

ALEKSANDRA CHMIELIŃSKA

Twórczość „tych, którzy czują więcej”

Wprowadzenie

Związek pomiędzy talentem artystycznym a chorobą psychiczną jest jednym z ciekawszych i bardziej dyskusyjnych rozważań dotyczących twórczości. Wyjątkowość zjawiska twórczości od dawna nasuwała przypuszczenie, że jednostki genialne nie mogą zostać zaliczone do grona ludzi zwykłych, normalnych, zwyczajnych i przeciętnych, bo nie takimi określeniami opisane zostały przypadki zachowania się geniuszy, charakteru ich dzieł, czasem zbyt ekscentrycznych, by mogły być zrozumiane przez współczesnych. Źródło prawdy tkwi pewnie w stwierdzeniu, iż geniusz ociera się o szaleństwo, a zarodek szaleństwa tkwi w każdym z nas.

Pierwsze usystematyzowane badania na temat osobowości twórcy przypadają na drugą połowę XIX w. Wtedy zaczyna pojawiać się coraz większe zainteresowanie jednostkami wybitnymi, określanymi wówczas geniuszami. Powstaje wiele prac na podstawie analizy biografii i dzieł wielkich artystów. Zainteresowanie badaczy wybitnymi twórcami wynika z faktu, iż wielu spośród wielkich umysłów wyróżnia się pewnymi skłonnościami lub zachowaniami, które z jednej strony współtowarzyszą i pomagają w osiąganiu twórczych rezultatów w pracy, z drugiej zaś zaliczone zostają do objawów patologicznych, świadczących o istnieniu zaburzeń psychicznych.

Podążając w drugą stronę, zbadano, że wraz z pojawieniem się zaburzeń psychicznych, można zauważyć zwiększenie funkcji mózgu odpowiedzialnych za kreatywność. Dlatego uzasadnione wydaje się, że badania nad osobowością twórczą prowadzi się na dwa sposoby. Pierwszy polega na poszukiwaniu osobowościowych mechanizmów generowania zachowań twórczych, odpowiedzi na pytanie: co prowadzi ludzi do twórczości. Taki sposób analizy osobowości twórczej prezentują przedstawiciele nurtu psychodynamicznego (m.in. Freud)

oraz psychologii humanistycznej (m.in. Maslow, Rogers, May). Podejście to nie wymaga uwzględniania różnic indywidualnych, a przede wszystkim wyjaśnienia tych mechanizmów, w przypadku psychologów humanistycznych, które pozwalają człowiekowi na samorealizowanie się w działaniach twórczych lub, jak u Freuda, mechanizmów pozwalających przekształcić energię libido w aktywność artystyczną.

Drugi nurt badań koncentrował się na wykryciu typowych cech osobowości ludzi twórczych. Prowadzono w tym celu badania porównawcze między grupą osób o uznanych osiągnięciach w dziedzinie nauki bądź sztuki z grupą kontrolną, podobną pod względem wieku, płci, wykształcenia, statusu społecznego i zawodowego. Uzyskane wyniki miały ujawnić związki korelacyjne pomiędzy kreatywnością mierzoną w testach twórczego myślenia a znanymi cechami osobowości. Oba podejścia są względem siebie komplementarne, ponieważ służą odpowiedzi na pytanie: dlaczego ludzie twórczy są tacy, jacy są? Czy są twórczy, ponieważ przejawiają pewne cechy osobowości, czy też przejawiają te cechy, bo są twórczy? (Nęcka, 2001). W związku z tematem pracy można pójść o krok dalej i zadać następujące pytania:

- jaki wpływ na rozwój twórczości ma choroba psychiczna?
- jaką funkcję spełnia twórczość w terapii i rozwoju osób chorych psychicznie?

Pytania te można przenieść na grunt rozważań psychopatologicznych teorii twórczości, o których będzie mowa w dalszej części rozważań. Próba prezentowanego tu spojrzenia na twórczość pacjentów psychiatrycznych i podejmowane zagadnienia zgodne są z podejściem psychologii egzystencjalno-fenomenologicznej oraz psychologii pozytywnej. Wydaje się potrzebne i uzasadnione, by twórczość pacjentów rozpatrywać przez pryzmat subiektywnych przeżyć tak, aby obok zestawienia analizy psychopatologicznej zwrócić uwagę, jak w twórczości dana osoba przeżywa samego siebie i świat wokół. W podejściu tym należy traktować przejawy twórczości nie tylko do wyjaśnienia natury choroby, ale także do zrozumienia człowieka w chorobie.

Perspektywa egzystencjalno-fenomenologiczna może być traktowana jako pozytywne podejście do terapii, gdyż wspólne dla obu jest odnajdywanie tego, co świadczy o ludzkiej sile, energii, pasji i odwadze w konfrontowaniu się z wszelkimi przejawami życia, zarówno w zdrowiu i szczęściu oraz w obliczu trudności i cierpienia.

Niniejsza praca składa się z dwóch części. Pierwsza z nich – teoretyczna – opisuje prezentowaną perspektywę egzystencjalno-fenomenologiczną oraz zawiera przegląd psychopatologicznych teorii twórczości. Druga część – empiryczna – opisuje wyniki badań własnych prowadzonych w szpitalu psychiatrycznym w oddziale arteterapii.

„Pacjent jako podmiot poznania” w ujęciu fenomenologiczno-egzystencjonalnym

W rozumieniu twórczości osób chorych psychicznie ważne jest podkreślenie dwóch istniejących równolegle stanowisk w podejściu do pacjenta i jego choroby. Z jednej strony zaburzenie psychiczne może być rozpatrywane jako zespół objawów psychopatologicznych, które im bardziej dalekie od przyjętej powszechnie „normy”, tym bardziej oddalają chorego od świata „normalnych” ludzi. Drugi sposób rozumienia oprócz wszelkich odmienności osób chorych, pozwala dostrzec również przejawy tego, co wspólne wszystkim ludziom, bez względu na to, czy są zdrowi czy chorzy. Pierwszy sposób pokazuje obraz chorego człowieka „od, zewnątrz”, czyli wskazuje na: rozpoznanie i obraz kliniczny choroby, jej przebieg, prognozę oraz sposób leczenia, co składa się na wyjaśnienie natury zaburzenia. Jest to stanowisko bliższe podejściu medycznemu. Drugi z wymienionych sposobów skierowany jest na poznawanie od „wewnątrz”, czyli poprzez pryzmat wewnętrznych, subiektywnych doświadczeń pacjenta i jego indywidualnych znaczeń, jakie nadaje on światu (Opoczyńska, 1996).

Podjęte w dalszej części pracy rozważania teoretyczne oraz badania empiryczne na temat twórczości osób chorych psychicznie są zgodne z zasadami drugiego z wymienionych wyżej podejść. Podstawą dla rozumienia człowieka i choroby będzie psychologia egzystencjalno-fenomenologiczna oraz bliska jej założeniom psychologia pozytywna. Zaprezentowane niżej koncepcje zostały wybrane z jednej bardzo ważnej przyczyny – unikają redukcjonizmu, sprowadzającego człowieka do jednowymiarowego postrzegania. Taka wizja obecna jest w podejściu behawioralnym, gdzie człowiek sprowadzony jest do układu reaktywnego i zachowania całkowicie sterowanego przez otoczenie. Z przeciwległego krańca, ale w ten sam jednostronny sposób traktuje człowieka psychoanaliza, sprowadzając go do obrazu niedoskonałej istoty, kierowanej przez nieuświadomione popędy, które powodują, że żyje ona w ciągłym konflikcie, którego sama nie jest w stanie rozwiązać. Przełom nastąpił wraz z pojawieniem się psychologii humanistycznej, dzięki której równouprawnione, obok przedmiotowego, stało się także podmiotowe rozumienie człowieka wyposażonego w dążenie do samorealizacji (Kozielecki, 2000). Szczególnie inspirujące w budowaniu nowej humanistycznej wizji człowieka okazały się koncepcje fenomenologii i egzystencjalizmu. Podejścia te nie narzucają człowiekowi zredukowanego obrazu, ale pomagają mu poznać samego siebie. W ich centrum znajduje się człowiek jako podmiot i osoba, psychika zaś poznawana jest drogą poznania subiektywnego świata jednostki, poprzez odkrywanie indywidualnych znaczeń nadawanych światu. Człowiek to istota zdolna do rozwoju i realizacji własnych zasobów. Realizowanie tego potencjału może także przybrać formę poszukiwania i urzeczywistniania sensu życia oraz przekraczania własnego Ja, czyli transgresji (Sęk, 2008).

Wyróżniającą pozycję wśród reprezentantów psychologii egzystencjalnej zajmuje Viktor Frankl. W jego ujęciu człowiek jest osobą i nigdy nie może być pojmowany jako przedmiot, który można dzielić i rozkładać na części. Człowiek jest niepodzielną w sobie jednością i całością, na którą składają się ciało, psychika i duch. Zdaniem autora koncepcji każda z trzech wymienionych dymensji ma sobie właściwe zasady rozwoju, dlatego przenoszenie tych zasad rozwoju z jednej z warstw na całego człowieka i traktowanie ich jako specyficzne dla całego funkcjonowania jest podstawowym błędem redukcjonizmu. Frankl zakładał jednocześnie antropologiczną jedność człowieka, podkreślając jego ontologiczne zróżnicowanie pomiędzy trzema poziomami bytu: somatycznym, psychicznym i duchowym.

Warstwa cielesna człowieka należy do świata przyrody i dzieli z nim jego prawa: potrzebuje energii, podlega biologicznym prawom życia i rozwoju, charakteryzuje się określoną budową komórkową i zachodzą w niej fizjologiczne procesy życia.

Warstwę psychiczną człowiek dzieli ze światem zwierząt, stanowi ją charakter, któremu kształt nadają predyspozycje genetyczne oraz nabywane w trakcie życia doświadczenie. Warstwa psychiczna stanowi emocjonalno-społeczny wymiar człowieka, na który składają się: świat fenomenów uczuciowych (m.in.: emocje, potrzeby, popędy) oraz świat fenomenów społecznego charakteru życia (m.in.: pragnienie władzy, dążenie do dominacji, sukcesu, agresja, uczucia macierzyńskie). Należy zaznaczyć, że w obręb tej dymensji nie wchodzi żadne cechy, które byłyby specyficzne tylko dla człowieka i które odróżniałyby go od świata zwierząt.

Dopiero warstwa duchowa zwana również przez Frankla noetyczną lub „osobą duchową” jest tym, czego człowiek nie dzieli z żadnym innym istnieniem, jest dla człowieka absolutnie swoista. Są to niemożliwe do uchwycenia duchowe akty, które jako wynik wolnej woli człowieka nie są logiczne, gdyby takie były, dałoby się je rozumowo przewidywać. Osoby duchowej nie dziedziczy się, nie można także poddać jej wychowaniu. To dzięki niej żaden człowiek nigdy nie jest taki, jak inni. Być człowiekiem, to „być zawsze innym i zawsze innym móc być” (Frankl, 1975, s. 94, za: Opoczyńska, 1996).

Taki obraz i rozumienie człowieka pociąga za sobą również określone podejście w stosunku do osób dotkniętych chorobami psychicznymi. Uwzględnienie przez Frankla trzeciego duchowego wymiaru, jest o tyle ważne, że człowiek znajdujący się w chorobie i cierpieniu nie jest sprowadzany jedynie do poziomu psychofizycznego. Pacjent nie jest traktowany jako suma wzajemnie powiązanych ze sobą patologicznych objawów na tle psychicznym i somatycznym. W myśl tej koncepcji należy dostrzec obok tego, co chore i uwarunkowane, również to, co jest wolne od tej choroby i co stanowi źródło zasobów, to, co składa się na specyfikę człowieka wyróżniającą go ze świata przyrody – własną duchowość. Frankl nie utożsamia więc pacjenta z chorobą, jaką posiada, sądząc, że człowiek przez to „kim jest, nieskończenie przetrasta to, co ma” (Frankl, 1981, s. 114, za: Opoczyńska, 1996).

Rozumiejąc człowieka jako jedność fizyczno-psychiczno-duchową, nie zamyka się go w granicach wyznaczonych przez własny organizm oraz sytuację, w której się znajduje. Zgodnie z takim podejściem choroba może odnosić się jedynie do organizmu psychofizycznego, nigdy natomiast nie dotyka warstwy duchowej człowieka, która świadczy o jego wolności i która nie jest zależna od okoliczności zewnętrznych. Zdaniem Frankla osoba duchowa nigdy nie jest chora, a więc stanowi o zasobach człowieka, jest tą częścią całości, która nadal każe patrzeć na pacjenta jako człowieka.

Frankl zakłada, że podstawową motywacją w życiu człowieka jest poszukiwanie sensu, który dla każdego jest unikatowy i wyjątkowy (o czym świadczy wymiar duchowy). Zgodnie z założeniami opracowanej przez siebie logoterapii (z grek. *logos*: sens), uważa, że sens życia można odkryć poprzez: (1) twórczą pracę lub działanie, (2) poprzez doświadczenie czegoś lub kontakt z innym człowiekiem oraz (3) poprzez to, jak znosimy nieuniknione cierpienie (Frankl, 2009). Biorąc pod uwagę sytuację osób dotkniętych chorobą psychiczną, naucza, że sens można odnaleźć także wtedy, „gdy znajdziemy się w beznadziejnej sytuacji, twarzą w twarz z przeznaczeniem, którego nie sposób zmienić. Jedyne co możemy wówczas zrobić, to być świadkami czegoś wyjątkowego, do czego zdolny jest tylko człowiek, a mianowicie przemiany osobistej tragedii w triumf ludzkiego ducha, upadku w zwycięstwo. W sytuacji, której nie jesteśmy w stanie zmienić [...], stajemy przed wyzwaniem, które brzmi: zmień samego siebie” (Frankl, 2009, s. 169). Zgodnie z tym podejściem cierpienie przestaje być cierpieniem w momencie, kiedy nada mu się sens, nawet jeżeli to będzie sens ofiary¹. Według Frankla sens można nadać każdej sytuacji, w której człowiek się znalazł, na tym polega prowadzona przez niego terapia. Jedno z podstawowych założeń logoterapii mówi, że celem człowieka nie jest dążenie do przyjemności ani unikanie bólu, lecz właśnie poszukiwanie w swoim życiu sensu.

Ważne jest podkreślenie pozytywnego wymiaru ujęcia cierpienia. Koncepcja ta nie zakłada, że cierpienie jest konieczne, aby móc odnaleźć sens: „możliwe jest doświadczenie sensu życia pomimo cierpienia – oczywiście pod warunkiem, że jest ono nieuniknione. Gdyby zaś można było go uniknąć, sensownym działaniem byłoby usunąć jego przyczynę [...]. Przyjmowanie cierpienia, które nie jest konieczne, to masochizm, a nie heroizm” (Frankl, 2009, s. 170).

To, co łączy psychologię egzystencjalną i psychologię pozytywną to założenie, że życie może zachować swój potencjalny sens w każdych okolicznościach oraz odniesienie do zasobów i wartości człowieka, które są szansą na twórcze

¹ Założenia te nabierają autentyczności w skonfrontowaniu ich z biografią Viktora Frankla, który osobiście doświadczył skrajnych przeżyć jako więzień niemieckich obozów koncentracyjnych, m.in. w Auschwitz i Dachau, gdzie stracił ojca, matkę, brata oraz żonę. Koncepcja człowieka i logoterapii powstała częściowo na bazie własnych doświadczeń i refleksji wyniesionych z tego okresu życia autora.

życie i pogodną jego akceptację. Psychologia pozytywna zajmuje się życiem dobrym, przyjemnym i mającym sens, realizowanym poprzez uaktywnienie swoich sił, które składają się na część cnót, do których Martin Seligman zalicza: mądrość, odwagę, człowieczeństwo, sprawiedliwość, powściągliwość oraz transcendencję (Carr, 2009). Podejście egzystencjalne również zajmuje się życiem mającym sens poprzez działanie spójne z osobistymi wartościami. Frankl umieszcza sens i wartości w centrum swojej logoterapii: „Choć niektórzy psychologowie utrzymują, że sens i wewnętrzne wartości to nic innego, jak zwykłe „mechanizmy obronne, reakcje pozorowane oraz przejawy sublimacji”, to jeśli o mnie chodzi, nie byłbym gotów żyć dla samych „mechanizmów obronnych”, podobnie jak nie miałbym ochoty umierać za swoją „reakcję pozorowaną”. Człowiek zaś zdolny jest przecież żyć dla swoich ideałów i wartości, a nawet za nie umierać” (Frankl, 2009, s. 152).

Frankl dostrzega w przeżyciach osób dotkniętych chorobą to, co stanowi o sile „osoby duchowej”, to co niezniszczalne i wznosi się ponad psychofizycznym funkcjonowaniem człowieka. Człowiek jest zdolny do *samotranscendencji*, czyli wykraczania poza to, czym aktualnie jest, dzięki czemu może urzeczywistniać swoje wartości.

Z samotranscendencją Frankla dobrze koresponduje pojęcie transgresji Józefa Kozieleckiego, którym określa on działanie polegające „na tym, że człowiek świadomie przekracza dotychczasowe granice materialne, społeczne i symboliczne” (Kozielecki, 1997, s. 43). Transgresyjna koncepcja człowieka zakłada, że czynnością nierozsądną i niewykonalną jest określanie potencjału człowieka, który charakteryzuje się naturalną tendencją do nieustannego przekraczania tego, czym jest i co posiada (Kozielecki, 1997). A idąc dalej, w ujęciu Frankla człowiek przez to „kim jest, nie skończenie przerasta to, co ma” (Frankl, 1981, s. 114, za: Opoczyńska, 1996).

Stanowiska obu autorów bardzo podobnie ujmują także rolę motywacji. Frankl wprowadza pojęcie noodynamiki, którą rozumie jako „egzystencjalną dynamikę dwubiegunowego pola napięć, gdzie jeden biegun to oczekujący na wypełnienie sens, a drugi to mający go wypełnić człowiek” (Frankl, 2009, s. 159). Uważa, że błędem jest przekonanie, jakoby człowiek potrzebował równowagi, czyli tzw. homeostazy rozumianej jako stan pozbawiony wszelkich napięć. Zgodnie z zasadą noodynamiki, nieodłączną cechą ludzkiej natury jest „rozdźwięk pomiędzy tym, co już osiągnęliśmy, i tym co jeszcze musimy osiągnąć, albo tym, kim jesteśmy, a kim być powinniśmy” (Frankl, 2009, s. 158). Kozielecki podobnie opisuje znaczenie motywacji hubrystycznej, którą definiuje jako „trwałe dążenie człowieka do potwierdzenia i powiększenia swojej wartości (ważności)” (Kozielecki, 1997, s. 119). Autor uważa, że realizacja wyżej wymienionej potrzeby zwiększa poczucie bezpieczeństwa, broni przed lękiem i stanami obniżonego nastroju, poprawia stan zdrowia fizycznego oraz jest dla człowieka źródłem satysfakcji i dumy.

Pojęcie noodynamiki oraz potrzeby hubrystycznej ma duże znaczenie psychologiczne i terapeutyczne dla rozumienia pojęcia zdrowienia w chorobie psychicznej oraz podejmowania aktów twórczych przez pacjentów. Warto podkreślać i wykorzystywać fakt, że chorzy psychicznie są także zdolni do pracy twórczej i innowacyjnej,

do tworzenia nowych światów w postaci wytworów plastycznych czy literackich, które mogą być pojmowane właśnie jako wynik twórczych transgresji.

Przykładem na wykorzystanie twórczości w rozpoznaniu natury przeżyć osób chorych jest fenomenologiczna psychiatria Antoniego Kępińskiego. Na gruncie fenomenologicznego kierunku w psychologii i psychiatrii przyjmuje się, że poznanie człowieka chorego psychicznie może odbywać się poprzez rekonstrukcję świata jego przeżyć. Istotne z tego punktu widzenia jest założenie, że każda ekspresja człowieka chorego ma sens i należy traktować ją poważnie, czyli jako spełniającą jakąś funkcję, takie podejście pozwala zrozumieć szczególnie i odmienny świat doświadczeń. Założenie to jest spójne z obrazem pacjenta, jaki wyłania się z prac Kępińskiego na temat schizofrenii: „Chorego nie można traktować tylko jako chorego, tj. jako człowieka, który zszedł ze zwykłej drogi. Trzeba spojrzeć na jego świat z podziwem i szacunkiem. Ten świat jest może dla nas dziwny, zaskakujący, czasem śmieszny, a jednak ma w sobie coś wielkiego, jest w nim zmaganie się człowieka z samym sobą i z własnym otoczeniem, szukanie własnej drogi, jest to świat, w którym przejawia się to, co najbardziej w człowieku ludzkie” (Kępiński, 1974, s. 257).

Kępiński, opisując specyfikę schizofrenii, podkreślał, że wielkie bogactwo objawów, jakie towarzyszą tej chorobie, „pozwalają ujrzeć w katastroficznych rozmiarach wszelkie cechy ludzkiej natury” (Kępiński, 1974, s. 3). Podobnie jak Frankl, zwracał uwagę na nienaruszoną przez chorobę warstwę duchową u człowieka. Kępiński dostrzegał w chorobie przejawy tego, co ludzkie, ponadto uważał, że to, co swoiste dla człowieka, nie tyle zostaje zniszczone w chorobie, co szczególnie wyraźnie zaczyna się w niej przejawiać. Kępiński tłumaczy to jako naturalną konsekwencję wycofania się chorego z życia (tzw. postawa autystyczna u chorych na schizofrenię). Człowiek, który ucieka w świat wewnętrznych przeżyć „coraz bardziej przeżywa sam siebie, a coraz słabiej świat otaczający” (Kępiński, 1974, s. 191), na tym polega wspomniane wcześniej „zmaganie się człowieka z samym sobą”.

Prezentowane tu podejścia są ważne w rozumieniu twórczości osób dotkniętych chorobą psychiczną. Twórczość plastyczna należy do jednej z wielu, a może jedynej z form ekspresji pacjentów psychiatrycznych, pozwalającej choć przez chwilę popatrzeć na świat przez okno osoby odczuwającej i rozumiejącej odmiennie. Stojąc przed obrazami, nie można oprzeć się wrażeniu, że w jakiś szczególnie bliski sposób obcuje się z rzeczywistością dotykającą fenomenu myśli i uczuć tych osób.

Podsumowując rozważania na temat natury ludzkiej w chorobie, oba podejścia są znaczące, tylko z małymi zmianami. Po pierwsze, ważne jest przedmiotowe traktowanie choroby – nie człowieka – celem dania ulgi psychofizycznemu cierpieniu. Po drugie, nie należy zapominać o podmiotowym traktowaniu pacjenta, aby wesprzeć nigdy niegasnące zasoby duchowe, dające choremu nadzieję na twórcze zmaganie się z chorobą oraz poczucie sensu nowego wyzwania.

Po omówieniu przyjętych w pracy koncepcji człowieka oraz sposobu podejścia do choroby psychicznej w dalszej części zostaną przedstawione wybrane koncepcje teoretyczne oraz badania na temat związku twórczości z chorobą psychiczną.

Przez dezintegrację do twórczości

Teoria dezintegracji Kazimierza Dąbrowskiego ukazuje oryginalne ujęcie osobowości i rozwoju człowieka. Autor proponuje zupełnie odmienny punkt widzenia, według którego zaburzenia psychiczne są konieczne dla ewoluowania jednostki na wyższe poziomy integracji osobowości, w związku z czym należą one w większości przypadków do zjawisk pozytywnych. Dąbrowski zauważa związek i wzajemne sprzężenie pomiędzy zaburzeniami psychicznymi i konfliktami osobowości a rozwojem twórczości. Przed przystąpieniem do omawiania tej zależności należy zacząć od definicji kluczowego w tej koncepcji pojęcia – dezintegracji.

Dezintegracja w ujęciu tradycyjnym oznacza „rozluźnienie i rozbięcie struktury psychicznej, jej rozproszenie i rozłam” (Dąbrowski, 1979, s. 10). Termin ten swoim zakresem może obejmować procesy od dysharmonii emocjonalnej do fragmentaryzacji struktury osobowości. Dąbrowski w swej koncepcji pomniejsza negatywny aspekt dezintegracji, kładąc główny nacisk na jej konsekwencje. Uważa, że proces dezintegracji, który „rozluźnia, a nawet rozбивa spoiste środowisko wewnętrzne i rodzi konflikty ze środowiskiem zewnętrznym – jest podstawowy dla tworzenia się i rozwoju wyższej struktury psychicznej [...], rozwoju osobowości w kierunku wyższego poziomu, który znamionuje drogę do wtórnej integracji” (Dąbrowski, 1979, s. 11).

Zdaniem Dąbrowskiego twórcy charakteryzują się często nieukształtowaną osobowością, ponieważ znajdują się w ciągłym rozwoju od niższego do coraz wyższego poziomu integracji osobowości. Ich nieprzeciętności towarzyszy **ciągły rozwój i przemienność sfery emocjonalnej, intuicji, samoświadomości, a przy tym cechuje ich mała równowaga nastrojów emocjonalnych** (Popek, 2001). W istocie tzw. zaburzenia są konieczne dla ewoluowania jednostki na wyższy poziom rozwoju.

Zgodnie z prezentowaną teorią większość społeczeństwa funkcjonuje na poziomie integracji prymitywnej, która opiera się na działających automatycznie impulsach i popędach, wobec których inteligencja pełni tylko funkcję instrumentalną. Ten poziom funkcjonowania pozwala jedynie na **adaptację do rzeczywistości jednopoziomowej**, która zamyka się na zaspokajaniu potrzeb prymitywnych, niższego rzędu. Jednostki takie nie przeżywają wewnętrznych konfliktów, nie rządzą nimi sprzeczności motywów czy działań, chwiejność uczuć i popędów. Ponieważ ich struktura psychiczna jest prosta, funkcjonują w rzeczywistości wąskiej zarówno w znaczeniu intelektualnym, jak i uczuciowym (Dąbrowski, 1979).

Twórcy – jednostki charakteryzujące się bogatym życiem w sferze intelektualnej i emocjonalnej oraz wysokim poziomem twórczości, wykazują w ujęciu autora objawy pozytywnej dezintegracji wielopoziomowej, świadczącej o wchodzeniu jednostki na wyższy poziom świadomości i rozwoju, tzw. **integracji wtórnej**. Charakterystyczna dla twórców wzmożona pobudliwość emocjonalna

i intelektualna, wysoka wrażliwość, oryginalność oraz skłonność do zaburzeń psychicznych, takich jak: lęk, nerwowość, psychonerwice, psychozy są wyrazem twórczego nieprzystosowania, rozwoju osobowości i pozytywnej dezintegracji, dającej możliwość rozumienia i przeżywania bardziej skomplikowanych poziomów rzeczywistości niż te, które są dostępne normalnym ludziom.

Efekt dezintegracji pozytywnej zachodzi etapowo wraz z rozwojem jednostki. W chwili narodzin dziecka zaczyna działać instynkt rozwojowy, który przyczynia się do wytworzenia równowagi między potrzebami wewnętrznymi jednostki a rzeczywistością zewnętrzną.

W kolejnej fazie rozwoju pojawia się instynkt twórczy. W rozumieniu Dąbrowskiego można go zdefiniować jako „niemożność przystosowania się do środowiska zewnętrznego i tendencja do przekraczania normalnych standardów adaptacji do środowiska wewnętrznego” (Dąbrowski, 1979, s. 16).

Dalej instynkt rozwojowy ewoluuje w instynkt samorozwoju i samodoskonalenia. W tej fazie struktura psychiczna bliska jest ideału, ale osobowość ulega wpływowi dwóch sprzecznych mechanizmów. Pierwszy jest dynamizmem zgody, potwierdzenia ideałów i celów osobowości. Drugi, przeciwny dynamizm jest wyrazem dezaprobaty wobec pewnych własnych cech i może powodować rozbieżność elementów własnej struktury psychicznej. Widocznym tego skutkiem są stany niepokoju, lęku egzystencjalnego, depresji, podniecenia uczuciowego czy obsesji. Charakterystyczna jest również pogłębiona empatia wobec innych, przejawiająca się w próbie zrozumienia i przejmowaniu się lękami innych. Stany depresji mogą wynikać ze współodczuwania z innymi ich smutków i tragedii. Ból i obsesja własna pogłębia się przez rozumienie bólu innych. Nerwice i psychonerwice są więc konsekwencją wnikania w przeżycia i stany psychiczne swoje i innych oraz rozbicia własnej struktury psychicznej ku osiągnięciu ideału własnej osobowości.

Dąbrowski wspiera własną teorię badaniami, z których wynika, że na dwieście badanych przypadków biografii ludzi wybitnych, aż 97% stanowiły jednostki nerwicowe i z pogranicza psychoz. Podobne wyniki otrzymano w badaniach dzieci i młodzieży wybitnie zdolnej (85%) (Dąbrowski, 1979). Podpierając się danymi, autor dochodzi do wniosku, że „wrażliwość twórcza to właśnie wzmoczona pobudliwość psychiczna albo nerwowość” (Dąbrowski, 1979, s. 83). Idąc dalej, podaje zależność, według której im wyższa forma konfliktów, depresji i niepokoju – tym więcej działań twórczych człowiek przejawia; charakteryzuje go tym większa refleksja i częstość podejmowania prób przekroczenia rzeczywistości bezpośredniej w celu poszukiwania różnorodności i zrozumienia rzeczywistości wyższej.

Chcąc być bardziej przekonującym, Dąbrowski podaje opinie samych twórców. Karl Jaspers – autor pojęcia „pasja nocy”, które ma oddawać lęk, depresję, obsesje, cierpienie w samotności uważa, że jedynym sposobem ich pokonania jest twórcze wejście do „normy dnia” (poziom prymitywnych popędów) i jej przekroczenie. Angielski poeta John Keats uważał, że pogorszenie stanu zdrowia i depresja dają mu natchnienie do tworzenia wybitnych dzieł. Alfred de Musset w swoim

poemacie *Noce* pisze, że najwybitniejsza twórczość łączy się z największym cierpieniem. Smutek i niepokój stanowią również natchnienie dla twórczości Williama Styrona, który opisał swoje zmagania z ciężką depresją w powieści *Dotyk ciemności* (1990). Opisuje chorobę jako: „jakąś stałą obecność owiewającą mnie lodowatymi porywami” lub „prawdziwą, ryczącą burzę w mózgu”, która może się zacząć „szarą mżawką przerażenia”, a skończyć „śmiercią”.

Wielu badaczy nie podziela stanowiska prezentowanego przez Dąbrowskiego i uniezależnia nerwice i psychonerwice od twórczości. Kubie uważa, że podstawą aktywności twórczej jest właściwa równowaga pomiędzy świadomością, nieświadomością i podświadomością. Badacz jest zdania, że nerwice i psychonerwice są czynnikiem zakłócającym w rozwoju twórczości (Popek, 2001). Podobnie psychologia humanistyczna stoi na stanowisku, iż twórczość jest wynikiem samorealizacji osobowości i wykorzystania w pełni sił twórczych, bez ingerencji patologii.

Teoria dezintegracji z jednej strony ma charakter pozytywny, gdyż podkreśla wagę i doniosłość kryzysów rozwojowych, predestynuje człowieka do rozwoju, z drugiej zaś ma charakter niezwykle ekskluzywny, skazując większość ludzi na pogrążenie się w jednopoziomowej rzeczywistości, rządzącej się prymitywnymi popędami i wyróżniając nieliczne jednostki, potrafiące wzbić się ponad przeciętność.

Mimo kontrowersji, teoria K. Dąbrowskiego jest jedną z najczęściej cytowanych w literaturze anglojęzycznej i najgłośniejszą koncepcją twórczości autora polskiego. Doczekała się też wielu omówień i modyfikacji autorstwa M. Piechowskiego, R. Richards i J. Piirto (zob. Piirto, 2004; Limont, 2010).

Twórczość, psychotyczność i schizofrenia

Hans Eysenck, jeden z najbardziej znaczących i najczęściej cytowanych psychologów XX w., stworzył teorię, która opisuje przyczynowo-skutkowe powiązania między psychotycznością – rozumianą jako cecha osobowości, twórczością i schizofrenią. Dla pełnego zrozumienia tej teorii niezwykle ważne jest wcześniejsze zapoznanie się z koncepcją osobowości Eysencka, która stanowi podłoże teoretyczne dla wymienionej zależności.

Opisywany model osobowości wyróżnia się pod wieloma względami wśród innych teorii. Po pierwsze, Eysenck uważa, że: „badania nad osobowością mają dwa ząbające się aspekty” (Hall, Lindzey, Campbell, 2006, s. 362). Pierwszy aspekt to opisowy lub taksonomiczny charakter badań – tworzenie kategorii wykorzystywanych przy łącznym ujmowaniu różnic między ludźmi. Drugi aspekt dotyczy elementów przyczynowych. Autor uważa, że decydującą rolę w kształtowaniu się osobowości odgrywa uczenie się i czynniki środowiskowe. Zakłada, że wszystkie zachowania, w tym zachowania anormalne, są wyuczone, w związku z tym zgodnie z prawami uczenia się można się ich oduczyć lub je wygasić (Brzozowski,

Drwal, 1995). Ponadto, Eysenck istotną rolę przypisuje determinującej roli czynników biologicznych. Wśród przyczyn komponent biologiczny jest odpowiedzialny za różnice indywidualne w zakresie podstawowych wymiarów osobowości.

W związku z powyższym zachowanie jednostki wynika z jej konkretnej pozycji na tych wymiarach oraz sytuacji, w której się ona znajduje. Ujęcie osobowości ma więc charakter biospołeczny – specyfika funkcjonowania ośrodkowego układu nerwowego predysponuje jednostkę do określonego reagowania na otoczenie.

Eysenck dokonuje rozróżnienia pomiędzy pojęciami cechy i typu. Cecha to „zbiór wzajemnie powiązanych zachowań, które współwystępują bądź wielokrotnie pojawiają się razem”, natomiast typ „jest tworem wyższego rzędu, albo tworem nadrzędnym, obejmującym zbiór skorelowanych ze sobą cech” (Hall, Lindzey, Campbell, 2006, s. 362). Na tej podstawie wyróżniono trzy wymiary osobowości: ekstrawersję – introwersję, neurotyzm – stabilność emocjonalną oraz psychotyzm – normalność stanów umysłowych.

Szczególny związek z twórczością, według Eysencka, wykazuje psychotyczność. Ten dwubiegunowy wymiar obejmuje kontinuum od zachowania normalnego, poprzez zachowanie przestępcze i psychopatyczne do schizofrenii i innych stanów psychotycznych, w których sfera emocjonalna i poznawcza ulegają poważnym zaburzeniom (Brzozowski, Drwal, 1995). Osoby o wysokich wynikach w skali psychotyzmu są: agresywne, chłodne, egocentryczne, bezosobowe, impulsywne, aspołeczne, nieempatyczne, twórcze, niezależne i nonkonformistyczne (Pervin, John, 2002).

Eysenck tłumaczy związek psychotyczności z twórczością właśnie w oparciu o nonkonformistyczne tendencje osobowości. Cecha ta może oznaczać skłonność do łamania reguł, kwestionowania norm, podważania autorytetów, samotnego i samodzielnego działania czy zamiłowania do ryzyka. Z kolei niezależność, również charakterystyczna dla psychotyczności, może mieć związek ze stylem poznawczym. Twórczość wiąże się z niezależnością od pola, czyli skłonnością do posługiwania się szerokimi kategoriami pojęciowymi i myśleniem metaforycznym (Nęcka, 2001).

Potencjalnie psychotyczność może ujawniać się na trzy sposoby: przez zachowania patologiczne (schizofrenia), przez zachowania antyspołeczne (psychopatia) i poprzez aktywność twórczą (Nęcka, 2001). Forma ekspresji zależy od dwóch rodzajów czynników. Po pierwsze psychotyczność ma charakter poligeniczny, tzn. że stan osoby w zakresie cech składowych wyznacza obecność bądź brak pewnej liczby genów o wąskim zakresie oddziaływania. Geny te przejawiają się w sposób addytywny – sumujący się, czyli całkowita ich liczba, jaką człowiek odziedziczył, wyznacza poziom jego psychotyzmu (Hall, Lindzey, Campbell, 2006). Po drugie to, w jaki sposób psychotyczność ujawnia się w zachowaniu zależy od wpływu środowiska. Jeżeli twórczy poziom psychotyzmu będzie wzmacniany przez rodziców i środowisko dziecka, może to zablokować konkurencyjne możliwości rozwoju tej cechy.

Eysenck nie wyklucza jednak możliwości, że o twórczym, antyspołecznym lub patologicznym rozwoju opisywanej cechy może decydować w znacznym stopniu nasilenie cechy. I tak umiarkowanie nasilona psychotyczność będzie przejawiać się w kreatywności, a bardziej nasilona w zachowaniu antyspołecznym i zaburzeniach zachowania. Twórczy poziom przejawiania się psychotyczności może zależeć także od innych cech osobowości, wśród których autor podaje stabilność emocjonalną – przeciwieństwo neurotyczności w modelu PEN. Osoby psychotyczne niestabilne będą skłonne do zaburzeń psychicznych, natomiast osoby psychotyczne stabilne – do twórczości (Nęcka, 2001).

Związek psychotyczności z twórczością wykazano w wielu badaniach empirycznych. Skala koreluje szczególnie z oryginalnością i niekonwencjonalnością myślenia. E. Szeremet (1990) zbadała 82 studentów kwestionariuszem EPQ-R Eysencka (narzędzie do pomiaru trzech wymiarów: ekstrawersja – introwersja, neurotyczność, psychotyczność) oraz pulą testów uzdolnień twórczych, wzorowanych na testach Guilforda, Torrance’a, Barrona, Wallacha i Kogana. Skala psychotyczności korelowała istotnie dodatnio z oryginalnością. Woody i Claridge (1977) w przeprowadzonych przez siebie badaniach na studentach uzyskali istotne korelacje skali psychotyczności z płynnością i oryginalnością mierzoną w testach twórczości Wallacha i Kogana. Płynność korelowała z psychotyzmem od 0,32 do 0,45, oryginalność wyżej od 0,61 do 0,68 (Brzozowski, Drwał, 1995). Psychotyczność jest jedyną cechą w modelu PEN, która wykazuje systematyczne związki z twórczością wybitną oraz mierzoną na różne sposoby kreatywnością. Nie jest jednak do końca wyjaśnione, czy twórczości sprzyja zawarta w psychotyczności tendencja nonkonformistyczna, czy poznawcze mechanizmy funkcjonowania osób z wyższym wynikiem w skali tej cechy, które ujawniają skłonność do tworzenia pojemnych kategorii pojęciowych (Nęcka, 2001).

Autor uważa, że na wybitne osiągnięcia twórcze składają się różne cechy intelektu i osobowości, natomiast twórczość jako cecha w rozumieniu kreatywności jest dość powszechna i łatwo mierzalna. Eysenck, wykorzystując badania stwierdzające podwyższony poziom psychotyczności wśród wybitnych twórców, stworzył całą teorię opisującą powiązania pomiędzy twórczością, psychotycznością i schizofrenią, w której ukazuje istotę wzajemnych powiązań.

Koncepcja ta została przedstawiona w postaci łańcucha przyczynowo-skutkowego. Na początku znajduje się genetycznie zdeterminowana cecha układu nerwowego, zapisana w DNA, której konsekwencją jest obniżony poziom serotoniny i podwyższony poziom dopaminy. Taki układ poziomów neuroprzekaźników w mózgu obniża skuteczność hamowania poznawczego. Hamowanie poznawcze jest odpowiedzialne m.in. za wygaszanie nadmiernej aktywacji kory mózgowej, co umożliwia hamowanie reakcji na bodźce nieistotne. Osłabienie tego mechanizmu pod wpływem odpowiedniego układu neuroprzekaźników daje dwie konsekwencje: stałe poszerzenie pola uwagi oraz skłonność do tworzenia pojemnych kategorii pojęciowych. Poszerzenie uwagi wynika z faktu, że w jej obręb wchodzi

informacje, które najczęściej są aktywnie ignorowane, gdy nie jest osłabione hamowanie poznawcze. Tworzenie pojemnych kategorii powoduje **błąd nadmierne-go włączania**, czyli nieumiejętność dokonywania wykluczenia z zakresu pojęcia egzemplarzy, które do niego nie pasują. Według Eysencka właśnie te zachwiania „uwagowe” i „pojęciowe”, wynikające z osłabienia mechanizmu hamowania poznawczego, prowadzą do rozwoju psychotyczności, która rozumiana tu jest jako cecha osobowości. Ekspresja cechy psychotyczności może przybierać dwie formy – o czym była już mowa wcześniej – patologiczną lub twórczą. Osobowość psychotyczna może zatem przejawiać się w zaburzeniach zachowania i schizofrenii lub odległych skojarzeniach i oryginalnych kategoriach pojęciowych, dających podstawy twórczości (Nęcka, 2001).

W modelu konkurencyjnym do PEN – Wielkiej Piątki Costy i McCrea, pozostawiono wymiary ekstrawersji i neurotyczności, psychotyczność zaś rozbito na dwa wymiary: ugodowość i sumienność, a ponadto wyodrębniono jeszcze jeden wymiar – otwartość na doświadczenia. W wyniku przeprowadzonych badań pozytywną korelację z twórczością wykazuje właśnie ostatni, nowo wyodrębniony wymiar, a nie ugodowość i sumienność, które z założenia miały być komponentami psychotyczności (Zawadzki, Strelau, Szczepaniak, Śliwińska, 1998).

Teoria Eysencka jest atrakcyjna, ponieważ zgromadzone dane empiryczne potwierdzają tradycyjne przekonania o związkach twórczości z zaburzeniami zachowania. Należy jednak pamiętać, że w badaniach prowadzonych przez badaczy niepodzielających stanowiska Eysencka i psychopatologicznego ujęcia twórczości wyniki te choć są pozytywne, zwykle nie przekraczają wartości 0,30 (Strelau, 2004).

Twórczość w afektywnych zaburzeniach zachowania

Zaburzenia afektywne, zwane inaczej zaburzeniami nastroju, to kategoria schorzeń, w których najważniejsze objawy dotyczą patologii życia emocjonalnego: reakcji emocjonalnych i nastroju, a co za tym idzie zaburzonego funkcjonowania na poziomie poznawczym. Badania biograficzne XVIII i XIX-wiecznych poetów, m.in. Williama Blake’a, Lorda Byrona dowodzą przebytych zaburzeń nastroju. Współcześni amerykańscy poeci, mianowicie John Berryman, Randall Jarrell, Robert Lowell, Sylwia Plath, Theodore Roethke, Delmore Schwartz i Anne Sextone byli także hospitalizowani w ciągu swojego życia z powodu stanów maniakalnych lub depresji. Wielu malarzy i kompozytorów, wśród których wymienić można Vincenta van Gogha, Georgie O’Keeffe, Charlesa Minusa i Roberta Schumanna podobnie doświadczało poważnych zaburzeń na tym samym tle, co pozostali wymienieni twórcy. Oceniając kryteria diagnostyczne postawione powyższym osobom, wygląda na to, że większość wymienionych

powyżej artystów ma skłonność bądź była leczona na zaburzenia maniakalno-depresyjne (Jamison, 1993)².

Badania Ludwiga (1995) przedstawiają następujące dane: występowanie depresji osiąga najwyższy procent wśród poetów (77%), równie wysoki jest wśród pisarzy literatury fikcji (59%), artystów (50%), pisarzy literatury faktu (47%) i kompozytorów (46%) (Runco, 1997).

Pełne zrozumienie wpływu tej kategorii zaburzeń osobowości na twórcze funkcjonowanie człowieka jest możliwe dzięki uprzedniemu zapoznaniu się z charakterystyką poszczególnych jednostek chorobowych. Zgodnie z klasyfikacją ICD-10 zaburzenia afektywne dzieli się na zaburzenia afektywne dwubiegunowe i jednobiegunowe. W pierwszym przypadku występują cykliczne wahania nastroju: stan podwyższonego nastroju, czyli epizod manii przechodzi w stany depresyjne. W przypadku zaburzeń jednobiegunowych występują tylko epizody depresyjne, przeplacone okresami normalnego samopoczucia.

Stan maniakalny występuje rzadziej niż różne odmiany depresji. Niewielkie nasilenie manii zwane stanem hipomaniakalnym jest bardzo pozytywnie oceniane przez pacjentów, ponieważ jest stanem przyjemnym i twórczym. W pełni rozwinięty stan maniakalny o charakterze klinicznym cechuje się następującymi objawami: podwyższonym nastrojem, poczuciem euforii i wielkości, niespożytej energii, nieuzasadnionym poczuciem wszechmocy, rozrzutnością i podejmowaniem ryzykownych inwestycji, zwiększonym zainteresowaniem sferą seksualną i ryzykownymi zachowaniami w tej sferze, przyśpieszonym tokiem myślenia, wielomównością, niemożnością skupienia się na jednej sprawie, niecierpliwością, skłonnością do irytacji i wybuchów gniewu, brakiem potrzeby snu, nieodczuwaniem zmęczenia. Epizody maniakalne występują w psychozie maniakalno-depresyjnej naprzemiennie ze stanami obniżonego nastroju (Sęk, 2005).

Stany manii, niezwykle precyzyjnie i z wielką wrażliwością ze względu na osobiste zmaganie się z nimi, przedstawiła w autobiografii K. R. Jamison (1995) – profesor psychiatrii w katedrze psychiatrii Uniwersytetu Kalifornijskiego: „Stany manii [...] w ich początkowych łagodnych postaciach były epizodami całkowitego odurzenia i stanowiły źródło ogromnej osobistej przyjemności, jak i nieporównywalnego z niczym przepływu myśli, oraz niewyczerpanego źródła energii [...]” (s. 8–10).

„Moje wyczulenie na dźwięki było bardzo intensywne. Słyszałam każdą nutę z osobna, a później wszystko razem [...] z przejmującym pięknem i przejrzystością [...] Chaos w moim umyśle zaczął przypominać bałagan w moich pokojach [...] Nie mogłam śledzić drogi własnych myśli” (s. 72–73).

Podsumowując własne przeżycia z okresu choroby, Jamison pisze: „[...] liczne stany hipomanii i manii wprowadziły do mojego życia odmienny poziom uczucia, przeżywania i myślenia. Nawet wtedy, gdy znajdowałam się całkowicie

² <http://bucksworld.com/creative1.html>

w stanie psychozy – miałam urojenia, omamy i pograżałam się w szaleństwie – byłam świadoma, że odkrywam nowe zakątki mojego umysłu i mojej duszy. Niektóre z tych zakątków były niewiarygodnie piękne [...] Niektóre jednak były groteskowe” (Jamison, 1995).

Jamison z niezwykłą starannością zajęła się prowadzeniem badań nad związkiem twórczości z zaburzeniami afektywnymi, zgromadziła szereg badań, przeprowadzanych przez innych badaczy, a także sama rozpoczęła prace nad częstością występowania zaburzeń nastroju wśród ludzi wybitnych.

W depresji, czyli drugim biegunie zaburzenia, przeważają: obniżenie nastroju, głęboki smutek, rozpacz, poczucie pustki i beznadziejności oraz bezradności, zanika odczuwanie przyjemności i radości, zaburzeniom towarzyszy utrata zainteresowań, apatia, zahamowanie aktywności. Mogą występować także lęk i pobudzenie ruchowe. Zaburzenia obniżonego nastroju obejmują także zaburzenia motywacji, niechęć i niemożność podejmowania decyzji, zaburzenia czynności poznawczych, nieadekwatną ocenę siebie i otoczenia, co przejawia się w poczuciu braku własnej wartości, formułowaniu samooskarżeń i urojeń winy. Wreszcie wszystkie te symptomy często prowadzą do myśli i prób samobójczych (Sęk, 2005).

Po okresach manii występuje cyklicznie obniżenie nastroju i czasami bardzo głęboka depresja, Jamison (1995) opisuje ją w swojej autobiografii następująco: „Nastąpiła depresja okaleczająca moją psychikę, ponura i pełna myśli samobójczych, która trwała dłużej niż półtora roku [...] byłam nieznośnie nieszczęśliwa, niezdolna do odrobiny radości. Wszystko – każda myśl, słowo, ruch – było wysiłkiem. Wszystko wyblakło. Wydawałam się sobie nudna, męcząca, niedostosowana, spowolniała, tępa, zimna, pozbawiona życia, bezbarwna [...] masa szarych komórek pracowała na tyle, by męczyć mnie ponurą litanią moich wad i ułomności charakteru, by nękać mnie wizją całkowitej, przytłaczającej beznadziejności całego świata (s. 99–100) [...]. Nie mogłam dłużej tolerować cierpienia, nie mogłam znieść całkowicie bezbarwnej i męczącej osoby, którą się stałam i czułam, że nie potrafię odpowiadać za kłopoty rodzinne [...] podobnie jak pilot, który zginął, by ocalić życie innych ludzi, zabiję się, gdyż to jest jedyna rozsądna rzecz, jaką mogę zrobić” (Jamison, 1995, s. 103).

Dzięki opiece medycznej i przyjaciółom Jamison została odratowana z próby przedawkowania litu, uchroniono ją następnie przed kolejnymi próbami samobójczymi.

Naukowcy dowiedli istnienia pewnego rodzaju związku pomiędzy manią i depresją a twórczą aktywnością. Badania wskazują, że pisarze, malarze i kompozytorzy oraz ich rodziny są o wiele bardziej predestynowani do afektywnych zaburzeń nastroju i prób samobójczych niż populacja generalna.

W 1970 r. Nancy C. Andreasen przeprowadziła badania na grupie dwudziestu twórczych pisarzy i otrzymała wyniki wskazujące na występowanie przypadków zaburzeń afektywnych i uzależnienia od alkoholu. 80% badanych doświadczyło w swoim życiu jednego epizodu manii, hipomanii lub depresji.

Sama Jamison kilka lat później w Katedrze Psychiatrii Uniwersytetu Kalifornijskiego rozpoczęła badania z grupą czterdziestu siedmiu popularnych, uznanych angielskich pisarzy i artystów. Chcąc być bardziej rzetelną, zgromadziła pisarzy, których nazwiska widniały w oxfordzkim spisie angielskiej poezji XX w. (*Oxford Book of Twentieth Century English Verse*); dramatopisarzy nagradzanych przez nowojorskich krytyków teatralnych; rzeźbiarzy będących członkami Akademii Królewskiej bądź z nią współpracujących. Wyniki badań pokazały, że 38% badanej grupy artystów i pisarzy było leczonych na zaburzenia nastroju, wśród których 75% było leczonych farmakologicznie, hospitalizowanych bądź i jedno, i drugie. Wśród poetów, aż połowa z nich potrzebowała specjalistycznej opieki.

Ruth L. Richards, psychiatra, znajoma Jamison, także przeprowadziła podobne badania. Stworzyła narzędzie do oceny oryginalności myślenia, polegające na wykonaniu szeregu zadań mierzących kreatywność. Richards skupiła się tym razem nie na badaniu częstości występowania zaburzeń wśród ludzi wybitnych w jakiejś dziedzinie twórczości, ale na zbadaniu zdolności i predyspozycji twórczych osób cierpiących na zaburzenia afektywne. Bazując na stworzonym przez siebie narzędziu, otrzymała wyniki świadczące, iż w porównaniu z jednostkami niemającymi osobistych bądź rodzinnych doświadczeń z zaburzeniami afektywnymi, pacjenci leczeni na zaburzenia maniakalno-depresyjne wykazywali wyższe wyniki w teście na oryginalność myślenia (Jamison, 1993)³.

Przytoczone powyżej badania jako jedne z wielu potwierdzają podwyższone wskaźniki kreatywności wśród osób cierpiących na zaburzenia nastroju w porównaniu do populacji generalnej. Na podstawie takich wyników wyłaniają się następujące pytania: jak choroba psychiczna wpływa na osiągnięcia twórcze? Jak te badania mogą posłużyć w pracy psychiatrów i psychologów zajmujących się terapią i leczeniem osób z zaburzeniami afektywnymi?

Po pierwsze, powszechnie przyjęte kryteria diagnostyczne wskazują na występowanie w stanach hipomaniakalnych (łagodne stany maniakalne) wzmożonego myślenia kreatywnego oraz wykorzystywania stylów poznawczych, wskazujących na podwyższoną płynność myślenia. Badając umiejętności werbalne pacjentów hipomaniakalnych, odkryto, że mają o wiele większą niż jednostki niezaburzone zdolność do tworzenia rymów przez używanie bardziej wyszukanych skojarzeń głoskowych oraz skłonność do stosowania aliteracji (identyczność głosek rozpoczynających, położonych w sąsiedztwie wyrazów).

W specjalnych ćwiczeniach potrafią ułożyć listę skojarzonych synonimów lub form do innych słów o wiele szybciej ponad przyjętą normę. Te wyjątkowe zdolności wskazują, że stany hipomaniakalne wpływają korzystnie zarówno na ilość, jak i jakość myślenia. Ta nadwyżka procesów myślowych może rosnąć od łagodnego przyspieszenia do zupełnie psychotycznej skłonności tworzenia związków skojarzeniowych, nieposiadających żadnego znaczenia. Nie jest jasne, co stanowi podłoże

³ Tamże.

tych jakościowych różnic procesów poznawczych, co nie zmienia faktu posiadania przez pacjentów hipomaniakalnych oryginalnych pomysłów i skojarzeń.

Zaburzenia maniakalno-depresyjne i zdolności twórcze są związane także z aspektami niemającymi związku z funkcjonowaniem poznawczym. Osoby przechodzące epizod manii mają zdolność do dobrego i produktywnego funkcjonowania już po kilku tylko godzinach snu, nie odczuwają zmęczenia psychicznego i fizycznego, a w związku z tym także potrzeby snu.

Kolejną cechą wyróżniającą wśród pacjentów z epizodem manii jest doświadczanie szerokiego zakresu bardzo zróżnicowanych emocji. Poza tym cechy temperamentalne wskazują na funkcjonowanie tych osób w permanentnej gotowości i czujności. Bardzo wysoka reaktywność powoduje silne i natychmiastowe reakcje na bodźce. Powyższa charakterystyka pokazuje, że reakcje na świat osób z zaburzeniami afektywnymi mają wyjątkowo szeroki zakres w sferze emocjonalnej, poznawczej, intelektualnej i behawioralnej (Jamison, 1993)⁴.

Ta wyostrzona wrażliwość w odbiorze świata otaczającego staje się zrozumiała, jeżeli prześledzi się choć w skrócie zmagania pomiędzy kolejnymi etapami choroby w przypadku zaburzenia dwubiegunowego, w którym naprzemiennie następują po sobie epizody manii i depresji. Podczas gdy depresja zmusza osobę chorą do zadawania sobie pytań, snucia rozmyślań, w wyniku których mnożą się obawy, mania odpowiada wigorem, nadzwyczajną energią, pewnością siebie i chwili obecnej. Można to ująć w postaci ciągłych przejść od bycia wewnątrz ograniczających myśli do wyjścia poza nie, od zniewalającego, nieznosnego i ponurego nastroju do nastroju pełnego entuzjazmu i zachwyty nad życiem, od otwarcia się przed światem do zamknięcia się przed nim, od uczuć zimnych do gorących. Doświadczanie co jakiś czas tak kontrastowych stanów, przekraczanie własnych lęków i wpadanie w nie od nowa powoduje z jednej strony cierpienie, przemieszanie i chaos, z drugiej zaś prawdopodobnie kształtuje użyteczny dla artysty zmysł, pozwalający na lepsze poruszanie się w sferze dwuznaczności, kontrastów, skrajności, co być może stanowi podłoże bardziej rozwiniętej twórczości w rozumieniu cechy (kreatywności).

Można zobrazować to przykładem. Jeżeli osoba chora to pisarz, w wyniku napływu olbrzymiej ilości energii i braku zmęczenia w stanie manii może napisać nawet tysiąc stron w przeciągu tygodnia. W momencie nadejścia depresji i wahania nastroju twórca całkowicie nieszczęśliwy i przytłumiony własnym cierpieniem, czytając te tysiąc stron może nie odnaleźć w nich ani cienia sensu i wyrzucić wszystko poza jedną stronę, na której kilka zdań brzmi dobrze nawet podczas doświadczania depresji. Jeżeli pisarz znów będzie przeżywał napływ sił życiowych i entuzjazmu w chwili nadejścia manii, wejdzie ponownie w fazę produktywną i twórczą, by potem po raz kolejny przeżywać załamanie nerwowe. Po długim okresie czasu osoba ta może stworzyć dzieło swojego życia, będąc własnym edytorem tekstu w epizodach depresji (Runco, 2007).

⁴ Tamże.

Ruth Richards (1999) analizuje pięć możliwych zależności przyczynowo-skutkowych między twórczością a afektywnymi zaburzeniami zachowania:

1. Zaburzenia zachowania mogą bezpośrednio wpływać na przebieg procesu twórczego i jego skutki. Pisarz po przejściu epizodu depresyjnego może stworzyć literacki obraz choroby, tak jak np. William Styron (*Pogrążyć się w mroku*), Jerzy Krzysztoń (*Oblęd*). Natomiast stan maniakałny, zwłaszcza hipomaniakałny, dzięki uwolnieniu dużej ilości energii i obniżenia samokrytycyzmu, będzie sprzyjał płynnemu generowaniu idei.

2. Zaburzenia mogą wpływać na proces twórczy pośrednio przez jakiś czynnik, np. zmaganie się z chorobą i chęć wyjścia z niej. Twórczość w tym znaczeniu może mieć znaczenie terapeutyczne, ułatwiając wyrażanie emocji i refleksje nad samym sobą. Tu zaznacza się wspomagająca zdrowienie rola arteterapii.

3. Twórczość może prowadzić wprost do zaburzeń zachowania, jeżeli zmusza do analizy własnych emocji i motywów, refleksji nad własnym życiem. Autoanaliza i nadmierna introspekcja, przy istnieniu odpowiednich predyspozycji, mogą spowodować zachwianie zdrowia psychicznego.

4. Twórczość może prowadzić do zaburzeń zachowania przez czynniki natury społecznej. Oryginalny, nietuzinkowy styl życia może wzbudzać dezaprobatę otoczenia i brak tolerancji z jego strony, co może być przyczyną zamknięcia się w obrębie własnego świata, a co za tym idzie depresji.

5. Może istnieć nadrzędny, trzeci czynnik, który z jednej strony wyzwala aktywność twórczą, z drugiej zaś prowadzi do zaburzeń zachowania. Tym czynnikiem sprawczym mogą być uwarunkowania genetyczne, które zwiększają ryzyko zachorowania i tym samym ułatwiają twórcze działanie (Nęcka, 2001).

Z badań Richards, tak samo jak z analiz Jamison, wynika, że czynnikiem sprawczym twórczości jest raczej mania, a depresja może być zarówno jej skutkiem, jak i przyczyną.

Pomimo niepodważalnych wyników badań, pokazujących istnienie związku pomiędzy depresją i manią a twórczością, należy pamiętać, że zaburzenia zachowania są statystycznie dość rzadkie, więc nie oznacza to, że wszyscy twórcy są zaburzeni. Znakomita ich część nie wykazuje znamion patologii, tak samo jak większość osób chorych nie jest twórcza.

Twórczość jako rekonstrukcja świata przeżyć w schizofrenii

Schizofrenia jest najbardziej tajemniczą spośród zespołu zaburzeń psychicznych. Bywa nazywana przez psychiatrów delficką wyrocznią psychiatrii, gdyż koncentrują się w niej najważniejsze zagadnienia psychiki ludzkiej. Zaburzenie to ze względu na bogactwo przeżyć, które w sobie kryje, określane jest nawet jako „choroba królewska”.

Psychiatrzy przedstawiają kliniczny obraz schizofrenii, opisując jej charakterystyczne objawy. Klasyfikacje ICD-10 oraz DSM IV wymieniają dwie odrębne klasy syndromów schizofrenii: podzespół objawów pozytywnych i podzespół objawów negatywnych.

Pozytywne to objawy wytwórcze („nadmiarowe”) w zachowaniu, zaliczamy do nich:

- halucynacje (słuchowe, węchowe, dotykowe),
- urojenia (prześladowcze, zazdrości, somatyczne, religijne, wielkościowe),
- zaznaczone formalne zaburzenia myślenia (rozkojarzenie, splątanie, nielogiczność),
- dziwaczne i zdeorganizowane zachowanie.

Objawy negatywne („ubytkowe”), sugerujące niedobór pewnych pożądanых zachowań, to:

- spłylenie/stępienie afektu,
- alogia (ubóstwo mowy lub jej treści),
- osłabienie woli/apatia,
- anhedonia (osłabienie zdolności do przeżywania emocji pozytywnych)/aspołeczność
- zaburzenia uwagi (Sęk, 2005, s. 77).

Aby zdiagnozować podzespół pozytywny, musi występować przynajmniej jeden jego objaw, aby rozpoznać podzespół negatywny, muszą wystąpić co najmniej dwa jego objawy. Obydwa typy są względnie niezależne. Jeden zespół diagnozuje się wtedy, gdy nie występuje żaden objaw drugiego.

Rozróżnienie tych dwóch zespołów jest istotne, ponieważ pozwala zrozumieć różny przebieg i mechanizmy tej choroby.

Doskonały obraz schizofrenii – zarówno od strony klinicznej, jak i filozoficzno-estetycznej – opracował profesor Antoni Kępiński, psychiatra – wieloletni kierownik Kliniki Akademii Medycznej w Krakowie, w książce pt. *Schizofrenia* (1974). Wyjątkowość jego ujęcia kryje się w wyjściu poza banalne opisy kliniczne i przedstawianie wyłącznie ponurej inności tych osób. Autor ukazuje także piękno myśli, fantazji i postawy chorych na schizofrenię. Porusza problem ekspresji, która jakkolwiek często utrudnia chorym kontakt z otoczeniem, potrafi również wznosić ich na wyżyny osiągnięć artystycznych i być przyczyną przeżywania niesamowicie silnych i twórczych emocji. W obrębie tego zagadnienia Kępiński skupia się na ekspresji słownej i plastycznej schizofreników.

Autor twierdzi, że tak samo jak zdrowi artyści dzięki swoim uzdolnieniom potrafią dać wyraz przeżyciom wielu ludzi, którzy nie umieją ich twórczo sformułować i dzieła takie budzą żywe emocje, tak utalentowany człowiek chory na schizofrenię tworzy syntezę przeżyć osób dotkniętych tą chorobą, która zgłębia ich niezwykle doznania. Świat człowieka złożony jest zarówno z wiedzy naukowej, logicznej, jak i twórczej intuicji oraz absurdu. Nauka jest narzędziem pierwszej, a sztuka drugiej dziedziny życia człowieka.

Autor z wielką wrażliwością podchodzi do zagadnienia twórczości osób dotkniętych schizofrenią. Porównuje życie do obrazu, który uzyskuje pełnię dzięki światłom, ceniom i kontrastom. Pełne poznanie człowieka jest możliwe również dzięki krańcowym doznaniom, nawet za cenę cierpienia, związanego z przekroczeniem granicy zdrowia psychicznego. Podobnie ustosunkował się Dąbrowski w opisaną już wcześniej koncepcji dezintegracji pozytywnej, pisząc, że rozszczepienie osobowości – dezintegracja, łącząca się zazwyczaj z głębokim bólem istnienia, pozwala wejść na poziom wyższego i doskonalszego poznania (Dąbrowski, 1979).

Kępiński stawia w swojej pracy następujące pytanie: czy plastyczny obraz świata, jaki stwarza artysta w schizofrenii – obraz swoich wewnętrznych przeżyć – jest chory i nosi znamiona patologii, czy może twórczość jest jak najbardziej wyrazem pozytywnych i zdrowych tendencji, chęcią wyjścia z ukrycia i kontaktu z otoczeniem? Nie wiadomo, gdzie spotyka się psychika „normalna” ze „schizofreniczną”. Zdaniem Jaspersa nie powinno traktować się przeżyć mistycznych w schizofrenii jako zjawiska patologicznego, gdyż stany takie są naturalnym wyrazem transcendentnych potrzeb, wynikających z natury ludzkiej (Kępiński, 1974).

Autor stoi na stanowisku, że „choroba psychiczna nie tworzy talentu, ale może go wyzwolić, spotęgować siły twórcze, nadać piękno niepowtarzalnej oryginalności” (Kępiński, 1974, s. 70).

W. Kurbitz dostrzega pewne zbieżności pomiędzy tendencjami w twórczości plastycznej dzieci i osób dorosłych chorych na schizofrenię. Uważa, że w pracach plastycznych obu grup występuje realizm intelektualny, który polega na zaznaczaniu faktów i szczegółów, które świadomy artysta pomija zgodnie z obiektywnie spostrzeganą rzeczywistością. Przykładem jest zjawisko „przezierania” (transparencji) niewidocznych w rzeczywistości szczegółów (np. kiedy u osoby widzianej z profilu jest zaznaczona para oczu). Chorzy tak samo jak dzieci odtwarzają własną rzeczywistość, interpretując zastaną przez pryzmat własnych urojeń niezgodnych z obiektywną rzeczywistością. E. Minkowski nazywa ten typ myślenia chorobliwym racjonalizmem. Łącząc te dwa podejścia: realizm intelektualny z chorobliwym racjonalizmem, twórczość plastyczną w schizofrenii można nazwać „realizmem patologicznym” (Kępiński, 1974).

Doskonałym przykładem uwolnienia się talentu pod wpływem choroby psychicznej jest, zaczerpnięty z pracy Kępińskiego, przykład twórczości Edwarda Monsiela – chorego na schizofrenię artysty – samouka, którego zbiór 553 obrazów i szkiców, opatrzonych inskrypcjami o treści religijno-posłanniczej, stanowi album ilustrujący obraz schizofrenii.

Monsiel urodził się w 1897 r. we wsi Woźuczyno, otrzymał wykształcenie zawodowe i prowadził razem z matką niewielki sklep. Zachorował w 1943 r. Jak wiadomo z jego biografii, w czasie II wojny światowej był świadkiem traumatycznego wydarzenia – pacyfikacji i zamordowania wielu osób wychodzących z kościoła po nabożeństwie. Będąc wśród nich, tak silnie przeżył to wydarzenie, że na czas okupacji niemieckiej zamieszkał za zgodą brata na strychu, gdzie ukrywał się do końca

wojny. Żyjąc w samotności i w zimnie na ciemnym strychu zmienił się, zaczął unikać jakichkolwiek kontaktów społecznych, stał się przesadnie religijny. Po jego śmierci okazało się, że przez ostatnie 20 lat mieszkania na strychu w samotności, stroniąc od ludzi, stworzył wysoce oryginalną serię prac rysunkowych, o których nikt z otoczenia nie wiedział. Obrazy te i inskrypcje, którymi zostały opatrzone doskonale reprezentują kryteria sztuki schizofrenicznej (Popek, 2004).

Monsiel przed zachorowaniem nigdy nie malował, ani nie przejawiał zainteresowania sztuką. Jego pierwsze prace powstały w Wielkanoc 1943 r. Rysunek pt. *Pan Jezus objawił się w Wielki Piątek 1943 r.* jest typowym przykładem twórczości pod wpływem olśnienia schizofrenicznego. Pokazuje twarze wylaniające się z desek sklepienia na strychu. Ponieważ większość rysunków posiada daty, można śledzić rozwój choroby i ewolucję twórczości. Z wielkich czarnych powierzchni portretów wylaniają się twarze Chrystusa, tło stanowi chaos dziwacznie poplątanych linii, spomiędzy których wyglądają oczy, wyszczerzone zęby, groźne, czasami groteskowe twarze. O powstałym w czasie trwania psychozy talencie świadczy fakt, że dzieła, chociaż wyrażają skrajnie przerażające uczucia, lęk, poczucie grożącej katastrofy podlegają dyscyplinie twórczej. Po kilku miesiącach tworzenia krystalizuje się nowy, sztywny, niezmienny już do końca obraz psychotycznego świata, w którym Monsiel odnajduje ocalenie i staje się posłannikiem Boga. Role się odwracają: świat już nie grozi jemu, ale to on obejmuje nad nim władzę. W tym okresie tworzenia, świat przedstawiony w pracach jest teomorficzny, wypełnia go bez reszty bóstwo. Wszystkie prace przedstawiały niezliczoną liczbę twarzy Boga: z przenikliwym spojrzeniem, wąsami, patetycznym gestem dłoni. Z miniaturowych twarzy zbudowane są postacie świętych, nimi również wypełnione jest tło, twarze tworzą charakterystyczny ornament wypełniający całą powierzchnię obrazów. Po krótkim czasie Monsiel osiąga swoją doskonałość formy i nie wykazuje już później dalszej ewolucji.

Artysta zdrowy i jego dzieło to dwa odrębne zjawiska, które można rozpatrywać oddzielnie. Osoba chora psychicznie jest silnie związana ze swoją twórczością, ponieważ wyraża ona bezpośrednio jego doznania. Chory nie dba o ład i konwencję obrazu, wychodzi poza ramy sztuki akademickiej, tworzy wizję świata tak, aby oddawała jego zmieniony świat. Monsiel jest rzadkim przypadkiem wyzwolenia talentu twórczego i inspiracji przez chorobę. Prace jego są o tyle niezwykle, że odsłaniają fragment najbardziej intymnego świata, absurdałnego i niedostępnego dla nas samych.

Podsumowując dociekania i zgromadzone badania Kępińskiego nad twórczością własnych pacjentów schizofrenicznych, warto przytoczyć jego słowa: „Z punktu widzenia ściśle lekarskiego choroba psychiczna jest zjawiskiem szkodliwym; często prowadzi do degradacji i zahamowania działalności twórczej, ale z perspektywy historii, poznania psychologicznego i wartości kulturowych poszerzyła ona wiedzę ludzką o takie obszary, których przyszłoby może żałować, gdyby je skreślić z dziejów ludzkości” (Kępiński, 1974, s. 66).

Samotność jako dojrzewanie geniuszu

Rozpowszechnione jest dziś przekonanie, że jedynym źródłem radości i spełnienia osobistego mogą być kontakty z innymi ludźmi. Dla większości ludzi podstawowym źródłem stymulacji poznawczej i emocjonalnej są inne osoby, uczestnictwo w rodzinie, w szkole, w grupie zawodowej, w kręgu towarzyskim. Sfera relacji interpersonalnych daje człowiekowi możliwość osiągnięcia satysfakcji, afiliacji, miłości, sławy. Obecnie uważa się, że w wyniku rozwoju cywilizacji, kontakty międzyludzkie stają się mniej głębokie, mniej autentyczne, czyli takie, które nawiązują do tego, co dzieje się „tu i teraz” pomiędzy dwojgiem ludzi. Niektórym łatwiej porozumieć się z drugą osobą, siedząc z nią „twarzą w twarz” przed komputerem.

Anthony Storr w swojej książce *Samotność. Powrót do jaźni* (2010) odwraca rozumowanie, według którego samotność jest stygmatem, ciężarem, który człowiek stara się z siebie zrzucić. Autor ukazuje uroki samotności i stara się udowodnić, że daje ona możliwość tworzenia, uczenia się, myślenia, innowacyjności oraz utrzymywania kontaktu z wewnętrznym światem wyobraźni. Zdolność do tworzenia jest według niego „doskonałą okazją do rozwoju osobistego w samotności”. Uważa, że większość ludzi rozwija się i dojrzewa przede wszystkim w toku relacji z innymi, poprzez przyjmowanie i pełnienie ról dziecka, małżonka czy rodzica. Artysta zaś dojrzewa w samotności – „jego życiową drogę charakteryzuje raczej dojrzałość dzieł, a nie relacje z innymi ludźmi” (Storr, 2010, s. 229). Ilustracją tego założenia jest Newton, który stanowi przykład introwertycznego twórcy, który był znany z unikania relacji międzyludzkich, ochrony własnej pracy przed ciekawością innych osób, dużej dbałości o zachowanie niezależności oraz traktowania pracy jako głównego źródła własnej wartości i spełnienia osobistego.

Autor, chcąc podkreślić doniosłą rolę samotności w rozwoju dojrzałego artysty, opisuje trzy okresy twórczości. Uważa, że u ludzi obdarzonych geniuszem, którzy żyją wystarczająco długo charakterystyczne są zauważalne zmiany stylu, które składają się na określone **okresy twórczości: wczesny, środkowy i późny**. Pierwszy etap może zdradzać przejawy geniuszu, aczkolwiek jest to czas, w którym artysta nie odnalazł jeszcze indywidualnego sposobu wyrażania siebie. Bernard Berenson wyjaśnił geniusz jako „zdolność do reakcji przeciw własnemu wychowaniu” (Storr, 2010, s. 249). Kiedy artysta zaczyna nabierać pewności siebie i odwagi, zaczyna wkraczać w drugi okres, w którym przejawiają się jego maestria i indywidualność. Wtedy, jak zaznacza autor, uwidacznia się duża potrzeba przekazywania swojego przesłania jak największej grupie odbiorców. Ten okres może zajmować większą część życia twórcy. Podane są przykłady Mozarta, Schuberta, Chopina i Mendelsona, którzy nie zdążyli ewoluować tak jak Beethoven czy Liszt, którzy wkroczyli w trzecią fazę swojej twórczości. Trzeci okres najbardziej podkreśla wagę samotności, gdyż charakterystyczne dla twórców na tym etapie tworzenia są:

- komunikowanie się z odbiorcami w mniejszym niż dotychczas stopniu,

- niekonwencjonalność w formie, próba osiągnięcia nowej jedności pomiędzy elementami,
- niemal całkowity brak potrzeby retoryki i przekonywania kogokolwiek o czymkolwiek,
- eksplorowanie odległych rejonów doświadczenia, mających charakter raczej intrapersonalny niż interpersonalny,
- brak oczekiwania zrozumienia twórczości ze strony innych.

Martin Cooper na temat późnego (trzeciego) stylu Beethovena pisze: „Nie ma tu żadnych ustępstw wobec słuchacza, nie zostaje poczyniony żaden wysiłek, aby zwrócić jego uwagę czy utrzymać jego zainteresowanie. Zamiast tego kompozytor obcuje sam ze sobą, kontempluje własną wizję rzeczywistości, jakby myśląc głośno, interesuje się wyłącznie własnymi myślami i procesami muzycznymi” (Storr, 2010, s. 252).

Autor prezentuje rolę samotności w rozwoju twórczości również z drugiej strony. Podaje przykłady wielkich twórców, którzy rozwijają potencjał swojej wyobraźni i tworzą, by w ten sposób zrekompensować sobie zerwanie bliskich relacji w dzieciństwie i towarzyszące im wtedy osamotnienie. Twórczość ma być niejako ochroną przed dezintegracją psychiczną, spowodowaną niesatysfakcjonującymi relacjami. Powracając do słów Kępińskiego, który tłumaczy schizofrenię jako naturalną konsekwencję wycofania się chorego z życia (tzw. „postawa autystyczna” u chorych na schizofrenię), okazuje się, że temat samotności dobrze koresponduje również z problemem izolacji i osamotnienia w chorobie psychicznej. Człowiek, który ucieka w świat wewnętrznych przeżyć „coraz bardziej przeżywa sam siebie, a coraz słabiej świat otaczający” (Kępiński, 1974, s. 191), na tym polega „zmaganie się człowieka z samym sobą”. Może stąd językiem porozumiewania się z innymi ludźmi niektórzy pacjenci czynią twórczość i przekaz zawarty w swoich dziełach.

Życie rodzinne i poprawne kontakty interpersonalne to główne źródło stymulacji w dzieciństwie. Storr uważa, że dopóki skutki samotności nie są na tyle dotkliwe, by spowodować całkowite pozbawienie danej osoby jakichkolwiek związków międzyludzkich, wówczas samotnie spędzone dzieciństwo sprzyja rozwojowi wyobraźni. Deprywacja we wczesnym okresie życia może spowodować stworzenie własnego wyobrazonego świata, który ułatwia czasem ucieczkę przed nieszczęściem, wynagradza utratę bliskiej osoby lub staje się podstawą przyszłych poszukiwań twórczych. Storr podaje jednak przykłady twórców pisarzy, takich jak Kipling, Saki, Wodehouse, których wspólny rys biograficzny (pozbawienie emocjonalnego ciepła i wsparcia w domu rodzinnym) sprawił, że nauczyli się posługiwać wyobraźnią i odnajdywać w niej schronienie przed niesprzyjającym światem dorosłych i zdołali sobie przez to wynagrodzić samotność twórczością. Autor nie skłania się do generalizacji i podkreśla, że nie należy wszystkich aktów twórczych sprowadzać do problemu wyobcowania w dzieciństwie. Są tacy, którzy brak satysfakcjonujących relacji międzyludzkich kompensują sobie przez gromadzenie majątku. Zaznacza, że kształtowanie się osobowości twórcy zależy od wielu czynników.

Przytoczone tutaj poglądy Anthony Storra podkreślają cenność przebywania w samotności, która sprzyja uczeniu się, myśleniu, tworzeniu, godzeniu się ze zmianami oraz utrzymywaniu kontaktu z wewnętrznym światem wyobraźni i potrzeb. Przykłady wielkich twórców pokazują, że są jednostki, dla których głównym przedmiotem zainteresowania nie są relacje międzyludzkie, a co więcej, które celowo z nich rezygnują. Biografie samotnych twórców i uczonych pokazują, ile wbrew pozorom człowiek samotny może zrobić dla drugiego człowieka i kultury.

Psychoterapia kreatywna i jej rodzaje

W dalszej części pracy przedstawione zostaną wybrane przykłady twórczości plastycznej pacjentów psychiatrycznych, które powstały na zajęciach arteterapeutycznych. Poniżej zaprezentowano pojęcie arteterapii zawężone celowo do terapii wykorzystującej sztuki plastyczne, w celu zrozumienia metody pracy.

Pojęcie **psychoterapii kreatywnej** (Konieczna, 2007) rozumiane jest jako pomocnicza metoda leczenia w formie indywidualnej lub grupowej. Celem zróżnicowanych oddziaływań terapeutycznych z zastosowaniem technik twórczych, w tym przypadku plastycznych, jest próba dotarcia do zamkniętego, psychotycznego świata. Odbywa się to poprzez propozycję ekspresji z użyciem symbolicznych środków wyrazu, które dodatkowo uzupełniają obraz diagnostyczny. Przydatność spontanicznej ekspresji twórczej pacjentów polega na ujawnianiu nagromadzonych emocji oraz zmniejszeniu napięcia psychicznego. Dodatkowo niewerbalny sposób przekazu jest bardziej spontaniczny niż kontakt bezpośredni z terapeutą i wzbudza mniejszy opór, wynikający z lęku przed ujawnieniem myśli i uczuć, o często zagrażającym i wstydliwym charakterze.

Zdaniem M. Kulczyńskiego funkcje psychoterapii kreatywnej można sprowadzić do trzech podstawowych: rekreacyjnej, edukacyjnej i korekcyjnej. Pierwsza z nich ma na celu stworzenie pacjentowi odpowiednich warunków do podniesienia nastroju, nabrania sił w celu twórczego zmagania się z problemem życiowym, odnawiania nadziei oraz rzeczywistych zasobów w skutecznym radzeniu sobie z sytuacją choroby. Celem funkcji edukacyjnej jest przemycenie poprzez interpretację przejawianej twórczości – sensu oraz nowych celów, gdy stare straciły na wartości w obliczu zmiany okoliczności życia. Funkcja korekcyjna polega na przekształcaniu – wykształconych na skutek choroby – szkodliwych mechanizmów myślenia i zachowania na bardziej wartościowe (Konieczna, 2007).

Analiza twórczości, choć sama nie jest w stanie pełnić roli diagnostycznej może uzupełniać proces terapeutyczny. Wykorzystanie wiedzy z zakresu technik projekcyjnych daje możliwość określenia stosunku twórcy do otaczającego świata, siebie i choroby.

Terapia z udziałem twórczości ma ogromną wartość w procesie osobowotwórczym, ukierunkowuje aktywność pacjentów na rozwój spontaniczności i zdolności do metaforycznego ujmowania rzeczywistości. Ekspresja twórcza pacjenta powinna być skierowana na wykrywanie wewnętrznych mechanizmów hamujących procesy poznawcze, rozwój zdolności oraz kształtowanie osobowości. Kulczycki podkreśla rolę twórczości w optymalizacji jakości życia poprzez przekraczanie wewnętrznych barier utrudniających samorealizację (Konieczna, 2007).

Funkcja terapeutyczna twórczości umożliwia rozwijanie samoświadomości, odkrywanie motywów własnego postępowania poprzez wspólną z terapeutą interpretację. Twórczość stanowi także bezpieczną sytuację terapeutyczną na ponowne przeżycie własnych konfliktów. W przypadku psychoz służy ona osłabieniu lęku wobec wytwórczych treści psychotycznych. Doświadczenia i przeżycia trudne do zakomunikowania w formie werbalnej, ze względu na swoją nierealność i brak odniesienia w rzeczywistości, znajdują ujście dzięki ekspresji plastycznej, dając możliwość bezpiecznego wyrażenia siebie. To z kolei ma istotne znaczenie w nawiązaniu kontaktu i wyjściu od **postawy autystycznej** (opisanej wcześniej w rozumieniu Kępińskiego), skupionej na własnym doświadczaniu, do otwarcia się na doświadczanie świata wokół (red. Knapik, Sacher, 2004).

Psychoterapia kreatywna wykorzystuje wiele technik, w tym część z nich ma charakter diagnostyczny i projekcyjny, tak jak psychorysunek. W terapii krótkoterminowej rysunek dostarcza pacjentowi innego języka, który ułatwia mu poznawcze przepracowanie problemów, klinicyście, natomiast, pomaga zorientować się, na ile realistycznie pacjent podchodzi do swoich problemów. Przykładowo można poprosić pacjenta o rysunek zatytułowany *Przeszłość, teraźniejszość, przyszłość*, który wzmacnia świadomość osobistej odpowiedzialności oraz ciągłości życia. Innym użytecznym sposobem jest instrukcja namalowania swojego problemu bądź podobnego problemu z przeszłości, który jest związany z kryzysem obecnym. Interwencje takie dostarczają danych klinicyście odnośnie do sytuacji problemowej, są także doskonałą metodą służącą wspieraniu zrozumienia problemu przez samego pacjenta. Rysunek może być także wykorzystany jako dokument i podsumowanie terapii – jak namalowanie stanu „Przed, w trakcie i po” terapii. Taka praca pozwala dostrzec pacjentowi jego dokonania i postępy, które pomagają przyjrzeć się swojemu rozwojowi podczas terapii i uzyskać wgląd w **doświadczenia terapeutyczne** (Oster, Gould, 1999). Wymienione techniki nazywane są interpretującymi, ponieważ wymagają przedstawienia na papierze wskazanych tematów i opisanie ich w postaci opowiadania dowolnego bądź bazującego na pytaniach zadawanych przez terapeutę (red. Knapik, Sacher, 2004).

W wymienionych wyżej rodzajach środków artystycznego wyrazu, gdzie terapeuta podaje pacjentowi kartkę, ołówek i instrukcję tego, co ma rysunek przedstawiać, rzadko zachodzi zjawisko spontanicznej ekspresji. Znacznie większą dowolność i przyjemność pacjent może odnosić w sytuacji wyboru dowolnego sposobu twórczości. Jest to rodzaj technik kształtujących – wymagających samodzielnego

wykorzystania materiałów plastycznych i zainicjowania sytuacji twórczej, jaką jest malowanie na dowolny temat (red. Knapik, Sacher, 2004). Znaną techniką jest Metoda Malowania Dziesięcioma Palcami (*Finger-Painting*) stworzona przez R. F. Showa, wykorzystywana także w terapii dzieci (Konieczna, 2007). W tak pojętej arteterapii dowolne jest wykorzystywanie wszelkich znanych technik malarских, dlatego pomocne jest dodatkowe wykształcenie plastyczne psychologa lub pedagoga. Wybrana twórczość pacjentów zaprezentowana w dalszej części pracy powstała w wyniku spontanicznej ekspresji i samodzielnego wyboru arteterapii przez pacjentów jako dodatkowej formy leczenia na oddziale szpitalnym.

Charakterystyka badań własnych

Prace plastyczne, które autorka tekstu poddawała analizie, powstały w przy szpitalnej pracowni arteterapeutycznej. Wśród badanych znajdowali się profesjona liści z wykształceniem plastycznym, amatorzy z uzdolnieniami artystycznymi oraz chorzy wypowiadający się plastycznie, nieposiadający ani wykształcenia pla stycznego, ani uzdolnień artystycznych. Liczba hospitalizacji, w trakcie których powstawały prace, wahała się od kilku do kilkudziesięciu.

Charakterystyka badanych i ich prac plastycznych została dokonana w aspek cie analizy zmiennych w zakresie dwóch zespołów cech. Pierwszy to Zintegrowa ny Indeks Cech Osoby Badanej przedstawiony w tabeli 1., obejmujący sylwetkę społeczną, biopsychiczną i twórczą.

Tabela 1

Zintegrowany Indeks Cech Osoby Badanej

Sylwetka badanych		
społeczna	biopsychiczna	twórcza
Inicjały Stan cywilny – panna – kawaler – zamężna – żonaty – wdowiec, -wa – rozwiedziony, -na Sytuacja rodzinna – ma bliską rodzinę – ma rodzinę dalszą – samotny	Płeć: M/K Wiek: Wiek zdiagnozowania choroby: Kategorie zaburzeń (wg ICD-10): – organiczne zaburzenia psychiczne włącznie z zespołami objawowymi – zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane używa niem środków psychoaktywnych – schizofrenia, zaburzenia typu schi zofrenii i urojeniowe – zaburzenia nastroju (afektywne)	Poziom kompetencji – pełny (wykształcenie plastycz ne i uzdolnienie) – częściowy (albo wykształcenie plastyczne albo uzdolnienia) – brak kompetencji (brak wy kształcenia, brak uzdolnień) Stosunek do własnej twór czości – uważa się za artystę – uważa, że kiedyś był artystą – uważa, że będzie artystą

Tab. 1 (cd.)

Sylwetka badanych		
społeczna	biopsychiczna	twórcza
Wykształcenie – wyższe – wyższe plastyczne – średnie ogólne – średnie plastyczne – średnie zawodowe – podstawowe – podstawowe niepełne Źródło utrzymania – praca zawodowa – renta – opieka społeczna – rodzina	– zaburzenia nerwicowe, związane ze stresem i pod postacią somatyczną – zespoły behawioralne związane z zaburzeniami fizjologicznymi i czynnikami fizycznymi – zaburzenia osobowości i zachowania dorosłych – upośledzenie umysłowe – zaburzenia rozwoju psychicznego – zaburzenia zachowania się i emocji rozpoczynające się zwykle w wieku młodzieńczym Stosunek do leczenia i kontakt z badanym: – pozytywny – negatywny Rodzaj leczenia: – zamknięte (czas przebywania w szpitalu) – otwarte	– uważa się za twórcę amatora – nie uważa się za twórcę Moment rozpoczęcia tworzenia – przed zachorowaniem – po zachorowaniu Motywy podjęcia aktywności twórczej – z własnej woli – w ramach terapii, na polecenie terapeuty – bez przyczyny – nie wie, dlaczego Przybliżona liczba prac – przed zachorowaniem – po zachorowaniu Nastawienie na interpretację – wystawia swoje prace, pokazuje lekarzowi i pacjentom – pokazuje tylko lekarzowi lub wybranym osobom – nie pokazuje lub chowa – niszczy

Źródło: oprac. własne na podstawie Tyszkiewicz, 1987.

Drugi to narzędzie obejmujące Kryteria Analizy Wytworów Osób Badanych (tabela 2), służące do analizy tematyczno-formalnej i psychopatologicznej prac plastycznych. Kolejność opisu tych zespołów służyć ma powiązaniu obrazu chorobowego z twórczością pacjenta.

Tabela 2

Kryteria analizy wytworów osób badanych

Analiza tematyczno-formalna	Analiza psychopatologiczna
Konwencja prac – realistyczna – abstrakcyjna – mieszana	Cechy patologii treści – maszkaronizacje głowy – maszkaronizacje postaci – twory mieszane

Tab. 2 (cd.)

Analiza tematyczno-formalna	Analiza psychopatologiczna
Tematyka 1. Osobista – autoportret – autoportret symboliczno-allegoryczny – autoportret w pejzażu – autoportret w kompozycji – autoportret sytuacyjny 2. Obojętna – portrety – sceny rodzajowe – pejzaż – martwa natura – kompozycja abstrakcyjna 3. Mieszana Forma Barwa – kolorowa/czarno-biała – czarno-biała z przewagą koloru – kolorowa z przewagą czerni i bieli – dobór poszczególnych kolorów Kompozycja – otwarta/zamknięta – kierunek kompozycji (pionowy/poziomy) – koncentryczność/decentryczność – perspektywa geometryczna – barwa wskazująca na oddalanie bądź przybliżanie – ilość planów – symetria/asymetria Dynamika/stabilność Linia – mocna i wyrazista/niewyraźna	– dekompozycja postaci ludzkich zwierzęcych – zwielokrotnienie części ciała/elementu/całego obrazu – wyrażenie zaznaczone części ciała – mutylacje – aglutynacje („zlepki”) – wkomponowanie pisma w tło, napisy o rozkojarzonej treści – znaki, symbole – przedstawienia magiczne Cechy patologii formy – realizm patologiczny („transparencja”) – nadmierne wypełnienie kompozycji – iteracje – nieoznaczona przestrzeń – geometryzacja i stylizacja – ornamentacja – dekoracyjność (arabeski, spirale) – schematyzacja i prostota kompozycji – układ kompozycji kolisty, skośny, ciągły – wertykalizm kompozycji Nastrój kompozycji – elementy uwidaczniające poczucie zagrożenia – pogodny – ...

Źródło: jak w tabeli 1.

Porównanie utworu plastycznego z jego autorem służy prześledzeniu twórczości plastycznej osób z różnymi zaburzeniami psychicznymi tak, aby odnaleźć swoiste dla danej osoby zaburzenia – sposoby komunikowania się z otoczeniem, sposoby widzenia i kodowania świata zewnętrznego oraz przeżyć intrapsychicznych. Analiza prac nie jest nastawiona wyłącznie na wyszukiwanie psychopatologicznych przejawów choroby w twórczości, dlatego uwzględniona jest także

analiza tematyczno-formalna, która wskazuje na istnienie podobieństwa prac osób z zaburzeniami psychicznymi do wytworów osób zdrowych. Dzieła badanych twórców mogą za pośrednictwem tematyki, stylu pracy wyrażać komunikaty, które nie zawsze są przejawem patologii. Dla ilustracji powyższych rozważań przedstawiona zostanie wybrana twórczość czterech pacjentów.

Twórca pierwszy

Badany ma pięćdziesiąt sześć lat, był kilkakrotnie hospitalizowany w szpitalu psychiatrycznym. Rozpoznanie, jakie mu postawiono to: organiczne uszkodzenie mózgu, zespół alkoholowy i zaburzenia osobowości. Po raz pierwszy trafił do szpi-



Praca 1. *Moje myto*

tała z powodu problemu alkoholowego. Uszkodzenie mózgu powstało na skutek wypadku i urazu głowy. Po operacji i usunięciu krwaka, na skutek uszkodzenia lewej półkuli mózgu wystąpiły zaburzenia mowy. Podczas kolejnych pobytów w szpitalu stwierdzono towarzyszące stany zaburzeń osobowości.

Poziom kompetencji określić można jako częściowy, twórca nie ma wykształcenia plastycznego, ale posiada wyraźne uzdolnienia i indywidualny styl tworzenia. Badany uważa się za artystę. Jest otwarty na interpretację i przedstawianie swoich prac otoczeniu zewnętrznemu. Posiada na swoim koncie kilka wystaw indywidualnych.

Motywy podjęcia się aktywności twórczej było uczestnictwo w terapii w pracowni arteterapeutycznej. Sama twórczość po zachorowaniu obejmuje kilkaset prac. Twórca malował z dużym zaangażowaniem, wykorzystując większość spędzonego na terapii czasu. Cała twórczość obejmuje kilkaset prac wykonanych w większości akwarelami, następnie olejami oraz ołówkiem.



Praca 2. *Miranda*



Praca 3. *Papaja*



Praca 4. *Wycyckana przyszłość*



Praca 5. *Popieścić wisielca*

Twórca drugi

Badany ma trzydzieści sześć lat, był dwukrotnie hospitalizowany na oddziale psychiatrycznym. Pacjent nie miał postawionej jednoznacznej diagnozy.



Praca 6.



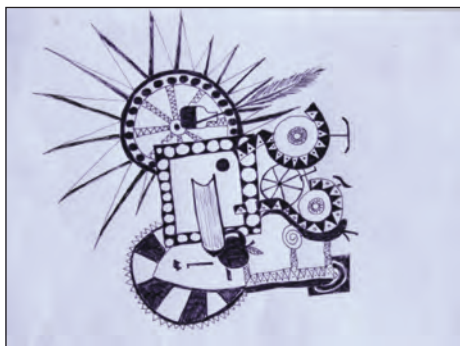
Praca 7.



Praca 8.

W trakcie pierwszego pobytu w szpitalu zdiagnozowano zaburzenia osobowości. Podczas drugiego krótszego pobytu, po próbie samobójczej, jako schorzenie podstawowe uznano zaburzenia depresyjne oraz współistnieją-

cą osobowość schizoidalną⁵. Łącznie badany spędził około pięciu miesięcy w szpitalu.



Praca 9.

Poziom kompetencji można określić jako częściowy, pacjent nie posiada wykształcenia plastycznego, aczkolwiek ukończenie studium fotograficznego świadczy o zainteresowaniach artystycznych i posiadaniu określonych predyspozycji i umiejętności z tego zakresu. Namalowane w trakcie arteterapii obrazy wskazują na uzdolnienia plastyczne. Badany nie ma zdania, jeżeli chodzi o swoją twórczość, malował w ramach terapii w odpowiedzi na propozycję terapeuty. Przed zachorowaniem badany nie tworzył. Przybliżona liczba prac obejmuje około trzydziestu obrazów, wśród których większość namalowana jest pastelami, a osiem prac jest czarno-białych, wykonanych flamastrem.

Twórca trzeci

Badany ma trzydzieści lat, zdiagnozowano u niego schizofrenię paranoi-dalną. Od pierwszego epizodu schizofrenicznego przebywał kilkanaście razy na oddziale szpitala psychiatrycznego w okresie około pięciu lat. Poziom kompetencji twórczych określić można jako częściowy, twórca nie ma wykształcenia plastycznego, ale malował oryginalne prace podczas pobytu w szpitalu. Jego zainteresowania bardziej jednak niż w stronę malarstwa podążają w stronę muzyki. Badany pisze muzykę i ma swój zespół, z którym nagrał płytę. Z rozmowy można wywnioskować, że jest zaangażowany i zadowolony z tego, co robi. Jeżeli zaś chodzi o twórczość malarską nie uważa się za artystę, raczej za twórcę

⁵ Wzorec funkcjonowania jest oparty na wycofaniu z relacji społecznych oraz słabej ekspresji emocji w sytuacjach interpersonalnych. Najważniejsze kryteria dla rozpoznania tego wzorca to: (1) brak pragnienia i przyjemności z kontaktów i bliskich relacji z innymi; (2) samotna aktywność w różnych sferach życia; (3) brak lub niewielkie zainteresowanie kontaktami seksualnymi; (4) czerpanie przyjemności z niewielu obszarów życia; (5) poza krewnymi brak bliskich osób; (6) okazywanie obojętności na pochwałę i krytykę; (7) chłód emocjonalny (Sęk, 2008, t. 2, s. 50).

amatora, niemniej jednak jest dumny ze swoich obrazów, które powstały w pracowni plastycznej.

Namalował około piętnastu prac, z czego większość stanowi obrazy olejne, trzy prace to rysunki wykonane ołówkiem. Swoją przygodę z twórczością plastyczną rozpoczął po zachorowaniu, wcześniej nie malował. Sam wybrał pracę plastyczną i aktywność malarską podjął z własnej woli, bez namowy terapeuty. Charakterystyczny był duży entuzjazm, z jakim podchodził do malowania. Tak samo jak intensywnie i z zaangażowaniem zaczął malować, tak w połowie leczenia



Praca 10. *Samuraj*



Praca 11. *Głupota utajona*



Praca 12. *Potwarz*



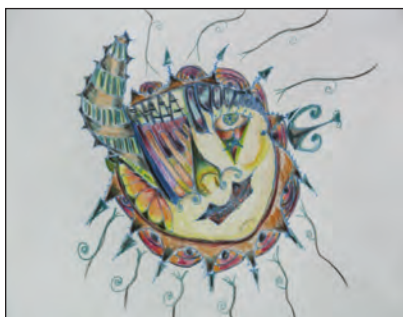
Praca 13. *Kobieta*

nagle przestał i już później nie stworzył żadnego obrazu. Prawdopodobnie początek choroby i związane z nim objawy wytwórcze (urojenia) były stymulatorem do podjęcia aktywności twórczej i chęci zobrazowania produktów własnej wyobraźni. Leczenie i przyjmowanie leków, powodujących ustąpienie objawów choroby wpłynęło na zmniejszenie produktywności twórczej.

Twórca czwarty

Badana ma dwadzieścia siedem lat, na oddziale szpitala przebywała pięć razy po sześć tygodni. Jako schorzenie podstawowe zdiagnozowano u niej schizofrenię paranoidalną.

Poziom kompetencji jest częściowy, nie ma wykształcenia plastycznego, ale według arteterapeuty posiada uzdolnienia. Momentem rozpoczęcia twórczości był udział w arteterapii podczas pobytu w szpitalu, badana nie malowała przed zachorowaniem. Motywem podjęcia aktywności plastycznej była propozycja terapeuty w ramach zajęć. Jeżeli chodzi o podejście do własnej twórczości, pacjentka uważa się za twórcę amatora. Jest nastawiona na interpretacje prac, wystawia je i pokazuje lekarzowi oraz pacjentom. Podczas pobytów w szpitalu stworzyła serię około trzydziestu prac kredkami.



Praca 14.



Praca 15.



Praca 16.

Próba syntezy

Po pierwsze, warto zaznaczyć, że nie wiadomo, ilu pacjentów szpitali psychiatrycznych miałyby tendencje do malowania, gdyby stworzono im ku temu odpowiednie warunki. Oceniając pacjentów pod kątem ich aktywności twórczej, część z nich maluje wyłącznie w okresach zaostrzenia choroby, a w okresach remisji ich aktywność wygasa. Inni, zupełnie odwrotnie, malują w okresach poprawy samopoczucia, a przestają tworzyć w czasie nawrotu. Niektórzy pacjenci miewają bardzo krótki epizod intensywnego malowania, po którym już nigdy nie powracają do aktywności twórczej. Są wreszcie tacy, którzy malują bardzo dużo obrazów przez cały czas trwania choroby. Można przypuszczać, że w tej grupie potrzeba twórcza tkwi najgłębiej, a zaburzenia wpływają jedynie na jakość ich ekspresji twórczej. Istnieje też zależność rodzaju aktywności twórczej od stanu zdrowia. Niektórzy pacjenci w czasie epizodu schizofrenicznego, któremu towarzyszy często zwiększenie napędu psychoruchowego i natłok myśli (mantyzm), uprawiają twórczość pisarską, natomiast w trakcie remisji, podczas stanu depresyjnego malują, twierdząc, że pisanie wymaga większej sprawności intelektualnej.

Należy zaznaczyć, że choroba psychiczna nie powoduje usprawnienia predyspozycji intelektualnych, a zmienia sposób myślenia i nadaje mu inny kierunek, wpływa dodatnio bądź ujemnie na napęd psychoruchowy, który wyraża się w potrzebie ekspresji. Choroba może być raczej czynnikiem uruchamiającym istniejący w człowieku potencjał twórczy. Idąc dalej, wyzwolenie potrzeby twórczej nie łączy się z jednoczesnym początkiem talentu. Jak wynika z obserwacji wielu prac, motywacja i potrzeba ekspresji wcale nie muszą iść w parze z umiejętnościami artystycznymi, bywa, że pacjent w pracowni ceramicznej przez cały okres swojej choroby lepi kubki z gliny bądź maluje ciągle te same drzewa. Na pewno istnieją też chorzy, w przypadku których potencjał twórczy nie ujawnia się na skutek nierozbudzonej potrzeby i braku motywacji, co spowodowane jest właśnie chorobą.

Wstępne założenie badawcze autorki tekstu, według której **zaburzenia psychiczne w niektórych przypadkach są stymulatorem aktywności twórczej, u badanych nietworzących przed chorobą** pozostanie słuszne, jeżeli pozostawi się w nim określenie **niektórych**. Duża wrażliwość, metafizyczne poszukiwania, urojenia o absurdalnych i niezwykłych treściach czy omamy towarzyszące schizofrenii nie stworzą z każdego artysty, gdy zabraknie potrzeby ekspresji plastycznej i umiejętności twórczych. Dodatkowo warte podkreślenia jest, że znaczna liczba pacjentów psychiatrycznych rozpoczynających twórczość podczas choroby jest wynikiem pierwszego zetknięcia się z malarstwem i samodzielną twórczością podczas arteterapii, a nie rozbudzenia ukrytej potrzeby spowodowanej psychotycznymi doświadczeniami. Nie zawsze twórczość jest wynikiem czystej motywacji

wewnętrznej. W wielu przypadkach podjęcie czynności twórczych jest inspirowane zachętą ze strony arteterapeuty.

Od aktywności należy przejść do specyfiki twórczości osób z zaburzeniami psychicznymi. Wytwory osób chorych psychicznie noszą specyficzne cechy patologii treści i formy. Do cech często powtarzających się szczególnie w malarstwie schizofrenicznym jest m.in.: skłonność do stereotypii (powtarzania motywów na rysunku), tendencja do stylizacji⁶ i geometryzacji, charakterystyczna dekoracyjność⁷, deformacje i dekompozycje przedmiotów oraz postaci⁸, kompozycja z oryginalnym rozmieszczeniem elementów lub oparta na symetrii, absurdalna tematyka, nagromadzenie szczegółów (przejaw rozkojarzenia i rozerwania wątków myślowych – tzw. **inkoherencji**), specyficzny wyraz i ekspresja postaci oraz zwielokrotnianie części ciała.

Kwestią bardziej sporną jest rozstrzygnięcie, czy można posługiwać się mianem „stylu schizofrenicznego”, który zdefiniowany byłby jako zbiór cech reprezentatywnych dla zbiorowości twórców z defektem schizofrenicznym. Dla określenia stylu twórczości osób z zaburzeniami nie wystarczy wyliczenie cech, istotne jest wchodzenie ich ze sobą w określone związki. Z powyższego opracowania materiału badawczego wynika jednoznacznie, że wyszczególnione Kryteria Analizy Wytworów mogą wzajemnie się wykluczać, np. schematyzacja i prostota wypowiedzi graficznych z dekoratywnością; geometryzacja⁹, pojedyncze figury geometryczne umieszczone na pustym tle z nadmiernym wypełnieniem kompozycji i ornamentacją¹⁰; kompozycje oparte na zasadach symetrii z kompozycjami asymetrycznymi. Styl schizofreniczny występuje więc w wielu odmianach, podobnie jak wiele jest klinicznych obrazów schizofrenii, nie uwzględniając założeń, że ilu pacjentów, tyle schizofrenii.

⁶ **Stylizacja** to upraszczanie na rysunku form, które w rzeczywistości są złożone.

⁷ **Dekoracyjność** (arabeski, spirale) – mnogość i zagęszczenie najrozmaitszych elementów ozdobniczych i treściowych na płaszczyźnie jednego obrazu, rozłożenie rysunku na drobne szczegóły z dużą dokładnością i precyzją (np. drobniutkie rysunki, wypełniające tło lub znajdujące się wewnątrz konturu postaci), przedstawiać mogą motywy roślinne i geometryczne o charakterze arabesków i spirali, fragmenty anatomiczne (powtarzające się gęsto, jedno obok drugich oczy, usta, twarze), pomniejszone przedstawienia postaci, nawiązujące tematycznie do figury centralnej albo będące jej powtórzeniami, opatrzone często inicjałami lub dodatkowymi objaśnieniami treści obrazu (Madejska, 1975).

⁸ **Dekompozycje postaci ludzkich i zwierzęcych** to skompletowane postacie z rozbitych całości człowieka i zwierzęcia, człowiek posiadający atrybuty zwierzęce, lub zwierzę posiadające cechy typowo ludzkie.

⁹ **Geometryzacja** jest szczególną postacią stylizacji i przedstawieniem form jako elementarne prostych, np. postaci ludzkiej z wykorzystaniem form geometrycznych takich jak trójkąt, koło, prostokąt czy trapez, przy daleko posuniętej geometryzacji sylwetki osób przypominają formy kubistyczne – tzw. „kubizm schizofreniczny” (Madejska, 1975).

¹⁰ **Ornamentacja** to rytmiczne powtarzanie na rysunku zawsze tych samych motywów, posiadających określone łączenia i rytm (stereotypie), które mogą wynikać z choroby (np. urojeń) bądź być elementem zdobniczym (np. obramowania) (Madejska, 1975).

Wychodząc poza kliniczną analizę prac i spojrzenie przez prymat sztywnego katalogu cech, a odwołując się do fenomenologiczno-egzystencjalnego podejścia do choroby i człowieka, omawianą twórczość można rozpatrywać jako indywidualną i zupełnie wyjątkową konwencję artystyczną. Prace każdego artysty z osobna można rozpatrywać jako niepowtarzalny byt, charakterystyczny dla tej właśnie osoby z jej subiektywną wizją rzeczywistości psychotycznej. Jednak ten właśnie specyficzny charakter wytworów jest konsekwencją zmian, jakie zachodzą na skutek psychotycznych przeżyć w funkcjonowaniu poznawczym, emocjonalnym i behawioralnym. Zmiany te są utrwalone na obrazach będących zapisem tych oryginalnych przeżyć.

W malarstwie osób z zaburzeniami psychicznymi tematyka obrazów jest często zbliżona do absurdu, co wskazuje na podobieństwo do nurtu surrealistycznego. Przedstawienia z pogranicza jawy i snu, nieprawdopodobne zestawienia przedmiotów, niezrozumiały, ale nadal charakterystyczny i powtarzalny porządek rzeczy wielokrotnie pojawiają się nie tylko w obrębie twórczości jednego artysty, ale w pracach kilku wymienionych badanych, tak jakby surrealizm był określonym sposobem myślenia, bycia i ekspresji. Tylko, że w malarstwie osób z zaburzeniami nie chodzi o szokowanie, umyślne odwracanie porządku rzeczywistości, uwolnienie i twórcze spożytkowanie elementów zepchniętych do podświadomości człowieka ze względu na ograniczenia racjonalności i norm kulturowych czy burzenie utartych schematów świata tak, jak leżało to w naturze surrealistów. W malarstwie osób chorych psychicznie absurd i brak logiki jest czymś zwyczajnym, nie przynależy do świata snu, ale do rzeczywistości. Nieprawdopodobne, odległe skojarzenia, których przejawy można śledzić nie tylko w malarstwie, ale także w wypowiedziach werbalnych (rozkojarzenie) schizofrenika są dla niego czymś całkowicie jasnym i zrozumiałym. Dla osób z otoczenia zewnętrznego zaznacza się natomiast brak struktury semantycznej, reguł składni, a co za tym idzie – niekomunikatywność tych prac. Wyrażenie nowych jakości powstających na skutek splątania myśli i dezintegracji osobowości można przyrównać do próby opisania zapachu lub smaku niewystępującego w przyrodzie, stąd język werbalny, jak i graficzny, obfitujący w dziwaczne neologizmy, zlepki, metafory i skojarzenia.

Kolejne założenie, do którego autorka się odwołuje, to wpływ choroby psychicznej na zmianę stylu i kierunku twórczości plastycznej profesjonalistów. Z wywiadu przeprowadzonego z twórcą mającym wykształcenie plastyczne wynika, że inaczej maluje człowiek, który zaczyna malować podczas choroby i nie ma wypracowanego warsztatu, inaczej zaś profesjonalny twórca, który doświadczył w swoim życiu epizodu psychotycznego. Jeżeli nie zostają uszkodzone w sposób znaczny czynności poznawcze i integracyjne mózgu, umożliwiające komponowanie, malarstwo takich chorych nie musi tracić na wartości. Jeżeli jest się artystą, to może warto obronić swój talent przed psychozą, a jeżeli się to uda, to spróbować go rozwinąć i tworzyć mimo choroby, a nawet dzięki niej. Wtedy twórczość może nabierać charakteru terapeutycznego, dawać ujście dla silnych przeżyć i lęków

w postaci dzieł sztuki. Talent i choroba nie są wartościami wymiennymi, choroba nie zastąpi talentu, ale może mieć swój udział w ekspresji.

Trudno jest udzielić odpowiedzi na pytanie, czy talent może pojawić się na skutek choroby. Jeżeli w schizofrenii paranoidalnej występują objawy pozytywne, czyli nadmiarowe, jak urojenia, omamy i dziwaczne zachowania, może rozwijający się w tym samym czasie talent również należy zaliczyć do tych objawów. Z drugiej strony może nie warto w ogóle doszukiwać się powiązań pomiędzy chorobą a tworzoną wówczas sztuką. Marc Chagall pomimo braku klinicznych zaburzeń zachowania, tworzył obrazy, na których można odnaleźć wiele cech, które w świetle psychopatologicznej analizy uznane byłyby za typowo schizofreniczne – tendencja do geometryzacji, powtarzające się dekompozycje postaci ludzkich i zwierzęcych, oryginalne rozmieszczenie i duże nagromadzenie elementów, nadmiernie wypełniona i zamknięta kompozycja, nastrój magii i nierealnego przeżywania typowy dla surrealizmu. Może tajemnica tkwi w zestawieniu tych elementów, w ładzie i spójności kompozycji, której często brak w obrazach badanych.

Z całą pewnością twórczość plastyczna jest formą komunikowania się chorych z otoczeniem. Jeżeli język werbalny nie pozwala oddać tego, co dzieje się w człowieku, to wizualizacja tych przeżyć, niepokojów i emocji z wnętrza psychotycznego świata staje się bardziej zrozumiała dla otoczenia zewnętrznego. Obraz jest w mniejszym stopniu ograniczony rygorystycznymi zasadami składni w porównaniu do języka. W przekazie plastycznym nawet swobodne, dowolne czy wręcz absurdałne użycie środków jest bardziej zrozumiałe niż w wypowiedzi werbalnej. Kiedy słowa są bezradne, bardziej wymowne stają się obrazy. Charakterystyczne dla twórczości schizofrenicznej jest nagromadzenie szczegółów, nadmierne wypełnienie kompozycji, jakby próba oddania złożoności indywidualnego problemu. Tematyka, która nazwana zostaje absurdałną, fantastyczną, urojeniową w istocie swojej może być realną rzeczywistością, poddaną transformacji schizofrenii. Może dlatego obrazy te mogą wzbudzać w odbiorcy niepokój i ciekawość, które wynikają z braku wglądu w świat przeżyć psychotycznych.

Ostatnim problemem, do którego autorka badań się odnosi to wartość terapeutyczna twórczości. Dla omówienia tego zagadnienia warto przytoczyć koncepcję Freuda, która zakłada, że czynności twórcze są rodzajem sublimacji, dają upust tłumionym tendencjom, prowadząc do samooczyszczenia. W ujęciu tym twórczość ma charakter autoterapii. Biorąc pod uwagę, że sposób ekspresji siebie przez twórczość jest cechą nie tylko osób z zaburzeniami, ale także zdrowych, określenie terapia traci swój sens. Różnice stają się widoczne, jeżeli weźmie się pod uwagę motywy ekspresji twórczej. Stanom psychotycznym często towarzyszy wzmożenie napędu psychoruchowego, przyspieszenie spontaniczności i zmienności wątków myślowych, dlatego czynności twórcze mogą rozładowywać niepokój i nadpobudliwość. Nie należy jednak zapominać o wartościach ludycznych osiągniętych dzięki czynnościom twórczym, które wspólne są zarówno dla zdrowych, jak i chorych artystów. Jeżeli twórczość może być terapią, może nią być również dobrze wszystko,

co sprawia przyjemność i radość, wpływa łagodząco i pozytywnie na stan psychiczny i samopoczucie pacjentów psychiatrycznych. Dlatego wszystkie zakłady opieki zdrowia psychicznego powinny tworzyć pacjentom warunki do rozwoju i możliwości zapomnienia o długiej i nieznosnej hospitalizacji. Pracownie arteterapeutyczne, usytuowane obok szpitalnych oddziałów w ogrodach, cieszą się częstymi odwiedzinami wielu pacjentów, stanowią niejako „państwo w państwie” (tak nazwał je jeden z pacjentów), w którym każdy stawiał się artystą, odkrywał swoje możliwości i zaskakiwał sam siebie.

Pisząca te słowa miała okazję przekonać się, jak istotną rolę odgrywa osobowość arteterapeutów, stosunek do pacjentów i ich twórczości. Bardzo trudno jest stworzyć odpowiednie warunki i atmosferę, w których pacjenci angażują się w to, co robią, aby następnie czuć satysfakcję i dumę z samego siebie. Rozbudzenie potrzeby twórczej u pacjentów może być dużym wyzwaniem, często są to osoby będące pod wpływem silnych leków, zubożnione i wygaszone uczuciowo, przejawiające nieadekwatną i trudną do zrozumienia ekspresję emocjonalną. Cech dobrego terapeuty nie da się wyćwiczyć i nabyć w wyniku długotrwałych szkoleń, ważne są naturalne umiejętności oddziaływania na innych nie tylko zamierzonym zachowaniem, ale samą osobowością. To, co udało się zaobserwować, a co miało znaczący, o ile nie najważniejszy wpływ na zachowania pacjentów i skuteczność terapii, to nieutożsamianie człowieka z chorobą. Chorobę należy traktować jako coś, co zostało narzucone zastanej osobie – bogatej indywidualności, traktować pacjenta nie jako zaburzonego, ale nadal jako człowieka, którym był zanim pojawiła się choroba. Człowiek ma naturalną tendencję do zmagania się i walki z cierpieniem, dlatego ważne jest, aby czuł się niepokonany. Nawet jeżeli przegrywa, to nigdy nie traci całkowicie siebie.

Literatura

- Bilikiewicz A. (2004), *Psychiatria*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa.
- Brzozowski P., Drwal R. Ł. (1995), *Kwestionariusz osobowości Eysencka. Polska adaptacja EPQ-R*, Pracownia Testów Psychologicznych PTP, Warszawa.
- Carr A. (2009), *Psychologia pozytywna. Nauka o szczęściu i ludzkich siłach*, Wydawnictwo Zysk i S-ka, Poznań.
- Cirlot J. E. (2000), *Słownik symboli*, Wydawnictwo Znak, Kraków.
- Dąbrowski K. (1979), *Dezintegracja pozytywna*, Państwowy Instytut Wydawniczy, Warszawa.
- Frankl W. E. (2009), *Człowiek w poszukiwaniu sensu. Czarna Owca*, Warszawa.
- Freud Z. (1991), *Poeta i fantazjowanie*, [w:] K. Pospiszyl, *Zygmunt Freud. Człowiek i dzieło*, Wydawnictwo Ossolineum, Wrocław–Warszawa–Kraków.
- Freud Z. (1984), *Wstęp do psychoanalizy*, Państwowe Wydawnictwo Naukowe, Warszawa.
- Hall C. S., Lindzey G., Campbell J. B. (2006), *Teorie osobowości*, Państwowe Wydawnictwo Naukowe, Warszawa.
- Jamison K. R. (1995), *Niespokojny umysł*, Wydawnictwo Zysk i S-ka, Poznań.

- Jamison K. R. (1993), *Touched with fire: Manic-depressive illness and the artistic temperament*, Free Press/Macmillan.
- Kępiński A. (1974), *Schizofrenia*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa.
- Knapik M., Sacher W. A. (red.), (2004), *Sztuka w edukacji i terapii*, Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków.
- Konieczna E. (2007), *Arteterapia w teorii i praktyce*, Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków.
- Kozielecki J. (2000), *Koncepcje psychologiczne człowieka*, Wydawnictwo Akademickie „Żak”, Warszawa.
- Kozielecki J. (1997), *Transgresja i kultura*, Wydawnictwo Akademickie „Żak”, Warszawa.
- Limont W. (2010), *Uczeń zdolny. Jak go rozpoznać i jak z nim pracować*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk.
- Madejska N. (1975), *Malarstwo i schizofrenia*, Wydawnictwo Literackie, Kraków.
- Nęcka E. (2001), *Psychologia twórczości*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk.
- Opoczyńska M. (1996), *Możliwości osobowego rozwoju w schizofrenii*, Wydawnictwo Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków.
- Oster G., Gould P. (1999), *Rysunek w psychoterapii*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk.
- Pervin L. A. (2002), *Osobowość – teoria i badania*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków.
- Popek S. (red.), (2004), *Twórczość w teorii i praktyce*, Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, Lublin.
- Popek S. (2001), *Człowiek jako jednostka twórcza*, Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, Lublin.
- Runco M. (1997), *Creativity. Theories and Themes: Research, Development and Practice*, Academic Press, San Diego.
- Sęk H. (2005), *Psychologia kliniczna*, t. 2, Państwowe Wydawnictwo Naukowe, Warszawa.
- Sękowski A., Klinkosz W. (red.), (2010), *Zdolności człowieka w ujęciu współczesnej psychologii*, Wydawnictwo Towarzystwo Naukowe KUL, Lublin.
- Sołowiej J. (1997), *Psychologia twórczości*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk.
- Storr A. (2010), *Samotność. Powrót do jaźni*, Wydawnictwo W.A.B., Warszawa.
- Strelau J. (2004), *Psychologia. Podręcznik akademicki*, t. 2, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk.
- Tyszkiewicz M. (1987), *Psychopatologia ekspresji. Twórczość artystyczna chorych psychicznie*, Państwowy Instytut Wydawniczy, Warszawa.
- Zawadzki B., Strelau J., Szczepaniak P., Śliwińska M. (1998), *Inwentarz Osobowości NEO – FFI Costy i McCrea. Adaptacja Polska*, Pracownia Testów Psychologicznych PTP, Warszawa.