**Творчество душевнобольных**

М.Н.Земсков (Москва, интерн кафедры психиатрии и медицинской психологии РГМУ)

Существовало множество попыток классифицировать произведения душевнобольных, как по технике исполнения, так и по жанрам, и объектам изображения. Однако искусственность такого деления не позволяет проанализировать произведение в целом. Поэтому в основу одной из классификаций работ положен характер изобразительного языка, его уровень, его способность адекватно выделить суть индивидуального видения художника.

По характеру изобразительного языка работы достаточно четко делятся на три группы:

Распад изобразительной формы.

Естественная изобразительная форма.

Условная изобразительная форма.

Первый тип работ, характеризующийся явным распадом изобразительной формы, ее деформацией и искажением, принадлежит особой группе больных. Живописное творчество в этих случаях интимно связано с основными проявлениями болезни. Тяга к рисованию, обнаруживающаяся в детстве, еще до появления отчетливой психопатологической симптоматики, по мере развития психопатологического процесса приобретает характер патологического творчества, выступая в рамках сверхценных образований.

В аспекте нозологической квалификации в соответствии с исследованиями некоторых авторов речь идет о случаях юношеской психопатоподобной шизофрении. Уже в пубертатном периоде у этих больных обнаруживаются грубые расстройства влечений (страсть к перемене мест, сексуальные извращения, тяга к наркотикам, алкоголизм и др.), а также рудиментарные навязчивости, идеи отношения, отдельные кататонические проявления.

На фоне нарастающих психопатоподобных изменений, расстройств мышления, усиливающегося резонерства и эмоциональной холодности, обнаруживается резкое падение работоспособности. Больные в большинстве своем не могут завершить даже среднего образования, приобрести профессию, не удерживаются на работе; проявляются вычурность в одежде, неопрятность, неряшливость.

Явления метафизической инфоксикации, характерные для этой группы больных носят своеобразный характер. Наряду с несвойственной ранее религиозностью, склонностью к абстрактным философским построениям, постепенно формируется особая система эстетических взглядов, обычно сочетающаяся с однобоким увлечением авангардистскими течениями в живописи, склонностью к художественному конструированию. Эти увлечения, приобретая доминирующее значение в жизни пациентов, постепенно вытесняют остальные интересы. Больные переоценивают собственные возможности, считают себя выдающимися художниками, непризнанными гениями, рамного опережающими современников.

В рамках этой группы пациентов с наибольшей силой и определенностью получили выражение основные признаки шизофренической изобразительности. Их работы монохромны, наиболее тесно и открыто связаны с разного рода текстами, представляют собой преимущественно графические листы, выполненные в форме рисунка. В той группе практически не встречается пейзажный мир, преобладает изображение человека с чудовищной деформацией частей тела, в фантастических сочетаниях или срастаниях с предметным миром.

Особое внимание привлекает лицо человека – оно становится ареной пребывания самых странных картин бытия или вымысла. Живописные работы носят или абстрактный или кубический характер. В работах же, сохраняющих реально-изобразительные мотивы, преобладают мрачные, фантастические темы: страшный, почти во все полотно паук и скелет, огромный кипящий котел, с падающими в него людьми.

Работы второго типа включают картины, выполненные в естественной изобразительной форме. Занятия живописью являются в этих случаях реализацией природных склонностей, развивавшихся и сформировавшихся вне связи с болезнью; причем у части больных живопись приобрела характер профессиональной деятельности.

По клинической классификации эти случаи относятся к благоприятно протекающей шизофрении, манифестирующей обычно в среднем возрасте (после 25-35 лет), и не сопровождающейся, во всяком случае на первых этапах течения, грубыми изменениями личности и быстрой инвалидизацией.

Характерным для клинических проявлений независимо от формы течения заболевания (шубообразная, непрерывная, вялотекущая) является наличие неврозо- и психопатоподобных расстройств, рудиментарной бредовой и галлюцинаторной симптоматики, а также периодически повторяющихся аффективных приступов и фаз.

Большая часть больных, творчество которых осуществляется в рамках естественной изобразительной формы, тяготеет к пейзажному жанру. Часто изображается море, однако, например, у депрессивных больных оно не светлое и спокойное, а тревожное, мрачное, с высокой волной, тучами и дождем над ними. В морском пейзаже больные не видят красоты моря, его величия и гармонии. Оно скорее пугает их, вызывая тревогу и мрачные чувства.

Цветовая гамма по большей части серая, сдержанная. Напротив, напряженный цвет, темпераментное письмо отличают рисунки, сделанные в период гипомании.

При кажущемся внешнем спокойствии и «благополучии» изобразительного языка в работах второго типа (естественной изобразительной формы) опосредованно и менее жестко дают о себе знать негативные изменения, исподволь нарастающие по мере развития болезни. В большинстве работ этого типа исчезает индивидуальное видение мира, творческое вдохновение. На смену приходит механическое воспроизведение привычного стереотипа изопродукции.

Работы, выполненные в условно изобразительной форме, отличаются рядом свойств, которые принципиально отделяют их от картин, выполненных в естественно-изобразительной форме. Отличительные черты этих работ – плоскостная интерпретация пространства, локальность тона, аппликационная уплощенность рисунка, условность и фантастичность образов.

Характеристика больных, которым принадлежат эти работы, в клиническом аспекте не может быть представлена в единообразном виде. Необходимо отметить, однако, что в большей части случаев этой группы отчетливо выступают негативные изменения, а психопатологические расстройства относятся к более тяжелым регистрам (бред, галлюцинации) по сравнению со случаями 1 и 2 групп.

Болезнь манифестирует рецидивирующими аффективно-бредовыми приступами (шубообразная шизофрения), протекающая с синдромом Кандинского и явлениями вербального галлюциноза. В ремиссиях, наряду с нарастающими психопатоподобными проявлениями сохраняется параноидная настроенность, конфликтность, склонность к формированию идей отношения.

В отличие от случаев 1 и 2 групп эти пациенты до болезни не обнаруживают признаков художественной одаренности, либо не занимались живописью, или относились к рисованию без увлеченности. Соответственно изобразительный язык их работ, выполненных уже после манифестации патологического процесса, представляется маловыразительным, однообразным, примитивным, нередко просто неумелым.

Часть работ, на первый взгляд, близка к детским рисункам, но лишена их непосредственности и открытости; в них сказывается или просто неумение или рационалистическая преднамеренная стилизация под примитив.

Многие работы отличает плакатная прямолинейность, внешняя иллюстративность. Изображение человека зачастую условно- схематическое: нет портретов, человек лишь предлог для изображения чего-нибудь другого.

Душевнобольной художник действует в своей творческой нише тем более успешно и эффективно, чем более «странным» и «сумасшедшим» является его искусство. Так, для него могло бы стать роковым превращение в «нормального человека», т.к. в этом случае ему довелось бы услышать от тех, кто недавно восхвалял его произведения: «сумасшедшим ты нам нравился больше». Эта потребительская мотивация может служить стимулом формальной разработки прежнего периода творчества в состоянии болезни, нисколько не снижая этим своей художественной ценности.

Однако, согласно Куби (1958), никто не должен опасаться, что как следствие выздоровления наступит атрофия творческого потенциала. Этот страх основывается на предположении, что внутри нас есть то бессознательное, что побуждает творческое начало. «На самом же деле бессознательное – наша смирительная рубашка, оно делает нас стереотипными, стерильными и повторяемыми».

Душевнобольные, по выражению Альфреда Адлера, «способны находить цветы в саду творчества, не отвлекаясь на мирские переживания и дарить их нам». Иногда – возможно с сорняками, которые подразумевают под собой негативную симптоматику.

Но это не повод оценивать любое творчество как патологию. «Болезнь гения – факт большой значимости» (Д.Е.Мелехов).

**Список литературы**

Для подготовки данной работы были использованы материалы с сайта <http://www.npar.ru/>