مجلة جامعة تشرين للدراسات والبحوث العلمية - سلسلة العلوم الطبية المجلد (17) العدد (3) 1995
Tishreen University Journal for Studies and Scientific Research –Medical Science Series Vol. (17) No (3) 1995

دراسة لأعراض النفس المرضية الأكثر مشاهدة بالنفاس الفصامي المشخص حسب ICD9 عند 175 مريضاً فصامياً في اللاذقية

الدكتورة أوسيمة خير*

ملخص

أجريت الدراسة على 175 مريضاً فصامياً راجعوا الوحدة المهنية للأمراض العصبية والنفسية بجامعة تشرين في الفترة الممتدة بين حزيران 1990 وآب 1994.

تم تشخيص الفصام عند هؤلاء المرضى بالاعتماد على معايير منظمة الصحة العالمية حيث أجريت الدراسة على الأنواع الخمسة الرئيسية للفصام وهي: الفصام البسيط، الفصام الفندي، الفصام الجامودي، الفصام الزوراني والفصام الوجداني.

درسنا توزع المرض حسب الجنس والعمر وكذلك أشهر وفصول العام.

أظهرت النتائج أن 65.1٪ من مجموع المرضى كانوا رجالاً مقابل 34.9٪ للنساء. كذلك لوحظ غلبة نسبة الذكور على الإناث بالأنواع الخمسة للفصام. تبين أن الفصام الزوراني هو أكثر أنواع الفصام شيوعاً حيث عانى منه حوالي 62٪ من مجموع المرضى.

بلغ متوسط العمر عند الذكور 29.2 عاماً وعند الإناث 31.2 عاماً.

بالنسبة للأعراض لوحظ أن عرض "غرابة الأطوار والتصرفات" شوهد عند 90٪ من مرضى الفصام البسيط وكان هو العرض المسيطر لهذا النوع من الفصام. وتميز الفصام الفندي بسيطرة ثلاثة أعراض هي "السلبية" "التصرفات الصبيانية" و"الأفكار الهذيانية". على حين ميزت "الأفكار الهذيانية" و"الاهلاس السمعية" الفصام الزوراني. ولوحظ أن مرضى الفصام الوجداني عانوا بشكل أساسي من الأفكار الهذيانية والاهلاس السمعية بالإضافة للكآبة.

تضمن البحث مقدمة نظرية ومناقشة موسعة للنتائج مع مقارنتها بما ورد في الأدب الطبي العالمي ومحاولة لتفسير بعض النتائج غير المتوافقة مع ما ورد في الأدب الطبي.

* مدرسة في قسم الأمراض الباطنة – كلية الطب – جامعة تشرين – اللاذقية – سورية.

مجلة جامعة تشرين للدراسات والبحوث العلمية - سلسلة العلوم الطبية المجلد (17) العدد (3) 1995
Tishreen University Journal for Studies and Scientific Research -Medical Science Series Vol. (17) No (3) 1995

Study of the Most Common Psychopathological Symptoms of 175 Schizophrenic patients in Lattakia, According to ICD9.

Dr. Ouseima KHEIR*

❐ ABSTRACT ❐

The research involves 175 case studies of schizophrenic patients who visited the neurological and psychiatric unit at the University of Tishreen between June 1990 and August 1994. The diagnosis of schizophrenia has been carried out according to the criteria of the World Health Organization. The study covers the five kinds of schizophrenia: Simple, Hebephrenic, Catatonic, Paranoid and Schizoaffective. The analysis has been performed in terms of the age and the sex of the patients on the one hand, and the months and the seasons of the year the other. The results reveal that 65.1% of the patients are male whereas 34.9% are female. It has also been observed that the male percentage is larger in the five kinds of schizophrenia. The results also show that the paranoid case is the most common because it occurs in 62% of the total number of the patients. The average age among the men is 29.2 years, but it is 31.2 among the women. As far as the symptoms are concerned, it has been noticed that 90% of the patients with the Simple schizophrenia suffer from eccentricity. Indeed, this symptom dominates this disorder. By contrast, the Hebephrenic case is marked by three major symptoms: passivity, child-like behavior and delusional ideas. The Catatonic disorder is distinguished by stupor, delusional ideas, auditory hallucination and passivity. However, the symptoms of the Paranoid schizophrenia are the delusional ideas and the auditory hallucination only. The patients with the schizoaffective diagnosis have shown symptoms of depression in addition to the delusional ideas and the auditory hallucination. The paper consists of a theoretical introduction and an extensive analysis of the results of the research. Moreover, there is a comparative study of the results and the world medical data. In the case of an incongruity between the two sides, the paper offers an explanation of all the findings which are not in harmony with the international data.

* Lecturer at Internal Medicine Department, Faculty of Medicine, Tishreen University, Lattakia, Syria.

مقدمة:

الفصـــام حالـــة ذهانية يعاني منها أكثر من أربعين مليونا من البشر.

العالم أميل كريبلين (Kraepelen, 1986) وصـــف الفصام قبل حوالي المائة عـــام وســـماه العته الباكرة Dementia praecox. ويعود الفضل بالتسمية الحالية للفصـــام للباحث بلوبلر (Bleuler, 1911) حيث رأى أن الاضطراب الرئيسي في هذه التـــناذرات يتمـــثل في الانفصام أو التفكيك النفســـي، ومـــن هـــنا وضع هذه التسمية (الشـــيزوفرينيا، الانفصام الذهني). واعتبر بلوبـــلر الفصـــام بأنـــه عملية تلاشٍ نفسي يتظاهر بشكل أساسي في تجزؤ الشخصية.

عـــرفت مـــنظمة الصحة العالمية الفصـــام فـــي الطـــبعة التاسعة من كتاب (التصـــنيف العـــالمي للأمراض) (ICD9, 1979) كما يلي:

"الفصـــام عبارة عن مرض نفاسي يترافق باضـــطرابات عميقـــة فـــي الشخصـــية واضـــطرابات مميـــزة في التفكير وشعور بـــالوقوع تحت سيطرة قوة خارجية وأفكار توهميـــة واضـــطرابات فـــي الإدراك واضـــطرابات وجدانيـــة لا تتناســـب مع الحـــوادث الواقعيـــة المحيطيـــة بالمرض بالإضافة إلى الانطواء على الذات".

تصل نسبة وجود الفصام بالمجتمع إلى حوالي 1% من السكان. وفي كل عام هـــناك عـــلى الأقل مائة مريض جديد من أصل مائة ألف مواطن.

لا تـــزال الاشـــكالات قائمة حول ســـبب ومنشأ التناذرات الفصامية ووضعت العديـــد من النظريات لتفسير منشأ المرض وأســـبابه وتـــبين أن للوراثة دوراً هاماً في حدوثه.

أعـــراض الفصام كثيرة ومتشعبة على المبتدئ وغالباً لا تشاهد مجتمعة عند المـــريض. إن ما يعيشه ويحسه الفصامي هـــو غـــريب وصعب الفهم على الإنسان الســـليم. وتعتبر الأعراض التالية أهم ما قد يشاهد عند المريض:

اضـــطرابات الإدراك مثل الاهلاس خاصة الهلوسة السمعية وكذلك اضطرابات التفكير مـــثل تقافـــز الأفكار وأيضاً ظاهرة التوهم مـــثل وهـــم المطاردة والوهم الديني. ومن الأعـــراض أيضـــاً اضـــطرابات الشعور واضـــطراب الســـلوك والحـــركة وكذلك اضطراب الإرادة والاضطرابات الوجدانية والعاطفيـــة ومنها أيضاً السلبية وتبدد الذات وغيرها الكثير من الأعراض.

عناصـــر تشـــخيص التـــناذرات الفصلية ومعاييره:

كثر الجدل حول التصنيف والسببية للفصام ولم يحسم هذا الجدل بعد. ولا يزال مفهـــوم الفصـــام مختـــلفاً تـــبعاً للبـــلدان والمـــدارس، حيـــث أنـــه متسع الدلالة في

ألمانيا والمناطق الانغلو-سكسونية خصوصاً الولايات المتحدة والتي يشمل تشخيص الفصام فيها ما يقارب نصف مرضى المستشفيات النفسية. بينما هو أكثر تحدداً وانحصاراً في مناطق أوروبية أخرى خصوصاً فرنسا، حيث لا يتجاوز تشخيص الفصام ربع نزلاء المستشفيات النفسية (الودرني، 1986).

يعتمد التشخيص الإيجابي للفصام على معايير سريرية. فلا توجد فحوص مخبرية أو مقاييس موضوعية ثابتة بحيث يرتبط التشخيص إلى حد ما بتقييم الطبيب النفسي وخبرته ومفهومه للفصام. هذا على مستوى التقسيم والتصنيف الداخليين للتناذرات الفصامية، فإنهما ليسا إلا مرجعاً تقييمياً حيث أن لوحات التناذرات تتبدل وقليلاً ما يظل نفس الشكل ثابتاً (خزعل-خير، 1991).

واعتمد معظم الباحثين والمؤلفين المحدثين في دراساتهم للفصام المعايير العرضية والمعايير التفريقية مع الاضطرابات النفسية الأخرى. ومن أشهر المعايير وعناصر التشخيص الحديثة أورد ما يلي:

1- معايير منظمة الصحة العالمية الواردة في الطبعة التاسعة للتصنيف العالمي للأمراض ICD9 الصادرة عام 1979.

ترى منظمة الصحة العالمية عدم وضوح الفصام البسيط وفقر هذا النوع بالأعراض المميزة للفصام. وينصح قدر الإمكان بالحد من تشخيصه. واعتبرت الأنواع التالية أهم أشكال الفصام السريرية وأعطتها الأرقام التصنيفية المرافقية:

295.0	الفصام البسيط
295.1	الفصام الفندي (الشبابي)
295.2	الفصام الجامودي
295.3	الفصام الزوراني
295.7	الفصام الوجداني

وحالياً يعتبر هذا التصنيف أكثرها انتشاراً في العالم لذلك اعتمدته ببحثي هذا وسأفعل به بعض الشيء.

الفصام البسيط:

يتطور المرض بشكل خفي وبطيء لدى فرد منطو ومنعزل ويتصف بغرابة التصرفات وعدم المقدرة على مجاراة متطلبات الحياة مع نقص مترق في المقدرة والعطاء على جميع الأصعدة. الأفكار الوهمية والهلوسة ليست واضحة عنده. هذه الأعراض لا تبدو كأعراض نفاسية كما في باقي أنواع الفصام. يبقى هؤلاء المرضى متكيفين لفترات طويلة وتندر مراجعتهم للعيادات الطبية. ينتهي هذا الشكل عادة بالعزلة الاجتماعية للمريض. ولكون أعراض الفصام لهذا الشكل غير واضحة تماماً لذلك يجب التريث بتشخيصه.

الفصام الفندي (الشبابي):

يتسم ببدء، باكر 15-25 سنة وخفي غالباً. تحتل الاضطرابات الوجدانية

مقدمة الأعراض وتسيطر على الصورة السريرية للمرض.

أما الأفكار الوهمية والهلوسة فتكون مجزأة وعابرة. تلاحظ التصرفات الصبيانية والنمطية بشكل واضح العواطف سطحية وغير متناسبة مع الأحداث الجارية. تكثر الشكايات المراقية وظاهرة تكرير الكلام مع تشتت الفكر.

الفصام الجامودي:

يتميز باضطراب الحركة والتي تتأرجح بين قطبي الهياج والهمود. يأخذ المريض وضعيات جسدية غير مريحة ويحافظ عليها فترة زمنية بشكل قسري. يمكن أن يبقى على وضعية حركية معينة وضعه الطبيب فيها لفترة طويلة. قد توجد أعراض كآبية أو هوسية. نادراً ما يكون هذا الشكل مزمناً ونهائياً بل يتظاهر غالباً بشكل هجمات دورية متفاوتة التراجع.

الفصام الزوراني:

هو الشكل الأكثر ثراء على مستوى الأعراض والأكثر مصادفة. يتميز بوجود الهلوسات والأفكار الهذيانية ومحتوى الهذيان يكون غالباً هذيان المطاردة ولكن قد تتواجد أشكال أخرى للهذيان مثل هذيان الغيرة.

الفصام الوجداني:

عبارة عن نفاس فيه أعراض الفصام مع أعراض كآبية أو هوسية. يتراجع هذا الشكل عادة دون بقاء خلل ولكن النكس وارد بشكل كبير. ولا يوضع تشخيص هذا الشكل إلا بوجود أعراض الفصام مترافقة مع أعراض وجدانية واضحة.

2- معايير رابطة الأطباء النفسانيين الأمريكية APA المسماة DSMIII:

في عام 1981 صدرت الطبعة الثالثة من كتيب إحصاء وتشخيص الاضطرابات العقلية المسمى اختصارا (DSMIII) والصادر عن الرابطة الأمريكية للأطباء النفسانيين APA, 1981 وورد فيه تحت عنوان تصنيف الفصام/الأنواع الخمسة التالية: الفصام الفندي – الفصام الجامودي – الفصام الزوراني – الفصام غير المميز والفصام الباقي. وتميز هذا التصنيف بغياب الفصام البسيط منه. وسأذكر ببعض التفصيل المعايير التشخيصية الأمريكية لأنواع الفصام التي اهتممت بها ببحثي هذا.

الفصام الفندي: يتصف بالأعراض التالية:

- فكر غير مترابط وغير متناسق.
- لا يوجد بناء وهمي.
- عواطف عديمة التأثير وتصرفات صبيانية.

الفصـــام الجـــامودي: يتصف بالأعراض التالية:

- الذهـــول الجـــامودي (غيـــاب الحركة العفوية والارتكاس للمحيط) مع انغلاق على الذات.
- الســـلبية الجامودية: عدم تلبية الأوامر ومقاومة محاولات التحريك.
- الهيـــاج الجامودي: فرط مؤكد ونشاط دون هـــدف وغيـــر مـــتأثر بالمحيط الخارجي.
- الصلابة الجامودية.
- وضـــعيات جســـدية جامودية: يتخذ المـــريض مـــن تـــلقاء نفسه وضعيات جسدية وتكون عادة غير مناسبة.

الفصـــام الـــزوراني: يتصـــف بالأعراض التالية:

- هذيان المطاردة
- هذيان العظمة.
- هذيان الغيرة.

3- المعاييـــر التشخيصـــية حســـب نظام CSP 1973:

(Carpenter, Strauss, Partko, 1973)

وضـــع هذا النظام التشخيصي بعد إجراء دراسات عالية موسعة على أكثر من ألف مريض فصامي ومن بلدان مختلفة في إطار الدراسات العالمية المجراة لتشخيص مـــرض الفصـــام. ووجد اثنا عشر مرضاً ثـــبت تواتـــرها بشـــكل مؤكـــد إحصـــائياً واعتـــبرت مميـــزة للفصام. ويكفي وجود أعـــراض مـــنها عـــند المريض لتشخيص الفصام.

والأعراض الاثنا عشر هي التالية:

1- عواطف محدودة.
2- قلة التبصر.
3- محدودية بالعلاقات الاجتماعية.
4- عدم ترابط الكلام والحديث.
5- الاستيقاظ المتأخر.
6- عدم وجود السحنة الكآبية.
7- يسمع المريض أفكاره بصوت عال مع شعوره بنشر أفكاره للآخرين.
8- بناء هذياني.
9- هذيان ذو مضمون غريب.
10- هذيان الفقر.
11- تدني المزاج.
12- معلومات غير موثوقة (هل كان ما يـــتحدث به المريض منطقي وقابل للتصديق؟).

أهمية البحث وأهدافه:

تنشـــأ أهميـــة هذا البحث مما هو معـــروف مـــن أن الفصام ليس بالمرض الـــنادر المصادفة في مجتمعنا، وأن معظم الدراســـات حـــوله أجـــريت فـــي أوروبا وأمـــريكا. ولكـــن أعراضـــه كـــثيرة جداً ومتشـــعبة ولا تشـــاهد جميعها بالممارسة الســـريرية. لذلك قمت ببحثي هذا محاولة متواضـــعة للبحث عن أكثر أنواع الفصام مشـــاهدة وكذلك الأعراض الأكثر مصادفة

بالممارسة العملية عند مرضى الفصام بشكل عام في بلدنا. وتحديد الشكل السريري للفصام من خلال الأعراض الأكثر تواجداً والتي قد تميز هذا الشكل عن غيره. لنتمكن من وضع التشخيص الصحيح والسريع له. كذلك حاولت البحث عن وجود عمر مميز لحدوث مرض الفصام بشكل عام ولكل نوع من أنواعه وسواء عند الذكور أو الإناث. وما إذا كان هناك علاقة بين فصول العام وكثرة مراجعة هؤلاء المرضى للوحدة المهنية للأمراض العصبية والنفسية.

قد يساهم هذا البحث مع غيره من البحوث في هذا المجال بوضع معايير تشخيصية للفصام تراعي ما قد يتصف به مجتمعنا العربي من قيم وعادات ومفاهيم تختلف عن الكثير من المجتمعات الغربية.

طريقة العمل:

أجريت هذه الدراسة على 175 مريضاً فصامياً راجعوا الوحدة المهنية للأمراض العصبية والنفسية التابعة لجامعة تشرين باللاذقية والتي أرأسها.

امتدت فترة الدراسة هذه من حزيران 1990 وحتى آب 1994 أي بما يزيد عن أربع سنوات.

كتب لكل مريض بطاقة مراقبة خاصة به وخضع المريض للعلاج الخارجي بالمنزل. أحيل بعضهم للعلاج بإحدى المشافي المتخصصة خارج المحافظة وعادوا ثانية لمتابعة العلاج في الوحدة المهنية.

من أجل دراسة العلاقة بين الفصام والعمر فقد تم تصنيف المرضى بحسب أعمارهم ضمن مجموعات عمرية تمتد كل منها لعشر سنوات كما يلي:

10–19 عاماً، 20–29 عاماً، 30–39 عاماً، 40–49 عاماً، 50–59 عاماً، 60–69 عاماً.

تم البحث لدى هؤلاء المرضى عن وجود الأعراض التالية والتي تعتبر أكثر الأعراض تواجداً بالفصام:

الأفكار الوهمية، الاهلاس السمعية، الاهلاس المتعددة (سمعية – بصرية – شمية)، تأثير الفكر والإرادة، الانغلاق على الذات، تبدد الشخصية، السلبية، التصرفات الصبيانية، الذهول، الكآبة، غرابة الأطوار والتصرفات الضحك السطحي بلا سبب.

اعتمدت في تشخيص الفصام وكذلك نوعه على المعايير التشخيصية لمنظمة الصحة العالمية –الطبعة التاسعة– وتوزع المرضى ضمن الأشكال السريرية التالية للفصام:

- الفصام البسيط 295.0
- الفصام الفندي (الشبابي) 295.1
- الفصام الجامودي 295.2
- الفصام الزوراني 295.3
- الفصام الوجداني 295.7

درست الأعراض الموجودة عند المرضى وكذلك نسبة تواترها في كل نوع

مـــن أنـــواع الفصام السابقة الذكر. كذلك درســـت نسبة توزع الفصام بشكل عام بين الذكـــور والإنـــاث وأيضاً بالنسبة لكل نوع من أنواع الفصام.

تـــم الاهـــتمام بعمر المريض عند مراجعـــته الأولى للوحدة المهنية وكان هذا يحـــدث عادة عندما تصبح الأعراض ملفتة لنظر الأهل والمحيط.

النتائج:

بـــلغ العـــدد الإجمـــالي للمرضى الفصـــاميين 175 مريضاً منهم 114 رجلاً (أي مـــا يعـــادل 65.1%) و61 امرأة أي (34.9%) ويـــبين الجدول رقم (1) توزع مرضـــى الفصـــام موضوع الدراسة على الأشـــكال السريرية الخمسة للفصام وكذلك توزع الذكور والإناث.

الجدول (1): توزع حالات الفصام بحسب نوعه وأيضاً بحسب الجنس

نوع الفصام حسب	مجموع المرضى		الذكور		الإناث	
	العدد	%	العدد	%	العدد	%
الفصام البسيط	13	7.4	13	100	–	–
الفصام الفندي	22	12.6	14	63.6	8	36.4
الفصام الجامودي	10	5.7	6	60	4	40
الفصام الزوراني	110	62.9	70	63.6	40	36.4
الفصام الوجداني	20	11.4	11	55	9	45
العدد الكلي	%100:175		%65.1:114		%34.9:61	

الجدول (1) يبين لنا ما يلي:

لوحـــظ أن الـــرجال الفصـــاميين أكثر من النساء (=65.1%، =34.9%).

كذلـــك تلاحـــظ غالـــبية نسبة الذكور على الإنـــاث فـــي جميـــع الأشـــكال السريرية المدروسة.

لدى مجموع المرضى كان الفصام الزوراني أكثر أنواع الفصام مصادفة حيث ســـجلت مـــنه 110 حالات بما يعادل نسبة 62.9% وكذلـــك كـــان الأمر عند الذكور وعند الإناث. على حين جاء الفصام الفندي (22 مريضـــاً = 12.6%) بالمرتبة الثانية والفصـــام الوجداني (20 مريضاً = 11.4 %) بالمرتبة الثالثة. بينما بلغ عدد مرضى الفصـــام البســـيط 13 مريضـــاً وكلهم من الرجال والفصام الجامودي عشرة مرضى فقـــط والملفت للانتباه هنا أنه لم تشاهد أية حالة فصام بسيط عند النساء.

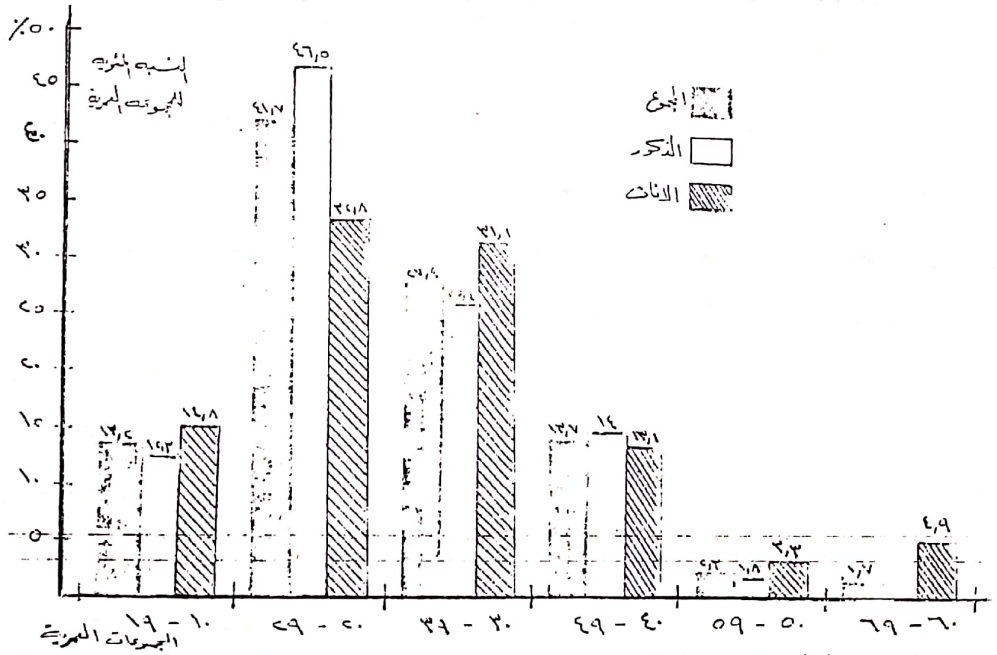
بالنســـبة للعمر والعلاقة بينه وبين مرضـــى الفصام فإن النتائج التي حصلت عـــليها بهذا المجال مثبتة بالجدول رقم (2) والمخطـــط الـــبياني رقم (1). حيث توزع

حالات الفصام المدروسة بحسب العمر (مجموعات عمرية) بمجموع المرضى وعند كلا الجنسين.

الجدول (2): توزع حالات الفصام المدروسة بحسب العمر (مجموعات عمرية) بمجموع الحالات عند كلا الجنسين

المجموعات العمرية	الذكور		الإناث		المجموع	
	العدد	%	العدد	%	العدد	%
10–19 عاماً	14	12.3	9	14.8	23	13.2
20–29	53	46.5	20	32.8	73	41.7
30–39	29	25.4	19	31.1	48	27.4
40–49	16	14	8	13.1	24	13.7
50–59	2	1.8	2	3.3	4	2.3
60–69	–	–	3	4.9	3	1.7
العدد الكلي	%100114:		%10061:		%100175:	

المخطط البياني (1): توزع حالات الفصام بحسب العمر (مجموعات عمرية) بمجموع الحالات وعند كلا الجنسين



من الجدول رقم (2) والمخطط البياني رقم (1) نقرأ النتائج التالية:

41.7% من مجموع المرضى تراوحت أعمارهم بين 20–29 عاما على حين بلغت نسبة المرضى الذين كانوا بعمر يتراوح بين 30–39 عاما، 27.4% بينما وجد فقط 17.7% من المرضى بعمر الأربعين وما فوق.

71.9% من الرجال مقابل 63.9% من النساء كانوا بعمر يتراوح بين

39 عامـــاً. ودراستنا للعمر أظهرت نتائج أخـــرى منها أنه لم يشاهد أي مريض ذكر بعمـــر فـــوق الثالثة والعشرين على حين شوهدت ثلاث إناث فوق سن الستين 36% مـــن المرضـــى كانوا بعمر تحت الخامسة والعشـــرين بيـــنما 73.1% من المرضى بعمـــر تحـــت الخامسة والثلاثين. وسجل أصـــغر عمر لمريض بسن الرابعة عشرة وأكبر مريض بعمر الخامسة والستين.

وعـــندما درســـنا متوســـط أعمار المرضى بحسب نوع الفصام عند مجموع المرضـــى وكذلـــك عـــند الذكور والإناث حصلنا على الجدول رقم (3).

الجدول (3): متوسط عمر المرضى بحسب نوع الفصام والجنس.

أنواع الفصام	مجموع المرضى	متوسط العمر بالأعوام	الذكور	متوسط العمر بالأعوام	الإناث	متوسط العمر بالأعوام
الفصام البسيط	13	23.2(19-28)	13	23.2(18-28)	-	-
الفصام القندي	22	21.9(14-30)	14	22.4(14-30)	8	21.2(14-28)
الفصام الجامودي	10	28.2(15-45)	6	27.8(15-45)	4	28.8(18-42)
الفصام الزوراني	110	31.9(16-65)	70	31.1(17-53)	40	33.2(16-65)
الفصام الوجداني	20	33.2(16-63)	11	33.7(19-42)	9	32.6(16-63)
العدد الكلي	175	29.9(14-65)	114	29.2(14-53)	61	31.2(14-65)

مـــن الجـــدول (3) نســـتخلص أهم النتائج التالية:

بـــلغ متوســـط العمـــر لمجمـــوع المرضـــى 29.9 عاماً (14-65) بانحراف معيـــاري بلغ 9.3 عاماً وكان هناك زيادة لمتوسط العمر عند النساء بلغت عامين عما هـــو عـــليه عند الرجال (♂: 29.2 عاماً، ♀: 31.2 عاماً.

بالنســـبة لأنواع الفصام نلاحظ أنه بمجمـــوع المرضـــى بالفصام القندي كان أصـــغر متوســـط عمر إذ بلغ 21.9 عاماً وأكبر متوسط للعمر كان بالفصام الوجداني إذ بـــلغ 33.2 عامـــاً ونفس النتيجة تقريباً كانت عند المرضى الذكور على حين كان أكـــبر متوســـط للعمر عند النساء بالفصام الزوراني إذ بلغ 33.2 عاماً.

وعـــندما درســـنا عمـــر المرضى بحســـب أنواع الفصام حصلنا على النتائج المثبتة بالجدول (4):

الجدول (4): توزع أنواع الفصام بحسب الفئات العمرية للمرضى

العمر	الفصام الرسوبط		الفصام الفندي		الفصام الجامودي		الفصام الزوراني		الفصام الوجداني	
	العدد	%	العدد	%	العدد	%	العدد	%	العدد	%
19-10 عاما	3	23.1	7	31.8	4	40	7	6.3	2	10
29-20	10	76.9	14	63.6	2	20	39	35.5	8	40
39-30	-	-	1	4.6	2	20	41	37.3	4	20
49-40	-	-	-	-	2	20	18	16.4	4	20
59-50	-	-	-	-	-	-	3	2.7	1	5
69-60	-	-	-	-	-	-	2	1.8	1	5
العدد الكلي	%10013:		%10022:		%10010:		%100110:		%10020:	

ويلاحظ من الجدول (4) أن:

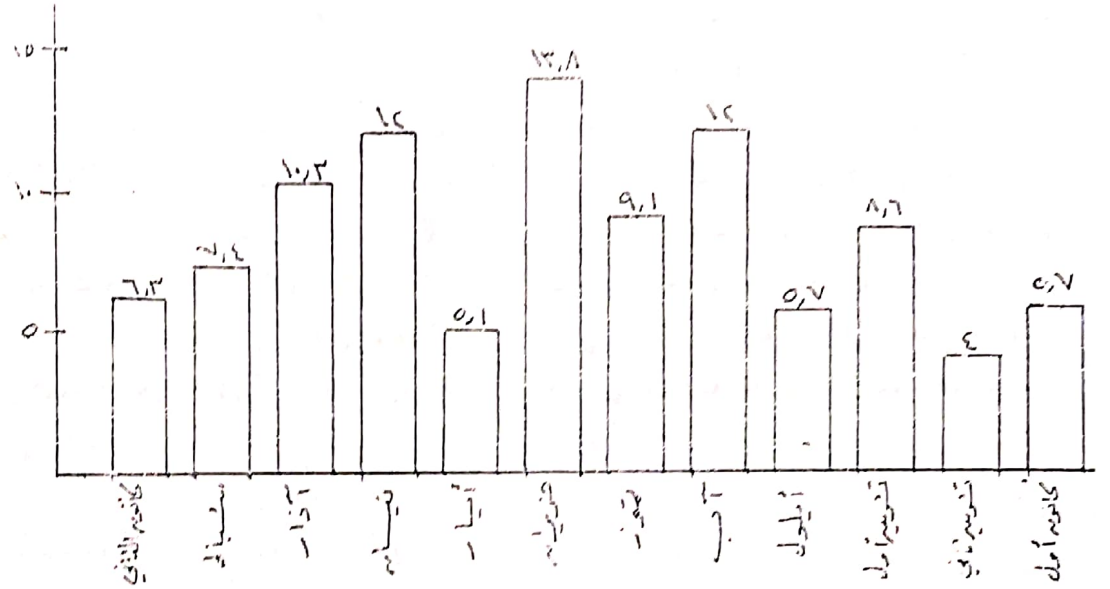
جميع مرضى الفصام البسيط كانت أعمارهم تقل عن الثلاثين عاما.

أغلب مرضى الفصام البسيط (76.9% منهم) تراوحت أعمارهم بين 20-29 عاما. وتبين أن أكثر من 95% من مرضى الفصام الفندي لم تتجاوز أعمارهم التاسعة والعشرين ولم تشاهد أية حالة من الفصام الفندي بعمر فوق التاسعة والثلاثين.

72.8% من مرضى الفصام الزوراني كانوا بعمر يتراوح بين 20-39 عاما على حين كان 20% من مرضى الفصام الزوراني بعمر أربعين عاما وما فوق. نصف مرضى الفصام الوجداني كانوا بعمر تحت الثلاثين.

أما نتائجنا بخصوص أشهر العام وتاريخ المراجعة الأولى للمريض للوحدة المهنية فهي مبينة بالمخطط البياني رقم (2):

المخطط البياني (2): النسبة المئوية للمرضى الذين راجعوا في كل شهر من أشهر العام



تبين من المخطط رقم (2) أن شهر حزيران كان أكثر شهر في العام راجع خلاله المرضى الوحدة المهنية لأول مرة حيث راجع خلاله 24 مريضاً بنسبة تعادل 13.8% من مجموع المرضى الكلي.

يليه شهر نيسان وشهر آب وخلال كل منهما راجع 12% من المرضى على حين كانت أقل نسبة خلال شهر تشرين الأول حيث راجع فقط 4% من المرضى.

ويبين الجدول (5) توزع المرضى بحسب الفصل السنوي الذين راجعوا فيه الوحدة المهنية لأول مرة.

الجدول (5): توزع المرضى حسب فصول السنة.

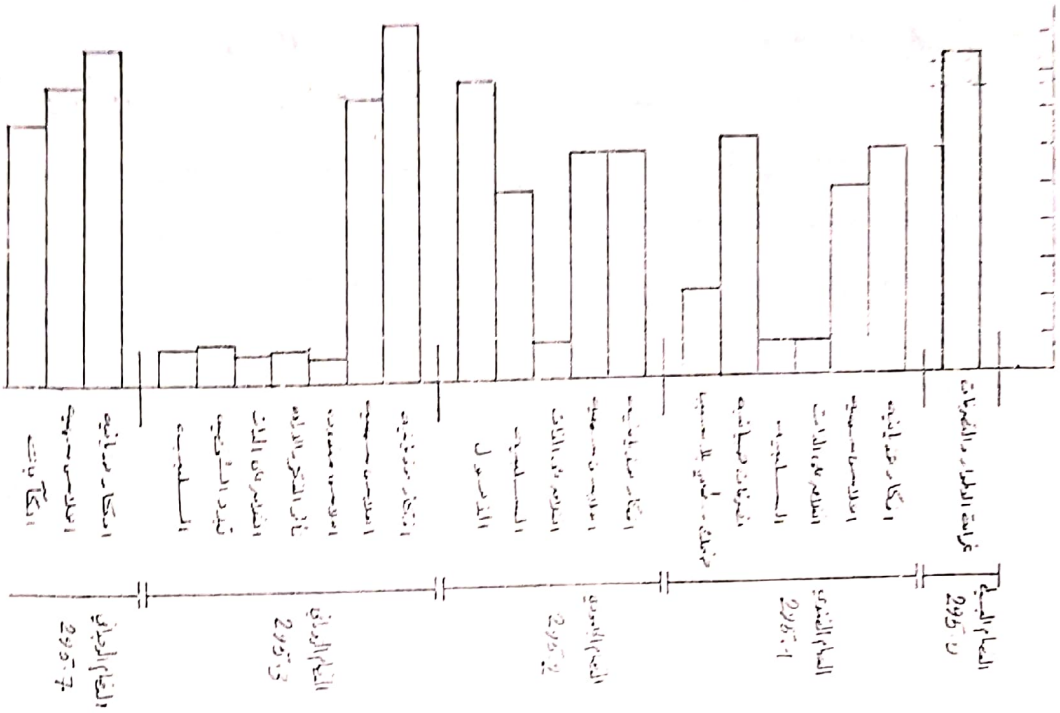
فصول السنة	الذكور		الإناث		المجموع	
	العدد	%	العدد	%	العدد	%
أشهر الربيع (آذار+نيسان+أيار)	29	25.5	19	31.1	48	27.4
أشهر الصيف (حزيران+تموز+آب)	39	34.2	22	36.1	61	34.9
أشهر الخريف (أيلول+ت1+ت2)	21	18.4	11	18	32	18.3
أشهر الشتاء (ك1+ك2+شباط)	25	21.9	9	14.8	34	19.4
العدد الكلي	%100:114		%100:61		%100:175	

ويلاحظ من الجدول (5) بوضوح أنه خلال أشهر الصيف بلغت نسبة مراجعة المرضى للوحدة المهنية حدها الأعظمي بما يعادل 35% من مجموع مرضى الفصام موضوع الدراسة على حين راجعها فقط 27.4% خلال أشهر الربيع بينما كانت النسبة أقل في فصل الخريف 18.3 % وكذلك في الشتاء 19.4%. ويمكننا القول أنه خلال فصلي الربيع والصيف راجع الوحدة المهنية 62.3% من مجموع مرضى الفصام.

وفي سياق دراستنا للأعراض المشاهدة عند المرضى موضوع الدراسة تبين لنا أن الأفكار الهذيانية والاهلاس السمعية كانا العرضين الأكثر مشاهدة عند مرضى الفصام بشكل عام حيث وجدت الأفكار الهذيانية عند حوالي 81% من مجموع المرضى على حين وجدت الاهلاس السمعية عند 67% من المرضى.

وبالنسبة لأهم أعراض الفصام بحسب نسبة وجودها عند المرضى لكل نوع من أنواع الفصام سابقة الذكر حصلنا على النتائج المبينة بالمخطط البياني رقم(3):

المخطط البياني (3): أهم أعراض الفصام بحسب نسبة وجودها عند المرضى لكل نوع من أنواع الفصام الخمسة



يشـير المخطط البياني (3) وبوضوح إلى ما يلي:

تميز الفصام البسيط بوجود عرض أساسـي هو "غرابة الأطوار والتصرفات" حيـث شـوهد هذا العرض عند 85% من مرضى الفصام البسيط.

عند مرضى الفصام الفندي شوهد العـرض "تصـرفات صبيانية" عند 64% منهم على حين شوهدت "الأفكار الهذيانية" عـند 60% منهم و"الاهلاس السمعي" عند 50% "والضـحك بـلا سبب" عند 23% فقط.

فـي الفصـام الجـامودي لوحظ "الذهـول" عـند 80% من المرضى على حيـن عـانى من "الأفكار الهذيانية" 60% مـنهم وكذلـك كـانت نسبة من عانوا من "الاهـلاس السمعية" وشوهدت السلبية عند نصف مرضى الفصام الجامودي.

وفـي الفصام الزوراني كانت أكثر الأعـراض مصادفة هي "الأفكار الهذيانية" حيـث لوحـظ عـند 96% منهم وجاءت الاهـلاس السمعية بالمرتبة الثانية وعانى منها 76% من المرضى.

فـي الفصـام الوجدانـي احتلت "الأفكـار الهذيانية" المرتبة الأولى بالنسبة للأعـراض بنسـبة 90% مـن المرضى وعانى 80% منهم من "الاهلاس السمعية" و70% من "الكآبة".

المناقشة:

تـبين النتائج التي حصلنا عليها أن عـدد الـرجال المصـابين بالفصام الذين راجعـوا الوحدة المهنية يزيد بشكل واضح

على عدد النساء (114 رجلاً مقابل 61 امرأة) أي ما نسبته 65.1% للرجال و 34.9% للنساء. هذه النتيجة كانت متوقعة. لأنه من المعروف أن النساء في بلدنا يترددنَ كثيراً قبل الذهاب للعيادة النفسية وكذلك فإن الأهل يحاولون قدر الإمكان إخفاء الطبيعة النفسية لمرض ابنتهم لاعتقادهم أن ذلك يؤثر سلباً على سمعة الفتاة ومستقبلها الاجتماعي.

فبينما تتفق نتائجنا في هذا المجال مع ما أورده (Gutzmann, 1985) وكذلك (Lewine, 1985) حيث كانت نسبة الرجال بين المرضى الفصاميين في الدراسة الأولى تعادل 57.6% بينما النساء 42.4% فانها تختلف عما ورد في دراسات عديدة أخرى حيث ذكر (Hirschberg, 1985) أن 35% فقط من مرضاه الفصاميين كانوا ذكوراً و65% منهم إناثاً. وكذلك (Demant, 1985) فقط لاحظ أن 21% من مرضاه كانوا رجالاً.

على حين بلغت نسبة النساء 79% وهناك الكثير من الدراسات بينت أنه لا يوجد فرق بين نسبة الذكور والإناث بين مرضى الفصام كالدراسة التي قمنا بها في ألمانيا (Khair, 1989) وكذلك (Bleuler, 1972) وأيضاً (الودرني، 1986) هذا الاختلاف في النتائج يعود لأسباب كثيرة واعتقد أن أهمها هو المجتمع الذي تمت فيه الدراسة وكذلك مكان إجرائها. فعلى سبيل المثال لوحظ ارتفاع نسبة الإناث في الدراسات المجراة على مرضى الفصام المقبولين بالمشافي النفسية على حين كانت نسبة الذكور أكبر في الدراسات المجراة في العيادات.

من المعروف عالمياً أن الفصام الزوراني هو أكثر أنواع الفصام مشاهدة وهو ما أظهرته هذه الدراسة أيضاً حيث عانى منه 110 مريضاً من أصل 175 مريضاً فصامياً بما يعادل 62.9% وهذه النتيجة تتوافق مع الدراسة التي أجريتها بألمانيا على 82 مريضاً فصامياً كان منهم 38 مريضاً مصاباً بالفصام الزوراني أي ما يعادل 46.3% من مجموع المرضى Khair, 1989 كذلك شخص الفصام الزوراني عند 46.6% من مرضى الفصام بدراسة (Schüssler, 1985) المجراة على 105 مرضى فصاميين. على حين شكل الفصام الزوراني نسبة أعلى وصلت إلى 57.6% من مرضى الفصام في الدراسة التي أجراها (Gutzmann, 1985) على 59 مريضاً فصامياً. وأعطى (Klein, 1988) للفصام الزوراني نسبة 67% من مجموع مرضاه البالغ 270 مريضاً فصامياً.

وجاء الفصام الفندي والفصام الوجداني في دراستنا هذه بالمرتبتين الثانية والثالثة 12.6%، 11.4% وهذا يتفق مع ما سبق وتوصلت إليه (Khair, 1989) من أن الفصام الفندي وكذلك الفصام الوجداني كانا بالمرتبة الثانية والثالثة من

حيث وجودهما وبنسب متساوية 15.9%. ووجد (Gutzmann, 1985) أن الفصام الفندي يشكل 8.5% من المرضى ويأتي بالمرتبة الثانية بين أنواع الفصام من حيث كثرة حدوثه. أما (Klein, 1988) فوجد بدراسته أن نسبة الفصام الفندي تعادل 21% من المرضى على حين جاء الفصام الجامودي بالمرتبة الثالثة بنسبة 7% والفصام الوجداني بالمرتبة الرابعة وبنسبة 5% من المرضى. علماً أنه في جميع الدراسات السابقة الذكر احتل الفصام الزوراني المرتبة الأولى.

تشير نتائج دراستنا هذه إلى أن أكبر عدد من المرضى 69.1% تراوحت أعمارهم بين 20–39 عاماً وفقط 17.7% كانوا بعمر الأربعين وما فوق.

ونلاحظ من النتائج أن المرضى الذكور الذين تراوحت أعمارهم بين 20–39 عاماً شكلوا نسبة كبيرة تعادل 71.9% من مجموع المرضى الذكور على حين لم تبلغ نسبة الإناث بهذا العمر إلا 63.9% من مجموع المرضى الإناث.

ومما يلفت الانتباه في النتائج بهذا المجال أن حوالي 36% من مجموع المرضى كانوا بعمر تحت الخامسة والعشرين على حين أن 73.1% من المرضى كانوا تحت الخامسة والثلاثين من العمر وهذه النتائج تتوافق إلى حد بعيد مع ما أورده الودرني (الودرني، 1986) من أن نصف المرضى الفصاميين هم بعمر تحت الخامسة والعشرين وان حوالي 75% من مرضى الفصام بعمر قبل سن الخامسة والثلاثين.

بلغ متوسط عمر المرضى في دراستنا هذه 29.9 عاماً وهناك زيادة بمتوسط العمر عند النساء تبلغ سنتين عما هو عليه عند الرجال (الرجال 29.2 عاماً، السناء 31.2 عاماً) وتختلف هذه النتيجة عما سبق وتوصلت إليه (Khair, 1989) في ألمانيا حيث كان متوسط العمر لمجموع المرضى 34.5 عاماً وهذا يزيد بأكثر من أربع سنوات عن نتائجنا في هذه الدراسة كذلك هو الأمر بالنسبة للذكور حيث بلغ متوسط العمر 31.1 عاماً وللنساء 37.9 عاماً. وبمقارنة نتائجنا هنا مع بعض الدراسات العالمية الأخرى نجد أن بعضها يشير إلى متوسط عمر أكبر مما حصلنا عليه بنتائجنا مثل ما أورده (Gutzmann, 1985) حيث كان لديه متوسط العمر لمرضى الفصام أعلى بشكل واضح إذ بلغ 40.3 عاماً (20–70 عاماً) وكان لديه تساو في متوسط عمر الذكور والإناث، كذلك أعطى (Schüssler, 1985) 48.6 عاماً (24–80 عاماً) كمتوسط عمر لمرضى الفصام بدراسته. وتشير الدراسة التي ذكرها (الودرني، 1986) إلى متوسط عمر يقل بشكل واضح عن نتائجنا حيث ذكر متوسط عمر يعادل 24 عاماً للمرضى الذكور و28 عاماً للمرضى الإناث.

إن التـباين الواضـح في متوسط عمر المرضى بالدراسات المختلفة هو أمر منـتظر وغيـر مفـاجئ لنا ويعود السبب بـرأيي إلى أن معظـم الدراسات اعتمدت على عمر المريض بتاريخ المعاينة الأولى لـه وليـس على عمر المريض عند بداية إصابته بالمرض.

وبالنسبة لمتوسط العمر في الأنواع المختـلفة للفصـام لاحظـنا في النتائج ان متوسط العمر لمرضى الفصام الفندي كان الأصغر إذ بلغ 21.9 عاماً على حين كان بالشـكل الجامودي 28.2 عاماً بينما تظهر دراسـة (Leonhard, 1986) ان متوسط العمـر بالفصـام الفـندي بلغ 23.2 عاماً وبالجـامودي 23 عامـاً. والدراسة نفسها تشير إلى أنه في كلا النوعين السابقين كان متوسط عمر النساء أكبر من الرجال بقليل بيـنما تبين نتائجنا أن متوسط عمر النساء بالـنوع الجامودي أكبر مما هو عليه عند الـرجال وبـالعكس نجد أنه بالنوع الفندي كان متوسط عمر الرجال أكبر من متوسط عمـر النسـاء. ومما هو ملفت للانتباه أن الفـرق بين متوسط العمر لمرضى الفصام الوجداني وكذلك لمرضى الفصام الزوراني زاد بحوالـي العشـر سنوات عن متوسط عمر مرضى الفصام الفندي وكذلك الفصام البسيط.

في الدراسة المنشورة التي أجراها (Khalid, 1977) فـي ليـبيا على 303 مرضـى فصـاميين تـبين له أن عرض "الأفكـار الهذيانيـة" جـاء بالمرتبة الثانية و"الاهـلاس السمعية" بالمرتبة الرابعة على حيـن تشـير نتائجـنا في هذا المجال إلى احـتلال "الأفكار الهذيانية" المرتبة الأولى و"الاهـلاس السـمعية" المرتبة الثانية بين الأعراض.

وسوف أناقش هنا ما توصلت إليه مـن نـتائج فـي مجال الأعراض الأكثر تواجـداً فـي كـل نوع من أنواع الفصام الخمسة كل على حدة.

الفصام البسيط:

وهـو الشـكل الفصـامي الفقيـر بالأعراض حيث يبدأ المرض عادة بفشل اجـتماعي فجائي أو مترقي، قد لا يلاحظ أي شـيء ملفت للنظر في شخصية هؤلاء المرضـى وحـتى قد يتمكنوا من دراسة المرحلة الثانوية أو الجامعية ولكن بالنهاية غير قادرين على مجاراة الحياة المهنية ولا المتطلـبات الاجـتماعية وينـتهون للفشل والعزلة وتتضمن قواعد التشخيص لمنظمة الصـحة العالميـة (ICD9) وما ورد في معظـم الأدب الطـبي عن هذا النوع من الفصـام (السـلوك غير فعال وغير ملائم لمتطلـبات الحيـاة اليومية، والحياة بالنسبة لهـم ممـلة لا تثير لديهم أية اهتمامات أو تحديـات) مـع الأعراض الملاحظة عند مرضـى هـذه الدراسة "عزلة اجتماعية، تصـرفات غريبة، إهمال المحيط والعمل، حياة بدون هدف" والتي جميعها تدور حول

إطـــار "غرابة الأطوار والتصرفات" حيث وجـــدت عـــند 85% من مرضى الفصام البسيط في دراستنا هذه.

الفصام الفندي:

عند مرضى هذا النوع من الفصام تـــبين نتائجـــنا أن "التصـــرفات الصبيانية" و"الأفكـــار الهذيانيـــة" وكذلـــك "الاهلاس السمعية" هي الأعراض التي وجدت بكثرة عـــند المرضى. رابطة الأطباء النفسانيين الأمـــريكية APA ذكـــرت فـــي كـــتيب (DSMIII) أن مـــن صـــفاته المميـــزة "العواطـــف الصـــبيانية المشـــتتة". الباحث (Kühne, 1983) وجـــد عـــند مرضـــى الفصـــام الفندي "تصرفات غريبة صبيانية متناقضـــة". أمـــا (Van Praag, 1978) اعتبر الفصام الفندي تظاهرة نفسية مرضية ملونة.

بلويـــلر (Bleuler, 1960) رأى فـــي الفصام الفندي "سعادة صبيانية" وقال العـــالم بيرنر (Berner, 1977) أجد فيهم غيـــاب الحيويـــة. أما الغرابة والتصرفات الملفـــتة للـــنظر "فقط وصفها فيهم الباحث (Grühle, 1947). وذكـــر الباحـــثان (Lemke, Rennert, 1987) أن "هـــناك تصرفات صبيانية ومغادرة المنزل، ضحك وبكاء دون سبب بالفصام الفندي.

كـــل هـــذا يـــتفق مع نتائجنا على المرضـــى المدروسين. أما بالنسبة "للأفكار الهذيانيـــة" فقـــد ذكـــرتها منظمة الصحة العالمية في معاييرها التشخيصية بوجودها بشـــكل عابر ومجزأ. وتوارد هذا العرض عند نصف مرضى الفصام الفندي بدراستي هذه يتوافق مع وجود دافع عندهم لمراجعة الوحـــدة المهنية حيث كانت هذه الأعراض موجودة لديهم في وقت المراجعة.

الفصام الجامودي:

ميـــزت مـــنظمة الصحة العالمية (ICD9, 1979) الفصـــام الجـــامودي باضـــطراباته الحـــركية خاصـــة "نقـــص الايمائية، نقص النشاط، الخرس...".

الـــباحث (Berner, 1977) ميـــز بين الشكلين التهيجي والهمودي وذكر بأن الأعراض الهذيانية مميزة للشكل الأول من هذا الفصام.

رابطة الأطباء النفسانيين الأمريكية (APA, 1981) ذكـــرت مـــن أعراضـــه "الذهـــول الســـلبية" الباحـــثان (Lemke, Rennert, 1987) بيـــنا وجـــود الاهلاس السمعية والتي تحتل أحياناً مقدمة الصورة الســـريرية وتكـــون بشكل سماع أصوات بالإضـــافة إلى بعـــض الأفكـــار الهذيانية. وبالمقارنـــة مـــع نتائج دراستنا هذه نلاحظ تواتـــر الأعراض بما يتفق مع ما جاء في الأدب الطبي. حيث لوحظ "الذهول عند 80 % مـــن المرضى "والأفكار الهذيانية" عند 60% "والأهـــلاس السمعية" عند 60% أما "السلبية" فلوحظت عند نصف المرضى.

الفصام الزوراني:

وجـــــد (Berner, 1977) أن العــرض الهــام عــند هــؤلاء هو "الفكر الهذيــاني" على حين أن (Wing, 1974) اعتبر أن "الأفكار الهذيانية" و"الاهلاس" من الأعــراض المميــزة للفصــام الزوراني. الــباحث (Spitzer, 1982) ذكــر وجود هذيــان المطــاردة، هذيان العظمة، هذيان الغيــرة، الاهلاس بمحتوى اضطهادي أو فــرط بــتقدير الذات، عند مرضى الفصام الــزوراني. واعتبرت (APA, 1981) أن الاهــلاس مــع هذيان المطاردة أو هذيان العظمــة إلى جانب فصامين أخرى للهذيان "مطــاردة، عظمــة، غيرة" يمكن أن تميز مرض الفصام الزوراني.

وفي دراستنا هذه شوهدت "الأفكار الهذيانية" عند 96% من مرضى هذا النوع مــن الفصــام على حين شوهدت الاهلاس السمعية عند 76% والاهلاس المتعددة عند 7% فقط.

الفصام الوجداني:

الــباحث بيرنر (Berner, 1977) يرى أن هذا النوع من الفصام يتأرجح في مضمونه بين النفاس الدوري والفصام.

عــند مرضى دراستنا هذه وجدنا العديــد مــن الأعراض الفصامية في هذا الشــكل مــن الفصام حيث وجدت "الأفكار الهذيانيــة" عــند 90% مــنهم والاهلاس الســمعية عــند 80% على حين شوهدت الكآبــة عند 70% من المرضى وذلك عند زيــارتهم للوحدة المهنية. وبحسب منظمة الصــحة العالميــة فــي كتابها (ICD9, 1979) فإنــه فــي هذا النوع من الفصام تمــتزج الأعــراض الكآبية والهوسية مع الأعراض الفصامية.

REFERENCES المراجع

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA), 1981 – *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSMIII).* Washington D.C.
- BERNER, P. 1977 – *Psychiatrische Systematik, ein Lehrbuch.* Verlag Hans Huber. Bern, Stuttgart, Wien.
- BLEULER, E. 1911 – *Dementia praecox oder die gruppe der Schizophrenien.* Denticke, Leipzig.
- BLEULER, E. 1960 – *Lehrbuch der Psychiatrie.* Zehnte Auflage von M. Bleuler. Spreinger verlag. Berlin, Göttingen, Heidelberg.
- BLEULER, M. 1972 – *Die Schizophrenen Geiststörungen in Lichte langjähriger Kranken-und Familiengeschichten.* Thieme Verlag, Stuttgart.
- CARPENTER, W.T., J.S. STRAUSS, J.J. BARTKO, 1973 – *Flexible system for the diagnosis of schizophrenia report from the W.H.O International Pilot Study of Schizophrenia Science.* Vol.182, PP.1275-1278.
- DEMANT. E. 1985 – *Die Aufgaben der Arzthlferinnen in der Betreung Schizophrener Patienten.* In: Linden, M., Lipski, C., Pietzcker, A., - Der Schizophrene Patienten in der Nerven – arztpraxis. Georg thieme Verlag – Stuttgart.
- GRUHLE, H.W. 1947 – *Grundriss der Psychiatrie.* Verlag von J.F. Bergmann. München.
- GUTZMANN, W., LINDEN, M. 1985 – Charak teristika Schizophrener Patienten in Nervenarztpraxen. In: Linden, M. Lipski, C., Pietzcker, A., - Der Schizophrene Patienten in der Nerven – arztpraxis. Georg thieme Verlag – Stuttgart.
- HIRSCHBERG, E. 1985 – *Zusammenarbeit Zwischen Niedergelassenen Nervenarzt und stationären BZW. Teilstationären Einrichtungen.* In: Linden M., Lipski, C., Pietzcker, A., - Der Schizophrene Patienten in der Nerven – arztpraxis. Georg thieme Verlag – Stuttgart.
- ICD9, 1979 – International classification of Disease, Rev.9 WHO – Geneva.
- KHALID, M.S., 1977 – Bemerkungen zur symptomatik der Schizophrenien in Libyen. *Psychiat. Naurol. Med. Psychol.* Leipzig Vol.22. PP.46-48.
- KHAIR, O. 1989 – *Psychopathologische untersuchungen bei Schizophreniekranken anhand ICD9 – Kriterien.* Med. Diss. Friedrich – Schiller – Universität Jena.

- KLEIN, A., EHLE, G. 1988 – Ergebnisse einer Langzeitbehandlung mit Depotneuroleptika bei Schizophrenien. *Psychiat. Neurol. Med. Psychol.*, Leipzig Vol.40 No.3, PP.159-167.
- KRAEPELIN, E., 1986 – *Psychiatrie. ein. Lenhrbuch für Studierende und Ärzte.* 5.Auflage, Barth-Verlag, Leipzig.
- KÜHNE, G.-E., J.U. GRÜNES, 1983 – *Das Strukturierte Psychopathologische Erfassungssystem (SPES).* VEB Verlag Thieme, Leipzig.
- LEMKE, R., H. RENNERT, 1987 – *Neurologie und Psychiatrie, ein Lehrbuch für Praxis und Studium.* Johan Ambrosius Barth, Leipzig.
- LEONHARD, K. 1986 – *Aufteilung der Endogenen Psychosen und ihre differenzierte Ätiologie. Aketemie verlag, Berlin.*
- LEWINE, R., BURBACH, D., MELZER, H.Y., 1984 – effect of diagnosis criteria on the ratio of male to female Schizophrenia patients. Am. J. Psychiatry No.141, PP.84-86.
- SCHNEIDER, K. 1957 – Primäry und sekundäre Symptome bei Schizophrenie. Fortschr. Neurol. Psychiatr. No.25, PP.487-490.
- SCHÜSSLER, G. 1985 – *Medikamentöse Behandlung von Schizophrenien Patienten in der Nervenärztlichen Praxis.* In: Linden, M., Lipski, C. Pietzcker, A. - Der Schizophrene Patienten in der Nerven arztpraxis. Georg thieme Verlag – Stuttgart.
- SPITZER, R. – L., J. ENDICOTT, E. ROBINS, 1982 – *Forschungs – Diagnose-Kriterien(RDC).* Belz – Verlag, Weinheim, Basel.
- VAN PRAAG, H. – M., 1978 – über den unmöglichen Begriff Schizophrenie *Psychat. Prax.* No.5, PP.73-87.
- WING, J. – K., J. – E. COOPER, N. SARTORIUS, 1974 – *Measurment and classification of psychiatric symptoms.* Cambridge University Press. New York.
- الودرنـــي محمـــد هاشم، 1986 – مدخل إلى الطب النفسي وعلم النفس المرضى الطبعة الأولى. مطبعة دار الحوار اللاذقية.
- خـــزعل جـــورج، خير أوسيمه، 1991. الطب النفسي. الطبعة الأولى مطبعة دار الكتاب دمشق.