سمات الشخصية المميزة للأفراد المصابين ببعض الاضطرابات النفسية بمنطقة الباحة في المملكة العربية السعودية

*عبد الله الزهراني ومحمد بني يونس**

ملخّص

هدفت الدراسة الحالية إلى الكشف عن سمات الشخصية لدى عينة متاحة من الأفراد الأسوياء، حيث بلغت 78، وغير الأسوياء من المصابين بكل من اضطرابات القلق والاكتئاب والاضطرابات الجسدية، وقد بلغت العينة 190 فرداً، وسعت الدراسة إلى إيجاد الفروق بينهم تبعاً للسمات وتحديد القدرة التنبؤية لهذه السمات في فئات الاضطرابات الثلاث. وللكشف عن سمات الشخصية تم استخدام مقياس سمات الشخصية الذي أعده (روسالف، 1991) وعمل على تطويره للبيئة الأردنية (بني يونس وأبو جدي، 2009).

أشارت نتائج التحليل الإحصائي إلى وجود فروق دالة إحصائياً بين أفراد العينة ككل (الأسوياء وغير الأسوياء) في السمات الشخصية جميعها وبكل مستوياتها من جهة ووجود فروق دالة إحصائياً بين أفراد العينة غير الأسوياء في سمات الشخصية جميعها وبكل مستوياتها من جهة ثانية، كما أظهرت نتائج التحليل الإحصائي وجود ثلاث سمات من سمات الشخصية، وهي: سمة النشاط في الأداء العقلي، وسمة الانفعالية في الأداء التواصلي، وسمة المرونة في الأداء العقلي، لها قدرة تنبؤية واضحة، حيث بلغ مجموع ما فسرته مجتمعة معاً من التباين بين الحالات المرضية والسوية (35%) من ناحية، ووجود ثلاث سمات من سمات الشخصية، هي: سمة وتيرة الاستجابة في الأداء التواصلي، وسمة وتيرة الاستجابة في الأداء العقلي، وسمة الانفعالية في الأداء العقلي فسرت مجتمعة (14%) من التباين بين فئات الاضطرابات الثلاث من ناحية ثانية.

وقد أوصت الدراسة بضرورة العمل على خفض مستوى سمة الانفعالية في الداء الحس حركي والعقلي والتواصلي لدى عينة المصابين باضطرابات القلق والاكتئاب والاضطرابات جسدية الشكل، من خلال إعداد برامج نفسية سلوكية وانفعالية ومعرفية هادفة، وإعداد بروفيل يتضمن سمات الشخصية المميزة لهذه الاضطرابات.

الكلمات الدالة: سمات الشخصية، الاضطرابات النفسية.

المقدمة

مشكلة الدراسة

تعد الاضطرابات النفسية من الاضطرابات الخطرة، وذات التأثير السلبي في فاعلية أداء الأفراد، وهي ناجمة عن تفاعل الفرد مع بيئته المادية، والاجتماعية، والنفسية، ومن بينها سمات الشخصية (أبو طالب، 2000)

من هنا فإن البحث في سمات الشخصية المميزة للمصابين بالاضطرابات النفسية له أهمية استثنائية، وبخاصة أن أغلب الدراسات الأجنبية والعربية ركزت على نسب انتشار هذه الاضطرابات والكشف عن سمات الشخصية، كسمة الانبساطية، والانطوائية، والعصابية، باستخدام مقاييس أيزنك، وكاتل وغيرهم، في حين تحاول الدراسة الحالية الكشف عن وجود سمات شخصية فريدة ومميزة للمصابين بهذه الاضطرابات. وتشير الإحصائيات الصادرة عن المديرية العامة للشؤون الصحية بمنطقة الباحة، إلى ازدياد عدد المراجعين للعيادات النفسية والمصابين باضطرابات القلق،

* قسم علم النفس، كلية الآداب، الجامعة الأردنية.
تاريخ استلام البحث 2009/7/26 وتاريخ قبوله 2010/6/10.

© 2010 عمادة البحث العلمي/ الجامعة الأردنية. جميع الحقوق محفوظة.

والاضطرابات الاكتئابية، والاضطرابات جسدية الشكل، إذ بلغ (8888) مصاباً، و(9120) مصابةً، تراوحت أعمارهم بين (15–65) سنةً للعامين 2007/2006، و2008/2007، أي ما مجموعه (18008) مصاباً ومصابةً، تأتي هذه الدراسة للوقوف على واقع المشكلة ميدانياً في منطقة جغرافية صغيرة، تسمى بمنطقة الباحة في المملكة العربية السعودية، وذلك من خلال توزيع مقياس لأول مرة يتم تطبيقه على البيئة العربية، يكشف عن بعض سمات الشخصية، بهدف الإسهام في معرفة الفروق بين هذه الاضطرابات تبعاً لهذه السمات، وما تفسره هذه السمات من هذه الاضطرابات. وفي هذا الإطار، فإن مشكلة الدراسة تتمثل في الإجابة عن السؤال الآتي:

"ما سمات الشخصية المميزة للمصابين باضطرابات القلق، والاكتئاب، وجسدية الشكل لدى عينة من المراجعين للعيادات النفسية بمنطقة الباحة في المملكة العربية السعودية؟".

هدف الدراسة وأسئلتها

هدفت الدراسة الحالية الكشف عن بعض سمات الشخصية المميزة للمصابين (غير الأسوياء) بكل من اضطرابات القلق، والاكتئاب، وجسدية الشكل، وإيجاد الفروق بين هذه الاضطرابات تبعاً لهذه السمات، ومقدار ما تفسره هذه السمات من هذه الاضطرابات، وذلك من خلال الإجابة عن الأسئلة الآتية:

السؤال الأول: ما توزيع سمات الشخصية لدى أفراد عينة الدراسة (الأسوياء وغير الأسوياء) ككل؟

السؤال الثاني: هل توجد فروق دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في سمات الشخصية بين المصابين بكل من اضطرابات القلق، والاكتئاب، وجسدية الشكل من جهة، والأسوياء من جهة أخرى؟

السؤال الثالث: ما سمات الشخصية التي تميز بين الحالات المرضية والسوية لدى أفراد عينة الدراسة؟

السؤال الرابع: ما سمات الشخصية التي تميز بين الحالات المرضية الثلاث لدى أفراد عينة الدراسة؟

أهمية الدراسة

تنبثق أهمية الدراسة من أهمية الصحة النفسية للفرد، بوصفها وسيلةً وغايةً في آن واحد لجميع برامج التطوير والتوعية والتنمية، الأمر الذي يترتب عليه ضرورة مساعدته في التشخيص الشمولي، لكي يتسنى العمل على وقايته وعلاجه. ونظراً للظروف الصعبة والأحوال المعيشية القاسية والهموم التي يعاني منها الأفراد في مجتمعاتنا، و التي غالبا ما تفوق قدرات، مصادر، وإمكانات، الأفراد والمؤسسات، فإنها تؤدي إلى ظهور زملة من الأعراض الفسيولوجية والنفسية والتي بدورها تؤثر سلباً في فاعلية أداء الأفراد وإنتاجيتهم، وارتفاع التكاليف العلاجية التي تتحملها المؤسسات.

وعليه، يبدو وفي حدود علم الباحثان، بأن هذه الدراسة، ربما تكون المحاولة الأولى في منطقة الباحة، لتسليط الضوء على هذه الاضطرابات، والكشف عن المكون الشخصي فيها. من هنا، يمكن تلخيص أهمية الدراسة الحالية بالآتي:

1- أنها تساعد القائمين على تقديم الخدمات النفسية، بضرورة مراعاة سمات الشخصية في التشخيص والعلاج، من خلال تضمين المقياس المعتمد في هذه الدراسة كأداة مساعدة في التشخيص النفسي.

2- إن الدراسة تقدم خدمة للباحثين والمهتمين في الممارسة الإكلينيكية بما تقدمه من معلومات عن سمات الشخصية المميزة للاضطرابات النفسية، للعمل على إعداد بروفيل شمولي يتضمن جميع الجوانب المميزة للمصابين بالاضطرابات النفسية.

3- إن الدراسة يمكن أن تكون مؤشراً وحافزاً إلى دراسات أخرى مستقبلية معمقة وشاملة لتشخيص فئات أخرى من الاضطرابات النفسية.

التعريفات النظرية والإجرائية لمتغيرات الدراسة

في ضوء مطالعة الباحثان للأدب السيكولوجي والدراسات السابقة ذات الصلة، فقد تم تحديد تلك التعريفات اعتماد ما جاء مناسباً لأهداف الدراسة، وذلك على النحو الآتي:

1- سمات الشخصية (Personality Traits) :

هي جملة من السمات يبلغ عددها أربع سمات ثنائية القطب، هي: النشاط – الخمول، المرونة – الجمود، وتيرة الاستجابة السريعة – وتيرة الاستجابة البطيئة، الاستثارة الانفعالية – الاتزان الانفعالي، ويعبر عنها بواقع (150) فقرةً

في النسخة الأصلية للمقياس، بينما أصبح يعبر عنها بواقع (124) فقرةً في النسخة المعرّبة والمعدّلة للبيئة الأردنية، وهذه السمات يعبر عنها في ثلاثة مواقف حياتية، وتتمثل في موقف الأداء الحسحركي، وموقف الأداء المعرفي، وموقف أداء التواصل البينشخصي، وكل سمة من هذه السمات الأربع وفي المواقف الثلاثة يُعبر عنها في ثلاثة مستويات، تتراوح بين (منخفض، متوسط، مرتفع) (بني يونس وأبو جدي، 2009؛ Rucalov, 1991). أما إجرائياً فهي الدرجة التي يحصل عليها الفرد المضطرب نفسياً من خلال إجابته عن فقرات المقياس المعتمد في هذه الدراسة.

2- الاضطرابات النفسية (Mental or Psychological Disorders) :

هي قائمة من الاضطرابات النفسية، والتي تتمثل في ظهور جملة من الأنماط أو المتلازمات لاختلالات سلوكية ونفسية وبيولوجية، ووظيفية لدى الفرد المصاب (APA, 2000). أما إجرائياً فهي الدرجة التي يحصل عليها الفرد المضطرب نفسياً باستخدام الأدوات التشخيصية لاضطرابات القلق، والاكتئاب، وجسدية الشكل، من قبل الطبيب النفسي المعتمد في العيادات النفسية بمنطقة الباحة في المملكة العربية السعودية.

حدود الدراسة

اقتصرت الدراسة الحالية على عينة من المصابين باضطرابات كل من القلق، والاكتئاب، وجسدية الشكل، والمراجعين للعيادات النفسية في منطقة الباحة بالمملكة العربية السعودية، وعينة من الأفراد الأسوياء باستخدام أداة معربة ومعدلة للبيئة الأردنية، تقيس سمات الشخصية، نفسها للعامين 2007/2006، 2008/2007.

الأدب النظري

فيما يأتي استعراض لأبرز جوانب الأدب النظري المتعلق باضطرابات القلق، والاكتئاب، وجسدية الشكل، وسمات الشخصية المميزة لها، وذلك على النحو الآتي:

تأصيل مفهوم الشخصية لغة واجرائياً

يُعد مفهوم الشخصية من المفاهيم النفسية الهامة التي حظيت باهتمام الفلاسفة والمفكرين من مختلف ميادين المعرفة. وتعود الاهتمامات لوصف هذا المفهوم إلى الحضارة اليونانية القديمة، حيث إن أصل المفهوم يعود إلى كلمة يونانية مكونة من مقطعين هما: "Personare"، أي عبر الصوت (كمال، 1988).

أما تعريف مفهوم الشخصية إجرائياُ، فهناك تعريفات عديدة، ومختلفة، باختلاف المدارس، والاتجاهات في علم النفس. وفي ضوء ذلك، تعرف الشخصية بأنها نظام بيو-سيكو-بيئي مفتوح(بني يونس،1009).

وصف مفهوم السمة وتفسيرها:

يتسم الإنسان كذات فريدة بجملة من السمات تضفي عليه خصوصية لا مثيل لها، سواء كان هذا الإنسان سوياً أم غير سوي، وهذه السمات كصفات ثابتة نسبياً موجودة لدى الأسوياء وغير الأسوياء كافة، ولكن بدرجات مختلفة، وهي قابلة للتقييم والتقويم معاً، أي يمكن تعديلها، وذلك بتعظيم الجوانب الإيجابية أو القطب الإيجابي في كل سمة، والتقليل من الجوانب السلبية أو القطب السلبي في كل سمة.

وعليه، فالسمة هي نتاج حصيلة عمليات واسعة من التفاعل والتوازن في كيان الكائن الحي بيولوجياً وبيئياً، أي أنها حصيلة تفاعل بين عوامل بيولوجية (وراثية، وعصبية، وهرمونية) من جهة، وعوامل بيئية (مادية، واجتماعية) من جهة أخرى (بني يونس، 2004).

وتنسجم سمات الشخصية المعتمدة في هذه الدراسة مع تصنيفات كل من كاتل وجلفورد، حيث إنها تعبر عن سمات مورفولوجية، وفيسيولوجية، وسيكولوجية، كما أنها تنتمي إلى فئة السمات المزاجية، والتي تتمثل بالإيقاع، والشكل، والمثابرة، وهي ما تعرف بالسمات السلوكية المتعلقة بجوانب تكوينية للاستجابة، كالسرعة، أو الطاقة، أو الاستجابة الانفعالية (باظة، 1997).

لقد ظهرت نظريات عديدة تناولت وصف وتفسير الشخصية وتصنيفها، ومن بينها تصنيفات كاتل، وجلفورد للسمات كما في وردت في باظة (1997)، وصنف كاتل

السمات من حيث الشمولية إلى سمات مصدرية، وسمات سطحية، ومن حيث العمومية إلى سمات عامة، وسمات فريدة، أما من حيث النوعية، فصنفها إلى سمات معرفية، وسمات وجدانية، وسمات مزاجية. وأما جلفورد، فقد صنف سمات الشخصية إلى سمات مورفولوجية، وسمات فيسيولوجية، وأخرى سيكولوجية.

واستناداً إلى ذلك، تعبر سمات الشخصية الحالية عن ظاهر سلوكية، ومعرفية، وانفعالية، واجتماعية، وهذه السمات يبلغ عددها أربع سمات، هي:

- النشاط أو الحيوية – الخمول، والمرونة – الجمود، ووتيرة الاستجابة (السريعة أو الاندفاعية) – وتيرة الاستجابة البطيئة (التأملية)، والانفعالية (الاتزان الانفعالي – الاستثارة الانفعالية).

المظاهر الدالة على سمات الشخصية:

يستدل على سمات الشخصية الأربع كما ورد في بني يونس وأبو جدي(2009)، من خلال أداء الشخص الحسحركي، والعقلي، والتواصلي، حيث تضفي هذه السمات طابعاً خاصاً وفريداً، تميز كل شخصية عن الأخرى، وهي موجودة في كل شخصية، ولكنها تختلف من شخصية إلى أخرى في

مستوى وجودها، كما وتعد هذه السمات بمثابة أساليب معرفية، وسلوكية، وانفعالية، تساعد الفرد على التكيف مع البيئة المادية والاجتماعية المحيطة به. وتعبر **سمة النشاط** وفقاً لنوع الأداء الذي يقوم به الشخص (حسحركي، وعقلي، وتواصلي) عن مستوى قدرته على القيام بأداء معين بثقة واقتدار، فالشخص النشط هو الأقدر على أداء أية مهمة بفاعلية، وسرعة، وإتقان، حيث تعكس التباين بين الأفراد في مدى إقبالهم على المخاطرة، والمغامرة في اتخاذ القرارات لأداء المهمات، فالأفراد ذوو النشاط المرتفع لديهم الرغبة في المغامرة وتحدي المجهول لتحقيق أهدافهم، وهم الأكثر قدرةً على مواجهة المواقف الجديدة أو غير المألوفة، وغير التقليدية، في حين أن الأفراد ذوي النشاط المنخفض أكثر انتباهاً للمواقف، ولا يتسرعون في اتخاذ القرارات حيالها، كما أنهم أقل ميلاً للمجازفة في مواجهة المواقف الجديدة وغير المألوفة بالنسبة لهم، ولا يبدون أية رغبة في تحدي المجهول وتجريبه، بل يفضلون المواقف التي تتميز بالواقعية المألوفة والتقليدية.

أما **سمة المرونة** في مجالات الأداء الحسحركي، والعقلي، والتواصلي، فهي تعبر عن التنوع الذي يأتي به الفرد، وتشير إلى درجة السهولة التي يُغير بها الفرد موقفاً ما أو وجهة نظر معينة عند حل مشكلة معينة ومواجهتها، حيث يتصف الأفراد ذوو المرونة بقدرتهم على التخلص من السياق العادي للتفكير، واتباع نمط جديد من التفكير، وسرعتهم في إنتاج أكبر عدد ممكن من الأفكار المختلفة المرتبطة بموقف ما.

وأما **سمة نمط أو وتيرة الاستجابة** في مجالات الأداء الحسحركي، والعقلي، والتواصلي، فإنها تعبر عن الفروق بين الأفراد في السرعة والدقة، والتروي في الاستجابة أثناء معالجتهم للمعلومات المرتبطة بالمواقف التي يتعرضون إليها، حيث غالباً ما يميل الأفراد ذوو الاستجابة السريعة أو المرتفعة إلى الاندفاع، والاستجابة المتسرعة للمثيرات التي يتعرضون إليها، مما يجعلهم أكثر عرضةً لارتكاب الأخطاء، فغالباً ما يتسرعون في أداء المهمات، ولا يدققون في جميع عناصر الموقف، مما يتسبب في وقوعهم في أخطاء كثيرة، أو اتخاذ قرارات متعجلة.

وأما **سمة الانفعالية** في مجالات الأداء الثلاثة، تعكس الفروق بين الأفراد في درجة الحساسية نحو المواقف التي يتعرضون إليها، حيث إن الأفراد ذوي الحساسية الانفعالية المرتفعة أكثر عرضةً لارتكاب الأخطاء؛ نظراً لانخفاض عتبة الحس الانفعالي لديهم. وينظر إلى سمات الشخصية باعتبارها من المكونات الأساسية المميزة للاضطرابات النفسية.

مفهوم الاضطراب النفسي:

يُعرّف الاضطراب النفسي وفقاً للدليل التشخيصي والإحصائي الرابع المعدّل (DSM, IV-TR) للاضطرابات النفسية، بأنه جملة من الأنماط أو المتلازمات السلوكية والنفسية ذات الدلالة الإكلينيكية، والمرتبطة بوجود حالات من الضيق (كأن تكون الأعراض مؤلمة)، أو العجز (أي الضعف في ناحية أو أكثر من النواحي الوظيفية)، أو زيادة احتمال المعاناة، أو الموت، أو الألم، أو فقدان الحرية بشكل أكبر

(APA, 2000).

ويشير الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع المعدّل (DSM, IV-TR) للاضطرابات النفسية إلى قائمة واسعة من الاضطرابات النفسية، ومن بينها: اضطرابات المزاج (Mood Disorders) كالاكتئاب الأساسي مثلاً، واضطرابات القلق (Anxiety Disorders)، كاضطراب ما بعد الصدمة النفسية (PTSD) مثلاً، والاضطرابات ذات المظهر الجسمي أو ما تسمى بالاضطرابات جسدية الشكل (Somatoform Disorders) كتوهم المرض مثلاً، والمعتمدة في هذه الدراسة (APA, 2000).

ووفقاً لتعريف الاضطراب النفسي الوارد ذكره سابقاً في (APA, 2000)، وتأسيساً على ما سبق، يبدو أن المصاب باضطرابات القلق، والاضطرابات الاكتئابية (Depressive Disorders)، والاضطرابات جسدية الشكل، يتميز بجملة من المتلازمات السلوكية والنفسية (المعرفية منها، والانفعالية، والشخصية) ومن بينها بعض سمات الشخصية.

وصف مفهوم اضطراب القلق:

تعرّف الرابطة الأمريكية للطب النفسي (1994) مفهوم القلق، بأنه: الخشية من خطر مرتقب (Apprehension)، أو التوتر (Tension)، أو الارتباك (Uneasiness) من توقع الخطر، ويكون مصدره غير معروف أو غير مفهوم إلى حد كبير، حيث تتحدد أصوله في الأساس من داخل النفس (Intrapsychic)؛ لتمييزه عن "الخوف" (Fear) الذي هو استجابة انفعالية لتهديد خارجي يدركه الفرد بطريقة واعية (Edgerton and Campbel, 1994).

اضطرابات القلق (Anxiety Disorders) هي فئات فرعية عديدة ومتنوعة وواسعة من الاضطرابات النفسية، ورد ذكرها في الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع المعدّل للاضطرابات النفسية (DSM, IV, TR, 2000) :

وتشمل الصور الإكلينيكية العامة لاضطرابات القلق على الأعراض المزاجية، والمعرفية، والجسمية، والحركية.

تفسير اضطراب القلق:

لقد توالت جهود العلماء للكشف عن أسباب اضطرابات القلق، فظهرت نظريات عديدة لتفسيرها، ومنها **النظريات النفسية الدينامية، والنظريات السلوكية، والنظريات المعرفية، والبيولوجية** (الوراثية، والعصبية الكيميائية) (Holander, Semeon and Gorman, 1994).

ويلخص بعض الباحثين **النظريات النفسية الدينامية** في تفسير القلق في ضوء التشبيه بالمرجل (Boiler Analogy)، بحيث تكون الشخصية بمثابة المرجل أو البويلر، ويكون الصراع هو الحرارة الموجودة تحت البويلر وتولد الضغط فيه، وأما القلق هو الضغط الموجود في البويلر، فإذا كان مستوى الحرارة منخفضاً يكون الضغط في البويلر منخفضاً، وبالتالي يكون من غير المحتمل أن تنشأ مشكلات، بينما إذا كانت الحرارة شديدة، فإن الضغط في البويلر يكون مرتفعاً، وبالتالي تنشأ مشكلات كثيرة، فإذا لم يجر تفريغ الضغط أو نقله إلى نظام آخر، فإن جوانب أو حوائط البويلر تكون واقعة تحت ضغط شديد وتلك هي حالة القلق (Holmes, 1994).

وأما **النظريات السلوكية** فتستند في تفسيراتها لاضطرابات القلق إلى الإشراط الكلاسيكي في تفسير تطور القلق (Classical Conditioning)، والإشراط الإجرائي (Operant Conditioning) في تفسير الأعراض المختلفة للسلوك المتعلقة بالقلق (Holmes, 1994). لقد صار **للنظريات المعرفية** التي تركز على التأثيرات المعرفية أثر فاعل في علاج المخاوف الاجتماعية، واضطرابات القلق المعمم، واضطرابات الهلع أو الذعر (Panic) (Butler, 1989; Clark, Salkovohis and Gelder, 1988). وتركز النظريات المعرفية على الحساسية الكبيرة لدى الأفراد الذين يعانون اضطرابات القلق للمفاتيح (Cues) المنبئة بالخطر، ويؤدي بهم تفسير تلك الخبرات بطريقة مهددة إلى تفاقم القلق الذي يؤول بالتالي إلى تطور أعراض يستجيبون حيالها بمزيد من القلق (Matheus and MacLead, 1986). وتستند التفسيرات المعرفية لاضطرابات القلق إلى إطار عام من المفاهيم والمبادئ التي تؤكد أن بعض الأفراد يبدون مشكلات خاصة بمعالجة المعلومات المتعلقة بالتهديد (Threat-Related in Formation Processing)، حيث يتطور القلق لديهم في سياق بعض العمليات العقلية المعرفية كانتباه الأفراد للتهديدات المحيطة بهم بطريقة انتقائية (الانتباه الانتقائي) وتذكرهم لها بطريقة

انتقائية (التذكر الانتقائي)، وتفسيرهم للمواقف المحايدة على أنها مواقف مهددة (سوء التفسير)، وتوقعهم بشكل خاطئ أن أمراً من سوء الطالع سوف يحدث (التوقعات الخاطئة) (Butler and Mathews, 1983).

وعلى الرغم من الاعتقاد بأن القلق نفسي في الأساس، ناتج عن الصراعات، أو الإشراط غير المناسب، أو المعارف الخاطئة أو المشوهة، فقد قدم باحثون أدلة على **الأساس البيولوجي** (الوراثي منها، والعصبي – الكيميائي) للقلق، حيث أكدوا وجود أساس بيولوجي واحد لكل اضطرابات القلق، فاضطرابات القلق المختلفة لها أسبابها البيولوجية المختلفة (Holmes, 1994).

وقد بينت الدراسات الوراثية كدراسات العائلة، ودراسة التوائم المتطابقة أو الأحادية (Monozygotic Twinsc, MZ)، والتوائم الثنائية (Dizygotictwins, DZ)، وجود أساس وراثي

يقف وراء الأسباب الفيسيولوجية المسؤولة عن اضطرابات القلق (Carey, 1982; Turner, Bidel and Nathan, 1985; Kendler, Neale and Kessler, 1992).

وعلى الرغم من وجود دلائل قوية على وجود أسس بيولوجية لاضطرابات القلق، فإن الاعتماد على تفسير واحد دون آخر ينطوي على تبسيط زائد في فهم تلك الظاهرة. وعليه، فإن نموذج الاستعداد – الضغط (Diathesis-Stress Model)، والنموذج البيولوجي النفسي الاجتماعي (Biopsychosocial Model) هما النموذجان الأمثل في تفسير اضطرابات القلق وغيرها من الاضطرابات النفسية (Davison, Neale and Kring, 2004).

وصف اضطراب الاكتئاب:

يعد الاكتئاب من أكثر الاضطرابات النفسية انتشاراً بعد القلق، حيث تشكل نسبة الاكتئاب مع القلق أعلى نسبة بين زوار العيادات النفسية في المستشفيات والمصحات النفسية، ومراكز العلاج النفسي في الجامعات ومؤسسات الصحة النفسية (إبراهيم، 1998).

ويعد الاكتئاب من أكثر اضطرابات المزاج (Mood Disorders) شيوعاً، وهو بمثابة الأرضية الواهنة العامة للاضطرابات النفسية، حيث يبدو أن المجتمع الإنساني انتقل من "عصر القلق" (Age of Anxiety) إلى "عقد الاكتئاب" (Decade of Depression) (Holmes, 1994).

ووفقاً للرابطة الأمريكية للطب النفسي (1994(يشير مفهوم الاكتئاب لوصف المزاج بالحزن، واليأس، ووهن العزيمة. وهنا قد يكون حالة من الشعور العادي، وتعد المظاهر الصريحة له متباينة بشكل كبير، وقد تكون متأثرة بنوعية الثقافة. علاوةً على ذلك، قد يكون الاكتئاب عرضاً يلاحظ في العديد من الاضطرابات الجسمية والنفسية، أو زملة من الأعراض المتلازمة تظهر كأعراض ثانوية لاضطراب يكمن وراءها، أو قد يكون اضطراباً نفسياً نوعياً (Edgerfon and Campbell, 1994).

تتضح الصورة الإكلينيكية للاكتئاب بشكل أكثر دقة وعملية من خلال تحديد الأعراض التي يتسم بها الاكتئاب (Symptomatology of Depression)، حيث يتضمن الاكتئاب عدة معان تتراوح من الانخفاض الوقتي أو العابر في المزاج مما تتسم به طبيعة الحياة ذاتها، إلى الزملة الإكلينيكية التي تتسم بمظاهر جوهرية تتمثل في شدة الاضطراب، وطول مدته، والعلامات والأعراض المتلازمة، والتي تختلف بشكل ملحوظ عن معايير السواء.

وتنعكس هذه المعالم الإكلينيكية في فئاتها المميزة بوضوح في المحكات التشخيصية للاكتئاب، كما ينظمها رسمياً ومهنياً التصنيف الدولي العاشر للاضطرابات النفسية والسلوكية (ICD-10, 1992)، والدليل التشخيصي والإحصائي الرابع المعدل للاضطرابات النفسية (DSM, IV, TR, 2000) للرابطة الأمريكية للطب النفسي.

يشير المرضى الاكتئابيين إلى شكاوى لها دلالات إكلينيكية مباشرة يعبرون بها عن حالتهم، تتمثل في شكاوى نفسية، وشكاوى طبية موضعية (Localized Medical)، وشكاوى طبية معممة (Generalized Medical)، وشكاوى طبية ونفسية، وشكاوى طبية عامة وموضعية (Holmes, 1994)

تفسير اضطراب الاكتئاب:

بفضل تضافر جهود الباحثين والاختصاصيين الإكلينيكيين، توفرت ثروة من النظريات والنماذج التفسيرية

للاكتئاب، والتي أكدت في مجملها على أن الاكتئاب يُعزى إلى العديد من العوامل.

حيث يبدو من نتائج الدراسات التي تناولت تأثير **العوامل الوراثية** في الاكتئاب، أن هذه العوامل تقوم بدور مهم في الاكتئاب، إلا أنها غير كافية لوحدها في تفسير الاكتئاب. وقد أكدت نتائج البحوث على وجود استعداد وراثي (Genetic Predisposition) للاضطراب الاكتئابي الأساسي، والاضطراب ثنائي القطب. وعلى الرغم من ذلك ليس بالضرورة أن يصبح كافة أقارب الأشخاص المكتئبين مكتئبين، كما أن معدل التطابق بالنسبة للاكتئاب لدى التوائم الأحادية أو المتطابقة يصل إلى (100٪)، وأن كثيراً من الأفراد المكتئبين لا يبدو أن لديهم تاريخاً عائلياً للاكتئاب (Kendler, Neale, Kessler, Health and Eaves, 1992).

وأما تفسير الاكتئاب من **منظور عصبي** تشير بعض التفسيرات العصبية إلى أن الاكتئاب ناتج من انخفاض مستوى النشاط العصبي في مناطق المخ المسؤولة عن اللذة والسرور، حيث ينشأ المستوى المنخفض للنشاط العصبي عن عدم كفاية النواقل العصبية الكيميائية (Neuro-Chemical Transmitters) في التشابكات العصبية (Synapses) (Farone, Kremen and Tsuang, 1990).

وأما تفسير الاكتئاب من **منظور نفسي**، فقد كان **للتفسيرات السيكودينامية** التي تمثلت في أعمال فرويد وتلميذه أبراهام إسهامات أصيلة (Jefferson and Greist, 1994). ويعزى الاكتئاب وفقاً لرأي أبراهام إلى كبت الغرائز (Depression of Instincts) وما ينجم عن ذلك من عدوان تتحول إلى الداخل (Aggression Turned Inward).

وأما فرويد فقد اعتمد على هذه التفسيرات، ووسع من تفسيراته للاكتئاب في دراسته عن الحزن والسوداوية (Mourning and Melancholia)، وقدم صورة للاكتئاب تتصف بتحول الانفعالات السالبة إلى داخل الفرد، واعتبر الاكتئاب بذلك عدواناً على الذات (Bemporad, 1988).

وأما تفسير الاكتئاب من **منظور النظريات السلوكية**، فقد ظهر نموذج يفسر الاكتئاب على أنه ناتج من مستويات متدنية من الإثابة أو مستويات مرتفعة من العقاب أو عن كليهما، وأما النموذج الثاني يفسر الاكتئاب على أنه أنماط سلوكية متعلمة، وتستمر هذه الأنماط، وذلك لأنها تؤدي إلى إثابة للفرد مثل التعاطف والدعم من الآخرين (Holmes, 1994).

وأما **التفسيرات المعرفية** للاكتئاب، فتؤكد على أنه ينشأ ويتطور لدى الأفراد الذين يركزون على الجوانب السلبية من حياتهم، وأن مشاعر العجز إزاء التحكم في النتائج السلبية للحياة تؤدي إلى الاكتئاب (Holmes, 1994).

وتذهب نظرية **المخطط المعرفي السالب** (Negative Cognitive Schema) التي قدمها أرون بيك (Aaron Beck) إلى أن لدى الأفراد المكتئبين حالات معرفية سالبة (Negative Cognitive) تؤول لديهم إلى تركيز انتباههم على نواحي النقص أو القصور أو العيوب الشخصية، وأن المزاج المكتئب هو نتيجة وليس سبباً للاختلال المعرفي في الاكتئاب (Beck, 1967, 1976).

وتشكل المخططات (Schemata) المعرفية السالبة أساساً لتطور ما يسميه بيك بالمثلث المعرفي (Cognitive Traid)، ويتضمن النظرة السالبة غير الواقعية للشخص المكتئب نحو الذات، والعالم، والمستقبل، حيث إن الشخص المكتئب يفكر باستمرار بأفكار سالبة عن ذاته، ويسيء تفسير أحداث الحياة وضغوطاتها البسيطة على أنها كوارث، ويعتقد أن شيئاً لن يحدث كي يتغير مصيره في هذه الحياة (Beck, Rush and Shaw, 1979).

يتضح من الاستعراض السابق أن الاكتئاب متعدد الأسباب، فقد يبدو معه أن كل فرد لديه نمط من العوامل البيولوجية والنفسية التي تتجمع معاً لتجعله مستهدفاً للإصابة بالاكتئاب أو متحصناً ضده (Greiss and Jefferson, 1992).

وصف الاضطرابات جسدية الشكل:

يعرف اضطراب التجسد (أو التبدين) بمتلازمة بريكوت نسبةً إلى الطبيب الفرنسي بول بريكوت الذي وصفه لأول مرة في عام 1859، والذي يتميز بوجود أعراض جسمية أو شكاوى بدنية عديدة تبدأ قبل سن الثلاثين وتستمر لفترة طويلة، وينتج عنه قصور جوهري في مجالات الأداء الوظيفي، والاجتماعي، وغيرها من المجالات المهمة، والبحث عن علاج.

الاضطرابات جسدية الشكل أو ذات المظهر الجسمي (Somato-Form Disorders). يعاني الأفراد المصابون من أعراض تحاكي أعراض مرض جسدي، ولكن دون أن يكون لها أساس عضوي لهذه الأعراض، وإنما ترجع إلى عوامل نفسية بالدرجة الأولى (عبد الرحمن، 2000).

وفقاً لـ(DSM, IV, TR, 2000) تصنف اضطرابات التجسد (التبدين) (Somatization Disorders) أو متلازمة بريكوت (Briquetis Syndrome)، والاضطرابات التحولية (Conversion Disorders)، واضطرابات الألم (Pain Disorders)، واضطرابات توهم المرض (Hypochondriasis)، والاضطراب التخيلي لشكل الجسم المعيب أو اضطراب التشوه الوهمي للجسم (Body Dysmorphic Disorder)، والاضطراب الجسدي غير المميز (Undifferentiated Somato-Form Disorder)، والاضطرابات الجسدية غير المصنفة (Somato-Form Disorders not Otherwise). ومن المحكات التشخيصية له يشترط توافر:

- أربعة من أعراض الألم في مواقع مختلفة من الجسم (كالصدر، والرأس، والبطن، والظهر، والمفاصل، والمستقيم، وفي أثناء التبول، والمعاشرة الجنسية، والحيض)، وعرضان متصلان بالأمعاء (كالغثيان، والتقيؤ، والانتفاخ، والإسهال)، وعرض جنسي واحد كاللامبالاة الجنسية (Sexual Indifference)، والتقيؤ في أثناء الحمل، والنزف الزائد في أثناء الحيض، وعدم انتظام الحيض، وقصور في عملية الانتصاب أو القذف، وعرض عصبي كاذب أو نقص يوحي بحالة عصبية غير محددة بالألم فقط (كقصور التآزر، والشلل، وغصة في الحلق، والاحتباس الصوتي والبولي، وصعوبة البلع، والهلاوس، والعمى، والصمم، ونوبات تشنجية، وازدواجية الرؤية).

إن مثل هذه الأعراض لا تنتج بالقصد أو الادعاء كما في حالات تصنع الاضطرابات أو التمارض (Malingering).

وعلى الرغم من تعريف التبدين بأنه اضطراب أحادي بحسب (DSM, IV, TR)، إلا أنه يمكن النظر إليه على أنه سلسلة متصلة من الاختلالات، ويرتبط هذا الاضطراب بكل من القلق والاكتئاب، وربما يعزى ذلك إلى أن القلق والاكتئاب يقلل من عتبة إحساس المضطرب بالاختلال من خلال إدراكه للشكاوى الجسمية، كما أن الأعراض الجسمية المزمنة كالألم مثلاً تسبب الشعور بالقلق أو الاكتئاب أو كليهما، وأن كلاً من القلق والاكتئاب والتبدين ربما تنتج عن عامل ثالث يعد اضطراباً أساسياً بالنسبة لهم (Wilson, O'lear and Clark, 1997).

تفسير الاضطرابات جسدية الشكل:

يعد النموذج البيولوجي النفسي الاجتماعي (Biopsychosocial Model) من أكثر النماذج شموليةً ودقةً في تفسير اضطراب التبدين (Engel, 1997).

ويعبر ليلينفيلد (Lilinfeld, 1992) عن هذا النموذج بقوله: إن ثقافتنا تتغير، وتبعاً لذلك تتغير التعبيرات السلوكية لما نحمله من استعدادات (Wilson, Terence, Peter, O'leavr, Daniel and Clark, 1997).

وتأسيساً على ما سبق، يبدو من خلال الاستعراض السابق لفئات اضطرابات القلق والاضطرابات الاكتئابية والاضطرابات جسدية الشكل، أنها تتصف بزملة أعراض إكلينيكية، وتعزى إلى أسباب بيولوجية، ونفسية، واجتماعية، تحدد المعالم الرئيسة لشخصية المصابين بها، كما ويبدو أن زملة الأعراض المميزة لفئات الاضطرابات النفسية الثلاث، تم التعبير عنها في المقياس المعتمد في هذه الدراسة، الأمر الذي يؤكد على أن الدراسة الحالية تصنف ضمن الدراسات الناشئة عن النظرية، وذلك للتحقق من صحة هذه الأعراض ميدانياً على مجتمعنا.

الدراسات السابقة:

لم يتمكن الباحثان من إيجاد دراسات تناولت بصورة مباشرة سمات الشخصية الواردة في هذه الدراسة للمصابين باضطرابات القلق، والاضطرابات الاكتئابية، والاضطرابات جسدية الشكل، على الرغم من وجود إسناد نظري لذلك، الأمر الذي يُعزز من أصالة هذه الدراسة. ولكن الباحثان تمكنا من الحصول على عدة دراسات أجنبية وعربية تناولت بصورة غير مباشرة جانباً أو أكثر من جوانب الدراسة الحالية.

وفي دراسة الهلسا (1996) التي هدفت التعرف إلى علاقة أنماط الشخصية وفقاً لمقياس أيزنك، وكل من: سمة القلق،

والجنس، ودافعية الإنجاز لدى عينة بلغت (1093) طالباً وطالبةً من طلبة المرحلة الثانوية في الأردن. وأظهرت النتائج وجود فروق دالة إحصائياً بين أنماط الشخصية في دافع الإنجاز لصالح نمطي الاتزان، والانطواء، ووجود فروق دالة إحصائياً بين مستويي القلق (مرتفع، منخفض) في دافع الإنجاز ولصالح مستوى القلق منخفض المستوى.

قام كاش وزملاؤه(Cash,T, Theriault, J,and Annis, 2004) بدراسة هدفت إلى تعرّف العلاقة بين صورة الجسم من جهة، وقلق العلاقات البينشخصية، وعمليات التعلق بالراشدين من جهة ثانية، لدى عينة باغت(228) طالباً وطالبة جامعيين، وبينت النتائج وجود علاقة ارتباطيه سلبية دالة بين تقييم صورة الجسم، وقلق التقييم الاجتماعي لدى الجنسين.

وهدفت دراسة المومني (2001) إلى الكشف عن العلاقة بين ضغوط الحياة من جهة، وأساليب التدبر التي يمارسونها من جهة ثانية، وعلاقة ذلك بالقلق والاكتئاب لدى عينة من طلبة الجامعة الأردنية، بلغت (230) طالباً وطالبة، وأشارت النتائج إلى وجود علاقة ارتباطيه ايجابية دالة بين الضغط النفسي، وكل من القلق والاكتئاب، كما وأشارت النتائج الى نسبة(44%) من الطلبة صنفوا فوق المتوسط على مقياس القلق، ونسبة (16.51%) من الطلبة ذوي المستوى الشديد للاكتئاب، ونسبة(30.87%) من ذوي المستوى المتوسط للاكتئاب، وظهر وجود علاقة ارتباطيه ايجابية دالة بين القلق والاكتئاب.

وأظهرت دراسة شينغ(Cheng, 2001) وجود علاقة ارتباطيه دالة بين شدة أحداث الحياة الضاغطة التي يتعرض لها الأفراد في مواقف الحياة المختلفة من جهة، وشدة كل من القلق والاكتئاب من جهة ثانية.

وأشارت دراسة بلولارت وزملائه (Blolack, J 2000 ,Tointand ThomeS, E, ، إلى وجود علاقة ارتباطيه بين إستراتيجية التدبر، وكل من أعراض القلق والاكتئاب، إذ إن الأفراد الذين تعرضوا لأحداث حياتية ضاغطة، ولجاوا لاستخدام إستراتيجية التدبر ألتجنبي، قد عانوا من أعراض القلق والاكتئاب، في حين أنها لم تظهر لدى الأفراد الذين لجأوا لاستخدام إستراتيجية التدبر السلوكي.

وأظهرت دراسة شينغ ولام(Chengandlam,2000) أن الأفراد الذين لجأوا لاستخدام استراتيجيات التدبر المركزة على المشكلة كانوا أكثر تكيفاً، واقل اضطرابا، في حين أن الأفراد الذين لجاوا لاستخدام استراتيجيات التدبر المركزة على الانفعال، كانوا أكثر اضطرابا وأقل تكيفاً.

وأظهرت دراسة بري وزملائه (Bray, N, Braxton, J, and Sullvan, A, 1999)، أن الفرد عندما يتفاعل اجتماعياً، يكون أقدر على مواجهة الحياة الضاغطة، أما العزلة الاجتماعية وضعف التفاعل الاجتماعي يؤديان الى الانطواء على الذات، والاكتئاب.

وأشارت دراسة هلاماندرس وباور (Halamandaris and Power, 1999) إلى وجود علاقة ارتباطيه ايجابية دالة بين إستراتيجية التدبر المركزة على الانفعال من جهة، والعصاب (Neuroticism) من جهة ثانية.

وأظهرت دراسة آرثر(Arthur,1998)، ارتفاع معدلات الضغط والاكتئاب لدى طلبة الجامعة، كما أشارت إلى أن الكرب الانفعالي والاكتئاب يرتبطان باستخدام إستراتيجية التدبر المركزة على الانفعال.

وأظهرت دراسة حمدي (1997) وجود علاقة ارتباطيه سلبية دالة بين مهارات حل المشكلات من جهة والاكتئاب من جهة ثانية لدى طلبة الجامعة الأردنية.

وأشارت الحسيني (1993) إلى ارتباط كل من القلق والاكتئاب بتقدير الذات، حيث يعبر تدني تقدير الذات عن أحد أعراض الاكتئاب في الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع المعدل للاضطرابات

النفسية(DSM_IV, 2000)، كما أظهرت بأن الأطفال الذين يعانون من ألم بطن متكرر، يتسمون بمستويات عالية من الاكتئاب والقلق.

وهدفت دراسة شعبان(1992) الكشف عن العلاقة بين التوافق مع الحياة الجامعية لدى عينة من طلبة الجامعة، حيث أكدت على وجود علاقة ارتباطيه بين الايجابية والشخصية القوية، والنضج والثبات الانفعالي من جهة، والقدرة على التفاعل الايجابي والإقدام على مواجهة الأحداث الضاغطة من جهة ثانية.

وفي دراسة غريب (1991) التي هدفت إلى قياس انتشار سمة القلق لدى عينة بلغت (450) طالباً وطالبةً في جامعة

الإمارات العربية المتحدة، وُجد أن الإناث حصلن على درجة أعلى في مقياس حالة سمة القلق من الذكور.

وفي دراسة عبد الخالق والنيال (1991) التي هدفت فحص الارتباط بين الدافع للإنجاز، وكل من القلق والانبساط لدى عينة بلغت (250) طالباً وطالبةً من المدارس الثانوية في مدينة الإسكندرية، تراوحت أعمارهم بين (14–16) سنة، أظهرت النتائج عدم وجود فروق جوهرية بين الجنسين في متغيري الدافعية للإنجاز، والانبساط، ووجود فروق بين الجنسين تتعلق بسمة القلق، حيث حصلت الإناث على متوسط درجات أعلى من درجات الذكور، مما تبين أن لدى الانطوائيين دافعاً مرتفعاً للإنجاز بالنسبة إلى الانبساطيين.

يبدو من خلال استعراض الأدب النظري والدراسات السابقة وجود إسناد نظري يشير إلى تميز الأفراد المصابين بفئات اضطرابات القلق، واضطرابات الاكتئاب، والاضطرابات جسدية الشكل، ببعض سمات الشخصية. وعلى الرغم من ذلك، وبحسب علم الباحثين، فإنه لم يتمكن من الحصول على دراسات تناولت متغيرات الدراسة بصورة مباشرة سواء كانت دراسات أجنبية أو عربية، وبالأخص دراسات سعودية، مما يضفي على هذه الدراسة باعتقاد الباحثين طابع الحداثة والأصالة. فكل الدراسات الأجنبية والعربية التي تناولت دراسة هذه المتغيرات تناولتها بصورة منفردة، ولم تتناولها مجتمعة معاً حيث ركز بعضها على الجانب التشخيصي، وقسم آخر تناول الجانب المسحي وبخاصة نسب انتشار هذه الاضطرابات النفسية، والقسم الثالث ركز على الجانب العلاجي لهذه الاضطرابات. وعليه ربما تكون هذه الدراسة المحاولة الأولى في المملكة العربية السعودية التي تتناول دراسة بعض السمات الشخصية المميزة للمصابين بالاضطرابات النفسية آنفة الذكر، والتي من المؤمل ستكون فاتحة لدراسات لاحقة.

فواحدة من مميزات هذه الدراسة أنها اعتمدت أداة للكشف عن سمات الشخصية تتضمن بعض السمات المرتبطة باضطرابات القلق، والاكتئاب، وجسدية الشكل، والمعتمدة في هذه الدراسة، وهذا يتجلى من خلال ما ورد من تدعيم له في الأدب النظري، فضلاً عن أن هذه الأداة المستخدمة في هذه الدراسة ربما تكون بحسب علم الباحثين لم يرد ذكرها في الأدب السيكولوجي الغربي والعربي، الأمر الذي قد يسهم في تدعيم التشخيص النفسي لهذه الاضطرابات.

الطريقة والإجراءات

المنهج المعتمد في الدراسة:

تم اعتماد المنهج الوصفي – الارتباطي، بوصفه الأنسب لتحقيق أهداف الدراسة، وللإجابة عن أسئلتها.

مجتمع الدراسة:

تألف من جميع المصابين بكل من اضطرابات القلق، واضطرابات الاكتئاب، والاضطرابات جسدية الشكل، والمراجعين للمستشفيات، والعيادات النفسية بمنطقة الباحة في المملكة العربية السعودية، والبالغ عددهم (18008) مصاباً ومصابةً، منهم (8888) من الذكور، اشتمل على (5475) من ذوي اضطرابات القلق، و(2764) من ذوي الاضطرابات الاكتئابية، و(649) من ذوي الاضطرابات جسدية الشكل. و(9120) من الإناث، اشتملت على (5191) من ذوي اضطرابات القلق، و(2636) من ذوي الاضطرابات الاكتئابية، و(1293) من ذوي الاضطرابات جسدية الشكل، وذلك خلال الفترة الممتدة بين عامي 2007/2006، وحتى شهر آذار 2008م (المديرية العامة للشؤون الصحية، 2008).

عينة الدراسة:

نظراً لمحدودية الوقت، وصعوبة الوصول إلى العينة، قام الباحثان عن طريق فريق متعاون من الزملاء الأطباء، والأخصائيين النفسانيين العاملين في المستشفيات والعيادات النفسية بمنطقة الباحة، باختيار عينة متاحة أو ميسرة (Available Sample)، أو ما تسمى عينة عرضية (Accidental Sample) من الأفراد المصابين والمشخصين بالاضطرابات النفسية الثلاثة المعتمدة في هذه الدراسة، وقد بلغت (268) منهم (190) مصاباً ومصابةً، و(78) من الأسوياء، منهم (45) ذكور، و(33) إناث، كعينة مكافئة في خصائصها الديموغرافية لعينة غير الأسوياء، ممن لا يعانون من الاضطرابات النفسية، ولم يترددوا على مراجعة العيادات النفسية، وكانوا من العاملين في المديرية العامة للشؤون

الصحية بمنطقة الباحة. وقد اشتملت العينة على المصابين المراجعين لكل من مستشفى الملك فهد، والعقيق، وقلوة، والمخواة، ومستشفى الصحة النفسية الواقعة في منطقة الباحة.

أداة الدراسة:

للكشف عن سمات الشخصية لدى أفراد عينة الدراسة من الأسوياء وغير الأسوياء، قام الباحثان باستخدام صورة معربة ومعدّلة للبيئة الأردنية من مقياس روسالف (Rucalov, 1991) لسمات الشخصية، والذي قام بتعريبه، وتطبيقه على البيئة الأردنية (بني يونس، وأبو جدي، 2009)، حيث قام الباحثان بتطبيقه على أفراد عينة الدراسة من المراجعين للعيادات النفسية والأسوياء أيضاً، بالتنسيق مع فريق من زملائه الأخصائيين والأطباء النفسانيين العاملين في هذه العيادات، للفترة الممتدة بين (2008/2/17 وحتى 2008/4/12).

ويتمتع المقياس الحالي المعتمد في هذه الدراسة، بخصائص سيكومترية مناسبة تفي بأغراض الدراسة الحالية في صورته الأصلية والمطورة، إذ بلغت جميع قيم معاملات ارتباط الفقرات لكافة السمات الأربع بالمجال الذي تنتمي إليه أعلى من (0.30)، أما معاملات الثبات المحسوبة بطريقة كرونباخ ألفا، والتجزئة النصفية، فقد عبّرت عن مؤشرات ثبات مقبولة، بحيث لم ينخفض أي من معاملات الثبات عن (0.70)، وهذا يعتبر مؤشراً مقبولاً في مقاييس الشخصية التي تتصف بثباتها المنخفض نسبياً.

يشتمل المقياس في صورته الأصلية على (150) فقرةً صيغت على شكل عبارات لفظية، ولكن عند تعريبه وتعديله للبيئة الأردنية، تم تحويل العبارات اللفظية إلى مواقف حياتية، وبلغ عددها في الصورة المعربة والمعدّلة للبيئة الأردنية (124) موقفاً حياتياً، تعبر عن أربع سمات ثنائية القطب، هي:

- النشاط أو الحيوية – الخمول.
- المرونة – الجمود.
- وتيرة الاستجابة (السريعة أو الاندفاعية) – وتيرة الاستجابة البطيئة (التأملية).
- الانفعالية (الاتزان الانفعالي – الاستثارة الانفعالية).

وكل سمة من هذه السمات الأربع، تظهر في ثلاثة مجالات من الأداء، هي:

- الأداء الحسحركي.
- الأداء العقلي أو المعرفي.
- الأداء التواصلي أو البينشخصي.

ولكل سمة من هذه السمات في كل مجال من المجالات الثلاثة، توجد ثلاثة مستويات، هي: المستوى المنخفض، والمستوى المتوسط، والمستوى المرتفع.

ويمكن لهذا المقياس أن يتم تطبيقه بشكل فردي، أو بشكل جماعي، ويقوم هذا المقياس على أساس عصبي – معرفي اجتماعي، كما أنه يشتمل على ست فقرات تكشف عن صدق المفحوصين عند الإجابة عن فقراته، ويستغرق تطبيقه (40) دقيقةً، وتدّرج البدائل فيه رباعياً، هي: لا ينطبق عليّ إطلاقاً، ويعطى درجة واحدة، وينطبق عليّ بدرجة قليلة، ويعطى درجتان، وينطبق عليّ بدرجة كبيرة، ويعطى ثلاث درجات، وينطبق عليّ تماماً، ويعطى أربع درجات، مع وجود بعض المواقف السلبية التي يتم فيها عكس الدرجات.

ولتصنيف الأفراد المصابين تبعاً للسمات، تم اعتماد المعيار الآتي:

فالأفراد الذين حصلوا على أقل من (2) صنفوا ضمن المستوى المنخفض، والذين تراوحت درجاتهم بين (2–3)، صنفوا ضمن المستوى المتوسط، وأما الذين حصلوا على أكثر من (3) درجات صنفوا ضمن المستوى المرتفع.

قام الباحثان بعرض المقياس على عينة من المراجعين للعيادات النفسية، بلغت (30) مصاباً، وذلك لبيان مدى وضوح المواقف لهم، وقد تبين للباحثين والفريق المشارك معهما في التطبيق وضوح صياغة المواقف.

ولتعرّف قدرة الفقرة التمييزية، تم حساب معامل ارتباط الفقرة بالمجال الذي تنتمي إليه، كما تم احتساب معامل الثبات باستخدام معادلة كرونباخ ألفا.

وتبين أن معظم معاملات ارتباط الفقرات بالمجالات التي تنتمي إليها كانت دالة إحصائياً عند مستوى (0.01)، وأن معظم قيم معاملات ارتباط الفقرات بالمجالات التي تنتمي إليها كانت أعلى من (0.30)، مما يشير إلى أن معاملات ارتباط الفقرات بالمجالات التي تنتمي إليها مناسبة لأغراض الدراسة الحالية، كما أن معاملات الثبات المحسوبة باستخدام

معادلة كرونباخ ألفا لجميع السمات في المجالات كلها، تراوحت بين (0.65–0.81)، وهذا يعد مؤشراً مقبولاً في مقاييس الشخصية التي تتصف بثباتها المنخفض نسبياً.

إجراءات تطبيق الدراسة:

تم اختيار عينة الدراسة من المرضى المراجعين للعيادات النفسية، وتم الحصول على موافقتهم بتطبيق أداة الدراسةعليهم، وإعداد أداة الدراسة بصورتها النهائية، وتنفيذ إجراء التطبيق، وذلك بالتنسيق مع الأطباء والأخصائيين النفسيين العاملين في العيادات النفسية بمنطقة الباحة، بعد تم جمع البيانات وفرزها، وتفريغها، وإدخالها إلى ذاكرة الحاسوب لمعالجتها إحصائياً.

المعالجة الإحصائية:

للإجابة عن السؤال الأول من أسئلة الدراسة، تم استخدام النسب المئوية، والتكرارات.

وللإجابة عن السؤال الثاني من أسئلة الدراسة، تم استخدام أسلوب تحليل التباين الأحادي. أما لتحديد بين أي من فئات المصابين تقع الفروق الدالة، تم استخدام اختبار شيفيه للمقارنات البعدية.

وللإجابة عن السؤال الثالث، تم استخدام المتوسطات الحسابية، والانحرافات المعيارية، ثم إجراء التحليل التمييزي لتحديد أبرز سمات الشخصية تنبؤاً بفئات المصابين والأسوياء.

أما للإجابة عن السؤال الرابع والأخير، فقد تم إجراء التحليل التمييزي المتدرج لتحديد أبرز سمات الشخصية تنبؤاً بهذه الاضطرابات.

نتائج الدراسة

أولاً: النتائج المتعلقة بالسؤال الأول:

"ما توزيع سمات الشخصية لدى أفراد عينة الدراسة (الأسوياء وغير الأسوياء) ككل؟".

وللإجابة عن هذا السؤال، تم تطبيق مقياس سمات الشخصية. بعد ذلك، تم حساب التكرارات والنسب المئوية لتوزيع سمات الشخصية لدى أفراد عينة الدراسة ككل، والجدول رقم (1) يبين نتائج ذلك.

الجدول (1) : توزيع سمات الشخصية لدى أفراد عينة الدراسة ككل.

السمة	الأداء	المستوى		فئة الاضطرابات الاكتئابية	فئة اضطرابات القلق	فئة الاضطرابات جسدية الشكل	فئة الأفراد الأسوياء	كاي تربيع	الدلالة
النشاط	الحسحركي	منخفض	ت	37	16	28	19	30.08	001و
			٪	54.41	23.19	52.83	24.36		
		متوسط	ت	26	52	23	43		
			٪	38.24	75.36	43.40	55.13		
		مرتفع	ت	5	1	2	16		
			٪	7.35	1.45	3.77	20.51		
النشاط	العقلي	منخفض	ت	29	17	28	2	26.36	001و
			٪	42.65	24.64	52.83	2.56		
		متوسط	ت	35	48	20	53		
			٪	51.47	69.57	37.74	67.95		
		مرتفع	ت	4	4	5	23		
			٪	5.88	5.80	9.43	29.49		
النشاط	التواصل	منخفض	ت	25	13	20	2		

	البينشخصي		٪	36.76	18.84	37.74	2.56		
		متوسط	ت	41	40	28	53	50.88	001و
			٪	60.29	57.97	52.83	67.95		
		مرتفع	ت	2	16	5	23		
			٪	2.94	23.19	9.43	29.49		
المرونة	الحسحركي	منخفض	ت	28	12	19	11		
			٪	41.18	17.39	30.19	14.10		
		متوسط	ت	34	51	34	59	24.91	001و
			٪	50.00	73.91	64.15	75.64		
		مرتفع	ت	6	6	3	8		
			٪	8.82	8.70	5.66	10.26		
المرونة	العقلي	منخفض	ت	46	38	35	20	33.67	001و
			٪	67.65	55.07	66.04	25.64		
		متوسط	ت	21	29	17	54		
			٪	30.88	42.03	32.08	69.23		
		مرتفع	ت	1	2	1	4		
			٪	1.47	2.90	1.89	5.13		

تابع الجدول (1) :

السمة	الأداء	المستوى		فئة الاضطرابات الاكتئابية	فئة اضطرابات القلق	فئة الاضطرابات جسدية الشكل	فئة الأفراد الأسوياء	كاي تربيع	الدلالة
المرونة	التواصل البينشخصي	منخفض	ت	31	30	34	32	13.09	001و
			٪	45.59	43.48	64.15	41.03		
		متوسط	ت	37	36	17	40		
			٪	54.41	52.17	32.08	51.28		
		مرتفع	ت		3	2	6		
			٪		4.35	3.77	7.69		
وتيرة الاستجابة	الحسحركي	منخفض	ت	19	7	7	4	22.16	001و
			٪	27.94	10.14	13.21	5.13		
		متوسط	ت	43	58	43	62		
			٪	63.24	84.06	81.13	79.49		
		مرتفع	ت	6	4	3	12		
			٪	8.82	5.80	5.66	15.38		
وتيرة الاستجابة	العقلي	منخفض	ت	21	20	30	4		
			٪	30.88	28.99	56.60	5.13		

		متوسط	ت	45	47	23	64	41.28	001و
			٪	66.18	68.12	43.40	82.05		
		مرتفع	ت	2	2	0	10		
			٪	2.94	2.90	٪0	12.82		
وتيرة الاستجابة	التواصل البينشخصي	منخفض	ت	32	13	13	8	31.48	001و
			٪	47.06	18.84	24.53	10.26		
		متوسط	ت	36	51	38	64		
			٪	52.94	73.91	71.70	82.05		
		مرتفع	ت	0	5	2	6		
			٪	٪0	7.25	3.77	7.69		
الانفعالية	الحسحركي	منخفض	ت	2	8	3	20	40.09	001و
			٪	2.94	11.59	5.66	25.64		
		متوسط	ت	46	40	23	50		
			٪	67.65	57.97	43.40	64.10		
		مرتفع	ت	20	21	27	8		
			٪	29.41	30.43	50.94	10.26		
الانفعالية	العقلي	منخفض	ت	8	5	2	10	49.39	001و
			٪	11.76	7.25	3.77	12.82		
		متوسط	ت	46	34	25	57		
			٪	67.65	49.28	47.17	73.08		
		مرتفع	ت	14	30	26	11		
			٪	20.58	43.48	49.06	14.10		

تابع الجدول 1.

السمة	**الأداء**	**المستوى**		**فئة الاضطرابات الاكتئابية**	**فئة اضطرابات القلق**	**فئة الاضطرابات جسدية الشكل**	**فئة الأفراد الأسوياء**	**كاي تربيع**	**الدلالة**
الانفعالية	التواصل البينشخصي	منخفض	ت	3	5	3	17	39.65	001و
			٪	4.41	7.25	5.66	21.79		
		متوسط	ت	53	41	30	58		
			٪	77.94	59.42	56.60	74.36		
		مرتفع	ت	12	23	20	3		
			٪	17.65	33.33	37.74	3.85		

يتضح من الجدول (1) أن النسبة المئوية لسمة النشاط في الأداء (الحسحركي، والتواصل البينشخصي) ضمن المستوى المنخفض كانت أعلى لدى الأفراد المكتئبين مقارنةً بالأفراد المصابين باضطرابات القلق، والأسوياء. أما سمة النشاط في الأداء العقلي، فقد كانت أعلى نسبةً ضمن المستوى المنخفض لدى الأفراد المصابين بالاضطرابات جسدية الشكل، ومن ثم تلاها الأفراد المصابون باضطرابات الاكتئاب. وهذا يشير إلى وجود مستوى منخفض من النشاط الحسحركي والعقلي والتواصل البينشخصي لدى الأفراد المصابين باضطرابات الاكتئاب، والاضطرابات جسدية الشكل، مقارنةً بالأفراد المصابين باضطرابات القلق، والأسوياء. كما تبين من الجدول أن فئة الأسوياء حصلوا على نسبة مرتفعة في سمة النشاط في الأداء الحسحركي، والعقلي، والتواصل البينشخصي مقارنةً بالأفراد غير الأسوياء.

كما أشارت النتائج إلى أن النسبة المئوية لسمة المرونة في الأداء الحسحركي والعقلي ضمن المستوى المنخفض كانت أعلى لدى المكتئبين مقارنةً بالأفراد المصابين باضطرابات القلق، والأسوياء. أما سمة المرونة في أداء التواصل البينشخصي فقد بلغت أعلى نسبةً لها ضمن المستوى المنخفض لدى الأفراد المصابين بالاضطرابات جسدية الشكل، ومن ثم تلاها الأفراد المصابون باضطرابات الاكتئاب والقلق بفارق بسيط بينهما. وهذا يشير إلى وجود مستوى منخفض من سمة المرونة في الأداء الحسحركي، والعقلي، والتواصل البينشخصي لدى المصابين باضطرابات الاكتئاب، والاضطرابات جسدية الشكل، واضطرابات القلق مقارنةً بالأسوياء في سمة المرونة في الأداء الحسحركي، والعقلي. أما سمة المرونة في أداء التواصل البينشخصي، فإننا نجد أن هناك ارتفاعاً في النسبة المئوية للمستوى المنخفض لدى فئة الاضطرابات جسدية الشكل، في حين نجد أن هناك تقارباً في النسبة المئوية للمستوى المنخفض لدى بقية الفئات، كالاكتئاب، والقلق والأسوياء.

أما توزيع أفراد عينة الدراسة على سمة وتيرة الاستجابة على مختلف مجالاتها، فإنه تبين من خلال استعراض الجدول، أن هناك ارتفاعاً في النسبة المئوية لدى المصابين بالاكتئاب ضمن المستوى المنخفض لسمة وتيرة الاستجابة في الأداء (الحسحركي، والتواصل البينشخصي)، مقارنةً بمرضى القلق، والأسوياء. أما سمة وتيرة الاستجابة في الأداء العقلي، فقد كان أعلى نسبةً لها ضمن المستوى المنخفض لدى المصابين بالاضطرابات جسدية الشكل، ومن ثم تلاها المصابون باضطرابات الاكتئاب. وهذا يشير إلى وجود مستوى منخفض من وتيرة الاستجابة في الأداء الحسحركي، والعقلي، والتواصل البينشخصي لدى المصابين بالاكتئاب والاضطرابات جسدية الشكل، مقارنةً بالمصابين بالقلق والأسوياء، كما تبين من الجدول نفسه أن فئة الأسوياء حصلوا على نسبة مرتفعة في سمة وتيرة الاستجابة في الأداء الحسحركي، والعقلي، والتواصل البينشخصي، مقارنةً ببقية فئات المرضى.

كما تبين من الجدول أن توزيع أفراد عينة الدراسة على سمة الانفعالية على مختلف مجالاتها أن هناك ارتفاعاً في النسبة المئوية لدى المصابين في الاضطرابات جسدية الشكل والقلق ضمن المستوى المرتفع لسمة الانفعالية في الأداء (الحسحركي، والعقلي، والتواصل البينشخصي)، مقارنةً بالأسوياء. أما مرضى الاكتئاب فقد حصلوا على متوسطات منخفضة نسبياً ضمن المستوى المرتفع على سمة الانفعالية قي الأداء العقلي، والتواصل البينشخصي، مقارنةً بالمصابين بالاضطرابات جسدية الشكل، والقلق، رغم التقارب في المستوى في سمة الانفعالية في الأداء الحسحركي بين المصابين بالاكتئاب والقلق. أما فئة الأسوياء فقد حصلوا على نسبة مئوية منخفضة ضمن المستوى المرتفع لسمة الانفعالية بأبعادها الحسحركية والعقلية والتواصل البينشخصي. وهذا يشير إلى سمة الانفعالية بأبعادها المختلفة (الحسحركية، والعقلية، والتواصل البينشخصي) ترتفع لدى فئات المرضى مقارنة بفئات الأسوياء، مما يعني أن سمة الانفعالية المرتفعة، تعد مؤشراً سلبياً.

ثانياً: النتائج المتعلقة بالسؤال الثاني: "هل توجد فروق دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في سمات الشخصية بين المصابين بكل من اضطرابات القلق، والاكتئاب، وجسدية الشكل من جهة، والأسوياء من جهة أخرى؟"، وللإجابة عن هذا السؤال، تم حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لسمات الشخصية لدى فئات الأسوياء وغير الأسوياء، والجدول (2) يبين ذلك.

الجدول (2) : المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات عينة المضطربين والأسوياء على سمات الشخصية.

السمة	الأداء	فئة المرضى		فئة الأسوياء	
		المتوسط	الانحراف المعياري	المتوسط	الانحراف المعياري
النشاط	الحسحركي	2.11	0.48	2.49	0.54
	العقلي	2.21	0.49	2.84	0.44
	التواصل البينشخصي	2.35	0.55	2.79	0.46
المرونة	الحسحركي	2.25	0.49	2.50	0.49
	العقلي	1.89	0.49	2.31	0.49
	التواصل البينشخصي	2.03	0.43	2.21	0.47
وتيرة الاستجابة	الحسحركي	2.44	0.43	2.65	0.46
	العقلي	2.16	0.45	2.60	0.40
	التواصل البينشخصي	2.24	0.39	2.49	0.36
الانفعالية	الحسحركي	2.89	0.50	2.41	0.46
	العقلي	2.89	0.50	2.63	0.49
	التواصل البينشخصي	2.80	0.42	2.33	0.37

يتضح من الجدول (2) أن هناك تبايناً في سمات الشخصية بين فئة المرضى وفئة الأسوياء على سمات النشاط، والمرونة، ووتيرة الاستجابة بأبعادها الفرعية، حيث حصلت مجموعة الأسوياء على متوسطات حسابية أعلى مقارنةً بالمتوسطات الحسابية في مجموعة المرضى، أما في سمة الانفعالية بأبعادها، فقد حصلت فئة المرضى على متوسطات حسابية أعلى مقارنةً بفئة الأسوياء.

ولتحديد الاختلاف في سمات الشخصية لدى فئات المضطربين والأسوياء، تم استخدام تحليل التباين الأحادي، والجدول (3) يوضح ذلك.

الجدول (3) : تحليل التباين الأحادي للاختلاف في سمات الشخصية لدى فئات المضطربين والأسوياء.

السمة	الأداء	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	(ف)	الدلالة
النشاط	الحسحركي	بين المجموعات	9.79	3	3.26	13.28	0.00
		داخل المجموعات	64.88	264	0.25		
		المجموع	74.67	267			
	العقلي	بين المجموعات	23.32	3	7.77	35.01	0.00
		داخل المجموعات	58.60	264	0.22		
		المجموع	81.92	267			
	التواصل البينشخصي	بين المجموعات	14.00	3	4.67	17.59	0.00
		داخل المجموعات	70.03	264	0.27		
		المجموع	84.03	267			

السمة	الأداء	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	(ف)	الدلالة
المرونة	الحسحركي	بين المجموعات	4.84	3	1.61	6.71	0.00
		داخل المجموعات	63.40	264	0.24		
		المجموع	68.24	267			
	العقلي	بين المجموعات	10.32	3	3.44	14.24	0.00
		داخل المجموعات	63.79	264	0.24		
		المجموع	71.11	267			
	التواصل البينشخصي	بين المجموعات	2.88	3	0.93	4.91	0.00
		داخل المجموعات	51.71	264	0.20		
		المجموع	54.59	267			
وتيرة الاستجابة	الحسحركي	بين المجموعات	4.34	3	1.45	7.58	0.00
		داخل المجموعات	50.41	264	0.19		
		المجموع	54.75	267			
	العقلي	بين المجموعات	12.86	3	4.29	23.42	0.00
		داخل المجموعات	48.34	264	0.18		
		المجموع	61.21	267			
	التواصل البينشخصي	بين المجموعات	6.57	3	2.19	16.16	0.00
		داخل المجموعات	35.76	264	0.14		
		المجموع	42.33	267			
الانفعالية	الحسحركي (-)	بين المجموعات	15.25	3	5.08	21.57	0.00
		داخل المجموعات	62.19	264	0.25		
		المجموع	77.44	267			
	العقلي (-)	بين المجموعات	5.80	3	1.93	7.97	0.00
		داخل المجموعات	64.02	264	0.24		
		المجموع	69.82	267			
	التواصل البينشخصي (-)	بين المجموعات	12.79	3	4.26	25.68	0.00
		داخل المجموعات	43.82	264	0.17		
		المجموع	56.61	267			

من خلال استعراض النتائج المبينة في الجدول (3) تبين أن هناك فروقاً دالةً إحصائياً على جميع سمات الشخصية (النشاط، والمرونة، ووتيرة الاستجابة، والانفعالية) بأبعادها (الحسحركية، والعقلية، والتواصل البينشخصي)، حيث كانت قيم الإحصائي (ف) دالة عند مستوى (0.05) فأقل، وهذا يشير إلى وجود اختلاف دال إحصائياً على مختلف سمات الشخصية بين فئات المرضى والأسوياء. ولتحديد بين أي من فئات المرضى تقع الفروق الدالة، تم استخدام اختبار شيفيه للمقارنات البعدية، والجدول (4) يبين نتائج اختبار شيفيه للمقارنات البعدية.

الجدول (4): نتائج اختبار شيفيه للمقارنات البعدية للاختلاف في سمات الشخصية لدى فئات المضطربين والأسوياء.

السمة	الأداء		فئة الاضطرابات الاكتئابية	فئة اضطرابات القلق	الاضطرابات جسدية الشكل	الأسوياء
النشاط	الحسحركي	الاكتئاب		*0.23-	0.09-	*0.49-
		القلق			0.14	*0.26-
		جسدية الشكل				*0.40-
		الأسوياء				
	العقلي	الاكتئاب		*0.19-	0.02-	*0.70-
		القلق			0.17	*0.52-
		جسدية الشكل				*0.68-
		الأسوياء				
	التواصل البينشخصي	الاكتئاب		*0.31-	0.06-	*0.56-
		القلق			*0.24	*0.26-
		جسدية الشكل				*0.50-
		الأسوياء				
المرونة	الحسحركي	الاكتئاب		*0.19-	0.11-	*0.35-
		القلق			0.08	*0.16-
		جسدية الشكل				*0.25-
		الأسوياء				
	العقلي	الاكتئاب		0.10-	0.03	*0.45-
		القلق			*0.13	*0.35-
		جسدية الشكل				*0.48-
		الأسوياء				
	التواصل البينشخصي	الاكتئاب		0.14-	0.03	*0.23-
		القلق			*0.16	*0.09-
		جسدية الشكل				*0.25-
		الأسوياء				
وتيرة الاستجابة	الحسحركي	الاكتئاب		*0.21-	*0.20-	*0.34-
		القلق			0.01	0.14-
		جسدية الشكل				0.15-
		الأسوياء				
	العقلي	الاكتئاب		0.10-	*0.17	*0.43-
		القلق			*0.27	*0.33-
		جسدية الشكل				*0.60-
		الأسوياء				

تابع الجدول (4) :

السمة	الأداء		فئة الاضطرابات الاكتئابية	فئة اضطرابات القلق	الاضطرابات جسدية الشكل	الأسوياء
	التواصل البينشخصي	الاكتئاب		*0.28-	*0.23-	*0.42-
		القلق			0.05	*0.14-
		جسدية الشكل				*0.19-
		الأسوياء				
الانفعالية	الحسحركي(-)	الاكتئاب		0.12	0.16-	*0.48
		القلق			*0.28-	*0.36
		جسدية الشكل				*0.64
		الأسوياء				
	العقلي (-)	الاكتئاب		*0.18-	*0.25-	0.12
		القلق			0.07-	*0.30
		جسدية الشكل				*0.37
		الأسوياء				
	التواصل البينشخصي (-)	الاكتئاب		0.02	0.12-	*0.44
		القلق			0.15-	*0.42
		جسدية الشكل				*0.56
		الأسوياء				

يتضح من الجدول (4) أن هناك اختلافاً دالاً إحصائياً في سمة النشاط بأبعادها الحسحركية، والعقلية، والتواصل البينشخصي بين فئات المرضى من جهة، وفئات الأسوياء من جهة أخرى، حيث تبين أن هناك انخفاضاً في سمة النشاط في الأداء الحسحركي، والعقلي، والتواصل البينشخصي لدى فئات المرضى مقارنةً بفئة الأسوياء، كما تبين من الجدول وجود اختلاف دال في سمة النشاط في الأداء الحسحركي، والعقلي، والتواصل البينشخصي بين فئة المكتئبين من جهة، وفئة الأفراد ذوي اضطرابات القلق من جهة أخرى، حيث أبدى الأفراد ذوو اضطرابات الاكتئاب مستوى أقل على سمة النشاط بأبعادها الحسحركي، والعقلي، والتواصل البينشخصي مقارنةً بالأفراد من ذوي اضطرابات القلق. كذلك فقد تبين وجود اختلاف دال على سمة النشاط في أداء التواصل البينشخصي بين الأفراد ذوي اضطرابات القلق والأفراد ذوي الاضطرابات جسدية الشكل، حيث تبين أن مستوى النشاط في أداء التواصل البينشخصي كان أعلى لدى الأفراد من ذوي اضطرابات القلق.

كما أشارت النتائج إلى أن هناك اختلافاً دالاً إحصائياً في سمة المرونة بأبعادها الحسحركية، والعقلية، والتواصل البينشخصي بين فئات المرضى من جهة وفئات الأسوياء من جهة أخرى، حيث تبين أن هناك انخفاضاً في سمة المرونة بأبعادها الحسحركية، والعقلية، والتواصل البينشخصي لدى فئات المرضى مقارنة بفئة الأسوياء. كما تبين من الجدول وجود اختلاف دال في سمة المرونة في الأداء الحسحركي بين فئة المكتئبين من جهة وفئة الأفراد ذوي اضطرابات القلق من جهة أخرى، حيث أبدى الأفراد ذوي اضطرابات الاكتئاب مستوى أقل على سمة المرونة في الأداء الحسحركي، مقارنةً بالأفراد من ذوي اضطرابات القلق، كذلك فقد تبين وجود

اختلاف دال على سمة المرونة في الأداء العقلي والتواصل البينشخصي بين الأفراد ذوي اضطرابات القلق والأفراد ذوي الاضطرابات جسدية الشكل، حيث تبين أن مستوى المرونة ببعديها العقلي والتواصل البينشخصي كانت أعلى لديهم من ذوي اضطرابات القلق.

كما دلت النتائج على وجود اختلاف دال إحصائياً في سمة وتيرة الاستجابة بأبعادها الحسحركية، والعقلية، والتواصل البينشخصي بين فئات المرضى من جهة وفئات الأسوياء من جهة أخرى، حيث تبين أن هناك انخفاضاً في سمة وتيرة الاستجابة بأبعادها الحسحركية، والعقلية، والتواصل البينشخصي لدى فئات المرضى مقارنةً بفئة الأسوياء. كما تبين من الجدول وجود اختلاف دال في سمة وتيرة الاستجابة ببعديها الحسحركي، والتواصل البينشخصي بين فئة المكتئبين من جهة، وفئة الأفراد ذوي اضطرابات القلق من جهة أخرى، حيث أبدى الأفراد ذوي اضطرابات الاكتئاب مستوى أقل من وتيرة الاستجابة في الأداء الحسحركي والعقلي، مقارنةً بالأفراد من ذوي اضطرابات القلق، كذلك فقد تبين وجود اختلاف دال على سمة وتيرة الاستجابة في المجال الحسحركي، والعقلي، والتواصل البينشخصي بين الأفراد المكتئبين، والأفراد ذوي الاضطرابات جسدية الشكل، حيث تبين أن مستوى وتيرة الاستجابة بأبعادها الحسحركية،

والعقلية، والتواصل البينشخصي كانت أعلى لدى الأفراد من ذوي اضطرابات جسدية الشكل، كذلك تبين وجود اختلاف دال إحصائياً في سمة وتيرة الاستجابة في الأداء العقلي بين فئة اضطرابات القلق، وفئة الاضطرابات جسدية الشكل،

حيث أبدى الأفراد ذوي الاضطرابات جسدية الشكل مستوى أقل من وتيرة الاستجابة في الأداء العقلي.

كما تبين وجود فروق دالة إحصائياً في سمة الانفعالية بأبعادها الحسحركية، والعقلية، والتواصل البينشخصي بين فئات المرضى من جهة، وفئات الأسوياء من جهة أخرى، حيث تبين أن هناك ارتفاعاً في مستوى سمة الانفعالية بأبعادها الحسحركية، والعقلية، والتواصل البينشخصي لدى فئات المرضى، مقارنة بفئة الأسوياء. كما تبين من الجدول وجود اختلاف دال في سمة الانفعالية في الأداء الحسحركي بين الأفراد ذوي اضطرابات القلق والأفراد ذوي الاضطرابات جسدية الشكل، حيث أبدى الأفراد ذوو الاضطرابات جسدية الشكل مستوى أعلى من الانفعالية في الأداء الحسحركي، كما أشارت النتائج إلى وجود اختلاف في سمة الانفعالية في الأداء العقلي بين الأفراد المكتئبين من جهة والأفراد ذوي اضطرابات القلق والاضطرابات جسدية الشكل من جهة أخرى، حيث أبدى الأفراد المكتئبون مستوى أقل من الانفعالية في الأداء العقلي.

ثالثاً: النتائج المتعلقة بالسؤال الثالث: "ما سمات الشخصية التي تميز بين الحالات المرضية والسوية من أفراد عينة الدراسة؟"، للإجابة عن هذا السؤال، تم إجراء التحليل التمييزي لتحديد أبرز سمات الشخصية التي تتنبأ بفئات المرضى وغير المرضى، والجداول (5، 6، 7) توضح ذلك.

الجدول (5) : نتائج التحليل التمييزي.

الارتباط التشابكي	ولكسلامبدا	مربع كاي	درجات الحرية	الدلالة
0.59	0.65	113.51	3	0.00

الجدول (6): نتائج التحليل التمييزي للتنبؤ في سمات الشخصية في الحالات المضطربة والسوية.

المتغير	الارتباط	التباين المفسر	التغير في التباين المفسر	(ف)	الدلالة
النشاط في الأداء العقلي	0.52	0.27	0.27	97.03	0.00
الانفعالية في أداء التواصل البينشخصي	0.58	0.34	0.07	28.28	0.00
المرونة في الأداء العقلي	0.59	0.35	0.01	4.47	0.04

يتضح من الجدول (5) أن قيمة معامل الارتباط التشابكي بين سمات الشخصية ومتغير الاضطراب بلغ (0.59)، وهذا المعامل دال عند مستوى (0.05) فأقل، إذ بلغت قيمة مربع كاي (113.51)، وهذه القيمة دالة عند مستوى (0.05) فأقل.

يتضح من الجدول (6) أن ثلاث سمات من سمات الشخصية كان لها قدرةً على التنبؤ في الحالات المرضية والحالات السوية، فقد فسرت سمة النشاط في الأداء العقلي ما نسبته (27٪) من التباين من حالات المرض والسواء، كما فسرت سمة الانفعالية في أداء التواصل البينشخصي ما نسبته (7٪) من التباين بين الحالات المرضية والحالات السوية، كما أنه نجد أن المرونة في الأداء العقلي قد فسرت ما نسبته (1٪) من التباين بين الحالات المرضية والسوية، وأن مجموع ما فسرته هذه السمات مجتمعة بلغ (35٪) من التباين بين الحالات المرضية والسوية، وبالرجوع إلى المتوسطات الحسابية نجد أن لديهم مستوى مرتفع من الانفعالية في أداء التواصل البينشخصي، ومستوى منخفض من المرونة في الأداء العقلي مقارنةً بفئة الأسوياء، لذا نجد فئة المرضى اتصفوا بمستويات منخفضة من النشاط في الأداء العقلي إلى جانب وجود مستوى مرتفع من الانفعالية في التواصل الاجتماعي، ومستوى منخفض من المرونة في الأداء العقلي. ولتصنيف أفراد عينة الدراسة بناءً على المتنبئات الشخصية، فإن النتائج المشار إليها في الجدول (7) تبين أن (75.3٪) من الحالات المرضية أعيد التنبؤ في الفئة نفسها ضمن الحالات المرضية، وأن (82.1٪) من الحالات السوية أعيد التنبؤ بها في الفئة نفسها من الحالات السوية، وأن إجمال دقة التنبؤ بناءً على السمات المتنبئة في الدراسة الحالية بلغت (77.2٪)، ما يعطي مؤشراً واضحاً على قدرة السمات الشخصية على التنبؤ بين الحالات المرضية والحالات السوية.

الجدول (7) : التكرارات والنسب المئوية لأفراد عينة الدراسة الذين أعيد تصنيفهم بناءً على سمات الشخصية المتنبئة.

		مرضى	أسوياء	المجموع
مرضى	ت	143	47	190
	٪	75.3	24.7	100.0
أسوياء	ت	14	64	78
	٪	17.9	82.1	100.0

رابعاً: النتائج المتعلقة بالسؤال الرابع: "ما سمات الشخصية التي تميز بين الحالات المرضية الثلاث لدى أفراد عينة الدراسة؟"، للإجابة عن هذا السؤال، تم حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لسمات الشخصية لدى مختلف الفئات المرضية (الاكتئاب، والقلق، والاضطرابات جسدية الشكل)، وإجراء التحليل التمييزي المتدرج لتحديد أبرز السمات الشخصية التي تميز بين مختلف فئات المرضى، والجدول (8) يبين ذلك.

الجدول (8): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات عينة المضطربين على سمات الشخصية.

السمة	الأداء	الاكتئاب		القلق		الاضطرابات جسدية الشكل	
		المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
النشاط	الحسحركي	2.00	0.54	2.23	0.40	2.09	0.48
	العقلي	2.14	0.49	2.33	0.43	2.16	0.54
	التواصل البينشخصي	2.23	0.48	2.53	0.57	2.29	0.56
المرونة	الحسحركي	2.15	0.52	2.34	0.49	2.25	0.45

	العقلي	1.86	0.44	1.96	0.51	1.83	0.53
	التواصل البينشخصي	1.98	0.38	2.12	0.48	1.96	0.43
وتيرة الاستجابة	الحسحركي	2.31	0.52	2.51	0.34	2.50	0.38
	العقلي	2.17	0.41	2.27	0.45	2.00	0.45
	التواصل البينشخصي	2.07	0.35	2.35	0.41	2.30	0.35
الانفعالية	الحسحركي	2.89	0.41	2.77	0.55	3.05	0.52
	العقلي	2.75	0.43	2.93	0.55	3.00	0.49
	التواصل البينشخصي	2.77	0.37	2.75	0.49	2.90	0.38

يتضح من الجدول (8) أن هناك تبايناً في سمات الشخصية بين مختلف الفئات المرضية على سمتي النشاط، والمرونة بأبعادها الفرعية، وسمة وتيرة الاستجابة في البعدين العقلي والتواصلي، حيث حصل الأفراد ذوي اضطرابات القلق على متوسطات حسابية أعلى مقارنةً بمرضى الاكتئاب والاضطرابات جسدية الشكل، كما تبين من الجدول أن المتوسط الحسابي لسمة وتيرة الاستجابة في الأداء الحسحركي، حيث إن هناك تقارباً في المتوسطات بين الأفراد من ذوي اضطرابات القلق، والأفراد من ذوي الاضطرابات جسدية الشكل، كذلك يتضح من المتوسطات الحسابية أن هناك ارتفاعاً في استجابات الأفراد ذوي الاضطرابات جسدية الشكل مقارنةً بالقلق والاكتئاب. ومن أجل تحديد السمات المتنبئة، تم استخدام التحليل التمييزي، والجدول (9) يبين نتائج ذلك.

الجدول (9) : معاملات الارتباط التشابكي ومستوى دلالته للمتغيرات المتنبئة.

الارتباط التشابكي	ولكسلامبدا	مربع كاي	درجات الحرية	الدلالة
0.41	0.90	19.37	3.00	0.00

يتضح من الجدول (9) أن قيمة معامل الارتباط التشابكي بين سمات الشخصية ومتغير الاضطراب بلغ (0.41)، وهذا المعامل دال عند مستوى (0.05) فأقل، إذ بلغت قيمة مربع كاي (19.37)، وهذه القيمة دالة عند مستوى (0.05) فأقل.

الجدول (10) : نتائج التحليل التمييزي للتنبؤ بالسمات الشخصية في الحالات المضطربة.

المتغير	الارتباط	التباين المفسر	التغير في التباين المفسر	(ف)	الدلالة
وتيرة الاستجابة في أداء التواصل البينشخصي	0.25	0.06	0.06	12.21	0.00
وتيرة الاستجابة في الأداء العقلي	0.34	0.12	0.06	12.07	0.00
الانفعالية في الأداء العقلي	0.38	0.14	0.02	5.15	0.02

يتضح من الجدول (10) أن هناك ثلاث سمات من سمات الشخصية كان لها قدرةً على التنبؤ فيما بين مختلف الحالات المرضية، فقد فسرت وتيرة الاستجابة في أداء التواصل البينشخصي ما نسبته (6٪) من التباين بين الحالات المرضية، كما فسرت وتيرة الاستجابة في الأداء العقلي ما نسبته (6٪) من التباين بين الحالات المرضية، كما نجد أن الانفعالية في الأداء العقلي قد فسرت ما نسبته (2٪) من التباين بين الحالات المرضية، وأن مجموع ما فسرته هذه السمات مجتمعة بلغ (14٪) من التباين بين الحالات المرضية، حيث نجد أن الأفراد المكتئبين لديهم مستوى منخفض مقارنةً بالأفراد ذوي اضطرابات القلق، والاضطرابات جسدية الشكل، أما المرضى من ذوي الاضطرابات جسدية الشكل فنلاحظ أن وتيرة الاستجابة في الأداء العقلي كانت منخفضةً مقارنةً بمرضى القلق والاكتئاب. أما الانفعالية في الأداء العقلي فقد كانت منخفضةً لدى مرضى الاكتئاب مقارنةً بالأفراد ذوي اضطرابات القلق والاضطرابات جسدية الشكل.

مناقشة نتائج الدراسة

أولاً: مناقشة النتائج المتعلقة بالسؤالين الأول والثاني:

- ما توزيع سمات الشخصية لدى أفراد عينة الدراسة (الأسوياء، وغير الأسوياء) ككل؟
- هل توجد فروق دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في سمات الشخصية بين المصابين بكل من اضطرابات القلق، والاكتئاب، وجسدية الشكل من جهة، والأسوياء من جهة أخرى؟

أظهرت نتائج الإجابة عن السؤال الأول من خلال التكرارات والنسب المئوية أن سمات الشخصية الأربع (النشاط، والمرونة، ووتيرة الاستجابة، والانفعالية) وفي مجالات الأداء (الحسحركي، والعقلي، والتواصل البينشخصي)، وفي مستوياتها الثلاثة (المنخفض، والمتوسط، والمرتفع)، قد توزعت على أفراد العينة ككل (الأسوياء، وغير الأسوياء) بتكرارات ونسب مئوية مختلفة ومتباينة.

أما نتائج الإجابة عن السؤال الثاني باستخدام كل من تحليل التباين الأحادي، واختبار شيفيه للمقارنات البعدية، أشارت إلى وجود فروق دالة إحصائياً في السمات الأربع للشخصية، وفي الثلاثة مجالات من الأداء، وبمستوياتها الثلاثة بين فئة الأفراد الأسوياء، وغير الأسوياء.

لقد تميز المصابون بالاضطرابات الاكتئابية بجملة من سمات الشخصية، وهي: انخفاض في مستوى سمة النشاط في مجالات الأداء الحسحركي، والعقلي، والتواصل البينشخصي، وانخفاض في مستوى سمة المرونة في مجال الأداء الحسحركي، وانخفاض في مستوى سمة وتيرة الاستجابة في مجالي الأداء الحسحركي، والعقلي مقارنةً بالقلقين، وارتفاع في مستواها في مجالات الأداء الحسحركي، والعقلي، والتواصل البينشخصي مقارنةً بالمصابين بالاضطرابات جسدية الشكل، وانخفاض في مستوى سمة الانفعالية في مجال الأداء العقلي، مقارنةً بالقلقين، والمصابين بالاضطرابات جسدية الشكل.

وهذه النتائج تعني أن المكتئبين غير نشطين، وغير فاعلين في مجالات الأداء الحسحركي، والمعرفي، والبينشخصي، أي أنهم خاملون في هذه المجالات، فضلاً عن أنهم غير مرنين في مجال الأداء الحسحركي، أي يتصفون بالجمود في هذا المجال، كما ويتسمون بوتيرة استجابة بطيئة في مجالي الأداء الحسحركي، والعقلي مقارنةً بالقلقين، بمعنى أنهم أقل اندفاعية، وتهور، وتسرع في هذين المجالين، وبوتيرة استجابة أعلى في مجالات الأداء الحسحركي،

والعقلي، والتواصل البينشخصي مقارنةً بالمصابين بالاضطرابات جسدية الشكل، علاوةً على انخفاض في الاتزان الانفعالي، أي ارتفاع في التهيج أو الاستثارة الانفعالية لديهم مقارنةً بالقلقين، والمصابين بالاضطرابات جسدية الشكل.

وتعبر هذه النتائج عن مضامين مختلفة لدى المكتئبين، تتمثل في محدودية النشاط في الأداء الحسحركي، أي ظهور الخمول في السلوك الحسحركي، والمعرفي، والتفاعل الاجتماعي، حيث تنخفض لديهم الرغبة في بذل جهود عضلية؛ نظراً لانخفاض درجة التوتر العضلي، فيلاحظ عليهم الإحجام عن ممارسة الأعمال اليدوية، والذهنية، والاجتماعية، كما ويلاحظ سيادة التفكير المفرط أو الاجتراري في الأحداث الماضية، والذي يتم توظيفه في المسار غير السوي.

وقد يُعزى وجود مثل هذا البروفيل من سمات الشخصية لدى المكتئبين إلى طيف واسع من الأسباب، تتمثل في زملة

الأعراض الإكلينيكية التي تشتمل على مظاهر زملة الأعراض الوجدانية أو المزاجية، والمعرفية، والسلوكية، والجسمية المميزة لهم.

إن انخفاض مستويات كل من سمات النشاط، والمرونة، ونمط الاستجابة، وارتفاع مستوى سمة الانفعالية في مجالات الأداء الحسحركي، والعقلي، والتواصل البينشخصي ينسجم مع زملة الأعراض الجسمية، والوجدانية، والمعرفية، والسلوكية المميزة للمصابين باضطرابات الاكتئاب. ومن الأعراض الجسمية البارزة المميزة لهم، فإنهم يعانون من فقدان الشهية للطعام، كما ينفرون ويتقززون منه، ويشعرون بالتعب الزائد، حيث يتعبون بسرعة لأقل مجهود يبذلونه، ويعبرون عن ذلك بأنهم يفتقرون إلى الطاقة والجهد، ويشكون من شعورهم بالفتور والخمول، أو بالإرهاق والإجهاد، أو بالضعف الشديد والعجز عن الحركة، كما أنهم يشعرون بتناقص النشاط الجسمي الغرضي، و"شلل الإرادة" (Paralysis of the Will) المتمثلة في فقدان الدافعية الإيجابية. وتفسر هذه النتيجة، بأن المكتئبين يخبرون حالة من الضيق والانفعالية، الأمر الذي ينطوي بدوره على تأثير تفكيكي، وعلى إهدار الطاقة النفسية لديهم، أو أنه يرتبط بعدد من التغيرات العصبية – الكيميائية في الدماغ، والمتمثلة في انخفاض مستويات (نورأدرينالين، وسيروتونين) والتي تؤثر في وظائف "الوطاء" (Hypothalamus) المسؤول عن تنظيم النوم، والجنس، والأكل، والسلوك الحركي (الرشيدي وآخرون، 2000؛ Holmes, 1994; Sachar, 1982). علاوةً على ذلك، ربما تعزى هذه النتائج لدى المكتئبين لانسجامها مع ما ورد في الجدول (1) عن زملة الأعراض الإكلينيكية للاكتئاب، نذكر منها: السلوك النكوصي، والتأخر أو التعوق النفسي الحركي، والاهتياج النفسي الحركي، والسلوك الانسحابي، والاعتمادية، والمبالغة في تقدير المشكلات، وبطء عمليات التفكير، وصعوبات في الذاكرة وتركيز الانتباه، والتردد وعدم الحسم، وانخفاض تقدير الذات، وفقدان الشعور بالرضا والمرح، وفقدان التعلق الانفعالي، ووجود مشاعر سالبة نحو الذات، وتوقعات سالبة أو تشاؤم.

وتتفق هذه النتائج مع الإطار النظري المتعلق باضطرابات الاكتئاب، من حيث مظاهر زملة الأعراض الإكلينيكية المميزة للمكتئبين، والنماذج التفسيرية لهذه الاضطرابات، والمحكات التشخيصية الواردة في (DSM, IV-TR, 2000). كما تنسجم هذه النتائج مع العديد من الدراسات السابقة.

أما الأفراد المصابون باضطرابات القلق، أظهرت النتائج أنهم يتمتعون بسمات شخصية في جميع المجالات الحسحركية، والعقلية، والبينشخصية بدرجة متوسطة، باستثناء سمة المرونة في مجال الأداء العقلي بلغت مستوىً منخفضاً.

وقد يعزى مثل ذلك إلى أسباب عديدة، تتمثل في أن عينة الأفراد المصابين بهذه الاضطرابات قد مضى عليهم أكثر من أربعة شهور في مراجعة العيادات النفسية، وبالتالي خضعوا لتناول العلاجات اللازمة، وحالتهم تسير نحو التحسن.

علاوةً على ذلك، قد تعزى مثل هذه النتائج إلى توزيع أفراد عينة الدراسة تبعاً لبعض المتغيرات الديموغرافية، حيث بلغت نسبة من يحملون الثانوية العامة فما دون (53.6٪)، ونسبة المتزوجين (62.1٪)، ونسبة من تراوحت أعمارهم بين (25–45) سنة (43.7٪)، ونسبة من يسكنون المدينة (54٪). إن مثل هذه المتغيرات الديموغرافية قد يكون لها دور في ارتفاع مستويات الأربع سمات في الممارسات البدنية، والتفاعل الاجتماعي، حيث إن طبيعة الأسرة في غالبية هذه الأماكن ما زالت ممتدة، تمارس الفلاحة، والزراعة، والرعي، مما يؤدي إلى مزيد من التواصل بينهم، ويكسبهم سرعةً في الاستجابة لمواجهة ضغوط الحياة والتغلب عليها. أما انخفاض مستوى المرونة في مجال الأعمال الذهنية، فقد يعزى إلى انخفاض المستوى التعليمي، إضافةً إلى العصبية القبلية السائدة، وبخاصة أن (65.5٪) من أفراد العينة هم من الذكور، بمعنى سيادة النمطية الذكورية التي تتسم بالتشدد بالرأي.

فضلاً عن ذلك، تتفق هذه النتائج مع زملة الأعراض الإكلينيكية المميزة لاضطرابات القلق، والتي تتمثل في مظاهر كل من زملة الأعراض الوجدانية أو المزاجية، والمعرفية، والسلوكية، والفيسيولوجية، حيث إن القلقين في حالة توتر، وارتباك، وتأهب، واستثارة لحدوث شيء مرتقب وخطر.

وبالرجوع إلى الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع المعدل، والأدب النظري ذي الصلة بهذه الاضطرابات، يبدو أن هذه النتائج تنسجم مع ما ورد في الدليل من معايير ومحكات تشخيصية لها، كما أنها تنسجم مع ما ورد من

وصف ونماذج تفسيرية لهذه الاضطرابات.

ونجد أن نتائج هذه الدراسة تتفق مع نتائج العديد من الدراسات السابقة.

أما سمات الشخصية لدى المصابين بالاضطرابات جسدية الشكل، تبين أنهم يتمتعون بمستويات منخفضة من النشاط في الممارسات أو الأعمال البدنية، والذهنية، أي أنهم أكثر خمولاً في ممارسة هذه الأعمال، في حين أنهم يتمتعون بمستويات متوسطة من النشاط في التواصل مع الآخرين.

كما يتضح أنهم أكثر تشدداً أو تصلباً في ممارسة الأعمال الذهنية، والتواصل البينشخصي، بينما في مجال الممارسات البدنية، يتبين أنهم يتسمون بمستوى متوسط من المرونة. وأما بالنسبة لاستجاباتهم للممارسات البدنية، والتواصلية، فقد بلغت مستويات متوسطة، بينما استجاباتهم لممارسة الأعمال الذهنية وصلت إلى مستويات منخفضة. وأما فيما يتعلق بسمة الانفعالية لديهم، يتضح أنهم أكثر استثارة انفعالياً إزاء المواقف البدنية، والعقلية، أي أنهم أكثر تهيجاً انفعالياً نحو هذه الممارسات، بينما نحو التواصل مع الآخرين، تكون انفعاليتهم متوسطة أو معتدلة.

وتعبر هذه النتائج عن ملامح بارزة يتسم بها المصابون بهذه الاضطرابات، حيث تنخفض لديهم الرغبة في بذل مجهود عضلي، ويسود لديهم الخمول في الحركة، وانخفاض في درجة التوتر العضلي، والإحجام عن العمل أو محاولة تجنبه. فضلاً عن ذلك، فإنهم يتصفون بتوافر مستويات منخفضة من القدرات العقلية، والإحجام عن ممارسة الأعمال الذهنية، في حين أنهم يتسمون بوجود حاجة للتواصل مع الآخرين بدرجة طبيعية، ولديهم توجه طبيعي لتشكيل علاقات اجتماعية جديدة.

كما أنهم يتميزون بوجود مرونة بدرجة متوسطة عند الانتقال من عمل بدني إلى عمل آخر، وانخفاض في مرونة التفكير، واتباع أساليب نمطية ذات طراز واحد في حل المشكلات، ووجود جمود أو تصلب عقلي في حل القضايا والمشكلات المجردة، والسعي للمحافظة على تواصل اجتماعي نمطي من طراز واحد، ووجود سرعة في الاستجابة بدرجة متوسطة في الأعمال الحسحركية، وانخفاض في سرعة الاستجابة للعمليات العقلية، وتباطؤ في تنفيذ إجراءات الأعمال العقلية، وتكون سرعة النشاط الكلامي، ونطق الكلمات بدرجة متوسطة، وارتفاع في شدة الحساسية الانفعالية عند التباين بين النتائج المتوقعة، والنتائج الفعلية للأعمال اليدوية والعقلية، ويشعرون دائماً بوجود نقص في نواتج أعمالهم البدنية، كما يشعرون بالانزعاج عند القيام بالأعمال الذهنية التي تتطلب بذل مجهود عقلي، كما وتكون حساسيتهم الانفعالية نحو الفشل في التواصل بالآخرين بدرجة متوسطة، ويشعرون بالسرور والثقة بالنفس بدرجة متوسطة عند تواصلهم بالآخرين، ولديهم حساسية انفعالية خاصة نحو التلون في العلاقات البينشخصية.

وقد تعزى مثل هذه النتائج إلى زملة الأعراض الإكلينيكية المميزة (المزاجية، والجسمية، والسلوكية، والمعرفية) لهذه الفئة من الاضطرابات النفسية، حيث تتفق هذه النتائج مع ما ورد في الإطار النظري من وصف وتفسير لهذه الاضطرابات، إضافةً إلى انسجامها مع المحكات التشخيصية في (DSM, IV-TR, 2000). كما وتنسجم هذه النتائج مع العديد من الدراسات السابقة. إن مثل هذه النتائج التي تم الحصول عليها، تؤكد على صحة ما ورد في الإطار النظري من أعراض مصاحبة للأفراد الذين يعانون من الاضطرابات جسدية الشكل، والتي تتمثل في أنهم يلجأون إلى الشكاوى المرضية، كأسلوب تجنبي يتبعونه في الهروب من تحمل المسؤولية، وللحصول على الدعم والإسناد الاجتماعي من المحيطين بهم للتخفيف من شدة القلق والاكتئاب الذي يعانون منه.

ثانياً: مناقشة النتائج المتعلقة بالسؤال الثالث:

"ما سمات الشخصية التي تميز بين الحالات المرضية والسوية من أفراد عينة الدراسة؟".

أظهرت نتائج الإجابة عن هذا السؤال باستخدام المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية وجود فروق بين فئتي المرضى والأسوياء تبعاً لسمات الشخصية الأربع، حيث حصلت فئة الأسوياء على متوسطات حسابية أعلى مقارنةً بالمرضى في ثلاث سمات هي: (النشاط، والمرونة، ووتيرة الاستجابة) في مجالات الأداء الحسحركي، والعقلي، والتواصلي، في حين حصلت فئة المضطربين على متوسطات

حسابية أعلى مقارنةً بالأسوياء في سمة الانفعالية بأبعادها الحسحركية، والعقلية، والتواصلية. إن مثل هذه النتائج منطقية ومتفقة مع الإطار النظري، وبخاصة أن سمة الانفعالية والمتمثلة في التهيج أو عدم الاتزان الانفعالي هي صفة بارزة مميزة للأفراد المضطربين نفسياً. وهذه النتائج تم تدعيمها سابقاً، حيث تبين وجود علاقة ارتباطية دالة بين سمات الشخصية من جهة، والاضطرابات النفسية من جهة ثانية، بلغت (0.59).

كما أظهرت النتائج باستخدام التحليل التمييزي لتحديد أكثر سمات الشخصية تنبؤاً بالحالات المرضية والسوية، وجود ثلاث سمات شخصية فسرت مجتمعةً معاً (35٪) من التباين بين المضطربين والأسوياء، وهذه السمات هي: سمة النشاط، والمرونة في الأداء العقلي، وسمة الانفعالية في الأداء التواصلي. وتعبر هذه النتائج عن ارتفاع مستويات الخمول، والدوغماتية (أو الجمود أو التشدد بالرأي) في الممارسات الذهنية، وارتفاع مستوى الاستثارة الانفعالية في ممارسات التفاعل الاجتماعي لدى فئة المضطربين مقارنةً بالأسوياء. وقد تعزى هذه النتائج إلى أنها تشكل جوانب

أساسية في شخصية المضطربين، تتمثل في تشويه البناء الحس إدراكي، والانفعالي لدى هذه الفئة من المضطربين. فهذه النتائج تتفق مع زملة الأعراض الإكلينيكية المميزة للمضطربين، والنماذج التفسيرية لهم، وبخاصة النموذج المعرفي. فضلاً عن ذلك، وجود انسجام بين مضامين هذه السمات، وزملة الأعراض الجسمية، والمزاجية، والسلوكية، والمعرفية الخاصة بالاضطرابات النفسية، الأمر الذي يؤكد على القدرة التشخيصية لهذه الأداة، والتمييز بين المرضى والأسوياء.

ثالثاً: مناقشة النتائج المتعلقة بالسؤال الرابع:

"ما سمات الشخصية التي تميز بين الحالات المرضية الثلاث لدى أفراد عينة الدراسة؟".

أظهرت نتائج الإجابة عن هذا السؤال باستخدام المتوسطات الحسابية، والانحرافات المعيارية وجود فروق بين فئات الاضطرابات النفسية الثلاث في سمتي النشاط، والمرونة بأبعادها الثلاثة، وسمة وتيرة الاستجابة في الأداء العقلي والتواصلي. وقد تعزى هذه النتائج إلى الفروق بين هذه الاضطرابات في المحكات التشخيصية، وزملة الأعراض الإكلينيكية، ومكوناتها، فضلاً عن وجود ارتباط دال بين هذه السمات من ناحية، والاضطرابات النفسية من ناحية أخرى، بلغ (0.41)، إضافةً إلى القدرة التنبؤية لهذه السمات، حيث فسرت ما نسبته (14٪) من التباين بين هذه الاضطرابات. فهذه النتائج تتفق مع ما ورد من وصف وتفسير لهذه الاضطرابات في كل من الإطار النظري والدراسات ذات الصلة بذلك، والمتمثلة بزملة الأعراض الإكلينيكية الخاصة باضطرابات كل من القلق، وجسدية الشكل، والاكتئاب، والتي تشمل زملة أعراض مزاجية، وسلوكية، وجسمية، ومعرفية مميزة لكل اضطراب.

التوصيات:

في ضوء النتائج التي تمخضت عنها الدراسة، يوصي الباحثان بالآتي:

أظهرت نتائج الدراسة وجود انخفاض في مستويات ثلاث سمات للشخصية، هي (النشاط، والمرونة، ووتيرة الاستجابة) في الممارسات اليدوية، والذهنية، والاجتماعية، وارتفاع في مستوى سمة الانفعالية في هذه المجالات. وعليه يوصي الباحثان بـ:

- ضرورة العمل على تعديل مستويات هذه السمات في هذه الممارسات لتصل إلى المستويات المعتدلة، عن طريق إعداد برامج نفسية هادفة تتضمن جوانب انفعالية، ومعرفية، وسلوكية، لتدريب المضطربين عليها.
- اعتماد المقياس كأداة تشخيص مساعدة للاضطرابات النفسية في العيادات النفسية.

وفي ضوء ما تقدم، يقترح الباحثان إعداد بروفيل يتضمن سمات الشخصية المميزة لهذه الاضطرابات النفسية، وإجراء دراسات أخرى معمقة وشاملة على هذه الاضطرابات لبيان الأسباب الأخرى البالغ نسبتها (65٪) المؤدية إلى هذه الاضطرابات.

المصادر والمراجع

المراجع العربية

إبراهيم، عبد الستار (1998)، الاكتئاب، اضطراب العصر الحديث – فهمه وأساليب علاجه، **مجلة عالم المعرفة**، العدد (239)، المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب، الكويت.

أبو طالب، تغريد (2000)، مصادر ضغط العمل لدى معلمات رياض الأطفال في منطقة عمّان الكبرى، **مجلة دراسات، العلوم التربوية**، 27(1).

باظة، أمال عبد السميع (1997). **الشخصية والاضطرابات السلوكية والوجدانية**، ط1، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة، مصر.

بني يونس، محمد وأبو جدي، أمجد (قيد النشر)، الخصائص السيكومترية لصورة معربة ومعدلة للبيئة الأردنية من مقياس روسالف للخصائص الشكلية الدينامية للشخصية، **مجلة دراسات، العلوم الاجتماعية**، الجامعة الأردنية، عمّان، الأردن.

بني يونس، محمد (2009). **الاسس الفسيولوجية للسلوك**، دار الشروق للنشر والتوزيع، عمان، الأردن.

عبد الخالق، أحمد والنيال، مايسة (1991)، الدافع للإنجاز وعلاقته بالقلق والانبساط، **مجلة دراسات نفسية**، 4(1)، القاهرة، مصر.

عبد الرحمن، محمد السيد (2000)، **علم الأمراض النفسية والعقلية (الأسباب – الأعراض – التشخيص – العلاج)**، القاهرة: دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع.

غريب، عبد الفتاح (1991)، **القلق لدى الشباب في دولة الإمارات العربية المتحدة في مرحلتي التعليم قبل الجامعي والتعليم الجامعي: مدى الانتشار والفروق في الجنس، والعمر**، البحرين: جامعة البحرين.

كمال، علي (1988)، **النفس (انفعالاتها وأمراضها وعلاجها)**، (ط4). بغداد: دار واسط للدراسات والنشر والتوزيع.

الهلسا، حسان (1996)، **علاقة بعض سمات الشخصية بدافع الإنجاز لدى طلبة الصف الأول الثانوي**، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة مؤتة، الكرك، الأردن.

حمدي، نزيه (1997) علاقة حل المشكلات بالاكتئاب لدى طلبة الجامعة، مجلة دراسات، العلوم التربوية، 25(1)، الجامعة الأردنية، عمان، الأردن.

المومني، وليد(2001). استراتيجيات التدبر لضغوط الحياة وعلاقتها بالقلق والاكتئاب لدى طلبة الجامعة الأردنية، رسالة **ماجستير غير منشورة، الجامعة الأردنية**، عمان، الأردن.

الحسيني، منى، (1993) السمات الشخصية التي تميز الأفراد المكتئبين من الأفراد غير المكتئبين لدى عينة من الأفراد في منطقة عمان الكبرى، **رسالة ماجستير غير منشورة**، الجامعة الأردنية، عمان، الأردن.

شعبان، رجب(1992). العلاقة بين أساليب التعامل الأقدامية والإحجامية مع الأزمات والتوافق النفسي وبعض سمات الشخصية، **مجلة علم النفس**، القاهرة، (6)، 104–125.

غيشان، ريما(1994). العلاقة بين آلام البطن المتكررة عند الأطفال وكل من القلق والاكتئاب وحوادث الحياة الضاغطة، **رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الأردنية**، عمان، الأردن.

المراجع الأجنبية

Beck, A., Rush, A., Shaw, B., et al. 1979. ***Cognitive Therapy of Depression***, New York: The Guilford Press.

Blolack, J. Joint, and Thomas, E. 2000. Interaction of cognitive avoidance coping and stress in predicting depression, ***Anxiety Cognitive, Theropy and Research***, 24, 47-65.

Bray, N., Braxton, J. and Sulliran, A. 1999. The influence of Stress-Related coping strategies on

american psychiatric association. 2000**.** ***Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders***. (4th ed., Text Revision, DSM, IV-TR) , Washington, DS: Author..

Arthur, N. 1998. The effects of stress depression and anxiety on post secondary students coping strategies, ***Journal of College Student Development***, 36, DC, 11-22.

college student Development Decisions, ***Journal of College Student Development***,40, 645-659.

Cash, T., Theriault, J. and Annis, N. 2004. Body image in interpersonal context. Adult

Cheng, C. and lam, S. 2000. Perceptual style and behavioral pattern of individuals with functional gastro intestinal disorders, ***Health Psychology***, 19, 14-154.

Cheng.C. 2001. Assign coping flexibility in real –life and laboratory setting: A multimethod approach, ***Journal of Personality and Social Psychology***, 5, 814-833.

Davison, G., Neale, J. and Kring, A. 2004. ***Abnormal Psychology***, 9th ed., New York: Wiley.

Edgerton, J. and Campbell, R. 1994. ***American Psychiatric Glossary***, 7th ed., Washington, D. C.: American Psychiatric Press, Inc., 140-144.

Engel, G. 1997. The need for a new medical model: A challenge for biomedicine, ***Science***, 196, 129-136.

Farione, S., Kremen, W., and Tsuang, M. 1990. Genetic transmission of major affective disorders: quantitative models and linkage analyses, ***Psychological Bullein***, 108, 109-127.

Greiss, J. and Jefferson, J. 1992. ***Depression and its Treatment***, Washington, D. C.: American Psychiatric Press.

Halamondaris, K. and Pewer, K. 1999. Individual differences, social support and coping with the examination stress: study of the psychological and academic adjust mental first year home students, ***Personality and Individual Differences***, 26,662-685.

Hollander, E., Simeon, D. and Gorman, J. 1994. Anxiety disorders, In R. E. Hales,.

Holmes, D. 1994. ***Abnormal Psychology***, New York: Harper Collins College.

Kendler, K., Neale, M., Kessler, R., Health, A. and Eaves, L. 1992. A population-based twin study of major depression in women, ***Archives of General Psychiatry***, 49, 257-266.

Matheus, A. and MacLead, C. 1986. Discrimination without awareness in anxiety states, ***Journal of Abnormal Psychology***, 95, 131-138.

World Health Organization. 1992. ***The ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines***, Geneva.

Personality Traits for Individuals Who Suffer from Some Psychological Disorders in Al-Baha Region in the Kingdom of Saudi Arabia

Abdullah Al-Zahrani and Mohammad BaniYounes

ABSTRACT

This study aims at detecting personality traits among an available sample of normal individuals consisting of (78) individuals, and a sample of abnormal individuals suffering from anxiety, depression and psychosomatic disorders consisting of (190) individuals. Also, the study aims at finding differences among them depending on the traits and to determine the predictive capacity for these traits in the categories of those three disorders.

To detect personality traits the researchers used the measure of personality traits, which was prepared by (Rocalov, 1991) and was developed to the Jordanian environment by (BaniYounes and Abu Jadi, 2009). The statistical analysis results had shown that there are significant differences among members of the two samples as a whole (normal and abnormal) in all personality traits at all levels on one hand, and the presence of statistically significant differences between the abnormal sample in all personality traits at all levels on the other hand. Also, the statistical analysis results have shown that there are three characteristics for those personal traits (the activity in mental performance trait, the emotionality in interactive performance trait and the flexibility in mental performance trait), and those traits have a clear predictive capability, interpreted together (35%) of the variance between the normal and the abnormal sample on one hand, and the presence of three characteristics for personality traits (the frequency of response for communicative performance trait, the frequency of response in mental performance trait and the emotionality in mental performance trait) interpreted together (14%) of the variance between the three categories of disorders on the other hand.

Based on the results, the study recommended the need to work on reducing the level of emotionality trait in motor sensory, mentally and communicatively performance in the sample with anxiety, depression and psychosomatic disorder through the preparation of meaningful behavioral, emotional and cognitive psychological programs. And through the preparation of a trait profile which includes the personal traits for those three disorders.

Keywords: Personality Traits, Psychological Disorder.

Received on 26/7/2009 and Accepted for Publication on 10/6 /2010.