

إشكالية المعايير التشخيصية النموذجية
للاضطرابات المعرفية الفصامية
" مقارنة نفسمرضية معرفية "

الدكتور عمر بوقصة

جامعة باتنة

ملخص:

تعتبر هذه الدراسة مساهمة نظرية تدخل ضمن ما يعرف منهجيا بالدراسات الأساسية في إطار النموذج النفسمرضي معرفي الذي يقترحه الباحث في هذه الورقة. كما تهدف أيضا إلى محاولة التطرق بالمناقشة والتحليل لأهم الإشكاليات المرضية التي تتعلق بالمعايير التشخيصية النموذجية المتعددة الأبعاد للاضطرابات المعرفية لدى فئة إكلينيكية سيكاترية التي تمثل مرضى الفصام. وقد خلص البحث إلى النتيجة الأساسية التالية: أن إشكالية المعايير التشخيصية النموذجية المتعلقة بالأنواع التشخيصية الفرعية الفصامية ليست في مستوى تمييز الجانب المعرفي ، على العكس من ذلك المعايير التشخيصية المتعددة الأبعاد والامبريقية تعزز أنشاء ارتباطات بين الأبعاد العيادية والأنماط النوعية للاضطرابات المعرفية الفصامية .

الكلمات المفتاحية : المعايير التشخيصية النموذجية- الاضطرابات المعرفية- الفصام.

Résumé :

Cette étude est une contribution théorique fondamentale ; qui s'intéresse à la psychopathologie cognitive suggéré dans ce papier.

L'objectif de cette étude est d'essayé de commenté et d'analyser une des plus importante problématique pathologique concernant les critères diagnostiques typologiques multidimensionnels des troubles cognitifs chez les patients atteints de schizophrénie.

La pierre angulaire qui constitue le résultat de cette étude théorique est la suivante :

À la lumière de nos résultats, nous pouvons dire que les critères diagnostiques typologiques ne sont pas en mesure de différencier, sur le plan cognitif, les sous-types et les formes de schizophrénie. À l'inverse, les critères multidimensionnels et empiriques favorisent l'établissement des associations entre les dimensions cliniques et les patterns spécifiques des dysfonctionnements cognitifs de la schizophrénie.

Mots clés : les critères de diagnostiques typologiques- troubles cognitifs- schizophrénie

تمهيد:

يتميز مرض الفصام بمظاهر عيادية متنوعة ومختلفة، تتسبب فيها عدة عوامل فمن أعمال " ظهرت عدة فرضيات سببية: مثل الفرضيات: الوراثة (Bleuler, Kraepelin, Kendler, Dehl, 1993, Goldberg et al, 2003) والعصبية الكيميائية (Bissette, Nemeroff, 1995, Weinberger et al, 1986) والفيزيولوجية (Carpenter, Heinrichs, (Andreasen, Olson., 1982, Crow, 1980) (Freud, 1914, Watzlawik, Hemlich, Jackson, Wagner, 1989) والدينامية النفسية (Hardy-Bayle, 1994, Cohen, Schreiber, 1992) هؤلاء الباحثون جميعاً حاولوا كل حسب مجاله وطريقته المنهجية في البحث، الكشف عن مختلف مظاهر هذا المرض العقلي المعرفي، حيث يعتبر علم النفس المرضي المعرفي واحد من أهم المجالات البحثية الحديثة جدا الذي ظهر كوريث لعلم النفس المعرفي وعلم النفس العصبي المعرفي، هدفه الرئيسي هو الكشف عن الاضطرابات المعرفية داخل نظام تجهيز ومعالجة المعلومات لدى الفئات الذهانية بشكل عام والفئات المرضية المميزة لحالات الفصام بشكل خاص. (Stip et al, 2003, Hardy-Baylé, 1994) هناك من الباحثين في مجال علم النفس المرضي المعرفي من يرى بأن المستوى المعرفي يلعب دور الوسيط بين المستوى (Cuesta, (Peralta, 1995, Georgieff, 1995) البيولوجي والمستوى العيادي وتدهور وظيفة التكيف الاجتماعي، (Buchanan, Hilstein, Breier, 1994) ومنهم من أقام العلاقة بين الاضطرابات المعرفية وفق في أسلوب الحياة. وتدهور في حل مشكلات (McGurk et al, 2000, Corrigan, 1998) الاجتماعي وسوء التكيف (Penn et al, 1996, Bellack et al, 2001) الحياة اليومية.

هناك من الباحثين أيضا في هذا المجال من حاول نمذجة الاضطرابات المعرفية بنسبها إلى أخطاء التمثيل الداخلي للسياق (Cohen, Schreiber, 1992) وإلى اضطراب في معالجة الوضعية البصرية وتنظيم الاستجابات كذلك إلى اضطراب تنظيم المعالجة الرقابية وتمثيل فعل المعالجة الانتباهية.

تقريبا جميع البحوث والدراسات تؤكد أن مرضى الفصام يظهرون اضطرابات في مختلف المستويات المعرفية داخل نظام تجهيز ومعالجة المعلومات التي غالبا ما تأخذ شكل الإزمان التدريجي خلال مراحل تطور المرض.

Howanitz, Cicalese, (Bellack et al, 2001, Brebion et al, 1997, Fleming et al, 1995) (Schooler et al, 1997, Harvey et McGurk, et al, et Harvey, 2000, Kurtz et al, 2001) (2000)

إلى القول بأن الاضطرابات (Howanitz, Cicalese et Harvey, 2000) في نفس الاتجاه ذهب كل من المعرفية لمرضى الفصام أصبحت تميز مختلف مراحل تطور المرض: الحادة والمستقرة والخامدة، هذه الملاحظات كلها تجعلنا نعتبر الاضطرابات المعرفية داخل نظام تجهيز ومعالجة المعلومات مؤشرات على المشاشية المرضية الفصامية.

I- المقاربات العالمية العيادية التشخيصية النموذجية:

لدراسة الاضطرابات المعرفية لمرضى الفصام يجب أن نأخذ بعين الاعتبار مختلف التصنيفات والمعايير العيادية التشخيصية النموذجية المتعلقة بهذا المرض، فهي تختلف من دراسة لأخرى عموما عالميا هناك مقاربتين عياديتين يمكن العمل بهما:

الأولى: تسمى المقاربة الفئوية التطبيقية: طبقا لهذه النظرية الفصاميين يمكن تقسيمهم إلى فئات وطبقات أو إلى أنواع عيادية مختلفة تستبعد كل منها الآخر بطريقة تبادلية، هذه المقاربة يمثلها التصنيف النموذجي الصادر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسي The

الإحصائي للأمراض النفسية، التي تميز بين الشكليين " الإيجابي والسلبى " Diagnostic and Statistical Manual (D.S.M- IV) وتسمى (APA 1994) الدليل التشخيصي الإحصائي للأمراض النفسية، التي تميز بين الشكليين " الإيجابي والسلبى " (Andreasen, 1982, Andreasen et Olsen, 1982, Crow, 1980) الصادر عن O.M.S

C.I.M-10 والتصنيف العالمي للأمراض العقلية والسلوكية " **International Classification of Diseases**

I.C.D-10 منظمة الصحة العالمية ، حيث تميز في الفصل المتعلق بالاضطرابات العقلية والسلوكية الأشكال الفصامية التالية:

البرانويدي ، التخشي ، الإكتئاب بعد فصامي ، الهيبفريزيا ، الفصام الغير مصنف ، الفصام البسيط.

الثانية : تسمى المقاربة المتعددة الأبعاد : وهي تفترض أن الأعراض الفصامية تميل إلى التجمع التركيبي المعقد يمكن أن تجتمع في مريض فصامي واحد ، يمثل هذه المقاربة عدة نماذج متعددة الأبعاد نذكر على سبيل المثال لا الحصر نموذج كل من :

(Liddle, 1987, Arndt et al, 1991, Basso et al, 1998)

في المقاربة النموذجية الأولى الفئات الفصامية تشخص من خلال استخدام طريقة تحليل المجموعات في شكل أرخبيل ، في المقاربة المتعددة الأبعاد ، المجموعات العرضية تبنثق باستخدام التحليل العاملي المطبق على الاختبارات النفسية المرضية .

بالنسبة **DSM IV** وبالتركيز على الجانين النظري والعيادي فإن الحالات الفرعية الفصامية " البرانويدي " في غياب اضطراب التفكير تصبح وحدة اسمية قياسية مميزة حيث تتميز بانفجار متأخر للمرض ، عكس الحالات الفرعية " الغير منظمة " . من الباحثين نذكر على سبيل المثال: (Levin, Yurgelun-Todd, et Finkelstein, 1983 , Rosse, 1991)

(Bornstein et al, 1990 , (Craft, 1989)

وقد قام عدد من الباحثين بدراسات موسعة على الوظائف المعرفية للنوعيين الفرعيين السابقين حيث أكدوا أن المستوى المعرفي الذي يتميز به النوع الفرعي للفصام " الغير منظم " هو أكثر دلالة و اضطرابا من النوع الفرعي " البرانويدي " ، وهذا يدل على أن دلالة الفروق كانت لصالح الحالات البرانويدي

هو أكثر دلالة و اضطرابا من النوع الفرعي " البرانويدي " ، وهذا يدل على أن دلالة الفروق كانت لصالح الحالات البرانويدي

APA1994 DSM IV (Kaplan et al, 1993). وهناك دراسات أخرى مقارنة بين الحالات الفرعية " الغير منظمة " والبرانويدي " قام بها عدد من الباحثين كذلك لم تتوصل إلى وجود اضطراب معرفي كبير دال إحصائيا عند العينة الفصامية " الغير منظمة " على حساب العينة " البرانويدي . (Golden et al, 1980)

Kolb et Whishaw, 1983, (Golden et al, 1980) ، على حساب العينة " البرانويدي . (Golden et al, 1980)

Kremen et al, 1994)

من خلال ما سبق نستنتج أن النتائج المتمخضة عن الدراسات النفس مرضية المعرفية المتبنية للمعايير التشخيصية النموذجية جاءت غير متناسقة مع بعضها البعض ، وبالتالي فإن البحوث في هذا المجال مازالت تحتاج إلى تعمق.

II - جدلية الاضطرابات المعرفية والأعراض الإيجابية - السلبية الفصامية "

بين القاربة الفتوية الطبقة والمقاربة المتعددة الأبعاد :

أما الدراسات والبحوث التي ركزت على العلاقة الارتباطية بين الاضطرابات المعرفية والأعراض الفصامية - الإيجابية والسلبية - توصلت إلى أن الشكل الإيجابي للفصام سببه راجع إلى اضطرابات معرفية عامة وإلى خلل عصبي (Johanston et al, 1978) وعدم الاستجابة الجيدة للعقاقير والأدوية النفسية للمرضى . (Angrist, Rotrosen, et Gershon, 1980

; (Frith, 1992)

أما الشكل السلبى فيرجع سببه إلى الاضطرابات المعرفية الانتقائية ، خاصة المعالجة الانتباهية البصرية والاستجابة الجيدة للعقاقير والأدوية النفسية.

وهذا ما يجعلنا نستنتج أن الاضطرابات المعرفية تستجيب للأدوية النفسية بطرق مختلفة لدى الأشكال العيادية الفصامية . وهنا (Cornblatt et al, 1992) نفترض أن تأثير الأدوية النفسية يكون أكثر إيجابية بالنسبة للأعراض العيادية، وأقل منه بالنسبة للأعراض المعرفية. (Angrist, Rotrosen, et Gershon, 1980)

هذا ما جعل بعض الباحثين يفترضون عدم وجود علاقة بين الأشكال العيادية الفصامية والأعراض المعرفية النوعية المميزة لها.

إلى الأعراض التي تمثل هناك دراسات حديثة في هذا المجال توصلت من خلال التحليل العامل لسلم الأعراض الإيجابية والسلبية PANSS العوامل المعرفية مثل اضطرابات المعالجة الانتباهية وتشتت التمثيل السياقي مشكلة مجال مرضي هش إلى جانب العوامل العيادية الفصامية الأخرى وهذا دليل آخر يبين العلاقة التبعية بين اضطراب الوظائف المعرفية داخل نظام تجهيز ومعالجة المعلومات والأشكال العيادية الفصامية المختلفة ويظهر أن درجة التدهور المعرفي خاصة المعالجة الانتباهية المستمرة ترتبط بالسيطرة المبدئية للأعراض السلبية. ,
(Buchanan et al 1994, Cuesta et Peralta, 1995)

حتى ولو افترضنا عدم وجود علاقة مباشرة بين الأعراض المعرفية والأعراض العيادية الفصامية لا يمكننا بأي حال من الأحوال أن ننكر التأثير المتبادل الغير مباشر بينهما .

ثم أن الأدبيات النفسمرضية المعرفية تبين أن المعالجة الانتباهية تكون أكثر تقلصا في المراحل الحادة من المرض، وأن تطور ونمو الفصام يبدأ عموما في الوقت الذي يظهر فيه النمط المعرفي النوعي للفصام.

(Weinberger, 1996)

إن ظهور الأعراض العيادية الفصامية يكون متزامنا مع فشل تقريبا كل أشكال عملية التعلم وهذا بسبب ضعف الدافعية هذه الأخيرة قد تتلاشى تماما مما يؤثر على الوظيفة المعرفية التي تتحول إلى عامل إجهاد معرفي مستقل يصبح أكثر اضطرابا في النهاية وهذا سوف يعزز من حدة الأعراض العيادية الفصامية .

يظهر أن الاستقلالية الكاملة بين الأعراض المعرفية والأعراض العيادية الفصامية هو أقل عوامل أخرى متعددة تؤثر (Gold et al, 2004) على الوظيفة المعرفية واستقرارها وعلى الأعراض العيادية الفصامية كذلك.

كنتيجة نقول أنه مادام أن المريض الفصامي هو الذي يعاني في نفس الوقت من الاضطرابات المعرفية والأعراض العيادية الفصامية ، يجب الاعتناء به كإنسان من جميع الجوانب حتى ولو تبين لنا استقلالية الأعراض العيادية عن الأعراض المعرفية.

يجب الاتفاق في هذه الحالة على أن العلاج المبني على الطرائق المتعددة سوف يكون لازما وواجبا لكي تستهدف كل المظاهر المرضية من أجل فعالية علاجية قصوى، ثم أنه من المعروف زيادة

على العلاج النفسي الدوائي للاضطرابات المعرفية هناك طرق سلوكية معرفية واجتماعية فعالة مهمتها الأساسية علاج الأعراض

المعرفية الفصامية. خاصة إذا علمنا حاليا بأن المقاربة العلاجية للفصام هي بالدرجة الأولى بيوسيكوسوسيوولوجية (Dubeau,

Wykes et al, 1986, 1999, 2007, Silverstein, 2000) (Bellack et al, 1999) (.)

وفي حالة ظهور بعض التفاعلات والتأثيرات بين الأعراض المعرفية والأعراض العيادية للفصام ممكن استخدام بعض الأدوية النفسية المضادة للذهان الغير النموذجية. (Gallhofer, B, et al 1996)

إلا أن بعضها له تأثيرات محدودة على الوظائف المعرفية النوعية لمرضى الفصام مما يعزز الصعوبات العلاجية (Harvey et Keefe, 2001).

Le وقد بينت بعض الدراسات من خلال تطبيق بعض الأدوات المعيارية العيادية مثل سلم تقدير مختصر الأعراض السيكاكترية وقائمة مراجعة الذهان. وسلم الأعراض الإيجابية والسلبية، (Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS)

Positifs and négatifs symptômes Scale (Panss) Liste de vérification des symptômes 90-R (SCL-90)

(Wykes et al, 1999, 2007) (Delahunty et al, 1993, Seltzer et al, 1997)

تطور وتحسن الوظيفة المعرفية لدى مرضى الفصام نتيجة العلاج المتعدد.

في نفس السياق بعض البحوث تؤكد نتائج متعلقة بأحسن أداء معرفي لصالح الشكل " الإيجابي "

(Addington, et al, 1991)

(Berman et al, 1997, Cuesta et Peralta, 1995)

(Hoff et al, 1992) بينما تذهب أخرى إلى نفي النتائج السابقة

Heindel, et Harris, 2000, Morriss-Stewart et al, 1992) (MCDaniel,

(Van der Does et al, 1993)

حتى ولو كانت ميولنا العلمية تقودنا نحو تبني النتائج التي تؤكد - بمفهوم المخالفة - أن الاضطرابات المعرفية تظهر مؤشراتهما المشاشة في الشكل الفصامي " السلبي " بدلالة أكبر من الشكل الفصامي " الإيجابي " ، فإننا نعتقد يقينا بأن المعطيات والنتائج العلمية المنبثقة على أساس تمييز هذين الشكلين اللذان في الحقيقة يمثلان الأعراض العيادية الأساسية في مرض الفصام ، تبقى غير واضحة ومتناقضة للغاية.

هذا التناقض والتضارب في النتائج يستند على أقل تقدير ولو جزئيا إلى المعايير التشخيصية النموذجية التي على أساسها اختبرت العينات البحثية ، وأيضا إلى المعايير المتعددة الأبعاد التي بنيت عليها التصنيفات التشخيصية النموذجية ، وهذا قد يؤدي إلى انحراف تشخيصي في المقام الأول. (Amir et Feuer, 1998)

أدمج الأعراض العيادية الفصامية السلبية بطريقة وصفية دون التعمق D.S.M-IV من جانب آخر نلاحظ أن فيها لدى الحالات الفرعية الفصامية ، لأنها تظل حاضرة سواء في النوع الفرعي " البرانويدي " أو النوع الفرعي " الغير منظم " ويظل من الصعوبة بمكان تقديرها كفيها وكميا .

إضافة كذلك أن البحوث القائمة على المعايير التشخيصية النموذجية الواردة في DSM IV

عادة ما كانت تقارن عينات فصامية " برانويدي " بعينات فصامية " غير برانويدي " دون تمييز النوع الفرعي (Carpenter, 1992) (Zalewski et al, 1998) التدهور والمشاشية. ولا درجة

Panss ثم أن سلم تشخيص الأعراض "الإيجابية والسلبية"

(P.A.N.S.S) * (Guelfi, 1997) - Positive and Négative Syndrome Scale-

من جانب آخر صمم خصيصا كأداة كمية للتشخيص العيادي للأعراض الفصامية " الإيجابية والسلبية " إلا أن التحليلات العاملة المطبقة على نتائج العينة الفصامية في هذا السلم التقييمي بينت وجود متغيرات دخيلة ترتبط بالبنود الفرعية المكونة، وهذا يتداخل البنود المشكلة للأعراض الفصامية (P.A.N.S.S) لهذه الأداة التشخيصية الغير منظمة مع البنود المشكلة للأعراض الإيجابية ، عادة ما يؤدي إلى إنحراف تشخيصي يشكك في مدى تجانس الشكل الفصامي الإيجابي، ويحدث تعتيما وغموضا في امكانية وجود

* هو سلم أنجزه العالم الأمريكي كاي وآخرون (Kay et , Fischein et Opler, 1987) ترجمه إلى اللغة الفرنسية سنة 1988 العالم (J.P. Iepine-

Lindenmayer) بعنوان : " Ichelle Diagnostique de L'indensité " و يحتوي على (30 بندا) مقدرة من 01 إلى 07 تشمل الأعراض العيادية التي نلاحظها

لدى المرضى اللذين يعانون من تناذرات ذهانية ، خاصة عند الحالات الفصامية ، تعطى فيه (03 علامات) ، عموما تحسب لتقييم 03 أبعاد تناذرية : أيجابية - سلبية - ونفسية مرضية عامة ، وهذا في إطار النظرية الفئوية المتعددة الأبعاد.

هناك عدة طرق عيادية وإحصائية لحساب صدق وثبات هذا السلم التشخيصي : استخدام طريقة المقابلات الشبه منظمة مع تعريف دقيق لمختلف درجات الأعراض العنيفة ثم اختبار وإعادة الاختبار ، كل هذا يسهل الحصول على الصدق والثبات بين المحكمين . أما الدراسات الأساسية التي تناولت بالدراسة البحثية صدق هذا السلم التشخيصي هي استخدام طريقة

التحليل العاملي لنتائج سلم P.A.N.S.S على عينات فصامية كبيرة ونتائج اختبارات أخرى عالمية متخصصة في تشخيص الفصام منبثقة من نفس العينات الفصامية مثل سلم

S.A.N.S وسلم S.A.P.S (Scale Nancy Andreasen) S.A.N.S (Scale Andreasen Négative Syndrom) . S.A.P.S (Scale Andreasen Positive Syndrom).

الذهانية وتقييم التأثير التنبؤي للأبعاد " الإيجابية والسلبية " ، ولكن يظهر أن هذا السلم حساس جدا من حيث خاصيته السيكومترية للتغيرات المختلفة ، خاصة تلك المتعلقة بالعينة.

العلاقة الارتباطية بين الأعراض الإيجابية الفصامية والاضطرابات المعرفية داخل نظام تجهيز ومعالجة المعلومات عموماً والبصرية بشكل خاص .

على الجانب الآخر هناك من الباحثين في مجال علم النفس المرضي المعرفي مثل :

(Goldberg, Weinberger, 1995) من يدحض أصلاً وجود فرضية الأنواع الفرعية الفصامية، فهم برون أن التطور العيادي الفصامي الأكثر ملائمة يجب أن يركز على الخطورة العرضية وليس على أساس الخصوصيات النوعية الفرعية الفصامية في ظل هذا التصور، العلاقة الارتباطية يجب أن تؤسس بين خصوصيات الاضطرابات المعرفية ومدى خطورة الأعراض العيادية الفصامية فقط ، دون التطرق للخصوصيات النوعية الفرعية الفصامية التي لا وجود لها أصلاً في ظل هذا التصور هناك مقاربة حديثة تركز على الأبعاد المتعددة في مرض الفصام، انبثقت من التحليلات العاملية للمكونات حيث تجزئ الفصام إلى ثلاثة أبعاد أساسية يتم مطابقتها بالأبعاد P.A.N.S.S الأساسية المطبقة في سلم

العيادية : " الإيجابية – السلبية – الغير منظمة "

(Baxter et Liddle, 1998, Liddle, 1987, Liddle et al, 1989)

بالنسبة لهؤلاء الباحثون المقاربة المتعددة الأبعاد ملائمة جداً لدراسة الوظائف المعرفية في المستويات المختلفة وعلاقتها بالاختلالات العصبية (الدماغية) داخل نظام تجهيز ومعالجة المعلومات بشكل عام لمرضى الفصام ، فهي تقدم البديل العلمي في أفضليتها تربط الاضطرابات المعرفية بخطورة وعنق الأعراض العيادية الفصامية ، هذه الأخيرة ترجع إلى الخصوصيات النوعية للاضطرابات المعرفية المميزة للأبعاد الفصامية المختلفة. السؤال المنهجي الذي طرحه هؤلاء الباحثون في مجال علم النفس المرضي المعرفي هو كالتالي : على أي مستوى تتم دراسة الاضطرابات المعرفية لمرضى الفصام ؟ هل أثناء عملية تشخيص التناذرات أو الأعراض الخاصة بالحالات الفرعية الفصامية ؟

لتصنيفها وفق مجموعات متجانسة من حيث الخصوصيات العيادية (Besche-Richard, 2000)

و الأنواع الفرعية الفصامية والمستويات المعرفية الخاصة بكل مجموعة ، لأنه في كثير من الحالات يكون عدم تناسق المعطيات المعرفية لمرضى الفصام راجع ربما إلى عدم التجانس العيادي للحالات الفرعية النوعية لهذه الفئات المرضية ، في نفس الوقت يظل مرض الفصام من الناحية العيادية غير متجانس (متعدد العناصر) ، تظهر هذه الخاصية من خلال الفروق والاختلافات المعرفية بين الأبعاد العيادية النفس مرضية المثبتة من التحليل العاملي المطبق على سلم P.A.N.S.S. (Bozikas 2003,2004) على ضوء الاعتبارات المنهجية السابقة الذكر يتبين لنا أن المقاربة المبنية على المعايير التشخيصية المتعددة ، تتطلب إخضاع نفس المجموعة الفصامية لنفس عدد المعايير التشخيصية العملية ، هذا الإجراء سوف يسمح تخفيض التشخيصات الملائمة المرتبطة بعدم تجانس الأنواع الفرعية الفصامية .

إلى وجود توافق بين المقاربات التصنيفية (Georgieff, 1995, Zalewski et al, 1998) ولقد أشار الباحثان

المختلفة في دراسة الوظائف المعرفية داخل نظام تجهيز ومعالجة المعلومات لمرضى الفصام: سواء فيما يتعلق بمقارنة الحالات النوعية الفرعية أو ما تعلق بالعلاقات الارتباطية بين مختلف الأبعاد العيادية والطرقات النوعية الخاصة بالاضطراب المعرفي الفصامي .

عموماً يمكننا اعتبار الاضطرابات المعرفية بمثابة مؤشرات وعلامات لمختلف الأشكال الفصامية مثلها مثل المؤشرات البيوعصبية والعيادية . والتي يجب على الباحثين في هذا المجال رصدها طولياً مدة ستة أشهر للتأكد من ثباتها نوعياً من عدمه (Green, 2004)

ومن الدراسات والبحوث التطبيقية التي حاولت بيان الخصوصيات المعرفية للأنواع والأبعاد الفصامية والمؤشرات المعرفية المرتبطة

بكل شكل من الأشكال العيادية، نستعرض الدراسة الفرنسية الرائدة في هذا المجال وهي دراسة للباحثين (Bejaoui et

: Pedinielli, 2008)

حيث تلخص منهجية بحثهما في تحليل الاضطرابات المعرفية الخاصة بالأشكال العيادية الفصامية المنبثقة من التصنيفات التشخيصية النموذجية والمتعددة الأبعاد، ثم محاولة الكشف عن أوجه التشابه والاختلاف فيما بينها .
يحتوي هذا البحث على ثلاثة إجراءات تصنيفية مختلفة :

الأول : يواجه الأنواع الفرعية الفصامية " البرانويدية " و " الغير منظمة " .
الثاني: يميز بين الأشكال " الإيجابية " و " السلبية " و " المختلطة " .

الثالث والأخير :الكشف عن الأبعاد الفصامية من خلال سلم تشخيصي للأعراض "P.A.N.S.S الإيجابية والسلبية"
تتكون عينة الدراسة من 61 مفحوصا تتراوح أعمارهم بين 60/18 سنة مقسمة إلى ثلاثة مجموعات - مجموعتين تجريبتين - ومجموعة ضابطة - :

حسب الترتيب التالي : مرضى الفصام "البرانويدي" وعددهم 20 مفحوصا 15 من الذكور و7 من الإناث. بمتوسط عمري 39.86 وانحراف معياري 8.12 . و بمتوسط سنوات تعليم 9.54 عاما بانحراف معياري 1.89.
وكان متوسط مدة الإقامة بالمستشفى حوالي 4.72 بانحراف معياري 2.27.
أما متوسط سنوات بداية المرض فكان 25.28 بانحراف معياري 6.57.

مرضى الفصام "الغير منظم" وعددهم 22 مفحوصا 12 من الذكور و8 من الإناث. بمتوسط عمري 41.8 وانحراف معياري 6.84 و بمتوسط سنوات تعليم 10.3

وانحراف معياري 3.14، وكان متوسط مدة الإقامة بالمستشفى حوالي 4.5 بانحراف معياري 2.58، أما متوسط سنوات بداية المرض فكان 31.21

مشخصين بصفتهم فصامين- حسب المعايير التشخيصية النموذجية للأنواع الفرعية الفصامية " برانويا"

التشخيصي " (1994) و " غير منظم " التي أقرها الدليل A.P.A الصادر عن جمعية الطب النفسي D.S.M- IV الإحصائي الرابع

جميعهم كانوا تحت تأثير العلاج الدوائي النفسي العصبي، وقد استبعد الباحثين من الدراسة، الحالات اللاتي تظهر أمراض عصبية وسوابق صدمية جمجمية أو سلوكيات انحرافية ثم أخيرا الحالات المتميزة ببر وفيل معرفي متدهور.
بالنسبة للجماعة الضابطة الممثلة في الحالات السوية تم تبني نفس المعايير والشروط الخاصة بالاستبعاد من عينة الدراسة المتبعة في المجموعتين التجريبتين.

بعد ذلك قاما بتحليل صفوف المتوسطات بالنسبة للخصائص الديمغرافية المميزة لعينة الحالات النوعية الفرعية " البرانويدية " و " الغير منظمة " ، الهدف من هذا الإجراء هو للتحقق هل فعلا يمكن المقارنة بينهما أم لا ؟

تبين لهما عدم وجود فروق بينهما:-le Kruskal et Wallis - وبتطبيق اختبارا براميتريا

(. 0.319 الفا =) أي - المجموعتين التجريبتين - سواء على مستوى السن أو المستوى التعليمي (الفا = 0.46) ، أو عدد مرات الاستشفاء (الفا = 0.326).

بالنسبة للأدوات المستخدمة في الدراسة كانت كما يلي: بالنسبة للفحص والتقييم العيادي اعتمادا على المعايير التشخيصية التي أقرها الدليل التشخيصي الإحصائي الرابع (A.P.A, 1994) D.S.M.IV

- المعايير التشخيصية للحالات الفرعية " البرانويدية " و "الغير منظمة"

(أداة كيفية)، وتمت الاستعانة كذلك بتطبيق بعض المقابلات العيادية أتمها الباحثان بدراسة الملفات الخاصة بالمرضى آخذين بعين الاعتبار التشخيص المقدم من طرف الأطباء المعالجين .

ويهدف تشخيص الأشكال الفصامية " الإيجابية " " السلبية " " المختلطة " أخضع الباحثان المجموعتين التجريبتين إلى اختبار تشخيص الأعراض الإيجابية والسلبية وهو عبارة عن سلم

(Kay, Fiszbein, Opler, 1987) ألفه عدد من الباحثين P.A.N.S.S.

تحتوي بنوده على مختلف المعايير المراد قياسها، المفحوص يعتبر إيجابي إذا تحصل على نتيجة 04 نقاط أو أكثر في 03 بنود أو أكثر في السلم الإيجابي. (بنود السلم تحسب من 01 – 07 نقاط) ويعتبر سلبى إذا تحصل على نتيجة 04 نقاط أو أكثر في 03 بنود أو أكثر في السلم السلبى. فئة المفحوصين التي لا تنتمي إلى هذه المعايير تقع تحت خانة الشكل المختلط. أخيراً في المرحلة الثالثة طبق الباحثان طريقة التحليل العاملي لتقليص بنود السلم إلى مكونات أساسية تمثل العوامل والأبعاد المختلفة لمرض الفصام (A.C.P).

و لفحص وتقييم الوظائف المعرفية داخل نظام تجهيز ومعالجة المعلومات لدى المجموعتين التجريبتين تم تطبيق عدد لا بأس به من الاختبارات المعرفية والنفسية العصبية ابتداء من تقييم الوظيفة العقلية العامة من خلال النتائج المتحصل عليها في اختبار فحص الحالة العقلية العقلية الجزئية.

(Folstein, Folstein, MChugh, (Bozikas, 2004) Mini Mental State Examination 1975)

والقدرات التجريدية والتفكير الشكلي من خلال نتائج المجموعتين التجريبتين على سلم الفهم العام.

L'échelle de compréhension générale (WAIS-R, 1981)

والمعالجة الذاكرية بقياس سعة ومدى المحفوظة الذاكرية البصرية والشفهية من خلال نتائج اختبار إعادة قراءة الأرقام (Digit Span Test) (أمام – وراء) (WMS, 1997) وعدد البنود المتحصل عليها في سلم الذاكرة المنطقية وعدد الكلمات

المتحصل عليها من خلال سلم التعرف البصري على الكلمات (Alzheimer's disease Assessment Scale) (ADAS-cog, Rosen, Mohs, et Davis, 1984)

أما فيما يتعلق بالمعالجة الانتباهية البصرية كانت المؤشرات عبارة عن: عدد الأخطاء في بطاقات التداخل - اللون -

(Stroop, 1935) Stroop - الكلمة - والمرونة في اختبار وعدد مرات تداخل دلالة الألفاظ وأصواتها في الاختبارات

الفرعية الخاصة بالتعرف البصري على الكلمات. (ADAScog) ولم يستغني الباحثان على التقنيات الفاعلة في مجال أداء

المهام المعرفية البصرية وهذا من خلال فحص وتقييم الأخطاء وعدد الثابرات وعدد مرات الفشل في الاحتفاظ باستراتيجيات التصنيف وعدد المصفوفات المنجزة في اختبار تصنيف بطاقات " فيزكونسن".

(Heaton, 1981) WCST (Wisconsin Card Sorting Test) وفحص وتقييم الوظائف المعرفية البصرية

الفراغية من خلال النتائج المتعلقة بزمن ودقة إنجاز مهمة وإعادة الإنتاج (Rey, 1951) في اختبار الشكل الهندسي المركب لري

(بالنسبة للطلاقة اللفظية كان اهتمام الباحثين يتعلق بعدد البنود المنجزة ، والمكررة والدخيلة في المهمة اللفظية. تأسست المعالجة

المنهجية على ضوء مقارنة القدرات المعرفية داخل نظام تجهيز ومعالجة المعلومات لمرضى الفصام حسب ثلاثة تصنيفات :

D.S.M-IV الأول : التمييز بين النوع " البرانويدي " والنوع " الغير منظم "

الثاني: يميز الأشكال: " الإيجابية " " السلبية " و " المختلطة "

الثالث : والأخير مطابقة مجموعة الأبعاد الفصامية المنبثقة من تحليل المكونات الأساسية المطبقة على البنود (30)

P.A.N.S.S التي يحتويها سلم الأعراض الإيجابية والسلبية أما الخطوات الإحصائية فكانت من جانب: بالنسبة للمقارنة

التشخيصية النموذجية للأنواع الفرعية الفصامية تمت مقارنة القدرات المعرفية للأنواع الفرعية الفصامية بتطبيق اختبارات لا

برامترية (Et le Mann, Whitney Kruskall , Wallis)

الفروق بين المتوسطات كانت دالة عند (0.05) .

من جانب آخر: المقاربة التشخيصية المتعددة الأبعاد ، في إطار ربط النتائج المتحصل عليها في الاختبارات المعرفية والاختبارات النفس عصبية ، بالأبعاد الفصامية المختلفة ، ساعدت في الكشف عن العلاقة الارتباطية المنبثقة من A.C.P العوامل إلى مكونات أساسية بين القدرات المعرفية للحالات الفرعية والنتائج العيادية المتحصل عليها في كل بعد من الأبعاد التي يتكون منها السلم التشخيصي (تطبيق اختبار معامل ارتباط سيرمان) كل الاختبارات كانت دالة عند (0.05). وهذا لمراقبة التأثيرات المحتملة للمتغيرات الوسيطة (العمر - الجنس - المستوى التعليمي - سن بداية المرض - عدد فترات الإقامة في المستشفى) على المتغيرات المستقلة (الأشكال والأعراض الفصامية)

المتعلقة بالأداء المعرفي للأنواع (Test le Mann et Whitney) alpha وكانت النتائج كالتالي :- تبين قيم الفرعية الفصامية " البرانويدية " و " الغير منظمة " أنه لا توجد فروق في عدد هائل من الوظائف المعرفية . - لا توجد فروق دالة إحصائية على مستوى المعالجة الانتباهية البصرية والمعالجة الذاكرة وعلى المستويات المتخصصة في الطلاقة اللفظية وأداء المهمات المرتبطة بمثل المشكلات.

- توجد فروق معرفية دالة إحصائية في الفهم العام عند مستوى 0.05 ، وفي الزمن المستغرق ، لصالح النوع " البانويدي " عند مستوى 0.033 Rey لانجاز الشكل الهندسي (التجهيز الإدراكي البصري والمعالجة الذاكرة البصرية) وتظهر نتائج هذا البحث أيضا أن الفروق بين النوعين الفرعيين في الوظيفة العقلية العامة والبطء النفسي الحركي كانت لصالح الفئة الفرعية " الغير منظمة " . أما القدرات الأدائية المعرفية بالنسبة للنوعين الفرعيين على مدى واسع من الاختبارات فكانت في مستوى أقل من القدرات الأدائية التي كانت تبديها المجموعة الضابطة (الأسوياء)

- أما النتائج المؤسسة على المعايير التشخيصية النوعية المقابلة للأشكال الفصامية " الإيجابية " P.A.N.S.S - " السلبية " - " المختلطة " من خلال تطبيق سلم بينت تشكيل ثلاثة مجموعات فرعية: - حالات إيجابية وعددها (11) - حالات سلبية وعددها(15) - حالات مختلطة وعددها (16)، ولم يبين التحليل الإحصائي وجود فروق دالة إحصائية بين المجموعات الثلاث سواء فيما يتعلق بالسن (ألفا=0.34) و المستوى التعليمي (ألفا=0.766) وعدد فترات الاستشفاء (ألفا=0.924) أو سن بداية المرض (ألفا = 0.695).

ويظهر كذلك أن قيم ألفا المتعلقة بالتحليل الإحصائي بتطبيق اختبار لا براميتري (Kruskall et Wallis) تبين عدم وجود فروق دالة إحصائية بين الأشكال الثلاثة " الإيجابي " - " السلبي " - " المختلط " - في معظم الوظائف المعرفية التي أخضعت لعملية الفحص والبحث (الوظيفة العقلية العامة - التجهيز الإدراكي البصري - المعالجة الانتباهية البصرية - المعالجة الذاكرة البصرية - المحفوظة الذاكرة - الطلاقة الشفهية - المهمات التنفيذية المتعلقة بمثل المشكلات البصرية) .

- يوجد فرق وحيد دال إحصائيا على مستوى الذاكرة العاملة في اختبار قياس العد المباشر البصري واللفظي لصالح الشكل " المختلط " هذا الأخير كان أدائه أقل من الشكل **igit Span ordre direct visuel et verbal** الإيجابي (ألفا = 0.029) والشكل " السلبي " (ألفا = 0.004)

- فيما يتعلق بالنتائج المعرفية المؤسسة على المعايير المتعددة الأبعاد المرتبطة بالفحص والتقييم العيادي كانت كما يلي: من ثلاث درجات فرعية: " إيجابية " - " سلبية " - " P.A.N.S.S يتكون سلم " نفس مرضية عامة " ، وظيفة الدرجتين الأوليتين تنحصر في فحص و تقييم الأعراض " الإيجابية والسلبية " لمرضى الفصام ، الدرجة الثالثة تتكون من 16 بعدا تنحصر وظيفتها في فحص و تقييم الحالة النفس مرضية العامة P.A.N.S.S تمت الاستعانة بطريقة تحليل البنود التي تتكون منها الدرجات الفرعية المكونة لسلم

مع أخذ بعين طبعها النتائج التي تحصلت عليها المجموعتان التجريبيتان A.C.P وعددها 30 إلى مكونات أساسية في هذا السلم.

تبين من خلال نتائج بعض البحوث في هذا المجال أن الحالات الفصامية " الغير منظمة" عادة ما تشكل بعدا مستقلا مشبعا، وهناك عدد قليل من البنود التي تشكل الدرجة الفرعية " النفس مرضية العامة " ما يرتبط بدلالة مع الدرجتين الفرعيتين " الإيجابي والسلبي "

(Lindemayer et al,1994, Bell et al, 1994, Liddle et al, 1987) حساب البرنامج الإحصائي أدمج الباحثين في ورقة P.A.N.S.S لتحديد الأبعاد الأساسية التي تجتمع فيها بنود نتائج المجموعتان التجريبيتان في الدرجات الفرعية " الإيجابية- S.P.S.S-V9 الخاصة بالعلوم الاجتماعية السلبية - النفس مرضية العامة " وتحليلها إلى مكونات أساسية اعتمادا على طريقة التحليل العاملي المرتكزة على دوران فارينماكس لأن الأعراض الفصامية تظهر بشكل (Basso et al, 1998) عمودي أي واحدة تلو الأخرى Rotation Varimax

وخلصت الإجابة العملية إلى استخلاص ثلاثة مكونات أساسية وهذا ماذهبت إليه تقريبا معظم الدراسات النظرية التي ترى بضرورة إعادة بناء مرض الفصام إلى ثلاثة مكونات وأبعاد رئيسية.

(Basso et (Liddle et Morris, 1991, Liddle et al, 1989) al, 1998)

وقد لاحظ الباحثين أن منحني القيم يشير إلى أن (كوع كاتل) ينحني ابتداء من المكون الأساسي الثالث وهكذا سمحت طريقة التحليل العاملي للبنود باستنتاج ثلاثة مكونات أساسية :

الأول : يتكون من البنود الآتية

Désorientation (G10) اضطراب التوجه

Manque d'attention (G11) نقص الانتباه

Maniérisme et troubles de la posture (G5) التكلف واضطراب الوضعية

Non coopération (G8) عدم التعاون

Contenu, inhabituel de la pensée (G9) محتوى غير عادي للتفكير

Pensée stéréotypée (N7) تشتت التفكير

Désorientation conceptuelle (P2) اضطراب المفاهيم

الثاني: يتكون من البنود الآتية

Troubles de la volition (G13) اضطراب الفعل الإرادي

Évitement social actif (G16) الهروب من النشاط الاجتماعي

Dépression (G6) الاكتئاب

Ralentissement moteur (G7) البطء النفس حركي

Émoussement affectif (N1) ضعف العاطفة

Retrait affectif (N2) الانسحاب العاطفي

Repli social passif/apathique (N4) انطواء اجتماعي سلبي مع فقدان العاطفة

Absence de spontanéité et de fluidité dans la conversation (N6)

فقدان التلقائية والطلاقة أثناء المحادثة

الثالث والأخير يتكون من البنود الآتية

Tension (G4) التوتر

Idées délirantes (P1) أفكار هذيان

Activités hallucinatoires (P3) نشاط هلاسي

Excitation (P4) إثارة

Idées de grandeurs (P5) أفكار العظمة

Hostilité (P6) عدوانية

هذه المكونات الثلاثة تعكس العلاقات الارتباطية القوية التي لاحظها الباحثان بين بعض البنود التي تنتمي إلى الدرجات السلمية " الإيجابية - السلبية - النفس مرضية العامة " فهي مطابقة للأبعاد التي

P.A.N.S.S. تحتويها بنود سلم

الهدف الأساسي من هذا الإجراء المنهجي هو ربط الأبعاد الفصامية الثلاثة المنبثقة من عملية التحليل إلى مكونات أساسية بالاختبارات المعرفية والنفس عصبية المختلفة ، وهذا بإضافة نتائج المجموعتين التجريبتين في البنود الثمانية المكونة للبعد الأول ، البنود السبعة المكونة للبعد الثاني والبنود الستة المكونة للبعد الثالث ، كذلك تأسس الإجراء المنهجي الثالث خصوصا على النتائج المتحصل عليها في البنود المكونة لكل بعد وارتباطاتها مع النتائج المتحصل عليها في الاختبارات المعرفية . ولم يأخذ بعين الاعتبار نتائج البنود التي لا تنتمي أو أن ارتباطاتها ضعيفة لواحد من هذه الأبعاد.

- أما النتائج المعرفية المؤسسة على المعايير المتعددة الأبعاد المرتبطة بالفحص والتقييم المعرفي فكانت كما يلي :

أولا : الدلالات المعرفية المرتبطة بالبعد الفصامي "الغير منظم" :

حيث تلخص دلالة " سبيرمان " العلاقة بين الأبعاد الفصامية المنبثقة من طريقة التحليل إلى المكونات الأساسية ، تبين أن النتائج العيادية في البنود المكونة للبعد الفصامي " الغير منظم " من جهة مرتبطة إيجابيا بعدد الأخطاء الغير مصححة في بطاقة التداخل: $r=0.287$ ، (ألفا= 0.032) وإلى عدد الأخطاء الغير مصححة في بطاقة الطلاقة :

، إلى عدد التداخلات اللفظية Stroop $r=0.263$ (ألفا= 0.046) في اختبار تداخل اللون- الكلمة

$r=0.296$ ، (ألفا= 0.029) في سلم التعرف على الكلمات .

من جهة أخرى نفس الاختبار الإحصائي يبين علاقات ارتباطية سلبية بين نتائج البنود الفصامية " الغير منظمة " والنتائج المتحصل عليها في السلم الفرعي الخاص بالفهم العام.

$r=0.305$ ، (ألفا= 0.022) . وخلص الباحثين : أن النتائج المرتفعة في البعد الفصامي (WAIS - R)

" الغير منظم " مرتبطة باضطرابات معرفية متعلقة بالمعالجة الانتباهية البصرية (اختبار تداخل اللون- الكلمة وسلم التعرف البصري على الكلمات) وإلى اضطرابات في التفكير الشكلي (سلم الفهم العام)

ثانيا : الدلالات المعرفية المرتبطة بالبعد الفصامي "السلي" :

تبين دلالة سبيرمان أن الارتفاع في نتائج البنود " السلبية " يكون مصحوبا بأداء سيئ في جميع دلالات اختبار لكن هناك ارتباطات إيجابية تمت ملاحظتها بين البعد الفصامي " السلي" والدلالات WCST تصنيف البطاقات

WCST الآتية: عدد الأخطاء $r=0.320$ ، (ألفا = 0.019) ، عدد الأخطاء الثابتة في

$r=0.407$ ، (ألفا = 0.004) ، عدد مرات الفشل الخاصة بالاحتفاظ)

WCST باستراتيجيات التصنيف $r=0.515$ ، (ألفا > 0.000) وعدد المحاولات في

$r=0.487$ ، (ألفا = 0.001)

من جانب آخر تمت ملاحظة ارتباط سلبى بين ارتفاع النتائج في البعد الفصامي السلي وفي عدد المصنفات المنجزة

. $r=0.285$ ، (ألفا = 0.034)(WCST) في

في نفس الوقت، نتائج مرتفعة في البنود المطابقة للبعد " السلي " مصحوب باستهلاك كبير $r=0.267$ (ألفا = 0.044) وإنتاج

مهم للبنود المكررة في الطلاقة اللفظية للوقت في إنتاج الشكل الهندسي Rey

$r = 0.346$ ، (ألفا = 0.012).

كذلك البعد " السلبي " يرتبط سلبيا بعدد الأخطاء المصححة في بطاقة التداخل.

$r = -0.312$ ، (ألفا=0.022) ، بعدد الأخطاء الغير مصححة في بطاقة الطلاقة.

$r = -0.349$ ، (ألفا = 0.012) في اختبار تداخل اللون - الكلمة ، وبعدد الإجابات الطائفية والدخيلة في مهمات الطلاقة

اللفظية $r = -0.264$ ، (ألفا = 0.046)

ثالثا : الدلالات المعرفية المرتبطة بالبعد الذهاني :

النتائج المتحصل عليها في البنود المكونة للبعد الذهاني مرتبطة سلبيا بنتائج المتحصل عليها في مستوى المحفوظة الذاكرية ذات التنظيم المباشر.

L'empan mnémorique verbal ordre directe WAIS-R

Rey $r = -0.304$ (ألفا = 0.025) وبالزمن المستغرق في إنتاج الشكل الهندسي المركب

(Bejaoui et Pedinielli, 2008) $r = -0.267$ ، (ألفا = 0.044).

خلاصة:

كخلاصة لما سبق يمكننا القول أن المعايير التشخيصية النموذجية للأنواع الفرعية الفصامية ليست في مستوى تمييز الجانب

المعرفي، على العكس المعايير المتعددة الأبعاد والامريكية تعزز إنشاء ارتباطات بين الأبعاد العيادية والأنماط النوعية للاضطرابات المعرفية الفصامية .

وتبقى نتائج هذه الدراسة محدودة خاصة فيما يتعلق بالعينة ، وهذا لعدم إدخال الأنواع الفرعية الفصامية الأخرى في الدراسة .

لتبقى مهمة الباحثين سارية المفعول و ملححة في دراسة العلاقة الارتباطية بين الأعراض العيادية والاضطرابات المعرفية لمرضى الفصام.

البيبلوغرافيا:

ADDINGTON, J., ADDINGTON, D., and MATICKATYNDALE, E. (1991). *Cognitive functioning and positive and negative symptoms of schizophrenia. Schizophrenia Research, 5, p. 123-134.*

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1994). *Edition Française. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (D.S.M.-IV) Paris : Masson, 1996.*

AMIR, N. and FEUER, C.A. (1998). *Assessment of psychopathology: nosology and etiology, p. 169-188. In BELLACK, A.S., and HERSEN, M. (éds). Comprehensive clinical psychology, Volume 3: research and methods, Elsevier Science.*

ANDREASEN, N.C. (1982). *Negative symptoms inschizophrenia; definition and reliability. Archives of General Psychiatry, 39, p. 784-788.*

ANGRIST, B., ROTROSEN, J., and GERSHON, S. (1980). *Differential effects of neuroleptics on positive versus negative symptoms in schizophrenia. Psychopharmacology, 72, p. 17-19.*

- BASSO, M.R., NASRALLAH, H.A., OLSON, S.C., and BORNSTEIN, R.A. (1998).** Neuropsychological correlates of negative, disorganized and psychotic symptoms in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 31, p. 99-111.
- BAXTER, D., and LIDDLE, P.F. (1998).** Neuropsychological deficits associated with schizophrenic syndromes. *Schizophrenia Research*, 30, p. 239-249.
- BELL, M.D., LYSAKER, P.H., GOULET J.G., MILSTEIN, R.M., and LINDERMAYER, J.P. (1994).** Five component model of schizophrenia: factorial invariance of the P.A.N.S.S. *Psychiatry Research*, 52, p. 295-303.
- BELLACK, A.C., WEINHARDT, L.S., GOLD, J.M., and GEARSON, J.S. (2001).** Generalization of training effects in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 48, p. 255-262.
- BERMAN, I., VIEGNER, B., MERSON, A., ALLAN., E., PAPPAS, D., and GREEN, A.I. (1997).** Differential relationships between positive and negative symptoms and neuropsychological deficits in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 25, p. 1-10.
- BISSETTE, G., and NEMEROFF, B. (1995).** The neurobiology of neurotension. In **BLOMM, F.E., and KUPFER, D.J.** *Psychopharmacology: the fourth generation of progress*, NY, Raven Press.
- BORNSTEIN, R.A., NASRALLAH, H.A., OLSON, S.C., COFFMAN, J.A., TORELLO, M., and SCHWARZKOPT, S.B. (1990).** Neuropsychological deficit in schizophrenic subtypes: paranoid, non paranoid and schizoaffective subgroups. *Psychiatry Research*, 31, p. 15-24.
- BREBION, G., AMADOR, X., SMITH, M.J., and GORMAN, G.M. (1997).** Mechanisms underlying memory impairment in schizophrenia. *Psychological Medicine*, 27, p. 383-393.
- BUCHANAN, R.W., HILSTEIN, C., and BREIR, A. (1994).** The comparative efficacy and long-term effect of clozapine treatment on neuropsychological test performance. *Biological Psychiatry*, 3, p. 717-725.
- CARPENTER, W.T., HEINRICHS, D.W., and WAGNER, A.M.I. (1989).** Deficit and non-deficit forms of schizophrenia: the concept. *Journal of Psychiatry*, 145, p. 578-583
- COHEN, J. D., and SERVAN-SCHREIBER, D. (1992).** Context, cortex and dopamine: a connectionist approach to behavior and biology in schizophrenia. *Psychological Review*, 99 (1), p. 45-77.
- CUESTA, M.J., and PERALTA, V. (1995).** Cognitive disorders in the positive, negative and disorganization syndromes of schizophrenia. *Psychiatry Research*, 58, p. 227-235.

- DANION, J.M. (1993).** *Les troubles de la mémoire dans la schizophrénie. In congrès de psychiatrie et de neurologie en langue française. Rapport de psychiatrie, III, p. 173-207.*
- FINKELSTEIN, R.J. (1983).** *Distractibility among paranoid and non-paranoid schizophrenics using subtests matched for discriminating power. British Journal of Clinical Psychology, 22, p. 237-244.*
- FLEMING, K., GOLDBERG, T.E., GOLD, J.M., and WEINBERGER, D.R. (1995).** *Verbal working memory dysfunction in schizophrenia: use of the Brown Peterson Paradigm. Psychiatry Research, 56, p. 155-161*
- FOLSTEIN, M.F., FOLSTEIN, S.E., and MCHUGH, P.R. (1975).** *‘Mini Mental State’ a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. Journal of Psychiatry, 12, p. 189-199.*
- FREUD, S. (1914).** *Pour introduire le narcissisme. In la vie sexuelle, Paris, PUF, 1985, p. 81-105.*
- FRITH, C.D. (1992).** *Neuropsychologie cognitive de la schizophrénie. PUF : Traduction Pachoud, B., Bourdet, C. Pp. 197.*
- GEORGIEFF, N. (1995).** *Recherches cognitives et schizophrénie, 207-255. In DALERY, J., D’AMATO, T. (éds). La schizophrénie: recherches actuelles et perspectives, Paris, Masson: Collection Médecine et psychopathologie, 292 p.*
- GOLDBERG, T.E., WEINBERGER, D.R., (1995).** *One case against subtyping in schizophrenia. Schizophrenia Research, 17, p. 147-152.*
- GOLDBERG, T.E., GOLD, G.M., GRENNBERG, R.D., and al., (1993).** *Contrast between patients with affective disorders and patients with schizophrenia. Neuropsychological test battery. American Journal of Psychiatry, 150, p. 1355-1362.*
- GOLDEN, C.J., MOSES, J.A., ZELAZOWSKI, R., GRABER, B., ZATZ, L.M., HORVATH, T.B., BERGER, P.A. (1980).** *Cerebral ventricular size and neuropsychological impairment in young chronic schizophrenics. Archives of General Psychiatry, 37, p. 619- 623.*
- GRAY J. A., FELDON J., RAWLINS N.P. (1991).** *The neuropsychology of schizophrenia. Behavior British Science, 14, p. 1-84.*
- HARDY-BAYLE, M.C. (1994).** *Traitement de l’information et troubles mentaux. In traité de psychopathologie. WIDLOCHER, D. (directeur d’édition). PUF. Pp1005.*
- HEATON, R.K., (1981).** *A Manuel for Wisconsin Card Sorting Test. Psychological Assessment ressources, Odessa, F.L.*
- HOFFE, A., RIODAN, H., O’DONNELL, D.W., MORRIS, L., DELISI, L.E. (1992).** *Neuropsychological functioning of first-episode schizophreniform patients. American Journal of Psychiatry, 149, p. 898-903.*

HOWANITZ, E., CICALESE, C., HARVEY, P.H.D (2000). *Verbal fluency and psychiatric symptoms in geriatric schizophrenic. Schizophrenia Research, 42,*
p. 167-169.

KAPLAN, R.D., SZECHTMAN, H., FRANCO, S., SZECHMAN, B., NAHMIAS, C., GARETT, E.S., LIST, S., CLEGHOR, J.M., (1993). *Three clinical syndromes of schizophrenia in untreated subjects: relation to brain glucose activity measured by positron emission tomography (PET). Schizophrenia Research, 11, p. 47-54.*

KAY, S.R., FISZBEIN, A., OPLER, L.A. (1987). *The positive and negative syndrome Scale (P.A.N.S.S.) for schizophrenia. Schizophrenia Bulletin, 13, p. 261-276.*

KENDLER, K.S., DEHL, S.R. (1993). *The genetics of schizophrenia: a current epidemiologic perspective. Schizophrenia Bulletin, 19, p. 261-285.*

KOLB, B., WHISHAW, I.Q. (1983). *Performance of schizophrenic patients on test sensitive to left or right frontal, temporal, parietal function in neurological patients. Journal of Nervous and Mental Disease, 171 (7), p. 435- 443.*

KREMEN, W.S., SEIDMAN, L.J., GOLDSTEIN, J.M., FARAONE, S.V., TSUANG, M.T. (1994). *Systematized delusions and neuropsychological function in paranoid and nonparanoid schizophrenia. Schizophrenia Research, 12, p. 223-236.*

KURTZ, M.M., RAGLAND, J.D.W., BIILKER, C.R., GUR, R.F. (2001). *Comparison of the continuous performance test with and without working memory demands in healthy controls and patients with schizophrenia, 48, p. 307-316.*

LEVIN, S., YURGELUN-TODD, D., CRAFT, S. (1989). *Contributions of clinical neuropsychology to the study of schizophrenia. Journal of Abnormal Psychology, 98 (4), p. 341-356.*

LIDDLE, P.F., MORRIS, D.L., (1991). *Schizophrenia syndromes and frontal lobe performance. British Journal of Psychiatry, 158, p. 340-345.*

LIDDLE, P.F., BARNES, T.R.E., MORRIS, D.L., HAQUE, S (1989). *Three syndromes in chronic schizophrenia. British Journal of Psychiatry, 155 (supp 7), p. 119-122.*

LINDENMAYER, J.P., BERNSTEIN-HYMAN, R., GROCHOWSKI, S. (1994). *Five-factor model of schizophrenia: initial validation. Journal of Nervous and Mental Disease, 182, p. 631-638.*

MCDANIEL, WF., HEINDEL, C.S., HARRIS, D.W. (2000). *Verbal memory and negative symptoms of schizophrenia revisited. Schizophrenia Research, 41(3), p. 473-475.*

- MCGURK, S. R., MORIARTY, P.J., HERVEY, P.H.D., PERRALLA, M., WHITE, L. (2000).** *The longitudinal relationship of clinical symptoms, cognitive functioning and adaptive life in geriatric schizophrenia. Schizophrenia Research, 42, p. 47-55.*
- Moez Bejaoui et Jean-Louis Pedinielli (2008).** *Troubles cognitifs de la schizophrénie Critères diagnostiques typologiques et multidimensionnels. Psychologie de l'Interaction, n° spécial AIPPC 25&26, 11-53*
- MORRISSON-STEWART, S.L., WILLIMSON, P.C., CORNING, W.C., KUTCHER, S.P., SNOW, W.G., MERSKEY, H. (1992).** *Psychological Medicine, 22, p. 353-359.*
- OSTERRIEH, P.A. (1944)** *Le test de copie d'une figure complexe. Archives de Psychologie, 32, p. 672-674*
- VAN KNORRING, L., LINDSTROM, E. (1995).** *Principal components and further possibilities and the P.A.N.S.S. Acta Psychiatrica Scandinavia, 91, p. 5-10*
- WATZLAWIK, P., HEMLICH, B. J., JACKSON, D.D. (1972).** *Une logique de communication. Edition du Seuil. Paris*
- ZALEWSKI, C., JOHNSTONE-SELFRIDGE, M.T., OHRINER, S., ZARELLA, K., SELZER, J.L. (1998).** *A review of neuropsychological differences between paranoid and non paranoid schizophrenia patients. Schizophrenia, Bulletin 24 (1), p. 127-145*