جامعة الجزائر2 أبو القاسم سعد الله
كلية العلوم الاجتماعية
قسم علم النفس

أهمية الكوكبة الانتحارية لرورشاخ النظام الإدماجي في التشخيص والتنبؤ بالخطر الانتحاري لدى الراشدين

دراسة عيادية لمجموعة سيكاترية جزائرية

أطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه العلوم تخصص علم النفس العيادي

إعداد الطالب:
لوهاب فرڤاني

تحت إشراف:
أ.د دليلة سامعي- حدادي

السنة الجامعية 2016-2017

Remerciements

Je tiens à remercier les patients qui, malgré l'épreuve difficile qu'ils traversaient, ont accepté de participer à cette étude.

Je tiens à remercier le professeur Dalila Haddadi pour la confiance qu'elle m'a accordée et le soutien continuel dont elle m'a fait bénéficier.

Je tiens à remercier le professeur Anne Andronikof de m'avoir reçu au sein de Laboratoire IPSé qu'elle dirige. Son intérêt pour ma recherche, ses orientations et sa confiance m'ont beaucoup soutenu.

Je tiens à remercier Patrick Fontan, psychologue chercheur au Laboratoire IPSé, pour son aide précieuse.

Je tiens à remercier Dr Tizi pour ses orientations et, toute l'équipe du service Psychiatrie de l'hôpital Frantz Fanon de Béjaia pour les nombreux échanges que nous avons eus.

Je tiens à remercier mes amis et collègues Hayette Guenfissi et Zilassen Iguerguit pour leur précieuse relecture.

A ma famille

Le Professeur Andronikof, de l'Université Nanterre La Défense Paris X, a codirigé cette thèse dans le cadre de la Bourse Résidentielle PROFAS-B+ accordée au titre universitaire 2015-2016

Cette étude a été réalisée dans le cadre de la coopération internationale bilatérale franco-algérienne entre l'Université d'Alger 2 et l'Université Paris Nanterre la Défense (Projet Tassili N° 12/868) dirigé, pour la partie algérienne par le Pr. Dalila Haddadi et pour la partie française par le Pr. Anne Andronikof : Etude normative franco-algérienne du Rorschach en Système Intégré.

فهرس المحتويات

مقدمة..... 1

الفصل الأول: علم النفس المرضي للراشد

- تمهيد..... 7

1- مدخل عام إلى علم النفس المرضي..... 7

1-1- لمحة تاريخية عن ميلاد وتطور علم النفس المرضي للراشد..... 7

1-2- تعاريف..... 10

1-3- أهم التوجهات النظرية في علم النفس المرضي..... 11

1-3-1- نظرية التحليل النفسي..... 11

1-3-2- نظرية نمو الذات ونظرية التعلق..... 12

1-3-4- النظرية السلوكية – المعرفية..... 12

1-3-4- النظرية النسقية..... 13

2- تصنيف الاضطرابات النفسية..... 14

2-1- الذهانات..... 14

2-2- العصابات وحالات القلق..... 20

2-3- اضطرابات الشخصية..... 26

2-4- الاكتئاب والاضطرابات الثنائية القطبية..... 33

3- الاضطرابات النفسية والانتحار..... 35

3-1- الانتحار والذهان..... 35

3-2- الانتحار والاكتئاب..... 39

3-3- تصرفات الإدمان والانتحار..... 40

3-4- العصاب والانتحار..... 41

3-5- اضطرابات الشخصية والانتحار..... 45

- خلاصة الفصل..... 48

الفصل الثاني: المرور إلى الفعل الانتحاري

- تمهيد..... 50

1- مقدمة عامة حول الإشكالية الانتحارية..... 50

1-1- لمحة تاريخية حول الانتحار..... 50
1-2- تعريف وتصنيف الأفعال الانتحارية..... 52
1-3- إبيديميولوجية الانتحار..... 55
1-3-1- إشكالية الانتحار في العالم..... 55
1-3-2- إشكالية الانتحار في الجزائر..... 55
2- التناول السياقي للانتحار: عوامل خطر المرور إلى الفعل الانتحاري..... 58
2-1- تعريف مصطلح عامل الخطر (Facteur de risque)..... 58
2-2- عوامل خطر المرور إلى الفعل الانتحاري..... 59
3- التناول التسلسلي للانتحار : مكونات الأزمة الانتحارية..... 63
3-1- التناذر ما قبل الانتحار (Syndrome pré-suicidaire)..... 63
3-2- تعريف الأزمة الانتحارية..... 65
3-3- الاختلالات ما قبل الانتحارية..... 66
3-4- الغزو الهوامي والتحضير الانتحاري..... 67
3-5- مراحل الأزمة الانتحارية..... 67
3-6- الحالات النفسية ما قبل الانتحارية..... 68
4- النماذج النظرية المفسرة للمرور إلى الفعل الانتحاري..... 69
4-1- النظريات المعرفية..... 69
4-1-1- الصيرورات المعرفية المضطربة..... 70
4-1-2- الاعتقادات الخاطئة..... 71
4-1-3- أخذ القرار وإيجاد الحلول للمشاكل..... 71
4-1-4- النظام الإدماجي للتوظيف الانتحاري..... 72
4-2- نظريات التحليل النفسي..... 73
4-2-1- المساهمات الأولى: Freud و Menninger 73
4-2-2- تطور الأفكار من Klein إلى Bowlby 76
4-2-2-1- النرجسية، العلاقة بالموضوع والصورة الجسدية..... 76
4-2-2-2- علم النفس الذات والانتحار..... 78
4-2-2-3- نظريات التعلق (Bowlby)..... 79

4-3- النظرية النسقية والانتحار..... 80
4-3-1- البعد العلائقي..... 80
4-3-2- التعاملات الانتحارية..... 81
4-3-3- التعاملات القاتلة..... 82
4-4- العلوم العصبية والهشاشة الانتحارية..... 83
4-4-1- بيولوجية الضغط والهشاشة الانتحارية..... 83
4-4-2- نموذج الهشاشة – الضغط..... 84
5- إشكالية التشخيص والتنبؤ بالأفعال الانتحارية..... 85
5-1- إشكالية التنبؤ بالخطر الانتحاري..... 85
5-2- الوسائل الموجودة لتقييم الخطر الانتحاري..... 87
5-2-1-1-MMPI و MMPI-2..... 87
5-2-2- سلالم Beck 88
5-2-3- اختبار تفهم الموضوع (T.A.T) 88
5-2-4- اختبار الرورشاخ..... 89
- خلاصة الفصل..... 90

الفصل الثالث: اختبار الرورشاخ

- تمهيد..... 92
1- لمحة تاريخية عن ميلاد وتطور اختبار الرورشاخ..... 92
1-1- الميلاد والبدايات الأولى..... 92
1-2- أنظمة الرورشاخ في الولايات المتحدة الأمريكية..... 95
1-3- مدرسة باريس..... 97
1-4- التقنيات الإسقاطية في الجزائر..... 98
2- الرورشاخ النظام الإدماجي..... 101
2-1- تعريف النظام الإدماجي..... 101
2-2- طبيعة صيرورة إجابة الرورشاخ في النظام الإدماجي..... 102
2-3- طريقة الإجراء..... 103
2-4- التنقيط..... 106
2-4-1- الموقع و نوعية التطور (Localisation et qualité de développement)..... 106

2-4-2- المحددات..... 107
2-4-3- النوعية الشكلية..... 109
2-4-4- المحتويات والأجوبة المبتذلة..... 110
2-4-5- تنظيم الموضوع المدرك (Organisation du percept)..... 112
2-4-6- رموز التنقيط الخاص..... 113
2-5- الملخص الشكلي (le résumé formel)..... 117
2-6- صيرورة التحليل..... 118
2-6-1- صياغة الفرضيات..... 119
2-6-2- تلخيص نتائج كل مجموعة من المتغيرات..... 120
2-6-3- المرحلة الإدماجية..... 120
3- اختبار الرورشاخ والانتحار..... 121
3-1- أهم الدراسات حول اختبار الرورشاخ والانتحار..... 122
3-2- تلخيص مؤشرات الانتحار في اختبار الرورشاخ..... 127
3-3- أهم الانتقادات الموجهة لدراسات حول مؤشرات الانتحار في اختبار الرورشاخ..... 132
3-4- الكوكبة الانتحارية لرورشاخ النظام الإدماجي (S-CON)..... 136
3-4-1- تعريف الكوكبة..... 136
3-4-2- الكوكبة الانتحارية لرورشاخ النظام الإدماجي..... 137
3-4-3- الدراسات حول الكوكبة الانتحارية..... 140
- خلاصة الفصل..... 143
- **الإشكالية والفرضيات**..... 145

الفصل الرابع: منهجية البحث

1- منهج البحث..... 158
2- تقديم مجموعة البحث وخصائصها..... 159
2-1- المجموعة الانتحارية..... 159
2-2- المجموعة غير الانتحارية..... 167
3- تقديم أداة البحث..... 170
3-1- اختبار الرورشاخ..... 170

3-2- تقديم برنامج CHESSSS 171
4- إستراتجية البحث..... 174
4-1- المرحلة الأولى..... 174
4-2- المرحلة الثانية..... 175
4-3- المرحلة الثالثة..... 176
الفصل الخامس: عرض وتقديم النتائج
1- بعض الملاحظات الأولية حول الإجراءات الإحصائية..... 180
2- عرض بعض المعطيات الديموغرافية..... 181
3- معطيات اختبار الرورشاخ..... 184
3-1- النتائج العامة للكوكبة الانتحارية..... 184
3-2- التحليل الفارقي لمجموعات البحث حسب نتائج الكوكبة الانتحارية..... 186
3-3- عرض نتائج مقارنة المجموعة الانتحارية والمجموعة غير الانتحارية..... 187
3-4- نتائج تطبيق اختبار Chi-square للمقارنة بين مجموعات البحث..... 190
3-5- المقارنة بين المجموعات الانتحارية والمجموعة غير الانتحارية..... 193
3-6- تقديم نتائج متغيرات الرورشاخ الأخرى..... 197
4- تقديم وتحليل المعطيات المتحصل عليها بعد إجراء اختبار الرورشاخ..... 202
الفصل السادس: دراسة عيادية مفصلة لأربعة حالات
1- حالة ناصر (A.6) واحتمال المرور إلى الفعل الانتحاري..... 213
2- حالة صالح (A.7) واحتمال إعادة الفعل الانتحاري الخطير 225
3- حالة كريم (A.17) والمواجهة الدائمة لخطر المرور إلى الفعل..... 237
4- حالة أمين (B.14) وحدود الكوكبة الانتحارية..... 246
الفصل السابع: المناقشة العامة لنتائج
1- مناقشة النتائج العامة للكوكبة الانتحارية..... 258
2- مناقشة نتائج متغيرات الكوكبة الانتحارية..... 261
3- مناقشة نتائج متغيرات الرورشاخ الأخرى..... 273
4- مناقشة معطيات الحالات التي تم الحصول عليها بعد إجراء اختبار الرورشاخ..... 276
5- بعض صعوبات الدراسة الحالية وأفاق البحث في المستقبل..... 281

خاتمة 286
المراجع 292
الملاحق

فهرس الجداول

الجدول	عنوان الجدول	الصفحة
1	مراحل وعمليات صيرورة إجابة الرورشاخ	103
2	رموز ومعايير نوعية التطور	107
3	رموز ومعايير تنقيط النوعية الشكلية	109
4	قائمة الأجوبة المبتذلة	112
5	قيمة Z في كل من اللوحات العشرة	113
6	التنقيط الخاص بالتعبيرات غير العادية	114
7	مجموعات متعلقة بمختلف ميادين التوظيف النفسي وتسلسل تحليل المتغيرات داخل كل مجموعة	119
8	تلخيص مؤشرات الانتحار في الرورشاخ	128
9	مكونات الكوكبة الانتحارية (S-CON) وتفسيرها من الناحية الكيفية	139
10	الخصائص الديمغرافية، السيكاترية والانتحارية للمجموعة الانتحارية	159
11	الخصائص الديمغرافية والسيكاترية للمجموعة غير الانتحارية	167
12	البرورتوكولات مزدوجة التنقيط والزميلات اللواتي شاركن في تنقيطها	173
13	نتائج الصدق في التنقيط الثنائي للبروتوكولات	173
14	توزيع مجموعات البحث حسب المعدل والانحراف المعياري لمتغيرات السن والمستوى التعليمي	182
15	توزيع مجموعات البحث حسب النسب المئوية لبعض الخصائص الديمغرافية	183
16	المقارنة بين الخصائص الديمغرافية لمجموعات البحث باستعمال اختبار Anova	184
17	النتائج الكمية للكوكبة الانتحارية (S-CON) لحالات المجموعة الانتحارية	185
18	النتائج الكمية للكوكبة الانتحارية (S-CON) لحالات المجموعة غير الانتحارية	185
19	نتائج تصنيف أفراد المجوعة الانتحارية والمجموعة غير الانتحارية	186
20	نتائج تصنيف أفراد المجموعات الانتحارية	186
21	المقارنة بين نتائج الكوكبة الانتحارية للمجموعتين حسب بعض إجراءات الإحصاء الوصفي	187
22	عدد المؤشرات الانتحارية الإيجابية والسلبية في المجموعتين	188
23	النسبة المئوية لمؤشرات الانتحارية الإيجابية والسلبية في المجموعتين	188
24	مقارنة المجموعتين حسب نتائج الكوكبة ذات العتبة 8 بتطبيق اختبار Chi-square	189

25	نتائج S-CON للمجوعتين حسب العتبات 6، 7، 8 و9	189
26	النسبة المئوية لنتائج S-CON للمجوعتين حسب العاتبات 6، 7، 8 و9	189
27	مقارنة النسب المئوية لنتائج S-CON في المجموعات الأربعة حسب العتبة 7 والعتبة 8	190
28	نتائج تطبيق اختبار Chi-Square للمقارنة بين مجموعات البحث حسب العتبة 7 للكوكبة الانتحارية	190
29	التكرار النسبي لمتغيرات (S-CON) في في كل من المجموعة الانتحارية والمجموعة غير الانتحارية	193
30	مقارنة معدلات متغيرات الكوكبة الانتحارية للمجموعة الانتحارية والمجموعة غير الانتحارية باستعمال اختبار Anova	194
31	مقارنة معدلات متغيرات الكوكبة الانتحارية للمجموعات الانتحارية والمجموعة غير الانتحارية باستعمال اختبار Anova	195
32	مقارنة معدلات vista وFD للمجموعة الانتحارية والمجموعة غير الانتحارية باستعمال اختبار Anova	196
33	مقارنة معدلات vista وFD للمجموعات الانتحارية والمجموعة غير الانتحارية باستعمال اختبار Anova	196
34	المقارنة بين اشتقاقات، نسب مئوية ومؤشرات خاصة في كل من المجموعة الانتحارية والمجموعة غير الانتحارية	197
35	المقارنة بين المجموعة الانتحارية والمجموعة غير الانتحارية حسب مؤشرات الرورشاخ باستعمال اختبار Anova	198
36	مقارنة مجموعات الدراسة الأربعة حسب مؤشرات الرورشاخ باستعمال اختبار Anova	198
37	المقارنة بين متغيرات رورشاخ أخرى في كل من المجموعة الانتحارية والمجموعة غير الانتحارية	200
38	مقارنة معدل Afr<.40 في كلا المجموعتين باستعمال اختبار Chi-Square	201
39	مقارنة معدل Afr<.50 في كلا المجموعتين باستعمال اختبار Chi-Square	202
40	ملخص معطيات حالات البحث التي تم متابعتها بعد إجراء اختبار الرورشاخ	202
41	نتائج متابعة 44 حالة انتحارية بعد إجراء اختبار الرورشاخ	209
42	المقارنة بين المجموعة الانتحارية التي قامت بمحاولة انتحارية أخرى والمجموعة الانتحارية التي لم تقم بمحاولة انتحارية أخرى باستعمال اختبار Chi-square	209

43	نتائج متابعة 50 حالة غير انتحارية بعد إجراء اختبار الرورشاخ	210
44	المقارنة بين المجموعة الانتحارية التي قامت بمحاولة انتحارية أخرى والمجموعة غير الانتحارية باستعمال اختبار Chi-square	210
45	المقارنة بين المجموعات الانتحارية حسب متغير عدد المحاولات السابقة، المتغيرات الاجتماعية، المتغيرات العائلية المتغيرات الظرفية ، ونتائج الكوكبة الانتحارية بإستعمال اختبار Anova	211
46	نتائج الكوكبة الانتحارية لحالة ناصر	219
47	نتائج الكوكبة الانتحارية لحالة صالح	231
48	نتائج الكوكبة الانتحارية لحالة كريم	241
49	نتائج الكوكبة الانتحارية لحالة أمين	251
50	ربط معطيات الحالات بعد إجراء الاختبار بنتائج الكوكبة الانتحارية	276

فهرس الملاحق

رقم الملحق	الملحق
1	استمارة الموافقة
2	كراس التطبيق
3	الخصائص السيكاترية والانتحارية لمجموعة الدراسة
4	الملخصات الشكلية لحالات الدراسة

مقدمة

يعتبر الفعل الانتحاري لغزا معقدا ومن بين أخطر المسائل التي تواجه العياديين والباحثين العلميين إلى يومنا هذا. أصبح علم الانتحار، بعد الانتقادات الموجهة إليه، يهتم بمسألة التشخيص والتنبؤ بالسلوك الانتحاري بعدما اهتم أساسا بفهم ظاهرة الانتحار. ويمكن حصر البحوث التجريبية حول دراسة الخطر الانتحاري في ثلاث مجالات: التحقيقات الديموغرافية، سلالم الخطر الانتحاري والاختبارات النفسية الكلاسيكية وخاصة اختبار الرورشاخ.

ويتحدث العديد من المختصين عن إمكانية الحصول على مؤشرات الخطر الانتحاري انطلاقا من اختبار الرورشاخ، لكن لم ينجح العديد من الدراسات من إثبات هذا الارتباط. لذلك فغالبا ما ذكرت ، في تاريخ المحاولات والجهود التي بذلت في هذا الاتجاه، مجموعة من الصعوبات خاصة منها الصعوبات المنهجية، كمشكل تحديد معنى الفعل الانتحاري والعلاقة الزمنية بين إجراء اختبار الرورشاخ والفعل الانتحاري، مشكل الفرق بين الانتحار الناجح والانتحار غير الناجح حيث يرى العديد من الباحثين أن هناك فرقا بينهما ويشيرون إلى ضرورة تحديد مستويات مختلفة في المقصد الانتحاري ، هذا إضافة إلى الفرق بين إجراء الاختبار قبل أو بعد الفعل الانتحاري وأهميته في البحث. لكن الباحثين في هذا المجال حاولوا، مع مرور السنين، تحسين وتطوير الطرق المنهجية كالتحكم المناسب في انتقاء المجموعة الضابطة.

وبالرغم من الصعوبات والتعقيد اللذان يميزان الفعل الانتحاري، فإن الباحثين مستمرون، إلى يومنا هذا، في فحص مؤشرات الانتحار التي يمكن الحصول عليها انطلاقا من اختبار الرورشاخ والعمل على إثبات صدقها وعلى تطوير قدرتها على التشخيص والتنبؤ بالفعل الانتحاري.

كان Exner على يقين من أن اختبار الرورشاخ هو اختبار جدي يمكنه أن يمنحنا معلومات عديدة حول الأشخاص، وهو يؤكد على أن هدا الاختبار، كباقي الاختبارات، له حدوده الخاصة. لكن إستعمال اختبار الرورشاخ بطريقة جيدة يسمح بالحصول على كمية من المعلومات حول الأفراد المعنيين، وهده المعلومات ربما لا يمكن الحصول عليها بسهوله عن طريق وسائل أخرى.

وساهم النظام الإدماجي للرورشاخ الذي وضعه Exner في السبعينات من تطوير أهمية هذا الاختبار من الناحية العيادية خاصة من خلال تطوير مؤشرات لفحص الخطرالانتحاري (S-CON)، الاكتئاب (DEPI)، اليقظة المفرطة (HVI)، الاضطراب في الإدراك والتفكير (PTI)، ضعف ميكانزمات

المواجهة الاجتماعية والانفعالية (CDI) والمؤشر القهري (OBS). ولقد تم وضع كل هذه المؤشرات انطلاقا من بحوث تجريبية بهدف المساهمة في التشخيص الفارقي والتنبؤ ببعض الظواهر العيادية التي يعتبر الفعل الانتحاري واحدا منها ولعله الأكثر حساسية بالنسبة للمختص العيادي.

صرح Exner في نهاية السبعينات، رغم أن استعمال اختبار الرورشاخ من أجل فحص الخطر الانتحاري حضي باهتمام العديد من الباحثين، منذ ما يقارب الأربعين سنة، أن الاختبارات النفسية بما فيها اختبار الرورشاخ لا يمكنها التشخيص والتنبؤ بالخطر الانتحاري كما هو الحال في بعض الأعمال الكلاسيكية في هذا المجال، كعمل Farberow وShneidman في نهاية الخمسينات، حيث بين الباحثون العلاقة الواضحة بين المتغيرات الديمغرافية و/أو السلوكية والانتحار الكلي؛ ولكن Exner صرح أن اختبار الرورشاخ يبقى مصدرا هاما لبعض المعطيات المرتبطة خاصة بالحالة النفسية للشخص الانتحاري.

أحدث Exner في دراساته حول فحص الخطر الانتحاري باستعمال اختبار الرورشاخ نوعا من الانقطاع الإبستمولوجي نظرا لانفراد عمله من الناحية العيادية والمنهجية. ويتميز عمله بغياب أية فرضية مسبقة إذ تندرج المعطيات التي وضع على أساسها الكوكبة الانتحارية في إطار مشروع عام شرع بإنجازه سنة 1968 في الولايات المتحدة الأمريكية بهدف وضع نظام موحد للرورشاخ يقوم على إدراج نقاط القوة التي تتمتع بها مختلف أنظمة الرورشاخ بعد فحصها من الناحية التجريبية من جهة، ومن جهة أخرى العمل على تحديد عناصر إضافية من خلال البحث التجريبي.

اكتشف Exner صدفة سنة 1973 أثناء فحصه، بعين مدققة، لبروتوكولات مختلف المجموعات، بهدف التحقق من عدم إهمال معطيات ما أثناء بناء النظام الإدماجي أن 41 من البروتوكولات قد تم الحصول عليها أقل من 60 يوما قبل انتحار الأشخاص المعنيين، كما تم الحصول على مجموعة أخرى من البروتوكولات أقل من 60 يوما قبل قيام الأشخاص المعنيين بمحاولة انتحارية، بينما تضم المجموعة الثالثة بروتوكولات أشخاص قاموا بمحاولة انتحارية في تاريخهم الشخصي.

بعد مجهود من أجل الرفع من عدد أفراد كل مجموعة، قام Exner بتحليل نتائج ثلاث مجموعات انتحارية تتمثل في: مجموعة تتكون من 59 شخص يتراوح سنهم ما بين 18 و57 سنة انتحروا أقل من 60 يوم بعد إجراء الاختبار، مجموعة تتكون من 31 شخص يتراوح سنهم ما بين 19 و50 سنة وقاموا بمحاولة انتحارية أقل من 60 يوما بعد إجراء الاختبار، ومجموعة تتكون من 33 شخص يتراوح سنهم ما بين 20

و62 سنة أجروا الاختبار بعد خمسة أيام من قيامهم بمحاولة انتحارية، وقد تمت مقارنة هده المجموعات الثلاثة بمعطيات ثلاث مجموعات ضابطة أخرى: 50 مفحوصا اكتئابيا دون أي محاولة انتحارية في تاريخهم الشخصي، 50 مفحوصا فصاميا دون أية محاولة انتحارية في تاريخهم الشخصي، 50 شخص لا يعانون من أي اضطراب سيكاتري.

سمحت هذه الدراسة الأساسية من وضع كوكبة انتحارية تتكون من 12 متغيرا، تسمح بتشخيص خطر المرور إلى الفعل الانتحاري والتي أدرجها Exner في النظام الإدماجي للرورشاخ منذ سنة 1978.
تجمع الكوكبة الانتحارية بين كل الخصائص المرتبطة بالسلوك الانتحاري والتي أشارت إليها مختلف الدراسات السابقة التي أجريت حول تشخيص الخطر الانتحاري باستعمال اختبار الرورشاخ. ولقد قام Exner بدراسة ثانية سنة 1986 حول الكوكبة الانتحارية بهدف التأكد من صدقها وإثبات صحتها.

وعلى الرغم من الجهود الكبيرة التي بذلها Exner من أجل إثبات صدق ومتانة النظام الإدماجي للرورشاخ لم يتردد بعض الباحثين من نقد النظام من خلال التطرق إلى مختلف الحدود والنقائص التي يتميز بها. تعتبر الكوكبة الانتحارية من بين نقاط الضعف التي اعتمد عليها هؤلاء الباحثون من أجل نقد النظام.

ولم يتردد Exner من الإشارة إلى المتانة النسبية للكوكبة الانتحارية لأنها قد تكون سلبية في بعض الحالات التي تواجه الخطر الانتحاري وقد تكون إيجابية في حالات أخرى لا تواجه الخطر الانتحاري. لذلك يدعو العيادي إلى الحذر في تفسير نتائج الكوكبة الانتحارية من الناحية التطبيقية، وإلى ضرورة الاستمرار في فحص صدق وثبات الكوكبة من خلال إنجاز دراسات أخرى.

تتكون الكوكبة الانتحارية من 12 متغيرا حيث تبين أن بعضها يتمتع بارتباط قوي بالسلوك الانتحاري لكن لا تتمتع بقدرة تشخيصية كمؤشرات منعزلة مما يفسر إدراجها في كوكبة تسمح قيمتها الإيجابية حسب عتبات محددة من تشخيص الخطر الانتحاري.

ولا نجد إلا عددا قليلا جدا من الدراسات التي حاولت فحص الكوكبة الانتحارية والتأكد من مدى ارتباط متغيراتها بالخطر الانتحاري. وحاول البعض من هذه الدراسات الأخذ بعين الاعتبار للانتقادات الموجهة من طرف بعض الباحثين فيما يخص صدق ومتانة الكوكبة الانتحارية والتخلص من بعض النقائص المنهجية.

تشير نتائج هذه الدراسات بشكل عام إلى أهمية الكوكبة الانتحارية في التشخيص والتنبؤ بالخطر الانتحاري. في حين بينت دراسات أخرى فشل الكوكبة الانتحارية في تشخيص الخطر الانتحاري. ولقد ركزت دراسات أخرى على فحص متغيرات الكوكبة الانتحارية عند المراهقين والعمل على تكييفها حسب هذه الفئة من خلال اقتراح كوكبة انتحارية أخرى لم تحتفظ إلا ببعض متغيرات الكوكبة الأصلية مع تغيير عتباتها وإدخال متغيرات أخرى. وحاول البعض منها التركيز على فحص قدرة الكوكبة الانتحارية في التشخيص والتنبؤ بالخطر الانتحاري لكن دون الاهتمام المنتظم بمتغيرات الكوكبة الانتحارية بحد ذاتها.

نقترح في عملنا هذا التركيز على دراسة الكوكبة الانتحارية الأصلية، أي الكوكبة الانتحارية التي وضعها Exner انطلاقا من دراساته حول فئة الراشدين في الولايات المتحدة الأمريكية حيث حاولنا فحص أهميتها في تقييم الخطر الانتحاري عند مجموعة من الأفراد الراشدين السيكاتريين. وتكمن الأهداف الأساسية لهذه الدراسة في وصف نتائج الكوكبة الانتحارية عند مجموعة بحث جزائرية وفحص فعاليتها في التشخيص والتنبؤ بالخطر الانتحاري عند هذه المجموعة، وكذا فحص احتمال تعديل عتبات بعض المتغيرات حسب المعايير الجزائرية لرورشاخ النظام الإدماجي.

قمنا بتنظيم هذه الدراسة من خلال تقسيمها إلى سبعة فصول مرتبطة فيما بينها: تطرقنا في الفصل الأول إلى بعض العناصر المتعلقة بعلم النفس المرضي للراشد باعتبار أن موضوع البحث يخص أساسا الفئة السيكاترية التي من المعروف أنها الفئة الأكثر عرضة إلى الخطر الانتحاري. وقدمنا في الفصل الثاني، المخصص لموضوع المرور إلى الفعل الانتحاري، المعارف المتوفرة حول هذا الموضوع مع التركيز في الأخير على إشكالية تقييم الخطر الانتحاري والوسائل المستعملة لهذا الغرض تمهيدا للفصل الثالث الذي خصصناه لاختبار الرورشاخ.

يحتل اختبار الرورشاخ من بين وسائل تقييم الخطر الانتحاري، كما تحدثنا عنه أعلاه، مكانة مميزة خاصة بعد أعمال Exner حول الكوكبة الانتحارية التي لفتت انتباه واهتمام عدد من الباحثين الذين يمكن تقسيمهم إلى مجموعتين تشير إحداهما إلى حدود الكوكبة في تقييم الخطر الانتحاري، بينما تحاول المجموعة الثانية فحص أهمية الكوكبة الانتحارية والعمل على تطوير فعاليتها وأهميتها في تقييم الخطر الانتحاري.

تترجم إشكالية دراستنا الجدال بين المجموعتين لتقترح في الأخير مجموعة من الفرضيات حول مدى أهمية الكوكبة الانتحارية في تشخيص الخطر الانتحاري. وبهدف فحص فرضيات الدراسة اعتمدنا، كما

يوضحه الفصل الرابع، على المنهج العيادي المقارن من خلال المقارنة بين مجموعة سيكاترية انتحارية ومجموعة سيكاترية غير انتحارية حيث تم تطبيق وتنقيط اختبار الرورشاخ حسب طريقة Exner.

أما الفصل الخامس فخصصناه لعرض نتائج الدراسة خاصة النتائج الكمية التي تحصلنا عليها بعد تطبيق بعض الإجراءات الإحصائية. ولقد تم، في الفصل السادس، عرض وتحليل مفصل لأربع حالات توضح كل واحدة منها بعض الاعتبارات النظرية والتطبيقية المتعلقة بالكوكبة الانتحارية.
وفي الأخير، قمنا في الفصل السابع، بمناقشة نتائج الدراسة على ضوء نتائج دراسات أخرى وربطها بفرضيات الدراسة. وسمحت مناقشة النتائج المرتبطة بالكوكبة الانتحارية من فتح المجال إلى بعض الاعتبارات التطبيقية العيادية واعتبارات تخص البحث في المستقبل والتي لخصناها أيضا في خاتمة الدراسة.

الفصل الأول

علم النفس المرضي للراشد

تمهيد

نفتتح هذا الفصل بلمحة تاريخية حول ميلاد وتطور علم النفس المرضي للراشد مما يجرنا حتما إلى الحديث عن تطور مصطلح المرض العقلي عبر التاريخ. يساهم هذا العرض التاريخي المختصر في تحديد معالم علم النفس المرضي كميدان قائم بذاته يعرف من خلال مجموعة من المصطلحات النظرية وبمنهجية عيادية. وتساهم معرفة الجوانب العيادية في فهم الجوانب النظرية لعلم النفس المرضي لذلك حرصنا، في هذا الفصل، على مرافقة تقديم الاضطرابات النفسية بتوضيحات عيادية.

والمقبول في الوقت الراهن أن للمرضى العقليين نزوعا إلى التدمير الذاتي أقوى من نزوع الأفراد الأسوياء، وأصبح اليوم معروفا أن الاضطرابات النفسية تشكل أحد عوامل الخطر الكبيرة للمرور إلى الفعل الانتحاري، لذا فضلنا في هذا الفصل المخصص لعلم النفس المرضي التطرق إلى علاقة هذا الأخير بالأفعال الانتحارية تمهيدا لعرض مفصل حول الانتحار في الفصل الموالي.

1- مدخل عام إلى علم النفس المرضي

1-1- لمحة تاريخية عن ميلاد وتطور علم النفس المرضي للراشد

لا يمكن فصل تاريخ علم النفس المرضي عن تاريخ الجنون من جهة، وعن تاريخ المرض العقلي (الطب العقلي) من جهة أخرى، حيث قدمت كل مرحلة تاريخية رؤية وإجابة خاصة حول الجنون، وحول ظهور هذا الألم والمرض.

وتعددت الآراء والتصورات حول الجنون والمرض العقلي عبر القرون، حيث ارتبطت مختلف الخطابات حولهما بتصورات دينية واجتماعية وبالإيديولوجيات المسيطرة (Pewzner, 2000). ولم يكتف الجنون بالمكانة التي احتلها في المجال الطبي فحسب بل أثار أيضا اهتمام الفلاسفة فلقد تحدث كبار الكتاب الإغريقيين مثلا عن مشكلة تدخل الآلهة في كل ما يصيب الإنسان من شر وعن مسؤولية هذا الأخير فيما يقوم به وفيما يجعله يتحول إلى وحش غريب عن نفسه (Jaccard, 1979).

ويتفق جميع المؤلفين على عدم وجود الطب العقلي وعلم النفس المرضي في العصر القديم الذي يمتد من القرن الخامس قبل الميلاد إلى القرن الخامس من عصرنا. وإن خلت هذه الفترة من أطباء مختصين في علاج الجنون فإن اضطرابات السلوك، الهيجان والهذيان هي أعراض قد تم وصفها في مقالات الأطباء

الإغريقيين والرومان، كما نجد إشكالية الاضطرابات الروحية في كتابات Hippocrate وفي المقالات الطبية اللاتينية. ولم تحض مختلف أشكال الجنون التي ذكرت في هذه النصوص القديمة بدراسة منعزلة ومخصصة، ولا نجد أثارا لأي بحث إغريقي أو روماني حول الجنون، كما لا يمكن الحديث في هذه الفترة عن نظريات مفسرة للاضطراب الروحي (Pewzner, 2002).

وما نملكه اليوم من معلومات حول المرض العقلي ليس تراكما معرفيا قديما بل يعود إلى بداية القرن التاسع عشر، مع ميلاد الطب العقلي وظهور مذاهب ونظريات حول ما يسمى، منذ تلك الفترة، بالأمراض العقلية. يمكن القول إذن، أن تاريخ علم النفس المرضي مرتبط بميلاد الطب العقلي كتخصص جديد في نهاية القرن الثامن عشر.

اعتبرت الثقافة الغربية ولزمن طويل المرض العقلي كمرض خارق للطبيعة أي ليس مرضا طبيعيا عائدا إلى طبيعة الإنسان ومستقلا عن تدخل عوامل فوق الطبيعة. يعود الفضل، في الغرب، إلى Hippocrate، الذي عاش في القرن الخامس قبل الميلاد، في إحداث قطيعة بين التفكير الخرافي و التفكير المنطقي حيث قام بتأسيس طب قائم على التفكير العقلي. كما ميز بين وحدات مرضية كالسوداوية والهوس التي فسرها، دون الرجوع إلى أسباب روحانية، كاختلال في الأمزجة.

وتميز تصور الجنون في العصر القديم وفي عصر النهضة بالشيطانية، التي تفسر اضطرابات الروح على أساس أنها تعبير على اتفاق مع الشيطان، امتلاك حقيقي من طرف الروح الشريرة. لذلك عملت السلطة التفتيشية (Inquisition) آنذاك على محاربة الملحدين، تعذيب وحرق المشعوذين والمشعوذات ومن بينهم عدد من المرضى العقليين. فبما أن الاضطراب النفسي اعتبر كتجسيد لقوى الشر، فإن الحل المناسب هو القضاء الجذري، بالتخلص من الشر عن طريق التهديم الجسدي للشخص المملوك، ومن الأفضل عن طريق الحرق بهدف التخلص الجذري والتطهير. حيث ترتبط فكرة التطهير عن طريق النار بفكرة القذارة والخطيئة المنتشرة في الغرب المسيحي خلال العصر القديم وعصر النهضة (Postel, 1998 ; Hochmann, 2011).

إلى جانب ما يحدث في الغرب في هذه الفترة، يجب التطرق إلى مكانة الطب والمرض العقلي في الشرق الأوسط، ففي الوقت الذي يرمي فيه الغرب مرضاه العقليين إلى البحر يظهر أن المسلمون عملوا على معالجة مرضاهم في إطار المارستان أي ما يسمى حاليا بمستشفى الطب العقلي، وحاولوا البحث عن سببية الأمراض العقلية والجسدية (Samai-Haddadi, 2010b).

الطب العربي هو ثمرة لمعارف أتت من حقول متعددة خاصة تلك المتعلقة بتجارب التبادل بين العالم العربي والعالم الإغريقي. ولقد تطورت وانتشرت المعرفة الطبية مع انتشار الإسلام في الشرق الأوسط، فمنذ البداية احتل الطب في الثقافة الإسلامية مكانة هامة بين العلوم الأخرى. فحماية صحة الأفراد هو مبدأ ديني معترف به، أما الاضطرابات العقلية فقد اعتبرت كأمراض مستقلة اهتم بدراستها كبار الأطباء آنذاك. ووجدت حينها أشكال متعددة من العلاج: العلاجات النفسية، العلاج بالأدوية، العلاج عن طريق الموسيقى، العلاج الإستشفائي (Amad & Thomas, 2011).

بدأت فكرة تفسير تواجد المرض الطبيعي والاضطراب بإعادتهم إلى خلل نفسي، تفرض نفسها في الغرب مع تقدم الأفكار والمكانة الكبيرة التي أخذها مصطلح الحرية الفردية. قدم التيار الإنساني في القرن السادس عشر نظرة نقدية حول الجنون لكن هذا لم يسمح من التخلص من الاعتقاد أن الجنون هو اتفاق مع الشيطان، وشهد هذا القرن تأسيس المؤسسات الأولى، في اسبانيا، إنجلترا وفرنسا، لحبس المنحرفين وكذا المرضى العقليين في معزل عن المجتمع. واستمرت النظرة إلى الاضطراب النفسي واعتباره خللا في المزاج الناتج عن خلل في التوازن بين الجسد والروح (حركات الغدد) خلال القرن السابع عشر مع ظهور الجدلية الديكارتية جسد/روح.

ومع انتصار التيار العقلاني والنظام في القرن الثامن عشر، تحدد حقل الأمراض العقلية، فاستحوذت التيارات الفلسفية الحسية الإمبريقية أهمية كبيرة: فلقد رفض Condilac وLocke الأفكار حول الوراثة ليؤكدوا على أهمية دراسة الأحاسيس الملاحظة انطلاقا من الواقع والمعطيات الملموسة. ولعب التيار الإمبريقيي دورا هاما في تطور العلوم الطبيعية، وفي تطور التفكير العلمي بصفة عامة وميلاد الطب العقلي بصفة خاصة، دون أن ننسى المساهمة الكبيرة لفلاسفة القرن خاصة Montesquieu، Voltaire Diderot الذين نقدوا تجاوز السلطة، مبدأ السلطة الملكية، التطرف المسيحي، ودافعوا عن أفكار الحقوق الحرية والتسامح.

وتندرج مساهمة Philippe Pinel، الذي يعتبر من الناحية الكلاسيكية أب الطب العقلي، في هذا السياق الزماني والمكاني للقرن الثامن عشر حيث اعتمد على أفكار فلاسفة الأنوار ليؤسس تناول جديد لظاهرة الجنون التي أدخلها حينذاك (نهاية القرن الثامن عشر) في الحقل الطبي لتأخذ تسمية جديدة ألا وهي المرض العقلي وتنتمي إلى تخصص جديد يتمثل في الطب العقلي. كما يجب ذكر أسماء أخرى إلى جانب Pinel مثل Cullen، Daquin، Tuke، Chiarugi، Esquirol وآخرون ساهموا، كل وبطريقته الخاصة في

ميلاد الطب العقلي، وفي تبسيط وتصنيف الأمراض العقلية والدفاع عن فكرة إمكانية علاج المرض العقلي (Pewzner, 2000).

في سياق الاهتمام الكبير بالعلوم و انجازاته المعتبرة في شتى الميادين، تميز النصف الثاني من القرن التاسع عشر بصورة خاصة، بالتركيز على السيميولوجية وتصنيف الأمراض العقلية مما ساعد على اكتشاف وحدات مرضية جديدة ووصف دقيق لاضطرابات قديمة. وتميزت هذه الفترة بأعمال معروفة فرضت نفسها في تاريخ الطب العقلي وعلم النفس المرضي.

في هذا المجال بالتحديد نذكر عمل Charcot ودوره في إعطاء صبغة علمية للهستريا والتنويم المغناطيسي، وفضل كل من Janet وFreud الذي لا يقل أهمية عن سابقه حيث قاما بإدخال السببية النفسية لتأويل الأمراض النفسية في علم النفس المرضي انطلاقا من أعمالهما حول الهستيريا، كما نذكر فضل الطبيب العقلي الألماني Kraepelin الذي حاول إعطاء جدول كامل للأمراض العقلية من خلال تصنيف يقوم على معرفة تطور كل مرض عقلي. وتتحدد بعض التوجهات النظرية لعلم النفس المرضي، كما سنراه في الصفحات الموالية، انطلاقا من هذه المراجع الأساسية (Ménéchal, 1997).

1-2- تعاريف

تتكون كلمة *psychopathologie* في اللغة الفرنسية من ثلاثة مفردات من أصل إغريقي منها مفرد *psycho* الذي يعني l'âme أو l'esprit (النفس أو الروح)، و *patho* الذي يشير إلى maladie (مرض) passion (شغف)، souffrance (الألم)، vice (عيب)، وأخيرا *logos* بمعنى le mot (الكلمة)، la parole (كلام)، le discours (الخطاب) ولكن أيضا la doctrine (المذهب). إذن من الناحية الاصطلاحية علم النفس المرضي هو دراسة آلام النفس (Pewzner, 2000).

عرف قاموس *Le Petit Robert* (2012) علم النفس المرضي على أساس أنه: « دراسة نظرية للحدث السيكاتري من حيث جوانبه المختلفة، والتي تندرج في مشروع علم المرض العقلي ».

علم النفس المرضي هو مجموعة البناءات النظرية حول ميكانزمات وأسباب الاضطراب العقلي. ويقوم علم النفس المرضي على مجموعة من المصطلحات التي تشير إلى الطرق المعقدة المتبعة من أجل فهم المرض العقلي كالسيميائية، النوزوغرافية، السببية (Gori & Poinso, 1972).

- السيميائية هي علم العلامات، من الناحية الطبية تأخذ العلامات اسم الأعراض، ويسمح الجمع بين أعراض عدة – بمعنى التناذر- بالوصول إلى وضع تشخيص. يتم تطبيق السيميائية خلال الفحص العيادي الذي يتكون من عدة مراحل: ملاحظة العلامات، السلوك، اللغة؛ إعادة بناء تاريخ المرض عن طريق استرجاع الذاكرة.

- التصنيف (النوزوغرافية): هي تصنيف العلامات بعد الحصول عليها، ويقصد بالنوزوغرافية تصنيف الأمراض بصفة عامة. وبهذا نتحدث عن النوزوغرافية السيكاترية فيما يخص الأمراض العقلية النوزوغرافية التحليلية فيما يخص تصنيف الاضطرابات النفسية حسب وجهة نظر التحليل النفسي.

- السببية: بعد تسمية وتصنيف الواقع الذي نلاحظه نصل إلى التساؤل عن لماذا وكيف أي السببية، بمعنى دراسات الأسباب، الميكانزمات. تهتم السببية بأصل المرض وكذا بميكانيزمات الصيرورة المرضية.

1-3- أهم التوجهات النظرية في علم النفس المرضي

يعود الاهتمام بالنفس البشرية وبطريقة توظيفها إلى زمن بعيد مقارنة بظهور علم النفس المعاصر حيث نلتقي في الوقت الحالي بأربع نظريات أساسية لفهم سيكومرضية التوظيف الإنساني. تحاول البناءات النظرية المختلفة الإجابة على السؤال العويص الخاص بسببية الاضطرابات العقلية. تظهر بعضها كنظريات عضوية بحتة تبحث عن سبب الاضطرابات في إصابة عضوية، وبعضها نفسية بحتة تبحث عن سبب الاضطرابات في صراع نفسي داخلي، أما البعض الأخر فهو يحاول أن يجمع بين العوامل العضوية، العوامل الضمنفسية، العائلية والسوسيوثقافية.

1-3-1- نظرية التحليل النفسي

يمثل التحليل النفسي تيارا نظريا وتطبيقيا تكمن خاصيته الأساسية في فكرة أن الشعور لا يمثل إلا جزءا صغيرا من الحياة النفسية وأن مركز هذه الأخيرة يتواجد في اللاشعور (Laplanche & Pontalis, 2007).

التحليل النفسي هو نظرية حول الفرد، حول توظيفه العقلي، و يعتبر أيضا طريقة للعلاج، كما يحتل مكانة هامة في فهم التنظيمات السيكومرضية. ويقوم التحليل النفسي على أعمال Freud خاصة تلك المتعلقة بالميتابسيكولوجيا وعلى مساهمات محللين نفسانيين كبار آخرين. ويجب الحديث عن التحليل النفسي بصيغة الجمع باعتبار أن هناك ثلاثة توجهات نظرية على الأقل التي تتداخل فيما بينها بصفة جزئية فقط.

يمكن تعريف الوجهة الأولى كنظرية حول الفردنة تخص بناء الشخصية النفسية الفردية، وتقوم على صيرورات شعورية ولاشعورية تنتظم تحت شكل أساطير أو هومات أساسية: الأوديب، عقدة الخصاء، غريزة الحياة والموت. بينما تتعلق الوجهة الثانية بصيرورة التداعيات التي يقوم بها المحلل النفساني ومحلل صيرورات التغيير وضد التغيير. أما الوجهة الثالثة فهي مرتبطة بوصف التوظيف العقلي اللاشعوري وقوانين تنظيمه انطلاقا من مجموعة من المصطلحات النظرية أي ما يسمى بالمتابسيكولوجيا (Braconnier et al., 2006).

1-3-2- نظرية نمو الذات ونظرية التعلق

يعتبر هذا النموذج من النماذج المعاصرة وهو يتطور بشكل مستمر في وقتنا الحالي من خلال مختلف البحوث الميدانية. تتمثل فكرته الأساسية في دراسة الصيرورة التدريجية لنمو النفس البشرية أي صيرورة بناء الذات: الشعور بالكيان الذاتي، شعور الشخص بفرديته وباختلافه عن الآخرين. تنطلق هذه النظريات من مبدأ أن الذات ليست وراثية ولا تقتصرعلى المحددات البيولوجية والوراثية وإنما يقوم بناءها على العلاقة بصور التعلق المبكرة.

يحاول هذا النموذج الجمع بين مجمل المعارف العلمية والسيكوديناميكية حول التوظيف الإنساني وتجاوز الجوانب التي تظهر متناقضة من أجل اقتراح نظرية حول النمو النفسي تقوم على مساهمات علم الوراثة، الفيزيولوجيا، التشريح العصبي، النظرية المعرفية السلوكية والتحليل النفسي، لذلك فهو نموذج إدماجي (Ionescu, 2005).

1-3-3- النظرية السلوكية – المعرفية

تنحدر النظرية السلوكية مباشرة من أعمال Watson، وتحرص على دراسة الظواهر النفسية بأكبر قدر ممكن من الموضوعية من خلال حصرها في النظام "مثير- استجابة". تقوم هذه النظرية على فكرة أن الإنسان يستجيب للمثيرات الخارجية وفقا لقوانين الإشراط، وتتكون طاقة كل مثير من قوة فيزيائية (يمكن قياسها) بإمكانها إثارة عضو حسي أو مستقبلات خاصة. لذا تعمل الدراسات في هذا المجال على تحديد المعطيات والقوانين التي تسمح لنا بتنبؤ سلوك ما انطلاقا من المثير أو العكس. تطورت هذه النظرية بفضل أعمال Hull ابتداء من سنة 1929 في إطار ما يسمى بالسلوكية الجديدة حيث أدخل هذا الأخير مصطلح الحافز كعامل داخلي يحدد السلوك الإنساني. يتم تحديد الاضطرابات النفسية من خلال الوصف الدقيق لسلوك الفرد (Braconnier et al., 2006).

علم النفس المعرفي هو الدراسة الإمبريقية لصيرورة معالجة المعلومة التي تتدخل في التصرفات الإنسانية والحيوانية، يرمي إلى استكشاف الطريقة التي يدرك الأفراد من خلالها محيطهم، يوجهون انتباههم و يسيرون تفاعلاتهم مع هذا الأخير، كما يرمي أيضا إلى تحليل كيفية تخزين الأفراد للأفكار المتعلقة بهم أو بالعالم الخارجي، كيفية تحليل، تغيير واسترجاع هذه المعلومات في المواقف المختلفة من أجل تسيير أفعالهم المادية أو العقلية (التفكير، أخذ القرارات، الحكم)، وتلجأ الأعمال في علم النفس المعرفي، بصفة عامة، إلى المنهج التجريبي من خلال دراسات منجزة في المخبر. وترتبط الاضطرابات النفسية التي يعاني منها الشخص بمخططات معرفية وفكرية مضطربة كمخططات التفكير الاكتئابية (Cottraux, 2007).

1-3-4- النظرية النسقية

اقترحت مجموعة من المختصين العياديين منذ الخمسينات تناول علاجي جديد يختلف عن الطرق الكلاسيكية سواء في إطار الطب العقلي أو في إطار التحليل النفسي: هذا التناول الجديد هو التناول النسقي. تعود جذور النموذج النسقي إلى النظرية العامة لـ Von Bertalanffy، السبرنية الأولى لـ Weiner ونظريات مدرسة Palo Alto (Bateson, Watzlawick). وعلى خلاف النماذج السابقة لا يرتكز هذا النموذج على الفرد فقط وإنما يأخذ بعين الاعتبار انتماءه إلى محيط عائلي، مهني، اجتماعي، ويهتم بالتفاعل بين أفراد النظام بهدف تحسين الارتباط الموجود بينهم. وبالتالي تتطرق طريقة التفكير النسقية إلى التجارب السلوكية حسب سببية دائرية ترفض التمييز بين الصحيح والخطأ، الجيد والسيئ، العادي والمرضي، وتقترح تحديد مختلف مستويات المنطق التي يتصرف من خلالها الأفراد والأنظمة.

يحاول المعالج في إطار هذا التناول فهم كل ما يساهم في بناء العائلة حيث يهتم بالمبادئ والأسطورة العائلية، بصيرورات التفاعل في العلاقات والاتصالات، بميكانيزمات التوازن والضغوطات الموجهة نحو التغيير. وكما يعمل على ملاحظة نماذج الاتصال ومستوى التمييز داخل النظام، ويهتم بمدى مرونة الأدوار ودرجة التكيف في الحالة الحالية للنظام (Debray, Granger, Azais et al., 2010).

2- تصنيف الاضطرابات النفسية

تكتسب معرفة علم النفس المرضي من خلال مجموعة من المراحل، حيث تحتل المرحلة العيادية مكانة هامة من بين هذه المراحل. الدراسات السيميولوجية التي سنتطرق إليها بعد قليل هي أوصاف لمختلف الوقائع العيادية التي يلتقي بها الممارس.

2-1- الذهانات

تم إدخال مصطلح الذهان لأول مرة من طرف الطبيب العقلي النمساوي Feuchtersleben سنة 1844 في محاضرة ألقاها في فينا حول الاضطراب العقلي ليشير إلى تناول واسع وشامل مقارنة بالتناول الحالي، فحسب هذا المؤلف معنى مصطلح الذهان مرادف لـ « المرض النفسي» . يتميز إذن النصف الأول من القرن التاسع عشر بمحاولة تحديد المرض الجنوني كوحدة شاملة للإشارة إلى اضطرابات من أصل نفسي وتمييزها عن الاضطرابات العضوية. وقد بذلت في النصف الثاني من القرن التاسع عشر مجهودات كبيرة انطلاقا من السيميولوجية والملاحظة العيادية من أجل التمييز الدقيق بين الأشكال المختلفة للجنون.

تتميز هذه المرحلة بالنظرة العيادية (Foucault) التي سمحت لـ Kraepelin التمييز من جهة بين الذهان الهوسي-الاكتئابي الذي يتميز بسيطرة الاضطرابات الانفعالية، والخرف المبكر الذي يتميز بالانفكاك العقلي والنقص في التطور من جهة أخرى. وتم إبعاد فكرة وحدة الذهان بظهور مصطلح البارانويا في نفس الفترة.

استعمل مصطلح البارانويا لأول مرة في ألمانيا ليأخذ معنا واسعا وغير محدد إذ يرجع الفضل إلى Kraepelin في توضيح التوجهات النظرية الألمانية. حدد هذا الأخير سنة 1915 مصطلح البارانويا وعرفه كتطوير، في إطار تبعية لأسباب داخلية، لنظام هذياني مستقر لا يمكن التخلص منه، ويتميز بالاحتفاظ الكامل بوضوح وتنظيم التفكير، الإرادة والفعل. أما في فرنسا فقد وصف Lasègue سنة 1852 هذيان الاضطهاد، ليحدد فيما بعد Magnan خصائص « الذهان المزمن ذو تطور منتظم » ، وأخيرا وصف كل من Sérieux وCapgras سنة 1909 هذيان التفسير أو الجنون التفكيري القريب من مصطلح البارانويا عند Kraepelin (Braconnier et al., 2006).

ويضم الفصام الذي وصفه لأول مرة Bleuler تقريبا جميع الذهانات المزمنة ما عدا الذهانات الهلوسية-الاكتئابية والذهان البارانوي. ويختلف الخرف المبكر والفصام من الناحية السيميولوجية والسيكومرضية، ولكن هناك اختلاف كبير بين Kraepelin وBleuler من الناحية النوزوغرافية، فالأول يميز بشكل واضح بين البارانويا من جهة والشكل البارانويد للخرف المبكر من جهة أخرى، أما الثاني فيعتبر البارانويا كشكل من أشكال الفصام. وتحتفظ المدرسة الفرنسية تحت تأثير Claude ثم Ey بالتمييز بين البارانويا والفصام.

تتدخل في التعاريف المعتادة حول الذهان عناصر متعددة: اضطرابات في الاتصال، غياب الوعي بالحالة المرضية، اضطراب في إدراك الواقع، اضطرابات معرفية، صعوبات في التكيف الاجتماعي. وغالبا ما نجد إلى جانب كلمة الذهان صفة تحدد التطور الشديد أو المزمن، أو أصل المرض من الناحية السببية (عضوي، سمي، انفعالي).

من وجهة النظر الفرنسية يتعدى مصطلح الذهان مصطلح الفصام حيث نتحدث عن الذهان في حالة تواجد لاضطراب شديد في الشخصية يؤدي إلى فقدان الاتصال مع الواقع الهذيان و/أو الهلاوس، ونتحدث عن الفصام في حالة الذهان الإنفكاكي الذي يتميز بتطور مزمن. (Azoulay, Chabert, Gortais, Jeammet, 2002 ; Braconnier et al., 2006).

التجمع الإكلينيكي في التصنيفات العالمية الحالية

تتخلى التصنيفات السيكاترية العالمية الحالية عن مصطلح العصاب كوحدة سيكومرضية في حين يحتفظ مصطلح الذهان بتناسقه النسبي نظرا لتطرقه إلى الاضطرابات التي يحتوى عليها من الناحية العرضية والعيادية أكثر من الناحية النظرية والسيكومرضية. بصفة عامة لا يوجد إلا فرق صغير بين عيادة الفصامي كما وصفها Bleuler والاتفاقيات الحالية لـ DSM-IV. يميز هذا الأخير بين:

- الاضطراب الذهاني القصير، الذي يدوم أقل من شهر.

- الاضطراب الفصامي الشكل الذي يدوم أيضا فترة محددة (من شهر إلى 6 أشهر).

- أربعة أشكال من الفصام تدوم فيها العلامات ستة أشهر على الأقل: الشكل الاضطهادي الشكل المضطرب، الشكل الجامودي، الشكل غير المميز، الشكل المتبقي.

- الاضطراب الهذياني دون الخلل والغرابة.

- الاضطراب الفصامي-الانفعالي
- الاضطراب الذهاني المشترك (بين شخصين)

- الاضطراب الذهاني المرتبط بمرض

- الاضطراب الذهاني الناتج عن مادة.

- الاضطراب الذهاني غير المعرف.

الوصف العيادي

الفصام

يعتبر الفصام من الذهانات الأكثر انتشارا حيث تبلغ نسبة انتشاره في المجتمع العام 1% وتشير الأعراض الموالية إلى الخصائص الأساسية العالمية لهذا الاضطراب، أما الاختلافات الثقافية فهي ترجع أساسا إلى مواضيع الهذيان أي تلك المرتبطة بالاعتقادات الخاصة بكل مجتمع. تخص بداية الاضطرابات عامة الشخص الراشد بين 15 و35 سنة، عكس الذهانات الأخرى أين تظهر الأعراض مؤخرا. أما عوامل الهشاشة أمام هذا الاضطراب فهي معروفة في الوقت الحالي: السوابق العائلية، التعقيدات الناجمة عن الولادة، الانطواء الفصامي في مرحلة الطفولة وبداية المراهقة (الانطواء، الانعزال العلائقي في المدرسة) تراجع غير مفهوم في النتائج المدرسية، اضطرابات معرفية (التركيز، المنطق) الاضطرابات الانفعالية (البرودة، الخمول، تصرفات غريبة)، اضطرابات سلوكية (الحساسية في العلاقات ما بين الأشخاص)، اضطرابات عصبية أو نوروفيزيولوجية.

يعتبر الانفكاك من بين المميزات الأساسية للفصام مقارنة بالذهانات الأخرى؛ ويقترب الانفكاك من التناقض الانفعالي لـ Bleuler وكذا من غياب التناسق الذي وصفه Chaslin في فرنسا. ويقصد بالانفكاك فقدان تناسق الوحدة النفسية، ويظهر هذا على مستوى ثلاث جوانب مختلفة:

- الانفكاك (dissociation) في الفكر: يكون الخطاب مضطرب في رواجه، ترافقه توقفات وفي بعض الأحيان انقطاع فظ (حواجز). يظهر الاضطراب في التداعيات من خلال غياب التسلسل المنطقي للأفكار والتكرارات الأوتوماتيكية مثلا. وتضم اضطرابات اللغة خلل في معاني واستعمال الكلمات أو ابتكار لكلمات جديدة، ويمكن للفصامي في الحالات الشديدة تطوير لغة غير مفهومة تماما بالرغم من استعماله للغة العادية. وتضعف قدرات الانتباه التي تختلف من وقت إلى وقت أخر.

- الانفكاك الانفعالي: تبدو المشاعر والانفعالات فقيرة مما يشير إلى نوع من اللامبالاة والبرودة في الاتصال مع الآخرين، إلى جانب الفقر الانفعالي. كما تجدرالإشارة إلى عدم التناسق الذي يظهر خاصة على شكل تناقض مرضي (الأخذ بعين الاعتبار للجوانب الإيجابية والسلبية في نفس الوقت)، أو عدم

التنسيق بين التعبير عن الأفكار وعن المشاعر. يمكن للإنفعالات (الغضب، الحزن) أن تظهر بصفة عنيفة، غير منتظرة وبدون علاقة مع العناصر الخارجية.

- الانفكاك النفسي الحركي: كعدم التناسق بين الأفكار والانفعالات. يمكن أن تظهر تصرفات غريبة وغير متكيفة مع الموقف الخارجي، تعبيرا عن انفعالات مختلفة تبعا لأجزاء الجسم (Debray, Granger, Azais et al., 2010).

الهذيان الاضطهاد

يتعلق هذا الهذيان بالبارانويا بسبب تواجد مواضيع اضطهادية في الهذيانات الفصامية لكن يتميز الهذيان الاضطهادي بمميزات خاصة. تنتمي الهلاوس في هذا الشكل من الهذيان، في أغلب الأحيان، إلى المجال السمعي- الكلامي (الصوت)، لكن هناك في بعض الأحيان هلاوس سمعية، حسية وذوقية. وتدرك الأصوات سواء كأصوات خارجية أو كأصوات داخلية (الهلاوس النفسية).

ويندرج في الوقت الحالي الأوتوماتيزم العقلي الذي وصفه لأول مرة Clérambault في إطار الذهان الهلوسي المزمن ضمن سيميولوجية الهذيان الاضطهادي، ويشير إلى اعتقاد هذياني بأن هناك قوة خارجية وغريبة تتحكم في النشاط النفسي للمريض وتوجه أفعاله، أفكاره وإدراكه. تشرح الهلاوس في الشكل الكامل للهذيان الاضطهادي الأفعال (صدى التفكير)، يتوهم الشخص أن الآخرين يدركون تفكيره (سرقة التفكير)، وتسيطر القوالب (Stéréotypies) الكلامية والحركية على الشخص. وكما يتميز هذا الهذيان بالانفكاك لذلك نلاحظ غياب التنسيق المنطقي، الغموض وعدم الدقة إذ هذا ما يميزه عن الهذيان البارانوي.

الاجترار

يترجم الاجترار حسب Bleuler بفقدان العلاقة مع الواقع؛ تكون الحياة الداخلية موجودة لكن لا يتم إيصالها إلى الآخرين مما يؤدي إلى انطواء شديد على الذات وإلى لامبالاة كبيرة تجاه العالم الخارجي. ولقد وصف Kraepelin وBleuler الأشكال العيادية التالية:

- الفصام الاضطهادي الذي يتميز بسيطرة الهذيان الاضطهادي.
- المراهقية (Hébéphrénie): التي وصفها ولأول مرة Hecker عام 1871 كمرض مستقل ليدرجها فيما بعد Kraepelin ثم Bleuler في مجموعة الفصامات. يقترب هذا الشكل من الناحية العرضية من الشكل الجامودي حيث يتميز بأهمية الجوانب المرتبطة بالنقص وتبدأ بصفة مفاجأة في مرحلة الطفولة وتؤدي إلى الانعزال الاجتماعي لتسيطر عليها فيما بعد ظاهرة الإنفكاك.

- جامود (Catatonie): يعود الفضل إلى Kalbaum في وصف هذا الشكل سنة 1874 تحت تسمية «جنون الضغط » ليدرجها أيضا فيما بعد Kraepelin ثم Bleuler ضمن الفصام. وتهيمن هنا الاضطرابات النفسية الحركية: الاندفاعية والقوالب الحركية، الجمود (catalepsie) (اتخاذ وضع معين والتجمد لفترة زمنية دون تغيير له)، سالبية (Négativisme) وخطر الثوران المفاجئ.

- الشكل البسيط: وصفه Bleuler ويتميز بعرضية تجمع بين الانفكاك وعناصر من النقص.

ولقد اقترح Schneider، طبيب عقلي ألماني وتلميذ Jaspers التمييز بين أعراض مصنفة « من الدرجة الأولى » وأعراض مصنفة « من الدرجة الثانية » في الفصام. فالأعراض الثانوية لا تخص فقط الفصام وإنما يمكن أن تتواجد في ذهانات أخرى كالذهانات الهوسية-الاكتئابية. نجد من بين الأعراض المصنفة من الدرجة الأولى: هلاوس سمعية، سيطرة أحاسيس جسدية، سرقة التفكير، إدراك هذياني، مشاعر اندفاعية وإرادة مسيطرة. أما الأعراض المصنفة من الدرجة الثانية فنجد خاصة: الحدس الهذياني اضطرابات اللغة، حالة الاكتئابية أو حالة الانشراح، وهي عناصر ثانوية بالنسبة للتشخيص (Braconnier et al., 2006).

البارانويا

يحمل هذا الهذيان المزمن في تصنيف DSM-IV تسمية « الاضطراب الهذياني » مما يشير إلى الاختلافات التصنيفية وما ينجم عنها من الناحية السيكومرضية الموجودة بين تيار فكري فرنسي يميز بشكل واضح بين الفصام والهذيانات المزمنة غير الفصامية، والتيار االأونقلوساكسوني الذي يعتبر هذه الأشكال الأخيرة كنوع من الفصام. هذا ولقد تميز تعريف البارانويا بالغموض خلال القرن التاسع عشر (يشير Kraepelin سنة 1915 إلى أن في هذه الفترة 70 إلى 80% من المفحوصين الذين يتواجدون في المستشفى تم وضعهم في التشخيص البارانوي في ألمانيا)، ومع الزمن اقتصر تعريف البارانويا على الأشكال الهذيانية المنتظمة التي تتميز بالميكانيزم التفسيري وغياب لكل عرض من النقص أو الخرف.

يمكن للنظام الهذياني في البارنويا أن يتمحور حول ثلاثة أشكال كبيرة: هذيانات الشغف (Délires passionnels)، هذيان التفسير (Délire d'interprétation)، هذيان الحساسية (Délire sensitif) (Gelder, Mayou & Cowen, 2005).

تضم هذيانات الشغف الهوس الشبقي (Erotomanie)، هذيان الغيرة (Délire de jalousie) وهذيان الطلب (Délire de revendication). يتميز الهوس الشبقي الذي وصفه لأول مرة Clérambault بالوهم والاعتقاد الهذياني بأن شخص ما مغرم بالمفحوص، عادة ما يكون هذا الشخص من مستوى اجتماعي مرتفع وبعيدا عن المفحوص (الشخصيات المعروفة، وكذا بعض المهن مثل الطبيب)، وعادة أيضا ما يكون المفحوص امرأة. تتكون الصيرورة المرضية من ثلاثة مراحل: المرحلة الأولى هي مرحلة الأمل أين ينتظر

المفحوص ولمدة طويلة مجيء العاشق ليدلي بحبه حيث يبحث المفحوص عن علامات وتصرفات بسيطة يفسرها كرسائل حب غير معبر عنها مباشرة (ابتسامة، لون اللباس) وتفسر كل أجوبة الشخص كعلامة حب. المرحلة الثانية هي مرحلة الاكتئاب، وفي بعض الأحيان المرور إلى الفعل الانتحاري. المرحلة الثالثة هي مرحلة الحقد والعدوانية الموجهة نحو الشخص، وحتى إمكانية الوصول إلى قتله في بعض الأحيان. وليس من النادر اكتشاف المرض في المرحلة الأخيرة، أما في المرحلة الأولى والثانية فيمكن للمرض أن ينحصر في المجال الشخصي.

ويتعلق هذيان الغيرة بفكرة ثابتة ومنعزلة تخص الغيرة (عدم إخلاص الزوج) التي تظهر بشكل مفاجئ وتتطور من الشك حتى الوصول إلى اليقين حسب تفسيرات هذيانية مثلما نجدها في صيرورة البارانويا. ويمكن اعتبار المحيط في الحالات الشديدة للهذيان كشريك مما يؤدي بالمفحوص إلى إعادة بناء الماضي. ويرتبط هذا الشكل من الهذيان بخطر المرور إلى الفعل (الاعتداء على الذات أو الغير) وتناول الكحول بشكل مزمن.

أما هذيان الطلب فهو، على عكس الشكل السابق، يتعلق بمواضيع متعددة وغالبا ما يأخذ شكل صراع ضد المجتمع (السلطات العامة، الشرطة، العدالة) للحصول على إجابة إيجابية لطلب المفحوص، مثلا في حالة هذيان الانتماء أين يطلب المفحوص منحه هوية جديدة.

يشير هذيان التفسير إلى البارانويا بأتم معنى الكلمة، ويعرفه Kraepelin كتطور مفاجئ لنظام هذياني دائم ومن المستحيل تغييره، ويحتفظ المفحوص كلية بوضوح وترتيب فكره، إرادته وفعله. يحاول المفحوص الدفاع عن فكرة هذيانية ترتكز على الاضطهاد، ويمكن الحديث عن بناء هذياني أين يفسر المفحوص كل حادث كمؤشر يدعم اعتقاده الهذياني ويتطور هذا البناء حتى يمس كل أحداث الحياة. إلى جانب ميكانيزم التفسير المركزي يمكن للهلاوس أن تظهر مؤقتا.

وأما ذهان الحساسية فهو وحدة عيادية وصفها Kretschmer بأنها تظهر عند الشخصيات البارانوية الحساسة التي تتميز بكل خصائص الشخصية البارانوية ما عدى الخشونة والإفراط في قيمة الأنا. ذلك لأن الشخصيات البارانوية الحساسة هم أشخاص خجولون، تنقصهم الثقة في نفسهم، ويمكن لهذا النوع من الشخصيات تطوير، انطلاقا من التنكيد الناتج عن علاقة ما، هذيان حقيقي يبرز على شكل أفكار المرجعية (يستهزئون مني، يتحدثون عني وراء ظهري). ويكون الوعي بالمرض جزئي يتراوح بين الفكرة القهرية والذهان الحسي، ويقتصر هذا الهذيان فقط على القطاع العلائقي، كما أشار Kretschmer إلى الإرهاق العصبي (الاكتئاب) الذي يميز هذا النوع من المرض (Ey, Bernard & Brisset, 2010).

2-2- العصابات وحالات القلق

استعمل Cullen (طبيب إكوسي) سنة 1769 لأول مرة مصطلح العصاب في كتابه حول الطب التطبيقي للإشارة إلى اضطرابات متعددة، ثم استعمله Pinel سنة 1798 في نظامه التصنيفي ليضم مجمل الاضطرابات العصبية. وبعد أعمال Charcot، Janet وFreud في نهاية القرن التاسع عشر وبداية القرن العشرين تحدد حقل العصابات في مصطلح منسجم من الناحية النظرية والتصنيفية. ومع مجيء التصنيفات العالمية الحالية أصبح مصطلح العصاب من جديد يتوزع على عدة فئات من الاضطرابات التي يتم إدراجها في مجموعات منسجمة انطلاقا من خصائصها العرضية (Pedinielli & Bertagne, 2014).

يمنح مخطط التنظيم العصابي مجموعة من العناصر التي تسمح بفهم التنظيم النفسي سواء في جانبه المرضي أو العادي، كما يوضح مبدأ الاستمرارية بين هذين الجانبين وبين مختلف التوظيفات. وبالرغم من إشكالية تطور مصطلح العصاب ومكانته في التصنيفات الحالية نجد مجموعة من المبادئ الثابتة في تعريفه: يشير العصاب إلى مجموعة من الاضطرابات النفسية التي لا تتدخل فيها سببية عضوية واضحة وتؤدي إلى شعور المفحوص بالألم النفسي. يكون هذا الأخير واعيا باضطراباته، لذلك لا تؤثر على شعوره بهويته الشخصية ولا تعرقل علاقته مع الواقع الخارجي. تندرج بعض الظواهر العصابية في النمو العادي لكل فرد، لكنها تأخذ بعدا مرضيا عند عدد معين من الأفراد، وتمكن أهمية العرضية، في إطار التنظيم العصابي، من تحديد درجة سيولة التوظيف النفسي ودرجة خطورة الاضطراب العصابي (خفيفة متوسطة، كبيرة).

يتكون التنظيم العصابي من أربع مجموعات كبيرة: عصاب القلق (غير منتظم) وثلاثة عصابات منتظمة (العصاب الهستيري، العصاب الرهابي، العصاب القهري) (Braconnier et al., 2006).

التجمع الإكلينيكي في التصنيفات العالمية الحالية

يميزDSM-IV بين المحور I الذي يضم الحالات المرضية التي تتميز بتكتل مجموعة من الأعراض الخاصة بكل حالة، والمحور II يضم اضطرابات الشخصية التي تتميز بمميزات مرضية ثابتة فيما يخص الطبع. نجد في هذا التقسيم الوصف الكلاسيكي للعصابات. وسنتطرق أولا إلى اضطرابات المحور I، لنتطرق إلى اضطرابات المحور II في الفقرات الموالية.

- اضطرابات القلق (ما يعادل بالتقريب عصاب القلق، العصاب الرهابي، العصاب الهجاسي): اضطراب الهلع بدون رهاب الأماكن المفتوحة، اضطراب الهلع مع رهاب الأماكن المفتوحة، رهاب الأماكن المفتوحة بدون سوابق اضطراب الهلع، الرهاب المحدد الخوف الاجتماعي، الاضطراب الهجاسي القهري، اضطراب الضغط ما بعد الصدمة، حالة الضغط الحاد، قلق عام، اضطراب القلق غير المحدد.

- اضطرابات جسدية الشكل، اضطرابات انفكاكية (ما يعادل بالتقريب العصاب الهستيري ما عدا توهم المرض الذي يمكن أن يكون سواء من أصل عصابي أو من أصل ذهاني).
- الاضطرابات المصطنعة: إنتاج شعوري للأعراض المرضية يفلت حافزها من الملاحظة. يمكن لهذه الاضطرابات أن تظهر في التنظيمات العصابية الرهابية، الهستيرية أو القهرية.

- الاضطرابات الجنسية (تنتمي الاضطرابات الجنسية إلى الأعراض الكلاسيكية للتنظيمات العصابية): اضطرابات الرغبة الجنسية، اضطرابات الاستثارة الجنسية، اضطراب الإيغاف، اضطرابات جنسية يرافقها الألم (ألم الجماع، تشنج مهبلي)، اضطرابات الهوية الجنسية.

الوصف العيادي

عصاب القلق

لقد عزل Freud مبكرا عصاب القلق كوحدة مرضية تنتمي إلى فئة العصابات الحالية نظرا لأهمية العوامل الحالية في حالة القلق مقارنة بالتنظيمات العصابية المرتبطة بعوامل تاريخ الطفولة. يتميز عصاب القلق بمظاهر القلق الجسدية وبظهور أزمات قلق حادة وبغياب عرضية واضحة ونظام دفاعي ثابت. تظهر أزمات القلق فجأة على شكل خوف حاد غير مرتبط بأي موضوع أي بموضوع خطر خارجي.

تتنوع المظاهر العرضية لعصاب القلق لتشمل مجموعة من الاضطرابات الوظيفية (تنفسية، صدرية هضمية) مما يستدعي تشخيص طبي عاجل، يمكن للأعراض في بعض الأحيان أن تظهر بطريقة مضطربة (صراخ، ذعر، الاعتداء على الغير أو الذات)، تتراوح مدتها ما بين بضعة دقائق وبضعة ساعات، ظهور اجترار متشائم واستباق سلبي للأحداث، الإفراط في الانتباه في بعض القطاعات (المهنية مثلا) والصعوبة في التركيز في قطاعات أخرى، الإفراط في الحساسية (تجاه الضجيج مثلا)، سرعة الغضب، ضغط حركي مع الارتجاف، اضطرابات عصبية وأحشائية، اضطرابات في النوم، اضطرابات جنسية. وتؤكد المعايير المرضية على ثبات الاضطرابات وخاصية عدم القدرة على التحكم في القلق.

ويجب أخذ بعين الاعتبار لعوامل أخرى كارتباط عصاب القلق باضطراب سيكاتري أخر، تأثير الاضطراب على الحياة العائلية والمهنية، تدخل عوامل الحياة (Pedinielli & Bertagne, 2014).

العصاب الهستيري

يتميز العصاب الهستيري بالإفراط في التعبير الجسدي عن الاضطرابات النفسية. من الناحية العيادية غالبا ما نلتقي بالأعراض التحويلية التي تستقر في الزمان وتتعلق خاصة بأعضاء الحياة العلائقية، كما ترتبط هذه الأعراض باضطراب خاص بالشخصية :

- صمم مفاجئ، شلل في أحد الأعضاء، فقدان البصر المفاجئ، اضطراب الحساسية (التخدر الحسي إفراط التألم).

- أعراض تحويلية حادة كأزمات نفسية حركية كبيرة تدل على التفريغ الانفعالي.

- أعراض الانفكاك الهستيري: فقدان الذاكرة من أصل نفسي، هروب نسياني، تبدد الشخصية، الكف الفكري، حالات من السير النومي.

- اضطرابات عصبية حشوية: كالاضطرابات الهضمية (غثيان، قيئ) واضطرابات التنفس.

- اضطرابات الوظيفة الجنسية: البرودة الجنسية عند المرأة أو بالعكس الإفراط في الجنس للمرأة، العجز الجنسي والقذف المبكر لدى الرجل (Gelder, Mayou & Cowen, 2005).

العصاب الرهابي

تأخذ كلمة Phobos عند Homère معنى الهروب، وتشير الكلمة إلى القوة التي تدفع إلى الهروب وتقترب من معنى « خوف مفرط » ، هلع. يقصد بالرهاب في الطب العقلي عرض يمكن أن نجده في كل الاضطرابات السيكاترية باعتباره خوفا غير مبرر أمام موضوع ما. وكان هناك مزج وخلط، لمدة طويلة، بين الأفكار الرهابية والأفكار الهجاسية حتى نهاية القرن التاسع عشر أين ظهر تصنيف محدد للمخاوف: الخوف من الأماكن المفتوحة الخوف من الأماكن المغلقة، الخوف من الأمراض، الخ.

يعتبر الخوف من الأماكن المفتوحة، الرهاب الاجتماعي، الرهاب البسيط الأكثر انتشارا. تتميز الرهابات العصابية بتواجد أزمات قلق يحدثها التواجد الحقيقي لموضوع أو لموقف معين لا يعتبر خطرا لنا من الناحية الموضوعية. يعي الشخص طبيعة قلقه لكن لا يستطيع مواجهته مما يؤدي به إلى تبني ميكانيزم تجنب الموضوع أو الموقف الذي يعتبره مصدر الخوف، أو يتبنى تصرفات الطمأنينة من خلال مساعدة شخص أو موضوع مضاد- للقلق مما يسمح للشخص بمواجهة الموقف.

يظهر الخوف من الأماكن المفتوحة أكثر في مرحلة المراهقة أو بداية مرحلة الرشد خاصة عند العنصر الأنثوي، ويدعم ظهور هذا الاضطراب سوابق قلق الانفصال ومخاوف الهلع الليلي في مرحلة الطفولة. ويظهر هذا الرهاب تحت شكل خوف مفرط من ترك المنزل والخروج إلى الشارع، في حالة استعمال وسائل النقل العامة والتواجد في أماكن عامة مفتوحة. يتحدث المفحوصون عن الخوف والهلع أمام فكرة تواجدهم في موقف يشعرون فيه بضيق دون تواجد أي شخص لمساعدتهم. وتختلف شدة الأزمات من فرد إلى أخر، بين أشخاص يتجنبون كلية المواقف الرهابية، وأشخاص آخرين يحاولون التعامل مع المواقف من خلال تبني حلول وسطية كالجلوس قرب مخارج الطوارئ للأماكن العامة. ويتميز تطور الاضطراب بظهور أزمات جديدة أثناء مراحل الشفاء.

يتمثل الرهاب الاجتماعي في الخوف من التصرف بطريقة غير مناسبة في حالة التواجد مع الآخرين. يمكن أن يأخذ شكل الخوف من الكلام أمام الملأ، الخوف من الاحمرار أمام الآخرين، الخوف من فقدان التحكم في الذات، مما يؤدي بالشخص إلى الخوف من كل موقف يتخيل فيه أنه يتعرض إلى النقد. يتماشى هذا النوع من التنظيم الرهابي مع وجود هشاشة في صورة الذات مما يجر إلى سوء تقدير الذات متكرر يقترب في أغلب الأحيان من الحالة الإكتئابية. يخص الرهاب الاجتماعي بنسبة كبيرة العنصر الذكري، وغالبا ما يظهر في مرحلة المراهقة أو بداية سن الرشد عند شخص يتميز بالخجل في طفولته. يمكن للاضطراب أن يشكل عائقا كبيرا بالنسبة للشخص من الناحية الاجتماعية، لذلك غالبا ما يرتبط بالاكتئاب والمحاولات الانتحارية.

تضم الرهابات البسيطة الخوف من الدم، من الحيوانات ومن الأشياء غير الحية (كالأمواس، الأدوات الإلكترونية). ينتمي الخوف من الحيوانات إلى الصيرورة العادية لنمو الطفل، غير أن استمرارها أو ظهورها في مرحلة الرشد قد تترجم خلل في صيرورة النمو والنظام الدفاعي للفرد.

ونتحدث عن العصاب الرهابي عندما يصبح التنظيم الدفاعي من النمط الرهابي صلبا ويعيق التوظيف النفسي للفرد. ويجب الانتباه إلى إمكانية ارتباط العصاب الرهابي باضطراب أخر، بالاكتئاب وتصرفات الإدمان. هذا وكما يجب التفكير في تشخيص التوظيف النفسي من نمط حدي في حالة تواجد مخاوف متعددة وغير نمطية (Debray, Granger, Azais et al., 2010).

العصاب القهري

تحمل الكلمة اللاتينية Obsession معنى الحصار من فعل حاصر، وكأن التفكير في العصاب الهجاسي تغمره فكرة هجاسية ويحاول مكافحتها عن طريق الأفعال (الطقوس). ويأخذ بعد الإرغام أهمية كبيرة حيث يشعر الشخص مرغما في توظيفه الفكري وبالتالي يفرض على نفسه أفعالا من نوع آخر بهدف التحرر.

تكون بداية الاضطرابات مبكرة إذ يمكن أن تظهر منذ الطفولة في بعض الأحيان ويخص هذا الاضطراب الرجال والنساء. وبالرغم من الألم الناتج عن الاضطراب لا يستشير الشخص إلا بعد سنوات من المعاناة.

تتعلق الفكرة الهجاسية بأفكار أو صور تفرض نفسها بصفة متكررة وغير إرادية على وعي الشخص أي ما يسمى بالتفكير القهري مع اجترار، شكوك غير منتهية. غالبا ما تكون طبيعة الأفكار القهرية متناقضة مع المبادئ الأخلاقية للشخص مما يجعله يثور على نفسه ويشعر بالعار، لكنه يعترف بأن الفكرة هي فكرته ويحاول التخلص منها. تتنوع مواضيع الأفكار القهرية من فرد إلى أخر، لكن ينتمي العديد منها إلى حقل الجنسية والشرجية وسلسلة التكوينات العكسية (اعتبارات أخلاقية، دينية، موضوع النظافة).

يميل القلق الصراعي الناتج عن هذه الأفكار إلى السيطرة على النشاط العقلي لشخص حيث يأخذ الميل إلى التكرار أهمية كبيرة في هذا النشاط و تغزو الخصائص القهرية الشخص إلى درجة أنه لا يستطيع

إيقافها بشكل إرادي. كما يسيطر الشك على النشاط العقلي بحيث يمكن الحديث عن « جنون الشك » لا يتوقف الشخص من خلاله في الشك بأفعاله وفي مسؤوليته في المواقف وهذا في إطار ألم كبير يمكن أن يؤدي إلى نهاية خطيرة.

نجد عدة أشكال من الهواجس: تفكيرية، رهابية واندفاعية. تتكون الهواجس التفكيرية من الكلمات (الإهانة، الشتم)، صور عقلية (صور إباحية)، أفكار (مسيئة)، أو بالعكس تتعلق بمبادئ دينية وأخلاقية تغزو الحقل العقلي. وتتعلق الهواجس الرهابية بخوف خيالي يتواجد بشكل دائم من الإصابة بمرض (السيدا، أمراض متنقلة جنسيا). أما الرهابات الاندفاعية فهي تتميز بالخوف من ارتكاب فعل غير إرادي كالاعتداء على شخص قريب، ارتكاب فعل غير أخلاقي، غير أنه نادرا ما يمر الشخص إلى الفعل.

يستثمر الشخص نشاطه من أجل مكافحة الهواجس بواسطة خلق طقوس متعصبة بهدف التخلص من سيطرة التفكير الطفيلي. تقيم هذه الطقوس سواء كانت عقلية (حساب سلسلة من الأعداد أو الكلمات) أو سلوكية (مس بعض الأشياء، عدم المشي على خطوط الرصيف) علاقة خيالية مع المحيط الخارجي تمنح من خلالها الطقوس نوعا من المراقبة السحرية للأفكار الهجاسية. وبما أن الشخص لا يتحكم في الأفكار الهجاسية التي تفرض نفسها عليه، يعطي لنفسه الانطباع بأنه يتحكم في شيء ما من خلال تلك الطقوس. ترتبط هذه الأخيرة بأفعال الحياة اليومية (كوضع اللباس)، وفي بعض الأحيان يفرض الشخص على الأقارب المساهمة في الطقوس بطريقة عدوانية ومسيطرة.

يتمثل الفعل القهري في فعل تكراري يفرض نفسه على الشخص مما يؤدي إلى قلق كبير في حالة عدم القيام به. تقع الأفعال القهرية بين الأفكار الهجاسية نظرا لطابعها القهري والطقوس، ذلك لأنها تتبع الأفكار الهجاسية ويمنح القيام بها للشخص نوع من الانفراج.

يعاني الشخص الهجاسي من أعراضه، غالبا ما يشكو منها بسرعة، و يعترف بأنه هو وحده مصدر الأفكار الهجاسية التي يعاني منها وليست أفكار يفرضها العالم الخارجي (كالهلاوس الضمن نفسية) وكذا بمسؤوليته في طابعها المصر والاصطناعي لكن يتحصل أيضا على فوائد خفية من هذه الأعراض كالمازوشية وعلاقات السيطرة على المحيط (Braconnier et al., 2006).

العصاب الصدمي

يجب عزل العصاب الصدمي من الناحية الوصفية والسيكومرضية عن العصابات السابقة. وضع هذا المصطلح سنة 1889 من طرف الطبيب العقلي الألماني Oppenheim للإشارة إلى الآثار النفسية لحوادث السكك الحديدية عند الأشخاص الذين تعرضوا لها. وقد استعمل Kraeplin مصطلح « عصاب الهلع » للإشارة إلى نفس الاضطرابات. كما منحت أحداث الحرب العالمية الأولى والثانية فرصة ملاحظة حالات عيادية عديدة تعاني من اضطرابات نفسية بعد الصدمة مما سمح بإثراء المعلومات والكتابات حول هذا الموضوع، والتأكد من الطبيعة النفسية لهذه الاضطرابات، ومنذ ذلك الحين ارتبط مصطلح العصاب

الصدمي بالطب العقلي الحربي. ودخل المصطلح في تصنيفات DSM-III في سنة 1980 تحت تسمية اضطراب الضغط ما بعد الصدمة ليستقر نهائيا في تصنيف الطب العقلي. ويواجه مصطلح اضطراب الضغط ما بعد الصدمة انتقادات كبيرة نظرا لاستعماله المفرط (Barrois, 1998).

ولقد بينت دراسة أمريكية أن نسبة انتشار الضغط ما بعد الصدمة يتراوح بين 1 و4% في المجتمع العام وهذا لمدة الحياة بأكملها، وبين 3 إلى 58% عند الفئات التي تواجه الصدمات.

يصنف DSM-IV هذا الاضطراب ضمن اضطرابات القلق مع التمييز بين الضغط الحاد (الذي تبلغ مدة الأعراض فيه أقل من ثلاثة أشهر)، الضغط المزمن (تبلغ مدة الأعراض فيه ثلاثة أشهر أو أكثر)، أو الضغط المتأخر (تظهر بداية الأعراض فيه ستة أشهر بعد العامل الصدمي). أما CIM-10 فهي تصنف هذا الاضطراب في فئة اضطرابات التكيف ويضم « التغير الدائم للشخصية بعد تجربة صدمية » .

يعرف العصاب الصدمي كحالة عصابية ناتجة عن صدمة نفسية هي بدورها ناتجة عن التعرض إلى حادث خطير هدد حياة الشخص أو أحد أقاربه. يستعمل التصنيف الكلاسيكي الفرنسي مصطلح العصاب الصدمي نظرا للتواجد في هذا الاضطراب لأعراض خاصة (تناذر التكرار) وأعراض عصابية غير محددة (القلق) وتغيرات في الشخصية، وتتواجد هذه العناصر بشكل منتظم ومستقر.

يختلف اضطراب الضغط ما بعد الصدمة عن الضغط كرد فعل حالي لحادث صدمي فهو يظهر بعد مرحلة من الكمون يمكن أن تتراوح بين بضعة أيام وبضعة أشهر، تظهر الأعراض في البداية بشكل خفيف: انطواء خفيف، اجترار بعض الأفكار، انعزال اكتئابي أو انشراح. لكن ما يميز اضطراب الضغط ما بعد الصدمة هو التناذر التكراري الذي يتميز بالخصائص التالية: الكوابيس (يعيشها الشخص بشكل حاد وترتبط بالحادث الصدمي مباشرة أو غير مباشرة)، سيطرة الذكريات والأفكار المتعلقة بالحادث الصدمي بروز لصور هلوسية مرتبطة بالحادث الصدمي تعطي للشخص انطباع الشعور وكأنه « مجنون » ، الميل في بعض الأحيان إلى مشاهدة صور العنف، بروز مفاجئ لأفعال وتصرفات الدفاع أو العدوانية (وكأن الحدث يعود من جديد)، الانقباض وحالة اليقظة.

إلى جانب هذا التناذر الأساسي نجد مجموعة من الأعراض غير المحددة: القلق، الوهن الاضطرابات الجنسية والشكاوى الجسدية، الأعراض الهجاسية القهرية، الرهابية والتحويلية (التي لا تتعلق بالضرورة بتنظيم عصابي سابق)، الاضطرابات السيكوسوماتية (الإكزما، ارتفاع الضغط)، الاضطرابات الوجدانية الاكتئابية، المحاولات الانتحارية، الإفراط في تناول بعض المواد (Lebigot, 2005).

الشخصية الصدمية – العصابية

لا يتعلق هذا الاضطراب بشخصية منتظمة منذ الطفولة وإنما بخصائص في الشخصية يكتسبها الفرد بعد الحادث الصدمي. لقد وصف Fenichel الشخصية الصدمية – العصابية من خلال ثلاث محاور كبيرة تمثل كفا في الوظائف الثلاثة الآتية للأنا:

- الكف في وظيفة الانتقاء: غياب انتقاء المثيرات الخطيرة مما يحدث حالة استغاثة، الإنقباض، والصراع ضد النوم.

- الكف في وظيفة التواجد: عدم الاهتمام، الانعزال، الشعور بمستقبل دون مخرج.

- الكف في وظيفة الحب (ترتبط هذه الوظيفة بمعاش العزلة والغياب الكلي للمساعدة أثناء الصدمة): التبعية الانفعالية تجاه المحيط مع لزوم انتباه الآخرين بدون إشباع، الشعور بعدم القدرة على حب الآخرين، الغضب السريع، الميل إلى الانطواء على الذات.

من الظاهر أن هذا الاضطراب يميل إلى الاستقرار لكن تتناقص الأعراض مع مرور الزمن خاصة أعراض التناذر التكراري وتترك المجال للخصائص المرضية المرتبطة بتغير الشخصية (Crocq, 1974).

3-2- اضطرابات الشخصية

نجد في الأوصاف العيادية، في بداية القرن التاسع عشر، جداولا يمكن اعتبارها في الوقت الحالي كاضطرابات في الشخصية كالهوس الأحادي التفكيري الذي وصفه Esquirol والذي أصبح حاليا الشخصية البارانوية؛ إلا أن وصف اضطرابات الشخصية كفئة مرضية مستقلة يعود إلى الآونة الأخيرة.

كما يجب ذكر Morel وMagman إلى جانب Esquirol اللذين وصفا، في نفس الفترة، جداولا عيادية تقترب من بعض اضطرابات الشخصية الحالية. وساهمت بعض التيارات في بداية القرن العشرين في بناء المصطلحات الحالية.

وصف Schneider الذي يمثل المدرسة الألمانية، انطلاقا من الملاحظة العيادية للعديد من المفحوصين ستة أنماط من الشخصية، ويجب الإشارة إلى أن بعض التصنيفات العالمية الحالية تقوم على الوجهة النظرية لـ Schneider.

أما المدرسة الفرنسية فقد أشارت إلى دور الاضطراب التكويني للنظام العصابي (Dupré). وتحتل وجهة نظر Kretschmer مكانة خاصة في الوقت الحالي لكونها مرجعا أساسيا في الولايات المتحدة الأمريكية وفي فرنسا (Braconnier et al., 2006).

ولقد ساهمت الوجهات النظرية التحليلية في وصف وفهم خصائص الشخصية المرضية والعادية، ويعود الفضل في ذلك إلى التحليل النفسي بعد وصف Janet لخصائص الشخصية الهستيريا والوسواسية، في تجديد نظرية الطبع واقتراح نظرية ديناميكية حول نمو الشخصية وفق التطور الليبيدي.

يرى Freud أن الطبع هو نظام دفاعي ضد الصراعات المرتبطة بالنزوات ولكن أيضا ضد ظهور الأعراض، ويتطابق مصطلح عصاب الطبع مع بعض التصنيفات الحالية لاضطرابات الشخصية. يقصد بعصاب الطبع حالات عصابية غير عرضية حيث يظهر التنظيم المرضي من خلال نمط الطبع.

ترتبط أنماط الطبع سواء باضطرابات نفسية عصابية (الطبع الهستيري، الفوبي، القهري، البارانوي) أو بمختلف مراحل التطور الليبيدي (الفمي، الشرجي، النرجسي، القضيبي)، وبميكانيزمات دفاعية يستعملها الأنا بشكل تكراري وغير مُكَيف.

وساهمت مختلف التيارات التحليلية في الخمسينات في وصف اضطرابات الشخصية بالرجوع إلى اضطرابات النمو المتعلقة بتجارب الانفصال والنقص الانفعالي المبكر، كالشخصية الاتكالية التي وصفها Spitz والشخصية الحدية التي وصفها Bergeret (2008).

وفي الأخير اقترح Beck نموذجا معرفيا لتفسير اضطرابات الشخصية التي يعيدها إلى خلل وظيفي في الإدراك، مخططات تفكير محددة واعتقادات صلبة فيما يخص الذات والآخرين.

التجمع الإكلينيكي في التصنيفات العالمية الحالية

تعتبر تصنيفات DSM وCIM الأكثر استعمالا في العالم وهذا بهدف تسهيل الاتصال بين مختلف المدارس والبلدان. تتفق هذه التصنيفات العالمية في النقاط الكبيرة: دوامة الاضطراب، ظهور الاضطراب في مرحلة المراهقة أو في بداية مرحلة الرشد، نتائج الاضطراب من الناحية الاجتماعية والشخصية، الرجوع إلى المعايير الثقافية الخاصة بالفرد. نشير إلى أن هناك تداخل بين هذه التصنيفات لذلك نكتفي هنا بتقديم تصنيف DSM-IV.

يجمع DSM-IV اضطرابات الشخصية في ثلاثة مجموعات مختلفة:

- المجموعة A: تضم الشخصية البارانوية، الشخصية شبه الفصامية، والشخصية من النمط الفصامي.
- المجموعة B: تضم الشخصية ضد الاجتماعية، الشخصية الحدية، الشخصية الهستيرية والشخصية النرجسية.
- المجموعة C: تضم الشخصية المتجنبة، الشخصية الاتكالية، الشخصية الوسواسية القهرية، واضطراب الشخصية غير المعرف.

الوصف العيادي

الشخصية البارانوية

يصعب من الناحية العيادية التمييز بين الشخصية البارانوية والذهان البارانوي، مما جعل الوصف الفرنسي الكلاسيكي يؤكد على بعد العدوانية والخشونة إضافة إلى أربع خصائص يمكن أن تتداخل بطرق متعددة:

- عظمة الأنا هي الخاصية المركزية وتظهر تحت شكل التكبر، اليقين بصحة رأيه، الاحتقار، استغلال الآخرين، الصلابة النفسية، عدم التقبل والتعصب.

- يسيطر الشك على العلاقات مع المحيط، انطلاقا من الشعور بعدم تفهم الآخرين، بسوء تقديرهم إلى الشك وتفسير تصرفات الآخرين كعدوانية منتظمة.

- الخطأ في الحكم الذي يترجم عن طريق تفسيرات خاطئة وذاتية مرضية؛ لا يمس الخطأ في الحكم وظيفة الذكاء وإنما يجب فهمه كسيطرة الوضعيات الانفعالية (التصرفات الميثالومانية الاضطهادية، الغيرة) على الفكر المنطقي.

- عدم التكيف الاجتماعي نتيجة للخصائص السابقة من جهة، وعدم القدرة على تحمل السلوك الاجتماعي. تتميز العلاقات الاجتماعية بالضعف بالرغم من تواجد حركات شبه غيرية. تتميز التصرفات بشكل عام بالتعظيم مع سلوك صلب، طبع حاقد وخصيم، والإفراط في الطلب (Pedinielli & Gimenez, 2002).

الشخصيات شبه الفصامية ومن النمط الفصامي

تم وصف هذه الفئات منذ ظهور مصطلح العته المبكر، سواء كخاصية تسبق وتهيئ للفصام أو كاضطراب في الشخصية مستقل عن الذهان الفصامي الذي يشترك معه فقط من حيث بعض الخصائص العيادية. يميز DSM-IV بصفة قطعية بين الفصام والشخصية الفصامية التي تضم نوعين من الاضطرابات: الشخصية شبه الفصامية التي تتميز بانعزال اجتماعي يجمع بين البرودة الانفعالية، عدم الحساسية تجاه الآخرين والفقر في العلاقات بين الأشخاص؛ الشخصية من النمط الفصامي التي تجمع بين الانعزال الاجتماعي وبعض العناصر الخفيفة المتعلقة بالهذيان والانفكاك (Debray, Granger, Azais et al., 2010).

الشخصية الهستيرية والشخصية الاتكالية

نجد الشخصية الهستيرية في حالة غياب المظاهر العرضية، أما في حالة تواجد الأعراض إلى جانب اضطراب الشخصية الهستيرية فهذا يسمح بوضع تشخيص العصاب الهستيري. وكما نجد عدة أشكال في الشخصية الهستيرية تتميز بهيمنة خاصية ما على الخصائص الأخرى:

- الهستيرية المسرحية حيث تسيطر الرغبة في إثارة إعجاب ولفت انتباه الآخرين الذين يتحولون إلى متفرجين.

- الإفراط في النشاط الانفعالي أين يتم التعبير عن الانفعالات والمشاعر بشكل مفرط، يكون المزاج متقلب (هراء ومرونة) مع اندفاعية كبيرة وحساسية كبيرة تجاه الإحباط.

- التبعية الانفعالية المتواجدة دائما سواء تحت شكل ناشط من خلال التضحية من أجل الآخرين سواء تحت شكل خامل حيث يرافق التبعية تجاه الآخرين عدوانية غير مباشرة.

يتميز الخطاب الهستيري في أغلب الأحيان بانطباع عام من الغموض يعمل الشخص على إخفاء حوافزه العميقة على نفسه وعلى الآخرين. تندرج المطالب الانفعالية القوية في إطار هراء ومرونة التصرفات العلائقية الهادفة إلى جذب انتباه الأخر لهدف إغرائي لاشعوري. يؤدي عدم إشباع الرغبات إلى خيبة أمل الهستيري وشعوره بالهجران مما يدفعه إلى محاولة إبقاء الآخر حتى يخفي على نفسه وعلى الآخرين النقص المرتبط بالخصاء الرمزي. لكن وفي محاولته لإخفاء هذا النقص وراء الإفراط والمسرحية فهو يظهره من خلال تصرفاته وأعراضه. تمنح هذه التصرفات والأعراض للهستيري ما يعرف بالفوائد الثانوية مما يساعد في تثبيت الاضطرابات، ويسمح التهويل من الاستعمال المتناوب للشفقة والتهديد من أجل الحصول على الإشباع (Braconnier et al., 2006).

الشخصية الفوبية والمتجنبة

يرتبط وصف الشخصية الفوبية أو الهستيرية الفوبية خاصة بالأعراض الفوبية: الخجل تصرفات تجنب المواقف العلائقية، الانفعالية، الهروب إلى الأمام بهدف التحكم في خطر بروز الهومات غير المرغوب فيها. وتشير الفوائد الثانوية التي يمنحها الأشخاص الذين يلعبون دور الموضوع ضد الفوبي إلى خاصية من طبيعة هستيرية.

ولقد تم إبعاد مصطلح الشخصية الفوبية من التصنيفات العالمية الحالية وتعويضه بمصطلح الشخصية المتجنبة في تصنيفات DSM-IV حيث يرتكز وصف الطبع الفوبي في مواقف القلق الاجتماعية والعمل على تجنبها، الخجل والخوف. وتضم الشخصية القلقة التي وصفتها CIM-10 العديد من الخصائص التي وصفها DSM-IV إلى جانب الشعور بالضغط، الخوف وانعدام الأمن (Debray, Granger, Azais et al., 2010).

الشخصية الوسواسية

تحتوى الشخصية الوسواسية على مجموعة من الخصائص:

- الوهن النفسي الذي وصفه Janet، يرافقه الميل إلى التركيز على الفكر أكثر من الفعل، شعور مزمن بعدم الإشباع، غياب البراقماتية (apragmatisme). يواجه الشخص العديد من الترددات والشكوك مما يمنعه من التصرف والبقاء في تأمل داخلي مؤلم، الميل الصلب إلى الحرص على الكمال الذي قد يؤدي

إلى أزمات حقيقية مرتبطة بالوعي الأخلاقي، إضافة إلى الميل نحو الخجل والكف في العلاقات الاجتماعية واضطرابات جنسية (ضعف القدرة الجنسية، البرودة الجنسية).

- هوس التنظيم، الترتيب والدقة حسب قواعد دقيقة.

- الطبع السادي-الشرجي الذي تحدث عنه Freud والذي يضم ميول سادية وشرجية من جهة وتكوينات ضدية بالموازاة من جهة أخرى، ففي أغلب الأحيان نجد عند الشخص الوسواسي الجمع بين ميول نزوية وتكوينات ضدية، فمثلا يمكن للبخل أن يؤدي إلى تكوين ضدي المتمثل في الكرم أو السخاء، الخوف من الغريب إلى التهور، السب والعدوانية إلى التهذيب. تعبر هذه الميول المتناقضة في الطبع إلى التناقض الداخلي العميق في التصرفات.

نجد عموما، عند الشخصيات الوسواسية، التحكم في التعبير عن الانفعالات وبرودة انفعالية معتبرة في العلاقات يرافقها ميل مفرط للجدية. تفضل هذه الشخصيات بكثير العمل الفكري وتميل إلى التأكيد على الخيال على حساب العلاقات بين الأشخاص. كما يميلون إلى التعلق بالمواضيع وجمعها (الطوابع القطع النقدية) مما يشير من الناحية الميتابسكولوجية إلى الصعوبة في التخلي عن المواضيع وقلق الانفصال الناجم عن العلاقة بالموضوع. يجب الإشارة إلى أن هذه الخصائص يمكن أن نجدها بدرجة خفيفة في كل التنظيمات العقلية دون أن تشكل بالضرورة عنصرا مرضيا، ورغم تواجدها بكثرة في حالة الطبع الوسواسي فهي لا تؤثر في التكيف النسبي للشخص من الناحية الاجتماعية والمهنية. وتتعقد الحياة الشخصية، الاجتماعية والمهنية للشخص عندما ترافق الشخصية الوسواسية أعراض تنتمي إلى العصاب الوسواسي كالوسواس الفكري والقهري (Braconnier et al., 2006).

الحالات الحدية

استعمل مصطلح الحالة الحدية (Borderline) لأول مرة في الأدب الطبي سنة 1884 من طرف Hugues للإشارة إلى حالة في حدود الجنون، ويندرج المصطلح من الناحية التاريخية في الحدود بين الطب العقلي والتحليل النفسي. تعود الجذور التاريخية للحالات الحدية عند الراشدين مباشرة إلى الوصف العيادي لحالات شبه الذهانية؛ فمثلا، لقد وصف Bleuler سنة 1911 الفصام الخامل الذي أدرجه أطباء عقليين بعده في تصنيف الأمراض العقلية تحت تسميات مختلفة، كما تحدث Kretschmer سنة 1921 عن خاصية مرضية بمثابة استعداد للفصام أطلق عليها تسمية شبه الفصام (Schizoidie) الذي يتميز بكف ترافقه العدوانية ويؤدي إلى عدم التكيف الاجتماعي لكن مع غياب التناذر الانفكاكي. وكما وصف كل من Minkowski وEy في فرنسا حالات تتميز بسميولوجية الحالات الحدية. ونجد العديد من الأعمال، في مجال التحليل النفسي، التي ساهمت في تاريخ تطور هذا المصطلح كأعمال Glover، Fairbairn، Kernberg وKohut في الولايات المتحدة الأمريكية وأعمال Bergeret، Widlocher وGreen في فرنسا.

يعرف DSM-IV الشخصية الحدية انطلاقا من وصف شامل لعدم الاستقرار في العلاقات بين الأشخاص، في صورة الذات وفي الانفعالات مع عدوانية معتبرة، يظهر في بداية سن الرشد وفي سياقات متعددة. أما CIM-10 فهي تتحدث عن الشخصية المرنة من الناحية الانفعالية التي تنقسم إلى نمطين: الحدية والعدائية (Charrier & Hirschelmann, 2015).

يرى Kernberg أن عيادة الاضطرابات الحدية تحتوي على قلق منتشر، أشكال خاصة من عصاب متعدد الأعراض، وتنظيمات شخصية ما قبل ذهانية (اضطهادية، شبه فصامية وهلوسية). وطور Bergeret (2008) نظرية حول التنظيم الحدي للشخصية التي يضعها في قطب سيكومرضي وسطي بين العصاب والذهان، مع غياب أعراض عصابية وذهانية بحتة، لذلك يجب اعتبار الحالات الحدية كغياب للبنية وتقوم على توظيف أساسي أطلقت عليه تسمية الاقتصاد الحدي الذي يتميز بانشطار الموضوع والنكوص النرجسي.

تميل التوجهات الحالية إلى المواجهة بين مصطلح الحالة الحدية كطريقة تنظيم خاصة ثابتة مستقرة في عدم استقرارها والعصاب والذهان من جهة، ومن جهة أخرى التوظيف الحدي كمستوى توظيفي عالمي يظهر في بعض التشكيلات الداخلية والخارجية، ويوصف كتوظيف بدائي ونكوصي مما يستدعي في كلتا الحالتين (الحالة الحدية والتوظيف الحدي) وجهة النظر التكوينية ودور تأثير الصدمات المبكرة والعلاقات المرضية أم- طفل.

تتجلى المظاهر العيادية للشخصيات الحدية من خلال القلق المنتشر والمستمر، الذي يمكن أن يعبر عليه الشخص من خلال الشعور بالألم في العيش أو من خلال أزمة من القلق وما يرافقها من الأعراض السوماتية. ويؤكد المؤلفون على السهولة التي يغمر بها القلق الشخص في غياب كل موقف مسبب، وعدم قدرة الشخص على التحكم فيه. هذا وعلى خلاف قلق الانشطار الذهاني تحتفظ الذات بالحدود التي تفصلها عن الأخر، ويختلف هذا النوع من القلق عن الشعور بالفشل وتأنيب الضمير العصابي باعتباره مرتبط بإشكالية فقدان الموضوع والخوف من فقدان تناسقه الداخلي. كما يتميز قلق الشخصيات الحدية من الناحية السيكومرضية بفشل اقتصادي أي عدم قدرة الشخص على ربط هذا القلق بوظائف عقلية أو بتصرفات مرضية لحماية الجوانب الأخرى من حياته النفسية (Chabert et al., 2013).

ويمكن للأعراض شبه العصابية أن تظهر من وقت إلى أخر وتتداخل فيما بينها بطرق عديدة إذ غالبا ما نجد الأعراض الفوبية الخاصة بالجسد ونظرة الآخرين أو تواجد عدة أنواع من الفوبيا إلى جانب ميول اضطهادي ومحاولات التبرير التي غالبا ما ترافق ظهور الأفكار القهرية. لكن عكس العصاب القهري لا توجد هنا الصلابة الدفاعية ولا الهومات والطابع الجنسي الذي يرافق الأعراض الهستيرية التي تكون في الشخصيات الحدية ذات طابع عدواني واحتكاري.

إلى جانب الأعراض شبه الفصامية يجب ذكر الاضطرابات الوجدانية خاصة الاكتئاب الذي اعتبره Bergeret (1996) من العناصر المركزية في التنظيم البنيوي للأشخاص الحديين. دون أن ننسى اضطرابات السلوك من نمط اندفاعي مع خطر المرور إلى الفعل (الاعتداء على الذات أو على الآخرين) واللجوء إلى تناول بعض المواد، وكذا في بعض الأحيان المرور بمراحل سيكاترية شديدة.

الاضطرابات السيكوباتية

يعتبر مصطلح السيكوباتية من المصطلحات المعقدة نظرا لانتمائه إلى ميادين عديدة كالعدالة، الميدان الاجتماعي، التربوي والأخلاقي من جهة، ومن جهة أخرى نظرا لتماثله مع الاضطرابات الحدية والنرجسية، وكما يرتبط الجدول العيادي لهذا الاضطراب كثيرا بمختلف أشكال الإدمان.

تحمل السيكوباتية في تصنيفات DSM-IV تسمية الشخصية ضد الاجتماعية التي تتميز بالاحتقار والاعتداء على حقوق الآخرين والتي تظهر منذ سن الخامسة عشر. أما في CIM-10 نجد الوصف التالي للشخصية ضد الاجتماعية:

لقد وصف Pinel سنة 1801 هذا النوع من الشخصية تحت تسمية "هلوسة بدون هذيان" ووضع فيما بعد أجيال عديدة من الأطباء المختصين في الأمراض العقلية نظريات تقوم على مراجع أخلاقية تبعا لكل مرحلة، فقد اعتبر Lombroso مثلا سنة 1870 في إيطاليا الشخص السيكوباتي كـ « مجرم منذ الميلاد » حاملا لكروموزومات الإجرام XYY. ويعود الفضل إلىCleckley في الولايات المتحدة الأمريكية سنة 1941 في تحديد مصطلح السيكوباتية كمصطلح في مجال اضطرابات الشخصية.

يشير الطب العقلي من الناحية الكلاسيكية إلى النقاط التالية:

- سهولة المرور إلى الفعل، الاندفاعية والعدوانية: نلاحظ كثرة الاعتداءات على الغير وعلى الذات الناتجة عن تجارب الإحباط، عدم إمكانية تأجيل إشباع رغبة ما، اللجوء إلى المرور إلى الفعل كالإجابة الوحيدة لصراع في ضل غياب الاتصال و الإرصان النفسي.
- التبعية والصعوبات في التقمص
- الخمول، الملل والبحث عن الانفعال
- المطالب الميڤالومانية: طلب مهم جدا، بحث انفعالي عن أشياء مثالية تؤدي إلى عدم الإشباع وإلى التكرار.
- خصائص الحياة الانفعالية: في سياق سيطرة الطابع الجنسي على العلاقات الاجتماعية تبقى الحياة الجنسية فقيرة وغير مشبعة، اختيار الموضوع غير محدد، تتميز العلاقات بالتبعية أو بطابعها الاصطناعي، انقطاعات علائقية متكررة.
- عدم الاستقرار الانفعالي والوجداني: الإفراط في الانفعالية، الأزمات الانفعالية المتكررة غياب الانفعالية والانعزال عن الآخرين، المرونة الانفعالية مع الانتقال السريع بين مراحل الملل والكآبة، ومراحل الانشراح والاستثارة.

- يمكن لعدم الإشباع الدائم أن يظهر تحت شكل اضطراب اكتئابي,
- الخصائص الهستيرية والبارانويا,
- التصرفات المنحرفة (Braconnier et al., 2006).

2-4- الاكتئاب والاضطرابات الثنائية القطبية

اهتم الإنسان منذ زمن طويل بوصف مشاعره وأحاسيسه وفهم الاضطرابات المتعلقة بها، ومر وصف الاكتئاب كاضطراب من الناحية التاريخية بعدة مراحل ابتداءا من السوداوية التي وصفها Hippocrate إلى مصطلح الاكتئاب الذي ظهر في بداية القرن العشرين. استلزم انتظار قدوم Falret وBaillarger في القرن التاسع عشر لوصف تتابع حالات اكتئابية وهوسية كاضطراب مستقل، حيث أطلقا عليه تسمية الذهان الهوسي-الاكتئابي أي ما يسمى حاليا بالاضطراب الثنائي القطبي.

يبلغ انتشار الاكتئاب عند الراشد نسبة 5 إلى 8%، وإمكانية المرور بمرحلة اكتئابية واحدة على الأقل خلال فترة الحياة قدرت بـ 20% في المجتمع العام. وتتدخل الاضطرابات الاكتئابية في ثلث إلى نصف حالات الانتحار وحالات المحاولات الانتحارية الخطيرة (Pedinielli & Gimenez, 2002).

التجمع الإكلينيكي في التصنيفات العالمية الحالية

يقترح DSM-IV التمييز بين:

- الاضطرابات الاكتئابية الكبيرة التي تضم مرحلة واحدة أو عدة مراحل اكتئابية كبيرة تظهر فيها الأعراض (خمسة منها على الأقل، سواء مزاج اكتئابي، فقدان الاهتمام أو اللذة) يوميا لمدة أسبوعين على الأقل مشيرة إلى تغير التوظيف النفسي للشخص مقارنة بالسابق.
- اضطراب في المزاج ذو صبغة اكتئابية يدوم يوما إلى يومين خلال سنتين أو أكثر ويضم، على الأقل، عرضين من بين الأعراض الكلاسيكية (اضطراب النوم، فقدان الشهية).
- الاضطرابات الثنائية القطبية التي تنقسم إلى الاضطراب الثنائي القطبي من نمط I (أي الاضطراب الهوسي الاكتئابي الكلاسيكي الذي يتغير حسب شدة وتكرار الحالة الهوسية) والاضطراب الثنائي القطبي من النمط II (مراحل اكتئابية كبيرة متكررة مع مراحل هوسية خفيفة)، واضطراب المزاج الدوري (تناوب لمراحل هوسية خفيفة ومرحلة اكتئابية خفيفة).

تقترح CIM-10 التمييز بين: المرحلة الهوسية، الاضطراب الانفعالي الثنائي القطبي، المرحلة الاكتئابية، المرحلة الاكتئابية المتكررة، اضطرابات المزاج الدائمة (اضطراب المزاج الدوري واضطراب في المزاج).

نلاحظ أن كل التصنيفات ترجع إلى شدة الاضطراب (Mirabel-Sarron & Leygnac-Solignac, 2009).

الوصف العيادي

نلتقي خلف كلمة الاكتئاب باضطراب انفعالي مرتبط بشعور مؤلم خاص بالحزن وألم العيش، الألم النفسي، و بفقدان اللذة التي تمنحها الأشياء سابقا، وأخيرا العدوانية تجاه الذات (تأنيب الضمير) أو ضد الآخرين (الغضب السريع). وبشكل عام، تتشابه المعايير المستعملة لوصف الاكتئاب عند الراشد والمراهق والطفل في مرحلة ما قبل البلوغ، وبالرغم من أن بعض الخصائص العيادية للاكتئاب تختلف حسب السن: الشكاوي الجسدية، الغضب السريع الانعزال الاجتماعي أو التهيج، تبقى هذه الأعراض أكثر انتشارا عند الطفل، عكس الإفراط في النوم والأفكار الهذيانية التي نجدها في بعض الأحيان عند المراهق. أما الثقل النفسي الحركي والمظاهر العقلية للاكتئاب كالشعور بتأنيب الضمير والعجز وفقدان الأمل فهي أكثر انتشارا عند الراشد.

وترتبط خطورة الاكتئاب بشدة الحزن وتأنيب الضمير ولكن أيضا بالاضطرابات الأخرى التي يمكن أن تكون مرتبطة بالاكتئاب كاضطرابات الشخصية، اضطرابات القلق والخطر الانتحاري. وهناك بعض العوامل التي يمكن اعتبارها إيجابية بالنسبة لتطور الاضطراب (الاكتئاب): ارتباط البداية الحادة للاضطرابات بحادث ما في حياة الشخص، غياب الاضطرابات النفسية في الطفولة، وبطبيعة الحال متابعة علاج مناسب في مرحلة مبكرة. ويرى البعض أن هناك دائما نسبة ولو قليلة جدا من الهوس عند شخص مكتئب.

وقد تم مؤخرا إدخال الاضطرابات الاكتئابية المتكررة القصيرة التي يصعب تشخيصها نظرا للتداخل بينها وبين اضطرابات المزاج القصيرة والمرحلية التي تدخل في الصيرورة العادية للحياة، في المراجع الإكلينيكية. وتبين العيادة الإكلينيكية اليومية أن الاكتئاب غير النمطي كثير الانتشار على شكل مراحل اكتئابية يرتبط فيها الإفراط في النوم، الحساسية تجاه الرفض، خفة المزاج بالمعاير الكلاسيكية للتناذر الاكتئابي.

أما في حالة الاضطراب الثنائي القطبي فإن الحالة الهوسية غالبا ما تتميز بالشعور بالابتهاج، عدم الاستقرار، تهيج كبير، الثرثرة، عدم الاستقرار في الأفكار الميقالومانية مع التعبير عن أفكار العظمة والشعور بالقدرة الكاملة مما يشكل خطرا من الناحية الاجتماعية والمالية، كما نجد اضطرابات من صنف آخر كفقدان الرغبة في النوم، واضطرابات في السلوك مع استثارة نفسية حركية وغياب الكف. هذا إضافة إلى احتمال ظهور أعراض ذهانية، تصرفات ضد اجتماعية والإفراط في تناول بعض المنشطات النفسية. لذلك يجب إبعاد احتمال التناول المفرط لبعض المواد قبل وضع تشخيص الهوس. وتعتبر سوابق الهوس الشخصية والعائلية، السرعة في استقرار الاضطراب الاكتئابي من العوامل التي تشير إلى تواجد اضطراب ثنائي قطبي (Debray, Granger, Azais et al., 2010).

3- الاضطرابات النفسية والانتحار

مثلت العلاقات بين الانتحار والاضطرابات النفسية موضوع مناقشات هامة سنحاول في هذه النقطة عرض أهم ما يميزها.

3-1- الانتحار والذهان

الفصام

ترتفع نسبة الأفعال الانتحارية لتصل نسبة خطر الموت إلى 15% على مدى الحياة عند المفحوص الفصامي، أما نسبة محاولي الانتحار بين المفحوصين الفصاميين فتتراوح، حسب بعض المراجع، بين 25 و35%. ويرى العديد من المؤلفين أن ظهور الاضطرابات الفصامية لدى المفحوصين الانتحاريين أو محاولي الانتحار يكون مبكرا، في حين يشير مؤلفون آخرون إلى أن الاضطرابات تظهر وتستقر عندهم بصفة تدريجية. ولقد لوحظ عند هذه الفئة ارتفاع في نسبة المراحل الاكتئابية، ارتفاع نسبة الخطر الانتحاري في بداية مرحلة الشفاء وأثناء الخروج من المستشفى، أي عندما تنقص الأعراض الإيجابية للمرض وتظهر الأعراض السلبية.

ترتفع هشاشة الخطر الانتحاري منذ المرحلة المبكرة خاصة عند مجموعة المفحوصين الذين يعانون من توظيف يتميز بنوعية سيئة، الظهور المبكر للاضطرابات وإعاقة كبيرة من الناحية النفسية الاجتماعية، ومجوعة المفحوصين الذين لديهم مستوى دراسي مرتفع، التدهور التدريجي لحالتهم، تدخل العامل الاكتئابي.

وقد اعتبر الانتحار عند الفصامي، منذ زمن طويل، كفعل خالي المعنى و ليس مهما البحث عن الأسباب التي تؤدي إليه، إلا أنه تم تحديد بعض الظروف التي بإمكانها تسهيل المرور إلى الفعل الانتحاري عند هذه الفئة من المفحوصين.

- في بداية المرض: يرمز الانتحار بالنسبة للمفحوص عند بداية المرض إلى انهيار العالم حوله، وتؤدي به كارثة المرض إلى الشعور بالعدم. أما المحاولة الانتحارية فيمكن اعتبارها كدفاع الأنا ضد قلق الانشطار لتأخذ الجوانب العيادية الشكل الأولي للفصام: المنطق البارد والمضطرب، فعل عنيف وغريب.

كما يمكن أن ترتبط المحاولة الانتحارية بحالة اكتئابية ثانوية ناتجة عن الوعي بالمرض وقلق الإهمال من طرف المحيط، فالمفحوص الفصامي لديه علاقات مضطربة مع الموضوع الذي ينتظر منه تفهما ومساندة حيث تتميز المرحلة التي تسبق المرور إلى الفعل بعلاقات صراعية مع المحيط، لذلك يأتي الفعل الانتحاري كانقطاع في هذه العلاقات وكفجوة مفتوحة في العالم الداخلي للمفحوص. ويصبح تدخل الجسد كما أشار إليه Pédinielli، الوسيلة الوحيدة الممكنة للفصامي من أجل الهروب من الحياة الوجودية التي لا يمكن تحملها. إن الاعتداء على الجسد هي طريقة من أجل التخلص من الأخر الذي يهدد الذات من الداخل.

- التأثير الاكتئابي للعلاجات الكيميائية: تسمح مهدئات الأعصاب من التمديد من مراحل الشفاء. فحسب بعض المؤلفين،لا يرتبط عدد محاولات الانتحار التي تظهر في هذه الفترة بالعرضية الفصامية وإنما ترتبط بالتناذر السلبي الناتج عن العلاج بهذا النوع من الأدوية. ويتميز التناذر السلبي باللامبالاة، الوهن، فقدان الانفعالية، رفض الاتصالات والخمول. يعرقل هذا التناذر محاولة إعادة إدماج المفحوص في الوسط الاجتماعي. ويفسر التراجع الاكتئابي الذي ينتج عن هذا التناذر سواء كنتيجة سلبية لمهدئات الأعصاب، سواء من الناحية السيكوديناميكية، كفقدان فعلي للموضوع.

الجدير بالذكر أن أغلبية الدراسات قد بينت أن التناذر السلبي لا يرتبط بالأفعال الانتحارية، عكس التناذر الاكتئابي، مما يدعم الفرضية التي تعتبر الهذيان كإسقاط للغرائز على موضوع خارجي الذي يحتفظ بنفس المعنى اللاشعوري للموضوع المفقود أي الصورة الأمومية، فبالتالي إن فقدان الهذيان يعادل تكرار فقدان الموضوع الذي يرافقه الاكتئاب أي ما يسمى بالاكتئاب ما بعد الذهان.

- الاكتئاب ما بعد الذهان: يعود الفضل إلى Mayer-Gross في وصف الاكتئاب ما بعد الذهان سنة 1920 كاكتئاب يرافقه رفض المستقبل كإجابة للتجربة الذهانية. وهناك العديد من العوامل الخارجية التي تتدخل في الانتحار إذ وجد Yarden 40% من المنتحرين خلال الأسبوع الذي يلي الخروج من المستشفى، مشيرا إلى أهمية نوعية العلاقات بين الفصامي ومحيطه. يعي المفحوص طبيعة صعوباته، يعيش الخروج من المستشفى كفقدان لمكانة مميزة، يجد نفسه ملزما على إعادة الاندماج في المجتمع مع الوعي بالنقص من استقلاليته وحاجاته إلى المساعدة، هذا كما أن اختفاء الهذيان يفقد المريض أسلوبه العلائقي مع الواقع يشاهد انهيار النظام الذي يسير العلاقات مع المواضيع الواقعية والهوامية مما يفقده هذه المواضيع ويجرده من قدرته الذهانية، يواجه متطلبات الواقع الخارجي التي تتعارض مع هشاشة واقعه الداخلي (Gelder, Mayou & Cowen, 2005).

ويشير Widlocher إلى تشابه العرضية الاكتئابية الذهانية المجردة من عرضها الهذياني والجدول العيادي للشخصيات النرجسية التي تتميز بمثال ذاتي عظيم مع الشعور بالنقص وغياب استثمار العالم الخارجي. يعاني الذهاني من اكتئاب النقص نظرا لتدمير نرجسيته من طرف المعاش الهذياني، إذ يجد نفسه في عالم فارغ ومخيف مع عدم تمكنه من إعادة استثمار العالم الخارجي. وفي بعض الأحيان تتلخص العرضية في تناذر "اللاديناميكية" أو شكاوي جسدية كالصداع الذي يترجم الفراغ التفكيري، وفي بعض الأحيان الأخرى هناك تعبير مباشر عن الألم النفسي والتفكير الانتحاري. أمام هذا الوضع، يقابل كل طلب موجه إلى المفحوص الرفض ليبقى الانتحار إجابته الوحيدة.

يسبب تكرار المرض الإرهاق العلاجي للمفحوص والفرقة المعالجة ويؤدي بالمفحوص لليأس والانعزال الانفعالي واحتمال تناول المخدرات والكحول كمهدئات أو مزيلة للكف، مما قد يعمل على الرفع من شدة الاكتئاب (Lemperière et al., 2000).

الذهان الهلوسي المزمن

يساعد الهذيان الهلوسي المفحوص على تقبل تجارب الإحباط الانفعالية والجنسية، لذا، فغالبا ما يكون المضطهد الخيالي شخصية تلعب دورا هاما في الحياة الانفعالية للمفحوص، أي شخصية كان يحبها المفحوص في البداية ثم تصبح موضوع كراهية بسبب صيرورة الاضطهاد، ثم الموضوع الذي يكرهه بعد الإسقاط. يسمع المفحوص ملامات وشتائم تصدرها أصوات قد سمعها من قبل من طرف شخص قريب، ويتعلق محتوى هذه الهلاوس بشعور قديم بالنقص. غالبا ما يأتي المرور إلى الفعل الانتحاري في هذه الحالات من أجل التخلص من ضغوطات الاضطهاد التي لا يمكن للمفحوص تحملها.

ويمكن تفسير ظهور التناذر الاكتئابي والأفعال الانتحارية بعد العلاج عن طريق مهدئات الأعصاب بالاستناد إلى وظيفة الهذيان، إذ يجد المفحوص نفسه بعد العلاج أمام انعزاله وفراغه الوجودي ويفقد وضعيته المثالومانية الناتجة عن تجربته الهذيانية ليجد نفسه أمام صعوبات الواقع، لذلك يقترب هذا الاكتئاب بالاكتئاب ما بعد الذهان الذي تحدثنا عنه سابقا (Walter & Tokpanou, 2003).

الذهان البارانوي

لقد أشارت الأعمال في الطب العقلي والتحليل النفسي إلى العلاقة الموجودة بين البارانويا والسوداوية فمثلا تدعم Klein (1966) وجود علاقة بنيوية بين السوداوية والبارانويا. يقوم نمو الطفل حسب هذه المؤلفة على ميكانزمات الاستدماج والإسقاط حيث يستدمج الأنا منذ البداية المواضيع الحسنة والمواضيع السيئة، تعمل المواضيع السيئة على إحباط رغبات الطفل مما يدفعه إلى إدراك هذه المواضيع كمواضيع خطيرة وهادمة. تتكون هذه الصور في العالم الخارجي وفي العالم الداخلي عن طريق صيرورة الاستدخال ويدافع الأنا ضد المضطهدين الداخليين بمساعدة ميكانزمات الإخراج والإسقاط.

ويتم استدماج الموضوع الكلي في كل من السوداوية والبارانويا، غير أن تقمص الموضوع الجيد الداخلي يصبح غير ممكن بالنسبة للشخص البارانوي حيث يستمر الموضوع الجيد في تكبد تأثير المواضيع الجزئية، ويخاف البارانوي من تقمص الموضوع السيئ مما يقلل من استعماله لميكانيزم الإسقاط نظرا لخوفه من طرد مواضيعه الجيدة وجرح المواضيع الخارجية من خلال إسقاط ما هو سيء. وينتج عن هذا تناذر اكتئابي مع المرور إلى الفعل الانتحاري بهدف القضاء على المواضيع السيئة الداخلية.

يرى Racamier أن هناك استمرار بين الاكتئاب والبارانويا تبعا للأنظمة الدفاعية المعنية، من بينها الاكتئاب، الاكتئاب شبه البارانوي غير النمطي، تكوينات البارانويا والتنظيم البارانوي، مؤكدا على الأهمية المركزية للانفعال الاكتئابي من الناحية السيكومرضية. هذا وتحدث Lanteri-Laura عن العلاقة بين البارانويا والاضطرابات المزاجية مبينا أنه في حالة الإثارة المزاجية هناك خطر المرور إلى فعل الاعتداء على الغير بدون سبب أو موقف معين، وكذا حركات اكتئابية حقيقية. ولقد لوحظ في هذه الحالة الأخيرة تواجد الشعور بالحزن، التراجع في النشاط، شكاوي جسدية، والاعتداء الذاتي في شكله الانتحاري. ويميل المزاج الحساس نحو الحزن الذي يتطور بدوره نحو الاكتئاب حيث يجد الشخص نفسه في ألم عميق بفعل تتابع تجارب الخسارة المؤلمة، ويجد نفسه أمام عالم أكثر قسوة مما يعتقده. يرتفع خطر المرور إلى الفعل الانتحاري في هذا السياق إذ يمكن للشخص الإقدام عليه ليعبر عن مدى قسوة الحياة.

ولا يمكننا الحديث عن الذهان البارانوي دون الحديث عن الهوس الشبقي أو الإروتومانيا الذي نجده أساسا عند المرأة ويتميز من الناحية الكلاسيكية بتواجد خطر المرور إلى فعل الاعتداء على الغير، إلا أن Dalle يشير إلى أن الشخص الإروتوماني يشكل خطرا على نفسه أكثر مما يشكل خطرا على الآخرين نظرا للخطر الانتحاري الكبير الذي يهدده في مرحلة خمود الهمة والانهيار النرجسي.
من الناحية السيكومرضية هناك عدة مستويات من الصراع، أولها الجنسية المثلية اللاشعورية للبارانوي التي ما هي إلا محاولة لبناء هوية أمام الفراغ الذي تتركه علاقة خطيرة مع الصورة الأمومية وعلاقة متناقضة مع الصورة الأبوية. يمكن أن يدفع حادث خاص في حياة البارانوي هذا الأخير إلى نكوصه إلى المرحلة النرجسية أين لا يجد إلا القلق الذهاني المتعلق بعلاقة انهيارية مع الموضوع الأمومي، بدلا من قاعدة نرجسية قوية، وبالتالي يلجأ البارانوي إلى طريقة دفاع بدائية، أي الإسقاط، من أجل الدفاع ضد الاكتئاب. يدرك الفرد عدوانيته من خلال الاضطهاد الذي يمارسه على الأخر، يكون الأخر حاضرا لهذا الغرض، ليصل إلى الانتحار سواء عن طريق ميكانيزم العقاب الذاتي الموجود وراء العدوانية، سواء عندما يختفي الأخر ويتركه أمام فراغه الداخلي (Lemperière et al., 2000).

توهم المرض الهذياني

يشار بصفة عامة إلى أن الانتحار نادر عند حالات توهم المرض الهذياني خاصة في حالة توهم المرض العصابي، لكن ترتفع نسبة الخطر الانتحاري في حالة توهم المرض الهذياني، عند الشخص المسن والشخص المكتئب. تشير بعض الدراسات إلى النسبة الضعيفة للانتحار عند المصابين بتوهم المرض، في حين لم تتحدث بتاتا بعض الدراسات الإيبدميولوجية حول الانتحار عن هذا التشخيص. يظهر توهم

المرض إذن كحالة متناقضة لأن تشخيصه كاضطراب منعزل يمكن أن يحمي من الانتحار، بينما يمكنه أن يساهم في تسهيل الانتحار عندما يرتبط باضطرابات أخرى.

يمثل توهم المرض من الناحية السيكومرضية شكلا من أشكال التجارب المرضية للجسد حيث يشير تعبيرها المباشر إلى ألم كبير، فالشخص يعاني في جسده وكإجابة لهذه المعاناة يعتدي على جسده مهما كان أصل ألمه، يصبح الجسد بذلك السبب الذي يؤدي إلي الانتحار، وبالتالي تهديمه يؤدي إلى تهديم الألم وكأن الشخص الذي يتكلم والعضو المسئول هما عنصران غريبان عن بعضهما البعض.

ويرى Tabary في هذا الصدد أن الشخص المصاب بتوهم المرض يقتل نفسه عندما يعتبر كل جسده كمضطهد وليس فقط كعضو منعزل. وفي الأخير يأتي الانتحار كإجابة لفشل النقاش بين الشخص المصاب بتوهم المرض والشريك الطبي، أي بعد التأكد من عدم قدرة الطبيب أمام شكواه المتكررة؛ يظهر للمريض مدى فشل مشروعه وبالتالي فشله الذاتي.

3-2- الانتحار والاكتئاب

توصف العلاقة بين الفعل الانتحاري والاكتئاب بالمعقدة. لا يعتبر الفعل الانتحاري كعرض حتمي لحالة اكتئابية حقيقية، لكن ارتباط الأفكار الانتحارية بالتناذر الاكتئابي يرفع بنسبة كبيرة خطر المرور إلى الفعل. وتذكر الكثير من الدراسات أن ما لا يقل عن 60% من الحالات الانتحارية ترافقها حالة اكتئابية و15% من الأفراد الذين يعانون من الاكتئاب يموتون عن طريق الانتحار.

ويتواجد الخطر الانتحاري في كل من الاكتئاب ذي الأصل الداخلي والاكتئاب الناتج عن مسبب خارجي، كما نلتقي بالفعل الانتحاري في الاكتئاب الأحادي القطب والاكتئاب الثنائي القطب. لهذا تعتبر شدة الاكتئاب العامل الوحيد والمهم في تقييم نسبة الخطر الانتحاري الذي يرتبط بكل من: الاكتئاب الهذياني (المراحل الذهانية الكبيرة مع الأعراض الذهانية التي وصفها DSM-IV)، خاصة عندما تكون الأفكار الانتحارية أفكار تأنيب الضمير والاضطهاد، تواجد لقلق حركي كبير أو إبطاء نفسي حركي، شدة فقدان الاهتمام والإحساس باللذة، أهمية اليأس والتعبير عن الأفكار الانتحارية.

يعتبر الفرد الذي يعاني مرحلة السوداوية سواءا في اطار الاضطراب الأحادي القطبي أو الثنائي القطبي الانتحار مركزا أساسيا في وجوده، حيث ينتقل بعد عمل طويل من فكرة الانتحار إلى حالة تسيطر من خلالها الأفكار الانتحارية كليا على تفكيره، يعاني الانطواء التدريجي على الذات وكف العدوانية الموجهة نحو الآخرين عن طريق السحب التدريجي للاستثمار إلى المرور إلى الفعل الانتحاري كمخرج بالنسبة له من هذه الوضعية العويصة. ويمثل النص الذي كتبه Freud سنة 1915 حول الحداد والسوداوية المرجع الأساسي لدراسة الاكتئاب من وجهة نظر التحليل النفسي. سنتطرق في الفصل الموالي وبالتفصيل إلى هذا

النص إلى جانب مراجع أخرى حول تفسير الفعل الانتحاري من وجهة النظر التحليلية وحسب وجهات نظرية أخرى كالنظرية المعرفية.

3-3- تصرفات الإدمان والانتحار

يصعب التطرق إلى العلاقة بين الانتحار واستهلاك الأدوية السامة نظرا لقلة الدراسات في هذا الشأن. هناك العديد من العوامل التي تتدخل في الفعل الانتحاري عند الشخص المدمن ويأخذ الانتحار لديه بعدا خاصا نتيجة لطبيعة التهديم الذاتي التي يمثلها استهلاك الأدوية السامة والتبعية الناتجة عنها. وعلى غرار العلاقة الموجودة بين التبعية للمواد السامة والأفعال الانتحارية يمكن التساؤل حول الارتباط القائم بين استهلاك الأدوية السامة والشعور بالاكتئاب أو بالعكس بين الشعور بالاكتئاب واستهلاك الأدوية السامة.

من الناحية العيادية غالبا ما يرتبط وصف التبعية للمخدرات بالأفعال الانتحارية، لكن هناك عدد قليل من الدراسات الإيبيدميولوجية في هذا الشأن إذ أنه من الصعب جدا و في العديد من الحالات التمييز بين الموت بسبب فعل الانتحار أو بسبب التناول المفرط للأدوية. ولقد لوحظ ارتفاع تصرفات الإدمان عند الأشخاص الذين يقومون بمحاولات انتحارية متكررة. ولقد توصل Facy في دراسة قام بها سنة 1989 في مركز مخصص للمدمنين إلى أن الإدمان على الأدوية السامة يمكن اعتباره كعامل خطر للقيام بأفعال انتحارية.

ويمكن ملاحظة الأفعال الانتحارية في كل وقت عند المدمن لذلك يتنوع المعنى الذي يمكن أن يحمله من الناحية السيكومرضية. ففي البداية، أي قبل ظهور التبعية، يمكن أن تمثل المحاولة الانتحارية رسالة استغاثة موجهة للمحيط من طرف الشخص المدمن، كما يمكن أن يكون الفعل الانتحاري كنتيجة لصيرورة سيكومرضية يلعب فيها الاكتئاب دورا أساسيا، أو حتى طريقة للخروج من الإدمان، كما يمكن للانتحار تعقيد مرحلة سوداوية حقيقية ناتجة عن محاولة التخلي عن المخدرات. أما الإفراط في الجرعة، فنادرا ما يستعمل لهدف انتحاري بل يشير أكثر إلى فعل مشابه للانتحار.

الجدير بالذكر أنه لا يمكن تحديد الخطر الانتحاري حسب المادة المستعملة ويرتبط الفعل الانتحاري أكثر بطريقة الحياة وشخصية المدمن (Caillard & Chastang, 2010).

وتكثر المحاولات الانتحارية عند الأشخاص الذين يتناولون الكحول خاصة النساء وعند الأفراد الذين بدؤوا التناول مبكرا، كما نجد بكثرة تناول الكحول عند المنتحرين ومحاولي الانتحار. ويعمل الجمع بين

تناول الكحول والاكتئاب على الرفع من نسبة عوامل الخطر الانتحاري، فتناول الكحول يسهل المرور إلى الفعل الانتحاري عن طريق إزالة الكف ويرفع من خطورة تنبؤ المحاولة.

ومع مرور الوقت تتنوع مكانة تناول الكحول في الاقتصاد النفسي للفرد حيث نجد مراحل من التناول الشديد والمفرط التي يمكن اعتبارها كشبيهة بالانتحار، يلجأ إليها الشخص بطريقة اندفاعية استجابة لموقف صدمي وللتخفيف من ضغط داخلي. كل حادث بإمكانه أن يزعزع معالم الشخص ويحرض تجارب الانفصال-الفردنة الأولية قد يؤدي إلى ظهور قلق شديد يمكنه أن يأخذ شكلا مشابها للاكتئاب (Lemperière et al., 2000).

3-4- العصاب والانتحار

يعتبر العصاب المنتظم من الناحية الكلاسيكية كعامل يحمي من الانتحار، لذا فالمرور إلى الفعل الانتحاري في هذه الحالة يشير إلى فشل عمل الدفاعات العصابية، كارتفاع الصلابة عند الشخص الذي يعاني من العصاب القهري، التقلص في الحقل الوجودي للشخص الفوبي، انهيار الشكاوي السوماتية لدى الهستيري. في هذا الصدد، يرى كل من Quenard وRoland أن الأفعال الانتحارية ترتبط أساسا ببنيات عصابية غير مستقرة يواجهها خطر فقدان التوازن والتنظيم عند فقدان موضوع حقيقي أو خيالي نظرا لهشاشتها.

يتعلق هذا النموذج بمصطلح الانحلال العصابي الذي نلتقي بأصوله في النموذج الطبي، ويمكن العودة إلى النموذج الذي تحدث عنه Planche لفهم الفعل الانتحاري في إطار البنية العصابية. يرى هذا الأخير أن النموذج العصابي يتموقع في بعد مزدوج بين البعد الزماني الحالي الخاص بحقل الحياة الحالية وبالتالي بمصطلح الضغط وحوادث الحياة كعناصر مسببة، والبعد الزماني القديم الذي يترجم تاريخ الأنا (Lemperière et al., 2000).

العصاب الهستيري

أصبح من المؤكد أن الفعل الانتحاري يمس العصاب الهستيري إذ ما لا يقل عن 4% من الأشخاص الهستيريون يموتون عن طريق الانتحار.

يظهر أن النموذج السيكوديناميكي هو النموذج الأنسب لتوضيح العلاقة بين الفعل الانتحاري والهستيريا. يمكن للفعل الانتحاري أن يأتي كنتيجة لاكتئاب محض أو كرد فعل اندفاعي يمص العدوانية التي لم يتم التحكم فيها في إطار الفوائد الثانوية الناتجة عن الاكتئاب. تندرج المحاولات الانتحارية خاصة عند المرأة

في إطار علاقات حب فاشلة تظهر مدى التبعية الانفعالية للمرأة تجاه الطرف الآخر. تدخل المحاولة الانتحارية إذن في جدلية علائقية حيث تأخذ العلاقة الخاصة بين الهستيري وجسده البعد الكلي وبذلك يصبح قتل النفس وسيلة لحرمان الآخر من هذا الجسد.

وقد أشار العديد من المؤلفين إلى الارتباط الموجود بين الهستيريا والعدوانية والكراهية والهستيرية التي تظهر في المكونات الليبيدية والعدوانية. يصبح سوء استعمال العدوانية (المرتبطة بالتصورات الأوديبية) في مركز الإشكالية الهستيرية وتظهر من جديد في مرحلة الرشد في شكل المرور إلى الفعل ولا يمكن اعتبار الفعل الانتحاري كعرض أو تعبير اجتماعي عن العدوانية وإنما فعل مرتبط ارتباطا وثيقا بالتوظيف الهستيري. وتخفي المشاعر العدوانية عبر تطور المرض طلب انفعالي يهدد شخصية المفحوصين نظرا لجذوره القديمة ويلجئون إلى الانتحار كوسيلة لإيقاف (عن طريق الموت) خطر الانحلال الذي يهدد صورتهم الذاتية الناتج عن عدم قدرتهم على تحمل النقص كقاعدة للرغبة.

ومن الناحية العيادية، نلاحظ غالبا جانبا آخر متعلق بالتثبيت الفمي وميكانيزم النكوص الذي يرافقه. ويفسر هذا الميكانيزم الجداول الهستيرية التي تتميز بالثوران الانفعالي، عدم تحمل الإحباط، التبعية البحث المستمر عن موضوع مقيم والعرضية الانحلالية بما فيها ميول انتحارية مدمنة أي محاولات انتحارية ذات طابع فمي تقترب كثيرا من تصرفات الإدمان.

يلعب الكبت في الهستيريا دورا أساسيا، غير أن Apter وزملاءه قد بينوا في دراسة قاموا بها حول ميكانزمات الدفاع والخطر الانتحاري والعنف أن الكبت مرتبط بخطر انتحاري مرتفع وبخطر ضعيف بالاعتداء على الآخر. يظهر أن الكبت يوجه العدوانية ضد الأنا في حين يعمل الإسقاط والنفي على توجيهها نحو الخارج (Lemperière et al., 2000).

العصاب القهري

يكتسي التشابه بين العصاب القهري والسوداوية أهمية كبيرة من الناحية السيكومرضية غير أن وصف الانتحار عند الأفراد الذين يعانون من الاضطرابات القهرية قليل. ونادرا ما يرافق الاكتئاب عند الشخص الذي يعاني من العصاب القهري تصرفات انتحارية وهذا مقارنة بأشكال الاكتئاب الأخرى. لكن ترتفع نسبة الخطر الانتحاري عندما يتحول الوسواس إلى هذيان.

يسمح التوظيف المرضي للشخص المصاب بالعصاب القهري بالعيش دون محاولة الاعتداء على حياته، أي تعمل الأعراض القهرية كعامل يحمي ضد الاندفاعية أو المرور إلى الفعل، ولهذا يرفع فقدان الوساوس من الخطر الانتحاري بنسبة ستة مرات عند الشخص الوسواسي المكتئب. ويمكن تفسير ظهور الأفعال الانتحارية عند الشخص الوسواسي من خلال الاكتئاب ذو الشكل السوداوي.

يعتبر الميول إلى الكمال من الخصائص الأساسية التي نجدها في الإشكالية الوسواسية (العصاب أو الشخصية). ولقد اهتمت بعض الدراسات بهذه الخاصية حيث بين Hewitt وزملاؤه أن هناك ارتباط بين الخطر الانتحاري والميول إلى الإدراك عند الآخرين لمطالب لا يمكن تحقيقها، مما يوافق أنا مثالي لا يمكن تحقيقه. وبمعنى آخر، ترتبط الأفعال الانتحارية بالبعد الاجتماعي للميول إلى الكمال وليس بالميول إلى الكمال الموجه نحو الذات أو نحو الآخرين (Caillard & Chastang, 2010).

عصاب القلق

بالرغم من التناقض في الدراسات، يوجد العديد من المراجع الإيبيدميولوجية التي تؤيد فكرة الارتباط بين اضطراب الهلع والأفعال الانتحارية. وبرغم التناقض الموجود بين الدراسات وغياب نموذج شامل لتفسير العلاقة بين الأفعال الانتحارية واضطراب الهلع، هناك عدة تناولات سيكومرضية حاولت فهم هذه العلاقة. يرجع الفضل إلى Freud في تحديد حالات القلق كاضطراب مستقل من الناحية التصنيفية. ويؤكد أن القلق يتعلق بالشعور بضيق أمام خطر حقيقي أو عصابي (قلق من أصل نزوي). تشير هذه السيكوديناميكية إلى العلاقة الموجودة بين القلق والطريقة المعرفية المستعملة لتسيير الضغط.

أما التوجهات البيولوجية السلوكية الحالية فهي تعود إلى نماذج معقدة تضم عوامل مختلفة (الهشاشة، الضغط عوامل الحماية، حوادث الحياة) من أجل تفسير الأفعال الانتحارية المرتبطة بحالات القلق. يعتبر البعض مصطلح المواجهة مصطلحا جامعا بين وجهة النظر الفرويدية والتوجهات السلوكية الحالية. تلعب ميكانزمات المواجهة دورا هاما في تطور واستمرار القلق، وتقوم بدراسة الأفعال الانتحارية في هذا الإطار كنموذج الإجابة (المواجهة) لحالات القلق.

اقترح كل من Abbar وCastelnau أربع فرضيات تبين دور حالة القلق العصابية في ظهور الأفعال الانتحارية. تتحدث الفرضية الأولى عن العلاقة المباشرة بين السبب والنتيجة، فنحن على دراية منذ زمن طويل أن الفعل الانتحاري يمكن أن يأتي خلال ارتفاع أزمة القلق. يرافق هذه الأزمة الشعور بفقدان

التحكم في الذات والحاجة الماسة إلى التخلص من هذه الحالة؛ تضم هذه الوضعية إدراك مماثل لحالة عدم القدرة، واليأس الذي يؤدي إلى أفعال انتحارية كما أشار إليه Shneidman.

تشير الفرضية الثانية إلى ارتباط سببي غير مباشر، بمعنى آخر يمكن لاضطراب القلق الأولي أن يحدث هشاشة لتطوير اضطرابات تعتبر كعوامل خطر المرور إلى الفعل الانتحاري (الاكتئاب، الانعزال الاجتماعي، تناول الكحول والمخدرات). نتحدث بالنسبة للأشخاص الذين يعانون من اضطراب الهلع عن حالة من اليأس تتميز بانفعالية ناتجة عن الفشل المستمر لاستراتيجيات المواجهة أمام عناصر ضاغطة الشعور بالعجز، الانعزال واليأس الذي يمكن أن يجر معه اكتئابا ثانويا والذي قد يؤدي بدوره إلى فعل انتحاري. تتعلق الفرضية الثالثة بنموذج المؤازرة أين يدخل اضطراب القلق في ارتباط مع عامل خطر انتحاري آخر كوجود اضطراب الهلع في حالة الاكتئاب الشديد.

بينما تتعلق الفرضية الرابعة بالعوامل البيولوجية (تدخل النظام السيروتونارجي مثلا) ودورها في تنمية الاستعداد لاضطرابات الهلع والأفعال الانتحارية (Caillard & Chastang, 2010; Lemperière et al., 2000).

العصاب الصدمي

تشير الدراسات التي اهتمت بالاضطرابات النفسية عند قدماء محاربي حرب الفيتنام إلى ارتفاع نسبة الانتحار عند هذه الفئة. وجد Fontana وRosenheck في الدراسة التي قاما بها بين سنة 1986 و1988 حول 1198 محارب فيتنامي قديم نسبة 3.7% محاولات الانتحار.

وضع الباحثان نموذجا سببيا حيث فسروا من خلاله الأفعال الانتحارية في علاقة مباشرة مع تواجد اضطرابات سيكاترية عامة (الاكتئاب القلق). تساهم التجارب الصدمية مباشرة في تطور حالة الضغط ما بعد الصدمة (PTSD) واضطرابات سيكاترية عامة، وبصفة غير مباشرة في ظهور الأفعال الانتحارية.

وتشير أعمال أنجزت في أمريكا الشمالية إلى أهمية تأنيب الضمير فيما يخص سيكومرضية العصاب الصدمي ودوره في الرفع من نسبة الخطر الانتحاري. وهذا سواء تعلق الأمر بتأنيب الضمير عند الناجين أو بتأنيب الضمير المرتبط بأفعال قام بها الشخص (أعمال العنف، قتل مواطنين أو سجناء مثلا).

يرى Barrois (1998) أن العصابات الصدمية الناتجة عن الحرب من أخطر العصابات الصدمية ويعيد هذه الخطورة إلى شدة عوامل الاعتداء والمدة الطويلة في مواجهة خطر الموت الحقيقي. يمكن أن ينتج عن هذه الوضعية تصرفات انتحارية عنيفة، مراحل من الذهان الارتباكي.

وبينت دراسة حول 100 من محارب من محاربي الفيتنام القدامى، يعانون من اضطراب الضغط ما بعد الصدمة، أن 19 من بينهم قد قاموا بمحاولات انتحارية قبل أحداث الحرب، كما أن هناك خمسة عوامل مرتبطة بالأفعال الانتحارية: تأنيب الضمير الراجع إلى الأفعال المرتكبة أثناء الحرب، تأنيب الضمير لدى الناجي من الحرب، الاكتئاب، القلق، شدة اضطراب الضغط ما بعد الصدمة. يعتبر تأنيب الضمير المتعلق بالأفعال المرتكبة أثناء الحرب من بين العوامل الأكثر تنبؤا بالأفعال الانتحارية خاصة في حالة ارتكاب الشخص لهذه الأفعال في حالة من الخوف أين فقد كل إمكانية التحكم. هذا غالبا ما يكون تأنيب الضمير شعوري لكن في بعض الأحيان، يظهر في كوابيس يعيد الشخص فيها مشاهدة الأفعال المرتكبة ومشاهدة العقاب الناتج عنها.

3-5- اضطرابات الشخصية والانتحار

الحالات الحدية

تتميز الشخصية الحدية بالتصرفات الانتحارية وأفعال الاعتداء على الذات سواء تعلقت بعامل مسبب (موفق الانفصال مثلا) أم لا، ويدخل تكرار الأفعال الانتحارية في تعريف الشخصيات الحدية (DSM-IV) حيث تمثل التصرفات والتهديدات الانتحارية الأعراض الأكثر انتشارا. وترتفع نسبة الانتحار عند الشخصيات الحدية لتصل حسب الدراسات المختلفة إلى 10%؛ و بشكل عام، تعتبر المحاولة الانتحارية السابقة كعامل خطر للانتحار مستقبلا. ويؤدي البعد العلائقي والتحريضي للفعل الانتحاري وتكراره إلى سوء تقدير خطر إعادة المحاولة الانتحارية.

من الناحية الكلاسيكية، تفسر أهمية الخطر الانتحاري عند الشخصيات الحدية بارتباطها بالاضطرابات الوجدانية وبالإدمان، لكن هناك أيضا عوامل أخرى يمكنها أن تتدخل كالسن، السوابق الانتحارية والخصائص السوسيوباتية، العدوانية والطبع الاكتئابي. فلقد بينت دراسة طولية نرويجية حول التصرفات والأفكار الانتحارية والشخصيات الحدية أن الميل الانتحاري هو خاصية من خصائص الاضطراب

الحدي، وليس مرتبطا بالضرورة باضطراب وجداني (Grava, Berti-Ceroni, Rucci, & Scudellari, 2006).

يرى Kernberg أن التنظيم الحدي يقوم على عمليات دفاعية خاصة وبشكل مرضي خاص بالعلاقة مع الموضوع. يندرج المرور إلى الفعل في إطار الميكانزمات الدفاعية التي نجدها عند الشخصيات الحدية مثل الانشطار، المثلنة، والتقمص الإسقاطي، فاللجوء إلى الفعل يترجم محاولة إسقاط الألم الناجم عن العلاقة بالموضوع خارج الواقع النفسي الداخلي.

يأتي الفعل الانتحاري خارج المرحلة الانتحارية للخروج من موقف أو علاقة يعتبرها الشخص كمأزق. ويعمل الفعل الانتحاري على مساندة ضعف إمكانية الإرصان والترميز في الحفاظ على علاقة موضوع مستقرة في الزمن. كما يمكن للمحاولة الانتحارية أن تهدف إلى وضع نهاية لعلاقة اتكالية أو كرد فعل لعدم قدرة تحمل القلق والإحباط.

يعيش الشخص الحدي، عكس الشخص السيكوباتي، تصرفه كتصرف مرضي، إلا أنه وبالرغم من هذا المعاش وشكاوى المفحوص من عدم قدرته على تجنب الفعل، فإن الفعل الانتحاري يترجم عنده الشعور بالقدرة الكلية من خلال الاعتداء على الذات. ويشير التناقض بين الطابع التكراري للفعل والوعي أثناء الفعل وانتقاده فيما بعد إلى ميكانيزم الانشطار.

تدخل التصرفات الانتحارية المتكررة في مجموعة تصنيفية متعددة من بينها محاولات الانتحار الهستيري والشخص السيكوباتي، والتصرفات الخطيرة؛ يستجيب هذا التكرار إلى منطق ذاتي مستقل عن الاضطراب. ولقد اقترح Pedinielli و Bertagne نموذجا تفسيريا عاما يتعدى إطار الحالات الحدية مشيران إلى أن خصوصية التصرف الانتحاري التكراري تكمن في البحث عن حالة سابقة معروفة ويسمح التناول التسلسلي باستنتاج تواجد لتعلم السلوك الانتحاري، إدمان مرتبط بإشباع سابق (إشباع مازوشي، القدرة الكاملة)، لهذا يعتبر الفعل الانتحاري كمصدر لإشباع نزوي. ويؤكد المؤلفون على أهمية المحاولة الانتحارية الأولى في خيال الشخص، على الأثر الذكروي الذي تتركه المحاولة السابقة. وربطوا التكرار بخلل نرجسي يمنع استدماج الموضوع الذي يمثل قاعدة الهوية. ويندرج الفعل الانتحاري في إطار البحث اللاشعوري في إعادة بناء الذات.

ويمثل الفشل النرجسي الدائم الموجود في تنظيم الأنا الذي يدافع ضد الاكتئاب مصدر الشعور بضعف الشخصية، ويأتي الفعل الانتحاري في هذا السياق بصفة مفاجأة. وعلى خلاف القلق الذي يمثل علامة إغاثة أمام الخطر النزوي لتهيئة الأنا، يواجه الاكتئاب أنًا غيرَ قادر لوحده على إيجاد حلول من أجل الحياة. هذا ما يفسر من وجهة نظر العلائقية التبعية الاتكالية لموضوع خارجي واحد، الذي يجب عليه تلبية المطالب وتحمل اللوم. تُوجه المحاولة الانتحارية كرسالة للموضوع الخارجي لاتهامه في صيرورة إنكار العدوانية الناتجة عن الصراعات الداخلية. ولكن يمكن أيضا للمحاولة الانتحارية أن تندرج في صيرورة انعزال المفحوص الحدي التي يفضلها عن التبعية تجاه المواضيع الخارجية، ويرافق هذه الصيرورة غياب استثمار ظرفي للواقع الخارجي مما يترك المجال لهومات القوة المطلقة، وبالتالي تمثل المحاولة الانتحارية كفعل انتصار والرجوع إلى القوة المطلقة (Lemperière et al., 2000 ; Hardy, 2002).

الاضطراب السيكوباتي

يعتبر المرور إلى الفعل الانتحاري شكلا من أشكال الاتصال عند الشخص السيكوباتي تأخذ المحاولة الانتحارية فيه مكانتها الطبيعية. يأتي التصرف الانتحاري في سياق غياب التصورات العقلية وعمل الترميز. ويضمن البعد الاجتماعي (و ضد الاجتماعي) للتصرفات الانتحارية المتكررة الربط الاجتماعي (الإدخال إلى المستشفى، تلبية الرغبات من طرف الآخرين) من جهة، والانقطاع الناجم عن عدوانية الفعل من جهة أخرى.

لا ترتبط، بالضرورة في هذا الإطار، المحاولة الانتحارية بمرحلة اكتئابية، وتقترب كثيرا سيكومرضية محاولات الانتحار عند الشخص السيكوباتي بمثيلتها عند الشخص الهستيري نظرا لبعض نقاط التشابه التي يمكن ملاحظتها (دور الاتصال، تسيير العدوانية) التي تشير إلى الملاحظة الكلاسيكية فيما يخص الموازاة بين السيكوباتية عند الرجل والهستيريا عند المرأة، والعلاقة بين الهستيريا الذكرية وتعبيرها الإكلينيكي السيكوباتي. يظهر أن الغريزة العدوانية، مصيرها ومسارها النفسي يلعبان دورا مركزيا مثلما نجده في نموذج الاكتئاب الناتج عن كف الأجوبة العدوانية أمام تجارب الإحباط (Lemperière et al., 2000).

خلاصة الفصل

إن تاريخ تطور مصطلح الجنون (المرض العقلي) الممتد من العصر القديم إلى القرن التاسع عشر هو في الحقيقة تاريخ ما يسمى حاليا بالذهان، لذلك فضلنا التطرق أولا إلى هذه الفئة المرضية قبل التطرق وبالترتيب إلى العصاب، اضطرابات الشخصية، الاكتئاب والاضطرابات الثنائية القطبية. لقد قمنا بتقديم مختلف الاضطرابات النفسية حسب المراجع التصنيفية الحالية، لكن حرصنا في نفس الوقت على إدراج نقطتين مهمتين، تتمثل أولاهما في إعطاء بعض المعالم التاريخية الهامة الخاصة بكل اضطراب أما النقطة الثانية فتخص أهمية وصف الاضطرابات من الناحية العيادية.

يرتبط عدد من الاضطرابات النفسية، كالفصام والحالات الحدية، ارتباطا كبيرا بالأفعال الانتحارية لذلك غالبا ما يدرج الجانب السيكومرضي للفعل الانتحاري من أجل دعم الوصف العيادي للحالات. لكن تبقى الإشكالية الانتحارية وسيكومرضية الفعل الانتحاري من جهة، وتقييم نسبة الخطر الانتحاري والوقاية منه من جهة أخرى، من المسائل المعقدة والعويصة التي يستمر في مواجهتها نظام الصحة، المختص العيادي والباحث العلمي.

الفصل الثاني

المرور إلى الفعل الانتحاري

تمهيد

يجرنا موضوع الانتحار حتما إلى التفكير في المرض العقلي وفي الاضطرابات النفسية التي يعاني منها الإنسان، لكن يتعدى هذا الموضوع وبكثير حقل الطب العقلي وعلم النفس. لذلك نجد أنفسنا، حين التطرق إليه، أمام مشكل طبي، اجتماعي، نفسي وحتى فلسفي مثلما يوضحه، في هذا الفصل، عرض للمحة تاريخية حول هذا الموضوع. لكن هذا لا يمنع الباحث من تحديد معنى المفاهيم المرتبطة بموضوع الانتحار حسب التخصص الذي ينتمي إليه.

أصبح اليوم معروفا جدا أن التفكير في مجال الانتحار قد منح منذ زمن طويل أهمية كبيرة للبحث الإيبديميولوجي حيث توصلت مختلف الجهود في هذا الإطار إلى تحديد قائمة كبيرة مما يسمى بالعوامل الانتحارية والاستمرار في اكتشاف عوامل أخرى. لذلك سنتطرق في هذا الفصل، بعد عرض تعريف الانتحار وتصنيف التصرفات الانتحارية، إلى مختلف هذه العوامل. لكن ورغم عددها المتزايد يشير بعض المختصين إلى حدود التناول الإبدميولوجي في فهم الفعل الانتحاري مما دفعهم إلى التفكير في التناول التسلسلي الذي يهتم، مثلما سنراه، في هذا الفصل بتفصيل بما يسمى بالأزمة الانتحارية.

وبعد عرض النماذج النظرية المفسرة للفعل الانتحاري ننهي الفصل بالتطرق إلى إشكالية التشخيص والتنبؤ بالفعل الانتحاري.

1- مقدمة عامة حول الإشكالية الانتحارية

1-1- لمحة تاريخية حول الانتحار

عرف السلوك الانتحاري، على مر القرون وحسب الثقافات، معاني متعددة ومتقلبة، فهو يغذي التساؤلات الأبدية للإنسان حول "حياته الوجودية" (Cioran)؛ يرى Aristote أن الانتحار هو فعل جبان يقوم الفرد به من أجل تفادي الأحزان والهروب منها، أما Platon فقد أشار إلى الانفراج الذي يمنحه الانتحار في حالة الإصابة بمرض مؤلم ومزمن (Batt-Moillo & Jourdain, 2005).

وقسمت الهيمنة الإمبريالية الرومانية الشعب إلى قسمين، قسم منعت عليه الانتحار (العبيد) وقسم أجازت له الانتحار (باقي المواطنين) (Moron, 1999). ومع مرور السنين وانتشار الدين المسيحي في أوروبا حصل المزج بين جوانب دينية وقانونية وتقليدية فيما يخص موضوع الانتحار حيث أنه في العهد الوسطي حرم الفرد المنتحر من الاحتفالات المأتمية الموظفة لبلوغ رحمة الإله، وفي عهد لويس 14 يتم زحف

جسد المنتحر على جهة الوجه في الأرض قبل أن يعلق أو يرمى (Redfield-Jamison, 1999 ; Morasz & Danet, 2008) إذ كان الفعل الانتحاري آنذاك يعتبر اغتصابا للقوانين الإلهية، وكما يحكم عليه من طرف السلطات الإنسانية كجريمة.

ومع الانقلابات التاريخية، استقل تدريجيا حقل المعارف عن سلطة الدولة والدين حيث وضع Nietzsche، إلى جانب مفكرين آخرين، القواعد التي تشكل ما يسمى بالتناقض الفلسفي بين ترقية الحياة التي عبر عنها في أعماله، وإمكانية التخلص من الحياة في حالة الظروف المؤلمة: « إن التفكير في الانتحار هو تعزية قوية تسمح بتجاوز ليال سيئة » (Nietzsche, 1886/1987, p.157)، ويمكننا أن نلتقي بهذا التناقض عند Mouloud Feraoun (1957) في روايته *Les chemins qui montent* إذ ينتهي الصراع بين الحياة والموت بانتحار أعمر نعمر، الشخصية الرئيسية لهذه الرواية.

وبسنوات قليلة بعد Nietzsche، نشر Durkheim (1990) سنة 1897 كتابه حول دراسة الانتحار حيث قسم الانتحار إلى ثلاثة أشكال (الانتحار الأناني، الغيري، الأنومي أو اللامعياري)؛ أصبح الانتحار إذن موضوع دراسة للعلوم الإنسانية والاجتماعية، واغتنى في بداية القرن العشرين بمفاهيم كـ « السوداوية »، «غريزة الموت »، « نرفانا » التي أتى بها Freud، وبدأت الثورة في علم النفس تفرض نفسها بأفكار ومفاهيم علمية حيث أسس Edwin Scheidman ، الذي يعتبر حاليا كأب « علم الانتحار »،في سنه 1958، مركز لوس أنجلس للوقاية من الانتحار (Caroli & Guedj, 1999).

وكما تطورت الأفكار الفلسفية حول الانتحار: أدخل Camus في سنة 1942 وجهة نظر فلسفية جديدة فيما يخص الانتحار وعلاقته بالموت حيث كتب منذ الصفحة الأولى من كتابه *Mythe de Sisyphe* :« لا يوجد إلا تساؤل فلسفي جدي: هو الانتحار »، فالوجود هو حركة تمرد ضد سخافة (absurdité) الختام (finitude)، تتمثل سخافة هذه الأسطورة في كون المسكين Sisyphe يمضي وقته في جر برميل إلى أعلى التل ليشاهده يتدحرج فيما بعد، ومن المحتمل أننا نواجه نفس المعاش التكراري في ظروف الحياة اليومية وبالتالي يمكننا طرح تساؤلات كـ « لماذا نعيش؟ » (Pommier, 2011)؛ وفي سياق روحاني عاد Cioran إلى الانفراج النيشي المرتبط بفكرة الحرية ليقول: « ما يجعلني متعلق بالحياة هي فكرة الانتحار، لولا فكرة الانتحار لقتلت حتما نفسي » (as cited in Vandevoorde, 2013, p.9).

وتعتبر هذه المراجع الفلسفية مفاتيح حقيقية في تاريخ الأفكار حول الانتحار، ولكن أيضا في عيادة محاولي الانتحار لأنه ليس من النادر أن نلاحظ عند هؤلاء الأفراد، في أعز صراعاتهم الداخلية العاصفة، البحث عن الطمأنينة أو في بعض الأحيان، الغزو المفاجئ لعقلهم من طرف سيناريوهات انتحارية غريبة بالرغم من حياتهم التي يصفونها بالسعيدة (Vandevoorde, 2013).

1-2- تعريف وتصنيف الأفعال الانتحارية

في اللغة العربية، كلمة انتحار مشتقة من فعل « نحر » أي ذبح و قتل، انتحر الشخص أي ذبح نفسه وقتلها (الجيوشي، دون سنة).

أما في اللغة الفرنسية فكلمة suicide هي من أصل لاتيني: sui اسم يعني « الذات » و cide مشتق من فعل caedere الذي يعني « يقتل » وقد أدخلت كلمة suicide في اللغة الفرنسية في القرن الثامن عشر لتأخذ مكان العبارة «homicide de soi-même» (Pommereau, 2001). ولقد استعملت كلمة suicide لأول مرة عام 1737 من طرف Desfontaines (Moron, 1999).

يضم السلوك الانتحاري حسب Merken الانتحار، المحاولة الانتحارية، التصرفات والأفكار الانتحارية. ويشير Apter إلى أن العديد من المؤلفين في الوقت الحالي يتفقون حول فكرة تواجد استمرارية بين الغياب الكلي لأفكار الانتحار والانتحار الناجح (Loumaye, 2000). لذلك يجب الإشارة إلى أنه برغم الاختلاف الموجود بين الانتحار، المحاولة الانتحارية، والأفكار الانتحارية، فهي فئات تضم نقطة مشتركة وذات أهمية، وتتمثل في كونها تشير إلى رفض الفرد لكل ما يدفعه للتمسك بالحياة (Debout, 1996).

- يعرف *الانتحار* كعدوان على الذات، شعوري وإرادي، يسبب الموت (مراس ، 2001) ويمكن للانتحار أن يكون انتحار عقلاني أي يمارس حسب اعتبارات أخلاقية، اجتماعية دينية فلسفية أو شخصية أو بالعكس كفعل مرضي يأتي خلال تطور مختلف الاضطرابات العقلية (الاكتئاب، هذيان مزمن، الخ) أو خلال أزمة وجودية شديدة. ويمكن أن يكون للانتحار ثلاث وظائف مختلفة: يكون الانتحار بالنسبة لبعض الأفراد وسيلة تجنب، الهروب من وضع هم عاجزون عن قبوله. أما بالنسبة للآخرين، فالانتحار هو ميل عدواني غير ممكن توجيهه ضد الغير. إنهم يعتدون مع ذلك على من يحيطون بهم حين يعتدون على حياتهم هم، ذلك أن على من يحيطون بهم أن يواجهوا الحزن وتأنيب الضمير. ويعتبر الانتحار بالنسبة للكثير، أخيرا رسالة يائسة تعبر عن ضروب اللوم الموجهة إلى الغير وعلى اللامبالاة (Bloch,

Dépret, Gallo et al., 2002). ويعرفه Baechler (2009) ككل سلوك يبحث ويجد حل لمشكل وجودي في قتل الفرد لنفسه.

- *الأفكار الانتحارية* هي مشاريع الانتحار دون أن يكون هناك مرور إلى الفعل، وهي تنتج عن تمركز الأفكار السوداء التي تعبر عن نفسها عندما لا يستطيع الفرد ربط لغته وخطابه الداخلي (Pommereau, 2001).

- *التصرفات الانتحارية* هي مجموعة من التصرفات الخطيرة التي يقوم بها الفرد تجعله موضع الخطر أو الهلاك لكنه ينفي ذلك، عكس الملاحظ الخارجي الذي يؤكد خطورة التصرف (Loumaye, 2000).

- *المحاولة الانتحارية* هي فعل إرادي يقوم به الشخص للتخلص من نفسه بدون أن ينجح في ذلك. والشخص الانتحاري هو شخص قام بمحاولة أو عدة محاولات انتحارية، وترتفع عدد محاولات الانتحار بعشر مرات عن عدد حالات الانتحار الكلي (Bloch, Dépret, Gallo et al., 2002).

وأمام تعدد المحاولات الانتحارية يطرح السؤال نفسه حول إمكانية تصنيفها. نجد في الأدب المخصص للانتحار عدة اقتراحات في هذا الشأن انطلاقا من تحديد مجموعات من المفحوصين الذين قاموا بنفس الأفعال الانتحارية، وبالتالي لا يتم تصنيف المفحوصين حسب خصائصهم الشخصية (صغار كبار، نوع الاضطراب) ولكن حسب الفعل الانتحاري حيث نميز في هذا الصدد: (1) محاولات انتحارية "خطيرة"، "جدية": هي محاولات تستلزم الدخول إلى المستشفى، (2) محاولات انتحارية "عنيفة": الشنق، السلاح الأبيض، السلاح الناري، الغرق.

يسمح هذا التصنيف بدراسة تواجد خصائص مشتركة لأشخاص ينتمون إلى نفس الفئة، إلا أنه من الناحية التطبيقية من الأفضل اعتبار كل محاولة انتحارية خطيرة وبالتالي تستدعي ضرورة الدخول إلى المستشفى وتلقي علاج متخصص. ويمكننا الاحتفاظ بثلاث فئات كبيرة من أفعال الاعتداء على الذات بهدف التمييز بينها: (1) المحاولات الانتحارية: تكون هنا الرغبة في الموت واضحة أو لا ترفض كلية فكرة الموت، (2) أفعال تشويه الذات: تستعمل هذه الأفعال بشكل متكرر كوسيلة فعالة ولكن خطيرة من أجل التعامل مع الضغوط أو الألم الداخلي، (3) التصرفات الخطيرة. توجد عدة نقاط انتقال بين هذه الفئات: أحيانا هناك بحث نشيط على الموت، أحيانا أخرى هي فكرة محتملة، وأحيانا يظهر أن الموت هو فكرة غائبة تماما ويمكن أن تأتي تدريجيا إلى الشعور (Granier, 2006).

وأدى ظهور منهجيات البحث المختلفة (مقارنة المجموعات، تحديد لعينات تمثيلية، الخ) وتعدد الحالات العيادية إلى ظهور تعاريف وتصنيفات معقدة إلى جانب الأبعاد السياسية، الطبية، القانونية، التاريخية والجغرافية التي تتدخل في تعريف الأفعال الانتحارية. وتم تحديد ثلاث أسباب أساسية للموت: الموت الناتج عن حادث، الموت الطبيعي والموت عن طريق القتل. ويميز أغلبية المؤلفين بين الانتحار وهذه الأسباب الثلاثة باعتبار أن أصل الموت فيما يخص الانتحار هو فعل الاعتداء على الذات، إلا أنه في بعض الحالات يصعب التمييز بين الموت الناتج عن الانتحار وذلك الناتجة عن حادث ما، على سبيل المثال يمكننا ذكر أفعال تشويه الذات وبعض التصرفات الخطيرة (كقطع السكك الحديدية ثواني قليلة قبل مرور القطار) التي يمكن أن تؤدي إلى نتائج وخيمة، أو مبادرة بعض الأشخاص في حالة ما نسميه بالانتحار الخامل (انتظار الإصابة بمرض مزمن أو الموت من طرف شرطي)، هذا إضافة إلى ضرورة التمييز، داخل فئة أفعال الاعتداء على الذات، لتلك الأفعال التي حفزتها حقا الرغبة في الموت وضرورة الأخذ بعين الاعتبار للبعد التحريضي للفعل الانتحاري تجاه المحيط (نداء الإغاثة) وهي كلها عوامل تساهم في التمييز بين مختلف أشكال الأفعال الانتحارية. ويمكن معارضة فكرة أن درجة إماتة الوسيلة المستعملة مرتبطة بالرغبة في الموت لأن بعض الأشخاص في حالة اندفاع حركي كبير يمارسون فعلا أكثر عنفا مما توقعوا فعله في البداية.

ولهذا اتجه بعض المؤلفين نحو مصطلح المقصد في الموت (l'intention de mourir)، في هذا الإطار وانطلاقا من تلخيص ومقارنة مختلف تعاريف الانتحار التي قدمت في السنوات الأخيرة يرى De Leo وزملاؤه (Vandevoorde, 2013) أن المقصد في الموت هو الوسيلة الوحيدة التي تسمح بالتمييز بين السلوك الانتحاري والحادث، وبرغم النقائض المرتبطة باستعمال هذا المصطلح (كصعوبة إعطاء تعريف إجرائي لهذا المصطلح، الضرورة التي يتطلبها بوضع درجات ومستويات، معناه الغامض استحالة الحصول عليه في حالة موت الشخص، التواجد المتناقض عند الفرد لحركات الموت والحياة...) فهم يؤكدون أن إلغاء هذا المصطلح من تعريف الأفعال الانتحارية لا يسمح بالتمييز بين الانتحار والحادث ويؤدي إلى عدم تجانس حقيقي في عينات الأفراد.

1-3- إبديميولوجية الانتحار

1-3-1- إشكالية الانتحار في العالم

تبذل الهيئات الدولية، منذ سنوات، مجهودات كبيرة لمعرفة مدى انتشار الأفعال الانتحارية في العالم. ولقد أشارت التقديرات الأخيرة (2005، 2006، 2009) للمنظمة العالمية للصحة إلى حوالي مليون وفاة بسبب الانتحار في العالم خلال سنة الألفين. وارتفع عدد الوفيات بسبب الانتحار في السنوات الخمسة وأربعون الأخيرة، سواء في الدول المتطورة أو في التي هي في طريق النمو بنسبة 60%. ونتحدث عن انتحار واحد وأكثر من 20 محاولة انتحار في كل 40 ثانية. ويموت شخص واحد على الأقل بسبب الانتحار من بين 6 أشخاص ينتمون إلى نفس المحيط، وأحيانا يصل عدد الوفيات حتى 100 (في حالة مدرسة ما مثلا).

يظهر أن الانتحار يمس أكثر فئة الأشخاص المسنين، إلا أنه في بعض الأحيان تنتقل النسبة الكبيرة من الوفيات إلى فئة السن التي تتراوح بين 35 و45 سنة. يحتل الانتحار المرتبة الثالثة عشر من بين أسباب الموت على المستوى العالمي. وتقدر نسبة ارتباط المرور إلى الفعل الانتحاري الخطير باضطراب عقلي بـ 90%. أما من الناحية الجغرافية وحسب المعطيات الإبدميولوجية للمنظمة العالمية للصحة لسنة 2011 فينتشر الانتحار بصفة مرتفعة في كل من القارة الأوروبية وأمريكا الشمالية (Vandevoorde, 2013 ; Anaes, 2001).

وفي الأخير يمثل الانتحار ما بين 1.7% و2.3% من النفقات المالية العالمية المخصصة للأمراض (Vandevoorde, 2013). من الناحية التطبيقية، لقد بينت دراسة أمريكية قام بها Rogers وزملائه سنة 2001، أن 71% من المختصين العياديين الذين يعملون في حقل الصحة العقلية لديهم على الأقل مفحوص انتحاري واحد في استشارتهم، وتشير دراسة أمريكية أخرى لـ McAdams وFoster سنة 2000 إلى أن 23% من العياديين عرفوا على الأقل وفاة مفحوص واحد بسبب الانتحار (Terra & Pacaut-Troncin, 2008).

1-3-2- إشكالية الانتحار في الجزائر

يشير بعض المختصين إلى غياب الإحصائيات حول الانتحار في العالم العربي، أما في حالة وجودها فهي تفتقر إلى التجديد. وكما تمس هذه الظاهرة بلاد المغرب الذي تنقصه أيضا معطيات دقيقة حول هذه

الظاهرة. وفي غياب تحقيقات منتظمة، تأتي الأعداد القليلة من مقالات الصحافة المكتوبة أو من دراسات صغيرة تقتصر على مدينة أو ولاية ما (Djaoui, 2012).

ولقد قام الطبيب العقلي الجزائري Bensmail (1992)، بدراسة إيبدميولوجية حول الانتحار ومحاولات الانتحار وقد تمت على فترتين، الأولى تخص سنوات (72، 73، 74) والثانية تخص سنة 1987، ليشير إلى الأعداد التالية فيما يخص الانتحار في المغرب العربي (المغرب الأقصى، الجزائر، تونس):

- لا يوجد فرق كبير بين البلدان الثلاثة فيما يخص النسبة السنوية لمحاولات الانتحار التي تنخفض بكثير مقارنة بأوروبا. تبلغ عدد المحاولات بين 31 و34 بالنسبة لمائة ألف (100000) ساكن، مع هيمنة فئة الشباب (70% أقل من 25 سنة)، خاصة العنصر الأنثوي بمعدل امرأتين مقابل رجل واحد، ونسبة منخفضة (0 إلى 0.7%) جدا عند فئة الشيخوخة (أكثر من 60 سنة).

- وفيما يخص الانتحار، فالنسب السنوية منخفضة نسبيا: 2 بالنسبة 100000 ساكن في الجزائر والمغرب، 4.5 بالنسبة 100000 ساكن في تونس (تصل هذه النسبة إلى 20 في فرنسا).

وفسر الباحث ندرة الانتحار في المجتمع التقليدي الجزائري بالدور الذي يلعبه الدين الإسلامي الذي ينص على احترام الحياة البشرية ويحرم الانتحار بشدة من جهة، ومن جهة أخرى بدور النسق الأسري والاجتماعي المرتكز على التماسك والتضامن. وأعاد ظهور الأفعال الانتحارية في الجزائر بعد 1962 إلى التغيرات الاجتماعية، الاقتصادية والثقافية وانعكاساتها على الفرد الجزائري.

عرفت الجزائر إذن بعد الاستقلال ارتفاع نسب الانتحار، وأشارت بعض الدارسات (Kacha, 1971) إلى دور الانفجار الديمغرافي وازدياد الطابع الحضري للمجتمع في الرفع من هشاشة العلاقات الأسرية والاجتماعية وبالتالي في الظهور المتزايد للأفعال الانتحارية. وتواصلت الدراسات (التي يطغى عليها الطابع الطبي) المنجزة في أكبر المراكز الإستشفائية في الجرائر إلى يومنا هذا، إلا أنها تقتصر في أغلب الأحيان على منطقة معينة في الجزائر وكما تكتفي بتناول وصفي لمختلف الظواهر الانتحارية.

وبهدف التطرق إلى ظاهرة الانتحار من خلال جوانبه المتعددة (الإبدميولوجي، النفسي الانثروبولوجي والعلاجي) بادر المركز الوطني للبحث في الأونثروبولوجيا الاجتماعية والثقافية (CRASC) بوهران سنة 2003 ببحث حول الانتحار ومحاولات الانتحار. تم التطرق إلى مختلف الجوانب من طرف فرقة متعددة

التخصصات ليشيروا إلى مختلف الصعوبات التي تواجه البحث حول الانتحار في الجزائر في النقاط التالية (Mimouni, Sebaa, Mimouni, & Djaoui, 2010):

1- الأسباب الاجتماعية – الأنثروبولوجية: يعاش الانتحار كفعل ذميم و"مخجل" تخفيه العائلات حتى تحمي نفسها وصورتها من عار الانتماء إلى عائلة المنتحر.

2- الخوف من التعقيدات الإدارية لاسترجاع الجثة، وكذا الشعور بالتنافر تجاه التشريح مما يشجع الصمت.
3- تردد المفحوصين في الحديث عن محاولتهم الانتحارية بهدف النسيان أو تجنب التمييز السلبي، خاصة الفتيات التي تواجه أكثر مشكل التمييز نظرا لطابو العذرية.

4 - لا تعتبر المؤسسات في غالب الأحيان الانتحار كحقيقة ومشكل للصحة العمومية يجب الاهتمام به لذلك يكتفي الهيكل الطبي بذكر أسباب الوفاة (أزمة قلبية الاختناق، نزيف دموي) في السجلات دون الإشارة إلى الانتحار مما يزيد من صعوبة الحصول على نسب صحيحة.

5- غياب برنامج معلوماتي في متناول المصالح المعنية.

6- قلة الاتصال بين مصالح الطب الشرعي والمؤسسات الوطنية الأخرى (الدرك الوطني، الديوان الوطني للإحصاء...)

7- تبعثر في عمل المصالح المعنية (التحقيق تقوم به الشرطة، نقل الجثة يتم من طرف الحماية المدنية...) مما يصعب عملية جمع المعطيات.

8- تردد المصالح المعنية في إعطاء المعلومات حول الموضوع.

9- وأخيرا، الخرافية والخوف من الطابو. فذكر المأساة يثير الخوف عند الشخص الذي يجيب بعبارة متعصبة: "بعيد الشر"، وكأن ذكر الشر يؤدي إلى حدوثه.

وتؤكد مختلف الأعمال حول الانتحار في الجزائر، على اختلاف منهجيتها وانتماءها الأكاديمي (مختلف التخصصات)، على أن الانتحار فعل يزيد في الانتشار ليمس مختلف مناطق البلاد، مما يتطلب التفكير في سياسة صحية وطنية مناسبة من أجل الوقاية والعلاج.

ولا يمكننا اختتام هذا العنصر دون ذكر ما يحدث أمام أعيننا فيما يخص ظاهرة الانتحار عن طريق الحرق بالنار التي ظهرت مؤخرا (2010) في تونس لتنتشر بسرعة في الجزائر. يتحدث الضحايا عن

البطالة، الإذلال، الشعور بالإقصاء وسوء العيش إلى جانب عوامل أخرى لتبرير فعلهم. لكن وعلى غرار الهشاشة النرجسية، ضعف الإرصان النفسي والرمزي الذي يشير إليه كل مرور إلى الفعل، تندرج ظاهرة حرق النفس في معادلة متناقضة تحمل رمزية كبيرة: يواجه الشاب في محاولته اليائسة لحرق نفسه الأفراد الأقوياء، الأفراد القادرين، في حين أنه لا يملك أية قدرة ضدهم ما عدا الشيء الوحيد الذي يمتلكه ويتحكم فيه أي جسده، وبالتالي حرقه يبين أنه هو أيضا قادر (Bouatta, 2012, pp.68-68). ويبقى حرق النفس شكل جديد من أشكال الانتحار يتطلب فهمه الرجوع إلى مختلف العلوم الإنسانية (Guenaou, ; Bouatta, 2012 2014).

2- التناول السياقي للانتحار: عوامل خطر المرور إلى الفعل الانتحاري

يقصد بالتناول السياقي محاولة فهم وتفسير السلوك الانتحاري انطلاقا من وضع بورتريه عيادي دقيق لفئة محاولي الانتحار أو الأشخاص المنتحرين، وهذا من خلال تحديد مدى تأثير متغير ما على إنتاج الفعل الانتحاري، ففي حالة التأثير الإيجابي يندرج المتغير فيما يسمى في الأدب النظري بعامل الخطر.

2-1- تعريف مصطلح عامل الخطر (FACTEUR DE RISQUE)

يستعمل عامة مصطلح "عامل الخطر" عندما نحدد نسبة كبيرة للظهور المتوازي لمتغيرين، ويرتبط عامل الخطر من الناحية الإحصائية بظهور ظاهرة ما على مستوى فئة ما، لكن لا يمثل على المستوى الفردي سببا ضروريا، بمعنى آخر، نتحدث عن عامل الخطر عندما يكون لمتغير ما وزن كبير في مجموعة معينة مقارنة بمجموعة ضابطة حيث أن الوزن الذي يميز بين هاتين المجموعتين له دلالة إحصائية.

ويعرف عامل الخطر باحتمال أن لعنصر ما (خاصية، بعد، حادث خارجي، الخ) تأثير في بروز سلوك نفسي (عرض، سلوك، أفكار، انفعالات...). ويلعب اكتشاف عوامل الخطر دورا هاما في الوقاية وفي فهم السلوك الانتحاري، لكن يجب مرافقة تطبيقها بنظرية قوية (Vandevoorde, 2013). لذلك اقترح Shea (2008) مصطلح "مؤشر الخطر" (prédicteur de risque) للإشارة إلى مميزات خاصة بفرد ما تدل على خطر انتحاري مداهم عند نفس هذا الفرد مما يسمح بالانتقال من سلم جماعي إلى سلم فردي.

2-2- عوامل خطر المرور إلى الفعل الانتحاري

تتجاوز قائمة عوامل خطر المرور إلى الفعل الانتحاري المائة، ونظرا للطبيعة المعقدة التي تميزها، نكتفي هنا بعرض أهم العوامل التي حصرها Morasz وDanet (2008) في ثمانية قطاعات:

- **عوامل خطر سيكاترية:** تتعلق هذه العوامل بدور المرض العقلي في الإشكالية الانتحارية. وتعتبر كعامل الخطر الأكثر وزنا في الانتحار حيث أن 90 % من الأشخاص المنتحرين يعانون من ضطراب عقلي حين موتهم (Anaes, 2001). استنتج Staikowsky وآخرون في حوصلتهما الأدبية عام 2008 أن خطر الانتحار يرتفع بـ 20 إلى 120 مرة عند الأشخاص الذين يعانون من اضطراب عقلي مقارنة بالفئة العادية (Vandevoorde, 2013). كما أن تواجد عدة تشخيصات يرفع من الخطر الانتحاري بعدد 20 في حالة تواجد ثلاث تشخيصات (Anaes, 2001). تأتي اضطرابات المزاج في المرتبة الأولى إلا أنه من الناحية النظرية كل المتغيرات السيكاترية مرتبطة بالخطر الانتحاري (Philippe, 2000).

- **عوامل خطر نفسية:** ترتبط بتوظيف الشخص في حد ذاته وتضم مجالات متعددة كالشخصية، المعارف، الحالة الانفعالية. وتعتبر الأفكار الانتحارية من العوامل الأكثر شيوعا حيث تشير Anaes (2001) إلى أن 80 % من محاولي الانتحار أو المنتحرين كان لديهم أفكار انتحارية قبل المرور إلى الفعل الانتحاري. وترتفع نسبة المرور إلى الفعل الانتحار عند تواجد سيناريو انتحاري. وغالبا ما يذكر في الأدب العلمي دور التنسيق الانفعالي حيث أشار العديد من الباحثين (Marcelli & Berthaut, 2001 ; Charazac-Brunel, 2002) إلى أن محاولي الانتحار هم أكثر عرضة للغضب، الاكتئاب، العدوانية، ويعانون من انخفاض كبير في الانفعالات الإيجابية (الفرح).

- **عوامل خطر تاريخية:** تتمثل في العناصر التاريخية للشخص والحوادث التي يتعرض لها والتي بإمكانها أن تلعب دورا هاما في الإشكالية الانتحارية، فتجارب الحياة المؤلمة (زنا المحارم، العنف الصدمات)، السوابق السيكاترية والوضع في المركز هي من بين العوامل التاريخية. ترتبط هذه العوامل أساسا بحوادث الحياة المبكرة التي تخص تجارب الانفصال وسوء المعاملة والتي تساهم في بناء شخصية الفرد. غالبا ما نلتقي في التاريخ الشخصي للأشخاص الذين قاموا بمحاولات انتحارية أحداث صدمية مبكرة تحدث هشاشة في الشخصية وتمثل شكلا من أشكال الاستعداد لمواجهة صدمات نفسية وتجارب انتحارية في المستقبل. ويؤكد بعض المختصين على أن هناك ارتباط كبير ومباشر بين المرور إلى الفعل الانتحاري وبعض الصدمات المبكرة (Pommereau, 2001).

لقد أشار العديد من المختصين انطلاقا من عيادة المراهقين والراشدين الانتحاريين إلى ارتفاع عدد الأحداث المبكرة في طفولتهم، كما سجلوا ارتفاع نسبة هذه الأحداث عند الأشخاص الذين يعانون من اضطرابات حادة في الشخصية، فالاندفاعية، الاضطرابات السلوكية، الصعوبات الحادة في العلاقات مع الآخرين (الحالات الحدية مثلا) (Hardy, 2002) هي علامات غالبا ما نجدها عند أشخاص قاموا بمحاولات انتحارية متكررة. ويمكن لأحداث الحياة المبكرة أن تتعلق بـ:

- علاقات والدية غير متكيفة (العنف، الحماية المفرطة، الرفض، أسلوب والدي مشوش، النقص أو الإفراط في السلطة).
- تجارب سوء المعاملة (الإهمال، الاعتداءات الجنسية، العنف).

- تجارب الانفصال الصدمي (الحداد، الوضع في مركز).

يمكن لمختلف هذه الجوانب من سوء المعاملة أن تتواجد في نفس الوقت. وتعتبر تجارب سوء المعاملة في مرحلة الطفولة المبكرة من بين العوامل الصدمية المبكرة التي درست من طرف العديد من الباحثين حيث لاحظ Brent وزملاؤه في دراسة قاموا بها عام 1994، ارتفاع نسبة السوابق في سوء المعاملة الجسدية أثناء مرحلة الطفولة عند المراهقين الذين توفوا عن طريق الانتحار مقارنة بمجموعات ضابطة كما توصل Glowinski وزملاؤه في دراستهم عام 2001 حول مجموعة متكونة من 3000 توأم فحصوا في مرحلة المراهقة، إلى أن سوابق سوء المعاملة الجسدية تعتبر من العوامل الأكثر حضورا في المحاولات الانتحارية المستقبلية. وتوصلت أغلب المقارنات في هذا الشأن إلى نفس النتائج.

إلا أنه، ولحسن الحظ، لا يموت ضحايا سوء المعاملة عن طريق الانتحار إلا نادرا مقارنة بخطورة هذا العامل. وقد اهتم Dervic في دراسة جماعية سنة 2006 بهذا الموضوع حيث تمت المقارنة بين مجموعة من محاولي الانتحار ومجموعة ضابطة داخل مجموعة تتكون من 119 مفحوص أدخلوا إلى المستشفي بسبب الاكتئاب، وذكروا سوابق سوء المعاملة في الطفولة، توصل الباحثون إلى أن: محاولي الانتحار كانوا أصغر سنا وتحصلوا على درجات عالية في التقييم الذاتي فيما يخص الاكتئاب والانتحارية، وكما أظهروا أكبر نسبة من اضطرابات الشخصية التي تحتوى على بعد اندفاعي، وكما أظهروا القليل من الحواجز الأخلاقية أو الدينية التي تمنع من إنجاز الفعل الانتحاري (Caillard & Chastang, 2010).

تعتبر المحاولة الانتحارية السابقة، حسب العديد من الدراسات (Marcelli & Berthaut 2001)، من المتغيرات الأكثر تنبؤا بخطر القيام بفعل انتحاري. ولقد توصل Suominen وفرقته في الدراسة التي قاموا بها والتي تابعوا من خلالها 98 محاولي انتحاري لمدة 37 سنة إلى أن محاولة انتحارية واحدة تمثل عامل خطر في الحياة بأكملها، غير أن باحثين آخرين أشاروا إلى ضرورة مرافقة هذا العامل بمتغيرات أخرى (Vandevoorde, 2013).

- **العوامل المحيطية للخطر:** وتضم المتغيرات المرتبطة بالظروف الزمنية والمكانية التي تحيط بالشخص كتواجد وسائل خطيرة في متناوله، المحيط العقابي (السجن) وتأثير العوامل الاجتماعية والديمغرافية (Brandibas & Séguin, 2007).

- **العوامل العائلية للخطر:** هي عوامل تخص أساسا البناءات الانفعالية المرتبطة بالمحيط القريب وتأثير التناقل العائلي كسوابق المرور إلى الفعل الانتحاري أو الاضطرابات العقلية في الأجيال السابقة (Charazac-Brunel, 2002)، الأشخاص الأكثر عرضة للانتحار هم الذين يعانون من الترمل والطلاق مقارنة بالمتزوجين (Brian, Tousignant & Tousignant, 2004)، ويؤكد بعض المختصين على دور مراحل الانفصال الانفعالي (بين الزواج والطلاق) التي ترفع من نسبة الخطر الانتحاري أربع مرات.

وأوضحت دراسة ما بين الأجيال قام بها Brodsky مع فرقته سنة 2008 كل التعقيد المتواجد بين الديناميكية الانتحارية والانتحار. وتتمثل أهمية هذه الدراسة في الانطلاق من عمل حول أفراد مكتئبين يعانون أم لا من سوابق سوء المعاملة (الجنسية، أو الجنسية والجسدية) في الطفولة، ومتابعة مستقبلهم ومستقبل أولادهم. بما أن المفحوصات اللائي عانين من سوء المعاملة (أكثر صغرا في السن، من مستويين دراسي و اجتماعي منخفضين) يعانين في أغلب الأحيان من اضطراب الضغط ما بعد الصدمة والاعتداءات المضرة مقارنة بغير المصدومات، وقمن في أغلب الأحيان بمحاولات انتحارية (مرتبطة خاصة بسوابق الاعتداء الجنسي) فإن هذا يؤكد على النتائج التي توصلت إليها الدراسات الأخرى فيما يخص هذا الموضوع، وتتمثل النتائج الأكثر أهمية لهذه الدراسة في تحديد، انطلاقا من سابق الاعتداء الجنسي المبكر عند أحد الوالدين، كوكبة من الاضطرابات التي تمس ذريتهم مع نتائج غير مباشرة تمس أطفالهم الذين يصبحون ضحية جنسية ويواجهون محاولات انتحارية. يصبح أطفال الضحايا ضحايا بدورهم وسيعانون من ضغط ما بعد الصدمة وتحتوي شخصيتهم على أبعاد اندفاعية، وتؤكد هذه الدراسة العلمية الصارمة الملاحظات حول التناقل ما بين الأجيال للمنخات العائلية التي تتميز "بزنا المحارم"(Caillard & Chastang, 2010).

- **العوامل الاجتماعية للخطر:** تخص العلاقات ووضعية الشخص بين الأفراد الآخرين الذين ينتمون إلى مجتمع ما، فالبطالة، الانتماء إلى الجنس الذكري، القيام بمهنة تحتوى على خطر، المشاكل المهنية والعلاقات العدوانية مع الآخرين كلها عوامل ترفع من نسبة الخطر الانتحاري (Anaes, 2001).

- **العوامل الظرفية للخطر:** تتعلق بحوادث الحياة التي تسرع من ظهور الأزمة الانتحارية إذ يمكن لتحريضات الانفعالية وفقدان التوازن في الاستقرار اليومي قطع التنظيم النفسي للفرد بصفة ظرفية ولكن كافية وبشكل خطير. و في هذا الإطار، فقد أشار Heikkinen في دراسة جماعية عام 1994 إلى أن 80% من الأشخاص المنتحرين عرفوا حادثا سلبيا في حياتهم خلال الأشهر الثلاثة قبل الفعل الانتحاري (مشكل مهني، اضطراب عائلي، مرض سوماتي مشكل مادي، البطالة، وفاة ومرض في العائلة) (Vandevoorde, 2013).

نظرا للعدد الهائل من المتغيرات التي تعتبر كعوامل خطر المرور إلى الفعل الانتحاري، اقترحت Anaes (2001) ترتيب العوامل حسب ثلاث مستويات:

- عوامل الخطر الأولية: الاضطراب العقلي، السوابق الانتحارية الشخصية أو الانتحارية التعبير عن مقصد انتحاري.

- عوامل الخطر الثانوية: فقدان مبكر لأحد الوالدين أو كليهما، الانعزال الاجتماعي، البطالة، الصعوبة المهنية والمادية، حوادث الحياة السلبية.

- عوامل الخطر الإضافية: الجنس الذكري، السن متأخر، مرحلة الهشاشة.

من بين الأحداث الحالية التي يمكن أن تكون انتحارية نجد الحداد الذي يشكل عامل خطر لجميع التصرفات الانتحارية، انطلاقا من تزايد الأفكار الانتحارية إلى الانتحار الفعلي مرورا بالمحاولات الانتحارية. يؤدي الترميل إلى تزايد خطر الموت عن طريق الانتحار. للحداد المعقد الذي يظهر مؤخرا (بعد ستة أشهر من الوفاة) عدة أوجه مشتركة مع ظواهر ضغط ما بعد الصدمة حيث يمكن أن يمس 10% إلى 20% من الأفراد في حداد، كما ترتفع نسبة محاولات الانتحار في هذه الفئة. وللحداد الصدمي وزن انتحاري ثقيل عندما يتعلق الأمر بموت عنيف عن طريق الانتحار لفرد مقرب.

ويمكن لأحداث صدمية أخرى تعجيل أو إيقاظ إشكالية انتحارية كما هو الحال بالنسبة لتجارب الانقطاع ألحميمي أو العنف الحالي سواء الجسدي أو الجنسي الذي يتعرض إليه الفرد في إطار زوجي مرضي، ففي بعض الأحيان نلاحظ من خلال فحص هذه المواقف أن هناك اختلالا في توازن هش عند أفراد عرفوا أحداثا مضطربة مبكرة، وفي بعض الأحيان، أمام ملاحظة بعض مسيرات التعرض التكراري إلى نفس النوع من المواقف نتساءل حول ما إذا كانت هناك ظاهرة لاشعورية يعتبر من خلالها الشخص نفسه ضحية عنف من طرف أب مدمن ستحاول بشكل متكرر إعادة علاقات تؤدي من الأول إلى الفشل مع أشخاص هم أيضا مدمنين على الكحول، أو الضحية الشابة التي تعرضت إلى سوء معاملة جنسية مبكرة ستكرر التصرفات الخطيرة التي تجعلها هشة أو ضحية للمعتدين في المستقبل.

تتميز إذن سلسلة الأسباب بين أحداث الحياة المبكرة والحالية بالتعقيد الكبير، فأحداث الحياة المبكرة تخلق ساحة هشة (حتى عن طريق تدخل عوامل بيولوجية) تسهل الانقطاع الاكتئابي أو الانتحاري في سن الرشد ولكن أيضا، في بعض الحالات، خلق سياقات صدمية متأخرة بشكل فعال (Caillard & Chastang, 2010).

3- التناول التسلسلي للانتحار : مكونات الأزمة الانتحارية

لقد اقترح العديد من المؤلفين وجهات نظر عديدة حول الإشكالية الانتحارية بالتركيز أساسا علي البعد الديناميكي للمرور إلى الفعل إلى جانب نقاط الهشاشة التي تحدثنا عنها في النقطة السابقة: تأخذ هذه التوجيهات الحركة السيكوباتولوجية في مجملها مع مرافقتها ببروز فترة ومكونات خاصة لتؤكد على أن الفعل الانتحاري لا ينتج فقط عن المواجهة بين فشل موارد الفرد وضغط خارجي أو داخلي وإنما هو نتيجة لصيرورة يتطور من خلالها الفعل الانتحاري تدريجيا حتى يصل إلى حالة مرضية ومنفجرة.

3-1- التناذر ما قبل الانتحار (SYNDROME PRÉ-SUICIDAIRE)

يعود الفضل في وصف تناذر ما قبل الانتحار، سنة 1958، إلى Ringel ويعتبر من بين النماذج الإكلينيكية التي عرّفت الحالة النفسية الخاصة التي تسبق المرور إلي الفعل الانتحاري، يتعلق الأمر بتشكيلة سيكوباتولوجية قاعدية خارجة عن النطاق النوزوغرافي حيث يمكن ربط مختلف المكونات باضطراب سيكاتري معين، بحوادث الحياة أو بالسياق النفسي الاجتماعي. بالرغم من أن تناذر ما قبل الانتحار وصف قبل أكثر من نصف قرن إلا أن بعض مكوناته نجدها حاليا في النظريات المعرفية السلوكية.

تضم الثلاثية المكونة لتناذر ما قبل الانتحار موقف من الحصر (situation de constriction)، عدوانية غير معبر عنها (عن طريق الكلمات) وإنتاج أفكار وهومات انتحارية.

- الحصر: يمكن أن يكون ناتجا عن موقف ما، موقف واقعي كالحداد والهجر، كما يمكن أن يكون ردبا وجوديا (مرض أو إعاقة جسدية) تعرض إليه الشخص أو ساهم فيه بأفعاله الذاتية، وفي بعض الأحيان يمكن أن يتعلق الأمر بموقف رمزي وحتى هذياني كما يحدث في حالة السوداوية والبرانويا. وتؤدي المكونة الديناميكية للحصر إلى الصلابة في الإدراك والتداعيات والتقليص من تنوع التصرفات التي تصبح صلبة. وتؤدي المكونة الانفعالية إلى التقليص من القدرة التكيفية لشخص وإلى فقر ميكانزمات التوازن الانفعالي وفي القدرة على استغلال الوقت اللازم لأخذ القرارات حيث يكون إدراك الوقت حسب Ringel جامدا ويوافق ما وصفه الظواهريون بالإشكالية السوداوية.

يشير الخلل في ميكانزمات التوازن في إطار المكونة الانفعالية إلى ميكانزمات مرضية نجدها في الحالات الاكتئابية وحالات القلق. كما يوضح الحصر الانفعالي مرحلة الهدوء الظاهر التي تسبق، بعد أخذ القرار، المرور إلى الفعل الانتحاري.

ويظهر الحصر في الميكانزمات الدفاعية من خلال هيمنة ميكانزمات دفاع الأنا التي توجه الصراع نحو الذات (القمع، التحويل، الاعتداء الذاتي، الكف)، وهذا على حساب الميكانزمات الموجهة نحو التعبير الخارجي عن الصراعات.

أما الحصر في العلاقات فهو يبدأ أولا ببخس العلاقات الإنسانية الموجودة المرتبطة أساسا بالحصر الديناميكي والفقر في التعبيرات الانفعالية، مما يؤدي إلى التقليص في القطاع الاجتماعي الذي يرافقه في بعض الأحيان الابتعاد وفقدان جماعات الانتماء السابقة والاكتفاء بجماعة صغيرة أو بعلاقة واحدة، وفي مطلق الأحوال نجد الانطواء على الذات والانعزال الاجتماعي.

ويمكن للحصر في القيم أن يمس جميع الأوساط مع الانخفاض في تقدير الذات وتقدير القيم بشكل عام فنحن نعرف دور تقدير الذات السلبي في تطور الأفكار والأفعال الانتحارية. كما يمكن أن يتعلق الأمر بفقدان قيم الوجود والقضاء على كل عائق بإمكانه منع المرور إلى الفعل. كما تلعب أيضا القيم الفلسفية والدينية دورا هاما لأنها تساهم في العوامل التي تحمي الشخص من الإشكالية الانتحارية.

يرافق الحصر النفسي والظرفي مرحلة انخفاض قدرات الشخص في الصيرورة الانتحارية حيث أن هذا الأخير يحاول في موقف الأزمة استغلال قدراته لحلها ولكن بطريقة غير ملائمة، تفشل الحلول واحدة تلو الأخرى مع فقدان تقدير الذات مما يترك المجال لظهور الانتحار كحل من الحلول، ويشعر الشخص وكأنه في نفق بدون إنارة أوفي حالة سقوط في بئر عميق (Caillard & Chastang, 2010).

- أما الكف في العدوانية، كبتها وتوجيهها نحو الذات، والاعتداء الذاتي فهي عوامل تقترب من الميكانزمات التي وصفها Freud والتي تمهد للانتحار، فنجد عدة عوامل تمنع التعبير الخارجي عن العدوانية ويمكن أن نذكر، على سبيل المثال : شخصية عصابية صلبة، مبادئ أخلاقية مسيطرة، الكف الاكتئابي والانعزال. في هذا السياق لا يمكن لشخص التمرد مما يؤدي به إلى تجنب الصراعات.

- الهومات الانتحارية هي الرفع من شدة وتكرار أفكار الموت التي يمكن أن يمر بها كل واحد منا في ظروف وجودية صعبة. فالنهاية الحتمية يمكن اعتبارها سواء كحل من الحلول لوضعية صعبة، أو كانفراج من ألم نفسي، أو كتعبير عدواني أو رسالة موجهة نحو المحيط. إن الإنتاج التكراري لهومات الموت، الانتحار، ولسيناريوهات انتحارية يمكن اعتباره كشكل من أشكال التعود على احتمال المرور إلى الفعل مع الخفض من عتبة حدوثه (Vandevoorde, 2013).

تكمن أهمية مصطلح تناذر ما قبل الانتحار في كونه خارجا عن نطاق كل نظام نوزوغرافي، مما يدل على أن تشخيصه مستقل عن كل اضطراب سيكاتري، ولا يتطلب معارف مختصة. ولقد اهتم عدد من المؤلفين انطلاقا من هذه الوجهة النظرية بما يسمى بالأزمة الانتحارية.

3-2- تعريف الأزمة الانتحارية

لقد اقترحت Anaes (2001) التعريف التالي:

«الأزمة الانتحارية هي أزمة نفسية تحتوى على خطر الانتحار (...)، ويمكن تصورها كمسافة تبدأ بالشعور السلبي بالتواجد في موقف فشل، وعدم التخلص من هذا الموقف مع بناء أفكار انتحارية ترتفع شدتها وغزوتها تدريجيا حتى الوصول إلى احتمال المرور إلى الفعل الانتحاري الذي يمثل فقط أحد مخارج الأزمة لكن يعبر عن مدى خطورتها. وتعتبر الأزمة الانتحارية حالة مؤقتة لا تصنف من الناحية النوزوغرافية وتوافق انقطاع في التوازن العلائقي للفرد مع ذاته ومع المحيط (...). وتشكل الأزمة

الانتحارية مجموعة سيميولوجية متغيرة حسب الأفراد، حسب الاضطرابات المرافقة، حسب عوامل الخطر وحسب الظروف الملاحظة. » (Walter & Tokpanou, 2003, p. 173).

يصعب، أمام تعدد العوامل التي يمكن أن تؤدي إلى الانتحا،ر تحديد نموذج يسمح بتفسير والتنبؤ بالفعل الانتحاري، إلا أن بعض المختصين مثل Mazet و Darcourt أكدوا، انطلاقا من محاضرة الاتفاقية و أعمال Caplan و Aguilera في الستينات والتسعينات على أن الأزمة الانتحارية تأتي في وقت من حياة الفرد تتميز بهشاشته الكبيرة وبنقص في موارده الشخصية (Brandibas & Séguin, 2007). لقد حدد Walter وTokpanou (2003) ثلاثة مجموعات من العوامل في تقييم الخطر الانتحاري: عوامل الخطر (بالدرجة الأولى تلك المتعلقة بمختلف الجداول العيادية)، عوامل العجلة (كوجود أفكار وسناريوهات انتحارية)، عوامل الخطر (خطورة الوسيلة وسهولة الحصول عليها)، بدون نسيان عوامل الحماية.

ولقد شخص Lafleur وSéguin عام 2008 الأزمة الانتحارية في أربعة جوانب رئيسية: عندما يغزو الألم النفسي القدرات التكيفية للفرد، عندما لا يمكن حل المشاكل عن طريق الوسائل المعتادة، عندما يعيش الفرد فترة من الانحلال والضيق، عندما ينقطع الفرد عن ارتباطاته القاعدية (صورة الذات، العائلة الثقافة، الدين، العقيدة...).

3-3- الاختلالات ما قبل الانتحارية

لقد حاول بعض المختصين تحديد تشكيلة نفسية مرضية خاصة بالإشكالية الانتحارية، فلقد توصل مثلا كل من Ahrens وLinden سنة 1996 من خلال مقارنة 1920 مفحوص مكتئب و2383 مفحوص فصامي إلى تشخيص بنية عيادية انتحارية مستقلة عن الاضطرابين (أي الاكتئاب والفصام)، وتتكون هذه الكوكبة العيادية من اليأس، الاجترار السلبي، الانعزال الاجتماعي، النقص في النشاط، الخمول وانفعالات تشاؤمية شديدة، وأشار الباحثون في الأخير إلى اعتبار هذه العناصر كتشخيص مستقل عن الاضطراب السيكاتري.

وتمكن Hendin وزملاؤه عام 2001، انطلاقا من معطيات 26 مفحوص تحصلوا عليها مباشرة من قبل المعالجين من تحديد ثلاثة جوانب قبل انتحارية أساسية تسمح بتشخيص 61% من العينة: (1) تواجد حادث مسبب، (2) حالة انفعالية شديدة فضلا عن الاكتئاب حيث نجد حسب ترتيب تنازلي الحالات الانفعالية التالية: اليأس، الغضب الشديد، القلق الشعور بالإهمال، الاشمئزاز من الذات، تأنيب الضمير

الوحدة والإهانة، (3) جانب سلوكي ينقسم إلى ثلاثة مكونات: اتصال أو نشاط يحظر للانتحار، التدهور في العلاقات الاجتماعية وفقدان التحكم، ارتفاع نسبة استهلاك بعض المواد.

وتقترب كثيرا الاتفاقيات الفرنسية (Anaes, 2001) من هذه الجداول العيادية مقترحة العناصر التالية: (1) الشعور بالحصر في المجال العلائقي (الانطواء على الذات...)، (2) التقليص في الانفعالات الميكانزمات الدفاعية وفي معنى القيم، (3) الكف أو تحول العدوانية نحو الذات، (4) غزو الحياة الخيالية من طرف عوامل انتحارية.

3-4- الغزو الهوامي والتحضير الانتحاري

يمكن للعناصر الإكلينيكية السابقة أن ترتبط بمرحلة تحضيرية تتميز بمناخ انتحاري أين تغزو الأفكار الانتحارية تدريجيا تفكير الشخص وهذا حسب عدة مراحل: (1) البحث النشط عن الحلول، (2) ظهور الأفكار الانتحارية، (3) اجترار الأفكار الانتحارية، (4) الاستقرار والتخطيط لخطة، (5) أخذ القرار (في بعض الأحيان يرافق هذه المرحلة هدوء مزيف). ويمكن لتطور هذه الصيرورة أن يسمح للشخص التعود على فكرة الموت، التخفيض من مشاعره المتعلقة بالخوف من المرور إلى الفعل حيث يسمح نمو الأفكار الانتحارية تغذية الشعور بالقدرة على قتل الذات. وتشير دراسات حالية (Vandevoorde, 2014 ; Vandevoorde & Estano, 2015) إلى أن هناك تنظيم فعلي للمرور إلى الفعل الانتحاري.

3-5- مراحل الأزمة الانتحارية

تستغرق الأزمة الانتحارية حسب التقديرات الحالية بين 6 إلى 8 أسابيع ويضم تطورها حسب Lafleur و Séguin ثلاثة مراحل: مرحلة الاختلال، مرحلة المرور إلى الفعل الانتحاري، مرحلة الاستعادة (Vandevoorde, 2013). ولقد وضع Morasz و Danet (2008)، حسب نفس المبدأ السابق، بورتريه يتكون من 6 مراحل: (1) التنشيط (ظهور تناذر ما قبل الانتحار)، (2) ارتفاع شدة الأعراض وانتقال الأفكار إلى سيناريوهات، (3) المرور إلى الفعل، (4) الاستعادة (انخفاض الضغط، الهدوء، مرحلة غير مستقرة)، (5) الاستقرار (إبعاد جزئي للضغط النفسي) ولكن مع العودة إلى دفاعات غير فعالة، (6) التقوية (مرحلة العلاج، تغيير الميكانزمات الدفاعية). ويضيف الباحثون أن الأزمة الانتحارية لا تؤدي حتما إلى المرور إلى الفعل ليقترحوا ستة مخارج ممكنة لهذه الأخيرة: العودة إلى التوازن، المحاولة الانتحارية، النجاح في الفعل، الاستقرار (العودة إلى حالة جديدة من التوازن، استقرار مؤقت) العودة إلى الأزمة الانتحارية، الموت.

3-6- الحالات النفسية ما قبل الانتحارية

تصف بعض الدراسات الحالية (Vandevoorde, 2014) الصيرورة من خلال بناء خريطة فعلية حول تطور الأزمة الانتحارية انطلاقا من مظاهر التحضير للفعل (السيناريو، تحضير الوسيلة...) حتى المرور إلى الفعل النهائي. 50% من محاولي الانتحار الذين تم استجوابهم في هذه الدراسات أشاروا إلى دخولهم في وضعية حركية أي سلوك أو تصرف يؤدي بطريقة أو بأخرى إلى إلغاء الكف الحركي، كتناول الكحول أو المخدرات، جولة طويلة تعزل تدريجيا المفحوص عن الواقع، وكل ما يؤدي إلى خلق حالة مضطربة (Andronikof, 2001).

وقد أظهر 47% من المفحوصين، دقائق قبل فعلهم الانتحاري، حالة كبيرة من الاضطراب ككسر كل أثاث المنزل أو الدوران في المنزل ساعات وساعات مع تدخين سيجارة وراء سيجارة. وكما تحدث العديد من المفحوصين عن شعور غريب قبل الفعل الانتحاري يأتي تحت شكل انطباع بأنهم سيقومون بهذا الفعل، وكما أشار العديد منهم إلى الشعور بنفخ نرجسي وكأنهم قادرين على فعل كل شيء (Vandevoorde, 2013).

أما أثناء المرور إلى الفعل فقد أشارت الدراسة الظواهرية إلى خمسة نقاط أساسية: الإحساس بالتحكم الحركي، الخلل في حالة الوعي، الجدال المعرفي بين أفكار الحياة وأفكار الموت، الحالة الانفعالية، تواجد لحدث مسبب.

يمكن تلخيص الحالات النفسية الكبيرة التي تسبق المرور إلى الفعل الانتحاري في النقاط الثلاثة التالية (Caillard & Chastang, 2010):

- الحالات النفسية الحركية (نمط K (kinesthésique): تتميز بدافعية حركية قهرية حيث أن المفحوص لا يفهم ما يجري له ويتحدث عن "أوتوماتيزم حركي" من خلال عبارات كـ "كنت كالروبو"، "لقد كان فعل أوتوماتيكي"، فحالة الوعي تكون مختلة وعامة ما يكون فكر المفحوصين أثناء المحاولة الانتحارية فارغا.

- الحالات النفسية المعرفية (نمط C (Cognitif): تتميز أولا هذه الحالات بغزو التفكير عن طريق تصورات معتلة، ففكرة الانتحار تكون قد نوقشت في جدال داخلي طويل أين يتم أخذ القرار وتنظيم

الأفعال في حالة يرافقها وعي واضح وأحاسيس هادئة ومستقرة أي ما يسميه البعض بالمحاولات الانتحارية "الباردة".

- الحالات النفسية الانفعالية (نمط E (Emotionnel): هي حالات مضادة للحالات المعرفية السابقة باعتبارها حالات بركانية يمر من خلالها المفحوص بشعور كبير بالغموض والانفجار الانفعالي (الغضب الضغط والحزن)، حالة وعي مختلة واندفاعية قوية. غالبا ما تنتج هذه الحالات، عكس الحالات السابقة عن حادث خارجي كالإعلان عن فشل مهني، حصول جدال.

4- النماذج النظرية المفسرة للمرور إلى الفعل الانتحاري

تتعدد أفعال الاعتداء على الذات كما تتعدد العوامل المؤدية إليها، كما نجد العديد من القراءات السيكوباتولوجية التي حاولت تفسير وفهم هذه الأفعال سواء تعلق الأمر بالنظريات حول الفرد وتاريخه (النظرية التحليلية)، في جانبه المعرفي السلوكي أو في شبكته العلائقية (النظرية النسقية).

4-1- النظريات المعرفية

وجدت الدراسات التي اهتمت بإدراك الانتحار (cognition du suicide) الخصائص التالية التي تهيئ الفرد في مواقف الضغط للمرور إلى الفعل الانتحاري:

- الميل إلى اعتبار نفسه في حالة مواجهة الأخطار النفسية الاجتماعية كشخص ضائع وتوقع الفشل.

- عدم القدرة على إدراك إمكانية الهروب، حيث يمكن ربط هذا بالذاكرة الأوتوبيوغرافية المليئة بالفشل و العجز على حل المشاكل.

- الشعور بعدم قدرة أي شخص أخر على المساعدة (الشعور باليأس)، ويمكن ربط هذا الإدراك الخاص بنقص في الوظائف التنفيذية خاصة صعوبات في إعداد استراتجيات أخذ القرارات وتفكير مثبط (Caillard & Chastang, 2010).

4-1-1- الصيرورات المعرفية المضطربة

يتم تسيير تنشيط المخططات المعرفية في حالة الصيرورات المرضية عن طريق قواعد مضطربة حيث اقترح Shea (2008) قائمة من الخصائص المتواجدة عند محاولي الانتحار والتي أطلق عليها تسمية " أفخاخ معرفية":

- **الخلل المعرفي:** تفكير أقل عمقا، اختيار ومعالجة جانب واحد فقط من المعلومة، الحكم على الانطباعات المباشرة، صيرورة التعميم (تعميم ملاحظة ما إلى مواقف متعددة).
- **الصلابة المعرفية (Rigidité cognitive):** يقصد بالصلابة المعرفية فقدان القدرة على إيجاد الحلول للمشاكل مع تبعية كبيرة للسياق المحيطي، والتفكير الثنائي أي شكل من أشكال إدراك الواقع بطريقة ثنائية: الكل أو لا شيء، أبيض أوأسود، حيث بين Neuringer سنة 1961 باستخدام اختبار المعاني الدلالية، أن مجموعة من محاولي الانتحار ظهروا أكثر ثنائيين مقارنة بمجموعة من مفحوصين سيكوسوماتيين ومجموعة ضابطة، وتوصل نفس الباحث من خلال أعماله إلى نتيجة مفادها أن محاولي الانتحار لديهم تفكير صلب ومتطرف مما يحرمهم من المرونة النفسية التي تسمح بإيجاد الحلول الوسطية أمام اختبارات الحياة (Caillard & Chastang, 2010).

- **العجز المكتسب وأسلوب النسبة:** يعتبر بعض الأفراد عندما يواجهون أحداث الحياة المؤلمة أن التصرف أو عدم التصرف هو نفس الشيء و ينمون أسلوب معرفي سلبي يمنح الشخص لنفسه أمام حادث سلبي كل المسؤولية (الاستدخال) ويعتبر أن الفشل حتميا ويمس كل مجالات حياته (التعميم)، وحتى في حالة حادث إيجابي فإن الفضل بالنسبة له يعود إلى الآخرين أو إلى الحظ مع عدم القدرة على الإدراك الإيجابي وكذا التوقع السلبي. يسمح الأسلوب المعرفي ذو النسبة السلبية (الذي يكون في نفس الوقت داخلي، شامل ومستقر) بالتنبؤ بـ"اكتئاب اليأس" أمام حادث سلبي.

- **توجيه التفكير:** قلة الأسباب التي تدفع الشخص للعيش، التركيز الكبير على الأفكار والمثيرات المرتبطة بالانتحار، بخس الذات، الاتجاه إلى اعتبار الأحداث ككوارث، نسيان معاني سابقة وغياب الرجوع إلى التجارب الماضية.

4-1-2- الاعتقادات الخاطئة

تتدخل الصيرورات المعرفية المضطربة وتؤثر مباشرة في المعالجة العقلية للمعلومة، كما تؤثر حتى في محتوى المخططات؛ ذكر Weishaar سنة 1996، في هذا الإطار سلسلة من الاقتراحات الخاطئة التي تسيطر على فكر محاولي الانتحار حيث أن العديد منهم يشعرون بالهشاشة أمام الانفعالات، يلتزمون بقدر المستطاع بما ينتظره الآخرون منهم، يظنون أنه من المهم جدا إرضاء انطباعات الآخرين، هم أشخاص حساسون جدا للآراء الاجتماعية حولهم (Vandevvorde, 2013).

يلخص بعض المختصين (Shea, 2008 ; Marcelli & Braconnier, 2004) مختلف معاني وحوافز المرور إلى الفعل الانتحاري في النقاط التالية: 1) الانتحار هو الانتقال إلى نوم بدون أحلام، 2) يسمح الانتحار بملاقاة شخص عزيز، 3) يسمح الانتحار بالتخلص من اضطهاد عدو خارجي أو داخلي 4) يسمح الانتحار من القضاء على عدو سيطر على جسدي، 5) يمنح الانتحار بالدخول إلى عالم أفضل 6) الانتحار هو أفضل وسيلة للانتقام من شخص ما.

لا تمثل مختلف هذه المحتويات أسبابا مباشرة للمرور إلى الفعل الانتحاري الذي يرتبط أكثر بميكانزمات مرضية، إلا أن تحديد هذه القطاعات المعرفية هام جدا لفهم كيفية وصول الشخص إلى بناء عالم ذي وجهة خاصة (Vandevoorde, 2013).

4-1-3- أخذ القرار وإيجاد الحلول للمشاكل

يعتبر إيجاد الحلول للمشاكل في مركز صعوبات محاولي الانتحار، فإذا كانت مختلف مراحل إيجاد الحلول تؤدي عند الشخص العادي إلى تسلسل مراحل متناسقة فيما بينها بشكل مائع حتى تصبح في الحياة اليومية والعامة لاشعورية، فإن في حالة التفكير الاكتئابي وعند محاولي الانتحار يمكن أن تظهر عثرة في مختلف المراحل المتمثلة في: توجيه المشكل، خلق حلول متناوبة، أخذ القرار (اختيار حل)، تطبيق الحل فحص الحل (Caillard & Chastang, 2010).

وتعمل التفاعلات بين الاضطرابات المعرفية والاعتقادات الخاطئة من جهة وأخذ قرارات غير ملائمة من جهة أخرى على تغذية الصيرورة الانتحارية مما يدعم عند الشخص نظرة قليلة الإشباع للواقع. ولقد أشار Jollant وزملاؤه في مختلف أعمالهم بين سنوات 2005 و2007 إلى أن محاولي الانتحار يميلون أكثر

إلى اخذ قرارات أقل فعالية وأكثر عرضة للخطر، وهذا في غياب كل اضطراب مرضي، يفضلون الحلول الحالية وينقصهم التفكير الطويل المدى، كما توصلوا إلى ملاحظة ارتباط بين أخذ قرارات خاطئة وحوادث ضغط انفعالية، ولم يجد الباحثون اختلافا في قدرات أخذ القرار حسب خطورة أو عدم خطورة الفعل الانتحاري. واقترح الباحثون نقطتين نظريتين لتفسير ملاحظتهم:

1 - خلل في عمل النظام السيروتونارجي المسئول على التوازن الانفعالي والتحكم في الاندفاعية.

2 - التأثير السلبي للقرارات غير الملائمة في مجال العلاقات الانفعالية مما يرفع من احتمال التواجد في مواقف الضغط.

ويتجه الأدب العلمي الذي فحصه Weishaar عام 1996 في نفس الاتجاه حيث تحدث هذا الأخير عن مختلف الصعوبات التي يعاني منها محاولي الانتحار: قدرات محدودة في إنتاج أفكار جديدة، إيجاد الحلول وخلق نقاش عقلي مع أفكار متناوبة، ومن الصعب على محاولي الانتحار تشخيص مشكل ما وحله بطريقة مرنة. ترافق هذه الصعوبات خصائص يستعملها محاولي الانتحار أثناء حل المشاكل بين الأشخاص: النقص في المبادرة أي انتظار الحل التلقائي للمشكل أو انتظار حله من طرف الآخرين، استعمال متكرر لاستراتيجيات الانسحاب والتجنب، صعوبات في تقبل الصراعات كجزء عادي من الحياة، النقص في التخطيط وتحديد الأهداف، اقتراح حلول أقل ملاءمة وأكثر سلبية وأقل توجيها نحو المستقبل (Vandevoorde, 2013).

4-1-4- النظام الإدماجي للتوظيف الانتحاري

اقترح Aaron Beck في سنوات التسعينات نموذجا تفسيريا للتوظيف الإنساني يقوم على أساس التفاعل بين الجوانب المعرفية، الانفعالية، التحفيزية، السلوكية والفيزيولوجية، وتعتبر مختلف هذه الجوانب كقطاعات أو بنيات في الشخصية التي يلجأ إليها الفرد من أجل مناقشة طلب أو مشكل ما. ولقد اقترحت فرقة Beck نموذجا نظريا يلخص الصيرورة الانتحارية يقوم على التفاعل بين ثلاثة جوانب أساسية : 1) الصيرورات المرتبطة بالاضطراب (مثلا الاكتئاب)، 2) متغيرات الاستعداد غير المرتبطة بالانتحار 3) المكونة المعرفية الانتحارية.

تتكون المكونة المعرفية الانتحارية من مدركات انتحارية، مخططات اليأس ونظرة عدم احتمال الضغط، وتعمل على الرفع من الأفكار الانتحارية ونضج الاستعداد للقيام بالفعل الانتحاري. يتحدث الباحثون من

الناحية العيادية على خلل في التوجه يأتي مباشرة قبل الفعل الانتحاري ويتميز بفقدان القرارات العقلانية، تقليص الحقل المعرفي على الموقف الحالي وفقدان مخارج أخرى بدلا من الانتحار. أطلقوا تسمية "التثبيت ألانتباهي" على هذه الصيرورة ويعرفونها على أساس أنها الجمع بين الحصر الانفعالي والتركيز على فكرة الموت كالحل الوحيد. وبالتالي يساهم الخلل الموجود في الانتباه من تزايد الصعوبة في التخلص من الإشارات الانتحارية، وكذلك في تقوية مكونات الصيرورة الانتحارية الأخرى.

وتتدخل متغيرات الاستعداد إلى جانب المتغيرات السابقة لتتفاعل مع المكونة الانتحارية. ويقصد بمتغيرات الاستعداد مجموعة من العناصر التي تحدثنا عنها سابقا كالخلل في حل المشاكل، الاتجاهات الاجتماعية المضطربة (الحاجة الشديدة لرضا وموافقة الآخرين، عدم المسؤولية في التعبير الانفعالي) هذا إضافة إلى الاندفاعية، واضطرابات في الذاكرة حيث يمكن أن تتعلق الصعوبة في حل المشاكل أمام حوادث الحياة بخلل في الذاكرة الأوتوبيوغرافية، ففي حالة وجود خلل فإن الشخص لا يجيب بإجابة ذاكرية دقيقة أو خاصة و لكن بإجابة ذاكرية عامة ويتعلق هذا الميل بأحداث ماضية سلبية، كما هو الحال عند حالات الضغط ما بعد الصدمة عند المحاربين القدماء، وتشير هذه الظاهرة إلى عدم القدرة على تجاوز وضعية قديمة والتفكير في المستقبل (Caillard & Chastang, 2010).

تعمل المكونة المعرفية الانتحارية ومتغيرات الاستعداد على تقوية التثبيت الانتباهي وعلى إنتاج أفكار خاطئة حول نوعية الحياة. وفي الأخير إن التفاعل بين كل هذه العوامل يخلق ضغط نفسي يطغى تدريجيا على موارد الشخص ويدفعه إلى الفعل الانتحاري.

4-2- نظريات التحليل النفسي

4-2-1- المساهمات الأولى: Freud و Menninger

عمل Freud على بناء نظام تفسيري يسمح بفهم التوظيف النفسي وسرعان ما حاول حل لغز إشكالية الارتباط بين مصطلح الطاقة وقضية انطفاء الحياة. يعرف Freud (1915/2002) الغريزة كمصطلح حدي بين الجسد والنفس، ويأتي التصور النفسي من المعالجة النفسية للإثارة الآتية من داخل الجسد ويعتبر كضرورة العمل الذي يفرض على النفس نتيجة ارتباطها بالجسد. بمعنى آخر، يتكون الجهاز النفسي من قوى متناقضة متعارضة، ويعمل حسب مبدأ اللذة ومبدأ الاستقرار.

تعود جذور مساهمة التحليل النفسي في فهم الانتحار إلى عمل Freud في حد ذاته بالرغم من أنه لم يتطرق في أعماله إلى الانتحار كبنية عيادية مستقلة. قبل التطرق إلى الانتحار في إطار الصيرورة السوداوية تدخل Freud (1910/1984) حول الانتحار بطريقة مميزة بمناسبة الجدال حول انتحار الأطفال في المدرسة. أبقى عوامل المحيط هامشا ليهتم بالصيرورات الداخلية عند التلاميذ مؤكدا على ضرورة فهم كيف يمكن التغلب على غريزة الحياة القوية جدا. لذلك اقترح فرضية وجود خيبة أمل في جانب من الليبيدو أو تخلي الأنا عن التأكيد عن ذاته لأسباب تخصه، وبالتركيز على حدسه الإكلينيكي قارن هذه الحالة بالصيرورة السوداوية. كما تطرق مباشرة (1920/2001) إلى الانتحار عندما تحدث عن محاولة انتحار لشابة كان لديها ميول لبيدية نحو امرأة. وتعود المحاولة الانتحارية حسبه في هذه الحالة إلى أسباب لاشعورية مرتبطة بتحقيق الرغبة وتحقيق العقاب الذاتي.

تطرق Freud (1915/2002) من جديد إلى موضوع الانتحار في إطار المخالفات المعقدة لصيرورة السوداوية التي قارنها بظاهرة الحداد. عكس الحداد الذي يخرج منه الشخص بفضل استثمارات جديدة، في حالة السوداوية لا يخص الفقدان الموضوع المفقود وإنما الأنا: "شبح الموضوع يسقط على الأنا"، فحب الموضوع الذي لا يمكن التخلي عنه، كما هو الحال بالنسبة للموضوع المفقود، يجد ملجأ في التقمص النرجسي، فالكراهية تعمل ضد الموضوع البديل بالحصول، من خلال معاناته، على إشباع سادي. بالنسبة لـ Freud يأتي هذا الرجوع السادي لحل لغز الانتحار أي يأتي الفعل الانتحاري نتيجة لغريزة قاتلة موجهة في الأصل نحو الآخرين ولكن تعود موجهة نحو الذات. ويفسر Freud (1923/2001) فيما بعد هذه الصيرورة باعتبار أن المكونة السادية العدائية تتركز في الحقيقة على مستوى الأنا الأعلى الذي يصبح مكان تجتمع فيه غرائز الموت، ويتخلى الأنا عن نفسه لأنه يحس بكراهية واضطهاد الأنا الأعلى بدلا من الإحساس بحبه. لكن يؤكد Freud في نفس الدراسة أن أسباب السوداوية تتعدى حالة فقدان الموضوع عن طريق الموت لتضم مواقف الإذلال، الإهانة وخيبة الأمل، أي وبكلمة مختصرة الجرح النرجسي (Freud, 1915/2002).

فضلا عن المقالات التي تحدث فيها Freud حول الانتحار تستند العديد من المقالات التحليلية الحالية حول الانتحار إلى عقدة النرفانا التي عرفها هذا الأخير (1920/2001) كاتجاه الجهاز النفسي إلى التخفيض حتى درجة صفر أو بأصغر قدر ممكن.

ولقد ذكر Shneidman المحلل النفسي Zilboog Gregory الذي يعتبر حالات الانتحار كإشارة لعدم قدرة عميقة في حب الآخرين، والذي ربط الانتحارية بتمزق في العلاقات العائلية. وكما ذكر Cassem نفس المحلل السابق (Zilboog Gregory) ليضيف أن بعض المفحوصين الانتحاريين يمكن أن يكون لهم هوام

الهرب من القدر المميت بإنجاز نوع من الخلود، كما نجد وجهة نظر أخرى عند Szandor Rado الذي يرى أن الانتحار يمكن اعتباره كعقاب من الأخطاء الماضية و كطريقة لاستعادة حب شخص أو شيء فقد في الماضي.

ويعود الفضل إلى Karl Menninger عام 1938 في وصف الاعتبارات التحليلية الأكثر تمييزا حول ميكانزمات الانتحار التي لخصها في ثلاثة مكونات أساسية أي الرغبة في القتل، الرغبة من أن يقتل والرغبة في الموت.

يرى هذا المحلل أنه من الخطأ ربط الميول إلى الهدم بالقدر أو بالطبيعة، بل المسؤولية مسؤولية الإنسان ، تعبر القوات الهدامة عن نفسها، عكس القانون الأولي الذي ينص على الحفظ الذاتي للأصناف من خلال التهديم الذاتي، فحسب Menninger النظرية الفرويدية حول غريزة الموت التي تكون في مواجهة عكسية دائمة مع غريزة الحياة، هي النظرية التي تفسر هذا الميل تفسيرا قيما. ويؤكد Freud على أن الميول الهدامة والبناءة الموجهة نحو الذات في البداية، يتم التعبير عنها في الخارج مع التقدم في النضج وتتابع تجارب الحياة. ويتصرف الفرد في مشواره أولا من خلال تخريج ميوله العدوانية التي تلتحم فيما بعد مع غرائزه الليبيدية والبناءة مما يؤدي إلى الربط وإزالة غريزة الهدم بقدر كلي أو مستمر، إلا أن الظهور المفاجئ لهذه الاستثمارات الخارجية أو عدم القدرة على الحفاظ على استقرارها قد يؤدي إلى عودة الشحنات النزوية الموجهة نحو الذات، وتسيطر قوة الهدم في حالة انفصال هاتين الغريزتين المتداخلتين مما يفسر الرغبة في القتل/ أن يقتل، وكذا تجنيس هاتين الغريزتين. أما في حالة التحكم الجزئي بميول الهدم الذاتي فنلاحظ مجمل التصرفات المشابهة للانتحار، ويأتي الانتحار، عندما لا توجد قوة الحياة المعاكسة، في حافة الخط المتتابع. وتمثل الرغبة في القتل تركيزا للميول الاندفاعية التي تأتي من العدوانية البدائية، و تغيير هذه الرغبة الأولية من طرف مواقع الأنا الأعلى تتركز في الرغبة من أن يقتل وتتزاوج الرغبة في الموت مع قصص الحياة لتؤدي إلى الهدم الذاتي.

وتزداد هذه الصيرورات تعقيدا بتدخل العديد من العوامل الأخرى كالاتجاهات الاجتماعية، طرق التوظيف العائلي والعادات، وكما يؤكد Menninger على خلل في إدراك الواقع متعلق بتطور الشخصية فتجارب الطفولة المخالفة يمكن أن تعيق النمو الانفعالي مما لا يسمح للفرد ببناء والحفاظ على قدرات امتصاص مواضيع الحب والكراهية، وفي هذا السياق وفي الظروف المتعلقة بالخلل في إدراك الواقع يمكن اللجوء إلى الانتحار. ويجب الإشارة في الأخير أن بالنسبة لـ Menninger لا يمكن تفسير الانتحار

عن طريق الوراثة، الإيحاء أو اضطرابات التكيف دون الروجوع إلى تاريخ الفرد، أي أن الفعل الحالي هو نتيجة لتحضير قديم وطويل (Caillard & Chastang, 2010).

4-2-2- تطور الأفكار من Klein إلى Bowlby

تتحدث بعض الاتجاهات الحالية، انطلاقا من العلاجات ذات الاتجاه التحليلي الخاصة بمحاولي الانتحار، عن أنواع العلاقة بالمواضيع التي وصفتها Klein (1946) وامتدادها النرجسي. يمكن اعتبار الانتحار كحل لحماية الموضوع من الكراهية الموجهة نحوه أثناء الوضعية الاكتئابية نظرا لتزامن المواضيع الجيدة والسيئة مع نشأة تأنيب ضمير مميت متعلق بهومات سادية، عكس الوضعية الفصامية الاضطهادية أين يتم إسقاط الكراهية على الموضوع.

4-2-2-1- النرجسية، العلاقة بالموضوع والصورة الجسدية

تفترض نظرية النرجسية ثلاثة بنيات أساسية: النرجسية الأولية، النرجسية المرئية والنرجسية الثانوية، كما أشار إليه Grunberger العامل النرجسي هو عامل جدلي لا يمكن أن يتواجد في حالة خالصة، فهو مرتبط دائما بعوامل أخرى تحت شكل وئامي أو صراعي، ويمكن أن يكون أولي أو ثانوي إيجابي أو سلبي، سوي أو مرضي، ناضج أو غير ناضج (Secret-Bobolakis & Allilaire, 2007). انطلاقا من هذه الأعمال الأولى، اهتم عدد من المحللين النفسانيين (Rosenfeld، Kernberg، Kohut) بالتنظيم النرجسي وبالعلاقة بالموضوع، حيث يرى Rosenfeld أن للمكونات النرجسية العدوانية والهدامة دورا هاما، فالتنظيم النرجسي هو دفاع ضد التبعية وتؤدي التبعية تجاه الموضوع إلى ظهور الرغبة في الامتلاك والسيطرة وبالتالي في حالة ازدياد شدة المكونات الهدامة يصبح الموضوع مثل الذات كلاهما مهدد، مع الرغبة في الموت المقالوماني كحل لجميع المشاكل. ويضيف Kernberg في هذا السياق أن الذات تتقمص الموضوع الكريه ويصبح الإلغاء الذاتي المخرج الوحيد لمواجهة الموضوع ويستعمل Kernberg مصطلح النرجسية الشريرة (malignant narcissism) للإشارة إلى خلل في الأنا الأعلى يتميز بأفعال غير اجتماعية، والتثبيت في إشكالية انتحارية مزمنة تأخذ معنى السيطرة الباردة وفي بعض الأحيان سيطرة قصدية على محيط (وأحيانا على معالج) عاجز ومجرد من السلاح.

ووضع Kohut مشاعر العار والحسد، مثال الأنا والغضب النرجسي بالموازاة مع الانتحار. ويؤكد على أن الحفاظ على التحكم في المحيط من أجل الحفاظ على التقدير الذاتي يؤدي إلى علاقة خاصة مع

الموضوع، مع "موضوع - ذات" يعكس صورة إيجابية كمرآة ملاطفة، وبالتالي فقدان "الموضوع - الذات" يؤدي حسب Kohut إلى شكلين من الاعتداء الذاتي: اعتداء الأنا على الذات العاجز (الشكل الاكتئابي)، واعتداء الأنا الأعلى القاسي على الذات (الانتقام النرجسي) (Dessauant, 2002).

ويجب الإشارة إلى أن التفكير في النرجسية وتأثيرها على الفعل الانتحاري يضم ثلاثة معاني: (1) اضطراب في الشخصية (شخصية نرجسية قريبة من الشخصية الحدية)، (2) البعد النرجسي، وهو بناء نفسي يمكن دراسته عن طريق وسائل مكيفة، (3) الهشاشة النرجسية مع اللجوء إلى دفاعات غير متكيفة ضد مهاجمة الذات.

وغالبا ما يتدخل الميكانيزم النرجسي في الحالات الانتحارية (الخطيرة في أغلب الأحيان) إذ بينت التحليلات المتعددة الأوجه وأيضا فحص العلاقات الموجودة بين البعد النرجسي للشخصية والاضطرابات السلوكية أن العنف، التقدير الذاتي المرتفع والإرغام على الدخول إلى المستشفى مرتبط بدرجات عالية من النرجسية، في حين يوجد ارتباط منخفض في حالة الاكتئاب والميل الانتحاري مما يفسر أن الدينامكية الانتحارية غالبا ما تندرج في إطار صورة ذات سلبية وخلل نرجسي. أما بالنسبة للمحللين النفسانيين الألمان فالانتحار يعتبر كرد فعل أخير لإصابة تقدير الذات، كشكل من أشكال الحفاظ على الذات من خلال الالتحام مع موضوع بدائي (Caillard & Chastang, 2010).

ولقد اقترح Jeammet في مختلف أعماله (2001، 2005) وسائل نظرية لفهم الدينامكية الانتحارية مشيرا إلى أن الارتفاع المفرط في الاستثمارات يمكن أن يؤدي بالشخص إلى الرغبة في التخلص من منطقة الحساسية المسئولة عن الألم نظرا لنشاطها النزوي، تسمح النرجسية القوية بمقاومة التهديدات الموضوعية عكس الهشاشة التي قد تؤدي إلى علاقة مضطربة مع الموضوع. يرتبط نضج مختلف هذه العقد النرجسية بمثال الأنا الذي يتدخل في الربط النزوي وفي التحكم في العدوانية، لذلك يؤدي كل خلل على مستوى هذه الهيئة إلى خلل في التحكم في العدوانية الحرة التي يمكن أن تتجه نحو الذات.

لخص André (2009) الأسباب النظرية للانتحار حسب نظرية التحليل النفسي في النقاط التالية: الانتحار هو بديل لذهان (يرتبط الفعل الانتحاري بفشل غريزة الحياة والحفاظ على الوحدة، يهمل الجسد من أجل انقاد وحدة الأنا)، الانتحار هو نتيجة لصراع نفسي (الفعل الانتحاري هو حل نفسي، إذن هو ميكانيزم دفاعي)، نقص في القدرة الصراعية يتخلص الأنا من نفسه نظرا لعدم قدرته على الصراع). يظهر الانتحار إذن سواء كتعبير هذياني، أو قتل الأخر، أو كبديل لرغبة ما والكلام. يرى André أن الأزمة الانتحارية تجمع بين حالتين من التوازن يستعيد فيها الشخص توظيفه بعد تسلط الألم النفسي على الجسد

والأعضاء التي تأخذ مكان الأنا كموقع للاستثمار النزوي. وتعتبر الأزمة والمرور إلى الفعل حالة من اللاتمييز بين الداخل والخارج، الماضي والحاضر. ولا يمكن مهاجمة الموضوع لأن الشخص قد تقمصه. وتؤدي الاضطرابات الموقعية والاقتصادية الناتجة عن اللقاء بين الواقع والخيال إلى تجربة ذات غريبة عن الأنا الذي يلجأ في أخر المطاف إلى الانتحار للتخلص من تمثيل اختفاءه الخاص.

وحاول Morasz و Danet (2008) تلخيص نقاط ضعف البنية الشخصية للأشخاص الانتحاريين في النقاط التالية: ضعف في قدرة الجهاز النفسي على التعامل مع التحريضات الداخلية، القدرة الهادمة للهومات، الصعوبة في تحمل وتنظيم النكوص، نقص فعالية عمل ما قبل الشعور، هشاشة الإعلاء، تثبيت شرجي فاشل، ضعف الدور التنظيمي للأوديب العكسي الصعوبة في تجاوز الجنسية المثلية النفسية الصعوبة في تصور الذات باستمرار، عدم ترميز الصراع النفسي، الدفاع الموجه نحو الخارج، ضعف في الاحتواء النفسي، استعمال الوضعيات الاستعرائية، الهشاشة النرجسية، الاضطراب في تناسق الذات.

4-2-2-2- علم النفس الذات والانتحار

اقترح Reiser عام 1992 عدة أشكال من تنظيم الذات التي تساهم في الديناميكية الانتحارية:

- *الذات في خطر (le soi en danger)*: هو تنظيم بدائي قريب من الذات الخائف (soi craintif) الذي تحدث عنه منظري نظرية التعلق التي سنتطرق إليها بعد قليل، فالفرد يتجنب العلاقات القريبة، يتبنى طريقة حياة منعزلة، مقيدة ومتكررة، ويمثل الانتحار إجابة لخلل في هذا التنظيم الدفاعي.

- *الذات الساخطة (le soi enragé)*: يوازي هذا التنظيم صورة ذات سلبية يرافقها الشعور بالاحتيال والهجر (victimisation et abandonisme) يتم تكوينها أثناء العدوانية البدائية مع احتمال مثلنة المعتدين. ويختار الشخص مواضيع - الذات التي تخلد تجربة الطفولة ويكون الانتحار كثوارن ضد استدماج التصورات الاضطهادية.

- *الذات الهشة (le soi vulnérable)*: عدم الشعور بالرضا، الشعور بالفراغ، الحساسية تجاه الرفض والتجارب الانفصالية يرافقها الخمول والتخلي عن التعبير عن أي تمرد، فقر في الديناميكية حيث يميل الشخص إلى انتحارية بائسة ومزمنة.

- *الذات العظيمة (le soi grandiose)*: التي تشير إلى شكل من أشكال النرجسية الحادة الذي أشرنا إليه سابقا حيث يكون الانتحار كباب للخروج أمام الفشل من مراقبة موضوع الذات ومشاعر انحلال الذات والفراغ الذي يحويه.

- *ذات المرآة (le soi en miroir)*: هناك حساسية قوية تجاه مشاعر الآخرين، يطمح الفرد أن يصبح موضوع - الذات للآخرين ليتبع هذا الدور الغيري بصفة متكررة، وتؤدي هذه الطريقة غير المتوازية إلى إخفاقات وخيبة أمل حتمية، الإنهاك، الاكتئاب والانعزال (Caillard & Chastang, 2010).

4-2-2-3- نظريات التعلق (Bowlby)

تتكون الروابط أو أساليب التعلق في المرحلة المبكرة في سياق التوازن في التفاعلات بين الطفل الصغير وصورة الوالدية، وفي القدرة على إشباع حاجاته الأمنية. تؤدي الاضطرابات في نمو والحفاظ على روابط التعلق إلى نقائص في تكوين الشخصية وتصورات الذات. تسمح الوضعيات الوالدية في التسيير الملائم والفعال للقلق الحتمي الناتج عن أحداث الحياة مما يسمح ببناء ميكانزمات وإستراتجيات متكيفة عكس أساليب التكيف غير الملائمة التي تقوم على "نماذج داخلية فاعلية" مضطربة ناتجة عن صور والدية باردة ناكرة وفاشلة نظرا لافتقارها للاعتطاف.

تتكون "النماذج الداخلية الفاعلية" من التركيب بين طرق إدراك الذات وإدراك الآخرين (سلبية أو إيجابية)، ولقد توصل Bartholomew عام 1990 إلى إدراج هذه المكونات في نظرية تضم أربع نماذج من أساليب التعلق: مطمئن (sécure)، قلق (préoccupé)، خائف (craintif)، ومنفصل (détaché).

يقوم الأسلوب المطمئن على نموذج إيجابي حول الذات والآخرين حيث لا يتعرض الأشخاص إلى خطر في علاقاتهم الحميمة ولا تهدد استقلالهم الذاتي، عكس الأسلوب الخائف الذي يتماشى مع نموذج سلبي حول الذات وحول الآخرين، ويتميز بقلق الفقدان والرفض من طرف الأقارب مما يؤدي إلى التخلي عن العلاقات الحميمة والتجنب الاجتماعي مثلما نجده عند الشخصيات المتجنبة. ويؤدي التركيب بين نموذج سلبي حول الذات ونموذج إيجابي حول الآخرين إلى أسلوب قلق (قلق، متناقض) وقلق علائقي لكن على خلاف التجنب نجد في هذا الأسلوب محاولات التقرب، البحث عن الأمان والبحث عن مساندة الآخرين، لذلك غالبا ما نجده عند الشخصيات الحدية، الهستيرية والشخصيات التي تتميز بالتابعية. وأخيرا، يتميز الأشخاص الذين يركبون بين نموذج إيجابي حول الذات ونموذج سلبي حول الآخرين بعلاقاتهم الحميمة عديمة القيمة حيث يكتفي الشخص بالإشباع الذاتي ويحافظ على المسافة بينه وبين الآخرين مثلما هو

الحال بالنسبة للأشخاص ذوي البعد النرجسي، الشخصيات التي تتميز بالتجنب، الشخصيات غير الاجتماعية وكذا الشخصيات الفصامية.

ولقد تم الحصول على صدق هذا النموذج عدة مرات من خلال استعمال سلم التعلق للراشد (Adult attachement Inventory) في إطار دراسات عديدة حول فئات مختلفة. لقد طبقت مثلا Lessard et Moretti عام 1998 هذا النموذج ذي البعدين على فئة من مراهقين قاموا بأفعال انتحارية مختلفة وتوصلتا إلى ملاحظة ترابط بين الأفكار الانتحارية والأساليب الخائفة والقلقة، ولكن لا يوجد ارتباط مع الأساليب المطمئنة والمنفصلة. ترتبط شدة الأفكار الانتحارية بالنتائج التي تشير إلى البعد ذي الأسلوب الخائف وترتبط سلبيا مع بعدي الأسلوب المطمئن والمنفصل، وكما ترتبط الأفعال الانتحارية الخطيرة بالميول القلقة (Caillard & Chastang, 2010).

4-3- النظرية النسقية والانتحار

لا يعتبر الفعل الانتحاري بالنسبة للنسقيين كميزة للفرد (أو المفحوص) فقط وإنما أيضا كخاصية من خصائص النظام والسياق الذي يتطور فيه الشخص، يشير المرور إلى الفعل أو ظهور إشكالية انتحارية إلى عدم إمكانية وضع الكلمات أو التعبير عن المشاعر في إطار تشكيلات معقدة متعلقة بأزمات عائلية تشير إلى انقطاع في التوازن العلائقي بين الفرد ومحيطه أو إلى صعوبات فردية معقدة تأتي للكشف عن شبه توازن غير مستقر ومضطرب.

4-3-1- البعد العلائقي

غالبا ما نجد سوابق انتحارية في الأجيال السابقة، غالبا ما يكون للمفحوص وظيفة عائلية خاصة كالعمل على حل مشكل خارج عن نطاق قدراته مثل معالجة فرد من العائلة، حل محل شخص مات أو تجسيد قيم عائلية. كما يمكن للفرد أن يتواجد في صراعات والدية أو زوجية مفتوحة أو خفية مع تحالفات سرية ومتعددة الأجيال، صراعات في الإخلاص غير معبر عنها، نقص التمييز في الموضع العائلي مع الخلط في الأدوار والأجيال.

يعمل الانقطاع في العلاقات الحميمة التي تستجوب القدرة على الاستقلالية الذاتية وخلق انتماءات جديدة كمؤشرات ناطقة حيث يتعلق الأمر، في أغلب الأحيان، بإشكاليات عائلية جنسية: مناخ علائقي يسوده جو

زنا المحارم أو عنف جنسي، كما نجد غالبا فقرا في الاتصال سواء من الناحية الكمية أو النوعية، الذي يمكن فهمه كنقص في الحب أو أسوء من هذا كلامبالاة. ونادرا ما يذكر خطر الانتحار: كلنا يعرف أن هذا الخطر موجود، لكن لا يوجد من يعرف أن الكل يعرف (Neuburger)، الكل يعتمد على الآخرين من أجل حل المشكل، أو على الوقت والصمت، وتتم الإشارة بطريقة غير مباشرة إلى التهديدات الانتحارية بشكل أخلاقي، نتحدث عن "التخويف الانفعالي"، عن "الكوميديا". يرى Vallée أن المحاولة الانتحارية تخص أولا وقبل كل شيء جانبا من جوانب التفاعلات العائلية، إذ يميز هذا المؤلف العائلات ذات التعاملات الانتحارية والعائلات ذات التعاملات القاتلة، ففي جميع الحالات، أقوال الناجين من الانتحار هي دائما نفسها: الإنكار والامتهان اللذان يلغيان كل محاولة من أجل العلاج النفسي، وكل محاولة البحث عن المعنى والتعبير عن الألم (Caillard & Chastang, 2010).

4-3-2- التعاملات الانتحارية

تتواجد المحاولة الانتحارية بطريقة منتشرة في هذه الأنظمة العائلية وتمس بشكل تكراري فردا أو عدة أفراد من النظام بسبب غياب بديل في مخزن القدرات العائلية التي تسمح بتغيير تكرار الرسالة العلائقية. ترتبط دائرة التفاعلات بصراعات علائقية تتميز بتهديد الانقطاع، الانفصال، الطلاق أو "عدم الانتماء" حيث بينت المقابلات مع هذا النوع من العائلات مرونة في الدلالات: يعاني الكل من المشاكل ومن الفشل يعاني الكل من أمراض نفسية صعبة...الخ، وتبين الملاحظة اختلال بين شدة تهديد الموت ونوع من الليونة الظاهرة في التفاعلات.

لذلك تأتي المحاولة الانتحارية في هذا السياق كوظيفة نداء إيجابية حيث يضع الشخص موته في رهان حتى وإن لم يكن له إلا شعورا منتثرا بهذا الشأن، ففي حالة سماع النداء من طرف الآخرين ينجح الفرد بشكل متناقض في محاولته الانتحارية: يضع الشخص موته كتجسيد لتهديد الإقصاء ويعرض قضيته الشخصية في الساحة العامة. وغالبا ما يتدخل الشعور بالعار في هذه الظروف مما قد يفسر الامتهان الناتج عن المحاولة الانتحارية، أما في حالة عدم سماع النداء (امتهان، تدخل علاجي متأخر) فإن خطر تكرار المحاولة يكون كبيرا ويزداد خطر الموت.

ويمكن للوقاية الثانوية أن تكون أكثر فعالية وسرعة في إطار هذه التشكيلة من التعاملات إذا كان التدخل العلاجي سريعا. هذا ما اقترحه Oualid عام 1987 من خلال الاستقبال، بأسرع ما يمكن، لعائلات محاولي

الانتحار التي تتواجد في حالة الصدمة الانفعالية قبل استقرار ميكانزمات الامتهان، الإنكار التبرير والعقلنة.

4-3-3- التعاملات القاتلة

تتعلق الإشكالية، حسب فرضية Oualid، بالإقصاء الحقيقي لأحد أفراد النظام العائلي حيث يمكن لهذه الإشكالية أن تظهر بمناسبة ظاهرة متكررة في دائرة حياة العائلة مما يبين في الواقع تهديد إقصاء أحد أفراد العائلة، يصبح التهديد تهديدا حقيقيا (الزنا، البطالة، تغيير في التشكيلة العائلية يثير مشكل الشعور بالانتماء). تبين الملاحظة والمقابلة مع الأقارب أن موت الفرد الذي تم تعيينه يعتبر كحل يرافقه أحيانا الشعور بتأنيب الضمير. يخص التعيين في الكثير من الحالات أفراد من الأجيال السابقة سواء كان هناك أم لا، محاولة انتحار أو انتحار حقيقي إذ نجد بسهولة في المخطط العائلي الجيل الثاني أو الثالث تصرفات شبيهة بالانتحار كالتصرفات الخطيرة، الكحولية، العنف، العدوانية الذاتية أو الغيرية، الإدمان، حدادات لم يقم بها، سر فيما يخص الأصول، زواج غير مناسب، زواج منظم. إن تعيين الفرد الذي يجب أن يختفي ليس باللين إذ يحتفظ التعيين بكل قوته حتى في حالة عدم النجاح في الانتحار، ففي هذه الحالة لا يمكن اعتبار المحاولة الانتحارية كنداء وإنما كانتحار فاشل. لذلك يعتبر الانتحار حسب المنظور النسقي كأضحية، عزوف ،ممر، أو انتقام.

توجه أولا نداءات المفحوص المعين في حالة تواجدها إلى أفراد آخرين خارج عن نطاق العائلة الذرية، في غالب الأحيان هي محاولات من أجل الانتماء إلى أنظمة عائلية أخرى إلا أن استمرار وتكرار تصرفات التعيين قد يشير إلى بعد نفسي فردي مرتبط بالتاريخ الشخصي للفرد مع عائلته الأصلية.

وتقترب الرهانات العلائقية من تلك التي نجدها عند العائلات ذات التعاملات الذهانية حيث نجد خاصة: الصلابة، التقديرات السلبية ، التحريض، معايشة محاولات الاستقلال كخطر بالنسبة لحياة النظام، أساطير الوحدة العائلية والأضحية. يصبح المفحوصون المعنيون كأفراد "حقيقيين" من خلال تصرفات ذهانية أو حدية بالنسبة للبعض، ومن خلال الموت بالنسبة للآخرين. إنه من الأهمية بمكان محاولة تحديد الفعل الانتحاري من الناحية الزمنية، ربطه مثلا بطلب قديم من أجل التمييز الذاتي، تخيل ما يمكن لموت المفحوص تغييره أو عدم تغييره، تخيل مستقبل العائلة بعد عشرين سنة، الخ (Caillard & Chastang, 2010).

4-4- العلوم العصبية والهشاشة الانتحارية

يرتبط تسيير الأنظمة العصبية بتجارب الحياة ونوعية المحيط، ولقد بينت الأعمال في العلوم العصبية التي تستعمل البيولوجيا، الصورة العصبية، والوراثة الجزيئية تدخل خلل في النظام السيروتونارجي في الهشاشة تجاه التصرفات الانتحارية. وتسمح هذه الدراسات بوضع اقتراحات مرتبطة بالسلسلة التطورية أين تتضح صيرورة تكوين مميزات الهشاشة أمام التصرفات الانتحارية من خلال التفاعل بين العوامل الوراثية والمحيط. تطور نموذج البحث في هذا المجال، بعد خمسين سنة من الأعمال في الطب العقلي البيولوجي، من نظرة فئوية إلى تناول بعدي وعبر التصنيفات حيث تم ربط النظام السيروتونارجي بالتصرفات الانتحارية والاندفاعية العدوانية.

4-4-1- بيولوجية الضغط والهشاشة الانتحارية

يعود الفضل إلى الدراسات في مجال بعد الوضع (Postpartum) التي غالبا ما تعتمد على إجراءات التشريح النفسي، في الوصول إلى ملاحظات هامة في هذا المجال. تمكنت هذه الدراسات، انطلاقا من دراسة دماغ (المستوى العصبي للبيوكيمياء، المورفولوجيا والوراثة الجزئية) أشخاص توفوا بسبب الشكل الشديد للاضطراب المدروس (الانتحار)، من الوصول إلى النتائج التالية:

- انخفاض في نسبة تورنوفر السيروتونارجي (turnover sérotoninergique) (انخفاض نسبة السيروتونين 5-HT أو عاملها الميتابولي الرئيسي أي حمض 5-HIAA (5-hydroxy-indole acétique) في الجذع العصبي والقشرة ما قبل الأمامية التي تلعب دورا هاما في الكف المعرفي والسلوكي إذ يؤدي الخلل على مستواها إلى ارتفاع نسبة العدوانية والاندفاعية وكما لوحظ ارتفاع نشاط النورادرنالين على مستوى هذه القشرة في حين يضعف في الجذع العصبي مما يؤدي إلى استجابة مفرطة من طرف الجهاز السمبثاوي أمام وضعيات الضغط.

- انخفاض في عدد نواقل السيروتونين وارتفاع المستقبلات بعد السنابتية ($5\text{-}HT_{1A}$, $5\text{-}HT_{2A}$, $5\text{-}HT_{2C}$) على مستوى القشرة ما قبل الأمامية.

ويمكن لكل هذه الاضطرابات أن تكون مستقلة عن الاضطرابات السيكاترية للأشخاص المعنيين. يجب إذن اعتبار التصرفات الانتحارية كنتيجة سلوكية تتميز بخلل مركزي على مستوى النظام

السيروتونارجي، وبالتالي وضع الفرضية التالية: يرمي الهدف الأول للانتحار إلى التخلص من شعور غير محتمل في سياق اكتئابي و/أو موقف ضاغط، ويؤدي الاضطراب السيروتونارجي إلى فقدان التحكم في العدوانية مما قد يؤدي بدوره إلى ارتفاع الميل نحو الفعل الانتحاري (Courtet, Olié, et al., 2010).

4-4-2- نموذج الهشاشة – الضغط

يقوم هذا النموذج على المعارف حول عوامل الخطر التي تطرقنا إليها سابقا ويقترح تفسيرا نظريا يضم من جهة حالة (ضغط) الشخص، والمميزات المتعلقة بالاستعداد والتي تتدخل في احتمال تطوير اضطراب ما (الهشاشة)، وبالتالي الأشخاص الذين يلجئون إلى أفعال انتحارية عندما يواجهون عوامل الضغط الداخلي (اضطراب عقلي مثلا)، أو الخارجي (حوادث الحياة) هم فقط الأشخاص الذين يعانون من هشاشة معينة. يتميز هذا النموذج بدمج المتغيرات السيكاترية والسوسيونفسية مع المتغيرات البيولوجية (الأنظمة العصبية الكيمائية، عوامل الوراثة، العوامل العصبية – التشريحية) (Vandevoorde, 2013).

يندرج النموذج الذي قدمه Mann في هذا الإطار، حيث تحدث هذا الأخير عن الاستعداد للضغط – التابع لسلوك الانتحاري أي ما يسميه بالضغط – المزدوج (stress – diathèse). يضم هذا النموذج التداخل بين مكونات عيادية ومكونات بيولوجية، وبهذا المعنى ينتج الفعل الانتحاري عن التفاعل بين عوامل "الميزة" من الاستعداد وعوامل "الحالة". يقصد بالعوامل "الميزة" عوامل عيادية (الاضطرابات السلوكية، اضطرابات الشخصية، تصرفات الإدمان) الناتجة عن عوامل وراثية وتدخل تجارب سلبية (في مرحلة الطفولة مثلا)، والخلل في التنظيم السيروتونارجي. أما عوامل "الحالة" فهي تتعلق باضطرابات سيكاترية كالاكتئاب الحاد الذي قام بتعقيدها تدخل عوامل محيط مسببة كالصعوبات السوسيونفسية (الفقر الانعزال الاجتماعي) (Courtet et al., 2010).

ويزداد حاليا الاهتمام بدور العوامل الوراثية بعد النتائج التي توصلت إليها بعض الدراسات: استنتج مثلا Mann مع فرقته سنة 2003 أن دور الوراثة في الانتحار شبيه بدورها في الاضطرابات الثنائية القطبية والفصام، وهذا بعدما لاحظوا أن نسبة الانتحار مرتفعة عند العائلة البيولوجية لمحاولي الانتحار الذين تم تبنيهم مقارنة بعائلتهم المتبناة.

5- إشكالية التشخيص والتنبؤ بالأفعال الانتحارية

5-1- إشكالية التنبؤ بالخطر الانتحاري

أصبح الانتحار منذ سنوات عديدة من أكبر مشاكل الصحة في العالم نظرا لعدد الوفيات التي يحدثها من جهة، ومن جهة أخرى نظرا للألم الذي يكشف عنه. تقوم الوقاية من الأفعال الانتحارية على تحسين القدرة على تشخيص الأفراد الذين يتواجدون في حالة أزمة انتحارية وتنظيم العلاج الذي يسمح بتجنب المرور إلى الفعل (Charazac-Breunel, 2002 ; Balon, 1987).

يضيف تقدم المعارف العلمية والطلب الاجتماعي من الضغط الممارس على الأخصائي العيادي طلبا منه التنبؤ مثلا ببعض السلوكات كالأفعال الانتحارية، وأمام هذا الواقع يتساءل الباحث و/ أو العيادي عن مدى إمكانية التنبؤ بهذه الأفعال وعن الوسائل التي تسمح بذلك (Sultan, 2004). وكما أشرنا إليه مسبقا يرتبط الانتحار بأشكال عيادية مختلفة وبصيرورات سيكومرضية متعددة لذلك من الصعب فهمه بطريقة موحدة، واكتشاف نسبة الخطر الانتحاري يتعلق بارتباطات محتملة و بمؤشرات عيادية تتعلق احتمالا بالانتحار.

عندما يشك العيادي بوجود خطر انتحاري عند مفحوص ما خاصة إذا كان هذا المفحوص ينفي كل تفكير انتحاري يجب استعمال تقنيات خاصة من أجل تقييم وفحص هذا الخطر. يطرح على العيادي استعمال علامات أو مؤشرات في إطار هذا الفحص تساؤلات أخلاقية: كم عدد المؤشرات التي يجب البحث عنها ؟ و ما هي هذه المؤشرات ؟ هل نكتفي بالمؤشرات التي تحدث عنها الأدب المختص أم نعتمد على كل المؤشرات؟ كم يلزم من الوقت و الطاقة حتى نقول أن مؤشر ما يساهم في تحديد الخطر الانتحاري؟ (Bishop, Martin, Costanza et Lane, 2000).

يجب التطرق، في جميع الأحوال، إلى مسألة الخطر الانتحاري بحرص شديد وكبير وهذا لعدة أسباب: من الصعب التنبؤ بظاهرة (الانتحار) التي تحدث بنسبة قليلة، إذ بين Meehl سنة 1973 أن الاستعمال التطبيقي للمعطيات الإكلينيكية لا يرتبط فقط بقدرة النتائج على التمييز وبالتالي التنبؤ وإنما أيضا بنسبة حصول الظاهرة الإكلينيكية، فعندما يتعلق الأمر بظاهرة كالانتحار من الأنسب للعيادي أن يستنتج أنه لا يوجد خطر لحدوث الحادث، ذلك لأن طرق الفحص تحتوي على نسبة معتبرة من الخطأ إذ بين نفس الباحث أن في حالة استعمال وسائل دقيقة وتم ثبات صدقها فإن هناك احتمال كبير للحصول على نسبة مرتفعة من عدد الإيجابي-الخاطئ (faux-positifs) (أي الأشخاص الذين نعتقد أنهم منتحرين لكن في

الحقيقة ليس صحيحا)، لكن يمكننا القول أنه في حالة الانتحار نسبة الإيجابي-الخاطئ أقل أهمية من نسبة السلبي-الخاطئ (faux-négatifs) (أي اعتبار أن شخص ليس انتحاري غير أنه كذلك في الواقع يشكل خطرا) ولا يجب أن ننسى الأبعاد الإكلينيكية، التطبيقية وخاصة الأخلاقية في حالة الإيجابي-الخاطئ.

ويؤكد Meehl على النصيحة الموجهة من طرف أخصائيي الحكم العيادي إلى الممارس العيادي الذي يجد نفسه أمام مسألة التشخيص والتنبؤ بالخطر الانتحاري: يدعو هؤلاء الأخصائيون الممارس إلى الإجابة وبشكل بسيط أن الشخص لن يقوم بفعل انتحاري في كل مرة عندما يطرح عليه هذا النوع من السؤال. لكن يتعلق السؤال حول الخطر الانتحاري من الناحية التطبيقية والعيادية مباشرة بمشروع العلاج وبحماية الشخص كإدخاله إلى المستشفى مثلا.

ونجد وجهة نظر أخرى اقترحها بعض العياديين انطلاقا من دراسات إيبدميولوجية حول الانتحار والتي تأخذ بعين الاعتبار مختلف عوامل الخطر، كاقتراح Graham سنة 1993 الذي يدعو العيادي إلى الإجابة على التساؤلات حول الخطر الانتحاري بطريقة خاصة، على ضوء التشخيص النفسي من أجل الوصول إلى استنتاجات حول العوامل الإكلينيكية المتعلقة غالبا بالانتحار، إذ يتعلق الأمر حسبه بشدة الاكتئاب، مستوى نشاط الأشخاص، الاندفاعية الشعور باليأس والانعزال الاجتماعي، غير أن هذه الاستنتاجات يجب أن تبقى فرضيات ضعيفة بسبب النسبة القليلة لحدوث هذه الظاهرة (Sultan, 2004).

ويواجه البحث الإكلينيكي حول الانتحار مسألة التنبؤ، غير أن الأبحاث حول الانتحار هي تقريبا كلها أبحاث استعادية قائمة على معطيات تم الحصول عليها من أشخاص شخصوا كانتحاريين من طرف مصادر أخرى (بسبب محاولة سابقة بشكل عام)، نادرا ما يقوم البحث على معطيات تم الحصول عليها قبل الفعل الانتحاري، ويرى Exner (1995) في هذا السياق أنه: « في حالة اكتشاف مؤشر للخطر الانتحاري حتى و إن كان ناقصا، فإن أخلاقية الوقاية تأتي بالضرورة قبل الهومات العلمية التي ترمي إلى التدخل من أجل فحص المؤشر» (p. 230).

ويبقى التنبؤ بالخطر الانتحاري من بين الرهانات الكبيرة التي تواجه العيادي نظرا للنتائج المهلكة الصادرة عن القيام بهذا الفعل وتداخل العوامل التي يمكن أن تكون وراء هذا الفعل يجعل التنبؤ به أكثر صعوبة.

إن لاستعمال الاختبارات النفسية دورا في التنبؤ بهذا السلوك خاصة عندما يتعلق الأمر بمفحوص لا يفصح عن رغباته الانتحارية ويرفض إعطاء معلومات شخصية مما يصعب على العيادي فهم دينامية شخصية هذا الفرد، لكن في هذه الحالة يمكن للعيادي اللجوء إلى الاختبارات الإسقاطية التي وضعت من أجل هذا الغرض عكس اختبارات الإجراء الذاتي أين يكون الفرد واعيا تماما عما نبحث عنه، وبالتالي في حالة استعمال الاختبارات الإسقاطية تكون إمكانية الفرد في إخفاء أو التظاهر بأعراضه محدودة جدا.

5-2- الوسائل الموجودة لتقييم الخطر الانتحاري

استعمل الأخصائيون العياديون الاختبارات النفسية الموجودة كاختبار MMPI واختبار تفهم الموضوع (T.A.T) واختبار الرورشاخ من أجل فحص الخطر الانتحاري، كما حاولوا بناء اختبارات جديدة كسلالم Beck. سنكتفي بعرض الوسائل المعروفة والأكثر استعمالا من طرف العياديين والباحثين.

5-2-1- MMPI و MMPI-2

واجه منطق تصديق السلالم والعوامل المرتبطة بالانتحار في إطار MMPI صعوبات كبيرة نظرا لصعوبة قضية التنبؤ بالفعل الانتحاري، نجد في الأدب الإكلينيكي عدة مراجع حول العلاقة بين الانتحار وبعض مؤشرات MMPI ، فمثلا إن الارتفاع الدال لسلم 2 (D) و/ أو سلم 7 من شأنه أن يرفع من احتمال الأفعال الانتحارية ونفترض أيضا أنه في حالة ارتفاع دال لسلم 2 (D) فإن الشخص ينفي كل شعور أو فكرة اكتئابية ويرتفع بذلك الخطر الانتحاري. وتبين الدراسات التجريبية نتائج متناقضة من الصعب تعميمها، كما نجد صعوبة في التنبؤ بالخطر الانتحاري باستعمال إجراءات إحصائية متعددة المتغيرات وباللجوء إلى إجراءات التنقيب أو الحكم الإكلينيكي الواقعي الذي يتمثل في الطلب من الأخصائيين النفسانيين الحكم انطلاقا من ملف المفحوصين.

يجب الإشارة إذن إلى أن مقياس MMPI يعطي القليل من المعلومات المتعلقة مباشرة بالأفعال الانتحارية، لكن من المؤكد أنه يعطي معلومات هامة فيما يخص التنبؤ بمؤشرات عيادية للانتحار كالاندفاعية، ويوصي ممارسي هذا المقياس بالتركيز على محتوى البنود كالبنود التي تدور حول التفكير الانتحاري من نوع اكتئابي (Sultan, 2004).

5-2-2- سلالم Beck

- سلم التفكير الانتحاري (Scale of Suicidal Ideation)

وضعه Beck مع مجموعة من الباحثين عام 1979، وهو تقنية تقوم على مقابلة عيادية يجب تطبيقها من طرف عيادي لقي تكوينا فيها، وتهدف إلى تكميم المؤشرات الإكلينيكية للخطر الانتحاري. يقيس هذا السلم شدة المقصد الانتحاري الحالي والذي يكون الشخص واعيا به من خلال فحص وجود لرغبات وأفكار الاعتداء على الذات، التهديدات الانتحارية، الخطط الواعية التي ينشئها الفرد للانتحار والمعارف الاكتئابية، وتسمح هذه التقنية للعيادي بجمع أكبر عدد ممكن من المعلومات في كل مجال من أجل التنبؤ بأكبر قدر ممكن من الدقة بالأفعال الانتحارية (Beck, Kovacs, & Weissman, 1979).

- سلم BHS (Beck Hopelessnesss Scale)

وضع هذا السلم من طرف Beck ومجموعة من الباحثين عام 1974 و يقوم على عدد من الفرضيات المتعلقة بالاكتئاب إذ يرى Beck أن تواجد مخططات معرفية غير وظيفية على مستوى الذاكرة الطويلة المدى وتركيز المعلومة في اتجاه سلبي يعتبر أحد قواعد الاكتئاب، فالشخص المكتئب يتميز بغياب لرؤية في المستقبل و/أووجود رؤية سوداء لهذا المستقبل، ويقيس سلم اليأس التشاؤم عند الأشخاص المكتئبين، الخطر الانتحاري والمخططات المعرفية غير الوظيفية، وتتميز هذه العناصر الثلاثة بعنصر مشترك ألا وهو غياب الإسقاط في المستقبل. وإن كان سلم BHS هو سلم للاكتئاب، فإن النتيجة العامة في هذا السلم تشير أيضا، بطريقة غير مباشرة، إلى المقصد في الانتحار. ولقد بينت دراسات حول صدق سلم BHS أن هذا الأخير له قيمة تنبؤية فيما يخص المحاولات الانتحارية، فلقد وجدت العلامة 13 في هذا السلم عند أشخاص قاموا فيما بعد بمحاولات انتحارية، كما بينت دراسة على 207 مفحوص من بينهم 14 انتحروا أن العلامة 10 تشخص بطريقة صحيحة (91%) من المنتحرين (Sultan, 2004).

5-2-3- اختبار تفهم الموضوع (T.A.T)

يوجد القليل من البحوث التي حاولت استعمال اختبار تفهم الموضوع من أجل تقييم خطر المرور إلى الفعل الانتحاري، وأشار McEvoy سنة 1974 إلى أن مجمل هذه البحوث قد فشلت في التمييز بين المجموعات الانتحارية والمجموعات غير الانتحارية. فعندما حاول Broida مثلا، في سنة 1954،

تحليل القصص المقدمة في اللوحة 3BM التي تعتبر من اللوحات التي يظهر فيها موضوع الانتحار بنسبة كبيرة، لم يجد فرقا بين مجموعة الذهانيين الانتحاريين ومجموعة الذهانيين غير الانتحاريين، وكما بين كل من Schneidman وFarberow سنة 1958 أن تحليل مميزات شخصية البطل، في اختبار تفهم الموضوع، لا يسمح بالتمييز بين أشخاص انتحاريين وأشخاص غير انتحاريين. ولم يجد Fisher وHinds، McEvoy وLester في دراستهم المختلفة حول المحتويات العدائية في اختبار تفهم الموضوع، فرقا بين المجوعات الانتحارية وغير الانتحارية (Eyman & Eyman, 1991 ; Smith, 1981).

5-2-4- اختبار الرورشاخ

نبدأ تحليل كل بروتوكول رورشاخ في إطار النظام الإدماجي لكل حالة يتعدى عمرها 15 سنة بفحص الكوكبة الانتحارية (S-CON). يقصد بالكوكبة الانتحارية جمع متغيرات تنتمي إلى مجموعات مختلفة حيث بين تركيبها فائدتها من الناحية العملية من خلال تشخيص أشخاص يتميزون بنفس الخصائص التي وجدت عند أشخاص قاموا بأفعال انتحارية. ووضعت هذه الكوكبة انطلاقا من دراسة بروتوكولات عينة من 59 شخصا انتحروا 60 يوما بعد الفحص عن طريق الرورشاخ، وتسمح مجموعة المتغيرات التي وضعت بعد هذه الدراسة بتشخيص 75% من حالات الانتحار مع نسبة ضعيفة من الإيجابي-الخاطئ عند الأفراد غير المستشارين (0%) و الفصاميين (12%)، غير أن (20%) من عينة الأشخاص المكتئبين تحصلوا على نتائج إيجابية في الكوكبة. ولقد تم التأكد من صدق الكوكبة على عينة من 101 شخص ماتوا بسبب الانتحار (Exner, 1995).

تسمح الكوكبة الانتحارية الحالية بعتبة 8 متغيرات إيجابية من تشخيص (83%) من مجموعة المنتحرين، لكن مع تشخيص (12%) من مكتئبين غير انتحاريين و(6%) من الفصاميين غير الانتحاريين و(0%) من العاديين أيضا، وتسمح عتبة 7 بالرفع من القدرة التشخيصية بنسبة (10%) ولكن ترفع من نسبة الإيجابي-الخاطئ في المجموعات السيكاترية الضابطة.

تسمح إذن الكوكبة الانتحارية من تشخيص وجود خطر مداهم للمرور إلى الفعل الانتحاري غير أن هناك نسبة تتعدى (15%) من السلبي-الخاطئ في المجموعة الانتحارية ونسبة من الإيجابي-الخاطئ تتعدى (10%) في المجموعة الاكتئابية الضابطة، إذ تدعو هذه النسب كما يوصي به Exner (1995; 2003) إلى الكثير من الحكمة وعدم اعتبار نتيجة الكوكبة كنتيجة نهائية وكافية، إلا أنه يجب اعتبار الكوكبة الانتحارية الإيجابية (8) كإشارة استغاثة قوية التي تعجل القيام بفحص عميق حول الوجود الاحتمالي

لميل مداهم للاعتداء على الذات، ولا تشير الكوكبة الانتحارية السلبية حتما إلى غياب كلي للخطر الانتحاري.

وتجدرالإشارة في الأخير إلى أن النسخة الثانية للكوكبة الانتحارية لم يتم التصديق عليها على أساس عينة جديدة، لكن وبالرغم من هذا، يبدو أن هذه الكوكبة هي مؤشر هام وفعال من أجل تقييم الخطر الانتحاري إذ يجب أخذ كل كوكبة انتحارية إيجابية (Sultan, 2004) بشكل جدي.

خلاصة الفصل

ينتمي الانتحار في البداية، قبل دخوله ببطء في حقل علم الاجتماع والعلاج النفسي، إلى الحقل النظري الديني والقانوني. لا يشير الفعل الانتحاري كما تبين لنا من خلال التطرق إليه من الناحية التاريخية إلى المرض أو الاضطراب العقلي فقط، وإنما هو فعل مقرب من الشخص العادي ويحمل لديه قيمة انفعالية وأخلاقية ومعنى وجودي. لذلك يستمر لغز موضوع الانتحار في إثارة اهتمام الفلاسفة، رجال الدين، علماء الاجتماع والقائمة طويلة وصولا إلى المواطن العادي.

يعتبر الفعل الانتحاري، سواء أدى إلى موت الشخص أو إلى إصابته بصفة خطيرة، ظاهرة معقدة ذات نتائج فظيعة على المفحوص، كارثة تمس العائلة وتترك الفرق الإستشفائية في وضعية مؤلمة، رهان كبير للصحة العقلية ومحل اهتمام البحوث العلمية. وأمام هذه الوضعية تستمر جهود العياديين والباحثين في تطوير استراتيجيات ووسائل الحد من هذه الظاهرة. يحتل في هذا الإطار موضوع تشخيص والتنبؤ بالأفعال الانتحارية أهمية أساسية وإذا ما تفحصنا الأدب المتخصص، نجد أن اختبار الرورشاخ يعتبر من الوسائل العيادية المستعملة من طرف العياديين بهدف فحص التوظيف النفسي للفرد، ويظهر أن دراسات Exner حول الكوكبة الانتحارية في الرورشاخ تمنح نتائج أكثر تفاؤلا فيما يخص التشخيص والتنبؤ بخطر انتحاري مداهم.

الفصل الثالث

اختبار الرورشاخ

تمهيد

إن الصعوبات المنهجية، العلمية والأخلاقية التي يواجهها المختصون العياديون والباحثون الذين يهتمون بدراسة الفعل الانتحاري، لم تمنعهم أو تنقص من عزمهم على البحث عن وسائل جديدة و/أو العمل على تطوير وسائل موجودة من أجل الرفع من فعاليتها في الفحص، التشخيص، والتنبؤ بخطر المرور إلى الفعل الانتحاري. وبالرغم من الطبيعة المعقدة للفعل الانتحاري وحدود الاختبارات النفسية في المساهمة في تشخيص هذا السلوك، تبقى الدراسات متواصلة إلى يومنا هذا بهدف تحسين فعالية بعض الاختبارات في هذا المجال.

ويعتبر اختبار الرورشاخ، كما أشرنا إليه في الفصل السابق، من بين الاختبارات الأكثر استعمالا من طرف الممارسين العياديين والباحثين لفحص الخطر الانتحاري. سنتطرق في هذا الفصل، بعد عرض قصير حول تطور هذا الاختبار من الناحية التاريخية وأهم التناولات النظرية والتطبيقية بالتركيز أساسا على نموذج النظام الإدماجي لـ Exner، إلى مكانته في الفحص، التشخيص والتنبؤ بالفعل الانتحاري منذ السنوات الأولى من تأسيسه إلى يومنا هذا.

1- لمحة تاريخية عن ميلاد وتطور اختبار الرورشاخ

1-1- الميلاد والبدايات الأولى

يرى العديد من المؤلفين (Exner, 1995 ; Castro, 2006 ; Beizman, 1961)، قبل أعمال Herman Rorschach، أن كلا من Binet وHenri (1895، 1896) قاما بمحاولة إدراج بقع الحبر في أول اختبارهم للذكاء كمؤشر للقدرة المعرفية والتداعي والخيال البصري، وأصدر العديد من الباحثين فيما بعد، سواء في الولايات المتحدة الأمريكية أو في أوروبا، مقالات حول استعمال بقع الحبر بهدف دراسة الخيال والإبداع.

يرى Exner (1995) أن اعتبار هذه الأعمال مصدرا لأعمال Rorschach Herman غير صحيح، رغم أنه كان يعرفها نوعا ما، وتبقى على العموم الأسباب التي أدت بـ Herman Rorschach إلى الاهتمام بدراسة بقع الحبر غير معروفة بكاملها.

لقد أشار Ellenberger (المؤرخ الشخصي لـ Herman Rorschach) أنّه من بين الأسباب التي دفعت Herman Rorschach إلى دراسة بقع الحبر كونه أولا ابن فنان، ثانيا ذو حماس مميز منذ طفولته "للعبة بقع

الحبر" (Klecksographie) التي كانت منتشرة كثيرا في أوروبا آنذاك، دون أن ننسى صداقته مع Konrad Gehring - زميله في المدرسة - الذي لعب دورا هاما في اختيار Rorschach لبقع الحبر كوسيلة لفحص مرضاه: كان Gehring يعمل كمعلم في مدرسة قريبة من المستشفى الذي كان يعمل فيه Rorschach (Munsterlingen)، ولحل المشاكل السلوكية في قسمه وتحفيز التلاميذ على العمل، كان يعدهم بالسّماح لهم اللعب "ببقع الحبر"، وغالبا ما يأتي Gehring مع تلاميذه إلى هذا المستشفى للغناء أمام المرضى، سرعان ما لاحظ Rorschach القدرة التفاعلية لهذا الاختبار وبدأ يقارن بين الأجوبة التي يعطيها تلامذة Gehring و أجوبة مرضاه.

في غضون سنة 1911، تابع Rorschach و Gehring إنشاء واختبار مختلف بقع الحبر، لكن في إطار الصداقة فقط وبدون مشروع عمل محدد، إلاّ أنّ إصدار Eugène Bleuler (معلم Rorschach و المشرف على مذكرته) في نفس السنة لعمله المعروف حول الخرف المبكر حيث ظهر ولأول مرة مصطلح الفصام (schizophrénie)، أدى بـ Rorschach إلى الاهتمام بأجوبة المفحوصين الذين يندرجون في التشخيص الفصامي، بالمعنى الذي أتى به Eugène Bleuler وتوصل إلى نتيجة مفادها أن هؤلاء المرضى يجيبون عن بقع الحبر بطريقة مختلفة عن الآخرين. وقدم Rorschach في جمعية محلية للطب العقلي عرض مختصر للنتائج التي توصل إليها، لكن مداخلته لم تحض باهتمام الحاضرين مما أدى به إلى التّخلي عن أبحاثه لبضعة سنوات.

ونشر الطالب البولوني في الطب Syzmond Hens عام 1918، تحت إشراف Eugène Bleuler، مذكرته التي توصل فيها إلى استخلاص أوجه التشابه والاختلاف في محتويات المجموعات التي قام بدراستها، انطلاقا من إجراء سلسلة من ثمانية بقعة على صغار وراشدين (عاديين و مرضى)، ليشير في الأخير إلى فرضية إمكانية استعمال نظام تصنيف محتويات الأجوبة بهدف المساهمة في التشخيص. ولكن لم يهتم Rorschach، الذي كان ذا معرفة واسعة فيما يخص الأعمال المنجزة حول الإدراك، بتصنيف المحتويات، وإنّما اهتم أكثر بتصنيف الخصائص المميزة للإجابة.

واستعمل Rorschach في أعماله ما يقارب أربعين بقعة حبر، لكن استعمل كثيرا خمسة عشر منها وتوصل إلى جمع 405 بروتوكول، 117 أشخاص عاديين، 118 مفحوصين فصاميين، وبالاستناد على أعمال الجستالتيين توصل إلى ثلاث سلاسل من الترميز، والتي تترجم الجوانب الثلاثة للإجابة: الموقع (مثل G,D)، المحددات (مثل F, C, K)، المحتويات (مثل H، A). واختار Rorschach تسمية اختباره باختبار تفسير الأشكال (test d'interprétation des formes)، واعتبر النتائج التي توصل إليها كنتائج أولية لدراسات

مستقبلية أكثر عمقا. كما أشار في بداية 1920، انطلاقا من حجم كاف من عينات الدراسة إلى أن طريقة بقع الحبر التي وضعها ذات أهمية تشخيصية كبيرة، خاصة لتشخيص الفصام، هذا بالإضافة إلى اكتشافه أثناء دراسته، أنّ ظهور بعض أنماط الأجوبة بنسبة كبيرة (خاصة الأجوبة الحركية والأجوبة اللونية) مرتبطة بأنماط خاصة من المميزات النفسية (Rorschach, 1921).

أثارت النتائج التي توصل إليها Rorschach اهتمام العديد من زملائه، وكما أثارت حماس Bleuler نظرا لقدرتها التشخيصية، فشجعوه لنشر نتائجه حتى يتمكن الآخرون من تعلم استعمال طريقته. وبالمساعدة الكبيرة من زميله Walter Morgenthaler، نشر أخيرا مخطوطه في نهاية شهر جوان عام 1921، كما استثمر جميع مجهوداته في الأشهر الموالية من أجل متابعة أبحاثة، لكن لسوء الحظ، توفي في 2 أفريل 1922 عن عمر لم يتجاوز 37 سنة.

استغرق Rorschach مدة لم تتجاوز أربع سنوات في دراسة بقع الحبر، وقد استمر العديد من زملائه بعد وفاته، من الدفاع عن طريقته واستعمالها، واستمروا في دراستها وفقا لأعماله، حيث أشار في كتابه إلى حدود الدراسة التي قام بها، وإلى ضرورة الاستمرار في البحث. من بين زملائه الذين استمروا - كل بطريقته الخاصة – في الدفاع عن طريقته بالتركيز أساسا على دراسة و تحليل المحتويات، نذكر كلا من: Walter Morgenthaler، Emile Oberholzer و Georgi Roemer. و لم يقترح أحد منهم رموزا تنقيطية جديدة قبل سنة 1932 حيث نشر Hans Binder نظام تنقيط معقد يضم المحددات التضليلية إلى جانب رموز أخرى.

جدير بالذكر أنه يعود الفضل إلى Emile Oberholzer الذي طور و قام بنشر طريقة الرورشاخ، كونه محللا نفسانيا مشهورا ذا مكانة معتبرة في الميدان، وبفضل هذه المكانة استقبل طبيبا عقليا أمريكيا (David Lévy) لتكوين دام عاما كاملا، تعرف خلاله على أعمال Rorschach، وحمل David Lévy في حقيبته حين عودته إلى الولايات المتحدة الأمريكية عدة نسخ من صور بقع الحبر وفي رأسه مشروع توظيف طريقة Rorschach لدراسة الأطفال. رغم أهمية المشروع لم يتسن لهذا الطبيب تحقيقه بفعل انشغالاته واهتماماته المتعددة، بل الفضل يعود إلى أحد تلامذته في تحقيق ذاك المشروع، علاوة على تأسيس نظام رورشاخ معروف إلى جانب أنظمة أخرى (Exner, 1995).

1-2- أنظمة الرورشاخ في الولايات المتحدة الأمريكية

يعود الفضل، كما أشرنا إليه سابقا، إلى David Lévy في إدخال اختبار الرورشاخ إلى الولايات المتحدة الأمريكية، ويرتبط تاريخ هذا الاختبار في المنطقة بمجموعة من الباحثين الذين فرضوا أنفسهم في هذا البلد من خلال أعمالهم في هذا المجال. ومن بين الباحثين نجد أحد طلبة David Lévy أي Samuel Beck، الذي قام بعد سبع سنوات من وفاة Rorschach بأول دراسة منظمة حول الاختبار، مؤكدا مع Woodworth (المشرف على عمله) على فكرة أن تقنين الاختبار على فئة من الأطفال يمكنه المساهمة في دراسة الفوارق الفردية. أنهى Beck مذكرته عام 1932، وحتى عام 1934 نشر تسعة مقالات وصف فيها أهمية الرورشاخ في دراسة تنظيم الشخصية والفوارق الفردية. وازداد الاهتمام باختبار الرورشاخ منذ عام 1934، سواء في مجال الطب العقلي أو في مجال علم النفس، وبالرغم من الصعوبات التي واجهها Beck، واصل أبحاثه حول الاختبار، وتعليم الطريقة في كلية الطب هرفارد (Harvard) ومستشفى الأمراض النفسية ببوسطن. وأكد في أعماله المختلفة على ضرورة تقنين إجراء، تنقيط وتحليل الاختبار حيث نشر بين عام 1944 و 1952 سلسلة من ثلاثة أجزاء حول اختبار الرورشاخ توضح نظامه الخاص.

كان Beck، غالبا ما يتحدث عن اهتماماته مع زميلته Marguerite Hertz، التي كانت أيضا في نفس الفترة طالبة في علم النفس والتي سرعان ما قررت إنجاز دراسة مماثلة لدراسة Beck، لكن حول عينات متعددة من الأطفال. وكانت من الأوائل الذين فهموا ضرورة تطوير الاختبار. ولقد حاولت في عدة مقالات التقريب بين Beck و Klopfer وحل الصراع الذي كان بينهما فيما يخص اختبار الرورشاخ، لكن دون جدوى كما نشرت ما يزيد عن 60 مقال عرضت فيهم وجهتها النظرية الخاصة فيما يخص الاختبار.

يرتبط أحد أكبر أنظمة الرورشاخ بهجرة Bruno Klopfer، محلل نفساني ألماني، إلى الولايات المتحدة الأمريكية عام 1934 هروبا من ويلات السلطة النازية. على خلاف Beck، لم يهتم Klopfer مباشرة باختبار الرورشاخ، لكن نظرا للخبرة الكبيرة التي اكتسبها في سويسرا في تطبيق الاختبار، طلب مجموعة من الطلبة تنظيم حصص تكوينية من طرفه. وعل الرغم من رفض الإدارة المعنية، تمكن الطلبة من إقناع Klopfer بتنظيم حصص تكوينية في إطار شخصي، والتي دامت عدة سنوات وضمت عدة فرق، وجعلته يستغرق معظم وقته في دراسة الاختبار. لكنه لم يكتف بتنظيم الحصص التكوينية، بل قام أيضا بتأسيس مجلة خاصة بنشر الأبحاث المرتبطة بالاختبار (Rorschach Research Exchange) سنة 1936. وفي 1939 تم إنشاء *معهد الرورشاخ* كمؤسسة لمراقبة البحوث المرتبطة بالاختبار والتدريب على استخدامه.

و في عام 1948 تم تحويل المعهد إلى جمعية *للتقنيات الإسقاطية* *Society for projective techniques* كما تم تحويل اسم المجلة إلى *مجلة التقنيات الإسقاطية* *Journal of projective techniques* (عبد الفتاح الغامدي، 2003)، لتتحول فيما بعد إلى *مجلة تقييم الشخصية* *Journal of personality Assessment*. ونشر Klopfer بدوره، مع شركائه بين عام 1954 و 1970، سلسلة من ثلاثة أجزاء تترجم النظام الذي وضعه لاستعمال الاختبار.

وأثمرت مشاركة طالب يدعى Zygmunt Piotrowski في الملتقى التكويني الأول لـ Klopfer إلى اهتمامه الكبير باختبار الرورشاخ، وبمعرفة كيف يستجيب الأشخاص الذين يعانون من اضطرابات نورولوجية أمام بقع اختبار الرورشاخ. كان Piotrowski يعمل في البداية بالمشاركة مع Klopfer ليستقل في الأخير، نظرا للانتقادات الموجهة إلى نظام Klopfer من طرف Beck، مركزا أعماله على دراسة المفحوصين الذين يعانون من اضطرابات نورولوجية، وبعد عشرة سنوات (1950) نشر مخطوطا يحتوى على وجهته النظرية الخاصة فيما يخص الاختبار.

وظهر في ساحة الرورشاخ، في نفس هذه الفترة اسم آخر، لعب دورا كبيرا في تطور واستعمال اختبار الرورشاخ في الولايات المتحدة الأمريكية ألا وهو David Rapaport. ولقد اهتم بدراسة فعالية عدة اختبارات نفسية في وصف التوظيف النفسي من بينها اختبار الرورشاخ. ويتميز نظام الرورشاخ الذي أسسه بوجهته النظرية التحليلية وبنظريته الخاصة حول علم النفس الفردي. وما بدأه Rapaport طوره Roy Schafer في كتابه الشهير "التفسير التحليلي لاختبار الرورشاخ" الذي ظهر عام 1954.

تطورت إذن في الولايات المتحدة الأمريكية، في الفترة الممتدة بين 1936 و 1957، خمسة أنظمة مختلفة من الصعب المقارنة و المقاربة بينها، إلا أن هذا لم يمنع Exner من محاولة المقارنة بين الأنظمة الخمسة عام 1969، ليتحول هذا المشروع فيما بعد إلى كتاب دام إنجازه تقريبا سبع سنوات، نظرا لغزارة الأدب في هذا المجال. وأثمرت جهود Exner وشركائه على تأسيس نظام جديد يدعى *Comprehensive System* حيث ظهرت النسخة الأولى لهذا النظام عام 1974 : يمثل هذا النظام دمج لكل المعارف المكتسبة والتي تم إثباتها من الناحية التجريبية، والتي ميزت تاريخ الاختبار منذ ظهور مخطوط Rorschach عام 1921 إلى غاية البحث والتنظير بداية سنوات 1970. يترجم النظام أعمال كبار المؤلفين ونتائج باحثين ساهموا في دراسة إستراتيجية معقدة تهدف إلى وضع معلومات حول بنية وتوظيف الشخصية. ولقد ترجمت Andronikof عنوان هذا النظام إلى الفرنسية بـ *Système Intégré*

باعتباره دمجا لجميع الأنظمة التي سبقته، ومساهمات البحث الحالي. و في نفس هذا الاتجاه ترجم العرب عنوان النظام إلى العربية باسم *النظام الإدماجي*.

وبالموازاة مع أعمال Exner، في الولايات المتحدة الأمريكية، نجد محاولة عدد من المؤلفين في أووربا، لتطوير تناول آخر لاختبار الرورشاخ خاصة والتقنيات الإسقاطية عامة، ونخص بالذكر هنا التناول التحليلي الذي تزعمه ما يسمى حاليا بمدرسة باريس.

1-3- مدرسة باريس

يقصد بعبارة مدرسة باريس (Ecole de Paris) تيار نظري ومنهجي من جهة، ومن جهة أخرى مجموعة من الجامعيين، باحثين - مدرسين وأخصائيين نفسانيين، الذين يستندون على طريقة التحليل المستمدة من التحليل النفسي من أجل تفسير الرورشاخ والتقنيات الإسقاطية؛ وظهرت هذه العبارة لأول مرة عام 1990، بمناسبة الملتقى العالمي الثالث عشر للرورشاخ والطرق الإسقاطية على يد C. Chabert إحياء لشرف N. Rausch de Traubenberg مؤسسة هذه المدرسة. وأطلقت هذه التسمية للتمييز بين هذه المدرسة وباقي مدارس تفسير الرورشاخ: المدرسة الظواهرية-البنائية (التي يمثلها حاليا J-M Barthélémy و M.Wawrzyniak بعد F. Minkowska)، المدرسة التحليلية السويسرية (و التي يمثلها C.Marceron، F. Rossel و O. Husain)، و أخيرا التناول الإكسنيري (الذي أدخلته إلى فرنسا A. Andronikof) (Chagnon, 2013).

يرجع تاريخ تفسير الرورشاخ والطرق الإسقاطية إلى إنشاء التجمع الفرنسي للرورشاخ عام 1950 الذي ترأسه D. Lagache (Chagnon, 2013)، مؤسس علم النفس العيادي في فرنسا، ومؤلف نص ذو أهمية بالغة في تاريخ التقنيات الإسقاطية، خاصة اختبار الرورشاخ حيث اهتم بصيرورة إجابة الرورشاخ مؤكدا على أنها صيرورة لا تقوم فقط على هيئة إدراكية وإنما تدعو إلى التبني لهيئة خيالية وغير واقعية. ونجد تقريبا نفس الفكرة عند R. Schafer منظر تفسير الرورشاخ حسب وجهة نظر التحليل النفسي في الولايات المتحدة الأمريكية والذي عرف عام 1954 الرورشاخ "ك

كتاب الخيال الفردي"، وكما نجد فكرة الحل الوسطي بين النشاط الإدراكي والنشاط الخيالي في أعمال N. Rausch (1970 ; 1983) عندما تعرف الرورشاخ كـ"فضاء لتفاعل" بين المدرك والهوام، الموضوعية والذاتية، الواقع الخارجي والواقع الداخلي. بدون أن ننسى مساهمة D. Anzieu في تطوير تفسير الرورشاخ والتقنيات الإسقاطية حسب وجهة نظر التحليل النفسي خاصة من خلال دراسة النكوص وأوجه التشابه

والاختلاف بين الإسقاط بمعناه في التقنيات الإسقاطية والإسقاط كمصطلح التحليل النفسي (Anzieu & Chabert, 2004).

إلى جانب D. Anzieu و N. Rausch يجب بطبيعة الحال ذكر دور C. Chabert في التأكيد على القواعد الأساسية لأهمية وملائمة النموذج التحليلي (المتابسكولوجيا الفرويدية) للتوظيف النفسي في تحليل وتفسير الطرق الإسقاطية (Chabert, 1998)، وكما أشارت مؤخرا إلى دور التكوين في المنهجية الإسقاطية في تنمية إصغاء العيادي في المقابلات العيادية أو الحصص التحليلية (Chabert, 2013).

وتجدر الإشارة إلى أن التناول التحليلي للتقنيات الإسقاطية في إطار مدرسة باريس لا يقتصر فقط على هذه المدينة أو على فرنسا وإنما امتد إلى بلدان أخرى من بينها الجزائر.

1-4- التقنيات الإسقاطية في الجزائر

تعود البدايات الأولى لعلم النفس العيادي في الجزائر إلى بداية السبعينات (1970) (Kacha, 2011)، ونظرا لارتباط تاريخ التقنيات الإسقاطية بتاريخ علم النفس العيادي (Andronikof, 2008a)، فقد تزامن اهتمام بعض المختصين في الجزائر بالتقنيات الإسقاطية مع البدايات الأولى لهذا التخصص. وقد انصبت الاهتمامات الأولى للباحثين الجزائريين في دراسة خصوصيات تطبيق الاختبارات الإسقاطية في الوسط الجزائري مثلما يوضحه عنوان هذا العمل الأكاديمي الذي قامت به N. Kacha سنة 1972 حول "الأجوبة المألوفة في الرورشاخ من الناحية الثقافية"، ونظرا لأهمية ووزن العامل الثقافي اقترح كل من N. Toualbi (1975) و R. Toualbi (1980) أدوات إسقاطية مستنبطة من T.A.T مراعاة، حسب هذين الباحثين، لخصوصيات الثقافية الجزائرية. دون أن ننسى الأعمال الأكاديمية، تقريبا في نفس هذه الفترة التي قام بها باحثون جزائريون في الجامعات الفرنسية، ونخص بالذكر هنا أعمال فاطمة عرعار، عبد الرحمان سي موسي ومحند وحمد أيت سيدهم. وتشترك جميع هذه الأعمال الأخيرة من حيث تركيزها على دراسة بعض المظاهر النفسية وعلاقتها بالخصوصية الثقافية الجزائرية باعتماد الباحثين على المنهجية الإسقاطية (الطريقة العيادية بصفة عامة).

ونستنتج مما سبق، وكما أشار إليه بعض المؤلفين (Boucebci, 1990 ; Ait-Sidhoum, 1987)، أن المحاولات الأولى في الجزائر لتطبيق الاختبارات الإسقاطية عرفت عقبات منهجية متعلقة أساسا في مدى مصداقية هذه الاختبارات في الوسط الجزائري. غير أن هذا لم يمنع بعض العياديين الممارسين من

الإشارة إلى فائدة الاختبار الإسقاطي في التشخيص العيادي وإبراز خصائص قد تدل على السواء مثلما تدل على الاضطراب وهذا في إطار التنوع أو الخصوصية الثقافية (Benouniche, 1980).

ويعود الفضل في تجاوز العقبات المنهجية المتعلقة "بالعامل الثقافي" ومحاولة الاستفادة من مساهمة الاختبارات الإسقاطية في الممارسة العيادية والبحث العلمي إلى مجهودات S. Benouniche ومجموعة من الأخصائيين النفسانيين (باحثين، أساتذة وممارسين عياديين) الذين لديهم خبرة معترف بها في هذا المجال. وتجسدت أعمال هؤلاء المختصين في إطار نشاطاتهم الأكاديمية ونشاطتاهم في إطار جمعوي علمي. تتمثل، في هذا السياق، المحاولة الأولى في مجال علم النفس الإسقاطي بنشأة الجمعية الجزائرية للبحث في علم النفس (SARP) سنة 1989 التي بفضلها تم تكوين عدة أجيال من المختصين النفسانيين في مجال التقنيات الإسقاطية (بالخصوص اختبار الرورشاخ وT.A.T).

وكللت مجهودات هذه الجمعية بتأسيس مجلتها *Psychologie* التي أصدرت عددها الأول سنة 1990 المخصص في مجمله لاختبار T.A.T. وسرعان ما اتسع اهتمام الباحثين في الأعداد الموالية بمواضيع غير تلك المتعلقة بملاءمة الاختبارات للتشخيص في الثقافة المحلية حيث اقترح العديد منهم مساهمات تخص التفكير في مواضيع إكلينيكية تجمع بين الاعتبارات النظرية وميدان الإسقاطيات، مثل التفكير في سياق تكوين الإجابة في تقنية الرورشاخ (Ait-Sidhoum, 1992)، مساهمة وأهمية التقنيات الإسقاطية في معرفة الحقل المدرسي (Si Moussi, 1992)، أهمية العلاقة ودور التضمين في الفحص النفسي (Samai-Haddadi, 1999)، تناول التوظيف النفسي لمفحوصين سيكوسوماتين ومفحوصين عقليين على ضوء اختبار تفهم الموضوع والنظرية السيكوسوماتية (Arar, 1999).

وتوسعت فضاءات الأعمال وإثراءها بإنشاء جمعية علم النفس للجزائر العاصمة (APA) منذ 1993 برئاسة سي موسي، والتي تقدمت في أنشطتها البحثية حول اختباري الرورشاخ وTAT في المجتمع الجزائري إلى جانب بحوث جامعية لتحضير شهادات الماجستير والدكتوراه. ولقد عمل في هذا الإطار مجموعة من الباحثين والممارسين العياديين لمدة تقارب العقدين في مجال التكفل النفسي والتكوين في استعمال التقنيات الإسقاطية، وكما كرست هذه المدة للاستفادة والتعاون المثمر مع أخصائيين ومحللين نفسانيين وجامعيين فرنسيين، من بينهم رواد في مجال علم النفس المرضي التحليلي وعلم النفس الإسقاطي، لتنظيم أيام دراسية وطنية عديدة ولقاءات علمية دولية (سي موسي وبن خليفة، 2008). ويعد الكتاب الذي أصدره سي موسي وبن خليفة، في ثلاثة أجزاء (2008، 2009)، ثمرة هذه التجربة، بلا شك دليلا ومرجعا علميا للباحثين والممارسين الجزائريين.

وبالموازاة مع نشاطات كل من جمعيتي SARP وAPA في مجال الإسقاطيات، استمر مكتب المساعدة النفسية للطلبة (BAPE) بجامعة الجزائر في نشاطاته متخذا أيضا الأدوات الإسقاطية كوسائل لتشخيص السير النفسي للأشخاص اللذين يتقدمون للاستشارة أو المتابعة العلاجية. وبعد سنوات أصبح المكتب يدعى مركز المساعدة النفسية الجامعية (CAPU) تحت رئاسة سامعي-حدادي د. منذ 1998، التي تواصل مع فرقتها الاهتمام بتطبيق الإسقاطيات (سي موسي وبن خليفة، 2008، ص17-18). ويضم الكتاب الذي صدر بعنوان (Psychologie et psychopathologie des traumatismes et des maladies somatiques) (2010) تحت رئاسة سامعي-حدادي د. مساهمات لعدد من المختصين الذين يعملون في هذا المركز إلى جانب مساهمات أخرى، ويعتبر مرجعا في تطبيق التقنيات الإسقاطية من أجل فهم سيكومرضية الصدمات النفسية والأمراض الجسدية.

وفي سنة 2012، تم الشروع في "دراسة معيارية جزائرية لرورشاخ النظام الإدماجي" في إطار مشروع بحث جمع بين مخبر علم النفس العيادي والقياسي (LAPCM) (جامعة الجزائر) تحت رئاسة سامعي-حدادي د، ومخبر صيرورات الصحة (IPsé) (جامعة باريس 10) تحت رئاسة Andronikof. ولقد تم إنجاز هذه الدراسة وفق عدة مراحل حيث استلزم أولا تكوين فرقة تتكون من 12 باحث جامعي في طريقة النظام الإدماجي، الذين قاموا بدورهم بتكوين 60 مختص نفساني، من جميع أنحاء الجزائر، في طريقة إجراء و تنقيط رورشاخ النظام الإدماجي. وبفضل تنسيق المعهد الوطني للصحة العمومية ومساعدة الديوان الوطني للإحصائيات تم جمع 614 بروتوكول رورشاخ. وتقوم حاليا فرقة البحث من معالجة هذه البروتوكولات بهدف وضع قاعدة من المعطيات تسمح، وفق الدراسات المعيارية الأمريكية والفرنسية الحصول على المعايير الجزائرية (Samai-Haddadi et al., 2015).

ويسمح هذا المشروع بإدراج اختبار الرورشاخ في الجزائر في إطار اهتمامات المستقبل التي أشار إليها Weiner (1996) فيما يخص التقنيات الإسقاطية، خاصة اختبار الرورشاخ. فبعدما أشار إلى الأهمية الكبيرة للاستمرار بإثبات نتائج هذه الاختبارات لتسهيل الأعمال حول المصداقية، أكد Weiner على ضرورة إنشاء المعطيات المعيارية المتكيفة مع مجموعات وطنية خاصة حتى نتمكن من استعمال معطيات الاختبارات الإسقاطية من أجل إظهار صعوبات تكيف أشخاص ينتمون إلى مجموعات مختلفة. ولم يفت المؤلف الإشارة إلى أهمية وملاءمة رورشاخ النظام الإدماجي في هذا الإطار نظرا لنقاط القوة التي يتمتع بها.

2- الرورشاخ النظام الإدماجي

اعتبرت Andronikof النظام الإدماجي في المقدمة الفرنسية لـ « دليل تنقيط الرورشاخ في النظام الإدماجي » كطريقة حية تتطور باستمرار من خلال اتصالها بالواقع الإكلينيكي من جهة، وبأعمال البحوث من جهة أخرى.

2-1- تعريف النظام الإدماجي

يقصد بالنظام الإدماجي « طريقة لتحليل الأجوبة المقدمة في اختبار الرورشاخ تقوم على المعطيات التجريبية وتندرج في إطار نموذج إدراكي- معرفي لصيرورة الإجابة (لا ينفي النموذج الإدراكي – المعرفي وجود و تأثير ميكانزمات لاشعورية). ولقد بين Exner فيما يخص هذه النقطة أن صيرورة الإجابة مماثلة لنشاط حل المشكل، وليست مماثلة لصيرورة التداعي الحر، لذلك لا يرتكز التحليل على محتويات الأجوبة وإنما على الإجراءات الإدراكية وراء تكوين الأجوبة والقرارات التي يتخذها الشخص (تصنيف واختيار الأجوبة).

ويعتبر النظام الإدماجي في نسخته الحالية كنتيجة لعمل تصديق مدقق دام ثلاثين عام ويخص التصديق عدة جوانب: اهتم Exner أولا ببناء نظام ترميزي للأجوبة بأكثر دقة ممكنة مع ضمان صدق جيد بين المنقطين، ثم عمد إلى إقامة وإثبات معنى العوامل بالرجوع إلى خصائص إكلينيكية. ولقد سمحت دراسات تجريبية حول مجموعات كبيرة من المبحوثين من استخراج كوكبة من المتغيرات التي تسمح بتحديد خصائص التوظيف النفسي للفرد سواء كان في حالة مرضية أ/م في خطر تطوير تلك الحالة، أو كذلك تحديد التوجه الأسلوبي للشخصية » (Andronikof, 2004, pp. 3-4).

كان بناء النظام الإدماجي في البداية يقوم على اهتمام سيكوميتري، ليتطور تدريجيا إلى تنظير متميز لتوظيف الشخصية، وفتح مجالات جديدة في تقييم هذا التوظيف. ولم تتردد Andronikof (2004) في اعتبار النظام الإدماجي والمصطلحات التي يقوم عليها، كمنهجية تفتح فلسفة جديدة في مجال العيادة النفسية لأنها تضع العيادي في وضعية وسطية بين نوعين من المعطيات التي غالبا ما يمزج بينها: الواقع الحميمي الشخصي للفرد المفحوص وتصرفاته الخارجية (الحياة اليومية والأعراض). ويدرك العيادي أنه بإمكانه فهم الجانب الشخصي الداخلي من خلال شبكة قراءة (نظرية) من بين شبكات أخرى ممكنة، أما

فيما يخص التصرفات (السلوك) فهو يعرف أنها غير محددة مباشرة من طرف الضمن-النفسي: ما بين الضمن-النفسي والتصرفات، تتدخل الأحداث الواقعية والظرفية ولكن أيضا جانب أخر لا يمكن وزنه، أي الحرية الشخصية، الذي يسمح لكل واحد منا الهروب من "بنيته"، لذلك يعتبر هذا المصطلح (أي "البنية") مصطلحا غريبا عن النظام الإدماجي.

وتضيف Andronikof (1992) أن تحليل الرورشاخ في إطار النظام الإدماجي يقوم على مجموعة من المصطلحات في علم النفس، وبالتحديد مصطلحات كلاسيكية في علم النفس العيادي غير التحليلي.

2-2- طبيعة صيرورة إجابة الرورشاخ في النظام الإدماجي

يرى Rorschach (1921) أن تكوين الأجوبة يقوم على دمج الآثار الذكروية (Traces mnésiques) بالأحاسيس التي يثيرها المثير، ووصف هذه الصيرورة بالتداعي، حيث يرى أن هناك عتبات مختلفة بين الأشخاص في قدرتهم على دمج أحاسيس المثير مع أشكال البقع ويضيف أن تنوع الإجابات المعطاة راجع أساسا إلى الفوارق في هذه العتبة. وعلى خلاف مؤيدي الفرضية التي من خلالها أن بالنسبة لـ Rorschach هناك عناصر لاشعورية تلعب دورا في تكوين الإجابة (Wolf-Fédida, 2006)، اعتبر Exner (1995) أن Rorschach رفض فكرة أن تلعب عناصر لاشعورية دورا في تكوين الإجابة لأن صيرورة الإجابة هي صيرورة إدراكية وتكوين الإجابات هي عملية شعورية، في حين فضل Exner كعادته الافتراض أن Rorschach قد يهتم بالفرضية الإسقاطية لـ Frank أو مصطلح الإسقاط بمعنى Murray في علاقة مع صيرورة الإجابة.

عرض Exner في أربع مقالات أساسية كتبها بين 1959 و1996 وجهته النظرية فيما يخص طبيعة اختبار الرورشاخ (Andronikof, 2008b). ولقد اهتم Exner (1995) مباشرة بفهم صيرورة الإجابة انطلاقا من دراسات تجريبية موضحا أن الشخص في وضعية الاختبار يكون واعيا أنه أمام بقع حبر لا أكثر، إلا أن طبيعة وضعية الاختبار تفرض عليه أن يحول البقعة إلى شيء ما، لذلك فهو يواجه وضعية خاصة لحل مشكل يتطلب منه خرق الواقع إلى درجة معينة وفي نفس الوقت يجب عليه الاحتفاظ بكماله الشخصي، بهذا المعنى يثير ضرورة الإدراك الخاطئ مجموعة من العمليات النفسية التي تؤدي إلى أخذ القرار وإعطاء الإجابة. و توصل Exner إلى تحديد مختلف مراحل صيرورة الإجابة كما يوضحه الجدول التالي:

جدول 1. مراحل وعمليات صيرورة إجابة الرورشاخ

المرحلة 1	المرحلة 2	المرحلة 3
1. تسجيل الحقل	3. مسح ثانوي للحقل بهدف انتقاء الإجابات الكامنة.	5. الاختيار النهائي من بين الأجوبة الكامنة التي بقيت.
2. تصنيف الصور المسجلة وأجزائها في أجوبة كامنة.	4. رفض الأجوبة غير المستعملة أو غير المرغوب فيها بالمقارنة بينها أو الرقابة.	6. إعطاء الإجابة المختارة.

وتنجز كل هذه العمليات في الثواني التي تسبق إعطاء الإجابة وتبين المعطيات حول معالجة المعلومة و النشاط المعرفي أن هذه العمليات الستة تتداخل فيما بينها خلال الصيرورة الكلية. وبعد إنجاز كل هذه العمليات أو بعد المرور بالمراحل الثلاثة يتم إعطاء الإجابة الأولى في كل لوحة.

فضلا عن هذا، تساءل Exner (1995) عن دور الإسقاط في صيرورة الإجابة ليشير أنه يمكن لهذا الأخير أن يتدخل في نمطين من الأجوبة: خلال المرحلة 1 عندما يكون هناك خلل أو خطأ في الإدراك (أجوبة ذات نوعية شكلية سلبية)، وخلال المراحل 2 و 3 حيث يمكن إنتاج إسقاط خيالي حيث يبتعد الشخص تماما في وصف إجابته عن حقل المثير.

2-3- طريقة الإجراء

إن تطبيق اختبار الرورشاخ هو إجراء سهل، لكنه يتطلب من الفاحص الأخذ بعين الاعتبار لعدة شروط إجرائية من اللازم توفرها حتى يتم تطبيق الاختبار بطريقة صحيحة وجيدة: يجب على الفاحص أن يهيئ نفسه ويهيئ الجو والظروف الملائمة لتطبيق الاختبار (تحضير الوسائل اللازمة (الاختبار أي اللوحات، قلمين، ورقة الموقع للتحقيق، الخ)، اختيار الوقت الملائم، تجنب وضعية الجلوس وجها لوجه، إذ من الأفضل إجراء الاختبار في وضعية جنب لجنب).

كما يجب على الفاحص تحضير المفحوص بإعطائه شرحا شاملا انطلاقا من مقابلة قصيرة، يتأكد من خلالها أن هذا الأخير قد فهم هدف الفحص النفسي.

يستغرق معدل إجراء الاختبار، بما في ذلك التحقيق، 40 إلى 55 دقيقة بالنسبة للراشد، 30 إلى 40 دقيقة بالنسبة للأطفال الأقل من 10 سنوات.

الإجراء التلقائي

التعليمة

احتفظ النظام الإدماجي بنفس التعليمة التي استعملها Rorschach أي:"ماذا يمكن أن يكون هذا؟"، هذه التعليمة بسيطة جدا، ويجب على الفاحص احترامها حرفيا.

يتجنب الفاحص، بشكل عام، التدخل أثناء الإجراء التلقائي، لكن هذا لا يعني أنه لا يتدخل إطلاقا. الحالات التي يجب عليه أن يتدخل نلخصها في النقاط التالية:

- يتدخل للإجابة بطريقة مباشرة، قصيرة وواضحة على أسئلة المفحوص، مثلا عندما يتبين أن المفحوص لم يفهم جيد التعليمة ويسأل:" هل يجب أن أستعمل خيالي؟"، يجب على الفاحص الإجابة: "قلي فقط ما تراه هنا".

- يجب على الفاحص أن يتدخل لتشجيع المفحوص في حالة واحدة فقط: عندما يعطي إجابة واحدة في اللوحة I، ويقول له:" خذ وقتك وانظر، أعرف أنك ستجد شيئا آخر". كما يتدخل الفاحص بنفس الطريقة عندما يحاول المفحوص رفض لوحة ما.

- يتدخل الفاحص عندما يتعلق الأمر ببروتوكول قصير (أقل من 14 إجابة)، ليشرح للمفحوص ضرورة إعطاء عدد أكبر من الأجوبة، أو ببروتوكول طويل، ليتجنب الفاحص بروتوكول أطول بكثير.

التحقيق

يتمثل هدف التحقيق في السماح بالتنقيط الدقيق للأجوبة، أي فهم الجزء الذي استعمله الشخص لإعطاء إجابته والخصائص التي حددت هذه الإجابة. التحقيق مرحلة صعبة في إجراء الاختبار ويمكن أن تؤثر سلبيا على التحليل في حالة عدم التحكم فيها.

ويجب على الفاحص أن يشرح بوضوح هدف التحقيق، ومن المهم أن يفهم المفحوص لماذا نقوم بالتحقيق، وما ننتظر منه. فمن السهل تنقيط الأجوبة عندما يتمكن الفاحص من رؤية ما رءاه المفحوص وكيف رءاه.

وفي بعض الأحيان، بعد إعطاء تعليمة التحقيق، يطرح بعض المفحوصين بعض الأسئلة، ويجب على الفاحص الإجابة عليها بطريقة صريحة ومباشرة. عندما يتبين أن المفحوص قد فهم هدف التحقيق، يمكننا الشروع فيه، أما في حالة عدم استيعاب المفحوص لغرض التحقيق، فإن هذا الوضع يستلزم على الفاحص إعادة شرح هدف التحقيق من جديد.

وعندما يكون المفحوص جاهزا، يقدم له الفاحص اللوحات واحدة تلو الأخرى، ويقرأ له **كلمة بكلمة** الأجوبة التي قدمها:"هنا قلت..."، إذا فهم المفحوص تعليمة التحقيق سيشير إلى الجزء المعني بالإجابة ويوضح الخصائص التي حددت إجابته. لكن في حالة تردده، يجب على الفاحص أن يتدخل لكن بطريقة غير مباشرة وصارمة.

يجب على الفاحص أن يعرف جيدا جميع إمكانيات التنقيط، حتى يتمكن من معرفة متى عليه أن يطرح بعض الأسئلة. وبطبيعة الحال كل سؤال يطرح يجب أن يكون *غير مباشر* وخال من كل تلميح، ومن كل اقتراح، مثل:"لست متأكد من رؤيتها مثلك، ساعدني في رؤيتها".

وفي بعض الأحيان يستعمل المفحوص في إجابته *كلمات مفتاحية*، التي قد تحتوي على محدد ما، لم يعبر عنه المفحوص مباشرة، ويمكن أن تكون الكلمة المفتاحية صفة مثل:"جريح"، "حزين"، أو اسم مثل:"دم"، "سرك". ويجب على الفاحص أن ينتبه إلى تواجد هذا النوع من الكلمات ويدرجها في سؤال مناسب ليطلب من المفحوص توضيحات إضافية (Exner,2002).

تحقيق الحدود

من المهم، في بعض الأحيان، معرفة ما إذا كان من السهل للمفحوص رؤية بعض الأشياء التي غالبا ما يراها أغلبية الناس. وبصفة عامة نقوم بتحقيق الحدود في الحالة التي لا يعطي فيها المفحوص أية إجابة مألوفة، أو يعطي إجابة أو إجابتين فقط. هذه الحالة ليست نادرة عند المفحوصين السيكاتريين، لكن يمكن أن نجدها أيضا عند مفحوص يحاول أن يكون إبداعي لذلك يرفض الإجابة المألوفة.

يقدم الفاحص، بعد نهاية التحقيق، لوحتين أو ثلاث (غالبا اللوحات VIII، III و V) عندما لا يعطي المفحوص الإجابة المألوفة في هذه اللوحات، ويقول:"تقريبا انتهينا، لكن أنظر من جديد هذه اللوحة، أحيانا يمكننا أن نرى...(إعطاء الإجابة المبتذلة). هل ترى شيئا ما يشابهه؟" ولا يجب الإدلال بالجزء المعني بالإجابة.

2-4- التنقيط

تقدم لغة الرورشاخ تحت شكل مجموعة من المعطيات الكمية وانوعية، ولقد لقيت قضية التنقيط والرموز المستعملة في الرورشاخ اهتماما واسعا في أدبيات الموضوع، وأدت غزارة هذا الأخير إلى اختلافات بين المدارس، التي أدت بدورها إلى انتقادات في الخمسينات والستينات، هذه الانتقادات مرتبطة خاصة بالخاصيات السيكومترية للرورشاخ، حيث اعترف Exner (1995) بالأساس الصحيح لبعض هذه الانتقادات، مؤكدا أنه يمكن حل هذه المشاكل على ضوء الطرق الإحصائية الحديثة وبالتركيز على عينات واسعة من المعطيات.

وتسمى صيرورة ترجمة إجابات الرورشاخ إلى رموز بـ "التنقيط"، وهو إجراء ترميزي يتم من خلاله حصر الإجابة في مخطط منطقي ونظامي، خاص بلغة الرورشاخ، وتسمح المعطيات المتحصل عليها بفضل التنقيط، تقييم أساليب الإجابة وباقي المميزات النفسية للفرد لذلك ومن البديهي، أن صيرورة التنقيط في حد ذاتها ذات أهمية كبيرة، باعتبار أن كل تنقيط يساهم في بناء الملخص الشكلي. وتمثل رموز التنقيط المستعملة في *النظام الإدماجي* تركيبا لرموز ثبت صدقها من الناحية التجريبية في الأنظمة الأخرى، ورموز جديدة تم إعدادها تدريجيا (Exner, 1995).

2-4-1- الموقع و نوعية التطور (Localisation et qualité de développement)

يضم تنقيط موقع إجابة الرورشاخ في النظام الإدماجي أربعة رموز: W (الإجابة الشاملة)، D (إجابة جزئية عادية) و Dd (إجابة جزئية غير عادية)، ويضاف الرمز S إلى تنقيط الموقع في كل مرة أين تستعمل في الإجابة مساحة بيضاء (WS، DS، DdS).

ويرافق تنقيط الموقع، في النظام الإدماجي، عنصر هام يسمح بوصف وتمييز نوعية الصيرورة التي كانت خلفية تكوين الإجابة، لأنه لا يتم بناء كل الأجوبة بنفس الطريقة بمعنى أخر، هناك أجوبة ملموسة جدا وغير منتظمة، لأن خصائصها الشكلية غير محددة مثل: سحاب، طين، دم، في حين أن هناك أجوبة أكثر تطورا وتنظيما، لأن خصائصها الشكلية محددة، مثل: خفاش، إنسان، كرسي، وفي المستوى الأكثر تطورا، نجد الإجابات التي تحتوى على موضوعين أو أكثر تربطهما علاقة، مثل: "شخصين يجمعان شيئا ما". ونستعمل الرمز DQ (Developpement Quality) للإشارة إلى نوعية التطور، ويحتوى تنقيط

نوعية التطور على أربعة رموز كما يوضحه الجدول 2 (Exner, 2002, p.26). من الناحية التطبيقية نضيف أحد الرموز الأربعة إلى تنقيط المواقع (W، D، Dd).

جدول 2. رموز ومعايير نوعية التطور

الرموز	التعريفات	المعايير
+	إجابة التركيب	وضع عدة مواضيع مفترقة في علاقة، ويجب أن يكون *لأحد المواضيع على الأقل*، شكل دقيق، أو يتم وصفه بطريقة تحدد شكله. مثلا:"عصفوران فوق غصن شجرة".
o	إجابة اعتيادية	هي إجابة يتم فيها تحديد البقعة بكاملها، أو جزء منها، كموضوع لديه شكله الخاص، أو *يتم وصفة بطريقة تمنح له شكال خاصا*. تضم الإجابة موضوعا واحدا فقط، وفي حالة وجود عدة مواضيع، ليس هناك علاقة بينهما. مثلا:"عصفوران".
v/+	إجابة التركيب	وضع عدة مواضيع مفترقة في علاقة، لكن *لا يوجد أي موضوع له شكل خاص*. مثلا:"سحابتان تقتربان من بعضهما البعض".
v	إجابة غامضة	موضوع الإجابة ليس له شكل معين، ووصف الإجابة لا يحتوى على خاصية شكلية. مثلا:"دم".

2-4-2- المحددات

يعتبر تنقيط المحددات الجزء الأكثر تعقيدا في عملية التنقيط، ذلك لأن على الفاحص أن يأخذ بعين الاعتبار جميع الإمكانيات التي قد تساهم في تكوين الإجابة، أي وبمعنى آخر فهم*لماذا* يذكر موضع ما من طرف الشخص، لكن لمعرفة الخاصية التي ساهمت في تحديد إجابة الشخص، هناك عدد محدد من الإمكانيات، أي المحددات ومع اكتساب التجربة، يسهل على الفاحص تحديدها في كل إجابة.

يضم رورشاخ النظام الإدماجي سبعة (7) فئات من المحددات، وتشير كل فئة إلى الطريقة التي يترجم بها الفرد مادة الاختبار، وتحتوى بعض الفئات على فئات ثانوية تعمل على تحديدها بشكل أدق وتحتوى العديد من الإجابات على أكثر من فئة، ويمكن أن نجد عدة فئات في إجابة واحدة، كما يمكن لفئة ما أن تظهر وحدها في إجابة ما. وتتمثل الفئات السبعة فيما يلي (Exner, 2002):

- **الشكل:** يظهر هذا المحدد تقريبا في جميع الأجوبة، سواء وحده أو مع محددات أخرى و يرمز له بحرف F.

- **الحركة :** تحتوى هذه الفئة على ثلاث فئات صغيرة: (1) الحركة الإنسانية (M)، (2) الحركة الحيوانية (FM)، حركة موضوع غير حي (m). وتنقط أيضا كل الأجوبة الحركية سواء بـ a (ناشط = Actif) أو p (خامل = Passif). ويعتبر تحديد الأجوبة كـ a أو p من المسائل الصعبة في النظام الإدماجي، إلا أن وضع عتبة مرجعية يمكنه أن يسهل الأمر على الفاحص: فالفعل "تكلم" ينقط دائما p لذلك ننقط نفس الشيء بالنسبة للأفعال "همس"، "نظر " مثلا، في حين الأفعال "صرخ "، "شاجر " تنقط a. ويمكن تنقيط إجابة واحدة ك a و p في نفس الوقت شرط أن تحتوى الإجابة على موضوعين أو أكثر.

- **اللون:** يحتوى على ثلاثة رموز، ويتم اختيار رمز ما حسب أهمية العامل الشكلي في الإجابة (C، CF FC). نستعمل الرمز Cn (Nomination de couleur) كمحدد، في حالة استعمال ألوان البقع كإجابة.

- **اللون (أبيض أو أسود):** يحتوى على ثلاثة رموز، ويتم اختيار رمز ما حسب أهمية العامل الشكلي في الإجابة (C'، C'F، FC').

- **التضليل:** تحتوى هذه الفئة على ثلاث فئات صغيرة، كل فئة تحتوى بدورها على ثلاثة رموز تشير إلى مختلف أشكال استعمال التضليل: (1) اللمس (Texture)، (2) العمق (profondeur)، الانتشار (Diffusion)، ويتم أيضا اختيار رمز ما حسب أهمية العامل الشكلي في الإجابة (T، TF، FT)، (Y، TF FY)، (V، VF، FV).

- **البعد الشكلي:** يرمز لهذا المحدد بالرمز FD (Dimension formelle)، وهو إجابة تقوم على انطباعات البعد، والحجم التي تمنحها قامة البقعة و/أو شكل الحواف. لا يوجد أي مداخلة للتضليل في هذا النوع من الأجوبة.

- **الزوج والانعكاس :** هي أجوبة تقوم دائما على استعمال الشكل وترتكز على تناظر البقع. بالنسبة لإجابة الزوج التي يرمز لها بـ (2)، هي إجابة يتم فيها تحديد موضوعين متماثلين من جميع النواحي وليسوا منعكسين. أما الأجوبة الانعكاسية فتنقسم إلى انعكاس-الشكل rF (أجوبة الانعكاس أو صورة في مرآة تقوم على تناظر اللوحة، وشكل الموضوع غير محدد مثل:"سحاب وانعكاسه")، Fr (أجوبة الانعكاس أو صورة في مرآة تقوم على تناظر اللوحة وشكل الموضوع محدد، مثل:"نمر، وهنا صورته المنعكسة في الماء").

تحتوى الفئات السبع على 24 رمز لتنقيط المحددات، وتجب الإشارة في الأخير أن في النظام الإدماجي يمكن تنقيط عدة محددات في نفس الإجابة، أي ما يسمى بالمحددات المتعددة (Déterminants multiples « Blend »)، وتحتوى أغلبية البروتوكولات على الأقل على إجابة واحدة تضم محددات متعددة. ومن الناحية التطبيقية يجب تنقيط كل محددات الإجابة واحدة تلو الأخر، حسب ترتيب ظهورها في الإجابة، والتمييز بينهما بوضع نقطة.

2-4-3- النوعية الشكلية

تعتبر النوعية الشكلية من العناصر الهامة في التنقيط لأنها تمدنا بمعلومات حول الدقة الإدراكية لشخص، ويتم تقييم النوعية الشكلية في سلم ذي أربعة مستويات، حيث يشير المستوى الأول والثاني (+ و o)، إلى إجابات ذات شكل مناسب، المستوى الثالث (u) إلى أجوبة محتواها نادرا ما يظهر عند أغلبية الأشخاص، لكن لا يعني أن هناك خرق للواقع، وأخيرا المستوى الرابع (-)، الذي يشير إلى إجابة غير مناسبة أو عشوائية من الناحية الشكلية. نضع رمز النوعية الشكلية بعد المحددات، نقدم في الجدول الموالي رموز، تعريفات ومعايير تنقيط النوعية الشكلية (Exner, 2002, pp.43-44).

الجدول 3. رموز ومعايير تنقيط النوعية الشكلية

الرموز	التعريف	المعايير
+	مفصل كثيرا (Hyperdétaillé)	هي إجابة يتم وصف تفاصيلها أكثر من المعتاد، دون المساس بالنوعية الشكلية في مجملها، هي أجوبة ليست بالضرورة مميزة، وتشير إلى الغنى والدقة في وصف الشكل.
o	إجابة اعتيادية	هي إجابة يتم فيها ذكر شكل موضوع غالبا ما يدرك في الجزء المعني بطريقة بسيطة وبديهية، الإجابة مألوفة ومن السهل رؤيتها، ولا يتم وصفها بالتفصيل.
u	إجابة غير اعتيادية	هي إجابة قليلة الظهور، لكن ملائمة من الناحية الشكلية ويسهل إدراكها من طرف الملاحظ.
-	إجابة سلبية	هي إجابة يستعمل فيها الشكل بطريقة عشوائية بدون مراعاة بنية البقعة وحدودها، في بعض الأحيان الشخص نفسه هو من يخترع حدودا ما.

2-4-4- المحتويات والأجوبة المبتذلة

يتمثل تنقيط المحتوى في إعطاء رمز الفئة التي ينتمي إليها موضوع الإجابة، يضم النظام الإدماجي 27 رمزا، ويشير كل رمز إلى فئة محددة من المحتويات، ويجب تنقيط كل المحتويات التي تظهر في الإجابة:

- المحتويات الإنسانية:

- H (شكل إنساني كلي)

- (H) (شكل إنساني كلي من طبيعة خيالية أو أسطورية مثل الشيطان، الوحش)

- Hd (شكل إنساني غير كامل أو جزء من الجسم الإنساني مثل رأس رجل، الذراعين)

-(Hd) (شكل إنساني غير كامل من طبيعة خيالية أو أسطورية مثل رأس شيطان، عينان لملاك)

- المحتويات الحيوانية:

- A (حيوان كلي)

- (A) (حيوان كلي، خيالي أو أسطوري مثل حصان طائر، تنين)

- Ad (شكل حيواني غير كامل أو جزء من حيوان مثل رأس كلب)

- (Ad) (شكل حيواني غير كامل أو جزء من حيوان خيالي أو أسطوري مثل رأس تنين)

- المحتويات الطبيعية

- Ls (Landscape) (مشهد طبيعي أو عنصر منه كالجبل، البحيرة، صخرة)

- Bot (Botanic) (كل ما يتعلق بالعالم النباتي كالأزهار والأشجار)

- Na (Nature) (عدد كبير من المحتويات المتعلقة بالمحيط الطبيعي كالشمس، السماء، الماء)

- Cl (Clouds) (خاص بالمحتوى "سحاب")

- Ge (Géographie) (الخرائط الجغرافية)

- المحتويات الجسدية

- An (Anatomie) (يستعمل لمحتوى الأجوبة الذي يشير إلى الهيكل العظمي، العضلات والتشريح الداخلي)

- Bl (Blood) (دم إنساني أو حيواني)

- Xy (Radiography) (يستعمل خاصة محتويات التصوير الشعاعي)

- Sx (Sexe) (الأعضاء الجنسية أو نشاط من نوع جنسي كالقضيب، مهبل)

ـ المحتويات الفنية

- Art (لوحة فنية، رسومات، حلي)

- Ay (Anthropologie) (أجوبة تشير إلى محتويات ثقافية أو تاريخية كالطوطام، قبعة نابوليون)

ـ محتويات الأشياء

- Sc (Science) (كل ما يتعلق بمنتجات العلم والتقنية كالمحرك، طائرة، قطار)

- Hh (Household) (كل ما يتعلق بالأثاث كسرير، الصحن)

- Cg (Clothing) (كل ما يتعلق باللباس كالقبعة، السروال)

ـ محتويات النار

- Fi (Fire) (كل ما يتعلق بالنار والدخان)

- Ex (Explosion) (كل ما يتعلق بالانفجار)

ـ ظواهر خاصة

- Fd (Food) (كل طعام مأكول مثل فواكه، خضر، كعك)

- Hx (Vécu humain) (المعاش الإنساني، حيث ننقط Hx كمحتوى رئيسي للانفعالات والتجارب الشعورية التي تعطى كإجابة كالحب، الكراهية، الاكتئاب، الفرح، صوت، رائحة، الخوف، إلخ، وكما نضيف التنقيط الخاص AB (Abstraction) إلى هذا النوع من الأجوبة. هذا وكما ننقط Hx كمحتوى ثانوي للأجوبة حيث يمنح انفعال قوي لموضوع الإجابة مثل"رجل يائس"، "قط حزين جدا")

- Id (Idiography): تحتوي الإجابة على محتوى لا يمكن إدراجه في أي فئة من الفئات السابقة.

الأجوبة المبتذلة:

يحتوى النظام الإدماجي على 13 إجابة مبتذلة كما يوضحه الجدول الآتي (Exner, 2002, pp. 51-52):

جدول 4. قائمة الأجوبة المبتذلة

اللوحة	الموقع	المعيار
I	W	خفاش، فراشة (فقط في موقع W)
II	D1	حيوان خاص: فيل، دب، كلب أو تيس، رأس أو حيوان كامل
III	D9	محتوى إنساني أو تصور إنساني مثل دمية، كريكاتور، لإعطاء P لا يجب أن يندرج D7 كجزء من الجسم.
IV	W أو D7	كائن إنساني أو خيالي مثل الوحش.
V	W	خفاش (الرأس في D6)، فراشة (في الوضعية العادية للوحة).
VI	W أو D1	جلد حيوان، وفي بعض الأحيان ينتمي الجلد إلى حيوان كامل كالقط أو الثعلب تحت شكل طبيعي أو غير طبيعي، لذلك لا نمنح P إلا إذا ذكر الشخص بوضوح الجلد أو وصفه في إجابته.
VII	D1 أو D9	رأس أو وجه إنساني أنثوي، طفل أو هندي، أو من جنس غير محدد، غالبا ما يحدد الجزء (D5) كريشة أو ذيل الحصان وعند تموقع الإجابة في D2 أو W لا نمنح P إلا في حالة تواجد الرأس في D9.
VIII	D1	حيوان كامل عادة من سلالة كلبية أو قارضة.
IX	D3	كائن إنساني أو خيالي مثل: ساحرة، وحش.
X	D1	سرطان، عنكبوت (بدون إدراج D12).

2-4-5- تنظيم الموضوع المدرك (Organisation du percept)

تترجم بعض الأجوبة في الرورشاخ نشاط التنظيم الإدراكي، ونمنح لهذا النشاط التنظيمي قيمة عددية تسمى علامة Z. وتمنح هذه العلامة لكل الأجوبة التي تحتوى على الشكل وتستجيب لأحد المعايير التالية:

1)- كل إجابة W شرط أن لا يكون DQ غامضة.

2)- كل إجابة ذات DQ + أو + /v (فيما يخص كل المواقع).

3)- أجوبة S أين يتم إدراج الفضاء الأبيض في علاقة مع أجزاء أخرى من البقعة.

يوجد أربعة أنماط من علامة Z كما يوضحه الجدول 5 (Exner, 2002, p.55).

جدول 5. قيمة Z في كل من اللوحات العشرة

Intégration de l'espace blanc	Détail Distant	Détail Adjacent	W	اللوحة
3.5	6.0	4.0	1.0	I
4.5	5.5	3.0	4.5	II
4.5	4.0	3.0	5.5	III
5.0	3.5	4.0	2.0	IV
4.0	5.0	2.5	1.0	V
6.5	6.0	2.5	2.5	VI
4.0	3.0	1.0	2.5	VII
4.0	3.0	3.0	4.5	VIII
5.0	4.5	2.5	5.5	IX
6.0	4.5	4.0	5.5	X
ZS	ZD	ZA	ZW	

2-4-6- رموز التنقيط الخاص

تتمثل المرحلة الأخيرة في تنقيط إجابة الرورشاخ في تحديد بعض الخصائص التي تتطلب تنقيط اخاصا أو عدة رموز تنقيطية خاصة، وكأغلبية مكونات الرورشاخ التنقيط الخاص هو عبارة عن مجموعة من المختصرات والرموز (وليست قيم عددية)، التي تشير إلى وجود خاصية غير عادية في الإجابة.

ويسمح استعمال رموز التنقيط الخاص في تكميم بعض المميزات الكيفية للإجابة. ويحتوى حاليا النظام الإدماجي على 14 رمز تنقيط خاص، من بينها 6 رموز ترتبط بتعبيرات غير عادية، 2 تستعمل للإشارة إلى التكرار الاعتباطي، 4 تخص خصائص محتوى الإجابة، 1 يخص استعمال المراجع الشخصية في الإجابة، و1 يشير إلى ظاهرة خاصة في استعمال اللون.

- التعبير الخاص

يعتبر التعبير الخاص عنصرا هاما في دراسة النشاط المعرفي، خاصة الاختلال المعرفي. فعندما يقع اختلال معرفي سواء كان مؤقتا أو دائما، فهو يظهر في غالب الأحيان في التعبير. ويظهر هذا في أجوبة الرورشاخ في ثلاثة أشكال مختلفة: (1) تعبير خاص، (2) تنظيم غير ملائم، (3) منطق غير ملائم.

تضم الفئة الأولى تنقطين (DV و DR)، الفئة الثانية ثلاث رموز (INCOM، FABCOM و CONTAM)، والفئة الثالثة تنقيط واحد (ALOG).

ويجب تمييز رموز التعبير الخاص (DV و DR)، ورمزين من التنظيم غير الملائم (INCOM FABCOM) حسب درجة غرابتهم إلى مستوى 1 أو 2، لأننا نجد عددا كبيرا من الاضطرابات المعرفية

في كل فئة من هذه الفئات، انطلاقا من اضطراب بسيط إلى اضطراب شديد. يتعلق المستوى الأول بأجوبة تضم اختلالا خفيفا في التفكير، يعود غالبا إلى عدم النضج ومستوى تعليمي ضعيف، أما المستوى الثاني فهو يشير إلى أجوبة فيها اختلال متوسط أو شديد في التفكير، تظهر على شكل اختلال شديد في الحكم و/ أو تعبير شديد الغرابة. وفي حالة تردد الفاحص في تنقيط مستوى 1 أو 2 من الأفضل تنقيط مستوى 1. سنعرض في الجدول 6 مختلف التعبيرات الخاصة مع إعطاء مثال لكل واحدة منها.

جدول 6. التنقيط الخاص بالتعبيرات غير العادية

الفئة	التنقيط	التعريف مع الأمثلة
تعبير خاص	DV	تعبير منحرف: يتعلق هذا التنقيط بالأجوبة التي تتميز بميزتين تمنحان الإجابة خاصية الغرابة: - التوليد (استعمال كلمة جديدة) (Néologisme): وهو استعمال غير صحيح لكلمة أو لكلمة جديدة بدلا من الكلمة الصحيحة، مثلا: "بكتريات كما نراها في التلسكوب (DV1)". - التكرارات: استعمال لغوي غير عادي، يقوم الشخص من خلاله بتشخيص طبيعة الموضوع مرتين، مثلا:"جثة ميتة (DV1)".
	DR	إجابة منحرفة: تمنح DR لأجوبة تتميز بخاصية الغرابة من خلال تواجد تعليقات غريبة أو "خارجة عن السياق"، تظهر DR بطريقتين مختلفتين: - جمل غير ملائمة: يدخل الشخص في إجابته جمل غير ملائمة أو خارجة تماما عن السياق مثلا:"خفاش *لكن من الأفضل أن أرى فراشة* (DR2)". - أجوبة غير منسجمة: تداعيات حرة، تعليقات غريبة، حيث يصعب على الشخص في هذا النوع من الأجوبة تحديد إجابته أو على التوقف، مثلا:"كأنها أشجار في التل، هناك هدوء تام مكان حقيقي يمكن الذهاب إليه للاستراحة بعيد عن العالم (DR1)".
تنظيم غير ملائم	INCOM	هو جمع غير لائق لمختلف أجزاء اللوحة في موضوع واحد، مثلا:"رجل له رأس دجاجة (INCOM2)".
	FABCOM	هي ربط نزوي بين موضوعين أو أكثر، ولتنقيط FABCOM يجب أن تحتوى الإجابة على موضوعين مختلفين أو أكثر، مثلا:"نملتان ترقصان" (FABCOM1). تعتبر من أغرب مظاهر التنظيم غير اللائق، حيث يتعلق الأمر في هذه الأجوبة في تكثيف (الجمع) انطباعين، صورتين أو أكثر في موضوع واحد، بدون أن يدرك الشخص ذلك.
	CONTAM	تصبح الإجابة في مجملها غريبة، الحدود بين الانطباعات أو المواضيع غير واضحة رغم أن أجزاءها يمكن أن تكون صحيحة، مثلا:" حلزون-السيد" في اللوحة IV. وفي حالة تنقيط

		إجابة ما CONTAM لا يجب تنقيط رمز أخر من رموز التعبيرات غير العادية.
منطق غير ملائم	ALOG	يمنح تنقيط ALOG لإجابة يستعمل فيها الشخص تفكير ملموس، مبسط ومتساهل من أجل إثبات إجابته، غالبا بالرجوع إلى الحجم، الوضعية، اللون أو خاصية أخرى للوحة مثلا:"يجب أن يكون منجمي لأنه أسود بكامله".

-التكرار (Persévération (PSV))

يوجد على الأقل ثلاث أنماط من التكرارات، كلها تأخذ رمز (PSV):

التكرار داخل اللوحة: يقصد بالتكرار داخل اللوحة ظهور إجابتين متماثلتين ومتتاليتين في نفس اللوحة ولإعطاء تنقيط PSV يجب أن تكون كل مكونات تنقيط الإجابتين نفسها ما عدى الإجابة المبتذلة.

تكرار المحتوى: غالبا ما يظهر هذا التكرار بين اللوحات، حيث يقدم الشخص المحتوى في لوحة ما مؤكدا على أنه نفس المحتوى الذي قدمه في اللوحات السابقة، مثلا يمكن لشخص أن يرى في لوحة ما رجلين يتعاركان وفي لوحة أخرى يرى نفس الرجلين في حالة سلم.

التكرار الميكانيكي: نجد هذا النوع من التكرار عند أشخاص يعانون من اضطرابات معرفية و/أو نورولوجية. يكرر الشخص بطريقة أوتوماتيكية نفس الإجابة في مختلف اللوحات.

- خصائص المحتويات

اهتمت بعض الدراسات بأنواع خاصة من المحتويات، على وجه الخصوص بالأجوبة التي تترجم خصائص معرفية وإسقاطيه للذات. لا يتعلق الأمر بفئات خاصة من الأجوبة وإنما بإضافات تتطلب رموزا تنقيطية خاصة.

المحتويات التجريدية (AB)

نستعمل تنقيط AB لقسمين من الأجوبة، يتكون القسم الأول من الأجوبة ذات المحتوى Hx (Human Experience)، الذي يتعلق بالانفعالات الإنسانية والانطباعات الشعورية وهي أجوبة تنقط عامة M بدون شكل، مثل:"هذا يمثل الاكتئاب، كله أسود و مغم" أو "عبارة عن الغضب، كل هذه الألوان التي تختلط" كما يمكن تنقيط Hx و AB أجوبة تضم مواضيع ذات أشكال معينة، مثلا إجابة اللوحة III:"شخصان متحابان كثيرا"، يتم تحديدها في التحقيق:"الأحمر يمثل الحب"، أما القسم الثاني فهو يخص أجوبة يذكر فيها الشخص وبوضوح تصور رمزي، تستعمل هذه الأجوبة الشكل ويمنح للموضوع معنى تجريدي واضح، مثلا:"تمثال يمثل الاستبداد الاشتراكي".

الحركات العدوانية (AG)

نعطي تنقيط AG لكل إجابة حركية (M، FM أو m) يكون فيها الفعل عدواني بشكل واضح وخلال وقوعه مثل تعارك، تخاصم، كسر. لا يجب تنقيط الأجوبة التي تتعرض فيها المواضيع للعدوانية مثل "دب قتل"، في حين ننقط AG أجوبة مثل "شخصان يتخاصمان".

حركة التعاون (COP)

نعطي تنقيط COP لكل إجابة حركية (M، FM أو m) يكون فيها تفاعل التعاون والتآزر بين موضوعين أو أكثر، مثلا:"رجلان يرفعنا شيئا ما".

المحتوى المعتل (MOR)

ننقط MOR قسمين من الأجوبة: (1) يوصف الموضوع كميت، جريح، منكسر، مهدم، ملوث، متلف مثلا:"مرآة مكسّرة"، (2) انفعال أو ميزة عتمة تمنح للموضوع، مثلا: "شجرة حزينة"، "امرأة تبكي".

- أجوبة التصورات الإنسانية

يحتوى العديد من البروتوكولات على العديد من التصورات الإنسانية التي تترجم نوعا ما الطريقة التي يتفاعل بها الشخص مع الآخرين، وتحدد التصورات الإنسانية (HR) انطلاقا من بعض عناصر التنقيط. وتنقسم التصورات الإنسانية إلى فئتين وتضم كل فئة رمزا من التنقيط الخاص: GHR بالنسبة للتصورات الجيدة و PHR بالنسبة للتصورات الضعيفة أو السلبية.

نشخّص التصورات الإنسانية انطلاقا من محتوى الأجوبة المرتبطة بالكائن الإنساني أي H، (H) Hd، (Hd)، Hx، لكن يمكن للتصورات الإنسانية أن تظهر أيضا بصفة غير مباشرة في عدد من المحددات (M) أو بعض رموز التنقيط الخاص. ننقط الأجوبة HR حسب المعايير التالية:

1) إجابة تحتوى على تنقيط المحتوى الإنساني H ، (H)، Hd، (Hd)، Hx.

2) إجابة تحتوى على المحدد M.

3) إجابة تنقط FM مع تنقيط خاص COP أو AG.

بعد تشخيص التصورات الإنسانية نقوم بوضع الرمز الخاص المناسب (GHR أو PHR) حسب الخطوات التالية (Exner, 2003, p.67):

1) تنقيط GHR الأجوبة التي تحتوي على تنقيط H بحت والتي تستجيب لشروط التالية:

a) النوعية الشكلية +، o أو u

b) غياب كلي لتنقيط الخاص بالرموز المعرفية ما عدى DV

c) غياب رموز التنقيط الخاص AG أو MOR

3) تنقيط PHR الأجوبة HR التي تحتوي على أحد الخاصيتين التاليتين:

a) النوعية الشكلية – (FQ-) أو بدون شكل (FQsans) أو

b) +FQ، FQo، FQu، مع ALOG، CONTAM أو كل تنقيط خاص اخر من مستوى 2

3) تنقيط GHR كل الأجوبة HR المتبقية والتي تحتوي على التنقيط الخاص COP دون AG
4) تنقيط PHR كل الأجوبة HR التي تحتوي على أحد الخاصيتين التاليتين:

a) التنقيط الخاص FABCOM أو MOR
b) المحتوى An

4) تنقيط GHR كل الأجوبة HR المتبقية في اللوحات III، IV، VII وIX إذا كانت أجوبة مبتذلة (P)

5) تنقي PHR كل الأجوبة HR المتبقية والتي تحتوي على أحد الخصائص التالية:

a) التنقيط الخاص AG ، INCOM أو DR

b) المستوى Hd (وليس (Hd))

6) تنقيط GHR كل الأجوبة HR المتبقية.

- المرجع الشخصي ((Référence personnelle (PER))

يقصد بالتنقيط PER الأجوبة التي يرجع فيها الشخص إلى معرفة أو تجربة شخصية من أجل تفسير وتوضيح إجابته، مثلا:"أرى هذا دائما في الساحة".

- إسقاط اللون ((Projection de couleur (CP))

نمنح تنقيط CP إلى الأجوبة التي يشخص فيها الفرد لون في لوحة (بيضاء/سوداء)، غالبا ما نلاحظ هذه الظاهرة في اللوحتين IV و V، مثلا: "فراشة جميلة لها مزيج من اللونين الأصفر والأزرق".

-1-1 الملخص الشكلي (LE RÉSUMÉ FORMEL)

يهدف تنقيط الأجوبة إلى الوصول إلى إمكانية إنشاء الملخص الشكلي للبروتوكول ويتكون هذا الأخير من تجميع كل الرموز التنقيطية، وتعرض النسب وجميع أنواع الارتباطات، النسب المئوية والانحرافات العددية. ونصل إلى خصائص التوظيف النفسي للفرد انطلاقا من تحليل جميع هذه المعطيات.

يهدف النظام الإدماجي للرورشاخ إلى وصف السير النفسي للمفحوص الذي يظهر على شكل ملخص شكلي (ملحق 3) ، يوفّره برنامج تصحيحي CHESSSS[1] (2013).
يحتوي الملخّص الشكلي في أعلاه على قيم متغيّرات الرورشاخ وفي وسطه على علاقات، نسب مئوية واشتقاقات لكلّ المتغيّرات التي اتّفقت عليها الدراسات المعيارية عبر العالم وعددها 115 متغيّر وفي أسفله على 5 مؤشرات:

1. مؤشر الإدراك و التفكير (PTI)،
2. مؤشر الاكتئاب (DEPI)،
3. مؤشر عدم الكفاءة الاجتماعية (CDI)،
4. مؤشر الانتحار (S-CON)،
5. مؤشر اليقظة المفرطة (HVI)
6. مؤشر الهجاس (OBS).

يتم إنشاء الملخص الشكلي في ثلاث مراحل: (1) وضع قائمة رموز التنقيط حسب تسلسل ظهورها في كل لوحة، (2) إقامة نسب كل متغير، (3) إنجاز الحسابات الضرورية لإنجاز الارتباطات، النسب المئوية والعلامات المنحرفة.

2-1- صيرورة التحليل

يعتبر تحليل كل معطيات الرورشاخ عملا معقدا، إذ يتطلب كباقي الاختبارات النفسية تكوينا، قدرات ونوعا من الخبرة، فتحليل معطيات الرورشاخ يقوم على معرفة معمقة لنظريات الشخصية والسلوك معرفة جيدة لعلم النفس المرضي والاختبار في حد ذاته. وتقوم الفرضيات التحليلية على هذه المجموعة من النقاط الضرورية إضافة إلى المعطيات المعيارية والببليوغرافية. وتقوم صيرورة التحليل على عمل استنتاج انطلاقا من المعطيات الكمية والكيفية للبروتوكول.

إن إجابة الرورشاخ هي نتيجة لمجموعة معقدة من العمليات، التي تضم معالجة المعلومة، الترجمة، التصميم، أخذ القرار وأحيانا الإسقاط، ففردنة الشخص يمكن أنّ تترجم في المادة الإسقاطية، ولكن يمكن قراءتها أيضا من خلال حوصلة المعطيات الشكلية للاختبار، ويؤكد Exner في هذا الإطار أنه:" لا يوجد شخصين مماثلين: إن التحليل المدقق والذكي للمعطيات الشكلية، لسلسلة الرموز التنقيطية والمادة الإسقاطية تسمح بإقامة صورة صادقة عن شخص ما يتشابه دائما مع الآخرين في بعض الجوانب ويبقى فردا مميّزا" (1995, p.207)، ويضيف في الأسطر الموالية، أن العيادي الذي يحترم نفسه وأخلاقيات

[1] CHESSSS (Code for Hermann : Enhanced Summury and Supplementary Scales)

مهنته هو الذي يتجنب كل التأويلات التي تؤدي إلى الخطأ، ويرتكز على الحكمة، التي تقتضي استعمال جميع المعطيات، الشكلية، التسلسلية والمحتوى من أجل إنتاج صورة عقلانية، صادقة وواقعية عن الشخص.

بالنسبة لـ Exner (1995)، يمكننا الافتراض أن Rorschach لم ينف الفرضية الإسقاطية لـ Frank ولكن لم يعط أي إشارة للوجود الحقيقي لهذه الصيرورة (الإسقاط) في اختباره، مؤكدا أنه لا يثير "موجا متتابعا" من التفكير، وإنما يستدعي التكيف مع مثيرات خارجية. وإن قلنا أن اختبار الرورشاخ قد تطور يمكننا قول نفس الشيء فيما يتعلق بصيرورة التحليل، وما يمكن الاحتفاظ به كنقطة تتفق عليها جميع مدارس الرورشاخ فهو فكرة أن التحليل يجب أن يأخذ بعين الاعتبار كل معطيات الاختبار، أي ما يسمى في أدب الموضوع بالتناول "الشامل".

ويصف Exner تحليل الرورشاخ كإجراء يضم ثلاث مراحل. تتمثل المرحلة الأولى في وضع فرضيات، المرحلة الثانية هي دمج كل المعطيات، وأخيرا استعمال المعطيات التي تم دمجها بهدف الإجابة بشكل فعال على الأسئلة التي حفزت الفحص النفسي.

2-6-1- صياغة الفرضيات

يبدأ تحليل الرورشاخ بالمراجعة المنتبهة لكل متغير، الذي لا يأخذ كمتغير منعزل وإنما ينتمي إلى عائلة من المتغيرات التي تشير إلى المميزات الخاصة لمختلف مكونات الشخصية الشاملة. وفي نهاية هذه العملية التحليلية نكون قد راجعنا جميع معطيات الملخص الشكلي (النسب، العلاقات والنسب المئوية) وكذا تنقيط الإجابات في حد ذاتها، مع تسلسل ظهورها، وخطاب الشخص في الإجراء التلقائي وفي التحقيق. ولا يمكننا صياغة فرضيات حول كل بعد من أبعاد الشخصية إلا بعد دراسة، بانتباه، العناصر المتعددة المرتبطة بهذه الأبعاد الموضحة في الجدول 7 (Exner, 2003, p.17).

جدول 7. مجموعات متعلقة بمختلف ميادين التوظيف النفسي وتسلسل تحليل المتغيرات داخل كل مجموعة.

المركبة أو الوظيفة	المتغيرات
القدرة على التحكم و تحمل الضغط	**1.** Score D Ajusté et CDI, **2.** EA, **3**. EB et Lambda, **4.** es et esAj, **5.** Eb.
الانفعالات	**1.**DEPI& CDI, **2**. EB & Lambda, **3.** EBPer, **4.** Côté droit du eb et variables liées, **5.** SumC'/WSumC, **6**.Afr, **7.** 2AB+(Art+Ay), **8.** CP, **9.** FC :CF+C, **10.** C Pure (fréquence et qualité), **11.**S, **12.** Blends (Lambda et EB), **13.** Blends m et y, **14.** Complexité des blends, **15.** Blends Coul-

Est, **16.** Blend Est.	
Préalables (L, EB, OBS, HVI), **1.** Zf, **2.** W :D :Dd, **3.** Séquence des localisations, **4.** W :M, **5.** Zd, **6.** PSV, **7.** DQ, **8.** Séquence DQ.	**معالجة المعلومة**
1. OBS& HVI, **2.** Reflets, **3.** Index d'égocentrisme, **4.** FD & Vista (en lien avec l'anamnèse), **5.** An+Xy, **6.** Total MOR, **7.** H :(H)+Hd+(Hd) & cotation des réponses de contenu humain, **8.** Rechercher le matériel projeté dans : 8a- Réponses moins, 8b- Réponses MOR, 8c- Contenus des réponses M et humaines, 8d-Réponses FM et m, 8e- Matériel verbal des autres réponses.	**إدراك الذات**
1. Score D en lien avec es et esAj, **2.** Différences entre D et DAj, **3.** m et y, **4.** T, V+[3r+(2)/R] en lien avec l'anamnèse, **5.** Score D (C pure, M-, M sans), **6.** Blends, **7.** Blends Coul-Est& Est.	**الضغط الظرفي**
1. EB& Lambda, **2.** EBPer, 3. a :p, **4.** HVI, OBS,MOR, **5.** Côté gauche du eb, **6.** Ma :Mp, **7.** Index d'intellectualisation, **8.** Sum6 et WSum6, **9.** Qualités des 6 cotations spéciales critiques, **10.** Qualité formelle des M, **11.** Qualité des réponses M.	**التفكير**
Préalables (R, OBS, L),**1.** XA% &WDA%, **2.** Sans forme, **3.** X-%, nombre FQ-, S-, 3a- Homogénéité des -, 3b- Degré de déformation des-, **4.** Banalités (P), **5.** Nombre FQ+, X+% & Xu%.	**الوساطة**
1. CDI, **2.** HVI, **3.** Rapport a :p, **4.** Réponses alimentation (Fd), **5.** SumT, **6.** Somme Contenus Humains et Somme H pur, **7.** GHR/PHR, **8.** COP & AG (nombre et cotations), **9.** PER, **10.** Index d'isolement social, **11.** Contenus des réponses M & FM avec paire.	**إدراك العلاقات**

2-6-2- تلخيص نتائج كل مجموعة من المتغيرات

عندما يتم فحص جميع معطيات مجموعة من المتغيرات، نقوم بتلخيص مختلف الفرضيات والاقتراحات التي قمنا بصياغتها في المرحلة السابقة. ونكتفي في هذه المرحلة أيضا بصياغة الاحتمالية لأنه يمكن لمعطيات أخرى أن تغير الاقتراحات التي تمّت صياغتها من قبل. ويسمح هذا الملخص بإعطاء حوصلة حول جميع المعلومات المتعلقة ببعد الشخصية الذي ندرسه.

2-6-3- المرحلة الإدماجية

يصل المحلل، بعد صياغة عدة فرضيات انطلاقا من تحليل معطيات كل مجموعة، إلى وصف المفحوص. ويعتبر هذا الوصف كنتيجة لإدماج منطقي لمختلف الاقتراحات التي تمّت صياغتها، فلا يتعلق الأمر هنا

فقط بتقديم الملاحظات واحدة تلو الأخرى وإنما تقوم هذه المرحلة على التنظير الإكلينيكي والبعد النفسي للشخص.

وفي بعض الأحيان يمكن رفض الفرضيات التي تم صياغتها انطلاقا من تحليل معطيات مجموعة ما نتيجة لبعض النتائج التي تمّ الحصول عليها في تحليل مجموعات أخري. لكن نادرا ما نلتقي بهذه الحالة لأنه في غالب الأحيان الاقتراحات التي تم الحصول عليها انطلاقا من تحليل معطيات مجموعة ما تأتي لتغيير أو توضيح فرضيات أخرى. يعتمد العيادي في هذه الحالة الأخيرة، إضافة إلى المعطيات الخاصة والملاحظات التي توصل إليها على استنتاجاته المنطقية الخاصة، ومعرفته للسلوك الإنساني ولعلم النفس المرضي، من أجل إدماج المعطيات الخاصة بوصف التوظيف النفسي للشخص. وتسمح المرحلة التكاملية بلوغ هذا الوصف الذي يهدف إلى فهم الشخص.

ويتميز تحليل معطيات اختبار الرورشاخ حسب نموذج النظام الإدماجي بخاصية أساسية تعتبر من المساهمات الهامة والمميزة لهذه الطريقة والمتمثلة في إمكانية فحص وتشخيص الخطر الانتحاري بفضل الكوكبة الانتحارية (S-CON)، التي أدرجها Exner في نظامه منذ سنة 1977، ومن الناحية التطبيقية يجب فحص أولا هذه الكوكبة قبل الشروع في تحليل المعطيات الأخرى.

2- اختبار الرورشاخ والانتحار

يعتبر تشخيص الأفراد الذين يواجهون خطر المرور إلى الفعل الانتحاري من أكبر المشاكل التي تواجهها برامج الوقاية من الانتحار. استعمل الأخصائيون النفسانيون، في محاولتهم لتشخيص الخطر الانتحاري، الاختبارات النفسية الموجودة كاختبار تفهم الموضوع (T.A.T)، واختبار الرورشاخ الذي استعمل من أجل هذا الغرض منذ نهاية الأربعينات (Kumar, Nizamie, Abhishek, & Prasanna, 2014).

ومع انتشار علم النفس المعرفي و/ أو السلوكي خلال السبعينات والثمانينات تراجع تدريجيا استعمال اختبار الرورشاخ لفحص الخطر الانتحاري، ووجهت له انتقادات كثيرة باعتباره اختبارا يرتكز كثيرا على اعتبارات نظرية، ويستغرق تطبيقه مدة طويلة، هو اختبار يرتكز كثيرا على الذاتية ويقوم على دراسات ضعيفة. وفي هذا السياق، وبحثا عن تقنيات أكثر موضوعية وسريعة من أجل فحص الشخصية اتجه أغلبية الأخصائيون النفسانيين آنذاك إلى الاعتماد على تقنيات الإجراء الذاتي مثل MMPI.

يظهر أن التقنيات القائمة على الإجراء الذاتي هي تقنيات مناسبة لإنجاز تطبيقات إحصائية، إلا أنها غالبا ما تفشل في الوقوف على مدى ثراء وعمق شخصية الفرد المفحوص، وللوصول إلى هذه المميزات يجب على العيادي أن يمارس "حكما عياديا" صعبا مما يتطلب الاعتماد على مصادر متعددة كالمقابلة العيادية، تاريخ المفحوص والأحداث الحالية التي يمر بها، ويمكن للتقنيات الإسقاطية، كاختبار الرورشاخ، أن تساهم بشكل فعال في فحص ديناميكية الشخصية والبعد الانفعالي للفرد شرط تطبيقها من طرف مختص عيادي ذي تجربة (Eyman & Eyman, 1991).

قبل التطرق المفصل إلى الكوكبة الانتحارية لرورشاخ النظام الإدماجي والدراسات التي أنجزت حولها، باعتبارها موضوع دراستنا الحالية، سنقوم بعرض أهم الدراسات المعروفة فيما يخص اختبار الرورشاخ والانتحار، وذلك منذ السنوات الأولى لظهور الاختبار إلى يومنا هذا، ثم نقدم حوصلة عامة عن أهم مؤشرات الانتحار في اختبار الرورشاخ والإنتقادات الموجهة لها.

2-1- أهم الدراسات حول اختبار الرورشاخ والانتحار

لقد اقترح العديد من الباحثين إمكانية استعمال اختبار الرورشاخ من أجل تشخيص الخطر الانتحاري عند الفرد، ولقد قسم Neuringer الأبحاث في هذا المجال إلى أربع مجموعات: أبحاث حول المحددات والنسب، المؤشرات المنعزلة، المؤشرات المتعددة والمحتويات.

تعود المحاولات الأولى لتشخيص السلوك الانتحاري باستعمال اختبار الرورشاخ إلى دراسات حالات (Rabin, 1946 ; Ulett, Martin, & McBride, 1950)، لكن لا يمكن دراسة وفهم سلوك معقد كالسلوك الانتحاري بالإستناد فقط على دراسة حالات (Frank, 1994). وقد اهتمت Hertz (1948) بفهم الفعل الانتحاري – الذي تعتبره كسلوك عنيف ناتج عن هدم الذات- على ضوء اختبار الرورشاخ من خلال تناول يجمع بين علامات متعددة وتحليل المحتويات، وتوصلت إلى تشخيص أربعة عشر (14) تركيبة رورشاخ التي تدل على خطر انتحاري. تتكون عينة دراسة هذه الباحثة من 229 حالة عيادية وتنقسم إلى ثلاث مجموعات: 50 مفحوصين عصابيين وذهانيين انتحاريين، 63 مفحوصين عصابيين غير انتحاريين و53 ذهانيين عير انتحاريين، و96 أفراد عاديين. وتوصلت الباحثة في دراستها إلى تحديد عشرة تركيبات من بين 14 تركيبة بإمكانها التمييز بين المجموعة الانتحارية والمجموعة غير الانتحارية. وكما استنتجت أن التركيب بين أغلبية التشكيلات الانتحارية يضم خصائصا اكتئابية، قلق عميق، صراع شديد وأفكار مرضية تتميز بالخوف من الأمراض الجسدية وأفكار مرتبطة بتفاهة الحياة، لذلك فهي ترى أن تواجد هذه المؤشرات عند المفحوصين يدل على خطر انتحاري كبير. ولقد تم إثبات صدق نتائج دراسة Hertz في

العديد من المرات، وتعتبر دراستها من أكبر الدراسات في هذا المجال إلى يومنا هذا (Bishop, Martin, Costanza & Lane, 2000).

من بين العلامات المنعزلة المعروفة في تشخيص خطر الانتحار عن طريق الرورشاخ دراسة Appelbaum وHolzman (1962) حول الأجوبة اللونية-التظليلية (color-shading responses): قام هذان الباحثان بإجراء اختبار الرورشاخ على مجموعة تجريبية تتكون من 39 مفحوص سيكاتري ينتمون إلى تشخيصات مختلفة وكلهم قاموا على الأقل بمحاولة انتحارية واحدة، واستعملا بروتوكولات مجموعة تجريبية ثانية تتكون من 30 مفحوص سيكاتري ينتمون إلى تشخيصات مختلفة وانتحروا بعد خروجهم من المستشفي، كما قام الباحثون بإجراء الرورشاخ على خمسة مجموعات ضابطة (96 مفحوص سيكاتري ينتمون إلى تشخيصات مختلفة، لا يتميزون بأي سلوك انتحاري، 53 عضو من (Kansas Highway Patrol)، 52 مبحوث شاركوا في دراسة حول وظيفة الغدة التريدية، 50 مقيم طبي في مصلحة الطب العقلي و17 تلميذ في الطور المتوسط. وتوصل الباحثون انطلاقا من فحص إجابات الرورشاخ المجموعات السبعة إلى أن هناك ارتباط بين ظهور الأجوبة اللونية-التظليلية ووجود المحاولة الانتحارية في تاريخ الفرد أو وجود خطر الانتحار عند الفرد حيث شخصت الأجوبة اللونية-التظليلية 86% من المفحوصين الانتحاريين في حين شخصت 19 % فقط من مبحوثي المجموعات الضابطة. وقام Appelbaum وColson في دراسة أخرى عام 1968 بفحص بروتوكولات ومعطيات إكلينيكية لمجموعة من المفحوصين السيكاتريين من خلال مقارنة مجموعة تجريبية تتكون من 42 مفحوص سيكاتري ينتمون إلى تشخيصات متعددة وقاموا في الماضي بمحاولة انتحارية مع مجموعة ضابطة تتكون من 35 مفحوص ينتمون إلى تشخيصات متعددة لكن لم يقوموا بأي محاولة انتحارية، شخصت، في هذه الدراسة، الأجوبة اللونية-التظليلية 88% من المجموعة التجريبية كانتحاريين، ولكن شخصت أيضا 49% من المجموعة الضابطة كانتحاريين، ورغم هذا فإن للفرق بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة فيما يخص الأجوبة اللونية-التظليلية دلالة إحصائية.

وحاول Appelbaum وHolzman تفسير النتيجة التي توصلوا إليها، أي ارتفاع نسبة الأجوبة اللونية-التظليلية عند الأفراد الانتحاريين، كتعبير لحساسية غير عادية في التمييز بين الانفعالات وكمؤشر لعلاقة "اختراق" تجاه العالم من طرف المفحوص، أما Appelbaum و Colson (1962) وفيما بعد Colson وHurwitz فقد حاولوا تفسير العلاقة بين الأجوبة اللونية-التظليلية والخطر الانتحاري باقتراح فكرة أن الشخص الذي يرى الإجابة اللونية-التظليلية يكون في البداية انجذب نحو اللون، الذي يشير إلى الحساسية الانفعالية ليحاول فيما بعد الابتعاد أو التخلص من هذا الانفعال عن طريق رؤية الإجابة التظليلية التي

تستدعي أكثر التناول الإدراكي، وقد تم القيام بموازاة بين هذا التفسير والسلوك الانتحاري للأفراد اللذين تغمرهم انفعالات الاكتئاب واليأس بمحاولة هؤلاء الأفراد إبعاد أنفسهم عن انفعالاتهم عن طريق التخطيط والقيام بالفعل الانتحاري (Hansell, Lerner, Milden & Ludolph, 1988). وبين Colson و Hurwitz في دراسة قاموا بها سنة 1973 حيث قاموا بإنشاء 10 لوحات مشابهة للوحات الرورشاخ، 3 لوحات غير لونية و7 لوحات تضم ألوان مختلفة، وبتمريرها لمجموعة سيكاترية انتحارية ومجموعة سيكاترية غير انتحارية أن الأجوبة اللونية-التضليلية تميز المجموعة الانتحارية (Eyman & Eyman, 1991)، لكن توصلت دراسات أخرى (Hansell et al., 1988; Blatt & Ritzler, 1974) إلى أن هناك غياب لارتباط بين الأجوبة اللونية-التضليلية والخطر الانتحار.

ولقد درس كل من Cutter، Jorgensen وFarberow (1968) بروتوكولات رورشاخ 60 رجل انتحروا، حيث قسموا هذه المجموعة إلى فريق قاموا بمحاولات انتحارية أو بتهديدات انتحارية من قبل وفريق بدون محاولة أو تهديد انتحاري سابق، وكما قسموا المجموعة إلى فريقين حسب المدة الزمنية بين إجراء اختبار الرورشاخ والانتحار واستعملوا 165 يوم كمتوسط المدة الزمنية، وقسموا كل مبحوث أيضا حسب درجة المقصد في الموت (البرمجة، الطريقة المستعملة للانتحار وتوقع المساعدة، من العوامل التي استعملوها لتقييم درجة المقصد في الموت). ولقد ارتبطت هذه المتغيرات الثلاثة (المقصد في الموت التاريخ الانتحاري والمدة الزمنية بين الاختبار والانتحار) بـ 11 مؤشر رورشاخ التي وضعها Martin عام 1960، Sapolsky عام 1963، Appelbaum و Holzman (1962)، و Linder عام 1950. ويعطي الارتباط بين المؤشرات والمقصد الانتحاري ثلاث علامات فقط ذات دلالة ارتباطيه، وتندرج هذه المؤشرات الثلاثة ضمن 8 مؤشرات التي شخصها Martin. وبينت المقارنة في الارتباطات بين المؤشرات ودرجة المقصد الانتحاري لكلتا المجموعتين (التي تختلف في المدة الزمنية بين الاختبار والانتحار) أن هناك فقط 4 علامات لها دلالة ارتباطيه بالمقصد الانتحاري (5 % نسبة مستوى الدلالة) وهناك فقط علامة واحدة لها دلالة بالنسبة للمجموعتين. أما تقسيم العينة إلى مجموعتين حسب التاريخ الانتحاري فلم يبين أي مؤشر دلالة في الفرق بين المجموعتين (Lester, 1970 ; Blatt & Ritzler, 1974).

ومن أهم الدراسات التي حاولت فحص الخطر الانتحاري باستعمال علامات منعزلة في الرورشاخ دراسة Blatt وRitzler (1974) حول دراسة العلاقة بين الأجوبة الشفافة (transparence) و cross-sectional في الرورشاخ والسلوك الانتحاري: توصل الباحثون انطلاقا من مقارنة 12 بروتوكول مفحوصين سيكاتريين ينتمون إلى تشخيصات متعددة وقاموا بمحاولة انتحارية بعد إجراء الاختبار مع بروتوكولات مجموعة ضابطة تتكون من 12 مفحوص لم يقوموا بأي محاولة انتحار، إلى أن متغير الرورشاخ الوحيد الذي يميز

بصفة دالة بين المجموعتين هو عدد الأجوبة الشفافة وcross-sectional فهذه الأجوبة تشخص بشكل صحيح 92 % من المجموعة الانتحارية، وتظهر فقط بنسبة 33 % في بروتوكولات المجموعة الضابطة، واقترح الباحثون تفسير الأجوبة الشفافة في الرورشاخ كتصور إدراكي لفقدان أو انهيار معنى الذات الذي يمكن أن يؤدي بالفرد للقيام بالفعل الانتحاري حسب الفكرة التي اقترحها كل من Roth وBlatt عام 1972 باعتبار أن المواضيع الشفافة التي تظهر في الأحلام والعمل الإبداعي هي في غالب الأحيان مرتبطة برغبات انتحارية (Hansell et al., 1988). ويفسر Blatt وRitzler هذا النوع من الأجوبة كـ"محاولة لإقامة تصورات ثلاثية البعد لكن دون القدرة على تصور الحجم" (as cited in Rierdan, Lang & Eddy, 1978, p.1163). تشير إذن الأجوبة الشفافة إلى تصور غير ملائم للحجم، فهي تترجم عند الأفراد الانتحاريين فقدان أو كولابسوس لتصور ثلاثي الأبعاد موازاة مع فقدان التمييز بين الذات-الغير، وبالتالي تتلاحم الذات والغير كمواضيع للاعتداء (Rierdan et al., 1978)، وكما يمكن للأجوبة الشفافة أن تشير إلى فقدان أو كولابسوس لمعنى الذات كنتيجة لألم عميق، نقد الذات، الشعور بالفراغ وفقدان الحيوية، ويرافق فقدان معنى الذات فقدان معنى الزمان خاصة المستقبل (Blatt & Ritzler, 1974).

ولقد اعترف Blatt وRitzler (1974) في خاتمة دراستهما بضرورة إثبات مصداقية هذا المؤشر عن طريق دراسات أخرى مما دفع كل من Rierdan، Lang، وEddy (1978) إلى القيام بدراسة قارنوا فيها بروتوكولات الرورشاخ لأربعة عشر شخص انتحروا مع بروتوكولات أشخاص لم يقوموا بأي عمل انتحاري من أجل فحص مصداقية مؤشر الباحثين حيث توصلوا إلى نفس النتائج التي توصل إليها Blatt وRitzler، وبمعنى أخر تسمح الأجوبة الشفافة وcross-sectional من التمييز بين المجموعتين باعتبار أن عدد الأجوبة مرتفع بشكل دال في المجموعة الانتحارية مقارنة بالمجموعة غير الانتحارية، وبالتالي يمكن حسبهم استعمال، العلامة المنعزلة في الرورشاخ للتنبؤ بالخطر الانتحاري. ويضيف الباحثون أن تفسير الأجوبة من طرف Blatt وRitzler (1974) يتماشى مع كون الأفراد الانتحاريين يقدمون أجوبة شفافة في اختبار الرورشاخ لكن لا يفسر لماذا يعطي غالبا الأفراد المنتحرين نسبة أكبر من نفس الأجوبة مقارنة بالأفراد الذين يهددون أو قاموا بمحاولات انتحارية لذلك اقترحوا نموذجا لتفسير العلاقة بين الانتحار والأجوبة الشفافة انطلاقا من بعض المراجع الأدبية العيادية النظرية مؤكدين على ضرورة إخضاعه للصدق التجريبي: أهم ما يميز الأشخاص المنتحرين كونهم مسئولون عن موتهم، يتمثل تناولنا في محاولة فهم المعنى الذي يحمله الموت بالنسبة لهؤلاء الأشخاص، يصف Morse في هذا الإطار الانتحار-الحوافز الهوامية حيث يفسر الموت كوسيلة لإشباع رغبات كبيرة أكثر ما هو وسيلة لوضع نهاية لوجوده فالاعتبار الذي نجده وراء الانتحار-الحوافز الهوامية هو أن الأفراد يريدون العيش بعد تهديم ذاتهم، فرغم أن- يضيف المؤلف- كل الأفراد يتمتعون بعدم القدرة على التصور الحقيقي لموتهم، إلا أن الأفراد المنتحرين

يختلفون ويتميزون من حيث درجة تقبلهم لهواماتهم بعد الموت كهوامات حقيقية. ويقترح Rierdan وزملائه (1978)، انطلاقا من وجهة نظر Morse، بالإضافة إلى تفسير الأجوبة الشفافة كخلل في تصورات الحجم، يمكن تفسيرها أيضا كوجهة نظر انتحارية خاصة حول الموت حيث لا تمثل هذه الأخيرة مرحلة نهائية وإنما مرحلة انتقالية، وتترجم الأجوبة الشفافة تصورا لموضوع هش وغير مقاوم.

ولقد استنتج Neuringer وLetier في دراسة قاموا بها عام 1971 أن الأشخاص الذين قاموا بأفعال انتحارية يميلون إلى تصنيف الكلمات في القطب الطرفي من سلم المعاني المختلفة ويكون هذا الميل مستقرا عبر الوقت، ويرى الباحثون أن الأفراد ذوي الشخصية الانتحارية يدركون الأحداث في قطبها الطرفي أي في حالة مواجهة أحداث ضاغطة مثلا يعتبرونها كأحداث فظيعة لا يمكن حلها مما يجعلهم يسرعون إلى الفعل الانتحاري كحل. ويبقى السؤال مطروحا حول متى يمكن اعتبار العلامات التي أتى بها الباحثون (الأجوبة اللونية-التضليلية، الأجوبة الشفافة و cross-sectional) كمؤشرات لأسلوب إدراكي مستقر عند الأفراد المنتحرين ومتى يمكن اعتبارها كمؤشرات لخطر انتحاري مداهم.

وقام، في هذا السياق، كل من Hansell، Lerner، Milden وLudolph (1988) بدراسة حول مصداقية الأجوبة اللونية-التظليلية والأجوبة الشفافة و cross-sectional كعلامات لخطر انتحاري مداهم، ولقد حاول الباحثون في دراستهم تفادي النقائص المنهجية للدراسات السابقة حيث ركزوا فقط على 41 مفحوص دخلوا المستشفى نتيجة مرحلة اكتئاب، عكس الدراسات السابقة التي أجريت حول مفحوصين ينتمون إلى تشخيصات متعددة، وكما حدد الباحثون زمن جمع المعطيات خلال فترة إقامة المفحوصين في المستشفى، واعتبروا المعلومات التاريخية السابقة للمفحوصين المتعلقة بالأفعال الانتحارية كوسيلة موازية لتقييم الخطر الانتحاري إلى جانب معلومات أسبوعية حول المفحوصين جمعها عاملو المستشفى. وقد تم إجراء اختبار الرورشاخ على كل مفحوص مرتين: عند دخول المفحوص إلى المستشفي وعند تحسنه بهدف فحص ما إن كانت علامات الرورشاخ (الأجوبة اللونية-التظليلية والأجوبة الشفافة و cross-sectional) تدل على وجود خطر انتحاري مداهم أو تشير إلى أسلوب معرفي مستقر عند أشخاص مكتئبين يمكن أن يصبحوا انتحاريين. وتوصل الباحثون في هذه الدراسة إلى التساؤل حول صدق استعمال الأجوبة اللونية-التظليلية والأجوبة الشفافة و cross-sectional كمؤشرات للخطر الانتحاري على الأقل عند هذه الفئة من المفحوصين، أي المكتئبين. وتوصلوا إلى أنه لا يمكن اعتبار هذه الأجوبة كمؤشر لوجود خطر انتحاري، وإنما يمكن اعتبارها كمؤشر لوجود خاصية عند الفرد الذي يمر بمراحل انتحارية في تاريخه الشخصي، ويضيف الباحثون أن لهذه النتيجة أهمية كبيرة بالنسبة للعياديين الذين يفسرون هذه العلامات في الدراسات السابقة كمؤشر لخطر انتحاري مداهم. ويرى الباحثون أن من أهم النتائج التي توصلوا إليها في دراستهم

هو استمرار ظهور هذه العلامات عند نفس الشخص سواء في المرحلة الاكتئابية أو خارج هذه المرحلة، لهذا تعتبر هذه العلامات كمؤشر لأسلوب معرفي مستقر أكثر مما هي مؤشر لخطر انتحاري مداهم.

كما اهتم Kestenbaum وLynch (1978) بدراسة صحة مؤشر Blatt وRitzler (1974) حيث توصلوا إلى أن الأجوبة الشفافة لا تسمح بالتمييز بين المجموعة الانتحارية والمجموعة الضابطة ليشير في الأخير إلى أن قدرة اختبار الرورشاخ في التنبؤ بالخطر الانتحاري تبقى محدودة، لكن يجب الإشارة إلى أن الباحثين فسروا غياب الفرق فيما يخص الأجوبة الشفافة بين مجموعات بحثهم بالفرق الموجود بين هذه الأخيرة ومجموعات البحث لدراسة Blatt وRitzler (1974) فيما يتعلق بالمستوى الاجتماعي الاقتصادي، درجة معامل الذكاء وعدد الأجوبة في اختبار الرورشاخ حيث يتميز مبحوثين مجموعة بحثهما بنسبة منخفضة لهذه المتغيرات الثلاثة مقارنة بمبحوثي دراسة Blatt وRitzler (1974). لذلك يدعو Kestenbaum و Lynch (1978) في الأخير إلى التحكم المناسب في هذه المتغيرات في الدراسات التالية وضرورة الأخذ بعين الاعتبار لارتباط مؤشرBlatt وRitzler بها.

ويبين نقد مختلف التناولات الهادفة إلى التنبؤ بالخطر الانتحاري على ضوء الرورشاخ أن الطرق التي تقوم على علامة منعزلة هي أكثر فعالية بالنسبة للعيادي مقارنة بالطرق التي تستعمل العلامات الامتعددة التي تقوم على أنظمة تنقيط معقدة والتي تطرح مشكل الصدق ما بين المنقطين، عكس طريقة العلامة المنعزلة التي تقترح فكرة أن التركيز على نوع واحد من أجوبة الرورشاخ يسهل تشخيصها ويسمح بالتشخيص السريع والصادق للخطر الانتحاري، وبالإضافة إلى هذا تعتبر طريقة العلامات المتعددة تناول غير نظري في حين تسمح طريقة العلامة المنعزلة من اقتراح بعض التفسيرات النظرية أين يتم ربط السلوك الانتحاري بنوع من التصورات الإدراكية (Lester, 1970).

2-2- تلخيص مؤشرات الانتحار في اختبار الرورشاخ

يرى Bishop، Martin، Costanza وLane (2000) في مقالهم حول مؤشرات الانتحار في الرورشاخ أن استعمال هذا الاختبار مرتبط حتما بالنظرية السيكودينامية، تقوم بعض علامات الانتحار التي نجدها في الرورشاخ بتأويل بعض التفسيرات التي صاغتها هذه النظرية حول الانتحار. لن نعود إلى هذه النظرية التي تطرقنا إليها في الفصل السابق لنكتفي فقط بتقديم علامات الانتحار في الرورشاخ التي تدخل في هذا الإطار، ولتسهيل تقديم مؤشرات الانتحار في الرورشاخ فضلنا إدراجها في الجدول التالي حسب الفئات التي وضعها الباحثون السابقون.

جدول 8. تلخيص مؤشرات الانتحار في الرورشاخ

الفئة	المؤشرات
مؤشرات تقوم على المحتوى	**- المحتويات المعتلة (Contenus morbides):** أشار العديد من الباحثين، مثل Hertz، Sakheim وExner إلى أن الإسقاط لمحتويات معتلة تعتبر كمؤشر للخطر الانتحاري، ويرتبط المحتوى المعتل بمواضيع الموت، الانحلال والتعفن. ويرى Phillips وSmith أن المحتويات المعتلة المرتبطة بالموت تشير إلى الاكتئاب وعادة ترافقها إجابة لونية محضة (C pur) "كالدم"، "الجروح" في اللوحتين II و III. **- مؤشرات المحتوى لـ Costello:** يرى Costello عام 1958 أن هناك أربعة مؤشرات تساهم بشكل فعال في التمييز بين مجموعة من مفحوصين انتحاريين ومجموعة من مفحوصين غير انتحاريين: حيوان طائر في اللوحة V، إجابة إنسانية في اللوحة V، إجابة جغرافية في اللوحة VII، ورأس حيوان (أيل، تيس جبلي، ظبي) في اللوحة IX. و لقد بين من قبل كل من Phillips وSmith عام 1953 إمكانية استعمال الإجابة الجغرافية (سواء في موقع W أو D) كمؤشر لخطر انتحاري، أما المؤشرات الثلاثة الباقية فلم تثبت صحتها في دراسات مستقبلية. **- مؤشر Sapolsky:** افترض Sapolsky عام 1963 أن الإجابة المرتبطة بالمنطقة D6 للوحة VII (نفس D6 في نظام Exner)، التي عادة ما تشاهد كمنطقة مهبلية في لوحة تسمي باللوحة الأمومة يمكن أن تمثل رغبة لاشعورية للعودة إلى بطن الأم وبالتالي يمكن لهذه الإجابة تمييز مفحوصين انتحاريين مقارنة بمجموعة ضابطة، إلا أن الباحثين الذين حاولوا فحص هذه الفرضية لم يتوصلوا إلى نتائج إيجابية (Eyman & Eyman, 1991). ودعت Arffa (1982) إلى التخلي عن هذا المؤشر في الدراسات المستقبلية. **- مؤشر Linder:** وصف Linder في أعماله خلال سنوات 1947 و 1950 اللوحة IV باللوحة "الانتحارية"، حيث افترض أن الأجوبة في هذه اللوحة التي تحتوى على إسقاطات كـ "أسنان متعفنة"، "جذع شجرة متعفن" تترجم اكتئاب شديد وتشير بصفة غير مباشرة إلى ميول انتحاري ولقد فحص Cutter، Jorgensen و Farberow (1968) هذه الفرضية ليبينوا ضعف استعمالها، في حين بين Sakheim عام 1955 أن الصدمة أمام اللوحة IV (رفض اللوحة، الجمود، ارتفاع زمن

	الإجابة) تميز بين المفحوصين السيكاتريين الانتحاريين والمفحوصين السيكاتريين غير الانتحاريين. ودعت Hertz (1948) إلى الحذر في استعمال مؤشر Linder، لأن مؤشر واحد لا يكفي لتشخيص الخطر الانتحاري، كما أشارت إلى أن المحتويات المعتلة في اللوحة IV هي مؤشر هام جدا للاكتئاب، لكن ليس بالضرورة لوجود ميول انتحاري لأن الأشخاص المكتئبين ليسوا بالضرورة كلهم انتحاريين. **- ملاكان يحملان شخص في الوسط إلى أعلى Heaven (اللوحة I):** لا يوجد أي دراسة بينت صحة هذا المؤشر كعلامة لخطر الانتحار، من البديهي أن هذه الإجابة تحتوى على تصورات الموت، الخمول والرغبة في الهروب إلى مكان أفضل، ويمكن اعتبارها من الناحية الإكلينيكية كمؤشر لوجود أفكار انتحارية (Bishop et al., 2000).
مؤشرات متعددة/تركيبات	**- تركيبات Hertz** **- الكوكبة الانتحارية (S-CON) لـ Exner** **- قائمة Martin:** اقترح هذا الباحث في إطار رسالته لنيل الدكتورة (عمل لم ينشر) 17 مؤشر (Lester & Perdue, 1974, p.102) التي تميز حسبه بين المفحوصين المنتحرين وغير المنتحرين. وبين Weiner في دراسة قام بها عام 1961 أن علامتين من علامات Martin (العلامة 6 (الإجابات C و CF التي تظهر كإجابات أولية في اللوحات VIII، IX، و X)، والعلامة 16 (F%<.60 و P<3) تميز بشكل جدي بين الأفراد الانتحاريين والأفراد غير الانتحاريين، كما بين فعالية العلامة 3 (CF>1 ou 2) والعلامة 7 (ظهور الإجابة C و/أو CF في البروتوكول لكن Sum Shading Y et sum Texture-T=0). وبينت أربع دراسات أخرى أن العلامة 6 لـ Martin تدل على خطر المرور إلى الفعل الانتحاري. ولقد بين Daston و Sakheim أن العلامات الثلاث:6، 10 (Sum Shading Y et sum Texture-T>1)، و 17 (ارتفاع زمن الكمون الأولي عن 27 ثانية في اللوحة I) تميز بطريقة ناجحة بين مجموعة من أفراد منتحرين ومجموعة ضابطة من أفراد غير انتحاريين وباستعمال عتبة 7 أو أكثر من المتغيرات، نجحوا في تصنيف 92% من المجموعة الضابطة 61 % من مجموعة محاولي الانتحار و 62% من مجموعة أفراد منتحرين (Bishop et al., 2000). لكن بين Lester وPerdue (1974) في دراستهم أن قائمة Martin لا تشير فقط إلى السلوك الانتحاري وإنما أيضا إلى ميول نحو الاندفاعية والاعتداء على الغي، ذلك لأنهم لم يلاحظوا فرقا بين مجموعات بحثهم أي بين المجموعة الانتحارية ومجموعة القتلى المسجونين.

	- **تركيبات Beck:** افترض Beck عام 1945 أن:" في حالة تعرض شخص ذو ذكاء مرتفع إلى صراع داخلي فإنه يعمل على حله من خلال إسقاطه تحت شكل بنية عصابية وفي حالة قمعه لتجاربه الشخصية العميقة فهذا يشكل دائما قاعدة مرتبطة بتهديدات انتحارية" (as cited in Bishop et al., 2000, p.297)، وبالتركيز على هذه الفرضية اقترح Fleischer عام 1958 وSakheim عام 1955خمسة مؤشرات انتحارية تترجم حسبهم فرضية Beck: قلق قمعي، البنية العصابية، صراع داخلي شديد، الاجترار والصدمة التضليلية أمام اللوحة IV. برغم أن هذه المؤشرات تقوم على معايير ذاتية فإن Fleischer يؤكد أن تواجد مؤشر أو عدة مؤشرات من المؤشرات الخمسة لـ Beck يساهم بشكل فعال في التمييز بين المنتحرين، محاولي الانتحار والذين يهددون بالانتحار ومجموعة ضابطة. - **مؤشرات Piotrowski:** افترض Piotrowski سنة 1957 أن ارتفاع عدد الأجوبة التضليلية انخفاض نسبة F%، ارتفاع عدد الأجوبة W و C يشير إلى ميول انتحاري. و لقد فحص Fleischer وSakheim هذه المؤشرات، وبينوا أن استعمال ثلاث من هذه المؤشرات أو أكثر لا يسمح بالتمييز بين المجموعة الانتحارية والمجموعة غير الانتحارية.
مؤشرات منعزلة	- تشير Hertz (1948) إلى أن الأشخاص الانتحاريين يقدمون أقل عدد من الأجوبة اللونية مقارنة بالأشخاص غير الانتحاريين حيث فسرت ذلك باتجاه الأشخاص الانتحاريين إلى قمع تعبيرهم الانفعالي تجاه المحيط، لكن لم يجد Fisher سنة 1951 فرقا بين مجموعة من المفحوصين الانتحاريين يعانون من اضطراب الفصام البارانوي ومجموعة من المفحوصين غير الانتحاريين يعانون من نفس الاضطراب فيما يخص نسبة الأجوبة اللونية (Eyman & Eyman, 1991). - الأجوبة اللونية-التضليلية لـ Appelbaum و Holzman. - الأجوبة الشفافة لـ Roth و Blatt. - درس Kendra (1979) بروتوكولات الرورشاخ حسب طريقة Piotrowski وتوصل إلى تحديد ستة متغيرات (FM، Fc’، C، F%، H%، وM: W) التي تسمح بالتمييز بين مجموعة المحاولة الانتحارية، مجموعة الانتحار الكلي والمجموعة السيكاترية الضابطة. - **الصدمة اللونية والتضليلية:** افترض Rabin (1946) أن الظهور المشترك للصدمة اللونية والصدمة التضليلية في بروتوكول الرورشاخ يشير إلى خطر انتحاري، إلى جانب علامات أخرى: رفض لوحة ما، الكف، ارتفاع الزمن الرجعي، النوعية الشكلية. وقد أشار كل من Crasilneck عام

	1954، Hertz (1948)، وPratt عام 1951 إلى وجود عدة صدمات لونية وتضليلية في بروتوكولات المفحوصين الانتحاريين. - **الإجابة W في اللوحة X:** إن الأجوبة W في اللوحة X غير منتظرة خاصة عندما يستثمر الشخص تفاصيل اللوحة ويحاول تنظيمها في إجابة شاملة، غالبا ما نجد هذه الميزة عند الأفراد المكتئبين نظرا لرغبتهم في إعطاء معنى لسلسلة من الأحداث المشوشة في نظرهم. ويميل هذا النوع من الأفراد إلى النظر "إلى ما وراء الأشياء"، وإلى إبراز اهتمام بكل شيء، وحتى بالتفاصيل التافهة. ولنفس هذه الأسباب يجب افتراض الاجترار الانتحاري والاكتئاب عند هؤلاء الأفراد كلما قدموا عددا مرتفعا عن المعدل من الأجوبة W (Bishop et al., 2000).
مؤشرات عامة	- **أسلوب التحكم:** لقد بين العديد من الباحثين (Henderson في سنة 1972، Lester في سنة 1989 وSidrow وLester في سنة 1988) أن الأشخاص الذين لديهم أسلوب تحكم موجه نحو الخارج يواجهون الخطر الانتحاري بنسبة مرتفعة مقارنة بالأشخاص الذين لديهم أسلوب تحكم موجه نحو الداخل. فالأشخاص الذين ينتظرون الرأفة من المحيط ويشعرون أنهم غير قادرين على تغيير الأشياء معرضون أكثر للخطر الانتحاري مقارنة بالأشخاص الذين لديهم الثقة في نفسهم وفي قدرتهم على تغيير الأشياء. يترجم أسلوب التحكم الداخلي في الرورشاخ بوجود حركات نشطة (a) في حين يتميز أسلوب التحكم الخارجي بحركات خاملة (p)، بأجوبة m التي تشير إلى قلق وضغط الناتجين عن الشعور بعدم القدرة على مواجهة المواقف الخارجية، ويشعر الشخص وكأنه ضحية لهذه المواقف. هذا ما يشار إليه أيضا بدرجة D (EA-es) والأجوبة التضليلية الانتشارية (Y) لـ Exner أي حدود في القدرات الشخصية على مواجهة والتعامل مع المثيرات الخارجية والداخلية. - **أسلوب الشخصية:** لقد توصلت الدراسات التي اهتمت بالعلاقة بين أسلوب الشخصية والهشاشة الانتحارية (Greenwald، Reznikoff وPlutchik في سنة 1994، Millon سنة 1987، Boissière وChabert (2014)) إلى أن نسبة الخطر الانتحاري مرتفعة لدى الشخصيات الحدية والشبه الفصامية (schizoïdes). غالبا ما نلتقي في بروتوكولات المرضى الحديين أجوبة نكوصية (التي تترجم ضعف التحكم الداخلي وضعف الأنا)، أجوبة اندفاعية (الأجوبة الشكلية)، الصعوبة في التحكم في الغضب (الأجوبة اللونية)، أجوبة ذات محتويات "فمية". أما الشخصية الشبه الفصامية فهي تتميز بالانعزال الاجتماعي وبسلوكات موجهة نحو الذات. تحتوى بروتوكولات هذا النوع من الشخصيات على عدد قليل، أو خالية تماما، من الأجوبة الانفعالية، محتويات وأجوبة حركية إنسانية

	قليلة (Bishop et al., 2000). - **الميكانيزمات الدفاعية (النكوص والاستدخال):** بين العديد من الباحثين (Apter، Plutchik، Sevy، Korn، Brown و Van Praag في سنة 1989، Recklitis، Noam وBorst في سنة 1992) أن النكوص والاستدخال هي ميكانزمات دفاعية تميز بين المفحوصين الانتحاريين والمفحوصين غير الانتحاريين. حسب Apeter يعتبر النكوص من المكونات الأساسية لعدة تصرفات بدائية من بينها الانتحار. ويشجع هذا الميكانزم ظهور الشحنات العدوانية والاندفاعية وتوجيهها نحو الداخل. ويجب اعتبار الأجوبة النكوصية (ارتفاع المحتويات الحيوانية)، الأجوبة العدوانية والعنيفة، وبعض التعبيرات في الرورشاخ كمؤشر لضعف التحكم الداخلي الضروري لتحكم بالاندفاعات العنيفة (الانتحار). وكما يتميز الأفراد الانتحاريون (محاولي الانتحار وأفراد لديهم تفكير انتحاري) بميكانزمات دفاعية قائمة على الإستدخال (introjection)، عكس الأفراد غير الانتحاريين الذين يستعملون ميكانزمات من نوع أخر كالإسقاط والتكوين الضدي. يظهر ميكانزم الاستدخال في الرورشاخ من خلال الأجوبة (W+) أين يحاول الشخص وصف الموضوع خارج عن حدود معارفه الشخصية وخارج المكونات البنيوية للبقعة (Bishop et al., 2000).

2-3- أهم الانتقادات الموجهة لدراسات حول مؤشرات الانتحار في اختبار الرورشاخ

لم يتردد بعض كبار المختصين في الرورشاخ في الإشارة إلى حدود هذا الاختبار في فحص وتشخيص الخطر الانتحاري، فلقد اعترفت Hertz في تناولها التركيبي لتشخيص خطر الانتحار عبر اختبار الرورشاخ أن هذا الأخير لا يتنبأ بالسلوك الانتحاري، وإنما يبين خصائص الشخصية التي يمكن أن تكون وراء ارتفاع خطر المرور إلى هذا الفعل، لذلك دعت العيادي إلى إدراج اختبار الرورشاخ في إطار التاريخ الشخصي للفرد والأخذ بعين الاعتبار لجميع العوامل الاجتماعية، الثقافية والظرفية من أجل فحص والتنبؤ بالخطر الانتحاري، لكن ركزت على التأكيد على ضرورة الأخذ بعين الاعتبار مؤشرات اختبار الرورشاخ وهذا سواء في حالة إشارة المفحوص إلى أنه في حالة حسنة أو العكس (Bishop et al., 2000). وأشار Piotrowski في نفس الاتجاه إلى أن البحث على وسيلة للتنبؤ بخطر انتحاري مداهم هو طلب مفرط بالنسبة لوسائل الفحص النفسي، ومن الأفضل، وللبقاء أكثر قربا من الواقع، البحث عن علامات تدل على تواجد "ميل انتحاري" مستمر أي البحث عن مميزات انتحارية في الشخصية (Hansell et al., 1988).

ومن بين الانتقادات الأساسية التي وجهت إلى دراسة Hertz كون معايير تنقيط مختلف التركيبات معقدة وتتطلب وقت طويل للقيام بها، أضف إلى ذلك ما أشار إليه Neuringer عام 1974 أي أن تقسيم أفراد البحث إلي مجموعة انتحارية ومجموعة غير انتحارية ثم فحص تواجد أو غياب المؤشرات يؤثر على المعطيات. غير أنّ Sakheim قد بين في دراسة مماثلة لدراسة Hertz سنة 1955 أنّ أربع تركيبات (القلق العميق، الحالات الاكتئابية، التشاؤم تجاه العالم، الميول إلى الانعزال أي التركيبات 2، 3، 12 و10) من بين تركيبات Hertz التي تسمح بالتمييز بين مجموعات بحثه. وأكد Eyman و Eyman مؤخرا (1992) أنّ التناول التركيبي، خاصة تناول Hertz (في سنوات 1948، 1949) وتناول Martin (في سنة 1952)، يمنح أفضل مصداقية في حالة الأخذ بعين الاعتبار للمحددات المتعددة للخطر الانتحاري، لكن سرعان ما أضاف المؤلفون فكرة أن الانتحار سلوك معقد يجب التطرق إليه باستعمال معطيات إكلينيكية أخرى سواء تعلق الأمر بعلامات منعزلة أو بالتناول التركيبي.

وتواجه الدراسات التي تستعمل التقنيات الإسقاطية لتشخيص الخطر الانتحاري صعوبات عديدة، إذ من الصعب في غالب الأحيان تقييم نتائج هذه الدراسات نظرا لنقائص المنهجية التي تعاني منها. ففي غالب الأحيان يدرج الأفراد المنتحرين في نفس المجموعة مع محاولي الانتحار وأفراد لهم أفكار انتحارية، فلا يوجد فرق فقط بين مجموعة المنتحرين ومجموعة محاولي الانتحار وإنما يجب أيضا الأخذ بعين الاعتبار للفروق الاحتمالية الموجودة بين المجموعتين كالتشخيص النوزوغرافي والمدة الزمنية بين المحاولة الانتحارية وإجراء الاختبار على المفحوص (Arffa, 1982).

لقد قدم Neuringer عام 1965 في هذا السياق، حوصلة عن أدب استعمال اختبار الرورشاخ لتشخيص الخطر الانتحاري، وتوصل إلى أن النقائص في هذا المجال لا تعود إلى اختبار الرورشاخ في حد ذاته وإنما إلى طبيعة الدراسات التي لا يمكن المقارنة بينها، وتعدد تعاريف السلوك الانتحاري بالإضافة إلى كون عينات الدراسة صغيرة، عدم مماثلة الظروف التجريبية، وتعدد الإجراءات الإحصائية، غالبا ما يستعمل المنقطين درجات مختلفة من المصداقية، الصعوبة في فهم تعاريف بعض المصطلحات، عرض لنتائج مختصرة غير واضحة، وفي بعض الأحيان هناك نفس المعالجة لبروتوكولات تم التحصل عليها من مصادر مختلفة، من طرف فاحصين يختلفون من حيث مستوى الكفاءة، وحسب إجراءات تنقيط أو أنظمة مختلفة (Bishop et al., Frank, 1994 ; Kumar, Nizamie, Abhishek, & Prasanna, 2014; Lester, 1970; 2000).

ومن بين النقاط الهامة التي أشار إليها Neuringer أيضا في حوصلته كون أغلبية الأبحاث أنجزت انطلاقا من استعمال معطيات الاختبار لمفحوصين قاموا بمحاولات انتحارية قبل إجراء الاختبار، أو مفحوصين صنفوا كأفراد لديهم تفكير انتحاري قبل إجراء الاختبار، غير أنه من البديهي أن الحالة النفسية لهؤلاء المفحوصين مختلفة عن الحالة النفسية للمفحوصين الذين انتحروا، فمن بين 16 بحث الذي تحدث عنه Neuringer هناك 5 أبحاث فقط ذكروا استعمال معطيات أفراد تحصلوا عليها قبل الفعل الانتحاري (ناجح أو غير ناجح)، لكن في كل الحالات قام الباحثون بإدراج هذه المعطيات مع معطيات مفحوصين أجروا الاختبار بعد الفعل الانتحاري.

وأشار العديد من الباحثين إلى أن أغلبية الدراسات تعاني من عدة نقاط ضعف منهجية أولها هي الخلط بين مفحوصين ينتمون إلى تشخيصات مختلفة خاصة كالفصام والاكتئاب حيث يرى Exner و Wylie (1977) في هذا الإطار أن الكثير من نسبة الإيجابي الخاطئ في المجموعة الضابطة لدراسة Appelbaum و Holzman (1962) هم مفحوصين مكتئبين، مما يطرح مشكل التمييز في هذه المجموعة المختلطة بين المفحوصين الذين قدموا أجوبة لونية-تضليلية وأجوبة شفافة، مفحوصين شخصوا حاليا كمكتئبين والذين قد يواجهون أكثر من الناحية الإحصائية خطر المرور إلى الفعل الانتحاري مقارنة بالمفحوصين الذين ينتمون إلى تشخيص الفصام المزمن مثلا. ثانيا استعملت هذه الدراسات بروتوكولات مفحوصين قاموا بفعل انتحاري لسنوات عديدة قبل إجراء الاختبار من أجل فحص الخطر الانتحاري في وقت إجراء الاختبار بدون استعمال مقياس أخر للخطر الانتحاري. ثالثا من بين نقاط ضعف دراسة Appelbaum و Holzman (1962) هو استعمال محاولي الانتحار كمجموعة ضابطة إلا أنه لم يتم تقييم خطورة المحاولة الانتحارية والتمييز بين المحاولات الانتحارية غير الخطيرة والمحاولات الانتحارية الخطيرة. وفي الأخير محاولة الباحثين تفسير النتائج التي توصلوا إليها كخلل في الإدراك يطرح مشكل معرفة في أي حالة نشيرهذه العلامات إلى خطر انتحاري مداهم، وبالتالي مراقبة الشخص المعني، وفي أي حالة هذه العلامات تترجم خاصية من خصائص الأسلوب الإدراكي لبعض المفحوصين الذين يمكنهم اللجوء إلى الفعل الانتحاري في وقت ما ولكنهم غير انتحاريين في الوقت الحالي (Hansell et al., 1988).

وغالبا ما يذكر في الدراسات حول الرورشاخ والانتحار مشكل استعمال أنظمة تنقيط معقدة التي تجعل من الصعب الوصول إلى الصدق ما بين المنقطين (interrater reliability). وتواجه محاولات إثبات صدق مساهمة بعض عوامل الرورشاخ في تشخيص خطر الانتحار العائق الأخلاقي البديهي الذي يتمثل في عدم إمكانية ملاحظة بعد تطبيق الاختبار الأشخاص الذين سينتحرون، ومن الصعب للدراسات التي استعملت معطيات تم التحصل عليها قبل المرور إلى الفعل الانتحاري من تقييم نسبة الخطر الانتحاري أثناء إجراء

الاختبار، وهناك دراسات أخرى استعملت معطيات تم جمعها عند أشخاص دخلوا المستشفي بعد القيام بمحاولة انتحارية غير أنها تطرح بدورها مشكل التمييز بين المحاولات أو التصرفات غير الخطيرة والتي تهدف إلى طلب المساعدة وتلك التي تؤدي إلى الموت (Exner & Wylie, 1977). وأكبر نقاط ضعف كل الدراسات حول مؤشرات الانتحار في الرورشاخ تقريبا هي فشلها في استعمال وسيلة تقييم الخطر الانتحاري إضافة إلى الرورشاخ بهدف إثبات صدق هذا الأخير (Hansell et al, 1988).

ويشير دائما Exner في كتاباته حول الانتحار (1995 ; 1977) إلى المشاكل المنهجية والتحليلية المتعددة الموجودة في الأدب المتعلق بدراسة الانتحار إذ يخص بالذكر: استعمال معايير متعددة، غالبا ما يتم جمع المعطيات المتعلقة بالأفراد المنتحرين لمدة طويلة قبل أو بعد الحادث الانتحاري، الصعوبة أو بالأحرى عدم إمكانية التقييم الدقيق لمقصد الموت. ويبقى البحث حول الانتحار، بالرغم من احتمال الوصول إلى حل المشاكل السابقة، يواجه المسألة العلمية المتعلقة بالتنبؤ، فالدراسات حول الانتحار هي دائما دراسات قبلية (post-dictives) أو بعدية (rétrospectives)، دراسات تقوم سواء على معطيات تم جمعها حول أفراد تم تشخيصهم من طرف مصادر أخرى كأفراد انتحاريين (بصفة عامة نتيجة محاولة انتحارية سابقة)، أو على معطيات نادرا ما يتم جمعها قبل الفعل الانتحاري. وبهذا المعنى:"عندما يتم اكتشاف مؤشر ما، حتى وإن كان غير كامل، فإن أخلاقيات الوقاية تأتى قبل الهومات العلمية التي تترك الأشياء تتبع مجراها الطبيعي بهدف فحص المؤشر" (Exner, 1995, p.230)

إن التعقيد الكبير الذي يميز الخصائص المؤدية إلى الاعتداء على الذات تجعل من غير الممكن التشخيص بطريقة صحيحة الخطر الانتحاري انطلاقا من متغير واحد أو مجموعة صغيرة من المتغيرات. ولقد أشار إلى هذه النقطة أدب موضوع الرورشاخ قبل 1970 حول الفرد الانتحاري، حيث ارتكزت الدراسات في هذه الفترة على مؤشرات منعزلة، قائمة من المؤشرات، محتويات خاصة، محتويات رمزية أو الجمع بين المؤشرات والمحتويات. ورغم أن أغلبية هذه الدراسات قد بينت فرقا إحصائيا دال بين الأفراد الانتحاريين وغير الانتحاريين إلا أن العدد الحقيقي للإيجابي الحقيقي غالبا ما يكون منخفضا عن الثلثين في حين أن عدد الإيجابي المزيف غالبا ما يزيد عن الثلث، فنتائج هذه الدراسات هامة جدا لكن فعاليتها الإكلينيكية محدودة (Exner, 1995).

4-2- الكوكبة الانتحارية لرورشاخ النظام الإدماجي (S-CON)

3-4-1- تعريف الكوكبة

يقصد بالكوكبة حزمة من المؤشرات التي تسمح بكشف مكونة خاصة من التوظيف النفسي للمفحوصين، حيث يمكن للكوكبة أن تساعد في التشخيص مثل الكوكبة الإكتئابية (DEPI) التي تساهم في الكشف عن المفحوصين الذين لديهم قابلية للاكتئاب، كما يمكن للكوكبة أن تساهم في التعريف بجانب خاص ومعين عن التوظيف النفسي للفرد كالكوكبة الانتحارية (S-CON) التي تعمل على تشخيص الخطر الانتحاري. ونجد في اختبار الرورشاخ إلى جانب الكوكبة (constellation) ما يسمى بالمؤشر(Index) حيث يتكون هذا الأخير من مجموعة من العناصر التي تقيس نفس الشيء على خلاف الكوكبة التي تتكون من مجموعة من المتغيرات التي ليس لها القدرة الكافية على الكشف عن خاصية نفسية ما في حالة استعمالها بشكل منعزل، إلا أن جمعها في حزمة معينة يسمح بالمساهمة في التمييز بين وجود أو غياب لخاصية ما عند المفحوصين (Andronikof, 1992).

ويشكل المؤشر في غالب الأحيان نتيجة موزونة لعدة متغيرات، لذلك فهو ينتمي إلى نمط من التوظيف البعدي (fonctionnement dimensionnel)، أما الكوكبة فهي وسيلة من نمط فئوي (catégoriel)، أي توظيفها يقوم على عدد أدنى من المتغيرات التي نجدها عند المفحوص. فعلى سبيل المثال يفحص مؤشر التجريد (Index d'intellectualisation) ميل الشخص نحو استعمال ميكانزمات دفاعية من نوع التجريد، وللحصول على هذا المؤشر يجب حساب المعادلة التالية: (2AB+Art+Ay) حيث يشير AB (Abstraction) إلى اللجوء لتجريد بإعطاء الشخص إجابة رمزية أو إجابة تحتوى على تجربة شعورية إنسانية، في حين يشير Art إلى أجوبة ذات محتوى فني ويشير Ay إلى أجوية ذات محتوى ثقافي. وتشير النتيجة بين 4 و6 إلى أن الشخص غالبا ما يستعمل التجريد مقارنة بأغلبية الأشخاص بهدف التقليل من التأثير الانفعالي لموقف ما، وفي حالة تجاوز النتيجة 6 فإن الشخص يستعمل هذا الميكانيزم الدفاعي في كثير من مواقف الضغط الانفعالي. أما الكوكبة فيمكن أن تتكون من متغيرات متباينة تحتوى على عتبة دلالية تسمح بمعرفة ما إن كانت الكوكبة إيجابية أم سلبية في بروتوكول ما.

وتمر عملية بناء الكوكبة بعدة مراحل تسمح بتطوير الخصائص السيكوميترية للكوكبة بصفة تدريجية ويتم فحص الكوكبة في وضعيات مختلفة (ديمغرافية، باطولوجية، جغرافية) بهدف التأكد من صدقها. وتتمثل المرحلة الأولى في انتقاء مجموعة من المتغيرات المكونة للكوكبة حيث يجب القيام بهذا الانتقاء انطلاقا من اعتبارات تطبيقية ونظرية بهدف التقليل من خطر الوقوع في الخطأ، وبعد هذه المرحلة يجب القيام

بعدة دراسات لإثبات صدق الكوكبة وتطويرها من خلال التقليل من المتغيرات الطفيلية (مثل المتغيرات المرتبطة بالعينة وبالفاحصين)، التباين في الاضطرابات السيكوباطولوجية (Le Chevanton, 2013).

3-4-2- الكوكبة الانتحارية لرورشاخ النظام الإدماجي

الكوكبة الانتحارية هي تركيبة لمتغيرات تنتمي إلى مجموعات مختلفة، ويسمح ضم هذه المتغيرات في مجموعة واحدة من التشخيص من الناحية التطبيقية للأفراد الذين يتميزون بنفس مميزات الأفراد الذين انتحروا.

تمكنت جمعية البحث في الرورشاخ (Rorschach Research Foundation)، خلال الخمس سنوات الأولى من تأسيسها، من جمع 4000 بروتوكول في الولايات المتحدة الأمريكية و كندا، ولاحظ Exner وWylie (1977) أن 41 بروتوكول هم لأشخاص انتحروا أقل من 60 يوم بعد إجراء اختبار الرورشاخ وفي سنه 1975 إرتفع عدد البروتوكولات إلى 59 بروتوكول. ولقد تم تقسيم البروتوكولات حسب الوسيلة الانتحارية المستعملة كمؤشر عام للمقصد الانتحاري للشخص بهدف محاولة تحديد التأثير المحتمل لهذه العناصر على النتائج. ويضم القسم I أفراد انتحروا عن طريق وسيلة تؤدي حتما إلى الموت، ولا مجال للتدخل من أجل الإسعاف (متفجرات، القفز في الفراغ، قطع لأعضاء حيوية)، يضم القسم II أفراد انتحروا عن طريق وسيلة تؤدي حتما إلى الموت، لكن تترك بعض الوقت لإسعاف محتمل (شنق، بلع بعض أنواع من السموم، غرق)، أما القسم III فهو يضم أفراد انتحروا عن طريق وسيلة تؤدي إلى الموت باحتمال ضعيف، وتترك كثير من الوقت من أجل الإسعاف (الغاز، قطع لأعضاء غير حيوية، بلع لمخدرات وبربيتويرات).

ولقد تم تحليل المعطيات الشكلية بواسطة الحاسوب بهدف التحصل على جميع التركيبات الممكنة من المتغيرات، وجميع النسب التكرارية للمتغيرات التي تظهر على الأقل في 30 بروتوكول من بين 59 بروتوكولات المجموعة. أسفرت مقارنة بروتوكولات مجموعة الأفراد المنتحرين مع ثلاث مجموعات ضابطة تتكون كل مجموعة من 50 مبحوث (مجموعة من مفحوصين فصاميين، مجموعة من مفحوصين مكتئبين، مجموعة من أفراد لا يتلقون علاجا)، إلى تحديد عدة تركيبات من المتغيرات، لكن ثلاث منها فقط تسمح بالتمييز بطريقة دالة بين مجموعة المنتحرين وباقي المجموعات، ومن بين التركيبات الثلاثة هناك تركيبة تتكون من 11 متغير لها قوة تمييزية كبيرة، مما أدى بالباحثين إلى إدخالها في النظام الإدماجي ككوبة انتحارية حيث يسمح استعمال عتبة من 8 متغيرات إيجابية من تشخيص 44 حالة من بين

الحالات 59 الانتحارية (75%)، مع تشخيص كإيجابي مزيف 10 مبحوثين من بين 50 مفحوص مكتئب (20%)، 6 مبحوثين من مجموعة الفصاميين (12%)، و0 مبحوث من مجموعة الأفراد الذين لا يعالجون.

أما فيما يخص أقسام الانتحار فإن الكوكبة تشخص بطريقة صحيحة 14 مبحوث من 19 مبحوثين الذين ينتمون إلى القسم I (74%)، 20 من بين 24 مبحوثين القسم II (83%) و 10 من بين 16 مبحوثين القسم III (63%). وفي حالة تخفيض العتبة إلى 7 متغيرات إيجابية تشخص الكوكبة أكثر من 80% من مبحوثين المجموعة التجريبية، إلا أن عدد الإيجابي المزيف يرتفع أيضا في المجموعات الضابطة: 58% من مجموعة المكتئبين، 38% من مجموعة الفصاميين، وحتى 8% من الأفراد الذين لا يعالجون، لذلك يجب الاحتفاظ بالعدد 8 كعتبة حاسمة لاعتبار المعطيات كمصدر حقيقي لوجود خطر انتحاري.

وفي سنة 1984 ارتفع عدد بروتوكولات الأشخاص الذين انتحروا أقل من 60 يوم بعد إجراء اختبار الرورشاخ إلى 101 بروتوكول، مما يشكل عينة ذات حجم كافي لتقييم صدق النتائج السابقة. انطلاقا من نفس الإجراءات المنهجية السابقة تم تقييم نسب المتغيرات الإحدى عشر (11)، مع تقييم القوة التمييزية لكل متغير داخل كل مجموعة، و كما تم فحص خمس متغيرات أخرى غالبا ما تظهر في المجموعة الانتحارية (MOR>3, AG>2, An+Bl>2, Afr<.40, T=0).

ولقد بين تحليل المعطيات حسب عتبة من 8 متغيرات إيجابية أن 11 متغير من الكوكبة الأصلية يشخص حقيقة 75 من 101 من الأفراد المنتحرين (74%)، مع تشخيص كإيجابي مزيف 12 فقط من 101 مفحوص مكتئب (12%)، 6 من 101 مفحوص فصامي (6%)، و0 من مبحوثين لا يتلقون أي علاج. وكما هو الحال في الدراسة الأصلية، يؤدي تخفيض العتبة إلى 7 متغير إيجابي إلى رفع نسبة التشخيص الصحيح بنسبة 10% تقريبا، لكن في نفس الوقت يرفع أيضا من نسبة الإيجابي المزيف في المجموعات الأخرى. وتوصل تحليل المعطيات الأخرى إلى نتائج هامة. أولا: إن إضافة المتغيرات الأربعة (AG>2 An+Bl>2, Afr<.40, T=0) لا يرفع من القدرة التشخيصية للكوكبة، في حين يرفع المتغير (MOR>3) بصفة دالة القدرة التشخيصية للكوكبة الانتحارية، أي عندما يضاف هذا المتغير إلى الكوكبة الأصلية، وانطلاقا من عتبة 8 متغيرات إيجابية، فإن الكوكبة تشخص بطريقة صحيحة 80% من الأفراد المنتحرين، وهذا بدون الرفع من نسبة الإيجابي المزيف في باقي المجموعات. ويتعلق العنصر الثاني من التحليل بمؤشر التركيز على الذات (Indice d'Egocentricité)، حيث تم مراجعة هذا البند بوضع عتبة ثنائية (>.31 ou <.44)، مما يسمح بالرفع من القوة التمييزية للكوكبة، دون الرفع من نسبة الإيجابي المزيف في المجموعات الأخرى.

وتجدرالإشارة إلى أن هناك، بالرغم من أهمية الكوكبة الانتحارية في تشخيص الأفراد الذين يواجهون خطرا مرتفعا للمرور إلى الفعل الانتحاري، نسبة 15% من السلبي المزيف في المجموعة الانتحارية ونسبة 10% من الإيجابي المزيف في المجموعة الاكتئابية، وتدعو هذه النسب إلى توخي الحذر، وعدم اعتبار الكوكبة الانتحارية كمرجع نهائي، لكن الكوكبة الانتحارية ذات عتبة 8 على الأقل، يجب اعتبارها كعلامة إغاثة، ومن المستعجل القيام بفحص عميق لخصائص الميل المحتمل نحو الاعتداء على الذات كما لا يجب استبعاد وجود خطر انتحاري في حالة الحصول على كوكبة سلبية، أي أقل من 8 متغيرات إيجابية (Exner, 1995 ; 2003 ; Exner & Wylie, 1977).

وتشترك بعض بنود الكوكبة الانتحارية من حيث المعنى الذي يمكن أن تأخذه من الناحية النظرية فلقد حاولت، Andronikof (2005) استخراج العناصر السيكومرضية المميزة لصيرورة الانتحار (الجدول 9).

جدول 9. مكونات الكوكبة الانتحارية (S-CON) وتفسيرها من الناحية الكيفية (Exner & Wylie, 1977 ; Exner, 1995 ; Andronikof, 2005)

FV+VF+V+FD > 2	المثلنة السلبية لذات، الاشمئزاز من الذات، الميل المفرط إلى نقد الذات.
Col-Shading Blend > 0	عدم القدرة على التمييز بين الانفعالات المستحبة وغير المستحبة. الخلط الانفعالي
EGO < 0,31 ou > 0,44	الشعور بعدم الأمن الداخلي، نقص الثقة بالنفس أو شهامة مفرطة.
MOR > 3	مهاجمة صورة الذات وتذيلاها أو الميل إلى التفكير بطريقة سلبية ومتشاءمة.
Zd > +3,5 ou < -3,5	تحليل فوضوي للمعلومة (sous-incorporation) أو تيه في تعقيد مفرط (sur-incorporation).
es > EA	عدم الرضى الداخلي وضغط يتجاوز قدرات الشخص. التهديد بالفيضان.
CF + C > FC	انخفاض قدرات التحكم الانفعالي
X+% < 0,70	فقدان معنى الواقع ومعنى الاتفاقيات
S > 3	العنف الداخلي، الغضب، الضغط الداخلي السلبي
P < 3 ou P > 8	فقدان الشهوة في العيش بين الأفراد أو ظهور لذات مزيفة
Pur H < 2	فك الارتباط بالكائن الإنساني، انفصال الفرد عن الآخرين
R < 17	فقدان الشهوة في العيش بين الأفراد (عندما يرتبط بـ H < 2، X+% < 0,70، و P < 3)

يشير تركيب هذه المتغيرات إلى تداخل مرضي بين خمسة جوانب: فقدان القدرات على الإرصان (الدافعية)، بروز الضغط، الغضب أو التخليط الانفعالي، هشاشة الذات، اضطراب معنى الواقع والاتجاه السلبي لتفكير.

3-4-3- الدراسات حول الكوكبة الانتحارية

نجد القليل من الدراسات حول صدق النسخة الثانية من الكوكبة الانتحارية عند الراشد ونادرا ما نجد إعادة المنهجية المميزة التي وظفها Exner في دراساته حول الكوكبة الانتحارية، وبرغم الانتقادات التي وجهها بعض الباحثين خاصة Wood, Nezworski, & Stejskal (1996) إلى النظام الإدماجي بصفة عامة والكوكبة الانتحارية بصفة خاصة، فقد بينت دراسة Fowler وآخرون (2001b) أن استعمال عتبة من 7 متغيرات إيجابية هو المؤشر الوحيد لخطر المرور إلى فعل انتحاري مداهم وكبير (ولقد ضمت هذه الدراسة 50 طالب لا يعالجون، 37 مفحوص غير انتحاريين، 37 مفحوص قاموا بمحاولة انتحارية غير خطيرة و30 مفحوص قاموا بفعل انتحاري خطير) حيث توصل الباحثون في دراستهم إلى النتائج التالية:

- الكوكبة الانتحارية مرتفعة في مجموعة المفحوصين الانتحاريين الذين قاموا بفعل انتحاري خطير ومميت، وتظهر كالكوكبة الوحيدة التي تميز بين هذه المجموعة وباقي المجموعات وهذا مقارنة بحزمات الرورشاخ الأخرى (خاصة DEPI، CDI و PTI).

- تميز الكوكبة الانتحارية بين المفحوصين الذين يعالجون وباقي الأفراد (tout-venants).

- تميز الكوكبة الانتحارية بعتبة 7 بين المفحوصين الذين عرضوا أنفسهم حقا للخطر وباقي المفحوصين الانتحاريين، وهذا بتشخيص 81% من الإيجابي الصحيح.

- لا ترتبط الكوكبة الانتحارية بالاعتداءات على الذات الخفيفة وإنما هي مرتبطة إيجابيا ببلع كمية خطيرة من الأدوية.
- لا تشخص الكوكبة الانتحارية المرور إلى الفعل الانتحاري الخفيف.

ولقد قيم الباحثون صدق الكوكبة بالمرضي ومرتفع بنسبة كبيرة مقارنه بالسلالم المتعددة (خاصة *Beck Hopelessness Scale*)، وكما ركزوا على الصدق الإيكولوجي للكوكبة الانتحارية.

وإقترح Fowler، Hilsenroth، وPiers (2001a) مؤشر انتحاري إضافي (Riggs Index) يضم أربعة متغيرات الرورشاخ التي تم وضعها في إطار نظرية التحليل النفسي: الأجوبة اللونية-التضليلية، الأجوبة الشفافة، أجوبة المحتوى المعتل، وأجوبة cross-sectional. ويسمح إستعمال هذا المؤشر حسب الباحثين إلى جانب الكوكبة الانتحارية (S-CON) بالرفع من نسبة التنبؤ بالمحاولات الانتحارية الخطيرة.

في حين توصلت دراسة Eyman وEyman (1991) في دراسة حول الكوكبة الانتحارية سنة 1987 إلى عدم فعالية هذه الأخيرة في التنبؤ بالانتحار حيث تبين من خلال تحليل بروتوكولات أشخاص انتحروا وبروتوكولات أشخاص قاموا بمحاولات انتحارية أن استعمال العتبة الثمانية سمح بتشخيص شخصين فقط ينتميان إلى المجموعتين، عكس ما انتظروه الباحثين هناك أكبر عدد من متغيرات الكوكبة في مجموعة الانتحارية مقارنة بمجموعة المنتحرين، ولا تتمتع الكوكبة بأكثر فعالية في تشخيص الأفراد المنتحرين بعد زمن قصير من إجراء الرورشاخ مقارنة بأشخاص انتحروا بعد مدة طويلة من إجراء الاختبار. لكن توصلت دراسة Arffa (1982) إلى أن استعمال التناول التركيبي يسمح بالتمييز بين المجموعات الانتحارية والمجموعة الضابطة، في حين يجب إخضاع بعض العلامات المنعزلة كالأجوبة اللونية-التضليلية إلى دراسات أخرى، واعتبر الباحث أن التركيبة التي تحصل عليها رغم أنها تسمح بالتمييز بين مجموعات الدراسة لا يمكن اعتبارها كمؤشر يسمح بالتنبؤ بالخطر الانتحاري ولكن مؤشر عام لتواجد ميول نحو الاعتداء على الذات.

وبينت Petot (2002، 2004)، في أعمالها حول التفكير الانتحاري عند الأطفال أن وجود كل من محدد التظليل ومحدد اللون في نفس الإجابة، ولو في إجابة واحدة فقط، هو مؤشر لخطر وجود أفكار انتحارية لدى الطفل، ويرتفع هذا الخطر بارتفاع هذا النوع من الأجوبة ولكن أيضا في تعدد الأجوبة التي تحتوى على محدد اللون (أبيض/أسود)، إضافة إلى المحدد اللوني والتظليلي. كما أشارت نفس الباحثة (Petot, 2005) إلى ارتفاع عدد الأجوبة المحددة باللون (أبيض/أسود) عند أطفال أقل من سبع سنوات والذين لديهم أفكار انتحارية.

وقام Silberg وArmstrong (1992) بتقييم الخطر الانتحاري عند المراهقين انطلاقا من قائمة تتكون من 6 متغيرات من رورشاخ النظام الإدماجي: (SumV>0, Color-Shading blends>0, MOR>0, M->1, C+CF>FC, Sum special scores>9)، حيث لاحظوا أن أربعة من هذه المتغيرات تظهر عند 64% من المراهقين ذوي خطر المرور إلى الفعل الانتحاري. وكما أشارت هذه الدراسة إلى دور أجوبة Vista والأجوبة اللونية-التضليلية في الصيرورة الانتحارية.

وتلفت Andronikof (1998 ; 1993)، في أعمالها المخصصة لدراسة الانتحار عند المراهقين الانتباه إلى دور الأجوبة التجريدية (AB) التي تشير أثناء ظهورها بعدد مرتفع إلى ميكانزم نفي الجسد والذاتية الانفعالية في نفس الوقت، ومن جهة أخرى يشير هذا الميكانزم إلى نشاط تفكيري مرتفع يرتكز على الرجوع إلى أفكار محضة، خالية من المراجع الجنسية (désexualisées)، فالتجريد يعزل التصور النزوي عن الجسد الليبيدي بالتفريق بين الموضوع الملموس والمدرك. وتصبح الأفكار التي تتميز بهذا النوع من الدفاع خارجة عن الزمن (atemporelles)، وبدون موضوع (anobjectales)، وتلغي هذه الأفكار مصادر الاستثارة، تعمل على الحفاظ على السيطرة الكاملة على المواضيع الداخلية، وتبطل العدوانية والرغبات من خلال صيرورة اللامبالاة تجاه مبدأ الواقع، وتشير المؤلفة فيما يتعلق بهذا النوع من المفحوصين إلى تناقض وجودي، فالشخص لا تشغله الرغبة في الموت وإنما الرغبة في الحياة، "رغبة في الحياة "خارج عن الجسد" (Andronikof, 1998).

اهتم مؤخرا مجموعة من الباحثين (Blasczyk-Schiep, Kazéne, Kuhl & Grygielski, 2011) بفحص الخطر الانتحاري باستعمال رورشاخ النظام الإدماجي ومؤشر الخطر الانتحاري لدى المراهقين لـ Silberg وArmstrong لدى مجموعة بحث تتكون من 116 مراهقين وراشدين صغار حيث تنقسم هذه المجموعة إلى أربع مجموعات صغيرة: مجموعة تتميز بأفكار انتحارية (n=30)، مجموعة تتميز بتصرفات شبه انتحارية (n=30)، مجموعة تتميز بمحاولات انتحارية خطيرة (n=26)، ومجموعة ضابطة (n=30). وتوصلت هذه الدراسة إلى أن أربع متغيرات على الأقل من بين المتغيرات الستة لمؤشر الانتحار لدى المراهقين (SumV>0, Color-Shading blends>0, MOR>0, M->1, C+CF>FC, Sum special scores>9) تسمح بتشخيص 69 % من أفراد مجموعة الدراسة التي تتميز بمحاولات انتحارية خطيرة، وكما أظهر المؤشر الانتحاري في الرورشاخ مصداقية مقبولة وارتباط بمعايير انتحارية أخرى كمقياس الاكتئاب لـ Beck وسلم حوافز العيش لـ Linehan. هذا وكما بينت هذه الدراسة أن اختبار الرورشاخ يتمتع بقدرة كبيرة في التنبؤ بالخطر الانتحاري مقارنة بمقياس Beck وسلم Linehan.

خلاصة الفصل

يرتبط اختبار الرورشاخ ارتباطا وثيقا بتاريخ علم النفس العيادي حيث استحوذ هذا الاختبار منذ تأسيسه من طرف السيكاتري السويسري Herman Rorschach سنه 1921على قسط كبير من الكتابات. ومع مرور السنوات تطور الاختبار ليتعدى الهدف الأصلي والأساسي الذي وضع من أجله، أي المساهمة في التشخيص السيكومرضي، ليستعمل في مجالات واسعة ومتعددة كالتقييم العملي، تقييم العلاجات النفسية، وحتى تقييم خطر المرور إلى الفعل الانتحاري.

وفي صدد هذه النقطة الأخيرة، أي فحص خطر المرور إلى الفعل الانتحاري، تحتل الكوكبة الانتحارية التي وضعها Exner في إطار رورشاخ النظام الإدماجي في الولايات المتحدة الأمريكية خلال السبعينات والثمانينات مكانة خاصة نظرا لأهميتها من الناحية التطبيقية، المنهجية والعلمية، مما أدى بعدد من الباحثين سواء في الولايات المتحدة الأمريكية أو في بلدان أخرى من العالم الاهتمام بدراسة مصداقية وفعالية هذه الكوكبة.

الإشكالية والفرضيات

الإشكالية

يشير أغلبية المؤلفين والمختصين حول الانتحار إلى أن هذا الأخير يعتبر من أكبر المشاكل التي تواجهها الصحة العامة، ويبقي الانتحار بمختلف أشكاله يمس عدد كبير من الأشخاص في العالم بأكمله ويظهر أن هذا العدد في تزايد مستمر في بعض البلدان وهذا بالرغم من المجهودات العلمية ومشاريع الوقاية التي سخرت من أجل الحد منه. لهذا يندرج الانتحار في العديد من بلدان العالم ضمن الأسباب الرئيسية في عدد الوفيات، فلقد صنف مثلا سنة 1994 كالسبب الرئيسي العاشر للموت في الولايات المتحدة الأمريكية، وقدر Macintosh في سنة 1996 أن عدد الوفيات عن طريق الانتحار سيصل إلى 31.000 شخص في نفس البلد (Fowler, et al., 2001)، أما في فرنسا فيحتل الانتحار المرتبة الثالثة في أسباب الوفيات (10%)، بعد الأمراض الصدرية (12%) ومختلف أشكال السرطان (30%) (Morazs & Danet, 2008). وتؤكد مختلف الأعمال حول الانتحار في الجزائر على اختلاف منهجيتها وانتماءها الأكاديمي (مختلف التخصصات) على أن الانتحار في ارتفاع مستمر وفعل يمس مختلف مناطق البلاد، مما يتطلب التفكير في سياسة صحية وطنية مناسبة من أجل الوقاية والعلاج (Mimouni, et al., 2010).

ولقد اهتم التفكير حول الانتحار لمدة طويلة بالدراسة الإيبيديميولوجية لعوامل الخطر من جهة وبتقييم استراتجيات الوقاية من جهة أخرى، مما سمح من الناحية البراغماتية والعملية اكتشاف عوامل خطر أولية ذات أهمية كبيرة في تشخيص الخطر الانتحاري على المستوى الفردي وبالتالي المساهمة في إمكانية التدخل والحد من هذه العوامل عن طريق التكفل. ويتوفر الأدب الحالي على معارف عميقة حول الفعل الانتحاري حيث توصلت الأعمال في إطار التناول السياقي إلى تحديد قائمة من المتغيرات وتحديد أكثر من مائة عامل خطر تترجم بورتري دقيق حول مميزات الفئة الانتحارية. تعتبر معرفة هذه العوامل ذو أهمية كبيرة بالنسبة للمختص العيادي الذي يتكفل بتقييم الخطر الانتحاري لدى المفحوصين. لكن يرى بعض المختصون أن أهمية هذه العوامل في التنبؤ بالفعل الانتحاري محدودة جدا لأنها أقل حساسية وأقل خصوصية عندما يتعلق الأمر بالخطر الانتحاري على المستوى الفردي (Shea, 2008)، ويشير مختصون آخرون (Andronikof, 2005 ; Brandibas & Séguin, 2007) إلى أن الترتيب السببي للمرور إلى الفعل الانتحاري مشكل معقد، ولا تسمح المعلومات الحالية من تحديده بطريقة كافية . لقد واجه مثلا Goldstein وآخرون سنة1991 مباشرة مشكل التنبؤ بالفعل الانتحاري حيث حاولوا التنبؤ بالخطر الانتحاري عند 1906 أشخاص راشدين "يواجهون خطر المرور إلى الفعل الانتحاري" انطلاقا من مجموعة من مؤشرات التنبؤ تضم عوامل خطر هامة كتواجد لاضطراب في المزاج، سوابق انتحارية، الظهور المتكرر للأفكار الانتحارية، وتواجد للاضطرابات الثنائية القطبية في التاريخ العائلي، لكن لم ينجح الباحثون من التنبؤ بـانتحار 46 أشخاص من بين أفراد عينتهم (Vandevoorde, 2013).

وقد قام Pokorny سنة 1993 بمراجعة معطيات الدراسة القبلية التي قام بها في سنة 1983 على أساس إجراءات إحصائية جديدة: اعتمد الباحث من أجل تشخيص المفحوصين الذين يواجهون خطر المرور إلى الفعل الانتحاري على مجموعة من خصائص (السوابق الانتحارية، الانتماء إلى مجموعة تواجه خطر الانتحار، الاكتئاب أو الفصام، العزوبة، الترميل أو الطلاق) عينة تتكون من 4800 من المفحوصين، من بينهم 67 حالة انتحرت خلال مدة المتابعة التي تراوحت ما بين 4 و6 سنوات ، لكنه تخلى عن الأهمية التي يمكن منحها لهذه المتغيرات نظرا للعدد المرتفع من الإيجابي-الخاطئ في نتائج دراسته (Vandevoorde, 2013). ولقد بينت دراسات عديدة (Terra & Pacaut-Troncin, 2008) أن 50% من المفحوصين الذين انتحروا قد استشاروا طبيبا خلال الأشهر الثلاثة السابقة، وينجحوا العديد منهم في الانتحار منذ المحاولة الأولى. تعتبر المحاولة الانتحارية العامل الأكثر قوة لتنبؤ بمحاولة انتحارية أخرى وفي بعض الأحيان العامل الوحيد الذي يسمح في الواقع بالتنبؤ بفعل انتحاري في المستقبل، مما يفسر أن العدد المرتفع من الأشخاص الذين قاموا بأكثر من خمس محاولات انتحارية نجده في الفئة الانتحارية التي تتميز باحتمال مرتفع للقيام بفعل انتحاري آخر. فلقد بينت دراسة قام بها Johnson-Fridell ومجموعة باحثين آخرين سنة 1996، تابعوا من خلاها لمدة خمسة سنوات، مجموعة من مفحوصين انتحاريين دخلوا إلى مستشفى الطب العقلي، أن 13% من أفراد المجموعة قد انتحروا خلال السنتين الأوليتين (Morazs & Danet, 2008).

تعتبر إذن مسألة الوقاية من الخطر الانتحاري ذو أهمية بالغة خاصة وأن عددا من الأشخاص المنتحرين يستشرون الأخصائيين أسابيع قليلة قبل القيام بفعلهم. وتظهر الأهمية النسبية لعوامل الخطر في التنبؤ بالفعل الانتحاري عندما نبتعد عن الخطاب الإحصائي ونهتم بفحص بعض الدراسات من قريب فمثلا لا نجد في الواقع متغير "محاولات انتحارية سابقة"، الذي يعتبر كما أشرنا إلية سابقا من عوامل الخطر الأكثر قوة لتنبؤ بفعل انتحاري آخر في المستقبل، إلا في عدد قليل من نسب مختلف العينات، فلقد بينت دراسة Kuo وزملائه سنة 2005 أن 0.9% فقط من المفحوصين الذين لديهم سوابق انتحارية يموتون عن طريق الانتحار(Vandevoorde, 2013). ويشير Jeammet (2001) من جهته، إلى أن نسبة محاولي الانتحار بين الأشخاص المكتئبين تبقى ضعيفة نسبيا رغم كون الاضطراب في المزاج عامل خطر هام. ويرى Harriss وHawton أن المقصد الانتحاري لا يعتبر مؤشر لاحتمال القيام بفعل انتحاري (Vandevoorde, 2013)، وتعجز بعض المؤشرات عن التنبؤ بمستقبل سلوك الفرد، وبالرغم من ارتباط السلوك الانتحاري ببعض المعطيات كالمعطيات السوسيوديمغرافية، إلا أن الأهمية العيادية لهذه المعطيات ضعيفة (Morazs & Danet, 2008).

وتتعدد الصيرورات المرضية التي تتدخل في مجرى الأفعال الانتحارية لترسم في الأخير تشكيلة مختلفة حسب كل فرد، ويبقى الإطار النوزوغرافي للفعل الانتحاري غير محدد مما يزيد من الصعوبة في البحث في هذا الشأن لذلك اقترح مجموعة من المختصين، في إطار تناول تسلسلي، ما يسمى بالأزمة الانتحارية أي بنية عيادية سيكومرضية قائمة بذاتها أي مستقلة عن الفئات النوزوغرافية المرضية الكلاسيكية. يؤكد التناول التسلسلي للفعل الانتحاري على أهمية الحالة ما قبل الانتحار أي المراحل التي تسبق المرور إلى الفعل، وتتطور الأزمة الانتحارية حسب ترتيب زماني محدد لكن متغير. لكن، إلى جانب غياب ثبات صدق مكونات هذه الأزمة، يؤكد بعض الأشخاص الذين قاموا بمحاولات انتحارية على أن الفعل الانتحاري ظهر عندهم بصفة مفاجئة وغير مفهومة، مما يتطلب الاستناد إلى نماذج نظرية أخرى كالنظريات المعرفية، النظريات الظواهرية، ونظريات التحليل النفسي من أجل فهم الفعل الانتحاري (Vandevoorde, 2013). وتشير كل العلامات، كما أكده Exner (1995) في أعماله حول الكوكبة الانتحارية في الرورشاخ، إلى أن الحالة النفسية للفرد تتغير بطريقة غير عادية قبل المحاولة الانتحارية. ويمكننا بدورنا التساؤل حول معرفة هل كل الأفراد الانتحاريين يمرون بأزمة انتحارية قبل فعلهم الانتحاري.

ويشير مؤخرا (2007) بعض المؤلفين كـ Séguin في إطار تناول جديد، إلى أن المعطيات التاريخية والشخصية للأشخاص الانتحاريين قد تكون مختلفة جدا من فرد لآخر حيث توصل الباحث وزملائه بعد تحليل المعطيات التي تحصلوا عليها، إلى أن هناك فئتين من الأشخاص الانتحاريين: تتعلق الفئة الأولى بـ 40% من أفراد عينتهم يتميزون بصعوبات مبكرة (صدمات نفسية، العنف الجنسي والجسدي في مرحلة الطفولة)، ونسبة كبيرة من حالات تعاني من اضطرابات في الشخصية (المحور II لـ DSM-IV) أما الفئة الثانية فتخص 60% من باقي أفراد عينتهم وتتميز بصعوبات تظهر مؤخرا في حياتهم وتتميز بظهور لاضطراب سيكاتري ينتمي للمحور I لـ DSM-IV (خاصة الاضطرابات المزاجية) (Brandibas & Séguin, 2007).

لكن تشكل المعارف حول الانتحار مجموعة متراكمة ومتباينة لا تسمح باستخلاص قوانين عامة و/أو نموذجا متناسقا يسمح بالتنبؤ بالفعل الانتحاري (Andronikof, 2005)، وبينما اهتم الكثير بالتفكير والتنظير حول الانتحار أصبح التشخيص والوقاية من الأفعال الانتحارية مسؤولية المختصين في الصحة خاصة الطبيب العقلي والأخصائي النفساني. يعتبر الطبيب العقلي والأخصائي النفساني من المختصين الذين يواجهون في ممارستهم العيادية اليومية الحالات الانتحارية ويدركون مدى عمق اليأس الذي يتركه الفعل الانتحاري لدى الفرد المعني، عائلته، والفرقة العلاجية، لذلك يحرص كل عيادي على تشخيص احتمال الاعتداء على الذات أو القتل عند المفحوصين الذين يتكفالون بهم، وتكتسي في هذا السياق مرحلة تقييم

الخطر الانتحاري أهمية كبيرة وحاسمة في صيرورة التقييم الشاملة، وتسبق كل خطوة من أجل الوقاية. ويكتسي فحص الخطر الانتحاري أهمية بالغة أمام كل تفكير و/أو محاولة انتحارية نظرا لتواجد احتمال المرور إلى الفعل الانتحاري بطريقة خطيرة (Morazs & Danet, 2008). وتبقى الأسئلة الأساسية التالية (Andronikof, 2005): كيف يتم تقييم الخطر الانتحاري عند مفحوص ما ؟ وكيف يمكن التنبؤ بتكرار الفعل الانتحاري ؟ مطروحة باستمرار خاصة ونحن نعرف أن خطر احتمال إعادة الفعل يعتبر من بين الخصائص الأساسية للفعل الانتحاري (Marcelli & Berthaut, 2001).

يرى Shea (2008) أن هناك القليل من التحديات العيادية أكثر صعوبة وخطورة من تقييم الخطر الانتحاري مضيفا أنه حسب الدراسات الحالية هناك القليل من الوسائل في حوزة العياديين من أجل تشخيص احتمال القيام بفعل انتحاري مداهم. استعمل العياديون منذ سنوات عديدة بعض الاختبارات النفسية من أجل التشخيص والتنبؤ بالخطر الانتحاري، من بين هذه الاختبارات يعتبر اختبار MMPI اختبار تفهم الموضوع (T.A.T)، واختبار الرورشاخ من بين الاختبارات النفسية الأكثر استعمالا في هذا الإطار. لكن لم تنجح الدراسات حول اختبار MMPI رغم جهودها المعتبرة من تحديد بنود بإمكانها التمييز بشكل فعال بين الأفراد الانتحاريين والأفراد غير الانتحاريين، لذلك لا يمكن استعماله لفحص الخطر الانتحاري، في حين يمكن لـ MMPI-2 الذي سمح تعييره الوصول إلى مؤشرات أكثر ثباتا فيما يخص الخطر الانتحاري. وكما فشلت مختلف محاولات فحص وتشخيص الخطر الانتحاري عن طريق اختبار تفهم الموضوع (T.A.T) (Eyman & Eyman, 1991)، وقد استعمل اختبار الرورشاخ أكثر من أي اختبار نفسي أخر من أجل تشخيص الخطر الانتحاري (Blatt & Ritzler, 1974)، وتسمح دراسات Exner حول الكوكبة الانتحارية (S-CON) لرورشاخ النظام الإدماجي من الحصول على نتائج أكثر تفاؤلا فيما يخص التشخيص والتنبؤ بالخطر الانتحاري (Vandevoorde, 2013).

ينتمي إذن اختبار الرورشاخ إلى قائمة الاختبارات النفسية الأكثر استعمالا من أجل فحص خطر المرور إلى الفعل الانتحاري خاصة في الميدان العيادي (Eyman & Eyman, 1991)، ويعود تاريخ استعماله في هذا المجال إلى أكثر من خمسين سنة (Blasczyk-Schiep, et al., 2011). فلقد اقترح العديد من الباحثين إمكانية استعمال اختبار الرورشاخ من أجل تشخيص الخطر الانتحار في دراسات استهدفت خاصة الفئة السيكاترية، سواء في إطار تناول يقوم على تركيبات، علامات ومتغيرات متعددة، أو في إطار تناول يقوم على علامات منعزلة وجانب من جوانب الرورشاخ كعدد الأجوبة الإنسانية الحركية السلبية الشكل (-M) لـ Hertz، المحتوى الرمزي لـ Sapolsky، الأجوبة اللونية التضليلية لـ Applebaum Colson وHoltzman، نسبة الأجوبة ذات محتوى تهديمي لـ Broida، Hertz، وLinder، أو الجمع بين مؤشرين من بين هذه المؤشرات كما قام به كل من Fleisher، Hertz، Piotrowski، وSakheim

(Blasczyk-Schiep et al., 2011؛ Fowler et al., 2001)، والأجوبة الشفافة (Blatt & Ritzler, 1974؛ Rierdan, Lang, & Eddy, 1978 ؛ Hansell, Lerner, Milden & Ludoph, 1988). وبالتالي يمكن اعتبار مجمل هذه الأعمال كمراجع كلاسيكية فيما يخص البحث في مجال الانتحار واختبار الرورشاخ.

ولكن سرعان ما تشير المراجع الأدبية الحالية حول استعمال اختبار الرورشاخ كوسيلة للتشخيص والتنبؤ بالخطر الانتحاري (Andronikof & Réveillère, 2004؛ Arffa, 1982؛ Bishop, Martin, Costanza, & Lane, 2000؛ Blasczyk-Schiep et al., 2011 ؛ Exner & Wylie, 1977؛ Fowler et al., 2001؛ Hansell et al., 1988) إلى أن هذه الأبحاث تعاني من حدود ونقائص كبيرة من بينها: التركيز فقط على علامة منعزلة كالأجوبة اللونية-التضليلية والمحتوى الرمزي أو الجمع بين علامتين من هذه العلامات، صغر حجم عينات الدراسة، مجموعات بحث متباينة، تعدد في الفترات الزمنية ما بين تمرير اختبار الرورشاخ وتاريخ المحاولة الانتحارية. وتفتقر المؤشرات المنعزلة بصفة عامة إلى الثبات الإحصائي الذي يبين مدى ارتباطها بالظاهرة العقلية التي وضعت من أجلها، ففي إطار المقارنة الإحصائية يعتبر جمع الأجوبة من خلال بناء كوكبة من المؤشرات، المكونة لسلم ما، أكثر ثباتا ومصداقية من المؤشرات المنعزلة لنفس السلم (Viglione & Taylor, 2003 ; Fowler et al., 2001)، لذلك يسمح التناول الذي يجمع بين عدة مؤشرات من إظهار ارتباط قوي مع السلوك الانتحاري مقارنة بالمؤشرات المنعزلة (Blasczyk-Schiep et al., 2001 ; Kendra, 1979).

تستمر بعض المؤشرات المنعزلة، كالأجوبة الشفافة والأجوبة اللونية - التضليلية، بالرغم من الانتقادات الموجهة لها والتناقض في نتائج الدراسات المرتبطة بمختلف هذه المؤشرات، من لفت انتباه الباحثين حيث يشير البعض منهم (Eyman & Eyman, 1991 ; Kumar et al., 2014) إلى أهمية الاهتمام والاستمرار بدراستها. تعتبر الأجوبة اللونية - التضليلية مثلا مؤشر هام يستدعي دراسة علاقته بمؤشرات رورشاخ أخرى، وكذا دراسة الدور الإيجابي السليم الذي يلعبه التعبير عن الانفعالات التي تترجم عنها هذا النوع من الأجوبة بالنسبة للحالة النفسية للأشخاص، لكن يستدعي استعمال العلامات المنعزلة تحفظا كبيرا حيث يجب تفسير حضورها كإنذار لفحص الخطر الانتحاري، ولا يجب تفسير غيابها كغياب لهذا الخطر(Eyman & Eyman, 1991). وبين Arffa (1982) في دراسته أن العلامات المنعزلة لا ترتبط بصفة دالة بالمؤشرات الانتحارية، لكن يمكن تشخيص بعض الميول من خلال بعض العلامات واقتراح فحصها في دراسات أخرى كالأجوبة اللونية-التضليلية التي تظهر بنسبة كبيرة في المجموعات الانتحارية مقارنة بالمجموعات الضابطة. ويرى ممثلي التناول التركيبي أن الخطر الانتحاري ظاهرة معقدة لا يمكن تشخيصها بإثبات وتحكم انطلاقا من علامات منعزلة، لذلك يجب من أجل تحديد تواجد أو غياب للخطر الانتحاري لدى شخص ما التأكد من حضور عدد معين من المؤشرات تحت شكل تركيبة أو كوكبة من

خلال وضع عتبة تشير إلى وجود أو غياب الخطر الانتحاري؛ وتتمتع التناولات التركيبية بصدق كبير حيث تكتسي قائمة المؤشرات لـ Hertz ولـ Martin، بالرغم من الانتقادات التي وجهت لها، أهمية كبيرة للدراسات في المستقبل، ويبقى اختبار الرورشاخ حسب بعض المؤلفين مفيدا في تقييم الخطر الانتحاري لكن شرط دعمه بمعطيات عيادية (Blasczyk-Schiep et al., 2011; Eyman & Eyman, 1991).

ولقد أشار Neuringer سنوات قبل هذه الدراسات (في سنة 1965) في حوصلته الأدبية حول الدراسات التي حاولت إثبات مصداقية اختبار الرورشاخ في تشخيص الخطر الانتحاري إلى حدود ونقائص هذه الأخيرة، ولم يكتفي في الأخير بنقدها وإنما يرى أن اختبار الرورشاخ غير ملائم لتنبؤ بالخطر الانتحاري (Rierdan, et al., 1978). ويعود بدورهم، سنوات بعد عمل Neuringer، كل من Goldfried، Stricker وWeiner سنة 1971 في حوصلتهم الأدبية حول نفس الموضوع إلى المشاكل المنهجية التي واجهتها الدراسات السابقة وإلى الصعوبة في المواصلة في البحث في هذا المجال ليشيروا في خاتمتهم إلى ملاحظة أقل تفاؤلا فيما يخص إمكانية إثبات صدق مؤشرات الرورشاخ في التنبؤ بالانتحار (Exner & Wylie, 1977). لكن وبالرغم من هذه الاعتبارات حول عدم مصداقية اختبار الرورشاخ في التنبؤ بالخطر الانتحاري والنقائص المنهجية التي تعاني منها الدراسات في هذا المجال يعتبر فحص بروتوكولات الرورشاخ للأشخاص الذين قاموا بأفعال انتحارية ذو أهمية بالغة شرط اهتمام الباحثين العياديين بدرجة لأولى بتشخيص الأفراد الذين يواجهون خطر احتمال المرور إلى الفعل الانتحاري عوض الاهتمام بتشخيص الأفراد الذين يهددون أو قاموا بمحاولة انتحارية (Lester, 1970). ويرى Exner وWylie (1977)، في سياق إشكالية الصعوبات التي تعاني منها الدراسات حول الانتحار بشكل عام، أنه من الاحتمال القليل أن معطيات الاختبارات النفسية تساهم في تشخيص الخطر الانتحاري أكثر من العمل الكلاسيكي الذي قام به Farberow، Shneidman وزملائهم في نهاية سنوات الخمسينات وبداية سنوات الستينات حيث بينوا علاقة واضحة بين معطيات ديمغرافية و/أو سلوكية والانتحار الناجح لكن هذا لم يمنع الباحثون من الإشارة إلى أن الاختبارات النفسية، كاختبار الرورشاخ، تعتبر مصدر هام للمعطيات حول مؤشرات الانتحار، وربما أكثر أهمية كمصدر للمعلومات حول الحالة النفسية لشخص الذي يواجه خطر المرور إلى الفعل الانتحاري.

واجه Exner في دراستين قام بهما سنة 1975 و1986 مشكل التنبؤ بالخطر الانتحاري بطريقة مميزة، حيث حاول معرفة الخصائص النفسية المميزة للأشخاص الذين يمرون بحالة انتحارية بمساعدة اختبار الرورشاخ وذلك انطلاقا من بروتوكولات وملفات عيادية تم جمعها في أقل من 60 يوما قبل انتحار الأشخاص المعنيين، عكس أغلبية البحوث التي أجريت في هذا المجال انطلاقا من معطيات تم جمعها بعد الفعل الانتحاري، مع العلم أن الحالة النفسية للأشخاص تتغير تماما في الفترة التي تلي فعلهم

الانتحاري. لم ينطلق Exner في هتين الدراستين من فرضيات محددة، وإنما حاول معرفة تركيبات المتغيرات التي تظهر غالبا في هذا النوع من البروتوكولات. تمكن الباحث من الحصول على كوكبة انتحارية تتكون من 12 متغيرات حيث تسمح عتبة من 8 متغيرات إيجابية أو أكثر من التشخيص بطريقة صحيحة 80% من الأفراد المنتحرين. وكما اعتمد Exner على المنهجية المقارنة حيث توصل إلى تحديد تركيبة المتغيرات المكونة للكوكبة الانتحارية من خلال مقارنتها مع تركيبات المتغيرات التي تظهر عند مجموعات أخرى لم تقوم بالفعل الانتحاري أي مجموعة الفصاميين، مجموعة المكتئبين ومجموعة أفراد لا يعانون من أي اضطراب (Exner, 1995; Exner & Wylie, 1977).

تعتبر إذن المنهجية التي استعملها Exner منفردة في هذا المجال، وما يزيد من أهميتها كوننا أمام تساؤل حيوي أي الانتحار، وكما يمثل تحديد وتشخيص الخطر الانتحاري تحدي حقيقي للعيادي لأنه تعود على فهم موقف عيادي بالرجوع إلى عناصر سابقة وسياق معين، في حين في حالة تقييم الخطر الانتحاري يتم اختبار قدرته على التنبؤ والوقاية إنطلاقا من تحديد تواجد لعلامات الخطورة (Andronikof & Réveillère, 2004). ويرى كل من Andronikof وRéveillère (2004) أن تقييم الخطر الانتحاري من المميزات التي ينفرد بها الرورشاخ النظام الإدماجي مشيرين إلى أن صدق وثبات النظام قد تم التحقق منهما في الولايات المتحدة الأمريكية، في حين يجب على الباحثين العياديين الفرنسيين العمل على التحقق من صدق وثبات هذا النظام في فرنسا مع احتمال إحداث التعديلات اللازمة فيما يخص معايير وعتبات المتغيرات بما في ذلك مكونات وعتبات الكوكبة الانتحارية. وتؤكد Andronikof (2010) على الخاصية المنفردة للكوكبة الانتحارية وعلى أهميتها من الناحية العيادية والمنهجية حيث توضح منهجية Exner فيما يخص عمله حول اختبار الرورشاخ. ترى Andronikof (2010) أن هذه الكوكبة منفردة لأنها تسمح بإعطاء تقدير احتمال المرور إلى فعل خطير غالبا ما يكون فعل موجه نحو الاعتداء على الذات وهذا بدون الرجوع إلى المقاصد الواعية التي يعبر عنها الشخص مثلما نجده في السلالم التي تم وضعها من أجل التنبؤ بالفعل الانتحاري؛ أما أهميتها من الناحية العيادية فتكمن في كونها تترجم تواجد لدى الشخص لحالة تتميز خاصة بالانفجار؛ وتوضح الكوكبة الانتحارية منهجية Exner نظرا لطريقتة التجريبية والمنهجية الصارمة والابتكارية التي اعتمد عليهما خلال بناء الكوكبة: فبدلا من مقابلة محاولي الانتحار بعد قيامهم بالفعل الانتحاري اهتم Exner بعدد من برورتوكولات الرورشاخ التي تم الحصول عليها في وقت قصير قبل الانتحار أو المحاولة الانتحارية ليقوم فيما بعد بفحص مختلف التركيبات أي العوامل والمتغيرات الأكثر تكرار في البروتوكولات ومقارنتها بفئات عيادية مختلفة بهدف إبعاد التركيبات أو المتغيرات التي تؤدي إلى إنتاج نسبة كبيرة من المؤشرات الإيجابية-الخاطئة. وتشير Andronikof (2010) إلى غياب لأي دراسة أروبية بهدف التأكد من صدق الكوكبة، لكن هذا لا يقلل من أهميتها

الكبيرة في المنطقة، وتشير المؤلفة في الأخير إلى أهمية الكوكبة الانتحارية من الناحية النظرية وهذا نظرا لإمكانية بناء نموذج نظري حول المرور إلى الفعل الانتحاري انطلاقا من مكونات هذه الكوكبة مثلما قامت به نفس المؤلفة في عمل آخر (Andronikof, 2005).

بينت نتائج الدراسات التي أجريت حول التنبؤ بالانتحار باستعمال متغيرات الكوكبة الانتحارية (S-CON) (Affra, 1982؛ Blasczyk-Schiep et al., 2011 ؛ Exner, 1993؛ Exner & Wylie, 1977 ؛ 2001 ., Silberg & Armstrong, 1992؛ Fowler et al) فعالية اختبار الرورشاخ كوسيلة للتنبؤ بالخطر الانتحاري. لكن لا يزال نقد استعمال الرورشاخ في فحص والتنبؤ بالخطر الانتحاري مستمر، فلقد أشار Frank (1994) إلى الارتباط الضعيف الموجود بين محتوى الأجوبة المقدمة في اختبار الرورشاخ والسياق الدلالي للسلوك الانتحاري، ويؤكد نفس الباحث على ضرورة التخلص من نقاط الضعف المنهجية بهدف تحسين دقة تشخيص الخطر الانتحاري في مختلف مجموعات البحث؛ خاصة وأن Frank قد إعتبر: "أنه من المؤكد أن علامات الخطر الانتحاري لـ Exner-Wiley تتمتع بأهمية كبيرة ويجب العمل على دراستها وتوظيحها في المستقبل" (Frank, 1994, p.790). وتشير دراسة نقدية أخرى (Wood et al., 1996) إلى مشاكل سيكومترية ومنهجية تخص النظام الإدماجي، بما في ذلك نقد دقيق موجه للكوكبة الانتحارية. وعلى خلاف النتائج الممتازة للكوكبة الانتحارية التي تحصل عليها Exner (Exner, 1995; Exner & Wylie, 1977) لم تتمكن، في إطار دراسة تجريبية، نفس الكوكبة ذات العتبة 8 من تشخيص إلا حالة واحدة من عينة الدراسة التي تتكون من 50 حالة انتحرت، مما دفع بالباحثين للإشارة إلى أن: "الكوكبة الانتحارية (S-CON) للراشد غير فعالة في التنبؤ بالخطر الانتحاري" (J.R. Eyman & S.K. Eyman, 1991, p.43). وكما تخلت بعض الدراسات (Passalacqua, Echenique, Herrara, & Orcoyen, 1996) عن دراسة متغيرات الكوكبة الانتحارية لكون حالتين فقط من بين 17 حالة من مجموعة دراستهم تحصلت على كوكبة انتحارية إيجابية. لكن يظهر مدى أهمية الكوكبة الانتحارية في تشخيص الخطر الانتحاري عندما نهتم بتقييم الخطر الانتحاري على المستوى الفردي. لقد بيننا (Fergani, 2014) في هذا السياق مدى فعالية الكوكبة الانتحارية في تشخيص خطر المرور إلى الفعل الانتحاري لدى حالة تعاني من تناذر اكتئابي. ويسمح التطرق إلى نتائج متغيرات الكوكبة الانتحارية من الناحية الكمية والكيفية من الوقوف على مميزات وديناميكية الأزمة الانتحارية (Fergani, 2014). ولقد أشرنا في أعمال أخرى (Fergani, 2012 ; 2015) حول نتائج تطبيق الكوكبة الانتحارية على مجموعة من المبحوثين الانتحاريين الجزايريين إلى أهمية هذه الكوكبة في تشخيص الخطر الانتحاري وذلك رغم حدودها في التمييز من الناحية الإحصائية بين المجموعة الانتحارية والمجموعة غير الانتحارية.

وتتطلب مؤشرات الرورشاخ النظام الإدماجي بالرغم من متانة بنائها من الناحية التجريبية دراسات أخرى بهدف دعم صدقها، وتعتبر الكوكبة الانتحارية من المؤشرات التي لم تستفيد من دراسات مدعمة لصدقها (Meyer, 1993). في حين بين Meyer et al., (2002) في دراستهم التجريبية أنه يمكن تنقيط واستعمال الكوكبة الانتحارية (S-CON) بطريقة واثقة شرط التأكد من وجود درجة صدق مرتفعة بين المختصين الذين يقومون بتنقيط نفس الأجوبة. ويشير، في نفس الاتجاه، العضو الرسمي لجمعية تقييم الشخصية (Society for Personality Assessment) (2005) إلى أن اختبار الرورشاخ يتمتع بنفس مميزات الصدق والثبات التي تتمتع بها الاختبارات المقبولة عامة والمستعملة في تقييم الشخصية وفي علم النفس المرضي.

يرى Fowler et al. (2001b) أن أغلبية الدراسات العلمية التي أجريت خلال الجزء الثاني من القرن العشرين بهدف تحديد ارتباطات ومؤشرات سواء كانت نفسية، ديمواغرافية، بيوكيميائية، اجتماعية أو ثقافية ركزت أساسا على مشكل التنبؤ بالانتحار الكامل مما أدى إلى عدم الاهتمام الكافي بالتشخيص والتنبؤ بالأفعال الانتحارية الجدية والخطيرة برغم من مخلفاتها الجسدية، الانفعالية والاجتماعية المستمرة على الأفراد الانتحاريين وعائلتهم، ونظرا للارتفاع الكبير لعدد محاولات الانتحار في الولايات المتحدة الأمريكية يشير الباحثون إلى الضرورة الملحة في تحسين الوسائل التي تسمح بتشخيص الأشخاص الذين قد يواجهون احتمال المرور إلى فعل انتحاري خطير، وتمييزهم عن الأشخاص الذين يفكرون بالانتحار يهددون بالانتحار أو يقومون بأفعال انتحارية أقل خطورة. ويشير الباحثون في نفس المقال إلى أهمية الدراسة التي قام بها كل من Elliot، Pages، Russo، Wilson وRoy-Byrne سنة 1996 في المساهمة في تطوير فحص الخطر الانتحاري من خلال التمييز بين أفراد قاموا بمحاولات انتحارية خطيرة عن طريق شرب الدواء استلزمت عناية طبية فائقة، وأفراد تحسنوا بسرعة بعد قيامهم بمحاولة انتحارية بنفس الطريقة. تمكن الباحثون من تحديد نموذج يتكون من ستة (6) متغيرات انطلاقا من تحليل أكثر من أربعين (40) متغيرات سيكاترية وديموغرافية حيث يسمح هذا النموذج من تشخيص بطريقة صحيحة 77% من أفراد المجوعة الأولى التي يتميز أفرادها حسب Elliot وزملائه باستهلاك لمادة أكثر ضرر واضطراب بقلة المحاولات الانتحارية السابقة، باعتداءات جسدية وجنسية في تاريخهم الشخصي، نسبة منعدمة أو قليلة من استهلاك مواد تخديرية متعددة وبقلة الاضطرابات السيكاترية الكبيرة. ولكن يوضح Fowler et al. (2001b) في الأخير أن هذه الدراسة ليست تنبؤية وإنما هي دراسة استعادية.

وعلى خلاف الدراسة السابقة، اهتمت دراسة Fowler وزملائه (2001b) بالتنبؤ بالخطر الانتحاري من خلال فحص فعالية ودقة الكوكبة الانتحارية (S-CON) لرورشاخ النظام الإدماجي في التنبؤ باحتمال قيام مفحوصين سيكاتريين بفعل انتحاري خطير وهذا مقارنة بمفحوصين قاموا بأفعال انتحارية غير خطيرة

وبمفحوصين غير انتحاريين. أكد الباحثون، قبل عرض نتائج دراستهم، على الأهمية البالغة لاستعمال اختبار الرورشاخ في التنبؤ باحتمال القيام بفعل انتحاري بالنسبة للمختصين الذين يعملون في الصحة العامة ويستعملون اختبار الرورشاخ في إطار فحص المفحوصين الذين يدخلون إلى المستشفى لمدة قصيرة خاصة وأن عددا مرتفعا نسبيا منهم قد يواجهون خطر المرور إلى الفعل الانتحاري أثناء هذه الفترة. وبينت نتائج هذه الدراسة أن الكوكبة الانتحارية (S-CON) ذات العتبة 7 أو أكثر تساهم بطريقة ناجحة في التنبؤ بالمفحوصين الذين قاموا بمحاولة انتحارية خطيرة مقارنة بمفحوصين قاموا بمحاولة انتحارية غير خطيرة ومفحوصين غير انتحاريين، وأفراد غير مضطربين. ويعتبر المؤشر الانتحاري ذو العتبة سبعة أو أكثر المؤشر الوحيد لاحتمال القيام بفعل انتحاري خطير مقارنة بتسعة (9) متغيرات سيكاترية وديمغرافية. وتندرج دراسة Blasczhy-Schiep et al. 2011 في نفس الإطار حيث يؤكدوا الباحثون أنه في سياق ارتفاع عدد المنتحرين في المجتمع الحالي يجب تجديد الفحص المنهجي للوضعية الحالية للبحث في هذا المجال من خلال تحديد بدقة مؤشرات الرورشاخ التي تشخص الفئات التي تواجه الخطر الانتحاري وبهدف الحصول على صدق تقييم الفئات التي تواجه خطر انتحاري كبير من المهم جدا تمييز الأفراد حسب السن، معطيات الحالة العقلية، أو خطورة المحاولة الانتحارية.

يشير Kumar et al. 2014 في حوصلتهم الأدبية حول استعمال الاختبارات الإسقاطية من أجل تقييم الخطر الانتحاري إلى أن هذه الأخيرة تتمتع بقدرات كبيرة في التشخيص والتنبؤ بالخطر الانتحاري لكن أغلبية النتائج في هذا المجال تبقى في حالتها الأولية وتستدعي دراسات أخرى في المستقبل بهدف تدعيمها بنتائج نهائية. قدم الباحثون، لتوضيح خلاصاتهم، مثال كون أن هناك العديد من الكوكبات الانتحارية التي تم اقتراحها في إطار اختبار الرورشاخ، لكن لا يوجد كوكبة واحدة قد تم إثبات صحتها كوسيلة لتقييم الخطر الانتحاري بصفة كافية. ويؤكد المؤلفون على أن: "الكوكبة الانتحارية من المؤشرات الكبيرة التي بينت قدرتها القوية في التنبؤ بالانتحار حسب عتبة معينة (Exner & Wiley, 1977)؛ لكن، حسب معلوماتنا، لم تهتم إلا دراستين (Exner, 1995 ; Fowler et al., 2001b) في فحص الكوكبة (Kumar et al., 2014, p.40). وأما دراسة Arffa (1982) ودراسة Silberg & Armstrong (1992) فقد اكتفت بالفحص الشامل لأهمية مؤشرات Exner-Wiley. الجدير بالذكر أن Silberg & Armstrong (1992) قد إقترحوا مؤشر الانتحار في الرورشاخ عند المراهقين (adolescents Rorschach Suicidal Index for) لكن لا يضم هذا المؤشر الجديد إلا أربعة متغيرات من الكوكبة الانتحارية الأصلية لـ Exner، ولم يستفيد إلى يومنا هذا، إلا بدراسة واحدة (Blasczyk-Schiep et al., 2011) بهدف إثبات صحته.

يستدعي الاختلاف الموجود بين الباحثين في وجهة نظرهم فيما يخص ثبات وصدق الكوكبة الانتحارية إلى تدعيم الفحص التجريبي لخصائص هذه الأخيرة من خلال القيام بمزيد من الدراسات في

هذا الاتجاه. نقترح في الدراسة الحالية فحص أهمية الكوكبة الانتحارية (S-CON) لرورشاخ النظام الإدماجي في تقييم الخطر الانتحاري لدى مجموعة من المبحوثين السيكاتريين الراشدين الجزائريين من خلال تحليل معطيات هذه الكوكبة ومعطيات الرورشاخ بصفة عامة للمجموعتين من الدراسة: مجموعة انتحارية ومجموعة غير انتحارية، وسنحاول الإجابة على الأسئلة التالية:

- ما هي أهمية الكوكبة الانتحارية (S-CON) لرورشاخ النظام الإدماجي في تشخيص والتنبؤ بخطر المرور إلى الفعل الانتحاري؟

ويتفرع هذا السؤال بدوره إلى الأسئلة الجزئية التالية:

- إلى أي مدى تميز الكوكبة الانتحارية (S-CON) لرورشاخ النظام الإدماجي بين المجموعة الانتحارية والمجموعة غير الانتحارية؟

- إلى أي مدى تميز الكوكبة الانتحارية بين مجموعة المحاولة الانتحارية الخطيرة، مجموعة المحاولة الانتحارية غير الخطيرة ومجموعة الأفكار الانتحارية ؟

- هل يمكن استعمال الكوكبة الانتحارية من أجل التنبؤ باحتمال المرور إلى الفعل الانتحاري الخطير احتمال المرور إلى فعل انتحاري غير خطير وأفكار انتحارية بدون احتمال راهن للمرور إلى الفعل الانتحاري؟

الفرضيات

الفرضية العامة

تتمتع الكوكبة الانتحارية ذات العتبة ثمانية أو أكثر من قدرة مقبولة في التشخيص والتنبؤ بخطر المرور إلى الفعل الانتحاري.

الفرضيات الجزئية

- تتمتع الكوكبة الانتحارية ذات العتبة ثمانية أو أكثر من قدرة مقبولة في التمييز بين المجموعة الانتحارية والمجموعة غير الانتحارية.

- تتمتع الكوكبة الانتحارية ذات العتبة ثمانية أو أكثر من قدرة مقبولة في التمييز بين مجموعة المحاولة الانتحارية الخطيرة، مجموعة المحاولة الانتحارية غير الخطيرة ومجموعة الأفكار الانتحارية.

- يمكن استعمال الكوكبة الانتحارية من أجل التنبؤ باحتمال المرور إلى الفعل الانتحاري الخطير، احتمال المرور إلى الفعل الانتحاري غير الخطير وأفكار انتحارية بدون احتمال راهن للمرور إلى الفعل الانتحاري.

الفصل الرابع

منهجية البحث

نخصص هذا الفصل لعرض المبادئ المنهجية وراء إنجاز دراستنا انطلاقا من منهج البحث وصولا إلى مراحل صيرورته من الناحية الميدانية.

1- منهج البحث

يعتبر أغلبية النفسانيين العياديين الحاليين تخصصهم (علم النفس العيادي) كعلم اجتماعي تجريبي ويقوم البحث في هذا التخصص على مبدأ عام خاص بالطريقة العيادية ألا وهي وصف المبحوث في شموليته ولكن أيضا في فردنته، وللوصول إلى تحقيق هذا المبدأ يجد العيادي في حوزته مجموعة من التقنيات كالملاحظة وتقنية المقابلة العيادية، أو استعمال اختبارات مقننة كاختبار الرورشاخ واختبار تفهم الموضوع (T.A.T).

ولقد تبنينا في إطار هذا البحث الطريقة المقارنة التي يمكن تعريفها بأنها: « كل تناول يرمي إلى اكتساب معارف عن طريق مقارنة نقدية ومحكمة، ويمكن لهذا التناول أن يندرج في إطار الطريقة التجريبية الإرتباطية أو دراسة حالة » (Godefroid, 2001, p. 68). وهناك عدد كبير من البحوث المقارنة التي يمكن إنجازها في علم النفس العيادي، ويسمح العمل على مجموعات من المبحوثين بالوصول إلى استنتاجات ثابتة والتركيز على التوظيف الفردي للشخص (Tychey, Cahen & Sagnes, 1990).

دراستنا عيادية تبحث في فهم أهمية وصدق الكوكبة الانتحارية (S-CON) لرورشاخ النظام الإدماجي في تشخيص الخطر الانتحاري. وتنتمي إلى فئة البحوث القائمة على الطريقة المقربة من التجربة (Quasi-expérience) حيث لا يمكن للباحث في هذا النوع من البحوث التدخل مباشرة بهدف التحكم في المتغيرات، وبالتالي لا يتم توزيع المبحوثين بطريقة عشوائية، مثلما هو الحال عندما يتعلق الأمر بتجربة حقيقية، وإنما يتم دراسة مجموعات بحث قد تم تشكيلها في إطار خطط بسيطة (plans simples) أي يتم توزيع المشاركين في الدراسة إلى مختلف مجموعات البحث حسب الشروط التي يحددها المتغير التابع (Dancey & Reidy, 2007). نفهم انطلاقا من هذا المبدأ أن السلوك الانتحاري، كالعديد من المتغيرات النفسية، هو متغير لا يمكن التحكم فيه مباشرة لذلك ومن أجل فحص أهمية الكوكبة الانتحارية لرورشاخ النظام الإدماجي قمنا بتوزيع الأفراد الذين شاركوا في الدراسة حسب حضور أو غياب للسلوك الانتحاري (المجموعة الانتحارية، المجموعة غير الانتحارية)، وأخرى حسب نوع السلوك الانتحاري أي تقسيم المجموعة الانتحارية بدورها إلى مجموعة تضم أفراد قاموا بمحاولة انتحارية (خطيرة أو غير خطيرة) ومجموعة من الأفراد يتميزون بأفكار انتحارية. هذا كما اعتمدنا أيضا على المنهج الإحصائي بهدف المقارنة الإحصائية الكمية لمعطيات هذه الكوكبة وعوامل الاختبار بصفة عامة للمجموعات البحث. تسمح طريقة المقارنة بدراسة مدى صدق وثبات مكونات الكوكبة الانتحارية كمؤشرات تدل فعلا على الخطر الانتحاري.

2- تقديم مجموعة البحث وخصائصها

لقد تم اختيار مجموعة البحث ضمن المفحوصين الذين دخلوا إلى مصلحة الأمراض العقلية للمستشفى الجامعي فرانس فانون ببجاية في الفترة الممتدة بين شهر أوت 2013 وشهر ماي 2015. وتتكون هذه المجموعة من 100 مبحوث راشد (50 رجل و 50 امرأة) يتراوح سنهم ما بين 20 و 59 سنة، تم مقابلتهم كلهم في مصلحة الطب العقلي لمستشفى فرانس فانون ببجاية. وتنقسم هذه المجموعة بدورها إلى مجموعتين: المجموعة الانتحارية (n=50) والمجموعة غير الانتحارية (n=50). كما تنقسم المجموعة الانتحارية إلى ثلاث مجموعات: مجموعة تتميز بمحاولة انتحارية خطيرة (n=20)، مجموعة تتميز بمحاولة انتحارية غير خطيرة (n=18)، ومجموعة تواجه أفكار انتحارية (n=12). وبهدف تسهيل تحديد أفراد مجموعة الدراسة حسب انتمائهم إلى المجموعتين نشير، كما يوضحه الجدول 10 والجدول 11، إلى المجموعة الأولى (الانتحارية) بحرف A، وإلى المجموعة الثانية (غير الانتحارية) بحرف B. نكتفي بعرض في الجدول 10 الخصائص الديموغرافية، طبيعة السلوك الانتحاري والتشخيص السيكاتري لحالات المجموعة الانتحارية، وفي الجدول 11 الخصائص الديموغرافية والتشخيص السيكاتري لحالات المجموعة غير الانتحارية، ولمزيد من التفاصيل حول خصائص المجموعتين يمكن استشارة الملحق 3.

2-1- المجموعة الانتحارية

جدول 10. الخصائص الديمغرافية، السيكاترية والانتحارية للمجموعة الانتحارية

المبحوث	الجنس	السن	الوضعية العائلية	المستوى الدراسي	الخصائص السيكاترية والانتحارية
A1	أنثى	56 سنة	متزوجة	ابتدائي	تناذر اكتئابي – محاولة انتحارية غير خطيرة
A2	ذكر	55 سنة	متزوج	ثانوي	تناذر اكتئابي – أفكار انتحارية
A3	أنثى	51 سنة	متزوجة	0	اضطراب الثنائي القطبي- أفكار انتحارية
A4	أنثى	44 سنة	متزوجة	ابتدائي	اضطراب في الشخصية - محاولة انتحارية خطيرة
A5	ذكر	50 سنة	متزوج	ثانوي	الذهان الكحولي – أفكار انتحارية
A6	ذكر	48 سنة	متزوج	0	حالة اكتئابية – أفكار انتحارية
A7	ذكر	46 سنة	متزوج	ابتدائي	شخصية حدية - محاولة انتحارية خطيرة
A8	أنثى	46 سنة	متزوجة	ابتدائي	التناذر الاكتئابي الرئيسي– محاولة انتحارية غير خطيرة

A9	ذكر	45 سنة	عازب	ابتدائي	الفصام البارانوي – محاولة انتحارية غير خطيرة
A10	أنثى	42 سنة	مطلقة	ثانوي	الاضطراب ذو الاتجاهين (1) - محاولة انتحارية خطيرة
A11	أنثى	41 سنة	أرملة	ابتدائي	تشخيص غير محدد- محاولة انتحارية خطيرة
A12	أنثى	40 سنة	مطلقة	0	تشخيص غير محدد- محاولة انتحارية غير خطيرة
A13	ذكر	38 سنة	عازب	ثانوي	حالة ذهانية حادة - محاولة انتحارية غير خطيرة
A14	أنثى	35 سنة	متزوجة	0	الاضطراب ذو الاتجاهين (1) - محاولة انتحارية خطيرة
A15	أنثى	33 سنة	عازبة	أساسي	تناذر اكتئابي مع خصائص ذهانية– أفكار انتحارية
A16	ذكر	32 سنة	عازب	جامعي	الفصام البارانوي – أفكار انتحارية
A17	ذكر	30 سنة	متزوج	ابتدائي	هذيان مزمن - محاولة انتحارية خطيرة
A18	أنثى	28 سنة	عازبة	ابتدائي	للاضطراب الذهاني المزمن- محاولة انتحارية خطيرة
A19	ذكر	29 سنة	عازب	ابتدائي	ذهان انفكاكي - محاولة انتحارية غير خطيرة
A20	ذكر	27 سنة	عازب	ابتدائي	الفصام البرانوي- محاولة انتحارية خطيرة
A21	ذكر	24 سنة	عازب	ثانوي	الذهان الكحولي – محاولة انتحارية خطيرة
A22	أنثى	24 سنة	مطلقة	ثانوي	تشخيص غير محدد- محاولة انتحارية غير خطيرة
A23	أنثى	23 سنة	عازبة	جامعي	تشخيص غير محدد- محاولة انتحارية غير خطيرة
A24	أنثى	20 سنة	عازبة	ثانوي	تشخيص غير محدد- محاولة انتحارية غير خطيرة
A25	ذكر	43 سنة	عازب	أساسي	الفصام البارانوي – محاولة انتحارية خطيرة
A26	أنثى	20 سنة	عازبة	ثانوي	تشخيص غير محدد- محاولة انتحارية غير خطيرة
A27	ذكر	26 سنة	عازب	أساسي	عرضية اكتئابية + الفصام وهلاوس سمعية – محاولة انتحارية خطيرة
A28	أنثى	28 سنة	متزوجة	ابتدائي	تشخيص غير محدد- محاولة انتحارية خطيرة
A29	أنثى	35 سنة	عازبة	ثانوي	الفصام البرانوي - محاولة انتحارية خطيرة
A30	أنثى	45 سنة	عازبة	ثانوي	اضطراب ذو الاتجاهين (1) - محاولة انتحارية غير

					خطيرة
A31	ذكر	40 سنة	عازب	أساسي	الفصام البارانوي – أفكار انتحارية
A32	ذكر	33 سنة	متزوج	أساسي	حالة اكتئابية +خصائص الشخصية الهستيرية – أفكار انتحارية
A33	أنثى	46 سنة	متزوجة	ثانوي	حالة اكتئابية – أفكار انتحارية - محاولة انتحارية غير خطيرة
A34	أنثى	31 سنة	عازبة	ثانوي	اضطراب ذو الإتجاهين - محاولة انتحارية غير خطيرة
A35	ذكر	57 سنة	متزوج	أساسي	الشخصية البارانوية - محاولة انتحارية خطيرة
A36	ذكر	29 سنة	عازب	أساسي	الفصام البارانوي - محاولة انتحارية غير خطيرة
A37	ذكر	46 سنة	متزوج	أساسي	عرضية اكتئابية – أفكار انتحارية
A38	أنثى				عرضية اكتئابية –محاولة انتحارية غير خطيرة
A39	ذكر	26 سنة	عازب	أساسي	اضطراب الفصام البرانوي –محاولة انتحارية غير خطيرة
A40	أنثى	40 سنة	متزوجة	ابتدائي	اضطراب القلق الاكتئابي - محاولة انتحارية خطيرة
A41	أنثى	42 سنة	أرملة	0	عرضية اكتئابية– محاولة انتحارية خطيرة
A42	ذكر	30 سنة	عازب	جامعي	الفصام البارانوي - محاولة انتحارية خطيرة
A43	أنثى	32 سنة	متزوجة	ثانوي	اضطرابات ذهانية قصيرة المدى–محاولة انتحارية غير خطيرة
A44	ذكر	23 سنة	عازب	أساسي	تشخيص غير محدد- محاولة انتحارية غير خطيرة
A45	ذكر	37 سنة	عازب	ثانوي	تشخيص غير محدد- محاولة انتحارية خطيرة
A46	ذكر	32 سنة	عازب	ثانوي	اضطرابات فصامية انفعالية – أفكار انتحارية
A47	ذكر	42 سنة	عازب	ثانوي	الفصام البارانوي – أفكار انتحارية
A48	أنثى	38 سنة	متزوجة	أساسي	عرضية اكتئابية – أفكار انتحارية
A49	أنثى	39 سنة	عازبة	أساسي	الفصام البارانوي – أفكار انتحارية
A50	ذكر	26 سنة	عازب	ابتدائي	تشخيص غير محدد- محاولة انتحارية غير خطيرة

يحتوي الجدول 10 على مجموعة من الملاحظات التي يمكن تلخيصها في النقاط التالية:

- تتكون المجموعة الانتحارية من خمسين مبحوث ينقسمون من حيث الجنس إلى مجموعتين متساويتين أي 25 امرأة و25 رجل، يتراوح سنهم مابين 20 و57 سنة، ويمثلون مختلف الوضعيات العائلية (عازب متزوج، مطلق وأرمل) ومختلف مستويات الدراسة (0، ابتدائي أساسي، ثانوي وجامعي). دخل كل المبحوثين إلى المستشفى لفترة تتراوح ما بين بضعة أيام إلى شهرين باستثناء المبحوثة A1 التي تم توجيها إلى مستشفى أخر نظرا لعدم توفر لمكان في المصلحة، والمبحوثتين A26 وA28 لأن حالتهما لا تستدعي، حسب رأي الطبيب العقلي الذي فحصهما، الدخول إلى المستشفى، أما الحالة A41 فلقد رفض ابنها دخولها المستشفى برغم من أن حالتها تستدعي ذلك.

- ينتمي المبحوثين إلى فئات تشخيصية مرضية متعددة حيث احتفظنا بتشخيص الأطباء العقليين المعالجين الذين يستندون أساسا على معايير DSM-IV لتصنيف الأمراض العقلية، ويجب الإشارة أيضا إلى أن التشخيص قد تم تحديده خارج معطيات اختبار الرورشاخ. يأتي ترتيب تشخيص الاضطرابات العقلية في المجموعة السيكاترية الانتحارية على النحو التالي: 12 حالات (A9، A16، A20 ، A25، A27، A29، A31، A36، A39، A46، A47، A49) تعاني من الاضطرابات الفصامية بمختلف أشكالها، 11 حالات (A1، A2، A6، A8، A15 ، A33، A37، A38، A40، A41، A48) تعاني من التناذر الاكتئابي بمختلف أشكاله، 5 حالات (A3، A10، A14 A30، A34) تعاني من الاضطراب ذو الاتجاهين، 4 حالات (A32، A4، A7، A35) تعاني من اضطراب في الشخصية، حالتين (A5، A21) تعاني من ذهان كحولي، (A13) حالة ذهانية حادة، (A17) حالة هذيان مزمن، (A18) اضطراب ذهاني مزمن، (A19) ذهان انفكاكي (A43) اضطرابات ذهانية قصيرة المدى، ويبقى تشخيص الحالات التالية (A11، A12، A22، A23، A28، A44، A45، A50) غير محدد، وأما الحالات المتبقية (A24، A26) فهي لا تعاني من أي اضطراب عقلي حسب رأي الطبيب العقلي المعالج. يعتبر السلوك الانتحاري في العديد من الحالات (A1، A2، A7، A12، A20، A24، A25، A35، A42، A44، A50) السبب الرئيسي لدخولها إلى المستشفى للمرة الأولى، لكن البعض منهم قد استشاروا من قبل (A7، A4، A8، A10، A21، A27، A37، A40، A43، A48) طبيب عقلي خاص، أما باقي الحالات فقد تم دخولها المستشفى للمرة الثانية أو أكثر بسبب عدم استقرار حالتهم المرضية و/أو بعد محاولة انتحارية.

- كما يجب الإشارة إلى أن تشخيص بعض الحالات يتعدى فئة تشخيصية واحدة ليضم عدة فئات كالحالة A15 التي تنتمي إلى تشخيص التناذر الاكتئابي مع خصائص ذهانية وخصائص اضطراب الضغط ما بعد الصدمة، الحالة A17 التي تجمع بين الاضطرابات الذهانية المزمنة، الاضطرابات الفوبية وتناول الكحول،

الحالة A32 بين تناذر اكتئابي رجعي واضطراب في الشخصية، الحالة A34 تعاني من اضطراب ثنائي قطبي ترافقه خصائص الشخصية البارانوية، الحالة A38 تعاني من تناذر اكتئابي وأعراض اضطراب الضغط ما بعد الصدمة.

- وتستفيد كل الحالات من علاج كيميائي يختلف من حيث النوع، الكمية ومدة الاستهلاك من حالة إلى أخرى.

- يشير أدب الموضوع حول الانتحار إلى مبدأ الاستمرارية الموجودة بين التصرفات الانتحارية: الأفكار الانتحارية، المقصد الانتحاري، مشروع محدد للانتحار، والمرور إلى الفعل الانتحاري، وإلى أن كل سلوك انتحاري يضم درجة معينة من الخطر وإلى أهمية الاعتبار بجدية كل محاولة انتحارية، لذلك حاولنا إدراج في المجموعة الانتحارية كل مبحوث يواجه شكل من أشكال هذه التصرفات الانتحارية بدأ من الأفكار الانتحارية إلى غاية المرور إلى الفعل الانتحاري، مما يجرنا إلى تقسيم المجموعة الانتحارية إلى ثلاث مجموعات:

- **مجموعة التفكير الانتحاري**: وتضم إثنة عشر (12) حالة (A2، A3، A5، A6، A15، A16، A31، A32، A37، A46، A47، A48) تعاني من أفكار انتحارية.

- **مجموعة المحاولة الانتحارية الخطيرة**: وتضم عشرون (20) حالة (A4، A7، A10، A11، A14، A17، A18، A20، A21، A25، A27، A28، A29، A35، A40، A41، A42، A44، A45، A49) قامت بمحاولة انتحارية خطيرة.

- **مجموعة المحاولة الانتحارية غير الخطيرة**: وتضم ثمانية عشر (18) حالة (A1، A8، A9، A13، A12 ، A19، A22، A23، A24، A26، A30، A33، A34، A36، A38، A39، A43، A50) قامت بمحاولة انتحارية غير خطيرة.

ويقوم التمييز بين المجموعات الانتحارية الثلاثة، في إطار الدراسة الحالية، على معايير Columbia Classification Algorithm of Suicide Assessment (Posner, Oquendo, Gould, Stanley, & Davies, 2007) لتصنيف السلوكات الانتحارية:

- **التفكير الانتحاري:** أفكار نشيطة حول التهديم الذاتي لكن لا يرافقها سلوك تحضيري، وأفكار خاملة تضم انتظار الموت (أفكار الرغبة في الموت لكن دون أفعال تحضيرية). تتميز الحالات التي تنتمي إلى مجموعة التفكير الانتحاري بأنها حالات عبرت حاليا عن أفكار انتحارية، ونرتكز على الفحص العيادي الذي يقوم به الطبيب العقلي المعالج للتأكد من صحة وجدية الأفكار الانتحارية التي يجب أن تندرج في

الجدول العيادي للحالة، وعادة ما تكون سبب من الأسباب الرئيسية لدخول المبحوث إلى المستشفى، ففي حالة وجود شك في حقيقة الأفكار الانتحارية (تردد المبحوث، التعبير عن أفكار انتحارية من أجل الوصول إلى هدف معين) تعتبر الحالة غير مستوفية لمعايير اختيار مجموعة البحث وبالتالي لا ندرجها في مجموعة الدراسة.

تندرج الأفكار الانتحارية التي عبرت عنها الحالات (A16، A27، A47) في إطار نشاط هذياني تحت شكل هلاوس سمعية تطلب من المبحوث الانتحار (A16: «des voix قرنتييد شغل أمكن أتنغط إمنيك ذي أتكرط ڤلافيو، أتكرط ڤفرنسا.»)، ويتحدث A47 عن هلاوس سمعية تشتمه وتريد موته، لذلك يفضل الموت (للهروب من الموضوع المضطهد)، ويذكر A31، إضافة إلى الهلاوس السمعية، أفكار انتحارية تحت شكل الخوف من الموت، الخوف من المستقبل، وهذا في صبغة اكتئابية قائلا: « J'ai 40 ans et j'ai pas encore fait ma vie » ، ويعبر A46 عن الأفكار الانتحارية الحالية نظرا لعدم تحمل حالته المرضية في حين تندرج الأفكار الانتحارية للحالات (A2، A3، A5، A6، A15، A32، A37، A48)، التي تنتمي إلى فئات تشخيصية مرضية مختلفة، في إطار جدول عيادي يتميز بالاكتئاب وعوامل ضغط خارجية تختلف شدتها من حالة إلى أخرى، يعبر مثلا A32 في سياق حالة اكتئابية وصراع كبير مع الزملاء في العمل عن رغبة قوية في الانتحار قائلا « لوكان ماشي ذلحرام أذنغغ إمنو »، ويذكر A37 لطبيب العقلي المعالج «رغبته التخلص من الحياة التي يعيشها والتفكير في الموت »، ونجد في التاريخ المرضي لبعض الحالات سوابق انتحارية كحالة A46 وحالة A48 التي قامت بمحاولات انتحارية سابقة.

- **المحاولة الانتحارية الخطيرة:** هي فعل تهديمي لذات يتميز بخطورته وارتباطه بدرجة معينة من المقصد في الموت والرغبة في الموت اللذين يتميزان في المحاولة الانتحارية بدرجة من القوة والوعي مثلما توضحه أقوال الحالة A11: «(...) ما عندي حتى حياة (...) لوكان نقتل روحي ونتهنا» ، الحالة A42: «فغان أينغن مقار أذنغغ إمانو أقفل اينغن.» ، ويرتبط المقصد والرغبة في الموت عند بعض الحالات (A14 مثلا) بالوعي فيما يخص حالتهم المرضية وبالتالي تأتي المحاولة الانتحارية لتخلص من هذه الحالة المتعبة وغير المحتملة. ويرتبط في كثير من الحالات الرغبة والمقصد في الموت بخطورة الأداة المستعملة، فعلى سبيل المثال حاول A25 الانتحار باستعمال أداة خطيرة (tronçonneuse) سببت له جروح بالغة تطلبت عناية طبية مستعجلة، وأكد المبحوث في المقابلة العيادية أنه لم يندم على فعله ويريد معاودته بأي ثمن، مؤكدا أن الانتحار هي الوسيلة الوحيدة للتخلص من المواضيع الاضطهادية ويكتب الطبيب العقلي المعالج: « المفحوصة ليست نادمة على فعلها وتبقى في تناقض اتجاه هذا الأخير.» فيما يخص الحالة A29 التي قامت بمحاولة انتحارية عن طريق شرب الدواء استدعت عناية طبية مستعجلة، ويسجل الطبيب العقلي المعالج في الملف الطبي لـ A44 الذي قام بمحاولة انتحارية

اندفاعية لكنها خطيرة: « المفحوص حزين ويبكي، يتحدث عن استمرار الأفكار الانتحارية وليس نادم على فعله.»

وترتبط المحاولة الانتحارية الخطيرة عند بعض الحالات تارة بالمميزات المرضية للاضطراب الذي تعاني منها كمحاولة A17 الانتحار شنقا في سياق تفاقم هذيان الغيرة اتجاه زوجته لأنه لا يتحمل عمل هذه الأخيرة، وتندرج المحاولات الانتحارية التي قامت بها الحالات (A18، A21، A27، A42) في سياق الأوتوماتيزم العقلي أي في سياق أفكار اضطهادية وهلاوس سمعية تطلب منهم قتل نفسهم كحالة A42 الذي يتحدث أنه أثناء محاولته الانتحار سمع صوت يطلب منه فعل ذلك: « أعلمغارا سمانيو شغل la pression.» ، وتتحدث A49 عن محاولتها الانتحارية في سياق تفاقم قلقها المرضي على النحو التالي: « ذلقلقة ثطفيي مليح مليح أوزمرغارا أذصفرغ إمي إيثطف لقلقني، أوعلمغارا ذاشوا إخدمغ روحغ صوطغد ڤبانكوا معنا لبنكوني ذبسطوح..إقرب لبانكوني غواكال.» وتارة أخرى بعرضية اكتئابية غالبا ما يرافقها صعوبات مادية كمحاولة الحالة (A17) الانتحار عن طريق الحرق في فترة تشعر بها بالاكتئاب نظرا لصعوبات المادية، مثلما هو الحال أيضا بالنسبة للحالة A27 الذي يذكر أثناء المقابلة مع الطبيب العقلي المعالج: « Je suis fatigué moralement, je me sens pas bien, je suis angoissé, c'est pour ça je veux me suicider » ، والحالة A35 التي عبرت بشكل واضح أنها ليست نادمة على فعلها وأنها مستعدة لمعاودته، وتشير A40 إلى أوتوماتيزم عقلي يطلب منها الهروب من البيت وعدم التحدث مع أي شخص مؤكدة عن رغبتها في الموت لأنها حزينة منذ طفولتها، ويتحدث A42 عن حزنه بسبب وضعيته المادية، وتندرج المحاولة الانتحارية الخطيرة التي قام بها A44 في إطار جدول عيادي يتميز بالاكتئاب الشديد الناتج عن صعوباته المادية، ولكن يمكن للمحاولة الانتحارية الخطيرة أن تظهر في سياق يجمع بين أفكار اضطهادية وجدول عيادي يتميز بالاكتئاب عادة ما يرتبط بعامل ضغط خارجي مثلما توضحه الحالتين (A42 وA45)

- **المحاولة الانتحارية غير الخطيرة:** يحاول الشخص في هذه الحالة الاعتداء على نفسه لكن يتوقف أو يوقفه الآخرين قبل الوصول إلى ذلك. يقوم الأشخاص الذين ينتمون إلى هذه الفئة بمحاولتهم الانتحارية في وضعيات يكشفون فيها (مثلا الحالات: A1، A12، A13، A23، A24، A26، A30، A33، A34، A36، A43، A50)، أو في حضور الأخريين الذين يمنعهم من إنجاز فعلهم (A9، A19، A30، A33، A38، A39، A50) أو يطلبون مساعدة الآخرين بعد شرب الدواء (A12، A23)، ففي هذا السياق استشارت مثلا الحالة A23 بنفسها الطبيب وهذا بعد قيامها بمحاولة انتحارية عن طريق شرب الدواء، وتؤكد فيما يخص محاولتها الانتحارية الأخيرة أنها تخاف من الموت إذ رغم أنها في البعض الأحيان تفكر أن الموت يمنحها السلم والاستراحة لكنها - حسب أقوالها - لا تستطيع فعل ذلك بسبب

والديها وبسبب سمعتها اتجاه الآخرين؛ وتقوم A33 بمحاولتها الانتحارية في مكان عملها وفي المستشفى مما سمح للآخرين التدخل ومنعها من تحقيقها، وتندرج المحاولة الانتحارية الأخيرة التي قامت بها الحالة A34 في نفس السياق. ويحاول الأشخاص في هذه الحالات، كما يشار إليه غالبا في الأدب النظري، إلى تحقيق هدف معين من خلال محاولتهم الانتحارية كلفت انتباه الآخرين (A8، A12، A22، A23، A24، A26، A33، A34، A43، A50)، وطلب مساعدتهم (A22، A23، A33،A34، A36، A38، A43).

وتندرج المحاولات الانتحارية للحالات (A19، A36، A38) في جدول عيادي يتميز بنشاط هذياني حيث يذكر المبحوث A36 مثلا فيما يخص محاولته الانتحارية: «ذربي إيون غلفحر، ذمكان أوسنغارا ذنتا إيون غريف لفحر قريب غرقغ.» ، وتتحدث الحالة A38 عن سماع أصوات رجل يطلب منها قتل نفسها.

اعتمدنا على التقسيم الثنائي خطيرة/غير خطيرة لتصنيف المحاولة الانتحارية على أساس الفعل الانتحاري الحالي. لقد أشرنا في الفصل المخصص للانتحار إلى أن تعريف الانتحار من الناحية النظرية لا يحتوي على تمييز واضح بين مختلف أنواع الأفعال الانتحارية وإلى الصعوبة التي يواجهها المختص العيادي من الناحية العملية لتصنيف المحاولات الانتحارية. لذلك نادرا ما نجد في ملفات المبحوثين الذين شاركوا في بحثنا معلومات مرتبطة بتقييم خطورة المحاولة الانتحارية، وفي بعض الأحيان تتميز ظروف المحاولة الانتحارية بالغموض مما دفعنا إلى الاحتفاظ إلا بالحالات التي يعتبرها كل من المبحوث، المحيط العائلي، والمحيط العلاجي كمحاولة انتحارية.

عادة ما يتم تحديد خطورة المحاولات الانتحارية عن طريق شرب الدواء على أساس نوعية الدواء وشدة خطورته و/أو الجرعة التي تم تناولها. نظرا إلى الصعوبات التي وجدنها من الناحية العملية في العديد من الحالات للحصول، سواء من طرف المبحوث أو أفراد عائلته، على المعلومات الكافية حول الدواء والجرعة المتناولة، اعتمدنا أساسا على تأثير الدواء على المبحوث، لذلك تم تصنيف المحاولات الانتحارية عن طريق شرب الدواء في مجموعة "محاولة انتحارية خطيرة" في حالة استدعاء المحاولة لتكفل طبي استعجالي (غسل المعدة) كما في الحالات (A20، A28، A29، A41، A44). أما استهلاك لنسب صغيرة من الأدوية أو الجروح الذاتية الخفيفة فلقد تم تصنيفها في مجموعة "محاولة انتحارية غير خطيرة" مثلما هو الحال بالنسبة للحالات (A22، A23، A24، A26، A38، A43) حيث لا تستدعي المحاولة الانتحارية تكفل طبي استعجالي كما هو الحال بالنسبة للمحاولة الانتحارية الخطيرة.

- ترتبط المحاولات الانتحارية في بعض الحالات بعامل ضغط خارجي، ويمكن تصنيف محاولات الانتحار التي قام بها المبحوثين (A23، A22، A24، A26، A33، A36، A39) ضمن صنف محاولة الانتحار الرجعية (tentatives de suicide réactionnelles)، ذلك لأنها محاولات انتحارية تأتي كرد فعل لعامل ضغط خارجي (علاقات صراعية حميمية و/أو عائلية) يمكن إدراجها في إطار المحاولات الانتحارية التي ترمي إلى لفت انتباه الآخرين أو طلب مساعدتهم، غير أن في بعض الأحيان يصعب معرفة بالتحديد دور عوامل الضغط الخارجية والنشاط الهذياني في المحاولة الانتحارية فمثلا يفسر A36 محاولته الانتحارية تارة بمشاكله العائلية والمرضية وتارة أخرى يتحدث عن أوتوماتيزم عقلي تحت شكل أفكار تدفعه إلى الانتحار. ويمكن للمحاولة الانتحارية الرجعية التي تحدث عادة في حالة اندفاعية أن تكون ذات خطورة بالغة مثلما أشرنا إليه فيما يخص حالة A44.

2-2- المجموعة غير الانتحارية

جدول 11. الخصائص الديمغرافية والسيكاترية للمجموعة غير الانتحارية

المبحوث	الجنس	السن	الوضعية العائلية	المستوى الدراسي	التشخيص السيكاتري
B1	أنثى	28 سنة	عازبة	ابتدائي	الذهان الفصامي
B2	ذكر	43 سنة	عازب	ثانوي	الذهان الانفكاكي
B3	ذكر	26 سنة	عازب	ثانوي	الاضطراب ذو الاتجاهين (1)
B4	أنثى	34 سنة	عازبة	جامعي	الذهان المزمن
B5	ذكر	39 سنة	عازب	جامعي	الاضطراب ذو الاتجاهين (1)
B6	ذكر	42 سنة	عازب	أساسي	اللفصام البارانوي
B7	ذكر	22 سنة	عازب	ثانوي	الفصام البارانوي
B8	ذكر	42 سنة	عازب	ابتدائي	لاضطراب ذو الاتجاهين (1)
B9	ذكر	24 سنة	عازب	ابتدائي	الفصام البارانوي
B10	ذكر	40 سنة	متزوج	ثانوي	ذهان مزمن
B11	أنثى	44 سنة	عازبة	ابتدائي	الذهان المزمن
B12	ذكر	39 سنة	عازب	ابتدائي	الفصام البارانوي

B13	ذكر	26 سنة	عازب	ابتدائي	الفصام البرانوي
B14	ذكر	25 سنة	عازب	جامعي	الاضطراب ذو الاتجاهين
B15	أنثى	31 سنة	عازبة	جامعي	اضطراب بارانوي في الشخصية
B16	ذكر	42 سنة	عازب	أساسي	الفصام البارانوي
B17	ذكر	29 سنة	عازب	ثانوي	اضطراب ذهاني ما بعد التسمم
B18	أنثى	43 سنة	عازبة	ثانوي	اضطرابات القلق
B19	أنثى	45 سنة	مطلقة	ابتدائي	الفصام البارانوي
B20	أنثى	45 سنة	متزوجة	ثانوي	حالة اكتئابية متكررة
B21	ذكر	34 سنة	عازب	ثانوي	الفصام البارانوي
B22	أنثى	34 سنة	متزوجة	جامعي	ذهان ما بعد الولادة
B23	أنثى	35 سنة	عازبة	ابتدائي	الفصام
B24	أنثى	42 سنة	مطلقة	0	الفصام البارانوي
B25	أنثى	29 سنة	متزوجة	ابتدائي	ذهان ما بعد الولادة
B26	أنثى	39 سنة	عازبة	ثانوي	الفصام البرانوي
B27	أنثى	43 سنة	مطلقة	ثانوي	ذهان الفصام
B28	أنثى	40 سنة	عازبة	ثانوي	الفصام البرانوي
B29	ذكر	57 سنة	متزوج	ثانوي	الاضطراب ذو الاتجاهين
B30	أنثى	21 سنة	عازبة	ثانوي	الاضطراب ذو الاتجاهين
B31	أنثى	43 سنة	عازبة	جامعي	اضطرابات ذهانية مزمنة
B32	أنثى	20 سنة	عازبة	ثانوي	اضطرابات فصامية انفعالية
B33	ذكر	51 سنة	متزوج	أساسي	الاضطراب ذو الاتطجاهين
B34	ذكر	40 سنة	عازب	أساسي	الفصام البرانوي

B35	أنثى	55 سنة	أرملة	0	الاضطراب الاكتئابي المتكرر
B36	أنثى	42 سنة	متزوجة	0	الاضطراب الاكتئابي المتكرر
B37	ذكر	31 سنة	عازب	أساسي	الفصام البرانوي
B38	ذكر	40 سنة	عازب	أساسي	الفصام البرانوي
B39	ذكر	29 سنة	عازب	ثانوي	اضطراب ذهاني + خصائص فوبية
B40	ذكر	48 سنة	عازب	ثانوي	الذهان المزمن
B41	أنثى	44 سنة	متزوجة	ثانوي	الفصام البرانوي
B42	أنثى	35 سنة	عازبة	جامعي	اضطراب في الشخصية من النمط الفصامي
B43	ذكر	30 سنة	عازب	جامعي	الفصام البرانوي
B44	أنثى	32 سنة	متزوجة	أساسي	الفصام البرانوي
B45	أنثى	27 سنة	عازبة	جامعي	الاضطراب ذو الاتجاهين
B46	ذكر	27 سنة	متزوج	جامعي	الاضطراب الذهاني المزمن
B47	ذكر	37 سنة	عازب	ثانوي	الفصام البرانوي
B48	ذكر	30 سنة	عازب	ابتدائي	الفصام البرانوي
B49	أنثى	35 سنة	عازبة	ثانوي	الاضطرابات الفصامية
B50	ذكر	40 سنة	عازب	ثانوي	الفصام البرانوي

- تتميز حالات المجموعة السيكاترية غير الانتحارية عن المجموعة السيكاترية الانتحارية بغياب لأي نشاط انتحاري (المحاولة الانتحارية والتفكير الانتحاري) أثناء الدخول الحالي للمستشفى وبالتالي أثناء المقابلة من أجل إجراء اختبار الرورشاخ، ولكن أيضا بغياب لأي محاولة للمرور إلى الفعل الانتحاري في تاريخهم السابق. ولقد قمنا بتحقق من غياب السلوك الانتحاري لدى الحالات من خلال الاتصال بالأطباء العقلين المعالجين ومن خلال تفحص الملفات العيادية للحالات. إلا أننا أدرجنا في هذه المجموعة بعض المبحوثين الذين عبروا عن أفكار انتحارية في سنوات ماضية من تاريخ مرضهم مثلما هو الحال فيما يخص حالة B6. تتميز المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة، ما عدى متغير السلوك الانتحاري

بنفس الخصائص من حيث عدد الحالات، توزيعها من حيث الجنس ومن حيث الخصائص السيكاترية كالتشخيص المرضي والعلاج الكيميائي.

- ينتمي مبحوثين المجموعة غير الانتحارية، كما يوضحة الجدول 11 إلى فئات تشخيصية مرضية متعددة تم وضعها من طرف الأطباء العقليين المعالجين على أساس DSM-IV وخارج عن إطار معطيات اختبار الرورشاخ: الذهان الفصامي بمختلف أشكاله (B1، B2، B6، B7، B9، B12، B13، B16، B19، B21، B23، B24، B26، B27، B28، B32، A34، B37، 38، B41، B43، B44، B47، B48، B50)، الاضطراب الثنائي القطبي (B3، B5، B8، B14، B29، B30، B33، B45)، الذهان المزمن (B4، B10، B11، B31، B39، B40، B46)، اضطرابات الشخصية (B15، B42)، اضطرابات ذهانية أخرى (B17، B25) (ذهان ما بعد التسمم)، B22 (ذهان ما بعدة الولادة)، B18 (اضطرابات القلق)، الاضطراب الاكتئابي (B20، B35، B36).

- ويستفيد كل المبحوثين من علاج كيميائي يختلف من حيث النوع، الكمية ومدة الاستهلاك من حالة إلى أخرى.

- ونشير في الأخير إلى أننا قد أبعدنا من مجموعة بحثنا ثلاث حالات لأنهم رفضوا إجراء الاختبار، وكما قمنا بإلغاء مشاركة إحدى عشرة (11) حالة نظرا لعدم توفر بعض الشروط في بروتوكولات الرورشاخ التي قدمها والمتمثلة في: عدد الأجوبة (R) أقل من 14 إجابة (ثلاث بروتوكولات)، Lambda مرتفع جدا (ثمانية بروتوكولات)، ففي غياب لهذه الشروط لا يمكن الحصول على المتغيرات البنيوية الأساسية لتحليل المعطيات (Exner, 1995).

3- تقديم أداة البحث

3-1- اختبار الرورشاخ

نجد في دراستنا التداخل بين موضوع البحث وما يمكن اعتباره كوسيلة أو تقنية لإنجاز هذا البحث فاختبار الرورشاخ هو في نفس الوقت موضوع ووسيلة البحث. يعتبر الرورشاخ النظام الإدماجي، الذي تحدثنا عنه بالتفصيل في الفصل الثالث، وسيلة متكيفة بشكل خاص مع التناولات المقارنة نظرا للإمكانيات الكبيرة التي يمنحها في استغلال النتائج الكمية، ويسمح بالقيام بتحليلات تعييرية وكمية تتماشى مع المتطلبات المنهجية. ومن بين مصادر هذه النقطة القوية التي يتمتع بها النظام الإدماجي عمل Exner الكبير حول المعطيات المعيارية الأمريكية (Exner, 2003)، هذا فضلا عن الجهود الجبارة التي بذلها العديد من الباحثين من أجل إقامة قاعدة متينة لثبات وصدق الاختبار (Exner, 1995؛ Society for Personality Assessment, 2005؛ Viglione & Taylor, 2003).

ولقد تم إجراء، تنقيط وتفسير الاختبار حسب مبادئ النظام الإدماجي حيث يجب أن تبلغ عدد أجوبة البروتوكولات 14 أو أكثر، وكما يتم معالجة معطيات الدراسة على أساس المعايير الأمريكية (Exner, 2003)، في انتظار المعابيير الجزائرية للرورشاخ النظام الإدماجي التي هي في طور الإنجار من طرف فرقة بحث جزائرية. ويتطلب نظام Exner لرورشاخ، كباقي الاختبارات النفسية، تكوين خاص لذلك يجب الإشارة في هذا الإطار إلى أننا ننتمي إلى فرقة تتكون من 12 باحث جامعي تم تكوينهم في الرورشاخ النظام الإدماجي (طريقة إجراء الاختبار وطريقة تحليله) من طرف Andronikof (التي أدخلت النظام إلى فرنسا) وFontan (مختص نفساني وباحث فرنسي) في إطار الدراسة المعيارية الجزائرية لرورشاخ النظام الإدماجي التي شرع في إنجازها منذ سنة 2012 ضمن مشروع بحث جمع بين مخبر IPSé (Laboratoire de psychopathologie de l'Identité, de la Pensée et Processus de Santé) لجامعة باريس نونتار ومخبر LAPCM (Laboratoire de Psychologie Clinique et Métrique) لجامعة الجزائر 2، كما استفادت نفس الفرقة من تكوين حول برنامج CHESSSS الذي سنتطرق إلية لاحقا.

لقد تم الاحتفاظ بتعليمة النظام الإدماجي (Qu'est- ce que cela pourrait être ?)، وترجمتها إلى القبائلية (أشو إيزمر أذيلي وي؟) وإلى العربية الدارجة (واش تقدر تكون؟). ونشير إلى أننا استعملنا نفس التعليمة بالقبائلية والعربية الدارجة التي استعملناها في مشروع البحث حول المعايير الجزائرية لرورشاخ النظام الإدماجي.

3-2- تقديم برنامج CHESSSS (CODE FOR HERMANN : ENHANCED (STRUCTURAL SUMMARY AND SUPPLEMENTARY SCALES

يدرك مستعملي الرورشاخ النظام الإدماجي مدى الوقت المستغرق ونسبة الأخطاء التي يمكن ارتكابها أثناء إنجاز الملخص الشكلي باليد، ونحن نعرف أن هناك بعض البرامج الأتوماتكية للقيام بالعمليات الحسابية والحصول على بعض عناصر تحليل الاختبار، ولكن بالإضافة إلى كونها غالية فهي تعاني من نقائص منهجية كغياب المصداقية في تنقيط نفس الأجوبة من طرف المختصين أو صعوبات تقنية في تسيير قواعد المعطيات. هذا وكما يستغرق تحليل الرورشاخ في إطار النظام الإدماجي من خلال مراحله المتعددة وقت كبير، ويصعب استعمال الملخص الشكلي لنظام الإدماجي من أجل قراءة شاملة لأنه يحتوى فقط على المعطيات الخامة في حين هناك معطيات وتركيبات لا يمكن للأخصائيين في الرورشاخ تذكرها، وكما أن بعض المعطيات الهامة للتحليل لا يمكن الحصول عليها مباشرة في الملخص الشكلي الأصلي، وبالرغم من أن هذه الصعوبات هي من طبيعة تقنية إلا أنها تطرح مشاكل على العيادي والباحث العلمي. ورغم أن برامج الرورشاخ الموجودة تسهل الحسابات وعمليات أوتوماتيكية أخرى إلا أنها لا تضمن الحرية والاستقلالية التامة للباحثين والعياديين في استعمال، تسيير والحفاظ على معطياتهم.

ويتميز العالم الحالي بالاستهلاك السريع وتتجه المجتمعات إلى التخفيض من مدة العمليات المختصة ومن جهتهم يتجهون الأخصائيون النفسانيون إلى تفضيل الفحص السريع من خلال تطوير منهجيات وطرق تحليلية أوتوماتكية لاختباراتهم النفسية، ففي هذا السياق تنقص طريقة النظام الإدماجي لرورشاخ من عزيمة مستعمليها نظرا للوقت والمجهود اللذين تتطلبها هذه الطريقة العيادية (Fontan et al., 2013).

وحاول Fontan (2014) إيجاد حلول لهذه الصعوبات من خلال تطوير لبرنامج حر (تطبيق إكسال) يسمى بـ CHESSSS (Code for Hermann : Enhanced Structural Summary and Supplementary Scales)، ووضع هذا البرنامج في متناول هيئة الرورشاخ ويمكن استعماله بكل حرية، ويمكن لكل شخص أن يستعمله ويكيفه حسب حاجاته الخاصة. لقد أشار مؤلفي هذا البرنامج إلى حرصهم على جعل تطبيقه أكثر فعالية وراحة حيث أن استعماله وحتى برمجته لا تتطلب مستوى مرتفع من القدرات في الإعلام الآلي. يمنح CHESSSS طبعة زائدة للملخص الشكلي للرورشاخ النظام الإدماجي، ويوضح الجوانب الأساسية للبروتوكول، ويقدم الملخص الشكلي الزائد عدد من الكلمات الدالة المتعلقة بمختلف حالات كتيب التفسير مما يجعله أكثرا وضوحا نظرا لعدم إعطاء تفسيرات بطريقة أوتوماتيكية، ويعتبر المؤلفين هذا التقديم الجديد للملخص الشكلي كتقديم مرئي وديناميكي للتوظيف النفسي للشخص.

وبصفة عامة، يمنح CHESSSS لمستعمليه طريقة قانونية وتقنية للتسيير معطياتهم بشكل حر، مستقل وفردي، ويسمح البرنامج تحقيق المتطلبات التالية (Fontan, 2014, p. 102):

- استعمال السلالم الإضافية: كسلم المحتويات العدوانية (AC) لـ Gacano وMelohy.
- المسائل المتعلقة بالتنقيط الثنائي (double cotation) سواء من الناحية العيادية أي الاتفاق في التنقيط الثنائي لنفس لبروتوكول (interrater agreement) أو في مجال البحث أي الصدق في التنقيط الثنائي للبروتوكولات (interrater reliability).
- تعيير جداول الخصائص الشكلية في مختلف البلدان.
- البحث عن الخصائص الشكلية في جداول الخصائص الشكلية.
- المساعدة في التحليل (استراتجيات التحليل والإشارة إلى النقاط الهامة للبروتوكول)
- خلق قاعدة المعطيات التي تحتوى على جميع المعلومات المتعلقة بالبروتوكول (الخطاب، سلسلة رموز التنقيط، الملخص الشكلي).

قمنا بإدراج جميع معطيات بروتوكولات الرورشاخ في برنامج CHESSSS بما في ذلك المحتوى الخطابي وتنقيط الأجوبة مما سهل لنا الحصول على معطيات الملخص الشكلي وجدول المؤشرات

الخاصة بكل بروتوكول، وكذا الحصول على قاعدة المعطيات التي تضم جميع معطيات البروتوكولات (100) والمعطيات الخاصة بالصدق في التنقيط الثنائي للبروتوكولات.

ومن أجل التحقق من الصدق في التنقيط الثنائي للبروتوكولات قمنا بانتقاء بطريقة عشوائية 33 بروتوكول رورشاخ وإخضاعها إلى تنقيط ثانوي قام بإنجازه مجموعة من الزملات[2] (الجدول 12) كلهن أعضاء مخبر علم النفس العيادي والقياسي استفادوا من تكوين حول الرورشاخ النظام الإدماجي. ولقد تم تنقيط عدد من البروتوكولات بالقبائلية من طرف ليلة حساس وفوزية أوترباح بعد قراءتها وترجمها من طرفنا.

جدول 12. البرورتوكولات المزدوجة التنقيط والزميلات اللواتي شاركن في تنقيطها

إسم ولقب الزميلة	البرورتوكولات المزدوجة التنقيط
دليلة سامعي-حدادي	B20، A5، B33
ليلة بوماغار- حساس	A1، A2، B4،B5 ، A14، B9،A4 ، A9، A31،A35 ، A17، B12،A25 ، A31، A41،B19 ، A16، A21،A18 ، B7، A19،B21 ، B32، B3
فوزية أوترباح	A11، B13، B16،A26 ، B42، B46

وسمح معالجة تنقيط البروتوكولات المزدوجة من طرف برنامج CHESSS الحصول على معاملات kappa لفئات التنقيط الكبيرة كما يوضحه الجدول التالي:

جدول 13. نتائج الصدق في التنقيط الثنائي للبروتوكولات

N=33	Kappa	interpret.
Loc	1,00	excellent
DQ	0,91	excellent
Dets	0,90	excellent
FQ	0,88	excellent
pair	0,89	excellent
cont	0,93	excellent
P	0,98	excellent
Zf	0,89	excellent
Sum6	0,77	excellent
Othr SpSc	0,90	excellent
All Spsc	0,87	excellent

[2] نشكر الزميلات على مشكارتهم في تنقيط البروتوكولات التي تم اختيارها للحصول على عامل Kappa.

يظهر من خلال الجدول 13 أن الصدق في التنقيط المزدوج للبروتوكولات ممتاز (excellent)، فهذا يعني أن درجة الاتفاق في تنقيط الفئات الكبيرة للرورشاخ (الموقع (Loc)، نوعية التطور (DQ) المحددات (Dets)، النوعية الشكلية (FQ)، الازدواجية (Pair)، المحتويات (Cont)، الأجوبة المبتذلة (P) التنظيم الإدراكي (Zf)، تنقيط الرموز الخاصة (All Spsc) لعينة من بروتوكولات الدراسة (33 بروتوكول من بين 100 بروتوكول) هي درجة مرتفعة، وبمعنى أخر نتفق بنسبة كبيرة مع مختلف الزميلات في تنقيط نفس بروتوكول الرورشاخ.

4- إستراتجية البحث

نحاول تلخيص الإستراتيجية التي سمحت لنا بجمع المعطيات اللازمة لدراستنا من خلال تقسيمها إلى ثلاث مراحل حيث يمكن اعتبار المرحلة الأولى كمرحلة تمهيدية دامت خمسة عشر يوما سمحت لنا بالتعرف على مصلحة الطب العقلي والعاملين فيها، أما المرحلة الثانية والثالثة فهما مرحلتين متداخلتين فيما بينها وطويلتين حيث دامت تقريبا سنتين. بصفة عامة إستغرقت مدة بحثنا سنتين وشهرين (أوت 2013 إلى غاية أوكتوبر 2015).

4-1- المرحلة الأولى

يتمثل مكان إجراء بحثنا في مصلحة الطب العقلي لمستشفى الجامعي فرانس فانون ببجاية حيث تم توجيهنا إلى هذه المصلحة بصفة مختص نفساني- باحث، بعد القيام بالإجراءات الإدارية اللازمة، ابتداء من 21 جويلية 2013. وبعد مدة استغرقت 15 يوم تمكنا من التعرف على المصلحة والعاملين فيها.

يعتبر مستشفي فرانس فانون من أقدم المستشفيات في المنطقة إذ تم فتحه سنة 1888. يضم المستشفى مجموعة من المصالح الطبية المختصة كمصلحة طب العيون، مصلحة أمراض الكلية ومصلحة الأمراض العقلية. فتحت مصلحة الأمراض العقلية أبوابها منذ سنوات الثمانينات وتتكون من جانبين، جانب مخصص لرجال وجانب لنساء: بالنسبة لجانب "الرجال" نجد قاعة كبيرة تضم 18 سرير، خلية العزل (cellule d'isolement) والتي تضم 6غرف ومكتب مخصص لإجراء "الزيارة الطبية"، مكتب مخصص للاستشارات الطبية العقلية الداخلية، مكتب مخصص لاستعجالات، مكتب مخصص للأطباء العقليين قاعة صغيرة مخصصة للممرضين، قاعة الزيارات ومطبخ. لقد تم تمرير اختبار الرورشاخ في أحد الأماكن التالية: مكتب الأطباء العقليين، مكتب الاستعجالات (وهذا بعد الحصول على موافقة طبيب الحراسة باستقبال الحالة الاستعجالية في مكتب أخر)، أو في القاعة المخصصة للممرضين. أما مصلحة النساء فهي تضم 8 أسرة، ساحة صغيرة، مطبخ، قاعة الزيارة، خلية العزل التي تضم 3 غرف، مكتب

مخصص للاستشارات الطبية العقلية الداخلية، ومكتب أخر لرئيس المصلحة. وقد تم إجراء اختبار الرورشاخ لجميع الحالات في قاعة الزيارة خارج الفترات المخصصة لاستقبال أقارب المفحوصين.

4-2- المرحلة الثانية

شرعنا في جمع معطيات دراستنا من خلال القيام بأول إجراء لاختبار الرورشاخ في 4 أوت 2013 وقد استمرت مرحلة جمع معطيات الدراسة إلى غاية 17 أكتوبر 2015.

ننتظر قبل كل تمرير الوقت المناسب لإجراء الاختبار: لا يجب أن يكون المبحوث تحت تأثير المواد السامة أو في حالة ذهانية حادة، وفي حالة التشخيص الذهاني ننتظر استقرار الحالة من ناحية العلاج الكيميائي. والجدير بالذكر أن قبل إجراء الاختبار نتأكد دائما من أن المبحوث في حالة تسمح له بإجراء الاختبار من خلال طلب رأي الطبيب العقلي المكلف بمتابعة الحالة.

وبفضل مشاركتنا في"الزيارات" التي تقام على سرير المريض من طرف الفرقة الطبية وحضورنا في العديد من المقابلات العيادية التي يقوم بها الأطباء العقليون المعالجون مع المرضى تمكننا من التعرف على العديد من المبحوثين حيث إغتنمنا هتين الفرصتين من أجل التمهيد إلى دراستنا من خلال التعريف بأنفسنا، وإعطاء للحالة لمحة شاملة حول موضوع الدراسة. وبعد هذا الاتصال الأولي قمنا بإجراء الاختبار في الأيام الموالية بعد استقرار الحالة، أما في حالة مقابلة المبحوث خارج هذا الإطار يتم إجراء الاختبار بعد استشارة الطبيب العقلي المكلف بالحالة وبعد إجراء مقابلة تمهيدية مع هذه الأخيرة بهدف التعريف بأنفسنا وبدراستنا، طلب موافقتها المشاركة في الدراسة بعد التأكد من استقرار حالتها.

وقبل مقابلة المبحوث لإجراء الاختبار نقوم باستشارة ملفه الطبي الذي يحتوي على: رقم الملف معلومات عامة حول المبحوث (الاسم واللقب، الجنس، السن، الوضعية العائلية، المهنة، العنوان ورقم الهاتف)، ظروف الدخول إلى المستشفى والمعطيات الإكلينيكية (تاريخ وسبب الدخول إلى المستشفى ظروف الإقامة في المستشفى، التشخيص وعناصر حول تاريخ المرض، معلومات حول العلاج خارج المستشفى). ومن أجل تسهيل عملية إجراء الاختبار فقد استعملنا *كراس الفحص* (cahier d'examen) (الملحق 2) الذي تم إعداده من طرف مخبر علم النفس العيادي والقياسي في إطار مشروع بحث حول دراسة معيارية فرنسية - جزائرية لاختبار الرورشاخ النظام الإدماجي. تضم الصفحة الأولى للكراس معلومات مفيدة للباحث (كإسم، سن وجنس المبحوث) نقوم بملئها أثناء تفحص ملف المفحوص، أما الصفحات العشرة المتبقية فقد تم تخصيصها للوحات العشرة المكونة للاختبار إذ تحتوى كل صفحة على عمود مخصص للخطاب التلقائي (الأجوبة) وعمود مخصص للتحقيق نجد فيه أيضا نسخة فوتوغرافية للوحة مما يسمح تحديد موقع كل إجابة.

في حالة الحصول على كوكبة انتحارية (S-CON) إيجابية - بعد تمرير اختبار الرورشاخ وتنقيط البروتوكولات والحصول على الملخص الشكلي – قمنا بالاتصال بالطبيب العقلي الذي يعالج الحالة المعنية من أجل إعلامه بنتيجة الكوكبة الانتحارية.

3-4- المرحلة الثالثة

بعد إجراء اختبار الرورشاخ قمنا خلال طيلة مدة تربصنا بالاستعلام حول مصير الحالات التي شاركت في دراستنا، وهذا إنطلاقا من المصادر التالية: معلومات حول المبحوث في حالة دخوله إلى مصلحة الطب العقلي من جديد بعد إجراء اختبار الرورشاخ، محاولة الحصول على معلومات من طرف الأطباء العقليون الذين يتكفلون بالحالات، الإنتقال إلى مصلحة الاستشارات المتواجدة في نفس المدينة أين يتم توجيه كل الحالات بعد خرورجها من المصلحة من أجل متابعة منتضمة حيث قابلنا الممرض المسؤول عن تنظيم مواعد المفحوصين ليمدنا بمعلومات حول جميع حالات الدراسة، فحص ملفات جميع الحالات في الشهر الأخير من تربصنا، الاتصال عبر الهاتف بأحد أقارب عدد من الحالات خلال الشهر الأخير من تربصنا. تسمح المعطيات التي نتحصل عليها خلال هذه المرحلة من فحص أحد فرضيات الدراسة المرتبطة بالقدرة التنبؤية للكوكبة الانتحارية.

تتمثل هذه المتابعة بالتحديد في محاولة جمع معلومات متعلقة بأي سلوك انتحاري عند كل الحالات التي شاركت في بحثنا أي حالات المجموعة الانتحارية وحالات المجموعة غير الانتحارية وهذا بعد خروجها من المستشفى. وتأتي هذه المرحلة لفحص فرضية احتمال ظهور سلوك انتحاري لدى مجموعة البحث (سواء لدى أفراد المجموعة الانتحارية أو لدى أفراد المجموعة غير الانتحارية) أيام و/أو أشهر بعد إجراء اختبار الرورشاخ.

من الناحية العملية قمنا بفحص جميع ملفات الحالات خلال الشهر الأخير لتربصنا الميداني حيث حرصنا على تسجيل كل المعلومات (تاريخ وظروف الدخول الجديد إلى المستشفى). وقد تحصلنا على معلومات حول عدد من الحالات من خلال الاتصال عن طريق الهاتف بأحد أقارب الحالات المعنية كالأب، الأخ والزوج أو الزوجة الذين يمثلون في أغلب الحالات الوسيط الأساسي بين الحالة والفرقة العلاجية. وقد استعملنا التعليمة التالية أثناء اتصالنا الهاتفي بأقارب الحالات مع تكييفها حسب كل حالة وإدراج في كل مرة سؤال حول السلوك الانتحاري: « Svah lekhir, neki dapsychologue issmiou Louhab FERGANI, tliléfoniyd glopital nvgayeth service psychiatrie, nekhdem l'enquête tamechtouhth flesmalade idekchmen yourney, nvay anzr amek itilin. »

ويجب الإشارة فيما يخص هذه النقطة إلى أننا لم نعلم الحالات أو أقاربهم باحتمال الاتصال بهم في المستقبل من أجل الاستعلام حول حالة المبحوثين الذين شاركوا في بحثنا لأننا أدرجنا هذه المرحلة في

البروتوكول التجريبي بعد مدة من شروعنا في إجراء اختبار الرورشاخ. لقد تم الاتصال عن طريق الهاتف بجميع أقارب الحالات في نفس اليوم أي في 16 أكتوبر 2015. لقد حاولنا الاتصال بأقدر ممكن من الحالات، لكن لم نتمكن الاتصال ببعض الحالات لأسباب عديدة: عدم توفر رقم الهاتف في بعض الحالات (A1، A6، A11، A28، A41)، عدم الرد على مكالمتنا في حالات أخرى (A10، B19، B32).

نكتفي في هذا الفصل بذكر قائمة المبحوثين الذين دخلوا إلى المستشفى والذين تمكننا بالاتصال بأحد أفراد عائلتهم بعد إجراء اختبار الرورشاخ لأننا سنعود بتفصيل إلى نفس النقطة في الفصل الخامس المخصص لعرض النتائج.

- **المجموعة الانتحارية:** تتمثل الحالات التي دخلت من جديد إلى المستشفى في الحالات التالية: (A2، A4، A7، A9، A14، A17، A19، A20، A21، A25، A29، A31، A34، A35، A46، A47).

- وقد اتصلنا بأحد أقارب الحالات التالية: (A4، A14، A15، A18، A20، A27، A32، A40، A42، A44، A46، A47).

- **المجموعة غير الانتحارية:** تتمثل الحالات التي دخلت من جديد إلى المستشفى في الحالات التالية: (B2، B4، B5، B7، B13، B14، B30، B39، B40).

- وقد اتصلنا بأحد أقارب الحالات التالية: (B2، B8، B9، B26، B47).

لقد تمكننا، بصفة عامة، من الاتصال بـ 38 حالة من بين 100 حالة التي شاركت في بحثنا، 25 حالة انتحارية و13 حالة غير انتحارية.

وكما ذكرناه أعلاه يتم توجيه كل حالة بعد خروجها من مصلحة الطب العقلي لمستشفى فرانس فانون إلى مصلحة الاستشارات الخارجية المتواجد في حي إحدادن لنفس المدينة. يتكفل نفس الأطباء العقليون الذين يعملون في مصلحة الطب العقلي بالمفحوصين الموجهين إلى مصلحة الاستشارات الخارجية في إطار متابعة عيادية طويلة المدى نسبيا. فلقد إنتقلنا إلى مصلحة الاستشارات الخارجية خلال الشهر الأخير من تربصنا حيث قابلنا أحد الممرضين الذي يتكفل بالتسيير الإداري والطبي لجميع حالات المصلحة والذي قام بتزويدنا بالمعلومات الأخيرة المرتبطة بالحالة المرضية للمفحوص ولكن بالتركيز على المعلومات الخاصة بالجانب الانتحاري. الجدير بالذكر أننا لن نتمكن من الحصول على معلومات من طرف أي مصدر من المصادر السابقة فيما يخص الحالات:A1 (التي تم توجيهها إلى مستشفى أخر متواجد في ولاية أخرى)، A6 (غياب لكل وسيلة للإستعلام حول الحالة)، A11 (غياب لكل وسيلة للإستعلام حول الحالة)، A22 (غياب لكل وسيلة للإستعلام حول الحالة)، A28 (غياب لكل وسيلة

للإستعلام حول الحالة)، A41 (غياب لكل وسيلة للإستعلام حول الحالة)، وبالتالي، من أجل تحليل معطيات ما بعد الرورشاخ، نأخذ بعين الإعتبار فقط معطيات الحالات الانتحارية التي تمكنا من متابعتها (n=44). .

الفصل الخامس

عرض وتقديم النتائج

1- بعض الملاحظات الأولية حول الإجراءات الإحصائية

يقترح الإحصاء مجموعة من الطرق يسمح استعمالها الحصول على استنتاجات انطلاقا من المعطيات، ولتحليل بدقة الفرق الموجود بين المجموعة الانتحارية، المجموعة غير الانتحارية، ومختلف المجموعات الانتحارية سنعتمد على مجموعة من الإجراءات الإحصائية التالية:

- إجراءات الإحصاء الوصفي كالوسيط، المتوسط والانحراف المعياري، ولكن أيضا عتبات الثقة لمتوسط كل مجموعة؛ وبعض المخططات الشكلية.

- التحليل الفارقي (l'analyse discriminante): يهدف التحليل الفارقي إلى تصنيف أفراد يتميزون بمتغيرات كمية وإدراجهم في مجموعات تم تحديدها من قبل عن طريق وظائف مميزة (fonctions discriminantes). يتعلق الأمر في دراستنا باستعمال التحليل الفارقي من أجل معرفة إلى أي مدى تساهم متغيرات الكوكبة الانتحارية (S-CON) في تصنيف أفراد عينة الدراسة إلى مختلف مجموعات البحث (مجموعة انتحارية/مجموعة غير انتحارية، مجموعة المحاولة الانتحارية الخطيرة/مجموعة المحاولة الانتحارية غير الخطيرة/مجموعة التفكير الانتحاري).

- اختبار Chi-square لتحديد هل هناك دلالة في الفرق في النسب الموجودة بين مختلف المجموعات.

- اختبار إحصائي (اختبار ANOVA): هو اختبار يسمح بفحص وجود فرق دال بين متغيرات الكوكبة لمختلف مجموعات البحث، وقد تم اختياره نظرا لكون توزيع المشاركون في الدراسة توزيع غير عشوائي .

ولقد اعتمدنا على برنامج SPSS في نسخته العشرين الذي يعتبر من البرامج أكثر استعمالا في مجال العلوم الإنسانية والاجتماعية من أجل معالجة المعطيات من الناحية الإحصائية.

نعتبر أن هناك فرق دلالي فقط عند $P<.05$.

ومن أجل تسهيل قراءة المعطيات وتفادي التكرار يتم تعيين مجموعات البحث على النحو التالي:

1= المجموعة غير الانتحارية

2= مجموعة التفكير الانتحاري

3= مجموعة المحاولة الانتحارية غير الخطيرة

4= مجموعة المحاولة الانتحارية الخطيرة

وتشير المختصرات التالية إلى:

M= المعدل

SD = الإنحراف المعياري

n= عدد حالات كل مجموعة

ومن أجل فحص فرضية الدراسة حول القدرة النتبؤية للكوكبة الانتحارية (*يمكن استعمال الكوكبة الانتحارية من أجل التنبؤ باحتمال المرور إلى الفعل الانتحاري الخطير، احتمال المرور إلى الفعل الانتحاري غير الخطير وأفكار انتحارية بدون احتمال راهن للمرور إلى الفعل الانتحاري*)، سنقوم بمقارنة معطيات الكوكبة الانتحارية، معطيات متابعة الحالات بعد الرورشاخ (باستعمال اختبار Anova واختبار Chi-2) بالمتغيرات التالية:

عوامل خطر تاريخية (محاولة انتحارية سابقة): ما عدى تاريخ المحاولات الانتحارية السابقة للحالة لن نأخذ بعين الإعتبار العوامل التاريخية الأخرى كالسوابق المرضية مثلا لأنه تقريبا جميع حالات الدراسة هي حالات تعاني من إضطراب سيكاتري.

عوامل خطر إجتماعية: نـأخذ بعين الإعتبار فقط العوامل التالية: البطالة، خطورة المهنة والصعوبات المهنية.

عوامل خطر عائلية: الطلاق أو المرور بمرحلة الفراق، الترميل، وسوابق الانتحار في العائلة. لم نأخذ بعين الاعتبار عامل المرض السيكاتري في العائلة لأن الكثير من الحالات لديهم على الأفل فرد أخر من العائلة يعاني من إضطراب سيكاتري، ولم نأخذ بعين الاعتبار عامل العزوبة لأنه تبين في دراستنا أن هذا الأخير عامل حماية أكثر ما هو عامل خطر للقيام بفعل انتحاري.

عوامل خطر ظرفية: لم نأخذ بعين الإعتبار إلا العوامل الطرفية المهمة كفقدان اشخص عزيز (الحداد)، أزمة حادة ناتجة عن صعوبات مادية. لم نأخذ بعين الإعتبار مثلا صراعات "الحياة اليومية".

2- عرض بعض المعطيات الديموغرافية

تتكون المجموعة التي شاركت في الدراسة من 50 حالة انتحارية و50 حالة غير انتحارية تم مقابلتها في مصلحة الطب العقلي، يوضح الجدول 14 المعدل والانحراف المعياري للمجموعتين فيما يخص السن والمستوى الدراسي؛ يتراوح سن الحالات أثناء إجراء اختبار الرورشاخ بين 20 و59 سنة (المجموعة

الانتحارية: المعدل ± الانحراف المعياري: 36,52 ± 9,72؛ المجموعة غير الانتحارية: المعدل ± الانحراف المعياري: 36,80 ± 8,75)، لا تختلف حالات المجموعتين من حيث معدل السن، في حين نلاحظ ارتفاع نسبي لانتشار السن في المجموعة الانتحارية مقارنة بالمجموعة غير الانتحارية.

ويجب الإشارة إلى أن توزيع الجنس هو نفسه في كلا المجموعتين أي تتكون كل مجموعة من 25 امرأة و25 رجل، ونشير في الأخير إلى الفرق الموجود بين المجموعتين فيما يخص متغير المستوى التعليمي (المجموعة الانتحارية: المعدل ± الانحراف المعياري: 1,96 ± 2,26؛ المجموعة غير الانتحارية: المعدل ± الانحراف المعياري: 2,56 ± 1,21) حيث تتميز المجموعة الانتحارية بمعدل منخفض من حيث عدد سنوات الدراسة وارتفاع انتشارها ما بين أفراد المجموعة وهذا مقارنة بمعدل وانتشار نفس المتغير في المجموعة الانتحارية. قد يعود الفرق الموجود بين المجموعتين من حيث المستوى الدراسي إلى ارتفاع عدد أفراد ذو مستوى جامعي في المجموعة غير الانتحارية كما يوضحه لنا الجدول 15.

جدول 14 . توزيع مجموعات البحث حسب المعدل والانحراف المعياري لمتغيرات السن والمستوى التعليمي

مجموعات البحث	المجموعة الانتحارية		المجموعة غير الانتحارية		الجمع	
المتغيرات	*M*	*SD*	*M*	*SD*	*M*	*SD*
السن	36.52	9.72	36.80	8.75	36.66	9.20
المستوى التعليمي	1.96	2.26	2.56	1.21	2.26	1.21

[a]*n* = 50. [b]*n* = 50.

جدول 15. توزيع مجموعات البحث حسب النسب المئوية لبعض الخصائص الديمغرافية

مجموعات البحث	المتغيرات الديمغرافية															
	الوضعية العائلية				السن					المستوى التعليمي						
	عازب	متزوج	مطلق	**أرمل**	20-25	26-35	36-45	46-55	56-65	0	ابتدائي	أساسي	ثانوي	جامعي
المجموعة الانتحارية	**%52**	**%38**	%6	%4	10 %	**40 %**	**28 %**	16 %	%6	10 %	28 %	%22	%32	**%8**
المجموعة غير الانتحارية	**%72**	**%22**	%6	%0 0	12 %	34 %	44 %	%8	%2	8 %	14 %	%14	%40	**%24**

انطلاقا من المعطيات الموضحة في الجدول 15 يمكن وضع مجموعة من الملاحظات المتعلقة بتوزيع أفراد مجموعة دراستنا حسب متغيرات الوضعية العائلية، السن والمستوى التعليمي:

- نلاحظ فيما يخص متغير الوضعية العائلية أن نسبة الأفراد الانتحاريين المتزوجين (38%) مرتفعة مقارنة بنسبة الأفراد المتزوجين غير الانتحاريين (22%)، وفي نفس الإتجاه تنخفض نسبة الأفراد العازبين الانتحاريين (52%) مقارنة بنسبة الأفراد العازبين غير الانتحاريين (72%).
- ترتفع نسبة التصرفات الانتحارية عند المجموعة الانتحارية في الفئات العمرية ما بين 26 سنة و35 سنة (40%)، وما بين 36 سنة و45 سنة (28%).
- ونلاحظ، في الأخير، فرق يبن المجموعتين، الانتحارية وغير الانتحارية، فيما يخص متغير المستوى التعليمي حيث ينتمي 24% من أفراد المجموعة غير الانتحارية إلى فئة المستوى التعليمي الجامعي، في حين تنخفض هذه النسبة لتصل إلى 8% فقط في المجوعة الانتحارية.

جدول 16. المقارنة بين الخصائص الديمغرافية لمجموعات البحث باستعمال اختبار Anova

	مجموعة المحاولة الانتحارية الخطيرة[d]		مجموعة المحاولة الانتحارية غير الخطيرة[c]		مجموعة التفكير الانتحاري[b]		المجموعة غير الانتحارية[a]			
	M	*SD*	*M*	*SD*	*M*	*SD*	*M*	*SD*	*F*	*P*
السن	35,85	8,80	33,83	10,74	41,67	8,23	36,80	8,75	1,84	,14
الجنس	0.50	0.51	0.33	0.48	0.75	0.45	0.52	0.50	1.69	.17
الوضعية العائلية	1.75	0.96	1.50	0.70	1.66	0.65	1.34	0.59	1.89	.13
المستوى التعليمي	1,60	1,14	2,22	1,11	2,16	1,19	2,56	1,21	3,18	,02
Rorschach R	16,25	3,46	17,72	2,92	16,67	2,90	19,16	4,64	3,17	,02

Note. Rorschach R = عدد الأجوبة الكلية في اختبار الرورشاخ.
[a]$n = 50$. [b]$n = 12$. [c]$n = 18$. [d]$n = 20$.

يبين تحليل المعطيات الوصفية (الجدول 16) أنه لا يوجد فرق بين المجموعات الأربعة فيما يخص متغيرات السن، الجنس، والوضعية العائلية. في حين هناك فرق إحصائي دال ($F(3, 100) = 3.17, p < .02$) بين المجموعات فيما يخص عدد الأجوبة الكلية (R) المقدمة في اختبار الرورشاخ، لكن تتفق هذه النتيجة مع نتائج Exner وWylie (1977) التي تشير إلى أن المجموعات الانتحارية تقدم أقل نسبة من الأجوبة في الرورشاخ مقارنة بالمجموعات الضابطة الأخرى، مما يفسر إدراج متغير R<17 ضمن قائمة متغيرات الكوكبة الانتحارية. كما يوجد فرق إحصائي دال ($F(3, 100) = 3.18, p < .02$) بين المجموعات الأربعة فيما يخص متغير المستوى التعليمي، إلا أنه يمكن تفسير هذا الفرق بكون 24% من أفراد المجموعة غير الانتحارية ينتمون إلى فئة المستوى التعليمي الجامعي، في حين تنخفض هذه النسبة لتصل إلى 8% فقط في المجوعة الانتحارية.

3- معطيات اختبار الرورشاخ

3-1- النتائج العامة للكوكبة الانتحارية

نقدم في الجدول 17 والجدول 18 النتائج الكمية العامة لمؤشر الكوكبة الانتحارية (S-CON) لجميع حالات البحث.

جدول 17. النتائج الكمية للكوكبة الانتحارية (S-CON) لحالات المجموعة الانتحارية

المبحوث	S-CON	المبحوث	S-CON	المبحوث	S-CON	المبحوث	S-CON	المبحوث	S-CON
A1	3	A11	7	A21	8	A31	8	A41	9
A2	6	A12	5	A22	3	A32	7	A42	8
A3	6	A13	4	A23	3	A33	4	A43	5
A4	7	A14	9	A24	5	A34	3	A44	3
A5	5	A15	5	A25	4	A35	7	A45	5
A6	8	A16	5	A26	6	A36	5	A46	8
A7	7	A17	7	A27	7	A37	4	A47	7
A8	4	A18	8	A28	7	A38	4	A48	5
A9	6	A19	3	A29	5	A39	6	A49	7
A10	4	A20	4	A30	5	A40	7	A50	5

يظهر من خلال الجدول 17 أن نتائج الكوكبة الانتحارية (S-CON) لأفراد المجموعة الانتحارية تتراوح ما بين 3 و9.

جدول 18. النتائج الكمية للكوكبة الانتحارية (S-CON) لحالات المجموعة غير الانتحارية

المبحوث	S-CON	المبحوث	S-CON	المبحوث	S-CON	المبحوث	S-CON	المبحوث	S-CON
B1	7	B11	7	B21	4	B31	5	B41	6
B2	5	B12	3	B22	5	B32	2	B42	4
B3	4	B13	4	B23	5	B33	4	B43	3
B4	2	B14	8	B24	6	B34	3	B44	3
B5	7	B15	4	B25	4	B35	6	B45	2
B6	4	B16	3	B26	3	B36	6	B46	5
B7	3	B17	4	B27	3	B37	3	B47	6
B8	5	B18	4	B28	2	B38	3	B48	2
B9	7	B19	6	B29	6	B39	5	B49	5

5	B50	6	B40	5	B30	3	B20	3	B10

تنحصر نتائج الكوكبة الانتحارية، كما يوضحه الجدول 18 ، بين 2 و8، بالنسبة للمجموعة غير الانتحارية.

3-2- التحليل الفارقي لمجموعات البحث حسب نتائج الكوكبة الانتحارية

التحليل الفارقي للمجموعة الانتحارية والمجموعة غير الانتحارية حسب النتائج الكمية للكوكبة الانتحارية

جدول 19. نتائج تصنيف أفراد المجوعة الانتحارية والمجموعة غير الانتحارية[a]

		مجموعات البحث	Classe(s) d'affectation prévue(s)		Total
			1	2	
Original	Effectif	1[b]	38	12	50
		2[c]	11	39	50
	%	1	76,0	24,0	100,0
		2	22,0	78,0	100,0

a. 77,0% des observations originales classées correctement.
b. المجموعة غير الانتحارية
c. المجموعة الانتحارية

تبين نتائج الجدول 19 أن 77% من أفراد عينة البحث تم تصنيفهم بطريقة صحيحة في كلا المجموعتين.

التحليل الفارقي للمجموعات الانتحارية حسب النتائج الكمية للكوكبة الانتحارية

جدول 20. نتائج تصنيف أفراد المجموعات الانتحارية[a]

		المجموعات الانتحارية	Classe(s) d'affectation prévue(s)			Total
			2	3	4	
Original	Effectif	2[b]	9	2	1	12
		3[c]	1	14	3	18
		4[d]	1	4	15	20
		Observations non classées	13	22	15	50
	%	2	75,0	16,7	8,3	100,0
		3	5,6	77,8	16,7	100,0
		4	5,0	20,0	75,0	100,0
		Observations non classées	26,0	44,0	30,0	100,0

a. 76,0% des observations originales classées correctement.
b. مجموعة التفكير الانتحاري
c. مجموعة المحاولة الانتحارية غير الخطيرة
d. مجموعة المحاولة الانتحارية الخطيرة

تبين نتائج الجدول 20 أن 76% من أفراد المجموعة الانتحارية تم تصنيفهم بطريقة صحيحة في كلا المجموعات الثلاثة.

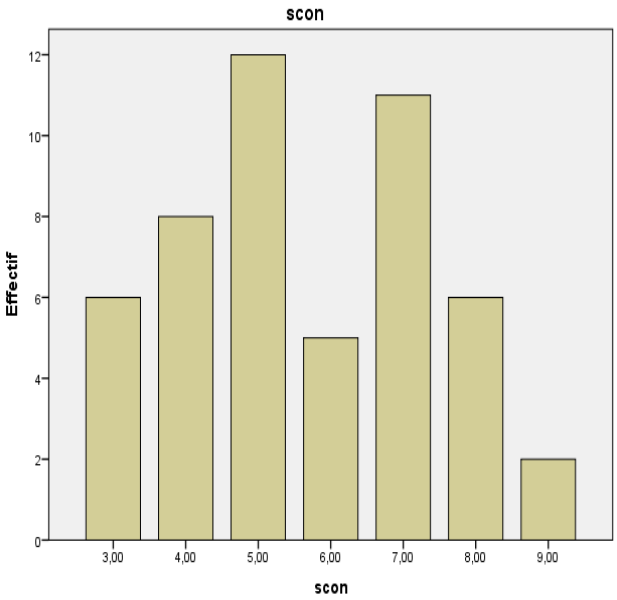
3-3- عرض نتائج مقارنة المجموعة الانتحارية والمجموعة غير الانتحارية

بعد تطبيق بعض إجراءات الإحصاء الوصفي على النتائج العامة للكوكبة الانتحارية لكلا المجموعتين تم الحصول على النتائج الموضحة في الجدول التالي :

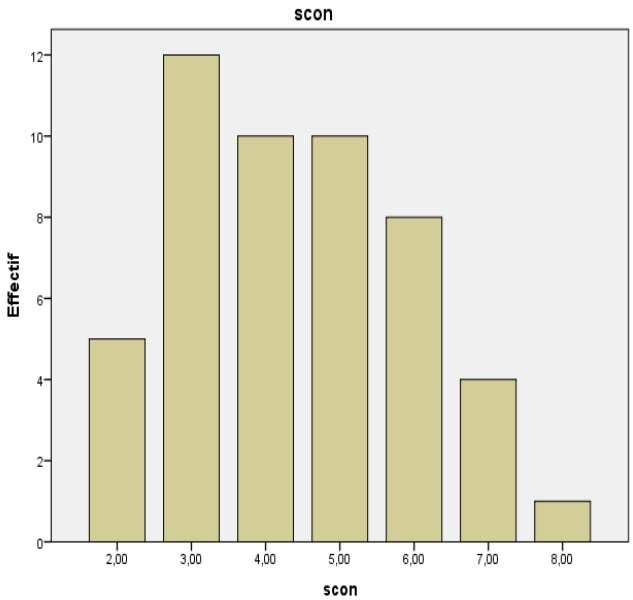
جدول 21. المقارنة بين نتائج الكوكبة الانتحارية للمجموعتين حسب بعض إجراءات الإحصاء الوصفي

إجراءات الإحصاء الوصفي	المجموعة الانتحارية	المجموعة غير الانتحارية
المعدل	5,6600	4,4000
الخطأ المعياري للمعدل	24,346	21,946
الوسيط	5,0000	4,0000
المنوال	5,00	3,00
الانحراف المعياري	1,72153	1,55183
Variance	2,964	2,408
المسافة	6,00	6,00
النسبة أقل ارتفاعا	3,00	2,00
النسبة أكثر ارتفاعا	9,00	8,00
الجمع	283,00	220,00

يتبين من خلال الجدول 21 أن هناك فرق بين المجموعة الانتحارية والمجموعة غير الانتحارية من حيث معدل، وسيط ومنوال نتائج الكوكبة الانتحارية حيث نلاحظ ارتفاع نسبي لهذه المعطيات الإحصائية في المجموعة الانتحارية (معدل= 5.66، وسيط= 5، منوال= 5) مقارنة بالمجموعة غير الانتحارية (معدل= 4.40، وسيط= 4، منوال= 3)، بما أن الكوكبة الانتحارية تتكون من 12 متغيرات فإن متوسط الكوكبة من الناحية النظرية هو 6 وبالتالي تسمح لنا المعدلات فقط من الاستنتاج أن معدلات كلا المجموعتين منخفضة عن المتوسط النظري للكوكبة، لكن تمثيل نفس المعطيات عن طريق مخططات الحطب يسمح لنا بتحديد الفرق الموجود بين المجموعة الانتحارية والمجموعة غير الانتحارية فيما يتعلق بتوزيع نتائج الكوكبة الانتحارية (S-CON).



شكل 2. مخطط توزيع نتائج (S-CON) للمجموعة الانتحارية



شكل 1. مخطط توزيع نتائج (S-CON) للمجموعة غير الانتحارية

تتوزع نتائج الكوكبة الانتحارية في المجموعتين كما يوضحه الشكل 1 والشكل 2 على نفس المسافة (6)، لكن أطراف هذه المسافة تختلف حيث تنحصر ما بين 2 و8 في المجموعة غير الانتحارية وبين 3 و9 في المجموعة الانتحارية، وانحراف النتائج عن المعدل هو تقريبا نفسه في كلا المجموعتين (الانحراف المعياري للمجموعة الانتحارية = 1.72، الانحراف المعياري للمجموعة غير الانتحارية = 1.55)، لكن يظهر أن العتبة 7 للكوكبة الانتحارية تسمح بالتمييز بين المجموعتين، نلاحظ أن القيمة 7 للمجموعة الانتحارية تقترب من منوال نفس المجموعة ومن منوال المجموعة غير الانتحارية، لعل أن التطرق إلى مقارنة نتائج النسب المئوية للكوكبة الانتحارية سيسمح لنا من توضيح الملاحظة الأخيرة.

جدول 22. عدد المؤشرات الانتحارية الإيجابية والسلبية في المجموعتين

		المجموعات		
		الانتحارية	غير الانتحارية	الجمع
الكوكبة الانتحارية S-CON	إيجابية	8	1	9
	سلبية	42	49	91
	الجمع	50	50	100

جدول 23. النسبة المئوية لمؤشرات الانتحارية الإيجابية والسلبية في المجموعتين

		المجموعات		
		الانتحارية	غير الانتحارية	الجمع
الكوكبة الانتحارية S-CON	إيجابية	16%	2%	18%
	سلبية	84%	98%	82%
	الجمع	100%	100%	100%

يوضح الجدول 22 عدد المؤشرات الانتحارية الإيجابية والسلبية (S-CON positifs/S-CON négatifs) في كلا المجموعتين حسب العتبة الإيجابية للكوكبة الانتحارية الأصلية التي حددها Exner أي ثمانية (8) متغيرات إيجابية أو أكثر، ويمثل الجدول 23 النسب المئوية الموافقة للمؤشرات الإيجابية والسلبية. تسمح إذن الكوكبة الانتحارية حسب هذه العتبة من تشخيص 16% فقط من أفراد المجموعة الانتحارية مقابل تشخيص 2% كإيجابي- خاطئ من أفراد المجموعة غير الانتحارية.

لكن تسمح الكوكبة الانتحارية ذات العتبة 8 أو أكثر من وضع فرق إحصائي دال بين المجموعة الانتحارية والمجموعة غير الانتحارية كما توضحه نتائج الجدول التالي:

جدول 24. مقارنة المجموعتين حسب نتائج الكوكبة ذات العتبة 8 بتطبيق اختبار Chi-square

المجموعة الانتحارية/المجموعة غير الانتحارية					
نتائج S-CON	نعم	لا	الجمع	Chi-2	Sig
81. S-CON ≥	8) 16%)	1)2%)	9	98.5	p<.01
82. S-CON <	42) 84%)	994)8%)	91		
الجمع	50	50	100		

هناك فرق دال (χ^2 (N=100, 1)= 5.98, p < .01) بين المجموعة الانتحارية والمجموعة غير الانتحارية، بمعنى أخر تسمح الكوكبة الانتحارية ذات العتبة 8 أو أكثر بالتمييز بين المجموعة الانتحارية والمجموعة غير الانتحارية.

جدول 25. نتائج S-CON للمجوعتين حسب العاتبات 6، 7، 8 و9

الكوكبة الانتحارية	المجموعة الانتحارية	المجموعة غير الانتحارية
6 =S-CON	5	8
7 =S-CON	11	4
8 =S-CON	6	1
9 =S-CON	2	00

جدول 26. النسب المئوية لنتائج S-CON للمجوعتين حسب العاتبات 6، 7، 8 و9

الكوكبة الانتحارية	المجموعة الانتحارية	المجموعة غير الانتحارية
6 =S-CON	%10	%16
7 =S-CON	%22	%8
8 =S-CON	%12	%2
9 =S-CON	%4	%00

تسمح العتبة 7 من تشخيص 11 حالة من المجموعة الانتحارية مقابل 4 حالات فقط من أفراد المجموعة غير الانتحارية، وبالتالي يسمح تخفيض العتبة إلى سبعة مؤشرات إيجابية أو أكثر بتشخيص 38% من أفراد المجموعة الانتحارية، لكن نفس العتبة تشخص أيضا 10% كإيجابي-خاطئ من أفراد المجموعة غير الانتحارية.

جدول 27. مقارنة النسب المئوية لنتائج S-CON في المجموعات الأربعة حسب العتبة 7 والعتبة 8

الكوكبة الانتحارية	مجموعة المحاولة الانتحارية الخطيرة (n=20)	مجموعة المحاولة الانتحارية غير الخطيرة (n=18)	مجموعة التفكير الانتحاري (n=12)	المجموعة غير الانتحارية (n=50)
S-CON≥ 8	%25	%00	%25	%2
S-CON≥ 7	%70	%00	%41	%10

تتمتع العتبة التي تحتوي على 7 متغيرات إيجابية أو أكثر بقدرة مرتفعة في التمييز بين المجموعات الانتحارية الثلاثة من جهة وبين المجموعة الانتحارية بمجملها والمجموعة غير الانتحارية. تشخص هذه العتبة 70% من أفراد مجموعة المحاولة الانتحارية الخطيرة مع تشخيص 10% كإيجابي – خاطئ من أفراد المجموعة غير الانتحارية و00% من أفراد مجموعة المحاولة الانتحارية غير الخطيرة. وما لفت انتباهنا أيضا هو القدرة النسبية (41%) لهذه العتبة في تشخيص أفراد مجموعة الأفكار الانتحارية.

3-4- نتائج تطبيق اختبار CHI-SQUARE للمقارنة بين مجموعات البحث حسب العتبة 7 للكوكبة الانتحارية

ومن أجل فحص إلى أي مدى تميز الكوكبة الانتحارية ذات العتبة 7 بين مجموعات الدراسة الأربعة (مجموعة المحاولة الانتحارية الخطيرة، مجموعة المحاولة الانتحارية غير الخطيرة، مجموعة التفكير الانتحاري والمجموعة غير الانتحارية) قمنا بتطبيق اختبار Chi-Square (الجدول 28).

جدول 28. نتائج تطبيق اختبار Chi-Square للمقارنة بين مجموعات البحث حسب العتبة 7 للكوكبة الانتحارية

المجموعة الانتحارية/المجموعة غير الانتحارية					
نتائج S-CON	نعم	لا	الجمع	Chi-2	Sig
1. S-CON ≥ 7	19 (38%)	5 (10%)	24	10.74	$p<.001$
2. S-CON < 7	31 (62%)	45 (90%)	76		
الجمع	50	50	100		

ومجموعة التفكير الانتحاري مجموعة المحاولة الانتحارية غير الخطيرة مجموعة المحاولة الانتحارية الخطيرة/					
نتائج S-CON	نعم	لا	الجمع	Chi-2	Sig
1. S-CON ≥ 7	14 (70%)	5 (17%)	19	14.48	*p*<.001
2. S-CON < 7	6 (30%)	25 (83%)	31		
الجمع	20	30	50		
مجموعة المحاولة الانتحارية غير الخطيرة / مجموعة التفكير الانتحاري					
نتائج S-CON	نعم	لا	الجمع	Chi-2	Sig
1. S-CON ≥ 7	5(41%)	00 (00%)	5	9	*p*<.002
2. S-CON < 7	7(59%)	18 (100%)	25		
الجمع	12	18	30		
مجموعة المحاولة الانتحارية غير الخطيرة / مجموعة المحاولة الانتحارية الخطيرة					
نتائج S-CON	نعم	لا	الجمع	Chi-2	Sig
1. S-CON ≥ 7	14 (70%)	00 (00%)	14	19.95	*p*<.001
2. S-CON < 7	6 (30%)	18 (100%)	24		
الجمع	20	18	38		
المجموعة غير الانتحارية / مجموعة التفكير الانتحاري					
نتائج S-CON	نعم	لا	الجمع	Chi-2	Sig
1. S-CON ≥ 7	5(41%)	5 (10%)	10	7.17	*p*<.007
2. S-CON < 7	7(59%)	45 (90%)	52		
الجمع	12	50	62		
المجموعة غير الانتحارية / مجموعة المحاولة الانتحارية الخطيرة					
نتائج S-CON	نعم	لا	الجمع	Chi-2	Sig
1. S-CON ≥ 7	14 (70%)	5 (10%)	19	26	0000*p*<.
2. S-CON < 7	6 (30%)	45 (90%)	51		
الجمع	20	50	70		
المجموعة غير الانتحارية / مجموعة المحاولة الانتحارية غير الخطيرة					

نتائج S-CON	نعم	لا	الجمع	Chi-2	Sig
1. S-CON ≥ 7	00 (00%)	5 (10%)	5	1.94	.16
2. S-CON < 7	18 (100%)	45 (90%)	63		
الجمع	18	50	68		
مجموعة التفكير الانتحاري / مجموعة المحاولة الانتحارية الخطيرة					
نتائج S-CON	نعم	لا	الجمع	Chi-2	Sig
1. S-CON ≥ 7	14 (70%)	5(41%)	19	2.49	.11
2. S-CON < 7	6 (30%)	7(59%)	13		
الجمع	20	12	32		

تبين نتائج تطبيق اختبار Chi-Square للمقارنة بين مجموعات البحث حسب العتبة 7 للكوكبة الانتحارية أن:

- هناك فرق دال (χ^2 (N=100, 1)= 10.74, $p < .001$) بين المجموعة الانتحارية والمجموعة غير الانتحارية، بمعنى أخر تسمح الكوكبة الانتحارية ذات العتبة 7 أو أكثر بالتمييز بين المجموعة الانتحارية والمجموعة غير الانتحارية.

- هناك فرق دال (χ^2 (N=70, 1)= 26, $p < .0000$) بين مجموعة المحاولة الانتحارية الخطيرة والمجموعة غير الانتحارية، بمعنى أخر تسمح الكوكبة الانتحارية ذات العتبة 7 أو أكثر بالتمييز بين مجموعة المحاولة الانتحارية الخطيرة والمجموعة غير الانتحارية.

- هناك فرق دال (χ^2 (N=50, 1)= 14.48, $p < .001$) بين مجموعة المحاولة الانتحارية الخطيرة من جهة، ومجموعة المحاولة الانتحارية غير الخطيرة ومجموعة التفكير الانتحاري من جهة أخرى. قد تشير هذه النتيجة إلى مدى أهمية العتبة 7 للكوكبة الانتحارية في تشخيص احتمال القيام بفعل انتحاري خطير.

- وهناك فرق دال (χ^2 (N=38, 1)= 19.95, $p < .001$) بين مجموعة المحاولة الانتحارية الخطيرة ومجموعة المحاولة الانتحارية غير الخطيرة مما يشير إلى أن العتبة 7 لا تشخص أفرد مجموعة المحاولة الانتحارية غير الخطيرة.

- وهناك فرق دال (χ^2 (N=30, 1)= 9, $p < .002$) بين مجموعة التفكير الانتحاري ومجموعة المحاولة الانتحارية غير الخطيرة.

- في حين لا يوجد فرق دال (χ^2 (N=32, 1)= 2.49, p = .11) بين مجموعة المحاولة الانتحارية الخطيرة ومجموعة التفكير الانتحاري. ويجب الإشارة إلى أن العتبة 7 سمحت بتشخيص 41% من أفراد مجموعة التفكير الانتحاري كأفراد يواجهون احتمال المرور إلى فعل انتحاري خطير.

- كما تسمح العتبة 7 (χ^2 (N=62, 1)= 7.17, p < .007) بالتمييز بين مجموعة التفكير الانتحاري والمجموعة غير الانتحارية.

- ولا يوجد فرق دال (χ^2 (N=68, 1)= 1.94, p = .16) بين مجموعة المحاولة الانتحارية غير الخطيرة والمجموعة غير الانتحارية.

3-5- المقارنة بين المجموعات الانتحارية والمجموعة غير الانتحارية حسب نتائج متغيرات الكوكبة الانتحارية

جدول 29. التكرار النسبي لمتغيرات (S-CON) في كل من المجموعة الانتحارية والمجموعة غير الانتحارية

متغيرات (S-CON)	المجموعة الانتحارية[a]	المجموعة غير الانتحارية[b]
SumV+FD>2	%8	%2
Col-Shd blends>0	%26	%14
Ego < 0.31 or >0.44	%90	%76
MOR>3	%14	%6
Zd>3.5 or Zd< -3.5	%36	%42
es>EA	%58	%38
CF+C>FC	%66	%56
X+%< 0.70	%100	98%
S>3	%14	%8
P< 3 or >8	%28	%18
Pur H<2	%60	%56
R<17	%68	%36

[a]n = 50. [b]n = 50.

نلاحظ من خلال الجدول 29 أن النسبة المئوية لأغلبية متغيرات الكوكبة الانتحارية مرتفعة في المجموعة الانتحارية مقارنة بالمجموعة غير الانتحارية، يمكن تقسيم المتغيرات إلى مجموعتين حسب

نسبة الفرق الموجودة بين المجموعتين: متغيرات مرتفعة نسبيا في المجموعة الانتحارية مقارنة بالمجموعة غير الانتحارية (Col-Shd blends>0، es>EA، CF+C>FC ، R<17)، ومتغيرات مرتفعة بنسبة قليلة في المجموعة الانتحارية مقارنة بالمجموعة غير الانتحارية (Ego < 0.31 or >0.44، Pur H<2، SumV+FD>2، MOR>3 ، S>3).

في حين تنخفض النسبة المئوية قليلا للمتغير Zd>3.5 or Zd< -3.5 في المجموعة الانتحارية (36%) مقارنة بالمجموعة غير الانتحارية (42%).

وينفرد المتغير X+%< 0.70 بنسبة مئوية مرتفعة جدا في كلا المجموعتين أي 100% بالنسبة للمجموعة الانتحارية و 98% بالنسبة للمجموعة غير الانتحارية.

جدول 30 . مقارنة معدلات متغيرات الكوكبة الانتحارية للمجموعة الانتحارية والمجموعة غير الانتحارية باستعمال اختبار Anova

مجموعات البحث	المجموعة غير الانتحارية[a]		المجموعة الانتحارية[b]				
متغيرات الكوكبة الانتحارية	*M*	*SD*	*M*	*SD*	*ddl*	*F*	*P*
SumV+FD>2	.02	.14	.08	.27	1	1.89	.17
col-shd blends>0	.14	.35	.26	.44	1	2.25	.13
ego <0.31 ou >0.44	.76	.43	.90	.30	1	3.52	.06
mor>3	.06	.24	.14	.35	1	1.77	.18
Zd>3,5 ou <-3,5	.42	.49	.36	.48	1	.37	.54
es>EA	.38	.49	.58	.49	1	1	.04
CF+C>FC	.56	.50	.66	.47	1	1.04	.31
X+%<0,70	.98	.14	1	00	1	1	.32
S>3	.08	.27	.14	.35	1	.90	.34
P<3 OU P>8	.18	.38	.28	.45	1	1.40	.24
PURE H<2	.46	.50	.60	.49	1	1.96	.16
R<17	.36	.48	.66	.47	1	9.69	.002

[a]*n* = 50. [b]*n* = 50.

يظهر من خلال الجدول 30 أنه لا يوجد فرقا دال بين أغلبية متغيرات الكوكبة الانتحارية للمجموعة غير الانتحارية والمجموعة الانتحارية باستثناء متغير es>EA ($F(3, 100) = 1, p < .04$) ومتغير R<17 ($F(3, 100) = 9.69, p < .002$) اللذين يميزان بصفة دالة بين المجموعتين.

جدول 31. مقارنة معدلات متغيرات الكوكبة الانتحارية للمجموعات الانتحارية والمجموعة غير الانتحارية باستعمال اختبار Anova

	المجموعة غير الانتحارية[a]		مجموعة التفكير الانتحاري[b]		مجموعة المحاولة الانتحارية غير الخطيرة[c]		مجموعة المحاولة الانتحارية الخطيرة[d]			
المتغيرات	*M*	*SD*	*M*	*SD*	*M*	*SD*	*M*	*SD*	*F*	*P*
SumV+FD>2	0.02	0.14	0.8	0.28	0.11	0.32	0.05	0.22	0.86	.46
col-shd blends>0	0.14	0.35	0.25	0.45	0.17	0.38	0.35	0.48	1.42	.24
ego <0.31 ou >0.44	0.76	0.43	0.92	0.28	0.83	0.38	0.95	0.22	1.47	.22
mor>3	0.06	0.24	0.17	0.38	0.11	0.32	0.15	0.36	0.67	.57
Zd>3,5 ou <-3,5	0.42	0.49	0.42	0.51	0.28	0.46	0.40	0.50	0.38	.76
es>EA	0.38	0.49	0.67	0.49	0.33	0.48	0.75	0.44	3.98	.01
CF+C>FC	0.56	0.50	0.75	0.45	0.56	0.51	0.70	0.47	0.79	.50
X+%<0,70	0.98	0.14	1	00	1	00	1	100	0.32	.80
S>3	0.08	0.27	0.17	0.38	00	00	0.25	0.44	2.43	.06
P<3 OU P>8	0.18	0.38	0.25	0.42	0.17	0.38	0.40	0.50	1.47	.22
PURE H<2	0.46	0.50	0.83	0.38	0.39	0.50	0.65	0.48	2.78	.04
R<17	0.36	0.48	0.67	0.49	0.44	0.51	0.85	0.36	5.75	.001

[a]$n = 50$. [b]$n = 12$. [c]$n = 18$. [d]$n = 20$.

يبين الجدول 31 أنه لا يوجد فرقا دال بين أغلبية متغيرات الكوكبة الانتحارية للمجموعة غير الانتحارية والمجموعات الانتحارية باستثناء متغيرات es>EA es>EA, PURE H<2, R<17 التي تسمح بوضع فرق إحصائي دال بين مختلف المجموعات. يسمح فحص معدلات متغيرات الكوكبة بالوصول إلى

بعض الاستنتاجات. أولا: ترتفع نسبة معدلات المتغيرات التالية col-shd blends>0, ego <0.31 or >0.44, mor>3, es>EA, CF+C>FC, S>3, P<3 or P>8, PUR H<2, R<17 في مجموعة المحاولة الانتحارية الخطيرة ومجموعة التفكير الانتحارية مقارنة بمجموعة المحاولة الانتحارية غير الخطيرة والمجموعة غير الانتحارية. ثانيا: تتميز نتائج المتغير SumV+FD>2 بالغموض ولا تشير إلى نفس نتائج دراسات Exner (Exner, 1995 ; Exner & Wiley, 1977). ثالثا: تظهر المتغيرات Zd>3,5 ou <-3,5 و X+%<0,70 بنفس النسبة في المجموعة غير الانتحارية والمجموعات غير الانتحارية.

جدول 32. مقارنة معدلات vista وFD للمجموعة الانتحارية والمجموعة غير الانتحارية باستعمال اختبار Anova

مجموعات البحث	المجموعة غير الانتحارية[a]		المجموعة الانتحارية[b]				
متغيرات الكوكبة	*M*	*SD*	*M*	*SD*	*ddl*	*F*	*p*
SumV+FD>2	.02	.14	.08	.27	1	1.89	.17
SumV	.10	.36	.42	.88	1	5.61	.02
SumFD	.20	.08	.60	. 27	1	1.62	.20

[a]$n = 50$. [b]$n = 50$

يظهر من خلال الجدول 32 أن الجمع بين محدد Vista ومحدد FD (SumV+FD>2) لا يسمح بالتمييز بين المجموعة الانتحارية والمجموعة غير الانتحارية، في حين هناك ($F(3, 100) = 1.89, p = .17$) فرق دال بين المجموعتين فيما يخص أجوبة vista ($F(3, 100) = 5.61, p < .02$). ولا يسمح محدد FD من التمييز بين المجموعتين ($F(3, 100) = 1.62, p = .20$).

جدول 33. مقارنة معدلات vista وFD للمجموعات الانتحارية والمجموعة غير الانتحارية باستعمال اختبار Anova

	المجموعة غير الانتحارية[a]		مجموعة التفكير الانتحاري[b]		مجموعة المحاولة الانتحارية غير الخطيرة[c]		مجموعة المحاولة الانتحارية الخطيرة[d]			
المتغيرات	*M*	*SD*	*M*	*SD*	*M*	*SD*	*M*	*SD*	*F*	*P*
SumV	0.10	0.36	0.58	0.90	0.33	0.97	0.40	0.82	2.18	.09
Sum FD	0.20	0.60	0.00	0.28	0.17	0.38	0.05	0.22	0.88	.45

[a]$n = 50$. [b]$n = 12$. [c]$n = 18$. [d]$n = 20$.

ترتفع، مثلما يوضحه الجدول 33، معدلات أجوبة تضليل العمق (vista) في المجموعات الانتحارية مقارنة بالمجموعة غير الانتحارية؛ ويقدم أفراد مجموعة التفكير الانتحاري أكبر نسبة من أجوبة تضليل العمق مقارنة بمجموعة المحاولة الانتحارية الخطيرة ومجموعة المحاولة الانتحارية غير الخطيرة. في حين يرتفع معدل أجوبة البعد الشكلي (FD) في المجموعة غير الانتحارية مقارنة بالمجموعات الانتحارية؛ ويقدم أفراد مجموعة المحاولة الانتحارية غير الخطيرة أكبر نسبة من أجوبة البعد الشكلي مقارنة بمجموعة المحاولة الانتحارية الخطيرة ومجموعة التفكير الانتحاري.

3-6- تقديم نتائج متغيرات الرورشاخ الأخرى

جدول 34. المقارنة بين اشتقاقات، نسب مئوية ومؤشرات خاصة في كل من المجموعة الانتحارية والمجموعة غير الانتحارية

المجموعات	اشتقاقات، نسب مئوية ومؤشرات خاصة									
	الأساليب الإدراكي				Zd		المؤشرات			
	إنطوائي	مزدوج	إنبساطي	تجنبي	Zd > +3.0	Zd <- 3.0	PTI ≥ 3	DEPI≥ 5	CDI≥ 4	S-CON ≥ 8
المجموعة الانتحارية	**%8**	%26	**%18**	%36	%14	%28	**%28**	**%44**	**%54**	**%16**
المجموعة غير الانتحارية	**%16**	%24	**%26**	%30	%12	**%44**	**%38**	**%20**	**%30**	**%2**

يمكن استنتاج من خلال الجدول 34 الملاحظات التالية:

- بالنسبة لنمط الأسلوب الإدراكي نلاحظ أن النسب المئوية للأسلوب الانطوائي (8%) والأسلوب الانبساطي (18%) منخفض في المجموعة الانتحارية مقارنة بالنسب المئوية للأسلوبين في المجموعة غير الانتحارية (16% و26%).
- نسجل فرق بين المجموعتين يقدر بـ 16% فيما يخص المتغير Zd< -3.0 حيث تبلغ النسبة المئوية لهذا المتغير 28% في المجموعة الانتحارية و44% في المجموعة غير الانتحارية.
- تختلف أيضا المجموعتين، إضافة إلى النسب المئوية للكوكبة الانتحارية، من حيث النسب المئوية للمؤشرات الثلاثة التالية: مؤشر الإدراك والتفكير (PTI)، مؤشر الاكتئاب (DEPI)، ومؤشر عدم الكفاءة الاجتماعية (CDI)، النسب المئوية لمؤشر الاكتئاب (DEPI) (44%) ومؤشر الكفاءة

الاجتماعية (CDI) (54%) للمجموعة الانتحارية مرتفعة جدا مقارنة بالنسب المئوية للمؤشرين في المجموعة غير الانتحارية (20% و30%)، في حين ترفع النسبة المئوية لمؤشر الإدراك والتفكير (PTI) (38%) في المجموعة غير الانتحارية مقارنة بالنسبة المئوية للمؤشر (28%) في المجموعة الانتحارية.

جدول 35. المقارنة بين المجموعة الانتحارية والمجموعة غير الانتحارية حسب مؤشرات الرورشاخ باستعمال اختبار Anova

	المجموعة غير الانتحارية[a]		المجموعة الانتحارية[b]			
المؤشرات	*M*	*SD*	*M*	*SD*	*F*	*P*
S-CON	4.40	1.55	5.66	1.72	14.77	.001
DEPI	3.52	1.24	4.32	1.18	10.78	.001
CDI	2.84	1.25	3.50	1.21	7.15	.009
PTI	2.06	1.67	1.52	1.34	3.17	.07

[a]$n = 50$. [b]$n = 50$.

توضح نتائج الجدول 35 أن المؤشرات التالية: الكوكبة الانتحارية (S-CON) ($F(3, 100) = 14.77$, $p < .001$)، مؤشر الاكتئاب (DEPI) ($F(3, 100) = 10.78$, $p < .001$) ومؤشر عدم الكفاءة الاجتماعية (CDI) ($F(3, 100) = 7.15$, $p < .009$) تميز بصفة دالة بين المجموعة الانتحارية والمجموعة غير الانتحارية، في حين لا يوجد فرق دلال بين المجموعتين فيما يخص مؤشر الإدراك والتفكير (PTI) ($F(3, 100) = 3.17$, $p < .07$).

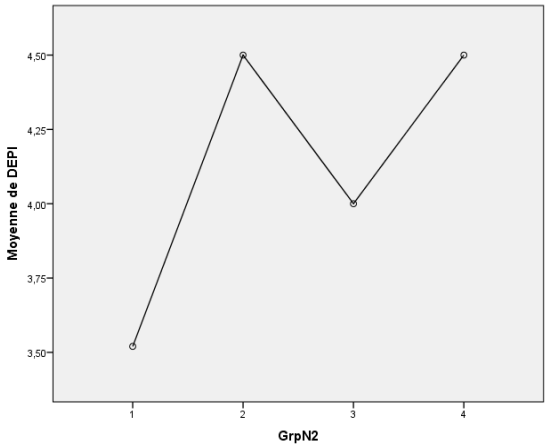
جدول 36. مقارنة مجموعات الدراسة الأربعة حسب مؤشرات الرورشاخ باستعمال اختبار Anova

	المجموعة غير الانتحارية[a]		مجموعة المحاولة الانتحارية الخطيرة[b]		مجموعة المحاولة الانتحارية غير الخطيرة[c]		مجموعة التفكير الانتحاري[d]			
المؤشرات	*M*	*SD*	*M*	*SD*	*M*	*SD*	*M*	*SD*	*F*	*P*
S-CON	4.40	1.55	6.50	1.73	4.39	1.09	6.17	1.40	12.68	.001
DEPI	3.52	1.24	4.50	1.19	4.00	1.02	4.50	1.38	4.24	.007
CDI	2.84	1.25	3.90	1.07	3.16	1.24	3.33	1.30	3.65	.15
PTI	2.06	1.67	1.65	1.42	1.33	123	1.58	1.44	1.18	.32

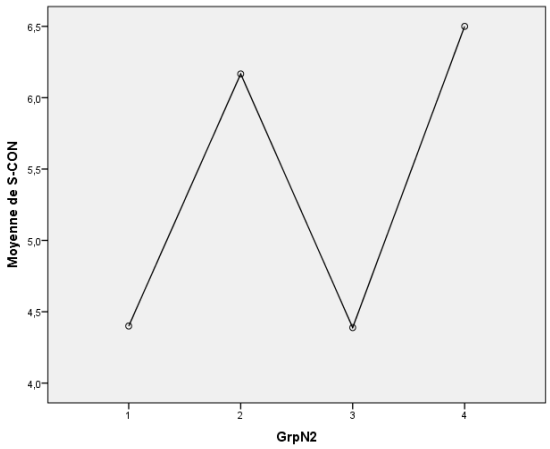
[a]$n = 50$. [b]$n = 20$. [c]$n = 18$. [d]$n = 12$.

يسمح مؤشر الكوكبة الانتحارية (S-CON) ($F(3, 100) = 12.68, p < .001$) ومؤشر الاكتئاب (DEPI) ($F(3, 100) = 4.24, p < .007$) بالتمييز من الناحية الإحصائية بين المجموعات الأربعة (المجموعة غير الانتحارية، مجموعة المحاولة الانتحارية الخطيرة، مجموعة المحاولة الانتحارية غير الخطيرة ومجموعة التفكير الانتحاري). في حين لا يوجد فرق دال بين المجموعات الأربعة فيما يخص معدلات مؤشر عدم الكفاءة الاجتماعية (CDI) ($F(3, 100) = 3.65, p = .15$) ومؤشر الإدراك والتفكير (PTI) ($F(3, 100) = 1.18, p = .32$). لكن لتوضيح أكثر الفرق بين المجموعات فيما يخص معدلات مؤشرات الرورشاخ نقدم فيما يلي

دياغرامات معدلات المؤشرات:



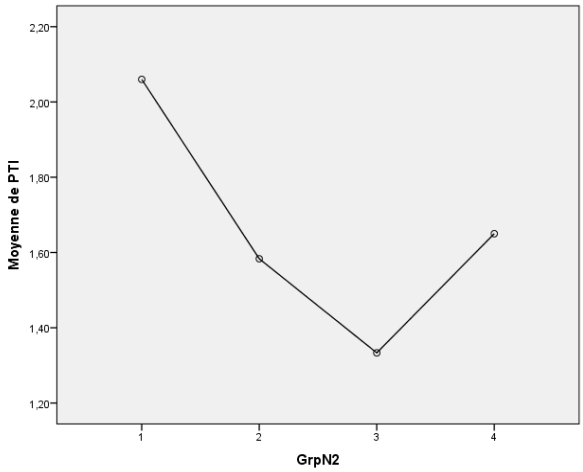
شكل3. ديغرام معدلات DEPI للمجموعات الأربعة



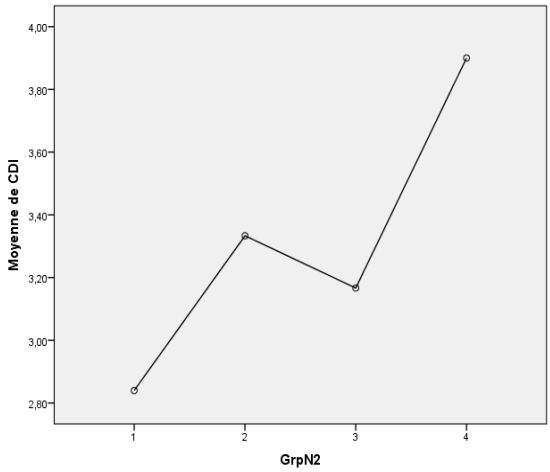
شكل4. ديغرام معدلات S-CON للمجموعات الأربعة

يوضح الشكل 3 معدلات مؤشر الاكتئاب (DEPI) لمجموعات الدراسة الأربعة. تتميز المجموعات الانتحارية، خاصة معدل مجموعة التفكير الانتحاري (M= 4.50) ومعدل مجموعة المحاولة الانتحارية الخطيرة (M= 4.50)، بارتفاع معدل هذا المؤشر مقارنة بالمجموعة غير الانتحارية.

يوضح الشكل 4 معدلات مؤشر الكوكبة الانتحارية (S-CON) لمجموعات الدراسة الأربعة. يرتفع معدل هذا المؤشر في مجموعة المحاولة الانتحارية الخطيرة (M= 6.50) ومجموعة التفكير الانتحاري (M= 6.17) مقارنة بمعدلات المؤشر في مجموعة المحاولة الانتحارية غير الخطيرة (M= 4.39) والمجموعة غير الانتحارية (M= 4.40).



شكل5. ديغرام معدلات PTI للمجموعات الأربعة



شكل6. ديغرام معدلات CDI للمجموعات الأربعة

يوضح الشكل 5 معدلات مؤشر الإدراك والتفكير (PTI) لمجموعات الدراسة الأربعة. عكس المؤشرات الثلاثة الأخرى، يرتفع معدل هذا المؤشر في المجموعة غير الانتحارية (M= 2.06) مقارنة بالمجموعات الانتحارية.

يوضح الشكل 6 معدلات مؤشر عدم الكفاءة الاجتماعية (CDI) لمجموعات الدراسة الأربعة. يرتفع معدل هذا المؤشر في مجموعة المحاولة الانتحارية الخطيرة (M= 3.90) مقارنة بالمجموعات الأخرى.

جدول 37 . المقارنة بين متغيرات رورشاخ أخرى في كل من المجموعة الانتحارية والمجموعة غير الانتحارية

متغيرات أخرى	المجموعة الانتحارية[a]	المجموعة غير الانتحارية[b]
FD	8%	20%
DQv>2	66%	52%
SumT=0	78%	74%
SumT>1	4%	8%
PurC>0	28%	18%
Afr<.40	32%	10%
Afr<.50	34%	20%
COP=0	64%	58%
COP>2	4%	10%
AG=0	56%	52%
AG>2	14%	4%

R>27	00%	8%

[a]n = 50. [b]n = 50.

يظهر من خلال الجدول 37 أن:

- هناك فرق بين المجموعتين فيما يخص النسبة المئوية لأجوبة البعد الشكلي (FD) حيث ترتفع النسبة المئوية لهذه الأجوبة في المجموعة غير الانتحارية (20%) مقارنة بالمجموعة الانتحارية (8%).
- وما لفت انتباهنا أيضا هو الفرق الموجود بين المجموعتين فيما يخص النسبة المئوية للارتباط الانفعالي (Afr) حيث قدم 66% من أفراد المجموعة الانتحارية (Afr) منخفض عن .50 في حين قدم فقط 30% من أفراد المجموعة غير الانتحارية (Afr) منخفض عن .50.
- ويميل أفراد المجموعة الانتحارية مقارنة بأفراد المجموعة غير الانتحارية إلى إعطاء أكثر نسبة من الأجوبة العدوانية (AG) وأقل نسبة من أجوبة التعاون (COP).
- وترتفع نسبيا النسبة المئوية للمتغيرات التالية DQv>2، PurC>0 في المجموعة الانتحارية مقارنة بالمجموعة غير الانتحارية.

جدول 38. مقارنة معدل Afr<.40 في كلا المجموعتين باستعمال اختبار Chi-Square

المجموعة غير الانتحارية / المجموعة الانتحارية					
نتائج Afr	نعم	لا	الجمع	Chi-2	Sig
1. Afr < .40	16(32%)	5 (10%)	21	7.29	.006
2. Afr >. 40	34 (68%)	45 (90%)	79		
الجمع	50	50	100		

يبين الجدول 38 أن الارتباط الانفعالي (Afr<.40) يسمح بوضع (χ^2 (N=100, 1)= 7.29, p < .006) فرق إحصائي دال بين المجموعة الانتحارية والمجموعة غير الانتحارية.

جدول 39. مقارنة معدل Afr<.50 في كلا المجموعتين باستعمال اختبار Chi-Square

المجموعة غير الانتحارية / المجموعة الانتحارية					
نتائج Afr	نعم	لا	الجمع	Chi-2	Sig
1. Afr < .50	33(66%)	15(30%)	48	12.98	.001
2. Afr > .50	17 (34%)	35 (70%)	52		
الجمع	50	50	100		

يبين الجدول 39 أن الارتباط الانفعالي (Afr<.50) يسمح بوضع (χ^2 (N=100, 1)= 12.98, p < .001) فرق دال إحصائي بين المجموعة الانتحارية والمجموعة غير الانتحارية.

4- تقديم وتحليل المعطيات المتحصل عليها بعد إجراء اختبار الرورشاخ

كما ذكرناه سابقا، في الفصل المنهجي، لقد قمنا بمتابعة 38 حالة من بين 100 حالة التي شاركت في الدراسة في الفترة الممتدة بين (2015/2013)، 25 حالة انتحارية و13 حالة غير انتحارية، سنقدم فيما يلي ملخص المعطيات المتحصل عليها بعد الاتصال بهذه الحالات.

الجدير بالذكر أن تصنيف المحاولات الانتحارية التي قامت بها بعض الحالات بعد إجراء اختبار الرورشاخ يتم دائما حسب المعادلة الانتحارية لـ Posner et al. (2007).

جدول40. ملخص معطيات حالات البحث التي تم الإتصال بها بعد إجراء اختبار الرورشاخ

الحالة	طريقة الاتصال	وصف الحالة
A2	الدخول إلى المستشفى من جديد	دخل المبحوث إلى المستشفى للمرة الأولى في **13 ديسمبر 2013** في جدول عيادي يتميز بالاكتئاب وبأفكار انتحارية، وبعد عام وشهرين دخل للمرة الثانية **(25 فيفري 2015)** نظرا للمحاولة الانتحارية التي قام بها عن طريق شرب الدواء والتي تندرج دائما في جدول عيادي ذو عرضية اكتئابية. يمكن إدراج محاولته الانتحارية ضمن مجموعة المحاولة الانتحارية غير الخطيرة نظرا لعدم استدعاءها لتكفل الطبي. يتحدث A2 عن أفكار اضطهادية وأفكار التسمم حيث يظن أن الجميع يريد له الشر، ويشير إلى أنه مقتنع بأن وجهه تغير، لا قيمة للحياة ولا قيمة للعلاج، وأن حالته لن تتحسن، كما يتحدث عن الشعور بتأنيب الضمير نظرا لعدم إنجاز واجبه اتجاه والديه وأبنائه.
A4	الدخول إلى	بعد ثلاثة أشهر ونصف من دخولها السابق إلى المستشفى **(6 أوت 2014)**، دخلت المبحوثة للمرة الثانية

	المستشفى من جديد + الاتصال عن طريق الهاتف.	إلى المصلحة **(3 ديسمبر 2014)** بعد قيامها بمحاولة انتحارية خطيرة عن طريق الاعتداء على الذات (phlébotomie)، ويتميز الجدول العيادي للحالة بالخصائص التالية: عدم الرغبة في الحياة، أفكار انتحارية، مزاج اكتئابي وقلق كثيف. وتؤكد A4 أنها لم تندم على فعلها وعلى رغبتها في التخلص من هذه الحياة. وكما قمنا بالاتصال عن طريق الهاتف **(16 أوكتوبر 2015)**، بعد تسعة أشهر من خروج المبحوثة من المستشفى، بزوجها الذي يذكر مترددا أن زوجته قد تحسنت.
A7	الدخول إلى المستشفى من جديد	لتذكير نشير إلى أن المبحوث قد دخل إلى المستشفى في المرة السابقة **(27 جويلية 2013)** بعد محاولة انتحارية خطيرة، ولقد تقدم بنفسه من جديد، سنة من بعد **(4 أوت 2014)**، إلى المصلحة طالبا إدخاله المستشفى لأنه يشكو من ألام في الرأس ويخاف من المرور إلى الفعل الانتحاري، وهذا في سياق صراعات عائلية تدوم منذ عدة سنوات.
A9	الدخول إلى المستشفى من جديد	دخل المبحوث بعد إجراء اختبار الرورشاخ **(6 أكتوبر 2013)** ثلاث مرات إلى المستشفى **(نوفمبر 2014، أفريل 2015، جوان 2015)** نظرا لعدم استقرار حالته المرضية التي تتميز بخصائص وأعراض ذهان الفصام البرانوي لكن لم نسجل أي سلوك انتحاري (أفكار أو محاولات انتحارية)، مع العلم أن الحالة قد دخلت لعدة مرات من قبل إلى المستشفى وقد قابلناها في أطار بحثنا أكثر من سنة من قبل بعد أن قامت بمحاولة انتحارية غير خطيرة.
A13	الاتصال عن طريق الهاتف	لقد دخل المبحوث إلى المستشفى في **13 فيفري 2014** بسبب محاولته الانتحار عن طريق الشنق وهذا في سياق ذهاني حاد قصير المدى، وفي **16 أكتوبر 2015** يؤكد أخيه، الذي اتصلنا به عن طريق الهاتف أن A13 قد تحسن كثيرا، يتناول دواءه، يشارك في أعمال المنزل ويشتغل كمساعد بناء، ويضيف فيما يتعلق بسوءلنا حول الانتحار أن أخيه لا يفكر ولا يتحدث عن هذا الموضوع مثلما قام به في بداية مرضه.
A14	الدخول إلى المستشفى من جديد + الاتصال عن طريق الهاتف.	دخلت المبحوثة إلى المستشفى للمرة الخامسة في **26 أوت 2013 عشرة أيام** بعد إجراء اختبار الرورشاخ نظرا لعدم استقرار حالتها المرضية. لقد دامت مدة بقاءئها في المستشفى **عشرين يوما** حيث حاولت A14 الانتحار في المصلحة خلال هذه المدة عن طريق الشنق. ولقد قمنا الاتصال بأبيها في **16 أكتوبر 2015** الذي ذكر أن ابنته قد تحسنت كثيرا بعد أن تحصلت على حق الاحتفاظ بأولادها بعد طلقها من زوجها، ويضيف أنها قد توقفت عن متابعة علاجها الكيميائي لكن حالتها تحسنت كثيرا نظرا لدور الإيجابي الذي تلعبه العناية بأولادها.
A15	الاتصال عن طريق الهاتف	دخلت المبحوثة أإلى المستشفى في **8 أكتوبر 2013** في جدول عيادي يتميز بالاكتئاب والتهديد بالانتحار، ويوضح أخ المبحوثة الذي اتصلنا به في **16 أكتوبر 2015** أن هذه الأخيرة تبدو هادئة لكنها لم تتغير لأنها تعاني دائما من الانعزال والحزن. ويذكر فيما يخص أفكارها الانتحارية أنها تنتمي إلى تصرفاتها الغريبة لكنها لم تحاول أبدا الانتحار.
A17	الدخول إلى المستشفى من	دخل المبحوث إلى المستشفى إحدى عشر مرة (بين 2009 و2015) حيث دخل خمسة مرات بعد إجراء اختبار الرورشاخ **(13 نوفمبر 2013)**. المرة الأولى **(مارس 2014)**: دخل في جدول عيادي يتميز

	جديد	خاصة بعرضية هذيانية، عرضية اكتئابية، تناول مرضي للكحول وأفكار انتحارية. المرة الثانية **(مارس 2014)**: حاول المبحوث حرق نفسه مما استدعى تدخل الحماية المدنية، ونسجل دائما العرضية الاكتئابية حيث يفسر A17 محاولته الانتحارية بصعوباته المادية، لكن لم نسجل هذه المرة حضور النشاط الهذياني. المرة الثالثة **(أوت 2014)** : تقدم المبحوث إلى المصلحة بملء إرادته طالبا إدخاله المستشفى نظرا لعودة الحالة الهذيانية التي يعاني منها حيث يتحدث عن أصوات تطلب منه قتل نفسه، كما تحدث عن صعوبات في النوم، وأفكار اجترارية غريبة تنص على أن عدم دخوله إلى المستشفى يؤدي به إلى المرور إلى الفعل الانتحاري. المرة الرابعة **(ديسمبر 2014)**: تقدم المبحوث إلى المصلحة بمرافقة زوجته التي تقول أن A17 قد حاول شنقها بينما كانت تشاهد التلفاز موضحة أنهما لم يتخاصموا من قبل وأن تصرف زوجها هو تصرف مفاجئ. ويذكر المبحوث أنه لم يفهم لماذا تصرف بهذا الشكل طالبا السماح من زوجته وأنه نادم عن فعله. وقد توقف المبحوث عن تناول دواءه لمدة خمسة أيام، وتبين خلال المقابلة أنه لا يعاني من أفكار انتحارية. المرة الخامسة **(سبتمبر 2015)**: دخل إلى المستشفى بعد أن حاول الانتحار من جديد حيث ذهب إلى مقر الدائرة وحاول حرق نفسه بالبنزيل.
A18	الاتصال عن طريق الهاتف	لقد قمنا بمقابلة المبحوثة في إطار بحثنا في **سبتمبر 2013**، ويذكر أخيها الذي اتصلنا به في **16 أكتوبر 2015** أن هذه الأخيرة قد تحسنت وتتبع علاجها الكيميائي بصفة منتظمة.
A19	الدخول إلى المستشفى من جديد	دخل المبحوث إلى المستشفى في **4 ديسمبر 2013** بعد محاولة انتحارية، وفي **30 جانفي 2014** (شهر بعد إجراء اختبار الرورشاخ) دخل من جديد إلى المصلحة نظرا لعدم استقرار حالته المرضية بسبب توقفه عن علاجه الكيميائي حيث يشير أحد أقاربه أنه هرب من المنزل العائلي منذ خمسة أيام، لكن لم نجد في ملفه أي إشارة إلى السلوك الانتحاري.
A20	الدخول إلى المستشفى من جديد + الاتصال عن طريق الهاتف	دخل المبحوث إلى المستشفى لأربع مرات (2009، 2011، 2013، و2014)، ولقد قمنا بمقابلته في إطار بحثنا في **سنة 2013** وهذا بعد قيامه بمحاولة انتحارية خطيرة عن طريق شرب الدواء، قام المبحوث سنة بعد مقابلته **(2014)**، بمحاولة انتحارية خطيرة بنفس الطريقة (تناول الدواء) تطلبت عناية طبية استعجاليه (غسل المعدة)، ونجد في ملفه الطبي الملاحظات التالية: "يصف المفحوص معاناته الراجعة إلى حالته المرضية، أفكار التسمم والاضطهاد، رفض مرضه وعدوانية اتجاه العائلة، ويضيف أنه شرب الدواء من أجل الانتحار لأنه متأكد أن قدميه مشوهة، و في **16 أكتوبر 2015** قمنا بالاتصال عن طريق الهاتف بوالده الذي أشار إلى أن هذا الأخير ليس في حالة جيدة، ويعاني من أفكار هذيانية اضطهادية ويهدد بالانتحار.
A21	الدخول إلى المستشفى من جديد	دخل المبحوث مجددا إلى المصلحة **(سبتمبر 2015)** بعد تقريبا سبعة عشر شهر من مقابلته في إطار الدراسة **(مارس 2014)** حيث نجد في ملفه العيادي ما يلي : علامات قلق تبدوا على وجهه، خطاب فقير يقتصر على عبارات قصيرة، يعبر عن عزمه في الانتحار، يتحدث عن عدم الرغبة في الحياة ، حزن مرضي:" je veux me mettre une balle dans la tête, je veux finir à la Guidon"، لا يتحدث المفحوص عن أي نشاط هذياني ولا هلوسي هذا اليوم. ونقرأ في الملف أن سبب دخول المفحوص

		إلى المصلحة راجع إلى محاولة انتحارية حيث حاول رمي نفسه من ساحة قدون مما قد يفسر إصابته على مستوى اليد اليسرى، لكن تبقى حسب الطبيب العقلي العلاقة بين الإصابة والمحاولة الانتحارية غير محددة.
A25	الدخول إلى المستشفى من جديد	تقدم المبحوث من جديد **(فيفري 2015)** إلى المصلحة، بعد **سبعة عشر شهر** من خروجه من المستشفى **(جويلية 2014)**، برفقة أخيه الذي يشير إلى عدم استقرار الحالة المرضية لـ A25 ورفضه متابعة علاجه، الإنعزال وعدم الخرورج من المنزل حيث يتحدث عن أفكار اضطهادية تتمثل في أربعين سيارة تدور حول المنزل وتحرسه وتهدد قتله لذلك قرر البقاء في المنزل وعدم الخروج، لكن نسجل غياب لأفكار انتحارية لدى المبحوث. وما عدى النشاط الهذياني نشير إلى غياب التفكير الانتحاري والعرضية الاكتئابية طيلة مدة بقاء المبحوث في المستشفى.
A27	الاتصال عن طريق الهاتف	تم مقابلة المبحوث في **مارس 2014**، ويشير أخيه الذي اتصلنا به في **16 أكتوبر 2015** إلى أن A27 ليس في حالة جيدة، لكن يؤكد غياب لأي نشاط انتحاري (أفكار و/أو محاولة انتحارية).
A29	الدخول إلى المستشفى من جديد	دخلت المبحوثة إلى المستشفى **(جانفي 2015)** بعد محاولة انتحارية عن طريق تناول الأدوية حيث استفادت من عملية غسل المعدة، ولقد تم مقابلتها في إطار بحثنا عشرة أشهر من قبل **(فيفري 2014)**. ويشير الطبيب العقلي المعالج أثناء الفحص العيادي للمبحوثة إلى العناصر التالية: التوقف عن العلاج الشعور بالحزن، سوء تقدير الذات والشعور بإهمال عائلتها لها، وعدم الرغبة في الحياة، غياب النشاط الهذياني.
A31	الدخول إلى المستشفى من جديد	دخل المبحوث إلى المستشفى في **مارس 2014** نظرا لحالته المرضية السيئة ومواجهته لأفكار انتحارية وفي **ديسمبر من نفس السنة (بعد سبعة أشهر)** دخل إلى المستشفى من جديد في جدول عيادي يتميز بـ: سوء حالته المرضية رغم متابعة علاجه (الكيميائي) بصفة منتظمة، قلق شديد، اضطرابات حسية وأصوات تشتمه، واضطرابات في النوم. تندرج هذه الأعراض في سياق صراعات كبيرة مع الإخوة، وما أثار انتباهنا هي رسالة كتبها المبحوث يعبر فيها عن رغبته "في الذهاب" أي الانتحار.
A32	الاتصال عن طريق الهاتف	قمنا بمقابلة المبحوث في **أفريل2014** بعد دخوله إلى المستشفى نظرا لوضعه الاكتئابي وتعبيره عن أفكار انتحارية، وفي **أكتوبر 2015** قمنا الاتصال بأخيه الذي ذكر لنا لكن بتردد أن A32 قد تحسن، ويظهر أنه عاد إلى عمله.
A34	الدخول إلى المستشفى من جديد	قابلنا المبحوثة في إطار دراستنا في **جوان 2014** حيث حاولت الانتحار من خلال إلحاق جروح بذاتها وفي **أفريل 2015** دخلت إلى المصلحة من جديد في جدول عيادي يتميز بـ: عدم الاستقرار النفسي الحركي، العدوانية اللفضية والجسدية في الوسط العائلي، كلام فاحش، رفض العلاج، اضطراب في النوم هذيان العظمة والإضطهاد، وصراع دائم مع العائلة، لكن لم نسجل أي ملاحظة فيما يخص السلوك الانتحاري.
A35	الدخول إلى المستشفى من	دخل المبحوث إلى المستشفى في **جوان 2014** بعد أن حاول الانتحار عن طريق الحرق، **وبعد شهرين (سبتمبر 2014)** دخل إلى المستشفى من جديد نظرا لتفكيره في مشروع من أجل الانتحار (اشترى في

	جديد	اليومين الآخرين قارورتين من acide بهدف إستعمالهما من أجل الانتحار). ويشير المبحوث إلى أنه يعاني خلال الأسبوع الأخير من: الصعوبة في النوم، فقدان الشهية والرغبة الجنسية، الحزن وعدم الرغبة في الحياة مما يفسر مشروعه الانتحاري.
A40	الاتصال عن طريق الهاتف	دخلت المبحوثة إلى المصلحة في **جويلية 2014** بسبب اضطراباتها السلوكية ومحاولتها الانتحار. ويرى زوج المبحوثة الذي اتصلنا به في **16 أكتوبر 2015** أن هذه الأخيرة قد تحسنت، تتناول دواءها بانتظام ولا تفكر في الانتحار.
A42	الاتصال عن طريق الهاتف	دخل A42 إلى المستشفى في **مارس 2014** بعد محاولة انتحارية خطيرة عن طريق الشنق. ويشير أخ المبحوث الذي إتصلنا به في **16 أكتوبر 2015** إلى أن أخيه يعاني من مرض صعب لكنه تمكن من العودة إلى العمل بفضل تناوله لدواء، كما عبر عن خوفه من أن A42 يحاول الانتحار من جديد في حالة توقفه عن تناول دواءه.
A44	الاتصال عن طريق الهاتف	لقد قابلنا المبحوث في **سبتمبر 2014** أثناء دخوله إلى المصلحة بعد قيامه بمحاولة انتحارية، وبعد عشرة أيام من خروجه تقدم المبحوث برفقة أخيه إلى المصلحة حيث تحدث عن صعوباته في النوم برغم من تناوله لدواء، وكما عبر عن عدم رغبته في الحياة وعودة الأفكار الانتحارية، لكن يؤكد أخ المبحوث الذي اتصلنا به في **أكتوبر 2015** أن A44 قد تحسن كثيرا وهو في صدد إنجاز الخدمة الوطنية في ظروف جيدة.
A46	الدخول إلى المستشفى من جديد + الاتصال عن طريق الهاتف	دخل المبحوث إلى المستشفى في **جانفي 2014** نظرا لعدم استقرار حالته المرضية ومواجهته لأفكار انتحارية، وفي **شهر ماي من نفس السنة** وجه من جديد إلى المصلحة من طرف طبيبه المعالج نظرا لتدهور حالته المرضية بسبب توقفه عن العلاج، ويوضح الطبيب في وصفته الطبية ضرورة إدخال A46 (الذي يمر بمرحلة هذيانية وينفي تماما أنه مريض) إلى المستشفى نظرا لخطورة احتمال المرور إلى الفعل، ولم يحدد الطبيب في رسالته طبيعة المرور إلى الفعل (خطورة الاعتداء على الذات أو على الغير). وبقي المبحوث في المستشفى لمدة 18 عشر يوما. **وفي أكتوبر 2015** اتصلنا بوالد المبحوث الذي وضح لنا أن A46 قد تحسن ويعمل ، أما فيما يخص الانتحار فيؤكد الأب أن ابنه متحفض، ولا يتحدث كثيرا مشيرا إلى المحاولة الانتحارية الخطيرة التي قام بها A46 سنة 2003.
A47	الاتصال عن طريق الهاتف	وجه المبحوث إلى المستشفى في **مارس 2015** نظرا لتدهور حالته المرضية ومعاناته من أفكار انتحارية برغم من المتابعة المنتظمة لعلاجه، يذكر عم المبحوث الذي اتصلنا به **في أكتوبر2015** أن هذا الأخير قد تحسن، لا يشكو من عودة الأفكار الانتحارية، لكن يرفض تماما الاتصال مع الآخرين.
A49	الدخول إلى المستشفى من جديد	دخلت المبحوثة إلى المستشفى في **فيفري 2015** نظرا للاضطرابات السلوكية التي تعاني منها ومحاولتها الانتحار برمي نفسها من السقف، ولقد دخلت المبحوثة مرتين إلى المستشفى بعد مقابلتنا لها في إطار دراستنا. المرة الأولى **في أفريل 2015**: حيث تم استقبال المبحوثة في إطار الاستعجالات في جدول عيادي يتميز بعدم الاستقرار النفسي الحركي، محاولة الهروب من المنزل العائلي، قلق شديد واضطراب في النوم،

		إضافة إلى عناصر هذيانية (soliloque). المرة الثانية في **سبتمبر 2015**: دخلت المبحوثة بعد محاولة انتحارية عن طريق شرب الدواء حيث تندرج هذه الأخيرة في إطار حالة من القلق الكثيف، ويشير الطبيب العقلي الذي قابلها إلى قلقها الشديد، تناسق أقوالها مع مزاجها، وخطاب المبحوثة مرتكز على رغبتها في التخلص من قلقها الكثيف حيث تكرر بستمرار:" Hospitalisez-moi, sauvez-moi, j'ai peur de l'angoisse"، ويشير إلى غياب لأي نشاط هذياني أو حسي لدى الحالة. أما الأقارب فقد تحدثوا عن فقدان المبحوثة لاستثمار جسدها ولباسها، الإنعزال والاضطرابات الوظيفية. ويؤكد الطبيب العقلي في الأخير على ضرورة أخذ بعين الاعتبار احتمال قيام الحالة بفعل انتحاري خطير.
B2	الدخول إلى المستشفى من جديد + الاتصال عن طريق الهاتف	قابلنا المبحوث في مارس 2014، دخل فيما بعد إلى المستشفى في أوت 2014 نظرا لعدم استقرار حالته المرضية، وفي أكتوبر 2015 اتصلنا بأمه التي أكدت لنا أن B2 قد تحسن.
B4	الدخول إلى المستشفى من جديد	لقد قمنا بمقابلة المبحوثة في سبتمبر 2014، ودخلت من جديد إلى المستشفى نظرا لعدم استقرار حالتها المرضية، لكن لم نسجل حضور لأي سلوك انتحاري.
B5	الدخول إلى المستشفى من جديد + الاتصال عن طريق الهاتف	دخل المبحوث إلى المستشفى عشرة مرات بسبب عدم استقرار حالته المرضية، وقد قابلناه في ديسمبر 2013، وفي أفريل 2014 دخل إلى المستشفى من جديد حيث نجد الغياب الكلي لأي ملاحظة حول السلوك الانتحاري خلال هذه الفترة، ويذكر أب الحالة الذي اتصلنا به في أكتوبر 2015 أن B5 في حالة جيدة، يتابع علاجه، ويعمل.
B7	الدخول إلى المستشفى من جديد	يعاني المبحوث من اضطراب الفصام البرانوي مما يفسر دخوله إلى المستشفى في ديسمبر 2013، وفي جانفي 2015، أي تقريبا سنتين بعد مقابلته في إطار دراستنا، دخل إلى المصلحة من جديد نظرا لعدم استقرار حالته المرضية، لكن لم نسجل حضور لأي سلوك انتحاري .
B8	الاتصال عن طريق الهاتف	يعاني المبحوث من اضطرابات فصامية مما يفسر دخوله إلى المستشفى لعدة مرات (ثامنية مرات بين سنة 2000 وسنة 2013)، ولقد قمنا بمقابلته في جانفي 2014، واتصلنا بأبيه في أكتوبر 2015 الذي أبلغنا أن B8 في حالة حسنة ويعمل في بعض الأحيان.
B9	الاتصال عن طريق الهاتف	دخل المبحوث إلى المستشفى في جانفي 2014 نظرا لعدم استقرار حالته المرضية المتمثلة في الفصام البرانوي، وقد أبلغنا أخيه الذي اتصلنا به في أكتوبر 2015 أن B9 في تحسن نسبي ولا يعاني من أي

		نشاط انتحاري.
B13	الدخول إلى المستشفى من جديد	دخل المبحوث إلى المستشفى للمرة الثانية (2014) نظرا لعدم استقرار حالته المرضية، وفي جويلية 2015 دخل من جديد لنفس السبب بعد تناوله دواءه بطريقة عشوائية، لكن لم نسجل حضور لأي سلوك انتحاري.
B14	الدخول إلى المستشفى من جديد	تنتمي الحالة إلى تشخيص الاضطراب ذو الاتجاهين، دخل إلى المستشفى للمرة الأولى في ديسمبر 2010، المرة الثانية في فيفري 2014 حيث قابلناه من خلال مشاركته في بحثنا، وللمرة الثالثة في فيفري 2015. ويشير الأطباء العقليين المعالجين خلال كل هذه الفترة إلى العرضية الاكتئابية دون خطر الانتحار كخاصية أساسية لدى المبحوث. وفي سبتمبر 2015 دخل B14 للمرة الرابعة بعد توجيهه من طرف طبيبه الخاص في جدول عيادي يتميز بـ: رفض الغذاء، رفض العلاج وهذا منذ عدة أيام، عرضية اكتئابية والانعزال، وغياب لكل نشاط انتحاري.
B26	الاتصال عن طريق الهاتف	تعاني الحالة من اضطراب الفصام البرانوي حيث دخلت إلى المستشفى في أوات 2014، وفي أكتوبر 2015 اتصلنا بأخيها الذي أبلغنا أن B26 ليست في حالة جيدة، ترفض تناول دوائها ومضطربة من الناحية السلوكية، لكن يؤكد غياب لكل نشاط انتحاري.
B30		لقد تم مقابلة المبحوثة في جانفي 2015، ولقد دخلت إلى المستشفى ثلاث مرات من قبل (بين 2012 و2014) نظرا لاضطرابات الذهانية التي تعاني منها. وكما دخلت إلى المستشفى مرتين بعد مقابلتنا لها.
B39	الدخول إلى المستشفى من جديد	يعاني B39 من اضطرابات ذهانية مما يفسر دخوله إلى المستشفى في فيفري 2015 أين قابلناه في إطار بحثنا، وفي شهر ماي 2015 دخل إلى المصلحة من جديد بسبب عدم استقرار حالته المرضية، لكن لم نسجل حضور لأي سلوك انتحاري.
B40	الدخول إلى المستشفى من جديد	تعاني الحالة من ذهان مزمن تطلب متابعة العلاج السيكاتري والدخول إلى المستشفى لعدة مرات منذ سنوات عديدة، وبعد مقابلتنا لـ B40 في فيفري 2015 دخل من جديد إلى المستشفى في جويلية 2015 نظرا لاضطراب حالته المرضية، لكن لا نجد في ملفه أي ملاحظة متعلقة بالسلوك الانتحاري.
B47	الاتصال عن طريق الهاتف	لقد تم مقابلة المبحوث في أفريل 2015، وفي أكتوبر من نفس السنة أبلغنا أبيه الذي اتصلنا به أن ابنه في حالة حسنة لكن في بعض الأحيان يمر بظروف صعبة مشيرا إلى غياب لكل سلوك انتحاري.

جدول 41. نتائج متابعة 44 حالة انتحارية بعد إجراء اختبار الرورشاخ

نتاشج S-CON	المحاولة الانتحارية				نوع المحاولة الانتحارية		
	N=44	نعم	لا	الجمع	غير خطيرة	خطيرة	الجمع
1. S-CON ≥ 7	15	9 (75%)	6(30%)	15	00	9	9
2. S-CON < 7	29	3 (25%)	26 (70%)	29	1	2	3
الجمع	44	12	32	44			

يبين الجدول 41 أن:

- 12 حالة انتحارية من بين 44 حالة التي تم متابعتها قد قامت بمحاولة انتحارية أخرى بعد إجراء إختبار الرورشاخ.
- 11 حالة من بين الحالات الإثنة عشرة قد قامت بمحاولة انتحارية خطيرة، 9 حالات قد تحصلت على كوكبة انتحارية إيجابية (S-CON ≥ 7)، وحالتين فقط تحصلت على كوكبة انتحارية سلبية (S-CON < 7).
- حالة واحدة من بين الحالات الإثنة عشرة التي قامت بمحاولة انتحارية أخرى بعد إجراء إختبار الرورشاخ قد قامت بمحاولة انتحارية غير خطيرة وكما تحصلت على كوكبة انتحارية سلبية (S-CON = 6).
- 75% من أفراد المجموعة الانتحارية الذين يواجهون احتمال القيام بفعل انتحاري خطير جديد قد تم تشخيصهم بطريقة صحيحة من طرف الكوكبة الانتحارية ذات العتبة 7 أو أكثر.
- حالتين فقط (16%) من بين الحالات التي قامت بمحاولة انتحارية خطيرة بعد إجراء إختبار الرورشاخ لم يتم تشخيصها بطريقة صحيحة (السلبي-المزيف) من طرف الكوكبة الانتحارية.

جدول 42. المقارنة بين المجموعة الانتحارية التي قامت بمحاولة انتحارية أخرى والمجموعة الانتحارية التي لم تقوم بمحاولة انتحارية أخرى باستعمال اختبار Chi-square

نتاشج S-CON	المحاولة الانتحارية				نوع المحاولة الانتحارية			Chi-2	Sig
	N=44	نعم	لا	الجمع	غير خطيرة	خطيرة	الجمع		
1. S-CON ≥ 7	15	9 (75%)	6(30%)	15	00	9	9	12.29	p<.001
2. S-CON < 7	29	3 (25%)	26 (70%)	29	1	2	3		

الجمع	44	12	32	44					

تبين نتائج تطبيق اختبار Chi-Square (الجدول 42) للمقارنة بين المجموعة الانتحارية التي قامت بمحاولة انتحارية أخرى (بعد إجراء اختبار الرورشاخ) والمجموعة الانتحارية التي لم تقوم بمحاولة انتحارية أخرى أن هناك فرق دال (χ^2 (N=44, 1)= 12.29, $p < .001$) بين المجموعتين، بمعنى أخر تتمتع الكوكبة الانتحارية ذات العتبة 7 أو أكثر بقدرة معتبرة في التشخيص والتنبؤ باحتمال القيام بفعل انتحاري خطير.

جدول 43. نتائج متابعة 50 حالة غير انتحارية بعد إجراء اختبار الرورشاخ

نتاشج S-CON	المحاولة الانتحارية				نوع المحاولة الانتحارية		
	N= 50	نعم	لا	الجمع	غير خطيرة	خطيرة	الجمع
1. S-CON ≥ 7	5	00	5(10%)	5	00	00	00
2. S-CON < 7	45	00	45 (90%)	45	00	00	00
الجمع	50	00	50	50	00		

يبين الجدول 43 نتائج متابعة 50 حالة غير انتحارية بعد إجراء اختبار الرورشاخ حيث لم يقوم أي فرد من أفراد هذه المجموعة بسلوك انتحاري خلال مدة المتابعة. ولقد تحصلت خمسة حالات (نسبة الإيجابي-الخاطئ) تنتمي إلى المجموعة غير الانتحارية على كوكبة انتحارية إيجابية (S-CON ≥ 7)، لكن لم نسجل أي محاولة انتحارية ضمن أفراد هذه المجموعة.

جدول 44. المقارنة بين المجموعة الانتحارية التي قامت بمحاولة انتحارية أخرى والمجموعة غير الانتحارية باستعمال اختبار Chi-square

مجموعة المحاولة الانتحارية التي قامت بمحاولة انتحارية أخرى /المجموعة غير الانتحارية						
نتائج S-CON	N=62	نعم	لا	الجمع	Chi-2	Sig
1. S-CON ≥ 7	15	9 (75%)	5(10%)	14	23.38	p<.001
2. S-CON < 7	29	3 (25%)	45 (90%)	48		
الجمع	62	12	50	62		

تبين نتائج تطبيق اختبار Chi-Square (الجدول 44) للمقارنة بين المجموعة الانتحارية التي قامت بمحاولة انتحارية أخرى (بعد إجراء اختبار الرورشاخ) والمجموعة غير الانتحارية أن هناك فرق دال (χ^2 (N=62, 1)= 23.38, p < .001) بين المجموعتين، بمعنى أخر تسمح العتبة 7 أو أكثر للكوكبة الانتحارية بتمييز بين المجموعتين.

جدول 45. المقارنة بين المجموعات الانتحارية حسب متغير عدد المحاولات السابقة، المتغيرات الاجتماعية، المتغيرات العائلية المتغيرات الظرفية ، ونتائج الكوكبة الانتحارية بإستعمال اختبار Anova.

المتغيرات	مجموعة التفكير الانتحاري[a]		مجموعة المحاولة الانتحارية غير الخطيرة[b]		مجموعة المحاولة الانتحارية الخطيرة[c]				
	M	*SD*	*M*	*SD*	*M*	*SD*	*ddl*	*F*	*P*
المحاولات الانتحارية السابقة	0.36	0.67	1.31	0.47	2.76	1.95	2	12.21	.001
المتغيرات الاجتماعية	0.36	0.50	0.18	0.40	0.58	0.50	2	2.99	.06
المتغيرات العائلية	0.27	0.46	0.31	0.47	0.41	0.50	2	0.31	.73
المتغيرات الظرفية	0.54	0.52	0.50	0.51	0.35	0.49	2	0.57	.56
S-CON	6.00	1.34	4.75	1.18	6.29	1.75	2	4.94	.01

[a]n = 11. [b]n = 16. [c]n = 17.

يظهر من خلال الجدول 45 أن متغير عدد المحاولات الانتحارية السابقة (F(2,100)= 12.21, P<.001) ونتيجة الكوكبة الانتحارية (F(2,100)= 12.21, P<.01) نجحت في التمييز من الناحية الإحصائية بين المجموعات الانتحارية الثلاثة، عكس باقي المتغيرات (المتغيرات الاجتماعية، المتغيرات العائلية، والمتغيرات الظرفية). تشير هذه النتائج إلى مدى أهمية متغير عدد المحاولات الانتحارية السابقة ونتيجة الكوكبة الانتحارية في التنبؤ بالسلوك الاتنتحاري ومدى خطورته. وبمعنى أخر، ومن الناحية العملية، يسمح معرفة عدد المحاولات الانتحارية السابقة ونتيجة الكوكبة الانتحارية من الرفع من قدرة المختص العيادي في التنبؤ باحتمال قيام الشخص بفعل انتحاري في المستقبل، والتنبؤ خاصة بمدى خطورة هذا الفعل. في حين يظهر أن المتغيرات الاجتماعية، العائلية، والظرفية لا تتمتع إلا بقدرة ضعيفة في التنبؤ بالقيام بهذا الفعل.

الفصل السادس

دراسة عيادية مفصلة لأربعة حالات

سنقوم في هذا الفصل بعرض وتحليل مفصلين لأربع حالات، تنتمي الحالات الثلاثة الأولى إلى المجموعة الانتحارية وبالتحديد إلى مجموعة الأفراد الذين يواجهون أفكار انتحارية (A.6)، مجموعة المحاولة الانتحارية الخطيرة (A.7، A.17)، أما الحالة الرابعة (B.14) فهي تنتمي إلى المجموعة غير الانتحارية. ونفضل في إطار هذا التحليل المفصل إعطاء اسم كامل للحالات الأربعة على النحو التالي: A.6 (حالة ناصر)، A.7 (حالة صالح)، A.17 (حالة كريم)، B.14 (حالة أمين).

نريد أن نوضح من خلال تحليل هذه الحالات بعض النقاط الأساسية المرتبطة ببعض النتائج التي توصلنا إليها في هذه الدراسة. تبين حالة ناصر العناصر (تناذر اكتئابي، خصائص مرتبطة بتنظيم الشخصية، ضغوطات خارجية، أفكار انتحارية) التي يمكن أن تتدخل وتساهم في هشاشة الإشكالية الانتحارية حيث يسمح الفحص النفسي عن طريق استعمال اختبار الرورشاخ من تقييم احتمال مدى خطورة قيام الحالة بفعل انتحاري في وقت قريب من خلال الوقوف على الخصائص النفسية التي غالبا ما نجدها لدى الأشخاص الذين انتحروا، ويساعد العيادي وصف الخصائص النفسية للحالة عن طريق الرورشاخ في وضع التكفل المناسب سواء على المستوى القريب أو على المستوى البعيد. وتبين حالات صالح وكريم مدى أهمية العتبة 7 أو أكثر في تشخيص احتمال القيام بفعل انتحاري خطير. وفي الأخير توضح حالة أمين، التي تنتمي إلى فئة الإيجابي-الخاطئ، حدود استعمال الكوكبة الانتحارية كمؤشر للخطر الانتحاري.

1- حالة ناصر (A.6) واحتمال المرور إلى الفعل الانتحاري

تقديم الحالة

ناصر تاجر يبلغ من العمر 48 سنة، دخل إلى مصلحة الطب العقلي للمرة الأولى في حالة من الحصر النفسي، وكان يستشير من قبل طبيب الأمراض العصبية نظرا للاضطرابات السوماتية وأزمات القلق التي يعاني منها؛ يتحدث ناصر عن صراعات كبيرة مع عائلته منذ عدة أشهر خاصة مع زوجته وابنته البالغة من العمر 21 سنة. كان ناصر منفعلا جدا إلى درجة البكاء عندما تحدث لنا عن أسباب الصراعات العائلية حيث أكد أن المشاكل قد بدأت يوم اكتشافه "لتصرفات السيئة" التي تقوم بها ابنته: «في أحد الأيام صدفتها عارية مع رجل » مما دفعه إلى معاقبتها بشدة. ويضيف المبحوث أن بسبب هذا الحادث حبس لمدة عشرين يوما في السجن بعدما قدمت ابنته، بمساعدة أمها، بشكوة قضائية ضده؛ وبعد خروجه من السجن (حرية مؤقتة) وجد ناصر منزله فارغ حيث رحلت الزوجة مع أولادها (الابنة وولدين) للعيش في منزل ورثته من أبيها؛ طلب ناصر من زوجته الرجوع إلى المنزل لكنها رفضت وطالبت منه الطلاق، ونشرت ابنته – حسب أقوال ناصر- مقال صحفي تصفه فيه بالمجرم.

وأثرت هذه الأحداث بشكل سلبي على ناصر لدرجة عدم قدرته على سياقة السيارة لذلك اتصل لعدة مرات بصديق له من أجل مرافقته؛ أمام هذا الوضع ونظرا لحالة ناصر المتدهورة قرر صديقه مرافقته عند الطبيب الذي وجهه بدوره إلى مصلحة الطب العقلي. عبر لنا ناصر أثناء مقابلته عن أفكار انتحارية موضحا: « تتعلق قضيتي بالكرامة و لا أجد سبب للبقاء في هذه الحياة ».

تم إجراء اختبار الرورشاخ عشرة أيام بعد دخول ناصر إلى المصلحة، نقدم فيما يلي معطيات بروتوكوله (النص الخطابي، مقطع تنقيط الأجوبة، الملخص الشكلي) والتحليل المفصل للبروتوكول حسب المراحل التي يحددها برنامج CHESSSS: إدراك العلاقات ← إدراك الذات ← قدرات التحكّم و التحمّل للضغط ← الانفعالات ← علاج المعلومة ← الوساطة المعرفية ← التفكير، وبطبيعة الحال قبل الشروع في تحليل هذه المجموعات يجب التطرق أولا إلى الكوكبة الانتحارية (S-CON) نظرا لقيمتها الإيجابية وننهي دراسة الحالة بمناقشة عامة وخلاصة.

بروتوكول الرورشاخ لحالة ناصر

Réponse	Enquête
PLI (oussinqara dacu delmaanayness..lmaanayness ouaalimqara .. neki ouqriqara.) 1- Thezmret adinith elhadj thetaich gelebhar mais ouaalimqara exact dacut.. thayi thetmchavah ameken delhadja thessaa erouh. ∨ ∧ Aka thetmaga elhadjayi ? (E : aken thvqit) 2- Machi dadrar .. naq d les rochers ?	E : [Lit la réponse du sujet] S : Ouayi ameken daqmouchiss .. ouayi dachiouen, oueyi chgel iferiouniss, daya. E: Thessaa erouh? S: Ameken elhadja thetaaich gelbhar, aqmouchiss (Dd 22), thiqmassis (D1). E : [Lit la réponse du sujet] S : Tssma amaken youli ouayeth iter, amaken d les rochers.
PL II ∨ ∧ kif kif ounissinara lehouaydjai, oueyeni iouin iqran… ouwalaq zyess kra. (E : rouh kan thssaait eloueqth)	E : [Lit la réponse du sujet] S : Ma etrouhet ouahi Cape Carbone atafet

3- Ouiyina (montre le DS5) itchavahass ilgar... oualaq aka ekab carbone.. mais outhefhimqra mlih … elhhet oualimagara dachuth … agdiniq delmarssa andi idkchmen lvouaouer, oualimagara, daya izmreq agdiniq zyess. (dépose la planche)	youen elgar akamayi, itkchavah. E : Ougachu ? S : Rouheq qrdin, glafaçon nssen, lgaren imoug aka, idrem.
PLIII 4- Thayi delhadja amaken ssin laavad vqan adrfden lhadjayi, itissal yarassen, daya ifehmeq ∨ > ∧ lehouydjayi agdiniq gmi idchfiq jamais zriqthent.	E : [Lit la réponse du sujet] S : Ouayi ouahi douayi, atha iqdjarnenssen, ahna ifessnenssen, ahna idmarnenssen. E : Vqan adrefden elhadja ? S : chgoul vqan adrefdn elhadja naq adhkadmen elhadja .. ouzmirqara agdiniq à peu prés ma delahram naq delahla..agdiniq kan aka.
PLIV ∨ ∧ 5- Ameken itkchavah ilvaz. 6- Naq itchavah lhadja itiichen gelvhar, outessinqara..dessardine inessen kan	E : [Lit la réponse du sujet] S : Aalahssav dayini..aqamoumiss dayi itchavah qlvaz. E : [Lit la réponse du sujet] S : Aalahssav ouayini, tssma Aalahssav wayini (D1), issaa thina chouachou ithdjbed aman.
PLV ∨ ∧ 7- Thayi ouchfiqara fyissmiss..thina itdoun aken laacha..nkni neqarass aytit iyit.	E : [Lit la réponse du sujet] S : Dayi ouahi difariouniss... Aalahssav

8- elhadja anatan thzmret adinit delfaracha parce que aqarouyiss demeqran.	iqadjarniss. E : [Lit la réponse du sujet] S : thetchavah qelfaracha puisque thessaa iferiouen kmlithen.
PLVI ∨ ∧ oualah mazmreq agdiniq < thayi oufhimeq zyess ouma dazouh, oualah mazmreq agdiniq ouma delhadja zeyssen. ∧ 9- Thssaa la façon elhadja issaan erouh, thezmret adinith dechdjra . > 10- Thezmret adinith dadrar, outhssaara la façon à 100%.	E : [Lit la réponse du sujet] S : Thayi akayani thetbaned dechdjra Aqchouriss.. chedjra ouvelout aka, ouayi (D4) ouahi douayi tchavah lqchour ouvelout. E : Ougachou ithetmchavah elqchour ouvelout ? S : Issâ les trous akayi, leqchour ouvelout Issâ les trous akayi. E : [Lit la réponse du sujet] S : Ouayi idefqn aka itmchavah rourichi .. tssma ihouzed imaniss aka youli, loukan dakal oudithizara imaniss aka, loukan plat.
PLVII 11- Itchavah qelqaa (D2, D4), ouayi chgoul ouaman (DS7), naq daroche zdakhal ouaman, lhadja gessnathayi.	E : [Lit la réponse du sujet] S : Thetmchavah akal..tssma plat igla..nssfayi daman..issaâ chgoul tharga ouaman dayi (D6). E : Ougachou itmechavahen aouaman ? S : Venan beli damen thdoun aka, naq aka..tvinend daman.

PLVIII 12- Thayi ditimssah naq d la crocodile. 13- Ouayi chgoul nourichi 14- Naq nchdjra	E : [Lit la réponse du sujet] S : Issaâ rvaâ iqdjaren, athayi oudmiss, ouayi delkouriss,ouayi kif kif. E : [Lit la réponse du sujet] S : Ouayi dazegzaou, izmer adyili dadrar. E : Ougachou igtmchavah qoudrar ? S : elhadja tzgzaouth. E : [Lit la réponse du sujet] S : Chedjra, weyi zmren adilin lchtout. E : Ougachou igtmchavah qchedjra ? S : elhadja tzgzaouth.
PLIX 15- Ouayi itvan delaâvd.. ikhdm aka (geste de sa main), ssin ifassen akayi 5 itoudan (Dd21) zmreq agdiniq ouayi dedouahkliss (D6), thayi chgoul delkharita.	E : [Lit la réponse du sujet] S : Atha youen oufouss (Dd 21) ikhdem aka (geste), youen oufouss ikhdem aka, oukssar delkour, athen elaâmoud elfiqari (dans le Dd 35), ouayi chgoul ivta en deux, thayi (D1) thetchavah qelkharita itfit gfassniss . E : Ougachou igtmchavah qelkharita? S : Ifkayid kan ouqarouyiou.
PLX ∨ ∧ ouayi oufhimqara azouh zyess, machi delhouayedj issneq, loukan delaâbd igqran.. niki gelaâmerth kchmeq alikoul..nssouâdik kan ouma machi delhadja issneq, oufhimqara azouh zyess ∨ ∧	

∨ ∨ 16- Tha thtchavah eldjetha nbnadem thefreq fssin.	E : [Lit la réponse du sujet] S : Ouayi ameken delaâmoud elfiqari (D14), thayi chgoul eldjatha nbnadem, aalahssav ouayi (D9) tchavah amess laâvd.

مقطع تنقيط الأجوبة لحالة ناصر

Card	N°	Loc & DQ	Loc N°	Determinants	FQ	(2)	Contents	P	Z	Special scores	GHR PHR	Z=
I	1	Wo		F	o		A		ZW			1
	2	Dv	2	F	u		Ls					
II	3	DSo	5	VF	o		Ls			PER		
III	4	D+	1	Mp	o	2	H,Id	P	ZA	COP	GHR	3
IV	5	Do	3	F	-		Ad					
	6	Wo		F	o		A		ZW			2
V	7	Wo		F	o		A	P	ZW			1
	8	Wo		F	o		A	P	ZW	PSV		1
VI	9	Wo		FV	u		Bt		ZW			2,5
	10	Dv	1	F	u		Ls					
VII	11	WSv/+		VF.m'p.C'	u		Na		ZS			4
VIII	12	Do	1	F	o	2	A	P		INC		
	13	Dv	8	CF	o		Ls					
IX	14	D+	6	Mp	-		Hd,An,Ge		ZA		PHR	2,5
X	15	DdSo	22	F	-		Hd,An		ZS		PHR	6

الملخص الشكلي لحالة ناصر

Compute for Scoring					
R = 15	L = 1,50	F% = 0,60			
Age: 48					
EB = 2 : 1	EA = 3	EBper = 2,0	Step 1) Adj D	Immature	
eb = 1 : 4	es = 5	D = 0	Step 2) EA	cf. Step 4	
EB: NA, avoidant	Adj es = 5	Adj D = 0	Step 3) EB &L	Invalid EA	
FM = 0	SumC'= 1	SumT= 0	Step 4) Adj es	Abandon	
m = 1	SumV= 3	SumY= 0			
EBt (XP) EBt = -0,33					

S-CON = 8			
Positive			
Styles	State	Patho. P.	Const°
avoidant			PTI=0
			DEPI=6*
EB: NA,	CDI>3	DEPI&CDI	CDI=5*
Passive		DEPI>5	HVI: ns.
			OBS: ns.

DEPI & CDI : RELATIONS -> SELF -> CONTROLS -> AFFECT -> PROCESSING -> MEDIATION -> IDEATION

Affect	EB: NA, avoidant DEPI CDI		
eb = 1 : 4	Discomfort		
S.Criticism			
Afr = 0,36	Afr : EB : Age		
PC% = 0,27	E.avoidance (cf. C':C & intell°)		
ΣC':WΣC = 1:1			
intel 0	0		
CP = 0			
FC:CF+C = 0:1	E.impulsiveness (1/5)		
Pure C = 0			
S = 3	lateS = 2		
Blends/R = 1:15	Bld% 0,07		
StressBld = 0			
Adj Blend = 1:15	AdjBld% 0,07		
3xBld = 1			
>3xBld = 0			
Col-Shd Bld = 0			
Shd Bld = 1			
Blend : EB : L	Adj Blend : EB : L		
low	low		
3xBld % & >3xBld			
unusual complexity			
cf. ressources, controls & modulation			
Col-Shd Bld : EB	Shd Bld		
	***		

Processing			
PSV = 1	Attention difficulty (1/2)	attention	
DQv 1st = 1	C. Impuls. OR Attention diff.		
Zd = -4,5	underincorporative	scanning	
Dd = 1			
Zf = 9	medium	efforts	
W/D = 6:8	ecomonical	easy:6:6	
DQ+ = 2	low	quality	
DQv,v/+ = 4	failures	.	
W/M = 6:2	Positive	objectives	
Step3: Loc Sequence (XP), Incoherent Loc Index, ILI = 0			

Mediation	
XA% =	0,80
WDA% =	0,86
X-% =	0,20
S- =	1
P =	4
X+% =	0,53
Xu% =	0,27
Stp3a FQ- Homogeneity (3)	
3.1stC-	0
BC-	1/3
CC-	2/3
RC-	0
PC-	2/3
S-	1/3
Dd-	1/3
M-	1/3
FMm-	0
Color-	0
Shd-	0
F-	2/3
AnXySxBl-	2/3
Hcont-	2/3

Coding Validity			
AGE	Cards	N°	
Loc&DQ			
DET			
FQ			
CONT			
Z score			
SpSc			

Relations		(Perception)
COP =	1	positive
AG =	0	
GHR:PHR =	1 : 2	
a:p =	0 : 3	Passive
Food =	0	
SumT =	0	
H Cont. =	3	
Pure H =	1	
PER =	1	
Isol° Indx =	0,53	isolated

Ideation	EB: NA, avoidant		
EBper = 2,0			
a/p = 0 : 3	NA	Sum6= 1	
HVI		Lvl2 = 0	
OBS		Wsum6 2	
MOR=0		WSum6 : Age	
m=1			
FM=0	hasty needs satisfaction	no problem	
Ma/Mp = 0 : 2	Snow White S.	M- = 1	
Intel° = 0	0	Mnone 0	

H Cont:R:EB (Interest)	medium
Hpur:R:EB (comp°)	NA

Self			
EGO =	0,13	EGO : Age:	low
Fr+rF =	0		
SumV =	3	Self Criticism	
FD =	0		
An+Xy =	2		
MOR =	0		
H:(H)+Hd+(Hd) =	1:2	Self R°	NA
Step 7b :Human content responses quality (XP)			
Generally Positive Features, GPF		Sum=14	μ=4,7
Generally Negative Features,GNF		Sum=5	μ=1,7

تحليل بروتوكول حالة ناصر

الكوكبة الانتحارية (S-CON)

جدول 46. نتائج الكوكبة الانتحارية لحالة ناصر

SumV+FD>2	X
col-shd blends>0	
ego <0.31 ou >0.44	X
mor>3	
Zd>3,5 ou <-3,5	X
es>EA	X
CF+C>FC	X
X+%<0,70	X
S>3	
P<3 OU P>8	
PURE H<2	X
R<17	X
S-CON = 8	

تتمثل الخطوة الأولى في تحليل بروتوكول الرورشاخ في إطار النظام الإدماجي في فحص الكوكبة الانتحارية (S-CON) لأن قيمتها الإيجابية تشير إلى وجود احتمال خطر المرور إلى الفعل الانتحاري لدى

الحالة المعنية، مما يستوجب من العيادي أخذ الإجراءات الإستعجالية اللازمة قبل الشروع في التحليل الكامل للبروتوكول، لذلك في حالة ناصر قمنا بالاتصال بطبيبه العقلي المعالج وإخباره بنتيجة الكوكبة مع العلم أن هذا الأخير قد أشار إلى أهمية خطر المرور إلى الفعل الانتحاري أثناء فحصه الإكلينيكي للحالة.

إدراك العلاقات. يظهر أن قدرات ناصر العلائقية محدودة، يمكن له مواجهة صعوبات كبيرة في تعامله مع المحيط خاصة في قطاع العلاقات ما بين الأشخاص مما قد يؤدي إلى عدم تقبله من طرف الآخرين؛ غالبا ما يتميز هذا النوع من الأشخاص بعدم الرضا في حياتهم والشعور بالغموض وعدم القدرة من الناحية العلائقية مما يفسر مرورهم بأزمات اكتئابية التي تأتي كإجابة للفشل العلائقي (المرحلة 1). ويفضل ناصر، بشكل عام، الاحتفاظ بدور خامل في الوضعيات العلائقية مما قد يدفعه إلى تجنب مسؤولية أخذ القرار وبالتالي إلى عدم البحث عن الحلول للمشاكل ورفض تبني تصرفات جديدة (المرحلة 3)؛ ولا تقل أهمية اهتمام ناصر بالآخرين عن باقي أفراد المجتمع العام، لكن من المحتمل أنه لا يفهم الآخرين بشكل مناسب، وبالتالي يمكن لهذا الأخير الميل إلى سوء فهم الآخرين وتفسير أفعالهم بطريقة خاطئة (المرحلة 6). يمكن لهذه الخصائص التي ذكرناها أن تدفع بالمبحوث إلى تبني تصرفات أقل تكيفا مما ننتظره في علاقاته مع الآخرين (المرحلة 7)؛ ويميل ناصر إلى المبادرة في خلق تفاعلات إيجابية مما يترجم اهتمامه في المشاركة في هذه التفاعلات (المرحلة 8)، لكن تتميز طرق تفاعله بغياب لاتصال جيد مع الآخرين نظرا لانعزاله الاجتماعي والفقر في العلاقات المرضية (المرحلة 8).

إدراك الذات. يميل المبحوث إلى تقييم ذاته بشكل سلبي وإلى سوء تقدير ذاته عندما يقارن نفسه مع الآخرين، مما يمثل في أغلب الأحيان مؤشر للوقوع في الاكتئاب (المرحلة 3)، ولقد سجلنا حضور عند ناصر لسلوك تفتيش الذات بطريقة غير عادية أي التركيز على إدراك لخصائص سلبية تمنحه انفعالات مؤلمة، يمكن إدراج هذا السلوك في سياق الصعوبات التي يواجهها المبحوث كما ذكرناه سابقا، لكن مهما كان السبب يجب الإشارة إلى التركيز الكبير للمبحوث على ذاته (المرحلة 4)، مما يفسر أيضا القلق الجسدي الشديد الذي يعاني منه (المرحلة 5). تقوم صورة الذات خاصة على انطباعات خيالية أو على التحولات التي يحدثها المبحوث في التجربة الواقعية، عادة ما يتميز هذا النوع من الأشخاص بعدم النضج بتصورات مزيفة حول ذاتهم وبصورة ذاتية غامضة، لذلك يمكن لهذا النقص في درجة الوعي بالذات أن يؤثر سلبيا على أخذ القرار وحل المشاكل، ويمهد لصعوبات في قطاع العلاقات (المرحلة 7a، 7b). تترجم الأجوبة 14 و15 ذات الخاصية الشكلية السلبية صورة ذاتية متدهورة يرافقها قلق جسدي معتبر (المرحلة 8).

قدرات التحكّم و التحمّل للضغط. لا تسمح المعطيات المتوفرة في هذه المجموعة من وضع فرضيات حول قدرات التحكّم و التحمّل للضغط عند المبحوث لذلك نتخلى عن هذه المجموعة.

الانفعالات. تشير النتائج منذ الوهلة الأولى إلى وجود اضطراب انفعالي لدى المبحوث، لكن يجب الإشارة إلى أن الاضطراب الانفعالي هو اضطراب ثانوي مرتبط بصعوبة كبيرة في خلق والحفاظ على علاقات حقيقية ومرضية مع الأشخاص الأخرين (المرحلة 1). يتمتع ناصر بأسلوب إدراكي تجنبي – مزدوج مما يفسر ميله الكبير إلى تبسيط الوضعيات المعقدة والغامضة من خلال تجهلها أو نفيها، لذلك من المحتمل جدا أن استعمال من طرف المبحوث هذا التناول لإيجاد الحلول وأخذ القرارات غير منسجم، وقد يؤثر أيضا هذا النقص في الانسجام على الطريقة التي يتعامل بها مع انفعالاته، بمعنى أخر يمكن للمبحوث أحيانا التحكم في هذه الأخيرة بشدة وفي أحيان أخرى لا يمكن له، في وضعيات مماثلة، التحكم فيها بشكل مناسب (المرحلة 2)؛ ويمكن الحديث عن أزمة نفسية عند المبحوث مرتبطة بسوء تقديره لذات (المرحلة 4). ويميل ناصر إلى تجنب المثيرات الانفعالية، فهو من الأشخاص الذين يتميزون عادة بعدم الارتياح في الوضعيات الانفعالية وبالتالي يميلون إلى التجنب والانعزال من الناحية الاجتماعية (المرحلة 6)، ولا يهتم بالتحكم في التعبير عن انفعالاته كأغلبية الأشخاص الراشدين لأنه يمكن أن يعبر عنها بشدة وبطريقة مباشرة (المرحلة 9). يتميز ناصر بميول نحو المعارضة اتجاه المحيط، برغم أن هذه الميول لا تمثل خلل لكن بإمكانها إعاقته في إقامة علاقات اجتماعية متزنة (المرحلة 11). وفي الأخير، يتميز السير النفسي للحالة بأقل تعقيدا لكون هذا النوع من التنظيم النفسي يتميز بنوع من عدم النضج والفقر، عادة ما يظهر الأفراد الذين ينتمون إلى هذا النوع من التنظيمات اضطرابات في السلوك عندما يواجهون مواقف انفعالية معقدة (المرحلة 12).

علاج المعلومة. يظهر المبحوث متحفظ وحذر (المرحلة 1)، واقتصادي جدا في علاجه للمعلومة (المرحلة 2)، عادة ما يتم علاج المعلومة من طرفه بطريقة منتظمة وواضحة (المرحلة 3)، لكنه يحاول بذل مجهودات كبيرة لتحقيق العديد من الأشياء الخارجة عن طاقته وقدراته الحالية، ويرتفع احتمال عدم نجاح المبحوث في تحقيق الأهداف التي يسعى إليها في حالة سيطرة هذه الخاصية على تصرفاته في الحياة اليومية، وغالبا ما يؤدي هذا النوع من الفشل إلى تجارب الإحباط (المرحلة 4). يقوم المبحوث في هذا السياق بفرز المعلومة بطريقة فوضوية (sous-incorporatrice) وسريعة مع الإهمال في غالب الأحيان لعناصر هامة في حقل المثيرات (المرحلة 5)، وكما يصعب على ناصر في بعض الأحيان تحويل انتباهه إلى أشياء أخري مما يقلل من فعاليته في عملية علاج المعلومة (المرحلة 6). وغالبا ما يتميز علاج المعلومة بنوعية غير ملائمة خاصة في الوضعيات المعقدة (المرحلة 7). يشعر ناصر بالغموض، عدم الرضا والإحباط ويعاني من صعوبات في الاحتفاظ بصورة في ذاكرته القصيرة المدى (المرحلة 8).

الوساطة المعرفية. تبقى الوساطة المعرفية بشكل عام ملائمة مع المواقف أي وبمعنى أخر يحتفظ المبحوث بعلاقة ملائمة مع الواقع (المرحلة 1)، لكن سجلنا خلل مؤقت في توظيف الوساطة المعرفية

الذي يمكن ربطه مباشرة بالخصائص الانفعالية للمبحوث أي بتدخل الانفعالات السلبية (المرحلة 3) وكما يعود الخلل في توظيف الوساطة المعرفية إلى اهتمام خاص فيما يخص صورة الذات (المرحلة 3a المرحلة 3b). يمكن للمبحوث الاستجابة بطريقة مقبولة في المواقف العامة (المرحلة 4)، لكن قد تدفعه الصراعات مع المحيط إلى إنتاج لقرارات لا تأخذ بعين الاعتبار المتطلبات الاجتماعية (المرحلة 6).

التفكير. يتمتع ناصر كما ذكرناه سابقا بأسلوب إدراكي تجنبي – مزدوج مما قد يعرضه إلى التفكير بطريقة غير ملائمة وإلى تكرار الحوادث التي لا يتحكم فيها بانفعالاته بشكل فعال (المرحلة 1). نظرا لأسلوب التجنب يمكن للمبحوث الاستجابة للمواقف بطريقة سريعة وعشوائية بهدف خفض من الاستثارات التي تحدثها الأفكار الجانبية، يمكن لهذه الطريقة أن تكون فعالة في إطار الاحتفاظ بتوازن الشخص، لكنها يمكن أيضا أن تلعب دورا سلبيا لأن إنتاج الاستجابات السريعة يتم عادة دون تفكير وتعتبر فعاليتها محدودة جدا على المدى الطويل (المرحلة 5). يمكن للمبحوث اللجوء إلى الهومات بهدف تجنب مسؤولية أخذ القرارات أثناء مواجهة مواقف مؤلمة (المرحلة 6). يؤثر اهتمام المبحوث بخصائصه الذاتية السلبية على الوساطة المعرفية وعلى نوعية تفكيره (المرحلة 10).

المناقشة العامة وخلاصة حالة ناصر

ناصر هو شخص يتمتع بقدرات علائقية محدودة مما يعرضه إلى احتمال مواجهة صعوبات في علاقاته مع الآخرين وبالتالي احتمال عدم تقبله وحتى رفضه من طرفهم، فلقد تبين لنا أثناء عرض بعض العناصر المرتبطة بتاريخ الشخصي للحالة مدى الصعوبات العلائقية التي تواجهها خاصة مع أفراد عائلتها. كما يرتبط عدم قدرة المبحوث على إقامة علاقات مرضية بميله إلى تفتيش الذات بطريقة غير عادية والتركيز على إدراك لخصائص الذات السلبية مما يؤدي إلى شعوره بانفعالات مؤلمة ويمهد إلى الوقوع في الاكتئاب. لذلك نظن أن الاضطراب الانفعالي الذي يعاني منه ناصر هو اضطراب ثانوي ناتج عن صعوباته الكبيرة في خلق وإقامة علاقات حقيقية ومرضية.

يعتمد ناصر في أغلب الأحيان على التحفظ، الحذر والاقتصاد أثناء علاجه للمعلومة لكنه يفرض على نفسه ضرورة إنجاز بعض الأشياء غير الواقعية لأنها خارجة عن طاقاته وتتعدى قدراته الحالية مما يعرضه إلى تجارب الإحباط خاصة ونحن نعرف أن علاج المعلومة عادة ما يتم أيضا بشكل فوضوي وسريع. يحتفظ ناصر بعلاقة ملائمة مع الواقع برغم من وجود خلل في توظيف الوساطة المعرفية الذي يعود أساسا إلى الخصائص الانفعالية وخصائص صورة الذات؛ وتساهم بعض خصائص التفكير غير الملائمة في عدم تحكم المبحوث في بعض الانفعالات مما يفسر لجوءه في بعض الأحيان إلى الهومات كوسيلة لتجنب مسؤولية أخذ القرارات.

ولا يجب إهمال بعض الخصائص الإيجابية التي قد تنتمي إلى نقاط القوة التي يتمتع بها السير النفسي للمبحوث: الاهتمام بالآخرين والميل نحو المبادرة في خلق تفاعلات إيجابية، الميل إلى تبسيط الوضعيات المعقدة. عادة ما يتحدث العيادي عن هذه العناصر الإيجابية أثناء التفكير في العلاج. نعود الأن إلى الكوكبة الانتحاربة (موضوع دراستنا) التي تمثل كما يشير إليه Exner (2003) «علم أحمر » يدل على أن الشخص المعني يتميز بعدد كبير من الخصائص التي يتميز بها الأشخاص الذين انتحروا في وقت قصير بعد إجراء الاختبار مما يمثل إنذار جدي يدعو إلى تفحص احتمال وجود أفكار الاعتداء على الذات بأقصى سرعة ممكنة.

لقد عبر ناصر عن أفكاره الانتحارية بشكل واضح وتندرج هذه الأخيرة إلى جانب التناذر الاكتئابي ضمن الأسباب الرئيسية لدخوله إلى مصلحة الطب العقلي وقد أشار الطبيب العقلي المعالج إلى أهمية خطر المرور إلى الفعل الانتحاري لدى الحالة. لا يقتصر فقط أهمية فحص الخطر الانتحاري باستعمال اختبار الرورشاخ على دور الكوكبة الانتحارية في لفت الانتباه إلى حقيقة احتمال خطر المرور إلى الفعل الانتحاري الذي تواجهه الحالة وإنما قد يساعد أيضا العيادي على فهم العلاقة بين ديناميكية الصيرورة الانتحارية للفرد ومتغيرات السياق الخارجي.

إذا رجعنا خطوات إلى الوراء إلى الفصل النظري حول الانتحار سنلتقي بهذه الفقرة (ص.62): لقد شخص Lafleur وSéguin عام 2008 الأزمة الانتحارية في أربعة جوانب رئيسية: عندما يغزو الألم النفسي القدرات التكيفية للفرد، عندما لا يمكن حل المشاكل عن طريق الوسائل المعتادة، عندما يعيش الفرد فترة من الانحلال والضيق، عندما ينقطع الفرد عن ارتباطاته القاعدية (صورة الذات، العائلة الثقافة، الدين، العقيدة...) (Brandibas & Séguin, 2007). تترجم هذه الجوانب الأربعة المكونة للأزمة الانتحارية العديد من العناصر التي التقينا بها أثناء عرض حالة ناصر وتحليل بروتوكوله الرورشاخ؛ إن فحص معطيات الكوكبة الانتحارية للحالة يبين حضور العديد من المتغيرات التي تشير إلى حالة تمهيدية (état prodromique) إلى الانتحار (Andronikof, 2005):SumV+FD>2 تعتبر الأجوبة Vista من مؤشرات الانتحار التي لفتت انتباه العديد من المؤلفين في تاريخ الرورشاخ حيث تم تفسيرها من الناحية النظرية تقريبا بنفس الطريقة من طرف المؤلفين الكلاسيكيين (Blatt & Ritzler, 1974 ؛ Rierdan, Lang et Eddy, 1978) أو الحاليين (Andronikof, 2005؛ Exner, 1995) كخلل في العلاقة مع الذات الاشمئزاز من الذات، الميل نحو استبطان الذات بشكل مؤلم (tendency toward painful introspection)، الشعور بالإهانة (sentiment d'indignité) والمثلنة السلبية للذات؛ يشير المتغير ego <0.31 ou >0.44 إلى النقص في الثقة بنفس والشعور بعدم الأمن؛ PURE H<2 يشير إلى صيرورة فك الارتباط بالكائن الإنساني وانفصال الفرد عن الآخرين؛ Zd > +3,5 ou < -3,5 يدل على تحليل فوضوي للمعلومة ؛ es > EA يترجم عدم الرضا

الداخلي وضغط يتجاوز قدرات الشخص، التهديد بالفيضان؛ CF + C > FC يشير إلى انخفاض قدرات التحكم الانفعالي؛ X+% < 0,70 يدل على فقدان معنى الواقع ومعنى الاتفاقيات؛ R < 17 يشير إلى فقدان الشهوة في العيش بين الأفراد (Exner & Wylie, 1977 ; Exner, 1995 ; Andronikof, 2005).

يمكن إعادة بناء صيرورة الحالة التمهيدية إلى الانتحار عند المبحوث اعتمادا على معطيات تاريخه الشخصي واختبار الرورشاخ على النحو التالي: يتعلق الأمر بحالة نفسية قد يعود مصدرها إلى وجود شعور مزمن بعدم الرضا مرتبط بعدم القدرة في المجال العلائقي مما يفسر بدورة مشاعر الاشمئزاز من الذات، عدم الشعور بالأمن الداخلي، ونقص الثقة في النفس. برغم من احتفاظ المبحوث بعلاقة ملائمة مع الواقع يمكننا التفكير في أن عدم اهتمامه بالعلاقات الاجتماعية قد يمثل بداية لصيرورة فك الارتباط بالكائن الإنساني والانفصال عن الآخرين التي غالبا ما نجدها عند الأشخاص الذين انتحروا، ويمثل كل من الإفراط في الضغط أو العنف الداخلي والخلل العام في قدراته في التحكم عناصر من الهشاشة في الصيرورة الانتحارية. ويأتي حادث خارجي يعتبر كعامل خطر هام جدا في الانتحار أي الإهانة العمومية (humiliation publique) أو الخوف من إهانة عمومية لا مفر منا (Shea, 2008)، بسبب سلوك ابنته ليدخل بقوة في صدى مع خصائص ديناميكية السير النفسي للحالة. يرى Shea (2008) أن بعض حالات الانتحار ترجع إلى فقدان احترام أو تقدير المجتمع العام حيث يزداد خطر المرور إلى الفعل الانتحاري بازدياد شكوك الشخص بعدم استرجاع الاحترام والتقدير المفقودين، يمكننا فهم بعض أقوال ناصر في هذا الإطار عندما أكد لنا أنه غير قادر على الذهاب إلى القرية خوفا من نظرة الآخرين إليه. لقد أشار Freud (2002/1915) إلى أهمية الجرح النرجسي الناتج عن مواقف الإهانة وخيبة الأمل في صيرورة السوداوية؛ ويواجه الأشخاص الذين يتميزون بالهشاشة النرجسية خطر المرور إلى الفعل الانتحاري خاصة في السياق الاندفاعي، ويمكن لشخص الذي يواجه إهانة غير محتملة الإقدام على الانتحار حتى في حالة غياب لأي اضطراب سيكاتري، لذلك من المهم جدا أثناء تقييم الخطر الانتحاري أخذ بعين الاعتبار درجة الجرح النرجسي ونوعية النرجسية (سليمة أو مضطربة) (Secret-Bobolakis & Allilaire, 2007).

وفي الأخير، إن تقييم خطر المرور إلى الفعل الانتحاري باستعمال اختبار الرورشاخ النظام الإدماجي يسمح للعيادي معرفة بالتحديد حالة الشخص الانتحاري ويساعده في فهم التعقيد الذي يميز العالم الداخلي للمفحوص الذي يتهيأ للانتحار. وتتدخل عند بعض الحالات التي تواجه خطر انتحاري مرتفع ، على غرار حالة ناصر، العوامل الداخلية (النفسية) والعوامل الخارجية المكونة لسببية الانتحارية. تشير بعض المعطيات الإيبديميولوجية إلى أن أقل من واحد بالمائة فقط من الأفراد الذين يعبرون عن أفكار انتحارية يموتون عن طريق الانتحار، يمكن لرورشاخ النظام الإدماجي ،في إطار تقييم الخطر الانتحاري لدى

الأفراد الذين يواجهون أفكار انتحارية، أن يساهم بشكل فعال في تشخيص الأفراد الذين يواجهون حقا خطر مداهم للمرور إلى الفعل الانتحاري.

2- حالة صالح (A.7) واحتمال إعادة الفعل الانتحاري الخطير

تقديم الحالة

يتعلق الأمر بالحالة A.7 البالغة من العمر 46 سنة، صالح متزوج وأب للطفلين (طفل يبلغ من العمر 17 سنة وبنت تبلغ من العمر 15 سنة)، مستواه الدراسي السنة السادسة ابتدائي ويعمل كمزارع، وقد دخل إلى مصلحة الطب العقلي للمرة الأولى لمدة 23 يوما بعد أن قام بمحاولة انتحارية خطيرة عن طريق حادث مرور معتمد؛ كما قام من قبل بعدة محاولات انتحارية (عن طريق الشنق، محاولة رمي نفسه في بحيرة، عن طريق شرب الدواء) مما دفعه إلى استشارة لطبيب عقلي وتناول مضادات - الاكتئاب منذ سنة 2009. تندرج جميع هذه المحاولات الانتحارية في سياق مشاكل عائلية مرتبطة بالميراث.

بدأ صالح العمل مع أفراد العائلة منذ سن الرابعة عشر، وفي سن العشرين أدى واجب الخدمة الوطنية ليتزوج في سن 25 سنة. فقد الزوجين ثمانية أطفال، ماتوا مباشرة بعد ولادتهم، مما أثر كثير على حالة صالح لكن هذا لم يمنعه من مواصلة حياته والخضوع حسب أقواله "للإرادة الإلهية".

يري صالح أن والديه الحقيقيين هما جده وجدته لأنه في صراع دائم مع أبيه وأمه، فلقد كان يعمل ويعيش مع جده منذ سن السادسة وكان قريبا جدا منه لذلك شعر بحزن كبير بعد وفاة هذا الأخير عام 2006. لكن بعد هذا التاريخ بدأت الصراعات الكبيرة تظهر في عائلته بسبب مشاكل في الميراث وتوزيع ثروات العائلة. يبلغ أب المبحوث 69 سنة وقد شارك في حرب التحرير، ويعتبر نفسه الركيزة الأساسية للعائلة ومصدر ثروتها، ويصرح صالح بأنه لم يتفاهم أبدا مع أبيه الذي كان دائما قاسيا معه، وكما كان أيضا في صراع دائم مع أمه التي ترفضه نظرا لعلاقته القريبة من جدته.

ينتمي صالح إلى عائلة تتكون من ثمانية أطفال (ستة أولاد وطفلتين) وهو الأخ الأكبر في العائلة، يأتي في المرتبة الثانية أخ يبلغ من العمر 39 سنة، متزوج وأب لطفل وتنتظر زوجته مولودا أخرا عندما انتحر عن طريق الشنق سنة 2007 بسبب الصراعات العائلية حول الميراث. يعتبر الجميع أن صالح هو المسئول عن انتحار أخيه مما جعله يشعر بتأنيب الضمير وباكتئاب شديد حيث كانت حالته تتميز بالخصائص التالية: التوقف عن العمل، الانعزال والهروب من مناخ العائلة الذي يتميز بالضغط المستمر اجترار مستمر لحادث انتحار أخيه، الاستثارية وعدم تحمل التلميح إلى موت أخيه، البكاء خاصة عندما يشاهد أبناء أخيه، فقدان الرغبة والاهتمام بالأشياء والآخرين، الشعور بفراغ داخلي، اضطراب في النوم.

استمرت هذه الأعراض لمدة سنتين مما دفع صالح إلى استشارة طبيب عقلي في سنة 2009 ومتابعة العلاج عن طريق المهدءات النفسية؛ وبعد إرغامه من طرف أبيه المشاركة في نفقات زواج أخيه حاول صالح الانتحار في نفس السنة بطريقة خطيرة حيث تناول كمية كبيرة من المهدءات النفسية وضعته في حالة إغماء دامت خمسة أيام. عاد صالح إلى عمله سنة 2010 بعد شعوره بتحسن، لكن حاول الانتحار من جديد عن طريق الشنق بسبب الصراعات العائلية إلا أن أحد الأعمام منعه من إنجاز فعله، وحاول من جديد رمي نفسه في بحيرة لكن جاره منعه من ذلك، ثم حاول الانتحار أيضا بشرب المسحوق وماء جافيل مما تطلب دخوله المستشفى من أجل عناية طبية استعجالية، وفي الأخير حاول صالح الانتحار سنة 2013 عن طريق حادث مرور متعمد سبب له جروح تطلبت تكفل طبي في المستشفى ليتم توجيهه فيما بعد إلى مصلحة الطب العقلي أين قابلناه في إطار دراستنا.

تم إجراء اختبار الرورشاخ عشرة أيام بعد دخول صالح إلى المصلحة وبعد تحسنه، لكن كان دائما تحت العلاج الكيميائي (Nozinan (100 mg)، Zoloft (50 mg)، Tranxène (10 mg)، Risperdal (10 mg)، Tegretol (200 mg))، كان إجراء الاختبار في ظروف ملائمة، وكما سجلنا مشاركة إيجابية من طرف الحالة.

بروتوكول الرورشاخ لحالة صالح

Réponse	Enquête
PLI 1- Wayi chgoul amek ithtwalag neki chgoul nechitan la façon yness chgoul nechitan, issâ la façon chgoul lâbd en même temps chgoul nechitan. (E : thzmreth adinith elhadja enaten)	E: [Lit la réponse du sujet] S: chitan toujours aka igkhdem davsstouh, ikchem egoul wagditpousou, atilith outhssîtara eneya atkhemeth elhadja d'un seul coup atkhemeth.. âlmag aken ighkedem, adifeg wa dyess adiqar khdm lhouyedj, avridayi sefqaâniyi gokham edmeg etoumobil etoutheg gchejra, dneta egdyinin. E: [Lit la réponse du sujet] S: noirayni ikel dassiyna … adigli felak outhsskdeth rien du tout, outhssîth akham, outhlith delâbd.

2- Chgoul oussiyna. (E : zer ouali balek etzret elhadja enatan.) Dayen issîg deneya.. dayen issîg deneya. (E : thzmreth atzreth la planche outoualith sslâqlik.) (Bâille) khati oudfig kra dayen ivgig egdinig.	E : oufhimgara dachu ithvgîth adinit. S : itvliîyi elniou ; daverkan ikel, ousskdeg oualou
PLII 3- thayi chgoul tiqnterth par exemple eka enela gdounith ila ouassif vgig edzgreg eka tiqnterth. (E : ouali zrig beli thzmret edfet elhadja enatan.) Dayen izmreg edfeg edocteur loukan oufiged loukan negaked … oumbeâd eydinith dachouthent? (E: koul youen dacu iytouali)	E: [Lit la réponse du sujet] S: thetviniyid chgoul ntqnterth .. aka ithssâ la forme.
PLIII V 4- itviniyid emaken dlâbd (dépose la planche) … itviniyid emaken dlâbd issâ chi, chni mechi deglass, itviniyid elniss vlânet, daya izmreg.	E: [Lit la réponse du sujet] S: atha ouqrouyiss (D7), enta oualniss vlânt .. nta irfed ifssniss, chi mechi deglass, chi meden .. weyi difssniss weyi dtarniss, chaten lâvad egkhdmen eka gdounith.
PLIV V ∧ V 5- ouayi tviniyid chgoul dlouahch .. dyi ken tviniyid louahch akayi, lâli youn edyini eyn egachou iyssâ enya machi ediouth ken gqrouyiss.	E: [Lit la réponse du sujet]

(E : thzmreth atrnout atoualith elhadja enatan.) Lhouayedj ouzrigara glâmriw, wayi daqrouyiss, ouayi dfriouniss .. lavouda youen edikhdem eyni eglhan nchalah enaf erzath eyn ilhan.	S : etha ouqrouyiss .. wayi dqrouyiss … weyi dtarniss .. eka ithtoualag, toulig thignoussiniss, enta oualniss, eka thtoualg neki.
PLV V 6- wayi imoug chgoul wina amek iqarn akn ettir ellil. V 7- oudgn elmalaikath.	E: [Lit la réponse du sujet] S : eka igmoug complet. E : ellil. S: ettir ellil imoug en plastique. E : oufhimgara. S : ma tettfett lâcha emeken tettfett achoumbryar, la peau soufel chgoul ntdjakit lkouir ; la façon eyini mais dverkan aka. E: [Lit la réponse du sujet] S : elmalaikath dagn qrend eka imougnt, endi enla thdount didneg … E: ougachou itmchavahent glmalaikath? S: ekayi kan, tmchavahent ekayi.
PLVI Oudfigara edocteur .. oudfigara dachouth. (E : ouichqa rouh kan slâql) Oudfigara dachouth (E : rouh kan slâql zriq bli edfet dachouth .. koul youen dachou iytouali) … 8- itvned emeken dlacuisse thvta en deux.	E: [Lit la réponse du sujet] S : wayi kefkef emeken thdoukel ichlkhit ivtatt en deux, eyen igln da ila da … thla thdoukel, eyen igln da ila da, oulhd la différence, la cuisse eka ithmoug.

PLVII 9- c'est des rochers.	E: [Lit la réponse du sujet] S : ahna les rochers, wayi sefell wayi, douireg glgava tfag Presque ekyini
PLVIII V ∧ 10- thayi toualag ssin igilassen neg dezmaouen thoufoun edroulen ithmss .. thoufn edroulen dessawn. 11- thzmreth adinit thayi dldjneth, thayi ddjahnma.	E: [Lit la réponse du sujet] S : eka imougn yzmaouen. E : ethmess ? S: themes la formiss rouge, weyi thoufn edroulen. E: [Lit la réponse du sujet] S : thetmchavah idjahnma koul chi rouge , agnjou rebi zyess, ldjneth koul lkhir athan dena vert.
PLIX Oudfigara edocteur (E : thssît elouqth), gass adqieg ass kamel (E : koul youen dacu iytouali), khati oudoufigara edocteur (E : bacu eythîounet ilaq aydinith dacu ithtoualit, nssâ elouqth). 12- thetvined chgoul lfamilyama trouh etfreq.	E: [Lit la réponse du sujet] S : dayi deklen, dayi tkmassint tefraqent .. wai dwayi kifkif edouklen, lhouaydjayi tkmassint ivssaouen itartiqnt.
PLX V 13- thayi amekn deldjneth, thayi amekn la	

rentrée ynss (D11). V 14- wayi dmssloukh vgan athvtoun en deux.	E: [Lit la réponse du sujet] S : thai aka toualgt deldjneth, thayi d la rentrée ynss, l'image yenni thâdjviyi, thedjbdiyid. E : amek thâdjvak, thdjbdikid ?. S : les couleurs E: [Lit la réponse du sujet] S : youen oumssloukh zyess ssin les parts, la forme nssn kan.

مقطع تنقيط الأجوبة لحالة صالح

Card	N°	Loc & DQ	Loc N°	Determinants	FQ	(2)	Contents	P	Z	Special scores	GHR PHR	Z=
I	1	Ddo	27	Ma	-		(H)			AG,DR2	PHR	
	2	Wv		C'	no		Cl			DR2		
II	3	DdSo	99	F	-		Sc					
III	4	Do	1	Mp	-		H			DR2	PHR	
IV	5	Wo		F	o		(H)		ZW	DR2	PHR	2
V	6	Wo		FC'.FT	o		A	P	ZW			1
	7	Wo		F	u		(H)		ZW		GHR	1
VI	8	Do	1	F	u		Fd					
VII	9	Wv/+		F	u		Ls		ZW	PER		2,5
VIII	10	D+	1	FMa.C	o	2	A,Fi	P	ZA	AG	PHR	3
	11	Dv	6	Mp.C	no		Hx			AB	PHR	
IX	12	Wv		Ma	no		Hx			AB	PHR	
X	13	Wv		C	no		Id			AB		
	14	Do	9	F	-		Fd					

الملخص الشكلي لحالة صالح

Compute for Scoring	R = 14	L = 0,75	F% = 0,43		
			Age: 46		
			Controls		
EB = 4 : 4,5	EA = 8,5	EBper = 1,1	Step 1) Adj D	Controlled	
eb = 1 : 3	es = 4	D = 1	Step 2) EA	cf. Step 4	
ambitent	Adj es = 4	Adj D = 1	Step 3) EB &L	Valid EA & AdjD	
FM = 1	SumC'= 2	SumT= 1	Step 4) Adj es	Overestimated AdjD	
m = 0	SumV= 0	SumY= 0			
EBt (XP)	EBt = 0,06				

S-CON = 7			
Styles	State	Patho. P.	Const°
ambitent			PTI=3 DEPI=5* CDI=2 HVI: ns. OBS: ns.

Affect	ambitent	DEPI
eb	= 1 : 3	
Afr	= 0,56	Afr : EB : Age
PC% = 0,36		medium
ΣC':WΣC	= 2:4,5	
intel	6	Intell° (style)
CP	= 0	
FC:CF+C	= 0:3	E.impulsiveness (1/5)
Pure C	= 3	frequent discharge
S	= 1	lateS = 0
Blends/R	= 3:14	Bld% 0,21
StressBld	= 0	
Adj Blend	= 3:14	AdjBld% 0,21
3xBld	= 0	
>3xBld	= 0	
Col-Shd Bld	= 0	
Shd Bld	= 1	
Blend : EB : L		Adj Blend : EB : L
medium		medium
3xBld % & >3xBld		
Col-Shd Bld : EB		Shd Bld
		***

DEPI=5 : AFFECT -> CONTROLS -> SELF -> RELATIONS -> PROCESSING -> MEDIATION -> IDEATION

Processing			
PSV	= 0		attention
DQv 1st	= 3	C. Impuls. OR Attention diff.	
Zd	= -4	underincorporative	scanning
Dd	= 2		
Zf	= 5	low	efforts
W/D	= 7:5		easy:5:7
DQ+	= 1	low	quality
DQv,v/+	= 5	failures	
W/M	= 7:4		objectives

Step3: Loc Sequence (XP), Incoherent Loc Index, ILI = 1

Mediation	
XA% =	0,43
WDA% =	0,50
X-% =	0,29
S- =	1
P =	2
X+% =	0,21
Xu% =	0,21

Coding Validity			
AGE	✓	Cards ✓	N° ✓
Loc&DQ	✓		
DET	✓		
FQ	✓		
CONT	✓		
Z score	✓		
SpSc	✓		

Stp3a FQ- Homogeneity (4)	
3.1stC-	3/4
BC-	1/4
CC-	3/4
RC-	1/2
PC-	1/4
S-	1/4
Dd-	1/2
M-	1/2
FMm-	0
Color-	0
Shd-	0
F-	1/2
AnXySxBl-	0
Hcont-	1/2

Relations		(Perception)
COP	= 0	agressive
AG	= 2	
GHR:PHR	= 1 : 6	
a:p	= 3 : 2	
Food	= 2	
SumT	= 1	
H Cont.	= 4	
Pure H	= 1	
PER	= 1	
Isol° Indx	= 0,21	

H Cont:R:EB (Interest)	medium	
Hpur:R:EB (comp°)	NA	

Ideation	ambitent		
EBper	= 1,1		
a/p	= 3 : 2	Sum6=	4
HVI		Lvl2 =	4
OBS		Wsum6	24
MOR=0		WSum6 : Age	
m=0		disturbed thinking 3/3	
FM=1	needs conceptualisation		
Ma/Mp	= 2 : 2		
Intel°	= 6	Intell° (style)	M- = 2
			Mnone 2

Self		
EGO	= 0,07	EGO : Age: low
Fr+rF	= 0	
SumV	= 0	
FD	= 0	
An+Xy	= 0	
MOR	= 0	
H:(H)+Hd+(Hd)	= 1:3	Self R° NA

Step 7b :Human content responses quality (XP)

Generally Positive Features, GPF	Sum=18	μ=4,5
Generally Negative Features,GNF	Sum=6	μ=1,5

تحليل بروتوكول حالة صالح

الكوكبة الانتحارية (S-CON)

جدول 47. نتائج الكوكبة الانتحارية لحالة صالح

SumV+FD>2	
col-shd blends>0	
ego <0.31 ou >0.44	X
mor>3	
Zd>3,5 ou <-3,5	X
es>EA	
CF+C>FC	X
X+%<0,70	X
S>3	
P<3 OU P>8	X
PURE H<2	X
R<17	X
S-CON = 7	

تبين النتائج الكمية للكوكبة الانتحارية (S-CON=7) لحالة ناصر أن هذه الأخيرة ليست إيجابية، لكن وكما أشار إليه Exner (2003) لا يجب تفسير الكوكبة الانتحارية المنخفضة عن العتبة ثمانية كغياب لكل خطر انتحاري لأن عينات الأشخاص الذين انتحروا تحتوي على نسبة تتراوح ما بين 20 و25% من السلبي – الخاطئ، هذا ويميل بعض المختصين إلى التعبير عن قلقهم في حالة البروتوكولات التي تحتوي على (S-CON=7) ويعتبر Exner (2003) هذا القلق منطقي وشرعي لأن هذه النتيجة تتطلب من العيادي

فحص تنقيط الأجوبة، وفي حالة التنقيط الصحيح لهذه الأخيرة يجب فحص احتمال وجود لأفكار انتحارية على ضوء المعلومات المتوفرة حول الحالة. لا نريد من خلال تحليلينا لحالة صالح إظهار أهمية ملاحظة Exner السابقة لأن نتائج الكوكبة الانتحارية لحالتنا تم الحصول عليها بعد محاولة انتحارية خطيرة وإنما نريد الإشارة إلى أهمية أخذ بعين الاعتبار النتيجة 7 للكوكبة الانتحارية كمؤشر احتمال القيام بفعل انتحاري خطير.

كما يبينه برنامج CHESSSS يجب تحليل معطيات مختلف المجموعات حسب الترتيب التالي:

الانفعالات ← قدرات التحكّم و التحمّل للضغط ← إدراك الذات ← إدراك العلاقات ← علاج المعلومة ← الوساطة المعرفية ← التفكير.

الانفعالات. يظهر أن تنظيم شخصية صالح تواجه خطر التعرض إلى تجارب انفعالية متكررة (المرحلة 1). ونسجل غياب لتناول متناسق في حل المشاكل أو أخذ القرارات نظرا لحضور أسلوب إدراكي من نمط مزدوج مما قد يؤدي إلى عدم قدرة المبحوث على التمييز بين انفعالاته، يمكن لهذه الأخيرة أن تؤثر بشكل كبير على التفكير أو بالعكس أي لا يتم أخذها بعين الاعتبار أثناء أخذ القرارات (المرحلة 2)، لكنه يتميز، مثل أغلبية الأفراد، بالاستعداد لعلاج المثيرات الانفعالية وكذا للمشاركة فيها (المرحلة 6). ويميل صالح أكثر من أغلبية الأفراد نحو علاج الانفعالات على المستوى العقلي، تعمل هذه الصيرورة (العقلنة) على خفض من تأثير الانفعالات لكنها تمثل أيضا شكل من أشكال الإنكار الذي يعمل على تغيير المعنى الحقيقي ومدى تأثير موقف ما من المواقف (المرحلة 7)، ولقد سجلنا في نفس الاتجاه الصعوبة الكبيرة التي يواجهها المبحوث في التحكم عن التعبير عن انفعالاته (المرحلة 9). وقد يؤدي النقص في التحكم في التعبير عن الانفعالات، على غرار المحاولات الانتحارية، إلى تصرف المبحوث بطريقة غير متكيفة في العديد من المواقف (المرحلة 10). يتمتع التنظيم النفسي للمبحوث بنفس درجة التعقيد كباقي الأفراد الذين يتميزون بنفس الأسلوب الإدراكي (المرحلة 12). يساهم تواجد لانفعالات مؤلمة في اضطراب السير النفسي العام للمبحوث (المرحلة 16).

قدرات التحكّم و التحمّل للضغط. تبين المعطيات الأولية أن صالح يتمتع بنفس قدرات التحمل للضغط التي يتمتع بها أغلبية الأفراد (المرحلة 1، المرحلة 2)، لكن من المحتمل أن هناك تقدير مفرط لقدراته في التحكم وتحمل الضغط (المرحلة 4)، لذلك يظهر أن المبحوث يواجه صعوبات في هذا المجال (المرحلة 5).

إدراك الذات. يميل صالح إلى تقييم ذاته بشكل سلبي (المرحلة 1)، وترتكز صورته الذاتية و/أو قيمته الذاتية أساسا على انطباعات خيالية أو على تغيير التجارب الواقعية، وبمعنى أخر يظهر أن المبحوث أقل

نضجا وغالبا ما يحتفظ بتصورات مزيفة حول ذاته. قد يؤثر هذا النقص في الوعي بالذات سلبيا على طريقة أخذ القرارات وحل المشاكل، وقد يساهم في خلق صعوبات على مستوى علاقة المبحوث بالآخرين (المرحلة 7a). ويتفق تحليل الأجوبة ذات المحتوى الإنساني مع العناصر السابقة ويشير إلى أن الصورة الذاتية للمبحوث سلبية أكثر ما هي إيجابية، وأن تقديره لذات منخفض (المرحلة 7b).

إدراك العلاقات. عادة ما يلعب المبحوث دور نشيط في علاقاته مع الأشخاص (المرحلة 3)، لكنه يميل إلى إظهار تصرفات التبعية للآخرين أكثر من العادة (المرحلة 4). يهتم صالح مثل أغلبية الأفراد بالآخرين لكن من المحتمل أنه لا يفهمهم جيدا مما قد يجره إلى تفسير تصرفاتهم بطريقة خاطئة؛ وقد يؤدي النقص في فهم الآخرين إلى القيام بخطوات خاطئة في المجال العلائقي مما قد يعرضه إلى خطر رفضه من طرفهم (المرحلة 6). لذلك قد يقوم المبحوث بصفة عامة بتصرفات أقل تكيفا مما ننتظره، ومن المحتمل جدا أن علاقاته بالأشخاص تكون أقل فعالية في العديد من المواقف مما قد يؤدي إلى عدم تقبل تصرفاته من طرف الآخرين (المرحلة 7). وقد يكون صالح عنيفا في تصرفاته اليومية حيث تمثل التصرفات العنيفة طريقة دفاعية ضد شعوره بعدم الأمن في علاقاته مع الآخرين (المرحلة 8) مما يفسر كون المبحوث أكثر اندفاعية في المواقف العلائقية مقارنة بأغلبية الأفراد (المرحلة 9).

علاج المعلومة. يتميز علاج المعلومة لدى المبحوث بتناول يقوم على التحفظ وفي بعض الأحيان يكون هذا التناول عشوائي (المرحلة 1). استثمر صالح مجهود كبير أثناء علاجه للمعلومة (المرحلة 2) ويظهر أن جهد وإستراتيجية العلاج أثناء حل المشاكل أو أخذ القرارات يميل إلى عدم التناسق (المرحلة 3). تحاول الحالة بذل مجهودات كبيرة لتحقيق العديد من الأشياء الخارجة عن طاقتها وقدراتها الحالية. ويرتفع احتمال عدم نجاح المبحوث في تحقيق الأهداف التي يسعى إليها في حالة سيطرة هذه الخاصية على تصرفاته في الحياة اليومية، وغالبا ما يؤدي هذا النوع من الفشل إلى تجارب الإحباط (المرحلة 4). وبرغم من أن فعالية فرز المعلومات موافقة لنفس الفعالية لدى أغلبية الأفراد (المرحلة 5) إلا أن نوعية علاج المعلومة أقل تطورا مما يوضح مدى تأثير اليأس على نوعية علاج المعلومة ويعرض المبحوث إلى خطورة ترجمة المعلومات بطريقة غير فعالة، وبالتالي إلى تبني لاستراتيجيات المواجهة أقل تكيفا (المرحلة 7). ويظهر أن علاج المعلومة يتميز بتسلسل عشوائي وفوضوي (المرحلة 8).

الوساطة المعرفية. نسجل خلل كبير في قدرات الوساطة المعرفية مما يفسر خلل كبير وشامل في علاقة المبحوث مع الواقع (المرحلة 1)، لكن يجب الإشارة إلى أن الخلل في نشاط الوساطة المعرفية راجع أحيانا إلى بعض الخصائص في تفكير المبحوث وإلى انفعالاته الشديدة (المرحلة 2). تشير أهمية الخلل في الوساطة المعرفية إلى أن هذا الأخير شامل وشديد حيث يوجد نشاط تفكيري غريب يساهم في تغيير الواقع، ويرتبط أيضا هذا النشاط بميل المبحوث نحو الاندفاعية في الوساطة المعرفية (المرحلة

3a). ويواجه صالح في بعض الأحيان انقطاع خطير في العمليات الإدراكية المرتبطة بالوساطة المعرفية حيث عادة ما نجد هذا النوع من الانقطاع في الصيرورات الذهانية (المرحلة 3b). يميل المبحوث إلى الاستجابة بطريقة خاصة وغير مألوفة في المواقف البسيطة و/أو الواضحة (المرحلة 4) مما يزيد من احتمال إظهاره لتصرفات غير نمطية وغير ملائمة مع المواقف العادية، فالميل نحو إظهار لتصرفات غير مألوفة قد يعود إلى الخلل في الوساطة المعرفية وإلى الخلل في العلاقة مع الواقع (المرحلة 6).

التفكير. يتميز النشاط التفكيري للمبحوث، بشكل عام، بالنقص في الترابط مما يعرضه إلى خطر الوقوع في أخطاء الحكم وتغيير رأيه بصفة متكررة، ويتميز التفكير غير المرتبط بعدم فعاليته من الناحية النفسية مما قد يشكل إعاقة بالنسبة للمبحوث نظرا للوقت والمجهود اللذين يتطلبهما التفكير من أجل مواجهة متطلبات الحياة اليومية (المرحلة 1). تتميز التوجهات والقيم الفكرية للمبحوث بتثبيت نسبي مما قد يشكل صعوبة في تغييرها (المرحلة 3). من المحتمل جدا أن صالح يميل نحو الاستجابة بطريقة سريعة من أجل خفض من الاستثارية التي تحدثها أفكار جانبية (المرحلة 5). ويميل أيضا إلى استعمال ميكانزم العقلنة بهدف التحكم في انفعالاته لذلك يمكنه تقبل بعض التصورات الإدراكية المزيفة التي تسمح له بنفي التأثير الحقيقي لوضعية ما (المرحلة 7). يتميز المبحوث بخلل في التفكير، وسجلنا في حالته شكل عام من الحصر في التفكير (المراحل 8، 9، 10، 11).

المناقشة العامة وخلاصة حالة صالح

صالح هو شخص لا يتبنى تناول متناسق أثناء حله للمشاكل وأخذه للقرارات حيث يتميز تنظيم شخصيته بخطر مواجهة تجارب انفعالية مضطربة ومتكررة. ينتمي المبحوث إلى نمط الأفراد الذين يعالجون الانفعالات على المستوى العقلي حيث تسمح هذه الصيرورة من خفض والتحكم من تأثير موقف ما لكنها تمثل أيضا شكل من أشكال الإنكار الذي يعمل على تغيير المعنى الحقيقي للمواقف؛ كما قد تؤدي صيرورة العقلنة إلى إفراط المبحوث في تقدير قدراته في التحكم وتحمل الضغط. يعاني صالح من صعوبة مزمنة في التحكم في انفعالاته حيث يؤدي الفشل في التعامل مع انفعالاته والتحكم فيها، في سياق صراعي إلى تصرفات غير متكيفة كالمحاولات الانتحارية العديدة التي قام بها.

ويميل المبحوث إلى تقدير ذاته سلبيا حيث يقيم نفسه بصفة خيالية انطلاقا من تزييف التجارب الواقعية مما يترجم كذاك نقص نضجه وبناءه لتصورات مزيفة حول ذاته. قد يؤثر النقص في الوعي بالذات سلبيا على الطريقة التي يعتمد عليها صالح لحل المشاكل وأخذ القرارات، وقد تشكل مصدر لصعوبات يواجهها في علاقاته مع الآخرين. تفسر هذه النقطة الأخيرة ميل صالح إلى الخطأ في حكمه على الآخرين وفي تفسير تصرفاتهم مما يعرضه إلى خطر رفضه من طرف الآخرين.

يحاول صالح بذل مجهودات كبيرة لتحقيق العديد من الأشياء الخارجة عن طاقته وقدراته الحالية مما قد يعرضه إلى تجارب الإحباط في حالة الفشل. ويتميز علاجه للمعلومة بنوعية قليلة التطور مما يفسر تأثير الأزمة التي يمر بها على نوعية هذا العلاج واحتمال ترجمة هذه الأخيرة بطريقة أقل فعالية وبالتالي إلى استعماله لميكانزمات تكيف أقل فعالية بدورها. ويساهم نشاط تفكيري غريب في تغيير الواقع، ويرتبط هذا النشاط بالاندفاعية في نشاط الوساطة المعرفية. ويتميز النشاط التفكيري للمبحوث بعدم ثباته وبالتالي بعدم فعاليته من الناحية النفسية، وقد يشكل إعاقة تتطلب منه مجهود ووقت كبيرين من أجل مواجهة متطلبات الحياة اليومية. بصفة عامة يعتبر تفكير المبحوث مضطرب.

الجدير بالذكر أننا قابلنا صالح في إطار دراستنا عندما دخل إلى المستشفى للمرة الأولى في أوت 2013 بعد محاولة انتحارية خطيرة، ولقد تقدم بنفسه من جديد سنة من بعد أي في أوت 2014 إلى المصلحة طالبا إدخاله المستشفى لأنه يشكو من ألام في الرأس ويخاف من المرور إلى الفعل الانتحاري من جديد، وهذا في سياق صراعات عائلية مرتبطة بالإرث (تقسيم الأراضي) تدوم منذ عدة سنوات. ويرى صالح أنه ضحية لغياب العدالة في العائلة ولا يرى حل أخر غير الانتحار. لم نسجل في ملفه الطبي أي محاولة انتحارية خلال هذه المدة أي سنة بعد تمرير اختبار الرورشاخ. نستنتج من خلال فحص معطيات التاريخ المرضي للحالة توفر مجموعة من عوامل الخطر المرتبطة بالانتحار: يتعلق العامل الأول بالتوظيف النفسي للحالة أي التوظيف الحدي الذي يضم مجالات متعددة كالشخصية، المعارف الحالة الانفعالية حيث يفسر من الناحية الكلاسيكية أهمية الخطر الانتحاري عند الشخصيات الحدية بارتباطها بالاضطرابات الوجدانية، كما توضحه معطيات الرورشاخ التي تشير إلى أهمية الخلل في الانفعالات للحالة. يسمح التطرق السيكوديناميكي لبعض معطيات الرورشاخ من فهم العلاقة الموجودة بين التنظيم النفسي للحالة والإشكالية الانتحارية. يرى Kernberg في هذا الإطار أن التنظيم الحدي يقوم على عمليات دفاعية خاصة وبشكل مرضي خاص بالعلاقة مع الموضوع حيث يندرج المرور إلى الفعل في إطار الميكانزمات الدفاعية التي نجدها عند الشخصيات الحدية مثل الانشطار، المثلنة، والتقمص الإسقاطي (Lemperière et al., 2000). تتميز أغلبية التصورات التي قدمها ناصر في مختلف اللوحات بوجود قلق إضطهادي يرافقه في أغلب الأحيان إسقاط لصورة أمومية إضطهادية مثلما توضحه هذه الإجابة التي قدمها في اللوحة I: « Oua chgoul amek thetoualag neki chgoul nechitan, la façon yeness chgoul nechitan, issâ la façon chgoul laâbd en même temps chgoul nechitan » ، وتعبر هذه الإجابة على قلق شديد لأنها تخص موقع صغير (Dd) للوحة وترافقها رجوع المبحوث إلى عناصر شخصية تترجم بدورها ميكانيزم التقمص الإسقاطي الذي يشير إلى التمييز الجزئي بين تصور الذات وتصور الموضوع. إلى جانب الإسقاط والتقمص الإسقاطي يلجأ صالح إلى ميكانيزم الإنشطار

(الجنة/جهنم، الملائكة/الشيطان) من أجل الدفاع ضد القلق الإضطهادي مثلما توضحه الإجابة التالية التي قدمها في اللوحة VIII: .thzmreth adinit thayi dldjneth, thayi ddjahnma ». ويصف المبحوث تصرفه كتصرف مرضي، إلا انه وبرغم من هذا المعاش وشكاوي هذا الأخير بعدم قدرته على تجنب الفعل، يترجم الفعل الانتحاري في حالته الشعور بالقدرة الكلية من خلال الاعتداء على الذات. ويشير التناقض بين الطابع التكراري للفعل والوعي أثناء الفعل وانتقاده فيما بعد إلى ميكانيزم الانشطار.

يأتي الفعل الانتحاري للخروج من موقف أو علاقة يعتبرها الشخص كمأزق، ويعمل على مساندة ضعف إمكانية الإرصان والترميز في الحفاظ على علاقة مستقرة في الزمن مع موضوع. كما يمكن للمحاولة الانتحارية أن تهدف إلى وضع نهاية لعلاقة إتكالية أو كرد فعل لعدم قدرة تحمل القلق والإحباط. توجه المحاولة الانتحارية كرسالة للموضوع الخارجي لاتهامه في صيرورة إنكار العدوانية الناتجة عن الصراعات الداخلية. ولكن يمكن أيضا للمحاولة الانتحارية أن تندرج في صيرورة انعزال المفحوص الحدي التي يفضلها عن التبعية اتجاه المواضيع الخارجية، ويرافق هذه الصيرورة غياب استثمار ظرفي للواقع الخارجي مما يترك المجال لهومات القوة المطلقة، وبالتالي تمثل المحاولة الانتحارية كفعل انتصار والرجوع إلى القوة المطلقة (Hardy, 2002; Lemperière et al., 2000).

وتحتل عوامل الخطر العائلية دورا كبير في حالة صالح، يتعلق الأمر كما أشارنا إليه في الجانب النظري بعوامل تخص أساسا البناءات الانفعالية المرتبطة بالمحيط القريب وتأثير التناقل العائلي كالسوابق المرور إلى الفعل الانتحاري أو الاضطرابات العقلية في الأجيال السابقة (Charazac-Brunel, 2002). يتميز الجو العائلي للحالة بمناخ يسوده الضغط والصراع الناتج عن مشكل تقسيم الثروات، ويندرج في هذا السياق انتحار أحد إخوته مما يزيد من تعقيد الإشكالية الانتحارية التي يواجهها المبحوث.

أمام هذا التعقيد قد يسمح اختبار الرورشاخ، كما توضحه حالة صالح، من تشخيص احتمال الحالة القيام بفعل انتحاري والتنبؤ بمدى خطورة. وكما قد يسمح الفحص النفسي بمساعدة الرورشاخ من الوقوف على الميكانزمات النفسية المرتبطة بالسلوك الانتحاري وعلى مدى قدرة الشخص على فهم معنى محاولته الانتحارية وطبيعة معاشه العلائقي حيث يمكن لصيرورات ديناميكية مضطربة أن تختفي عن النظر وراء عوامل مسببة واعتبارات اجتماعية. تسمح معطيات التقنيات الإسقاطية (الرورشاخ) من فهم الوضعية الخاصة التي أشار إليها الأدب النظري فيما يخص المحاولة الانتحارية: المحاولة الانتحارية هي فعل موجه نحو عدو خارجي لكن هي فعل يهاجم الشخص من خلاله ذاته.

3- حالة كريم (A.17) والمواجهة الدائمة لخطر المرور إلى الفعل

تقديم الحالة

كريم حالة تبلغ من العمر 30 سنة، مستواه الدراسي السادسة ابتدائي، بدون مهنة، متزوج وأب لطفل أما الزوجة فهي موظفة. دخل كريم لمصلحة الطب العقلي للمرة الأولى سنة 2009 وللمرة الحادية عشر سنة 2015 نظرا للاضطراب الذي يعاني منه أي هذيان مزمن يغلب عليه هذيان الغيرة (متعلق بالزوجة)، يرافقه معاش اضطهادي وفوبي، تناول الكحول والتصرفات الانتحارية (3 محاولات انتحارية عن طريق الشنق، أفكار انتحارية مستمرة). وصرح كريم في أحد المقابلات مع الطبيب العقلي المعالج بعد أن حاول الانتحار في المقبرة، على أنه يشعر بالرغبة في الموت منذ عدة سنوات (2009).

حاول كريم الانتحار عن طريق الشنق سنة 2009 ولم يبقى طويلا في المصلحة بسبب زوجته التي أخرجته ضد رأي الطبيب، وفي سنة 2011 دخل إلى المصلحة بعد تدخل الحماية المدنية في جدول عيادي يتميز بـ: الاضطراب في السلوك، أفكار انتحارية، تناول مفرط للكحول، الاستثارة النفسية الحركية، اضطراب فوبي (لا يخرج من المنزل)، البكاء. وفي سنة 2012 تم توجيهه من الاستعجالات الطبية في حالة من الهيجان، معاش اضطهادي وفوبي، والتناول المفرط للكحول. وفي جانفي 2013 يدخل من جديد إلى المصلحة حيث كان يشكوا من هذيان الغيرة اتجاه زوجته حيث كان واثقا من أنها تخونه وأن ابنه ليس ابنه الشرعي. وفي مارس من نفس السنة قام المبحوث بمحاولة انتحارية عن طريق الشنق حيث تمكننا من ملاحظة أثار الحبل في عنقه بعد دخوله إلى المستشفى، ويفسر كريم محاولته الانتحارية بهذيان الغيرة الذي يعاني منه موضحا أنه ليس نادما على فعله ومستعد للقيام به من جديد. وفي أكتوبر من نفس السنة قام كريم بنفس المحاولة الانتحارية مما يفسر دخوله إلى المصلحة للمرة السادسة. وفي مارس 2014 تقدم المبحوث بإراداته طالبا إدخاله إلى المصلحة لأنه يواجه أفكار انتحارية ولا يتحمل كون زوجته تعمل .

بروتوكول الرورشاخ لحالة كريم

Réponse	Enquête
PLI 1- Atili tametouth. (E:Thetoualit elhaja eneten?).	E : [Lit la réponse du sujet] S : Ouaalimyara itvan. E : Ougachou iytvan? S : Itvan kan, itvan kan aka (trace le D4).

2- Toualiyt amaken delkhoufach. 3- Chgoul netimathal.	E : [Lit la réponse du sujet] S : Itvan imi igssaa thiferiouin. E : [Lit la réponse du sujet] S : Ouaalimyara itvan. E : Ougachou iytvan? S : Itvan kan, itvan kan aka (trace le D2).
PL II 4- Thayi amaken ssin netmthal temchavahen issin, daya idyess. 5- Amaken ssin elaaivad.	E : [Lit la réponse du sujet] S : Youen imaniss, youen imaniss. E : Ougachou itemchavahen? S : Tessma la pose aka ithetvan. E : [Lit la réponse du sujet] S : Amaken itvine chouaya, gla couleur ayi, ouayi dafoussiss, ssaan azegay deverkan.
PLIII 6- Ouayi idissini chgoul outemchavahnara mlih ssinayi. 7- Les taches tezegayen.	E : [Lit la réponse du sujet] S : Ssinayi temchavahen ouaalimyara ougachou. E : [Lit la réponse du sujet] S : Les taches tizegayen, ouaalimyara dachouthent.
PLIV 8- Thayi amaken deljedra nechejr, amaken deljedra nechejra thayi..daya idyess.	E : [Lit la réponse du sujet] S : Thetvan g la couleur ayi, adissini thedissini aka.

PLV 9- Thayi amaken ouin iqaren aken...(E: eh), tssma outhssaara elbayan thayi. 10- Amaken tamztouth thssaa thiferiouin.	E : [Lit la réponse du sujet] S : Chgoul neljedra nay dachou, nay dafouss neljedra. E : [Lit la réponse du sujet] S : Thalemassthayi thetvan igtarniss.
PLVI 11- Thayi amaken teneqlet thssaa chouaya nchekl gethlmassth, thessaa chouaya neljedra.	E : [Lit la réponse du sujet] S : Thetvan aka (trace les contours).
PLVII 12- Thayi igvtan aka dissin tmchavahen divlatan, oumbaad thssaa lekhyal aka.	E : [Lit la réponse du sujet] S : Thayi amaken demarssouthen ouablat, tvanen demarssial, amaken delkhyal dayi.
PLVIII 13- Aka amaken dssin tmchavahan, atalin ychjourayi, daya daya, ssinayi, chejrayi gethlemassth.	E : [Lit la réponse du sujet] S : Ssin temchavahen yelhayaouane. E: Ougachou ithetchavah ychejra? S: Trace le (D6),
PLIX 14- Ouayi chgoul netmthal ssaan la couleur thazegarth, thamelalt, thachinit, daya idyess.	E : [Lit la réponse du sujet] S : Athayi detemthal issaa les couleurs, thazegarth, thazrgzaouth.

PLX 15- Thayi amaken ssin eljoudour, oumbaad la couleur thizeyassd ikel, thaourayth, verte, daya idyess thayi.	E : [Lit la réponse du sujet] S : Ssin eljoudour (D9), oumbaad zinassd ak les couleurs, thaourayth, thaqahouith, thazegzaouth.

مقطع تنقيط الأجوبة لحالة كريم

Card	N°	Loc & DQ	Loc N°	Determinants	FQ	(2)	Contents	P	Z	Special scores	GHR PHR	Z=
I	1	Do	4	F	o		H				GHR	
	2	Wo		F	o		A	P	ZW			1
	3	Do	2	F	u		Art					
II	4	W+		m'p	o	2	Art,(H)		ZW		GHR	4,5
	5	Wo		FC'.FC	o	2	H		ZW		GHR	4,5
III	6	Do	9	F	o	2	Id					
	7	Dv	2	C	no	2	Id					
IV	8	Do	1	C'F	o		Bt					
V	9	Do	4	F	-	2	Bt					
	10	Wo		F	o		H		ZW	INC2	PHR	1
VI	11	Wo		F	-		Bt		ZW			2,5
VII	12	Wv/+		rF	u		Ls		ZW			2,5
VIII	13	W+		FMa	o	2	A,Bt	P	ZW			4,5
IX	14	WSo		FC.FC'	u	2	Art		ZW			5,5
X	15	Wo		CF	o		Bt		ZW			5,5

الملخص الشكلي لحالة كريم

Compute for Scoring	R = 15	L = 0,88	F% = 0,47	Age: 30	
				Controls	
EB = 0 : 3,5	EA = 3,5	EBper = NA		Step 1) Adj D	Immature
eb = 2 : 3	es = 5	D = 0		Step 2) EA	cf. Step 4
EB: NA,	Adj es = 5	Adj D = 0		Step 3) EB &L	Valid EA but cf. Step 4
FM = 1	SumC'= 3	SumT= 0		Step 4) Adj es	Valid AdjD
m = 1	SumV= 0	SumY= 0			
EBt (XP) EBt = 1					

S-CON = 7			
Styles	State	Patho. P.	Const°
Reflection			PTI=0
EB: NA,	CDI>3		DEPI=4
			CDI=4*
			HVI: ns.
			OBS: ns.

CDI>3 : CONTROLS -> RELATIONS -> SELF -> AFFECT -> PROCESSING -> MEDIATION -> IDEATION

Affect	EB: NA,	CDI
eb = 2 : 3		
Irritation		
Afr = 0,25	Afr : EB : Age	
PC% = 0,2	E.avoidance (cf. C':C & intell°)	
ΣC':WΣC = 3:3,5		
intel 3	0	
CP = 0		
FC:CF+C = 2:2	Lability (2/5)	
Pure C = 1	occasional discharge	
S = 1	lateS = 1	
Blends/R = 2:15	Bld% 0,13	
StressBld = 0		
Adj Blend = 2:15	AdjBld% 0,13	
3xBld = 0		
>3xBld = 0		
Col-Shd Bld = 2		
Shd Bld = 0		
Blend : EB : L	Adj Blend : EB : L	
low	low	
3xBld % & >3xBld		
Col-Shd Bld : EB	Shd Bld	
confusion		

Processing			
PSV = 0			attention
DQv 1st = 1	C. Impuls. OR Attention diff.		
Zd = 4	overincorporative		scanning
Dd = 0			
Zf = 9	medium		efforts
W/D = 9:6			easy:4:9
DQ+ = 2	low		quality
DQv,v/+ = 2			
W/M = 9:0	NA		objectives
Step3: Loc Sequence (XP), Incoherent Loc Index, ILI = 1			

Mediation	
XA% =	0,80
WDA% =	0,80
X-% =	0,13
S- =	0
P =	2
X+% =	0,60
Xu% =	0,20
Stp3a FQ- Homogeneity (2)	
3.1stC-	0
BC-	1
CC-	0
RC-	0
PC-	0
S-	0
Dd-	0
M-	0
FMm-	0
Color-	0
Shd-	0
F-	1
AnXySxBl-	0
Hcont-	0

Coding Validity			
AGE	Cards	N°	
Loc&DQ			
DET			
FQ			
CONT			
Z score			
SpSc			

Relations	(Perception)	
COP =	0	discomfort
AG =	0	
GHR:PHR =	3 : 1	
a:p =	1 : 1	
Food =	0	
SumT =	0	
H Cont. =	4	
Pure H =	3	
PER =	0	
Isol° Indx =	0,40	isolated
H Cont:R:EB (Interest)	medium	
Hpur:R:EB (comp°)	NA	

Ideation	EB: NA,		
EBper = NA			
a/p = 1 : 1	NA	Sum6=	1
HVI		Lvl2 =	1
OBS		Wsum6	4
MOR=0		WSum6 : Age	
m=1			
FM=1		no problem	
	needs conceptualisation		
Ma/Mp = 0 : 0	NA	M- =	0
Intel° = 3	0	Mnone	0

Self		
EGO = 0,67	EGO : Age:	high
Fr+rF = 1		
SumV = 0		
FD = 0		
An+Xy = 0		
MOR = 0		
H:(H)+Hd+(Hd) = 3:1	Self R°	imagination
Step 7b :Human content responses quality (XP)		
Generally Positive Features, GPF	Sum=22	μ=5,5
Generally Negative Features,GNF	Sum=3	μ=0,8

تحليل بروتوكول حالة كريم

يتم تحليل البروتوكول حسب الترتيب التالي للمجموعات: قدرات التحكّم والتحمّل للضغط ← إدراك العلاقات ← إدراك الذات← الانفعالات ← علاج المعلومة ← الوساطة المعرفية ← التفكير.

جدول 48. نتائج الكوكبة الانتحارية لحالة كريم

SumV+FD>2	
col-shd blends>0	X
ego <0.31 ou >0.44	X
mor>3	
Zd>3,5 ou <-3,5	X
es>EA	X
CF+C>FC	
X+%<0,70	X
S>3	
P<3 OU P>8	X
PURE H<2	
R<17	X
S-CON = 7	

قدرات التحكّم والتحمّل للضغط. يظهر أن تنظيم شخصية المبحوث أقل نضجا مما هو منتظر مما يشكل نوعا من الهشاشة لمواجهة المشاكل في تسيير متطلبات الحياة اليومية حيث يظهر هذا النوع من المشاكل خاصة في المجال العلائقي، وقد تساهم أيضا في خلق صعوبات في مجال التحكم (المرحلة 1).

وتعتبر الموارد المتوفرة لدى المبحوث محدودة جدا مما يجعله أكثر هشاشة، وقد يواجه بصفة مزمنة خطر الاضطراب أمام ضغوطات الحياة اليومية (المرحلة 2). ومن المحتمل جدا أن كريم يعاني من مشكل انفعالي خارج عن العادة والذي مهد بدوره إلى حالة من الضغط المضطرب، كما يمكن أن يعود سبب حالة الضغط المضطرب إلى شكل من أشكال الاضطراب النفسي (المرحلة 3).

إدراك العلاقات. من المحتمل أن كريم أقل نضجا في علاقاته مع الآخرين أي تعتبر قدراته العلائقية محدودة مما قد يعرضه إلى مواجهة صعوبات متكررة في علاقاته مع المحيط خاصة في مجال العلاقات مع الأشخاص، يتميز الأشخاص الذين يتمتعون بهذه الخصائص بتاريخ شخصي يغلب عليه الفشل من الناحية الاجتماعية العلائقية، في بعض الأحيان يهربون من التفاعلات الاجتماعية ويتبنون أسلوب عيش يقوم على الانعزال وعلاقات خفيفة، لكن غالبا ما يسعون إلى إقامة علاقات جدية ومستمرة كأغلبية الأفراد إلا أن عدم كفاءتهم العلائقية غالبا ما تجعل الآخرين لا يتقبلونهم. غالبا ما يشعرون بعدم الرضا من حياتهم وبالغموض وعدم القدرة في علاقاتهم، وبالتالي غالبا ما يواجهون أزمات اكتئابية كنتيجة لفشلهم في مجال العلاقات (المرحلة 1). ويميل كريم نحو التعبير عن حاجته في الاتصال بطريقة غير عادية مقارنة بأغلبية الأفراد حيث يتميز بالحذر عندما يتعلق الأمر بعلاقات القرب مع الآخرين خاصة تلك التي تضم تبادل لمسي (المرحلة 5)، برغم من أن المبحوث مهتم بالآخرين كأغلبية الأفراد حيث يعتمد على الواقع في تصوراته لهم (المرحلة 6)، ومهتم في المشاركة في تفاعلات علائقية إيجابية ومتكيفة (المرحلة 7) إلا أنه لا يبادر في خلق تفاعلات إيجابية (المرحلة 8). وكما يتميز بالانعزال من الناحية الاجتماعية، بفقر في الاتصال مع الآخرين وبفقر في العلاقات المرضية (المرحلة 10).

إدراك الذات. يتميز كريم بالإفراط في استثمار ذاته وفي شعوره بقيمته الذاتية حيث تميل هذه المميزة نحو السيطرة على إدراكه لمحيطه. تمثل هذه الميزة خاصية قاعدية لشخصية المبحوث وتؤثر على أغلبية قراراته وتصرفاته نظرا لحجاته المستمرة إلى تشجيع شعوره المفرط بافتخاره الذاتي حيث يعاني الأشخاص الذين يتميزون بهذه الخاصية بصعوبات كبيرة في إقامة علاقات عميقة ومرضية، في بعض الحالات يقوم الشخص بفحص ذاته مما قد يثير صراع داخلي بين قيمة مرتفعة لصورة الذات وعناصر مخالفة لهذه القيمة، يمكن للمبحوث القيام بتصرفات ضد المجتمع في حالة عدم استجابة المحيط إيجابيا لمتطلباته (المرحلة 2). ويقدر كريم قيمته الذاتية سلبيا ويتميز بتقدير ذات سلبي عندما يقارن نفسه مع الآخرين مما يشكل خطر للوقوع في الاكتئاب؛ ويواجه المبحوث صراع كبير فيما يخص صورته وقيمته الذاتية مما يزيد من احتمال التبدل المستمر في مزاجه وفي إظهار اضطراب في السلوك (المرحلة 3). وتقوم صورته و/أو قيمته الذاتية على انطباعات خيالية أو على تغيير التجارب الواقعية حيث يتميز هذا النوع من الأشخاص بأقل نضجا وبتصورات مزيفة حول ذاتهم، وقد يؤثر النقص في الوعي بالذات سلبيا

على الطريقة التي يعتمد عليها المبحوث لأخذ القرارات وحل المشاكل، وتعرضه لخطر مواجهة صعوبات في المجال العلائقي، لكن لم نسجل عناصر سلبية كثيرة فيما يخص المحتويات الإنسانية مقارنة بالعناصر الإيجابية المرتبطة بنفس المحتويات (المرحلة 7b). ويترجم خطاب المبحوث في بعض الأجوبة (اللوحة III: "وي إدسني شغل أوتمشفهنارا مليح سني...سني تمشافاهن أوعلمغار غاشوا" مدى أهمية الصراع الداخلي فيما يخص صورة الذات (المرحلة 8).

الانفعالات. يعاني كريم من حصر نفسي وأزمة انفعالية (المرحلة 4)، ويميل نحو تجنب المثيرات الانفعالية نظرا لصعوباته في التعامل مع المواقف الانفعالية، مما يدفعه إلى الانعزال من الناحية الاجتماعية وتجنب الاتصال (المرحلة 6). ولا يهتم المبحوث بتحكم في التعبير عن انفعالاته كأغلبية الأفراد حيث بإمكانه التعبير عنها بطريقة مباشرة وعنيفة مما قد يشكل إعاقة كبيرة بالنسبة له خاصة وأنه يعاني أيضا، كما أشرنا إليه سابقا، من صعوبات في المجال العلائقي، وتساهم كل هذه الصعوبات في عدم تكيف التعبير عن الانفعالات مع المواقف الخارجية (المرحلة 9)، والتعبير عن الانفعالات في الظروف التي تستدعيها (المرحلة 10). يظهر أن السير النفسي للمبحوث أقل تعقيدا مما ننتظره حيث نجد هذه النتيجة عند الأشخاص الذين يتميزون بتنظيم نفسي فقير وينقصه النضج لذلك يظهرون صعوبات سلوكية عندما يواجهون مواقف انفعالية معقدة (المرحلة 12). وغالبا ما يجد المبحوث نفسه في حالة من الغموض بسبب الانفعالات أو المواقف الانفعالية حيث يتميز هذا النوع من الأشخاص بانفعالات شديدة مقارنة بالآخرين، ويواجهون في بعض الأحيان صعوبات في التعامل مع المواقف الانفعالية (المرحلة 15).

علاج المعلومة. يبذل المبحوث نفس المجهود الذي يبذله أغلبية الأفراد أثناء علاج المعلومة (المرحلة 1)، لكنه استثمر مجهود كبير مقارنة مما ننتظره (المرحلة 2). ويتميز علاج المعلومة بإستراتيجية غير متناسقة (المرحلة 3). يقوم المبحوث في هذا السياق بفرز المعلومة بطريقة فوضوية وسريعة مع الإهمال في غالب الأحيان لعناصر هامة في حقل المثيرات مما قد يشكل عائق كبير لأن العلاج الفوضوي قد يؤدي إلى خلل في الوساطة المعرفية، وبالتالي إلى القيام بتصرفات أقل فعالية (المرحلة 5). وتتميز نوعية علاج المعلومة بأقل ملائمة خاصة في المواقف المعقدة (المرحلة 7). ويواجه كريم نوع من الاندفاعية الإدراكية التي تجره إلى إعطاء إجابة قبل تحديد وفحص الصورة الموافقة لهذه الأخيرة، كما يمكن أن يواجه بعض الصعوبات في بناء و/أو الحفاظ على صورة في الذاكرة قصيرة المدى حيث غالبا ما يعاني هذا النوع من الأشخاص من صعوبات في التركيز (المرحلة 8).

الوساطة المعرفية. تتميز الوساطة المعرفية بصفة عامة بالتلاؤم مع المواقف مما يشير إلى أن المبحوث يحتفظ بعلاقة متكيفة مع الواقع الخارجي (المرحلة 1)، ولا تظهر مراحل الخلل في توظيف الوساطة المعرفية أكثر ما نجده عند أغلبية الأفراد (المرحلة 3). ويميل كريم إلى تغيير الواقع بهدف

دفاعي أي اللجوء إلى استعمال تغيير الواقع كإستراتيجية لتجنب مواجهة المواقف الواقعية (المرحلة 3a) لكن لا تحدث هذه الإستراتيجية خلل كبير على مستوى العمليات الإدراكية (المرحلة 3b). ومن المحتمل أن يستجيب كريم للمواقف البسيطة بطريقة منفردة أي أقل توافقا مع المعايير الخارجية حيث لا يشكل هذا حتما إعاقةن ولكن يطرح تساءل احتمال ميل المبحوث نحو تجاهل المعايير الاجتماعية (المرحلة 4). وغالبا ما يميل المبحوث مقارنة بأغلبية الأفراد إلى إنتاج قرارات معرفية تتجاهل المتطلبات الاجتماعية وقد ينتج هذا عن صراع مع المحيط و/أو نظام من القيم الذي يختلف تماما عن النظام الذي يفرضه المحيط (المرحلة 6).

التفكير. من المحتمل أن المبحوث يخلط بطريقة دفاعية ما بين التفكير الجانبي والتفكير المعرفي المنتظم مما يشير إلى أنه يعمل على تجنب تدخل نسبة كبيرة من الأفكار العقلية الطبيعية المرتبطة بحاجاته؛ قد ترتبط هذه الإستراتيجية بطريقة معرفية يستعملها بعض الأشخاص من أجل الخفض بصفة مؤقتة من تأثير الحاجات، برغم من أن هذه الأخيرة تستمر وترتفع شدتها مع مرور الوقت، وبرغم من فعالية هذه الإستراتيجية في الحفاظ على توازن الشخص إلا أن فعاليتها محدودة على المدى البعيد (المرحلة 5).

المناقشة العامة وخلاصة حالة كريم

تتميز شخصية كريم القاعدية بالهشاشة وبعدد من الخصائص السلبية التي تجعله معرض بصفة مزمنة إلى مواجهة صعوبات في تسير حياته اليومية؛ تسمح لنا المعطيات السيكاترية وبعض المعطيات حول التاريخ الشخصي للمبحوث التي تحدثنا عنها سابقا من ربط هذه الهشاشة باضطراب سيكاتري يعاني كريم من أعراضه منذ عدة سنوات، وتساهم الضغوطات الخارجية في الزيادة من حدة هذا الاضطراب . تظهر الصعوبات التي يواجهها كريم في مجال علاقاته مع الآخرين، فبرغم من سعيه إلى إقامة علاقات جدية ومستمرة إلا أن عدم كفاءته في تحقيق هذا المسعى تفسر فشله من الناحية العلائقية والاجتماعية. وتتميز أيضا شخصيته بخاصية أساسية أي الإفراط في استثمار قيمته الذاتية مما قد يعيق علاقاته مع الآخرين ويعاني من صراع كبير فيما يخص صورته وقيمته الذاتية حيث نجد تناقض بين الإفراط في إدراك لصورة ذات إيجابية والشعور بتقدير ذات سلبي ناتج عن غياب لعناصر حقيقية تفسر الإفراط في التقدير الإيجابي لذات مما يزيد من احتمال التبدل المستمر في مزاجه وفي إظهار اضطرابات في السلوك و/أو تصرفات ضد المجتمع. ويرافق الصعوبات في التعامل مع الضغوطات الخارجية، الخلل في إدراك الذات وإدراك الآخرين أزمة انفعالية وصعوبات كبيرة في تعامل الحالة مع المواقف الانفعالية.

يحاول كريم بذل مجهود كبير عندما يقوم بعلاج المعلومات الخارجية لكن لا يؤدي هذا حتما إلى فعالية الصيرورة الإدراكية لأننا نجد العكس في حالته حيث يقوم بعلاج المعلومة بطريقة سريعة وفوضوية مع إهمال لعناصر هامة مرتبطة بمعطيات المثيرات الخارجية. ويؤثر الخلل في علاج المعلومة سلبيا على نوعيتها وفعاليتها، ولكن قد يؤثر أيضا على وظيفة إدراكية أخرى والمتمثلة في الوساطة المعرفية. عكس مما ننتظره، لا يؤثر الخلل في علاج المعلومة سلبيا على الوساطة المعرفية حيث تتميز هذه الأخيرة بصفة عامة بالتلاؤم مع المواقف مما يشير إلى أن المبحوث يحتفظ بعلاقة متكيفة مع الواقع الخارجي. ويتميز تفكير المبحوث بالميل نحو الخلط بطريقة دفاعية ما بين التفكير الجانبي والتفكير المعرفي المنتظم من أجل الخفض بصفة مؤقتة من تأثير الحاجات لكن تتميز هذه الإستراتيجية بفعالية محدودة على المدى البعيد.

تندرج المحاولات الانتحارية الخطيرة، الأفكار والتهديدات الانتحارية التي يواجهها كريم في جدول عيادي يتميز من الناحية السيكاترية بهذيان مزمن يغلب عليه هذيان الغيرة (متعلق بالزوجة)، معاش اضطهادي وفوبي، و تناول الكحول. نعود فيما يلي، حسب التسلسل الكرونولوجي، إلى معطيات الحالة قبل وبعد تمرير اختبار الرورشاخ. دخل كريم إلى المستشفى للمرة الأولى سنة 2009 بعد محاولة انتحارية خطيرة عن طريق الشنق. المرة الثانية سنة 2011 حيث دخل المبحوث إلى المصلحة، بعد تدخل الحماية المدنية، في جدول عيادي يتميز بـ: اضطراب في السلوك، أفكار انتحارية، تناول مفرط للكحول واضطراب فوبي (يخاف الخروج من البيت). المرة الثالثة في سنة 2012 حيث وجه إلى مصلحة الطب العقلي من طرف مصلحة الاستعجالات الطبية في حالة من الهيجان، التناول المفرط للكحول ومعاش نفسي اضطهادي وفوبي. المرة الرابعة سنة 2013 حيث تقدم المبحوث إلى المصلحة برفقة زوجته التي تتحدث عن اضطراب في سلوك زوجها، التناول العشوائي لدواءه وأفكار انتحارية ومعاش اضطهادي. للمرة الخامسة في نفس السنة (2013) بعد تدخل الحماية المدنية نظرا للمحاولة الانتحارية عن طريق الشنق التي قام بها كريم. للمرة السادسة في نفس السنة (2013) بعد محاولة انتحارية أخرى عن طريق الشنق، وقد قابلنا كريم في إطار دراستنا خلال هذه المدة.

دخل كريم إلى المصلحة خمس مرات بعد إجراء اختبار الرورشاخ (نوفمبر 2013). المرة الأولى (مارس 2014) في جدول يتميز خاصة بعرضية هذيانية، عرضية اكتئابية، تناول مفرط للكحول وأفكار انتحارية. المرة الثانية (مارس 2014): حاول المبحوث حرق نفسه مما استدعى تدخل الحماية المدنية ونسجل دائما العرضية الاكتئابية حيث يفسر كريم محاولته الانتحارية بصعوباته المادية، لكن لم نسجل هذه المرة حضور لنشاط الهذياني. المرة الثالثة (أوت 2014) : تقدم المبحوث إلى المصلحة بملء إرادته طالبا إدخاله المستشفى نظرا لعودة الحالة الهذيانية التي يعاني منها حيث يتحدث عن أصوات تطلب منه

قتل نفسه، كما تحدث عن صعوبات في النوم، وأفكار اجترارية غريبة تنص على أن عدم دخوله إلى المستشفى يؤدي به إلى المرور إلى الفعل الانتحاري. المرة الرابعة (ديسمبر 2014): تقدم المبحوث إلى المصلحة بمرافقة زوجته التي تقول أن زوجها قد حاول شنقها بينما كانت تشاهد التلفاز موضحة أن تصرف زوجها هو تصرف مفاجئ. ويذكر المبحوث أنه لم يفهم لماذا تصرف بهذا الشكل طالبا السماح من زوجته وأنه نادم عن فعله. وقد توقف المبحوث عن تناول دواءه لمدة خمسة أيام، وتبين خلال المقابلة أنه لا يعاني من أفكار انتحارية. المرة الخامسة (سبتمبر 2015): بعد أن حاول الانتحار من جديد حيث ذهب إلى مقر الدائرة وحاول حرق نفسه بالبنزين.

4- حالة أمين (B14) وحدود الكوكبة الانتحارية

تقديم الحالة

أمين شاب عازب يبلغ من العمر 25 سنة ذو مستوى جامعي، يحتل المرتبة الثالثة بين أخواته (3 بنات و4 ذكور)، لقد تحصل أمين على شاهدتين جامعيتين وهو بصدد تحضير شهادة ثالثة لكن مرضه أجبره على التوقف عن الدراسة، وقد تحصل على منصب إداري لكنه توقف عن العمل بعد 15 يوما نظرا لمرضه. أب المبحوث موظف أما أمه فهي لا تعمل. ويشير أمين إلى غياب لحالة الانتحار في تاريخ العائلة لكن أحد أعمامه يعاني من مرض عقلي ولا يستفيد من متابعة سيكاترية.

بدأت أعراض الاضطراب تظهر لدى المبحوث منذ سنة 2009، وقد دخل إلى المستشفى للمرة الأولى سنة 2010، وللمرة الثانية سنة 2014 في نفس الجدول العيادي: الاستثارة النفسية الحركية، العدوانية الجسدية واللفظية اتجاه أفراد العائلة، هذيان الاضطهاد. تنتمي الحالة إلى تشخيص الاضطراب ذو الاتجاهين، دخل إلى المستشفى للمرة الثانية في فيفري 2014 حيث قابلناه من خلال مشاركته في بحثنا وللمرة الثالثة في فيفري 2015. ويشير الأطباء العقليين المعالجين خلال هذه الفترة إلى العرضية الاكتئابية دون خطر الانتحار كخاصية أساسية في وصف الحالة. وفي سبتمبر 2015 دخل أمين للمرة الرابعة بعد توجيهه من طرف طبيبه الخاص في جدول عيادي يتميز بـ: رفض تناول الغذاء، رفض العلاج وهذا منذ عدة أيام، عرضية اكتئابية والانعزال. ويشير الطبيب العقلي المعالج خلال المدة الأخيرة لبقاء أمين في المستشفى إلى أن هذا الأخير احتفظ بوضعية من الخمول ويرفض التعبير عن حالته.

بروتوكول الرورشاخ لحالة أمين

Réponse	Enquête
PLI 1- Thayi delkhoufach, delkhoufach elayli, delkhoufach ivya aditlaaa issma, chitan, ibliss laaanaho allah, anassr, ivya aditir issma bessah ilzmass janah qaouiy, bessah issaa itaren ifassen ikhef oulach, ivya adiferfer etfent bachou athenyen achayatin.	E : [Lit la réponse du sujet] S : Imi zriyth khal (D4), issaa ifassen, issaa itaren, daverkan issaa elaajniha, ouayi denassr (D2), ouayi dechitan (D2), la droite anassr, la gauche dechitan.
PL II 2- Thayi enar, enar thechaal, rouge laafif, ouayi dachou issaa agdiniy issaa ikhf, issaa alen, ouressara itaren...ivya adiferfer bachou adibaad felaafif, thetfath itarniss. 3- Ouayi dichitan assoued. 4- Ouayi dejen.	E : [Lit la réponse du sujet] S : Rouge (D2+D3), ivya adirouel (D6) ssglaaafif. E : [Lit la réponse du sujet] S : Ibliss (D6), chaytan akhel. E : [Lit la réponse du sujet] S :Douayi (D5), damelalyi, elhaja tamelalt.
PLIII 5- Ouayi issmiss amek issqaren abou laaarouss, anaqa, mach anaqa, thssaa elalouan khila, aaarouss elbahr thevya atkaouer elbayd, elhajla, oumbaad youssad elaafif iherqass, amassiss iqret.	E : [Lit la réponse du sujet] S :Aarouss elbahr (D9) thvya atkouar thimelalin (dans le D7). E : Thinitiyid dayen alaaafif? S : Ha laaafif (D2+D3), iharqass itarniss (D5), ifassniss. E: Ougachou itchouvhet yelaaafif?

	S: Dazegay, elaaafif dazegay.
PLIV 6- Ouayi tess akhal, daqelouach, tess elaakhal issaa ljnah ivya adissou ayefki, yemah matet, aaamtouh matet, ivya aditir laard oukhra...même elmaaza thssaa aamtiss, khaltiss amelbacher, issaa ljnah kvya adiferfer y l'espagne.	E : [Lit la réponse du sujet] S : Ikhfiss ivan beli detess, gikhfiss aaaqleyth, assoued, akhal. E : Issaa lejnah? S : Douayi, ivya adiferfer, tess ivya adferfer, tess dichitan, akhel achitan.
PLV 7- Ouayi delkhoufacj, eloukhtouboyt elakhel, ivya adiqel deloukhtoubout, denassr, bachou adich idamen laaivad surtout bnadem..athan gssma, issaa lqarnayni, issaa itaren.	E : [Lit la réponse du sujet] S : Ivan adocteur ilkel, issaa ouayi, issaa itaren, issaa ljnah akhdaaa, ljnahiss dakhdaaa, ivyaa adiqoul deloukhtoubout bachou adiqel aditef koulchi.
PLVI 8- Ouayi elqit elfaaar, dayerda irouel issaa les moustaches, issaa elaaynayni, eloudanayni, iroual yougad athitef oumchich, ithaouiss felyar bachou adikchem..oumbaad youssad oumchich izrath, oumbaad imouth, itfath oumchich itchath.	E : [Lit la réponse du sujet] S : Ikhfiss, les moustaches, izmer elhal damchich aken ithzriy dayarda. E: Imouth? S: Ikchem gelyar oumbaad imouth.
PLVII 9- Ouayi daheloum, delqird..ivya adich elkaoukaou, jenbouba, itraja ouahdess, da douayet, degssin...dayen izriy zyess.	E : [Lit la réponse du sujet] S : Qird, qirada. E: Ougachou itchouvhet? S: Gikhfiss, khdem aka (geste) ivya aditch, itraja, assma adaadiy assfkey elkaoukaou.
PLVIII 10- Ouayi eljen elaassoued, ibliss laaanahou allah, ivya adikchem	E : [Lit la réponse du sujet] S : Ikhfiss bark (dans le D4+D5), gthatiouiniss ivan

gnar..oumbaad izra youen bnadem iaaada inayass arouah issaraaith soukharit imouth...jounoun enatan vyan athyen...dayen iemrey agdiniy.	khedaaa. E: Enar? S: Arouge adocteur (D1+D2) arouge toujours ichaal. E: Ebnadem? S: Oulach, amajiniyd iaada benadem sougarou, oulachith, dayi l'imagination, tassaouour.
PLIX 11- Thayi ouzmiryara adaabrey, ila elaakhdar, elaahmer, elbouniy, elbourtouqali, elaassfar.	E : [Lit la réponse du sujet] S : Elaakhder, elaahmar, elbouniy, elbourtouqali, elalouan.
12- Essaroukh vyanathcheyaan ilmarikan...c'est assaroukh ivya aditlaa bachou atissyli, neki nechallah athchayaay..adqtel marikan, amelyaban zikeni.	E : [Lit la réponse du sujet] S : Assaroukh (D5) ma debya adidimari adij elyebar, ichaal elahmar (D6), elyebra, thimess.
PLX 13- Thayi elaakhdar, alaahmar, elaazreq, elaakhdar, elboutouqali.	E : [Lit la réponse du sujet] S : Alakhdar, elaahmar, elaazreq, elaasfar.
14- Ouayi dahelouf hacha assamaain, ivya idikhdem aka (geste) bachou atenger ouyzmerara.	E : [Lit la réponse du sujet] S : Vanen (D8) issaa amek issqaren ouayi, amek issqaren ouina ouhlouf akayi, ikhdem akayi, bachou atenger.
15- Elaainkabout thvya atkchem genar bachou atrouh dou alqarnayni bachou assthini ourefdara ikhfik bachou atenger.	E : [Lit la réponse du sujet] S : Thvan, thessaa oueyi, thevya atrouh.

مقطع تنقيط الأجوبة لحالة أمين

Card	N°	Loc & DQ	Loc N°	Determinants	FQ	(2)	Contents	P	Z	Special scores	GHR PHR	Z=
I	1	W+		FMp.FC'.Ma	-		A,(H)		ZA	COP,AG,FAB2,DR2	PHR	4
II	2	W+		m'a.CF.FMp	u		Fi,A		ZW	AG	PHR	4,5
	3	Do	6	C'F	-		(H)				PHR	
	4	DSv	5	C'	no		Id					
III	5	W+		FMp.m'a.CF	-		A,Fi,Id		ZW	AG,MOR	PHR	5,5
IV	6	Ddo	99	Mp.FC'	o		A			INC2,DR2	PHR	
V	7	Wo		FMp.FC'	o		A	P	ZW	DR2		1
VI	8	Ddo	99	F	-		A			DR2,MOR		
VII	9	Wo		FMp	-	2	A,Fd		ZW	DR2		2,5
VIII	10	W+		Ma.CF.m'a	-		(Hd),Fi		ZW	AG,FAB2,DR2	PHR	4,5
IX	11	Wv		Cn	no		Art					
	12	D+	9	m'a.CF	u		Sc,Fi		ZA			2,5
X	13	Wv		Cn	no		Art					
	14	Do	8	FMa	u	2	A					
	15	Do	1	FMa	o	2	A	P				

الملخص الشكلي لحالة أمين

Compute for	R	=	15		L	=	0,07		F%	=	0,07	S-CON	=	8		Affect		ambitent					
Scoring									Age:		25			Positive		eb	=	11 : 5	Discomfort				
									Controls			Styles	State	Patho. P.	Const°				Irritation				
EB	=	3 : 4	EA	=	7	EBper	=	1,3	Step 1) Adj D		Very Vulnerable					Afr	=	0,67	Afr : EB : Age				
eb	=	11 : 5	es	=	16	D	=	-3	Step 2) EA		cf. Step 4				PTI=5	PC% = 0,4			medium				
ambitent			Adj es =		13	Adj D =		-2	Step 3) EB &L		Valid EA & AdjD		D<Daj	PTI>3	DEPI=3	Σc':WΣC	=	5:4	E.Inhibition				
												ambitent			CDI=3	intel		2	0				
FM	=	7	SumC'=		5	SumT=		0	Step 4) Adj es		Underestimated AdjD		Daj<0		HVI: ns.	CP	=	0					
m	=	4	SumV=		0	SumY=		0							OBS: ns.	FC:CF+C	=	0:4	E.impulsiveness (1/5)				
EBt (XP)	EBt = 0,14															Pure C	=	0					
PTI>3 :PROCESSING -> MEDIATION -> IDEATION -> CONTROLS -> AFFECT -> SELF -> RELATIONS																S	=	1		lateS =	0		
																Blends/R	=	7:15		Bld%	0,47		
																StressBld	=	1					
																Adj Blend	=	7:15		AdjBld%	0,47		
																3xBld	=	4					
																>3xBld	=	0					
																Col-Shd Bld	=	0					
																Shd Bld	=	0					
																Blend : EB : L				Adj Blend : EB : L			
																high				high			
																3xBld % & >3xBld							
																unusual complexity							
																cf. ressources, controls & modulation							
																Col-Shd Bld : EB				Shd Bld			
Processing									Mediation			Coding Validity											
PSV	=	0						attention	XA%	=	0,40	AGE	✓	Cards	✓	N°	✓						
DQv 1st	=	2	C. Impuls. OR Attention diff.						WDA%	=	0,38	Loc&DQ	✓										
Zd	=	4	overincorporative					scanning	X-%	=	0,40	DET	✓										
Dd	=	2							S-	=	0	FQ	✓										
Zf	=	7	low					efforts	P	=	2	CONT	✓										
W/D	=	8:5						easy:3:8	X+%	=	0,20	Z score	✓										
DQ+	=	5	medium					quality	Xu%	=	0,20	SpSc	✓										
DQv,v/+	=	3	failures						Stp3a FQ- Homogeneity (6)														
W/M	=	8:3	Positive					objectives	3.1stC-		1/2	Relations			(Perception)								
Step3: Loc Sequence (XP), Incoherent Loc Index, ILI = 0									BC-		1/2	COP	=	1	agressive								
									CC-		1/2	AG	=	4									
Ideation		ambitent							RC-		1/3	GHR:PHR	=	0 : 6									
EBper	=	1,3				Sum6=		9	PC-		1/6	a:p	=	8 : 6									
a/p	=	8 : 6				Lvl2 =		9	S-		0	Food	=	1									
HVI						Wsum6		54	Dd-		1/6	SumT	=	0									
OBS									M-		1/3	H Cont.	=	3									
MOR=2						WSum6 : Age			FMm-		2/3	Pure H	=	0									
m=4			peripheral ideation (stress)						Color-		1/3	PER	=	0									
FM=7						disturbed thinking			Shd-		1/3	Isol° Indx	=	0,00									
			chronic peripheral overload			3/3			F-		1/6												
Ma/Mp	=	2 : 1				M-	=	2	AnXySxBl-		0	H Cont:R:EB (Interest)			medium								
Intel°	=	2		0		Mnone		0	Hcont-		1/2	Hpur:R:EB (comp°)			NA								
																Self							
																EGO	=	0,20	EGO : Age:		low		
																Fr+rF	=	0					
																SumV	=	0					
																FD	=	0					
																An+Xy	=	0					
																MOR	=	2					
																H:(H)+Hd+(Hd)	=	0:3	Self R°		NA		
																Step 7b :Human content responses quality (XP)							
																Generally Positive Features, GPF				Sum=11	μ=3,7		
																Generally Negative Features,GNF				Sum=8	μ=2,7		

تحليل بروتوكول حالة أمين

يتم تحليل البروتوكول حسب الترتيب التالي للمجموعات: علاج المعلومة ← الوساطة المعرفية ← التفكير← قدرات التحكّم والتحمّل للضغط ← الانفعالات← إدراك الذات←. إدراك العلاقات. لكن قبل الشروع في تحليل المجموعات تبدأ بملاحظة حول الكوكبة الانتحارية للمبحوث .

الكوكبة الانتحارية (S-CON)

جدول 49. نتائج الكوكبة الانتحارية لحالة أمين

SumV+FD>2	
col-shd blends>0	
ego <0.31 ou >0.44	X
mor>3	
Zd>3,5 ou <-3,5	X
es>EA	X
CF+C>FC	X
X+%<0,70	X
S>3	
P<3 OU P>8	X
PURE H<2	X
R<17	X
S-CON = 8	

لا تشير المعطيات السيكاترية على خلاف معطيات الكوكبة الانتحارية الموضحة في الجدول 49 إلى احتمال مواجهة أمين لخطر المرور إلى الفعل الانتحاري حيث لاحظنا أن الطبيب العقلي المعالج يوضح

في كل مرة أن الحالة تعاني من عرضية اكتئابية لكن دون وجود خطر انتحاري محتمل. من المحتمل أن حالة أمين تنتمي إلى فئة الإيجابي-الخاطئ خاصة ونحن نعرف أن هناك نسبة مرتفعة نسبيا من الإيجابي-الخاطئ في عينات الأشخاص المكتئبين، لكن كما يؤكد عليه Exner يجب على العيادي اعتبار كل كوكبة انتحارية إيجابية كمؤشر جدي لوجود خطر المرور إلى الفعل الانتحاري.

علاج المعلومة. يتميز تناول علاج المعلومة الذي يعتمد عليه أمين بالتحفظ وبالعشوائية (المرحلة 1)، ويستثمر المبحوث مجهود كبير في علاج المعلومة مقارنة مما ننتظره (المرحلة 2). ونسجل عدم التناسق في مجهود و/أو إستراتيجية علاج المعلومة (المرحلة 3)، ويحاول بذل مجهودات كبيرة لتحقيق العديد من الأشياء الخارجة عن طاقته وقدراته الحالية، ويرتفع احتمال عدم نجاح المبحوث في تحقيق الأهداف التي يسعى إليها في حالة سيطرة هذه الخاصية على تصرفاته في الحياة اليومية، وغالبا ما يؤدي هذا النوع من الفشل إلى تجارب الإحباط (المرحلة 4). يقوم أمين بفرز المعلومة بطريقة فوضوية وسريعة مع الإهمال في غالب الأحيان لعناصر هامة في حقل المثيرات مما قد يشكل عائق كبير لأن العلاج الفوضوي قد يؤدي إلى خلل في الوساطة المعرفية، وبالتالي إلى القيام بتصرفات أقل فعالية (المرحلة 5). عادة ما يتميز علاج المعلومة بنوعية ملائمة لكن في بعض الأحيان تتدهور إلى مستوى أقل تطورا ونضجا مما قد يمهد إلى ترجمة المعلومة بطريقة غير فعالة وإلى تبني لاستراتجيات التكيف أقل فعالية (المرحلة 7). ويواجه أمين نوع من الاندفاعية الإدراكية تجره إلى إعطاء إجابة قبل تحديد وفحص الصورة الموافقة للإجابة، كما يمكن أن يواجه بعض الصعوبة في بناء و/أو الحفاظ على صورة في الذاكرة قصيرة المدى حيث غالبا ما يعاني هذا النوع من الأشخاص من صعوبات في التركيز (المرحلة 8).

الوساطة المعرفية. نسجل خلل كبير جدا على مستوى الوساطة المعرفية وتعتبر علاقة المبحوث بالواقع متدهورة جدا حيث يمس الخلل المواقف التي تستدعي الوساطة المعرفية (المرحلة 1)، يظهر أن المبحوث يعاني من اضطراب كبير نظرا للخلل الشديد في الوساطة المعرفية وتدهور علاقته مع الواقع الخارجي (المرحلة 3). ويساهم نشاط تفكيري غريب في تغيير معنى الواقع، يتعلق هذا النشاط بتصورات عقلية جانبية تحدثها تجارب الحاجة و/أو الضغط والتي تؤثر على الوساطة المعرفية إذ بإمكانها عرقلة الانتباه والتركيز وغزو الأشكال المنطقية للتفكير (المرحلة 3a)؛ وتترجم بعض خصائص العديد من أجوبة المبحوث (PlancheIV : «Ouayi tess akhal, daqelouach, tess elaakhal issaa ljnah ivya adissou ayefki, yemah matet, aaamtouh matet, ivya aditir laard oukhra...même elmaaza thssaa aamtiss, khaltiss amelbacher, issaa ljnah kvya adiferfer y l'espagne.) الملاحظة التي أشرنا إليها في المرحلة 3 أي شدة الاضطراب الذي يعاني منه، من المؤكد أن هذا الاضطراب هو اضطراب من نوع ذهاني يعرقل بشدة

علاقة المبحوث بالواقع ويعرضه إلى خطر القيام بتصرفات غير فعالة أو غير ملائمة (المرحلة 3b)، خاصة وأنه لا يستجيب بطريقة عادية في المواقف البسيطة (المرحلة 4). ومن المحتمل جدا ظهور لدى المبحوث لتصرفات غير نمطية وغير ملائمة راجعة إلى الخلل في الوساطة المعرفية وتدهور علاقته مع الواقع (المرحلة 6).

التفكير. يتميز النشاط التفكيري للمبحوث بعدم ثباته مما يقلل من فعالياته، ويتمتع بأسلوب إدراكي مزدوج مما يعرضه لخطر الوقوع في أخطاء الحكم وتغيير الرأي بصفة متكررة، ويظهر أن الأشخاص الذين يتمتعون بهذا الأسلوب لا يستفيدون مثل الآخرين من الأخطاء الناجمة عن حل المشاكل مما يجعلهم في حاجة إلى وقت كبير للوصول إلى حلول فعالة (المرحلة 1). تثير عند المبحوث حالات من الحاجات الداخلية مستوى كبير من النشاط العقلي الجانبي حيث عامة ما تكون هذه الحالة مزمنة أكثر ما هي مؤقتة مما يزيد من احتمال تأثيرها السلبي على الانتباه والتركيز، وهناك ضغط ظرفي يساهم أيضا في ارتفاع النشاط العقلي الجانبي (المرحلة 5). يعاني المبحوث من مشكل كبير في التفكير (المرحلة 8)، يسمح تحليل بعض الأجوبة التي قدمها من التأكد من هذه الملاحظة: عادة ما يميل مثلا المبحوث إلى إعطاء عبارات خارجة عن سياق الأجوبة، حكمه وتفكيره في بعض الأحيان خاطئين، تقريبا بعض الأجوبة هي أجوبة هذيانية كما سجلناه في اللوحة IV (المرحلة 9). ومن المحتمل جدا أن تفكير المبحوث غريب ومضطرب ويعاني بصفة عامة من شكل من أشكال عدم الارتياح الفكري (المرحلة 10)، وتترجم طريقة تعبير المبحوث عن الأجوبة الحركية عن بعض خصائص التفكير التي أشرنا إليها في المراحل السابقة (المرحلة 11).

قدرات التحكّم والتحمّل للضغط. يتميز أمين بالهشاشة، الاضطراب وفقدان التحكم أمام المواقف الضاغطة حيث عادة ما يتميز هذا النوع من الأشخاص في تاريخهم الشخصي بأحداث يغلب عليها الحكم الخاطئ، بتصرفات غير متكيفة وباضطرابات انفعالية، فهم يتميزون بهشاشة مزمنة أمام الضغوطات العقلية والانفعالية (المرحلة 1)؛ لكن يظهر أن هناك سوء تقدير لقدرات التحكم وتحمل الضغط عند المبحوث مما قد يشير إلى احتمال أن سيره النفسي معقد أكثر من العادة (المرحلة 4). يواجه أمين شكل من أشكال التفكير العشوائي وغير المرتبط التي عادة ما يحدثها الارتفاع في الحاجات التي لم يتم إشباعها حيث تغزو المتطلبات المرتبطة بهذه الحاجات مختلف أشكال التفكير الحرة لتعرقل وظيفة التركيز والانتباه، وكما يعمل المبحوث على قمع انفعالاته أكثر من اللازم حيث يمكن لهذه الصيرورة النفسية أن تؤدي إلى الشعور بمختلف أشكال عدم الارتياح الذاتي كالقلق، الحزن، الضغط، الخوف والاضطرابات السوماتية (المرحلة 5).

الانفعالات. يتمتع أمين بأسلوب إدراكي مزدوج حيث يتميز الأشخاص الذين ينتمون إلى هذا النوع من الأسلوب بعدم تطوير لأسلوب متناسق في حل المشاكل وأخذ القرارات مما يجعل انفعالاتهم تميل إلى عدم الاستقرار من حيث تأثيرها على التفكير وعلى طرق حل المشاكل وأخذ القرارات، وقد يؤدي عدم التناسق في استعمال الانفعالات إلى غموضها وعدم استقرارها (المرحلة 2). ونسجل عند المبحوث عدم ارتياح نفسي مرتبط بميله غير المعتاد نحو كف التعبير عن الانفعالات ومحو تأثيرها أي يميل المبحوث إلى التحكم في انفعالاته واستدخالها عوض التعبير عنها (المرحلة 4). وغالبا ما يقوم بقمع التعبير عن انفعالاته وهذا مقارنة بأغلبية الأفراد لذلك فهو يشعر بإثارة نفسية (المرحلة 5). لكن يظهر أن أمين مستعد كأغلبية الأفراد لعلاج المثيرات الانفعالية والمشاركة فيها إلا أن حالته تتميز بنقص في الوعي بمشاكله لذلك ونظرا إلى صعوباته في التحكم في انفعالاته فهو يفضل تجنبها (المرحلة 6)، أما في حالة التعبير عنها فلا يتحكم فيها كأغلبية الأفراد إذ يثير انتباه الآخرين نظرا لشدة التعبير عن هذه الأخيرة مما يجعلها غير ملائمة مع المواقف الخارجية خاصة ونحن نعرف أن أمين يعاني من اضطراب في علاقته مع الواقع (المرحلة 9). ويتميز السير النفسي للمبحوث بتعقيد كبير حيث يعتبر هذا التعقيد في كل الأحوال كنتيجة لتجارب انفعالية مما يعرضه إلى مواجهة بعض الاضطرابات الخاصة في سياق النقص في مصادره الشخصية ومشاكل التحكم وعلاج الانفعالات (المرحلة 14).

إدراك الذات. يميل أمين إلى تقدير قيمته الذاتية بطريقة سلبية وإلى سوء تقدير ذاته عندما يقارن نفسه مع الآخرين حيث غالبا ما تشكل هذه الميزة مؤشر للوقوع في الاكتئاب (المرحلة 3). يجب الإشارة إلى الغياب الكلي للأجوبة ذات المحتوى الإنساني في بروتوكول المبحوث الذي يحتوي فقط على ثلاث أجوبة إنسانية غير واقعية مما قد يشير إلى أن صورة الذات هذا الأخير تقوم على تصورات مزيفة مما يشكل خطر في مواجهة صعوبات في المجال العلائقي (المرحلة 7a)، ويبين التحليل الإسقاطي للأجوبة ذات المحتوى الإنساني، الأجوبة الحركية الحيوانية والأشياء، والأجوبة ذات النوعية الشكلية السلبية كالإجابة العاشرة التي قدمها المبحوث في اللوحة VIII: " Ouayi eljen elaassoued, ibliss laaanahou allah, ivya adikchem gnar..oumbaad izra youen bnadem iaaada inayass arouah issaraaith soukharit imouth...jounoun enatan vyan athyen...dayen iemrey agdiniy." أن الصورة الذاتية للمبحوث متدهورة.

إدراك العلاقات. يميل المبحوث إلى إظهار تصرفات التبعية اتجاه الآخرين أكثر من العادة حيث يتميز هذا النوع من الأشخاص بالاعتماد على الآخرين من أجل توجيههم ومساندتهم وينتظرون منهم تقبل حاجاتهم ورغباتهم والعمل على تحقيقها (المرحلة 4). وعادة ما يميل أمين إلى التعبير عن حاجاته للاتصال بطريقة غير عادية مقارنة بأغلبية الأفراد، فهو يعتمد على الحذر في المواقف التي تستدعي الاتصال ما بين الأشخاص خاصة التبادل القائم على الاتصال باللمس (المرحلة 5). ومن المحتمل جدا أن

تفاعلات المبحوث مع الأشخاص الآخرين تكون أقل فعالية في العديد من المواقف وأن تصرفاته غالبا ما يرفضها الآخرين (المرحلة 7)، خاصة وأنه يعتبر أن العدوانية في العلاقات ما بين الأشخاص هي طبيعية حيث يتميز هذا النوع من الأفراد بكونهم عدوانيون في تصرفاتهم في الحياة اليومية، يمكن لهذه العدوانية أن تترجم إستراتيجية دفاعية يحاول من خلالها الشخص التعامل مع الشعور بعدم الأمن في علاقاته مع الآخرين (المرحلة 8)، مما يفسر انعزاله من الناحية الاجتماعية (المرحلة 10). تتميز الأجوبة التي تحتوي على تصورات العلاقات (تحليل الأجوبة الحركية الحيوانية التي تحتوي على الزوج مثل الإجابة 9 في اللوحة VII: " Ouayi daheloum, delqird..ivya adich elkaoukaou, jenbouba, itraja ouahdess, da douayet, degssin...dayen izriy zyess. ويضيف المبحوث في التحقيق: Gikhfiss, khdem aka (geste) ivya aditch, itraja, assma adaadiy assfkey elkaoukaou. بطابع تقريبا هذياني (المرحلة 11).

المناقشة العامة وخلاصة حالة كريم

أمين شخص يحاول استثمار مجهود كبير عندما يعالج المعلومات لكن غالبا ما ينقصه التناسق والتنظيم لأنه يعتمد على تناول تغلب عليه خاصيات العشوائية والفوضوية أي لا يأخذ الوقت المناسب لعلاج وفرز المعلومة إذ غالبا ما يقوم بإهمال عناصر خارجية أساسية، ويحاول أيضا تحقيق أهداف تتعدى قدراته الحالية مما يعرضه بصفة مستمرة إلى خطر الشعور بالإحباط في حالة عدم تحقيق ما يسعى إليه. ويعاني المبحوث من اضطراب شديد مما يفسر اضطراب علاقته مع الواقع وبالتالي احتمال القيام بتصرفات غير فعالة أو غير ملائمة. كما يعاني من مشكل كبير في التفكير إذ يتميز هذا الأخير بعدم ثباته مما يقلل من فعالياته، ويتمتع بأسلوب إدراكي مزدوج مما يعرضه لخطر الوقوع في أخطاء الحكم وتغيير الرأي بصفة متكررة. ويواجه أمين شكل من أشكال التفكير العشوائي وغير المرتبط التي عادة ما يحدثها الارتفاع في الحاجات التي لم يتم إشباعها حيث تغزو المتطلبات المرتبطة بهذه الحاجات مختلف أشكال التفكير الحرة لتعرقل وظيفة التركيز والانتباه وتؤثر على قدراته في مواجهة المواقف الضاغطة.

وتميل انفعالات أمين إلى عدم الاستقرار من حيث تأثيرها على التفكير وعلى طرق حل المشاكل وأخذ القرارات مما قد يؤدي إلى الغموض وعدم التناسق في استعمالها. ويعاني المبحوث من عدم ارتياح نفسي مرتبط بميله غير المعتاد نحو كف التعبير عن الانفعالات ومحو تأثيرها عوض التعبير عنها. يظهر أن أمين مستعد كأغلبية الأفراد لعلاج المثيرات الانفعالية والمشاركة فيها إلا أن حالته تتميز بنقص في الوعي بمشاكله لذلك ونظرا إلى صعوباته في التحكم في انفعالاته فهو يفضل تجنبها، أما في حالة التعبير عنها فلا يتحكم فيها كأغلبية الأفراد إذ يثير انتباه الآخرين نظرا لشدة التعبير عن هذه الأخيرة مما يجعلها غير ملائمة مع المواقف الخارجية.

ويميل أمين إلى تقدير قيمته الذاتية بطريقة سلبية وإلى سوء تقدير ذاته عندما يقارن نفسه مع الآخرين حيث غالبا ما تشكل هذه الميزة مؤشر للوقوع في الاكتئاب كما تؤكده المعطيات العيادية للحالة التي تحدثنا عنها سابقا. يميل المبحوث إلى إظهار تصرفات التبعية اتجاه الآخرين أكثر من العادة، وعادة ما يميل إلى التعبير عن حاجاته للاتصال بطريقة غير عادية مقارنة بأغلبية الأفراد، فهو يعتمد على الحذر في المواقف التي تستدعي الاتصال ما بين الأشخاص خاصة التبادل القائم على الاتصال باللمس. يعتبر أمين أن العدوانية في العلاقات ما بين الأشخاص هي طبيعية مما يفسر عدوانيته في الحياة اليومية خاصة اتجاه أفراد عائلته، يمكن لهذه العدوانية أن تترجم إستراتيجية دفاعية يحاول من خلالها أمين التعامل مع الشعور بعدم الأمن في علاقاته مع الآخرين، مما قد يفسر أيضا انعزاله من الناحية الاجتماعية.

تنتمي حالة أمين إلى تشخيص الاضطراب ذو الاتجاهين، بدأت أعراض هذا الاضطراب تظهر لديه منذ سنة 2009، وقد دخل إلى المستشفى للمرة الأولى سنة 2010، وللمرة الثانية في فيفري 2014 في نفس الجدول العيادي أين قابلناه من خلال مشاركته في بحثنا. ويشير الأطباء العقليين المعالجين كما ذكرناه أعلاه إلى أن المبحوث يتميز بعرضية اكتئابية لكن دون وجود لخطر المرور إلى الفعل الانتحاري. وفي سبتمبر 2015 دخل B14، أي بعد عام ونصف بعد إجراء اختبار الرورشاخ، للمرة الرابعة بعد توجيهه من طرف طبيبه الخاص في جدول عيادي يتميز بـ: رفض تناول الغذاء، رفض العلاج وهذا منذ عدة أيام، عرضية اكتئابية والانعزال، وغياب لكل نشاط انتحاري. قبل تحليل معطيات البروتوكول قمنا بفحص الكوكبة الانتحارية نظرا لقيمتها الإيجابية (S-CON=8) عند الحالة. يدعو Exner (2003) العيادي الممارس إلى اعتبار كل كوكبة انتحارية إيجابية كمؤشر جدي لوجود خطر المرور إلى الفعل الانتحاري.

تشير المعطيات التي تحصلنا عليها من خلال فحص التاريخ المرضي والمعطيات المرتبطة بالمتابعة السيكاترية للحالة إلى أن هذه الأخيرة لا تواجه خطر المرور إلى الفعل الانتحاري. وتؤكد المعطيات التي تحصلنا عليها من خلال متابعة الحالة بعد إجراء اختبار الرورشاخ غياب لكل نشاط انتحاري لدى المبحوث. توضح إذن معطيات حالة أمين حدود استعمال الكوكبة الانتحارية كمؤشر لتشخيص والتنبؤ بالخطر الانتحاري، لكن لا يجب أن ننسى أن الحالة توضح أيضا مشكل الإيجابي-الخاطئ الذي يواجهه تقييم الخطر الانتحاري بصفة عامة. نشير إلى أن نسبة كبيرة من الحالات الإيجابية-الخاطئة التي نلتقي بها في الدراسات حول اختبار الرورشاخ والانتحار تنتمي إلى المجموعة الاكتئابية.

الفصل السابع

المنقاشه العامة لنتائج

1- مناقشة النتائج العامة للكوكبة الانتحارية

قبل الشروع في مناقشة نتائج الدراسة المرتبطة بالكوكبة الانتحارية نشير إلى بعض النتائج التي توصلنا إليها من خلال مقارنة المجموعة الانتحارية والمجموعة غير الانتحارية انطلاقا من ثلاثة متغيرات سوسيوديمغرافية. يتعلق المتغير الأول بالزواج حيث عكس ما نجده غالبا في الأدب لا يظهر أن هذا المتغير في عينة دراستنا كعامل وقاية من الخطر الانتحاري لأن الأفراد المتزوجين أكثر عرضة إلى السلوك الانتحاري مقارنة بالأفراد غير المتزوجين. وتوصلنا أيضا في إطار دراستنا إلى أن الأفراد ذو المستوى الدراسي المنخفض هم معرضون أكثر إلى السلوك الانتحاري مقارنة بالأفراد الذين يتمتعون بمستوى دراسي مرتفع. وفي الأخير، لاحظنا أن 68% من أفراد المجموعة الانتحارية يتراوح سنهم بين 26 سنة و45 سنة.

بينت نتائج دراستنا أن الكوكبة الانتحارية ذات العتبة ثمانية أو أكثر (S-CON ≥ 8) تسمح من تشخيص بطريقة صحيحة 16% فقط من أفراد المجموعة الانتحارية مع تشخيص كإيجابي-خاطئ 2% من أفراد المجموعة غير الانتحارية، وتسمح بالتمييز من الناحية الإحصائية بين المجموعة الانتحارية والمجموعة غير الانتحارية . وفي حالة تخفيض العتبة إلى 7 متغيرات إيجابية أو أكثر (S-CON ≥ 7) تسمح الكوكبة من تشخيص بطريقة صحيحة 38% فقط من أفراد المجموعة الانتحارية مقابل تشخيص 10% كإيجابي-خاطئ من أفراد المجموعة غير الانتحارية. لكن تسمح العتبة 7 من تشخيص بطريقة صحيحة 70 % من أفراد مجموعة المحاولة الانتحارية الخطيرة مع تشخيص 00% من أفراد مجموعة المحاولة الانتحارية غير الخطيرة مقابل تشخيص 10% فقط كإيجابي-خاطئ من أفراد المجموعة غير الانتحارية. وتشخص هذه العتبة 41% من أفراد مجموعة التفكير الانتحاري. سنحاول مناقشة هذه النتائج على ضوء نتائج بعض الدراسات الأساسية كـ: Exner وWylie (1977)، Fowler, et al., (2001b)، Blasczyk-Schiep, et al., (2011)، Silberg وArmstrong (1992).

بين Exner وWylie (1977) أن العتبة 8 تسمح بتشخيص 75% من مجموعة الأفراد الذين انتحروا و45% من مجموعة الأفراد الذين قاموا بمحاولة انتحارية، لكن تشخص أيضا نفس العتبة كإيجابي-خاطئ 20 % من المفحوصين المكتئبين و12% من المفحوصين الفصاميين، و00 من أفراد المجموعة غير المضطربة. تسمح إذن العتبة 8 من تشخيص نسبة كبيرة من مجموعة المنتحرين ونسبة مرتفعة نسبيا من مجموعة المحاولة الانتحارية. يجب الإشارة إلى أن Exner وWylie (1977) قد أدرجوا في دراستهم مجموعة تتكون من 33 شخص قاموا بمحاولة انتحارية حيث تم الحصول على بروتوكولاتهم بضعة أيام بعد المحاولة الانتحارية. شخصت العتبة 8 نسب قليلة جدا في مختلف المجموعات الانتحارية: 2 من بين القسم 1 (محاولة انتحارية خطيرة جدا) و2 (محاولة انتحارية أقل خطورة) (23%)، 7 من بين 27 القسم

3 (محاولة انتحارية غير خطيرة) (26%)، تسمح العتبة 7 من تشخيص نسبة كبيرة من الأفراد الانتحاريين مقارنة بالعتبة 8: شخصت العتبة سبعة 3 من بين 6 أفراد ينتمون إلى القسم 1 و2 (50%) 15 من بين 27 أفراد ينتمون إلى القسم 3 (56%)، لكن كما العادة ترتفع نسبة الإيجابي-الخاطئ في المجموعة الضابطة السيكاترية إلى 48 من بين 100 (48%)، و4 من بين 50 (8%) في المجموعة غير المضطربة. تتمثل النتيجة الأساسية التي توصل إليها الباحثين فيما يخص مقارنة هذه المجموعة بالمجموعات الأخرى أن ليس هناك اختلاف أساسي بين هذه المجموعة ومجموعتين ضابطتين (مجموعة المفحوصين الفصاميين ومجموعة المفحوصين الاكتئابيين). أشار الباحثين انطلاقا من هذه النتائج إلى مشكل استعمال معلومات تم الحصول عليها بعد الفعل الانتحاري ذلك لأن الحالة النفسية للفرد مختلفة بعد وقبل السلوك الانتحاري.

إذ أخذنا بعين الاعتبار المعطيات التي سمحت لـ Exner من الوصول إلى تحديد مدى أهمية العتبة 8 أو أكثر للكوكبة الانتحارية في تشخيص الخطر الانتحاري، لا يمكن التطرق إلى نتائج دراسته دون الإشارة إلى أن أكبر نسبة من مجموعة بحثه تتمثل في أشخاص انتحروا بعد الاختبار وبالتالي تترجم هذه العتبة خاصة خصائص هذه المجموعة. دون شك لا يمكننا مقارنة نتائج دراستنا بنتائج دراسة Exner لأنها لا تقوم على المنهجية الصارمة والمنفردة التي تتمتع بها دراسة هذا الأخير، يمكننا فقط مقارنة نتائجنا بنتائج المجموعة التي أجرت الاختبار بعد المحاولة الانتحارية. مثلما توضحه نتائج Exner ومثلما توضحه أيضا نتائج دراستنا تعتبر القدرة التشخيصية للكوكبة الانتحارية ذات العتبة 8 أو أكثر محدودة جدا في حالة إجراء الاختبار بعد الفعل الانتحاري.

لكن يمكن لنتائج التي تم التحصل عليها بعد الفعل الانتحاري أن تظهر أهميتها في حالة الاهتمام بتشخيص مدى خطورة الفعل الانتحاري عوض التركيز على الانتحار الكلي. لقد حاول Fowler, et al. (2001b) في دراسة قبلية (أي تمرير الاختبار قبل الفعل الانتحاري) صارمة تستجيب للشروط المنهجية التي وضعها Exner فحص أهمية الكوكبة الانتحارية في تشخيص مدى خطورة الفعل الانتحاري لدى مجموعة من المفحوصين السيكاتريين. لم يشير الباحثين إلى أي حالة تحصلت على كوكبة انتحارية 8 أو أكثر وانتحرت بعد إجراء الاختبار، والأهم لقد توصلوا إلى نتيجة أساسية تشير إلى أن العتبة 7 أو أكثر(تسمح هذه العتبة من تشخيص 81% من أفراد مجموعة المحاولة الانتحارية الخطيرة) هي المؤشر الوحيد (مقارنة بمؤشرات سيكاترية وديموغرافية أخرى) لاحتمال القيام بفعل انتحاري خطير. تتفق إذن النتائج التي توصلنا إليها مع نتائج دراسة Fowler وزملائه باعتبار أن العتبة 7 تسمح في إطار بحثنا بتشخيص نسبة كبيرة (70%) من أفراد مجموعة المحاولة الانتحارية الخطيرة، ولم تشخص إلا نسبة قليلة (10%) كإيجابي-خاطئ من أفراد المجموعة غير الانتحارية.

لقد بينت نتائج تطبيق التحليل الفارقي أن الكوكبة الانتحارية تتمتع بقدرة مرتفعة (77%) في التمييز بين أفراد المجموعة الانتحارية وأفراد المجموعة غير الانتحارية، وكما تتمتع الكوكبة تقريبا بنفس القدرة (76%) في التمييز بين مختلف المجموعات الانتحارية أي مجموعة المحاولة الانتحارية الخطيرة مجموعة المحاولة الانتحارية غير الخطيرة ومجموعة التفكير الانتحاري. وقد تم تطبيق اختبار Chi-Square من أجل التحقق من وجود فرق إحصائي دال بين مختلف مجموعات البحث حسب الكوكبة الانتحارية ذات العتبة 7 أو أكثر. بينت نتائج هذا الاختبار أن العتبة 7 أو أكثر للكوكبة الانتحارية تسمح بالتمييز من الناحية الإحصائية بين: المجموعة الانتحارية والمجموعة غير الانتحارية، مجموعة المحاولة الانتحارية الخطيرة من جهة، ومجموعة المحاولة الانتحارية غير الخطيرة ومجموعة التفكير الانتحاري من جهة أخرى، بين مجموعة المحاولة الانتحارية الخطيرة ومجموعة المحاولة الانتحارية غير الخطيرة بين مجموعة المحاولة الانتحارية الخطيرة والمجموعة غير الانتحارية، بين مجموعة التفكير الانتحاري ومجموعة المحاولة الانتحارية غير الخطيرة، بين مجموعة التفكير الانتحاري والمجموعة غير الانتحارية. تشير مجمل هذه النتائج إلى مدى أهمية الكوكبة الانتحارية في تشخيص الأفراد الذين يواجهون الإشكالية الانتحارية بصفة عامة باعتبار أن هناك فرق دال بين المجموعة الانتحارية والمجموعة غير الانتحارية. وتعتبر الكوكبة الانتحارية ذات العتبة 7 مؤشر قوي لتشخيص الفعل الانتحاري الخطير. في حين لا تسمح هذه العتبة من تشخيص الأفعال الانتحارية غير الخطيرة إذ لا يوجد فرق إحصائي دال بين مجموعة المحاولة الانتحارية غير الخطيرة والمجموعة غير الانتحارية مما يتفق مع نتائج دراسات أخرى (Exner & Wylie, 1977 ; Rydin, Asberg, Edman, & Schalling, 1990). ومن النتائج الأساسية التي توصلنا إليها أيضا هو غياب فرق إحصائي دال بين مجموعة المحاولة الانتحارية الخطيرة ومجموعة التفكير الانتحاري مما يشير إلى قدرة الكوكبة الانتحارية في تشخيص الخطر الانتحاري باعتبار أن مجموعة التفكير الانتحاري قد تضم أفراد يتميزون بخطر انتحاري مرتفع.

يتبين من خلال هذه النتائج أن الكوكبة الانتحارية هي نموذج مستقر لتشخيص الخطر الانتحاري لدى المفحوصين الراشدين الذين ينتمون إلى الفئة السيكاترية. ومن بين النتائج الأساسية التي توصلنا إليها هي كون الكوكبة الانتحارية ذات العتبة 7 أو أكثر تتمتع بدرجة قوية في تشخيص احتمال المرور إلى فعل انتحاري خطير. وتؤكد كذلك المعطيات التي تم الحصول عليها بعد إجراء اختبار الرورشاخ على مدى أهمية الكوكبة الانتحارية ذات العتبة 7 أو أكثر في التنبؤ باحتمال القيام بفعل انتحاري خطير.

لتشخيص الخطر الانتحاري باستعمال اختبار الرورشاخ يجب توفر، كما توضحه الدراسة الحالية مجموعة من المتغيرات مما يشير إلى أهمية التناول التركيبي في هذا المجال وإلى حدود تشخيص الخطر الانتحاري على أساس العلامات المنعزلة كما سنوضحه في النقطة الموالية. لكن يبقي التساءل مطروح في

إطار التناول التركيبي فيما يخص العتبة التي يجب اعتبارها كمؤشر لوجود الخطر الانتحاري. لقد تبين من خلال التطرق إلى الدراسات المختلفة (Arffa, 1982; Blasczyk-Schiep, et al., 2011؛ Exner & Wiley, 1977؛ Hertz, 1948؛ Kendra, 1979؛ Silberg & Armstrong, 1992) أن عتبات الكوكبات الانتحارية التي تم إقتراحها تختلف من دراسة إلى أحرى. رغم أن عتبة الكوكبة الاتنحارية لـ Exner وWiley (1977) (8 متغيرات إيجابية من بين 12 متغيرات) مرتفعة نوعا ما (ربما هذا ما يفسر كون بعض الدراسات (Passalacqua et al., 1996) تخلت عن دراسة أهمية الكوكبة الانتحارية الأصلية لـ Exner ومتغيراتها في التشخيص والتنبؤ بالخطر الانتحاري) إلا أن أهميتها كبيرة نظرا لمتانة المعطيات التجريبية التي تقوم عليها (Exner, 1995؛ Exner & Wiley, 1977). يسمح، كما بينته نتائج الدراسة الحالية ونتائج دراسة Fowler et al. 2001b خفض عتبة الكوكبة بعتبة واحدة من الحصول على نتائج هامة جدا، مما يشير أيضا إلى أهمية المرونة في استعمال عتبات الكوكبة.

2- مناقشة نتائج متغيرات الكوكبة الانتحارية

سنحاول في هذه النقطة مناقشة نتائج متغيرات الكوكبة الانتحارية لمجموعة بحثنا على ضوء الأدب النظري والدراسات التجريبية؛ تتكون الكوكبة الانتحارية من 12 متغير أغلبها يجمع بين عدة عوامل الرورشاخ التي تنتمي إلى مجموعات مختلفة. لا تنتمي الكوكبة إلى أي مجموعة من مجموعات تفسير الاختبار وإنما بين الجمع بين متغيراتها فعالية تطبقية في تشخيص الأشخاص الذين يتميزون بنفس خصائص الأشخاص الدين قاموا بالانتحار في الأشهر الثلاثة بعد إجراء الاختبار.

SumV+FD >2

يجمع هذا المتغير بين عامل كلاسيكي أي محدد تضليل العمق (Vista) وعامل البعد الشكلي (FD) الذي أدخله Exner إلى نظامه. يظهر أن هذين المتغيرين مرتبطين بالاستبطان؛ يتميز محدد تضليل العمق باستدخال لتجربة من الإثارة (irritation) أو الألم (pain)، يظهر هذا النوع من الأجوبة بنسبة كبيرة بين الأشخاص الذين يقومون بفحص ذاتهم (self-examination)، ويظهر بأقل نسبة عند الأشخاص غير المضطربين. قدم Exner (1995) مختلف تصنيفات محددات التضليل (Rorschach، Binder، Hertz Piotrowski، Rapaport، Beck، Klopfer) موضحا أسباب اختياره لفئات محدد التضليل في نظامه. يظهر محدد تضليل العمق بنسبة قليلة جدا مقارنة بمحددات التضليل الأخرى، ويضن العديد من هؤلاء المؤلفون أن هذا النوع من الأجوبة مرتبط بشكل من أشكال الاستبطان. يرى Klopfer أن أجوبة تضليل العمق تمثل مجهودات من أجل إبعاد القلق أو التحكم فيه، أما بالنسبة لـ Beck فهي أجوبة مرتبطة بشعور تغلب عليه نبرة مرتبطة بالاكتئاب و/أو الشعور بالنقص. لكن حسب Exner لا توجد علاقة مباشرة بين أجوبة vista وهذه الصيرورة (الاستبطان و/أو محاولة إبعاد الانفعالات السلبية) وإنما يظهر أن هذا النوع من الأجوبة

مرتبطة بتجربة انفعالية سلبية يحدثها تصرف التركيز على الذات، هي أجوبة تترجم الشعور بعدم الارتياح وبالألم، شعور يسببه نوع من التفتيش-الذاتي (une sorte d'auto-inspection ruminative) يرتكز على جوانب من الذات التي يدركها الشخص بطريقة سلبية. ننتظر الغياب الكلي لأجوبة vista في بروتوكول ما لأن ظهورها ولو بنسبة قليلة جدا (إجابة واحدة في بروتوكول) هو مؤشر سلبي أكثر ما هو مؤشر إيجابي.

وترتفع، حسب Exner (1995)، نسبة أجوبة تضليل العمق في بروتوكولات الأشخاص الذين يعانون من اكتئاب شديد، لكن تظهر بنسبة أكثر عند الأشخاص الذين قاموا بفعل انتحاري حيث بين Exner وWylie (1977) أن هناك ارتباط إحصائي دال بين أجوبة vista والانتحار الكامل (أقل من 60 يوم بعد إجراء الاختبار)، لكن تظهر أيضا في 21 من بين بروتوكولات المفحوصين المكتئبين وفي 6 بروتوكولات أفراد المجموعة غير المضطربة. كما بين كل من Silberg وArmstrong (1992) وBlasczy-Schiep وأخرون (2011) أن أجوبة vista تميز من الناحية الإحصائية بين المجموعة الانتحارية والمجموعة غير الانتحارية. ولقد توصلنا في دراستنا إلى نفس النتيجة حيث تبين أن هناك فرق إحصائي دال بين المجموعة الانتحارية والمجموعة غير الانتحارية فيما يخص نسبة أجوبة vista. لكن يجب الإشارة إلى أن الجمع بين محدد vista ومحدد FD كما قام به Exner (SumV+FD>2) لا يسمح بالتمييز من الناحية الإحصائية بين المجموعة الانتحارية والمجموعة غير الانتحارية. سمح عزل المحددين من التأكد من أن أجوبة vista تحتفظ دائما بارتباطها الدال بالسلوك الانتحاري – مع الإشارة إلى أن Silberg وArmstrong (1992) وBlasczy-Schiep وأخرون (2011) لم يدرجوا محدد FD ضمن أجوبة vista-والوصول إلى نتيجة لم ننتظرها والمتمثلة في كون أن المجموعة غير الانتحارية قدمت نسبة مرتفعة (20%) من أجوبة FD مقارنة بالمجموعة الانتحارية (8%).

تم تحديد محدد البعد الشكلي (FD) أثناء بناء النظام الإدماجي، وهو محدد لا نجده في الأنظمة الأخرى لكن تحدث كل من Beck وKlopfer عن ظاهرة مماثلة لهذا النوع من الأجوبة لكن مع ربطها بالتضليل. يتعلق هذا المحدد بأجوبة ثلاثية البعد تقوم فقط على الشكل أي تقوم على قامة و/أو وضعية الموضوع المدرك دون تدخل محدد التضليل (Exner, 2001). لاحظ Exner (1995) هذا النوع من الأجوبة أثناء البحث حول تفسير أجوبة vista في 60 بروتوكول لأشخاص انتحروا أو قاموا بمحاولة انتحارية. تبين أن المجموعة الانتحارية تقدم نسبة مرتفعة من هذه الأجوبة مقارنة بالمجموعة غير المضطربة، لكن تبين أيضا من خلال فحص 150 بروتوكول آخرين أن نفس الأجوبة تظهر بنسبة كبيرة في عدد كبير من بروتوكولات الأشخاص سواء كانوا سيكاتريين أو غير سيكاتريين. إن تفسير أجوبة البعد الشكلي على ضوء العناصر الباقية للبروتوكول مرتبط بعناصر متعلقة بالاستبطان والوعي بالذات. تحمل بصفة عامة

أجوبة FD، إلا في حالة ظهورها بنسبة كبيرة جدا، معنى إيجابي عكس الأجوبة vista التي تترجم شعور سلبي يحدثه نشاط الاستبطان. من المستحسن أن لا نجد أي إجابة vista في بروتوكول مراهق أو راشد ونجد فقط إجابة أو إجابتينFD؛ في حالة تجاوز قيمة FD إجابتين أو قيمة vista تتعدى صفر فهذا يشير إلى تواجد نشاط استبطاني غير معتاد لدى الشخص. ويرى Exner أن في حالة وجود شعور سلبي ناتج عن الاستبطان (أجوبة vista) ويرافقه ارتفاع في نسبة أجوبة FD قد يشير إلى أن صيرورة الاستبطان تعمل ضد الشخص مما يفسر أن مؤشر الكوكبة الانتحارية (FV+VF+V+FD>2) يحتوي على الأجوبة vista والأجوبة FD، أي وبمعنى أخر، يضيف Exner، "لا يعتبر هذا المؤشر إيجابي فقط في حالة وجود لانفعال الإثارة الناتج عن الاستبطان وإنما أيضا في حالة وجود لكل علامة تشير إلى ميل مفرط نحو الاستبطان (ارتفاع نسبة أجوبة FD)" (Exner, 1995, p.396).

تحتفظ إذن أجوبة vista كما بينته الدراسات الحالية والدراسات الكلاسيكية بأهميتها كخاصية من الخصائص الأساسية التي يتميز بها بروتوكولات الرورشاخ الأشخاص الانتحاريين. بينت نتائج دراستنا أن أجوبة vista تسمح بوضع فرق إحصائي دال بين المجموعة الانتحارية والمجموعة غير الانتحارية لكن ربطها بأجوبة البعد الشكلي (FD) لا يسمح بالاحتفاظ بهذا الفرق مما قد يشير إلى أنه من الأحسن الفصل بين المتغيرين. رغم أن أجوبة vista وأجوبة البعد الشكلي (FD) مرتبطة بنفس الظاهرة (الاستبطان) إلا أن تفسيرها يختلف. تعتبر أجوبة البعد الشكلي (FD) علامة إيجابية عندما تظهر في البروتوكول بنسبة معينة خاصة عندما لا ترافقها أجوبة vista. لقد تبين من خلال دراستنا أن نسبة أجوبة البعد الشكلي (FD) مرتفعة في المجموعة غير الانتحارية (20%) مقارنة بنسبة الأجوبة في المجموعة غير الانتحارية (8%). هناك إذن ارتباط سلبي بين أجوبة vista وأجوبة البعد الشكلي (FD) في كلا المجموعتين أي تميل المجموعة الانتحارية إلى إعطاء أكبر نسبة من أجوبة vista وأقل نسبة من أجوبة البعد الشكلي (FD) عكس المجموعة غير الانتحارية التي تميل إلى إعطاء أكبر نسبة من أجوبة البعد الشكلي (FD) وأقل نسبة من أجوبة vista. وترتفع نسبة أجوبة Vista في مجموعة التفكير الانتحاري ومجموعة المحاولة الانتحارية الخطيرة مقارنة بنسبة الأجوبة في المجموعة غير الانتحارية ومجموعة المحاولة الانتحارية غير الخطيرة؛ عكس أجوبة FD التي تظهر بنسبة كبيرة في المجموعة غير الانتحارية ومجموعة المحاولة الانتحارية غير الخطيرة مقارنة بنسبة الأجوبة في مجموعة التفكير الانتحاري ومجموعة المحاولة الانتحارية الخطيرة. الجدير بالذكر أن متغير FD هو مؤشر يدل على التحسن الإيجابي في إطار التكفل النفسي القصير المدى (Exner & Andronikof-Sanglade, 1992). ونستنتج في الأخير، انطلاقا من نتائج دراستنا، أن محدد Vista يحتفظ دائما بأهميته كمؤشر مرتبط بالسلوك الانتحاري، لكن ربما من الأفضل عزله عن محدد FD، ويتطلب متغير vista تحديد عتبته حسب معايير الرورشاخ الخاصة بكل مجتمع

(Andronikof, 2005)، وبالتالي من المهم فحص عتبة هذا المتغير حسب معيار ظهوره في المجتمع الجزائري.

Col-shd blends >0

يعود الفضل إلى Beck الذي أدخل لأول مرة الأجوبة اللونية-التضليلية (Col-shd blends) التي اعتبارها كتجربة تتابع فيها مشاعر اللذة والألم، وتعتبر هذه الأجوبة التي تم تفسيرها، كما أشرنا إليه في الجانب النظري، كتجربة التناقض في الانفعالات عنصر تم تشخيصه في الأدب كنقطة مشتركة تتميز بها الفئة الانتحارية. ولقد بين Exner وWylie (1977) أن هناك ارتباط إحصائي دال بين الأجوبة اللونية-التضليلية والانتحار الكلي حيث ظهر هذا المتغير عند 39 من بين 59 شخص انتحروا، لكن ظهر أيضا في 17 من بين 50 مفحوصين مكتئبين وفي 16 من بين 50 مفحوص فصامي؛ بطبعة الحال تعتبر قيمة Col-shd blends >0 هامة في تشخيص الخطر الانتحاري لكنها محدودة مما قد يفسر أن هذا المتغير لم يسمح في دراستنا بالحصول على فرق إحصائي دال بين المجموعة الانتحارية والمجموعة غير الانتحارية. ولقد بينت العديد من الدراسات (Blatt & Ritzler, 1974؛ Cutter, Jorgenson, & Farberow, 1968؛ Hansell et al., 1988) عدم إرتباط الأجوبة اللونية-التضليلية بالخطر الانتحاري. لكن لا تقلل نتيجة هذه الدراسات من أهمية الأجوبة اللونية التضليلية في تشخيص السلوك الانتحاري، فقد لاحظنا في إطار دراستنا أن النسبة المئوية لهذا النوع من الأجوبة مرتفعة بنسبة معتبرة (26%) في المجموعة الانتحارية مقارنة بالمجموعة غير الانتحارية (14%). وقد توصل Blasczy-Schiep وأخرون (2011) في دراستهم إلى أن هناك فرق إحصائي دال بين المجموعة الانتحارية والمجموعة غير الانتحارية فيما يخص نسبة الأجوبة اللونية-التضليلية، لكن لم يجد Silberg وArmstrong (1992) فرق إحصائي دال ما بين مجموعات بحثهم على أساس متغير الأجوبة اللونية-التضليلية.

تعتبر الأجوبة اللونية-التضليلية، إلى جانب أجوبة vista، كما أشارت إليه العديد من الدراسات التي قمنا بعرضها في الفصل الثالث من الخصائص المميزة لبروتوكولات الأشخاص الانتحاريين مما يفسر وضعها من طرف Exner في رأس قائمة متغيرات الكوكبة الانتحارية. تترجم هذه الأجوبة عندما تظهر في بروتوكولات بعض الحالات الانتحارية خاصية أساسية من خصائص الأفراد الذين يواجهون إشكالية انتحارية مزمنة أي الصعوبة في التمييز بين الانفعالات مثلما توضحه هذه الإجابة التي قدمتها الحالة A14 في اللوحة VIII: " Atan delfaracha… Thessaa thayoubarth souffel ntouyathiss, mathetfeth souffel oufoussik agdefek la couleur, soufel niferiouniss thssaa la couleur ".

تحمل إذن الأجوبة اللونية-التضليلية أهمية كبيرة ليس فقط من خلال غيابها أو وجودها وإنما أيضا من خلال عددها في بروتوكول ما، فكلما ازداد عددها كلما ازداد احتمال القيام بفعل انتحاري خطير (Fowler et al., 2001a). لكن وللأسف لا يسمح متغير الكوكبة الانتحارية (Col-Shading Blend > 0) من أخذ يعين الاعتبار هذه الأهمية لأنه يشير فقط إلى غياب أو حضور هذا النوع من الأجوبة، وتنطبق هذه الملاحظة على العديد من متغيرات الكوكبة الانتحارية خاصة أجوبة تضليل العمق، متغير CF+C>FC ، أجوبة البقعة البيضاء (S) وأجوبة المحتوى المعتل. تشير هذه الملاحظة الأخيرة إلى أهمية تقييم نتائج الكوكبة حسب سلم متتابع مثلما أشار إلية Viglione، Giromini، Gustafson وMeyer (2014). مما يطرح مشكل تحيل معطيات الكوكبة الانتحارية حسب التناول الديكوتومي.

اهتم مؤخرا كل من Viglione، Giromini، Gustafson وMeyer (2014) مباشرة بهذا المشكل حيث اقترحوا، انطلاقا من طريقة الميتا-تحليل لعدد كبير (690) من بروتوكولات الرورشاخ تنتمي إلى مختلف مجموعات البحث، مجموعة من المتغيرات المستمرة (Continuous Variables Composites) المتمثلة في: مكونة التفكير والإدراك (Thought and Perception Composite)، مكونة اليقظة (Vigilance Composite)، ومكونة الانتحار (Suicide Concern Composite) حيث يبن الباحثون أن هذه المؤشرات الجديدة مرتبطة ارتباط قوي بالمؤشرات الأصلية لرورشاخ النظام الإدماجي (مؤشر التفكير والإدراك (PTI)، مؤشر اليقظة المفرطة (HVI) والكوكبة الانتحارية (S-CON). لكن لاحظوا أن المؤشرات الجديدة هي أكثر صدقا من المؤشرات الأصلية وذلك بعد إحداث تغيير في بعض بنود المؤشرات الأصلية وتحويلها كلية من بنود ثنائية (إيجابية/سلبية) إلى سلالم ذو بنود متتابعة.

ego <0.31 ou >0.44

يعطي مؤشر الانطواء على الذات (L'indice d'égocentrisme (3r+(2)/R) تقدير حول الاهتمام بالذات وربما أيضا حول تقدير الذات حيث عندما ترتفع قيمته عن المعدل (.45<) فهذا يدل على أن الشخص يهتم بذاته أكثر من أغلبية الأفراد، أما العكس أي عندما تنخفض قيمة المؤشر عن المعدل (.32>) فهذا قد يدل على أن القيمة الذاتية للشخص تميل نحو القطب السلبي. يمكن أن تشكل النسبة المرتفعة لهذا المؤشر إعاقة في بعض المواقف، لكن يظهر أن الأشخاص الذين يتميزون بمؤشر منخفض عن المعدل أكثر هشاشة حيث تبين أن أغلبية المفحوصين الفصاميين والأشخاص الذين قاموا بالانتحار يتميزون بمؤشر Ego منخفض عن المعدل مما يفسر أن هذه الخاصية تنتمي إلى متغيرات الكوكبة الانتحارية، لكن تبين أيضا أن النسبة المرتفعة لمؤشر الانطواء على الذات تميز الفئة الانتحارية. بينت نتائج الدراسات أن هذا

المؤشر منخفض عند الأشخاص الذين يتميزون بالانطواء على الذات، بالاكتئاب ولا ترتفع نسبته عن 33. عند المراهقين والراشدين غير المضطربين.

يجب الإشارة إلى أن Exner قد أدرج هذا المؤشر في الكوكبة الانتحارية الأصلية (1977) في المرتبة الثالثة نظرا لارتباطه الدال بالانتحار الكلي وهذا خارج عن المتغيرات الأخرى، لكن تبين من خلال دراستنا غياب لفرق إحصائي دال بين المجموعة الانتحارية والمجموعة غير الانتحارية فيما يخص مؤشر Ego، ويجب الإشارة أيضا إلى أن Blasczy-Schiep وأخرون (2011) وSilberg وArmstrong (1992) لم يدرجوا هذا المؤشر ضمن قائمة المتغيرات المكونة للكوكبة الانتحارية التي اقتراحوها، وبما أن هذا المؤشر (ego<.31) يظهر أيضا بنسبة كبيرة في الفئة السيكاترية فهذا يفسر قدرته المحدودة في تمييز الفئة الانتحارية. ونستنتج في الأخير أن مؤشر الانطواء على الذات لا يتمتع بقدرة تشخيصية لسلوك الانتحاري إلا في إطار علاقاته مع المتغيرات الأخرى للكوكبة الانتحارية، أي لا يتميز هذا المؤشر بقدرة تشخيصية لسلوك الانتحاري كمؤشر منعزل.

MOR>3

لقد أشارت الدراسات الكلاسيكية إلى أهمية الأجوبة ذات المحتوى المعتل (MOR) في تشخيص الفئة الانتحارية حيث يظهر هذا المؤشر ضمن قائمات مؤشرات الانتحار التي اقتراحها العديد من الباحثين سواء كمؤشر منعزل أو كمتغير إلى جانب متغيرات أخرى؛ لكن تبين أن النتائج التي توصلت إليها مختلف الدراسات فيما يخص هذا المؤشر متواضعة ومحدودة مما دفع Exner إلى إعادة النظر في مدى أهمية الأجوبة المعتلة كمؤشر لسلوك الانتحاري قبل إدراجها ضمن متغيرات الكوكبة الانتحارية. أدرج Exner متغير MOR>3 ضمن قائمة مؤشرات الكوكبة الانتحارية بمناسبة إعادة فحص مكونات الكوكبة على ضوء بروتوكولات أخرى حيث لاحظ أن متغيرMOR>3 يساهم بصفة دالة من تحسين القدرة التشخيصية للكوكبة الانتحارية، فإضافة هذا المتغير إلى الكوكبة الأصلية سمح برفع نسبة تشخيص أفراد المجموعة الانتحارية إلى 80% (نجد MOR>3 في 72 بروتوكولات من بين 101 بروتوكولات الأفراد الذين انتحروا لدراسة Exner) دون الرفع من نسبة الإيجابي-الخاطئ في المجموعات الضابطة.

نستنتج من خلال دراسة Exner أن المتغير MOR>3 مرتبط أساسا بالانتحار الكلي أي تظهر هذه الأجوبة بنسبة كبيرة خاصة عند الأفراد الذين انتحروا في وقت قصير بعد إجراء الاختبار، لكن يبقي السؤل مطروح حول نسبة ظهور هذه الأجوبة في المجموعات الانتحارية الأخرى (المحاولة الانتحارية الخطيرة، المحاولة الانتحارية غير الخطيرة، مجموعة التفكير الانتحاري) مع العلم أن نفس الأجوبة تظهر أيضا بنسبة معينة في المجموعات السيكاترية الأخرى وحتى في المجموعة غير المضطربة. برغم من أن

هناك فرق بين مجموعات دراستنا في معدل ظهور هذه الأجوبة إلا أنها لا تسح بالتمييز من الناحية الإحصائية بين المجموعتين؛ أما Blasczy-Schiep وآخرون (2011) وSilberg وArmstrong (1992) فقد احتفظوا بالمؤشر لكن مع تغيير عتبته إلى 0. في الأخير، يعتبر بدون شك متغير MOR ذو أهمية كبيرة في تشخيص السلوك الانتحاري، لكن تبقى أهميته كمؤشر انتحاري منعزل محدودة.

Zd>3,5 ou <-3,5

ترتبط القيمة المرتفعة أو المنخفضة لـ Zd بفعالية العلاج الإدراكي للمعلومة، نجد القيمة المرتفعة لـ Zd عند الأشخاص الذين يتميزون بالحذر الكبير أثناء التناول الإدراكي وعند الأشخاص الذين يتميزون بخصائص قهرية، وتشير أيضا القيمة المرتفعة لـ Zd إلى التبعية اتجاه المثير الخارجي؛ أما النسبة المنخفضة لـ Zd فهي تظهر عند الأشخاص الذين يتميزون بالعلاج الإدراكي السريع وغالبا ما يأخذون القرارات مبكرا دون أخذ بعين الاعتبار العناصر الملائمة؛ وفي في كلا الحالتين صيرورة أخذ القرارات غير فعالة واحتمال التفسير الخاطئ للمثيرات مرتفعا جدا. يقدم 75% من الأشخاص المضطربين نسبة Zd مرتفعة أو منخفضة، في حين تظهر فقط بنسبة 20% عند الأشخاص غير المضطربين (Exner, 1995).

عندما تنخفض قيمة Zd عن 3.0- فهذا يشير إلي أن عملية فرز حقل المعلومات يتميز بالفوضوية (sous-incorporation) حيث يقوم الشخص في هذه الحالة بفرز المعلومات بطريقة عشوائية وسريعة مما يؤدي به إلى إهمال عناصر هامة من حقل المعلومات. وتضم الفوضوية خطر الوقوع في الأخطاء من حيث عمل الوساطة المعرفية وخطر التصرف بطريقة غير ملائمة حيث غالبا ما تتميز تصرفات الشخص بالاندفاعية، أما عندما ترتفع قيمة Zd عن 3.0+ فهذا يدل على أن الشخص يستثمر طاقة مفرطة في نشاط فرز المعلومات أي ما يسمى بأسلوب الإفراط في الاستثمار (style sur-incorporateur) حيث يميل الشخص أمام الوضعيات الضاغطة إلى التعقيد ويفقد قدرته على التلخيص مما يؤدي به إلى التصرف بطريقة غير ملائمة.

لا ترتبط هذه الخصائص التي تشير إليها قيم Zd أساسا بالفئة الانتحارية وإنما تظهر بنسبة كبيرة أيضا في الفئة السيكاترية ومختلف المجموعات المضطربة الأخرى لذلك لا يعتبر هذا المتغير كمؤشر للخطر الانتحاري إلا في حالة ارتباطه مع متغيرات أخرى للكوكبة الانتحارية. تترجم نتائج دراستنا فيما يخص هذا المتغير الملاحظة الأخيرة حيث تبين أن Zd لا يتمتع كمؤشر منعزل بقدرة تشخيصية لسلوك الانتحاري لأنه لا يسمح بالتمييز من الناحية الإحصائية بين المجموعة الانتحارية والمجموعة غير الانتحارية.

es >EA

تعتبر العلاقة بين تجربة الاستثارة es (Experienced Stimulation) والتجربة الحالية EA (Experience Actual) من أهم النتائج التي توصلت إليها الأبحاث في إطار النظام الإدماجي. ترتفع نسبة es مقارنة بنسبة EA عند المفحوصين الفصاميين، في حين نجد نتيجة مخالفة في أغلبية بروتوكولات الأشخاص غير المضطربين. تترجم EA حسب Beck الموارد المتوفرة الحالية من أجل استعمالها مباشرة من طرف الفرد، أما es فهو متغير اقترحه Klopfer ويترجم موارد غير مباشرة تمثل مصدر للاستثارة بالنسبة للفرد. يشير ارتفاع نسبة es مقارنة بـ EA في الكوكبة الانتحارية إلى أن الشخص لا يتمتع بتسيير وتنظيم جيد لموارده ولا يتوفر على موارد حالية كافية لتخلص من المثيرات ويواجه في نفس الوقت خطر الارتفاع الكبير للاندفاعية (Exner & Wiley, 1977 ؛Andronikof, 2005).

يسمح es > EA في إطار دراستنا من التمييز من الناحية الإحصائية بين المجموعة الانتحارية والمجموعة غير الانتحارية مما يؤكد أهمية هذا المتغير كمؤشر لوجود خطر المرور إلى الفعل الانتحاري خاصة عند ربطه بالمتغيرات الأخرى للكوكبة الانتحارية.

CF+C>FC

نجد أدب واسع في تاريخ الرورشاخ فيما يخص الأجوبة C وCF، تظهر هذه الأجوبة عند الأفراد الذين يواجهون مشكل التحكم في انفعالاتهم القوية حيث تميل هذه الأخيرة إلى التحكم في قراراتهم، لذلك يدل CF+C>FCعلى مدى تحكم الشخص في التعبير عن انفعالاته. يعتبر CF+C>FC كما أشارت إليه الدراسات حول اختبار الرورشاخ والانتحار من بين الخصائص الأساسية التي تتميز بها الفئة الانتحارية مثلما أكده Exner في دراساته حول الكوكبة الانتحارية. يقدم بصفة عامة الراشدين غير المضطربين نسبة كبيرة من FC مقارنة بـ CF+C في حين تميل مجموعات المفحوصين إلى إعطاء نسبة كبيرة من CF+C مقارنة بـ FC لأن الأغلبية منهم يعانون من صعوبات في التحكم الانفعالي. يترجم CF+C>FC انفعالية الشخص أي حساسيته أمام البعد الانفعالي للوضعيات الخارجية، وتعتبر الحساسية الانفعالية خاصية يتميز بها الأشخاص ذو الطبع الانفعالي، لكن هذا لا يعني بالضرورة أنهم اندفاعيين؛ وكما يمكن لهذه الخاصية أن تترجم أيضا حالة مؤقتة تتميز خلالها ميكانزمات التكيف للشخص بالضعف غالبا بسبب الإرهاق أو الضغط. ويشيرCF+C>FC في إطار الكوكبة الانتحارية إلى انخفاض قدرات التعامل مع الانفعالات (Andronikof, 2005).

ينتمي CF+C>FC إلى قائمة المتغيرات التي أدرجها Silberg وArmstrong (1992) في الكوكبة التي اقتراحها لتشخيص الخطر الانتحاري لدى المراهقين حيث بينوا أن هذا المتغير يسمح بوضع فرق

إحصائي دال بين المجموعة الاكتئابية الانتحارية والمجموعات الضابطة الأخرى، وقد توصل Blasczy-Schiep وآخرون (2011) إلى نفس النتيجة. ولقد تبين من خلال دراستنا أن هناك فرق في معدل CF+C>FC للمجموعة الانتحارية مقارنة بالمجموعة غير الانتحارية، لكن هذا الفرق غير دال من الناحية الإحصائية.

X+%<0,70

ينحدر X+% من البحث الذي أجري حول F+% وهو متغير متعلق بالدقة في الإدراك وبالعلاقة مع الواقع مما يفسر أهميته البالغة في فحص مدى تكيف الفرد مع المحيط. يعتبر هذا المتغير عنصر هام في تشخيص الفصام حيث يظهر بنسبة منخفضة في هذه الفئة. عندما يقدم شخص ما X+% يتراوح ما بين 70% و89% فهذا يعني أنه يقدم أجوبة يقدمها أغلبية الأفراد، في حالة ارتفاع نسبة X+% فوق 89% فهذا يدل على أن الشخص يميل نحو التخلي عن جانبه الشخصي على حساب المعايير الاجتماعية، كما نجد X+% مرتفعا عند الأشخاص الذين يتميزون بميول قهرية؛ أما في حالة انخفاض نسبة X+% عن 70% فهذا يدل على أن الشخص يميل إلى الاستجابة للمثيرات الخارجية بطريقة مختلفة عن أغلبية الأفراد (Exner, 1995).

عادة ما يتم تفسير X+% من خلال ارتباطه بـ P<3 كمؤشرات مباشرة للفقدان العلاقة مع الواقع وفي حالات تواجد هذه العناصر إلى جانب عناصر أخرى (H<2 وR<17) فهذا يشير حتما إلى أن الشخص هو في صدد فقدان ارتباطه بالواقع، وكأن الشخص في هذه الحالة يفقد شهية العيش مع الآخرين (Andronikof, 2005).

بينت الدراسات أن X+% يميز بين الفئة السيكاترية والفئة غير المضطربة حيث تتميز معدلات أغلبية المجموعات المضطربة بنسبة X+% منخفضة مقارنة بالمجموعة غير المضطربة، وهناك فرق إحصائي دال خاصة في المجموعات الأكثر اضطرابا، فمثلا يقدر معدل X+% للفئة الفصامية بـ 40% ويقدم 97% من أفراد المجموعة الفصامية X+% منخفض عن 70%، إضافة إلى الدور الأساسي لهذا المتغير في تشخيص الفصام (Exner, 1995). يحمل هذا المتغير أهميته كبيرة في الكوكبة الانتحارية (Exner & Wylie, 1977). لقد تبين من خلال دراستنا أن X+%<0,70 لا يميز من الناحية الإحصائية بين المجموعة الانتحارية والمجموعة غير الانتحارية حيث قدم 100% من أفراد المجموعة الأولى X+% منخفض عن 70% وقدم 98% من أفراد المجموعة الثانية X+% منخفض عن 70%. يمكن تفسير نتائج دراستنا بالرجوع إلى معطيات Exner التي ذكرناها سابقا وبالتالي قد يعود انخفاض X+% عن 70% تقريبا في كل عينة بحثنا إلى كون أن النسبة الكبيرة من أفراد هذه الأخيرة تنتمي إلى الفئة السيكاترية وتعاني العديد من الحالات من اضطرابات شديدة، لكن يجب الإشارة فيما يخص هذه النقطة إلى مدى ارتباط متغير X+%

بمعايير اختبار الرورشاخ الخاصة بكل مجتمع مثلما أشارت إليه مختلف الدراسات العالمية حول F+% ، مما قد يستدعي فحص عتبته على ضوء المعايير الجزائرية لرورشاخ النظام الإدماجي التي هي كما أشرنا إليه سابقا، في صدد الإنجاز. ونشير في الأخير إلى أن Blasczy-Schiep وأخرون (2011) و Silberg وArmstrong (1992) لم يدرجوا متغير X+%<0,70 ضمن قائمة متغيرات الكوكبة الانتحارية للمراهقين.

S>3

تعطي المعطيات المرتبطة بالفضاء الأبيض (S) معلومات حول الخصائص الانفعالية للشخص؛ يرى Rorschach (1921) أن هذا النوع من الأجوبة يترجم شكل من أشكال المعارضة والسلبية، ولقد احتفظ كل من Beck، Klopfer وRapaport بنفس الفرضية مع الإشارة إلى أن هذا النوع من الأجوبة يمكن أن تترجم أيضا نوعا من التناقض لدى الشخص حيث يحاول من خلاله فرض شخصيته؛ ويرى Piotrowski أن الأجوبة S تشير إلى البحث عن الاستقلالية من طرف الشخص. ويؤكد جميع هؤلاء المؤلفون على أن النسبة المرتفعة لهذه الأجوبة يمكن أن تؤثر على نوعية علاقة الشخص مع الواقع. لكن يجب توخي الحذر أثناء محاولة تفسير الأجوبة S، لأن إجابة واحدة أو إجابتين قد تشير إلى ميل طبيعي نحو فرض الذات. قد تؤثر النسبة المرتفعة لهذه الأجوبة (2<) على طريقة أخذ القرارات وتوظيف الشخص بصفة عامة. نجد إجابة واحدة على الأقل في 86% بروتوكول مجموعة الأفراد الراشدين غير المضطربين، وتظهر بمعدل ثلاث إجابات في مجموعة المفحوصين الفصاميين. ترتبط هذه الأجوبة حسب نتائج بعض الدراسات بالمقاومة (resistiveness) و/أو السلبية (negativism) (Exner, 1995).

بينت نتائج دراستنا أن المجموعة الانتحارية تعطي أكبر نسبة من أجوبة الفضاء الأبيض (14%) مقارنة بنسبة الأجوبة في المجموعة غير الانتحارية (8%)، لكن لا يسمح هذا المتغير من التمييز من الناحية الإحصائية بين المجموعتين.

P< 3 OU P >8

اعتبر Rorschach (1921) في البداية الأجوبة المبتذلة كمؤشر للقدرة على إدراك بعض خصائص اللوحات، ونجد بعد Rorschach أدب واسع حول الأجوبة P التي تم اعتبارها كأجوبة مرتبطة بالقدرة و/أو الإرادة في إدراك أشياء معيارية، غالبا ما نجد نسبة قليلة من هذه الأجوبة عند الذهانيين خاصة الفصاميين، أما النسبة المرتفعة لهذه الأجوبة فهي تترجم تثبيت صلب في المعايير الاجتماعية على حساب الخصائص الفردية.

بين بعض المختصين أن قائمة الأجوبة المبتذلة هي نفسها في مختلف المجموعات الثقافية، ويرى البعض الأخر أن بعض الأجوبة ليست مبتذلة إلا في بعض الثقافات، لكنها أجوبة تأتي إلى جانب الأجوبة المبتذلة الأساسية. تم تحيد من الناحية النظرية عدد الأجوبة المبتذلة بـ 13 إجابة لكن يمكن لبعض الأشخاص أن يقدموا أكثر من 13 إجابة؛ ويبلغ معدل الأجوبة المبتذلة في المجموعة غير المضطربة لراشدين بـ 7 وفي مجموعة المفحوصين الفصاميين بـــ 5. ننتظر من أغلبية الأفراد الراشدين أن يقدموا ما بين 5 و8 إجابة مبتذلة، وفي حالة خروج عدد الأجوبة المبتذلة عن هذه المعايير فهذا يمثل مؤشر هام يجب تفسيره. قد تدل النسبة المنخفضة (4>) لهذه الأجوبة في بروتوكول شخص راشد على عدم قدرته على إعطاء أجوبة نمطية أو على نوعا من المقاومة من طرفه، لكن هذا لا يعني بالضرورة وجود خلل في إدراك الواقع، لفحص هذه الفرضية الأخيرة يجب الرجوع إلى قيمة X+% (Exner, 1995).

لا يوجد فرق إحصائي دال في الدراسة الحالية بين المجموعة الانتحارية والمجموعة غير الانتحارية فيما يخص متغير P<3 OU P>8، لكن يجب الإشارة إلى أن معدل حالات المجموعة الانتحارية التي تقدم أقل من ثلاث أجوبة مبتذلة (3>) مرتفع مقارنة بنفس المعدل في المجموعة غير الانتحارية.

يرتبط تفسير P<3 في إطار الكوكبة الانتحارية كما أشرنا إليه سابقا بـ X+%<0,70 حيث تشير القيمة الإيجابية لهذين المتغيرين إلى أن الشخص قد يعاني من اضطراب في علاقته مع الواقع ويفقد رغبته في العيش مع الآخرين، أما الارتفاع الكبير لعدد الأجوبة المبتذلة (P>8) فهو يدل على التشبك المفرط في الأشياء النمطية، ويمكن تفسيره بمصطلح الذات-المزيفة خاصة في حالة ارتباطه بالشعور بعدم الأمن الداخلي، بمعنى أخر يتميز الشخص في هذه الحالة بحاجاته المفرطة في التكيف مع متطلبات الآخرين مما يترجم بدوره عدم قدرته على فرض نفسه في صراعات الهوية. يواجه الشخص بهذا المعنى خطر الشعور بالفشل وعدم القدرة خاصة في المواقف الضاغطة نظرا لكون الاعتراف بقيمته الذاتية مرتبطة كلية بنظرة الأخرين اتجاهه (Andronikof, 2005).

PURE H<2

تكتسي نسبة الأجوبة ذات المحتويات الإنسانية أهمية كبيرة لأنها تعطينا معلومات حول مدى اهتمام الشخص بالآخرين وكما يمكن أن تعطينا معلومات كذلك حول نوعية تقمصاته، وتسمح الأجوبة الإنسانية H بالحصول على معلومات هامة حول تصورات الشخص فيما يخص الأفراد في محيطه الاجتماعي الواقعي وتصرفاته اتجاههم. يترجم H<2 علاقة مضطربة لشخص مع ذاته ومع الواقع الخارجي؛ عندما نفسر هذا المتغير في إطار الكوكبة الانتحارية على ضوء قيم متغيرات أخرى (vista/FD, Ego, MOR) فهو يشير إلى أن الشخص لا يهتم بالأشخاص الآخرين ويميل نحو الانعزال عن الواقع الإنساني (Andronikof,

2005). لقد تم تفسير الغياب النسبي للأجوبة الإنسانية الكلية H كغياب لاهتمام بالناس أو كعدم القدرة على تقمصهم، يميل المفحوصين غير السيكاتريين الذين يمرون بأزمة مع محيطهم إلى إعطاء نسبة قليلة أو منعدمة من الأجوبة H، ويقدمون أكبر نسبة من أجوبة (H) أو Hd (Exner, 1995).

بينت نتائج دراستنا أن نسبة H<2 هي تقريبا نفسها في المجموعة الانتحارية (60%) والمجموعة غير الانتحارية (56%)، وبالتالي لا يوجد فرق إحصائي دال بين المجموعتين فيما يخص هذا المتغير.

R<17

ترتبط نسبة كبيرة من المعطيات الكمية لرورشاخ النظام الإدماجي بعدد الأجوبة الكلية (R) (Wood et al., 1996)، كما أن هناك ارتباط إحصائي دال بين عدد الأجوبة الكلية والعديد من المؤشرات كمؤشر التفكير والإدراك (PTI)، مؤشر الاكتئاب (DEPI) ومؤشر الكوكبة الانتحارية (S-CON) خاصة عند الفئة السيكاترية (Meyer, 1993). بين Meyer (1993) أن قدرة الكوكبة الانتحارية في التمييز بين مختلف مجموعات البحث تنخفض في حالة انحراف عدد الأجوبة الكلية عن المعدل أي في حالة البروتوكولات الطويلة لأنها من المحتمل أن تحتوي على أكثر من إجابتين vista أوFD، إجابة لونية-تضليلية، أكثر من ثلاث أجوبة معتلة (MOR)، وأكثر من ثلاثة أجوبة الفضاء الأبيض (S)، كما أن هناك ارتباط بين عدد الأجوبة الكلية وX+% حيث تبين أن أغلبية البروتوكولات تحتوي على X+%<.70. ولكن من المحتمل جدا أيضا أن البروتوكولات القصيرة تحتوي على أقل من إجابتين إنسانيتين H وأقل من 17 إجابة كلية. ويظهر أن الارتباط بين S-CON وR يرتفع بنسبة كبيرة في حالة البروتوكولات التي تضم عدد الأجوبة الكلية في المعدل مقارنة بالبروتوكولات الطويلة مما قد يشير إلى أن قدرة الكوكبة الانتحارية في تشخيص الخطر الانتحاري مرتفعة في حالة البروتوكولات التي تحتوي على عدد الأجوبة الكلية في المعدل مقارنة بالبروتوكولات الطويلة.

بصفة عامة يتميز المفحوصين الذين لديهم كوكبة انتحارية إيجابية وعدد الأجوبة الكلية منخفضة بأعراض معاناة داخلية قليلة، عكس المفحوصين الذين لديهم كوكبة انتحارية إيجابية وعدد مرتفع من عدد الأجوبة الكلية لأنهم يظهرون معاناة داخلية كبيرة. استنتج Meyer (1993) في الأخير أن صدق المؤشرات يتحقق في بعض قيم R ولا يتحقق في قيم أخرى، لذلك يرى أن الكوكبة الانتحارية ترتبط أكثر بالانتحار في البروتوكولات المعتدلة مقارنة بالبروتوكولات الطويلة.

لكن يبقى عدد الأجوبة الكلية (R) كما بينته نتائج الدراسة الحالية وأغلبية الدراسات السابقة من بين المتغيرات التي تسمح بوضع فرق إحصائي دال بين المجموعات الانتحارية والعديد من مجموعات البحث

الأخرى حيث تبين من خلال دراستنا أن المفحوصين السيكاتريين الانتحاريين يقدمون أقل نسبة من عدد الأجوبة (R) مقارنة بالمفحوصين السيكاتريين غير الانتحاريين.

3- مناقشة نتائج متغيرات الرورشاخ الأخرى

تشير نتائج بعض متغيرات الرورشاخ الأخرى، أي متغيرات غير مرتبطة بالضرورة بالكوكبة الانتحارية، إلى هناك فرق بين المجموعة الانتحارية والمجموعة غير الانتحارية فيما يخص نسب هذه المتغيرات.

بينت نتائج مقارنة المجموعة الانتحارية والمجموعة غير الانتحارية حسب الأسلوب الإدراكي (انطوائي، مزدوج، انبساطي، تجنبي) أن هناك فرق نسبي بين المجموعتين في نسب الأسلوب الإدراكي الانطوائي والأسلوب الإدراكي الانبساطي حيث تتميز المجموعة الانتحارية بنسب منخفضة (8% و18%) مقارنة بنسب المجموعة غير الانتحارية (16% و26%). في حين لم نسجل فرق كبير بين المجموعتين فيما يخص نسب الأسلوب المزدوج ونسب الأسلوب التجنبي. يمثل الأسلوب الانطوائي والأسلوب الانبساطي تناولين نفسيان مختلفان يستعملهما الأشخاص لتسيير متطلبات الحياة اليومية إذ يمكن استعمالهما بطريقة فعالة، عكس الأسلوب المزدوج والأسلوب التجنبي اللذين لا يعرضاني مستعمليها إلى عدم التكيف بالضرورة لكنهما أقل فعالية مقارنة بالأسلوبين السابقين (Exner, 2003).

وتوضح نتائج دراستنا أنه بالإضافة إلى مؤشر الكوكبة الانتحارية (S-CON) ، يسمح مؤشر الاكتئاب (DEPI) ومؤشر عدم الكفاءة الاجتماعية (CDI) من التمييز من الناحية الإحصائية بين المجموعة الانتحارية والمجموعة غير الانتحارية حيث ترتفع معدلات هذه المؤشرات الثلاثة في المجموعة الانتحارية مقارنة بالمجموعة غير الانتحارية مما قد يشير إلى الصعوبات الإضافية التي تعاني منها الفئة الانتحارية السيكاترية في هذه المجالات (التعامل مع الانفعالات، الإشكالية الاكتئابية، واستعمال ميكانيزمات التكيف) مقارنة بالفئة السيكاترية غير الانتحارية. عكس المؤشرات السابقة لا يوجد فرق إحصائي دال بين المجموعتين فيما يخص مؤشر الإدراك والتفكير (PTI) حيث سجلنا ارتفاع نسبي لهذا المؤشر في المجموعة غير الانتحارية (38%) مقارنة بالمجموعة غير الانتحارية (28%)، سنعود إلى هذا الفرق في الفقرات التالية. وبين تطبيق اختبار Anova للمقارنة بين معدلات مؤشرات الرورشاخ للمجموعات الأربعة أن مؤشر الكوكبة الانتحارية (S-CON) ومؤشر الاكتئاب (DEPI) يسمحان بالتمييز من الناحية الإحصائية بين المجموعات الأربعة (المجموعة غير الانتحارية، مجموعة المحاولة الانتحارية الخطيرة، مجموعة المحاولة الانتحارية غير الخطيرة ومجموعة التفكير الانتحاري). ولا يوجد فرق إحصائي دال بين المجموعات الأربعة فيما يخص معدلات مؤشر عدم الكفاءة الاجتماعية (CDI) و مؤشر الإدراك والتفكير (PTI).

لقد سمحت دياغرامات معدلات المؤشرات من توضيح الفرق الموجود بين المجموعات الأربعة حيث تبين أن معدل مؤشر الاكتئاب (DEPI) للمجموعات الانتحارية، خاصة معدل مجموعة التفكير الانتحاري (M= 4.50) ومعدل مجموعة المحاولة الانتحارية الخطيرة (M= 4.50) مرتفعان مقارنة بالمجموعة غير الانتحارية. يرتفع معدل مؤشر الكوكبة الانتحارية (S-CON) في مجموعة المحاولة الانتحارية الخطيرة (M= 6.50) ومجموعة التفكير الانتحاري (M= 6.17) مقارنة بمعدلات المؤشر في مجموعة المحاولة الانتحارية غير الخطيرة (M= 4.39) والمجموعة غير الانتحارية (M= 4.40). يرتفع معدل عدم الكفاءة الاجتماعية (CDI) في مجموعة المحاولة الانتحارية الخطيرة (M= 3.90) مقارنة بالمجموعات الأخرى. كما أشرنا إليه سابقا، عكس المؤشرات الثلاثة الأخرى، يرتفع معدل مؤشر الإدراك والتفكير (PTI) في المجموعة غير الانتحارية (M= 2.06) مقارنة بالمجموعات الانتحارية (مجموعة المحاولة الانتحارية الخطيرة (M= 1.65)، مجموعة المحاولة الانتحارية غير الخطيرة (M= 1.33)، مجموعة التفكير الانتحاري (M= 1.58).

لقد تم تعويض مؤشر الفصام ((Index de Schizophrénie (SCZI)) بمؤشر الإدراك والتفكير (L'index perception-pensée (PTI)) الذي يتكونن عكس المؤشر السابق، من سلم مستمر أي قيم مستمرة حيث كلما ارتفع عددها كلما ازدادت شدة الاضطراب والعكس صحيح. ويترجم المؤشر درجة الاضطراب في مجالات الإدراك والتفكير. ترتبط العديد من متغيرات مؤشر الإدراك والتفكير بمظاهر من طبيعة ذهانية (Exner, 2003). عندما نقوم بفحص معطيات دراستنا على ضوء الحالات الفردية نلاحظ أن هناك ارتباط سلبي بين المظاهر الذهانية الكلاسيكية (الهذيان والهلاوس) والسلوك الانتحاري بمختلف أشكاله (التفكير الانتحاري، التهديد الانتحاري، المحاولة الانتحارية)، أي وبمعنى أخر عادة ما نجد غياب لسلوك الانتحاري في مراحل ظهور المظاهر الذهانية والعكس صحيح. تتميز الحالة A17 مثلا بغياب السلوك الانتحاري (الأفكار الانتحارية و/أو المحاولات الانتحارية) عندما نجد في الجدول العيادي للحالة خصائص هذيانية؛ دخلت الحالة A21 إلى المستشفى من جديد (بعد سبعة عشر شهر من إجراء الاختبار) (S-CON =8) في جدول عيادي يتميز بنشاط انتحاري كبير (التعبير عن الرغبة في الانتحار التهديد بالانتحار، محاولة انتحارية غير محددة)، لكن في سياق غياب لكل نشاط هذياني؛ حاول A25 الانتحار بطريقة خطيرة، وبعد سبعة عشر شهر من إجراء الاختبار (S-CON=4) دخل إلى المستشفى من جديد في جدول عيادي يتميز بنشاط هذياني كثيف وبغياب كلي لنشاط الانتحاري؛ أما الحالة A29 فقد دخلت إلى المستشفى من جديد، بعد عشرة أشهر من إجراء الاختبار (S-CON= 5)، نظرا لقيامها بمحاولة انتحارية خطيرة أخرى في سياق غياب لكل نشاط هذياني؛ تعاني الحالة A34 من أعراض هذيانية وقد دخلت إلى المستشفى بعد محاولة انتحارية غير خطيرة، وبعد عشرة أشهر من إجراء الاختبار (S-CON=3) تعاني المبحوثة من نفس الأعراض في سياق غياب لكل نشاط انتحاري. تندرج

المحاولات الانتحارية للحالة A9 ضمن الجدول العيادي للحالة الذي يتميز بأعراض فصامية حيث لاحظنا أن الحالة قد دخلت إلى المستشفى ثلاث مرات بعد إجراء الرورشاخ (S-CON=6) نتيجة لعدم استقرار حالتها المرضية ونظرا لكثافة وشدة المظاهر الهذيانية مع غياب لنشاط الانتحاري في كل مرة. وتواجه الحالة A49 احتمال كبير للمرور إلى فعل انتحاري خطير كما تبينه الكوكبة الانتحارية (S-CON= 7) خاصة عندما تعاني من قلق كثيف واختفاء الأعراض الهذيانية؛ وحاولت الحالة A10الانتحار عدة مرات بطريقة خطيرة لكنها تحصلت عن كوكبة انتحارية سلبية (S-CON= 4)، وتندرج دائما محاولتها الانتحارية في جدول عيادي يتميز بنشاط هذياني كثيف. قد ترتبط هذه المعطيات بالملاحظة التي أشار إليها الأدب النظري فيما يخص الدور الإيجابي الذي يلعبه النشاط الهذياني في بعض الحالات الانتحارية حيث تلعب الأعراض الهذيانية دور إيجابي في حماية المفحوص ضد خطر المرور إلى الفعل الانتحاري (Lemperière et al., 2000).

ومن بين المتغيرات التي تسمح بالتمييز في إطار دراستنا بين المجموعة الانتحارية والمجموعة غير الانتحارية متغير العلاقة الانفعالية (Afr). تشير نسبة الأجوبة المقدمة في اللوحات الثلاثة الأخيرة إلى الاستثارة الانفعالية لشخص حيث يميل الأفراد إلى إعطاء عدد كبير من الأجوبة في اللوحات الملونة مقارنة باللوحات غير الملونة، لكن يبقى تفسير Afr صعب من الناحية النظرية نظرا لعدم التحقق من وجود علاقة مباشرة بين هذه الأجوبة والانفعال. وترتبط المعطيات المعيارية لـ Afr بالأسلوب الإدراكي (EB) حيث يقدر معدله بين 60. و90. بالنسبة للإنبساطيون، 50. و80. بالنسبة للإنطوائيون والمزدوجون. تدل النسبة المعتدلة لـ Afr على أن الشخص يميل إلى علاج المثيرات الانفعالية كأغلبية الأفراد، وتدل النسبة المرتفعة عن المعدل على أن الشخص مهتم جدا بالإثارة الانفعالية، وأما النسبة المنخفضة لـ Afr فهي تشير إلى أن الشخص غير مهتم بالمثيرات الانفعالية وغير مهتم بعلاجها، وفي حالة النسبة المنخفضة جدا لـ Afr فهذا يدل على أن هناك ميل كبير نحو تجنب المثيرات الانفعالية (Exner, 1995). وترى Hertz (1948) أن الأشخاص الانتحاريين يقدون عدد قليل من الأجوبة اللونية مقارنة بالأشخاص غير الانتحاريين مما يترجم ميل الأشخاص الانتحاريين نحو قمع التعبير عن إنفعالاتهم إتجاه العالم الخارجي.

ينتمي Afr إلى قائمة المتغيرات (إلى جانب MOR>3, AG>2, An+Bl>2, T=0) التي فحصها Exner أثناء بناء الطبعة الثانية للكوكبة الانتحارية حيث توصل إلى أن هناك متغير واحد فقط من بين هذه المتغيرات أي (MOR>3) الذي يسمح بتحسين القدرة التشخيصية للكوكبة الانتحارية. تشير نتائج دراستنا إلى أن المجموعة الانتحارية تميل إلى إعطاء أكثر نسبة من الأجوبة العدوانية (AG) وأقل نسبة من أجوبة التعاون (COP) مقارنة بالمجموعة غير الانتحارية، ويسمح Afr<.40 و Afr<.50 من التمييز من الناحية

الإحصائية بين المجموعة الانتحارية والمجموعة غير الانتحارية مما يترجم مدى أهمية ميل الأشخاص الانتحاريين نحو تجنب المثيرات الانفعالية، ومن دون شك يسمح إدراج هذا المؤشر في الكوكبة الانتحارية في الرفع من قدرتها التشخيصية.

4- مناقشة معطيات الحالات التي تم الحصول عليها بعد إجراء اختبار الرورشاخ

سنحاول الآن مناقشة النتائج التي قمنا بعرضها في الجدول 40 في الفصل الخامس؛ نشير في الأول إلى أن الملاحظات التالية تقتصر فقط على المعطيات المتحصل عليها من خلال متابعة 25 حالة انتحارية و13 حالة غير انتحارية. سنقدم في الجدول المعلومات الخاصة بكل حالة والمرتبطة بـ: مجموعة الدراسة التي تنتمي إليها، نتيجة الكوكبة الانتحارية، حضور أو غياب لسلوك انتحاري (انتحار كامل، أفكار انتحارية، التهديد بالانتحار، مشروع انتحاري، محاولة انتحارية خطيرة، محاولة انتحارية غير خطيرة) والمدة الزمنية بين إجراء الاختبار وظهور السلوك الانتحاري.

جدول 50. ربط معطيات الحالات بعد إجراء الاختبار بنتائج الكوكبة الانتحارية

الحالات	المجموعة	نتيجة S-CON	بعد إجراء الاختبار	مدة المتابعة
A2	مجموعة التفكير الانتحاري	6	الدخول إلى المستشفى من جديد بعد محاولة انتحارية غير خطيرة	عام
A4	مجموعة المحاولة الانتحارية الخطيرة	7	الدخول إلى المستشفى من جديد بعد محاولة انتحارية خطيرة	شهرين ونصف
A7	مجموعة المحاولة الانتحارية الخطيرة	7	الدخول إلى المستشفى من جديد نظرا للخوف من المرور إلى الفعل الانتحاري	عام
A9	مجموعة المحاولة الانتحارية غير الخطيرة	6	الدخول إلى المستشفى من جديد ثلاثة مرات لكن نسجل غياب لكل سلوك انتحاري	عام وأكثر
A13	مجموعة المحاولة الانتحارية غير الخطيرة	4	نسجل غياب لكل سلوك انتحاري	عام وأكثر
A14	مجموعة المحاولة الانتحارية الخطيرة	9	الدخول إلى المستشفى مع التهديد بالانتحار	عام وأكثر
A15	مجموعة التفكير الانتحاري	5	استمرار الأفكار الانتحارية دون المرور إلى الفعل	عام وأكثر
A17	مجموعة المحاولة الانتحارية الخطيرة	7	الدخول إلى المستشفى من جديد ثلاثة مرات، ونسجل أفكار انتحارية ومحاولة انتحارية خطيرة خلال هذه الفترة.	عام وأكثر

A18	مجموعة المحاولة الانتحارية الخطيرة	8	عدم الدخول إلى المستشفى من جديد وغياب لكل سلوك انتحاري	عام وأكثر
A19	مجموعة المحاولة الانتحارية غير الخطيرة	3	الدخول إلى المستشفى من جديد لكن نسجل غياب لكل سلوك انتحاري	عام
A20	مجموعة المحاولة الانتحارية الخطيرة	4	الدخول إلى المستشفى من جديد بعد محاولة انتحارية خطيرة، التهديد بالانتحار	عام وأكثر
A21	مجموعة المحاولة الانتحارية الخطيرة	8	الدخول إلى المستشفى من جديد بعد محاولة انتحارية غير محددة، التعبير عن الرغبة في الموت والتهديد بالانتحار.	سبعة عشر شهر
A25	مجموعة المحاولة الانتحارية الخطيرة	4	الدخول إلى المستشفى من جديد في سياق غياب لكل سلوك انتحاري	سبعة عشر شهر
A27	مجموعة المحاولة الانتحارية الخطيرة	7	عدم استقرار حالة المبحوث لكن نسجل غياب لكل نشاط انتحاري	عام
A29	مجموعة المحاولة الانتحارية الخطيرة	5	الدخول إلى المستشفى من جديد بعد محاولة انتحارية خطيرة	عشرة أشهر
A31	مجموعة التفكير الانتحاري	8	الدخول إلى المستشفى من جديد مع التعبير عن رغبته في الانتحار	سبعة شهر
A32	مجموعة التفكير الانتحاري	7	غياب لكل نشاط انتحاري	عام
A34	مجموعة المحاولة الانتحارية غير الخطيرة	3	الدخول إلى المستشفى من جديد لكن نسجل غياب لكل نشاط انتحاري.	عشرة أشهر
A35	مجموعة المحاولة الانتحارية الخطيرة	7	الدخول إلى المستشفى من جديد نظرا لتفكير والتهديد بالانتحار+مشروع جدي في الانتحار.	شهرين
A40	مجموعة المحاولة الانتحارية الخطيرة	7	غياب لكل نشاط انتحاري.	عام
A42	مجموعة المحاولة الانتحارية الخطيرة	8	غياب لكل نشاط انتحاري.	عام وأكثر
A44	مجموعة المحاولة الانتحارية الخطيرة	3	غياب لكل نشاط انتحاري.	عام
A46	مجموعة التفكير الانتحاري	8	غياب لكل نشاط انتحاري.	عام وأكثر
A47	مجموعة التفكير الانتحاري	7	غياب لكل نشاط انتحاري.	تسعة أشهر

A49	مجموعة المحاولة الانتحارية الخطيرة	7	الدخول إلى المستشفى من جديد مرتين، المرة الأخيرة بعد محاولة انتحارية خطيرة.	ثمانية أشهر
B2	المجموعة غير الانتحارية	7	الدخول إلى المستشفى من جديد، غياب لكل نشاط انتحاري.	عام وبضعة أشهر
B4	المجموعة غير الانتحارية	2	الدخول إلى المستشفى من جديد، غياب لكل نشاط انتحاري.	عام وبضعة أشهر
B5	المجموعة غير الانتحارية	7	الدخول إلى المستشفى من جديد، غياب لكل نشاط انتحاري.	عام ونصف
B7	المجموعة غير الانتحارية	3	الدخول إلى المستشفى من جديد، غياب لكل نشاط انتحاري.	عام ونصف
B8	المجموعة غير الانتحارية	5	الدخول إلى المستشفى من جديد، غياب لكل نشاط انتحاري.	عام ونصف
B9	المجموعة غير الانتحارية	7	غياب لكل نشاط انتحاري.	عام ونصف
B13	المجموعة غير الانتحارية	4	الدخول إلى المستشفى من جديد، غياب لكل نشاط انتحاري.	عام ونصف
B14	المجموعة غير الانتحارية	8	الدخول إلى المستشفى من جديد، غياب لكل نشاط انتحاري.	عام ونصف
B26	المجموعة غير الانتحارية	3	غياب لكل نشاط انتحاري.	عام
B30	المجموعة غير الانتحارية	5	الدخول إلى المستشفى من جديد، غياب لكل نشاط انتحاري.	عام
B39	المجموعة غير الانتحارية	5	الدخول إلى المستشفى من جديد، غياب لكل نشاط انتحاري.	أربعة أشهر
B40	المجموعة غير الانتحارية	6	الدخول إلى المستشفى من جديد، غياب لكل نشاط انتحاري.	ستة أشهر
B47	المجموعة غير الانتحارية	6	غياب لكل نشاط انتحاري.	ثمانية أشهر

لم نسجل ضمن الحالات التي تم متابعتها أي حالة قامت بانتحار ناجح سواء من بين الحالات التي تتميز بكوكبة انتحارية إيجابية (S-CON≥ 8) (A14، A18، A21، A31، A42، A46) التي تنتمي إلى المجموعة الانتحارية والحالة (B14) التي تنتمي إلى المجموعة غير الانتحارية، أو من بين الحالات الأخرى، في حين سجلنا محاولات انتحارية بعضها تنتمي إلى فئة المحاولة الانتحارية الخطيرة (A4، A17، A20، A21، A29، A35، A49) وبعضها الأخر ينتمي إلى فئة المحاولة الانتحارية غير الخطيرة (A2)، وكما سجلنا استمرار أو ظهور لأفكار انتحارية عند بعض الحالات (A7، A14، A31، A15). أما فيما يخص الحالات (A32، A46، A47، A13، A18، A9، A19، A25، A27، A40، A42، A44، A34) فلم نسجل أي سلوك انتحاري.

تنتمي 15 حالة انتحارية (A4، A7، A14، A17، A18، A20، A21، A25، A27، A29، A35، A40، A42، A44، A49) إلى مجموعة المحاولة الانتحارية حيث تسمح الكوكبة الانتحارية ذات العتبة 7 أو أكثر من تشخيص خطر انتحاري مرتفع واحتمال القيام بمحاولة انتحارية خطيرة عند 8 حالات (A4، A7، A14، A17، A21، A35، A42، A49). تتميز كل الحالات الأخيرة بخطر انتحاري مرتفع حيث نجد في التاريخ الشخصي للأغلبية منها وكما توضحه أيضا معطيات متابعة الحالات بعد إجراء اختبار الرورشاخ تصرفات انتحارية خطيرة سواء تعلق الأمر بأفكار انتحارية، التهديد بالانتحار، القيام بمشروع انتحاري أو بمحاولات انتحارية خطيرة. تنتمي الحالة A4 إلى عائلة تتميز بانتحار ثلاثة أولاد عمها، وقد قامت بأربع محاولات انتحارية خطيرة وتؤكد أثناء مقابلتنا لها عن رغبتها في التخلص من "حياتها"؛ وكما أشرنا إليه في التحليل المفصل لحالة A7 تؤكد نتائج الكوكبة الانتحارية على مدى ارتفاع الخطر الانتحاري لدى المبحوث؛ وتبين حالة A14 أهمية الكوكبة الانتحارية في تشخيص الإشكالية الانتحارية المزمنة وتشخيص مدى خطورة القيام بفعل انتحاري في المستقبل؛ وتشير الحالة A17 التي تم التطرق إليها أيضا بتفصيل في الفصل السادس إلى مدى ارتباط العتبة 7 للكوكبة الانتحارية بارتفاع الخطر الانتحاري وبالمحاولات الانتحارية الخطيرة، وفي الأخير تشير معطيات الحالات A21، A35، A42 وA49 إلى مدى ارتباط العتبة 7 للكوكبة الانتحارية باحتمال وجود لخطر انتحاري مرتفع من جهة وباحتمال القيام بفعل انتحاري خطير في المستقبل.

يمكن اعتبار نتائج الحالات (A18، A20، A25، A27، A29، A40، A44) كمؤشر لحدود أهمية الكوكبة الانتحارية ذات العتبة 7 أو أكثر في تشخيص خطر انتحاري مرتفع وفي التنبؤ بمحاولة انتحارية خطيرة في المستقبل كما تبينه الحالات السابقة. لكن يجب التمييز في هذه المجموعة بين الحالات (A18 A27، A40) التي تمكنت الكوكبة الانتحارية ذات العتبة 7 أو أكثر من تشخيص خطورة المحاولة الانتحارية لكن لم نسجل عندها أي سلوك انتحاري بعد إجراء الاختبار، الحالات (A25، A44) التي لم

تتمكن الكوكبة الانتحارية ذات العتبة 7 أو أكثر من تشخيص خطورة المحاولة الانتحارية ولم نسجل عندها أي سلوك انتحاري بعد إجراء الاختبار، والحالات (A20، A29) التي لم تتمكن الكوكبة الانتحارية ذات العتبة 7 أو أكثر من تشخيص خطورة المحاولة الانتحارية والتي قامت بمحاولة انتحارية خطيرة أخرى بعد إجراء الاختبار. يمكن إدراج الحالتين الأخيرتين ضمن فئة السلبي-الخاطئ. ونستنتج في الأخير من خلال مناقشة معطيات حالات المجموعة الانتحارية والتي تم تقسيمها بدورها إلى مجموعتين أن الكوكبة الانتحارية ذات العتبة 7 أو أكثر هو مؤشر قوي يسمح بتشخيص احتمال الخطر الانتحاري المرتفع والتنبؤ (نسبيا) باحتمال القيام بفعل انتحاري خطير.

لقد تمكننا من متابعة أربعة حالات (A9، A13، A19، A34) فقط من بين 18 حالات مجموعة المحاولة الانتحارية غير الخطيرة. لتذكير لم تسمح الكوكبة الانتحارية ذات العتبة 7 أو أكثر من تشخيص أي حالة من بين حالات هذه المجموعة مما قد يشير إلى أن هذه العتبة للكوكبة لا تسمح بتشخيص المحاولات الانتحارية غير الخطيرة والتصرفات الشبه الانتحارية كما أشارت إليه دراسة Fowler وأخرون (b2001)، إذ تؤكد نتائج متابعة الحالات الأربعة بعد إجراء الاختبار هذه الملاحظة حيث نسجل غياب لدى الحالات لكل سلوك انتحاري خلال مدة متابعتها.

كما تمكننا من متابعة 6 حالات فقط (A2، A15، A31، A32، A46، A47) من بين 12 حالة من حالات مجموعة التفكير الانتحاري. تختلف المعطيات المرتبطة بحالة المبحوثين بعد إجراء الاختبار من حالة إلى أخرى، ويجب الإشارة قبل التطرق إلى معطيات كل حالة إلى أن الكوكبة الانتحارية ذات العتبة 7 أو أكثر سمحت من تشخيص 5 حالات أي 41% من أفراد هذه المجموعة. قامت الحالة A2 بمحاولة انتحارية غير خطيرة عن طريق شرب الدواء وهذا سنة بعد إجراءها للاختبار (S-CON=6) ودخولها إلى المستشفى في جدول عيادي يتميز بالتناذر الاكتئابي والأفكار الانتحارية. تبين معطيات الحالات A32 A46 وA47 غياب لكل سلوك انتحاري رغم تشخيصها بطريقة صحيحة من طرف الكوكبة الانتحارية ذات العتبة 7 أو أكثر. وتتحدث الحالة A15 عن أفكار انتحارية لكن دون وجود لمشروع انتحاري أو القيام بفعل انتحاري، مع العلم أن الكوكبة الانتحارية للحالة سلبية (S-CON=5). وفي الأخير، تتميز الحالة A31 بخطر انتحاري مرتفعا نظرا لتهديده بالانتحار وكتابة رسالة يعبر فيها عن رغبته في الموت والانتحار وهذا بعد تشخصيه بطريقة صحيحة (S-CON=8) من طرف الكوكبة الانتحارية.

وكما يبينه الجدول أعلاه قمنا أيضا بمتابعة 13 حالة من حالات المجموعة غير الانتحارية. لم تشخص الكوكبة الانتحارية ذات العتبة 8 إلا حالة واحدة (B14) كإيجابي-خاطئ من بين حالات المجموعة غير الانتحارية، لكن عندما نقوم بتخفيض العتبة إلى 7 ترتفع نسبة السلبي-الخاطئ إلى 10% أي تشخيص 5 حالات بطريقة غير صحيحة. لقد تم متابعة 4 حالات (B2، B5، B9، B14) من بين الحالات التي

شخصتها الكوكبة الانتحارية بطريقة غير صحيحة، لكن لم نسجل كما يوضحه الجدول أعلاه أي سلوك انتحاري بالنسبة لهذه الحالات والحالات التسعة المتبقية لنفس المجموعة. على غرار مشكل الإيجابي-الخاطئ توضح هذه النتائج السلبية (أي عدم تشخيص الكوكبة الانتحارية لسلوك الانتحاري عند مجموعة غير انتحارية) القدرة المعتبرة للكوكبة الانتحارية ذات العتبة 7 أو أكثر في تشخيص السلوك الانتحاري.

وسمح تحليل من الناحية الإحصائية معطيات جميع الحالات (الانتحارية n=44) وغير الانتحارية (n=50) التي تم الحصول عليها بعد إجراء اختبار الرورشاخ من التحقق من صحة فرصية الدراسة التي تنص على ما يلي: " *يمكن استعمال الكوكبة الانتحارية من أجل التنبؤ باحتمال المرور إلى الفعل الانتحاري الخطير، احتمال المرور إلى الفعل الانتحاري غير الخطير وأفكار انتحارية بدون احتمال راهن للمرور إلى الفعل الانتحاري*". لقد تبين أن متغير عدد المحاولات الانتحارية السابقة ونتيجة الكوكبة الانتحارية يسمحان بالتمييز من الناحية الإحصائية بين المجموعات الانتحارية الثلاثة، عكس باقي المتغيرات (المتغيرات الاجتماعية، المتغيرات العائلية، والمتغيرات الظرفية). تشير هذه النتائج إلى مدى أهمية متغير عدد المحاولات الانتحارية السابقة ونتيجة الكوكبة الانتحارية في التنبؤ بالسلوك الاتنتحاري ومدى خطورته. وبمعنى أخر، ومن الناحية العملية، يسمح معرفة عدد المحاولات الانتحارية السابقة ونتيجة الكوكبة الانتحارية من الرفع من قدرة المختص العيادي في التنبؤ باحتمال قيام الشخص بفعل انتحاري في المستقبل، والتنبؤ خاصة بمدى خطورة هذا الفعل. في حين يظهر أن المتغيرات الاجتماعية العائلية، والظرفية لا تتمتع إلا بقدرة ضعيفة في التنبؤ بالقيام بهذا الفعل.

5- بعض صعوبات الدراسة الحالية وأفاق البحث في المستقبل

إن الانتحار ظاهرة تحدث بنسبة قليلة مما يزيد من صعوبة تشخيصها والتنبؤ بها، وتعتبر ظاهرة معقدة حيث تشير أغلبية البحوث في هذا المجال إلى الصعوبات المنهجية والعلمية المرتبطة بدراسة السلوك الانتحاري. إلى جانب الصعوبات العلمية والأخلاقية لقد لاحظنا من خلال عرض الدراسات حول اختبار الرورشاخ والانتحار أن الانتقادات الموجهة إلى هذه الأخيرة مرتبطة أساسا باعتبارات منهجية كالاختيار المناسب للمجموعات البحث، تحديد معايير دقيقة في تعريف السلوك الانتحاري. حاول Exner جاهدا حل العديد من هذه المشاكل المنهجية، لكن رغم المنهجية المنفردة والصارمة التي تبعها أثناء بناء الكوكبة الانتحارية لم يتردد بعض الباحثون (Wood et al., 2001 ؛Frank, 1994) من نقد صدق الكوكبة كذكر مشكل الجمع بين أفراد قاموا بانتحار كلي وأفراد قاموا بمحاولة انتحارية (خطيرة أو غير خطيرة) في نفس مجموعة البحث. يمكن الحديث تقريبا عن نفس المشكل فيما يخص دراستنا بما أنها تضم في نفس المجموعة أفراد قاموا بمحاولة انتحارية (خطيرة أو غير خطيرة) وأفراد يواجهون أفكار انتحارية.

ويذكر Exner وWylie (1977) حدود معطيات الرورشاخ التي يتم الحصول عليا بعد الفعل الانتحاري، لكن يصعب على الباحث الذي يقرر دراسة تشخيص الخطر الانتحاري التحكم بشكل صارم في متغيرات بحثه نظرا للاعتبارات التي تحدثنا عنها سابقا. على خلاف Exner الذي لم ينطلق من أي فرضية مسبقة من أجل بناء الكوكبة الانتحارية الأصلية (1977) وإنما اعتمد على معطيات التقى بها صدفة خلال أبحاثه التجريبية المختلفة حول اختبار الرورشاخ، يجب على كل باحث يريد دراسة موضوع الانتحار واختبار الرورشاخ بصفة عامة والكوكبة الانتحارية بصفة خاصة التفكير في منهجية بحثه ووضع فرضيات مسبقة. من بين الاقتراحات التي يمكن الاهتمام بدراستها في المستقبل هو تركيز منهجية البحث حول فئة الأفراد الذين يواجهون الأفكار الانتحارية لفحص مدى أهمية الكوكبة الانتحارية في تشخيص الخطر الانتحاري واحتمال قيام هؤلاء الأفراد بمحاولة انتحارية ودرجة خطورتها. ترتبط هذه الفكرة بنتائج الدراسة الحالية حيث سجلنا قدرة نسبية (41%) للكوكبة الانتحارية في تشخيص الخطر الانتحاري في مجموعة التفكير الانتحاري. تسمح الكوكبة الانتحارية ذات العتبة 7 أو أكثر من التمييز من الناحية الإحصائية بين مجموعة التفكير الانتحاري ومجموعة المحاولة الانتحارية غير الخطيرة، ولم تشخص العتبة أي فرد (00%) من أفراد المجموعة الأخيرة. تندرج الأفكار الانتحارية في صيرورة مستمرة يمكن أن تؤدي إلى الانتحار أو إلى فعل انتحاري خطير أو أقل خطورة، رغم أن كل الحالات الانتحارية لا تعبر بالضرورة عن الأفكار الانتحارية إلا أن الكثير منها تعبر مباشرة عن نشاط تفكيري انتحاري. كما توصلنا إليه من خلال التحليل المفصل لحالة ناصر (Fergani, 2014) قد يساهم تقييم الخطر الانتحاري باستعمال الرورشاخ النظام الإدماجي بشكل فعال في تشخيص الأفراد الذين يواجهون حقا خطر مداهم للمرور إلى فعل انتحاري من بين الأشخاص الذين يعبرون عن الأفكار الانتحارية. من بين حدود الدراسة الحالية كون مجموعة التفكير الانتحاري تتكون من نسبة قليلة من المشاركون، لذلك نظن أنه من المهم جدا الاهتمام بفحص وربما تحسين القدرة التشخيصية للكوكبة الانتحارية من خلال القيام بدراسة مجموعة كبيرة من أفراد مجموعة التفكير الانتحاري.

يظهر أن الكوكبة الانتحارية لا ترتبط فقط بسلوك الاعتداء على الذات أي الانتحار وإنما أيضا بسلوك الاعتداء على الغير. تتحدث Andronikof، في أحد مقابلتنا الشخصية لها، عن حالة تم فحصها من طرف Exner (يظهر أن الحالة لم يتم نشرها) والتي تحصلت على كوكبة انتحارية إيجابية (S-CON=9). يتعلق الأمر بحالة رجل انتحر وهذا بعد قتل زوجته. وتشير Andronikof إلى أن الكوكبة الانتحارية تترجم حالة بركانية يمكن أن تؤدي بالشخص إلى سلوك الاعتداء على الذات أي الانتحار أو إلى سلوك الاعتداء على الغير. لقد أشرنا في الفصل الخامس فيما يخص حالة كريم (A17) إلى أن المبحوث دخل إلى المستشفى للمرة الأخيرة بعد أن حاول شنق زوجته بطريقة عنيفة، مع العلم أن

المبحوث قد قام بعدة محاولات انتحارية خطيرة في السابق. وكما يتحدث الأطباء العقليون عن احتمال كبير للمرور إلى الفعل (potentiel de dangerosité)عند بعض المفحوصين الذين شاركوا في دراستنا. لقد لاحظنا مثلا في ملف الحالة A46 التي تنتمي إلى مجموعة التفكير الانتحاري عدة ملاحظات متعلقة بخطر الاعتداء على الآخرين، مع العلم أن المبحوث تحصل على كوكبة انتحارية إيجابية (S-CON=8). وكما سجلنا نفس الملاحظة فيما يخص حالة B14 التي تحصلت بدورها على كوكبة انتحارية إيجابية (S-CON=8) لكن لم نسجل أي سلوك انتحاري في تاريخ الحالة. تعتبر إذن دراسة العلاقة الموجودة بين الكوكبة الانتحارية والمرور إلى فعل الإعتداء على الغير من بين اقتراحات البحث التي يمكن الاهتمام بها في المستقبل.

يواجه تقييم الخطر الانتحاري بصفة عامة مشكل الإيجابي-الخاطئ والسلبي-الخاطئ، وتزداد الأمور تعقيدا عندما يحاول العيادي التنبؤ بالانتحار الكلي. لقد تم بناء الكوكبة الانتحارية أساسا انطلاقا من معطيات بروتوكولات أشخاص انتحروا في الأشهر القليلة بعد أجراء الاختبار مما قد يدعم فكرة اعتبار الكوكبة كمؤشر لاحتمال القيام بانتحار كلي، لكن يصعب تدعيم هذه الفكرة نظرا لحدود الكوكبة الانتحارية، كما بينته دراستنا ودراسات أخرى وكما يمكن ملاحظته أيضا إنطلاقا من الواقع الإكلينيكي في تشخيص الانتحار الكلي. يشير Exner (2003) إلى أن الكوكبة الانتحارية هي المتغير الأول الذي يجب فحصه قبل تحليل بروتوكول كل حالة. يدعو إلى اعتبار الكوكبة الانتحارية الإيجابية (ثمانية أو أكثر) "كعلم أحمر" يدل على أن الشخص بتميز بالعديد من الخصائص التي يتميز بها الأشخاص الذين انتحروا في وقت قصير بعد إجراء الاختبار، ويجب اعتبار هذه النتيجة كتنبيه جدي يلزم فحص بدقة تواجد احتمال اعتداء الشخص على ذاته في إطار مقابلة عيادية عميقة واعتمادا على المعطيات التاريخية للشخص. تسمح إذن الكوكبة الانتحارية من تشخيص الأفراد الذين يواجهون الإشكالية الانتحارية، لكن هل يقوم كل الأشخاص الذين يواجهون هذه الإشكالية بالمرور إلى الفعل الانتحار؟ وما مدى خطورة الفعل الانتحاري؟ تشير نتائج دراستنا إلى أن الكوكبة الانتحارية ذات العتبة 7 أو أكثر تشخص نسبة معتبرة (70%) من الأفراد الذين قاموا بمحاولة انتحارية خطيرة، لكن لم تتمكن من تشخيص (30%) من أفراد نفس المجموعة، في حين لم تشخص أي فرد من مجموعة المحاولة الانتحارية غير الخطيرة. لعل أن الاهتمام بدراسة تركيبة وتوزيع متغيرات الكوكبة الانتحارية حسب المجموعة الانتحارية قد يساعد في تحديد بدقة متغيرات الكوكبة الأكثر ارتباط باحتمال القيام بفعل انتحاري خطير، والمتغيرات الأكثر ارتباطا بإشكالية انتحارية مزمنة.

وأخيرا، من بين اقتراحات البحث التي يمكن إنجازها في المستقبل القريب التطرق إلى نتائج دراستنا على ضوء معطيات الدراسة المعيارية الجزائرية لرورشاخ النظام الإدماجي التي تحدثنا عنها في الفصل

الثالث في النقطة المخصصة لتقنيات الإسقاطية في الجزائر. لقد تم الشروع في إنجاز الدراسة المعيارية منذ سنة 2012 وقد تم الحصول على المعطيات الأولية في 2016. يمكن التطرق إلى نتائج دراستنا في هذا الإطار من خلال فحصها على ضوء نقطتين أساسيتين. تتعلق النقطة الأولى بفحص نتائج دراستنا حول الكوكبة الانتحارية على ضوء المعايير الجزائرية لرورشاخ النظام الإدماجي. تتطلب أغلبية عوامل رورشاخ النظام الإدماجي، على غرار متغيرات الكوكبة الانتحارية، فحصها وربما تعديلها وفق المعطيات المعيارية الخاصة بكل مجتمع. لقد أشرنا في هذه الدراسة إلى ضرورة إعادة النظر في عتبات المتغيرات X+%<0,70 و Zd>3,5 ou <-3,5 حسب المعايير الجزائرية، وكما يجب فحص المتغيرات الأخرى حسب نفس المعايير. وسنحاول عرض نتائج هذه الدراسة في مقال علمي ننشره في المستقبل القريب. أما النقطة الثانية فيمكن إدراجها في إطار دراسة تم الشروع بإنجازها في مخبر علم النفس العيادي والقياسي حول الدراسة المقارنة لمختلف المجموعات السيكومرضية من بينها مجموعات الدراسة الحالية والمجموعة عير المضطربة.

خاتمة

خاتمة

لا يزال المجتمع الحالي يواجه حالات الانتحار وحالات المحاولات الانتحارية الخطيرة وما يمكن أن تتركه من نتائج وخيمة على المستوى الفردي، العائلي والاجتماعي، ويبقى تشخيص الخطر الانتحاري تحدي مستمر يواجهه العيادي مما يدفع الباحثون في هذا المجال إلى تجديد الدراسات بهدف الفحص المنهجي للواقع الحالي لمؤشرات تشخيص الخطر الانتحاري عند الأفراد. تنتمي الكوكبة الانتحارية (S-CON) لرورشاخ النظام الإدماجي إلى هذه المؤشرات حيث ركزنا في الدراسة الحالية على فحص أهميتها في تقييم الخطر الانتحاري عند مجموعة من الأفراد حيث أخذنا بعين الاعتبار مجموعة من المعايير المرتبطة بالعينة التي شاركت في الدراسة والمتمثلة في: السن (كلهم راشدين)، الحالة العقلية (تقريبا كلهم يعانون من اضطراب نفسي)، نوع السلوك الانتحاري (أفكار انتحارية، محاولة انتحارية خطيرة، محاولة انتحارية غير خطيرة).

عندما يتعلق الأمر بمعرفة إلى أي مدى يفكر شخص ما في الانتحار عادة ما يفكر العيادي في المقابلة العيادية وسلالم تقييم الانتحار، وكما استعمل العياديون اختبارات نفسية أخرى كاختبار الرورشاخ، اختبار تفهم الموضوع (T.A.T) وسلم MMPI لتشخيص الخطر الانتحاري. ويعتبر اختبار الرورشاخ ، أكثر من أي اختبار نفسي أخر، من بين الاختبارات التي حظيت بالاهتمام فيما يخص هذا الشأن. يسمح اختبار الرورشاخ من الحصول على معلومات حول الإدراك، الانفعالات، والأسلوب الإدراكي للشخص مما يجعله وسيلة قيمة لفحص الخطر الانتحاري حيث يعود الاهتمام بأهمية الاختبار في هذا المجال إلى أكثر من خمسين سنة تم تحديد من خلالها خصائص الرورشاخ المرتبطة بميول الشخص نحو الاعتداء على الذات وهذا ابتداء من أعمال Lindner في سنة 1946 وأعمال Hertz في سنة 1948 إلى غاية أعمال Exner في نهاية السبعينات.

يصعب تحديد متغير أو مجموعة صغيرة من المتغيرات التي يمكن أن تشخص السلوك الانتحاري بطريقة صحيحة نظرا للخصائص المعقدة التي قد تجر إلى سلوك التهديم الذاتي. لقد أشار الأدب النظري قبل سنوات 1970 إلى هذه النقطة الأخيرة من خلال الدراسات حول اختبار الرورشاخ والمحاولات الانتحارية. تمكن Exner انطلاقا من نتائج الدراسات السابقة ودراستين أساسيتين قاما بها سنة 1977 و1983 من تحديد كوكبة تتكون من 12 متغير وتسمح من تقييم وتشخيص الخطر الانتحاري. وتتميز الكوكبة الانتحارية لرورشاخ النظام الإدماجي بكونها تضم جميع الخصائص المرتبطة بالسلوك الانتحاري التي أشارت إليها الدراسات السابقة. ويدعو Exner إلى توخي الحذر في تفسير نتائج هذه الكوكبة من الناحية العيادية، وإلى ضرورة القيام بدراسات أخرى من أجل التأكد من متانة وصدق الكوكبة في تشخيص السلوك الانتحاري. إهتم بعض الباحثين الحاليين بالكوكبة الانتحارية من خلال القيام بدراسات

تهدف إلى فحص صدق الكوكبة ومدى فعاليتها في التشخيص والتنبؤ بالخطر الانتحاري والرفع من فعاليتها في هذا المجال. تندرج دراستنا في هذا الإطار وتهدف إلى البحث وفحص مدى أهمية الكوكبة الانتحارية في تشخيص الخطر الانتحاري لدى مجموعة من الأفراد السيكاتريين الانتحاريين في الجزائر. لقد توصلنا إلى مجموعة من النتائج التي تم مناقشتها على ضوء نتائج الدراسات الأخرى حول نفس الموضوع من بينها النتائج الأصلية التي توصل إليها Exner. وسمح مناقشة النتائج المرتبطة بالكوكبة الانتحارية من فتح المجال لبعض الاعتبارات التطبيقية العيادية واعتبارات أخرى تخص البحث في المستقبل.

قمنا في البداية بتطبيق التحليل الفارقي لمعرفة إلى أي مدى تسمح الكوكبة الانتحارية في التمييز بين مجموعات البحث. بينت نتائج هذا التحليل أن الكوكبة الانتحارية تتمتع بقدرة مقبولة جدا في التمييز بين مختلف مجموعات الدراسة أي بين المجموعة الانتحارية والمجموعة غير الانتحارية من جهة، وبين مجموعة المحاولة الانتحارية الخطيرة، مجموعة المحاولة الانتحارية غير الخطيرة ومجموعة التفكير الانتحاري من جهة أخرى. وتسمح الكوكبة الانتحارية ذات العتبة ثمانية من وضع فرق إحصائي دال بين المجموعة الانتحارية والمجموعة غير الانتحارية، لكن نسبة تشخيص أفراد المجموعة الانتحارية حسب هذه العتبة ضعيفة مقارنة بالنتائج الأصلية لـ Exner وWylie، لكن تتفق هذه النتيجة مع الملاحظة التي أشار إليها نفس الباحثين أي كون القدرة التشخيصية للكوكبة ذات العتبة 8 محدودة في حالة الحصول على معطيات الاختبار بعد الفعل الانتحاري، مما يفسر كون نتائج دراستنا تقترب من نتائج المجموعة الانتحارية لدراسة Exner وWylie التي أجرا أفرادها الاختبار أيام بعد المحاولة الانتحارية. توضح هذه النقطة أهمية الملاحظة التي أشار إليها Exner حول حدود فحص المعطيات الانتحارية في الرورشاخ انطلاقا من بروتوكولات تم الحصول عليها بعد الفعل الانتحاري نظرا لكون الحالة النفسية للأشخاص مختلفة قبل وبعد الفعل الانتحاري.

لكن يسمح خفض، في إطار دراستنا، عتبة الكوكبة الانتحارية إلى سبعة متغيرات أو أكثر، من تشخيص بطريقة صحيحة 70% من أفراد مجموعة المحاولة الانتحارية الخطيرة وتشخص نفس العتبة 10% فقط من أفراد المجموعة غير الانتحارية كإيجابي-خاطئ. وتسمح هذه العتبة من وضع فرق إحصائي دال بين مختلف المجموعات الانتحارية، لذلك يمكن اعتبار العتبة 7 أو أكثر كمؤشر قوي لاحتمال القيام بفعل انتحاري خطير، بما أن هذه العتبة تسمح بتشخيص نسبة كبيرة من أفراد مجموعة المحاولة الانتحارية الخطيرة، ولم تشخص أي فرد من أفراد مجموعة المحاولة الانتحارية غير الخطيرة. وبرغم من أن التحليل الإحصائي لم يبين فرق دال بين أغلبية متغيرات الكوكبة الانتحارية للمجموعة الانتحارية والمجموعة غير الانتحارية إلا أن نتائج دراستنا بينت أن الكوكبة الانتحارية تحتفظ بحساسيتها

اتجاه تشخيص الخطر الانتحاري. تتميز العديد من متغيرات الكوكبة الانتحارية بنسبتها المنخفضة أو المرتفعة في المجموعات المضطربة، فمثلا تقدم نسبة معتبرة من الفئة السيكاترية أجوبة لونية - تضليلية (Col-shd blends >0) ونسبة مرتفعة أو منخفضة من Zd (Zd>3,5 ou <-3,5) مما قد يفسر غياب لفرق إحصائي دال لهذه المتغيرات في مجموعة بحثنا. لكن يجب الإشارة إلى أن نسب أغلبية متغيرات الكوكبة الانتحارية مرتفعة في المجموعة الانتحارية مقارنة بالمجموعة غير الانتحارية، هذا إضافة إلى كون المتغيرات التالية: أجوبة Vista (لكن شرط فصلها عن أجوبة البعد الشكلي FD)، es > EA، وR<17 تسمح بالتمييز من الناحية الإحصائية بين المجموعتين. في حين يظهر أنه من المهم فحص الارتباط الموجود بين أجوبة البعد الشكلي (FD) والخطر الانتحاري ذلك لأن حسب نتائج الدراسة الحالية يظهر أن هذا النوع من الأجوبة مرتبط بغياب الخطر الانتحاري أكثر ما هي علامة لوجود هذا الخطر. وكما يجب فحص عتبات الكوكبة الانتحارية حسب المعايير الجزائرية لرورشاخ النظام الإدماجي فيما يخص متغير X+%<.70 ومتغير Zd>3,5 ou <-3,5. تندرج هذه النقطة الأخيرة إلى جانب الدراسة المقارنة بين معطيات مجموعة الدراسة الحالية ومعطيات مجموعة الدراسة المعيارية لرورشاخ النظام الإدماجي في الجزائر ضمن اقتراحات البحث التي يمكن إنجازها في المستقبل.

ترتكز أغلبية الدراسات حول الانتحار على موضوع التشخيص والتنبؤ بالانتحار الكلي. يرتكز المؤشر الانتحاري في إطار الرورشاخ النظام الإدماجي خاصة على معطيات بروتوكولات أشخاص انتحروا أقل من 60 يوم بعد إجراء الاختبار. من الناحية العملية تعتبر الكوكبة الانتحارية المتغير الأول الذي يجب فحصه لأن قيمتها الإيجابية تشير إلى مدى خطورة قيام الحالة بفعل انتحاري. لكن لا تقتصر فقط أهمية الكوكبة الانتحارية في تشخيص الأفراد الذين يواجهون احتمال الانتحار الكلي وإنما أهميتها تكمن أيضا في قدرتها التنبؤية باحتمال القيام بفعل انتحاري خطير. تأتي نتائج دراستنا لتدعم النتائج التي توصلت إليها دراسة Fowler وزملائه حول أهمية اعتبار العتبة 7 للكوكبة الانتحارية كمؤشر لاحتمال المرور إلى فعل انتحاري خطير. يساهم استعمال هذا المؤشر في تقييم الخطر الانتحاري من خلال تشخيص الأفراد الذين يواجهون خطر القيام بفعل انتحاري خطير وهذا مقارنة بالأفراد الذين يواجهون احتمال المرور إلى فعل انتحاري غير خطير، الأفراد الذين يواجهون أفكار انتحارية مع احتمال المرور إلى فعل انتحاري خطير والأفراد الذين يواجهون أفكار انتحارية دون خطر المرور إلى الفعل. لذلك تعتبر الكوكبة الانتحارية ذو أهمية كبيرة خاصة بالنسبة للعياديين الذين يعملون في قطاع الصحة العقلية والذين يستعملون اختبار الرورشاخ من أجل الفحص النفسي للمفحوصين الذين يدخلون إلى المستشفى لمدة قصيرة. يواجه عدد من الفحوصين في هذا الإطار خطر القيام بسلوك انتحاري لذلك يحتل الاختبار أهمية كبيرة في تشخيص المفحوصين الذين يواجهون هذا الخطر.

وتواجه العديد من مصالح الأمراض العقلية مشكل الارتفاع المفرط لعدد المرضى، ومن أجل التعامل مع هذه الوضعية تحاول بعض المصالح التقليص من مدة إبقاء المرضى في المستشفى. أصبح اليوم من المعروف أن خلال هذه المدة القصيرة قد يواجه عدد من المفحوصين خطر المرور إلى الفعل الانتحاري. نظرا إلى حدود بعض المؤسسات السيكاترية في استقبال العدد المتزايد من المفحوصين- هذا ما تمكننا من ملاحظته خلال إجراء بحثنا الميداني في مصلحة الطب العقلي لمستشفى فرانس فانون ببجاية –يجب العمل على تطوير وتحسين الطرق التي تسمح بتشخيص المفحوصين الذين يواجهون خطر المرور إلى الفعل الانتحاري وبالتالي ضرورة إدخالهم إلى المستشفى و/أو تمديد مدة بقائهم في المستشفى. يعتبر اختبار الرورشاخ من بين هذه الطرق التي يمكن أن تساعد المختص العيادي من أجل تقييم مدى خطورة الوضعية وأخذ القرار المناسب.

يعتبر الخطر الانتحاري أولا وقبل كل شيء مشكل واقعي يواجهه عدد من المختصين الذين يعملون في قطاع الصحة سواء في المؤسسات العامة أو في المؤسسات الخاصة. يدرك العياديون الممارسون حدودهم وحدود وسائل تقييم الخطر الانتحاري في تشخيص والتنبؤ بهذا الخطر. ويبقى تقييم الخطر الانتحاري، كما أشار إليه Shawn Christopher Shea، من أصعب وأعقد الرهانات العيادية. وما يزيد من الصعوبات النظرية والمنهجية التي يواجهها البحث في هذا المجال هو توجه العديد من الدراسات إلى التركيز على موضوع التنبؤ بالانتحار الكلي. تشير بعض نتائج الدراسة الحالية خاصة تلك التي تحصلنا عليها من خلال متابعة بعض الحالات بعد إجراء اختبار الرورشاخ إلى حدود استعمال الكوكبة الانتحارية في التنبؤ بالانتحار الكلي. لقد أشار Exner من جهته إلى حدود الكوكبة الانتحارية لأنها قد تكون سلبية في بعض الحالات التي تواجه الخطر الانتحاري وقد تكون إيجابية في حالات أخرى لا تواجه الخطر الانتحاري، لذلك فهو يدعو العيادي إلى توخي الحذر في تفسير نتائج هذه الكوكبة.

تظهر الأهمية الكبيرة للكوكبة الانتحارية في مدى فعاليتها في التشخيص والتنبؤ باحتمال القيام بفعل انتحاري خطير. يمكن تلخيص أهمية الكوكبة الانتحارية في ثلاث نقاط: تكمن الأهمية الأولى والتطبيقية للكوكبة الانتحارية في قدرتها على تشخيص الأفراد الذين يواجهون الإشكالية الانتحارية خاصة عندما يتعلق الأمر بحالات لا تعبر مباشرة عن أفكار انتحارية. وتتمثل أهميتها الثانية في إمكانية مساهمتها في مساعدة العيادي الممارس في تقييم الخطر الانتحاري لدى الأفراد الذين يفكرون أو يهددون بالانتحار من خلال تشخيص احتمال القيام بفعل انتحاري ومدى خطورته. ثالثا وفي الأخير، أمام تعدد الأفعال الانتحارية ومعايير تصنيفها قد تساهم الكوكبة الانتحارية في تحديد مدى خطورة الأفعال الانتحارية وبالتالي المساهمة في التنبؤ باحتمال خطورة تكرار الفعل في المستقبل. ولعل أن الاهتمام في المستقبل

بفحص المتغيرات، داخل الكوكبة أو خارجها، الأكثر ارتباطا بالفعل الانتحاري الخطير قد يساهم في تحسين قدرة الكوكبة الانتحارية في التشخيص والتنبؤ باحتمال القيام بفعل انتحاري خطير.

المراجع

المراجع

1- الجيوشي، ن. (دون سنة). *الانتحار: دراسة نفسية – اجتماعية لسلوك الانتحاري*. دمشق: مؤسسة الشبيبة للأعلام والطباعة والنشر.

2- سيلامي، ن (بمشاركة منه) (1996). *المعجم الموسوعي في علم النفس*. ترجمة وجيه أ، دمشق: منشورات وزارة الثقافة، 2001.

3- سي موسي، ع. & بن خليفة، م. (2008). *علم النفس المرضي التحليلي والإسقاطي الأنظمة النفسية ومظاهرها في الاختبارات الإسقاطية*. بن عكنون، الجزء الأول: ديوان المطبوعات الجامعية.

4- عبد الفتاح الغامدي، ح. (2003). *تكنيك الرورشاخ. ترجمة مختصرة بتصرف لدليل تكنيك الرورشاخ تأليف برونو كلوبفر و هيلين ديفيدسون*. مكة المكرمة: منشورات جامعة أم القرى.

5- مكتب الدراسات و البحوث. (2007). *القاموس فرنسي-عربي، قاموس عام لغوي-علمي*. بيروت: دار الكتب العلمية.

6- مراس، ج (2001). الانتحار. *المعجم الموسوعي في علم النفس*. ترجمة وجيه أ، دمشق: منشورات وزارة الثقافة، ص. 331-333.

7- Ait Sidhoum, M-A. (1987). A propos des problèmes culturels en relation avec l'utilisation des techniques projectives thématiques (le T.A.T et le D.P.I.) en milieu algérien. *Revue Algérienne de Psychologie et des sciences de l'éducation*, 3, 81-88.

8- Ait Sidhoum, M-A. (1992). Processus d'élaboration de la réponse Rorschach. *Psychologie*, 3, 113-131.

9- Amad, A. & Thomas, P. (2011). Histoire de la maladie mentale dans le Moyen-Orient médiéval. *Annales Médico-psychologiques*, 169, 373-376.

10- American Psychiatric Assiciation. (1996). *Manuel diagnostique et statistique des Troubles mentaux* (4é éd.) (J. D. Guelfi (Ed.), Trans). Paris: Masson. (Original work published 1995).

11- Anaes. (2001). *La crise suicidaire. Reconnaître et prendre en charge*. Montrouge : John Libbey Eurotext.

12- André, J. (2009). Du sentiment d'être qui vacille au geste suicidaire, quand le sujet ne se reconnaît plus. *L'évolution psychiatrique*, 74, 445-457.

13- Andronikof, A. (1992). Repérer la dépression au Rorschach : Apport du Système Intégré (Exner). *Bulletin de la Société du Rorschach et des méthodes projectives de Langue Française*, 36, 41-50.

14- Andronikof-Sanglade, A. (1993). L'abstraction au Rorschach comme mécanisme d'anti-symbolisation : réflexion autour du protocole d'une adolescente suicidaire. *Bulletin de la société du Rorschach et des méthodes projectives de langue française*, 37, 71-91.

15- Andronikof-Sanglade, A. (1998). Les ingrédients psychiques du suicide à l'adolescence. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 46 (10-11), 571-574.

16- Andronikof, A. (2001). Le passage à l'acte comme réalisation d'un scénario privé. *L'évolution psychiatrique*, 66, 632-640.

17- Andronikof, A. (2004). Le Rorschach en système intégré : introduction. *Psychologie française*, 49, 1-5.

18- Andronikof, A. (2005). Visite guidée de la Constellation suicidaire du Rorschach en système Intégré. *Bulletin de l'Association Européenne du Rorschach*,1-6.

19- Andronikof, A. (2008a). Le Rorschach et les techniques projectives. *Psychiatrie*, (37)150, 1-12.

20- Andronikof, A. (2008b). Exneriana-II-. The scientific legacy of john E. Exner, Jr. *Rorschachiana*, 29, 81-107.

21- Andronikof, A. (2010). Le Rorschach en système Intégré. In S. Sultan & L. Chudzki (Eds), *Du diagnostic au traitement. Rorschach et MMPI2* (pp. 17-37). Belgique : Mardaga.

22- Andronikof, A. & Réveillère, C. (2004). Rorschach et Psychiatrie : à la découverte du malade derrière la maladie. *Psychologie française*, 49, 95-110.

23- Anzieu, D. & Chabert, C. (2004). *Les méthodes projectives*. Paris: Presse Universitaire de France.

24- Applebaum, S. A., & Colson, D. B. (1968). A reexamination of the color-shading Rorschach test response and suicide attempts. *Journal of Projective Techniques and Personality assessment*, 32, 160-164.

25- Applebaum, S. A., & Holzman, P. S. (1962). The color-shading responses and suicide. *Journal of Projective Techniques and Personality assessment*, 26, 155-161.

26- Arar, F. (1991). Le fonctionnement mental de 4 groupes de malades présentant des pathologies somatiques et mentales. *Psychologie*, 2, 99-108.

27- Arffa, S. (1982). Predicting adolescent suicidal behavior and the order of Rorschach measurement. *Journal of Personality assessment*, 46, 563-568.

28- Azoulay, C., Chabert, C., Gortais, J. & Jeammet, Ph. (2002). *Processus de la schizophrénie*. Paris : Dunod.

29- Baechler, J. (2009). *Les suicides* (3è éd). Paris : Hermann Philosophie.

30- Balon, R. (1987). Suicide: Can we predict it? *Comprehensive Psychiatry*, Vol. 28, 03, 236-241.

31- Barrois, C. (1998). *Les névroses traumatiques*. Paris : Dunod.

32- Batt-Moillo, A. & Jourdain, A. (2005). *Le suicide et sa prévention. Emergence du concept, actualité des programmes*. Rennes : Editions ENSP.

33- Beck, A.T., Kovacs, M. & Weissman, A. (1979). Assessment of suicidal intention: The Scale for Suicide Ideation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol. 47, 2, 343-352.

34- Beizman, C. (1961). *Le Rorschach chez l'enfant de 3 à 10 ans*. Paris : Delachaux et Niestlé.

35- Benouniche, S. (1980). Pratique actuelle de la méthode des tests en Algérie. *Psychologie française*, 3, 257-273.

36- Bensmail, B. (1992). *La psychiatrie aujourd'hui*. Alger : Office des Publications Universitaires.

37- Bergeret, J. (1996). *Personnalité normale et pathologique* (3è éd). Paris : Dunod.

38- Bergeret, J. (2008). *Psychologie pathologique théorique et clinique* (10è èd). Paris : Masson.

39- Bishop, J., Martin, A., Costanza, S., & Lane, R. C. (2000). Suicide Signs on the Rorschach. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, Vol. 30, 3, 289-305.

40- Blasczyk-Schiep, S., Kazén, M., Kuhl, J., & Grygielski, M. (2011). Appraisal of suicidal risk among adolescents and young adults through the Rorschach test. *Journal of Personality assessment*, 93, 518-526. doi: 10.1080/00223891.2011.594130

41- Blatt, S. J., & Ritzler, B. A. (1974). Suicide and the representation of Transparency and cross-sections on the Rorschach. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol. 42, 2, 280-287.

42- Bloch, H., Dépret, E., Gallo, A., & al. (2002). *Dictionnaire fondamental de la psychologie* (2è èd). Paris : Larousse/VUEF.

43- Boissière, L., & Chabert, C. (2014). Entre « réactionnel » et « compulsionnel »: dynamiques de la répétition suicidaire. *La psychiatrie de l'enfant*, 57, 85-105.

44- Bouatta, Ch. (2012). Se révolter ou se détruire : De quelques hypothèses interprétatives. *Psychologie*, 19, 61-71.

45- Boucebci, M. (2007). La psychopathologie au regard de la culture. *L'évolution psychiatrique*, 72, 789-802.

46- Braconnier, A., Corbobesse, E., Deschamps, F., Duriez, N., Gaillard-Janin, N., Joubert-Chain, C., Laugier, F. & Saint-Georges, C. (2006). *Introduction à la psychopathologie*. Paris : Masson.

47- Brandisbas, J., & Séguin., M. (2007). Les conduites suicidaires : reconnaître et prendre en charge. In S. Ionescu & A. Blanchet (Éds), *Psychologie clinique, psychopathologie et psychothérapie* (pp.131-157). Paris : Presse Universitaire de France.

48- Brian, L., Tousignant, M. & Tousignant, M. (2004). *Comprendre le suicide*. Québèc : Les Presses de l'Université de Montréal.

49- Caillard, V. & Chastang, F. (2010). *Le geste suicidaire*. Paris: Elsevier Masson.

50- Camus, A. (2008). *Le Mythe de Sisyphe*. Paris : Folio.

51- Camus, V., et al. (2008). De quelques questions éthiques posées par l'intentionnalité et les conduites suicidaires. *Revue d'éthique et de théologie morale*, 248, 59-78.

52- Caroli, F. & Guedj, M-J. (1999). *Le suicide*. Paris: Flammarion.

53- Castro, D. (2000). *Pratique du Mémoire de recherche en psychologie*. Paris : L'Esprit du Temps.

54- Castro, D. (2006). *Pratique de l'examen psychologique en clinique adulte, Wais-III, MMPI-2, Rorschach, T.A.T*. Paris : Dunod.

55- Chabert, C. (1998). *Psychanalyse et Méthodes Projectives*. Paris : Dunod.

56- Chabert, C. (2013). Clinique projective et clinique psychanalytique : une rencontre féconde. *Le Carnet PSY*, 196, 30-33.

56- Chabert, C. (Ed). (2013). *Traité de psychopathologie de l'adulte. Les névroses.* Paris : Dunod.

57- Chabert, C. & Verdon, B. (2008). *Psychologie clinique et psychopathologie*. Paris : Presse Universitaire de France.

58- Chagnon, J. Y. (2013). L'école de Paris : bref historique. *Le Carnet PSY*, 169, 27-29.

59- Charazac-Brunel, M. (2002). *Prévenir le suicide. Clinique et prise en charge*. Paris : Dunod.

60- Charrier, P & Hirschelmann, A. (2015). *Les états limites* (3è éd). Paris : Armand colin.

61- Cottraux, J. (2007). *Thérapie cognitive et émotions, la troisième vague*. Paris : Masson.

62- Courtois, R., Pennequin, V., Roulin, J. L., Adrien, J. L., Courtois, A & Dionne, C. (2010). *Réussir son mémoire en psycho. Elaboration et rédaction du travail d'étude et de recherche*. Bruxelles : De Boeck.

63- Courtet, P. (2010). Comment modéliser le processus suicidaire ? In Ph. Courtet (ed), *Suicides et tentatives de suicide* (pp. 76-89). Paris : Médecine – Science Flammarion/Editions Lavoisier.

64- Crocq, L. (1974). Stress et névrose traumatique. *Psychologie médicale*, 8, pp.1493-1531.

65- Cutter, F., Jorgenson, M., & Farberow, N. L. (1968). Replicability of Rorschach signs with known degrees of suicidal intent. *Journal of Projective Techniques and Personality assessment*, 32, 428-434.

66- Debout, M. (1996). *Le suicide*. Paris: Ellipsés.

67- Dancey, Ch. P., & Reidy, J. (2007). *Statistiques sans maths pour psychologues. SPSS pour Windows, QCM et exercices corrigés* (N. Gauvrit, Trans). Bruxelles: Editions De Boeck Université. (Original work published 2004).

68- Debray, Q., Granger, B., & Azais, F. (Eds). (2010). *Psychopathologie de l'adulte* (4è éd). Paris: Elsevier Masson.

69- Dessauant, P. (2002). *Le narcissisme* (4è èd.). Paris : Presses Universitaires de France.

70- Djaoui, B. (2012). *Contribution à l'étude des conduites suicidaires : A propos d'une étude à recrutement prospectif durant deux ans (2010-2012) aux urgences médico-chirurgicales du centre hospitalo-universitaire d'Oran*. Thèse pour l'obtention du grade de doctorat en sciences médicales, Université d'Oran, Faculté de médecine, Oran.

71- Durkheim, E. (1990). *Le suicide* (5èm. Ed.). Paris: Presses Universitaires de France.

72- Exner, J. E. (1995). *Le Rorschach : un Système intégré* (A. Andronikof, Trans.). Paris : Editions Frison-Roche. (Original work published 1974).

73- Exner, J. E. (2001). *Manuel de cotation du Rorschach pour le système* intégré (A. Andronikof, Trans.). Paris : Editions Frison-Roche. (Original work published 1976).

74- Exner, J. E. (2003). *Manuel d'interprétation du Rorschach en Système Intégré*. (A. Andronikof, Trans.). Paris : Editions Frison-Roche. (Original work published 2000).

75- Exner, J. E. & Andronikof-Sanglade, A. (1992). Rorschach changes following brief and short term therapy . *Journal of Personality assessment*, 59, 59-71.

76- Exner, J. E., Kinder, B. N. & Curtiss, G. (1995). Reviewing Basic design featues. In *Issues and methods in Rorschach research* (pp.145-158). United States of America,USA: Lawrence Erbaum Associate.

77- Exner, J. E. & Wylie, J. (1977). Some Rorschach Data Concerning Suicide. *Journal of Personality assessment*, 41, 339-348.

78- Ey, H., Bernard, P. & Brisset, C. (2010). *Manuel de psychiatrie* (6è éd). Paris : Elsevier/Masson.

79- Eyman, J. R. & Eyman, S. K. (1991). Personality Assessment in Suicide Prediction. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, Vol. 21, 37-55.

80- Feraoun, M. (1957). *Les chemins qui montent*. Paris : Editions du Seuil.

81- Fergani, L. (2014). Evaluation prospective du potentiel de risque suicidaire chez un patient dépressif. Apport du Rorschach Système Intégré. *Etudes psychologique et éducatives*, 12, 49-66.

82- Fontan, P. (2014). *Approche psychométrique du test de Rorschach* (Doctoral dissertation). Université Paris-Ouest Nanterre La Défense, Paris.

83- Fontan, P., Andronikof., A., Nicodemo, D., Al Nyssani, L., Guilheri, J., Hansen, K. G., Kumasaka, S., & Nakamura, N. (2013). CHESSSS, A free Software Solution to score and Compute the Rorschach Comprehensive System and supplementary scales. *Rorschachiana*, 34, 56-82. Doi : 10.1027/1192-5604/a000040

84- Fowler, J.C., Hilsenroth, M.J., & Piers, C. (2001a). An empirical study of serouisly disturbed suicidal patients. *J Am Psychoanal Assoc*, 49, 161-186.

85- Fowler, J.C., Piers, C., Hilsenroth, M.J., Holdwick, D.J., & Padawer, J.R. (2001b). The Rorschach suicide constellation: assessing various degrees of lethality. *Journal of Personality Assessment*, 76, 333-351. Doi.org/10.1207/S15237752JPA760213

86- Frank G. (1994). Predicting suicide from Rorschach. *Psychological Reports*, 74, 787-794.

87- Freud, S. (1971). Méprises et maladresses. *Psychopathologie de la vie quotidienne* (pp.173-203). Paris : Payot.

88- Freud, S. (1984). Pour introduire la discussion sur le suicide. *Résultats, idées, problème I* (pp.131-132). Paris : Presses Universitaires de France.

89- Freud, S. (2002). Pulsions et destins des pulsions. *Métapsychologie* (pp.11-43). Paris : Folio Essais.

90- Freud, S. (2002). Deuil et mélancolie. *Métapsychologie* (pp.145-171). Paris : Folio Essais.

91 - Freud, S. (2001). Sur la psychogenèse d'un cas d'homosexualité féminine. *Névrose, psychose et perversion* (pp.245-270). Paris : Petite Bibliothèque Payot.

92- Freud, S. (2001). Au-delà du principe de plaisir. *Essais de psychanalyse* (pp.47-127). Paris : Petite Bibliothèque Payot.

93- Freud, S. (2001). Le moi et le ça. *Essais de psychanalyse* (pp.244-305). Paris : Petite Bibliothèque Payot.

94- Gelder, M., Mayou, R. & Cowen, Ph. (2005). *Traité de psychiatrie.* (P. Lemoine et al, Trans.). Paris : Editions Flammarion. (Original work published 2001).

95- Godefroid, J. O. (2001). Les champs et les méthodes. *Psychologie, Science Humaine et Science Cognitive*. Bruxelles : Editions De Boeck Université, 81-115.

96- Goldstein, R., Black, D., Nasrallah, A., & Winokur, G. (1991). The prediction of suicide: sensitivity, specificity, and predictive value of a multivariate model applied to suicide among 1906 patients with affective disorder. *Archives of General Psychiatry*, 48, 418-422.

97- Gori, R. C. & Poinso, Y. (1972). *Dictionnaire pratique de psychopathologie.* Paris : Editions Universitaires.

98- Granier, E. (2006). *Idées noires et tentatives de suicide. Réagir et faire face*. Paris: Odile Jacob.

99- Grava, G., Berti-Ceroni, G., Rucci, P., & Scudellari, P. (2006). Suicidal behaviors and personality structure. *Suicide and Life – Threatening Behavior*, 36, 569-577.

100- Guelfi, J. D. (2002). La personnalité : Théories et modèles généraux de description. In., A. Féline, J. D. Guelfi, P. Hardy (Éds), *Les troubles de la personnalité* (pp.3-17). Paris : Flammarion/Médecine-Sciences.

101- Guenaou, M. (2014). Les jeunes et la nouvelle pratique suicidaire en Algérie : L'auto-immolation par le feu. *Références*, 2, 47-71.

102- Hansell, A. G., Lerner, H. D., Milden, R. S & Ludolph, P. S. (1988). Single-sign Rorschach suicide indicators: A validity study using a depressed inpatient population. *Journal of personality assessment*, 52, 658-669.

103- Hardy, P. (2002). Troubles de la personnalité et conduites suicidaire. In A. Féline, J. D. Guelfi & P. Hardy (Éds), *Les troubles de la personnalité* (pp.361-378). Paris : Flammarion/Médecine-Sciences.

104- Hertz, M. R. (1948). Suicidal configurations in Rorschach records. *Rorschach Research Exchange and Journal of Projective Techniques*, 12, 3-58.

105- Hochmann, J. (2011). *La folie.* Paris : Presses Universitaires de France.

106- Ionescu, S. (2005). *14 approches de la psychopathologie* (3è éd). Paris : Armand Colin.

107- Jaccard, R. (1979). *Histoire de la psychiatrie* (2è éd). Paris : Presses Universitaires de France.

108- Jaussent, I., Perroud., N & al. (2010). Evaluation du risque suicidaire dans la pratique. *Suicide et tentatives de suicide*. Paris : Médecine – Science Flammarion, Editions Lavoisier, 97-115.

109- Jeammet, Ph. (2001). Facteurs de risque relatifs à l'individu associés à la crise suicidaire : réflexion sur les mécanismes psychopathologiques de la crise suicidaire. In *ANAES. La crise suicidaire. Reconnaître et prendre en charge*. Montrouge : John Libbey Eurotext, 67-76.

110- Jeammet, Ph. (2005). Le suicide chez les adolescents : désir de mort ou désir de vie. *Prévention du suicide* (sous coordonné par Chavagnat, J-J).Paris : Editions John Libbey Eurot ext, 9-11.

111- Jollant, F., Olié, S., Guillaume, A., Ionita, A. & Courtet, Ph. (2010). Que nous apprennent les neurosciences sur la vulnérabilité suicidaire ? In Ph. Courtet (Ed), *Suicides et tentatives de suicide* (pp. 39-63). Paris : Médecine – Science Flammarion/Editions Lavoisier.

112- Kacha, N. (2011). Conte de grand-mère. Contribution a l'histoire de la psychologie clinique en Algérie. *Psychologie*, 18, 29-37.

113- Kacha, F. (1971). *Contribution à l'étude du suicide en milieu urbain*. Thèse de doctorat en Médecine. Université d'Alger, Alger.

114- Kendra, J. M. (1979). Predicting suicide using the Rorschach inkblot test. *Journal of personality assessment*, 43, 452-456.

115- Kestenbaum, J. M. & Lynch, D. (1978). Rorschach suicide predictors: A cross validational study. *Journal of Clinical Psychology*, 34, 754-758.

116- Klein, M. (1966). Notes sur quelques mécanismes schizoïdes. In M. Klein., P. Heimann., S. Issaacs & J. Riviere (Eds), *Développements de la psychanalyse* (pp.274-300) (W. Baranger, Trans). Paris : Presse Universitaire de France.

117 - Kumar, D., Nizami, S. H., Abhishek, P., & Prasanna, L. T. (2014). Identification of suicidal ideations with the help of projectives tests: A review. *Asian Journal of Psychiatry*, 12, 36-42. Dx.doi.org/10.1016./j.aip.2014.07.004

118- Laimou, D. (2012). An epistemological and methodological approach to drives and diffusion of instincts through the clinical assessment of suicidal adolescents. The contribution of the Rprschach test. *Rorschachiana*, 33, 108-124. Doi : 10.1027/1192-5604/a000031

119- Lang, E. & Eddy, S. (1978). Suicide and transparency responses on the Rorschach: A replication . *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol. 46, 1162-1163.

120- Laplanche, J. & Pontalis, J. B. (2007). *Vocabulaire de la psychanalyse*. Paris : Presses Universitaires de France.

121- Lebigot, F. (2005). *Traiter les traumatismes psychiques. Clinique et prise en charge*. Paris : Dunod.

122- Le Chevanton, T. (2013). *Création et validation d'une constellation pour le diagnostic différentiel des épisodes dépressifs majeurs bipolaires au mayen du test de Rorschach (système intégratif)*. Thèse pour le doctorat en lettres et sciences humaines (mention psychologie clinique), Université Paris-Ouest Nanterre La Défense, Paris.

123- Lemperière, T. (Ed). (2000). *Dépression et suicide*. Paris : Acanthe/Masson.

124- *Le petit Robert*. (2012). Paris: Nouvelle édition millésime .

125- Lester, D. (1970). Attempts to predict suicidal risk using psychological tests. *Psychological Bulletin*, Vol. 74, 1-17.

126- Lester, J., & Perdue, W. C. (1974). The detection of attemped suicides and murderers using the Rorschach. *J. Psychiat. Res*, Vol. 10, 101-103.

127- Loumaye, S. (2000). Un jeune se suicide et après ? Etude des répercussions psychosociales du suicide des jeunes en termes de contagion suicidaire et perspectives préventives. *Cahiers de Psychologie Clinique*, 14, 215-236.

128- Marcelli, D., & Berthaut, E. (2001). *Dépression et tentatives de suicide à l'addolescence*. Paris: Masson.

129- Marcelli, D., & Braconnier, A. (2004). *Adolescence et psychopathologie*. Paris: Masson.

- Ménéchal, J. (1997). *Introduction à la psychopathologie*. Paris: Dunod.

130- Meunier, J. M. (2010). *Statistiques pour psychologues. Analyses descriptives*. Paris: Dunod.

131- Meyer, G. J. (1993). The impact of responses frequency on the Rorschach constellation indices and their validity with diagnostic and MMPI-2 criteria. *Journal of Personality Assessment,* 60, 290-303.

132- Meyer, G. J. (1999). A simple procedure to estimate Chance Agreement and Kappa for the interrater reliability of responses segment using the RCS. *Journal of Personality Assessment,* 72, 230-255.

133- Meyer, G. J., Hilsenroth, M. J., Baxter, D., Exner, J. E., Fowler, J. C., Piers, C. C., & Resnick, J. (2002). An examination of interrater reliability for scoring the Rorschach comprehensive system in eight data sets. *Journal of Personality Assessment,* 78, 219-274.

134- Mimouni, M-B., Sebaa, F-Z., Mimouni, M. & Djaoui, B. (2010). *Tentatives de suicide et suicide à Oran : désespoir ou affirmation de soi ?*. Oran: Editions du Centre de Recherche en Anthropologie Sociale et Culturelle.

135- Mirabel-Sarron, C., & Leygnac-Solignac, I. (2009). *Les troubles bipolaires. De la cyclothymie au syndrome maniaco-dépressif*. Paris: Dunod.

136- Morasz, L., & Danet, F. (2008). *Comprendre et soigner la crise suicidaire*. Paris: Dunod.

137- Moron, P. (1999). *Le suicide* (7è éd). Paris: Presses Universitaires de France.

138- Nietzsche, F. (1987). *Par-delà le bien et le mal*. Paris: Gallimard.

139- Olindo - Weber, S. (2001). *Suicides au singulier*. *Du suicidaire au suicidant : la mort dans l'acte*. Paris: L'Harmattan.

140- Passalacqua, A. M., Echenique, S., Herrara, M. T., & Orcoyen, D. (1996). Beyond subject's responses: detecting suicidal inclinations in the Rorschach Inkblot Technique. *Rorschachiana*, 21, 75-90.

140- Pedinielli, J. L., & Gimenez, G. (2002). *Les psychoses de l'adulte*. Paris: Nathan/VUEF.

141- Pedinielli, J. L., & Bertagne, P. (2014). *Les névroses* (3è éd). Paris: Armand Colin.

142- Petot, D. (2002). Les réponses à déterminants sensoriels au test de Rorschach et l'idéation suicidaire chez l'enfant. *Revue Européenne de Psychologie Appliquée*, 54, 219-225.

143- Petot, D. (2004). Présence précoce et continue d'idées suicidaires pendant l'enfance. *L'Evolution Psychiatrique*, 69, 663-670.

144- Petot, D. (2005). Les idées suicidaires chez les enfants de six ans : leur réalité et leur expression au test de Rorschach. *Revue Européenne de Psychologie Appliquée*, 55, 267-276.

145- Pewzner, E. (2002). *Naissance et développements de la psychopathologie* (2è éd). Paris : Dunod.

146- Pewzner, E. (2000). *Introduction à la psychopathologie de l'adulte*. Paris : Armand Colin.

147- Philippe, A. (2000). Epidémiologie des suicides et des tentatives de suicide. Le devenir des tentatives de suicide. In T. Lemperière (Ed), *Dépression et suicide* (pp.3-21). Paris : Acanthe/Masson.

148- Pommereau, X. (2001). *L'adolescent suicidaire*. Paris: Dunod.

149- Pommier, G. (2011). Spécificité du « passage à l'acte » suicidaire. *La clinique lacanienne*, 20, 97-112.

150- Posner, K., Oquendo, M. A., Gould, M., Stanley, B., & Davies, J. (2007). Columbia Classification Algorithm of Suicide Assessment (C-CASA): Classifications of suicidal events in the FDA's pediatric suicidal risk analysis of antidepressants. *American Journal of Psychiatry* , 164, 1035-1043.

150- Postel, J. (1998). *Dictionnaire de psychiatrie et de psychopathologie clinique*. Paris: Larousse-Bordas.

151- Preacher, K. J. (2001). Calculation for the chi-square test: An interactive calculation tool for chi-square tests of goodness of fit and independence [Computer software]. Available from http://quantpsy.org.

152- Rabin, A. I. (1946). Homicide and attempted suicide: a Rorschach study. *American Journal of Orthopsychiatry*, 16, 516-524.

153- Rausch de Traubenberg, N. (2000). *La pratique du Rorschach* (9è éd). Paris : Elsevier Masson.

154- Rausch de Traubenberg, N. (1983). Activité perceptive et activité fantasmatique au test de Rorschach. Le Rorschach : espace d'interaction. *Psychologie Française*, 28, 100-103.

155- Redfield-Jamison, K. (1999). *La tentation du néant. Comprendre le suicide pour mieux le prévenir*. Paris: Editions Robert Laffont.

156- Rierdan, J., Lang, E. & Eddy, S. (1978). Suicide and Transparency Reponses on the Rorschach: A replication. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol. 46, 5, 1161-1163.

157- Rorschach, H. (1947/1993*). Psychodiagnostic : méthode et résultats d'une expérience diagnostique de perception, interprétation libre de formes fortuites* (A. Ombredane & A. Landau, Trans.). Paris : Presse Universitaire de France. (Original work published, 1921).

158 - Rydin, E., Asberg, M., Edman, G., & Schalling, D. (1990). Violent and nonviolent suicide attempts. A controlled Rorschach study. *Acta Psychiatr Scand*, 82, 30-39.

159- Samai-Haddadi, D. (Ed). (2010a). *Psychologie et psychopathologie des traumatismes et des maladies somatiques*. Alger : Office des Publications Universitaires.

160- Samai-Haddadi, D. (2010b). *Souffrance et conformisme social*. In *Le sujet en souffrance* : actes du colloque international de la Société Algérienne de Recherche en Psychologie (SARP) (pp. 241-256). Alger : Editions SARP.

161- Samai-Haddadi, D. (2015). *Etude normative franco-algérienne du Rorschach en Systémé Intégré : Rapport d'activité 2015*. Unpublished document, Laboratoire de Psychologie Clinique et Métrique, Alger.

162- Samai-Haddadi, D. (2015). *Le Rorschach chez l'adulte alégérien : Etude normative et pathologique : Rapport d'activité 2015*. Unpublished document, Laboratoire de Psychologie Clinique et Métrique, Alger.

163- Samai-Haddadi, D. (1999). Que faire de l'implication dans l'examen psychologique ?. *Psychologie*, 7, 39-61.

164- Secret-Bobolakis, I. & Allilaire, J. F. (2007). La dimension narcissique dans le suicide. *Annales Médico Psychologiques*, 165, 428-430.

165- Shea, S. C. (2008). *Evaluation du potentiel suicidaire, Comment intervenir pour prévenir* (G. Pranal, Trans.). Paris : Elsevier Masson. (Original work published 1999).

166- Silberg, L. J., & Armstrong, J. G. (1992). The Rorschach test for predicting suicide among depressed adolescent inpatients. *Journal of Personality Assessment,* 59, 290-303.

167- Si Moussi, A. (1992). Techniques projectives et univers scolaire. *Psychologie*, 3, 65-87.

168- Smith, K. (1981). Using a battery of tests to predict suicide in a long-term hospital: A quantitative analysis. *Journal of Clinical Psychology*, 37, 555-563.

169- Society for Personality Assessment. (2005). The status of the Rorschach in clinical and forensic practice: An official statement by the Board of Trustees of the Society for Personality Assessment. *Journal of Personality Assessment*, 85, 219-237.

170- Sultan, S. (2004). Evaluation du potentiel suicidaire. *Le diagnostic psychologique, théorie, éthique, pratique*. Paris : Editions Frison-Roche, 237-274.

171- Terra, J. L. (2004). Prévenir le suicide en abordant la souffrance psychique. *Pratiques en santé mentale*, 1, 10-16.

172- Terra, J.L. & Pacaut-Troncin, M. (2008). Crises suicidaires, tentatives de suicide et décès par suicide : Convergences et spécificités. *Perspectives Psy*, 47, 321-329.

173- Toualbi, N. (1975). *La circoncision. Blessure narcissique ou promotion sociale*. Alger : ENAL.

174- Toualbi, R. (1980). *Les attitudes et les représentations du mariage chez la jeune fille Algérienne*. Alger : ENAL.

175- Tychey, C.de., Cahen, T., & Sagnes, L. (1990). Capacités d'élaboration symbolique des pulsions et passages à l'acte suicidaire : Approche comparée à l'aide du test de Rorschach. *Psychologie Médicale*, 22, 744-749.

176- Ulett, G. A., Martin, D. W., & McBride, J. R. (1950). The Rorschach findings in a case of suicide. *American Journal of Orthopsychiatry*, 20, 817-827.

177- Vandevoorde, J. (2014). L'évaluation du potentiel suicidaire. *Le Journal des psychologues*, 318, 60-63.

178- Vandevoorde, J. (2013). *La psychopathologie du suicide*. Paris: Dunod.

179- Vandevoorde, J. & Estano, N. (2015). Contexte préparatoire et comportement de prédisposition dans les gestes violents d'apparence impulsive : évaluation des éléments de planification et de préméditation. *La revue de médecine légale,* 157, 1-9.doi.org/10.1016/j.medleg.2015.02.001

180- Viglione, D. J., Giromini., L., Gustafson, M. L., & Meyer, G. J. (2014). Developing Continous Variables Composites for Rorschach Measures of Thought Problems, Vigilance, and Suicide Risk. *Journal of Personality Assessment*, Vol. 21, 42-49. Doi: 10.1177/1073191112446963

181- Viglione, D. J., & Taylor, N. (2003). Empirical support for interrater reliability of Rorschach Comprehensive System Coding. *Journal of Clinical Psychology*, Vol. 59, 1, 111-121.

182- Walter, M., & Tokpanou, I. (2003). Dossier : la crise suicidaire. Identification et évaluation de la crise suicidaire. *Annales Médico Psychologiques*, 161, 173-178.

183- Weiner, I. B. (1996). L'avenir des techniques projectives. *Pratiques Psychologiques*, 4, 81-87.

184- Wolf-Fédida, M. (2006). La correspondance d'Hermann Rorschach de 1902 à 1922 . *Psychologie clinique et projective*, 12, 277-299.

185- Wood, J. M., Nezworski, M. T., & Stejskal, W. J. (1996). The comprehensive System for the Rorschach: A critical examination. *Psychological Science*, 7, 3-10.

186- Wood, J. M., Nezworski, M. T., Garb, H. N., & Lilienfeld, S. O. (2001). The misperception of psychopathology: Problems with the norms of the Comprehensive System for the Rorschach. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 8, 350-373.

الملاحق

الملحق 1

استمارة الموافقة

استمارة الموافقة

تقرأ هذه الاستمارة بتمعن قبل إمضاءها

في حالة وجود غموض في بعض الجوانب أو في حالة الحاجة إلى توضيحات إضافية لا تتردد في طرح الأسئلة

تقدم هذه الاستمارة في نسختين أحدهما تسلم للمعني (ة) بالأمر

أصرح بأنني أعلمت شفويا وكتابيا، بطريقة بسيطة وفي اللغة أو اللهجة التي أتقنها بأهداف وطريقة إنجاز البحث في علم النفس العيادي: *المرور إلي الفعل الانتحاري على ضوء الرورشاخ* في إطار مشروع أطروحة السيد لوهاب فرڤاني.

أشهد بأنني قرأت وفهمت المعلومة الشفهية والمكتوبة التي سلمتها في هذه الدراسة.

أشهد بأنني أعطيت موافقتي من أجل المشاركة في هذا البحث، أوافق بإرادتي المشاركة في هذا البحث وأفهم أن مشاركتي ليست إجبارية ويمكنني أن أوقف مشاركتي في أي وقت بدون إعطاء أي تبرير وبدون تحمل أي مسؤولية.

أعلمت بأن هويتي لن تظهر في أي تقرير أو منشورة وكل معالجة للمعلومة تخصني ستتم بشكل سري. وأوافق على أن المعطيات المسجلة خلال هذا البحث يمكن المحافظة عليها في قاعدة المعطيات واستعمالها في إطار المعالجة الإلكترونية من غير تعيينها من طرف السيد لوهاب فرڤاني.

التاريخ:.....

اسم المبحوث:.....

إمضاء المبحوث:.....

اسم الباحث:.....

إمضاء الباحث:.....

Formulaire de consentement libre et éclairé

Consentement à lire attentivement avant de signer

Ne pas hésiter à poser des questions si certains aspects semblent peu clairs ou si des précisions supplémentaires semblent nécessaires

Consentement établi en deux (02) exemplaires dont un (01) exemplaire à remettre à l'intéressé

Je déclare avoir été informé, oralement et par écrit, de la manière la plus simple qui soit et dans la langue ou le dialecte que je maîtrise le mieux des objectifs et du déroulement de l'étude de psychologie clinique *Le passage à l'acte suicidaire à la lumière du Rorschach* dans le cadre de projet de thèse de Mr Louhab FERGANI.

Je certifie avoir compris l'information orale et/ou écrite qui m'a été remise sur cette étude. J'ai reçu des réponses satisfaisantes aux questions que j'ai posées sur ma participation à cette étude.

Je certifie avoir donné mon accord pour participer à cette étude. J'accepte volontairement de participer à cette étude et je comprends que ma participation n'est pas obligatoire et que je peux stopper ma participation à tout moment sans avoir à me justifier ni encourir aucune responsabilité.

J'ai été informé que mon identité n'apparaîtra dans aucun rapport ou publication et que toute information me concernant sera traitée de façon confidentielle. J'accepte que les données enregistrées à l'occasion de cette étude puissent être conservées dans une base de données et faire l'objet de traitement informatisé non nominatif par Mr Louhab FERGANI.

Date:…….

Nom du sujet:……

Signature du sujet:……

Nom du chercheur:……..

Signature du chercheur:……

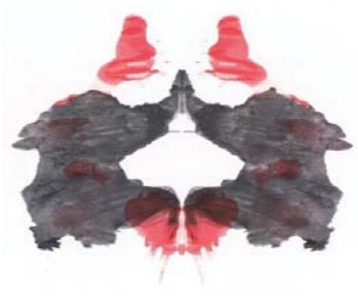
الملحق 2

كراس التطبيق

CAHIER D'EXAMEN

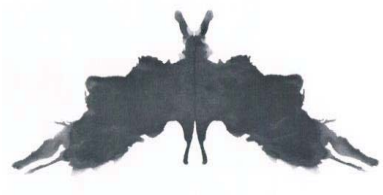
Sujet examiné	**Examinateur**
Nom : …….	Nom : …….
Prénom : ……..	Prénom : ……..
Age : ……	Tel : …….
Sexe : ……...	e-mail : ……
Fonction : ……..	Antres observations : ……...
Wilaya : ……...	……..
District : ……..	……..
Santé : …….	……..
…….	……. ……
…….	
Nombre d'années d'études : …….....	

TEXTE	ENQUÊTE
PLANCHE I …… …… …… …… …… …… …… …… …… …… …… …… …… ……	

TEXTE	ENQUÊTE
PLANCHE II …… …… …… …… …… …… …… …… …… …… …… …… ……	

TEXTE	ENQUÊTE
PLANCHE III …… …… …… …… …… …… …… …… …… …… …… …… …… ……	

TEXTE	ENQUÊTE
PLANCHE IV …… …… …… …… …… …… …… …… …… …… …… …… …… …… ……	

TEXTE	ENQUÊTE
PLANCHE V …… …… …… …… …… …… …… …… …… …… …… …… …… ……	

TEXTE	ENQUÊTE
PLANCHE VI …… …… …… …… …… …… …… …… …… …… …… …… …… ……	

TEXTE	ENQUÊTE
PLANCHE VII …… …… …… …… …… …… …… …… …… …… …… …… …… ……	

TEXTE	ENQUÊTE
PLANCHE VIII …… …… …… …… …… …… …… …… …… …… …… …… …… ……	

TEXTE	ENQUÊTE
PLANCHE IX …… …… …… …… …… …… …… …… …… …… …… …… ……	

TEXTE	ENQUÊTE
PLANCHE X …… …… …… …… …… …… …… …… …… …… …… …… ……	

الملحق 3

الخصائص السيكاترية والانتحارية لمجموعة الدراسة

1- المجموعة الانتحارية

المبحوث	الجنس	السن	الوضعية العائلية	المستوى الدراسي	الخصائص السيكاترية والانتحارية
A1	أنثى	56 سنة	متزوجة	ابتدائي	تعاني المبحوثة من تناذر اكتئابي، وقد تم مرافقتها إلى مصلحة الطب العقلي للمرة الأولى من طرف فرد من العائلة بعد أن حاولت الانتحار في غرفتها عن طريق الشنق باستعمال وشاحها، غير أن ابنة أختها منعتها من ذلك، هذا إضافة إلى محاولتين انتحاريتين سابقتين، الأولى بنفس الطريقة السابقة وتعود إلى خمسة عشر يوما، والثانية تعود إلى ستة أشهر للوراء بنفس الطريقة لكن باستعمال خيط المذياع. ولقد تم توجيه الحالة من أجل الدخول إلى مستشفى أخر نظرا لقرب هذا الأخير من مقر سكنها.
A2	ذكر	55 سنة	متزوج	ثانوي	يستشير المبحوث طبيب عقلي خاص منذ شهر ماي 2013 نظرا لعدم قدرته على تحمل الضغط الذي يواجهه في العمل. دخل إلى المصلحة لأول مرة في شهر ديسمبر من نفس السنة في جدول عيادي يتميز بأفكار انتحارية، الانعزال، الحزن المرضي، الشعور بتأنيب الضمير ورفض تناول الغذاء والعلاج.
A3	أنثى	51 سنة	متزوجة	0	تستفيد المبحوثة من المتابعة السيكاترية منذ خمسة عشر سنة نظرا لاضطراب الثنائي القطبي الذي تعاني منه. كانت تعاني أثناء دخولها إلى المستشفى من حالة اكتئابية وكانت تعبر عن رغبتها في قتل نفسها، كل هذا يندرج في سياق عامل ضغط عائلي متعلق بالصراع مع الزوج.
A4	أنثى	44 سنة	متزوجة	ابتدائي	تشكو المبحوثة منذ سنوات من اضطراب في الشخصية مما تطلب منها متابعة سيكاترية. ولقد تم إدخالها لأول مرة إلى مصلحة الطب العقلي (أوت 2014) بعد محاولة انتحارية عن طريق شرب الدواء مما تطلب دخولها المستشفي لعدة أيام من أجل العناية الطبية (lavage gastrique)، هذا إضافة إلى محاولتين اعتداء على الذات في نفس هذا الشهر. كما نجد في تاريخ المبحوثة محاولة انتحارية تعود إلى خمسة عشر عام إلى الوراء إذ حاولت قتل نفسا شنقا لكن تواجد ابنها البالغ من العمر4 سنوات الذي كان ينظر إليها دفعها إلى التوقف عن فعلها ونلاحظ في العائلة ووراثة سيكومرضية كبيرة فيما يخص الانتحار (انتحار ثلاث أولاد العم).
A5	ذكر	50 سنة	متزوج	ثانوي	نجد في تاريخ المبحوث محاولة انتحارية تعود إلى سنة 2006 حيث حاول رمي نفسه على شاحنة، لكن يصعب التأكد من حقيقة هذه المحاولة نظرا لكون الحالة آنذاك في حالة إدمان. تذكر الزوجة أن المبحوث مدمن على الكحول منذ خمسة عشر عاما إلا أنه استفاد من علاج إزالة السمية في مستشفى بليدة خلال سنة 2013. أدخل المبحوث إلى المصلحة لأول مرة (5 مارس 2014) في عرضية اكتئابية تضم البطء الحسي الحركي، الأفكار الانتحارية والأرق. ويرافق هذه العرضية قلق كثيف وهذيان الاضطهاد والسحر مما يشير إلى فرضية الذهان

					الكحولي.
A6	ذكر	48 سنة	متزوج	0	تم توجيه المبحوث إلى المستشفى لأول مرة (8 جانفي 2014) من طرف طبيب الأعصاب الذي كان يعالج عنده منذ فترة نظرا للحالة الاكتئابية التي يمر بها والناتجة عن ضغط عائلي كبير دفعه إلى التفكير في قتل نفسه.
A7	ذكر	46 سنة	متزوج	ابتدائي	ينتمي المبحوث إلى عائلة يسودها جو من صراع كبير حول مسألة الميراث. أدى وفاة الجد سنة 2006 وانتحار أحد الإخوة سنة 2009 بـ A7 إلى استشارة الطبيب العقلي وبالتالي تناول المهدءات النفسية. وفي هذا السياق قام المبحوث بخمس محاولات انتحارية، أخرها حادث سيارة متعمد خطير. بعد تلقيه العناية الطبية اللازمة وجه إلى مصلحة الطب العقلي (27 جويلية 2013)، وتشير الخصائص العيادية للحالة التي تحصل عليها الطبيب العقلي المعالج إلى تشخيص الشخصية الحدية.
A8	أنثى	46 سنة	متزوجة	ابتدائي	تعاني المبحوثة من التناذر الاكتئابي الرئيسي وتستفيد من العلاج السيكاتري منذ ثمانية عشر عاما. وقد أدخلت إلى المصلحة (11 نوفمبر 2013) بسبب سلوكها المضطرب وقيامها بمحاولة انتحارية عن طريق تناول الأدوية. وتفسر A8 تصرفها الانتحاري بسلوك زوجها الذي يضربها ويهدد بالانفصال عنها.
A9	ذكر	45 سنة	عازب	ابتدائي	ينتمي المبحوث إلى تشخيص الفصام البارانوي وقد أدخل إلى المصلحة للمرة الثانية عشر(30 سبتمبر 2013). تعود المرة الأولى إلى سنة 2012 بعد محاولة انتحارية عن طريق شرب الدواء للهرب من الهلاوس السمعية أي أصوات أشخاص يريدون قتله، وحاليا حاول رمي نفسه من مكان عمومي يدعى ساحة ڤدون لكن أشخاص حاضرين منعوه من ذلك، كما ذكر أنه قام في السنوات الأربعة الماضية برمي نفسه من الطابق الخامس.
A10	أنثى	42 سنة	مطلقة	ثانوي	يعود أول اتصال المبحوثة بالعلاج السيكاتري إلى سنة 1997 وأول دخول إلى المستشفى في سنة 2012. وقد تم وضع تشخيص الاضطراب ذو الاتجاهين (1) فيما يخص حالتها. ونجد في تاريخ مرضها عدة محاولات انتحارية خطيرة: رمي نفسها من الطابق الرابع، محاولة حرق نفسها برمي ماء ساخن على وجهها، بلع الإبر.
A11	أنثى	41 سنة	أرملة	ابتدائي	تعاني المبحوثة من مشاكل اجتماعية ومادية كبيرة: طفل معاق، مشكل السكن، مشكل العمل. وقد حاولت الانتحار، بعد إرغامها على مغادرة المكان الذي تعيش فيه مع ابنها المعاق، برمي نفسها إلى البحر. وقد تم إدخالها إلى المستشفى بعد تدخل الشرطة مهددة خلال المقابلة العيادية بإعادة فعلها الانتحاري. تتحدث المبحوثة عن الشعور بالكآبة: « نقولك صراحة من نهار لي مات راجلي ما عندي حتى حياة، ميلي مات راجلي ما عندي حتى حياة، سوفرت على ولدي، وين نقعد ما يخلونيش، وين نروح؟ ماشي لوكان نقتل روحي ونتهنا.»

A12	أنثى	40 سنة	مطلقة	0	وجهت المبحوثة إلى مصلحة الطب العقلي من طرف مصلحة الاستعجالات الطبية بعد محاولة انتحارية عن طريق تناول الأدوية. يجب الإشارة إلى أن A12 مطلقة للمرة الثانية حيث تأتي محاولتها الانتحارية الحالية بعد 20 يوم من إصدار حكم الطلاق، وقد انفصلت عن زوجها الأول منذ أربع سنوات وهذا بعد 20 سنة من الزواج، ويظهر أنها قامت بمحاولة انتحارية أخرى عن طريق شرب الدواء خلال هذه الفترة.
A13	ذكر	38 سنة	عازب	ثانوي	حاول المبحوث الانتحار عن طريق الشنق بعد ليلة بيضاء قضها في مشاهدة قناة التلفاز القرآنية. وقد خرج في نفس اليوم في الخامسة صباحا إلى الجبل ليعود فيما بعد إلى المنزل ويحاول شنق نفسه عن طريق الحبل، لكن هذا الأخير انكسر بسبب وزنه ليسبب له جروح على مستوى الرأس، ثم حاول رمي نفسه من السلالم لكن دون جدوى ليضع فيما بعد التيار الكهربائي في فمه لكن الموت لا تريد أن تأخذه حسب قوله. يحمل دائما المبحوث أثار الجروح التي أحدثها الحبل في عنقه أثناء مقابلتنا له في المصلحة، وانطلاقا من الفحص العيادي يتحدث الطبيب العقلي المعالج عن حالة ذهانية حادة كتشخيص مرضي للحالة.
A14	أنثى	35 سنة	متزوجة	0	تعاني المبحوثة من الاضطراب ذو الاتجاهين (1) مما يفسر علاجها السيكاتري منذ عدة سنوات ودخولها إلى المستشفى لعدة مرات (دخلت المرة الأولى إلى مستشفى شراقة ثم عدة مرات (مارس 2012، فيفري 2013، مارس 2013، أفريل 2013، أوت 2013). برغم من هذا التكفل تذكر المبحوثة ستة محاولات انتحارية أخرها محاولة انتحارية حالية (أوت 2013) عن طريق تناول الدواء، وتندرج جميع هذه المحاولات حسب المبحوثة وملاحظة الأطباء العقليين المعالجين في إطار صراعها مع الزوج الذي يطلب الطلاق والاحتفاظ بالأولاد. وتتميز محاولتها الانتحارية بالخطورة.
A15	أنثى	33 سنة	عازبة	أساسي	دخلت المبحوثة إلى المستشفى لأول مرة (8 أكتوبر 2013) في جدول عيادي يجمع حسب الأطباء العقليين المعالجين بين تشخيصات متعددة: تناذر اكتئابي مع خصائص ذهانية، والضغط ما بعد الصدمة الناتج عن حادث انتحار أحد إخوتها شنقا، ويندرج التفكير والتهديد بالانتحار في سياق التفكير في انتحار أخيها قائلة: «Moi-même je rêve que je me suicide par pendaison».
A16	ذكر	32 سنة	عازب	جامعي	ينتمي المبحوث إلى تشخيص الفصام البارانوي وقد دخل إلى المستشفى ثلاث مرات (2008، 2011 والمرة الحالية (4 ديسمبر 2013)). يعاني المبحوث، إضافة إلى عدم استقرار حالته المرضية، من معاش هذياني يدفعه إلى التفكير في الانتحار للهروب من هذا المعاش والتخلص من الاكتئاب الذي يعاني منه. ويضيف A16 أنه قد قام عام 2004 بخنق نفسه حتى الوقوع في حالة من الإغماء.
A17	ذكر	30	متزوج	ابتدائي	دخل المبحوث إلى المستشفى للمرة الحادية عشر (بين 2009 إلى 2015)، ويتميز الاضطراب الذي يعاني منه بهذيان مزمن يغلب عليه

		سنة			هذيان الغيرة (متعلق بالزوجة)، معاش اضطهادي وفوبي، تناول الكحول والتصرفات الانتحارية (3 محاولات انتحارية عن طريق الشنق، أفكار انتحارية مستمرة). ويعبر المبحوث في أحد المقابلات مع الطبيب العقلي المعالج، بعد أن حاول الانتحار في المقبرة، عن رغبته في الموت منذ عدة سنوات.
A18	أنثى	28 سنة	عازبة	ابتدائي	تتلقى المبحوثة العلاج السيكاتري منذ سنوات نظرا للاضطراب الذهاني المزمن الذي تعاني منه والذي ظهر منذ سن الرابع عشر. لذلك دخلت ثلاث مرات إلى المستشفى، المرة الأولى سنة 2011 بعد محاولة انتحارية برمي نفسها من السقف، المرة الثانية سنة 2013 نتيجة قلق كثيف تصرفات الاعتداء على الذات وأفكار انتحارية والرغبة في الموت، المرة الثالثة في نفس السنة وهذا بعد محاولة الاعتداء على الذات استجابة لأصوات هذيانية تطلب منها الانتحار (جروح على مستوى الوجه واليد).
A19	ذكر	29 سنة	عازب	ابتدائي	دخل A19 إلى المستشفى لأول مرة سنة 2008 بسبب اضطرابات سلوكية وبعدما أن حاول رمي نفسه من النافذة. يرى الطبيب العقلي المعالج أن المبحوث يعاني من ذهان انفكاكي يتميز بهذيان الانتماء والتسمم. ودخل للمرة الثانية سنة 2009 نتيجة مشروع انتحاري تحت شكل هلاوس تطلب منه الانتحار. وللمرة الثالثة سنة 2013 بعد أن ساءت حالته و توقف عن متابعة علاجه، ويظهر أنه حاول الانتحار عن طريق الشنق في نفس هذه الفترة.
A20	ذكر	27 سنة	عازب	ابتدائي	أظهر المبحوث تصرفات عنيفة اتجاه أفراد عائلته إلى جانب استهلاك المخدرات مما يوضح دخوله إلى المستشفى سنة 2009 وسنة 2011 حيث وضع من خلالها الأطباء العقليين تشخيص الفصام البرانوي فيما يخص حالته. وفي سنة 2013 قام المبحوث بمحاولة انتحارية عن طريق تناول الأدوية مما تطلب دخوله إلى قسم الاستعجالات من أجل العناية الطبية، وتم توجيهه فيما بعد إلى مصلحة الطب العقلي.
A21	ذكر	24 سنة	عازب	ثانوي	يتعاطى المبحوث المخدرات والكحول منذ سن الرابع عشر وبدأت أعراض الاضطراب (هذيان ما بعد التسمم) تظهر لديه منذ سن الثامن عشر: الانعزال، البكاء المستمر والشعور بالنقص مما استدعى استشارة الطبيب العقلي الذي وضعة تحت العلاج السيكاتري. وفي سنة 2014 حاول الانتحار في ساحة ڤدون مما يفسر دخوله إلى المستشفى بعد تدخل الحماية المدنية. ويظهر أن المحاولة الانتحارية تندرج في إطار هذياني.
A22	أنثى	24 سنة	مطلقة	ثانوي	دخلت المبحوثة إلى المستشفى بعد الاعتداء على نفسها (phlébotomie)، وتأتي محاولة الاعتداء على الذات حسب هذه الأخيرة كرد فعل لمكالمة هاتفية من أمها التي ترفض الاعتراف وتقبل ابنها وتوبخها نظرا للتصرفات السيئة التي تقوم بها (التدخين، شرب الكحول). وتضيف لنا المبحوثة بأنها ليست نادمة على فعلها.

A23	أنثى	23 سنة	عازبة	جامعي	دخلت المبحوثة إلى المستشفى بسبب المحاولة الانتحارية التي قامت بها عن طريق أفعال إذاء الذات (automutilations)، وتوضح أنها قبل شهرين حاولت أيضا الانتحار عن طريق شرب الدواء، لكنها ندمت على فعلها وتوجهت بنفسها إلى الطبيب. تفسر A23 محاولتها الانتحارية بصراع علائقي مع صديق لها.
A24	أنثى	20 سنة	عازبة	ثانوي	لقد تم توجيه المبحوثة إلى مصلحة الطب العقلي من طرف طبيب عام من قبل المستشفى أين تلقت العناية الطبية الأولية (injection) بعد محاولتها الانتحار عن طريق شرب الدواء. يظهر أن المبحوثة لا تعاني من أي اضطرب نفسي، وتندرج محاولة انتحارها في إطار فشل عاطفي وصعوبات علائقية مع الأخت الكبرى.
A25	ذكر	43 سنة	عازب	أساسي	نجا المبحوث من محاولة انتحارية خطيرة استعمل فيها la tronçonneuse لقتل نفسه، مما تطلب دخوله مستشفى المنطقة من أجل العناية الطبية الضرورية، وبعد أيام وجه إلى مصلحة الطب العقلي. ولقد تبين من خلال تاريخ المبحوث وتاريخ مرضه أن أعراض هذا الأخير بدأت تظهر منذ عام 1991 تحت شكل هذيان الاضطهاد، ولتخلص من المواضيع الاضطهادية يرى أن الوسيلة الوحيدة هي الانتحار، لذلك وفي سنة 2013 حاول المبحوث الانتحار عن طريق التيار الكهربائي لكن أمه منعته من ذلك.
A26	أنثى	20 سنة	عازبة	ثانوي	لقد تم مقابلة المبحوثة في إطار حضورها إلى المصلحة من أجل استشارة الطبيب العقلي بعد محاولة انتحارية عن طريق شرب الدواء. تبين بعد الاستشارة السيكاترية من أن المبحوثة لا تعاني من أي اضطراب نفسي، وأما محاولتها الانتحارية فهي مرتبطة بفشل عاطفي، ولن يري الطبيب السيكاتري المعالج ضرورة دخولها إلى المستشفى.
A27	ذكر	26 سنة	عازب	أساسي	بدأت الأعراض المرضية (القلق، الانعزال، عدم تحمل الإحباط، الفشل الدراسي) تظهر عند المبحوث منذ سن المراهقة مما استدعى استشارة طبيب عقلي في ثلاث السنوات الماضية قبل دخوله الحالي (17 مارس 2014) إلى المستشفى بعدما رفقته فرقة طبية من منطقة أوقاس أين انتقل المبحوث للقيام بمشروعه الانتحاري الذي فكر فيه وخطط له (اشترى البنزين ليحرق نفسه بعد حالة السكران). ويظهر أن المبحوث قد قام بمحاولتين انتحاريتين في الشهر الماضي (فيفري 2014) (محاولة الشنق باستعمال الحبل لكنه توقف لأنه شعر بالألم، وحاول في المرة الثانية رمي نفسه في بئر). ويصف الطبيب العقلي عرضية اكتئابية، تشخيص الفصام وهلاوس سمعية تحث المبحوث على الاعتداء على نفسه.
A28	أنثى	28 سنة	متزوجة	ابتدائي	قامت المبحوثة بمحاولة انتحارية عن طريق شرب الدواء مما استدعى دخولها المستشفى لمدة إحدى عشر يوما للاستفادة من العناية الطبية اللازمة. تذكر المبحوثة أنها حاولت الانتحار بعد عودتها من حفل زفاف حيث شاهدت جميع الحاضرين يهنئون العروسة الجديدة عكس حفل

					زفافها الذي تم في ظروف مختلفة.
A29	أنثى	35 سنة	عازبة	ثانوي	تعاني المبحوثة من أعراض الفصام البرانوي منذ سن السادس عشر، فلقد حاولت الانتحار أربع مرات: أولا: شنقا باستعمال منديلها في سن الخامس عشر، ثانيا: عن طريق التيار الكهربائي لكن أختها منعتها من ذلك، ثالثا: عن طريق تناول الأدوية مما تطلب دخولها المستشفى من أجل العناية الطبية اللازمة، وأخيرا محاولة انتحارية أخرى حالية عن طريق تناول الأدوية. وتفسر محاولتها الانتحارية بعدم رغبتها في الحياة نظرا لنظرتها السلبية إلى ذاتها وعدم اهتمام أهلها بها.
A30	أنثى	45 سنة	عازبة	ثانوي	يعود تاريخ مرض A30 إلى ثمانية عشر عام من قبل حيث مرت بمرحلة اكتئابية نتيجة فسخ خطوبتها، لتمر فيما بعد بمرحلة هوسية مما يفسر التشخيص السيكاتري لحالتها أي اضطراب ذو الاتجاهين (1). لذلك دخلت المبحوثة إلى المستشفى لأول مرة في تلك الفترة وتطلبت حالتها متابعة سيكاترية مستمرة. وأما دخولها الحالي (2014) إلى المصلحة فيعود إلى التفكير الانتحاري الذي تعاني منه ومحاولة انتحارها شنقا باستعمال منديلها لكن أمها منعتها من ذلك.
A31	ذكر	40 سنة	عازب	أساسي	يعاني المبحوث من اضطراب الفصام البارانوي منذ سنوات التسعينات مما يفسر علاجه السيكاتري واستشارته للعديد من الأطباء العقليين. ينتمي المبحوث إلى عائلة تضم عدة أفراد يعانون من اضطراب سيكاتري (أحد الإخوة وأولاد العم)، ولقد دخل إلى المستشفى لأول مرة (2014) بمحض إرادته في جدول عيادي يتميز بـ: أفكار انتحارية، هلاوس سمعية، اضطراب في النوم، أوتوماتيزم عقلي والفرار من المنزل العائلي.
A32	ذكر	33 سنة	متزوج	أساسي	دخل المبحوث إلى المستشفى بعد تدخل الحماية المدنية في مكان عمله نظرا لتصرفاته المضطربة وصراعه مع زملائه في العمل. يعاني المبحوث، حسب الطبيب العقلي المعالج، من حالة اكتئابية تعود إلى خيبة أمله من زملائه الذين رفضوا مساندته وتراجعوا في طلب حقوقهم هذا إضافة إلى الإشارة إلى تواجد خصائص الشخصية الهستيرية لدى الحالة. يتحدث المبحوث عن أفكار انتحارية قوية مؤكدا "لوكان ماشي ذلحرام أذنغغ إمنو".
A33	أنثى	46 سنة	متزوجة	ثانوي	دخلت المبحوثة إلى المستشفى لأول مرة بعد محاولة انتحارية عن طريق الشنق باستعمال حزام في مكان عملها ثم حاولت الانتحار مجددا في المستشفى (tentative de perfusion à l'hôpital). تندرج هذه المحاولات الانتحارية في إطار جدول عيادي يتميز بالحزن، اضطراب في النوم وقلق كثيف، أعراض ظهرت في الأشهر الأخيرة نتيجة الصراعات مع الزوج.
A34	أنثى	31	عازبة	ثانوي	دخلت المبحوثة إلى المستشفى للمرة الخامسة وفي كل مرة نظرا إلى عدم استقرار حالتها المرضية التي تم تشخيصها كاضطراب ذو

		سنة			الاتجاهين ترافقه خصائص الشخصية البارانوية. ولقد أدخلت إلى المستشفى للمرة الحالية (2014) بعد أن حاولت الانتحار عن طريق الاعتداء على نفسها (phlébotomie)، كما حاولت خنق نفسها في فترة تواجدها في المستشفى، لكن تؤكد أنها متمسكة بالحياة وتقوم بالأفعال الانتحارية من أجل تحقيق أغراضها.
A35	ذكر	57 سنة	متزوج	أساسي	دخل المبحوث إلى المستشفى للمرة الأولى (2014) بعد محاولة انتحارية عن طريق الحرق (immolation). يتميز المبحوث من الناحية العيادية بمزاج يميل إلى القطب الاكتئابي، بنظرة قلقة ويتحدث عن عدم الرغبة في الحياة وعن صعوباته المادية والاجتماعية. يتحدث الطبيب العقلي المعالج عن الشخصية البارانوية كتشخيص مرضي للحالة.
A36	ذكر	29 سنة	عازب	أساسي	ينتمي المبحوث إلى تشخيص الفصام البارانوي ويتلقى العلاج السيكاتري منذ سنة 2005، ولقد دخل إلى المستشفى نظرا لمحاولته الانتحار عن طريق الغرق حيث كان تحت تأثير أوتوماتزم عقلي يطلب منه الله حسب قوله الذهاب إلى البحر. تبين من خلال الفحص العيادي أن المبحوث توقف عن شرب دوائه منذ أيام ويتحدث عن مرضه وصراعات عائلية دفعته لمرور إلى الفعل الانتحاري.
A37	ذكر	46 سنة	متزوج	أساسي	تم توجيه المبحوث إلى مصلحة الطب العقلي من طرف طبيب عقلي يعمل في القطاع الخاص في جدول عيادي يتميز بعرضية اكتئابية وبأفكار انتحارية والرغبة في الموت، فقدان الشهية والنوم. وبرغم من محاولة علاج هذه الأعراض عن طريق العلاج الكيميائي إلا أن استمرارها دفع المبحوث إلى الدخول إلى المستشفى.
A38	أنثى	30 سنة	متزوجة	ثانوي	أدخلت المبحوثة إلى المستشفى في حالة من الهيجان، ومحاولة الاعتداء على الذات باستعمال الخنجر وهذا بعد عراك مع أم زوجها. تبين من خلال الفحص العيادي أن المبحوثة تعاني من الاكتئاب مع أفكار انتحارية ومحاولة بناء مشاريع انتحارية. نجد في التاريخ العائلي للمبحوثة عدة حوادث صدمية من بينها مقتل أخيها في سن السابع عشر.
A39	ذكر	26 سنة	عازب	أساسي	يعاني المبحوث من اضطراب الفصام البرانوي ولقد أدخل إلى المستشفي (2014) بسبب محاولته الاعتداء على نفسه (شنقا باستعمال الحزام) بعد عراك مع ابن عمه. وتذكر عائلته محاولة انتحارية أخرى قام بها بنفس الطريقة سنة 2008.
A40	أنثى	40 سنة	متزوجة	ابتدائي	تتلقى المبحوثة العلاج السيكاتري منذ 6 سنوات نظرا لاضطراب القلق الاكتئابي الذي تعاني منه، ولقد أدخلت للمرة الأولى إلى المستشفى (جويلية 2014) بسبب اضطرابات في السلوك ومحاولة الانتحار عن طريق رمي نفسها من السقف (défenestration). وتؤكد أثناء المقابلة السيكاترية على رغبتها في الموت نظرا لضغوطات العائلية التي تعيش فيها.
A41	أنثى	42	أرملة	0	لقد تم توجيه المبحوثة إلى المصلحة من طرف طبيب مصلحة الاستعجالات أين قضت هذه الأخيرة يومين في حالة غيبوبة لتلقي العناية الطبية

		سنة			الضرورية (lavage gastrique) بعد محاولة انتحارية عن طريق شرب الدواء. ولقد رفض ابنها دخولها إلى المستشفى رغم الأعراض التي تعاني منها: عدم الرغبة في الحياة، فقدان النوم والشهية، الحزن، الاستثارية والاندفاعية.
A42	ذكر	30 سنة	عازب	جامعي	بدأت الأعراض المرضية (أفكار اضطهادية، الانعزال، الاكتئاب، التجنب) تظهر عند المبحوث منذ بضع سنوات بعد تحصله على شهادة البكالوريا. ولقد تم توجيهه إلى المستشفى من طرف طبيب عقلي خاص نظرا للمحاولة الانتحارية عن طريق الشنق التي قام بها. يذكر المبحوث، خلال المقابلة السيكاترية، أن أصوات في رأسه تأمره بقتل نفسه وأنه في بعض الأحيان يقول لأفراد عائلته: "فغان أينغن مقار أذنغغ إمانو أقفل اينغن." يتحدث الطبيب العقلي عن اضطراب ذهاني مزمن فيما يخص تشخيص حالة المبحوث.
A43	أنثى	32 سنة	متزوجة	ثانوي	تعاني المبحوثة من اضطرابات ذهانية قصيرة المدى، ولقد تم توجيهها إلى المستشفى من طرف طبيبها المعالج نظرا للجدول العيادي الأتي: بطء حسي حركي، البكاء المستمر، محاولة الانتحار عن طريق شرب الدواء، عدم النوم، رفض العلاج، أفكار اضطهادية وهذيان العظمة. كل هذه الأعراض تندرج في سياق الصراع مع عائلة الزوج.
A44	ذكر	23 سنة	عازب	أساسي	بدأت العلامات المضطربة تظهر عند المبحوث خلال الأشهر الثلاثة الأخيرة (ماي 2014) (قلق كبير، اضطراب في النوم، نقص الشهية الشعور بمستقبل ضائع وعدم الرغبة في الحياة) نظرا لتفاقم ديونه. وفي هذا السياق قام المبحوث بمحاولة انتحارية عن طريق تناول الدواء وماء جافيل مما استدعى دخوله مصلحة الاستعجالات من أجل غسل المعدة، ومن ثم تم توجيهه إلى مصلحة الأمراض العقلية.
A45	ذكر	37 سنة	عازب	ثانوي	يتلقى المبحوث العلاج السيكاتري منذ سنة 2004 ويؤكد أن ظهور الأفكار الانتحارية بدأ منذ سنة 2000. وتبين من خلال فحص السوابق العائلية أن الأب وعدد من الأعمام يتبعون علاج سيكاتري، لكن لم نجد سوابق الانتحار في العائلة. ويأتي دخول المبحوث إلى المستشفى بعد محاولة انتحارية حيث وجدته عائلته في سقف المنزل معلق بحبل. ويؤكد المبحوث أنة لم يكن واعي أثناء قيامه بالفعل الانتحاري، مضيف أنه كان يشعر بالاكتئاب بعد فشل مشروع فلاحي عائلي.
A46	ذكر	32 سنة	عازب	ثانوي	يعاني المبحوث من اضطرابات فصامية انفعالية حيث بدأت الأعراض المرضية (اضطرابات في السلوك، الانعزال، التجول المرضي) تظهر منذ سن السادس عشر مما تطلب دخوله إلى المستشفى وبالتالي متابعة العلاج السيكاتري منذ ذلك الحين. يذكر الأب أن A46 قام بمحاولة انتحارية سنة 2003 عن طريق الإفراط في تناول الأدوية مما تطلب دخوله قسم الاستعجالات لمدة 8 أيام. ويتحدث المبحوث خلال الدخوله الحالي (2014) إلى المستشفى عن أفكار انتحارية.
A47	ذكر	42	عازب	ثانوي	يعاني المبحوث من الفصام البارانوي التي بدأت أعراضه تظهر منذ سنة 2011 . يذكر المبحوث أثناء دخوله إلى المستشفى (2015)

		سنة			استمرار الأفكار الانتحارية التي يعاني منها برغم من متابعة علاجه بانتظام مضيفا أن هذا الأخير غير فعال. ويذكر أيضا هلاوس سمعية تشتمه وتريد موته، لذلك يفضل الموت (للهروب من الموضوع المضطهد).
A48	أنثى	38 سنة	متزوجة	أساسي	تعاني المبحوثة من عرضية اكتئابية وأفكار انتحارية مما يفسر دخولها الحالي إلى المستشفى (2015)، إلا أن الأعراض المرضية (الاستثارية، البطء النفسي الحركي، الإفراط في النوم) بدأت تظهر منذ سنة 2006 بعد وفاة والدها مما دفعا إلى استشارة طبيب عقلي. ويظهر أن المبحوثة قد قامت بمحاولتين انتحاريتين (2001 و2011) عن طريق تناول الأدوية وماء جافيل بسبب الألم الذي تعاني منه حسب قولها والناتج عن مرضها.
A49	أنثى	39 سنة	عازبة	أساسي	بدأت الأعراض المرضية الفصامية (الاضطراب في النوم، الهروب من المنزل العائلي، هذيان الاضطهاد، هلاوس سمعية) تظهر عند المبحوثة منذ سن السابع عشر مما دفع عائلتها إلى مرافقتها لاستشارة الطبيب العقلي وبالتالي ضرورة متابعة علاج سيكاتري. إلى يومنا هذا دخلت المبحوثة مرتين (2014، 2015) إلى المستشفى نظرا لعدم استقرار حالتها المرضية خاصة في المرة الأخيرة حيث أظهرت اضطرابات سلوكية عدوانية وحاولت الانتحار برمي نفسها من الطابق الثاني.
A50	ذكر	26 سنة	عازب	ابتدائي	دخل المبحوث إلى المستشفى للمرة الأولى (2013) نظرا لمحاولته الانتحار في ساحة قدون لولا تدخل أصحابه الدين منعوه من إتمام فعله. يبدو إن المبحوث مدمن على الكحول، لذلك يؤكد أنه قام بالفعل الانتحاري في حالة السكران وهذا بعدما شاهد صديقته التي تركته بمرافقة شاب أخر. وتصف الأخت المبحوث بأنه قلق وعنيف.

2- المجموعة غير الانتحارية

المبحوث	الجنس	السن	الوضعية العائلية	المستوى الدراسي	الخصائص السيكاترية
B1	أنثى	28 سنة	عازبة	ابتدائي	تعاني المبحوثة من أعراض هذيان الاضطهاد، التسمم والمسك مما يفسر متابعتها السيكاترية عند طبيب عقلي خاص منذ بضعة سنوات، ولقد دخلت إلى المستشفى لأول مرة نظرا لعدم استقرار حالتها المرضية. وكما تستفيد أم المبحوثة من العلاج السيكاتري منذ 25 سنة.
B2	ذكر	43 سنة	عازب	ثانوي	يعاني المبحوث من الذهان الإنفكاكي الذي بدأت تظهر أعراضه منذ سنة 1998 مما استدعى استشارة طبيب عقلي خاص ودخوله مستشفى واد عيسي في نفس السنة. ولقد تم إدخاله حلال سنة 2014 ثلاث مرات إلى المصلحة نظرا لعدم استقرار حالته المرضية بسبب رفضه متابعة علاجه. ونشير في الأخير إلى أن أحد إخوة المبحوث قد انتحر سنة 2002، ويعاني كذلك أخ أخر له من المرض العقلي.
B3	ذكر	26 سنة	عازب	ثانوي	تنتمي حالة المبحوث إلى تشخيص الاضطراب ذو الاتجاهين (1) الذي بدأت تظهر أعراضه منذ عام 2006، ويجب الإشارة إلى أن أم وأخ المبحوث يتبعون أيضا علاج سيكاتري. ولقد دخل المبحوث إلى المستشفى للمرة الأولى سنة 2009 ، وللمرة الثانية عام 2014 في جدول عيادي يتميز بـ : الاستثارة النفسية الحركية، الاعتداء على الأب، فقدان كلي للنوم.
B4	أنثى	34 سنة	عازبة	جامعي	أدخلت المبحوثة إلى المستشفى (2014) نظرا لعدم استقرار حالتها المرضية (ترفض فكرة مرضها، اضطراب في النوم، العنف الكلامي وكسر الأشياء) نتيجة توقفها عن متابعة علاجها. تنتمي حالة المبحوثة إلى تشخيص الذهان المزمن.
B5	ذكر	39 سنة	عازب	جامعي	يعاني B5 من الاضطراب ذو الاتجاهين (1) منذ عدة سنوات مما يفسر دخوله المستشفى للمرة التاسعة (ديسمبر 2013) في حالة غير مستقرة يغلب عليها الطابع الهلوسي.
B6	ذكر	42 سنة	عازب	أساسي	أدخل المبحوث للمرة الأولى إلى المستشفى سنة 1999 وللمرة السابعة سنة 2014 في إطار علاج أعراض اللفصام البارانوي الذي يعاني منه. ولقد ذكر في الملف الطبي للمبحوث أنه كان يعاني من أفكار انتحارية أثناء دخوله المستشفى لأول مرة سنة 1999.
B7	ذكر	22	عازب	ثانوي	تنتمي حالة B7 إلى تشخيص الفصام البارانوي الذي بدأت أعراضه تظهر منذ الأشهر الأخيرة، ولقد تم إدخال المبحوث إلى

		سنة			المستشفى للمرة الأولى (2013)، وكما يعاني أحد إخوته من المرض العقلي منذ عدة سنوات.
B8	ذكر	42 سنة	عازب	ابتدائي	يتلقى المبحوث العلاج السيكاتري منذ سن السابع وعشرون سنة (2000) نظرا لاضطراب ذو الاتجاهين (1) الذي يعاني منه وقد أدخل إلى المستشفى للمرة الثامنة (2014) نظرا لاضطراب حالته المرضية بعد توقفه عن العلاج.
B9	ذكر	24 سنة	عازب	ابتدائي	بدأت علامات الاضطراب تظهر عند المبحوث منذ سن الثامن عشر، لكن لم يتلقى تكفل سيكاتري إلا في سن 24 سنة مما يفسر دخوله المستشفى لأول مرة (2014) حيث شخصت حالته كفصام برانوي.
B10	ذكر	40 سنة	متزوج	ثانوي	يعاني المبحوث من ذهان مزمن يعود تاريخه إلى سنة 2003، مما دفع بزملائه في العمل إلى إحضاره إلى المستشفى (2003 و2008). ودخل المستشفى حاليا (2014) نظرا لحالته المضطربة.
B11	أنثى	44 سنة	عازبة	ابتدائي	أدخلت B11 إلى المستشفى للمرة الأولى (2015)، نظرا لرفضها متابعة علاج أعراض الذهان المزمن الذي تعاني منه منذ سن 24 سنة، وتعاني أختها الكبرى من نفس المرض.
B12	ذكر	39 سنة	عازب	ابتدائي	أدخل المبحوث إلى المستشفى للمرة الأولى (2014) نظرا لتوقفه عن علاجه السيكاتري. ولقد بدأ في تلقي هذا الأخير منذ سنة 2011 نظرا لأعراض الفصام الذي يعاني منه.
B13	ذكر	26 سنة	عازب	ابتدائي	تنتمي حالة B13 إلى تشخيص الفصام البرانوي الذي بدأت أغراضه تظهر منذ سن عشرين سنة (كما يعاني أحد إخواته من مرض عقلي)، وقد أدخل أإلى المستشفى للمرة الثانية (2014) في جدول عيادي يتميز بـ : الاستثارة النفسية الحركية، العدوانية الجسدية واللفظية اتجاه أفراد العائلة، الاضطراب في النوم والتجول المرضي.
B14	ذكر	25 سنة	عازب	جامعي	بدأت أعراض الاضطراب ذو الاتجاهين تظهر لدى المبحوث منذ سنة 2009، وقد دخل إلى المستشفى للمرة الأولى سنة 2010، وللمرة الثانية سنة 2014 في نفس الجدول العيادي: الاستثارة النفسية الحركية، العدوانية الجسدية واللفظية اتجاه أفراد العائلة، هذيان الاضطهاد.
B15	أنثى	31 سنة	عازبة	جامعي	يرى الطبيب العقلي المعالج أن B15 تعاني من اضطراب في التكيف ناتج عن الديناميكية العائلية، إضافة إلى اضطراب بارانوي في الشخصية. ولقد دخلت للمرة الأولى (2014) إلى المستشفى، وتتحدث المبحوثة عن صراعات كبيرة في عائلتها.
B16	ذكر	42 سنة	عازب	أساسي	يتلقى المبحوث العلاج السيكاتري مند سن 29 سنة نظرا للفصام البارانوي الذي يعاني منه، ولقد دخل إلى المستشفى للمرة الخامس عشر (2014).

B17	ذكر	29 سنة	عازب	ثانوي	أدخل المبحوث إلى المستشفى للمرة الأولى (2014) بعد تدخل الشرطة. يعود تاريخ بداية الاضطرابات إلى ثلاث سنوات: الإدمان على المخدرات، عدم الاستقرار النفسي الحركي، بالإضافة إلى هذيان الاضطهاد. يتحدث الطبيب العقلي المعالج عن اضطراب ذهاني ما بعد التسمم كتشخيص لحالة المبحوث.
B18	أنثى	43 سنة	عازبة	ثانوي	أدخلت المبحوثة إلى المستشفى للمرة الأولى (2013) بسبب الاضطرابات السلوكية التي أظهرتها مؤخرا، لكن تاريخ علاجها السيكاتري يعود إلى سنة 2008 نظرا للقلق الذي تعاني منه.
B19	أنثى	45 سنة	مطلقة	ابتدائي	تعاني المبحوثة من الفصام البارانوي مما يفسر علاجها السيكاتري ودخولها مستشفى واد عيسي لعدة مرات ابتداء من سنة 1994، ويعود دخولها الحالي (2013) إلى المستشفى لاضطراب في استقرار حالتها المرضية.
B20	أنثى	45 سنة	متزوجة	ثانوي	تعاني المبحوثة من حالة اكتئابية متكررة مما جعلها تستشير طبيب عقلي سنة 1990 و دخلت إلى المستشفى سنة 2012 لمدة شهرين. ويتميز الجدول العيادي الذي رفق دخولها الحالي (2014) إلى المستشفى بـ: الشعور بالكآبة، عدم الرغبة في الحياة، الحزن المرضي وتقدير سلبي لذات.
B21	ذكر	34 سنة	عازب	ثانوي	ظهرت الاضطرابات السلوكية الأولى سنة 2008 ونظرا للاضطرابات الفصامية البارانوية التي يعاني منها المبحوث وأهمية خطر الاعتداء على الغير، واستهلاك المخدرات أدخل إلى مستشفى واد عيسي لمدة شهرين. ويندرج دخوله الحالي (2014) إلى المستشفى في إطار اضطراب استقرار حالته المرضية.
B22	أنثى	34 سنة	متزوجة	جامعي	تعاني المبحوثة من أعراض مرضية تندرج ضمن ذهان ما بعد الولادة والمتمثلة في اضطرابات هلوسية تحت شكل أصوات تشتمها وتهبط من قيمتها. وظهرت هذه الأعراض في الأشهر الستة الأخيرة، شهر ونصف بعد ولادة إبنها، مما يفسر دخولها الحالي (2014) إلى المستشفى.
B23	أنثى	35 سنة	عازبة	ابتدائي	أظهرت المبحوثة اضطرابات في السلوك وحاولت الهروب من المنزل مما دفع عائلتها إلى إحضارها إلى المستشفى (2014). ظهرت الأعراض المرضية (اضطرابات إدراكية ونشاط هذياني) منذ سنة 2009. برى الطبيب العقلي المعالج أن أعراض المبحوثة تنتمي إلى تشخيص الفصام.
B24	أنثى	42 سنة	مطلقة	0	تعاني المبحوثة، مثل أمها المتوفية وأحد إخوتها، من الفصام البارانوي الذي بدأت أعراضه تظهر سنة 2002 نظرا لانفصالها عن زوجها. ولقد أدخلت إلى المستشفى للمرة الأولى سنة 2013، وللمرة الثانية سنة 2014 نظرا لاضطراب استقرار حالتها

					المرضية.
B25	أنثى	29 سنة	متزوجة	ابتدائي	أدخلت المبحوثة إلى المستشفى للمرة الأولى (2014) في جدول عيادي يتميز بـ: الاستثارة النفسية الحركية، فقدان كلي لنوم، التجول المرضي ورفض العلاج. يندرج هذا الجدول في إطار ذهان ما بعد الولادة الذي بدأت تظهر أعراضه شهرين بعد ولادة ابن المبحوثة.
B26	أنثى	39 سنة	عازبة	ثانوي	تتابع المبحوثة العلاج السيكاتري منذ سن عشرين سنة نظرا لانتماء حالتها إلى تشخيص الفصام البرانوي، ولقد دخلت إلى المستشفى للمرة الثانية (2014) نظرا لاضطراب استقرار حالتها المرضية.
B27	أنثى	43 سنة	مطلقة	ثانوي	بدأت أعراض ذهان الفصام تظهر عند المبحوثة سنة 2009، مما تطلب متابعتها لعلاج سيكاتري، ولقد دخلت إلى المستشفى للمرة الأولى نظرا لاضطراب استقرار حالتها المرضية بعد توقفها عن العلاج.
B28	أنثى	40 سنة	عازبة	ثانوي	أدخلت المبحوثة للمرة الأولى إلى المستشفى (2014) حيث شخصت حالتها ضمن الفصام البرانوي وهذا نظرا لاضطراب حالتها بعد توقفها عن العلاج منذ عشرة أيام، مع الإشارة إلى أنها تستفيد من العلاج منذ سن 28 سنة.
B29	ذكر	57 سنة	متزوج	ثانوي	يعود تاريخ دخول B29 إلى المستشفى لأول مرة إلى سنة 1985 حيث بدأ يعاني من أعراض الاضطراب ذو الاتجاهين منذ سن28 سنة، ويدخل للمرة الخامس عشر (2014) إلى المستشفى نظرا لاضطراب استقرار حالته المرضية.
B30	أنثى	21 سنة	عازبة	ثانوي	بدأت علامات الاضطراب تظهر عند المبحوثة في سن التاسع عشر، ولقد تم إدخالها إلى المستشفى مرتين خلال سنة 2012. وتشير إلى أن أمها وآخين لها يتابعون أيضا العلاج السيكاتري. ولقد تم تشخيص حالة المبحوثة كاضطراب ذو الاتجاهين، وقمنا بمقابلتها أثناء دخولها إلى المستشفى للمرة الثالثة (2015).
B31	أنثى	43 سنة	عازبة	جامعي	بدأت الاضطرابات الذهانية المزمنة تظهر عند المبحوثة منذ سبع سنوات (بعد حادث انتحار والدها) مما دفعها إلى التوقف عن عملها. ونظرا لحالتها المضطربة (عدم الاستقرار النفسي الحركي، كسر الأشياء وهذيان الاضطهاد)، أدخلت المبحوثة إلى المستشفى (2015).
B32	أنثى	20 سنة	عازبة	ثانوي	أدخلت المبحوثة إلى المستشفى (2015) في حالة من الهيجان، وتعاني من أفكار اضطهادية اتجاه زملائها في الثانوية أين تدرس. تندرج الاضطرابات التي تعاني منها في إطار تشخيص الاضطرابات الفصامية الانفعالية التي بدأت تظهر بعد وفاة جدها وخالها المرتبطة بهم كثيرا.

B33	ذكر	51 سنة	متزوج	أساسي	يتلقى المبحوث العلاج السيكاتري تقريبا لمدة ثلاثين سنة، وقد دخل إلى المستشفى للمرة الرابعة (2000، 2002، 2004، 2015). ينتمي اضطراب المبحوث إلى تشخيص الاضطراب ذو الاتجاهين، إضافة إلى الإدمان على الكحول والمخدرات.
B34	ذكر	40 سنة	عازب	أساسي	بدأت أعراض الفصام البرانوي (الأوتوماتيزم العقلي، الأفكار الاضطهادية وأفكار العظمة) تظهر عند المبحوث منذ سن عشرين سنة، ولقد أدخل إلى المستشفى (2015) للمرة الثالثة نظرا لحالته المضطربة بعد توقفه عن العلاج.
B35	أنثى	55 سنة	أرملة	0	تلقى المبحوثة العلاج السيكاتري منذ سنتين، ونجد في تاريخها الشخصي أحداث صدمية عديدة. أدخلت للمرة الأولى (2014) إلى المستشفى في جدول عيادي ينتمي إلى تشخيص الاضطراب الاكتئابي المتكرر.
B36	أنثى	42 سنة	متزوجة	0	تلقى المبحوثة العلاج السيكاتري منذ سنة، ولقد دخلت إلى المستشفى للمرة الأولى (2014). تعاني B36 من الاضطراب الاكتئابي المتكرر وتتحدث عن عنف زوجي بدأ منذ سنتين.
B37	ذكر	31 سنة	عازب	أساسي	تنتمي حالة المبحوث إلى الفصام البرانوي مما يفسر متابعته للعلاج السيكاتري منذ سن التاسع عشر، وقد أدخل إلى المستشفى (2015) نظرا لحالته المضطربة. ونشير إلى أن الأم أيضا تلقى العلاج السيكاتري.
B38	ذكر	40 سنة	عازب	أساسي	أدخل المبحوث للمرة السادسة (2015) إلي المستشفى نظرا لحالته المضطربة التي تتميز بـ: الاضطرابات السلوكية والعدوانية الموجهة نحو أفراد العائلة، الاضطراب في النوم. ويتلقى المبحوث العلاج السيكاتري منذ سنة 1994 وتنتمي حالته إلى تشخيص الفصام البرانوي.
B39	ذكر	29 سنة	عازب	ثانوي	يعاني المبحوث من اضطراب ذهاني ترافقه خصائص فوبية، لذلك يتلقى العلاج السيكاتري منذ سنة 2010، ولقد دخل إلى المستشفى (2015) نظرا لعدم استقرار حالته المرضية. ونشير إلى أن كل من الأم والأخ يتلقان كذلك متابعة سيكاترية.
B40	ذكر	48 سنة	عازب	ثانوي	يعاني المبحوث من الذهان المزمن الذي بدأت تظهر أعراضه منذ سنة 1988 مما دفعه إلى التخلي عن مهنته، ولقد دخل إلى المستشفى للمرة الأولى سنة 1988 وللمرة التاسع عشر عام (2015).
B41	أنثى	44 سنة	متزوجة	ثانوي	يعود تاريخ بداية أعراض اضطراب الفصام البرانوي الذي تعاني منه المبحوثة إلى سنة 2008، مما دفعها إلى استشارة طبيب عقلي خاص، ونظرا لعدم استقرار حالتها المرضية أدخلت المبحوثة إلى المستشفى مرتين خلال سنة 2013، وللمرة الثالثة سنة 2015.
B42	أنثى	35	عازبة	جامعي	تعاني المبحوثة من اضطراب في الشخصية من النمط الفصامي، ولقد بدأت العلاج السيكاتري منذ سن 22 سنة، ولقد أدخلت إلى

		سنة			المستشفى للمرة الأولى (2015) نظرا لحالتها المضطربة.
B43	ذكر	30 سنة	عازب	جامعي	أدخل المبحوث للمرة الأولى إلى المستشفى (2015) في جدول عيادي يتميز بـ: عدم الاستقرار النفسي الحركي، العدوانية الموجهة نحو أفراد العائلة، الهروب من المنزل ورفض العلاج. ولقد وضع الطبيب العقلي المعالج تشخيص الفصام البرانوي فيما يخص حالة المبحوث.
B44	أنثى	32 سنة	متزوجة	أساسي	تعاني المبحوثة من الفصام البرانوي، وقد دخلت إلى المستشفى ثلاث مرات (2012، 2013، 2015)، نظرا لحالتها المضطربة. وكما نشير إلى أن أم المبحوثة تتلقى أيضا العلاج السيكاتري.
B45	أنثى	27 سنة	عازبة	جامعي	بدأت أعراض الاضطراب ذو الاتجاهين تظهر عند المبحوثة منذ سنة 2011 مما تطلب دخولها المستشفى لأول مرة، ولقد أدخلت للمرة الثانية (2013) وللمرة الثالثة (2015) نظرا لعدم استقرار حالتها بعد توقفها عن العلاج.
B46	ذكر	27 سنة	متزوج	جامعي	يتلقى المبحوث العلاج السيكاتري منذ 20 سنة بسبب الاضطراب الذهاني المزمن الذي يعاني منه، ولقد دخل المستشفى لأربع مرات في فرنسا. ولقد دخل حاليا (2015) للمرة الخامسة نظرا لعدم استقرار حالته.
B47	ذكر	37 سنة	عازب	ثانوي	أدخل المبحوث إلى المستشفى للمرة الأولى سنة 2005، وللمرة الثانية (2015) في جدول عيادي يتميز بـ: عدم الاستقرار النفسي الحركي، العدوانية اللفضية والجسدية في المحيط العائلي وهوس الحريق. وتندرج هذه الاضطرابات في إطار تشخيص الفصام البرانوي.
B48	ذكر	30 سنة	عازب	ابتدائي	دخل المبحوث إلى المستشفى لستة مرات، المرة الأولى سنة 2012 و المرة السادسة سنة 2015 وهذا في إطار اضطراب استقرار حالته المرضية التي تنتمي إلى تشخيص ذهان الفصام البرانوي.
B49	أنثى	35 سنة	عازبة	ثانوي	يعود تاريخ بداية ظهور الاضطرابات التي تعاني منها المبحوثة سنتين إلى الوراء وتتميز بـ: عدم الاستقرار النفسي الحركي، العدوانية الموجهة نحو أفراد العائلة، ومحاولة الهروب من المنزل العائلي. وتذكر المبحوثة عند دخولها إلى المستشفى (2015) هلاوس سمعية لفضية.
B50	ذكر	40 سنة	عازب	ثانوي	يعاني المبحوث من أعراض الفصام البرانوي منذ عدة سنوات، وقد أدخل إلى المستشفى للمرة الثانية (2015) نظرا لسلوكه المضطرب وتصرفاته العدوانية.

الملحق 4

الملخصات الشكلية لحالات الدراسة

1- الملخصات الشكلية لحالات المجموعة الانتحارية

الملخص الشكلي للحالة A1

Compute for Scoring					
R = 16	L = 1,67	F% = 0,63	Age: 58		
EB = 2 : 1	EA = 3	EBper = 2,0	Controls		
eb = 2 : 1	es = 3	D = 0	Step 1) Adj D	Normal	
EB: NA, avoidant	Adj es = 3	Adj D = 0	Step 2) EA	cf. Step 4	
FM = 2	SumC'= 0	SumT= 0	Step 3) EB &L	Invalid EA	
m = 0	SumV= 0	SumY= 1	Step 4) Adj es	Abandon	
EBt (XP) EBt = -0,33					

S-CON = 3			
Styles	State	Patho. P.	Const°
avoidant			PTI=2
			DEPI=2
EB: NA,			CDI=3
			HVI: ns.
			OBS: ns.

Affect	EB: NA, avoidant		
eb	= 2 : 1		
Afr	= 0,33	Afr : EB : Age	
PC% = 0,25		E.avoidance (cf. C':C & intell°)	
ΣC':WΣC	= 0:1		
intel	0	0	
CP	= 0		
FC:CF+C	= 0:1	E.impulsiveness (1/5)	
Pure C	= 0		
S	= 0	lateS =	0
Blends/R	= 0:16	Bld%	0,00
StressBld	= 0		
Adj Blend	= 0:16	AdjBld%	0,00
3xBld	= 0		
>3xBld	= 0		
Col-Shd Bld	= 0		
Shd Bld	= 0		
Blend : EB : L		Adj Blend : EB : L	
low		low	
3xBld % & >3xBld			
Col-Shd Bld : EB		Shd Bld	

L>0,99 : PROCESSING -> MEDIATION -> IDEATION -> CONTROLS -> AFFECT -> SELF -> RELATIONS

Processing			
PSV	= 0		attention
DQv 1st	= 0		
Zd	= -0,5		scanning
Dd	= 2		
Zf	= 4	low	efforts
W/D	= 3:11	ecomonical	easy:2:3
DQ+	= 2	low	quality
DQv,v/+	= 1		.
W/M	= 3:2		objectives
Step3: Loc Sequence (XP), Incoherent Loc Index, ILI = 0			

Mediation	
XA% =	0,56
WDA% =	0,64
X-% =	0,38
S- =	0
P =	3
X+% =	0,50
Xu% =	0,06
Stp3a FQ- Homogeneity (6)	
3.1stC-	1/6
BC-	2/3
CC-	1/3
RC-	1/6
PC-	1/6
S-	0
Dd-	1/6
M-	0
FMm-	1/6
Color-	1/6
Shd-	0
F-	2/3
AnXySxBl-	1/2
Hcont-	0

Coding Validity			
AGE	Cards	N°	
Loc&DQ			
DET			
FQ			
CONT			
Z score			
SpSc			

Relations		(Perception)
COP	= 0	discomfort
AG	= 0	
GHR:PHR	= 2 : 0	
a:p	= 2 : 2	
Food	= 0	
SumT	= 0	
H Cont.	= 2	
Pure H	= 2	
PER	= 0	
Isol° Indx	= 0,19	
H Cont:R:EB (Interest)	medium	
Hpur:R:EB (comp°)	NA	

Ideation	EB: NA, avoidant		
EBper	= 2,0		
a/p	= 2 : 2		Sum6= 1
HVI			Lvl2 = 0
OBS			Wsum6 5
MOR=0			WSum6 : Age
m=0			ideational slippage
FM=2		hasty needs satisfaction	1/3 (fab or alog)
Ma/Mp	= 1 : 1		M- = 0
Intel°	= 0	0	Mnone 0

Self			
EGO	= 0,38	EGO : Age:	medium
Fr+rF	= 0		
SumV	= 0		
FD	= 0		
An+Xy	= 3		
MOR	= 0		
H:(H)+Hd+(Hd)	= 2:0	Self R°	NA
Step 7b :Human content responses quality (XP)			
Generally Positive Features, GPF		Sum=14	μ=7
Generally Negative Features,GNF		Sum=0	μ=0

الملخص الشكلي للحالة A2

Compute for Scoring					
R = 14	L = 0,40	F% = 0,29	Age: 55		
EB = 1 : 5	EA = 6	EBper = 5,0	Controls		
eb = 6 : 1	es = 7	D = 0	Step 1) Adj D	Normal	
extratensive	Adj es = 7	Adj D = 0	Step 2) EA	cf. Step 4	
FM = 5	SumC'= 0	SumT= 1	Step 3) EB &L	Valid EA & AdjD	
m = 1	SumV= 0	SumY= 0	Step 4) Adj es	Valid AdjD	
EBt (XP) EBt = 0,67					

S-CON = 6			
Styles	State	Patho. P.	Const°
extratensive			PTI=1
			DEPI=3
			CDI=2
			HVI: ns.
			OBS: ns.

Affect	extratensive		
eb	= 6 : 1		
Afr	= 0,56	Afr : EB : Age	
PC% = 0,36		low	
ΣC':WΣC	= 0:5		
intel	1	0	
CP	= 0		
FC:CF+C	= 1:3	E.impulsiveness (1/5)	
Pure C	= 3	frequent discharge	
S	= 1	lateS =	1
Blends/R	= 2:14	Bld%	0,14
StressBld	= 0		
Adj Blend	= 2:14	AdjBld%	0,14
3xBld	= 1		
>3xBld	= 0		
Col-Shd Bld	= 0		
Shd Bld	= 0		
Blend : EB : L		Adj Blend : EB : L	
low		low	
3xBld % & >3xBld			
unusual complexity			
cf. ressources, controls & modulation			
Col-Shd Bld : EB		Shd Bld	

EB EXTRA : AFFECT -> SELF -> RELATIONS -> CONTROLS -> PROCESSING -> MEDIATION -> IDEATION

Processing			
PSV	= 0		attention
DQv 1st	= 2	C. Impuls. OR Attention diff.	
Zd	= 3,5	overincorporative	scanning
Dd	= 2		
Zf	= 8	low	efforts
W/D	= 8:4	effort	easy:4:8
DQ+	= 2	low	quality
DQv,v/+	= 4	failures	.
W/M	= 8:1	Positive	objectives
Step3: Loc Sequence (XP), Incoherent Loc Index, ILI = 1			

Mediation	
XA% =	0,57
WDA% =	0,58
X-% =	0,29
S- =	1
P =	3
X+% =	0,36
Xu% =	0,21
Stp3a FQ- Homogeneity (4)	
3.1stC-	1/4
BC-	1/4
CC-	3/4
RC-	1/4
PC-	1/2
S-	1/4
Dd-	0
M-	0
FMm-	0
Color-	1/4
Shd-	1/4
F-	1/2
AnXySxBl-	0
Hcont-	0

Coding Validity			
AGE	Cards	N°	
Loc&DQ			
DET			
FQ			
CONT			
Z score			
SpSc			

Relations		(Perception)
COP	= 1	agressive
AG	= 3	
GHR:PHR	= 0 : 3	
a:p	= 7 : 0	
Food	= 3	
SumT	= 1	
H Cont.	= 1	
Pure H	= 1	
PER	= 0	
Isol° Indx	= 0,00	
H Cont:R:EB (Interest)	low	
Hpur:R:EB (comp°)	NA	

Ideation	extratensive		
EBper	= 5,0	Pervasive	
a/p	= 7 : 0	rigid values	Sum6= 2
HVI			Lvl2 = 1
OBS			Wsum6 8
MOR=2			WSum6 : Age
m=1			ideational slippage
FM=5			1/3
Ma/Mp	= 1 : 0	NA	M- = 0
Intel°	= 1	0	Mnone 0

Self			
EGO	= 0,14	EGO : Age:	low
Fr+rF	= 0		
SumV	= 0		
FD	= 0		
An+Xy	= 1		
MOR	= 2		
H:(H)+Hd+(Hd)	= 1:0	Self R°	NA
Step 7b :Human content responses quality (XP)			
Generally Positive Features, GPF		Sum=5	μ=5
Generally Negative Features,GNF		Sum=3	μ=3

الملخص الشكلي للحالة A3

Compute for Scoring	R = 16	L = 1,67	F% = 0,63		
			Age: 51		
			Controls		
EB = 3 : 0,5	EA = 3,5	EBper = 6,0	Step 1) Adj D	Immature	
eb = 3 : 1	es = 4	D = 0	Step 2) EA	cf. Step 4	
EB: NA, avoidant	Adj es = 4	Adj D = 0	Step 3) EB &L	Invalid EA	
FM = 3	SumC'= 0	SumT= 0			
m = 0	SumV= 1	SumY= 0	Step 4) Adj es	Abandon	
EBt (XP)	EBt = -0,71				

S-CON = 6			
Styles	State	Patho. P.	Const°
avoidant			PTI=2
			DEPI=5*
EB: NA, Passive	CDI>3		CDI=4*
			HVI: ns.
			OBS: ns.

Affect	EB: NA, avoidant	DEPI	CDI
eb = 3 : 1	Discomfort		
S.Criticism			
Afr = 0,33	Afr : EB : Age		
PC% = 0,25	E.avoidance (cf. C':C & intell°)		
ΣC':WΣC = 0:0,5			
intel 0	0		
CP = 0			
FC:CF+C = 1:0	Overcontrolled (5/5)		
Pure C = 0			
S = 1	lateS = 0		
Blends/R = 1:16	Bld% 0,06		
StressBld = 0			
Adj Blend = 1:16	AdjBld% 0,06		
3xBld = 1			
>3xBld = 0			
Col-Shd Bld = 1			
Shd Bld = 0			
Blend : EB : L	Adj Blend : EB : L		
low	low		
3xBld % & >3xBld			
unusual complexity			
cf. ressources, controls & modulation			
Col-Shd Bld : EB	Shd Bld		
confusion			

CDI>3 : CONTROLS -> RELATIONS -> SELF -> AFFECT -> PROCESSING -> MEDIATION -> IDEATION

Processing			
PSV = 0			attention
DQv 1st = 2	C. Impuls. OR Attention diff.		
Zd = -3			scanning
Dd = 2			
Zf = 4	low		efforts
W/D = 4:10	ecomonical		easy:3:4
DQ+ = 1	low		quality
DQv,v/+ = 2	failures		.
W/M = 4:3			objectives
Step3: Loc Sequence (XP), Incoherent Loc Index, ILI = 1			

Mediation	
XA% =	0,69
WDA% =	0,71
X-% =	0,31
S- =	1
P =	3
X+% =	0,44
Xu% =	0,25
Stp3a FQ- Homogeneity (5)	
3.1stC-	2/5
BC-	2/5
CC-	3/5
RC-	1/5
PC-	2/5
S-	1/5
Dd-	1/5
M-	1/5
FMm-	0
Color-	1/5
Shd-	1/5
F-	4/5
AnXySxBl-	4/5
Hcont-	2/5

Coding Validity			
AGE	Cards	N°	
Loc&DQ			
DET			
FQ			
CONT			
Z score			
SpSc			

Relations		(Perception)
COP =	0	discomfort
AG =	0	
GHR:PHR =	0 : 4	
a:p =	0 : 6	Passive
Food =	0	
SumT =	0	
H Cont. =	4	
Pure H =	0	
PER =	0	
Isol° Indx =	0,00	
H Cont:R:EB (Interest)	medium	
Hpur:R:EB (comp°)	NA	

Ideation	EB: NA, avoidant		
EBper = 6,0	Pervasive		
a/p = 0 : 6	rigid values	Sum6= 0	
HVI		Lvl2 = 0	
OBS		Wsum6 0	
MOR=0		WSum6 : Age	
m=0			
FM=3		no problem	
Ma/Mp = 0 : 3	Snow White S.	M- = 1	
Intel° = 0	0	Mnone 0	

Self		
EGO = 0,19	EGO : Age:	low
Fr+rF = 0		
SumV = 1	Self Criticism	
FD = 0		
An+Xy = 5		
MOR = 0		
H:(H)+Hd+(Hd) = 0:4	Self R°	NA
Step 7b :Human content responses quality (XP)		
Generally Positive Features, GPF	Sum=16	μ=4
Generally Negative Features,GNF	Sum=7	μ=1,8

الملخص الشكلي للحالة A4

Compute for Scoring	R = 14	L = 0,56	F% = 0,36		
			Age: 44		
			Controls		
EB = 0 : 4,5	EA = 4,5	EBper = NA	Step 1) Adj D	Immature	
eb = 4 : 2	es = 6	D = 0	Step 2) EA	cf. Step 4	
EB: NA,	Adj es = 6	Adj D = 0	Step 3) EB &L	Invalid AdjD (WsumC=0)	
FM = 4	SumC'= 1	SumT= 0			
m = 0	SumV= 0	SumY= 1	Step 4) Adj es	Abandon	
EBt (XP)	EBt = 1				

S-CON = 7			
Styles	State	Patho. P.	Const°
			PTI=1
			DEPI=4
EB: NA,	CDI>3		CDI=4*
			HVI: ns.
			OBS: ns.

Affect	EB: NA,	CDI
eb = 4 : 2		
Afr = 0,40	Afr : EB : Age	
PC% = 0,29	E.avoidance (cf. C':C & intell°)	
ΣC':WΣC = 1:4,5		
intel 0	0	
CP = 0		
FC:CF+C = 0:4	E.impulsiveness (1/5)	
Pure C = 1	occasional discharge	
S = 0	lateS = 0	
Blends/R = 1:14	Bld% 0,07	
StressBld = 0		
Adj Blend = 1:14	AdjBld% 0,07	
3xBld = 0		
>3xBld = 0		
Col-Shd Bld = 0		
Shd Bld = 0		
Blend : EB : L	Adj Blend : EB : L	
low	low	
3xBld % & >3xBld		
Col-Shd Bld : EB	Shd Bld	

CDI>3 : CONTROLS -> RELATIONS -> SELF -> AFFECT -> PROCESSING -> MEDIATION -> IDEATION

Processing			
PSV = 0			attention
DQv 1st = 2	C. Impuls. OR Attention diff.		
Zd = -2,5			scanning
Dd = 1			
Zf = 8	low		efforts
W/D = 8:5			easy:6:8
DQ+ = 3	low		quality
DQv,v/+ = 3	failures		
W/M = 8:0	NA		objectives
Step3: Loc Sequence (XP), Incoherent Loc Index, ILI = 1			

Mediation	
XA% =	0,57
WDA% =	0,62
X-% =	0,29
S- =	0
P =	5
X+% =	0,50
Xu% =	0,07
Stp3a FQ- Homogeneity (4)	
3.1stC-	1/2
BC-	1/4
CC-	3/4
RC-	1/4
PC-	1/2
S-	0
Dd-	1/4
M-	0
FMm-	1/2
Color-	1/2
Shd-	0
F-	1/4
AnXySxBl-	1/4
Hcont-	0

Coding Validity			
AGE	Cards	N°	
Loc&DQ			
DET			
FQ			
CONT			
Z score			
SpSc			

Relations		(Perception)
COP =	2	positive
AG =	0	
GHR:PHR =	2 : 1	
a:p =	2 : 2	
Food =	1	
SumT =	0	
H Cont. =	1	
Pure H =	1	
PER =	0	
Isol° Indx =	0,36	isolated
H Cont:R:EB (Interest)	low	
Hpur:R:EB (comp°)	NA	

Ideation	EB: NA,		
EBper = NA			
a/p = 2 : 2		Sum6= 0	
HVI		Lvl2 = 0	
OBS		Wsum6 0	
MOR=4	pessimism	WSum6 : Age	
m=0			
FM=4		no problem	
Ma/Mp = 0 : 0	NA	M- = 0	
Intel° = 0	0	Mnone 0	

Self		
EGO = 0,21	EGO : Age:	low
Fr+rF = 0		
SumV = 0		
FD = 0		
An+Xy = 1		
MOR = 4		
H:(H)+Hd+(Hd) = 1:0	Self R°	NA
Step 7b :Human content responses quality (XP)		
Generally Positive Features, GPF	Sum=6	μ=6
Generally Negative Features,GNF	Sum=0	μ=0

الملخص الشكلي للحالة A5

Compute for Scoring	R = 17	L = 0,21	F% = 0,18		
			Age: 50		
			Controls		
EB = 5 : 9	EA = 14	EBper = 1,8	Step 1) Adj D	Controlled	
eb = 8 : 2	es = 10	D = 1	Step 2) EA	Valid AdjD	
extratensive	Adj es = 7	Adj D = 2	Step 3) EB &L	Valid EA & AdjD	
FM = 4	SumC'= 2	SumT= 0	Step 4) Adj es	Valid AdjD	
m = 4	SumV= 0	SumY= 0			
EBt (XP) EBt = 0,29					

S-CON = 5			
Styles	State	Patho. P.	Const°
extratensive	D<Daj	PTI>3	PTI=4 DEPI=3 CDI=1 HVI: ns. OBS: ns.

PTI>3 :PROCESSING -> MEDIATION -> IDEATION -> CONTROLS -> AFFECT -> SELF -> RELATIONS

Affect	extratensive		
eb	= 8 : 2		
Afr	= 0,70	Afr : EB : Age	
PC% = 0,41		medium	
ΣC':WΣC	= 2:9		
intel	11	Intell° (defense)	
CP	= 0		
FC:CF+C	= 2:6	E.impulsiveness (1/5)	
Pure C	= 4	frequent discharge	
S	= 2	lateS =	1
Blends/R	= 9:17	Bld%	0,53
StressBld	= 4		
Adj Blend	= 6:17	AdjBld%	0,35
3xBld	= 0		
>3xBld	= 0		
Col-Shd Bld	= 0		
Shd Bld	= 0		
Blend : EB : L		Adj Blend : EB : L	
high		high	
3xBld % & >3xBld			
Col-Shd Bld : EB		Shd Bld	

Processing			
PSV = 0			attention
DQv 1st = 2	C. Impuls. OR Attention diff.		
Zd = 5,5	overincorporative		scanning
Dd = 1			
Zf = 12	medium		efforts
W/D = 9:7	ecomonical		easy:4:9
DQ+ = 6	medium		quality
DQv,v/+ = 4	failures		.
W/M = 9:5			objectives

Step3: Loc Sequence (XP), Incoherent Loc Index, ILI = 0

Mediation	
XA% =	0,41
WDA% =	0,44
X-% =	0,41
S- =	1
P =	4
X+% =	0,24
Xu% =	0,18
Stp3a FQ- Homogeneity (7)	
3.1stC-	1/7
BC-	3/7
CC-	4/7
RC-	1/7
PC-	3/7
S-	1/7
Dd-	1/7
M-	0
FMm-	5/7
Color-	3/7
Shd-	0
F-	2/7
AnXySxBl-	2/7
Hcont-	0

Coding Validity			
AGE	Cards	N°	
Loc&DQ			
DET			
FQ			
CONT			
Z score			
SpSc			

Relations		(Perception)
COP	= 1	agressive
AG	= 7	
GHR:PHR	= 0 : 8	
a:p	= 6 : 7	
Food	= 1	
SumT	= 0	
H Cont.	= 3	
Pure H	= 2	
PER	= 1	
Isol° Indx	= 0,24	
H Cont:R:EB (Interest)		medium
Hpur:R:EB (comp°)		realist

Ideation	extratensive		
EBper = 1,8			
a/p = 6 : 7		Sum6=	5
HVI		Lvl2 =	2
OBS		Wsum6	26
MOR=6	pessimism	WSum6 : Age	
m=4	peripheral ideation (stress)	disturbed thinking 3/3	
FM=4	transient peripheral overload		
Ma/Mp = 2 : 3	Snow White S.	M- =	0
Intel° = 11	Intell° (defense)	Mnone	2

Self			
EGO =	0,24	EGO : Age:	low
Fr+rF =	0		
SumV =	0	Naive Self Image	
FD =	0		
An+Xy =	0		
MOR =	6		
H:(H)+Hd+(Hd) =	2:1	Self R°	NA

Step 7b :Human content responses quality (XP)

Generally Positive Features, GPF	Sum=15	µ=5
Generally Negative Features,GNF	Sum=4	µ=1,3

الملخص الشكلي للحالة A6

Compute for Scoring	R = 15	L = 1,50	F% = 0,60		
			Age: 48		
			Controls		
EB = 2 : 1	EA = 3	EBper = 2,0	Step 1) Adj D	Immature	
eb = 1 : 4	es = 5	D = 0	Step 2) EA	cf. Step 4	
EB: NA, avoidant	Adj es = 5	Adj D = 0	Step 3) EB &L	Invalid EA	
FM = 0	SumC'= 1	SumT= 0	Step 4) Adj es	Abandon	
m = 1	SumV= 3	SumY= 0			
EBt (XP) EBt = -0,33					

S-CON = 8			
	Positive		
Styles	State	Patho. P.	Const°
avoidant			PTI=0 DEPI=6* CDI=5* HVI: ns. OBS: ns.
EB: NA, Passive	CDI>3	DEPI&CDI DEPI>5	

DEPI & CDI : RELATIONS -> SELF -> CONTROLS -> AFFECT -> PROCESSING -> MEDIATION -> IDEATION

Affect	EB: NA, avoidant DEPI CDI		
eb	= 1 : 4	Discomfort	
		S.Criticism	
Afr	= 0,36	Afr : EB : Age	
PC% = 0,27		E.avoidance (cf. C':C & intell°)	
ΣC':WΣC	= 1:1		
intel	0	0	
CP	= 0		
FC:CF+C	= 0:1	E.impulsiveness (1/5)	
Pure C	= 0		
S	= 3	lateS =	2
Blends/R	= 1:15	Bld%	0,07
StressBld	= 0		
Adj Blend	= 1:15	AdjBld%	0,07
3xBld	= 1		
>3xBld	= 0		
Col-Shd Bld	= 0		
Shd Bld	= 1		
Blend : EB : L		Adj Blend : EB : L	
low		low	
3xBld % & >3xBld			
unusual complexity			
cf. ressources, controls & modulation			
Col-Shd Bld : EB		Shd Bld	
		***	

Processing			
PSV = 1	Attention difficulty (1/2)		attention
DQv 1st = 1	C. Impuls. OR Attention diff.		
Zd = -4,5	underincorporative		scanning
Dd = 1			
Zf = 9	medium		efforts
W/D = 6:8	ecomonical		easy:6:6
DQ+ = 2	low		quality
DQv,v/+ = 4	failures		
W/M = 6:2	Positive		objectives

Step3: Loc Sequence (XP), Incoherent Loc Index, ILI = 0

Mediation	
XA% =	0,80
WDA% =	0,86
X-% =	0,20
S- =	1
P =	4
X+% =	0,53
Xu% =	0,27
Stp3a FQ- Homogeneity (3)	
3.1stC-	0
BC-	1/3
CC-	2/3
RC-	0
PC-	2/3
S-	1/3
Dd-	1/3
M-	1/3
FMm-	0
Color-	0
Shd-	0
F-	2/3
AnXySxBl-	2/3
Hcont-	2/3

Coding Validity			
AGE	Cards	N°	
Loc&DQ			
DET			
FQ			
CONT			
Z score			
SpSc			

Relations		(Perception)
COP	= 1	positive
AG	= 0	
GHR:PHR	= 1 : 2	
a:p	= 0 : 3	Passive
Food	= 0	
SumT	= 0	
H Cont.	= 3	
Pure H	= 1	
PER	= 1	
Isol° Indx	= 0,53	isolated
H Cont:R:EB (Interest)		medium
Hpur:R:EB (comp°)		NA

Ideation	EB: NA, avoidant		
EBper = 2,0			
a/p = 0 : 3	NA	Sum6=	1
HVI		Lvl2 =	0
OBS		Wsum6	2
MOR=0		WSum6 : Age	
m=1		no problem	
FM=0	hasty needs satisfaction		
Ma/Mp = 0 : 2	Snow White S.	M- =	1
Intel° = 0	0	Mnone	0

Self			
EGO =	0,13	EGO : Age:	low
Fr+rF =	0		
SumV =	3	Self Criticism	
FD =	0		
An+Xy =	2		
MOR =	0		
H:(H)+Hd+(Hd) =	1:2	Self R°	NA

Step 7b :Human content responses quality (XP)

Generally Positive Features, GPF	Sum=14	µ=4,7
Generally Negative Features,GNF	Sum=5	µ=1,7

الملخص الشكلي للحالة A7

Compute for	R = 14	L = 0,75	F% = 0,43	S-CON = 7	Affect ambitent DEPI
Scoring			Age: 46		eb = 1 : 3

EB	= 4 : 4,5	EA =	8,5	EBper =	1,1	Controls	
eb	= 1 : 3	es =	4	D =	1	Step 1) Adj D	Controlled
ambitent		Adj es =	4	Adj D =	1	Step 2) EA	cf. Step 4
						Step 3) EB &L	Valid EA & AdjD
FM	= 1	SumC'=	2	SumT=	1	Step 4) Adj es	Overestimated AdjD
m	= 0	SumV=	0	SumY=	0		

EBt (XP) EBt = 0,06

Styles	State	Patho. P.	Const°
ambitent			PTI=3 DEPI=5* CDI=2 HVI: ns. OBS: ns.

DEPI=5 : AFFECT -> CONTROLS -> SELF -> RELATIONS -> PROCESSING -> MEDIATION -> IDEATION

Affect		
Afr	= 0,56	Afr : EB : Age
PC% = 0,36		medium
ΣC':WΣC	= 2:4,5	
intel	6	Intell° (style)
CP	= 0	
FC:CF+C	= 0:3	E.impulsiveness (1/5)
Pure C	= 3	frequent discharge
S	= 1	lateS = 0
Blends/R	= 3:14	Bld% 0,21
StressBld	= 0	
Adj Blend	= 3:14	AdjBld% 0,21
3xBld	= 0	
>3xBld	= 0	
Col-Shd Bld	= 0	
Shd Bld	= 1	
Blend : EB : L		Adj Blend : EB : L
medium		medium
3xBld % & >3xBld		
Col-Shd Bld : EB		Shd Bld
		***

Processing			
PSV	= 0		attention
DQv 1st	= 3	C. Impuls. OR Attention diff.	
Zd	= -4	underincorporative	scanning
Dd	= 2		
Zf	= 5	low	efforts
W/D	= 7:5		easy:5:7
DQ+	= 1	low	quality
DQv,v/+	= 5	failures	.
W/M	= 7:4		objectives

Step3: Loc Sequence (XP), Incoherent Loc Index, ILI = 1

Mediation	
XA% =	0,43
WDA% =	0,50
X-% =	0,29
S- =	1
P =	2
X+% =	0,21
Xu% =	0,21
Stp3a FQ- Homogeneity (4)	
3.1stC-	3/4
BC-	1/4
CC-	3/4
RC-	1/2
PC-	1/4
S-	1/4
Dd-	1/2
M-	1/2
FMm-	0
Color-	0
Shd-	0
F-	1/2
AnXySxBl-	0
Hcont-	1/2

Coding Validity			
AGE	Cards	N°	
Loc&DQ			
DET			
FQ			
CONT			
Z score			
SpSc			

Relations		(Perception)
COP	= 0	agressive
AG	= 2	
GHR:PHR	= 1 : 6	
a:p	= 3 : 2	
Food	= 2	
SumT	= 1	
H Cont.	= 4	
Pure H	= 1	
PER	= 1	
Isol° Indx	= 0,21	

H Cont:R:EB (Interest)	medium
Hpur:R:EB (comp°)	NA

Ideation	ambitent		
EBper	= 1,1		
a/p	= 3 : 2	Sum6=	4
HVI		Lvl2 =	4
OBS		Wsum6	24
MOR=0		WSum6 : Age	
m=0		disturbed thinking	
FM=1	needs conceptualisation	3/3	
Ma/Mp	= 2 : 2	M- =	2
Intel°	= 6	Intell° (style) Mnone	2

Self			
EGO	= 0,07	EGO : Age:	low
Fr+rF	= 0		
SumV	= 0		
FD	= 0		
An+Xy	= 0		
MOR	= 0		
H:(H)+Hd+(Hd)	= 1:3	Self R°	NA

Step 7b :Human content responses quality (XP)

Generally Positive Features, GPF	Sum=18	µ=4,5
Generally Negative Features,GNF	Sum=6	µ=1,5

الملخص الشكلي للحالة A8

Compute for	R = 15	L = 0,50	F% = 0,33	S-CON = 4	Affect ambitent
Scoring			Age: 46		eb = 4 : 2

EB	= 3 : 4	EA =	7	EBper =	1,3	Controls	
eb	= 4 : 2	es =	6	D =	0	Step 1) Adj D	Controlled
ambitent		Adj es =	4	Adj D =	1	Step 2) EA	cf. Step 4
						Step 3) EB &L	Valid EA & AdjD
FM	= 1	SumC'=	1	SumT=	0	Step 4) Adj es	Overestimated AdjD
m	= 3	SumV=	0	SumY=	1		

EBt (XP) EBt = 0,14

Styles	State	Patho. P.	Const°
ambitent	D<Daj		PTI=0 DEPI=3 CDI=1 HVI: ns. OBS: ns.

D<DAJ : CONTROLS -> STRESS THEN,
M- OU MP>MA OU WSUM6>5 : IDEATION -> MEDIATION -> PROCESSING -> CONTROLS -> AFFECT -> SELF -> RELATIONS

Affect		
Afr	= 0,50	Afr : EB : Age
PC% = 0,33		low
ΣC':WΣC	= 1:4	
intel	0	0
CP	= 0	
FC:CF+C	= 0:3	E.impulsiveness (1/5)
Pure C	= 2	frequent discharge
S	= 0	lateS = 0
Blends/R	= 2:15	Bld% 0,13
StressBld	= 1	
Adj Blend	= 2:15	AdjBld% 0,13
3xBld	= 0	
>3xBld	= 0	
Col-Shd Bld	= 0	
Shd Bld	= 0	
Blend : EB : L		Adj Blend : EB : L
medium		medium
3xBld % & >3xBld		
Col-Shd Bld : EB		Shd Bld

Processing			
PSV	= 0		attention
DQv 1st	= 1	C. Impuls. OR Attention diff.	
Zd	= -2,5		scanning
Dd	= 1		
Zf	= 5	low	efforts
W/D	= 3:11	ecomonical	easy:3:3
DQ+	= 3	low	quality
DQv,v/+	= 2	failures	
W/M	= 3:3		objectives

Step3: Loc Sequence (XP), Incoherent Loc Index, ILI = 1

Mediation	
XA% =	0,80
WDA% =	0,86
X-% =	0,13
S- =	0
P =	4
X+% =	0,67
Xu% =	0,13
Stp3a FQ- Homogeneity (2)	
3.1stC-	1/2
BC-	1/2
CC-	1/2
RC-	1/2
PC-	0
S-	0
Dd-	1/2
M-	0
FMm-	1/2
Color-	1/2
Shd-	1/2
F-	0
AnXySxBl-	1/2
Hcont-	0

Coding Validity			
AGE	Cards	N°	
Loc&DQ			
DET			
FQ			
CONT			
Z score			
SpSc			

Relations		(Perception)
COP	= 0	discomfort
AG	= 0	
GHR:PHR	= 3 : 1	
a:p	= 4 : 3	
Food	= 0	
SumT	= 0	
H Cont.	= 4	
Pure H	= 3	
PER	= 0	
Isol° Indx	= 0,07	

H Cont:R:EB (Interest)	medium
Hpur:R:EB (comp°)	NA

Ideation	ambitent		
EBper	= 1,3		
a/p	= 4 : 3	Sum6=	0
HVI		Lvl2 =	0
OBS		Wsum6	0
MOR=1		WSum6 : Age	
m=3	peripheral ideation (stress)		
FM=1		no problem	
Ma/Mp	= 0 : 3	M- =	0
Intel°	= 0	Snow White S. 0 Mnone	0

Self			
EGO	= 0,27	EGO : Age:	low
Fr+rF	= 0		
SumV	= 0		
FD	= 0		
An+Xy	= 1		
MOR	= 1		
H:(H)+Hd+(Hd)	= 3:1	Self R°	imagination

Step 7b :Human content responses quality (XP)

Generally Positive Features, GPF	Sum=26	µ=6,5
Generally Negative Features,GNF	Sum=0	µ=0

الملخص الشكلي للحالة A9

Compute for Scoring	R = 14	L = 2,50	F% = 0,71		
			Age: 45		
			Controls		
EB = 0 : 0,5	EA = 0,5	EBper = NA	Step 1) Adj D	Immature	
eb = 1 : 2	es = 3	D = 0	Step 2) EA	cf. Step 4	
EB: NA, avoidant	Adj es = 3	Adj D = 0	Step 3) EB &L	Invalid EA	
FM = 0	SumC'= 1	SumT= 1			
m = 1	SumV= 0	SumY= 0	Step 4) Adj es	Abandon	
EBt (XP) EBt = 1					

S-CON = 6			
Styles	State	Patho. P.	Const°
avoidant			PTI=3
			DEPI=4
EB: NA,	CDI>3		CDI=4*
			HVI: ns.
			OBS: ns.

CDI>3 : CONTROLS -> RELATIONS -> SELF -> AFFECT -> PROCESSING -> MEDIATION -> IDEATION

Affect	EB: NA, avoidant	CDI
eb = 1 : 2		
Afr = 0,56	Afr : EB : Age	
PC% = 0,36	medium	
ΣC':WΣC = 1:0,5	E.Inhibition	
intel 1	0	
CP = 0		
FC:CF+C = 1:0	Overcontrolled (5/5)	
Pure C = 0		
S = 2	lateS = 1	
Blends/R = 0:14	Bld% 0,00	
StressBld = 0		
Adj Blend = 0:14	AdjBld% 0,00	
3xBld = 0		
>3xBld = 0		
Col-Shd Bld = 0		
Shd Bld = 0		
Blend : EB : L low	Adj Blend : EB : L low	
3xBld % & >3xBld		
Col-Shd Bld : EB	Shd Bld	

Processing			
PSV = 0			attention
DQv 1st = 0			
Zd = -0,5			scanning
Dd = 2			
Zf = 9	medium		efforts
W/D = 7:5			easy:5:7
DQ+ = 2	low		quality
DQv,v/+ = 0			.
W/M = 7:0	NA		objectives

Step3: Loc Sequence (XP), Incoherent Loc Index, ILI = 0

Mediation	
XA% =	0,64
WDA% =	0,67
X-% =	0,36
S- =	1
P =	1
X+% =	0,29
Xu% =	0,36
Stp3a FQ- Homogeneity (5)	
3.1stC-	1/5
BC-	1/5
CC-	4/5
RC-	1/5
PC-	3/5
S-	1/5
Dd-	1/5
M-	0
FMm-	0
Color-	0
Shd-	1/5
F-	4/5
AnXySxBl-	1/5
Hcont-	3/5

Coding Validity			
AGE	Cards	N°	
Loc&DQ			
DET			
FQ			
CONT			
Z score			
SpSc			

Relations		(Perception)
COP =	0	discomfort
AG =	0	
GHR:PHR =	1 : 3	
a:p =	1 : 0	
Food =	0	
SumT =	1	
H Cont. =	4	
Pure H =	0	
PER =	0	
Isol° Indx =	0,14	

Ideation	EB: NA, avoidant		
EBper = NA			
a/p = 1 : 0	NA	Sum6=	4
HVI		Lvl2 =	2
OBS		Wsum6	17
MOR=0		WSum6 : Age	
m=1		disturbed thinking 3/3	
FM=0	hasty needs satisfaction		
Ma/Mp = 0 : 0	NA	M- =	0
Intel° = 1	0	Mnone	0

H Cont:R:EB (Interest)	medium
Hpur:R:EB (comp°)	NA

Self		
EGO = 0,14	EGO : Age:	low
Fr+rF = 0		
SumV = 0		
FD = 0		
An+Xy = 0		
MOR = 0		
H:(H)+Hd+(Hd) = 0:4	Self R°	NA

Step 7b :Human content responses quality (XP)

Generally Positive Features, GPF	Sum=18	μ=4,5
Generally Negative Features,GNF	Sum=6	μ=1,5

الملخص الشكلي للحالة A10

Compute for Scoring	R = 26	L = 1,17	F% = 0,54		
			Age: 42		
			Controls		
EB = 3 : 3	EA = 6	EBper = 1,0	Step 1) Adj D	Normal	
eb = 7 : 2	es = 9	D = -1	Step 2) EA	cf. Step 4	
ambitent avoidant	Adj es = 8	Adj D = 0	Step 3) EB &L	Valid EA but cf. Step 4	
FM = 5	SumC'= 1	SumT= 0			
m = 2	SumV= 1	SumY= 0	Step 4) Adj es	Valid AdjD	
EBt (XP) EBt = 0					

S-CON = 4			
Styles	State	Patho. P.	Const°
avoidant			PTI=2
	D<Daj		DEPI=5*
ambitent			CDI=2
Passive			HVI: ns.
			OBS: ns.

D<DAJ : CONTROLS -> STRESS THEN,
L>0,99 : PROCESSING -> MEDIATION -> IDEATION -> CONTROLS -> AFFECT -> SELF -> RELATIONS

Affect	ambitent avoidant DEPI	
eb = 7 : 2	Discomfort	
	S.Criticism	
Afr = 0,53	Afr : EB : Age	
PC% = 0,35	medium	
ΣC':WΣC = 1:3		
intel 1	0	
CP = 0		
FC:CF+C = 2:2	Lability (2/5)	
Pure C = 0		
S = 2	lateS = 1	
Blends/R = 3:26	Bld% 0,12	
StressBld = 0		
Adj Blend = 3:26	AdjBld% 0,12	
3xBld = 1		
>3xBld = 0		
Col-Shd Bld = 1		
Shd Bld = 0		
Blend : EB : L medium	Adj Blend : EB : L medium	
3xBld % & >3xBld unusual complexity cf. ressources, controls & modulation		
Col-Shd Bld : EB confusion	Shd Bld	

Processing			
PSV = 0			attention
DQv 1st = 0			
Zd = 2			scanning
Dd = 0			
Zf = 9	medium		efforts
W/D = 6:20	ecomonical		easy:4:6
DQ+ = 5	medium		quality
DQv,v/+ = 2	failures		
W/M = 6:3			objectives

Step3: Loc Sequence (XP), Incoherent Loc Index, ILI = 0

Mediation	
XA% =	0,88
WDA% =	0,88
X-% =	0,12
S- =	0
P =	4
X+% =	0,46
Xu% =	0,42
Stp3a FQ- Homogeneity (3)	
3.1stC-	2/3
BC-	0
CC-	1
RC-	2/3
PC-	1/3
S-	0
Dd-	0
M-	0
FMm-	1/3
Color-	1/3
Shd-	0
F-	1/3
AnXySxBl-	1/3
Hcont-	0

Coding Validity			
AGE	Cards	N°	
Loc&DQ			
DET			
FQ			
CONT			
Z score			
SpSc			

Relations		(Perception)
COP =	0	agressive
AG =	2	
GHR:PHR =	1 : 3	
a:p =	3 : 9	Passive
Food =	2	
SumT =	0	
H Cont. =	4	
Pure H =	2	
PER =	0	
Isol° Indx =	0,19	

Ideation	ambitent avoidant		
EBper = 1,0			
a/p = 3 : 9	fixed values	Sum6=	7
HVI		Lvl2 =	3
OBS		Wsum6	26
MOR=0		WSum6 : Age	
m=2	peripheral ideation (stress)	disturbed thinking 3/3	
FM=5	peripheral overload (chronic / transient?)		
Ma/Mp = 2 : 2		M- =	0
Intel° = 1	0	Mnone	0

H Cont:R:EB (Interest)	medium
Hpur:R:EB (comp°)	realist

Self		
EGO = 0,15	EGO : Age:	low
Fr+rF = 0		
SumV = 1	Self Criticism	
FD = 0		
An+Xy = 0		
MOR = 0		
H:(H)+Hd+(Hd) = 2:2	Self R°	NA

Step 7b :Human content responses quality (XP)

Generally Positive Features, GPF	Sum=20	μ=5
Generally Negative Features,GNF	Sum=3	μ=0,8

الملخص الشكلي للحالة A11

Compute for Scoring	R = 15	L = 0,50	F% = 0,33		
			Age: 41		
			Controls		
EB = 4 : 0	EA = 4	EBper = NA	Step 1) Adj D	Vulnerable	
eb = 3 : 7	es = 10	D = -2	Step 2) EA	Valid AdjD	
EB: NA,	Adj es = 8	Adj D = -1	Step 3) EB &L	Invalid AdjD (SumM=0)	
FM = 2	SumC'= 3	SumT= 0			
m = 1	SumV= 1	SumY= 3	Step 4) Adj es	Abandon	
EBt (XP) EBt = -1					

S-CON = 7			
Styles	State	Patho. P.	Const°
EB: NA,	D<Daj CDI>3 Daj<0	DEPI&CDI DEPI>5	PTI=0 DEPI=6* CDI=5* HVI: ns. OBS: ns.

Affect	EB: NA,	DEPI	CDI
eb = 3 : 7	Discomfort		
Irritation Helplessness	S.Criticism		
Afr = 0,36	Afr : EB : Age		
PC% = 0,27	E.avoidance (cf. C':C & intell°)		
ΣC':WΣC = 3:0	E.Inhibition		
intel 0	0		
CP = 0			
FC:CF+C = 0:0	NA		
Pure C = 0			
S = 3	lateS = 2		
Blends/R = 4:15	Bld% 0,27		
StressBld = 1			
Adj Blend = 4:15	AdjBld% 0,27		
3xBld = 0			
>3xBld = 0			
Col-Shd Bld = 0			
Shd Bld = 1			
Blend : EB : L high	Adj Blend : EB : L high		
3xBld % & >3xBld			
Col-Shd Bld : EB	Shd Bld ***		

DEPI & CDI : RELATIONS -> SELF -> CONTROLS -> AFFECT -> PROCESSING -> MEDIATION -> IDEATION

Processing			
PSV = 0			attention
DQv 1st = 4	C. Impuls. OR Attention diff.		
Zd = 5	overincorporative		scanning
Dd = 0			
Zf = 8	low		efforts
W/D = 6:9	ecomonical		easy:4:6
DQ+ = 3	low		quality
DQv,v/+ = 4	failures		.
W/M = 6:4			objectives

Step3: Loc Sequence (XP), Incoherent Loc Index, ILI = 0

Mediation	
XA% =	0,73
WDA% =	0,73
X-% =	0,27
S- =	0
P =	2
X+% =	0,27
Xu% =	0,47
Stp3a FQ- Homogeneity (4)	
3.1stC-	1/2
BC-	1/2
CC-	1/2
RC-	1/2
PC-	0
S-	0
Dd-	0
M-	0
FMm-	0
Color-	0
Shd-	0
F-	1
AnXySxBl-	0
Hcont-	0

Coding Validity			
AGE	Cards	N°	
Loc&DQ			
DET			
FQ			
CONT			
Z score			
SpSc			

Relations		(Perception)
COP =	0	discomfort
AG =	0	
GHR:PHR =	3 : 1	
a:p =	6 : 1	
Food =	0	
SumT =	0	
H Cont. =	4	
Pure H =	1	
PER =	1	
Isol° Indx =	1,07	isolated
H Cont:R:EB (Interest)	medium	
Hpur:R:EB (comp°)	NA	

Ideation	EB: NA,		
EBper = NA			
a/p = 6 : 1	rigid values	Sum6= 2	
HVI		Lvl2 = 2	
OBS		Wsum6 12	
MOR=1		WSum6 : Age	
m=1		ideational discontinuity 2/3	
FM=2			
Ma/Mp = 4 : 0		M- = 0	
Intel° = 0	0	Mnone 0	

Self		
EGO = 0,27	EGO : Age: low	
Fr+rF = 0		
SumV = 1	Self Criticism	
FD = 0		
An+Xy = 1		
MOR = 1		
H:(H)+Hd+(Hd) = 1:3	Self R° NA	

Step 7b :Human content responses quality (XP)
Generally Positive Features, GPF Sum=11 μ=5,3
Generally Negative Features,GNF Sum=2 μ=0,5

الملخص الشكلي للحالة A12

Compute for Scoring	R = 14	L = 1,33	F% = 0,57		
			Age: 40		
			Controls		
EB = 0 : 3	EA = 3	EBper = NA	Step 1) Adj D	Immature	
eb = 0 : 3	es = 3	D = 0	Step 2) EA	cf. Step 4	
EB: NA, avoidant	Adj es = 3	Adj D = 0	Step 3) EB &L	Invalid EA	
FM = 0	SumC'= 1	SumT= 1			
m = 0	SumV= 0	SumY= 1	Step 4) Adj es	Abandon	
EBt (XP) EBt = 1					

S-CON = 5			
Styles	State	Patho. P.	Const°
avoidant EB: NA,	CDI>3		PTI=1 DEPI=4 CDI=5* HVI: ns. OBS: ns.

Affect	EB: NA, avoidant	CDI
eb = 0 : 3		
Afr = 0,40	Afr : EB : Age	
PC% = 0,29	E.avoidance (cf. C':C & intell°)	
ΣC':WΣC = 1:3		
intel 0	0	
CP = 0		
FC:CF+C = 0:3	E.impulsiveness (1/5)	
Pure C = 0		
S = 0	lateS = 0	
Blends/R = 0:14	Bld% 0,00	
StressBld = 0		
Adj Blend = 0:14	AdjBld% 0,00	
3xBld = 0		
>3xBld = 0		
Col-Shd Bld = 0		
Shd Bld = 0		
Blend : EB : L low	Adj Blend : EB : L low	
3xBld % & >3xBld		
Col-Shd Bld : EB	Shd Bld	

CDI>3 : CONTROLS -> RELATIONS -> SELF -> AFFECT -> PROCESSING -> MEDIATION -> IDEATION

Processing			
PSV = 0			attention
DQv 1st = 4	C. Impuls. OR Attention diff.		
Zd = -2,5			scanning
Dd = 2			
Zf = 5	low		efforts
W/D = 8:4	effort		easy:5:8
DQ+ = 0	low		quality
DQv,v/+ = 7	failures		.
W/M = 8:0	NA		objectives

Step3: Loc Sequence (XP), Incoherent Loc Index, ILI = 0

Mediation	
XA% =	0,64
WDA% =	0,58
X-% =	0,21
S- =	0
P =	3
X+% =	0,43
Xu% =	0,21
Stp3a FQ- Homogeneity (3)	
3.1stC-	1/3
BC-	0
CC-	1
RC-	1/3
PC-	2/3
S-	0
Dd-	0
M-	0
FMm-	0
Color-	2/3
Shd-	1/3
F-	0
AnXySxBl-	2/3
Hcont-	0

Coding Validity			
AGE	Cards	N°	
Loc&DQ			
DET			
FQ			
CONT			
Z score			
SpSc			

Relations		(Perception)
COP =	0	discomfort
AG =	0	
GHR:PHR =	1 : 1	
a:p =	0 : 0	
Food =	1	
SumT =	1	
H Cont. =	2	
Pure H =	1	
PER =	0	
Isol° Indx =	0,57	isolated
H Cont:R:EB (Interest)	medium	
Hpur:R:EB (comp°)	NA	

Ideation	EB: NA, avoidant		
EBper = NA			
a/p = 0 : 0	NA	Sum6= 2	
HVI		Lvl2 = 1	
OBS		Wsum6 6	
MOR=1		WSum6 : Age	
m=0		no problem	
FM=0	hasty needs satisfaction		
Ma/Mp = 0 : 0	NA	M- = 0	
Intel° = 0	0	Mnone 0	

Self		
EGO = 0,07	EGO : Age: low	
Fr+rF = 0		
SumV = 0		
FD = 0		
An+Xy = 2		
MOR = 1		
H:(H)+Hd+(Hd) = 1:1	Self R° NA	

Step 7b :Human content responses quality (XP)
Generally Positive Features, GPF Sum=11 μ=5,5
Generally Negative Features,GNF Sum=1 μ=0,5

الملخص الشكلي للحالة A13

Compute for Scoring	R = 21	L = 0,50	F% = 0,33		
			Age: 38		
			Controls		
EB = 8 : 2,5	EA = 10,5	EBper = 3,2	Step 1) Adj D	Normal	
eb = 4 : 5	es = 9	D = 0	Step 2) EA	Valid AdjD	
introversive	Adj es = 8	Adj D = 0	Step 3) EB &L	Valid EA & AdjD	
FM = 2	SumC'= 2	SumT= 0			
m = 2	SumV= 3	SumY= 0	Step 4) Adj es	Valid AdjD	
EBt (XP)	EBt = -0,52				

S-CON = 4			
Styles	State	Patho. P.	Const°
introversive		DEPI>5	PTI=3 DEPI=6* CDI=2 HVI: ns. OBS: ns.

Affect	introversive	DEPI
eb = 4 : 5	Discomfort	
	S.Criticism	
Afr = 0,40	Afr : EB : Age	
PC% = 0,29	E.avoidance (cf. C':C & intell°)	
ΣC':WΣC = 2:2,5		
intel 6	Intell° (style)	
CP = 0		
FC:CF+C = 0:2	E.impulsiveness (1/5)	
Pure C = 1	occasional discharge	
S = 3	lateS = 2	
Blends/R = 6:21	Bld% 0,29	
StressBld = 2		
Adj Blend = 5:21	AdjBld% 0,24	
3xBld = 0		
>3xBld = 0		
Col-Shd Bld = 0		
Shd Bld = 0		
Blend : EB : L	Adj Blend : EB : L	
high	medium	
3xBld % & >3xBld		
Col-Shd Bld : EB	Shd Bld	

DEPI>5 : AFFECT -> CONTROLS -> SELF -> RELATIONS -> PROCESSING -> MEDIATION -> IDEATION

Processing			
PSV = 0			attention
DQv 1st = 1	C. Impuls. OR Attention diff.		
Zd = -6	underincorporative		scanning
Dd = 1			
Zf = 13	medium		efforts
W/D = 10:10	ecomonical		easy:8:10
DQ+ = 7	medium		quality
DQv,v/+ = 2	failures		.
W/M = 10:8			objectives
Step3: Loc Sequence (XP), Incoherent Loc Index, ILI = 0			

Mediation	
XA% =	0,71
WDA% =	0,75
X-% =	0,24
S- =	2
P =	7
X+% =	0,48
Xu% =	0,24
Stp3a FQ- Homogeneity (5)	
3.1stC-	0
BC-	2/5
CC-	3/5
RC-	0
PC-	3/5
S-	2/5
Dd-	1/5
M-	3/5
FMm-	0
Color-	0
Shd-	0
F-	2/5
AnXySxBl-	0
Hcont-	3/5

Coding Validity			
AGE	Cards	N°	
Loc&DQ			
DET			
FQ			
CONT			
Z score			
SpSc			

Relations		(Perception)
COP =	3	confused
AG =	3	(conflict)
GHR:PHR =	4 : 8	
a:p =	7 : 5	
Food =	0	
SumT =	0	
H Cont. =	11	
Pure H =	6	
PER =	0	
Isol° Indx =	0,29	reluctance
H Cont:R:EB (Interest)		high
Hpur:R:EB (comp°)		realist

Ideation	introversive		
EBper = 3,2	Pervasive		
a/p = 7 : 5		Sum6=	7
HVI		Lvl2 =	4
OBS		Wsum6	33
MOR=2		WSum6 : Age	
m=2	peripheral ideation (stress)	disturbed thinking 3/3	
FM=2			
Ma/Mp = 5 : 3		M- =	3
Intel° = 6	Intell° (style)	Mnone	0

Self		
EGO = 0,43	EGO : Age:	medium
Fr+rF = 0		
SumV = 3	Self Criticism	
FD = 1		
An+Xy = 0		
MOR = 2		
H:(H)+Hd+(Hd) = 6:5	Self R°	imagination
Step 7b :Human content responses quality (XP)		
Generally Positive Features, GPF	Sum=55	μ=5
Generally Negative Features,GNF	Sum=14	μ=1,3

الملخص الشكلي للحالة A14

Compute for Scoring	R = 25	L = 0,92	F% = 0,48		
			Age: 35		
			Controls		
EB = 2 : 3,5	EA = 5,5	EBper = 1,8	Step 1) Adj D	Immature	
eb = 4 : 5	es = 9	D = -1	Step 2) EA	cf. Step 4	
ambitent	Adj es = 8	Adj D = 0	Step 3) EB &L	Valid EA & AdjD	
FM = 3	SumC'= 2	SumT= 1			
m = 1	SumV= 0	SumY= 2	Step 4) Adj es	Valid AdjD	
EBt (XP)	EBt = 0,27				

S-CON = 9			
	Positive		
Styles	State	Patho. P.	Const°
ambitent	D<Daj CDI>3	DEPI&CDI DEPI>5	PTI=2 DEPI=6* CDI=4* HVI: ns. OBS: ns.

Affect	ambitent	DEPI CDI
eb = 4 : 5	Discomfort	
Afr = 0,47	Afr : EB : Age	
PC% = 0,32	low	
ΣC':WΣC = 2:3,5		
intel 4	Intell° (style)	
CP = 0		
FC:CF+C = 1:3	E.impulsiveness (1/5)	
Pure C = 0		
S = 4	lateS = 1	
Blends/R = 3:25	Bld% 0,12	
StressBld = 1		
Adj Blend = 3:25	AdjBld% 0,12	
3xBld = 0		
>3xBld = 0		
Col-Shd Bld = 2		
Shd Bld = 0		
Blend : EB : L	Adj Blend : EB : L	
low	low	
3xBld % & >3xBld		
Col-Shd Bld : EB	Shd Bld	
confusion		

DEPI & CDI : RELATIONS -> SELF -> CONTROLS -> AFFECT -> PROCESSING -> MEDIATION -> IDEATION

Processing			
PSV = 0			attention
DQv 1st = 1	C. Impuls. OR Attention diff.		
Zd = -7	underincorporative		scanning
Dd = 3			
Zf = 9	medium		efforts
W/D = 10:12	ecomonical		easy:9:10
DQ+ = 0	low		quality
DQv,v/+ = 5	failures		
W/M = 10:2	Positive		objectives
Step3: Loc Sequence (XP), Incoherent Loc Index, ILI = 1			

Mediation	
XA% =	0,68
WDA% =	0,68
X-% =	0,24
S- =	1
P =	2
X+% =	0,28
Xu% =	0,40
Stp3a FQ- Homogeneity (6)	
3.1stC-	5/6
BC-	2/3
CC-	1/3
RC-	1/3
PC-	0
S-	1/6
Dd-	0
M-	0
FMm-	1/2
Color-	0
Shd-	0
F-	1/2
AnXySxBl-	1/6
Hcont-	0

Coding Validity			
AGE	Cards	N°	
Loc&DQ			
DET			
FQ			
CONT			
Z score			
SpSc			

Relations		(Perception)
COP =	1	positive
AG =	1	
GHR:PHR =	0 : 7	
a:p =	3 : 3	
Food =	1	
SumT =	1	
H Cont. =	5	
Pure H =	0	
PER =	1	
Isol° Indx =	0,24	
H Cont:R:EB (Interest)		medium
Hpur:R:EB (comp°)		misunderst

Ideation	ambitent		
EBper = 1,8			
a/p = 3 : 3		Sum6=	10
HVI		Lvl2 =	7
OBS		Wsum6	51
MOR=1		WSum6 : Age	
m=1		disturbed thinking 3/3	
FM=3			
Ma/Mp = 0 : 2	Snow White S.	M- =	0
Intel° = 4	Intell° (style)	Mnone	1

Self		
EGO = 0,08	EGO : Age:	low
Fr+rF = 0		
SumV = 0		
FD = 1		
An+Xy = 1		
MOR = 1		
H:(H)+Hd+(Hd) = 0:5	Self R°	NA
Step 7b :Human content responses quality (XP)		
Generally Positive Features, GPF	Sum=21	μ=4,2
Generally Negative Features,GNF	Sum=6	μ=1,2

الملخص الشكلي للحالة A15

Compute for Scoring	R = 14	L = 1,33	F% = 0,57		
			Age: 33		
			Controls		
EB = 1 : 3,5	EA = 4,5	EBper = 3,5	Step 1) Adj D	Immature	
eb = 3 : 1	es = 4	D = 0	Step 2) EA	cf. Step 4	
extratensive avoidant	Adj es = 4	Adj D = 0	Step 3) EB &L	Valid EA but cf. Step 4	
FM = 2	SumC'= 0	SumT= 0	Step 4) Adj es	Overestimated AdjD	
m = 1	SumV= 0	SumY= 1			
EBt (XP)	EBt = 0,56				

S-CON = 5			
Styles	State	Patho. P.	Const°
avoidant			PTI=2
			DEPI=4
extratensive	CDI>3		CDI=4*
			HVI: ns.
			OBS: ns.

CDI>3 : CONTROLS -> RELATIONS -> SELF -> AFFECT -> PROCESSING -> MEDIATION -> IDEATION

Affect	extratensive avoid	CDI
eb = 3 : 1		
Afr = 0,27	Afr : EB : Age	
PC% = 0,21	E.avoidance (cf. C':C & intell°)	
ΣC':WΣC = 0:3,5		
intel 3	0	
CP = 0		
FC:CF+C = 0:3	E.impulsiveness (1/5)	
Pure C = 1	occasional discharge	
S = 0	lateS = 0	
Blends/R = 3:14	Bld% 0,21	
StressBld = 1		
Adj Blend = 3:14	AdjBld% 0,21	
3xBld = 0		
>3xBld = 0		
Col-Shd Bld = 0		
Shd Bld = 0		
Blend : EB : L high	Adj Blend : EB : L high	
3xBld % & >3xBld		
Col-Shd Bld : EB	Shd Bld	

Processing			
PSV = 0			attention
DQv 1st = 2	C. Impuls. OR Attention diff.		
Zd = -3			scanning
Dd = 1			
Zf = 7	medium		efforts
W/D = 6:7	ecomonical		easy:4:6
DQ+ = 2	low		quality
DQv,v/+ = 2			.
W/M = 6:1	Positive		objectives
Step3: Loc Sequence (XP), Incoherent Loc Index, ILI = 0			

Mediation	
XA% =	0,57
WDA% =	0,54
X-% =	0,36
S- =	0
P =	3
X+% =	0,57
Xu% =	0,00
Stp3a FQ- Homogeneity (5)	
3.1stC-	2/5
BC-	3/5
CC-	2/5
RC-	2/5
PC-	0
S-	0
Dd-	0
M-	1/5
FMm-	0
Color-	1/5
Shd-	1/5
F-	3/5
AnXySxBl-	3/5
Hcont-	1/5

Coding Validity			
AGE	Cards	N°	
Loc&DQ			
DET			
FQ			
CONT			
Z score			
SpSc			

Relations		(Perception)
COP =	0	positive
AG =	1	
GHR:PHR =	0 : 1	
a:p =	3 : 1	
Food =	0	
SumT =	0	
H Cont. =	1	
Pure H =	1	
PER =	0	
Isol° Indx =	0,14	
H Cont:R:EB (Interest)	low	
Hpur:R:EB (comp°)	NA	

Ideation	extratensive avoidant		
EBper = 3,5	Pervasive		
a/p = 3 : 1	fixed values	Sum6=	0
HVI		Lvl2 =	0
OBS		Wsum6	0
MOR=3	pessimism	WSum6 : Age	
m=1			
FM=2		no problem	
Ma/Mp = 0 : 1	NA	M- =	1
Intel° = 3	0	Mnone	0

Self			
EGO =	0,14	EGO : Age:	low
Fr+rF =	0		
SumV =	0		
FD =	0		
An+Xy =	2		
MOR =	3		
H:(H)+Hd+(Hd) =	1:0	Self R°	NA
Step 7b :Human content responses quality (XP)			
Generally Positive Features, GPF		Sum=4	µ=4
Generally Negative Features,GNF		Sum=4	µ=4

الملخص الشكلي للحالة A16

Compute for Scoring	R = 16	L = 1,67	F% = 0,63		
			Age: 32		
			Controls		
EB = 1 : 0	EA = 1	EBper = NA	Step 1) Adj D	Immature	
eb = 1 : 1	es = 2	D = 0	Step 2) EA	cf. Step 4	
EB: NA, avoidant	Adj es = 2	Adj D = 0	Step 3) EB &L	Invalid EA	
FM = 1	SumC'= 0	SumT= 0	Step 4) Adj es	Abandon	
m = 0	SumV= 1	SumY= 0			
EBt (XP)	EBt = -1				

S-CON = 5			
Styles	State	Patho. P.	Const°
avoidant			PTI=3
			DEPI=5*
EB: NA,	CDI>3		CDI=4*
			HVI: ns.
			OBS: ns.

CDI>3 : CONTROLS -> RELATIONS -> SELF -> AFFECT -> PROCESSING -> MEDIATION -> IDEATION

Affect	EB: NA, avoidant	DEPI	CDI
eb = 1 : 1			
	S.Criticism		
Afr = 0,45	Afr : EB : Age		
PC% = 0,31	medium		
ΣC':WΣC = 0:0			
intel 3	0		
CP = 0			
FC:CF+C = 0:0	NA		
Pure C = 0			
S = 4	lateS = 1		
Blends/R = 0:16	Bld% 0,00		
StressBld = 0			
Adj Blend = 0:16	AdjBld% 0,00		
3xBld = 0			
>3xBld = 0			
Col-Shd Bld = 0			
Shd Bld = 0			
Blend : EB : L low	Adj Blend : EB : L low		
3xBld % & >3xBld			
Col-Shd Bld : EB	Shd Bld		

Processing			
PSV = 0			attention
DQv 1st = 2	C. Impuls. OR Attention diff.		
Zd = -0,5			scanning
Dd = 1			
Zf = 7	medium		efforts
W/D = 7:8	ecomonical		easy:3:7
DQ+ = 3	low		quality
DQv,v/+ = 3	failures		
W/M = 7:1	Positive		objectives
Step3: Loc Sequence (XP), Incoherent Loc Index, ILI = 0			

Mediation	
XA% =	0,44
WDA% =	0,47
X-% =	0,38
S- =	2
P =	3
X+% =	0,31
Xu% =	0,13
Stp3a FQ- Homogeneity (6)	
3.1stC-	1/3
BC-	1/6
CC-	5/6
RC-	1/3
PC-	1/2
S-	1/3
Dd-	1/6
M-	1/6
FMm-	0
Color-	0
Shd-	1/6
F-	2/3
AnXySxBl-	0
Hcont-	2/3

Coding Validity			
AGE	Cards	N°	
Loc&DQ			
DET			
FQ			
CONT			
Z score			
SpSc			

Relations		(Perception)
COP =	0	discomfort
AG =	0	
GHR:PHR =	1 : 5	
a:p =	2 : 0	
Food =	0	
SumT =	0	
H Cont. =	7	
Pure H =	1	
PER =	0	
Isol° Indx =	0,06	
H Cont:R:EB (Interest)	high	
Hpur:R:EB (comp°)	NA	

Ideation	EB: NA, avoidant		
EBper = NA			
a/p = 2 : 0	NA	Sum6=	5
HVI		Lvl2 =	2
OBS		Wsum6	24
MOR=0		WSum6 : Age	
m=0		disturbed thinking	
FM=1	hasty needs satisfaction	3/3	
Ma/Mp = 1 : 0	NA	M- =	1
Intel° = 3	0	Mnone	0

Self			
EGO =	0,31	EGO : Age:	low
Fr+rF =	0		
SumV =	1	Self Criticism	
FD =	0		
An+Xy =	1		
MOR =	0		
H:(H)+Hd+(Hd) =	1:6	Self R°	NA
Step 7b :Human content responses quality (XP)			
Generally Positive Features, GPF		Sum=28	µ=4
Generally Negative Features,GNF		Sum=10	µ=1,4

الملخص الشكلي للحالة A17

Compute for Scoring					
R = 15	L = 0,88	F% = 0,47			
		Age: 30			
EB = 0 : 3,5	EA = 3,5	EBper = NA	Controls		
eb = 2 : 3	es = 5	D = 0	Step 1) Adj D	Immature	
EB: NA,	Adj es = 5	Adj D = 0	Step 2) EA	cf. Step 4	
			Step 3) EB &L	Valid EA but cf. Step 4	
FM = 1	SumC'= 3	SumT= 0			
m = 1	SumV= 0	SumY= 0	Step 4) Adj es	Valid AdjD	
EBt (XP) EBt = 1					

S-CON = 7			
Styles	State	Patho. P.	Const°
Reflection			PTI=0
EB: NA,	CDI>3		DEPI=4
			CDI=4*
			HVI: ns.
			OBS: ns.

CDI>3 : CONTROLS -> RELATIONS -> SELF -> AFFECT -> PROCESSING -> MEDIATION -> IDEATION

Processing			
PSV = 0			attention
DQv 1st = 1	C. Impuls. OR Attention diff.		
Zd = 4	overincorporative		scanning
Dd = 0			
Zf = 9	medium		efforts
W/D = 9:6			easy:4:9
DQ+ = 2	low		quality
DQv,v/+ = 2			.
W/M = 9:0	NA		objectives

Step3: Loc Sequence (XP), Incoherent Loc Index, ILI = 1

Ideation	EB: NA,		
EBper = NA			
a/p = 1 : 1	NA	Sum6=	1
HVI		Lvl2 =	1
OBS		Wsum6	4
MOR=0		WSum6 : Age	
m=1			
FM=1		no problem	
	needs conceptualisation		
Ma/Mp = 0 : 0	NA	M- =	0
Intel° = 3	0	Mnone	0

Mediation	
XA% =	0,80
WDA% =	0,80
X-% =	0,13
S- =	0
P =	2
X+% =	0,60
Xu% =	0,20
Stp3a FQ- Homogeneity (2)	
3.1stC-	0
BC-	1
CC-	0
RC-	0
PC-	0
S-	0
Dd-	0
M-	0
FMm-	0
Color-	0
Shd-	0
F-	1
AnXySxBl-	0
Hcont-	0

Coding Validity			
AGE	Cards	N°	
Loc&DQ			
DET			
FQ			
CONT			
Z score			
SpSc			

Relations		(Perception)
COP =	0	discomfort
AG =	0	
GHR:PHR =	3 : 1	
a:p =	1 : 1	
Food =	0	
SumT =	0	
H Cont. =	4	
Pure H =	3	
PER =	0	
Isol° Indx =	0,40	isolated

H Cont:R:EB (Interest)	medium
Hpur:R:EB (comp°)	NA

Affect	EB: NA,	CDI
eb = 2 : 3		
Irritation		
Afr = 0,25	Afr : EB : Age	
PC% = 0,2	E.avoidance (cf. C':C & intell°)	
ΣC':WΣC = 3:3,5		
intel 3	0	
CP = 0		
FC:CF+C = 2:2	Lability (2/5)	
Pure C = 1	occasional discharge	
S = 1	lateS = 1	
Blends/R = 2:15	Bld% 0,13	
StressBld = 0		
Adj Blend = 2:15	AdjBld% 0,13	
3xBld = 0		
>3xBld = 0		
Col-Shd Bld = 2		
Shd Bld = 0		
Blend : EB : L	Adj Blend : EB : L	
low	low	
3xBld % & >3xBld		
Col-Shd Bld : EB	Shd Bld	
confusion		

Self			
EGO =	0,67	EGO : Age:	high
Fr+rF =	1		
SumV =	0		
FD =	0		
An+Xy =	0		
MOR =	0		
H:(H)+Hd+(Hd) =	3:1	Self R°	imagination

Step 7b :Human content responses quality (XP)

Generally Positive Features, GPF	Sum=22	µ=5,5
Generally Negative Features,GNF	Sum=3	µ=0,8

الملخص الشكلي للحالة A18

Compute for Scoring					
R = 14	L = 0,75	F% = 0,43			
		Age: 28			
EB = 1 : 3	EA = 4	EBper = 3,0	Controls		
eb = 2 : 3	es = 5	D = 0	Step 1) Adj D	Immature	
extratensive	Adj es = 5	Adj D = 0	Step 2) EA	cf. Step 4	
			Step 3) EB &L	Valid EA & AdjD	
FM = 2	SumC'= 1	SumT= 2			
m = 0	SumV= 0	SumY= 0	Step 4) Adj es	Valid AdjD	
EBt (XP) EBt = 0,5					

S-CON = 8			
	Positive		
Styles	State	Patho. P.	Const°
extratensive	CDI>3		PTI=3
			DEPI=5*
			CDI=5*
			HVI: ns.
			OBS: ns.

CDI>3 : CONTROLS -> RELATIONS -> SELF -> AFFECT -> PROCESSING -> MEDIATION -> IDEATION

Processing			
PSV = 0			attention
DQv 1st = 0			
Zd = -5,5	underincorporative		scanning
Dd = 1			
Zf = 7	low		efforts
W/D = 5:8	ecomonical		easy:5:5
DQ+ = 2	low		quality
DQv,v/+ = 1			
W/M = 5:1	Positive		objectives

Step3: Loc Sequence (XP), Incoherent Loc Index, ILI = 0

Ideation	extratensive		
EBper = 3,0	Pervasive		
a/p = 1 : 2	NA	Sum6=	1
HVI		Lvl2 =	0
OBS		Wsum6	2
MOR=1		WSum6 : Age	
m=0			
FM=2		no problem	
	needs conceptualisation		
Ma/Mp = 0 : 1	NA	M- =	0
Intel° = 0	0	Mnone	0

Mediation	
XA% =	0,36
WDA% =	0,38
X-% =	0,64
S- =	0
P =	3
X+% =	0,21
Xu% =	0,14
Stp3a FQ- Homogeneity (9)	
3.1stC-	4/9
BC-	4/9
CC-	5/9
RC-	2/9
PC-	1/3
S-	0
Dd-	1/9
M-	0
FMm-	0
Color-	1/3
Shd-	2/9
F-	5/9
AnXySxBl-	2/3
Hcont-	2/9

Coding Validity			
AGE	Cards	N°	
Loc&DQ			
DET			
FQ			
CONT			
Z score			
SpSc			

Relations		(Perception)
COP =	0	discomfort
AG =	0	
GHR:PHR =	2 : 2	
a:p =	1 : 2	
Food =	1	
SumT =	2	
H Cont. =	4	
Pure H =	1	
PER =	1	
Isol° Indx =	0,00	

H Cont:R:EB (Interest)	medium
Hpur:R:EB (comp°)	NA

Affect	extratensive	DEPI	CDI
eb = 2 : 3			
Loneliness			
Afr = 0,40	Afr : EB : Age		
PC% = 0,29	E.avoidance (cf. C':C & intell°)		
ΣC':WΣC = 1:3			
intel 0	0		
CP = 0			
FC:CF+C = 0:3	E.impulsiveness (1/5)		
Pure C = 0			
S = 0	lateS = 0		
Blends/R = 1:14	Bld% 0,07		
StressBld = 0			
Adj Blend = 1:14	AdjBld% 0,07		
3xBld = 0			
>3xBld = 0			
Col-Shd Bld = 1			
Shd Bld = 0			
Blend : EB : L	Adj Blend : EB : L		
low	low		
3xBld % & >3xBld			
Col-Shd Bld : EB	Shd Bld		

Self			
EGO =	0,14	EGO : Age:	low
Fr+rF =	0		
SumV =	0		
FD =	0		
An+Xy =	6		
MOR =	1		
H:(H)+Hd+(Hd) =	1:3	Self R°	NA

Step 7b :Human content responses quality (XP)

Generally Positive Features, GPF	Sum=22	µ=5,5
Generally Negative Features,GNF	Sum=3	µ=0,8

الملخص الشكلي للحالة A19

Compute for Scoring	R = 17	L = 1,43	F% = 0,59	Age: 29

EB = 0 : 5,5	EA = 5,5	EBper = NA	Step 1) Adj D	Controlled
eb = 0 : 2	es = 2	D = 1	Step 2) EA	cf. Step 4
EB: NA, avoidant	Adj es = 2	Adj D = 1	Step 3) EB &L	Invalid AdjD (WsumC=0)
FM = 0	SumC'= 1	SumT= 1		
m = 0	SumV= 0	SumY= 0	Step 4) Adj es	Abandon
EBt (XP) EBt = 1				

S-CON = 3			
Styles	State	Patho. P.	Const°
avoidant			PTI=2
			DEPI=4
EB: NA,			CDI=2
			HVI: ns.
			OBS: ns.

L>0,99 : PROCESSING -> MEDIATION -> IDEATION -> CONTROLS -> AFFECT -> SELF -> RELATIONS

Affect EB: NA, avoidant

eb = 0 : 2		
Afr = 0,55	Afr : EB : Age	
PC% = 0,35	medium	
ΣC':WΣC = 1:5,5		
intel 0	0	
CP = 0		
FC:CF+C = 0:5	E.impulsiveness (1/5)	
Pure C = 1	occasional discharge	
S = 0	lateS = 0	
Blends/R = 0:17	Bld% 0,00	
StressBld = 0		
Adj Blend = 0:17	AdjBld% 0,00	
3xBld = 0		
>3xBld = 0		
Col-Shd Bld = 0		
Shd Bld = 0		
Blend : EB : L low	Adj Blend : EB : L low	
3xBld % & >3xBld		
Col-Shd Bld : EB	Shd Bld	

Processing

PSV = 0		attention
DQv 1st = 2	C. Impuls. OR Attention diff.	
Zd = -2,5		scanning
Dd = 2		
Zf = 4	low	efforts
W/D = 4:11	ecomonical	easy:4:4
DQ+ = 0	low	quality
DQv,v/+ = 5	failures	.
W/M = 4:0	NA	objectives

Step3: Loc Sequence (XP), Incoherent Loc Index, ILI = 1

Mediation

XA% =	0,41
WDA% =	0,47
X-% =	0,29
S- =	0
P =	4
X+% =	0,35
Xu% =	0,06

Stp3a FQ- Homogeneity (5)

3.1stC-	1/5
BC-	4/5
CC-	1/5
RC-	1/5
PC-	0
S-	0
Dd-	1/5
M-	0
FMm-	0
Color-	0
Shd-	1/5
F-	4/5
AnXySxBl-	0
Hcont-	4/5

Coding Validity

AGE ✓	Cards ✓	N° ✓	
Loc&DQ ✓			
DET ✓			
FQ ✓			
CONT ✓			
Z score ✓			
SpSc ✓			

Relations (Perception)

COP =	0	discomfort
AG =	0	
GHR:PHR =	5 : 4	
a:p =	0 : 0	
Food =	0	
SumT =	1	
H Cont. =	9	
Pure H =	5	
PER =	0	
Isol° Indx =	0,12	

H Cont:R:EB (Interest)	high
Hpur:R:EB (comp°)	realist

Ideation EB: NA, avoidant

EBper = NA			
a/p = 0 : 0	NA	Sum6=	0
HVI		Lvl2 =	0
OBS		Wsum6	0
MOR=0		WSum6 : Age	
m=0			
FM=0		no problem	
	hasty needs satisfaction		
Ma/Mp = 0 : 0	NA	M- =	0
Intel° = 0	0	Mnone	0

Self

EGO = 0,18	EGO : Age:	low
Fr+rF = 0		
SumV = 0	Naive Self Image	
FD = 0		
An+Xy = 0		
MOR = 0		
H:(H)+Hd+(Hd) = 5:4	Self R°	experience

Step 7b :Human content responses quality (XP)

Generally Positive Features, GPF	Sum=47	µ=5,2
Generally Negative Features,GNF	Sum=6	µ=0,7

الملخص الشكلي للحالة A20

Compute for Scoring	R = 20	L = 3,00	F% = 0,75	Age: 27

EB = 2 : 1	EA = 3	EBper = 2,0	Step 1) Adj D	Immature
eb = 2 : 1	es = 3	D = 0	Step 2) EA	cf. Step 4
EB: NA, avoidant	Adj es = 3	Adj D = 0	Step 3) EB &L	Invalid EA
FM = 2	SumC'= 0	SumT= 0		
m = 0	SumV= 1	SumY= 0	Step 4) Adj es	Abandon
EBt (XP) EBt = -0,33				

S-CON = 4			
Styles	State	Patho. P.	Const°
avoidant			PTI=0
			DEPI=4
EB: NA,	CDI>3		CDI=5*
			HVI: ns.
			OBS: ns.

CDI>3 : CONTROLS -> RELATIONS -> SELF -> AFFECT -> PROCESSING -> MEDIATION -> IDEATION

Affect EB: NA, avoidant CDI

eb = 2 : 1	Discomfort	
S.Criticism		
Afr = 0,33	Afr : EB : Age	
PC% = 0,25	E.avoidance (cf. C':C & intel°)	
ΣC':WΣC = 0:1		
intel 0	0	
CP = 0		
FC:CF+C = 0:1	E.impulsiveness (1/5)	
Pure C = 0		
S = 2	lateS = 1	
Blends/R = 1:20	Bld% 0,05	
StressBld = 0		
Adj Blend = 1:20	AdjBld% 0,05	
3xBld = 0		
>3xBld = 0		
Col-Shd Bld = 0		
Shd Bld = 0		
Blend : EB : L low	Adj Blend : EB : L low	
3xBld % & >3xBld		
Col-Shd Bld : EB	Shd Bld	

Processing

PSV = 0		attention
DQv 1st = 2	C. Impuls. OR Attention diff.	
Zd = 2,5		scanning
Dd = 3		
Zf = 4	low	efforts
W/D = 2:15	ecomonical	easy:1:2
DQ+ = 3	low	quality
DQv,v/+ = 7	failures	
W/M = 2:2		objectives

Step3: Loc Sequence (XP), Incoherent Loc Index, ILI = 2

Mediation

XA% =	0,75
WDA% =	0,76
X-% =	0,25
S- =	1
P =	3
X+% =	0,30
Xu% =	0,45

Stp3a FQ- Homogeneity (5)

3.1stC-	3/5
BC-	3/5
CC-	2/5
RC-	1/5
PC-	1/5
S-	1/5
Dd-	1/5
M-	1/5
FMm-	0
Color-	1/5
Shd-	0
F-	4/5
AnXySxBl-	0
Hcont-	2/5

Coding Validity

AGE ✓	Cards ✓	N° ✓	
Loc&DQ ✓			
DET ✓			
FQ ✓			
CONT ✓			
Z score ✓			
SpSc ✓			

Relations (Perception)

COP =	0	discomfort
AG =	0	
GHR:PHR =	2 : 3	
a:p =	2 : 2	
Food =	0	
SumT =	0	
H Cont. =	5	
Pure H =	1	
PER =	1	
Isol° Indx =	0,55	isolated

H Cont:R:EB (Interest)	medium
Hpur:R:EB (comp°)	misunderst

Ideation EB: NA, avoidant

EBper = 2,0			
a/p = 2 : 2		Sum6=	0
HVI		Lvl2 =	0
OBS		Wsum6	0
MOR=0		WSum6 : Age	
m=0			
FM=2		no problem	
	hasty needs satisfaction		
Ma/Mp = 0 : 2	Snow White S.	M- =	1
Intel° = 0	0	Mnone	0

Self

EGO = 0,10	EGO : Age:	low
Fr+rF = 0		
SumV = 1	Self Criticism	
FD = 0		
An+Xy = 0		
MOR = 0		
H:(H)+Hd+(Hd) = 1:4	Self R°	NA

Step 7b :Human content responses quality (XP)

Generally Positive Features, GPF	Sum=25	µ=5
Generally Negative Features,GNF	Sum=4	µ=0,8

الملخص الشكلي للحالة A21

Compute for Scoring					
R = 14	L = 3,67	F% = 0,79			
			Age: 24		
EB = 0 : 1	EA = 1	EBper = NA	Step 1) Adj D	Immature	
eb = 0 : 2	es = 2	D = 0	Step 2) EA	cf. Step 4	
EB: NA, avoidant	Adj es = 2	Adj D = 0	Step 3) EB &L	Invalid EA	
FM = 0	SumC'= 0	SumT= 0			
m = 0	SumV= 2	SumY= 0	Step 4) Adj es	Abandon	
EBt (XP) EBt = 1					

S-CON = 8			
Positive			
Styles	State	Patho. P.	Const°
avoidant			PTI=3
			DEPI=6*
EB: NA,	CDI>3	DEPI&CDI	CDI=4*
		DEPI>5	HVI: ns.
			OBS: ns.

Affect	EB: NA, avoidant	DEPI	CDI
eb = 0 : 2			
S.Criticism			
Afr = 0,27	Afr : EB : Age		
PC% = 0,21	E.avoidance (cf. C':C & intell°)		
ΣC':WΣC = 0:1			
intel 1	0		
CP = 0			
FC:CF+C = 0:1	E.impulsiveness (1/5)		
Pure C = 0			
S = 3	lateS = 2		
Blends/R = 0:14	Bld% 0,00		
StressBld = 0			
Adj Blend = 0:14	AdjBld% 0,00		
3xBld = 0			
>3xBld = 0			
Col-Shd Bld = 0			
Shd Bld = 0			
Blend : EB : L low	Adj Blend : EB : L low		
3xBld % & >3xBld			
Col-Shd Bld : EB	Shd Bld		

DEPI & CDI : RELATIONS -> SELF -> CONTROLS -> AFFECT -> PROCESSING -> MEDIATION -> IDEATION

Processing			
PSV = 2	Attention Difficulty (2/2)	attention	
DQv 1st = 0			
Zd = -6,5	underincorporative	scanning	
Dd = 1			
Zf = 11	high	efforts	
W/D = 11:2	effort	easy:8:11	
DQ+ = 0	low	quality	
DQv,v/+ = 0		.	
W/M = 11:0	NA	objectives	
Step3: Loc Sequence (XP), Incoherent Loc Index, ILI = 0			

Mediation	
XA% =	0,50
WDA% =	0,54
X-% =	0,50
S- =	3
P =	0
X+% =	0,07
Xu% =	0,43
Stp3a FQ- Homogeneity (7)	
3.1stC-	3/7
BC-	1/7
CC-	6/7
RC-	3/7
PC-	3/7
S-	3/7
Dd-	1/7
M-	0
FMm-	0
Color-	1/7
Shd-	2/7
F-	4/7
AnXySxBl-	6/7
Hcont-	4/7

Coding Validity			
AGE	Cards	N°	
Loc&DQ			
DET			
FQ			
CONT			
Z score			
SpSc			

Relations		(Perception)
COP =	0	discomfort
AG =	0	
GHR:PHR =	0 : 4	
a:p =	0 : 0	
Food =	0	
SumT =	0	
H Cont. =	4	
Pure H =	0	
PER =	0	
Isol° Indx =	0,00	

Ideation	EB: NA, avoidant		
EBper = NA			
a/p = 0 : 0	NA	Sum6= 3	
HVI		Lvl2 = 0	
OBS		Wsum6 9	
MOR=0		WSum6 : Age	
m=0		ideational slippage 1/3	
FM=0	hasty needs satisfaction		
Ma/Mp = 0 : 0	NA	M- = 0	
Intel° = 1	0	Mnone 0	

H Cont:R:EB (Interest)	medium
Hpur:R:EB (comp°)	NA

Self		
EGO = 0,00	EGO : Age: low	
Fr+rF = 0		
SumV = 2	Self Criticism	
FD = 0		
An+Xy = 4		
MOR = 0		
H:(H)+Hd+(Hd) = 0:4	Self R° NA	
Step 7b :Human content responses quality (XP)		
Generally Positive Features, GPF	Sum=16	μ=4
Generally Negative Features,GNF	Sum=8	μ=2

الملخص الشكلي للحالة A22

Compute for Scoring					
R = 22	L = 1,44	F% = 0,59			
			Age: 24		
EB = 4 : 1,5	EA = 5,5	EBper = 2,7	Step 1) Adj D	Normal	
eb = 4 : 0	es = 4	D = 0	Step 2) EA	cf. Step 4	
introversive avoidant	Adj es = 4	Adj D = 0	Step 3) EB &L	Valid EA but cf. Step 4	
FM = 3	SumC'= 0	SumT= 0			
m = 1	SumV= 0	SumY= 0	Step 4) Adj es	Overestimated AdjD	
EBt (XP) EBt = -0,45					

S-CON = 3			
Styles	State	Patho. P.	Const°
avoidant			PTI=0
			DEPI=3
introversive			CDI=3
			HVI: ns.
			OBS: ns.

Affect	introversive avoidc		
eb = 4 : 0			
Afr = 1,00	Afr : EB : Age		
PC% = 0,5	high		
ΣC':WΣC = 0:1,5			
intel 0	0		
CP = 0			
FC:CF+C = 0:1	E.impulsiveness (1/5)		
Pure C = 1	occasional discharge		
S = 2	lateS = 1		
Blends/R = 0:22	Bld% 0,00		
StressBld = 0			
Adj Blend = 0:22	AdjBld% 0,00		
3xBld = 0			
>3xBld = 0			
Col-Shd Bld = 0			
Shd Bld = 0			
Blend : EB : L low	Adj Blend : EB : L low		
3xBld % & >3xBld			
Col-Shd Bld : EB	Shd Bld		

L>0,99 : PROCESSING -> MEDIATION -> IDEATION -> CONTROLS -> AFFECT -> SELF -> RELATIONS

Processing			
PSV = 0		attention	
DQv 1st = 0			
Zd = 0,5		scanning	
Dd = 4	atypical processing		
Zf = 8	medium	efforts	
W/D = 2:16	ecomonical	easy:2:2	
DQ+ = 4	low	quality	
DQv,v/+ = 5	failures		
W/M = 2:4		objectives	
Step3: Loc Sequence (XP), Incoherent Loc Index, ILI = 3			

Mediation	
XA% =	0,73
WDA% =	0,72
X-% =	0,27
S- =	1
P =	5
X+% =	0,36
Xu% =	0,36
Stp3a FQ- Homogeneity (6)	
3.1stC-	1/3
BC-	2/3
CC-	1/3
RC-	1/6
PC-	1/6
S-	1/6
Dd-	1/6
M-	1/6
FMm-	1/6
Color-	0
Shd-	0
F-	2/3
AnXySxBl-	1/6
Hcont-	1/6

Coding Validity			
AGE	Cards	N°	
Loc&DQ			
DET			
FQ			
CONT			
Z score			
SpSc			

Relations		(Perception)
COP =	1	positive
AG =	1	
GHR:PHR =	4 : 1	
a:p =	4 : 4	
Food =	0	
SumT =	0	
H Cont. =	5	
Pure H =	3	
PER =	0	
Isol° Indx =	0,23	

Ideation	introversive avoidant		
EBper = 2,7	Pervasive		
a/p = 4 : 4		Sum6= 1	
HVI		Lvl2 = 0	
OBS		Wsum6 2	
MOR=0		WSum6 : Age	
m=1		no problem	
FM=3			
Ma/Mp = 1 : 3	Snow White S.	M- = 1	
Intel° = 0	0	Mnone 0	

H Cont:R:EB (Interest)	medium
Hpur:R:EB (comp°)	realist

Self		
EGO = 0,45	EGO : Age: high	
Fr+rF = 0		
SumV = 0	Naive Self Image	
FD = 0		
An+Xy = 1		
MOR = 0		
H:(H)+Hd+(Hd) = 3:2	Self R° experience	
Step 7b :Human content responses quality (XP)		
Generally Positive Features, GPF	Sum=28	μ=5,6
Generally Negative Features,GNF	Sum=4	μ=0,8

الملخص الشكلي للحالة A23

Compute for	R = 19	L = 0,27	F% = 0,21	S-CON = 3	Affect extratensive
Scoring			Age: 23		eb = 2 : 3

Controls

EB = 1 : 4	EA = 5	EBper = 4,0	Step 1) Adj D	Normal	
eb = 2 : 3	es = 5	D = 0	Step 2) EA	cf. Step 4	
extratensive	Adj es = 5	Adj D = 0	Step 3) EB &L	Valid EA & AdjD	
FM = 2	SumC'= 3	SumT= 0			
m = 0	SumV= 0	SumY= 0	Step 4) Adj es	Valid AdjD	

EBt (XP) EBt = 0,6

Styles	State	Patho. P.	Const°
extratensive			PTI=1 DEPI=4 CDI=3 HVI: ns. OBS: ns.

Affect *extratensive*

eb	= 2 : 3	
Irritation		
Afr	= 0,46	Afr : EB : Age
PC% = 0,32		low
ΣC':WΣC	= 3:4	
intel	3	0
CP	= 0	
FC:CF+C	= 5:1	Overcontrolled (5/5)
Pure C	= 1	occasional discharge
S	= 1	lateS = 0
Blends/R	= 0:19	Bld% 0,00
StressBld	= 0	
Adj Blend	= 0:19	AdjBld% 0,00
3xBld	= 0	
>3xBld	= 0	
Col-Shd Bld	= 0	
Shd Bld	= 0	
Blend : EB : L		Adj Blend : EB : L
low		low
3xBld % & >3xBld		
Col-Shd Bld : EB		Shd Bld

EB EXTRA : AFFECT -> SELF -> RELATIONS -> CONTROLS -> PROCESSING -> MEDIATION -> IDEATION

Processing

PSV = 1	Attention difficulty (1/2)	attention	
DQv 1st = 4	C. Impuls. OR Attention diff.		
Zd = -0,5		scanning	
Dd = 3			
Zf = 4	low	efforts	
W/D = 6:10	ecomonical	easy:4:6	
DQ+ = 1	low	quality	
DQv,v/+ = 5	failures	.	
W/M = 6:1	Positive	objectives	

Step3: Loc Sequence (XP), Incoherent Loc Index, ILI = 1

Mediation

XA% =	0,58
WDA% =	0,63
X-% =	0,16
S- =	0
P =	4
X+% =	0,53
Xu% =	0,05
Stp3a FQ- Homogeneity (3)	
3.1stC-	1/3
BC-	2/3
CC-	1/3
RC-	1/3
PC-	0
S-	0
Dd-	1/3
M-	0
FMm-	1/3
Color-	1/3
Shd-	0
F-	1/3
AnXySxBl-	0
Hcont-	1/3

Coding Validity

AGE ✓	Cards ✓	N° ✓	
Loc&DQ ✓			
DET ✓			
FQ ✓			
CONT ✓			
Z score ✓			
SpSc ✓			

Relations (Perception)

COP =	0	discomfort
AG =	0	
GHR:PHR =	1 : 3	
a:p =	1 : 2	
Food =	0	
SumT =	0	
H Cont. =	3	
Pure H =	0	
PER =	0	
Isol° Indx =	0,16	

H Cont:R:EB (Interest)	medium
Hpur:R:EB (comp°)	misunderst

Ideation *extratensive*

EBper = 4,0	Pervasive		
a/p = 1 : 2	NA	Sum6=	1
HVI		Lvl2 =	1
OBS		Wsum6	4
MOR=2		WSum6 : Age	
m=0			
FM=2		no problem	
	needs conceptualisation		
Ma/Mp = 1 : 0	NA	M- =	0
Intel° = 3	0	Mnone	0

Self

EGO =	0,16	EGO : Age: low
Fr+rF =	0	
SumV =	0	Naive Self Image
FD =	0	
An+Xy =	0	
MOR =	2	
H:(H)+Hd+(Hd) =	0:3	Self R° NA

Step 7b :Human content responses quality (XP)

Generally Positive Features, GPF	Sum=15	µ=5
Generally Negative Features,GNF	Sum=3	µ=1

الملخص الشكلي للحالة A24

Compute for	R = 20	L = 0,82	F% = 0,45	S-CON = 5	Affect ambitent DEPI
Scoring			Age: 20		eb = 4 : 6 Discomfort

Controls

EB = 2 : 2,5	EA = 4,5	EBper = 1,3	Step 1) Adj D	Normal	
eb = 4 : 6	es = 10	D = -2	Step 2) EA	cf. Step 4	
ambitent	Adj es = 5	Adj D = 0	Step 3) EB &L	Valid EA & AdjD	
FM = 0	SumC'= 0	SumT= 0			
m = 4	SumV= 3	SumY= 3	Step 4) Adj es	Valid AdjD	

EBt (XP) EBt = 0,11

Styles	State	Patho. P.	Const°
ambitent	D<Daj		PTI=2 DEPI=5* CDI=3 HVI: ns. OBS: ns.

Affect *ambitent* *DEPI*

Helplessness S.Criticism		
Afr	= 0,54	Afr : EB : Age
PC% = 0,35		medium
ΣC':WΣC	= 0:2,5	
intel	0	0
CP	= 0	
FC:CF+C	= 3:1	Overcontrolled (5/5)
Pure C	= 0	
S	= 2	lateS = 1
Blends/R	= 4:20	Bld% 0,20
StressBld	= 1	
Adj Blend	= 4:20	AdjBld% 0,20
3xBld	= 1	
>3xBld	= 0	
Col-Shd Bld	= 1	
Shd Bld	= 1	
Blend : EB : L		Adj Blend : EB : L
medium		medium
3xBld % & >3xBld		
Col-Shd Bld : EB		Shd Bld
		***

D<DAJ : CONTROLS -> STRESS THEN,
DEPI=5 : AFFECT -> CONTROLS -> SELF -> RELATIONS -> PROCESSING -> MEDIATION -> IDEATION

Processing

PSV = 0		attention	
DQv 1st = 2	C. Impuls. OR Attention diff.		
Zd = -1,5		scanning	
Dd = 6	atypical processing		
Zf = 5	low	efforts	
W/D = 8:6		easy:7:8	
DQ+ = 2	low	quality	
DQv,v/+ = 11	failures		
W/M = 8:2	Positive	objectives	

Step3: Loc Sequence (XP), Incoherent Loc Index, ILI = 2

Mediation

XA% =	0,60
WDA% =	0,57
X-% =	0,30
S- =	0
P =	4
X+% =	0,35
Xu% =	0,25
Stp3a FQ- Homogeneity (6)	
3.1stC-	1/6
BC-	1/2
CC-	1/2
RC-	0
PC-	1/2
S-	0
Dd-	1/3
M-	0
FMm-	1/3
Color-	1/6
Shd-	1/2
F-	1/3
AnXySxBl-	2/3
Hcont-	0

Coding Validity

AGE ✓	Cards ✓	N° ✓	
Loc&DQ ✓			
DET ✓			
FQ ✓			
CONT ✓			
Z score ✓			
SpSc ✓			

Relations (Perception)

COP =	1	positive
AG =	1	
GHR:PHR =	1 : 1	
a:p =	4 : 2	
Food =	0	
SumT =	0	
H Cont. =	2	
Pure H =	2	
PER =	0	
Isol° Indx =	0,65	isolated

H Cont:R:EB (Interest)	low
Hpur:R:EB (comp°)	realist

Ideation *ambitent*

EBper = 1,3			
a/p = 4 : 2	fixed values	Sum6=	0
HVI		Lvl2 =	0
OBS		Wsum6	0
MOR=1		WSum6 : Age	
m=4	peripheral ideation (stress)		
FM=0		no problem	
Ma/Mp = 2 : 0		M- =	0
Intel° = 0	0	Mnone	0

Self

EGO =	0,15	EGO : Age: low
Fr+rF =	0	
SumV =	3	Self Criticism
FD =	0	
An+Xy =	3	
MOR =	1	
H:(H)+Hd+(Hd) =	2:0	Self R° NA

Step 7b :Human content responses quality (XP)

Generally Positive Features, GPF	Sum=13	µ=6,5
Generally Negative Features,GNF	Sum=2	µ=1

الملخص الشكلي للحالة A25

Compute for Scoring	R = 15	L = 0,67	F% = 0,40		
			Age: 43		
			Controls		
EB = 6 : 1	EA = 7	EBper = 6,0	Step 1) Adj D	Controlled	
eb = 4 : 0	es = 4	D = 1	Step 2) EA	cf. Step 4	
introversive	Adj es = 3	Adj D = 1	Step 3) EB &L	Valid EA & AdjD	
FM = 2	SumC'= 0	SumT= 0	Step 4) Adj es	Overestimated AdjD	
m = 2	SumV= 0	SumY= 0			
EBt (XP)	EBt = -0,71				

S-CON = 4			
Styles	State	Patho. P.	Const°
introversive			PTI=3 DEPI=3 CDI=2 HVI: ns. OBS: ns.

EB INTRO : IDEATION -> PROCESSING -> MEDIATION -> CONTROLS -> AFFECT -> SELF -> RELATIONS

Affect	introversive	
eb	= 4 : 0	
Afr	= 0,67	Afr : EB : Age
PC% = 0,4		medium
ΣC':WΣC	= 0:1	
intel	0	0
CP	= 0	
FC:CF+C	= 0:1	E.impulsiveness (1/5)
Pure C	= 0	
S	= 0	lateS = 0
Blends/R	= 2:15	Bld% 0,13
StressBld	= 1	
Adj Blend	= 2:15	AdjBld% 0,13
3xBld	= 0	
>3xBld	= 0	
Col-Shd Bld	= 0	
Shd Bld	= 0	
Blend : EB : L		Adj Blend : EB : L
medium		medium
3xBld % & >3xBld		
Col-Shd Bld : EB		Shd Bld

Processing			
PSV	= 0		attention
DQv 1st	= 1	C. Impuls. OR Attention diff.	
Zd	= 1,5		scanning
Dd	= 1		
Zf	= 10	medium	efforts
W/D	= 4:10	ecomonical	easy:4:4
DQ+	= 7	medium	quality
DQv,v/+	= 1		.
W/M	= 4:6		objectives

Step3: Loc Sequence (XP), Incoherent Loc Index, ILI = 0

Mediation	
XA%	= 0,53
WDA%	= 0,50
X-%	= 0,47
S-	= 0
P	= 4
X+%	= 0,47
Xu%	= 0,07
Stp3a FQ- Homogeneity (7)	
3.1stC-	2/7
BC-	2/7
CC-	5/7
RC-	2/7
PC-	3/7
S-	0
Dd-	0
M-	3/7
FMm-	2/7
Color-	1/7
Shd-	0
F-	2/7
AnXySxBl-	0
Hcont-	3/7

Coding Validity			
AGE	✓	Cards ✓	N° ✓
Loc&DQ	✓		
DET	✓		
FQ	✓		
CONT	✓		
Z score	✓		
SpSc	✓		

Relations		(Perception)
COP	= 1	agressive
AG	= 2	
GHR:PHR	= 4 : 3	
a:p	= 5 : 5	
Food	= 0	
SumT	= 0	
H Cont.	= 7	
Pure H	= 6	
PER	= 0	
Isol° Indx	= 0,33	isolated

H Cont:R:EB (Interest)	high
Hpur:R:EB (comp°)	NA

Ideation	introversive		
EBper	= 6,0	Pervasive	
a/p	= 5 : 5		Sum6= 1
HVI			Lvl2 = 1
OBS			Wsum6 7
MOR=0			WSum6 : Age
m=2	peripheral ideation (stress)		ideational slippage 1/3
FM=2			
Ma/Mp	= 4 : 2		M- = 3
Intel°	= 0	0	Mnone 0

Self			
EGO	= 0,73	EGO : Age:	high
Fr+rF	= 0		
SumV	= 0		
FD	= 0		
An+Xy	= 0		
MOR	= 0		
H:(H)+Hd+(Hd)	= 6:1	Self R°	experience

Step 7b :Human content responses quality (XP)

Generally Positive Features, GPF	Sum=39	µ=5,6
Generally Negative Features,GNF	Sum=7	µ=1

الملخص الشكلي للحالة A26

Compute for Scoring	R = 16	L = 1,67	F% = 0,63		
			Age: 20		
			Controls		
EB = 1 : 1	EA = 2	EBper = 1,0	Step 1) Adj D	Immature	
eb = 1 : 2	es = 3	D = 0	Step 2) EA	cf. Step 4	
EB: NA, avoidant	Adj es = 3	Adj D = 0	Step 3) EB &L	Invalid EA	
FM = 1	SumC'= 1	SumT= 0	Step 4) Adj es	Abandon	
m = 0	SumV= 0	SumY= 1			
EBt (XP)	EBt = 0				

S-CON = 6			
Styles	State	Patho. P.	Const°
avoidant			PTI=2 DEPI=4 CDI=5* HVI: ns. OBS: ns.
EB: NA,	CDI>3		

CDI>3 : CONTROLS -> RELATIONS -> SELF -> AFFECT -> PROCESSING -> MEDIATION -> IDEATION

Affect	EB: NA, avoidant	CDI
eb	= 1 : 2	
Afr	= 0,33	Afr : EB : Age
PC% = 0,25		E.avoidance (cf. C':C & intel°)
ΣC':WΣC	= 1:1	
intel	0	0
CP	= 0	
FC:CF+C	= 2:0	Overcontrolled (5/5)
Pure C	= 0	
S	= 0	lateS = 0
Blends/R	= 0:16	Bld% 0,00
StressBld	= 0	
Adj Blend	= 0:16	AdjBld% 0,00
3xBld	= 0	
>3xBld	= 0	
Col-Shd Bld	= 0	
Shd Bld	= 0	
Blend : EB : L		Adj Blend : EB : L
low		low
3xBld % & >3xBld		
Col-Shd Bld : EB		Shd Bld

Processing			
PSV	= 0		attention
DQv 1st	= 5	C. Impuls. OR Attention diff.	
Zd	= -2		scanning
Dd	= 0		
Zf	= 4	low	efforts
W/D	= 6:10	ecomonical	easy:5:6
DQ+	= 2	low	quality
DQv,v/+	= 10	failures	
W/M	= 6:1	Positive	objectives

Step3: Loc Sequence (XP), Incoherent Loc Index, ILI = 0

Mediation	
XA%	= 0,56
WDA%	= 0,56
X-%	= 0,38
S-	= 0
P	= 2
X+%	= 0,38
Xu%	= 0,19
Stp3a FQ- Homogeneity (6)	
3.1stC-	2/3
BC-	1/6
CC-	5/6
RC-	1/2
PC-	1/3
S-	0
Dd-	0
M-	0
FMm-	0
Color-	1/6
Shd-	1/6
F-	2/3
AnXySxBl-	1/2
Hcont-	0

Coding Validity			
AGE	✓	Cards ✓	N° ✓
Loc&DQ	✓		
DET	✓		
FQ	✓		
CONT	✓		
Z score	✓		
SpSc	✓		

Relations		(Perception)
COP	= 1	positive
AG	= 0	
GHR:PHR	= 1 : 0	
a:p	= 1 : 1	
Food	= 0	
SumT	= 0	
H Cont.	= 1	
Pure H	= 1	
PER	= 4	
Isol° Indx	= 0,63	isolated

H Cont:R:EB (Interest)	low
Hpur:R:EB (comp°)	NA

Ideation	EB: NA, avoidant		
EBper	= 1,0		
a/p	= 1 : 1	NA	Sum6= 1
HVI			Lvl2 = 0
OBS			Wsum6 5
MOR=0			WSum6 : Age
m=0			ideational slippage 1/3 (fab or alog)
FM=1	hasty needs satisfaction		
Ma/Mp	= 0 : 1	NA	M- = 0
Intel°	= 0	0	Mnone 0

Self			
EGO	= 0,19	EGO : Age:	low
Fr+rF	= 0		
SumV	= 0		
FD	= 0		
An+Xy	= 3		
MOR	= 0		
H:(H)+Hd+(Hd)	= 1:0	Self R°	NA

Step 7b :Human content responses quality (XP)

Generally Positive Features, GPF	Sum=7	µ=7
Generally Negative Features,GNF	Sum=0	µ=0

الملخص الشكلي للحالة A27

Compute for Scoring	R = 16	L = 1,67	F% = 0,63		
			Age: 26		
			Controls		
EB = 1 : 1	EA = 2	EBper = 1,0	Step 1) Adj D	Vulnerable	
eb = 3 : 2	es = 5	D = -1	Step 2) EA	Valid AdjD	
EB: NA, avoidant	Adj es = 5	Adj D = -1	Step 3) EB &L	Invalid EA	
FM = 2	SumC'= 1	SumT= 1			
m = 1	SumV= 0	SumY= 0	Step 4) Adj es	Abandon	
EBt (XP) EBt = 0					

S-CON = 7			
Styles	State	Patho. P.	Const°
avoidant			PTI=3
			DEPI=4
EB: NA,	CDI>3		CDI=5*
Passive	Daj<0		HVI: ns.
			OBS: ns.

CDI>3 : CONTROLS -> RELATIONS -> SELF -> AFFECT -> PROCESSING -> MEDIATION -> IDEATION

Affect	EB: NA, avoidant	CDI
eb = 3 : 2		
Afr = 0,45	Afr : EB : Age	
PC% = 0,31	medium	
ΣC':WΣC = 1:1		
intel 2	0	
CP = 0		
FC:CF+C = 0:1	E.impulsiveness (1/5)	
Pure C = 0		
S = 4	lateS = 3	
Blends/R = 1:16	Bld% 0,06	
StressBld = 1		
Adj Blend = 1:16	AdjBld% 0,06	
3xBld = 0		
>3xBld = 0		
Col-Shd Bld = 0		
Shd Bld = 0		
Blend : EB : L low	Adj Blend : EB : L low	
3xBld % & >3xBld		
Col-Shd Bld : EB	Shd Bld	

Processing			
PSV = 0			attention
DQv 1st = 3	C. Impuls. OR Attention diff.		
Zd = 3			scanning
Dd = 0			
Zf = 7	medium		efforts
W/D = 10:6	effort		easy:5:10
DQ+ = 3	low		quality
DQv,v/+ = 5	failures		.
W/M = 10:1	Positive		objectives

Step3: Loc Sequence (XP), Incoherent Loc Index, ILI = 0

Mediation	
XA% =	0,56
WDA% =	0,56
X-% =	0,44
S- =	2
P =	1
X+% =	0,38
Xu% =	0,19
Stp3a FQ- Homogeneity (7)	
3.1stC-	4/7
BC-	3/7
CC-	4/7
RC-	2/7
PC-	2/7
S-	2/7
Dd-	0
M-	0
FMm-	1/7
Color-	0
Shd-	1/7
F-	5/7
AnXySxBl-	3/7
Hcont-	0

Coding Validity			
AGE	Cards	N°	
Loc&DQ			
DET			
FQ			
CONT			
Z score			
SpSc			

Relations		(Perception)
COP =	0	discomfort
AG =	0	
GHR:PHR =	2 : 0	
a:p =	0 : 4	Passive
Food =	0	
SumT =	1	
H Cont. =	2	
Pure H =	2	
PER =	0	
Isol° Indx =	0,50	isolated
H Cont:R:EB (Interest)		medium
Hpur:R:EB (comp°)		NA

Ideation	EB: NA, avoidant		
EBper = 1,0			
a/p = 0 : 4	rigid values	Sum6=	1
HVI		Lvl2 =	0
OBS		Wsum6	1
MOR=0		WSum6 : Age	
m=1			
FM=2		no problem	
Ma/Mp = 0 : 1	NA	M- =	0
Intel° = 2	0	Mnone	0

Self			
EGO =	0,19	EGO : Age:	low
Fr+rF =	0		
SumV =	0		
FD =	0		
An+Xy =	3		
MOR =	0		
H:(H)+Hd+(Hd) =	2:0	Self R°	NA

Step 7b :Human content responses quality (XP)

Generally Positive Features, GPF	Sum=13	µ=6,5
Generally Negative Features,GNF	Sum=0	µ=0

الملخص الشكلي للحالة A28

Compute for Scoring	R = 14	L = 0,27	F% = 0,21		
			Age: 28		
			Controls		
EB = 9 : 4	EA = 13	EBper = 2,3	Step 1) Adj D	Controlled	
eb = 2 : 3	es = 5	D = 3	Step 2) EA	Valid AdjD	
introversive	Adj es = 4	Adj D = 3	Step 3) EB &L	Valid EA & AdjD	
FM = 0	SumC'= 3	SumT= 0			
m = 2	SumV= 0	SumY= 0	Step 4) Adj es	Overestimated AdjD	
EBt (XP) EBt = -0,38					

S-CON = 7			
Styles	State	Patho. P.	Const°
			PTI=3
			DEPI=5*
introversive	CDI>3		CDI=4*
Passive			HVI: ns.
			OBS: ns.

CDI>3 : CONTROLS -> RELATIONS -> SELF -> AFFECT -> PROCESSING -> MEDIATION -> IDEATION

Affect	introversive	DEPI	CDI
eb = 2 : 3			
Irritation			
Afr = 0,40	Afr : EB : Age		
PC% = 0,29	E.avoidance (cf. C':C & intell°)		
ΣC':WΣC = 3:4			
intel 8	Intell° (defense)		
CP = 0			
FC:CF+C = 0:3	E.impulsiveness (1/5)		
Pure C = 2	frequent discharge		
S = 1	lateS = 0		
Blends/R = 6:14	Bld% 0,43		
StressBld = 2			
Adj Blend = 5:14	AdjBld% 0,36		
3xBld = 0			
>3xBld = 0			
Col-Shd Bld = 0			
Shd Bld = 0			
Blend : EB : L high	Adj Blend : EB : L high		
3xBld % & >3xBld			
Col-Shd Bld : EB	Shd Bld		

Processing			
PSV = 0			attention
DQv 1st = 1	C. Impuls. OR Attention diff.		
Zd = 4	overincorporative		scanning
Dd = 1			
Zf = 6	low		efforts
W/D = 8:5			easy:6:8
DQ+ = 5	low		quality
DQv,v/+ = 5	failures		
W/M = 8:9			objectives

Step3: Loc Sequence (XP), Incoherent Loc Index, ILI = 1

Mediation	
XA% =	0,36
WDA% =	0,31
X-% =	0,43
S- =	1
P =	1
X+% =	0,21
Xu% =	0,14
Stp3a FQ- Homogeneity (6)	
3.1stC-	1/2
BC-	1/3
CC-	2/3
RC-	1/3
PC-	1/3
S-	1/6
Dd-	0
M-	2/3
FMm-	1/3
Color-	1/6
Shd-	1/6
F-	1/6
AnXySxBl-	1/6
Hcont-	2/3

Coding Validity			
AGE	Cards	N°	
Loc&DQ			
DET			
FQ			
CONT			
Z score			
SpSc			

Relations		(Perception)
COP =	1	positive
AG =	1	
GHR:PHR =	2 : 8	
a:p =	1 : 10	Passive
Food =	0	
SumT =	0	
H Cont. =	9	
Pure H =	7	
PER =	0	
Isol° Indx =	0,43	isolated
H Cont:R:EB (Interest)		high
Hpur:R:EB (comp°)		NA

Ideation	introversive		
EBper = 2,3			
a/p = 1 : 10	rigid values	Sum6=	1
HVI		Lvl2 =	1
OBS		Wsum6	6
MOR=5	pessimism	WSum6 : Age	
m=2	peripheral ideation (stress)		
FM=0	needs conceptualisation	no problem	
Ma/Mp = 1 : 8	Snow White S.	M- =	4
Intel° = 8	Intell° (defense)	Mnone	2

Self			
EGO =	0,14	EGO : Age:	low
Fr+rF =	0		
SumV =	0		
FD =	0		
An+Xy =	1		
MOR =	5		
H:(H)+Hd+(Hd) =	7:2	Self R°	experience

Step 7b :Human content responses quality (XP)

Generally Positive Features, GPF	Sum=40	µ=4,4
Generally Negative Features,GNF	Sum=14	µ=1,6

الملخص الشكلي للحالة A29

Compute for Scoring	R = 15	L = 0,50	F% = 0,33		
			Age: 35		
			Controls		
EB = 0 : 1	EA = 1	EBper = NA	Step 1) Adj D	Vulnerable	
eb = 3 : 2	es = 5	D = -1	Step 2) EA	Valid AdjD	
EB: NA,	Adj es = 5	Adj D = -1	Step 3) EB &L	Valid EA but cf. Step 4	
FM = 3	SumC'= 2	SumT= 0			
m = 0	SumV= 0	SumY= 0	Step 4) Adj es	Valid AdjD	
EBt (XP) EBt = 1					

S-CON = 5			
Styles	State	Patho. P.	Const°
EB: NA,	Daj<0		PTI=3 DEPI=4 CDI=3 HVI: ns. OBS: ns.

DAJ <0 : CONTROLS THEN,
M- OU MP>MA OU WSUM6>5 : IDEATION -> MEDIATION -> PROCESSING -> CONTROLS -> AFFECT -> SELF -> RELATIONS

Affect	EB: NA,	
eb = 3 : 2		
Afr = 0,67	Afr : EB : Age	
PC% = 0,4	medium	
ΣC':WΣC = 2:1	E.Inhibition	
intel 5	Intell° (style)	
CP = 0		
FC:CF+C = 2:0	Overcontrolled (5/5)	
Pure C = 0		
S = 1	lateS = 0	
Blends/R = 1:15	Bld% 0,07	
StressBld = 0		
Adj Blend = 1:15	AdjBld% 0,07	
3xBld = 0		
>3xBld = 0		
Col-Shd Bld = 0		
Shd Bld = 0		
Blend : EB : L	Adj Blend : EB : L	
low	low	
3xBld % & >3xBld		
Col-Shd Bld : EB	Shd Bld	

Processing			
PSV = 0			attention
DQv 1st = 3	C. Impuls. OR Attention diff.		
Zd = -1			scanning
Dd = 1			
Zf = 8	low		efforts
W/D = 11:3	effort		easy:5:11
DQ+ = 3	low		quality
DQv,v/+ = 5	failures		.
W/M = 11:0	NA		objectives

Step3: Loc Sequence (XP), Incoherent Loc Index, ILI = 0

Mediation	
XA% =	0,67
WDA% =	0,71
X-% =	0,07
S- =	0
P =	3
X+% =	0,40
Xu% =	0,27
Stp3a FQ- Homogeneity (1)	
3.1stC-	0
BC-	0
CC-	1
RC-	0
PC-	1
S-	0
Dd-	1
M-	0
FMm-	0
Color-	1
Shd-	0
F-	0
AnXySxBl-	1
Hcont-	0

Coding Validity			
AGE	Cards	N°	
Loc&DQ			
DET			
FQ			
CONT			
Z score			
SpSc			

Relations		(Perception)
COP =	0	agressive
AG =	3	
GHR:PHR =	2 : 4	
a:p =	3 : 0	
Food =	0	
SumT =	0	
H Cont. =	3	
Pure H =	0	
PER =	2	
Isol° Indx =	0,07	
H Cont:R:EB (Interest)	medium	
Hpur:R:EB (comp°)	NA	

Ideation	EB: NA,		
EBper = NA			
a/p = 3 : 0	NA	Sum6=	4
HVI		Lvl2 =	3
OBS		Wsum6	19
MOR=0		WSum6 : Age	
m=0		disturbed thinking 3/3	
FM=3			
Ma/Mp = 0 : 0	NA	M- =	0
Intel° = 5	Intell° (style)	Mnone	0

Self		
EGO = 0,20	EGO : Age:	low
Fr+rF = 0		
SumV = 0		
FD = 0		
An+Xy = 2		
MOR = 0		
H:(H)+Hd+(Hd) = 0:3	Self R°	NA

Step 7b :Human content responses quality (XP)
Generally Positive Features, GPF Sum=14 µ=4,7
Generally Negative Features,GNF Sum=3 µ=1

الملخص الشكلي للحالة A30

Compute for Scoring	R = 20	L = 1,86	F% = 0,65		
			Age: 45		
			Controls		
EB = 0 : 2	EA = 2	EBper = NA	Step 1) Adj D	Vulnerable	
eb = 3 : 2	es = 5	D = -1	Step 2) EA	Valid AdjD	
EB: NA, avoidant	Adj es = 5	Adj D = -1	Step 3) EB &L	Invalid EA	
FM = 2	SumC'= 0	SumT= 2			
m = 1	SumV= 0	SumY= 0	Step 4) Adj es	Abandon	
EBt (XP) EBt = 1					

S-CON = 5			
Styles	State	Patho. P.	Const°
avoidant			PTI=2
			DEPI=3
EB: NA,	CDI>3		CDI=5*
	Daj<0		HVI: ns.
			OBS: ns.

CDI>3 : CONTROLS -> RELATIONS -> SELF -> AFFECT -> PROCESSING -> MEDIATION -> IDEATION

Affect	EB: NA, avoidant	CDI
eb = 3 : 2	Discomfort	
	Loneliness	
Afr = 0,25	Afr : EB : Age	
PC% = 0,2	E.avoidance (cf. C':C & intell°)	
ΣC':WΣC = 0:2		
intel 2	0	
CP = 0		
FC:CF+C = 1:1	Lability (2/5)	
Pure C = 1	occasional discharge	
S = 1	lateS = 0	
Blends/R = 0:20	Bld% 0,00	
StressBld = 0		
Adj Blend = 0:20	AdjBld% 0,00	
3xBld = 0		
>3xBld = 0		
Col-Shd Bld = 0		
Shd Bld = 0		
Blend : EB : L	Adj Blend : EB : L	
low	low	
3xBld % & >3xBld		
Col-Shd Bld : EB	Shd Bld	

Processing			
PSV = 1	Attention difficulty (1/2)		attention
DQv 1st = 3	C. Impuls. OR Attention diff.		
Zd = -9,5	underincorporative		scanning
Dd = 1			
Zf = 9	medium		efforts
W/D = 12:7	effort		easy:9:12
DQ+ = 0	low		quality
DQv,v/+ = 4	failures		.
W/M = 12:0	NA		objectives

Step3: Loc Sequence (XP), Incoherent Loc Index, ILI = 1

Mediation	
XA% =	0,55
WDA% =	0,58
X-% =	0,40
S- =	0
P =	5
X+% =	0,45
Xu% =	0,10
Stp3a FQ- Homogeneity (8)	
3.1stC-	1/2
BC-	3/8
CC-	5/8
RC-	3/8
PC-	1/4
S-	0
Dd-	1/8
M-	0
FMm-	1/4
Color-	1/8
Shd-	0
F-	5/8
AnXySxBl-	1/8
Hcont-	0

Coding Validity			
AGE	Cards	N°	
Loc&DQ			
DET			
FQ			
CONT			
Z score			
SpSc			

Relations		(Perception)
COP =	0	discomfort
AG =	0	
GHR:PHR =	0 : 0	
a:p =	2 : 1	
Food =	0	
SumT =	2	
H Cont. =	0	
Pure H =	0	
PER =	0	
Isol° Indx =	0,15	
H Cont:R:EB (Interest)	low	
Hpur:R:EB (comp°)	realist	

Ideation	EB: NA, avoidant		
EBper = NA			
a/p = 2 : 1	NA	Sum6=	2
HVI		Lvl2 =	0
OBS		Wsum6	4
MOR=2		WSum6 : Age	
m=1		no problem	
FM=2			
Ma/Mp = 0 : 0	NA	M- =	0
Intel° = 2	0	Mnone	0

Self		
EGO = 0,05	EGO : Age:	low
Fr+rF = 0		
SumV = 0	Naive Self Image	
FD = 0		
An+Xy = 1		
MOR = 2		
H:(H)+Hd+(Hd) = 0:0	Self R°	NA

Step 7b :Human content responses quality (XP)
Generally Positive Features, GPF Sum=0 #####
Generally Negative Features,GNF Sum=0 #####

الملخص الشكلي للحالة A31

Compute for Scoring	R = 14	L = 0,40	F% = 0,29
			Age: 40

EB	= 7 : 6,5	EA =	13,5	EBper =	1,1	Step 1) Adj D	Controlled
eb	= 2 : 4	es =	6	D =	2	Step 2) EA	Valid AdjD
ambitent		Adj es =	5	Adj D =	3	Step 3) EB &L	Valid EA & AdjD
FM	= 0	SumC'=	3	SumT=	0	Step 4) Adj es	Valid AdjD
m	= 2	SumV=	1	SumY=	0		

EBt (XP) EBt = -0,04

Controls

S-CON	=	8
		Positive

Styles	State	Patho. P.	Const°
ambitent	D<Daj	DEPI>5	PTI=1 DEPI=7* CDI=3 HVI: ns. OBS: ns.

DEPI>5 : AFFECT -> CONTROLS -> SELF -> RELATIONS -> PROCESSING -> MEDIATION -> IDEATION

Affect — ambitent — DEPI

eb	= 2 : 4	Discomfort	
		Irritation	S.Criticism
Afr	= 0,27	Afr : EB : Age	
PC% = 0,21		E.avoidance (cf. C':C & intell°)	
ΣC':WΣC	= 3:6,5		
intel	24	Intell° (defense)	
CP	= 0		
FC:CF+C	= 0:5	E.impulsiveness (1/5)	
Pure C	= 3	frequent discharge	
S	= 1	lateS =	1
Blends/R	= 7:14	Bld%	0,50
StressBld	= 2		
Adj Blend	= 6:14	AdjBld%	0,43
3xBld	= 1		
>3xBld	= 0		
Col-Shd Bld	= 1		
Shd Bld	= 0		
Blend : EB : L		Adj Blend : EB : L	
high		high	
3xBld % & >3xBld			
Col-Shd Bld : EB		Shd Bld	

Processing

PSV	= 0		attention
DQv 1st	= 5	C. Impuls. OR Attention diff.	
Zd	= 0,5		scanning
Dd	= 4	atypical processing	
Zf	= 3	low	efforts
W/D	= 5:5	ecomonical	easy:4:5
DQ+	= 2	low	quality
DQv,v/+	= 6	failures	
W/M	= 5:7		objectives

Step3: Loc Sequence (XP), Incoherent Loc Index, ILI = 1

Mediation

XA% =	0,29
WDA% =	0,30
X-% =	0,29
S- =	1
P =	2
X+% =	0,21
Xu% =	0,07

Stp3a FQ- Homogeneity (4)

3.1stC-	1/2
BC-	1/2
CC-	1/2
RC-	1/4
PC-	1/4
S-	1/4
Dd-	1/2
M-	1/4
FMm-	1/2
Color-	1/2
Shd-	0
F-	1/4
AnXySxBl-	3/4
Hcont-	0

Coding Validity

AGE	Cards	N°	
Loc&DQ			
DET			
FQ			
CONT			
Z score			
SpSc			

Relations (Perception)

COP	= 0	positive
AG	= 1	
GHR:PHR	= 1 : 10	
a:p	= 2 : 7	Passive
Food	= 0	
SumT	= 0	
H Cont.	= 3	
Pure H	= 1	
PER	= 0	
Isol° Indx	= 0,07	

H Cont:R:EB (Interest)	medium
Hpur:R:EB (comp°)	NA

Ideation — ambitent

EBper	= 1,1			
a/p	= 2 : 7	rigid values	Sum6=	0
HVI			Lvl2 =	0
OBS			Wsum6	0
MOR=6		pessimism	WSum6 : Age	
m=2		peripheral ideation (stress)		
FM=0		needs conceptualisation	no problem	
Ma/Mp	= 1 : 6	Snow White S.	M- =	1
Intel°	= 24	Intell° (defense)	Mnone	5

Self

EGO	= 0,00	EGO : Age:	low
Fr+rF	= 0		
SumV	= 1	Self Criticism	
FD	= 0		
An+Xy	= 3		
MOR	= 6		
H:(H)+Hd+(Hd)	= 1:2	Self R°	NA

Step 7b :Human content responses quality (XP)

Generally Positive Features, GPF	Sum=14	µ=4,7
Generally Negative Features,GNF	Sum=3	µ=1

الملخص الشكلي للحالة A32

Compute for Scoring	R = 15	L = 0,15	F% = 0,13
			Age: 33

EB	= 2 : 3	EA =	5	EBper =	1,5	Step 1) Adj D	Immature
eb	= 3 : 4	es =	7	D =	0	Step 2) EA	cf. Step 4
ambitent		Adj es =	6	Adj D =	0	Step 3) EB &L	Valid EA & AdjD
FM	= 1	SumC'=	4	SumT=	0	Step 4) Adj es	Valid AdjD
m	= 2	SumV=	0	SumY=	0		

EBt (XP) EBt = 0,2

Controls

S-CON	=	7

Styles	State	Patho. P.	Const°
ambitent	CDI>3	PTI>3	PTI=4 DEPI=4 CDI=4* HVI: ns. OBS: ns.

PTI>3 :PROCESSING -> MEDIATION -> IDEATION -> CONTROLS -> AFFECT -> SELF -> RELATIONS

Affect — ambitent — CDI

eb	= 3 : 4	Discomfort	
		Irritation	
Afr	= 0,36	Afr : EB : Age	
PC% = 0,27		E.avoidance (cf. C':C & intell°)	
ΣC':WΣC	= 4:3	E.Inhibition	
intel	3	0	
CP	= 0		
FC:CF+C	= 1:2	E.impulsiveness (1/5)	
Pure C	= 1	occasional discharge	
S	= 0	lateS =	0
Blends/R	= 2:15	Bld%	0,13
StressBld	= 0		
Adj Blend	= 2:15	AdjBld%	0,13
3xBld	= 0		
>3xBld	= 0		
Col-Shd Bld	= 0		
Shd Bld	= 0		
Blend : EB : L		Adj Blend : EB : L	
medium		medium	
3xBld % & >3xBld			
Col-Shd Bld : EB		Shd Bld	

Processing

PSV	= 0		attention
DQv 1st	= 4	C. Impuls. OR Attention diff.	
Zd	= -5	underincorporative	scanning
Dd	= 0		
Zf	= 4	low	efforts
W/D	= 9:6		easy:6:9
DQ+	= 0	low	quality
DQv,v/+	= 7	failures	
W/M	= 9:2	Positive	objectives

Step3: Loc Sequence (XP), Incoherent Loc Index, ILI = 0

Mediation

XA% =	0,40
WDA% =	0,40
X-% =	0,33
S- =	0
P =	3
X+% =	0,40
Xu% =	0,00

Stp3a FQ- Homogeneity (5)

3.1stC-	4/5
BC-	4/5
CC-	1/5
RC-	1/5
PC-	0
S-	0
Dd-	0
M-	2/5
FMm-	2/5
Color-	0
Shd-	2/5
F-	0
AnXySxBl-	0
Hcont-	1/5

Coding Validity

AGE	Cards	N°	
Loc&DQ			
DET			
FQ			
CONT			
Z score			
SpSc			

Relations (Perception)

COP	= 0	discomfort
AG	= 0	
GHR:PHR	= 0 : 3	
a:p	= 3 : 2	
Food	= 0	
SumT	= 0	
H Cont.	= 2	
Pure H	= 1	
PER	= 0	
Isol° Indx	= 0,20	

H Cont:R:EB (Interest)	medium
Hpur:R:EB (comp°)	NA

Ideation — ambitent

EBper	= 1,5			
a/p	= 3 : 2		Sum6=	3
HVI			Lvl2 =	2
OBS			Wsum6	14
MOR=1			WSum6 : Age	
m=2		peripheral ideation (stress)	disturbed thinking 3/3	
FM=1				
Ma/Mp	= 1 : 1		M- =	2
Intel°	= 3	0	Mnone	0

Self

EGO	= 0,07	EGO : Age:	low
Fr+rF	= 0		
SumV	= 0		
FD	= 0		
An+Xy	= 0		
MOR	= 1		
H:(H)+Hd+(Hd)	= 1:1	Self R°	NA

Step 7b :Human content responses quality (XP)

Generally Positive Features, GPF	Sum=9	µ=4,5
Generally Negative Features,GNF	Sum=4	µ=2

الملخص الشكلي للحالة A33

Compute for Scoring	R = 17	L = 0,31	F% = 0,24		
			Age: 46		
			Controls		
EB = 3 : 6	EA = 9	EBper = 2,0	Step 1) Adj D	Normal	
eb = 3 : 5	es = 8	D = 0	Step 2) EA	Valid AdjD	
extratensive	Adj es = 7	Adj D = 0	Step 3) EB &L	Valid EA & AdjD	
FM = 1	SumC'= 4	SumT= 0	Step 4) Adj es	Valid AdjD	
m = 2	SumV= 0	SumY= 1			
EBt (XP)	EBt = 0,33				

S-CON = 4			
Styles	State	Patho. P.	Const°
extratensive			PTI=0 DEPI=5* CDI=3 HVI: ns. OBS: ns.

Affect	extratensive	DEPI
eb = 3 : 5	Discomfort	
Irritation		
Afr = 0,42	Afr : EB : Age	
PC% = 0,29	E.avoidance (cf. C':C & intell°)	
ΣC':WΣC = 4:6		
intel 9	Intell° (defense)	
CP = 0		
FC:CF+C = 1:4	E.impulsiveness (1/5)	
Pure C = 3	frequent discharge	
S = 2	lateS = 2	
Blends/R = 3:17	Bld% 0,18	
StressBld = 1		
Adj Blend = 3:17	AdjBld% 0,18	
3xBld = 0		
>3xBld = 1		
Col-Shd Bld = 0		
Shd Bld = 0		
Blend : EB : L	Adj Blend : EB : L	
low	low	
3xBld % & >3xBld		
unusual complexity		
cf. ressources, controls & modulation		
Col-Shd Bld : EB	Shd Bld	

EB EXTRA : AFFECT -> SELF -> RELATIONS -> CONTROLS -> PROCESSING -> MEDIATION -> IDEATION

Processing			
PSV = 1	Attention difficulty (1/2)	attention	
DQv 1st = 2	C. Impuls. OR Attention diff.		
Zd = -3,5	underincorporative	scanning	
Dd = 1			
Zf = 11	medium	efforts	
W/D = 11:5	effort	easy:7:11	
DQ+ = 3	low	quality	
DQv,v/+ = 4	failures	.	
W/M = 11:3	Positive	objectives	
Step3: Loc Sequence (XP), Incoherent Loc Index, ILI = 1			

Mediation	
XA% =	0,71
WDA% =	0,75
X-% =	0,12
S- =	0
P =	5
X+% =	0,35
Xu% =	0,35
Stp3a FQ- Homogeneity (2)	
3.1stC-	1/2
BC-	1/2
CC-	1/2
RC-	1/2
PC-	0
S-	0
Dd-	0
M-	0
FMm-	0
Color-	1/2
Shd-	1/2
F-	0
AnXySxBl-	1/2
Hcont-	1

Coding Validity			
AGE	Cards	N°	
Loc&DQ			
DET			
FQ			
CONT			
Z score			
SpSc			

Relations		(Perception)
COP =	0	positive
AG =	1	
GHR:PHR =	1 : 5	
a:p =	3 : 3	
Food =	0	
SumT =	0	
H Cont. =	4	
Pure H =	3	
PER =	1	
Isol° Indx =	0,29	reluctance
H Cont:R:EB (Interest)		medium
Hpur:R:EB (comp°)		realist

Self			
EGO =	0,12	EGO : Age:	low
Fr+rF =	0		
SumV =	0		
FD =	1		
An+Xy =	2		
MOR =	4		
H:(H)+Hd+(Hd) =	3:1	Self R°	experience
Step 7b :Human content responses quality (XP)			
Generally Positive Features, GPF		Sum=17	μ=4,3
Generally Negative Features,GNF		Sum=9	μ=2,3

Ideation	extratensive		
EBper = 2,0			
a/p = 3 : 3		Sum6= 1	
HVI		Lvl2 = 1	
OBS		Wsum6 4	
MOR=4	pessimism	WSum6 : Age	
m=2	peripheral ideation (stress)	no problem	
FM=1			
Ma/Mp = 0 : 3	Snow White S.	M- = 0	
Intel° = 9	Intell° (defense)	Mnone 1	

الملخص الشكلي للحالة A34

Compute for Scoring	R = 24	L = 0,85	F% = 0,46		
			Age: 31		
			Controls		
EB = 4 : 3	EA = 7	EBper = 1,3	Step 1) Adj D	Normal	
eb = 6 : 0	es = 6	D = 0	Step 2) EA	Valid AdjD	
ambitent	Adj es = 5	Adj D = 0	Step 3) EB &L	Valid EA & AdjD	
FM = 4	SumC'= 0	SumT= 0	Step 4) Adj es	Valid AdjD	
m = 2	SumV= 0	SumY= 0			
EBt (XP)	EBt = -0,14				

S-CON = 3			
Styles	State	Patho. P.	Const°
ambitent Passive		PTI>3	PTI=4 DEPI=3 CDI=2 HVI: ns. OBS: ns.

Affect	ambitent
eb = 6 : 0	
Afr = 0,60	Afr : EB : Age
PC% = 0,38	medium
ΣC':WΣC = 0:3	
intel 2	0
CP = 0	
FC:CF+C = 2:2	Lability (2/5)
Pure C = 0	
S = 0	lateS = 0
Blends/R = 1:24	Bld% 0,04
StressBld = 0	
Adj Blend = 1:24	AdjBld% 0,04
3xBld = 1	
>3xBld = 0	
Col-Shd Bld = 0	
Shd Bld = 0	
Blend : EB : L	Adj Blend : EB : L
low	low
3xBld % & >3xBld	
unusual complexity	
cf. ressources, controls & modulation	
Col-Shd Bld : EB	Shd Bld

PTI>3 :PROCESSING -> MEDIATION -> IDEATION -> CONTROLS -> AFFECT -> SELF -> RELATIONS

Processing			
PSV = 0		attention	
DQv 1st = 1	C. Impuls. OR Attention diff.		
Zd = -8,5	underincorporative	scanning	
Dd = 0			
Zf = 11	medium	efforts	
W/D = 9:15	ecomonical	easy:6:9	
DQ+ = 3	low	quality	
DQv,v/+ = 4	failures		
W/M = 9:4	Positive	objectives	
Step3: Loc Sequence (XP), Incoherent Loc Index, ILI = 2			

Mediation	
XA% =	0,42
WDA% =	0,42
X-% =	0,50
S- =	0
P =	5
X+% =	0,29
Xu% =	0,13
Stp3a FQ- Homogeneity (12)	
3.1stC-	1/4
BC-	1/2
CC-	1/2
RC-	1/6
PC-	1/3
S-	0
Dd-	0
M-	1/4
FMm-	1/6
Color-	1/12
Shd-	0
F-	1/2
AnXySxBl-	1/12
Hcont-	1/3

Coding Validity			
AGE	Cards	N°	
Loc&DQ			
DET			
FQ			
CONT			
Z score			
SpSc			

Relations		(Perception)
COP =	1	agressive
AG =	2	
GHR:PHR =	1 : 5	
a:p =	3 : 7	Passive
Food =	2	
SumT =	0	
H Cont. =	5	
Pure H =	2	
PER =	2	
Isol° Indx =	0,25	
H Cont:R:EB (Interest)		medium
Hpur:R:EB (comp°)		misunderst

Self			
EGO =	0,25	EGO : Age:	low
Fr+rF =	0		
SumV =	0	Naive Self Image	
FD =	0		
An+Xy =	1		
MOR =	2		
H:(H)+Hd+(Hd) =	2:3	Self R°	NA
Step 7b :Human content responses quality (XP)			
Generally Positive Features, GPF		Sum=24	μ=4,8
Generally Negative Features,GNF		Sum=7	μ=1,4

Ideation	ambitent		
EBper = 1,3			
a/p = 3 : 7	fixed values	Sum6= 5	
HVI		Lvl2 = 2	
OBS		Wsum6 19	
MOR=2		WSum6 : Age	
m=2	peripheral ideation (stress)	disturbed thinking 3/3	
FM=4			
Ma/Mp = 1 : 3	Snow White S.	M- = 3	
Intel° = 2	0	Mnone 0	

الملخص الشكلي للحالة A35

Compute for Scoring							
R = 16	L = 1,00	F% = 0,50					
			Age: 57				
			Controls				
EB = 0 : 3	EA = 3	EBper = NA	Step 1) Adj D	Immature			
eb = 3 : 2	es = 5	D = 0	Step 2) EA	cf. Step 4			
EB: NA, avoidant	Adj es = 4	Adj D = 0	Step 3) EB &L	Invalid EA			
FM = 1	SumC'= 1	SumT= 0					
m = 2	SumV= 0	SumY= 1	Step 4) Adj es	Abandon			
EBt (XP) EBt = 1							

S-CON = 7			
Styles	State	Patho. P.	Const°
avoidant			PTI=0
			DEPI=4
EB: NA, Passive	CDI>3		CDI=5*
			HVI: ns.
			OBS: ns.

CDI>3 : CONTROLS -> RELATIONS -> SELF -> AFFECT -> PROCESSING -> MEDIATION -> IDEATION

Affect	EB: NA, avoidant	CDI
eb = 3 : 2		
Afr = 0,45	Afr : EB : Age	
PC% = 0,31	medium	
ΣC':WΣC = 1:3		
intel 1	0	
CP = 0		
FC:CF+C = 2:2	Lability (2/5)	
Pure C = 0		
S = 4	lateS = 2	
Blends/R = 1:16	Bld% 0,06	
StressBld = 0		
Adj Blend = 1:16	AdjBld% 0,06	
3xBld = 0		
>3xBld = 0		
Col-Shd Bld = 0		
Shd Bld = 0		
Blend : EB : L low	Adj Blend : EB : L low	
3xBld % & >3xBld		
Col-Shd Bld : EB	Shd Bld	

Processing			
PSV = 0			attention
DQv 1st = 2	C. Impuls. OR Attention diff.		
Zd = 4	overincorporative		scanning
Dd = 4	atypical processing		
Zf = 10	medium		efforts
W/D = 9:3	effort		easy:6:9
DQ+ = 1	low		quality
DQv,v/+ = 4	failures		.
W/M = 9:0	NA		objectives

Step3: Loc Sequence (XP), Incoherent Loc Index, ILI = 2

Mediation	
XA% =	0,81
WDA% =	0,83
X-% =	0,13
S- =	1
P =	3
X+% =	0,38
Xu% =	0,44
Stp3a FQ- Homogeneity (2)	
3.1stC-	1/2
BC-	1/2
CC-	1/2
RC-	1/2
PC-	0
S-	1/2
Dd-	1/2
M-	0
FMm-	1/2
Color-	0
Shd-	0
F-	1/2
AnXySxBl-	1/2
Hcont-	0

Coding Validity			
AGE	Cards	N°	
Loc&DQ			
DET			
FQ			
CONT			
Z score			
SpSc			

Ideation	EB: NA, avoidant		
EBper = NA			
a/p = 0 : 3	NA	Sum6= 1	
HVI		Lvl2 = 0	
OBS		Wsum6 1	
MOR=2		WSum6 : Age	
m=2	peripheral ideation (stress)		
FM=1		no problem	
Ma/Mp = 0 : 0	NA	M- = 0	
Intel° = 1	0	Mnone 0	

Relations		(Perception)
COP =	0	discomfort
AG =	0	
GHR:PHR =	0 : 0	
a:p =	0 : 3	Passive
Food =	0	
SumT =	0	
H Cont. =	0	
Pure H =	0	
PER =	1	
Isol° Indx =	0,38	isolated

H Cont:R:EB (Interest)	low	
Hpur:R:EB (comp°)	NA	

Self			
EGO =	0,19	EGO : Age:	low
Fr+rF =	0		
SumV =	0		
FD =	0		
An+Xy =	1		
MOR =	2		
H:(H)+Hd+(Hd) =	0:0	Self R°	NA

Step 7b :Human content responses quality (XP)

Generally Positive Features, GPF	Sum=0	#####
Generally Negative Features,GNF	Sum=0	#####

الملخص الشكلي للحالة A36

Compute for Scoring							
R = 19	L = 0,73	F% = 0,42					
			Age: 29				
			Controls				
EB = 1 : 2	EA = 3	EBper = 2,0	Step 1) Adj D	Vulnerable			
eb = 5 : 4	es = 9	D = -2	Step 2) EA	Valid AdjD			
EB: NA,	Adj es = 8	Adj D = -1	Step 3) EB &L	Valid EA but cf. Step 4			
FM = 3	SumC'= 4	SumT= 0					
m = 2	SumV= 0	SumY= 0	Step 4) Adj es	Valid AdjD			
EBt (XP) EBt = 0,33							

S-CON = 5			
Styles	State	Patho. P.	Const°
			PTI=1
	D<Daj		DEPI=5*
EB: NA,	CDI>3		CDI=4*
	Daj<0		HVI: ns.
			OBS: ns.

D<DAJ : CONTROLS -> STRESS THEN,
CDI>3 : CONTROLS -> RELATIONS -> SELF -> AFFECT -> PROCESSING -> MEDIATION -> IDEATION

Affect	EB: NA,	DEPI	CDI
eb = 5 : 4	Discomfort		
	Irritation		
Afr = 0,27	Afr : EB : Age		
PC% = 0,21	E.avoidance (cf. C':C & intell°)		
ΣC':WΣC = 4:2	E.Inhibition		
intel 4	Intell° (style)		
CP = 0			
FC:CF+C = 1:1	Lability (2/5)		
Pure C = 1	occasional discharge		
S = 2	lateS = 1		
Blends/R = 3:19	Bld% 0,16		
StressBld = 1			
Adj Blend = 3:19	AdjBld% 0,16		
3xBld = 0			
>3xBld = 0			
Col-Shd Bld = 0			
Shd Bld = 0			
Blend : EB : L medium	Adj Blend : EB : L medium		
3xBld % & >3xBld			
Col-Shd Bld : EB	Shd Bld		

Processing			
PSV = 0			attention
DQv 1st = 3	C. Impuls. OR Attention diff.		
Zd = -5,5	underincorporative		scanning
Dd = 3			
Zf = 5	low		efforts
W/D = 6:10	ecomonical		easy:4:6
DQ+ = 1	low		quality
DQv,v/+ = 4	failures		
W/M = 6:1	Positive		objectives

Step3: Loc Sequence (XP), Incoherent Loc Index, ILI = 1

Mediation	
XA% =	0,53
WDA% =	0,50
X-% =	0,26
S- =	1
P =	4
X+% =	0,32
Xu% =	0,21
Stp3a FQ- Homogeneity (5)	
3.1stC-	3/5
BC-	2/5
CC-	3/5
RC-	2/5
PC-	1/5
S-	1/5
Dd-	1/5
M-	1/5
FMm-	1/5
Color-	1/5
Shd-	2/5
F-	2/5
AnXySxBl-	1/5
Hcont-	3/5

Coding Validity			
AGE	Cards	N°	
Loc&DQ			
DET			
FQ			
CONT			
Z score			
SpSc			

Ideation	EB: NA,		
EBper = 2,0			
a/p = 3 : 3		Sum6= 1	
HVI		Lvl2 = 1	
OBS		Wsum6 6	
MOR=0		WSum6 : Age	
m=2	peripheral ideation (stress)		
FM=3		no problem	
Ma/Mp = 0 : 1	NA	M- = 1	
Intel° = 4	Intell° (style)	Mnone 0	

Relations		(Perception)
COP =	0	discomfort
AG =	0	
GHR:PHR =	1 : 3	
a:p =	3 : 3	
Food =	0	
SumT =	0	
H Cont. =	4	
Pure H =	1	
PER =	1	
Isol° Indx =	0,16	

H Cont:R:EB (Interest)	medium	
Hpur:R:EB (comp°)	misunderst	

Self			
EGO =	0,16	EGO : Age:	low
Fr+rF =	0		
SumV =	0	Naive Self Image	
FD =	0		
An+Xy =	0		
MOR =	0		
H:(H)+Hd+(Hd) =	1:3	Self R°	NA

Step 7b :Human content responses quality (XP)

Generally Positive Features, GPF	Sum=19	μ=4,8
Generally Negative Features,GNF	Sum=6	μ=1,5

الملخص الشكلي للحالة A37

Compute for Scoring	R = 23	L = 0,77	F% = 0,43		
			Age: 46		
			Controls		
EB = 2 : 2	EA = 4	EBper = 1,0	Step 1) Adj D	Very Vulnerable	
eb = 6 : 5	es = 11	D = -2	Step 2) EA	Valid AdjD	
ambitent	Adj es = 11	Adj D = -2	Step 3) EB &L	Valid EA & AdjD	
FM = 5	SumC'= 4	SumT= 1	Step 4) Adj es	Underestimated AdjD	
m = 1	SumV= 0	SumY= 0			
EBt (XP) EBt = 0					

S-CON = 4			
Styles	State	Patho. P.	Const°
ambitent	Daj<0		PTI=0 DEPI=3 CDI=2 HVI: ns. OBS: ns.

Affect	ambitent	
eb	= 6 : 5	Discomfort
		Irritation
Afr	= 0,64	Afr : EB : Age
PC% = 0,39		medium
ΣC':WΣC	= 4:2	E.Inhibition
intel	0	0
CP	= 0	
FC:CF+C	= 0:2	E.impulsiveness (1/5)
Pure C	= 0	
S	= 2	lateS = 2
Blends/R	= 2:23	Bld% 0,09
StressBld	= 0	
Adj Blend	= 2:23	AdjBld% 0,09
3xBld	= 0	
>3xBld	= 0	
Col-Shd Bld	= 0	
Shd Bld	= 1	
Blend : EB : L		Adj Blend : EB : L
low		low
3xBld % & >3xBld		
Col-Shd Bld : EB		Shd Bld
		***

DAJ <0 : CONTROLS THEN,
M- OU MP>MA OU WSUM6>5 : IDEATION -> MEDIATION -> PROCESSING -> CONTROLS -> AFFECT -> SELF -> RELATIONS

Processing			
PSV	= 0		attention
DQv 1st	= 0		
Zd	= 1		scanning
Dd	= 1		
Zf	= 9	medium	efforts
W/D	= 3:19	ecomonical	easy:3:3
DQ+	= 6	medium	quality
DQv,v/+	= 0		.
W/M	= 3:2		objectives

Step3: Loc Sequence (XP), Incoherent Loc Index, ILI = 0

Mediation	
XA% =	0,87
WDA% =	0,86
X-% =	0,13
S- =	0
P =	5
X+% =	0,57
Xu% =	0,30
Stp3a FQ- Homogeneity (3)	
3.1stC-	1
BC-	1/3
CC-	2/3
RC-	2/3
PC-	0
S-	0
Dd-	0
M-	0
FMm-	2/3
Color-	0
Shd-	0
F-	1/3
AnXySxBl-	0
Hcont-	0

Coding Validity			
AGE	Cards	N°	
Loc&DQ			
DET			
FQ			
CONT			
Z score			
SpSc			

Ideation	ambitent		
EBper	= 1,0		
a/p	= 6 : 2	fixed values	Sum6= 4
HVI			Lvl2 = 2
OBS			Wsum6 7
MOR=0			WSum6 : Age
m=1			ideational slippage 1/3
FM=5			
Ma/Mp	= 2 : 0		M- = 0
Intel°	= 0	0	Mnone 0

Relations		(Perception)
COP	= 2	agressive
AG	= 3	
GHR:PHR	= 2 : 3	
a:p	= 6 : 2	
Food	= 0	
SumT	= 1	
H Cont.	= 2	
Pure H	= 2	
PER	= 3	
Isol° Indx	= 0,09	

H Cont:R:EB (Interest)	low
Hpur:R:EB (comp°)	realist

Self			
EGO	= 0,48	EGO : Age:	high
Fr+rF	= 0		
SumV	= 0	Naive Self Image	
FD	= 0		
An+Xy	= 0		
MOR	= 0		
H:(H)+Hd+(Hd)	= 2:0	Self R°	NA

Step 7b :Human content responses quality (XP)
Generally Positive Features, GPF Sum=13 μ=6,5
Generally Negative Features,GNF Sum=1 μ=0,5

الملخص الشكلي للحالة A38

Compute for Scoring	R = 19	L = 0,90	F% = 0,47		
			Age: 30		
			Controls		
EB = 4 : 3	EA = 7	EBper = 1,3	Step 1) Adj D	Controlled	
eb = 3 : 1	es = 4	D = 1	Step 2) EA	cf. Step 4	
ambitent	Adj es = 3	Adj D = 1	Step 3) EB &L	Valid EA & AdjD	
FM = 1	SumC'= 1	SumT= 0	Step 4) Adj es	Overestimated AdjD	
m = 2	SumV= 0	SumY= 0			
EBt (XP) EBt = -0,14					

S-CON = 4			
Styles	State	Patho. P.	Const°
ambitent			PTI=0 DEPI=3 CDI=3 HVI: ns. OBS: ns.

Affect	ambitent	
eb	= 3 : 1	
Afr	= 0,36	Afr : EB : Age
PC% = 0,26		E.avoidance (cf. C':C & intel°)
ΣC':WΣC	= 1:3	
intel	1	0
CP	= 0	
FC:CF+C	= 1:2	E.impulsiveness (1/5)
Pure C	= 1	occasional discharge
S	= 0	lateS = 0
Blends/R	= 1:19	Bld% 0,05
StressBld	= 0	
Adj Blend	= 1:19	AdjBld% 0,05
3xBld	= 0	
>3xBld	= 0	
Col-Shd Bld	= 0	
Shd Bld	= 0	
Blend : EB : L		Adj Blend : EB : L
low		low
3xBld % & >3xBld		
Col-Shd Bld : EB		Shd Bld

ΣSHD>FM+M OU CF+C>FC+1 OU AFR<0,46: AFFECT -> CONTROLS -> SELF -> RELATIONS -> PROCESSING -> MEDIATION -> IDEATION

Processing			
PSV	= 0		attention
DQv 1st	= 2	C. Impuls. OR Attention diff.	
Zd	= 0		scanning
Dd	= 2		
Zf	= 3	low	efforts
W/D	= 3:14	ecomonical	easy:3:3
DQ+	= 1	low	quality
DQv,v/+	= 4	failures	
W/M	= 3:4		objectives

Step3: Loc Sequence (XP), Incoherent Loc Index, ILI = 1

Mediation	
XA% =	0,79
WDA% =	0,76
X-% =	0,16
S- =	0
P =	2
X+% =	0,53
Xu% =	0,26
Stp3a FQ- Homogeneity (3)	
3.1stC-	2/3
BC-	1/3
CC-	2/3
RC-	1/3
PC-	1/3
S-	0
Dd-	0
M-	0
FMm-	0
Color-	0
Shd-	0
F-	1
AnXySxBl-	1/3
Hcont-	0

Coding Validity			
AGE	Cards	N°	
Loc&DQ			
DET			
FQ			
CONT			
Z score			
SpSc			

Ideation	ambitent		
EBper	= 1,3		
a/p	= 3 : 4		Sum6= 1
HVI			Lvl2 = 1
OBS			Wsum6 4
MOR=0			WSum6 : Age
m=2	peripheral ideation (stress)		no problem
FM=1			
Ma/Mp	= 2 : 2		M- = 0
Intel°	= 1	0	Mnone 0

Relations		(Perception)
COP	= 0	positive
AG	= 1	
GHR:PHR	= 1 : 3	
a:p	= 3 : 4	
Food	= 0	
SumT	= 0	
H Cont.	= 4	
Pure H	= 2	
PER	= 0	
Isol° Indx	= 0,32	reluctance

H Cont:R:EB (Interest)	medium
Hpur:R:EB (comp°)	realist

Self			
EGO	= 0,11	EGO : Age:	low
Fr+rF	= 0		
SumV	= 0	Naive Self Image	
FD	= 0		
An+Xy	= 1		
MOR	= 0		
H:(H)+Hd+(Hd)	= 2:2	Self R°	NA

Step 7b :Human content responses quality (XP)
Generally Positive Features, GPF Sum=20 μ=5
Generally Negative Features,GNF Sum=4 μ=1

الملخص الشكلي للحالة A39

Compute for Scoring	R = 16	L = 0,78	F% = 0,44	S-CON = 6	Affect EB: NA, DEPI
			Age: 26		eb = 2 : 3

			Controls	Styles	State	Patho. P.	Const°
EB = 0 : 6	EA = 6	EBper = NA	Step 1) Adj D: Normal				
eb = 2 : 3	es = 5	D = 0	Step 2) EA: cf. Step 4				PTI=1
EB: NA,	Adj es = 5	Adj D = 0	Step 3) EB &L: Invalid AdjD (WsumC=0)	EB: NA,			DEPI=5* CDI=2
FM = 1	SumC'= 3	SumT= 0					HVI: ns.
m = 1	SumV= 0	SumY= 0	Step 4) Adj es: Abandon				OBS: ns.
EBt (XP) EBt = 1							

EB EXTRA : AFFECT -> SELF -> RELATIONS -> CONTROLS -> PROCESSING -> MEDIATION -> IDEATION

Processing			
PSV = 1	Attention difficulty (1/2)	attention
DQv 1st = 2	C. Impuls. OR Attention diff.	
Zd = -4,5	underincorporative	scanning
Dd = 1		
Zf = 7	low	efforts
W/D = 8:7	ecomonical	easy:6:8
DQ+ = 1	low	quality
DQv,v/+ = 6	failures	.
W/M = 8:0	NA	objectives

Step3: Loc Sequence (XP), Incoherent Loc Index, ILI = 0

Mediation	
XA% =	0,69
WDA% =	0,73
X-% =	0,13
S- =	0
P =	5
X+% =	0,63
Xu% =	0,06

Coding Validity			
AGE	Cards	N°	
Loc&DQ			
DET			
FQ			
CONT			
Z score			
SpSc			

Affect		
Afr = 0,60	Afr : EB : Age	
PC% = 0,38	medium	
ΣC':WΣC = 3:6		
intel 1	0	
CP = 0		
FC:CF+C = 1:5	E.impulsiveness (1/5)	
Pure C = 1	occasional discharge	
S = 1	lateS = 1	
Blends/R = 3:16	Bld%	0,19
StressBld = 1		
Adj Blend = 3:16	AdjBld%	0,19
3xBld = 0		
>3xBld = 0		
Col-Shd Bld = 1		
Shd Bld = 0		
Blend : EB : L low	Adj Blend : EB : L low	
3xBld % & >3xBld		
Col-Shd Bld : EB	Shd Bld	

Ideation	EB: NA,		
EBper = NA			
a/p = 2 : 0	NA	Sum6=	0
HVI		Lvl2 =	0
OBS		Wsum6	0
MOR=1		WSum6 : Age	
m=1			
FM=1		no problem	
	needs conceptualisation		
Ma/Mp = 0 : 0	NA	M- =	0
Intel° = 1	0	Mnone	0

Stp3a FQ- Homogeneity (2)	
3.1stC-	1
BC-	0
CC-	1
RC-	1
PC-	0
S-	0
Dd-	0
M-	0
FMm-	0
Color-	1/2
Shd-	1
F-	0
AnXySxBl-	1/2
Hcont-	0

Relations		(Perception)
COP =	0	discomfort
AG =	0	
GHR:PHR =	3 : 0	
a:p =	2 : 0	
Food =	0	
SumT =	0	
H Cont. =	3	
Pure H =	3	
PER =	0	
Isol° Indx =	0,25	

H Cont:R:EB (Interest)	medium
Hpur:R:EB (comp°)	NA

Self			
EGO =	0,19	EGO : Age:	low
Fr+rF =	0		
SumV =	0		
FD =	0		
An+Xy =	0		
MOR =	1		
H:(H)+Hd+(Hd) =	3:0	Self R°	imagination

Step 7b :Human content responses quality (XP)

Generally Positive Features, GPF	Sum=17	µ=5,7
Generally Negative Features,GNF	Sum=0	µ=0

الملخص الشكلي للحالة A40

Compute for Scoring	R = 16	L = 0,45	F% = 0,31	S-CON = 7	Affect ambitent DEPI
			Age: 40		eb = 11 : 4 Discomfort

			Controls	Styles	State	Patho. P.	Const°
EB = 3 : 4,5	EA = 7,5	EBper = 1,5	Step 1) Adj D: Very Vulnerable				
eb = 11 : 4	es = 15	D = -2	Step 2) EA: cf. Step 4				PTI=4
ambitent	Adj es = 14	Adj D = -2	Step 3) EB &L: Valid EA & AdjD	ambitent	Daj<0	PTI>3	DEPI=5* CDI=3
FM = 9	SumC'= 3	SumT= 0					HVI: ns.
m = 2	SumV= 0	SumY= 1	Step 4) Adj es: Underestimated AdjD				OBS: ns.
EBt (XP) EBt = 0,2							

PTI>3 :PROCESSING -> MEDIATION -> IDEATION -> CONTROLS -> AFFECT -> SELF -> RELATIONS

Processing			
PSV = 0		attention
DQv 1st = 1	C. Impuls. OR Attention diff.	
Zd = 3,5	overincorporative	scanning
Dd = 4	atypical processing	
Zf = 9	medium	efforts
W/D = 6:6	ecomonical	easy:4:6
DQ+ = 7	medium	quality
DQv,v/+ = 2	failures	
W/M = 6:3		objectives

Step3: Loc Sequence (XP), Incoherent Loc Index, ILI = 2

Mediation	
XA% =	0,56
WDA% =	0,67
X-% =	0,38
S- =	0
P =	4
X+% =	0,31
Xu% =	0,25

Coding Validity			
AGE	Cards	N°	
Loc&DQ			
DET			
FQ			
CONT			
Z score			
SpSc			

Affect		
Afr = 1,00	Afr : EB : Age	
PC% = 0,5	high	
ΣC':WΣC = 3:4,5		
intel 5	Intell° (style)	
CP = 0		
FC:CF+C = 0:4	E.impulsiveness (1/5)	
Pure C = 1	occasional discharge	
S = 2	lateS = 2	
Blends/R = 7:16	Bld%	0,44
StressBld = 0		
Adj Blend = 7:16	AdjBld%	0,44
3xBld = 4		
>3xBld = 0		
Col-Shd Bld = 1		
Shd Bld = 0		
Blend : EB : L high	Adj Blend : EB : L high	
3xBld % & >3xBld unusual complexity cf. ressources, controls & modulation		
Col-Shd Bld : EB	Shd Bld	

Ideation	ambitent		
EBper = 1,5			
a/p = 10 : 4	fixed values	Sum6=	7
HVI		Lvl2 =	3
OBS		Wsum6	33
MOR=2		WSum6 : Age	
m=2	peripheral ideation (stress)		
FM=9	chronic peripheral overload	disturbed thinking 3/3	
Ma/Mp = 2 : 1		M- =	1
Intel° = 5	Intell° (style)	Mnone	0

Stp3a FQ- Homogeneity (6)	
3.1stC-	1/6
BC-	1/6
CC-	5/6
RC-	1/6
PC-	2/3
S-	0
Dd-	1/2
M-	1/6
FMm-	2/3
Color-	1/6
Shd-	0
F-	1/3
AnXySxBl-	1/6
Hcont-	0

Relations		(Perception)
COP =	2	positive &
AG =	2	agressive
GHR:PHR =	1 : 4	
a:p =	10 : 4	
Food =	3	
SumT =	0	
H Cont. =	2	
Pure H =	1	
PER =	0	
Isol° Indx =	0,38	isolated

H Cont:R:EB (Interest)	medium
Hpur:R:EB (comp°)	NA

Self			
EGO =	0,19	EGO : Age:	low
Fr+rF =	0		
SumV =	0		
FD =	0		
An+Xy =	2		
MOR =	2		
H:(H)+Hd+(Hd) =	1:1	Self R°	NA

Step 7b :Human content responses quality (XP)

Generally Positive Features, GPF	Sum=8	µ=4
Generally Negative Features,GNF	Sum=5	µ=2,5

الملخص الشكلي للحالة A41

Compute for Scoring	R = 14	L = 0,27	F% = 0,21		
			Age: 42		
EB = 2 : 4	EA = 6	EBper = 2,0	Controls		
eb = 4 : 4	es = 8	D = 0	Step 1) Adj D	Normal	
extratensive	Adj es = 7	Adj D = 0	Step 2) EA	cf. Step 4	
FM = 2	SumC'= 4	SumT= 0	Step 3) EB &L	Valid EA & AdjD	
m = 2	SumV= 0	SumY= 0	Step 4) Adj es	Valid AdjD	
EBt (XP)	EBt = 0,33				

S-CON = 9			
Positive			
Styles	State	Patho. P.	Const°
extratensive		DEPI>5	PTI=2 DEPI=6* CDI=3 HVI: ns. OBS: ns.

DEPI>5 : AFFECT -> CONTROLS -> SELF -> RELATIONS -> PROCESSING -> MEDIATION -> IDEATION

Processing			
PSV = 0			attention
DQv 1st = 1	C. Impuls. OR Attention diff.		
Zd = -0,5			scanning
Dd = 0			
Zf = 14	high		efforts
W/D = 13:1	effort		easy:8:13
DQ+ = 4	low		quality
DQv,v/+ = 1			.
W/M = 13:2	Positive		objectives

Step3: Loc Sequence (XP), Incoherent Loc Index, ILI = 0

Ideation	extratensive		
EBper = 2,0			
a/p = 5 : 1	rigid values	Sum6=	4
HVI		Lvl2 =	1
OBS		Wsum6	19
MOR=5	pessimism	WSum6 : Age	
m=2	peripheral ideation (stress)	disturbed thinking 3/3	
FM=2			
Ma/Mp = 2 : 0		M- =	0
Intel° = 0	0	Mnone	0

Mediation	
XA% =	0,64
WDA% =	0,64
X-% =	0,29
S- =	4
P =	3
X+% =	0,43
Xu% =	0,21
Stp3a FQ- Homogeneity (4)	
3.1stC-	1/2
BC-	1/4
CC-	3/4
RC-	1/2
PC-	1/4
S-	1
Dd-	0
M-	0
FMm-	1/4
Color-	1/2
Shd-	1/4
F-	1/4
AnXySxBl-	1/2
Hcont-	1/4

Coding Validity			
AGE	Cards	N°	
Loc&DQ			
DET			
FQ			
CONT			
Z score			
SpSc			

Relations		(Perception)
COP =	0	agressive
AG =	2	
GHR:PHR =	0 : 4	
a:p =	5 : 1	
Food =	1	
SumT =	0	
H Cont. =	3	
Pure H =	1	
PER =	1	
Isol° Indx =	0,21	

H Cont:R:EB (Interest)	medium
Hpur:R:EB (comp°)	NA

Affect	extratensive	DEPI
eb = 4 : 4		
Irritation		
Afr = 0,40	Afr : EB : Age	
PC% = 0,29	E.avoidance (cf. C':C & intell°)	
ΣC':WΣC = 4:4		
intel 0	0	
CP = 0		
FC:CF+C = 0:4	E.impulsiveness (1/5)	
Pure C = 0		
S = 4	lateS =	2
Blends/R = 3:14	Bld%	0,21
StressBld = 2		
Adj Blend = 2:14	AdjBld%	0,14
3xBld = 0		
>3xBld = 0		
Col-Shd Bld = 1		
Shd Bld = 0		
Blend : EB : L	Adj Blend : EB : L	
medium	low	
3xBld % & >3xBld		
Col-Shd Bld : EB	Shd Bld	

Self			
EGO =	0,14	EGO : Age:	low
Fr+rF =	0		
SumV =	0		
FD =	0		
An+Xy =	2		
MOR =	5		
H:(H)+Hd+(Hd) =	1:2	Self R°	NA

Step 7b :Human content responses quality (XP)

Generally Positive Features, GPF	Sum=13	µ=4,3
Generally Negative Features,GNF	Sum=6	µ=2

الملخص الشكلي للحالة A42

Compute for Scoring	R = 14	L = 0,75	F% = 0,43		
			Age: 30		
EB = 1 : 0,5	EA = 1,5	EBper = 2,0	Controls		
eb = 1 : 5	es = 6	D = -1	Step 1) Adj D	Vulnerable	
EB: NA,	Adj es = 6	Adj D = -1	Step 2) EA	Valid AdjD	
FM = 1	SumC'= 1	SumT= 1	Step 3) EB &L	Valid EA but cf. Step 4	
m = 0	SumV= 3	SumY= 0	Step 4) Adj es	Valid AdjD	
EBt (XP)	EBt = -0,33				

S-CON = 8			
Positive			
Styles	State	Patho. P.	Const°
EB: NA,	CDI>3 Daj<0	DEPI&CDI DEPI>5	PTI=0 DEPI=6* CDI=5* HVI: ns. OBS: ns.

DEPI & CDI : RELATIONS -> SELF -> CONTROLS -> AFFECT -> PROCESSING -> MEDIATION -> IDEATION

Processing			
PSV = 0			attention
DQv 1st = 2	C. Impuls. OR Attention diff.		
Zd = -2			scanning
Dd = 2			
Zf = 12	medium		efforts
W/D = 10:2	effort		easy:7:10
DQ+ = 2	low		quality
DQv,v/+ = 2	failures		
W/M = 10:1	Positive		objectives

Step3: Loc Sequence (XP), Incoherent Loc Index, ILI = 0

Ideation	EB: NA,		
EBper = 2,0			
a/p = 1 : 1	NA	Sum6=	0
HVI		Lvl2 =	0
OBS		Wsum6	0
MOR=2		WSum6 : Age	
m=0		no problem	
FM=1	needs conceptualisation		
Ma/Mp = 1 : 0	NA	M- =	0
Intel° = 2	0	Mnone	0

Mediation	
XA% =	0,79
WDA% =	0,83
X-% =	0,07
S- =	1
P =	4
X+% =	0,43
Xu% =	0,36
Stp3a FQ- Homogeneity (1)	
3.1stC-	1
BC-	0
CC-	1
RC-	1
PC-	0
S-	1
Dd-	1
M-	0
FMm-	0
Color-	0
Shd-	0
F-	1
AnXySxBl-	0
Hcont-	0

Coding Validity			
AGE	Cards	N°	
Loc&DQ			
DET			
FQ			
CONT			
Z score			
SpSc			

Relations		(Perception)
COP =	1	positive
AG =	0	
GHR:PHR =	1 : 1	
a:p =	1 : 1	
Food =	1	
SumT =	1	
H Cont. =	2	
Pure H =	1	
PER =	0	
Isol° Indx =	0,21	

H Cont:R:EB (Interest)	medium
Hpur:R:EB (comp°)	NA

Affect	EB: NA,	DEPI CDI
eb = 1 : 5	Discomfort	
S.Criticism		
Afr = 0,27	Afr : EB : Age	
PC% = 0,21	E.avoidance (cf. C':C & intell°)	
ΣC':WΣC = 1:0,5	E.Inhibition	
intel 2	0	
CP = 0		
FC:CF+C = 1:0	Overcontrolled (5/5)	
Pure C = 0		
S = 5	lateS =	1
Blends/R = 2:14	Bld%	0,14
StressBld = 0		
Adj Blend = 2:14	AdjBld%	0,14
3xBld = 0		
>3xBld = 0		
Col-Shd Bld = 1		
Shd Bld = 1		
Blend : EB : L	Adj Blend : EB : L	
medium	medium	
3xBld % & >3xBld		
Col-Shd Bld : EB	Shd Bld	
	***	

Self			
EGO =	0,07	EGO : Age:	low
Fr+rF =	0		
SumV =	3	Self Criticism	
FD =	0		
An+Xy =	0		
MOR =	2		
H:(H)+Hd+(Hd) =	1:1	Self R°	NA

Step 7b :Human content responses quality (XP)

Generally Positive Features, GPF	Sum=12	µ=6
Generally Negative Features,GNF	Sum=1	µ=0,5

الملخص الشكلي للحالة A43

Compute for Scoring	R = 16	L = 0,07	F% = 0,06		
			Age: 32		
			Controls		
EB = 6 : 6	EA = 12	EBper = 1,0	Step 1) Adj D	Controlled	
eb = 5 : 5	es = 10	D = 0	Step 2) EA	Valid AdjD	
ambitent	Adj es = 9	Adj D = 1	Step 3) EB &L	Valid EA & AdjD	
FM = 4	SumC'= 3	SumT= 0			
m = 1	SumV= 0	SumY= 2	Step 4) Adj es	Valid AdjD	
EBt (XP) EBt = 0					

S-CON = 5			
Styles	State	Patho. P.	Const°
ambitent	D<Daj		PTI=0 DEPI=5* CDI=2 HVI: ns. OBS: ns.

Affect	ambitent	DEPI
eb = 5 : 5		
Irritation		
Afr = 0,45	Afr : EB : Age	
PC% = 0,31	low	
ΣC':WΣC = 3:6		
intel 6	Intell° (style)	
CP = 0		
FC:CF+C = 0:5	E.impulsiveness (1/5)	
Pure C = 2	frequent discharge	
S = 0	lateS = 0	
Blends/R = 6:16	Bld% 0,38	
StressBld = 1		
Adj Blend = 6:16	AdjBld% 0,38	
3xBld = 1		
>3xBld = 0		
Col-Shd Bld = 1		
Shd Bld = 0		
Blend : EB : L high	Adj Blend : EB : L high	
3xBld % & >3xBld		
Col-Shd Bld : EB	Shd Bld	

D<DAJ : CONTROLS -> STRESS THEN,
DEPI=5 : AFFECT -> CONTROLS -> SELF -> RELATIONS -> PROCESSING -> MEDIATION -> IDEATION

Processing			
PSV = 0			attention
DQv 1st = 2	C. Impuls. OR Attention diff.		
Zd = 0,5			scanning
Dd = 0			
Zf = 12	medium		efforts
W/D = 12:4	effort		easy:7:12
DQ+ = 8	medium		quality
DQv,v/+ = 2	failures		.
W/M = 12:6			objectives

Step3: Loc Sequence (XP), Incoherent Loc Index, ILI = 0

Mediation	
XA% =	0,81
WDA% =	0,81
X-% =	0,19
S- =	0
P =	3
X+% =	0,56
Xu% =	0,25
Stp3a FQ- Homogeneity (3)	
3.1stC-	2/3
BC-	0
CC-	1
RC-	2/3
PC-	1/3
S-	0
Dd-	0
M-	1/3
FMm-	2/3
Color-	2/3
Shd-	0
F-	0
AnXySxBl-	2/3
Hcont-	1/3

Coding Validity			
AGE	Cards	N°	
Loc&DQ			
DET			
FQ			
CONT			
Z score			
SpSc			

Relations		(Perception)
COP = 3		confused
AG = 3		(conflict)
GHR:PHR = 3 : 5		
a:p = 7 : 4		
Food = 0		
SumT = 0		
H Cont. = 7		
Pure H = 7		
PER = 0		
Isol° Indx = 0,50		isolated
H Cont:R:EB (Interest)		high
Hpur:R:EB (comp°)		NA

Self		
EGO = 0,44	EGO : Age:	medium
Fr+rF = 0		
SumV = 0		
FD = 1		
An+Xy = 0		
MOR = 7		
H:(H)+Hd+(Hd) = 7:0	Self R°	imagination

Step 7b :Human content responses quality (XP)
Generally Positive Features, GPF Sum=32 μ=4,6
Generally Negative Features,GNF Sum=16 μ=2,3

Ideation	ambitent		
EBper = 1,0			
a/p = 7 : 4		Sum6= 1	
HVI		Lvl2 = 0	
OBS		Wsum6 5	
MOR=7	pessimism	WSum6 : Age	
m=1			
FM=4		ideational slippage 1/3 (fab or alog)	
Ma/Mp = 5 : 1		M- = 1	
Intel° = 6	Intell° (style)	Mnone 0	

الملخص الشكلي للحالة A44

Compute for Scoring	R = 16	L = 1,29	F% = 0,56		
			Age: 23		
			Controls		
EB = 3 : 2,5	EA = 5,5	EBper = 1,2	Step 1) Adj D	Controlled	
eb = 1 : 1	es = 2	D = 1	Step 2) EA	cf. Step 4	
ambitent avoidant	Adj es = 2	Adj D = 1	Step 3) EB &L	Valid EA but cf. Step 4	
FM = 1	SumC'= 0	SumT= 0			
m = 0	SumV= 0	SumY= 1	Step 4) Adj es	Overestimated AdjD	
EBt (XP) EBt = -0,09					

S-CON = 3			
Styles	State	Patho. P.	Const°
avoidant			PTI=0 DEPI=2 CDI=4* HVI: ns. OBS: ns.
ambitent	CDI>3		

Affect	ambitent avoidant	CDI
eb = 1 : 1		
Afr = 0,45	Afr : EB : Age	
PC% = 0,31	medium	
ΣC':WΣC = 0:2,5		
intel 0	0	
CP = 0		
FC:CF+C = 0:2	E.impulsiveness (1/5)	
Pure C = 1	occasional discharge	
S = 2	lateS = 2	
Blends/R = 0:16	Bld% 0,00	
StressBld = 0		
Adj Blend = 0:16	AdjBld% 0,00	
3xBld = 0		
>3xBld = 0		
Col-Shd Bld = 0		
Shd Bld = 0		
Blend : EB : L low	Adj Blend : EB : L low	
3xBld % & >3xBld		
Col-Shd Bld : EB	Shd Bld	

CDI>3 : CONTROLS -> RELATIONS -> SELF -> AFFECT -> PROCESSING -> MEDIATION -> IDEATION

Processing			
PSV = 0			attention
DQv 1st = 2	C. Impuls. OR Attention diff.		
Zd = -2			scanning
Dd = 1			
Zf = 10	medium		efforts
W/D = 9:6			easy:6:9
DQ+ = 3	low		quality
DQv,v/+ = 3	failures		.
W/M = 9:3	Positive		objectives

Step3: Loc Sequence (XP), Incoherent Loc Index, ILI = 1

Mediation	
XA% =	0,81
WDA% =	0,87
X-% =	0,13
S- =	1
P =	5
X+% =	0,63
Xu% =	0,19
Stp3a FQ- Homogeneity (2)	
3.1stC-	0
BC-	0
CC-	1
RC-	0
PC-	1
S-	1/2
Dd-	0
M-	1/2
FMm-	0
Color-	0
Shd-	0
F-	1/2
AnXySxBl-	1/2
Hcont-	1/2

Coding Validity			
AGE	Cards	N°	
Loc&DQ			
DET			
FQ			
CONT			
Z score			
SpSc			

Relations		(Perception)
COP = 1		positive
AG = 1		
GHR:PHR = 3 : 2		
a:p = 2 : 2		
Food = 0		
SumT = 0		
H Cont. = 5		
Pure H = 3		
PER = 0		
Isol° Indx = 0,31		reluctance
H Cont:R:EB (Interest)		medium
Hpur:R:EB (comp°)		NA

Self		
EGO = 0,38	EGO : Age:	medium
Fr+rF = 0		
SumV = 0		
FD = 0		
An+Xy = 1		
MOR = 0		
H:(H)+Hd+(Hd) = 3:2	Self R°	imagination

Step 7b :Human content responses quality (XP)
Generally Positive Features, GPF Sum=30 μ=6
Generally Negative Features,GNF Sum=2 μ=0,4

Ideation	ambitent avoidant		
EBper = 1,2			
a/p = 2 : 2		Sum6= 0	
HVI		Lvl2 = 0	
OBS		Wsum6 0	
MOR=0		WSum6 : Age	
m=0			
FM=1	hasty needs satisfaction	no problem	
Ma/Mp = 2 : 1		M- = 1	
Intel° = 0	0	Mnone 0	

الملخص الشكلي للحالة A45

Compute for Scoring							
R = 16		L = 0,60		F% = 0,38			
				Age: 37			
				Controls			
EB = 3 : 2	EA = 5	EBper = 1,5		Step 1) Adj D	Immature		
eb = 5 : 2	es = 7	D = 0		Step 2) EA	cf. Step 4		
ambitent	Adj es = 5	Adj D = 0		Step 3) EB &L	Valid EA & AdjD		
FM = 2	SumC'= 0	SumT= 1		Step 4) Adj es	Valid AdjD		
m = 3	SumV= 0	SumY= 1					
EBt (XP)	EBt = -0,2						

S-CON = 5			
Styles	State	Patho. P.	Const°
ambitent	CDI>3		PTI=0
Passive			DEPI=3
			CDI=5*
			HVI: ns.
			OBS: ns.

Affect	ambitent	CDI
eb = 5 : 2		
Afr = 0,45	Afr : EB : Age	
PC% = 0,31	low	
ΣC':WΣC = 0:2		
intel 2	0	
CP = 0		
FC:CF+C = 0:2	E.impulsiveness (1/5)	
Pure C = 0		
S = 2	lateS = 2	
Blends/R = 1:16	Bld% 0,06	
StressBld = 0		
Adj Blend = 1:16	AdjBld% 0,06	
3xBld = 1		
>3xBld = 0		
Col-Shd Bld = 0		
Shd Bld = 0		
Blend : EB : L low	Adj Blend : EB : L low	
3xBld % & >3xBld unusual complexity cf. ressources, controls & modulation		
Col-Shd Bld : EB	Shd Bld	

CDI>3 : CONTROLS -> RELATIONS -> SELF -> AFFECT -> PROCESSING -> MEDIATION -> IDEATION

Processing			
PSV = 0			attention
DQv 1st = 4	C. Impuls. OR Attention diff.		
Zd = -2,5			scanning
Dd = 1			
Zf = 6	low		efforts
W/D = 7:8	ecomonical		easy:6:7
DQ+ = 3	low		quality
DQv,v/+ = 5	failures		.
W/M = 7:3	Positive		objectives
Step3: Loc Sequence (XP), Incoherent Loc Index, ILI = 0			

Mediation	
XA% =	0,81
WDA% =	0,80
X-% =	0,06
S- =	0
P =	6
X+% =	0,50
Xu% =	0,31
Stp3a FQ- Homogeneity (1)	
3.1stC-	1
BC-	1
CC-	0
RC-	0
PC-	0
S-	0
Dd-	0
M-	0
FMm-	0
Color-	0
Shd-	0
F-	1
AnXySxBl-	0
Hcont-	1

Coding Validity			
AGE	Cards	N°	
Loc&DQ			
DET			
FQ			
CONT			
Z score			
SpSc			

Relations		(Perception)
COP =	0	discomfort
AG =	0	
GHR:PHR =	2 : 3	
a:p =	3 : 5	Passive
Food =	0	
SumT =	1	
H Cont. =	4	
Pure H =	3	
PER =	0	
Isol° Indx =	0,31	reluctance
H Cont:R:EB (Interest)		medium
Hpur:R:EB (comp°)		NA

Ideation	ambitent		
EBper = 1,5			
a/p = 3 : 5		Sum6=	1
HVI		Lvl2 =	0
OBS		Wsum6	5
MOR=0		WSum6 : Age	
m=3	peripheral ideation (stress)	ideational slippage 1/3 (fab or alog)	
FM=2			
Ma/Mp = 1 : 2	Snow White S. 0	M- =	0
Intel° = 2		Mnone	1

Self			
EGO =	0,25	EGO : Age:	low
Fr+rF =	0		
SumV =	0		
FD =	0		
An+Xy =	1		
MOR =	0		
H:(H)+Hd+(Hd) =	3:1	Self R°	imagination
Step 7b :Human content responses quality (XP)			
Generally Positive Features, GPF		Sum=24	μ=6
Generally Negative Features,GNF		Sum=2	μ=0,5

الملخص الشكلي للحالة A46

Compute for Scoring							
R = 21		L = 0,75		F% = 0,43			
				Age: 32			
				Controls			
EB = 4 : 10	EA = 14	EBper = 2,5		Step 1) Adj D	Controlled		
eb = 1 : 3	es = 4	D = 3		Step 2) EA	Valid AdjD		
extratensive	Adj es = 4	Adj D = 3		Step 3) EB &L	Valid EA & AdjD		
FM = 0	SumC'= 2	SumT= 0		Step 4) Adj es	Overestimated AdjD		
m = 1	SumV= 1	SumY= 0					
EBt (XP)	EBt = 0,43						

S-CON = 8 Positive			
Styles	State	Patho. P.	Const°
extratensive			PTI=1
Passive		DEPI>5	DEPI=6*
			CDI=2
			HVI: ns.
			OBS: ns.

Affect	extratensive	DEPI
eb = 1 : 3		
S.Criticism		
Afr = 0,62	Afr : EB : Age	
PC% = 0,38	medium	
ΣC':WΣC = 2:10		
intel 9	Intell° (defense)	
CP = 0		
FC:CF+C = 1:8	E.impulsiveness (1/5)	
Pure C = 3	frequent discharge	
S = 4	lateS = 2	
Blends/R = 5:21	Bld% 0,24	
StressBld = 1		
Adj Blend = 5:21	AdjBld% 0,24	
3xBld = 0		
>3xBld = 0		
Col-Shd Bld = 1		
Shd Bld = 0		
Blend : EB : L medium	Adj Blend : EB : L medium	
3xBld % & >3xBld		
Col-Shd Bld : EB	Shd Bld	

DEPI>5 : AFFECT -> CONTROLS -> SELF -> RELATIONS -> PROCESSING -> MEDIATION -> IDEATION

Processing			
PSV = 0			attention
DQv 1st = 4	C. Impuls. OR Attention diff.		
Zd = -9	underincorporative		scanning
Dd = 3			
Zf = 10	medium		efforts
W/D = 12:6	effort		easy:7:12
DQ+ = 0	low		quality
DQv,v/+ = 9	failures		
W/M = 12:4			objectives
Step3: Loc Sequence (XP), Incoherent Loc Index, ILI = 2			

Mediation	
XA% =	0,62
WDA% =	0,56
X-% =	0,24
S- =	1
P =	2
X+% =	0,24
Xu% =	0,38
Stp3a FQ- Homogeneity (5)	
3.1stC-	2/5
BC-	4/5
CC-	1/5
RC-	1/5
PC-	0
S-	1/5
Dd-	0
M-	1/5
FMm-	0
Color-	1/5
Shd-	1/5
F-	2/5
AnXySxBl-	1/5
Hcont-	1/5

Coding Validity			
AGE	Cards	N°	
Loc&DQ			
DET			
FQ			
CONT			
Z score			
SpSc			

Relations		(Perception)
COP =	0	agressive
AG =	3	
GHR:PHR =	0 : 6	
a:p =	0 : 5	Passive
Food =	0	
SumT =	0	
H Cont. =	3	
Pure H =	0	
PER =	2	
Isol° Indx =	0,62	isolated
H Cont:R:EB (Interest)		medium
Hpur:R:EB (comp°)		misunderst

Ideation	extratensive		
EBper = 2,5	Pervasive		
a/p = 0 : 5	rigid values	Sum6=	4
HVI		Lvl2 =	1
OBS		Wsum6	14
MOR=3	pessimism	WSum6 : Age	
m=1		ideational discontinuity 2/3	
FM=0	needs conceptualisation		
Ma/Mp = 0 : 4	Snow White S.	M- =	1
Intel° = 9	Intell° (defense)	Mnone	3

Self			
EGO =	0,00	EGO : Age:	low
Fr+rF =	0		
SumV =	1	Self Criticism	
FD =	0		
An+Xy =	1		
MOR =	3		
H:(H)+Hd+(Hd) =	0:3	Self R°	NA
Step 7b :Human content responses quality (XP)			
Generally Positive Features, GPF		Sum=12	μ=4
Generally Negative Features,GNF		Sum=6	μ=2

الملخص الشكلي للحالة A47

Compute for Scoring	R = 16	L = 1,00	F% = 0,50	Age: 42	
EB = 0 : 3	EA = 3	EBper = NA	Step 1) Adj D	Immature	
eb = 3 : 1	es = 4	D = 0	Step 2) EA	cf. Step 4	
EB: NA, avoidant	Adj es = 3	Adj D = 0	Step 3) EB &L	Invalid EA	
FM = 1	SumC'= 0	SumT= 0			
m = 2	SumV= 0	SumY= 1	Step 4) Adj es	Abandon	
EBt (XP) EBt = 1					

Controls

S-CON = 7			
Styles	State	Patho. P.	Const°
avoidant			PTI=0
			DEPI=3
EB: NA,	CDI>3		CDI=5*
Passive			HVI: ns.
			OBS: ns.

Affect — EB: NA, avoidant — CDI

eb	= 3 : 1	
Afr	= 0,45	Afr : EB : Age
PC% = 0,31		medium
ΣC':WΣC	= 0:3	
intel	3	0
CP	= 0	
FC:CF+C	= 2:2	Lability (2/5)
Pure C	= 0	
S	= 0	lateS = 0
Blends/R	= 0:16	Bld% 0,00
StressBld	= 0	
Adj Blend	= 0:16	AdjBld% 0,00
3xBld	= 0	
>3xBld	= 0	
Col-Shd Bld	= 0	
Shd Bld	= 0	
Blend : EB : L		Adj Blend : EB : L
low		low
3xBld % & >3xBld		
Col-Shd Bld : EB		Shd Bld

CDI>3 : CONTROLS -> RELATIONS -> SELF -> AFFECT -> PROCESSING -> MEDIATION -> IDEATION

Processing

PSV	= 1	Attention difficulty (1/2)	attention
DQv 1st	= 1	C. Impuls. OR Attention diff.	
Zd	= -5	underincorporative	scanning
Dd	= 3		
Zf	= 5	low	efforts
W/D	= 5:8	ecomonical	easy:5:5
DQ+	= 2	low	quality
DQv,v/+	= 5	failures	.
W/M	= 5:0	NA	objectives

Step3: Loc Sequence (XP), Incoherent Loc Index, ILI = 1

Mediation

XA% =	0,75
WDA% =	0,77
X-% =	0,19
S- =	0
P =	1
X+% =	0,25
Xu% =	0,50
Stp3a FQ- Homogeneity (3)	
3.1stC-	2/3
BC-	0
CC-	1
RC-	2/3
PC-	1/3
S-	0
Dd-	1/3
M-	0
FMm-	1/3
Color-	2/3
Shd-	0
F-	0
AnXySxBl-	0
Hcont-	0

Coding Validity

AGE	Cards	N°	
Loc&DQ			
DET			
FQ			
CONT			
Z score			
SpSc			

Relations (Perception)

COP	= 0	discomfort
AG	= 0	
GHR:PHR	= 0 : 0	
a:p	= 0 : 3	Passive
Food	= 0	
SumT	= 0	
H Cont.	= 0	
Pure H	= 0	
PER	= 0	
Isol° Indx	= 0,44	isolated

H Cont:R:EB (Interest)	low
Hpur:R:EB (comp°)	NA

Ideation — EB: NA, avoidant

EBper	= NA		
a/p	= 0 : 3	NA	Sum6= 1
HVI			Lvl2 = 0
OBS			Wsum6 1
MOR=0			WSum6 : Age
m=2	peripheral ideation (stress)		
FM=1			no problem
Ma/Mp	= 0 : 0	NA	M- = 0
Intel°	= 3	0	Mnone 0

Self

EGO	= 0,25	EGO : Age: low
Fr+rF	= 0	
SumV	= 0	
FD	= 0	
An+Xy	= 0	
MOR	= 0	
H:(H)+Hd+(Hd)	= 0:0	Self R° NA

Step 7b :Human content responses quality (XP)

Generally Positive Features, GPF	Sum=0	#####
Generally Negative Features,GNF	Sum=0	#####

الملخص الشكلي للحالة A48

Compute for Scoring	R = 19	L = 1,38	F% = 0,58	Age: 38	
EB = 1 : 1	EA = 2	EBper = 1,0	Step 1) Adj D	Vulnerable	
eb = 3 : 3	es = 6	D = -1	Step 2) EA	Valid AdjD	
EB: NA, avoidant	Adj es = 6	Adj D = -1	Step 3) EB &L	Invalid EA	
FM = 3	SumC'= 3	SumT= 0			
m = 0	SumV= 0	SumY= 0	Step 4) Adj es	Abandon	
EBt (XP) EBt = 0					

Controls

S-CON = 5			
Styles	State	Patho. P.	Const°
avoidant			PTI=1
			DEPI=5*
EB: NA,	CDI>3		CDI=4*
	Daj<0		HVI: ns.
			OBS: ns.

Affect — EB: NA, avoidant — DEPI — CDI

eb	= 3 : 3	
		Irritation
Afr	= 0,46	Afr : EB : Age
PC% = 0,32		medium
ΣC':WΣC	= 3:1	E.Inhibition
intel	1	0
CP	= 0	
FC:CF+C	= 0:1	E.impulsiveness (1/5)
Pure C	= 0	
S	= 3	lateS = 2
Blends/R	= 1:19	Bld% 0,05
StressBld	= 0	
Adj Blend	= 1:19	AdjBld% 0,05
3xBld	= 0	
>3xBld	= 0	
Col-Shd Bld	= 0	
Shd Bld	= 0	
Blend : EB : L		Adj Blend : EB : L
low		low
3xBld % & >3xBld		
Col-Shd Bld : EB		Shd Bld

CDI>3 : CONTROLS -> RELATIONS -> SELF -> AFFECT -> PROCESSING -> MEDIATION -> IDEATION

Processing

PSV	= 0		attention
DQv 1st	= 0		
Zd	= -1		scanning
Dd	= 1		
Zf	= 3	low	efforts
W/D	= 2:16	ecomonical	easy:2:2
DQ+	= 1	low	quality
DQv,v/+	= 1		
W/M	= 2:1		objectives

Step3: Loc Sequence (XP), Incoherent Loc Index, ILI = 0

Mediation

XA% =	0,68
WDA% =	0,67
X-% =	0,26
S- =	2
P =	4
X+% =	0,53
Xu% =	0,16
Stp3a FQ- Homogeneity (5)	
3.1stC-	4/5
BC-	1/5
CC-	4/5
RC-	4/5
PC-	0
S-	2/5
Dd-	0
M-	0
FMm-	0
Color-	0
Shd-	1/5
F-	4/5
AnXySxBl-	2/5
Hcont-	1/5

Coding Validity

AGE	Cards	N°	
Loc&DQ			
DET			
FQ			
CONT			
Z score			
SpSc			

Relations (Perception)

COP	= 0	discomfort
AG	= 0	
GHR:PHR	= 1 : 3	
a:p	= 2 : 2	
Food	= 0	
SumT	= 0	
H Cont.	= 3	
Pure H	= 1	
PER	= 1	
Isol° Indx	= 0,05	

H Cont:R:EB (Interest)	low
Hpur:R:EB (comp°)	misunderst

Ideation — EB: NA, avoidant

EBper	= 1,0		
a/p	= 2 : 2		Sum6= 1
HVI			Lvl2 = 0
OBS			Wsum6 2
MOR=2			WSum6 : Age
m=0			
FM=3			no problem
Ma/Mp	= 0 : 1	NA	M- = 0
Intel°	= 1	0	Mnone 0

Self

EGO	= 0,53	EGO : Age: high
Fr+rF	= 0	
SumV	= 0	Naive Self Image
FD	= 0	
An+Xy	= 3	
MOR	= 2	
H:(H)+Hd+(Hd)	= 1:2	Self R° NA

Step 7b :Human content responses quality (XP)

Generally Positive Features, GPF	Sum=17	μ=5,7
Generally Negative Features,GNF	Sum=1	μ=0,3

الملخص الشكلي للحالة A49

Compute for Scoring								
R = 16		L = 0,33		F% = 0,25				
				Age: 39				
				Controls				
EB = 1 : 4	EA = 5	EBper = 4,0		Step 1) Adj D	Immature			
eb = 4 : 6	es = 10	D = -1		Step 2) EA	cf. Step 4			
extratensive	Adj es = 4	Adj D = 0		Step 3) EB &L	Valid EA & AdjD			
FM = 0	SumC'= 2	SumT= 0		Step 4) Adj es	Overestimated AdjD			
m = 4	SumV= 0	SumY= 4						
EBt (XP)	EBt = 0,6							

S-CON = 7			
Styles	State	Patho. P.	Const°
extratensive	D<Daj CDI>3		PTI=1 DEPI=3 CDI=4* HVI: ns. OBS: ns.

D<DAJ : CONTROLS -> STRESS THEN,
CDI>3 : CONTROLS -> RELATIONS -> SELF -> AFFECT -> PROCESSING -> MEDIATION -> IDEATION

Affect	extratensive	CDI
eb = 4 : 6	Discomfort	
Helplessness		
Afr = 0,78	Afr : EB : Age	
PC% = 0,44	medium	
ΣC':WΣC = 2:4		
intel 2	0	
CP = 0		
FC:CF+C = 0:3	E.impulsiveness (1/5)	
Pure C = 2	frequent discharge	
S = 0	lateS = 0	
Blends/R = 5:16	Bld% 0,31	
StressBld = 0		
Adj Blend = 5:16	AdjBld% 0,31	
3xBld = 0		
>3xBld = 0		
Col-Shd Bld = 0		
Shd Bld = 0		
Blend : EB : L medium	Adj Blend : EB : L medium	
3xBld % & >3xBld		
Col-Shd Bld : EB	Shd Bld	

Processing			
PSV = 0			attention
DQv 1st = 8	C. Impuls. OR Attention diff.		
Zd = 2,5			scanning
Dd = 2			
Zf = 2	low		efforts
W/D = 8:6			easy:5:8
DQ+ = 1	low		quality
DQv,v/+ = 11	failures		.
W/M = 8:1	Positive		objectives

Step3: Loc Sequence (XP), Incoherent Loc Index, ILI = 0

Mediation	
XA% =	0,25
WDA% =	0,29
X-% =	0,19
S- =	0
P =	2
X+% =	0,25
Xu% =	0,00
Stp3a FQ- Homogeneity (3)	
3.1stC-	0
BC-	0
CC-	1
RC-	0
PC-	1
S-	0
Dd-	0
M-	0
FMm-	0
Color-	0
Shd-	0
F-	1
AnXySxBl-	0
Hcont-	0

Coding Validity			
AGE	Cards	N°	
Loc&DQ			
DET			
FQ			
CONT			
Z score			
SpSc			

Relations		(Perception)
COP =	0	discomfort
AG =	0	
GHR:PHR =	1 : 0	
a:p =	3 : 2	
Food =	0	
SumT =	0	
H Cont. =	1	
Pure H =	1	
PER =	0	
Isol° Indx =	0,38	isolated
H Cont:R:EB (Interest)	low	
Hpur:R:EB (comp°)	NA	

Ideation	extratensive		
EBper = 4,0	Pervasive		
a/p = 3 : 2		Sum6=	0
HVI		Lvl2 =	0
OBS		Wsum6	0
MOR=0		WSum6 : Age	
m=4	peripheral ideation (stress)		
FM=0		no problem	
Ma/Mp = 0 : 1	NA	M- =	0
Intel° = 2	0	Mnone	0

Self		
EGO = 0,19	EGO : Age:	low
Fr+rF = 0		
SumV = 0		
FD = 0		
An+Xy = 0		
MOR = 0		
H:(H)+Hd+(Hd) = 1:0	Self R°	NA

Step 7b :Human content responses quality (XP)
Generally Positive Features, GPF Sum=6 μ=6
Generally Negative Features,GNF Sum=1 μ=1

الملخص الشكلي للحالة A50

Compute for Scoring								
R = 14		L = 1,33		F% = 0,57				
				Age: 27				
				Controls				
EB = 1 : 0,5	EA = 1,5	EBper = 2,0		Step 1) Adj D	Immature			
eb = 0 : 2	es = 2	D = 0		Step 2) EA	cf. Step 4			
EB: NA, avoidant	Adj es = 2	Adj D = 0		Step 3) EB &L	Invalid EA			
FM = 0	SumC'= 1	SumT= 0		Step 4) Adj es	Abandon			
m = 0	SumV= 0	SumY= 1						
EBt (XP)	EBt = -0,33							

S-CON = 5			
Styles	State	Patho. P.	Const°
avoidant EB: NA,	CDI>3		PTI=0 DEPI=4 CDI=5* HVI: ns. OBS: ns.

CDI>3 : CONTROLS -> RELATIONS -> SELF -> AFFECT -> PROCESSING -> MEDIATION -> IDEATION

Affect	EB: NA, avoidant	CDI
eb = 0 : 2		
Afr = 0,40	Afr : EB : Age	
PC% = 0,29	E.avoidance (cf. C':C & intell°)	
ΣC':WΣC = 1:0,5	E.Inhibition	
intel 3	0	
CP = 0		
FC:CF+C = 1:0	Overcontrolled (5/5)	
Pure C = 0		
S = 0	lateS = 0	
Blends/R = 0:14	Bld% 0,00	
StressBld = 0		
Adj Blend = 0:14	AdjBld% 0,00	
3xBld = 0		
>3xBld = 0		
Col-Shd Bld = 0		
Shd Bld = 0		
Blend : EB : L low	Adj Blend : EB : L low	
3xBld % & >3xBld		
Col-Shd Bld : EB	Shd Bld	

Processing			
PSV = 0			attention
DQv 1st = 5	C. Impuls. OR Attention diff.		
Zd = -0,5			scanning
Dd = 0			
Zf = 2	low		efforts
W/D = 7:7	ecomonical		easy:5:7
DQ+ = 0	low		quality
DQv,v/+ = 7	failures		
W/M = 7:1	Positive		objectives

Step3: Loc Sequence (XP), Incoherent Loc Index, ILI = 0

Mediation	
XA% =	0,71
WDA% =	0,71
X-% =	0,00
S- =	0
P =	4
X+% =	0,50
Xu% =	0,21
Stp3a FQ- Homogeneity (0)	
3.1stC-	#DIV/0!
BC-	#DIV/0!
CC-	#DIV/0!
RC-	#DIV/0!
PC-	#DIV/0!
S-	#DIV/0!
Dd-	#DIV/0!
M-	#DIV/0!
FMm-	#DIV/0!
Color-	#DIV/0!
Shd-	#DIV/0!
F-	#DIV/0!
AnXySxBl-	#DIV/0!
Hcont-	#DIV/0!

Coding Validity			
AGE	Cards	N°	
Loc&DQ			
DET			
FQ			
CONT			
Z score			
SpSc			

Relations		(Perception)
COP =	0	discomfort
AG =	0	
GHR:PHR =	3 : 0	
a:p =	0 : 1	
Food =	0	
SumT =	0	
H Cont. =	3	
Pure H =	1	
PER =	1	
Isol° Indx =	0,36	isolated
H Cont:R:EB (Interest)	medium	
Hpur:R:EB (comp°)	NA	

Ideation	EB: NA, avoidant		
EBper = 2,0			
a/p = 0 : 1	NA	Sum6=	0
HVI		Lvl2 =	0
OBS		Wsum6	0
MOR=0		WSum6 : Age	
m=0			
FM=0	hasty needs satisfaction	no problem	
Ma/Mp = 0 : 1	NA	M- =	0
Intel° = 3	0	Mnone	0

Self		
EGO = 0,14	EGO : Age:	low
Fr+rF = 0		
SumV = 0		
FD = 0		
An+Xy = 0		
MOR = 0		
H:(H)+Hd+(Hd) = 1:2	Self R°	NA

Step 7b :Human content responses quality (XP)
Generally Positive Features, GPF Sum=18 μ=6
Generally Negative Features,GNF Sum=0 μ=0

2- الملخصات الشكلية لحالات المجموعة غير الانتحارية

الملخص الشكلي للحالة B1

Compute for Scoring — R = 29 | L = 0,45 | F% = 0,31 | Age: 28

EB = 5 : 10,5	EA = 15,5	EBper = 2,1	
eb = 5 : 8	es = 13	D = 0	
extratensive	Adj es = 11	Adj D = 1	
FM = 2	SumC'= 8	SumT= 0	
m = 3	SumV= 0	SumY= 0	

EBt (XP) EBt = 0,35

Controls

Step 1) Adj D	Controlled
Step 2) EA	Valid AdjD
Step 3) EB &L	Valid EA & AdjD
Step 4) Adj es	Underestimated AdjD

S-CON = 7

Styles	State	Patho. P.	Const°
extratensive	D<Daj	Hypervigilant	PTI=3 DEPI=5* CDI=3 HVI* OBS: ns.

D<DAJ : CONTROLS -> STRESS THEN,
EB EXTRA : AFFECT -> SELF -> RELATIONS -> CONTROLS -> PROCESSING -> MEDIATION -> IDEATION

Processing

PSV = 0			attention
DQv 1st = 0			!! HVI !!
Zd = 4,5	overincorporative		scanning
Dd = 2			
Zf = 16	high		efforts
W/D = 16:11			easy:9:16
DQ+ = 5	medium		quality
DQv,v/+ = 8	failures		.
W/M = 16:5	Positive		objectives

Step3: Loc Sequence (XP), Incoherent Loc Index, ILI = 3

Ideation — extratensive

EBper = 2,1			
a/p = 6 : 4		Sum6=	2
HVI	mistrust	Lvl2 =	0
OBS		Wsum6	5
MOR=2		WSum6 : Age	
m=3	peripheral ideation (stress)		
FM=2		no problem	
Ma/Mp = 2 : 3	Snow White S.	M- =	2
Intel° = 7	Intell° (defense)	Mnone	2

Mediation

XA% =	0,41
WDA% =	0,41
X-% =	0,41
S- =	4
P =	4
X+% =	0,24
Xu% =	0,17

Stp3a FQ- Homogeneity (12)

3.1stC-	5/12
BC-	1/3
CC-	2/3
RC-	1/3
PC-	1/3
S-	1/3
Dd-	1/12
M-	1/6
FMm-	1/12
Color-	1/4
Shd-	1/3
F-	5/12
AnXySxBl-	5/6
Hcont-	1/2

Coding Validity

AGE ✓	Cards ✓	N° ✓	
Loc&DQ ✓			
DET ✓			
FQ ✓			
CONT ✓			
Z score ✓			
SpSc ✓			

Relations (Perception)

COP = 0	positive	
AG = 1		
GHR:PHR = 1 : 11		
a:p = 6 : 4		
Food = 1		
SumT = 0		
H Cont. = 8		
Pure H = 0		
PER = 2		
Isol° Indx = 0,14		
H Cont:R:EB (Interest)	high	HVI?
Hpur:R:EB (comp°)	misunderst	

Affect — extratensive — DEPI

eb = 5 : 8	Discomfort	
Irritation		
Afr = 0,93	Afr : EB : Age	
PC% = 0,48	high	
Σc':WΣc = 8:10,5		
intel 7	Intell° (defense)	
CP = 0		
FC:CF+C = 3:7	E.impulsiveness (1/5)	
Pure C = 4	frequent discharge	
S = 6	lateS =	2
Blends/R = 8:29	Bld%	0,28
StressBld = 1		
Adj Blend = 8:29	AdjBld%	0,28
3xBld = 1		
>3xBld = 0		
Col-Shd Bld = 2		
Shd Bld = 0		
Blend : EB : L medium	Adj Blend : EB : L medium	
3xBld % & >3xBld		
Col-Shd Bld : EB confusion	Shd Bld	

Self

EGO = 0,17	EGO : Age:	low
Fr+rF = 0		
SumV = 0	Naive Self Image	
FD = 0		
An+Xy = 6		
MOR = 2		
H:(H)+Hd+(Hd) = 0:8	Self R°	NA

Step 7b :Human content responses quality (XP)
Generally Positive Features, GPF Sum=28 μ=3,5
Generally Negative Features,GNF Sum=19 μ=2,4

الملخص الشكلي للحالة B2

Compute for Scoring — R = 18 | L = 1,57 | F% = 0,61 | Age: 43

EB = 1 : 0	EA = 1	EBper = NA	
eb = 2 : 3	es = 5	D = -1	
EB: NA, avoidant	Adj es = 5	Adj D = -1	
FM = 2	SumC'= 1	SumT= 2	
m = 0	SumV= 0	SumY= 0	

EBt (XP) EBt = -1

Controls

Step 1) Adj D	Vulnerable
Step 2) EA	Valid AdjD
Step 3) EB &L	Invalid EA
Step 4) Adj es	Abandon

S-CON = 5

Styles	State	Patho. P.	Const°
avoidant	EB: NA,	CDI>3 Daj<0	DEPI&CDI DEPI>5	PTI=2 DEPI=6* CDI=5* HVI: ns. OBS: ns.

DEPI & CDI : RELATIONS -> SELF -> CONTROLS -> AFFECT -> PROCESSING -> MEDIATION -> IDEATION

Processing

PSV = 1	Attention difficulty (1/2)		attention
DQv 1st = 1	C. Impuls. OR Attention diff.		
Zd = -5,5	underincorporative		scanning
Dd = 2			
Zf = 6	medium		efforts
W/D = 8:8	ecomonical		easy:6:8
DQ+ = 0	low		quality
DQv,v/+ = 4	failures		.
W/M = 8:1	Positive		objectives

Step3: Loc Sequence (XP), Incoherent Loc Index, ILI = 1

Ideation — EB: NA, avoidant

EBper = NA			
a/p = 1 : 2	NA	Sum6=	1
HVI		Lvl2 =	0
OBS		Wsum6	3
MOR=0		WSum6 : Age	
m=0			
FM=2	hasty needs satisfaction	no problem	
Ma/Mp = 0 : 1	NA	M- =	0
Intel° = 4	Intell° (style)	Mnone	1

Mediation

XA% =	0,50
WDA% =	0,56
X-% =	0,33
S- =	2
P =	5
X+% =	0,39
Xu% =	0,11

Stp3a FQ- Homogeneity (6)

3.1stC-	1/3
BC-	1/6
CC-	5/6
RC-	1/3
PC-	1/2
S-	1/3
Dd-	1/6
M-	0
FMm-	0
Color-	0
Shd-	1/6
F-	5/6
AnXySxBl-	2/3
Hcont-	1/6

Coding Validity

AGE ✓	Cards ✓	N° ✓	
Loc&DQ ✓			
DET ✓			
FQ ✓			
CONT ✓			
Z score ✓			
SpSc ✓			

Relations (Perception)

COP = 0	discomfort	
AG = 0		
GHR:PHR = 0 : 2		
a:p = 1 : 2		
Food = 0		
SumT = 2		
H Cont. = 1		
Pure H = 0		
PER = 0		
Isol° Indx = 0,06		
H Cont:R:EB (Interest)	low	
Hpur:R:EB (comp°)	misunderst	

Affect — EB: NA, avoidant — DEPI — CDI

eb = 2 : 3		
Loneliness		
Afr = 0,64	Afr : EB : Age	
PC% = 0,39	medium	
Σc':WΣc = 1:0	E.Inhibition	
intel 4	Intell° (style)	
CP = 0		
FC:CF+C = 0:0	NA	
Pure C = 0		
S = 3	lateS =	2
Blends/R = 1:18	Bld%	0,06
StressBld = 0		
Adj Blend = 1:18	AdjBld%	0,06
3xBld = 0		
>3xBld = 0		
Col-Shd Bld = 0		
Shd Bld = 0		
Blend : EB : L low	Adj Blend : EB : L low	
3xBld % & >3xBld		
Col-Shd Bld : EB	Shd Bld	

Self

EGO = 0,11	EGO : Age:	low
Fr+rF = 0		
SumV = 0	Naive Self Image	
FD = 0		
An+Xy = 4		
MOR = 0		
H:(H)+Hd+(Hd) = 0:1	Self R°	NA

Step 7b :Human content responses quality (XP)
Generally Positive Features, GPF Sum=5 μ=5
Generally Negative Features,GNF Sum=1 μ=1

الملخص الشكلي للحالة B3

Compute for	R = 16	L = 0,14	F% = 0,13	S-CON = 4	Affect ambitent DEPI
Scoring			Age: 25		eb = 4 : 6 Discomfort

Controls

Step 1) Adj D	Controlled
Step 2) EA	Valid AdjD
Step 3) EB &L	Valid EA & AdjD
Step 4) Adj es	Underestimated AdjD

Styles	State	Patho. P.	Const°
ambitent			PTI=2 DEPI=5* CDI=1 HVI: ns. OBS: ns.

EB = 8 : 6,5	EA = 14,5	EBper = 1,2	
eb = 4 : 6	es = 10	D = 1	
ambitent	Adj es = 10	Adj D = 1	
FM = 4	SumC'= 5	SumT= 0	
m = 0	SumV= 0	SumY= 1	
EBt (XP) EBt = -0,1			

DEPI=5 : AFFECT -> CONTROLS -> SELF -> RELATIONS -> PROCESSING -> MEDIATION -> IDEATION

Processing

PSV = 0			attention
DQv 1st = 1	C. Impuls. OR Attention diff.		
Zd = -1,5			scanning
Dd = 3			
Zf = 12	medium		efforts
W/D = 9:4	effort		easy:6:9
DQ+ = 7	medium		quality
DQv,v/+ = 3	failures		.
W/M = 9:8			objectives

Step3: Loc Sequence (XP), Incoherent Loc Index, ILI = 1

Ideation ambitent

EBper = 1,2			
a/p = 8 : 4	fixed values	Sum6=	8
HVI		Lvl2 =	5
OBS		Wsum6	46
MOR=3	pessimism	WSum6 : Age	
m=0		disturbed thinking 3/3	
FM=4			
Ma/Mp = 5 : 3		M- =	1
Intel° = 20	Intell° (defense)	Mnone	1

Mediation

XA% =	0,69
WDA% =	0,77
X-% =	0,13
S- =	0
P =	5
X+% =	0,63
Xu% =	0,06

Stp3a FQ- Homogeneity (2)

3.1stC-	1/2
BC-	1/2
CC-	1/2
RC-	1/2
PC-	0
S-	0
Dd-	0
M-	1/2
FMm-	0
Color-	1/2
Shd-	1/2
F-	1/2
AnXySxBl-	1/2
Hcont-	1/2

Coding Validity

AGE	Cards	N°	
Loc&DQ			
DET			
FQ			
CONT			
Z score			
SpSc			

Relations (Perception)

COP = 2	positive &	
AG = 2	agressive	
GHR:PHR = 2 : 8		
a:p = 8 : 4		
Food = 0		
SumT = 0		
H Cont. = 8		
Pure H = 4		
PER = 0		
Isol° Indx = 0,19		

H Cont:R:EB (Interest)	high
Hpur:R:EB (comp°)	NA

Irritation

Afr = 0,45	Afr : EB : Age	
PC% = 0,31	low	
ΣC':WΣC = 5:6,5		
intel 20	Intell° (defense)	
CP = 0		
FC:CF+C = 1:5	E.impulsiveness (1/5)	
Pure C = 2	frequent discharge	
S = 2	lateS =	2
Blends/R = 9:16	Bld%	0,56
StressBld = 0		
Adj Blend = 9:16	AdjBld%	0,56
3xBld = 2		
>3xBld = 0		
Col-Shd Bld = 1		
Shd Bld = 0		
Blend : EB : L	Adj Blend : EB : L	
high	high	
3xBld % & >3xBld		
Col-Shd Bld : EB	Shd Bld	

Self

EGO = 0,31	EGO : Age:	low
Fr+rF = 0		
SumV = 0		
FD = 0		
An+Xy = 1		
MOR = 3		
H:(H)+Hd+(Hd) = 4:4	Self R°	imagination

Step 7b :Human content responses quality (XP)

Generally Positive Features, GPF	Sum=38	µ=4,8
Generally Negative Features,GNF	Sum=14	µ=1,8

الملخص الشكلي للحالة B4

Compute for	R = 18	L = 1,57	F% = 0,61	S-CON = 2	Affect EB: NA, avoidant
Scoring			Age: 34		eb = 2 : 0

Controls

Step 1) Adj D	Normal
Step 2) EA	cf. Step 4
Step 3) EB &L	Invalid EA
Step 4) Adj es	Abandon

Styles	State	Patho. P.	Const°
avoidant			PTI=0 DEPI=3 CDI=3 HVI: ns. OBS: ns.
EB: NA,			

EB = 1 : 2	EA = 3	EBper = 2,0	
eb = 2 : 0	es = 2	D = 0	
EB: NA, avoidant	Adj es = 2	Adj D = 0	
FM = 2	SumC'= 0	SumT= 0	
m = 0	SumV= 0	SumY= 0	
EBt (XP) EBt = 0,33			

L>0,99 : PROCESSING -> MEDIATION -> IDEATION -> CONTROLS -> AFFECT -> SELF -> RELATIONS

Processing

PSV = 0			attention
DQv 1st = 0			
Zd = -3,5	underincorporative		scanning
Dd = 0			
Zf = 5	low		efforts
W/D = 3:15	ecomonical		easy:3:3
DQ+ = 2	low		quality
DQv,v/+ = 1			
W/M = 3:1	Positive		objectives

Step3: Loc Sequence (XP), Incoherent Loc Index, ILI = 0

Ideation EB: NA, avoidant

EBper = 2,0			
a/p = 1 : 2	NA	Sum6=	4
HVI		Lvl2 =	1
OBS		Wsum6	10
MOR=0		WSum6 : Age	
m=0		ideational slippage 1/3	
FM=2	hasty needs satisfaction		
Ma/Mp = 0 : 1	NA	M- =	0
Intel° = 0	0	Mnone	0

Mediation

XA% =	0,72
WDA% =	0,72
X-% =	0,28
S- =	0
P =	6
X+% =	0,56
Xu% =	0,17

Stp3a FQ- Homogeneity (5)

3.1stC-	3/5
BC-	2/5
CC-	3/5
RC-	2/5
PC-	1/5
S-	0
Dd-	0
M-	0
FMm-	1/5
Color-	1/5
Shd-	0
F-	3/5
AnXySxBl-	0
Hcont-	1/5

Coding Validity

AGE	Cards	N°	
Loc&DQ			
DET			
FQ			
CONT			
Z score			
SpSc			

Relations (Perception)

COP = 0	discomfort	
AG = 0		
GHR:PHR = 3 : 1		
a:p = 1 : 2		
Food = 0		
SumT = 0		
H Cont. = 4		
Pure H = 2		
PER = 0		
Isol° Indx = 0,22		

H Cont:R:EB (Interest)	medium
Hpur:R:EB (comp°)	realist

Irritation

Afr = 0,64	Afr : EB : Age	
PC% = 0,39	medium	
ΣC':WΣC = 0:2		
intel 0	0	
CP = 0		
FC:CF+C = 4:0	Overcontrolled (5/5)	
Pure C = 0		
S = 0	lateS =	0
Blends/R = 0:18	Bld%	0,00
StressBld = 0		
Adj Blend = 0:18	AdjBld%	0,00
3xBld = 0		
>3xBld = 0		
Col-Shd Bld = 0		
Shd Bld = 0		
Blend : EB : L	Adj Blend : EB : L	
low	low	
3xBld % & >3xBld		
Col-Shd Bld : EB	Shd Bld	

Self

EGO = 0,61	EGO : Age:	high
Fr+rF = 0		
SumV = 0	Naive Self Image	
FD = 0		
An+Xy = 0		
MOR = 0		
H:(H)+Hd+(Hd) = 2:2	Self R°	NA

Step 7b :Human content responses quality (XP)

Generally Positive Features, GPF	Sum=24	µ=6
Generally Negative Features,GNF	Sum=2	µ=0,5

الملخص الشكلي للحالة B5

Compute for	R = 20	L = 0,33	F% = 0,25
Scoring			Age: 39

EB	= 5 : 7,5	EA =	12,5	EBper =	1,5	Step 1) Adj D	Controlled
eb	= 2 : 7	es =	9	D =	1	Step 2) EA	Valid AdjD
extratensive		Adj es =	8	Adj D =	1	Step 3) EB &L	Valid EA & AdjD
FM	= 1	SumC'=	4	SumT=	1	Step 4) Adj es	Valid AdjD
m	= 1	SumV=	0	SumY=	2		

EBt (XP) EBt = 0,2

Controls

S-CON	=	7

Styles	State	Patho. P.	Const°
extratensive		PTI>3	PTI=5 DEPI=5* CDI=1 HVI: ns. OBS: ns.

PTI>3 :PROCESSING -> MEDIATION -> IDEATION -> CONTROLS -> AFFECT -> SELF -> RELATIONS

Affect — extratensive — DEPI

eb	= 2 : 7	Discomfort	
Irritation			
Afr	= 0,67	Afr : EB : Age	
PC% = 0,4		medium	
ΣC':WΣC	= 4:7,5		
intel	7	Intell° (defense)	
CP	= 1		
FC:CF+C	= 1:6	E.impulsiveness (1/5)	
Pure C	= 2	frequent discharge	
S	= 4	lateS =	2
Blends/R	= 4:20	Bld%	0,20
StressBld	= 0		
Adj Blend	= 4:20	AdjBld%	0,20
3xBld	= 2		
>3xBld	= 0		
Col-Shd Bld	= 2		
Shd Bld	= 0		
Blend : EB : L		Adj Blend : EB : L	
medium		medium	
3xBld % & >3xBld			
unusual complexity			
cf. ressources, controls & modulation			
Col-Shd Bld : EB		Shd Bld	
confusion			

Processing

PSV	= 0		attention
DQv 1st	= 2	C. Impuls. OR Attention diff.	
Zd	= 5,5	overincorporative	scanning
Dd	= 7	atypical processing	
Zf	= 10	medium	efforts
W/D	= 5:8	ecomonical	easy:4:5
DQ+	= 5	medium	quality
DQv,v/+	= 4	failures	.
W/M	= 5:5		objectives

Step3: Loc Sequence (XP), Incoherent Loc Index, ILI = 3

Mediation

XA% =	0,45
WDA% =	0,62
X-% =	0,45
S- =	3
P =	4
X+% =	0,30
Xu% =	0,15

Stp3a FQ- Homogeneity (9)

3.1stC-	2/9
BC-	5/9
CC-	4/9
RC-	1/9
PC-	1/3
S-	1/3
Dd-	2/3
M-	2/9
FMm-	1/9
Color-	2/9
Shd-	5/9
F-	2/9
AnXySxBl-	1/9
Hcont-	2/9

Coding Validity

AGE	Cards	N°	
Loc&DQ			
DET			
FQ			
CONT			
Z score			
SpSc			

Relations (Perception)

COP	= 2	positive
AG	= 1	
GHR:PHR	= 0 : 6	
a:p	= 3 : 4	
Food	= 4	
SumT	= 1	
H Cont.	= 4	
Pure H	= 2	
PER	= 0	
Isol° Indx	= 0,55	isolated

H Cont:R:EB (Interest)	medium
Hpur:R:EB (comp°)	realist

Self

EGO	= 0,20	EGO : Age:	low
Fr+rF	= 0		
SumV	= 0	Naive Self Image	
FD	= 0		
An+Xy	= 2		
MOR	= 4		
H:(H)+Hd+(Hd)	= 2:2	Self R°	NA

Step 7b :Human content responses quality (XP)

Generally Positive Features, GPF	Sum=15	µ=3,8
Generally Negative Features,GNF	Sum=10	µ=2,5

Ideation — extratensive

EBper	= 1,5			
a/p	= 3 : 4		Sum6=	11
HVI			Lvl2 =	6
OBS			Wsum6	55
MOR=4	pessimism		WSum6 : Age	
m=1			disturbed thinking 3/3	
FM=1	needs conceptualisation			
Ma/Mp	= 3 : 2		M- =	2
Intel°	= 7	Intell° (defense)	Mnone	1

الملخص الشكلي للحالة B6

Compute for	R = 19	L = 1,71	F% = 0,63
Scoring			Age: 42

EB	= 2 : 7	EA =	9	EBper =	3,5	Step 1) Adj D	Controlled
eb	= 1 : 0	es =	1	D =	3	Step 2) EA	cf. Step 4
extratensive avoidant		Adj es =	1	Adj D =	3	Step 3) EB &L	Valid EA & AdjD
FM	= 1	SumC'=	0	SumT=	0	Step 4) Adj es	Overestimated AdjD
m	= 0	SumV=	0	SumY=	0		

EBt (XP) EBt = 0,56

Controls

S-CON	=	4

Styles	State	Patho. P.	Const°
avoidant extratensive Passive			PTI=1 DEPI=3 CDI=2 HVI: ns. OBS: ns.

L>0,99 : PROCESSING -> MEDIATION -> IDEATION -> CONTROLS -> AFFECT -> SELF -> RELATIONS

Affect — extratensive avoid

eb	= 1 : 0		
Afr	= 0,90	Afr : EB : Age	
PC% = 0,47		high	
ΣC':WΣC	= 0:7		
intel	0	0	
CP	= 0		
FC:CF+C	= 0:5	E.impulsiveness (1/5)	
Pure C	= 4	frequent discharge	
S	= 0	lateS =	0
Blends/R	= 1:19	Bld%	0,05
StressBld	= 0		
Adj Blend	= 1:19	AdjBld%	0,05
3xBld	= 0		
>3xBld	= 0		
Col-Shd Bld	= 0		
Shd Bld	= 0		
Blend : EB : L		Adj Blend : EB : L	
low		low	
3xBld % & >3xBld			
Col-Shd Bld : EB		Shd Bld	

Processing

PSV	= 2	Attention Difficulty (2/2)	attention
DQv 1st	= 1	C. Impuls. OR Attention diff.	
Zd	= -7,5	underincorporative	scanning
Dd	= 0		
Zf	= 7	medium	efforts
W/D	= 8:11	ecomonical	easy:6:8
DQ+	= 1	low	quality
DQv,v/+	= 5	failures	.
W/M	= 8:2	Positive	objectives

Step3: Loc Sequence (XP), Incoherent Loc Index, ILI = 0

Mediation

XA% =	0,58
WDA% =	0,58
X-% =	0,21
S- =	0
P =	5
X+% =	0,42
Xu% =	0,16

Stp3a FQ- Homogeneity (4)

3.1stC-	1/4
BC-	1/2
CC-	1/2
RC-	1/4
PC-	1/4
S-	0
Dd-	0
M-	1/4
FMm-	0
Color-	1/4
Shd-	0
F-	3/4
AnXySxBl-	1/4
Hcont-	1/4

Coding Validity

AGE	Cards	N°	
Loc&DQ			
DET			
FQ			
CONT			
Z score			
SpSc			

Relations (Perception)

COP	= 0	discomfort
AG	= 0	
GHR:PHR	= 3 : 1	
a:p	= 0 : 3	Passive
Food	= 0	
SumT	= 0	
H Cont.	= 4	
Pure H	= 3	
PER	= 1	
Isol° Indx	= 0,16	

H Cont:R:EB (Interest)	medium
Hpur:R:EB (comp°)	realist

Self

EGO	= 0,05	EGO : Age:	low
Fr+rF	= 0		
SumV	= 0	Naive Self Image	
FD	= 0		
An+Xy	= 0		
MOR	= 2		
H:(H)+Hd+(Hd)	= 3:1	Self R°	experience

Step 7b :Human content responses quality (XP)

Generally Positive Features, GPF	Sum=21	µ=5,3
Generally Negative Features,GNF	Sum=3	µ=0,8

Ideation — extratensive avoidant

EBper	= 3,5	Pervasive		
a/p	= 0 : 3	NA	Sum6=	4
HVI			Lvl2 =	0
OBS			Wsum6	8
MOR=2			WSum6 : Age	
m=0			ideational slippage 1/3	
FM=1	hasty needs satisfaction			
Ma/Mp	= 0 : 2	Snow White S.	M- =	1
Intel°	= 0	0	Mnone	0

الملخص الشكلي للحالة B7

Compute for Scoring	R = 14	L = 1,33	F% = 0,57		
			Age: 21		
			Controls		
EB = 2 : 0	EA = 2	EBper = NA	Step 1) Adj D	Normal	
eb = 4 : 0	es = 4	D = 0	Step 2) EA	cf. Step 4	
EB: NA, avoidant	Adj es = 4	Adj D = 0	Step 3) EB &L	Invalid EA	
FM = 4	SumC'= 0	SumT= 0	Step 4) Adj es	Abandon	
m = 0	SumV= 0	SumY= 0			
EBt (XP)	EBt = -1				

S-CON = 3			
Styles	State	Patho. P.	Const°
avoidant			PTI=0
Reflection			DEPI=1
EB: NA,			CDI=2
			HVI: ns.
			OBS: ns.

L>0,99 : PROCESSING -> MEDIATION -> IDEATION -> CONTROLS -> AFFECT -> SELF -> RELATIONS

Affect	EB: NA, avoidant		
eb	= 4 : 0		
Afr	= 0,56	Afr : EB : Age	
PC% = 0,36		medium	
ΣC':WΣC	= 0:0		
intel	0	0	
CP	= 0		
FC:CF+C	= 0:0	NA	
Pure C	= 0		
S	= 1	lateS =	0
Blends/R	= 1:14	Bld%	0,07
StressBld	= 0		
Adj Blend	= 1:14	AdjBld%	0,07
3xBld	= 0		
>3xBld	= 0		
Col-Shd Bld	= 0		
Shd Bld	= 0		
Blend : EB : L		Adj Blend : EB : L	
low		low	
3xBld % & >3xBld			
Col-Shd Bld : EB		Shd Bld	

Processing			
PSV	= 0		attention
DQv 1st	= 0		
Zd	= -0,5		scanning
Dd	= 2		
Zf	= 11	high	efforts
W/D	= 8:4	effort	easy:6:8
DQ+	= 6	low	quality
DQv,v/+	= 0		.
W/M	= 8:2	Positive	objectives

Step3: Loc Sequence (XP), Incoherent Loc Index, ILI = 1

Mediation	
XA% =	0,79
WDA% =	0,83
X-% =	0,21
S- =	0
P =	5
X+% =	0,71
Xu% =	0,07
Stp3a FQ- Homogeneity (3)	
3.1stC-	0
BC-	1/3
CC-	2/3
RC-	0
PC-	2/3
S-	0
Dd-	1/3
M-	1/3
FMm-	0
Color-	0
Shd-	0
F-	2/3
AnXySxBl-	1/3
Hcont-	1/3

Coding Validity			
AGE	Cards	N°	
Loc&DQ			
DET			
FQ			
CONT			
Z score			
SpSc			

Relations		(Perception)
COP	= 3	harmonious
AG	= 1	
GHR:PHR	= 4 : 2	
a:p	= 4 : 2	
Food	= 0	
SumT	= 0	
H Cont.	= 4	
Pure H	= 2	
PER	= 0	
Isol° Indx	= 0,21	
H Cont:R:EB (Interest)		medium
Hpur:R:EB (comp°)		NA

Self			
EGO	= 0,64	EGO : Age:	high
Fr+rF	= 1		
SumV	= 0		
FD	= 0		
An+Xy	= 1		
MOR	= 0		
H:(H)+Hd+(Hd)	= 2:2	Self R°	NA

Step 7b :Human content responses quality (XP)

Generally Positive Features, GPF	Sum=23	μ=5,8
Generally Negative Features,GNF	Sum=3	μ=0,8

Ideation	EB: NA, avoidant		
EBper	= NA		
a/p	= 4 : 2	fixed values	Sum6= 3
HVI			Lvl2 = 0
OBS			Wsum6 4
MOR=0			WSum6 : Age
m=0			
FM=4			no problem
Ma/Mp	= 0 : 2	Snow White S.	M- = 1
Intel°	= 0	0	Mnone 0

الملخص الشكلي للحالة B8

Compute for Scoring	R = 16	L = 0,45	F% = 0,31		
			Age: 42		
			Controls		
EB = 4 : 3	EA = 7	EBper = 1,3	Step 1) Adj D	Controlled	
eb = 3 : 2	es = 5	D = 0	Step 2) EA	cf. Step 4	
ambitent	Adj es = 4	Adj D = 1	Step 3) EB &L	Valid EA & AdjD	
FM = 1	SumC'= 1	SumT= 1	Step 4) Adj es	Overestimated AdjD	
m = 2	SumV= 0	SumY= 0			
EBt (XP)	EBt = -0,14				

S-CON = 5			
Styles	State	Patho. P.	Const°
			PTI=4
	D<Daj	PTI>3	DEPI=4
ambitent			CDI=3
Passive			HVI: ns.
			OBS: ns.

PTI>3 :PROCESSING -> MEDIATION -> IDEATION -> CONTROLS -> AFFECT -> SELF -> RELATIONS

Affect	ambitent		
eb	= 3 : 2		
Afr	= 0,60	Afr : EB : Age	
PC% = 0,38		medium	
ΣC':WΣC	= 1:3		
intel	6	Intell° (style)	
CP	= 0		
FC:CF+C	= 0:3	E.impulsiveness (1/5)	
Pure C	= 0		
S	= 0	lateS =	0
Blends/R	= 1:16	Bld%	0,06
StressBld	= 0		
Adj Blend	= 1:16	AdjBld%	0,06
3xBld	= 0		
>3xBld	= 0		
Col-Shd Bld	= 0		
Shd Bld	= 1		
Blend : EB : L		Adj Blend : EB : L	
low		low	
3xBld % & >3xBld			
Col-Shd Bld : EB		Shd Bld	
		***	

Processing			
PSV	= 0		attention
DQv 1st	= 3	C. Impuls. OR Attention diff.	
Zd	= -3		scanning
Dd	= 1		
Zf	= 7	low	efforts
W/D	= 10:5	effort	easy:5:10
DQ+	= 3	low	quality
DQv,v/+	= 7	failures	
W/M	= 10:4	Positive	objectives

Step3: Loc Sequence (XP), Incoherent Loc Index, ILI = 1

Mediation	
XA% =	0,44
WDA% =	0,47
X-% =	0,56
S- =	0
P =	2
X+% =	0,31
Xu% =	0,13
Stp3a FQ- Homogeneity (9)	
3.1stC-	2/9
BC-	1/3
CC-	2/3
RC-	2/9
PC-	4/9
S-	0
Dd-	1/9
M-	1/3
FMm-	1/9
Color-	1/3
Shd-	0
F-	2/9
AnXySxBl-	5/9
Hcont-	4/9

Coding Validity			
AGE	Cards	N°	
Loc&DQ			
DET			
FQ			
CONT			
Z score			
SpSc			

Relations		(Perception)
COP	= 0	discomfort
AG	= 0	
GHR:PHR	= 0 : 6	
a:p	= 0 : 7	Passive
Food	= 0	
SumT	= 1	
H Cont.	= 7	
Pure H	= 3	
PER	= 3	
Isol° Indx	= 0,25	
H Cont:R:EB (Interest)		high
Hpur:R:EB (comp°)		NA

Self			
EGO	= 0,19	EGO : Age:	low
Fr+rF	= 0		
SumV	= 0		
FD	= 0		
An+Xy	= 4		
MOR	= 1		
H:(H)+Hd+(Hd)	= 3:4	Self R°	imagination

Step 7b :Human content responses quality (XP)

Generally Positive Features, GPF	Sum=25	μ=3,6
Generally Negative Features,GNF	Sum=14	μ=2

Ideation	ambitent		
EBper	= 1,3		
a/p	= 0 : 7	rigid values	Sum6= 6
HVI			Lvl2 = 2
OBS			Wsum6 39
MOR=1			WSum6 : Age
m=2		peripheral ideation (stress)	disturbed thinking 3/3
FM=1			
Ma/Mp	= 0 : 4	Snow White S.	M- = 3
Intel°	= 6	Intell° (style)	Mnone 0

الملخص الشكلي للحالة B9

Compute for	R = 16	L = 3,00	F% = 0,75	S-CON = 7	Affect EB: NA, avoidant CDI
Scoring			Age: 24		eb = 3 : 0

EB	= 1 : 0	EA = 1	EBper = NA	Controls		Styles / State / Patho. P.	Const°
eb	= 3 : 0	es = 3	D = 0	Step 1) Adj D	Immature	avoidant	PTI=3
EB: NA, avoidant		Adj es = 3	Adj D = 0	Step 2) EA	cf. Step 4		DEPI=3
FM	= 2	SumC'= 0	SumT= 0	Step 3) EB &L	Invalid EA	EB: NA, CDI>3	CDI=4*
m	= 1	SumV= 0	SumY= 0	Step 4) Adj es	Abandon		HVI: ns.
EBt (XP)	EBt = -1						OBS: ns.

CDI>3 : CONTROLS -> RELATIONS -> SELF -> AFFECT -> PROCESSING -> MEDIATION -> IDEATION

Processing			
PSV	= 0		attention
DQv 1st	= 0		
Zd	= -8	underincorporative	scanning
Dd	= 3		
Zf	= 9	medium	efforts
W/D	= 7:6	ecomonical	easy:7:7
DQ+	= 2	low	quality
DQv,v/+	= 0		.
W/M	= 7:1	Positive	objectives

Step3: Loc Sequence (XP), Incoherent Loc Index, ILI = 1

Mediation	
XA% =	0,25
WDA% =	0,31
X-% =	0,75
S- =	1
P =	2
X+% =	0,19
Xu% =	0,06
Stp3a FQ- Homogeneity (12)	
3.1stC-	5/12
BC-	1/2
CC-	1/2
RC-	1/3
PC-	1/6
S-	1/12
Dd-	1/4
M-	1/12
FMm-	1/12
Color-	0
Shd-	0
F-	5/6
AnXySxBl-	1/4
Hcont-	5/12

Coding Validity			
AGE	✓	Cards ✓	N° ✓
Loc&DQ	✓		
DET	✓		
FQ	✓		
CONT	✓		
Z score	✓		
SpSc	✓		

Relations		(Perception)
COP	= 1	agressive
AG	= 2	
GHR:PHR	= 0 : 6	
a:p	= 3 : 1	
Food	= 3	
SumT	= 0	
H Cont.	= 6	
Pure H	= 1	
PER	= 0	
Isol° Indx	= 0,06	

H Cont:R:EB (Interest)	high
Hpur:R:EB (comp°)	NA

Ideation	EB: NA, avoidant		
EBper	= NA		
a/p	= 3 : 1	fixed values	Sum6= 2
HVI			Lvl2 = 0
OBS			Wsum6 3
MOR=0			WSum6 : Age
m=1			
FM=2			no problem
Ma/Mp	= 0 : 1	NA	M- = 1
Intel°	= 0	0	Mnone 0

Affect		
Afr	= 0,23	Afr : EB : Age
PC% = 0,19		E.avoidance (cf. C':C & intell°)
ΣC':WΣC	= 0:0	
intel	0	0
CP	= 0	
FC:CF+C	= 0:0	NA
Pure C	= 0	
S	= 1	lateS = 0
Blends/R	= 0:16	Bld% 0,00
StressBld	= 0	
Adj Blend	= 0:16	AdjBld% 0,00
3xBld	= 0	
>3xBld	= 0	
Col-Shd Bld	= 0	
Shd Bld	= 0	
Blend : EB : L		Adj Blend : EB : L
low		low
3xBld % & >3xBld		
Col-Shd Bld : EB		Shd Bld

Self			
EGO	= 0,19	EGO : Age:	low
Fr+rF	= 0		
SumV	= 0		
FD	= 0		
An+Xy	= 3		
MOR	= 0		
H:(H)+Hd+(Hd)	= 1:5	Self R°	NA

Step 7b :Human content responses quality (XP)

Generally Positive Features, GPF	Sum=25	µ=4,2
Generally Negative Features,GNF	Sum=12	µ=2

الملخص الشكلي للحالة B10

Compute for	R = 24	L = 0,71	F% = 0,42	S-CON = 3	Affect introversive
Scoring			Age: 47		eb = 1 : 0

EB	= 12 : 1	EA = 13	EBper = 12,0	Controls		Styles / State / Patho. P.	Const°
eb	= 1 : 0	es = 1	D = 4	Step 1) Adj D	Controlled		PTI=5
introversive		Adj es = 1	Adj D = 4	Step 2) EA	Valid AdjD	PTI>3	DEPI=2
FM	= 1	SumC'= 0	SumT= 0	Step 3) EB &L	Valid EA & AdjD	introversive	CDI=1
m	= 0	SumV= 0	SumY= 0	Step 4) Adj es	Overestimated AdjD		HVI: ns.
EBt (XP)	EBt = -0,85						OBS: ns.

PTI>3 :PROCESSING -> MEDIATION -> IDEATION -> CONTROLS -> AFFECT -> SELF -> RELATIONS

Processing			
PSV	= 1	Attention difficulty (1/2)	attention
DQv 1st	= 1	C. Impuls. OR Attention diff.	
Zd	= 0		scanning
Dd	= 5	atypical processing	
Zf	= 11	medium	efforts
W/D	= 4:15	ecomonical	easy:3:4
DQ+	= 10	medium	quality
DQv,v/+	= 1		
W/M	= 4:12		objectives

Step3: Loc Sequence (XP), Incoherent Loc Index, ILI = 2

Mediation	
XA% =	0,46
WDA% =	0,58
X-% =	0,54
S- =	0
P =	3
X+% =	0,33
Xu% =	0,13
Stp3a FQ- Homogeneity (13)	
3.1stC-	5/13
BC-	7/13
CC-	6/13
RC-	2/13
PC-	4/13
S-	0
Dd-	5/13
M-	6/13
FMm-	0
Color-	1/13
Shd-	0
F-	6/13
AnXySxBl-	3/13
Hcont-	7/13

Coding Validity			
AGE	✓	Cards ✓	N° ✓
Loc&DQ	✓		
DET	✓		
FQ	✓		
CONT	✓		
Z score	✓		
SpSc	✓		

Relations		(Perception)
COP	= 3	harmonious
AG	= 1	
GHR:PHR	= 7 : 8	
a:p	= 9 : 4	
Food	= 0	
SumT	= 0	
H Cont.	= 15	
Pure H	= 12	
PER	= 2	
Isol° Indx	= 0,13	

H Cont:R:EB (Interest)	high
Hpur:R:EB (comp°)	realist

Ideation	introversive		
EBper	= 12,0	Pervasive	
a/p	= 9 : 4	fixed values	Sum6= 12
HVI			Lvl2 = 3
OBS			Wsum6 23
MOR=1			WSum6 : Age
m=0			disturbed thinking 3/3
FM=1		needs conceptualisation	
Ma/Mp	= 8 : 4		M- = 6
Intel°	= 0	0	Mnone 0

Affect		
Afr	= 0,26	Afr : EB : Age
PC% = 0,21		E.avoidance (cf. C':C & intell°)
ΣC':WΣC	= 0:1	
intel	0	0
CP	= 0	
FC:CF+C	= 0:1	E.impulsiveness (1/5)
Pure C	= 0	
S	= 0	lateS = 0
Blends/R	= 2:24	Bld% 0,08
StressBld	= 0	
Adj Blend	= 2:24	AdjBld% 0,08
3xBld	= 0	
>3xBld	= 0	
Col-Shd Bld	= 0	
Shd Bld	= 0	
Blend : EB : L		Adj Blend : EB : L
low		low
3xBld % & >3xBld		
Col-Shd Bld : EB		Shd Bld

Self			
EGO	= 0,46	EGO : Age:	high
Fr+rF	= 0		
SumV	= 0		
FD	= 2		
An+Xy	= 2		
MOR	= 1		
H:(H)+Hd+(Hd)	= 12:3	Self R°	experience

Step 7b :Human content responses quality (XP)

Generally Positive Features, GPF	Sum=82	µ=5,5
Generally Negative Features,GNF	Sum=18	µ=1,2

الملخص الشكلي للحالة B11

Compute for Scoring					
R = 19	L = 1,38	F% = 0,58			
Age: 44					
EB = 0 : 3,5	EA = 3,5	EBper = NA	Controls		
eb = 3 : 4	es = 7	D = -1	Step 1) Adj D	Vulnerable	
EB: NA, avoidant	Adj es = 7	Adj D = -1	Step 2) EA	Valid AdjD	
			Step 3) EB &L	Invalid EA	
FM = 2	SumC'= 2	SumT= 2			
m = 1	SumV= 0	SumY= 0	Step 4) Adj es	Abandon	
EBt (XP) EBt = 1					

S-CON = 7			
Styles	State	Patho. P.	Const°
avoidant			PTI=2
			DEPI=4
EB: NA,	CDI>3		CDI=4*
Passive	Daj<0		HVI: ns.
			OBS: ns.

CDI>3 : CONTROLS -> RELATIONS -> SELF -> AFFECT -> PROCESSING -> MEDIATION -> IDEATION

Affect	EB: NA, avoidant	CDI
eb = 3 : 4	Discomfort	
Loneliness		
Afr = 0,46	Afr : EB : Age	
PC% = 0,32	medium	
ΣC':WΣC = 2:3,5		
intel 1	0	
CP = 0		
FC:CF+C = 1:3	E.impulsiveness (1/5)	
Pure C = 0		
S = 0	lateS = 0	
Blends/R = 3:19	Bld% 0,16	
StressBld = 1		
Adj Blend = 3:19	AdjBld% 0,16	
3xBld = 0		
>3xBld = 0		
Col-Shd Bld = 0		
Shd Bld = 0		
Blend : EB : L high	Adj Blend : EB : L high	
3xBld % & >3xBld		
Col-Shd Bld : EB	Shd Bld	

Processing			
PSV = 1	Attention difficulty (1/2)	attention	
DQv 1st = 1	C. Impuls. OR Attention diff.		
Zd = -6	underincorporative	scanning	
Dd = 2			
Zf = 10	medium	efforts	
W/D = 10:7		easy:7:10	
DQ+ = 2	low	quality	
DQv,v/+ = 3	failures	.	
W/M = 10:0	NA	objectives	

Step3: Loc Sequence (XP), Incoherent Loc Index, ILI = 2

Mediation	
XA% =	0,63
WDA% =	0,65
X-% =	0,37
S- =	0
P =	1
X+% =	0,26
Xu% =	0,37
Stp3a FQ- Homogeneity (7)	
3.1stC-	2/7
BC-	3/7
CC-	4/7
RC-	2/7
PC-	2/7
S-	0
Dd-	1/7
M-	0
FMm-	1/7
Color-	1/7
Shd-	2/7
F-	4/7
AnXySxBl-	0
Hcont-	0

Coding Validity			
AGE	Cards	N°	
Loc&DQ			
DET			
FQ			
CONT			
Z score			
SpSc			

Relations		(Perception)
COP =	0	discomfort
AG =	0	
GHR:PHR =	0 : 0	
a:p =	0 : 3	Passive
Food =	0	
SumT =	2	
H Cont. =	0	
Pure H =	0	
PER =	0	
Isol° Indx =	0,21	
H Cont:R:EB (Interest)	low	
Hpur:R:EB (comp°)	realist	

Self			
EGO =	0,26	EGO : Age:	low
Fr+rF =	0		
SumV =	0	Naive Self Image	
FD =	0		
An+Xy =	0		
MOR =	1		
H:(H)+Hd+(Hd) =	0:0	Self R°	NA

Step 7b :Human content responses quality (XP)
Generally Positive Features, GPF Sum=0 #####
Generally Negative Features,GNF Sum=0 #####

Ideation	EB: NA, avoidant		
EBper = NA			
a/p = 0 : 3	NA	Sum6= 0	
HVI		Lvl2 = 0	
OBS		Wsum6 0	
MOR=1		WSum6 : Age	
m=1			
FM=2		no problem	
Ma/Mp = 0 : 0	NA	M- = 0	
Intel° = 1	0	Mnone 0	

الملخص الشكلي للحالة B12

Compute for Scoring					
R = 15	L = 1,14	F% = 0,53			
Age: 39					
EB = 3 : 4	EA = 7	EBper = 1,3	Controls		
eb = 3 : 0	es = 3	D = 1	Step 1) Adj D	Controlled	
ambitent avoidant	Adj es = 3	Adj D = 1	Step 2) EA	cf. Step 4	
			Step 3) EB &L	Valid EA & AdjD	
FM = 3	SumC'= 0	SumT= 0			
m = 0	SumV= 0	SumY= 0	Step 4) Adj es	Overestimated AdjD	
EBt (XP) EBt = 0,14					

S-CON = 3			
Styles	State	Patho. P.	Const°
avoidant			PTI=0
			DEPI=2
ambitent			CDI=2
			HVI: ns.
			OBS: ns.

L>0,99 : PROCESSING -> MEDIATION -> IDEATION -> CONTROLS -> AFFECT -> SELF -> RELATIONS

Affect	ambitent avoidant
eb = 3 : 0	
Afr = 0,50	Afr : EB : Age
PC% = 0,33	medium
ΣC':WΣC = 0:4	
intel 3	0
CP = 0	
FC:CF+C = 1:3	E.impulsiveness (1/5)
Pure C = 1	occasional discharge
S = 0	lateS = 0
Blends/R = 3:15	Bld% 0,20
StressBld = 0	
Adj Blend = 3:15	AdjBld% 0,20
3xBld = 0	
>3xBld = 0	
Col-Shd Bld = 0	
Shd Bld = 0	
Blend : EB : L high	Adj Blend : EB : L high
3xBld % & >3xBld	
Col-Shd Bld : EB	Shd Bld

Processing			
PSV = 0		attention	
DQv 1st = 1	C. Impuls. OR Attention diff.		
Zd = -3,5	underincorporative	scanning	
Dd = 1			
Zf = 8	medium	efforts	
W/D = 6:8	ecomonical	easy:4:6	
DQ+ = 3	low	quality	
DQv,v/+ = 1			
W/M = 6:3		objectives	

Step3: Loc Sequence (XP), Incoherent Loc Index, ILI = 1

Mediation	
XA% =	0,80
WDA% =	0,79
X-% =	0,13
S- =	0
P =	3
X+% =	0,60
Xu% =	0,20
Stp3a FQ- Homogeneity (2)	
3.1stC-	0
BC-	1/2
CC-	1/2
RC-	0
PC-	1/2
S-	0
Dd-	0
M-	1/2
FMm-	1/2
Color-	1/2
Shd-	0
F-	0
AnXySxBl-	0
Hcont-	1/2

Coding Validity			
AGE	Cards	N°	
Loc&DQ			
DET			
FQ			
CONT			
Z score			
SpSc			

Relations		(Perception)
COP =	1	positive
AG =	0	
GHR:PHR =	3 : 2	
a:p =	4 : 2	
Food =	0	
SumT =	0	
H Cont. =	5	
Pure H =	3	
PER =	0	
Isol° Indx =	0,27	reluctance
H Cont:R:EB (Interest)	medium	
Hpur:R:EB (comp°)	NA	

Self			
EGO =	0,40	EGO : Age:	medium
Fr+rF =	0		
SumV =	0		
FD =	0		
An+Xy =	0		
MOR =	0		
H:(H)+Hd+(Hd) =	3:2	Self R°	imagination

Step 7b :Human content responses quality (XP)
Generally Positive Features, GPF Sum=31 μ=6,2
Generally Negative Features,GNF Sum=2 μ=0,4

Ideation	ambitent avoidant		
EBper = 1,3			
a/p = 4 : 2	fixed values	Sum6= 1	
HVI		Lvl2 = 1	
OBS		Wsum6 4	
MOR=0		WSum6 : Age	
m=0			
FM=3		no problem	
Ma/Mp = 2 : 1		M- = 1	
Intel° = 3	0	Mnone 0	

الملخص الشكلي للحالة B13

Compute for Scoring	R = 15	L = 0,88	F% = 0,47	Age: 27	
EB = 4 : 0	EA = 4	EBper = NA	Controls		
eb = 2 : 2	es = 4	D = 0	Step 1) Adj D	Normal	
EB: NA,	Adj es = 4	Adj D = 0	Step 2) EA	cf. Step 4	
			Step 3) EB &L	Invalid AdjD (SumM=0)	
FM = 2	SumC'= 2	SumT= 0			
m = 0	SumV= 0	SumY= 0	Step 4) Adj es	Abandon	
EBt (XP)	EBt = -1				

S-CON = 4			
Styles	State	Patho. P.	Const°
EB: NA,			PTI=3 DEPI=2 CDI=3 HVI: ns. OBS: ns.

EB INTRO : IDEATION -> PROCESSING -> MEDIATION -> CONTROLS -> AFFECT -> SELF -> RELATIONS

Affect	EB: NA,		
eb	= 2 : 2		
Afr	= 0,25	Afr : EB : Age	
PC% = 0,2		E.avoidance (cf. C':C & intell°)	
ΣC':WΣC	= 2:0	E.Inhibition	
intel	2	0	
CP	= 0		
FC:CF+C	= 0:0	NA	
Pure C	= 0		
S	= 2	lateS =	1
Blends/R	= 0:15	Bld%	0,00
StressBld	= 0		
Adj Blend	= 0:15	AdjBld%	0,00
3xBld	= 0		
>3xBld	= 0		
Col-Shd Bld	= 0		
Shd Bld	= 0		
Blend : EB : L		Adj Blend : EB : L	
low		low	
3xBld % & >3xBld			
Col-Shd Bld : EB		Shd Bld	

Processing			
PSV	= 1	Attention difficulty (1/2)	attention
DQv 1st	= 0		
Zd	= -4	underincorporative	scanning
Dd	= 1		
Zf	= 12	medium	efforts
W/D	= 12:2	effort	easy:8:12
DQ+	= 4	low	quality
DQv,v/+	= 1		.
W/M	= 12:4	Positive	objectives

Step3: Loc Sequence (XP), Incoherent Loc Index, ILI = 0

Mediation	
XA% =	0,60
WDA% =	0,64
X-% =	0,33
S- =	2
P =	4
X+% =	0,33
Xu% =	0,27
Stp3a FQ- Homogeneity (5)	
3.1stC-	2/5
BC-	3/5
CC-	2/5
RC-	1/5
PC-	1/5
S-	2/5
Dd-	1/5
M-	2/5
FMm-	0
Color-	0
Shd-	1/5
F-	2/5
AnXySxBl-	1/5
Hcont-	3/5

Coding Validity			
AGE	Cards	N°	
Loc&DQ			
DET			
FQ			
CONT			
Z score			
SpSc			

Relations		(Perception)
COP	= 3	positive &
AG	= 2	agressive
GHR:PHR	= 1 : 6	
a:p	= 3 : 3	
Food	= 1	
SumT	= 0	
H Cont.	= 4	
Pure H	= 3	
PER	= 0	
Isol° Indx	= 0,00	

H Cont:R:EB (Interest)	medium
Hpur:R:EB (comp°)	NA

Ideation	EB: NA,		
EBper	= NA		
a/p	= 3 : 3	Sum6=	1
HVI		Lvl2 =	0
OBS		Wsum6	4
MOR=0		WSum6 : Age	
m=0		ideational slippage	
FM=2	needs conceptualisation	1/3 (fab or alog)	
Ma/Mp	= 1 : 3	Snow White S.	M- = 2
Intel°	= 2	0	Mnone 1

Self			
EGO	= 0,20	EGO : Age:	low
Fr+rF	= 0		
SumV	= 0		
FD	= 0		
An+Xy	= 2		
MOR	= 0		
H:(H)+Hd+(Hd)	= 3:1	Self R°	experience

Step 7b :Human content responses quality (XP)

Generally Positive Features, GPF	Sum=20	µ=5
Generally Negative Features,GNF	Sum=6	µ=1,5

الملخص الشكلي للحالة B14

Compute for Scoring	R = 15	L = 0,07	F% = 0,07	Age: 25	
EB = 3 : 4	EA = 7	EBper = 1,3	Controls		
eb = 11 : 5	es = 16	D = -3	Step 1) Adj D	Very Vulnerable	
ambitent	Adj es = 13	Adj D = -2	Step 2) EA	cf. Step 4	
			Step 3) EB &L	Valid EA & AdjD	
FM = 7	SumC'= 5	SumT= 0			
m = 4	SumV= 0	SumY= 0	Step 4) Adj es	Underestimated AdjD	
EBt (XP)	EBt = 0,14				

S-CON = 8			
	Positive		
Styles	State	Patho. P.	Const°
ambitent	D<Daj Daj<0	PTI>3	PTI=5 DEPI=3 CDI=3 HVI: ns. OBS: ns.

PTI>3 :PROCESSING -> MEDIATION -> IDEATION -> CONTROLS -> AFFECT -> SELF -> RELATIONS

Affect	ambitent		
eb	= 11 : 5	Discomfort	
		Irritation	
Afr	= 0,67	Afr : EB : Age	
PC% = 0,4		medium	
ΣC':WΣC	= 5:4	E.Inhibition	
intel	2	0	
CP	= 0		
FC:CF+C	= 0:4	E.impulsiveness (1/5)	
Pure C	= 0		
S	= 1	lateS =	0
Blends/R	= 7:15	Bld%	0,47
StressBld	= 1		
Adj Blend	= 7:15	AdjBld%	0,47
3xBld	= 4		
>3xBld	= 0		
Col-Shd Bld	= 0		
Shd Bld	= 0		
Blend : EB : L		Adj Blend : EB : L	
high		high	
3xBld % & >3xBld			
unusual complexity			
cf. ressources, controls & modulation			
Col-Shd Bld : EB		Shd Bld	

Processing			
PSV	= 0		attention
DQv 1st	= 2	C. Impuls. OR Attention diff.	
Zd	= 4	overincorporative	scanning
Dd	= 2		
Zf	= 7	low	efforts
W/D	= 8:5		easy:3:8
DQ+	= 5	medium	quality
DQv,v/+	= 3	failures	
W/M	= 8:3	Positive	objectives

Step3: Loc Sequence (XP), Incoherent Loc Index, ILI = 0

Mediation	
XA% =	0,40
WDA% =	0,38
X-% =	0,40
S- =	0
P =	2
X+% =	0,20
Xu% =	0,20
Stp3a FQ- Homogeneity (6)	
3.1stC-	1/2
BC-	1/2
CC-	1/2
RC-	1/3
PC-	1/6
S-	0
Dd-	1/6
M-	1/3
FMm-	2/3
Color-	1/3
Shd-	1/3
F-	1/6
AnXySxBl-	0
Hcont-	1/2

Coding Validity			
AGE	Cards	N°	
Loc&DQ			
DET			
FQ			
CONT			
Z score			
SpSc			

Relations		(Perception)
COP	= 1	agressive
AG	= 4	
GHR:PHR	= 0 : 6	
a:p	= 8 : 6	
Food	= 1	
SumT	= 0	
H Cont.	= 3	
Pure H	= 0	
PER	= 0	
Isol° Indx	= 0,00	

H Cont:R:EB (Interest)	medium
Hpur:R:EB (comp°)	NA

Ideation	ambitent		
EBper	= 1,3		
a/p	= 8 : 6	Sum6=	9
HVI		Lvl2 =	9
OBS		Wsum6	54
MOR=2		WSum6 : Age	
m=4	peripheral ideation (stress)	disturbed thinking	
FM=7	chronic peripheral overload	3/3	
Ma/Mp	= 2 : 1		M- = 2
Intel°	= 2	0	Mnone 0

Self			
EGO	= 0,20	EGO : Age:	low
Fr+rF	= 0		
SumV	= 0		
FD	= 0		
An+Xy	= 0		
MOR	= 2		
H:(H)+Hd+(Hd)	= 0:3	Self R°	NA

Step 7b :Human content responses quality (XP)

Generally Positive Features, GPF	Sum=11	µ=3,7
Generally Negative Features,GNF	Sum=8	µ=2,7

الملخص الشكلي للحالة B15

Compute for	R = 23	L = 0,05	F% = 0,04	S-CON = 4	Affect extratensive DEPI
Scoring			Age: 28		eb = 4 : 9 Discomfort

Controls

EB = 4 : 9,5	EA = 13,5	EBper = 2,4	Step 1) Adj D — Normal
eb = 4 : 9	es = 13	D = 0	Step 2) EA — cf. Step 4
extratensive	Adj es = 11	Adj D = 0	Step 3) EB &L — Valid EA & AdjD
FM = 1	SumC'= 7	SumT= 1	Step 4) Adj es — Underestimated AdjD
m = 3	SumV= 1	SumY= 0	

EBt (XP) EBt = 0,41

Styles	State	Patho. P.	Const°
extratensive			PTI=2, DEPI=5*, CDI=2, HVI: ns., OBS: ns.

EB EXTRA : AFFECT -> SELF -> RELATIONS -> CONTROLS -> PROCESSING -> MEDIATION -> IDEATION

Affect

Irritation		S.Criticism
Afr = 0,64		Afr : EB : Age
PC% = 0,39		medium
ΣC':WΣC = 7:9,5		
intel 5		Intell° (style)
CP = 0		
FC:CF+C = 3:7		E.impulsiveness (1/5)
Pure C = 2		frequent discharge
S = 1	lateS = 0	
Blends/R = 7:23	Bld%	0,30
StressBld = 2		
Adj Blend = 6:23	AdjBld%	0,26
3xBld = 0		
>3xBld = 0		
Col-Shd Bld = 0		
Shd Bld = 1		
Blend : EB : L medium		Adj Blend : EB : L medium
3xBld % & >3xBld		
Col-Shd Bld : EB		Shd Bld ***

Processing

PSV = 0			attention
DQv 1st = 4	C. Impuls. OR Attention diff.		
Zd = -2,5			scanning
Dd = 4	atypical processing		
Zf = 7	low		efforts
W/D = 6:13	ecomonical		easy:5:6
DQ+ = 2	low		quality
DQv,v/+ = 8	failures		.
W/M = 6:4			objectives

Step3: Loc Sequence (XP), Incoherent Loc Index, ILI = 2

Mediation

XA% =	0,48
WDA% =	0,47
X-% =	0,35
S- =	1
P =	3
X+% =	0,26
Xu% =	0,22

Stp3a FQ- Homogeneity (8)

3.1stC-	1/4
BC-	0
CC-	1
RC-	1/4
PC-	3/4
S-	1/8
Dd-	1/4
M-	1/8
FMm-	1/8
Color-	3/4
Shd-	0
F-	1/8
AnXySxBl-	5/8
Hcont-	1/8

Coding Validity

AGE ✓	Cards ✓	N° ✓	
Loc&DQ ✓			
DET ✓			
FQ ✓			
CONT ✓			
Z score ✓			
SpSc ✓			

Relations (Perception)

COP = 0	agressive	
AG = 2		
GHR:PHR = 2 : 3		
a:p = 5 : 3		
Food = 0		
SumT = 1		
H Cont. = 4		
Pure H = 1		
PER = 0		
Isol° Indx = 0,35	isolated	

H Cont:R:EB (Interest) medium
Hpur:R:EB (comp°) misunderst

Ideation extratensive

EBper = 2,4			
a/p = 5 : 3		Sum6=	1
HVI		Lvl2 =	0
OBS		Wsum6	5
MOR=1		WSum6 : Age	
m=3	peripheral ideation (stress)	ideational slippage 1/3 (fab or alog)	
FM=1			
Ma/Mp = 2 : 2		M- =	1
Intel° = 5	Intell° (style)	Mnone	0

Self

EGO = 0,13	EGO : Age:	low
Fr+rF = 0		
SumV = 1	Self Criticism	
FD = 0		
An+Xy = 5		
MOR = 1		
H:(H)+Hd+(Hd) = 1:3	Self R°	NA

Step 7b :Human content responses quality (XP)
Generally Positive Features, GPF Sum=16 μ=4
Generally Negative Features,GNF Sum=8 μ=2

الملخص الشكلي للحالة B16

Compute for	R = 16	L = 0,45	F% = 0,31	S-CON = 3	Affect introversive
Scoring			Age: 42		eb = 6 : 0

Controls

EB = 6 : 1,5	EA = 7,5	EBper = 4,0	Step 1) Adj D — Normal
eb = 6 : 0	es = 6	D = 0	Step 2) EA — Valid AdjD
introversive	Adj es = 6	Adj D = 0	Step 3) EB &L — Valid EA & AdjD
FM = 5	SumC'= 0	SumT= 0	Step 4) Adj es — Valid AdjD
m = 1	SumV= 0	SumY= 0	

EBt (XP) EBt = -0,6

Styles	State	Patho. P.	Const°
introversive Passive		PTI>3	PTI=5, DEPI=3, CDI=3, HVI: ns., OBS: ns.

PTI>3 :PROCESSING -> MEDIATION -> IDEATION -> CONTROLS -> AFFECT -> SELF -> RELATIONS

Affect

Afr = 0,60		Afr : EB : Age
PC% = 0,38		medium
ΣC':WΣC = 0:1,5		
intel 0		0
CP = 0		
FC:CF+C = 1:1		Lability (2/5)
Pure C = 0		
S = 3	lateS = 2	
Blends/R = 4:16	Bld%	0,25
StressBld = 1		
Adj Blend = 4:16	AdjBld%	0,25
3xBld = 0		
>3xBld = 0		
Col-Shd Bld = 0		
Shd Bld = 0		
Blend : EB : L medium		Adj Blend : EB : L medium
3xBld % & >3xBld		
Col-Shd Bld : EB		Shd Bld

Processing

PSV = 0			attention
DQv 1st = 0			
Zd = 5,5	overincorporative		scanning
Dd = 2			
Zf = 10	medium		efforts
W/D = 8:6			easy:6:8
DQ+ = 6	low		quality
DQv,v/+ = 1			.
W/M = 8:6			objectives

Step3: Loc Sequence (XP), Incoherent Loc Index, ILI = 2

Mediation

XA% =	0,25
WDA% =	0,29
X-% =	0,75
S- =	3
P =	4
X+% =	0,13
Xu% =	0,13

Stp3a FQ- Homogeneity (12)

3.1stC-	5/12
BC-	5/12
CC-	7/12
RC-	1/4
PC-	1/3
S-	1/4
Dd-	1/6
M-	1/2
FMm-	1/3
Color-	1/6
Shd-	0
F-	1/4
AnXySxBl-	7/12
Hcont-	3/4

Coding Validity

AGE ✓	Cards ✓	N° ✓	
Loc&DQ ✓			
DET ✓			
FQ ✓			
CONT ✓			
Z score ✓			
SpSc ✓			

Relations (Perception)

COP = 0	positive	
AG = 1		
GHR:PHR = 0 : 10		
a:p = 5 : 7	Passive	
Food = 0		
SumT = 0		
H Cont. = 10		
Pure H = 7		
PER = 0		
Isol° Indx = 0,06		

H Cont:R:EB (Interest) high
Hpur:R:EB (comp°) NA

Ideation introversive

EBper = 4,0	Pervasive		
a/p = 5 : 7		Sum6=	9
HVI		Lvl2 =	6
OBS		Wsum6	35
MOR=0		WSum6 : Age	
m=1		disturbed thinking 3/3	
FM=5			
Ma/Mp = 2 : 4	Snow White S.	M- =	6
Intel° = 0	0	Mnone	0

Self

EGO = 0,31	EGO : Age:	low
Fr+rF = 0		
SumV = 0		
FD = 1		
An+Xy = 4		
MOR = 0		
H:(H)+Hd+(Hd) = 7:3	Self R°	experience

Step 7b :Human content responses quality (XP)
Generally Positive Features, GPF Sum=36 μ=3,6
Generally Negative Features,GNF Sum=23 μ=2,3

الملخص الشكلي للحالة B17

Compute for	R = 18	L = 1,57	F% = 0,61	S-CON = 4	Affect EB: NA, avoidant CDI
Scoring			Age: 29		eb = 2 : 2

EB	= 1 : 1,5	EA =	2,5	EBper =	1,5	Step 1) Adj D	Immature
eb	= 2 : 2	es =	4	D =	0	Step 2) EA	cf. Step 4
EB: NA, avoidant		Adj es =	4	Adj D =	0	Step 3) EB &L	Invalid EA
FM	= 1	SumC'=	1	SumT=	0	Step 4) Adj es	Abandon
m	= 1	SumV=	0	SumY=	1		
EBt (XP)	EBt = 0,2						

Controls

Styles	State	Patho. P.	Const°
avoidant			PTI=2
			DEPI=3
EB: NA,	CDI>3		CDI=4*
			HVI: ns.
			OBS: ns.

CDI>3 : CONTROLS -> RELATIONS -> SELF -> AFFECT -> PROCESSING -> MEDIATION -> IDEATION

Afr	= 0,50	Afr : EB : Age	
PC% = 0,33		medium	
ΣC':WΣC	= 1:1,5		
intel	0	0	
CP	= 0		
FC:CF+C	= 1:1	Lability (2/5)	
Pure C	= 0		
S	= 1	lateS =	0
Blends/R	= 0:18	Bld%	0,00
StressBld	= 0		
Adj Blend	= 0:18	AdjBld%	0,00
3xBld	= 0		
>3xBld	= 0		
Col-Shd Bld	= 0		
Shd Bld	= 0		
Blend : EB : L		Adj Blend : EB : L	
low		low	
3xBld % & >3xBld			
Col-Shd Bld : EB		Shd Bld	

Processing

PSV	= 1	Attention difficulty (1/2)	attention
DQv 1st	= 3	C. Impuls. OR Attention diff.	
Zd	= 2		scanning
Dd	= 0		
Zf	= 12	high	efforts
W/D	= 12:6	effort	easy:7:12
DQ+	= 1	low	quality
DQv,v/+	= 5	failures	.
W/M	= 12:1	Positive	objectives

Step3: Loc Sequence (XP), Incoherent Loc Index, ILI = 0

Mediation

XA% =	0,61
WDA% =	0,61
X-% =	0,33
S- =	0
P =	2
X+% =	0,33
Xu% =	0,28

Coding Validity

AGE	Cards	N°	
Loc&DQ			
DET			
FQ			
CONT			
Z score			
SpSc			

Stp3a FQ- Homogeneity (6)

3.1stC-	1/3
BC-	0
CC-	1
RC-	1/3
PC-	2/3
S-	0
Dd-	0
M-	0
FMm-	0
Color-	1/6
Shd-	0
F-	5/6
AnXySxBl-	0
Hcont-	1/6

Relations (Perception)

COP	= 1	positive
AG	= 0	
GHR:PHR	= 2 : 1	
a:p	= 1 : 2	
Food	= 0	
SumT	= 0	
H Cont.	= 3	
Pure H	= 2	
PER	= 0	
Isol° Indx	= 0,44	isolated

H Cont:R:EB (Interest)	low
Hpur:R:EB (comp°)	realist

Ideation EB: NA, avoidant

EBper	= 1,5			
a/p	= 1 : 2	NA	Sum6=	0
HVI			Lvl2 =	0
OBS			Wsum6	0
MOR=0			WSum6 : Age	
m=1				
FM=1			no problem	
		hasty needs satisfaction		
Ma/Mp	= 1 : 0	NA	M- =	0
Intel°	= 0	0	Mnone	0

Self

EGO	= 0,00	EGO : Age:	low
Fr+rF	= 0		
SumV	= 0	Naive Self Image	
FD	= 0		
An+Xy	= 0		
MOR	= 0		
H:(H)+Hd+(Hd)	= 2:1	Self R°	NA

Step 7b :Human content responses quality (XP)

Generally Positive Features, GPF	Sum=16	µ=5,3
Generally Negative Features,GNF	Sum=3	µ=1

الملخص الشكلي للحالة B18

Compute for	R = 18	L = 1,57	F% = 0,61	S-CON = 4	Affect extratensive avoid
Scoring			Age: 43		eb = 2 : 1

EB	= 1 : 5,5	EA =	6,5	EBper =	5,5	Step 1) Adj D	Controlled
eb	= 2 : 1	es =	3	D =	1	Step 2) EA	cf. Step 4
extratensive avoidant		Adj es =	3	Adj D =	1	Step 3) EB &L	Valid EA & AdjD
FM	= 1	SumC'=	1	SumT=	0	Step 4) Adj es	Overestimated AdjD
m	= 1	SumV=	0	SumY=	0		
EBt (XP)	EBt = 0,69						

Controls

Styles	State	Patho. P.	Const°
avoidant			PTI=0
			DEPI=3
extratensive			CDI=1
			HVI: ns.
			OBS: ns.

L>0,99 : PROCESSING -> MEDIATION -> IDEATION -> CONTROLS -> AFFECT -> SELF -> RELATIONS

Afr	= 0,50	Afr : EB : Age	
PC% = 0,33		medium	
ΣC':WΣC	= 1:5,5		
intel	0	0	
CP	= 0		
FC:CF+C	= 0:4	E.impulsiveness (1/5)	
Pure C	= 3	frequent discharge	
S	= 0	lateS =	0
Blends/R	= 1:18	Bld%	0,06
StressBld	= 1		
Adj Blend	= 1:18	AdjBld%	0,06
3xBld	= 0		
>3xBld	= 0		
Col-Shd Bld	= 0		
Shd Bld	= 0		
Blend : EB : L		Adj Blend : EB : L	
low		low	
3xBld % & >3xBld			
Col-Shd Bld : EB		Shd Bld	

Processing

PSV	= 0		attention
DQv 1st	= 2	C. Impuls. OR Attention diff.	
Zd	= -4	underincorporative	scanning
Dd	= 0		
Zf	= 5	low	efforts
W/D	= 6:12	ecomonical	easy:5:6
DQ+	= 0	low	quality
DQv,v/+	= 5	failures	
W/M	= 6:1	Positive	objectives

Step3: Loc Sequence (XP), Incoherent Loc Index, ILI = 0

Mediation

XA% =	0,83
WDA% =	0,83
X-% =	0,00
S- =	0
P =	6
X+% =	0,67
Xu% =	0,17

Coding Validity

AGE	Cards	N°	
Loc&DQ			
DET			
FQ			
CONT			
Z score			
SpSc			

Stp3a FQ- Homogeneity (0)

3.1stC-	#DIV/0!
BC-	#DIV/0!
CC-	#DIV/0!
RC-	#DIV/0!
PC-	#DIV/0!
S-	#DIV/0!
Dd-	#DIV/0!
M-	#DIV/0!
FMm-	#DIV/0!
Color-	#DIV/0!
Shd-	#DIV/0!
F-	#DIV/0!
AnXySxBl-	#DIV/0!
Hcont-	#DIV/0!

Relations (Perception)

COP	= 0	discomfort
AG	= 0	
GHR:PHR	= 4 : 0	
a:p	= 1 : 2	
Food	= 0	
SumT	= 0	
H Cont.	= 4	
Pure H	= 2	
PER	= 1	
Isol° Indx	= 0,17	

H Cont:R:EB (Interest)	medium
Hpur:R:EB (comp°)	realist

Ideation extratensive avoidant

EBper	= 5,5	Pervasive		
a/p	= 1 : 2	NA	Sum6=	0
HVI			Lvl2 =	0
OBS			Wsum6	0
MOR=0			WSum6 : Age	
m=1				
FM=1			no problem	
		hasty needs satisfaction		
Ma/Mp	= 0 : 1	NA	M- =	0
Intel°	= 0	0	Mnone	0

Self

EGO	= 0,28	EGO : Age:	low
Fr+rF	= 0		
SumV	= 0	Naive Self Image	
FD	= 0		
An+Xy	= 0		
MOR	= 0		
H:(H)+Hd+(Hd)	= 2:2	Self R°	NA

Step 7b :Human content responses quality (XP)

Generally Positive Features, GPF	Sum=24	µ=6
Generally Negative Features,GNF	Sum=1	µ=0,3

الملخص الشكلي للحالة B19

Compute for Scoring	R = 15	L = 1,50	F% = 0,60		
			Age: 45		
			Controls		
EB = 0 : 1,5	EA = 1,5	EBper = NA	Step 1) Adj D	Immature	
eb = 4 : 0	es = 4	D = 0	Step 2) EA	cf. Step 4	
EB: NA, avoidant	Adj es = 4	Adj D = 0	Step 3) EB &L	Invalid EA	
FM = 4	SumC'= 0	SumT= 0			
m = 0	SumV= 0	SumY= 0	Step 4) Adj es	Abandon	
EBt (XP) EBt = 1					

S-CON = 6			
Styles	State	Patho. P.	Const°
avoidant			PTI=2
			DEPI=2
EB: NA,	CDI>3		CDI=5*
			HVI: ns.
			OBS: ns.

CDI>3 : CONTROLS -> RELATIONS -> SELF -> AFFECT -> PROCESSING -> MEDIATION -> IDEATION

Affect	EB: NA, avoidant	CDI
eb = 4 : 0		
Afr = 0,36	Afr : EB : Age	
PC% = 0,27	E.avoidance (cf. C':C & intell°)	
ΣC':WΣC = 0:1,5		
intel 0	0	
CP = 0		
FC:CF+C = 1:1	Lability (2/5)	
Pure C = 0		
S = 0	lateS = 0	
Blends/R = 0:15	Bld% 0,00	
StressBld = 0		
Adj Blend = 0:15	AdjBld% 0,00	
3xBld = 0		
>3xBld = 0		
Col-Shd Bld = 0		
Shd Bld = 0		
Blend : EB : L	Adj Blend : EB : L	
low	low	
3xBld % & >3xBld		
Col-Shd Bld : EB	Shd Bld	

Processing			
PSV = 0			attention
DQv 1st = 0			
Zd = -6	underincorporative		scanning
Dd = 1			
Zf = 7	medium		efforts
W/D = 6:8	ecomonical		easy:5:6
DQ+ = 3	low		quality
DQv,v/+ = 1			.
W/M = 6:0	NA		objectives

Step3: Loc Sequence (XP), Incoherent Loc Index, ILI = 1

Mediation	
XA% =	0,60
WDA% =	0,64
X-% =	0,40
S- =	0
P =	2
X+% =	0,33
Xu% =	0,27
Stp3a FQ- Homogeneity (6)	
3.1stC-	0
BC-	1/2
CC-	1/2
RC-	0
PC-	1/2
S-	0
Dd-	1/6
M-	0
FMm-	1/6
Color-	1/6
Shd-	0
F-	2/3
AnXySxBl-	0
Hcont-	0

Coding Validity			
AGE	Cards	N°	
Loc&DQ			
DET			
FQ			
CONT			
Z score			
SpSc			

Relations		(Perception)
COP	= 0	discomfort
AG	= 0	
GHR:PHR	= 1 : 0	
a:p	= 4 : 0	
Food	= 2	
SumT	= 0	
H Cont.	= 1	
Pure H	= 1	
PER	= 0	
Isol° Indx	= 0,20	

H Cont:R:EB (Interest)	low
Hpur:R:EB (comp°)	NA

Ideation	EB: NA, avoidant		
EBper = NA			
a/p = 4 : 0	rigid values	Sum6=	3
HVI		Lvl2 =	0
OBS		Wsum6	5
MOR=0		WSum6 : Age	
m=0			
FM=4		no problem	
Ma/Mp = 0 : 0	NA	M- =	0
Intel° = 0	0	Mnone	0

Self		
EGO = 0,33	EGO : Age:	medium
Fr+rF = 0		
SumV = 0		
FD = 0		
An+Xy = 0		
MOR = 0		
H:(H)+Hd+(Hd) = 1:0	Self R°	NA

Step 7b :Human content responses quality (XP)

Generally Positive Features, GPF	Sum=5	µ=5
Generally Negative Features,GNF	Sum=0	µ=0

الملخص الشكلي للحالة B20

Compute for Scoring	R = 18	L = 0,29	F% = 0,22		
			Age: 45		
			Controls		
EB = 9 : 5,5	EA = 14,5	EBper = 1,6	Step 1) Adj D	Controlled	
eb = 4 : 2	es = 6	D = 3	Step 2) EA	Valid AdjD	
introversive	Adj es = 5	Adj D = 3	Step 3) EB &L	Valid EA & AdjD	
FM = 2	SumC'= 2	SumT= 0			
m = 2	SumV= 0	SumY= 0	Step 4) Adj es	Valid AdjD	
EBt (XP) EBt = -0,24					

S-CON = 3			
Styles	State	Patho. P.	Const°
			PTI=4
Reflection		PTI>3	DEPI=3
introversive			CDI=0
			HVI: ns.
			OBS: ns.

PTI>3 :PROCESSING -> MEDIATION -> IDEATION -> CONTROLS -> AFFECT -> SELF -> RELATIONS

Affect	introversive
eb = 4 : 2	
Afr = 0,64	Afr : EB : Age
PC% = 0,39	medium
ΣC':WΣC = 2:5,5	
intel 6	Intell° (style)
CP = 0	
FC:CF+C = 3:3	Lability (2/5)
Pure C = 2	frequent discharge
S = 1	lateS = 0
Blends/R = 6:18	Bld% 0,33
StressBld = 1	
Adj Blend = 6:18	AdjBld% 0,33
3xBld = 2	
>3xBld = 0	
Col-Shd Bld = 1	
Shd Bld = 0	
Blend : EB : L	Adj Blend : EB : L
high	high
3xBld % & >3xBld	
unusual complexity	
cf. ressources, controls & modulation	
Col-Shd Bld : EB	Shd Bld
confusion	

Processing			
PSV = 0			attention
DQv 1st = 1	C. Impuls. OR Attention diff.		
Zd = -1,5			scanning
Dd = 0			
Zf = 13	medium		efforts
W/D = 11:7			easy:7:11
DQ+ = 6	low		quality
DQv,v/+ = 1			
W/M = 11:9			objectives

Step3: Loc Sequence (XP), Incoherent Loc Index, ILI = 0

Mediation	
XA% =	0,67
WDA% =	0,67
X-% =	0,28
S- =	0
P =	4
X+% =	0,39
Xu% =	0,28
Stp3a FQ- Homogeneity (5)	
3.1stC-	1/5
BC-	2/5
CC-	3/5
RC-	1/5
PC-	2/5
S-	0
Dd-	0
M-	2/5
FMm-	0
Color-	1/5
Shd-	1/5
F-	2/5
AnXySxBl-	2/5
Hcont-	2/5

Coding Validity			
AGE	Cards	N°	
Loc&DQ			
DET			
FQ			
CONT			
Z score			
SpSc			

Relations		(Perception)
COP	= 0	agressive
AG	= 5	
GHR:PHR	= 1 : 13	
a:p	= 7 : 6	
Food	= 0	
SumT	= 0	
H Cont.	= 10	
Pure H	= 4	
PER	= 1	
Isol° Indx	= 0,00	

H Cont:R:EB (Interest)	high	HVI?
Hpur:R:EB (comp°)	misunderst	

Ideation	introversive		
EBper = 1,6			
a/p = 7 : 6		Sum6=	14
HVI		Lvl2 =	9
OBS		Wsum6	79
MOR=5	pessimism	WSum6 : Age	
m=2	peripheral ideation (stress)	disturbed thinking 3/3	
FM=2			
Ma/Mp = 5 : 4		M- =	2
Intel° = 6	Intell° (style)	Mnone	1

Self		
EGO = 0,39	EGO : Age:	medium
Fr+rF = 1		
SumV = 0	Naive Self Image	
FD = 0		
An+Xy = 4		
MOR = 5		
H:(H)+Hd+(Hd) = 4:6	Self R°	imagination

Step 7b :Human content responses quality (XP)

Generally Positive Features, GPF	Sum=45	µ=4,5
Generally Negative Features,GNF	Sum=19	µ=1,9

الملخص الشكلي للحالة B21

Compute for Scoring	R = 15	L = 0,50	F% = 0,33		
			Age: 34		
			Controls		
EB = 4 : 3	EA = 7	EBper = 1,3	Step 1) Adj D	Controlled	
eb = 3 : 0	es = 3	D = 1	Step 2) EA	cf. Step 4	
ambitent	Adj es = 3	Adj D = 1	Step 3) EB &L	Valid EA & AdjD	
FM = 3	SumC'= 0	SumT= 0	Step 4) Adj es	Overestimated AdjD	
m = 0	SumV= 0	SumY= 0			
EBt (XP) EBt = -0,14					

S-CON = 4			
Styles	State	Patho. P.	Const°
ambitent			PTI=0 DEPI=3 CDI=0 HVI: ns. OBS: ns.

M- OU MP>MA OU WSUM6>5 : IDEATION -> MEDIATION -> PROCESSING -> CONTROLS -> AFFECT -> SELF -> RELATIONS

Affect	ambitent		
eb = 3 : 0			
Afr = 0,67	Afr : EB : Age		
PC% = 0,4	medium		
ΣC':WΣC = 0:3			
intel 4	Intell° (style)		
CP = 0			
FC:CF+C = 3:1	Overcontrolled (5/5)		
Pure C = 1	occasional discharge		
S = 0	lateS = 0		
Blends/R = 1:15	Bld% 0,07		
StressBld = 0			
Adj Blend = 1:15	AdjBld% 0,07		
3xBld = 0			
>3xBld = 0			
Col-Shd Bld = 0			
Shd Bld = 0			
Blend : EB : L	Adj Blend : EB : L		
low	low		
3xBld % & >3xBld			
Col-Shd Bld : EB	Shd Bld		

Processing			
PSV = 0			attention
DQv 1st = 0			
Zd = -5,5	underincorporative		scanning
Dd = 1			
Zf = 7	low		efforts
W/D = 5:9	ecomonical		easy:5:5
DQ+ = 3	low		quality
DQv,v/+ = 1			.
W/M = 5:4			objectives

Step3: Loc Sequence (XP), Incoherent Loc Index, ILI = 0

Mediation	
XA% =	0,73
WDA% =	0,79
X-% =	0,20
S- =	0
P =	6
X+% =	0,67
Xu% =	0,07

Coding Validity			
AGE	Cards	N°	
Loc&DQ			
DET			
FQ			
CONT			
Z score			
SpSc			

Stp3a FQ- Homogeneity (3)	
3.1stC-	0
BC-	0
CC-	1
RC-	0
PC-	1
S-	0
Dd-	1/3
M-	0
FMm-	0
Color-	1/3
Shd-	0
F-	2/3
AnXySxBl-	1/3
Hcont-	0

Relations		(Perception)
COP =	2	positive
AG =	0	
GHR:PHR =	2 : 2	
a:p =	5 : 2	
Food =	0	
SumT =	0	
H Cont. =	2	
Pure H =	2	
PER =	0	
Isol° Indx =	0,00	

H Cont:R:EB (Interest)	medium
Hpur:R:EB (comp°)	NA

Self			
EGO =	0,60	EGO : Age:	high
Fr+rF =	0		
SumV =	0		
FD =	0		
An+Xy =	2		
MOR =	2		
H:(H)+Hd+(Hd) =	2:0	Self R°	NA

Step 7b :Human content responses quality (XP)

Generally Positive Features, GPF	Sum=12	μ=6
Generally Negative Features,GNF	Sum=2	μ=1

Ideation	ambitent		
EBper = 1,3			
a/p = 5 : 2	fixed values	Sum6=	2
HVI		Lvl2 =	1
OBS		Wsum6	11
MOR=2		WSum6 : Age	
m=0		ideational discontinuity 2/3	
FM=3			
Ma/Mp = 2 : 2		M- =	0
Intel° = 4	Intell° (style)	Mnone	1

الملخص الشكلي للحالة B22

Compute for Scoring	R = 18	L = 0,64	F% = 0,39		
			Age: 34		
			Controls		
EB = 4 : 5,5	EA = 9,5	EBper = 1,4	Step 1) Adj D	Controlled	
eb = 6 : 1	es = 7	D = 0	Step 2) EA	cf. Step 4	
ambitent	Adj es = 5	Adj D = 1	Step 3) EB &L	Valid EA & AdjD	
FM = 3	SumC'= 1	SumT= 0	Step 4) Adj es	Valid AdjD	
m = 3	SumV= 0	SumY= 0			
EBt (XP) EBt = 0,16					

S-CON = 5			
Styles	State	Patho. P.	Const°
ambitent	D<Daj		PTI=1 DEPI=1 CDI=2 HVI: ns. OBS: ns.

D<DAJ : CONTROLS -> STRESS THEN,
M- OU MP>MA OU WSUM6>5 : IDEATION -> MEDIATION -> PROCESSING -> CONTROLS -> AFFECT -> SELF -> RELATIONS

Affect	ambitent		
eb = 6 : 1			
Afr = 0,50	Afr : EB : Age		
PC% = 0,33	low		
ΣC':WΣC = 1:5,5			
intel 0	0		
CP = 0			
FC:CF+C = 1:5	E.impulsiveness (1/5)		
Pure C = 0			
S = 1	lateS = 0		
Blends/R = 4:18	Bld% 0,22		
StressBld = 1			
Adj Blend = 4:18	AdjBld% 0,22		
3xBld = 2			
>3xBld = 0			
Col-Shd Bld = 0			
Shd Bld = 0			
Blend : EB : L	Adj Blend : EB : L		
medium	medium		
3xBld % & >3xBld			
unusual complexity			
cf. ressources, controls & modulation			
Col-Shd Bld : EB	Shd Bld		

Processing			
PSV = 0			attention
DQv 1st = 0			
Zd = -5	underincorporative		scanning
Dd = 2			
Zf = 10	medium		efforts
W/D = 5:11	ecomonical		easy:5:5
DQ+ = 4	low		quality
DQv,v/+ = 1			
W/M = 5:4			objectives

Step3: Loc Sequence (XP), Incoherent Loc Index, ILI = 1

Mediation	
XA% =	0,89
WDA% =	0,94
X-% =	0,11
S- =	0
P =	5
X+% =	0,67
Xu% =	0,22

Coding Validity			
AGE	Cards	N°	
Loc&DQ			
DET			
FQ			
CONT			
Z score			
SpSc			

Stp3a FQ- Homogeneity (2)	
3.1stC-	0
BC-	1/2
CC-	1/2
RC-	0
PC-	1/2
S-	0
Dd-	1/2
M-	1/2
FMm-	0
Color-	1/2
Shd-	0
F-	1/2
AnXySxBl-	0
Hcont-	1

Relations		(Perception)
COP =	0	discomfort
AG =	0	
GHR:PHR =	5 : 4	
a:p =	6 : 4	
Food =	0	
SumT =	0	
H Cont. =	8	
Pure H =	0	
PER =	0	
Isol° Indx =	0,06	

H Cont:R:EB (Interest)	high	HVI?
Hpur:R:EB (comp°)	misunderst	

Self			
EGO =	0,44	EGO : Age:	medium
Fr+rF =	0		
SumV =	0	Naive Self Image	
FD =	0		
An+Xy =	0		
MOR =	0		
H:(H)+Hd+(Hd) =	0:8	Self R°	NA

Step 7b :Human content responses quality (XP)

Generally Positive Features, GPF	Sum=39	μ=4,9
Generally Negative Features,GNF	Sum=7	μ=0,9

Ideation	ambitent		
EBper = 1,4			
a/p = 6 : 4		Sum6=	3
HVI		Lvl2 =	3
OBS		Wsum6	15
MOR=0		WSum6 : Age	
m=3	peripheral ideation (stress)	ideational discontinuity 2/3	
FM=3			
Ma/Mp = 3 : 1		M- =	1
Intel° = 0	0	Mnone	0

الملخص الشكلي للحالة B23

Compute for Scoring	R = 15	L = 1,14	F% = 0,53	Age: 35

EB	= 2 : 2,5	EA =	4,5	EBper =	1,3	Step 1) Adj D	Immature
eb	= 1 : 2	es =	3	D =	0	Step 2) EA	cf. Step 4
ambitent avoidant		Adj es =	2	Adj D =	0	Step 3) EB &L	Valid EA but cf. Step 4
FM	= 1	SumC'=	0	SumT=	0	Step 4) Adj es	Overestimated AdjD
m	= 0	SumV=	0	SumY=	2		

EBt (XP) EBt = 0,11

Controls

S-CON = 5			
Styles	State	Patho. P.	Const°
avoidant			PTI=1
			DEPI=4
ambitent	CDI>3		CDI=4*
			HVI: ns.
			OBS: ns.

CDI>3 : CONTROLS -> RELATIONS -> SELF -> AFFECT -> PROCESSING -> MEDIATION -> IDEATION

Affect — ambitent avoidant — CDI

eb	= 1 : 2	
Afr	= 0,50	Afr : EB : Age
PC% = 0,33		medium
ΣC':WΣC	= 0:2,5	
intel	0	0
CP	= 0	
FC:CF+C	= 0:2	E.impulsiveness (1/5)
Pure C	= 1	occasional discharge
S	= 0	lateS = 0
Blends/R	= 0:15	Bld% 0,00
StressBld	= 0	
Adj Blend	= 0:15	AdjBld% 0,00
3xBld	= 0	
>3xBld	= 0	
Col-Shd Bld	= 0	
Shd Bld	= 0	

Blend : EB : L	Adj Blend : EB : L
low	low

3xBld % & >3xBld

Col-Shd Bld : EB	Shd Bld

Processing

PSV	= 0		attention
DQv 1st	= 3	C. Impuls. OR Attention diff.	
Zd	= 1,5		scanning
Dd	= 0		
Zf	= 7	medium	efforts
W/D	= 7:8	ecomonical	easy:4:7
DQ+	= 3	low	quality
DQv,v/+	= 3	failures	.
W/M	= 7:2	Positive	objectives

Step3: Loc Sequence (XP), Incoherent Loc Index, ILI = 0

Mediation

XA% =	0,60
WDA% =	0,60
X-% =	0,27
S- =	0
P =	4
X+% =	0,60
Xu% =	0,00

Stp3a FQ- Homogeneity (4)

3.1stC-	1/2
BC-	0
CC-	1
RC-	1/2
PC-	1/2
S-	0
Dd-	0
M-	0
FMm-	0
Color-	1/2
Shd-	0
F-	1/2
AnXySxBl-	1/2
Hcont-	0

Coding Validity

AGE ✓	Cards ✓	N° ✓	
Loc&DQ ✓			
DET ✓			
FQ ✓			
CONT ✓			
Z score ✓			
SpSc ✓			

Relations (Perception)

COP	= 0	discomfort
AG	= 0	
GHR:PHR	= 2 : 0	
a:p	= 3 : 0	
Food	= 0	
SumT	= 0	
H Cont.	= 2	
Pure H	= 0	
PER	= 0	
Isol° Indx	= 0,40	isolated

H Cont:R:EB (Interest)	medium
Hpur:R:EB (comp°)	NA

Ideation — ambitent avoidant

EBper	= 1,3			
a/p	= 3 : 0	NA	Sum6=	0
HVI			Lvl2 =	0
OBS			Wsum6	0
MOR=0			WSum6 : Age	
m=0				
FM=1			no problem	
		hasty needs satisfaction		
Ma/Mp	= 2 : 0		M- =	0
Intel°	= 0	0	Mnone	0

Self

EGO	= 0,20	EGO : Age: low
Fr+rF	= 0	
SumV	= 0	
FD	= 0	
An+Xy	= 2	
MOR	= 0	
H:(H)+Hd+(Hd)	= 0:2	Self R° NA

Step 7b :Human content responses quality (XP)

Generally Positive Features, GPF	Sum=12	µ=6
Generally Negative Features,GNF	Sum=0	µ=0

الملخص الشكلي للحالة B24

Compute for Scoring	R = 15	L = 1,14	F% = 0,53	Age: 42

EB	= 1 : 1	EA =	2	EBper =	1,0	Step 1) Adj D	Vulnerable
eb	= 3 : 2	es =	5	D =	-1	Step 2) EA	Valid AdjD
EB: NA, avoidant		Adj es =	5	Adj D =	-1	Step 3) EB &L	Invalid EA
FM	= 3	SumC'=	1	SumT=	1	Step 4) Adj es	Abandon
m	= 0	SumV=	0	SumY=	0		

EBt (XP) EBt = 0

Controls

S-CON = 6			
Styles	State	Patho. P.	Const°
avoidant			PTI=2
			DEPI=3
EB: NA,			CDI=3
	Daj<0		HVI: ns.
			OBS: ns.

DAJ <0 : CONTROLS THEN,
L>0,99 : PROCESSING -> MEDIATION -> IDEATION -> CONTROLS -> AFFECT -> SELF -> RELATIONS

Affect — EB: NA, avoidant

eb	= 3 : 2	
Afr	= 0,50	Afr : EB : Age
PC% = 0,33		medium
ΣC':WΣC	= 1:1	
intel	0	0
CP	= 0	
FC:CF+C	= 0:1	E.impulsiveness (1/5)
Pure C	= 0	
S	= 1	lateS = 0
Blends/R	= 1:15	Bld% 0,07
StressBld	= 0	
Adj Blend	= 1:15	AdjBld% 0,07
3xBld	= 0	
>3xBld	= 0	
Col-Shd Bld	= 0	
Shd Bld	= 0	

Blend : EB : L	Adj Blend : EB : L
low	low

3xBld % & >3xBld

Col-Shd Bld : EB	Shd Bld

Processing

PSV	= 0		attention
DQv 1st	= 2	C. Impuls. OR Attention diff.	
Zd	= -1,5		scanning
Dd	= 0		
Zf	= 11	high	efforts
W/D	= 11:4	effort	easy:6:11
DQ+	= 3	low	quality
DQv,v/+	= 3	failures	.
W/M	= 11:1	Positive	objectives

Step3: Loc Sequence (XP), Incoherent Loc Index, ILI = 0

Mediation

XA% =	0,53
WDA% =	0,53
X-% =	0,40
S- =	1
P =	2
X+% =	0,20
Xu% =	0,33

Stp3a FQ- Homogeneity (6)

3.1stC-	1/2
BC-	1/3
CC-	2/3
RC-	1/2
PC-	1/6
S-	1/6
Dd-	0
M-	0
FMm-	0
Color-	0
Shd-	0
F-	1
AnXySxBl-	1/6
Hcont-	1/3

Coding Validity

AGE ✓	Cards ✓	N° ✓	
Loc&DQ ✓			
DET ✓			
FQ ✓			
CONT ✓			
Z score ✓			
SpSc ✓			

Relations (Perception)

COP	= 2	positive
AG	= 1	
GHR:PHR	= 1 : 3	
a:p	= 2 : 2	
Food	= 2	
SumT	= 1	
H Cont.	= 3	
Pure H	= 2	
PER	= 0	
Isol° Indx	= 0,40	isolated

H Cont:R:EB (Interest)	medium
Hpur:R:EB (comp°)	NA

Ideation — EB: NA, avoidant

EBper	= 1,0			
a/p	= 2 : 2		Sum6=	0
HVI			Lvl2 =	0
OBS			Wsum6	0
MOR=0			WSum6 : Age	
m=0				
FM=3			no problem	
Ma/Mp	= 0 : 1	NA	M- =	0
Intel°	= 0	0	Mnone	0

Self

EGO	= 0,20	EGO : Age: low
Fr+rF	= 0	
SumV	= 0	
FD	= 1	
An+Xy	= 1	
MOR	= 0	
H:(H)+Hd+(Hd)	= 2:1	Self R° NA

Step 7b :Human content responses quality (XP)

Generally Positive Features, GPF	Sum=16	µ=5,3
Generally Negative Features,GNF	Sum=3	µ=1

الملخص الشكلي للحالة B25

Compute for Scoring	R = 16	L = 1,00	F% = 0,50
			Age: 29

EB = 0 : 1,5	EA = 1,5	EBper = NA	
eb = 2 : 3	es = 5	D = -1	
EB: NA, avoidant	Adj es = 5	Adj D = -1	
FM = 2	SumC'= 3	SumT= 0	
m = 0	SumV= 0	SumY= 0	
EBt (XP) EBt = 1			

Controls

Step 1) Adj D	Vulnerable
Step 2) EA	Valid AdjD
Step 3) EB &L	Invalid EA
Step 4) Adj es	Abandon

S-CON = 4			
Styles	State	Patho. P.	Const°
avoidant			PTI=0
			DEPI=3
EB: NA,	CDI>3		CDI=4*
Passive	Daj<0		HVI: ns.
			OBS: ns.

Affect — EB: NA, avoidant — CDI

eb	= 2 : 3	
Irritation		
Afr	= 0,60	Afr : EB : Age
PC% = 0,38		medium
ΣC':WΣC	= 3:1,5	E.Inhibition
intel	1	0
CP	= 0	
FC:CF+C	= 3:0	Overcontrolled (5/5)
Pure C	= 0	
S	= 0	lateS = 0
Blends/R	= 0:16	Bld% 0,00
StressBld	= 0	
Adj Blend	= 0:16	AdjBld% 0,00
3xBld	= 0	
>3xBld	= 0	
Col-Shd Bld	= 0	
Shd Bld	= 0	
Blend : EB : L		Adj Blend : EB : L
low		low
3xBld % & >3xBld		
Col-Shd Bld : EB		Shd Bld

CDI>3 : CONTROLS -> RELATIONS -> SELF -> AFFECT -> PROCESSING -> MEDIATION -> IDEATION

Processing

PSV	= 0		attention
DQv 1st	= 0		
Zd	= -2,5		scanning
Dd	= 0		
Zf	= 5	low	efforts
W/D	= 5:11	ecomonical	easy:4:5
DQ+	= 1	low	quality
DQv,v/+	= 1		.
W/M	= 5:0	NA	objectives

Step3: Loc Sequence (XP), Incoherent Loc Index, ILI = 0

Mediation

XA% =	0,75
WDA% =	0,75
X-% =	0,25
S- =	0
P =	3
X+% =	0,50
Xu% =	0,25

Stp3a FQ- Homogeneity (4)

3.1stC-	0
BC-	1/2
CC-	1/2
RC-	0
PC-	1/2
S-	0
Dd-	0
M-	0
FMm-	0
Color-	0
Shd-	1/4
F-	3/4
AnXySxBl-	1/4
Hcont-	0

Coding Validity

AGE	Cards	N°	
Loc&DQ			
DET			
FQ			
CONT			
Z score			
SpSc			

Relations (Perception)

COP	= 0	discomfort
AG	= 0	
GHR:PHR	= 2 : 0	
a:p	= 0 : 2	Passive
Food	= 0	
SumT	= 0	
H Cont.	= 2	
Pure H	= 0	
PER	= 0	
Isol° Indx	= 0,06	

H Cont:R:EB (Interest)	medium
Hpur:R:EB (comp°)	NA

Self

EGO	= 0,44	EGO : Age:	medium
Fr+rF	= 0		
SumV	= 0		
FD	= 0		
An+Xy	= 2		
MOR	= 0		
H:(H)+Hd+(Hd)	= 0:2	Self R°	NA

Step 7b :Human content responses quality (XP)

Generally Positive Features, GPF	Sum=10	µ=5
Generally Negative Features,GNF	Sum=1	µ=0,5

Ideation — EB: NA, avoidant

EBper	= NA		
a/p	= 0 : 2	NA	Sum6= 0
HVI			Lvl2 = 0
OBS			Wsum6 0
MOR=0			WSum6 : Age
m=0			
FM=2	hasty needs satisfaction		no problem
Ma/Mp	= 0 : 0	NA	M- = 0
Intel°	= 1	0	Mnone 0

الملخص الشكلي للحالة B26

Compute for Scoring	R = 26	L = 0,63	F% = 0,38
			Age: 39

EB = 0 : 2	EA = 2	EBper = NA	
eb = 11 : 3	es = 14	D = -4	
EB: NA,	Adj es = 14	Adj D = -4	
FM = 11	SumC'= 1	SumT= 1	
m = 0	SumV= 1	SumY= 0	
EBt (XP) EBt = 1			

Controls

Step 1) Adj D	Very Vulnerable
Step 2) EA	Valid AdjD
Step 3) EB &L	Valid EA but cf. Step 4
Step 4) Adj es	Underestimated AdjD

S-CON = 3			
Styles	State	Patho. P.	Const°
			PTI=2
			DEPI=4
EB: NA,	CDI>3		CDI=4*
Passive	Daj<0		HVI: ns.
			OBS: ns.

Affect — EB: NA, — CDI

eb	= 11 : 3	Discomfort
S.Criticism		
Afr	= 0,63	Afr : EB : Age
PC% = 0,38		medium
ΣC':WΣC	= 1:2	
intel	0	0
CP	= 0	
FC:CF+C	= 2:1	Normal (3/5)
Pure C	= 0	
S	= 1	lateS = 1
Blends/R	= 1:26	Bld% 0,04
StressBld	= 0	
Adj Blend	= 1:26	AdjBld% 0,04
3xBld	= 0	
>3xBld	= 0	
Col-Shd Bld	= 0	
Shd Bld	= 0	
Blend : EB : L		Adj Blend : EB : L
low		low
3xBld % & >3xBld		
Col-Shd Bld : EB		Shd Bld

CDI>3 : CONTROLS -> RELATIONS -> SELF -> AFFECT -> PROCESSING -> MEDIATION -> IDEATION

Processing

PSV	= 0		attention
DQv 1st	= 0		
Zd	= -3,5	underincorporative	scanning
Dd	= 1		
Zf	= 7	low	efforts
W/D	= 4:21	ecomonical	easy:4:4
DQ+	= 3	low	quality
DQv,v/+	= 0		
W/M	= 4:0	NA	objectives

Step3: Loc Sequence (XP), Incoherent Loc Index, ILI = 0

Mediation

XA% =	0,69
WDA% =	0,68
X-% =	0,31
S- =	0
P =	6
X+% =	0,62
Xu% =	0,08

Stp3a FQ- Homogeneity (8)

3.1stC-	1/8
BC-	1/4
CC-	3/4
RC-	1/8
PC-	5/8
S-	0
Dd-	0
M-	0
FMm-	5/8
Color-	1/4
Shd-	1/8
F-	1/8
AnXySxBl-	0
Hcont-	1/4

Coding Validity

AGE	Cards	N°	
Loc&DQ			
DET			
FQ			
CONT			
Z score			
SpSc			

Relations (Perception)

COP	= 0	positive
AG	= 1	
GHR:PHR	= 1 : 3	
a:p	= 3 : 8	Passive
Food	= 0	
SumT	= 1	
H Cont.	= 3	
Pure H	= 2	
PER	= 1	
Isol° Indx	= 0,00	

H Cont:R:EB (Interest)	medium
Hpur:R:EB (comp°)	realist

Self

EGO	= 0,50	EGO : Age:	high
Fr+rF	= 0		
SumV	= 1	Self Criticism	
FD	= 0		
An+Xy	= 0		
MOR	= 0		
H:(H)+Hd+(Hd)	= 2:1	Self R°	NA

Step 7b :Human content responses quality (XP)

Generally Positive Features, GPF	Sum=15	µ=5
Generally Negative Features,GNF	Sum=3	µ=1

Ideation — EB: NA,

EBper	= NA		
a/p	= 3 : 8	fixed values	Sum6= 0
HVI			Lvl2 = 0
OBS			Wsum6 0
MOR=0			WSum6 : Age
m=0			
FM=11	chronic peripheral overload		no problem
Ma/Mp	= 0 : 0	NA	M- = 0
Intel°	= 0	0	Mnone 0

الملخص الشكلي للحالة B27

Compute for Scoring	R = 17	L = 0,42	F% = 0,29		
			Age: 43		
			Controls		
EB = 1 : 5	EA = 6	EBper = 5,0	Step 1) Adj D	Normal	
eb = 2 : 3	es = 5	D = 0	Step 2) EA	cf. Step 4	
extratensive	Adj es = 5	Adj D = 0	Step 3) EB &L	Valid EA & AdjD	
FM = 2	SumC'= 2	SumT= 0	Step 4) Adj es	Valid AdjD	
m = 0	SumV= 0	SumY= 1			
EBt (XP)	EBt = 0,67				

S-CON = 3			
Styles	State	Patho. P.	Const°
extratensive			PTI=2 DEPI=4 CDI=3 HVI: ns. OBS: ns.

EB EXTRA : AFFECT -> SELF -> RELATIONS -> CONTROLS -> PROCESSING -> MEDIATION -> IDEATION

Affect	extratensive	
eb	= 2 : 3	
Afr	= 0,89	Afr : EB : Age
PC% = 0,47		medium
ΣC':WΣC	= 2:5	
intel	2	0
CP	= 0	
FC:CF+C	= 3:3	Lability (2/5)
Pure C	= 1	occasional discharge
S	= 0	lateS = 0
Blends/R	= 1:17	Bld% 0,06
StressBld	= 0	
Adj Blend	= 1:17	AdjBld% 0,06
3xBld	= 0	
>3xBld	= 0	
Col-Shd Bld	= 0	
Shd Bld	= 0	
Blend : EB : L		Adj Blend : EB : L
low		low
3xBld % & >3xBld		
Col-Shd Bld : EB		Shd Bld

Processing			
PSV	= 0		attention
DQv 1st	= 3	C. Impuls. OR Attention diff.	
Zd	= -3,5	underincorporative	scanning
Dd	= 1		
Zf	= 6	low	efforts
W/D	= 8:8	ecomonical	easy:5:8
DQ+	= 1	low	quality
DQv,v/+	= 3	failures	
W/M	= 8:1	Positive	objectives

Step3: Loc Sequence (XP), Incoherent Loc Index, ILI = 1

Mediation	
XA% =	0,59
WDA% =	0,63
X-% =	0,29
S- =	0
P =	3
X+% =	0,41
Xu% =	0,18
Stp3a FQ- Homogeneity (5)	
3.1stC-	1/5
BC-	2/5
CC-	3/5
RC-	0
PC-	3/5
S-	0
Dd-	1/5
M-	1/5
FMm-	1/5
Color-	1/5
Shd-	0
F-	2/5
AnXySxBl-	3/5
Hcont-	1/5

Coding Validity			
AGE	Cards	N°	
Loc&DQ			
DET			
FQ			
CONT			
Z score			
SpSc			

Relations		(Perception)
COP	= 0	discomfort
AG	= 0	
GHR:PHR	= 1 : 3	
a:p	= 2 : 1	
Food	= 1	
SumT	= 0	
H Cont.	= 4	
Pure H	= 1	
PER	= 3	
Isol° Indx	= 0,24	

H Cont:R:EB (Interest)	medium
Hpur:R:EB (comp°)	misunderst

Self			
EGO	= 0,18	EGO : Age:	low
Fr+rF	= 0		
SumV	= 0	Naive Self Image	
FD	= 0		
An+Xy	= 2		
MOR	= 0		
H:(H)+Hd+(Hd)	= 1:3	Self R°	NA

Step 7b :Human content responses quality (XP)

Generally Positive Features, GPF	Sum=21	μ=5,3
Generally Negative Features,GNF	Sum=3	μ=0,8

Ideation	extratensive		
EBper	= 5,0	Pervasive	
a/p	= 2 : 1	NA	Sum6= 1
HVI			Lvl2 = 0
OBS			Wsum6 2
MOR=0			WSum6 : Age
m=0			
FM=2			no problem
	needs conceptualisation		
Ma/Mp	= 0 : 1	NA	M- = 1
Intel°	= 2	0	Mnone 0

الملخص الشكلي للحالة B28

Compute for Scoring	R = 25	L = 0,32	F% = 0,24		
			Age: 40		
			Controls		
EB = 4 : 3,5	EA = 7,5	EBper = 1,1	Step 1) Adj D	Very Vulnerable	
eb = 12 : 2	es = 14	D = -2	Step 2) EA	cf. Step 4	
ambitent	Adj es = 14	Adj D = -2	Step 3) EB &L	Valid EA & AdjD	
FM = 11	SumC'= 2	SumT= 0	Step 4) Adj es	Underestimated AdjD	
m = 1	SumV= 0	SumY= 0			
EBt (XP)	EBt = -0,07				

S-CON = 2			
Styles	State	Patho. P.	Const°
ambitent	Daj<0	PTI>3	PTI=5 DEPI=2 CDI=3 HVI: ns. OBS: ns.

PTI>3 :PROCESSING -> MEDIATION -> IDEATION -> CONTROLS -> AFFECT -> SELF -> RELATIONS

Affect	ambitent	
eb	= 12 : 2	
Afr	= 0,92	Afr : EB : Age
PC% = 0,48		high
ΣC':WΣC	= 2:3,5	
intel	0	0
CP	= 0	
FC:CF+C	= 2:2	Lability (2/5)
Pure C	= 1	occasional discharge
S	= 2	lateS = 1
Blends/R	= 3:25	Bld% 0,12
StressBld	= 1	
Adj Blend	= 3:25	AdjBld% 0,12
3xBld	= 0	
>3xBld	= 0	
Col-Shd Bld	= 0	
Shd Bld	= 0	
Blend : EB : L		Adj Blend : EB : L
low		low
3xBld % & >3xBld		
Col-Shd Bld : EB		Shd Bld

Processing			
PSV	= 0		attention
DQv 1st	= 0		
Zd	= 2		scanning
Dd	= 3		
Zf	= 12	medium	efforts
W/D	= 5:17	ecomonical	easy:5:5
DQ+	= 9	high	quality
DQv,v/+	= 0		
W/M	= 5:4		objectives

Step3: Loc Sequence (XP), Incoherent Loc Index, ILI = 1

Mediation	
XA% =	0,56
WDA% =	0,59
X-% =	0,44
S- =	1
P =	5
X+% =	0,36
Xu% =	0,20
Stp3a FQ- Homogeneity (11)	
3.1stC-	3/11
BC-	3/11
CC-	8/11
RC-	2/11
PC-	6/11
S-	1/11
Dd-	2/11
M-	2/11
FMm-	5/11
Color-	0
Shd-	1/11
F-	3/11
AnXySxBl-	0
Hcont-	0

Coding Validity			
AGE	Cards	N°	
Loc&DQ			
DET			
FQ			
CONT			
Z score			
SpSc			

Relations		(Perception)
COP	= 0	positive
AG	= 1	
GHR:PHR	= 2 : 3	
a:p	= 12 : 4	
Food	= 0	
SumT	= 0	
H Cont.	= 3	
Pure H	= 2	
PER	= 0	
Isol° Indx	= 0,32	reluctance

H Cont:R:EB (Interest)	low
Hpur:R:EB (comp°)	realist

Self			
EGO	= 0,44	EGO : Age:	medium
Fr+rF	= 0		
SumV	= 0	Naive Self Image	
FD	= 0		
An+Xy	= 0		
MOR	= 0		
H:(H)+Hd+(Hd)	= 2:1	Self R°	NA

Step 7b :Human content responses quality (XP)

Generally Positive Features, GPF	Sum=18	μ=6
Generally Negative Features,GNF	Sum=1	μ=0,3

Ideation	ambitent		
EBper	= 1,1		
a/p	= 12 : 4	fixed values	Sum6= 10
HVI			Lvl2 = 8
OBS			Wsum6 55
MOR=0			WSum6 : Age
m=1			
FM=11			disturbed thinking 3/3
	chronic peripheral overload		
Ma/Mp	= 1 : 3	Snow White S.	M- = 2
Intel°	= 0	0	Mnone 0

الملخص الشكلي للحالة B29

Compute for Scoring																														
R = 16				L = 1,00																										F% = 0,50
																														Age: 57
																														Controls
EB	=	1 : 2	EA	=	3	EBper	=	2,0	Step 1) Adj D																					Vulnerable
eb	=	5 : 1	es	=	6	D	=	-1	Step 2) EA																					Valid AdjD
EB: NA, avoidant			Adj es =		6	Adj D =		-1	Step 3) EB &L																					Invalid EA
FM	=	4	SumC'=		1	SumT=		0																						
m	=	1	SumV=		0	SumY=		0	Step 4) Adj es																					Abandon
EBt (XP)	EBt = 0,33																													

S-CON	=	6		
Styles	State	Patho. P.	Const°	
avoidant			PTI=2	
			DEPI=3	
EB: NA,	CDI>3		CDI=5*	
	Daj<0		HVI: ns.	
			OBS: ns.	

CDI>3 : CONTROLS -> RELATIONS -> SELF -> AFFECT -> PROCESSING -> MEDIATION -> IDEATION

Affect		EB: NA, avoidant	CDI
eb	= 5 : 1		
Afr	= 0,45	Afr : EB : Age	
PC% = 0,31		medium	
Σc':WΣC	= 1:2		
intel	0	0	
CP	= 0		
FC:CF+C	= 0:2	E.impulsiveness (1/5)	
Pure C	= 0		
S	= 0	lateS =	0
Blends/R	= 1:16	Bld%	0,06
StressBld	= 1		
Adj Blend	= 1:16	AdjBld%	0,06
3xBld	= 0		
>3xBld	= 0		
Col-Shd Bld	= 0		
Shd Bld	= 0		
Blend : EB : L		Adj Blend : EB : L	
low		low	
3xBld % & >3xBld			
Col-Shd Bld : EB		Shd Bld	

Processing				
PSV	=	0		attention
DQv 1st	=	1	C. Impuls. OR Attention diff.	
Zd	=	-0,5		scanning
Dd	=	2		
Zf	=	12	high	efforts
W/D	=	11:3	effort	easy:7:11
DQ+	=	4	low	quality
DQv,v/+	=	1		.
W/M	=	11:1	Positive	objectives

Step3: Loc Sequence (XP), Incoherent Loc Index, ILI = 0

Mediation		
XA%	=	0,63
WDA%	=	0,64
X-%	=	0,31
S-	=	0
P	=	3
X+%	=	0,44
Xu%	=	0,19
Stp3a FQ- Homogeneity (5)		
3.1stC-		2/5
BC-		1/5
CC-		4/5
RC-		2/5
PC-		2/5
S-	0	
Dd-		1/5
M-		1/5
FMm-		1/5
Color-		1/5
Shd-	0	
F-		2/5
AnXySxBl-		2/5
Hcont-	0	

Coding Validity				
AGE	✓	Cards	✓	N° ✓
Loc&DQ	✓			
DET	✓			
FQ	✓			
CONT	✓			
Z score	✓			
SpSc	✓			

Relations		(Perception)
COP	= 0	positive
AG	= 1	
GHR:PHR	= 0 : 3	
a:p	= 4 : 2	
Food	= 1	
SumT	= 0	
H Cont.	= 1	
Pure H	= 0	
PER	= 0	
Isol° Indx	= 0,13	

H Cont:R:EB (Interest)	low	
Hpur:R:EB (comp°)	NA	

Self			
EGO	= 0,25	EGO : Age:	low
Fr+rF	= 0		
SumV	= 0		
FD	= 0		
An+Xy	= 0		
MOR	= 1		
H:(H)+Hd+(Hd)	= 0:1	Self R°	NA

Step 7b :Human content responses quality (XP)

Generally Positive Features, GPF	Sum=5	μ=5
Generally Negative Features,GNF	Sum=1	μ=1

Ideation		EB: NA, avoidant		
EBper	= 2,0			
a/p	= 4 : 2	fixed values	Sum6=	3
HVI			Lvl2 =	2
OBS			Wsum6	12
MOR=1			WSum6 : Age	
m=1			ideational	
FM=4			discontinuity 2/3	
Ma/Mp	= 0 : 1	NA	M- =	1
Intel°	= 0	0	Mnone	0

الملخص الشكلي للحالة B30

Compute for Scoring																														
R = 18				L = 0,13																										F% = 0,11
																														Age: 21
																														Controls
EB	=	10 : 11	EA	=	21	EBper	=	1,1	Step 1) Adj D																					Controlled
eb	=	2 : 6	es	=	8	D	=	5	Step 2) EA																					Valid AdjD
ambitent			Adj es =		7	Adj D =		5	Step 3) EB &L																					Valid EA & AdjD
FM	=	1	SumC'=		4	SumT=		0																						
m	=	1	SumV=		0	SumY=		2	Step 4) Adj es																					Valid AdjD
EBt (XP)	EBt = 0,05																													

S-CON	=	5		
Styles	State	Patho. P.	Const°	
			PTI=4	
		PTI>3	DEPI=6*	
ambitent			CDI=3	
Passive		DEPI>5	HVI: ns.	
			OBS: ns.	

PTI>3 :PROCESSING -> MEDIATION -> IDEATION -> CONTROLS -> AFFECT -> SELF -> RELATIONS

Affect		ambitent	DEPI
eb	= 2 : 6	Discomfort	
		Irritation	
Afr	= 0,80	Afr : EB : Age	
PC% = 0,44		medium	
Σc':WΣC	= 4:11		
intel	15	Intell° (defense)	
CP	= 2		
FC:CF+C	= 0:9	E.impulsiveness (1/5)	
Pure C	= 4	frequent discharge	
S	= 2	lateS =	2
Blends/R	= 8:18	Bld%	0,44
StressBld	= 0		
Adj Blend	= 8:18	AdjBld%	0,44
3xBld	= 4		
>3xBld	= 1		
Col-Shd Bld	= 2		
Shd Bld	= 0		
Blend : EB : L		Adj Blend : EB : L	
high		high	
3xBld % & >3xBld			
unusual complexity			
cf. ressources, controls & modulation			
Col-Shd Bld : EB		Shd Bld	
confusion			

Processing				
PSV	=	0		attention
DQv 1st	=	1	C. Impuls. OR Attention diff.	
Zd	=	-0,5		scanning
Dd	=	1		
Zf	=	13	medium	efforts
W/D	=	13:4	effort	easy:7:13
DQ+	=	6	medium	quality
DQv,v/+	=	4	failures	
W/M	=	13:10		objectives

Step3: Loc Sequence (XP), Incoherent Loc Index, ILI = 1

Mediation		
XA%	=	0,56
WDA%	=	0,59
X-%	=	0,28
S-	=	2
P	=	5
X+%	=	0,44
Xu%	=	0,11
Stp3a FQ- Homogeneity (5)		
3.1stC-		1/5
BC-	0	
CC-	1	
RC-		1/5
PC-		4/5
S-		2/5
Dd-		1/5
M-		4/5
FMm-		1/5
Color-		3/5
Shd-		2/5
F-	0	
AnXySxBl-	0	
Hcont-		4/5

Coding Validity				
AGE	✓	Cards	✓	N° ✓
Loc&DQ	✓			
DET	✓			
FQ	✓			
CONT	✓			
Z score	✓			
SpSc	✓			

Relations		(Perception)
COP	= 0	positive
AG	= 1	
GHR:PHR	= 2 : 9	
a:p	= 2 : 10	Passive
Food	= 0	
SumT	= 0	
H Cont.	= 7	
Pure H	= 5	
PER	= 0	
Isol° Indx	= 0,39	isolated

H Cont:R:EB (Interest)	medium	
Hpur:R:EB (comp°)	realist	

Self			
EGO	= 0,00	EGO : Age:	low
Fr+rF	= 0		
SumV	= 0		
FD	= 3	nter productive self rumina	
An+Xy	= 0		
MOR	= 1		
H:(H)+Hd+(Hd)	= 5:2	Self R°	experience

Step 7b :Human content responses quality (XP)

Generally Positive Features, GPF	Sum=24	μ=3,4
Generally Negative Features,GNF	Sum=18	μ=2,6

Ideation		ambitent		
EBper	= 1,1			
a/p	= 2 : 10	rigid values	Sum6=	8
HVI			Lvl2 =	8
OBS			Wsum6	49
MOR=1			WSum6 : Age	
m=1			disturbed thinking	
FM=1		needs conceptualisation	3/3	
Ma/Mp	= 2 : 8	Snow White S.	M- =	4
Intel°	= 15	Intell° (defense)	Mnone	1

الملخص الشكلي للحالة B31

Compute for Scoring	R = 17	L = 0,55	F% = 0,35		
			Age: 43		
			Controls		
EB = 1 : 3	EA = 4	EBper = 3,0	Step 1) Adj D	Vulnerable	
eb = 4 : 3	es = 7	D = -1	Step 2) EA	Valid AdjD	
extratensive	Adj es = 7	Adj D = -1	Step 3) EB &L	Valid EA & AdjD	
FM = 4	SumC'= 3	SumT= 0			
m = 0	SumV= 0	SumY= 0	Step 4) Adj es	Valid AdjD	
EBt (XP)	EBt = 0,5				

S-CON = 5			
Styles	State	Patho. P.	Const°
extratensive	Daj<0		PTI=3 DEPI=4 CDI=2 HVI: ns. OBS: ns.

DAJ <0 : CONTROLS THEN,
EB EXTRA : AFFECT -> SELF -> RELATIONS -> CONTROLS -> PROCESSING -> MEDIATION -> IDEATION

Affect	extratensive		
eb	= 4 : 3	Discomfort	
		Irritation	
Afr	= 0,55	Afr : EB : Age	
PC% = 0,35		low	
ΣC':WΣC	= 3:3		
intel	0	0	
CP	= 0		
FC:CF+C	= 2:2	Lability (2/5)	
Pure C	= 0		
S	= 0	lateS =	0
Blends/R	= 1:17	Bld%	0,06
StressBld	= 0		
Adj Blend	= 1:17	AdjBld%	0,06
3xBld	= 0		
>3xBld	= 0		
Col-Shd Bld	= 0		
Shd Bld	= 0		
Blend : EB : L		Adj Blend : EB : L	
low		low	
3xBld % & >3xBld			
Col-Shd Bld : EB		Shd Bld	

Processing			
PSV	= 0		attention
DQv 1st	= 0		
Zd	= -6	underincorporative	scanning
Dd	= 1		
Zf	= 9	medium	efforts
W/D	= 7:9	ecomonical	easy:6:7
DQ+	= 2	low	quality
DQv,v/+	= 0		.
W/M	= 7:1	Positive	objectives

Step3: Loc Sequence (XP), Incoherent Loc Index, ILI = 0

Mediation	
XA% =	0,59
WDA% =	0,63
X-% =	0,41
S- =	0
P =	3
X+% =	0,29
Xu% =	0,29
Stp3a FQ- Homogeneity (7)	
3.1stC-	3/7
BC-	2/7
CC-	5/7
RC-	3/7
PC-	2/7
S-	0
Dd-	1/7
M-	1/7
FMm-	1/7
Color-	3/7
Shd-	1/7
F-	2/7
AnXySxBl-	1/7
Hcont-	1/7

Coding Validity			
AGE	Cards	N°	
Loc&DQ			
DET			
FQ			
CONT			
Z score			
SpSc			

Relations		(Perception)
COP	= 0	agressive
AG	= 2	
GHR:PHR	= 0 : 3	
a:p	= 3 : 2	
Food	= 0	
SumT	= 0	
H Cont.	= 1	
Pure H	= 0	
PER	= 0	
Isol° Indx	= 0,00	
H Cont:R:EB (Interest)		low
Hpur:R:EB (comp°)		misunderst

Ideation	extratensive		
EBper	= 3,0	Pervasive	
a/p	= 3 : 2		Sum6= 2
HVI			Lvl2 = 1
OBS			Wsum6 8
MOR=1			WSum6 : Age
m=0			ideational slippage 1/3
FM=4			
Ma/Mp	= 0 : 1	NA	M- = 1
Intel°	= 0	0	Mnone 0

Self			
EGO	= 0,00	EGO : Age:	low
Fr+rF	= 0		
SumV	= 0	Naive Self Image	
FD	= 0		
An+Xy	= 0		
MOR	= 1		
H:(H)+Hd+(Hd)	= 0:1	Self R°	NA

Step 7b :Human content responses quality (XP)
Generally Positive Features, GPF Sum=3 µ=3
Generally Negative Features,GNF Sum=3 µ=3

الملخص الشكلي للحالة B32

Compute for Scoring	R = 17	L = 1,13	F% = 0,53		
			Age: 20		
			Controls		
EB = 3 : 1,5	EA = 4,5	EBper = 2,0	Step 1) Adj D	Normal	
eb = 1 : 2	es = 3	D = 0	Step 2) EA	cf. Step 4	
ambitent avoidant	Adj es = 3	Adj D = 0	Step 3) EB &L	Valid EA but cf. Step 4	
FM = 1	SumC'= 2	SumT= 0			
m = 0	SumV= 0	SumY= 0	Step 4) Adj es	Overestimated AdjD	
EBt (XP)	EBt = -0,33				

S-CON = 2			
Styles	State	Patho. P.	Const°
avoidant			PTI=3
			DEPI=4
ambitent			CDI=3
			HVI: ns.
			OBS: ns.

L>0,99 : PROCESSING -> MEDIATION -> IDEATION -> CONTROLS -> AFFECT -> SELF -> RELATIONS

Affect	ambitent avoidant		
eb	= 1 : 2		
Afr	= 0,42	Afr : EB : Age	
PC% = 0,29		E.avoidance (cf. C':C & intel°)	
ΣC':WΣC	= 2:1,5	E.Inhibition	
intel	1	0	
CP	= 0		
FC:CF+C	= 0:1	E.impulsiveness (1/5)	
Pure C	= 1	occasional discharge	
S	= 1	lateS =	1
Blends/R	= 0:17	Bld%	0,00
StressBld	= 0		
Adj Blend	= 0:17	AdjBld%	0,00
3xBld	= 0		
>3xBld	= 0		
Col-Shd Bld	= 0		
Shd Bld	= 0		
Blend : EB : L		Adj Blend : EB : L	
low		low	
3xBld % & >3xBld			
Col-Shd Bld : EB		Shd Bld	

Processing			
PSV	= 0		attention
DQv 1st	= 0		
Zd	= 0		scanning
Dd	= 3		
Zf	= 9	medium	efforts
W/D	= 9:5	effort	easy:6:9
DQ+	= 3	low	quality
DQv,v/+	= 2	failures	
W/M	= 9:3	Positive	objectives

Step3: Loc Sequence (XP), Incoherent Loc Index, ILI = 2

Mediation	
XA% =	0,47
WDA% =	0,57
X-% =	0,41
S- =	1
P =	5
X+% =	0,47
Xu% =	0,00
Stp3a FQ- Homogeneity (7)	
3.1stC-	2/7
BC-	4/7
CC-	3/7
RC-	1/7
PC-	2/7
S-	1/7
Dd-	3/7
M-	0
FMm-	0
Color-	0
Shd-	1/7
F-	6/7
AnXySxBl-	2/7
Hcont-	3/7

Coding Validity			
AGE	Cards	N°	
Loc&DQ			
DET			
FQ			
CONT			
Z score			
SpSc			

Relations		(Perception)
COP	= 1	agressive
AG	= 2	
GHR:PHR	= 4 : 4	
a:p	= 3 : 1	
Food	= 0	
SumT	= 0	
H Cont.	= 6	
Pure H	= 4	
PER	= 0	
Isol° Indx	= 0,29	reluctance
H Cont:R:EB (Interest)		medium
Hpur:R:EB (comp°)		realist

Ideation	ambitent avoidant		
EBper	= 2,0		
a/p	= 3 : 1	fixed values	Sum6= 2
HVI			Lvl2 = 0
OBS			Wsum6 6
MOR=3	pessimism		WSum6 : Age
m=0			ideational slippage 1/3 (fab or alog)
FM=1	hasty needs satisfaction		
Ma/Mp	= 2 : 1		M- = 0
Intel°	= 1	0	Mnone 0

Self			
EGO	= 0,41	EGO : Age:	medium
Fr+rF	= 0		
SumV	= 0	Naive Self Image	
FD	= 0		
An+Xy	= 4		
MOR	= 3		
H:(H)+Hd+(Hd)	= 4:2	Self R°	experience

Step 7b :Human content responses quality (XP)
Generally Positive Features, GPF Sum=27 µ=4,5
Generally Negative Features,GNF Sum=11 µ=1,8

الملخص الشكلي للحالة B33

Compute for Scoring	R = 23	L = 0,44	F% = 0,30		
			Age: 51		
			Controls		
EB = 9 : 2,5	EA = 11,5	EBper = 3,6	Step 1) Adj D	Controlled	
eb = 4 : 3	es = 7	D = 1	Step 2) EA	Valid AdjD	
introversive	Adj es = 7	Adj D = 1	Step 3) EB &L	Valid EA & AdjD	
FM = 4	SumC'= 1	SumT= 2			
m = 0	SumV= 0	SumY= 0	Step 4) Adj es	Valid AdjD	
EBt (XP)	EBt = -0,57				

S-CON = 4			
Styles	State	Patho. P.	Const°
introversive		PTI>3	PTI=5 DEPI=3 CDI=3 HVI: ns. OBS: ns.

PTI>3 :PROCESSING -> MEDIATION -> IDEATION -> CONTROLS -> AFFECT -> SELF -> RELATIONS

Affect		introversive
eb = 4 : 3	Discomfort	
	Loneliness	
Afr = 0,44	Afr : EB : Age	
PC% = 0,3	E.avoidance (cf. C':C & intell°)	
ΣC':WΣC = 1:2,5		
intel 2	0	
CP = 0		
FC:CF+C = 1:2	E.impulsiveness (1/5)	
Pure C = 0		
S = 0	lateS = 0	
Blends/R = 3:23	Bld% 0,13	
StressBld = 0		
Adj Blend = 3:23	AdjBld% 0,13	
3xBld = 0		
>3xBld = 0		
Col-Shd Bld = 0		
Shd Bld = 0		
Blend : EB : L medium	Adj Blend : EB : L medium	
3xBld % & >3xBld		
Col-Shd Bld : EB	Shd Bld	

Processing			
PSV = 0			attention
DQv 1st = 1	C. Impuls. OR Attention diff.		
Zd = 5	overincorporative		scanning
Dd = 2			
Zf = 17	high		efforts
W/D = 12:9			easy:7:12
DQ+ = 15	high		quality
DQv,v/+ = 1			.
W/M = 12:9			objectives
Step3: Loc Sequence (XP), Incoherent Loc Index, ILI = 1			

Mediation	
XA% =	0,52
WDA% =	0,57
X-% =	0,48
S- =	0
P =	4
X+% =	0,30
Xu% =	0,22
Stp3a FQ- Homogeneity (11)	
3.1stC-	3/11
BC-	3/11
CC-	8/11
RC-	3/11
PC-	5/11
S-	0
Dd-	2/11
M-	6/11
FMm-	2/11
Color-	1/11
Shd-	2/11
F-	3/11
AnXySxBl-	0
Hcont-	6/11

Coding Validity			
AGE	Cards	N°	
Loc&DQ			
DET			
FQ			
CONT			
Z score			
SpSc			

Relations		(Perception)
COP = 0	positive	
AG = 1		
GHR:PHR = 3 : 9		
a:p = 8 : 5		
Food = 0		
SumT = 2		
H Cont. = 11		
Pure H = 7		
PER = 0		
Isol° Indx = 0,13		
H Cont:R:EB (Interest)	high	
Hpur:R:EB (comp°)	realist	

Ideation		introversive
EBper = 3,6	Pervasive	
a/p = 8 : 5		Sum6= 8
HVI		Lvl2 = 3
OBS		Wsum6 30
MOR=0		WSum6 : Age
m=0		disturbed thinking 3/3
FM=4		
Ma/Mp = 6 : 3		M- = 6
Intel° = 2	0	Mnone 0

Self		
EGO = 0,57	EGO : Age: high	
Fr+rF = 0		
SumV = 0	Naive Self Image	
FD = 0		
An+Xy = 0		
MOR = 0		
H:(H)+Hd+(Hd) = 7:4	Self R° experience	
Step 7b :Human content responses quality (XP)		
Generally Positive Features, GPF	Sum=59	μ=5,4
Generally Negative Features,GNF	Sum=12	μ=1,1

الملخص الشكلي للحالة B34

Compute for Scoring	R = 18	L = 1,00	F% = 0,50		
			Age: 40		
			Controls		
EB = 4 : 0,5	EA = 4,5	EBper = 8,0	Step 1) Adj D	Normal	
eb = 3 : 2	es = 5	D = 0	Step 2) EA	cf. Step 4	
introversive avoidant	Adj es = 5	Adj D = 0	Step 3) EB &L	Valid EA but cf. Step 4	
FM = 3	SumC'= 2	SumT= 0			
m = 0	SumV= 0	SumY= 0	Step 4) Adj es	Valid AdjD	
EBt (XP)	EBt = -0,78				

S-CON = 3			
Styles	State	Patho. P.	Const°
avoidant			PTI=0
introversive			DEPI=2 CDI=3 HVI: ns. OBS: ns.

L>0,99 : PROCESSING -> MEDIATION -> IDEATION -> CONTROLS -> AFFECT -> SELF -> RELATIONS

Affect		introversive avoida
eb = 3 : 2		
Afr = 0,50	Afr : EB : Age	
PC% = 0,33	medium	
ΣC':WΣC = 2:0,5	E.Inhibition	
intel 0	0	
CP = 0		
FC:CF+C = 1:0	Overcontrolled (5/5)	
Pure C = 0		
S = 3	lateS = 2	
Blends/R = 1:18	Bld% 0,06	
StressBld = 0		
Adj Blend = 1:18	AdjBld% 0,06	
3xBld = 0		
>3xBld = 0		
Col-Shd Bld = 0		
Shd Bld = 0		
Blend : EB : L low	Adj Blend : EB : L low	
3xBld % & >3xBld		
Col-Shd Bld : EB	Shd Bld	

Processing			
PSV = 0			attention
DQv 1st = 0			
Zd = -1			scanning
Dd = 0			
Zf = 9	medium		efforts
W/D = 4:14	ecomonical		easy:4:4
DQ+ = 6	low		quality
DQv,v/+ = 0			
W/M = 4:4			objectives
Step3: Loc Sequence (XP), Incoherent Loc Index, ILI = 0			

Mediation	
XA% =	0,72
WDA% =	0,72
X-% =	0,28
S- =	0
P =	8
X+% =	0,61
Xu% =	0,11
Stp3a FQ- Homogeneity (5)	
3.1stC-	3/5
BC-	1/5
CC-	4/5
RC-	3/5
PC-	1/5
S-	0
Dd-	0
M-	1/5
FMm-	1/5
Color-	1/5
Shd-	0
F-	2/5
AnXySxBl-	1/5
Hcont-	1/5

Coding Validity			
AGE	Cards	N°	
Loc&DQ			
DET			
FQ			
CONT			
Z score			
SpSc			

Relations		(Perception)
COP = 2	positive	
AG = 0		
GHR:PHR = 4 : 2		
a:p = 4 : 3		
Food = 0		
SumT = 0		
H Cont. = 6		
Pure H = 1		
PER = 0		
Isol° Indx = 0,11		
H Cont:R:EB (Interest)	medium	
Hpur:R:EB (comp°)	misunderst	

Ideation		introversive avoidant
EBper = 8,0	Pervasive	
a/p = 4 : 3		Sum6= 1
HVI		Lvl2 = 0
OBS		Wsum6 7
MOR=0		WSum6 : Age
m=0		ideational slippage 1/3
FM=3		
Ma/Mp = 3 : 1		M- = 1
Intel° = 0	0	Mnone 0

Self		
EGO = 0,39	EGO : Age: medium	
Fr+rF = 0		
SumV = 0	Naive Self Image	
FD = 0		
An+Xy = 1		
MOR = 0		
H:(H)+Hd+(Hd) = 1:5	Self R° NA	
Step 7b :Human content responses quality (XP)		
Generally Positive Features, GPF	Sum=31	μ=5,2
Generally Negative Features,GNF	Sum=5	μ=0,8

الملخص الشكلي للحالة B35

Compute for Scoring							
R = 18	L = 1,57	F% = 0,61					
			Age: 55				
			Controls				
EB = 0 : 1,5	EA = 1,5	EBper = NA	Step 1) Adj D	Very Vulnerable			
eb = 6 : 1	es = 7	D = -2	Step 2) EA	Valid AdjD			
EB: NA, avoidant	Adj es = 7	Adj D = -2	Step 3) EB &L	Invalid EA			
FM = 5	SumC'= 1	SumT= 0					
m = 1	SumV= 0	SumY= 0	Step 4) Adj es	Abandon			
EBt (XP) EBt = 1							

S-CON = 6			
Styles	State	Patho. P.	Const°
avoidant			PTI=3
			DEPI=3
EB: NA,	CDI>3		CDI=4*
	Daj<0		HVI: ns.
			OBS: ns.

CDI>3 : CONTROLS -> RELATIONS -> SELF -> AFFECT -> PROCESSING -> MEDIATION -> IDEATION

Affect	EB: NA, avoidant	CDI
eb = 6 : 1		
Afr = 0,64	Afr : EB : Age	
PC% = 0,39	medium	
ΣC':WΣC = 1:1,5		
intel 0	0	
CP = 0		
FC:CF+C = 0:1	E.impulsiveness (1/5)	
Pure C = 1	occasional discharge	
S = 1	lateS = 0	
Blends/R = 1:18	Bld% 0,06	
StressBld = 1		
Adj Blend = 1:18	AdjBld% 0,06	
3xBld = 0		
>3xBld = 0		
Col-Shd Bld = 0		
Shd Bld = 0		
Blend : EB : L low	Adj Blend : EB : L low	
3xBld % & >3xBld		
Col-Shd Bld : EB	Shd Bld	

Processing			
PSV = 0			attention
DQv 1st = 0			
Zd = -3,5	underincorporative		scanning
Dd = 1			
Zf = 13	high		efforts
W/D = 8:9	ecomonical		easy:6:8
DQ+ = 6	medium		quality
DQv,v/+ = 0			.
W/M = 8:0	NA		objectives

Step3: Loc Sequence (XP), Incoherent Loc Index, ILI = 0

Mediation	
XA% =	0,56
WDA% =	0,59
X-% =	0,44
S- =	1
P =	2
X+% =	0,33
Xu% =	0,22
Stp3a FQ- Homogeneity (8)	
3.1stC-	5/8
BC-	3/8
CC-	5/8
RC-	1/2
PC-	1/8
S-	1/8
Dd-	1/8
M-	0
FMm-	1/2
Color-	1/8
Shd-	1/8
F-	3/8
AnXySxBl-	1/8
Hcont-	1/4

Coding Validity			
AGE	Cards	N°	
Loc&DQ			
DET			
FQ			
CONT			
Z score			
SpSc			

Relations		(Perception)
COP =	0	agressive
AG =	2	
GHR:PHR =	0 : 4	
a:p =	5 : 1	
Food =	2	
SumT =	0	
H Cont. =	2	
Pure H =	1	
PER =	0	
Isol° Indx =	0,06	
H Cont:R:EB (Interest)	low	
Hpur:R:EB (comp°)	realist	

Ideation	EB: NA, avoidant		
EBper = NA			
a/p = 5 : 1	rigid values	Sum6=	0
HVI		Lvl2 =	0
OBS		Wsum6	0
MOR=1		WSum6 : Age	
m=1			
FM=5		no problem	
Ma/Mp = 0 : 0	NA	M- =	0
Intel° = 0	0	Mnone	0

Self			
EGO =	0,28	EGO : Age:	low
Fr+rF =	0		
SumV =	0	Naive Self Image	
FD =	0		
An+Xy =	1		
MOR =	1		
H:(H)+Hd+(Hd) =	1:1	Self R°	NA

Step 7b :Human content responses quality (XP)
Generally Positive Features, GPF Sum=7 μ=3,5
Generally Negative Features,GNF Sum=6 μ=3

الملخص الشكلي للحالة B36

Compute for Scoring							
R = 16	L = 1,29	F% = 0,56					
			Age: 42				
			Controls				
EB = 3 : 1	EA = 4	EBper = 3,0	Step 1) Adj D	Immature			
eb = 2 : 3	es = 5	D = 0	Step 2) EA	cf. Step 4			
introversive avoidant	Adj es = 5	Adj D = 0	Step 3) EB &L	Valid EA but cf. Step 4			
FM = 2	SumC'= 3	SumT= 0					
m = 0	SumV= 0	SumY= 0	Step 4) Adj es	Valid AdjD			
EBt (XP) EBt = -0,5							

S-CON = 6			
Styles	State	Patho. P.	Const°
avoidant			PTI=2
			DEPI=4
introversive	CDI>3		CDI=5*
			HVI: ns.
			OBS: ns.

CDI>3 : CONTROLS -> RELATIONS -> SELF -> AFFECT -> PROCESSING -> MEDIATION -> IDEATION

Affect	introversive avoidc	CDI
eb = 2 : 3		
Irritation		
Afr = 0,45	Afr : EB : Age	
PC% = 0,31	medium	
ΣC':WΣC = 3:1	E.Inhibition	
intel 0	0	
CP = 0		
FC:CF+C = 0:1	E.impulsiveness (1/5)	
Pure C = 0		
S = 1	lateS = 0	
Blends/R = 2:16	Bld% 0,13	
StressBld = 0		
Adj Blend = 2:16	AdjBld% 0,13	
3xBld = 0		
>3xBld = 0		
Col-Shd Bld = 0		
Shd Bld = 0		
Blend : EB : L medium	Adj Blend : EB : L medium	
3xBld % & >3xBld		
Col-Shd Bld : EB	Shd Bld	

Processing			
PSV = 0			attention
DQv 1st = 2	C. Impuls. OR Attention diff.		
Zd = -3,5	underincorporative		scanning
Dd = 0			
Zf = 8	medium		efforts
W/D = 8:8	ecomonical		easy:6:8
DQ+ = 2	low		quality
DQv,v/+ = 5	failures		
W/M = 8:3	Positive		objectives

Step3: Loc Sequence (XP), Incoherent Loc Index, ILI = 0

Mediation	
XA% =	0,63
WDA% =	0,63
X-% =	0,31
S- =	0
P =	5
X+% =	0,31
Xu% =	0,31
Stp3a FQ- Homogeneity (5)	
3.1stC-	3/5
BC-	1/5
CC-	4/5
RC-	2/5
PC-	2/5
S-	0
Dd-	0
M-	1/5
FMm-	0
Color-	0
Shd-	0
F-	4/5
AnXySxBl-	4/5
Hcont-	2/5

Coding Validity			
AGE	Cards	N°	
Loc&DQ			
DET			
FQ			
CONT			
Z score			
SpSc			

Relations		(Perception)
COP =	1	positive
AG =	0	
GHR:PHR =	3 : 2	
a:p =	3 : 2	
Food =	0	
SumT =	0	
H Cont. =	5	
Pure H =	1	
PER =	3	
Isol° Indx =	0,56	isolated
H Cont:R:EB (Interest)	medium	
Hpur:R:EB (comp°)	NA	

Ideation	introversive avoidant		
EBper = 3,0	Pervasive		
a/p = 3 : 2		Sum6=	1
HVI		Lvl2 =	1
OBS		Wsum6	4
MOR=0		WSum6 : Age	
m=0			
FM=2	hasty needs satisfaction	no problem	
Ma/Mp = 1 : 2	Snow White S.	M- =	1
Intel° = 0	0	Mnone	0

Self			
EGO =	0,13	EGO : Age:	low
Fr+rF =	0		
SumV =	0		
FD =	0		
An+Xy =	4		
MOR =	0		
H:(H)+Hd+(Hd) =	1:4	Self R°	NA

Step 7b :Human content responses quality (XP)
Generally Positive Features, GPF Sum=27 μ=5,4
Generally Negative Features,GNF Sum=3 μ=0,6

الملخص الشكلي للحالة B37

Compute for	R = 18	L = 0,64	F% = 0,39	S-CON = 3	Affect ambitent
Scoring			Age: 31		eb = 5 : 0

EB	= 6 : 5	EA =	11	EBper =	1,2	Step 1) Adj D	Controlled
eb	= 5 : 0	es =	5	D =	2	Step 2) EA	cf. Step 4
ambitent		Adj es =	4	Adj D =	2	Step 3) EB &L	Valid EA & AdjD
FM	= 3	SumC'=	0	SumT=	0	Step 4) Adj es	Overestimated AdjD
m	= 2	SumV=	0	SumY=	0		

EBt (XP) EBt = -0,09

Styles	State	Patho. P.	Const°
ambitent			PTI=1 DEPI=2 CDI=2 HVI: ns. OBS: ns.

Controls

M- OU MP>MA OU WSUM6>5 : IDEATION -> MEDIATION -> PROCESSING -> CONTROLS -> AFFECT -> SELF -> RELATIONS

Afr	= 0,50	Afr : EB : Age			
PC% = 0,33		low			
ΣC':WΣC	= 0:5				
intel	2	0			
CP	= 0				
FC:CF+C	= 0:4	E.impulsiveness (1/5)			
Pure C	= 2	frequent discharge			
S	= 0	lateS =	0		
Blends/R	= 4:18	Bld%	0,22		
StressBld	= 1				
Adj Blend	= 4:18	AdjBld%	0,22		
3xBld	= 0				
>3xBld	= 0				
Col-Shd Bld	= 0				
Shd Bld	= 0				
Blend : EB : L		Adj Blend : EB : L			
medium		medium			
3xBld % & >3xBld					
Col-Shd Bld : EB		Shd Bld			

Processing

PSV	= 0		attention
DQv 1st	= 3	C. Impuls. OR Attention diff.	
Zd	= 1,5		scanning
Dd	= 2		
Zf	= 10	medium	efforts
W/D	= 9:7	ecomonical	easy:6:9
DQ+	= 5	medium	quality
DQv,v/+	= 5	failures	.
W/M	= 9:6		objectives

Step3: Loc Sequence (XP), Incoherent Loc Index, ILI = 1

Mediation

XA% =	0,67
WDA% =	0,75
X-% =	0,28
S- =	0
P =	3
X+% =	0,33
Xu% =	0,33

Stp3a FQ- Homogeneity (5)

3.1stC-	2/5
BC-	4/5
CC-	1/5
RC-	1/5
PC-	0
S-	0
Dd-	2/5
M-	2/5
FMm-	0
Color-	1/5
Shd-	0
F-	3/5
AnXySxBl-	1/5
Hcont-	3/5

Coding Validity

AGE	Cards	N°	
Loc&DQ			
DET			
FQ			
CONT			
Z score			
SpSc			

Relations (Perception)

COP	= 1	positive
AG	= 1	
GHR:PHR	= 3 : 4	
a:p	= 6 : 5	
Food	= 0	
SumT	= 0	
H Cont.	= 6	
Pure H	= 4	
PER	= 0	
Isol° Indx	= 0,44	isolated

H Cont:R:EB (Interest)	medium
Hpur:R:EB (comp°)	realist

Self

EGO	= 0,28	EGO : Age:	low
Fr+rF	= 0		
SumV	= 0	Naive Self Image	
FD	= 0		
An+Xy	= 0		
MOR	= 2		
H:(H)+Hd+(Hd)	= 4:2	Self R°	experience

Step 7b :Human content responses quality (XP)

Generally Positive Features, GPF	Sum=31	µ=5,2
Generally Negative Features,GNF	Sum=7	µ=1,2

Ideation ambitent

EBper	= 1,2			
a/p	= 6 : 5		Sum6=	2
HVI			Lvl2 =	2
OBS			Wsum6	14
MOR=2			WSum6 : Age	
m=2		peripheral ideation (stress)	ideational discontinuity 2/3	
FM=3				
Ma/Mp	= 5 : 1		M- =	2
Intel°	= 2	0	Mnone	0

الملخص الشكلي للحالة B38

Compute for	R = 26	L = 1,17	F% = 0,54	S-CON = 3	Affect introversive avoidc
Scoring			Age: 40		eb = 4 : 2

EB	= 7 : 0,5	EA =	7,5	EBper =	14,0	Step 1) Adj D	Normal
eb	= 4 : 2	es =	6	D =	0	Step 2) EA	Valid AdjD
introversive avoidant		Adj es =	6	Adj D =	0	Step 3) EB &L	Valid EA & AdjD
FM	= 4	SumC'=	2	SumT=	0	Step 4) Adj es	Valid AdjD
m	= 0	SumV=	0	SumY=	0		

EBt (XP) EBt = -0,87

Styles	State	Patho. P.	Const°
avoidant introversive			PTI=1 DEPI=3 CDI=2 HVI: ns. OBS: ns.

Controls

L>0,99 : PROCESSING -> MEDIATION -> IDEATION -> CONTROLS -> AFFECT -> SELF -> RELATIONS

Afr	= 0,44	Afr : EB : Age	
PC% = 0,31		E.avoidance (cf. C':C & intell°)	
ΣC':WΣC	= 2:0,5	E.Inhibition	
intel	0	0	
CP	= 0		
FC:CF+C	= 1:0	Overcontrolled (5/5)	
Pure C	= 0		
S	= 2	lateS =	2
Blends/R	= 3:26	Bld%	0,12
StressBld	= 0		
Adj Blend	= 3:26	AdjBld%	0,12
3xBld	= 1		
>3xBld	= 0		
Col-Shd Bld	= 0		
Shd Bld	= 0		
Blend : EB : L		Adj Blend : EB : L	
medium		medium	
3xBld % & >3xBld			
unusual complexity			
cf. ressources, controls & modulation			
Col-Shd Bld : EB		Shd Bld	

Processing

PSV	= 1	Attention difficulty (1/2)	attention
DQv 1st	= 1	C. Impuls. OR Attention diff.	
Zd	= -10	underincorporative	scanning
Dd	= 1		
Zf	= 15	high	efforts
W/D	= 7:18	ecomonical	easy:7:7
DQ+	= 8	medium	quality
DQv,v/+	= 5	failures	
W/M	= 7:7		objectives

Step3: Loc Sequence (XP), Incoherent Loc Index, ILI = 1

Mediation

XA% =	0,73
WDA% =	0,72
X-% =	0,27
S- =	0
P =	3
X+% =	0,42
Xu% =	0,31

Stp3a FQ- Homogeneity (7)

3.1stC-	3/7
BC-	5/7
CC-	2/7
RC-	1/7
PC-	1/7
S-	0
Dd-	0
M-	2/7
FMm-	0
Color-	0
Shd-	0
F-	5/7
AnXySxBl-	0
Hcont-	2/7

Coding Validity

AGE	Cards	N°	
Loc&DQ			
DET			
FQ			
CONT			
Z score			
SpSc			

Relations (Perception)

COP	= 2	positive
AG	= 1	
GHR:PHR	= 4 : 4	
a:p	= 7 : 4	
Food	= 2	
SumT	= 0	
H Cont.	= 7	
Pure H	= 3	
PER	= 0	
Isol° Indx	= 0,38	isolated

H Cont:R:EB (Interest)	medium
Hpur:R:EB (comp°)	misunderst

Self

EGO	= 0,31	EGO : Age:	low
Fr+rF	= 0		
SumV	= 0		
FD	= 2		
An+Xy	= 0		
MOR	= 0		
H:(H)+Hd+(Hd)	= 3:4	Self R°	imagination

Step 7b :Human content responses quality (XP)

Generally Positive Features, GPF	Sum=40	µ=5,7
Generally Negative Features,GNF	Sum=4	µ=0,6

Ideation introversive avoidant

EBper	= 14,0	Pervasive		
a/p	= 7 : 4		Sum6=	0
HVI			Lvl2 =	0
OBS			Wsum6	0
MOR=0			WSum6 : Age	
m=0			no problem	
FM=4				
Ma/Mp	= 4 : 3		M- =	2
Intel°	= 0	0	Mnone	0

الملخص الشكلي للحالة B39

Compute for Scoring	R = 34	L = 0,89	F% = 0,47		
			Age: 29		
			Controls		
EB = 2 : 6,5	EA = 8,5	EBper = 3,3	Step 1) Adj D	Normal	
eb = 8 : 2	es = 10	D = 0	Step 2) EA	Valid AdjD	
extratensive	Adj es = 8	Adj D = 0	Step 3) EB &L	Valid EA & AdjD	
FM = 5	SumC'= 2	SumT= 0			
m = 3	SumV= 0	SumY= 0	Step 4) Adj es	Valid AdjD	
EBt (XP)	EBt = 0,53				

S-CON = 5			
Styles	State	Patho. P.	Const°
extratensive			PTI=0
Passive			DEPI=4
			CDI=2
			HVI: ns.
			OBS: ns.

Affect	extratensive		
eb	= 8 : 2		
Afr	= 0,79	Afr : EB : Age	
PC% = 0,44		medium	
ΣC':WΣC	= 2:6,5		
intel	4	Intell° (style)	
CP	= 0		
FC:CF+C	= 3:5	Lability (2/5)	
Pure C	= 0		
S	= 1	lateS =	1
Blends/R	= 2:34	Bld%	0,06
StressBld	= 2		
Adj Blend	= 1:34	AdjBld%	0,03
3xBld	= 0		
>3xBld	= 0		
Col-Shd Bld	= 0		
Shd Bld	= 0		
Blend : EB : L		Adj Blend : EB : L	
low		low	
3xBld % & >3xBld			
Col-Shd Bld : EB		Shd Bld	

EB EXTRA : AFFECT -> SELF -> RELATIONS -> CONTROLS -> PROCESSING -> MEDIATION -> IDEATION

Processing			
PSV	= 0		attention
DQv 1st	= 2	C. Impuls. OR Attention diff.	
Zd	= -2		scanning
Dd	= 6	atypical processing	
Zf	= 7	low	efforts
W/D	= 6:22	ecomonical	easy:4:6
DQ+	= 2	low	quality
DQv,v/+	= 5	failures	.
W/M	= 6:2		objectives

Step3: Loc Sequence (XP), Incoherent Loc Index, ILI = 3

Mediation	
XA% =	0,71
WDA% =	0,75
X-% =	0,24
S- =	0
P =	5
X+% =	0,53
Xu% =	0,18
Stp3a FQ- Homogeneity (8)	
3.1stC-	1/4
BC-	5/8
CC-	3/8
RC-	1/8
PC-	1/4
S-	0
Dd-	3/8
M-	0
FMm-	1/8
Color-	0
Shd-	1/8
F-	3/4
AnXySxBl-	0
Hcont-	0

Coding Validity			
AGE	Cards	N°	
Loc&DQ			
DET			
FQ			
CONT			
Z score			
SpSc			

Relations		(Perception)
COP	= 0	discomfort
AG	= 0	
GHR:PHR	= 2 : 0	
a:p	= 1 : 9	Passive
Food	= 0	
SumT	= 0	
H Cont.	= 2	
Pure H	= 1	
PER	= 0	
Isol° Indx	= 0,21	

Ideation	extratensive		
EBper	= 3,3	Pervasive	
a/p	= 1 : 9	rigid values	Sum6= 1
HVI			Lvl2 = 0
OBS			Wsum6 1
MOR=0			WSum6 : Age
m=3	peripheral ideation (stress)		
FM=5	transient peripheral overload		no problem
Ma/Mp	= 0 : 2	Snow White S.	M- = 0
Intel°	= 4	Intell° (style)	Mnone 0

H Cont:R:EB (Interest)	low
Hpur:R:EB (comp°)	realist

Self			
EGO	= 0,06	EGO : Age:	low
Fr+rF	= 0		
SumV	= 0	Naive Self Image	
FD	= 0		
An+Xy	= 1		
MOR	= 0		
H:(H)+Hd+(Hd)	= 1:1	Self R°	NA

Step 7b :Human content responses quality (XP)
Generally Positive Features, GPF Sum=13 μ=6,5
Generally Negative Features,GNF Sum=0 μ=0

الملخص الشكلي للحالة B40

Compute for Scoring	R = 20	L = 1,50	F% = 0,60		
			Age: 48		
			Controls		
EB = 4 : 3	EA = 7	EBper = 1,3	Step 1) Adj D	Controlled	
eb = 2 : 3	es = 5	D = 0	Step 2) EA	cf. Step 4	
ambitent avoidant	Adj es = 4	Adj D = 1	Step 3) EB &L	Valid EA & AdjD	
FM = 0	SumC'= 1	SumT= 0			
m = 2	SumV= 2	SumY= 0	Step 4) Adj es	Overestimated AdjD	
EBt (XP)	EBt = -0,14				

S-CON = 6			
Styles	State	Patho. P.	Const°
avoidant			PTI=1
	D<Daj		DEPI=6*
ambitent			CDI=2
Passive		DEPI>5	HVI: ns.
			OBS: ns.

Affect	ambitent avoidant DEPI		
eb	= 2 : 3		
		S.Criticism	
Afr	= 0,54	Afr : EB : Age	
PC% = 0,35		medium	
ΣC':WΣC	= 1:3		
intel	19	Intell° (defense)	
CP	= 0		
FC:CF+C	= 1:2	E.impulsiveness (1/5)	
Pure C	= 1	occasional discharge	
S	= 2	lateS =	1
Blends/R	= 3:20	Bld%	0,15
StressBld	= 1		
Adj Blend	= 3:20	AdjBld%	0,15
3xBld	= 1		
>3xBld	= 0		
Col-Shd Bld	= 0		
Shd Bld	= 0		
Blend : EB : L		Adj Blend : EB : L	
high		high	
3xBld % & >3xBld			
unusual complexity			
cf. ressources, controls & modulation			
Col-Shd Bld : EB		Shd Bld	

DEPI>5 : AFFECT -> CONTROLS -> SELF -> RELATIONS -> PROCESSING -> MEDIATION -> IDEATION

Processing			
PSV	= 0		attention
DQv 1st	= 2	C. Impuls. OR Attention diff.	
Zd	= -5,5	underincorporative	scanning
Dd	= 4	atypical processing	
Zf	= 7	medium	efforts
W/D	= 9:7	ecomonical	easy:6:9
DQ+	= 2	low	quality
DQv,v/+	= 3	failures	
W/M	= 9:4	Positive	objectives

#VALEUR!

Mediation	
XA% =	0,65
WDA% =	0,56
X-% =	0,20
S- =	0
P =	3
X+% =	0,35
Xu% =	0,30
Stp3a FQ- Homogeneity (4)	
3.1stC-	1/4
BC-	1/4
CC-	3/4
RC-	1/4
PC-	1/2
S-	0
Dd-	0
M-	0
FMm-	0
Color-	0
Shd-	1/2
F-	1/2
AnXySxBl-	1/2
Hcont-	1/4

Coding Validity			
AGE	Cards	N°	
Loc&DQ			
DET			
FQ			
CONT			
Z score			
SpSc			

Relations		(Perception)
COP	= 0	discomfort
AG	= 0	
GHR:PHR	= 0 : 6	
a:p	= 1 : 5	Passive
Food	= 0	
SumT	= 0	
H Cont.	= 2	
Pure H	= 1	
PER	= 1	
Isol° Indx	= 0,00	

Ideation	ambitent avoidant		
EBper	= 1,3		
a/p	= 1 : 5	rigid values	Sum6= 1
HVI			Lvl2 = 1
OBS			Wsum6 6
MOR=5	pessimism		WSum6 : Age
m=2	peripheral ideation (stress)		
FM=0	hasty needs satisfaction		no problem
Ma/Mp	= 1 : 3	Snow White S.	M- = 0
Intel°	= 19	Intell° (defense)	Mnone 3

H Cont:R:EB (Interest)	low
Hpur:R:EB (comp°)	realist

Self			
EGO	= 0,20	EGO : Age:	low
Fr+rF	= 0		
SumV	= 2	Self Criticism	
FD	= 0		
An+Xy	= 4		
MOR	= 5		
H:(H)+Hd+(Hd)	= 1:1	Self R°	NA

Step 7b :Human content responses quality (XP)
Generally Positive Features, GPF Sum=8 μ=4
Generally Negative Features,GNF Sum=6 μ=3

الملخص الشكلي للحالة B41

Compute for Scoring							
R = 16		L = 1,67		F% = 0,63			
				Age: 44			
				Controls			
EB = 1 : 3	EA = 4	EBper = 3,0		Step 1) Adj D	Immature		
eb = 1 : 2	es = 3	D = 0		Step 2) EA	cf. Step 4		
extratensive avoidant	Adj es = 3	Adj D = 0		Step 3) EB &L	Valid EA but cf. Step 4		
FM = 1	SumC'= 0	SumT= 2		Step 4) Adj es	Overestimated AdjD		
m = 0	SumV= 0	SumY= 0					
EBt (XP)	EBt = 0,5						

S-CON = 6			
Styles	State	Patho. P.	Const°
avoidant			PTI=3
			DEPI=4
extratensive	CDI>3		CDI=5*
			HVI: ns.
			OBS: ns.

Affect	extratensive avoid	CDI
eb = 1 : 2		
Loneliness		
Afr = 0,45	Afr : EB : Age	
PC% = 0,31	medium	
ΣC':WΣC = 0:3		
intel 1	0	
CP = 0		
FC:CF+C = 0:3	E.impulsiveness (1/5)	
Pure C = 0		
S = 2	lateS = 2	
Blends/R = 1:16	Bld% 0,06	
StressBld = 0		
Adj Blend = 1:16	AdjBld% 0,06	
3xBld = 0		
>3xBld = 0		
Col-Shd Bld = 0		
Shd Bld = 0		
Blend : EB : L	Adj Blend : EB : L	
low	low	
3xBld % & >3xBld		
Col-Shd Bld : EB	Shd Bld	

CDI>3 : CONTROLS -> RELATIONS -> SELF -> AFFECT -> PROCESSING -> MEDIATION -> IDEATION

Processing			
PSV = 1	Attention difficulty (1/2)	attention	
DQv 1st = 0			
Zd = -6	underincorporative	scanning	
Dd = 1			
Zf = 8	medium	efforts	
W/D = 8:7	ecomonical	easy:7:8	
DQ+ = 1	low	quality	
DQv,v/+ = 0		.	
W/M = 8:1	Positive	objectives	
Step3: Loc Sequence (XP), Incoherent Loc Index, ILI = 1			

Mediation	
XA% =	0,56
WDA% =	0,60
X-% =	0,44
S- =	2
P =	4
X+% =	0,50
Xu% =	0,06
Stp3a FQ- Homogeneity (7)	
3.1stC-	1/7
BC-	3/7
CC-	4/7
RC-	1/7
PC-	3/7
S-	2/7
Dd-	1/7
M-	0
FMm-	0
Color-	2/7
Shd-	1/7
F-	4/7
AnXySxBl-	4/7
Hcont-	0

Coding Validity			
AGE	Cards	N°	
Loc&DQ			
DET			
FQ			
CONT			
Z score			
SpSc			

Relations		(Perception)
COP	= 0	discomfort
AG	= 0	
GHR:PHR	= 0 : 2	
a:p	= 2 : 0	
Food	= 0	
SumT	= 2	
H Cont.	= 2	
Pure H	= 1	
PER	= 0	
Isol° Indx	= 0,00	

Self			
EGO	= 0,19	EGO : Age:	low
Fr+rF	= 0		
SumV	= 0		
FD	= 0		
An+Xy	= 5		
MOR	= 0		
H:(H)+Hd+(Hd)	= 1:1	Self R°	NA

Ideation	extratensive avoidant		
EBper = 3,0	Pervasive		
a/p = 2 : 0	NA	Sum6= 1	
HVI		Lvl2 = 1	
OBS		Wsum6 7	
MOR=0		WSum6 : Age	
m=0		ideational slippage 1/3	
FM=1	hasty needs satisfaction		
Ma/Mp = 1 : 0	NA	M- = 0	
Intel° = 1	0	Mnone 0	

H Cont:R:EB (Interest)	medium
Hpur:R:EB (comp°)	NA

Step 7b :Human content responses quality (XP)
Generally Positive Features, GPF Sum=11 μ=5,5
Generally Negative Features,GNF Sum=2 μ=1

الملخص الشكلي للحالة B42

Compute for Scoring							
R = 30		L = 1,14		F% = 0,53			
				Age: 35			
				Controls			
EB = 4 : 3	EA = 7	EBper = 1,3		Step 1) Adj D	Normal		
eb = 2 : 5	es = 7	D = 0		Step 2) EA	Valid AdjD		
ambitent avoidant	Adj es = 7	Adj D = 0		Step 3) EB &L	Valid EA & AdjD		
FM = 1	SumC'= 3	SumT= 0		Step 4) Adj es	Valid AdjD		
m = 1	SumV= 1	SumY= 1					
EBt (XP)	EBt = -0,14						

S-CON = 4			
Styles	State	Patho. P.	Const°
avoidant			PTI=0
Reflection			DEPI=6*
ambitent			CDI=2
		DEPI>5	HVI: ns.
			OBS: ns.

Affect	ambitent avoidant DEPI	
eb = 2 : 5	Discomfort	
Irritation	S.Criticism	
Afr = 0,43	Afr : EB : Age	
PC% = 0,3	E.avoidance (cf. C':C & intel°)	
ΣC':WΣC = 3:3		
intel 2	0	
CP = 0		
FC:CF+C = 2:2	Lability (2/5)	
Pure C = 0		
S = 5	lateS = 3	
Blends/R = 2:30	Bld% 0,07	
StressBld = 1		
Adj Blend = 2:30	AdjBld% 0,07	
3xBld = 1		
>3xBld = 0		
Col-Shd Bld = 0		
Shd Bld = 0		
Blend : EB : L	Adj Blend : EB : L	
low	low	
3xBld % & >3xBld		
unusual complexity		
cf. ressources, controls & modulation		
Col-Shd Bld : EB	Shd Bld	

DEPI>5 : AFFECT -> CONTROLS -> SELF -> RELATIONS -> PROCESSING -> MEDIATION -> IDEATION

Processing			
PSV = 0		attention	
DQv 1st = 0			
Zd = -5,5	underincorporative	scanning	
Dd = 2			
Zf = 10	medium	efforts	
W/D = 13:15	ecomonical	easy:11:13	
DQ+ = 3	low	quality	
DQv,v/+ = 5	failures		
W/M = 13:4	Positive	objectives	
Step3: Loc Sequence (XP), Incoherent Loc Index, ILI = 1			

Mediation	
XA% =	0,73
WDA% =	0,75
X-% =	0,20
S- =	1
P =	6
X+% =	0,53
Xu% =	0,20
Stp3a FQ- Homogeneity (6)	
3.1stC-	1/3
BC-	1/3
CC-	2/3
RC-	1/3
PC-	1/3
S-	1/6
Dd-	1/6
M-	0
FMm-	0
Color-	0
Shd-	0
F-	1
AnXySxBl-	5/6
Hcont-	0

Coding Validity			
AGE	Cards	N°	
Loc&DQ			
DET			
FQ			
CONT			
Z score			
SpSc			

Relations		(Perception)
COP	= 0	discomfort
AG	= 0	
GHR:PHR	= 5 : 3	
a:p	= 3 : 3	
Food	= 0	
SumT	= 0	
H Cont.	= 8	
Pure H	= 3	
PER	= 1	
Isol° Indx	= 0,13	

Self			
EGO	= 0,30	EGO : Age:	low
Fr+rF	= 1	Self Image Conflict	
SumV	= 1	Self Criticism	
FD	= 1		
An+Xy	= 6		
MOR	= 2		
H:(H)+Hd+(Hd)	= 3:5	Self R°	imagination

Ideation	ambitent avoidant		
EBper = 1,3			
a/p = 3 : 3		Sum6= 1	
HVI		Lvl2 = 1	
OBS		Wsum6 4	
MOR=2		WSum6 : Age	
m=1		no problem	
FM=1	hasty needs satisfaction		
Ma/Mp = 2 : 2		M- = 0	
Intel° = 2	0	Mnone 0	

H Cont:R:EB (Interest)	medium
Hpur:R:EB (comp°)	misunderst

Step 7b :Human content responses quality (XP)
Generally Positive Features, GPF Sum=49 μ=6,1
Generally Negative Features,GNF Sum=1 μ=0,1

الملخص الشكلي للحالة B43

Compute for	R = 24	L = 1,18	F% = 0,54	S-CON = 3	Affect: introversive avoidc DEPI
Scoring			Age: 30		eb = 3 : 3

Controls

EB = 5 : 1	EA = 6	EBper = 5,0	Step 1) Adj D	Normal	
eb = 3 : 3	es = 6	D = 0	Step 2) EA	cf. Step 4	
introversive avoidant	Adj es = 6	Adj D = 0	Step 3) EB &L	Valid EA but cf. Step 4	
FM = 3	SumC'= 3	SumT= 0			
m = 0	SumV= 0	SumY= 0	Step 4) Adj es	Valid AdjD	

EBt (XP) EBt = -0,67

Styles	State	Patho. P.	Const°
avoidant			PTI=0
			DEPI=5*
introversive			CDI=3
Passive			HVI: ns.
			OBS: ns.

L>0,99 : PROCESSING -> MEDIATION -> IDEATION -> CONTROLS -> AFFECT -> SELF -> RELATIONS

Affect — introversive avoidc DEPI

Irritation			
Afr = 0,26		Afr : EB : Age	
PC% = 0,21		E.avoidance (cf. C':C & intell°)	
ΣC':WΣC = 3:1		E.Inhibition	
intel 3		0	
CP = 0			
FC:CF+C = 0:1		E.impulsiveness (1/5)	
Pure C = 0			
S = 3		lateS = 1	
Blends/R = 1:24		Bld%	0,04
StressBld = 0			
Adj Blend = 1:24		AdjBld%	0,04
3xBld = 0			
>3xBld = 0			
Col-Shd Bld = 0			
Shd Bld = 0			
Blend : EB : L		Adj Blend : EB : L	
low		low	
3xBld % & >3xBld			
Col-Shd Bld : EB		Shd Bld	

Processing

PSV = 1	Attention difficulty (1/2)	attention	
DQv 1st = 1	C. Impuls. OR Attention diff.		
Zd = 0,5		scanning	
Dd = 4	atypical processing		
Zf = 7	medium	efforts	
W/D = 5:15	ecomonical	easy:4:5	
DQ+ = 3	low	quality	
DQv,v/+ = 1		.	
W/M = 5:5		objectives	

Step3: Loc Sequence (XP), Incoherent Loc Index, ILI = 2

Mediation

XA% =	0,88
WDA% =	0,85
X-% =	0,13
S- =	1
P =	6
X+% =	0,63
Xu% =	0,25
Stp3a FQ- Homogeneity (3)	
3.1stC-	1/3
BC-	1/3
CC-	2/3
RC-	1/3
PC-	1/3
S-	1/3
Dd-	0
M-	0
FMm-	0
Color-	0
Shd-	0
F-	1
AnXySxBl-	1/3
Hcont-	2/3

Coding Validity

AGE ✓	Cards ✓	N° ✓	
Loc&DQ ✓			
DET ✓			
FQ ✓			
CONT ✓			
Z score ✓			
SpSc ✓			

Relations (Perception)

COP = 1	positive	
AG = 0		
GHR:PHR = 3 : 5		
a:p = 2 : 6	Passive	
Food = 0		
SumT = 0		
H Cont. = 7		
Pure H = 2		
PER = 0		
Isol° Indx = 0,17		

H Cont:R:EB (Interest)	medium
Hpur:R:EB (comp°)	misunderst

Ideation — introversive avoidant

EBper = 5,0	Pervasive		
a/p = 2 : 6	fixed values	Sum6= 2	
HVI		Lvl2 = 2	
OBS		Wsum6 8	
MOR=0		WSum6 : Age	
m=0		ideational slippage 1/3	
FM=3			
Ma/Mp = 1 : 4	Snow White S.	M- = 0	
Intel° = 3	0	Mnone 0	

Self

EGO = 0,29	EGO : Age:	low
Fr+rF = 0		
SumV = 0	Naive Self Image	
FD = 0		
An+Xy = 2		
MOR = 0		
H:(H)+Hd+(Hd) = 2:5	Self R°	NA

Step 7b :Human content responses quality (XP)

Generally Positive Features, GPF	Sum=35	µ=5
Generally Negative Features,GNF	Sum=7	µ=1

الملخص الشكلي للحالة B44

Compute for	R = 28	L = 1,15	F% = 0,54	S-CON = 3	Affect: EB: NA, avoidant CDI
Scoring			Age: 32		eb = 9 : 0

Controls

EB = 2 : 1,5	EA = 3,5	EBper = 1,3	Step 1) Adj D	Vulnerable	
eb = 9 : 0	es = 9	D = -2	Step 2) EA	Valid AdjD	
EB: NA, avoidant	Adj es = 8	Adj D = -1	Step 3) EB &L	Invalid EA	
FM = 7	SumC'= 0	SumT= 0			
m = 2	SumV= 0	SumY= 0	Step 4) Adj es	Abandon	

EBt (XP) EBt = -0,14

Styles	State	Patho. P.	Const°
avoidant			PTI=0
	D<Daj		DEPI=3
EB: NA,	CDI>3		CDI=4*
	Daj<0		HVI: ns.
			OBS: ns.

D<DAJ : CONTROLS -> STRESS THEN,
CDI>3 : CONTROLS -> RELATIONS -> SELF -> AFFECT -> PROCESSING -> MEDIATION -> IDEATION

Affect

Irritation			
Afr = 0,65		Afr : EB : Age	
PC% = 0,39		medium	
ΣC':WΣC = 0:1,5			
intel 0		0	
CP = 0			
FC:CF+C = 1:1		Lability (2/5)	
Pure C = 0			
S = 0		lateS = 0	
Blends/R = 0:28		Bld%	0,00
StressBld = 0			
Adj Blend = 0:28		AdjBld%	0,00
3xBld = 0			
>3xBld = 0			
Col-Shd Bld = 0			
Shd Bld = 0			
Blend : EB : L		Adj Blend : EB : L	
low		low	
3xBld % & >3xBld			
Col-Shd Bld : EB		Shd Bld	

Processing

PSV = 0		attention	
DQv 1st = 1	C. Impuls. OR Attention diff.		
Zd = -1		scanning	
Dd = 1			
Zf = 5	low	efforts	
W/D = 2:25	ecomonical	easy:2:2	
DQ+ = 3	low	quality	
DQv,v/+ = 3	failures		
W/M = 2:2		objectives	

Step3: Loc Sequence (XP), Incoherent Loc Index, ILI = 1

Mediation

XA% =	0,93
WDA% =	0,93
X-% =	0,07
S- =	0
P =	4
X+% =	0,61
Xu% =	0,32
Stp3a FQ- Homogeneity (2)	
3.1stC-	1/2
BC-	1/2
CC-	1/2
RC-	1/2
PC-	0
S-	0
Dd-	0
M-	0
FMm-	1/2
Color-	0
Shd-	0
F-	1/2
AnXySxBl-	0
Hcont-	0

Coding Validity

AGE ✓	Cards ✓	N° ✓	
Loc&DQ ✓			
DET ✓			
FQ ✓			
CONT ✓			
Z score ✓			
SpSc ✓			

Relations (Perception)

COP = 0	discomfort	
AG = 0		
GHR:PHR = 2 : 2		
a:p = 5 : 6		
Food = 0		
SumT = 0		
H Cont. = 4		
Pure H = 1		
PER = 0		
Isol° Indx = 0,11		

H Cont:R:EB (Interest)	low
Hpur:R:EB (comp°)	misunderst

Ideation — EB: NA, avoidant

EBper = 1,3			
a/p = 5 : 6		Sum6= 0	
HVI		Lvl2 = 0	
OBS		Wsum6 0	
MOR=0		WSum6 : Age	
m=2	peripheral ideation (stress)		
FM=7	chronic peripheral overload	no problem	
Ma/Mp = 0 : 2	Snow White S.	M- = 0	
Intel° = 0	0	Mnone 0	

Self

EGO = 0,32	EGO : Age:	low
Fr+rF = 0		
SumV = 0	Naive Self Image	
FD = 0		
An+Xy = 2		
MOR = 0		
H:(H)+Hd+(Hd) = 1:3	Self R°	NA

Step 7b :Human content responses quality (XP)

Generally Positive Features, GPF	Sum=25	µ=6,3
Generally Negative Features,GNF	Sum=0	µ=0

الملخص الشكلي للحالة B45

Compute for Scoring	R = 17	L = 0,70	F% = 0,41		
			Age: 27		
			Controls		
EB = 1 : 6,5	EA = 7,5	EBper = 6,5	Step 1) Adj D	Normal	
eb = 3 : 4	es = 7	D = 0	Step 2) EA	Valid AdjD	
extratensive	Adj es = 7	Adj D = 0	Step 3) EB &L	Valid EA & AdjD	
FM = 2	SumC'= 4	SumT= 0			
m = 1	SumV= 0	SumY= 0	Step 4) Adj es	Valid AdjD	
EBt (XP)	EBt = 0,73				

S-CON = 2			
Styles	State	Patho. P.	Const°
extratensive			PTI=0 DEPI=4 CDI=2 HVI: ns. OBS: ns.

EB EXTRA : AFFECT -> SELF -> RELATIONS -> CONTROLS -> PROCESSING -> MEDIATION -> IDEATION

Affect	extratensive	
eb = 3 : 4	Discomfort	
Irritation		
Afr = 0,42	Afr : EB : Age	
PC% = 0,29	E.avoidance (cf. C':C & intell°)	
ΣC':WΣC = 4:6,5		
intel 9	Intell° (defense)	
CP = 0		
FC:CF+C = 1:5	E.impulsiveness (1/5)	
Pure C = 2	frequent discharge	
S = 2	lateS = 1	
Blends/R = 4:17	Bld% 0,24	
StressBld = 1		
Adj Blend = 4:17	AdjBld% 0,24	
3xBld = 0		
>3xBld = 0		
Col-Shd Bld = 0		
Shd Bld = 0		
Blend : EB : L medium	Adj Blend : EB : L medium	
3xBld % & >3xBld		
Col-Shd Bld : EB	Shd Bld	

Processing			
PSV = 0			attention
DQv 1st = 1	C. Impuls. OR Attention diff.		
Zd = 0,5			scanning
Dd = 0			
Zf = 10	medium		efforts
W/D = 8:9	ecomonical		easy:6:8
DQ+ = 4	low		quality
DQv,v/+ = 5	failures		.
W/M = 8:1	Positive		objectives
Step3: Loc Sequence (XP), Incoherent Loc Index, ILI = 0			

Ideation	extratensive		
EBper = 6,5	Pervasive		
a/p = 2 : 2		Sum6=	4
HVI		Lvl2 =	1
OBS		Wsum6	16
MOR=0		WSum6 : Age	
m=1		ideational discontinuity 2/3	
FM=2			
Ma/Mp = 0 : 1	NA	M- =	0
Intel° = 9	Intell° (defense)	Mnone	0

Mediation	
XA% =	0,76
WDA% =	0,76
X-% =	0,12
S- =	0
P =	6
X+% =	0,59
Xu% =	0,18
Stp3a FQ- Homogeneity (2)	
3.1stC-	1/2
BC-	1/2
CC-	1/2
RC-	0
PC-	1/2
S-	0
Dd-	0
M-	0
FMm-	1/2
Color-	1/2
Shd-	0
F-	1/2
AnXySxBl-	0
Hcont-	0

Coding Validity			
AGE	Cards	N°	
Loc&DQ			
DET			
FQ			
CONT			
Z score			
SpSc			

Relations		(Perception)
COP	= 3	harmonious
AG	= 1	
GHR:PHR	= 4 : 1	
a:p	= 2 : 2	
Food	= 1	
SumT	= 0	
H Cont.	= 3	
Pure H	= 2	
PER	= 0	
Isol° Indx	= 0,76	isolated
H Cont:R:EB (Interest)		medium
Hpur:R:EB (comp°)		realist

Self			
EGO	= 0,35	EGO : Age:	medium
Fr+rF	= 0		
SumV	= 0	Naive Self Image	
FD	= 0		
An+Xy	= 0		
MOR	= 0		
H:(H)+Hd+(Hd)	= 2:1	Self R°	NA
Step 7b :Human content responses quality (XP)			
Generally Positive Features, GPF		Sum=16	μ=5,3
Generally Negative Features,GNF		Sum=5	μ=1,7

الملخص الشكلي للحالة B46

Compute for Scoring	R = 24	L = 0,41	F% = 0,29		
			Age: 45		
			Controls		
EB = 10 : 5,5	EA = 15,5	EBper = 1,8	Step 1) Adj D	Controlled	
eb = 1 : 6	es = 7	D = 3	Step 2) EA	Valid AdjD	
introversive	Adj es = 7	Adj D = 3	Step 3) EB &L	Valid EA & AdjD	
FM = 0	SumC'= 6	SumT= 0			
m = 1	SumV= 0	SumY= 0	Step 4) Adj es	Valid AdjD	
EBt (XP)	EBt = -0,29				

S-CON = 5			
Styles	State	Patho. P.	Const°
introversive Passive Hypervigilant		PTI>3	PTI=4 DEPI=5* CDI=2 HVI* OBS: ns.

PTI>3 :PROCESSING -> MEDIATION -> IDEATION -> CONTROLS -> AFFECT -> SELF -> RELATIONS

Affect	introversive	DEPI
eb = 1 : 6	Discomfort	
Irritation		
Afr = 0,50	Afr : EB : Age	
PC% = 0,33	low	
ΣC':WΣC = 6:5,5	E.Inhibition	
intel 15	Intell° (defense)	
CP = 0		
FC:CF+C = 3:3	Lability (2/5)	
Pure C = 2	frequent discharge	
S = 6	lateS = 5	
Blends/R = 4:24	Bld% 0,17	
StressBld = 0		
Adj Blend = 4:24	AdjBld% 0,17	
3xBld = 2		
>3xBld = 0		
Col-Shd Bld = 2		
Shd Bld = 0		
Blend : EB : L medium	Adj Blend : EB : L medium	
3xBld % & >3xBld unusual complexity cf. ressources, controls & modulation		
Col-Shd Bld : EB confusion	Shd Bld	

Processing			
PSV = 0			attention !! HVI !!
DQv 1st = 0			
Zd = 8,5	overincorporative		scanning
Dd = 7	atypical processing		
Zf = 11	medium		efforts
W/D = 7:10	ecomonical		easy:4:7
DQ+ = 9	medium		quality
DQv,v/+ = 2	failures		
W/M = 7:10			objectives
Step3: Loc Sequence (XP), Incoherent Loc Index, ILI = 5			

Ideation	introversive		
EBper = 1,8	rigid values		
a/p = 2 : 9	mistrust	Sum6=	10
HVI		Lvl2 =	6
OBS		Wsum6	57
MOR=0		WSum6 : Age	
m=1		disturbed thinking 3/3	
FM=0	needs conceptualisation		
Ma/Mp = 1 : 9	Snow White S.	M- =	4
Intel° = 15	Intell° (defense)	Mnone	2

Mediation	
XA% =	0,46
WDA% =	0,53
X-% =	0,46
S- =	3
P =	5
X+% =	0,33
Xu% =	0,13
Stp3a FQ- Homogeneity (11)	
3.1stC-	3/11
BC-	6/11
CC-	5/11
RC-	1/11
PC-	4/11
S-	3/11
Dd-	5/11
M-	4/11
FMm-	0
Color-	1/11
Shd-	2/11
F-	5/11
AnXySxBl-	1/11
Hcont-	8/11

Coding Validity			
AGE	Cards	N°	
Loc&DQ			
DET			
FQ			
CONT			
Z score			
SpSc			

Relations		(Perception)
COP	= 1	positive
AG	= 0	
GHR:PHR	= 4 : 14	
a:p	= 2 : 9	Passive
Food	= 0	
SumT	= 0	
H Cont.	= 14	
Pure H	= 2	
PER	= 1	
Isol° Indx	= 0,04	
H Cont:R:EB (Interest)		high
Hpur:R:EB (comp°)		misunderst

HVI?

Self			
EGO	= 0,21	EGO : Age:	low
Fr+rF	= 0		
SumV	= 0	Naive Self Image	
FD	= 0		
An+Xy	= 0		
MOR	= 0		
H:(H)+Hd+(Hd)	= 2:12	Self R°	NA
Step 7b :Human content responses quality (XP)			
Generally Positive Features, GPF		Sum=60	μ=4,3
Generally Negative Features,GNF		Sum=24	μ=1,7

الملخص الشكلي للحالة B47

Compute for Scoring	R = 14	L = 0,08	F% = 0,07		
			Age: 37		
			Controls		
EB = 2 : 5,5	EA = 7,5	EBper = 2,8	Step 1) Adj D	Vulnerable	
eb = 10 : 3	es = 13	D = -2	Step 2) EA	cf. Step 4	
extratensive	Adj es = 12	Adj D = -1	Step 3) EB &L	Valid EA & AdjD	
FM = 8	SumC'= 2	SumT= 1	Step 4) Adj es	Underestimated AdjD	
m = 2	SumV= 0	SumY= 0			
EBt (XP) EBt = 0,47					

S-CON = 6			
Styles	State	Patho. P.	Const°
extratensive	D<Daj Daj<0		PTI=3 DEPI=2 CDI=3 HVI: ns. OBS: ns.

D<DAJ : CONTROLS -> STRESS THEN,
DAJ <0 : CONTROLS THEN,
EB EXTRA : AFFECT -> SELF -> RELATIONS -> CONTROLS -> PROCESSING -> MEDIATION -> IDEATION

Processing			
PSV = 0			attention
DQv 1st = 1	C. Impuls. OR Attention diff.		
Zd = -1			scanning
Dd = 0			
Zf = 12	medium		efforts
W/D = 8:6			easy:6:8
DQ+ = 8	medium		quality
DQv,v/+ = 3	failures		.
W/M = 8:2	Positive		objectives

Step3: Loc Sequence (XP), Incoherent Loc Index, ILI = 0

Mediation	
XA% =	0,57
WDA% =	0,57
X-% =	0,36
S- =	0
P =	4
X+% =	0,50
Xu% =	0,07
Stp3a FQ- Homogeneity (5)	
3.1stC-	3/5
BC-	1/5
CC-	4/5
RC-	2/5
PC-	2/5
S-	0
Dd-	0
M-	0
FMm-	1
Color-	3/5
Shd-	2/5
F-	0
AnXySxBl-	0
Hcont-	0

Coding Validity			
AGE	Cards	N°	
Loc&DQ			
DET			
FQ			
CONT			
Z score			
SpSc			

Relations		(Perception)
COP =	4	harmonious
AG =	2	
GHR:PHR =	4 : 3	
a:p =	12 : 0	
Food =	1	
SumT =	1	
H Cont. =	2	
Pure H =	1	
PER =	1	
Isol° Indx =	0,71	isolated

H Cont:R:EB (Interest)	medium
Hpur:R:EB (comp°)	NA

Ideation	extratensive		
EBper = 2,8	Pervasive		
a/p = 12 : 0	rigid values	Sum6=	8
HVI		Lvl2 =	4
OBS		Wsum6	33
MOR=0		WSum6 : Age	
m=2	peripheral ideation (stress)	disturbed thinking 3/3	
FM=8	chronic peripheral overload		
Ma/Mp = 2 : 0		M- =	0
Intel° = 1	0	Mnone	0

Affect	extratensive		
eb = 10 : 3			
Afr = 0,56		Afr : EB : Age	
PC% = 0,36		low	
ΣC':WΣC =	2:5,5		
intel	1	0	
CP =	0		
FC:CF+C =	0:5	E.impulsiveness (1/5)	
Pure C =	1	occasional discharge	
S =	0	lateS =	0
Blends/R =	6:14	Bld%	0,43
StressBld =	1		
Adj Blend =	6:14	AdjBld%	0,43
3xBld =	1		
>3xBld =	0		
Col-Shd Bld =	1		
Shd Bld =	0		
Blend : EB : L		Adj Blend : EB : L	
high		high	
3xBld % & >3xBld			
Col-Shd Bld : EB		Shd Bld	

Self			
EGO =	0,36	EGO : Age:	medium
Fr+rF =	0		
SumV =	0		
FD =	0		
An+Xy =	0		
MOR =	0		
H:(H)+Hd+(Hd) =	1:1	Self R°	NA

Step 7b :Human content responses quality (XP)
Generally Positive Features, GPF Sum=11 µ=5,5
Generally Negative Features,GNF Sum=2 µ=1

الملخص الشكلي للحالة B48

Compute for Scoring	R = 20	L = 1,86	F% = 0,65		
			Age: 30		
			Controls		
EB = 3 : 0,5	EA = 3,5	EBper = 6,0	Step 1) Adj D	Immature	
eb = 1 : 2	es = 3	D = 0	Step 2) EA	cf. Step 4	
EB: NA, avoidant	Adj es = 3	Adj D = 0	Step 3) EB &L	Invalid EA	
FM = 1	SumC'= 2	SumT= 0	Step 4) Adj es	Abandon	
m = 0	SumV= 0	SumY= 0			
EBt (XP) EBt = -0,71					

S-CON = 2			
Styles	State	Patho. P.	Const°
avoidant EB: NA, Passive	CDI>3		PTI=2 DEPI=4 CDI=4* HVI: ns. OBS: ns.

CDI>3 : CONTROLS -> RELATIONS -> SELF -> AFFECT -> PROCESSING -> MEDIATION -> IDEATION

Processing			
PSV = 0			attention
DQv 1st = 3	C. Impuls. OR Attention diff.		
Zd = 1			scanning
Dd = 3			
Zf = 4	low		efforts
W/D = 4:13	ecomonical		easy:4:4
DQ+ = 1	low		quality
DQv,v/+ = 3	failures		
W/M = 4:3			objectives
#VALEUR!			

Mediation	
XA% =	0,55
WDA% =	0,59
X-% =	0,40
S- =	2
P =	3
X+% =	0,35
Xu% =	0,20
Stp3a FQ- Homogeneity (8)	
3.1stC-	1/2
BC-	1/2
CC-	1/2
RC-	1/8
PC-	3/8
S-	1/4
Dd-	1/4
M-	1/8
FMm-	0
Color-	0
Shd-	1/8
F-	3/4
AnXySxBl-	1/4
Hcont-	5/8

Coding Validity			
AGE	Cards	N°	
Loc&DQ			
DET			
FQ			
CONT			
Z score			
SpSc			

Relations		(Perception)
COP =	0	discomfort
AG =	0	
GHR:PHR =	4 : 5	
a:p =	0 : 4	Passive
Food =	0	
SumT =	0	
H Cont. =	9	
Pure H =	5	
PER =	0	
Isol° Indx =	0,20	

H Cont:R:EB (Interest)	high
Hpur:R:EB (comp°)	realist

Ideation	EB: NA, avoidant		
EBper = 6,0	Pervasive		
a/p = 0 : 4	rigid values	Sum6=	0
HVI		Lvl2 =	0
OBS		Wsum6	0
MOR=0		WSum6 : Age	
m=0		no problem	
FM=1	hasty needs satisfaction		
Ma/Mp = 0 : 3	Snow White S.	M- =	1
Intel° = 0	0	Mnone	0

Affect	EB: NA, avoidant		CDI
eb = 1 : 2			
Afr = 0,54		Afr : EB : Age	
PC% = 0,35		medium	
ΣC':WΣC =	2:0,5	E.Inhibition	
intel	0	0	
CP =	0		
FC:CF+C =	1:0	Overcontrolled (5/5)	
Pure C =	0		
S =	2	lateS =	1
Blends/R =	0:20	Bld%	0,00
StressBld =	0		
Adj Blend =	0:20	AdjBld%	0,00
3xBld =	0		
>3xBld =	0		
Col-Shd Bld =	0		
Shd Bld =	0		
Blend : EB : L		Adj Blend : EB : L	
low		low	
3xBld % & >3xBld			
Col-Shd Bld : EB		Shd Bld	

Self			
EGO =	0,30	EGO : Age:	low
Fr+rF =	0		
SumV =	0	Naive Self Image	
FD =	0		
An+Xy =	1		
MOR =	0		
H:(H)+Hd+(Hd) =	5:4	Self R°	experience

Step 7b :Human content responses quality (XP)
Generally Positive Features, GPF Sum=50 µ=5,6
Generally Negative Features,GNF Sum=8 µ=0,9

الملخص الشكلي للحالة B49

Compute for	R = 21	L = 0,62	F% = 0,38	S-CON = 5	Affect extratensive
Scoring			Age: 35		eb = 3 : 1

Controls	
Step 1) Adj D	Controlled
Step 2) EA	Valid AdjD
Step 3) EB &L	Valid EA & AdjD
Step 4) Adj es	Overestimated AdjD

Styles	State	Patho. P.	Const°
extratensive			PTI=0 DEPI=4 CDI=2 HVI: ns. OBS: ns.

EB = 3 : 9,5	EA = 12,5	EBper = 3,2	
eb = 3 : 1	es = 4	D = 3	
extratensive	Adj es = 4	Adj D = 3	
FM = 2	SumC'= 1	SumT= 0	
m = 1	SumV= 0	SumY= 0	
EBt (XP) EBt = 0,52			

EB EXTRA : AFFECT -> SELF -> RELATIONS -> CONTROLS -> PROCESSING -> MEDIATION -> IDEATION

Processing			
PSV = 0			attention
DQv 1st = 2	C. Impuls. OR Attention diff.		
Zd = -7	underincorporative		scanning
Dd = 0			
Zf = 10	medium		efforts
W/D = 10:11	ecomonical		easy:7:10
DQ+ = 3	low		quality
DQv,v/+ = 6	failures		.
W/M = 10:3	Positive		objectives

Step3: Loc Sequence (XP), Incoherent Loc Index, ILI = 0

Mediation	
XA% =	0,76
WDA% =	0,76
X-% =	0,10
S- =	0
P =	7
X+% =	0,57
Xu% =	0,19
Stp3a FQ- Homogeneity (2)	
3.1stC-	1/2
BC-	0
CC-	1
RC-	1/2
PC-	1/2
S-	0
Dd-	0
M-	0
FMm-	0
Color-	1/2
Shd-	0
F-	1/2
AnXySxBl-	1
Hcont-	1/2

Coding Validity			
AGE	Cards	N°	
Loc&DQ			
DET			
FQ			
CONT			
Z score			
SpSc			

Relations		(Perception)
COP	= 1	positive
AG	= 0	
GHR:PHR	= 3 : 2	
a:p	= 3 : 3	
Food	= 0	
SumT	= 0	
H Cont.	= 3	
Pure H	= 1	
PER	= 0	
Isol° Indx	= 0,19	

H Cont:R:EB (Interest)	medium
Hpur:R:EB (comp°)	misunderst

Affect	
Afr = 0,75	Afr : EB : Age
PC% = 0,43	medium
ΣC':WΣC = 1:9,5	
intel 9	Intell° (defense)
CP = 0	
FC:CF+C = 2:7	E.impulsiveness (1/5)
Pure C = 3	frequent discharge
S = 1	lateS = 0
Blends/R = 3:21	Bld% 0,14
StressBld = 1	
Adj Blend = 3:21	AdjBld% 0,14
3xBld = 0	
>3xBld = 0	
Col-Shd Bld = 0	
Shd Bld = 0	
Blend : EB : L	Adj Blend : EB : L
low	low
3xBld % & >3xBld	
Col-Shd Bld : EB	Shd Bld

Ideation	extratensive		
EBper = 3,2	Pervasive		
a/p = 3 : 3		Sum6=	1
HVI		Lvl2 =	0
OBS		Wsum6	3
MOR=0		WSum6 : Age	
m=1			
FM=2		no problem	
Ma/Mp = 1 : 2	Snow White S.	M- =	0
Intel° = 9	Intell° (defense)	Mnone	1

Self		
EGO = 0,24	EGO : Age:	low
Fr+rF = 0		
SumV = 0	Naive Self Image	
FD = 0		
An+Xy = 2		
MOR = 0		
H:(H)+Hd+(Hd) = 1:2	Self R°	NA

Step 7b :Human content responses quality (XP)

Generally Positive Features, GPF	Sum=17	µ=5,7
Generally Negative Features,GNF	Sum=3	µ=1

الملخص الشكلي للحالة B50

Compute for	R = 14	L = 1,33	F% = 0,57	S-CON = 5	Affect EB: NA, avoidant CDI
Scoring			Age: 40		eb = 0 : 2

Controls	
Step 1) Adj D	Immature
Step 2) EA	cf. Step 4
Step 3) EB &L	Invalid EA
Step 4) Adj es	Abandon

Styles	State	Patho. P.	Const°
avoidant			PTI=3 DEPI=4 CDI=4* HVI: ns. OBS: ns.
EB: NA,	CDI>3		

EB = 1 : 2	EA = 3	EBper = 2,0	
eb = 0 : 2	es = 2	D = 0	
EB: NA, avoidant	Adj es = 2	Adj D = 0	
FM = 0	SumC'= 2	SumT= 0	
m = 0	SumV= 0	SumY= 0	
EBt (XP) EBt = 0,33			

CDI>3 : CONTROLS -> RELATIONS -> SELF -> AFFECT -> PROCESSING -> MEDIATION -> IDEATION

Processing			
PSV = 0			attention
DQv 1st = 1	C. Impuls. OR Attention diff.		
Zd = -3,5	underincorporative		scanning
Dd = 1			
Zf = 11	high		efforts
W/D = 13:0	NA		easy:7:13
DQ+ = 1	low		quality
DQv,v/+ = 2	failures		.
W/M = 13:1	Positive		objectives

Step3: Loc Sequence (XP), Incoherent Loc Index, ILI = 0

Mediation	
XA% =	0,29
WDA% =	0,31
X-% =	0,71
S- =	1
P =	0
X+% =	0,14
Xu% =	0,14
Stp3a FQ- Homogeneity (10)	
3.1stC-	3/10
BC-	2/5
CC-	3/5
RC-	1/5
PC-	2/5
S-	1/10
Dd-	1/10
M-	1/10
FMm-	0
Color-	1/5
Shd-	1/10
F-	3/5
AnXySxBl-	3/5
Hcont-	1/10

Coding Validity			
AGE	Cards	N°	
Loc&DQ			
DET			
FQ			
CONT			
Z score			
SpSc			

Relations		(Perception)
COP	= 0	discomfort
AG	= 0	
GHR:PHR	= 0 : 1	
a:p	= 0 : 1	
Food	= 0	
SumT	= 0	
H Cont.	= 1	
Pure H	= 0	
PER	= 0	
Isol° Indx	= 0,07	

H Cont:R:EB (Interest)	low
Hpur:R:EB (comp°)	NA

Affect	
Afr = 0,56	Afr : EB : Age
PC% = 0,36	medium
ΣC':WΣC = 2:2	
intel 1	0
CP = 0	
FC:CF+C = 2:1	Normal (3/5)
Pure C = 0	
S = 1	lateS = 0
Blends/R = 0:14	Bld% 0,00
StressBld = 0	
Adj Blend = 0:14	AdjBld% 0,00
3xBld = 0	
>3xBld = 0	
Col-Shd Bld = 0	
Shd Bld = 0	
Blend : EB : L	Adj Blend : EB : L
low	low
3xBld % & >3xBld	
Col-Shd Bld : EB	Shd Bld

Ideation	EB: NA, avoidant		
EBper = 2,0			
a/p = 0 : 1	NA	Sum6=	1
HVI		Lvl2 =	0
OBS		Wsum6	5
MOR=1		WSum6 : Age	
m=0		ideational slippage	
FM=0	hasty needs satisfaction	1/3 (fab or alog)	
Ma/Mp = 0 : 1	NA	M- =	1
Intel° = 1	0	Mnone	0

Self		
EGO = 0,00	EGO : Age:	low
Fr+rF = 0		
SumV = 0		
FD = 0		
An+Xy = 5		
MOR = 1		
H:(H)+Hd+(Hd) = 0:1	Self R°	NA

Step 7b :Human content responses quality (XP)

Generally Positive Features, GPF	Sum=5	µ=5
Generally Negative Features,GNF	Sum=1	µ=1