

التعلل بوصفه متغير معدل للعلاقة بين عمه المشاعر والاكتئاب لدى مرضى الفصام الوجداني والأسوياء

إعداد

د. / محمد عبدالرحمن سيد
اختصاصي نفسي إكلينيكي
وخبير نفسي بمحكمة الأسرة

أ.د. / أشرف محمد نجيب عبداللطيف
قسم علم النفس - جامعة سوهاج

ملخص :

هدفت الدراسة الحالية إلى الكشف عن العلاقة بين التعلل وعمه المشاعر والاكتئاب، في ضوء الكشف عن قدرة متغير التعلل على تعديل حجم الارتباط ووجهته بين عمه المشاعر والاكتئاب لدى عينة الدراسة، وكذلك دراسة الفروق بين مرضى اضطراب الفصام الوجداني والأسوياء في متغيرات الدراسة. اعتمدت الدراسة على المنهج الوصفي الارتباطي المقارن، والتصميم المستعرض لمجموعة الحالة (مرضى الفصام الوجداني) في مقابل مجموعة المقارنة (الأسوياء)، وتكونت عينة الدراسة الكلية من (٧٠) مبحوثاً، حيث تشمل (٣٥) مبحوثاً من مرضى اضطراب الفصام الوجداني و(٣٥) مبحوثاً من الأسوياء من الجنسين، وبلغ متوسط عمر عينة الأسوياء (٣٣,٤) سنة وبإنحراف معياري (٧,٨) سنة، في حين بلغ متوسط عمر عينة المرضى (٣٤,٦) سنة وبإنحراف معياري (٩,٥) سنة، واستخدم الباحثون بطارية استخبارات شملت اختبار الفصام الوجداني، واختبار التعلل، وهما من إعداد وتقنين الباحثون، بالإضافة لاستخبار "جاسون ثامبسون" لعمه المشاعر، ترجمة بسمه شحات، وقائمة "بيك" للاكتئاب التعديل الثاني، ترجمة غريب عبدالفتاح. أوضحت نتائج الدراسة أن متغير التعلل كان متغيراً معدلاً للعلاقة بين عمه المشاعر والاكتئاب لدى كل من الأسوياء ومرضى الفصام الوجداني في الدرجة الكلية وبعض مكوناته الفرعية التي شملت : مكون المشاهدة والوصف، ومكون عدم التفاعل، والانتباه والوعي باللحظة الحالية، وعدم إصدار الأحكام، والعقل الحكيم، ومكون العقل المتفتح. كما توصلت أيضاً نتائج الدراسة إلى فروق ذات دلالة إحصائية بين كل من الأسوياء ومرضى الفصام الوجداني في الدرجة الكلية للتعلل وبعض المكونات في اتجاه مجموعة الأسوياء، وبالنسبة لمتغير عمه المشاعر اتضح وجود فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية بين الأسوياء ومرضى الفصام الوجداني في الدرجة الكلية لعمه المشاعر وبعض المكونات في اتجاه المرضى، كما ارتفعت درجة مرضى الفصام الوجداني في الشعور بالاكتئاب بشكل دال مقارنةً بالأسوياء.

الكلمات المفتاحية : التعلل - عمه المشاعر - الاكتئاب - اضطراب الفصام الوجداني.

مقدمة :

هدفت الدراسة الحالية لاستكشاف بعض السمات الإيجابية لدى الأفراد بدلاً من التركيز على جوانب الضعف والعجز، بحيث يتم تحسين مستوى ما هو إيجابي، وليس فقط علاج ما سلبي. وتاريخ علم النفس مليء بالأدلة العلمية التي تشير إلى الاهتمام بكل ما هو سلبي في الشخصية الإنسانية وإلى قلة الاهتمام بما هو إيجابي فيها، وما ينبغي أن تكون عليه من كفاءة وإيجابية، وإن علم النفس الإيجابي - كما قدمه "مارتن سيلجمان" ١٩٩٨م - يهدف إلى توسيع دائرة اهتمام علم النفس الإكلينيكي العلاجي بحيث يتبنى جوانب القوة في الشخصية الإنسانية ويطورها، بالإضافة إلى تخليص المرضى النفسيين من عاداتهم الشاذة واضطراباتهم النفسية، لأن هذه ببساطة هي أهداف علم النفس الإيجابي (محمد نجيب الصبوة، ٢٠١٠).

لذلك تبحث هذه الدراسة العوامل أو المتغيرات التي تحول دون أو تقلل من تأثير المرض والاضطراب، في ظل بحث أثرها المعدل في العلاقة بين متغيرات أخرى بما يسهم في تطبيقها في التدخلات الإكلينيكية، وتوظيف نتائج الدراسة في العمل الإكلينيكي للاختصاصيين العياديين.

واضطراب الفصام الوجداني أحد أشكال الفصام وهو اضطراب عقلي يتسم بعمليات التفكير غير السوية وعدم ضبط الانفعالات، ويتم تشخيصه عندما يكون الشخص لديه كلاً من الأعراض الذهانية والأخرى الوجدانية، ويشمل الفصام الوجداني أعراض كل من الفصام والاضطراب ثنائي القطب، فالاضطراب ثنائي القطب يتسم بأعراض الهوس أو الهوس الخفيف والاكتئاب أو نوبات مختلطة، في حين أن الأعراض الشائعة لاضطراب الفصام تتمثل في الهلاوس وهذات العظمة والكلام والتفكير غير المنظمين، وكذلك زملة الأعراض السلبية الأخرى (Malaspina et al., 2013).

والاكتئاب هو ثالث أكثر الأمراض شيوعاً بين مرضى الفصام مما يؤثر سلباً على مسار المرض ويساهم بشكل كبير في معدل الوفيات بسبب زيادة الانتحار. ويعتبر الاكتئاب - إلى جانب الأعراض السلبية والعجز المعرفي - أحد العوامل الرئيسية التي تقلل بشكل كبير من نوعية الحياة والمسار المرضى لدى مرضى الفصام، بالإضافة إلى ذلك، يزيد الاكتئاب من عدم التكيف وإعادة الحجز بالمستشفيات، ومتوسط انتشار الاكتئاب الذي يفي بالمعايير التشخيصية لنوبات الاكتئاب لدى مريض الفصام هو ٢٥٪ خلال فترة الانتكاسة المرضية، و ٦٠٪ على مدار عمره، ويزيد خطر الانتحار بين الأشخاص الذين يعانون من مرض الفصام عن ٢٠ ضعفاً عنه بين عامة السكان؛ حوالي ٥٠٪ من مرضى الفصام يحاولون الانتحار وحوالي ١٠٪ يموتون بسبب الانتحار. ويمكن أن يحدث الاكتئاب في أي مرحلة من مراحل الفصام لوحظ أن الاكتئاب يحدث في فترة ما قبل المرض قبل ظهور الأعراض الذهانية عند ٥٠٪ من المرضى، وفي ٣٣٪ من المرضى خلال النوبة الأولى، و ٣٨٪ من المرضى خلال نوبات ذهانية وفي ٢٧٪ من المرضى خلال التعافي (Mosolov, 2020).

ويعتبر الاكتئاب من الاضطرابات الأساسية التي ترتبط بعمه المشاعر، حيث إن الأفراد ذوي الدرجات المرتفعة في عمه المشاعر يكون لديهم خلل في القدرة على تحديد الانفعالات ومعالجتها، الأمر الذي يؤدي إلى العجز عن تنظيم الانفعالات، ويتفاعل هذا الخلل في تنظيم الانفعالات مع الضغوط البيئية ليزيد من الاستهداف للاضطرابات النفسجسمية والكرب النفسي للفرد (Fung, 2003, 15).

وواحدة من أبرز الأعراض الانفعالية المرتبطة بالفصام بشكل عام هي عدم تنظيم الانفعالات^١، الذي يتسم بانخفاض ملحوظ في التعبير الانفعالي خلال تجربة انفعالية طبيعية، وهذا الفصل بين التجربة والتعبير عن الانفعال قد يعكس عجزاً محدداً في تنظيم التعبير السلوكي الانفعالي، حيث يُظهر الأفراد المصابون بالفصام عجزاً كبيراً في المشاركة والتفاعل السلوكي للعاطفة، أو تضخيم السلوك المعبر عن المشاعر. ويشير هذا إلى أن الأفراد المصابين بالفصام قد لا يكون لديهم القدرة على التعبير عن مستوى من المشاعر يتناسب مع تجربتهم الشخصية، كذلك قد يعكس هؤلاء الاستخدام المفرط للقمع^٢ (أي التثبيط الواعي للسلوك التعبيري عن المشاعر) كخطة تنظيمية للانفعال لديهم، ويكونوا أقل استجابة بشكل طبيعي ومناسب في المواقف الاجتماعية؛ يظهروا بشكل متجنب، ولديهم صعوبات في الانخراط اجتماعياً والتواصل بشكل فعال، وكذلك تكوين وبناء علاقة اجتماعية والحفاظ عليها (Henry et al., 2008).

ومفهوم "عمه المشاعر"، والذي وصفه "بيتر سيفانوس" (١٩٧٣) Peter Sifneos لوصف الصعوبات في فهم الانفعالات ومعالجتها ووصفها لفظياً، يشير إلى مجموعة من الصعوبات المترابطة بتحديد الفرق بين المشاعر والإحساسات الجسمية الناتجة عن الاستثارة الانفعالية، وصعوبة في وصف المشاعر (خاصة تجاه الآخرين)، وأسلوب معرفي خارجي، مع عمليات تصويرية محدودة، كما يتضح من ندرة التخيلات، ويعتقد الأشخاص المصابون بعمه المشاعر أن أسباب مشاعرهم خارجية وليست داخلية، وتعد القدرة على فهم المشاعر - في مقابل أنها غير مفهومة أو مرهقة ويجب تجنبها - أمراً أساسياً لعدد من النماذج الحديثة لعلم النفس المرضي (Gilbert et al., 2012; Teixeira & Pereira, 2015).

وفي السنوات الماضية، ساهم التعقل كممارسة علاجية بشكل كبير في تعزيز الهدف النهائي - تخفيف معاناة المرضى - لجميع العلاجات الطبية والنفسية، وتقدم ممارسة التعقل مكوناً جديداً مهماً من خلال مساعدة الممارسين والمرضى على تغيير موقفهم تجاه المعاناة نفسها، من حيث تطوير المهارات اللازمة لنكون أقل تفاعلاً مع ما يحدث في الوقت الحالي، مما يسمح لنا بالتعامل مع مختلف أنواع التجارب بطريقة تقلل من مستويات معاناتنا، مما يحسن الشعور بالرفاهية (Pinto, 2008, 340).

(1) Emotion dysregulation.

(2) Excessive use of repression.

والتعقل هو "الانتباه والتركيز على اللحظة الراهنة دون إصدار أحكام أو تقيي، وهو نقيض السلوك المعتاد أو الروتيني، وتشبث صارم باللحظة الراهنة، دون ورفض أو قمع أو تجنب" (Linehan, 2014, 151) .

وينمي التعقل خطط تنظيم الانفعالات التكيفية من خلال مساعدة الأفراد على الانتباه عن قصد لجميع الأفكار والانفعالات التي تظهر، وتقييم تلك الخبرات والاستجابة لها بالقبول، ويبدو أن الاستجابة بالقبول والانفتاح تجاه جميع الانفعالات التي تظهر يسمح للناس بمعالجة الانفعالات بطريقة صحيحة دون تجنبها أو اجترارها. ويقترح "ارش ولندي" (2015) أن إحدى الطرق التي يمكن بها تصور تأثير التعقل، هي تنظيم هذا الانتباه الموصوف في نموذج العملية للتنظيم الانفعالي، ووفقاً لهذا المنظور، يؤثر التعقل تأثيراً مباشراً على عملية تنظيم الانفعالات من خلال مساعدة الفرد على تنظيم انتباهه إلى موقف معين، مما يؤثر بشكل أكبر على المراحل اللاحقة من التقييم والاستجابة لموقف ما (Ekblad, 2008).

وأوضح "برانهوفر وآخرون" (Barnhofer et al., 2015) أن مرضى الاكتئاب يخطرطن بشكل متكرر في التفكير السلبي، حيث يتسم المكون المعرفي للمكتئبين بثلاث فئات من المعتقدات الأساسية وهي : عدم المرغوبية، والعجز، وضعف تحمل الكرب. ويُفترض أن تفعيل هذه المعتقدات - وما يترتب على ذلك من سلوكيات العجز وعدم الكفاية وعدم القدرة على التوافق - يزيد من خطر التفكير والسلوك الإنتحاريين، ويقدم التعقل مساعدة للمكتئبين على أن يصبحوا أكثر قدرة على التعرف على سوء التكيف والإبتعاد عن أنماط التفكير السلبي، حيث يهدف التدريب على مهارات التعقل إلى خدمة ذلك الغرض من خلال عدم التفاعل مع التفكير السلبي، أي لمراقبة الأفكار والمشاعر كأحداث عقلية مؤقتة، وليست إنعكاسات للذات الحقيقية.

مشكلة الدراسة :

تُصاغ مشكلة الدراسة الحالية على النحو التالي :

- ١ - هل يمكن لمتغير التعقل أن يعدل العلاقة الارتباطية بين عمه المشاعر والاكتئاب لدى مرضى الفصام الوجداني والأسوياء ؟
- ٢ - هل توجد فروق جوهريّة بين مرضى الفصام الوجداني والأسوياء في كل من التعقل وعمه المشاعر والاكتئاب ؟

أهمية الدراسة :

أولاً : الأهمية النظرية :

١ - توجيه الاهتمام نحو دراسة بعض السمات الإيجابية لدى بعض الفئات الإكلينيكية - كالفصام الوجداني - ومحاولة التركيز على مدى ما لديهم من هذه السمات، بدلاً من التركيز فقط على جوانب العجز والمرض.

٢ - التحقق من الأثر المعدل الذي يمكن أن يحدثه التعقل في تغيير حجم الارتباط ووجهته بين عمه المشاعر والاكتئاب، ونظراً لما يتسم به التكوين النفسي للفرد من تشابك وتعقيد في ظل علاقات متداخلة بين السمات يؤثر في بعضها بعضاً.

ثانياً: الأهمية التطبيقية :

١ - توفير بعض النتائج المهمة التي يمكن الإستفادة منها في التدخلات والممارسة الإكلينيكية لدى مرضى الفصام الوجداني مما يقلل من حدوث الانتكاسات المرضية.

٢ - المساهمة في التخطيط لتصميم برامج تدريبية تنموية لممارسة التعقل لتحسن من مستوى الوعي الانفعالي، والذي من شأنه أن يعمل كعامل وقائي للنوبات الاكتئابية.

٣ - توفير أدوات قياس موضوعية تتسم بالخصائص القياسية والتشخيصية لمتغيري التعقل والفصام الوجداني.

مفاهيم الدراسة وإطارها النظري :

أولاً : الفصام الوجداني :

يختلف اضطراب الفصام الوجداني عن اضطراب الاكتئاب الرئيسي غير الذهاني، حيث يتم تصنيف الأول ضمن اضطرابات طيف الفصام^١، بينما يتم تصنيف الثاني تحت اضطرابات المزاج، ويختلف اضطراب الفصام الوجداني عن اضطراب الاكتئاب الرئيسي الذهاني حيث يتم تصنيف الأول ضمن اضطرابات طيف الفصام بينما يتم تصنيف الثاني تحت اضطرابات المزاج، ويتصف الفصام الوجداني بنوعين من الخصائص خلال فتره المرض، هما :

١ - متزامن^٢ : حيث يتصف بوجود نوبات الفصام مع نوبات مزاجية.

٢ - تسلسلي^٣ : يتصف بالتغير التسلسلي أو المتعاقب من الفصام إلى النوبات المزاجية والعكس.

حيث أن وجود نوبات هوس أو اكتئاب أو نوبات مختلطة مع الأعراض الفصامية ليس كافياً لتشخيص الفصام الوجداني، ولكن لابد من وجود تغيرات طويلة خلال الفترة المستمرة من المرض

(1) Schizophrenia spectrum disorders.

(2) Concurrent.

(3) Sequential.

ما بين نوبات فصامية ونوبات وجدانية (Marneros, Deister & Rohde, 2002, 123). ويشخص وفقاً لمعايير التشخيص للإصدار الخامس للدليل التشخيصي والإحصائي (DSM-5) :

أ (فترة متواصلة من المرض أثناء وجود نوبة مزاجية كبيرة (الاكتئاب الرئيسي أو الهوس) بالتزامن مع المحك (أ) من الفصام. ملاحظة : يجب أن تشمل النوبة الاكتئابية الرئيسية المحك أ : المزاج المكتئب.

ب) هذات أو هلاوس لمدة أسبوعين أو أكثر في غياب نوبة مزاج رئيسية (الاكتئاب أو الهوس) خلال مدة المرض.

ج) تكون الأعراض التي تتطابق مع محكات نوبة المزاج الرئيسية موجودة لغالبية المدة الإجمالية للأجزاء النشطة والمتبقية من المرض.

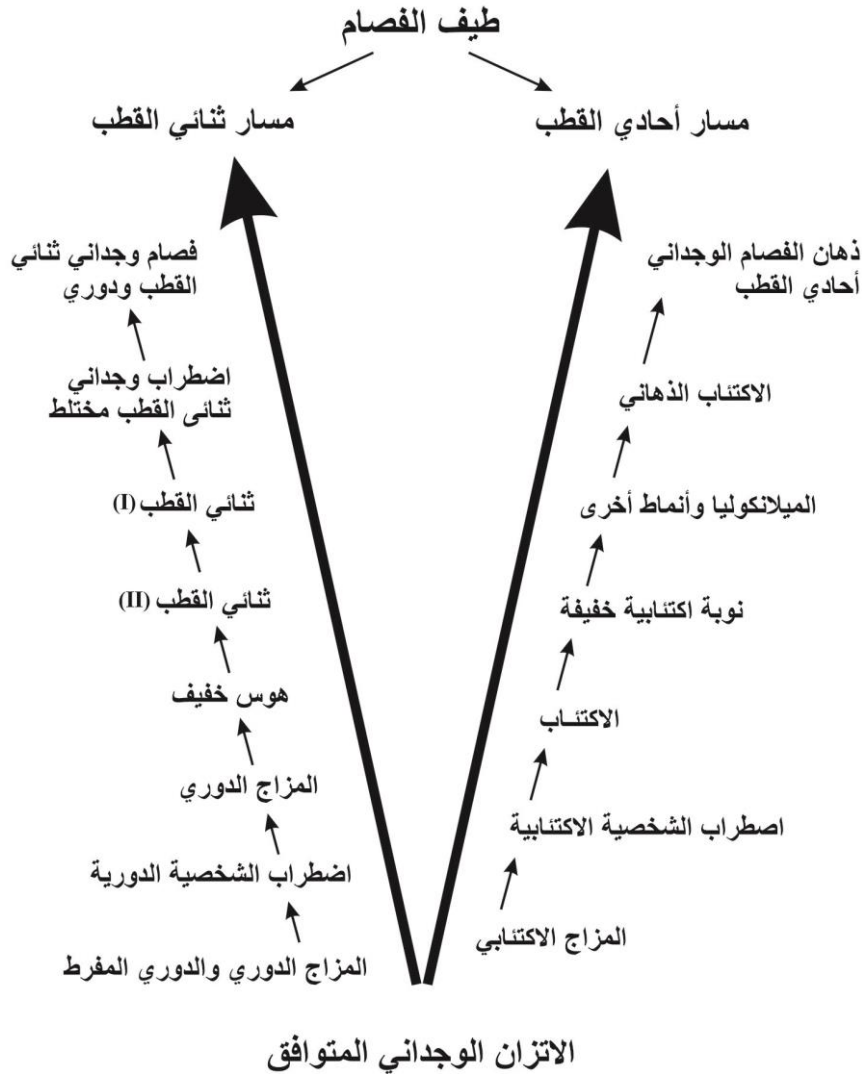
د (لا يعزى الاضطراب إلى آثار مادة ما (مثل تعاطي المخدرات أو الأدوية) أو حالة طبية أخرى (APA, 2013, 105).

فيما يلي بعض النظريات المفسرة لهذا التغير :

نظرية مسار اضطرابات المزاج :

أشار "مارنيروس Marneros" إلى أن هناك افتراضاً أن تكون النوبة المختلطة من الفصام الوجداني متكررة فحسب، ولكنها أيضاً تمثل أشد أشكال الاضطراب الثنائي القطب واقفاً على رأس سلسلة متصلة كما في الشكل (١). الاضطرابات الفصامية الوجدانية تشبه إلى حد كبير الاضطرابات الوجدانية أكثر من الفصامية - بشكل خاص بعد التفرع الثنائي من اضطراب الفصام الوجداني أحادي القطب وثنائي القطب - ومع ذلك الاضطرابات الفصامية والوجدانية ليست متطابقة، بعضها له علاقة قوية بمرض الفصام، ما يسمى النمط الفصامي السائد، في ظل وجود نسبة أعلى من الفصام في تاريخ الأسرة. بهذا المعنى يشغل "الفصام الوجداني" موقعاً ووسطاً بين الفصام والاضطرابات المزاجية؛ وهكذا، فإن الاضطرابات الفصامية الوجدانية ذات اهتمام نظري مثير للاهتمام، لأنها تبني جسراً بين جوانب مختلفة وتنشط أساس البحث والمناقشة حول متصل ذهاني وكيان تصنيفي مستقل (Marneros, 2003; Marneros et al., 2005, 202) .

شكل (١) طيف الفصام الوجداني بمساريه (الأحادي والثنائي القطب).



ثانياً : مفهوم التعقل :

عرف "باير" (Baer 2003) بأنه المراقبة غير التقييمية للتيار المستمر من المنبهات الداخلية والخارجية عند ظهورها".

ووصف "لينجر" (Langer 2002) التعقل بأنه حالة عقلية تتصف بالمرونة والانفتاح على الحادثة، وعملية هيكلية اختلافات جديدة بشكل نشط، وعندما نكون متعقلين فإننا نصبح أكثر حساسية للسياق ووجهات النظر، ونركز في الحاضر. في حين في حالة الغفلة أو التغافل نكون مقيدين في عمليات تفكير متصلبة وغافلين عن السياق ووجهات النظر وتحكمنا القواعد والروتين، وفي المقابل عندما نكون متعقلين تكون سلوكياتنا موجهة بدلاً من التقيد بالقواعد والروتين. والتعقل ليس هو اليقظة أو الانتباه فهذه المفاهيم تعني التركيز الثابت على شيء أو فكرة (Langer, 2002, 214).

المهارات الأساسية للتعقل : حددت "لينهان" ثلاث مجموعات من المهارات الأساسية للتعقل :

[١] **مهارة العقل الحكيم^١** : هناك ثلاث حالات من العقل: "العقل المنطقي^٢" و"العقل الانفعالي^٣" و"العقل الحكيم"، يكون الشخص في العقل المنطقي عندما يقترب من المعرفة فكرياً، ويفكر بعقلانية ومنطقية، ويهتم فقط بالحقائق التجريبية، ويتجاهل العاطفة أو التعاطف أو الحب أو الكراهية لصالح أن يكون مخططاً وعملياً في التعامل مع المشكلات. والعقل الحكيم هو الجمع بمهارة بين العقل الانفعالي والعقل المنطقي.

[٢] **مهارات "ماذا" (المراقبة، الوصف، والمشاركة^٤)** :

- ✓ **مهارة المراقبة:** "الاهتمام بالأحداث والانفعالات والاستجابات السلوكية الأخرى، دون محاولة إنهاؤها عندما تكون مؤلمة أو إطالة مدتها عندما تكون ممتعة.
 - ✓ **مهارة الوصف:** وصف الأحداث والاستجابات الشخصية بالكلمات. تعد القدرة على تطبيق التسميات اللفظية على الأحداث السلوكية والبيئية أمراً ضرورياً للتواصل وضبط النفس.
 - ✓ **مهارة المشاركة:** القدرة على المشاركة التلقائية، فالشخص الذي يشارك يدخل بشكل كامل في أنشطة اللحظة الحالية، دون أن يفصل نفسه عن الأحداث والتفاعلات الجارية
- (Linehan, 2014, 154).

[٣] **مهارات "كيف" (عدم الحكم والتركيز على اللحظة الراهنة والفاعلية)** :

- ✓ **مهارة عدم الحكم:** اتخاذ موقف غير معياري ومنهج غير تقييمي، وعدم الحكم على شيء ما على أنه جيد أو سيئ.
- ✓ **مهارة الوعي المتعقل:** هو تركيز العقل والوعي في نشاط اللحظة الحالية، بدلاً من تقسيم الانتباه بين عدة أنشطة أو بين نشاط حالي والتفكير في شيء آخر.
- ✓ **مهارة الفاعلية:** يتم توجيهها إلى تقليل ميل المشاركين إلى أن يكونوا أكثر اهتماماً بكونهم "على حق" أكثر من اهتمامهم بما هو مطلوب بالفعل أو مطلوب في موقف معين "القيام بما هو فعال" (Linehan, 2014, 154-155).

النظريات المفسرة للتعقل :

في ضوء مراجعة الباحث للنماذج التي فسرت التعقل كان هناك عديد من هذه النماذج، ومن بينها التالي :

- (1) Wise mind.
- (2) Logical mind.
- (3) Emotional mind.
- (4) Observing.
- (5) Describing.
- (6) Participating.

نموذج عمليات التعقل :

تناول كل من "شابيرو وشوارتز وسانتير" (Shapiro, Schwartz & Santerre (2002) التعقل على أنه "يشير إلى مجموعة من الأساليب التي تشترك في محاولة واعية لتركيز الانتباه بطريقة غير تحليلية، ومحاولة عدم الخوض في التفكير الاجتراري والمندفع". وقد اقترح "شابيرو وآخرون" Shapiro et al. أن عمليات التعقل تنقسم إلى ثلاث فئات أو عمليات، حيث تشمل التعقل المركز^١، والتعقل التأملي^٢، والتعقل المتسامي أو التجاوزي^٣ :

- ١ - **التعقل المركز**: وهو محاولة لتوجيه الوعي من خلال تركيز الانتباه على موضوع واحد، ويحاول الممارس تجاهل المنبهات الأخرى في البيئة، مركزاً انتباهه الكامل على موضوع التأمل.
- ٢ - **التعقل التأملي**: وفيه يتم محاولة استحضار أو إدراك جميع المنبهات الداخلية والخارجية دون الحكم عليها، أو الانشغال أو التعلق بمنبه معين. ويشير التعقل التأملي إلى ممارسة التعقل الانفتاحي، كما يتضمن التعقل التأملي مكونات متكاملة من الأنماط المُركّزة والانفتاحية، على سبيل المثال: عندما يركز الشخص على التنفس، أو الابتهاال، يكون على استعداد للسماح لانتباهه بالتركيز على المنبهات الأخرى إذا أصبحت مسيطرة، ثم العودة مرة أخرى للتنفس أو الابتهاال.
- ٣ - **التعقل الروحاني أو المتسامي** هو الانفتاح والاستسلام للذات الأكبر (الله)، حيث يطرح المرء أسئلة ويبحث عن أشياء غير محلولة. يقترح "كابات-زين Kabat-Zinn" بأنه التفكير في أسئلة أكبر، على سبيل المثال، "ما هي طريقتي؟ أثناء ممارسة التعقل" ولكن يظل التساؤل مفتوح لعدم المعرفة، ويشير إلى أن هذا النوع من التساؤل والبحث يؤدي إلى خلق تصورات ومقدمات ووجهات نظر جديدة. وتقترض ممارسات التعقل المتسامي درجة معينة من المهارة في كل من التركيز والتعقل التأملي، لأن كلاً من القدرة على التركيز والقدرة على الانفتاح ضروريان. ونقترح أن كل مستوى يتجاوز ويشمل المستوى السابق، وانطلاقاً من هذا الجانب، هناك ثلاثة مستويات عملية بالتوازي مع الفئات الثلاث للتعقل.

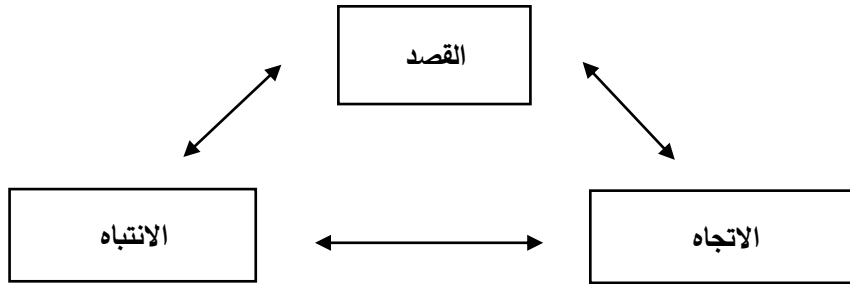
تتضمن مستويات العملية الثلاثة: **التبؤر^٤**، والذي يعكس فئة التعقل المُركّز؛ و**الانفتاح^٥**، والذي يعكس فئة التعقل التأملي؛ و**الطلب^٦**، ويعكس فئة التعقل المتسامي (Shapiro, Schwartz & Santerre, 2002, 632-633).

- (1) Concentrative Mindfulness.
- (2) Meditation Mindfulness.
- (3) Contemplative Mindfulness.
- (4) Focusing.
- (5) Opening up.
- (6) Asking.

نموذج التعقل لـ " كابات زين" :

قام "كابات زين" بتصميم نموذج للتعقل مرتكزاً على ثلاثة مفاهيم، هي: القصد، والانتباه، والاتجاه. هذه المفاهيم أو العمليات ليست منفصلة عن بعضها، وإنما هي متشابكة معاً وتحدث في وقت واحد، حيث يكون التعقل هو العملية التي تحدث لحظة بلحظة. ويمهد القصد الطريق لما هو ممكن، كما أنه يذكر الفرد لحظة بلحظة لماذا يمارسها في المقام الأول. وتكمن أهمية هذه المرحلة في تحويل مقاصد الفرد إلى سلسلة متصلة من التنظيم الذاتي إلى استكشاف الذات، وأخيراً التحرر الذاتي. وتشمل المرحلة الثانية الانتباه ويشير إلى الاحتفاظ بالانتباه الذي يتضمن ملاحظة العمليات التي تحدث للفرد من لحظة لأخرى، وفي الخبرات الداخلية والخارجية، كما أن التنظيم الذاتي للانتباه سيكون منبئاً بالنتائج في تنمية المهارات الثلاث معاً. ويشير الاتجاه إلى نوعية التعقل، وأنه يعكس توجيه الخبرة التي تتضمن الفضول والتقبل (فتحي الضبع وأحمد طلب، ٢٠١٣). ويتضح هذا النموذج في الشكل التالي :

الشكل (٢): نموذج التعقل وفقاً لـ كابات زين Kabat-Zinn



ثالثاً : مفهوم عمه المشاعر :

قدم "سيفنيوس Sifneos" مصطلح "عمه المشاعر" للصعوبات الانفعالية، وهي كلمة يونانية مستمدة من مقطعين "alexis" وتعني "عدم وجود كلمات" والمقطع الآخر "thymos" وتعني "الانفعال"؛ بإختصار يتضمن عمه المشاعر العجز الأساسي في غياب القدرة على الشعور بالخبرة الانفعالية الواعية (Larsen et al., 2003).

وعرفت هدى مطير (٢٠١٥) عمه المشاعر بأنها "صعوبة في إدراك المعلومات الوجدانية ومعالجتها، أي أنها تعني فقد الكلام المعبر عن المشاعر والانفعالات، لذا فإن هذا الأمر يدعو للقلق خاصة في مرحلة المراهقة، والتي تتسم بالتغيرات الجسمية وما يصاحبها من التوترات النفسية والانفعالية".

وأشار "باجبي وتايلور" (Bagby & Taylor (2003 إلى وجود نوعين من عمه المشاعر على النحو التالي : عمه المشاعر الأولي والذي يمثل سمة نفسية دائمة وثابتة ولا تتغير مع الزمن، وعمه المشاعر الثانوي والذي يعد حالة موقفية تختفي مع انتهاء الموقف الضاغط المولد لها.

النظريات المفسرة لعملة المشاعر :

نموذج "تايلور وباجبي وباركر" (١٩٩٧) من المنظور المعرفي :

أشار كل من "تايلور، وباجبي، وباركر" (Taylor, Bagby & Parker, 1997) إلى أن عمه المشاعر يعكس خللاً في المعالجة المعرفية للانفعالات والتنظيم الانفعالي، واستندوا في افتراضهم إلى فكرة أساسية هي أن الاستجابة الانفعالية والتنظيم الانفعالي يتكون من ثلاثة مكونات :

- المكون الفيزيولوجي العصبي (التنشيط الغدي العصبي، وتنشيط الجهاز العصبي المستقل).
- مكون التعبير السلوكي الحركي (التعبيرات الوجهية، والتغيرات في نغمة الصوت ووضع الجسم).
- المكون الخبري المعرفي (الوعي الذاتي بالمشاعر والتقرير اللفظي عنها).

يشمل التنظيم الفعال للانفعالات تفاعل هذه المكونات الثلاثة التي تتأثر بالأحداث الداخلية (الشخصية، والفيزيولوجية)، والخارجية (الأحداث الاجتماعية، والفيزيائية).. وافترضت نظرية "تايلور وزملائه" أن عمه المشاعر يرتبط بالخلل في المكون الخبري المعرفي من نظام الاستجابة للانفعال، كما افترضوا أن الخلل في المعالجة المعرفية يقلل من القدرة على التعامل مع الضغوط بفاعلية، حيث إن قدرة الأفراد على الوعي بالانفعالات والمعالجة المعرفية المحدودة تؤدي إلى التركيز على الإحساسات الجسمية المصاحبة للاستثارة الانفعالية وتضخيمها وسوء تفسيرها (بسمة شحات، ٢٠١٧؛ Taylor, Bagby & Parker, 1997, 31).

نظرية مستويات الوعي الانفعالي من منظور ارتقائي معرفي :

اقترح "لان وشوارتز" (Lane and Schwartz 1987) أن قدرة الفرد على التعرف على المشاعر ووصفها في نفسه ولدى الآخرين، تسمى الوعي الانفعالي، هي مهارة معرفية تخضع لعملية ارتقائية مشابهة لتلك التي وصفها "بياجي" (Piaget 1937) للمعرفة بشكل عام، ويوفر النموذج الارتقائي المعرفي لـ "لان وشوارتز" إطاراً مفيداً لتصوير نمو الانفعال أثناء الطفولة المبكرة، وكذلك يساعد أيضاً في شرح الفروق الفردية في الخبرة والتعبير والقدرة على تنظيم الانفعالات، وفي القدرة على التعاطف. ويفترض النموذج خمسة "مستويات من الوعي الانفعالي" التي تشترك في الخصائص البنائية لمراحل بياجي للنمو المعرفي، وهي كالتالي :

١ - مستوى الانعكاسات الحسية الحركية: هي إدراك الإحساسات الجسمية، ويتم التعرف على الانفعالات من خلال الإحساسات الجسمية فقط، وقد تكون واضحة للآخرين من خلال التعبيرات الوجهية للفرد.

٢ - مستوى النشاط الحسي الحركي (الاستعدادات الحركية): وتشمل تعبيرات حسية حركية للانفعال ترتبط بالنشاط الحسي الحركي والنشاط الحركي الحشوي.

- ٣ - مستوى ما قبل العمليات: يتم إدراك الانفعالات نفسياً وجسماً على حد سواء، لكنها تكون أحادية البعد وغالباً ما تكون الأوصاف اللفظية للانفعالات نمطية.
- ٤ - مستوى العمليات العيانية: هو وعي بمزيج من المشاعر، ويمكن للفرد أن يصف الحالات الانفعالية المعقدة والمتباينة التي تشكل جزءاً من تجربته الشخصية فقط.
- ٥ - مستوى العمليات الصورية: يكون هناك وعي بمزيج من المشاعر، وكذلك القدرة على التمييز الدقيق بين الفروق الدقيقة في الانفعال، والقدرة على فهم التجربة الانفعالية متعددة الأبعاد لأشخاص آخرين.

وترتبط المستويات بشكل هرمي بحيث يؤدي العمل في كل مستوى إلى إضافة وتعديل وظيفة المستويات السابقة ولكنه لا يلغيها. على سبيل المثال: مزيج من الانفعالات (خبرات المستوى ٤)، مقارنة بالاستعدادات الحركية المرتبطة بالانفعال (خبرات المستوى ٢)، من المتوقع أن ترتبط مع تمثيلات أكثر تمايزاً (المستوى ٥) للإحساسات الجسمية (المستوى ١). وبالتالي فالحالة الاكلينيكية لعمه المشاعر تتطوي على فشل في التمثيل العقلي للانفعال والذي ينطوي على ضعف في الخبرة الانفعالية للمشاعر (Taylor, Bagby & Parker, 1997, 16-17; Lane et al., 2015).

رابعاً : مفهوم الاكتئاب :

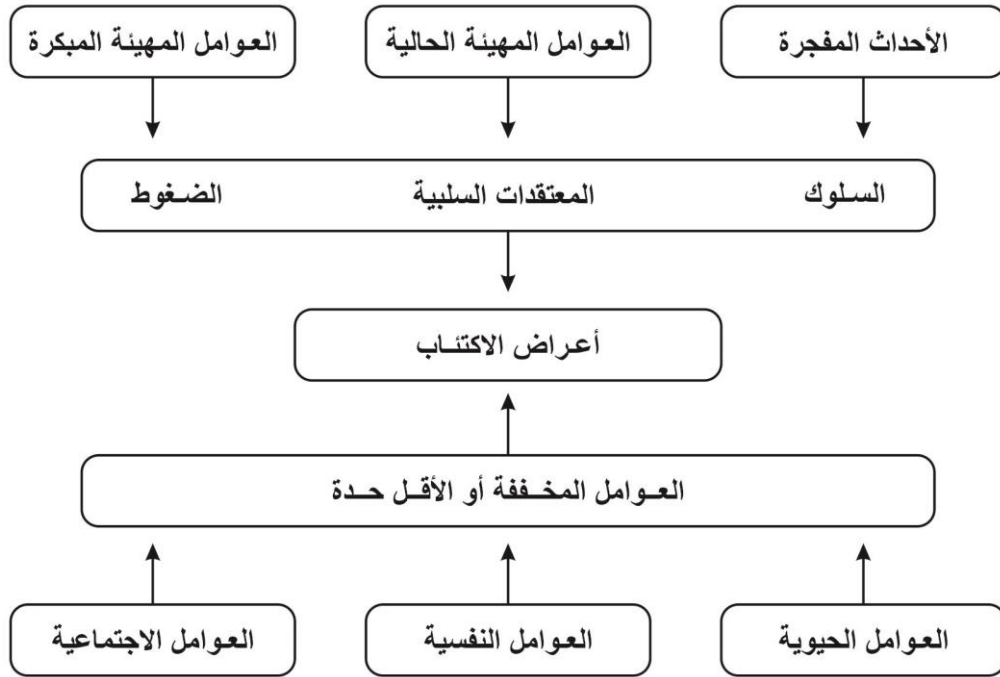
يشير الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس للاضطرابات النفسية إلى أن اضطراب الاكتئاب الأساسي يمثل حالة انفعالية يشعر فيها الفرد بالحزن، واليأس، والإحباط، وفقد الاهتمام بالأنشطة السابقة أو الشعور بالسعادة، والانسحاب الاجتماعي، وتحدث تغيرات في الشهية والنوم، والنشاط النفسي الحركي، وانخفاض الطاقة، والشعور بالتعب والإرهاق، والإحساس بإنعدام القيمة، والإحساس بالذنب، والأفكار الإنتحارية، أو محاولات الإنتحار، بالإضافة إلى وجود صعوبة في التركيز، والتفكير، واتخاذ القرارات، والتذكر (American Psychiatric Association, 2013: 162-164).

النظريات المفسرة للاكتئاب الأساسي :

المنحى الحيوي النفسي الاجتماعي :

هناك تصورات بأن الاكتئاب يرتبط عادة بمجموعة من العمليات المتفاعلة في مجالات العمليات الفسيولوجية (المورثات والهرمونات)، والعمليات المعرفية (المعتقدات السلبية، والاجترار)، والعوامل الاجتماعية (أحداث الحياة والانسحاب الاجتماعي والمساندة الاجتماعية) التي تتفاعل بمرور الوقت. ويركز المنحى الحيوي النفسي الاجتماعي على هذه التفاعلات. ويعرض الشكل (٣) العوامل المهيئة المبكرة، والعوامل المهيئة الحالية، والعوامل المحفزة، واحد من هذه العوامل أو مجتمعة معاً تؤثر على الحالات الفسيولوجية، وعمليات التقييم (على سبيل المثال، الذات، والعالم، والمستقبل)، وسلوكيات المواجهة، مما يؤدي إلى ظهور أعراض الاكتئاب (Gilbert, 2004, 104-106).

الشكل (٣) : نموذج التفاعلات الحيوية النفسية الاجتماعية في الاكتئاب.



خامساً: المتغير المعدل^١ :

يختبر نموذج التعديل ما إذا كان التنبؤ بمتغير محكي (ص) من متغير تنبؤي (س)، يختلف عبر مستويات متغير ثالث (م) (انظر الشكل ٤). ويؤثر المتغير المعدل على قوة و/أو اتجاه العلاقة بين المنبئ والمحكي من خلال زيادة أو تقليل أو تغيير تأثير المنبئ. وعادة ما تتم مناقشة تأثيرات التعديل كفاعل بين العوامل أو المتغيرات، حيث تعتمد تأثيرات أحد المتغيرات على مستويات المتغير الآخر في التحليل (Fairchild & MacKinnon, 2009).

التفرقة بين المتغير المعدل والمتغير الوسيط^٢ :

يوجد كثير من الباحثين لايزالون يستخدمون مصطلح الوسيط والمعدل بالتبادل، وعلى الرغم من أنه يمكننا العثور على كثير من المؤلفات حول موضوعات الوساطة والتعديل، إلا أن الخطط التحليلية للموضوعات ليست مفهومة جيداً. يعمل الوسيط كآلية يمكن من خلالها للمتغير التنبؤي التأثير على المتغير المحكي؛ بينما يركز المعدل على العوامل التي تؤثر على قوة، أو اتجاه العلاقة بين المتغير التنبؤي والمتغير المحكي، وفي حين يهتم المتغير المعدل بالسؤال "متى" أو "من خلال من" وبالتالي يُعد ذا ارتباط قوي بالنتيجة، يهتم المتغير الوسيط بالسؤال "كيف" أو "الطريقة" التي يتنبأ أحد المتغيرات أو يسبب متغير النتيجة.

(1) Moderator variable.

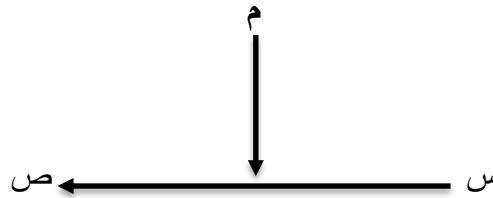
(2) Mediator variable.

وطريقة سهلة لتذكر ذلك هي أن المعدل قد يغير قوة العلاقة من قوية إلى معتدلة، إلى لا شيء على الإطلاق والوساطة أكثر وضوحاً في اصطلاح التسمية الخاص بها، يتوسط الوسيط العلاقة بين المتغيرات المستقلة والتابعة موضحاً سبب وجود هذه العلاقة، وعلى عكس تأثيرات المعدل، التي تختلف قوة الارتباط بين (س) و(ص) اعتماداً على قيمة (المعدل)، ويشير تأثير الوسيط إلى أن العلاقة بين (س) و(ص) تمت مقاطعتها بواسطة المتغير (الوسيط)، أي أن الوسيط يشرح العلاقة بين متغير خارجي (منبئ) ومتغير داخلي (معياري) داخل سلسلة سببية (من خلال: مروة عبدالستار، ٢٠٢١).

الشكل (٤) تأثير المتغير الوسيط



الشكل (٥) تأثير المتغير المعدل



الدراسات السابقة :

في ضوء المسح الذي قام به الباحث للإنتاج النفسي السابق للدراسات المرتبطة بموضوع الدراسة، وفي ضوء فروض الدراسة وأهدافها، تم تقسيم هذه الدراسات إلى فئتين، هما :

أولاً : الدراسات التي تناولت الفروق بين مرضى الفصام الوجداني أو عينات إكلينيكية مماثلة وبين الأسوياء في كل من التعقل وعمه المشاعر والاكتئاب :

قام كل من "تاباك وهارون وجرين" (Tabak, Horan and Green, 2015) بدراسة كان هدفها بحث العلاقة بين التعقل وكل من تنظيم الانفعال والدافعية والمعتقدات المختلة والأعراض السلبية، وذلك على عينة من مرضى الفصام وأخرى مقابلة لها من الأسوياء ، وقد بلغ حجم عينة الفصام (٣٥) مريضاً، في مقابل مجموعة مقارنة تتكون من (٢٥) من الأسوياء، وقد بلغ متوسط عمر عينة مرضى الفصام (٤٦,٨) سنة وإنحراف معياري (٩,٨) سنة، في حين كان متوسط عمر عينة الأسوياء (٤٦,٦) سنة وإنحراف معياري (٨,٣)، وكانت الأدوات المستخدمة هي: اختبار العوامل الخمسة للتعقل، ومقياس التنشيط والتثبيط السلوكي، ومقياس المعتقدات المختلة، واختبار التنظيم الانفعالي، وقد توصلت نتائج الدراسة إلى وجود فروق دالة إحصائية بين الأسوياء ومرضى الفصام في الدرجة الكلية للتعقل وبعض مكوناته (الوصف، والتصرف بوعي، وعدم إصدار الأحكام) في اتجاه عينة الأسوياء.

وقام "جبلبرت وجروبر" (Gilbert & Gruber, 2014) بدراسة هدفها الكشف عن العلاقة بين التعقل والاجترارية وبين التنظيم الانفعالي، وذلك على عينة مرضى الاكتئاب الأساسي والاضطراب ثنائي القطب وفقاً للدليل التشخيصي الرابع، بلغ حجم مرضى ثنائي القطب (٣١) مشاركاً بمتوسط عمر (٣٠,٩) وانحراف معياري (٩,٨) عاماً؛ ومرضى الاكتئاب الأساسي بلغ عددها (٣١) مشاركاً، بمتوسط عمر (٣١,٢) وانحراف معياري (١٠,٩) عاماً؛ وعينة أخرى غير إكلينيكية (عينة المقارنة) بلغ عددها (٣١) مشاركاً بمتوسط عمري (٣٢) وانحراف معياري (تسعة) أعوام. وكانت الأدوات المستخدمة هي: مقياس يونج لتصنيف الهوس، ومقياس الاستجابة الانفعالية متعدد المكونات، ومقياس المزاج السلبي والإيجابي، ومقياس الاضطرابات الفسيولوجية، ومقياس تصور الأهداف المستقبلية. وتوصلت نتائج الدراسة إلى وجود تأثير دال للتعقل على تنظيم الانفعال، وزيادة الانفعالات الإيجابية مقارنة بالتفكير الاجتراري عند تصور المرء لهدف محدد في المستقبل.

أجرى "أحمد ريان" (Ahmad Rayan, 2017) دراسة لفحص العلاقة بين التعقل ونوعية الحياة وشدة الأعراض الاكتئابية لدى مرضى الفصام والاكتئاب الأساسي، وقد بلغ حجم عينة الفصام (١٦١) مشاركاً، وعينة الاكتئاب الأساسي (١٦١) مشاركاً. وقد تم تشخيصهم وفقاً للدليل الخامس تراوح المدى العمري للعينة من (١٨) عاماً فأكثر. وكانت الأدوات المستخدمة هي: مقياس مركز الدراسات الوبائية لقياس شدة الأعراض الاكتئابية، ومقياس بحث النتائج الطبية لقياس نوعية الحياة المرتبطة بالصحة، ومقياس الانتباه الواعي المتعقل. وتوصلت نتائج الدراسة إلى ارتفاع معدل التعقل لدى مرضى الاكتئاب بشكل دال مقارنة بعينة الفصاميين.

أجرى "مابين وآخرون" (Maaben et al., 2021) دراسة بهدف معرفة مستويات الوعي الانفعالي لدى مرضى الفصام مقارنة بالأسوياء، وذلك على عينة بلغ عددها (١٣٠) مريضاً حيث شملت عينة الفصام كلاً من (مرضى الفصام الذهاني، والفصام الوجداني) بمتوسط عمر (٣٨) سنة وانحراف معياري (١١,٣) سنة، وبالنسبة لعينة الأسوياء بلغ عددها (١٢٩) بمتوسط عمر (٣٨,١) سنة وانحراف معياري (١١,٧) سنة، وكانت الأدوات المستخدمة هي: اختبار مستويات الوعي الانفعالي، وتوصلت نتائج الدراسة إلى وجود فروق دالة إحصائية بين مرضى الفصام والأسوياء في درجات الوعي الانفعالي في اتجاه الأسوياء، ولم تكون هناك نتائج توضح الفروق بين مرضى الفصام الوجداني والفصام فيما يتعلق بدرجة الوعي بالانفعالات حيث تناولت الدراسة الفصام والفصام الوجداني عينة مرضية واحدة.

وقام "حشمتيا وآخرون" (Heshmatia et al., 2010) بدراسة بهدف الكشف عن الفروق بين مرضى اضطراب طيف الفصام والمرضى غير الذهانيين والأسوياء في عمه المشاعر، وذلك لدى عينة مرضية من المرضى المقيمين بالمستشفيات والمتريدين على العيادات الخارجية، شملت هذه العينة مجموعة من المرضى الذهانيين من مرضى اضطراب طيف الفصام بلغت (٦٠) مريضاً

وأخرى من المرضى غير الذهانيين شملت (٦٠) مريضاً، وعينة أخرى من الأسوياء من طلاب الجامعة بلغ حجمها (١٤٠) طالباً، واستخدم الباحثون مقياس "تورنتو" لعمه المشاعر. وأظهرت النتائج أن هناك فروقاً دالة في عمه المشاعر بين المرضى الذين يعانون من اضطرابات طيف الفصام ومرضى الاضطرابات غير الذهانية وبين الأشخاص الأسوياء في اتجاه المجموعتين المرضيتين، ولكن الفروق لم تكن دالة بين مرضى اضطراب طيف الفصام ومرضى الاضطرابات غير الذهانية. وأوضحت النتائج أيضاً أن الصعوبة في وصف المشاعر وصعوبة تحديد المشاعر والتفكير الموجه خارجياً أعلى لدى المرضى الذين يعانون من اضطرابات طيف الفصام مقارنة بالمجموعات الأخرى، وفي جميع المجموعات كان لدى الذكور مشاكل أكثر جوهرية في وصف المشاعر والتفكير الموجه خارجياً.

وأجرى أيضاً "هنري وآخرون" (Henry et al., 2010) دراسة بهدف بحث العلاقة بين عمه المشاعر والأعراض الذهانية والوجدانية والمعرفية، لدى عينة من المرضى الفصامين، حيث شملت العينة مرضى الفصام (ن = ٢١) ومرضى الفصام الوجداني (ن = ٨)، وعينة أخرى ضابطة من الأصحاء بلغ حجمها (٣١) مشاركاً، وكان متوسط عمر العينة الكلية (٣٩,٦) سنة وانحراف معياري (١٠,٣) عامًا. وكانت الأدوات المستخدمة مقياس زملة الأعراض الإيجابية والسلبية، واستخبار برمودن وفورست لعمه المشاعر، ومقياس القلق والاكتئاب، وأيضاً مقياس المتشابهات والمفردات من بطارية وكسلر لذكاء الراشدين. وقد توصلت نتائج الدراسة إلى وجود ارتفاع دال في عمه المشاعر لدى الفصامين بدرجة أكبر من الأسوياء.

وقام "إرميل وآخرون" (Ernel et al., 2017) بدراسة كان الهدف منها استكشاف العلاقة بين الاستبصار والوظيفة المعرفية والاكتئاب لدى مرضى الفصام والفصام الوجداني، والكشف عن دلالة الفروق بين المجموعتين في متغيرات الدراسة، وبلغت عينة الفصام (١٧٣) وعينة الفصام الوجداني (٨٢) مريضاً، وكانت المتوسط العمري لعينة مرضى الفصام (٣٨,٦) سنة وانحراف معياري (١٢,١) سنة، وكانت متوسط العمر لعينة مرضى الفصام الوجداني (٤٠,٩) سنة وانحراف معياري (١١) سنة، وكانت الأدوات المستخدمة في الدراسة مقياس التقييم النفسي المختصر لتقييم الاكتئاب، وبعض الاختبارات المعرفية (تتبع المسار، وبطارية ماتريكس المعرفية الشاملة)، وقد أوضحت نتائج هذه الدراسة وجود مستويات مرتفعة من الاكتئاب لدى مرضى الفصام الوجداني بشكل دال مقارنة بمرضى الفصام، وعلاقات ذات دلالة إحصائية بين مستويات الاكتئاب المرتفعة والأداء المعرفي المنخفض.

وقدم "لانج وآخرون" (Lange et al., 2021) دراسة بهدف الوقوف على الصفحة النفسية للأعراض الاكتئابية لدى مرضى الاكتئاب الأساسي واضطراب طيف الفصام والمقارنة بين هذه الفئات المرضية وعينة الأسوياء في نوعية الأعراض الاكتئابية وشدها، وكانت الدراسة على عينة

من مرضى الاكتئاب الأساسي بلغ عددها (٨١٦) مريضاً، ومرضى اضطراب طيف الفصام حجمها (٤٤٩) مريضاً، وأخري أسوياء بلغ حجمها (٤١٧) سوياً، وتراوح المدى العمري للعينة الكلية بين (١٨ و ٥٠) سنة، وكانت الأدوات المستخدمة في هذه الدراسة هي: قائمة الأعراض الاكتئابية، وتوصلت نتائج الدراسة إلى ارتفاع مستوى الأعراض الاكتئابية لدى مرضى الاكتئاب الأساسي بشكل دال مقارنةً بمرضى اضطراب طيف الفصام، وكانت عينة الأسوياء أقل من مجموعات المرضى في الأعراض الاكتئابية، ومن حيث الفروق في نوعية الأعراض الاكتئابية بين مرضى الفصام والاكتئاب الأساسي كانت الأعراض المعرفية الوجدانية مرتفعة لدى مرضى الاكتئاب الأساسي بشكل دال، في حين كانت الأعراض الجسمية متقاربة بين مرضى الفصام والاكتئاب الأساسي.

ثانياً : الدراسات التي تناولت الأثر المعدل للتعلل في العلاقة بين عمه المشاعر والأسوياء :

قام "بانر" (Banner 2009) بدراسة هدفها التحقق من العلاقة بين الروحانية والقلق والاكتئاب وعمه المشاعر، ودراسة الأثر المعدل لمتغيري التعلل وعمه المشاعر للعلاقة بين الروحانية والقلق والاكتئاب؛ وذلك على عينة من مريضات سرطان الثدي، حيث بلغ عددها (٦٩) مشاركاً تراوح أعمارهم بين (٣٥ و ٨٦) سنة بمتوسط (٥٩,٩) سنة وإنحراف معياري (١٣,٤) عامًا. وكانت الأدوات المستخدمة في هذه الدراسة، مقياس تقييم الروحانية، ومقياس تورنتو لعمه المشاعر، واستخبار العوامل الخمسة للتعلل، واستخبار ترامدل للقلق، ومقياس مركز الدراسات الوبائية لقياس شدة الأعراض الاكتئابية، واستخبار الخصائص السكانية المختصر. وتوصلت نتائج هذه الدراسة إلى أنه لا يوجد أثر معدل لعمه المشاعر والتعلل في العلاقة بين الروحانية والاكتئاب.

وقام "نورمان وآخرون" (Norman et al., 2021) بفحص العلاقة بين التعلل وكل من عمه المشاعر وإيذاء الذات ودور التعلل كمتغير وسيط في العلاقة بين عمه المشاعر وإيذاء الذات، وذلك على عينة من الراشدين بلغ عددها (٣٢٥) مشاركاً، تراوحت في المدى العمري بين (١٨ و ٧٦) بمتوسط عمر (٢٨,٧) سنة وإنحراف معياري (١٢,٩) سنة، وكانت الأدوات المستخدمة: استخبار العوامل الخمسة للتعلل، ومقياس تورنتو لعمه المشاعر، وقائمة سلوك إيذاء الذات، وتوصلت نتائج الدراسة إلى أن كلاً من عدم التفاعل وعدم إصدار الأحكام هما من قام بدور وسيط في العلاقة بين عمه المشاعر وإيذاء الذات.

وقدم "تيرنر" (Turner, 2020) دراسة هدفت بحث العلاقة بين التعلل وعمه المشاعر والاكتئاب وممارسات التأمل، وكذلك الدور الوسيط لعمه المشاعر في العلاقة بين التعلل والاكتئاب، وذلك على عينة من طلاب الجامعة والخريجين من الجنسين بلغ حجمها (١١٢) مشاركاً بمتوسط عمر (٢٧,٨) سنة وإنحراف معياري (١٣,٧) سنة، واستخدم الباحث في هذه الدراسة استخبار "تورنتو" لعمه المشاعر، واستخبار العوامل الخمسة للتعلل، ومقياس مركز الدراسات الوبائية للاكتئاب، واستخبار

التأمل، وقد توصلت نتائجها إلى ررآن هناك تأثيراً غير مباشر للتعقل على الاكتئاب بوساطة عمه المشاعر، ويشير هذا إلى أن زيادة التعقل يمكن أن يقلل من عمه المشاعر، وبالتالي يؤثر على الاكتئاب، كذلك تبين أن جميع مكونات التعقل تحدث تأثيرها غير المباشر في الاكتئاب فيما عدا مكون المراقبة فلم يكن له تأثير مباشر أو غير مباشر.

وقام "قاسم وрана وأشرف" (Qasim, Rana & Ashraf, (2022 بدراسة هدفت إلى بحث العلاقة بين التعقل وتنظيم الانفعال والقلق والاكتئاب والضغط، والكشف عن الدور الوسيط لتنظيم الانفعال في العلاقة بين التعقل والقلق والاكتئاب والضغط، وذلك على عينة من طلاب الجامعة من كليات الطب بلغ عددها (٢١٦) مشاركاً من الجنسين (ذكوراً = ٩٦ و إناثاً = ١٢٠)، واستخدمت الدراسة مقياس الوعي بالانتباه المتعقل، ومقياس تنظيم الانفعال، ومقياس الاكتئاب والقلق والضغط، وقد توصلت في إحدى نتائج الدراسة إلى أن هناك تأثيراً وسيطاً لتنظيم الانفعال (بعد إعادة التقييم) في العلاقة بين التعقل والقلق.

وقدم أيضاً "ديهل وآخرون" (Diehl et al., (2020 دراسة للتحقق من العلاقة بين التعقل وأعراض الاكتئاب وتنظيم الانفعال، وذلك لدى عينة من المرضى ذات فئات تشخيصية مختلفة بلغ عدد العينة (٩١٢) مريضاً من الجنسين (ذكوراً = ٣٨٦ وإناثاً = ٥٢٦)، واستخدمت الدراسة اختبار العوامل الخمسة للتعقل، ومقياس الاكتئاب، ومقياس صعوبات تنظيم الانفعال، وقد توصلت إحدى نتائج الدراسة فيما يختص بعينة مرضى الاضطرابات المزاجية (الاضطراب الاكتئابي الرئيسي، والاضطراب الاكتئابي المستمر، والاضطراب ثنائي القطب، واضطراب المزاج الدوري، واضطرابات اكتئابية أخرى محددة، واضطرابات ثنائية القطب أخرى محددة، واضطرابات اكتئابية غير محددة، واضطراب ثنائي القطب غير محدد)، أظهرت النتائج أن الارتباط الجزئي بين تنظيم الانفعال والاكتئاب، كانت جميع قيم معاملات الارتباط دالة بين تنظيم الانفعال والاكتئاب بعد عزل تأثير التعقل (الدرجة الكلية ومكوناته الفرعية) بما يشير إلى أن التعقل لم يحدث أثره المعدل في العلاقة بين تنظيم الانفعال والاكتئاب لدى مرضى الاضطرابات المزاجية، في حين أن العلاقة بين التعقل والاكتئاب قد تم تفسيرها من خلال الأثر المعدل لتنظيم الانفعال.

تعقيب عام على الدراسات السابقة :

خلال ما تم الوصول إليه من نتائج الدراسات السابقة هناك بعض الاستنتاجات، هي :

١ - بعض الدراسات اعتمدت في تصميمها البحثي على مجموعة الحالة فقط (العينة المرضية) دون الاهتمام بمجموعة المقارنة (العينة السوية) بحيث يمكن أن تكون هناك عينة محكية للحكم على تأثير الظاهرة المرضية على بعض السمات النفسية المراد دراستها. من أمثلة هذه الدراسات هي: دراسة "أحمد ريان" (Ahmad Rayan, (2017 ، ودراسة "وايت وآخرون"

White et al., (2013) .

- ٢ - الأدوات والاستخبارات التي استخدمتها الدراسات السابقة لم تتوفر فيها جميع الخصائص القياسية والتشخيصية حيث كانت تعتمد فقط على معاملات الصدق والثبات، دون الاعتماد على معاملات الحساسية والنوعية أو النقاط التشخيصية الفاصلة لبيان مدى دقتها وكفاءتها التشخيصية في الفرز والتصنيف بين الأسوياء والمرضى.
- ٣ - لم تشر نتائج هذه الدراسات إلى الفروق بين مرضى الفصام الوجداني أو الاضطرابات الذهانية الأخرى وبين الأسوياء على المتغيرات المقصودة بالدراسة، من أمثلة هذه الدراسات دراسة "ديهل وآخرون" (Diehl et al., 2020) ، ودراسة "روتن وآخرون" (Rutten et al., 2016) .
- ٤ - لم يكن هناك نتائج تفصيلية عن المكونات الفرعية لمتغيرات الدراسة، فأغلب الدراسات تناولت المتغيرات من حيث درجاتها الكلية دون الاهتمام بالقدرات أو السمات الفرعية داخل كل مفهوم سواء من حيث العلاقات الارتباطية والتنبؤية أو من حيث الفروق بين المرضى والأسوياء. من أمثلة هذه الدراسات هي: دراسة "وايت وآخرون" (White et al., 2013) لم تشر لنتائج المكونات الفرعية للتعلل في علاقته بالاكنتاب.

فروض الدراسة :

- ١ - يمكن لمتغير التعلل أن يعدل العلاقة بين عمه المشاعر والاكنتاب لدى مرضى الفصام الوجداني والأسوياء، كل منهما على حدة.
- ٢ - توجد فروق دالة إحصائية بين مرضى الفصام الوجداني والأسوياء في كل من التعلل وعمه المشاعر والاكنتاب، في اتجاه المرضى من حيث عمه المشاعر والاكنتاب، وفي اتجاه الأسوياء في التعلل.

منهج الدراسة وإجراءاتها :

استخدم الباحث في الدراسة الحالية المنهج "الوصفي الارتباطي المقارن"، والذي يعتمد على وصف المتغيرات دون التحكم والتدخل فيها، بالإضافة إلى أن هذه الدراسة هي دراسة ميدانية غير خاضعة للضبط التجريبي.

أولاً : التصميم البحثي : تستخدم الدراسة الراهنة التصميم المستعرض لمجموعة الحالة في مقابل مجموعة المقارنة.

ثانياً : عينة الدراسة : تضم عينة الدراسة الحالية مجموعتين للتحقق من فروض الدراسة موضوع البحث، وهما :

[١] **العينة الإستطلاعية :** اعتمد الباحث في الدراسة الراهنة على هذه العينة في إجراء الدراسة الاستطلاعية للتحقق من الكفاءة القياسية والتشخيصية لأدوات الدراسة الراهنة، من المجتمع

الأصلي للعيينة الأساسية ذاتها ومماثلة لها في الخصائص السكانية. وقد تكونت العينة الاستطلاعية من (٣٠) مبحوثاً شملت (١٥) من مرضى الفصام الوجداني (١٠ ذكور و ٥ إناث) تم اختيارهم من مستشفيات الأمراض العقلية والصحة النفسية (مستشفى العباسية للصحة النفسية ومركز هداية للطب النفسي) بناءً على تشخيصات الأطباء النفسيين، ومجموعة مماثلة لها في بعض الخصائص السكانية من (١٥) مبحوثاً من الأسوياء من الجنسين (١٠ ذكور و ٥ إناث)، بلغ متوسط العمر لمجموعة المرضى (٣٧,٣ سنة) وبانحراف معياري (٨,٩) سنة، في حين بلغ متوسط العمر لعينة الأسوياء (٣٨ سنة) وبانحراف معياري (٧,٢٤) سنة.

[٢] **العينة الأساسية :** تكونت عينة الدراسة الأساسية من الراشدين، وتضم مجموعتين هما: مجموعة الحالة وهم مرضى الفصام الوجداني، ومجموعة أخرى مماثلة لها في بعض الخصائص من الأسوياء هي مجموعة المقارنة؛ وتم اختيار عينة الفصام الوجداني من المرضى المقيمين والمتكردين على مستشفيات الصحة النفسية. وبلغ عدد العينة الكلية (٧٠) مبحوثاً، تشمل (٣٥) مبحوثاً من المرضى و (٣٥) مبحوثاً من الأسوياء من الجنسين، ولا يعانون من إعاقات عقلية أو تاريخ سابق لاضطرابات عصبية أخرى كالصرع أو الشلل الدماغي، ولا يتعاطون أي مواد مخدرة أو كحوليات.

جدول (١) توزيع الحالة الاجتماعية والوظيفية بين مجموعتي الأسوياء ومرضى الفصام الوجداني

المتغيرات		الأسوياء (ن=٣٥)		مرضى الفصام الوجداني (ن=٣٥)	
		ن	%	ن	%
الحالة الاجتماعية	متزوج	١٩	٥٤,٣ %	١٨	٥١,٤ %
	أعزب	١١	٣١,٤ %	١٢	٣٤,٣ %
	مطلق	٥	١٤,٣ %	٥	١٤,٣ %
الحالة الوظيفية	يعمل	٢٦	٧٤,٣ %	٢٣	٦٥,٧ %
	لا يعمل	٩	٢٥,٧ %	١٢	٣٤,٣ %

وقد تم تحقيق التكافؤ بين مجموعة الأسوياء ومجموعة مرضى الفصام الوجداني في عدد من المتغيرات الدخيلة المراد ضبطها (العمر والتعليم ونسبة الذكاء والمستوى الاجتماعي الاقتصادي) من خلال استخدام اختبار "ت" لدلالة الفروق الإحصائية.

**جدول (٢) التكافؤ بين الأسوياء ومرضى الفصام الوجداني
في العمر والذكاء والتعليم والمستوى الاجتماعي الاقتصادي**

المتغيرات	الأسوياء (ن=٣٥)	مرضى الفصام الوجداني (ن=٣٥)		القيمة (ت)	الدالة
		ع	م		
العمر	٣٣,٤	٧,٨	٣٤,٦	٩,٥	غير دالة
الذكاء	٨,٧	١,٩	٨,٦	١,٦	غير دالة
	١٣,٦	١,٦	١٣,٧	١,٥	غير دالة
عدد سنوات التعليم	١٢,٢	٤,٣	١٢,٨	٣,٤	غير دالة
المستوى الاجتماعي - الاقتصادي	٤٢	٤,٦	٤١,٦	٤,٧	غير دالة

يوضح الجدول السابق عدم وجود فروق دالة إحصائية بينهما سواء في العمر أو معامل الذكاء، من خلال درجاتهم على مقياسي الفهم والمفردات، كمؤشر لمعامل الذكاء، وكذلك المستوى التعليمي والمستوى الاجتماعي الاقتصادي، وهو ما يدل على تكافؤ مجموعتي الدراسة (الحالة والمقارنة) ووجود درجة من الضبط والتحكم في هذه المتغيرات غير المقصودة بالدراسة حتى لا تؤثر على نتائج الدراسة الراهنة.

ثالثاً : أدوات الدراسة وكفاءتها القياسية :

تكونت أدوات الدراسة من ثلاث مجموعات من الأدوات تضمنت أدوات لفرز واختيار عينة الدراسة، واستخبارات تجريبية، وأخيراً استخبارات محكية استخدمت كمحك خارجي لتقييم صدق الاستخبارات الأساسية (قائمة أيزنك للشخصية) ترجمة (أحمد عبدالخالق، ٢٠١٥)، وقائمة "بير وآخرين" للعوامل الخمسة للتعلل تعريب وتقنين : (عبدالرقيب البحيري وآخرين، ٢٠١٣)، اختبار "تورنتو" لعمه المشاعر، ترجمة (بسمه شحات، ٢٠١٧)، ومقياس مركز الدراسات البوئية للاكتئاب، ترجمة (بسمه شحات، ٢٠١٧). فيما يلي عرض لأدوات فرز العينة والاستخبارات التجريبية :

١ - **المقابلة المبدئية (إعداد: الباحث) :** لدراسة تاريخ الحالة المرضي والعلاجي أو وجود تاريخ لتعاطي مواد مخدرة أو كحوليات.

٢ - **مقياسا الفهم والمفردات من اختبار وكسلر لذكاء المراهقين والراشدين الصورة الرابعة من تعريب وتقنين: (عبدالرقيب البحيري، ٢٠١٩) ..** تم استخدام مقياسا الفهم والمفردات بهدف ضبط متغير الذكاء، واستبعاد المبحوثين الذين يحصلون على درجات موزونة تقل عن ٧ درجات على كل من مقياس الفهم ومقياس المفردات.

٣ - **قائمة المستوى الاجتماعي والاقتصادي للأسرة إعداد: (عبدالعزيز الشخص، ٢٠١٣) ..** استخدمت هذه القائمة لتحديد المستوى الاقتصادي لكل فرد من أفراد العينة ومحاولة التكافؤ بين المجموعتين في المستوى الاقتصادي الاجتماعي.

- ٤ - اختبار الفصام الوجداني (إعداد: الباحث) .. قام الباحث بإعداد اختبار الفصام الوجداني الذي يتكون في صورته النهائية على (٧٢) بنداً موزعة على أربعة مقاييس فرعية لتشخيص الفصام الوجداني، وهي (الأعراض الذهانية الايجابية، والأعراض الذهانية السلبية، والأعراض الوجدانية الاكتئابية، والأعراض الوجدانية الهوسية).
- ٥ - اختبار التعقل (إعداد: الباحث) .. قام الباحث بإعداد اختبار للتعقل يتكون في صورته النهائية على (٧٣) بنداً موزعة على تسعة مكونات لقياس التعقل، وهي (المشاهدة والوصف، والانتباه والوعي بال اللحظة الحاضرة، وعدم التفاعل، والتقبل، وعدم إصدار الأحكام، والعقل الحكيم، والعقل المتفتح، والبحث عن الإستثارة، والمرونة).
- ٦ - اختبار "جاسون ثومبسون" لعمه المشاعر. ترجمة: (بسمه شحات، ٢٠١٧) .. أعد هذا الاختبار "جاسون ثومبسون" (٢٠٠٥)، وترجمته بسمه شحات (٢٠١٧)، ويتكون الاختبار في صورته النهائية من (٣٣) بنداً موزعة على ستة مقاييس أو مكونات فرعية، وهي (صعوبة تحديد المشاعر، وصعوبة وصف المشاعر، وتفسير المشاعر اعتماداً على الآخرين، والتفكير الموجه خارجياً، ومحدودية العمليات التصورية، والعلاقات بين الشخصية المشكلة).
- ٧ - قائمة "بيك" للاكتئاب الصورة الثانية (ترجمة وتقنين) (غريب عبدالفتاح، ٢٠٠٢) .. أعد هذه القائمة "بيك وزملاؤه" سنة ١٩٩٦، وترجمها وأعدّها في البيئة المصرية "غريب عبدالفتاح غريب" (٢٠٠٢). وتتكون هذه القائمة من (٢١) بنداً كل بند يتكون من مجموعة من العبارات، وتعبر كل مجموعة منها عن عرض من أعراض الاكتئاب.

تقدير الكفاءة القياسية والتشخيصية لأدوات الدراسة :

١ - حساب معاملات الصدق :

قام الباحث في حساب معامل الصدق لبطارية اختبارات الدراسة على أسلوب صدق التعقل بالمحك، وتم حساب معامل الصدق للدرجة الكلية لكل اختبار ومقاييسه الفرعية، وبين الاختبار المحكي باعتبار أن معاملات الارتباط المستنتجة هي مؤشرات الصدق. والجداول التالية توضح معاملات الصدق لاختبارات الدراسة.

جدول (٣) معاملات صدق التعلق بمحك خارجي لاستخبار الفصام الوجداني لدى عينة الدراسة الإستطلاعية (أسوياء ن = ١٥) و(المرضى ن = ١٥)

معامل صدق الارتباط بمحك خارجي						الاستخبارات التجريبية والمحكية
بُعد الذهانية		بُعد العصابية		بُعد الانبساطية		
أسوياء	مرضى	أسوياء	مرضى	أسوياء	مرضى	- اختبار الفصام الوجداني. - قائمة أيزنك للشخصية.
٠,٧	٠,٦	٠,٦	٠,٥	٠,٧	٠,٦	
الدرجة الكلية						
الأعراض الذهانية الإيجابية	٠,٥	٠,٥	٠,٥	٠,٦	٠,٥	
الأعراض الذهانية السلبية	٠,٥	٠,٦	٠,٥	٠,٥	٠,٧	
الأعراض الوجدانية الاكتئابية	٠,٥	٠,٦	٠,٥	٠,٥	٠,٧	
الأعراض الوجدانية الهوسية	٠,٥	٠,٦	٠,٥	٠,٥	٠,٥	

في ضوء الجدول السابق نجد أن معاملات الارتباط بين اختبار الفصام الوجداني والاستخبار المحكي تراوحت ما بين مقبولة إلى متوسطة، وهو ما يشير إلى أن الاختبار يقيس ما أعد لقياسه من حيث قياس الأعراض التشخيصية للفصام الوجداني.

جدول (٤) معاملات صدق التعلق بمحك خارجي لبطارية الاستخبارات لدى العينة الإستطلاعية (ن=٣٠)

عيني الدراسة			الاستخبارات التجريبية والمحكية
عينة المرضى (ن = ١٥)	عينة الأسوياء (ن = ١٥)		
٠,٨	٠,٧	الدرجة الكلية	- الاستخبار التجريبي: اختبار التعقل. - الاستخبار المحكي: الصورة العربية لمقياس العوامل الخمسة لليقظة العقلية (التعقل). - الاستخبار التجريبي: اختبار عمه المشاعر. - الاستخبار المحكي: مقياس تورنتو لعمه المشاعر.
٠,٨	٠,٧	المشاهدة والوصف	
٠,٦	٠,٩	الانتباه والوعي بال لحظة الحاضرة	
٠,٣	٠,٧	عدم التفاعل	
٠,٧	٠,٥	التقبل	
٠,٧	٠,٦	عدم إصدار الاحكام	
٠,٥	٠,٦	العقل الحكيم	
٠,٦	٠,٤	العقل المفتوح	
٠,٦	٠,٣	البحث عن الإستشارة	
٠,٦	٠,٦	المرونة	
٠,٧	٠,٦	الدرجة الكلية	- قائمة بيك للاكتئاب (القائمة التجريبية). - مقياس مركز الدراسات الوبائية للاكتئاب (المقياس المحكي).
٠,٦	٠,٨	صعوبة تحديد المشاعر	
٠,٧	٠,٦	صعوبة وصف المشاعر	
٠,٥	٠,٥	تفسير المشاعر اعتماداً على الآخرين	
٠,٧	٠,٤	التفكير الموجهه خارجياً	
٠,٣	٠,٤	محدودية العمليات التصورية	
٠,٣	٠,٤	العلاقات بين الشخصية المشكلة	
٠,٧	٠,٨	الدرجة الكلية	

يتضح من الجدول السابق أن معاملات الارتباط ترواحت بين مقبولة إلى متوسطة في ارتباط المكونات أو المقاييس الفرعية لاستخبارات الدراسة الأساسية وبين الاستخبار المحكي، وترواحت أيضاً ما بين متوسطة إلى مرتفعة لارتباط الدرجة الكلية لاستخبارات الدراسة الأساسية وبين الاستخبار المحكي، وهو مؤشر على صدق أدوات الدراسة بحيث يمكنها تقييم السمات المراد قياسها ويمكن الاعتماد على نتائجها في اختبار فروض الدراسة الحالية.

٢ - حساب معاملات الثبات :

واعتمد الباحث في حساب معاملات الثبات على ثلاث طرق هي: طريقة ألفا كرونباخ، والتجزئة النصفية باستخدام معادلة "جتمان"، الثبات بإعادة الاختبار. وفيما يلي هذه النتائج :

جدول (٥) معاملات الثبات لبطارية الاستخبارات لدى عينة الدراسة الإستطلاعية

ن = ٣٠ مبحوث، [ن (أسوياء) = ١٥ مبحوثاً سوياً، ن (مرضى) = ١٥ مريض فصام وجداني]

معاملات الثبات		إعادة الاختبار		ألفا كرونباخ		التجزئة النصفية بمعادلة جتمان	
الاستخبارات		الأسوياء ن=١٥	المرضى ن=١٥	الأسوياء ن=١٥	المرضى ن=١٥	الأسوياء ن=١٥	المرضى ن=١٥
الفصام الوجداني	الدرجة الكلية	٠,٧	٠,٦	٠,٩	٠,٩	٠,٩	٠,٩
	الأعراض الذهانية الإيجابية	٠,٧	٠,٥	٠,٩	٠,٨	٠,٨	٠,٨
	الأعراض الذهانية السلبية	٠,٥	٠,٥	٠,٨	٠,٨	٠,٨	٠,٧
	الأعراض الاكتئابية	٠,٩	٠,٨	٠,٩	٠,٨	٠,٨	٠,٦
	الأعراض الهوسية	٠,٦	٠,٧	٠,٩	٠,٨	٠,٩	٠,٩
التعقل	الدرجة الكلية	٠,٨	٠,٧	٠,٩	٠,٨	٠,٩	٠,٦
	المشاهدة والوصف	٠,٤	٠,٦	٠,٦	٠,٥	٠,٦	٠,٤
	الانتباه والوعي باللحظة الحاضرة	٠,٤	٠,٤	٠,٦	٠,٧	٠,٦	٠,٨
	عدم التفاعل	٠,٣	٠,٤	٠,٤	٠,٤	٠,٤	٠,٣
	التقبل	٠,٧	٠,٥	٠,٧	٠,٦	٠,٨	٠,٧
	عدم إصدار الأحكام	٠,٤	٠,٦	٠,٧	٠,٤	٠,٦	٠,٦
	العقل الحكيم	٠,٦	٠,٨	٠,٧	٠,٨	٠,٧	٠,٦
	العقل المتفتح	٠,٤	٠,٦	٠,٧	٠,٤	٠,٧	٠,٧
	البحث عن الإستثارة	٠,٦	٠,٥	٠,٨	٠,٤	٠,٨	٠,٥
	المرونة	٠,٥	٠,٤	٠,٧	٠,٥	٠,٨	٠,٤
عمه المشاعر	الدرجة الكلية	٠,٧	٠,٧	٠,٧	٠,٦	٠,٧	٠,٧
	صعوبة تحديد المشاعر	٠,٥	٠,٧	٠,٧	٠,٣	٠,٨	٠,٦
	صعوبة وصف المشاعر	٠,٤	٠,٨	٠,٧	٠,٧	٠,٨	٠,٨
	تفسير المشاعر اعتماداً على الآخرين	٠,٤	٠,٥	٠,٦	٠,٣	٠,٦	٠,٨
	التفكير الموجه خارجياً	٠,٦	٠,٥	٠,٣	٠,٤	٠,٦	٠,٥
	محدودية العمليات التصورية	٠,٧	٠,٦	٠,٤	٠,٥	٠,٦	٠,٦
	العلاقات بين الشخصية المشكلة	٠,٦	٠,٤	٠,٦	٠,٥	٠,٦	٠,٦
	الدرجة الكلية	٠,٨	٠,٨	٠,٩	٠,٩	٠,٨	٠,٨

يتضح من خلال الجدول السابق أن معاملات الثبات تتراوح ما بين الجيدة إلى المرتفعة بالنسبة للدرجات الكلية لاستخبارات الدراسة، وبين المقبولة إلى المتوسطة للمكونات والمقاييس الفرعية داخل كل اختبار من بطارية استخبارات الدراسة، هذا مؤشر يدل على الكفاءة القياسية لأدوات الدراسة بحيث يتم الإعتماد عليها في جمع بيانات الدراسة الأساسية.

التحقق من الكفاءة التشخيصية لأدوات الدراسة :

قام الباحث بحساب الكفاءة التشخيصية لاستخبارات الدراسة الحالية، وذلك من خلال حساب معاملات الحساسية والنوعية، وكذلك حساب معايير الأداء التي يمكن خلالها تحديد درجة الفرد مقارنةً بالمجموعة التي يماثلها وينتمي إليها ؛ ذلك بهدف بيان قدرتها وكفاءتها التشخيصية في الفرز والتصنيف بين الأسوياء والمرضى وفيما يلي توضيح ذلك :

١ - معايير استخبارات الدراسة :

فيما يلي جدول يوضح المتوسطات والانحرافات المعيارية للأداء على استخبارات الدراسة لدى كل من مرضى الفصام الوجداني والأسوياء .

جدول (٦) معايير استخبارات الدراسة ومكوناتها الفرعية

الاستخبارات		العينة		الأسوياء (ن=١٥)		مرضى الفصام الوجداني (ن=١٥)	
		المتوسط	الانحراف المعياري	المتوسط	الانحراف المعياري	المتوسط	الانحراف المعياري
الدرجة الكلية	الدرجة الكلية	١٧٨	٤٤,٧	١٤١	٣٩,٥	١٧٨	٤٤,٧
	الأعراض الذهانية الإيجابية	٤٤,٨	١٤	٣٧	١١	٤٤,٨	١٤
	الأعراض الذهانية السلبية	٣٨,٥	١١	٣٠	٩,٧	٣٨,٥	١١
	الأعراض الوجدانية الاكتئابية	٤٧,٧	١٢,٤	٣٢,٨	٩	٤٧,٧	١٢,٤
	الأعراض الوجدانية الهوسية	٤٧	١٣	٤٠,٩	١٣	٤٧	١٣
التفعل	الدرجة الكلية	٢٣٩	٣٥	٢٦٢,٤	٣٢	٢٣٩	٣٥
	المشاهدة والوصف	٢٦,٥	٣,٧	٢٩,٧	٤,٣	٢٦,٥	٣,٧
	الانتباه والوعي بال لحظة الحاضرة	٢٢,٤	٥,٣	٢٥,٦	٤,٢	٢٢,٤	٥,٣
	عدم التفاعل	٢٩,٧	١١	٢٧	٤	٢٩,٧	١١
	التقبل	٢٦,٤	٥,٣	٢٩,٦	٤	٢٦,٤	٥,٣
	عدم إصدار الاحكام	٢٤,٥	٤	٢٥,٨	٤,٥	٢٤,٥	٤
	العقل الحكيم	٣٣,٨	٨	٣٨,٦	٤,٨	٣٣,٨	٨
	العقل المتفتح	٣٢	٥	٣٥	٥,٧	٣٢	٥
	البحث عن الإستشارة	٣٠	٤,٥	٣١,٤	٧	٣٠	٤,٥
	المرونة	١٦,٧	٤,٤	١٩,٥	٣,٢	١٦,٧	٤,٤
	الدرجة الكلية	٩٢,٦	١٤,٤	٨٢,٦	١٣	٩٢,٦	١٤,٤
	صعوبة تحديد المشاعر	١٥,٣	٣,٦	١٣	٥	١٥,٣	٣,٦
عمه المشاعر	صعوبة وصف المشاعر	١١,٤	٤,٣	٩,٤	٣,٥	١١,٤	٤,٣
	تفسير المشاعر اعتماداً على الآخرين	٨,٩	٢,٥	٦,٧	٢,٤	٨,٩	٢,٥
	التفكير الموجه خارجياً	١٩,٩	٣,٧	٢٠	٢,٧	١٩,٩	٣,٧
	محدودية العمليات التصورية	٢٠,٤	٤,٣	١٩,٧	٣,٢	٢٠,٤	٤,٣
	العلاقات بين الشخصية المشكلة	١٦,٩	٤	١٣,٦	٤	١٦,٩	٤
	الاكتئاب	٢١,٨	١٣,٨	١١,٨	٨,٩	٢١,٨	١٣,٨

٢ - معاملات الحساسية والنوعية :

تتحدد حساسية^١ التقدير النفسي في الاحتمال بأن سلوكاً ما يمكن التنبؤ بحدوثه ويحدث فعلاً، بينما تشير النوعية^٢ أو نوعية التقدير النفسي الإكلينيكي إلى احتمال أن سلوكاً ما يمكن التنبؤ بأنه لن يحدث ولم يحدث فعلاً، وهو ما يسمى بالتنبؤ السلبي الحقيقي وليس التنبؤ السلبي الزائف، وبمعنى آخر الحساسية هي احتمالات حدوث التنبؤ الموجب الحقيقي، في حين تشير النوعية إلى احتمال حدوث التنبؤ السلبي الحقيقي (الصبوة، ٢٠١٥، ١٢١).

واعتمد الباحث في حساب الحساسية والنوعية على معامل حساسية ونوعية عند الوقوف على درجة قطع فاصلة على المنحنى توضح أعلى معامل حساسية ونوعية مساحة تحت المنحنى، وكلما كانت قدرة الاستخبار على تصنيف أكبر عدد من المرضى بصورة صحيحة من المرضى المشخصين، وأكبر عدد من الأسوياء بصورة صحيحة يكون ذلك مؤشراً على دقة الاستخبار وكفاءته التشخيصية، وتم الاعتماد في حساب معاملات الحساسية والنوعية على أسلوب إحصائي يسمى أسلوب المنحنى المميز لأداء المستقبل^٢، وهو أسلوب إحصائي يمكننا من التعرف على دقة الاستخبار أو الأداة المستخدمة في الدراسة في تصنيف الأفراد وفقاً لأفضل درجة قاطعة تفصل بدقة بين الأفراد في مختلف الفئات، ويمكن الحكم على مدي دقة الأداة التصنيفية من خلال القيمة الواقعة أسفل المنحنى، والتي تتراوح من الضعيفة إلى الجيدة والممتازة، وتعتبر القيمة غير مقبولة إذا انخفضت عن (٠,٥) (David & Lemeshow, 2000).

(1) Sensitivity.

(2) Specificity.

جدول (٧) معاملات الحساسية والنوعية لاستخبارات الدراسة
(الدرجة الكلية والمكونات الفرعية) (ن = ٣٠)

القيم التنبؤية	درجة القطع	المرضى (ن = ١٥)		الأسوياء (ن = ١٥)		النسبة المئوية للمعامل النوعية	النسبة المئوية للمعامل الحساسية
		ت ح م	ت ز س	ت ح س	ت ز م		
الدرجة الكلية	١٤٥,٥	١١	٨	٧	٤	%٥٣,٣	%٧٣,٣
	٣٧	١٠	٧	٨	٥	%٥٠,٤	%٦٦,٧
	٣١,٥	١٢	٦	٩	٣	%٦٠	%٨٠
	٣٣	١٥	٦	٩	٠	%٦٠	%١٠٠
	٤٢,٥	١٠	٧	٨	٥	%٥٠,٣	%٦٦,٧
الأعراض الذهانية الإيجابية	٢٤٥,٥	١١	٥	١٠	٤	%٧١,٥	%٦٩
	٢٥,٥	١٠	٧	٨	٥	%٥٠,٤	%٦٦,٧
	٢٢,٥	١٢	٥	١٠	٣	%٦٥	%٨٤
	٢٦	١٠	٥	١٠	٥	%٦٦,٧	%٦٦,٧
	٢٥,٥	١٠	٥	١٠	٥	%٦٦,٧	%٦٦,٧
الأعراض الذهانية السلبية	٢٥,٥	١١	٥	١٠	٤	%٦٨	%٧٢
	٣٦	٩	٣	١٢	٦	%٨٠	%٦٠
	٣١,٥	١١	٦	٩	٤	%٦٠	%٧٣,٣
	٣١,٥	٩	٢	١٣	٢	%٨٣,٣	%٨٣,٣
	١٨,٥	٩	٣	١٢	٦	%٨٠	%٦٠
الأعراض الوجدانية الاكتئابية	٨٧,٥	١٢	٣	١٢	٣	%٨٠	%٨٠
	١٤,٥	١٠	٥	١٠	٥	%٦٦,٧	%٦٦,٧
	١٠	١٠	٦	٩	٥	%٦٠	%٦٦,٧
	٢٠,٥	١٠	٥	١٠	٥	%٦٦,٧	%٦٦,٧
	٧,٥	١١	٦	٩	٤	%٦٠	%٧٣,٣
الأعراض الوجدانية الهوسية	٢٠,٥	١٠	٥	١٠	٥	%٦٦,٧	%٦٦,٧
	١٣,٥	١٢	٧	٨	٣	%٥٣	%٨٠
	١٢	١١	٦	٩	٤	%٦٠	%٧٣,٣

ومن خلال الجدول (١١) في توضيح معاملات الحساسية والنوعية لكل اختبار سواء بالنسبة للدرجة الكلية أو مكوناته الفرعية وكانت جميعها تشير إلى قدرة الاستخبارات على الفرز والتصنيف لعينة الدراسة السوية والمرضية بمعاملات صدق تشخيصية جيدة إلى جيدة جداً، كما كانت المساحة تحت المنحنى لكل اختبار (الدرجة الكلية ومكوناته الفرعية) قد تجاوزت القيمة غير المقبولة (أقل من ٠,٥)، حيث كانت جميع المساحات تحت المنحنى أعلى من (٠,٥) وهو يشير إلى أن كل الاستخبارات كانت لها قدرة تشخيصية تراوحت ما بين جيدة إلى جيدة جداً في الفرز والتصنيف.

رابعاً : إجراءات الدراسة :

اشتملت إجراءات الدراسة الحالية على عدة خطوات متتالية خلال إجراء الدراسة الإستطلاعية والدراسة الأساسية، وفيما يلي عرض تفصيلي لهذه الإجراءات :

١ - قبل إجراء التطبيق على عينة الدراسة وخاصة المرضية منها داخل مستشفيات ومراكز الصحة النفسية، قام الباحث بالحصول على موافقة لجنة أخلاقيات البحث العلمي التابعة للأمانة العامة للصحة النفسية واعتمد الباحث في الحصول على حالات مرضى الفصام الوجداني من خلال تحويلات الأطباء النفسيين لحالات مشخصة بالفصام الوجداني

٢ - قام الباحث بتطبيق أدوات فرز وتصنيف عينة الدراسة سواء بالنسبة للمرضى أو الأسوياء، قد قام الباحث بتطبيق المقابلة المبدئية على كل مبحوث من مرضى الفصام الوجداني لجمع البيانات الأساسية والخصائص السكانية والتاريخ المرضي والعلاجي، ثم الانتقال لتطبيق قائمة المستوى الاجتماعي والاقتصادي، ومقياس الفهم والمفردات لتحديد نسبة الذكاء والتأكد من مدى فهم المبحوثين لبنود الاستخبارات وتعليماتها.

٣ - قام الباحث بالتطبيق أولاً على العينة الاستطلاعية المرضية، ثم التطبيق على عينة مماثلة من الأسوياء مع ضبط المتغيرات الدخيلة، وتم اختيار عينة المرضى من مستشفى العباسية للصحة النفسية ومركز هداية للطب النفسي، وتم اختيار عينة الأسوياء من بعض العاملين بالجهات الحكومية فضلاً عن غير العاملين من المحيطين بالباحث في مجتمع البحث. وإجراء المعالجات الإحصائية لبيانات الدراسة وحساب معاملات الصدق والثبات لاستخبارات الدراسة ومكوناتها الفرعية.

٤ - تم التطبيق بشكل فردي سواء على عينة المرضى أو الأسوياء، استمرت فترة التطبيق حوالي سنة وثلاثة أشهر تقريباً نظراً لوجود فترات متقطعة لظروف وقائية خلال فترة كورونا، بالإضافة إلى صعوبات تجميع عينة الدراسة وفقاً لما يتاح منها، كانت تستمر جلسة التطبيق من حوالي ٣٠ دقيقة إلى ٤٥ دقيقة يتخللها فترة راحة، تجنباً للملل وضعف التركيز، وكان يتم التطبيق داخل المستشفيات.

خامساً : أساليب التحليل الإحصائي :

- المتوسطات والانحرافات المعيارية.
- معامل الارتباط (الخطي البسيط "بيرسون")، ومعامل الارتباط الجزئي لحساب الدور المعدل لمتغير التعقل.
- اختبار "ت" لدلالة الفروق الإحصائية للمتوسطات الحسابية.

نتائج الدراسة ومناقشتها :

نتائج الفرض الأول ومناقشتها: يمكن لمتغير التعقل أن يعدل العلاقة بين عمه المشاعر والاكتئاب لدى مرضى الفصام الوجداني والأسوياء، كل منهما على حدة :

يقوم هذا الفرض على النموذج الذي يفحص دور العامل الثالث في العلاقات الارتباطية كعامل يعدل حجم العلاقة ووجهتها، بحيث يزيد من قوتها أو يضعفها، لذا استخدم الباحث معاملات الارتباط الخطي البسيط ومعامل الارتباط الجزئي للتحقق من هذا الفرض.

جدول (٨) معاملات الارتباط البسيط والجزئي بين عمه المشاعر والاكتئاب عند استبعاد التعقل ومكوناته الفرعية لدى كل من الأسوياء ومرضى الفصام الوجداني

الارتباط البسيط بين عمه المشاعر والاكتئاب (الدرجات الكلية)		المتغير المعدل (عزل تأثير التعقل الدرجة الكلية ومكوناته الفرعية كلاً منهما على حدة)	الارتباط الجزئي بين عمه المشاعر والاكتئاب بعد عزل تأثير التعقل ومكوناته الفرعية	
الأسوياء (٣٥=ن)	مرضى الفصام الوجداني (٣٥=ن)		الأسوياء (٣٥=ن)	مرضى الفصام الوجداني (٣٥=ن)
*٠,٥	*٠,٤	الدرجة الكلية للتعقل	٠,٣	٠,٢١٩
		المشاهدة والوصف	٠,٢٦٦	٠,٢٩٨
		الانتباه والوعي باللحظة الحالية	٠,٢٦٧	*٠,٤٢٩
		عدم التفاعل	٠,٢٣١	٠,٣٠٤
		التقبل	*٠,٤٦٥	*٠,٣٧٩
		عدم إصدار الأحكام	٠,٣١٥	*٠,٣٨٦
		العقل الحكيم	٠,٢٥٢	*٠,٣٣
		العقل المتفتح	*٠,٤٨١	٠,٢٤٥
		البحث عن الإستشارة	*٠,٤٦٢	*٠,٣٤٧
		المرونة	*٠,٤٥٢	*٠,٣٤١

يوضح الجدول السابق نتائج الارتباط الجزئي كالتالي :

قام الباحث بحساب الارتباط بين عمه المشاعر والاكتئاب بعد عزل تأثير متغير التعقل (الدرجة الكلية، والمكونات الفرعية) لمعرفة حجم التأثير الذي يحدثه التعقل في العلاقة الارتباطية بين عمه المشاعر والاكتئاب، ففي الجدول السابق نجد أن قيمة معامل الارتباط البسيط للعلاقة بين متغيري عمه المشاعر والاكتئاب تغيرت كثيراً بعد عزل تأثير التعقل ومكوناته الفرعية عند حساب معامل الارتباط الجزئي لدى كل من الأسوياء والمرضى، وهو ما يشير إلى أن متغير التعقل (الدرجة الكلية) يُعد متغيراً معدلاً للعلاقة بين عمه المشاعر والاكتئاب، وأن العلاقة بين عمه المشاعر والاكتئاب علاقة غير مباشرة، بحيث أن التغير الذي يحدث في عمه المشاعر ويصاحبه تغير في الاكتئاب غير مباشر، فالعلاقة الارتباطية بين المتغيرين يحدثها متغير التعقل، وهذا يعني إنه كلما زاد مستوى التعقل انخفضت العلاقة الطردية بين عمه المشاعر والاكتئاب وفقدت دلالتها الإحصائية، وأيضاً كلما قل مستوى التعقل ارتفعت قيمة هذه العلاقة الارتباطية بين عمه المشاعر والاكتئاب بشكل جوهري.

وهنا نستنتج بعض الدلالات والمعاني النفسية بأن التعقل يقوم بدور إيجابي في أن يسمح بمزيد من الوعي الانتباهي المتعقل والتركيز على اللحظة الحالية ومراقبتها ووصفها دون التفاعل معها والحكم عليها وتقبلها كما هي، فهذا من شأنه أن يقلل من ضعف الوعي الانفعالي للخبرات الشعورية الداخلية للفرد ووعيه بخبرات ومشاعر الآخرين بحيث أن التعقل يسمح بمزيد من القدرة على تحديد ما يمر به من انفعالات ونوعيتها والتمييز بينها وتحديدتها وتوجيه الانتباه للخبرات الداخلية دون التركيز على ما هو خارجي فقط وتمثيل هذه الخبرات ذهنياً وتصورها بشكل مجرد وممارسة مزيد من التخيلات لهذه الخبرات الوجدانية سواء للفرد أو المتوقع من خبرات الآخرين، وهذا التفاعل بين التعقل وعمه المشاعر ينعكس أثره في تقليل الأعراض الاكتئابية.

وكذلك الأمر أيضاً عند عزل بعض المكونات الفرعية لمتغير التعقل، كل منها على حدة، تبين أن مكون المشاهدة والوصف ومكون عدم التفاعل يقومان بدور معدل في العلاقة بين عمه المشاعر والاكتئاب سواء لدى الأسوياء أو مرضى الفصام الوجداني، ونستدل من ذلك إنه مع مزيد من المراقبة والمشاهدة للخبرات الداخلية والخارجية دون التفاعل معها تتخفض العلاقة بين عمه المشاعر والاكتئاب، حيث أن مشاهدة الفرد ومراقبته لخبراته الانفعالية والمعرفية ووصفها بمزيد من الوعي الانتباهي المتعقل مع عدم التفاعل وجدانياً ومعرفياً مع هذه الخبرات يسمح ببقاء هذه الخبرات في نطاق الوعي دون تجنبها أو اجترارها؛ فهذا من شأنه أن يزيد من الوعي والاستبصار للمشاعر ووصفها وتحديدتها وتوجيه التفكير داخلياً بمزيد من التخييل الذهني لها والاعتماد على التفسير الذاتي لتجربة الفرد الانفعالية دون الاعتماد على الآخرين.

ومن جانب آخر تبين أن بعض المكونات الأخرى للتعقل عدلت العلاقة بين عمه المشاعر والاكتئاب لدى الأسوياء فقط هي مكونات: (الانتباه والوعي باللحظة الحالية، وعدم إصدار الأحكام، والعقل الحكيم)، نستدل من ذلك بأن الأشخاص الأسوياء عندما يمكنهم توجيه انتباههم للحظة الحالية هنا والآن ووقف اجترار أفكارهم نحو الماضي أو المستقبل والمحافظة على حالة معرفية وجدانية في الوقت والخبرة الحاضرة، مع عدم التسرع في الحكم عليها وتقييمها على ما هو سيئ وجيد، واتخاذ موقف حكيم بين العقل والعاطفة؛ فهذا من شأنه أن يخلق مزيداً من الوعي بالخبرات الانفعالية وتحديدتها ووصفها وتوجيه التفكير داخلياً للخبرات الوجدانية والتخييل الذهني لها، وينعكس أثر ذلك في حدوث مزيد من تحمل الكرب والصحة النفسية. كما إن مكون العقل المتفتح قام بدور معدل للعلاقة بين عمه المشاعر والاكتئاب لدى مرضى الفصام الوجداني، فالانفتاح الذهني لكل ما يدخل في حيز الوعي سواء من خبرات جديدة أو مختلفة عن الخبرة الحالية بمزيد من التقبل والفضول من شأنه أن يسمح بالإحاطة العقلية للخبرات الانفعالية المختلفة، وتوسيع مجال الوعي دون التعلق بخبرة محددة وتجاهل الخبرات الأخرى؛ الذي من شأنه أن يزيد من الوعي الانفعالي، بالتالي يقلل من إجتراح العقل للخبرات السلبية، ومحدودية التفكير، ومعه يشعر المريض بدرجة من الصحة النفسية ويقلل من أعراضه الاكتئابية.

ونفس ذلك الدور الإيجابي للتعقل وبعض مكوناته الفرعية في التقليل من تأثير عمه المشاعر في حدوث الاكتئاب، من خلال الدور الذي يقوم به التعقل في تنظيم الانفعال والوعي الانفعالي على المستوى النفسي السلوكي وعلى المستوى العصبي، ونذكر في هذا الصدد، بأن التعقل يشجع الفرد على مراقبة خبراته الحالية دون إصدار أحكام، ويُعتقد أن هذا قد يساعد الأفراد على التعود على الأفكار المقتحمة، وكذلك خفض محاولات قمع هذه الأفكار الذي تكون نتائجه عكسية، وينمي التعقل خطط تنظيم الانفعال التكيفية من خلال مساعدة الأفراد على الانتباه عن قصد لجميع الأفكار والانفعالات التي تظهر، وتقييم تلك الخبرات والاستجابة لها بالقبول، ويبدو أن الاستجابة بالقبول والانفتاح تجاه جميع الانفعالات التي تظهر يسمح للناس بمعالجة الانفعالات بطريقة صحيحة دون تجنبها أو إجترارها، رصد انفعالات الفرد ووصف خبرته الداخلية بالكلمات، ويمكن أن تساعد هذه المهارت على زيادة الوضوح الانفعالي، وتطوير القدرة على فهم الانفعالات، وقبولها. وتتضمن أساليب ممارسة التعقل في التطبيقات الإكلينيكية التنظيم الذاتي للانتباه حيث يتم الاحتفاظ بالخبرة الحالية، بما يسمح بمزيد من إدراك الأحداث العقلية في الوقت الحاضر، تبني توجه معين نحو الخبرة الشخصية، والذي يتميز بالفضول والانفتاح والتقبل (Keng, Smoski & Robins, 2011).

نتائج الفرض الثاني ومناقشتها: توجد فروق دالة إحصائية بين مرضى الفصام الوجداني والأسوياء في كل من التعقل وعمه المشاعر والاكتئاب، في اتجاه المرضى من حيث عمه المشاعر والاكتئاب، وفي اتجاه الأسوياء في التعقل :

قام الباحث باستخدام اختبار "ت" لحساب دلالة الفروق بين المتوسطات بين المجموعات المستقلة، وذلك لحساب دلالة الفروق الإحصائية بين مرض الفصام الوجداني والأسوياء في المتغيرات الثلاثة للدراسة الحالية، والجدول التالي توضح نتائج هذا الفرض :

جدول (٩) دلالة الفروق بين متوسطات الأسوياء ومرضى الفصام الوجداني في متغيرات الدراسة

المتغيرات	العينة	الأسوياء (ن=٣٥)		مرضى الفصام الوجداني (ن=٣٥)		قيمة "ت"	الدلالة الإحصائية
		المتوسط	الانحراف المعياري	المتوسط	الانحراف المعياري		
المتغيرات	الدرجة الكلية	٢٥١,٣	٢٩	٢٣٤,٢	٣٠,٨	٢,٣	دالة*
	المشاهدة والوصف	٢٧,٦	٤,٢	٢٥,٨	٤,٥	١,٧	دالة**
	الانتباه والوعي بال اللحظة الحالية	٢٣,٤	٤,٤	٢١,٨	٤,٥	١,٤	غير دالة
	عدم التفاعل	٢٥,٨	٤,٤	٢٤,٧	٨,١	٠,٦٧	غير دالة
	التقبل	٢٩	٤,٤	٢٥,٢	٤,٧	٣,٤	دالة***
	عدم إصدار الأحكام	٢٥,٢	٣,٥	٢٣,٨	٣,٦	١,٧	دالة**
	العقل الحكيم	٣٧,٤	٤,٣	٣٣,٢	٦,٥	٣,١	دالة***
	العقل المتفتح	٣٥	٥,١	٣٢,٦	٥,٣	١,٩	دالة*
	البحث عن الإستشارة	٢٩,٦	٦	٣٠,٥	٤,٧	٠,٧١	غير دالة
	المرونة	١٨	٣,١	١٦,٢	٣,٨	٢,٢	دالة*

تابع جدول (٩)

المتغيرات	العينة	الأسوياء (ن=٣٥)		مرضى الفصام الوجداني (ن=٣٥)		قيمة " ت "	الدلالة الإحصائية
		المتوسط	الانحراف المعياري	المتوسط	الانحراف المعياري		
لعمه المشاعر	الدرجة الكلية	٨٨,٧	١٢,٣	٩٤,٤	١٣	١,٧	دالة*
	صعوبة تحديد المشاعر	١٥	٤,٧	١٧	٤,٢	٠,٦٧	دالة*
	صعوبة وصف المشاعر	١٠	٣,٢	١١	٤	٠,٩٤	غير دالة
	تفسير المشاعر اعتماداً على الآخرين	٧,٨	٢,٦	٩,٨	٢,١	٣,٣	دالة***
	التفكير الموجه خارجياً	٢٠	٢,٩	١٩,٥	٣,٩	١,٦	غير دالة
	محدودية العمليات التصورية	١٩,٨	٣,٦	١٩,٦	٣,٧	٠,١٣	غير دالة
	العلاقات بين الشخصية المشكلة	١٥	٣,٩	١٧,٣	٤,١	٢,٤	دالة**
الاكتئاب		١٣,٢	٨,٧	٢٣,٦	١٢,٢	٤,٠٩	دالة***

* دالة عند ٠,٠٥ ، ** دالة عند ٠,٠١ ، *** دالة عند ٠,٠٠١

يتضح من خلال الجدول السابق الآتي :

١ - وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين كل من الأسوياء ومرضى الفصام الوجداني في الدرجة الكلية للتعلل، وذلك في اتجاه مجموعة الأسوياء؛ وهو ما يشير إلى أن الأسوياء أكثر تعقلاً من المرضى من حيث قدراتهم بصفه عامة في ممارسة التعلل كسلوك في حياتهم من المرضى. ومن حيث القدرات والمهارات النوعية للتعلل على نحو ما تمثلها المكونات الفرعية لمتغير التعلل، تبين وجود فروق جوهرية بين الأسوياء ومرضى الفصام الوجداني في كل من (القدرة على المشاهدة والوصف، والتقبل، وعدم إصدار الأحكام، والعقل الحكيم، والعقل المتفتح، والمرونة) في اتجاه مجموعة الأسوياء، يمكننا استنباط بعض الدلالات النفسية الإكلينيكية بأنه عند توجيه الاهتمام لنوعية المهارات الفرعية للتعلل بين الأسوياء والمرضى نجد أن الأسوياء لديهم قدر مرتفع عن المرضى في قدرتهم على مشاهدة ووصف خبراتهم الانفعالية والمعرفية عند توجيههم لانتباه المتعلل نحوها بنوع من القبول وعدم الحكم، وفي الوقت نفسه يمكنهم ممارسة إدارة وتنظيم ما بين العقل الانفعالي والعقل المنطقي، وهذا يحدث نوعاً من التفتح الذهني. وعلى الجانب الآخر لم تكن هناك فروق جوهرية بين الأسوياء ومرضى الفصام الوجداني في المكونات الأخرى للتعلل، حيث تشابهت درجات المرضى مع الأسوياء في كل من (الانتباه والوعي بال اللحظة الحالية، وعدم التفاعل، والبحث عن الإستثارة)، ونستدل نفسياً بأن ما يميز الأسوياء عن المرضى في درجة التعلل هو القدرة على المراقبة والوصف للخبرات وعدم الحكم عليها والمحاولات الفعالة في التوفيق والجمع بين العاطفة والعقل بما يسمح بمزيد من الاتزان الانفعالي وعدم الاندفاعية والتفتح الذهني والمرونة، هذا أكثر من التركيز على اللحظة الحالية وعدم التفاعل معها واستكشاف الخبرات الجديدة.

٢ - وبالنسبة لمتغير عمه المشاعر، اتضح من خلال النتائج لهذا الفرض وجود فروق جوهرية بين الأسوياء ومرضى الفصام الوجداني في الدرجة الكلية لعمه المشاعر في اتجاه المرضى، حيث

ارتفعت درجة مرضى الفصام الوجداني في عمه المشاعر بصفه عامة مقارنةً بالأسوياء. أما من حيث المكونات الفرعية المتضمنة في عمه المشاعر، فقد تبين وجود فروق جوهرية بين الأسوياء ومرضى الفصام الوجداني في بعض المكونات وهي: (صعوبة تحديد المشاعر، وتفسير المشاعر اعتماداً على الآخرين، والعلاقات بين الشخصية المشكلة)، حيث كانت الفروق في اتجاه المرضى، وعلى الجانب الآخر لا توجد فروق جوهرية بين الأسوياء ومرضى الفصام الوجداني في المكونات الأخرى لعمه المشاعر، والتي تتمثل في كل من: (صعوبة وصف المشاعر، والتفكير الموجه خارجياً، ومحدودية العمليات الصورية).

٣ - هناك فروق جوهرية ودالة إحصائياً بين الأسوياء ومرضى الفصام الوجداني في الاكتئاب، حيث ترتفع درجة المرضى في الشعور بالاكتئاب مقارنةً بالأسوياء، ومن الدلالات النفسية الإكلينيكية لهذه النتيجة بأن مرضى الفصام الوجداني يختلفون عن الأسوياء من حيث معاناتهم بشكل أكبر من الأفكار السلبية وعدم الشعور بالاستقرار الداخلي وافتقاد المعنى والاهتمام ونقص في تقديرهم لذاتهم وافتقاد المتعة، وهو ما يؤثر سلباً في ما يقومون به من أدوار ووظائف اجتماعية وينعكس أثره على الحالة الوجدانية والمعرفية والجسمية.

نجد أن "كوش" Koch, (2010) قد أوضح في دراسته بأن هذه الفئة الإكلينيكية تعاني من العجز الانتباهي، فالانتباه بوصف عملية أساسية في التعقل يجعل مرضى الفصام الوجداني أقل تعقلاً من الأسوياء، حيث يتطلب التعقل مواصلة الانتباه وكذلك التحكم الانتباهي، ويتطلب الانتباه المتواصل القدرة على الاكتفاء الذاتي الواعي، والمعالجة الواعية للمنبهات التي قد تؤدي صفاتها المتكررة غير المثيرة إلى التعود والإلتفاء بالمنبهات الأخرى، أما التحكم في الانتباه ففيه يركز الفرد الانتباه على مدى فترات طويلة من الزمن الأمر الذي يحتاج إلى تفاعل العديد من العمليات هي القدرة على مراقبة وتنظيم حالة الانتباه أثناء أداء المهمة ووظائف التحكم في الانتباه مثل مراقبة المعلومات وتحديثها، وتغيير الوجهه الذهنية. وبالمثل، نظراً لأن الممارسة الذهنية للتعقل تتطلب مراقبة وتعديل تركيز الفرد، فإن عمليات التحكم هذه يكون لها دور حاسم خلال ممارسة التعقل (Malinowski, 2013).

كما أن جوانب الضعف في بعض الوظائف النفسية العصبية الناتجة عن المرض قد تؤثر بصورة أو بأخرى في التمثيل الذهني للخبرة الانفعالية وإدراكها، وفي ذلك أكدت بعض الدراسات المهمته بالوظائف النفسية العصبية مثل: (Brenner, Lysaker, Wilt & O'Donnell, 2002; Madre et al., 2014) وكذلك دراسة (Homan & Vauth, 2016) على وجود خلل لدى مرضى الفصام الوجداني في المعالجة البصرية للمنبهات والذاكرة العاملة اللفظية وكذلك اضطراب في التفكير واللغة، وهذه الجوانب من شأنها أن تقوم بدور فعال في الوعي بالخبرة الانفعالية ومعالجتها. ونذكر أيضاً العلاقة بين القدرة على التمييز الوجداني للتعبيرات الوجهية لدى مرضى الفصام الوجداني وإدراكهم للخبرة الانفعالية وتفسير مشاعر الآخرين، حيث أشار "يوو وآخرون" Yue et al., (2011) إلى أن مرضى الفصام الوجداني لديهم صعوبة في التمييز العاطفي لملامح الوجه وإدراك تأثيره وتمييز الهوية، مقارنةً بالأسوياء.

قائمة المراجع

أولاً : مراجع باللغة العربية:

- البحيري، عبدالرقيب (٢٠١٩). مقياس وكسلر لذكاء المراهقين والراشدين الصورة الرابعة، القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
- شحات، بسمة (٢٠١٧). عمه المشاعر وفعالية الذات والعوامل الخمسة الكبرى للشخصية كمتغيرات منبئة ببعض مظاهر الاكتئاب لدى طلاب وطالبات الجامعة، (رسالة ماجستير غير منشورة)، كلية الآداب، جامعة القاهرة.
- الشخص، عبدالعزيز (٢٠١٣). مقياس المستوى الاجتماعي الاقتصادي للأسرة، القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
- الصبوة، محمد نجيب (٢٠١٥). علم النفس الإكلينيكي المعاصر: أساليب التشخيص والتنبيه: (ط٣)، القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
- الصبوة، محمد نجيب (٢٠١٠). دور علم النفس الإيجابي في تفعيل إجراءات الوقاية والعلاج النفسي، مجلة دراسات عربية في علم النفس، ٩(١)، ٢٥-١ .
- الضبع، فتحي وأحمد، محمود (٢٠١٣). فاعلية اليقظة العقلية في خفض أعراض الاكتئاب النفسي لدى عينة من طلاب الجامعة، مجلة الإرشاد النفسي، ٣٤، ٧٥-١ .
- عبدالستار، مروة (٢٠٢١). التعقل كعملية وسيطة بين تحمل الكرب النفسي والتنظيم الانفعالي لدى مرضى الوسواس القهري، (رسالة ماجستير غير منشورة)، كلية الآداب، جامعة الفيوم.
- عبدالفتاح، غريب (٢٠٠٢). قائمة بيك للاكتئاب التعديل الثاني (د-٢)، مجلة التربية، جامعة الأزهر: كلية التربية، ٩٤، ٢٨٣-٣٣٢ .
- فرج، صفوت (٢٠٠٧). القياس النفسي: (ط٦)، القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
- مطير، هدى (٢٠١٥). فعالية برنامج إرشادي لتنمية التوكيدية لخفض الإلكتسيثميا لدى عينة من المراهقات الكفيفات. (رسالة دكتوراه غير منشورة)، معهد الدراسات العليا للطفولة، جامعة عين شمس.

ثانياً : المراجع باللغة الانجليزية :

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 5th edn. American Psychiatric Publishing, Arlington.
- Baer. A.; Smith. T.; Hopkins. J.; Krietemeyer. J. & Toney. L. (2006). Using Self-Report Assessment Methods to Explore Facets of Mindfulness. *Assessment*, 13(1), 27-45.

- Bishop, S.; Lau, M.; Shapiro, S.; Carlson, L.; Anderson, N. & Carmody, J. et al. (2004). Mindfulness: A proposed operational definition. *Clinical Psychology: Science and practice*, 11(3), 230-241.
- Cavelti, M.; Homan, P. & Vauth, R. (2016). The impact of thought disorder on therapeutic alliance and personal recovery in schizophrenia and schizoaffective disorder: An exploratory study. *Psychiatry research*, 239, 92-98.
- David W. Hosmer, Stanley Lemeshow (2000). Applied logistic regression, USA, Wiley.
- Diehl, J.; McGonigal, P.; Morgan, A.; Dalrymple, K.; Harris, L.; Chelminski, I. & Zimmerman, M. (2020). Emotion regulation accounts for associations between mindfulness and depression across and within diagnostic categories, *Ann Clin Psychiatry*, 32(2), 97-106.
- Ermela, J.; Carterb, S.; Goldc, J.; MacDonald, W.; Raglandb, D.; Silversteinf, S.; Straussg, M. & Barchh, D. (2017). Self versus informant reports on the specific levels of functioning scale: Relationships to depression and cognition in schizophrenia and schizoaffective disorder, *Schizophrenia Research: Cognition*, (9), 1-7.
- Fairchild, A.J. & MacKinnon, D.P. (2009). A General Model for Testing Mediation and Moderation Effects, *Prev Sci*, 10(2), 87-99.
- Fung, K.P. (2003). Study of Alexithymia in Chinese Canadias (*Unpublished Master's Dissertation*), University of Toronto, Retrieved from Proquest Dissertations & Theses Database.
- Gilbert, P.; McEwan, K.; Gibbons, L.; Chotai, S.; Duarte, J. & Matos, M. (2012). Fears of compassion and happiness in relation to alexithymia, mindfulness, and self-criticism, *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 85, 374-390.
- Gilbert, P. (2004). DEPRESSION: A BIOPSYCHOSOCIAL, INTEGRATIVE, AND EVOLUTIONARY APPROACH. in Mick Power (ed), *Mood disorders : a handbook of science and practice* (99-142), England John, Wiley & Sons.
- Henry, J.; Rendell, P.; Green, M.; Mcdonald, S. & O'Donnell, M. (2008). Emotion Regulation in Schizophrenia: Affective, Social, and Clinical Correlates of Suppression and Reappraisal. *Journal of Abnormal Psychology*, 117(2), 473-478.
- Heshmatia, R.; Jafarib, E.; Hoseinifarc, J. & Ahmadid, M. (2010). Comparative study of alexithymia in patients with schizophrenia spectrum disorders, non-psychotic disorders and normal people, *Procedia Social and Behavioral Sciences*, (5), 1084-1089.
- Keng, S.L.; Smoski, M. & Robins, C. (2011). Effects of mindfulness on psychological health: A review of empirical studies. *Clinical Psychology Review*, (6), 1041-1056.

- Koch, J. (2010). Attentional Deficits in Schizophrenia and Schizoaffective Disorder. *Degree of Doctor of Philosophy*, USA, Hofstra University.
- Lange, S.M.M.; Schirmbeck, F.; Stek, M.L.; Murk Jansen, Y.R.; Van Rooijen, G.; de Haan, L.; Penninx, B.W.J.H. & Rhebergen, D. (2021). A comparison of depressive symptom profiles between current major depressive disorder and schizophrenia spectrum disorder. *Journal of Psychiatric Research*, 135, 143-151.
- Langer, E. (2002). Well-Being: Mindfulness Versus Positive Evaluation,. C. R. Snyder & Shane J. Lopez(Eds). *Handbook of Positive Psychology* (214-230), New York, Oxford University Press.
- Larsen, J.; Brand, N.; Bermond, B. & Hijman, R. (2003). Cognitive and emotional characteristics of alexithymia A review of neurobiological studies. *Journal of Psychosomatic Research*, 54, 533-541.
- Linehan, Marsha. (2014). *DBT Skills Training Manual:2 Ed*, New York, The Guilford Press..
- Maaben, E.; Buttner, M.; Brocker, A.L.; Stuke, F.; Bayer, S.; Hadzibegovic, J.; Just, S.; Bertram, G.; Rau, R.; Haebler, D.; Lempa, G. & Montag, C. (2021). Measuring Emotional Awareness in Patients with Schizophrenia and Schizoaffective Disorders, *Frontiers in Psychology*, 12, 725-787
- Malaspina, D.; Owen, M.J.; Heckers, S.; Tandon, R.; Bustillo, J.; Schultz, S.; Barch, D.M.; Gaebel, W.; Gur, R.E.; Tsuang, M.; Van Os, J. & Carpenter, W. (2013). "Schizoaffective disorder in the DSM-5". *Schizophrenia Research*. 150(1), 21-25.
- Marneros, A. (2003). The schizoaffective phenomenon: The state of the art, *Acta Psychiatr Scand*, (108), 29-33.
- Marneros, A.; Deister, A. & Rohde, A. (2002). Bipolar schizoaffective disorders. In Andreas Marneros and Jules Angst (eds), *Bipolar Disorders 100 years after manic-depressive insanity*, New York, Kluwer Academic Publishers.
- Mosolov, S.N. (2020). Diagnosis and treatment depression in schizophrenia, *Consortium Psychiatricum*, 1(2), 29-42.
- Norman, H.; Oskis, A.; Marzano, L. & Coulson, M. (2021). The relationship between alexithymia and self-harm: The mediating role of mindfulness, *Scand J Psychol*, 61(6): 855-876.
- Pinto, A. (2008). Mindfulness and Psychosis. in Fabrizio Didonna and Jon Kabat-Zinn(eds). *Clinical Handbook of Mindfulness*, New York, Springer Science Business Media.
- Porcelli, P. & Mihura, J. (2010). Assessment of AlexithymiaWith the Rorschach Comprehensive System: The Rorschach Alexithymia Scale (RAS). *Journal of Personality Assessment*, 92(2), 128-136.

- Qasim, N.; Rana, H. & Ashraf, R. (2022). Mindfulness and Psychological Distress in Medical Students: Mediating Role of Emotion Regulation, *Pakistan Journal of Medical & Health Sciences*, 16(7), 568-571.
- Rayan, Ahmad. (2017). Mindfulness, Quality of Life, and Severity of Depressive Symptoms Among Patients With Schizophrenia and Patients With Major Depressive Disorder, *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 55(5), 40-50.
- Shapiro, S.; Schwartz, G. & Santerre, C. (2002). Meditation and Positive Psychology. C. R. Snyder & Shane J. Lopez (Eds). *Handbook of Positive Psychology* (632-645), New York, Oxford University Press.
- Siegel, R.; Germer, C. & Olendzki, A. (2008). Mindfulness: What Is It? Where Did It Come From?.in Fabrizio Didonna and Jon Kabat-Zinn(eds). *Clinical Handbook of Mindfulness* (17-36), New York, Springer Science Business Media .
- Singh, K.; Arteche, A. & Holder, M. (2011). Personality factors and psychopathy, alexithymia and stress.*Asian Journal of Psychiatry*, 4, 35-40.
- Tabak, N.; Horan, W. & Green, M. (2015). Mindfulness in schizophrenia: Associations with self-reported motivation, emotion regulation, dysfunctional attitudes, and negative symptoms, *Schizophr Res*, (168), 537-542.
- Taylor, G.J. (2000). Recent developments in alexithymia theory and research.*Canadian Journal of Psychiatry*, 45, 134-142.
- Taylor, G.J.; Bagby, R.M. & Parker, J.D. (1997). *Disorders of Affect Regulation: Alexithymia of Affect Regulation*, New York, Cambridge University Press.
- Teixeira, Ricardo, J. & Pereira, M. Graça. (2015). Examining Mindfulness and Its Relation to Self-Differentiation and Alexithymia, *Mindfulness* (6),79-87.
- Turner, Jasmine. (2020). The Role of Mindfulness in Alexithymia, Depression and Meditation, Thesis (B. PsychSc (Hons)) - University of Adelaide, South Australia, School of Psychology.

Mindfulness and its relationship to both Alexithymia and Depression Among Patients of Schizoaffective and Normals

By

Ashraf M. Naguib Abdel Latif
Dept. Psychology - Sohag University

Mohammed Abdel Rahman Syed
Clinical psychologist and
Psychological expert in family courts

Abstract:

The current study aimed to reveal the relationship between mindfulness alexithymia, and depression, in the light of revealing the ability of the mindfulness variable to modify the size and direction of the association between alexithymia and depression in the study sample. The study relied on the descriptive correlational comparative method, and the cross-sectional design of the case group (patients of schizoaffective) versus the control group (normal). The total study sample consisted of (70) respondents, which included (35) respondents from Patients of schizoaffective disorder and (35) respondents from normal subjects of both sexes. The average age of the normal sample was (33.4) years, with a standard deviation of (7.8), in When the average age of the patients sample was (34.6) years, with a standard deviation (9.5), and the researchers used a battery of questionnaires that included schizoaffective questionnaire and mindfulness questionnaire which were prepared and rationing by the researchers, in addition to the questionnaire of "Jason Thompson" for alexithymia, translated by Basma Shahat and The Beck depression Inventory (BDI-II) translated by Gharib Abdel-Fattah. The results of the study showed that the variable of mindfulness is a modifying variable for the relationship between alexithymia and depression in both normals and patients with schizoaffective in the total degree and some of its sub-components included: the viewing and description component, non-interaction component, attention and awareness of the present moment, non-judgment, wise mind, and the component open mind. The results of the study also found statistically significant differences between both the normal and patients with schizoaffective in the total degree of mindfulness and some components in favor of the group of the normals, with regard to the variable of alexithymia in the patients' direction, the degree of patients with schizoaffective also increases in feeling depressed in a significant way compared to the normals.

Key Words: Mindfulness - Alexithymia - Depression - Schizoaffective disorder.