

**التوظيف النفسي للفصامي محاول الانتحار -دراسة حالة -
Le fonctionnement psychologique chez le schizophrène
suicidaire –étude de cas-**

أ. رجاء زهاني، جامعة الجزائر2 ، الجزائر

تاريخ التسليم: (2015/05/17)، تاريخ القبول: (2016/05/22)

Le résumé:

le suicide est un problème majeur de santé publique, et un acte qui met fin à la vie de l'individu et son équilibre psychologique ; Parmi les facteurs de risque suicidaire on trouve la tentative de suicide, la maladie mentale (schizophrénie/ dépression...) ...etc , le suicide est l'acte le plus fréquent à la schizophrénie , Par conséquent, il est important d'aborder ce sujet et de découvrir les différents processus qui mènent les gens pour suicider , et comme le rorschach système intégré est une méthode vivante qui se développe continûment au contact de la réalité clinique d'une part, des travaux de recherche d'autre part , on veut confirmer qu'il est le test le plus approprié pour identifier les processus psychologiques spécifiques au schizophrène suicidant

ملخص:

يعتبر الانتحار مشكلة أساسية في الصحة العمومية وفعل خطير يضع حداً لحياة الفرد ولتوازنه، ومن أهم عوامل الخطر الانتحاري نجد محاولة الانتحار السابقة والأمراض العقلية (فصام اكتئاب.. الخ) يعد الانتحار الحدث المأساوي الأكثر شيوعاً في مرض الفصام وعليه فإنه من المهم التطرق لهذا الموضوع وكشف خفاياه ومعرفة مختلف السيرورات التي تؤدي بالأفراد إلى وضع حد لحياتهم. ولأن اختبار الرورشاخ النظام الإدماجي هو طريقة حياة تواصل التطور من خلال الاتصال مع الواقع الإكلينيكي من جهة ومختلف الأعمال البحثية من جهة أخرى فقد أردنا التحقق من كونه الاختبار الأنسب للكشف عن السياقات النفسية عند مريض الفصام وهو ماسنراه في هذا المقال.

مقدمة:

يعتبر الفصام من أكثر الاضطرابات العقلية انتشارا حيث يشكل عدد المرضى الفصاميون 60% من إجمالي المرضى المتواجدين بالمصحات العقلية (الخالدي، 2009، ص.333) يهددهم بالدرجة الأولى خطر الانتحار الذي يعتبر المسبب الأول للموت عند هذه الفئة فالفصاميون مجموعة خاصة معرضة لخطر الانتحار، وهو ما وجده (Casadebaig, 1999) أن ما بين 9% إلى 13% من الفصاميين يموتون منتحرين، فالخطر الانتحاري يمثل عشرين مرة أعلى عما هو عليه عند مجموع السكان، كذلك وجد (Meltzer, 1998) أن ما بين 30-50% من الفصاميين يحاولون الانتحار ولو مرة خلال حياتهم، إضافة إلى وجود مجموعة من الخصائص العيادية التي تزيد من خطر الانتحار عند هذه الفئة كوجود أعراض ذهانية، أعراض اكتئابية، أو التبعية للكحول (Gavaudan, et al, 2006, p.164)، مما يجعل هذه الفئة الهشة تترشح تحت معاناة نفسية يعتبر القلق إحدى أهم أسبابها، كما أن الخوف من محدودية الحياة إحدى أهم المصادر الرئيسية لذلك القلق (الخسائر الماضية أين لم يستطع المريض القيام بالحداد، أو صعوباتهم في الاندماج داخل المجتمع، كلها عناصر قادرة على زيادة الخوف و القلق لمعنى فقدان لديه)، مما يستوجب التقدير النفسي العيادي السليم، و هو يهدف إلى الفهم العميق للعميل مما يقودنا إلى التشخيص الدقيق و إلى وضع خطة علاجية مناسبة، الذي لا يتأتى إلا بالأدوات المناسبة لجمع المعلومات و هو ما اعتمدناه في هذا المقال فقمنا بالمقابلات العيادية النصف موجهة مع تطبيقنا لاختبار الرورشاخ حيث أن هذا الأخير اختبار شخصية يؤدي بالفرد إلى إنتاج بروتوكول من الاستجابات، أين تكون هذه الأخيرة عاكسة لبنية الشخص، كما أن الخصائص الأساسية لهذه الشخصية تبقى محفوظة في البروتوكول المقدم (Chabert.C, 1987, p.17)، و باعتباره اختبار يتضمن كامل الشخصية، العاطفة و الهومات (معاليم، 2002، ص.1) فإنه و من بين مدارس الرورشاخ المستعملة اخترنا اختبار الرورشاخ النظام الإدماجي، فهو يسمح لنا بجمع المعلومات كما أنه أثبت حسب الدراسات العلمية نجاعته في تشخيص الفكر الانتحاري قرب المرور للفعل بوقت قصير (Andrikof.A, 2006, p.1)، و عليه فقد كان التساؤل الرئيسي: هل اختبار الرورشاخ النظام الإدماجي بإمكانه إظهار التوظيف النفسي للفصامي لمحاول الانتحار؟

أولا - المنهج

تم استخدام المنهج العيادي حيث نوع الدراسة هي دراسة حالة ، و تم جمع المعلومات عن طريق المقابلات العيادية نصف الموجهة وتمثلت أدوات القياس في اختبار الرورشاخ وفق النظام الإدماجي، و المقابلة العيادية النصف الموجهة التي ركزت على كسب ثقة المريض للتشخيص الصحيح و الإحاطة بجميع الأعراض المرضية ، تقييم المرض العقلي (DSM IV) تقييم التوظيف النفسي (اختبار الرورشاخ) ، ثم إنجاح الرابط العلاجي.

ثانيا- عرض الحالة:

المعلومات العامة:

"س"، ذكر شاب، أعزب، عمره أربع و عشرون سنة، من مدينة تبسة، تحصل على شهادة البكالوريا و سجل سنة أولى جامعي إلا أنه لم يستطع إكمال دراسته بسبب مرضه، الأخ الأكبر لأربعة ذكور آخرين و أخت واحدة توفيت ، من أسرة متوسطة ماديًا و اجتماعيًا، حيث الأب مدرس، و الأم ماثثة بالبيت، ، في السوابق المرضية العقلية العائلية نجد العم يتابع علاجه خارجيا (ambulatoire) لاصابته بمرض عقلي ،أما الأمراض الجسمية فنجد الأب يعاني من مرض السكري، الأم تعاني من الضغط الدموي، كان "س" في الثامنة عشرة من عمره عند بداية مرضه و تشخيصه بالفصام حسب DSMIV بدأ يحس بقلق مرضي جعله يخرج من البيت ليمشي يوميا، فاضطراب السلوك، ثم بدأت الأفكار الهذيانبة، فالأفكار الانتحارية، فالهلاوس السمعية، فالمحاولات الانتحارية.دخل "س" مستشفى أبو بكر الرازي للأمراض العقلية أول مرة سنة 2009 بعمر العشرين، بعدما قام بمحاولة انتحارية، لتتوالى بعدها مرات الدخول للمستشفى.

سنة الدخول لمستشفى الأمراض العقلية	مدة استشفائه بالمستشفى	سبب دخوله
2009	قراية الخمسة أشهر	-محاولة انتحارية
2011	قراية الشهر	-محاولة انتحارية
2012	شهرين	-أفكار انتحارية، انسحاب اجتماعي اجتماعي، عزلة، اضطراب النوم
2013	ثمانية أشهر	-هلاوس ، أفكار

انتحارية، اضطراب النوم أفكار انتحارية، قلق مرضي حاد ، هلاوس سمعية، اضطراب النوم، عزلة و انسحاب.	شهرين مع جعله يتعود على فكرة الخروج من المستشفى.	2014
---	--	------

جدول رقم (01) يبين عدد مرات دخول الحالة لمستشفى الأمراض العقلية، مدة الاستشفاء و سبب دخوله.

كما تمثل علاج الحالة الدوائي في: مضاد الذهان ألونزابين Olanzapine يحمل كذلك الاسم التجاري الزيبريكسا Zyprexa cp10 (0-0-2) و يقدم كعلاج للفصام، الكلورازيبات (Tranxene) Clorazé pate (1-0-1) و هو من البنزوديازيبينات المزيللة للقلق، الليفوبرومازين Levopromazine يسمى كذلك بالنوزينون (3-0-3) Nozinon cp25 و هو مسكن مضاد للذهان إلا أنه يستخدم كمنوم فهو من نوع الفينوتيازينات المهدئة للأعصاب (أحسن جاب الله، 2010، 278) السيروبلاكس (0-0-1) Seroplex cp10 و هو من مضادات الاكتئاب العظمى، من عائلة مثبطات امتصاص السيروتونين. من أهم الملاحظات العيادية أثناء المقابلات: المزاج المكتئب للحالة، حزين، ملامحه تعبر عن القلق.

ثالثا - عرض النتائج:

○ في إختبار الرورشاخ النظام الإدماجي: تحصل المريض على مايلي:
كانت عدد الإجابات أقل من سبع عشرة إجابة مما يفسر بوجود نية دفاعية من قبل المفحوص ، سمات اكتئابية مع إمكانية وجود قدرات عقلية محدودة ، شخص يعاني من قلة الثقة بالآخرين مع إمكانية معاناته من اضطرابات الأكل.
Lambda: شخص محافظ و كتوم، لديه إحساس كبير بعدم الأمان، الخوف من التورط يظهر من خلال رقابة مكثفة تعبر عن هشاشة، كذلك يوصف بأنه شخص منقبض، ضيق الخيال، دفاعي، و يعاني من القلق.

S.CON تعتبر المتغير الأول الذي يجب الانتباه إليه عند تحليل البروتوكول، تحتوي S.CON على 12 متغير و تصبح ايجابية عند وجود ثمانية متغيرات ، و الذي يعتبر ك"علم أحمر" و

يدل على أن المفحوص لديه الكثير من السمات المشتركة مع الأفراد الذين أقدموا على الانتحار خلال فترة قصيرة نسبيا من تطبيق اختبار الرورشاخ، يجب أخذه كتحذير جدي، والعمل على كشف المزيد من إمكانية السعي للانفعال بتدمير الذات. إذا لم تتحقق معايير S.CON الثمانية فهذا لا يعني أن المفحوص غير انتحاري أو لا وجود لأفكار انتحارية، إلا أن تلك الدراسات غير مدعومة بإحصائيات.

Ego<0.31 وجدت عند الأشخاص الذين يعانون من مشكلات تقدير الذات.

X+%<0.70 هو شخص لديه تشوه للواقع، مما يؤدي إلى سوء إدراك، فسوء فهم لسلوك و تصرفات الغير، مع رد فعل غير مناسب و غير ملائم تماما.، مثل هذا الشخص سيسيء فهم أي تعامل أو سلوك من شخص آخر قد يتعامل معه، هو يعاني من الرفض العميق و الشعور بالتهديد .

EB منخفض:مرتفع، هو شخص عرضة لاستخدام عواطفه في اتخاذ القرارات من خلال دمجها مع الفكر، عفوي، اندفاعي، يتجه لحل المشكلات من خلال التجارب بمختلف السلوكيات قبل التوصل إلى الحل، الاستجابة تكون بالأفعال أكثر من التفكير، نجدها عند مرضى الفصام.

EA بطيء(أني ديما فاشلان)، شخص ذو مصادر و قدرات محدودة، مضطرب، بارد (rigide)، يعاني من سمات اكتئابية، تثبيط، قد يكون شخص محدود فكريا، ضيق الأفق، يملك مصادر تأقلم محدودة في مواجهة مطالب الحياة و تلبيةها، نجدها عند مرضى الفصام.

EBper: جمود و تصلب في أسلوب حل المشكلات.

Eb منخفض:مرتفع، هناك كميات كبيرة من الألم النفسي غير معروف المنشأ (يمكن للدواء تخفيض الإحساس بالألم)، هذا الشعور الوجداني لا يخضع لسيطرة أو مراقبة الوظائف المعرفية العليا، و يترافق مع صعوبات في التركيز،مرتبطة بتأخر مفرد، مع أوهام غير سارة قد تكون هي السبب في هذا الشعور بالألم.

ES منخفض، لدى المريض شعور بأنه خارج نطاق السيطرة، و أن هناك قوى خارجية تتحكم به و مؤثرة عليه(الأصوات يأمروني)، فهو غير خاضع للرقابة، إلا أن المريض لديه القدرة على تحمل الضغط و التعامل معه في الوقت الراهن. (D=0) (ربما لبدئه العلاج الدوائي قبل شهرين من بدء المقابلات)

4=CDI عجز في قدرات المواجهة و التأقلم، فهو شخص غير راض عن علاقاته الاجتماعية و تفاعلاته البينشخصية ، لأنه يجد صعوبة في التعامل مع متطلبات الحياة اليومية، يتضمن ماضيه فقر في العلاقات الاجتماعية، شخص يشعر بالإرهاق و الإحباط من المطالب الشخصية.

انعدام آي جعله شخص يعاني من فقر عاطفي ، توقف عن البحث عن معنى العلاقات الشخصية ، هو يميل إلى التعبير عن حاجاته بطرق مختلفة عن تلك التي يستعملها معظم الناس، محافظ ، بارد في علاقاته الشخصية. إضافة لانعدام Y يدل على وجود موقف غير مبال للغاية اتجاه الغموض ، غياب Y قد يشير إلى وجود شخصية ضعيفة، هشة

EI شخص لديه إفراط في الإحساس بقيمة الذات و هو ما يعكس عدم الرضا الأساسي ، و هذا قد يعبر عنه بإهمال جوانب من العالم الخارجي، اهتمام مفرط بالذات مع تركيز غير عادي عليها، و هو ما قد يعتبر ضارا في الساحة الاجتماعية (خصوصا علاقاته مع الآخرين)، مما يؤدي إلى واقع مشوه (تحريف الواقع) خاصة في المجال العلائقي، هذه الصفات نجدها في الفصام الحاد ، اضطراب الشخصية النرجسية. غياب Blends, Shading يشير إلى وجود أعراض اكتئابية. فانعدام الألوان يدل على أن الفرد يعاني من جمود عاطفي، بارد، أعراض اكتئابية ، ضعف المستوى العلائقي، التواصل، الشخصي، مع تجنب القيام بالأعمال اليومية، و تردد في اتخاذ القرارات.

SumC ضعف في الموضوع العلائقي، ميل نحو السلوك الانتحاري.

Afr: يستقبل و يتفاعل للمدخلات العاطفية بشدة و يستجيب للمثيرات بسلوك فوري (حيث العاطفة هي المسيطرة على السلوك)، شخص استقراري، مندفع

(Hd)+(Hd)+(H): H مريض الفصام يرى بنسبة عالية استجابات خيالية/أسطورية/جزء انسان) حيث المتوسط هو (2.5.1) هذه الاستجابات المنخفضة لـ H تدل على وجود تصور غير واقعي و إدراك خاطئ لأنفسهم و للآخرين، فالمفحوص يميل إلى توقعات خيالية، أو هام في التفاعلات الإنسانية.

Hd+Ad : H+A منخفض: مرتفع . هو شخص مندفع، لا يملك القدرة على الاتصال مع الأخر، مما يجعل معظم علاقاته و تفاعلاته مع الآخرين سطحية.

An+Xy: اهتمامات غير عادية بالجسم، وجود انشغال بالجسد و قلق مرتبط به ، شخص يعاني من مشاكل جسدية، مع اجترار الإحباط و هو ما يدل على هشاشة التنظيم النفسي. MOR انطباعات سلبية عن نفسه، تصور سلبي عن الذات، قد يكون كذلك تصور للموت، ناتج عن فشل، خيبة أمل في الدراسة، العمل، العاطفة، تجارب اجتماعية، قد يكون بعضها حديث (وقع مؤخرًا).

تعتبر إنذار لاحتواء صورة الجسد لانطباعات سلبية، غير مرغوب فيها.

رابعاً - تحليل و مناقشة :

من خلال المقابلات العيادية و اختبار الرورشاخ حاولنا الإجابة عن التساؤل الرئيسي و هو: هل اختبار الرورشاخ النظام الإدماجي بإمكانه إظهار التوظيف النفسي للفصامي محاول الانتحار؟

من خلال ما تقدم في عرض النتائج يمكن التعليق على النتائج التي تم التوصل إليها كالتالي: تظهر دراسة الحالة عن طريق المقابلات و اختبار الرورشاخ أن المريض يعاني من اضطراب مجرى التفكير " غياب BLENDS "، ذو شخصية هشة "An+Xy" هشاشة التنظيم النفسي"، انخفاض تقدير الذات (MOR و ادراك سلبي لصورة الجسد)، إحساس بعدم الأمان، يعاني من القلق (نروح نمشي حتى 22 كلم على رجلي - نحس بقلقة كبيرة) ، الرفض العميق (خاصة من طرف الأسرة)، الشعور بالتهديد (الأصوات هبلوني، قلقوني خلاص) شعور بالذنب (ندمت كي ضربت ماما)، يملك مصادر تأقلم محدودة في مواجهة مطالب الحياة (ذكاء دون المتوسط)، كما نجد جمود و تصلب في أسلوب حل المشكلات (التفكير في الانتحار كل مرة، يعتبره مهرب و حل)، غير راض عن علاقاته "درك مابقاوش عندي صحاب، راحو الكل)، يميل للتعبير عن حاجاته بطرق مختلفة عن تلك التي يستعملها معظم الناس (ضربت ماما، ندمت، نطيش روجي من فوق دارنا، نطيش روجي من pont...)، نجد أيضا أعراض اكتئابية (دونية -انخفاض تقدير الذات "يتمسخرو بي، mais في الرازي كايين كيفي... الخ" ، اجترار الإحباط.

أما بخصوص S.CON فقد كانت النتيجة 6 من 08 متغيرات لتكون ايجابية، هذا لا يعني أنه لا يمكنه الإقدام على انتحار أبدا، إنما يعني عدم المرور للفعل الانتحاري في وقت قريب من تطبيق الاختبار، كذلك فقد استخرجنا وجود أفكار انتحارية من الاختبار SumC، غياب الألوان C، FC، وجود أعراض اكتئابية، كذا اضطراب مجرى التفكير.

كحوصلة لعرض النتائج نلاحظ أن الجانب المعرفي الذي تميز بغياب التكرار PSV مما يعني أن نقص المرونة المعرفية لدى الحالة قد تحسن ليصبح لديه صعوبات أقل في نقل انتباهه من مثير لآخر إضافة إلى ليونة في معالجة المعلومات، غياب الإجابات الجنسية ، نقص في التركيبات الوهمية FABCOM، أما في معالجة المعلومات التي حسب إكسنير تعكس العمليات العقلية المطبقة أثناء إدخال المعلومة، فكثره التفاصيل (الأجزاء) D يشير إلى المعلومة قد عولجت بطريقة مبسطة للغاية. تعكس الوساطة la médiation الطريقة التي يتم بها التعرف على الصورة الذهنية المشككة أثناء معالجة المعلومة و ترجمتها، و عادة ما تكون هذه الخطوة مضطربة عند مريض الفصام.

WDA% < 0.75 , XA% < 0.7 ينبي عن صعوبات التكيف مع وضعيات الحياة اليومية، أما اضطراب مؤشر تشوه الإدراك Déformation perceptive ($X - \% > 0.30$) يعبر عن خلل خطير في تفسير الواقع .

التفكير L'idéation و هي استعمال و قولبة الصور المأخوذة من الوساطة Médiation، نجدها في contamination تلوث و هو متغير لا يظهر أبدا في بروتوكولات الأشخاص العاديين، حسب إكسنير فهي تمثل الشكل الأكثر خطورة للاختلال المعرفي (عدم التنظيم المعرفي) ، الذي يمكن الكشف عنه في اختبار الرورشاخ، فهي تنطوي على اندماج عدة معاشات غير واقعية كليا، نجدها عند مريض الفصام. إن النمط المعرفي $\lambda > 0.99$ تظهر ارتفاع λ عند مرضى الفصام و هو يشير إلى أن الفصامين يميلون لتبسيط حقل المثيرات.

إدراك الذات عند الحالة، نجدها في الإجابات ذات المحتوى التشريحي، فمريض الفصام يولي اهتماما كبيرا بجسده، قد يصبح هذا الانشغال مصدر قلق، اجترار، و هشاشة. نجد كذلك تدني صورة الذات في الإجابات من النوع المرضي (MOR) Morbidité، نجدها عند الفصامي و هي تدل على انطباعات سلبية و متشائمة حول صورة الذات.

و عليه فقد كان محتوى التفكير للمريض غير منسق، سياق الفكر متضارب مع وجود أفكار هذيانية اظطهادية (حيث يقول بأنه يعتقد أن هناك من يريد قتله)، هذاء التأثير، أفكار مرجعية دينية، و هلاوس سمعية مستمرة و مثابرة persistante (حيث يقول المريض بأنه يسمع أصواتا ، مرة تهدده بالقتل، و أخرى تأمره بوضع حد لحياته و الانتحار) ، أفكار انتحارية

مدعمة بنشاط هذيانى هلوسى، قلق مرضى حاد (...نحب غير نمشى ياسر...) مزاج مكتئب، اضطراب النوم، عدوانية ذاتية (محاولات الانتحار، ضرب الرأس على الجدران) وعدوانية غيرية (التعدي على الأم بالضرب)، عزلة و انسحاب أسري (حيث يلاحظ انخفاض في مستوى العلاقات العائلية حيث تقول الحالة: "معدتس نحب الروح للدار..دوك يرجعوني ليهليه...أني نقلقهم ياسر ..) و انسحاب اجتماعي (...مبقاش عندي صحابي...)، انعدام تقدير الذات (...هنا كاين اللي كفي، و اللي يفهمني، و البرا يضحكوا علي و يتمسخوا بي...).

خاتمة:

من خلال هذه الدراسة تعرفنا على مدى إمكانية اختبار الرورشاخ النظام الإدماجي إظهار التوظيف النفسي عند مريض الفصام لمحاول الانتحار، و هذا بعد مجموعة من المقابلات التي قامت بها الباحثة، أجرت خلالها اختبار الرورشاخ (حسب طريقة إكسنيير، و ما فيه من اختلاف في طريقة إجراء الاختبار، التعليم، التشفير، تفسير النتائج و تحليلها) و مقارنتها مع ما تم إيجاده من نتائج المقابلات العيادية، و قد جاءت نتائج اختبار الرورشاخ لتتفق مع محتوى المقابلات، و عليه فاختبار الرورشاخ النظام الإدماجي قد أظهر التوظيف النفسي للفصامي لمحاول الانتحار (للحالة المدروسة).

قائمة المراجع:

أولا-المراجع باللغة العربية:

- أحسن جاب الله، حورية. (2010). النمو و الاضطرابات النفسية في الطفولة و المراهقة. الجزائر. ISBN:9789947030561 .
- الخالدي، أديب محمد. (2009). المرجع في الصحة النفسية. عمان. الأردن. وائل للنشر و التوزيع.
- معالم، صالح، (2002)، التقنيات الإسقاطية الرورشاخ: نظرية و تطبيق. قسنطينة، الجزائر مطبوعات جامعة منتوري.

ثانيا - المراجع باللغة الأجنبية:

- Aleman, A, Hijman, R., De Aan, E-H., Kahn, R.-S., (1999). Memory impairment in schizophrenia: a metaanalysis . *Am. J. Psychiatry* 156 (9), 1358-1366.

- American Psychiatric Association,(2000) . *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. DSM-IV (4è ed.). Washington, D.C
- Andrikof.A ; (2007). *manuel de cotation du rorschach pour le système intégré* .paris .ed Frison-Roche.
- Casadebaig.F ,Philippe.A , (1999); Mortalité chez les patients schizophrènes: trois ans de suivi d'une cohorte. *Encéphale*, 25 :329-37.
- Chabert,C. (1987) .*la psychopathologie à l'épreuve du Rorschach*, paris, Dunod.
- Cohen, J.-D., Servan-Schreiber, D. (1993). A theory of dopamine function and its role in cognitive deficits in schizophrenia. *Schizophr. Bull.* 19 (1), 85-104.
- Gavaudan,G,et al . (2006) . suicide and schizophrenia :risk evaluation and prevention ., *Annales Médico psychologiques*,164, 165-175.
- Jeannerod, M. (1993). Représentation, intention, action. *Revue internationale de psychopathologie* 10, 167-192.
- Mason, B.-J., Cohen, J.-B., Exner, J.-E.,(1985). Schizophrenic, Depressive, and Nonpatient Personality Organizations Described by Rorschach Factor Structures. *J. Pers. Assess.* 49 (3), 295-305.
- Meltzer.H. (1998). suicide in schizophrenia :Risk factors and clozapine treatment . *J Clin Psychiatry*, 19,15-20.
- Nuechterlein, K.-H., Dawson, M.-E., Gitlin, M., Ventura, J., Goldstein, M.-J., Snyder, K.-S. et al., (1992). Developmental processes in schizophrenic disorders : longitudinal studies of vulnerability and stress. *Schizophr. Bull.* 18 (3), 387-425.

-Place, E.-J., Gilmore, G.-C., 1980. Perceptual organization in schizophrenia. *J. Abnorm. Psychol.* 89 (3), 409–418.