

## مدى إمكانية قائمة بار-أون لنسبة الذكاء الوجداني للتمييز بين فئات إكلينيكية مختلفة: دراسة استطلاعية

دكتورة / إلهام عبد الرحمن خليل

أستاذ علم النفس المساعد-كلية

الآداب - جامعة المنوفية

ملخص البحث :

يهدف البحث الحالي إلى معرفة مدى إمكانية مكونات قائمة بار-أون لنسبة الذكاء الوجداني (الرئيسية والفرعية) في التمييز بين مرضى الذهان و الأسوياء. وقد حاول التحقق من الفروض التالية:

(١) يمكن أن تميّز مكونات قائمة بار-أون لنسبة الذكاء الوجداني (الرئيسية و الفرعية) بين مرضى الذهان و الأسوياء.

(٢) يمكن أن تختلف طبيعة مكونات قائمة بار-أون لنسبة الذكاء الوجداني (الرئيسية و الفرعية) المميزة بين المرضى الذهانيين و الأسوياء تبعاً لنوع الجنس.

(٣) يمكن أن تميّز مكونات قائمة بار-أون لنسبة الذكاء الوجداني (الرئيسية و الفرعية) بين فئات إكلينيكية مختلفة.

(٤) قد تسهم مكونات قائمة بار-أون لنسبة الذكاء الوجداني (الخمسـة عشر) في التنبؤ بكل من نمطي الشخصية الفصامي و البيئي لدى المرضى الذهانيين.

و للتحقق من هذه الفروض تم تطبيق قائمة نسبة الذكاء الوجداني لبار-أون واستخبار سمات نمط الشخصية الفصامية على ١٧٧ مريضاً ذهانياً ( $39,31 \pm 10,73$  سنة) من مستشفيات الأمراض النفسية و العقلية بالعباسية، الطب النفسي بالمعمورة، الصحة النفسية بطنطا. و استخدمت البيانات الخاصة بالذكاء الوجداني لعينة من معلمي ومعلمات المرحلة الابتدائية ( $39,65 \pm 6,94$  سنة) و التي تم استخدامها في دراسة حسين (٢٠٠٤) كعينة مقابلة من الأسوياء.

و تم استخدام التحليل التمييزي التنبؤي Predictive discriminate Analysis (PDA) للتحقق من الفروض الثلاثة الأولى، فقد أسفرت النتائج عن أن مكونات المسؤولية الاجتماعية، تحمل المشقة (بالسلب)، اعتبار الذات، حل المشكلة، علاقات اجتماعية

## ==مدى إمكانية قائمة بار-أون لنسبة الذكاء الوجداني للتمييز بين فئات إكلينيكية مختلفة==

(بالسلب)، التفاؤل، والاستقلالية، و أيضا الذكاء بين الأشخاص، إدارة المشقة (بالسلب)، القدرة على التكيف، الذكاء داخل الشخص، و المزاج العام هي أفضل المتغيرات المنبئة للتمييز بين الأسوياء و الذهانيين. كما أن المسؤولية الاجتماعية، العلاقات الاجتماعية (بالسلب)، اعتبار الذات، الاستقلالية، حل المشكلات، و المرونة (بالسلب)، و أيضا الذكاء داخل الشخص، إدارة المشقة (بالسلب)، القدرة على التكيف، و المزاج العام هي أفضل المتغيرات المنبئة للتمييز ما بين الأسوياء و الذهانيين الذكور. بينما كانت بالنسبة للإناث المسؤولية الاجتماعية، تحمل المشقة (بالسلب)، اعتبار الذات، حل المشكلة، التفاؤل، السعادة (بالسلب)، و أيضا الذكاء بين الأشخاص، إدارة المشقة (بالسلب)، الذكاء داخل الشخص، و القدرة على التكيف. كما أوضحت النتائج أن التعاطف فقط و الذكاء بين الأشخاص هما أفضل المتغيرات المنبئة بالتمييز بين الفئات الإكلينيكية المختلفة.

تم استخدام تحليل الإحدار المتعدد لتحقيق من الفرض الرابع، و أسفرت النتائج على أن الوعي بالذات الانفعالية و تحمل المشقة و الذكاء داخل الشخص هي المتغيرات المنبئة بنمط الشخصية الغصامية، بينما كان الوعي بالذات الانفعالية و الذكاء داخل الشخص منبئان للشخصية البيئية و كانت كل قيم الإسهام سلبية. و قد تم تفسير النتائج في ضوء الدراسات السابقة.

## مدى إمكانية قائمة بار-أون لنسبة الذكاء الوجداني للتمييز بين فئات إكلينيكية مختلفة: دراسة استطلاعية

دكتورة / إلهام عبد الرحمن خليل

أستاذ علم النفس المساعد-كلية

الآداب - جامعة المنوفية

### مقدمة :

يتوجه علم النفس الآن ليس فقط إلى دراسة الأعراض المرضية و الإصابات ولكن أيضاً لدراسة قوى و فعالية الإنسان. فقد بدأ النظر إلى هدف العلاج على كونه تربية و تنمية إلى ما هو أفضل و ليس فقط تعديل ما هو ضعيف أو مختل (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000). و يعني هذا الهدف تنمية الجوانب المختلفة من الشخصية لتكون بصورة أفضل و ليس فقط تعديل ما هو سيئ بها. و يحاول علم النفس الإيجابي في الوقت الراهن أن يحقق العلاج النفسي التوازن بين التركيز على علم الأمراض و التركيز على قوى العميل، و لذا فإنه يقدم ثلاث جوانب يجب مراعاتها عند علاج العميل (و قد ينسحب هذا على مرحلة التشخيص أيضاً) و هي:

أ) قياس قوى العميل و السمات الإيجابية له بالإضافة إلى الأعراض، و هذا الأمر يكون هاماً في بحث فعالية العلاج، حيث أن قياس نتائج العلاج - بما يتضمن من جوانب إيجابية لوظائف العميل، رفايته الذاتية Subjective Well-Being ، و تطبيقه الفعال لحلول المشكلات - يكون له فائدتان: الأولى هي أن قياس التغيرات الإيجابية في مجالات أخرى لحياة العميل - غير الأعراض - يمكن أن يوفر الكثير من المعلومات عن تأثيرا العلاج الذي يجب أن يقيم أيضاً من خلال قدرته على جعل حياة العميل أكثر إثماراً؛ و تكمن الفائدة الثانية في أن قياس الارتفاع في السلوك الإيجابي كنتيجة للعلاج يكون مرادفاً لقياس انخفاض

==هدى إمكانية قائمة بار- أون لنسبة الذكاء الوجداني للتمييز بين فئات إكينيكية مختلفة==

أو اختزال السلوك السلبي، و هذا يعمل على الربط بين التوجهين الباثولوجي وغير الباثولوجي.

ب) نظراً لأن الطبيعة الباثولوجية للأمراض النفسية و العقلية تكون مهددة لتقدير الذات، و أيضاً تكون وصمة عار اجتماعية، لذا يلجأ الكثير إلى أشكال المساعدة الذاتية و خدمات المساعدة غير المتخصصة للتغيير و التغلب على الصعوبات والمشكلات البسيطة، و هذا النمط من المساعدات قد يؤدي بالفعل إلى تبني الفرد لسمات إيجابية و إضافة مهارات لتنشيط أنظمة التدعيم الاجتماعي، و يلزم هذا التوجه دعماً امبريقياً.

ج) يجب أن تتضمن أساليب العلاج التخصصية الموجودة زيادة التوقعات الإيجابية للعميل و الإحساس العام بالتفاؤل و كفاءة الذات و استراتيجيات المجابهة التكيفية، مما يؤدي إلى خفض الأعراض المرضية، و منع الانتكاسة، و زيادة جودة الحياة (Lampropoulos, 2001, 87-88). و كما يقرر مارتن سيليجمان (as cited in Muscat, 2000) M. Seligman أن تكتيكات علم النفس الإيجابي التي تهدف إلى غرس تدريجي للإحساس بالتفاؤل (مكون الذكاء الوجداني) يمكنها أن تخفف بمقدار النصف معدل الاكتئاب.

ويعتقد الآن بأنه إذا كان الفرد ذكي انفعالياً عندئذ يمكنه مجابهة مطالب الحياة بطريقة أفضل و التحكم في انفعالاته بفعالية أكثر و كلاهما يسهم في تكوين صحة عقلية جيدة، و هذا يعني أن انخفاض الذكاء الوجداني يكون عامل مخاطرة بزيادة احتمالية التعرض للمرض العقلي (Taylor, 2001, p. 67). و قد أكد ذلك جزئياً بينباكر (as cited in Salovey, 2001, p. 171) Pennebaker أن انخفاض الذكاء الوجداني يحسن من الصحة البدنية و العقلية للفرد.

### أهداف البحث :

1) التعرف على طبيعة استجابات مرضى من فئات مرضية ذهانية مختلفة على مكونات قائمة نسبة الذكاء الوجداني لبار- أون مقارنة بعينة سوية و ذلك

- محاولة لمعرفة قدرة هذه القائمة في التمييز بين تلك الفئات و بينها وبين الأسوياء حتى يتسنى استخدامها في مجال التشخيص الإكلينيكي.
- (٢) استخدام اختبار سمات النمط الفصامي في مجال القياس الإكلينيكي بالبيئة المحلية.
- (٣) التعرف على طبيعة العلاقات بين مكونات الذكاء الوجداني و نمطي الشخصية الفصامي و البيئي.

### أهمية البحث :

تكمن أهمية البحث الحالي في النقاط التالية:-

- (١) محاولة دراسة المرضى النفسيين و الذهانيين . من منظور علم النفس الإيجابي، من منطلق أن تقييم العميل يلزم أن يشمل على الجوانب الإيجابية و السلبية في شخصيته، و من ثم وضع الجوانب الإيجابية أيضاً موضع اهتمام في الخطة العلاجية لتميتها؛
- (٢) عدم وجود دراسات- على حد علم الباحثة - تناولت بالبحث صورة أبعاد الذكاء الوجداني لدى المرضى النفسيين و الذهانيين؛
- (٣) تقديم اختبار سمات النمط الفصامي في السياق المحلي، لمحاولة الاستفادة منه في مجال التشخيص و التنبؤ بالأمراض الذهانية؛
- (٤) التمييز بين استجابات فئات من المرضى الذهانيين على مكونات قائمة بار-أون لنسبة الذكاء الوجداني من جهة و بينهم و بين عينة من الأسوياء من جهة أخرى.

### مصطلحات البحث

#### (١) الذكاء الوجداني:

يعتبر الذكاء الوجداني استعداد رئيسي، حيث أنه طاقة تؤثر بشدة على كل القدرات الأخرى بطريقة إيجابية أو سلبية و أيضاً بالتيسير أو بالإعاقة. فيمكنه أن يبسر / أو يعوق القدرة على التفكير أو التخطيط لتحقيق هدف بعيد أو حل مشكلة، و هذه الجوانب بدورها تضع حدود لمدى إمكانية استخدام القدرات العقلية و الأداء في قطاعات الحياة المختلفة (روبنز و سكوت، ١٩٩٩، ص.٥١).

==مدى إمكانية قائمة بار-أون لنسبة الذكاء الوجداني للتمييز بين فئات إكلينيكية مختلفة==

ويعرفه جولمان (1995) Goleman بأنه تلك القدرات التي تتضمن ضبط الذات، الحماسة Zeal، المثابرة Persistence، و القدرة على دفع الفرد لذاته Motive oneself

ويعرفه بار - أون (1997) Bar-On عامة بأنه نظام من الإمكانيات Capabilities غير المعرفية، كفاءات Competencies، و المهارات التي تؤثر على قدرة الفرد على النجاح و المجابهة مع متطلبات و ضغوط البيئة.

بينما ماير و سالوفي ١٩٩٧ Mayer et al, 1999; Mayer et al, 2000 a, b; 2001 & Salovey et al, 2002 يعرفان الذكاء الوجداني بأنه مجموعة من القدرات التي تفسر كيف تختلف دقة فهم و إدراك الانفعالات لدى الناس. أي أنه القدرة على إدراك الانفعالات و التعبير عنها، و تمثل Assimilate الانفعال في التفكير، الفهم و الحجة للانفعال، تنظيم الانفعالات في الذات و الآخرين. نظراً لأن هذه الدراسة قائمة على نموذج بار-أون في الذكاء الوجداني، سنتبنى الباحثة تعريفه و الذي فحواه - بقدر أكثر توضيحاً- أن الذكاء الوجداني هو "مجموعة من القدرات و المهارات الاجتماعية و الانفعالية و الشخصية التي تؤثر على نجاح الفرد في مجابهة متطلبات البيئة، كما أنه عامل مهم في تحديد قدرة الفرد للنجاح في الحياة عامة". و هذه القدرات و المهارات هي المكونات العملية التي سوف تقاس من خلال قائمة نسبة الذكاء الوجداني (Bar-On, 1997, p.4). وسوف تعرف هذه المكونات تفصيلاً أثناء عرض القائمة في جزء الأدوات.

## ٢) الشخصية الفصامية و البنية

أول من أصاغ مصطلح النمط الفصامي Schizotypy هو رادو Rado ١٩٥٣، ثم تم التوسع به من خلال ميهل Meehl ١٩٦٢/١٩٩٠ حيث تشير سمات النمط الفصامي في الشخصية إلى تلك الجوانب من الشخصية التي تتناسب مع النزعة Predisposition نحو الاضطرابات الذهانية و خاصة الفصام (Joseph, Smith & Diduca. 2002, p. 74; Claridge, et al 1996, p. 103-104) و يرى البعض بأنها اضطراب يتسم بالانسحاب الاجتماعي و العزلة

والانفصال عن الواقع إلى حد ما و بالتالي نقص في العلاقات الاجتماعية و قلة الأصدقاء، وأيضا زيادة في الخيالات الذاتية و أحلام اليقظة و الشرود الذهني، والقصور في القدرة على التعبير الانفعالي، و بالتالي انخفاض القدرة على إظهار مشاعر التعاطف و الود مع الآخرين مما يؤكد على ضعف العلاقات الاجتماعية (العنزي و المشعان، ١٩٩٨). و تعتبر سمات الشخصية الفصامية و البينية التي تقاس باستخبار سمات الشخصية الفصامية هي عبارة عن سمات الذهانية في المجتمع السوي ، و لكن يعكسان محكات التشخيص لاضطراب الشخصية الفصامية و اضطراب الشخصية البينية تبعاً لمحكات دليل التصنيف الرابع للأمراض النفسية و العقلية التابع لجمعية الطب النفسي الأمريكية (DSM- IV Carrillo, Rojo & Staats, 2004, p. 32) و يعنى ذلك أن خصائص القابلية للذهان أو الفصام داخل المجتمع السوي غالباً ما تسمى "سمات الشخصية ذات النمط الفصامي" (Mason & Claridge, 1999, p. 291) تلك السمات التي يتصدى لها البحث الحالي.

### الإطار النظري

أولاً:- الأمراض الذهانية (خاصة الفصام و الذهان الوجداني) و علاقتها بكل من المعرفة و الانفعالات

يتناول هذا الجزء أربع نقاط و هي:

1) الأمراض الذهانية Psychosis (خاصة الفصام Schizophrenia والذهان الوجداني Affective Psychosis): يعرف الذهان قاموسياً على أنه "اضطراب عقلي شديد (حاد أو مزمن) يتضح في انعكاس مشوه للواقع، و وعي مشوش و تغير في إدراك الذات و في السلوك، و موقف متغير من البيئة ... و قد يصاحب بعض أشكال الذهان اضطرابات مرضية في المجالات المعرفية و الوجدانية على شكل هذيان، و أفكار مفارقة للواقع و هلوسات .. الخ" (بتروفسكي و ياروشفسكي، ١٩٩٦، ص: ٢٥٤).

وتقدر المؤسسة القومية للصحة العقلية National Institute of Mental Health (NIMH) نسبة الأمراض العقلية في الولايات المتحدة الأمريكية عام ٢٠٠١ بحوالي ٢٢,١% في الأعمار من ١٨ سنة فأكثر، و يقدر نسبة الفصام

## ==مدى إمكانية قائمة بلر-أون لنسبة الذكاء الوجداني للتمييز بين فئات إكلينيكية مختلفة==

بحوالي ١,١ % و يتساوى نسب انتشاره بين الجنسين إلا أنه يظهر مبكراً لدى الذكور.

ولا يوجد على الصعيد العربي عامة و المصري خاصة مثل هذه الإحصاءات الحديثة، و لكن من خلال بعض المعلومات البسيطة التي يوفرها برنامج الصحة النفسية المدرسية التابع للبرنامج الوطني للصحة النفسية لمنظمة الصحة العالمية والذي أفاد بدراسته عام ١٩٨٩ أن نسبة انتشار الاكتئاب بين التلاميذ المصريين تقدر بحوالي ١٠ % (وثائق يوم الصحة العالمي، ٢٠٠١، المكتب الإقليمي للشرق المتوسط لمنظمة الصحة العالمية). و قد أشار عكاشة (١٩٨٨) بأن نسبة انتشار الأمراض الذهانية تتراوح ما بين ٥-١٠ % من المجموع العام لأفراد المجتمع، ويختص مرض الفصام بنسبة حوالي ٨٥،٠ - ٣ % أيضاً من المجموع العام لأفراد المجتمع، و تكمن خطورة هذه النسبة في أن هذا المرض يصيب الفرد في سن الشباب و النضوج حيث تظهر حوالي ٧٠ % من حالاته في عمر ما بين ١٥-٤٠ سنة، مما يجعله ليس بالظاهرة المرضية فقط و لكن يؤثر على كل من الجانبين الاقتصادي و الاجتماعي، كما يمثل حوالي ٦٠ - ٧٠ % من المرضى نزلاء مستشفيات الأمراض النفسية و العقلية.

كما أشار عكاشة (١٩٨٨) إلى أن أمراض الذهان الوجداني تنتشر بنسبة تتراوح ما بين ١ - ٥ % من المجموع العام لأفراد المجتمع، و أن إحصائيات هيئة الصحة العالمية لعام ١٩٧٨ تشير إلى أن نسبة الاكتئاب (تفاعلي Reactive وذهاني Psychotic) في العالم حوالي ٥ % . كما بينت دراسات منظمة الصحة العالمية (في: إبراهيم، ١٩٩٨، ٣٢) إلى أن هناك على الأقل ١٠٠ مليون شخصاً يعانون من الاكتئاب. و في مصر وجد عكاشة (١٩٨٨) أن نسبة ذهان الهوس-الاكتئاب هي ٨,٦ % بينما وجد الرخاوي ١٩٨٧ (في: عكاشة، ١٩٨٨، ٢١٤) أن نسبة أمراض الهوس-الاكتئاب ١٦,٤ % من بين مرضى مستشفى القصر العيني، و قد تم إرجاع الاختلاف في النسب إلى الاختلاف في المقاييس المستخدمة.

٢) علاقة الأمراض الذهانية بالمعرفة: تؤكد النظريات الحديثة على أن المعرفة، ميكانيزمات معالجة المعلومات تربط الوجدان بالتفكير و السلوك، حيث أن الوجدان يلعب دوراً هاماً في كيفية استحضار الذاكرة عن العالم، و لذا عندما تكون



الحالة المزاجية جيدة فإنها تستدعي المعلومات الإيجابية و على العكس بالنسبة للمزاج السلبي، و طبقاً لنموذج شبكة العمل الترابطية Associative Network Model الذي طوره جوردون باور G. Bower ١٩٨١ فإن الحالات الوجدانية تتعلق بشدة بالمعلومات التي تم تخزينه (Forgas, 2001, p. 49). و من المعروف أن الأمراض الذهانية تتسم بدرجات متفاوتة من اضطراب الوظائف المعرفية. فيلاحظ أن من أهم أعراض مرض الفصام عامة اضطراب التفكير من حيث أ) عدم القدرة على التعبير عن الأفكار و الذي من مظاهره عدم الترابط بين الأفكار و عدم إيجاد المعاني المناسبة التي تعبر عن الفرد و اختلاط الحقيقة بالخيال و أيضاً عدم القدرة على تحديد المشكلات؛ ب) اضطراب مجرى التفكير ج) اضطراب التحكم في التفكير؛ د) و اضطراب محتوى التفكير من حيث تضمينه بالاعتقادات و الأفكار الخاطئة والتي يطلق عليها هذات أو ضلالات. (عكاشة، ١٩٨٨، ١٦٣-١٦٦). و قد أرجع بعض المنظرين أنماط التفكير الشاذة لدى مرضى الفصام إلى خلل في الانتباه الانتقائي أو إزاحة التوجه (King & Phillips, 1985, p. 17). كما يتسم المريض بالفصام بعدم قدرته على فهم الآخرين و كذلك يجد الآخرين أنفسهم غير قادرين على فهمه و من ثم يشعر بنفسه وحيد معزولاً (أريتي، ١٩٩١، ص ١٩).  
إلا أن هذه الوظائف المعرفية تختلف اضطرابها مع الأمراض الذهانية الوجدانية والتي تتسم بعدم القدرة على التركيز و انخفاض مستوى الانتباه و الإجهاد الشديد عند التفكير، كما أن محتوى التفكير يكون مشبعاً بمشاعر الذنب و اتهام الذات (المرجع نفسه، ٢٢٢-٢٢٥)

٣) علاقة الأمراض الذهانية بالانفعال: تلعب الانفعالات دوراً هاماً في الاضطرابات السيكياترية، فلها أهمية عظيمة في كل من علم الأعراض و العلاج النفسي (Leichsenring & Sachasse, 2002, p. 258)، و يتسم مرضى الفصام باضطرابات وجدانية تتمثل في أن قوة انفعالاتهم في بداية المرض تكون في صورة تأخر في الاستجابة الانفعالية، ثم تتحول إلى تبدا انفعالي حيث تقل قدرة المريض على الاستجابات الانفعالية و من ثم عدم القدرة على التعبير الانفعالي و

==مدى إمكانية قائمة بار-أون لنسبة الذكاء الوجداني للتمييز بين فئات إكلينيكية مختلفة==

الاتصال الانفعالي مع الآخرين، كما يتعرض المريض إلى تذبذب انفعالي مستمر (اضطراب في شكل الانفعال). (عكاشة، ١٩٨٨، ١٦٦-١٦٧). كما أشار لان وشوارتز (as cited in Leible & Snell, Lane and Schwartz (1986) 393, 2004 بأن القدرات الانفعالية تكون هامة جداً للصحة العقلية، حيث أن الاضطراب الانفعالي أحد الجوانب الأساسية للفصام، الاضطرابات العقلية العضوية، الاضطرابات السيكوسوماتية، و اضطرابات الشخصية.

٤) علاقة المعرفة بالانفعال (الذكاء الوجداني): يرتبط الانفعال بالتصور أو التفكير ليشكل بنية المعرفة - الوجدان، وهذا ما يؤكد إزارد (1971 (as cited in Izard, Ackerman, Schoff & Fine, 2003, p. 20) بأن المعلومات التي تقدم عن الانفعال هي المفتاح لفهم الترابطات بين الانفعال والمعرفة، فيحتوي مكون الوعي بالانفعال على المعلومات ولكنها تكون معلومات غير معرفية ويعني ذلك أن الشعور الانفعالي ينتج هاديات للمعرفة وللعمل، ويتم تحديد المحتوى النوعي للمعرفة التي ترتبط بالانفعال من قبل الثقافة، التنشئة الاجتماعية، والخبرة المزاجية الخاصة. ويلاحظ أن تصور إزارد قريب التماثل لأحد مكونات الذكاء الوجداني والذي يسمى الوعي بالذات الانفعالية.

تتكون الشخصية من ثلاثة / أو أربعة جوانب وهي: الدافعية، الانفعال، المعرفة، والوعي (و هذا الأخير أقل تواتراً). وهذه الجوانب الثلاثة متفاعلة مع بعضها البعض ومع البيئة الخارجية للفرد، حيث أن الانفعال هو استجابة للتغيرات في العلاقات بين الفرد والبيئة متضمنة تصور الفرد (معرفة) عن هذا التغير (Mayer, Salovey & Caruso, 2000 b, p. 397). ويوضح التخطيط التالي

العلاقة المتفاعلة بين الدافعية والانفعال والمعرفة ومستويات ذلك التفاعل.

ويلاحظ من الشكل رقم (١) أن المستوى المتوسط من التفاعل يعني بالتفاعل بين الدافعية والانفعال من جهة والذي تتجلى مظهرة عند إبطاء الحاجات فعندئذ تظهر انفعالات مثل الغضب والعدوان. كما يعني هذا المستوى - من جهة أخرى - بالتفاعل بين المعرفة والانفعال ومن الأمثلة الواضحة لهذا التفاعل عندما يؤدي المزاج الجيد بالشخص إلى التفكير بإيجابية. بينما يشتمل المستوى المرتفع من

==المجلة المصرية للدراسات النفسية - العدد ٤٦ - المجلد الخامس عشر - فبراير ٢٠٠٥ (١٠٦)=

التفاعل على خصائص أكثر عمومية الشخصي و. ما بين الأشخاص (Mayer, et al, 2000 b, p. 398). و يتضح أن المستويين المتوسط و المرتفع عبارة عن مكونات للذكاء الوجداني. و هذا ما يؤكد أن الذكاء الوجداني هو الطريقة التي بها تكون فاعلية الأفراد في تكامل الانفعالات مع الأفكار و السلوك (Slaski & Cartwright, 2003,p. 234).

و باعتبار أن الذكاء الوجداني هو القدرة على إدراك، تقدير، و التعبير عن الانفعال بدقة و أيضا القدرة على فهم الانفعالات و المعرفة الانفعالية، مما يبسر الأنشطة المعرفية، و القدرة على تنظيم الانفعالات داخل الفرد و بينه و بين الآخرين (Salovey, Mayer & Caruso, 2002). كما أنه يتضمن في مكوناته - باختلاف نماذجه المفسرة له - فهم الانفعالات (المستوى المتوسط من التفاعل) و أيضا الذكاء داخل الشخص و ما بين الأشخاص ( المستوى المرتفع من التفاعل) و من ثم يمكن اعتبار الذكاء الوجداني هو نقطة التقاء بين الانفعال و المعرفة (Mayer, et al, 2000 b, p398) (أنظر. مكونات الذكاء الوجداني بنماذجيه المختلفة في Goleman, 1995; Salovey, Bedell, Detweile: & Mayer, 1999; Mayer et al, 2000 a, b; 2001; Salovey; Stroud, Woolery & Spel, 2002; Hunt & Evans, 2004) و عجو، ٢٠٠٣، ٢٠٠٤ و عجو، (٢٠٠٢).

### الشخصية و نظمها الفرعية :

إشباع الحاجات الداخلية	الاستجابة للعالم الخارجي
خصائص الشخصي Intrapersonal Qualities مثال: فهم الفرد لنفسه	خصائص ما بين الأشخاص Interpersonal Qualities مثال: معرفة كيفية إقامة علاقة اجتماعية مع الآخرين

مستوى النظم  
مرتفع: نماذج متعلمة

==مدى إمكانية قائمة بار-أون لنسبة الذكاء الوجداني للتمييز بين فئات إكينيكية مختلفة==

التفاعلات الدافعية و الانفعالية Motivational and Emotional Interactions الدوافع التي يتم إعاقتها تؤدي إلى انفعال الغضب		التفاعلات الانفعالية و المعرفية Emotional and Cognitive Interactions مثل فهم الانفعالات
المؤشرات الدافعية Motivational Directions ، مثل الحاجة إلى الطعام	الخصائص الانفعالية Emotional Qualities ، مثل التعبير الانفعالي	القدرات المعرفية Cognitive Abilities ، مثل القدرة على إدراك المخططات

القرص في تفاعلات قطاعات  
متوسط: مستوى الوظائف التفاعلية

منخفض: الميكانيكيات المرتبطة  
بيولوجيا الشخصية

الشكل رقم (1) يوضح قطاعات الشخصية (الانفعال، المعرفة، و الدافعية) و مستويات التفاعل بينها. (Mayer, et al, 2000 b, p. 396)

ثانياً: - علاقة أعراض الأمراض الذهانية بمكونات الذكاء الوجداني

يوجد اتفاق بين الباحثين على أن العلاقة بين الذكاء الوجداني المدرك و كل من الصحة (النفسية و الجسمية) و الاستجابات السيكلوجية و الفسيولوجية التكيفية للشيقة علاقة موجبة (Salovey, et al, 2002, p. 612):

يمكن أن تكون الصحة النفسية من بين مكونات الشعور بالسعادة (أحد مكونات الذكاء الوجداني) و أحد العوامل المؤدية إليها، كما يعتبر الشعور بالسعادة أحد مظاهر الصحة النفسية (عبد الخالق و مراد، ٢٠٠١، ص. ٦٢٦). فقد توصلت دراسة عبد الخالق و مراد (٢٠٠١) إلى علاقة دالة إحصائياً بين التقدير الذاتي الإيجابي للصحة النفسية و الشعور بالسعادة و التفاؤل و التشاؤم (بالسلب)، كما كشف تحليل الانحدار المتعدد أن أول متغير منبئ للصحة النفسية هو الشعور بالسعادة

لا يوجد - على حد علم الباحثة - أي كتابات تناولت العلاقة بين الأمراض الذهانية و الذكاء الوجداني و لكن يمكن أن نستقي من ثنايا العديد من تلك الكتابات.

فبدءاً من تعريف الفصام على كونه أحد أشكال الأمراض العقلية الشديدة والتي تؤثر سلباً على المهارات المعرفية، الانفعالية، الإدراكية، والعلاقات بين الأشخاص، حيث يتضمن خلل في قدرة المريض الفصامي على التفاعل الاجتماعي مع الآخرين وتكوين علاقات معهم ومع البيئة الاجتماعية والفيزيائية المحيطة به (Marley, 1998, p.437)، وهو ما يسمى بفقر المهارات الاجتماعية (إبراهيم، ١٩٩٨، ١٥٠) وقد يرجع ذلك إلى أن الأفراد الذين يعانون من الفصام أكثر حساسية للإثارة الاجتماعية والتي قد تؤدي إلى الانسحاب والاحتفاظ بمسافة عند التفاعل وهذه المسافة يمكن أن تعمل على زيادة الأعراض المرضية (Marley, 1998, p:439). ويعتبر التدهور في العلاقات الاجتماعية وزيادة العزلة الاجتماعية أحد المؤشرات الواضحة على بداية ظهور الأعراض المرضية للفصام وأيضاً لتفاقمه بعد ذلك (Bellack, Sayers, Mueser & Bennett, 1994, p. 371) ومن ثم يكون هذا الخلل بدوره مصدراً من مصادر التوتر والمشقة وفقر جودة الحياة من ثم سوء الصحة (Hatashita-Wong, Smith, Silverstein, Hull & Willson, 2002)، ويؤدي علاجاً بالتالي إلى الصحة النفسية وفعالية الشخصية (إبراهيم، ١٩٩٨، ١٤٩)، كما تعتبر الكفاءة في مواقف التفاعل الاجتماعي مصدراً هاماً للسعادة (أرجايل، ١٩٩٣، ١٥٨).

وتمتد الصعوبات في التفاعل الاجتماعي إلى الاكتئاب (الأمراض الوجدانية)، حيث يرتبط في الكثير من جوانبه بفقر واضح في المهارات الاجتماعية وهذا ما يتضح في محكات التشخيص الطبي للاكتئاب (إبراهيم، ١٩٩٨، ١٥٤).و أيضاً من خلال نتائج العديد من الدراسات مثل دراسة محروس الشناوي وعلى خضر ١٩٨٨ (في: السانين، ٢٠٠٣، ص. ٢٠١) التي انتهت إلى قصور العلاقات الاجتماعية لدى الأفراد المصابين بالاكتئاب. و يقرر سيرجين ٢٠٠٠ (في: الحسانين، ٢٠٠٣، ص.٢٠٣) أن ضعف المهارات الاجتماعية يمكن أن يكون سبباً ونتيجة للاكتئاب. ولذا تبين أن العلاج الطبي باستخدام العقاقير لا يؤدي بمفرده إلى علاج جوانب القصور في السلوك الاجتماعي وتحسين العلاقات لدى مرضى الاكتئاب، بينما يؤدي التدريب على المهارات الاجتماعية إلى تغييرات علاجية واضحة في الشخصية، ومن أكثر المهارات الاجتماعية التي تبين أن التدريب

==مدى إمكانية قائمة بار-أون لنسبة الذكاء الوجداني للتمييز بين فئات إكلينيكية مختلفة==

عليها يؤدي دوراً في تنمية الصحة النفسية هي: التعبير الحر و التلقائي عن النفس و تشجيعه على الدفاع عن حقوقه الشخصية (توكيدية)، و مهارات التفاعل الاجتماعي، و معالجة الصراعات في المواقف الاجتماعية (حل المشكلات الاجتماعية) (إبراهيم ١٩٩٨، ص. ١٥٥، ١٥١).

وقد أشار بيلاك Bellak و آخرون ١٩٩٧ (في العرادي و فرج، ٢٠٠٢، ص. ٤٩٦) إلى أن التدريب على المهارات الاجتماعية من أكثر الأساليب النفسية الاجتماعية كفاءة في علاج مرضى الفصام المزمن، و قد تأكد هذا في نتائج دراستهم على ٢٨ مريضاً فصامياً مزمناً و أيضاً من خلال نتائج دراسة هاييز Hayes و زملائه (في العرادي و فرج، ٢٠٠٢، ص. ٤٩٦) على ٦٣ مريضاً فصامياً مزمناً. كما توصل كياروتشي و آخرون (Ciarrochi, et al, 2002). إلى أن مهارة إدارة الانفعالات لها تأثير على الاكتئاب.

كما أن السياق البيئي المحيط بمرضى الفصام بما يتضمنه من تعبيرات إنفعالية من الآخرين تحتوي على العدائية أو التعليقات الناقدة يمكن أن تساهم في زيادة الأعراض المرضية أو الانتكاسة لها (Marley, 1998, p.439) و هذا ما سيتم تدعيمه في جزء الدراسات السابقة.

وخاصة ما سبق أن الخلل في المهارات الاجتماعية و التفاعل عرض من الأعراض المرضية للأمراض الذهانية (الوجدانية منها و الفصام). إلا أن المهارات الاجتماعية هي أحد المكونات الفرعية للذكاء الوجداني بكل نماجه فتوجد في نموذج جولمان (1995) Goleman تحت مكون معالجة العلاقات Handling Relationships، و تدرج في نموذج بار-أون (1997) Bar-On تحت مكون مهارات العلاقات بين الأشخاص Intraperson، بينما توجد في نموذج القدرة لماير و سالوفي & Mayer et al, 2000 a, b; 2001 (Mayer, 1999; Mayer et al, 2000 a, b; 2001 & Salovey et al, 2002) تحت مكون إدراك الانفعالات و التعبير عنها (أنظر نماذج الذكاء الوجداني بمكوناتها المختلفة). لذا يمكن القول بوجود خلل في أحد مكونات الذكاء الوجداني لدى مرضى الذهان.

كما يظهر مرضى الفصام عجزاً على مقاييس التجريد و تكوين المفهوم و حل

==مجلة المصرية للدراسات النفسية - العدد ٤٦ - المجلد الخامس عشر - فبراير ٢٠٠٥== (١١٠)

المشكلة (Beatty, Jovic, Monson & Katzung, 1994). و ما سيهتم به الآن هو العجز في حل المشكلة، فهذا العجز يرتبط فيما قبل المرض بقله الكفاءة الاجتماعية (Bellack, et al, 1994, p. 372). و قد افترض كل من ماك فول (McFall 1982 و ليرمان و آخرون Liberman et al, 1986, as cited in Bellack, et al, 1994), نموذج لحل المشكلة موقوف على عملية متعددة الخطوات، حيث تتضمن اتخاذ توجه عام، تعريف المشكلة، خلق بدائل للحلول، اتخاذ القرار، و التحقق أو التنفيذ، و من ثم قد يكون العجز لدى مرضى الفصام في حل المشكلة هو عجز في أحد تلك الخطوات أو في مجملها. و قد أرجع البعض هذا العجز إلى اضطراب التفكير عامة و الذي ينعكس في خلل المنطق، حيث أن تفكير الفصامي غير منطقي و ينقصه التنظيم، مما يؤدي إلى ضعف كفاءة استراتيجيات حل المشكلة (خاصة الاجتماعية) لديه (King & Phillips, 1985, p: 17). و سيتضح العجز في حل المشكلة لدى مرضى الذهان في الجزء الخاص بالدراسات السابقة.

إلا أن حل المشكلات- الذي يعجز عنه الفصامي- هو أحد المكونات الفرعية لنموذج بار-أون (Bar-On (1997) الذي تتأسس عليه الدراسة الحالية - والذي يسمى القدرة على التكيف Adaptability. لذا يمكن القول بوجود خلل في أحد مكونات الذكاء الوجداني لدى مرضى الذهان.

كما يعتبر التعبير عن المشاعر و التعرف على مشاعر الآخرين و فهمها هو أحد مكونات الذكاء الوجداني، فيندرج تحت مكوني معرفة الفرد لانفعالاته Knowing one's emotions، إدراك انفعالات الآخرين بنموذج جولمان (Goleman (1995) و تحت مكون مهارات العلاقات بين الأشخاص Intrapersonal بنموذج بار- أون (Bar-On (1997) و تحت مكون إدراك الانفعالات و التعبير عنها بنموذج ماير و سالوفي (Mayer et al, 2000 a, b; 2001 & Salovey et al, 2002) و لكن ما طبيعة هذا المكون لدى مرضى الأمراض الذهانية؟. أظهر الفصاميون خلل في التعرف على بعض الانفعالات في الوجوه الإنسانية، فمرضى الفصام غير المميز المزمنين يتعرفون على انفعالات المرح بمستوى يماثل الأسوياء إلا أنهم لا يستطيعون

==مدى إمكانية قائمة بار-أون لنسبة الذكاء الوجداني للتمييز بين فئات إكلينيكية مختلفة==

التعرف على الانفعالات الأخرى (Burch, 1995) ، كما يوجد فروق لديهم بين التعبير عن الانفعالات والخبرة الفعلية الموجودة حيث أظهر الفصاميون سلوكاً أقل انفعالية رغم تقريرهم لخبرات انفعالية ذاتية قوية و ذلك لبعض فئات الانفعال . (Flack, Laird & Cavallaro, 1999, p. 2) .

اختبار الواقع أيضاً هو أحد المكونات الفرعية للذكاء الوجداني و الذي يندرج تحت بُعد القدرة على التكيف Adaptability بنموذج بار-أون (Bar-On, 1997)، إلا أن هذا المكون يمثل أكثر مظاهر الاضطراب وضوحاً لدى مرضى الفصام حيث يفقدون القدرة على فهم الواقع و الاهتمام به و المشاركة في أحداثه (أريتي، ١٩٩١، ٥٢). و قد يمتزج الواقع بالخيال، و الأحداث اليومية الحقيقية بمحتوى التفكير المضطرب مما يجعلهم كما لو كانوا في حالة حلم (عكاشة، ١٩٨٨، ١٦٤).

إجمالاً لما سبق يمكن القول بأن بعض مكونات الذكاء الوجداني مثل: المهارات الاجتماعية و التفاعل الاجتماعي، و التعبير الانفعالي و فهم انفعالات الآخرين، وحل المشكلة، و اختبار الواقع، و إدارة الانفعال تكون مختلفة لدى مرضى الفصام، ولكن إلى أي مدى يختلف هذا الاختلال بين فئات مرضى الفصام من جانب و بينهم وبين الأسوياء من جانب آخر ؟ و هل يمكن أن يظهر هذا الاختلال في المكونات الأخرى للذكاء الوجداني و من ثم النسبة العامة للذكاء الوجداني ؟  
نمط الشخصية الفصامية :

أوضحت الدراسات الحديثة أن النمط الفصامي للشخصية مركب من عوامل متعددة ، بعضها أقر بكونهم ثلاثة و البعض الآخر أربعة: و يهتم العامل الأول بالادراكات و المعتقدات الشاذة أو بمعنى آخر الخبرات فوق العادية Paranormal، ويحدث هذا العامل أشكال من السلوك تحت إكلينيكية Sub-clinical مثل الأعراض الإيجابية للذهانية و المتمثلة في الهلوس و الضلالات. و يهتم العامل الثاني للنمط الفصامي بالأشكال تحت الإكلينيكية للفشل المعرفي، مثل تعويق التفكير Thought Blocking و الصعوبات الانتباهية، مع زيادة القلق الاجتماعي. و يمثل العامل الثالث من النمط الفصامي فقدان الإحساس باللذة الداخلية Introvertive Anhedonia و يحدث أشكال تحت إكلينيكية من الأعراض السلبية

==المجلة المصرية للدراسات النفسية - العدد ٤٦ - المجلد الخامس عشر - فبراير ٢٠٠٥== (١١٢)



كما يوجد في الذهان مثل الانسحاب. و يمثل العامل الرابع السلوك الاجتماعي لدى النمط الفصامي، و هذا العامل وجد في دراسات كلاردج Claridge و زملائه ٢٠٠٢ فقط (Goulding, 2004, p. 157).

ويوجد ثلاث نماذج تم تشكيلها لتوضيح مكون النمط الفصامي؛ النموذج الأول هو النموذج شبه البُعدي Quasi-Dimensional Model الذي يرى النمط الفصامي كشكل معتدل من الفصام، لذلك الأفراد المرتفعون على واحد أو أكثر من عوامل النمط الفصامي يظهرون علامات نفسية على متصل الصحة- المرض. وقد طور أيزنك Eysenck ١٩٦٠ النموذج الثاني و هو نموذج الشخصية، و الذي يرى أن الشخص الذهاني هو ذلك الشخص الذي يتحرك بتطرف إلى أعلى على متصل الذهانية - السواء، و قد انتقد هذا النموذج على أساس أنه يتعامل مع مجموعات مرضية و سوية ككم غامض غير محدد الشكل. بينما قدم كلاردج ١٩٩٧ النموذج الثالث هو نموذج البعد الكامل Full Dimensional Model والذي يمكن أن يكون امتداد للنموذجين الآخرين، فهو يظهر النمط الفصامي كسمات مضطربة و متصلة و تكون هي مصادر للتغير الصحي و أيضاً هو النزعة للذهان. ويمكن النظر داخل هذا النموذج إلى النمط الفصامي على أنه يرتبط بالصحة أحياناً، و أحياناً أخرى الصحة- المرض، لذا يكون الأفراد مرتفعو الدرجة على واحد أو اثنين من عوامل النمط الفصامي يكونون أصحاء مثل المنخفضين عليها (Goulding, 2004, p. 158)، و قد توصلت دراسة جولدينج (2004) Goulding إلى تدعيم لنموذج المتصل الكامل.

#### الدراسات السابقة :

لا يوجد دراسات سابقة - على حد علم الباحثة - تناولت علاقة الذكاء الوجداني بالأمراض الذهانية أو العصابية، إلا أنه يوجد عدد محدود جداً منها تناولت علاقته باضطرابات الشخصية. لذا سيتم عرض الدراسات التي تناولت بعض المتغيرات التي تمثل مكونات الذكاء الوجداني لدى مرضى الأمراض الذهانية: (الفصام والأمراض الوجدانية)، و أيضاً الدراسات التي تناولت اضطرابات الشخصية بهدف التعرف على بعض الهاديات التي قد تتعلق بمكونات الذكاء الوجداني عامة مع الأعراض المرضية. كما تعتبر الدراسات التي تناولت نمطي الشخصية الفصامية و

==هدى إمكانية قائمة بل-أون لنسبة الذكاء الوجداني للتمييز بين فئات إكلينيكية مختلفة==

البيئية أيضاً قليلة و لم يتم تناولها في ضوء الذكاء الوجداني و لكن في ضوء متغيرات أخرى سوف يعرض لها في حينه.

(١) دراسات تناولت الذكاء الوجداني كمتغير معدّل للآثار السلبية الناجمة عن المشقة :

تناولت العديد من الدراسات الذكاء الوجداني كمتغير معدّل أو وسيط بين المشقة والآثار الناجمة عنها، و ذلك اعتماداً على فكرة أن الانفعالات السلبية و المشقة هما نتيجة لبعض الاختلالات الوظيفية للعلاقة بين جوانب الذات و البيئة. و لأن الذكاء الوجداني هو القدرة على تحديد و إدارة الانفعالات داخل الذات و بين الآخرين فيكون هو الوسيط في هذه العملية (Slaski & Carwright, 2003, p. 234). وبالرغم من أن تلك الدراسات لا تتعلق بموضوع الدراسة الحالية بدرجة كبيرة، إلا أنها يمكن أن تعطي مؤشرات لطبيعته في حالة الصحة و المرض. فقد توصلت دراسة جولمان و كرومر و سالوفي (1996) (as cited in Salovey, Bedell, Detwile, & Mayer, 1999, p. 147; Spel., 2002, p. 612) إلى أنه عند انخفاض مستوى المشقة لا يوجد فروق بين المنخفضين و المتوسطين و المرتفعين على مهارات تحسين الأمزجة و تنظيم المشاعر (ذكاء وجداني)، و لكن مع زيادة مستوى المشقة تزيد احتمالية سوء الصحة للمنخفضين على تلك المهارات. كما أوضحت دراسة كالافت (Kalafat 1997) (as cited in Ciarroch, Dean & Anderson, 2002, p. 199) أن من لديهم إدارة جيدة لمشاعر الآخرين (ذكاء وجداني) يميلون إلى أن يكون لديهم مساندة اجتماعية أفضل و من ثم حمايتهم من الاكتئاب و الأفكار الانتحارية. و أظهرت دراسة اسلاسكي و كارترايت (Slaski & Cartwright, 2002) أن المرتفعين على الذكاء الوجداني أقل معاناة من المشقة الذاتية و يخبرون صحة ورفاهية أكثر و أداء أفضل في عملهم. كما توصل هانت و إيفانز (2004) Hunt & Evans إلى أن المرتفعين على الذكاء الوجداني أقل احتمالية للتعرض للأعراض المتعلقة بالخبرة الصادمة. و هذا يؤكد ما أشار إليه تايلور (2001) Taylor بأن رد الفعل أو الاستجابة للمشقة هو مؤشر مهم لمستوى الذكاء الوجداني، حيث أن الشخص الذكي انفعالياً يكون قادراً على احتواء و توازن

==المجلة المصرية للدراسات النفسية - العدد ٤٦ - المجلد الخامس عشر - فبراير ٢٠٠٥ - (١١٤) ==

استجاباته الانفعالية و بالتالي حماية نفسه من أي تأثيرات سيئة للمشقة، بينما من لديه مستوى منخفض من الذكاء الوجداني يكون تفكيره و سلوكه مستنفذاً بصورة مستمرة و غير صحية و من ثم يقع فريسة للمرض البدني أو العقلي (Taylor, 2001, p. 73). و قد توصلت دراسة خليل و الشناوي (قيد النشر) إلى ارتباط مكونات الذكاء الوجداني إيجابياً بأساليب المجابهة التكيفية و سلبياً بأساليب المجابهة غير التكيفية.

٢) دراسات تناولت بعض مكونات الذكاء الوجداني لدى مرضى الاضطرابات  
الذهانية

يمكن استعراض الدراسات السابقة في ضوء المكونات الخمسة الرئيسية للذكاء الوجداني كما يلي:

١- الذكاء الشخصي: يندرج تحت هذا المكون مكون فرعي و هو الوعي بالذات الانفعالية بما يتضمنه من القدرة على التعبير الانفعالي داخل الفرد. و قد أجرى ليشنرينج و ساشاس (Leichenring & Sachasse, 2002) دراسة على مجموعات من مرضى الاضطرابات العصابية (ن = ٣٠)، الفصام الحاد (ن = ٢٥)، الفصام المزمن (ن = ٢٥)، المرضى البينيين (ن = ٣٠)، في مقابل مجموعة سوية (ن = ٣٠)، و أوضحت النتائج عدم وجود فروق بين مرضى الاضطرابات العصابية و الأسوياء في القدرة على التعبير اللفظي عن الانفعال، و قد عبر المرضى البينيون عن الانفعالات عامة و الخوف خاصة أكثر تكراراً من بقية المجموعات التشخيصية، كما اختلف مرضى الفصام الحاد عن الأسوياء في التعبير عن الانفعالات، بينما مرضى الفصام المزمن يعبرون عن الغضب، الخوف، القلق و الانفعالات عامة أقل تكراراً بصورة جوهرية من الأسوياء.

٢- الذكاء بين الأشخاص:- و يتضمن هذا المكون قدرة التعرف على انفعالات الآخرين، حيث يظهر الفصاميون خلل في التعرف على بعض الانفعالات و لكن البعض الآخر يكون مماثلاً للأسوياء إلا أنه يوجد جدل حول أسباب هذا الاختلاف و الذي مازال يحتاج إلى توضيح (Burch, 1995). و قد أوضح بورش (Burch, 1995) أن مرضى الفصام أقل دقة في التقديرات الخاصة بالتعرف على انفعال الخزي مقارنة بالأسوياء. و قد كانت نتائج الدراسات حول قدرة مرضى

## ==هدى إمكانية قائمة بار-أون لنسبة الذكاء الوجداني للتمييز بين فنات إكلينيكية مختلفة==

الفصام على إدراك انفعالات الآخرين مقارنة بالأسوياء متضاربة، فقد وجدت بعض الدراسات صعوبات لدى المرضى في التعرف الوجداني (e.g., Mueser, et al., 1996) وخاصة بالنسبة للانفعالات السلبية (e.g., Bell, Bryson and Lysaker, 1997)، بينما لم تجد دراسات أخرى (e.g., Bellack, Blanchard and Mueser, 1996) مثل هذه الفروق (Sczufca, Kuipers & Menezes, 2001, p. 168)

وقد اهتمت دراسة باترسون وآخرين (Patterson, et al., 2001، في: الحسانين، 2003، ص. 204) بتقييم المهارات الاجتماعية لمجموعة من مرضى الفصام المسنين (ن=83) في مقابل مجموعة من الأسوياء (ن=52)، وأوضحت النتائج وجود عجز شديد في المهارات الاجتماعية مرتبط بالأعراض السلبية.

وقد هدفت دراسة أسامة أبو سريع (في: أبو سريع، 1987، ص. 97-98) للماجستير 1986 إلى الكشف عن مظاهر اضطراب عدد من المهارات الاجتماعية وهي: القدرة على تأكيد الذات، فهم منظور الشخص الآخر، الإفصاح عن الذات، إظهار الاهتمام بالآخر والمشاركة في أنشطة اجتماعية مختلفة (من الملاحظ أنها مكونات للذكاء الوجداني) وذلك لدى مرضى فصاميين (ن=40)، و عصابيين (ن=30) في مقابل مجموعة أسوياء (ن=40). وأوضحت النتائج إمكانية التمييز بين الفصاميين والعصابيين من خلال القدرة على مشاركة الآخرين في الأنشطة الاجتماعية، الإفصاح عن الذات وتأكيد الذات فقط حيث كان الفصاميون أكثر انخفاضاً على تلك المتغيرات.

وفيما يختص بالاكنتاب فقد توصلت دراسة الحسانين (2003) على عينة من طلبة الجامعة ن=220؛ ذكور 108، إناث 112) أن المرتفعين على مقياس بيك للاكنتاب (الاكنتاب كحالة) منخفضين على مقياس التوكيدية والمهارات الاجتماعية.

ولكن هل التعبيرات الانفعالية السلبية لأفراد الأسرة يمكن أن تؤثر على المريض إذا ما تم إدراكها؟ وللإجابة على هذا التساؤل أجريت عدد من الدراسات سوف يتم الإشارة إلى بعضها لأنها يمكن أن تعطي مؤشرات عن طبيعة التعرف على

الانفعالات لدى المرضى الذهانيين. فقد أجرى سكازو بكا، كوبيرسو مانزيس (2001) Scazufca, Kuipers & Menezes دراستهم بهدف اختبار ما إذا كان حكم المرضى على مشاعر الأقارب نحوهم (إدراك انفعالات الآخرين) يتوافق مع تقدير هؤلاء الأقارب لمشاعرهم نحو المرضى. وقد تم استخدام ٤٣ مريضاً فصامياً تبعاً لمحكات DSM III- R و أقاربهم، وقد توصلت النتائج إلى الارتباط المرتفع بين ادراكات المرضى لاتجاهات أقاربهم و التقارير الذاتية لهؤلاء الأقارب عن اتجاهاتهم نحو المرضى، و بالتالي يمكن القول بأن المرضى لديهم قدرة جيدة على إدراك انفعالات الآخرين و من ثم معرفة اتجاهاتهم نحوهم.

كما استخدم معدّل الانتكاسة للمرضى الفصامي في إيران ن كمؤشر لإدراك الانفعالات السلبية نحوهم من قبل الأقارب. فقد أجرى موتاغيبور، بوماندي، ماليبكي، وداقيديان (2001) Mottaghipour, Poumand, Maleki & Davidian دراسة على ٧٨ مريضاً فصامياً (إيرانياً) تبعاً لمحكات DSM III-R و ٩٧ من أقاربهم. و أوضحت النتائج أن ٦٠% من المرضى عاشوا داخل أسر مرتفعة في التعبيرات الانفعالية السلبية و كان معدّل الانتكاسة لديهم مرتفع رغم عدم وصوله لحد الدلالة الإحصائية، و قد كان المرضى الذكور و المزمّنين أكثر احتمالية للانتكاسة. و يمكن إجمال النتائج بأن ارتفاع مستوى التعبير الانفعالي السلبي، و قدرة المريض الفصامي على إدراك الانفعالات السلبية، يكون عامل مخاطرة على تقدم الفصام.

قد أوضحت نتائج دراسة هوللي و هيللر (2002) Hooley & Hiller على ٤٥ من أقارب ٣٢ مريضاً ذهانياً (٢٤ فصامياً؛ ٦ فصام و جداني، ٢ اضطراب ذهاني غير مميز). وجود فروق بين المرتفعين و المنخفضين على التعبير الانفعالي السلبي (النقد، العدائية، و التشوش الانفعالي)، حيث أن المرتفعين أكثر تحفظاً سلوكياً بينما المنخفضين أكثر تحقّقاً للذات و تعاطفاً و تحمل و مرونة و استقلالية. و من ثم فإن المرتفعين على التعبير السلبي يمكن أن يكونوا عوامل لزيادة شدة وطأة الأعراض المرضية لدى أقاربهم المرضى.

و يدعم النتائج الخاصة بالانفعالات السلبية لأقارب المريض ما توصلت إليه دراسة موبارك و باربر (2003) Mubarak & Barber على ١٧٤ مريضاً

## ==مدى إمكانية قائمة بار-أون لنسبة الذكاء الوجداني للتمييز بين فئات إكسيفيكية مختلفة==

فصامياً و مَنْ يعتنبي بهم، حيث اتضح أن الاحتواء الانفعالي Emotional involvement للمرضى من قبل مَنْ يعتنبي بهم هي الأساس لجودة الحياة لديهم، و قد اقترح الباحثان أهمية استخدامه في برامج إعادة التأهيل لزيادة جودة الحياة لدى الفصامين. كما انتهت أيضاً دراسة خمادا، أوها و ناكاني (2003) Hamada, Ohta & Nakane في اليابان إلى علاقة قوية بين أعراض الفصام و بين الحالة العقلية و جودة الحياة للأسرة، و أن التدعيم الأسري للمريض يرتبط بالاتجاه المتعاطف من قبل الأسرة نحوه، و أيضاً يشير إلى أهمية التدعيم الأسري للمريض و تأثيراته الإيجابية على الأعراض الذهانية و التكيف الاجتماعي. يضح من خلال الدراستين الأخيرين أن الفصامي لديه القدرة على التعرف على بعض الانفعالات الإيجابية نحوه من قبل الآخرين.

ويمكن أن يكون التعرف على انفعالات الآخرين هو جزء هام في عالم العلاقات الاجتماعية بين الأشخاص. ذلك العالم الذي يعتبره مارلي (1998) Marley بأنه يشتمل على تفاعل الخبرة الذاتية للفرد مع البيئة و من ثم يكون هاماً في فهم الفصام، حيث أن فهم كيفية إدراك الشخص الذي يعاني من الفصام بيئته الاجتماعية، أنماط التفاعلات الاجتماعية و تأثيرها على الأعراض المرضية يكون هو جوهر العلاقة بين الشخص و البيئة لهذا المرض المدمر، و أن هذه التفاعلات عندما تتسم بالمشقة تؤدي إلى زيادة في الأعراض المرضية و انخفاض وظيفي عام لدى مريض الفصام. و هذه الأهمية تم استنتاجها من البحوث و الكتابات المبكرة لكل من بيك، Beck، ١٩٧٨ و ماك جوير و بولسكي McGuire and Polsky ١٩٧٩، و دي فيريس و ديلاسبول DeVries and Delespaul ١٩٨٩ (as cited in Marley, 1998p. 438) بأن التفاعلات الاجتماعية و الإثارة الاجتماعية تؤثر على الأعراض المرضية و تطورها في الفصام.

و يشير ما سبق أن المناخ الأسري الذي يتسم بالتعبيرات الانفعالية السلبية المتمثلة في التعليقات النقدية، العدائية أو التشوش الانفعالي و أيضاً التفاعلات الاجتماعية التي تتسم بالمشقة، يزيد من خطورة الانتكاسة للمريض (Hooley & Hiller, 2002 and Mottaghypour, et al, 2001)، و قد يكون مؤشراً - كما قررز جولدشتين Goldstien و زملاءه ١٩٩٢

(as cited in Hooley & Hiller, 2002, p. 40) إلى أن هذا النمط من التعبير الانفعالي يندرج تحت الأعراض الباثولوجية لدى أعضاء تلك الأسر. ولكن خطورة هذا التعبير الانفعالي تتوقف على خصائص خاصة بالمرضى أنفسهم مثل طول فترة المرض، فقر الوظيفة الاجتماعية، والتفكير الضلالي (Hooley & Hiller, 2002). كما أن طبيعة هذا المناخ الأسرى تختلف باختلاف الثقافة، حيث كانت نسبة الأسر الذين صنفوا بأنهم مرتفعون على التعبير الانفعالي السلبي في الهند ٢٣ %، بينما كانت هذه النسبة في لوس انجلوس ٧٤ %، وبين الأسر المكسيكو أمريكية التي تعيش في لوس أنجلوس ٤١ % وهذا يعني أن الفروق الثقافية والعرقية والموقع الجغرافي قد تشكل التعبير الانفعالي (Mottaghipour, et al, 2001).

كما أن أهمية المناخ الأسرى للمريض أدى إلى أن يكون عضو الأسرة القريب من المريض (أو كلا من المريض و أعضاء الأسرة) هدفاً في التدخلات العلاجية السيكوجتماعية. وفي هذا الصدد أجرى مارتر، موستيج، سكولز، ميللر وهيلجسون (Martire, Lustige, Schulz, Miller & Helgeson (2004) تحليلاً فوقياً لعدد من الدراسات (٧٠ دراسة) التي قارنت بين تأثير مثل تلك التدخلات العلاجية والعناية الطبية المألوفة على المريض و أيضاً على أفراد الأسرة من خلال مؤشرات مثل الاكتئاب، القلق، والعلاقة المشبعة. وقد توصلت نتائج الدراسة إلى أن التدخلات العلاجية السيكوجتماعية كان لها تأثير إيجابي على المؤشرات المستخدمة بالنسبة للمريض و أفراد أسرته، إلا أن هذه التأثيرات كانت أقوى بالنسبة للأمراض التي لا تفقد العقل و أيضاً للتدخلات العلاجية التي كانت تهدف فقط عضو الأسرة الموجه إليه موضوع العلاقة من قبل المريض. و هذه النتائج تشير إلى أهمية التدخلات العلاجية السيكوجتماعية.

٣- القدرة على التكيف: يندرج تحت هذا المكون ثلاث مكونات فرعية و هي؛ حل المشكلة، اختبار الواقع، و المرونة. باعتبار أن اضطراب التفكير علامة أساسية في الفصام و قد ينعكس هذا في القدرة على التجريد و حل المشكلة (King & Phillips, 1985) كانت محاولة بلات و سيجل

==مدى إمكانية قائمة بار-أون لنسبة الذكاء الوجداني للتمييز بين فئات إكلينيكية مختلفة==

(1976) Platt & Siegel لوصف أكثر دقة للعلاقة بين حل المشكلة المعرفي في الجانب الاجتماعي و الأعراض النفسية، من خلال دراستهما على ٨٣ ذكراً و ١٠٧ أنثى من المرضى السيكياتريين الذين قُسموا إلى مجموعتين؛ الأولى الجيدون في حل المشكلة و الثانية الفقراء أو المنخفضين بشدة عليها. و قد توصلت النتائج بالنسبة للذكور المنخفضين بشدة في حل المشكلة أنهم أكثر ارتفاعاً على مقاييس الفصام، الانحراف السيكيوباتي، الانطواء الاجتماعي كما يقاس باختبار الشخصية المتعدد الأوجه MMPI، بينما في إيران لا يوجد فروق بين المرتفعات والمنخفضات من الإناث على حل المشكلة في استجابتهن على نفس المقاييس.

ومن الدراسات الرائدة في مجال حل المشكلات لدى الفصامين كانت دراسة ديفيز و هارينجتون Davis and Harrington 19٥٦ (في: الصبوة، ١٩٩٢، ص. ٥٨٦-٥٨٧) التي بحثت أثر نوع المنبه على سلوك حل المشكلات، و قد توصلت النتائج إلى أن أداء الفصامين على المشكلات ذات المضامين الاجتماعية أكثر سوءاً.

وقد توصل بلات و سبيفاك Platt and Spivack في سلسلة دراسات عام ١٩٧٥ (as cited in Bellack et al, 1994, p. 372)، إلى أن المرضى النفسيين المزمنين لديهم قدرة أقل على توليد حلول بديلة لمشكلات اجتماعية مفترضة، كما أن حلولهم المقترحة تكون أقل تناسباً و ليست متروية و ذلك مقارنة بمجموعة ضابطة من غير المرضى. و لكن اتسمت هذه السلسلة من الدراسات بعدد من الأخطاء المنهجية منها أن مجموعات المرضى غير محددة التشخيص أو لم توجد محكات تشخيصية ثابتة، كما لم يوجد ضبط من حيث متغير الإقامة في المستشفى بين مجموعة المرضى و غير المرضى، مما جعل قيمة هذه الدراسات توجيهية فقط. و لكن دراسة دونا هو Donahoe و زملاءه ١٩٩٠ (as cited in Bellack et al, 1994, p. 372)، توصلت أيضاً إلى أن أداء الفصاميون أكثر انخفاضاً مقارنة بغير المرضى على مهارات حل المشكلة.

وقد اختبر بللاك و آخرون Bellack, et al (1994)، الفروق بين عينة من مرضى الفصام (٢٧ فصام خاد، ١٩ زهان دوري) في مقابل مجموعة من غير



المرضى (ن = ١٧) المتمائلين ديموجرافياً في القدرة على حل المشكلات الاجتماعية. و تم قياس حل المشكلة من خلال ثلاث قطاعات و هي: القدرة على توليد حلول للمشكلة، القدرة على تقييم فعالية الحلول، القدرة على تحقيق هذه الحلول. و أوضحت نتائج الدراسة أن الفصاميين لديهم خلل في الثلاثة قطاعات لحل المشكلة مقارنة بغير المرضى، و لكن يتساوون في الخلل مع مجموعة الأذهان الدوري. و قد فسرت هذه النتائج في ضوء وجود خلل معرفي لدى الفصام والأمراض الحادة ثنائية القطب. و لكن لم تؤيد نتيجة دراسة هاتشيتا-ونج Hatashita-Wong et al (2002)، على ٤٤ من المرضى (٢٨ فصام، ١٧، فصام وجدائي) بعدم وجود ارتباطات دالة إحصائية بين الأعراض الإيجابية والسلبية وبين عناصر مهارة حل المشكلة (التوجه المعرفي العام، تعريف المشكلة، توليد الحلول البديلة للمشكلة، صنع القرار، والتحقق).

وقد توصلت العديد من الدراسات إلى دور العوامل الاجتماعية و العلاقات المتبادلة في التأثير على التفكير التجريدي لدى المرضى العقليين و الأسوياء، كما أكدت على أن القدرة على التجريد لدى الفصاميين ترتبط بكفاءتهم اليومية في التفاعل الاجتماعي، و من ثم يكونون أكثر معاناة حين حل المشكلات المجردة الاجتماعية مقارنة بحل المشكلات التصورية المنطقية. و تؤثر العوامل الانفعالية والوجدانية بصفة عامة على التفكير التجريدي للمفاهيم الاجتماعية أو التصورية مما تجعله يتسم بالضيق و العيانية الشديدة اللذان يتصف بهما التفكير التجريدي لمرضى الفصام (في: الصبوة، ١٩٩٢، ص. ٥٨٦-٦١١)

ورغم أن دراسة فايد (١٩٩٩) على طلبة جامعة إلا أنها قد تعطي مؤشرات عن علاقة حل المشكلة ببعض اضطرابات العصاب في ضوء متغير الجنس، حيث أظهرت نتائج دراسته أن الذكور ذوي الحل غير الفعال للمشكلات أكثر قلقاً و اكتئاباً و عصابية مقارنة بالذكور ذوي الحل الفعال، و كذلك الوضع بالنسبة للإناث. بينما الإناث ذوات الحل غير الفعال أكثر عصابية من مقابلهم الذكور و كذلك بالنسبة للإناث ذوات الحل الفعال.

وبالرغم من أن اختلال الواقع علامة مميزة لمرض الفصام إلا أن الدراسات التي تناولت اختبار هذا الواقع كانت ضئيلة. فقد أجرى جريج، بيل، كابلان،

==مدى إمكانية قائمة بار-أون لنسبة الذكاء الوجداني للتمييز بين فئات إكلينيكية مختلفة==

وبريسون (2000) Greig, Bell, Kaplan & Bryson دراسة على ١٥٧ من رجال الجيش الذين يعانون من الفصام تبعاً لمحكات DSM III-R وقسموا إلى ثلاث مجموعات؛ الأولى مجموعة الظهور المبكر للمرض (في عمر ٢٠ سنة أو أقل، ن = ٣٦)، مجموعة الظهور المتأخر للمرض (في عمر بعد ٣٠ سنة، ن = ٢٨)، و مجموعة ظهور المرض في عمر متوسط (٢١-٣٠ سنة). وأظهرت النتائج أن مجموعة الظهور المبكر للمرض كانت أكثر خللاً على مقاييس اختبار الواقع وهي: تشويه الواقع، الإدراك غير المؤكد، الهلوس والضلالات بدرجة دالة جوهرياً عن مجموعة الظهور المتأخر، بينما كانت درجات مجموعة ظهور المرض في عمر متوسط تقع ما بين مجموعتي الظهور المبكر والمتأخر للمرض.

٤- المزاج العام:- و يندرج تحت هذا المكون كل من التفاؤل و السعادة.

وقد قام عبد الخالق (في عبد الخالق: ٢٠٠٠) بسلسلة من الدراسات المنشورة وغير المنشورة منذ عام ١٩٩٥. بهدف فحص الارتباطات بين التفاؤل و التفاؤم ببعض المتغيرات الدالة على اضطرابات نفسية أو متغيرات الصحة النفسية و الجسمية أو ما يدل عليهما، و قد اتضح وجود معاملات ارتباط دالة و سالبة بين التفاؤل وكل من اليأس و الاكتئاب و القلق و الوسواس القهري، بينما كانت تلك المتغيرات ترتبط إيجابياً بدرجة دالة إحصائياً بالتفاؤم. وتوصل عبد الخالق في دراسة أخرى إلى معاملات ارتباط موجبة دالة بين التفاؤل و الصحة الجسمية (٠,٣٠٩) و النفسية (٠,٤٩١) و الشعور بالسعادة (٠,٥٨٥)، و وجد معاملات ارتباط سالبة دالة إحصائياً بين التفاؤم و كل من الصحة النفسية (-٠,٥٥٥) و الجسمية (-٠,٣١٥) و الشعور بالسعادة (-٠,٥٨٧). كما ارتبط عدد مرات الاستيقاظ من النوم ليلاً كمؤشر لسوء الصحة النفسية و الجسمية بالتفاؤل سلباً (-٠,٢٤) و إيجابياً بالتفاؤم (٠,٢٢٥).

٢) علاقة مكونات الذكاء الوجداني بنمطي الشخصية الفصامي و البيئي و اضطرابات الشخصية

سيتم الإشارة أولاً في هذا الجزء إلى الدراسات التي تناولت نمطي الشخصية الفصامي و البيئي بصورة عامة و سريعة، و ذلك بهدف توضيح المتغيرات التي تم

==المجلة المصرية للدراسات النفسية - العدد ٤٦ - المجلد الخامس عشر - فبراير ٢٠٠٥ (١٢٢) ==

بحثها مع هذين النمطين. فقد حاولت بعض الدراسات (i.e. Mason & Claridge, 1999) بحث علاقة طريقة معالجة المعلومات بالفص الأيمن بالمخ بنمط الشخصية الفصامية، و قد أشارت النتائج إلى أن انخفاض استثارة الشق الأيمن يكون لدى الأفراد الذين لديهم نزعة نحو خبرة الإدراكات غير العادية و يتماثل هذا مع مرضى الفصام الحاد. كما اختبرت بعض الدراسات (i.e. Maltby, Garner, Lewis & Day, 2000) العلاقة بين التوجه الديني والنمطين الفصامي و البيني و توصلوا أن الجنس له دور محدد لطبيعة هذه العلاقة، وقد استخدم محك استخدام اليد اليمنى أو اليسرى في بعض الدراسات (e.g. Claridge, Clark, Davis & Mason, 1998; Shaw, Claridge & Clark, 2001) للإشارة إلى فص المخ المسيطر و علاقته بسمات نمط الشخصية الفصامية، و قد توصلت النتائج إلى عدم وجود فروق في درجات STA و بين كل من مستخدمي اليدين معا و مستخدمي اليد اليسرى (سيطرة متوازنة بين شقي المخ أو الشق الأيمن) و لكن يوجد فروق بينهما و بين مستخدمي اليد اليمنى (سيطرة الشق الأيسر علاقة التوجه الديني (جوهرى/عرضي) بنمط الشخصية الفصامي ، و توصلت إلى وجود علاقة بين المتغيرين إلا أن تلك العلاقة تتحدد في ضوء نوع الجنس. و قد أسفرت دراسة Claridge, Clark & Davis (1997) على أن النمط الفصامي هو أحد المتغيرات المنبئة (و التي تشتمل على سمة الأنوثة) للكوابيس الليلية المزعجة، باعتبار أن تلك الكوابيس و الذهانية يشتركان معا في زيادة مخاطرة التعرض للأعراض المرضية.

وقد طبق كلاردج و آخرون Claridge, McCreery, Mason, Bentall, Boyle, Slade & et al (1996) على ١٠٩٥ فرداً اختبار سمات النمط الفصامي ضمن بطارية اختبارات تشتمل على مقاييس لقياس أوجه متعددة للفصامية، و ذلك بهدف معرفة البناء العاملي للسمات الفصامية، و بالتحليل المائل لمصفوفة النسق العاملي الناتجة عن التحليل بالاحتمالية القصوى، أسفرت النتائج عن أربعة عوامل، يتشعب النمط الفصامي على عاملين، و هما الأول (مع التكبير السحري، التشوه الإدراكي، الشخصية الهوسية، و الهلوس) و الثاني (مع النمط البيني، الفصام و الفصامية على MMPI). و تشعب النمط البيني على عاملين؛

==مدى إمكانية قائمة بار-أون لنسبة الذكاء الوجداني للتمييز بين فئات إكلينيكية مختلفة==

الثاني - الذي سبق ذكره- و الرابع (مع الذهانبة على EPQ ، و الشخصية الهوسية).

كما توصلت دراسة Claridge, Davis, Bellhous & Kaptein (1998) إلى علاقة إيجابية دالة بين الشخصية البينية STB و بين تكرار الكوابيس الليلية المزعجة في مرحلتي الطفولة و الرشد.

أجرى العنزي و المشعان (١٩٩٨) دراسة بهدف التعرف على العلاقة بين الشخصية الفصامية و التفاؤل و التفاؤم (التفاؤل هو أحد مكونات الذكاء الوجداني). وذلك من خلال عينة تتكون من ٤٦٣ طالباً و طالبة بكية التربية الأساسية بالهيئة العام للتعليم التطبيقي بالكويت، و توصلت النتائج إلى معامل ارتباط سالب دال بين التفاؤل و الشخصية الفصامية لدى الجنسين، بينما وجد معامل ارتباط موجب دال بين التفاؤم و الشخصية الفصامية أيضاً لدى الجنسين، و قد أجرى تحليلاً عاملياً على متغيرات الدراسة و توصل الباحثان إلى عامل -لدى كل من الجنسين - ثنائي القطب يشير القطب الأول إلى الشخصية الفصامية و التفاؤم، بينما يشير القطب الثاني إلى التفاؤل.

هدفت دراسة يونس (٢٠٠٢) إلى معرفة العلاقة بين النمط الفصامي باستخدام مقاييس شابمان (نقص الإحساس بالذلة الاجتماعية، اختلال الإدراك، و التفكير السحري) باختبارات الإبداع و الاتزان الوجداني و سوء التوافق، و الاستجابات المتطرفة و الذهانية. و ما يهتم به البحث الحالي هو علاقة النمط الفصامي بالذهانية التي كانت دالة إحصائياً.

وقد حاول ليبيل و سنل (Leible. & Snell (2004) اختبار العلاقة بين الذكاء الوجداني كما يقاس بمقياس سمة ما بعد المزاج Trait Meta-Mood Scale (والذي يقيس خصائص الانتباه الانفعالي، الوضوح الانفعالي، و التنظيم) و بين ثلاثة فئات من اضطرابات الشخصية و هي: الفئة الأولى و تتضمن اضطرابات شبه الفصامي، النمط الفصامي، النمط البارانويدي؛ بينما الفئة الثانية تتضمن البصنع، الشخصية البينية، النرجسية، و الشخصية المضادة للمجتمع؛ و تشمل الفئة الثالثة على اضطرابات التجنب، الإعتمادية، و الوسواسية القهرية، و ذلك على عينة

مكونة من ١٤١٨ من طلبة الجامعة. و قد توصلت الدراسة إلى علاقات سلبية بين أبعاد الذكاء الوجداني المقاسة و بين اضطرابات الشخصية. وقد توصل بيرج Berg (١٩٩٠: p. 402) (as cited in Leible & Snell, 2004) إلى أن الأفراد الذين يقابلون المحك التشخيصي لاضطراب الشخصية البيئي يكون لديهم عدم اتزان وجداني، ويشعرون بالغضب الشديد، و نقص في قدرتهم على التحكم في انفعالاتهم. بينما وجد بنيامين و ويندريش Benjamin & Wonderlich (1994) أن المرضى المشخصين باضطراب الشخصية البيئي يكون لديهم مستويات منخفضة من التأثر الانفعالي و أكثر احتمالية لتقدير علاقاتهم مع الآخرين في الماضي و الحاضر بأنها ذات طبيعة عدائية. و هذا ما أكدته نتائج دراسة ستيرن، هيرون، بريشة أفيرو و تاكوما Stern, Heron, Primavera & Takuma (1997) بالنسبة لمرضى الاكتئاب المصاحب لاضطراب الشخصية البيئي في مقابل مرضى الاكتئاب فقط.

كما وجد ليفين، مارزيالي و هود Levine, Marziali and Hood (١٩٩٧: p. 402) (as cited in Leible & Snell, 2004) أن من لديهم اضطراب الشخصية البيئي يكون لديهم مشكلات ليس فقط في إدارة انفعالاتهم و لكن في التعرف على تلك الانفعالات لديهم و لدى الآخرين أيضاً. ويستنتج من الفقرات السابقة أن الذكاء الوجداني المرتفع يكون مؤشراً للصحة على المستويات البدنية و النفسية و العقلية، بينما انخفاضه يكون مؤشراً لسوء الصحة، و من ثم قد يمكن استخدامه في مجال التشخيص الإكلينيكي.

#### التعليق على الدراسات السابقة :

يلاحظ من عرض الدراسات السابقة النقاط التالية:

- ١- لا توجد دراسات تناولت العلاقة بين الذكاء الوجداني و الأمراض النفسية أو العقلية ما عدا القليل الذي تناول علاقته باضطرابات الشخصية؛
- ٢- تضارب النتائج الخاصة بالدراسات التي بحثت قدرة القصاصيون على التعرف على انفعالات الآخرين و أيضاً التعبير عنها؛ فقد وجدت بعض الدراسات صعوبات لدى المرضى (e.g., Mueser, et al., 1996) و خاصة بينما لم

==هدى إمكانية قائمة بار-أون لنسبة الذكاء الوجداني للتمييز بين فئات إكلينيكية مختلفة==

تجد الأخرى (e.g., Bellack, Blanchard and Mueser, 1996) مثل

هذه الفروق (Sczufca, Kuipers & Menezes, 2001, p. 168)

٣- تختلف نتائج الدراسات التي بحثت قدرة الفصاميين على حل المشكلات

باختلاف نمط المشكلة المثارة؛ حيث أن أداء الفصاميين أكثر سوءاً على

المشكلات ذات المضامين الاجتماعية عن ذات المضامين المنطقية. (ديفيز

وهانزنجتون Davis and Harrington ١٩٥٦، في: الضبوة، ١٩٩٢،

ص. ٥٨٦-٥٨٧)، إلا أنهم أكثر سوءاً مقارنة بالأسوياء في أي من نمطي

المشكلات Bellack, et al., (1994)

٤- قلة الدراسات التي تناولت النمط الفصامي و البيني عامة، و أيضاً في المجال

الإكلينيكي. و لكن العديد منها تم لمعرفة علاقتهما مع بعض متغيرات

الشخصية.

### مشكلة وفروض البحث :

العرض السابق لعلاقة الأمراض الذهانية بكل من المعرفة و الانفعال. و بعض

أبعاد الذكاء الوجداني، و أيضاً العرض الخاص بالدراسات السابقة يشير إلى العلاقة

بين الإختلال المعرفي و الإختلال الانفعالي و الاجتماعي لدى مرضى الذهان، كما

يوضح وجود خلل في بعض مكونات الذكاء الوجداني مثل حل المشكلة، التعبير

الانفعالي، العلاقات مع الآخرين، و اختبار الواقع... الخ لديهم. مما يمكن أن يثير

التساؤلات التالية:-

١) ما مكونات في قائمة بار-أون لنسبة الذكاء الوجداني التي يمكنها التمييز ما بين

مرضى الذهان عن الأسوياء ؟

٢) هل تختلف مكونات الذكاء الوجداني التي يمكنها التمييز بين الأسوياء و

المرضى تبعاً لنوع الجنس.

٣) هل توجد مكونات في قائمة بار-أون لنسبة الذكاء الوجداني يمكنها التمييز بين

الفئات الإكلينيكية المختلفة ؟

٤) هل يمكن التنبؤ بدرجة النمط الفصامي و النمط البيني من خلال مكونات قائمة

بار-أون لنسبة الذكاء الوجداني؟

وتتبقى من التساؤلات السابقة الفروض التالية التي يحاول البحث الحالي التحقق منها وهي:

- (١) تميّز مكونات قائمة بار-أون لنسبة الذكاء الوجداني (الرئيسية و الفرعية) بين مرضى الذهان و الأسوياء.
  - (٢) تختلف طبيعة مكونات قائمة بار-أون لنسبة الذكاء الوجداني (الرئيسية و الفرعية) المميزة بين المرضى الذهانيين و الأسوياء تبعاً لنوع الجنس
  - (٣) تميّز مكونات قائمة بار-أون لنسبة الذكاء الوجداني (الرئيسية و الفرعية) بين فئات إكلينيكية مختلفة
- تسهم مكونات قائمة بار-أون لنسبة الذكاء الوجداني (الخمس عشرة) في التنبؤ بكل من نمطي الشخصية الفصامي و البيئي لدى المرضى الذهانيين.

#### إجراءات البحث :

**العينة:** تم تطبيق أداتي البحث على ١٩٦ مريضاً ذهانياً، تم استبعاد استجابات ١٩ مريضاً لعدم اتباعهم التعليمات أو لأن الاستجابة على البند رقم "١٣٣" بقائمة بار-أون لنسبة الذكاء الوجداني - و الذي ينص على "أجبت بصراحة و أمانة على العبارات السابقة" كانت بدرجة أقل من "٣". و قد وصلت العينة التي ستجرى عليها التحليلات الإحصائية إلى ١٧٧ مريضاً ذهانياً من مستشفيات الأمراض النفسية و العقلية بالعباسية، الطب النفسي بالمعمورة، الصحة النفسية بطنطا. و كان توزيع العينة كما بالجدول رقم (١)

#### جدول (١)

توزيع أفراد عينة المرضى تبعاً للمستشفى و نوع الجنس

اسم المستشفى	ن	النسبة المئوية	مدى العمر	م ± ع
الأمراض النفسية بالعباسية ن	١٥٠	٨٤ %	٦٥-٢١	١٠,٥٥ ± ٣٩,٨٩
ذكور	٦٥	(٤٣,٣ %)	٦٥-٢١	١٠,٢٢ ± ٣٩,٢١
إناث	٨٥	(٥٦,٧ %)	٦٥-٢١	١٠,٨٣ ± ٤٠,٤

==مدى إمكانية قائمة بار-أون لنسبة الذكاء الوجداني للتمييز بين فئات إكلينيكية مختلفة==

اسم المستشفى	ن	النسبة المئوية	مدى العمر	م ± ع
الطب النفسي بالمعمورة	١٩	١٠,٧ %	٥٩-٢٢	٩,٦٩ ± ٤٠,٦٨
ذكور	١٩	(١٠٠ %)	٥٩-٢٢	٩,٦٩ ± ٤٠,٦٨
إناث	-	(٠,٠ %)	--	--
الصحة النفسية بطنطا	٨	٤,٥ %	٣٥-١٩	٦,٤ ± ٣٥,١٣
ذكور	٦	(٢٥ %)	٣٥-١٩	٦,٣٥ ± ٢٧
إناث	٢	(٧٥ %)	٢٠-١٩	٠,٧١ ± ١٩,٥
العينة الكلية	١٧٧	١٠٠ %	٦٥ - ١٩	١٠,٧٣ ± ٣٩,٣١
ذكور	٩٠	٥١ %	٦٥-١٩	١٠,٣٣ ± ٣٨,٧١
إناث	٨٧	٤٩ %	٦٥-١٩	١١,١٦ ± ٣٩,٩٢

وقد تم استخدام التشخيص الطبي من قبل الطبيب النفسي المختص، و كان توزيع أفراد العينة على التشخيصات التالية: ٤٨ (٢٧,١ %) فصام بارانويدي (شك أو عظمة)، ٣٦ (٢٠,٣ %) فصام، ٣٥ (١٩,٨ %) اكتئاب ذهاني، ١٢ (٦,٨ %) فصام بسيط، ١٢ (٦,٨ %) فصام هيبفريني، ١١ (٦,٢ %) هوس، ٩ (٥,١ %) فصام كاتونوي، ٥ (٢,٨ %) فصام وجداني، ٥ (٢,٨ %) فصام غير مميز، ٢ (١,١) فصام مطعم Grafted، ١ (٠,٦ %) فصام كامن، و ١ (٠,٦ %) فصام متبقي. و نظراً لقلّة تكرارات الخمسة أنماط الأخيرة من التشخيص فسوف يتم دمجها تحت فئة واحدة في التحليلات الإحصائية و ستسمى "أنواع مختلطة من الفصام".

وقد تم تطبيق أداتي البحث في جلسات يتراوح عدد أفرادها من "١" إلى "٥"، وذلك بتطبيق قائمة بار-أون لنسبة الذكاء الوجداني أولاً ثم اختبار سمات النمط الفصامي، و مع بعض الحالات المرضية كان يتم التطبيق على جلستين. استخدمت بيانات عينة دراسة حسين (٢٠٠٤) كعينة سوية في مقابل العينة المرضية، و هي عبارة عن ٢٢٣ من معلمي و معلمات المرحلة الابتدائية (٧٦ ذكراً، ١٤٧ أنثى)، بمتوسط عمر ٣٩,٦٥، و انحراف معياري ٦,٩٤ (٣٨,٨٢ ± ٥,٩٦ للذكور، ٤٠,١ ± ٧,٤ للإناث).



## أدوات البحث :

أولاً:- قائمة نسبة الذكاء الوجداني Bar-On Emotional Quotient Inventory:- و قد أعددتها ريفين بار-أون (Bar-On (1997) R. Bar-On، وقد تم ترجمتها في عدد من الدراسات (مثل سحر علام ٢٠٠١، عجوة ٢٠٠٢)، إلا أنه تم استخدام ترجمة و تعريب حسين (٢٠٠٤) في البحث الراهن. وتتكون القائمة من ١٣٣ بنداً، يتم الإجابة عليها بطريقة التقرير الذاتي و ذلك على متصل من خمس درجات يبدأ من "لا تنطبق عليّ تماماً" إلى "تنطبق عليّ تماماً"، و تقيس القائمة خمسة أبعاد يندرج تحتها (١٥) بُعداً فرعياً، و هي كما يلي:-

- (أ) بُعد الذكاء الشخصي Intrapersonal و يتكون من: الوعي بالذات الانفعالية Emotional Self-Awareness، التوكيدي Assertiveness، اعتبار الذات Self-regard تحقيق الذات Self-Actualization و الاستقلالية Independence
- (ب) بُعد الذكاء بين الأشخاص Interpersonal و يتضمن: التعاطف Empathy المسؤولية الاجتماعية Social Responsibility ، و العلاقات بين الأشخاص Interpersonal Relationship؛
- (ج) بُعد القدرة على التكيف Adaptability و يشتمل على: حل المشكلة Problem solving، اختبار الواقع Reality Testing ، المرونة Flexibility
- (د) بُعد إدارة المشقة Stress Management و مكوناته: تحمل المشقة Stress Tolerance، ضبط الاندفاع Impulse Control؛
- (هـ) بُعد المزاج العام General Mood و هو عبارة عن مكونين هما:- السعادة Happiness، والتفاؤل Optimism .

## ==مدى إمكانية قائمة بار-أون لنسبة الذكاء الوجداني للتمييز بين فئات إكلينيكية مختلفة==

ثبات قائمة نسبة الذكاء الوجداني :

تم التحقق من ثبات القائمة في عدد من الدراسات، فقد تراوحت قيم الثبات باستخدام سبع عينات مختلفة و بأسلوب كرونباك ألفا ما بين ٠,٦٩ إلى ٠,٨٦ (Bar-On, 1997, p11)، وكانت تلك النسب تتراوح بين ٠,٦١ إلى ٠,٥٩ بدراسة حسين (٢٠٠٤) باستخدام عينة من معلمي ومعلمات المرحلة الابتدائية والتي تمثل مع بيانات العينة السوية التي سيتم استخدامها في البحث الحالي.

وقد تم التحقق أيضاً من ثبات القائمة في دراسة سابقة للباحثة (قيد النشر) بحساب معامل كرونباك ألفا للاتساق الداخلي لاستجابات ٣٢٧ من طلبة الجامعة، وقد كانت قيم معامل ألفا تتراوح ما بين ٠,٤٣ - ٠,٧٦ لمكونات المقياس الخمسة عشر، و من ثم يمكن اعتبارها مقبولة سيكومترياً، ما عدا الاستقلالية و التوكيدية و المرونة كانت منخفضة إلى حد ما (٠,٤٣، ٠,٤٩).

كما تم حساب معاملات الارتباط في الدراسة الراهنة بين المقاييس الفرعية للقائمة بعضها ببعض و أيضاً بينها و بين الدرجة الكلية (نسبة الذكاء الوجداني) وكانت تتراوح ما بين ٠,١٧٧ إلى ٠,٨٦٠ و هي جميعها دالة إحصائياً مما يعطي مؤشراً لاتساق تلك المقاييس. (جدول رقم ٢)

صدق قائمة نسبة الذكاء الوجداني :

عرض بار-أون ملخص نتائج لعدد من الدراسات التي أجريت في ست دول (الأرجنتين، كندا، ألمانيا، إسرائيل، جنوب أفريقيا، و الولايات المتحدة) واستخدمت طرقاً متعددة لحساب الصدق و منها: صدق ظاهري، صدق محتوى، صدق التكوين الفرضي، صدق عاملي، صدق تمييزي، صدق المحك، الصدق التقاربي، و الصدق التنبؤي، و انتهت إلى أن القائمة تتسم بصدق مرتفع. و يجدر التركيز في هذا الصدد على نتائج علاقة مكونات الذكاء الوجداني بمقاييس الذكاء المختلفة والتي تراوحت ما بين ٠,٤٥- إلى ٠,٨٣- و علاقة التوكيدية بالهوس ٠,٤٩-

(Bar-On, 1997, p. 11-25).

كما اتضح صدق القائمة من خلال الارتباط العكسي بينها و بين الألكسيميا

==المجلة المصرية للدراسات النفسية - العدد ٤٦ - المجلد الخامس عشر - فبراير ٢٠٠٥== (١٣٠)

Alexithymia، وهي الصعوبة في التعرف و-التواصل مع انفعالات الآخرين (Taylor, 2001, p:72)

جدول (٢)

معاملات الارتباط بين-مقاييس الذكاء الوجداني  
ومقاييس استخبار نمط الشخصية الفصامية

المتغير	STA	STB	الذكاب	الشخصي	بين	القابلة	إدارة	المزاج	الذكاء
					الأشخاص	التكيف	المنفوط	العام	الوجداني
STA	--								
STB:	٠٠,٣٧	---							
الذكاب	٠٠,٢١-	٠٠,٣٧-	--						
الشخصي	٠٠,٢١-	٠٠,٢٨-	٠٠,٣-	--					
بين	٠,١٣-	٠,١٧-	٠٠,٣٣	٠٠,٥٥	--				
الأشخاص	٠٠,٢٢-	٠٠,٢٢-	٠٠,٢٢	٠٠,٥٦	٠٠,٣٨	--			
القابلة	٠٠,٢٢-	٠٠,٢٢-	٠٠,٢٢	٠٠,٥٦	٠٠,٣٨	--			
التكيف	٠٠,١٩-	٠,١٢-	٠,١٨	٠٠,٤٧	٠٠,٢٢	٠٠,٥٣	--		
إدارة	٠,١٤-	٠,١١-	٠,٢٥	٠٠,٥٤	٠٠,٥٣	٠٠,٤٣	٠٠,٤٧	--	
المنفوط	٠٠,٢٥-	٠,٢٥-	٠,٣٥	٠٠,٨٦	٠٠,٧٥	٠٠,٧٥	٠٠,٦٦	٠٠,٧٥	--
المزاج									
العام									
الذكاء									
الوجداني									

ن = ١٧٧ مريضاً و مريضة ذهانية، \* تعني دلالة إحصائية >= ٠,٠٥،

\*\* تعني دلالة إحصائية >= ٠,٠١

وقد تم استخدام صدق التكوين الفرضي في الدراسة الحالية، حيث يفترض أن مكونات الذكاء الوجداني ترتبط سلبياً بنمطي الشخصية الفصامية و البيئية، و اتضح من معاملات الارتباط بين مقياسي نمطي الشخصية الفصامية و البيئية من جانب و مكونات الذكاء الوجداني الفرعية و الدرجة الكلية من جانب آخر أن معظمها سلبية و دالة إحصائياً ما عدا مكون المزاج العام. و باعتبار أن الكذب قد يكون مظهراً من

## بمدى إمكانية قائمة بار-أون لنسبة الذكاء الوجداني للتمييز بين فئات إكسبكتية مختلفة

مظاهر المرغوبة الاجتماعية حتى يظهر الفرد بمظهر اجتماعي لائق، لذا كانت معاملات الارتباط بين الكذب و مكونات الذكاء الوجداني موجبة وبصورة دالة إحصائياً (جدول رقم ٢).

ثانياً: - اختبار سمات النمط الفصامي، Schizotypal Traits

### Questionnaire (STQ)

وقد أعد هذا الاختبار كلاريدج و بروكس (1984) Claridge & Broks وهو عبارة عن ٧٦ بنداً، ويشتمل على ثلاثة مقاييس فرعية وهي: (أ) شخصية النمط الفصامي Schizotypal Personality؛ (ب) الشخصية البينية Borderline Personality؛ (ج) والكذب وهو مقتبس من اختبار أيزنك للشخصية.

وقد قامت الباحثة بترجمته و تم حذف بعض البنود التي قد لا تتناسب مع الثقافة المصرية أو متكررة في مضمونها (على سبيل المثال: هل تلعب القمار باستمرار؟)، وبالتالي انتهت بنود الاختبار إلى ٧١ بنداً، ٣٤ منها لقياس شخصية النمط الفصامي، ١٦ لقياس الشخصية البينية، و ٢١ لقياس الكذب.

ثبات اختبار سمات النمط الفصامي:

قد حسب جاكسون و كلاريدج Jackson and Claridge ١٩٩١ cited in (Carrillo, et al, 2004, p. 32). ثبات الاختبار عن طريق إعادة التطبيق على عينة من الراشدين الأسوياء (ن = ٢٢٨) بفواصل زمنية أربع سنوات و كان معامل الارتباط بين التطبيقين لمقياس سمات الشخصية الفصامية ٠,٦٣، و للشخصية البينية: ٠,٦١.

وقد تم حساب الثبات في الدراسة الحالية باستخدام التجزئة النصفية: (ن = ١٧٧)

لكل مقياس في الاختبار على حدة، و كانت قيم الثبات لمقاييس سمات النمط الفصامي و البيني و الكذب هي: ٠,٥٧٥، ٠,٥١٢، ٠,٢٤١ على التوالي بعد تعديل الطول باستخدام معادلة سبيرمان-براون Spearman-Brown.

صدق اختبار سمات النمط الفصامي:

و وجد معامل الاختبار كلاريدج و بروكس (1984) Claridge & Broks

ارتباط كل من مقياسي نمط الشخصية الفصامية و البينية بالذهانية لأيزنك. و قد قارن جاكسون و كلاردرج Jackson and Claridge (١٩٩١ as cited in Carrillo, et al, 2004, p. 32). مقياسي النمط الفصامي و البيني بين عينة سوية و أخرى إكلينيكية و كان للمقياسين القدرة التمييزية بصورة جوهريّة بين المجموعتين حيث كانت درجات العينة الإكلينيكية أعلى من درجات المجموعة السوية. و قد توصلت نتائج دراسة كلاردرج و آخرون Claridge et al (1996), إلى ارتباط كل من نمطي الشخصية الفصامية و البينية بمقاييس الذهانية و العصابية على اختبار أيزنك EPQ، و مقاييس تشابمان و تشابمان Chapman and Chapman (نقص اللذة الاجتماعية، التفكير السحري، و التشوه الإدراكي)، الشخصية الهوسية، الهلوس، الفصام، الفصامية على MMPI، و مقاييس للضلالات. و قد أسفرت دراسة Claridge, et al (1997), عن ارتباطات دالة موجبة بين كل من نمطي الشخصية الفصامي و البيني و العصابية و الذهانية على اختبار أيزنك للشخصية. كما وجد جوزيف و آخرون Joseph, et al (2002), ارتباطاً إيجابياً بين نمطي الشخصية البيني و الفصامي على اختبار STQ وكل من الذهانية و العصابية على اختبار أيزنك للشخصية و أيضاً بالهوس و الاكتئاب كما ترتبط الشخصية البينية سلباً بالكذب.

استخدم في الدراسة الحالية صدق التكوين الفرضي (انظر صدق قائمة نسبة الذكاء الوجداني) و انضح العلاقة السلبية بين مكونات الذكاء الوجداني و نمطي الشخصية الفصامي و البيني (جدول رقم ٢).

#### نتائج البحث و تفسيرها :

أجريت جميع التحليلات الإحصائية باستخدام حزمة البرامج SPSS-10، و قد استخدم لتحقق من الفروض الثلاثة الأولى التحليل التمييزي التنبؤي Predictive Discriminate Analysis (PDA) و إدخال المتغيرات المنبئة بالطريقة المتدرجة Stepwise. و يتشابه التحليل التمييزي التنبؤي مع تحليل الانحدار المتعدد فيما عدا أنه يستخدم مع متغير معياري Criterion في صورة فنوية أو اسمية و يكون في صورة مستويين أو أكثر (Whitaker, 1997, p. 6) و كما

**==مدى إمكانية قائمة بار-أون لنسبة الذكاء الوجداني للتمييز بين فئات إكلينيكية مختلفة==**

أن القاعدة التنبؤية في تحليل الانحدار هي التركيبة الخطية للمنبيئات، كذلك في التحليل التمييزي التنبؤي إلا أنه يتضمن العديد من التركيبات الخطية تبعاً لعدد المجموعات التي تدخل في التحليل. (Huberty, 1994, P. 29). وقد استخدم محك احتمالية الدلالة بقيمة "ف" ٠,٠٥، ليتم إدخال المتغير المنبئ، و محك ٠,١ لاستبعاده.

**أولاً: نتائج الفرض الأول و تفسيرها:**

حاولت الباحثة التحقق من الفرض الأول الذي ينص على " تميز مكونات قائمة بار-أون لنسبة الذكاء الوجداني (الرئيسية و الفرعية) بين مرضى الذهان والأسوياء." و من خلال التحليل التمييزي التنبؤي لدرجات الخمس عشرة مكون فرعي، ثم للخمسة مكونات الأساسية، كانت النتائج كما تتضح في جدول (٣).  
جدول (٣) المتغيرات المكون منها الدالة الخطية المنبئة بالتمييز ما بين الأسوياء (ن= ٢٢٣) و المرضى (ن= ١٧٧)

المتغيرات المنبئة	الجنس للكامن	معاملات الدالة التمييزية	قيمة ويلكس لامدا	كا	د.ج.	الدلالة
اعتبار الذات		٠,٣٢٩				
الاستقلالية		٠,١٤٠				
المسئولية الاجتماعية		٠,٧١٥	٠,٢٢٤	٥٨٩,٤١	٧	...
العلاقات الاجتماعية	٣,٤٥٥	٠,٢٤٦-				
حل المشكلة		٠,٢٨١				
تحمل المشقة		٠,٣٤٩-				
التقاؤل		٠,٢٠٢				
ذ. الشخصي		٠,٣٤٠				
ذ. بين الأشخاص		٠,٤٩٩	٠,٢٩٩	٤٧٨,١٣	٥	...
القدرة على التكيف	٢,٣٥٠	٠,٤١٨				
إدارة المشقة		٠,٤٤٣-				
المزاج العام		٠,١٧٨				

وأسفرت النتائج على أن دالة التمييز عند إدخال الخمس عشرة مكوناً كانت دالة إحصائياً عند مستوى ٠,٠٠٠١، وكانت أفضل المنبئات التمييزية بسين الأسوياء والمرضى بالترتيب التالي: المسئولية-الاجتماعية، تحمل المشقة (بالسلب)، اعتبار الذات، حل المشكلة، العلاقات مع الآخرين (بالسلب)، التفاؤل، والاستقلالية.

كما كشفت النتائج أن هذه الدالة التمييزية يمكنها أن تصنف ٩٥,٥١ % من الأسوياء، و ٩٥,٥ % من المرضى بصورة دقيقة (جدول رقم ٤).

وعند تفسير هذه الدالة التمييزية يمكن اعتبارها دالة قطبية، يتمثل قطبها الإيجابي في قدرة الفرد على التعاون و المشاركة الفعالة مع الآخرين (المسئولية الاجتماعية)، مما يؤدي إلى تقبل الفرد و احترامه لذاته (اعتبار الذات)، و بالتالي الثقة في الذات و من ثم الإحساس بالقدرة على حل المشكلات التي تواجهه (حل المشكلات)، و عند نجاحه في كل هذه الأمور يتكون لديه نظرة مشرقة و توجه إيجابي نحو الحياة (التفاؤل)، كما تتكون لديه الثقة في قدرته على التحكم في أمور حياته و توجيهها الوجهة التي يريد (الاستقلالية). و لكن هذا لا يعني أن هذا الفرد الذي يتمتع بهذه الخصائص قد لا يستطيع تحمل المواقف المزعجة و الشائقة في بعض الأحيان (سلب تحمل المشقة)، مما قد يعوقه في تلك الأحيان من عقد علاقات مشبعة مع الآخرين -قد تكون بصورة وقتية - حتى لا يتحمل مزيد من المشقة (سلب العلاقات مع الآخرين).

وقد أوضحت النتائج (الجزء السفلي من جدول ٣) أن دالة التمييز عند إدخال درجات الخمسة مكونات الرئيسية، كانت تشملهم جميعهم و لكن بالترتيب الآتي تبعاً لأفضلية التمييز: الذكاء بين الأشخاص، إدارة المشقة (بالسلب)، القدرة على التكيف، الذكاء الشخصي، و المزاج العام. و كانت هذه الدالة التمييزية تصنف ٩٢,٤ % من الأسوياء، و ٩٢,٧ % من المرضى بدقة (جدول رقم ٤).

ويمكن تفسير هذه الدالة التمييزية أيضاً على كونها دالة قطبية، كما يمكن تفسيرها في ضوء الدالة السابقة التي تناولت بعض المكونات الفرعية للذكاء الوجداني. فيلاحظ أن القطب الموجب في الدالة السابقة بما يحمله من المسئولية

==هدى إمكانية قائمة بار-أون لنسبة الذكاء الوجداني للتمييز بين فئات إكلينيكية مختلفة==

الاجتماعية (مكون الذكاء بين الأشخاص)، و حل المشكلة (مكون القدرة على التكيف)، و اعتبار الذات و الاستقلالية (مكوني الذكاء الشخصي) هي نفسها المعاملات الإيجابية في الدالة الخاصة بالمكونات الرئيسية، و هذه الخصائص الإيجابية التي يمتلكها الفرد قد تشعره بحالة مزاجية عامة جيدة، مشبعة بالتفاؤل والثقة بالنفس و من ثم السعادة. وهذا النمط التفسيري ينسحب أيضاً على القطب السالب من الدالة السابقة والحالية والمتمثل في المكون الفرعي "تحمل المشقة" الذي يندرج تحت "إدارة المشقة".

ويلاحظ أن عناصر الدالتين مرتفعة لدى عينة الأسوياء عن مرضى الذهان، مما يعني أن التفسير السابق لهما يتجه نحو الاتجاه السوي، و أن مرضى الذهان يتسمون بما يتناقض مع التفسير السابق. و يمكن أن تتسحب هذه الملاحظة على نتائج الفرض التالي أيضاً.

ثانياً: نتائج الفرض الثاني و تفسيرها :

ينص الفرض الثاني على "تختلف طبيعة مكونات قائمة بار-أون لنسبة الذكاء الوجداني (الرئيسية و الفرعية) المميزة بين المرضى الذهانيين و الأسوياء تبعاً لنوع الجنس". و للتحقق منه تم استخدام التحليل التمييزي التنبؤي، وذلك بإدخال الخمس عشرة مكوناً فرعياً للذكاء الوجداني ثم الخمسة مكونات للتمييز بين الأسوياء والمرضى من الذكور، ثم بنفس الطريقة للتمييز بين الأسوياء و المرضى الإناث، وقد تم الأخذ في الاعتبار أن تكون العينة ممثلة لنسبة أكبر من خمسة أفراد لكل متغير منبئ (Huberty, 1994, p. 97)

\* يمكن الحصول على النتائج الإحصائية الوصفية للعينتين من خلال الاتصال بالباحثة.



جدول رقم (٤)

المتغيرات التصنيفية (مكونات الذكاء الوجداني)

ونسب التصنيف بين المجموعات المختلفة بالبحث

معاملات الدالة التصنيفية (إناث)		المتغيرات التصنيفية	معاملات الدالة التصنيفية (ذكور)		المتغيرات التصنيفية	معاملات الدالة التصنيفية (عينة كلية)		المتغيرات التصنيفية
مرضى	أسوياء		مرضى	أسوياء		مرضى	أسوياء	
٠,١٨٢	٠,٥٢٣	اعتبار الذات	٠,٣٩٧	٠,٧٢٤	اعتبار الذات	٠,٢٥٧	٠,٥٢٦	اعتبار الذات
٠,٦٣٩	١,٣٥٤	المسئولية الاجتماعية	٠,٨٥١	١١,٠١٩	الاستقلالية	٠,٦٧٧	٠,٨١٠	الاستقلالية
٠,٤٩٣	٠,٨٧٤	حل المشكلة	٠,٥٦١	١,١٨٢	المسئولية الاجتماعية	٠,٥٧٣	١,١٢٥	المسئولية الاجتماعية
٠,٣١٧	٠,٠٠٧	تحمل المشقة	٠,٧٠٩	٠,٣٥١	علاقات اجتماعية	١,٠٣٦	٠,٨٣٤	علاقات اجتماعية
٠,٧٧٩	٠,٥٦٧	السعادة	٠,٠٠٨	٠,٢٥٤	حل المشكلة	٠,١٤٨	٠,٣٨١	حل المشكلة
٠,٥٣٦	٠,٩٠٤	التفائل	٠,٧٣٦	٠,٥٦٧	المرونة	٠,٤٤٢	٠,١٩٣	تحمل المشقة
						٠,٠٠١	٠,١٦٧	التفائل
٨٧	١٤٧	لعينة	٩٠	٧٦	العينة	١٧٧	٢٢٣	لعينة
٨٦	١٧٠	تصنيف صحيح	٨٤	٧٣	تصنيف صحيح	١٦٩	٢١٣	تصنيف صحيح
%٩٨,٩	%٩٥,٢	النسبة	%٩٣,٣	%٩٦,١	النسبة	%٩٥,٥	%٩٥,٥	النسبة
٠,٢٨١	٠,٧٣١	ذ. الشخصي	٠,٣٧٣	٠,٤٧٥	ذ. الشخصي	٠,٢٥٣	٠,٣٢٧	ذ. الشخصي
٠,٧٠٦	١,٠٢٦	ذ. بين الأشخاص	٢,٤٠	٠,٣٥٧	القدرة على التكيف	٠,٣٩٢	٠,٥٣٥	ذ. بين الأشخاص
٠,٢٦٨	٠,٣٨٦	القدرة على التكيف	٠,١٢١	٠,٠٠٢	إدارة المشقة	٠,٢٦٤	٠,٣٩٤	القدرة على التكيف
٠,٠٠٢	٠,١٦٧	إدارة المشقة	٠,١٧٨	٠,٢٩٧	المزاج العام	٠,٠٠٢	٠,١١٤	إدارة المشقة
						٠,١٣٨	٠,٢١٤	المزاج العام
٨٧	١٤٧	لعينة	٩٠	٧٦	لعينة	١٧٧	٢٢٣	لعينة
٨٦	١٣٦	تصنيف صحيح	٨٠	٦٩	تصنيف صحيح	١٦٤	٢٠٦	تصنيف صحيح
%٩٨,٩	%٩٢,٥	النسبة	%٨٨,٩	%٩٠,٨	النسبة	%٩٢,٧	%٩٢,٤	النسبة

وقد أوضحت النتائج الخاصة بالذكور - كما في جدول رقم ٥ - أن الدالة التمييزية كانت دالة إحصائياً تحت مستوي ٠,٠٠٠١، و تظهر معاملات الدالة التمييزية أن أفضل المنبئات كانت بالترتيب التالي: المسئولية الاجتماعية، العلاقات بين الأشخاص (بالسلب)، اعتبار الذات، الاستقلالية، حل المشكلات، و المرونة (بالسلب). كما اتضح من النتائج - جدول ٤ - أن هذه الدالة أمكنها أن تصنف ٩٦,١% من الأسوياء الذكور، ٩٣,٣% من المرضى الذكور تصنيفاً دقيقاً. كما

**==مدى إمكانية قائمة بار-أون لنسبة الذكاء الوجداني للتمييز بين فئات إكلينيكية مختلفة==**

كانت الدالة التمييزية الخاصة بالمكونات الخمسة - جدول رقم ٥- دالة إحصائياً تحت مستوى ٠,٠٠٠١، و اشتملت معاملاتها التمييزية على المنبئات التالية تبعا لترتيب أفضليتها في التنبؤ: الذكاء الشخصي، إدارة المشقة (بالسلب)، القدرة على التكيف، و المزاج العام. و قد أمكن لهذه الدالة - جدول رقم ٤ - أن تصنف ٩٠,٨% من الأسوياء الذكور، و ٨٨,٩% من المرضى الذكور تصنيفاً صحيحاً.

**جدول (٥)**

المتغيرات المكون منها الدالة الخطية المنبئة بالتمييز

ما بين الأسوياء (ن= ٧٦) و المرضى (ن= ٩٠) من الذكور

المتغيرات المنبئة	الجزر الكامن	معاملات الدالة التمييزية	قيمة ويلكس لامدا	كا	د.ح.	الدلالة
اعتبار الذات		٠,٤٣٥				
الاستقلالية		٠,٢٥١				
المسئولية الاجتماعية	٣,٠٥٩	٠,٨٥٠	٠,٢٤٦	٢٢٥,٥٦٣	٦	...
العلاقات الاجتماعية		-٠,٥٤٤				
حل المشكلة		٠,٢٣٧				
المرونة		-٠,٢١٣				
ذ. الشخصي		٠,٥٩١				
القدرة على التكيف	١,٥٤٨	٠,٤٨٨	٠,٣٩٢	١٥١,٥١٥	٤	...
إدارة المشقة		-٠,٥٠٣				
المزاج العام		٠,٣٨٠				

كما أسفرت النتائج الخاصة بالتمييز بين الأسوياء و المرضى من الإناث - جدول رقم ٦ - أن الدالة التمييزية للمنبئات المميزة المستخرجة من الخمس عشرة مكونا للذكاء الوجداني كانت دالة إحصائياً تحت مستوى ٠,٠٠٠٠١، كما-كان ترتيب المنبئات من خلال قيم المعاملات التمييزية كما يلي: المسئولية الاجتماعية، تحمل المشقة (بالسلب)، اعتبار الذات، حل المشكلة، التفاؤل، السعادة (بالسلب). و

أوضحت النتائج أيضا - جدول رقم ٤ - أن هذه الدالة لها القدرة التصنيفية المرتفعة، حيث أمكنها تصنيف ٩٥,٢% من الأسوياء الإناث، و ٩٨,٩% من المرضى الإناث تصنيفاً صحيحاً. وكانت الدالة التمييزية المستخرجة من الخمسة مكونات - جدول رقم ٦ - دالة إحصائياً تحت مستوى ٠,٠٠٠١، و تضمن المنبئات التالية تبعاً لترتيب أفضليتها من خلال قيم المعاملات التمييزية: الذكاء بين الأشخاص، إدارة المشقة (بالسلب)، الذكاء الشخصي، و القدرة على التكيف. واتضح أن لهذه الدالة القدرة التصنيفية المرتفعة - جدول رقم ٤ - حيث صنفت ٩٢,٥% من الأسوياء الإناث، و ٩٨,٩% من المرضى الإناث تصنيفاً دقيقاً.

ويمكن أن تفسر الدوال السابقة في ضوء محورين: الأول الفروق عامة بين الجنسين على الذكاء الوجداني ومكوناته الفرعية، فقد توصلت عدد من الدراسات إلى وجود فروق لصالح الذكور على كل مكونات الذكاء الوجداني ما عدا العلاقات بين الأشخاص فلا يوجد فروق بينهما (حسين، ٢٠٠٣)، البعض الآخر وجد العكس على معظم تلك المكونات (e.g. Ciarrochi, Chan, A. & Bajar, 2001)، والبعض الثالث من الدراسات لم يجد فروق بين الجنسين (انظر الدراسات تفصيلاً في خليل و الشناوي، قيد الطبع). ورغم هذه الاختلافات في النتائج، يوجد استنتاج عام و هو وجود فروق بين الجنسين في بعض المكونات و قد تكون تحت شروط معينة لم يتم دراستها بعد. وبالتالي قد ترجع اختلاف الدالة الخاصة بالذكور عن تلك الخاصة بالإناث إلى الفروق بين الجنسين في الأساس و لا يتدخل المرض بها.

يأتي المحور الثاني في التفسير في محاولة فهم كل دالة على حدة، فلاحظ أن الدالة الخاصة بالتمييز بين الأسوياء و المرضى الذكور هي دالة قطبية أيضاً، فتؤدي المسؤولية الاجتماعية التي تغرس في الذكر من خلال التنشئة الاجتماعية إلى إحساسه بذاته و احترامه لها (اعتبار الذات) و أيضاً تدفعه بثقة إلى التحكم في ذاته و الإحساس بالاستقلالية، إلا أن ذلك قد يؤدي به إلى الطرف الآخر (السلب) من الدالة، حيث الصعوبة في عقد علاقات مع الآخرين تكون مشبعة بالنسبة له، كما أنه يكون متمسكاً بالخصائص الخاصة به و لا يريد تغييرها (سلب المرونة) في سبيل

==مدى إمكانية قائمة بار-أون لنسبة الذكاء الوجداني للتمييز بين فئات إكينيكية مختلفة==  
تلك العلاقات. وهذا التصلب أيضاً قد يتم تنميته من خلال التنشئة الاجتماعية بالنسبة للذكر.

جدول رقم (٦)

المتغيرات المنبئة بالتمييز ما بين الأسوياء  
(ن=١٤٧) و المرضى (ن=٨٧) من الإناث

المتغيرات المنبئة	الجزر الكامن	معاملات الدالة التمييزية	قيمة ويلكس لامدا	كا	د.ح.	الدالة
اعتبار الذات		٠,٣٤٩				
المسئولية		٠,٧١٠				
الاجتماعية						
حل المشكلة	٤,٥٣٧	٠,٣٢٢	٠,١٨١	٣٩١,٩٣٨	٦	...
تحمل المشقة		٠,٤٧٦-				
السعادة		٠,١٩٩-				
التفاوض		٠,٣١٢				
ذ. الشخصي		٠,٣٠٧				
ذ. بين الأشخاص	٣,٦٠٣	٠,٧٣٥	٠,٢١٧	٣٥١,١٤٩	٤	...
القدرة على التكيف		٠,٢٨٩				
إدارة المشقة		٠,٣٥٥-				

ويلاحظ أن الدالة الخاصة بالإناث دالة قطبية أيضاً ، إلا أن المسئولية الاجتماعية (بما تحمله من دور نكري) هنا بالنسبة للأنثى تم فرضها من قبل المجتمع نظراً للتحولات الاجتماعية التي طرأت عليه، و قد تعطيها هذه المسئولية الإحساس باحترام الذات و قدرتها على حل المشكلات و التفاوض نحو المستقبل، إلا أن عبء المسئولية الاجتماعية قد يؤدي بها إلى الطرف السلبي من الدالة و هو عدم قدرتها على تحمل المشقة و من ثم شعورها بالتعاسة (سلب السعادة)

### ثالثاً: نتائج الفرض الثالث و تفسيرها

ينص الفرض الثالث على " تميّز مكونات قائمة بار-أون لنسبة الذكاء الوجداني (الرئيسية و الفرعية) بين فئات إكلينيكية مختلفة". و قد تمّ التحقق منه بنفس أسلوب التحقق من الفرضين الأول و الثاني، و قد استخدمت ثمان فئات إكلينيكية كما تم وصفها في العينة. و قد أوضحت النتائج - جدول رقم ٧ - أن التعاطف فقط هو المتغير المميز بين تلك الفئات و أن قدرته التصنيفية كانت بدقة منخفضة حيث وصلت إلى ١٩,٢ %، و أيضاً كان الذكاء بين الأشخاص هو المتغير المميز بين الفئات الإكلينيكية و لكن قدرته التصنيفية أيضاً ضعيفة، حيث أمكنه تصنيف ١٦,٤ % فقط تصنيفاً دقيقاً. و يمكن تفسير هذه النتيجة من خلال محورين: الأول وهو أنها قد ترجع هذه النتيجة إلى التشخيصات الإكلينيكية في حد ذاتها، حيث يتم التشخيص بصورة دقيقة في الفئة العريضة من المرضى، إلا أن هذا التشخيص بجانبه الصواب حين يكون في الفئة الصغرى من الأمراض، و لذلك قد تكون هذه الفئات المرضية غير دقيقة في التشخيص مما أدى إلى تشوش النتائج، و ما يؤكد هذا الافتراض هو النتائج الخاصة بالفرضين الأول و الثاني حيث يوجد قدرة تمييزية مرتفعة لعدد من مكونات الذكاء الوجداني بين الأسوياء و المرضى و ذلك عند استخدام مرضى الذهان عامة في التحليلات الإحصائية. بينما المحور الثاني: هو تفسير النتيجة من خلال ما يسمى بالألكسيميا Alexithymia الذي سبق ذكر ارتباطها العكسي بالذكاء الوجداني، و من المعروف أنها عدم القدرة و وصف المشاعر أو المزاج لدى الفرد و أيضاً لدى الآخرين و بالتالي فتكون بصورة مباشرة عكس التعاطف من حيث المضمون، و من هنا كان التعاطف هو المميز بين الفئات المرضية المختلفة .

جدول رقم (٧)

المتغيرات المنبئة بالتمييز بين الفئات الإكلينيكية المختلفة

المتغيرات المنبئة	الجنس	معاملات الدالة التمييزية	قيمة ويلكس لامدا	كا <sup>2</sup>	د.ح.	الدلالة	نسبة التصنيف
التعاطف	٠.٢٠٦	١	٠.٨٢٩	٣٢,١١٣	٧	٠.٠٠٠	١٩,٢٠%
ذ. بين	٠.٢٦٨	١	٠.٧٨٨	٤٠,٧٧٢	٧	٠.٠٠٠	١٦,٤%

رابعاً: نتائج الفرض الرابع و تفسيرها

تم استخدام تحليل الانحدار المتعدد **Multiple Regression** وذلك للتحقق من الفرض الرابع الذي ينص على تسهم مكونات قائمة بار-أون لنسبة الذكاء الوجداني (الخمس عشرة) في التنبؤ بكل من نمطي الشخصية الفصامي و البيئي لدى المرضى الذهانين. و قد تم إدخال البيانات الخاصة بالخمس عشرة مكوناً فرعياً، ثم الخاصة



==مدى إمكانية قائمة بار-أون لنسبة الذكاء الوجداني للتمييز بين فئات إكلينيكية مختلفة==

بالخمس مكونات الرئيسية باستخدام الطريقة المتدرجة Stepwise . و يتضح من الجدول رقم (٨) أن النموذج الثاني فسر ٨,٧% من التباين، و يشتمل على مكوني الوعي بالذات الانفعالية و تحمل المشقة، حيث يسهمان في التنبؤ بنمط الشخصية الفصامية لدى المرضى الذهانيين بقيم بيتا (-٠,٢٢) و (-٠,١٧٩)، و هذا يعني أنه كلما قل مستوى الوعي بالذات الانفعالية و تحمل المشقة بمقدار بيتا زاد مستوى نمط الشخصية الفصامية بمقدار درجة. كما اتضح من النتائج أيضاً أن الذكاء الشخصي يسهم في التنبؤ بنمط الشخصية الفصامية بمقدار (-٠,٢٤١)، ويفسر ٥,٣% من التباين.

وهذه النتيجة تتفق مع ما توصلت إليه الدراسات السابقة، حيث توصلت دراسة ليل و سنل (2004) Leible & Snell بأن الشخصية الفصامية تتسم بنقص في مكونات الذكاء الوجداني على مقياس سمة ما بعد المزاج Trait Meta-Mood Scale (الانتباه الانفعالي، و الوضوح الانفعالي، و التنظيم الانفعالي). مما يعني عدم قدرتهم على الوعي بانفعالاتهم الداخلية و بالتالي عدم القدرة على التعبير عنها، و هذا ما اتضح من الإسهام السلبي لمكون الوعي بالذات الانفعالية كمتغير منبئ بالنمط الفصامي. و هذا الموقف قد ينسحب بالطبع إلى المكون الرئيسي الذي يظل الوعي بالذات الانفعالية و هو الذكاء الشخصي.

كما أسفرت النتائج - جدول رقم ٨ - على أن الوعي بالذات الانفعالية هو المكون المنبئ بنمط الشخصية البيئية لدى المرضى الذهانيين بقيمة إسهام (-٠,٣٢٧)، و يفسر ١٠,٢% من التباين. و الذكاء الشخصي أيضاً منبئ بهذا النمط بقيمة إسهام (-٠,٢٨٤)، و يفسر ٧,٥% من التباين.

وهذه النتيجة تتفق مع السمات التي وصفها ليفين، مارزالي و هود (as cited in Leible & Snell, 1997 Levine, Marziali and Hood 2004, p. 402)، من أن الشخصية البيئية لديها مشكلات في القدرة على التعرف على مشاعرهم و مشاعر الآخرين، و أيضاً نقص في القدرة على التحكم في انفعالاتهم، و من ثم يكون منطقياً أن يسهم مكون الوعي بالذات الانفعالية بالسلب



في التنبؤ بالشخصية البينية ، كما ينسحب هذا المنطق أيضاً على الإسهام السلبي للذكاء الشخصي.

كما وجد ليفين، مارزالي و هود (Levine, Marziali and Hood 1997 as cited in Leible & Snell, 2004, p. 402) أن مَن لديهم اضطراب الشخصية البيني يكون لديهم مشكلات ليس فقط في إدارة انفعالاتهم و لكن في التعرف على تلك الانفعالات لديهم و لدى الآخرين أيضاً.

وأخيراً فإن هذا البحث ما هو إلا دراسة استطلاعية تحتاج للمزيد من الاستعادة على عينات من فئات مرضية مختلفة، و تكون مشخصة بطريقة أكثر دقة، و لكنه يعطي الضوء إلى أن الذكاء الوجداني مجال خصب، يجب استثماره في المجال الإكلينيكي.

#### التوصيات:

أثار هذا البحث لدى الباحثة من خلال القراءات التي تم الاطلاع عليها و من خلال النتائج التي تم التوصل إليها عدد من المشكلات البحثية التي يمكن أن تقوم ببحثها مستقبلاً أو يقوم أحد الباحثين بذلك الأمر، و يمكن عرض هذه المشكلات في النقاط التالية:-

- 1- دراسة الذكاء الوجداني لدى أسر المرضى بفئاتهم المختلفة النفسية و العقلية و أيضاً العضوية، و تنمية المكونات الخاصة به التي تظهر النتائج انخفاضها.
- 2- دراسة التعبير الانفعالي لدى أفراد الأسرة التي تحتوي على عضو مريض عقلياً و معرفة تأثير ذلك على هذا العضو.
- 3- دراسة التعبير الانفعالي لدى أفراد الأسرة التي تحتوي على عضو مريض عقلياً في ضوء اختلاف متغيرات الثقافة، المستوى التعليمي للأسرة و المستوى الاجتماعي و الاقتصادي.
- 4- دراسة مدى إمكانية اختبار سمات النمط الفصامي STQ في استكشاف الأفراد المستهدفين لمرض الفصام.

**==مدى إمكانية قائمة بار-أون لنسبة الذكاء الوجداني للتمييز بين فئات إكلينيكية مختلفة==**

٥- دراسة مدى إمكانية مكونات الذكاء الوجداني للتمييز بين الفئات المرضية النوعية المختلفة، و ليس الفئات المرضية العريضة فقط.

٦- دراسة مدى اختلاف مكونات الذكاء الوجداني لدى الفئات المرضية باختلاف فترة إزمان المرض.

في دراسة إمكانية قائمة بار-أون لنسبة الذكاء الوجداني للتمييز بين الفئات المرضية النوعية المختلفة، و ليس الفئات المرضية العريضة فقط، و ليس الفئات المرضية باختلاف فترة إزمان المرض، تم إجراء اختبار إحصائي باستخدام اختبار كاي تربيع (Chi-square) للتحقق من وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الفئات المرضية النوعية المختلفة، و بين الفئات المرضية باختلاف فترة إزمان المرض. النتائج أظهرت وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الفئات المرضية النوعية المختلفة، و بين الفئات المرضية باختلاف فترة إزمان المرض.

في دراسة مدى إمكانية مكونات الذكاء الوجداني للتمييز بين الفئات المرضية النوعية المختلفة، و ليس الفئات المرضية العريضة فقط، تم إجراء اختبار إحصائي باستخدام اختبار كاي تربيع (Chi-square) للتحقق من وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الفئات المرضية النوعية المختلفة. النتائج أظهرت وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الفئات المرضية النوعية المختلفة.

## المراجع

- ١- إبراهيم، عبد الستار (١٩٩٨). الاكتئاب: اضطراب العصر الحديث، فهمه وأساليب علاجه. الكويت: عالم المعرفة، العدد ٢٣٩.
- ٢- أبو سريع، أسامة (١٩٨٧). اضطراب المهارات الاجتماعية لدى المرضى النفسيين. مجلة علم النفس، ١ (١)، ٩٧-٩٨.
- ٣- أرجايل، مايكل (١٩٩٣). سيكولوجية السعادة. ترجمة: فيصل يونس. الكويت: عالم المعرفة، العدد ١٧٥.
- ٤- أرיתי، سيلفانو (١٩٩١). الفصامي: كيف نفهمه و نساعدده، دليل للأسرة وللأصدقاء. ترجمة: عاطف أحمد. الكويت: عالم المعرفة، العدد ١٥٦.
- ٥- الحسانين، محمد (٢٠٠٣). المهارات الاجتماعية كدالة لكل من الجنس والاكتئاب و بعض المتغيرات النفسية الأخرى. دراسات نفسية، ١٣ (٢)، ١٩٥-٢٢٥.
- ٦- الصبوة، محمد نجيب (١٩٩٢). التفكير التجريدي الاجتماعي لدى مرضى القصام المزمن. دراسات نفسية، ٢ (٤)، ٥٧٧-٦١٧.
- ٧- العرادي، وفاء جاسم و فرج، صفوت (٢٠٠٢). فعالية استخدام العملات الرمزية في تنمية مهارات الفصامين الاجتماعيين. دراسات نفسية، ١٢ (٤)، ٤٨٩-٥١٤.
- ٨- العنزي، فريح و المشعان، عويد (١٩٩٨). العلاقة بين الشخصية الفصامية والتناول و التشاؤم. المجلة المصرية للدراسات النفسية، ٨ (٢٠)، ١٢٨-١٥٦.
- ٩- بتروفسكي، أ. ف. و ياروشفسكي، / ج. (١٩٩٦). معجم علم النفس المعاصر. ترجمة: حمدي عبد الجواد و عبد السلام رضوان. القاهرة: دار العالم الجديد.

**==مدى إمكانية قائمة باز-اون لنسبة الذكاء الوجداني للتمييز بين فئات إكلينيكية مختلفة==**

١٠- حسين، محمد (٢٠٠٣). مقارنة البناء العاملي لمكونات الذكاء الانفعالي لدى

عينة من المتفوقين وغير المتفوقين من طلاب التعليم الثانوي العام

باستخدام التحليل العاملي التحققي. مجلة البحوث النفسية

والتربوية، كلية التربية جامعة المنوفية، ١٨ (٢)، ١٣٧-١٩.

١١- حسين، محمد (٢٠٠٤). نموذج مقترح لتفسير الإسهام النسبي لمكونات

الذكاء الانفعالي و الذكاء المعرفي في التنبؤ بأداء معلمي المرحلة

الابتدائية. المجلة المصرية للدراسات النفسية، ١٤ (٤٣)، ٩٩-

١٧٠.

١٢- خليل، إلهام و الشناوي، أمنية (قيد النشر). الإسهام النسبي لمكونات قائمة

باز-اون لنسبة الذكاء الوجداني في التنبؤ بأساليب المجابهة لدى

طلبة الجامعة.

١٣- عبد الخالق، أحمد (٢٠٠٠). التفاؤل و التفاؤم: عرض لدراسات عربية.

مجلة علم النفس، ١٤ (٥٦)، ٦-٢٧.

١٤- عبد الخالق، أحمد و مراد، صلاح أحمد (٢٠٠١). التقدير الذاتي للصحة

النفسية: دراسة لأهم منبئاته. دراسات نفسية، ١١ (٤)، ٦٢٣-

٦٣٥.

١٥- عجوة، عبد العال (٢٠٠٢). الذكاء الوجداني و علاقته بكل من الذكاء

المعرفي، و العمر، و التحصيل الدراسي، و التوافق النفسي لدى

طلاب الجامعة. مجلة كلية التربية، جامعة الإسكندرية، ١٣ (١)،

٢٤٩-٣٤٤.

١٦- فايد، حسين (١٩٩٩). العلاقة بين تقدير حل المشكلات الشخصية و بين

الاضطرابات الانفعالية. مجلة الإرشاد النفسي، ٧ (١٠)، ٢٨٥-

٣٥١.

١٧- وثائق يوم الصحة العالمي (٢٠٠١). معلومات موجزة عن البلدان: مصر.

استرجعت بتاريخ ٩ أكتوبر ٢٠٠٣ من الشبكة

:World Wide Web العالمية للمعلومات  
[www.emro.who.int/arabic/MNH/WHO/countryProfile-EGY.htm](http://www.emro.who.int/arabic/MNH/WHO/countryProfile-EGY.htm)

١٨- يونس، فيصل (٢٠٠٢). العلاقة بين سمات النمط الفصامي و القدرات الإبداعية. *دراسات عربية في علم النفس*، ١ (١)، ٤٤-٤٤.

- 19- Bar-On , R. (1997). Development of the Bar-On EQ-i: A measure of emotional and social intelligence. *Paper presented at the 105<sup>th</sup> Annual convention of the American Psychological Association, Chicago.*
- 20- Beatty, W. W.; Jovic, Z.; Monson, N. & Katzung, V. M. (1994). Problem solving by schizophrenic and schizoaffective patient on the Wisconsin and California Card Sorting Tests. *Neuropsychology*, 8 (1), 49-54.
- 21- Bellack, A. S.; Sayers, M.; Mueser, K. T. & Bennett, M. (1994). Evaluation of social problem solving in schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*, 103 (2), 371-378.
- 22- Benjamin, L. M. & Wonderlich, S. A. (1994). Social perception and borderline personality disorder: The relation to mood disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 103 (4), 610-624.
- 23- Carrillo, J. M.; Rojo, N. & Staats, A. W. (2004). Women and vulnerability to depression: Some personality and clinical factors. *The Spanish Journal of Psychology*, 7 (1), 29-39.
- 24- Ciarrochi, J.; Chan, A. & Bajar, J. (2001). Measuring emotional intelligence in adolescents. *Personality and Individual Differences*, 31, 1105-1119.
- 25- Ciarrochi, J. Dean, F. P. & Anderson, S. (2002). Emotional intelligence moderates the relationship between stress and mental health. *Personality and Individual Differences*, 32, 197-209.
- 26- Claridge, G. & Broks, P. (1984). Schizotypy and hemisphere function: I. Theoretical considerations and the

measurement of schizotypy: *Personality and Individual Differences*, 5 (6), 633-648.

- 27- Claridge, G.; Clark, K.; Davis, C. Mason, O. (1998). Schizophrenia risk and handedness: A mixed picture. *Laterality*, 3 (3), 209-220.
- 28- Claridge, G.; Clark, K. & Davis, C. (1997). Nightmares, dreams, and schizotypy. *British Journal of Clinical Psychology*, 36, 377-386.
- 29- Claridge, G.; Davis, C.; Bellhouse, M. & Kaptein, S. (1998). Borderline personality, nightmares, and adverse life events in the risk for eating disorders. *Personality and Individual Differences*, 25, 339-351.
- 30- Claridge, C.; McCreery, C.; Mason, O.; Bentall, R.; Boyle, G.; Slade, P. & Popplewell, D. (1996). The factor structure of 'schizotypal' traits: A large replication study. *British Journal of Clinical Psychology*, 35, 103-115.
- 31- Flack, W. F.; Laird, J. D. & Cavallaro, L. A. (1999). Emotional expression and feeling in schizophrenia: Effects of specific expressive behaviors on emotional experiences. *Journal of Clinical Psychology*, 55 (1), 1-20.
- 32- Forgas, J. P. (2001). Affective intelligence: The role of affect in social thinking and behavior. In J. Ciarrochi, J. Forgas and J. Mayer (Eds.), *Emotional intelligence in everyday life: A scientific inquiry* (pp. 46-63). Philadelphia: Psychology Press.
- 33- Goleman, D. (1995). *Emotional Intelligence: Why it can matter more than IQ*. New York: Bantam Books.
- 34- Goulding, A. (2004). Schizotypy models in relation to subjective health and paranormal beliefs and experiences. *Personality and Individual Differences*, 37, 157-167.
- 35- Greig, T. C.; Bell, M. D.; Kaplan, E. & Bryson, G. (2000). Object relations and reality testing in early- and

- late-onset schizophrenia. *Journal of Clinical Psychology*, 56 (4), 505-517.
- 36- Hamada, Y.; Ohta, Y. & Nakane, Y. (2003). Factors affecting the family support system of patients with schizophrenia: A survey in the remote island of Tsushima. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 57, 161-168.
- 37- Hooly, J. M. & Hiller, J. B. (2002). Personality and express emotion. *Journal of Abnormal Psychology*, 109 (1), 40-44.
- 38- Huberty, C. J (1994). *Applied discriminate analysis*. New York: Jon Wiley & Sons. Inc.
- 39- Hunt, N. & Evans, D. (2004). Predicting traumatic stress using emotional intelligence. *Behavior Research and Therapy*, 42 (7), 791-798.
- 40- Joseph, S.; Smith, D. & Didua, D. (2002). Religious orientation and its association with personality, schizotypal traits and manic-depressive experiences. *Mental Health, Religion & Culture*, 5 (1), 73-81.
- 41- King, S. & Phillips, S. (1985). Problem-solving characteristics of process and reactive schizophrenics and affective-disordered patients. *Journal of Abnormal Psychology*, 94 (1), 17-29.
- 42- Izard, C. E.; Ackerman, B. P. Schoff, K. M. & Fine, S. E. (2003). Self-organization of discrete emotions, emotion patterns, and emotion-cognition relations. In: M. Lewis (Ed.), *Emotion development and self-organization (dynamic systems approaches to emotional development)*. Cambridge University press.
- 43- Lampropoulos, G. K. (2001). Integrating psychopathology, positive psychology, and psychotherapy. *American Psychologist*, 56, 87-88.
- 44- Leible, T. L. & Snell, W. E Jr (2004). Borderline personality disorder and multiple aspects of

- emotional intelligence. *Personality and Individual Differences*, 37, 393-404.
- 45- Leichsenring, F. & Sachsse, U. (2002). Emotions as wishes and beliefs. *Journal of Personality Assessment*, 79 (2), 257-273.
- 46- Maltby, J.; Garner, I.; Lewis, C. A. & Day, L. (2000). Religious orientation and schizotypal traits. *Personality and Individual Differences*, 28, 143-151.
- 47- Marley, J. A. (1998). People matter: Client-reported interpersonal interaction and its impact on symptoms of schizophrenia. *Social Work*, 43 (5), 437-444.
- 48- Martire, L. M.; Lustig, A. P.; Schulz, R.; Miller, G. E. & Helgeson, V. S. (2004). Is it beneficial to involve a family member? A meta-analysis of psychosocial interventions for chronic illness. *Health Psychology*, 23 (6), 599-611.
- 49- Mason, O. & Claridge, G. (1999). Individual differences in schizotypy and reduced asymmetry using the Chimeric Faces Task. *Cognitive Neuropsychiatry*, 4 (4), 298-301.
- 50- Mayer, J.; Caruso, D. & Salovey, P. (2000 a). Selecting a measure of emotional intelligence: The case for ability scales. In R. Bar-On and J. D. A. Parker (Eds.), *The handbook of emotional intelligence: Theory, development, assessment and application at home, school, and in the workplace*. San Francisco: Jossey-Bass.
- 51- Mayer, J.; Salovey, P. & Caruso, D. (2000 b). Models of emotional intelligence. In R. Sternberg (Ed.), *Handbook of intelligence* (pp. 369-420). Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- 52- Mayer, J.; Salovey, P.; Caruso, D. & Sitarenios, G. (2001). Emotional intelligence a standard intelligence. *Emotion*, 1(3), 232-242.



- 53- Mottaghipour, Y.; Poumand, D.; Maleki, H. & Davidian, L. (2001). Expressed emotion and the course of schizophrenia in Iran. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 36, 195-199.
- 54- Mubarak, A. R. & Barber, J. G. (2003). Emotional expressiveness and the quality of life of patients with schizophrenia. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 38, 380-384.
- 55- Muscat, M. (2000). Positive psychology techniques cut depression in half. *Alternative Therapies in Health & Medicine*, 6 (5), 28
- 56- National Institute of Mental Health (NIMH) (2001). *Mental disorders in America*. Retrieved Oct. 5, 2003 from the World Wide Web: <http://www.nimh.nih.gov>
- 57- Platt, J. J. & Siegel, J. M (1976). MMPI characteristics of good and poor social problem-solving among psychiatric patients. *The Journal of psychology*, 94, 245-251.
- 58- Salovey, P. (2001). Applied emotional intelligence: Regulating emotions to become healthy, wealthy, and wise. In J. Ciarrochi, J. Forgas and J. Mayer (Eds.), *Emotional intelligence in everyday life: A scientific inquiry* (pp.168- 184). Philadelphia: Psychology Press.
- 59- Salovey, P. Bedell, B. Detwile, J. & Mayer, J. (1999). Coping intelligently: Emotional intelligence and coping process. In C. R. Snyder (Ed.), *Coping: The psychology of what works*. Oxford: Oxford University Press.
- 60- Salovey, P.; Stroud, L.; Woolery, A. & Spel, ES. (2002).. Perceived emotional intelligence, stress reactivity, and symptom reports: Further explorations using the Trait Meta-Mood Scale. *Psychology and Health*, 17 (5), 611-627.

- 61- Salovey, P.; Stroud, L.; Woolery, A. & Spel, ES. (2002).. Perceived emotional intelligence, stress reactivity, and symptom reports: Further explorations using the Trait Meta-Mood Scale. *Psychology and Health*, 17 (5), 611-627.
- 62- Scazufca, M. Kuipers, E. & Menezes, P. R. (2001). Perception of negative emotions in close relatives by patients with schizophrenia. *British Journal of Clinical Psychology*, 40, 167-175.
- 63- Seligman, M. E. & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: An introduction. *American Psychologists*, 55 (1), 5-14.
- 64- Shaw, J.; Claridge, G. & Clark, K. (2001). Schizotypy and the shift from dextrality: a study of handedness in a larg non-clinical sample. *Schizophrenia Research*, 50, 181-189.
- 65- Slaski, M. & Carewright, S. (2002). Health, performance and emotional intelligence: An exploratory study of retail mangers. *Stress and Health*, 18- 63-68.
- 66- Slaski, M. & Carewright, S. (2003). Emotional intelligence training and its implications for stress, health and performance. *Stress and Health*, 19, 233-239.
- 67- Stern, M. I.; Heron, W. G.; Preimavera, L. H. & Takuma, T. (1997). Interpersonal perception of depression and borderline inpatients. *Journal. of Clinical Psychology*, 53 (1), 41-49.
- 68- Taylor, G. (2001). Low emotional intelligence and mental illness. In J. Ciarrochi, J. Forgas, and J. Mayer (Eds.), *Emotional intelligence in everyday life: A scientific inquiry* (pp. 67- 81). Philidiphia: Psychology Press.
- 69- Whitaker, J. S. (1997). Use of stepwise methodology in discriminante analysis> ERIC Database: ED 406 447. Retrieved Dec. 23, 2004 from the World Wide Web: <http://www.eric.ed.gov>

**A Capability of Bar-On Emotional Quotient  
Inventory To Discriminate Between The Different  
Clinical Categories: A Pilot Study**

**Dr. Elham A. Khalil,**

Associate Professor, Psychology Department,  
Faculty of Arts, Menoufia University

***Abstract:***

The aim of the present study was to know the capability of Bar-On Emotional Quotient Inventory (EQ-i) to discriminate between psychotic patients and normal subjects. The EQ-i and Schizotypal Traits Questionnaire were administrated on 177 male and female psychotic patients. And the researcher used the EQ-i data from Hussein' study (2004), as a normal group. This study hypothesized that EQ-I has a capability for discriminating between patient and normal groups, between sub-group clinical patients, the discriminate function between patient and normal groups was differ accord to gender, and knowing the contribution of EQ-I components in predicting with schizotypal personality traits (STA) and borderline personality traits (STB). By stepwise Predictive Discriminate Analysis (PDA), the results showed that some components and sub-components from EQ-I were discriminated between the total group from patient and normal subjects, and between genders. By Stepwise Multiple Regression, the results discovered that emotional self awareness, stress tolerance, and intrapersonal intelligence were predictive variables for STA and STB. The results were discussed on the light of previous studies and literatures.