

ТВОРЧЕСТВО ДУШЕВНОБОЛЬНЫХ*И.И.Мирошниченко***КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ “НАУКОТВОРЧЕСТВА” ДУШЕВНОБОЛЬНОГО**

Донецкий государственный медицинский университет

Творчество душевнобольных всегда было интригующим, и не только для психиатров. Однако оно не получило заслуженной оценки ни в теоретической, ни, тем более, в прикладной психиатрии. Предлагаемая статья призвана внести посильную лепту в дело заполнения этого пробела. Проанализирован любопытный случай из клинической практики. Больной шизофренией разработал и настойчиво пытается внедрить “концептуальную модель шизофренического заболевания”, претендуя на роль революционного новатора в наукотворчестве. Этот случай являет собой красноречивый пример увеличения творческой активности в период душевной болезни, доказывая, что творчество при психических заболеваниях является одним из путей адаптации к болезненно измененным состояниям психики.

Творчество относится к сфере духовного производства, личного самовыражения и специфического познания. А значит, оно является уникальным подспорьем в деле индивидуального, неформального подхода в психодиагностике личности больного. Творчество - это прежде всего психический акт, поэтому врач, психиатр имеет полное право анализировать его результаты. С другой стороны, психиатрия может внести большой вклад в понимание механизмов творчества вообще, познание личности творящего, его деятельности и взаимоотношений с окружающим. Ибо патология часто помогает понять то, что происходит или что должно происходить в норме.

В понимании сущности психического явления большую помощь оказывает оценка грубых, “зашкаливающих”, наглядных вариантов.

В частности, анализ особенностей психических функций в патологии, более выраженных и отчетливых, чем в норме, при изучении творчества душевнобольных может дать ключ к раскрытию тайн творчества здоровых.

Главным доводом в пользу необходимости тщательного исследования творческой деятельности душевнобольных психиатрами является то, что она часто бывает маркером болезни, а

нередко единственным источником информации о ее начале и течении.

В контексте этих целей изучения творчества душевнобольных оптимальным является определение творчества - как “условного термина для обозначения психического акта, выражающегося в воплощении, воспроизведении или комбинации данных нашего сознания в (относительно) новой форме в области отвлеченной мысли, художественной или практической деятельности” [7].

Прояснению механизмов творчества душевнобольных способствует анализ названия, целей написания и содержания, особенно тогда, когда они воплощают психопатологические феномены, необычные порывы, субъективизированные, странные отражения некоторых переживаний.

Прежде всего необходимо выяснять, является ли данная работа “достаточно патологической” по своей форме или содержанию, иными словами, может ли она вообще служить адекватным объектом для специфического психиатрического анализа, потому что далеко не всё, что написано душевнобольными, имеет патологическую сущность. Работа может отражать многие другие стороны личности автора, а не только его заболевание.

Заболев психически, люди, как в детстве, проявляют повышенное стремление к различным творческим занятиям. Одни пишут стихи или прозу, другие поют, танцуют, музицируют или рисуют. “Иногда под влиянием болезненного процесса, в силу каких-то внутренних причин больной впадает в творческое интуитивное переживание...”[4]. При улучшении состояния больного его творческие способности, как правило, постепенно уменьшаются и исчезают при выздоровлении. “Большая часть талантов, созданных болезнью, - как писал Эскироль [1], - покидает индивидуума вместе с исчезновением болезненных симптомов”.

Психическая болезнь не всегда порождает творческую активность. Творчество и заболевание могут совпадать или не совпадать по вре-

мени начала. Творческая активность может возникнуть в ходе болезни, проявляя себя как ее этап.

Но выраженное нарушение адаптации в целом при психических заболеваниях не подлежит сомнению, ибо грубо нарушается деятельность всего психического аппарата, и появление или усиление творческой активности во время болезни с исчезновением или уменьшением ее при выздоровлении невозможно объяснить иначе, чем привлечением ее в качестве дополнительной помощи.

Склонность к творчеству при психических болезнях правомочно представлять как компенсаторную реакцию психики, направленную на стабилизацию нарушенного вследствие заболевания “нервно-психического гомеостаза”. Реализуется потребность в освобождении от психопатологических переживаний, упорядочении течения представлений и ассоциаций, стабилизации рассогласованной системы, возобновлении реальности и целостности мира.

Таким образом, творчество душевнобольных - один из возможных вариантов выхода человека из особого состояния внутреннего напряжения, дискомфорта, иными словами, это один из ведущих механизмов адаптации при дезинтеграции психической деятельности вследствие болезни, направленный на предохранение от дальнейшей декомпенсации.

При этом психическое заболевание само по себе не является “творчествогенным механизмом”, оно создает некую комбинацию условий, которые в сочетании с преморбидными особенностями личности больного могут стимулировать творческую активность, привлекая для рестаблизации не свойственные ранее этому человеку чрезвычайные механизмы. Хотя болезнь и не создает талантов, она может усилить творческое начало, произведению придать окраску неповторимой оригинальности.

Творчество правомерно рассматривать как метод борьбы с патологией. Подъем творческой активности схож с некоторыми проявлениями психической болезни, но всё же он ей противоположен по своей сути. Заболевание дезинтегрирует, а творчество упорядочивает, стабилизирует, реорганизует. Следовательно, душевнобольные творят не благодаря болезни, а для борьбы с безумием.

Творчество душевнобольных - один из наиболее Эго-синтоничных способов переработки душевных конфликтов на бессознательном уровне. Согласно Ф.В.Бассину с соавторами [2], интуиция, лежащая в основе творчества обла-

дает способностью знания, которое не может быть достигнуто при опоре на рациональный, логический, вербализуемый и поэтому осознаваемый опыт. Благодаря особенностям творческой активности бессознательное опережает сознательное при столкновении со сложными, многогранными явлениями действительности, причем именно в таких особо сложных ситуациях происходит переход на творческий регистр функционирования.

Таким образом, творчество является своеобразной формой приспособления при нехватке у человека реального опыта, так как его творческое воображение способствует решению проблем, выходящих за пределы собственного, недостаточного опыта. По мнению Л.С.Выготского [3], воображение - это средство расширения опыта человека, потому что он “может представить себе по чужому рассказу и описанию то, чего в его непосредственном опыте не было”.

Психическая болезнь создает для человека новые, необычные для него сложные условия, к которым ему необходимо заново адаптироваться. Дезорганизация психической деятельности при психозах затрагивает и организацию ассоциативного процесса.

При этом зачастую происходят изменения в ассоциативной структуре в сторону нарастания ее подвижности и увеличения творческих тенденций. Такие особенности ассоциативного процесса в творчестве детей и гениев, как подвижность, способность к установлению внешне далеких связей, неожиданность и многообразие соединений, прослеживаются и в произведениях душевнобольных.

А.Л.Скобцова [8] в эксперименте с больным шизофренией обнаружила увеличение числа ассоциаций в манифестной стадии заболевания и при большой его длительности, свидетельствующее о дезорганизации, беспорядочности в структуре ассоциаций больных шизофренией.

Это же подтверждают и исследования Ю.Ф.Полякова [5,6], объясняющие причудливость, странности мышления больных шизофренией. Эти свойства шизофренического мышления оказались связанными с использованием больными малозначимых свойств предметов, вероятность актуализации которых у здоровых очень мала. В отличие от характерного для здоровых ограничения круга привлекаемых из памяти сведений, при шизофрении происходит “выравнивание” использования сведений разного уровня значимости. В этих обстоятельствах больные шизофренией проявляют нестандартный взгляд на явления за счет использования ассо-

циаций второго и более “порядков”, которые у здоровых находятся в “латентном” состоянии.

Описанные особенности мыслительного процесса могут проявляться в своеобразии обобщений, сравнений, восприятия или успешности решения мыслительных задач, требующих “оригинального” подхода в установлении связей и свойств между разнородными, далекими друг от друга предметами или явлениями.

Однако правомерно говорить лишь о функциональных предпосылках к творческим возможностям, создаваемых при дезорганизации ассоциативной структуры.

И всё же можно определенно утверждать, что в патологии именно повышение подвижности, “разрыхление” связей в ассоциативной структуре при творческом функционировании весьма целесообразно. Ассоциативный ряд на этом уровне нуждается в разрушении существовавшего порядка, ибо порядок по своей сущности противоположен творчеству.

Психика может приспособиться к внезапно измененным болезнью условиям, только предварительно нарушив прежние, уже сложившиеся связи, создав в системе определенную лабильность.

В этой ситуации нестабильности происходит формирование новых комбинаций, нового устойчивого единства из имеющихся в наличии элементов старого, как один из способов преодоления утраты равновесия. Нарушение стабильности связей - это необходимое условие использования творческих механизмов адаптации и “пример диалектического взаимодействия разрушения и созидания” [9].

Творческая активность значительно выше

при психозах, чем при неврозах, вследствие того, что дезадаптация психической деятельности при неврозах и психозах существенно различается.

При неврозах в основе дезадаптации лежит ослабление функций, а значит, ухудшение возможностей, снижение эффективности без изменения системы в целом. При психозах происходит дезинтеграция психической деятельности, то есть частичное или полное разрушение системы, что ведет к появлению качественно иных особенностей работы психики. Следовательно, только при психозах, в случае появления новых качественных проявлений психики, может возникнуть необходимость в дополнительных, тоже качественно иных механизмах адаптации.

Таким образом, грубое нарушение психической деятельности, происходящее при психическом заболевании, приводит к выраженной дезадаптации, создавая для человека новые сложные условия, к которым ему необходимо приспособиться.

Это способствует возникновению нестабильности, “разрыхления” и своеобразной подвижности ассоциаций, обеспечивающих их новые, необычные комбинации. Реадаптационная роль этого процесса заключается в значительном видоизменении ассоциативных структур, которые благоприятствуют организации расстроенных психических процессов на новом уровне. Компенсация нарушений мыслительных процессов осуществляется за счет создания определенной организованности, упорядочивания расстроенной психики, возникающими в процессе творчества.

* * * * *

В.И. Ворожка

КОНЦЕПТУАЛЬНАЯ МОДЕЛЬ СУЩЕСТВЕННЫХ СВОЙСТВ, ПРИЧИННЫХ ОТНОШЕНИЙ И ЗАКОНОМЕРНЫХ СВЯЗЕЙ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ

1. Условия, причины и закономерности шизофрении.

Причиной возникновения шизофренического заболевания является антагонизм междучеловеческих взаимоотношений.

Основная закономерность, продуцирующая шизопатологию, такова: необходимая связь двух слагаемых - психики человека и антагонистических раздражений, детерминированных условиями, закономерностями и необходимостью связи, взаимодействия больного со своим угнетающим агентом в антагонистическом противоречии.

Необходимой эта связь становится при условии наличия и действия основы антагонизма. При этих условиях эта закономерность действует как необходимость, произво-

дя психическую и физиологическую патологию - шизофреническое заболевание.

Основы антагонизма возникают при несовместимости, непримиримости противоположности материальных либо духовных интересов в каждом конкретном случае своей, особенной, но вместе с тем и имеющей в своей сущности общее начало. И, что главное, порождая враждебные отношения, когда стороны действуют во вред друг другу. Или, другими словами, когда одна из сторон - угнетающая, обладая и злоупотребляя своим каким-либо преимуществом, превосходством над угнетаемой стороной - больным, стремится заполучить от последнего посредством силового либо психологического давления на

него какие-либо материальные либо духовные ценности. При этом положении эгоистические, своекорыстные интересы и цели угнетателя удовлетворяются и торжествуют, а коренные, жизненно необходимые интересы и цели угнетаемого, как биологические, так и социальные, исключаются, подавляются и пресекаются. В этом положении угнетаемый - больной подпорядковывается в зависимости и необходимость действовать только в интересах своего угнетателя, против своих интересов, унижая при этом свое человеческое достоинство, чувствуя себя уничтоженным, видя свое бессилие и действительность нечеловеческого существования. Угнетаемый при этом как человек отвергнут и в рамках этой отверженности представляет собой возмущение против этой отверженности, возмущение, которое в нём необходимо, вызывается противоречием между его человеческой природой и его жизненным положением, являющимся откровенным, решительным и всеобъемлющим отрицанием этой самой природы и исключаяющим возможность ее проявления.

Таким образом, в пределах всего антагонизма угнетатель представляет собой консервативную сторону, больной - разрушительную. От первого исходит действие, направленное на сохранение антагонизма, от второго - больного - действие, направленное на его уничтожение.

Почему? Потому что угнетатель вынужден сохранять свое собственное существование, а тем самым и существование своей противоположности - угнетаемого, больного. Это - положительная сторона антагонизма, удовлетворенная в себе самой. Напротив, угнетаемый - больной - вынужден упразднить самого себя, а тем самым и обуславливающую его противоположность - господина, тирана, угнетателя, делающую его угнетаемым - больным. Это - отрицательная сторона антагонизма, его беспокойство внутри него самого, упраздняющая себя из-за неприемлемости условий для его существования и запрограммированная необходимостью изменить эти условия на благоприятные для его жизни.

Попадая в полосу такого антагонистического жизненного положения, угнетаемый, даже если он и не больной, предстает перед дилеммой: либо угодничество и жизнь по принципу: "чего изволите, господин тиран" и взамен получать от последнего рабское, зависимое, подлое существование и необходимость действовать, "работать" на интересы и цели господина, который при этом игнорирует, подавляет и исключает интересы и цели этого раба. Либо жизнь по принципу: "пошел вон, тиран, я не желаю иметь с тобой ничего общего, ибо ты - мой враг". Но здесь неумолимо действуют такие экстремальные условия: необходимость единства, связи, взаимодействия, противоречия со своим угнетателем, выйти из которого не позволяет основа антагонизма.

Кстати, только при изменении условий, то есть устранении основы антагонизма возможен распад такой системы и ее исчезновение. И устранить эту основу возможно только посредством разрешения, преодоления антагонистического противоречия. Но такое разрешение возможно только путем реализации возмущения, негодования в конфликт, взрыв негодования и силовое воздействие (так называемое для больного "антисоциальное проявление", многовариантное - так называемая "агрессия", хотя понятие это от начала и до конца сквозит дремучим невежеством из-за того, что отражает страхи и опасения окружающих больного, в том числе лечащего персонала). Но никак не отражает действительности, причинности, необходимости такой "агрессии" больного.

В этом случае императивным диктатом таких поступков является необходимость разрешения, преодоления та-

кого антагонистического положения, необходимость изменения его в положительную, благоприятную сторону. Или, говоря языком, понятиями психиатрии, это есть биологическая защита от антагонистических раздражений, необходимость избавиться от них, а равно и избавиться от своей шизоболести. Но этот способ, хотя он закономерен и необходим, дает повод (а такой повод, проявившийся вопреки от описанных существенных закономерных атрибутов, в действительности есть) окружающим, в том числе лечащим институтам, выносить определение об обострении заболевания и еще жестче сковывать больного тисками контроля, лечебными мероприятиями, а в действительности экстремальными, антагонистическими условиями психологического нажима, давления (насилие, принуждение, обман, угроза), определяемыми отсутствием знаний о купировании таких явлений. И фактически, как результат, - больной болеет не от того, что конфликтовал (как полагают упорно, неразумно, неадекватно, невежественно врачи), а от того, что на этот конфликт такая массовая, чудовищная и неразумная реакция этих окружающих. А их большинство, а по канонам законов обыденного сознания, так называемого здравого смысла, - большинство всегда право. Этот приговор в действительности окончательный и обжалованию не подлежит. Больной логикой такого закона загоняется в аут шизопатического состояния.

А ведь истина здесь в том, что таковой конфликт на пользу больного (ибо направлен на выход его из связи с антагонистическим агентом), но против интересов окружающих, которые угнетают больного и которые от больного и страдают, не подозревая о том, что этим своим угнетением больного они и детерминируют, как говорится, на свою голову, такую конфликтную реакцию больного. Более того, антагонизм чреват необходимостью разрешения, чего врачи и не подозревают, а больной так или иначе в рамках этого антагонизма действует буквально, хочет он того или не хочет. Да и не может он не действовать (чего от него требует общество), ибо законы, причины, условия бытия провоцируют его на этот конфликт.

Вывод: этот ужесточающийся контроль, а равно и ужесточение лечебных функций преследуют цели и интересы этих окружающих, дабы застраховать и оградить их от "агрессивных" (как они называют) посягательств больного на их жизненное положение, которое они стремятся сохранить всеми доступными им мерами, в то время, когда больной, в силу законов антагонизма - необходимости изменять свое положение в благоприятную сторону, посягает на это их положение, разрушает его и упраздняет как неприемлемое для него. Но как более могущественная, господствующая, угнетающая сторона в основном всегда одерживает верх и консервирует данное неблагоприятное положение для больного. И в этих условиях интересы и цели больного исключаются, подавляются, пресекаются и при этом напряжение иррационального антагонистического раздражения в этом антагонизме усиливается, ибо "победу" одерживают противостоящие, противоборствующие больному силы окружающих. Условия и причины, движущие силы этого противоречия создают невыносимые экстремальные, деструктивные условия для его существования. В таких условиях ни один, никакой человеческий мозг больного не выдерживает нагрузки надмошных, перегружающих его, вне пределов его работоспособности, антагонистических раздражений, истощающих его до органических, необратимых состояний. И в таких условиях, как адаптационная биологическая защита, вступает в действие реакция, внешне проявляющаяся психосимптоматикой, а в мозгу патофизиологическая реакция расщепле-

ния нейродинамики этих симптомов, преследующая целью расщепление функции нейродинамических связей в мозге, производящих симптомокомплексы, которые в таком напряженном, перевозбужденном мозге действуют на его разрушение (то есть потенцирующие и продуцирующие органические изменения прогрессивного характера, детерминирующие смертельный исход).

Расщепление выполняет адаптационную биологически охранительную роль, аналогичную запрешительному торможению, которое в условиях такого надмощного (по выражению академика И.П.Павлова), неустрашимого (по причине неразрешимости антагонизма), деструктивного, угрожающего как биологическому, так и социальному существованию человека, воздействию антагонистических раздражений своих целей не достигает, да и не может достичь.

Таким образом, биологически охранительный адаптационный мотив реакции расщепления - сохранить, насколько это возможно в таких экстремальных условиях, субстанцию мозга и предупредить потенциальную угрозу смерти в результате разрушения мозга.

Таким образом, расщепление, проявляющееся вне страшными психопатологическими показаниями, является обманчивой видимостью, решимостью, которые скрывают, маскируют и искажают действительность, сущность, истину и адаптационный его мотив и которые (сущность, истина, действительность) противоположны этой обманчивой видимости.

Это - один из законов диалектики, которому подвластны как природа, так и функциональные механизмы головного мозга человека.

Следовательно, таким образом, антагонизм между обществом и его лечащими институтами, с одной стороны, и больным шизофренией - с другой, разрешить нельзя, а равно нельзя выйти больному из необходимой связи с антагонистическими раздражениями. Ибо общество, как господствующая мощная сила, заинтересовано сохранять и закреплять основу антагонизма (эндогенная природа шизофрении и ее принципиальная процессуальность), а равно и (не подозревая о том, что это - условие для развития шизофрении и ее неизлечимости) антагонистические отношения к больному. А конфликт больного - его антиобщественные проявления (которые принципиально детерминируются тем же обществом и его лечащими институтами, не подозревающими об этой своей роли), а также мотивационный механизм такого конфликта и его антиобщественной направленности детерминируются чудовищными экстремальными условиями жизни, когда воздействие условий и закономерностей антагонизма и иррациональное деструктивное воздействие угнетающего агента создают для больного необходимость изменения его жизненного положения в благоприятную сторону - то есть потенцирующая необходимость разрешения антагонизма и перехода его в неантагонистическую форму и содержание.

Но такие антиобщественные действия больного, а также его антиобщественный мотивационный потенциал (который это общество и его лечащие институты видят, но при этом причин его упорно не желают признавать и познавать потому, что они заинтересованы в обратном) принесит больному только обратные результаты, то есть ужесточение контроля и преследования этим обществом и его лечащими институтами. Следовательно, антагонизм больного в принципе неразрешим без вмешательства третьих лиц, которые посредством диалога, компромиссов могут и должны находить взаимоприемлемые условия и интересы для устранения основы антагонизма, а равно раз-

решения его и перехода в неантагонистическую форму, а равно и излечения больного.

Третьей силой может быть только теория шизофрении, на основании которой и можно будет лечить шизофрению.

2. Принципиальные условия и возможности полного излечения от шизофрении.

Прежде всего необходимо объяснить хотя бы основные антагонистические раздражения. Такие раздражения потенцируют и поступают из условий и закономерностей взаимодействия в антагонистическом противоречии и воздействий угнетающей стороны на угнетаемую.

Прежде всего, это отношения угнетателя-тирана, обладающего большим силовым потенциалом, занимающего господствующее положение с присущими ему функциями императивного диктата по отношению к угнетаемому, необходимо запрограммированными условиями антагонизма, функциями повинования, раболепия, исполнения против своего желания, в противовес своей человеческой природе, врезав своим коренным интересам и целям. Эти раздражения имеют тенденцию разрушения в мозге, закрепившихся ранее нормальных связей и понятий о порядочных, доброжелательных отношениях к нему окружающих и взамен возникновения понятий, детерминируемых злостными и, как я перечислю дальше, другими иррациональными отношениями к больному, о враждебных отношениях окружающих, подавляющих и исключающих его как биологическую, так и социальную природу.

В такой ситуации угнетатель всегда прав (хоть и делает при этом чудовищные нарушения закона, морали и прав человека).

А угнетаемый при этом всегда виноват, обязан и должен своему тирану.

Как я уже писал, на почве возникающей несовместимости интересов сторон угнетатель создает основу антагонизма, а для этого употребляет клевету, обман, угрозы, принуждение, насилие, изъятие материальных и духовных ценностей, притеснение, унижение и оскорбление человеческого достоинства.

Антагонизмы являются источником насилия, зависти, недоверия, нетерпимости, подозрительности, озлобления, жестокости и агрессивности, всяческого остервенения, науськивания, натравливания и поджигательства.

При антагонистическом противоречии совместные усилия сторон на разрешение, преодоление этого противоречия объективно невозможны. Угнетатель заинтересован сохранять, закреплять и утверждать свое господствующее, угнетающее, тираническое, командное положение. Угнетаемый заинтересован изменить свое угнетаемое, неблагоприятное для нормальной жизни, иррациональное, экстремальное положение. Эта борьба чревата только насилием и уничтожением одной из сторон. Это детерминирует и создает необходимость, императивный диктат антисоциальных тенденций психики больного для реализации необходимости изменить свое положение.

Исключение, подавление и пресечение коренных интересов и конечных целей угнетаемого вызывает чувство растерянности, недоумения, замкнутость, неуверенность в себе, плохое настроение. Объективная неразрешимость антагонизмов и поэтому невозможность выйти из связи с антагонистическими раздражениями определяет чувство постоянной тоски, скорби и печали.

Угнетатель обуславливает, определяет, диктует, детерминирует угнетаемому необходимость удовлетворять свои интересы. В противном случае неизбежно следуют угрозы угнетаемому быть подвергнутым физическому наси-

лию, психологическому террору или социальному низложению личности.

Угрозы действуют на мозг больного как нечто неотвратимое, неустранимое, неизбежное, создают у него тревожное, тягостное ожидание чего-то рокового, неизбежного, тяжелого, страшного.

На этой почве детерминируются такие симптомы шизофрении: бессонница, тревога, особенные, беспредметные шизофренические страхи, бредаобразования, псевдогаллюцинации, беспокойство.

Это - закрепление для больного одностороннего диз-развития в неблагоприятных, иррациональных, экстремальных, антагонистических условиях неустранимой связи, взаимодействия, противостояния, отсюда необходимости противоборства и исключения возможности изменения и перехода развития (вследствие неразрешимости антагонизма) в благоприятствующие, содействующие биологической и социальной природе человека неантагонистические проявления. Это загоняет больного в аутизированные условия существования, а его психику раскалывает, разделяет, раздваивает на две противоположные по значению тенденционные функции: с одной стороны, необходимость вести себя в рамках общепринятых норм междучеловеческих отношений, с другой - необходимость изменять свое положение как неблагоприятное посредством только криминала, ибо иных способов в условиях отсутствия теории шизофрении нет. Здесь происходят атипированные напряженные поиски выхода из такой связи из-за объективной неразрешимости антагонизма. И эти поиски из предполагаемых различного рода ситуаций, отрываясь всё дальше от действительности, превращаются в симптомокомплексы стереотипичного бредаобразно-го содержания.

Это, наконец,- взаимопроникновение противоположных тенденций, откуда следует проникновение в психофизиологические функции больного тенденций и требований угнетателя, тенденций полярно противоположных его жизненным интересам и целям, чуждых ему, враждебных, принимающих у больного характер психопатологии в виде синдрома Кандинского-Клерамбо, а также псевдогаллюцинаций. Под воздействием иррациональности и экстремальности антагонистического жизненного положения, возникшего неожиданно для больного, изменяется отношение людей к больному из доброжелательных, содействующих его жизни, неантагонистических в иррациональные, экстремальные, деструктивные, антагонистические. При этом существует характерная особенность отношений к больному общества. Общество, создавая и детерминируя условия для шизопатологии, психосимптоматики аномального поведения и антиобщественного потенциала больного, не понимает этого, не признаёт, ибо не подозревает об этом. Ибо всё заканчивается самым гуманным актом - лечением. А в действительности это - всего лишь внешняя и обманчивая видимость гуманизма, камуфляж, который скрывает, маскирует и искажает буквально каннибальское отношение к человеку только потому, что он больной. И это отношение несовместимо, непримиримо противоположно гуманизму.

Таким образом, наблюдая у больного такие аномальные проявления, во всех этих грехах обвиняют больного, то есть сваливают бремя причинности их на самого больного. То есть вешают над больным на всю его оставшуюся жизнь Дамоклов меч клеветы об эндогенной природе шизофрении и ее принципиальной процессуальности. Это - основа антагонизма.

И еще, характерная особенность этих отношений в том, что окружающие обвиняют больного в том, что это по его

вине изменяются отношения. Ибо, якобы, больной неадекватно оценивает свои жизненные обстоятельства и отношения окружающих. В то время, когда всё происходит наоборот: изначально изменяют отношения к больному, сами того не подозревая, не понимая и не желая того признавать, а больной адекватно оценивает это, проникая своим мышлением и генетическим стыком, который содержит в себе элементы законов диалектики и ее логики, в сущность и действительность этих отношений, за которыми он предвидит посягательство на его жизнь и будущее, анализируя их антагоничность. И такая защитная способность заложена природой, многовековым опытом поколений (в филогенезе) в каждом человеке.

И на такие отношения больной реагирует патологически, ибо они исключают его как биологическую, так и социальную природу.

В то время, как окружающие наблюдают эти внешние, видимые и обманчивые показания, кажущиеся им истинной об эндогенной природе шизофрении, о ее процессуальном течении.

Поэтому взаимопонимание между больным и обществом и достижение нормальных отношений невозможно.

Антагонистическое противоречие здесь неизбежно, ибо здесь основным условием таких взаимоотношений будет противостояние сторон, противоборство между ними. Это детерминирует тяжелые и длительные эмоциональные переживания, которые выражаются так называемыми шизофреническими страданиями: обреченностью, безысходностью, скорбью, печалью, тоской.

Здесь, под воздействием антагонизма раздражений, возникает перенапряжение возбудительного процесса в коре головного мозга. Следствием этого становится превышение расхода энергетических веществ над их поступлением. Нарушается баланс, равновесие между расходом и поступлением питания в клетки мозга в пользу расхода и во вред компенсационным, восстановительным процессам. Следствием этого является ослабление, истощение клеточного состава коры мозга. Ибо запредельное торможение из-за враждебности и неустранимости антагонизма раздражений своих целей не достигает.

Возникает и потенцируется угроза организму разрушением мозга: превращением функциональных нарушений в органические и необратимые, а равно - скоростной смертью. В этой ситуации биологическая защита организма, его адаптационные и самовосстанавливающие силы иррациональный, деструктивный процесс раздвоения, раскалывания души превращают в рациональную, созидательную, биологически охранительную реакцию расщепления, защищающую мозг больного от тотального разрушения и смерти.

В такой среде возникает гипнотическое состояние - застойное, инертное, продуцирующее симптомокомплексы стереотипного содержания. То есть возникает , закрепляется, устанавливается патодинамическая структура.

Несколько слов о диалектике расщепления. Как и всякое явление, расщепление имеет объективно две стороны: внешнюю, видимую, обманчивую, кажущуюся, которая скрывает, маскирует и искажает внутреннюю, скрытую, существенную, истинную. Это - патофизиология расщепления (патофизиология - понятие относительное, ибо о расщеплении можно говорить как о физиологическом процессе), противоположная психопатологическим проявлениям его.

Если вовне расщепление кажется страшной картиной патологии разрушения как функции, так и структуры мозга, то в действительности принципиальный мотивационный механизм расщепления носит противоположное ка-

жимости значение и преследует и выполняет биологическую целесообразную охранительную роль.

Расщепляя напряженные нейродинамические функциональные ассоциативные связи участков мозга, которые продуцируют симптомы и поэтому потенцируют разрушение (то есть органические изменения и смертельный исход), реакция расщепления прекращает, купирует этот процесс разрушения и сохраняет таким образом субстанцию мозга от разрушения и смерти организма. То есть между видимым вне расщеплением и его внутримозговым процессом существует противоположность. Это нормальное явление, когда диалектике сущности и явления присуща противоположность. И отражение этой противоположности сознанием исследователя, проникающего своим мышлением в глубину явления, в его существенные, причинные, закономерные стороны, абстрактно-логическим анализом этой внешней и обманчивой видимости, кажимости приходит к выводу, что адаптационная, биологически охранительная необходимость сохранять мозг от разрушения и преждевременной смерти не может носить печать заблуждения или ошибки уже хотя бы потому, что альтернативы этому нет. Ибо логика развития шизофрении в противном случае приводит к преждевременному смертельному исходу.

А такого общего явления многовековой опыт лечения не знает.

Краткая существенная концептуальная модель шизофренического заболевания такова: теоретически, принципиально шизофрения излечима. Для этого надо изменить условия существования больного, вывести его из связи с антагонистическими раздражениями. А проще: блокировать основу антагонизма, устранить ее посредством гласности, диалога и заменить основы неантагонистических отношений к больному.

В этом случае связь, отношение, взаимодействие: психика человека - антагонистические раздражения теряет свойства необходимости, изменяется, распадается и исчезает. В этом случае вступают в силу необходимые связи: психика - неантагонистические раздражения, отпадает неизбежность реагировать патологически, и человек, как говорится, приходит в себя.

В основном и проще (по теоретическому предположению) это возможно при первичном заболевании, когда еще не сформировался застойный, стабильный, патологический стереотип. Но при опытном лечении шизофрении, когда нет еще теории, когда неизвестны причины и закономерности, а также условия, провоцирующие шизофреническую закономерность действовать как необходимость, шизофрения неизлечима, ибо лечение производится вслепую, посредством проб и ошибок. И если есть отдельные случаи излечения, то это исключение, а не правило, случайность, а не закономерность.

3. Роль врача советской психиатрической школы в процессе лечения шизофрении.

Какова же роль советского врача в процессе первого же лечения шизофрении? В каждом человеке заложены природой, жизненным опытом, а также практической деятельностью выработанные в процессе развития бесконечного множества поколений (в филогенезе), запрограммированы в генетический код законы природы, законы диалектики. Для своего объяснения я возьму такое: если у людей в их жизни и деятельности складываются плохие, неблагоприятные условия, то они их изменяют на благоприятные и таким путем достигают своего благополучия. "При этом люди не могут, разумеется, отменить или изменить объективный характер законов природы. Они лишь

создают условия, при которых эти законы действуют в нужном для людей направлении и приводят к ожидаемым результатам" (Методологические основы научного познания. Под редакцией проф. П.В.Попова с.44).

Что же делает врач-психиатр в процессе лечения? По логике лечения он должен бы устранить причины и условия заболевания и определить условия для нормального, здорового развития. Но он этого не делает, потому что он не знает этого. Мало того, его теоретические знания о шизофреническом заболевании, следующие из наблюдений клинических проявлений этого заболевания, построены на заблуждениях. Эти "теоретические" знания носят характер предположений и сводятся в основном к тому, что шизофрения является эндогенным заболеванием, причинно-обусловленным. Я перечислю эти предположения:

1. Специфическая врожденная неполноценность церебральной структуры.
2. Наследственный фактор.
3. Биологический фактор.

Отсюда делается заключение, которое подтверждается опытом лечения шизофрении, что больной неполноценен как филогенетически, так и онтогенетически. Также опыт лечения показывает неизлечимость шизофрении в основной массе заболеваний. Отсюда делается заключение, что шизофрения принципиально процессуальна. А все и всякие заявления больного о том, что он заболел из-за экстремальных условий существования, рассматриваются врачом как неадекватная оценка больным себя, обстоятельств жизни, отношения обстоятельств к нему, либо к его ситуации. И подавляются врачом.

Так рождается новая основа антагонистического отношения к больному окружающим людям, общества, государства во всех сферах его взаимоотношений: неполноценная личность, неизлечимый душевнобольной теперь уже на всю оставшуюся жизнь. Это - условия для развития шизофрении и ее неизлечимости.

Таким образом, не устраняя причин и условий первичного заболевания, врач создает, утверждает и закрепляет новые причины и условия для развития шизофрении и ее неизлечимости.

В условиях отсутствия теории шизофрении, когда врач не знает, как ее лечить и потому не умеет лечить, он делает то, что соответствует его интересам, что ему проще, удобней, привычней и, наконец, что ему выгодней. Что оправдывает врача в глазах общества за незавидные результаты лечения, что сохраняет его положение. И, таким образом, консервирует условия для пожизненного антагонистического противостояния, противоборства больного с обществом и его душевных страданий. В то время, когда для его лечения и нормальной жизни необходимы изменения этих условий в благоприятную сторону - к нормальным, общепринятым между людьми.

В этом и состоит несовместимость, противоположность, взаимоисключаемость интересов врача - угнетателя и коренных жизненно необходимых интересов больного - угнетаемого. Это - махровый антагонизм, когда каждая сторона делает во вред другой, противостоящей. Больной в недоумении от этого. Он не может понять и принять того, почему врач приводит его к глубокому противоречию: с одной стороны, его генетический опыт подсказывает ему, что эти экстремальные условия нужно и должно изменить, с другой - врач приводит его к необходимости, неизбежности существовать всю жизнь в таких неблагоприятных экстремальных условиях.

Отсюда возникновение патодинамической структуры в мозге: очага возбуждения, постоянно действующего, иррадиирующего по коре мозга, беспредметного, иррацио-

нального по отношению к жизненно необходимым функциям, по отношению к реализации биологических и социальных потребностей организма, личности, психики ее.

Отсюда, по индукции, глубокое торможение всего прошлого (до болезни) жизненного опыта, знаний и рациональных жизненных связей с окружающим миром, людьми, а также бывших ранее интересов и целей. Эта патодинамическая структура овладевает и доминирует над всей жизнью больного. Ее сутью становится восприятие антагонизма раздражений и реакции на них, внешним, видимым и обманчивым проявлением которой (сути) становятся симптомокомплексы, аномальное поведение и потенциал антиобщественных проявлений, которые (проявления) скрывают, маскируют и искажают зафиксированную выше сущность, действительность, причину, необходимую закономерную связь, то есть истину. И эта маскировка у некритического, недialeктического наблюдателя вызывает кажимость эндогенной природы шизофрении, то есть искажает действительность и приводит к заблуждению. Отсюда, ослабление коры головного мозга, ее переутомление и потенцирование к прогрессивному разрушению клеточного состава головного мозга. И коль запредельное торможение своих целей не достигает (как была объяснена ранее мотивировка этого), то вступает в действие (то есть вырабатывается защитными, адаптационными силами организма) спасающая мозг реакция расщепления, как было выше объяснено. В этих условиях возникает и закрепляется жизненное состояние, когда человека не может интересовать богатая гамма жизнедеятельности, присущая здоровым людям. Потому что защитный (оборонительный) безусловный рефлекс всё это подавляет по индукции. Поэтому больной в таком жизненном положении мыслит исключительно категориями защиты.

Его мозг необходимо программируется на поиски путей и способов выхода из такой иррациональной связи с антагонизмом раздражений. Его воображение с теми же предупредительными целями создает в мозге одну картину страшнее другой. И ослабленная кора производит особые, своеобразные, беспредметные шизофренические страхи, псевдогаллюцинации, бред, синдром Кандинского-Клерамбо и другие.

Адаптационная биологическая целесообразность шизопроявлений - защита от антагонизма раздражений, попытка выхода из связи с ними. При таком жизненном положении и таком жизненном болезненном состоянии больного отсутствует радость бытия, и вступает в силу беспокойство, тревога, скорбь, тоска, печаль, злость, цинизм, недоверие, подозрительность.

Таким образом, психопатологические и психофизиологические проявления шизофрении детерминированы внешними факторами - неблагоприятными условиями жизни - и являются ответом, реакцией организма, психики, лич-

ности больного на такие условия жизни и адекватны этим сложившимся условиям - условиям антагонистического противоречия, деструктивным, иррациональным, дисгармоничным, антагонистическим отношениям больного с людьми.

Можно утверждать, что групповой эгоизм, групповые, корпоративные интересы, да еще под воздействием мощного репрессивного воздействия и давления бывшей коммунистической тоталитарной системы властвования, античеловечной, человеконенавистнической по своей сути, не позволяет врачам и исследователям предмета шизофрении понимать и признавать в больном шизофренией человека, а равно и проникнуться его интересами. А все декларативные заявления о гуманном отношении к больным данной категории насквозь лживы и представляют собой обманчивую видимость, прикрытые, маскировку антагонистического отношения к этой категории больных, угнетения их обществом, государством, врачами и противоположны действительности.

Поэтому советская психиатрическая школа не только не заинтересована, но и не способна раскрыть и объяснить закономерности шизофрении.

Мне представилось возможным это сделать, пережив шизофрению и осознав воздействие ее причин, закономерностей и условий, содействующих необходимости связи, взаимодействия этих причин и закономерностей с психикой больного, порождающей (связи) возникновение и течение шизофренического заболевания.

Этому способствовало в очень большой мере знание диалектики, ее законов и категорий, ее логики и теории познания; многолетний упорный труд - творческое мышление, абстрактно-логический анализ шизофренического заболевания, а также описание обобщенного опыта лечения клинических проявлений его в трудах исследователей, критическое осознание, осмысление своих взаимоотношений с людьми, врачами, государством, а также произведенные мной несколько успешных социальных экспериментов, подтвердивших эту теорию. Всё это, вместе взятое, создало предпосылки для раскрытия, обоснования и описания условий, причин и закономерностей шизофрении.

Это - слепок с природы, возможный благодаря совпадению случайных и необходимых факторов, исключительно раз в тысячелетие.

Теоретических знаний о шизофрении человечество ждет со времен зарождения человеческой цивилизации, то есть 4-5 тысячелетий до нашей эры. Необходимость их для лечения этого коварного недуга доказывать не нужно.

Поэтому прошу понять, признать и проникнуться необходимостью публикации этой статьи для общественной практики лечения шизофренического заболевания.

* * * * *

Психопатологический анализ творчества душевнобольных встречает на своем пути определенные трудности, обусловленные отсутствием достаточно четких критериев оценки и объективных методов исследования, необходимостью изучения психических процессов, лежащих в основе творческой деятельности, а не только лишь "морфологического субстрата", коим является в данном случае теоретические выкладки больного. Игнорирование этого может привести к субъективизму, неоднозначности и противоречивости в оценках.

Поэтому мы вправе в данном случае высказать лишь ряд суждений, никоим образом не пре-

тендующих на исчерпывающую и окончательную психодиагностику.

Анализ "концептуальной модели", выдвинутой психически больным, выявляет грубые нарушения психической деятельности, и прежде всего, мышления. Налицо результат систематизированной бредовой продукции, не выходящий за рамки паранояльного синдрома. Четко прослеживается политематичность фабулы - здесь нашли свое отражение и идеи величия: изобретательства, реформаторства, собственно величия ("Это - слепок с природы, возможный благодаря совпадению случайных и необходимых факторов, исключительно раз в тысячеле-

тие”), и идеи преследования, воздействия (“...угнетатель ...употребляет клевету, обман, угрозы, принуждение, насилие, изъятие материальных и духовных ценностей, притеснение, унижение и оскорбление человеческого достоинства”), обвинения (обвинительные выпады в адрес советских психиатров, несправедливо притесняющих больных в непримиримом “махровом антагонизме”). Отмечаются непоследовательность, обстоятельность, персеверативность мышления.

Статья больного изобилует неологизмами (“шизопатология”, “шизобольность”, “шизопатическое состояние”, “атипированные”, “шизопроявления”, “стереотипичное бредообразное содержание”). Больной уделит большое внимание описанию своих переживаний, преподнося их как чисто теоретические познания, сопровождая это бесконечными попытками объяснения их для себя и других.

Претендуя на красноречивость, автор проявляет склонность к избыточному употреблению синонимов, зачастую применяя несопоставимые понятия (“Антагонизмы являются источником насилия, зависти, недоверия, нетерпимости, подозрительности, озлобления, жестокости и агрессивности, всяческого остервенения, науськивания, натравливания и поджигательства”). Это может быть косвенным подтверждением ускорения мыслительного процесса за счет увеличения количества ассоциаций (иногда лишь по созвучию), но в ущерб качеству. Пациент лихо использует различную, в том числе медицинскую, терминологию, часто совершенно неуместно. Он ссылается и цитирует признанных авторитетов, якобы в подтверждение своих доводов. Он незаслуженно непризнанный знаток диалектики, “ее законов и категорий, ее логики и теории познания”.

При доказательстве своей теории больной опирается на “несколько успешных социальных экспериментов”, проведенных им же.

Мышление больного резонерское, с частыми соскальзываниями, паралогичное (“Это патофизиология расщепления (патофизиология - понятие относительное, ибо о расщеплении

можно говорить как о физиологическом процессе), противоположная психопатологическим проявлениям его”).

Имеется и амбивалентность в высказываниях. “Антагонизм” является источником всех бед больного, и в то же время “...таковой конфликт на пользу больному...”. С одной стороны, возможно полное излечение с помощью “третьей силы”, в качестве которой больной предлагает свою “теорию шизофрении”, стоит лишь нормализовать “междучеловеческие взаимоотношения”. А с другой - существует “объективная неразрешимость антагонизмов”, и “взаимопонимание между больным и обществом и достижение нормальных отношений невозможно”.

О нарушениях эмоциональной сферы косвенно свидетельствует тематика бредовых идей (преобладание эмоций положительного или отрицательного знака в зависимости от того, какие идеи доминируют в контексте: величия или преследования), резкость обвинительных суждений. Характерны упорство, стеничность, гипербулия в разработке и претворении в жизнь своих идей.

Критическая оценка болезни своеобразна: больной признаёт наличие у себя шизофрении, но в прошлом (“...пережив шизофрению...”), считая себя в настоящее время здоровым.

В целом, отсутствие динамики в содержании, связи с реальностью, особая погруженность в свою деятельность, однообразие, “конвейерность” продукции такого творческого процесса создают впечатление не созидательного действия, а механического акта, обусловленного тем, что больному так легче, что эти действия ему внутренне необходимы. Больной занимается этим “творчеством” потому, что оно в какой-то степени смягчает его состояние, снимает напряжение, облегчает взаимоотношения с окружающим миром. Ценность подобного изучения творчества душевнобольных, помимо прочего, заключается в возможности приоткрыть завесу над внутренним миром пациентов, что увеличивает наши шансы в понимании наиболее интимных сторон психической деятельности и влиянии на них с терапевтической целью.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абрамов В.В. Объективнопсихологическое исследование творчества и других интеллектуальных функций у душевнобольных: Дисс. ...докт. медицины. СПб., 1911.
2. Бассин Ф.В., Прангишвили А.С., Шерозия А.Е. О проявлении активности бессознательного в художественном творчестве //Вопр. философии. 1978. N2. С. 57-69.
3. Выготский Л.С. Развитие высших психических функций. М., 1967.
4. Карпов П.И. Творчество душевнобольных и его влияние на развитие науки и техники. М.; Л., 1926.

5. Поляков Ю.Ф. Нарушение познавательной деятельности при шизофрении: Дисс. ...докт. психол. наук. М., 1965.
6. Поляков Ю.Ф. Патология познавательных процессов // Шизофрения. Мультидисциплинарное исследование. М., 1972. С. 225-277.
7. Пономарёв Я.А. Психология творчества. М., 1976.
8. Скобцова А.Л. К вопросу о структурных особенностях ассоциативных процессов при шизофрении // Проблемы медицинской психологии. Л., 1976. С. 176-179.
9. Хайкин Р.Б. Художественное творчество глазами врача. СПб., 1992.

Поступила в редакцию 12.05.96