

Wpływ leczenia na graficzną ekspresję rodziny u chorych na schizofrenię paranoidalną

The effect of treatment on graphical representation of the family by patients with paranoid schizophrenia

ANNA GRZYWA, MARIA BRAUN-GAŁKOWSKA,
KATARZYNA KUCHARSKA-PIETURA

Z Katedry i Kliniki Psychiatrii Akademii Medycznej w Lublinie

STRESZCZENIE. *Celem pracy była ocena zmian w graficznym przedstawieniu rodziny po leczeniu epizodu schizofrenii paranoidalnej. Analizowany materiał stanowiło 60 rysunków rodziny wykonanych przez pacjentów w okresie zaostrzenia chorobowego (przed rozpoczęciem leczenia), 60 rysunków rodziny narysowanych przez nich w okresie remisji (po intensywnym leczeniu) i 120 rysunków autorstwa osób zdrowych. W badaniu posłużono się własną modyfikacją „Testu rysunku rodziny”. W pierwszej części metody pracy przeprowadzono analizę formalną rysunków, w drugiej części oceniono zmianę niepokoju, agresji i autodewaloryzacji pod wpływem zastosowanego leczenia. W porównaniu z grupą kontrolną odnotowano zmniejszenie poziomu niepokoju u chorych w remisji farmakologicznej o ponad połowę, ponad dwukrotny wzrost agresji i znaczny spadek autodewaloryzacji.*

SUMMARY. *The aim of this study was to assess changes in graphical representation of the patient's family after treatment of an episode of paranoid schizophrenia. The analyzed material consisted of 60 drawings of the family made by patients during a relapse (prior to treatment), 60 family drawings made in remission after an intense treatment, and 120 drawings by healthy controls. A modification of the Family Drawing Test, developed by the authors was used. In the first part of the study a formal analysis of the drawings was conducted, and in the second stage – post-treatment changes in anxiety, aggression and self-depreciation were assessed. In comparison to the control group, schizophrenic patients in pharmacologically induced remission indicated a decrease in the anxiety level (by over 50%), over a twice as high increase in aggression rate, and a significant decrease in self-depreciation.*

Słowa kluczowe: patografia / rysunek / schizofrenia paranoidalna
Key words: pathography / drawing / paranoid schizophrenia

Uznanie twórczości plastycznej psychicznie chorych za pozawerbalny przekaz subiektywnych przeżyć psychotycznych dokonało się za sprawą prac Morgenthalera (1921) i Prinzhorna (1922) [13, 15]. Ich zdaniem przekaz graficzny wolny od składni i podporządkowania stereotypowym wzorom językowym pozwala na wyrażenie nowych jakościowo patologicznych doznań w sposób mniej kontrolowany niż wypowiedź słowna [6].

W rysunku rodziny badany ukazując siebie na jej tle ujawnia w sposób nieświadomy

najskrytsze tendencje [10, 12]. Badania ostatnich lat w dziedzinie psychopatologii ekspresji koncentrują się na wzajemnych zależnościach między objawami zaburzeń psychicznych a przekazem graficznym [17, 18, 19]. Aktualnie duże znaczenie przypisuje się wykorzystywaniu analizy formalno-tematycznej prac chorych dla potrzeb diagnozowania i prognozy [5, 7, 14]. W Polsce kierunek ten reprezentują: Tyszkiewicz, Braun-Gałkowska, Bartoszewski, Janicki, Kowalewska i Madejska [1, 2, 8, 9, 11, 20].

CEL PRACY

Celem pracy były: ocena zmian w graficznym przedstawieniu rodziny po leczeniu epizodu schizofrenii paranoidalnej oraz próba odpowiedzi na pytanie: czy na podstawie przekazu graficznego możliwe jest prześledzenie dynamiki procesu schizofrenicznego z wczesnym uchwyceniem epizodów zaostrzeń i remisji?

GRUPY BADANE

Badaniami objęto 60 chorych leczonych w Klinice Psychiatrii AM w Lublinie, u których rozpoznano schizofrenię paranoidalną (wg kryteriów DSM-IV). Badaną grupę stanowiło 30 kobiet i 30 mężczyzn w wieku od 18 do 36 lat. Średnia wieku w grupie badanych kobiet wynosiła 25,9 lat, mężczyzn – 25,5 lat. Czas trwania objawów choroby przed obecnym leczeniem szpitalnym mieścił się w przedziale 6–12 miesięcy. Długość trwania hospitalizacji, w której wykonywano badania, najczęściej zawierała się między 30–90 dniami.

Charakterystykę demograficzno-kliniczną badanych chorych przedstawiono w tabl. 1.

Do grupy osób zdrowych zaliczono 60 kobiet w wieku 24–48 lat, średni wiek – 35,6 lat i 60 mężczyzn w wieku 24–50 lat, średni wiek – 37 lat. Miejsce zamieszkania

Tablica 1. Charakterystyka demograficzno-kliniczna badanych chorych (N=60).

	N	%
Wykształcenie: podstawowe	3	5
	15	25
	30	50
	12	20
Zamieszkanie: wieś	23	38,3
	37	61,6
Zastosowano leczenie: klozapiną	22	36,6
	38	63,3

Tablica 2. Wykształcenie i miejsce zamieszkania badanych osób zdrowych (N=120).

	N	%
Wykształcenie: podstawowe	11	9,1
	27	22,5
	60	50
	22	18,3
Miejsce zamieszkania: wieś	42	78
	78	65

i wykształcenie badanych osób zdrowych przedstawia tabl. 2.

METODA PRACY

W badaniu posłużono się własną modyfikacją „Testu rysunku rodziny”. Badanie przeprowadzono u osób zdrowych jeden raz, u chorych zaś dwukrotnie: pierwszy raz w dwóch pierwszych dobach po przyjęciu do szpitala, drugi raz w dwóch ostatnich dniach przed wypisem, po uzyskaniu stanu remisji farmakologicznej [3]. Chorym udostępniono 10 kolorów kredek do wyboru. Rysunki zostały wykonane na kartkach formatu A-4.

W analizie tematyczno-formalnej rysunków uwzględniono 21 wskaźników: kolor, wielkość postaci, obecność dużych wolnych przestrzeni, pominięcie siebie, „ja – nie-szczęśliwy”, „ja – dewaloryzowany”, „ja – jak inni”, nacisk kredki, „ciało z kresek”, „ciało niepełne”, obecność twarzy, dłoni, stóp i podłoża, bliskość z autorem, „postacie wrogie”, wyeksponowanie oczu, użycie symboli, zwrócenie postaci w lewą lub w prawą stronę, przedmioty dodane. Badając kolor w pracach plastycznych chorych obliczano częstość występowania rysunków jednobarwnych, dwubarwnych i kolorowych.

W analizie wielkości postaci wprowadzono podział na: postacie małe – do 5 cm, postacie średnie – 5–10 cm, postacie duże – powyżej 10 cm. Wskaźnik „duże wolne przestrzenie” uwzględniał nie zamalowane powierzchnie obejmujące co najmniej 2/3 kartki. Wskaźnik „ja” nie-szczęśliwy uznano za obecny na ry-

sunku, gdy chory wyraźnie zaakcentował smutną mimikę swojej twarzy, bądź przedstawił siebie w sytuacji gdy płacze lub martwi się. W analizie wskaźnika „ja – dewaloryzowany” brano pod uwagę takie cechy dewaloryzacji w rysunku, jak: (1) „ja” mniejszy od innych, (2) „ja” umieszczony z brzegu, w kącie rysunku z dala od innych, (3) „ja” nary-

sowany niestarannie, z mniejszą ilością szczegółów, (4) „ja” narysowany z użyciem mniejszej liczby kolorów [2, 3]. Wskaźnik ten uznano za obecny w rysunku, gdy spełniał co najmniej jedną z wyżej wymienionych cech dewaloryzacji. We wskaźniku „nacisk kredki” wyróżniono nacisk lekki, średni i duży, uwzględniając grubość kreski i siłę nacisku na

Tablica 3. Ocena częstości występowania i poziomu ufności analizowanych wskaźników u chorych w ostrym stadium choroby i u zdrowych.

Wskaźnik	Chorzy w stadium ostrym		Zdrowi		χ^2	p
	n	%	n	%		
Kolor: rysunek jednobarwny rysunek dwubarwny rysunek kolorowy	36	60	51	42,5	2,53	n.s.
	14	23,3	19	15,8	1,22	n.s.
	10	16,6	50	41,6	7,50	0,01
Wielkość postaci: małe średnie duże	12	20	16	13,3	1,14	n.s.
	28	46,6	46	38,3	0,67	n.s.
	20	33,3	58	48,3	2,07	n.s.
Duże wolne przestrzenie	23	38,3	35	29,1	1,04	n.s.
Pominięcie siebie	25	41,6	5	4,1	33,75	0,001
„Ja – nieszczęśliwy”	3	5	2	1,6	1,60	n.s.
„Ja – dewaloryzowany”	6	10	5	4,1	2,22	n.s.
Nacisk kredki: lekki średni duży	13	21,6	40	33,3	1,84	n.s.
	22	36,6	39	32,5	0,20	n.s.
	25	41,6	41	34,1	0,61	n.s.
„Ciało z kreską”	7	11,6	16	13,3	0,08	n.s.
„Ciało niepełne”	5	8,3	3	2,5	3,06	n.s.
Twarze	55	91,6	100	83,3	0,32	n.s.
Wyeksponowane oczy	4	6,6	0	0	8,00	0,01
Dłonie	32	53,3	63	52,5	0,005	n.s.
Stopy	44	73,3	89	74	0,004	n.s.
Brak podłoża	55	91,6	70	58,3	6,40	0,05
Użycie symboli	5	8,3	0	0	10,00	0,01
Bliskość z autorem	11	18,3	47	39,1	5,38	0,05
„Ja – jak inni”	32	53,3	103	85,8	5,63	0,05
Zwrócenie postaci w lewo	9	15	11	9,1	1,22	n.s.
Zwrócenie postaci w prawo	3	5	1	0,8	3,12	n.s.
„Postacie wrogie”	5	8,3	2	1,6	4,57	0,05
Przedmioty dodane	11	18,3	48	40	5,72	0,05

papier. W ocenie „ciała z kresek” brano pod uwagę ujęcie schematyczne ciała za pomocą kresek, bez zaznaczenia przestrzenności i elementów składowych, jak: twarz, dłonie, stopy. Wskaźnik „ciało niepełne” uznano za występujący w rysunku, gdy w przedstawionych postaciach nie zaznaczono głównych części ciała. „Bliskość z autorem” interpretowano

w oparciu o cechy: (1) współdziałania całej rodziny (osoby narysowane podczas wykonywania wspólnej czynności, jak posiłek, spacer) lub (2) podania sobie dłoni. Wskaźnik „postacie wrogie” bierze pod uwagę następujące elementy: (1) „ciężkość”, „sztywność” postaci (sylwetki dużych rozmiarów, silny nacisk kredki, czarny kolor, brak ruchu),

Tablica 4. Ocena częstości występowania i poziomu ufności analizowanych wskaźników u chorych po terapii neuroleptycznej i w grupie kontrolnej.

Wskaźnik	Chorzy w stadium ostrym		Zdrowi		χ^2	p
	n	%	n	%		
Kolor: rysunek jednobarwny rysunek dwubarwny rysunek kolorowy	21	35	51	42,5	0,56	n.s.
	11	18,3	19	15,8	0,15	n.s.
	28	46,6	50	41,6	0,23	n.s.
Wielkość postaci: małe średnie duże	6	10	16	13,3	0,36	n.s.
	25	41,6	46	38,3	0,11	n.s.
	29	48,3	58	48,3	0,00	n.s.
Duże wolne przestrzenie	9	15	35	29,1	3,28	n.s.
Pominięcie siebie	18	30	5	4,1	20,89	0,001
„Ja – nieszczęśliwy”	3	5	2	1,6	1,60	n.s.
„Ja – dewaloryzowany	3	5	5	4,1	0,06	n.s.
Nacisk kredki: lekki średni duży	8	13,3	40	33,3	6,00	0,05
	14	23,3	39	32,5	1,14	n.s.
	38	63,3	41	34,1	7,75	0,01
„Ciało z kresek”	7	11,6	16	13,3	0,08	n.s.
„Ciało niepełne”	3	5	3	2,5	0,75	n.s.
Twarze	60	100	100	83,3	1,25	n.s.
Wyeksponowane oczy	7	11,6	0	0	14,00	0,001
Dłonie	45	75	63	52,5	3,37	n.s.
Stopy	46	76,6	89	74	0,03	n.s.
Brak podłoża	53	88,3	70	58,3	5,26	0,05
Użycie symboli	2	3,3	0	0	4,00	0,05
Bliskość z autorem	16	26,6	47	39,1	1,78	n.s.
„Ja – jak inni”	43	71,6	103	85,8	0,99	n.s.
Zwrócenie postaci w lewo	12	20	11	9,1	3,67	n.s.
Zwrócenie postaci w prawo	1	1,6	1	0,8	0,25	n.s.
„Postacie wrogie”	2	3,3	2	1,6	0,50	n.s.
Przedmioty dodane	14	23,3	48	40	3,22	n.s.

(2) wroga mimika twarzy. Elementy inne niż rodzina uznano za przedmioty dodane.

Dalsza część omawianej metody służyła ocenie stopnia niepokoju, agresji oraz autodewaloryzacji. Poziom niepokoju określano za pomocą następujących wskaźników: (1) puste białe przestrzenie, (2) rysunek mało barwny, (3) brak ruchu – „postacie sztywne”, (4) małe postacie, (5) brak podstawy – postacie na rysunku sprawiają wrażenie zawieszonych w próżni, (6) ciało niepełne, (7) brak elementów dodanych, (8) treść wskazująca na lęk i smutek. Nie wszystkie wymienione wyżej wskaźniki występują równocześnie, już część z nich wskazuje na podwyższenie niepokoju [2, 4].

Agresja została zinterpretowana w oparciu o wskaźniki: (1) kreska zamachowa, z dużym naciskiem, (2) duże postacie (powyżej 10 cm), (3) używanie w tym samym rysunku koloru czerwonego i czarnego, (4) zaznaczanie elementów podkreślających różnice seksualne (np. piersi), niekiedy w sposób wulgarny [3].

W analizie autodewaloryzacji sumowano wskaźniki: (1) „ja” dewaloryzowany, (2) „ja” nieszczęśliwy, (3) „pominięcie siebie”.

Różnice w częstości występowania wskaźników w pierwszym i drugim zestawieniu porównawczym zostały obliczone za pomocą ważonego testu χ^2 zgodności. Przy wartości statystycznej różnicy (χ^2) podawany jest też poziom jej istotności (bardzo istotny $p < 0,001$ – $0,01$; istotny $p < 0,05$; lub nieistotny – n.s.).

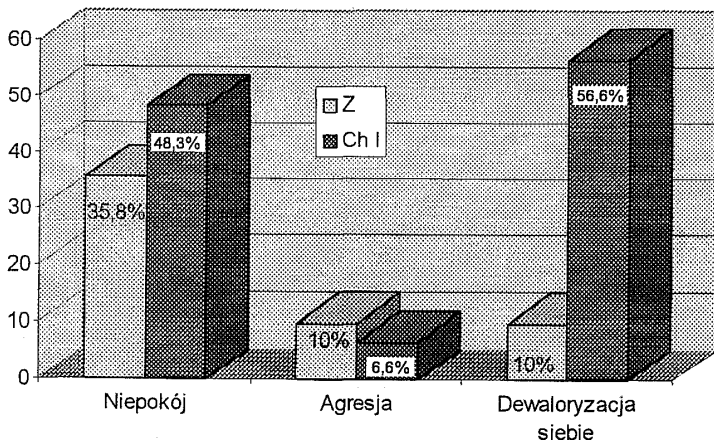
WYNIKI

W tabl. 3 przedstawiono ocenę częstości występowania 21 wskaźników zmodyfikowanego „Testu rysunku rodziny” w grupie osób chorych przed leczeniem i w grupie osób zdrowych.

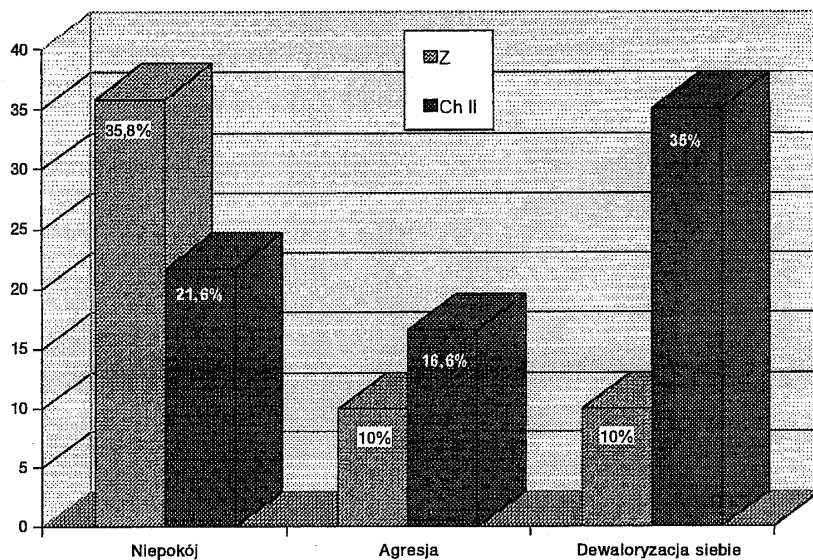
W tablicy, oprócz ilości rysunków z danym wskaźnikiem podano także częstość jego występowania w procentach.

W tablicy 4 dokonano oceny częstości występowania 21 badanych wskaźników w grupie chorych w stanie remisji (Ch II) i zdrowych (Z).

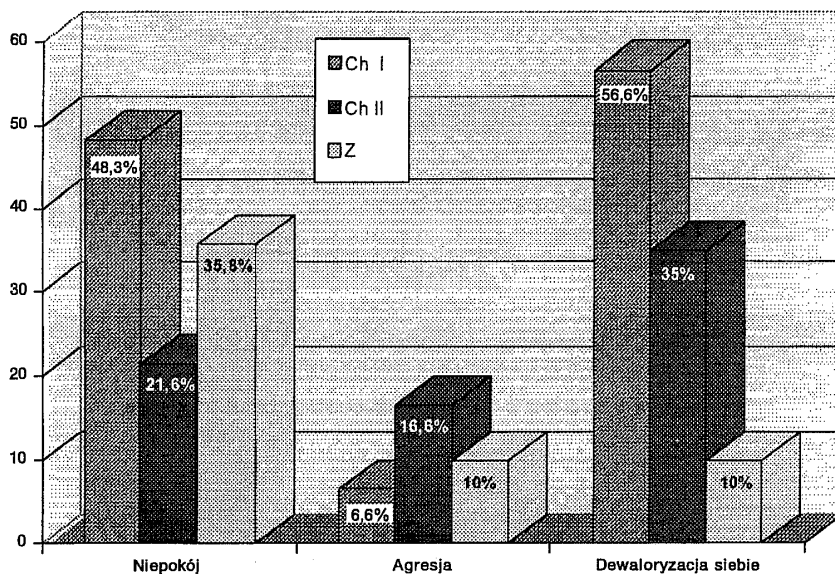
W formie wykresu kolumnowego (rys. 1) przedstawiono poziomy niepokoju, agresji i autodewaloryzacji, jakie obserwowano w grupie chorych przed leczeniem (Ch I) i w grupie badanych zdrowych (Z).



Rysunek 1. Niepokój, agresja i dewaloryzacja siebie w grupach w rysunkach chorych w ostrym stadium choroby (Ch I) i osób zdrowych (Z).



Rysunek 2. Niepokój, agresja i dewaloryzacja siebie w rysunkach chorych po leczeniu farmakologicznym (Ch II) i osób zdrowych (Z).



Rysunek 3. Zestawienie porównawcze poziomów: niepokoju, agresji, autodewaloryzacji w rysunkach: chorych w ostrym stadium choroby (Ch I), chorych po leczeniu farmakologicznym (Ch II) i osób zdrowych (Z).

Wykres kolumnowy drugi (rys. 2) przedstawia poziom niepokoju, agresji i autodewaloryzacji w grupie chorych leczonych (Ch II) i w grupie kontrolnej (Z).

Dynamika zmian w rysunku rodziny pod wpływem zastosowanego leczenia farmakologicznego została zobrazowana na wykresie trzecim (rys. 3).

OMÓWIENIE WYNIKÓW

Porównanie rysunków wykonanych przez chorych przed rozpoczęciem leczenia i po uzyskaniu remisji wskazuje u większości z nich poprawę w przekazie graficznym rodziny. Bardzo istotne w ocenie zmian w obrazie rodziny okazały się wskaźniki: „rysunek kolorowy” ($p < 0,01$), „pominięcie siebie” ($p < 0,001$), „nacisk kredki duży” ($p < 0,01$), „wyeksponowane oczy” ($p < 0,01$) i „użycie symboli” ($p < 0,01$).

Barwy użyte w rysunku określają uczuciowość pacjenta. Rysunek kolorowy świadczy o żywej emocjonalności, jednobarwny (szary) wskazuje na zahamowanie emocjonalne i niepokój [2]. W trakcie analizy wyników badań zwrócono uwagę na zgodność w czasie między poprawą kliniczną stanu pacjentów, a poprawą koloru w ich pracach. Częstość występowania rysunków kolorowych pod wpływem zastosowanego leczenia wzrosła ponad dwukrotnie (z 16,6% w grupie chorych przed leczeniem na 46,6% u chorych pozostających w stanie remisji farmakologicznej). W grupie kontrolnej wskaźnik ten osiągnął wartość 41,6%.

Bardzo istotne statystycznie okazały się zmiany w obrębie wskaźnika „pominięcie siebie”. Częstość jego występowania przed rozpoczęciem leczenia wyniosła 41,6%, a po leczeniu – 30%, co w porównaniu z wartością w grupie kontrolnej (4,1%) wskazuje na daleko posuniętą autodewaloryzację chorych i brak akceptacji siebie w swojej sytuacji.

Pod wpływem leczenia zaobserwowano istotne statystycznie zmiany w obrębie wskaźnika „nacisk kredki”. Odnotowano wzrost częstości występowania „dużego na-

cisku kredki” i „spadek lekkiego nacisku kredki”, co w konfrontacji z danymi liczbowymi w grupie kontrolnej może świadczyć o zmniejszeniu niepokoju u pacjenta i jego emocjonalnym odblokowaniu.

Interesujący okazał się fakt, że w analizowanych rysunkach z licznych elementów patograficznych uznanych za typowe dla malarstwa schizofrenicznego można było ocenić jedynie trzy: „użycie symboli”, „postacie wrogie” oraz „wyeksponowanie oczu”. Poziom ufności tych wskaźników mieścił się w granicach istotności statystycznej ($p < 0,05$ – $0,01$). Zaobserwowano spadek występowania wskaźników: „użycie symboli” i „postacie wrogie” o połowę. Wskaźnik „wyeksponowanie oczu” z niewyjaśnionych przyczyn wzrósł prawie dwukrotnie. Nie odnotowano obecności wyżej wymienionych wskaźników w pracach graficznych osób zdrowych.

Poziom ufności $p < 0,05$ potwierdził istotność statystyczną porównań następujących wskaźników: „brak podłoża”, „przedmioty dodane”, „ja – jak inni” i „bliskość z autorem”. Wskaźnik „brak podłoża” jest charakterystyczny dla wysokiego poziomu niepokoju w przekazie graficznym chorych. Częstość jego występowania u pacjentów przed leczeniem (91,6%) i po leczeniu (88,3%) jest znacznie wyższa niż to miało miejsce w grupie osób zdrowych (58,3%). Świadczy to o utrzymującym się lęku przed funkcjonowaniem poza warunkami szpitalnymi, często wynikającym z braku zaspokojenia podstawowych potrzeb egzystencjalnych. Kolejnym wskaźnikiem przemawiającym za zmniejszeniem poziomu niepokoju w rysunkach pacjentów pozostających w stanie poprawy klinicznej są „przedmioty dodane”, których częstość występowania uległa zwiększeniu z 18,3% na 23,3%, a wartość procentowa w grupie kontrolnej wyniosła 40%. Zmniejszenie autodewaloryzacji znalazło wyraz we wzroście występowania wskaźnika „ja – jak inni” z 53,3% u chorych w zaostrzeniu chorobowym do 71,6% po terapii neuroleptycznej. Częstość

występowania tego wskaźnika w grupie kontrolnej wyniosła 85,5%. Innym wskaźnikiem świadczącym o wzroście akceptacji chorych dla siebie samych i lepszych relacjach rodzinnych jest „bliskość z autorem”. Pod wpływem leczenia częstość jego występowania wzrosła o połowę (z 18,3% do 26,6%), w grupie kontrolnej przekroczyła 39%.

W dalszej części pracy oceniono zmianę niepokoju, agresji i autodewaloryzacji pod wpływem zastosowanego leczenia. W oparciu o wskaźniki niepokoju, opisane w metodzie pracy, poziom niepokoju u chorych w remisji farmakologicznej uległ zmniejszeniu o ponad połowę, osiągając wartość procentową (21,6%) niższą od grupy kontrolnej (35,8%).

Stwierdzono rzadkie występowanie wskaźnika agresji w pracach graficznych badanych grup. Częstość jego występowania u chorych po leczeniu wzrosła ponad dwukrotnie. Przemawia to nie tyle za podwyższoną tendencją do agresji w rysunku, co za ujawnieniem się emocji i żywszej uczuciowości. Może też wynikać z krytycznej samooceny chorych i podwyższonego poczucia winy.

W analizowanych rysunkach zaobserwowano wyraźne zmiany w częstości występowania wskaźników określających autodewaloryzację chorego. U pacjentów przed leczeniem poziom dewaloryzacji siebie był istotnie wyższy (56,6%) od poziomu w grupie osób zdrowych (10%). Pod wpływem leczenia neuroleptykami odnotowano spadek poziomu autodewaloryzacji z 56,6% na 35%.

WNIOSKI

1. W analizowanych rysunkach nie stwierdzono klasycznych patogramów formy uznanych za typowe dla malarstwa schizofrenicznego, jak: maski, monstra, kontaminacje, surrealizm, dekoratywność.
2. W rysunkach chorych wykonanych po leczeniu zaobserwowano wyraźne obniżenie poziomu niepokoju i autodewaloryzacji. Poziom autodewaloryzacji był istotnie wyższy niż w grupie kontrolnej, natomiast niepokój osiągnął wartość niższą niż w grupie kontrolnej.
3. Przeważająca część chorych wykazała zgodność czasową poprawy klinicznej z poprawą rysunku rodziny.
4. Analiza przekazu graficznego chorych może być pomocna w ocenie dynamiki procesu schizofrenicznego (obserwacja rozszerzona).

PIŚMIENNICTWO

1. Bartoszewski J., Wojciechowski J.: Rysunki chorych na schizofrenię jako czynnik prognostyczny w ocenie ich stanu psychicznego. *Psychiatr. Pol.* 1971, 5, 2, 152-159.
2. Braun-Galkowska M.: Metody badania systemu rodzinnego. KUL, Lublin 1991.
3. Braun-Galkowska M.: Test Rysunku Rodziny. KUL, Lublin 1985.
4. Braun-Galkowska M., Steuden S.: Projektacja niepokoju. *Zagadnienia Wychowawcze a Zdrowie Psychiczne* 1985, 2-3, 85-94.
5. Chlewiński Z., Grzywa A.: Sądy diagnostyczne wydane na podstawie graficznych przedstawień pojęć abstrakcyjnych. *Przeegl. Psychologiczny* 1985, 28, 2, 369-387.
6. Giersz T.: Artoterapia w rehabilitacji schizofrenii. *Annales Academiae Medicae Silesiensis. Symposium Psychoterapii*, Katowice 1986, 87-92.
7. Grzywa A.: Geneza, struktura i dynamika urojeń w schizofrenicznych zespołach paranoidalnych. *Rozprawa habilitacyjna*, Lublin 1991.
8. Janicki A.: Twórczość plastyczna chorych leczonych w krajowych ośrodkach psychiatrycznych. *Psychiatr. Pol.* 1969, 3, 6, 661-663.
9. Kowalewska I.: Twórczość malarska chorych na schizofrenię rehabilitowanych w warunkach lecznictwa otwartego. *Psychiatr. Pol.* 1969, 3, 3, 303-309.
10. Machover K.: *Personality projection in the drawing of human figure*. Illinois 1949.
11. Madejska N.: *Malarstwo schizofreników*. PZWL, Warszawa 1976.
12. Minuchin S.: *Families and family therapy*. Cambridge 1975.

13. Morgenthaler W.: Ein Geisteskranker als Künstler. Berne-Leipzig 1921.
14. Muskat K.: Rozpoznanie a forma i treść rysunku. *Psychiatr. Pol.* 1977, 11, 5, 519–524.
15. Prinzhorn H.: Bildneri der Geisteskranker. Berlin 1969.
16. Scott J.: Le Test de Couleurs de Lüscher. Avignon 1976.
17. Tyszkiewicz M.: Analiza psychiatryczno-malarska rysunków i malarstwa dzieci i młodzieży chorych na schizofrenię. *Psychiatr. Pol.* 1970, 4, 4, 476–480.
18. Tyszkiewicz M.: Tematyka wypowiedzi plastycznych a postać defektu schizofrenicznego. *Psychiatr. Pol.* 1973, 7, 3, 254–262.
19. Tyszkiewicz M.: Korelacje cech patologii w pracach plastycznych chorych na schizofrenię. *Psychiatr. Pol.* 1983, 17, 3, 249–253.
20. Tyszkiewicz M.: Psychopatologia ekspresji. PWN, Warszawa 1987. 40.

*Adres: Doc. Anna Grzywa, Katedra i Klinika Psychiatrii AM,
ul. Abramowicka 2, 20-442 Lublin*