النمط الفصامي : تأصيل نظري(♦)

أ.د/ هشام عبد الحميد تهامى
أستاذ علم النفس الفسيولوجى
جامعة بنى سويف

أ.د/ نرمين عبد الوهاب أحمد صالح
أستاذ علم النفس الإكلينيكى
جامعة بنى سويف

الملخص :

تهدف الورقة البحثية الراهنة إلى فحص الوضع الراهن لمفهوم النمط الفصامى والتطورات التي مر بها منذ طرح المفهوم خصوصاً مع وجود محاولات مستمرة لخلق توازى بين كل من النمط الفصامى والفصام. كما تهدف إلى فحص بناء ومحتوى النمط الفصامى، ومحاولة عرض الأصول التاريخية الكبرى لكل من النمط الفصامى أو اضطراب الشخصية فصامية النمط.

الكلمات المفتاحية: النمط الفصامى – الفصام- اضطراب الشخصية فصامية النمط.

***

مقدمة :

تهدف الورقة البحثية الراهنة إلى فحص الوضع الراهن لمفهوم النمط الفصامى والتطورات التي مر بها منذ طرح المفهوم خصوصاً مع وجود محاولات مستمرة لخلق توازى بين كل من النمط الفصامى والفصام. كما تهدف إلى فحص بناء ومحتوى النمط الفصامى. ويبدو أن الوضع الراهن للعمل البحثى في مجال كل من النمط الفصامى(١) أو اضطراب الشخصية فصامية النمط(٢) قد يُرى على أن له خمسة أصول تاريخية كبرى، نعرض لها كالتالى:

(١) كيتى – سبيتزر:

♦ إهداء لروح أ.د فيصل يونس رائد بحوث الاستهداف للفصام في مصر.

(1) Schizotytpy

(2) Schizotypal personality disorder (SPD)

بدأ الأصل التاريخى الأول مع جهود كيتى وروزنثال ووندر وشولزينجر (Kety, Rosenthal, Wender, & Schulsinger, 1968) في دراسات التبنى الدانمركية The Danish adoption studies، التي أظهرت أن أقارب المرضى الفصاميين يميلون لإظهار أعراض يُطلق عليها مُسمى "الحالة البينية[١]". وبعد أبحاث سبيتزر وفورمان ونى (Spitzer, Forman & Nee, 1979)، أصبح هذا التشخيص "اضطراب الشخصية فصامية النمط[٢]" في الدليل التشخيصى والإحصائى الثالث للجمعية الأمريكية للطب النفسى DSM-III American Psychiatric Association [APA], 1980) ثم الدليل التشخيصى والإحصائى الرابع للجمعية الأمريكية للطب النفسى (DSM-IV American Psychiatric Association [APA], 1994) والآن الدليل التشخيصى والإحصائى الخامس للجمعية الأمريكية للطب النفسى (DSM-V American Psychiatric Association [APA], 2013).

استخدم كندلر وجرونبرج وشتراوس (Kendler, Gruenberg & Strauss, 1981) اضطراب الشخصية فصامية النمط كأداة تشخيصية[٣]، ولاحقاً أعاد النتائج المبكرة لكيتى وزملاؤه (Kety et al., 1968) وهكذا حددوا اضطراب في الشخصية له ارتباطات أسرية مع الفصام. وفي محاولة للامتداد بالعمل في هذا الموضوع، أعد راين فيما بعد استخبار الشخصية فصامية النمط[٤] وبه مقاييس فرعية تعكس المظاهر التسعة للشخصية فصامية النمط (Raine, 1991).

(٣) رادو – ميل:

يمكن أن يُقتفي أثر الأصل التاريخى الثانى من تصورات رادو (Rado, 1960) وكذلك ميل (Meehl, 1962) الذى حدد أربعة مظاهر أساسية للنمط الفصامى؛ وهى: التفويت المعرفي[٥] والنفور الاجتماعى[٦] ونقص الإحساس باللذة[٧] والتناقض الوجدانى[٨].

يعتبر التصور الذى قدمه ميل (Meehl, 1962; 1990) من أبرز التأثيرات التي ساعدت على تبلور ورسوخ فرض البُعدية في مجال الذهان بشكل عام، والفصام بوجه خاص. قدم ميل (١٩٦٢; ١٩٩٠) نموذجاً تفسيرياً للفصام، افترض فيه أن العامل الوراثى غير كاف لتفسير حدوث الفصام؛ و بعباره أخرى ليس هو العامل المسبب الوحيد[٩]. فهو بمفرده لا يفسر لماذا أصبح المريضُ مريضاً؛ و ليس مجرد شخصاً سوياً

---

(1) Borderline state
(2) Schizotypal Personality Disorder (SPD)
(3) The diagnostic tool
(4) The schizotypal personality Questionnaire (SPQ)
(5) Cognitive slippage
(6) Interpersonal aversiveness
(7) Anhedonia
(8) Ambivalence
(9)Specific Etiology

لديه تاريخ عائلى للفصام، أو استعداد وراثى له. ويفترض ميل دوراً للتعلم في حدوث الفصام؛ مستنداً في ذلك إلى أن الفصام يظهر في صورة اضطراب سلوكى. فكما يقول بلويلر Bleuler؛ لايمكن أن يُظهر المريض هذاءات ذات صبغة دينية دون أن يكون لديه معلومات دينية، أو دون أن يتعلم شيئاً عن الدين.

والسؤال الذى حاول ميل الإجابة عنه من خلال نموذجه هو كيف يُعبِّر العامل الجينى (الوراثى) عن نفسه في صورة سلوكية ؟

لقد افترض ميل أن كل ما يُورَّث في الفصام هو خلل عصبى تكاملى[١] يحدث كنتيجة ظاهرية مباشرة لطفرة جينية. ويُطلق ميل على هذا الخلل العصبى التكاملى اسم "الاستعداد العصبى الوراثى للفصام[٢]". ويكتسب الأفراد ذوو الاستعداد العصبى الوراثى، من خلال التعلم الاجتماعى، تنظيماً شخصياً - يسميه ميل؛ متبعاً في ذلك رادوRado؛ النمط الفصامى[٣]. ويفترض ميل أن الفصام يتسم بسماتٍ أربعٍ كبرى هى: اضطراب التفكير[٤] أو كما يسميه ميل "التفويت المعرفي"؛ وهو أهم السمات الفصامية على الإطلاق، والنفور الاجتماعى، ونقص الإحساس باللذة، والتناقض الوجدانى. وهذه السمات لا تُورث؛ وإنما يفترض ميل أن الأفراد ذوى الاستعداد العصبى الوراثى للفصام يتعلمونها متى توفرت لهم أنظمة التدعيم الاجتماعى السلبية. أما إذا توفرت لهم أنظمة التفاعل الاجتماعى الجيد، وأُتيح لهم أن يرثوا استعداداً منخفضاً للقلق، وحيوية جسدية، ومقاومة عامة للمشقة - فإنهم سيظلون أفراداً أسوياءاً ذوى نمط فصامى، ولن يظهروا أيٍ من أعراض المرض العقلى. أى سيصبحون كالمستهدف للنقرس الذى ورث استعداداً له مُمثلاً في المستوى المرتفع من اليوريا في الدم، ولكنه لم يُصَبْ بالنقرس بعد (لمزيد من المراجعة النقدية لنموذج ميل أنظر: Lenzenweger, 2006).

ويرى ميل أن المعادلات الوراثية التقليدية لا يُمكنها التنبؤ باحتمال حدوث الفصام، وأنها بحاجة إلى تعديل. فالأم الفصامية لا تُسهم فقط في تمرير الجين الوراثى أو "الاستعداد الوراثى " إلى الطفل، ولكنها تزوده أيضاً بنظم التناقض الوجدانى، والتعلم السلبى التي تخلق التنظيم الفصامى والنمط الفصامى، وتزيد من احتمال سقوطه في المرض. ولهذا يدعو ميل لأن لا تقتصر جهودُنا البحثيةُ على الجانب الوراثى للفصام، بل نهتم أيضاً بتحديد ودراسة سمات النمط الفصامى.

وفي هذا السياق ينشر ميل نفسُه دليلاً يضم تحديداً وتعريفاً لخمسٍ وعشرين سمة يقترحها هو لهذا النمط الفصامى (Meehl,1964). ويفترض أنها تتوزع كمياً لدى الجمهور العام.

والخلاصة أن ميل يقدم لنا نموذجاً تفسيرياً للفصام يفترض فيه وجود علاقة ثلاثية بين كل من " الاستعداد العصبى الوراثى للفصام"، و " النمط الفصامى "، و "الفصام". وهذه العلاقة يمكن تلخيصها في

---

(1) Integrative neural defect

(2) Schizotaxia

(3)Schizotypy

(4)Thought Disorder,Associative Dyscontrol

الآتى:

١-يتحول كل الأفراد ذوى الاستعداد العصبى الوراثى إلى أفراد ذوى تنظيم شخصى فصامى النمط متى توفرت لهم أنظمة تعلم اجتماعى سلبية.

٢- تتحول قلةٌ قليلةٌ من ذوى النمط الفصامى إلى الفصام الإكلينيكى الصريح إذا تعرضوا لمشقة بيئية.

٣-إذا لم يرث الفرد هذا الاستعداد الوراثى، فإنه لن يتحول إلى فصامى النمط وبالتالى إلى فصامى مهما تعرض لأنظمة تعلم اجتماعى سلبية ولمشقة بيئية. وكل ما يمكن أن يحدث لهذا الفرد، إذا ما تعرض لهذه العوامل، هو أن يصاب بالعصاب أو باضطراب الشخصية.

إذن فالعامل الوراثى - بما يُحدثه من خلل تكاملى عصبى - هو الشرط الضرورى لحدوث الفصام، ولكنه ليس العامل المسبب الوحيد. فبدونه لا يحدث الفصام، وفي وجوده يمكن ألا يحدث الفصام.

ويعتبر– أى النمط الفصامى لدى رادو وميل – مفهوماً مشابهاً إلى حد ما للذى طُرح بواسطة هوتش وكاتل (Hoch & Cattell, 1959) اللذين اقترحا أن "الفصام العصابى الزائف[١]" كان تشخيصاً محتملاً لمجموعة من المرضى لديهم أعراض بها قدر من التشابه مع تلك الخاصة بالفصام. وقد طُوِّر منحى ميل أكثر بواسطة تشابمان (لمزيد من الوصف والمراجعة أنظر: Chapman, Chapman & Kwapil, 1995, pp 91-95) مثمراً عن استخدام عدة مقاييس لقياس سمات النمط الفصامى مثل: نقس الإحساس باللذة الحسية ونقص الإحساس باللذة الاجتماعية والتفكير السحرى والتفويت المعرفي والإندفاعية-النشوز[٢]. ونظراً لما وُجد من ارتباط مرتفع بين مقياسى الاختلالات الإدراكية والتفكير السحرى فقد تم دمجهما في مقياس مجمع واحد (الاختلالات الإدراكية-التفكير السحرى).

(٣) نيلسن وبيترسن:

الأصل التاريخى الثالث يمكن اقتفاء أثره من نيلسن وبيترسن (Nielsen & Petersen, 1976) اللذين اشتقا منحاهما من عمل تشابمان (Chapman, 1966) عن أعراض الفصام المبكر[٣]. وقد أثمرت جهود نيلسن وبيترسن عن مجموعة من البنود التي تقدم مقياساً لـ "شبه الفصامية[٤]" الذى ارتبط بالنشاط الجلدى الكهربى[٥]. وقد كانت هذه العلاقة في نفس الاتجاه الذى ظهر لدى ميدنيك وشولزنجر (Mednick & Schulsingr, 1968) عند تحديد الاطفال ذوى الاستعداد المرتفع للفصام.

(٤) أيزنك:

(1) Pseudoneuritic schizophrenia

(2) Impulsive nonconformity

(3) The symptoms of early schizophrenia.

(4) A scale of “schizophrenism”

(5) Electrodermal activity

حاول أيزنك الامتداد بنظريته في الشخصية لتشمل بعداً جديداً يُضاف إلى بعدية السابقين - الانبساط والعصابية - هو الذهانية[1] (انظر: Eysenck,1992)

لم يُصَغْ مفهوم الذهانية لتفسير بيانات امبيريقية؛ وإنما افترض مسبقاً على أسس نظرية، وكانت البنود ذات صدق المحتوى تُنتقى عبر سلسلة من الدراسات حتى ظهر البُعد الجديدُ متعامداً على بُعدى الشخصية الآخرين (Bishop,1977). ويعرض أيزنك في مراجعة له (١٩٩٢) للعديد من الدراسات العاملية التي دعمت صدق فروضه عن وجود بعدٍ للذهانية مستقلاً عن الانبساط والعصابية، ومتعامد عليهما.كما يعرض أيضاً - وسبقه إلى هذا كلاريدج (١٩٨٣) -للأدلة التجريبية على صدق المفهوم.

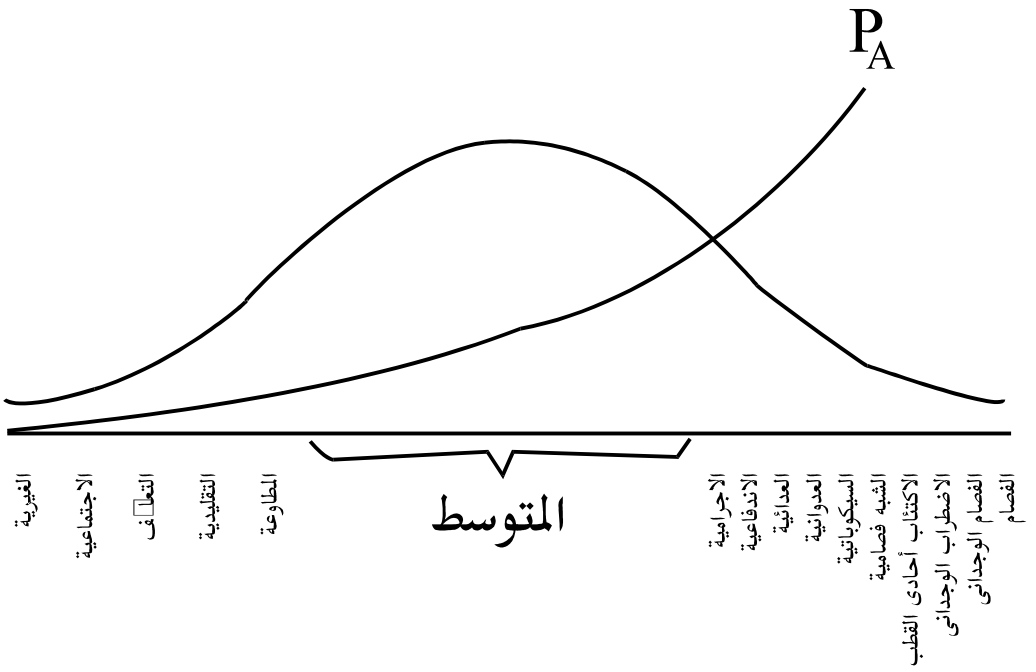
يقوم مفهوم الذهانية على افتراض وجود متصل بين الذهان والسواء. ولقد تعرض المفهوم منذ الصياغة الأولى وحتى الآن لتباينات عديده في تفسيرأيزنك له. فلقد طرح أيزنك في فصل مبكر له سنة ١٩٦٠ عن ((التصنيف ومشكلة التشخيص)) فرض وقوع الاضطراب السيكياترى على متصل واحد مع السواء (Bishop,1977).كما دعا لأن يحل النسق البُعدى المُشتق من دراسات الشخصية السوية محل التصنيف السيكياترى التقليدى الذى يعيبه ضعف ثباته، واشتماله على العديد من التشخيصات المركبة.

ولكنه عاد في دراسة لاحقة (Eysenck &Eysenck,1975)؛ وافترض أن الذهانية تعنى الاستعداد للذهان، وأن نسبة بسيطة من ذوى الدرجات المرتفعة عليها هم الذين يُحتمل أن يظهر لديهم الذهان الصريح فيما بعد.

"يُشير مصطلح الذهانية إلى سمة شخصية تقوم وراءه....وتظهر بدرجات متفاوتة لدى كل الأفراد، وعندما توجدلدى الفرد بدرجة معينة فإنها تُؤهله للاضطراب الذهانى؛أو تجعله مستعداً للإصابة به. ويختلف هذا الاستعدادعن الذهان الفعلى...وتُظهر نسبةٌ بسيطةٌ جدا من ذوىالدرجات المرتفعة على الذهانية الذهان الصريح فيالمراحل العمرية اللاحقة "(Eysenck & Eysenck,1975,P. 5)

ويفترض أيزنك و أيزنك في كتابهما ((الذهانية كبعد في الشخصية))(١٩٧٦) أن للذهانية أساساً وراثياً قوياً، وأن السيكوباتية تمثل نقطة في منتصف الطريق من السواء إلى الذهان(Block,1977). ويوضح الشكل رقم (١) الملامح الكبرى لمنظور أيزنك في الذهانية.

(1) Psychoticism (P)



شكل (١)

رسم توضيحى لنظرية أيزنك عن البُعدية الذهانية مستمد من: أيزنك (1992)

وبالرغم من أن أيزنك قد افترض اعتدالية توزيع الذهانية في الجمهور العام إلا أن النتائج لم تُؤيد ذلك؛ وإنما كان التوزيعُ ملتوياً، وفشلت التحسينات اللاحقة في المقياس أيضاً في تجنب الالتواء وإن قللته بعض الشئ (Eysenck , Eysenck ,& Barrett,1985).

توضح النقاط التالية أهم فروض نموذج أيزنك (١٩٩٢) عن متصل السواء- الذهان:

(١) يُحتمل أن يظهر الذهان (فصام،وهوس - اكتئاب) إذا ما تعرض الفرد لمشقة بيئية، وهذه الاحتمالية يرمز لها بالرمز (Pa)، وهى دالة الذهانية كما يظهر من الشكل رقم (١).

(٢) إن الذهانَ ليس فئةً منفصلةً كيفياً عن السواء، وهذا ما حاول أيزنك أن يُثبته منذ أن طرح نظريته الأولى من خلال أُسلوب تحليل المحك. كما أن أيزنك لم ينظر إلى الذهانات المختلفة على أنها منفصلةٌ فئوياً. في كلتا الحالتين نحن نتعامل مع متصل يبدأ بالسواء وينتهى بأشد درجات الذهان - وهو الفصام (راجع الشكل رقم ١).

(٣)كلما اقتربنا من الذهان في أقصى اليمين سنجد السلوكيات التي تُشخص على أنها اضطرابات في الشخصية - كالشخصية شبه الفصامية[1]، والسيكوباتية.

ويتعارض هذا النموذج مع الافتراضات السيكياترية الأساسية عن الزملات المرضية، ولهذا فقد قابله عددٌ كبيرٌ من المتخصصين في الطب النفسى بالرفض والانتقاد. كما لم يقبله بعضُ المتخصصين في علم النفس أيضاً (e.g.,Bishop, 1977; Block,1977).

(1) Schizoid personality.

(٥) كلاريدج:

إن التحدى الذى يواجه النماذج "البُعدية" للذهان - وللفصام على وجه الخصوص - هو مدى قدرتها على مجابهة التساؤل الخاص بما اذا كان الفصام مرض أو هوية مرضية مستقلة أم مجرد نقطة على متصل يبدأ بالسواء وينتهى بالفصام الصريح الذى يُمثل - وفقاُ للمنظور البُعدى - أشد درجات الذهان ؟ أو بعباره أخرى؛ فان التحدى الذى يواجهها هو مدى قدرتها على التوفيق بين النظرة السيكياترية التقليدية للفصام كمرض، وبين الفرض الذى يدعى أن الفصام يشكل متصلاً مع الصحة النفسية.

ولما كانت هذه النماذج تختلف - كما ذكرنا - عن الافتراضات السيكياترية التقليدية؛ والتي ربما يقوم عليها الطب النفسى بأكمله - فلقد لاقت انتقادات عنيفة من بعض المتخصصين في الطب النفسى، و من علماء النفس أيضاً.

كتبت بيشوب (١٩٧٧) منتقدة المنظور الُبعدى لأيزنك، ورافضة لفكرة أن الاستعداد للذهان يعنى ضمناً التسليم "بالبُعدية":

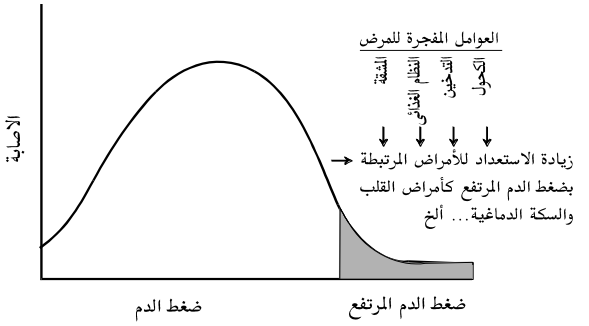
"اذا كان أيزنك و أيزنك (١٩٧٥) يتناولان الذهانية على أنهااستعداد للذهان.. وبالتالى فهى تختلف عن الذهان نفسه،فلماذا يصران على وجود متصل بين الذهان و السواء. ولكنفهم المغالطة المنطقية في هذا نسوق المثال الطبى الآتى..يمكننا أن نتصور وجودَ متصل قائم بين الهزال، والسمنة المفرطة. وتجدر الإشارة إلى أن السمنةَ ترتبطُ بزيادة الاستعدادلعدد من الأمراض المزمنة - و لعل من أهمها الأزمة القلبية. وبالإضافة إلى هذا، ترتبط السمنةُ أيضاً بكلٍ من التهاب المفاصل، والسكر، وتضخم الأوردة، والتليف، وغيرها من الأمراض.. ومع هذا فلا يوجد ما يدعو لأن نتصور وجود أى علاقة بين هذه الاضطرابات... وبالمثل، فاكتشاف وجود علاقة بين نمط من الشخصية (كالذهانية) وعدد من الاضطرابات (كالذهانات، والسيكوباتية مثلا) لا يعنى بالضرورة وجود علاقة بين هذه الاضطرابات، كما لا يعنى أن هذه الاضطرابات تقع على متصلٍ واحدٍ مع السواء"(Bishop,1977,PP. 130-131)

وقد تصدى كلاريدج (Claridge,1987) - عند مراجعته لنموذجه الذى طرحه عام ١٩٧٢ لمحاولة التوفيق بين المسلمة السيكياترية التي تسلم بأن الفصامَ مرضٌ، وبين فرضية البُعدية. والمثال الذى يستخدمه كلاريدج(١٩٨٧) هو الأمراض المرتبطة بضغط الدم المرتفع. (انظر الشكل رقم ٢-أ) حيث يمثل ضغط الدم المرتفع شرطاً ضرورياً لحدوث هذه الأمراض. فبالرغم من أن ضغط الدم يُعد خصلة بيولوجية توجد لدى الأفراد بدرجات متفاوتة - أى أنها تتباين كمياً لدى الجمهور العام - إلا أنها تحت ظروف معينه يمكن أن تكون مفجرة للمرض[1]، ولدى بعض الأفراد، تصبح أحدَ عوامل الخطر لهذه الأمراض. وفي هذا المثال يصبح لضغط الدم خاصية مزدوجة، فهو من ناحية سمة بيولوجية عامة وسوية، ومن ناحية أخرى يمثل عامل خطر للأمراض المرتبطة بضغط الدم المرتفع (مثل السكتة) اذا زادت شدته عن حد معين أو

(1)Pathogenic Conditions

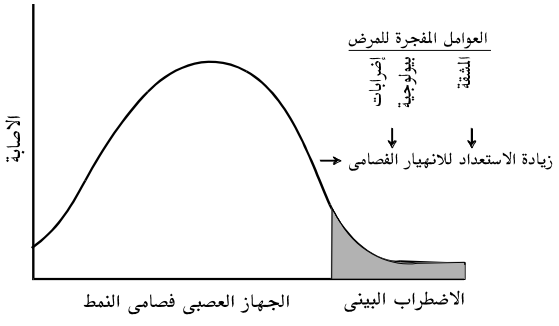
نقطة قاطعة.

لا توجد صعوبة - في مجال الأمراض العضوية - في افتراض وجود خصال بيولوجية معينة تقع بدرجات متفاوتة على متصل يمتد من السواء إلى المرض. وهذه الخصال نفسُها - والتي تُمثل خصالاً سوية - هى التي تفجر المرض وتصبح سمة للمرضى، مع اختلاف درجاتها الكمية بين حالتي السواء والمرض. وقد حاول كلاريدج (١٩٨٧) تطبيق نفس هذا المنظور المرضى على الفصام. (انظر الشكل رقم ٢-ب). اذ يمكن النظر إلى التدهور الفصامى[١] على أنه "منفصلٌ سلوكياً" - أو بعبارة أخرى، يختلف السلوكُ الفصامىُ كيفياً؛ وليس كمياً؛ عن السلوك السوى - كما يختلف الفصاميون عن الأسوياء في الوظائف المخية. ولعل هذا التصور يتسق مع التصور السكياترى للفصام على أنه مرض. ويفترض كلاريدج أن ما يأخذ الشكل البُعدى أو المتصلى هو الاستعداد الكامنُ للفصام. ويتضمن هذا الاستعداد عدداً من السمات العصبية والسيكولوجية التي تعكس فقط - في غياب العوامل المفجرة[٢] للمرض، وعندما تكون هى نفسُها متوسطةَ الشدةِ- أوجه التباين بين الأجهزة العصبية للأسوياء.



شكل (١-أ)

مأخوذ من كلاريدج (1987)



شكل (١-ب)

مأخوذ من كلاريدج (1987)

متصل ضغط الدم كاستعداد للأمراض متصل النمط الفصامى المرتبطة بضغط الدم المرتفع كاستعداد للاضطراب الفصامى

بناء ومحتوى النمط الفصامى:

قدَّم كل من فينابلز وبيلز (Venables & Bailes, 1994) وفينابلز (Venables , 1995) وفوليما وفندنبوتش (Vollema & Vendenbosch, 1995) مراجعات عن بناء النمط الفصامى[٣] وعلاقة هذا البناء بذلك الخاص بالفصام. ورغم التشابه الواضح بين البنائين اللذين أظهرتهما الدراسات العاملية عن النمط الفصامى والفصام، إلا أن هذا لا يبرهن بالضرورة على أن هناك سبباً كامناً واحداً للتشخيصين. ومع هذا

(1)Schizophrenic Break-Down

(2) Triggering Factors

(3) The structure of schizotypy

فالجدل الذى يتكرر في الأوراق الثلاثة يعطى دعماً عاماً لنموذج ميل (Meehl, 1962; 1990) عن خلل التكامل العصبى العام – المُسمى Schizotaxia – الذى يكمن وراء النمط الفصامى لدى أولئك الذين يتعرضون لبيئات حميدة ويسبب الفصام لدى أولئك الذين يتعرضون لخبرات سلبية.

يجب أن نضع في أذهاننا أن القضايا المثارة حول محتوى الأبعاد عند تحديد بناء الفصام قد تكون هى نفسها التي يجب أن تؤخذ بعين الاعتبار عند فحص محتوى أبعاد النمط الفصامى. ومع هذا، فإن ذلك لا يعنى بالضرورة قبول مطلق وغير قابل للنقد لفكرة التوازى التام بين النمط الفصامى والفصام.

افترض فينابلز وبيلز (١٩٩٤) وفينابلز (١٩٩٥) وفوليما وفاندنبوتش (١٩٩٥) أن النمط الفصامى مفهوم متعدد الأبعاد وأنه يتضمن أبعاداً قد تكون:

أ- النمط الفصامى الإيجابى، ويتصف بالخبرات الإدراكية الشاذة[١] والتفكير السحرى[٢].

ب- النمط الفصامى السلبى، ويتشبع عليه بشكل مرتفع نقص الإحساس باللذة الحسية ونقص الإحساس باللذة الاجتماعية (شاملاً النفور الاجتماعى والقلق الاجتماعى) مع تشبع سلبى مرتفع للانبساط[٣].

وقد دعمت دراسة هشام عبد الحميد تهامى (٢٠٠١) ودراسة هشام عبد الحميد تهامى ونرمين عبد الوهاب (٢٠٠٦) التي أجريت على عينات مصرية هذا النموذج ثنائى العوامل من خلال تحليل عاملى استطلاعى لستة مقاييس للاستهداف للفصام: نقص الاحساس باللذة الحسية ونقص الإحساس باللذة الاجتماعية والتفكير السحرى والاختلالات الإدراكية والتفويت المعرفي والاندفاعية-النشوز، تشبعت أربعة مقاييس من الستة (مقياس الاختلالات الادراكية ومقياس التفكير السحرى ومقياس التفويت المعرفي ومقياس الاندفاعية-النشوز بشكل عال جداً (٠,٨٠٨ – ٠,٨٤٦) على العامل الأول الذى فسَّر ٤٨,٨% من التباين الكلى وكان أعلى المقاييس تشبعاً على هذا العامل الأول هو مقياس التفكير السحرى تلاه مقياس التفويت المعرفي فمقياس الاختلالات الإدراكية ثم مقياس الاندفاعية النشوز. وتشبع على هذا العامل أيضاً ولكن عند الحدود الدُنيا للدلالة (٠,٣٣٦) مقياس نقص الاحساس باللذة الاجتماعية. أما العامل الثانى - الذى فسر ٢٣,٨% - فقد تشبع عليه بشكل مرتفع مقياسى نقص الاحساس باللذة الحسية ونقص الاحساس باللذة الاجتماعية (٠,٨٧٠ و ٠,٧٩١ على التوالى).

هناك إجماع أقل حول محتوى– بل حتى وجود– عامل ثالث أطلق عليه "اللاتنظيم/القلق الاجتماعى[٤]" بواسطة بنتال وكلاريدج وسلاد (Bentall, Claridge & Slade,1989). بينما كان العامل الرابع- الاندفاعية النشوز؛ بتشبع مرتفع لمقياس الذهانية لأيزنك (Eysenck,1992)- حاضراً بوضوح عندما يُقاس بمقاييس ملائمة، ويظهر متعامداً على البعدين الإيجابى والسلبى، ويمكن القول أنه ملمح غير مؤكد

(1) Unusual perceptual experiences
(2) Magical ideation
(3) Extroversion
(4) Disorganization/social anxiety

للنمط الفصامى (أو الفصام). ومن الجدير بالذكر أنه لا يبدو عنصراً أو مكوناً في الشخصية فصامية النمط، كما أن تضمينه كأحد سمات النمط الفصامى لم يكن نابعاً مباشرة من أصول ما طرحه رادو- ميل. ولكن تشابمان وزملاؤه (Chapman, Chapman, Numbers, Edell, Carpenter & Beckfield, 1984) ضمنوه كأحد منبئات الاستهداف للفصام. بينما اعتبره فينابلز وركتور (Venables & Rector, 2000) عاملاً وهمياً، ولم يفحصوه عند اختبار نماذج النمط الفصامى (ثنائى العوامل وثلاثى العوامل ورباعى العوامل)، وكان النموذج رباعى العوامل الذى فحصوه هو ما يقسم العامل الثالث "اللاتنظيم" إلى عاملين يشمل أولهما "اللاتنظيم" وثانيهما "الخلل الاجتماعى[١]" كما طرحه لنزنوجر ودوركين (Lenzenweger& Dworkin, 1996).

وفي مقابل عدم التحديد في أبعاد النمط الفصامى يُعتقد أن أبعاد الفصام أكثر تأكيداً وبرهاناً. وهم باختصار:

أ- الإيجابى، ويتصف بالهلاوس والهذاءات.

ب- السلبى، ويتصف بانعدام الإرادة[٢] ونقص الإحساس باللذة وفقر الكلام[٣] وتبلد الانفعال[٤].

ج- اللاتنظيم، مع كون اضطراب التفكير محدداً ثابتاً مصحوباً بفقر محتوى الكلام[٥] والسلوك المستغرب[٦].

قدَّم شتراوس وكاربنتر وبارتكو (Strauss, Carpenter & Bartko,1974) نسخة أخرى من النموذج ثلاثى الزملات[٧]؛ حيث الزملة الثالثة هى "اضطراب الترابط[٨]" بدلاً من اللاتنظيم. هذا البناء قد دُعم بواسطة التحليل اللاحق بواسطة لنزنوجر ودوركين ووزينجتون (Lenzenweger , Dworkin & Wethington ,1991). الغموض في تسمية البعد الثالث في مجال الفصام ينعكس أو يتجلى في تسمية مقابلة في النمط الفصامى بـ "اللاتنظيم/القلق الاجتماعى[٩]". هناك هكذا حركة بعيداً عن البناء ثنائى العوامل بواسطة كرو (Crow, 1980)، بنظرته للفروق السببية المنفصلة[١٠] بين البعدين والبناء المفترض أولاً بواسطة أندريسن وألسن (Andreasen & Olsen, 1982)، حيث الفصام السلبى والفصام الإيجابى قد تم

---

(1) Social impairment
(2) Avolition
(3) Alogia
(4) Flattening of affect
(5) Speech content
(6) Bizarre behavior
(7) The three-syndrome model
(8) The "disorder of relating
(9) Disorganization/social anxiety
(10) A distinct etiologic difference

التعبير عنهما كنهايتين متعاكستين للبعد ثنائى القطب.

تشير مناقشات العديد من الباحثين والمنظرين للمنشأ وباثولوجيا الفصام[١] إلى ضرورة الفصل بين الأعراض الإيجابية والأعراض السلبية (Andreasen & Olsen, 1982; Andreasen, 1982; Andreasen, 1984(a); 1984(b); Crow , 1980a ; 1980b)، وعلى أن الفئتين تعكسان تبايناً في العمليات الباثولوجية[٢] (أنظر لمزيد من للمراجعة: Lenzenweger, Dworkin & Wethington, 1989) وهو ما يجب أن تتوجه الدراسات لاستكشافه بدلاً من البحث عن عمليات باثولوجية واحدة للفصام.

تعنى الأعراض الفصامية الإيجابية باختصار وجود سلوك أو وظيفة لاتظهر لدى الفرد في حالة السواء، بينما تعنى الأعراض الفصامية السلبية غياب سلوك أو وظيفة تكون موجودة عادة لدى الفرد السوى. وبعبارة أخرى يعنى العرض الإيجابى ظهور سلوك أو وظيفة (شاذة طبعاً أو غير سوية) لاتظهر عادة لدى الأسوياء، بينما يعنى العرض السلبى فقد الفرد لسلوك أو وظيفة سوية. وبذا فأعراض من قبيل الهلاوس، والهذاءات، واضطراب التفكير، والسلوك المستغرب يُطلق عليها مسمى أعراض إيجابية، بينما الوجدان المتبلد، وغياب الإرادة، ونقص الإحساس باللذة، واللااجتماعية تُصَنَّف على أنها أعراض سلبية (Andreasen & Olsen , 1982 ; Crow , 1980a ; 1980b). وطبقاً للتعريفات السابقة يتضح لنا مدى التشابه بين المكونين الإيجابى والسلبى في حالة الفصام ومكونى النمط الفصامى اللذين ظهرا في دراسات عديدة ومنها دراستى هشام عبد الحميد تهامى (٢٠٠١) ودراسة هشام عبد الحميد تهامى ونرمين عبد الوهاب(٢٠٠٦).

قدَّم كرو (a١٩٨٠) في مطلع الثمانينات نموذجاً ثنائياً للفصام فاصلاً بين ما أسماه بالنمط (الأول)[٣] الذى يتسم بأعراض إيجابية وله أساس وظيفي[٤] والنمط (الثانى)[٥] الذى يتسم بأعراض سلبية وله أساس بنائى[٦]. وافترض كرو (a١٩٨٠) أن هذه التقسيمة يمكن استخدامها لخلق فئات من الفصام[٧] مما ييسر من دراسة الباثوفزيولوجيا والسبب. افترض كرو (a١٩٨٠) أن النمط (الأول) يتميز بـ:

١. بروز الأعراض الإيجابية وسيادتها.

٢. بناء مخى سوى.

٣. استجابة جيدة نسبياً للعلاج.

---

(1) The etiology and pathogenesis of schizophrenia.

(2)The latent structure of pathological process.

(3)Type I schizophrenia.

(4)Functional basis.

(5)Type II schizophrenia.

(6)Structural basis.

(7)A typology of schizophrenia.

٤. ميكانيزم نيوروكيميائى؛ يُحتمل أن يكون دوباميني[١].

ويتسم النمط (الثانى) بـ:

١. بروز الأعراض السلبية.

٢. شذوذ مخى بنائى يظهر في الأشعة المقطعية.

٣. خلل الوظيفة المعرفية.

٤. استجابة ضعيفة للعلاج.

نشرت اندريسن واولسن (Andreasen & Olsen , 1982) تحليلات أوحت بوجود نموذج أحادى العامل يتضمن عاملاً ثنائى القطب[٢]؛ حيث تكون الأعراض السلبية في أحد قطبيه والأعراض الإيجابية في القطب الآخر، ولذا فهما ليسا مستقلين (Venables & Bailes , 1994). واقترحت أندريسن محكات لثلاثة أنماط تشمل:

١. الإيجابى.

٢. السلبى.

٣. المختلط أو الذى يضم أعراضاً إيجابية وأخرى سلبية معاً.

بالرغم من أن كرو (١٩٨٠a ; 1980b) استخدم مصطلح النمط (الأول) ليشير به إلى زملة ذات أعراض إيجابية سائدة، والنمط (الثانى) ليشير به إلى زملة ذات أعراض سلبية سائدة، إلا أنه يقرر بشكل حاسم وقاطع (Crow, 1980b) أن نموذجه يحدد بُعدين باثولوجيين مستقلين للفصام أكثر منه يحدد أنماطاً فرعية. وبالتالى يجب ألا يرتبطا؛ أو على أقصى تقدير يرتبطان ارتباطاً إيجابياً بسيطاً. وفي مقابل هذا افترضت أندريسن بُعداً باثولوجياً واحداً ثنائى القطب؛ وطبقاً لهذا فإن الأعراض الإيجابية والأعراض السلبية يجب أن تتغير عكسياً داخل الفصاميين. وقد حاول لنزنونجر وآخرون (١٩٨٩) – باستخدام التحليل العاملى التوكيدى – أن يختبروا ملائمة كل من نموذج البعدين المستقلين لكرو ونموذج البعد الواحد ثنائى القطب لأندريسن في تفسير بيانات عينة مكونة من (٢٢٠) مريضاً فصامياً. وقد وُجد أن نموذج كرو (Crow , 1980a 1980b ;) كان الأفضل في تفسير البيانات مقارنة بنموذج أندريسن وأولسن (١٩٨٢).

وقد دعم كل من راين وألبيوت (١٩٨٩) وفينابلز وبيلز (١٩٩٤) وكذلك دراستى هشام عبد الحميد تهامى (٢٠٠١) ودراسة هشام عبد الحميد تهامى ونرمين عبد الوهاب (٢٠٠٦) استقلال مكونى النمط الفصامى الإيجابى والسلبى؛ فلم يقف التدوير المائل في كل من دراستى هشام عبد الحميد تهامى (٢٠٠١) ودراسة هشام عبد الحميد تهامى ونرمين عبد الوهاب (٢٠٠٦) وكذلك دراسات كل من راين والبيوت (١٩٨٩)

---

(1)Dopaminergic.

(2)A unidimentional bipolar factor model.

وفينابلز وبيلز (١٩٩٤) على وجود ارتباط بين العاملين الإيجابى والسلبى، واستناداً إلى ذلك أعيد التدوير باستخدام إحدى طرق التدوير المتعامد في هذه الدراسات جميعها. كما دعمت هشام عبد الحميد تهامى (٢٠٠١) فرض تباينهما في العمليات الباثولوجية من خلال التوصل لتباينهما نيوروسيكولوجياً في وظيفة الانتقال العصبى بين نصفي المخ.

التباين والتشابه البنائى بين الفصام والنمط الفصامى:

رغم وجود محاولات لخلق درجة من التوازى بين نماذج النمط الفصامى ونماذج الفصام، إلا ان ثمة أسئلة تطرح عن محتوى المقياس المستخدم ومضمون المفاهيم التي تبدو متشابهة بشكل واضح. وإحدى المشكلات الكبرى التي تنشأ في مقاييس التقرير الذاتى للنمط الفصامى، هى صياغة محتوى بنود الاستخبار بشكل يُجاب عنه بواسطة المفحوصين الأسوياء، بطريقة تعكس محتوى الأعراض الملاحظة لدى مرضى حقيقيين في سياق إكلينيكى. وأحد الفروق الجلية جداً بين محتوى البعد السلبى في النمط الفصامى ونظيره في الفصام هو أنه في النمط الفصامى قد قيس المحتوى في حالات عديدة بواسطة مقاييس نقص الإحساس باللذة، بينما هناك مدى أوسع من الاعراض قد وجد في حالة الفصام. وأحد التباينات الأخرى هى أن دراسات النمط الفصامى المنطلقة من توجه ميل- تشابمان (e.g., Chapman, Chapman & Raulin, 1976) قد اعتمدت على نقص الإحساس باللذة الجسمية ونقص الإحساس باللذة الاجتماعية كمحددات للنمط الفصامى السلبى، بينما لا يشمل تعريف الدليل التشخيصى والإحصائى الرابع أو الخامس للشخصية فصامية النمط نقص الإحساس باللذة كأحد الخصال المحددة للشخصية فصامية النمط.

هناك كذلك – في هذه المرحلة – مشكلتان كبيرتان في تصور وفهم بناء ومحتوى النمط الفصامى. الأولى تتعلق بمحتوى البعد السلبى؛ هل يحتوى بالإضافة إلى نقص الإحساس باللذة – على ملامح من قبيل انعدام الإرادة وفقر الكلام وتبلد الانفعال، وهى الملامح التي تشكل محتوى البعد السلبى للفصام؟. والثانية تتعلق بمحتوى البعد الثالث المُسمى "اللاتنظيم/القلق الاجتماعى"، هل يجب أن يقتصر على اللاتنظيم بينما يكون الخوف الاجتماعى بعداً آخر، أم أن الإثنين يظهران معاً في بعد واحد؟

بالإضافة إلى هذه الاعتبارات، هناك قضايا أخرى أقل أهمية تُثار في دراسات بناء الفصام وهى تلك التي تتعلق بتفاصيل محتوى بعض المفاهيم مثل "فقر الكلام". العديد من الدراسات التي حللت بيانات من مرضى فصاميين استخدمت المقياس لتقدير الاعراض السلبية (Andreasen, 1984a)، والسؤال يُثار حول ما إذا كان فقر الكلام مكوناً لعامل العرض السلبى[١] أم لعامل اللاتنظيم. ويبدو أن هذه القضية حُلت بواسطة ليدل (Liddle ,1987; Liddle and Barnes, 1990) الذى – بواسطة استخدام منفصل للمقاييس الفرعية التي تقيس "فقر الكلام" – أظهر أن "فقر الكلام[٢]" كان بنداً لعرض سلبى[٣] بينما تشبع

(1)The negative symptom factor

(2)Poverty of speech

(3)A negative symptom item

"فقر محتوى الكلام[١]" على عامل اللاتنظيم. قدَّم أندريسن وأرندت وميللر وفلوم ونوبولس (Andreasen, Arndt, Miller, Flaum, & Nopoulos,1995) بيانات لتدعيم هذه النتائج. ومع هذا فالقضية لم تُحل بناء على نتائج برالتا ودى ليون وكوستا (Peralta, de Leon & Cuesta, 1992) – في دراسة مشابهه – التي أظهرت أن التشبع الرئيسى لفقر محتوى الكلام كان على عامل العرض السلبى.

ثمة قضية أخرى إضافية تظهر عند أخذ تراث النمط الفصامى في الاعتبار، وهى قضية وضع أو مكانة التفكير السحرى. تشابمان وتشابمان (Chapman & chapman, 1987) – على سبيل المثال – قد أظهرا أنه من الملائم استخدم مقياسيهما للاختلالات الإدراكية (Chapmen, Chapman & Raulin, 1978) والتفكير السحرى (Eckblad & Chapamn, 1983) معاً كمقياس واحد مُجمع، لأن المقياسين قد أظهرا ارتباطاً مرتفعاً. وقد أُثير بعض الشك حول هذا الإجراء بسبب نتائج كندلر وهوايت (Kendler & Hewitt, 1992) التي بينت أن التفكير السحرى له مكون وراثى قوى بينما لا تتصف الاختلالات الإدراكية بهذا المكون الوراثى. حلل بيلز وفينابلز (من خلال: Venables & Rector,2000) مقياس التفكير السحرى في سياق مقياس النمط الفصامى لفينابلز وولكينز وميشل وراين وبيلز (Venables, Wilkins, Mitchell, Raine & Bailes, 1990). احتوى هذا المقياس للتفكير السحرى على بنود التفكير السحرى لإكبلاد وتشابمان (Eckblad and Chapman, 1983)، التي تشبعت على عامل النمط الفصامى الإيجابى. أما البنود الاخرى في المقياس الجديد فقد شكلوا ثلاثة عوامل تُسمى: "التنجيم والتكهن[٢]" و"الاعتقاد في الكائنات غير الأرضية[٣]" و"آثار القوى الخارقة[٤]". وبناء على ذلك يبدو أن تعريف ووضع مفهوم التفكير السحرى ما يزال بحاجة إلى مزيد من البلورة.

أجرى راين ورينولدز ولنز وسكربو وتريفون وكيم (Raine, Reynolds, Lencz, Scerbo, Triphon, & Kim, 1994) تحليلات عاملية توكيدية لاستخبار الشخصية فصامية النمط لراين (Raine , 1991)، الذى كما أُشير من قبل قد صمم لقياس الخصال التسعة لاضطراب الشخصية فصامية النمط. وقد وجدوا أن النموذج ثلاثى العوامل يقدم أفضل "تناسباً" للبيانات[٥]. وكانت العوامل كما يلى:

أ- العامل المعرفي الإدراكى، تشبعت عليه المقاييس المُسماة "أفكار الإحالة[٦]" و"التفكير السحرى" و"الخبرات الإدراكية الشاذة" و"الشك/التفكير البارنويدى[٧]".

---

(1)Poverty of speech content
(2)Astrology/fortune telling
(3)Belief in extra-terrestrial beings
(4)Effect of supernatural forces
(5)The best fit to the data
(6)Ideas of reference
(7)Suspiciousness/paranoid ideation

ب- عامل "البين شخصى[١]"، وتشبعت عليه مقاييس "الشك/ التفكير البارانويدى" و"القلق الاجتماعى" و"عدم وجود أصدقاء حميميين" و"الوجدان المقيد[٢]".

ج- عامل اللاتنظيم، تشبع عليه مقياسى "السلوك الشاذ[٣]" و"الكلام الشاذ[٤]".

جذب راين وآخرون (Raine et al., 1994) الانتباه للتماثل المحتمل بين بنائهم العاملى والبناء ثلاثى العوامل (الإيجابى – السلبى – اللاتنظيم) لأعراض الفصام. وهكذا في تحليل استخبار الشخصية فصامية النمط (الذى لا يحتوى على بنود لنقص الإحساس باللذة)، النظير للفصام سلبى الاعراض قد استبدل بالعامل المسمى بـ"البين شخصى". ويجب أن يُلاحظ أن التفكير البارانويدى قد تشبع على كل من العاملين الأول والثانى. وقد توصل جروزلير وبيرجس وستيجال وايرفينج وراين (Gruzelier, Burgess, Stygall, Irving & Raine, 1995) إلى بناء مشابه من خلال استخدام تحليل عاملى استطلاعى لاستخبار الشخصية فصامية النمط مع التدوير بطريقة الفاريماكس. العامل الأول الذى أطلق عليه جروزلير وزملاؤه (١٩٩٥) مُسمى "الإنسحاب[٥]" كان له نفس أنماط التشبعات التي ظهرت في حالة عامل "البين شخصى" لراين وزملائه (١٩٩٤). والعامل المُسمى من قَبل جروزلير وزملائه (١٩٩٥) بـ "عدم الواقعية[٦]" تشبعت عليه نفس المقاييس التي تشبعت على عامل راين وزملائة (١٩٩٤) المُسمى "العامل المعرفي/الإدراكى". أما العامل الثالث في دراسة جروزلير وزملائه (١٩٩٥) المُسمى "النشط[٧]" كان مماثلاً لعامل "اللاتنظيم" في دراسة راين وزملائه (١٩٩٤). ومرة أخرى كان مقياس التفكير البارانويدى مزدوج التشبع[٨] على كل من العامل "المعرفي/الإدراكى" و"البين شخصى". وقد جذب جروزلير وزملاؤه (١٩٩٥) انتباه خاص للتوازى بين هذا البناء ثلاثى الزملات[٩] وتلك التي ظهرت في دراسات الفصام.

استخدم ماسون (Mason, 1995) تحليل عاملى توكيدى على بيانات جُمعت بواسطة استخبار النمط الفصامى المجمع[١٠] الذى أعده بنتال وآخرون (Bentall et al.,1989)، وقد استطاع ماسون بصفة خاصة إعادة نتائج بنتال وزملائه، وأظهر بناء رباعى العوامل للنمط الفصامى. ضمَّن بنتال وآخرون (Bental et al., 1989) مقاييساً تعرف عامل الاندفاعية-النشوز، وهذا أيضاً قد وجد بواسطة ماسون (Mason,1995).

---

(1)The factor "interpersonal"
(2)Constricted affect
(3)Odd behavior
(4) Odd speech
(5) Withdrawn
(6) Unreality
(7) Active
(8) Crossloaded
(9)Three-syndrome structure
(10) The combined schizotypal traits questionnaire (CSTQ)

العوامل الثلاثة الباقية تتناسب بشكل وثيق مع تلك التي وجدها راين وآخرون (Raine et al., 1994) وجروزلير وآخرون (Gruzelier et al., 1995). وقد أطلق عليهم بواسطة ماسون (Mason, 1995) "الخبرات الإدراكية الشاذة" و"اللاتنظيم المعرفي" و "الانطواء- نقص الإحساس باللذة"؛ حيث العامل الأخير تم تعريفه بنقص الإحساس باللذة الاجتماعية ونقص الإحساس باللذة الحسية والانطواء وذلك على النقيض من عامل "بين الشخصى" لراين وآخرين (Raine et al., 1994) الذى له بعض التضمينات "كنقص إحساس باللذة انطوائى[١]" لكن قد عُرِّف بـ"عدم وجود أصدقاء حميمين" و " القلق الاجتماعى".

في معظم الدراسات التي روجعت في الفقرات السابقة تُقاس السمات المحددة للنمط الفصامى بمقاييس بنودها تعتمد على الحكم الإكلينيكى[٢]. وتقدير ما إذا كانت البنود تعكس تعريفات إكلينيكية ومقاييس ثبات المقياس تحدد محتوى بنودها. التحليل العاملى باستخدام البنود كمُدخل قد قام به فينابلز وآخرون (١٩٩٠) وفينابلز وبيلز (١٩٩٤). في الدراسة الأولى، بناء ثنائى العوامل قد وُجد، وفي الدراسة الثانية، تم الحصول على أربعة عوامل بمسميات "الخبرات الإدراكية الشاذة/التفكير البارانويدى والسحرى"و "القلق الاجتماعى/اللاتنظيم" ونقص الإحساس باللذة الحسية" و"نقص الإحساس باللذة الاجتماعية". في دراسة فينابلز وبيلز (١٩٩٤)، البنود التي دخلت العاملين الاول والثانى كانت تلك التي تعرف عامل مفرد للنمط الفصامى الإيجابى في دراسة فينابلز وآخرين (١٩٩٠)، وأيضاً في هذه الدراسة الأخيرة (Venables et al.,1990)، اندمج كل من ملمحى نقص الإحساس باللذة (الحسية والاجتماعية) في عامل واحد. وكان استقلال العاملين الاول والثانى في دراسة فينابلز وبيلز (١٩٩٤) موضع شك في ظل النتائج التي بينت أن المقاييس التي تعرف هذين العاملين بينهما ارتباط قدره ٠,٣١.

فحص فينابلز وركتور (Venables & Rector, 2000) محتوى وعلاقات المقاييس الفرعية التي تقع ضمن مقياس تقرير ذاتى متعدد الأبعاد للنمط الفصامى، من خلال أسلوب التحليل العاملى التوكيدى[٣]. لم يقدم كل من النموذج أحادى العامل[٤] أو النموذج رباعى العوامل[٥] "تناسبات جيدة" للبيانات[٦]؛ بينما قدم كل من النموذج ثنائى العوامل والنموذج ثلاثى العوامل[٧] "تناسبات جيدة جداً[٨]". الفحص المدقق بيَّن أن النموذج ثلاثى (الأبعاد) العوامل كان الأفضل إلى حد ما ويقدم أفضل "تناسبات"، كما يعطى مصداقية لنموذج للنمط الفصامى يجمع بين ثلاثة عوامل: النمط الفصامى الأيجابى والنمط الفصامى السلبى والخلل

(1)Introvertive anhedonia
(2)Clinical judgment
(3)Confimatory factor analysis (CFA)
(4)Single-factor model
(5)Four-factor model
(6)Good fits to the data
(7)Two-factor and three-factor models
(8)Very good fits

الاجتماعى[١]. وهذا النموذج على خلاف تلك النماذج التي افترضت أن "اللاتنظيم[٢]" هو العامل الثالث. في هذه الدراسة الراهنة، تشبع المقياس الخاص "باللاتنظيم" على عامل النمط الفصامى الإيجابى. النموذج ثلاثى العوامل المفترض قد يُرى على أنه يدعم البناءات[٣] المفترضة من قبل كل من ميل (١٩٦٢) وشتراوس وآخرين (١٩٧٤) و لنزنويجر وآخرين (١٩٩١).

خاتمة:

توحى المناقشة السابقة بأن هناك اتفاق بين الدراسات التي أجريت على كل من فصاميين أو أسوياء ذوى نمط فصامى على تشابه البنائين في وجود عاملين؛ هم الإيجابى والسلبى وذلك رغم بعض التباينات في المكونات الفرعية للعاملين. وفي مقابل هذا تبقى النماذج ثلاثية العوامل والنماذج رباعية العوامل بحاجة إلى مزيد من البحث من اجل التحقق من وجود عوامل أخرى بخلاف الإيجابى والسلبى، وكذلك إعطاء تعريفات محددة لهذه العوامل مع بلورة التشابه والاختلاف بين بنائى الفصام والنمط الفصامى.

(1)Social impairment

(2) Disorganization

(3) Structures

المراجع:

هشام عبدالحميد تهامى (٢٠٠١). البناء العاملى لمقاييس السمات المهيئة للفصام وعلاقته بالانتقال العصبى اللمسى بين شقى المخ. *رسالة دكتوراة*، كلية الآداب، جامعة المنيا (غير منشورة).

هشام عبد الحميد تهامى، نرمين عبد الوهاب أحمد صالح (٢٠٠٦). الفروق بين الجنسين في البناء العاملى لبعض مقاييس النمط الفصامى.*المجلة المصرية للدراسات النفسية* المجلد ١٦، العدد٥٣، ص ٣٥٤-٣٩١.

American Psychiatric Association (1980). *DSM—III: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 3rd ed*. Washington, DC: APA.

American Psychiatric Association (1994). *DSM-IV: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th ed*. Washington, DC: APA.

American Psychiatric Association (2013). *DSM-V: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th ed*. Washington, DC: APA.

Andreasen, N.C. (1982). Negative symptoms in schizophrenia: Definition and reliability. *Archives of General Psychiatry*, Vol. 39, pp. 784-788.

Andreasen, N.C (1984a). *Scale for the Assessment of Negative Symptoms (SANS).* Iowa City, IA: University of Iowa.

Andreasen, N.C (1984b). *Scale for the Assessment of Positive Symptoms (SAPS).* Iowa City, IA: University of Iowa.

Andreasen, N.C. & Olsen, S.A. (1982). Negative v. positive schizophrenia: Definition and validation. *Archives of General Psychiatry,* Vol. 39, pp 789-794.

Andreasen, N.C; Arndt, S.; Miller, D.; Flaum, M.; and Nopoulos, P (1995). Correlational studies of the Scale for the Assessment of Negative Symptoms and the Scale for the Assessment of Positive Symptoms: An overview and update. *Psychopathology*, 28, 7-17.

Bentall, R.P.; Claridge, G.S.; and Slade, P.D (1989). The multidimensional nature of schizotypal traits: A factor analytic study with normal subjects. *British Journal of Clinical Psychology*, 28, 363-375.

Bishop, D.V.M. (1977). The P Scale and Psychosis. *Journal of Abnormal Psychology* , Vol 86, No. 2, 127-134.

Block, J. (1977). P scale and pyschosis: Continued concerns. *Journal of Abnormal Psychology* , Vol. 86, No. 4, pp. 431-434.

Chapman, J (1966). The early symptoms of schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 112, 225-251.

Chapman, L.J., and Chapman, J.P (1987). The search for symptoms predictive of schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 13(3), 497-503.

Chapman, J.P.; Chapman, L.J.; and Kwapil, T.R (1995). Scales for the measurement of schizotypy. In: Raine, A.; Lencz, T; and Mednick, S.A., eds. *Schizotypal Personality*. Cambridge, U.K.: Cambridge University Press, pp. 79-106.

Chapman, L.J.; Chapman, J.P.; and Raulin, M.L (1976). Scales for physical and social anhedonia. *Journal of Abnormal Psychology*, 85:374-382.

Chapman, L.J., Chapman, J.P., & Raulin, M.L. (1978). Body-image aberration in schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*, Vol.8, No.4, 399-407.

Chapman, L.J.; Chapman, J.P.; Numbers, J.S.; Edell, W.S.; Carpenter, B.N.; and Beckfield, D (1984). Impulsive nonconformity as a trait contributing to the prediction of psychotic-like and schizotypal symptoms. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 172, 681-691.

Claridge , G. S. (1983). The Eysenck psychoticism scale. In:J.P. Butcher & C.D. Spielberger (Eds*), Advances in Personality Assessment* (Vol. 2 , Pp 71 -114). Hillsdal , N J:Lawrence Erlbaum.

Claridge, G.S. (1987). 'The schizophrenias as nervous types' revisited. *British Journal of Psychiatry*, Vol. 151,pp. 735-743.

Crow, T.J (1980). Molecular pathology of schizophrenia: More then one disease process? *British Medical Journal*, 280, 66-68.

Crow, T.J. (1982 a). Molecular pathology of schizophrenia: More than one disease process ? *British Medical Journal*, 280, 66-68.

Crow, T.J. (1982 b). Positive and negative schizophrenic symptoms and the role of dopamine. *British Journal of Psychiatry*, 137, 383-386.

Eckblad, M., and Chapman, L.J (1983). Magical ideation as an indicator of schizotypy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51, 215-225.

Eysenck, H. J. (1992).The Definition and measurement of psychoticism. *Personality and Individual Differences* , 13(7) , 757-785.

Eysenck, H.J.& Eysenck, S.B.G. (1975). *Manual of the Eysenck personality questionnaire.* London: Hodder & stoughton.

Eysenck, S. B. G. & Eysenck, H. J. & Barrett, P. (1985). A Revised version of the psychoticism scale. *Personality and Individual Differences*, Vol. 6, Pp. 757-785.

Gruzelier, J.; Burgess, A.; Stygall, J.; Irving, G.; and Raine, A (1995). Patterns of cognitive asymmetry and syndromes of schizotypal personality. *Psychiatry Research*, 56, 71-79.

Hoch, PH., and Cattell, J.P (1959). The diagnosis of pseudoneurotic schizophrenia. *Psychiatric Quarterly*, 33, 17-43.

Kendler, K.S.; Gruenberg, A.M.; and Strauss, J.S. An independent analysis of the Copenhagen sample of the Danish Adoption Study of Schizophrenia: II. The relationship between schizotypal personality disorder and schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, 38:982-984, 1981.

Kendler, K.S., and Hewitt, J (1992). The structure of self-report schizotypy in twins. *Journal of Personality Disorders*, 6, 1-17.

Kety, S.S.; Rosenthal, D.; Wender, P.H.; and Schulsinger, F (1968). The types and prevalence of mental illness in the biological and adoptive families of adopted schizophrenics. In: Rosenthal, D., and Kety, S.S., eds. *The Transmission of Schizophrenia*. Oxford, U.K.: Pergamon Press, 1968. pp. 345-362.

Lenzenweger, M.F (2006). Schizotaxia, schizotypy and schizophrenia: Paul Meehl's blueprint for the experimental psychopathology and genetics of schizophrenia. *Journal of Abnormal psychology*, 115(2), 195-200.

Lenzenweger, M.F., and Dworkin, R.H (1996). The dimensions of schizophrenia phenomenology: Not one or two, at least three, perhaps four. *British Journal of Psychiatry*, 168, 432-440.

Lenzenweger, M.F., Dworkin, R.H. & Wethington, E. (1989). Models of positive and negative symptoms in schizophrenia: An emprical evaluation of latent structures. *Journal of Abnormal Psychology*, 98,1, 62-70.

Lenzenweger, M.F.; Dworkin, R.H.; and Wethington, E. (1991). Examining the underlying structure of schizophrenic phenomenology: Evidence for a three-process model. *Schizophrenia Bulletin*, 17,3, 515-524.

Liddle, P.F (1987). The symptoms of schizophrenia: A re-examination of the positive-negative dichotomy. *British Journal of Psychiatry,* 151, 145-151.

Liddle, P.F., and Barnes, T.R.E (1990). Syndromes of chronic schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 157, 558-561.

Mason, O. A (1995). Confirmatory factor analysis of the structure of schizotypy. *European Journal of Personality*, 9, 271—281.

Mednick, S.A., and Schulsinger, F. (1968). Some pre-morbid characteristics related to breakdown in children with schizophrenic mothers. In: Rosenthal, D., and Kety, S.S., eds. *The Transmission of Schizophrenia*. Oxford, U.K.: Pergamon Press, 1968. pp. 267-291.

Meehl, P.E (1962). Schizotaxia, schizotypy and schizophrenia. *American Psychologist*, 17, 827-838.

Meehl, P.E. (1964). *Manual for use with checklist of schizotypic signs*. Unpublished Manuscript , University of Minnesota Minneapolis.

Meehl, P.E (1990). Toward an integrated theory of schizotaxia, schizotypy and schizophrenia. *Journal of Personality Disorders*, 4,1-99.

Nielsen, T.C., and Petersen, K.E (1976). Electrodermal correlates of extraversion, trait anxiety and schizophrenism. *Scandinavian Journal of Psychology*, 17, 73-80.

Peralta, V.; de Leon, J.; and Cuesta, M.J (1992). Are there more than two syndromes in schizophrenia? A critique of the positive-negative dichotomy. *British Journal of Psychiatry*, 161, 335-343.

Rado, S (1960). Theory and therapy: The theory of schizotypal organization and its application to the treatment of decompensated schizotypal behavior. In: Scher, S.C., and Davis, H.R., eds. *The Outpatient Treatment of Schizophrenia*. New York, NY: Grune and Stratton, 1960. pp. 87-101.

Raine, A (1991). The SPQ: A scale for the assessment of schizotypal personality disorder based on DSM-IU-R criteria. *Schizophrenia Bulletin*, 17,4, 555-564.

Raine, A. & Allbutt, J. (1989). Factors of schizoid personality. *British Journal of Clinical Psychology*, 28, 31-40.

Raine, A.; Reynolds, C; Lencz, T.; Scerbo, A.; Triphon, N.; and Kim, D (1994). Cognitive-perceptual, interpersonal and disorganized features of individual differences in schizotypal personality in the general population. *Schizophrenia Bulletin*, 20,1, 191-201.

Spitzer, R.L. , Forman, J.B.W. & Nee,j. (1979). DSM-III field trials: I. initial interrater diagnostic reliability. *American Journal of Psychiatry*, 136, 815-817.

Strauss, J.S.; Carpenter, W.T.; and Bartko, J.J. (1974). The diagnosis and understanding of schizophrenia: III. Speculations on the processes that underlie schizophrenic symptoms and signs. *Schizophrenia Bulletin*, Winter (ll), 61-69.

Venables, P.H. (1995). Schizotypal status as a developmental stage in studies of risk for schizophrenia. In: Raine, A.; Lencz, T.; and Mednick, S.A., eds. *Schizotypal Personality*. Cambridge, U.K.: Cambridge University Press, 1995. pp. 107-131.

Venables, P.H. & Bailes, K. (1994). The structure of schizotypy, its relation to subdiagnoses of schizophrenia and to sex and age. *British Journal of Clinical Psychology*, 33, 277-294.

Venables, P.H. & Rector, N.A. (2006).The content and structure of schizotypy: a study using confirmatory factor analyis. *Schizophrenia Bulletin*, 26,3, 587-602.

Venables, PH.; Wilkins, S.; Mitchell, D.A.; Raine, A.; and Bailes, K. (1990). A scale for the measurement of schizotypy. *Personality and Individual Differences*, 11, 481-495.

Vollema, M.G., and Vandenbosch, R.J. (1995). The multidimensionality of schizotypy. *Schizophrenia Bulletin*, 21,1, 19-31.

*****

Schizotypy: theoretical perspective

Hesham Abdel Hamid Tohamy
Professor of Psychology
Beni-Suief University

Nermiin abdel wahab Ahmed Saleh
Professor of Psychology
Beni-Suief University

Abstract:

The current paper aims at investigation the concept of Schizotypy, and the changes it underwent ever since its establishment, considering the constant attempts to create parallelism between schizotypy and schizophrenia. The study also aims at investigation of the structure and content of schizotypy, trying to review the large historical origins of schizotypy or schizotypal personality disorder.

Key words: Schizotypy, Schizophrenia, Schizotypal personality.

*****