



Э. А. ВАЧНАДЗЕ

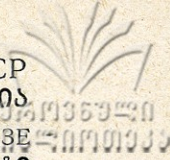
НЕКОТОРЫЕ
ОСОБЕННОСТИ РИСУНКА
ДУШЕВНОБОЛЬНЫХ

«МЕЦНИЕРЕБА»

1972

АКАДЕМИЯ НАУК ГРУЗИНСКОЙ ССР
საქართველოს სსრ მეცნიერებათა აკადემია

ИНСТИТУТ ПСИХОЛОГИИ ИМ. Д. УЗНАДЗЕ
დ. უზნაძის სახელობის ფსიქოლოგიის ინსტიტუტი



1972

ე. ვახნაძე



**სულით დაავადებულთა მხატვრობის
ფორმირების თავისებურება**

**SOME PECULIARITIES OF PICTURES BY MENTALLY
DISEASED PATIENTS**

by. E. VACHNADZE

გამომცემლობა „მეტსნიერება“
PUBLISHING HOUSE „METSNIEREBA“
თბილისი 1972 TBILISI

Э. А. ВАЧНАДЗЕ



НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ РИСУНКА ДУШЕВНОБОЛЬНЫХ

ИЗДАТЕЛЬСТВО «МЕЦНИЕРЕБА»
ТБИЛИСИ
1972

В предлагаемой монографии автор, основываясь на обширном художественном материале душевнобольных (шизофренией, эпилепсией и маниакально-депрессивным психозом), выявил целый ряд патопсихологических симптомов, своеобразие формы и содержания патологической продукции.

В монографии впервые сделана попытка рассмотреть вышеозначенные симптомы с точки зрения психологии и психопатологии установки (Д. Н. Узнадзе).

Исследовано также взаимоотношение патологического искусства с современным декадентским искусством.

ПРЕДИСЛОВИЕ

Большой интерес к теоретическому и практическому значению творчества душевнобольных настолько возрос, что еще в 1950 г. в Париже была организована специальная выставка, на которой было экспонировано свыше двух тысяч экспонатов художественной продукции душевнобольных. В Советском Союзе также ведется работа в этом направлении, но обстоятельного исследования по данному вопросу еще нет. В этом отношении предлагаемая монография своевременна и в значительной мере восполняет существующий пробел.

Изучение художественной продукции является плодотворным не только для характеристики заболевшей личности, но также касается вопроса взаимоотношения патологического искусства с современным декадентским искусством, в частности сюрреализмом.

Настоящая монография примечательна богатым собственным материалом, который выявляет целый ряд психопатологических симптомов. Автор приводит эти симптомы в соответствие с личностными изменениями больного. В монографии впервые сделана попытка рассмотреть вышеозначенные симптомы с точки зрения психологии и психопатологии установки.

Следует отметить, что анализ художественной продукции душевнобольных выявил метод, систематическое применение которого дает возможность установить психопатологический профиль личности больного.

Приветствуем издание настоящей монографии на русском языке и уверены в том, что она вызовет интерес не только у специалистов, но и среди широкого круга читателей.

Профессор И. Т. Б ж а л а в а

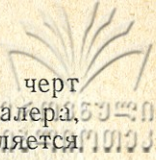
ВВЕДЕНИЕ

Изобразительное искусство — явление социального значения. Художник посредством художественного произведения передает зрителю свои мысли, чувства, переживания и таким образом устанавливает соучастие, сопереживание между ним и зрителем. Изобразительное искусство, можно сказать, является своеобразной речью, повествующей, оповещающей своими специфическими изобразительными средствами. Образный, конкретно-наглядный язык изобразительного произведения в какой-то мере доступнее языка литературы и музыки: если литература или музыка позволяет нам постигать тот или иной образ, последовательно развиваясь во времени, то художественное произведение разворачивается в пространстве. Художник устанавливает пространственные взаимоотношения предметов, зритель же постигает его на основе единства зрительного восприятия.

Художество, как один из видов человеческой деятельности, давно привлекало внимание психологов. Исследование в основном велось в генетическом и педагогическом планах.

Был установлен и изучен целый ряд психических и моторных функций процесса рисования: наглядные, оптические представления, аналитическое созерцание предметов и явлений, способность замечать форму и цвет, рефлексия, чувство цвета, пропорции, симметрии, ритма и гармонии и другие критерии определения художественной способности (Ричи, Кершенштейнер, Бюллер, Бинэ, Мейман, Айэр и др.).

Попытки изучения изобразительной области с психологической точки зрения сделаны также путем исследования патологического творчества. Моргенталер обратил внимание на связь и переход от письменности к рисунку. Комбинация и



смесь рисунка с написанием — одна из характерных черт рисунков больных шизофренией. По мнению Моргенталера, если рисунок в истории развития рода и индивида является одним из ранних средств изображения, то рисунок в случаях шизофрении носит характер регрессии¹. В процессе рисования душевнобольных Моор отметил ряд таких психических функций, как волевые импульсы, оптические и кинестетические представления, способность заметливости и проч. Он же, установив разницу между спонтанно и по заданию выполненными рисунками, начал экспериментальное исследование изобразительной деятельности душевнобольных².

Наконец, видный исследователь творчества душевнобольных Принцхорн, основываясь на учении Клагеса о выразительных движениях и касаясь вопроса возникновения художественных форм — *gestaltung*-а, указал на ту особенность выразительных движений, благодаря которой психические процессы нами воспринимаются и становятся предметом нашего непосредственного переживания³.

Хотя выразительные движения играют определенную роль, но по Принцхорну, существуют еще формы, главным образом область возникновения художественных форм, постижение которых происходит лишь с помощью выразительных движений.

С психологической точки зрения, основой выражения духовного является стремление (*trieb*), инстинктивный процесс (*triebhaft*), у которого нет другой цели, кроме самовыражения⁴.

Конечно, всякое выразительное движение является выражением внутренней жизни действительной личности, внешняя форма существования ее духовного мира. В этом отношении неправильный подход традиционной психологии заключался в том, что всякое выразительное движение рассматривалось сбособленно, как внешний корелят психического процесса, а не выразитель состояния конкретной, целостной личности.


Мы полагаем, что Принцхорн, определяя возникновение художественных форм, не учел как раз это обстоятельство; художественные формы, как проявление выразительных движений, действуют совершенно независимо, автономно, игнорируя взаимодействующую с действительностью конкретную

¹ W. Morgenthaler. „Übergänge zwischen Zeichnen und bei geisteskranken. Schweiz. Arch. Neur 3 225. 1918.

² F. Mohr. Zeichnen von geisteskranken. Zeit. angewan. Psychologie 1908—9, 2.

³ H. Prinzhorn. Bildnerie der geisteskranken, Berlin, 1922, стр 15.

⁴ Там же, стр. 17.



личность. Художественные формы, отданные на произвол три-еб-ов, не будут иметь другого назначения, кроме функции самовыражения.

Процесс рисования и мир художественных форм вовсе не обусловлен только отдельными психическими и моторными функциями, это не процесс, в котором действуют всего лишь волевые импульсы, оптические и кинестетические представления, координация представления с движением и проч., как это считал традиционный функционализм. Исследование психического не ограничивается лишь только изучением отдельных функций.

Всякая психическая и моторная функция существует и действует как функция целостной личности. Ни одна функция не имеет независимого от личности существования. Действие функции находится в зависимости от активности субъекта. Личность, как носитель своих функций, использует их в процессе взаимоотношения с действительностью. Это обстоятельство, что без существенного участия личности поведение не осуществляется, имеет в виду Д. Н. Узнадзе, когда говорит, что «Поведение — активность, и помимо существенного учета субъекта, понять его невозможно»⁵.

Излишне доказывать, что процесс рисования психологически является одним из видов поведения. Поэтому при изучении самого процесса рисования надо иметь в виду в первую очередь субъекта этого поведения, а не отдельные функции, используемые субъектом для осуществления данного процесса.

В зависимости от психологических особенностей, виды поведения различны. В этой связи заслуживает внимания классификация форм поведения человека, предложенная Д. Н. Узнадзе.

Автор различает два основных вида поведения. Когда у человека возникает какая-либо потребность, для удовлетворения которой ему необходим определенный предмет (например, в случае потребности в пище — хлеб), он, на основе регулирующего действия установки, созданной в условиях данной ситуации, активизирует те именно силы, которые дадут ему этот предмет. Как видим, установку поведения, как и самое поведение, определяет здесь тот предмет, потребность в котором побуждает его к активности: поведение в этом случае определяется предметом и направляется установкой, определенной извне. Такое поведение Д. Н. Узнадзе называет экстерогенным.

Однако может быть и иначе. Случается, что у субъекта

⁵ Д. Н. Узнадзе. Психологические исследования, М., 1966, стр. 332.

нет потребности в каком-либо предмете, нет, так сказать, практической потребности, средства удовлетворения которой он должен получить извне. Следовательно, в данном случае у него нет необходимости обратиться к окружающей действительности. Это не означает, однако, что он находится в состоянии бездействия, абсолютной пассивности. Естественным состоянием человека является активность, и находиться в бездействии — да и то в относительном бездействии — он может только во время отдыха. Поэтому, чтобы его активировать, вовсе не всегда обязательно наличие у него какой-либо практической потребности, т. е. такой потребности, для удовлетворения которой необходимо какое-нибудь предметное содержание. У него может иметься потребность и в активности как таковой, т. е. потребность активации в определенном направлении тех сил, которые по той или иной причине оставались бездейственными, потребность, которую Д. Н. Узнадзе называет функциональной тенденцией.

Активность в этом случае определяется уже не извне, а исходит из внутреннего импульса и направляется не установкой, первично формирующейся в процессе самого поведения, а установкой, фиксированной в прошлом субъекта. Здесь поведение свободно от побуждения извне и по своему происхождению является моментом внутреннего порядка. Подобное поведение Д. Н. Узнадзе называет интрогенным⁶.

К какому виду поведения следует отнести изобразительное искусство, в частности рисование?

Д. Н. Узнадзе художественное творчество вообще (поэзию, музыку, изобразительное искусство) относит к интрогенному поведению.

«Искусство, — пишет Д. Н. Узнадзе, — не служит цели соответствующего изображения объективно данных предметов; его задачей является выражение интимных установок самого художника. Искусство — это форма воплощения внутреннего, и поэтому оно дает не фотографическую репродукцию действительности, а в порядке объективации установок личности художника создает новые формы действительности. Но если произведение искусства есть объективация интимных установок художника, следовательно, оно является обогащением существующей действительности, созиданием, творчеством новой действительности»⁷.

Особенность художественного творчества, в частности рисования, его интрогенный характер нашел свое яркое вы-

⁶ Д. Н. Узнадзе. Психологические исследования, М., 1966, стр. 334—335.

⁷ Там же, стр. 353.

ражение в патологии: патологическая художественная продукция отличается своей индивидуальностью и субъективностью. Психическое заболевание независимо от личности, непосредственно не проявляется в художественной продукции. Патологическая личность тесно связана с художественной продукцией, в которой отражены интимные переживания и установки заболевшей личности. Такое своеобразие особенно проявляется в творчестве заболевшего художника: художественное произведение носит отпечаток патологического состояния художника, отражая в себе патологические переживания творческой личности. Художественная продукция больного не является проявлением независимым от заболевшей личности. Художественная продукция патологической личности непосредственно связана с ее психической структурой.

Таким образом, художественная продукция больного непосредственно связана с его патологическими особенностями, воплощает в себе интимные переживания, стремления и потребности.

В этом отношении заслуживает внимания вопрос изменения художественного стиля (Stilwandel) творчества заболевшего художника: формальное и предметное изменение художественного произведения, которого мы коснемся ниже подробнее, в связи с шизофренией.

Все вышесказанное дает возможность предположить, что изучение художественной продукции душевнобольных поможет выявить особенности патологической личности.

Для проникновения в тайны психической жизни душевнобольного психопатология располагает рядом средств: эксперимент, самонаблюдение больного, клиническая беседа и проч.

Но, как известно, ни один из методов самостоятельно не дает полной картины психики больной личности. Душевнобольной — своеобразный и трудно исследуемый субъект. Не всеми методами удается исследовать больного, а иногда и вовсе бывает исключена эта возможность. Переживания больных часто не доступны и не понятны для нас. Сам больной часто не в силах описать и передать свое болезненное состояние. Патологически измененная личность нередко сознается в том, что свои чувства и мысли обычным языком ей трудно передать и сделать для нас доходчивыми.

В таком состоянии больной спонтанно прибегает к рисованию, изображению своих галлюцинаторных и бредовых переживаний. Можно подумать, что больному легче «нарисовать» свое душевное состояние, нежели описать то же самое словами. Рисунки эти, как видно будет ниже, дают возможность постичь не только патологические переживания

больных, но и изменения в личности и психической структуре больного.

Поэтому изучение художественной продукции, надо полагать, является одним из методов исследования душевнобольных.

Цель настоящей работы — изучить особенности патологически измененной личности на основе анализа ее художественной продукции.

Известно, что творчество душевнобольных, связь патологии с творчеством с давних пор вызывали интерес исследователей. Аристотель утверждал, что прилив крови к голове пробуждает дар поэтический и пророческий. Платон убеждал, что бред не зло, а добродетель, которую боги даруют человеку. Демокрит подлинным поэтом считал человека, лишенного разума⁸.

Научное, систематическое изучение изобразительной деятельности больных началось лишь в прошлом столетии.

Первые исследования патологического художества касались, главным образом, отношения стиля рисунков к определенной группе душевных заболеваний. В центре дискуссии стоял вопрос диагностического значения рисунков — можно ли на основании рисунка поставить диагноз?

В этом направлении первыми были Тардые (1872) и Макс Симон. М. Симон отметил характерные признаки рисунков при психозе и в связи с каждым синдромом описал пять типов художественной продукции.

Диагностическое значение рисунков установили Марсель (1885), Ломброзо (1892), Данта (1900), Режа (1907), Ашафенбург (1915), Мерибак (1930), Фонтэ (1933), Веншон (1950), Карпов (1929) и др.

Но не все рисунки имели равноценное диагностическое значение. Неке (1915) давал преимущество рисункам острого периода психоза. Режа и Фурсак — рисункам, имеющим непосредственную связь с психозом.

Анри Эи (1948), с точки зрения диагностики, рассматривает художественную продукцию с четырех сторон: эстетические формы, непосредственно не связанные с психическим расстройством; измененные психозом эстетические формы; эстетические формы патологической проекции и имманентные бреду формы. Не оказалось равнодушной к патологическому творчеству также психоаналитическая школа, которая дала богатую литературу по этому вопросу.

⁸ Ц. Ломброзо. Гениальность и помешательство, СПб., 1895, стр. 8.

Надо полагать, что не всякая художественная продукция имеет диагностическую ценность.

Больной, несмотря на свое бредовое состояние, часто дает весьма наивный, не имеющий никакого отношения к его бреду рисунок, символические изображения, замаскированные, непонятные для нас образы. Больные часто механически воспроизводят стандартные изображения, характерные для их преморбидного состояния.

По данным нашего исследования, в диагностическом отношении одинаково значимы как рисунки больных художников-профессионалов, так и технически неполноценная художественная продукция обычных больных, конечно при тщательном анализе формы и содержания рисунков.

В заключение следует отметить также весьма интересную и довольно сложную проблему связи патологического искусства с современным декадентским искусством, вызвавшую большой интерес психиатров, психологов и искусствоведов.

* * *

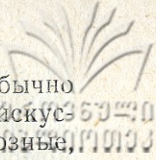
В первую очередь, у нас возник вопрос — каким путем можно изучить художественную продукцию душевнобольных, как произвести анализ патологического искусства; существует ли для этого совершенно независимый путь изобразительного искусства?

Несмотря на ряд патологических изменений и психологических особенностей, искусство больных включает в себе также проблему формы и содержания, те же формальные и предметные средства пространственного изображения изобразительного искусства. В этом отношении существенной разницы между патологическим изображением и обычной нормальной изобразительностью не должно быть. Вкратце следует отметить характерные свойства изобразительного искусства, в частности изобразительные возможности формы и содержания искусства, с помощью которых художник проявляет свои мысли, чувства и переживания.

Такого рода подход к изобразительному искусству способствует обычно уяснению возникших изменений и нарушений в рисунках душевнобольных, установлению разницы в закономерности патологического и нормального искусства.

Первое, что интересует нас при анализе художественной продукции, это вопрос темы и сюжета, т. е. потребность осмыслить содержание картины.

Невзирая на то, что фантазия и замысел художника безграничны, в изобразительном искусстве существуют оп-



ределенные тематические виды, т. н. жанры, которые обычно часто встречаются в традиционном изобразительном искусстве: портрет, пейзаж, натюрморт, нагое тело, религиозные, исторические, бытовые темы и проч.

Часто форме противопоставляют идею художественного произведения. Форма и содержание неразделимы, они неразрывно, органически связаны друг с другом. Форма — воплощение самого содержания. Она — ключ к пониманию картины.

И для более глубокого изучения художественного произведения необходимо принять во внимание и его формальные аспекты: линию, цвет, светотень, перспективу, движение и композицию. Элементы эти, неотделимые друг от друга, сообща воздействуют на зрителя.

Картина — это стройно сложенный организм, где все пригнано друг к другу, где ничего нельзя ни убавить, ни прибавить. Но как ни сложен этот организм, его можно разбить на составные части. Картину можно «разобрать», проанализировать по частям; такая возможность значительно облегчает изучение и понимание художественного произведения.

В психиатрической клинике больные рисуют относительно редко, лишь 2% спонтанно, по своему желанию. Свои изобразительные возможности больные проявляют неравномерно, и при этом отмечается многообразие форм. По наблюдениям клиницистов, большинство больных начинает рисовать после длительного стационарирования. Побуждающей причиной к изобразительной деятельности больного обычно считают лишение свободы, скуку, бездействие или же «регрессию». Эта последняя, по мнению некоторых авторов, является характерной для рисунков примитивов и детей.

Действительно, вновь проявившееся поведение — рисование — взрослого душевнобольного, без всяких технических средств, кроме детских школьных навыков, ставит исследователя в затруднительное положение. Разумеется, лишение свободы, долготное пребывание в одной и той же обстановке в какой-то степени, вероятно, принуждает больного прибегнуть к рисованию. Что же касается «регрессии» — гипотезы о том, что психическая деятельность «душевнобольного» представляет собой регресс на филогенетически раннюю ступень, в частности ребенка и примитива, не соответствуют действительности. Ведь душевнобольной не ребенок и не примитив; он человек взрослый, прошедший все ступени синтетического развития, у которого не происходит возврата к архаическому функционированию мышления. Следует отметить также, что характерная особенность искусства примитивов, точнее разница между рисунком примитива и цивили-

зованного человека, не может быть обусловлена различными ступенями психического развития, хотя ряд авторов категорически отрицает разницу и отождествляет психические процессы примитива и современного цивилизованного человека. В этом отношении представляет интерес взгляд А. Лачинса. Он отмечает, что, по мнению некоторых исследователей, психоз поражает абстрактную аттитюду, благодаря чему одержимый психозами больной может очутиться на уровне примитива, который лишен вовсе абстрактной аттитюды, абстрактного уровня.

А. Лачинс не разделяет это соображение. «Заболев психозом, примитив должен потерпеть основной дефект, поражение абстрактной аттитюды и пригвождение к конкретному поведению. Но дефект этот в таком случае должен относиться ко всему кругу, к обществу примитивов, если действительно нормальный примитив действует исключительно на конкретном уровне. Однако психозом одержимого примитива считают ненормальным по отношению к нормальному примитиву»⁹.

При применении мнения В. Лачинса к предмету нашего исследования возникает вопрос: если художество душевнобольного аналогично художеству примитива, то каким может быть рисунок душевнобольного примитива?

Как уже отмечалось выше, рисование—одна из интрогенных форм поведения; субъект автономно, на основе функциональной тенденции может привести в активность силы, которые по той или иной причине оставались недействительными. «Среди форм поведения взрослого игра встречается больше как исключение: во всяком случае более свойственна она для периода детства, и если в своем чистом виде она может встретиться в жизни взрослого, то тогда мы имеем, несомненно, дело с оживлением рудимента детства»¹⁰.

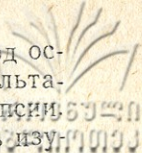
Взрослый душевнобольной активизирует импульсом функциональной тенденции свои скудные технические возможности, приступает к рисованию и в своих рисунках старается реализовать качественно новые переживания.

* * *

Когда рисует больной, имеет ли значение или преимущество в этом отношении нозологическая или клиническая форма заболевания? Судя по клиническим наблюдениям, устойчивая закономерность в этом направлении не видна. По дан-

⁹ A. and E. Luchins. Rigidity of Behavior, 1959, стр. 176.

¹⁰ Д. Н. Узнадзе. Психологические исследования, М., 1966, стр. 347.



ным нашего исследования, больные реже рисуют в период острого кататонического возбуждения, в состоянии экзальтации при маниакально-депрессивном психозе и эпилепсии. Ввиду вышеозначенного обстоятельства, мы постарались изучить начало изобразительной деятельности и продуктивности больных в разных периодах и при различных психических заболеваниях.

Мы не довольствовались только спонтанным рисованием больных и старались втянуть в акт рисования большинство из них, очень часто нам это удавалось: больные охотно рисовали.

В зарубежных психиатрических клиниках больные годами рисуют в специально организованных ателье и студиях. Такого рода учреждения дают специалистам большие возможности для наблюдения, собирания и изучения творчества душевнобольных.

Для изучения художественной продукции душевнобольных применяются различные методы: альбом Вартега для рисования, фигурные рисунки Гуденуга и Махопера, Коха — альбом для рисования деревьев. Известен также метод диагностического значения Моора. Блейлер и Супрас предлагали больным рисовать по памяти ряд фигурных тем. С целью изучения цвета и движения, Пристер больным шизофренией предлагал рисовать различные формы и мотивы.

В клинических условиях изучению рисунков содействовал также экспериментальный метод, применение токсических и фармакологических средств. Наконец, лечение методом искусства обогатило и расширило ряд художественных коллекций душевнобольных (студия госпиталя Нетерна в Англии и др.).

Таким образом, карандаш и бумага в психиатрической клинике, несмотря на ряд методологических недостатков в изобразительной деятельности душевнобольных, сыграли значительную роль.

И наши больные дали более скудную продукцию при спонтанном рисовании. Поэтому мы старались больному создать приблизительно такую ситуацию, где у него, как при спонтанном, свободном рисовании, пробудилась бы потребность к независимой активности, к проявлению непосредственно своих переживаний психотического содержания. В связи с этим мы старались по возможности ближе подойти к больному и установить с ним контакт — познакомились с его клиническим состоянием, интересами, стремлениями, с изобразительными техническими возможностями. Словом, пытались создать такие условия, в которых больной мог непринужденно, самопроизвольно развернуть свое изобразительное поведение.

Большинство больных легко втянулось в рисование и стало проявлять достаточную активность. Больной же, категорически отказывающийся от рисования, стараясь при этом различными мотивами обосновать свое отрицательное отношение, для нас являлся непригодным.

Таким образом, происходил в какой-то мере отбор больных и относительно непринужденный акт изобразительного поведения. Рисование проводилось как индивидуально, так и коллективно. Один и тот же больной рисовал до тех пор, пока «творческие» силы его не иссякали и для нас ничего нового и интересного он уже не проявлял.

Мы имели возможность также в процессе рисования изучить поведение, связанное с изобразительным действием. Часто больные, видя рисующих, сами проявляли инициативу и изобразительную активность. Абсолютно были исключены моделирование и всякого рода репродукции. С нашей стороны в процессе рисования не имели места ни поощрение, ни корректирование.

Добытый таким путем художественный материал, как и спонтанные рисунки наших больных, выявили, как это будет видно ниже, патопсихологические особенности, формальные и предметные аспекты художественной продукции для каждого изученного нами психического заболевания.

ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ХУДОЖЕСТВЕННОЙ ПРОДУКЦИИ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ

Шизофрения в психопатологии, как известно, занимает особое место. Почти все психопатологические проблемы непосредственно связаны с клиникой шизофрении.

Основной симптом клинической психопатологии шизофрении — расщепление психики — находит свое проявление в расстройстве внутренней связи психических функций. И существенное нарушение в психологии шизофрении следует искать не в отдельных психических функциях больного, а в его целостной личностной структуре. Шизофрения — заболевание личности, изменение ее целостной структурной сущности. Всякое поведение больного шизофренией является выражением его внутреннего мира, его психопатологического своеобразия. Поэтому, изучая художественную деятельность душевнобольных, мы в первую очередь обратились к шизофрении.

Как уже было сказано, художественная продукция душевнобольных изучалась в разных аспектах и с давних пор, но основное и существенное исследование ведется вокруг изобразительной деятельности больных шизофренией.

Это отчасти объясняется накопившимся большим количеством художественной продукции больных шизофренией. Среди искусства душевнобольных Гейдельбергской коллекции 75% — продукция больных шизофренией. В 1950 г. в Париже на выставке, организованной по случаю I Всемирного конгресса психиатров, большинство экспонированных коллекций было пластической продукцией больных шизофренией.

Большая часть нашего материала состоит также из рисунков больных шизофренией. Большинство рисунков принадлежит больным, начавшим рисовать после госпитализации, и лишь двум профессиональным художникам.

Наш материал, как с точки зрения психопатологической, так и с точки зрения художественной техники, не однороден. Часть рисунков банальна, лишена выразительности и является механическим повторением трафаретных навыков, выработанных до болезни. Большинство рисунков или стимулировано нами или представляет собой спонтанно созданный воображением мир форм. Последние в художественном и техническом отношении сравнительно слабее, но гораздо ярче выражают характерную симптоматику личности больного шизофренией. Наш анализ в основном проведен на спонтанном материале.

Общий обзор нашего материала показал преимущество аспектов формы художественной продукции больных шизофренией. Формальные возможности изображения довлеют над содержанием. Благодаря этому, в шизофренической продукции соотношение и равновесие формальных и предметных признаков часто оказывается нарушенным. Закон изобразительного искусства — единство формы и содержания — больными чаще всего игнорируется. Этим обстоятельством может быть и объясняется проявление интереса и внимания к изучению формы рисунка, а не к интерпретации его содержания. Часто, исследуя художественную продукцию больных шизофренией, смешивают отличительные признаки формы и содержания рисунка, создавая при этом трудности и путаницу в анализируемой продукции. Мы старались анализировать форму, содержание рисунка, а также их взаимоотношение.

Теперь несколько слов о поведении больных в процессе рисования. Конечно, были больные, у которых потребность к рисованию вовсе не возникла. Среди больных оказались такие, которые умели, но в экспериментальных условиях отказывались рисовать. В клинике встречались больные, рисующие в неудобной позе, на грязной бумаге или на коробке папирос, хранившие свои рисунки в кармане или под подушкой.

Но если больной не негативистичен, контактен, он легко включается в созданную для него ситуацию для реализации изобразительного поведения.

Мы с большим вниманием следили за рисованием больных, наблюдали их поведение — движение рук, позу, выражение лица, проявление интереса и проч. Разумеется, особенности поведения в процессе рисования были обусловлены разностью клинической формы и состоянием больного. Но, невзирая на это, как в изобразительной деятельности, так и в отношении выразительных средств, отмечался общий для всех больных специфический шизофренический характер. Процесс рисования наших больных часто носит характер более или

менее непрерывного, импульсивного нецеленаправленного изобразительного поведения.

Если первые рисунки массовой продукции носят более личностный характер и своеобразны, то следуемая за ними продукция, можно сказать, теряет свою индивидуальность и является механическим повторением, размножением однажды сделанного рисунка.

Большинство рисунков наших больных по своему формату малого размера. Для осуществления своего замысла больные довольствуются малой поверхностью и мир форм изображают также соответственно размеру поверхности.

Впервые на это обратил внимание французский исследователь Фердьер¹ и считал это одним из характерных признаков художества больных шизофренией. Кстати, следовало бы сказать, что больные шизофренией, так же как и больные психастенией, депрессивны по своей изобразительной манере и напоминают художников малых форм и миниатюристов. Можно подумать, что больной, рисуя, бережет бумагу и старается на маленькой поверхности уместить как можно больше предметов мелких форм, переворачивая бумагу, он продолжает рисовать.

Нашим больным приходится рисовать карандашом, но больной шизофренией по своему жанру график и по своему графическому стилю и манере ясно предпочел бы рисовать пером, но, не имея его, просит остро отточенный карандаш для точного и полного изображения формы предмета.

А теперь несколько слов об основных изобразительных средствах, применяемых нашими больными.

В изобразительном искусстве линия — средство изображения. По своей природе линия отвлеченна, условна и определена интеллектуальными функциями личности. Ясно, что линия, используемая больными шизофренией, претерпевает некоторые изменения.

Графические рисунки больных нередко статичны и лишены гибкости. Линейный язык больных однообразный, сухой, холодный, ему часто не достает выразительности, экспрессии и модуляции. Линии и штрихи в некоторых случаях бессвязные, кривые, отрывистые, нечеткие и без акцента.

Если линия — костяк художественной формы, то цвет является той кровью, которая сообщает форме жизнь, сочность, индивидуальную окраску. Цвет — психологический выразитель эмоциональности. Он воздействует непосредствен-

¹ G. Ferdiér. Le dessinateur schizophrène, Evol. Psychiat., 1951, стр. 220.

но на наше чувство, он захватывает нас и служит передатчиком настроения художника зрителю.

Как и надо было полагать, к краскам наши «художники» проявили более или менее равнодушное отношение. Видимо, цвет не оказал своего воздействия, хотя в процессе рисования в поле зрения больных находились карандаши всех цветов.

Выбор красок иногда производился больными произвольно и конвекционально, благодаря чему художественная продукция большей частью оставляет неожиданное, оригинальное и довольно странное впечатление. Больные избегают ярких, пестрых красок и предпочтение отдают бледным, выцветшим, ахроматичным тонам (рис. 6), выражая этим, по видимому, свое в какой-то мере эмоциональное оскудение и индифферентное отношение. Иногда бросается в глаза темный, неприятный колорит, эмоционально холодный и тупой (рис. 7).

Вообще следует отметить, что больных меньше привлекает цвет, и больше внимания они уделяют форме. Расхождение формы с цветом в случаях шизофрении мы наблюдали также в проведенных нами опытах Роршаха. Больные шизофренией, воспринимая пятна, часто не коодетерминируют форму с цветом. Больной игнорирует цвет, а иногда реагирует на него и шоком².

Мы постарались в общих чертах описать поведение и особенности изобразительных средств наших больных в процессе рисования. Теперь мы коснемся вопроса, насколько внутренний душевный мир больного шизофренией нашел свое выражение в формальной и предметной действительности художественной продукции больного.

* * *

Анализ нашего материала показал характерные особенности художественной продукции больных шизофренией, объединенные нами в один комплекс.

Этот, так сказать, специфический шизофренический комплекс состоит из таких формальных компонентов художественной продукции, которые между собой взаимосвязаны и в своем проявлении взаимообусловлены. Поэтому говорить о патогномичности и о преимуществе отдельных шизофренических формальных признаков рисунка не приходится.

Начнем с признака, характерного не только для шизофрении, но и для некоторых других заболеваний. Признак этот особенно ярко выражен при шизофрении, играет важную роль в поведении больного шизофренией и создает условия

² Э. А. Вацнадзе. Особенности воображения больных шизофренией методом Роршаха, Труды Ин-та психологии АН ГССР, т. XIV, 1963.

для возникновения своеобразных шизофренических особенностей.

Мы имеем в виду характерное явление в патопсихологии шизофрении — стереотипию, монотонное проявление волевых импульсов, повторение одних и тех же движений и поз при частом соблюдении строгого ритма.

Ряд авторов следующим образом определяют стереотипию в шизофреническом художественном творчестве. Принцхорн³ полагает, что с помощью стереотипии больной шизофренией цепляется за последний принцип упорядочения, которым он еще в какой-то степени владеет. По Фердьере⁴, стереотипия касается феномена бесценной фиксации, единства последовательных элементов, лишённого гибкости, с тенденцией к деформации, упрощению и механизации.

По заключению Бержерона и Вольма⁵, стереотипия развивается рядом с хроническим процессом шизофрении. По мнению Реннерта⁶, стереотипия связана со снижением мышления, с ослаблением ассоциативного действия и потерей способности концентрации внимания.

Какие виды стереотипии встречаются в рисунках наших больных? Стереотипия как повторение одной и той же темы, мотива, формы и фигуры (рис. 1. 2. 3). Затем, стереотипия деталей целостной формы и структурной точности. Здесь поверхность бесконечно стереотипично заполнена малыми различными образцами, мелкими частями: дерево со стереотипично расположенными ветвями, ель с хвоей, улица, покрытая камнями и проч. (рис. 4. 5. 7).

Типичной для нашего материала оказалась орнаментальная стереотипия Чрезмерное влечение и склонность к изображению орнаментов и арабесок является одной из особенностей наших больных. Орнаментация многообразна, начиная с «бессмысленных» каракулей и кончая сложными арабесковыми изображениями, орнаментальным конгломератом с ковровобразными композициями (рис. 1).

В рисунках наших больных часто встречается цикл ряда мотивов — животных, людей, линий, кружков и концентрированных секторов.

Увлеченные рисованием, наши больные автоматически, персеверативно, стереотипично создают ряд серийных рисунков; назойливо и навязчиво они сотнями размножают одни и

³ Н. Prinzhorn. Bildnerci der Geisteskranken, Berlin, 1922, стр. 30.

⁴ G. Ferdière. Les dessins schizophréniques, leurs stéréotypies vraies ou fausses, Ann. Med. psychol., 1947, 105/1, стр. 98.

⁵ R. Volmat. L'art psychopathologique, Paris, 1956, стр. 157.

⁶ Н. Rennert. Die Merkmale schizophrener, Bildnerci, Iena, 1962, стр. 58.

те же рисунки, продолжая рисовать, несмотря на нашу просьбу нарисовать нам что-либо другое.

Но тенденция к автоматической стереотипии не замыкается в самой себе, и, на наш взгляд, при этом рождается еще один значительный формальный признак изобразительности. Появляется бессвязность, загруженность и хаотичность образов. В процессе рисования больной проявляет быстроту и незаконченность, благодаря чему бесцельная массовая продукция часто лишена формы и определенной структуры. Больной в движении не задерживается на одном месте и, понятно, не дорабатывает детали форм. Он максимально использует существующую в его распоряжении поверхность, не оставляя при этом ни одного пустого места. Больной постоянно добавляет что-то новое к рисунку, заполняет пробелы, рисуя при этом до бесконечности. Он оставляет впечатление человека, охваченного страхом к пустоте, который старается не оставить ни одного клочка бумаги незаполненным. Незаполненная поверхность чаще всего покрывается геометрическими фигурами и анатомическими формами, надписями, цифрами и различными стереотипичными знаками. По образному выражению Фердьера, художественной продукции больного недостает воздуха.

Итак, наш больной без конца возвращается к своему рисунку, заполняя, исправляя и перегружая его. Явление это Фердьер⁷ называет закупоркой, набивкой (bourage) рисунка (рис. 8. 9).

В художественной продукции наших больных бросаются в глаза рисунки с тесно сплоченными, непонятными, бессмысленными образами, которые принадлежат к категории чрезмерно перегруженных рисунков. Один наш больной с шизофазическим нарушением речи одновременно рисует и говорит, отражая в рисунке бессмыслицу речи.

Анализ формальных аспектов в рисунках душевнобольных показал совершенно чуждую для художественных форм продукцию, ряд новых изобразительных образований, которые оказались исключительно характерными для больных шизофренией. Больные наши в изображениях стали вносить буквы, слова, предложения. Каждому изображению дается название, а иногда даже интерпретация его содержания. Среди фигур вклиниваются также цифры, неоморфизмы, неологизмы, иностранные слова и символические знаки. Впервые на это явление обратил внимание Моргенталер⁸.

⁷ G. Ferdière. Le style des dessins schizophréniques: ils sont bourrés, Ann. med. psychol., 1948, 106/1, стр. 430.

⁸ W. Morgenthaler. Übergänge zwischen Zeichnen und Schreiben bei Geisteskranken, Schweiz, Arch. Neur., 3255, 1918.

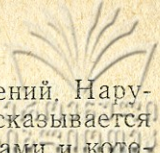
Появление шрифта в рисунках некоторые авторы считают патогномоничным для рисунков больных шизофренией. Шрифт в рисунке, как один из формальных компонентов, мы выделили в отдельную группу. Но анализ нашего материала убедил нас в том, что принципиальной разницы между внесением шрифта в рисунок и заполнением поверхности рисунка не должно быть. Оба явления — выражение одного и того же симптома с тенденцией феномена «набивки». Моргенталер, отмечая взаимосвязь рисунка с шрифтом, не отрицает заполнения рисунка внедрением разного рода надписей (рис. 8. 26).

Характерными оказались для рисунков наших больных также геометризм, схематизм и декоративность. Тенденция к геометризации принуждает больных создавать картины, изображая четырехугольники, ромбы, треугольники, розетки и другие формы. При этом, часто приводя отдельные элементы в систему, они создают довольно стройную композицию. Но встречаются также композиции, лишенные цельности, заполненные абстрактными элементами. Больные наши прибегают и к обрамлению. Рамы по отношению к изображению часто диспропорциональны. Обрамление, как видно, вызвано потребностью удовлетворить тенденцию к орнаментализации и к декоративности.

Как уже было сказано выше, все эти компоненты могут быть объединены в один комплекс. В своем проявлении эти компоненты в какой-то степени взаимосвязаны и в своем проявлении взаимообусловлены. Своеобразное повторение в рисунках больных шизофренией, навязчивость, персеверация создают больному художнику условия для проявления формальных возможностей: больной произвольно начинает с орнаментальной стереотипии, затем переходит на сложный орнамент и, наконец, оформляет многообразную арабеску.

Стереотипично выраженные ригидные и неуклюжие линии принуждают больного орнаменты и арабески изобразить в геометрической и схематической форме. Стереотипия однородных форм на одной и той же поверхности обуславливает такую специфическую особенность рисунка больного шизофренией, каковой является перегрузка рисунка, набивка его шрифтом, цифрами, неологизмами и другими элементами, фактически, как уже было сказано, явление одного и того же горядка.

До сих пор мы касались в основном свойств форм рисунка. Но в рисунках больных шизофренией оказались и такие формальные аспекты, которые не всегда обнаруживаются в процессе заболевания. В этом отношении в первую очередь укажем на пространственное соотношение в изображе-



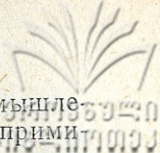
ниях, вернее отсутствие пространственных отношений. Нарушение пространственных отношений ярче всего сказывается в тех рисунках, где нет соотношения между планами и которые перегружены и набиты различными формами, деталями и фигурами.

В таких случаях больной лишен возможности показать в пространстве отдаление одного предмета от другого, поэтому он предметы часто помещает один над другим. Перспектива, тесно связанная с пространственным отношением, как показал наш анализ, у больных часто нарушена. Недостаточность пространственных отношений наших больных главным образом сказалась в линейной перспективе и в применении светотени.

Обычно, третье измерение создает объемность предмета и обуславливает иллюзию отдаления его от нас. В рисунках же больных шизофренией мир форм представлен в двух измерениях, в плоскости.

Согласно общепринятому мнению, дефект изображения пространственного отношения больных шизофренией вызван либо «регрессией» заболевшей личности, либо технической изобразительной недостаточностью.

Разрешение этого вопроса требует осторожного подхода, особенно в случаях, касающихся не профессионалов, а больных, не владеющих техникой рисования. Низкий уровень технического совершенствования у заболевшего может быть иногда принят за явление «регрессии», выражение примитивной первобытной формы. Но помимо этого, как уже было сказано, специфичные для шизофрении схематизм, орнаментация, арабески и декоративность, по своей природе, представляют вообще плоскостное изображение, в котором само собой исключена перспектива и принцип пространственного соотношения. Точнее, плоскостное искусство, благодаря своей плоскостности, не нуждается в перспективном и пространственном разрешении. Известно, что больные шизофренией профессионалы-художники нередко в процессе заболевания претерпевают изменение стиля (Stilwandel), нарушение перспективы, светотени, чувство глубины, потерю третьего измерения и переход на плоскостное изображение (Иозефсон, Карл Хиль и некоторые наши художники). Создается впечатление, что заболевший художник, владеющий высокой техникой развития живописи, вследствие психоза отстает на низший уровень развития живописи — на плоскостную живопись, теряя способность владеть светотенью и линейной перспективой.



Гипотеза о «регрессии» отождествляет рисунок и мышление больного шизофренией с рисунком и мышлением примитива и ребенка. Но следует отметить, что в этом случае сходство лишь формальное, поверхностное и несущественное. Разница между ними — в генетически-психическом развитии. Больного шизофренией с утраченной способностью передать высшие достижения изобразительной деятельности и понять иное мышление невозможно ставить на одну и ту же генетическую ступень с первобытным примитивным человеком и ребенком. Больной шизофренией уже прошел все ступени развития. Поэтому сходство рисунков больных с примитивными поверхностное, формальное, но не существенное. Фигура и фон проявляются и в двух и в трех измерениях. В повседневной жизни выявление фигуры и фона играет важную роль.

Было бы бессмысленным и непонятным, если бы всякую структуру личность воспринимала всегда в одном и том же плане, без всякой дифференциации. В рисунках больных встречается нарушение взаимоотношения фигуры и фона, неотдифференцированность, спутанность, инверсия.

Для иллюстрации можно привести классический пример из коллекции Маклея «Серия кошек», в которой наглядно виден процесс нарушения фигуры-фона, от ясной дифференциации фигуры и фона до полного их слияния

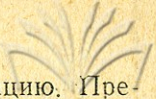
Фактор времени в патологических рисунках мало изучен, несмотря на большие возможности исследования его на пластическом материале. Большинство маньяков и гипоманьяков живет в настоящем и отрицает прошлое, депрессивные же не признают будущего и думают о самоубийстве.

Больные шизофренией, по мнению некоторых авторов, в далекозашедших случаях обитают «в незапамятных временах», отвергая при этом полное понятие о времени. В изученных нами рисунках встречаемся с актуализацией и дезактуализацией переживаний больных. Наши больные в своих рисунках восприятие времени передают посредством пространственных символов. Левое — символ прошлого, центр — настоящее и правое — будущее.

Известно, что движение тесно связано с временем и пространством, гармоничное их объединение дает верное и адекватное изображение движения. Движение, как и цвет — проявление эмоционального переживания.

Изобразительность наших больных отличается своеобразной статичностью. В хронических случаях заболевания формы недвижимые и безжизненные; сцены, выражающие движение, в рисунках редки. Изображаемые персонажи лишены динамики и напоминают т. н. «живые картины».

Прямые однообразные линии порождают застывшее де-



коративное абстрактное изображение и орнаментацию. Препятствует изображению движения также фрагментация и прерывистые линии. Безжизненный вид изображению придает стереотипичность. Последовательно покрытые слои холодного цвета усиливают впечатление неподвижности. По данным нашего материала, вместе с длительностью заболевания постепенно снижается изображение движения. Больной в хроническом состоянии, эмоционально опустошенный, несмотря на то, что владеет техникой рисования, изображает «человека на коне». Видимо, художник хотел передать движущегося коня, но лошадь на рисунке окаменела, стоит как вкопанная в землю и напоминает деревянную лошадь; всадник тоже неподвижен и заторможен (рис. 10).

Деревья на рисунках наших больных лишены пластичности, дым из печи неподвижен. Каждый рисунок носит отпечаток особой статичности, спокойствия и тишины.

В мире форм больных шизофренией особое место занимают неоморфизмы. Фактически в данном случае это сгущение образов на основе законов агглютинации (*Verdichtung*), сгущение и (*Verschiebung*) вытеснение, а также символизация и идентификация образов. Наш больной изображает своего врача и его же считает неким князем Орбелиани. Свои переживания приписывает изображенной личности и наоборот — действие изображенной личности относит к себе.

К группе неоморфизмов мы также относим рисунки наших больных с диспропорциями форм и фигур, изуродованное тело, лица без кожного покрова, отдельные конечности и проч. (рис. 18. 40).

К формальной категории рисунка больных шизофренией мы относим еще уродливые, со страшными гримасами карикатурные лица, выражающие неприятные переживания и аффективное состояние больных (рис. 11. 12).

Одним из интересных аспектов в изображениях больных шизофренией является одушевление образов, предметов: зрячий камень, растение с ушами, дерево с руками и проч.

Для рисунков наших больных характерна тенденция к стилизации и нарушение эстетических канонов. Тенденция к стилизации выразилась в проявлении существенного, в упрощении форм и повторяемости, особенно в орнаментальных рисунках. В отношении эстетических нарушений, не считая сексуальной и вульгарной изобразительности, эстетическое чувство и уплощение вкуса почти не замечается.

В заключение, о композиции. Известно, что сфера композиции в творчестве душевнобольных мало изучена. По мнению Принцхорна, Фердьера и Минковска, нарушение равно-

весия и симметрии в рисунке вызвано желанием больных шизофренией избавиться от дезагрегации и хаоса.


Надо полагать, что композиционные возможности наших больных, как и остальные формальные аспекты художественной продукции, непосредственно связаны с патологическими изменениями личности. В рисунках наших больных композиционная дезорганизация проявляется в нарушении равновесия. Хаотичная, непонятная композиция в рисунке в большинстве случаев наблюдается в острой стадии заболевания и в период дезинтеграции личности. Такого же рода композиционные изменения имеют место и при хронических состояниях: больные бессмысленно заполняют поверхность, привнося чуждые элементы, нарушают логическое соотношение изображаемых предметов и проч. Часто при клиническом улучшении замечается адекватное проявление выразительных средств: линии, цвета, движения, а также равновесия и гармоничности в композиции.

* * *

Гораздо сложнее оказался психопатологический анализ содержания, предметной действительности художественной продукции больных шизофренией. С первого взгляда, тематическая сторона рисунка как будто более понятна и доступна, чем формальные возможности той же продукции. Но осмысление сюжета, интерпретация его значения убедили нас, что это не всегда так. Внешне обычное содержание рисунка само по себе, можно сказать, не патологическое. Но изображенный пейзаж, человека и что-нибудь другое больной часто по-своему переживает, интегрируя его с бредом, галлюцинаторным переживанием или же с конфликтной ситуацией. Каким бы индифферентным и незначительным не был рисунок по своему содержанию, надо все-таки иметь в виду, что под наглядным содержанием, возможно, скрыты переживания патологически измененной личности.

Свои мысли и чувства больной шизофренией проявляет также и символами. Символизация — один из видов проекции внутренней жизни заболевшей личности. Она доступна и понятна нам лишь благодаря информации, полученной от самого больного. Большинство символических рисунков больных шизофренией остается непонятным с точки зрения традиционной универсальной символики (рис. 13. 14. 15. 16. 17).

Изучение личности больного и предметный анализ его художественной продукции показали, как на выбор предмета и содержание рисунка оказывает влияние образование, профессия, сфера интересов и навыки бытового характера заболевшей личности.



Рисунки больных по своему содержанию, кроме некоторой патологической специфичности, схожи и аналогичны с теми основными жанрами и тематикой, которые существуют вообще в нормальной изобразительной сфере. Предметом изображения большинства наших больных является пейзаж, человек, животное, растение и пр. Больные в период госпитализации рисуют также свое клиническое окружение: медперсонал, портреты врачей, автопортреты и т. д.

На основе исследования нашего материала, мы постараемся описать отраженную предметную действительность, впитавшую новые переживания и сущность психической жизни патологически измененной личности. Самая популярная тема душевнобольных — пейзаж. Пейзаж больного шизофренией обычно беден, гол, пустынен и безлюден (рис. 19, 20, 21). Впечатление бесцветного, безжизненного пейзажа усиливается нарушением пространственных отношений, которое проявляется в плоскостности и беспорядочности последовательных планов. Пейзаж часто условен, искусственен и напоминает театральную декорацию. По географическому расположению и национальным особенностям он различен; солнечный — в южных странах; снежная панорама — на севере. Одна наша больная гурийка изобразила типичный гурийский пейзаж — свою деревню. Один из элементов пейзажа — дерево, чаще всего голое, одинокое, бесплодное, срезанное или же с оголенными корнями. Больные севера рисуют ель, березку. Южане — разного вида субтропические растения. Больные шизофренией деревья располагают стереотипно. Нередко они дереву придают также символическое значение. Один наш больной себя изобразил деревом, которое стоит одиноко на одной из восходящих ступеней (рис. 22). Членов своей семьи больной изображает деревьями, при улучшении самочувствия рисует уже самих членов семьи.

Частый элемент пейзажа — дорога. Дорога в рисунках наших больных обычно пустынная, прохожего не видно. Для больных дорога означает символ разлуки в прошлом или же в будущем.

Один из компонентов пейзажа — гора. Гора занимает центральное место, она оголена и одинока или же волнообразна и стереотипна.

Частый мотив в изображениях больных — дом. Он обычно закрыт, недоступен и пуст. Дыма из дымохода нет. Весьма характерны для больных шизофренией дома, тесно расположенные подряд стереотипно с бесчисленными окнами и дверьми.

Темой пейзажа для больных является также море, озеро, река, изображенные как пустое пространство, спокойное, мертвое; вдали иногда видна лодка, часто пустая.

Шизофреническое солнце — обычно простой схематический круг. Обращает на себя внимание холодное, безжизненное, мертвое солнце, оставляющее впечатление повешенного в искусственном небесном пространстве диска. В рисунках редко встречаются луна и звезды.

Одна из частей и независимых тем душевнобольных — цветы: букет цветов или поле, покрытое пестрыми цветами, в рисунках маниакально-депрессивных и больных эпилепсией. Больные шизофренией отдельно цветы рисуют редко. Цветок у них обыкновенно вплетается в орнаментный рисунок, в геометрические и стилизованные формы.

Много места уделяют наши больные в художественной продукции изображению человека. Человека, как и пейзаж, больные рисуют по представлению, хотя, как уже было сказано, больные в клинике с натуры рисуют медперсонал. Изображенные лица на портрете в принужденной позе и напоминают примитивов, стоящих перед фотоаппаратом.

В серии портретов встречаются и автопортреты, выражающие бред величия и идентификацию со знаменитостями. К портретному жанру мы относили также изображения отдельных голов: карикатурные, деформированные, удлинённые, с лицами робота и пр. Больных особенно привлекают глаза. Мы полагаем, что глаза в рисунках больных шизофренией имеют особое значение. В психопатологии глаза, очевидно, находятся в какой-то зависимости от воображения, иллюзорного восприятия и галлюцинаторного видения. Изобразительное искусство выражению глаз придавало магическое религиозное значение, особенно в сюрреалистической живописи (Марк Эрнст, Кирико), в мифологии — царь Эдип, Пророк Тересия и проч., в грузинской фресковой живописи — «Рог Додо» Давида Гареджинского. В рисунках больных шизофренией глаза выразительные: вытаращенные, косые, с выражением тревоги и ужаса. Глаза часто связаны с другими органами тела: глаз и рука, глаз с открытым ртом, глаза и уши.

Обычно при рассмотрении рисунков больных шизофренией не уделяют внимания миру животных. Больной шизофренией не индифферентен к животным. Но животных он представляет себе по-своему, придавая им своеобразную форму, которую мы в действительности не встречаем (рис. 23, 24). Больные предпочтение оказывают кошке и лошади, льву и тигру. Из птиц чаще рисуют орла, павлина, а также летучую мышь. Из пресмыкающихся — змею и лягушку. Встречаются также причудливые звери — химеры, монстры, извергающие из пасти огонь и пр. Судя по зарубежным коллекциям, больные шизофренией воскрешают зверей ада, рая, а также доисторических животных.

Много места уделяют больные шизофренией, особенно мужчины, «сексуальным темам». Содержание рисунка — полногрудые женщины, резко выраженные половые органы, разного рода сексуальные сцены.

В настоящее время темы религиозного характера редки. Вообще религиозные темы у больных с параноидным синдромом обусловлены бредом религиозного содержания.

Небезынтересны редкие сюжеты больных шизофренией, известные нам из экспозиции, устроенной по случаю I Всемирного конгресса психиатров в Париже. Рисунки принадлежат больным с явлениями деперсонализации.

Два рисунка — конденсация человека с растениями, превращение в растение. Первый рисунок — задумчивая женщина, из головы которой произрастает растение. На втором рисунке изображена лежащая женщина, у которой вместо ног корни деревьев, там же трансформированные в розы конечности осьминога.

Под заглавием «Красота и уродство» изображен человек-робот, около которого нагая гармоничного сложения женщина. На груди работа клетка с птицей. Одна рука робота спиральная рессора, голова вроде маскообразного блока.

Феномен петрификации представлен в виде окаменевшей женщины в трагической позе с поднятыми вверх руками, птицы падают вниз.

* * *

Собранный нами материал дает нам возможность также показать художественную продукцию наших больных в различных фазах заболевания и при различных клинических состояниях.

По своему клиническому состоянию большинство больных не было лишено возможности к изобразительной деятельности. Конечно, больные в кататоническом состоянии: заторможенные или возбужденные, неадекватного поведения ни спонтанно, ни по нашей стимуляции не рисовали. Если даже возбужденный больной брался за рисование, то поведение его напоминало детскую шалость, пачкотню, бесцельную моторную разгрузку.

Острая инициальная стадия редко находит свое отражение в художественной продукции больных шизофренией. Ведь больному в таком состоянии не совсем ясны и им не осознаны его переживания; больной не в силах высказать их и сделать для нас доступными. И в таких случаях больные иногда прибегают к изобразительности, стараются с помощью рисунка адекватно передать спонтанно свои неопределенные спутанные галлюцинаторные и бредовые образы. Бюргер-

Принц полагает, что острое состояние с его щедрыми переживаниями уничтожает те возможности больного, которые нужны для их изображения. Для иллюстрации он приводит пациента Шильдера, изобразившего свои грандиозные метафизические идеи несколькими точками и спутанными линиями⁹.


Вновь поступивший в клинику один наш больной, одержимый бредовыми идеями, с большим увлечением рассказывал о системе и изобретенном аппарате, который показывает взаимодействие полового органа с мозгом, и, несмотря на то, что больной — ученик художественного техникума и достаточно владел рисовальной техникой, он все сказанное изобразил в каких-то непонятных каракулях.

В этом отношении небезынтересен спонтанно выполненный рисунок молодого художника в остром состоянии психоза. Больной сам никакой интерпретации не дает. Художник до заблуждения — реалист, владеет академическими принципами — линейной перспективой и светотенью, движением, уравновешенной и гармоничной композицией. С болезненным изменением личности одновременно у художника проявляется тенденция к декадентскому направлению: больной претендует на экспрессионизм и абстрактную живопись. В клинике спонтанно сделанный рисунок является переломным образцом изменения стиля (Stilwandel), о котором речь будет идти ниже. Больной игнорирует третье измерение, движение, рисунок его схематичен, плоскостной, колорит холодный, неприятный и конвенциональный.

Как выясняется из истории болезни и клинической беседы, больной отягощен сильными переживаниями, обеспокоен рядом проблем. Он не ощущает движения окружающих его предметов и явлений, уверен, что реальная действительность — плод его личности, собственного «Я». Сам он — химера, иллюзия. Цель больного — освободиться от зависимости сознания, которое его сковывает. Стремление его — распространить свое «Я» на окружающее и возвести его до общечеловеческой идеи. В таком состоянии больной свои метафизические мысли изображает в наглядной образной форме.

Рисунок сделан красным и черным карандашом. По стилю походит на абстрактную живопись. Поверхность рисунка загромождена. Рисунок персонифицирован. В центре вырисовывается лицо автора. Надо полагать, что это его «Я», противостоящее реальному миру. Вокруг — конгломерат геометрических плоскостей, прерывистые и пересекающиеся линии

⁹ Н. Bürger—Prinz. Über die künstlerischen Arbeiter Schizophrener. Im Hand d. geisteskrankheiten von o. Bumke, Berlin, 1923.



и круги. Надо полагать, что наша интерпретация действительно соответствует замыслу художника, что автор рисунка в остром состоянии психоза графически изобразил качественно новое, для нас непонятное переживание в причудливых символических формах (рис. 9).

Не лишен интереса также рисунок другого больного шизофренией, в котором более наглядно и выпукло отражены черты патологически измененной личности, с характерным комплексом особенностей шизофренического рисунка. Три четверти рисунка заполнены надписями. Изображение рисунка плоскостное, стереотипичное и схематичное. Он также персонифицирован, изображен сам больной и его отношение с окружающей действительностью, с понятными для нас галлюцинаторными образами и символами. Лицо больного похоже на конструкцию округленной формы. Вместо глаз в орбитах — окружности, между ними вместо носа возвышается телевизионная вышка, из которой выступает радиорупор. Внизу изображены ноздри носа с надписью: «Ноздри-обоняние». Ниже губы. Лицо обрамлено стереотипно цельсообразной округленной бородой. Как уже было сказано, изображение — автопортрет больного, что подтверждается подписью фамилией автора. Под левым глазом надпись «Солнце», под правым — «Месяц». Внизу надпись — «История всех времен».

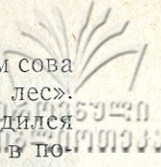
Напротив рупора изображен глобус с меридианами. Видимо, рупор возвещает миру — «Любовь животного к уходу за собой и семьей приучили его к труду, изобретательности и обороне. Следовательно, не труд создал человека, а любовь животного к семье и продолжению рода. А ум потом из культурного животного появился». Быть может, это «воззвание» — трансляция переживания больного в эфир (рис. 26).

В продукциях больных исключительное место занимает образительное выражение снопоподобных форм.

В психопатологии широко используется понятие онейроидного состояния. Это снопоподобное переживание, связанное с нарушением сознания. Характерным для онейроида, по мнению Маира-Гросса, является избытие фантастических переживаний, сцены, оснащенные богатыми деталями, смена элементов реальной действительности патологическими переживаниями¹⁰.

Вот рисунки молодой девушки. Болезнь начинается эротическим комплексом: все мужчины влюблены в нее. Сама больная бессмертна, чародейка, творит чудеса. В онейроид-

¹⁰ М. Герцберг. Очерки по проблеме сознания в психопатологии. М., 1961, стр. 92.



ном состоянии больная рисует лес, на дереве сова, затем сова похищает нашу больную: «Сова и я, сова меня уносит в лес». Часто больная изображает мальчика. «5 января родился Омар» или же «Мальчик в подушке». Рисует постель, в подушке зарисован мальчик. «Это Омар, он лежит в подушке».

Из истории болезни выясняется, что больная, впадая периодически в онейроидное состояние, высказывает бред о том, что сова уносит ее в лес, ласкает подушку, в которой прячет сына, слышит плач ребенка и проч.

Больная в своих рисунках наглядно и образно проявляет отдельные эпизоды и сцены с фантастическими и эротическими элементами, все, как она переживает в онейроидном состоянии (рис. 25).

Но если в онейроидном состоянии больные свои фантастические образы часто выявляют графически, больные шизофренией параноидной формы настолько бывают скованны бредовыми идеями, что изобразительная деятельность их ограничена, и больным не удастся проецировать часто свое бредовое содержание.

Больная с бредом всегда отказывалась рисовать. Однажды, увидев рисующих больных, кинулась, схватила бумагу и карандаш и начала рисовать. В этот день больная была возбуждена и плакала. Больная принесла рисунок, положила на стол и, взволнованная, стала интерпретировать свой рисунок, что в этом доме она имела комнату, но родители мужа и соседи продали комнату, сумма была там же указана; затем оттуда шла во двор стрелка, ведущая к изображенному гробу, в котором покоилась наша больная с надписью над ней «Мэна» (имя больной). Рисунок композиционно собран, изображен конкретно, лаконично и детально (рис. 27).

Исключительный интерес представляют рисунки с галлюцинаторно-иллюзорными переживаниями. В литературе изображения галлюцинаторных образов довольно редки. Принцхорн полагает, что обычно больные свои галлюцинаторные переживания подлинными и адекватными предметами не изображают. Возможно, что в рисунках наших больных имели место также и галлюцинаторные образы, но не имея их интерпретации о своих проекциях, мы не решались делать соответствующие выводы.

Своеобразно выглядят рисунки с нарушением ассоциативных связей. Больной рисует охотно. В процессе рисования больной рисует и говорит словно под диктовку, как будто дает интерпретацию того, что рисует: «Крупнейший план архитектуры. Бумага, карандаш ходит сам. Мы с вами встретились. Это птенчик слева, потом анекдоты строятся».

Делая второй рисунок, больной говорит: «Подземный



водоход. Откуда появляются эти физиономии на поверхности земли... Энергия, аппаратура. Это вы сами скажите.»

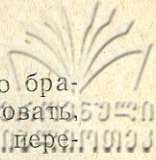
Конечно, в обоих случаях между интерпретацией, больного и изображением нет полного соответствия, но рисунок явно отражает нарушение мышления расщепленной личности. Рисунок лишен единой законченной композиции, целенаправленности и логического соотношения между предметами. Рисунки оставляют довольно странное впечатление — по форме стройное, по содержанию абсурдное.

Целый ряд художественной продукции состоит из отрезков, из частей: элементы носят разбросанный, фрагментарный характер. Такого рода изображение представляет одну из особенностей шизофренической психики — слабоумие. Больной старается нарисовать дом, но дом изображен не целиком, а частями — крыша, дымоход, окно и проч. Больной рисует отдельные элементы предмета, лишённые его целостного гештальта, со следующими надписями: 1. Мышление. 2. Мышление дефект. 3. Это соответствие. 4. Ситуация. 5. Сальдо и республика. Бесформенный предмет автор называет «розами», спутанные между собою линии — «мыслями» (рис. 28).

Как известно, после различного вида лечения изображение больных претерпевает изменение. Улучшается гештальт предмета, рисунок принимает гармоничную композицию. Форма и содержание рисунка становятся адекватными.

С этой точки зрения, мы рассмотрели рисунки одной больной, выполненные в острой стадии психоза и затем, после лечения, в улучшенном состоянии. В галлюцинаторно-бредовом состоянии больная спонтанно рисует палату. Рисунок схематичен и почему-то палата помещается на углу площади Марджанишвили и проспекта Плеханова. Угол больная отметила точкой и надписала — «На площади я сижу на тротуаре». Одновременно больная рисует своего брата в роли Дон Жуана: в одной руке держит он букет цветов, в другой на привязи девушку и, саркастически улыбаясь, смотрит на нее. Брат выглядит старше своих лет, лысый, бородатый и в очках. Рисунок сделан в карикатурном жанре. Под рисунком надпись: «Мой брат был Кика! Теперь будет обыкновенный Н. Р.» (рис. 29).

Та же больная после лечения — адекватного поведения, спокойная, контактная. Больную просили нарисовать палату, клинику и брата. «Почему-то тогда, — вспоминает больная, — палата мне казалась на углу Марджанишвили и Плеханова и тот угол, где сейчас цветочный магазин. Теперь тот угол вот здесь, где моя постель». Рисует брата, молодого человека и, улыбаясь, делает надпись «Вот мой брат». Показываем ри-



сунки острой фазы. Больная смотрит на карикатурного брата и говорит: «У меня был наплыв мыслей, я могла рисовать, теперь все ушло, по памяти не могу рисовать, хочется пере-рисовывать». Как видно, графически выраженные субъективные представления с улучшением здоровья больной приняли объективно-адекватный вид.

Выше мы видели, как формальные аспекты художественной продукции — цвет и движение — меняются под эмоциональным воздействием. Если это так, то естественно, что и содержание рисунка, предметная действительность не могут быть совершенно свободными и независимыми от эмоционального состояния патологически измененной личности.

Лишенный аффективного резонанса, эмоционально индифферентный больной делает рисунок с надписью «Два друга». Изображены двое юношей в статичной позе с окаменевшим выражением лица на определенном расстоянии друг от друга. Но замысел — дружеская близость, олицетворение дружбы — в рисунке вовсе не отражен. При этом, когда мы спросили больного, почему картину он назвал «Два друга», больной индифферентно ответил: «Один врач, а другой — санитар» (рис. 30). В таком эмоциональном тоне сделаны рисунки юмористического жанра «Шутки Молла Насреддина» и «Овца и мост» и другие, лишённые соответствующего юмора и сарказма.

Циркулярная форма шизофрении, известная маниакальными и депрессивными приступами, проявилась также и в рисунках наших больных. Депрессивный свое безысходное состояние выражает в интимном пейзаже, в картинах смерти, кладбища, гроба и могилы. Совершенно иное художество маниакального. Возбужденное состояние больного проявляется в моторике, гибкие, движущиеся линии сменяют статичные, однообразные линии и бесцветный колорит. Больной изображает взрыв, разрушение, крушение и тому подобные темы.

С большой экспрессией выражают свои патологические переживания психопаты шизоидного круга. В Москве в клинике им. Корсакова мы встретили художника «самоучку», усердно рисовавшего в палате. Больной впервые был госпитализирован после покушения на самоубийство. В клинике он замкнут, с пониженным настроением, с чувством неудовлетворенности. Без всякой объективной причины больной приступами чувствует оскорбление и самоуничижение. Такое состояние бывает настолько тягостным, что больной может сам себе причинить физическое повреждение.

Один из его спонтанных рисунков изображает больного со страдальческим выражением лица, в одной руке держит

мозг с открытого черепа, в другой — из груди вырванное сердце. Больной показывает свой рисунок и говорит — «Лезут дурные мысли в голову, готов вырвать мозги, хочется выдернуть оттуда и сердце, вырвать, чтобы не беспокоило» (рис. 31).

Исследование наше касается одного из видов поведения — рисования — больного шизофренией. В патологии имеет место резкое изменение и отклонение поведения от нормы. Исследование установки больных шизофренией сделало очевидным, что фиксированная установка легко возбудима и иррадиирована, и еще более характерными являются косность и статичность установки¹¹.

Если в поведении личности установка играет ведущую роль, то естественно, что в основу изобразительной деятельности больного, как одной из форм поведения, должна лечь патологически измененная шизофреническая установка, обуславливающая особенности художественной продукции, ее основные формальные и предметные аспекты.

Патологически иррадиированная и статичная установка, целиком охватывая личность больного шизофренией, определяет процесс его рисования и комплекс основных признаков: однообразие линий, деформация гештальта, стереотипия, связанная с нею орнаментальность, схематизм, геометризация и симметрия. Характерны: заполнение рисунка, неувязка и привнесение в рисунок чуждых ему элементов, а также своеобразная статика и игнорирование пространственных отношений. Статичной установке больных шизофренией соответствует чувство незаконченности в процессе рисования. Больной бесконечно возвращается к своему рисунку и автоматически, монотонно, бесцельно размножает свои изображения.

Конечно, не все особенности художественной продукции больных шизофренией исчерпываются своеобразием его установки. Но надо полагать, что вышеозначенные основные аспекты шизофренической художественной продукции должны соответствовать тем целостно-личностным изменениям, которые известны для шизофренической установки.

¹¹ И. Т. Б ж а л а в а. Экспериментальные исследования по психологии установки, Изд-во АН ГССР, т. I, 1958.

К ПСИХОПАТОЛОГИИ ХУДОЖЕСТВА БОЛЬНЫХ ЭПИЛЕПСИЕЙ

В исследовании патологического искусства интерес к изучению изобразительной деятельности больных эпилепсией, сравнительно с шизофренией, значительно меньше.

Исследования, касающиеся искусства больных эпилепсией, спорадичны и носят скорее отвлеченный, чем конкретный и практический характер.

По наблюдениям Маршана, Фортино и Пети¹, состояние экстаза при эпилепсии (подобно творческой инспирации) проявляется чаще всего при автоматизмах. Веншон² такие явления связывает с художником-медиумом, творчество которого испытывает инспирацию — чуждое, внешнее влияние.

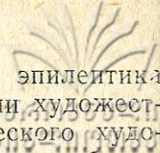
Интерес к художественной продукции больных эпилепсией также был вызван работой Франчески Минковска о Ван-Гоге.

Эпилепсия была известна уже в далеком прошлом и считалась божественным, демоническим заболеванием. Внешне эпилепсия выражается судорожными припадками, вызывающими сильное изменение личности и эпилептическое слабоумие.

Но несмотря на такое глубокое изменение личности и на то своеобразное состояние экстаза, который сравнивают с творческой инспирацией, художественная продукция больных эпилепсией сравнительно с искусством больных шизофренией ограничена и бедна. Специфический «эпилептический характер» не проявляется с такой силой, как это бывает в

¹ L. Marchand, I. Fortineaut et P. Petit. Hallucinations visuel les projetees et dessinées symptomes pré et post paraxostiques epileptiques, Ann. Med. Psychol., 1936, 94/1 (205—10).

² I. Vinchon. L'art et la folie, Paris, 1950.



творчестве больных шизофренией. В творчестве эпилептика не стоят так остро вопросы о форме и содержании художественной продукции: взаимоотношение патологического искусства и изобразительного искусства нормальных, проблема «регрессии» и др., как в творчестве больных шизофренией.

Процесс рисования наших больных, будь это спонтанное проявление или же нами стимулированное поведение, носило, так сказать, «деловой характер». Больные рисовали с большой охотой и педантичностью. Их рисование производит скорее впечатление целенаправленного поведения, чем беспечное непосредственно проявленное рисование больных шизофренией.

Больной эпилепсией, перенося пластически свои мысли и чувства в пространство, не укладывается в предоставленные ему пространственные масштабы. Если больной шизофренией довольствовался бумагой небольшого формата для изображения своей идеи, то больной эпилепсией, не сумев вместить своего замысла на листке такого же формата, просит для его осуществления бумагу большого размера.

Художественную продукцию больных эпилепсией, точно так же, как творчество больных шизофренией, мы рассмотрели с точки зрения анализа формы и содержания рисунка.

В патологическом искусстве, как и в изобразительном искусстве нормальных, линия вообще является одним из формальных изобразительных средств. В обоих случаях применение и изменение линии обусловлено интеллектуальным и эмоциональным состоянием субъекта.

Движение руки нашего больного импульсивно-аффективное, и благодаря напряжению руки и нажиму бумага вдавливается и даже прорывается. Линии и штрихи различаются шириной. Линии бессвязны, напряжены, прерывисты, неспокойны и динамичны.

Цвет в художественной продукции больных эпилепсией определяет форму предмета, играет основную роль. Здесь цвет придает предмету жизненность и индивидуальную окраску. Если в искусстве больных шизофренией подбор цвета произволен, конвенционален и символичен, то у эпилептиков — цвет локального, конкретного и контрастного характера. Он выражает чувства и вызывает эмоции.

Колорит в рисунках наших больных меняется соответственно дисфории больного. В депрессивном состоянии больной рисует темными, возбужденный же больной — пестрыми красками.

Следует отметить факт, что больные, которые во время ауры ощущают красный цвет, часто отражают его в рисунке: ярко красные солнечные лучи, красные цветы, красная пожарная автомашина и др.

Особое отношение к цвету чувствуется также в поставленных нами опытах Роршаха, где больные эпилепсией отдают предпочтение цвету среди детерминантов в интерпретации пятен.

В рисунках наших больных человек и животные не всегда даны в движении, но в этой неподвижности чувствуются признаки жизни и нет той статичности и окостенелости, которая характерна для творчества больных шизофренией.

Несмотря на скудность технических возможностей, больной эпилепсией соблюдает принципы перспективы и в отношении композиции устанавливает равновесие и гармоничность.

Анализ наших рисунков касается не только аспектов формы, но также их предметной действительности, содержания рисунка. Здесь также обычная тематика: пейзаж, человек, животное и т. д. Редки причудливые, символического смысла рисунки, образы иллюзорного и бредового представления. Не встречали зарисовок упомянутых в литературе мистических и религиозных сюжетов.

Но общий обзор формы и содержания рисунков наших больных, описание стиля и художественной техники не дают нам цельного представления о полной сущности художественной продукции наших больных, если мы не учтем той специфики психопатологической особенности эпилептически измененной личности, которая максимально отразилась в художественной продукции глубоко измененной и эпилептически слабоумной личности.

В психопатологии эпилепсии центральное место занимает синдром, вообще характерный для эпилептически измененной личности, объединяющий все степени эпилептической дегенерации и после Франчески Минковска известный под названием феномена вязкости, прилипчивости (*viscosité*).³

Больной эпилепсией постепенно, не торопясь, неуклюже, медленно начинает рисовать. В процессе рисования больной долго задерживается на одной детали, не расстаётся с ней, пока не проявится у него импульс перехода на другой предмет. Рисует ли больной карандашом или кистью, от прерванного штриха или наложенного мазка он не идет дальше, застревает на одном месте и долгое время накладывает одну линию на другую, один слой краски на другой, вследствие чего рисунок часто получает рельефный характер.

Несмотря на слабую техническую возможность, больной, который остается в рамках схематического изображения, так тщательно работает над каждой деталью, что его рисунок

³ F. Minkovska. Epileptodie. Les recherches genealogiques et les problèmes des caractères, Ann. Med. Psychol., 12 ser., vol. 2.

значительно отличается от рисунка больного шизофренией, обладающего такими же техническими средствами.

Для наглядности приводим рисунки эпилептически измененной и слабоумной личности. Больной туго мыслит и медленно говорит, он торпиден и медлителен. В процессе рисования он при нас настойчиво зеленым карандашом дает конфигурацию дерева: линии, которые должны изображать ветви и листья, появляются одна за другой в разных направлениях, иногда одна линия покрывает другую, но больной все же старается линии отделить и выделить.

Еще более типичны в этом отношении рис. 32. 33. Больной не перестает рисовать листья дерева, накладывая мазки масляной краски один на другой, так что получается рисунок, напоминающий лепной барельеф. С такой ритмичной точностью, педантичностью и аккуратностью выполнен нашим больным рисунок рыбы, поверхность которой покрыта симметрично расположенной чешуей, или же зарисовка крыльев и пуха птиц, или рассыпанных полевых цветов, трав и песка на берегу реки. В каждом рисунке больных видна характерная для них ограниченность и преувеличенная детализация.

Художественная продукция больных с эпилептическим слабоумием, как вообще у умственно отсталых, схематичная и примитивная. Во время рисования больной тугоподвижный и косный. По нашей просьбе он начинает рисовать дом. На всей странице листа бумаги помещает только часть дома с дверью посередине, с кирпичными стенами по бокам. Больной останавливается на одной части дома, не может рисовать другие и возвращается к детальной обработке несущественных частей (рис. 34).

Тот же больной рисует себя в постели больничной палаты. Здесь, невзирая на схематичность рисунка, выполнены все подробности: волосы, ноздри, груди, пупок, даже сетка кровати. Эту же тему — больничная палата, больной шизофренией — дементный — рисует так: окно палаты, дверь и постель, которые не находятся между собой в логическом и композиционном соотношении.

Эпилептическая личность проявляет активность не только в создании новой оригинальной продукции, но также для удовлетворения своей изобразительной потребности обращается к репродуцированию модели. Один наш больной срисовывал с такой виртуозностью, с такой фотографической точностью, что трудно было определить, что автор спонтанно выполненного рисунка и репродукции — одна и та же больная личность.

Изучая творчество Ван-Гога, мы обратили внимание на то, что художник с большой творческой потенцией в послед-

ние годы своей жизни в психиатрической клинике Сенреми, с большой точностью и педантичностью сделал ряд репродукций с картин известных художников: Густава Дорэ — «Прогулка заключенных», Милэ — «Землекопы», Гогена — «Арлезианская девушка» и др. Мы полагаем, что потребность репродуцировать у больного художника была вызвана психопатологическими изменениями, характерными для эпилептической личности. Еще Крепелин⁴ указал на необычную способность больных эпилепсией точно перерисовывать, в то время, когда те же больные, независимо от модели, почти не могли рисовать. По наблюдениям Вольма, больные эпилепсией часто отказывались рисовать, заявляя, что в больнице нет приятной модели, и хотели рисовать пейзаж с натуры. Не отставал от модели также больной Жана Деле. По мнению Франчески Минковска, больные эпилепсией и шизофренией с навязчивыми идеями «прилипают» к модели. «Прилипание» больных эпилепсией Франческа Минковска считает первичным феноменом, больной со всей аффективностью спонтанно «прилипает» к модели так, как он обычно привязывается к врачу и ко всему окружающему.

Таким образом, психопатологический анализ рисунков больных эпилепсией обнаружил действие такой особенности, как феномен вязкости. Этот феномен в искусстве больных эпилепсией осуществлен с исключительной точностью как в мышлении, так и в аффективно-волевой сфере больного. Синдром прилипчивости, можно сказать, процесс рисования и художественную продукцию оформляет соответственно эпилептически измененной личности.

Но искусство, как одна из интрогенных форм поведения человека, определяется установкой.

Процесс рисования больного эпилепсией характеризуется такими признаками, которые совершенно аналогичны особенностям фиксированной установки личности, заболевшей эпилепсией, что стало известным из исследований проф. И. Т. Бжалава⁵. Причиной того, что больной, рисуя, «прилипает» к определенному месту поверхности и не в силах переключиться, застревая, настойчиво топчется на одном объекте, обрабатывая его детально, является ригидность и локальность установки больного эпилепсией.

⁴ Э. Крепелин. Психиатрия, 1923, стр. 293.

⁵ И. Т. Бжалава. Психопатология эпилепсии с точки зрения психологии установки, Эксп. иссл. по психологии установки. Изд-во АН СССР, т. 1, 1958.

ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ РИСУНКА В СЛУЧАЯХ МАНИАКАЛЬНО-ДЕПРЕССИВНОГО ПСИХОЗА

Проанализированная нами выше художественная продукция касалась дезинтегрированных больных шизофренией и эпилепсией, рисунки которых отразили специфические особенности для каждого заболевания, обусловленные соответствующей патологически измененной фиксированной установкой.

Но в нашей коллекции имелись также рисунки, авторы которых синтонны с окружающей действительностью, не проявляют признаков деградации и интеллектуальных нарушений.

Основным своеобразием их считаются изменения эмоциональной сферы: состояний возбуждения и торможения. Мы имеем в виду т. н. маниакально-депрессивный психоз.

Изучая наш материал, мы опирались на традиционное определение маниакально-депрессивного психоза, на триаду симптомов. В маниакальной фазе — приподнятое настроение, интеллектуальное и психомоторное возбуждение. В депрессивной же фазе, наоборот, — пониженное настроение и торможение интеллектуальных и моторных функций.

Художественная продукция давалась в обеих фазах заболевания: в гипоманиакальной и на той стадии депрессивного состояния, где еще не было полного упадка психомоторных сил. Рисунки относились также к состоянию смешанных фаз и, наконец, к больным, вышедшим из обоих состояний. Исторически творчество больных маниакально-депрессивным психозом изучалось гораздо раньше, чем больных эпилепсией и сегодняшней шизофренией.

Еще Аристотель, Платон и Демокрит подчеркнули значение экстаза и инспирации в поэтическом творчестве. В нас-

тоящее время психология творчества обладает богатым материалом, свидетельствующим о влиянии аффективной жизни на все виды творчества¹.

В психопатологии впервые обратил внимание на искусство больных маниакально-депрессивным психозом Режи (1884), затем Крепелин (1890). Фай (1908) опубликовал свои наблюдения о рисунках больных в обеих фазах психоза. Наконец, Веншон (1950) указал на то, что в период лечения больной меланхолией с темных тонов переходит на колорит, характерный для маниакального².

Психомоторно заторможенный, депрессивный больной в процессе рисования безразличен, медленно говорит, все ему кажется бесцветным, мечтает о смерти, считает себя недостойным жить. В таком состоянии больные ни спонтанно, ни по нашей просьбе не рисовали. Но как только больной почувствует облегчение, само депрессивное состояние вызывает у него желание выразить свое переживание в стихах и в изобразительной деятельности.

Депрессивные чаще всего рисуют в период, предшествующий концу приступа. Вообще художественная продукция больного в меланхолическом состоянии бедна.

Психомоторно заторможенный депрессивный больной в процессе рисования скуп в движениях, не убедительно и не уверенно проводит линии, как при кататонии, эпилепсии и инволюционной меланхолии.

Если маниакальный больной, как это мы увидим ниже, рисует с сильным нажимом руки, то депрессивный водит рукой легко, останавливается и часто оставляет пробелы. Проведенная им линия широкая и бледная. Изображенные формы малы, четки и объемны. В рисунках соблюдены принципы перспективы, аккуратность и упорядоченность.

Депрессивным часто окружающее кажется бесцветным и безжизненным. Такое субъективное отношение особенно чувствуется в рисунках больных. Несмотря на то, что все наши депрессивные имели в своем распоряжении карандаши всех цветов и оттенков, они применяли лишь темные тона — черный, серый, коричневый: цвета, выражающие тоску и чувство самоуничижения.

Больные шизофренией, как было уже сказано, тоже часто прибегают к темным тонам, но невзирая на это формальное сходство, все-таки чувствуется разница. Колорит депрессивных нам понятен и доступен, несмотря на эмоциональную заторможенность, в нем сквозит аффективный тон, тос-

¹ Т. Рибо. Творческое воображение, СПб, 1901, стр. 33.

² R. Volmat. L'art psychopathologique, Paris, 1956, стр. 147.

ка и печаль. Колорит же больных шизофренией странный, неприятный, лишен экспрессии, холодный и невыразительный.

Но не только формальные аспекты рисунка отражают психопатологию депрессивной личности. Больные свои переживания выражают также и в предметном содержании рисунка, где видно не только овеянное печалью окружающее, но сама депрессия, как аффективное состояние личности, создает творческий материал, становится предметом содержания.

Обычно эмоция, в частности меланхолия, как видно из психологии творчества, является стимулом к созданию художественного произведения, меланхолическое настроение ложится в основу произведения искусства.

В рисунках депрессивных больных та же тематика, что и у других больных. Но пейзаж, например, здесь носит интимный характер, объят тоской. Одна из наших депрессивных изображает непогоду: стоит дом, дует ветер, льет бесконечно дождь. Желание уйти домой, увидеть ребенка принуждает больную изобразить свое село, дом и двор (рис. 21. 35).

Но основная тема — субъективное переживание. Эмоционально изменившаяся личность свои тяжкие переживания, отчаяние, безысходное положение выражает могилой с надписью: «Судьба, почему меня так мучаешь, чем я провинилась, хочу жить, взамен дала черный гроб и холодную могилу». В рисунке больной страдания даны с предельной конкретностью и лаконичностью.

«Была бы художницей, красиво изобразила бы свою скорбь» — надпись, которая гласит под рисунком из двух эпизодов. На первом деревенский дом, цветущие деревья, цветы, весна. На втором — больница, палата, койка. На постели сидит плачущая больная. Свое душевное состояние она противопоставляет возрождению, цветению, весне (рис. 36).

Но поведение больного маниакально-депрессивным психозом не ограничивается эмоциональной заторможенностью и депрессивным настроением. Депрессивное состояние сменяет фаза возбуждения. На фоне маниакальной экзальтации грани поведения личности раздвигаются. Появляется потребность к действию. Растут и усиливаются мысли и образы, влечение к творчеству. Все это в тех случаях, когда заболевает лицо, имеющее отношение к творческой деятельности. Понятно, что и рисование, как одна из форм поведения, в маниакальной фазе заболевания активизируется. Конечно, заболевание ничего не дает с точки зрения роста творческих средств, но оно в период экзальтации выявляет потенциально существующие.

Вообще, при маниакальных состояниях художественная



продукция обычно бывает представлена как анархическая, беспорядочная и даже бесформенная пачкотня. Кое-где до сих пор мешаны также игра слов и нецензурные выражения. Больные часто рисуют на больничных стенах, на папиросных коробках и обрывках газет.

Рисунки, которые будут рассмотрены ниже, принадлежат нашим больным в гипоманиакальном состоянии. Большинство рисунков носит отпечаток эйфорического состояния больного. В процессе рисования больные в приподнятом настроении, моторно возбуждены, смеются, поют, балагурят, говорят громко и много. Потребность к рисованию возникает тотчас же при соответствующей ситуации. Отмечается наплыв мыслей и реализация образов. При эйфории больной в процессе рисования отличается быстротой движений и скоростью проведения линии. Линии гипоманиаков вообще неустойчивые, нестабильные: короткие, согнутые и беспорядочные. Не докончив проведенную линию, больной переключается на последующее движение. Обилие линий и штрихов, беспорядочность и бессвязность придают изображенным формам своеобразный характер. Они пересекают друг друга и беспорядочно смешиваются.

Но размеры формы неравные, под воздействием эйфории они большого объема, и чаще всего больные не соблюдают соответствующее распределение форм. Отсюда композиционная неполноценность: нарушение равновесия и гармоничности.

Аффекто-показатели — цвет и движение — осуществляют материализацию эмоциональных переживаний личности. Если больные депрессивной фазы в своей пластической продукции мало чувствительны к движению или передают свой внутренний мир и настроение в темной тональности, то в художественной продукции экзальтированных оживает мир форм, привносятся красочность и движение. Видя мир в розовом свете, эйфорическая личность окрашивает свой рисунок в яркие, пестрые тона. Рисунок больных красочен. Возбужденный больной один цвет сменяет другим, один и тот же предмет часто изображает в разных тонах. Соответственно своему эмоциональному тону, больной постоянно прибегает к ярким, светлым краскам.

Возбужденный так же, как и больной эпилепсией, увлечен колоритом, совсем не заботясь о точном выполнении форм. Аналогичную картину мы наблюдали, применяя опыты Роршаха. Гипоманиаки, используя пятна, предпочтение давали цвету, депрессивные же и больные шизофренией — форме.

Какова тематика художественной продукции экзальтированных больных? Как обычно, так и здесь — природа, чело-

век, животное и проч. Но в рисунки обычного содержания вкрадываются элементы комического, иронического и неожиданного, причем самым характерным для гипоманиаков являются рисунки эротического, мегаломанического и нецензурного содержания.

Возбужденный больной говорит громко, поет, читает стихи. С увлечением приступает к рисованию. Рисует беспорядочными движениями, используя карандаши всех цветов. Вот улыбающаяся девушка с голубоватым лицом, распущенными волосами скалит зеленые зубы. Лицо и грудь расписаны ломаными цветными линиями. В той же манере сделан пейзаж: деревья загромождены листвою, странный пестрый дом, по красной лестнице поднимается с диспропорциональным телом человек; под деревом шаржированная курица, внизу линейный вихрь. Оба рисунка оставляют веселое впечатление. Третий рисунок того же больного — порнографический, сюжет — сексуальный акт, привлекательный для эйфоричного, циничного больного (рис. 37, 38).

Эротически настроенная в гипоманиакальном состоянии больная говорит: «Я нарисую цветы, чтобы мы любили, для этого я поставлю кресты. Два креста, нет, три. Бог троицу любит!» Рисует четыре цветка с длинными стеблями, в промежутках кресты. Внизу подпись — «Лети, лети прямо к доктору на крыльцо — Петрова».

Невзирая на ограниченные технические ресурсы, гипоманиак в своих рисунках всегда передает движение: бегущий олень, ветром изогнутые деревья, танцующий юноша, полные жизни пестрые цветы и т. д. Все эмоционально с приподнятым настроением окрашено и оживлено.

Но кроме двух противоположных фаз, которые в достаточной степени были отражены в художественной продукции больных маниакально-депрессивным психозом, в некоторых рисунках видны изменения, характерные для смешанных форм депрессии и возбуждения, а также перехода из одного состояния в другое. Такого рода рисунки, как отмечают Режи и Фай, имеют прогностическое значение.

Р. Вольма³ опубликовал в своей книге три рисунка больного Бержерона: портрет невесты, исполненный в состоянии возбуждения, депрессии и спокойствия. Целый ряд рисунков в смешанном состоянии — черные, темные тона рядом с беспорядочными, огненнокрасными линиями.

В процессе рисования у наших больных в смешанном состоянии и при переходе из одной фазы в другую резко меняется настроение: словно одна личность совмещает два про-

³ R. Volm at. L'art psychopathologique, Paris, 1956, стр. 147.

тивоположных состояния. За подавленным настроением следует веселое и наоборот. В рисунках упорядоченные маленькие штрихи переходят в плоские, резкие линии. В темную тональность врезаются веселые пестрые краски.

В прошлом возбужденный, веселый больной теперь в депрессивном состоянии, ему сейчас не до стихов и не до пения. Напоминаем прежнюю тематику. Больной рисует пейзаж и девушку. Лицо девушки в этот раз мрачное, безжизненное. Пейзаж по содержанию тот же, но формально изменен. Линии спокойные и уравновешенные. Краски потускнели. Предметы упорядочены и организованы. Сравнение рисунков двух разных периодов отразило переход больного из гипоманиакального состояния в депрессивное.

Мы уже видели роль своеобразия фиксированной установки в творчестве больных шизофренией и эпилепсией. Естественно, что своеобразие фиксированной установки проявляется и в художественной деятельности больных маниакально-депрессивным психозом. Но если поведение больных шизофренией и эпилепсией направлено характерным для них одним типом установки, то поведение больных маниакально-депрессивным психозом обусловлено двумя видами установки: в депрессивной фазе — слабой статичной, а в маниакальной — статично-пластической установкой⁴.

Под воздействием слабой статичной установки депрессивный больной в процессе рисования нерешительно, осторожно проводит линии, останавливается, четко вырисовывая формы. Аффективное состояние, вызванное патологической инертностью, является постоянным содержанием художественной продукции депрессивного. Совершенно противоположную картину дают больные, когда их характеризует статично-пластическая установка. Эта своеобразная установка одновременно статична и динамична, т. е. больной не в силах избавиться от бесконечного колебания установочного и адекватного восприятия. В процессе рисования больной неустойчив и неуравновешен. Линии нестабильны, формы беспорядочны, композиция хаотична.

⁴ Т. Абрамишвили. Особенности установки при маниакальной фазе циклофрении. Сб. тр. Ин-та психиатрии им. М. Асатиани, т. XI—XII, Тбилиси, 1963, стр. 585—590 (на груз. яз.).

ПАТОЛОГИЧЕСКОЕ ХУДОЖЕСТВО И СОВРЕМЕННОЕ ДЕКАДЕНТ- СКОЕ ИСКУССТВО

В связи с изучением художественной продукции душевнобольных, в современной психопатологии возник вопрос взаимоотношения художества душевнобольных с изобразительным искусством. Вопрос этот оказался настолько актуальным, что явился предметом обсуждения не только в психопатологии, но и в искусствоведении.

Надо сказать, что исследование в этом направлении носит вполне определенный характер: патологическое художество не является совершенно оторванной, независимой сферой изобразительного искусства. Вопрос же взаимосвязи, установления параллелей и аналогии между ними является непосредственным продолжением более глубокого изучения художества душевнобольных.

Обычно сходство патологического художества имеет место с декадентским искусством, а именно с экспрессионизмом, сюрреализмом и абстрактной живописью. Это имеет свое основание, но следует отметить, что связь патологической продукции с изобразительным искусством вообще уходит в далекое прошлое.

Коснемся вкратце сходства, параллелей и аналогии художественных произведений различных периодов развития изобразительного искусства с художественной продукцией душевнобольных, в частности больных шизофренией.

Художество впервые заговорило языком линии. Первообытный человек эпохи палеолита пещерные стены украшает линейным изображением. Большой шизофренией в основном дает линейный рисунок. В обоих случаях рисунок неполноценен: лишен объемности, плоскостной и схематичный, окраска

же линейного схематичного рисунка превращает его в силуэт.

Высокоразвитое египетское искусство на протяжении веков отвергало перспективное изображение. В продукции больных шизофренией, подобно египетским изображениям, нередко игнорируется третье измерение и придается рисунку плоскостной декоративный характер. В художественной продукции больных шизофренией такие чуждые элементы, как шрифт, напоминают расписанное иероглифами египетское искусство.

Орнаментация, декоративность, арабески и ковровые мотивы художественной продукции больных шизофренией находят свои параллели в некоторых художественных произведениях Запада и Востока: в декоративных изображениях античной посуды; в восточных арабесках и орнаментах; в цветных витражах средневековых готических храмов; в плоскостных индийских, иранских миниатюрах; в китайских и японских эстампах.

Мы не будем касаться некоторых пластических и живописных произведений средневековья и раннего Ренессанса, в которых также отражены вышеозначенные сходные черты. Укажем лишь на живопись выдающегося нидерландского художника Иеронима Босха, творчество, мироощущение, внутренний мир и переживания которого перекликаются с патологическим искусством. В живописи Босха воссоединены реальность и беспредельно патологическая фантастика. Воображаемый мир художника полон причудливых видений, мистических и фантастических образов символического, аллегорического значения.

Касаясь аналогии и параллелей патологической художественной продукции с творчеством Босха, мы имеем в виду, конечно, такие психологические особенности, как возникновение и преобразование образов, агглютинации и неоморфизмы, а не блестящую технику, поразительную композицию и тематическое богатство художника.

Художественная продукция душевнобольных, невзирая на ее схематичный и плоскостной характер, психологически нередко выразительна и экспрессивна, выражая то волнение внутреннего мира, то эмоциональное опустошение и оскудение. Субъективные переживания больных реализуются в виде деформированных, изуродованных, удлиненных утрированных форм. В этом отношении патологическое искусство в какой-то мере напоминает нам известное в изобразительном искусстве направление — маньеризм (Эль Греко, Моралес и др.) с характерной для него чертой — субъективным восприятием, индивидуализмом, деформацией действитель-

ности, диспропорцией тела, сильной экспрессией, экзальтацией и проч.

Как видим, на протяжении эволюции изобразительного искусства между некоторыми основными периодами искусства и патологической продукцией можно допустить некоторые аналогии и параллели. Надо сказать, что вышесказанное не относится к таким вершинам развития изобразительного искусства, как пластическое искусство античной Греции, эпохи Ренессанса, классицизма и голландской живописи XVII века, которые по своему мироощущению являются реалистичными, позитивными, классическими и академичными. Следовательно, искать здесь аналогию с сугубо субъективным патологическим искусством, игнорирующим реальную объективную действительность, не приходится.

Но, как уже было сказано, аналогия становится более четкой, когда мы сравниваем искусство душевнобольных с разными направлениями современного декадентского искусства XX века. Если попытка приблизить патологическое искусство к изобразительному искусству прошлых эпох носила характер более глубокого изучения творчества душевнобольных, то аналогия декадентского искусства с патологическим поставила под сомнение само декадентское направление в живописи. Все чаще раздавался голос на выставках художников-декадентов о необходимости помещения их в психиатрическую клинику. Зрители с изумлением спрашивали: не оставили ли дверь психиатрической больницы открытой? В связи с творческой активностью вновь возникла проблема о степени аномальности.

Вышеозначенное обстоятельство возбудило научный интерес психопатологов и искусствоведов, и по данному вопросу было высказано много противоречивых суждений.

Сравнительное изучение рисунков душевнобольных и современных художников начал Морсели (1894). Автор общим и характерным для обоих отметил индивидуализм, идеографизм и символизм. В Филадельфии (1921) состоялась выставка современных художников. В художественной продукции — нарушение перцепции формы и цвета. По свидетельству психиатров, художники могли быть душевнобольными.

Вейгандт (1923) изучил 13 художников-декадентов; несмотря на то, что все художники, по мнению исследователя, были психически совершенно здоровы, они создавали довольно деградированные рисунки — отсутствие точных и ясных форм, множество неоправданных деталей, монотонное повторение, непонятные символы, тенденция к стилизации и проч. По заключению автора, вышеозначенные особенности характерны как для патологического, так и для современного декадентского искусства.

Выставки патологического художества в Англии (1913) в Париже (1928, 1929, 1946), в Нью-Йорке (1936) еще сильнее обострили проблему взаимоотношения патологического художества и современного декадентского искусства. Искусствоведы объявили художников-декадентов эстетически извращенными, параэстетамы с явно выраженными патологическими тенденциями. Сумасшествие, по их мнению, уже существующее в художестве, со всей силой вспыхнуло в XX веке. Специально с этой целью были изучены современные течения: кубизм, абстракционизм и, главным образом, сюрреализм. Лафора (1923) утверждал, что большинство рисунков психопатов по своей композиции, конструкции и колориту — кубистические абстракции, и указал на основные их признаки: аутистическую тенденцию, субъективное отношение к действительности, символизм и стилизацию. Быховский (1922) своеобразием кубизма и экспрессионизма считает искусственную регрессию к примитивным и беспредметным формам, крайний субъективизм, отчаяние и патологическое проявление.

Фернандэ (1933) начал одним из первых сравнивать рисунки душевнобольных с сюрреалистическим художеством. Для обоих общими оказались: диссоциация, амбивалентность, инфантилизм, потеря контакта с реальностью и сексуальная тревожность.

Возникает вопрос — следует ли применять психопатологический критерий для критики декадентского искусства?

Принцхорн полагает, что художественное произведение не следует оценивать психопатологическим критерием, ведь изучение искусства гораздо больше дает психиатрии, нежели психиатрия искусству¹. По мнению Мандолини (1934), для творческой активности требуется в какой-то степени аномальность. Но степень эта не должна превышать обычных «стандартных групп», психическое же состояние душевнобольного совершенно обособлено от означенных групп. Следует отметить, что психопатологический подход к современному художеству требует большой осторожности. Анализ биографий выдающихся писателей, поэтов и художников часто говорит об их психическом сдвиге. Современные художники так же, как и вообще любые индивидуумы, могут страдать целой гаммой психоневрозов. Хотя некоторые современные художники могут быть невропатами, но это вовсе не означает, что современное художество патологическое, как было бы неправильным считать художника традиционного направления более нормальным и здоровым, чем современного художника-декадента. Известный Пабло Пикассо — основоположник и пред-

¹ Н. Prinzhorn. Bildnerei der geisteskranken, Berlin, 1922, стр. 7.

ставитель экспрессионизма, кубизма и сюрреализма, по свидетельству Юнга, отличается сильным разумом и является психически полноценной личностью².

Следовательно, несмотря на отсутствие патологических свойств, художники-декаденты все же создают произведения, подобные патологической художественной продукции, и поневоле возникает вопрос об их взаимосвязи. В чем же конкретно заключается эта взаимосвязь?

Если подойти к вопросу с точки зрения формы и содержания, а главным образом, со стороны формальных признаков, сходными для обоих изображений будут: игнорирование реальной действительности, непонятные причудливые символы, произвольное нарушение форм, деформация, декоративность, геометризация, нарушение перспективы, произвольное применение колорита, тенденция к абстрактному выражению. Словом, нарушение единства, гармонии содержания и формы, на наш взгляд, является характерным для обоих видов изобразительной деятельности. Но исходить только из подтверждения сходства между ними недостаточно для решения данного вопроса. В противном случае мы должны были бы художника-декадента признать патологической личностью. Мы полагаем, что изучить этот вопрос следовало бы также с точки зрения разницы этих двух сторон изобразительного действия. Но искать разницу лишь в стилистическом анализе рисунка, путем взаимосравнения формы и содержания, недостаточно для убедительного решения. Следовательно, нужен иной путь.

И психология, в первую очередь, может сыграть здесь существенную роль. Внешне сходные действия психологически могут быть различными и обусловленными совершенно разными психологическими факторами. Если изучение личности больного и художника-декадента покажет нам такого рода различие, то может быть нам удастся уловить разницу и в изобразительной деятельности, которая без этого оставалась незамеченной.

Большинство исследователей, разделяя вышеуказанное предположение, коснулось вопроса создания и художественной продукции душевнобольных и произведений искусства. Штерц, говоря о взаимоотношении патологического и художественного творчества, выделил пассивную и активную формы творчества³. По его мнению, с одной стороны — пас-

² A. Bader. Art moderne et schizophrénie, Schweiz. Z. Psychol., 17, 48, 1958, стр. 53.

³ G. Stertz. Beitrag zu dem Verhältnis von Kunstschaffen und Geisteskrankheit. Dtsch. Z. Nervenheilen 100. 4, 1927.

сивные, архаические, интуитивные, с другой — активные, рациональные и сознательные явления дают совершенно различные друг от друга особенности в художественном творчестве больного и в изобразительном искусстве. Винклер⁴ в художественном творчестве различает два полярных процесса — интуитивный и конструктивный. Эвальд находит, что все то, что в архаической эпохе, в раннем детстве и в примитивном искусстве развивалось инстинктивно, в современном абстрактном искусстве возобновилось путем мышления и философского содержания⁵. Если в модернистском искусстве, как замечает Принцхорн, имеют место только интеллектуальные конструкции, то в своей деятельности больные стремятся туда, куда их влечет анонимная сила⁶. Дракулиде пытался определить уровень состояния сознания: искусство душевнобольных гораздо чище инфантильного и примитивного и правдивее сюрреалистического. Из четырех, по его заключению, первое осуществляется абсолютно вне всякого контроля сознания, что же касается последнего, оно больше всех контролируется сознанием⁷.

Подобие патологического искусства сюрреалистическому специально изучал Анри Эи, в концепции которого центральное место занимает понятие автоматизма. Душевное заболевание он идентифицирует со сновидением. Объектом изучения психиатрии для А. Эи являются вариации психической жизни, принудительная регрессия к автоматизму, типичный пример которого — сновидение. По выражению автора, это и есть лейтмотив его концепции. Сумасшествие со всеми своими проявлениями стремится к свободе. Патологическое мышление, особенно бредовое, является автоматическим, его свободной игрой. Хотя оно не механическое, но самопроизвольное, менее осознанное, избегающее при этом контроля высших форм психической интеграции⁸.

По мнению А. Эи, сюрреалистическая и патологическая продукция по своей эстетической ценности идентичны. Искаженные формы некоторых художников-сюрреалистов в художественном отношении вполне соответствуют искусству «талантливых» душевнобольных. При этом, замечает он, продукция эстетической ценности больных редка и гораздо реже она достигает высокого уровня фантазии сюрреалистов. Ха-

⁴ W. Winkler. *Psychologie der Modernen Kunst*, Föbingen, 1949.

⁵ G. Ewald. *Abstrakte Malerei Psychol.*, Rdsch. 1, 133, 1950.

⁶ H. Prinzhorn. *Bilderei der geisteskranken*, Berlin, 1922, стр. 341.

⁷ R. Volmat. *L'art psychopatologie*, Paris, 1956, стр. 234.

⁸ H. Eу. *La psychiatrie devant le surrealisme*.

рактерны для патологической продукции, по А. Эи, формальное, тематическое оскудение и стереотипия⁹.

Но разницу между двумя этими жанрами искусства А. Эи видит в самой сущности художественной продукции. Художественное произведение, воплощенное в полотне или мраморе, объективируется в определенной форме, отключается от своего автора и обретается другими.

По А. Эи, предается ли художник вдохновению или бессознательному автоматизму, он всегда в силах изолировать свое творчество от самого себя. Художник, создавая эстетическое произведение, отходит, отмежевывается от него, большой же тесно и неразрывно связан со своим произведением. Произведение больного — «эстетический объект» (*L'objet estétique*), а не эстетическое произведение искусства (*L'oeuvre d'art*). «Идеал сюрреалиста», по мнению Эи, — «эстетический объект» (*L'objet estétique*), но осуществить его не может ни один сюрреалист, если он не сумасшедший. Для подтверждения своего предположения А. Эи приводит самого экстравагантного, известного художника — Сальвадора Дали, систематическая фантазия и эксцентричность которого носит «намеренный», «умышленный» характер. Сам себя Сальвадор Дали считает «параноидкритиком».

Паранойя и вообще сумасшествие сюрреалистов, говорит А. Эи, показное, произвольное сумасшествие, т. е. надуманное сумасшествие¹⁰.

Словом, изобразительная деятельность, как полагает ряд исследователей, в основном сводится к двум полярным процессам: пассивной и активной форме творчества, сознательному и бессознательному действиям, спонтанному и инстинктивному, иррациональному и интеллектуальному.

В связи с этим, мы попытались рассмотреть вопрос связи изобразительной деятельности больного с сюрреалистическим искусством в свете учения Д. Н. Узнадзе о двух планах психической деятельности¹¹.

С точки зрения психологии установки, психическая жизнь личности предполагает наличие двух планов психической деятельности: плана импульсивного поведения и плана объективации. Иерархическая связь двух планов обуславливает структуру поведения.

Обычно в структуре поведения взаимосвязь первого и второго планов протекает нормально. Но при некоторых па-

⁹ Н. Еу. *La psychiatrie devant le surrealisme*, стр. 48.

¹⁰ Там же.

¹¹ Д. Н. Узнадзе. *Психологические исследования*, М., 1966, стр. 250.

тологических явлениях происходит нарушение взаимосвязи двух планов психической деятельности. Согласно исследованиям проф. И. Т. Бжалава¹², психоз в структуру заболевшей личности вносит некоторые изменения. Анализ поведения больного шизофренией показал на более или менее выраженный дефект способности объективации, на затруднение осуществления и применения акта объективации, в связи с чем нарушается нормальная связь действия двух планов и поведение больного шизофренией протекает на первом уровне психики. Поведение больного импульсивно, спонтанно, вне активного вмешательства воли и мышления. Естественно, что и изобразительная деятельность, как один из видов поведения, осуществляется на таком же уровне установки. Рисование больного — проявление спонтанное, естественное и непосредственное. Ведь установка — существенное, целостное, интимное состояние личности. На низшем уровне психики личность более тесно связана с непосредственным проявлением установки.

«Первый этап развития сознания еще граничит с установкой, — пишет Д. Н. Узнадзе, — непосредственно связан с целостным состоянием субъекта... Тут оно субъективно и целостно, на конечной же ступени развития оно объективно и расчленено»¹³. Оставаясь в первом плане психики, больной шизофренией целиком погружается в рисование, большой воедино слит со своей художественной продукцией, неотделим от нее.

Одно из современных декадентских художественных направлений — сюрреализм — открыто предъясвляет «претензию» на характерные психопатологические особенности художества душевнобольных.

Андре Бретон в 1924 г. в своем манифесте сюрреализм определяет как «психический автоматизм», путем которого реальное мышление действует словесно, письменно или другими средствами выражения вне всякого логического и разумного контроля¹⁴.

Сюрреализм решительно отказывается от воспроизведения реальной действительности и творит сверхреальное, но-

¹² И. Т. Бжалава. Экспер. исследования по психологии установки, Тбилиси, 1965.

¹³ Д. Н. Узнадзе. Общая психология, Тбилиси, 1940, стр. 95 (на груз. яз.).

¹⁴ Marcel Brion. Meisterwerke der Modernen Malerei. Paris—Hamburg, 1957, стр. 32.

вую реальность. Сюрреалист создает образы безграничной фантазии, грез и сновидений. Он выражает внутренний мир больного, одержимого бредом, кошмарными видениями, магической символикой, онейроидным и бессознательным состоянием. Сюрреалисты создают агглютинации образов реальной действительности, аналогичные автоматической игре свободной фантазии, сновидениям и грезам (рис. 39).

Если Андре Бретон основой сюрреалистического творчества считал психический автоматизм, то Сальвадор Дали — известный художник-сюрреалист — свой параноидно-критический метод характеризует как спонтанный метод иррационального познания с критической интерпретацией бредовых ассоциаций. В своих мемуарах он пишет: «Я безумный кроме одного пункта, где я не сумасшедший»¹⁵.

Сюрреализм зародился в тот период, когда впервые искусство душевнобольных вышло за стены психиатрической клиники. Пабло Пикассо был хорошо знаком с шизофреническим творчеством художника Эрнста Йозефсона, с инфантильным и психопатологическим искусством. Представители модернистского искусства — Кандинский, Пауль Клее, Макс Эрнст, Шагал, Чирико, Миро и Сальвадор Дали — увлечены примитивным, инфантильным искусством душевнобольных, сознательно развивая мир их форм. Развитию модернистского искусства и, особенно, сюрреализма способствовало учение З. Фрейда, когда в г. Цюрихе в 1914—1918 гг. среди писателей и художников такие предшественники сюрреализма, как Тцара и Андре Бретон, основательно познакомились с психоанализом, положенным в основу развития будущего сюрреалистического направления.

«Претензия» сюрреализма, как мы уже видели, не лишена основания. Родство душевнобольных и художества сюрреалистов стало для всех очевидным. Ведь истоками творчества сюрреалистов являются сновидения, грезы, мир бессознательного, а также художественные формы, характерные для имманентного бреда. Художники-сюрреалисты подражают творчеству душевнобольных не на основе болезненного состояния, но сознательного подражания в деле непосредственного воспроизведения алогической деятельности психики.

Роль установки в изобразительном действии весьма велика. Но крупные достижения в искусстве не являются только результатом непосредственного воздействия установки. В состоянии творческой инспирации художник в силах приостановить действие импульсивного поведения, подчинить

¹⁵ R. Wolmat. L'art psychopathologique, Paris, 1956, с. 215.

его своей воле и произвести творческую объективацию. Преисполненный волей, художник приступает к активному творчеству.

Художник-сюрреалист вполне сознательно механизмом своего творчества считает психический автоматизм и паранойю и, можно сказать, сознательно старается, подобно больному шизофренией, свое изобразительное поведение осуществить на низшем, первом уровне психической деятельности.

Но если больной шизофренией действует на первом уровне установки, как бы играя образами, автоматически, независимо и спонтанно, то процесс творчества художника-сюрреалиста протекает в плане объективации. Идеал сюрреалиста осуществляет больной шизофренией спонтанно и непосредственно в плане установки. Художник же сюрреалист то же самое объективируя, произвольно и намеренно создает художественное произведение.

Сюрреалист умышленно и нарочно применяет магические символы, онейроидные и бредовые представления, намеренно извращает формы, сочетает и противопоставляет причудливые ассоциации реальных предметов и явлений. Сюрреалистическое искусство — осмысленное и надуманное.

Таким образом, как уже было сказано, изобразительная деятельность и художественная продукция больных шизофренией — непосредственное действие в установочном, первом плане психики; продукция же, изображенная импульсивно и неосознанно, неразрывно и тесно слита с личностью.

Иначе обстоит дело с творческим процессом на втором уровне психической деятельности. Художник произвольно, на основе объективации создает художественное произведение, противопоставляя себя своему творчеству, извне смотрит на него и рано или поздно расстается с ним. Если художественная продукция, исполненная на низшем уровне, лишена художественной ценности, то созданное художником на высшем уровне психической деятельности художественное произведение значительно отличается своей богатой фантазией, композицией и техникой исполнения. Поэтому, даже при наличии большого сходства, мы всегда отличаем искусство больного от художника-сюрреалиста.

E. YACHADSE

SOME PECULIARITIES OF PICTURES BY MENTALLY DISEASED PATIENTS

S U M M A R Y

Pictures of patients diseased with schizophrenia, epilepsy and maniacal depressive psychosis have been studied. The analysis of the form and content of the pictures done by them in different stages of their disease has shown a number of psychopathological peculiarities. A relation between these works and the works by modern decadent artists has been considered. Psychopathological peculiarities of the works under analysis presenting a certain type of introgenous behaviour correspond with the set (D. Usnadse) characteristic of the diseased personality.



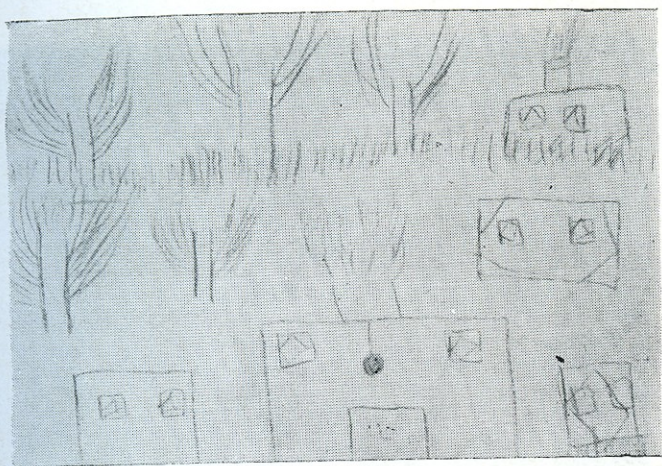
рис. 1



რის. 2



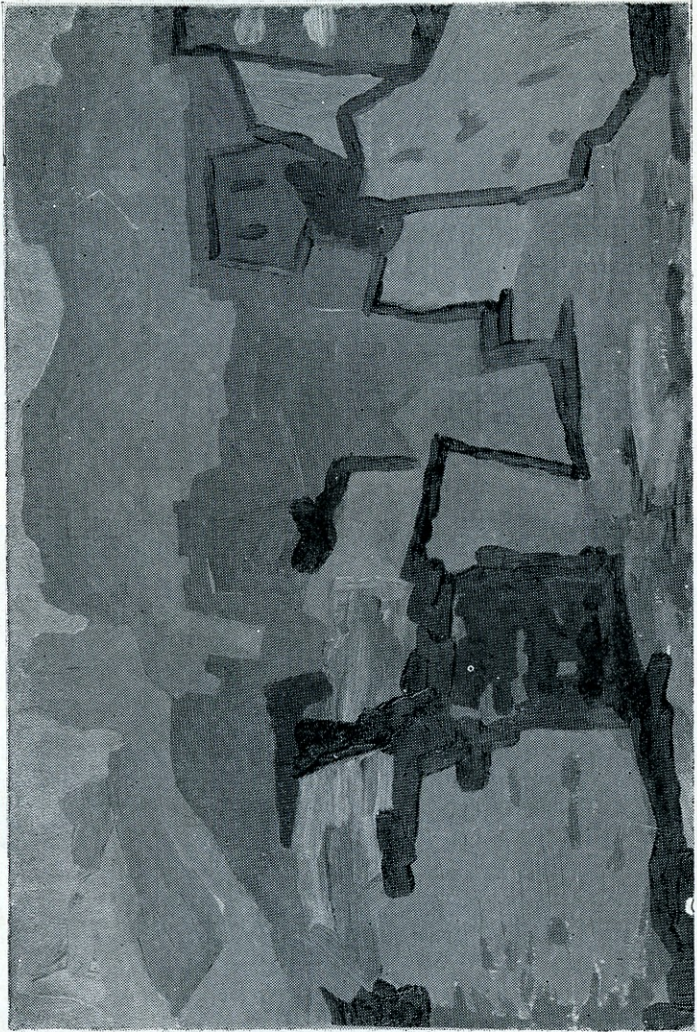
რის. 3



რის. 4

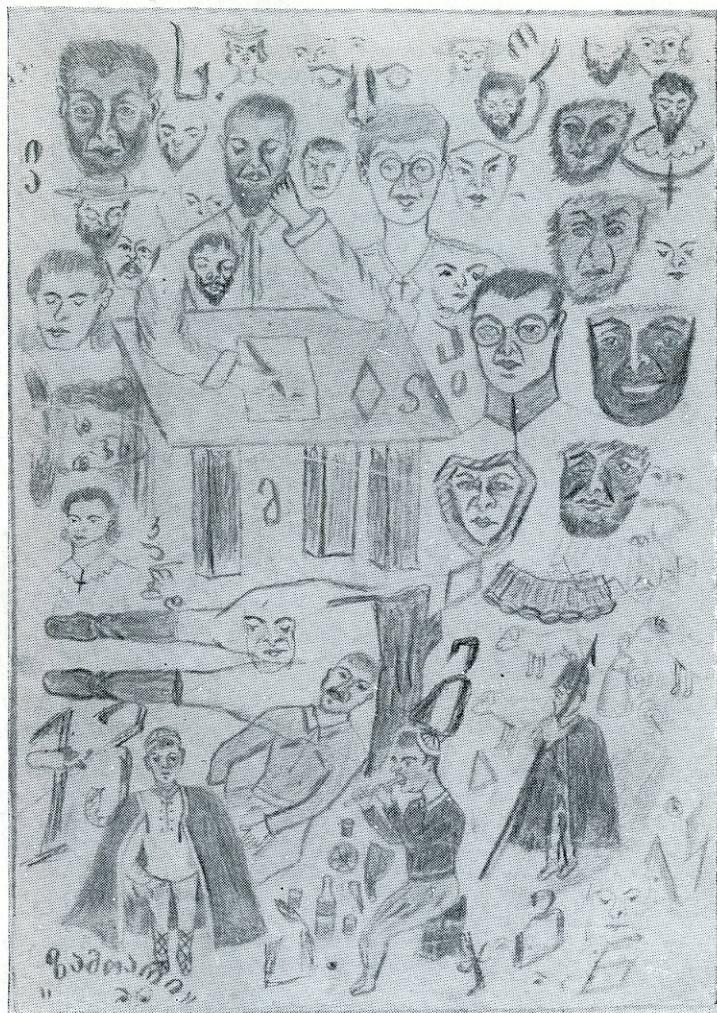


რის. 5





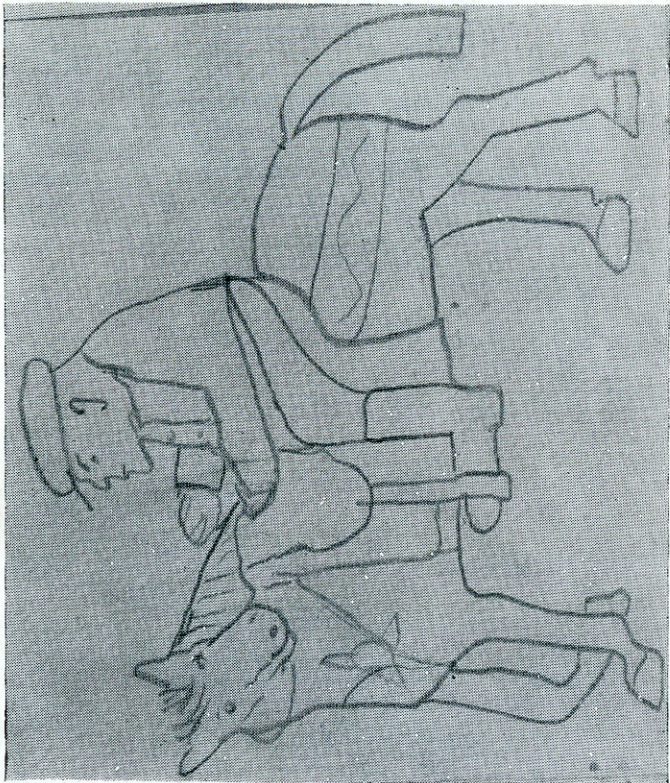
რის. 7



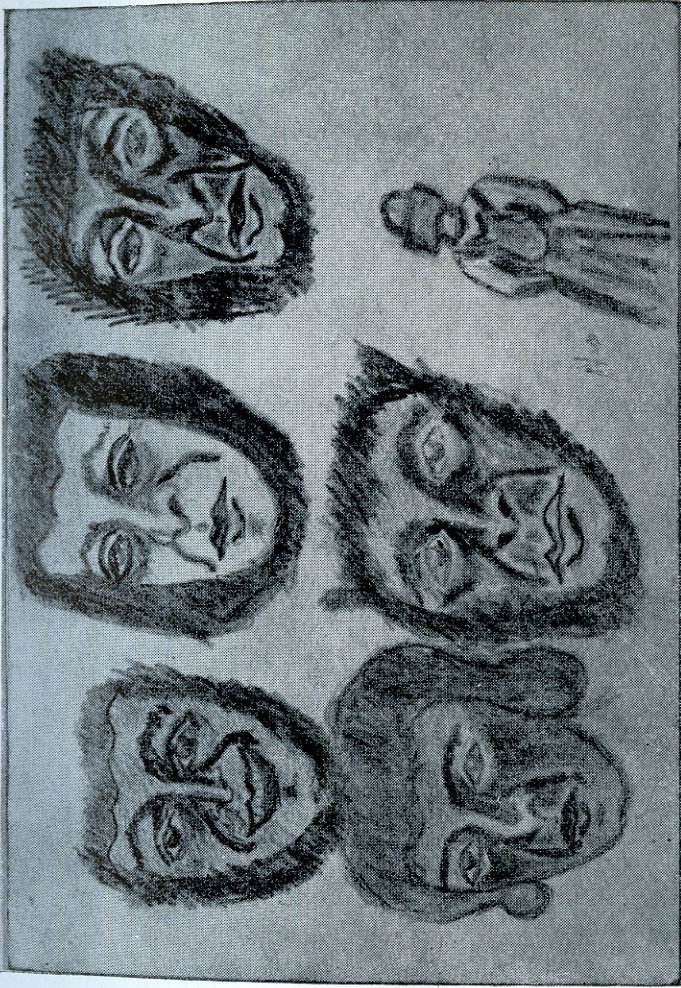
რის. 8



рис. 9



რის. 10



რის. 11





рис. 13

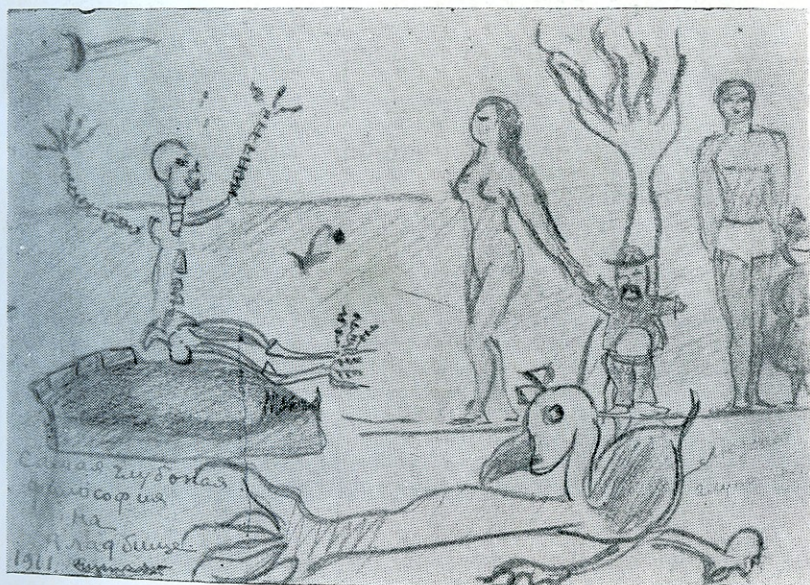


рис. 14



рис. 15



რის. 16



рис. 17



рис. 18

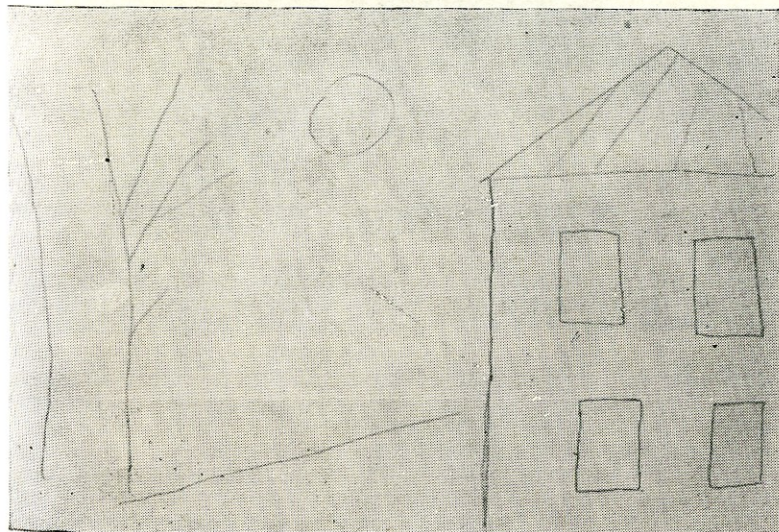
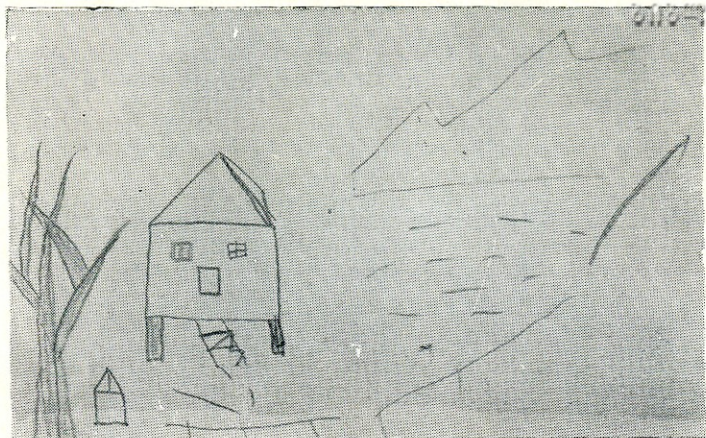


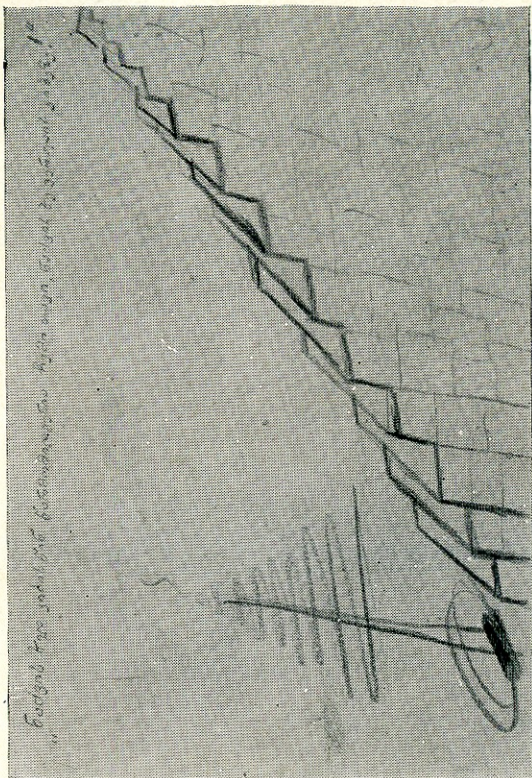
рис. 19



რის. 20



რის. 21



რის. 22

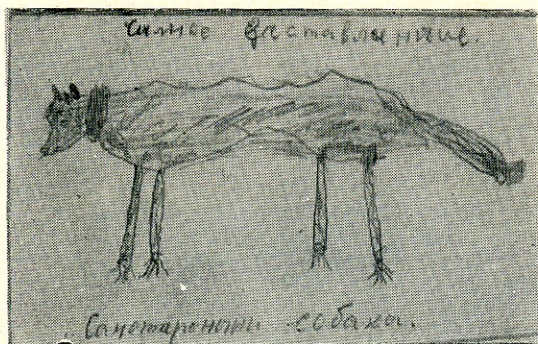


рис. 23

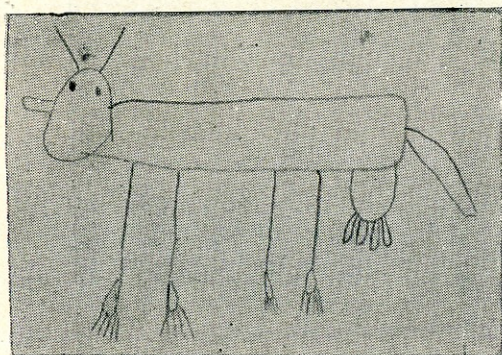
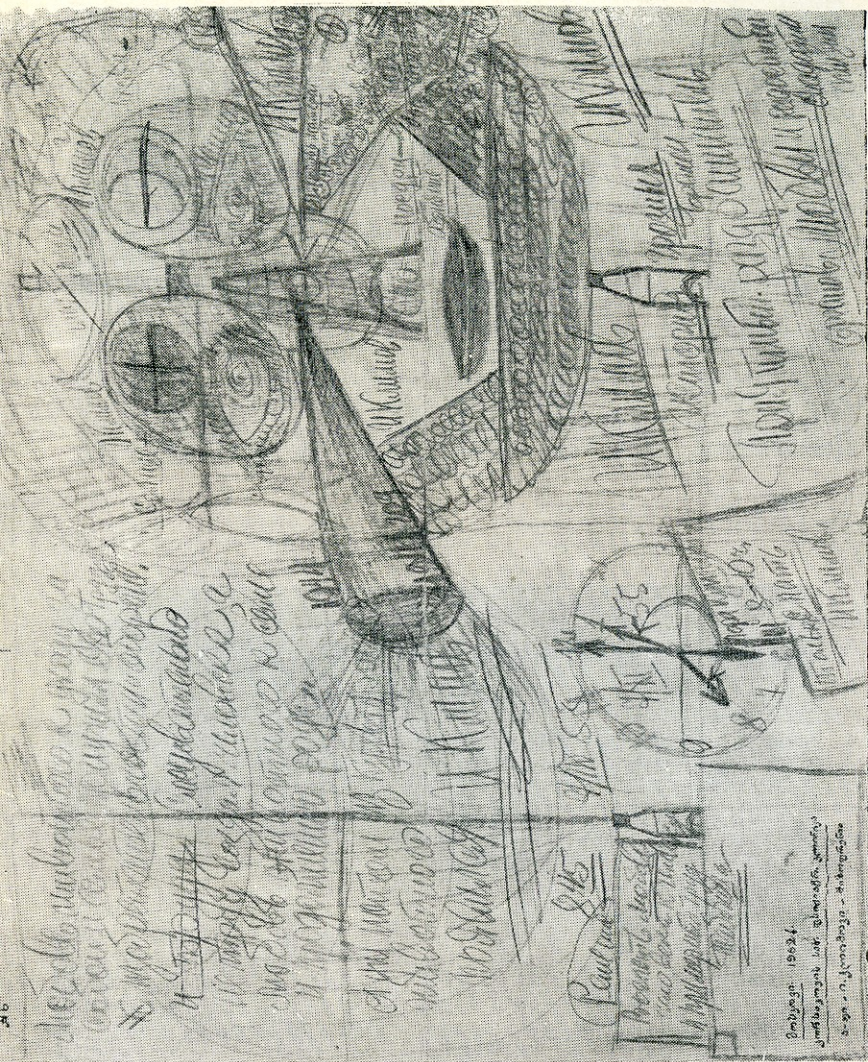


рис. 24



рис. 25



1963
 ეროვნული ბიბლიოთეკის კოლექცია
 ბ-გ - ი. ჯორჯიანი - ხატვა

რის. 26

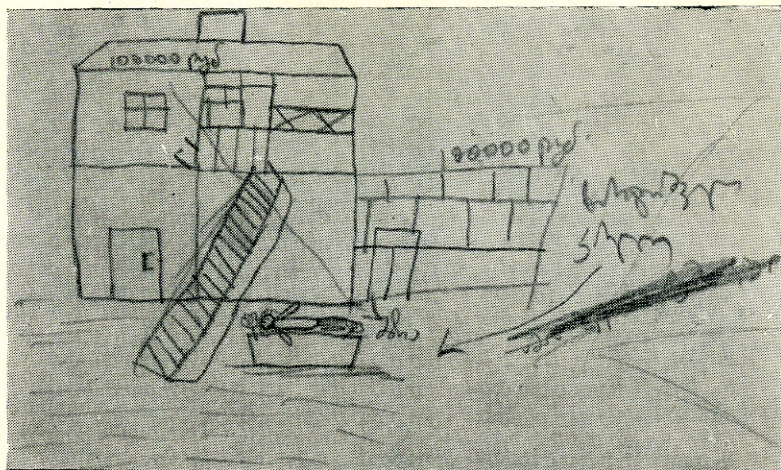


рис. 27

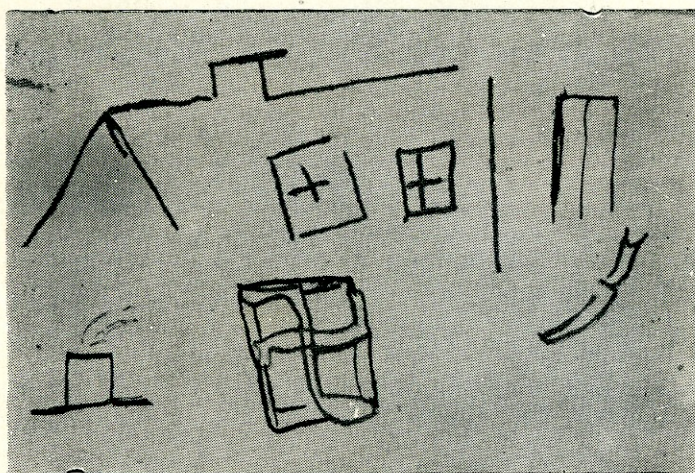


рис. 28



рис. 29



рис. 30

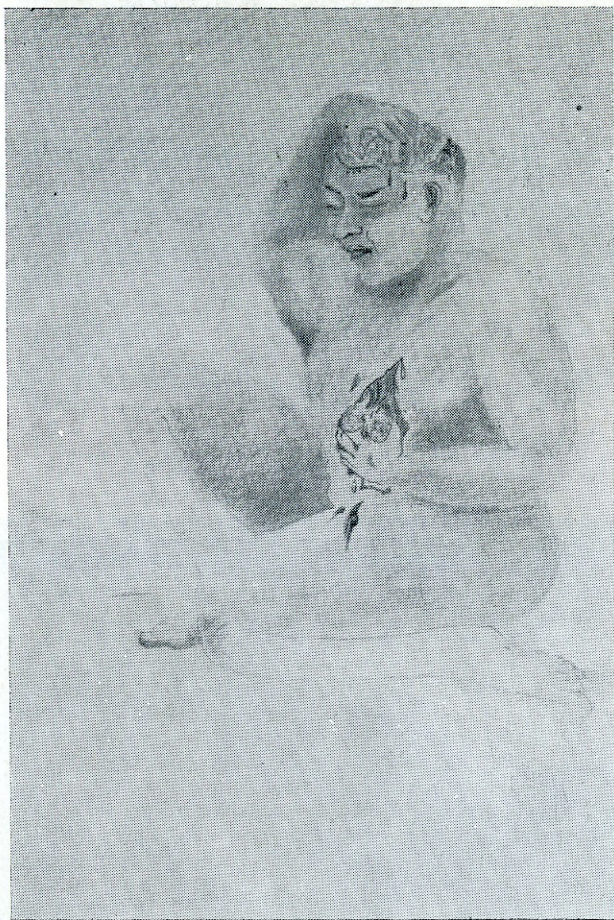


рис. 31

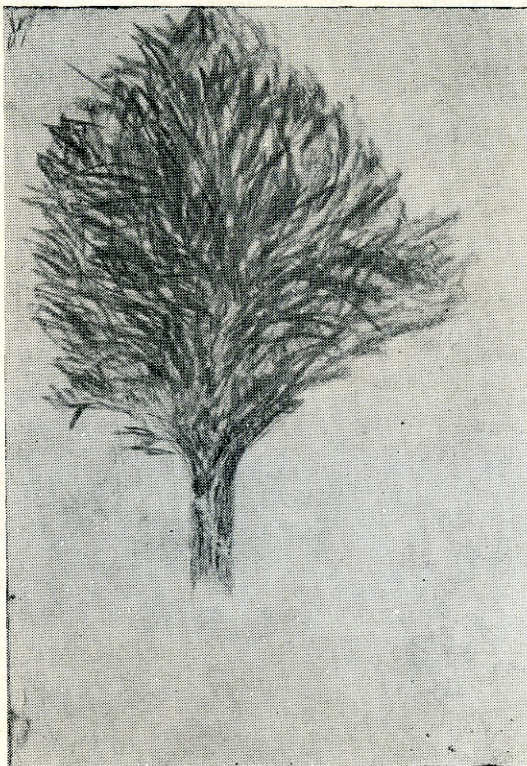
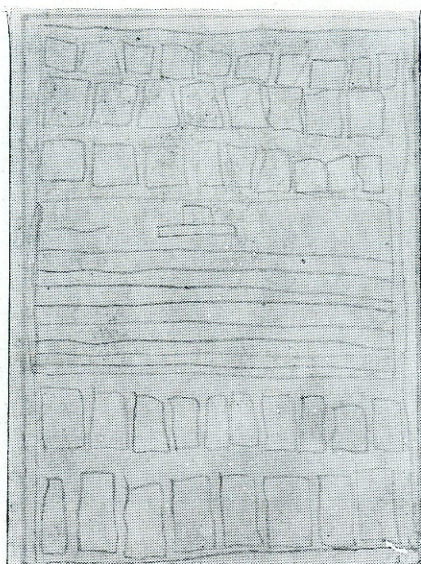


рис. 32



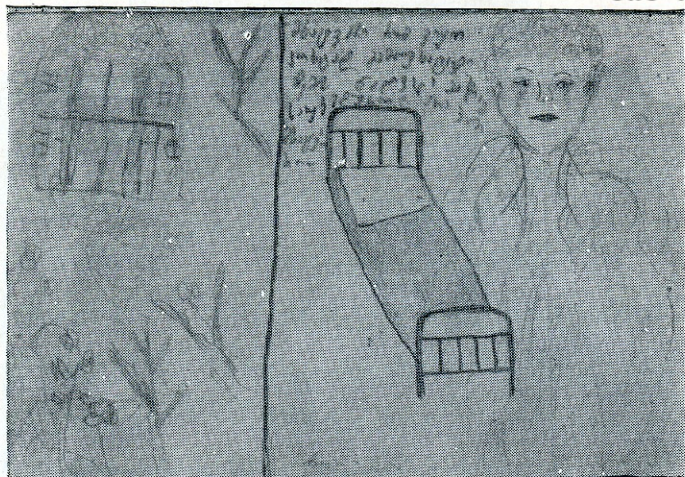
рис. 33



რის. 34



რის. 35



რის. 36



რის. 37



რის. 38



рис. 39

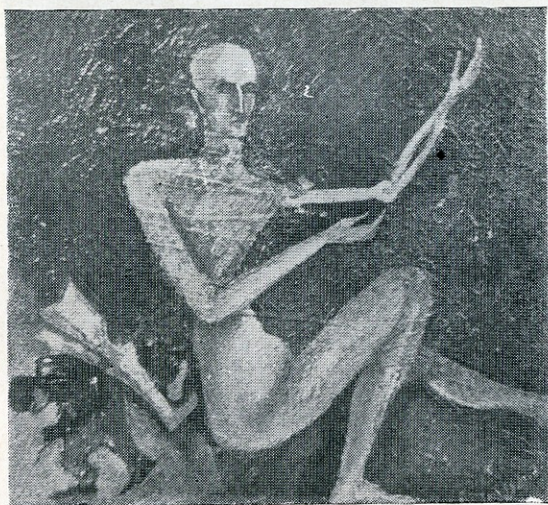


рис. 40

ЛИТЕРАТУРА

- Arnold, O. H. «Über schöpferische Leistungen im Beginn schizophrener Psychosen» Wien, Z. Nervenheilk. 7. 188. (1953).
- Bader, A. «Art modern et schisophrénic. Contribution à une psychologie de la création artistique». Schweiz. Z. Psychol. 17, 48. (1958).
- Bach, L. R. «Spontanes Malen und Kneten in [Krankenhäusern]». Schweiz. Z. f. Psychol. 15, 206. (1952).
- Barontini, F. «Der Wartegg-Zeichentest bei Schizophrenie». Zit. Zbl. Neur. 145, 244. (1957),
- Becker, P. E. «Das Zeichen Schizophrener», Z. f. d. g. Neur. 149, 433. (1934).
- Bertschinger, H. «Illustrierte Halluzinationen». Jb. f. psychoanal. und psychopathologische Forsch. 3. 69. (1911).
- Burstin, J. «Le symbole en psychiatrie». Ann. Méd.-Psych. 104, 11. 1. (1946).
- Bender, L. «Child psychiatric techniques». Thomas, Springfield, 111, 1952).
- Barbe, A. «Les dessins stéréotypés d'un catatonique». Encéphale. 1920. (49—50).
- Bessière, R. «L'art psychopathologique». Paris, Arts, 22 sept. 1950.
- Bychowsky, G. «Autismus und Regression in Modernen Kunstbestrebungen». All. Zeit. Psychiat. 1922, 78. (102—121).
- Christoffel, B. «Affektivität und Farben». Schweiz. Arch. Neurol. Psychiat. 1923, 12. (581—599).
- Cesar, O. «Contribution à l'étude de l'arte chez les aliénés». Ref. Zbl. Neur. 124. 154. (1951).
- Delgado, H. «Les dessins des psychopathes». Inform. Alién. neurol. 1923.
- Delay, J. «Art psychopathologique et médecine». Semaine méd. Suppl. 32. 10. (1952).
- Eliasberg, W. «Ausdruck oder Bewegung im künstlerischen Schaffen». Zeit. Kinderpsychiat. 1935, 2. (83—86).
- Guiraud, P. «Analyse du symptôme stéréotype». L'Encephale. 30, I 229. (1936)—Zit bei Ferdière, Ann. Méd.-Psychol. 105. 1.

- Gordon, A. «Psychologie de l'art modern». Ann. Méd. psychol. 1926, 2. (219—229).
- Häfner, H. «Zur Psychopathologie der halluzinatorischen Schizophrenie». Arch. f. Psychiatr. und Z. Neur. 192, 241. (1954).
- Jaspers, K. «Strindberg und van Gogh». Leipzig, 1922.—Allgemeine Psychopathologie. 5. Aufl. Berlin und Heidelberg. 1948.
- Jakab, Irene. «Zeichnungen und Gemälde der Geisteskranken». Budapest—Berlin. 1956.
- Карпов П. И. Творчество душевнобольных. Госиздат. Москва. 1926.
- Kürbitz, W. «Die Zeichnungen geisteskranken Personen». Z. Neur. 13. 153. (1912).
- Koch, K. «Der Baumtest» 2. Aufl. Bern. 1954.
- Lemke, R. «Psychiatrische Themen in Malerei und Graphik». Jena, 1958.
- Marie, A. «Les dessins stéréotypés des aliénés». Bull. Soc. Clin. Med. Ment, 1912, 5 (311—319), ill. 2.
- Machower, K. «Personality Projection in the Drawing of the Human Figure». Springfield, 1948.
- Meyer, J.-E. «Stilwandel bildnerischer Produktion unter dem Einfluß einer Psychose». Nerven-arzt 25, 237 (1954).
- Minkowska, F. «Van Gogh. Les relations entre sa vie, sa maladie et son oeuvre». Evol. Psychiat, 1933, 3/1 (53—76), illus. 6.
- Mohr, F. «Über Zeichnungen von Geisteskranken und ihre diagnostische Verwertbarkeit». J. Psychol. Neurol., 1906—1907, 8 (99—140).
- Morgenthaler, W. «Über Zeichnungen von Gesichtshalluzinationen». Zeit. Ges. Neurol. Psychiat, 1919, 45 (19—29), illus. 1.
- Pfeifer, R. A. «Der Geisteskranke und sein Werk». Kröner, Leipzig, 1923.
- Reja, M. „L'Arte chez les Fous“ Paris. 1907.
- Rennert, L. «Die Merkmale schizophrener Eildnerie». Veb. Gustaw Fischer Verlag, Jena, 1962.
- Rorschach, H. «Analyse einer schizophrenen Zeichnung». Zbl. Psychoanal. Psychother. 1913, 4 (53—58).
- Pfister, H. O. «Farbe und Bewegung in der Zeichnung Geisteskranken». Schweiz. Arch. Neur. 34. 325 (1934).
- Schotzky, J. «Über einen künstlerischen Stilwandel in der Psychose». Nervenarzt 9, 68 (1936).
- Weygandt, W. «Kunst und Wahnsinn». die Woche. 1921, 22, (483—485).

ОГЛАВЛЕНИЕ

Предисловие	5
Введение	6
Психопатологический анализ художественной продукции больных шизофренией	17
К психопатологии искусства больных эпилепсией	37
Психопатологические особенности рисунка в случаях маниакально-депрессивного психоза	42
Патологическое искусство и современное декадентское искусство	48
Резюме на английском языке	58
Литература	59
Рисунки	

C O N T E N T S

Introduction	5
Psychopathological analysis production pictures of patients diseased with schizophrenia	17
Psychopathological pictures of patients diseased with epilepsy	37
Psychopathological peculiarities of pictures of patients diseased with maniacal depressive psychosis	42
Psychopathological and modern decadent pictures	48
Summary	58
Literature	59
Pictures	

Напечатано по приказу Государственного Комитета по печати Совета
Министров ГССР

Редактор И. Т. Бжалава
Редактор издательства М. Г. Мачабели
Техредактор Л. Е. Джвებенаვა
Корректор И. И. Гассиева

Сдано в набор 10.4.72; Подписано к печати 16.6.1972;

Формат бумаги 60×90¹/₁₆; Печатных листов 5.75;

Уч.-издат. л. 4.85; УЭ 01019;

Тираж 2000;

Заказ № 11118;

Цена 41 коп.

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

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



ქართული
ენციკლოპედია

ЭРАСТ АЛЕКСАНДРОВИЧ ВАЧНАДЗЕ
НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ РИСУНКА
ДУШЕВНОБОЛЬНЫХ

Цена 41 коп.

72-1584
საქართველოს
ბიბლიოთეკა