

## אינדיקטורים מבחינים במבחן Draw-a- Person (DAP) בקרב אנשים המאובחנים במחלת הסכיזופרניה

**מאת:** מאיה טל, גלית אבוקרט, דנה בלום ושמרית ברש סטודנטיות בביה"ס לטיפול באמצעות אמנויות, אוניברסיטת חיפה.

### סקירת ספרות

מבחן **DAP- Draw-A-Person test** (Machover, 1949) הינו מבחן השלכתי, שבו מתבקש האדם לצייר את עצמו. Machover (1949) הייתה הראשונה לכוון את שיטת הצירוף העצמי למטרות אבחון, בהתבסס על נתונים מחקריים אודות דמויות אנוש בציורים חופשיים על מודלים של שלבי התפתחות כרונולוגיים ועל מנגנון ההשלכה (Anastasi & Foley, 1936). המבחן בודק ביטויי דימוי עצמי, נורמטיביות פסיכולוגית וזהות מינית (Merritt & Kok, 1997).

ניתוח הצירוף העצמי מונחה על ידי שלושה עקרונות (אברהם, 2002): הראשון, הוא עקרון ההסתגלות, לפיו התנהגות הפרט הינה פועל יוצא של אינטראקציה בין מבנה אישיותו לבין הסביבה והיא הסתגלותית במהותה. לפיכך, אופן ההסתגלות למבחן עשוי לחשוף היבטים שונים באישיות. השני, הוא עקרון ההשלכה, המניח שהגוף מהווה את מרכז החוויות החיוניות של הפרט ומצוי במגע מתמיד עם הסביבה. דימוי הגוף והשלכתו במבחן לא מייצגים תפיסה חזותית בלבד, אלא יצירה סובייקטיבית הספוגה בתחושות ובמחשבות שמהם מורכב הדימוי העצמי. השלישי, הוא עקרון ההבעתיות, המתייחס לפעילות המוטורית הכרוכה בצירוף. פעילות זו קשורה בתפקודי מוח מורכבים ופעילות הבעתית הנובעת מהמערכת הבלתי רצונית (Morris, 1962). פעילות זו מהווה חלק אינטגרלי ואוטומטי מההתנהגות ונובעת מגורמים עמוקים באישיות. כמו כן, המבחן כולל התייחסות למיקום דמותו של המצייר על גבי גיליון הצירוף כמשקף את יחסי האדם וסביבתו, תוך המחשת השלכותיו והבעותיו. ניתוח הצירוף מחייב סינתזה בין כל ההיבטים: הסתגלות, הבעתיות והשלכה, ביחס לסביבה הנתונה- כשלב חיוני בדרך לאבחון כוללני ומקיף.

בספרות המחקרית שפורסמה בעשור האחרון הוצגו פיתוחי מדדים אומנותיים למחלות נפש (e.g., Lev- Wiesel, &

המחקר הנוכחי בקש לבסס מחקרית אינדיקטורים המעידים על מצבים נפשיים וסימפטומים של מחלת הסכיזופרניה, ולבדוק האם יימצאו הבדלים בין אופני הייצוג העצמי של אנשים החולים במחלת הסכיזופרניה לבין אנשים שלא אובחנו במחלה, באמצעות מבחן ציור עצמי Draw-A- Person (DAP).

מערך המחקר כלל השוואה בין שתי קבוצות בנות 10 משתתפים כל אחת: הראשונה, כללה גברים המאובחנים כחולי סכיזופרניה ובשנייה, נכללו גברים שהוגדרו כ"נורמטיביים". כל משתתף התבקש לצייר את עצמו בעפרון על גבי דף לבן. בצירוף המשתתפים נבחנו סימפטומים של עיוותי בוחן המציאות וחוסר אינטגרציה באישיות, המאפיינים את מחלת הסכיזופרניה, דרך בחינת אינדיקטורים מבוססים מחקרית הקשורים בקשיים ביציבת הגוף ובעיוותים בקו מתאר הדמות (בהתאמה).

בהתאמה חלקית להשערות נמצאו הבדלים בין הקבוצות במידת הבולטות של יציבות הרגליים, כאינדיקציה לקיום הסימפטום של תפיסת מציאות מעוותת, וכן במידת הבולטות של ניתוק הראש מהצוואר, ניתוק הצוואר מהכתפיים והשמטת הצוואר, המעידים על קיומה של בעיה באינטגרציית האישיות. לא נמצאו הבדלים באינדיקטורים של אי יציבות כפות הרגליים ועמימות קו מתאר הפנים, ככל הנראה, עקב הטרוגניות גבוהה של תת סוגי הסכיזופרניה בקבוצת הניסוי. המחקר מעיד על צורך בחקר נוסף של ביטוי המצבים הנפשיים בקרב חולי סכיזופרניה, לרבות ההבדלים בין תתי הסוגים של המחלה, בכדי לאפשר אבחון מוקדם ומדויק יותר.

**מילות מפתח:** אבחון, מבחן "צייר דמות אנוש", סכיזופרניה, אינדיקטורים ציוריים, גברים בגיל העמידה.

מחקרים על דימוי גוף בקרב חולי סכיזופרניה מצאו כי הפרעות בדימוי הגוף מהוות חלק מסימפטומי המחלה (Koide, Lizuka, Fujihara, & Morita, 2002; Priebe & Rohricht, 2001), בייחוד במימד תפיסת הגוף, בהשוואה לאנשים הסובלים מהפרעות נפשיות אחרות ולאוכלוסייה הנורמטיבית. בהשוואה בין משתתפים נורמטיביים לבין משתתפים החולים במחלת הסכיזופרניה מתתי הסוגים פרנואידי ורזידואלי, Lev-Wiesel and Shvero (2003) מצאו הבדלים מובהקים ביחס לאינדיקטורים הקשורים בייצוג האוזניים (כגון כפולות, גדולות מודגשות וכתפיים רחבות). כמו כן, חולים סכיזופרניים מדווחים כי הם סובלים מתחושות של "נפרדות של הגוף". למשל, כשהגוף מתפורר או קרוע לחתיכות (Cumming, 1988). במחקר אחר נמצא כי חולי סכיזופרניה מעריכים במידה פחותה את גודל הגפיים התחתונות שלהם באופן ספציפי ועקבי (Priebe & Rohricht, 2001).

ניכר כי סימפטומים הקשורים בבוחן מציאות לקוי מייצגים תחושות של אובדן קשר למציאות, ניתוק מהסביבה וחוסר אוריינטציה בהתנהלות בתוכה. יש להניח כי תחושות אלו עשויות להתקשר סמלית לתחושה של "אובדן קרקע מתחת לרגליים", ולכן הרגליים וכפות הרגליים, כמחזיקות את הפרט יציב ושולט בסביבתו, עשויות להתעוות בציורים עצמיים של חולי סכיזופרניה. כמו כן, מחלת הסכיזופרניה מאופיינת בפירוק האישיות או חיבור לא מותאם של חלקי האישיות. יש לצפות כי בציורים עצמיים של חולי סכיזופרניה יתבטא סימפטום זה בעיוותים בקווי המתאר של הדמות לכדי טשטוש, ניתוק ואף העלמה.

המחקר הנוכחי בוחן את ייצוגם של ביטויי סימפטומים אלו של מחלת הסכיזופרניה באמצעות אלמנטים גרפיים במבחן הציור העצמי DAP. לפיכך, בהתבסס על הסימפטומים שצוינו בסקירה התיאורטית, ההשערות הינן: 1. סימפטומים של עיוותי בוחן המציאות וחוסר אינטגרציה באישיות, האופייניים למחלת הסכיזופרניה, ישתקפו במבחן ציור עצמי DAP באינדיקטורים מבוססים מחקרית, הקשורים בקשיים ביציבת הגוף ובעיוותים בקו מתאר הדמות (בהתאמה), בקרב גברים בגילאי 50-66. 2. אינדיקטורים אלו יימצאו במידה פחותה במבחן הציור העצמי בקרב משתתפים שאינם מאובחנים במחלת הסכיזופרניה, בקרב גברים בגילאי 50-66.

(Shvero, 2003; Priebe, & Rohricht, 2001). הניסיון לבחון הבדלים באמצעות מבחן הציור העצמי בין אוכלוסיות של נפגעי נפש, עיקרם אנשים החולים במחלת הסכיזופרניה, ביחס לאוכלוסיות נורמטיביות, נטה להניב תוצאות מעורבות (e.g., Koide, Lizuka, Fujihara, & Morita, 2002). עם זאת, נמצא כי ביחס ליצירות אומנות מסוג אחר, הנחיות לציור תוכן אנושי בקרב סכיזופרנים מובילות לתוצאות חד משמעיות יותר (Priebe & Rohricht, 2001).

**סכיזופרניה** הינה מחלת נפש כרונית השייכת לקבוצת המחלות הפסיכוטיות. לפי מדריך ה-DSM-IV, המחלה פוגעת במצב הרגשי (מצבי רוח, תחושות, אפקט), בתפקודים קוגניטיביים שונים (חשיבה, תפיסה) ובתפקוד החברתי (American Psychiatric Association, 1994).

סימפטומי המחלה נחלקים לשתי קבוצות: הראשונה, כוללת "סימפטומים שליליים" המשקפים אובדן או הפחתה של תפקוד נורמלי ומתבטאים בקושי לגייס כוחות, לזום פעילויות ולהשתתף בהן, התדרדרות אינטלקטואלית ואובדן כושר חברתי. לקבוצה זו משתייכים גם תגובתיות רגשית מופחתת, אבדן שמחת החיים לכדי אנהדוניה, ביטויים רגשיים לא מותאמים וחרדה מפני התפוררות נפשית.

הקבוצה השנייה כוללת "סימפטומים חיוביים" הבאים לידי ביטוי בעודף או עיוות של תפקוד נורמלי. בקבוצה זו נכללים דלוזיות- עיוותי חשיבה, מחשבות שווא ואמונות משונות שעליהן לא ניתן לערער בטיעון הגיוני, הלוצינציות- שיבושי תפיסה חושיים הנפרדים ממחשבות החולה לרוב אודיטוריים, קטטוניה - קיפאון מוטורי או תזזיתיות, חשיבה ודיבור אסוציאטיביים, לא מאורגנים ולא מובנים לסביבה והתנהגות ילדותית, לא מאורגנת ולא צפויה המקשה על מילוי של תפקודים בסיסיים ונדמית כתלושה ומוזרה לסביבה.

מחלת הסכיזופרניה נחלקת לתתי סוגים: סכיזופרניה פרנואידי, המאופיינת בהופעת מחשבות רדיפה וגדלות; סכיזופרניה רזידואלית, המהווה "שארית" של המחלה לאחר תקופה ארוכה של חווית התקפים וטיפולים, ובה מופיעים בעיקר סימפטומים שליליים; סכיזופרניה לא מאורגנת, בה מתקיים חוסר ארגון של התנהגות וחשיבה; סכיזופרניה לא מובחנת, בה נפוצות הפרעות חשיבה, רגש והתנהגות שלא ניתן לשייך באופן ברור לקטגוריה ספציפית; וסכיזופרניה קטטונית, בה מופיע קיפאון או תזזית מוטורית. אבחון המחלה מתבסס על הופעת שניים או יותר מהסימפטומים המצוינים לעיל למשך לפחות שישה חודשים, תפקוד חברתי או תעסוקתי לקוי לאורך זמן בליווי הסימפטומים ושליטת הפרעות אחרות להסברת המצב.

## השיטה

## נבדקים

במחקר לקחו חלק 20 משתתפים ממין זכר, בגילאי 50-66, אשר חולקו לשתי קבוצות: קבוצת הניסוי כללה 10 אנשים המאובחנים כחולי סכיזופרניה ומתגוררים בהוסטל לשיקום נפגעי נפש בחיפה. טווח גילאיהם נע בין 50-65 ( $M=58.4$ ,  $SD=5.3$ ). מתוכם, 4 מאובחנים כסכיזופרניים פרנואידיים, 3 בסכיזופרניה לא מובחנת, 2 בסכיזופרניה רזידואלית ומשתתף אחד בסכיזופרניה לא מאורגנת. המשתתפים נתנו את הסכמתם להשתתפות במחקר ולחשיפת המידע אודות אבחונם הרפואי. קבוצת הביקורת כללה 10 משתתפים אשר הותאמו במין ובטווח הגילאים למשתתפי קבוצת הניסוי ( $M=57.2$ ,  $SD=4.4$ ), והם משתייכים למעגל מכרינו האישיים. השתתפותם במחקר הייתה על פי בקשה. המחקר התמקד באוכלוסייה הגברית בלבד, במטרה להגדיל את יכולת ההכללה החיצונית ולצמצם את השונות התוך קבוצתית הקיימת בקבוצת הניסוי.

## כלי המחקר

הכלי ששימש להערכת המשתתפים היה Draw-A-Person Test שפותח על ידי Machover.

## מהלך המחקר

כלל המשתתפים חתמו על מכתב הסכמה לצורך השתתפותם במחקר. למשתתפים הוגש לאורך, דף לבן חלק בגודל A4 ועפרון B2 ללא מחק, והם קבלו מהחוקרות את ההנחיה: "צייר את עצמך". כאשר העלו המשתתפים שאלות הנוגעות לאופן ביצוע המבחן (כגון, "האם לצייר את כל הגוף או רק את הראש?" או "האם יש להוסיף סביבה לציור?"), הם נענו בתשובה: "איך שאתה מוצא לנכון". בקבוצת הניסוי, המבחן הועבר בהוסטל לכל המשתתפים באותו יום, בכל פעם מול משתתף אחד. בקבוצת הביקורת המבחן התקיים בבתי המשתתפים, כך שאיסוף הנתונים התפרש על גבי מספר מועדים. בסיום המבחן, הודינו למשתתפים והבטחנו להם כי כל מידע שניתן לנו ייותר חסוי.

בהמשך, נבחרו האינדיקטורים המשוערים לשקף את סימפטומי המחלה הנבחרים, אשר יועדו להבדיל בין קבוצת הניסוי לבין קבוצת הביקורת במבחן הציור העצמי: 1. עיוותים ברגליים ובכפות הרגליים (השמטה, הדגשה, אי סימטריה), המשוערים לייצג עיוותים בתפיסת המציאות. 2. עיוותים בקו מתאר הפנים, הראש והגוף (השמטה, ניתוק, טשטוש), המשוערים לייצג קשיים באינטגרציה של האישיות.

בחירת האינדיקטורים התבססה על ספרות מחקרית קיימת וכן, על מידת ההסכמה בין החוקרות בנוגע להימצאותם בציורים השונים (מהימנות בין שופטים: סף מינימלי של 75% הסכמה). דירוג מידת הבולטות של כל אינדיקטור התבצע על סולם בעל חמש דרגות: 1- לא בולט כלל, 2- קיים במידה מועטה, 3- קיים, 4- קיים במידה מרובה, 5- בולט מאוד. על תוצאות המבחן בוצע מתאם סטטיסטי באמצעות תוכנת SPSS.

## ממצאים

במחקר הנוכחי נערך דירוג בסולם הנע בין 1-5 לגבי מידת הבולטות של האינדיקטורים שנבחרו לשקף שניים מסימפטומי מחלת הסכיזופרניה: עיוותים בבוחן המציאות, וקושי באינטגרציה האישיות. הממצאים מתוארים בטבלה מספר 1. כאמור, ההשערה הייתה כי אינדיקטורים של השמטה, הדגשה או אי סימטריה ברגליים ובכפות הרגליים, המיועדים לשקף עיוות בבוחן מציאות, יופיעו במבחן DAP בקרב משתתפים סכיזופרניים וכי אינדיקטורים אלו ימצאו במידה פחותה בקרב משתתפים נורמטיביים. לשם בדיקת ההשערה, בוצע מבחן  $t$  למדגמים בלתי תלויים ובהתאם להשערה, נמצא הבדל מובהק במידת בולטות יציבות הרגליים בין הקבוצות [ $t(11)=3.17$ ,  $p<0.05$ ], כך שממוצע בולטות יציבות הרגליים של המשתתפים הנורמטיביים גבוה ( $M=2.9$ ,  $SD=1.52$ ) ביחס לזה של המשתתפים הסכיזופרניים ( $M=1.30$ ,  $SD=0.48$ ). אולם, לא נמצאו הבדלים מובהקים ביחס למידת הבולטות של יציבות כפות הרגליים [ $t(16)=-1.56$ , n.s].

בהמשך, המחקר התייחס להשערה כי אינדיקטורים של השמטה, ניתוק או טשטוש בקו מתאר הפנים, הראש והגוף, המיועדים לשקף חוסר אינטגרציה באישיות, ימצאו במבחן DAP בקרב משתתפים סכיזופרניים, וכי אינדיקטורים אלו ימצאו במידה פחותה בקרב משתתפים נורמטיביים. לשם בדיקת ההשערה, בוצע מבחן  $t$  למדגמים בלתי תלויים, וכמשוער, נמצאו שלושה הבדלים מובהקים בין הקבוצות: 1) במידת הניתוק בין הראש לצוואר [ $t(18)=-3.20$ ,  $p<0.05$ ], כך שממוצע מידת הניתוק בין הראש לצוואר בקבוצת הביקורת ( $M=1.80$ ,  $SD=1.03$ ) נמוך יותר ביחס לממוצע של קבוצת הניסוי ( $M=3.20$ ,  $SD=0.92$ ). 2) במידת הניתוק בין הצוואר לכתפיים [ $t(18)=-2.26$ ,  $p<0.05$ ], כך שממוצע מידת הניתוק בין הצוואר לכתפיים נמוך יותר בקבוצת הביקורת ( $M=2.00$ ,  $SD=1.41$ ) לעומת בקבוצת הניסוי ( $M=3.40$ ,  $SD=1.35$ ). 3)

**טבלה מספר 2: טווח אחוזי תפוסת שטח דמות ביחס לשטח הדף בקרב משתתפי המחקר**

משתתפים	מס' משתתפים	טווח	מינימום	מקסימום
נורמטיביים	10	52.80	14.10	66.90
סכיזופרניה פרנואידית	4	68.80	2.60	71.40
סכיזופרניה לא מובחנת	3	47.30	5.60	52.90
סכיזופרניה רזידואלית	2	27.50	37.60	65.10
סכיזופרניה לא מאורגנת	1	0	66.50	66.50

**דין**

במחקר הנוכחי, נמצאו הבדלים בין אנשים המאובחנים במחלת הסכיזופרניה לבין אנשים שאינם מאובחנים במחלה זו במבחן ציור עצמי, בשני ממדים: הראשון, מידת הבולטות של יציבות הרגליים כאינדיקציה לקיום הסימפטום של תפיסת מציאות מעוותת, האופייני למחלת הסכיזופרניה (ראה ציורים 1, 2). לפי אברהם (2002), ברצף ההתפתחותי של ציור דמות אנוש, רגליים וכפות רגליים מופיעות בין הפרטים הראשונים, עקב חשיבותן בתחומי השליטה המוטורית, חופש התנועה בסביבה והיכולת להגנה עצמית. עיוותים בצירון מעידים על תחושות של חוסר אונים וחוסר בטחון ביחס לאחיזה בעולם. לפי טענה זו, ניתן לייחס את ההבדלים בין קבוצות המחקר בהשתקפות אינדיקטור זה למחלת הסכיזופרניה, המניבה התפתחות בלתי תקינה של האישיות ואחיזה תלושה במציאות.

**תמונה 2 - קבוצת בקורת**



**תמונה 1 - קבוצת ניסוי**



בשני ציורים אלו, ניתן לראות הבדלים במידת יציבות הרגליים

המימד השני שנבדל בין הקבוצות היה עיוותים בקו מתאר הדמות, וספציפית- מידת הבולטות של ניתוק הראש מהצוואר, וניתוק הצוואר מהכתפיים והשמטת הצוואר- המעידים על

במידת הבולטות של השמטת הצוואר  $[t(16)=-2.64, p<0.05]$ , כך שממוצע הבולטות של השמטת הצוואר בקבוצת הנורמטיביים נמוך יותר ( $M=1.40, SD=1.26$ ) ביחס לממוצע קבוצת הסכיזופרניים ( $M=3.20, SD=1.75$ ). אולם, ביחס למידת הבולטות של עמימות קו מתאר הפנים, לא נמצא הבדל מובהק בין הקבוצות  $[t(18)=-1.37, n.s.]$ .

הבדל נוסף שנבדק בין הקבוצות אך לגביו לא הוצעה השערה, היה אחוז תפוסת שטח הדמות ביחס לשטח הדף- בהנחה שתפיסת גודל העצמי ביחס לסביבה עשויה להתעוות בקרב חולי סכיזופרניה. האינדיקטור חושב לפי יחס המכפלה של אורך הדמות ברוחבה, במכפלת אורך הדף ברוחבו. במבחן t למדגמים בלתי תלויים שהשווה בין ממוצעי האחוזים, לא נמצאו הבדלים בין הקבוצות  $[t(15)=0.72, n.s.]$ , אולם, טבלה מספר 2 מציגה הפרש משמעותי בין טווחי הערכים בקרב קבוצת הניסוי ( $Range= 71.40\%-2.60\%$ ), לבין קבוצת הבקורת ( $Range= 66.90\%-14.10\%$ ). יתכן שאי מובהקות הממצא קשורה בשונות התוך קבוצתית הגבוהה של קבוצת הניסוי, שככל הנראה נובעת מהתפלגות המשתתפים לתתי סוגים של מחלת הסכיזופרניה.

**טבלה מס' 1 - ממוצעים, סטיות תקן ומובהקות ההבדלים בין משתתפים סכיזופרניים למשתתפים נורמטיביים ביחס לאינדיקטורים הנבחרים במבחן DAP**

משתתפים סכיזופרניים		משתתפים נורמטיביים		תוצאה	אינדיקטור
M=1.3	SD=0.48	M=2.9	SD=1.52	$t(11)=3.17, p<0.05$	מידת יציבות הרגליים
M=3.4	SD=1.17	M=2.4	SD=1.65	$t(16)=-1.56, n.s$	מידת אי יציבות כפות הרגליים
M=33.31	SD=28.51	M=34.07	SD=18.49	$t(15)=0.72, n.s$	אחוז תפוסת שטח דמות ביחס לשטח הדף
M=3.20	SD=0.92	M=1.80	SD=1.03	$t(18)=-3.20, p<0.05$	מידת הניתוק בין הראש לבין הצוואר
M=3.40	SD=1.35	M=2.00	SD=1.41	$t(18)=-2.26, p<0.05$	מידת הניתוק בין הצוואר לבין כתפיים
M=3.20	SD=1.75	M=1.40	SD=1.26	$t(16)=-2.64, p<0.05$	מידת השמטת הצוואר
M=2.30	SD=1.34	M=1.50	SD=1.27	$t(18)=-1.37, n.s$	מידת הבולטות של עמימות קו מתאר הפנים

המחקר תוך שימוש במדגם גדול והומוגני יותר, או לחלופין, להרחיבו ולבחון כיצד אותם אינדיקטורים או אינדיקטורים נוספים נבדלים בין תתי הסוגים של המחלה.

ההסבר השני קשור בהליך התאמת משתתפי קבוצת הביקורת למשתתפים המאובחנים בסכיזופרניה, והותאמו להם במאפיינים כלליים (גיל ומין), אך לא בנתונים אישיים (אברהם, 2002). דווקא נתונים אלו עשויים להשתקף באינדיקטורים אבנורמליים בציור העצמי, על אף שאינם מתבטאים בחיי היום-יום, ובכך לטשטש את ההבדלים בין הקבוצות.

תמונה 5 - סכיזופרניה לא מובחנת תמונה 6 - סכיזופרניה פרנואידית



חשוב לציין כי יכולה ההכללה של ממצאי המחקר הינה מוגבלת, הן בעקבות התפלגות רחבה של המשתתפים לתת סוגי סכיזופרניה שונים, והן ביחס לרמת האקטיביות של המחלה. כמו כן, תהליך אבחון האינדיקטורים שנראו בציורי המשתתפים התבצע ברמת מיומנות ראשונית וללא ניסיון קודם.

בעתיד, ניתן להרחיב את השימוש בכלי המחקר לסוללת מבחנים מגוונת יותר לבחינת ההבדלים בין האוכלוסיות, שתכלול לדוגמה גם את מבחן ציור אדם, עץ ובית House- HTP- Tree-Person (Buck, 1987). מחקר מעמיק יותר בנושא יספק תמונה בהירה ועשירה יותר ביחס לאינדיקטורים המבחינים בין שתי האוכלוסיות, ויאפשר אבחון מוקדם ומדויק יותר של המחלה.

### ביבליוגרפיה

אברהם, ע. (2002). *הגלוי והנסתר בציורי דמות אנוש*. תל אביב: מודן

American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, (DSM-IV)*, 4th. Washington, DC: American Psychiatric Association.

Morris, D. (1962). *The biology of art*. Methuen: London.

קיומה של בעיה באינטגרציה האישיות, שאופיינית גם היא למחלה (ראה ציורים 3, 4). הספרות מגדירה השמטות בציורים עצמיים כסטייה מן ההתפתחות התקינה, וקושרת אותן למצבים קונפליקטואליים בלתי מודעים סביב הדימוי הגופני והתפקוד התרבותי שמייצג האבר המושמט (Koppitz, 1959). ניתוקים והשמטות הקשורים בצוואר פירושים קווים גרסיבים באישיות וחוסר ביכולת אינטגרטיבית, המקשים על ניווט בין מערכת ההכרה לבין הדחפים. טענה זו מתיישבת עם ממצאי המחקר ביחס לבעיית היכולת לאינטגרציה, הקיימת בקרב חולי סכיזופרניה.

תמונה 3 - ניתוקים בקו מתאר הגוף תמונה 4 - השמטת צוואר וגוף



עם זאת, השערות המחקר אוששו רק במידה חלקית. לא נמצאו הבדלים בין אנשים שאובחנו במחלת הסכיזופרניה לבין אנשים שלא אובחנו בה אינדיקטורים של אי יציבות כפות הרגליים, עמימות קו מתאר הפנים, וכן, תפוסת שטח הדמות ביחס לשטח הדף ולכך ישנם מספר הסברים אפשריים. הראשון, קשור לגודלו המצומצם של המדגם ובייחוד לשונות התוך קבוצתית הגבוהה שאפיינה את קבוצת הניסוי, ביחס לתתי הסוגים של מחלת הסכיזופרניה. לכל תת סוג של המחלה מאפיינים ייחודיים, שסביר כי השתקפו בציורים העצמיים. למשל, באינדיקטור של תפוסת שטח דמות ביחס לשטח הדף ניכרים הבדלים משמעותיים בין משתתפים שאובחנו בסכיזופרניה לא מובחנת (ראה ציור 5) לבין אלו שאובחנו בסכיזופרניה פרנואידית (ראה ציור 6). ממצא זה תואם לטענתה של Machover (1949), כי ציור דמות מאוד גדולה נוטה להופיע בקרב פרנואידיים בעלי הערכה עצמית מוגזמת, וכי ציור דמות זעירה משוייך לביטוי של רמת אנרגיה נמוכה, העונה להגדרת סימפטומים שליליים של מחלת הסכיזופרניה. ראוי להתייחס בנקודה זו גם לרמת אקטיביות המחלה. מתוך 10 המשתתפים שהשתייכו לקבוצת הניסוי, 9 נמצאו בשלב הרמיסיה, שבו הביטויים הסימפטומטיים ממותנים יותר. יתכן שגם בעקבות זאת הטשטשו ההבדלים בין הקבוצות. בכדי להתגבר על קושי זה, רצוי לבצע רפליקציה על

Priebe, S., & Rohricht, F. (2001). Specific body image pathology in acute schizophrenia, *Psychiatry Research*, *101*, 289-301.

לפניות בנוגע למאמר זה: אל מאיה טל, דוא"ל  
[redmuya@gmail.com](mailto:redmuya@gmail.com)

Anastasi, A., & Foley, J. (1936). An analysis of spontaneous drawings by children in different cultures. *Journal of Applied Psychology*, *20*, 689-726.

Koide, R., Lizuka, S., Fujihara, K., & Morita, N. (2002). Body image, symptoms and insight in chronic schizophrenia, *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, *56(1)*, 9-15.

Koppitz, E. M. (1959). Prediction of first grade school achievement with the Bender- Gestalt test in human figure drawings, *Journal of Clinical Psychology*, *15*, 164.

Lev- Wiesel, R., & Shvero, T. (2003). An exploratory study of self-figure drawings of individuals diagnosed with schizophrenia, *The Arts in Psychotherapy*, *30*, 13-16

Merritt, R. D., & Kok, C. J. (1997). Implications of the people= male theory for the interpretation of the Draw-A-Person Test, *Journal of Personality Assessment*, *68 (1)*, 211-214.