

ПАТОПСИХОЛОГІЧНИЙ АНАЛІЗ ОСОБЛИВОСТЕЙ ТВОРЧОЇ ДІЯЛЬНОСТІ ХВОРИХ НА ШИЗОФРЕНІЮ

О.Г. Малина,

кандидат психологічних наук,
старший викладач кафедри практичної психології
Запорізького національного університету

Представлена стаття присвячена проблемі механізмів і закономірностей творчої діяльності хворих на шизофренію й включає патопсихологічний аналіз типових характерних рис творчої продукції хворих даної нозологічної групи, що дає можливість використання додаткових даних для оцінки структури, ступеню й динаміки порушень психічної діяльності, аналізу клінічної картини при вирішенні диференційно-діагностичних завдань клінічної практики.

Ключові слова: шизофренія, патопсихологічний аналіз, творча діяльність хворих, схематизм, деталізація, стереотипії, символізм, орнаментация, деформація об'єктів, містифікація, розпад зображення на частини, фантастичні теми, механістичність, геометризація форми й простору зображення.

Статья посвящена проблеме механизмов и закономерностей творческой деятельности больных шизофренией и включает патопсихологический анализ типичных характерных черт творческой продукции больных данной нозологической группы, что дает возможность использования дополнительных данных для оценки структуры, степени и динамики нарушений психической деятельности, анализа клинической картины при решении дифференциально-диагностических задач клинической практики.

Ключевые слова: шизофрения, патопсихологический анализ, творческая деятельность больных, схематизм, детализация, стереотипии, символизм, орнаментация, деформация объектов, мистификация, распад изображения на части, фантастические темы, механистичность геометризация формы и пространства изображения.

Однією з найскладніших остаточно не вивчених проблем патопсихології й психіатрії залишається питання природи та генезу шизофренії, як захворювання, що включає в себе різноманітні психопатологічні симптоми й призводить до незворотних особистісних змін. Полемічним є навіть питання основних клініко-діагностичних критеріїв, за якими різні психопатологічні комплекси мають відноситись до групи шизофренічних психозів.

За різних історичних часів, у всіх спільнотах будь-якого рівня розвитку, будь-якої культури шизофренія завжди уражала приблизно один відсоток населення. Але, як зазначають провідні психіатри й клінічні психологи [8, 163], на даний час спостерігається тенденція до зростання поліморфності, мозаїчності, стертих, нозологічно не виразних форм розладів шизофренічного кола.

З точки зору встановлення сутнісних механізмів порушень психіки, що зумовлюється даним захворюванням, достатньо продуктивним та інформативним можна вважати експериментально-психологічні дослідження творчої діяльності хворих на шизофренію.

Вивчення творчості психічно хворих має давні традиції. Цій проблемі присвячена велика кількість досліджень як спеціальних психіатричних (К. Ясперс, П.І. Карпов [7], А.В. Снежневський [5], Ю.А. Александровський [1]), так і літературознавчих (И. Реховских, А.С. Мігунов), мистецтвознавчих (К.Г. Богемська, І. Нискер, Р. Арнхейм, В.В. Гаврилов [4]) та ін. Однак спеціальних психологічних досліджень даної проблеми вкрай мало. Тільки останнім часом з'явилася незначна кількість робіт, присвячених вивченню творчості людей із психіатричним досвідом (Е.І. Бабаян [2], С.А. Болдирева [3], Е. А. Вачнадзе [5], Р.Б. Хайкін [6], В.Д. Менделевич [8]).

Проблема дослідження механізмів творчої діяльності хворих на шизофренію, її зумовленості психопатологічними процесами, взаємозв'язок з особливостями та динамікою клінічної картини захворювання має велике практичне значення й теоретико-науковий потенціал.

Вивчення особливостей творчої діяльності хворих на шизофренію не тільки сприяє розумінню етіології й патогенезу шизофренії, але й дозволить значно підвищити можливості вирішення клініко-діагностичних завдань і проведення диференційної діагностики, дозволять отримати додаткові дані для уточнення нозологічного діагнозу, оцінки структури й ступеню порушень психічної діяльності, виявлення динаміки перебігу психотичного стану та оцінки ефективності проведеної терапії.

Інтерес дослідників до психології хворих на шизофренію зумовлений своєрідністю психічних порушень при цьому захворюванні, зокрема у зв'язку з незвичайністю пізнавальних процесів і неможливістю оцінити їх у відповідність до відомими критеріями недоумства. Мислення, мовлення й сприйняття хворих відрізняються незвичністю й парадоксальністю, що не мають аналогії серед інших відомих видів психічної патології. Звертає увагу особлива дисоціація, що характеризує не тільки пізнавальну, а й всю психічну діяльність і поведінку хворих. Так, хворі на шизофренію можуть виконувати складні види інтелектуальної діяльності, але часто зазнають труднощів при вирішенні простих завдань. Парадоксальними є також способи вчинків, схильності й інтереси хворих на шизофренію.

Психологічні дослідження показали, що порушення пізнавальної діяльності при шизофренії відбуваються на всіх її рівнях, починаючи від безпосереднього чуттєвого відображення дійсності. Різні властивості навколишнього світу виділяються хворими трохи інакше, ніж здоровими: вони по-різному «акцентуються», що призводить до зниження ефективності та «економічності» процесу сприйняття. Однак при цьому відзначається підвищення «перцептивної точності» сприйняття образу. Найбільш чітко зазначені особливості пізнавальних процесів виступають у мисленні хворих. Було встановлено, що при шизофренії виявляються тенденція до актуалізації малозначущих ознак предметів і зниження рівня вибірковості, зумовленої регулюючим впливом минулого досвіду на розумову діяльність. При цьому зазначена патологія розумової, а також мовної діяльності й зорового сприйняття, що позначається як дисоціація, виступає особливо виразно в тих видах діяльності, реалізація яких суттєво детермінована соціальними факторами, тобто припускає опору на минулий соціальний досвід. У тих же видах діяльності, де роль соціального опосередкування незначна, порушень не виявляється. Зниження вибірковості становить одночасно фундамент «оригінального» й незвичайного мислення й сприйняття хворих, що дозволяє їм розглядати явища та предмети з різних боків, зіставляти непорівнянне, відійти від шаблонів. Є багато фактів, що підтверджують наявність в осіб шизоїдного кола й хворих на шизофренію особливих здібностей і схильностей, що дозволяють їм досягати успіхів в окремих галузях творчості. Саме ці особливості породили проблему «геніальності й божевілля».

Існує три основних напрямки дослідження творчості душевнохворих: ілюстративно-описовий, диференціально-діагностичний і порівняльний.

Перший передбачає виділення найбільш характерних рис творчості хворих і їх використання для надання більшої наочності того чи іншого клінічного матеріалу.

В основу диференційно-діагностичного напрямку покладено прагнення знайти у творчості психічно хворих властивості і якості, характерні для окремих синдромів і нозологічних форм.

Порівняльний напрямок ґрунтується на зіставленні окремих зразків творчості психічно хворих із продукцією здорових людей, що знаходяться в силу якихось зовнішніх впливів (неуважність, зосередженість на чомусь одному, заглибленість у світ сильних, вкрай значущих у дану хвилину переживань і т.д.) у стані «душевної дрімоти».

Все це допомагає кращому розумінню особливостей глибинних переживань психічно хворих, своєрідності їх внутрішнього світу, виявляє себе найнесподіванішим чином.

Розлади мовлення й письма при шизофренії характеризуються поєднанням порушень у руховій сфері з порушеннями в мисленні. Для письмового й усного мовлення шизофреніка характерно нанизування незв'язаних слів і фраз, своєрідні словесні асоціації (іноді їх називають «словесним салатом»). У цьому відбивається рихлість асоціацій, при якій думка людини стрибає з однієї теми на іншу так, що виглядає незв'язною. Крім того, на хід думки шизофреніка часто впливає звучання слів, а не їх зміст.

Для письма характерний химерний стиль, своєрідна орфографія зі зловживанням прописних літер, нестійкість загальних ознак почерку, що нагадує виконання рукопису кількома особами. Іноді спостерігаються особливий жаргон і спотворення букв, що має за мету шифрування сенсу написаного, зловживання знаками оклику, велика кількість підкреслень, письмо у вертикальному й горизонтальному напрямках. До фраз іноді додаються цифри й малюнки, тобто виявляється хвороблива символізація тексту.

Нерідко у хворих на шизофренію зустрічається досить виражена атаксія, пропуски літер і складів, химерність штрихів. Текст одного й того ж листа виконується різного кольору олівцями. У хворих на параноїдну шизофренію поряд із химерністю відзначається великий почерк із заповненням сторінки всього лише кількома літерами або словами, велика кількість підкреслень і розділових знаків, химерні прикраси букв. Іноді в письмі можуть відбиватися маревні ідеї. Іноді в письмі зустрічається повторення однієї й тієї ж букви по кілька разів, писання справа наліво, схильність писати другий текст між слів першого тексту, бажання писати колонками й т. д. У деяких випадках вони навмисне подвоюють й потроюють кількість деяких літер, винаходять нові слова, вживають умовні знаки, цифри, своєрідну орфографію, ілюструють написане малозрозумілими або зовсім незрозумілими кресленнями й малюнками. Іноді кожна буква в листі замінена особливим знаком.

Зміни в почерку хворих на шизофренію обумовлюються змістом, який має для хворого написане. Почерк хворих звичайно змінюється відповідно до преморбідного стану хворого. При розірваності мислення й мовлення хворі пишуть не дотримуючись рядків, додають іноземні слова й фрази, не дотримуються граматичних правил. Часто пишуть набір слів, позбавлених будь-якого сенсу. Іноді навпаки, за наявності розладів мови хворі пишуть правильно, навіть особливо акуратно, проте зміст написаного може бути незрозумілим. У написах хворі люблять підкреслювати слова й фрази, ставити масу окличних і питальних знаків; манірність позначається в химерному оформленні літер, особливо великих, з витіюватими завитушками.

Узагальнюючи, можна зазначити, що для хворих на шизофренію характерна своєрідність почерку, який відрізняється такими ознаками як химерність, поява не передбачених прописом витіюватих елементів, химерні розчерки, деформації букв і т.д. Досить типовим є виділення за допомогою обведення, заштриховки, підкреслення окремих слів, пропозицій чи складів, достаток крапок, знаків запитання й вигуки, лапок і т.д. Хворі на шизофренію відрізняючись, перебільшеною замкнутістю й скритністю, намагаються навіть свої записи зашифрувати так, щоб сторонні люди не зрозуміли написаного, вигадуючи для цієї мети особливі малюнки літер.

До очевидних шизофренічних ознак, що надають картинам і малюнкам характерний вигляд, належать безглузді, позбавлені конструктивної єдності множення однієї й тієї ж лінії або одного й того ж предмета, абсолютно безладні каракулі або виняткова акуратність, яка являє собою еквівалент вербігерації в області живопису і малюнка.

Зміст картин дуже характерний і відповідає внутрішнім переживанням, змісту маревних ідей, а саме – міфічні фігури, дивовижні птахи, гротескні, спотворені форми людей і тварин, грубе, відверте підкреслення статевих характеристик, особливо геніталій; крім того, спостерігається потреба у відображенні картини світу, сутності речей. Іноді кресляться складні механізми, що мають відобразити фізичне, соматичне джерело галюцинаторних впливів, тобто в найпростіших речах хворий вбачає важливу символіку й збагачує їх всякого роду фантастичними сенсами.

Таким чином, своєрідність художньої творчості хворих на шизофренію є, в першу чергу, одним із проявів своєрідності їх дефекту. Серед ознак найбільш представницькими є стереотипії, а саме:

- стереотипи типу *«моторної розрядки»*, що проявляють себе заповненням простору нескінченними рядами ліній, безформних каракуль, букв;

- *стереотипи навичок* – хворі використовують одні й ті ж, завчені ще до хвороби й незмінювані протягом тривалого часу, прийоми та навички, незалежно від предмета зображення й висунутих вимог;

- *орнаментальний стереотип* – багаторазове повторення різних орнаментів, як простих, так і складних. У ряді випадків «орнаменти» служать своєрідним обрамленням малюнків;

- *стереотипи спогадів*. Для цієї стереотипії характерне невміння вийти за межі вузького кола тем, добре їм відомим із минулого життя. Усі інші події залишаються поза їх увагою й не знаходять відображення у творчості. Стереотип спогадів може виявляти себе як у цілій серії малюнків пов'язаних з однією й тією ж темою, так і в окремих фігурах, деталями обстановки, пейзажу й т.д [7, с. 36].

Малюнки хворих на шизофренію заповнені нерівнозначними за сутнісним навантаженням деталями. Хворі намагаються «забити» весь вільний простір, «закупорити» його. Малюнки рясніють численними подробицями, де їх кількість залежить від наявності вільного простору. Часто в малюнок впроваджуються математичні формули, цифри, окремі слова й навіть фрази.

Для живопису хворих на шизофренію характерно прагнення до геометризації форм. Малюнки розбиваються на симетричні сектора. У них з'являються трикутники, ромби, квадрати.

Природа зображується схематично: дерева виглядають, як симетричні лінії, а сонце – як коло. Висловлено прагнення до деформації окремих композиційних елементів. У першу чергу це відноситься до людського тіла. Воно зображується з явним порушенням пропорцій, з невідповідним природі кількістю рук, ніг. У таких випадках говорять про «монстрозні утворення». Живі істоти можуть химерно переплітатися з неживими предметами. Зображуються ізольовані частини людського тіла. Деякі хворі намагаються зобразити «сутність речей» – добро і зло, радість, щастя, любов.

Одним із характерних ознак художньої творчості хворих на шизофренію слід вважати тенденцію до розпаду зображуваних предметів на їх складові елементи. Можна виділити, принаймні, три етапи, які зазнає цей процес. На першому етапі відбувається порушення зв'язку між предметами, їх ізольоване розміщення, і деформація. На другому етапі зв'язок між окремими елементами стає менш вираженим. Потрібні значні зусилля для того, щоб у масі деформованих і довільно розміщених предметів вловити їх реальні обриси. І, нарешті, на третьому етапі відбувається «розпад образного виразу». Люди, тварини, будівлі зображуються у вигляді деформованих ліній, смуг, плям. Деталі фону й основні елементи композиції бувають сплутані й недостатньо віддиференційовані, може відбуватися їх повне злиття. При цьому страждає перспектива, мало руху, тобто хворі не можуть передати в малюнку просторові відносини між предметами. Малюнки носять площинний характер, нагадуючи манерою виконання давньоєгипетський живопис, наскальні малюнки й картини дітей.

Перші дані про сприйняття й ставлення до кольору у хворих на шизофренію були отримані психіатрами при спостереженнях за кольоровою гамою одягу хворих. Кольори одягу хворих справляли враження або чогось безглузлого, неадекватного й вигадливого (нерідко, завдяки жовтому кольору), або – монотонності й маловиразності. Аналогічні два варіанти колірної гами спостерігалися й в малюнках хворих. Довільність і неадекватність використання фарб у малюнку є загальною ознакою для всіх хворих на шизофренію, тобто фарби в малюнках не відповідають реальній дійсності. Так, можуть спостерігатися як «вибухи яскравості», так і монотонне, тьмяне забарвлення, або повна відмова від використання фарб у малюнку.

Е.А. Вачнадзе [5, с.56] підкреслює, що в малюнках хворих на шизофренію переважають темні, похмурі, мляві фарби, що є виразом емоційного збіднення хворих.

Колір в малюнках хворих відображає не тільки емоційну патологію при шизофренії, але й тематику маревних і галюцинаторних переживань, які виступають у якості їх символу чи знака. Переважання в малюнку того чи іншого кольору залежить від змісту психопатологічної продукції й відносини до неї самого хворого. Так, перевага в малюнках хворого чорного кольору вказує на страхітливі галюцинаторні й маячні переживання. Чорні образи символізують для нього зло, насильство, небезпеку, смерть, хворобу й т.д. [6, с. 113.]

Червоний також, нерідко, пов'язаний з галюцинаціями й маренням. Хворі часто використовують для відображення своїх галюцинаторних образів червону фарбу, особливо, якщо галюцинації супроводжуються психомоторним збудженням.

Використання білого, у тому числі, і навмисно не зафарбовування великих областей білого аркуша паперу найчастіше відзначається у хворих, марення й галюцинації яких носять переважно релігійний характер, схильних до побудови метафізичних систем, що захоплюються нетрадиційними філософськими та психологічними вченнями.

Можна припустити, що кольоровість малюнка хворого на шизофренію може служити індикатором наявності продуктивної симптоматики - марення, галюцинацій і т.д. У той час, як відсутність інтересу до кольору, свідчить про зляканий перебіг хворобливого процесу, що характеризується негативною симптоматикою або випаданням певних психічних функцій.

З огляду на викладені в раніше факти про зв'язок між кольором та емоціями, можна припустити, що колірні вибори хворих на шизофренію несуть інформацію про емоційні розлади, характерні для цього захворювання. При порівнянні хворих на шизофренію в початковій стадії захворювання з дефектними хворими, в останніх виявлено загальне зниження колірних малюнків. Цю тенденцію добре ілюструють дані наступної таблиці.

Іншими найважливішими емоційними порушеннями при шизофренії є неадекватність і амбівалентність. Відповідно до клінічних спостережень, неадекватність, як правило, передують амбівалентності. Її можна вважати першою стадією процесу емоційного деградування хворого на шизофренію, підсумком якого є тотальне емоційне збіднення.

Таблиця 1

**Домінуючі кольори в малюнках хворих на шизофренію з різним ступенем дефекту
(n=25)**

<i>Ступінь дефекту</i>	<i>Червоний</i>	<i>Жовтий</i>	<i>Білий</i>	<i>Чорний</i>	<i>Інші кольори</i>	<i>Чорно-білий малюнок, кольори не використані</i>
легкий	19%	28%	26%	3%	22%	-
помірно-виражений	70%	5%	10%	13%	2%	5%
виражений	-	-	-	-	-	95%

На першій стадії (неадекватність) це проявляється в приписуванні кольору невластивих, суто індивідуальних значень, заснованих на поверхневих, «слабких» асоціаціях. Амбівалентність проявляється у формі об'єднання в уявленнях хворого протилежних значень кольору. В акті колірної вибору особливо яскраві випадки емоційної амбівалентності виявляється у формі одночасного позитивного й негативного ставлення до кольору. На стадії емоційної тупості хворий виявляється нездатним навіть приписати кольору будь-які емоційні значення. Колір стає для нього просто фарбою, якій можна що-небудь пофарбувати, але не більше. Тобто емоційний зміст кольору для хворих на шизофренію, багато в чому, вихолощується, а з іншого, вони виявляються не здатними висловити свій емоційний стан за допомогою кольору.

Отже, результати аналізу використання кольору в малюнках вказують на те, що взаємозв'язки між шизофренією й ставленням хворого до кольору носять багаторівневий характер. У цілому, для шизофренії характерне неадекватне ставлення до кольору, але конкретна форма даної неадекватності визначається клінічною картиною хвороби. На перших стадіях дефекту в малюнках хворих переважає червоний колір, що, на нашу думку, вказує на наявність позитивної (+) симптоматики, а саме галюцинозів і маячних ідей та має символічне значення. З наростанням глибини дефекту, ускладненням клінічної картини, збільшенням негативної (дефіцитарної) симптоматики використання кольору стає біднішим, помітно зменшується, починають домінувати чорно-білі малюнки. Поряд із цим малюнки втрачають певну композицію, збільшується використання штриховки, стереотипних повторювання деталей, що вказує на негативний прогноз перебігу захворювання. Потяг до малювання, так само як і особливості творчої продукції залежать з одного боку від тяжкості дефекту, з іншого – від характеру визначальних його розладів. У першу чергу, розладів у сфері мислення.

При вираженому дефекті й зв'язаним із ним розпадом особистості, можна говорити не про малювання, а про безцілну паперову мазанину. Хворі заповнюють аркуші паперу карлочками, якимись лініями, кольоровими плямами. Зрідка малюються «чоловічки» або аналогічного характеру малюнки тварин. Як правило, хворим не вдається надати малюнку якусь закінченість.

При помірно вираженому дефекті, там, де розпад особистості не тотальний, діапазон можливостей художнього виразу ширше. Але й тут для малюнків властиві простота композиції, невиразність і незавершеність.

При дефекті легкого ступеню, що характеризується не особистості, а переважно її деформацією, художні можливості хворих на шизофренію відрізнялися великою різноманітністю.

Найбільш типові, характерні риси художньої творчості хворих у залежності від глибини дефекту при шизофренії представлені в наступній таблиці 2.

З таблиці видно, що при наростанні глибини дефекту ці риси загострюються, поступово переважають, домінують схематизм, символізм, стереотипії та розпад зображення на окремі деталі, які не пов'язані між собою, втрачається сенс, що свідчить про розпад когнітивної сфери, різноплановість, нецілеспрямованість мислення, резонерство, викривлення процесу узагальнення й загалом дисоціацію психічної діяльності хворих.

Аналізуючи отримані дані, можна говорити про наявність двох напрямків, двох протилежних, за своїми основними проявам, тенденцій. В одній частині випадків, малюнки хворих нагадують живопис дітей, лубочні картини. Характерний сюжет казково-алегоричного або

примітивно-побутового змісту. Один і той же мотив переходить із малюнка в малюнок, якщо не в повному обсязі, то в істотних деталях. Помітно страждає перспектива, мало руху, фон переважає над змістом. Малюнок, як правило, завантажений нерівнозначними предметами – хворі то нехтують якимось деталями, то, навпаки, випинають їх. Малюнки барвисті, яскраві. Особливий колорит малюнкам надає своєрідний орнамент.

Таблиця 2

Характерні риси художньої творчості хворих із різним ступенем дефекту при шизофренії у % (n=25)

<i>Типові риси творчої продукції</i>	<i>Початкова стадія хвороби</i>	<i>Помірно виражений дефект</i>	<i>Виражений дефект</i>
Схематизм	7	14	89
Деталізація	12	39	49
Стереотипії	10	43	47
Символізм	22	30	48
Орнаментация	30	34	36
Деформація об'єктів	2	37	61
Містифікація	1	88	11
Розпад зображення на частини	-	45	55
Фантастичні теми	-	75	25
Зображення природи	99	1	-
Механістичність	20	40	40
Умовність	25	35	40
Геометризація	11	70	19

Для малюнків другої частини хворих характерний розпад складових композиції елементів, їх деформація й геометризація. Частини людського тіла розміщуються довільно, порушуються пропорції, ноги і руки фігур закінчуються гострими зубцями, при цьому їх кількість може широко варіювати. Людина розкладається на трикутники, ромби, квадрати. Іноді це набір яскравих плям, серед яких насилу вгадуються очі, рот, ніс. Контури тіла викривляються й деформуються. У ряді малюнків фрагменти настільки не пов'язані між собою й невизначені, що не вдається відшукати реальні аналоги зображених об'єктів [8, с.164].

Проведений аналіз доводить, що творча продукція хворих на шизофренію є по суті психопатологічною експересією й, таким чином, досить точним зовнішнім виявленням, виразом даного патопсихологічного синдрому. У творчій продукції відображаються закономірності розпаду психічної діяльності хворих на шизофренію, тобто ті патопсихологічні процеси, що лежать в основі клінічних проявів (психопатологічних симптомів) шизофренії. Конкретизуючи цю тезу, можна зазначити, що у творчій продукції хворих на шизофренію проявляються відповідні особливості розпаду когнітивних функцій (переважно мисленневих і перцептивних процесів) і характерні розлади емоційної сфери, причому в тому ступеню та формі, що відповідає динаміці перебігу, ступеню дефекту й особливостям клінічної картини даного хворого.

При цьому при наростанні глибини дефекту ці риси загострюються, поступово переважають, домінують схематизм, символізм, стереотипії й розпад зображення на окремі не пов'язані між собою деталі, втрачається сенс, що свідчить про розпад когнітивної сфери, різноплановість, неціль спрямованість мислення, резонерство, викривлення процесу узагальнення, і загалом дисоціацію психічної діяльності хворих.

Таким чином, отримані в дослідженні дані щодо типових характерних рис різних видів шизофренічної творчості значно розширяють можливості вирішення клініко-діагностичних завдань і дозволяють отримати додаткові дані для уточнення нозологічного діагнозу, оцінки структури й ступеню порушень психічної діяльності, виявлення динаміки перебігу психотичного стану та оцінки ефективності проведеної терапії.

Література

1. Александровский Ю.А. Глазами психиатра / Ю.А. Александровский – М.: Советская Россия, 1985. – 213 с.
2. Бабаян Э.Я., Морозов Г.В., Морковкин В.М., Смулевич А.Б. Изобразительный язык больных шизофренией / С.Я. Бабаян, Г.В. Морозов, В.М. Морковкин. - В 3-х тт. – Базель: Sandoz LTD. 1982–1984.

3. Болдырева С.А. Рисунки детей дошкольного возраста больных шизофренией / С.А. Болдырева – М.: Медицина, 1974. – 316 с.
4. Буксбаум Р.К. Истории вопроса о художественном творчестве душевнобольных // Искусство аутсайдеров: диалоги / Р.К. Буксбаум – Киев: Сфера, 1997. – 388 с.
5. Вачнадзе Э.А. Некоторые особенности рисунка душевнобольных / С.А. Вачнадзе – Тбилиси, 1972. – 117 с
6. Кабанов М.М. Психосоциальная реабилитация и социальная психиатрия / М.М. Кабанов – СПб.: НИИП им. В.М. Бехтерева, 1998.–280 с.
7. Карпов П.И. Творчество душевнобольных и его влияние на развитие науки, искусства и техники / П.П. Карпов – М.-Л.: Главнаука, 1926. – 89 с.
8. Менделевич В.Д. Психопатологическая картина заболевания как результат креативности пациента // Международный конгресс по креативности и психологии искусства. – Пермь: Смысл, 2005.