицер — «беляк». В одной руке у него обнаженная, поднятая кверху сабля, в другой — пистолет, из которого он стреляет. Больной владеет перспективой, но в данном рисунке она нарушена: человек, расположенный ближе к зрителю, гораздо меньших размеров, чем находящийся вдали от него.

«Страх края» — боязнь рисовать недалеко от края. Алеше К., 7 лет 9 месяцев, было дано задание на листе, разделенном на четыре части, изобразить морковь, яблоко, вишни и цветок. Три фигуры он выполнил вполне удовлетворительно (рис. 58). При изображении цветка обнаружилось обостренное отношение к краям оставшейся части листа бумаги — страх



54. Старый дом — «помойка». Женя Д., 6 лет 2 месяца.

55. Лень. Игорь К., 7 лет.

55

края. Лицо выражало страх, больной был растерян, возбужден, с недоумением спрашивал: «Как быть дальше? Здесь край, там черта!» Цветок, верхний и правый края оставшейся части листа он густо заштриховал. Зачеркнул и рядом изображенные вишни. Бросил рисовать и ушел с занятий.

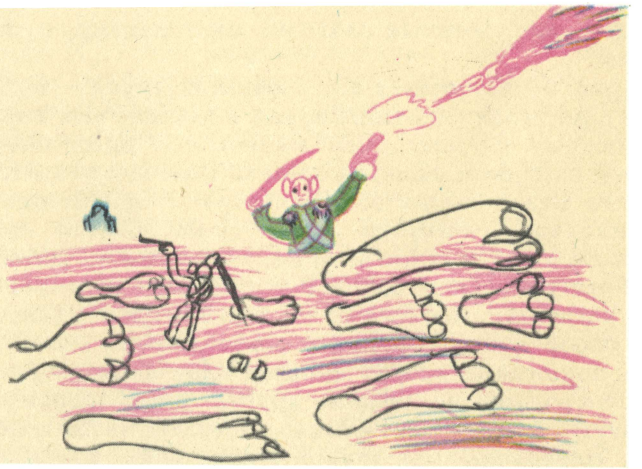
«Стремление к бесконечности». Начав что-либо рисовать, больной не может остановиться, бесконечно усиливает отдельные части или детали предмета до тех пор, пока не натолкнется на физическое препятствие, контуры листа или края бумаги.

Андрей К., 7 лет 8 месяцев, на небольшом участке расположил три многоэтажных дома (рис. 59). Они



56

56. Волк. Сережа Г., 7 лет.



57

57. Следы людей. Сережа Г., 7 лет.

занимают незначительное место, а дым уходит в бесконечность и захватывает в 7—8 раз больше пространства, чем многоэтажные дома. Этот же больной изображал дома, которые по величине были маленькими, но он утверждал, что в них «миллион» этажей и никто не может их сосчитать.

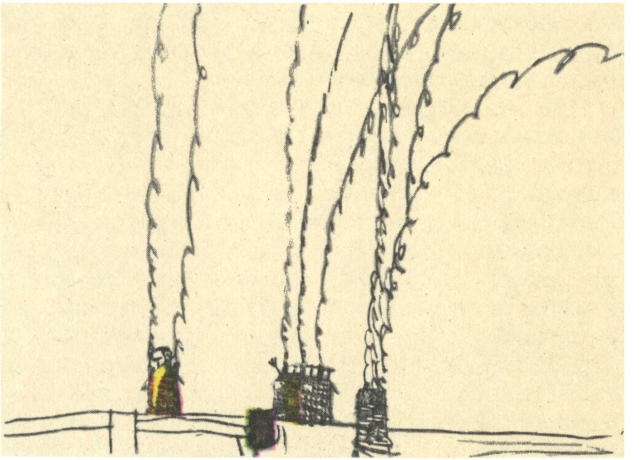
Уплотнение рисунка (боязнь «пустого пространства») — тесное заполнение межконтурных пространств или всей площади листа бумаги различными фигурами и орнаментом. Уплотнение часто сочетается с наслоением и нагромождением. Подобные рисунки А. М. Шуберт (1929) считает характерными для шизофрении. Больные отражают в них внутреннее беспокойство. Орнаментация, по мнению автора, означает стремление уйти от действительности, когда больной культивирует форму в ущерб содержанию.

Алеша К., 7 лет 9 месяцев, заполнил весь лист бумаги многочисленными, разной величины и цвета треугольниками, непонятными фигурками, волнистыми и переплетающимися линиями, чрезмерно мелкими домиками, квадратами и прямоугольниками (рис. 60). В последние вписаны миниатюрные кружочки, настолько мелкие, что некоторые из них представляют собой точки. На листе не осталось свободного места. Рисунок переполнен чрезвычайно пестрыми по форме, величине и окраске фигурами. В нем сочетается ряд признаков, присущих больным шизофренией: уплотнение, наслоение, символизм, стерео-



58

58. Морковь, яблоко, вишни, цветок. Алеша К., 7 лет 9 месяцев.



59

59. Дома. Алеша К., 7 лет 9 месяцев.

типия. Подобная продукция не наблюдается у здоровых детей. Больной назвал этот рисунок «Узор». Выполнял он его в течение трех занятий, тщательно вырисовывая каждую фигуру. Во время работы был молчалив, временами задумчив, иногда что-то шептал, улыбался.

ЦВЕТ В РИСУНКАХ

В. Руттман (1914), Meine (1959) и др. в оформлении детских рисунков большое значение придают краскам. У детей младшего возраста краски не всегда соответствуют действительности. Например, цветы могут изображаться на красном лугу.

Чем гармоничнее психика ребенка и чем лучше он приспособлен к среде, тем больше пользуется он естественными цветами, близкими к действительности (Traube, 1937).

Яркие цвета соответствуют интенсивному аффекту. Веселые дети предпочитают красный цвет, грустные — черный, коричневый, фиолетовый. У умственно отсталых детей качество цветоразличия очень низкое, они не дифференцируют цветовые оттенки (Ж. И. Шиф, 1940; Т. Н. Головина, 1968).

По мнению Ю. В. Станэка (1966), для детского рисунка характерна большая декоративность в использовании цвета. Цвет в изобразительном творчестве детей играет роль не только в связи с необходи-

мостью показать различную окраску того или иного предмета, но в еще большей степени из-за своей эмоциональной привлекательности.

При шизофрении почти все авторы констатируют неадекватность красок. Краски нередко не соответствуют реальности, например солнце черное, море красное, небо зеленое, паруса синие (Bobon, 1957). Распределение светотеней произвольное и нереалистичное, так же как план и композиция картины. То расцветка рисунков монотонная, то встречаются взрывы яркости (Landry, 1959). Morgenthaler (1921) описывает душевнобольного художника, который страдал параноидной формой шизофрении. Больной произвольно употреблял интенсивно яркие тона, не придерживаясь реальности. Полный отказ от применения красок также наблюдается у больных шизофренией (Bieber, Herkimer, 1948).

Из 100 обследованных нами детей 73 не раскрашивали свои рисунки. Сюда вошли 27 больных со злокачественным течением процесса, у которых вообще отсутствовал интерес к цветным карандашам. Из 28 больных с приступообразным течением шизофрении 22 не раскрашивали рисунки только во время приступа, а 6 — постоянно. При вялом течении шизофрении не пользовались цветными карандашами 18 больных.

В психотическом состоянии рисунки чаще всего не раскрашивались, одним каким-либо карандашом наносились только контуры предметов. Так, деревья, растения выполнялись простым карандашом с черными листьями. Рисунки были бледные, безжизненные, другие — большей частью представляли мрачную пачкотню.

Нередко наблюдалась отрицательная реакция на поступление в больницу. В связи с этим первое время дети совершенно не пользовались цветными карандашами. С улучшением состояния улучшалась техника рисунка, использовались светлые тона.

Иногда наблюдалась вычурная раскраска. У 10 детей была избирательная привязанность только к одному цвету: черному, красному, зеленому либо сиреневому. У одного ребенка отмечался страх синего цвета. Олег С. посредине туловища вначале изображал треугольник и всегда раскрашивал его зеленым карандашом, а затем закрашивал все туловище человека (см. рис. 23). Порой рисунки были очень пестрые, необычно яркие, перегруженные цветами.

В большинстве случаев больные пользуются одним и реже двумя цветными карандашами, что соответствует младшей группе детского сада. Отставание в раскраске, как и в технике, составляет 3—4 года. Если дети используют несколько цветов, то чаще в случайном наборе, без правильного их сочетания. В результате получается чрезмерно большое нагромождение тонов.

Отдельные дети не применяют цветные карандаши в связи с патологическими переживаниями. Например, Вадим Я. говорил: «Пусть передатчик будет бесцветный, его так лучше не заметят мои враги».

Во время депрессивного состояния некоторые больные неправильно определяют цвет: красный называют синим, синий — желтым и т. д. Создается впечатление, что они не знают цвета. Однако по выходе из депрессивного состояния они правильно ориентируются в окраске предметов.

60. Узор. Алеша К., 7 лет 9 месяцев.




Узор как человек
Нос
Рот
Глаз
Рот
второй
Нос
Рот
Шея
Нос
Ноздри
Нога
Нога
Узор как человек

ГЛАВА IV

ОТРАЖЕНИЕ В РИСУНКАХ ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

АФФЕКТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ

В рисунках больных детей находят отражение различные психопатологические расстройства и в первую очередь аффективные нарушения, страхи, депрессивное и маниакальное настроение.

В основе страхов, которые нередко ознаменовывают начало шизофренического процесса в раннем возрасте, по мнению Т. П. Симсон (1948), нередко лежат галлюцинаторные явления. Характерной особенностью страхов у детей, страдающих шизофренией, является склонность их к генерализации. Ребенок, испугавшийся пожара, боится не только толпы, вокзалов, метро, но и собаки, куриного пера, ваты и т. д. Связь этих страхов с первоначальным раздражителем иногда даже невозможно обнаружить.

Г. Е. Сухарева (1955) констатирует, что у детей дошкольного возраста страхи нередко сопровождаются зрительными галлюцинациями. При ночных страхах дети просыпаются, жалуются на устрашающие видения.

И. А. Козлова (1967) отмечает нелепость, недифференцированность страхов у детей раннего возраста, страдающих шизофренией. Ночные страхи часто сопровождаются гипнагогическими, а дневные — зрительными и вербальными галлюцинациями.

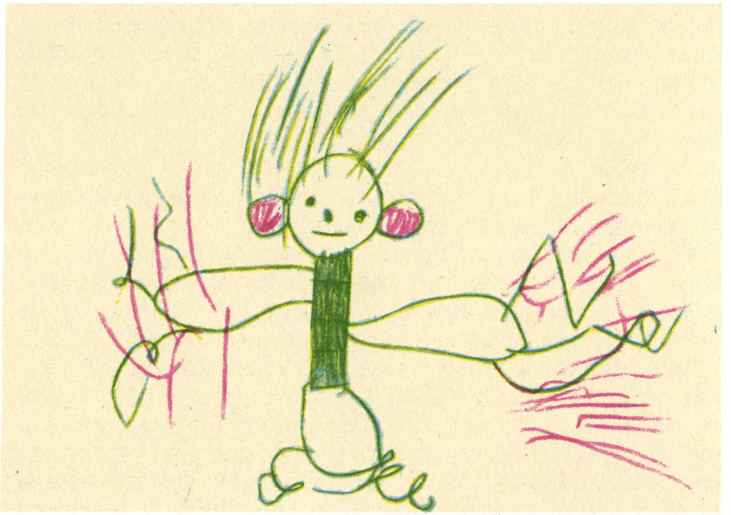
О влиянии страхов на содержание рисунков детей дошкольного возраста упоминает Labar (1969). В этих рисунках персонажи имеют агрессивные атрибуты (оскаленные зубы, страшные головы с взъерошенными волосами) или отражают защитные тенденции больного. Отражение страхов в рисунках отмечено нами в 10% наблюдений.

Рисунки индивидуальны для каждого больного, однако имеют ряд общих черт. Чаще всего дети зарисовывают агрессивных персонажей, которых они боятся: бабу-Ягу, колдуна, «страшил». В ряде наблюдений страхи носят вычурный и нелепый характер: страх паровозного гудка, петушиного крика, страх птиц в гнезде, страх тополей, страх взгляда людей.

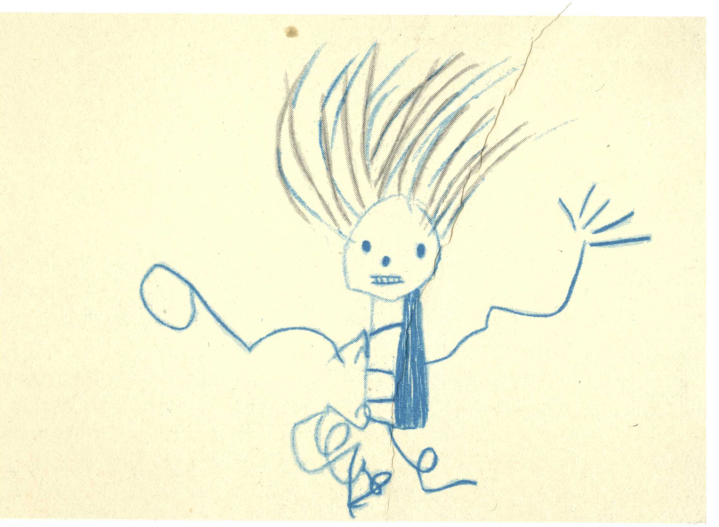
Виталий Р., 4 лет 9 месяцев, неоднократно рассказывал на занятиях о бабе-Яге и колдуне, будто бы он их видел в глубокой яме. Все время рисовал их. Говорил: «Я не боялся колдуна. Как дал ему по голове железной палкой, он и убежал. Баба-Яга царапала мальчиков ногтями. Я ее тоже не боялся. Как дал ей по голове!».

«Защищаясь» от колдуна, мальчик рисовал топор, которым грозил убить его, изображал дерево с колючками. Фигура колдуна страшная (рис. 61). Волосы на голове взъерошены, стоят дыбом. Длинные руки с огромными многочисленными когтями. Этими руками колдун готов кого-то схватить. Ноги в виде спиральных нитей или проводов. На рис. 62 страшная фигура бабы-Яги. Через 2 месяца при расспросе об этих рисунках мальчик с нежеланием рассказывал о них, оглядывался по сторонам, закрывал страницу в альбоме, на лице был испуг. Сообщил, что во сне тогда снился колдун, поэтому он прячется от него в постели. Перевернул лист с изображением колдуна, быстро пролистал альбом, стал грустным, неразговорчивым.

61



61. Колдун. Виталий Р., 4 лет 9 месяцев.



62. Баба-Яга. Виталий Р., 4 лет 9 месяцев.

Этот же больной изобразил жилище бабы-Яги — своеобразный дом с глухими стенами. Два окна, расположены на чердаке. Из труб идет дым (рис. 63).

Ночные страхи, сопровождающиеся «видением» бабы-Яги, а также агрессивные тенденции отражены в рисунках Кости К., 5 лет 2 месяцев. На рис. 64 мальчик запечатлел голову «страшной бабы-Яги». На другом листе бумаги, изображая «бабку-ежку» (рис. 65), он приговаривал: «Вот я ей такие ручищи сделаю, а пальцев столько, что не сосчитать. Глазищи — во какие!» Закончив рисунок, сообщил: «Сейчас я ее брошу в костер, подожгу. Пламя будет сильно гореть. Я ее так замажу карандашом, что никто не увидит, какая она». Взял еще лист бумаги и повторно нарисовал такую же «бабку-ежку». Нахмурился, особенно густо раскрасил на рисунке пальцы и лицо. На следующий день опять спонтанно изобразил «бабку-ежку, горящую на костре», еще на 4 рисунках. Радовался, смеялся, показывал персоналу рисунок, говорил: «Смотрите, как она горит!» Просил дать спички, чтобы поджечь ее по-настоящему. Приговаривал: «Вот как дам тебе! Пусть твои руки горят,

63. Дом бабы-Яги. Виталий Р., 4 лет 9 месяцев.


Дом, в котором живет Баба-Яга
Баба-Яга



64

64. Голова бабы-Яги. Костя К., 5 лет 2 месяца.

65. Баба-Яга горит. Костя К., 5 лет 2 месяца.

66. «Страшила». Антоша К., 6 лет 5 месяцев.

чтобы не обижала детей!» На вопрос, боится ли он сейчас бабу-Ягу, неуверенно ответил: «Не знаю, я ее сейчас не вижу». В дальнейшем с исчезновением страхов тематика рисунков изменилась.

Антоша К., 6 лет 5 месяцев, рисовал черных «страшил», которых он боялся. Обычно мальчик «видел» одного страшилу и называл его «страшила-петух». Но однажды «страшил» было много. Они залезали в форточку, пугали больного, кричали: «У... у...!». На рис. 66 изображен «страшила». Голова и шея лохматые, на голове рога, туловище в виде прямоугольника (геометризация), ноги в форме вытянутых прямоугольников, башмаки разные, уродливые, на руках «перчатки». Закончив рисовать «страшилу», больной сделал вид, что щиплет его, говорил, что его надо уничтожить.

Володя Ш., 7 лет, испытывал тревогу, страх, говорил, что бонтся умереть, громко выкрикивал: «Убивают! Убивают!» В рисунках в этот период отражалась тематика загробного мира: «Человек в гробу» (рис. 67), «Человек, засыпанный землей, в могиле» (рис. 68). Рисунки выполнял черным карандашом с резким нажимом, все густо раскрашивал, «чтобы не видеть мертвецов».

Валерий Я., 8 лет, при ухудшении состояния (двигательное беспокойство, тревога, страх) излюбленные рисунки с изображением дома и многочисленных тракторов, на которых он сидит, замазывал густой штриховкой черного, синего или красного цвета, сильно нажимая на карандаш (рис. 69). Такой рисунок получал название «Курай», «Буря», «Пыль», «Целинная земля». В этом проявлялись воспоминания ребенка о психотравмирующей ситуации, когда в 6-летнем возрасте мальчик, находясь в степи, попал в смерч. Иногда больной без какого-либо изображения предметов сплошь затушевывал весь лист бумаги, не оставляя свободного места (рис. 70). На один цвет он наслаивал другой. Рисунок представ-



65



66



67

67. Человек в гробу. Володя Ш., 7 лет.

68. Человек в могиле. Володя Ш., 7 лет.

69. «Курай». Валерий Я., 8 лет.

лял собой хаотическое нагромождение штриховки разных тонов, преимущественно темных.

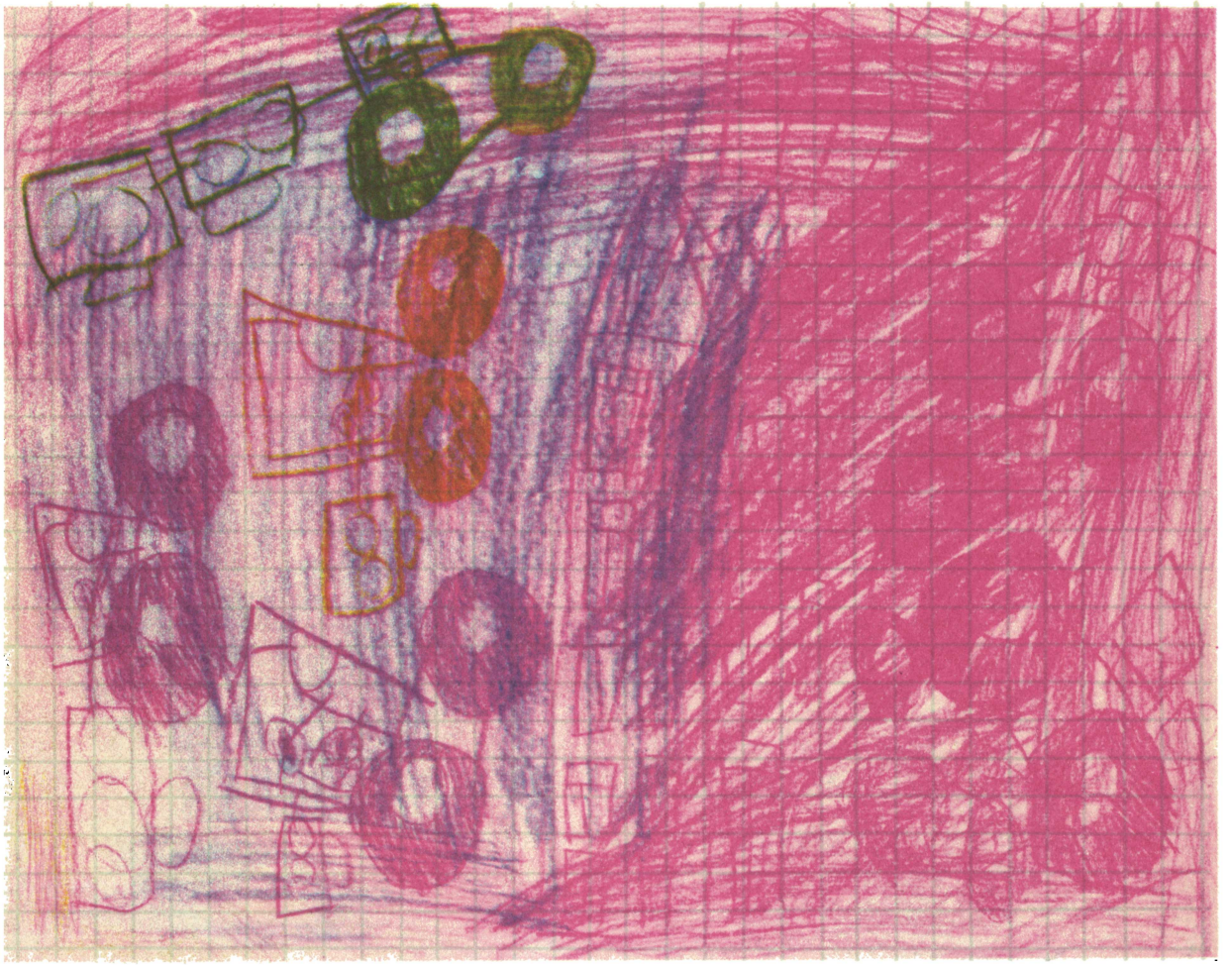
Густая штриховка с сильным нажимом карандаша обычно связана с наличием аффекта страха, тревоги, беспокойства. Некоторые дети отражают страх в рисунках в форме геометрических фигур (символика).

Дима Е., 6 лет 7 месяцев, находился в отделении 5 раз. Болен с 3 лет. Для того чтобы мальчик лучше ел, родители часто пугали его «страшным дедом», «волком». С тех пор больной испытывает страхи, просыпается по ночам, плачет, один не может уснуть.

В стационаре больной был дурашлив, неопрятен, периодически возбужден, залезал на спинку кровати, разбрасывал вещи, кричал, смеялся, разговаривал сам с собой. Занятиями в группе не интересовался.



68



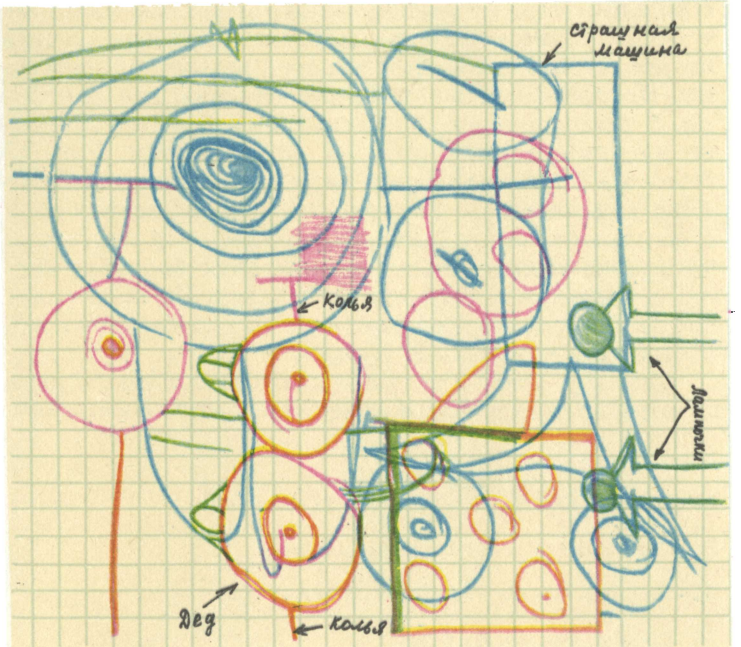


70

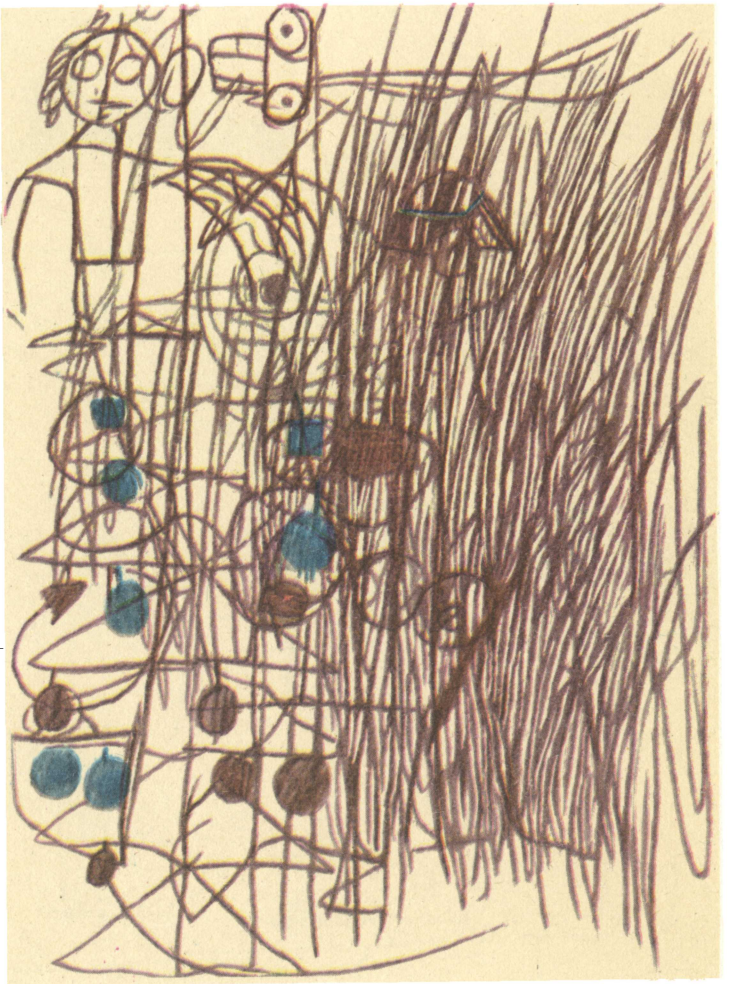
70. Буря. Валерий Я., 8 лет.

71. Дед с кольями и страшная машина. Дима Е., 6 лет 7 месяцев.

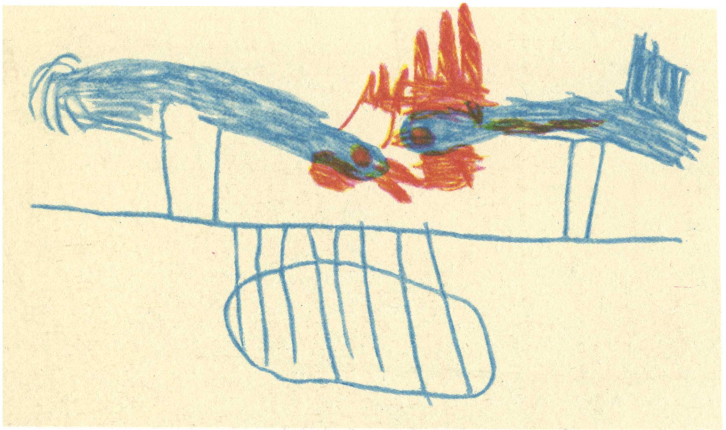
72. Дед укусил елку. Дима Е., 6 лет 7 месяцев.



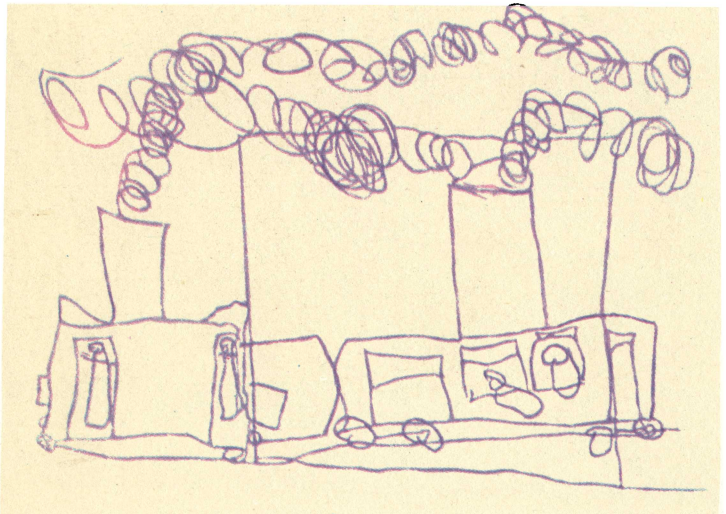
71



72



73



74

На индивидуальные занятия ходил охотно, даже начал рисовать по заданию, писать буквы, цифры. Вне занятий был неразговорчив, импульсивно возбуждался, бил детей. Во время рисования удавалось вступить с ним в контакт и получить объяснение рисунков. О страхах не рассказывал, но из комментариев к рисункам видно, что страхи имели место и постоянно отражались в его творчестве.

На рис. 71 он представил символического деда в вертикальном положении в виде двух парных кругов, соединенных между собой по контуру. «Дед» с кольями. Правее расположена «страшная машина» в форме прямоугольника и хаотически переплетающихся между собой окружностей различной величины. По правому контуру листа вписаны две лампочки. В целом рисунок представляет собой беспорядочно наслаивающиеся друг на друга круги. Рис. 72 этого же больного носит парадоксальное название «Дед укусил елку». Вначале больной нарисовал елку с шариками, затем в левом верхнем углу изобразил мальчика, правее от него в виде двух больших кругов — «деда», который «укусил» елку. Из елки «идет кровь». Штриховка на рисунке, по словам больного, обозначает «льющуюся кровь».

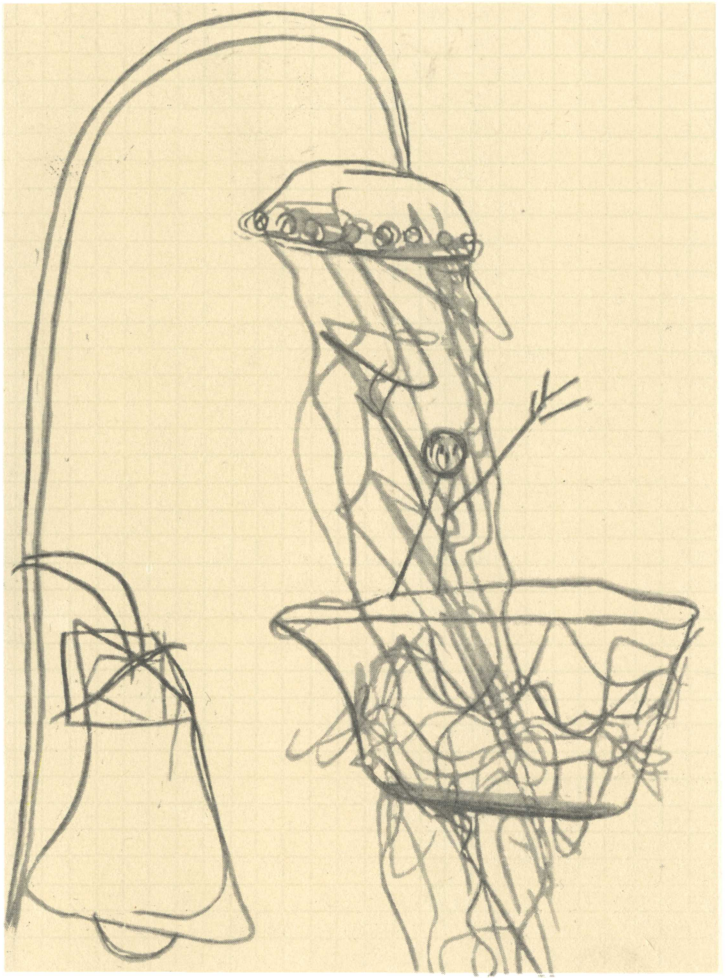
Олег П., 7 лет 11 месяцев, находился в стационаре по поводу шизофрении с приступообразным течением.

73. Петухи дерутся. Олег П., 7 лет 11 месяцев.

74. Паровозы. Олег П., 7 лет 11 месяцев.

75. Павлуня моется. Павлик Н., 6 лет.

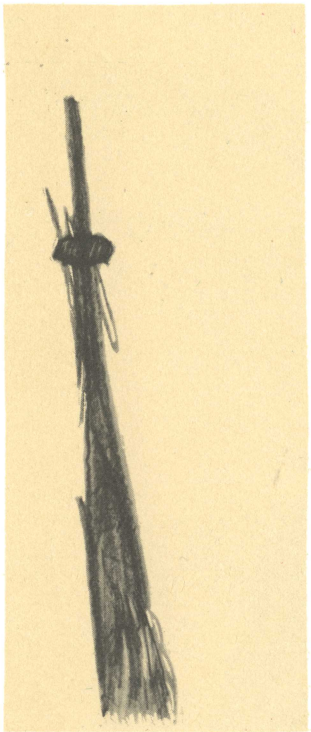
76. Собака. Павлик Н., 6 лет.



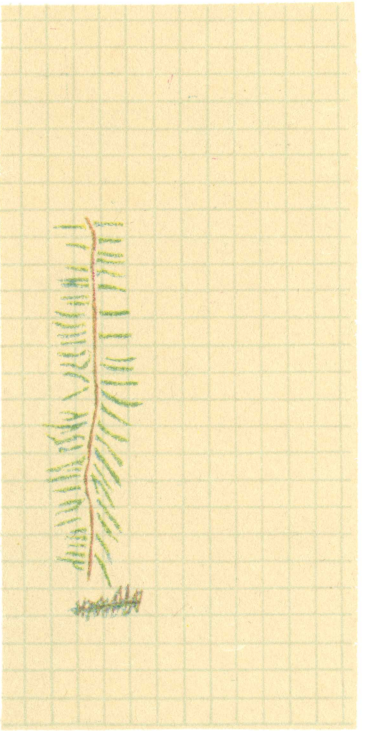
75



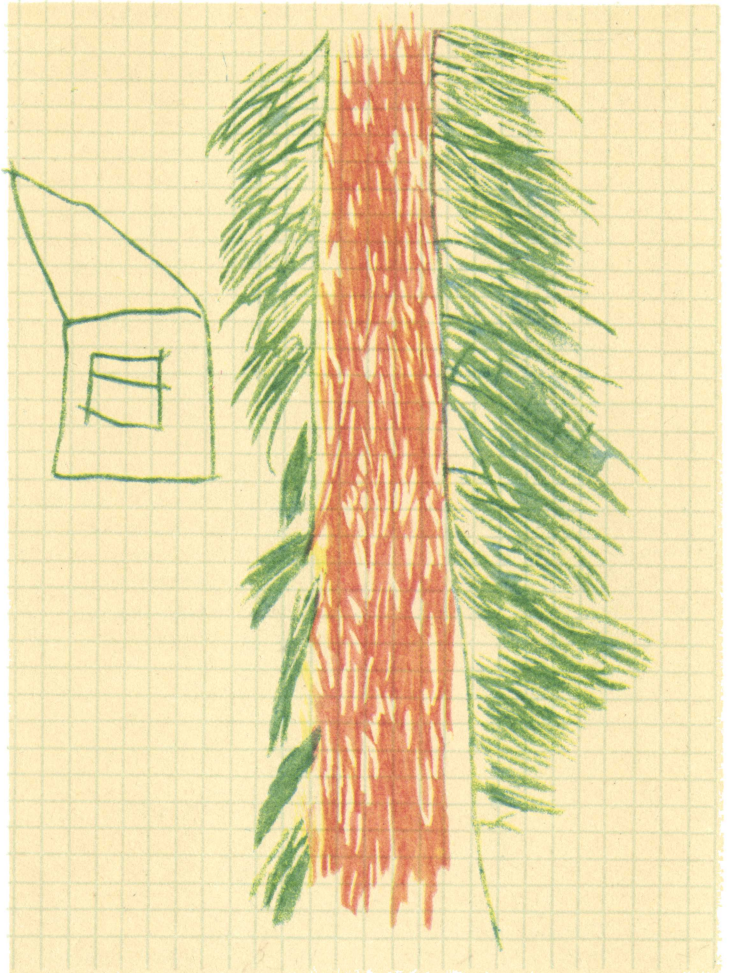
76



77



78



79

77. Телевизионная вышка. Павлик Н., 6 лет.

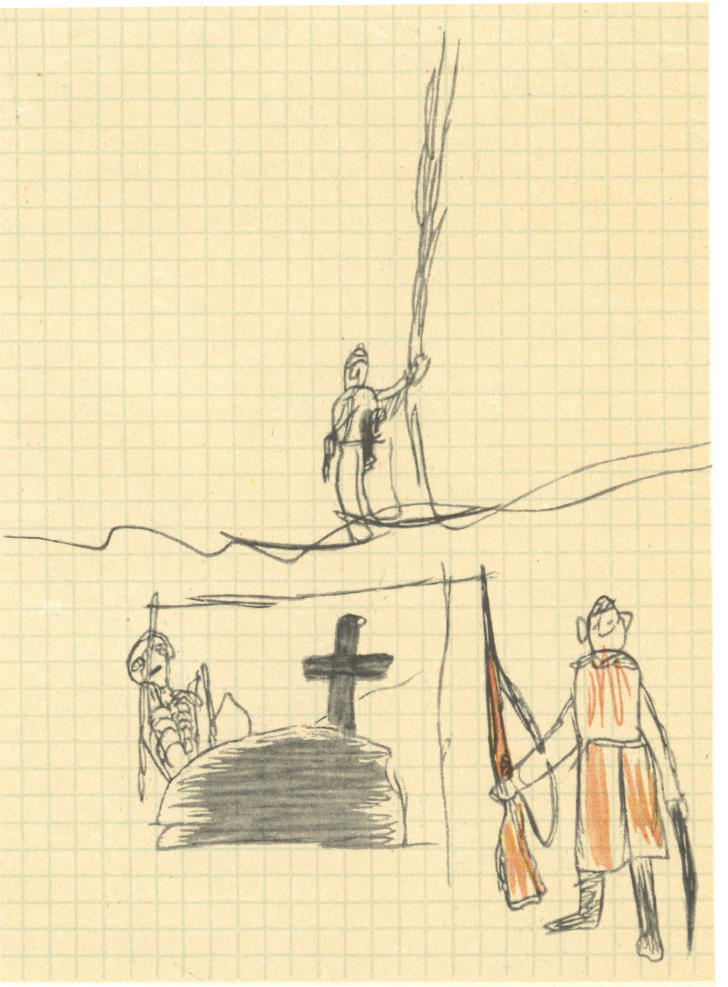
78. Елка. Олег К., 7 лет.

79. Елка. Олег К., 7 лет.

80. Скелет вылезает из могилы. Сережа Г., 7 лет.

С 3 лет стал раздражителен, сам выбирал себе одежду и, если пытались ее заменить другой, кричал, плакал. Вскоре появился страх петушиного крика и паровозного гудка. Боялся этих звуков, даже если они доносились издалека и были еле слышны. Плохо спал, стал возбужденным. В 4 года взят из детского сада домой. Задавал много вопросов: «Почему идет дождь?», «Почему сейчас зима?», «Почему наступает ночь?», «Что такое правительство?» Но объяснения почти не слушал. Играл однообразно, часами мог крутить пальцем колесо от машины. Иногда совершал нелепые поступки, например пытался втиснуть голову большой куклы в дверцу маленькой машины. В 6 лет появился интерес к рисованию. Все рисунки однообразные. В них отражался страх паровозного гудка или петушиного крика, который испытывал больной.

В отделении мальчик рисовал петухов, чаще всего дерущихся (рис. 73), и паровозы с густо выходящим из труб дымом (рис. 74). Иногда изображал самолеты, зверей. Рисунки не раскрашивал. Техника выполнения их низкая, предметы изображались в виде контуров, наслаивающихся один на другой. Нередко такая продукция представляла собой мрачную пачкотню. Несмотря на обучение, в первое время рисунки по заданию не получались, больной не мог изобразить даже дом, размещение рисунков также было неправильным, в нижнем углу листа бумаги. Иногда он прерывал рисование, вставал и говорил: «До свидания, я пошел». В процессе длительных индивидуальных занятий мальчик стал более внимательным, целенаправленным в работе, усидчивым. Изменилась тематика, улучшилось качество рисунков. Больной стал изображать аэродром, самолеты, автобусы.



80



81

Павлик Н., 6 лет, наблюдалось вялое течение шизофрении. В 2 года 5 месяцев изменилась речь. Мальчик стал называть себя во втором и третьем лице, растягивал слова, заикался. В 3 года появился страх мытья. Позднее в стационаре каждый раз, как наступал банный день и даже когда больной проходил мимо ванной комнаты, он испытывал страх мытья. Особенно боялся мыть голову. Кричал, плакал, успокаивал себя, приговаривал: «Не бойся, Павлуня, не бойся мыться». Страх мытья мальчик отразил в серии рисунков. На одном из них (рис. 75) изобразил себя сидящим в тазу под душем. Больной боялся также собак и рисовал их в большом количестве, очень уродливых, иногда искаженных до неузнаваемости. На рис. 76 он густо заштриховал собаку черным карандашом.

Большинство больных изображают свои страхи в черных тонах. Некоторые дети никогда не изображают свои страхи, а этот больной наоборот, рисовал то, чего боялся. Однажды на занятиях, рисуя телевизионную вышку, он вдруг громко закричал: «Ой, боюсь, упадет вышка! Будет больно». Больной говорил заикаясь, был возбужден. Вышку он изобразил в виде черной стрелы (рис. 77).

В депрессивном состоянии рисунки упрощаются, становятся незавершенными. Нажимы карандаша слабые, иногда чуть касающиеся бумаги.

Рис. 78 выполнен Олегом К., 7 лет, в депрессивном состоянии. После выхода из депрессии рисунки стали богаче, разнообразнее по тематике, нажим карандаша — обычным (рис. 79) с употреблением и правильным назначением разных цветов.

Сережа Г., 7 лет, в состоянии депрессии изобразил могилу с крестом, из которой вылезает скелет (рис. 80). Излюбленная тематика больного (война, пистолеты, сабли, вооруженные люди) нашла отражение и в данном рисунке. Справа — военный, в одной руке у которого винтовка, а в другой сабля.

Кирилл П., 5 лет 10 месяцев, поступил в стационар с жалобами на странности в поведении. Рисованием увлекается с 5 лет. Одно время рисовал «тетей» в виде жучков, которых очень боялся. Говорил, что «они выползают в темноте, подкарауливают людей, глота-

81. Церкви. Кирилл П., 5 лет 10 месяцев.

82. Пионы. Женя Д., 6 лет 2 месяца.



82

ют их. Другие — круглые жучки спускаются с неба и сажают людей под кувалду». Затем стал интересоваться книгой «Памятники Подмосковья». Требовал, чтобы его водили в Кремль, по церквям. Больной был молчаливым, угрюмым, ни с кем не общался, держался в стороне от детей. Говорил: «Чем так жить, лучше умереть». Не переносил шума. В этот период рисовал церкви и кресты (рис. 81).

В противоположность депрессии в маниакальном состоянии рисунки завершенные, красочные, нажим карандаша обычный, иногда сильный.

Женя Д., 6 лет 2 месяцев, был многоречив, часто улыбался, легко отвлекался, задавал массу вопросов, не относящихся к занятиям, ответы не слушал, во все вмешивался, неожиданно переключался с одной темы беседы на другую. Настроение всегда было приподнятым. Ежедневно в течение месяца рисовал пионы, раскрашивал их и даже землю красным карандашом (рис. 82). Тематика однообразная — цветы. Рисунки похожи один на другой, очень яркие, светлые. Мальчик много говорил о них, показывал всем окружающим. До этого состояния любимой темой рисунков были старые дома, «помойки» (см. рис. 54), которые выполнялись черным карандашом и совершенно не раскрашивались.

ГАЛЛЮЦИНАЦИИ

В рисунках больных шизофренией иногда встречается изображение галлюцинаторных образов (С. А. Болдырева, 1969; Morgenthaler, 1919; Prinzhorn, 1922; Bürger-Prinz, 1932; Jakab, 1959; Marinow, 1960). Часто больные пользуются трудно переводимыми символами, ключ к которым имеется только у них, а иногда «...сам больной оказывается растерянным и утратившим шифр, когда надо объяснить значение его творчества» (Rennert, 1966). Многие рисунки остаются непонятными для окружающих, а больные не раскрывают их содержание. Только тщательный анализ рисунков позволяет выявить отражение в них галлюцинаторных переживаний.

Дети значительно реже, чем взрослые, зарисовывают галлюцинаторные образы. Они не только не делятся с окружающими своими галлюцинаторными переживаниями, которые у них нередко сопровождаются страхом, но чаще относятся к расстройствам восприятия как к чему-то интимному, тесно спаянному с личностью, и неохотно говорят о них. В период появления обманов чувств дети уединяются от взрослых, переживают галлюцинации аутистически (Т. П. Симсон, 1948), вдали от всех и редко ищут от них защиты. Evrard (1958) считает, что галлюцинации необычайно редко наблюдаются при детской шизофрении, потому что привлекают внимание ребенка и его окружающих меньше, чем расстройства восприятия у взрослых.

Иногда предполагают, что у ребенка есть обманы восприятия; в то же время он не в состоянии объяснить свои переживания.

Особенно нелегко раскрыть содержание галлюцинаторных расстройств у детей дошкольного возраста. Одним из дополнительных диагностических средств является рисунок, который служит объективным критерием для оценки психического состояния ребенка и его внутренних переживаний. Работ об отражении галлюцинаторных переживаний в творчестве дошкольников, страдающих шизофренией, мы не встретили.

Из 11 больных, страдавших галлюцинациями, только 9 человек зарисовывали их. В 2 других наблюдениях галлюцинаторные образы непосредственно не изображались, но сказывались на содержании рисунков. Из этих 11 детей у 4 было вялое, у 7 — приступообразное течение шизофренического процесса. Приступы возникли в 5—6-летнем возрасте на фоне неврозоподобных и психопатоподобных расстройств. Клиническая картина приступов характеризовалась расстройствами сна, аффективными нарушениями (тревога, страхи), галлюцинаторными, иллюзорными, а у некоторых больных кататоно-гебефренными явлениями. Расстройства восприятия были отрывочны, нестойки, сопровождались страхами. Приступ продолжался от нескольких месяцев до 1—2 лет. У 6 детей течение шизофрении в межприступном периоде приближалось к вялому, у одного — к злокачественному.

До возникновения приступа в интеллектуальном развитии больные не отставали от сверстников. По прошествии приступа у них оставались неврозоподобная и психопатоподобная симптоматика, эмоциональное потускнение.

Из 9 детей, у которых галлюцинации отражались в творчестве, 8 находились в остром психотическом состоянии и выполняли рисунки спонтанно. Один больной был в состоянии выхода из психоза, расстройства восприятия воспроизведены им по нашей просьбе. Творчество этих детей представляет собой не подражание или копирование каких-либо картин, предметов, субъектов, явлений, имеющихся в окружающем мире. Они изображают нереальные образы, которые в действительности не существовали, а появлялись только при расстройствах восприятия. Особенностью данных рисунков является их неповторяемость другими детьми и необычность тематики. Если у здоровых детей тематика отображает реальную жизнь и аналогичные рисунки встречаются у разных детей, то в случаях расстройств восприятия при шизофрении рисунки лишены жизненности и реальности, они своеобразны и индивидуальны.

У Алеши Л., 6 лет 8 месяцев, диагностировано приступообразное течение шизофрении. В возрасте 5 лет 8 месяцев стал говорить, что «видит чудо: из стен выходят огромные зеленые чудовища». Он пугался их, кричал, просил мать обнять его покрепче. На уговоры отвечал, что эти чудовища проходят сквозь мать. Однажды сказал: «Мама, они меня зовут». Галлюцинации продолжались около 7 месяцев, затем исчезли.

В 6 лет 8 месяцев состояние вновь ухудшилось, нарушился сон. Мальчик жаловался на боли во всех частях тела, плохо ел, вновь стал видеть чудовищ. В стационаре рассказал, что одни чудовища появляются при мыслях о них, а другие — сами собой. Их становилось в комнате очень много, все они разные и сделаны, как «из тумана» (рис. 83), чаще всего красного, зеленого, коричневого цвета. Чудовища можно было пройти насквозь или они «проходнли» сквозь человека. В некоторых случаях они были лохматые с горящими глазами, появляясь то изолированно, то вместе с огромной гусеницей и бабой-Ягой в ступе (рис. 84).

После лечения галоперидолом состояние улучшилось, мальчик выписан из больницы. Через 2 месяца поступил повторно. Высказывал суицидальные мысли, говорил, что не хочет жить, «убьет себя и мать». В отделении видел, как «чудовища в виде туч разби-

вались об окна». Их было много, но они не могли влететь в окно (рис. 85). Испытывал страхи: боялся смотреть на буфет, представлял его огромной головой с «глазами-плошками», боялся входной двери, которая казалась ему «одноглазым шпионом». Дома продолжал видеть скелеты, которые входили с балкона и, расправляя лапы, шли на мальчика (рис. 86). Они были не живые, а сделаны, как из картона, плоские, иногда говорили: «О... о...!». Когда мальчик был дома один, то скелеты и чудовища вылезали изо всех щелей.

Во время беседы о галлюцинациях у больного была выражена вегетативная реакция. Лицо становилось бледным, порой оно покрывалось красными пятнами. Иногда в разговоре больной переходил на шепот и говорил: «Хотя я и знал, что эти видения не настоящие, но все равно их очень боялся». Расспрос о расстройствах восприятия всегда приходилось вести осторожно, чтобы лишний раз не травмировать ребенка.

З. А. Косенко (1937), А. Н. Чехова (1953), В. А. Гиляровский (1954), Г. Е. Сухарева (1955) отмечают,

83. Чудовище, сделанное, как из тумана. Алеша Л., 6 лет 8 месяцев.



83

84. Баба-Яга в ступе, огромная гусеница и лохматое чудовище с горящими глазами. Алеша Л., 6 лет 8 месяцев.

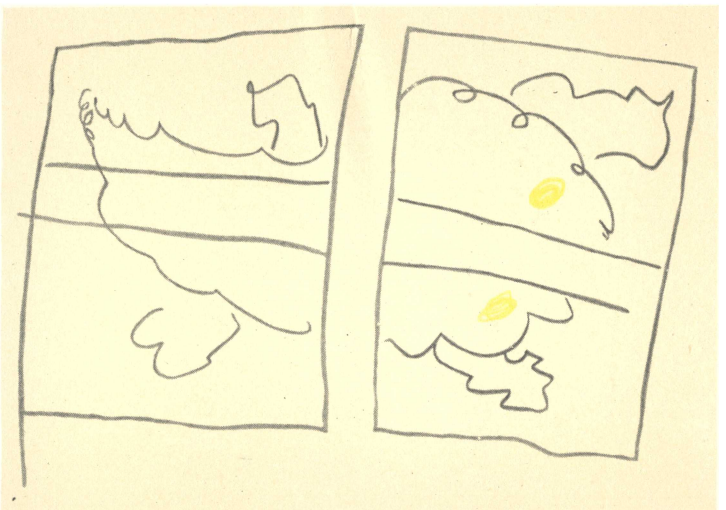


84

что у детей зрительные галлюцинации преобладают над всеми другими видами расстройств восприятия. У Алеши Л. зрительные обманы занимали значительное место в клинической картине, сопровождались страхом и отражались в его творчестве. Одни рисунки (83, 84) выполнены больным спонтанно в остром психотическом состоянии, другие (85, 86) — после выхода из психоза по нашей просьбе (ретроспективные зарисовки).

У Алеши К., 7 лет 9 месяцев (шизофрения, приступообразное течение), доминирующее место в клинике занимали зрительные галлюцинации. Мальчик видел головы людей то в тарелке с пищей, то на стене, то на одеяле, то в рисунке ковра. Головы были разной величины и формы, то изолированные, то человек-головоног, то голова-туловище (рис. 87). Галлюцинация при засыпании: головы на одеяле. Головы были деформированы, имели необычную форму, нос отсутствовал (рис. 88). Кроме того, Алеша К. видел и нарисовал отдельно глаз, а также рот и нос в виде черной точки. В рисунке ковра больной видел страшного человека, которого изобразил под названием

85. Чудовища-тучи. Алеша Л., 6 лет 8 месяцев.



85

86. Скелеты. Алеша Л., 6 лет 8 месяцев.



86

«узор, как человек» (рис. 89). Галлюцинацин на стене: «необычные мальчики» (рис. 90); одни из них белые, другие — черные.

У Виталия О., 7 лет 5 месяцев (шизофрения, шубообразное течение), в возрасте 6 лет нарушился сон. Мальчик часто просыпался среди ночи, требовал зажечь свет, говорил, что боится «волков». Примерно через месяц страхи прошли, сон наладился, но больной стал беспокойным, кричал, бил детей, меньше общался с ними.

В возрасте 6 лет 5 месяцев отдыхал в деревне с бабушкой. Там возобновились ночные страхи. По ночам больной кричал: «Бабушка, там рука!» С ужасом смотрел на окно, не успокаивался, несмотря на уговоры, один не мог спать. Утром рассказывал, как ночью в окно лезла страшная черная рука; казалось, что она хочет задушить его.

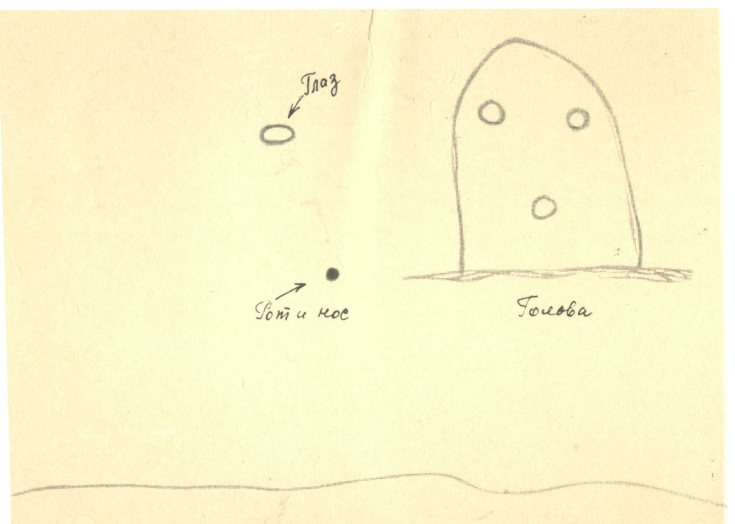
В возрасте 7 лет 2 месяцев вновь увидел руку в коридоре квартиры на стене. Такие галлюцинации возникали изредка. Они отличались больной чувствен-

87. Головы в тарелке с пищей. Алеша К., 7 лет 9 месяцев.



87

88. Голова на одеяле. Алеша К., 7 лет 9 месяцев.



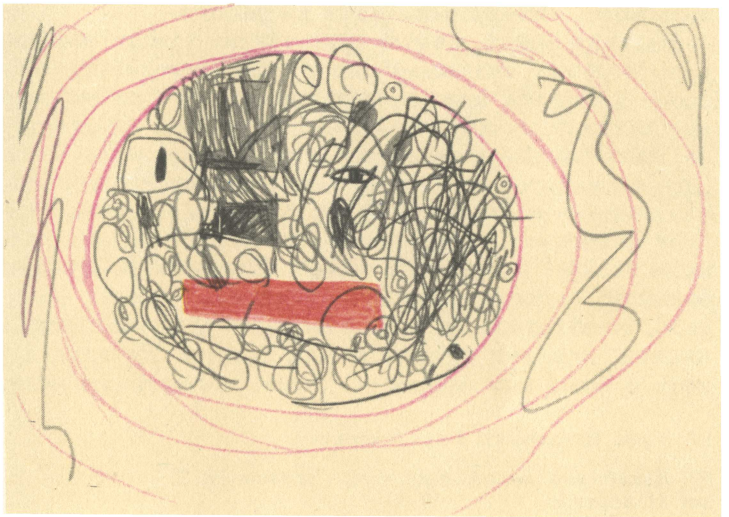
88

ностью, яркостью, проекцией во вне и сопровождались выраженным аффектом страха, по миновании которого больной критически относился к своим переживаниям.

По нашей просьбе мальчик нарисовал свою галлюцинацию — «руку» (рис. 91). Сообщил, что видел ее до локтевого сустава. Рука всегда была черная, страшная, пальцы необычные, каждый своеобразной формы, разного цвета: большой палец светло-коричневый, указательный — синий, средний — красный, безымянный — черный с желтым ногтем, мизинец — темно-коричневый.

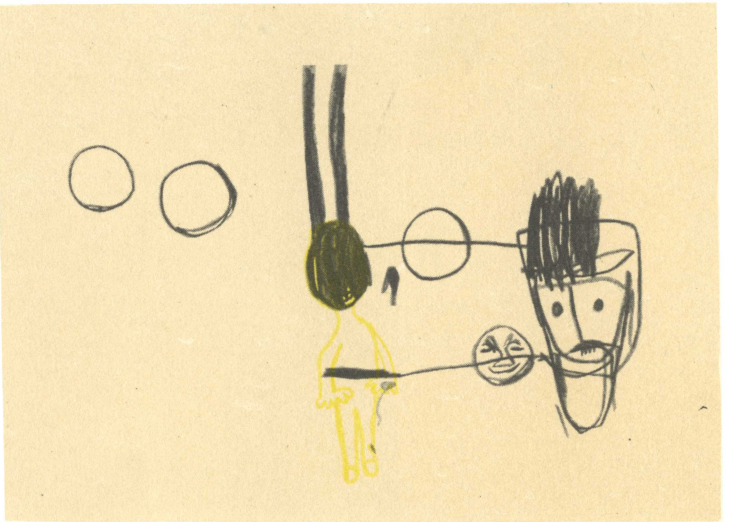
Слуховые галлюцинации также могут отражаться в творчестве больных. Больные изображают на рисунках свои представления о тех субъектах, от которых исходят голоса. Нередко эти представления фантастические или символические. У Аллы Т., хотя галлюцинации и не зарисованы, рисунки в остром периоде существенно отличались от таковых в период ремиссии, когда обманы восприятия исчезли.

89. Узор, как человек. Алеша К., 7 лет 9 месяцев.

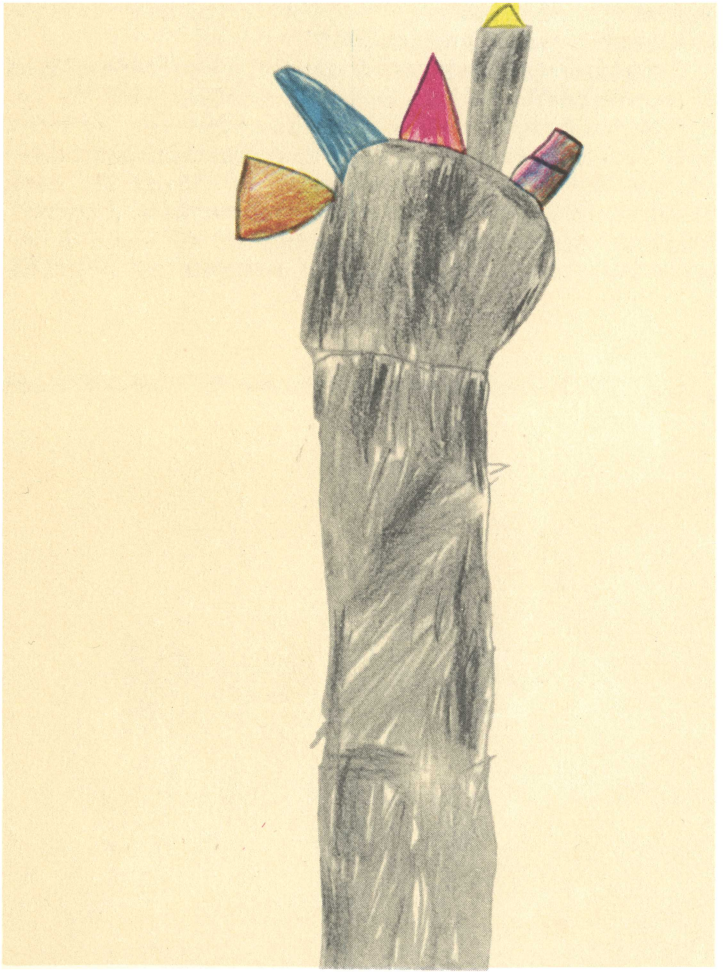


89

90. Необычные мальчики. Алеша К., 7 лет 9 месяцев.



90



91

Содержание рисунков Наташи М., 7 лет 11 месяцев, связано со слуховыми галлюцинациями. С 4-летнего возраста она страдала шизофренией (приступообразное течение). В стационаре при обследовании была растеряна, многоречива, отвлекаема, временами устремляла взгляд в сторону, что-то отгоняла от себя, просила освободить ее от «плохой» девочки. Рассказывала о «невидимках», настолько маленьких, что увидеть их может только внимательный человек или через микроскоп. Считала, что ее могут понять только взрослые или маленькие дети. О «невидимках» старалась рассказать детям. Раздражалась, когда ее невнимательно слушали. Очень много рисовала и охотно комментировала свое творчество. На всех рисунках изображала исключительно «невидимок»: «Невидимки уезжают на дачу» (рис. 92), «Бал у невидимок», «Невидимки идут на работу».

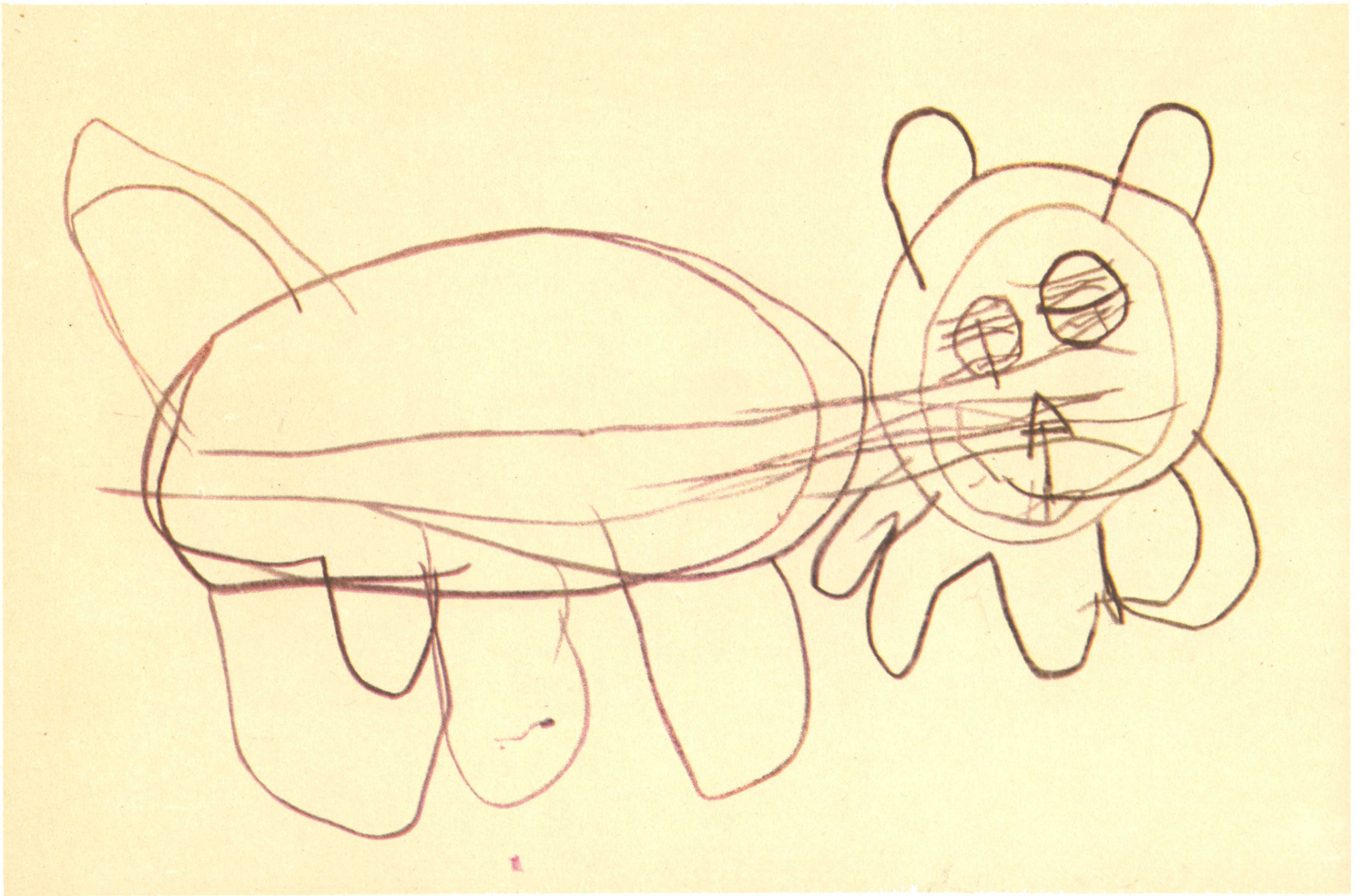
Больная много фантазировала по поводу невидимок, поэтому вначале было трудно определить, что это — фантазии или галлюцинации. Но позже она сообщила педагогу, что «слышит» голоса, исходящие от маленьких человечков, живущих в камушках. Она не видит, но слышит. Отсюда соответствующее название — «невидимки». На прогулке девочка брала и подносила к уху небольшие камни, из которых, по ее словам, слышались голоса. Невидимки поучали больную: «Вести себя нужно хорошо, всегда рисовать. Необходимо делать какие-нибудь «секреты»: часики, колечки из цветов или бумаги. Должна думать о красивых вещах и писать интересные исто-

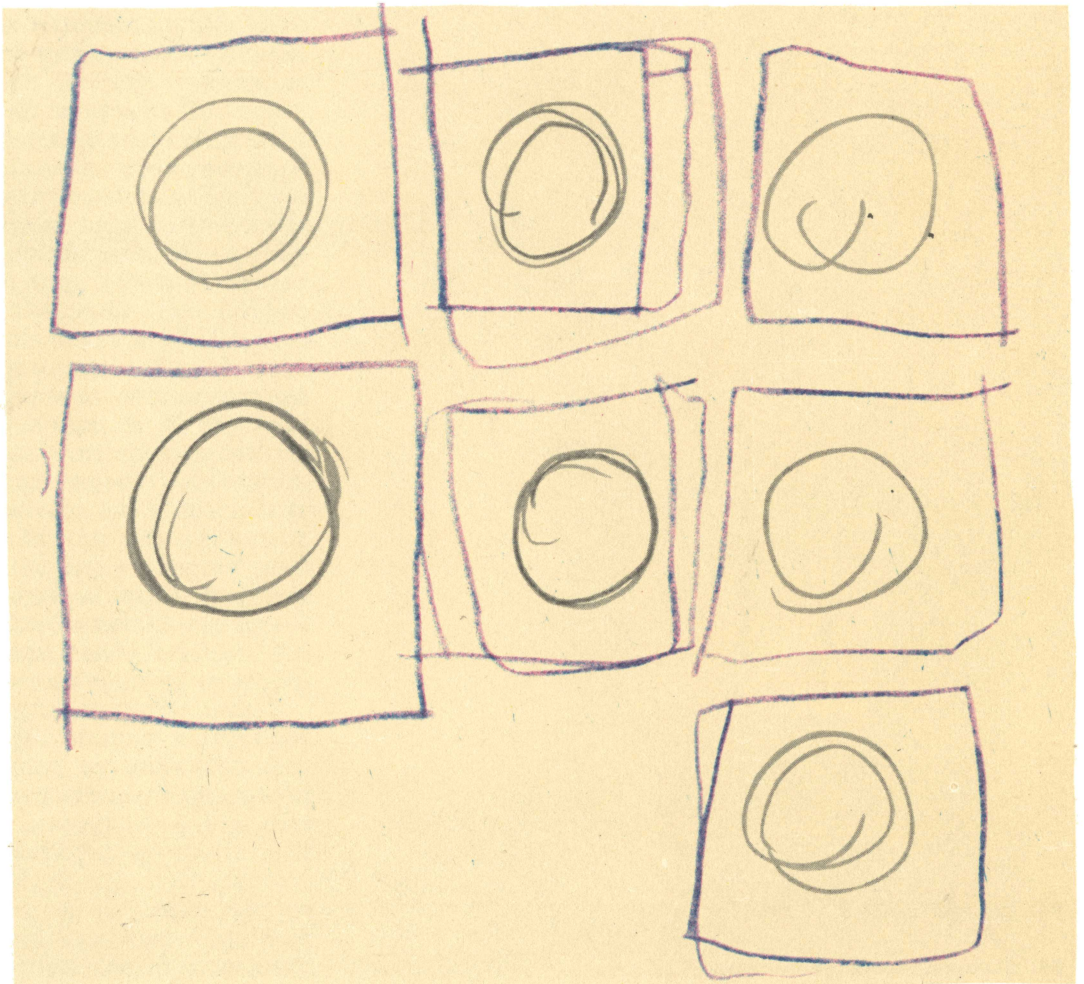
91. Рука. Виталий О., 7 лет 5 месяцев.

92. Невидимки уезжают на дачу. Наташа М., 7 лет 11 месяцев.

92

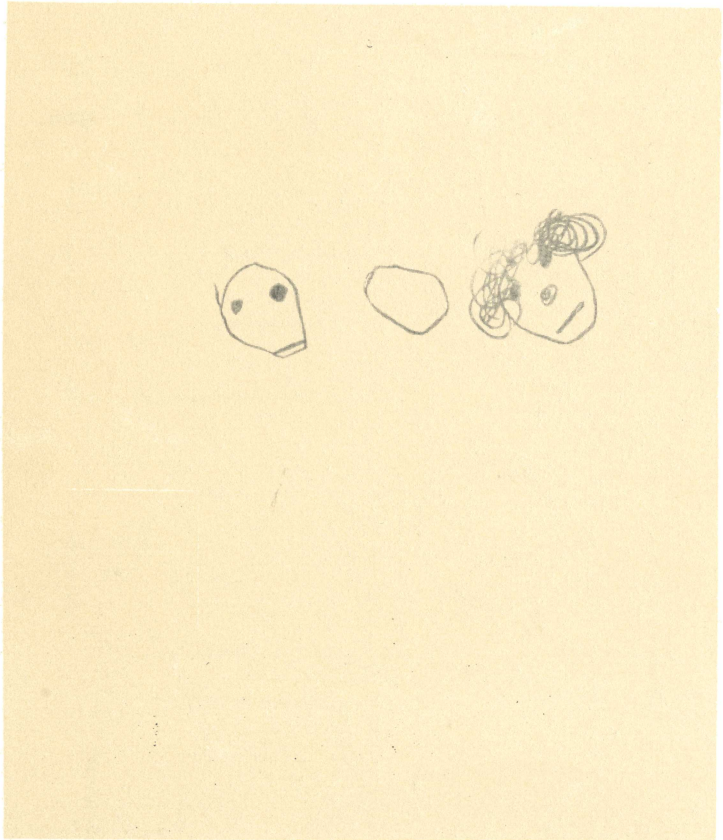

КАК-ТОЛСТИНКИЕ НИВИДИМКИ-УЕЖАЮТ-НА ДАЧУ.
1.
2.
3.
4.
5.
6.
7.
8.
9.
фед-кн-ичля, почему ты не спишь.





93. Котенок. Юра Д., 6 лет 7 месяцев.

94. Квадраты. Юра Д., 6 лет 7 месяцев.



95

95. Девочка. Алла Т., 7 лет.

96. Девочка, домик, речка. Алла Т., 7 лет.

рии». Единственным видом активной деятельности девочки в отделении было рисование. От всех других занятий и прогулок она отказывалась.

Рис. 92 разделен на 9 фрагментов, заключенных в квадратики или кружочки, к каждому из которых больная охотно давала пояснения, отражающие к тому же ее амбивалентность: «1. Мама говорит дочке: «Смотри, на даче не пачкайся!» (дочка и так не пачкается). 2. Одна невидимка говорит другой: «А у нас так не танцуют (она сидит и не танцует). 3. Мама спрашивает маленькую девочку: «Почему ты не спишь?» (она давно спит). 4. Одна невидимка говорит другой: «Давай замораживать эти записи» (разве записи можно замораживать?). 5. Невидимка говорит другой невидимке, находящейся в телевизоре: «В космосе состоит наш план, но это Вы». 6. Одна невидимка говорит другой: «Какой мы сделали красивый дом!» (на самом деле он кривой). 7. Одна невидимка говорит другой: «А разве нужно в кино покупать билеты?» (на самом деле в кино билеты покупают). 8. Одна невидимка говорит другой: «Больно мы расшалились» (они вообще и не шалили). 9. «Алло! Секреты! Очень красивые они, сделаны из стекла» (разве их делают из стекла?)».

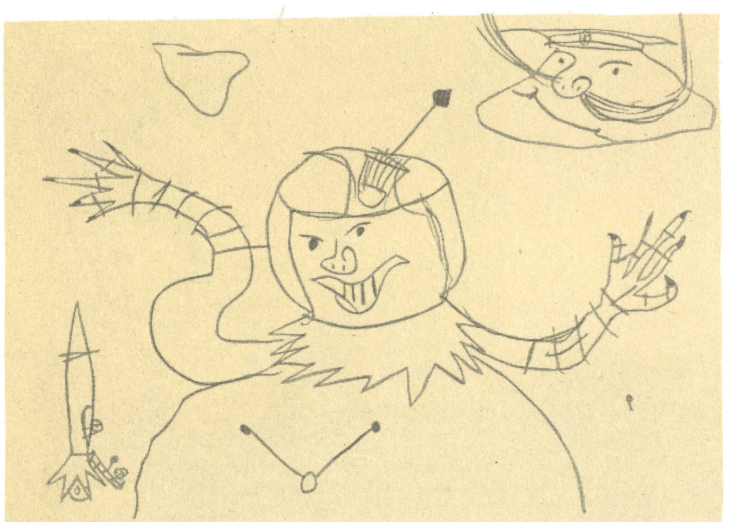
Таким образом, слуховые галлюцинации — голоса невидимок нашли отражение в поведении больной и содержании ее рисунков. В дальнейшем больная перестала слышать голоса и невидимки исчезли из ее творчества. Ведущим психопатологическим синдромом стали бредоподобные фантазии. В рисунках появились принцы, короли, цари с вычурными именами, искаженной формой головы (то в виде сердца, то с зубчатым или срезанным лбом, руками вывернутыми в форме ластов). Тематика этих рисунков



также далека от реальной действительности. Иногда на рисунках отображаются зрительные и слуховые галлюцинации. Примером этого является следующее наблюдение.

Юра Д., 6 лет 7 месяцев, болен шизофренией (приступообразное течение). В возрасте 5 лет 6 месяцев в детском саду воспитатели обратили внимание на то, что мальчик стал рассеянным, возбужденным, говорил: «У автобуса есть глазки, у тарелки тоже». Перед сном водил пальцем по стене и кричал: «Побежал, побежал! Вон олень, тигр!» Через год госпитализирован. В стационаре мальчик был возбужден, бросал

97. Страшный человек. Олег Б., 7 лет 5 месяцев.



97

стулья и игрушки в стену, рвал бумагу, залезал под кровать, плевался, со страхом кричал: «Боюсь!» В другой раз подолгу стоял в углу, что-то шептал, беспричинно улыбался. Однажды сказал, что он «видит» на стене «котенка». В последующие дни избирательно интересовался только игрушкой «котенок», часто пел песню «Черный кот», многократно рисовал своеобразного кота (рис. 93). Больной не хотел возвращаться в палату, упирался, кричал: «Не надо, не надо! Не пойду в палату, боюсь! Там плохие игрушки». Временами становился напряженным, испытывал страх, на глазах появлялись слезы, рисовал на полу квадраты, говорил: «Там (под полом.— *С. Б.*) живут люди, я их слышу». Однако содержание голосов не раскрывал. Рисунки в этот период представляли квадраты, внутри которых были вписаны круги (рис. 94). Объяснения этим рисункам не давал, но многократно их повторял. Зрительные обманы — животные на стене, особенно котенок, зафиксировались в сознании больного и были представлены в серии рисунков, а также в избирательном интересе к игрушке «котенок» и песне «Черный кот». Слуховые обманы отражены в рисунках в форме символических квадратов с кругами.

В двух следующих наблюдениях, хотя галлюцинаторные образы непосредственно не изображались на рисунках, последние резко изменялись. Они становились символическими, редуцированными, однотонными, иногда линии были чуть видны. Рисунки не раскрашивались и никому не были понятными, кроме самого больного. Название их не отражало содержания. Например, вместо человека ребенок несколько раз рисовал только контуры головы, в другой раз изображал без четких контуров фигуры или непонят-

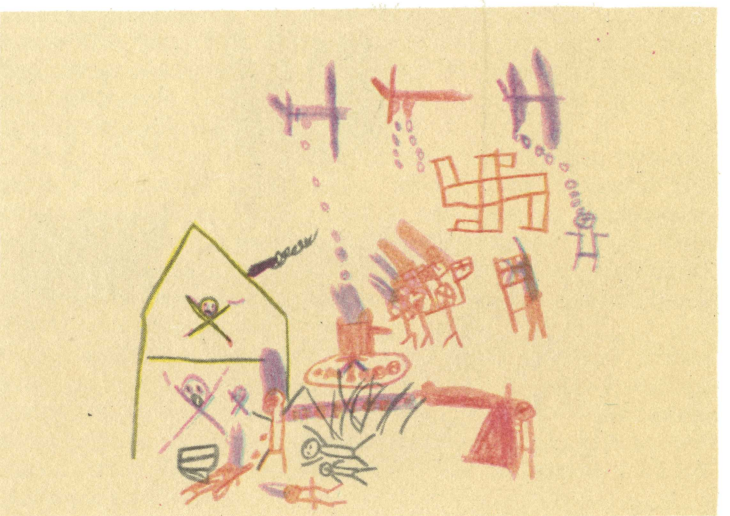
ные линии, хаотично переплетающиеся между собой. Алла Т., 7 лет (шизофрения, вялое течение), на занятиях обычно рисовала один и тот же простой сюжет — девочку, домик, речку. Однажды она вдруг возбудилась, невнятно что-то сказала, посмотрела на стену, топнула ногой и бросила рисовать. После уговоров успокоилась и на вопрос, почему она топнула ногой, сказала, что «прогоняла волка, которого видела на стене». Правда, на рисунке волк не изображен, однако обычный рисунок в этот момент не получился. Алла трижды принималась рисовать, но кроме контуров круга, ничего не могла изобразить. С раздражением бросила рисовать. Рис. 95 незавершен, получились только контуры и голова девочки в изолированном виде, без других частей тела. Голова находится в необычном, наклонном положении. После уговоров, успокоившись, больная вновь стала рисовать. Однако и второй рисунок (рис. 96) выполнен небрежно. Обращают на себя внимание черные, мрачные тона, густая, с твердым нажимом карандаша штриховка. Наряду с этим нарисованы три еле заметных контура головы.

98. Страшное чудовище. Олег Б., 7 лет 5 месяцев.



98

99. Лагерь смерти. Вадим Я., 7 лет 10 месяцев.



99



100

Таким образом, в творчестве некоторых детей, больных шизофренией с галлюцинаторным синдромом, выявляются образы, не связанные с окружающей действительностью. В остром психотическом состоянии рисунки беспредметны, символичны, совершенно непонятны зрителю. В период ремиссии они становятся предметными, но отличаются необычностью тематики и неповторимостью их другими детьми. Они своеобразны и индивидуальны. В рисунках чаще отражаются зрительные обманы (см. рис. 83, 84, 85, 86, 91, 93), иногда слуховые (см. рис. 92).

АГРЕССИВНЫЕ ТЕНДЕНЦИИ

Агрессивные тенденции дети отражают в своем творчестве в виде зарисовок страшных, искаженных людей, уродов, зверей, чудовищ, нападающих или стремящихся напасть на человека и животных.

Олег Б., 7 лет 5 месяцев (шизофрения, приступообразное течение), в психотическом состоянии много рисовал уродов, драконов, разбойников, лодки с пиратами. Говорил, что они нападают на людей и детей, поедают их, сжигают в печи. На рис. 97 изображен урод с агрессивным выражением лица, оскаленными зубами. Поза говорит о готовности к нападению, стремлении кого-то схватить. На голове шлем и антенна, она же на груди. На шее воротник с колючками. Руки с длинными ногтями идут от шеи. Справа в верхнем углу изолированная голова старика уродливой формы с длинными усами, растущими из ноздрей. Слева внизу ракета, из которой выходит человек.

100. «Дом-бандит» нападает на «хороший дом». Миша М., 7 лет.

На рис. 98 того же больного представлено чудовище, проглотившее мальчика. Чудовище страшное, мохнатое, с огромной гривой, длинной шерстью. Внутри него находится мальчик (явление прозрачности). Справа изолированно представлена корона, слева — набросок лица старого человека, у которого длинный нос, очки, усы. После выхода из психоза рисунки стали обычными, тематика их разнообразная. Если во время психоза больной выполнял их простым карандашом и совсем не раскрашивал, то в период ремиссии делал красочными.

Вадим Я., 7 лет 10 месяцев (шизофрения, приступообразное течение), рос дома. Всегда был беспокойным, капризным. С 3 лет стал посещать детский сад, но там плакал, кричал, дрался, убегал из сада. С 5 лет говорил про себя, что он «немец, фашист», всех «убьет». Просил сводить его в кино, посмотреть, как фашисты сжигают детей. Испытывал удовольствие, когда смотрел фильмы про войну. В состоянии возбуждения набрасывался с ножом или палкой. Животных любил и в то же время жестоко мучал. Фантазировал, рассказывал, что есть воинская часть, которой он командует. Другой мальчик служит у него сержантом, а девочка — медицинской сестрой. С 7 лет стал много говорить о «фашистах». Часто обнюхивал пищу, одежду. Любимой игрой стало «все подрывать». Говорил, будто бы у него есть «специальный сейф», в котором он хранит «бомбы-карандаши» и «передатчик», по которому он может передавать все сведения «фашистам».

Во всех рисунках этого больного отражались его агрессивные фантазии: концлагери, где мучают людей, стрельба, бомбежка, победа «фашистов» над русскими. В лагере смерти (рис. 99) «фашисты» стреляют из пушки в русских, убивают их током, бросают в печь, сжигают. На рис. 99 изображены свастика, символ смерти, сверху — самолеты, сбрасывающие бомбы, справа — пушка, из которой фашисты стреляют в людей, слева — печь, где сжигают людей.

Миша М., 7 лет (шизофрения, вялое течение), дома был агрессивно настроен по отношению к родным. В стационаре агрессивных тенденций не наблюдалось, но при ухудшении состояния они выявились в рисунке. Мальчик изобразил «дом-бандит, нападающий ночью на хороший дом» (рис. 100).

ВОЗБУЖДЕНИЕ

В состоянии возбуждения предметы на рисунках обычно заштриховываются сильным нажимом карандаша, преимущественно темного тона (см. рис. 67, 68). Иногда штриховка разных тонов или ярко-красного цвета (см. рис. 69). В других случаях предметное изображение отсутствует (см. рис. 70), все сплошь раскрашивается. Нажим карандаша настолько сильный, что прорывается бумага.

Олег С., 6 лет 7 месяцев (шизофрения, приступообразное течение), ежедневно изображал простой сюжет: дом, себя, отца, мать и две кошки. Однако во время возбуждения рисунки резко изменились. Они приобрели вид путаного клубка нитей или сплошной пачкотни; ввиду чрезмерного нажима карандаша прорывалась бумага.

Валерий Я., 8 лет, во время возбуждения также весь рисунок густо заштриховывал цветными карандашами до такой степени, что он блестел («металлопластика»). В эту штриховку ребенок вкладывал всю свою силу. За 10—15 минут он мог выполнить 10 подобных рисунков.



ГЛАВА V

ОСОБЕННОСТИ РИСУНКОВ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ТИПА ТЕЧЕНИЯ ШИЗОФРЕНИИ

ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЕ ТЕЧЕНИЕ

Злокачественное течение процесса (или так называемые ядерные формы) шизофрении наблюдалось у 27 из 100 обследованных. Сколько-нибудь выраженных ремиссий в этой группе не отмечалось. Наряду с аутизмом, негативизмом, расстроенной игровой деятельностью состояние этих больных характеризовалось выраженным олигофреноподобным дефектом и проявлением регресса в речевой и двигательной сфере (ползание, лазание, прыжки). У одних детей кататонические расстройства в форме возбуждения, импульсивности, негативизма, расстройств речи: частичного или полного мутизма, эхолалии, вербигерации, бессмысленного рифмования были постоянными, у других — возникали только эпизодически. В некоторых случаях картина болезни была еще более полиморфной. В начальном периоде имели место страхи, тревога, напряженность, затем присоединялись гебефренные расстройства, позднее намечались выраженные изменения личности, проявлявшиеся бездеятельностью, эмоциональной тупостью, утратой навыков опрятности, инертностью. Нарушение обычного распорядка вызывало ощущение дискомфорта. У некоторых детей возникала шепотная речь, чаще невнятная.

Большинство детей со злокачественным течением шизофрении не могли спокойно сидеть, выполнять в группе режим, бегали из стороны в сторону или по кругу, хватали все, что попадало в поле зрения, задевали и били детей, ломали игрушки.

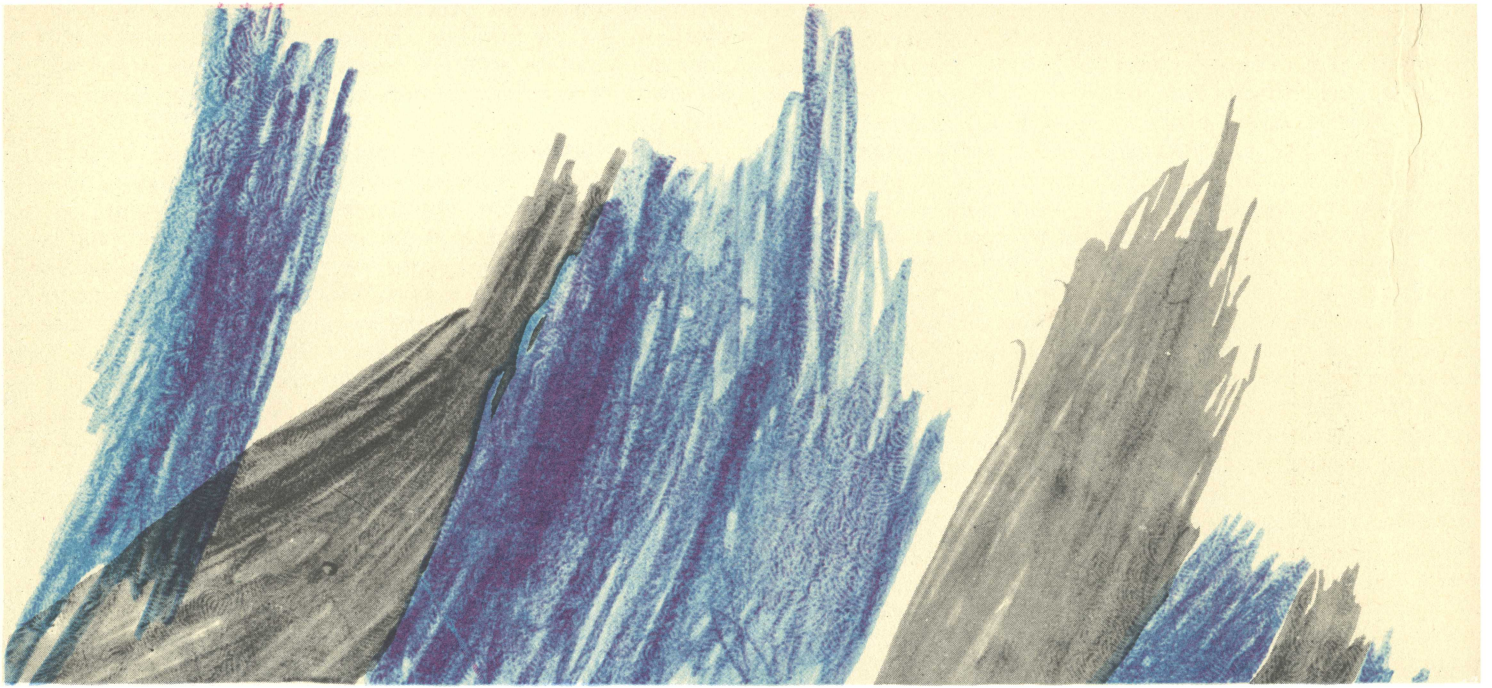
Выражение лица больных индифферентное, безжизненное, пустое или с многочисленными гримасами. Взор их устремлен в окно или в стену. Создается впечатление, что они как бы не слышат того, что от них требуют. Большинство детей, пассивно подчиняясь, приходили на занятия, но не проявляли реакции радости, когда их приглашали. Позы во время рисования своеобразны, вычурны. Дети часто сидели на краю стула, на расстоянии от стола, свесив левую руку вдоль туловища. Больные с кататоническими расстройствами иногда неожиданно вскакивали из-за стола, а затем садились вновь на непродолжительное время.

С больными этой группы мы пытались работать индивидуально. Сосредоточить их внимание представляло большие трудности. Главное, надо было приучить детей сидеть за столом, создав оптимальные условия для общения, окружив теплом и лаской. Только после этого можно было предложить им то, что больше всего их интересовало и через этот интерес переключить на рисование. Любой вид деятельности, в том числе рисование, не доставлял им радости и не вызывал той эмоциональной реакции, которая присуща здоровым детям. Больные не слушали задания, игнорировали его, не просили помочь, не смотрели на образцы, не подражали им, к своей деятельности относились равнодушно.

У 19 детей интерес к рисованию отсутствовал. Вместо того чтобы использовать карандаши по назначению, они играли ими, подбрасывали всю коробку кверху и следили за тем, как они рассыпались, вертели их в пальцах, грызли, обнюхивали, баюкали,

101. Без названия. Боря Ш., 7 лет.

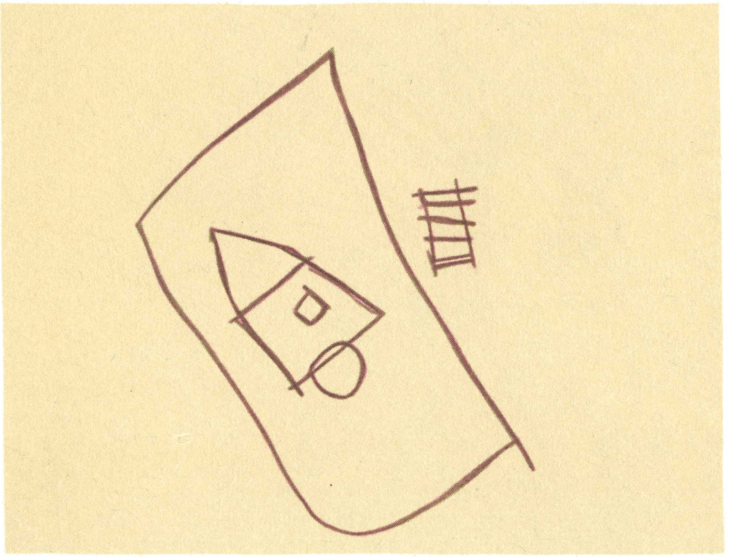
102. Без названия. Алла Л., 4 лет 10 месяцев.



101



103. Домик. Сережа Г., 5 лет 9 месяцев.

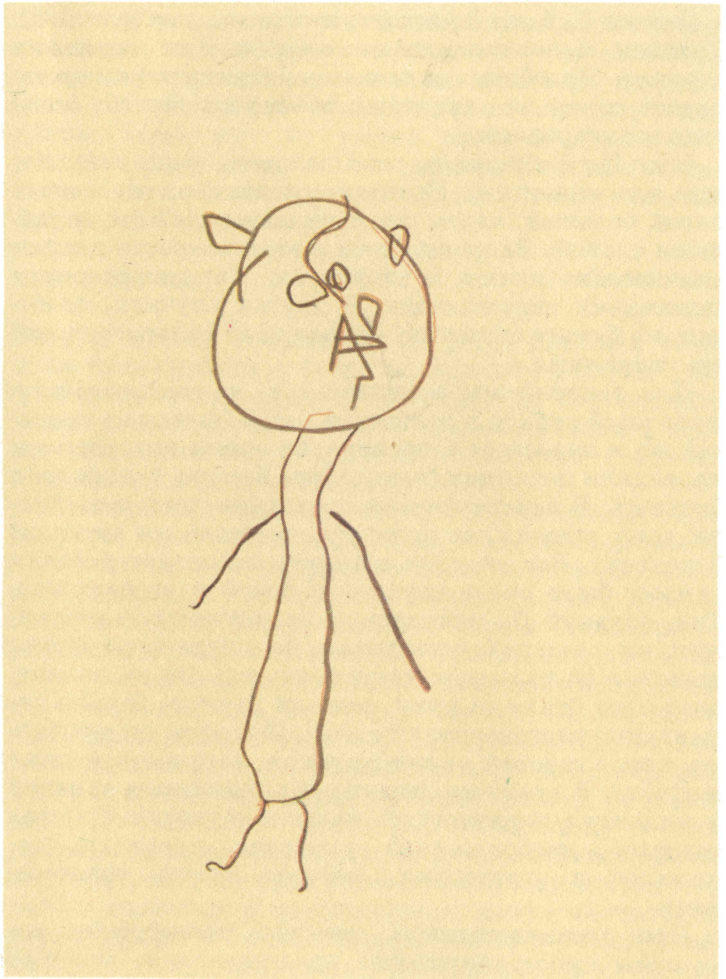


103

как куклу, раскладывали веером на столе, что-то невнятно шептали, закрывали коробку и отодвигали ее в сторону. Из большого количества цветных карандашей они чаще всего выбирали черный или простой, а если брали цветные, то безразлично чертили те же штрихи. Иногда незаточенным концом упорно двигали по бумаге, не глядя на лист, или зажимали в кулак сразу несколько карандашей и чертили, не выражая радости. Тем не менее даже непродолжительные (5—10 минут) занятия с такими больными оказывали на них благоприятное влияние.

Сам по себе факт, что ребенок мог сидеть за столом, был положительным. Даже агрессивно настроенные, возбужденные дети после занятий несколько успокаивались.

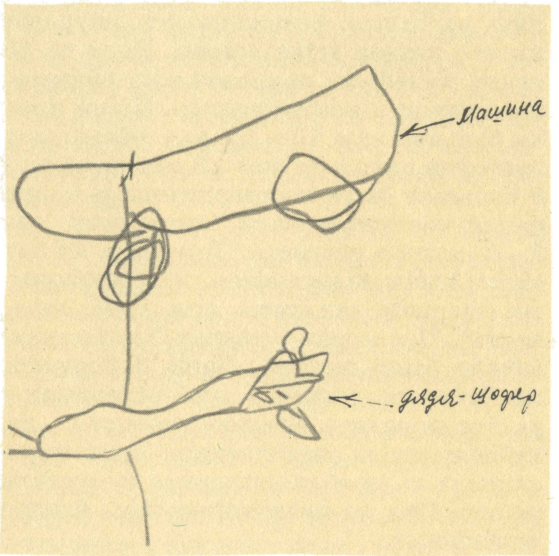
Уровень творчества больных со злокачественным течением был намного ниже, чем у детей с вялым и приступообразным течением болезни. Рисунки преобладающего большинства больных этой группы (19 из 27) представляли собой штрихи, путаные линии в виде петель, крючков, незавершенных кружков, квадратов. В других случаях получалась сплошная пачкотня, линии еле заметные, чуть касающиеся бумаги или, наоборот, штриховка была очень густой (рис. 101). Иногда в состоянии возбуждения нажимы карандаша были настолько сильными, что прорывалась бумага. Встречалось также совмещение штриховых линий с кривыми, переплетающимися между собой, как спутанный клубок нитей (рис. 102). В некоторых случаях линии чередовались то с пиками, то с петлями, напоминающими письмо. Согласно литературным данным и нашим наблюдениям, подобные рисунки могут иметь место в момент становления их и у здоровых детей, но в возрасте 2—3 лет.



104

104. Человек. Олег П., 5 лет 1 месяц.

105. Машина и дядя. Олег П., 5 лет 1 месяц.



105

Остальные 8 детей с меньшей злокачественностью процесса и более сохранным интеллектом (в возрасте от 5 до 8 лет) были способны к элементарному предметному изображению. Дети этой подгруппы в отличие от первой иногда сами подходили к педагогу, подавали руку и, указывая на дверь, говорили, что надо идти заниматься. Порой они не хотели уходить с занятия, но не были достаточно активными и усидчивыми. Например, больной сам мог изобразить кошку, утку, но постоянно просил нарисовать их, вкладывая педагогу в руку карандаш. Уговоры не действовали, лишь повелительный тон помогал заставить его рисовать. Другая больная ничего не могла изобразить по замыслу, а срисовывала картинки только из одной книги — букваря. «Копии» получались настолько искаженными, изуродованными, что ничего нельзя было понять. Дети не допускали внесения малейших поправок в их рисунок, реагируя на это криком и возбуждением. После просмотра рисунка больной еще 10—15 раз обращался к педагогу, повторяя одно и то же: «Я нарисовал». Рисунки этих 8 больных были несовершенны и по технике выполнения соответствовали творчеству здоровых детей 2—3-летнего возраста. Тематика их ограничивалась отдельными примитивно изображаемыми предметами (шарики, квадраты, дом, гриб, елка, машина, человек). Некоторые рисунки без комментариев невозможно было понять. Лишь 3 больных схематично изображали человека или животных. Рисунки характеризовались незавершенностью, диспропорцией, небрежностью выполнения, односторонней направленностью, приближающейся к стереотипному повторению. Они не раскрашивались, были тусклые, безжизненные.

Сережа Г., 5 лет 9 месяцев, изобразил дом (рис. 103). Техника выполнения очень низкая. Дом нарисован в рамке. Подобное заключение рисунка в рамку является одной из характерных черт творчества больных шизофренией.

Олег П., 5 лет, нарисовал человека (рис. 104). Линии еле заметные. Имеется диспропорция: голова очень большая, черты лица смазаны, нажим карандаша слабый. Здоровые дети в этом возрасте рисуют значительно лучше, и творчество их доступно для понимания окружающих. В других случаях, наоборот, на бумаге оставались канавки от сильного нажима карандаша.

Для занятий мы использовали не только благоприятный период в состоянии детей (выход из психоза), но и подострое состояние, во время которого мы проводили психотерапевтические беседы, успокаивая больных. В психотическом состоянии дети выполняли лишь штрихи, но даже это помогало им вступать в контакт. Без рисунка вступить в контакт ребенку самому было очень трудно, а порой и невозможно. Так, больной Д., находясь в психотическом состоянии, ни с кем не разговаривал, но с педагогом охотно выходил из палаты и чертил штрихи. Он радовался, когда его брали за руку, сажали за стол, давали карандаши, разговаривали с ним. При этом он улыбался, кивал головой в знак согласия, хотя и продолжал молчать. В процессе лечения и ежедневных занятий у мальчика уменьшились явления мутизма. Он стал говорить, изображал на рисунках предметы, занимался с игрушками, смотрел книги, телепередачи.

При злокачественном течении шизофрении нарушены пространственные представления, поэтому

предметы на рисунке оказываются не на своем месте, например «дядя-шофер» изображен вне машины, в горизонтальном положении, не похож на человека (рис. 105). Подобные рисунки без объяснений непонятны. Такие дети не умеют правильно рисовать, в основе их предметного изображения обычно лежат искаженной формы элементарные геометрические фигуры.

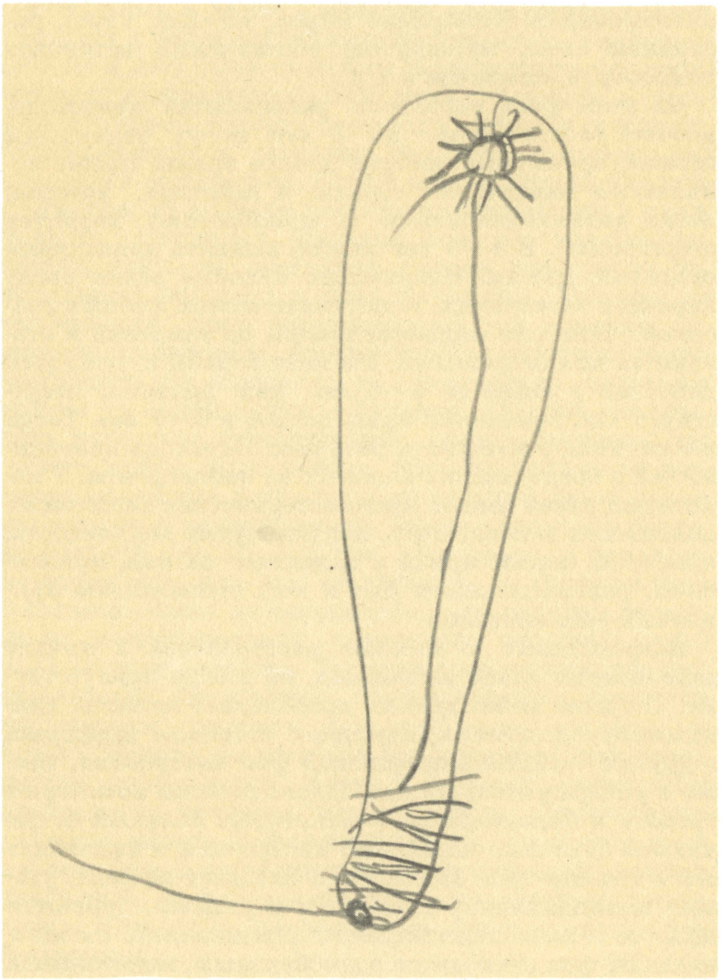
ВЯЛОЕ ТЕЧЕНИЕ

Вторую группу составляют 35 детей с вялым течением шизофрении и более сохранной личностью по сравнению с больными первой группы. Заболевание у них характеризуется постепенным началом и медленным развитием, выраженного дефекта у них не отмечается, а обострения стерты.

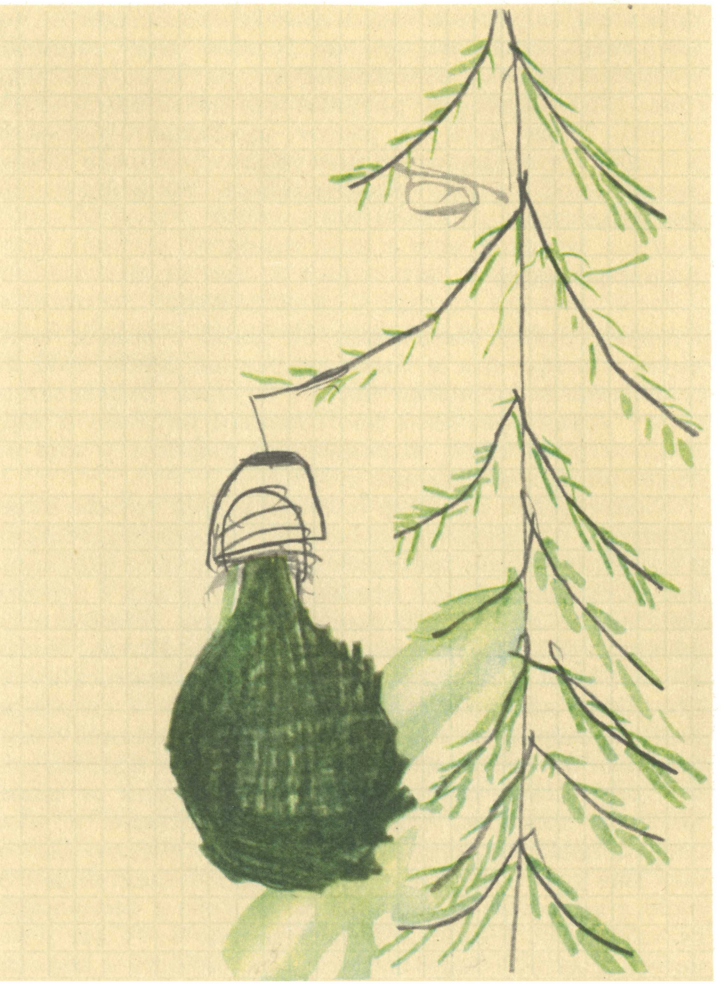
Клиническая картина болезни в этой группе определяется психопатоподобными, неврозоподобными и аутистическими расстройствами. Начало заболевания установить почти невозможно, так как с первых месяцев жизни можно выявить черты искаженного развития и сомато-вегетативные расстройства. После 1—2-го года жизни начинают обнаруживаться аутистические явления, отсутствие интереса к сверстникам, своеобразные игры, нередко протекающие с элементами патологических влечений. Дети используют в играх мелкие игрушки, провода, детали от механизмов, железки, стеклышки, проявляют к ним сверхценный интерес, придают символическое значение. Вне узких интересов имеет место бездеятельность либо с вялостью и пассивностью, либо с бесцельной суетливостью и беспокойством. После 3—4 лет у некоторых детей обнаруживается склонность к коллекционированию (собирание марок, камней, карт), рисованию схем, маршрутов, обозначений остановок транспорта, лампочек и т. д.

На этом фоне исподволь развиваются неврозоподобные расстройства. До 3 лет могут отмечаться страхи, преимущественно в ночное время. Позже появляются навязчивые страхи и действия, которые легко автоматизируются и приобретают характер стереотипий. В 4—5 лет можно выявить навязчивые опасения, мысли. Навязчивые явления редко носят характер застывших, монотематических фобий и опасений. Чаще они видоизменяются по тематике и становятся полиморфными. Элемент борьбы и чуждости действий у детей до 4—6 лет, как правило, отсутствует. Он появляется лишь позже, в 6—7 лет. Тогда же начинают возникать ритуалы. Перехода навязчивостей в бред у наших больных не наблюдается. У некоторых детей имеют место истерические симптомы: склонность к показному, подчеркнутая капризность, приступы плача, крика с падением на пол, кривлянием, разбрасыванием рук и ног, стремлением привлечь к себе внимание.

Аффективные и волевые расстройства в начале заболевания слабо выражены, но всегда присутствуют. В одних наблюдениях преобладает вялость, адинамия, субдепрессия, нередко с оттенком дисфории, в других — гипоманиакальный фон настроения, также с раздражительностью. Периодически возникают тревога и беспокойство. У некоторых больных встречаются суточные колебания настроения и изменение его в течение дня. Постепенно бледнеет аффект, угасает эмоциональное отношение к родным, теряются яркость и непосредственность переживаний. Эмоциональный фон становится однообразным, монотонным,



106



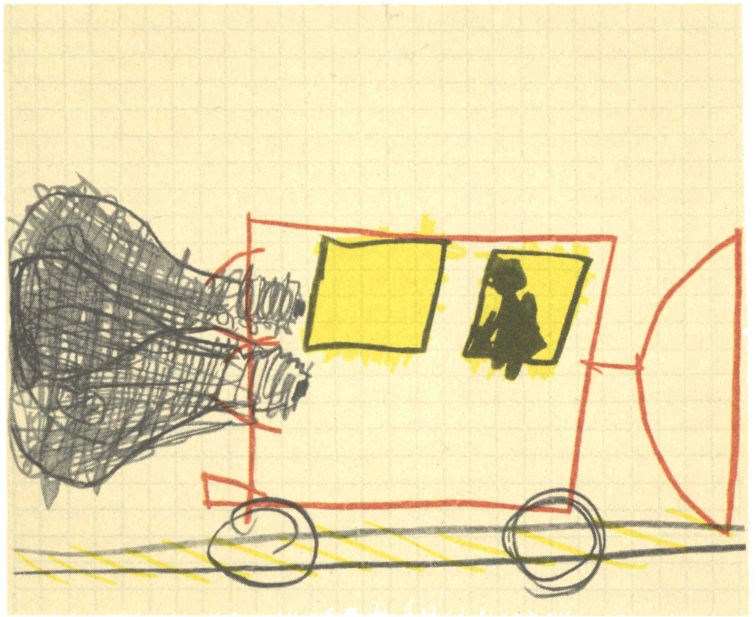
107

106. Лампочка. Павлик Н.. 4 года.

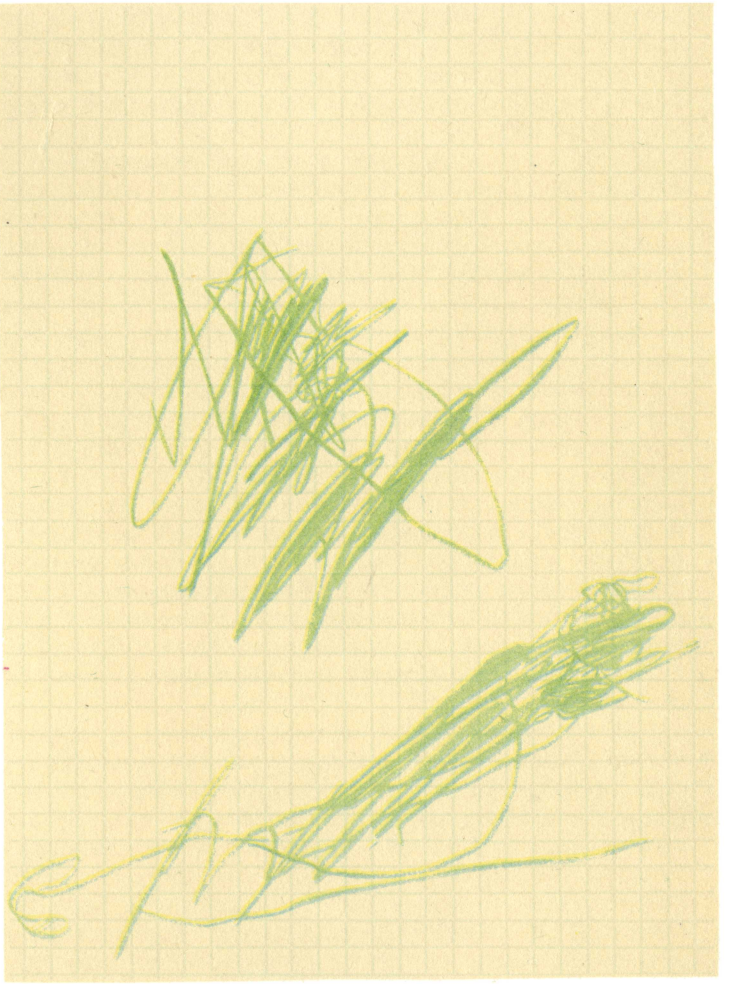
107. Лампочка на елке. Павлик Н., 5 лет.

108. Паровоз. Павлик Н., 6 лет.

109. Лампочки. Павлик Н., 6 лет.



108



109

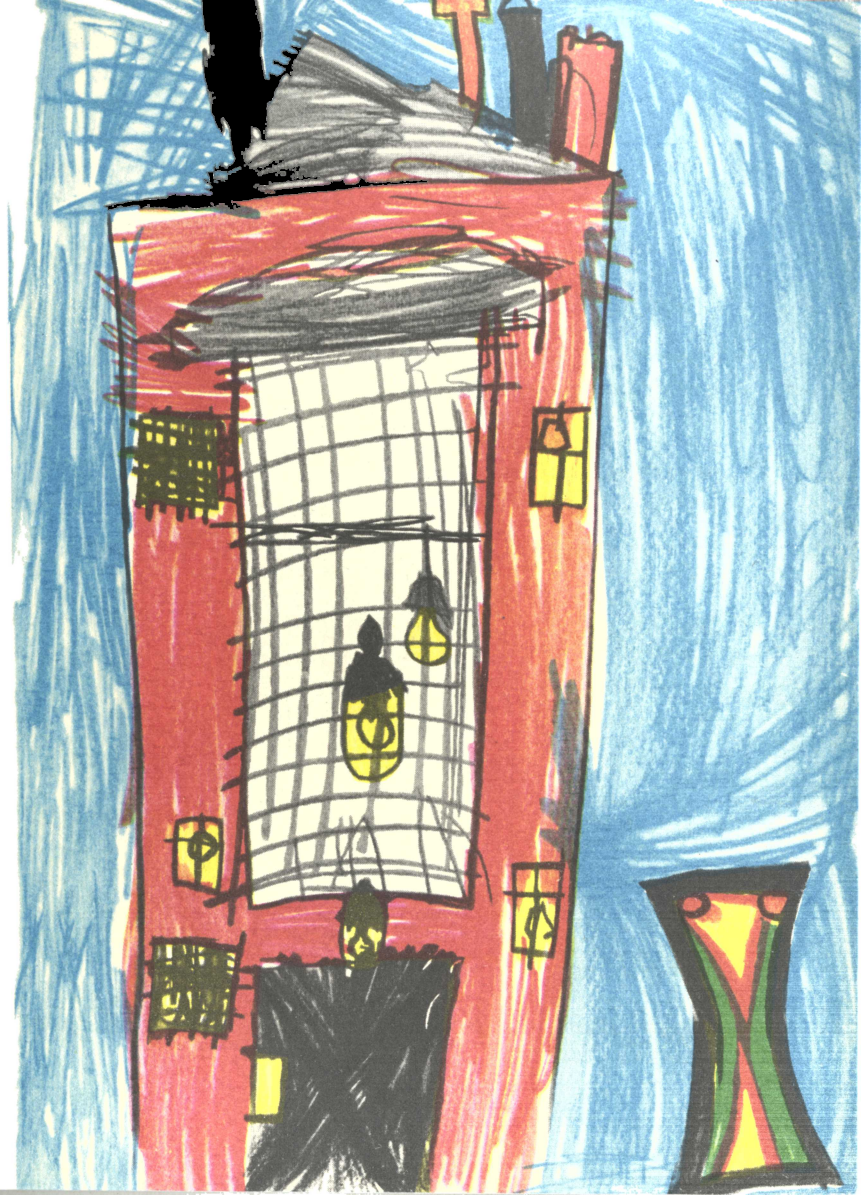
ригидным. Не возникают естественные живые реакции на родных и сверстников. Нередко с этим сосуществует инфантильная привязанность к одному или, реже, нескольким родственникам с полной зависимостью от них.

После 3 лет нарастают и психопатоподобные расстройства. Появляются аффективная лабильность, склонность к вспышкам возбуждения, агрессивная направленность в отношении сверстников и родных, грубость и непонятное для окружающих упрямство. Возникают агрессивные и садистские стремления, влечение к грязному, дурно пахнущему, огню и поеданию несъедобного. Между психопатоподобными и неврозоподобными расстройствами трудно провести границу. У большинства больных второй группы присутствуют оба вида расстройств и лишь в зависимости от преобладания тех или других можно проводить относительное деление больных на эти две подгруппы. Полиморфизм клинической картины, нарастание указанных расстройств, постепенное углубление аутизма позволяют дифференцировать случаи шизофрении от невроза навязчивых состояний и конституциональной шизоидной психопатии. Длительное наблюдение за больными подтверждает диагностику шизофрении.

Деятельность детей с вялым течением шизофренического процесса постепенно становится односторонней, приобретая черты патологического влечения. Игры однообразные, участниками их являются какие-то фантастические существа, а не сверстники. Дети не проявляют интереса к сказкам, игрушкам, сверстникам, со временем становятся еще более пассивными и замкнутыми. Однако прогностически, а также в плане обучения и социальной адаптации больные этой группы более благоприятны, чем больные со злокачественным течением шизофрении.

Художественная продукция детей, больных вяло текущей шизофренией, была неоднородна. Лишь у 4 из 35 детей рисунки мало чем отличались от творчества здоровых детей. Они раскрашивались, были понятны всем, тематика их отражала окружающую действительность: пейзажи, люди, животные, поезда, танки, самолеты и т. д. Из 35 детей 15 не проявляли интереса к рисованию, пассивно относились к художественному творчеству. Правда, большинство из них просили взять на занятие, показать, как надо рисовать, но на этом все заканчивалось. В лучшем случае они выполняли 1—2 примитивных рисунка и уходили с занятия. Рисунки их были технически слабые, тематика простая не по возрасту: кружочки, линии, подражание письму, примитивные предметы. По собственному замыслу они не могли ничего изобразить. Обнаруживалась диссоциация между высказываниями больных о рисовании и реализацией их желаний. Желания их были только на словах и не претворялись в действительность. Алиса М. приговаривала: «Какой прекрасный дом я нарисую!», «Какой прекрасный цветок нарисую!», а в действительности изображала очень примитивные фигуры. Игорь Р. говорил: «Ведь прежде чем рисовать, надо подумать». Мальчик много говорил, но мало что делал. Резонерство, пустое рассуждательство мешало ему действовать. Отсутствовала свойственная этому возрасту непосредственность.

Некоторые дети вкладывали карандаш педагогу в руки и просили ее рисовать, оставаясь пассивными наблюдателями. Они даже не пытались воспроизвести образец.



110. Железнодорожная будка ночью. Павлик Н., 6 лет 9 месяцев.

У 5 больных рисунки были совершенно непонятны для окружающих. Они представляли собой сочетание бесформенных фигур, линий, кругов, квадратов. Нагромождение, наслоение и незавершенность характеризовали творчество этих детей, хотя последние и вкладывали в него определенный смысл. Каждый рисунок был своеобразен.

У 9 детей отмечалось избирательное патологическое влечение в творчестве к каким-то определенным предметам. Эти больные были поглощены выполнением только «своих» рисунков. Одни (7) были с чрезмерно подвижной моторикой, многоречивые, трудно переключаемые на другие занятия и рисование по заданию. Они показывали свою продукцию взрослым, при этом возбуждались, спрашивали оценки и, не



111

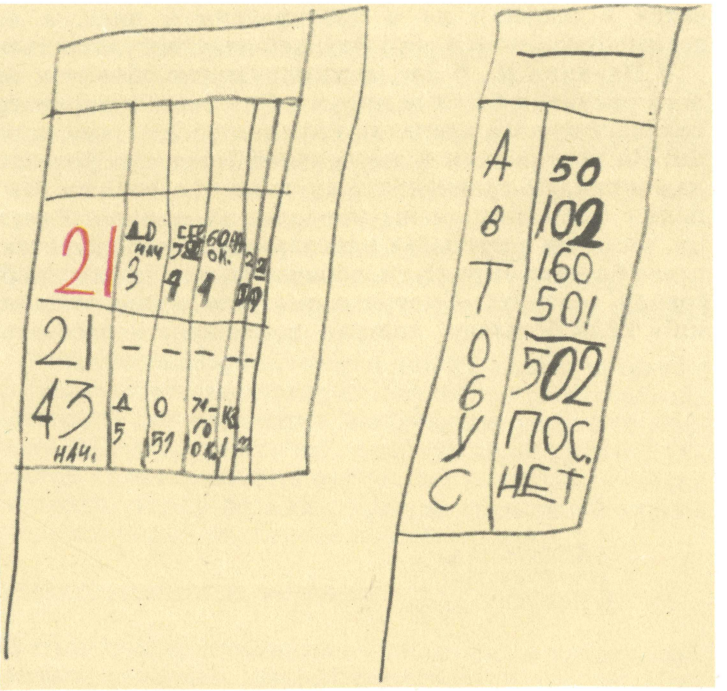


112

дождавшись ответа, продолжали рисовать. За одно занятие они могли заполнить весь альбом. Некоторые из этих больных выполняли рисунки схематично, как бы наспех, нередко оставляя их незавершенными, изобразив лишь контуры предметов без раскрашивания. Остальные 2 больных были молчаливы, медлительны, сами вопросов не задавали, а если к ним обращались, то отвечали неохотно. У них не было той открытости и бравирования своими рисунками, какая отмечалась у предыдущих 7 больных.

Одностороннюю тематику в рисунках составляли выдуманные фантастические звери, птицы, драконы, человеко-птицы, страшилы, машины собственной конструкции, схемы шоссейных, железных дорог и метрополитена, обозначения остановок транспорта, списки больных и персонала, настольные лампы, электролампы. От этих 9 детей получено 1090 рисунков, т. е. 62,6% всей художественной продукции больных с вялым течением шизофрении. Некоторые из них в названии рисунков употребляли неологизмы (например, «Веритины» — желтые птицы, у которых правая нога длиннее левой, «Алпета» — лось, который вешает рога на пеньки), называли изображенные предметы именами людей (например, лампочка Эльзы Павловны). Дети выдумывали необычные машины (турбореактивные, гоночные, бронетакси, поливальные) и рисовали их длительное время. В рисунках отражались также фантазии больных. Отдельные больные вырезали выполненные ими рисунки и часами играли в них, что-то тихо нашептывая.

Дети второй группы способны к предметному изображению. В творчестве некоторых из них ставится проблема композиции. Излюбленные предметы вно-



113

111. Церкви. Павлик Н., 9 лет.

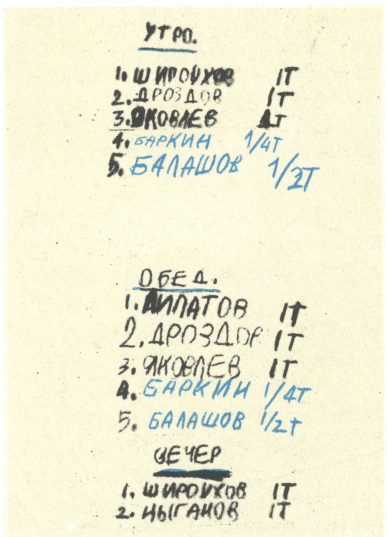
112. Схема метрополитена. Гриша С., 5 лет 10 месяцев.

113. Обозначение остановок автобусов. Гриша С., 5 лет 10 месяцев.

ся́тся в рисунки не в изолированном виде, а во взаимоотношении с окружающей действительностью.

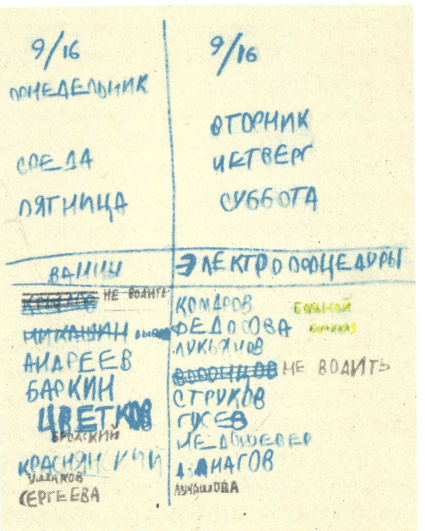
У Павлика Н., 6 лет, доминирующим объектом во всех рисунках были лампочки. Они носили характер патологического влечения начиная со 2-го года жизни. На протяжении 4 лет больной все время рисовал лампочки. По сравнению с другими предметами лампочки были выполнены наиболее тщательно. Рисуя их, мальчик испытывал удовольствие. Возбуждается, глаза блестят от радости, обращаясь к педагогу и персоналу, говорит: «Смотрите, смотрите, какие лампочки!» Если больного лишали возможности рисовать, он из бумажек, тряпок, пластилина делал «лампочки», не расставаясь с ними во время сна и еды.

На рис. 106 лампочка изображена в изолированном виде, когда больному было 4 года. В возрасте 5 лет огромная лампочка одиноко «украшала» елку (рис. 107). В 6 лет (рис. 108) представлен паровоз. В передней части его две огромные лампы, сзади во всю ширину паровоза большая фара. В окнах, закрашенных желтым цветом, виден свет. Хорошо выписаны контуры ламп, видны их детали, а сам паровоз выполнен схематично в виде квадрата. На всех рисунках, кроме первого, лампочки изображены во



114

114. Назначение лекарств больным. Гриша С., 5 лет 10 месяцев.



115

115. Назначение физиопроцедур больным. Гриша С., 5 лет 10 месяцев.

взаимосвязи с окружающими предметами. С ухудшением соматического состояния (во время гриппа) вместо любимых лампочек появились штрихи, которые мальчик также называл «лампочками» (рис. 109). Этот рисунок напоминал рисунки детей со злокачественным течением процесса.

Рис. 110 выполнен в возрасте 6 лет 9 месяцев. В одноэтажной будке размещено 8 лампочек, рядом в виде геометрической фигуры изображен «козлик», у которого, по словам больного, вместо глаз горят «фонарики».

При обследовании в возрасте 9 лет чувствовал себя вполне удовлетворительно, учился по программе массовой школы индивидуально. Однако лампочки продолжал рисовать, включал их в рисунки разного сюжета. Прослушав пластинку «Колокола», тут же изобразил 5 церквей (рис. 111) и внутри одной из них лампочку.

Вова М., 6 лет, изо дня в день по нескольку часов рисовал только настольные лампы, тщательно изображая шнур, розетку, вилку. Иногда рисовал их в необычных местах: на стенах, крышах домов, причем по величине они значительно превышали размеры дома.

Гриша С., 5 лет 10 месяцев, был увлечен то рисованием схем метрополитена (рис. 112), то обозначением остановок автобусов, их номеров и интервалов времени, через которые они следуют (рис. 113). Аналогичными рисунками он заполнял целые альбомы, ему всегда не хватало бумаги. Рисовал быстро, настолько был увлечен этим занятием, что просиживал часами, отказываясь от всего другого. При этом был многоречив, возбужден. В отделении, увидев на столе графики дежурств персонала, списки больных с назначением лекарственных препаратов, физиотерапевтических процедур, температурных листов, мальчик продолжительное время рисовал их (рис. 114, 115). Обращала на себя внимание необычность тематики, не свойственная здоровым детям.

В рисунках детей второй группы отражались различные психопатологические проявления: агрессия — у 6, страхи — у 3, галлюцинации — у 2 детей. Встречались также аутистические фантазии (см. рис. 52), символика и другие отклонения, свойственные больным шизофренией.

Таким образом, творчество детей с вялым течением шизофрении характеризуется относительной стабильностью. В соответствии с медленным течением процесса не наблюдается таких резких колебаний и контрастов художественной продукции у одного и того же больного, как у больных третьей группы. Исключение составляют отдельные наблюдения.

ПРИСТУПООБРАЗНОЕ ТЕЧЕНИЕ

Третью группу составляют 38 больных с приступообразным течением шизофренического процесса. Клиническая картина у них отличается большим разнообразием и полиморфизмом. Динамика заболевания включает острые психотические приступы и ремиссии разного качества. Соответственно этому темп формирования дефекта личности неодинаков, тем более, что в периоды ремиссий возрастное развитие продолжается. Возникновение первых приступов болезни нередко совпадает либо с одним из возрастных кризов, либо сомато- и психогениями. В отдельных случаях имеют место приступы со сдвоенными фазами, чаще отмечаются приступы, в которых преобла-

дает монополярный аффект. У наших больных наблюдались три основных типа приступов. Первый тип характеризуется психопатоподобными, неврозоподобными и аффективными расстройствами. В этих приступах нередки стертые кататонические явления и синдром неодолимых влечений.

При втором варианте психотических приступов наблюдаются галлюцинации, бредовые нарушения, бредоподобные фантазии. Дети фантазируют о нереальных существах или создают излюбленные сказочные ситуации. Персонажей своих фантазий они называют вычурными именами. Иногда фантазии сопровождаются устрашающими галлюцинациями. Беспредметные страхи нередко облекаются в образные представления.

Бредовые расстройства у детей по содержанию довольно ограничены и исчерпываются преимущественно идеями отношения, отравления и преследования. Все бредовые расстройства характеризуются крайней отрывочностью, нестойкостью, проявляются в виде какой-либо одной идеи. Не отмечается склонности к систематизации и разработке бредовых идей.

Третий тип объединяет приступы с кататоническими, кататоно-гебефренными, кататоно-галлюцинаторными и кататоно-депрессивными расстройствами. Во всех этих случаях преобладают различные кататонические симптомы: двигательное возбуждение с импульсивностью, напряженностью, негативизмом, недоступностью, мутизмом, чаще неполным. Чем выраженнее кататонические явления, тем менее отчетливы другие нарушения.

Кататоническим, бредовым и галлюцинаторным расстройствам в приступах нередко предшествует период болезни со стертыми неврозоподобными и психопатоподобными явлениями. Длительность приступов от нескольких месяцев до 1—2 лет и более. У некоторых детей приступы возникают повторно.

У всех больных наблюдаются аффективные расстройства то с характером тревоги, опасения, то в форме субдепрессии или гипоманиакального состояния. Депрессивное настроение нередко сочетается с идеаторными проявлениями — самопорицанием, требованием наказания себя: «Так мне и надо». Иногда имеют место нестойкие идеи преследования: «Девочка меня убьет». У других детей настроение повышенное с переоценкой личности: «Я сильная, я большая». На высоте обострения встречается отказ от пищи, игровая деятельность становится невозможной, утрачиваются навыки опрятности.

Становление ремиссии постепенное, растянутое на месяцы. С улучшением состояния острые симптомы болезни угасают. Оказывается возможным переключить детей на организованную деятельность в коллективе, индивидуальные занятия, игры. Иногда в период ремиссии можно отметить возрастное развитие. В то же время в клинической картине остаются те или иные явления, возникшие при психотическом состоянии. Некоторые из них сохраняются как симптомы дефекта. В ремиссии отмечаются углубление аутистических явлений, невыраженные психопатоподобные расстройства, аффективная неустойчивость, периодически оживляющиеся навязчивости. У больных с отчетливой кататонической симптоматикой в межприступном периоде остаются резидуальные кататонические расстройства в форме двигательных стереотипий. По выходе из приступа нередко сохраняются вычурные интересы, аутистические игры с патологическими влечениями.

У 7 наших больных течение болезни приближалось к непрерывной злокачественной шизофрении. В ремиссии была особо выражена апатико-абулическая симптоматика, побуждения слабы, отсутствовал интерес к играм и занятиям, постепенно формировался дефект с диссоциированной задержкой развития, в поведении отмечались регрессивные черты.

Больные, у которых в приступах были выражены неврозоподобные, психопатоподобные и аффективные расстройства, а кататонические явления стерты, по выходе из приступов, в ремиссии продолжали посещать детский сад. Некоторые из них начали обучаться в массовой школе, но оставались эгоистичными, вялыми, нуждались в побуждении к играм. У большинства этих детей нет стремления к сверстникам. Процесс обучения их затруднен из-за вялости, пассивности, а иногда наличия однообразных и вычурных интересов.

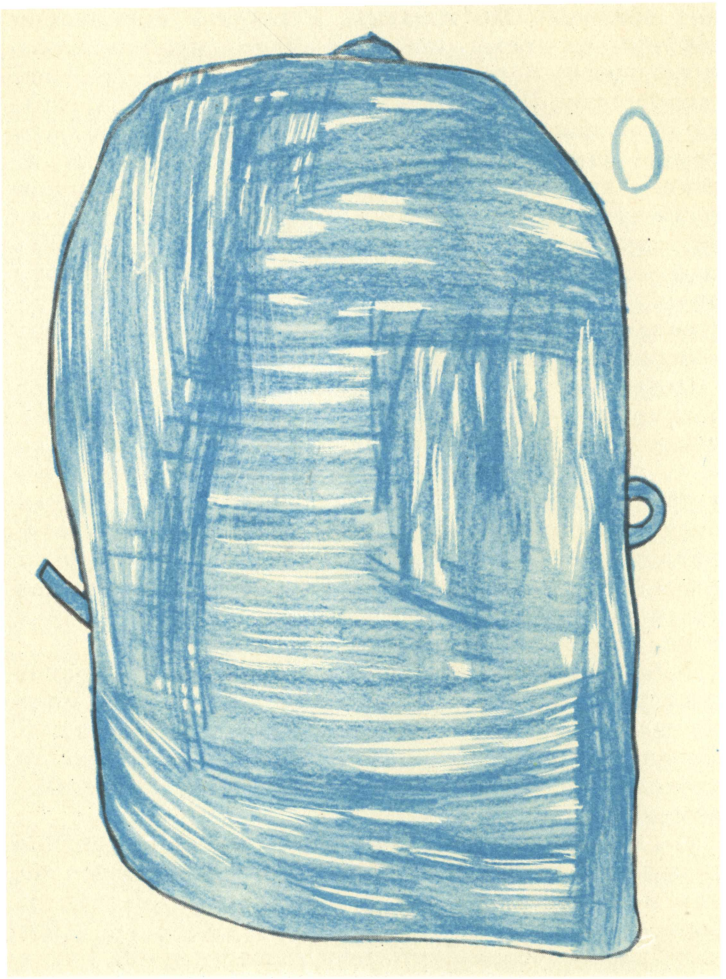
На рисунках детей с приступообразным течением шизофрении по сравнению с двумя предыдущими группами отражались более сложные психопатологические феномены. Ярче были представлены символика, аффективные колебания, изменения психического состояния. Творчество характеризовалось динамичностью. Рисунки изменялись в зависимости от состояния больного (психоз или ремиссия). Тематика их была значительно богаче и разнообразнее, чем у детей с вялым течением.

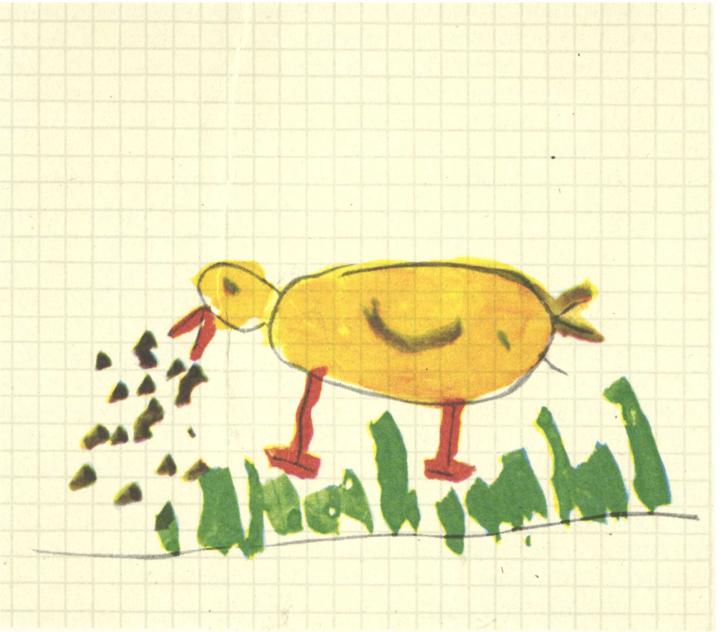
В психотическом состоянии больные к занятиям привлекались с трудом, интереса к рисованию не проявляли. Когда им объясняли, как надо правильно держать карандаш и рисовать, они не слушали, отвлекались, смотрели в сторону, что-то шептали или напевали, играли карандашами в «паровозы», строили из них «рельсы». По тематике и технике выполнения рисунки во время приступа часто приближались к творчеству больных со злокачественным течением шизофрении. Дети чертили путаные линии или, сильно нажимая на карандаш, сплошь затушевывали бумагу вплоть до ее прорывания (состояние возбуждения, агрессия). В других случаях (депрессивное состояние) нажимы были еле заметны. Несмотря на неоднократные попытки, дети не могли нарисовать свой излюбленный предмет. Иногда они выполняли лишь часть предмета, искажая положение его в пространстве, например изолированно рисовали голову человека в горизонтальном положении.

Отдельные дети в состоянии психоза рисовали предметы, несвойственные окружению (древние, давно вымершие животные — ихтиозавры, мамонты и т. п.). Изображение этих животных оставалось в период ремиссии. У других детей изображенные предметы приобретали уродливую форму, что сохранялось на всем протяжении психоза, а иногда некоторое время в ремиссии. Большинство детей рисунки не раскрашивали или использовали лишь темные тона, простой и черный карандаши.

В большинстве случаев с улучшением состояния и в период ремиссии рисунок восстанавливался, иногда даже приближался к творчеству здоровых детей. Однако часто после приступа обеднялось содержание рисунков, техника выполнения становилась ниже, чем до психоза.

По выходе из психотического состояния рисунки приняли первоначальный вид, т. е. стали такими же, как и до психоза, лишь у 4 больных. Тематика их была разнообразной, отражала окружающую действительность, что соответствует возрасту детей. Рисун-



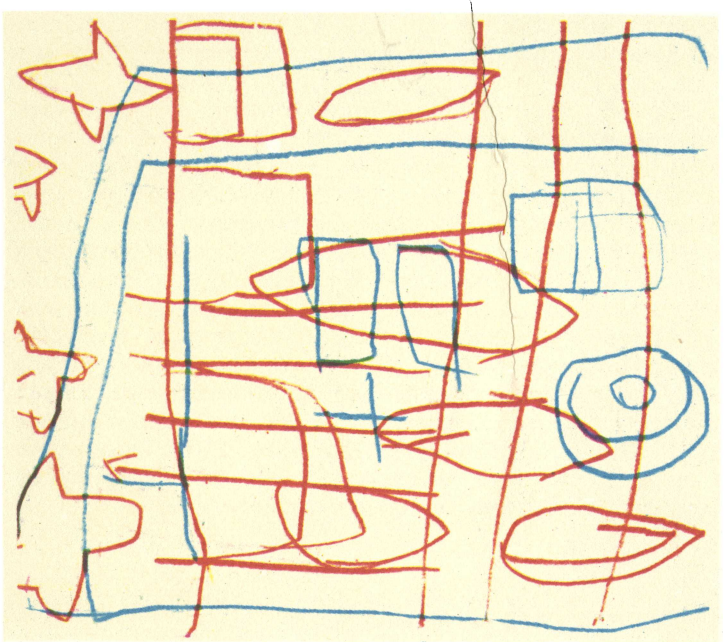


116. Кофейник. Саша Б., 6 лет 2 месяца.

117. Утка, клюющая зернышки. Саша Б., 6 лет 2 месяца.

118. Без названия. Юра Д., 6 лет 7 месяцев.

119. Стройка, космос, река, железная дорога. Юра Д., 10 лет.





ки раскрашивались цветными карандашами, преимущественно светлых тонов. В психозе тематика характеризовалась односторонней направленностью и отражала психопатологические расстройства.

Понятие регресса, применяемое в клинике шизофрении раннего детского возраста, касается больных, у которых обнаруживаются формы поведения, свойственные более раннему возрасту. По аналогии с клиникой при оценке творчества выражение «регресс» мы применяем в том случае, когда больной начинает рисовать, как ребенок более младшего возраста, значительно хуже, чем он рисовал раньше.

В некоторых случаях регресс в рисунке наступал постепенно. Первое время дети еще могли выполнять излюбленные рисунки, но делали это небрежно. Затем появлялась грубая диспропорция, изменялись краски, преобладающими становились темные или вычурно пестрые тона. По мере развития психоза нарушалась композиция. Рисунок становился упрощенным, напоминал творчество детей более младшего возраста, появлялись незавершенные формы. Наконец, дети совсем переставали рисовать.

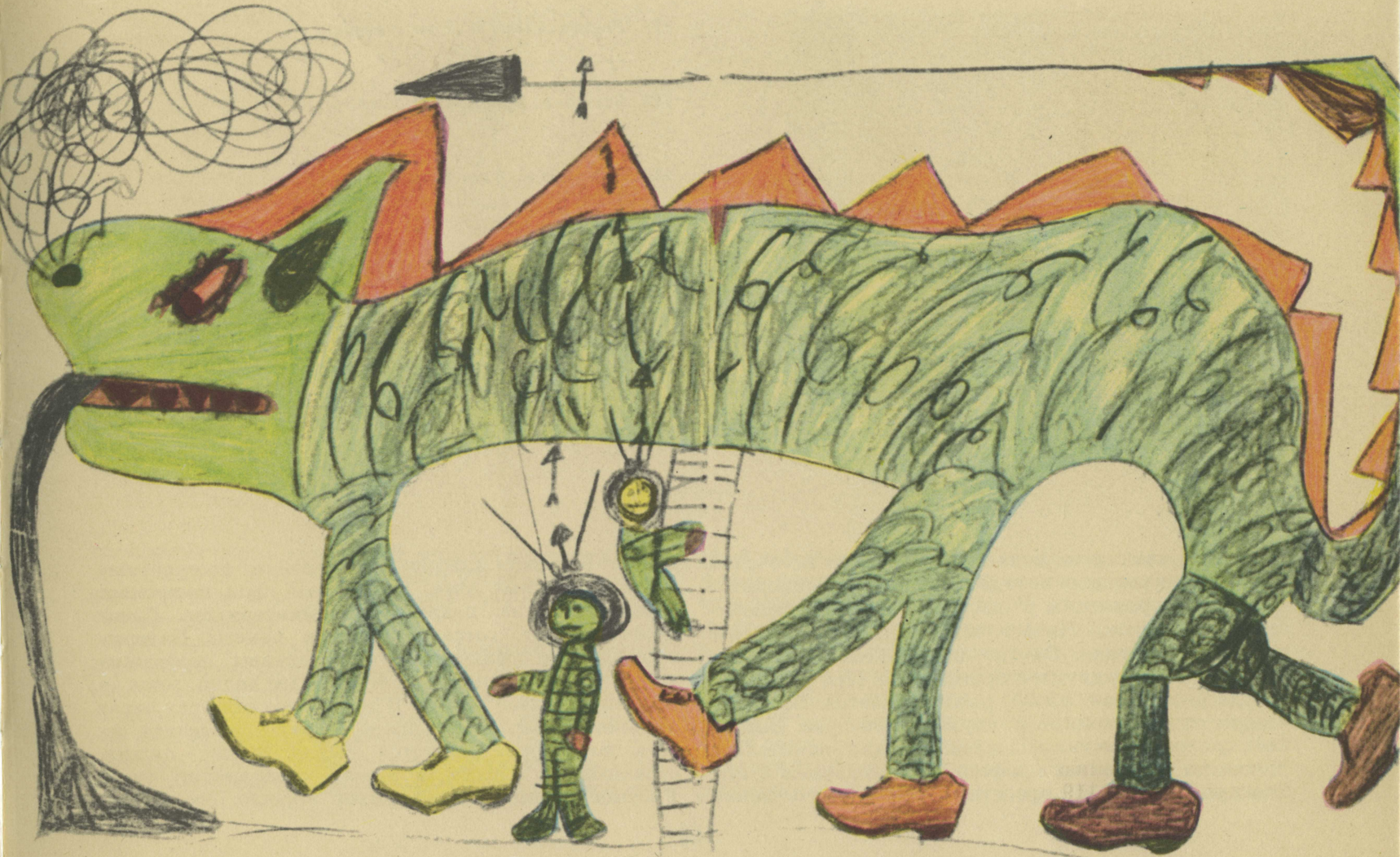
Рисунки, не отличающиеся от рисунков здоровых детей, имели место у 7 больных с неврозоподобной симптоматикой. Это были дети с сохранным интеллектом. В клинической картине у них не отмечалось грубых шизофренических расстройств.

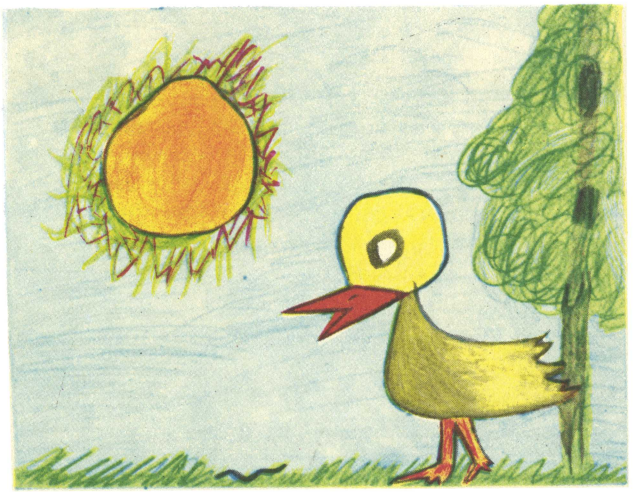
Односторонняя тематика в рисунках отмечена у 14 из 38 человек: танцовщицы, экзотические, давно вымершие звери, дома, кофейники, «узоры на ковре», космос, поезда, лагеря смерти, шины, колеса. Дети в течение нескольких месяцев, 2—3 лет рисовали излюбленные предметы. Они были настолько увлечены своим творчеством, что, кроме рисования, ничем другим не занимались. Эти рисунки отражали узкий кругозор. Ребенок как бы выхватывал из окружающей действительности что-то одно, иногда совсем не свойственное интересам данного возраста.

Саша Б., 6 лет 2 месяцев, на протяжении 4 месяцев пребывания в стационаре все время рисовал одни и те же предметы с выраженной диспропорцией составных частей: кофейник, коробку от кофе, автобус. В рис. 116 ручка, крышка и носик кофейника представлены в уменьшенном виде по сравнению с корпусом. Штриховка хаотическая. С улучшением состояния, в период ремиссии, рисунки выполнялись яркими красками, тематика их стала богаче, разнообразнее, появились простые сюжетные рисунки (рис. 117).

Юра Д., 6 лет 7 месяцев, находился в стационаре на протяжении 7 месяцев. Был возбужден, агрессивен, не подчинялся режиму, испытывал страхи, бил детей, ломал игрушки и мебель. Испытывал зрительные и слуховые галлюцинации, которые нашли отражение в рисунках (см. рис. 93, 94). На занятиях в группе не удерживался. На индивидуальные занятия шел охотно. Когда его приглашали заниматься, он быстро собирался, приводил костюм в порядок, мыл руки, здоровался с педагогом. Во время приступа он в большом количестве выполнял «свои» рисунки: неопределенные квадраты, круги, наслаивающиеся друг на друга, перечеркнутые (рис. 118). Такие примитивные рисунки иногда встречаются и у здоровых детей, но значительно младшего возраста.

120. Фантастическое чудовище на Луне. Алеша Л., 6 лет 11 месяцев.





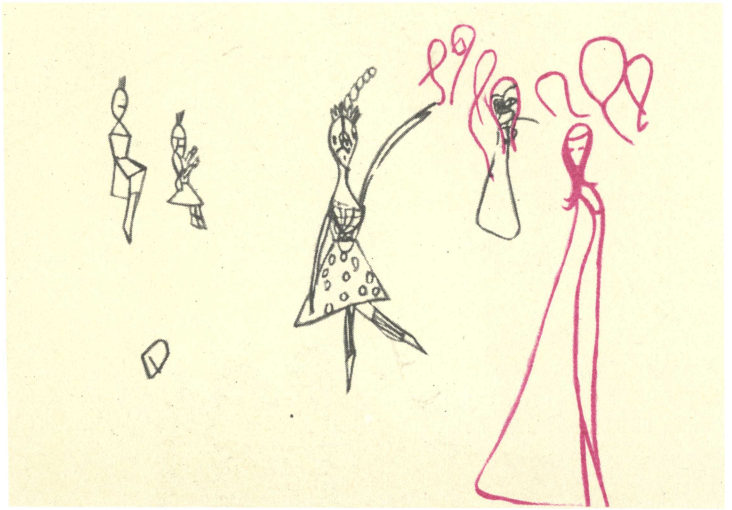
121

121. Утенок. Алеша Л., 7 лет 1 месяц.

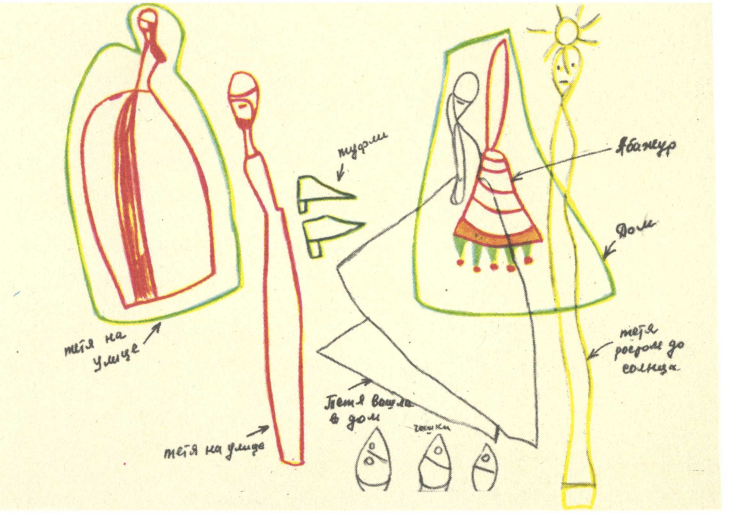
122. Балерины. Ира К., 6 лет 3 месяца.

123. Тети. Ира К., 6 лет 3 месяца.

Данные катамнеза показывают, что по истечении 4 лет со дня выписки из отделения больной находится в состоянии ремиссии. Учится во 2-м классе вспомогательной школы. Читает, пишет на слух; труднее дается математика. Охотно занимается на уроках труда. Дружит с двумя сверстниками. При разговоре иногда растягивает слова, реже заикается. Во время чтения путает звонкие и глухие согласные. Выполняет сложные рисунки. Последние стали значительно лучше по сравнению с периодом пребывания в стационаре. На рис. 119 представлен политематический сюжет. В правом нижнем углу стройка: построенные и незаконченные дома. Подъемный кран поднимает блоки. Грузовик подвозит стройматериалы. Слева другой сюжет: готовится запуск ракеты. Наверху в середине с соблюдением перспективы изображен дом. Рядом река, на которой стоят две лодки, левее — уходящая в небо ракета. В левом верхнем углу летят самолеты и вертолет. Справа вверху — железная дорога, по которой движется состав. Выше — пушка, стреляющая ядрами, а ниже — стреляющий танк. Рисунок технически оформлен хорошо, соблюдены



122



123

пропорции составных частей, хорошо переданы детали. И хотя он выполнен простым карандашом, оставляет хорошее впечатление и отражает окружающую действительность.

Творчество больных в психотическом состоянии и во время ремиссии существенно отличается. В психотическом состоянии в рисунках отражаются различные патологические проявления, в период ремиссии многие рисунки приближаются к норме

Алеша Л., 6 лет 8 месяцев, во время психоза испытывал многочисленные зрительные галлюцинации. Мальчик видел различные чудовища: то сделанные, как из тумана (см. рис. 83), то лохматые (см. рис. 84), то в виде туч (см. рис. 85), то скелетов (см. рис. 86) (подробное описание галлюцинаций и рисунков см. в гл. IV). При становлении ремиссии галлюцинации исчезли, но в сознании больного продолжали оставаться фантастические образы чудовища. На рис. 120 изображено фантастическое лохматое чудовище темно-зеленого цвета. На спине толстый шипообразный панцирь оранжевого цвета. Три пары ног в башмаках. Каждая пара имеет свой цвет. Передняя



124



125

124. Каменный цветок. Ира К., 9 лет 5 месяцев.

125. Испанский танец. Ира К., 10 лет 6 месяцев.

пара светло-желтого цвета, средняя — оранжевого, задняя — коричневого. Из ноздрей идет дым, изо рта — ядовитая слюна черного цвета. Хвост заканчивается длинной тонкой стрелой, содержащей яд. Чудовище находится на Луне, куда прилетели космонавты. С помощью лестницы они взбираются на него.

Спустя 2 месяца, в период стойкой ремиссии, фантастические чудовища исчезли. Рисунки не отличались от рисунков здоровых детей. Техника их была высокой. Тематика отражала реальную действительность (стройка, космос, пейзажи, животные, домашние птицы). Рис. 121, выполненный в этот период, жизнерадостный, в светлых тонах. Утенок желтый с красным клювом и лапками, солнце оранжевое, небо светло-голубое, дерево и трава, по которой ползет червячок, зеленые. Таким образом, если в начале ремиссии в рисунках еще отражались резидуальные явления психоза в виде фантастических страшных чудовищ, то позже, в период установившейся ремиссии, эти явления психоза исчезли и тематика рисунков стала вполне нормальной.

Рис. 122 выполнен Ирой К., 6 лет 3 месяцев, в психотическом состоянии. В середине изображена балерина в танце. Нарисована она вполне удовлетворительно. Однако на этом листе имеются примитивные искаженные изображения человека: то в виде удлиненной фигуры без рук и ног (справа), то в форме петлей, завитков, т. е. попытка изобразить человека не завершена. Отмечается явная диссоциация между способностью больной, точнее, возможностью к рисованию, и реализацией этой возможности на бумаге. Диссоциация между высокой способностью некоторых больных и претворением в жизнь этой способности является одной из важных черт больных шизофренией.

Рис. 123 выполнен этой же больной в психотическом состоянии. Искаженные фигуры человека: слишком удлиненные — «тетя ростом до солнца» (справа), головой достает солнце — или подчеркнуто выпуклые, без рук и ног — «тетя на улице» (слева). Фигура «тетя вошла в дом» искажена, имеется несоразмерность частей тела. Часть платья находится за пределами дома, занимает большую площадь, такую же, как и сам дом, представленный в виде неправильного четырехугольника. Своеобразные чашки оказались вне дома. Абажур огромный. Отмечаются наслсение одного предмета на другой, расчленение — туфли нарисованы изолированно, в стороне от фигуры женщины. «Тетя на улице» (в центре) имеет вытянутую уродливую форму, без рук и ног.

Рис. 124 «Каменный цветок» выполнен через 3 года, в возрасте $9^1/_2$ лет, во время ремиссии. Данные катамнеза показывают, что больная чувствует себя хорошо. Учится в массовой школе, хорошо успевает. Одновременно занимается в хореографическом кружке. Увлечение рисованием красной нитью проходит через трехлетний период. Второй рисунок — «Испанский танец» (рис. 125). Обращает на себя внимание высокий технический уровень его, изящность. Тонко, с большим вкусом подобрана цветовая гамма (ярко-красные и розовые тона). Удачно запечатлена манера исполнения танца. Наряду с высокой одаренностью в рисовании сохраняется односторонняя направленность тематики. Девочка по-прежнему рисует только танцовщиц.



ГЛАВА VI

ЛЕЧЕБНО-КОРРЕКЦИОННАЯ РАБОТА

Под лечебной педагогикой понимается система педагогических приемов и методов, которые строят, исходя из клинической картины заболевания и индивидуальных особенностей больного.

М. С. Певзнер (1962) указывает, что при разработке плана лечебно-коррекционной работы следует помнить, что сходные по внешним проявлениям симптомы могут быть совершенно различными по происхождению. Это положение является существенным для построения занятий. Лишь правильное понимание клинической сущности психических нарушений может обеспечить педагогу успех в его нелегкой работе.

И. Г. Пакшвер (1970) отмечает, что педагогическая работа является одним из основных терапевтических методов в детских психиатрических стационарах. Значение ее неодинаково при различных заболеваниях. Она менее важна при острых психотических состояниях и грубом снижении интеллекта, но занимает ведущее место в лечении больных с медленно и благоприятно протекающими заболеваниями. При шизофрении, например, особенно важно переключить больного с болезненных переживаний на различные виды деятельности.

Всякая коррекционно-воспитательная работа может быть продуктивной лишь при учете потенциальных возможностей ребенка. В связи с этим важно остановиться на учении Л. С. Выготского (1956) о «зоне ближайшего развития». Автор вводит два понятия: актуальный и потенциальный уровни развития. Актуальный уровень — определенные знания, умения, которыми ребенок уже владеет. Потенциальный уровень — способность ребенка овладеть новыми знаниями. Учет потенциального уровня является важным диагностическим критерием и может быть использован для прогноза. Согласно этому учению, процессы развития идут вслед за процессами обучения, создающими так называемые зоны ближайшего развития. Эти зоны помогают определить завтрашний день ребенка, динамическое состояние его развития, учитывать не только то, что сегодня достигнуто, но и то, что находится в процессе созревания. Правильно только такое обучение, которое опережает развитие. Именно учение о зоне ближайшего развития может быть положено в основу лечебно-коррекционной работы.

Вопросы лечебно-коррекционной работы с детьми дошкольного возраста, страдающими шизофренией, в отечественной и доступной зарубежной литературе почти не рассматриваются. Мы коснемся публикаций, имеющих косвенное отношение к нашей теме, посвященных обучению умственно отсталых детей вспомогательных школ.

И. А. Грошенков (1964) обращает внимание на необходимость использования рисования как средства коррекции недостатков умственного развития детей. Обучение рисованию, по его мнению, дает большие возможности для развития аналитико-синтетической деятельности, познавательных способностей, содействует исправлению ряда недостатков психического развития и эстетическому воспитанию учащихся вспомогательных школ. Подробный анализ художественного творчества позволяет вносить коррективы не только в рисунок, но и в деятельность ребенка вообще (И. А. Грошенков, 1966). Однако до сих пор

рисование как средство коррекции больных детей используется недостаточно.

Г. М. Дульнев (1969) считает, что рисование воспитывает у детей осмысленное, дифференцированное восприятие предметов, умение различать формы, цвета, пропорции частей предмета, устанавливать различие и сходство предметов. Сюда входит и воспитание эстетического художественного вкуса.

Посредством рисования развиваются наблюдательность, умение анализировать предметы, их форму, конструктивные особенности, обогащаются представления ребенка об окружающем мире. Большую помощь в этом оказывает срисовывание с образца (В. А. Бельмер, 1967).

Т. Г. Скородумова (1969) процесс воспитания навыков рисования у детей с недоразвитием речи расчленяет на ряд последовательно усложняющихся этапов. На первом (подготовительном) этапе занятия проводятся в форме игр. Уделяется внимание настольным играм и игрушкам (манипуляции с матрешками, кубиками, пирамидками, пластилином, мозаикой). В этот период дети знакомятся с понятиями о величине, форме и цвете предметов. На втором этапе основное внимание обращается на то, как надо сидеть за столом, располагать бумагу, держать карандаш, делаются попытки рисовать. Третий этап — рисование на бумаге. Вначале предлагается соединить точки, провести линии, затем изобразить простые предметы — забор, лестницу, дом. В дальнейшем постепенно задания усложняются, развивается интерес к художественному творчеству.

Рисование является одной из ведущих форм деятельности детей дошкольного возраста. Оно развивает воображение, помогает образованию и уточнению представлений. В его основе лежат взаимосвязанные процессы восприятия и мышления. Как отмечает Н. П. Сакулина (1961), рисование может служить одним из средств коррекции недостатков. «Являясь хорошим средством диагностики психического состояния, изобразительная деятельность вместе с тем представляет собой мощный лечебно-педагогический фактор» (Н. Н. Бурмистрова, 1960).

Однако все эти и подобные им методические указания касаются либо здоровых, либо умственно отсталых детей, легко вступающих в контакт с педагогом. Они далеко не всегда могут быть использованы для больных шизофренией в связи с их аутизмом. Ввиду того, что большинство детей, больных шизофренией, спонтанно много рисуют, мы использовали их рисунки для лечебно-коррекционной работы. Публикации, относящиеся к этому вопросу, в отечественной и зарубежной литературе отсутствуют.

М. С. Певзнер (1941) подчеркивает важность установления контакта при работе с шизоидными личностями. Автор рекомендует в начале занятий исходить из склонностей самого ребенка, затем привлекать его к новым видам деятельности. Успех может быть достигнут лишь в том случае, если удается установить контакт с ребенком.

А. И. Пархоменко (1935), Н. И. Озерецкий (1938), П. М. Зиновьев (1958) и другие исследователи отмечают, что в задачу лечебно-педагогической работы с больными шизофренией входит прежде всего снятие аутистических установок. Если больной шизофренией не говорит о своих переживаниях и не отвечает на вопросы, М. П. Кононова (1963) предлагает дать ему бумагу, карандаш и попросить нарисовать. Рисование выводит таких больных из состояния аутистического

мышления, и они могут отвечать на вопросы. Молчать при рисовании дошкольнику очень трудно (Н. П. Сакулина, 1960).

Аутизм — отрыв от окружающего — является одним из ведущих симптомов шизофрении. В условиях стационара наиболее показаны индивидуальные занятия. Каждый больной шизофренией имеет свои особенности, связанные не только с личностными различиями, но также с характером и степенью выраженности болезненных расстройств. К каждому ребенку необходим дифференцированный подход в зависимости от его состояния. Индивидуальные занятия позволяют лучше изучить больного, быстрее установить с ним контакт и облегчают лечебно-педагогические мероприятия. При мутизме и негативизме групповые занятия с детьми невозможны.

Из 100 изученных нами детей не проявляли интерес к рисованию 27 больных со злокачественным и 20 — с вялым и приступообразным течением шизофрении; 53 ребенка можно было привлечь к рисованию без особых усилий.

Педагогическая работа значительно затруднена при злокачественном течении шизофрении. Ввиду тяжести заболевания дети не способны даже к элементарному предметному изображению, пассивно относятся к занятиям, не проявляют интереса к рисункам педагога, выполненным в их присутствии. Рисунки их представляют собой пачкотню или хаотически переплетающиеся линии.

Коррекционная работа при злокачественном течении шизофрении в основном сводится к восстановлению утраченных навыков самообслуживания. В подавляющем большинстве эти дети не способны к обучению во вспомогательной школе. Лишь с 7 из 27 детей со злокачественным течением шизофрении во время занятий был установлен относительный контакт. У них несколько меньшая тяжесть процесса, и они были способны к элементарному предметному изображению, однако динамики в развитии рисунка не отмечалось. Двадцать больных с вялым и приступообразным течением шизофрении нуждались в длительной систематической индивидуальной работе для вовлечения их в занятия.

При вялом и приступообразном течении шизофрении методы и приемы работы с детьми не представляют существенного различия и излагаются нами вместе.

Лечебно-коррекционная работа состоит из нескольких этапов (С. А. Болдырева, 1971). Разделение на этапы проводится условно из чисто методических соображений. Первый этап — установление контакта, преодоление хотя бы частично аутизма, второй — коррекция рисования, третий — рисование по заданию, четвертый — сочетание рисования с элементами обучения грамоте (буквы, цифры, письмо, счет). Основная цель — приучить ребенка к выполнению задания, выработать умение подчиняться требованиям педагога.

Установление контакта — один из главных этапов лечебно-коррекционной работы. Без него обучение и коррекция невозможны. Прежде всего необходимо окружить ребенка теплом и лаской, вызвать к себе расположение, особенно когда он только что стационирован и у него нарушился стереотип. Дети надолго запоминают чуткое и внимательное отношение. Самое главное в работе с детьми — создать у них хорошее настроение. А. Франс писал: «Учиться можно только весело. Искусство обучения — это искусство будить

в юных душах любознательность и затем удовлетворять ее. А здоровая, живая любознательность бывает только при хорошем настроении».

Только после налаживания контакта мы предлагали детям рисовать. И. А. Грошенков (1963) указывает, что в обучении рисованию учащихся вспомогательных школ необходимы пропедевтические занятия. Это подтверждается опытом лучших учителей-дефектологов при работе с умственно отсталыми детьми.

Пропедевтические занятия включают в себя привитие детям интереса к рисованию, упражнения для коррекции двигательной сферы и пространственной ориентации, упражнения, направленные на развитие внимания, восприятия и представления.

Каждому ребенку мы давали отдельный альбом для рисования и полный набор цветных карандашей, предоставляли возможность свободно пользоваться ими, не навязывая свой цвет.

Вначале занятия проводились в форме игры с пирамидками, мозаикой, трафаретами, аппликацией. Все это постепенно подготавливало детей к рисованию. Им предлагалось также соединить точки, расставленные педагогом, с целью образования линий, геометрических фигур, обвести фигуры, раскрасить их. Мы показывали, как надо изображать линии, кружочки, квадраты, а затем предлагали детям сделать это самим. Поощрение, похвала в присутствии взрослых придавали им уверенность в своих действиях. Часто приходилось считаться и с избирательными интересами детей, рисовать определенные фигуры или предметы. Детей не заставляли выполнять нежелательные для них рисунки, так как это могло оттолкнуть от занятий.

Во время рисования некоторые дети, особенно с патологическим влечением к рисованию сразу сами много и активно рисовали и рассказывали о своих рисунках, другие, наоборот, больше молчали. В нашу задачу входило несколько умерить многоречивость первых и активизировать речь вторых. Молчаливого, замкнутого ребенка мы вызывали на беседу, расспрашивали его, что он изобразил, проявляли интерес к его рисункам, чтобы он понял, что его творчество не безразлично для окружающих.

Очень важно было установить контакт и включить детей в занятия, особенно при явлениях негативизма и мутизма, ибо только через деятельность можно корригировать их недостатки. С этой целью мы применяли различные приемы.

Прием создания игровой ситуации. В комнате, где проводятся индивидуальные занятия, в стороне от ребенка и педагога сидит врач (второй педагог или медицинская сестра) и с помощью куклы или другой игрушки-человека задает ему вопросы. Создается ситуация, напоминающая кукольный театр, в котором будто бы участвуют дети. Разговор с больным ведется через игрушку. Педагог стимулирует ответы больного и тот начинает отвечать на вопросы как бы игрушке.

Например, Андрей М., больной шизофренией, сидел за столом с педагогом и молча рисовал. В стороне сидел врач с игрушкой «Олег Попов» и через него задавал мальчику вопросы. «Что ты нарисовал, Андрюша?» — будто бы спрашивал «Олег Попов». Наверно, машину, правда, детки?» В действительности были нарисованы шарики. В вопросах мы использовали и метод провокации. Вопросы несколько раз повторялись и адресовались не прямо больному, а косвенно,

другим детям, якобы сидящим рядом. Педагог при этом просила больного, чтобы он отвечал. Сначала Андрюша улыбнулся, что-то невнятно прошептал. Чувствовалось большое эмоциональное напряжение. Через некоторое время он ответил: «Нет, это шарики». Вслед за этим «Олег Попов» быстро его спросил: «Ребятки, а что нарисовал Андрюша на втором рисунке, тоже шарики?» Больной тут же ответил: «Нет, это салют». Потом «Олег Попов» сказал: «Ребятки, давайте похлопаем Андрюше за то, что он хорошо нарисовал и правильно ответил нам». Педагог и врач аплодировали. Мальчику стало весело, он засмеялся, что-то прошептал, а затем сам сказал, что на рисунке, кроме шариков, изображены еще палочки, указав на них пальцем.

В тот момент, когда устанавливается контакт, дети нуждаются в поддержке, ласке, похвале, поощрении. Таким образом, при игровой ситуации используются приемы провокации и стимуляции ответов.

Прием провокации. На вопрос: «Что нарисовал?» больной с мутизмом или негативизмом обычно не отвечает. Тогда педагог специально неправильно называет нарисованный предмет. Например, вместо кошки, изображенной на рисунке, педагог называет лошадку. Ребенок некоторое время молчит, иногда скептически улыбается, а затем вдруг правильно называет нарисованный предмет. На последующих 3—5 занятиях этот прием повторяется, и таким образом удается вступить в контакт с больным, хотя это общение вначале строго избирательно (только с педагогом) и относится лишь к рисункам. В дальнейшем удается получить ответы во время игровой деятельности. Так постепенно устанавливается общение с ребенком и представляется возможность получить сведения, касающиеся его болезненных переживаний. Больной начинает выполнять режимные предписания, вовлекается в коллективные занятия. Изменяются его поведение, отношение к педагогу, персоналу, занятиям.

Таким образом, педагогическое воздействие имеет определенное терапевтическое значение в комплексе лечебных мероприятий при мутизме и негативизме. Заведомо искаженное название вызывает у больных противоположный эффект. По-видимому, существуют разные варианты реакций: в одних случаях ребенок может воспринять неправильную трактовку рисунка как шутку или ошибку педагога, и это стимулирует его к высказыванию, в других — испытывает отрицательную эмоцию от неправильного обозначения рисунка. Хотя данный прием позволяет установить контакт не во всех случаях, все же его следует иметь в виду и использовать в лечебно-коррекционной работе.

Иногда ответы удается получить при обращении с шепотной речью в спокойной обстановке. У таких детей, по всей вероятности, имеет место парадоксальная фаза, когда слабые раздражители (шепотная речь) дают больший эффект, чем сильные.

Прием стимуляции путем похвалы и поощрения. При среднем или даже низком уровне выполнения рисунков детей с негативизмом иногда следует стимулировать похвалой. Они живо реагируют, старательнее рисуют, легче переключаются на другие виды занятий.

Особое значение имеют похвала и поощрение, если они применяются в присутствии детей или персонала. В качестве поощрения за выполненный рисунок детям дают яркие игрушки, красочно оформ-

ленные книги, иногда конфеты, обещают показать рисунок на выставке.

Создание заинтересованности. С детьми, которые отказывались от групповых занятий или вели себя на них пассивно, мы проводили индивидуальные занятия. Им представлялась возможность заниматься тем, чем они желали. По сравнению с другими детьми им отдавалось временное предпочтение в соответствии с их интересами. Благодаря этому дети постепенно включались в занятия, которые становились для них необходимостью. Посредством занятий их отвлекали от болезненных переживаний.

С 80 детьми из 100 обследованных удалось вступить в контакт во время занятий по рисованию. У 20 детей, которых мы не смогли привлечь к занятиям, было злокачественное течение шизофрении. Если на групповых занятиях они все время молчали, то на индивидуальных как бы раскрывались. В беседе дети сообщали о себе то, что было неизвестно врачу, а иногда и родителям. Они комментировали рисунки, задавали вопросы или просили показать, как надо рисовать. Во время ежедневных занятий можно было составить представление об их интеллекте и психическом состоянии.

Многие дети, страдающие шизофренией, не могут целенаправленно работать. Рисование способствует сосредоточению, упорядочению поведения. Педагогическая работа с больными шизофренией требует исключительно дифференцированного подхода, чем работа с детьми, страдающими другими заболеваниями, например олигофренией. Ни при каком другом заболевании нет такого отрыва от реальности, нарушений мышления и трудности контакта, как при шизофрении; наблюдаются также эмоциональные и волевые расстройства. В зависимости от характера психических нарушений различна тактика педагога, неодинаковы методы и приемы лечебно-коррекционной работы.

Большие трудности для лечебно-коррекционной работы представляют дети с мутизмом, негативизмом и кататоническими расстройствами.

При негативизме больные не выполняют инструкций или делают все наоборот. Они инертны, отказываются сменить обстановку, помещение, заниматься с другими детьми, педагогом. Им трудно переключиться на новое. Приходится активно вмешиваться в поведение детей, например брать ребенка на руки, как делают матери, и уносить в другую комнату для индивидуальных занятий. Все надо делать мягко, иногда в виде игры. В первое время ребенок с негативизмом может ничего не делать на занятиях, а лишь пассивно наблюдать за работой других детей. Надо занять его красивой игрушкой, книгой, картинкой, отдавая некоторое предпочтение перед другими детьми. При появлении интереса в дальнейшем его можно переключить на нужный вид деятельности.

Е. Н. Одинцова (1929) отмечает, что преодолению негативизма в некоторых случаях способствует необычное занятие, что-нибудь заманчивое, яркое. Например, предлагается с помощью педагога сделать или нарисовать красную звезду или флаг из красной бумаги, от чего редкий ребенок отказывается. Иногда помогают перевод на индивидуальные занятия, включение в занятия игрового элемента, поощрение, похвала.

Леня К., 5 лет 6 месяцев, находился в наблюдательной палате. Был возбужден, негативистичен, кричал, топая ногами. Когда дети подходили к нему, он

бил их. Однажды мы взяли Леню из палаты, организовав игру «в школу», которая заключалась в том, что мы звонили, имитируя звонок в начале и в конце урока. Мальчик вначале сидел спокойно 2—3 минуты, а затем бегал по коридору, как на перемене. По звонку он приходил и садился за стол. Постепенно мы стали усложнять игру. Просили мальчика рисовать шарики, «палочки-заборчики», раскрашивать шарики, используя цветные карандаши. Вначале Леня отказывался сам водить карандашом и просил педагога класть руку на его руку и таким образом рисовать. Стоило педагогу снять руку, как мальчик прекращал рисовать, кричал: «Не могу», «Не умею!» Однако все данные к рисованию у него были. На одном из занятий педагог забинтовала себе руку, объяснив, что у нее болит рука и она не может держать карандаш. Мальчик в тот же день впервые самостоятельно нарисовал шарики. Так был преодолен негативизм. Теперь больной сам просил взять его на занятие, стал значительно спокойнее, мог самостоятельно рисовать.

Систематически посещая занятия по рисованию, беседуя с педагогом, дети становятся приветливее, живее, сами рассказывают о содержании рисунков, спрашивают, хорошо ли они изобразили предметы, реагируют на похвалу.

Никогда не следует обращать внимание ребенка на его неправильные ответы.

А. Н. Смирнова (1965) считает, что детям с негативизмом и заторможенностью нельзя делать замечание в категоричной форме. Обоснованные замечания, сделанные тихо, спокойно, в форме убеждения и просьбы, могут оказать большее действие, чем сильные раздражители (приказной тон, крик, громко произнесенные слова). Последние вызывают противоположный эффект и не оказывают действия.

Частичный или полный мутизм наблюдался нами у 21 обследованного больного. Отсутствие речи затрудняет общение с ребенком. Пребывание в группе тяжело сказывается прежде всего на самом больном из-за неправильного отношения к нему других детей и еще более затрудняет работу воспитателя. При мутизме показаны индивидуальные занятия. С улучшением состояния можно вначале постепенно включить больного в небольшой круг детей, а затем перевести в группу. Никогда не следует расспрашивать, упрекать ребенка или напоминать ему о том, что он молчит. Следует чаще практиковать опосредованное обращение к нему.

Олег С., 6 лет 7 месяцев, в состоянии мутизма ничего не рассказывал о своем рисунке. При заведомо неверном назывании (провокация) изображенных предметов удалось узнать, что он рисует. При поступлении в стационар рисунок имел вид путаных линий. Вначале мальчик брал руку педагога и его пальцем водил по рисунку, а сам в это время называл изображенные предметы. В процессе занятий рисунок стал усложняться: появились дом, забор, мальчик изобразил себя, сестру, родителей, кошек. С восстановлением речи на рисунках появились люди, животные. В дальнейшем круг общения расширился, больной стал разговаривать с врачом, детьми, правильно складывал кубики, принимал участие в коллективных играх и даже рисовал с натуры.

У детей с кататоническими расстройствами во время занятий наблюдаются импульсивные действия. Они самовольно встают из-за стола, трясут руками, вдруг начинают бегать по кругу или туда и обратно,

прыгать на месте. В эти минуты не следует делать замечания, на которые дети чаще всего не реагируют, и тем более отстранять от занятий. Наоборот, на это время надо предоставить ребенка самому себе. После этого при наличии интереса ребенок сам сядет за стол и продолжит начатое дело. Такие дети не в состоянии длительное время сидеть за столом. Они чаще, чем другие больные, нуждаются в перерывах и изменении деятельности.

Возбужденные дети во время рисования успокаиваются, особенно если с ними заниматься индивидуально в изолированной комнате. На групповых занятиях они возбуждаются, увидев за столом другого ребенка, бьют его, кричат: «Зачем его взяла?» Постепенно вырабатывается усидчивость. Дети не протестуют против рисования, и можно начинать обучение элементам письма, счета.

В индивидуальных занятиях нуждаются также больные в маниакальном состоянии. Когда эти больные находятся в группе, они многоречивы, легко отвлекаемы, возбуждены и непродуктивны. Дети неусидчивы, не могут сосредоточиться, бесконечно задают вопросы педагогу, дотрагиваются до всех предметов, мешают работать другим больным. В изолированной комнате, где нет отвлекающих внимание предметов, ребенок усаживается за отдельный стол. После объяснения задания за другим столом садится педагог, чтобы не привлекать внимание больного. Разговаривать с маниакальными детьми следует спокойным повелительным тоном и как можно меньше поддерживать их разговор.

Олег Ш., 7 лет, в маниакальном состоянии много говорил, задавал массу вопросов, не слушал ответы. На некоторые свои вопросы отвечал сам: «Телефон трогать нельзя? — Не трогай, а то тебя будут ругать!» Прикасался ко всем предметам, которые встречал на пути, но, кроме телефона, ничем не интересовался. Садясь рисовать, он быстро вскакивал, убегал и не хотел заниматься. Перед госпитализацией несколько месяцев учился в 1-м классе массовой школы, хорошо считал, любил решать примеры, задачи на сложение и вычитание. Мы использовали этот интерес ребенка, чтобы привлечь его внимание к занятиям. Задание включало счет и рисование. Предлагалось изобразить дерево, у которого 18 крупных и 7 мелких листьев. Но прежде чем сосчитать, надо нарисовать, и больной рисует. Изобразив дерево с 16 листьями, говорит: «Я нарисовал». Педагог предлагает сосчитать, сколько листьев на дереве? Мальчик насчитал 16. «Сколько еще не хватает листьев на дереве до 25?» — спрашивает педагог. Олег отвечает: «Восемь листьев». В ответ на просьбу продолжить задание мальчик садится и дорисовывает. В этот момент он работает сосредоточенно, совершенно не отвлекается. В дальнейшем таким способом он изображал другие предметы, считал ступеньки лестницы, окна в доме, яблоки на дереве. Таким образом, используя интерес больного к счету, мы привлекали его к занятию рисованием и тем самым в какой-то степени скорригировали поведение. Прежде неусидчивый и легко отвлекаемый, мальчик стал более сосредоточенным и усидчивым. В дальнейшем он проявил интерес к письму, чтению, игре.

В депрессивном состоянии обычно отсутствуют побуждения к какой-либо деятельности. Ласковое отношение, проведение занятий с другими детьми на глазах больного, постепенное вовлечение его в работу дают положительные результаты. В ответ на предло-

жение пойти заниматься депрессивные дети вначале отказывались. Однако мы все же сажали их за стол вместе с другими детьми (1—2 человека), чтобы они наблюдали за работой. Хмурый, тяжелый, исподлобья взгляд депрессивного ребенка постепенно сменялся улыбкой. Больной уже не отказывался идти на занятия, работал с аппликацией, составлял узоры из мозаики, выполнял рисунки по заданию. В дальнейшем дети так привыкли к педагогу и занятиям, что не хотели даже идти на прогулку. Вначале таких детей очень полезно включать в интересные и облегченные по сравнению с их возможностями занятия, чтобы вселить уверенность в свои силы. Постепенно задания усложнялись.

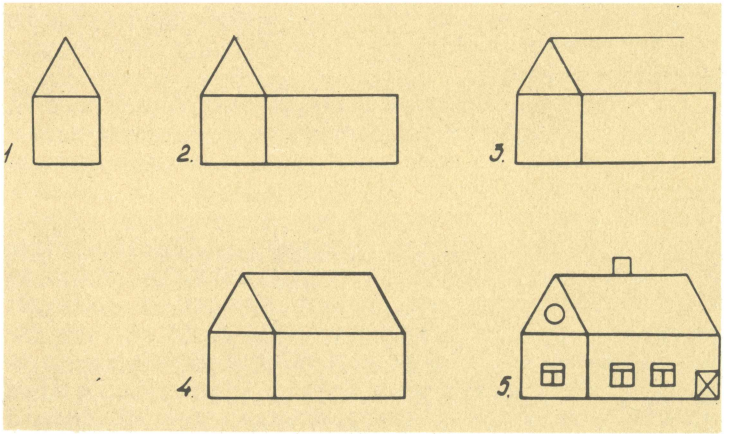
Некоторые дети с психопатоподобными расстройствами при шизофрении отличаются неустойчивостью внимания и интересов, трудно включаются в работу, делают много ошибок. Они приступают к выполнению задания без предварительного обдумывания, не могут сосредоточиться. Таких детей важно приучить в первую очередь к аккуратности и тщательному выполнению заданий.

Иногда ребенок с психопатическим поведением демонстративно покидает рабочее место, бросается на пол, кричит: «Не хочу, трудно, плохо получается!». Если поступки детей направлены на то, чтобы привлечь к себе внимание педагога и окружающих, то более оправдывает себя тактика игнорирования. Надо спокойным, но повелительным тоном сделать замечание и продолжить работу с другими детьми.

Опосредованные замечания (беседа с другим ребенком о больном) для лиц с психопатоподобным поведением более эффективны, чем непосредственные. На последние больной не обращает внимания или чаще реагирует противоположно замечанию и еще больше растормаживается.

На индивидуальном занятии Вадим М. и Костя К. У первого мальчика патологическое влечение к шинам и колесам, а в поведении второго выступают психопатоподобные черты. На Костю оказывает положительное влияние опосредованное замечание. Обращаясь к Вадиму, педагог говорит: «А Костя лучше стал заниматься, хорошо рисует и спокойно сидит за столом». Услышав это, Костя правильно садится, аккуратно рисует, старается в меру своих сил преодолеть недостатки. По мере дальнейшей лечебно-коррекционной работы состояние больного улучшалось. Сам просил почитать ему книгу, по ходу чтения задавал вопросы, с интересом смотрел картинки в книге, просил показать и почитать другие книги на военную тему. С упорядочением поведения усилился интерес к обучению.

Второй этап — коррекция рисования. Прежде всего мы обращали внимание на позу ребенка, так как некоторые дети могли сидеть в самой неподходящей для занятий позе: на значительном расстоянии от стола, полубоком, лежа на столе, низко наклонив голову, широко расставив ноги, опустив вдоль туловища левую руку и т. д. Карандаш они зажимали в кулаке или держали в неудобном положении. Для того чтобы научить правильно сидеть, держать карандаш, располагать бумагу на столе, нередко приходилось затрачивать много усилий и времени, так как больные шизофренией косны в поведении и поддаются коррекции и обучению значительно труднее, чем дети с другими заболеваниями. Малейшие исправления, изменение положения, перемена комнаты, работа за



126

126. Образец изображения дома.

другим столом могли вызвать бурную реакцию негодования и отказ от занятий.

Коррекция творчества детей, страдающих шизофренией, представляет большие трудности. В той или иной степени это возможно у больных с вялым или приступообразным течением процесса. При злокачественном течении одни дети не принимали во внимание наши поправки и советы, отталкивали руку педагога, не разрешали дотронуться до своего карандаша и тетради, другие — на занятиях смотрели в сторону или в окно, что-то невнятно шептали, третьи — делали вид, что слушают, иногда сами просили показать им, как надо правильно изобразить тот или иной предмет, но не исправляли рисунки и не следовали указаниям.

Содержание рисунков многих больных шизофренией было оторвано от реальной действительности, непонятно окружающим, символично, наблюдались деформация, грубая диспропорция и другие патологические особенности рисунка. Задача состояла в том, чтобы, выяснив у ребенка его понятие об изображенных им предметах, внести коррективы, составить у него правильное представление об этих предметах, их величине, форме, окраске.

Мы задавали вопросы, касающиеся содержания рисунков, величины и расположения предметов, соответствия цвета и т. д., спрашивали, почему изображено именно так, а не иначе, например, почему дерево с черными листьями, в то время как листья зеленого цвета, почему дом без окон, почему люди повернуты спиной к зрителю?

Нарисованные детьми предметы предлагали сравнить с образцами, аналогичными рисунками сверстников. Если ребенок не мог правильно изобразить, например, дерево, его внимание обращали на деревья в саду, где он гулял. Ему показывали соответствующие картинки, вырезали листья из плотной цветной бумаги и давали ощутить форму руками, вместе с больным выполняли аппликацию дерева.

Для того, чтобы научить правильно изображать форму предмета, мы в отдельных случаях водили пальцем ребенка по бумаге, столу, запотевшему стеклу, предлагали ему обводить карандашом вырезанные из плотного картона круг, квадрат, треугольник, простым карандашом наносили контуры фигур, а больной обводил их и раскрашивал цветными карандашами.

От усвоения формы отдельных геометрических фигур переходили к элементарному предметному изо-

бражению. Количество элементов в детских рисунках в общем невелико. Многие рисунки можно разложить на составные части: различные геометрические фигуры и их фрагменты, прямые и кривые линии. Например, с помощью кружочков можно изобразить гроздь винограда, вишни, яблоки, апельсины. Симметричные линии, проведенные под углом к одной большой прямой вертикальной линии, образуют елку. Для того чтобы научить рисовать дом (рис. 126), предлагали на квадрат сверху наложить треугольник. Затем к квадрату добавляли прямоугольник. От верхушки треугольника проводили линию, параллельную стороне прямоугольника, другую линию — параллельно стороне треугольника.

В прямоугольнике рисовали дверь и окна, в квадрате — окно, на крыше — трубу. В треугольник вписывали маленький кружочек — окно на чердаке. Получался дом с изображением двух сторон на плоскости.

Все коррективы мы стремились вносить на конкретном материале с использованием образцов, моделей. Сравнивали рисунок больного с рисунком, выполненным педагогом, сверстниками. Конечно, не во всех случаях удавалось получить положительный результат. Однако постепенно большинство детей приобретали правильное представление о предметах, их форме и претворяли их в своих рисунках.

На занятиях проводились беседы по картинкам, книгам. Выяснялись понятия ребенка об окружающем его мире, знание букв, цифр, счета. Таким образом, мы постепенно старались укрепить контакт с больным, используя его для элементов обучения, расширения кругозора и связей с окружающей действительностью.

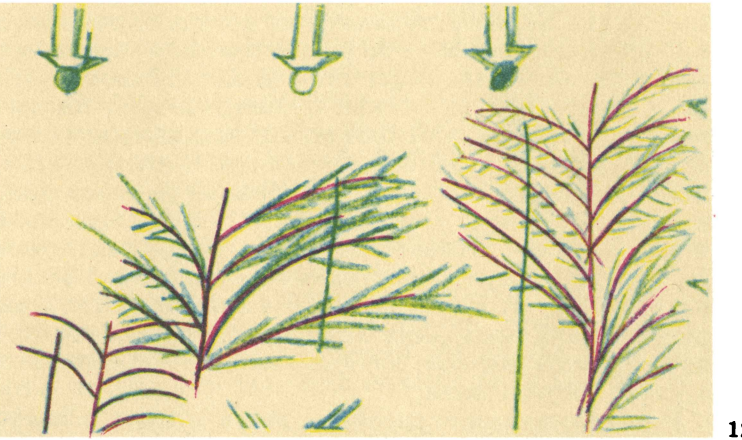
На третьем этапе занятия по заданию проводились дифференцированно. Дифференцированность касалась сложности, продолжительности и частоты повторяемости одного и того же задания для прочности его усвоения. Принимались во внимание возраст, психическое состояние и способность ребенка к выполнению данного задания. При обучении рисованию, а также переключении на занятия по заданию мы руководствовались «Программой воспитания в детском саду» (1971).

Детям, которые без интереса относились к рисованию, предлагалось выполнить простые рисунки, времени на занятия отводилось меньше, так как более длительные занятия раздражали их и выводили из состояния равновесия. Больным, которые с увлечением относились к занятиям и хорошо выполняли рисунки, предлагались более сложные задания — изображение нескольких предметов, объединенных единой темой: времена года, праздники, пейзажи. Времени на задание отводилось больше, тематика видоизменялась и постепенно усложнялась. Мы часто помогали детям, подбадривали их, поощряли, хорошие рисунки демонстрировали на выставке. Это поднимало эмоциональный тонус, и ранее неуверенные в себе дети просили дать им новое задание. Кроме того, предлагалось рисовать по памяти на ту или иную тему, например, изобразить человека, дом, елку с игрушками, стройку дома, овощи, фрукты.

Можно думать, что благодаря индивидуальным занятиям, на которых проводится рисование по заданию, патологическая доминанта, избирательно связанная с односторонним интересом, затормаживается, угасает, поведение ребенка упорядочивается.

Дети с резонерством больше говорят, чем делают. На вопрос: «Хочешь ли ты рисовать?» Игорь Р. ответил: «Наверное, хочу, но чтобы рисовать, надо подумать, а сам я придумать ничего не могу». В подобных случаях задание может иметь существенное значение для дальнейшего переключения ребенка на рисование по замыслу.

Залогом успешного творчества по заданию является положительное эмоциональное отношение детей



128

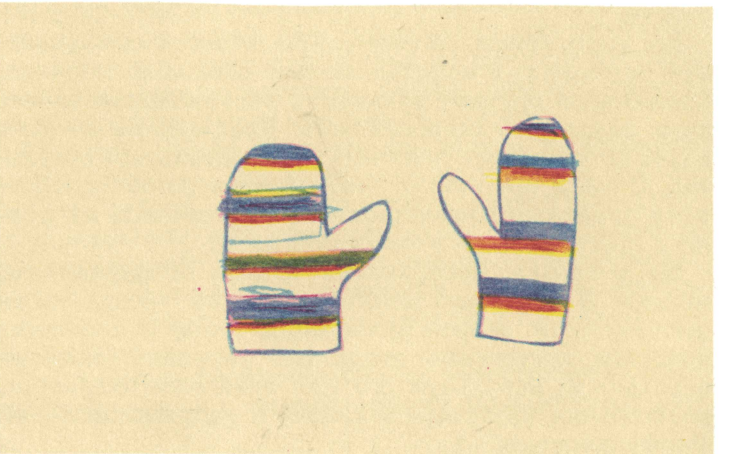
127. Ветка сосны. Дима Е., 6 лет 7 месяцев.

128. Ветка сосны. Дима Е., 6 лет 7 месяцев.

129. Варежки. Дима Е., 6 лет 7 месяцев.

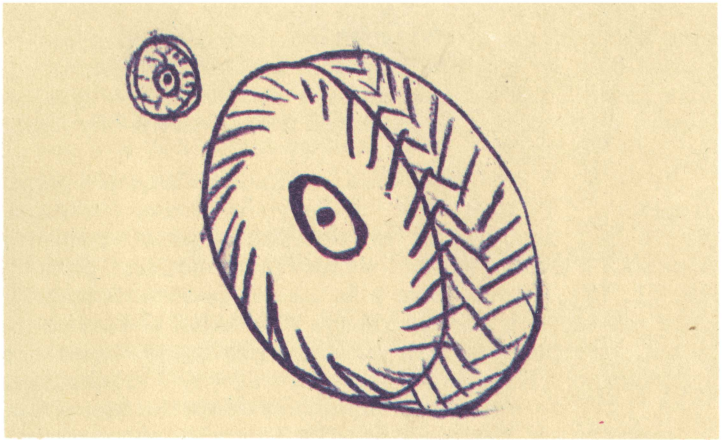


127



129

к изображаемым предметам. Вместе с детьми мы разбирали форму, цвет предмета, разъясняли, с чего следует начать рисовать, какие подобрать карандаши, как расположить лист бумаги. В самом начале занятий предлагали выполнить простые рисунки: прямые линии в разных направлениях, разноцветные «заборчики», геометрические фигуры (круг, квадрат, треугольник). Затем переходили к изображению предметов, включающих в себя несколько геометрических



130

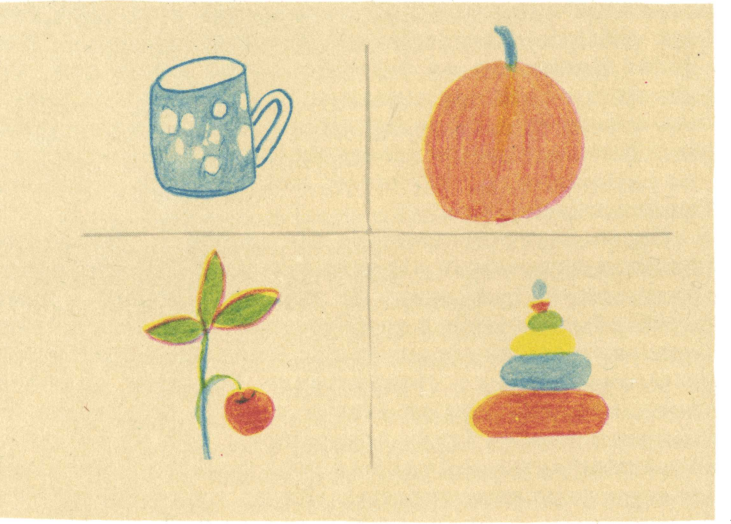
130. Шины. Вадим М., 5 лет.

131. Цветы. Вадим М., 5 лет.

132. Кружка, яблоко, ягода, пирамидка. Вадим М., 5 лет.



131



132

фигур. Дети рисовали дом, человека, елку, дерево, флаг, солнце, фрукты, овощи, цветы и другие предметы. Позже им предлагали сделать копию с красочных картинок или с рисунка, выполненного педагогом в присутствии детей.

Однако не всегда соблюдали определенную последовательность рисования от простого к сложному. Все зависело от интеллектуального развития ребенка, его умения владеть изображением того или иного предмета. В отдельных случаях предлагали рисовать с натуры вазу с цветами, яблоко, дерево, игрушки. Рисование с натуры и модели полезно для выработки активного восприятия и самостоятельности в выборе способов изображения.

Рисунки по заданию для больных шизофренией полезны как метод не только переключения от однообразных интересов, но и расширения кругозора, связей ребенка с окружающей действительностью. Введение рисования по заданию важно еще и тем, что некоторые дети при выполнении излюбленных рисунков совершенно не пользуются цветными карандашами. Когда же им предлагается выполнять копии с ярко раскрашенных картинок, они рисуют и раскрашивают согласно образцу.

Больные с повышенным влечением к рисованию сравнительно легче переключаются с односторонних интересов на рисование по заданию. Однако с ними лучше быть строже и требовательнее. Не следует концентрировать внимание на капризах, вдаваться в пространные беседы и уговаривание. Больным надо сказать, что если они не станут хорошо себя вести, то занятия с ними будут прекращены. Это часто действует положительно, так как дети дорожат занятиями, каждое утро спрашивают: «Когда придет педагог?». Если ребенок собирается на прогулку, а в этот день еще не рисовал, то обязательно говорит: «Ведь я сегодня еще не занимался». Повышенный интерес таких детей к рисованию мы использовали для привлечения к рисункам по заданию и элементам обучения буквам, цифрам.

Дима Е., 6 лет 7 месяцев, стационировался 4 раза. Диагноз: шизофрения, приступообразное течение. Часто был возбужден, испытывал страхи, которые отражал в своих символических рисунках (см. рис. 48, 49, 71, 72). Кроме того, у больного было патологическое влечение к изображению лампочек и выключателей, которое красной нитью проходило через его творчество. Каждый рисунок он то полностью (рис. 127), то частично обрамлял лампочками и выключателями. Рисунки большей частью незавершенные, с наслоением одного предмета на другой.

На индивидуальных занятиях, когда больной был спокоен, ему предложили нарисовать по памяти ветку сосны. Мальчик воспринял это задание без возражений. Однако, выполняя его, не смог обойтись без своих излюбленных лампочек. Вначале он изобразил их три в верхней части листа, а затем начал рисовать ветку сосны. В рис. 128 лампочек меньше (всего три). В следующий рисунок по образцу «Варежки» (рис. 129) мальчик сделал уже без лампочек. Так постепенно больной переключался к рисованию по памяти и образцам.

У Вадима М., 5 лет (шизофрения, приступообразное течение) имелось стойкое патологическое влечение к колесам и шинам от автомашин. Мальчика никогда не интересовала машина в целом. Он разбирал ее, брал себе все колеса, а остальное выбрасывал. Колеса он часами катал по полу, а одно постоянно

вертел на пальце. Не расставался с колесами даже во время еды и сна. Все рисунки его изобиловали изолированными колесами и шинами (рис. 130). Больной рисовал их быстро и очень много. За одно занятие мог заполнить весь альбом. Если изредка он изображал машину, то особенно тщательно вырисовывал колеса, машину же представлял схематично в виде квадрата или ограничивался тем, что показывал на рисунке либо переднюю, либо только заднюю ее часть с колесами.

Задания мальчик выполнял, но неохотно и не более одного рисунка. В них он обязательно включал шины. Так, на рис. 131 «Цветы» по заданию он изобразил автомобильную покрышку. Через 2 месяца занятий больного значительно легче стало привлекать к целенаправленной деятельности. Если он выполнял задание, то рисовал только те предметы, которые его просили. В рисунке по заданию уже не было колес и шин. На рис. 132 мальчик изобразил кружку, яблоко, ягоду, пирамидку. Предметы выполнены четко, правильно раскрашены.

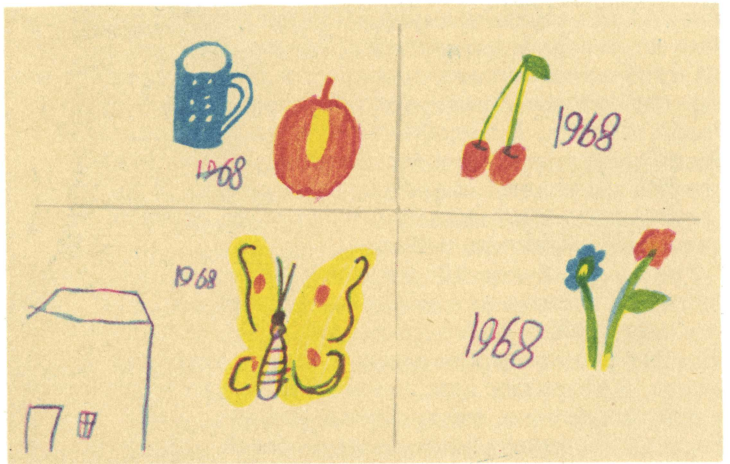
Мальчик не любил писать буквы, но очень хотел научиться писать слова: «Ярославский шинный завод». Он знал, что там изготовляются шины. Его желание было использовано для изучения букв в этой фразе.

В данном наблюдении односторонний патологический интерес был использован для привлечения к целенаправленной деятельности. В первое время, для того чтобы приобщить ребенка к занятиям, мы разрешали ему выполнять то, что его интересовало. Затем для этого отводили все меньше и меньше времени, направляя внимание на выполнение заданий. В дальнейшем мальчик участвовал в групповых занятиях. Из стационара он выписан в хорошем состоянии в массовый детский сад. Таким образом, мы шли по пути постепенного подавления одностороннего интереса, одновременно расширяя познавательный кругозор ребенка. В подобных случаях на определенном этапе допустимо сосуществование патологического творчества с деятельностью по заданию. В конечном итоге занятия по заданию в какой-то степени становятся потребностью ребенка.

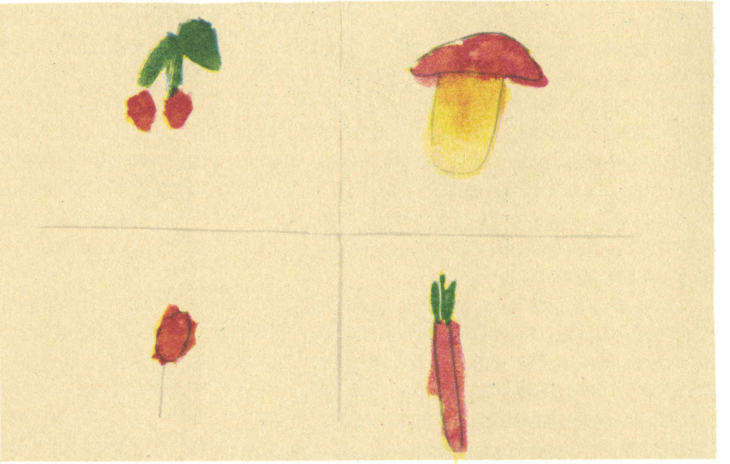
Гриша С., 5 лет 10 месяцев (шизофрения, вялое течение), испытывал влечение к изображению схем (см. рис. 112) и таблиц (см. рис. 113), копировал выходные типографские данные книг и тетрадей. В альбомах и тетрадях для рисования он нумеровал страницы, везде не к месту писал цифры. Умел читать, писать, но, кроме выполнения своей односторонней тематики, ничем другим не занимался. Больной был многоречив, расторможен. Плакал, если его провожали гулять. В рисунке по заданию (рис. 133) он совсем не к месту написал цифру 1968, хотя все предметы изобразил неплохо, раскрасил цветными карандашами. «Свои» рисунки он выполнял только простым карандашом.

Систематические индивидуальные занятия помогли частично избавить больного от патологического влечения. Например, по заданию он изобразил вишни, гриб, ягоду, морковь, раскрасил их и уже не писал цифр (рис. 134). Стало возможным привлечь мальчика к занятиям обучающего характера.

Многоречивые возбужденные дети, а также дети с фантазированием или патологическим влечением к одностороннему изображению во время рисования по заданию становятся спокойнее и собраннее. Если педагог занимает правильную позицию по отношению



133



134

к таким детям, то излишняя речевая продукция, ненужный поток слов прекращаются. Педагогу не следует садиться или стоять рядом с такими детьми, ибо своим присутствием он стимулирует их к разговору. Кроме того, во время занятий необходимо исключить все лишние раздражители, которые могли бы отвлекать внимание детей.

Женя Д., 6 лет 2 месяцев (шизофрения, приступообразное течение), закрывал ладонями уши, не хотел слушать, когда его приглашали на занятие и предлагали рисовать. В ответ он кричал: «Не хочу! Не умею рисовать!» Любимым занятием для него было целый день рассказывать о своих похождениях на «помойке», свалке на месте старых бараков, где пыль, вонь, грязь. Вначале мы слушали этот «рассказ», сидя вместе с мальчиком за столом. В другой раз попросили нарисовать «помойки», что он сделал охотно (см. рис. 54). Некоторое время он рисовал только их. В дальнейшем с мальчиком вели беседы о строительстве, о том, как надо изображать новые дома, вместе с больными складывали их из строительного материала.

После длительных систематических занятий свободным рисованием постепенно переключали его на рисование по заданию. Вначале было предложено изобразить новый дом, так как у мальчика был повышен интерес к домам, правда, разрушенным, старым. На рис. 135 он нарисовал по заданию новый дом, раскрасил его красным карандашом и около дома изобразил машину, нагруженную блоками.

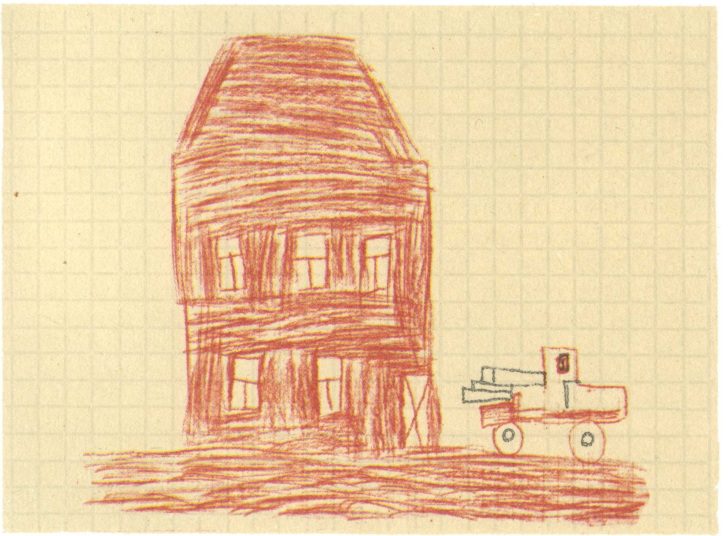
В дальнейшем больной рисовал деревья, траву, цветы, солнце и другие предметы. На рис. 136 пред-

133. Кружка, яблоко, вишни, бабочка, цветок. Гриша С., 5 лет 10 месяцев.

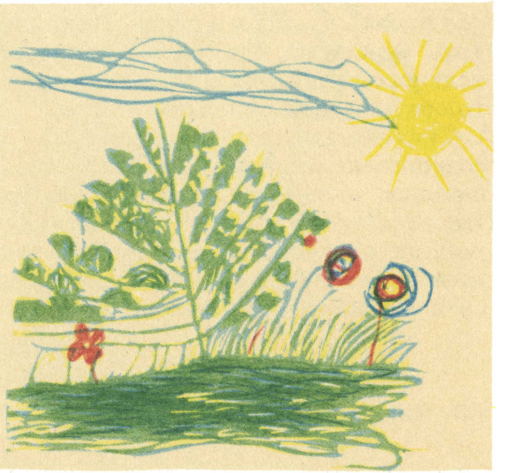
134. Вишни, гриб, ягода, морковь. Гриша С., 5 лет 10 месяцев.

135. Новый дом. Женя Д., 6 лет 2 месяца.

136. Дерево. Женя Д.. 6 лет 2 месяца.



135



136

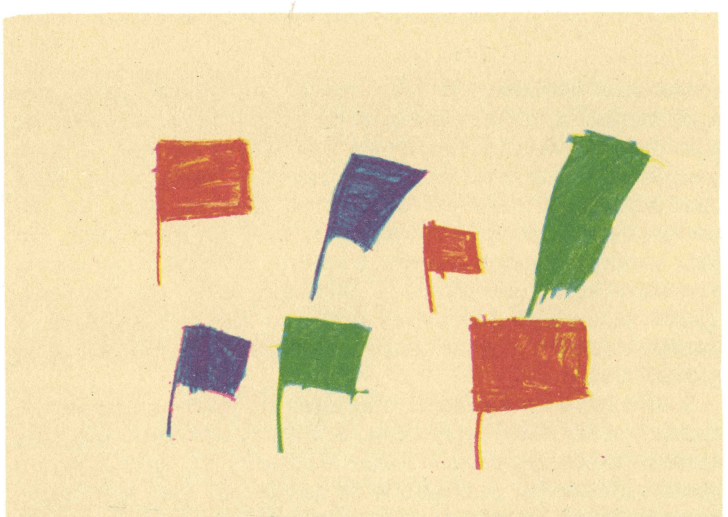
ставлено дерево. У мальчика не было ловкости в пальцах, и ему требовалось много времени, чтобы изобразить листья. После изображения дерева он должен был сосчитать, сколько листьев нарисовал. Ему обещали, что если их окажется больше, чем на образце, то рисунок будет представлен на выставку. Он был очень доволен, когда в конце работы оказалось, что на его дереве листьев больше, чем на образце. Такое задание было очень полезно для отвлечения от изображения старых домов и развития тонких движений пальцев.

Благодаря ежедневным занятиям постепенно изменилась тематика рисунков. В них появились солнце, яркие пионы, которые Женя «дарил» то педагогу, то врачу. Мальчик рисовал и по заданию, уже мог целенаправленно работать. Постепенно удалось научить

его писать буквы и цифры. Появилось желание работать. Однажды, будучи болен катаром верхних дыхательных путей, он спросил педагога: «А почему сегодня я не занимался?»

Тактика педагога при занятиях с Женей Д. была совершенно иной, чем по отношению к детям с повышенным интересом к рисованию. Пришлось затратить много времени и труда, чтобы отвлечь его от односторонних влечений и вызвать интерес к индивидуальным занятиям. По данным катамнеза, мальчик учится в 1-м классе массовой школы. Поведение его правильное, задания усваивает. Таким образом, коррекционная работа в стационаре, несомненно, оказала положительное влияние на познавательную деятельность ребенка и его поведение.

137. Флажки. Валерий Я., 8 лет.



137

Валерий Я., 8 лет (шизофрения, приступообразное течение), длительное время во время приступа изображал «курай» (рис. 69), «бурю» (рис. 70), которые представляли собой сплошную пачкотню темного цвета. Штриховка в разных направлениях, с сильным нажимом карандаша, нигде не оставалось свободного места, не было ничего предметного. Даже по выходе из психотического состояния у мальчика не было предметных рисунков. Задания сводились к изображению простых предметов, овладение которыми происходило как бы заново. Было дано задание изобразить один флажок, но он нарисовал их «много», по-видимому, для изучения и прорабатывания формы (рис. 137). То же самое на рис. 138 («Звезда»), сделанном по заданию.

Иногда дети отказываются рисовать, хотя и располагают соответствующими возможностями. Они заявляют: «Не умею рисовать», «Трудно, все равно не получится». Таким детям необходимо помочь, побудить их к действию. Надо разъяснять, что они смогут нарисовать, как и другие дети, показать, как следует выполнить рисунок, затем предложить ребенку сделать это самому, похвалить его, дать облегченное задание. Ежедневные занятия по инструкции педагога вырабатывали умение выполнять задание, приучали к деятельности.

На четвертом этапе рисование используется для приобщения к обучению. Несмотря на сравнительно короткое пребывание в стационаре, большинство детей в процессе занятий привыкают к педагогу. Они

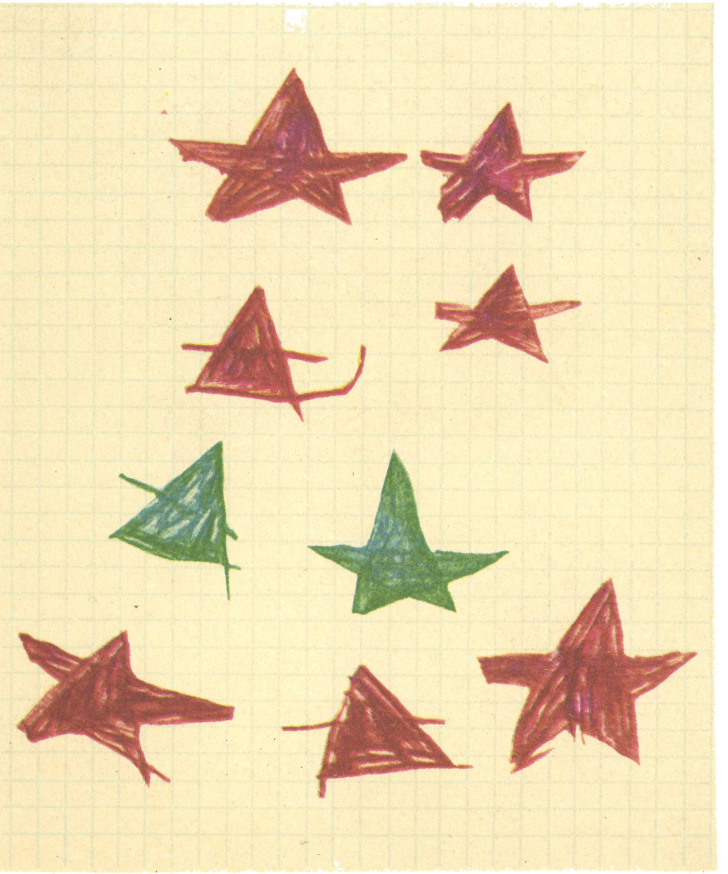
дорожат индивидуальными занятиями, постепенно приучаются правильно сидеть за столом, держать карандаш, тетрадь, писать, считать.

Рисование полезно для подготовки к письму, развития и укрепления мелких мышц кисти, которые у 7-летнего ребенка развиты еще очень слабо. Оно содействует обучению письму, делает руку ребенка более гибкой, послушной, развивает глазомер и чувство ритма. Рисование узоров, где повторяются одинаковые формы, приводит к некоторой автоматизации движений. Н. П. Сакулина (1961) обращает внимание на позу во время рисования, правильное держание карандаша, умение регулировать размах движений. Для непосредственной подготовки руки ребенка к письму автор рекомендует проводить штриховку параллельными линиями.

Т. Г. Скородумова (1969) отмечает, что изобразительная деятельность детей, в частности рисование, является одним из путей формирования зрительно-пространственных представлений и понятий о форме, цвете, величине. Кроме того, занятия рисованием способствуют развитию тонких дифференцированных движений руки, необходимых для овладения процессом письма.

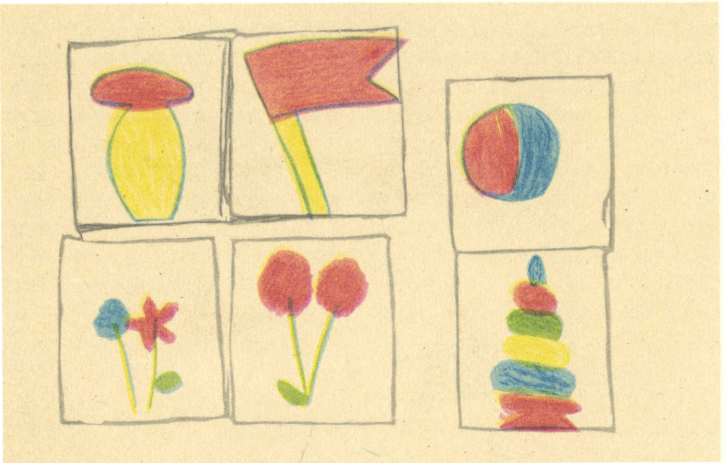
По мнению О. И. Галкиной (1954), очень полезны орнаментальные рисунки, особенно если они построены не на прямолинейных, а криволинейных формах, включающих в себя отдельные элементы букв. Задачей такого рисования является развитие мелких движений руки и зрительно-моторной координации при подготовке к письму.

Рисование и письмо — деятельность графическая. Между ними имеется много общего. В процессе обучения рисованию и письму развивается зрительно-мо-



138

138. Звезды. Валерий Я., 8лет.



139



140

торная координация, кинестезия руки. Вот почему рисование облегчает процесс усвоения письма (Т. С. Комарова, 1964).

Из 100 наших больных 36 обнаруживали интерес к обучению. Большинство из них в 4—5 лет знали буквы, цифры, умели писать, считать и читать. Из них у 7 детей с вялым течением шизофрении был повышен интерес к цифрам. Дети знали буквы, могли писать, но свои знания активно не использовали. Таким детям предлагали по буквам писать «письмо» маме. Они охотно выполняли эти задания, ибо последние носили игровой характер.

С детьми старшего дошкольного возраста мы проводили беседы о необходимости обучения, учителях, учащихся и тех требованиях, которые предъявляются в школе. Беседы о новом увлекательном периоде в жизни имели целью подготовить ребенка к обучению в массовой или вспомогательной школе. Это был существенный компонент процесса адаптации, так как некоторые дети наотрез отказывались идти в школу, заявляя родителям, что они всегда будут играть или рисовать. Чем последовательнее и лучше подготовлены дети к школе, тем успешнее они учатся. А. Н. Смирнова (1967) рекомендует у отсталых детей еще до школы развивать интерес к рисованию, лепке, ручному труду. Эти занятия постепенно приучают их к усидчивости и организованному поведению. Во

139. Гриб, флажок, мяч, цветы, вишни, пирамидка. Вадим. Я., 7 лет 10 месяцев.

140. Ваза с цветами. Вадим Я., 7 лет 10 месяцев.

время занятий дети учатся владеть карандашом, пользоваться тетрадью, видеть линии, клетки.

Использование индивидуальных интересов. Интересы ребенка, даже если они патологические, необходимо учитывать на занятиях. В частности, повышенный интерес у больного к таблицам, схемам и цифрам мы использовали для решения простых арифметических примеров и задач. Мальчик проявил хорошие способности. В дальнейшем постепенно перевели больного на занятия по русскому языку, которые были менее желательны для него. Вначале предлагали написать слова, значение которых было связано с транспортом (машина, автобус, троллейбус, трамвай). Это заинтересовало его. Затем переключили его на написание других слов, не связанных с повышенным интересом к цифрам и транспорту.

У другого больного возбуждение купировалось, когда ему представлялась возможность получить любимую игрушку — часы. С помощью этой игрушки создавалась новая, более сильная доминанта, подавляющая возбуждение. С часами мальчик садился за стол и играл. Постепенно вырабатывалось умение сидеть за столом. Используя яркие буквы, мы обводили их вместе с больным. Так мальчик научился складывать из букв отдельные слоги и слова, рисовать, писать, собирать конструктор, упорядочилось его поведение. Больной каждое утро просил педагога взять его на занятие, послушно выполнял указания.

Воздействие на патологическое творчество рисованием по заданию. У некоторых детей рисование является единственной формой активной деятельности. Рисунки однообразные и носят односторонний характер. Трудность заключается в переключении с излюбленной тематики на другую или на иные виды занятий. В этих случаях к рисованию на свободную тему мы подключаем рисование по заданию, легкие счетные операции, письмо, игры. С течением времени задания воспринимаются как должное и выполняются в сочетании с избранной формой деятельности.

Любимые занятия являются как бы подкрепляющим фактором, посредством которого детей удается привлечь к плановым занятиям.

Вадим Я., 7 лет 10 месяцев (шизофрения, приступообразное течение), был непродуктивен на групповых занятиях ввиду бредоподобного фантазирования. Много говорил о том, что он «немец», «перебьет всех русских» и «убежит в Германию». В связи с этим рисовал концлагери (см. рис. 99), планы побега из отделения, запутанные лабиринты, выходы из которых известны лишь ему.

На индивидуальных занятиях мальчик, хотя и мало рисовал «свои» рисунки, но много рассуждал по поводу их. Когда же ему предлагалось задание, то речевое беспокойство угасало. Вначале он без особого желания, но все же изображал по инструкции (рис. 139) гриб, флажок, мяч, цветы, вишни, пирамидку, раскрашивал их соответственно образцам, тогда как рисунки на свободную тему в основном были лишь контурные. В дальнейшем он рисовал даже с натуры (рис. 140).

После этого удалось перейти к изучению и написанию букв, цифр, о которых при поступлении в отделение он не хотел слушать. Мальчик хорошо усвоил расположение линеек и клеток в тетради, сам просил взять его на занятие, хотя длительное время сосуществовали патологическое влечение и интерес к обучению.

Однако неправильно считать, что занятия со всеми больными должны проходить четыре этапа. Некоторые дети сами активно комментируют свое творчество, не нуждаются в первом этапе. Не всегда один этап последовательно должен сменяться другим. Если быстро устанавливается контакт, то наряду со свободным рисованием предлагаются рисунки по заданию, изучается написание отдельных букв, цифр, разучиваются стихи, прочитанные педагогом. Другими словами, лечебно-коррекционная работа не расчленяется, а одновременно используются различные приемы в сочетанном виде.

Из числа обследованных 60% относились к своим рисункам безразлично, не спрашивали, куда педагог отнесет их рисунки, вернут ли их при выписке из больницы. Отдельные дети могли сами отнести рисунки в корзину с мусором, смять, порвать их. Becker (1934) также отмечал, что больные шизофренией быстро утрачивают интерес к рисункам. Остальные 40% детей просили сохранить рисунки для родителей или послать их на выставку, реагировали на похвалу и поощрение.

Для шизофрении характерны пассивность, отсутствие побуждения к деятельности, а также диссоциация между способностями и претворением этих способностей в действительность. Задачей коррекционной работы является активизация детей, вовлечение их в игры и занятия.

Важно научить детей знать и любить окружающий их мир. Тематика рисунков во многом зависит от воспитателей и педагогов, направленности детских интересов, воспитания и обучения.

Значение рисования как коррекционного мероприятия неоценимо при работе с детьми, страдающими шизофренией. Даже во время свободного рисования уже одно то, что ребенок сидит за столом и работает, имеет огромное значение. Он творит, комментирует свой труд, его внутренние переживания раскрываются глубже и полнее.

Мы описали некоторые приемы, используемые в лечебно-коррекционной работе. Несомненно, их значительно больше. Необходима дальнейшая разработка приемов и методов педагогической работы.

Из 100 обследованных нами детей 50 находятся под катамнестическим наблюдением. Из них 10 детей посещают массовый детский сад и 40 обучаются: 27 — в массовой школе, 6 — во вспомогательной, 7 — занимаются дома с педагогом по программе массовой школы.

Из 40 больных у 19 отмечалось вялое течение шизофренического процесса, у 19 — приступообразное, у 2 — злокачественное. Об остальных 50 детях катамнестических сведений нет, так как бóльшая часть из них живет не в Москве.

Избирательные интересы детей, отражающиеся в тематике рисунков, следует учитывать в лечебно-коррекционных целях и в школьном возрасте. Так, Ира К., увлеченная рисованием танцовщиц, успешно стала заниматься в хореографическом кружке. Мальчик, все время рисовавший настольные лампы, одновременно с учебой в массовой школе успешно овладел радиоделом.

Интересы детей могут быть использованы в дальнейшем при выборе профессии.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Творчество душевнобольных давно привлекало внимание педагогов, психологов, психиатров. Имеются указания на диагностическое значение этого творчества и на отличие его от творчества здоровых людей. Однако литературные сведения в общем незначительны и относятся главным образом к взрослым. Небольшое число зарубежных публикаций посвящено художественному творчеству больных детей школьного возраста.

В нашей стране после издания книги П. И. Карпова (1926) на эту тему не было написано ни одной диссертации или монографии. Труд П. И. Карпова освещает творчество взрослых больных. Что касается изобразительной деятельности детей дошкольного возраста, страдающих шизофренией, то она вообще не исследовалась. Совершенно нет публикаций, относящихся к лечебно-коррекционной работе с этими детьми, и отсутствуют какие-либо методические указания.

Для шизофрении вообще и у детей в частности характерны слабость побуждения к деятельности, падение энергетического потенциала, снижение волевой активности и эмоциональности. У детей, страдающих шизофренией, особенно со злокачественным течением, отсутствует интерес к изобразительному творчеству. У другой части больных, наоборот, имеется патологическое влечение к рисованию. Эти дети дают обильную продукцию. Одни из них очень быстро работают и заполняют целые альбомы рисунками одного и того же содержания. Другие все время «обогащают» свои рисунки, перегружают их все новыми фигурами, ненужными деталями до тех пор, пока на рисунке становится невозможным различить ничего предметного.

Техника рисунков детей, страдающих шизофренией, в общем соответствует таковой у здоровых детей, которые на 2—4 года моложе. Но отдельные больные отличаются высокой техникой изобразительного творчества. Низкая техника часто сочетается с символикой. Такие рисунки непонятны без комментариев больного.

Для некоторых больных шизофренией характерна диссоциация между способностью к изобразительной деятельности и содержанием их рисунков. Наряду с хорошо выполненными рисунками встречаются и совершенно непонятные изображения с символикой, вычурностью, нарушениями формы, величины, взаимоотношения предметов, их окраски. В ряде случаев наблюдается диссоциация между пространными рассуждениями больных о рисовании и их способностями к изобразительному творчеству. Такие дети много говорят и плохо рисуют.

Характер рисунков существенно зависит от психического состояния. При возбуждении в результате сильного нажима на карандаш образуются канавки, рвется бумага. При депрессии и астении, наоборот, линии бледные, еле заметные, нажим на карандаш слабый.

Особенности рисунков можно рассматривать как симптоматику шизофрении у детей дошкольного возраста.

При шизофреническом процессе нарушается взаимосвязь формы, расположения предметов, их цвета и т. д. Отсутствует их интеграция, необходимая для

реалистического изображения окружающего мира. Творчество больных шизофренией характеризуется чрезмерным подчеркиванием (вычурность) либо утратой формальных категорий.

Деформация—один из ведущих признаков изобразительного творчества детей, больных шизофренией. Деформация иногда доходит до уродства и достигает такой степени, что изображенные предметы непонятны для окружающих. Нарушение формы приводит к изменению содержания рисунков.

Иногда деформация фрагментарна, избирательно касается лишь отдельной части фигуры. В подобных рисунках выступает диссоциация между технически правильным выполнением всей фигуры, всего рисунка в целом и нарочитым искажением формы определенной части этой фигуры.

Диспропорция так же, как и деформация, часто встречается в рисунках детей, страдающих шизофренией. Иногда она носит избирательный характер и касается лишь «своих» рисунков, а изображения по заданию выполняются правильно. В других случаях творчество по заданию представлено с грубой диспропорцией, а «свои» рисунки — с соблюдением величины, соотношения предметов и их составных частей. У здоровых детей диспропорция носит временный характер, легко поддается коррекции. В отличие от здоровых детей у страдающих шизофренией диспропорция характеризуется устойчивостью, косностью, трудно поддается коррекции. При шизофрении окружающая действительность как бы игнорируется, отсутствует стремление приблизить рисунок к образцу, сделать его лучше, красивее.

Геометризация у здоровых детей встречается, как правило, в младшем дошкольном возрасте. У больных шизофренией она наблюдается в более старшем возрасте (в 7—8 лет и позже).

Незавершенность действий, незаконченность в изображении предметов имеет различные градации. Иногда вместо предметного изображения представлены отдельные линии, штрихи, части геометрических фигур, незаконченные формы, например одна голова или часть ее, или часть контура головы, или часть туловища (верхняя либо нижняя), или только конечности (одни ноги). Иногда это изолированные части предметов. Так, вместо целого дома ребенок рисует только крышу или стену, потолок. Распад рисунка, разорванность в изображении, нагромождение, наслоение, совмещение, уплотненность, вычурность, своеобразное размещение рисунка на листе бумаги— все это характеризует изобразительное творчество детей, страдающих шизофренией.

В отличие от распространенной точки зрения, согласно которой творчеству больных шизофренией свойственна стереотипия, наши данные показывают, что последняя в дошкольном возрасте встречается лишь в 3% наблюдений. Больным детям свойственна не стереотипия, не фотографическая повторяемость, а односторонняя направленность тематики, т. е. речь идет об избирательности тематики и рисовании одних и тех же предметов на протяжении нескольких месяцев, а иногда лет. Хотя по содержанию рисунки одни и те же, по форме и технике выполнения они далеко не всегда одинаковы.

У большинства больных отсутствует интерес к цветным карандашам. Дети рисуют чаще всего простым или черным карандашом, не раскрашивают рисунки. Отдельные больные, наоборот, сразу применяют чрезмерно большое количество красок в случайном, хао-

тическом наборе. Иногда имеет место избирательное употребление какого-либо одного цветного карандаша или, наоборот, боязнь определенного цвета.

Рисункам больных шизофренией свойственно нарушение не только формы, но и содержания. Часто эти нарушения сочетаются между собой. Характерно отсутствие жизненности, связи и обобщения элементов. Это сказывается в выборе тематики. Рисунки ригидны, фрагментарны, раздроблены, выражают дисгармоничные чувства больного. Тематика своеобразная, не присущая здоровым детям данного возраста. При становлении предметного изображения многие больные никогда не выполняли обычных детских рисунков. Это служит одним из существенных показателей отрыва их от внешнего мира.

Характерна непонятность изображения, которая обусловлена не столько низким техническим уровнем, сколько употреблением символов. При помощи последних больной проецирует во вне свои внутренние переживания. Символизм резко искажает содержание рисунков. Символические рисунки совершенно непонятны окружающим, расшифровать их может только больной.

В творчестве преобладает фантастика (вымышленные страны, города, острова, океаны), отражающая бредоподобные фантазии. Другие больные рисуют давно вымерших или экзотических животных, но не домашних, непосредственно их окружающих.

Дети изображают не встречающиеся в действительности различные сочетания живых существ: человеко-зверей, человеко-птиц, сдвоенных животных, «страшил». Изображение нереальных существ может быть отражением галлюцинаторных переживаний.

Односторонняя тематика свидетельствует об отсутствии интереса к внешнему миру. Ребенок выхватывает из окружающей среды что-то одно и все время это рисует. При этом обнаруживаются косность психики, трудность переключения на другую тематику.

В ряде случаев наблюдается диссоциация между содержанием рисунков и их названием, а также употребление неологизмов. Последние чаще всего используются в именах людей и названиях предметов.

Некоторые больные испытывают патологическое влечение к изображению отрицательных героев (враги, «беляки», «фашисты», волки), с наслаждением рисуют их и охотно комментируют.

Все эти особенности рисунков характерны для шизофрении, но не являются строго специфичными. Некоторые из них могут встречаться при других заболеваниях и даже у здоровых детей. Однако у последних они бывают редко, слабо выражены и касаются лишь отдельных явлений (диспропорция либо деформация, либо геометризация и т. д.), а не представляют собой сочетание, комплекс, как при шизофрении. У здоровых детей эти особенности встречаются лишь в исключительных случаях и только в раннем возрасте, на раннем этапе обучения рисованию. Кроме того, они не характеризуются такой устойчивостью, как при шизофрении, со временем спонтанно исчезают и легко поддаются коррекции.

Наблюдение за рисующим ребенком имеет большое значение для оценки его состояния. Ребенок в рисовании, все равно что взрослый человек в работе. Рисование для детей — «это прежде всего труд, трудовая деятельность» (И. Д. Ермаков, 1922). Оно составляет преимущественный вид детского творчества (Л. С. Выготский, 1967). Скорость включения в заня-

тие, поведение больного, его отношение к рисованию имеют значение для оценки состояния больного. Быстро ли он утомляется и слушается ли указаний педагога, форма и содержание рисунков, количество и скорость выполнения их, комментарии больного, отношение к бумаге, использование цветных карандашей и красок, доминирующие тона, нажим карандаша — все это характеризует психическое состояние больного, его личностные особенности, своеобразие проявлений и течения болезни. Очень важны динамика рисунков, учет обстановки, в которой они выполнялись.

«Художественная продукция является зеркалом ощущения и мышления ее творцов» (Jakab, 1956). В рисунках отражаются интересы больного и его психические расстройства, которые не всегда выявляются при обычном клиническом обследовании. В рисунках психические расстройства могут отражаться раньше, чем они появятся клинически. Все это имеет большое диагностическое значение.

Изобразительное творчество является одним из объективных методов оценки состояния больного. Рисунок помогает определить психотическое состояние, в котором они выполнялись, и в совокупности с данными клинического обследования установить диагноз заболевания.

Художественное творчество при шизофрении можно рассматривать как выражение больными того, что они не высказывают словами. При шизофрении дети часто испытывают страхи, описать которые они не могут или умалчивают о них, а в рисунках раскрывается их содержание.

Изображение галлюцинаций имеет несомненное диагностическое значение. Обманы восприятия чаще наблюдаются при приступообразном или вялом течении. Появление их свидетельствует об обострении шизофренического процесса. Рисунки эти отличаются своеобразием, индивидуальностью и неповторимостью.

Существенные различия в рисунках детей обнаруживаются в зависимости от типа течения шизофренического процесса. По данным Е. С. Гребельской (1934), большинство детей дошкольного возраста с острым началом и тяжелым прогредиентным течением шизофрении не способны к усвоению и приобретению знаний и навыков. Это соответствует нашим наблюдениям. Большинство больных со злокачественным течением шизофрении не способны к предметному изображению. При вялом течении рисунки отличаются стабильностью, почти постоянными особенностями, свойственными шизофреническому творчеству. Приступообразное течение ярко демонстрирует динамику рисунков в зависимости от остроты шизофренического процесса. Она существенно отличается во время приступа и в состоянии ремиссии: в психозе рисунки напоминают творчество детей со злокачественным течением шизофрении, а в ремиссии они улучшаются, сохраняя одностороннюю направленность и некоторые другие особенности шизофренического творчества. В отдельных случаях они приближаются к норме.

Особенности творчества страдающих шизофренией необходимо учитывать при планировании лечебно-педагогической работы. Учитывая отсутствие у больных инициативы и побуждения к деятельности, необходимо активизировать их. Требуются большая осторожность, такт и выдержка, чтобы у детей не исчезла охота к занятиям. Изо дня в день их следует вести

к поставленной цели — обучению и расширению познавательной деятельности. Нужно, чтобы обучение стало потребностью каждого ребенка.

Больные шизофренией различны по своим психопатологическим проявлениям, способностям и личностным особенностям. Они не могут подчиниться общему строю занятий, поэтому работа с такими детьми должна быть дифференцированной.

Индивидуальные занятия лучше, чем групповые, позволяют изучить ребенка и быстрее вступить с ним в контакт.

В лечебно-коррекционной работе мы использовали занятия рисованием. Из методических соображений эта работа разделяется на несколько этапов: 1) установление контакта; 2) внесение корректив в свободное творчество больных; 3) рисование по заданию; 4) сочетание рисования с элементами обучения грамоте.

Ни при каком другом заболевании не наблюдается такого отрыва от реальности, диссоциации мыслительных процессов и трудности контакта, как при шизофрении, поэтому установление контакта — одно из главных условий для занятий. Без него невозможны обучение и коррекция. Рисование — прекрасное средство для установления контакта с больными детьми. Рисование доставляет радость детям. Они охотно занимаются им. Даже больные с мутизмом, от которых при обычных беседах и играх трудно добиться слова, во время рисования нередко вступают в контакт с педагогом.

Рисунки могут быть ценным материалом для суждения о развитии детских представлений. Имеет значение не только то, что творчество больного определяется его представлениями об окружающей среде, но и то, что это творчество само влияет на формирование новых представлений.

Важно включить детей в занятия, ибо только через деятельность можно корригировать их недостатки. Детям показывают красочные картинки, мозаику, аппликации, пирамидки, постепенно подготавливающие их к рисованию. Большое значение имеют предложенные нами различные приемы: создание игровой ситуации, заинтересованности, провокации, стимуляции, опосредованного замечания.

Рисунки многих больных шизофренией оторваны от реальной действительности, непонятны окружающим, символичны, с явлениями деформации, грубой диспропорции и другими отклонениями. В связи с этим второй этап преследовал цель исправления рисунков. Мы выясняли понятие ребенка об изображенных им предметах, их величине, форме и цвете. Выполненный рисунок сравнивали с образцом. В присутствии больного показывали, как надо правильно рисовать. Иногда контуры предмета наносил педагог, а больной обводил их. Для освоения формы предлагалось обводить вырезанные из плотного картона круг, квадрат, треугольник, листья, фрукты, овощи и другие предметы.

Рисование по заданию полезно не только как метод переключения больных шизофренией с односторонних интересов и патологических влечений на различные предметы и явления окружающей действительности. Когда ребенок воспринимает задание, то тренируется его внимание, возбуждается любознательность, стимулируется познавательная деятельность и тем самым устанавливается активная связь с внешним миром. Благодаря рисованию по заданию патологическая доминанта, связанная с односторон-

ним интересом ребенка, его болезненным влечением, затормаживается, угасает, поведение ребенка улучшается.

У детей старшего дошкольного возраста рисование сочетается с обучением буквам, цифрам, простейшему счету, разучиванием стихов, пересказу прочитанных детям рассказов и сказок. Очень важно использовать индивидуальные интересы, даже если они патологические, для привлечения детей к целенаправленным занятиям.

Поэтапно проводимая таким образом работа позволила 80 детей из 100 обследованных привлечь к занятиям. У остальных 20 детей заболевание отличалось выраженной злокачественностью. Коррекционная работа с ними сводилась в основном к восстановлению утраченных навыков самообслуживания.

Положительным результатом лечебно-коррекционной работы, проведенной в комплексе с медикаментозной терапией, явилось то, что из 50 детей, о которых у нас имеются катамнестические сведения, 40 учатся, из них 27 — в массовой школе, 6 — во вспомогательной и 7 находятся на индивидуальном обучении дома по программе массовой школы. Массовый детский сад посещают 10 детей.

Систематические педагогические занятия имеют определенное терапевтическое значение. Рисование является одной из форм трудотерапии и психотерапии. Педагогическая работа, психотерапевтические беседы успокаивают ребенка, отвлекают его от навязчивых мыслей и действий, страхов, агрессии, фантазии и других болезненных переживаний. Кроме того, рисуя, он что-то творит, воплощает и тем самым создает новый источник ярких переживаний. Даже маленький ребенок, когда выводит каракули, радуется, потому что создает их сам. Художественное развитие в дошкольном возрасте при правильном руководстве является источником больших радостей, обогащающим новыми чувствами. Ребенок вкладывает в рисунок всю любовь и любопытство к окружающему миру, весь азарт и (пока небольшое) умение рисовальщика.

«В раннем детстве,— пишет секретарь Правления Союза художников СССР Б. Неменский (1969),— ни одно человеческое занятие не открывает столько радости и простора для фантазии, сколько рисование. Ребенок с красками в руках свободен, как гений. Нам нельзя забывать, что личность формируется прежде всего в творчестве. В творчестве проявляется индивидуальность».

ЛИТЕРАТУРА

Аркин Е. А. Дошкольный возраст. М., Учпедгиз, 1948.

Артемов В. А. Детская экспериментальная психология. М.—Л., 1929.

Артемов В. А., Рыбников Н. А. Как собирать продукты детского творчества. М., 1924.

Бельмер Б. А. Некоторые вспомогательные средства на уроках рисования и черчения в школе слабовидящих. В кн.: Специальная школа, 1967, в. 4, с. 116—121.

Бехтерев В. М. Первоначальная эволюция детского рисунка в объективном изучении. Спб., 1910.

Болдырева С. А. Отражение галлюцинаций в рисунках детей дошкольного возраста, страдающих шизофренией. Ж. невропатол. и психиатр., 1969, № 10, с. 1575—1580.

Болдырева С. А. Этапы лечебно-коррекционной работы с детьми дошкольного возраста, страдающими шизофренией. В кн.: Шестая научная сессия по дефектологии (14—17 июня 1971 г.). М., 1971, с. 66—67.

Болдырева С. А., Кудрявцева В. П. Особенности рисунков детей дошкольного возраста, больных шизофренией. Ж. невропатол. и психиатр., 1967, № 10, с. 1521—1529.

Болдырева Ю. Н. Рисунки ребенка как материал для его изучения. Вестн. психол., криминальн. антропол. и педол., 1913, т. 10, в. 5, с. 28—56.

Ван М. Первый год обучения рисованию. Худож.-пед. ж., 1914, № 23—24, с. 332—335.

Воронов В. К психологии детского рисунка. Вестн. воспитания, 1910, № 5, с. 95—112.

Воронов В. О детском рисунке. Народное просвещение, 1919, № 13—14, с. 69—74.

Вроно М. Ш. Шизофрения у детей и подростков. М., «Медицина», 1971.

Выготский Л. С. Проблема обучения и умственного развития в школьном возрасте. В кн.: Избранные психологические исследования. М., 1956, с. 438—452.

Выготский Л. С. Воображение и творчество в детском возрасте. Изд. 2-е. М., 1967.

Галкина О. И. О восприятии детьми формы при обучении письму и рисованию в 1-м классе. В кн.: Вопросы детской и общей психологии. М., 1954, с. 31—56.

Гиляровский В. А. Психиатрия. Руководство для врачей и студентов. Изд. 4-е. М., 1954.

Головина Т. Н. О некоторых особенностях развития цветоразличения у умственно отсталых школьников. В кн.: Специальная школа. М., 1968, в. 4, с. 94—104.

Гребельская Е. С. К клинике ранних детских шизофрений. В кн.: Вопросы психоневрологии детей и подростков. М., 1934, т. 2, с. 71—88.

Грошенков И. А. Подготовительный период в обучении рисованию учащихся в 1-м классе вспомогательной школы. В кн.: Специальная школа. М., 1963, в. 2, с. 28—38.

Грошенков И. А. Состояние и некоторые пути улучшения обучения рисованию во вспомогательной школе. В кн.: Вопросы дефектологии. М., 1964, с. 157—172.

Грошенков И. А. Развитие сознательности и активности учащихся вспомогательной школы на уроках рисования. В кн.: Специальная школа, 1966, в. 4, с. 50—57.

Дульнев Г. М. Основы трудового обучения во вспомогательной школе. М., 1969.

Езикеева В. А. Развитие способности художественного восприятия у дошкольников. Известия АПН РСФСР. М., 1959, в. 100, с. 141—176.

Ермаков И. Д. Психическая активность детей до 3-летнего возраста и ее выражение в рисунках. Ж. психол., неврол. и психиатр., 1922, т. 1, с. 23—38.

Зиновьев П. М. О психотерапии шизофрении. В кн.: Вопросы психотерапии. М., 1958, с. 174—179.

Зубарева Н. М. Дети и изобразительное искусство. М., 1969.

Карпов П. И. Творчество душевнобольных и его влияние на развитие науки и техники. М.—Л., 1926.

Ковальская Е. Г. Наша современность в детских рисунках. Дошкольное воспитание, 1964, 3, 29—35.

Козлова И. А. Клинические особенности шизофрении раннего детского возраста. Дисс. канд. М., 1967.

Комарова Т. С. Развитие чувства цвета на занятиях изобразительной деятельностью в младшей группе детского сада. В кн.: Эстетическое воспитание в детском саду. М., 1963, с. 57—68.

Комарова Т. С. Учить ли детей рисовать? Дошкольное воспитание, 1964, 3, 37—40.

Кононова М. П. Графическое творчество душевнобольных детей. В кн.: Проблемы клиники и терапии психических заболеваний. М., 1949, с. 211—216.

Кононова М. П. Руководство по психологическому исследованию психически больных детей. М., 1963.
Коренблит М., Надольская М. Уроки рисования как метод исследования личности. Русская школа, 1914, т. 1, с. 8—25.
Косенко З. А. Особенности зрительных галлюцинаций у детей и подростков-шизофреников. Ж. невропатол. и психиатр., 1937, 6, 11, 111—122.
Коссаковская Е. Учить ли детей рисовать? Дошкольное воспитание, 1964, № 3, с. 35—37.
Кугаенко А. М. Клиническое значение детского рисунка. Совр. психоневрол., 1927, т. 5, № 10, с. 291—294.
Лампрехт К. Собирайте рисунки детей. М., 1909.
Неменский Б. Конечная цель — радость. Комсомольская правда, 13/XI 1969 г.
Озерецкий Н. И. Психопатология детского возраста. Л., Учпедгиз, 1938.
Певзнер М. С. Дети-психопаты и лечебно-педагогическая работа с ними. М., 1941.
Певзнер М. С. Некоторые вопросы организации лечебно-педагогической работы. В кн.: Вопросы психиатрии детского возраста. М., 1962, с. 204—210.
Программа воспитания в детском саду. Изд. 5-е, М., 1971.
Сакулина Н. П. Анализ рисования. В кн.: О педагогическом изучении учащихся вспомогательных школ. М., 1953, с. 86—117.
Сакулина Н. П. Развитие художественно-творческих способностей у детей дошкольного возраста в занятиях рисованием. Известия АПН РСФСР. М., 1959, в. 100, с. 7—97.
Сакулина Н. П. Развитие детского изобразительного творчества и обучение. Дошкольное воспитание, 1960, № 2, с. 50—53.
Сакулина Н. П. Особенности изобразительной деятельности у детей с недоразвитием речи. В кн.: Школа для детей с тяжелыми нарушениями речи. М., 1961, с. 238—254.
Сакулина Н. П. Рисование в дошкольном детстве. «Просвещение», 1965.
Симсон Т. П. Шизофрения раннего детского возраста. М., 1948.
Смирнова А. Н. Коррекционно-воспитательная работа учителя вспомогательной школы. М., 1965.
Смирнова А. Н. Воспитание умственно отсталого ребенка в семье. М., 1967.
Стерн В. Психология раннего детства (до 6-летнего возраста). Пг., 1922.
Сухарева Г. Е. Клинические лекции по психиатрии детского возраста. Т. 1. М., 1955.
Трошин Г. Я. Сравнительная психология, нормальных и ненормальных детей. М., 1915.
Флерина Е. А. Детский рисунок. М., «Новая Москва», 1924.
Флерина Е. А. О детском изобразительном творчестве. Сов. педагогика, 1946, № 3, с. 31—47.
Флерина Е. А. Изобразительное творчество детей дошкольного возраста. М., 1956.
Чада Ф. Педагогическое значение детских рисунков. СПб., 1911.
Шуберт А. М. Изучение личности ребенка по его рисунку. В кн.: Психопатология и психопрофилактика детского возраста. М., 1929, с. 166—230.

Albee G. W., Hamlin R. M. An investigation of the reliability and Validity inferred from Drawings. J. clin. Psychol., 1949, 5, 4, 389—392.
Alschuler R. H., Hattwick L. A. Easel painting as an index of personality in preschool children. Am. J. Orthopsychiat., 1943, v. 13, p. 616—625.
Anastasi A., Foley J. P. An experimental study of the drawing behavior of adult psychotics in comparison with that of a normal control group. J. exp. Psychol., 1944, v. 34, p. 169—194.
Arajarvi T., Alanen Y. O., Viitamaki R. O. Psychoses in childhood. Copenhagen, 1964, s. 42—45.
Baldwin J. M. Mental development in the child and the race. New York, 1903.
Bauer L. Erfahrungen mit dem Warteggtest auf unserer Kinderstation. Der Nervenarzt, 1952, Bd 23, s. 52—55.
Becker P. E. Das Zeichen Schizophrener. Neurol. Psychiatrie, 1934, Bd 149, s. 433—489.
Bender L. Art and therapu in the mental disturbances of children. J. nerv. ment. Dis., 1937, v. 86, p. 249—263.
Bieber J., Herkimer J. K. Art in Psychotherapy. Am. J. psychiat., 1948, v. 104, p. 627—631.
Bobon J. Contribution a la psychopathologie de l'expression plastique mimique et picturale: Les «neomorphismes». Acta Neurol. Psychiat. Belg., 1957, N 57, p. 1031—1067.
Burger-Prinz H. Uber die Kunstlerischen Arbeiten Schizophrener. In: O. Bumke. Handbuch der Geisteskrankheiten. Berlin, 1932, Bd 9, s. 668—704.

Colbert E. G., Koegler R. R. The Childhood schizophrenic in adolescence. Psychiat. Quart., 1961, 35, 693—701.
Duranton P. La schizophrenie infantile. Paris, 1956.
Evrard V. La schizophrenie infantile. Acta paedopsychiatr., 1958, Bd 25. s. 97—100.
Ferdiere G. Le Dessinateur schizophrene. L'evolution Psychiatr. (Paris), 1951, v. 11, p. 215—239.
Fiedler F. E., Siegel S. M. The free Drawing test as a predictor of non-improvement in psychotherapy. J. clin. Psychol., 1949, v. 5, p. 386—389.
Goodenough F. L. Children's drawings. In Handbook of child psychology. Massachusetts, Worcester, 1931, p. 480—514.
Jakab I. Zeichnungen und gemalde der geistes kranken. Budapest, 1956.
Jakab I. Expression graphique des hallucinations schizophreniques. Ann. med. Psychol., 1959, t. 1, p. 1—24.
Kerschensteiner G. Die Entwicklung der zeichnerischen Begabung. Neue Ergebnisse auf Grund neuer Untersuchungen. Munchen, 1905.
(Kerschensteiner G.) Кершенштейнер Г. Развитие художественного творчества ребенка. Пер. с нем., М., 1914.
Knoor W., Rennert H. Der Wartegg—Zeichnen—Test bei Schizophrenen. Neurol. Psychiat., 1966, 5, s. 276—296.
Kraepelin E. Lehrbuch der Psychiatrie. Leipzig, 1909.
Krevelen A. van, Martens-Wartena J. G. Die Zeichnung des Kindes als Ausdrucksmittel Schweiz. Z. Revue Suisse de Psychol., 1955, Bd 14, s. 106—123.
Kretschmer E. K. Korperbau und charakter. 18 Aufl. Berlin, 1944.
Labar P. Images de peurs Enfantines. Rev. Neuropsychiat. infant., 1969, v. 17, p. 381—391.
Labar P., Croufer Fr., Bobon J. Modifications du vecu corporel exprimees dans le dessin spontane d'une enfant de trois ans er demi. Rev. Neuropsychiat. infant, 1969, v. 17, p. 351—360.
Landry M. A. Contribution a l'etude du diagnostic de psychoses infantiles a forme schizophrenique. Paris, 1959, v. 5, p. 8—24.
Lewinstein S. Kinderzeichnungen bis zum 14 Lebensjahr. Leipzig, 1905.
Luquet G. H. Le dessin enfantin. Paris, 1927.
Machover K. Personality projection in the drawing of the human figure. Springfield, 1949.
Marinow A. Schopferische Leistungen im Endzustand der Schizophrenic. Psychiat. Neurol. med. Psychol., 1960, Bd 10, s. 375—381.
Meili-Dworetzki G. Das Bild des Menschen in der Vorstellung und Darstellung des Kleinkindes. Bern—Stuttgart, 1957.
Meine R. Wir zeichnen und malen mit den Jungsten. Berlin, 1959.
Mever J. E. Stilwandel bildnerischer Produktion unter dem Einfluß einer Psychose. Nervenarzt, 1954, Bd 25, s. 237—245.
Morgenthaler W. Uber Zeichnungen von Gesichtchalluzinationen. Neurologie und Psychiatrie, 1919, Bd 45, s. 19—29.
Morgenthaler W. Ein Geisteskranken als Kunstler. Bern, 1921.
Navratil L. Schizophrenie und Kunst. Munchen, 1965.
Nicolau A., Enachescu C., Stefanescu F., Lazar C. Analiza productiilor artistice ale bolnavilor de schizofrenic. Neurologia (Buc.), 1965, v. 10, p. 339—347.
Pfister H. O. Farbe und Bewegung in der Zeichnung. Geisteskranker. Schweiz. Arch. Neurol. Psychiat., 1934, Bd 34, s. 325—365.
Prinzhorn H. Bildnerei der geisteskranken. Berlin, 1922.
Rennert H. Die Merkmale schizophrener Bildnerei. Jena, 1966.
(Ricci C.) Риччи К. Дети-художники. М., изд. В. М. Саблина, 1911.
Rost H. Wartegg—Zeichen—Test—Untersuchungen bei Schezophrenen. Arch. Psychiat. Nerven—Kr., 1952, Bb 188, S. 251—278.
Rouma G. Le langage graphique de l'enfant. Bruxelles, 1913.
Sehringer W. Der Goodenough—Test. In: Psychologische Forschung, 1957, Bd 25, s. 155—237.
(Selly D.) Селли Д. Очерки по психологии детства. Пер. с англ. М., 1901.
Strand M., Skula E. Ein Fall von Kinderschizophrenie mit ausdrucksvoller Bildproduktion. Acha paedopsychiat., 1960, Bd 27, s. 52—61.
Swensen C. H. Empirical evaluations of human figure drawings. Psychol. Bull., 1957, v. 54, p. 431—466.
Traube T. Valeur diagnostique des dessins. Arch. Psychol., 1937, v. 26, p. 285—309.
Walter R. Diagnostische Erfahrungen mit einem Malzikel schizophrener Patienten. Med. Bild., 1964, H 3, s. 88—91.
Weider A., Noller P. A. Objective studies of children's drawings of human figures. J. clin. Psychol., 1950, 6, 4, S. 319.
Winkler W. Th. Die bildnerische Gestaltung als Spiegel psychopathologischer Phanomene und als therapeutische Hilfe. Therapeutische Berichte, 1965, H. 2, s. 72—79.
Wolf N. Bildnerische Darstellungen wahrend der Losung eines schizoprenen Schubes. Arch. psychiat. Nervenkr., 1961, Bd 202, s. 60—74.
Zeldenrust E. L. L'art et la folie. L'evolution Psychiatr., Paris, 1951, v. 1, p. 73—86.

ОГЛАВЛЕНИЕ

Предисловие 5

Введение . 7

Глава I. *Обзор литературы* 9

Глава II. *Рисунки здоровых детей дошкольного возраста* 25

Глава III. *Художественное творчество больных шизофренией* 33

Интерес к рисованию 34
Техника рисунка 34
Тематика рисунков 35
Особенности формы и содержания рисунков . 36
Цвет в рисунках 67

Глава IV. *Отражение в рисунках психопатологических расстройств* 71
Аффективные нарушения 71
Галлюцинации 86
Агрессивные тенденции 100
Возбуждение 101

Глава V. *Особенности рисунков в зависимости от типа течения шизофрении* 103
Злокачественное течение 103
Вялое течение 109
Приступообразное течение 117

Глава VI. *Лечебно-коррекционная работа* 129

Заключение 151

Литература 157

БОЛДЫРЕВА СОФЬЯ АЛЕКСАНДРОВНА
РИСУНКИ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА, БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ

Редактор М. И. Фотьянов
Художественный редактор Н. А. Гурова
Технический редактор Н. С. Кузьмина
Корректор Л. П. Тараринa
Оформление художника Г. Л. Чижевского

Сдано в набор 25/IX 1973 г. Подписано к печати 20/IV 1974 г. Формат бумаги 100×70¹/₁₆ 10,0 печ. л. (условных 13,0 л.) 11,64 уч.-изд. л. Бум. офсетная. Тираж 10 000 экз. МН-76. Цена 1 р. 96 к. Заказ 6207.

Издательство «Медицина», Москва, Петроверигский пер., 6/8.

Типография изд-ва «Горьковская правда», г. Горький, ул. Фигнер, 32.

1 р. 96 к.

·МЕДИЦИНА·

