

مقاربة وبائية للفصام

كورو غلي محمد لمين

كلية علم النفس وعلوم التربية
جامعة قسنطينة2، عبد الحميد مهري - الجزائر

ملخص

تمثل الاضطرابات الذهانية مجالا واسعا من الدراسات التي تهدف إلى استقصاء سيرورات هذه الاضطرابات العقلية والغرض من ذلك تطوير أحسن أشكال التكفل. يمثل الفصام إحدى هذه الذهانات التي لازالت تشد انتباه الباحثين. في هذا المقال تم التطرق إلى جانب الأشكال العيادية للفصام ومختلف مسبباته واستراتيجيات التكفل، مدى انتشار الفصام ونسبة حدوثه. الكلمات المفتاحية: الفصام ، المقاربة الوبائية، الانتشار، التكفل.

Abstract

Psychotic disorders represent a wide field of study and research that aim at exploring the processes in order to develop the best care strategies.

Schizophrenia represents one of those psychoses that always capture the researcher's attention.

In this article are tackled the clinical forms, the multiple etiologies and care strategies, and the incidence and prevalence of schizophrenia.

Keywords: Schizophrenia, Epidemiological approach, Prevalence, Care.

مقدمة

تناول Kraepelin الفصام لأول مرة في سنة 1896 حيث ميز بينه من جهة وبين الذهان الهوسي الاكتئابي وأطلق على الجدول العيادي

لهذا الاضطراب مصطلح العته المبكر ، بناء على أن هذا المرض يبدأ مبكرا عند الشباب.

في سنة 1911 وظف Eugen Bleuler مصطلح العته المبكر للإشارة إلى المرض الذي تناوله Kraepelin وتطرق إلى مختلف أشكال الفصامات، باعتبار أن هذا المرض لا يمثل جدولا عياديا واحدا بل مجموعة من الاضطرابات المختلفة لها تعبير ظاهراتي نمطي متشابه. وبعد مرور أكثر من قرن من البحوث والدراسات في هذا المجال، لا يزال الغموض يسود هذا الاضطراب، ما يشكل دافعا قويا وحافزا للعلماء الراغبين الكشف عن خبايا هذا الاضطراب.

ويعتبر الفصام اليوم على أنه اضطرابا عقليا متعدد العوامل، أهمها العامل الوراثي إضافة إلى التفاعلات العديدة بين القابلية الوراثية للتعرض للمرض وعوامل بيئة الفرد. (1)

- مفهوم الفصام:

الفصام هو اضطراب عقلي خطير ومزمن ينتمي إلى فئة الذهانات ويظهر أساسا بين المراهقين حيث يصيب 01% من المجتمع العام. وكغيره من الاضطرابات الذهانية يتميز بفقد الصلة بالواقع وإنكاره وبالتالي رفض العلاج. (2)

ومن أكثر الأعراض شيوعا الهلوسات والهلوسات والهلوسات والهلوسات، صف إلى ذلك التفكك الذي يعد من بين العناصر الأساسية لتشخيص الفصام.

ولقد ارتبطت كافة التصنيفات الدولية للفصام - في غياب تأكيدات عن الأسباب الحقيقية وراء ظهور هذا المرض- بالنموذج التفسيري المتعلق بتناذر متعدد الأسباب إضافة إلى أنماط تطويرية متغيرة والخاصة بالعوامل الوراثية والعضوية والاجتماعية والثقافية.

وما تهدف إليه البحوث الراهنة في هذا المجال هو تحديد مجموعات جزئية متجانسة داخل الفصام. يتم تصنيف المرضى عموما حسب شكل الفصام ومدة استشفائهم وكذا المحور شبه عظامي- غير شبه عظامي أو

البعد التفاعلي للسيرورة المرضية. وفي هذه الحالة تظهر الأصناف الأربعة التقليدية (الفصام البسيط، الفصام الشبه عظامي، الفصام التخشبي وخبل البلوغ) لا حاجة لها.

تقود الدراسات الوراثية إلى اقتراح طيف الفصامات (مزمن، حاد، حالات حدية وشخصية غير متوافقة). (3)

- الأعراض:

يتفق أغلب الباحثين في تعريفهم للفصام كونه وجود الأفكار الهذيانية والهوسات والهياج المتمثل في اضطرابات السلوك إلا أن الأهمية المعطاة لكل عرض من هذه الأعراض متباينة من تصنيف لآخر.

يبقى بالتحديد العرض الأساسي أثناء التشخيص هو التفكك ، كما تبقى عوامل أخرى للتشخيص محل نقاش خاصة لما يتعلق الأمر بالسيرورة التطورية للاضطراب أي بمعنى آخر طريقة بداية المرض ومدة ظهور الأعراض اللازمة لتأكيد التشخيص. (4) وتصنف الأعراض حسب ما يلي:

1- التفكك:

ويعني هذا فقد الوحدة النفسية، ما يترتب عنه تفكك الترابطات بين الأفكار والعواطف والمواقف، فيصبح التفكير غامضا ومتقطعا وأحيانا ينجم عنه أحيانا كلام غير منطقي يتعذر تتبعه.

كما يفقد التعبير اللغوي وظيفته الاتصالية ليصبح التعبير العاطفي لا علاقة له بالواقع وكذا يكون الاتصال مع الآخر باردا، زد إلى ذلك ظهور التجاذب الوجداني.

تدل السلوكيات الغريبة والمبهمة أحيانا وغير الموجهة نحو هدف واضح ومفهوم على انعدام التنظيم لدى الفصامي.

2- الهذيات والهوسات:

يتعلق الأمر باضطراب مجرى الفكر حيث أن ما يقوله الفصامي لا ينطبق تماما مع الواقع فيقول مثلا أنه تحدث مع القمر.

هذا الهذيان غامض، غير مركب وغير مبني بشكل صحيح وغير منسق حيث أن الأفكار الهذيانية عديمة الارتباط بالواقع.

تتطور هذه الأعراض نحو الأزمان مع فترات من انخفاض شدتها، مرتكزة أساسا على هلوسات صوتية مع آلية عقلية بحيث تتكرر هذه الهلوسات - في أغلب الأحيان- بشكل غير مباشر كمواقف استماع، تعليق الكلام، التعبير عن الخوف أو التفاعؤ، التحدث مع النفس بصوت مرتفع، كما يمكن أيضا ظهور ميكانيزمات هذيانية أخرى كالحدس والتأويل والتخيل وغيرها.

أما بالنسبة لمواضيع الهذيانات فيمكن أن تظهر على شكل مواضيع مختلفة كاضطهاد أو هذيانات دينية أو هذيانات العظمة أو هذيانات التحول الجسدي مما يجعل هذا النشاط الهذيانى يترافق بقلق كبير أو على عكس ذلك يتجاهله الفصامي.

3- الأعراض السلبية أو الانقاصية:

تتمثل في سحب استثمار الواقع والميل للانطواء وتراجع القدرات العقلية في التفكير والكلام ورد الفعل والتي كان الفصامي يمتلكها قبل إصابته بالمرض. كما يلاحظ انخفاض التفاعلات العاطفية واضطرابات معرفية على مستوى التركيز والانتباه والذاكرة والقدرة على التجريد.

(5)

- الإصابة بالمرض:

يمكن لنفخات هذيانية (ذهان حاد يميزه ظهور مفاجئ لهذيان متعدد الأشكال)، أو اضطراب مزاج (مزاج مكتئب أو مزاج مرح أو كلاهما) وكذا مرور إلى الفعل كمحاولة انتحار أو هروب أو جنحة، يمكن لأحد هذه الأعراض أن تشكل دليلا على الإصابة بالفصام.

إن وجود الأعراض التفككية والهذيانية والانقاصية غالبا ما تكون عرضا للإصابة بالفصام، حيث تظهر الاضطرابات بشكل تطوري كما قد تختفي الأعراض الفصامية خلف اضطراب في السلوك الغذائي الذي يتنوع بين القهم والشراهة أو الإدمان أو في صورة أعراض اكتئابية لا نمطية أو اضطرابات وسواسية قهرية.

وحوصلة لما سبق، يمكن القول بأن أي تغير في السلوك والوظائف والطبع المعبر عنه بسلوكيات غريبة وانقطاع الاتصال بالواقع بالخصوص لدى المراهقين يستلزم حتما رأيا طبيا خاصا، إضافة إلى الدور الأساسي للمحيط العائلي لما له من أهمية بالغة في متابعة حياة أعضائه. (6)

- التشخيص:

يقوم تشخيص الفصام على مجموعة من الأعراض ذات التطور المزمّن، فلا يوجد عرض محدد وإنما الربط بين مجموعة متعددة من الأعراض التي ستسمح بتشخيص الحالة قيد الفحص. كما أن عامل الوقت يلعب دورا مهما كون تطور الحالة يطرح أحيانا مشكلة إعادة التشخيص.

تقترح التصنيفات الدولية للأمراض كتصنيف المنظمة العالمية للصحة (CIM 10) أو تصنيف الجمعية الأمريكية للطب العقلي (DSM) مجموعات تحتاج إلى وجود عدد من الأعراض على فترة زمنية محددة أو كافية للوصول إلى احتمال إحصائي هام لتشخيص الحالة قيد الفحص.

سمح هذان النسقان للتصنيف بوضع تشخيص للمرض وتجميع الاختلافات بين المدارس والتي تعتبر في غاية الأهمية عند البحث في هذا المجال. (7)

نشرت منظمة الصحة العالمية في سنة 1973 بنشر دراسة حول الفصام بمعية تسع دول وهدف هذه الدراسة هو تحديد محتوى وشكل تناذر الفصام في مختلف أنحاء العالم فقبل التطرق إلى الأسباب والعلاج

يجب أولاً ضبط التشخيص. وبمساعدة ثلاثة طرق تشخيصية وهي التقييم العيادي، طريقة «s» «categor classe»، والتصنيف عن طريق الحاسوب McKeon تم التوصل إلى تعريف مجموعة من الفصامين حيث ظهر التشخيص متوافقاً وفق أساليب التشخيص سألقة الذكر.

فأفراد عينة الدراسة يمتلكون الخصائص المرضية النفسية التالية:

97% ينقصهم الاستبصار؛ 74% لديهم هلوسات صوتية؛ 70% يسمعون أصواتاً، 70% يملكون أفكاراً مرجعية، 67% يملكون هذياناً مرجعياً، 66% شكاكون، 66% وجدانهم مسطح، 64% يسمعون أصواتاً تكلمهم، 64% مزاجهم معكر، 64% يعانون من هذيان اضطهاد، 64% يعانون من غموض التفكير (وصف غامض للأشياء)، 52% تفكيرهم منحاز، 50% يسمعون تفكيرهم يتكرر بصوت عالي، 48% لديهم انطباع هذيانى بأنهم مراقبون، 44% يسمعون أصواتاً تصدر جملاً كاملة، 43% لديهم تنشئة اجتماعية فقيرة. أما بالنسبة للتوزيع فـ 80% من المرضى هم أقل من 34 سنة منهم 56% رجال و 44% نساء و 64% منهم عزاب . (8)

- الانتشار:

يصيب الفصام عموماً 01% من المجتمع العام ينتشر في جميع العالم ويستهدف مختلف الفئات الاجتماعية ويظهر نسبياً لدى الفئة العمرية ما بين 15-25 سنة.

كما تشير الدراسات الوبائية إلى أن الإصابة بالمرض تكون بصفة مبكرة لدى الذكور مقارنة بالإناث وفي المقابل نادراً ما توجد أشكال عيادية ذات ظهور متأخر في الخمسينات من العمر وظهورها في هذه السن يبدو أكثر انتشاراً لدى الإناث. (9)

يتراوح انتشار الفصام بين 0.3% و 0.7% حسب DSM-V مع التنويه إلى وجود تنوعات عرقية حسب البلدان والأصول الجغرافية بالنسبة للمهاجرين. كما تختلف الإصابة حسب الجنس باختلاف المجتمعات والعينات، فعلى سبيل المثال نسبة الإصابة هي أكثر ارتفاعاً

عندما يتعلق الأمر بدراسة الأعراض السلبية ومدة المرض (مرتبطة على الأقل بتنبؤ جيد)، بينما الأخطار متكافئة بالنسبة للجنسين إذا ضم تعريف المرض الأعراض العاطفية ومدة ظهور الأعراض (مرتبطة بتنبؤ أفضل). (10)

في غياب إحصائيات وبائية دقيقة ورسمية عن الفصام في الجزائر، تم تقديم هذه النسب على مستوى العالم.

النماذج التفسيرية للفصام:

تطرقت العديد من النماذج التفسيرية إلى الفصام غير أنها لم تحقق تفسيراً كاملاً للمرض بمفردها، كما أن البعض من محاولات الربط بين هذه النماذج التفسيرية الموجودة تنزع في معظمها إلى الدفاع عن وجهة نظر معينة دون الأخذ بالحسبان باقي وجهات النظر التي تناولت هذا الاضطراب. (11)

1- النموذج الوراثي:

كشفت الدراسات المنصبة على عينة التوأم والأطفال المتبنين أنه يوجد بالتأكيد انتقال وراثي مساعد للإصابة بالفصام لدى التوأم حتى وإن كان مرتفعاً في بيئات مختلفة، كما لوحظ أيضاً ارتباط بين الآباء البيولوجيين على عكس حالة الآباء المتبنين.

2- النموذج البيولوجي:

واصل الباحثون في هذا المجال انطلاقاً من عدة دراسات فحص عملية الأيض خاصة على الكاتيكولامينات والإندولامينات والتفاعلات المناعية وغيرها.

3- نموذج النفسي الدينامي:

تحاول هذه المقاربة إعطاء معنى للأعراض انطلاقاً من المفاهيم والنظريات المفسرة للدينامية النفسية الشخصية للمريض.

فمنذ سنة 1914، اقترح Freud مفهوم الذهان الذي يظهر انسحاب الاستثمار الليبيداوي للعالم الخارجي متبوعا باستثمار مفرط للبيدو الأنا وفي محاولة مرضية لإعادة بناء هذا العالم الخارجي المفقود تظهر إعادة استثمار الواقع شبه العظامي. (12)

ومنذ ذلك الحين، أدرجت العديد من المفاهيم حيث احتل ميكانيزم نبذ إسم الأب مركز الذهان حسب Lacan واقترح Arieti في سنة 1974 مفهوم النكوص التيولوجي التطوري، كما لعب أنصار Lacan في المملكة المتحدة ومدرسة علم نفس الأنا في الولايات المتحدة الأمريكية دورا مهما في دراسة العدوانية ودورها في نشوء الذهان.

يؤكد Sullivan على أهمية العلاقات الداخلية الشخصية المضطربة والتي يتعلمها الفصامي في عائلته وحياته الاجتماعية.

4- النموذج النسقي:

يقوم هذا النموذج على نظريات الاتصال وعلى نظرية الأنساق والتي تضع الفصام داخل شبكة تفاعلات مولدة للمرض في العائلة.

5- النموذج الاجتماعي:

لوحظ أن التوزيع الجغرافي للفصاميين يتواجد في المناطق البعيدة عن وسط المدن، ويصيب فئات اجتماعية هشة حيث غالبا ما يؤدي بهم مرضهم إلى الانعزال الاجتماعي وإلى تعمق انطوائهم في ظل نقص السند والترابطات الاجتماعية.

يبين تعدد هذه النماذج التفسيرية مدى تعقيد الفصام الذي لازال محل استقصاء معمق لمعرفة أسبابه ومن ثمة كيفية علاج الفصام وإعادة إدماجه اجتماعيا.

الأشكال العيادية:

عرفت أشكال الفصام تطورا تجدر الإشارة إليه، فالبحت عن أشكال عيادية للفصام أو أنماطه الفرعية بدأ قبل أن يصف Kraepelin الفصام ولحد الآن استطاعت ثلاثة أقسام البقاء وهي:

- الفصام التخشبي (التناوب بين الهياج وعدم الحركة)؛
- خبل البلوغ (عدم التنظيم وعدم النضج العاطفي)؛
- الفصام شبه العظامي (هذيان العظمة والاضطهاد).

يرتكز البحث على هذه التصنيفات لأن الفروقات بينها قابلة للتعين فعلى سبيل المثال خبل البلوغ أكثر تشاؤما من باقي الأنماط الفرعية الأخرى بينما يبدي المصابون بالفصام التخشبي بعض التطور ورد فعل متوقع نحو العلاج.

ونظرا لأهمية هذه الأنماط الفرعية، فقد أدمجها DSM-IV في تصنيفه للفصام لكن يخرج من هذا الجدول العظام بحكم أن قدرات الأفراد المصابين المعرفية والعاطفية تبقى سليمة نسبيا، فحديثهم عموما يبقى منظما والتنبؤ بتطور المرض أحسن عموما من الأنماط الأخرى للفصام.

فهلوساتهم وهذياناتهم عادة متمحورة حول موضوع واضح وهو إما اضطهاد أو عظمة وكذا محكات التشخيص لـ DSM-IV بالنسبة للفصام نوع العظام يتميز بالاهتمام بهذيان أو عدة هذيانات أو واردا هلوسات سمعية لكن دون وجود حوار غير منظم أو سلوك تخشبي أو غير منظم ولا وجدان مسطح أو غير متوافق.

وعلى عكس الفصام من نوع العظام فإن الفصام من النوع غير المنظم يضم اضطرابات مهمة في اللغة والسلوك وكذا ظهور الوجدان المسطح أو غير المتوافق كالضحك بشكل طفولي وغير لائق، وفي حالة وجود هلوسات أو هذيانات فإنها في نوع الفصام شبه العظامي تكون منظمة حول موضوع معين لكن أكثر تفككا.

هذا النمط يسمى بخبل البلوغ وكذا يميل الأفراد الذين يتم تشخيصهم إلى إظهار أعراض مبكرة للصعوبات والمشاكل التي غالبا ما تكون مزمنة دون تراجع في الأعراض الذي يطبع باقي الاضطرابات.

إضافة إلى تبني سلوكيات حركية فردية تعتمد على البقاء في وضعيات ثابتة أو إبداء معارضة ومقاومة متصلبة، فالأفراد المصابين

بفصام تخشبي يظهرون أحيانا إيماءات وجه وحركات جسمية غريبة وغالبا ما يقلدون ما يقوله الآخرون ويكررونه وكذلك هو الحال بالنسبة للحركات (صدى الحركات/ صدى الأصوات).

هذه المجموعة من السلوكيات هي نادرة نسبيا وفي الوقت الراهن هناك نقاش حول أهمية الاحتفاظ بهذه السلوكيات في تصنيف منفصل عن الأنماط الفرعية للفصام، فندرة هذه السلوكيات يمكن أن تعود جزئيا إلى فعالية مضادات الذهان، أما عن المرضى الذين لا تستجيب أعراضهم لهذه الأنماط الفرعية فيدرجون ضمن فئة الفصام غير المتميز، فهم يعانون من أعراض الفصام ولكن هذا غير كافي بالنسبة لمحاكات التشخيص الضرورية لتصنيفهم في النمط شبه العظامي، غير المنظم أو التخشبي.

أما بالنسبة للأفراد الذين يعيشون فترة من الفصام ثم لا تظهر الأعراض مرة أخرى فيدرجون في فئة الفصام المتبقى وفي الوقت الذي لن تعاود فيه الهلوسات والهلذيات الظهور إلا أنه يمكنهم إظهار بعض الأعراض كالمعتقدات السلبية أو الأفكار الغريبة التي لا يمكن تصنيفها على أنها هذيانية.

يمكن أن تتضمن هذه الأعراض المتبقية الانطواء الاجتماعي، الأفكار الغريبة، عدم النشاط وإنهاك الوجدانات.

يصادف هذا النوع من الفصام المتبقى بوصفه تظاهر الأفراد بأعراض مرتبطة بالفصام دون خطورة تذكر تضمنها جميع طبقات DSM. (13)

- العلاج:

مر علاج الفصاميين بعدة طرق فمثلا في القرن 18م كان العلاج يتم بتدخل جراحي بدائي على مستوى المخ الذي كان يعتقد أنه سبب في السلوكيات المضطربة، ورغم هذا التدخل البدائي الذي يظهر في هذا الشكل العلاجي إلا أنه غير بعيد عن استئصال الفص ما قبل الجبهي

الذي كان يمارس في الخمسينات من القرن 20م على الأشخاص الفصاميين.

تعتمد هذه التقنية على فصل الفصوص ما قبل الجبهية عن الجزء السفلي للمخ مما يتسبب في تهدئة المرضى أحيانا لكن ينجم عنه على الأقل نقائص معرفية وعاطفية. وحتى اليوم لازالت هذه الممارسات الجراحية للقضاء على أعراض الفصام موجودة ففي كينيا، المعالجون من قبائل kisii يسألون المرضى عن الموقع في الرأس الذي يسمعون فيه أصواتا تكلمهم (هلوسات سمعية) ثم ينومونهم ويفتحون جزء من الجمجمة للوصول إلى موقع الأصوات الذي حدده المريض. (14)

وفي الوقت الراهن، يكمن علاج الفصام في وصف مضادات الذهان التي تختلف في قدرتها على تخفيف أعراضه لعدد من المرضى، فهي تؤخذ عادة مع علاجات أخرى تهدف إلى الوقاية من الانتكاسات وتعويض النقائص وكذا تحسين تعاون المريض مع علاجه الدوائي.

أما عن العلاج النفسي الاجتماعي، فإن عدد من المعالجين يرى أن الفصاميين قادرين على استبطان دور ماضيهم الذي يمكن أن يقودهم إلى تسيير وضعهم الحالي، وفي الوقت ذاته وحيث أن العياديين يتبنون المقاربة النفسية الدينامية فإنهم يواصلون استعمال هذا النمط من العلاجات.

ورغم مفعول الأدوية إلا أن المشاكل تظهر من حيث تأثيرها واستعمالها المنتظم والانتكاسات ما دفع ببعض الدراسات الحديثة إلى اقتراح مقاربة في العلاج النفسي الاجتماعي تتضمن:

أولا: استشفاء المفصوم للخضوع لعلاج دوائي بمضادات الذهان.

ثانيا: التدريب على اكتساب قدرات اجتماعية، يقوم المعالج هنا بإعادة تعليم الفصامي عادات اجتماعية أساسية كتلك الضرورية لتحقيق تبادل لفظي وإثبات الذات وكذا بناء علاقة.

كما يمكن أن يتطور العلاج إلى التدخل في المحيط العائلي فمن المنطقي التساؤل حول إمكانية مساعدة عائلة الفصامي في تخفيض مستوى تعبيره العاطفي وإلى أي مدى يمكن لهذا التخفيض أن يكون له نتيجة في تخفيض الانتكاسات.

وقد استعمل هذا العلاج بهدف تعليم العائلات تقديم سند أكبر للفصاميين من أبنائهم فيتم إعطاء أفراد عائلة الفصامي معلومات حول المرض وعلاجه وإزالة الشعور بالذنب لديهم في حال اعتقادهم بأنهم هم سبب إصابته بالمرض.

كما يتم تعريفهم بمضادات الذهان وتأثيراتها وآثارها الثانوية وكذا معلومات لتحسين الاتصال بطريقة تزيد من قدرة استماعهم وكذا تعليمهم كيفية التعبير عن أحاسيسهم السلبية بطريقة بناءة وكذا تعلم تقنيات حل المشاكل بهدف تسهيل حل الصراعات.

يتمثل العلاج الأكثر انتشارا في الصين، في تناول مضادات الذهان رغم أن 07% إلى 09% من المرضى يفضلون الأدوية التقليدية على أساس الأعشاب والتأبير، ويميل الفصاميون في هذا البلد للعلاج في البيت أكثر من المستشفى لأسباب ثقافية واقتصادية في وقت واحد.

(15)

الهوامش

1. Pierre Lalonde et Frédéric Grunberg, Psychiatrie clinique : approche contemporaine, édition Gaëtan marin et associés, Québec Canada, mai 1982, p.251.
2. Pierre Lalonde et Frédéric Grunberg, op-cit P.253.
3. Pierre Lalonde et Frédéric Grunberg, op-cit P.253.
4. Marie-Christine, Hardy-Bayle, Psychiatrie, Inter-Med Doin éditeurs, Paris, 2000, P.153.
5. Marie-Christine, Hardy-Bayle, op-cit P.154

6. Granger Bernard, Naudir Jean, La schizophrénie, Idées reçues, Editions Le cavalier bleu, Paris.2006, P15.
7. Monestés Jean-Louis, La schizophrénie, Editions Odile Jacob, Paris.2008, P19.
8. Pierre Lalonde et Frédéric Grunberg, op-cit P.264.
9. Franck Nicolas, La schizophrénie, La reconnaître et la soigner, Editions Odile Jacob, Paris 2006, P.18.
10. American Psychiatric Association, DSM-5, Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux, Marc-Antoine Crocq et Julien Daniel Guelfi, édition Elsevier Masson, France, 2015, P120.
11. Marie-Christine, Hardy-Bayle, op-cit P.157.
12. Pierre Lalonde et Frédéric Grunberg, op-cit P.258.
13. V. Mark Durond et David. H Barlow, psychopathologie, une perspective multidimensionnelle, traduction de la 2^{ème} édition américaine par Michel Gottschalk, Deboeck université S.A, Paris, Bruxelles , 2004,P.654-656.
14. Valentino Pomini et coll., Thérapie psychologique des schizophrénies, édition Mardaga, 1998, P.130.
15. V. Mark Durond et David. H Barlow, Op.Cit, P682-688.

المراجع

- American Psychiatric Association, DSM-5, Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux, Marc-Antoine crocq et Julien Daniel Guelfi, édition Elsevier Masson, France, 2015.
- Bourgeois. Marc Louis, Les schizophrénies, Que sais-je ?, Editions mise à jour. PUF, Paris, 2011.
- Franck Nicolas, La schizophrénie, La reconnaître et la soigner, Editions Odile Jacob, Paris 2006.
- Gourion David et Gut-Fayand Anne, Les troubles schizophréniques, vivre et comprendre, Ellipses Editions marketing S.A Paris.2004.
- Granger Bernard, Naudir Jean, La schizophrénie, Idées reçues, Editions Le cavalier bleu, Paris.2006.
- Grunberg Lalonde, Psychiatrie clinique – approche bio-psychosociale, Editions ESKA S.A.R.L, Canada, 1988.
- J de Ajuriaguerra, D.Marcelli, Abrégés psychopathologie de l'enfant, édition Masson, Paris, New York, Barcelone, Milan, Mexico, Rio de Janeiro, 1982.
- J. Bergeret, Abrégé de psychologie pathologique théorique et pratique, édition Masson, Paris, 1974.
- J-Delmont et F.Luchtt, Guide pratique de psychiatrie, Berti édition, Alger, 1995.

- Jean Bergeret, La personnalité normale et pathologique, 3^{ème} édition Dunod, Paris, 1999.
- King Don David.C et Turkin Giton Douglas, Thérapie cognitive de la schizophrénie, Editions De Boeck université, Paris, 2011.
- Marie-Christine, Hardy-Bayle, Psychiatrie, Inter-Med Doin éditeurs, Paris, 2000.
- Michel Anteg, Abrégé de psychiatrie, édition Masson, Paris, 1998.
- Minkowski Eugene, La schizophrénie, Editions Payot, Paris.2002.
- Monestés Jean-Louis, La schizophrénie, Editions Odile Jacob, Paris.2008, P19.
- Pankow Gisela, L'être – là du schizophrène, 2eme Editions Aubier – Montaigne, paris.
- Paul Bernard et Simone Trouvé, Sémiologie psychiatrique, édition Masson, Paris, New York, Milan, 1977.
- Pierre Lalonde et Frédéric Grunberg, Psychiatrie clinique : approche contemporaine, édition Gaëtan marin et associés, Québec Canada, mai 1982.
- Serban Ionescu et Alain Blanchet, Psychologie clinique, psychopathologie et psychothérapie, édition PUF, Paris, 2007.
- V. Mark Durond et David. H Barlow, psychopathologie, une perspective multidimensionnelle, traduction de la 2^{ème} édition américaine par Michel Gottschalk, De Boeck université S.A, Paris, Bruxelles, 2004.
- Valentino Pomini et coll., Thérapie psychologique des schizophrénies, édition Mardaga, 1998.