

Udział graficznych technik projekcyjnych w diagnozie zaburzeń psychicznych

Usage of selected graphic projection techniques in the diagnosis of mental disorders

Joanna Kalinowska-Tomala, Beata Pawłowska

Katedra i Klinika Psychiatrii Uniwersytetu Medycznego w Lublinie

Streszczenie

Celem niniejszego artykułu jest zaprezentowanie wybranych technik projekcyjnych oraz ich użyteczności w diagnozie różnych chorób psychicznych. Od wielu lat metody rysunkowe cieszą się dużą popularnością i stanowią ważny element warsztatu psychologa klinicznego. W pracy zajęłam się głównie takimi technikami rysunkowymi jak: Rysunek Postaci Ludzkiej oraz Test Rysunku Rodziny. Zwróciłam uwagę na pewne istotne wskaźniki cech patologicznych występujących w rysunkach osób chorych psychicznie. Obecnie podkreśla się przydatność rysunku w procesie poznawania pacjenta, wydaje się on również nieodzowny w czasie samej psychoterapii. Mniej popularną ale stanowiącą cenny materiał diagnostyczny metodą jest psychologiczna analiza pisma. Problematyka wpływu różnych zaburzeń psychicznych na pismo od dawna budziła duże zainteresowanie psychologów – szczególnie z punktu widzenia diagnozy. Badania nad pismem osób chorych psychicznie dowodzą, że objawy psychopatologiczne znajdują odbicie w piśmie w postaci modyfikacji znaków graficznych. Wymienione metody należy traktować jako dodatkowe i posługiwać się nimi z należytą ostrożnością. Dokonywanie interpretacji psychologicznej na bazie graficznych technik projekcyjnych budzi nadal wiele kontrowersji i wymaga dużego doświadczenia klinicznego.

Słowa kluczowe: techniki projekcyjne, hipoteza projekcyjna, projekcja, psychologiczna analiza pisma

Abstract

The aim of the publication is to present selected projective methods and their usefulness in diagnosis of mental disorders. The drawing technics are very popular since many years and they constitute important element of psychological diagnostic workshop. This publication is focused on the drawing technics as: Human Figure Drawing Test, Family Drawing Test. The indicators of psychopathological features appearing in the drawings of mentally ill persons are pointed. The usefulness of the drawings is stressed in the process of understanding of the patient. The drawings are indispensable in the process of psychotherapy. Less popular but very valuable diagnostic material is psychological analysis of handwritings. The impact of mental disorders on the handwriting was very much of interest of psychologists since long time. The mostly it was from diagnostic perspective. The research on the handwriting of mentally ill persons shows that the certain symptoms of mental disorders are manifested in the handwriting by the modification of the graphic signs. The presented methods should be interpreted as additional and should be used with adequate caution. Making the psychological interpretation on the basis of graphic projective methods is still controversial and must be used with very good clinical experience.

Keywords: projective methods, projection hypothesis, projection, psychological analysis of handwritings

Pojęcie „techniki projekcyjne” wprowadził L. Frank w 1939 r. podczas wykładu na zebraniu Towarzystwa Psychologicznego w Nowym Jorku. Przez innych badaczy np. L. Tylera (1939) nazywane były technikami „autoekspresyjnymi” (self – expressive) [1]. Frank porównywał techniki projekcyjne do psychologicznych „promieni Roentgena”, za pośrednictwem których uzyskujemy wgląd w konflikty i impulsy psychiczne człowieka inaczej niedostępne. Najprawdopodobniej pierwszą technikę projekcyjną skonstruował Francis Galton w 1879 roku polegającą na tym, że osobom badanym podawano listę wyrazów i proszono o podanie pierwszego skojarzenia dla każdego z nich. Carl Jung wykorzystywał test skojarzeń słownych połączony z pomiarem ciśnienia i czasem reakcji do badania „kompleksów” tj. konstelacji uczuć

i myśli uporządkowanych wokół tematów emocjonalnie obciążonych np. „kompleksu matki”. Przełom dziewiętnastego i dwudziestego wieku to czas powstania innych technik projekcyjnych np. Testu Chmurek, skonstruowanego przez Wilhelma Sterna, autora pojęcia „ilorazu inteligencji” oraz metody Alfreda Adlera, która polegała na wydobyciu od badanego jak najwcześniejszego wspomnienia. Adler był zdania, iż pierwsze wspomnienie dostarcza bardzo ważnych informacji będących źródłem poczucia niższości i sposobów radzenia sobie z nim. Techniki projekcyjne zyskały duże zainteresowanie społeczności psychologów po opublikowaniu książki *Psychodiagnostik* autorstwa Hermanna Rorschacha w 1921 roku. Narzędzie stworzone przez siebie Rorschach traktował nie tyle jako technikę projekcyjną, co badającą spostrzeganie.

Później w latach czterdziestych w Stanach Zjednoczonych Ameryki Północnej powstały jeszcze między innymi Test Apercepcji Tematycznej Murraya, a także Test Rysowania Postaci Ludzkiej Machower i Test Rysowania Domu, Drzewa i Człowieka Bucka. Mniej więcej w tym samym czasie w Europie popularność zyskuje Test Schondiego. W czwartej i piątej dekadzie dwudziestego wieku techniki projekcyjne zdobywają powszechną akceptację i zostają wykorzystywane w diagnozie weteranów powracających z frontu jak również w psychologii przemysłowej, gdzie służyły do selekcji pracowników [2].

U postaw technik projekcyjnych tkwi pewne ogólne założenie, „hipoteza projekcyjna”, zgodnie z którą wszelkie obserwowalne zachowania się człowieka są ujawnieniem i wyrazem jego osobowości. Zjawisko to zachodzi podczas nadawania znaczenia wieloznacznym bodźcom testowym. Posługując się metodą projekcyjną działamy na osobę badaną bodźcami specyficznego typu – o znacznym stopniu niejednoznaczności – i oczekujemy na zaminiestowanie się skutków działania tych bodźców. Zakładamy, że badany „organizuje reakcje” zgodnie ze swoją motywacją, percepcją, postawami, ideami, emocjami itp. Innymi słowy stwarzamy określoną sytuację, w której badany ujawni swe cechy.[1]

Zanim przejdziemy do przyjrzenia się poszczególnym technikom projekcyjnym kilka słów na temat samego zjawiska projekcji. Słowo „projekcja” pochodzi od łacińskiego czasownika *proicere* – wyrzucać, wyciągać i oznacza potocznie rzutowanie [Kopaliński za: 1]. W psychologii pojęciem tym posłużył się po raz pierwszy Freud w pracy *The Anxiety Neurosis* w roku 1894 na określenie mechanizmu obronnego. Stwierdził, że psychika rozwija nerwicę lękową, wówczas, gdy nie może opanować podniecenia seksualnego powstającego endogennie. Działa ona w taki sposób, jak gdyby dokonywała projekcji swego podniecenia na świat zewnętrzny. Współcześni psychologowie ujmują projekcję klasyczną jako sytuację, w której ego czuje się zagrożone, co może spowodować nie przyznanie się do danej cechy, a następnie przypisanie jej światu zewnętrznemu. Wymienia się również *projekcję atrybucyjną* polegającą na przypisywaniu własnych motywów, uczuć i zachowań innym ludziom, *projekcję autystyczną*, z którą mamy do czynienia, gdy spostrzeżenie różnych obiektów zostaje zmodyfikowane zgodnie z silnymi potrzebami jednostki oraz *projekcję zracjonalizowaną*, która przypomina projekcję klasyczną, z tą różnicą, że osoba u której zachodzi ten proces, wprawdzie nie uświadamia go sobie, jest jednak świadoma swego zachowania i stara się je usprawiedliwić [3]. W psychologii mam do czynienia z wieloma zastosowaniami i interpretacjami terminu „projekcja”, natomiast jego pierwotne znaczenie wywodzi się z nauki o optyce, o przenoszeniu i odtwarzaniu obrazów poprzez projekcję promieni świetlnych [1].

Projekcja jest zjawiskiem niezwykle złożonym i zróżnicowanym. W wytworze graficznym mamy najprawdopodobniej do czynienia z projekcją percepcyjno-motoryczną, w proces której zaangażowanych jest więcej mechanizmów niż jedynie projekcja opisywana przez Freuda. Grafizm jest efektem projekcji, stanowi w pewnym sensie ekspresję określonych właściwości psychicznych człowieka. W grafizmie spontanicznie kreślonym np. osobista notatka w większym stopniu zaangażowane są procesy nieświadome i bardziej pierwotne mechanizmy obronne, natomiast w grafizmie celowo kreślonym np. podanie do urzędu, odzwierciedlają się wpływy intelektu oraz mechanizmów bazujących na samokontroli i świadomości [4].

W badaniach psychologicznych pismo człowieka jest traktowane jako cenne źródło informacji, jako materiał diagnostyczny [5]. Analiza pisma należy do graficznych metod projekcyjnych, podłożem dokonywania tej analizy jest mechanizm rzutowania psychiki i jej właściwości na zewnątrz. Pismo człowieka jest jednym z zachowań ekspresyjnych, tak jak jego gest i mimika i dlatego można je analizować na analogicznych zasadach [6].

Psychologiczna analiza pisma jest metodą badania ekspresji, u podstaw której leży założenie, iż pismo człowieka jest niepowtarzalne i zindywidualizowane, stanowi unikalną jakość. Informacje uzyskiwane przy użyciu analizy pisma wynikają ze ścisłego związku pomiędzy funkcjonowaniem fizjologicznym i psychologicznym jednostki. Na pismo człowieka ma wpływ jego ogólny stan zdrowia, funkcjonowanie układu krążenia, oddechowego, hormonalnego i nerwowego jak i poziom wykształcenia oraz środowisko, w którym żyje [7]. Badania nad pismem osób chorych psychicznie dowodzą, że różne zaburzenia znajdują odbicie w piśmie w postaci modyfikacji znaków graficznych. Obecnie nie wypracowano jeszcze jednoznacznych ustaleń co do diagnozy poszczególnych jednostek chorobowych na podstawie pisma, dlatego metoda ta może być traktowana jedynie jako wspomagająca [5].

Z badań Bastin nad problematyką hysterii wynika, że wiąże się ona z następującymi cechami grafologicznymi, jak nieregularność rytmu, szybkie zmiany, przesadne wybrzuszanie, zmienne formy liter, impulsywność gestu, ostrość kreski, adiustacji i znaków diakrytycznych oraz częste formy pętlicowe, natomiast w nerwicy natręctw występuje przede wszystkim zbyt duży nacisk, pismo mechaniczne, monotonne, z drobnymi literami, poszczególne znaki są ściśnięte i szczupłe. Według Teillard histeria współwystępuje z pismem przesadnie dużym, o dominującej sferze śródlinijnej, o przesadnie rozbudowanej formie, ozdobnej, sprawiającej wrażenie sztucznej. Charakterystyczne są również przesadne podkreślenia, eksponowanie znaków interpunkcyjnych, nierównomierny nacisk, częste drżenia i brak zrównowazenia. W 1993r. Kwieciński wskazuje, że „histeria” w piśmie przejawia się tym, że jest ono automatyczne [5].

Crépieux-Jamin [za: 6] oznaki zaburzeń nerwicowych wiąże z następującymi cechami: nieregularnością, spowolnieniem lub zbyt dużym przyspieszeniem tempa kreślenia, zbyt małym naciskiem, małą wielkością znaków, wąskim, ściśniętym pismem, wachlarzowatym nachyleniem, sinusoidalnym kierunkiem linii podstawy wierszy, słabym albo nieregularnym naciskiem. Natomiast Gawda [6] w swoich badaniach nad związkiem pisma z neurotyzmem mierzonym czynnikiem C według Cattella oraz między ogólnym poziomem niepokoju (czynnik II stopnia według Cattella) zwraca uwagę na następujące cechy pisma: szerokość znaków, skrętność, nachylenie, regularność strefy środkowej, proporcje wielkościowe stref pisma, organizacje pisma, tendencję linii podstawy wiersza, przedłużenie w górę elementów śródliniowych oraz wysokość pisma.

W psychozie maniakalno – depresyjnej grafizm zmienia się w zależności od dominacji manii bądź depresji. W fazie depresji występuje tremor (drżenie), zmniejszenie wielkości liter oraz wolne tempo kreślenia. [Widła za: 5]. Według Teillard depresyjność w piśmie manifestuje się poprzez słaby nacisk, wiązania girlandowe, elementy podlinijne niezredukowane, znak diakrytyczny „t” ostry, zlokalizowany po prawej stronie trzonu litery, podpis po lewej stronie kartki. Kristieva [za: 5] wskazuje na inne cechy pisma depresyjnego, mianowicie: opadający lub zygzakowato - opadający kierunek linii podstawowej, nieregularna sfera elementów śródliniowych, pismo niedbałe, retuszowane, liczne spazmy, a także nitkowata lub spiralna forma liter. Często obserwuje się impuls literowy, a nawet grammatyczny oraz litery podzielone na części.

Wyniki badań własnych nad grafizmem wskazują, że najsilniej z tendencjami samobójczymi w depresji zdają się korelować takie cechy pisma jak: nieregularna i powiększona wielkość elementów śródliniowych, obecność liter podzielonych na grammy, nieostre pętlice w sferze podlinijnej oraz urwane końcówki liter. Cechą, która różniła istotnie pismo osób z tendencjami samobójczymi była także opadająca linia podstawowa pisma [8].

Bastin [za: 5] stwierdza, że pismo w paranoi charakteryzują ogromne, duże litery, przedłużone elementy nad- i podlinijne, które się krzyżują, arkadowe wiązania, ogromne i długie znaki diakrytyczne „t”. Pismo zajmuje całą stronę (pełne pole pisma, brak marginesów). Często zdarza się również dorzucanie do liter jakiegoś szczególnego znaku. Pismo osób dotkniętych tym schorzeniem robi wrażenie uporządkowanego, jest regularne, wręcz kaligraficzne.

Czynność rysowania i rysunek jako efekt tej czynności są specyficzną postacią graficznej wypowiedzi człowieka, wyrażającą jego aktualne przeżycia i (lub) względnie stałe cechy osobowości. Rysunek, jako technika projekcyjna jest nieodzownym elementem psychoterapii osób z zaburzeniami psychicznymi [9].

Ekspresja za pomocą rysunku jest znacznie bardziej symboliczna niż ekspresja werbalna. Rysowanie pobudza wspomnienia i fantazje związane z nieuświadomianymi treściami, zawierającymi mało oceniany materiał. Teorie Freuda i Junga dotyczące nieświadomych procesów zachodzących w psychice, stały się inspiracją dla wielu psycho terapeutów, którzy wykorzystywali sztukę w procesie diagnostycznym. Szczególną zaletą wykorzystania rysunku w diagnostyce zdaje się być to, że sytuacja rysowania stwarza ochronę przed bezpośrednią konfrontacją z emocjonalnie obciążającymi treściami, zmniejsza niepokój i prawdopodobieństwo pojawienia się postawy obronnej pacjenta [10].

Analiza twórczości osób chorych psychicznie, którą zajmuje się psychopatologia twórczości, stanowi ważną wartość diagnostyczną. Dziś wiemy, że zmiany psychiczne spowodowane chorobą wpływają na formę i treść rysunku. Często zdarza się, że choroba taka jak schizofrenia, u osób które tworzyły przed zachorowaniem powoduje degenerację i obniżenie poziomu artystycznego. Jedną z podstawowych właściwości rysunków schizofrenicznych jest jego regresja i infantylność. Abstrakcyjny sposób przedstawiania rzeczywistości przez osoby cierpiące z powodu schizofrenii wskazuje na pogłębianie się psychozy. Rysunki te charakteryzują się również uproszczeniami i deformacjami przedmiotów, sztywnością, schematycznością oraz brakiem dynamizmu. Na podobieństwo neologizmów pojawiają się tzw. neoformizmy – niezwykle, niezrozumiałe formy o wartości symbolicznej np. postaci składające się z części ludzkich i zwierzęcych [11].

Madejska i Kępiński [za: 12] podają najważniejsze wskaźniki występujące w rysunku, a świadczące o tendencjach schizofrenicznych:

- niespokojny rytm rysunku (oceny takiej dokonuje się obserwując badanego, który rysuje bardzo powoli lub coraz szybciej,
- dekoratywność: rysunki są zdobione, występują rytmicznie powtarzane ornamenty oraz natłok form i postaci, które zachodzą na siebie,
- kontaminacje: przechodzenie jednej formy czy postaci w drugą, postaci „zachodzą” na siebie, części jednej mogą być umieszczone w ciele drugiej np. „w brzuchu tej osoby jest nos tamtej”,
- surrealizm: dziwne czy niespodziewane treści, zwielokrotnione części ciała,
- geometryzacja: w rysunek są wplecione figury geometryczne, litery, napisy, hasła, symbole,
- rysowane postaci często bywają okaleczone, obnażone, a nawet rozdarte,
- pojawiają się wyraziście zaznaczone ręce, uszy, a zwłaszcza oczy,
- w związku z zaburzeniami krytycyzmu pojawiają się wulgarne sceny seksualne.

Cechy te spotyka się w Teście Rysunku Rodziny, jednakże ich wystąpienie nie upoważnia jeszcze do sta-

wiania diagnozy. Niezbędne jest zastosowanie innych metod np. testu WISKAD [12].

Według Machower, Halperna i Hammera niektóre cechy rysunku postaci ludzkiej świadczyć mogą o występowaniu zaburzeń depresyjnych. Będą to np. wąska szyja, nadmierna symetryczność postaci, pominięte ręce jako oznaka poczucia winy i tendencji ucieczkowych w depresji, opadające ramiona symbolizujące przygnębienie i poczucie winy, postać niewielkich rozmiarów wskazująca na lęk. Również lokalizacja postaci na rysunku może wskazywać na depresję, postać będzie wtedy umieszczona nisko na kartce [13].

Braun-Gałkowska podaje, że przesunięcie rysunku w dół wskazuje na zmęczenie, nerwice i depresje, rysunek umieszczony w lewej części kartki mówi o przeszłości i bierności [14].

W przypadku depresji rysunek postaci ludzkiej charakteryzuje się także wyraźnym ubóstwem szczegółów, nieumiejętnością wykończenia. Linie słabo zaznaczone, szkicowane oraz łamane będą świadczyły o braku poczucia bezpieczeństwa i lęku. Nadmiernie podkreślone i wyołbrzymione uszy mogą wskazywać na halucynacje słuchowe i tendencje paranoidalne, a uwidoczniona anatomia wewnętrzna pojawia się w schizofrenii [15].

Wadeson [za: 10] wiąże depresję z takimi cechami rysunków, jak rezygnacja z kolorów, więcej pustych przestrzeni, dezorganizacja, brak wykończenia, mniej znaczeń i wykonanie kosztem jak najmniejszego wysiłku. W schizofrenii rysunki zwracają uwagę treściami religijnymi, paranoja przejawia się często odmalowywaniem oczu, okien i telewizorów [10].

Niewątpliwie graficzne techniki projekcyjne zajmują ważną pozycję wśród metod diagnostycznych wykorzystywanych w pracy psychologa i mimo licznych kontrowersji co do ich statusu naukowego są rutynowo stosowane w praktyce klinicznej. Testy projekcyjne są szczególnie cenionymi narzędziami ze względu na to, że samo badanie można przeprowadzić szybko, a procedura badania jest bardzo prosta. Inną ich zaletą jest możliwość wielokrotnego stosowania tej samej metody u jednego pacjenta i porównywanie wyników w czasie terapii. Należy pamiętać, że interpretacja psychologiczna na bazie testów projekcyjnych powinna być dokonywana z ostrożnością i jest zadaniem dość trudnym, wymagającym od psychologa doświadczenia klinicznego oraz uzupełniana innymi testami.

Piśmiennictwo

1. Rembowski J. Metoda projekcyjna w psychologii dzieci i młodzieży. Zarys technik badawczych. Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe; 1986.
2. Lilienfeld S, Wood J, Garb H. Status naukowy technik projekcyjnych. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2002.
3. Murstein B, Pryer R. Pojęcie projekcji. Przegląd problematyki. W: Szustrowa T. red. Wybrane zagadnienia testów projekcyjnych Biblioteka Psychologa Praktyka Tom III. Warszawa: Polskie Towarzystwo Psychologiczne, Wydział Psychologii Uniwersytetu Warszawskiego; 1989, s. 71-99.
4. Gawda B. Grafizm jako forma ekspresji właściwości psychicznych człowieka-podsumowanie. W: Gawda B. red., Grafizm jako forma ekspresji Lublin: Wydawnictwo Marii Curie-Skłodowskiej; 2006, s. 141-146.
5. Gawda B. Z badań nad pismem osób chorych psychicznie. *Annales Sectio J*, 1996/1997; 9/10: 43-50.
6. Gawda B. Pismo a osobowość człowieka. Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej; 2000.
7. Gawda B. Psychologiczna analiza pisma. Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej; 1999.
8. Kalinowska J. Tendencje samobójcze w depresji a grafizm. W: Gawda B. red., Grafizm jako forma ekspresji. Lublin: Wydawnictwo Marii Curie-Skłodowskiej; 2006, s. 111-140.
9. Poznaniak W. Metody projekcji rysunkowej W: Sęk H. red., Metody projekcyjne tradycja i współczesność. Poznań: Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza w Poznaniu; 1984, s. 125-144.
10. Oster D., Gould P. Rysunek w psychoterapii. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2005.
11. Głowacka E. Tożsamość a ekspresja rysunkowa pacjentów psychotycznych. W: Pąchalska M., Grochmal-Bach B., Macqueen B. red., Tożsamość człowieka z perspektywy interdyscyplinarnej. Kraków: Wydawnictwo WAM; 2007, s. 135-147.
12. Braun-Gałkowska M. Metody poznawania systemu rodzinnego. Lublin: KUL, Katedra Psychologii Wychowawczej i Rodziny; 2002.
13. Sęk H. Teoretyczne podstawy metod projekcyjnych W: Sęk H. red. Metody Projekcyjne tradycja i współczesność. Poznań: Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza w Poznaniu; 1984, s.7-34.
14. Braun-Gałkowska M. Poznawanie systemu rodzinnego. Lublin: Wydawnictwo KUL; 2007.
15. Hornowska E., Paluchowski W. Rysunek Postaci Ludzkiej według Goodenough-Harrisa Poznań: Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza w Poznaniu; 1987.

Correspondence address

Joanna Kalinowska - Tomala
Katedra i Klinika Psychiatrii
Uniwersytetu Medycznego w Lublinie
Lublin, ul. Głuska 1, 20-439 Lublin