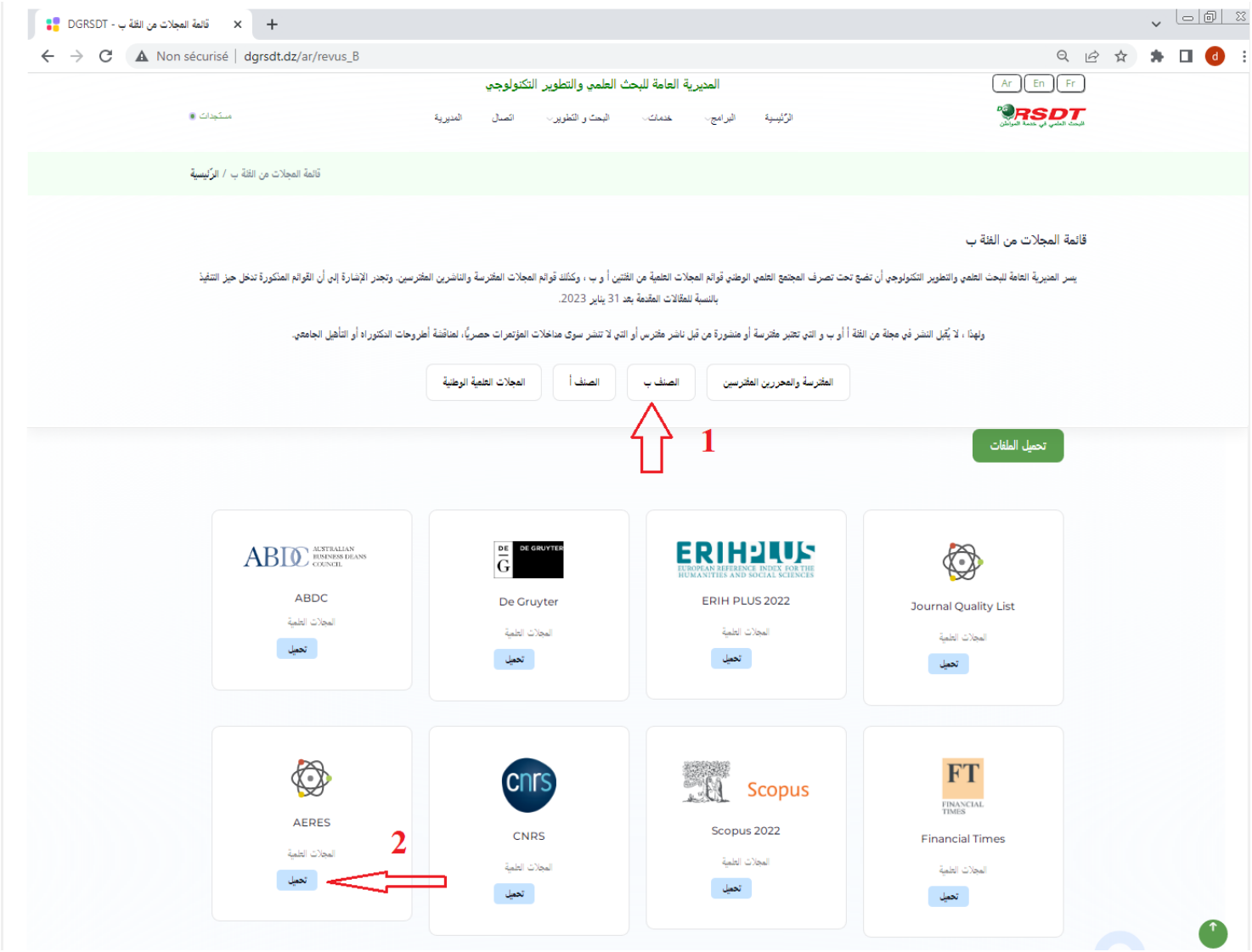
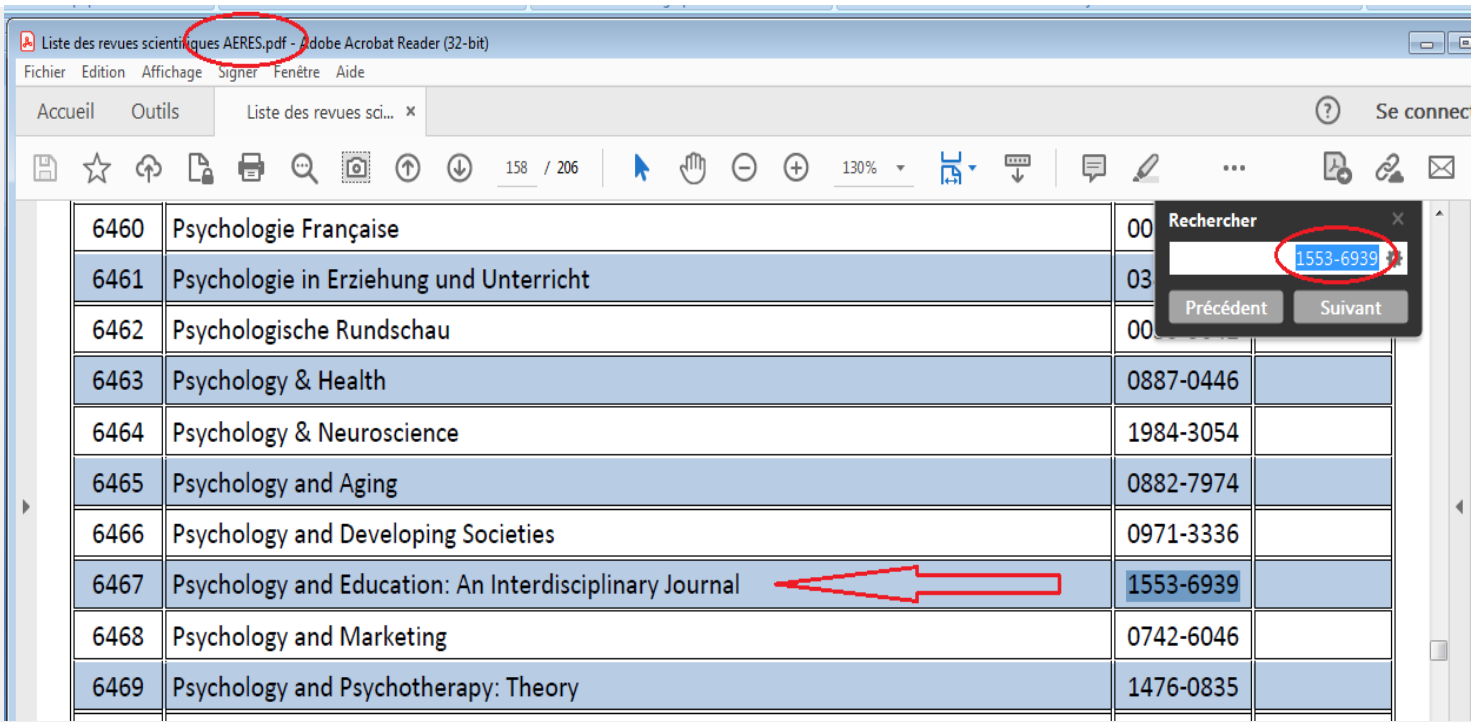
http://www.dgrsdt.dz/ar/revus_B



المجلة في قوائم المديرية المحدثة لسنة 2023 في مستوعب (AERES):



6460	Psychologie Française	00
6461	Psychologie in Erziehung und Unterricht	03
6462	Psychologische Rundschau	00
6463	Psychology & Health	0887-0446
6464	Psychology & Neuroscience	1984-3054
6465	Psychology and Aging	0882-7974
6466	Psychology and Developing Societies	0971-3336
6467	Psychology and Education: An Interdisciplinary Journal	1553-6939
6468	Psychology and Marketing	0742-6046
6469	Psychology and Psychotherapy: Theory	1476-0835

CERTIFICATE OF PUBLICATION

Certificate of publication for the article titled:

Psychological assessment of a schizophrenia case using the Rorschach comprehensive system

Authored by:

Katiba Bouchicha[1]

[1]University of Algiers –2– Abou El Kacem Saâdallah (Algeria), Laboratory of clinical psychology and psychometry, katiba.bouchicha@univ-alger2.dz

Electronic link:

http://psychologyandeducation.net/pae/index.php/pae/article/view/7922

Received: 07/2023, Published: 07/2023

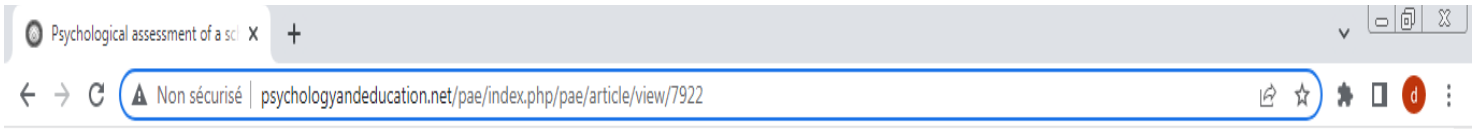
With Warm Regards,

Dr. Jimmy

Associate Editor

PSYCHOLOGY AND EDUCATION (ISSN: 1553-6939)

http://psychologyandeducation.net/pae/index.php/pae/article/view/7922



Psychological assessment of a schizophrenia case using the Rorschach comprehensive system

Katiba Bouchicha

PDF

Keywords:
Schizophrenia; Medical diagnosis; Psychological Assessment; Rorschach.

Abstract

Schizophrenia is a mental disorder or disease basically diagnosed by a psychiatrist, however, psychologists could be requested for a psychological assessment , in this case the use of the Rorschach comprehensive system allows a fine evaluation of various psychological, and cognitive processes such as information processing, and emotional processes including stress management and relational processes within self-perception and perception of relationships, it allows also to establish a diagnosis in order to spot the overall psychological functioning of the subject.

This simultaneous reading of the various clinical signs expressed and identified through the clinical mental examination and the psychological examination, allows to identify the disorder under its multiple aspects and to define the best therapeutic approach that suits the patient

Archives

Current Issue

Downloads

Copyright Form Click Here

Paper Template Click Here

Abstracts

Volume 57. No. 7, 2020

Volume 57. No. 6, 2020

Volume 57. No. 5, 2020

Volume 57. No. 4, 2020

Volume 57. No. 3, Supplementary 2020

Volume 57. No. 2, 2020

Volume 57. No. 1, 2020

Show All Issues >

PSYCHOLOGY AND EDUCATION (2023) 60(2): 936-951
ISSN: 1553-6939

Psychological assessment of a schizophrenia case using the Rorschach comprehensive system

Katiba Bouchicha[1]

[1]University of Algiers –2– Abou El Kacem Saâdallah (Algeria), Laboratory of clinical psychology and psychometry, katiba.bouchicha@univ-alger2.dz

Received: 07/2023, Published: 07/2023

Abstract:

Schizophrenia is a mental disorder or disease basically diagnosed by a psychiatrist, however, psychologists could be requested for a psychological assessment , in this case the use of the Rorschach comprehensive system allows a fine evaluation of various psychological, and cognitive processes such as information processing, and emotional processes including stress management and relational processes within self-perception and perception of relationships, it allows also to establish a diagnosis in order to spot the overall psychological functioning of the subject.

This simultaneous reading of the various clinical signs expressed and identified through the clinical mental examination and the psychological examination, allows to identify the disorder under its multiple aspects and to define the best therapeutic approach that suits the patient.

Keywords: Schizophrenia; Medical diagnosis; Psychological Assessment; Rorschach.

التقييم النفسي لحالة فصام من خلال الرورشاخ نظام مندمج

كتيبة بوشيشة[1]

[1]جامعة الجزائر2 أبو القاسم سعد الله (الجزائر)، مخبر علم النفس العيادي والقياسي، katiba.bouchicha@univ-alger2.dz

ملخص:

الفصام هو مرض عقلي يتم تشخيصه أساسا من قبل الطبيب العقلي ، ولكن قد يطلب بعض الأطباء العقليين من زملائهم الأخصائيين النفسانيين إجراء فحص نفسي، في هذه الحالة يسمح استخدام الرورشاخ نظام مندمج بإجراء تقييم دقيق لمختلف السياقات النفسية المعرفية، مثل معالجة المعلومة، والسياقات العاطفية بما في ذلك تسيير الضغط والسياقات العلائقية من خلال إدراك الذات وإدراك العلاقات، كما يسمح بالتشخيص وتسليط الضوء حول التوظيف النفسي العام للفرد.

هذه القراءة المتزامنة للعلامات العيادية المختلفة التي تم التعبير عنها وتحديدها من خلال الفحص العيادي العقلي والفحص النفسي، تسمح بتحديد الاضطراب وجوانبه المتعددة من أجل التوصل إلى العلاج المناسب بشكل أفضل للمريض.

الكلمات المفتاحية: الفصام؛ التشخيص الطبي؛ التقييم النفسي؛ الرورشاخ.

مقدمة:

الفصام هو مجموعة متلازمة من الأعراض الذهانية، تضم الهلاوس و/أو الهذيان و/أو السلوك شديد الاختلال، ويرتبط بمجموعة متلازمة من المسببات متعددة العوامل؛ تغير العرضية الفصامية الأداء والتوظيف العام للفرد، وتشمل الاضطرابات عالم العواطف والفكر والسلوك؛ تؤدي هذه الاضطرابات إلى اضطراب عميق في الشخصية وضعف في الوظائف العليا، فالفصام اضطراب مزمن يتضمن تطوره عادة مرحلة بدائية، مرحلة نشطة مع الهذيان، أو الهلاوس أو كليهما، ومرحلة موالية قد يكون خلالها الاضطراب في حالة هدوء.

1. اضطراب الفصام:

1.1 لمحة تاريخية حول الفصام:

يعتبر الطبيب العقلي الألماني(Kraeplin, 1896) الأول من عرف الخرف المبكر، وحدد الاضطراب ككيان باثولوجي على أساس الاتجاه نحو التدهور؛ أما أول استعمال لكلمة فصام فتعود إلى الطبيب العقلي السويسري (Bleuler, 1911) حيث صاغ كلمة "schizen" التي تعني الانقطاع أو الانفصال و "phren" والتي تعني الروح، بمعنى تقسيم الروح، حيث أكد على وجود صعوبات معرفية، لاسيما صعوبات في الانتباه،

وفي سنة 1912 قام Hull بقياس قدرات الذاكرة لمرضى الفصام، وأظهر أن هذه القدرات ضعيفة.

في الأربعينيات، وصف Rapapport الصعوبات التي يعاني منها مرضى الفصام على مستوى الحكم، الانتباه، التركيز، التخطيط والترقب.

في الستينيات، وضح Koh وجود مشاكل في الذاكرة لدى هؤلاء المرضى باستخدام الأساليب والمفاهيم التي وضعها علم النفس المعرفي. (Cité par Patouillard, 2011, pp.105-106)

يتم حاليا وضع الاضطرابات المعرفية في صلب اضطراب الفصام، واقتراح إدخال الاضطرابات المعرفية في معايير تشخيص الفصام.

2.1 وبائية الاضطراب:

تحدد المنظمة العالمية للصحة (OMS) وبائية انتشار اضطراب الفصام بين سكان العالم بحوالي 0.7 إلى 1 % ويصيب كل من الرجال والنساء، المراهقون والشباب هم المصابون الأوائل، عادة ما تحدث الأعراض الأولى بين سن الخامسة عشر(15) والخامسة والعشرون (25)، ولكن هناك أشكال مبكرة لدى الأطفال وأحيانا أشكال متأخرة لدى النساء، غالبا ما تكون البداية في مرحلة المراهقة، ونادرا ما تكون بعد 35 عاما.

متوسط العمر للمصابين بالفصام منخفض بعشر (10) سنوات عن متوسط العمر للسكان العام، و40 % منهم يحاولون الانتحار، و10 % من المصابين ينتحرون. (Rouillon, 2008, 64)

فالفصام مرض عابر للقارات والثقافات، يمس جميع المجتمعات على حد سواء، وهناك تشابهات كبيرة في مختلف الأعراض، ويحمل المرضى تقريبا نفس الملمح المرضي.

2. الاضطراب عياديا:

يتطلب تشخيص الفصام وقتا طويلا نوعا ما، حيث يصعب التعرف على الأعراض إلى غاية فترة متقدمة من المرض، والتي تختلف من شخص لأخر، لكن يتمكن الأولياء، الأهل، الأصدقاء، والأساتذة من تحديد مرحلة قبل وبعد بملاحظة التغير على الشخص، فالعلامات الرئيسية الملاحظة هي الانسحاب والانعزال الاجتماعي التدريجي، نقص الانخراط في النشاطات الجماعية إلى حد رفضها، الانخفاض التدريجي للتواصل مع الآخرين، إلى حد الانقطاع، انخفاض في القدرة على إكمال النشاطات مثل المستوى الدراسي، والمهني والرياضي إلى غاية التخلي كلية، وكذا فقدان الاهتمام دون وجود مبرر مع إحساس عميق بالتعب دون وجود للاكتئاب، فالفرد لا يعطي أي تفسير لهذا، وتظهر عليه تصرفات غريبة مرتبطة بمواضيع خيالية، شبه فلسفية وشبه علمية مع اضطرابات في الفكر بوجود أفكار غريبة غير منطقية.(Granger et Naudin, 2006)

تنتظم الأعراض الرئيسية المتعارف عليها عياديا، في مجموعتين رئيسيتين وهما: الأعراض الايجابية المتمثلة في الهلاوس، الهذيان، العدوانية الغيرية، خطاب غير منظم وغير متناسق، الإثارة النفسية الحركية، الهروب ومحاولات الانتحار؛ ومجموعة الأعراض السلبية والمتمثلة في اللامبالاة تجاه الآخرين، والبرودة في الاتصال، والمظهر البليد، وبطء ردود الفعل العاطفية، يصاحبها على صعيد الرغبات والمشاريع شعور بعدم الاهتمام، والأبوليا (فقدان الإرادة) والخمول و الانسحاب والعزلة، وكذلك اضطرابات الفكر حيث يتجلى اضطراب محتوى الفكر من خلال ظواهر التكرار أو التكرار النمطي لنفس الأفكار، وانبعاث كلمات لا معنى لها متتالية بطريقة فوضوية، واندفاع لسلسلة من الكلمات غالبا ما تكون فجة (coprolalie) وبديئة (Rouillon et al, 1997)

حاليا، تركز المزيد من الدراسات على الاضطرابات المعرفية في مرض الفصام غير المميزة للمرض ولكنها متكررة في حوالي 70٪ من الحالات. تظهر بصفة مبكرة في المرحلة الأولية للمرض وبصفة ثابتة في المرحلة النشطة ومرحلة الاستكانة، تتأثر حسب شدتها ظروف التكيف النفسي-الاجتماعي للمريض؛ أكثر المجالات المعرفية تضررا هي الذاكرة العرضية (الأحداث)، والوظائف التنفيذية للتخطيط والمرونة العقلية، والانتباه وسرعة معالجة المعلومات. (Krebs, 2016)

12. التشخيص الإيجابي: معايير DSM-5

تستند معايير DSM-5 التشخيصية للفصام على النتائج التالية:

A - يوجد اثنان أو أكثر من الأعراض التالية لفترة معتبرة من الوقت على مدى شهر واحد يجب أن يكون أحد الأعراض على الأقل 1 أو 2 أو 3:

1. أفكار هذيانية،
2. هلاوس
3. كلام غير منظم (انحرافات أو تناقضات متكررة)
4. السلوك الفج غير المنظم أو الجامد
5. الأعراض السلبية (انخفاض التعبير العاطفي، أبوليا)

B - الاختلال الاجتماعي

C - تستمر علامات الاضطراب الدائمة لمدة 6 أشهر على الأقل، يجب أن تتضمن فترة الستة أشهر هذه ما لا يقل شهرا واحدا (1) من الأعراض التي تفي بالمعيارA (أي أعراض المرحلة النشطة)، وقد تشمل فترات من الأعراض المبدئية أو المتبقية

D- استبعاد اضطراب الفصام-العاطفي، والاكتئاب أو الاضطراب ثنائي القطب التي لديها خصائص الذهان

E- لا يرجع الاضطراب إلى الآثار الفيزيولوجية المباشرة لمادة (أي دواء متعاطي أو دواء) أو إصابة طبية.

F- في حالة وجود تاريخ اضطراب طيف التوحد أو اضطراب التواصل الذي يبدأ في الطفولة، لا يتم التشخيص الإضافي للفصام إلا إذا ظهرت الأفكار الهذيانية أو الهلاوس و كانت موجودة مع الأعراض الأخرى المطلوبة للتشخيص لمدة شهر واحد (1) على الأقل.

- أبرز تغيير في DSM-5 من DSM IV هو اختفاء جميع الأنواع الفرعية.
- تم الاحتفاظ جزئيا بالنوع الفرعي التخشبي (الجامد) فقط.

يعتبر التشخيص الطب عقلي تشخيصا جازما صريحا لاضطراب الفصام، يضعه الطبيب العقلي بالاعتماد على مجموعة من العلامات العيادية العرضية، كما يمكن للأخصائي النفساني أن يساهم في تقييم حالة الفصام بالكشف عن السياقات النفسية المتداخلة المعرفية منها، والعاطفية والعلائقية بالاعتماد على وسائله المتخصصة، ومن بينها اختبار الرورشاخ نظام مندمج الذي أثبت فعاليته في التشخيص السيكوباثولوجي لمختلف الاضطرابات النفسية، فهو يقدم وصفا دقيقا للغاية لتوازن القوى بين مختلف مجالات العمل النفسي (العاطفة، والضغط، وآليات التفكير، والعلاقة بالذات، والموارد التي لا تزال متاحة لدى الفرد). (Andronikof & Reveillère, 2004, 98)

فمنذ أعمال Rorschach الذي حدّد خصوصيات هذا الاضطراب في كتابه "Psychodiagnostic" حيث سجّل في نفس الوقت وجود إجابات إيجابية وإجابات سلبية، مع تسلسل غير منظم غير متناسق للأجوبة، غالبا عدد الإجابات منخفض عن المتوسط، مع وجود إجابات سلبية، وتجريدية اعتباطية، تدل على وجود عجز كبير في العمليات المعرفية. (1921, p.304)

وضح Exner بدون جدال أن إجابات الفصامي معظمها سلبية (FQ-) مقارنة مع إجابات الأفراد العامين الذين معظم إجاباتهم عادية (FQo)، وهذا دليل على الإدراك الخاطئ للمدرك. كما يَعتبر التنقيط الخاص التركيب الملوث (CONTAM) عنصرا مرضيا (pathognomonique) للفصام، الذي يعبر عن مزيج من التجارب غير الواقعية تماما، ويشير بذلك إلى نوع من السيولة في الفكر مع الافتقار إلى المنطق. (1995, p.338, 2002, p.45)

تواصلت أعمال كثيرة جدا، نذكر منها الأعمال الحالية حول الرورشاخ، حيث يذكر كل من (Fouques & Bénony, 2009) أن التدقيق في التنقيط الخاص بالرورشاخ نظام مندمج للاضطرابات المعرفية ،سمح ل Exner بتحديد شكلي بما يعرف ب"نوعية التطور « Qualité du développemnt DQ» لسياقات الفكر، وهي دراسة خاصة بمجموعة من مرضى ثنائي القطب، وأحادي القطب وأخرى خاصة بمرضى فصاميين-عاطفيين، فالتحديد الشكلي بدراسة نوعية التطور، تسمح بتفسير التنظيم المعرفي للمدرك.

النتائج المتوصل إليها هي أن ثنائي القطب لديهم اضطرابات الفكر أكثر مما عند أحادي القطب، دون وجود اختلاف كبير بين ثنائي القطب والفصاميين العاطفيين، فأهمية هذه الدراسة تخص التكيف الاجتماعي ودرجة التطور للأشكال وكذا المحتويات.

لكن تبقى التنظيمات التحتية لتوظيفهم، عرضة لحساسية قصوى وقابلة للهشاشة التي تؤدي إلى حدوث الانتكاس ومعاودة مراحل الاضطراب من جديد.

كما سمحت دراسة (Singer et Brabender, 1993) من التمييز الكمي والنوعي عند ثلاث مجموعات: مرضى ثنائي القطب الهوسي، ثنائي القطب الاكتئابي، والفصاميين- العاطفيين، على العموم تظهر عند ثنائي القطب انحرافات معرفية أكثر مما عند أحادي القطب، ويظهر عند ثنائي القطب الهوسي اضطرابات الفكر أكثر باثولوجية (من المستوى2) وكذلك عند الفصاميين- العاطفيين، بينما عند ثنائي القطب الاكتئابي فاضطرابات الفكر هي من (المستوى1).

وعليه تم استخدام اختبار الرورشاخ نظام مندمج في فحص الحالة على المستوى النفسي، وسنرى ما هي المساهمة التي سيقدمها اختبار الرورشاخ في تقييم حالة الفصام؟

3. منهجية وأداة دراسة حالة:

1.3 تقديم الحالة:

تم توجيه حالة عصام[1] من طرف الطبيب العقلي المعالج له، والذي شخص لديه فصام برانوئي schizophrénie paranoïde رغبة في الحصول على معلومات أكثر شمولية والتي تسمح بتوضيح العناصر السيكوباثوثولجية للتوظيف النفسي للحالة، الشيء الذي كان من شأنه المساعدة في تحديد أفضل للمتابعة العلاجية.

عصام شاب يبلغ من العمر 23 عاما، تم إدخاله المستشفى بعد أزمة عنيفة في المنزل، يتميز جدوله العيادي بسلوك عدواني، وتصرفات غريبة، وتتابع في الضحك والبكاء، وخطاب غير واضح، اللامبالاة، وإهمال في النظافة الجسمية والهندام.

دخل مستشفى الأمراض العقلية منذ سنتين، حيث خضع للعلاج الدوائي وكان في حالة استقرار، لكنه عرف حالة انتكاس جراء توقفه عن أخذ العلاج؛ حيث كان في حالة تهيج شديد، عدم تناسق مع وجود أفكار هذيانية، (مواضيع روحانية والعظمة)، وهلاوس سمعية- لفظية.

تم استقبال عصام للقيام بالفحص النفسي بعد استقراره، وجدت شابا نحيفا، شاحب الملامح ومتعاون في المقابلة يريد أن يعرف أمورا عن شخصيته، لكن دون أن يبدي اهتماما كبيرا بذلك، في تواصل وتعبير عاطفي منفصل.

تعود بداية الاضطراب إلى السنة الأولى الجامعي، ففي بداية السداسي الأول، كان متواجدا في المدرج أين انتابته أزمة تهيج حادة وصار يصرخ ويشتم الأستاذ والطلبة بكلام بدئ، نقل على إثرها إلى الاستعجالات الطب عقلية.

[1] اسم مستعار نعطيه للحالة

قبل هذه الحلقة، كان عصام متحفظا ومنسحبا إلى حد كبير، حيث يتذكر نفسه منذ كان تلميذا أنه كان منعزلا ويبقى لوحده ولا يندمج كثيرا مع الأخرين، في البيت يقضي معظم وقته في الغرفة إما يلعب في ألعاب عنيفة أو يستمع للأغاني الصاخبة (hard rock) حيث كان يشعر معظم الوقت بالضيق والانزعاج، ولم يكن قادرا على تفسير ذلك، وكان يجد نوع من الراحة في اللجوء إلى اللعب أو سماع ذلك النوع من الموسيقى؛ الأمر الذي لا يزال يمارسه إلى غاية اليوم.

في مرحلة الثانوية، بدأ يشعر بأشياء عميقة بداخله، ومخاوف وجودية، وأفكار تنتشر في رأسه عن الله، والجنس، دون توقف وخاصة الإحساس بأنه شخص عظيم مع فترات طويلة من الانعزال، (انخفاض في مردوده الدراسي). حتى أنه لا يعلم كيف نجح في شهادة البكالوريا.

عصام هو الأخ الأصغر لأخوين وأخت تكبرهم جميعا، من أسرة ذات مستوى اقتصادي لابأس به، الأخت متزوجة، أحد اخوته يدرس في الخارج وآخر في الجامعة، الأب إطار سام بشركة وطنية، والأم ماكثة بالبيت، ظروفهم الاجتماعية مريحة، تعاني الأم من مرض السكري ويعاني الأب من ارتفاع الضغط الشرياني، وتجدر الإشارة إلى وجود سوابق للأمراض العقلية في الأسرة، فالجد من ناحية الأب يعاني من اضطراب عقلي فهو أيضا منعزل جدا، ويتناول مضادات الاكتئاب حسب ما يعرفه عصام، ولديه عم تبدو عليه مظاهر اضطرابات المزاج فهو غالبا متدبدب ويتناول أيضا الأدوية لكن عصام لا يعرف بالضبط أي نوع منها.

في الصائفة السابقة لبدء الاضطراب، شهد حادث مرور مروع، حيث رأى جثث الموتى والدم، فاجتاحه كرب شديد جدا مع شعور بالانحلال والزوال.

2.3 الفحص النفسي باستخدام اختبار الرورشاخ نظام مندمج

طور John Exner طريقة حولت اختبار بقع الحبر الذي صممه Hermann Rorschach إلى اختبار نفسي ذو خصائص سيكوميترية ثابتة، فهو أداة للتشخيص النفسي، يستكشف الرورشاخ نظام مندمج ثلاث مجالات رئيسية للتوظيف النفسي: التوظيف المعرفي، والعاطفي، وعلاقة الفرد بنفسه وبالآخرين، كما تم تثبيت طريقة التمرير والتعليمات، وكذلك كيفية تفريغ البيانات حتى يتسنى التوفيق بين كل المصححين. (Sultan & Chudzik, 2010)

ويتضمن 115 متغيرا، ينطوي تحت 12 متغير مفتاحي، يُستدل من خلالها على 6 مؤشرات هي:

PTI: مؤشر إدراك-فكر، يقيس كثافة وخطورة الاضطراب المعرفي،

DEPI: مؤشر الاكتئاب، يسمح إذا كان إيجابيا بتحديد الحساسية الاكتئابية،

CDI: مؤشر عدم الكفاءة الاجتماعية، يسمح إذا كان إيجابيا بتحديد الصعوبات العلائقية وعدم نضج الشخصية،

HVI: مؤشر اليقظة المفرطة يحدد إذا كان إيجابيا جانبا معينا لشخص في حالة تأهب أو شك،

OBS: مؤشر الهجاس يحدد إذا كان إيجابيا شخصية ذات الميل إلى التدقيق

S-CON: كوكبة انتحارية، تعطي تقديرا لاحتمال المرور إلى الفعل.

تعطي هذه المؤشرات تفسيرا موزعا على سبع تركيبات وهي: الثلاثية المعرفية (الوساطة المعرفية، والتفكير، ومعالجة المعلومات)، العواطف، والقدرة على التحكم وتحمل الضغط، وإدراك الذات، وإدراك العلاقات، وتركيبة إضافية هي الضغط الظرفي.

تتم معالجة المعطيات بواسطة برنامج يتيح، بعد دمج التنقيط، المعالجة الإحصائية وحساب مختلف الارتباطات. ويعرف ببرنامج

CHESSSS: Code for Hermann Enhanced structural Summary and Supplementary Scales

3.3 عرض بروتوكول الرورشاخ

نقدم فيما يلي الإجابات والتحقيق حسب ما جاءت في خطاب الحالة.

الجدول رقم (1): بروتوكول الرورشاخ

اللوحات	الإجابات	التحقيق
I	1 كاين زوج نسا واحدة منا واحدة منا راهم يتهاضروا على حوايج ماشي ملاح	إيه باينين زوج نسا (D2) ما راكيش تشوفي فيهم ام يهضروا على العيب على sexe
	2 هذا جن أسود يخلع او يطير يحوس على كاش بنى ادم يدخل فيه	كما الجن أسود حال جناحتيه يحوس يدخل في بنى ادم يوسوسلو باش يدير sexe
II	3 هذوا on dirait يبانوا l'estomac معمرة بالشحم والدم	علاش نتي ما شتهاش l'estomac (D1) شكل تاعها كي تخرج من الكبش حمرا بالدم أو هاي شحم من الفوق (فا) واش خلاك تشوف الشحم هايلك راهي كامل تزلق تزلق ايه سايحة
	4 هذ جن منا أو جن منا راهم يديروا في هذيك المراة واش يحبو هي خلاص راهي ميتة	هما زوج جن راهم يديروا sexe مع هذيك المرا راهي ميتة على خاطرش هو جن دخلوا فيها حتى ماتت هايليك ذابت او ساحت بالدم
III	5 هذا جن ولا بليس كما أنا ملك نقدر نسلك أو نقدر نهلك الناس	يضحك أنا قلت لك راني ملك نقدر نسلك الناس ولا نكون جن نضر لي يزعفني أنا ربي كلفني بهذا المهمة
	6 هنا (يلمس) جاني في قلبي كشغل sexe تاع مرا محلول	باين sexe تاع مرا (D3) من الداخل جاي حمر هكا جا في قلبي
IV	7 هذا جن ولا بليس كف لقبلو أسود معمر بالشعر يخلع ويوسوس في راسي	بليس الخناس اسود هاو شعر تاعو حرش يوسوس فس راسي يقولي جوايج ماشي ملاح تاع العيب
V	8 Sexe تاع مرا محلول هاو يبان من الداخل	هاو يبان sexe تاع مرا(D9) محلول او يبان الدخلة تاعو واش خلاك تشوف الدخلة ايه هاو الفراغ الأبيض باين بلي الدخلة تاعوا
VI	9 هذا سيف حاد نقطع به الشر أنا نحي الشر من الكون	ايه لازم يكون حاد باش يقطع (D6) (فا) واش خلاك تشوفو حاد على خاطرش راهو راهو عندو أسنان pointu
VII	10 هنا جنة تحت الأرض هاي الدخلة تاعها	هنا جنة من التحت (D4) راهي تحت الارض والدخلة منا الداخل

		تصيبي الجنة
	11 ولا نشوفو sexe تاع مرا راهو محلول هي كي تكون صالحة تخليني ندخل	ايه sexe تاع مرا (D4) هاو محلول منا الدخلة تاعو كي تدخل تولي جنة
VIII	**12** هاذي حيوانات مزركشة راهم في جنة الخلد	مزركشة معمرة بالألوان أنا نحب الالوان هي جنة (D5)
	13 هذا سبع أو هذا سبع راهم يتعلقوا باش يطلعوا	باينين سبوعة(D1) طالعين للجنة وخلاص
IX	**14** هذا sexe منا او منا	باين sexe تاع مرا (D6)
	15 نشوف هنا في sexe تاع مرا حمر بالدم والدم راهوا يسيل كي باش يكسر ويدخل كي يتزوج	هي sexe تاع مرا (D6) تاع ليلة الزفاف يكون حمر بالدم ويسيل باش أنا ندخل راني حاب نتزوج راني نخمم غير في sexe
X	**16** هذا tuyau تاع الجردان	tuyau وخلاص شوفي la forme تاعو (D14)
	17 غابة ملونة معمرة بالحيوانات والأشجار كامل راهم سعيدين	نحب الالوان الحيوانات سعيدة والاشجار سعيدة كامل يتزوجوا

ملاحظة: لم يعط المفحوص الإجابة المألوفة المنتظرة في اللوحة V وهي إجابة "خفاش أو فراشة" لهذا قمنا بتطبيق ما يعرف "بالتحقيق للحدود" وهو الإجراء الضروري في مثل هذه الحالة، ورغم اقتراح الإجابة على المفحوص إلا أنه لم يتعرف على المدرك.

بعد تمرير الاختبار، يتم تنقيط البروتوكول ضمن برنامج CHESSSS وهو ما يعرف ب (code).

الشكل رقم (1): تنقيط الرورشاخ ضمن برنامج CHESSSS

Card	N°	Loc & DQ	Loc N°	Determinants	FQ	(2)	Contents	P	Z	Special Scores	GHR PHR	Z =	DET	CONT	Z	SpSc
I	1	D+	2	Mp	o	2	H,Sx		ZD		GHR	6	✓	✓	✓	✓
	2	wo		FC'.Ma	o		(H)		ZW	ALOG	PHR	1	✓	✓	✓	✓
II	3	Do	1	CF.FT	-	2	Hd,An				PHR		✓	✓	✓	✓
	4	Dd+	99	Ma	-	2	(H),H		ZA	PSV,MOR	PHR	3	✓	✓	✓	✓
III	5	wo		FC'	o		(H)		ZW	CON	PHR	5,5	✓	✓	✓	✓
	6	Do	3	FT.FC	no		Hd,Sx,Bl			ALOG	PHR		✓	✓	✓	✓
IV	7	wo		FC'.FT	o		(H)		ZW	ALOG,PSV	PHR	2	✓	✓	✓	✓
V	8	Do	9	FV	-		Hd,Sx				PHR		✓	✓	✓	✓
VI	9	Do	6	TF	no		Sc			ALOG,PER			✓	✓	✓	✓
VII	10	Do	4	FV	u		Ls			ALOG			✓	✓	✓	✓
	11	Do	4	FV	-		Hd,Sx			CON	PHR		✓	✓	✓	✓
VIII	12	Do	5	FC	-		A			ALOG			✓	✓	✓	✓
	13	Do	1	FMp	o	2	A	p		ALOG			✓	✓	✓	✓
IX	14	Do	6	F	-	2	Hd,Sx				PHR		✓	✓	✓	✓
	15	Do	6	CF.m'a	-		Hd,Sx,Bl			ALOG,MOR	PHR		✓	✓	✓	✓
X	16	Do	14	F	-		Sc						✓	✓	✓	✓
	17	wo		Ma.CF	no		A,Bt		ZW	ALOG	PHR	5,5	✓	✓	✓	✓

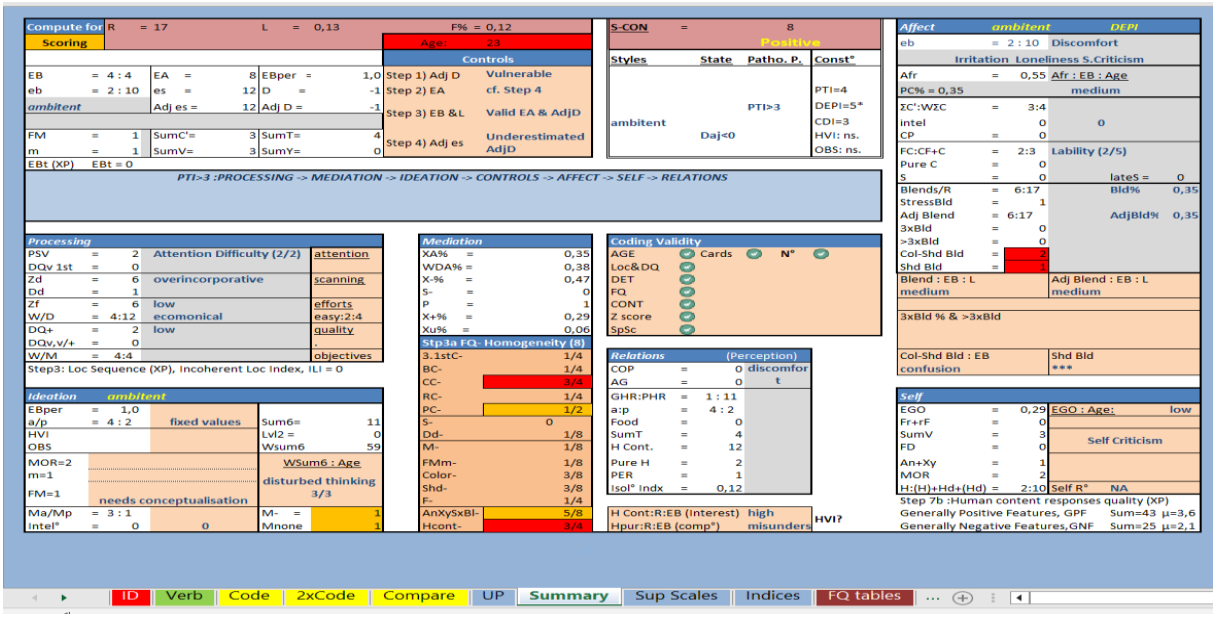
ID | Verb | Code | 2xCode | Compare | UP | Summary | Sup Scales | Indices | FQ tables

المصدر: برنامج CHESSSS

يتضح من خلال نموذج التنقيط لإجابات اللوحات العشر حسب ترتيب تناولها من حيث الموقع مع نوعية التطور (Loc &DQ)، المحددات ونوعية الشكل(Déterminants & FQ) ، الزوج (2)، المحتويات(Contenus) ،الإجابات المألوفة(P)، وتنظيم المدرك (Z) ، وكذا التنقيطات الخاصة (Cotations spéciales) ، متبوعة بالتصورات الإنسانية الغنية والفقيرة (GHR, PHR)، وحساب (Z).

ويقدم لنا برنامج CHESSSS ملخص شامل لكل التركيبات والمؤشرات التي تعرف ب Summary

الشكل رقم (2): ملخص التركيبات ضمن برنامج CHESSSS



المصدر: برنامج CHESSSS

يعطي الملخص ترتيب معين يجب اتباعه في تفسير تركيبات الرورشاخ كما هو موضح في حالة عصام.

PTI> 3: المعالجة ←الوساطة← التفكير ←التحم← العواطف← الذات← العلاقات.

4.3 نتائج تركيبات البروتوكول وتحليلها:

أول ما يمكن التعرف عليه هو رصد المؤشرات الباثولوجية الإيجابية للحالة والتي جاءت كما يلي:

جدول رقم (2): المؤشرات الباثولوجية الايجابية

المؤشر والتركيبة	ايجابيا
S-Con>8	8 = إيجابي
PTI>3	4* =
DEPT>5	5* =
CDI>4	3=
HVI	NS
OBS	NS

جاء مؤشر إدراك-فكر إيجابيا، (PTI>3) فهي العلامة السيكوباثولوجية الدالة على اضطرابات الإدراك والفكر، كما يمكن اعتبار الكوكبة الانتحارية بشكل إيجابي(S-con=8) وهو مؤشر خطر ويجب أخذه بعين الاعتبار، كما يعد مؤشر الاكتئاب قويا (DEPI= 5) ويدل على وجود حساسية اكتئابية.

كما جاء في المخطط يبدأ تفسير التركيبات بالثلاثية المعرفية المكونة من معالجة المعلومة، الوساطة والتفكير ، حيث تعكس **معالجة المعلومة** الإجراءات العقلية المستعملة في التقاط المعلومة وهي عملية مماثلة لنشاط الإدخال،(input) أي معرفة أي نوع من الجهد يبدله الفرد في معالجة المعلومة المرتبطة بأخذ القرار، فعدد الإجابات المصحوبة بالمؤشر Z أي Zf=6 وهي قيمة جد منخفضة تدل على أن عصام يتجنب التعقيد ويميل إلى الاقتصاد في بدل أي مجهود في معالجة المعلومة، مما يبعث إلى عدم الاهتمام بالمحيط إلى حد إهماله،

ما يؤكده مؤشر الاقتصاد الموضح للعلاقة بين الإجابات الشاملة، والجزئية، والجزئية الصغيرة W:D:Dd التي جاءت فقط موزعة بين W:D في قيمة 4:12 وهي تخبرنا عن طريقة اقتصادية في معالجة المعلومة،*(توزيع الإجابات الشاملة والجزئية على اللوحات)* تدعمها درجة مؤشر كفاءة المعالجة Zd=6 وهي قيمة جد مرتفعة تدل على صعوبة استغلال ومعالجة المعلومة وهي تخص النمط المفرط في الإدماج sur-incorporateur فهي علامة دالة على اختلال التنظيم النفسي وقد ينجر عنها تردد مفرط في أخذ القرار مصحوب بصعوبات واضحة في الانتباه، كتكرار المحتوى "جن" و « *sexe* » كما يدل عليه علامة التكرار (PSV>1)

تعكس **الوساطة المعرفية** العمليات العقلية والنفسية على الربط بين العناصر المخزنة والعناصر المتاحة في الذاكرة وهي تشير إلى التواصل مع عناصر الواقع من خلال المطابقة الشكلية (XA%= 0.35) وأيضا المطابقة للأجزاء المعتادة (WDA%=0.38) وهي توافق المواقع *(الشاملة، و الجزئية مع محددات شكلية جاءت في معظمها سلبية)*،وهي علامات جد منخفضة تدل على اضطراب خطير في التوظيف النفسي، وتدهور كبير في اختبار الواقع، مما يدل على وجود سياق ذهاني يخص حالة عصام؛ جاءت باقي العلامات مثل الشكل المعتاد (X+%=0.29) والتشوه الإدراكي(X-%=0.47) جد منخفضة، وتؤيد وجود اضطرابات حادة في عمل الوساطة بصفة شاملة، الأمر الذي يؤدي إلى اضطراب خطير في العلاقة بالواقع ومحاولة الحالة مواجهتها بتشويه الواقع.

وينطبق الشيء نفسه على عمليات **التفكير** التي تبدأ بتحديد وتصور المعلومة التي تشير إلى كيفية تنظيم الفرد للمعلومة أي أن التفكير هو الذي يترجم المعلومة، فحسب نمط الصدى الحميم (EB) الذي هو من نوع متكافئ (ambitent) أي ليس بالنمط المنطوي وليس بالنمط المنبسط، حيث تظهر تقلبات في نمط التفكير الذي يتميز بنوع من التحرر من العواطف، أو بنوع من التفكير الحدسي متأثرا بالأحاسيس التي تجعل الفرد في حالة انجراحية (vulnérabilité) مما يؤدي إلى أخطاء في الحكم، (مثلا الإجابة 4، 5، 6 و7) الأشخاص من هذا النوع يجدون صعوبة كبيرة في تغيير مواقفهم وحتى في تغيير أرائهم؛ وهذا ما تؤكده قيمة علاقة الصلابة نشاط/خمول (a :p= 4 :2) الذي يدل على صلابة قوية في التفكير؛ إضافة إلى هذا جاء مؤشر التجربة القاعدية وهي الضغوطات التي يشعر بها الشخص(eb=2 :10) منخفضا ويدل على أن الحالة تميل إلى التسرع في الاستجابة حتى تتفادى الانزعاج والتهيج التي يسببها الاقتحام على مستوى التفكير؛ ما يؤكد هذا هو تحليل عناصر التفكير على خط متواصل يمتد من الوضوح إلى حد الغرابة من خلال التنقيطات الست الخاصة (6 Cotations Spéciales) بالتفكير وهي تعبير منحرف (DV)، إجابة منحرفة (DR) ، تركيب غير لائق (INCOM)، تركيب خيالي (FABCOM)، تركيب ملوث (CONTAM) وتركيب غير منطقي (ALOG)، *(هذا سيف حاد نقطع به الشر أنا نحي الشر من الكون)* فنجد (WSum6=59) وهي قيمة مرتفعة جدا، تدل على أن التفكير غير منظم ومفكك وغالبا ما يتميز

بأحكام خاطئة، ووجود تصورات غريبة، فهم أشخاص عادة غير قادرين على التعامل مع ضغوط الحياة اليومية بشكل فعال على المدى الطويل.

فيما يتعلق بتركيبة **القدرة على التحكم وتحمل الضغط** وهي القدرة على اتخاذ القرار، وتحديد التصرفات المناسبة لمواجهة الموقف. فبتحليل مؤشر التجربة الحالية أي الموارد المتاحة (EA=8) ونمط الصدى الحميم (EB) مع (Lamda) الذي هو مفهوم اقتصادي لاستعمال تلك الموارد، جاءت غير كافية في الحدود الدنيا المطلوبة، ما جعل استعمال هذه الموارد غير مجدي ولا يعكس حقيقة نوعية القدرة على التحكم وتحمل الضغط.

أما فيما يخص (Adj es) أي الضغوط الممارسة على الفرد مع تعديل في تحمل الضغط وفق الموارد المتاحة، فلا يمكن اعتبارها كقدرات للتحكم في الضغط وتحمله مما يدل على وجود تعقيدات نفسية غير معتادة، تدعمها التجربة المعاشة (eb=2 :10) بالرجوع إلى(SumC'=3) المرتفعة، وتدل على أن الحالة تتحفظ بشدة على العواطف مما يؤدي إلى ظهور حالة قلق، حزن، وضغط، وكذلك (SumV=3) المرتفعة وتدل على أن الشخص يتعامل داخليا مع أفكار سلبية مما يؤدي إلى الإحساس بالانزعاج، وهو ما يمكن أن يكون ممهدا للاكتئاب والأفكار التدميرية، و (SumT=4) وتدل على وجود شعور بالحرمان العاطفي، ربما مرتبط بحالة ضغط حالي.

تعتبر **العواطف** تنظيما معقدا نظرا لاندماجه في مختلف العمليات والنشاطات النفسية، تمتزج العواطف في سياقات الفكر، والأحكام وكذا أخذ القرار كما تؤثر على السلوكيات، وتساهم بصفة واضحة في خلق تصرفات وعادات نفسية، كما تلعب دورا إيجابيا في التعامل مع المحيط، وقد تصير عنصرا معيقا، إذ يمكن أن تكون جد حساسة أو خارجة عن نطاق التحكم فيها.

يتضح من خلال مؤشر الاكتئاب (DPI=5*) الذي يعتبر إيجابيا مع مؤشر عدم الكفاءة الاجتماعية (CDI=3) على حدود الإيجابي، ويشير إلى أنه توجد حساسية للاكتئاب في ظل اضطرابات عاطفية، مع وجود فترات اكتئاب متكررة وحتى اضطرابات في المزاج، وهو النمط المتكافئ (ambitent) المميز للأفراد الذين لديهم خلط في العواطف مما يؤثر سلبا على الفكر ويؤدي إلى عدم الاستقرار في المظاهر العاطفية؛ هذا ما تؤكده الضغوط التي تختبرها الحالة وإحساسه بالقلق والاكتئاب إلى حد السبات .

تعكس علاقة التعقيد (Col-Shd-Bld=2) تداخل العواطف على اختلاف قيمها، وهذا ما يعكس الخلط بين العاطفة والحسية، أو تعارض المشاعر بين المتعة والاستياء، وهو ما يؤكده ارتفاع كل من (SumV) المرتبط بالعواطف السلبية والاكتئابية، و(SumT) الذي يدل على وجود ضيق نفسي شديد، حيث ينجر عن قمع هذه العواطف (' SumC) انزعاج لا يمكن التعبير عنه أو الشعور به إلا من خلال ارتداده على الذات.

تتمحور تركيبة **إدراك الذات** حول صورة الذات واستثمار الذات، وتتشكل صورة الذات من الانطباعات التي يمتلكها الشخص تجاه صفاته الخاصة، أما استثمار الذات فهو ناتج عن صورة الذات، وهو مقدار الاهتمام أو الانشغال الذي يكنه الفرد لنفسه مقابل الانشغال الذي يحمله إلى العالم الخارجي.

يقدم مؤشر التمركز حول الذات (EGO= 0.29) قيمة منخفضة تدل على أن تقدير الذات والقيمة التي يعطيها الفرد لذاته سلبية، ويمكن أن يكون سابقة لظهور الاكتئاب بوجود عواطف سلبية ومؤلمة (FD/SumV/MOR).

أما فيما يخص **إدراك العلاقات**، فهي التي تحدد النماذج الاعتيادية للسلوكيات البينية، والتفاعلات الاجتماعية، العلاقة (a :p) مرتبطة بالتفكير ونوع من المرونة نشاط/خمول، فهناك حاجة ملحة إما للتواصل مع الآخرين أو الانعزال (SumT) مرتفع جدا، يدل على وجود رغبة في العلاقات العاطفية لكن دون معرفة كيف يمكن إنشاء تلك العلاقات، فعدم فهم الآخرين يؤدي إلى توقع أمور غير واقعية، وهي صعوبات علائقية واضحة، معَبَر عنها باستخدام الخيال الهذياني (l'imaginaire délirant)الذي يطغى على العلاقة مع الآخر.

حيث جاءت العناصر الإنسانية معظمها في سياق خيالي أو جزئي لا يدل على كمال الصورة الجسدية ولا الانتماء للتصور الإنساني، أي بعيد عن التفاعل معه،(2:10) (H): (H) + Hd + (Hd)، مدعومة بالتصورات الإنسانية الفقيرة (PHR) المرتفعة، ومؤشر الانعزال الاجتماعي (Isl° Indx=0.12) المنخفض جدا الذي يؤكد حالة الانعزال التي يعيشها عصام. وهو نوع من إنكار الآخر والعلاقة.

5.3 مناقشة:

يمكننا تناول التوظيف العام لحالة عصام بداية من طريقة تعامله مع الواقع أي طريقة التقائه مع العالم الخارجي سواء كان موقفا، معلومة، عاطفة أو تصرف، كما يحدث هنا مع المثير أي الاختبار، حيث يكشف مباشرة مؤشر الإدراك- فكر عن وجود اضطراب في هذا المجال؛ النموذج المستعمل في معالجة المعلومة أي ما هي الخصائص المعرفية المعبئة للتعامل معها؟ يبدو أن عصام لا يبدل جهدا في فهم وتحليل المعلومة وهذا ما جعله في حالة عجز على الإلمام بالمعطيات وتنظيمها وبالتالي الحكم عليها وأخذ القرار في النهاية.

ذلك ما وضحه (Wawrzyniak, 2000) حيث رأى أن العجز في الفصام، يتمثل في عطل رئيسي في تسجيل المعلومة والتعرف على الواقع، في بداية الأمر، "استقبال المعلومة من الواقع" وفي الصميم "تصميم البيانات" أي تلقي بيانات حقيقية من أجل تصورها وبالتالي خلق حقيقة واقعية، أو خلق واقع آخر جديد كما هو الحال في الفصام.

وضحت النتائج المتوصل إليها أعلاه اضطراب خطير في التنظيم النفسي مع صعوبات في الانتباه واضطراب في اختبار الواقع، حيث يتعامل عصام مع هذا الواقع بتشويهه وهو الأمر الذي يدل على وجود سياق ذهاني واضح، الضغوطات التي يعيشها عصام جعلته في حالة انجراحية، مما جعل طريقة مواجهته هي التسرع لتفادي أي تهيج، لكن هذا التنظيم غير ناجع نظرا للاختراقات الغريبة لنمط التفكير، فهو بهذا غير قادر على التعامل مع ضغوط الحياة اليومية؛ حيث يتطلب تحديد القدرة على اتخاذ القرار، وتحديد التصرفات المناسبة لمواجهة الموقف جُملة موارد، وهي غير متاحة لدى عصام وغير كافية نظرا لتحفظه بشدة للعواطف واحتباسه داخليا لأفكار سلبية.

تعتبر الاستجابة العاطفية للتعامل مع المواقف، والأفكار وأخذ القرار، تعبيرا آخر عن نموذج تواصل الفرد مع محيطه، حيث أظهر عصام حساسية للاكتئاب، تؤدي إلى عدم الاستقرار الذي يزيد من هشاشة الذات، مع النظرة السلبية الموجهة للذات وللآخرين الذين يُعتبرون موضوع رغبة واستياء في نفس الوقت، مما جعل لدى عصام صعوبة قصوى في الاقتراب، وهو أمر لا يمكنه تحمله لكونه مهدد لتكامله، لدى نجد لديه ميل إلى اللجوء إلى الخيال الهذياني في التعامل مع الغير، مع تفضيل الانعزال لتفادي أي تفاعل.

فالانغلاق حول الذات يتوافق مع الشعور بالأهمية (الاعتقاد أو الشعور بالعظمة في حالة عصام)، وعدم التعاطف، والميل المفرط إلى إرجاع العناصر الخارجية للذات، والمبالغة في تقدير الأحاسيس والأفكار والمشاريع الشخصية، مصحوبا بعجز نرجسي مهم. (Mormont, 1996, 64)

بعد إجراء التقييم النفسي الشامل للحالة باستعمال اختبار الرورشاخ نظام مندمج، نستطيع أن نقدم تشخيصا اعتمادا على النتائج المحصل عليها من التركيبات المعرفية، والعاطفية، وإدراك الذات والعلاقات لحالة تعاني من اضطراب ذهاني مع اضطرابات معرفية واضطرابات عاطفية واضطرابات إدراك الذات، مهمة يمكن أن تشكل عامل خطورة في تطور السياق الذهاني كما يظهر في حالة عصام.

وخاصة أن الكوكبة الانتحارية S-Con جاءت إيجابية، فهي بهذا مؤشر خطر للانتحار الذي تم التحقق منه في الولايات المتحدة والذي يبدو أنه قيد التحقق منه في فرنسا. (Andronikof & Fonatn,2017)

ومع هذا التهديد الخطير، أي إمكانية المرور إلى الفعل، وجب أخذ هذا الأمر بعين الاعتبار وعلى وجه السرعة، كأول خطوة في العلاج المقدم للحالة سواء العلاج الطبي أو النفسي.

حاليا، تولي الدراسات أهمية للاضطرابات المعرفية وضرورة إدماجها كمعيار في تشخيص الفصام، إذ تعتبر عملية الوساطة المعرفية مجموعة مناسبة لتحليل سياق اضطراب الفصام، حيث أظهرت دراسة (Moulier et al, 2004) بمقارنة 15 مريضا مصابا بالفصام في مرحلة الاستكانة مع 15 مريضا مصابا بالفصام في المرحلة الحادة من المرض، أن اضطرابات الوساطة كانت من بين الاضطرابات المعرفية المداومة، وتستمر الصعوبات المعرفية حتى عندما يتم التحكم في الأعراض الإيجابية بواسطة العلاجات الدوائية، فالقدرات المعرفية مرتبطة بالالتزام بالعلاج(observance) ، وبالتالي التنبؤ بخطر الانتكاس؛ هذا ما سمح بتنظيم المتابعة النفسية لجزء من الصعوبات المعرفية للمريض، باقتراح نماذج علاجية مثل إعادة التأهيل وإعادة النمذجة المعرفية.

كما يثير مفهوم متلازمة البروز (salience syndrome)، اهتماما لتحديد المشكلات الاجتماعية والعلائقية للفصامي، الفرضية المركزية للبحوث «المعرفية-الاجتماعية» هي أن المثيرات البارزة تبدو مشكلة للفصامي، الذي لديه عجزا كبيرا في اكتشاف هذه المثيرات التي ستكون السبب الجذري في ميله إلى الانعزال الاجتماعي. (George, 2009, Van Os, 2009)

4. خاتمة:

الفصام هو حالة غير متجانسة للغاية بحيث لا يمكن تناوله ككتلة واحدة، ولا يمكن لآلية واحدة أن تشرح جميع مظاهره؛ بل من الضروري تناوله من خلال مختلف أبعاده، بفحص دقيق لروابط هذا العجز بمختلف أعراض الاضطراب والصعوبات النفسية التي يعاني منها، أحد نقاط الضعف الرئيسية في التشخيص الحالي للفصام، الذي تم تحديده مرارا وتكرارا، هو اقتصار الخصوصية الإدراكية للفصام على الهلاوس ، حيث تمكن (Parnas & Sass, 2001, Kapur, 2003) من تبيان أن الخصوصية الإدراكية للفصام أكثر تعقيدا وتعميما من ذلك، وأنها بالفعل أزمة اتصال إدراكي بالواقع في بداية الفصام؛ وهو أساسا اضطراب في الإدراك وهو جزء من سياق الخلل الاجتماعي العام للفصامي.

يجدر القول أن استعمال الرورشاخ وتحليله حسب النظام المندمج، أداة تعطي قدرا كبيرا من المعلومات حول التوظيف النفسي للفرد، وتسمح بشكل خاص بتحديد العمليات الأساسية في التوظيف الإدراكي، والاستخدام المعرفي والعاطفي

ويمكن اعتباره مرجعية في التقييم النفسي الشامل، فهو اختبار فئوي (يضع التشخيص) واختبار بُعدي (بمفهوم الشخصية).

قائمة المراجع:

1-American psychiatric Association (APA). (2013). Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. (M.A. Crocq & J.D. Guelfi, trad), 5 éd. Issy-les Moulineaux : Elsevier Masson.

2-Andronikof, A., & Reveillère, C. (2004). Rorschach et psychiatrie : à la découverte du malade derrière la maladie. *Psychologie Française,* 49(1) : 95-110, https://doi:10.1016/j.psfr.2004.02.001

3-Andronikof, A., & Fontan, P. (2017). Rorschach et tests projectifs. In (J.D. Guelfi & F. Rouillon, Eds), *Manuel de psychiatrie,* (3rd ed, 133-172). Issy-les Moulineaux : Elsevier Masson.

4-Exner, J.E. (1995). *Le Rorschach : Un système intégré*. (A. Andronikof, trad). Paris : Frison-Roche.

5-Exner, J.E. (2002). *Manuel de cotation du Rorschach en système intégré*. (A. Andronikof, trad). Paris : Frison-Roche.

6-Exner, J.E. (2003). *Manuel d'interprétation du Rorschach en système intégré*. (A. Andronikof, trad). Paris : Frison-Roche.

7-Fouques, D. & Bénoby, H. (2009). Troubles bipolaires et Rorschach : état de la question. *Pratiques psychologiques.* 16, 375-388. Doi : 10.1016/j.prps.2009.05.002

8-George, B. (2009). Salience dysregulation syndrome: a patient's view. *Br J Psychiatry*, 194(2):101-3. https://doi:10.1192/bjp.194.5.467

9-Granger, B., Naudin, J., (2006). *La schizophrénie.* Paris : le cavalier bleu.

10-Kapur, S. (2003). Psychosis as a state of aberrant salience : A framework linking biology, phenomenology and pharmacology in schizophrenia. *Am J Psychiatry*, 160(1), 13-23. https://doi: 10.1176/appi.ajp.160.1.13

11-Krebs, M.-O. (2011). Les symptômes non spécifiques de la transition psychotique. *L'Encéphale* 37, H10-14. https://doi.org/10.1016/S0013-7006(11)70027-6

12-Mormont, C. (1996). A propos de l'Indice d'Égocentrisme (Exner) abaissé (II). *Actes du 4ème Congrès ERA*, 30-31 Aout 1996, Liège, Belgique, 59–74.

13-Moulier, V., Saba, G., Verdon. CM. & Januel D. (2004). Etude de la rémission dans la schizophrénie à l'aide du test de Rorschach. *Pratiques psychologiques*. 10 : 365-77.

14-OMS (Organisation Mondiale de la Santé). (2009). *Rapport sur la Santé dans le Monde.* La santé mentale Nouvelle Conception, nouveaux espoirs. Genève.

15-Patouillard, R. (2011). La schizophrénie : cent ans encore ? *La revue lacanienne.* Eres, 10, 105-112

16-Parnas, J. & Sass, L.A. (2001). Self, solipsism, and schizophrenic delusions. *Philosophy, Psychiatry and Psychology*, 8(2/3), 101-120. https://doi.org/10.1353/ppp.2001.0014

17-Rorschach, H. (1967). *Psychodiagnostic.* (A. Ombredane et A. Landau, trad.). Paris: Presses Universitaires de France. (Œuvre originale publiée en 1921).

18-Rouillon, F. (2008). Epidémiologie des troubles psychiatriques. *Annales Médico-Psychologiques.* 166. 63–70. https://doi.org/10.1016/j.amp.2007.11.010

19-Singer, H.K. & Brabender, V. (1993). The use the Rorschach to differentiate unipolar and bipolar disorders. *Journal of personality assessment.* 60. 333-345.

20-Sultan, S., & Chudzik, L. (2010). *Du diagnostic au traitement : Rorschach et MMPI-2* (Vol. 4) Bruxelles : Mardaga.

21-Van Os, J. (2009). Salience syndrome replaces schizophrenia in DSM-V and ICD-11: psychiatry's evidence-based entry into the 21st century? *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 120(5), 363-72. DOI: 10.1111/j.1600-0447.2009.01456.x

22-Wawrzyniak, M. (2000). Dissociation et temps vécu dans les psychoses débutant à l'adolescence. Approche phénoméno-structurale, *L'Evolution Psychiatrique*, 65, 37-54. https://doi.org/10.1016/S0014-3855(00)88876-3