

Marta Kolwińska

Rola psychorysunku w psychiatrii

Studia Psychologica nr 5, 163-175

2004

Artykuł został zdigitalizowany i opracowany do udostępnienia w internecie przez Muzeum Historii Polski w ramach prac podejmowanych na rzecz zapewnienia otwartego, powszechnego i trwałego dostępu do polskiego dorobku naukowego i kulturalnego. Artykuł jest umieszczony w kolekcji cyfrowej bazhum.muzhp.pl, gromadzącej zawartość polskich czasopism humanistycznych i społecznych.

Tekst jest udostępniony do wykorzystania w ramach dozwolonego użytku.

MARTA KOLWIŃSKA
Środowiskowy Dom Samopomocy dla Osób Chorych Psychiczenie

ROLA PSYCHORYSUNKU W PSYCHIATRII

Drawing in psychotherapy

Abstract

Drawing is of great use in psychotherapy. According to many psychologists drawing can be extremely helpful both in making a diagnosis and conducting therapy. Drawing is a simple method of getting to know the patient. This activity doesn't take much time but it provides important materials for interpretation. Drawing is very helpful in improving communication between people and in strengthening self-respect. This article is about history of drawing and its use in psychotherapy. Valuable information about application of drawing in therapy is included in the text.

1. PSYCHORYSUNEK JAKO METODA PROJEKCYJNA

Termin „metoda projekcyjna” wprowadzony został przez L. K. Franka w celu określenia istniejących już technik rysunkowych, badania osobowości. Freudowski termin projekcji jako mechanizmu obronnego użyty został do nadawania obiektom świata zewnętrznego własnych znaczeń. Szersze znaczenie projekcji nadał Rapaport (1942), ujmując je pod postacią „hipotezy projekcyjnej”, zgodnie z którą wszelkie zachowanie człowieka jest uzewnętrznieniem indywidualnych cech jego osobowości. Rapaport miał wielu koontynuatorów, m.in. B. Klopfera, M. Gila, J. E. Exnera. Technika projekcyjna ujawnia nie tylko to, co wyparte, ale również treści doświadczenia emocjonalnego i sposoby jego poznawczej strukturyzacji, pozostające w różnym stopniu poza werbalną i świadomą kontrolą jednostki. Warunkiem trafności testu projekcyjnego jest świadome spostrzeganie i interpretowanie materiału testowego przez badaną osobę i brak świadomości ujawniania własnych emocji. (Stasiakiewicz, za: Strelau, 2000, s. 491).

J. Boutonier stwierdził, że rysunek na dowolny lub określony temat jest projekcją całej osobowości i daje możliwość wielostronnej analizy psychologicznej. (Rembowski, 1975, s. 291)

Projekcyjna wartość rysunku wynika przede wszystkim z potrzeby ekspresji. Rysunek jako metoda projekcyjna jest graficzną reprezentacją emocjonalnego, poznawczego oraz kinetystycznego doświadczenia jednostki. Jego projekcyjna interpretacja polega na analizie m.in. lokalizacji rysunku w przestrzeni kartki i relacji między jego elementami, charakterystyki postaci, sposobu rysowania,

symbolu i znaków. Może mieć charakter formalny, gdy dotyczy rodzaju linii, oraz treściowy, gdy odnosi się do wyglądu przedstawianych postaci (Stasiakiewicz, za: Strelau, 2000, s. 499 i n.).

W metodzie projekcyjnej prowadzący ma za zadanie konfrontację jednostki z mniej ustrukturowaną sytuacją. Osoba badana sięga do własnego wnętrza. Korzysta z osobistego doświadczenia, by nadać wykonanemu zadaniu znaczenie. Rysuje na zadany temat, sam decyduje o rozmieszczeniu i cechach rysowanych elementów, np. postaci, a prowadzący udziela bardzo skąpych wskazówek. Za głównych entuzjastów stosowania rysunku jako techniki projekcyjnej uważani są Buck, Machover, Hammer (Oster, Gould, 2001, s. 30 i n.).

Rysunek projekcyjny pozwala na wyrażanie problemów adaptacyjnych w rodzinie. Pokazuje, jak badana osoba hierarchizuje własne doświadczenia i pod ich wpływem tworzy obraz członków rodziny. Kartka papieru jest ekranem, na którym rysujący wyświetla to, co przeżywa (Sikorski, 1999, s. 7).

Z badaczy, którzy posługiwali się rysunkiem jako techniką projekcyjną należy wymienić P. Elkscha. Kontynuacją jej badań zajęła się A. Madella. Interesowała ją zauważenie zmian, jakie mogły zajść w rysowaniu postaci ludzkich pod wpływem pogłębiania się i cofania choroby. Oprócz tych wniosków autor stwierdził dużą diagnostyczność rysunków w badaniach psychiatrycznych. Próbował on również wyłonić z rysunków ich walory informacyjne, które wynikają z projekcji. Kolejnym przykładem podejścia do rysunku jako metody projekcyjnej jest praca M. F. de Martino, którego zdaniem rysunek postaci ludzkiej jest szczególnie przydatny w pracy psychodiagnostycznej. Analizował elementy występujące na rysunku i szukał związku między wyborem narysowanej postaci a zaburzeniami pacjenta (Rembowski, 1975, s. 293 i n.).

W latach 30. XX w. zaczęto wykorzystywać rysunek do badania uczuć dziecka wobec rodziców. Założono, że im bardziej rodzina różni się od rzeczywistej, tym większe są podstawy do wnioskowania o funkcjonowaniu mechanizmu projekcji. Technikom projekcyjnym zarzuca się, niestety, brak teoretycznych podstaw, brak standaryzacji, subiektywizm oceny, i interpretacji. Wyniki uzyskane drogą badania projekcyjnego są trudne do zinterpretowania i uporządkowania. Wymagają także wiedzy i doświadczenia psychologa (Frydrychowicz, 1996, s. 6 i n.).

2. RYSUNEK JAKO ELEMENT DIAGNOSTYCZNY I TERAPEUTYCZNY

Psychorysunek zajmuje bardzo ważne miejsce w procesie poznawania pacjenta. Zainteresowanie tą techniką pojawia się w chwili, gdy diagnostycy czują się bezradni z powodu niskiej skuteczności testów. Rysunek jest niepowtarzalną, osobistą ekspresją wewnętrznych doświadczeń, która dostarcza cennych informacji diagnostycznych. Jest znakomitą metodą oceny stanu psychofizycznego pacjentów. Spełnia również funkcję terapeutyczną, bowiem we wszystkich relacjach interpersonalnych ważne jest, by wybrana technika wyjaśniała kwestie mające dla badanego osobiste znaczenie i podkreślała współdziałanie. Na tym polega korzyść wprowadzenia rysunku do terapii. Daną konkretną reprezentację psychiki można zinterpretować tak, by wyłonić treści utajone po za świadomością jednostki. Podstawą dla terapeutów wprowadzających psychorysunek do zajęć są teorie Freuda i Junga. Freud stwierdził, że za pomocą symbolu można

przekazać treści będące przyczyną lęku u jednostki. Jung dowodził, że symbole stanowią osobiste doświadczenie, a kreatywność jest głównym elementem procesu leczenia. Tych dwóch teoretyków zapoczątkowało wprowadzenie twórczości do psychoanalizy (Oster, Gould, 2001, s. 19-20).

Sz szczególnie wartościowe jest analizowanie rysunków postaci ludzkich, wyniki przedstawia się w kategoriach: psychometrycznych, projekcyjnych, syntetycznych. Dzięki takiej procedurze można poznać wiele cech osobowościowych oraz stanów emocjonalnych np. stałości lub labilności emocjonalnej, radości i smutku czy zaniżonej i zawyżonej samooceny. Potwierdzeniem dużej wiarygodności diagnostycznej rysunku postaci są wyniki badań C. Wilee i S. Davis, które dowodzą, iż wielkość rysowanych postaci wiąże się z cechami osobowości badanego. Ocenili oni, że uczniowie z wyższą samooceną rysują postacie większe niż uczniowie z samooceną niższą. Tego typu rysunkiem posłużył się także R. Arkell do badania dzieci o różnych zaburzeniach psychicznych. Dla praktyki diagnostycznej ogromne znaczenie mają prace badawcze D. Harrisa i K. Machover. Harris skonstruował test *Narysuj Człowieka*, zwany również *Testem Rysunkowym Goodenough-Harrisa* którego zaletami jest szybkość oceny oraz wszechstronność diagnostyczna. Test ten może być stosowany do badania dzieci z wadami słuchu, z podejrzeniem dolegliwości o podłożu neurologicznym, niedostosowanych. Innym ważnym diagnostycznym testem jest test opracowany przez K. Machover. Testowanie polega tu na dwukrotnym poleceniu: narysuj osobę (Sikorski, 1999, s. 3).

Na podstawie rysowanych postaci można odgadnąć tendencje agresywne oraz inne aspekty osobowości, takie jak identyfikacja seksualna, dominacja, podporządkowanie lub tendencje do uwodzenia i buntu. Wysuwano hipotezy, że rysunek taki może odzwierciedlać nieświadomą projekcję sposobu, w jaki badana postrzega siebie. Ciekawą techniką powstałą równoległe do testów na inteligencję jest technika *Dom, Drzewo, Osoba*. Metoda ta jest stosowana, by móc zebrać informacje dotyczące stopnia integracji osobowości, dojrzałości i skuteczności działania jednostki. (Oster, Gould, 2001, s. 34-43).

Pośród wielu tematów prac znaczenie diagnostyczne przypisuje się także rysunkom prezentującym rodzinę. I tak np. M. Lawton i L. Sechrest skoncentrowali się na analizie rysunku postaci ojca i zauważyli, że występuje różnica w przedstawianiu na rysunku ojca przez chłopców wychowanych z nim i bez niego. Diagnostyczne znaczenie rysunku w ocenie jakości relacji wewnątrzrodziny zauważył także L. Corman, który w swoich testach uwzględniał możliwość wystąpienia symboli (Sikorski, 1999, s. 4-8).

Interpretacja rysunku w teście Cormana obejmuje trzy elementy: poziom graficzny, poziom struktur formalnych, poziom treści, analizowany wg kryteriów: centralnej postaci w rodzinie i postaci dewaloryzowanej (Frydrychowicz, 1996, s. 10 i n.).

Innym przykładem jest test W. Wolffa *Narysuj Rodzinę*, na podstawie którego prowadzący może poznać stosunek pacjenta do rodziny i role, jakie przypisuje członkom rodziny (Sikorski, 1999, s. 7).

L. Brem-Graser z Monachium wprowadził modyfikację rysunkowego testu rodzinnego: *Rodzina w Postaci Zwierząt*. Rozmieszczenie przestrzenne, wielkość

rysowanych postaci, kolejność ich rysowania, osoby opuszczone lub dodane, pozwalają na wgląd w konstelację rodziny (Sulestrowska, 1979, s. 180).

Na podstawie rysunku warto w diagnozie zwrócić uwagę na to, czy badany narysował siebie blisko rodziców, by podkreślić swój status wśród rodzeństwa, czy daleko, co wskazuje na poczucie odrzucenia; czy częściowo albo nawet całkowicie pominął swoje rodzeństwo, usiłując w ten sposób wyeliminować współzawodnictwo; czy przedstawiając członków rodziny zachował proporcje, czy też je zniekształcił, demonstrując postrzeganą przez siebie dominację jednych lub brak znaczenia drugich; czy uwzględnił swój portret, czy pominął go, aby wykazać na uczucie braku przynależności. Wiadomości tak zebrane pokazują, czy badany postrzega jednego z rodziców jako surowego czy łagodnego, albo czy uważa, że jeden z nich udziela mu większego czy mniejszego wsparcia. Informacje te stają się punktem odniesienia w trakcie dalszych badań, które mogą zmierzać do przyszłej terapii (Oster, Gould, 2001, s. 57).

W latach 70. XX w. popularność zyskał test pod nazwą *Zaczarowana Rodzina*, autorstwa Marty Kos i Gerda Biermanna z Niemiec. Ujawniał on skutecznie nieprawidłowości środowiska rodzinnego, które było podłożem nerwic i chorób psychosomatycznych (Sulestrowska, 1979, s. 180 i n.).

Tworzenie rysunku na zadany temat stanowi łatwiejszy sposób komunikacji z innymi niż werbalne wyznaczenie osobistych uczuć, szczególnie jeśli wywołują one lęk. Obiektywizacja uczucia pozwala pacjentowi uświadomić sobie, że dana emocja istnieje i z czasem przyjąć ją wewnętrzną reprezentację swojego „ja” (Oster, Gould, 2001, s. 23 Wadeson, 1980).

Dla większości rysunek jest środkiem wyrazu, który odsłania treści przed- i nieświadome. Ułatwia wgląd w ukryte konflikty, silne strony *ego* oraz cechy charakteru. Staje się zapisem ważnym dla diagnozy i terapii ze względu na trwałość. Rysunek stanowi bezpieczniejszą formę ekspresji. Niesie nie wielkie zagrożenie wywołania regresji (Oster, Gould, 2001, s. 23 i n.).

Psychorysunek przynosi wiele korzyści w pracy z osobami ograniczonymi werbalnie, wycofanymi, pełnymi złości, stawiającymi opór. Ktoś, kto ma kłopoty z werbalizacją, otrzymuje narzędzie, dzięki któremu nie musi mówić. Ktoś, kto boi się, że poruszając dany temat nie będzie w stanie zapanować nad złością, dzięki rysunkowi może bez obaw ją wyładować. Rysunek pozwala odsłaniać konflikty, do których nie sposób inaczej dotrzeć (*ibidem*, s. 71 i n.).

Tak więc psychorysunek jest niezwykle ważną metodą projekcyjną, mającą znaczenie w ocenie, diagnozie badanego i jego terapii.

3. PSYCHORYSUNEK JAKO METODA PROJEKCYJNA, DIAGNOSTYCZNA, TERAPEUTYCZNA U CHORYCH PSYCHICZNIE

Rysunek jest jedną z form nawiązywania kontaktu. Umożliwia komunikowanie się z innymi osobami, przez co znajduje miejsce w rzędzie czynności porozumiewawczych, takich jak mimika, gest, wydawanie modulowanych dźwięków, posługiwanie się językiem mówionym lub pismem. Specyfika przekazu rysunkowego polega na tym, iż przekazuje on treści dające się zwerbalizować oraz działa na sferę emocjonalną odbiorcy przemawiając za pośrednictwem środków nie dających się przetłumaczyć na język słów (Madejska, 1975, s. 44 i n.).

Wartość diagnostyczna i terapeutyczna rysunków jest niewątpliwie ważna w grupie takich schorzeń, jak schizofrenia, zespoły depresyjne, nerwice czy zaburzenia osobowości. Osoby o tego typu schorzeniach są zahamowane psychoruchowo, wylęknione lub w stanie zmienionej świadomości. Wypowiadają się więc chętniej w sposób niewerbalny, za pomocą symbolu. Wypowiedzi na piśmie są wówczas jedynie uzupełnieniem tekstu rysunkowego. Bardzo przydatne w prognostyce są rysunki psychopatów, socjopatów, osób chorych na schizofrenię, podejmujących próby samobójcze, samookaleczających się, popełniających przestępstwa. W takich przypadkach rysunek i spontaniczne wypowiedzi werbalne pacjentów są uzupełnieniem wywiadu rodzinnego, społecznego oraz typowej obserwacji obrazu klinicznego (Tyszkiewicz, 1981, s. 73 i n.).

Zawartość tematyczna prac plastycznych osób chorych psychicznie, zwłaszcza dotkniętych schizofrenią, uważana jest od kilkudziesięciu lat przez psychiatrów i psychologów za formę rozszerzonego wywiadu o chorych. Jest to wypowiedź wypowiedziana „ze względu na chorobę nie słowami, lecz obrazem” (Tyszkiewicz, 1987, s. 31).

Twórczością malarską chorych psychicznie zainteresowano się w końcu XIX w. Pierwsi na zagadnienie przydatności rysunków chorych do celów diagnostycznych zainteresowali się Tardieu w 1872 r. i Simon. Rysunkiem szerzej zajęli się psychiatrzy po ukazaniu się klasycznego dzieła Hansa Prinzhorna w 1922 r. (Bartoszewski, 1971, s. 152).

Dzieło Prinzhorna charakteryzowało się dokładnością systematyki i nowym naukowym spojrzeniem. Interpretując pracę chorych psychicznie, wprowadził on pojęcie patogramu, dokonywał analizy prac pod kątem ich swoistego języka, oceniał także obserwowane prace z punktu widzenia estetyki i historii sztuki, porównywał wiele prac swoich pacjentów z twórczością człowieka prehistorycznego i z obiektami sztuki orientalnej i afrykańskiej. Ważną rolę odegrała również praca W. Morgenthalera *Ein Geisteskranker als Künstler*, która stała się wzorem dla późniejszych biografii artystów chorych psychicznie. Dopiero w XIX w. zainteresowano się naukowo pracami osób chorych psychicznie. I tak np. Cezare Lombroso próbował udowodnić, na podstawie obserwowanych prac chorych, pokrewieństwo genetyczne schorzeń psychicznych i twórczości artystycznej. Znane były także prace Mobiusa, który zajmował się interpretacją symptomatologiczną ekspresji graficznej chorych, chociaż miały one mniejsze znaczenie, bo opierały się na dość wąskiej dokumentacji klinicznej. Dokumentacją plastyczną do celów diagnostycznych posługiwał się F. Mohra. Działał on zatem w kierunku zastosowania praktycznego (Tyszkiewicz, 1987, s. 43-46).

Analizowano pod różnym kątem twórczość chorych psychicznie, którzy malowali w okresie choroby. W Polsce zagadnieniem twórczości plastycznej chorych psychicznie zajęli się Janicki, Kowalewscy, Tyszkiewicz i Mitarski (Bartoszewski, 1971, s. 153 i n.). Wypowiedzi plastyczne osób chorych psychicznie są przedmiotem zainteresowania psychiatrów. Warto tu wspomnieć jeszcze raz wymienione powyżej Jana Mitarskiego i Jana Masłowskiego, którzy głęboko analizowali postać chorych na schizofrenię na podstawie cech obrazów pacjentów. Właśnie taka analiza miała być nośnikiem dodatkowych informacji diagnostycznych pozwalających uznać obraz za schizofreniczny (Tyszkiewicz, 1987, s. 22).

Na poglądach większości psychiatrów zaważyła w bardzo istotny sposób koncepcja Z. Freuda. Uważał on, że każde uprawianie sztuki jest terapią, a każdy artysta odwrotnością neurotyka. W przeciwieństwie do neurotyka artysta dąży do wyjaśnienia i wyrażenia pośrednio własnych nieuświadomionych kompleksów, emocji, stłumionych pragnień. Przez działanie twórcze daje upust tłumionym tendencjom, samooczyszcza się. Sam fakt wyrażania siebie i konieczność wypowiedziania się, rozładowania napięcia w ten sposób jest właściwa zarówno dla chorych jak i zdrowych (Madejska, 1975, s. 20-24).

H. H. Hart twierdzi, że proces twórczy redukuje napięcie, które mogłoby doprowadzić do nerwicy, obiektywizuje wewnętrzne konflikty, zatem ma walor terapeutyczny (Tyszkiewicz, 1987, s. 67).

Zajęcia z psychorysunku wpływają, zdaniem J. Bartoszewskiego i J. Wojciechowskiego, na uspokojenie się chorych, którzy tworząc w grupie przejawiają większą zdolność bezkonfliktowego współżycia. Poprawia się również kontakt chorych z lekarzem i personelem i to nawet u tych osób, które wcześniej niechętnie rozmawiały na temat swoich doznań chorobowych. Rozmowa z chorym na podstawie narysowanego przez niego rysunku nieraz daje cenne uwagi w badaniu stanu psychicznego. Niektórzy chorzy podczas zajęć rejestrują w rysunku własne przeżycia psychotyczne i mówią o nich chętniej niż przy zwykłym badaniu psychiatrycznym. Rysunek spełnia rolę diagnostyczną, gdyż np. przy polepszeniu stanu psychicznego widać pojawianie się większej zwartości kompozycji, znikanie tych cech, które znamionują obraz chorego na schizofrenię. Analiza prac przez chorych w momencie poprawy stanu psychicznego wykazuje krytyczne ustosunkowanie się ich do własnych rysunków z okresu zaostrzeń procesu chorobowego. Rozmowa z chorym na temat jego prac staje się cennym środkiem w porozumiewaniu się chorego z lekarzem. Rysunki chorych dają wyraz ich aktualnych przeżyć (Bartoszewski, 1971, s. 153-156). I tak rysunki chorych na schizofrenię są przesłaniem do świata zdrowych, obnażają chorobę, stanowią dokument zrodzony ze znaków i symboli, stanowiących aluzje do psychotycznych przeżyć (Madejska, 1975, s. 11 i n.).

W Europie coraz powszechniej stosuje się w leczeniu rysunek. Na przykład A. Denner (Francja), V. M Kahnort prowadzą reedukację chorych na schizofrenię i resocjalizację przestępców za pomocą rysunku i malarstwa. A. Meares (Anglia) wykorzystuje malarstwo symboliczne jako technikę terapeutyczną. Wielu znanych autorów posługuje się artoterapią wobec dzieci leczonych psychiatrycznie. I tak H. Aubin zajmuje się rysunkami dzieci nieprzystosowanych, A. Brauner – rysunkami dzieci konfliktowych, P. Gutton – rysunkami dzieci z zaburzeniami motoryki. E. Kramer leczy dzieci przez uprawianie przez nie sztuki. C. Wiart z Francji stwierdził, że wytwory plastyczne chorych są komunikatem od autora oraz elementem uwalniającym i że konfrontacja wytworu z terapeutą, który nie tworzy i jest tylko odbiorcą powstałego dzieła, daje pacjentowi rodzaj przewagi nad nim, co jest pozytywne w pewnych stadiach terapii. M. F Lerick powiedział, że autoterapia jest narzędziem diagnostycznym i terapeutycznym (Tyszkiewicz, 1987, s. 69 n.).

Niektóre zjawiska psychopatologiczne łatwiej uchwycić na podstawie nastroju rysunku, dysharmonii kompozycji niż jakichkolwiek wypowiedzi chore-

go. Twórczość chorych jest wielopostaciowa. Jest odbiciem osobowości wypowiadającego się oraz stanowi funkcję unaoczniającą kolejne fazy choroby. Psychorysunek bywa pomocny w przełamywaniu oporu i negatywizmu, które cechują chorych na schizofrenię, utrudniając kontakt chorego z otoczeniem (Tyszkiewicz, 1981, s. 47 i n.).

Istotne będzie tu zwrócenie uwagi np. na twórczość chorego na schizofrenię Edmunda Monsiela. Zbiór zachowanych 553 rysunków i szkiców może być rodzajem albumu ilustrującego plastycznie obraz schizofrenii. Obrazy Monsiela mają treść religijną. Na niektórych pojawia się diabelska twarz, portret Chrystusa z poplątanymi liniami, z których tła wyłaniają się poszczególne oczy, wyszczerzone zęby, groźne twarze. Rysunki jego świadczą o urojeniach posłanniczych, wielkościowych, o dwoistości uczuć. W okresie tworzenia nowego świata na gruzach starego, naznaczonego psychozą, zwanego teomorficznym, następuje uspokojenie i konkretyzacja formy. Znikają maski, zęby, pojawiają się postacie świętych, z przenikliwym wzrokiem. Tak więc twórczość Monsiela miała za zadanie uwolnić go od lęku (Kępiński, 1979, s. 83- 88).

Schizofreniczny świat jest wypełniony lękiem. Jest on albo następstwem koszmarnych urojeń i omamów, przeżyć związanych z wtargnięciem psychozy lub lękiem egzystencjalnym, który wypływa z przerażenia faktem i nieuchronnością śmierci. Chory na schizofrenię ma trudności w spojrzeniu na drugą osobę z dystansu, nie potrafi go zobiektywizować i pokazać w oderwaniu od przeżywanego przez siebie sytuacji. Żadne bowiem relacje międzyludzkie nie istnieją dla niego poza nim i wszystkie przynajmniej pośrednio odnoszą się do niego. W rysunkach osób chorych zauważyć można, w przeciwieństwie do osób zdrowych, osoby blisko z nim związane, rzadko zdarza się, że zainteresowanie czyjeś wzbudzi czyjaś twarz, wyraz oczu lub uśmiech (Madejska, 1975, s. 98 i n.). Malarstwo schizofreników jest „monologiem w samotności”, próbą nawiązania dialogu (*ibidem*, 1975, s. 120).

Bardzo ważne jednak jest odróżnienie twórczości spontanicznej od kierowanej spotykanej w szpitalach psychiatrycznych. Psychorysunek bowiem jest twórczością wtórną. Widać w niej sugestie terapeutów. Traci ona tym samym bezczasowość i niezależność od jakichkolwiek norm, wyobcowanie z rzeczywistości realnej, ale nie całkowite od niej odizolowanie. Może być przykładem twórczości samorodnej (*ibidem*, s. 83).

H. Rennert zalicza do formalnych kryteriów ekspresji plastycznej w schizofrenii formy dziwaczne, manieryczne, barokowe, natłok postaci, form, ścisłe wypełnienie po brzegi kompozycji, stereotypie, iteracje, symbole, powtarzanie niektórych motywów, geometryzację, schematyzację formy, ornamentalne wypełnianie tła, zwielokrotnienie części ciała postaci, dekompozycję postaci ludzkich i zwierzęcych. Zwraca uwagę na częste rysowanie przez chorych postaci z wielkimi zębami, wytrzeszczonymi oczami. Elementy te pełnią rolę diagnostyczną, gdyż uwidaczniają poczucie zagrożenia z zewnątrz, psychicznego obnażania osobowości chorego (*ibidem*, s. 85-86).

W literaturze tematu spotyka się zgodność co do cech patograficznych rysunków osób chorych psychicznie i związaną z tym tendencją do traktowania ich jako pomocniczego narzędzia diagnostycznego w psychopatologii. Analizą jako-

ściową rysunku, będącego przejawem twórczości chorego, jest nastawienie na wyłonienie cech patologicznych w jego formie i treści. W cechach formalnych wyróżnia się przede wszystkim kreskę: sztywną, spiralną, jednostajnie ciągłą, przestrzeń z tendencją do zapełniania każdej wolnej przestrzeni, przeładowanie ornamentyką, persewerowanymi kształtami geometrycznymi z wmontowanymi cyframi. Kompozycję często opartą na symetrii cechującą się schematycznością, zaburzają proporcje, często świadome deformacje, fragmanteryzacje, wmontowane patogramy. Jeśli chodzi o kolorystykę, rysunki są najwyżej dwubarwne. Kolor służy do obrysowywania konturów, a nie do wypełniania światła przedmiotu. W rysunkach osób chorych na schizofrenię często brak postaci, przeważają postacie fantastyczne, symbolika jest nieadekwatna, nieczytelna, tematy często obsceniczno-sadystyczne związane z treściami choroby, zubożenia w postaci stereotypowych pejzaży i domów (Muskat, 1977, s. 519 i n.).

Użycie jednego z kolorów jest bardzo charakterystyczne dla twórczości chorych. Związane jest ze znacznymi ubytkami w sferze emocjonalnej i intelektualnej, a niekiedy z objawami niepokoju. Chory „przylepia się” do koloru. Niekiedy obrazy obfitujące w całe konstelacje symboli są zupełnie nieczytelne bez znajomości klucza w postaci komentarza autora. Chorzy na schizofrenię dbają o dosłowność na swoich rysunkach, malują więc nie tylko to, co widzą, lecz również to, czego nie widać, a to co czują i wiedzą (Madejska, 1975, s. 75-78).

W przebiegu twórczości chorych na schizofrenię należy zwrócić uwagę na zanik koloru, stałe zmniejszanie się formatu rysunku aż do wykonywania go na niewielkich skrawkach papieru, zanik tła i podstawy, stopniową stagnację przedstawionych postaci, zmniejszanie ich, zanik kończyn. Charakterystyczna jest także analiza przestrzeni nieoznaczonej. Niektórzy chorzy dbają o bardzo drobiazgowo jej wypełnienie, jak przy *horror vacui*, inni w szczególności w młodszym wieku zostawiają jej dużo niewypełnionej, tworząc drobne postacie, umieszczone w kątach rysunków, pozbawione podstawy. W obu przypadkach chodzi o moment izolacji społecznej, o oddzielenia własnego „ja” od otoczenia, które przejawia się w dwu krańcowych postaciach: wypełniania tła różnorodnymi kreskami lub pozostawienia przestrzeni nie wypełnionej, jako odbicia braku zainteresowania, poczucia zubożenia i tzw. pustki życiowej. Bywa i tak, że rysunki chorych początkowo nie różnią się od rysunków osób zdrowych. Dopiero w czasie zaostrenia choroby pewne objawy psychoplastyczne poprzedzają objawy psychopatologiczne, takie jak obniżenia uczuciowości, stopniowy zanik zainteresowań, dziwaczność (Tyszkiewicz, 1981, s. 59-61).

Wypowiedzi plastyczne chorych na schizofrenię są odbiciem patologicznych doznań badanych. A jednak budzą dość często wątpliwości diagnostyków. Stanowią one pomost terapeutyczny na linii pacjent – jego twórczość – lekarz. Klaus Holzkamp uważa, że wypowiedzi plastyczne chorych psychicznie spełniają funkcję katartyczną i terapeutyczną. Terapeutyczną, gdyż w wypowiedziach plastycznych chorych może ujawniać się ich specyficzny i zdeformowany sposób widzenia świata. Wytwory plastyczne chorych powinny stawać się źródłem informacji o nich samych, o ich błędach co do pojmowania świata. Według Hemmo Miller-Suur wypowiedzi plastyczne chorych są próbą porozumiewania się ze światem zewnętrznym, dzięki czemu są bardziej zrozumiałe. Niezwykle ważne jest takie

interpretowanie rysunków przy udziale chorego, by ten nie przerwał komunikacji z nami. Nie wolno spowodować izolacji chorego (Tyszkiewicz, 1987, s. 15-20).

Wypowiedzi plastyczne, zarówno chorych i zdrowych twórców, są rodzajem komunikatu o sobie lub o własnym świecie. Komunikat u chorych na schizofrenię jest tworzony spontanicznie, nie krępuje go konwencja, nieraz jest wspomagany zdolnościami plastycznymi. Zastępuje słowa (Tyszkiewicz, 1987, s. 135).

Rysowanie zazwyczaj jest jedynie fragmentem procedury, znacznie mniej pracochłonnym i ważnym niż omawianie wytworów plastycznych chorego. Najczęściej stosuje się rysowanie jedną kredką, zostawiając pacjentowi wybór koloru. Rysunki są często uproszczone, nieraz schematyczne, a to pozwala uzyskać dostęp do informacji o sposobie posługiwania się przez pacjenta symbolami i jego prywatnego języka. Takie szybkie rysowanie na zadany temat ma zaletę, gdyż czyni nieistotnym to, czy umie się rysować ładnie, czy nie. Nawet wówczas gdy pacjent nie ma szczególnych aspiracji artystycznych, jakość produkcji może być najważniejsza, zamiast prostej projekcji otrzymuje się sztuczny efekt pomieszania wyobrażeń o prawdziwej sztuce z nieświadomą ekspresją swoich przeżyć (Aleksandrowicz, 2000, s. 153).

Zdolność do ujawniania swoich uczuć jest związana ze zdrowiem psychicznym. Zakłócenia ekspresji występują u osób z zaburzeniami psychicznymi. U chorych, u których występuje zakłócenie w kontaktach werbalnych, szczególnego znaczenia nabiera problem wytworu plastycznego, sposobu jego tworzenia, kodowania w nim treści mających być przekazem. Ważne wówczas jest odkodowanie tego specyficznego języka chorych. Nastawienie na interpretację u chorych jest poważnie zakłócone (Tyszkiewicz, 1987, s. 100-102).

Uczucia chorych na schizofrenię są przytłumione. Chorzy doznają słabszych niż zwykle uczuć, bądź też mniej ich okazują otoczeniu (Taflński, 1997, s. 8).

Niejednokrotnie pierwszym sygnałem choroby jest gwałtowna zmiana postaw w stosunku do otoczenia. Obraz rodziców ulega przekształceniu. Lecz stwierdzenie u chorego negatywnej oceny wobec otoczenia i rodziny zawsze wymaga dokładniejszej oceny. Patologia życia rodzinnego jest zjawiskiem dość częstym w schizofrenii. Wiele uwagi poświęcono tzw. schizofrogennej rodzinie. A więc: zimnej, nie potrafiącej okazać uczucia matce i nic nie liczącego się, zlekceważonego ojca (Kępiński, 1979, s. 137 i n.). Czy takie cechy rodziców można zauważyć w pracach tworzonych przez osoby chore?

Lilly Hajdu-Games przedstawia efekt wieloletniej obserwacji czterech pacjentek leczonych z powodu schizofrenii, wysnuwając wniosek, iż wspólną cechą środowiskowej konstelacji matek chorych pacjentek były: zimna, rygorystyczna, sadystycznie agresywna matka i miękki, mało znaczący, bierny ojciec (Hajdu Games, 1940, s. 4).

Z drugiej strony spotyka się rodziny chorych, w których trudno dopatrzeć się jakichkolwiek schizofrenicznych cech. Rodzi się więc podejrzenie, iż cała koncepcja schizofrogennej rodziny w dużej mierze powstała pod wpływem patologicznych nastawień uczuciowych pacjenta. Tzn. ich wyznawcy patrzyli na rodzinę chorych ich własnymi oczyma (Kępiński, 1979, s. 137 n.).

Wybitny znawca schizofrenii, Silvano Arieti, dyskutując pojęcie matki schizofrogennej stwierdził, że obraz ten nie pasuje do 75% matek jego pacjentów.

E. Hartwell podkreśla, że sama koncepcja schizofrenogennej matki pozostaje w swej istocie zagadkowa. Natomiast T. Tietze doszedł do wniosku, że obraz relacji matka-dziecko jest zawsze narażony na sztuczność, lecz po opisie obrazu klinicznego, przedstawia syntetyczny portret matek pacjentów. Twierdził, iż wszystkie matki badanych były nadmiernie lękowe, obsesyjne, dominujące restrykcyjne, jeśli chodzi o wynagradzanie własnego dziecka. Także wg Johna Rosena matka jest dominująca, otwarcie odrzucająca, nadopiekuńcza, manipulująca dzieckiem i mężem. Reichard i Tillman oraz Litza wraz ze współpracownikami opisują natomiast ojca jako słabego, biernego, dystansującego się od swego dziecka. Na tej podstawie można zauważyć, że rodziny osób chorych na schizofrenię mogą być w pewien sposób podobne (de Barbaro, 1999, s. 18).

Wszystkie te cechy mogą być przedstawione nieświadomie na rysunku chorego w przedstawionych cechach postaci. Niezrozumiałość mowy schizofrenika spowodowana jest po części dziwnymi wtrętami – myśli nie mające nic wspólnego z wypowiedzianym zdaniem nie są tłumione i schizofrenik nie potrafi zbudować długiego łańcucha powiązanych słów. Mowa schizofrenika zdaje się być pod kontrolą bezpośrednio działających bodźców. Schizofrenik, pod wpływem nieustannie zmieniającego się wejścia sensorycznego i żywej rzeczywistości wewnętrznej, nie potrafi wypowiedzieć w całości prostego ciągu myśli i dlatego dla słuchacza słowa jego pozbawione są sensu (Zimbardo, 1997, s. 467). I wtedy właśnie choremu łatwiej jest przekazać pewne idee za pomocą rysunku.

Otóż, myślenie chorych na schizofrenię charakteryzuje się brakiem racjonalności, występuje znaczne ograniczenie wypowiedzi pacjenta, ich treści często są niejasne, nadmiernie abstrakcyjne, powtarzające się i stereotypowe. Myślenie chorych staje się bardziej autystyczne, co prowadzi do niezwyklej wersji rzeczywistości, zmniejsza możliwość oceny rzeczywistości po przez błędne spostrzeganie, czyli halucynacje. Uczucia i emocje co do najbliższych zmieniają się i są sprzeczne. Występuje ambiwalencja uczuć co można zaobserwować na zajęciach z psychorysunku (Zalewski, 2001 s. 140-144).

Niejednokrotnie wypowiedzi pacjentów nie pasują do rysunków. Rysunek połączony z wprowadzeniem wypowiedzi werbalnych na jego temat pogłębia u uczestników świadomość istniejących konfliktów rodzinnych, pozwala spojrzeć na świat bardziej realistycznie oraz ułatwia zapanowanie nad destrukcyjnymi zachowaniami. Na zajęciach bezpośrednim obiektem zainteresowania jest rysunek pacjenta, a nie on sam, dzięki czemu interpretacje wywołują w nim mniejszy lęk (Oster, 2000, s. 152).

Przez zajęcia z psychorysunku chorzy zyskują w kontaktach interpersonalnych ulgę ze zwerbalizowania własnych problemów, zmniejszenie poczucia osamotnienia, zdanie sobie sprawy z nieświadomych przyczyn własnego zachowania, uświadamiają sobie podobieństwo do innych, ponownie przeżywają własne doświadczenia rodzinne z przeszłości, otrzymują wiele informacji zwrotnych od członków grupy (Oster, Gould, 2001, s. 148 i n.).

Na podstawie literatury stwierdza się, że istnieje zależność między cechami formalnymi, treścią rysunku a stanem klinicznym pacjenta. U pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii dynamika wiąże się raczej z „wyobrażaniem” rzeczywistości, a nie jej widzeniem, czyli zaangażowaniem emocjonalnym. W rysunkach

chorych na schizofrenię w ostrej fazie choroby dominują zaburzenia myślenia (rozkojarzenia) i zaburzenia afektywne (mania) (Muskat, 1977, s. 521 i n.).

Zmiana stylu rysunku chorego na schizofrenię wyprzedza często zmianę stanu psychicznego, dostrzegalna dopiero później badaniem czy obserwacją kliniczną (Bartoszewski, 1971, s. 157).

Analiza tego rodzaju prac nie tylko pozwala na wgląd w stan uczuciowo-intelektualny chorego i ocenę jego osobowości, lecz także w strukturę psychozy, określając dynamikę procesu leczenia. Niekiedy umożliwia prześledzenie dyskretnie występujących zwiastunów, mających nastąpić zmian w przebiegu psychozy, które jeszcze nie są uzewnętrzniane przez objawy kliniczne. Ocena kolejno powstałych rysunków pozwala na prześledzenie zmieniających się stopni głębokości autyzmu, percepcjonowania rzeczywistości, dostosowywania się do niej, prawidłowości oceny faktów. Poza tym analiza dzieł może stanowić wybiórczo dość czołwą metodę, niezbędną do określenia zmieniających się w przebiegu choroby objawów, np. stanów napięcia psychicznego, zaburzeń myślenia. Na podstawie rysunku można przewidzieć nowy rzut choroby, klasyfikować psychozy, eliminować symulację i uchwycić występowanie myśli samobójczych. Analiza ta uplastycznia dokumentację, utrwala ją, czyni bardziej obiektywną dla oceny. Treść dzieła na dany temat oddziałuje na chorego. Czynności twórcze plastyczne stwarzają możliwość zapobiegania postępowi destrukcji psychicznej, wzmagają poczucie potrzeby wyrażania, rekonstruują osobowość chorego, pozwalają na większy kontakt z otoczeniem. Ponadto kształtują doznania estetyczne, pozwalają na odreagowanie nieuświadomionych konfliktów, uspokajają. Uzyskane dzieła pacjentów powinny ułatwiać więc ocenę ich stanu psychicznego (Janicki, 1969, s. 661-664).

W wielu przypadkach jednak wzbudzenie aktywności twórczej jest możliwe tylko wówczas, gdy znajdzie się sposób na sprowokowanie chorych do działania i wytrącenia ich ze stanu bierności. Niechęć czy odmowa wzięcia udziału w zajęciach niekoniecznie musi wynikać z przyczyn patologicznych lub być skutkiem psychicznego paraliżu i motorycznego bezwładu. Wielu chorych boi się po prostu ośmieszenia, upokorzenia ze względu na swoją nieudolność. Zachętę do zajęć mogą uznać za aluzję do swojej choroby, na co są szczególnie wrażliwi. Zajęcia te prowadzi się z myślą o ocenie diagnostycznej prac pacjentów i jeżeli chorzy domyślają się tego – zdarza się, że występuje u nich obawa przed zdradzeniem się z czymś, co chcieliby przemilczeć (Madejska, 1975, s. 33-35).

Tak więc rysowanie, na dowolny lub zaprogramowany wiedzę terapeuty o mechanizmach zaburzeń temat, jest procedurą diagnostyczną, projekcyjną. Ma także walor terapeutyczny. Gdy sposób przeżywania sytuacji w domu rodzinnym zostanie utrwalony w rysunku przedstawiającym „mnie i moich rodziców”, pojawia się możliwość dostrzeżenia różnych nieuświadomianych elementów tej sytuacji. W ten sposób dostarcza się pacjentowi materiału wglądowego. Rysunek jest często punktem wyjścia do uruchomienia skojarzeń pacjenta wokół treści, które stwarzają możliwość rozszerzenia tematyki pracy wglądowej i jej przepracowanie (Aleksandrowicz, 2000, s. 153).

Oczywiste jest to, iż psycholog lub psychiatra, przeprowadzając badanie, musi zebrać wiele informacji o cechach emocjonalnych pacjenta. W tym celu powinien posługiwać się różnymi technikami. I tak, opracowano techniki pomagające

badanemu w następujących dziedzinach: ocena sprawności intelektualnej (np. Skale Inteligencji dla dorosłych Wechslera), wykrywanie nieprawidłowości w funkcjonowaniu mózgu (np. Bender Visual-Motor Gestalt Test), ocena stopnia zaburzeń emocjonalnych (np. Test Rorschach), określenie osobowości (np. MMPI, Test Apercepcji Tematycznej). Rysunek jest w tym procesie nieocenioną pomocą, dostarcza materiału do formułowania hipotez na temat np. powyższych zadań (Oster, Gould, 2001, s. 29).

Ważnymi tematami rysunków, o których warto wspomnieć są: „Narysuj nieprzyjemne przeżycie”, „Narysuj zwierzę”, „Rysuj dowolne znaki, które przychodzą ci do głowy”, „Narysuj swoje marzenie, nastrój, uczucie lub życzenie”. Rysunki wykonane na podstawie tych instrukcji stwarzają szansę obserwacji obszaru, w którym świat zewnętrzny styka się ze światem wewnętrznym jednostki. Żadna pojedyncza procedura badania nie zapewnia wszechstronnego zrozumienia czynników poznawczych i emocjonalnych wpływających na zachowanie człowieka (*ibidem*, s. 68 i n.).

Psychorysunek więc nie może być stosowany jako jedyna technika, gdyż, jak uważa wielu psychologów (m.in. Choynowski), testy projekcyjne są nienaukowe. Nie spełniają bowiem wymogów psychometrycznych jak: trafność, rzetelność, obiektywność. Interpretacja testu zależy w dużej mierze od osoby badającego. Bardzo ważne jest jednak to, że w psychorysunku pacjent może przedstawiać własne przeżycia, nieświadomie ujawniać własne pragnienia, przedstawiać graficznie problemy, o których nie potrafi otwarcie mówić. Dla badającego rysunek spełnia ważną rolę w budowaniu relacji pacjent-terapeuta, jest cennym źródłem informacji o badanym, dla którego z kolei rysunek ma walor terapeutyczny. Włączając psychorysunek do zestawu technik, psycholog może udzielać badanemu wiarygodnych i wyczerpujących informacji.

Prowadzenie zajęć z psychorysunku jest więc pomocne w nawiązywaniu i utrwalaniu kontaktu terapeutycznego z chorymi na schizofrenię, w pożytecznym organizowaniu czasu wolnego, jakim dysponują pacjenci psychiatryczni. Przyczynia się również do wczesnego wykazywania zmian osobowości dotkniętych procesem schizofrenicznym, ułatwienia w nawiązywaniu współpracy z rodzinami chorych na schizofrenię, które często dopiero po zapoznaniu się z pracami plastycznymi badanych wyrażają zgodę na podjęcie aktywnego leczenia. Zajęcia te stanowią również często jeszcze niedoceniany element autoterapii chorych na drodze działania katharsistycznego (Tyszkiewicz, 1980, s. 601).

BIBLIOGRAFIA

- Aleksandrowicz, J. (2000). *Psychoterapia*. Warszawa: PZWL.
- Bartoszewski, J. (1971). Rysunki chorych na schizofrenię jako czynnik prognostyczny w ocenie ich stanu psychicznego. *Psychiatria Polska*, 2, 152-157.
- De Barbaro, B. (1999). *Schizofrenia w rodzinie*. WUJ.
- Frydrychowicz, A. (1996). *Rysunek rodziny. Projekcyjna metoda badania stosunków międzyludzkich*. Warszawa: Centrum Metodyczne Pomocy Psychologiczno-Pedagogicznej Ministerstwa Edukacji Narodowej.
- Janicki, A. (1969). Twórczość plastyczna chorych leczonych w krajowych ośrodkach psychiatrycznych. *Psychiatria Polska*, 6, 661-665.

- Janicki, A. (1980). Twórczość plastyczna chorych psychicznie. *Psychiatria Polska*, 5, 561-563.
- Kępiński, A. (1979). *Schizofrenia*. Warszawa: PZWL.
- Madejska, N. (1975). *Malarstwo i schizofrenia*. Kraków: Wydawnictwo Literackie.
- Muskat, K. (1977). Rozpoznanie a forma i treść rysunku. *Psychiatria Polska*, 5, 519-523.
- Oster, G. D., Gould, P. (2001). *Rysunek w psychoterapii*. Gdańsk: GWP.
- Rembowski, J. (1995). *Metoda projekcyjna w psychologii dzieci i młodzieży*. Warszawa: PWN.
- Sikorski, W. (1999). Rysunek jako pozawerbalna technika diagnostyczna terapeutyczna. *Gestalt*, 6, 3-9.
- Stasiakiewicz, M. (2000). Testy projekcyjne. W: J. Strelau (red.), *Psychologia*. Gdańsk: GWP.
- Sulestrowska, H. (1979). Projekcyjny test rysunkowy „Zaczarowana rodzina” (Kos- Biermann). *Psychiatria Polska*, 2, 180-187.
- Taflński, T. (1997). *Zrozumieć, zaakceptować i pomóc*. Warszawa: Agencja Reklamowo-Wydawnicza Arkadiusz Grzegorzczak.
- Tyszkiewicz, M. (1987). *Psychopatologia ekspresji*. Warszawa: PWN.
- Tyszkiewicz, M. (1980). Tematyka i forma malarstwa i rysunku chorych na schizofrenię. *Psychiatria Polska*, 6, 595-603.
- Tyszkiewicz, M. (1981). *Wypowiedzi plastyczne młodocianych pacjentów psychiatrycznych*. Warszawa: PWN.
- Wadeson, H. (1980). *Art. Psychoterapy*. New York: Wiley
- Zalewski, G. (2001). *Kontrowersje wokół schizofrenii*. Białystok: Trans Humana.
- Zimbardo, P. G. (1997). *Psychologia i życie*. Warszawa: PWN.