



وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة عمار تليجي الأغواط

كلية العلوم الاجتماعية

قسم علم النفس وعلوم التربية والارطوفونيا



الذكاء الوجداني وعلاقته بالأليكسيميا لدى عينة من مرضى

السيكوسوماتية

بمستشفى أمميدة بن عجيلة بالأغواط

مذكرة ضمن المتطلبات لنيل شهادة الماستر أكاديمي علم النفس العيادي.

تحت إشراف الأستاذة:

د. سيرين زعابطة

من إعداد الطالبتين:

فاطمة بزوي

هاجر كلثوم بوضلة

السنة الجامعية: 2020/2019

مشكر وتقدير

..www.arbfonts.com ..

نتقدم بالشكر الجزيل والثناء الجميل

إلى كل من ساهم في إنجاز هذا

البحث، ونخص بالذكر الأستاذة

المشرفة الدكتورة زعابطة سيرين

هاجر

ملخص البحث :

الذكاء الوجداني وعلاقته الأليكسيثيميا لدى السيكوسوماتيين _ بزوي فطيمة، بوضلة كلتوم _ جامعة الاغواط 2020 هدف بحثنا الحالي الى معرفة العلاقة بين متغير الذكاء الوجداني ومتغير الالكسيثيميا لدى السيكوسوماتيين كما هدف الى التعرف على مستوى كل من الذكاء الوجداني والأليكسيثيميا لدى أفراد العينة التي تقدر بـ(100 فرد) والتعرف على مدى تأثير كل من الجنس والسن على كل من المتغيرين ،حيث استخدمنا مقياس تورنتو للالكسيثيميا ومقياس الذكاء الوجداني لبارون وباركر ،واعتمدنا في هذا البحث على المنهج الوصفي بشقيه الارتباطي والمقارن الذي يقوم بدراسة الظاهرة ووصفها احصائيا وتم الاعتماد في التحليل الاحصائي للبيانات على معامل بيرسون واختبار T وتحليل الزبائن الأحادي . وقد توصلت نتائج البحث الى:

- توجد علاقة سلبية دالة إحصائيا بين التكتم والذكاء الوجداني لدى أفراد العينة من المرضى السيكوسوماتيين.

- مستوى الالكسيثيميا لدى أفراد العينة مرتفع
- مستوى الذكاء الوجداني لدى أفراد العينة منخفض.
- يوجد اختلاف في مستوى حالة الالكسيثيميا لدى أفراد العينة يعزى إلى متغير الجنس لصالح الذكور.
- يوجد اختلاف في مستوى الذكاء الوجداني لدى أفراد العينة يعزى إلى متغير الجنس لصالح الاناث.
- يوجد اختلاف في مستوى الألكسيثيميا لدى أفراد العينة يعزى إلى أقدمية الاصابة بالمرض لصالح حديثي الاصابة.
- يوجد اختلاف في مستوى الذكاء الوجداني لدى أفراد العينة يعزى إلى أقدمية الاصابة بالمرض لصالح حديثي الاصابة.

Abstract:

Affective intelligence and its relationship to alexithymia among psychosomatics _Bazwi Ftaymeh, in Kalatoum _ Laghouat University 2020

The aim of our current research is to find out the relationship between the emotional intelligence variable and the alexithymia variable among psychosomatics. It also aimed to identify the level of both emotional intelligence and alexithymia among the sample members estimated at (100 individuals) and race on the extent of the influence of sex and age on each of the two variables. Alexithymia and Baron and Parker's emotional intelligence scale, and in this research we relied on the descriptive approach, with its two parts correlational and comparative, which studies the phenomenon and describes it statistically. The statistical analysis of the data was based on the Pearson coefficient, the T-test, and the mono client analysis. The results of the research found:

- There is a statistically significant relationship between emotional intelligence and alexithymia
- There are no statistically significant differences in the level of the ecthyma due to the gender variable
- There are no statistically significant differences in emotional intelligence between males and females according to the value of "t".
- The value of F is not statistically significant at any level of significance, which means that there are no statistically significant differences in emotional intelligence between males and females
- There are differences in emotional intelligence between different age groups, and from it there is a relationship between the level of emotional intelligence and the age variable;

- The value of F is not statistically significant at any level of significance, which means that there are no statistically significant differences in emotional intelligence between different age groups.
- That there are no differences in emotional intelligence between the newly infected and the old.
- And there are significant differences in the level of ecthyma attributed to the variable of the duration of the disease between newborns and those with old infection, meaning that there is a relationship between the level of ectasthyma and the duration of the disease.

Résumé:

L'intelligence émotionnelle et sa relation à l'alexithymie chez les psychosomatiques _Bazoui Ftaymeh, Balula Kaltum _ Université de Laghouat 2020 Le but de notre recherche actuelle est de connaître la relation entre la variable d'intelligence émotionnelle et la variable d'alexithymie chez les psychosomatiques. Elle visait également à identifier le niveau à la fois d'intelligence émotionnelle et d'alexithymie parmi les membres de l'échantillon et estimé à identifier (100 individus). L'étendue de l'impact à la fois du sexe et de l'âge sur chacune des deux variables, comme nous avons utilisé l'échelle Toronto Alexithymia et l'échelle d'intelligence émotionnelle de Baron et Parker, et dans cette recherche, nous avons adopté l'approche descriptive avec ses deux parties corrélacionnelle et comparative qui étudie le phénomène et le décrit statistiquement. Monoculaire. Les résultats de la recherche ont atteint:

-Il existe une relation statistiquement significative entre l'intelligence émotionnelle et l'alexithymie

- Il n'y a pas de différences statistiquement significatives dans le niveau de l'ecthyma en raison de la variable de genre

- Il n'y a pas de différences statistiquement significatives d'intelligence émotionnelle entre les hommes et les femmes selon la valeur de "t".

- La valeur de F n'est statistiquement significative à aucun niveau de signification, ce qui signifie qu'il n'y a pas de différences statistiquement significatives d'intelligence émotionnelle entre les hommes et les femmes

- Il existe des différences d'intelligence émotionnelle entre les différents groupes d'âge, et à partir de là, il existe une relation entre le niveau d'intelligence émotionnelle et la variable d'âge;

La valeur de F n'est statistiquement significative à aucun niveau de signification, ce qui signifie qu'il n'y a pas de différences statistiquement significatives d'intelligence émotionnelle entre les différents groupes d'âge.

- Qu'il n'y a pas de différences d'intelligence émotionnelle entre les personnes nouvellement infectées et les personnes âgées.

- Et il existe des différences significatives dans le niveau d'ecthyma attribué à la variable de la durée de la maladie entre les nouveau-nés et ceux avec une infection ancienne, ce qui signifie qu'il existe une relation entre le niveau d'ectasthyma et la durée de la maladi

فهرس المحتوى

شكر وعرهان

ملخص الدراسة

فهرس الموضوعات

قائمة الجداول

مقدمة

الجانب التمهيدى

الفصل الأول: الإطار العام للدراسة

- 1- إشكالية البحث.....15
- 2- فرضيات البحث.....20
- 3- أهمية البحث.....21
- أهداف البحث.....22
- 4- الدراسات السابقة.....24
- 5- تحديد المفاهيم الإجرائية.....25

الجانب النظرى

الفصل الثانى: الذكاء الوجدانى

- تمهيد.....35
- أولاً: تعريف الذكاء.....36
- ثانياً: تعريف الوجدان.....37
- ثالثاً: علاقة الذكاء والتفكير بالوجدانات.....37

- 39.....رابعا : الجذور التاريخية للذكاء الوجداني
- 42.....خامسا : تعريفات الذكاء الوجداني
- 45.....سادسا : الأساس العصبي للذكاء الوجداني
- 47.....سابعا: أهمية الذكاء الوجداني
- 49.....ثامنا : الذكاء الوجداني وتطبيقاته في مجالات الحياة
- 57.....تاسعا : الذكاء الوجداني وتطبيقاته في المجتمع
- 58.....عاشرا : خصائص وسمات الأنكيا وجدانيا
- 59.....حادي عشر: سمات الأفراد منخفضي الذكاء الوجداني
- 60.....ثاني عشر: النماذج النظرية للذكاء الوجداني
- 71.....ثالث عشر: أساليب قياس الذكاء الوجداني

خلاصة الفصل

الفصل الثالث: الالكستيميا (التكتم)

- 75.....تمهيد
- 76.....أولا: نشأة مفهوم الالكستيميا (التكتم) وتطورها
- 78.....ثانيا: تعريف الالكستيميا (التكتم). alexithymie
- 80.....ثالثا: العوامل التي تساهم في تطوير الالكستيميا (التكتم)
- 81.....رابعا: نظريات تفسير الالكستيميا (التكتم)
- 85.....خامسا: مقاييس الالكستيميا (التكتم)
- 88.....سادسا: علاج الالكستيميا (التكتم)

خلاصة الفصل

الفصل الرابع: السيكوسوماتية

- تمهيد.....90
- أولا : لمحة تاريخية عن علاقة النفس بالجسد.....91
- ثانيا : مفهوم الاضطرابات السيكوسوماتية.....92
- ثالثا: أسباب الاضطرابات السيكوسوماتية.....95
- رابعا : خصائص الاضطرابات السيكوسوماتية.....97
- خامسا: النظريات المفسرة للاضطرابات السيكوسوماتية.....99
- سادسا : تشخيص الاضطرابات السيكوسوماتية.....100
- ثامنا: الأساس الانفعالي والفيزيولوجي للأمراض السيكوسوماتية وعواملها.....104
- تاسعا: السببية النفسية (دوتش) (الكسندر).....109
- عاشرا: تفسير كيفية حدوث الامراض السيكوسوماتية.....107
- حادي عشر: مدارس سيكوسوماتية.....109
- ثاني عشر: علاج الأمراض السيكوسوماتية.....1110

خلاصة الفصل

الجانب التطبيقي

الفصل الخامس: إجراءات منهجية للدراسة الميدانية

- تمهيد.....114
- 1- المنهج المستخدم في الدراسة.....116
- 2- حدود الدراسة.....117
- 3- مجتمع الدراسة.....122

123.....4- أدوات الدراسة.....

124.....5- طريقة تطبيق تقنيات البحث.....

125.....6- أساليب الإحصائية المستعملة في الدراسة.....

خلاصة الفصل

الفصل السادس: عرض وتحليل ومناقشة النتائج

127.....1- عرض وتحليل ومناقشة الفرضية الأولى.....

128.....2- عرض وتحليل ومناقشة الفرضية الثانية.....

129.....3- عرض وتحليل ومناقشة الفرضية الثالثة.....

131.....4- عرض وتحليل ومناقشة الفرضية الرابعة.....

132.....5- عرض وتحليل ومناقشة الفرضية الخامسة.....

133.....6- عرض وتحليل ومناقشة الفرضية السادسة.....

134.....7- عرض وتحليل ومناقشة الفرضية السابعة.....

137.....توصيات والاقتراحات

139.....خاتمة

141.....المراجع.....

الملاحق

قائمة الجداول:

رقم الجدول	عنوان الجدول	الصفحة
01	يوضح توزيع الفقرات الالكسيثما	114
02	يوضح مستويات الالكسيثما	114
03	طريقة ألفا كرونباخ	115
04	نتائج معامل الاتساق الداخلي لمحاو الاستبيان	116
05	نتائج معامل الاتساق الداخلي لعبارات الاستبيان	117
06	خصائص عينة الدراسة حسب متغير الجنس	118
07	خصائص عينة الدراسة حسب متغير السن	119
08	توزيع أفراد العينة حسب المتغير الحالة الاجتماعية	120
09	توزيع أفراد العينة حسب المتغير حسب أقدمية الإصابة بالمرض.	121
10	يمثل مستوى النكتم (الالكسيثيميا) لدى عينة المرضى السيكوسوماتية	124
11	المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لإجابات أفراد العينة	127
12	معاملات الارتباط بين الذكاء الوجداني و الأليكسيثيميا لدى عينة الدراسة	129
13	يمثل الفروق بين متوسطات الإلكسيثما ما بين ذكور وإناث تعزى إلى متغير الجنس	130
14	يمثل الفروق بين متوسطات الذكاء الوجداني ما بين ذكور وإناث تعزى إلى متغير الجنس	131
15	يمثل الفروق بين متوسطات الإلكسيثما لدى أفراد العينة يعزى إلى متغير السن.	132

مقدمة

مقدمة:

تلعب الانفعالات دورا هاما في صحتنا النفسية والجسدية، وقد سجل العلماء منذ زمن بعيد علاقة الانفعالات وطريقة التعبير عنها بالأمراض النفسجسدية إذ حاولت العديد من المدارس تناولها من عدة زوايا، فكان لألكسندر من مدرسة شيكاغو الزعامة في تناولها في المدرسة التحليلية، كما ذهبت مدرسة بوسطن بريادة (Nemiah & Sifnéos، 1970) للتوسع في دور الانفعالات في ظهور الأمراض الجسدية بمقارنة عصبية معرفية أين يعتبر التكتم (Alexithymie) مؤشرا هاما للدلالة على دور الانفعالات في ظهور الجسدية، في حين يشكل التوظيف العقلي في ارتباطه بغياب التعبير الانفعالي حجر الزاوية في ظهور الأمراض النفسجسدية حسب المدرسة الباريسية للسيكوسوماتيك التحليلي، وافترض المختصون السيكوسوماتيون بان هذا التوظيف يرتبط بوجود بعض الخصائص المميزة لبعض الأفراد، إذ مكن البحث السيكوسوماتي من تحديد المميزات الأساسية لهؤلاء المرضى ترتبط بوجود تنظيمة خاصة ونمط خاص من التوظيف العقلي يرتبط بنوع من التفكير بدعى بالتفكير العملي والحياة العملية، ونوع من الاكتئاب يسمى بالاكتئاب الأساسي.

ويتميز التكتم أو البرود الانفعالي بعدم القدرة على ترميز والتعبير عن الانفعالات، إضافة لتناذر السلوك الفارغ والذي يعبر عن هشاشة السيكوسوماتي شاهد عن اضطراب في التنظيم العاطفي. وغالبا ما نجد لدى هؤلاء المرضى وصفا دقيقا للظروف الواقعية القائمة دون ذكر الأهمية الانفعالية فهم مصابون من هذه الناحية بعمي الألوان، أشخاص يمتازون بفرط التكيف الاجتماعي ويهربون إلى الواقع من خيالاتهم المرعية. وهي الخصائص التي أدرجها **Marty & (de m'uzan, 1963)**

في مدرسة باريس لليسكوسوماتيك التحليلي لوصف التفكير العملياتي والحياة العملية لدى المرضى السيكوسوماتيون.

ففي هذا السياق تناولنا:

مقدمة هذا البحث

الجانب التمهيدي يشمل الإطار العام للبحث

الفصل الأول : خصص للإشكالية واعتباراتها الدراسات السابقة ومناقشتها بالإضافة إلى أهداف

البحث،دواعي اختياره وأهميته والتعاريف الإجرائية لمتغيرات البحث .

الجانب النظري:

الفصل الثاني : خصص للذكاء الوجداني في إطار التصورات النظرية المختلفة وقد تم استعراض الخلفية التاريخية له وتعريفه، أبعاده وأهميته، علاقته ببعض المتغيرات، وفي الأخير طرق قياسه.

الفصل الثالث : عرض فيه متغير الألكستيميا (التكتم) (مفهومها - خصائصها أنواعها - نظرياتها - مقاييسها - علاجاتها)

الفصل الرابع : خصص لمفهوم الاضطرابات السيكوسوماتية (معناها - انواعها - نظرياتها - مدارسها - اضطراباتها - التشخيص والعلاج)

الجانب التطبيقي :

الفصل الخامس: إجراءات البحث الميدانية:الذي تناولنا فيه منهج البحث، عينة البحث، إطار البحث وحدودها، الدراسة الاستطلاعية، أدوات الدراسة جمع البيانات، الأساليب الاحصائية .

الفصل السادس: عرض وتفسير النتائج لمناقشة الفرضيات في ضوء الإطار النظري والدراسات السابقة المتاحة، وختم البحث بمناقشة عامة للنتائج.

وخلاصة عامة شاملة.

أعقبناها ببعض التوصيات والاقتراحات للاستفادة من نتائج الدراسة وتعميمها على فئات وشرائح أخرى.

الفصل الأول:

الإطار العام للبحث

1- إشكالية البحث

2- فرضيات البحث

3- أهمية البحث

4- أهداف البحث

5- الدراسات السابقة

6- تحديد المفاهيم الإجرائية

1- إشكالية البحث:

من الملاحظ في السنوات الأخيرة أن الاهتمام بالنظرة التقليدية التي تتناول موضوع الذكاء لم يعد قاصراً على المنظور المعرفي فقط، إذ اكتشف علماء النفس أهمية الجانب الوجداني للإنسان نظراً لزيادة تأثير الوجدان في حياة الإنسان، كما لاحظوا أنه لا ينفصل عن التفكير، ومن ثم أصبح هناك اقتناع تام بعدم وجود الازدواجية بين العقل والوجدان، فعند النظر إلى كتابات كل من "جاردنر Gardner" و"سالوفي ومير Mayer Salovey et" و"جولمان Golman Danial" نجد أنهم أجمعوا على أن الاختبارات التقليدية للذكاء لن تعطي صورة كاملة متكاملة عن سلوك الفرد، ولا تمكننا هذه الاختبارات من التنبؤ بنجاح الفرد في المستقبل وفي حياته بصفة عامة.

ولقد ظهرت الكثير من الاستفسارات التي دعت إلى أهمية الربط بين الجانب المعرفي والوجداني، لأنه لوحظ وجود شخص نسبة ذكائه العقلي مرتفعة ولكنه غير ناجح في حياته، وشخصاً آخر نسبة ذكائه متوسطة ولكنه ناجح في حياته. كل هذا دفع علماء النفس للاهتمام بالذكاء الوجداني أو العاطفي.

كما يعتبر بعض العلماء أن الذكاء الوجداني مفتاح للنجاح، ليس فقط على المستوى المهني أو الأكاديمي وإنما في جميع مناحي الحياة المهنية والأسرية والدراسية والعلاقات الاجتماعية. فالأفراد ذوو الذكاء الوجداني المرتفع يكتسبون مهارات أهم من المهارات المعرفية والأكاديمية والمعلوماتية، ألا وهي مهارات الحياة وكيفية مواجهة المواقف الضاغطة والتكيف والانسجام معها. بحيث يزيد الذكاء الوجداني من قدرة الفرد على تقديم حلول إبداعية في المواقف المختلفة، وأن هذه المواقف التي تتطلب حلولاً إبداعية تعتمد على مدى مذهب من الخصائص العاطفية والانفعالية، ويعتقد (جولمان 1995) أن الذكاء الوجداني قادر على التنبؤ بالنجاح الأكاديمي والمهني بنسبة 80 %، في حين أن الذكاء العقلي قادر على التنبؤ بالنجاح بنسبة 20 % فقط.

ويضم مفهوم الذكاء الوجداني مجموعة كبيرة من المهارات الفردية والميول، يشار إليها بالمهارات داخل الشخص وبين الأشخاص، والتي تقع خارج نطاقات الدلالات التقليدية للمعرفة الخاصة والذكاء العام والمهارات الفنية والمهنية، ولكي يؤدي الفرد وظائفه كاملة ويكون متوازناً فلا بد أن يتمتع بالذكاء التقليدي والذكاء الوجداني، حيث إن النجاح في الحياة يحتاج أكثر من مجرد المخ، والفرد يجب أن يكون قادراً على تنمية علاقاته الشخصية والمحافظة عليها، وأن يتيح لنا الفرصة كي نفكر بإبداع وأن نستخدم عواطفنا لحل المشكلات، وبناءً على ذلك فإن الذكاء

الوجداني يتكون من نظامين: نظام معرفي، ونظام انفعالي، حيث يقوم النظام المعرفي بالاستدلال حول الانفعالات، في حين يعزز النظام الانفعالي القدرة المعرفية. (عبد العظيم المصدر، 2008، ص. 589)

ومن المؤكد أن الذكاء الوجداني يرتبط ارتباطاً موجباً ومرتفعاً بالصحة النفسية للفرد وبنجاحه في القيام بأدواره الاجتماعية والتعليمية المختلفة، ويقدر ما يتوفر للفرد من عوامل الذكاء الوجداني ومكوناته بقدر ما يتمتع بالانبساط والالتزان الانفعالي ويتعدى عن الانطواء والعصابية حيث تتسع دائرة علاقاته الناجحة المتنامية وتزداد تفاعلاته الإيجابية وتتوسع مهارته الاجتماعية والحياتية. (زيدان والإمام، 2003، ص 14).

لقد أشارت دراسة "جان أونيل، GohnOneil، 1996" إلى أن الذكاء الوجداني يجعل الفرد يتحكم في انفعالاته ويتخذ قرارات صائبة في حياته، ويجعل لدى الفرد الحافز على البقاء متفائلاً ويستطيع مواجهة مشكلات العمل وأن يكون متعاطفاً مع من حوله أيضاً، ويجعله يقيم مع المحيطين به علاقات اجتماعية ناجحة ومنسجمة ويستطيع من خلال معرفته بمشاعر ووجدان وانفعالات المحيطين به أن يكون قادراً على إقناعهم ومن ثم قيادتهم، وتشير الدراسة إلى أن نجاح الفرد في حياته اليومية يتوقف على ما لديه من ذكاء وجداني. (فراج، 2005، ص 107)

وقد أدرك الطب الحديث أهمية العمليات الانفعالية في الصحة الجسمية، ولذلك فقد تطور في السنوات الأخيرة فرع متخصص من الطب، ألا وهو الطب السيكوسوماتي، الذي يختص بتشخيص الأمراض الجسمية الناجمة عن استمرار الضغط الانفعالي. ولعل أهم ما يميز المرض الجسدي النفسي (السيكوسوماتي) هو تراكم الانفعالات على المستوى الجسدي دون أن يصعد إلى الوعي؛ ويتبلور في مفاهيم وأفكار، أي أن هناك ما يثير الفرد دون أن يعيها تماماً، فيستجيب الفرد على مستوى جسده لكن دون أن يفرغ هذه الطاقة، والنتيجة هي: حالة من الانفعال الجسدي المزمن الذي يؤدي وظيفة تكيفه ولا يفرغ توتره. وتستمر التوترات دون تفرغ، والحاجات دون إشباع، بما لا يسمح للفرد بالتعبير أو حتى الوعي برغبته، ويتوقف الانفعال عند التعبير الجسدي، و نادراً ما يشكو المريض من الناحية النفسية (عبد المعطي، 2003، ص. 13).

وفي هذا الصدد دلت بحوث دقيقة عن فريق كبير من المصابين بضغط الدم الجوهري، أي الذي لا ينشأ من الأسباب العضوية المعروفة، على أنهم يعانون من أزمات انفعالية عنيفة قوامها الحقد والعدوان، وأنهم لم يجدوا لهذا العدوان المكثوم مخرجاً أو متنفساً يخفف ما لديهم من توتر مزمن تخفيفاً كافياً، وقد لوحظ أن أمثال هؤلاء المرضى تتحسن حالتهم حين يتاح لهم التعبير عن

دوافعهم العدوانية أثناء جلسات التحليل النفسي، أو حين يتعلمون طرق أفضل لإدارة أو توظيف دوافعهم العدوانية في أعمالهم وفي بيوتهم (أحمد عزت، 1968، ص. 146)

وفي هذا السياق ظهرت عدة نظريات واتجاهات في السيکوسوماتية تفسر الاضطرابات ومن بينها نظرية الذكاء الوجداني والتكتم Alexithmie التي تعني غياب الكلام في التعبير عن الحالات الانفعالية التي تعتبر حديثة من تأسيس Sifneos (1972) التي أشار من خلالها إلى فئة من المفحوصين الذين يجدون صعوبة في تحديد و وصف مشاعرهم وانفعالاتهم والنقص والمحدودية في الحياة الهوامية والخيالية، هذا ما أشارت إليه جوان سلين *Jouanne Céline* لأكثر من 20 سنة.

كما قام سيفنوس (1978) بدراسة بهدف معرفة اذا كان هناك علاقة بين التكتم و الأمراض النفسوجسدية فأوضح أن 44% من المرضى السيکوسوماتيين تكتميون وتتوزع كالاتي :

_ من 33% ← إلى 47 أمراض تنفسية

_ من 30% ← إلى 66 أمراض مزمنة

_ من 20% ← إلى 45 أمراض هضمية

_ وفي عامة الناس 8%

وخلاصة هذه الدراسة انه هناك علاقة بين الفقر في الخيال والأمراض عامة.

ويؤكد والتر كزفيل وتيموثي في كتابهما علم النفس الشواذ بأن نسبة المرضى في المستشفيات العقلية والنفسية لمرضى السيکوسوماتية تتراوح بين (40%- 60%)، وتصل في مجال الطب الصناعي والعمال من (70%-75%) وفي الميدان العسكري تقع في مقدمة الأمراض وأعلىها ويذكر برادي وستانفورد نماذج لها مثل : الربو، الصداع النصفي، ارتفاع ضغط الدم، أمراض القلب وغيرها ... (عطوف، 1988، ص32).

كما تعتبر الإصابة بالأمراض السيکوسوماتية ظاهرة عالمية منتشرة، ولقد أصبحت من المواضيع الهامة في الأوساط الاجتماعية، والقليل من الضغط قد يعتبر أمراً ضروريا لا يمكن تجنبه في الحياة اليومية، لأن الإنسان بدونه قد يبدو فاتر الهمة لا مباليا، والضغط يرتبط بأي تغيير في الحياة، شخصا كان أو ذا علاقة بالعمل.

كما أنه لكون الإنسان عرضة للعديد من التغيرات الإيجابية منها والسلبية، التي يمكن أن تكون أكبر من قدرته على التحمل بنجاح، ومع استمرار زيادة الضغوطات النفسية على الفرد لفترة طويلة، فإنه قد يصبح أكثر عرضة لظهور أعراض فسيولوجية ونفسية لديه، تتمثل في نقص الطاقة وارتفاع ضغط الدم، والشعور بالإحباط والاكتئاب، ونقص في الشهية وصعوبة في التركيز والتأمل والقلق وغيرها من الأعراض، الأمر الذي يضطره إلى اللجوء لإتباع أساليب ووسائل تكيفية سلبية، منها كذلك تزايد حالات العنف، و تناول الأدوية والعقاقير المضادة للاكتئاب. وتوصلت دراسة (حسين 2000) في نتائجها إلى أن الضغوط النفسية لها علاقة وثيقة بضعف التركيز والذاكرة وتضاؤل القدرة على حل المشكلات والإدراك الخاطئ للمواقف والأشخاص، كما أنها تؤدي إلى اضطرابات اجتماعية مثل الانسحاب الاجتماعي والشك والعجز عن التوافق الاجتماعي (حسين 2000 ، ص 04) .

لوحظ اهتمام متجدد بمفهوم الألكسيتيميا في مجال الصحة النفسية والطب النفسي الجسدي، ويفسر هذا الاهتمام من خلال الملاحظة المتكررة للأفراد الذين يجدون صعوبات في التحديد والتعبير عن حالتهم العاطفية، وبدلاً من ذلك، فإن هذه الحالات تتجنب أي حالة من المواجهة مع مشاعرهم، وبالتالي يتجنبون مقابلة طبيب نفسي، ولكن طريقهم يؤدي بهم عادة إلى المجال الطبي لحل المشاكل التي يمكن أن تكون خطيرة العواقب، مثل اضطرابات الأكل (فقدان الشهية) وحالة ما بعد الصدمة أو تعاطي المؤثرات العقلية (الكحول والتبغ والمخدرات غير المشروعة). لكون هؤلاء الأفراد يتشاورون بانتظام مع الطبيب لحل مشاكل جسدية، وفي الحقيقة أن هذه الشكاوي لا تستند إلى اضطراب عضوي محدد.

لقد تبين للباحثين خلال مراجعتهم للبحوث السابقة في مجال الألكسيتيميا، أنها قد تناولت هذا المفهوم مع كل من أنماط التعامل مع الضغوط (إيمان البنا، 2003)، والكشف الانفعالي والصحة (Lumley،2004)، إسهام بعض المتغيرات النفسية المنبئة به (محمد البحيري،2009)، وتشتت الانتباه وفرط النشاط (داليا الألفي، 2012)، والمناخ الأسري King (2000)، (Mallinckrodt،&) (Irwin & Kench, Ryngala, 2007)، (Zhong – Hua،) (Mueller، Evren،) (et al، 2005)، (Evern، 2003، Volkan&Kuscu، 2004)، (القلق) (Eizaguire، 2004،&Alpers، 2006)، (2007)، (هدى سلمي مطير، 2009)، الفروق الجنسية (Parker،) (Elfhag&Lundh، 2003)، (إيمان البنا،) (et al، 1989)، (2007)، صعوبات التعلم (Mellor&Dagnan، 2004)، (إبتسام عبد المجيد الحلو، 2008)، (محمد البحيري، 2009) .

هكذا، فإن العديد من الأمراض الخطيرة مرتبطة بحالة الالكتيتميا وعلاوة على ذلك، أصبح لديها الآن الأدوات التي تلبى معايير المطالب النفسية، و بالتالي فالطريق مفتوح للدراسة إحصائية عن مفهوم مثير للاهتمام بشكل خاص بسبب آثارها على دراسة الاجتماعية والمعرفية والعاطفية ذات الصلة بالمواجهة والتجنب. (Jouanne Céline, 2006 p. 193)

وعلى الرغم من وفرة البحوث في مجال الالكتيتميا سواء على مستوى صعيد البحوث الأجنبية والعربية إلا أن الطالبان لم تجدا دراسة واحدة (وذلك في حدود علم الطالبين) حاولت الكشف عن العلاقة بين الالكتيتميا ومتغير البحث الحالي (الذكاء الوجداني)، وفي مراحل عمرية مختلفة باختلاف الجنسين (ذكور / إناث) ومدة المرض وترى الطالبان أن الأمر أكثر صعوبة عندما يكون لدى عينة من الاضطرابات السيكوسوماتية، وما يصاحبه من توترات انفعالية ونفسية مما دفع الباحثان للقيام بهذه الدراسة .

وفي ضوء ما سبق، ومع قلة البحوث العربية والمحلية التي اهتمت بدراسة الذكاء الوجداني في علاقته بالالكتيتميا (التكتم) وعليه تتحدد مشكلة البحث في التساؤلات التالية:

ومن ثم تكمن مشكلة البحث الحالي في محاولة الإجابة عن التساؤلات التالية:

✓ هل توجد علاقة ذات دلالة احصائية بين الذكاء الوجداني والالكتيتميا لدى المرضى السيكوسوماتيين؟

✓ ما مستوى التكتم لدى عينة المرضى السيكوسوماتيين؟

✓ ما مستوى الذكاء الوجداني لدى عينة المرضى السيكوسوماتيين؟

✓ هل توجد فروق في مستوى التكتم تعزى إلى متغير الجنس؟

✓ هل توجد فروق في مستوى الذكاء الوجداني تعزى إلى متغير الجنس؟

✓ هل توجد فروق مستوى التكتم تعزى إلى متغير مدة المرض؟

✓ هل توجد فروق مستوى الذكاء الوجداني تعزى إلى متغير مدة المرض؟

2- الدراسات السابقة:

اعتمدنا في دراستنا الحالية على دراسات سابقة مباشرة كانت أجنبية، نظرا لنقص أو عدم وجود (في حدود علمنا) الدراسات العربية التي بحثت في علاقة الذكاء الوجداني بالألكستيميا لدى المرضى المصابين بالاضطرابات السيكوسوماتية، أما الدراسات الغير مباشرة فقد كانت متوفرة.

2-1-1- دراسات تناولت متغير الذكاء الوجداني: تم تصنيفها إلى دراسات عربية و أجنبية،

حسب تسلسلها الزمني على النحو التالي :

2-1-1-1- الدراسات العربية:2-1-1-1-2- دراسة الباحث علي قويدري (2016)

الهدف من الدراسة قياس مدى فعالية برنامج تدريبي مقترح في تنمية الذكاء الوجداني لدى عينة من طلبة البكالوريا بثانويات ولاية الأغواط من الفئة العمرية (17-18) والتعرف على تأثير هذا البرنامج في خفض مستوى الضغط النفسي ومستوى العصابية لديهم. وقسمت عينة الدراسة إلى مجموعتين بطريقة عشوائية مجموعة تجريبية: تتكون من (20) طالبا يطبق عليهم برنامج تدريبي من إعداد الباحث، ومجموعة ضابطة: تتكون من (20) طالبا من طلاب السنة الثالثة ثانوي لم يطبق عليهم البرنامج التدريبي، وقد استخدم الباحث مقياس الذكاء الوجداني، ومقياس الضغط النفسي، ومقياس العصابية، واستمارة تقييم الحصص التدريبية، وتوصلت نتائج الدراسة إلى وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي على مقياس الذكاء الوجداني - و أبعاده الفرعية - لصالح القياس البعدي، ووجود فروق بين متوسطات درجات المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس البعدي -بعد تطبيق البرنامج - على مقياس الذكاء الوجداني، لصالح المجموعة التجريبية، ووجود فروق بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي على مقياس الضغط النفسي - وأبعاده الفرعية ومقياس العصابية - وذلك لصالح القياس القبلي، ووجود فروق بين متوسطات درجات المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس البعدي بعد تطبيق البرنامج على مقياس الضغط النفسي ومقياس العصابية، لصالح المجموعة الضابطة. وعدم وجود فروق بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية في القياس التتبعي كل من مقياس الذكاء الوجداني والضغط النفسي والعصابية (فعالية برنامج تدريبي مقترح في تنمية الذكاء الوجداني، علي قويدري، 2016، ص10).

2-1-1-2- دراسة الباحث حمزة مزياني 2012

هدفت الدراسة إلى محاولة الكشف عن علاقة الذكاء الوجداني بأساليب التعامل مع الضغوط النفسية عند الأحداث الجانحين من نزل مؤسسات إعادة التربية الذين تتراوح أعمارهم ما بين 14-17 سنة، والتعرف على الفروق في الذكاء الوجداني و إدراك الضغط النفسي وفقا لكل من متغير الجنس (ذكر/ أنثى) وتكرار الدخول إلى المؤسسة (ابتدائي / انتكاسي)، عمر الحدث الجانح .

ولتحقيق هذا تم الاعتماد على المنهج الوصفي التحليلي كما تم استخدام مقياس الذكاء الوجداني من إعداد الباحث (سكوت و آخرون 1998) ، تم أيضا استخدام استبيان إدراك الضغط النفسي لـ" ليفانستاتين (1993) ، و تتكون عينة الدراسة من (94) حدث جانح من كلا الجنسين يتواجدون في مؤسسات إعادة التربية لأربعة ولايات من الجزائر .

انتهت نتائج الدراسة إلى التأكيد على :

وجود علاقة ارتباط سالبة ودالة إحصائيا بين درجة إدراك الضغط النفسي واستخدام كل من إستراتيجية التصدي وإستراتيجية إعادة التقدير الإيجابي في حين وجد أن هناك علاقة ارتباط موجبة ودالة إحصائيا بين درجة إدراك الضغط النفسي واستخدام إستراتيجية اتخاذ المسافة. أما بخصوص الاستراتيجيات الأخرى فلم تكن ثمة علاقة دالة .

من نتائج هذه الدراسة عدم وجود علاقة ارتباط دالة بين درجة الذكاء الوجداني ودرجة إدراك الضغط النفسي عند الأحداث الجانحين .

كما توصلت نتائج هذه الدراسة أيضا إلى وجود علاقة ارتباط موجبة ودالة إحصائيا بين درجة الذكاء الوجداني واستخدام كل من إستراتيجية التصدي وإستراتيجية إعادة التقدير الإيجابي، في حين لم تكن هناك أي علاقة دالة مع الاستراتيجيات الأخرى. (علاقة الذكاء الوجداني بأساليب التعامل مع الضغوط النفسية، حمزة مزياني ، 2012 ، ص11)

2-1-1-3- دراسة حسنى وآخرون (2012):

تهدف هذه الدراسة إلى التعرف على دور الذكاء الوجداني في الرضا الزوجي، بلغت عينة الدراسة 122، استخدمت مقياس Bar.On للذكاء الوجداني و مقياس Enrich للرضا الزوجي، وكانت أبرز نتائج الدراسة وجود علاقة بين الرضا الزوجي والذكاء الوجداني ، 37% من الرضا

الزواجي يمكن التنبؤ به من خلال الذكاء الوجداني، عدم وجود فروق في التوافق الزواجي والذكاء الوجداني تعزى لكل من الجنس والعمر. (دراسة حسنى وآخرون، 2012: ص216)

2-1-1-4- دراسة سعاد المللي (2011):

عنونت الدراسة بالفروق في الذكاء الانفعالي لدى عينة من الطلبة المتفوقين والعاديين دراسة ميدانية على طلبة السنة الأولى من التعليم الثانوي. وقد تأكدت الباحثة من الخصائص السيكومترية للاختبار التي كانت جيدة، حيث أكدت صاحبة الدراسة بأن ها قد عرضت الاختبار على عدد من المحكمين المتخصصين في القياس والتقييم والتربية الخاصة. وكانت نتيجة التحكيم أن قبل المحكمون الاختبار كما هو ولم يعترضوا على أي من بنوده. كما أكدت هذه النتيجة حسب الباحثة دائما من خلال اعتمادها على صدق البناء العاملي، وكانت النتيجة حصولها على معاملات ارتباط بين الاختبار ومختلف بنوده بحيث كانت موجبة كلها ودالة إحصائيا. أما الثبات فقد حسبه الباحثة بطرق ثلاثة، التجزئة النصفية، الإعادة، ومعامل (cronbach de Alpha ، وكانت نتائجها كلها لصالح قبول الاختبار. (سعاد المللي ، نفس المرجع)

2-2- الدراسات الاجنبية :

2-2-1- دراسة كريتس L,Curtis (2000)

اهتمت هذه الدراسة بتقييم المخرجات المرتبطة بتنمية الذكاء الوجداني ومفهوم الذات، وهدفت إلى تعزيز معرفة الطلاب بذاتهم وبالأخرين، وتقديم مناهج ابتكارية للطلاب تركز على مكونات الذكاء الوجداني. لذلك تم اختيار ثلاث مجموعات من الطلاب من فصول اللغة الإنجليزية، والدراسات الاجتماعية، وعلم النفس، ومجموعة من المتطوعين، تم تصميم ثلاث أدوات تقييم ذاتية تم تطبيقها في القياس القبلي والبعدي، وقد تم عمل مقارنة ما إذا كان هناك دلالة لاستخدام المنهج الجديد. وتم استخدام اختبار وتحليل التباين لتحليل البيانات، وأسفرت النتائج عن وجود دلالة إحصائية لمهارات الذكاء الوجداني داخل المجموعات وبين المجموعات، فالمتغير الذي أظهر دلالة هو مفهوم الذات، وكانت المجموعة المتطوعة أفضل المجموعات من حيث نمو الذكاء الوجداني (آرشاد وآخرون، 2015، ص133).

2-2-2- دراسة باركر (2004) :

هدفت دراسة "باركر" الى فحص العلاقة بين الذكاء الانفعالي والتحصيل الاكاديمي حيث طبق بار-أون الذكاء الانفعالي بصورة مختصرة على عينة من 37 طالبا من جامعة انتاريو في

الشهر الأول من السنة الدراسية الأولى، ثم قورنت السجلات الأكاديمية للطلاب في نهاية السنة الدراسية في ضوء مقياس بار-أون للذكاء الانفعالي المختصر، وكانت النتائج أن البحث الأكاديمي يرتبط بقوة بأبعاد الذكاء الانفعالي، فالطلاب الذين تجاوزت معدلاتهم التراكمية 80% أعطوا المؤشرات أعلى على فترات المقياس من أولئك الذين تبلغ معدلاتهم 59% فما دون. (سهاد المللي، 2010، ص 165).

2-2-3 - دراسة آرشاد وآخرون (Arched et al 2015):

تهدف هذه الدراسة إلى التعرف على العلاقة بين الذكاء الوجداني والتوافق الزوجي، بلغت العينة 322 زوج وزوجة، في باكستان، استخدمت الدراسة مقياس Spanier للتوافق الزوجي ومقياس Schutte للذكاء الوجداني، وانتهت الدراسة إلى وجود علاقة بين الذكاء الوجداني والتوافق الزوجي، وأن الفروق في الذكاء الوجداني لصالح الإناث، إضافة لوجود الذكور كان لديهم توافق زوجي أكثر من الإناث. (آرشاد وآخرون، 2015، ص 133)

1- الدراسات السابقة الخاصة بالأليكسيتيميا (بالتكتم):

1-2 الدراسات بالعربية :

1-1-2 دراسة فاطمة حشاشنة 2016:

قامت الباحثة بمعالجة موضوع: "العلاقة بين حالة التكتم (الأليكسيتيميا) والاتزان الانفعالي والإصابة بالأمراض القلبية لدى عينة من مرضى القلب"؛ وقد تمت الدراسة بمستشفى مصطفى باشا بالجزائر العاصمة. وهدفت الدراسة إلى قياس درجة مستوى الأليكسيتيميا لدى عينة من مرضى القلب وقياس الفروق الفردية في درجة التكتم ومن حيث السن والجنس ومدة الإصابة، عينة البحث تشكلت من 30 فرد موزعين إلى 15 ذكور و 15 إناث. كما هدفت الدراسة إلى إيجاد العلاقة بين الاتزان الانفعالي وحالة الأليكسيتيميا. وقد استخدمت في هذه الدراسة حزمة (SPSS) لتحليل البيانات و كانت النتائج كالتالي: تحققت الفرضية الأولى بتسجيل مستوى عال من الأليكسيتيميا من خلال مقياس TAS20 ولم يسجل فروق فردية في درجة التكتم من حيث السن والجنس ونفس النتائج بالنسبة لمقياس الاتزان الانفعالي أما المدة فكانت الفروق واضحة من حيث ارتفاعها عند الأحدث مدة.(فاطمة حشاشنة 2016، ص 20)

2-1-2 دراسة هرمز جميلة (2013):

كشفت هذه الدراسة عن علاقة الأليكسيتيميا بداء التهاب المفاصل المزمن و أسلوب التفاعل الاجتماعي السلبي والجنسي لدى مرضى داء التهاب المفاصل المزمن. وقد تم قياس

الأليكسيثيميا وأسلوب التفاعل الاجتماعي بواسطة مقياس تورونتو -20 للأليكسيثيميا واختبار تقييم الذات لتفاعل الاجتماعي لغلاص على التوالي على عينة مرضية تقدر بـ 63 مريضا بداء التهاب المفاصل المزمن من الجنسين (28 رجلا و 35 امرأة). قدر سنهم المتوسط بـ 47 سنة وعلى عينة صحية تقدر بـ 59 فرد متمتعين بصحة جيدة من الجنسين (27 رجلا و 32 امرأة) قدر سنهم المتوسط بـ 46 سنة وبينت النتائج ارتفاع الأليكسيثيميا لدى المرضى داء التهاب المفاصل المزمن أكثر من الأصحاء وكانت درجات الأليكسيثيميا لدى مرضى داء التهاب الما صل المزمن متشابهة بين النساء والرجال (جميلة هرمرز 2013 ص 351)

2-2 الدراسات بالأجنبية:

1-2-2 دراسة فورمي وجماعته (formi _ al _ 2011)

وصف الأليكسيثيميا والاضطرابات النفس مرضية عند المصابين بالسرطان المشخص حديثا قدرت المدة بأقل من أربعة أشهر حيث استعمل المقاييس التالية: HADS_ SCL90 _ EORTC _ QLQ _ TAS20 ، وكانت النتائج : 70% من 419 للمرضى المسجلين لهذه الدراسة مثلت النسبة المؤهلة لتشخيص الأليكسيثيميا وقد لوحظ وجود علاقة سلبية مع الأعراض النفسية. التي لم تتجاوز القلق والاكتئاب. ومن خلال مستويات القياس HADS اتضح وجود علاقة إيجابية مع نوعية الحياة، و أخيرا ارتفاع معدل انتشار الأليكسيثيميا تعتبر كحماية وهي في حاجة ضرورية لتدخل أخصائيين وتوضح هذه الدراسة انتشار التكم بين مرضى السرطان المشخصين حديثا والعلاقات بين التكم والمتغيرات الاجتماعية والديموغرافية والطبية.

(جميلة هرمرز 2013 ص 351)

2-2-2 دراسة نويل وريمي (noel et rime 1998):

أجريا بحثهما حول التفكير العملياتي الأليكسيثيميا والاستثمار الإكلينيكي. هدفت دراستهما إلى قياس نسبة الأليكسيثيميا لدى فئات معينة من المرضى السيكوسوماتيين، فكانت نتائج الدراسة كالآتي: بالنسبة للمرضى السيكوسوماتيين هناك فرق بين المجموعة الضابطة والمجموعة السيكوسوماتية والدرجة المرتفعة في الأليكسيثيميا ظهرت جلية في المجموعة الاولى من المرضى السيكوسوماتيين، وهذا الارتفاع لا يرتبط بالجنس أو التعليم بل بالسن ومستوى المعيشة الاقتصادية و تنتشر عند الأفراد الذين يعانون من ضغط الدم وقد تجاوزت 50% في دراستين في إيطاليا وفرنلدة و 36% في الحالات التي تعاني من الكولون ودراسة أخرى أثبتت أن 53% في حالات السرطان إما الاضطرابات الغذائية فكانت من 48% إلى 70% فقدان الشهية و من 40% إلى 61% شره (سهاد المللي، 2011 ، ص 151).

أثبتت الدراسات أن نسبة الأليكسيميا (التكتم) من 10% إلى 20% بين عامة الناس وبين 50% إلى 80% من المرضى السيكوسوماتين.

3-2-2 دراسة بيار مارتي 1988pierre marty

قام ببحث لكي يثبت بشكل علمي حالة الأليكسيميا بمساعدة أخصائيين في سرطان الثدي عند مفحوصات عددن (66) في سن ما بين (35 _ 65) سنة لديهن ورم، وقد تم استجوابهم من أخصائيين في السيكوسوماتية قبل أن يعرفن هل الورم هو سرطان أم لا.

وقام الباحث بإجراء المقابلة معهن بهدف تحديد الوضعية النفسية والقدرات العقلية، خاصة من الناحية عملية العقلنة والنتائج كانت كالاتي:

1_ عقلنة جيدة : 15 حالة _ 0 حالة سرطان

2_ عقلنة غير أكيدة: 37 حالة _ 13 سرطان (35%)

3_ عقلنة رديئة : 14 حالة _ 4 سرطان (31%)

4_ ذهان : 1 حالة _ 1 سرطان (100%)

والنتيجة العقلنة الجيدة ← غياب السرطان

والثالث في رداءة العقلنة (سهاد المللي، 2011 ، ص121)

4-2-2 دراسة يانك بول 2006 YANNICK PAULE :

هدفها معرفة العلاقة بين الأليكسيميا (التكتم) و متغيرات أخرى :

أ- دراسات أجريت على التوائم خلصت الى أن هناك تكتم لكن فقط في الجانب المعرفي

ب- دراسات وجدت تأثير جين في حالات التكتم في وقت لم يحسم إذا كان للوراثة تأثير بعد .

ج- دراسة هدفت إلى معرفة اثر نمط التعلق الغير آمن اتفقت مع مقياس eot العلاقة تكون نتيجة تعايش خلال مراحل العمر من خلال تعلم الانفعال و العادات المعرفية المرتبطة بتنظيم العواطف عند الطفل.

د_ أما من الناحية العصبية هناك دراسات تربط بين التكتم وخلل من الناحية الخاصة بالانفعالات الموجودة في الناحية اليسرى حيث المنطقة الخاصة بالنطق ودراسات تربط الخلل بالناحية اليمنى. (نفس المرجع)

الدراسات التي تناولت العلاقة بين الذكاء الوجداني و الأليكسيثيميا :

3-1 دراسة س.براستوفويون.فان لوان و ه.شابرول (2012)

هدفت إلى معرفة العلاقة بين الذكاء العاطفي والالكسيثيميا والسلوك ذو الطابع بين الشخصي، اعتمدوا على مقياس تورنتو المكون من 20 بند TAS-20 والنسخة الفرنسية من نموذج استبيان الذكاء الوجداني واستعملوا أيضا استبياننا ذو الطابع بين الشخصي على عينة قدرت ب 176 طالب منقسمة الى 98 فتاة و78 فتى في فرنسا حيث استخدموا المنهج المقارن وكان هدفت هاته الدراسة الى اكتشاف العلاقة بين الذكاء العاطفي والأليكسيثيميا وسلوك الأشخاص ذوو الطابع بين الشخصي في مجتمع المراهقين في المدرسة حيث خلصت نتائج الدراسة إلى أن هناك علاقة إيجابية بين الأليكسيثيميا والطابع بين الشخصي وهو رابط سلبي بين الذكاء العاطفي والأليكسيثيميا. (سهاد المللي: 2011 ، ص 121)

3-2 دراسة دانيال ماروتي وبتر ليلن قرانو اندربيلفيسوت في (2018)

أجريت الدراسة في البرتغال بهدف الكشف عن العلاقة بين الأليكسيثيميا والذكاء الوجداني مراجعة تحليلية بين TAS-20 و LEAS حيث استخدموا مقياس تورنتو و LEAS لعينة قدرها 28 متوسطة العمر اختيرت حالات مرضية وأيضا حالات لديها اضطرابات نفسية واعتمدوا المنهج الوصفي الاحصائي، حيث هدفت الدراسة إلى إجراء تحليل تلوي للعلاقات بين المقاييس لمقياس الذكاء الوجداني ومقياس تورنتو واكتشاف المشرفين المحتملين لعلاقتهم وكانت نتائج الدراسة هي علاقة سلبية بين المقاييس ولكن لم توجد أي فروق ذات دلالة إحصائية بين المرضى الذين يعانون من حالات طبية أو اضطرابات نفسية أو الضوابط صحية.

(جميلة هرمز: 2013 ،ص351)

3-3 دراسة جيمس باركر وغريم تايلور وميشال باغبي (2001)

في كندا عن العلاقة بين الذكاء الوجداني والالكسيثيميا استخدموا تورنتو ومقياس بارون للذكاء الوجداني لعينة قدرت ب734 منها 329 رجل و405 امرأة متوسط العمر من 32_53 واتبعوا المنهج الوصفي الإحصائي حيث هدفت هاته الدراسة إلى مقارنة انتشار الأليكسيثيميا بين

المرضى الذين يعانون من اضطرابات التعاطي للمخدرات والناس العاديين وكانت النتيجة هي إلى أن الأولاد قدموا درجات أعلى من الفتيات في مقياس تورنتو وتوصل أيضا إلى أن الذكاء الوجداني منخفض لدى مرضى الاكستيميا (نفس المرجع)

3-4دراسة فاتن حناقا في ومعروف رضوان ومارياني منصور سنة 2010

في ماليزيا الدراسة: تمت دراسة العلاقة بين كل من الذكاء الوجداني والاكستيميا من قبل حيث استخدموا تورنتو واستبيان فورنست BAVQ ومقياس OAS لعينة قدرت ب 169 مراهق واتبعوا المنهج حيث هدفت الدراسة لمعرفة العلاقة بين الذكاء العاطفي من حيث ارتباطه لعوامل مثل الرضا عن الحياة والتفاؤل والاكستيميا من حيث ارتباطه بالقلق والاكتئاب .وخلصت النتيجة إلى الأولاد قدموا نتائج اقل من الفتيات من حيث ذكائهم العاطفي عكس تورنتو الذي قدمن فيه درجات اقل من الأولاد، والى ان المصاب بالاكستيميا لديه ذكاء وجداني منخفض يفتر إلى القدرة اللفظية على التعبير عن المشاعر ووصفها (نفس المرجع)

3- تعقيب على الدراسات السابقة:

ما لاحظناه في الدراسات السابقة أنها أسفرت على أن هناك علاقة وطيدة بين النواحي السيكولوجية والنواحي الفيزيولوجية وأوضحت شدة خطورة الصراع النفسي والانفعالي إذا لم يصرف ويعبر عنه لفظيا فإنه يعبر عنه جسديا بمرض في احد الأعضاء كمرض سيكوسوماتي وخاصة على الأعضاء باعتبارها الأكثر تفاعلا مع الانفعالات وتأثير الانفعالات على نشاطها هذا نتيجة الإفرازات الهرمونية التي تؤثر على الجهاز العصبي للمريض وذلك يؤدي إلى اختلال في الأجهزة الداخلية وخاصة وفي هذا الصدى أي عدم القدرة على تصريف الانفعالات والوعي بها ظهر مفهوم التكتم في السبعينات وأجريت عليه عدة دراسات منها دراسة التكتم عند مرضى السرطان كما درس عند الذين يعانون من اضطرابات في النوم وعند مرضى ضغط الدم والاضطرابات الهضمية وعند مرضى القلب وهذا يدل على مدى تأثير التكتم على صحة الفرد. كما قد استفدنا منها من الناحية المنهجية وفي صياغة الإشكالية وفي تحليل النتائج ومعرفة المقياس الأكثر استخدام بالإضافة إلى فوائد أخرى.

4- الفرضيات:

- توجد علاقة سلبية دالة إحصائياً بين التكتّم والذكاء الوجداني لدى أفراد العينة من المرضى السيكوسوماتيين.
- مستوى الألكسيثيميا لدى أفراد العينة مرتفع
- مستوى الذكاء الوجداني لدى أفراد العينة منخفض.
- يوجد اختلاف في مستوى حالة الألكسيثيميا لدى أفراد العينة يعزى إلى متغير الجنس لصالح الذكور.
- يوجد اختلاف في مستوى الذكاء الوجداني لدى أفراد العينة يعزى إلى متغير الجنس لصالح الإناث.
- يوجد اختلاف في مستوى الألكسيثيميا لدى أفراد العينة يعزى إلى أقدمية الإصابة بالمرض لصالح حديثي الإصابة.
- يوجد اختلاف في مستوى الذكاء الوجداني لدى أفراد العينة يعزى إلى أقدمية الإصابة بالمرض لصالح حديثي الإصابة.

5- أهمية البحث:

- يمكن لهذا البحث أن يفتح المجال أمام باقي الباحثين وذلك لإكمال الدراسة عن الذكاء الوجداني وعلاقته بالألكسيثيميا لدى مرضى الاضطرابات السيكوسوماتية.
- تكمن أهمية البحث في النتائج التي سنتوصل إليها والتي تضاف إلى المكتبة الجامعية العلمية وان هذا الموضوع يتميز بالحدثة وقلة تناول.
- تعتبر دراسة الذكاء الوجداني والألكسيثيميا لدى السيكوسوماتيين من الدراسات النادرة على الأغلب.
- التعرف على مدى تكتّم السيكوسوماتيين لمشاعرهم وصعوبتهم في التعبير عنها.
- وكذا لمعرفة مستوى الذكاء الوجداني عند السيكوسوماتيين (مرتفع، متوسط، منخفض).
- تبرز أهمية البحث أيضاً في محاولة إيجاد أو معرفة مدى ارتباط الذكاء الوجداني بالألكسيثيميا.

- تأتي أهمية هذه البحث في كونه محاولة للكشف عن بعض النواحي النفسية السلبية التي تعيق المرضى من الوصول إلى الشفاء ومساعدتهم على التكيف السليم مع المحيط.
- أنها تلفت النظر إلى هذه الشريحة الحساسة و الفئة الهامة من المجتمع.
- لكي توضح ما لهذا المصطلح من أهمية في حياتنا النفسية والصحية والاجتماعية.
- يعتبر هذا البحث أحد محاولات تعديل السلوك التكتمي لما له من أضرار على الصحة النفسية.
- يمكن أن تستفيد منه الجهات المسؤولة في مجال الصحة في تحسين دور الأخصائي لما له من دور مكمل للطبيب لأن هدفهما واحد وهو منفعة المريض، وهذا بالنظر لنقص الدراسات من هذا النوع أي الاهتمام بالجانب النفسي وخاصة التكتم عند المرضى السيكوسوماتيين.
- نظرا لأهمية الحياة الانفعالية والذكاء الوجداني على صحة الفرد النفسية والجسمية، فإنها تستحق أن تسلط عليها أضواء البحث والاستكشاف من خلال دراسات أكاديمية وخاصة الألكسيتيميا نظرا لنقص الدراسات في العالم العربي.

6- أهداف الدراسة:

- تكمّن أهداف الدراسة في ما يلي:
- ✓ قياس درجة (مستوى) الألكسيتيميا (التكتّم) والذكاء الانفعالي لدى المرضى السيكوسوماتيين.
- ✓ التعرف على العلاقة بين الذكاء الوجداني والألكسيتيميا لدى المرضى المصابين بالأمراض السيكوسوماتية.
- ✓ معرفة الفروق في الذكاء الوجداني ومحاور الألكسيتيميا وفق اختلاف جنسي عينة الدراسة.
- ✓ معرفة الاختلاف في مستوى الألكسيتيميا و الذكاء الوجداني وفق اختلاف متغير أقدمية الإصابة المرض.

8- تحديد مفاهيم الدراسة:

- 1- **الذكاء الوجداني** : يعرفه (بار - أون) بأنه " منظومة من القدرات الانفعالية والشخصية والاجتماعية، تمنح الفرد القدرة على التكيف مع الصعوبات المحيطة والضاغطة " .

(Bar-on, 2001. p.33)

وحسب جولمانوشارنيس " الذكاء الوجداني مجموعة من المهارات الشخصية والانفعالية التي تشمل الوعي الذاتي وضبط الانفعالات والدافعية و المشاركة الوجدانية والقدرة على خلق او تكوين علاقات اجتماعية مرضية (صادق، 2016، ص21).

التعريف الاجرائي للذكاء الوجداني :

الذكاء الوجداني : الدرجة التي تتحصل عليها عينة الدراسة على مقياس الذكاء الوجداني لـ (Parker&on-Bar) وأبعاده المتمثلة في الكفاءة الشخصية، الكفاءة الاجتماعية، كفاءة الضغوط النفسية، الكفاءة التكيفية، كفاءة المزاج الايجابي العام، كفاءة الانطباع الايجابي.

وهو المستوى الذي تصل إليه عينة البحث الحالي، من خلال الدرجة الكلية التي يحصل عليها أفراد العينة على مقياس الذكاء العاطفي الذي أعده بار - اون لأغراض البحث.

2- الألكسيثيميا: حسب معجم الطب النفسي تعني الألكسيثيميا عجز التعبير وعدم القدرة أو صعوبة الوصف للعواطف والانفعالات أو عدم الدراية بالمشاعر الداخلية. وعرفها تايلور وزملائه على انها حالة تعكس مجموعة من أوجه القصور في القدرة على التعامل مع الانفعالات من الناحية المعرفية، كما انها تعكس صعوبات لدى الفرد في تنظيم وجدانياته ومن ثم فهي تعتبر أحد العوامل المهيأة للإصابة بالأمراض الجسمية والنفسية (فارس، 2016، ص35)

التعريف الاجرائي للألكسيثيميا: تعرف الألكسيثيميا على أنها العجز عن فهم وتحديد الانفعالات الذاتية والتعبير عنها، وصعوبة التحكم فيها وتنظيمها، وفق فهم انفعالات الآخرين والتعامل معها في المواقف الحياتية، والذي يتحدد من خلال الدرجة الكلية التي يتحصل عليها أفراد العينة على مقياس التكتم TAS20.

3- اللامفرداتية أو نقص الانسجام النفسي أو أليكسيثيميا) بالإنجليزية (Alexithymia): أو ما يعرف بـ (فقد العواطف)، هي حالة ضعف في الشخصية للتعبير عن العواطف والمشاعر والتعلق الاجتماعي، والعلاقات الشخصية. وعلاوة على ذلك، الأشخاص الذين يعانون من الأليكسيثيميا يجدون أيضا صعوبة في التمييز بين مشاعر الآخرين وتقديرها (قاموس مرعشي الطبي، 2017، ص200). وذلك ليس لأنهم قساة القلوب والعكس صحيح، فالمصابون بهذه الحالات معروفين بأنهم أناس حساسين جداً ولكن يوجد لديهم كبت يجعلهم في حالة unempathic غير عاطفيين خارجيا أي أنهم لا يعبرون عن مشاعرهم. نسبة الأشخاص المصابين بهذه الحالة قد تصل إلى حوالي 10% من البشر. (Sifneos PE 1973, p44)

2- الأمراض السيكوسوماتية : عرفها فابيان ل. روك ود. كوستيلو بأنها مجموعة الأمراض التي تصيب بعض أجهزة الجسم أو وظائفه وتكون من الحدة والإصرار بحيث تقاوم أشكال العلاج الطبي المعروفة التي تعجز عن مقاومتها أو تخفيف حدتها(عطوف،1988،ص31)

التعريف الاجرائي للأمراض السيكوسوماتية: هي الأمراض النفسوجسدية أي هي الأمراض العضوية التي تصيب أحد أجزاء الجسم وسببها نفسي تظهر على شكل أعراض جسمية كالصداع النصفي، والسرطان.... وغيرها

فيما يلي سنعرض اهم النقاط التي استخلصناها من تحليل ومناقشة الدراسات السابقة و ذلك من حيث الموضوع والمنهج والعينة وادوات جمع البيانات.

1-من حيث الأهداف:

اتفقت الدراسات الاولى من حيث الأهداف حول متغير الذكاء الوجداني، ولكن تنوعت في كيفية دراستها وعلاقة الذكاء الوجداني بمتغيرات عديدة اخرى .

اتفقت الدراسات الثانية في دراسة علاقة الاضطرابات السيكوسوماتية والتعبير عن الانفعالات.

هدفت الدراسات الاخيرة الى قياس درجة الالكسيتيميا لدى المصابين بالاضطرابات السيكوسوماتية المختلفة .

وترى الطالبان أن هذه الدراسات ليست من بينها دراسة اهتمت بالذكاء الوجداني و علاقته بالالكسيتيميا لدى المرضى المصابين بالاضطرابات السيكوسوماتية سواء على المستوى العالمي أو المستوى المحلي، وهذا مما شجعهما على اختيار هذا الموضوع ومحاولة الخوض فيه للوصول إلى نتائج يستفيد منها الطلبة وتستفيد منها المنظومة الصحية لسد النقص الموجود في هذه الدراسات والبحوث.

2- من حيث العينة:

✓ تنوعت عينات الدراسات حول فئة الطلبة أو الأحداث الجانحين أو الأزواج في قياس

الذكاء الوجداني و اقتصت دراسات قياس التكتم على المرضى السيكوسوماتيين .

✓ اختلفت العينات من حيث العدد و تنوعت من حيث الجنس بين الذكور و الإناث.

وهذا يبرز مدى أهمية هذه الفئة العمرية، وخطورة المرحلة التي يمر بها الشباب والمراهقون والطلبة الجامعيون، وضرورة إثراء الميدان السيكولوجي بالدراسات والبرامج التي تكسبهم مهارات

الذكاء الوجداني التي تعينهم على مقاومة مصادر الضغوط التي يتعرضون لها، وهذا ما استفاد منه الباحثان في هذه الدراسة.

3- من حيث الأدوات:

تعددت أدوات قياس الذكاء الوجداني في هذه الدراسات تبعاً للنماذج المتبناة من طرف الباحثين، فنجد من استعمل مقياس بار-اون ومن استعمل مقياس سكوت

ومنهم من تبنى مقاييس أخرى لمستوى الأليكسيثيميا وعلاقتها بالأمراض السيكوسوماتية ومقاييس أخرى لقياس العلاقة بين الذكاء العاطفي والأليكسيثيميا (التكتم) وسلوك الأشخاص.

وفي الدراسة الحالية إضافة نوعية للمكتبة العربية النفسية، في البيئة المحلية والوطنية، مما استلزم اختيار مقياس يتماشى مع البيئة والثقافة المحلية.

4- من حيث المنهج : استخدمت معظم هذه الدراسات المنهج الوصفي بالأسلوب التحليلي أو المسحي أو المقارن .

الفصل الثاني:

الذكاء الوجداني

تمهيد

أولا : تعريف الذكاء

ثانيا: تعريف الوجدان

ثالثا : علاقة الذكاء والتفكير بالوجدانات

رابعا : الجذور التاريخية للذكاء الوجداني

خامسا : تعريفات الذكاء الوجداني

سادسا : الأساس العصبي للذكاء الوجداني

سابعاً: أهمية الذكاء الوجداني

ثامنا : الذكاء الوجداني وتطبيقاته في مجالات الحياة

تاسعا : الذكاء الوجداني وتطبيقاته في المجتمع

عاشرًا : خصائص وسمات الأذكىاء وجدانيا

حادي عشر: سمات الأفراد منخفضي الذكاء الوجداني

ثاني عشر: النماذج النظرية للذكاء الوجداني

ثالث عشر: أساليب قياس الذكاء الوجداني

خلاصة الفصل

تمهيد:

يعتبر نشاط العقل موضوعاً أساسياً تمحورت حوله بحوث ودراسات علماء النفس باختلاف مدارسهم وكان الهدف من وراء ذلك معرفة ماهية العقل البشري، ومكوناته، وكيفية عمله، وما هي العوامل المؤثرة فيه فطرية، أم مكتسبة (رشيد سعادة، 2009، ص135).

ويعد مفهوم الذكاء من أكثر المفاهيم التي حظيت باهتمام علماء النفس، و الباحثين منذ ظهوره، حيث قاموا بدراسته من جوانب متعددة، وقدموا العديد من النظريات التي تفسر طبيعته، وبنيتها، وكيفية قياسه (علا محمد، 2009، ص102).

كما يعتبر موضوع الانفعالات أو الوجدانات والعواطف من اهتمامات الفلاسفة، وعلماء النفس، والشعراء أيضاً منذ القدم حيث حاولوا التوغل في أغوارها، بغية معرفة طبيعتها، وكيفية حدوثها، وما هي مكوناتها، وعلاقتها بالعقل (رشيد سعادة، مرجع سابق، ص135). وقد برزت جهود علماء النفس في التعرف على طبيعة الذكاء، واتخذوا أساليب متنوعة للتعرف على ما إذا كان الذكاء مكوناً من قدرة عقلية عامة، أو مجموعة من القدرات المستقلة (السيد السمادوني، 2007، ص. ص 20-21).

وقد لاحظ باحثون مثل جاردينر (Gardner) وسالوفي (Salovey) وماير (Mayer) وجولمان (Golman) وغيرهم، أن مفهوم الذكاء الذهني المتوصل إليه يتمحور حول مجموعة ضيقة من المهارات اللغوية، والرياضية، التي تجعل من الاختبارات المحددة لمعامل الذكاء مؤشرات عن النجاح في مجالات ضيقة من الحياة، كالنجاح الأكاديمي، أو الالتحاق بوظيفة ما، أو بتخصص معين، غير أنها لا تصلح دائماً لتكون مؤشراً يُهتدى به في مجالات الحياة المتشعبة والمختلفة، ذلك أن هذه الاختبارات أهملت جوانب وقدرات أساسية ضمن بنية الشخصية، مما دفع هؤلاء العلماء إلى محاولة إعادة اكتشاف مفهوم الذكاء، آخذين بعين الاعتبار إلى جانب النظام المعرفي، الأنظمة الأساسية الأخرى المكونة للشخصية، والمتمثلة في النظام الانفعالي ونظام الدافعية، ونتيجة لذلك انبثق ما يسمى بالذكاء الوجداني، ولعل حكمة سقراط "أعرف نفسك" تعتبر حجر الزاوية في هذا النوع من الذكاء (مدحت أبو النصر، 2008، ص102). وتعني وعي الفرد بمشاعره حين حدوثها، فقد يبدو للوهلة الأولى أن مشاعرنا واضحة، ولكن التفكير والتأمل يذكرنا بخبرات لنا لم تكن فيها على وعي بمشاعرنا الحقيقية نحو الأشياء أو الأشخاص، وأحياناً نتنبه لهذه المشاعر بعد فوات الأوان، ويستخدم علماء النفس مفهوم "الميتا معرفة" أو "ما بعد المعرفة" للإشارة إلى الوعي بعمليات التفكير، و"الميتا عاطفة" أو

"ما بعد العاطفة" للإشارة لوعي الشخص بمشاعره، والوعي بالذات يعني الانتباه المستمر للحالة الشخصية الداخلية، وفي هذه الحالة من الوعي التأملي الشخصي يعمل العقل على ملاحظة، ومراقبة الخبرات التي يمر بها صاحبها بما تتضمنه من مشاعر (بام روبنسون، جين سكوت، 2003، ص 109). وعلى الرغم من أن الذكاء الوجداني يعتبر مفهوماً جديداً إلا أنه أحدث صيحة كبيرة في الأوساط العلمية والعامية، وقد ظهر في التسعينيات من القرن الماضي، وتناولته سلسلة من الكتب والمقالات، من حيث طبيعته، ومكوناته وتطبيقاته في الميادين التربوية، والتنظيمية، والاجتماعية، وقد تزايدت النقاشات واحتدمت حول موضوع الذكاء الوجداني في الآونة الأخيرة، وأصبح هذا الموضوع المادة العلمية لأفضل الكتب وأكثرها مبيعا في المجتمع الأمريكي، والذي ألفه (دانييل جولمان Daniel Golman 1995) ، وانتهى النقاش إلى أن هذا النوع من الذكاء ليس مكونا بسيطا وسهل الحديث عنه، ووصفه عن طريق الثثرة، ولكنه يمثل كينونة معقدة وفعالة (السيد السمادوني، 2007، ص 21).

قبل أن نستعرض أقوال العلماء في تعريف الذكاء الوجداني، نتطرق إلى مفهوم كلمتي الذكاء والوجدان من الناحية اللغوية والاصطلاحية.

ان لمفهوم الذكاء الوجداني عدة مسميات وهي الذكاء العاطفي، الذكاء الانفعالي، الذكاء الروحي ويسمى ايضا بذكاء المشاعر، وقمنا باختيار مصطلح "الذكاء الوجداني" في دراستنا هذه، لأن الوجدان أشمل وأعمق من الانفعال، فالوجدان يشمل الانفعال الايجابي والسلبى.

أولاً: تعريف الذكاء:

الذكاء لغة: قد جاء في المعجم الوجيز أن كلمة الذكاء مأخوذة من : (ذكت) النار ذكوا وذكاء، وذكاء، ويقال ذكت الشمس اشتدت حرارة وفلان ذكاء: سرع فهمه وتوقد ويقال ذكا عقله (المعجم الوجيز، 1994، ص 24)

وفي تعريف آخر الذكاء لغة: عدة الفؤاد، وسرعة الفطنة، وقلب ذكي، وصبي ذكي، إذا كان سريع الفطنة والذكاء في الفهم، أن يكون فهما تاما سريع القبول (ابن منظور، ج14، 1994، ص 287). والفعل منه ذكى وينكو، ويقال ذكا قلبه، وأصله التوقد والالتهاب، ويقال ذكت النار أي زاد اشتعالها، وذكت الحرب أي اتقدت وحمى وطيسها، وعليه فالذكاء يحمل معنى الزيادة في القوة العقلية المعرفية (حسين موسى، وعبد الفتاح الصعيدي، ج1، د. ت.، ص 148).

- **الذكاء اصطلاحاً:** يعرف الذكاء بأنه "ميل الفرد لإتباع اتجاه عقلي معين مع قدرته على التكيف للوصول لهدف ما، وأن يكون لدى هذا الفرد القدرة على النقد الذاتي". (شلبي، 2001، ص59).

وعرف أيضاً انه "القدرة على الاكتساب والتعلم والاستدعاء، واستخدام المعلومات لفهم المفاهيم العيانية ارادة، وفهم العلاقات بين الأشياء والأفكار، واستخدام المعرفة أو المعلومات بطريقة لها معنى وهدف واضح". (مدثر سليم ، 2003 ، ص 20).

فاصطلاحاً تتباين تعاريف الذكاء بين ارتباطها بالتفكير تارة، وبالتعلم والتكيف تارة أخرى، فيعرفه كولفين (S.Colvin) بأنه القدرة على تعلم التكيف مع البيئة، ويعرفه وودرو (Wodro) بأنه القدرة على كسب الخبرات، بينما يعرفه تيرمان (Terman) بأنه القدرة على التفكير المجرد (فؤاد السيد، 2000، ص189). وعرفه وكسلر (Weksler) بأنه القدرة الكلية للفرد على العمل والتفكير الهادف، والتفكير المنطقي، والتفاعل الناجح مع البيئة، وعرفه بينيه (Binet) بأنه القدرة على اتخاذ اتجاه محدد، والاستمرار فيه، والقدرة على التكيف، وعلى النقد الذاتي (سعاد جبر، 2008، ص10).

ثانياً: تعريف الوجدان:

الوجدان لغة: كلمة (وجد) فلان - (يجد) وجدا: حزن، وعليه موجدة: غضب، وبه وجدا: أحبه. والوجدان (في علم النفس): جملة الظواهر الانفعالية لدى الإنسان كالحب والبغض واللذة والألم، ويقابل الفكر والنزوع. إلى هذه الظواهر ترجع الظواهر النفسية كلها. (المعجم الوجيز، 1994، ص 660)

و لغة: الوجدان او الانفعال مشتق من ردود الفعل، والفعل كناية عن كل عمل متعد، أو غير متعد، فقولنا فعلت الشيء فانفعل كقولنا كسرته فانكسر (ابن منظور، ج11، 1994، ص529). ويعود الأصل اللغوي للانفعال إلى الكلمة اللاتينية "Movement"، والتي تعني الحركة، أي الحركة والإثارة، حتى أصبحت تشير إلى المشاعر الحشوية القوية، ومن ثم فهي تتعارض مع معيار منطقية الأفكار، والقابلية للسيطرة، وهكذا تبدو الانفعالات بوصفها ظاهرة طبيعية، محكومة بالميكانيزمات المسؤولة عن الضبط البيولوجي (السيد السمادوني، مرجع سابق، ص50).

الوجدان او الانفعال اصطلاحا:

يعرفه قاموس أكسفورد بأنه اضطراب وتهيج العقل أو المشاعر أو العواطف، وبمعنى آخر الاستثارة في الحالة العقلية، فهي مشاعر معينة تصاحبها أفكار محددة، وحالة نفسية وبيولوجية، واستعدادات متفاوتة للسلوك.

ويستخدم جولمان **Emotion** مفهوم وترجمها الوجدان ليشير المشاعر معينة تصاحبها افكار محددة حالة نفسية وبيولوجية واستعدادات متفاوتة للسلوك. (الاعسر وكفافي، 2000، ص72)

ويعرف ايضا الوجدان والانفعال اصطلاحا بأنه حالة نفسية جسمية تائرة، يضطرب بها الإنسان، وأنه حالة وجدانية شعورية، تتخذ صورة أزمة عابرة طارئة، فلا تبقى طويلا، والاستعداد الوجداني يدخل في تكوين كثير من الدوافع الإنسانية المركبة، كالاتجاه والمزاج، والعقد النفسية، بحيث إذا ما أثرت انطلق ما بها من انفعال كامل (سميرة البديري، 2009، ص38). وهو حالة من الأحاسيس المعقدة، ترافقها اضطرابات نفسية (Joseph Chbat, 2012, p.6). ويرى السمدوني أن الانفعالات سلوكيات أو استجابات متكاملة للكائن الحي ذات صيغة وجدانية، ولها مظاهرها الفيزيولوجية المختلفة، فالانفعالات ضرب من السلوك، تحدث أثناءه تغيرات في الجسم، تشمل جميع الأجهزة المختلفة، العضلي والدموي، والتنفسي والحشوي والغدي، كما أن له ثلاثة جوانب، جانباً وجدانياً، جانباً سلوكياً، ويعني التعبيرات الحركية والإيماءات والألفاظ والمظاهر الداخلية، وجانباً نزوعياً معرفياً (السيد السمدوني، مرجع سابق، ص 52-53). وهو عبارة عن نماذج انعكاسية معينة للاستجابة مثل الغضب والخوف والفرح...الخ، تتصل بالمراكز العصبية في منطقة الهيبوثلاموس (سامي ملحم، 2007، ص105).

ثالثاً : علاقة الذكاء والتفكير بالوجدانات:

من الأمور الشائعة لدى عامة الناس أن التفكير الجيد لا يستقيم إلا بغياب العاطفة، ومن المؤكد أن الانفعال القوي والحاد يلعبان دوراً سلبياً في التفكير السليم، ومع ذلك تظهر لنا التجارب الإكلينيكية اليوم أن التفكير الخالي من العاطفة لا يؤدي بالضرورة إلى قرارات صائبة، إن المسألة لا تكمن في العاطفة في حد ذاتها بقدر ما تتعلق بتناسب الوجدانات وملاءمتها للموقف، وكيفية التعبير عنها، فليس المطلوب تحية انفعالاتنا وعواطفنا جانباً، وإنما إيجاد التوازن بين التفكير العقلاني والمنطقي والوجداني، حيث يرى ماير (Mayer) أن الانفعالات ترتبط بعمليات التفكير المنطقي أكثر مما تشتتها، ويؤكد ذلك جولمان (Golman)، ويرى أن الانفعالات والذكاء يعملان في انسجام وتناغم وليس بينها أي تعارض. وفي هذا الصدد يقول

كينج (King) إننا نكون أكثر نكاء عندما نفهم بشكل صحيح انفعالاتنا، ونفسر بشكل دقيق وجدانات الآخرين، ونستعمل هذه المعرفة في ترقية تفكيرنا (رشيد سعادة، 2009، ص 135). حيث يمثل الوجدان تفاعلا مهما بين الشعور والسلوك والتفكير، وليس هناك فصل بين التفكير و الوجدان، فالتفكير يجعل الأمور منطقية، بينما تجعلها الانفعالات ذات معنى، كما يساعد الانفعال العقل على تركيز التفكير، ووضع الأولويات (طالب سالم، سافرة أحمد، 2012، ص378).

كما يرى ماير وسالوفي (Mayer & Salovey (1990 أن للانفعال قدرة على تسيير التفكير، وترتكز هذه القدرة على الكيفية التي يدخل بها الانفعال إلى النظام المعرفي، ويغير من المعرفة مثل حل المشكلات، أو الاستدلال، أو اتخاذ القرار، أو في مجالات إبداعية، أي أنه يضيفي الانفعالية التي تساهم في المعالجة الفكرية (John Mayer, Peter Salovey, 1990, p. 109).

ترى دومنيك أوسولونج (Dominique Houssouloge) أننا لا نستطيع أن نكون عقلايين بدون ذلك النشاط بداخلنا، والذي يصنع إنسانيتنا، إنه الإحساس الذي يخبرنا بأننا على علاقة مع كل ما يحيط بنا، وأننا جزء مهم منه. (Houssouloge. D, 2012, p.2).

رابعا: الجذور التاريخية للذكاء الوجداني:

اقتصر مفهوم الذكاء لدى معظم الباحثين لفترة طويلة من الزمن على الذكاء المعرفي فقط، الذي يشير إلى مجموعة من القدرات المعرفية كالتفكير المجرد، والاستدلال، والحكم، والذاكرة، وغيرها، غير أن هذه النظرة أثارت حفيظة بعض السيكولوجيين الذين شعروا بالخوف من سيطرة المدرسة المعرفية على العوامل الأخرى التي تتحكم في السلوك البشري، وفي مقدمتها العامل الانفعالي، مما قد يؤدي إلى اختلال الفطرة المتزنة للإنسان باعتباره كائنا يجمع بين العقل و الوجدان وأدى الشعور بتحيز علم النفس إلى العامل المعرفي على حساب العوامل الأخرى إلى حدوث تغير في نظرة السيكولوجيين إلى الانفعال، ودوره في حياة الإنسان، وإلى ضرورة الاعتراف بمكانته في التأثير على السلوك (بشير معمريّة، 2007، ص9).

"بحث تشارلز داروين مبكرا في الجوانب الانفعالية غير المعرفية وتعرض لهذا الموضوع منذ عام (1837) ونشر أول كتاب عام (1871)، حيث تعرض لموضوع التعبير الوجداني الذي يلعب دورا هاما في السلوك التوافقي، الذي يظل بديهية حقيقية وهامة حتى الآن "(إيمان الخفاف، 2014، ص 24).

بدأ الفرد وفرانش (Alfred & Frensh) عام (1904) بدراسة موضوع الذكاء وفق منظور نفسي، وقد واجهتهم العديد من الصعوبات والمشكلات في قياسه، وتعد هذه المحاولات والدراسات بداية تحول فكري جديد في قياس الذكاء وفق لغة المنطق والتحليل إلى أسلوب المنظور النفسي، وفي عام (1916) كون لويس تيرمان (L.Terman) أستاذ جامعة ستانفورد أول رؤية حول مقياس "بينيه"، وسوّقه كمقياس للذكاء الفطري، وأسماه مقياس ستانفورد بينيه، ورّج استخدامه في قياس ذكاء تلاميذ المدارس في مجال الصناعة، من أجل الاستفادة منه في تحديد العاملين الجيدين (يوسف الطائي، وعامر العطوي، 2010، ص24).

ترجع جذور مفهوم الذكاء الوجداني إلى مفهوم الذكاء الاجتماعي الذي حدده ثورندايك (Thorndike) (1920) حيث قسم الذكاء إلى ثلاثة أنواع: الذكاء المجرد، والذكاء الميكانيكي، والذكاء الاجتماعي، وعرف الذكاء الاجتماعي على أنه القدرة على فهم الآخرين، والتصرف بحكمة في العلاقات الإنسانية، وذكر وكسلر (Wechsler) (1943) في تعريفه للذكاء بأنه القدرة على التصرف بفعالية مع البيئة، وأشار إلى القدرات اللامعرفية والقدرات المعرفية، وهذه العناصر اللامعرفية تؤثر في مستوى الذكاء بشكل عام، حيث اعتبرها العوامل الوجدانية والشخصية والاجتماعية كما اقترح وكسلر (Wechsler) أن هذه العوامل ضرورية في التنبؤ بقدرة الفرد على النجاح في الحياة (سامية خليل، د. ت.، ص15). وظهرت مفاهيم لها علاقة بالذكاء الاجتماعي كالاستبصار الاجتماعي واستنتج شابن (Chappen) (1944) أن المشاركة الاجتماعية في المجتمع تمثل مقياساً أولياً للذكاء الاجتماعي، ووجدت ويديك (1947) في دراستها للقدرات النفسية أن إدراك الأشخاص الآخرين يتطلب من الشخص المدرك أن يتوافر لديه قدر كاف من الاستبصار بدوافعه ومشاعره، وبالرغم من اهتمامها بالذكاء الشخصي إلا أنها لم تبذل جهداً في دراستها لقياسه أو تقديره (Bar-on, 2006, p.p13-15). ثم قام ليبر (Leper) (1948) بتقديم مفهوم التفكير الوجداني كجزء من التفكير المنطقي، ومن الذكاء بشكل عام (سامية خليل، مرجع سابق، ص15). وفي عام (1950) درس "بياجيه" Piaget الذكاء الاجتماعي من الجانب التطوري، وليس من جانب الفروق الفردية، وقد استعمل تعليمات لمقارنة المفاهيم الأخلاقية للأطفال ومقترحاتهم لبعض القصص ذات المشكلات الأخلاقية (إيمان الخفاف، 2014، ص.ص25-26). وفي عام (1960) صدر كتاب هام عن الذكاء ومقاييسه، يُصور مفهوم الذكاء الاجتماعي بأنه لا فائدة منه (بام روبنسون، جين سكوت، 2003، ص77). وظهر أيضاً مفهوم الذكاء الانفعالي في تصور أبو حطب (1973) للذكاء حسب نموذج المعرفة المعلوماتي للقدرات، حيث صنف أنواع الذكاء إلى الذكاء المعرفي والذكاء الاجتماعي والذكاء الانفعالي (رشيد سعادة، 2009، ص141). وفي عام (1976) قدم

جيلفورد (Gilford) في نموذج بنية العقل، تلميحا لمفهوم الذكاء الوجداني وأسماء القدرة على التجهيز الانفعالي للمعلومات، والذي يتضح من خلال المحتوى السلوكي لديه، حيث يتسم هذا المحتوى بمعلومات في جوهرها غير لفظية، والتي تشتمل على التفاعل الاجتماعي، والذي يتطلب مدركات وأفكار ورغبات ومشاعر وانفعالات وأفعال الأشخاص الآخرين، أي يدرك السلوك الفردي وسلوك الآخرين، ومن الواضح هنا أن المحتوى السلوكي يشمل الجانب الوجداني أيضا، وافترض جيلفورد أن السلوكيات التعبيرية مثل تعبيرات الوجه، ونبرات الصوت، والأوضاع والإيماءات كلها علامات يستدل منها على الحالات الانفعالية، لذا يمكن تعريف المعرفة السلوكية بأنها القدرة على فهم أفكار ومشاعر واهتمامات الآخرين (علا محمد، 2009، ص 21). وفي عام (1983) قدم جاردنر (Gardner) كتابه أطر العقل، والذي وضع فيه نظريته للذكاءات المتعددة حيث قدم سبعة أنواع من الذكاءات، وقد أفرد جاردنر في هذا الكتاب لمفهوم الذكاء الشخصي "سامية خليل، د.ت.، ص 18). وهو قدرة الفرد على إدارة ذاته من خلال معرفة وفهم مشاعره ورغباته وحاجاته وأهدافه " (يوسف الطائي، عامر عطوي، 2010، ص 28). "كما قدم مفهوماً آخر وهو الذكاء البين شخصي وهو القدرة التي يملكها الفرد للتواصل مع الآخرين، كما يتضمن القدرة على إدراك وتمييز الحالة المزاجية والنوايا والدوافع والمشاعر لدى الآخرين" (طارق عامر، ربيع محمد، 2008، ص 23). "وتعتبر هذه النظرية نموذجا معرفيا يحاول أن يصف كيف يستخدم الأفراد ذكاءهم المتعدد لحل مشكلة ما، وتركز هذه النظرية على العمليات التي يتبعها العقل في تناول محتوى الموقف ليصل إلى الحل" (محمد حسين، 2005، ص 74). "ويعد نموذج الذكاءات المتعددة الذي قدمه جاردنر بمثابة بيان رسمي يدحض فكرة معامل الذكاء" (عبد الله، هشام، والعقاد، عصام، 2009، ص 3). فقد سعى إلى توسيع نطاق الإمكانات البشرية إلى ما وراء حدود العلامات التي تسجلها اختبارات الذكاء، وقد شك جاردنر في مدى صدقية تحديد ذكاء شخص ما من خلال إبعاد ذلك الشخص عن بيئته التعليمية الطبيعية، وأن يطلب منه القيام بأفعال معزولة متفرقة لم يفعلها من قبل، وطرح بدلاً من ذلك مقولة أن الذكاء يتعلق كثيرا بالقدرة على حل المشكلات، وعلى تشكيل المنتجات من محيط طبيعي (توماس أرمسترونج، 2006، ص 1). (جابر جابر، 3003، ص 9). وقد لخص جاردنر نظريته في كلمة قالها وهي "أن الذكاء يتضح في العلاقات المتبادلة بين الناس، وهو القدرة على فهم الآخرين وما الذي يحركهم، وكيف يمارسون عملهم، وكيف نتعاون معهم"، وقد لاحظ جاردنر (Gardner) أن أساس الذكاء في العلاقات بين البشر، هو القدرة على أن تميز وتستجيب استجابة ملائمة للحالات النفسية، والأمزجة، والميول، والرغبات الخاصة بالآخرين (محمد حسين، 2003، ص ص 79-80). وركزت اجتهادات جاردنر على أن للذكاء الشخصي بعداً واحداً مستقلاً ولم

يكتشف منه إلا القليل فقط، ويوضح هذا النوع الدور الذي تلعبه العواطف أو المشاعر، وقدرته على التعامل معها، وارتبطت محاولاته مع هاتش (Hatch) لتفسيره للذكاء الشخصي بشكل كبير بما نسميه ما وراء المعرفة أكثر من ارتباطها بالبحث عن القدرات الوجدانية (السيد السمادوني، مرجع سابق، ص 39). وفي (1985) تناول أرمسترونج في كتابه ما بعد الذكاء، الذكاء الاجتماعي فذكر أنه مستقل عن القدرات الأكاديمية، وأنه مفتاح أساسي للأداء الناجح (بام روبنسون، جين سكوت، 2003، ص 77). وبدأ الاهتمام المعاصر بالجوانب غير المعرفية للذكاء عام (1985)، حينما كُتب في إحدى رسائل الدكتوراه بالولايات المتحدة الأمريكية مصطلح "الذكاء الوجداني"، ويبدو هذا أول استخدام أكاديمي لهذا المصطلح، وبعد ذلك بحث كل من ماير وسالوفي (Mayer & Salovey 1990) الفروق بين قدرة الأفراد على تحديد انفعالاتهم، والتحكم فيها، وحل المشاكل الانفعالية، وطوّرا اختبارين لقياس ما يسمى بالذكاء الوجداني (علا محمد، مرجع سابق، ص 22). ويعتبر كتابهما بعنوان الخيال والمعرفة والشخصية الذي صدر سنة (1990) أولى المحاولات الفعلية للإمام بالموضوع (Daniel Golman, 1997, p.51). ويعتقد الباحثان أن الذكاء الوجداني أوسع من الذكاء الاجتماعي، فهو يجمع بين الانفعالات الشخصية الذاتية، والانفعالات في سياقها الاجتماعي، وقد كان دانييل جولمان (Daniel Golman) واعياً ومتيقظاً بأعمال سالوفي وماير في تلك الفترة، مما حدا به إلى نشر كتابه المعروف "الذكاء الانفعالي" عام (1995)، ومنذ ذلك الحين يحاول الباحثون إجراء دراسات عديدة حول هذا المفهوم وكيفية قياسه، للتعرف على دوره في النجاح في الحياة عامة، وعلى الرغم من هذا الاهتمام فإن هذا الموضوع يحتاج إلى دراسات عديدة في مجال القياس النفسي، وأيضاً أساليب تنميته في المراحل المبكرة من العمر، سواء في مرحلة الطفولة أو المراهقة (السيد السمادوني، 2007، ص 40).

خامساً: تعريفات الذكاء الوجداني

أما مفهوم الذكاء الوجداني فقد تعددت تعريفاته وتباينت مفاهيمه تبعاً لتباين العلماء واختلاف توجهاتهم النظرية المتعددة، فمنهم من يعرف الذكاء الوجداني أنه قدرات، و منهم من يعرفه على أنه مهارات وسمات شخصية.

تعريف الذكاء الوجداني: (Emotional Intelligence)

منذ ظهور مصطلح الذكاء الوجداني سنة (1990) تضافت جهود الباحثين في تحديد تعريف دقيق له. حيث يعرفه "ماير وسالوفي (1990)" بأنه يكمن في القدرة على الإدراك الدقيق

للانفعالات او الوجدانات وتقييمها، والتعبير عنها، والقدرة على تعميمها لتسهيل التفكير، والقدرة على فهم الانفعال والمعرفة الانفعالية وتنظيم الانفعال لترقية النمو الوجداني والذهني" (Mayer.JD & Salovey, David.R. Caruso, 2004, p.197).

ويعرفه جولمان (1995) "بأنه قدرتنا على التعرف على انفعالاتنا وانفعالات الآخرين، والقدرة على تحفيز أنفسنا وإدارة انفعالاتنا بصورة فعالة في ذواتنا، وعلاقاتنا، كما يرى أن جوهر الذكاء الوجداني يتمثل فيما أسماه الكفاءة الوجدانية، والتي يعتبرها قدرة مكتسبة تؤدي إلى أداء مميز في العمل" (Daniel Golman, 2004, p.1). "ويرى أيضا أنه يتمثل في تأجيل الرغبات كما يشمل تنظيم المزاج، والقدرة على التفكير دون الغرق في الأحزان، والتعاطف مع الأهل الإحساس والفهم" (دانيال جولمان، 2000، ص 55).

وعرفه بار - أون (1997) Bar-on "بأنه الطريقة التي يتمكن من خلالها الفرد من فهم نفسه، وفهم الآخرين، وبناء علاقات معهم، والتأقلم مع الوضع المعيش، من أجل مواجهة فاعلة لمتطلبات الموقف، وأشار أيضا إلى مصطلح الانفعالية، وهو مقابل مصطلح نسبة الذكاء". كما يصف بار - أون الذكاء الانفعالي بأنه أحد الكفاءات والمهارات التي تؤثر على قدرة الفرد على النجاح في التوافق مع مطالب ومهام الحياة العامة وضغوطاتها (Bar-on, 2006, p.24).

وعرفه كوبر والصواف (1997) "بأنه القدرة على الإحساس بقوة الانفعالات كمصدر للطاقة، والمعلومات، والصدق والابتكار والاتصال والتأثير، وأيضا فهم هذه الانفعالات، واستخدام هذه القوة بشكل فعال، ويشمل مجموعة من القدرات هي بناء علاقات صادقة، وزيادة الطاقة والفعالية تحت الضغوط وابتكار المستقبل" (إيمان الخفاف، 2014، ص 35).

ويعرفه اينشتاين (1999) "أنه مجموعة من القدرات العقلية، التي تساعد الفرد على التعرف على مشاعره الخاصة، ومشاعر الآخرين، لنقوده نهائيا إلى القدرة على تنظيم مشاعره" (علا محمد، 2009، ص 16).

وعرفه أبراهام (2000) "بأنه مجموعة من المهارات، تسهم بالتقييم الدقيق للانفعال، والكشف عن الإشارات الانفعالية لدى الآخرين، واستخدام المشاعر لزيادة دافعية الفرد في حياته". (Abraham, 2000, p.11).

تعرفه ستيرن هين "بأنه قدرة الإنسان على التعامل الإيجابي مع نفسه ومع الآخرين، وهناك تعريف آخر يتفق عليه كثير من العلماء، وهو أن الذكاء الوجداني يعبر عن قدرة الإنسان على

التعامل مع عواطفه بحيث يحقق أكبر قدر ممكن من السعادة لنفسه ولمن حوله " (ياسر العيتي، 2006، ص18).

تعرفه سعاد جبر سعيد (2008) بأنه منظومة من الكفايات الانفعالية والاجتماعية ناشئة عن المرور بخبرة ما تستجيب لها الحركة العصبية في الدماغ، فتشكل مكوناً مندمجاً بينهما، في ظل عمليات معرفية من المعالجة والتخزين، فيتربتها عنها وعي بالذات وإدارة وضبط للانفعالات، وامتلاك مهارات التعاطف من خلال قراءة الرسائل الانفعالية غير المنطوقة، فضلاً عن تحفيز ذاته ومواجهة العقبات بمرونة، والتواصل مع الآخرين في ظل مهارات الاتصال، مما يكسب الفرد لغة مرنة إيجابية مستقلة تسهم في التفاعل والنجاح في الحياة (سعاد سعيد، 2008، ص13).

ترى علا عبد الرحمان محمد (2009) بأنه القدرة على التعرف على المشاعر الخاصة، ومشاعر الآخرين، والتمييز بينها، وكيفية إدارة تلك المشاعر من خلال التنظيم والتحكم في الانفعالات، متمثلاً في تحكمه في غضبه، وقدرته على تأجيل إشباعاته العاجلة، والتعاطف مع الآخرين من خلال قدرته على التعرف على مشاعرهم، وإدارة النزاعات المختلفة (علا محمد، مرجع سابق، ص20).

ترى سامية خليل (2010) بأنه عدد من المهارات التي يدرك من خلالها الفرد مشاعره وانفعالاته الذاتية وتنظيمها لإيجاد الطرق للسيطرة على هذه الانفعالات، والإدراك الدقيق لفهم مشاعر الآخرين، وذلك من أجل التواصل معهم في علاقات إيجابية لتحسين الأداء، وتحقيق الأهداف للنجاح في الحياة (سامية خليل، 2010، ص9).

والملاحظ لهذه التعاريف يرى أنها تختلف في تعريفها للذكاء الوجداني فمنهم من يرى أن هذا النوع من الذكاء هو قدرة عقلية، ومنهم من يراه عبارة عن مجموعة من المهارات، ومنهم من يزوج بين الاثنين القدرات والمهارات، وعليه نُعَرَّف الذكاء الوجداني بأنه مجموعة من القدرات والمهارات تتمثل في الوعي بالذات، ومعرفة الانفعالات وفهمها، والقدرة على التعبير عنها، وعلى تسييرها وإدارتها وتنظيمها بفاعلية، والتحكم فيها، وتأجيل الإشباع، وطلب المساعدة من الكبار، والتعرف على انفعالات الآخرين بشكل دقيق والتعاطف معهم، ومساعدتهم وقت الحاجة مما يؤدي إلى بناء علاقات صحية وناجحة، تساعد الطفل على التكيف السليم مع محيطه ومن ثم تحقيق النجاح في مجالات أخرى من الحياة من جهة ثانية.

سادسا: الأساس العصبي للذكاء الوجداني :

لقد نشأت مراكز المشاعر من جذع المخ أصل المخ الأكثر بدائية، ثم نشأ العقل المفكر أو القشرة المخية الجديدة (Néocortex)، وهي عبارة عن انتفاخ بصلي كبير مكون من لفائف نسيجية تشكل الطبقات العليا من المخ، وتلك تمثل مركز التفكير الذي يشارك البداية من العقل الوجداني و يكشف عن العلاقة بين الفكر والمشاعر، فقد كان العقل الوجداني موجودا في المخ قبل وجود العقل المنطقي بزمان طويل، والقشرة المخية الجديدة والتي تمثل مركز التفكير فهي ترتب ما يأتيها عن طريق الحواس، وتفهمه، وهي تضيف للشعور التفكير في هذا الشعور نفسه، وتسمح لنا بأن ننفعل بالأفكار والفن والرموز والخيال، حيث قدرة الكائن الأكبر على البقاء تعتمد على مقدرة القشرة المخية الجديدة على تخطيط استراتيجية طويلة الأجل وغيرها من الحيل الذهنية، فتلك تتيح لحياتنا العاطفية المرنة والتعقيد معاً، نظراً لارتباطها بالجهاز الطرفي، وهذا يفسر قدرتنا على التعبير عن عواطفنا، وقدرتنا أكثر على إدراك الفروق الدقيقة بين الأشياء، ويلعب العقل العاطفي دوراً حاسماً في التركيب العصبي، ولأن هذا التركيب العصبي هو الأصل الذي نما فيه المخ الأحدث، نجد أن المناطق الشعورية تتشابه منذ الأزل حيث تربط مجموعة الدوائر العصبية بكل أجزاء القشرة المخية الجديدة، وهذا يرفع مراكز الانفعال إلى مرتبة القوة الهائلة التي تؤثر في أداء بقية المخ بما فيها مراكز التفكير (دانييل جولمان، 2000، ص.ص 26-29). ويتكون الجهاز العصبي الذي يعالج وينظم المشاعر والعواطف والذاكرة من :

1- اللوزة (Amygdale): وهي اسم يطلق على القناة اللوزية، التي تتكون من مجموعة من الخلايا العصبية الموجودة على السطح الداخلي للفص الصدغي، ولها علاقة وطيدة بالوجدان، ونوعه وشدته، وتعد البناء الأساسي المسؤول عن تجهيز ومعالجة الجانب الوجداني في السلوك والذاكرة، ووظيفة اللوزة الأساسية فرز وتصنيف وتفسير المعلومات الحسية الثرية الواردة، على ضوء الحاجات الحيوية والانفعالية، ثم الإسهام في إصدار الاستجابات المناسبة (إيمان الخفاف، 2014، ص 78)

ويؤكد جولمان أن العواطف تؤثر في التفكير، فإذا كان الاتصال بينهما ناضجا سليما فإننا نستطيع أن نتحكم في استجاباتنا لما ترسله اللوزة من رسائل، حيث تستطيع القشرة المخية أن تُوقف استجابة الهجوم، والأطفال الذين يعانون من حزن أو غضب أو قلق مرضي يكون نشاط اللوزة لديهم سابقاً للنشاط التحليلي، الذي تقوم به القشرة المخية، ويكون من الصعب عليهم التركيز حتى يستطيعوا التعلم (سامية خليل، د. ت.، ص 26). وإذا انفصلت اللوزة عن بقية أجزاء المخ تكون النتيجة عجزا عن تقدير أهمية الأحداث العاطفية، وهي الحالة التي يطلق عليها

أحيانا بالعمى الانفعالي، فحتى الدموع يثيرها النتوء اللوزي (يوسف الطائي، عامر عطوي، 2010، ص.ص 41-42). ويعتبر "جوزيف لودو" (Ledoux)(Joseph) عالم الأعصاب بمركز علوم الأعصاب بجامعة نيويورك، أول من اكتشف الدور الرئيسي للوزة في المخ الانفعالي، وقد فسرت أبحاثه كيف تتحكم اللوزة في أفعالنا حتى قبل أن يتخذ العقل المفكر والقشرة المخية قراراً ما" (P.Paranque, 2011, p.7).

2- قرن آمون (Hippocampus): تتصل اللوزة بقرن آمون، ووظيفته تحويل الخبرات الهامة من الذاكرة قصيرة المدى، إلى الذاكرة طويلة المدى، حتى يتم تخزينها في القشرة المخية (إيمان الخفاف، 2014، ص 79). فوظيفة قرن آمون هي معالجة المعلومات الموضوعية لذات الخبرة التي تعالجها اللوزة، أو الحدث زمن حدوثه، فكأن حدوثه هو محدداته الموضوعية، وعلى ذلك فإن اللوزة وقرن آمون يشكلان معا قوة الذاكرة من الناحيتين الذاتية والموضوعية (حسين أبو رياش وآخرون، 2006، ص 212). (سامية خليل، د. ت.، ص 26).

3- المهاد وما تحت المهاد (Thalamus & Hypothalamus): يعد المهاد وما تحت المهاد مكونين أساسيين في الجهاز العصبي الطرفي، حيث إن المهاد هو مركز تنظيم المعلومات الحسية التي ترد للدماغ، وهو الذي يخبر الدماغ بما يحدث خارج حدود الجسم، والمهاد على اتصال مباشر باللوزة، وهو الذي يسمح له بإرسال إشارة سريعة أو تقرير سريع واقعي، ولكن محدود عند وجود خطر أو تهديد، وهذه الآلية مسؤولة عن الانفجار الانفعالي في مواقف الحياة دون تبرير، وأما ما تحت المهاد فهو يراقب أجهزة الجسم التي تنظم وظائفه فهو يخبر الدماغ بما يحدث داخل أجسامنا، وحين يجد الدماغ نفسه عاجزا أمام تهديد من الخارج يقوم ما تحت المهاد بتنشيط استجابة المواجهة أو الهروب، وذلك بتنشيط جهاز الغدد الصماء عن طريق الغدة النخامية (إيمان الخفاف، 2014، ص 79). كما له دور مهم لمعالجته المعلومات الخاصة بالشهية والميول الجنسي (يوسف الطائي، وعامر عطوي، مرجع سابق، ص 40).

4- القشرة المخية (The Cortex): تشكل القشرة المخية 85 بالمائة من الحجم الكلي للدماغ، وهي صفيحة ضخمة من النسيج العصبي، ذات الليف عميقة حول الجهاز العصبي، وتتنظم القشرة الدماغية في عدد لا يحصى من الشبكات العصبية المتصلة التي تتميز بالاستجابة الفائقة السرعة لمتطلبات المنبهات الخارجية، وحيث إن المخ يستقبل المنبهات الخارجية تبعا لطبيعتها، أما في الشق الأيمن أو الأيسر فيمكن القول إن المخ

يستقبل المنبهات تبعاً لنظام مكاني، وبنفس المنطق فإن المخ يصنف الأحداث تبعاً للزمن إلى أحداث في الماضي أو الحاضر أو المستقبل (سامية خليل، د.ت.، ص 27).

سابعاً : أهمية الذكاء الوجداني :

يرى جولمان أن الذكاء الوجداني لا يقل أهمية عن الذكاء الأكاديمي، وإنما يشتركان معا لتحقيق النجاح في الحياة الأكاديمية والعملية والاجتماعية للفرد، ويؤثر الذكاء الوجداني في توافق الفرد مع تقلبات الحياة، وهذا ما لا يوفره الذكاء الأكاديمي، وفي ذلك تتحقق الصحة النفسية للفرد (دانييل جولمان، 2000، ص 67). ويرى جولمان أن مفهوم الذكاء الوجداني تم استحسانه ليس لأنه مصطلح جديد كلياً، وإنما لأنه مهم لما يحتاجه أطفالنا ليصبحوا فاعلين وسعداء في حياتهم (محمد نوفل، 2007، ص 84). كما وجد جولمان أن معامل الذكاء يسهم بنسبة 20 بالمائة فقط في العوامل التي تحدد النجاح في الحياة، تاركاً نسبة 80 بالمائة للعوامل الأخرى، ومن أهمها الذكاء الوجداني (إيمان الخفاف، د.ت.، ص 371). كما أن قدرات الذكاء الوجداني تؤثر جوهرياً في زيادة القدرة على الإدراك والتفكير المنظم في ظل المواقف الغامضة والحرجة، و تؤثر في كيفية تفسير الأحداث وتذليلها، كما أنه متغير مهم للتنبؤ بالمنتجات الحقيقية بصفة عامة (وفاء خظر، 2011، ص 341).

كما أشارت الدراسات أن الذكاء الوجداني يسهم في ترشيد التفكير والمزاج الإيجابي، الذي ينشط الإبداع وحل المشكلات، والمزاج، ويسهم أيضاً في تحسين الأداء العقلي، وهذا ما أشارت إليه إحدى الدراسات التي أجريت على (1011) طفلاً، طبق فيها اختبار ذكاء تقليدي واختبار للذكاء الوجداني ، وتبين أن الأطفال الأكثر ذكاءً انفعاليًا كانوا محبوبين في المدرسة، وهم أكثر استقراراً عاطفياً وأفضل أداءً، على الرغم من أن الذكاء التقليدي لهؤلاء الأطفال كان متوسطاً (عسان الزحيلي، 2011، ص 240). "كما تشير الأبحاث في المجال التربوي إلى أن الصحة العاطفية هامة للتعلم الفعال، وأن فهم المتعلم لكيفية التعلم هو أساس نجاحه، والذكاء الوجداني بمفهومه العام يعني الثقة بالنفس، وضبط الذات، والانتماء والقدرة على التواصل، والتعاون، وحب الاستطلاع" (B.Gendron, 2010, p.9). "فالمتعلم الذي لا يتحكم في انفعالاته ولا يبدي مشاعر التفهم، فإنه يكون عرضة للتوتر والغضب والاكتئاب مما يعيق عملية التعلم لديه (رشيد سعادة، مرجع سابق، ص 149). "ومن ثم نستطيع القول إن فوائد الذكاء الوجداني فوائد معرفية، ذلك لأن قدرة هؤلاء الأطفال على الانتباه أفضل وأكثر فاعلية في درجة التعلم" (سامية خليل، د.ت.، ص 70).

هكذا نجد أن ما يحققه هؤلاء الأطفال له من المميزات ما يتجاوز نطاق الذكاء الوجداني ، وأن استعداد الطفل للدراسة يعتمد على كيف يتعلم كما يشير **جولمان(2005)** إلى أن هناك مكونات للقدرة الأساسية على التعلم، كلها مرتبطة بالذكاء الوجداني ، وهي الثقة وتعني التحكم بالجسم والسلوك والعالم الخارجي والشعور بتأكيد النجاح، حب الاستطلاع وهو الإحساس بأن اكتشاف الأشياء أمر إيجابي، والإصرار وهو الرغبة والقدرة على أن تكون مؤثرا، والسيطرة على النفس، وهي القدرة على تغيير الأفعال والتحكم فيها بطرق تتناسب مع المرحلة العمرية، والإحساس بأن الانضباط نابع من الداخل، القدرة على تكوين علاقات ارتكازاً على الإحساس بأنه يفهم الآخرين وهم يفهمونه، القدرة على التواصل وهي التبادل الشفوي للأفكار والمشاعر والمفاهيم مع الغير، التعاون وهو القدرة على عمل توازن في نشاط الجماعة بين الاحتياجات الشخصية واحتياجات الغير (**سليمان عبد الواحد، 2010، ص 243**).

ويمكن الذكاء الوجداني الفرد من أن يضع فاصلا في العلاقة بين انفعالاته وتفكيره من ناحية، وتفكيره وانفعالات الآخرين الذين يتعامل معهم من ناحية أخرى، بحيث تجعل تلك العلاقة بمثابة الجسر الذي يؤدي به للوصول إلى النجاح في المجالات المختلفة من الحياة" (**صبيحة مكطوف، سري العبيدي، 2008، ص 341**). "الكفاءة الانفعالية تسهم في رفع الكفاءات النفسية والاجتماعية، وبالتالي تصبح فاعليتها أكثر خاصة في التطور النمائي للفرد مما يجعل التلميذ أكثر فاعلية في تلقي المعرفة والتعامل مع من حوله (**B. Gendron, Op.cit, p.p 8-9**). ويشير الطائي والعطوي (2010) إلى أن مقدرات الذكاء الانفعالي ترتبط بكل من القيادة والإدارة، إذ إن دور القائد كما هو معروف يتجلى بالتحفيز والتأثير على الآخرين في انجاز واجباتهم والأعمال المناطة لهم بكل فاعلية، فالقادة الناجحون والذين يشار لهم بالإبهايم سيستنفرون بقدرتهم على تأسيس الثقة والوثام داخل المرؤوسين، وكذلك القدرة على إدارة الصراع والتأثير على الآخرين (**يوسف الطائي، عامر عطوي، 2010، ص 52**). ويذكر سالوفي أن الذكاء الوجداني يساعدنا على التخطيط بمرونة، والإبداع في التفكير، كما يوجه انتباهنا وبيث فينا روح المثابرة والتحدي، ويثير فينا الدافعية الذاتية، كما يلعب الذكاء الوجداني دورا بالغا في الصحة النفسية، فقد أشارت نتائج البحوث إلى أن الأشخاص الذين يعانون من القلق المزمن أو الاكتئاب أو الحزن معرضون للإصابة بأمراض أكثر من المدخنين، وتوصل جاك بلوك (Jack Blok) إلى أن الأشخاص ذوي الذكاء الوجداني لمرتفع كانوا أكثر تميزا في الجوانب الاجتماعية، ولديهم اتجاهات إيجابية نحو أنفسهم ونحو الآخرين (**رشيد سعادة، 2009، ص 151**).

وعليه فإن الذكاء الوجداني ي يمثل في مجمله آلية نفسية وعقلية تجعل الفرد، مترناً انفعالياً، وثقاً في نفسه وفي تصرفاته، بحيث يستطيع أن يحافظ على علاقاته الاجتماعية سليمة الروابط وصحية، وتتجاوز النجاح على المستوى الاجتماعي إلى المستوى الفكري والأكاديمي باعتبار العقل ذا طبيعة اجتماعية، ويتعدى ذلك إلى النجاح على المستوى المهني، فالذكاء الوجداني إذا هو حجر الزاوية وراء توافق الفرد وبلوغه درجات عليا من الصحة النفسية.

بالمقابل فإن معرفة ما تكلفه الأمية الانفعالية يسهم في تعميق الفكرة حول أهمية الذكاء الانفعالي، وقد طرح حسين عبد الهادي (2006) تساؤلاً حول ما تكلفه هذه الأمية الانفعالية، وما تترتب عليه من نتائج ندق ناقوس الخطر لانتشار الأمراض النفسية والمشكلات لدى الأطفال، وارتفاع نسبة الجريمة سواء العنف أو القتل، وتزايد نسبة مرتكبي الجرائم بين الشباب تحت سن الـ(18) سنة، وتزايد نسب التسرب في المدارس، وزيادة نسبة سوء معاملة الأطفال (زبيدة الحطاح، 2011، ص135).

وبالتالي فإن أهمية الذكاء الوجداني تتجاوز استقرار الفرد نفسياً، ونجاحه الشخصي والدراسي والمهني إلى استقرار المجتمع ككل من خلال التعاطف مع الآخر، وتفهم نفسية الآخر لتجنب الكثير من الصدمات والانفعالات السلبية التي يساهم في ظهورها وتفاقمها عدم تفهم مشاعر الآخرين والإحساس بما يعترض حياتهم الانفعالية، ومشاركتهم عواطفهم، ومساعدتهم على تجاوز أزماتهم، وبذلك نستطيع القول إن الذكاء الوجداني سمة مهمة جدا لحياتنا وتعاملاتنا، علينا العمل على تنميتها لدى أطفالنا.

ثامناً: الذكاء الوجداني وتطبيقاته في مجال الحياة

1- الذكاء الوجداني في مجال الأسرة :

1-1- التعاطف والأسرة:

تعتبر الكلمات الوسيلة الأساسية للتعبير عن العقل، لكن الانفعالات تترجم في معظم الأحيان إلى رسائل غير منطوقة، مثل

نبرة الصوت، والإيماءات، والتعبير بلامح الوجه، والتي تصدر إرادياً وحتى لا إرادياً، فكما يقول فرويد "الكائنات الفانية لا تقدر على كتمان سر، فعندما تصمت ألسنتها تنطق باقي أعضائها فلا يلبث أن يجد الإفشاء طريقاً له" (Daniel Golman, 1997, p.163). "والتعاطف هو القدرة على النقاط الإشارات الاجتماعية التي تدل على أن هناك من يحتاج إلى الفرد" (زبيدة الحطاح،

مرجع سابق، ص132). والتعاطف العقلي يعني قراءة مشاعر الآخرين من أصواتهم أو تعبيرات وجوههم، وليس بالضرورة مما يقولون، ويؤكد جولمان أن الذكاء الوجداني متعلم، وأن التعلم يبدأ منذ السنوات الأولى في الحياة ويستمر "(بام روبنسون، جين سكوت، 2003، ص69). ويُبنى التعاطف على الوعي بالذات، فكلما كان الفرد على وعي بعواطفه وانفعالاته، كان أكثر مهارة على قراءة المشاعر، فالغفل في إدراك مشاعر الآخرين هو نقطة عجز أساسية في الذكاء الوجداني، فكل علاقة ودية وكل اهتمام بالغير ينبع من التناغم الوجداني، أي القدرة على التعاطف والتفهم، وهذه الطاقة والقدرة على أن يعرف الفرد كيف يشعر الآخرون لها دور أساسي في شتى جوانب الحياة، وتعبير العاطفة عن نفسها ليس فقط بشكل لفظي، وإنما من خلال الاتصال غير اللفظي (علا محمد، 2009، ص24).

تؤدي التنشئة الاجتماعية وخبرات الطفولة المبكرة دورا هاما في نضج التعاطف، وتبين من دراسة ماريان يارو، كارولينس وكسلر (M.R.Yarrow & C.S.Waxsler) أن تعاطف الأطفال مع غيرهم أو عدم تعاطفهم، يرجع إلى الكيفية التي درب بها الآباء أطفالهم، فالآباء يلفتون انتباه أبنائهم إلى ما يسببه تصرفهم من آلام لشخص آخر، كأن يقول الأب لابنه انظر كيف جعلته يشعر بالحزن، بدلا من قوله سلوكك هذا سيء (بشير معمريّة، 2005، ص48). فقد وجد فريق البحث بجامعة واشنطن أن الآباء ذوي الخبرة العاطفية أطفالهم أفضل من غيرهم، من حيث التوتر ومعالجة عواطفهم الخاصة، وأكثر فاعلية في التخفيف عن أنفسهم عندما يتوترون، وأكثر استرخاء، بل ويتميزون بميزات اجتماعية تتمثل في أنهم أكثر شعبية ويحبهم أقرانهم، ويعتبرهم المدرسون والآباء الأقل في المشاكل السلوكية كالعوانية (سليمان عبد الواحد، 2010، ص242). (P.Paranque, 2011, p.12). ويؤكد جولمان أن جذور التعاطف يمكن أن تغرس في الإنسان منذ الطفولة، فالأطفال واقعا يشعرون منذ اليوم الأول لولادتهم بالتوتر عند سماع طفل آخر يبكي، وهذا ما يعتبره البعض استجابة تمثل التمهد المبكر للتعاطف (دانيل جولمان، 2000، ص146). وقد أكد سالوفي وسلاتر (Salovey & Suytler (1998)، في دراستهما في مجال إدارة انفعالات الأبناء، أنهم يظهرون الغضب والانفعال السالب بمجرد أن يُظهر الآباء مظاهر الغضب أو الجدل معهم، أو رؤيتهم لأفلام تظهر الجدل بين الكبار، ومن ثم يتعلم الأطفال استراتيجيات غير تكيفية، ويصبون فيها غضبهم في صورة لفظية، أو بدنية من خلال مشاهدة الوالدين الغاضبين، وعلى العكس يتعلمون استراتيجيات أكثر تكيفا بمجرد ملاحظة الوالدين وهم يتفاعلون بطرق ايجابية وفاعلية معهم، وتتفق نتائج هذه الدراسة مع دراسة مارتينيز (Martinez (1998، التي تشير إلى أهمية إقناع الوالدين بقيمة الذكاء الوجداني، ومدى تأثيره على نكاه أبنائهم، كما أكد أن نمذجة الأدوار من قبل الوالدين، وتشجيعهم، وقدرتهم

على التبسيط، وتنمية الذكاء الوجداني لدى أبنائهم، يسهم في توجيه المهام، وأداء الأدوار، والوظائف الاجتماعية (سليمان عبد الواحد، مرجع سابق، ص 244).

1-2- التعاطف والأمومة:

إن جودة علاقة الارتباط المبكر بين الطفل ومن يقوم برعايته تعتبر متغيراً حاسماً يسهم في نمو السلوك المؤيد للمجتمع، وطبقاً لهذه النظرية فإن حساسية الأم لاحتياجات الطفل تسير وفق نموذج من الحساسية للآخرين لدى الطفل، فالأطفال الذين ينالون ارتباطاً آمناً يقال أنهم يقومون بتكوين القدرة على تقمص الاستجابة مع الآخرين، لأنهم هم أنفسهم قد مروا برعاية حساسة ومتمصصة، وهذا السلوك التقمصي الذي تم عرضه عن طريق الأم، قام بإشباع الاحتياجات الخاصة بالطفل، وزودته بالمصادر الانفعالية للاستجابة لاحتياجات الآخرين (السيد السمدوني، 2007، ص 173).

قام دانييل ستيرن (Daniel Stern) العالم السيكولوجي بكلية طب جامعة كورنيل بدراسة دقيقة للعلاقة بين أم وتوأمين لها، وقد أبهرت "ستيرن" هذه التبادلات الصغيرة المتكررة التي كانت تحدث بين الأم وطفليها، يعتقد "ستيرن" أن غرس أهم الدروس الأساسية في الحياة العاطفية يتم في اللحظات الحميمة، لأن أخطر هذه اللحظات تلك التي تجعل الطفل يشعر أن مشاعره تقابل بالتعاطف، وأنها مشاعر مقبولة ومتبادلة، في عملية أطلق عليها "ستيرن" اسم التوافق أو التناغم، ويرى "ستيرن" أن اللحظات المتكررة من التوافق أو عدم التوافق بين الأمهات وأطفالهن، تشكل ما سيحملونه معهم في شبابهم، مما ينتظرهم عاطفياً في علاقاتهم الوثيقة، التي قد تكون أكثر درامية من أكبر الأحداث التي مرت بهم في طفولتهم، والتوافق بين الأفراد يحدث ضمناً كجزء من إيقاع العلاقات فيما بينهم (دانييل جولمان، مرجع سابق، ص ص 149-151). فتلك العلاقة الحميمة تفرس جذور التعاطف الذي يمثل أساس التعلم الانفعالي، وبالتالي تتكون مبادئ الذكاء الوجداني لدى الطفل، وقد أظهرت مجموعة دراسات قامت بها كل من ماريان راديك بارو (Marian Radek-Yarrow)، وكارولين شان وكسلر (Carolyn Shan-Waxler) في مجال الصحة النفسية أن جانباً كبيراً من اختلاف الأطفال في درجة اهتمامهم بالتعاطف مع الآخرين يرجع إلى الكيفية التي درب بها الآباء أطفالهم (علا محمد، 2009، ص 24).

وقد نُشرت دراسة سنة (2017) في مجلة الأكاديمية الأمريكية للطب النفسي للأطفال والمراهقين (the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry) (JAACAP))، حيث تتبعت أطفالاً للأمهات مصابات بالاكتئاب منذ الولادة إلى ما قبل سن

المراقبة، وفحصت أثر الاكتئاب على ردة فعل الأطفال العاطفية العصبية لحزن الآخرين، تمثل هذه الدراسة الجديدة أول الدراسات التي بحثت هذا الموضوع في دراسة طويلة لأزواج من الأمهات والأطفال منذ الولادة حتى عمر الحادية عشرة، استُخدمت عينة النساء اللواتي اختارهن الباحثون بعناية بحيث لا يكون لديهن أية عوامل خطر أخرى، وتم فحصهن بشكل متكرر لتقييم مستوى الاكتئاب لديهن على مدى السنوات الأولى من حياة الطفل، وكان الهدف هو مقارنة أطفال الأمهات المصابات باكتئاب مزمن وأطفال الأمهات اللواتي لم تكن عندهم أي علة نفسية. وشارك في هذه الدراسة 27 طفلاً من أمهات يُعانين من الاكتئاب، و45 طفلاً كمجموعة مقارنة حيث تمت زيارتهم في المنزل بعمر 9 شهور و6 سنوات لفحص أنماط التفاعل بين الأم وطفلها، وطلب منهم الخضوع لجلسة تخطيط مغناطيسي للدماغ (MEG)، بغية تقييم ردة فعلهم العصبية لآلام الآخرين. وقالت البروفيسورة روث فيلدمان (Ruth Feldman) مديرة مختبر علم الأعصاب الاجتماعي التنموي وعيادة إيرفينغ ب. هاريس (Irving B. Harris) للطفولة المبكرة التابعة للجالية في جامعة بارالان Bar-Ilan والمؤلفة الرئيسية لهذه الدراسة " دُهلنا لرؤية أن اكتئاب الأمومة بحد ذاته مرتبط بتفاوتٍ في المعالجة العصبية لآلام الآخرين عند الأطفال ، وجدنا أن ردة الفعل العصبية للألم عند أطفال الأمهات المكتئبات كان يتوقف أسرع من أطفال مجموعة المقارنة، وذلك في منطقة متعلقة بالمعالجة الإدراكية الاجتماعية (socio-cognitive processing). لذا يبدو أن أطفال الأمهات المكتئبات يحدون من العمليات المتعلقة بفهم الآخرين فيما يتعلق بالألم، وربما يكون ذلك بسبب صعوبة في تنظيم الاستثارة العالية المرتبطة بمراقبة حالات الضيق عند الآخرين". ووجد الباحثون في هذا الصدد دوراً حاسماً لأنماط التفاعل بين الأم وطفلها؛ فعندما كانت التفاعلات أكثر تزامناً أي أكثر انسجاماً مع بعضها، وعندما كانت الأمهات أقل تدخلاً، أظهر الأطفال مستوى معالجة أعلى لفهم حالة الآخرين في هذه المنطقة الحساسة من الدماغ. وأضافت البروفيسورة فيلدمان: "من المشجع أن نرى دور التفاعلات بين الأم وطفلها في النتائج التي توصلنا إليها، فنجد إظهار الأمهات المكتئبات تفاعلات أقل تزامناً وأكثر تدخلاً مع أطفالهم مراراً وتكراراً، لذا فقد يفسر هذا بعض الاختلافات الموجودة بين أطفال الأمهات المكتئبات ونظائرهم في مجموعة المقارنة في دراستنا. وإذا كان الأمر كذلك، فالنتائج التي توصلنا إليها تبرز نقطة بداية حيث يمكن للتدخلات العلاجية المستقبلية أن تركز اهتمامها للمساعدة في الحد من آثار اكتئاب الأمومة على النمو النفسي والاجتماعي للأطفال".

<https://nasainarabic.net/uploads/articles/fd5154c29ae8321868037>

(b04a70eeffd.jpg)

وتمثل هذه الدراسة حجة علمية مهمة لمدى تأثير مزاج الأم ونفسيته، وسمات شخصيتها على البناء الوجداني لطفلها، خاصة فيما يتعلق بنمو القدرة على التعاطف وفهم الآخرين. ولهذا فتواجد الأم وسلامتها من الناحية النفسية هو أهم ضرورة لحياة طفلها، ليس فقط لتأمين الحاجات البيولوجية، بل الحاجات العاطفية، والتي من شأنها تحديد الحياة الانفعالية للطفل لاحقاً، فالحضور النفسي والعاطفي للأم، يسهم في نمو الكثير من المشاعر التي تتحدد نوعيتها بنوع العلاقة بينهما، فالتناغم الانفعالي بينهما هو ما يكسب الطفل إحساسه بعواطف الآخرين، والتي يمتد تأثيرها لباقي حياته، وتؤدي به إلى إقامة علاقات صحية مع محيطه مبنية على التعاطف.

1-3- دور الأسرة في تنمية الذكاء الوجداني للأطفال:

تعتبر الأسرة المدرسة الأولى للتعلم الوجداني، فنحن نتعلم من هذا المحيط كيف نشعر بأنفسنا وكيف يستجيب الآخرون لمشاعرنا، وهذا لا يتوقف على مجرد ما يقوله ويفعله الآباء مباشرة مع الأطفال، بل وأيضاً في كيفية تبادل المشاعر فيما بينهم، فالدور الذي يلعبه الوالدان والأسرة يؤثر في بناء الشخصية خلال مرحلة الطفولة، حيث يتعلم الطفل في تلك البيئة الأسرية أنماط الحياة، وتعمل على تكوين العادات الاجتماعية، وتتيح للطفل تعود النظام بما يحقق توافقه النفسي والاجتماعي، لهذا فإن الطفل الذي يتكيف تكيفاً صحيحاً مع العوامل المحيطة به يكون طفلاً مطمئناً في حياته، متزناً في انفعالاته وعواطفه (السيد السمدوني، مرجع سابق، ص166). وأكد ستونسي (Stonsy 1998)، على أن استجابة الوالدين لأولادهم هي المفتاح الرئيسي المسؤول عن انفعالات الأطفال (علا محمد، مرجع سابق، ص53). كما أكدت الكثير من الدراسات إلى أن النمو الانفعالي والاجتماعي خلال السنوات الأولى يتأثر بالجو الأسري العام، وكذلك العلاقات الاجتماعية داخل الأسرة وخارجها، كما يتأثر أيضاً باتجاهات الوالدين نحو الطفل، وشخصية الأم وعمرها، ومستوى تعليمها، وخلفتها الاجتماعية، كل ذلك يؤثر على جوانب شخصية الطفل، العقلية والاجتماعية والوجدانية، كما تؤثر على طبيعة العلاقة بين الطفل والوالدين، خصوصاً الأم، وعلى المعايير والمعتقدات التي تقدمها الأم لطفلها (السيد السمدوني، 2007، ص166).

أكد ستارتون (Stratton 1997)، أنه يمكن للآباء أن يساعدوا أطفالهم في التعبير عن مشاعرهم، بمشاركتهم في قراءة قصة، أو مشاهدة التلفزيون، أو اشتراكهم في الأنشطة المحببة، وتقيلهم، من شأنه أن يدعم الاستجابة الانفعالية لأطفالهم، فكلما زادت الكفاءة الوجدانية لدى الآباء زادت قدرتهم على مساعدة أبنائهم في مختلف حالاتهم الانفعالية (علا محمد، 2009، ص54).

كما تؤكد إيزابيل فونتان (2010) Isabelle Fontaine على قوة هذا الأسلوب القصصي في تطوير العقل الانفعالي للطفل، وتذهب أيضا إلى أهمية ابتكار القصص، والألعاب، والمواقف التي تساعد الطفل على إدارة ذاته والتعلم الانفعالي الإيجابي، والذي يساعد في فهم المعاني الحقيقية لهذه المواقف (Isabelle Fontaine, 2010, p.6). وأجرت ليلارد وستيفاني (1999) Lillard & Stéphanie دراسة حول ما إذا كان الأطفال صغار السن يفهمون مشاعر الآخرين ورغباتهم، وأشارت النتائج إلى أن الأطفال من (5-6 سنوات) يظهرون إدراكا وفهما جيدين لمشاعر الآخرين، ويتواصلون معهم على هذا الأساس، ويرى دانهام وآخرون (2004) Danham & al، من خلال إحدى الدراسات أن حساسية الأم واستجابتها لانفعالات الطفل الملاحظة، تكون منبئة بالفهم الوجداني، لدى أطفال ما قبل المدرسة (زبيدة الحطاح، 2011، ص138).

كما أكدت العديد من الدراسات تأثير الأسرة على الذكاء الوجداني أطفالها، من خلال أساليب الوالدين في التعامل مع انفعالات أطفالهم، فهي تتنوع حسب هذه الدراسات لتشمل مايلي:

- تجاهل الانفعالات كلية، وفيه يتعامل الوالدان مع انفعالات الأبناء على أنها شيء تافه، أو مزعج عليهم الانتظار حتى تزول.

- كبت الانفعالات، وفيه يحاول الوالدان منع الأبناء من إظهار أي تعبير عن الغضب، أو الحزن، ويعاملونهم بالقسوة والنقد أو العقاب، حتى يتوقفوا عن الحزن أو الغضب.

- استثمار الانفعالات، وفيه يتعامل الوالدان مع انفعالات الأبناء بجدية، ويعملون على فهم أسبابها، وكذلك مساعدتهم على اكتشاف طرق إيجابية لتهدئة هذه الانفعالات (علا محمد، مرجع سابق، ص53).

"تشير الدراسات إلى أن أساليب تجاهل المشاعر وكتبتها تؤدي إلى آثار سلبية، خاصة في الكفاءة الوجدانية، وأن عدم التناغم بين الآباء ومشاعر أبنائهم تقلل من نسبة الكفاءة الوجدانية، وتجعلهم غير قادرين على التفهم لمشاعرهم ومشاعر الآخرين، وعدم القدرة على الوعي بانفعالاتهم". (P.Paranque, 2011, p.13). وتشير النظريات التي تفسر الاتجاهات الوالدية وأساليب تربية الآباء إلى أن الدفء والضبط الوالديين ينبئان بالكفاءة الوجدانية (الانفعالية) للطفل، وفي ضوء ذلك توصل كينج وآخرون (1979), King & all، أن العلاقة بين الضبط الوالدي والكفاءة الوجدانية علاقة غير خطية، أي أن درجات المتوسط لأسلوب الضبط الوالدي لأطفال ما قبل المدرسة، ترتبط بالمستويات العالية للكفاءة الوجدانية، بينما ترتبط

الدرجات المنخفضة والمرتفعة في أسلوب الضبط بالمستوى المنخفض من الكفاءة الوجدانية، وفي نفس السنة توصل زاهن وآخرون (Zahn -Waxler & al (1979) إلى أن الدفء الوالدي لأطفال ما قبل المدرسة يرتبط إيجابيا بالكفاءة الانفعالية، وذلك لأن هذا الأسلوب في التربية يجعل الأطفال في السنوات الأولى من العمر يشعرون بالأمن النفسي ويكونون متوافقين اجتماعيا ويتم قبولهم بشكل أفضل من رفاقهم (السيد السمادوني، مرجع سابق، ص 171).

ترى **علا عبد الرحمان محمد (2009)** أن تنمية الذكاء الوجداني لدى الأطفال تتم من خلال توفير البيئة الأسرية داخل المنزل والمحيط العائلي، وتعتمد على الحب، الصراحة، والبعد عن الضغوط والمشاكل والانفعالات الغاضبة للآباء، وخاصة أمام الأطفال، وكذا تدريب الأطفال على التعبير عن انفعالاتهم ومشاعرهم دون خوف أو تردد، و تعليم الأطفال مهارات التعبير عن الانفعالات، والتحكم في الانفعالات السالبة من خلال ممارسة الأنشطة الرياضية والألعاب الجماعية مع الآخرين، لتهديب سلوكياتهم والتنفيس عن المكبوت، والتعرف على الذات الداخلية للطفل، لتفريغ طاقاته وتحسين أدائه، وكذلك تدريب الأطفال على كيفية السيطرة على الغضب، وتغيير انفعالات الأطفال السلبية، بتغيير طريقة تفكيرهم للمواقف التي يمرون بها، والابتعاد عن مقارنة انفعالات الطفل بإخوته في المواقف المتعددة، و تحكم الوالدين في انفعالاتهم ومشاعرهم، وخاصة في المواقف الصعبة أمام أطفالهم (علا محمد، 2009، ص 55).

ويتضح مما سبق أن للأسرة الدور الأساسي في تشكيل الانفعالات، وتعليمها، وإدارتها، فهي تقوم أساسا على النموذج (نموذج الوالدين)، حيث يقلد الطفل سلوكيات الآباء من خلال تعاملاتهم المباشرة معه أو في محيط ملاحظاته بتعاملاتهم مع الآخرين، وكذا قراءته لملاحظاتهم وحركاتهم، وتغييراتها في مختلف المواقف الحياتية، والتي تؤثر بشكل مباشر في سلوك الطفل ومشاعره، ويتمثل تعليم الانفعالات في الأساليب الوالدية في التربية، ومدى حساسيتهم الانفعالية تجاه أطفالهم وخاصة الأم لكونها تمثل الشخص المهم انفعالياً لطفلها، فهي محور التربية الانفعالية.

2- الذكاء الوجداني في مجال العمل:

للذكاء الوجداني دور مهم في مواجهة الضغوط اليومية التي يمر بها الأفراد في حياتهم إذ يلعب دورا أساسيا في زيادة القدرة على التكيف مع الآخرين، والوقاية من الاحتراق النفسي الذي يمكن أن يواجههم، فالأفراد الأذكياء انفعاليا يظهرن مستويات منخفضة من المشكلات السلوكية، ويتعاملون مع المشاكل الانفعالية بحكمة وروية، ويعالجون الموقف الحياتية دون تسرع، كما

يمتازون بمستويات منخفضة من الاحتراق النفسي المرتبطة بظروف العمل (حافز بقيعي، 2011، ص 52)

كما أكدت دراسة حسونه (2006) دور الذكاء الوجداني في المؤسسات في تحقيق التوافق والانسجام في العلاقات بين العمال وجود علاقة واضحة بين الذكاء الوجداني والتوافق الانفعالي والاجتماعي. (أنس رابح،. 2011، 63 ص)

ويشير كارسو (Carusou، 2001) إلى استخدامات الذكاء الوجداني في مكان العمل:

2-1-التطور المهني: يؤدي الذكاء الوجداني دورا هاما في مجالات عديدة في حياتنا، إلا أنه ليس حاسما للنجاح في كل المهن والأعمال، فبعض الأعمال لا تتطلب ذكاء وجدانيا عاليا، في حين هناك أعمال تتطلب الكثير من الذكاء الوجداني للأعمال التي تتطلب التعاطف و الاتصال بالناس وفهم الآخرين، وتتضمن العمل ضمن فريق.

2-2-تطوير الإدارة: إن الذكاء الوجداني هو مجموعة من القدرات التي قد تساعد المديرين بطرائق عديدة على أن يكونوا أكثر مرونة في التخطيط وتحفيز الذات والآخرين، واتخاذ قرارات هامة. والمديرون الأذكياء وجدانيا لديهم القدرة على فهم انفعالاتهم وانفعالات الآخرين كي تساعدهم على تحفيز الموظفين وتحفيز أنفسهم، وعلى مساعدة الأفراد على الاستمرار في العمل، كما أن لديهم القدرة على اتخاذ قرارات هامة وذلك من خلال استخدام انفعالاتهم لتسيير تفكيرهم ورؤية الأشياء بوضوح عندما تكون المشاعر قوية.

2-3-فعالية الفريق: تعد مهارات الذكاء الوجداني أحد الأسس للعمل بفعالية وكفاءة مع الآخرين، إذ يساعد الذكاء الوجداني الفرد في التفكير بشكل مبدع، إذ يساعد الذكاء الوجداني الأفراد على العمل مع الآخرين من خلال التأثير بالناس أو بناء اتفاق والثقة بالآخرين والتعاطف، وقد أشارت دراسة ريك (Rice) (إلى العلاقة بين الذكاء الوجداني وفعالية الفريق، حيث يساعد الذكاء الوجداني قادة الفريق وفريق العمل في أن يكونوا أفضل، في إرضاء العملاء، إلا أنه ليس من الضروري أن يزيد الكفاءة التي يؤدون بها هذه السلوكيات. (Caruso، 2001. p.33).

3- الذكاء الوجداني في مجال الصحة الجسمية:

يمكن استخدام مقياس الذكاء الوجداني، لتقدير درجة الذكاء الوجداني لدى الأفراد الذين يعانون من مشكلات طبية شديدة، مثل: أمراض القلب، السرطان، والإيدز. والتي تعتمد على بروفيل مقياس الذكاء الوجداني للمريض، حيث إن الفريق الطبي يمكن أن يحصل على فكرة جيدة حول

قدرة الشخص على التعامل مع الضغوط الناتجة عن المرض الشديد والاحتياجات الحالية نظرا للصعوبة المستمرة للإجراءات الطبية المتوقعة، كما يمكن استخدامه في التنبؤ بتأثير نتائج العلاج. كذلك فإن النتائج التي يتم الحصول عليها من مقياس الذكاء الوجداني تساعد أعضاء فريق (الصحة العقلية) في التعرف على المهارات الوجدانية التي يمكن أن تكون مساعدا هاما في برامج علاج المرضى، كما يمكن استخدام نتائج المقياس في شرح مظاهر الضغوط التالية للمعاناة الناتجة عن المرض وذلك لمرضى القلب ضمن البرامج التي تطبق عليهم (ريهام محي الدين، 2005، ص.ص 49-50) .

وقد أشار سالوفي (2001، Salovey) إلى المشكلات الصحية الناتجة عن التعبير الوجداني الشديد والقمع الوجداني ، حيث ذكر أن الميل للاستجابة إلى المواقف الاجتماعية بعداء يرتبط بمرض الشريان التاجي للقلب، إذ يرتبط التصاعد الانفعالي الذي يحدث غالبا لأشخاص يتصفون بعبادة لاذعة بمركبات عضوية ذهنية تتحول إلى مجرى الدم وتؤدي إلى زيادة كستور الدم وتتجه الأوعية الدموية المغذية لعضلة القلب للانقباض بينما تزيد سرعة ضربات القلب، مما يجهد المنظومة الناتجة وقد يؤدي إلى سد شرايين المؤدية لعضلة القلب وإلى نوبة قلبية. لذلك فإن التنظيم الملائم للانفعالات هو متنبأ هام للصحة الجيدة، ويمكن للأفراد أن يتعلموا تنظيم وجداناتهم من خلال استراتيجيات ضبط المزاج أو الإفصاح الانفعالي عن الصدمات التي قد تحسن من صحتهم البدنية والعقلية اللاحقة. (سعد الشهري، 2010، ص 47).

تاسعا: الذكاء الوجداني وتطبيقاته في المجتمع :

ونقصدبالمجتمع تلك النظم الاقتصادية والسياسية والقضائية والعائلية والدينية والخلقية والجمالية واللغوية والتي تتفاعل فيما بينها، ويعيش الفرد في كنفها ويتأثر بها سواء بالسلب أو بالإيجاب. فمثلا في الجانب الاقتصادي، فعواطف الطفل في مجتمع أساسه التوجيه الكامل للاقتصاد يختلف عن عواطف طفل في مجتمع ليبرالي مطلق كما يختلف عن ثلث في مجتمع متذبذب بينهما وهو اختلاف يتراوح عاطفيا بين طرفي عاطفتي تقدير المسؤولية الفردية المطلقة والمسؤولية الجماعية المطلقة. (محمود خوالدة، 2006، ص248). (ونفس الشيء بالنسبة للنظام السياسي ودوره في الجانب العاطفي، ومن أهم ما يرتبط بالنظم السياسية الديمقراطية حق المشاركة في الانتخاب، لاسيما فيما يمنحه من التصويت للجنسين بالتساوي، فهذا له تأثير في وجدان البنات على الخصوص بما يشعرهن من قيمتهن الذاتية وقدرتهن على التأثير في مصيرنا**تم على قدم المساواة مع الرجل، فالبنات التي تنمو في ظل نظام ديمقراطي يمنحها هذا الحق مهياة لعواطف إيجابية تتسرب منها فيما بعد إلى أطفالها وهي أم أو معلمة أو مواطنة

بوجه عام. (محمود خوالدة، 2006، ص 252). وتعتبر قدرات الذكاء الوجداني هامة في إعداد القادة، فقد أشار (مكدويل وبيل، 1997، et McDowelee Bell)، (في دراسته التي أجريت على 722 من القادة التربويين الذين يعملون بمحافظة كارولينا، إلى أن الوعي بالذات وإدارة الانفعالات والتحفز الذاتي والتعاطف وتناول العلاقات تكون قدرات هامة في إعداد القادة الذين يركزون على النمط الديمقراطي، وإن النقص في تلك المهارات الوجدانية تؤدي إلى حدوث خلل وظيفي. (السمادوني، 2007، ص 227) والنظم العائلية داخل المجتمع لها *ثيرا* العاطفية منذ الطفولة حتى الشيخوخة، والنظم العائلية هي القواعد التي تخضع لها الأسرة في تكوينها ونطاقها ووظائفها وعلاقة أفرادها ببعضهم البعض، فتشمل نظم الزواج والطلاق والحضانة والنفقة... الخ، والإجمال فإن النظم العائلية من تعقدها وأهميتها تمثل ثمرة عقدة التفاعل بين جميع مظاهر البيئة الاجتماعية العامة، ولذلك فأثرها حاسم ومباشر في التكوين العاطفي للطفل. (محمود خوالدة، 2006، ص 255)

عاشرًا : خصائص وسمات الأذكىاء وجدانيا:

ذكر عدد من العلماء والباحثين سمات ومؤشرات الأذكىاء وجدانيا، وسنحصرها في العناصر التالية، لديهم قدرة عالية على التكيف وإدارة الضغوط، يتمتعون بدرجة منخفضة من الاكتئاب والقلق، وإنهم أكثر مرونة وانفتاحا وتقمصا تجاه الآخرين، لديهم إحساس كبير بالمسؤولية الاجتماعية، لديهم القدرة على التحكم بالذات، والتعبير المناسب عن المشاعر، لديهم القدرة على حل المشكلات بشكل مترو وهادئ، لديهم القدرة على التخطيط وتحديد الأهداف، والمثابرة في أداء الأعمال، لديهم القدرة على بناء روابط الثقة مع الآخر، لديهم القدرة على السيطرة على الانفعالات وكبح جماح الغضب، لديهم قدرة عالية على إظهار التعاطف مع الآخرين، وتحليل انفعالاتهم، لديهم القدرة على توقع النتائج المترتبة على السلوك، لديهم قدرة على التعاون والتفاعل مع الآخرين (عدنان القاضي، 2010، ص 50). كما يتنبأ نموذج القدرة للذكاء الوجداني بأن الأفراد الأذكىاء انفعاليًا يتوقع أنهم لديهم القدرة على التواصل وعلى مناقشة المشاعر، ويطورون معارفهم وخبراتهم في مجالات انفعالية معينة، مثل علم الجمال أو المشاعر الأخلاقية الفاضلة، أو حل مشكلة اجتماعية أو القيادة، أو مشاعر روحية، وطبقا للنماذج المختلطة فإن أهم ما يميز الأفراد مرتفعي الذكاء الوجداني الواقعية، ويشعرون بالدفء الانفعالي، ويظهرون مثابرة مع

المهام الصعبة (علا محمد، 2009، ص. ص 47-48). ويضيف الطائي والعطوي (2010) أنهم يتميزون بأن دافعتهم لا تحركها قوى خارجية، مثل الشهرة والبحث عن الثروة أو إرضاء الآخرين، كما أنهم يتمتعون بمرونة شعورية كبيرة، كما أنهم يوازنون بين تأثير قوة المشاعر وقوة المنطق، أو الفكر الواقعي في تنفيذ مهام حياتهم (يوسف الطائي، عامر العطوي، مرجع سابق، ص 59).

تضيف الخفاف (2007) مجموعة من السمات لذوي الذكاء الوجداني المرتفع للأطفال فيما يلي:

- يعبر عن مشاعره أمام الآخرين.
- يتمتع بالقدرة على تصحيح أخطائه، ويحل مشاكله بالاعتماد على عقله ومشاعره.
- يتمتع بمهارة كسب الأصدقاء، مرن، واثق في نفسه.
- يستطيع ضبط انفعالاته ووجداناته في مواقف الصراع، ومتسامح، ويعدل سلوكه حسب الموقف الموجود فيه
- يهتم بمشاعر الآخرين ويتعاطف معهم، ومتعاون، ومحب للآخرين ومرح.
- محب للاستطلاع والاكتشاف.
- يتمتع بسلوك قيادي، ومؤثر في جماعته (إيمان الحفاف، وبيداء الحياي، ب.ت.، ص. ص 428-429).

حادي عشر: سمات الأفراد منخفضي الذكاء الوجداني:

إن الفرد المتميز بذكاء وجداني منخفض يتصف بأنه لا يتحمل مسؤولية مشاعره، ويلوم الآخرين باستمرار، يلقي بالذنب على الآخرين في المشكلات التي يقع فيها، لا يظهر مشاعره الحقيقية، ويتظاهر بمشاعر مختلفة، ينقصه الاستقامة والإحساس بالضمير، عديم الرحمة، غير متسامح، حقود، وغير متعاطف مع الآخرين، لا يعترف بأخطائه، ولا يستطيع الاعتذار عن أخطائه، متشائم باستمرار، ولديه اعتقادات مشوهة، محبط دائما، يتجنب العلاقات مع الآخرين، ويسعى لعمل علاقات بديلة مع بعض الحيوانات، والنباتات، أو الكائنات الخيالية (علا محمد، مرجع سابق، ص. ص 48-49). كما أن لديهم مشاعر وأراء متصلبة، وغير مرنة، ويحتاجون

إلى القوانين، والقواعد، والتعليمات، ليشعروا بالأمن والراحة في تعاملاتهم مع الآخرين، مفتقدون لانفعالات الاتصال الإنساني، حيث يركزون على الحقائق والمنطق أكثر من تركيزهم على مشاعر الآخرين، وانفعالاتهم (يوسف الطائي، عامر العطوي، 2010، ص.ص 61-62).

وتضيف الخفاف (2007) سمات الأطفال منخفضي الذكاء الوجداني فيما يلي:

- عدواني، سريع الغضب ولا يتواصل مع الآخرين.
- لا يتحمل مسؤولية أفعاله.
- لا يتحمل الفشل، منسحب.
- يشعر بالغيرة من أصدقائه، أناني وغير متعاطف (إيمان الحفاف، بيداء الحياي، مرجع سابق، ص 428).

ثاني عشر : النماذج النظرية للذكاء الوجداني

يتفق أغلب الباحثين على أن نماذج الذكاء الوجداني تتبع في الحقيقة من مدخلين؛ المدخل الأول يعتمد على القدرة، ويطلق عليه "ماير وسالوفي" بالمدخل الأصلي، أما الثاني فيعتمد على القدرات والمميزات الشخصية، ويسمى بالمختلط، ويقصد بالذكاء الوجداني حسب المدخل المعتمد على القدرة، نوع من الذكاء الذي يعكس القدرة على معالجة المعلومات الشعورية، أما المدخل الثاني فيأخذ منحى آخر، إذ يدمج بين عوامل القدرة والمميزات الشخصية للفرد (يوسف الطائي، عامر العطوي، 2010، ص 74). وبشأن هذا الاختلاف يرى البعض أن إجراء بحوث لدراسة الذكاء الوجداني يجب أن تستهدف تحديده وتعريفه، ووضع إطار نظري واحد من خلاله يمكن القول إنه الترجمة الصحيحة للذكاء الوجداني، في حين أن آخرين يرون أن وجود نظريات متعددة يمكن أن تساعد على توضيح جوانب إضافية للمكونات النفسية المعقدة للذكاء الانفعالي، وعلى سبيل المثال أشارت نتائج البحوث التي اهتمت بدراسة العلاقة الارتباطية بين مكونات الذكاء الوجداني، كما يقيسها مقياس "ماير وسالوفي"، و مكونات الذكاء الوجداني كما يقيسها مقياس "بار- أون"، أن العلاقة بينهم ضعيفة، مما يعني أن المقياسين يقيسان جوانب مختلفة للذكاء الوجداني، لذلك فكل نظرية رئيسة تختلف بشكل ما في تعريفها للذكاء الوجداني، ولكن هذا التعدد في وجهات النظر كما يشير إليه السمدونوي (2007) حول موضوع الذكاء الوجداني لا يشير إلى الضعف، ولكنه يدل على النشاط والاهتمام من قبل الباحثين حول دراسة هذا الموضوع، وقد قال ستيرنبرغ ومعاونوه (Sternberg & al: (2000) بأن بعض المجالات يجب أن يكون لديها

عدسات ذات عدد كبير من الألوان، أي تختلف أوجه النظر والرؤى حول دراسة الظاهرة، وعلى الرغم من ذلك فإن الذكاء المعرفي أو التقليدي لم يتهدد أو يشوه بصورة خطيرة بوجود النظريات المتعددة، وإنما تلك النظريات تشير إلى استمرارية النقاش حول الذكاء المعرفي بصورة تزيد من معرفتنا التطبيقية لتحديد نسبة الذكاء المعرفي على مدى واسع من العينات، وفي كثير من المجالات، وخلال كل نظرية للذكاء، واستمر النقاش أكثر من مئة عام تقريباً، ما يشير إلى أن الذكاء الوجداني في طور النمو، وسوف يتبع منحى مشابهاً للذكاء المعرفي، حيث تتعدد نماذجه ونظرياته (السيد السمادوني، مرجع سابق، ص. ص 102-103). ويمكن عرض بعض النماذج النظرية التي اهتمت بدراسة طبيعة الذكاء الوجداني كما يلي:

1- نموذج القدرة للذكاء الوجداني (Emotional Intelligence Ability Model):

يتبنى هذا النموذج كلا من "ماير وسالوفي"، ويرون أن الذكاء الوجداني قدرة عقلية تعمل في المجال الوجداني، وفرق "ماير وسالوفي" في وصف بنية الذكاء الوجداني كقدرة بين أمرين هامين:

- التمييز بين العمليات المعرفية (Cognitive Proxess) والمتمثلة في مراقبة الانفعالات والتمييز بينها في مقابل العمليات السلوكية، فتوظيف المعلومات الوجدانية وتنظيمها يعكس العمليات السلوكية بينما الإدراك وتقدير الوجدانات وفهمها وتسييرها يعكس العمليات المعرفية.

- التمييز بين العمليات المتعلقة بالوجدانات والمشاعر الذاتية، في مقابل العمليات المتعلقة بوجدانات ومشاعر الآخرين (إيمان الخفاف، 2014، ص41).

لقد شهد تعريف "ماير وسالوفي" للذكاء الوجداني عدة تعديلات، فعرفاه أول مرة (1990) بأنه قدرة الفرد على توجيه وجداناته الذاتية و وجدانات الآخرين والتمييز بينها، واستخدام هذه المعلومات في تفكيره وتصرفاته، وعرفاه فيما بعد بدقة أكبر (1997) أنه قدرة الفرد على إدراك وجداناته وتقديرها والتعبير عنها، وقدرته على فهم الوجدانات وفهم المعلومات التي تحملها، وأخيراً قدرته على تعديل الوجدانات بما يشجع نموه الفكري والوجداني. استمرت جهودهما في دراسة الذكاء الوجداني مع العديد من الباحثين فنجد أن P.Salovey & Bodell Detweiler (1999) عرفوا الذكاء الوجداني بأنه قدرة الفرد على استخدام المشاعر والوجدانات لخدمة التفكير والفعل، ومن أهم مظاهر هذه القدرة مدى تمكن الفرد من رصد وجداناته، و وجدانات الغير، وتعديل أو تحويل هذه الوجدانات، واستخدام المعلومات المبنية على الوجدانات في تشغيل الفكر وإطلاق الفعل (مصطفى سويف، 2001، ص9).

ينظر "سالوفي وماير" إلى الذكاء الوجداني على أنه نوع من الذكاء المحض، الذي يشكل أحد مكونات الذكاء العام، أي أنه عبارة عن قدرة عقلية، ولهذا يسمى نموذجهما بنموذج القدرة، واعتباره يشكل الجانب الاجتماعي من الذكاء، ويبين هذا النموذج أن الوجدان يمنح للفرد معلومات هامة، يتفاوت الأفراد في توليدها، والوعي بها، وتفسيرها، والاستفادة منها، والاستجابة لها، ويشير إلى أن الذكاء الوجداني يتضمن في جانب منه مفهوم الذكاء الاجتماعي، لكنه يعتبر أوسع منه فهو يجمع بين الوجدانات الذاتية في إطارها الخاص الفردي وفي سياقها الاجتماعي من خلال التفاعل مع الآخرين (عثمان الخضر، 2002، ص 15).

وحسب نظريتهما فإن الذكاء الوجداني يتضمن مجموعة من المهارات، والقدرات النفسية، تتدرج من القدرات البسيطة الأساسية، إلى القدرات المعقدة، التي تندمج فيها الوجدانات مع القدرات العقلية، حيث يتكون نموذج القدرة العقلية للذكاء الوجداني لدى "ماير وسالوفي" من مجموعة من القدرات المعرفية، التي تسمح للفرد باكتساب المعرفة، والتعلم، وحل المشكلات، وحسب تعريفهما للذكاء الوجداني فإنه يتكون من أربع قدرات رئيسية :

- إدراك الوجدانات (Emotional Perception): وتعني قدرة الفرد على التعبير عن الوجدانات من خلال ملامح الوجه أو التلميحات أو الإشارات، وينعكس ذلك من معرفة الشخص لمكونات مشاعره، والوعي بالذات، والتعرف على كيفية التعامل مع مشاعره ، وهي أهم مكون للذكاء الوجداني "السيد السمدوني، 2007، ص 108).

يرى سالوفي وآخرون (2003) أنه بدون هذا المستوى يصبح الذكاء الوجداني مستحيلاً، حيث يتضمن إدراك الوجداني (البيانات والمعلومات) التسجيل والانتباه، وفك شفرات الرسائل الوجدانية، كما تظهر في تعبيرات الوجه، ونبرات الصوت، ويمثل هذا المستوى أدنى مستويات الذكاء الوجداني ، ويتعلق بالدقة التي بها يمكن للفرد التعرف على الوجدانات ، وعلى المحتوى الوجدانات ، وتظهر هذه القدرة مبكراً عند الأطفال الرضع، حيث يمكنهم أن يميزوا حالاتهم الوجدانات ، والحالات الوجدانية للآخرين، وكلما تقدم الأطفال في العمر زادت دقتهم في فهم مشاعر من حولهم بدقة، ويقاس هذا العامل إدراك الوجدانات لذاتية، إدراك وجدانات الآخرين، التعبير بدقة على الوجدانات التمييز بين الوجدانات الصادقة وغير الصادقة (سامية خليل، د. ت.، ص 50).

- الفهم الوجداني (Emotional understanding): وهو القابلية لفهم المشاعر المعقدة مثل إحساس الفرد بنوعين من المشاعر مرة واحدة، والقابلية على معرفة وتمييز التحول من إحداها

إلى الأخرى، ويعد هذا من خصائص الأفراد ذوي المستويات الشعورية العالية، ويمكن لهم أن يفهموا بشكل جيد الأعمال المستقبلية الايجابية والسلبية (يوسف الطائي، عامر العطوي، 2010، ص.ص 77-78). وتتضمن قدرات فهم الوجدانات واستخدام المعرفة الوجدانات السابقة للفرد في ذلك، فيتعرف الفرد على الانفعال، ويحدده بدقة، للتعرف على محتواه ويفهم معناه، وذلك في حدود علاقاته مع الآخرين، وربط الوجدانات بالمواقف والأحداث، ويعتبر فهم تسلسل الوجدانات والمشاعر جوهر الذكاء الوجداني، فالغضب مثلاً من المحتمل أن يطرره الشعور بالغيظ، والغيرة تدعم الكراهية والعدوان (بشير معمريّة، 2007، ص.ص 22).

- إدارة الوجدانات (Managing emotions): توضح هذه القدرة التنظيم الواعي للوجدانات لتعزيز النمو الوجداني، والفكري، ويشتمل على تنظيم الوجدانات في ذات الفرد، ولدى الآخرين كمعرفة متى تهدأ النفس بعد مشاعر الغضب مثلاً، أو القدرة على التخفيف من قلق شخص آخر، ويرى "سالوفي وآخرون" (1993) أن قدرة الفرد على تنظيم ذاته من الممكن أن تمتد لمساعدة الآخرين على تنظيم ذواتهم، وتأتي هذه القدرة على شكل تخفيف آلام شخص لديه مشكلة نفسية، أو الإصلاح بين طرفين، كما تظهر أيضاً في القدرة على جذب الآخرين وإعطاء انطباع إيجابي عن الذات (علا محمد، 2009، ص.ص 35-36). فإذا كان للفرد إدراك وجداني جيد، يمكنه أن يستغل التغيير في الحالة المزاجية ويتفهم مشاعره، ومن خلال هذا الفهم سوف يحصل على المعرفة الضرورية للتحكم في مشاعره وتسييرها، وفي الحقيقة يجب أن يتوافق الفرد الذكي انفعالياً مع حالته المزاجية غير المستقرة، ويتطلب ذلك فهماً جيداً لحالته (السيد السمدوني، 2007، ص.ص 109-110).

- توظيف الوجدانات (Emotional using): وهي تعني الدقة والكفاءة في ربط الوجدانات وأحاسيس أخرى، كالأحاساس باللون مثلاً، والقدرة على استخدام الانفعالات لتغيير انطباعات الشخص نحو الأشياء، أو لتحسين التفكير في الموضوعات (المرجع السابق، ص.ص 108). ويركز هذا المستوى على تأثيرات الوجدانات على النظام المعرفي، فالنشاط العقلي يمكن أن يتأثر بالانفعالات مثل القلق والخوف، ولكن الانفعالات يمكن أن تنظم أولويات النظام المعرفي، وتساعد في توليد الانفعالات او الوجدانات الإيجابية، والتي تستخدم في المهام المعرفية، والإدراكية مثل الإبداع، وحل المشكلات (سامية خليل، د.ت.، ص.ص 50-51). وتستهدف هذه القدرة توليد الانفعالات الحية، التي يمكن أن تُسير عملية التذكر واتخاذ القرار، والتأرجح بين عدة انفعالات لرؤية الأمور من عدة زوايا، واستخدام الحالة المزاجية لتسهيل توليد الحلول المناسبة (السيد السمدوني، مرجع سابق، ص.ص 109). وتتضمن القدرة على استخدام الانفعالات

لتقوية وتسهيل التفكير، وتتضمن أيضا القدرة على الربط الدقيق بين الانفعالات وبعض الأحاسيس (سعاد سعيد، 2008، ص15).

كما تتضمن أيضا القدرة على استخدام الانفعالات لتوجيه الانتباه للمعلومات المهمة في الموقف (إيمان الخفاف، 2014، ص4). ويؤكد "ماير وسالوفي" (2000) أن هذه القدرات الأربعة تعمل معا لتنتج نموذج الانفعالات، ويؤكد أنه إذا كانت بيانات انفعالات الفرد في متناول يديه، يستطيع أن يفهم حالات الآخرين أفضل، ويتوقع أي تغيير في الانفعالات، ويستخدم هذه البيانات لتحسين التفكير و السلوك واتخاذ القرارات، ويعتقد الباحثان أن من علامات نضج الذكاء الانفعالي لدى الفرد، انفتاحه على جميع الخبرات الوجدانية، وأن تعريف الذكاء الوجداني يكون من خلال مجموعة من القدرات المنفصلة، ولكنها متجانسة بعضها مع بعض، بمعنى أن الفرد قد يكون لديه القدرة على فهم مشاعر الآخرين، وذلك من خلال حساسيته في قراءة تعبيرات الوجه، والتمييز بين التعبيرات الصادقة، وغير الصادقة، ولكنه منخفض القدرة على تنظيم انفعالاته، والتعبير عنها، ومفهوم القدرة يعني توقع انتشار الأفراد اعتداليا على طرفي منحنى القدرة ، فالشخص الأفضل انفعاليا من غيره في التعرف على انفعالاته، وانفعالات الآخرين، لديه القدرة أكثر من غيره على استثارة الانفعال بصورة تساعده على التفكير بصورة أفضل، إلى جانب قدرته على فهم وتحليل الانفعالات، والسيطرة عليها بطريقة تنمي قدراته العقلية والوجدانية، كتأجيل إشباع حاجته (سامية خليل، د. ت.، ص. ص52-53). ويجب الإشارة هنا إلى أن نموذج "ماير وسالوفي" (1997) يعتبر نموذجا نمائياً تطورياً، حيث أن التعقيد في المهارة الانفعالية تبدأ بالقدرات الأولى إلى القدرة الرابعة، وبالرغم من ذلك فإن كل الاستعدادات العقلية توصف من خلال مصفوفة عامة للتعرف على العلاقة بين الذات والآخر، أو تنظيمها (السيد السمدوني، مرجع سابق، ص113).

2- النماذج المختلطة للذكاء الوجداني (Emotional Intelligence Mixed Model):

يطلق على هذه النماذج مسمى "المختلطة" أو "النماذج غير المعرفية" أو "نماذج القدرات والسمات" وقد ظهرت هذه النماذج في المقالات الأكاديمية الأولية لمجال الذكاء الانفعالي، وعلى الرغم من أن تلك المقالات أرست مفهوم القدرة للذكاء الوجداني، فإنها في الوقت نفسه تشتمل على عوامل مصنفة تاريخيا على أنها جزء من الشخصية، ويرى أصحاب النماذج المختلطة أن الانفعال او الوجدان "سمة" من سمات الشخصية، شأنه شأن الانبساط ويقظة الضمير (إيمان الخفاف، 2014، ص45). فهي تجمع بين سمات الشخصية والوجدانات في سياقها الاجتماعي، من خلال النشاط الاجتماعي، والتفاعل مع الآخرين (غربي صبرينة، بن عامر ربحة، 2013، ص

(77). "يمثل هذا الاتجاه جولمان (Golman) وبار أون (Bar-on) (سامية خليل، د. ت. ص 53).

3- نموذج دانييل جولمان للذكاء الوجداني :

دانييل جولمان سيكولوجي أمريكي، حصل على درجة الدكتوراه من جامعة هارفارد، قدم نموذجه حول الذكاء الوجداني من خلال كتابه الذي نشره عام (1995) بعنوان " **Emotional Intelligence** (بشير معمرية، 2005، ص 45). يذكر جولمان أن فهمه للذكاء الوجداني مبني على مفهوم جارذنر (1983) "Gardner" في الذكاءات المتعددة، وخاصة الذكاء الشخصي، والذكاء البين شخصي، وقد قدم جولمان نموذجا للذكاء الوجداني، وصف نموذج **جولمان (1995)** أن الذكاء الوجداني يتضمن مجموعة من السمات، وهي إدراك الفرد لمشاعره، ومشاعر الآخرين، وتوظيف هذه المشاعر لاتخاذ القرارات الصائبة في الحياة، والقدرة على التعامل مع الضغوط، والتحكم في الدوافع والانفعالات، وإثارة الحماس في النفس، والمحافظة على روح الأمل والتفاؤل، وتكوين علاقات اجتماعية مع الآخرين بشكل فعال (**علا محمد، 2009، ص 43**). ثم قدم جولمان نموذجا ثانيا للذكاء الوجداني سنة (1998)، حيث يرى أن الكفاءة الوجدانية هي قدرة متعلمة، تقوم على الذكاء الوجداني، والتي ينتج عنها أداءً بارزاً في العمل، وإن الكفاءات المتعلمة تختلف من شخص لآخر، وقد قسم الذكاء الوجداني إلى (25) كفاءة، وهي الكفاءات الشخصية، وتشمل الوعي بالذات، وإدارة الانفعالات، والدافعية، والكفاية الثانية هي الكفاءات الاجتماعية، وتعني كيفية التعامل مع الآخرين وتشمل التعاطف، والمهارات الاجتماعية (**إيمان الخفاف، 2014، ص. ص 46-48**). وقد أدخل **جولمان (2001)** تعديلا على النموذج السابق، وذلك بتخفيض كفاءات الذكاء الوجداني من (25) إلى (20) وبتخفيض الأبعاد الرئيسية إلى أربعة مجالات، ويشير **جولمان** إلى أن الذكاء الوجداني هو الأساس الذي نبني عليه أي نوع آخر من الذكاءات (**Daniel Golman, 2004, p.2**). وهو الأكثر ارتباطا بقدرة الفرد على النجاح في الحياة، فالاندفاع في شخصية الأطفال في العاشرة من العمر يعد مؤشرا على فشلهم في المستقبل، بمعدل يساوي ثلاثة أمثال دالة اختبار نسبة الذكاء (IQ)، كما أشار **جولمان** إلى أن المهارات الاجتماعية قابلة للتعلم، وبالرغم من الاختلاف بين الأطفال في سماتهم الوجدانية، فإن هذه السمات قابلة للتعديل، ويذكر **جولمان** أن تكرار التدريبات الوجدانية التي يتلقاها الطفل يشكل الوصلات العصبية للاستجابة لهذا الموقف عندما يكبر، وهكذا فإن الطفل إذا تعلم كيف يتحكم في انفعالاته، وكيف يكون متعاطفا مع الآخرين، فإن هذا

التعلم سوف تبقى ثماره طوال حياته (سامية خليل، د.ت.، ص54). ويتكون نموذج جولمان (2001) للذكاء الوجداني من ما يلي:

- الكفاءة الشخصية (Self Personal Compétence): وتتضمن الأبعاد التالية :

أ/ الوعي بالذات (Self –Awareness): وهو قدرة الفرد على الوعي بعواطفه وقت حدوثها، وحسن التمييز بينها، وقدرته على التعبير عنها، وهو حجر الأساس في الذكاء الوجداني حسب جولمان، إذ يرى أن الوعي بالذات له تأثير في العواطف، لأن الإنسان الغاضب إذا أدرك أن ما يشعر به هو الغضب، فهذا يوفر له درجة كبيرة من الحرية ليختار عدم الرضوخ لهذه العواطف (صالح صالح، وأحمد داود، 2011، ص357). وحدد جولمان مكونات هذا البعد بمعرفة الفرد لعواطفه، قدرة الفرد على التعبير عنها، قدرة الفرد على تقدير ذاته وعواطفه، قدرة الفرد على ربط انفعالاته بما يفكر فيه، والثقة في ذاته (دانييل جولمان، 2000، ص80).

- الوعي الوجداني (Emotion –Awareness): ويقصد به مهارة اكتشاف الفرد لانفعالاته و وجداناته، والتعبير عنها وتقدير ذاته، بتحديد جوانب القوة والضعف، وتقديره الدقيق لانفعالاته وعواطفه، وربط مشاعره بما يفكر فيه والثقة في ذاته وإمكاناته.

- الثقة بالذات (Self –Confidence): وهي مهارة إدراك الفرد لإمكاناته وقدراته في مواقف مختلفة، من أجل الوصول إلى الأهداف وتحقيق النجاح.

- فهم الذات (Self –Conception): مهارة معرفة الفرد لذاته بصدق وصراحة والتي تؤثر في علاقاته بالآخرين، وذلك من خلال الانطباعات والمعتقدات (سامية خليل، 2010، ص.ص9-10).

-تقدير الذات (Self –Esteem):وهو تقدير الذات بشكل إيجابي، من خلال إدراك جوانب القوة والضعف، فالدقة في تقييم الذات تجعل الفرد مدركا لقدراته وحدودها، وتعطيه تغذية راجعة، وتوضح له أخطائه (إيمان الخفاف، 2014، ص 48).

ب/ إدارة الانفعالات (Managing Emotion): وهي قدرة الفرد على التحكم في عواطفه وأفكاره وأفعاله، وتنظيمها بطريقة إيجابية وملائمة، تمكن الفرد من تهدئة نفسه، وتعتمد على الوعي بالذات (دانييل جولمان، 2000، ص122). ويتكون من أربعة أبعاد وهي:

- ضبط النفس: وهي مهارة الفرد في السيطرة على انفعالاته، وإظهارها في صورة مقبولة.

- **يقظة الضمير:** وهي حالة من الشعور يتعرض لها الفرد إذا قام بأفعال تخالف المعايير الاجتماعية والدينية (سامية خليل، 2010، ص11). وهي أن يكون الفرد حذراً منظماً ذاتياً، ويكون مدققاً في قيامه بالمسؤوليات، وكل فعاليات العمل، وحسن الأداء، ويعتمد على شعور الأفراد به.

- **التكيف:** وتعني الانفتاح على المعلومات الجديدة، وترك الادعاءات القديمة، والتكيف مع الأعمال والمرونة الوجدانية تسمح للأفراد بالتوافق مع القلق، وأداء العمل بابتكارية وإبداع، وتطبيق الأفكار الجديدة لإنجاز النتائج (إيمان الخفاف، 2014، ص48).

- **تأجيل الإشباع الفوري:** التحكم في النفس، وعدم تلبية الرغبات في اللحظة الحالية حتى وإن كانت متاحة (سامية خليل، 2010، ص12). وفي هذا السياق فقد قدم جولمان نتائج لاختبار معروف باسم اختبار الحلوى الذي قام به البروفسور والتر ميشيل (Walter Mischel) في ستينيات القرن الماضي، حيث أجريت التجربة على أطفال الروضة في حرم جامعة ستانفورد الأمريكية، وقد تكونت عينة البحث من أبناء هيئة التدريس، وأبناء طلبة الدراسات العليا، وأبناء بعض العمال الآخرين، وهي دراسة تتبعية طويلة هامة، حيث قام الباحث بتخيير الأطفال بين الحصول على قطعة واحدة من الحلوى الآن، أو ينتظروا ربع ساعة للحصول على قطعتين من الحلوى، وكان الهدف من التجربة معرفة مدى قدرة هؤلاء الأطفال على تأجيل الإشباع، بعد ثوانٍ من خروج الباحث قام بعض الأطفال بأكل الحلوى فوراً، فيما استطاع بعض الأطفال الآخرين الانتظار وتأجيل الإشباع، لحين عودة الباحث متخذين في ذلك أساليب سلوكية لتساعدهم على الصمود، كتغطية أعينهم، واللعب بأرجلهم، وحصلوا بعد ذلك على قطعتين من الحلوى جزاء صبرهم، واستمرت الدراسة لمدة (14) سنة، وقد كانت الفروق بين المجموعتين واضحة في نواح عدة، فالأطفال الذين كبحوا أنفسهم عن أكل قطعة الحلوى، أصبحوا أكثر كفاءة من الناحية الاجتماعية، قادرين على مواجهة المصاعب، واثقين في أنفسهم، ناجحين في دراستهم، فيما كان الأطفال الآخرين الذين لم يستطيعوا مقاومة إغراء الحلوى منخفضي الكفاءة الاجتماعية، محبطين، وأكثر انسحاباً وأقل حماسة، لا يقدرون ذواتهم ولا يستطيعون مواجهة الصعوبات التي تعترضهم (Joseph Chbat, 2012, p.6). (Jean Therer, 2006, p.6).

ج/الدافعية (Motivation): "وهي قدرة الفرد على تحقيق هدف ما، وتحفيز الذات وانتباهها، وتدفع إلى التفوق والإبداع، والتفاعل الإيجابي للعواطف للوصول إلى أفضل أداء" (دانيل جولمان، مرجع سابق، ص130). أي توجيه الوجدانات لتحقيق هدف معين للفرد، وأن يكون مصدرها الفرد بنفسه " (سعاد سعيد، 2008، ص14). "وهي دافعية الفرد للإنجاز، من خلال

المثابرة، والتفاؤل، والتحدي، والعمل المتواصل، وخلق الدوافع التي تساعد على التميز من أجل تحقيق الأهداف" (سامية خليل، 2010، ص11). فالانفعالات تؤثر على استخدام إمكاناتنا العقلية إلى الحد الذي يمكن أن يعوق قدراتنا على التفكير، والتخطيط، وعلى الفعل، ويقرر جولمان أنه بمقدار ما نكون مدفوعين بمشاعر الحماس والمتعة فيما نعمل، يكون اندفاعنا نحو الإنجاز، فالذكاء الانفعالي استعداد رئيسي وقدرة تؤثر بقوة على كل قدراتنا الأخرى، ومن ناحية الدافعية فإن تجميع المشاعر والحماس والهمة والثقة يكون له دور كبير في تحقيق الإنجاز، فقد أوضحت الدراسات أن المتفوقين في مجالات الحياة المختلفة، كالعلماء، والموسيقيين، والرياضيين، تكون السمة المشتركة بينهم، هي القدرة على إثارة الدافعية، والارتفاع بمستواها لديهم (بام روبنسون، وجين سكوت، 2003، ص. ص169-262). وتتضمن الكفاءات التالية :

- المبادرة (Initiative): وهي استعداد الفرد لانتهاز الفرص.

- الموثوقية (Trustworthiness): وهي حفاظ الفرد على معايير الأمانة.

- يقظة الضمير (Consciencieuses): وتعني تحمل الفرد لمسؤولية تصرفاته، وتتضمن أن يكون الفرد حذراً منظمًا ذاتياً، ويكون مدققاً في قيامه بالمسؤوليات، وكل فعاليات العمل، وحسن الأداء، و يعتمد على شعور الأفراد به.

- الدافع للإنجاز أو التحصيل (Achèvement Motivation): تعتبر مهمة في مجال عمل الفرد، قبل أن تجبره الأحداث الخارجية على العمل، وهذا يعني المبادرة بالعمل، والأخذ بالتوقع تجنباً للمشكلات قبل وقوعها، ودافع التحصيل يعتبر من أهم الكفاءات التي تقود إلى النجاح، ويفضل أصحابها التفاؤل وتحسين الأداء باستمرار، وهم مثابرون، ويدعمون الإبداع، ويتخذون الأهداف (إيمان الخفاف، 2014، ص 48).

- الالتزام بالوعود: التزام الفرد ناحية الآخرين بالتعاقدات، والحفاظ على العهود، من أجل التواصل الفعال والأمن.

- التفاؤل (Optimism): وهو نظرة الفرد إلى حياته بإيجابية (سامية خليل، 2010، ص12).

- التكيف (Adaptability): تعني الانفتاح على المعلومات الجديدة، وترك الادعاءات القديمة، والتكيف مع الأعمال، والمرونة الانفعالية او الوجدانية تسمح للأفراد بالتوافق مع القلق،

وأداء العمل بابتكارية وإبداع، وتطبيق الأفكار الجديدة لإنجاز النتائج (إيمان الخفاف، مرجع سابق، ص 48).

- الكفاءة الاجتماعية (Other Social Compétence): وتتضمن الكفاءات التالية:

أ/التعاطف(Empathy):

وهي مهارة أخرى تتأسس على الوعي بالذات، فهؤلاء الأفراد أكثر مهارة على التقاط الإشارات الاجتماعية، وهذا يجعلهم أكثر استعداداً لأن يتولوا المهام التي تتطلب رعاية، وتعاملاً مع الآخرين (سامية خليل، د.ت.، ص. ص 55-56). ويشتمل هذا العامل على الأبعاد الفرعية الآتية:

- فهم الآخرين (For Others): وهي إدراك انفعالات الآخرين، وتفهم السلوك اللائق تجاه هذه الانفعالات.

- الإيثار(Acturism): التعاطف مع الآخرين وتفضيلهم، ومشاركتهم وجدانياً في مختلف الأوقات.

- المشاركة الإيجابية(Positive Sharing): مهارة مشاركة الآخرين مشاعرهم وأهدافهم، وتوقع نفس المشاركة من الآخرين من أجل تحقيق أهداف الجماعة.

- العدوى الوجدانية (Emotional Contagion): وهي حالة تنتقل فيها الانفعالات بين الأفراد لا إرادياً (سامية خليل، 2010، ص 13).

ب/ المهارات الاجتماعية (Social Skills):

هي مهارة يكمن وراءها التمتع بالقيادة، والفاعلية، في التعامل مع الآخرين، وهؤلاء الأفراد يجيدون التأثير بمرونة في كل ما يعتمد على التفاعل مع الآخرين (سامية خليل، د.ت.، ص 56). ويشتمل هذا العامل على الأبعاد الفرعية الآتية :

- التأثير في الآخرين: نمارس جوهر هذه الكفاءة عندما نتعامل مع الوجدانات او الانفعالات ونديرها بفاعلية مع الآخرين، والأفراد الأكثر فاعلية يشعرون برد فعل الآخرين، ويعدلون من استجاباتهم لتحقيق أفضل اتجاه للتفاعل.

- **تنمية الآخرين:** تعني الإحساس باحتياجات النمو لدى الأفراد، ودعم قدراتهم، وهي مهمة لا تختص بالمدرسين والمرشدين وإنما بالقيادات البارزة.

- **التواصل:** وهو العامل الرئيسي في النجاح، فالأفراد الذين يبدون كفاءة الاتصال، هم أكثر فاعلية في المعلومات الوجدانية الخاصة بالعبء، والأخذ، والتعامل مع القضايا الصعبة بشكل مباشر، والمشاركة في المعلومات بشكل كامل، وتبنى هذه الكفاءة على إدارة مشاعر الفرد، والتعاطف، والحوار الصحي المتناغم مع حالات المشاعر لدى الآخرين، كلما كانت مجموعته أكثر إيجابية وتعاوناً ومساعدةً.

- **القيادة:** يملك القاديون مدىً من المهارات الشخصية لإلهام الآخرين بالعمل معاً نحو أهداف مشتركة.

- **تحفيز الآخرين:** وهو تحفيز الآخرين في الجماعة لمبادرات جديدة، وقدرة القائد على الإسراع بالتغيير والتحفيز، هي كفاءة ذات تقدير كبير لدى القائد الإيجابي (**إيمان الخفاف، مرجع سابق، ص 49**).

- **التنسيق والتعاون:** وهي مهارة الفرد للقيام بدوره بشكل متكامل مع أدوار باقي الفريق.

- **المسؤولية الاجتماعية:** وهي مهارة التفاعل الاجتماعي، والوعي بالقواعد المنظمة للجماعة، وتحمل مسؤولية هذه القواعد (**سامية خليل، 2010، ص 14**).

4- نظرية بار- أون للذكاء الانفعالي (Bar -on Theory):

ريفن بار أون (Reven Bar -on) من أوائل من تطرقوا لموضوع الذكاء الوجداني، في أطروحة الدكتوراه التي قدمها، وأول باحث نفسي يطرح نموذج الذكاء لوجداني، ويركز نمودجه على الإمكانيات التي تؤدي إلى تحقيق الأداء الجيد والنجاح (**يوسف الطائي، عامر العطوي، 2010، ص 81**). يعتقد بار أون (1997) أن الذكاء لوجداني هو خليط من القدرات والمهارات، وهو نظام من القدرات العقلية والمهارات الشخصية، التي تؤثر في قدرة الفرد على النجاح، ومواجهة متطلبات البيئة، وسلطت الضوء على السبل التي تمكن بعض الأفراد من النجاح في حياتهم، بينما يفشل البعض الآخر (**طالب سالم، سافرة أحمد، 2012، ص 387**). ولهذا فقد قام بمراجعة للأدبيات التي تناولت خصائص الأفراد الناجحين في حياتهم، وفي تطور لاحق أشار بار- أونوباركر (**Bar-on & Parker (2000)** إلى أبعاد الذكاء الوجداني مستنديين إلى مكونات الذكاء الوجداني التي أشار إليها جولمان (1998) في كتابه العمل مع الذكاء الوجداني

(Working With Emotional Intelligence)، بعد أن عرّفنا الذكاء الوجداني بأنه مجموعة من القدرات الشخصية، والعاطفية، والاجتماعية، والتي تؤثر في كفاءة الإنسان في مواجهة ضغوط الحياة، ومتطلباتها (إيمان الخفاف، 2014، ص51). وقد حدد بار- أون مكونات الذكاء بالاعتماد على نظريته، ومفهومه للذكاء الوجداني، وأشار إلى أن الذكاء الوجداني يتكون من (15) مهارة، موزعة على خمسة مكونات بين الجوانب الشخصية، والوجدانية، والاجتماعية، وهي:

- **المكونات الشخصية الداخلية (Intrapersonal Components):** وتتكون من مجموعة من الكفايات التي تساعد الفرد على التعامل مع نفسه بنجاح (سعاد سعيد، 2008، ص14). وتتمثل في الوعي بالذات، وتقدير الذات؛ وهي قدرة الفرد على احترام ذاته، وحبها وتقبل الجوانب الموجبة والسالبة، وأوجه القوة والضعف فيها. التوكيدية؛ وهي قدرة الفرد على التعبير عن مشاعره وأفكاره، والدفاع عن حقوقه بأسلوب بناء، وتحقيق الذات؛ وهو القدرة على تحقيق إمكانات الفرد بأن يصبح منهماك في المحاولات التي تقوده إلى حياة هادئة، وغنية، ومملوءة بالإنجازات. الاستقلال؛ وهو قدرة الفرد على توجيه الذات، والسيطرة عليها، والتحكم في التفكير والتصرفات، و بأن يكون الفرد غير معتمد وجدانياً على أحد (إيمان الخفاف، مرجع سابق، ص51).

- **مكونات العلاقات بين الأشخاص (Components Interpersonal):** وهي عبارة عن مجموعة من الكفاءات الاجتماعية التي تساعد الفرد على إقامة علاقات ناجحة، وذات تأثير إيجابي على الآخرين (غربي صبرينة، بن عامر ربحة، 2013، ص77). وتشمل التعاطف، العلاقات الشخصية مع الآخرين وهو إقامة علاقات مرضية مع الآخرين، والحفاظ عليها، تلك العلاقات التي تتميز بالعمق، والمودة، والعطاء، والحصول على المحبة بشكل موضوعي، والمسؤولية الاجتماعية (إيمان الخفاف، مرجع سابق، ص51).

- **المكونات التكيفية (Components Adaptability):** وهي مجموعة الكفايات التي تساعد الفرد على التكيف الناجح مع واقع الحياة، ومتطلبات البيئة المحيطة، وهي إدراك الواقع، والمرونة، وحل المشكلات.

- **مكونات إدارة التوتر (Managements Components):** وهي مجموعة من الكفايات التي تساعد الفرد على إدارة الضغوط، ومقاومة الاندفاع، وضبط الذات، وتشتمل على تحمل التوتر، والضغط النفسي، وضبط الاندفاع .

- مكونات المزاج العام (General Mood EQ Components): وهي مجموع الكفايات التي تساعد الفرد على إدراك حالته المزاجية، وتغييرها، وتشتمل على التفاؤل والسعادة (سعاد سعيد، مرجع سابق، ص.ص 14-15).

ثالث عشر: أساليب قياس الذكاء لوجداني:

إن تطوير النماذج المتنافسة حول الذكاء لوجداني، قادت إلى تصميم العديد من المقاييس المختلفة حول تقييمه، وهذه المقاييس تميل لتكون ضمن ثلاث فئات هي التقرير الشخصي، والمعتمدة على القابلية، والمعتمدة على الملاحظة، والباحثون بشكل عام لم يصلوا إلى إجماع حول أكثر الطرق ملاءمة لقياس الذكاء لوجداني، وهناك العديد من المقاييس المتنوعة التي تقيم المقدرات المختلفة للذكاء الوجداني، مثل مقياس تقييم التقمص العاطفي، أو مقياس التعابير الوجهية (يوسف الطائي، عامر العطوي، 2010، ص 103).

ويشير "جون ماير" إلى أساليب قياس الذكاء الوجداني كما يلي :

1- الاتجاه الأول يقيس الذكاء لوجداني من خلال اختبارات الأداء الأقصى، ومفهوم الذكاء الوجداني بناءً على ذلك يتعلق بالمقدرات المعرفية الحقيقية، ذات الصلة بالمشاعر، ويعتمد على نموذج الذكاء لوجداني كقدرة ل "ماير وسالوفي".

2- أما الاتجاه الثاني فيقيس الذكاء الوجداني من خلال استبيانات التقرير الذاتي، ومفهوم الذكاء الوجداني بناءً على ذلك يعنى بالمقدرات المعرفية المرتبطة بالمشاعر، كما يدركها الفرد ذاتياً، ويعتمد على نماذج السمات أو النماذج المختلطة ل "بار- أون" و"جولمان" وغيره .

3- أما الاتجاه الثالث فيسمى اختبارات تقديرات المحيطين، وهي طريقة مشابهة لطريقة التقرير الذاتي، ولكن تكمن نقطة الخلاف أنه في هذه الطريقة يتم التقييم من قبل شخص آخر، وليس الفرد نفسه من يجيب على أداة القياس، ويعتمد هذا الأسلوب أيضاً على نماذج السمات، أو النماذج المختلطة، ويجب الإشارة إلى أنه لا يوجد اتفاق حول أنسب الطرق لقياس الذكاء الوجداني، كذلك لا يوجد اتفاق حول ما إذا كانت مقاييس التقرير الذاتي أو مقاييس الأداء هما طريقتان مختلفتان لقياس نفس المفهوم، أم أن كل طريقة تقيس مفهوم مختلف عن المفهوم الذي تقيسه الطريقة الأخرى (عدنان القاضي، 2012، ص.ص 48-50).

تشير زبيدة الحطاح (2011) أن هناك فروقا واضحة بين الاختبارات التي تقيس الأداء، والتي تقيس التقدير الذاتي، وهذه الفروق تتمثل فيما يلي :

- تقيس اختبارات الأداء الذكاء الوجداني الحقيقي، بينما تقيس اختبارات التقدير الذاتي الذكاء لوجداني المدرك.

- تتطلب اختبارات الأداء وقتاً أطول في التطبيق بالمقارنة مع وقت اختبار التقدير الذاتي.

- مقاييس التقدير الذاتي تتطلب من الأفراد أن يكونوا ذوي بصيرة، ووعي، في تحديد نسبة ذكائهم الوجداني. إن المشكلة الأساسية في استخدام مقاييس التقدير الذاتي هي أن الناس يمكنهم أن يحرفوا استجاباتهم لكي يظهروا بمظهر أفضل، أو سيء عن استجاباتهم الحقيقية، ولكي تُعرف درجة التشويه في استجابات الفرد يجب أن تشمل تلك الدرجة مثلاً مقياس الكذب، أما بالنسبة لاختبارات الأداء، فلا تتطلب من الشخص تحريف استجاباته لأنها تتطلب عدداً من الملاحظات، قبل تحديد نسبة الذكاء الوجداني (زبيدة الحطاح، 2011، ص167).

من بين أهم المقاييس التي تصنف ضمن مقاييس القدرة ، مقياس الذكاء الوجداني متعدد العوامل (MEIS) والذي أعده "ماير" و"سالوفي" و"كاروسو" (Mayer & Salovey & Caruso)، وهو أول بطارية اختبارات لقياس الذكاء الوجداني كقدرة، ويهدف إلى قياس قدرة الأفراد على حل المشكلات الوجدانية ، أما المقاييس التي تعتمد على تقرير الملاحظين فنجد قائمة الكفاءة الوجدانية التي أعدت من طرف "بايوتزيس وجولمان" و"رهي" Boyatzis & Golman & Rhee)، أما مقاييس التقرير الذاتي فنجد مقياس الذكاء الوجداني الذي أعده بار- أون وباركر (Bar-on & Parker) (عمر جعيجع، هامل منصور، 2015، ص154).

خلاصة الفصل

حاولنا في هذا الفصل التعرف على الذكاء الوجداني ، وقد قدمنا في البداية تعريفاً للمفهومين الذكاء و الوجدان بشكل منفصل، وعرجنا على تعريف الذكاء، ثم قدمنا عرضاً تاريخياً لنشأة هذا المفهوم الحديث نسبياً، وكيفية تطوره من مفهوم ضمني في مفهوم الذكاء الاجتماعي

لثورندايك، إلى مفهوم قريب في نظرية الذكاءات المتعددة لغاردنر وهو الذكاء الشخصي والبيئي الشخصي، وصولاً إلى المفهوم الجديد الذكاء الوجداني، إثر مجموعة مقالات لماير وسالوفي (1990)، وتطورت البحوث ليقدم جولمان هذا المفهوم كمفهوم ثوري في علم النفس، والذي جمع بين مكونين لطالما كانا يبدوان أنهما لن يلتقيا أبداً لاختلاف طبيعة كل منهما، وجاء المفهوم بصورة عملية، قدم فيه جولمان نموذجاً تفسيرياً يجمع فيه بين القدرات والمهارات، فيما قدم ماير وسالوفي نموذجاً يعتمد على القدرة، ويقدم الذكاء الوجداني كقدرة عقلية محضة، وقدم بار- أون أيضاً نموذجاً مختلطاً للقدرات والمهارات يختلف عن نموذج جولمان، وقدمنا مجموعة من التعريفات لبعض العلماء والباحثين في هذا المجال، ثم تناولنا أهمية هذا المكون النفسي على المستوى الفردي، والعائلي، والمهني، وأوضحنا إلى أي مدى يساهم الذكاء الوجداني في استقرار حياتنا، والحفاظ على صحتنا النفسية، وسلامة علاقاتنا مع محيطنا ومجتمعنا، ونجاحنا في جميع مناحي حياتنا، وركزنا على بعد التعاطف لأهميته كمكون ينشأ في بداية حياة الطفل، نتيجة للعلاقة السوية مع الأم من جهة، والبيئة الأسرية المستقرة من جهة ثانية، كما تعرفنا على الدور الذي تلعبه الأسرة في تكوين هذا البعد، ثم تعرفنا على سمات ذوي الذكاء الوجداني المرتفع والمنخفض، وصولاً إلى عرض مفصل للنماذج المفسرة للذكاء الوجداني بنموذجيه نموذج القدرة، والنموذج المختلط، وحاولنا توضيح الفروق بينهما، وكيفية قياس هذا المتغير، وتعدد طرق قياسه حسب التوجهات النظرية التي يتبناها الباحثون.

الفصل الثالث:

الالكسيميا (التكتم)

تمهيد

- أولا : نشأة مفهوم الالكسيميا (التكتم) وتطورها.
 - ثانيا : تعريف الالكسيميا (التكتم) . alexithymie.
 - ثالثا : العوامل التي تساهم في تطوير الالكسيميا (التكتم).
 - رابعا : نظريات تفسير الالكسيميا (التكتم).
 - خامسا: مقاييس الالكسيميا (التكتم).
 - سادسا: علاج الالكسيميا (التكتم).
- خلاصة الفصل.

تمهيد:

ليس غريبا أن لا نعثر على تعريف لمصطلح الإلكستيميا في اغلب الموسوعات أو المعاجم الحديثة، سواء اللغوية أو النفسية التي بين أيدينا ،لأن ظهور هذا المصطلح كان على يد سيفنيوس sefneos سنة 1972 ولم يبدأ الاهتمام به إلا في التسعينيات من القرن الماضي ولقد لاحظ العلماء منذ فترة طويلة علاقة الانفعالات و طريقة التعبير عنها بالأمراض الجسدية على يد بيار مارتي وزملائه سامي علي، بعد ذلك تم التأكد من مفهوم التفكير العملياتي و هو تفكير مغلق و يركز على حوادث الحياة اليومية دون أدنى توظيف للمشاعر و الأفكارو يمتد إلى الأحلام فتغيب عنها الرموز و الأفكار و الخيالات و المرغوبات اللاشعورية و ذلك دليل على انخفاض القدرة على تعقيل ما قبل الشعور و هو طريق الإصابة بالأعصاب الطباعية وبالتالي الأمراض النفسوجسدية غير أن مدرسة بوسطن توسعت في هذا المفهوم بمقارنة عصبية معرفية تعتبر الإلكستيميا (التكتم) مؤشرها للدلالة على دور الانفعالات في ظهور الأمراض النفسوجسدية سواء كانت الأسباب نفسية أو جسدية أو بيئية. (قريشي ورمضان .2008.ص 22)

تعني الإلكستيميا(التكتم) الصعوبة في معرفة المشاعر والأحاسيس وعدم القدرة على التعبير عنها للآخرين و العناصر الأساسية التي تعبر على الإلكستيميا التي ذكرها sefneos و néemiah في السبعينات و لخصها noél و rime (1988) هي صعوبة ملاحظة و وصف مشاعره و غياب أو محدودية الحياة الخيالية ومظاهر التفكير العملياتي و هذا يعتبر كنوع من التفكير مركز على الأجزاء و الميل لوصف الحدث دون دمج دلالة عاطفية لأنه يفتقر إلى الخيال

أما الإلكستيميا كحالة أو الإلكستيميا بعد صدمة او مرض خطير يمكن أن تكون كاستراتيجية حماية ضد الانفعالات و الأمراض و الأحداث الخطيرة . لا يوجد استبيان قادر ان يحدد الفرق بين النوعين او النمطين من الإلكستيميا والاستبيانات التي تقيم هذا البعد للشخصية كثيرة منها اثنين تحصلوا على نوعية بسيكومترية ناجحة مرضية.

لاحظ الكثير من الأطباء أن بعض المفحوصين لا يستطيعون التعبير عن انفعالاتهم ولا يجدون كلمات أو تسميات لها. وقد أشاروا لها منذ بداية القرن 19 بتسميات متعددة منها التبدل الانفعالي ومنها التفكير العملياتي إلى أن وصلوا في السبعينات فتطرقوا إليها بمصطلح الإلكستيميا التي تعني عدم القدرة على الوعي بالأحاسيس و عدم القدرة على وصفها للآخرين و المرور للفعل لصرف الصراعات الداخلية و توجيه التفكير الى الخارج و منذ ذلك الوقت اهتم العلماء و اجتهدوا في تفسيره حسب خلفياتهم النظرية و قد عربه الشربيني سنة 2001 الى مصطلح "التكتم".

أولاً/ نشأة مفهوم الإكسيتيما (التكتم) وتطورها :

مفهوم الإكسيتيما "التكتم" في المجال النظري والمجال التطبيقي حديث لان نشأته في بداية سنين السبعينات و في أواخرها تم نشر خمسين مقالة فقط و نشرت 120 مقالة 1980 وأكثر من 1000 إصدار حول هذا الموضوع وقد تم تحديدها حديثاً. (Taylor et bagby. 2004. P55)

أن مصطلح "اليكسيثيما" "التكتم" قد صيغ من قبل الطبيب النفسي بيتر سيفنيوس Sifneos لأول مرة في مقال في بداية سنوات السبعينات واهتمامه ببعض سمات معينة للشخصية، ارتبط باضطرابات سيكوسوماتية بأقدم من ذلك بكثير انطلاقاً من الولايات المتحدة خلال السنوات 1930 من أعمال مدرسة شيكاغو (ALEXENDER FRENCH GRINKER DUETSCH) وفي موازات هذا التيار في أمريكا أخصائين نفسانيين فرنسيين اهتموا بالتأكيد ببعض سمات التفكير السيكوسوماتي (rosalie. 2011. P 7).

على الرغم من أن الوصف الأول للتكتم من قبل رويش Reusch 1948 , يرجع إلى حوالي نصف قرن إلا أن سلوك كثير من المرضى المناقش تحت تسمية الإكسيتيما (Sifneos, 1973 أو التفكير الإجرائي Pensée pératoire (مارتي ودي موزان Marty-d muzan, 1978)) لم يحظى بالاهتمام الحقيقي إلا في العقدين الماضيين. وقد كانت بعض مظاهر الأعراض الجوهرية للسلوك التكتمي - كضعف الخيال والقدرة الضئيلة على التعبير عن المشاعر وفرط التوافق الاجتماعي - قد لوحظت بشكل متفرق في وقت أبكر من ذلك بكثير. إذ كان فيرينتشي Ferenczi , 1944 قد أشار إلى " نمط" من الناس يتصف بصورة خاصة بفقر الخيال في الحياة وفي التحليل وإن كان هذا النمط ليس فاقداً للخيال كلية. إنه نمط من الناس يبدو أن الأحداث المثيرة تمر عليه دون أن تترك أثراً. هؤلاء الناس يستطيعون من خلال التذكر إعادة إنتاج المواقف التي لا بد لها وفق تقديرنا أن تثير في كل إنسان انفعالات شديدة من القلق والانتقام ومن الإثارة الجنسية... الخ، وتقود إلى تصرفات مُصرفة للانفعال أو للهياج أو للهوامات أو على الأقل لحركات تعبيرية خارجية أو داخلية بدون الإحساس أو التعبير حتى بأثار مثل هذه الارتكاسات ". وقد نصح في ذلك الوقت باستخدام تقنية علاجية نفسية فعالة مع هؤلاء المرضى في التعامل مع التداعيات، وبهذا فقد سبق في جوانب كثيرة النزاع اللاحق في النظرية والممارسة. وهناك اوصاف شبيهة جداً - تحت اصطلاحات مختلفة - لدى تسيلبورغ، 1933 وفينشل الذي وصف في عام 1945 " النمط البارد انفعالياً emotionally frigid Type" (ميشال فون راد و زيغفريدتسبف. 1976. ص 101)

ظهور المصطلح التكتم الإلكسيثيميا مرتبط بتاريخ ظهور الأمراض السيكوسوماتية و الملاحظات العيادية للمفحوصين أي أعراض أو آثار جسمية يرافقها عجز لفظي و معاناة نفسية أصلاً انفعالية أو صراعية يعني أن السيكوسوماتية اضطراب عضوي ذو منشأ نفسي .
(corcos et speransa. 2003.p98)

إن الشخص من هذا النوع يتجنب أن يكون مدركاً لقصوره بالإثبات لنفسه بأنه لديه الكفاءة...يهرب إلى الواقع من خيالاته المرعبة ولكن إلى واقع عديم الحياة وميت. إلا أن مثل تلك الاوصاف لم تكن حتى ذلك الوقت منهجية وكانت أقرب إلى أن تكون اوصاف انطباعية - عرضية casuistic-impressionistic

وهكذا لا يعود الفضل إلى رويش 1948 لوصفه الشامل لسمات السلوك التكتمي تحت مصطلح " الشخصية الطفلية فحسب وإنما كذلك لربطه بين السلوك " التكتمي مع ما يسمى بالمرضى " النفسجسدي". وقد رأى في بنية الشخصية الطفلية والسلوك الناجم عن ذلك " جوهر المشكلة " عند المرضى " النفسجسديين " وبهذا فقد فتح باب النقاش الذي مازال حتى اليوم جارفاً وحاداً (ميشال فون راد و زيغفريدتسبف). ثم من طرف محللين فرنسيين (Marty d muzan 1963) وبعد مدة في الولايات المتحدة من طرف Nemiah ، الإلكسيثيميا هي متغير للشخصية نشأ في مجال الطب السيكوسوماتي منذ السنوات الثلاثينات الماضية، استخدام هذا المفهوم مرتبط بوصف المرضى الذين يجدون صعوبة في التحديد والتعبير عن مشاعرهم يمكن أن يكون مرتبط ارتباط وثيق بظهور متابعة الأمراض المختلفة و توجد بعض الدراسات دعمت فكرة الإلكسيثيميا كعامل خطر مميت .(kanhanen et al.1996.p89)

Perlot et mcorcos أشاروا إلى أن المصطلح مشترك بين عدة جهات متداخلة فهو ظاهرة فلسفية ، اجتماعية ، عصبية ، معرفية سلوكية ، تحليلية ، لها علاقة مع علم النفس العصبي والتفكير العملي (M combes – lepastier 2012.p88). أما في باريس في بداية الستينات مع محللين (pierre martymichel de muzan) كانت البداية الحقيقية نحو ظهور مفهوم التكتم ، حيث اقترحوا التفكير العملي كي يصف نمط انفعالي ومعرفي خاص عند المرضى السيكوسوماتيين وعند المرضى الذين لديهم أمراض مزمنة الذين يتميزون خاصة بفقر في حياتهم الخيالية والهوامية و الأحلام و التفكير المتوجه إلى الخارج والحاضر الفكري لهؤلاء الذين لديهم تفكير عملي، إما المعرفين أرجعوها إلى نقص في تنظيم الشخصية. (Rosalie 2011. P 7)

حالياتدعم صحة هذا المفهوم من قبل العديد من الأدلة التجريبية ووضع الباحثين مقاييس لتتحقق من صحته بشكل صحيح، مما يجعل هذا المفهوم معروف على نطاق واسع و أدى إلى دمجته تدريجيا في ميادين بحث أخرى في مجال الانفعالات مثل الفزيولوجية العصبية ، علم الأعصاب ، علم النفس المعرفي ، علم النفس النمو.

لم يجد هذا المفهوم طريقه إلى التصنيفات العالمية سواء في DSM - ICO بل الغريب أن الاضطرابات الانفعالية لا يشار إليها إلا ضمن اضطرابات المزاج أو في فقرة عابرة تحت رقم 60 فيما يدعى « بالشخصية الغير متزنة انفعاليا» (قريشي وزعطوط 2008 ، ص207)

ثانيا/ تعريف الالكستيميا(التكتم) alexithymie

إن مصطلح الالكستيميا في أصله إغريقي alexithymie مركب مما يلي:

A : بدائه تعني عدم وجود أو غياب

lexi : اللفظ أو الكلمة

thymie. :تعني مزاج أو عاطفة

Alexithymie:عجز التعبير الانفعالي(Chelbi . 2009. P 29)

وعليه تصبح الدلالة اللغوية هي صعوبة التعبير عن الانفعالات و إن أول من بحث هذا المصطلح هو SIFNEOS ثم انتشرت بعد ذلك في نهاية القرن العشرين حسب (pidiniell)الالكستيمي (التكتم) هو شكل خاص من الإغلاق في الشعور الأحداث الداخلية العاطفية أو الخارجية وهو ميكانزم يختلف عن الذي عند الذهانين أو العصائيين هذ الشعور بالحرمان مرتبط بنمط معين من الاتصالات.(Olivier 1999 ,p174)وقد تطرق "كوركوس" Corcos في كتابه إلى هذا المفهوم بهدف تقديم هذا المصطلح وتوفير سبيل للقارئ حول العلاقات الموجودة في السلوك الملاحظ من جهة والاستجابات الفسيولوجية والتشريح العصبي والعصب.(Corcos M Pierlot G, 2011.p56)

من خلال مقال " جوان" jouanne نتعرض لمفهوم الالكستيميا حيث لوحظ لأكثر من عشرين سنة اهتمام متجدد لهذا المفهوم في مجال الصحة النفسية والطب النفسي الجسدي يفسر هذا الاهتمام من خلال الملاحظة المتكررة من الأفراد الذين لا يتجاوبون ولديهم صعوبات في تحديد والتعبير عن حياتهم العاطفية فان هذا النوع من الأفراد يتجنبون المواجه مع مشاعرهم وبالتالي

يتجنبون الطبيب النفساني ولكن تنتهي رحلتهم عند الطبيب قد تكون عواقبها خطيرة مثل اضطرابات الأكل (فقدان الشهية أو الشراهة) وحالات كرب ما بعد الصدمة تعاطي المؤثرات العقلية (الكحول - التبغ - المخدرات -) وهكذا تتكون الاضطرابات الجسدية، لذى فانه لا يجب الاستهانة بالاضطرابات النفسية الجسدية وخاصة فقد أصبح لدينا الآن أدوات التي تلبى معايير مطالب نفسية وبالتالي أصبح ممكن دراسته دراسة إحصائية لان المفهوم مثير للاهتمام بشكل خاص. (jouanne, 2006. P 193)

و يتضمن المفهوم النفسي الالكستيميا مجموعة من الخصائص المعرفية والانفعالية التي وصفت أولاً لدى المرضى النفسجسديين، ثم بعد ذلك لدى أصناف من المرضى خصوصاً الذين يعانون من اضطرابات الإدمان أو الكرب التالي للصدمة أو الاضطراب السلوك الغذائي (SIFNEOS)

منذ حوالي عشر سنوات اجتمع فريق من الباحثين في كندا toronto –tylor– janes (- graem - michael – bagby – parker) لكي يعرف مجموعة الأبعاد الأربعة التي تشكل الالكستيميا :

- عدم القدرة على التعرف و وصف المشاعر الذاتية
 - صعوبة التميز بين الإحساسات الجسدية و العواطف
 - فقر في الخبرات التخيلية و فقر في الحياة الحلمية و غياب الهومات
 - أساليب معرفية تتميز بالسلوك الموجه للخارج و التفكير أعملا (Corcos. 2011.p32)
- تعريف الأفراد التكتيمين :** (alexithymique) يجدون صعوبة خاصة من الناحية الاجتماعية ،تحديدا بسبب صعوبة الاستدلال الانفعالي والعقلي للآخرين التي تحتوي ضعف الشعور الداخلي و هكذا يجد صعوبة في التلطف والتعبير عن الانفعالات . rosalieouellet (2011. P 7)

alexithymia الالكستيميا يشمل خصائص: صعوبة في تحديد المشاعر، وصعوبة في وصف المشاعر والتفكير الموجه إلى الخارج، وقدرة تخيل محدودة. ويعتقد أن هذه الخصائص تعكس العجز في العمليات المعرفية وتنظيم العواطف والمساهمة في بداية أو صيانة العديد من الاضطرابات الطبية والنفسية. (Lumley, Neely, Burger, 2007.p23)

ثالثا/ العوامل التي تساهم في تطوير الالكستيميا alexithymie

يرى بيرنباوم Berenbaum أن العوامل التي تساهم في تطوير الإكسيتيما وطبيعة علاقتها مع سمة الوجدان السلبية والإيجابية غير واضحة. ففي دراسته، تم استخدام نهج مزدوج لفحص درجة المساهمات الوراثية والبيئية لجوانب مختلفة من الإكسيتيما ، وطبيعة العلاقات بينهما إلى سمة الوجدان السلبية والإيجابية. وأشارت نموذج التحليل المناسب أن التأثيرات العائلية ساهمت إلى حد كبير في جميع جوانب ثلاثة من الإكسيتيما (Berenbaum. 2001.p)

إن دور العوامل الوراثية والبيئية لتطوير الإكسيتيما لا يزال غير واضح، وكان الهدف من هذه الدراسة هو دراسة هذه العوامل في عينة كبيرة من التوائم. درج مقياس تورونتو الإكسيتيما (TAS-20) في المسح الإلكتروني من 46418 الأفراد ولدوا بين عامي 1931 و 1982 ومسجلة في السجل الدنماركية التوأم. وكان معدل الاستجابة 75.3%. ما مجموعه 8785 زوج توائم، حيث أكملت كل من التوائم جميع البنود TAS-20. وأجريت تحاليل لمجموع TAS-20 درجات ومستويات فرعية من (1) صعوبات في تحديد المشاعر، (2) صعوبات في المشاعر واصفاً، و (3) التفكير الموجه خارجياً. ثم تم تحليل الظواهر .

وتشير جميع أوجه التشابه إلى أن العوامل الوراثية إضافة إلى كل جوانب الإكسيتيما تقدم نموذج المعادلة الهيكلية للبيانات غير قاطعة، وهو نموذج ACE بما في ذلك الآثار البيئية الوراثية والجوانب ثلاثة من الإكسيتيما وكذلك مجموع الدرجات alexithymie، مع heritabilities من 30-33% والباقي التباين يتم شرحه من قبل الآثار البيئية المشتركة (12-20%) و (50-56% nonshared). (%.

تشير نتائج هذه العينة الممثلة للمجموعة السكانية الكبيرة أن العوامل الوراثية لها تأثير ملحوظ ومماثل على جميع جوانب الإكسيتيما . في حين اقترحت النتائج تأثير معتدل من العوامل البيئية المشتركة، نتائجا هي في التوافق مع استنتاج عام لتأثيرات البيئية على معظم الصفات النفسية هي في المقام الأول من nonshared بدلا من الانواع المشتركة (Zachariae R, et al/2007.p11)

رابعا / نظريات تفسير الإكسيتيما

في الأيام الأولى من تطور مفهوم الإكسيتيما ، تناولت النظريات النفسية في الجانب النفسي الأول تسليط الضوء على و / أو ما بعد الصدمة في حين أن الثانية بدأت من الأعصاب الخاصة بالعواطف، اقترحت نماذج عمودية من اختلال وظيفي من أقدم المناطق في الدماغ اعتمادا على تصميم ماكلين، أو نماذج أفقية ، بما في ذلك الانقطاع نصف الكرة.

حالياً، ويفضل النهج التنموي والتكيف، وتصور الإكسيتيما كبعد transnosographic الموجودة على طول سلسلة متصلة. التكتم هو آلية دفاع تكونت في وقت مبكر جداً (ماكدوغال) أو طريقة الأداء النفسي كقفل في حالة التأثر من الأوضاع المؤلمة.

استخدام النهج التنموي اثنين من المفاهيم الهامة. من ناحية نظرية التطور في العواطف التي كتبها لين وشوارتز المقترحة في عام 1987. استخدام مفاهيم الاستيعاب والإقامة **بباجيه** لحساب التطور المعرفي للطفل. والكتاب يصف مراحل مختلفة من التنمية في العواطف مع التدرج في الوعي بالعملية العاطفية. ووفقاً لهذه النظرية، وبعض الموضوعات قد تتعثر في مراحل معينة مع الإكسيتيما النامية وبالتالي تخضع لأسباب مختلفة إلى التكتم .

وعلاوة على ذلك، أخذ في الاعتبار مفهوم التعلق بما في ذلك الحالات المرضية يمكن أن يفسر الاضطرابات النفسية التي لوحظت في مرحلة البلوغ. وقد أظهرت العديد من الدراسات وجود ارتباط بين مرفقات المرضية، بما في ذلك انعدام الأمن، وأخيراً تبقى مفاهيم الإكسيتيما الابتدائية والثانوية ذات الصلة سريرياً، وخاصة لتأهيل استراتيجيات التكيف في مواجهة المرض الجسدي أو النفسي. (G. Loas. 2012.p66)

1- الفرضية السلوكية المعرفية

لا يوجد توافق في الآراء بشأن ما هو المقصود بـ "العواطف". يوفر الكتاب المعرفي السلوكي وصفاً للاستجابة عاطفية في ثلاثة أبعاد. أولاً، أنها تستثير ردود الفعل جملة العصبية الفيزيولوجية، التي تتألف بشكل رئيسي من قبل تنشيط الجهاز العصبي اللاإرادي والغدد الصماء العصبية (تغيرات في معدل نبضات القلب، تغيرات في ضغط الدم، وتغير في معدل التنفس ودرجة الحرارة ، وما إلى ذلك). ثانياً، أنها تصف ردود الفعل السلوكية ومعبرة، بما في ذلك تغيرات في الصوت، والتغيرات في الموقف وخصوصاً من تعبيرات الوجه. وأخيراً، أنها تستثير ردود الفعل المعرفي والتجريبي، والتي تشمل جميع العمليات العقلية تشارك فيها العاطفة. ردود الفعل هذه تتفاعل مع بعضها البعض، وتقوم بدور التنظيم التي يمكن أن تنظم الإكسيتيما ويرى بعض الكتاب أنها محاولة التنظيم، في كثير من الأحيان غير فعالة، وجود خلل في هذا النظام أدى إلى استحضار مفهوم الإكسيتيما الثانوي. (Mekaou. 2007.p 54) .

2- الفرضية العصبية

وقد وضعت الافتراضات العصبية نماذج مختلفة لرسم بياني لـ tionaling وظيفة الإلكسيثيميا من المواضيع الخاصة. هناك نموذج "عمودي" ، يشير أن نقل معيب للمعلومات بين الجهاز الحوفي والقشرة المخية الحديثة وجعل نموذج مستعرض له،فرضية التخصص في نصف الكرة الأيمن وعدم نقل المعلومات إلى نصف الكرة الأيسر . وإلى جانب هذين النموذجين، (1) Sifneos على نظرية التوتر حالات الوجه التي تتطلب وعيا من المشاعر، وتطوير الموضوعات الإلكسيثيميا للتوتر واليأس وفقدان الأمل الناتجة عن ذلك. هذا من شأنه إحداث حالة من الاضطرابات البيولوجية، بما في ذلك فرط النشاط في الجهاز العصبي اللاإرادي ونظام الغدد الصماء. ويدعم هذه النماذج من البحوث البيانات في التشريح الوظيفي. ودراسات من دبليودي تظهر أن الأشخاص الذين خضعوا إلى جراحة المخ والأعصاب لعلاج الصرع المقاوم للأدوية لديهم درجة عالية جدا من الإلكسيثيميا alexithymia في كل من هذه المواضيع. وبالمثل، يتم وصف الموضوعات مع عدم تخلق جسم التقني وجود أقل اللجوء إلى آليات الدفاع معينة: أقل التكثيف، والتشرد لديهم خلل في الرمزية، أقل الإبداع ولديهم مخاوف أكثر النفعية، ونقص في الخيال، واتجهوا أكثر نحو واقع. صحة هذه الافتراضات القائمة على مفارقات عدم التوازن في نصفي المخ ، وسوف تشارك في نصف الكرة المخية الأيسر باللغة الداخلية وتجسيدا استطرادي في حين أن النصف الأيمن يفضلون في عملية التصوير العقلية وتجسيدا تمثيلي (Mekaou. 2007.p24).

3- فرضية البنية الانفعالية

إحدى السمات المركزية والتي كانت سبباً للاسم المستخدم في هذه الأثناء أيضاً كانت الملاحظة بأن مثل هؤلاء المرضى قلما أو غير قادرين على الإطلاق على التعبير عن المشاعر بكلمات مناسبة (فمصطلح Alexithemy يصف thymos أي الذي لا يمتلك كلمات). وغالباً ما نجد نوعاً من " تقرير الرحلة " الذي يتمثل في وصف دقيق للظروف الواقعية القائمة أو سرد للحوادث الجسدية أو لتصرفات معينة بدون ذكر الأهمية الانفعالية. لهذا تم اقتراح التمييز بين التعبير الشعوري - المعاش عن المشاعر feelings وأعراضها الجسدية الفيزيولوجية المرافقة (الانفعالات emotions التي تكون هي وحدها المدركة شعورياً لدى هؤلاء المرضى. وهناك خلاف حول السؤال الناشئ في هذا السياق المتمثل في إلى أي مدى لا يعيش مثل هؤلاء المرضى المشاعر على الإطلاق أم أنهم لا يستطيعون تسميتها . غير أنه يبدو أنه يتم التعبير عن أحاسيس غير متميزة على الأغلب والتي هي أقرب لأن تشير إلى النوعية العامة للذة أو عدمها من المخاوف أو العدوانيات النوعية.

وهناك نوعيات مختلفة من المشاعر التي غالباً ما لا يمكن التمييز بينها. إن مثل هؤلاء المرضى " لا يعرفون " مشاعرهم وهم مصابون من هذه الناحية " بعمى الألوان " ، يستتجون حالتهم الخاصة على الأكثر بصورة غير مباشرة من ارتكاسات الآخرين وغالباً ما يبدون متشجنين كالخشب في سلوكهم.(ميشال فون راد و زيغفريد تسيف.1976.ص 99)

4- فرضية بنية علاقات الذات والموضوع

تحتوي الوصوفات التي ذكرناها حتى الآن بصورة ضمنية بعض السمات النموذجية لجوهر بنية علاقة الذات والموضوع. لقد تم الحديث عن " اضطراب الفردانية Disorder of Individuation " ، إذ أنه ليس بإمكان هؤلاء الناس استخدام مفهوم ((أنا)) في سياق ممتلئ انفعالياً بالمعنى (ساندز، 1958، 1975) ويرتبطون في علاقاتهم إنسانية بصورة رمزية بشكل وثيق بشريك - شخصهم المرجعي - يحاولون بمساعدته تثبيت مشاعر الهوية الغائبة لديهم واستقلاليتهم الناقصة من خلال منظومة تأمين خارجية. ويجعلهم العجز في مشاعر القيمة الذاتية والاستقلالية متعلقين بشدة بالتجانس مع الشخص المركزي بالنسبة لهم ومع اهتمامهم بهم- إنه موقف حياتي مهدد بصورة كامنة باستمرار - وهذا ربما يفسر لماذا يكون هؤلاء الناس حساسين ومهددين بالمرض بدرجة كبيرة، إذا ما وصل الأمر للانفصال. بالمقابل من الملحوظ أنه يمكن للعلاقة مع الشخص المرجعي أن تظل مستقرة طوال الحياة وذلك ضمن شروط خارجية ملائمة . وهنا يلاحظ بأن الأشخاص " التكتميين " يدركون الآخرين بصورة غير دقيقة وغير سوية ويعيشون أنفسهم بأنهم منفصلين عن الآخر. وقد أطلقت على هذه الطريقة من الخبرة والإدراك تسمية ((التضاعف الإسقاطي projective reduplication (مارتي وآخرون ، 1963؛ ستيفانوس، 1973) ويهدف من خلال هذا المصطلح إيضاح أن مثل هؤلاء الأفراد يرون الآخر بصورة آلية بصورة إسقاطية وكأنه نوع من صورة ذاتهم ويحاولون بهذا المحافظة على ارتباطهم الرمزي (ميشال فون راد و زيغفريدتسيف. 1976 . ص100)

5- تصورات النموذج ضمن نظرية البنية التحليل النفسية

بعد أن تأكدت شيئاً فشيئاً عدم كفاية التصورات التقليدية من أجل التفسير النفسي الجسدي لتشكّل العرض الجسدي في سياق شذرات السلوك التكتمية ، تقدمت أفكار جديدة لتحتل مركز الصدارة.

وقد اعتمدت هذه الأفكار بصورة خاصة على خبرات من التحليلات النفسية طويلة الأمد إلى حد ما وأعدت تصنيف هذه الأفكار من جديد على خلفية علم النفس النمائي الأحدث (Mahler, 1968) وعلم نفس علاقة الموضوع (Jacobson, 1964) وعلى خلفية نظرية النرجسية (Koht, 1971; Kernberg, 1975- 1977).

وقد كانت خبرة أن كثير من بناءات العرض الجسدية في إطار ما يسمى بالأمراض النفسية الجسدية النمطية عبارة عن أمراض غير مُعَبَّرَة وبدون أهمية أولية خاصة حتى عندما يمكنها أن تكتسب في مجرى تاريخ الحياة الفردي أهمية (ثانوية) خاصة.

كان منطلق غالبية المبادئ النظرية الحقيقية الإمبريقية القائلة : بأنه غالباً ما يسود في التنشئة الاجتماعية الأولية للمرضى بأمراض جسدية نفسية سلوك أمومي وصف إما بأنه " مفرط الرعاية " أو " رافض بصورة علنية أو مغطاة " (الاقتباس عن تسييف، 1976) علماً أنه لا يمكن على الغالب برهان وجود كلا النمطين (المتناقضين ظاهرياً) مع بعضهما.

إنها بصورة خاصة الصراعات النرجسية لهذه الأم (والأب) التي تنتقل إلى الطفل وتُعالج به وبجسده ويساء استخدام الأطفال الذين يكونون في هذا الطور التعلقي بصورة خاصة متعلقين وقابلين للإصابة وذلك من أجل حل هذه الصراعات (المرضية).

وتحتاج مثل تلك الأمهات أطفالهن " كالمخدر " (مكدوغال، 1980)، ويحرسنه بخوف وحذر بحضور دائم وينمين بهذا مراقبة مكثفة وكأنه " جزء من الجسد الخاص " (Sperling, 1949; Mc Dougall, 1980). (ميشال فون راد و زيغفريد

تسبف، 1976. ص 101)

6- فرضية نظرية التعلق

حاليا تربط نشأة الإلكسيثيما على أساس تأثير "أم ميتة" : إصابة في نرجسي للأم يتسبب في نهاية فترة سعيدة بينها وبين الرضيع؛ في ذلك الوقت من فقدان الحب ما يعادل فقدان المعنى . وسحب الاستثمارات من الأم المصابة بالاكنتاب يؤدي إلى تشكيل حفرة في علاقة الكائن. التماهيات الإيجابية مع الأم الميتة تتحول إلى تماهيات سلبية تترك ثقب بواسطة سحب الاستثمارات منها.

من ناحية أخرى، أمام الأم الخاملة عاطفياً، فإن الأولوية للطفل هي لإحياء لها، مما يلقي بظلاله على احتياجاته الخاصة أن الأم يجب أن تساعد. عدم الاهتمام للأم، غزت الطفل بشكل عشوائي من قبل النبضات التي تبدو غريبة ومثيرة للقلق . عواطفه لا تؤدي إلى تخطيط الشعور

ويتم إخراج المشاعر لأنها مهددة بشدة وهذا يؤدي إلى تخدير الجسم. و تقاوم خطر هو المرور من الحساسية إلى التخدير العاطفي ثم انشطار الأنا. (M.Combes–Lepastier.) (2012.p 68)

خامسا/ مقاييس الإلكسيثيميا (التكتم)

يعرف Sifneos العديد من المقاييس تم اقتراحها لقياس الإلكسيثيميا ونكتفي بذكر المقاييس الأكثر استخداما والتي لها الخصائص السيكومترية مرضية منها الاستبيانات . (G. Loas. 2012.p45)

واستخدمت معظم الدراسات TAS-20 أو CAS. هذه المقاييس مختلفة، يبدو لإظهار القليل جدا من ارتباط therebetween. وفقا لوملي، أن مجموعة من المقاييس الحالية مختلفة تكون مثيرة للاهتمام للحصول على درجة الإلكسيثيميا أكثر موثوقية (Hashmi 2010) تطوير أداة لقياس مفهوم نظري الجديد هو خطوة هامة في التحقق من الصحة. ولكن منذ صياغة أولية لبنائه في السبعينات اثار كثير من الجدل حول قضية التقييم. وقد استخدمت العديد من الدراسات الأولية أيضا الأساليب الإسقاطية مثل اختبار رورشاخ أو تات (المواضيعية الإدراك اختبار) دراسة جوانب مختلفة من الإلكسيثيميا دون نتائج تجريبية كافية .

1مقياس تورونتو .(TAS-20 Alexithymia)

مقياس تورونتو (TAS-20) هو الاستبيان الذي تم تطويره في عام 1985 من قبل فريق كندي (تايلور وآخرون، 1985). تتضمن 26 البنود التي يجري تقسيمها إلى خمسة أبعاد التي تقيس القدرة على وصف مشاعره، وعدم القدرة على تحديد العواطف، وانخفاض قدرات خيالية والأفكار تحولت إلى الخارج. وكان هذا المقياس موضوع العديد من الترجمات والدراسات المصادقة التي أظهرت استنساخ معين من هيكل عامل، صحة الداخلية مرضية والاستقرار الزمني (الاختبار وإعادة الاختبار). وقد تم تطوير النسخة الفرنسية من قبل ماري بول مارشان ونشرت في عام 1993؛ فقد كان موضوعا للعديد من الدراسات التحقق من الصحة. في عام 1994 عدلت المؤلفين حجمها من خلال تقديم نسخة مختصرة من 20 بنود: البند عشرون تورونتو Alexithymia مقياس (TAS-20). تم حذف أحلام اليقظة البعد. وقد تم تطوير النسخة الفرنسية من هذا الحجم عن طريق طلبات التوريد وآخرون. في عام 1995. (P80 G. Loas .2012.

(CAS) " بعد استعراض مفصل للأدب، تايلور، وباغبي (1985) حددت خمسة أبعادا للإلكسيثيميا التي كانت موضع إجماع:

- (1) صعوبة وصف الحالات العاطفية،
- (2) صعوبة في التمييز بين المشاعر الأحاسيس الذاتية والجسدية عند تفعيل العاطفي،
- (3) عدم وجود الاستبطان،
- (4) التوافق الاجتماعي،
- (5) الإفتقار للحياة الخيالية

2- استبيان (BVAQ) Bermondvorst Alexithymia "

هو أكثر حداثة لذلك هو أقل شيوعا لكنه يقدم تغير في البناء الداخلي وترجم الى عدة لغات اوربية روسية بولونية ويقدم عدد اكبر من الأبعاد على ما يقدمه TAS-20 بحيث يقيس خمسة أبعاد:

- (1) له صعوبة في تحديد الحالات العاطفية ("عندما أنا مريض نفسي وبالمثل، لا أستطيع أن أقول إذا أنا حزين أو إذا أنا خائف، أو إذا أنا غير سعيدة (إذا) ")،
- (2) صعوبة في التعبير لفظيا عن الحالات العاطفية للآخرين (حتى مع صديق أو أحد الأصدقاء، وأجد صعوبة في التحدث عن شاعري)،
- (3) استنزاف الحياة الخيالية (في كثير من الأحيان قبل أن تغفو، تتخيل سيناريوهات، الاجتماعات والحوارات)،
- (4) أسلوب التفكير العملي (" تجد أنه من الغريب ا تحليل عواطف لآخرين في كثير من الأحيان ")
- (5) التفاعل العاطفي المنخفض (" عندما يكون هناك شيء غير متوقع تماما، تبقى هادئا و رابط الجأش ")

(M. Corcos et M. Speranza. 2003.p65)

3- في "بيت إسرائيل مستشفى النفسي استبيان. (BIQ) "

أحد المقاييس الأكثر استخداما هي إسرائيل استبيان بيت (BIQ) أو بيت اسرائيل النفسي الاستبيان الذي اقترحه Sifneos في عام 1973. ويتكون هذا المقياس من 17 أسئلة استجابة الثنائية -نعم أو لا. لقد كان موضوع العديد من الدراسات التحقق من صحته التي أظهرت صحة والإخلاص مرضية. علما، مع ذلك، أن التدريب ضروري لموثوقية الصحيحة. مؤخرا تم تعديل هذا الجدول مع عدد محدود من البنود 12 و 7 درجات اقتباس) تايلور وآخرون، (1997). هناك النسخة الفرنسية من BIQ والمعدلة. (G. Loas.2012.p66)

4- مجموعة-Q كاليفورنيا alexithymia النموذج. (CAQ-AP) "

وضعت هافيلاند و (1996) REISE أداة القياس التي تسمح لكل من الذات ومعايير المراقبة باستخدام المنهجية التي وضعت الشخص هو محورها. لأنه يقوم على المقارنة بين مجموعة من الصفات لأي فرد معين. وكان الهدف من CAQ-AP لوصف النموذج من الإكسثيميا بناء على أحكام الخبراء حول الجوانب العاطفية والمعرفية والسلوكية تشارك في بناء الشخصية. طلب هافيلاند و REISE خبيرا لتصنيف من 100 من بيانات الإكسثيميا مأخوذة من المخزون شخصية العام (CAQ) من 9 فئات من الجوانب تحت أهم المعالم المميزة للبناء .

البنود التي تمثل الجوانب الأكثر تميزا من الإكسثيميا من قبل الخبراء ينطوي على صعوبة الشعور والتعبير عن الحالات العاطفية، عدم وجود أنشطة الخيال، وعدم استبطان (بصيرة)، وهي التفكير النفعي وعدم وجود الفكاهة. ويمكن اعتبار هذا الوصف أقرب إلى تعريف البناء الأصلي Nemiah، Freyberger، و (1976) Sifneos أقل العناصر المميزة المشاركة ذات الصلة في أحلام اليقظة والأنشطة الخيال، وقدرة كبيرة على التأمل حول دوافعه والسلوكيات، وسهولة في إقامة علاقات حميمة، تكون دافئة وتعاطفا، أو خبرة متعة وجه الانطباعات الجمالية (M. Corcos et M. Speranza. 2003.p96).

5- المقياس المراقب. (OAS) " Alexithymia "

طور الفريق هافيلاند مؤخرا معايير أداة تقييم جديدة يسمى "مقياس المراقبالإكسثيميا " . و كما يعرض المزايا الرئيسية مقارنة فهو CAQ-AP أقصر وقت الاختبار نظرا لعدد محدود من وحدات (33 بدلا من 100) وسهولة الإدارة مما يجعله قابل للاستخدام من قبل أقارب وليس فقط من قبل خبراء السريرية. وتستمد المواد المستخدمة من CAQ-AP تم تعديل الصياغة لجعلها أكثر سهولة. لأول مرة أجريت الدراسة المصادقة على مجموعة من 44 قطعة، ثم خفضت إلى

33. تحليل عامل الاستكشافية التي أجريت على هذه الهيئة الجديدة: 5 عوامل يسمي على التوالي:

"المسافة" ("هذا الشخص يحب أن يكون الأصدقاء المقربين،

" عكس النتيجة" (نقص البصيرة") "ويصاب بالإحباط في حالات عدم اليقين"

"الجدنة" ويتحدث الكثير من الانزعاج والألم الجسدي"،

"عدم وجود النكتة" ("يروى النكات وجعل تعليقات مضحكة "النتيجة العكسية)،

و" جمود " وهو يرى أشياء فقط باللون الأسود أو الأبيض. M. Corcos et M. Speranza. (2003.p100)

سادسا/ علاج الإلكسيثيميا:

يعتبر الكتاب الكلاسيكيين (SifneosKrystall)، العلاجات التحليل النفسي الإلكسيثيميا لا تفيد ، خاصة بسبب صعوبات التأمل .حاليا كجزء من الترتيبات المقترحة تم تطوير توجهات مختلفة العلاجية الأخرى، مثل النهج السلوكي المعرفي..(G. Loas . 2012. P9)

أليكسيثيميا" ظاهرة قابلة للعلاج إن "العلاج يمكن أن يملأ الفجوات في الذكاء العاطفي"، إلا أنه قد يكون من الصعب إيجاد معالج متخصص في علاج "أليكسيثيميا" وكل امر يتعلق بالعائلة والمحيط الإجتماعي من حيث الاستماع إلى الشخص المصاب بهذه الحالة وتشجيعه لقول ما يريد(Taylor GJ & Taylor HS (1997). Alexithymia. p. 28).

مصطلح التكتم له مجال مفاهيمي واسع حيث تناولته في التفسير والبحث عدة جهات لكل جهة خلفيتها النظرية و بالتالي نجد النظرية التحليلية تفسره على انه نتيجة خطأ في الرعاية ' holding ' خلال مرحلة الطفولة، أما الفرضية المعرفية فتفسره على انه استراتيجية تكيف سلبية، أما الفرضية البيولوجية فتفسره انه نتيجة خلل عضوي في الجهاز العصبي .

أما المقاييس التي وضعت لقياس درجة التكتم فأكثرها استعمال -20TAS و يوجد غيرها. أما العلاج ما زال لا يوجد متخصصين لتكفل بهذا الاضطراب كي يساعدوا المريض على فهم و وصف و تحديد و التعبير لفظيا على انفعالاتهم. (la lettre du psychiatre 2007)

الفصل الرابع:

السيكوسوماتية

تمهيد

أولاً : لمحة تاريخية عن علاقة النفس بالجسد.

ثانياً : مفهوم الاضطرابات السيكوسوماتية.

ثالثاً : أسباب الاضطرابات السيكوسوماتية.

رابعاً : خصائص الاضطرابات السيكوسوماتية.

خامساً : النظريات المفسرة للاضطرابات السيكوسوماتية.

سادساً : تشخيص الاضطرابات السيكوسوماتية.

ثامناً : الأساس الانفعالي والفيزيولوجي للأمراض السيكوسوماتية وعواملها.

تاسعاً : السببية النفسية (دوتش) (الكسندر).

عاشراً : تفسير كيفية حدوث الامراض السيكوسوماتية.

حادي عشر : مدارس سيكوسوماتية.

ثاني عشر : علاج الأمراض السيكوسوماتية.

خلاصة الفصل

تمهيد:

تشكل ظاهرة الاضطرابات السيكوسوماتية موضوعاً أثار اهتمام الباحثين، وحدث جدلاً في دراسة الإنسان، والكشف عن متاعبه النفسية والجسمية. وذلك بسبب الانتشار الواسع لها والمرتبطة بالعصر الحديث، وكذا تداولها في مجال الطب وعلم النفس، وبالرغم من أن الجذور التاريخية للاضطرابات السيكوسوماتية مرتبطة بوجود الإنسان والحث في العلاقات بين النفس والجسد إلا أنه أصبح من المسلم به حالياً أن كثيراً من الأمراض الجسمية يمكن أن يكون لها جذور نفسية .

وأدى الاهتمام بالظاهرة إلى بروز عدة نظريات علمية في تفسيرها كل حسب الخلفية النظرية التي ينطلق منها، كالتفسير الفسيولوجي والتفسير التحليلي والتفسير السلوكي والتفسير المعرفي، كما اختلفت تصنيفات هذه الأمراض حسب آراء العلماء والباحثين. لكن هناك عدة اضطرابات وأمراض أصبح متفق عليها أن منشأها واصلها نفسي، كارتفاع ضغط الدم وقرحة المعدة والصداع النصفي والربو الشعبي... الخ.

أما عن علاقة بين الضغوط والاضطرابات فإن معظم التعاريف والبحوث تؤكد تأثير الضغوط والعوامل النفسية في حدوث الاضطرابات النفسية والجسمية. والبحث في آثار الضغوط يقود مباشرة إلى الآثار الجسدية يحدثها الضغط والتي تنجر عنها اضطرابات ثم تعريفه والنظريات العلمية المفسرة، والتصنيف والأنواع. ثم نحاول الربط بين الضغوط والاضطرابات السيكوسوماتية

أولاً : لمحة تاريخية عن علاقة النفس بالجسد :

عرف الإنسان منذ القدم الأمراض النفسية الشائعة لدينا حالياً، فالهستيريا و الصرع و عته الشيخوخة عرفت في القبائل البدائية. (محمود أبو النيل : 1994 ، ص 17) فقد أرجعوها للسحر و القوى الغيبية الخارقة و لانتقام الآلهة، إذ سيطرة هذه النزعة على الفكر الإنساني لقرون طوال ليتحرر من هذه الخرافات بفضل الفكر الفلسفي الذي قدم البرهان في تفسيره للظواهر، وهكذا قدم فلاسفة العصر اليوناني تفسيرات لعلاقة النفس و الجسد. كما زادت إسهامات علماء المسلمين في ميدان الطب من الرقي بمجال الصحة النفسية الجسدية. و مع تطور الفكر الغربي المعاصر في أوروبا أولى علمائها اهتماماً بصحة الفرد النفسية- الجسدية. من القرن التاسع عشر أين ازدهرت العلوم الطبية و وضعت تفسيرات أدق و ابتداء لهذا الموضوع. و فيما يلي سنستعرض المراحل الرئيسية لتطور دراسة علاقة النفس و الجسد .

يعد أبقرات في القرن الخامس قبل الميلاد من العلماء و الأطباء الذين عارضوا تسمية الصرع بالمرض المقدس، بحيث سماه بالمرض العقلي. و أن المرض العقلي مركزه المخ و أنه من الممكن علاج هذه الأمراض. (أبو النيل : 1994 ، ص17) ويذكر أيضاً عن أبقرات (أبو الطب) أنه كان يتحرى حياة المرض وصراعته وطريقة نموه وأحلامه ويذكر أنه استطاع شفاء بردايكاس ملك مقدونيا من مرضه الجسدي وذلك عندما قام بتحليل أحلامه. ويعكس ذلك دون شك إدراك هوقراط للعلاقة بين النفس والجسد. (محمود السيد أبو النيل : 1994 ، ص11) . أما أفلاطون (427-347 م.ق الذي يعتبر المؤسس النظري لمدرسة الطب النفسي والجسدي (السيكوسوماتي) فقد أبدى رأياً لا يزال السيكوسوماتية المعاصرون يتمسكون به ويعتبرونه أساساً نظرياً لمدرستهم فقد قال: "أن طبيعة الجسد لا يمكن أن تكون مفهومه ما لم ننظر للجسد ككل، وهذا هو الخطأ الكبير لأطباء عصرنا لأنهم يفصلون النفس عن الجسد عند معالجتهم للجسم البشري (محمد أحمد النابلسي : 1991 ، صص 26-27). ويقول أيضاً: " أن لأفكار الإنسان تأثيراً كبيراً على سلوكه، لكنه يرى أن هذه الأفكار لها وجود مستقل عن الإنسان، فهي تقيم في الجسم أثناء الحياة ثم عند الموت ". (أحمد عزت راجح : 1973 ، ص38) .

أما أرسطو (384-322 م.ق فقد أشار أن الروح أو النفس ماهي إلا مجموعة من الوظائف الحيوية لدى الكائن الحي، أي وظائف الجسم، وبها الحسم، وبها يتميز عن الجماد ومن دونها لا يكون الجسم أكثر من جثة هامة (. عبد الرحمان وافي ، ص 8). ويرى أيضاً أن الانفعالات مثل الغضب، والفرح، والبعض لا يمكن أن تصدر عن النفس وحدها، ولكنها تصدر عن المركب من النفس والجسم، ويضيف قائلاً: " أنه في النفس الوقت الذي يحدث فيه انفعالا نفسياً يحدث فيه تغيراً جسيماً ". (محمد شحاتة ربيع : 2004 ، ص 96) .

تعتبر مساهمة العلماء المسلمين في علاقة النفس بالبدن هامة جداً، وهنا تجدر الإشارة إلي العلامة ابن سينا (370-428) (ففي حالة علاجية حيث كانت المريضة جارية في بلاط الملك أصيبت بروماتيزم مفاجئ في المفاصل وصارت غير قادرة على أن تأخذ الوضع الطبيعي ولم يستطع أطباء الملك حيالها شيء، رجع ابن سينا إلى العلاج النفسي. إذ أمر بأن تكشف عورتها فبدا يرفع ملابسها بادئاً بالخمير..ونظراً لحالة الخجل التي انتابتها، أنتج ذلك وهجا من الحرارة أوقف المزاح الروماتيزمي ووقفت المريضة معتدلة كاملة العلاج (. محمد السيد أبو النيل : 1984 ، ص14) وفي حالة مشابهة، قام بها أبو بكر الرازي، تبيين دور الانفعال في علاج الأمراض الجسدية فقد دعي إلى علاج الأمير منصور بن نوح الذي مرض مرضاً أقعده، وأتعب الأطباء، فجرب معه الرازي علاجاً نفسياً، حيث أخذه إلى حمام على نهر جيحون، ولم يأذن لأحد من الخدم أو الحاشية بدخول الحمام، ثم اجلس الأمير في وسط الحمام وصب ثوبه عليه

ماء فاتر، ثم اعد شرابا سقاه إياه وأبقاه زمانا ليتيح للدواء أن يصل إلى مفاصله، ذهب ولبس ثوبه ثم وقف أمام الأمير يشتمه ويهدده بالموت، مما أدى إلى غضب الأمير، فلما رأى الرازي أن الأمير قام رجله تراجع من الحمام وركب حصانه وعاد إلى أهله وبعث برسالة إلى الأمير يشرح له فيها أنه عمد إلى هذه الحيلة لعلاج (نور الدين جبالي : 1993 ، ص 20).

كما نجد عيسى المجوسي (994) يشير في كتابه " كامل الصناعة الطبية بإل" أن الأمراض النفسية مثل الحصر، الغم، الهم، والغضب حوال سد، تغير مزاج البدن وتؤدي إلى إنهاكه و اضطراب وظائفه. (الزرد : 2009 ، ص 11)

ومع مطلع القرن السابع عشر نجد أن ديكارت (1596 - 1650) قدم للبحث السيكلوجي دعما كبيرا، حيث يرى أن الجسد آلة تتحرك وتتصرف وفق طرائق يمكن التنبؤ بها إذا عرفت مداخلته . ا وما يمكن التنبؤ به خاضع للبحث العلمي وبالتالي فإن العضوية الإنسانية والحيوانية قابلة للبحث العلمي. (أنطوني حمصي : 2006 ، ص 8). كما نجد أن النظرة التقليدية لعلاقة النفس بالجسد أخذت آخر بتطوير الطب البشري وظهور دراسات وأبحاث تناولت الظواهر البدنية، واعتمدت على الملاحظة الدقيقة والتجربة، ومنها اكتشاف الطبيب الانجليزي وليام هارفي للدورة الدموية 1628. هذا الاكتشاف أطاح بالنظرية التقليدية للأمزجة وبذلك أضحت النظرة للجسم يمكن تفسيرها بآلياته الخاصة به. (محمد حمدي الحجار : 2004 ، ص ص 7-8).

وابتداء من القرن الثامن عشر بدأ الأطباء بإعادة النظرة في موقفهم من النفس وعلاقتها بالجسد، حتى توصل العالم Dousch. Van وفي العام 1868 إلى نمط نفسي خاص بمرض القلب، وكان هنروث Heinroth أول من استعمل مصطلح بسكوسوماتيك وذلك في عام 1818 (. Marty Pierre : 1992 ، P 17)، إلا أن الاستخدام الدقيق للمصطلح إنما أتى في عام 1922 في الكتابات الطبية الألمانية ولم يستعمل في اللغة الإنجليزية حتى أوائل الثلاثينات عندما استخدمته الدكتورة هيلين فلاندر دنبار dunbarFlandars التي تعمل في كلية الأطباء والجراحين بجامعة كولومبيا وذلك في مؤلفها حول الانفعالات والتغيرات الجسدية (. فيصل خير الزراد : 1984 ، ص ص 121-120) أيضا ما نجم عن الحرب العالمية الأولى والثانية من الشدة النفسية المرافقة للحرب وانعكاسها على أجساد الأشخاص الذين عايشوا هذه الحروب وبخصوص الجنود الذين ظهرت وانعكاسها على أجساد الأشخاص الذين عايشوا هذه الحروب وبخصوص الجنود الذين ظهرت لديهم اضطرابات كشلل الأطراف والصم الهستيرى وارتفاع المحارب كذلك لوحظ عقب الحر العلمية الثانية عند سكان لندن قرحة المعدة وارتفاع ضغط الدم وفي هذا يقو محمد احمد غالي العلمية في كتابه " القلق وأمراض الجسم " : بأن خطورة الأمراض

السيكوسوماتية قد شاع وانتشر بعد الحربين عالميتين وماجتا وراءهم من أموال ونتائج سيئة وتظهر تلك الأمراض على شكل إصابات فعلية أو خلل فعلي حقيقي في أنسجة أو خلايا جدران المعدة أو الأمعاء الغليظة أو الجلد أو في وظيفة التنفس أو غيرها من صور الأمراض...". (عطوف محمود ياسمين : 1981 ، ص ص 141-140) وبالرغم من التطور المستمر في مجال السيكوسوماتيك، تبقى هناك صعوبات يواجهها العلماء مثل: أين يوضع الخط الفاصل الذي يعزل الأمراض النفس جسمية عن غيرها من الأمراض؟

ثانيا/ مفهوم الاضطراباتالسيكوسوماتية :

ما من مرض جسمي يصيب عضوا من أعضاء الجسد ، أو أي نظام في الجسم كله ، إلا ويتداعى سائر الجهاز العصبي المركزي ، فيستجيب لذلك المرض الذي حل بجزء معين من الكيان العضوي للإنسان ، وذلك استجابة للعملية المرضية الطارئة أو المزمنة .

لذا " اعترى أوساط الأطباء هزة من الدهشة يوم فاجأها رجلان من كبار جراحي العالم ، هما " Havery Cushing " مؤسس جراحة المخ ، و " Mayo Chares " مؤسس المستشفى الجراحي المشهور باسمه في أمريكا ، فأعلنا في حقل طبي كبير ، أنهما يريان أن قرحة المعدة تنشأ من التوترات الانفعالية ، أي من أسباب نفسية ، ومع ذلك قدما الدليل التجريبي على صحة رأيهما ... " لقد كان الرأي الطبي على أن قرحة المعدة تنشأ من اختلال فحواه أن غشاء المعدة يتآكل بفعل عصيرها الحامض ، مثله في ذلك مثل الطعام . ولكن الأسباب المؤدية إلى هذا الاختلال الوظيفي بقيت غامضة حتى تلاحقت الأدلة في السنوات الأخيرة تثبت تأثير الانفعالات النفسية في وظائف المعدة ، وما تحدثه من اضطراب خطير قد يؤدي في النهاية إلى آفة القرحة " و كانت مشاهدات **ولف (Wolf)** وزميله لحالة في هذا الصدد كدليل لهذا التأثير المتبادل. فقد أتيج لهما أن يشاهدا مريضا أجريت له عملية جراحية (من حوالي قرن مضى) هيا له الجراح بها فتحة خارجية في المعدة أشبه بغم معدي، فكان يمضغ طعامه ويصبه في أنبوبة تدخل إلى المعدة عن طريق هذه الفتحة. وقد استطاع ولف وزميله أن يراقبا خلال هذه الفتحة تأثير المنبهات المختلفة في غشاء المعدة المخاطي، وفي حركة جدرانها . فتبين أن كثيرا من الانفعالات مثل فرازا حامضيا عظيما القلق النفسي والغضب بنوع خاص يستثير حركة بالغة وإذا دامت هذه التغيرات زمنا طويلا واشتد فعلها، ظهرت في غشاء المعدة بقع من النزيف ومظاهر تقرح، لا تلبث - إذا طال الأمد - أن تتحول إلى قرحات حقة. حتى إذا بدأ الإفراز، وهبط الاحتقان ، وقلت الحركة ، فإن هذه القرحات لا تلبث أن تتدمل . وقد سبق للجراح الأمريكي الكبير (كوشنج Cushing) أن شاهد ظهور قرحات في المعدة لدى

بعض المرضى ، على عقب تهيج الجهاز الباراسمبثاوي عند إجراء عمليات في المخ المتوسط (. أنور حمودة البنا : 2006 ، ص 310) إن الإنسان يسلك في محيطه البيئي كوحدة نفسية جسمية ، تتأثر الحالة النفسية بالحالة الجسمية والعكس صحيح في توازن تحت الظروف العادية لشخصية سوية متوافقة . والجسم يعتبر وسيطا بين البيئة الخارجية وبين الذات ككيان نفسي ، ويؤدي الضغط الانفعالي الشديد المزمن واضطراب الشخصية إلى أن يضطرب هذا التوازن .

وهناك علاقة مباشرة بين الانفعالات والجهاز العصبي الذاتي تنتقل إليه هذه الانفعالات عن طريق المهاد hypothalamus والجهاز العصبي الذاتي يترجم التوتر الانفعالي المنقول إليه إلى تغيرات فسيولوجية في وظائف الأعضاء . والأجهزة التي يسيطر عليها الجهاز العصبي الذاتي هي : الجهاز الدوري والجهاز التنفسي والجهاز الهضمي والجهاز العددي والجهاز العضلي والهيكلية والجهاز التناسلي والجهاز البولي والجلد .

ونحن نعلم أنه لا يوجد جسم بدون نفس إلا الجماد والجثث ، ولا يوجد نفس بدون جسم إلا الأرواح والأشباح ، ولا يوجد مرض جسمي بحت يؤثر في الجسم دون النفس ، ولا يوجد مرض نفسي بحت يؤثر في النفس دون الجسم . زاحدث أن أعيق التعبير الانفعالي وتوالي الإحباط و إستمرت الانفعالات فترات طويلة فيضطراب الجهاز العصبي المركزي مما قد يؤدي إلى أمراض جسدية حقيقية بحسب درجة و طبيعة تأثر جهازنا العصبي بهذا الإنفعال. (عايدة سيف الدولة : ، 2003 ، ص 109)

فمصطلح السيكوسوماتية مكون من لفظين هما :

- سيكو : نفس - سوما : جسد

و هو يرجع إلى فرضية وجود علاقة بين الروح (النفس) و الأمراض الجسدية و قد استخدم هذا المصطلح لأول مرة على يد هينروث (Heinroth) 1918 إلا أن الاستخدام الدقيق له كما يقال انه كان على يد دوتش (F - Dentsch) (النابلسي : 1992 ، ص 17)

ثالثا/ تعريف الاضطرابات السيكوسوماتية:

تعددت التعريفات التي تناولت الاضطرابات السيكوسوماتية واختلفت حسب التخصصات و الاتجاهات العلمية ، ولكن هذا التعدد لم يؤثر في المفهوم العام للاضطرابات السيكوسوماتية ، ولغوياً نجد أن كلمة سيكوسوماتي مشتقة من كلمة سيكو (Psycho) التي تعني (الروح أو النفس

أو العقل) ، وكلمة سوما (Soma) تعني البدن، وفي اللغة العربية يطلق مصطلح على م (سيكوسوماتي) نفس جسمي ، وتختصر هذه الكلمة إلى النفسجسمي.

وتعرف الاضطرابات السيكوسوماتية بأنها "اضطرابات جسمية موضوعية ذات أساس وأصل نفسي وتصيب المناطق والأعضاء التي يتحكم فيها الجهاز ب السيكوسوماتي اهتماماً خاصاً . (حامد زهران : 1997 ، ص 469)لعصبي الذاتي" ، ويهتم الط بهذه الاضطرابات ويقصد بالاضطرابات السيكوسوماتية أنها "مجموعة من الاضطرابات التي تتميز بالأعراض الجسمية التي تحدثها الضغوط النفسية" ، وهذا يوضح تأثير الضغوط النفسية على حدوث الاضطرابات السيكوسوماتية . (عبد المنصف غازي : ، 1984 ، ص 50) تعرف أيضاً بأنها هاماً وعادة ما يكون ذلك من الجهاز و "اضطرابات عضويه يلعب فيها العامل الانفعالي دورا العصبي اللاإرادي ، وهي تختلف عن الأعراض التحويلية الهستيرية في أن الأخيرة عبارة عن تحول القلق إلى أعراض تشمل الجهاز الحركي والحسي الإرادي ولها معناها الرمزي في الحياة اللاشعورية للفرد" ، ولذلك فإن الاضطرابات تغذي بالجهاز العصبي اللاإراديالسيكوسوماتية ما هي إلا التورط الانفعالي في الأعضاء والأحشاء والتي ت ي مثل قرحةوالاكتئاب بل أحياناً ، ويعاني المريض عادة من القلق ما يهدد حياته (أحمد عكاشة : الإثنى عشر والربو الشعبي.، 1998 ، ص 537).

ويرى علماء الصحة النفسية أن كل الاضطرابات السيكوسوماتية (لأي عضو من أعضاء الجسم) التي ترتبط بصراع لاشعوري أعراضاً تحويلية ، ويمكن الاستدلال عليها في زيادة ضربات القلب أو الاضطرابات العصبية للمعدة أو التقلصات ، كما يمكن أن تظهر بشكل شلل وظيفي أو فقدان للصوت ، ومثل هذه التحولات للصراعات النفسية شائعة ، كما أن هذه الآلام والاضطرابات التي يعاني منها الأفراد ليست لها أسس عضوية بمعنى أنها لا تأتي من الخارج عن طريق الجراثيم التي تسبب هذه الاضطرابات الداخلية بل أن الصراعات التي يعاني منها الفرد في داخل شخصيته هي التي سببت هذه المتاعب العضوية . (محمود أبو النيل : 1994 ، ص 149)

كما أن الاضطرابات السيكوسوماتية هي اضطرابات جسمية موضوعية ذات أساس وأصل نفسي ، وذلك بسبب الاضطرابات الوجدانية الشديدة التي تؤثر على المناطق والأعضاء التي يتحكم فيها الجهاز العصبي الذاتي". (فيصل الزراد : 1984 ، ص 121) قوياً سواء وبتجه الطب الحديث الآن نحو الاعتقاد إلى أن معظم الأمراض الجسدية يلعب فيها العامل النفسي دورا في نشأتها أو استمرارها ، أو إثارتها أو وضع ف مقاومة الفرد لمهاجمتها لدرجة أن بعض

الأبحاث الحديثة ربطت بين السرطان والعوامل النفسية ، وقد ثبت ارتباط أجهزة المناعة بالحالة المزاجية للفرد ، ولذلك لا بد من أن يحترم الطبيب الأسباب الاجتماعية والنفسية للمرضى ويشمل علاجهم العلاج النفسي والمساندة الاجتماعية ، حيث أن الاضطرابات السيكوسوماتية لن يتم شفاؤها إلا إذا تم علاج العامل النفسي . (أحمد عكاشة : 1998 ، ص 543)

إذن هي اضطرابات جسدية ناشئة عن اضطرابات عقلية أو عاطفية والتي يحدث فيها تلف لأحد أعضاء الجسم أو خلل في وظائف نتيجة اضطرابات انفعالية مزمنة تتراجع إلى عدم اتزان بيئة المريض والتي لا ينجح العلاج الجسدي لشفاء الحالة وحتى أن أستمروا على المدى الطويل وإنما يعالج أسباب التعرض للانفعالات والتوتر . (بطرس حافظ بطرس، 2008 ، ص387).

ويعرفها أبو نبيل: بأن الإضطرابات جسمية مألوفة عند الأطباء والتي يحدث لها تلف في جزء من أجزاء الجسم أو خلل وظيفي في وظيفة عضو من أعضاء الجسم نتيجة اضطرابات انفعالية مزمنة نظر لاضطراب حياة المريض والتي لا ينفع العلاج الجسمي الطويل وحده في شفاؤها شفاء تام ، لاستمرار الاضطراب انفعالي وعدم علاج أسبابه إلى جانب العلاج الجسمي. أن كلمة السيكوسوماتية استعملت لأول مرة عند heineth وطورها فرويد في القرن 20 وتعتبر السيكوسوماتية وليدة الطب. السيكوسوماتية كلمة يونانية معناها هو النفسي الجسدي النفس هو الروح والجسد والجسم والطب يدرس اضطرابات جسمية موضوعية بسبب الإضطرابات لانفعالية الشديدة كما يقصد الاضطرابات الجسدية ذات لأسباب النفسية كما يقصد الاضطرابات جسمية موضوعية بسبب اضطرابات لانفعالية الشديدة التي تؤثر على مناطق ولأعضاء التي يتحكم بها الجهاز العصبي الذاتي والمفهوم الطبي بين أن لإصابات الجسدية لها علاقات قوية بالصراعات النفسية.

يعرفها **veckellvon**: أن هناك مجموعة من البحوث التي تقول أن المرض السيكوسوماتي هو فرع من الطب الذي يدرس النفس في أعراض وتطوراتها والتي تصيب الجسم. (محمد الجاموس. نور الهدى، 2004 ، ص11).

هي مجموعة من الأمراض العضوية التي تتدخل العوامل النفسية فيها كمسبب لها أو لأقل تزيد من شدتها ولأمثلة على تلك الأمراض كثيرة نذكر منها الذبحة الصدرية _ارتفاع ضغط الدم _جلطة الشريان التاجي _الربو_ مرض السكري _أمراض الحساسية _قرحة المعدة _قصور الكلوي... الخ. (الميلادي. عبد المنعم، 2003 ، ص44).

ومن خلال الاطلاع على التعريفات المختلفة الخاصة بالإضطرابات النفسي-ة الجسدية، يمكن أن نستخلص تعريفاً لها هو كالاتي " : الاستجابة النفسية الجسمية لأي عوامل ضاغطة (خارجية أو داخلية) تقع على الفرد بدرجة تؤد لديه إحساساً بالضيق و التوتر، وعندما تزداد حدة هذه الضغوط و تستمر عبر الزمن فإن تها ففقدته قدرته على التوازن لتحدث خللاً في أعضاء الجسم ".
 أعضاء الجسم ."

رابعاً/ أسباب الاضطرابات السيكوسوماتية:

لأشك أن العوامل النفسية و الإحباطات المتراكمة والتوترات الانفعالية المستمرة تكمن وراء هذه الاضطرابات ، كذلك الكبت الانفعالي وخاصة كبت الغضب المرتبط بنقص القوة والقدرة والعدوان المكبوت ، والشعور الطويل بالظلم وتحويلا لتوتر داخلياً وتسلبه على عضو ضعيف ، والقلق الشامل المستمر خاصة عندما يوجد حائل دون التعبير اللغوي أو النفسي الحركي والحزن العميق على الطلاق أو الفشل ، والطموحات غير الواقعية واضطراب العلاقات الاجتماعية والخلافات الأسرية ، وعدم السعادة الزوجية . (مختار حمزة : 1979 ، ص 250) ويمكن توضيح بعض هذه الأسباب على النحو الآتي . :

1- السببية النفسية (دوتش) (الكسندر)

تؤكد الباحثة دوت شان العامل النفسي دوما وراء الحوادث و الكوارث المفاجئة - الغير متوقعة . و ظروف الحرمان أو الشدة : stress فالعضو المصاب نتيجة لذلك الأذى النفسي منذ الطفولة يصبح موضع انفعال دائم و يتكون فيه ما يدعى (عصاب العضو) أما الطبيب الكسندر فيؤكد بان المرض السيكوسوماتي هو : صراع - ديسكو- المعدة - و عقدة فراق الأم تولد الربو و هكذا ...

أ_ سببية الشعور بالنقص - الادلرية :

يذهب ادلر إلى أن الشعور بالنقص في عضو معين يقود الى المرض السيكوسوماتي .

ب_ سببية الأمراض السابقة و التكرار و التراكم :

يركز التحليلين على خبرات المريض السابقة و تراكمها و تكرارها و بالذات خبرات الطفولة كسبب حتمي في حدوث المرض السيكوسوماتي

ج_ ضعف التكويني - الجهازي :

يرجع بعض علماء النمو السبب إلى ضعف في احد أجهزة الجسم في مراحل التكوين و التطوير كالأمعاء أو المثانة أو المعدة مما يساعد على ظهور الأضرار في ذلك العضو.

د_ الانعكاس الرمزي : في كثير من الحالات يكون المرض (تعبيرا رمزيا) لموقف المريض تجاه المسائل المحيطة به .

ه_ ضحالة النضج العاطفي : إن ضحالة النضج العاطفي و الكبت الشديد و الخوف من المسؤولية من شأنها أن تقود صاحبها إلى المرض النفس-جسمي .(المرجع السابقص 54)

2- تفسير كيفية حدوث الامراض السيكوسوماتية :

كيف يتسبب الانفعال الحاد أو الانفعال المستمر في هتك في جدار الأمعاء أو المعدة أو تمددا في الشرايين الجبهة مع حدوث صداع نصفي مؤلم.. لكي نجيب على ذلك يجب أن نتعرف على مكان مهم في المخ يعرف باسم المهاد التحتي أو الهيبوثلاموس و هو مركز الانفعال و هو متصل بدوائر تشريحية و فسيولوجية مهمة في المخ و الهيبوثلاموس هو جهاز استقبال و إرسال يستقبل الشحنات الانفعالية من الجهاز الطرفي ثم يرسلها و الإرسال يتم من خلال أساس الجهاز العصبي اللاإرادي بفرعيه السمبثاوي و الجارسمبثاوي إلى أجهزة الجسم المختلفة لتعبر عنها كل هذه الأجهزة المختلفة كل منها بطريقتها الخاصة فيتم التعبير عن هذه الانفعالات من خلال صورة عضوية مثل : حركات غاضبة للمعدة مع ازدياد إفراز حمض الهيدروكلوريك فيتعرض المريض للإصابة بالقرحة و انقباضات مفاجئة في أجزاء من القولون مع ترهلات في أجزاء أخرى تحدث الألم و انتفاخا و القولون العصبي انقباضات مفاجئة بالشرايين مما يؤدي إلى ارتفاع ضغط الدم و نقص كميات الدم المغذية للأعضاء فيتعرض القلب للخطر و يشعر الإنسان بآلام الذبحة تمدد شرايين الدماغ بعد فترة من الانقباض يؤدي إلى حدوث صداع نصفي... الخ اختلال أجهزة المناعة و التي تؤدي إلى ضيق التنفس أو إلى الارتيكاريا أو اختلال الهرمونات فتبث الأم ما قبل الدورة الشهرية و لكل انسان درجة او نقطة احتمال فوقها يحدث اضطراب في العضو الذي يحتمل العبء الأكبر في التعبير عن الانفعال (فتحي سعيد: 2013 ، ص210)

خامسا/ خصائص الاضطرابات السيكوسوماتية :

-وجود أساس فسيولوجي للاضطرابات .

- تشمل الأعضاء والأحشاء التي تتأثر بالجهاز العصبي الذاتي وهي بذلك لا تخضع للضبط الإرادي

- وجود تغيرات بنائية قد تهدد الحياة .
- أكثر سيطرة والحاحاً على العضو المصاب .
- ويتميز الاضطراب السيكوسوماتي عن غيره من الاضطرابات الأخرى بالآتي :
- وجود اضطراب انفعالي كعامل مسبب .
- ترتبط بعض الحالات بنمط معين من الشخصية .
- تختلف الإصابة بهذه الاضطرابات بين الجنسين اختلافاً ملحوظاً .
- قد توجد مختلف الأعراض أو تتتالي لدى الفرد الواحد .
- غالباً ما يوجد تاريخ عائلي للإصابة بنفس الاضطراب أو ما شابه . ه
- يميل الاضطراب لاتخاذ مراحل مختلفة . (زينب شقير : 2002 ، ص 29)

وقد لوحظ أن هذه الاضطرابات أكثر شيوعاً لدى الإناث منها لدى الذكور ، وبين الشباب والشابات بين عمر (20_40 سنة أكثر من باقي مراحل العمر ، وأكثر هذه الاضطرابات شيوعاً المتعلقة بالجهاز الدوري والهضمي والجنسي ، كما أنلهذه الاضطرابات مضموناً رمزياً .)
فيصل الزراد : 1984 ، ص 125

سادسا/ النظريات المفسرة للاضطرابات السيكوسوماتية :

1-النظرية التحليلية :

تختلف درجة الضغوط التي يتعرض لها الأفراد من البسيط إلى العنيف وفي مداها و إ استمراريتها وتراكم أثرها،وهناك بعض الاتجاهات التي ساهمت في تفسير الاضطرابات السيكوسوماتية والتي يمكن تقسيمها إلى ما يلي :

2-نظرية السيكوسوماتية كاستجابة للصراع :

أكد فرانس (Franes) على أن الصراعات الحالية ترجع إلى صراعات لاشعورية رمزية مرتبطة بمراحل مبكرة للنموالجسمي ، وترتبط هذه المراحل مع أجهزة عضوية خاصة هي التي تشملها الاضطرابات ، وعندما لا تحل هذه الصراعات بطريقة سوية تسعى إلى استخدام الحيل الدفاعية اللاشعورية مما يؤدي إلى زيادة في التوتر الجسدي الذي يظهر على هيئة اضطراب

عضوي ، وقد أوضحت مدرسة التحليل النفسي بأن أهم ما يميز السيكوسوماتي أنه يعاني من قلق فقدان السند بشكل مميز . (زينب شقير : 2002 ، ص 16 ، ص 31)

و ركز الكسندر (F Alexander) أساسا على مبدأ الصراع و خصه الصراع اللاوعي فهو يرى أن جوهر الصراع لا يكمن في وعي المريض و سلوكه الظاهري و إنما أنماط الصراعات الكامنة لديه أيضا في آليات الدفاعية المستخدمة كما يفترض أن لبعض الصراعات خاصة التأثير على أعضاء معينة فالخوف و الغضب ينعكسان غالبا على صعيد القلب و الأوعية في حين أن مشاعر التبعية و الحاجة للحماية ينعكسان غالبا على صعيد الجهاز الهضمي(السلامي الباهي :2008 ، ص 112)

3- النظرية السلوكية :

يعتمد هذا الاتجاه في تفسيره للاضطرابات السيكوسوماتية على مبادئ المدرسة السلوكية ونظريات الإشراف في التعلم وأهمية المواقف وعلاقتها بالشخصية ، ولم يهتم علماء السلوكية بفكرة المعنى الرمزي للعرض المرضي ، ولكنها تموا بالعرض نفسه (العوامل الموقفية) المتضمنة في الموقف بدلا من الفروض الغيبية (الصراع اللاشعوري) ، وقد اعتبروا أن الاضطرابات السيكوسوماتية هي مسألة اشتراط (التعلم الشرطي) أي أن الفرد يكون لديه أصلا حساسية نحو الغبار وهذه الحساسية تؤدي به إلى الربو عن طريق تعميم المثير ، وبالتالي يصبح أي شيء مرتبط بالغبار يثير نوبة الربو، إضافة إلى ذلك فإن المرضى بالاضطرابات السيكوسوماتية يكتشفون أنهم يحصلون على بعض المكافآت أو التعزيزات نتيجة لكونهم مرضى (المعاملة الخاصة أو المعالجة) أي وجود ارتباط بين المرض والمكافأة . (عبد الرؤوف الطلاع : 2000 ، ص 66)

يعتبر العام الروسي (Pavlov) رائد هذه المدرسة فعن طريق دراسته لردود الفعل الجسدية أمام المثيرات الخارجية استطاع أن يرسى مبادئ النظرية اللحائية الحشوية و هي نظرية تبحث في تأثير اللقشرة الدماغية للحاء الحشاء ويعتمد على التفسير الفيزيولوجي للظواهر النفسية و رفضها للتفسيرات المتعلقة بفردية الشخص و أحاسيسه الخاصة و من بين العلماء الذين تؤثر به كانون (Canon) إذ اهتم بدراسة اثر الخبرات و الأحداث التي يمر بها الفرد على صحته النفسية إلى عام 1929 حيث أجرى كانون ملاحظاته المنظمة على تغيرات الفيزيولوجية المصاحبة للانفعالات الشديد و الظروف المثيرة للمشقة كالألم و الجوع وانتهى إلى أن المنبهات التي تحدث إثارة انفعالية تسبب تغيرات في العمليات الفيزيولوجية الأساسية. المرجع السابق :ص

(113)

وقد ابتكر علماء السلوكية فكرة جديدة في تفسير الاضطرابات السيكوسوماتية هي :

4- نظرية التعلم الذاتي:

يرى لاشمان (Lashman) (أن المرض يحدث لأول مرة بالصدفة كالطفل الذي يشعر بالأم المعدة يتم إعفاؤه من الواجبات اليومية نتيجة لمرضه ، ومن ثم يرتبط هذا المرض بأوضاع يرغب الطفل تحاشيها كالذهاب إلى المدرسة ، وكنتيجة لذلك فإن معدة الطفل تأخذ في زيادة الإفراز ، وكلما كان على الطفل أن يقوم بأداء الواجبات اليومية تعرض لنوبة سوء الهضم التي تقوده إلى الإعفاء من الواجبات ، وفي هذه الحالة يقع الطفل في دائرة مغلقة وبمرور الوقت تنمو القرحة لديه ، ولكن التعلم الذاتي ليس هو السبب الوحيد للإصابة بالاضطرابات السيكوسوماتية فقد ترجع الإصابة إلى أسباب وراثية أو إلى استعدادات وما إلى ذلك . (عبد الرحمن العيسوي : 2000 ، ص 224).

5- النظرية المعرفية :

أجرى جراهام (Graham) (وتلامذته مجموعة دراسات حول عينات من المرضى السيكوسوماتيين بهدف معرفة أثر العمليات المعرفية والعقلية على العمليات الفسيولوجية ، وتبين لهم من خلال المقابلات أن هناك عنصرين على مستوي الأهمية في الاضطراب السيكوسوماتي هما :

1_ ما يشعر به الفرد من سعادة أو حزن .

2_ ما يرغب الفرد في معرفته أو عمله في ضوء خبراته وأفكاره أو مدركاته السابقة مثل (مريض الأم أسفل الظهر يشعر أنه يعمل لدرجة التعب) .

إلا أن البعض الآخر يرى أن ربط العمليات المعرفية بالعمليات الفسيولوجية لدى المرضى تحيط به بعض الصعوبات المنهجية . (فيصل الزراد : 2000 ، ص 100)

6- نظرية الأنماط الشخصية :

حاولت كيرك (Kirk) (ربط الاضطرابات السيكوسوماتية بأنماط الشخصية ، وقد قامت عدة محاولات لهذا الغرض مثل محاولة فريدمان وروزنمان (Rosenman & Friedman) (للذان ميزا بين نمطين للسلوك هما (A) (And) (B) (Behavior) Type) واعتقدا أن النمط (A) يرتبط جوهرياً بعدم القدرة على التحمل وزيادة القدرة التنافسية وسهولة الاستثارة ولديهم كثير من الأعمال خارج المنزل وحساسية فائقة لعامل الوقت وسرعة الحديث وسرعة الغضب ، وغير ذلك من الصفات التي تجعلهم عرضة للإصابة بمرض الشريان التاجي للقلب ، وقد سمي هذا النمط بنمط

الاستهداف السلوكي للإصابة بمرض الشريان التاجي ، أما النمط الآخر (B) فإنه يتميز بالاسترخاء والاهتمام بالحياة الخالية من المشكلات أكثر من الاهتمام بالنجاح والعمل الجاد وعدم ظهور الحاجة الوسواسية للإنجازات والمشاركة في الأنشطة دون الحاجة إلى التفوق ، وهؤلاء قلما يتعرضون إلى اضطرابات أو نوبات قلبية . (فيصل الزراد : 2000 ، ص 101) نستنتج من ذلك أن هناك بعض الاتجاهات قد فسرت أسباب الاضطرابات السيكوسوماتية نتيجة علاقتها بالشخصية والصراعات اللاشعورية الكامنة لدى الفرد ، كما أن هناك بروفيل للشخصية خاص بكل اضطراب ، وأهم ما يميز هذا الاضطراب هو فقدان المساندة الاجتماعية ، بينما أهتم البعض الآخر بالعوامل الموقفية في البيئة ، و اعتبروا أن الاضطرابات السيكوسوماتية مسألة تعلم شرطي يحدث عن طريق تعميم المثير أو تعزيزه ، كما ربط البعض الآخر بين العمليات المعرفية والعقلية والسيولوجية .

سابعاً/ تشخيص الاضطرابات السيكوسوماتية :

- 1 - يجب أولاً الاهتمام بالفحص الطبي الشامل ، واستطلاع تاريخ حياة المريض وتاريخ المرض وتكوين وبناء الشخصية .
- 2 - ويلاحظ أن المريض لا يعرف بسهولة بأن مرضه نفسي جسدي ، ولكنه يسر غالباً على أنه جسدي فقط .
- 3 - ويلاحظ ، أيضاً أنه عند معرفته بهذا التشخيص ، تبدو دفاعاته النفسية في النشاط بشكل ملحوظ ، وقد تزداد حدة نوبة المرض ، بشكل واضح ، أثناء محاولة التشخيص .
- 4 - ومن العلامات الدالة ، على أن الاضطراب نفسي جسدي : وجود اضطراب انفعالي ، يعتبر عاملاً مرسباً ، وارتباط الحالة بنمط معين من أنماط الشخصية ، ووجود اضطراب نفسي جسدي سابق لدى المريض ، ووجود تاريخ مرضي في الأسرة لنفس المرض أو اضطراب مشابه ، وسير المرض يكون مرحلياً (مراحل شفاء ومراحل مرض) .
- 5 - ويلاحظ الشبه الكبير بين أعراض المرض النفسي وبين أعراض التوتر الانفعالي .
- 6 - ويجب التفرقة بين العرض النفسي الجسدي وبين العرض كأحد أعراض الأمراض النفسية الأخرى . فمثلاً قد تكون العنة أو الضعف الجنسي أو البرود الجنسي أو فقد الشهية العصبي اضطراباً نفسياً جسدياً في حد ذاته ، وقد تكون عرضاً من أعراض الاكتئاب .

7 - ويجب المفارقة بين الأعراض النفسية الجسمية وبين الأعراض الهستيرية ، فمثلا في الهستيريا تصيب الأعضاء التيسيطر عليها الجهاز العصبي المركزي ، والأعراض تعتبر تعبيرات رمزية غير مباشرة عن دوافع مكبوتة ، وتخدم غرضا

شخصيا لدى المريض . بينما في المرض النفسي الجسدي تصيب الأعضاء التي تسيطر عليها الجهاز العصبي الذاتي ، والأعراض عبارة عن نتائج مباشرة لاضطرابات انفعالية تخل بتوازن الجهاز العصبي الذاتي (. أنور حمودة البنا : 2006 ، ص ص 313-312).

ثامنا/ تصنيف الاضطرابات السيكوسوماتية :

تقسم هذه الاضطرابات حسب العضو الذي تصيبه ، و على ذلك يمكن تمييز الأنماط الآتية من هذه الاضطرابات :

(1) الاضطرابات الجلدية أو ردود الفعل الجلدية من ذلك المرض الجلدي العصبي neurotermotases و الاكزيما الحساسية Alergicazema و بعض حالات الجدي hives و حب الشباب Acne و الاضطرابات الأخرى التي يظهر فيها الاضطراب الانفعالي كعامل سببي .

(2) الاضطرابات العضلية الهيكلية Musculoskeletal و تتضمن أعراض مثل آلام الظهر و الشد أو التشنج العضلي و الروماتيزم النفسي المنشأ Pnevmatism .

(3) الاضطرابات التنفسية أو اضطرابات الجهاز التنفسي respiratory من ذلك التقلص الشعبي Bronchial و حمى الخريف hayfever و التهاب الجيوب العظمية sinusitis و الالتهابات أو النزلات الشعبية المتكررة bronchitis .

(4) الاضطرابات القلبية الوعائية cardiovascular من ذلك نوبات زيادة ضربات القلب أو زيادة نشاط القلب و زيادة ضغط الدم المرتفع ، و التقلصات الوعائية ، و أوجاع الصداع النصفي .

(5) الاضطرابات الدموية و اللمفاوية hemandlymphatic و تتضمن أي اضطراب يحدث في الدم أو في الجهاز اللمفاوي تلك التي يظهر فيها أثر العوامل الانفعالية كعوامل سببية .

(6) الاضطرابات المعدية المعوية Gastrointestinal و تشمل اضطرابات مثل اضطرابات المعى الاثني عشر doudemalulcer أي قرحة الاثني عشر و التهاب

القولون mucouscolitis و الالتهابات المعدية أو النزلات المعدية المزمنة
chronicgastritis و الإمساك constipation و زيادة الحموضة hyperacidity
و فقدان الشهية العصبي nervouslossappetite .

(7) الاضطرابات التناسلية genitousinary من ذلك بعض أنواع من اضطرابات الحيض
أو الطمث menstrual و حرقان البول أو آلام التبول painfulurimation و آلام
تقلصات الفرج أو الألم المصاحب لانقباضات الفرج constriction و يوجد عند
المصابات بالبرود الجنسي .

(8) الاضطرابات الغدية أو المتعلقة بالغدد الصماء endocrine و يحتوي هذا النمط من
الاضطرابات على تضخم الغدة الدرقية مع ما يصاحب ذلك من فقدان الاتزان الغدي و
زيادة إفراز الغدة الدرقية ، و السمنة obesity و غير ذلك من الاضطرابات التي يبدو
فيها أثر العوامل الانفعالية كعوامل سببية .

(9) اضطرابات الجهاز العصبي و تتضمن فقدان القوة ، مع الشعور بالتعب و الإرهاق ،
و وجود آلام في العضلات و المعاناة من القلق و بعض الاضطرابات التشنجية .

(10) الاضطرابات الخاصة بالأعضاء الخاصة بالإحساس الخاص مثل آلام المفاصل
المزمنة من ذلك التهاب الغشاء الرقيق المحيط لجفن العين . (موسوعة العيسوي -
2001- 2002 ص ص 280 - 279)

5- الأساس الانفعالي و الفيزيولوجي للأمراض السيكوسوماتية و عواملها :

تعتبر منطقة الهيپوتالاموس (ما تحت المهاد) المحطة الرئيسة للانفعالات . و منه ينبع
إيعازات تسير في الجهاز العصبي الذاتي (المستقل) و الغدة النخامية التي تضبط عمل الغدد
الأخرى فتتأثر هذه المنطقة خلال الانفعالات و الضغوط النفسية يعني انتقال النبضات العصبية
مباشرة للدماغ المتوسط حيث تحرض (الغدة النخامية) و الجهاز العصبي المستقبل (المتكون
من الجهازين السمبثاوي و لبرسمبثاوي) حيث تحدث تغيرات عضوية متنوعة مثل :ارتفاع ضغط
الدم و خفقان القلب . و جحوظ العينين ، و شحوب الوجه ، و ارتجاف العضلات ، و زيادة في
إفراز الأدرينالين و النورادرينالين في البلازما (مصل الدم) . و في الحالات الانفعالية الشديدة
تستمر هذه التغيرات و التحريصات لتتال أجهزة الجسم كلها تقريبا و خاصة إذا كانت ضغوطا
نفسية مزمنة .

و عادة ما يستجيب الفرد لهذه الانفعالات و الضغوط بطرق عديدة :

(أ) القيام بسلوك ظاهري (جسمي أو لفظي) أي تفريغ للانفعال بالضرب أو البكاء أو الشتيمة .

(ب) أن يتبع وسائل دفاعية متنوعة من نكوص وإسقاط و تبرير .

(ج) أن يكظم الانفعال و يكبته حيث لا يتاح للشخص أن يعبر عن انفعالاته دوماً ، فإذا استمر الكظم و لم يقم الفرد بأي استجابة أو رد فعل ، فإن حالات الغضب و القلق و الخوف المكبوتة ستكون آثارها ضارة و خطيرة جدا في الأحشاء و الأعضاء الداخلية ، فيظهر الاضطراب السيكوسوماتي في عضو أو جهاز من أجهزة الجسم الداخلية (التنفس و القلب ، التناسل ، الجهاز العصبي ، الهضمي) (محمد قاسم عبد الله : 2008 ، ص 331)

في إحصائيات للعالمين : غولد هامر - مارشال في كتابهما : Psychoscs and civilization

" يشيران : بأن هناك أكثر من 6% من السكان يعانون من سوء توافق و أن عدد الذين يدخلون مستشفيات الأمراض العقلية و النفسية يزيد على عدد الذين يتخرجون من كافة الجامعات و الكليات سنويا و إن 85% من المرضى يعانون بعض الاضطرابات النفسية الانفعالية (عطوف ياسين 1988 - ص 20).

تاسعا/ مدارس سيكوسوماتية

أ- مدرسة شيكاغو:

الكسندر، هاجر إلى الولايات المتحدة و في عام 1962، خاصة مع دنبار، ملهم من مدرسة شيكاغو .انها محاولات لتطوير نظام متماسك بموازاة صراعات معينة (بالمعنى النفسي) وبعض التغيرات الفسيولوجية .للمدرسة شيكاغو لمحة شخصية معينة، تتميز بصراع معين، مما قد يؤدي في ظروف معينة، الى نوع محدد من الإصابات :تدخل النفسي هو الكشف عن الشخص لأهمية الصراع و أعراضه.

قام الكسندر بتقسيم المرضى إلى فئتين رئيسيتين ، تتعلق بوضعيات نفسية خاصة:

- أولاً، والأمراض التي تنشأ في سياق قمع الرغبة السلبية (القرحة، والربو، وغيرها)
- ثانياً، وتلك التي ترافق العدوان النزعات المكبوتة (ارتفاع ضغط الدم، ومرض السكري، وما إلى ذلك)

بالنسبة لاسكندر ومدرسته، والصراع النفسي ليس فقط السبب الوحيد المفجر للمرض الذي يميز بوضوح آلية التحويل الهستيرى و المرض النفسي

ب- المدرسة الباريسية (L école de Paris)

مارتي المحلل النفسي في SPP شكل في نفس الوقت، مع M'Uzan ديفيد فاين ومدرسة باريس. ولا تزال هذه المدرسة حذرة جدا حول مفهوم الشخصية محددة وتسمى لوصف مجموعة من السمات المشتركة لجميع الشخصيات المرجح أن الاضطرابات النفسية. مشيرا إلى أن شخصية المرضى نفسيين تتصرف بشكل مختلف عن المرضى العصبيين، يلاحظ مارتي أن حياتهم الخيالية فقيرة، تظهر في خطابهم فقط محتويات ملموسة معقولة، والتي وصفها بأنها "التفكير العملي. المريض النفسي الجسدي، غير قادر على ترميز العواطف والصراعات الشخصية، والتراجع إلى موقف دفاعي مستوى البدائي التي تهيمن عليها النزعات الذاتية العدوانية ومحرك الموت.

ج-مدرسة بوسطن L école de Boston

Sifneos ، ومعها كلية بوسطن تقدم في عام 1972، بعد الاتجاه افتتحه مارتي، إن مصطلح "الالكسيتيميا". يشير مصطلح اشتقاقى لعدم وجود الكلمات للتعبير عن المشاعر. مع الالكسيتيميا التي بينها Sifneos بعد خمسة عشر عاما على أنها عجز نقل نصفي (التعبير العاطفي تعتمد على التواصل بين نصفي المخ عبر الجسم الثفني والجمع بين كل من خطط العمل التي تمثل نصفي المخ) ، البسيكوسوماتيك أخيرا مفهوم مشترك مفتوح بما فيه الكفاية لجميع التخصصات من أجل إدماجه في المفهوم الحيوي النفسي الاجتماعي للمرض الذي، عندما لا تكون إضافة بسيطة من العوامل غير متجانسة، يمتد إلى حد كبير في هذا المجال.

2001) 5

((289) J.M. Azorin Mai

عاشرا/ علاج الأمراض السيكوسوماتية :

حيرت الأمراض السيكوسوماتية الأطباء حيث لا يجدون لمرضاهم تجاوبا للعلاج بالدواء وحده فراحوا يبحثون عن أسباب جذورها النفسية لأن الإنسان وحدة متكاملة ، فهي مجموعته من الأمراض الجسمية نفسية المنشأ تصيب بعض أجهزة الجسم أو وظائفها و تتمثل صعوباتها في مقاومتها للعلاج الطبي المعروف أنها تحدث نتيجة اختلال شديد أو مزمن في الجانب الانفعالي النفسي فهو مرض جسمي ذو جذور نفسية يظهر على شكل استجابات و ردود انفعال عضوية

في احد الأجهزة كالهضمية و الجلد و القلب و غيرها. واتسعت دائرة انتشارها في العصر الحديث بما يتسم به من سرعة وضغط وقلق.

يعتبر استخدام الأدوية التي تخفف من آثار الشد العصبي و القلق هو خط الأساس في علاج هذا النوع من الأمراض حيث تزيل هذه الأدوية الاضطرابات الحادثة في الجهاز العصبي اللاإرادي بفرعيه السمبثاوي و الجارسمبثاوي و تساعد أعضاء الجسم المختلفة على أداء وظيفتها بصورة جيدة بعد ازالة آثار الشد العصبي بالإضافة إلى العلاجات العضوية المناسبة لحالة المريض على حسب العضو المتأثر و يفضل اختيار المجموعات الدوائية التي لا تحدث تأثيرات جانبية منومة او تتسبب في حدوث ارتخاء في العضلات ذلك كي يتمكن المريض من ممارسة نشاطاته الحياتية اليومية بصورة طبيعية كما يفضل استعمال أدوية لا تؤدي إلى حدوث ظاهرة الاعتماد الدوائي وبالتالي ظهور أعراض انسحاب عند الحاجة لإيقافه كما يمكن إضافة الأدوية المضادة للشوارد الحرة و المكملات الغذائية و الفيتامينات وذلك لمساعدة أعضاء المريض على التخلص من الآثار الضارة جراء الحلة المرضية كما أن التحليل النفسي و العلاج بالحوار و العلاج المعرفي السلوكي من انجح طرق العلاج بالنسبة لهذه الحالات .

خلاصة الفصل:

ومن العرض السابق لبعض التعريفات والنظريات للاضطرابات السيكوسوماتية نجد أن أغلب التعريفات تتفق على أبعاد مهمة مشتركة أبرزها وجود التأثير المتبادل بين النفس والجسم وعدم الفصل بينهما، ووجود اضطراب انفعالي أو بالمصطلح العام، عوامل نفسية تمهد للإصابة بمرض عضوي .

وأنه لا توجد نظرية واحدة يمكنها أن تعطينا تفسيراً واضحاً وشاملاً للاضطراب السيكوسوماتي أغلقت أبعاد أخرى لا نستطيع استبعادها في تفسير هذه الاضطرابات .

وأن تفسر الأعراض السيكوسوماتية لا يمكن أن يقتصر على النواحي الفسيولوجية أو الوراثية والتكوينية فقط، ولا على النواحي الانفعالية فقط، بل يجب أن تشمل عملية تفسير المرض السيكوسوماتي العدد من المتغيرات لأن العلاقات بين الواقع الخارجي (البيئة والعوامل الاجتماعية) والواقع الداخلي (النفسي والبيولوجي) ليست علاقة استاتيكية بل هي علاقة ديناميكية يحدث فيها التفاعل والحركة بالقدر الذي لا نستطيع فيه فصل أي عامل عن العوامل الأخرى .

كما تبين لنا أن العوامل النفسية لها دور كبير في حدوث الاضطراب السيكوسوماتي. وأن هناك علاقة بين الاضطرابات السيكو سوماتي و حدوث التكم.

الفصل الخامس:

إجراءات منهجية للدراسة الميدانية

تمهيد

1- المنهج المستخدم في الدراسة

2- حدود الدراسة

3- مجتمع الدراسة

4- أدوات الدراسة

5- طريقة تطبيق تقنيات البحث

6- أساليب الإحصائية المستعملة في الدراسة

خلاصة الفصل

تمهيد :

بعد تعرضنا في الجانب النظري إلى أهم ما يتعلق بمتغيرات الدراسة من الأدبيات، خصصنا الجانب التطبيقي لنوضح الإجراءات المنهجية للدراسة التحدي الموضوع بأكثر دقة ممكنة، وذلك بهدف استكشاف وتشخيص طبيعة العلاقة الموجودة بين متغيرات الدراسة والإحاطة بأسئلة الإشكالية ، والتحقق من الفرضيات المقترحة كحلول مؤقتة للإشكالية المطروحة .

ومن أجل ذلك اتبعنا مجموعة من الخطوات الخاصة بإجراءات الدراسة الميدانية و تمثلت في اختيار منهج مناسب لطبيعة الدراسة و هو المنهج الوصفي الارتباطي والمقارن، اجريت الدراسة على عينة ممثلة تم اختيارها بطريقة عرضية وفقا لمجموعة من الخصائص والشروط وطبقت أدوات القياس من اجل جمع البيانات والمعلومات، وعولجت البيانات الكمية عن طريق أساليب إحصائية مناسبة باستخدام برنامج Spss الإصدار 21 . 917 للدكتورة

أولا/ المنهج المستخدم في الدراسة :

تعتمد صحة أي بحث علمي بدرجة كبيرة على المنهج المستعمل والكيفية التي استعمل بها، وهو عبارة عن مجموعة من الإجراءات والمراحل المتتالية التي ينبغي اتباعها بكيفية متسقة ومنظمة من أجل الوصول إلى نتيجة دقيقة . (مورييس أنجريس ، 2006 : ص 99).

ويعرف المنهج الوصفي بأنه : " دراسة الواقع او الظاهرة كما توجد في الواقع و يتهم بوصفها و صفا دقيقا و يعبر عنها تعبيراً كيميا ، فالتعبير الكيفي يصف لنا الظاهرة ،اما التعبير الكمي فيعطيها وصفا رقميا يوضح مقدار هذه الظاهرة و حجمها و درجات ارتباطها مع الظواهر المختلفة الأخرى ."(عمار بوحوش ، 1995 :ص 129) . كما يعرف أيضا على أنه: "منهج يعتمد على جمع البيانات وتحليلها وتفسيرها باستخلاص دلالاتها، إنطلاقا من تحديد مشكلة البحث و وضع الفروض ثم اختيار عينة البحث ، و أساليب جمع المعلومات و البيانات و وضع قواعد التصنيفها و تحليلها و تفسيرها في عبارات واضحة مجددة " (محمود عبد الحليم منسي ، سهير كامل أحمد ، 2002 : ص44) .

وهذا ما تهدف اليه الدراسة الحالية فهي تعتمد على المنهج الوصفي الارتباطي لدراسة العلاقة بين متغيرات الدراسة و هي مدى ارتباط الأليكسيتيميا بالاضطرابات السيكوسوماتية. فهذه الدراسة صممت لاختبار صحة الفرضيات الخاصة بمعاملات الارتباط، وبذلك فان كل ما يتم

التأكد منه كون تلك المعاملات معنوية ام لا. هذا وينصح أن لا يقل حجم العينة في الدراسات الارتباطية عن (30 فردا) حتى يتمكن الباحث من الوصول إلى نتائج أكثر صدقا و دقة.

وبما أن الدراسة أيضا تهدف إلى معرفة الفروق بين المجموعات هذا حسب الفرضيات المطروحة، فإنها تعتمد على المنهج الوصفي المقارن و الذي يركز على اجراء المقارنات بين الظواهر المختلفة لاكتشاف العوامل التي تصاحب حدثا معيناً و تفسيرها من اجل فهم تلك الظاهرة.

ويمكن القول أن الدراسة الحالية اعتمدت على المنهج الوصفي بأسلوبية الارتباطي والمقارن الاختبار صحة الفرضيات المطروحة.

ثانيا/ حدود الدراسة :

الحدود المكانية: تمت الإجراءات الميدانية في مستشفى احميدة بن عجيبة بالاغواط و لم تكتمل بطروف انتشار وباء كوفيد 19 ما اضطرنا للاستعانة بالاطباء الاخصائيين لولاية الاغواط و ولاية الجلفة قصد اكمال العينة المدروسة و البالغ عددها 100 مريض سيكوسوماتي .

- **الحدودالبشرية :** تتحدد من 100 فرد من المرضى السيكوسوماتيين الذين تم تشخيص اضطراباتهم من طرف الأطباء و النفسانيين ، من كلا الجنسين (ذكور و اناث).

-**الحدود الزمانية :** تمت الإجراءات الميدانية للدراسة على طول الفترة الممتدة ما بين شهر جانفي إلى غاية ماي 2020.

ثالثا: أدوات جمع البيانات :

تم الاعتماد على مقياسين في الدراسة هما :

1) مقياس التاس " تورنتو لالأكستيميا: (20-Toronto AlexithymiaScale)TAS

هو مقياس خاص بتقييم الألكستيميا قام بتطويره كل من Ryan , Taylor , Bagby

و اخرون سنة (1994) ، كان يحتوي على 26 بند ، أما حاليا فيحتوي 20 بند موزعة على ثلاثة محاور هامة ، المحور الأول متعلق بعدم وصف المشاعر ، اما المحور الثاني فهو متعلق بعدم القدرة علالتعرف على الانفعالات التمييز بينها و بين الاحساسات الجسدية ، بينما المحور

الأخير فهو يتعلق بالتفكير الموجه نحو الخارج او ما يعرف بالتفكير العملي J Graeme .
Taylor , R . Michael Bagby , 200, p.20

و هم كالتالي :

- صعوبة وصف الاحاسيس : DDF أو Difficulty Describing Feelings

بمعنى صعوبة وصف المشاعر وهذا المحور يتكون من 5 بنود و الخاصة بالأرقام : 2-4-
7-12-17.

- صعوبة تحديد الاحاسيس: DIF أو Dificuly Identifying Feelings بمعنى صعوبة
التعرف على المشاعر او الانفعالات و يتكون هذا المحور من بنود و الخاصة بالأرقام : 1-3-
6-9-11-13-14 .

- التفكير الموجه نحو الخارج: EOT Externally Oriented Thinking بمعنى التفكير
الموجه نحو الخارج و يتكون هذا المقاييس على 4 بدائل منطقة من 1-4.

أما مفتاح المقياس فقد حدد بمايلي : درجة تاس أكبر او يساوي 56 مستوى الكستيميا عالية ،
درجة تاس أكبر من 44 و أصغر من 56 يعنى 45 إلى 55 مستوى الكستيميا متوسطة ،

درجة تاس أصغر أو يساوي 44 لا توجد مستوى الكستيميا متوسط ،

درجة تاس أصغر أو يساوي 44 لا توجد الكستيميا

يتمتع المقياس باتساق داخلي جيد حيث (ألف كرونباخ < 0 . 07) . كما يتمتع بالصدق .
(Katia Levrier.8)

كيفية تصحيح مقياس تورونتو لالالكستيميا :

- يصحح مقياس تورونتو على المتصل من خمس نقاط تبدأ بالرفض القوي و تنتهي بالموافقة
القوية و تمثل نقطة الوسط الحياد.

و يعبر الحد الأعلى للدرجة (100) عن ارتفاع البلادة الوجدانية بينما يعبر الحد الأدنى للدرجة
(20) عن انخفاض البلادة الوجداني والمتصل كما يلي:

- ارفض بقوة ، ارفض باعتدال، محايد ، أوافق بقوة ، أوافق بقوة تقابلها الدرجات(1،2،3،4،5) على الترتيب في حالة العبارات الإيجابية أما في حالة العبارات السلبية يتم قلب الدرجات

العبارات السلبية: 4 - 5 - 10 - 18 - 19

جدول رقم (01) يوضح توزيع فقرات الالكستيميا

البعد	فقراته	الحد الأعلى	الحد الأدنى
صعوبة الأحاسيس	1-3-6-7-9-13 - 14	35	07
صعوبة وصفها	2-4-11-12-17	25	05
التفكير الموجه نحو الخارج	-16-18-19-20 8-5-10-15	40	08
درجة المقياس ككل		100	20

جدول رقم (02) : يوضح مستويات الالكستيميا

الدرجة	مستوى الألكسيتيما
أكبر تماما من 61	مرتفعة
من 61 إلى 51	متوسطة
أصغر تماما من 51	منخفضة

الخصائص السيكومترية لمقياس الالكستيميا :

الصدق :

تم استخدام مقياس و تكييفه من قبل الباحثة حنان حيث حصلت على إذن من صاحب المقياس TaylorTAS - 20/ و قامت بترجمته من اللغة الانجليزية إلى اللغة العربية. ثم عرضته في صورته الأولية على أساتذة متخصصين في الترجمة للتحقق من مدى ملائمة وفي الخطوة الثالثة

قامت بتسليم النسخة العربية المترجم مختص في الترجمة من العربية إلى الانجليزية بغرض القيام بترجمة عكسية إلى اللغة الانجليزية للنسخة العربية التي سبق أن ترجمتها ثم تم إجراء التعديلات المناسبة بناء على الخطوتين السابقتين .وقامت بانجاز الخطوة الأخيرة و المتمثلة في عرض المقياس في النسخة العربية المترجمة على بعض اساتذة علم النفس التأكد من مدى ملائمة البنود لقياس ما وضعت لقياسه في النسخة الأصلية. (Katia Levrier.10)

ثبات المقياس:

نظرا لأن بدائل الإجابة متعددة في المقاييس المستخدمة في الدراسة الحالية فقد تم تقدير الثبات بطريقة ألفا كرونباخ وذلك عن طريق نظام رزمة الإحصاء للعلوم الاجتماعية (SPSS) والنتائج يلخصها الجدول التالي:

الجدول رقم (03): طريقة ألفا كرونباخ:

المحاور	قيمة الإختيار	مستوى القياس
صعوبة تمييز الأحاسيس	0,702	جيد
صعوبة وصفها	0,636	جيد
التفكير الموجه نحو الخارج	0,717	جيد
الإستبيان ككل	0,773	جيد

نلاحظ من خلال الجدول أن معاملات الثبات حققت نتائج جيدة في كل المحاور الأساسية للدراسة و هي تدل على ثبات جيد للإستبيان

الصدق البنائي لمقياس الالكستيميا :

حتى نتمكن من معرفة الصدق البنائي لأداة الدراسة تم حساب مصفوفة الارتباط بين عبارات الإستبيان و الدرجة الكلية للأداة ، ندرج الجدول التالي :

الجدول رقم (04) : نتائج معامل الإنساق الداخلي لمحاور الاستبيان

المحاور	معامل بيرسون	مستوى الدلالة
صعوبة تمييز الأحاسيس	0,512	0.000
صعوبة وصفها	0,701	0.000

0.001	0,714	التفكير الموجه نحو الخارج
-------	-------	---------------------------

توضح نتائج الجدول أعلاه قيم معامل الارتباط بيرسون بين المحاور وأبعادها والدرجة الكلية للأداة، حيث أنها كلها جاءت معنوية بمعنى أن مستوى دلالتها قد بلغ 0.00 وهو أقل من مستوى الدلالة المعتمد في الدراسة (1%) ، ما يدل على وجود علاقة ارتباط موجبة بينهم ، حيث حقق المحور الأول أقوى ارتباط بقيمة 0.793 وحقق المحور الثاني أدنى معامل ارتباط بدرجة متوسطة بقيمة 0.643 إذن من خلال ما سبق يمكن القول بأن يوجد ارتباط البنائي للإستبانة المستخدمة في الدراسة ، كما يمكن تأكيد ذلك من خلال التعرف على علاقة الارتباط بين العبارات و الأداة ككل، والجدول التالي يبين ذلك :

الجدول رقم (05) : نتائج معامل الإتساق الداخلي لعبارات الاستبيان

العبارات	معامل بيرسون	مستوى الدلالة	العبارات	معامل بيرسون	مستوى الدلالة	العبارات	معامل بيرسون	مستوى الدلالة	العبارات	معامل بيرسون	مستوى الدلالة
1ع	0.474	0.000	6ع	0.642	0.000	11ع	0.426	0.000	16ع	0.162	0.008
2ع	0.474	0.000	7ع	0.494	0.000	12ع	0.397	0.000	17ع	0.202	0.028
3ع	0.586	0.000	8ع	0.455	0.000	13ع	0.480	0.000	18ع	0.321	0.000
4ع	0.516	0.000	9ع	0.083	0.001	14ع	0.398	0.000	19ع	0.295	0.001
5ع	0.412	0.000	10ع	0.491	0.000	15ع	0.246	0.006	20ع	0.251	0.006

توضح نتائج الجدول أعلاه معنوية معاملات الارتباط في كل عبارات الإستبيان، بمعنى أنها دالة إحصائياً نتيجة لبلوغ مستوى دلالتها قيم أقل من مستوى الدلالة المعتمد (5%)، ولقد حقق العبارة رقم 6 في الاستبيان أقوى ارتباط بقيمة 0.642

. في حين كانت العبارة رقم 9 غير دالة، ما يثبت الارتباط البنائي للإستبانة وكل عبارته.

2- مقياس الذكاء الوجداني (بار اون و باركر) (Parker&on-Bar)

التعريف بالمقياس : اعد مقياس (Parker&on-Bar) وفقا لنموذج السمات او النموذج المختلط ، و هو من ضمن مقاييس التقرير الذاتي ، اعد استنادا الى الأبحاث التي اجراها B-

(on ar) و قد طبق على عينة تعد بالالاف من مختلف الاجناس و الاعمار ،وهو مقياس متعدد الابعاد و لديه قدرة تخمينية عالية في مستوى مهارات الذكاء العاطفي المستقبلية لدى الفرد كما تشير الى ذلك المللي (2011) . ترجم المقياس الى العربية مرتان المرة الأولى من طرف عجوة (2003) حسب نور الهي (2009) ، و نقل مرة أخرى من طرف رزق الله (2006) بعد ان تحققت من قوة خصائصه السيكومترية ، بعدة طرق (صدق الترجمة ، الصدق الظاهري ، صدق البناء)، و الثبات و كان بعدة طرق أيضا (إعادة التطبيق ، التجزئة النصفية ، و معامل الفا - كرمباخ) .

وصف المقياس : يتألف المقياس من (60) فقرة ذات تدرج رباعي موزعة على (06) ابعاد و هذه الابعاد تتكون من (15) مهارة . و الجدول الموالي يوضح ابعاد المقياس و ارقام فقرات كل بعد :

العبارات ذات الاتجاه السالب :

طريقة تطبيق المقياس : يشتمل المقياس إضافة الى لائحة الأسئلة ، ورقة أولى تتضمن مجموعة من العبارات التي تشير الى شعورك و سلوكك نحو بعض المواقف ، المطلوب ان تضع علامة(*) مقابل العبارة التي تشعر انها تنطبق عليك .

قبل تقديم المقياس للمرضى بغرض الإجابة على فقراته، قدمت الباحثتان توضيحات حول الهدف من هذا المقياس .

تصحيح المقياس : يعتمد المقياس على اربع بدائل هي : لا تنطبق ابدا - تنطبق بدرجة بسيطة - تنطبق بدرجة متوسطة - تنطبق بدرجة كبيرة ، تعطى القيم (1-2-3-4) على التوالي في حالة الفقرات ذات الاتجاه الموجب ، اما في حالة الفقرات ذات الاتجاه السالب يتم عكس الاوزان .

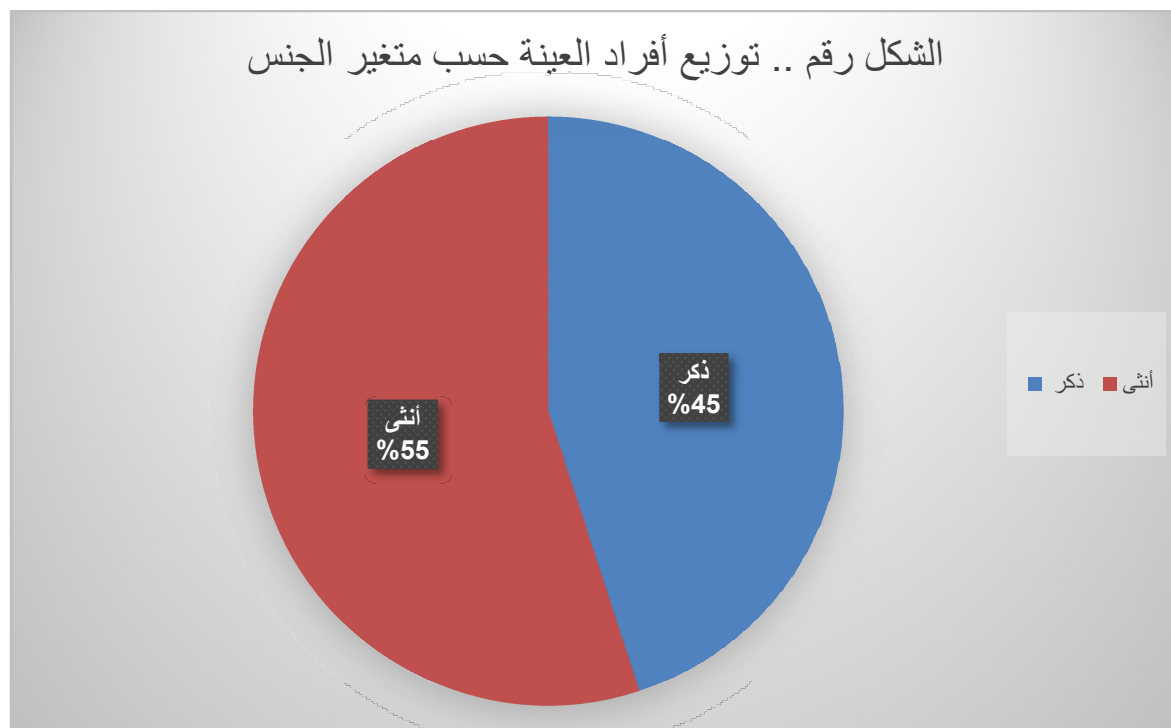
رابعا : عينة الدراسة

شملت عينة الدراسة (100) فرد من جميع المرضى في مستشفى احميدة بن عجيبة و العيادات الخاصة بالاغواط و الجلفة من كلا الجنسين باختلاف الاعمار و مدة المرض .

جدول رقم (06) خصائص عينة الدراسة حسب متغير الجنس

الجنس	التكرار	النسبة المئوية %
ذكر	45	45

55	55	أنثى
100	100	المجموع

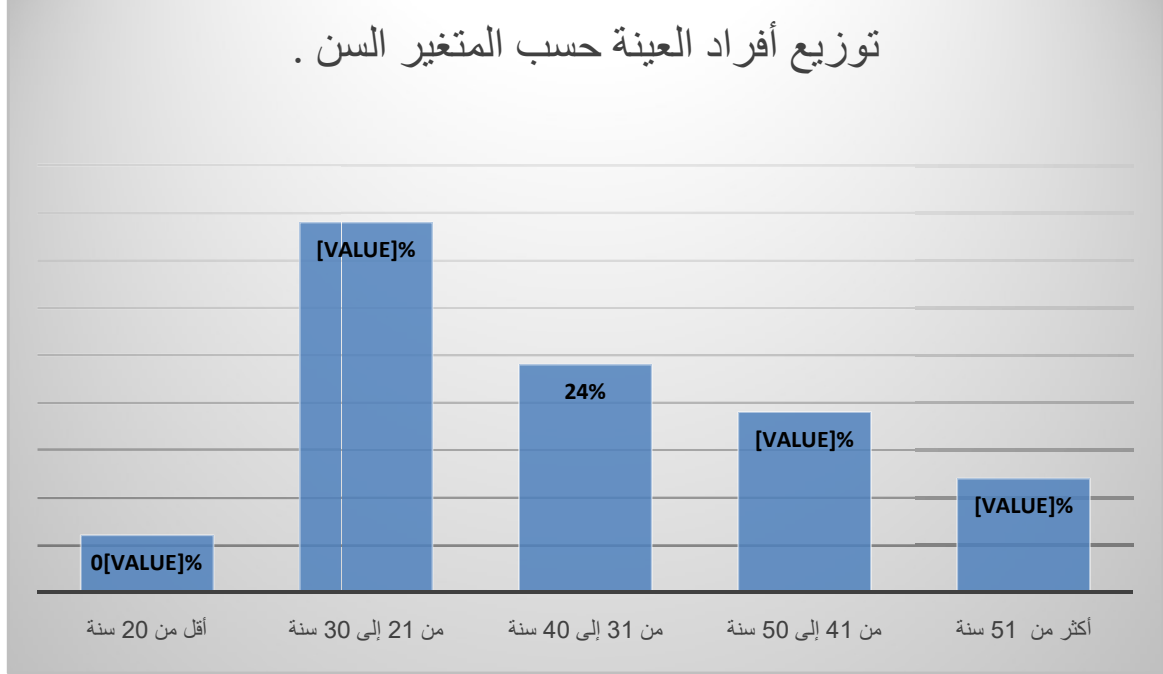


الشكل رقم (01) : توزيع أفراد العينة حسب المتغير الجنس نلاحظ من خلال الشكل والجدول أعلاه أن نسبة الإناث احتلت أعلى نسبة قدرت بـ 55% ما يمثل 55 فرداً ، في المقابل بلغ عدد الذكور المدروسين 45 فرداً ما يمثل 45%

الجدول رقم (07) خصائص عينة الدراسة حسب متغير السن

السن	التكرار	النسبة المئوية %
أقل من 20 سنة	06	06,0
من 21 إلى 30 سنة	39	39,0
من 31 إلى 40 سنة	24	24,0
من 41 إلى 50 سنة	19	19,0
أكثر من 51 سنة	12	10,0

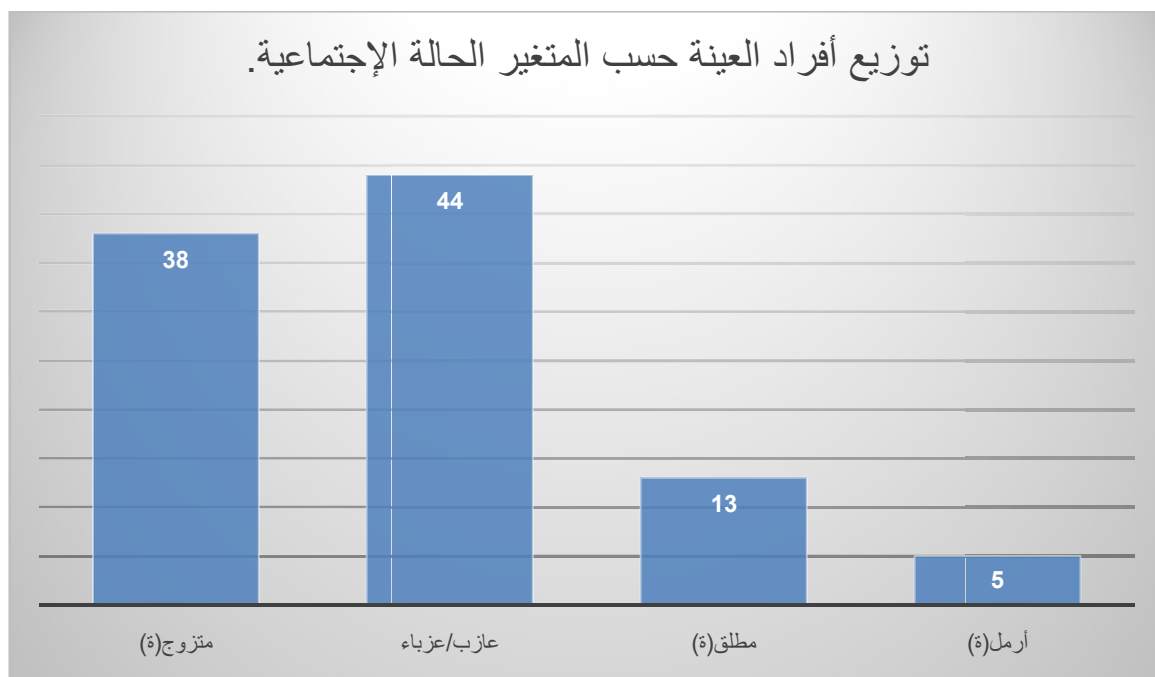
100	100	المجموع
-----	-----	---------



نلاحظ من خلال الجدول أعلاه أن ما نسبته 39 % من أفراد العينة سنهم من 21 إلى 30 سنة ، بينما تمثل فئة سن من 31 إلى 40 سنة ما نسبته 24 % من أفراد العينة بينما مثلت فئة 41 إلى 50 سنة نسبة 19% و فئة أقل من 20 سنة ما نسبته 6% و نسبة 12 % من أفراد العينة كان سنهم من 60 فأكثر .
خصائص عينة الدراسة حسب متغير الحالة الإجتماعية

النسبة المئوية	التكرار	الحالة الإجتماعية
38,0	38	متزوج(ة)
44,0	44	عازب/عزباء
13,0	13	مطلق(ة)
5,0	5	أرمل(ة)
100	100	المجموع

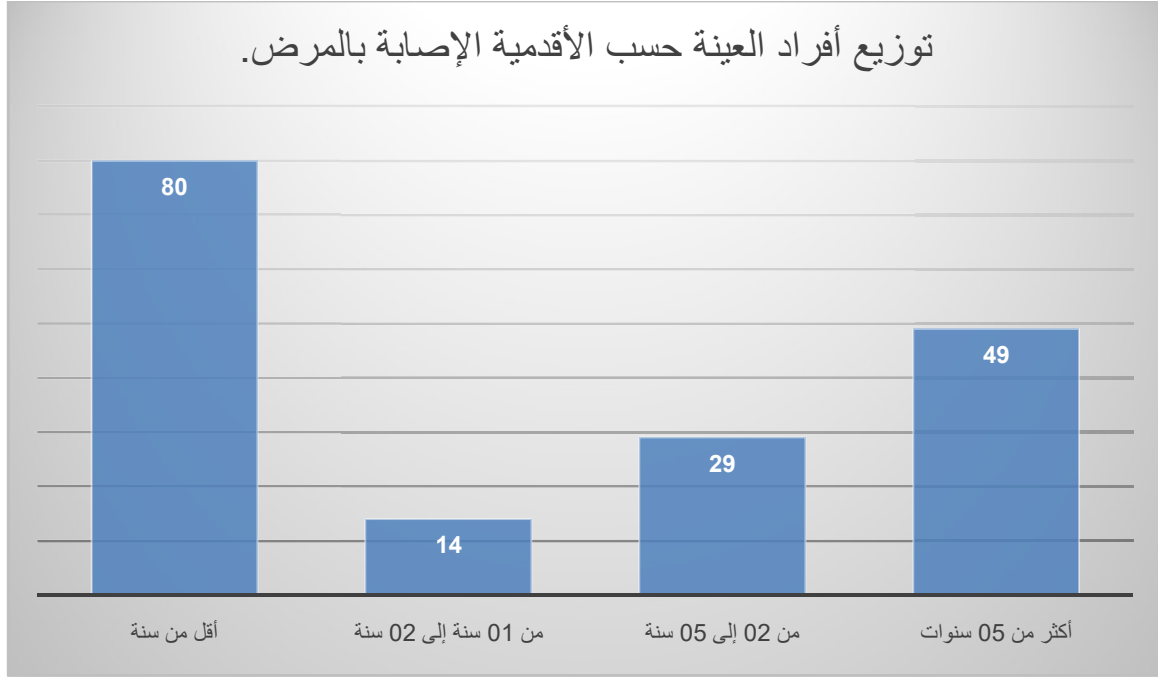
الجدول رقم(08) :توزيع أفراد العينة حسب المتغير الحالة الإجتماعية.



خصائص عينة الدراسة حسب متغير أقدمية الإصابة بالمرض

النسبة المئوية %	التكرار	أقدمية الإصابة بالمرض
08	08	أقل من سنة
14	14	من 01 سنة إلى 02 سنة
29	29	من 02 إلى 05 سنة
49	49	أكثر من 05 سنوات
100	100	المجموع

الجدول رقم (09): توزيع أفراد العينة حسب المتغير أقدمية الإصابة بالمرض.



خامسا : إجراءات الدراسة الأساسية :

- من اجل الإجابة عن تساؤلات البحث بدأت إجراءات الدراسة الميدانية وفق الخطوات التالية:
- اختيار و ضبط موضوع الدراسة ، وجمع مادته النظرية لمتغيرات الدراسة .
 - الاطلاع على الدراسات السابقة و التأكد من أدوات جمع البيانات .
 - و بعد الحصول على ترخيص بالزيارة من رئيس قسم علم النفس و علوم التربية و الارطفونيا تم نسخ 100 استبانة خاصة مقياسي الالكسيتيميا و الذكاء الوجداني بعد التأكد الخصائص السيكومترية لها و على أنها مناسبة لتطبيقها في الدراسة الأساسية .
 - توزيع المقياسين على افراد العينة على مصالح المستشفى التصنفت امراضها بالاضطرابات السيكوسوماتية (الامراض الداخلية ، الامراض الصدرية ، امراض القلب ، الامراض الجلدية)
 - استرجاع النسخ الموزعة و تفرغ البيانات في برنامج احصائي .
 - استخدام الأساليب الإحصائية المناسبة و تفسير النتائج.

سادسا : الأساليب الإحصائية

(spss 20)تم تفرغ و تحليل المقياسين بنظام وزمة الإحصاء للعلوم الاجتماعية

و استخدام الاختبارات الإحصائية التالية :

- 1- النسب المئوية و التكرارات من اجل التحقق من البيانات
- 2- اختبار الفا كرومباخ
- 3- اختبار الارتباط بيرسون

4- اختبار ت لدلالة الفروق

5- اختبار التباين الأحادي (انوفا) للمقارنة بين المتوسطات و التحقق من وجود الفروق او

عدمه

خلاصة الفصل

تعرضنا في هذا الفصل لاعم الخطوات المنهجية المتبعة في البحث الميداني و الذي يعتبر الركيزة الأساسية لاي بحث علمي من اجل الوصول الى النتائج التي تؤكد صحة فرضيات الدراسة و التي سنحاول قي الفصل السادس تحليلها و تفسيرها .

الفصل السادس:

عرض وتحليل ومناقشة النتائج

عرض وتحليل ومناقشة الفرضية الأولى

عرض وتحليل ومناقشة الفرضية الثانية

عرض وتحليل ومناقشة الفرضية الثالثة

عرض وتحليل ومناقشة الفرضية الرابعة

عرض وتحليل ومناقشة الفرضية الخامسة

عرض وتحليل ومناقشة الفرضية السادسة

عرض وتحليل ومناقشة الفرضية السابعة

تمهيد:

سنحاول في هذا الفصل عرض النتائج التي توصل إليها بعد تطبيق الاختبار ومعالجة الفرضيات بمختلف الأساليب الإحصائية المناسبة لكل فرضية وبعد ذلك مناقشتها وفق ما ورد في الإطار النظري ومقارنتها بنتائج الدراسة.

1- عرض وتحليل النتائج:

1-1- عرض وتحليل الفرضية الأولى:

نص الفرضية: توجد علاقة سلبية دالة إحصائياً بين التكتم والذكاء الوجداني لدى أفراد العينة من المرضى النفسيين.

عمدنا من خلال هذه الفرضية إلى معرفة مدى ارتباط الذكاء الوجداني والأليكسيثيميا لدى المرضى النفسيين، وللتحقق من صحة الفرضية تم حساب معامل ارتباط بيرسون للكشف عن العلاقة بين متغير الفرضية والنتائج موضحة في الجدول التالي:

الجدول (10) يمثل معاملات الارتباط بين الذكاء الوجداني والأليكسيثيميا لدى عينة الدراسة

معامل الارتباط	العينة	مستوى الدلالة
+0.574	100	0.01

يتضح من خلال الجدول رقم (10) أن معامل الارتباط بين الذكاء الوجداني والأليكسيثيميا لدى المرضى النفسيين بلغ (+0.574) وهي دالة عند مستوى الدلالة (0.01) مما يدل على وجود علاقة إيجابية دالة إحصائياً بين الذكاء الوجداني والأليكسيثيميا.

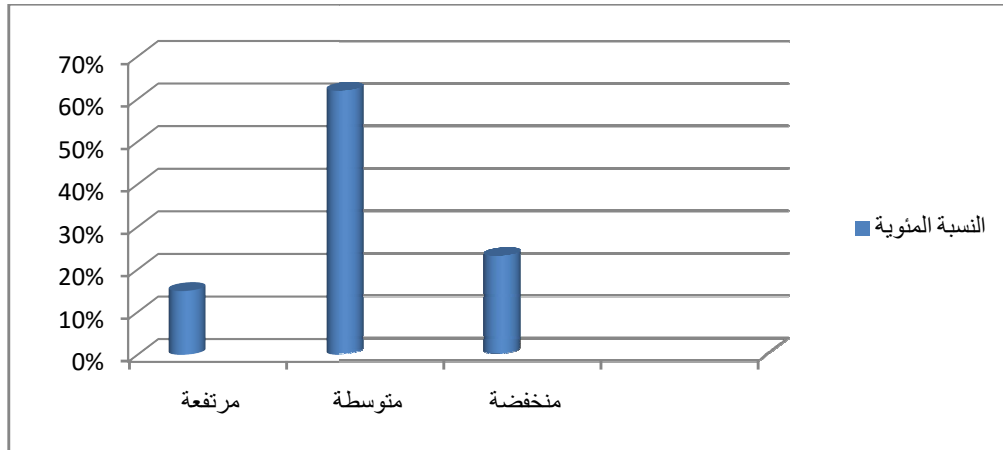
1-2- عرض وتحليل الفرضية الثانية:

- نص الفرضية: مستوى الأليكسيثيميا لدى أفراد العينة مرتفع.

للتعرف على مستوى التكتم (الأليكسيثيميا) لدى عينة المرضى النفسيين، تم حساب الإحصائيات الوصفية والنتائج الخاصة بهذه الفرضية موضحة من خلال الجدول التالي:

الجدول رقم (11) يمثل مستوى التكتم (الاليسيتيميا) لدى عينة المرضى السيكوسوماتية

النسبة من العينة	الدرجة	مستوى الألكسيثيما
15%	أكبر تماما من 56	مرتفعة
62%	من 44 إلى 56	متوسطة
23%	أصغر تماما من 44	منخفضة



الشكل رقم (04): يوضح التمثيل البياني مستويات التكتم (الاليسيتيميا) لدى عينة المرضى السيكوسوماتية

تم الاعتماد على تقسيم درجات المقياس الى ثلاث مستويات وهي (أصغر تماما من 44 ومتوسطة 44-56 ومرتفعة أكبر تماما من 56) ، وقد بينت النتائج أن أفراد العينة أظهروا مستويات مختلفة من التكتم حيث (23%) من أفراد العينة أبدوا مستوى منخفض من التكتم، بينما (62%) من أفراد العينة أبدوا درجة متوسطة من التكتم، في حين لاحظنا بأن (15%) من أفراد العينة سجلوا تكتما عاليا، ومنه نعتبر مستوى التكتم متوسط لدى عينة المرضى السيكوسوماتيين وذلك حسب درجات المقياس وذلك نتيجة عدم قدراتهم على التعبير عن عواطفهم والتمييز بين الانفعالات المختلفة.

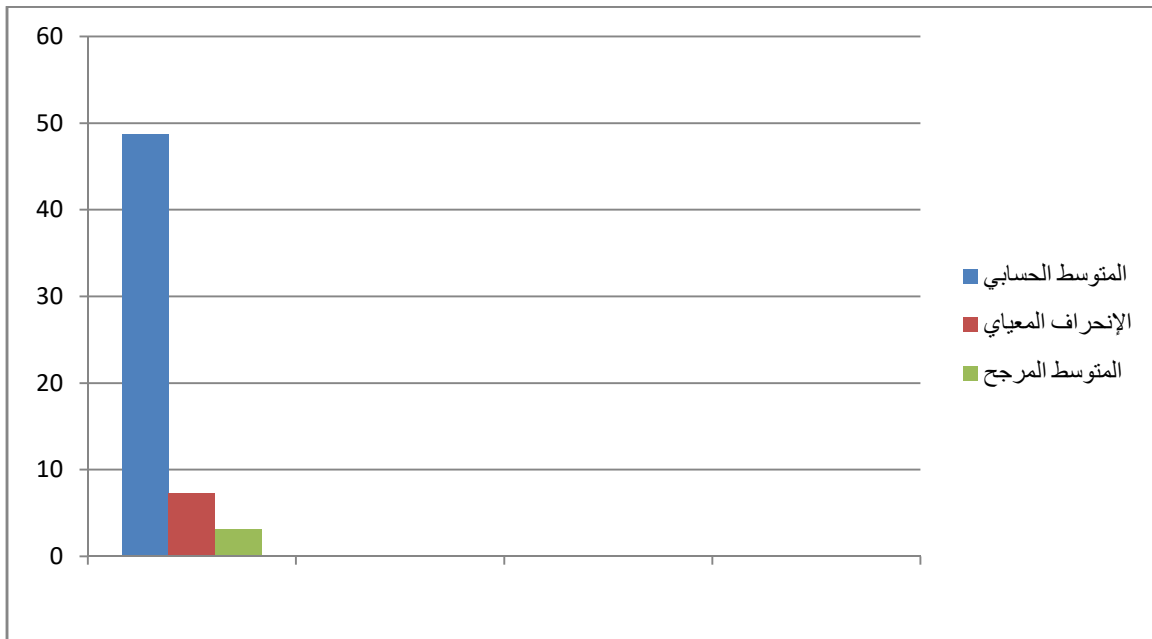
1-3- عرض وتحليل الفرضية الثالثة :

محتوى الفرضية: مستوى الذكاء الوجداني لدى أفراد العينة منخفض. للإجابة على هذا الفرض قامت الباحثة باستخدام المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لاستجابات أفراد العينة والجدول التالي يوضح ذلك:

جدول (12) يمثل مستوى الذكاء الوجداني لدى عينة المرضى النفسيين

المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط المرجح	التقدير
48.74	7.26	3.81	مرتفع

يتبين من خلال الجدول رقم (12) أن نسبة الذكاء الوجداني مرتفعة حيث بلغ متوسطها الحسابي (48.74) بإنحراف معياري بلغ (7.26) وكان متوسطها المرجح قد بلغ (3.81) وهي نتيجة تقع ضمن المجال 0.75 من السلم الرباعي . و هذا ما يوضحها الشكل التالي:



الشكل رقم (05) مستوى الذكاء الوجداني لدى عينة المرضى النفسيين.

-1-4- عرض وتحليل الفرضية الرابعة:

- محتوى الفرضية: يوجد اختلاف في مستوى حالة الالكسيتيميا لدى أفراد العينة يعزى إلى متغير الجنس لصالح الذكور.

للتحقق من هذه الفرضية تم استخدام اختبار (T) ستودنت للعينات المستقلة، حيث حُسبت الفروق بين متوسطات الإلكستيميا ما بين ذكور وإناث تعزى إلى متغير الجنس، كما هو موضح في الجدول رقم (13).

الجدول رقم (13) : يمثل الفروق بين متوسطات الإلكستيميا ما بين ذكور وإناث تعزى إلى متغير الجنس

الدالة	Sig	درجات الحرية	قيمة (ت)	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	العدد	الجنس
دالة عند 0.05	0.02	98	0.81	8,347	53,16	45	ذكور
				8,617	51,78	55	إناث

يتبين من خلال الجدول رقم (13) بأن قيمة (ت) بين الذكور و الإناث قد بلغت (0.81)، وبلغت القيمة الإحتمالية لها (0.02) وهي أقل من مستوى الدلالة (0.05) وبالتالي توجد فروق دالة إحصائياً بين الجنسين في الالكسيتيميا.

كما يتبين أيضاً بأن المتوسط الحسابي للذكور قد بلغ (53.16)، وبلغ الانحراف المعياري له (8.347) وهي أقل من مستوى الدلالة (0.05)، بينما بلغ المتوسط الحسابي للإناث (51.78)، وبلغ الانحراف المعياري له (8.617) وهي أقل من مستوى الدلالة (0.05)، وبالتالي فالفرق بين الجنسين في الكسيتيميا كانت لصالح الذكور.

-1-5- عرض وتحليل الفرضية الخامسة :

نص الفرضية: يوجد اختلاف في مستوى الذكاء الوجداني لدى أفراد العينة يعزى إلى متغير الجنس لصالح الإناث.

للتحقق من هذه الفرضية تم استخدام اختبار (T) ستودنت للعينات المستقلة، حيث حُسبت الفروق بين متوسطات الذكاء الوجداني ما بين الذكور والإناث فجاءت النتائج كما هو موضح في الجدول التالي:

الجدول رقم (14) : يمثل الفروق بين متوسطات الذكاء الوجداني ما بين الذكور والإناث

الجنس	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة (ت)	درجات الحرية	Sig	الدلالة
ذكور	45	50,04	6,399	1.63	98	0.021	دالة عند 0.05
إناث	55	47,67	7,791				

يتبين من خلال الجدول رقم (14) بأن قيمة (ت) للفروق بين الجنسين قد بلغت (1.63)، كما بلغت القيمة الإحتمالية لها (0.02) وهي أقل من مستوى الدلالة (0.05) وبالتالي فإن الفروق دالة إحصائية بين الجنسين. كما يتبين أيضاً بأن قيمة (ت) لجنس الذكور قد بلغ متوسطه الحسابي (50.04)، وبلغ الانحراف المعياري له (6.399) وأن المتوسط الحسابي للإناث بلغ (47.67)، وبلغ الانحراف المعياري له (7.791) وهي أقل من مستوى الدلالة (0.05)، وبالتالي فإن الفروق دالة إحصائية بين الجنسين لصالح الذكور.

1-6- عرض وتحليل الفرضية السادسة:

نص الفرضية : يوجد اختلاف في مستوى الألكسيتيميا لدى أفراد العينة يعزى إلى أقدمية الإصابة بالمرض لصالح حديثي الإصابة.

للتحقق من هذه الفرضية تم استخدام اختبار (T) ستودنت للعينات المستقلة، حيث حُسبت الفروق بين متوسطات الألكسيتيميا ما بين قصيرة وطويلة فجاءت النتائج كما هو موضح في الجدول التالي:

الجدول رقم(15): الفروق في مستوى الألكسيتيميا وفق أقدمية الإصابة بالمرض

مدة الإصابة بالمرض	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة (ت)	درجات الحرية	الدلالة
قصيرة	22	57,91	8,706	3.659	98	دال
طويلة	78	50,85	7,791			

يتبين من خلال الجدول رقم (15) بأن قيمة (ت) لدرجات متغير الألكسيتيميا وفق مدة الإصابة بالمرض (القصيرة والطويلة) بلغت (3.659)، وقد بلغ متوسط الحسابي للمرضى ذوو الأقدمية القصيرة (57.91)، وبلغ الانحراف المعياري لها (8.706)، بينما بلغ متوسط الحسابي للمرضى

ذوو المدة الطويلة (50.85)، وبلغ الإنحراف المعياري لها (7.791) وهي أكبر من مستوى الدلالة (0.05) وبالتالي توجد فروق دالة إحصائية في درجة الألكسيتيميا تعزى لمتغير أقدمية الإصابة بالمرض لصالح ذوي المدة القصيرة.

-1-7- عرض وتحليل الفرضية السابعة:

نص الفرضية: يوجد اختلاف في مستوى الذكاء الوجداني لدى أفراد العينة يعزى إلى أقدمية الإصابة بالمرض لصالح حديثي الإصابة.

للتحقق من هذه الفرضية تم استخدام اختبار (T) ستودنت للعينات المستقلة، حيث حُسبت الفروق بين متوسطات الذكاء الوجداني ما بين قصيرة وطويلة فجاءت النتائج كما هو موضح في الجدول التالي:

الجدول رقم(16): الفروق في مستوى الذكاء الوجداني وفق أقدمية الإصابة بالمرض

الدلالة	درجات الحرية	قيمة (ت)	الإنحراف المعياري	المتوسط الحسابي	العدد	مدة الإصابة بالمرض	
غير دال	98	2.225	5,036	51,14	22	قصيرة	الذكاء الوجداني
			7,666	48,06	78	طويلة	

تبين من خلال الجدول أعلاه أن قيمة (ت) لدرجات متغير الذكاء الوجداني وفق أقدمية الإصابة بالمرض (القصيرة والطويلة) بلغت (2.225) و هي غير دال عند أي مستوى دلالة، وقد بلغ متوسط الحسابيلفئة المرضى ذوي الأقدمية القصيرة (51.14)، وبلغ الإنحراف المعياري لها (5.036)، كما بلغ متوسط الحسابيلفئة ذوي المدة الطويلة (48.06)، وبلغ الإنحراف المعياري لها (7.666)، وبالتالي لا توجد فروق دالة إحصائية في الذكاء الوجداني تعزى لمتغير أقدمية الإصابة بالمرض.

2- تفسير ومناقشة النتائج:

2-1- تفسير ومناقشة الفرضية الأولى:

نص الفرضية: "توجد علاقة سلبية دالة إحصائياً بين التكتّم والذكاء الوجداني لدى أفراد العينة من مرضى السيكوسوماتيين.

أظهرت نتائج التحليل الإحصائي باستخدام معامل الارتباط (بيرسون) أن هناك علاقة دالة سلبية دالة إحصائياً بين التكتّم والذكاء الوجداني، حيث بلغت قيمة معامل الارتباط بينهما ($r = 0.574$) وهي قيمة دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة (0.01).

وتوضح لنا هذه النتيجة أنه كلما زاد التكتّم انخفضت درجة الذكاء الوجداني لدى مرضى السيكوسوماتيين، وأن زيادة هذه الأخيرة يصاحبها نقص في التكتّم.

تفسر هذه العلاقة السلبية انطلاقاً من تصور السيكوسوماتيين بارتفاع نسبة ذكاءهم الوجداني رغم أنهم مصابين بالتكتّم، حيث يميل أولئك إلى استبعاد احتمال تضررهم، مما يعزز اعتقادهم بالنجاح وزيادة على ذلك فقد يبالغون في توقع حصول أحداث إيجابية لهم مما يعزز شعورهم الزائف بالقدرة على ضبط الأحداث من حولهم. من هذا المنطلق يصبح السيكوسوماتيين ذو ذكاء وجداني غير مبالين بمرضهم.

وهذا ما ذهبت إليه نتائج دراسة (فاتنح ناقافي ومعروف رضوان ومارياني منصور سنة 2010)، التي وضحت إلى الأولاد قدموا نتائج أقل من الفتيات من حيث ذكائهم العاطفي عكس تورنتو الذي قدم فيه درجات أقل من الأولاد، وإلى إن المصاب بالالكسيتيميا لديه ذكاء وجداني منخفض يفقر إلى القدرة اللفظية على التعبير عن المشاعر ووصفها (هرمز جميلة، 2013، ص351).

ويعرف أبو نبييل الإضطرابات جسمية أنها مألوفة عند الأطباء والتي يحدث ما تلف في جزء من أجزاء الجسم أو خلل وظيفي في وظيفة عضو من أعضاء الجسم نتيجة اضطرابات انفعالية مزمنة نظر لاضطراب حياة المريض والتي لا ينفع العلاج الجسمي الطويل وحده في شفائها شفاء تام، لاستمرار الاضطراب انفعالي وعدم علاج أسبابه إلى جانب العلاج الجسمي. أن كلمة السيكوسوماتية استعملت لأول مرة عند heineth وطورها فرويد في القرن 20 وتعتبر السيكوسوماتية وليدة الطب. السيكوسوماتية كلمة يونانية معناها هو النفسي الجسدي النفس هو الروح والجسد والطب يدرس اضطرابات جسمية موضوعية بسبب الإضطرابات لانفعالية الشديدة كما يقصد اضطرابات الجسدية ذات لأسباب النفسية كما يقصد اضطرابات جسمية موضوعية بسبب لاضطرابات لانفعالية الشديدة التي تؤثر على مناطق ولأعضاء التي يتحكم الجهاز العصبي الذاتي والمفهوم الطبي بين أن لإصابات الجسدية لها علاقات قوية بالصراعات النفسية.

واختلفت بعض الدراسات مع النتائج المتحصل عليها كدراسة (س.براستوف وبيو ن.فان لوان وه.شابرول 2012)، حيث خلصت نتائج الدراسة إلى أن هناك علاقة إيجابية بين الأليكسيثيميا والطابع بين الشخصي وهو رابط سلبي بين الذكاء العاطفي والأليكسيثيميا.

2-2- تفسير ومناقشة الفرضية الثانية:

محتوى الفرضية: مستوى الالكستيميا لدى أفراد العينة مرتفع.

أظهرت نتائج التحليل الإحصائي باستخدام الإحصائيات الوصفية النسب المئوية أن هناك إرتفاع لمستوى الالكستيميا لدى أفراد العينة، حيث بلغت نسبة أكبر تماما من 56 سنة ب 15% وبلغت درجة من 56 إلى 44 سنة 62%، وذلك حسب درجات المقياس.

توضح لنا هذه النتيجة أن مستوى الالكستيميا مرتفع بين أفراد العينة، ويمكن أن يرجع ذلك إلى عدم تقبل للمرضى أنفسهم وعدم تكيفهم في المجتمع وتخوفهم من نظرت الناس إليهم والسخرية منهم، فهذا ما ذهبت إليه نتائج دراسة (نويل وريمي 1998 Noel et Rime) وخلصت إلى الإشراف عامل مهم في خفض مستوى التكتم لدى السيكوسوماتيين.

وقد وضعت الافتراضات العصبية نماذج مختلفة لرسم بياني لـ *tioning* وظيفية الالكسيثيميا من المواضيع الخاصة. هناك نموذج "العمودي" ، يشير أن نقل معيب للمعلومات بين الجهاز الحوفي والقشرة المخية الحديثة وجعل نموذج مستعرض له،فرضية التخصص في نصف الكرة الأيمن وعدم نقل المعلومات إلى نصف الكرة الأيسر . وإلى جانب هذين النموذجين، (1) *Sifneos* على نظرية التوتر حالات الوجه التي تتطلب وعيا من المشاعر، وتطوير الموضوعات الالكسيثيميا للتوتر واليأس وفقدان الأمل الناتجة عن ذلك. هذا من شأنه إحداث حالة من الاضطرابات البيولوجية، بما في ذلك فرط النشاط في الجهاز العصبي اللاإرادي ونظام الغدد الصماء. ويدعم هذه النماذج من البحوث البيانات في التشريح الوظيفي. ودراسات من دبليودي تظهر أن الأشخاص الذين خضعوا إلى جراحة المخ والأعصاب لعلاج الصرع المقاوم للأدوية لديهم درجة عالية جدا من الالكستيميا *alexithymia* في كل من هذه المواضيع. وبالمثل، يتم وصف الموضوعات مع عدم تخلق جسم الثقني وجود أقل اللجوء إلى آليات الدفاع معينة: أقل التكثيف، والتشرد لديهم خلل في الرمزية، أقل الإبداعي ولديهم مخاوف أكثر النفعية، ونقص في الخيال، واتجهوا أكثر نحو واقع. صحة هذه الافتراضات القائمة على مفارقات عدم التوازن في نصفي المخ ، وسوف تشارك في نصف الكرة المخية الأيسر باللغة الداخلية وتجسيدا استطرادي في حين أن النصف الأيمن يفضلون في عملية التصوير العقلية وتجسيدا تمثيلي (Mekaou. 2007.p24).

بالإضافة إلى عدم وجود برامج الإشراف سواء الفردية أو الجماعية مما لم يعزز بشكل كبير إليهم المهارات التي تساعدهم في المحافظة على توازنهم وهذا ما أكدته دراسة (دراسة هرمز جميلة 2013) التي خلصت إلى ارتفاع الأليكسيثيميا لدى المرضى داء التهاب المفاصل المزمن أكثر من الأصحاء وكانت درجات الأليكسيثيميا لدى مرضى داء التهاب الما صل المزمن متشابهة بين النساء والرجال (جميلة هرمز 2013 ص 351)

2-3- تفسير ومناقشة الفرضية الثالثة:

نص الفرضية: مستوى الذكاء الوجداني لدى أفراد العينة منخفض.

أظهرت نتائج التحليل الإحصائي باستخدام الإنحراف المعياري أن هناك إنخفاض لمستوى الذكاء الوجداني لدى أفراد العينة، حيث بلغت نسبته 7.26.

أثبتت نتائج الدراسة من خلال تطبيق مقياس الذكاء الوجداني أن درجة الذكاء الوجداني منخفضة جدا قد تمكنهم من السيطرة على التصورات السلبية للمرض، أما الدرجة المنخفضة تؤدي إلى انخفاض الوعي بالذات وعدم القدرة على التعاطف وإقامة العلاقات الاسرية والاجتماعية وقلة الدافعية للحياة.

تتفق هذه الأخيرة مع دراسة ("جان أونيل، Gohn Oneil، 1996)، حيث خلصت إلى أن نجاح الفرد في حياته اليومية يتوقف على ما لديه من ذكاء وجداني. (فراج، 2005 ، ص 107).

لاحظ باحثون مثل جاردرنر (Gardner) وسالوفي (Salovey) وماير (Mayer) وجولمان (Golman) وغيرهم، أن مفهوم الذكاء الذهني المتوصل إليه يتمحور حول مجموعة ضيقة من المهارات اللغوية، والرياضية، التي تجعل من الاختبارات المحددة لمعامل الذكاء مؤشرات عن النجاح في مجالات ضيقة من الحياة، كالنجاح الأكاديمي، أو الالتحاق بوظيفة ما، أو بتخصص معين، غير أنها لا تصلح دائما لتكون مؤشرا يُهتدى به في مجالات الحياة المتشعبة والمختلفة، ذلك أن هذه الاختبارات أهملت جوانب وقدرات أساسية ضمن بنية الشخصية، مما دفع هؤلاء العلماء إلى محاولة إعادة اكتشاف مفهوم الذكاء، آخذين بعين الاعتبار إلى جانب النظام المعرفي، الأنظمة الأساسية الأخرى المكونة للشخصية، والمتمثلة في النظام الانفعالي ونظام الدافعية، ونتيجة لذلك انبثق ما يسمى بالذكاء الوجداني، ولعل حكمة سقراط "أعرف نفسك" تعتبر حجر الزاوية في هذا النوع من الذكاء (مدحت أبو النصر، 2008، ص 102). وتعني وعي الفرد بمشاعره حين حدوثها، فقد يبدو للوهلة الأولى أن مشاعرنا واضحة، ولكن التفكير والتأمل يذكرنا بخبرات لنا لم نكن فيها على وعي بمشاعرنا الحقيقية نحو الأشياء أو الأشخاص، وأحيانا نتنبه لهذه المشاعر بعد فوات الأوان، ويستخدم علماء النفس مفهوم "الميتا معرفة" أو "ما بعد المعرفة" للإشارة إلى الوعي بعمليات التفكير،

و"الميتا عاطفة" أو "ما بعد العاطفة" للإشارة لوعي الشخص بمشاعره، والوعي بالذات يعني الانتباه المستمر للحالة الشخصية الداخلية، وفي هذه الحالة من الوعي التأملي الشخصي يعمل العقل على ملاحظة، ومراقبة الخبرات التي يمر بها صاحبها بما تتضمنه من مشاعر (بام روبنسون، جين سكوت، 2003، ص109). وعلى الرغم من أن الذكاء الوجداني يعتبر مفهوماً جديداً إلا أنه أحدث صيحة كبيرة في الأوساط العلمية والعامّة، وقد ظهر في التسعينيات من القرن الماضي، وتناولته سلسلة من الكتب والمقالات، من حيث طبيعته، ومكوناته وتطبيقاته في الميادين التربوية، والتنظيمية، والاجتماعية، وقد تزايدت النقاشات واحتدمت حول موضوع الذكاء الوجداني في الآونة الأخيرة، وأصبح هذا الموضوع المادة العلمية لأفضل الكتب وأكثرها مبيعا في المجتمع الأمريكي، والذي ألفه (دانييل جولمان Daniel Golman 1995)، وانتهى النقاش إلى أن هذا النوع من الذكاء ليس مكونا بسيطا وسهل الحديث عنه، ووصفه عن طريق الثرثرة، ولكنه يمثل كينونة معقدة وفعالة (السيد السمدوني، 2007، ص21).

وقد تتفق نتائج دراستنا مع تلك التي توصلت إليها (فائزة صادقي، 2016)، حيث خلصت إلى أن نسبة الذكاء الوجداني منخفضة لدى مستأصلات الثدي.

نلاحظ من خلال هذه النتائج أن من لديهم ذكاء وجداني منخفض فيتميزون بقلّة الوعي بالذات وانخفاض الدافعية الذاتية ومستوى إدارة الانفعالات مع صعوبة التعامل مع الآخرين، مما يرفع من حدة الضغوط النفسية لديهم مواجهتهم لعوائق تصادفهم في حياتهم فيجدون صعوبة في التكيف النفسي والاجتماعي.

2-4- تفسير ومناقشة الفرضية الرابعة:

محتوى الفرضية: يوجد اختلاف في مستوى حالة الالكستيميا لدى أفراد العينة يعزى إلى متغير الجنس لصالح الذكور.

أوضحت نتائج التحليل الإحصائي باستخدام الاختبارات من معرفة مستوى الالكستيميا لدى أفراد العينة يعزى إلى متغير الجنس لصالح الذكور ويمكننا إرجاع ذلك كنسبة لي جنسهم بحكم أنهم يتحملون ولا يلتفتون كثيرا لكلام الناس وثقتهم في أنفسهم أكثر من الإناث وتحديدهم للصعوبات وتمسكهم للحياة.

وتتفق هذه الدراسة مع دراسة دراسة جيمس باركر وغريم تايلور وميشال ياغي (2001)، التي خلصت إلى أن الأولاد قدموا درجات أعلى من الفتيات في مقياس تورنتو وتوصل أيضا إلى أن الذكاء الوجداني منخفض لدى مرضى الالكستيميا (هرمز جميلة، 2013، ص351).

وأيضاً استمرارهم في تحقيق ذاتهم بالعمل والتعب من أجل النجاح في حياتهم ورعاية اهلهم وحبهم لتكوين اسرة والزواج وتربية الاطفال والعمل على تنشئتهم بطرق جيدة. والسعي إلى عدم تجاوز كل الصعوبات.

هذا ما ذهبت إليه نتائج (دراسة فاطمة حشاشنة 2016) حيث خلصت إلى تحققت الفرضية الأولى بتسجيل مستوى عال من الأليكسيتيميا من خلال مقياس TAS20 ولم يسجل فروق فردية في درجة التكتّم من حيث السن والجنس ونفس النتائج بالنسبة لمقياس الاتزان الانفعالي أما المدة فكانت الفروق واضحة من حيث ارتفاعها عند الأحداث مدة.(حشاشنة فاطمة2016، ص 20)

2-5- تفسير ومناقشة الفرضية الخامسة:

محتوى الفرضية: يوجد اختلاف في مستوى حالة الالكستيميا لدى أفراد العينة يعزى إلى متغير الجنس لصالح الإناث.

أوضحت نتائج التحليل الإحصائي باستخدام الاختبارات من معرفة مستوى الالكستيميا لدى أفراد العينة يعزى إلى متغير الجنس لصالح الإناث ويمكننا إرجاع ذلك كنسبة لي جنسهم بحكم أنهم سهل التأثر فيهم والحساسية الكبيرة تجاه أنفسهم وأجسادهم فهم لا يتحملون كلام الناس وثقتهم في أنفسهم هشة على غرار الذكور ويجدون صعوبة كبيرة في مواجهة صعوبات الحياة وحدهم وتمسكهم بها.

واختلفت بعض الدراسات مع النتائج المتحصلة عليها كدراسة (دراسة هرمز جميلة (2013)، التي خلصت إلى وكانت درجات الأليكسيتيميا لدى مرضى داء التهاب المصل المزمن متشابهة بين النساء والرجال (جميلة هرمز 2013 ص 351).

يرى بيرنباوم Berenbaum أن العوامل التي تساهم في تطوير الالكستيميا وطبيعة علاقتها مع سمة الوجدان السلبية والإيجابية غير واضحة. ففي دراسته، تم استخدام نهج مزدوج لفحص درجة المساهمات الوراثية والبيئية لجوانب مختلفة من الالكستيميا ، وطبيعة العلاقات بينهما إلى سمة الوجدان السلبية والإيجابية. وأشارت نموذج التحليل المناسب أن التأثيرات العائلية ساهمت إلى حد كبير في جميع جوانب ثلاثة من الالكستيميا (Berenbaum. 2001.p)

كما أنه لكون الإنسان عرضة للعديد من التغيرات الإيجابي منها والسلبية، التي يمكن أن تكون أكبر من قدرته على التحمل بنجاح، ومع استمرار زيادة الضغوطات النفسية على الفرد لفترة طويلة، فإنه قد يصبح أكثر عرضة لظهور أعراض فسيولوجية ونفسية لديه.

2-6- تفسير ومناقشة الفرضية السادسة:

نص الفرضية: يوجد اختلاف في مستوى الألكسيثيميا لدى أفراد العينة يعزى إلى أقدمية الإصابة بالمرض لصالح حديثي الإصابة.

أوضحت نتائج التحليل الإحصائي باستخدام الاختبارات من معرفة مستوى الألكستيميا لدى أفراد العينة يعزى إلى أقدمية الإصابة بالمرض لصالح حديثي الإصابة، هم أكثر الأشخاص المهددين بالانهيار وعدم التقبل لجهلهم أمور شتى لهذه الأمراض، وقد يفقدون السيطرة في أمورهم والإصابة بالخذلان، لأن طبيعة الشخص تتحكم فيه لعدم اعتياده لمرض حل عليه وغير مجرى حياته.

فمن خلال مقال " جوان " jouanne نتعرض لمفهوم الألكستيميا حيث لوحظ لأكثر من عشرين سنة اهتمام متجدد لهذا المفهوم في مجال الصحة النفسية والطب النفسي الجسدي يفسر هذا الاهتمام من خلال الملاحظة المتكررة من الأفراد الذين لا يتجاوبون ولديهم صعوبات في تحديد والتعبير عن حياتهم العاطفية فان هذا النوع من الأفراد يتجنبون المواجه مع مشاعرهم وبالتالي يتجنبون الطبيب النفساني ولكن تنتهي رحلتهم عند الطبيب قد تكون عواقبها خطيرة مثل اضطرابات الأكل (فقدان الشهية أو الشراهة) وحالات كرب ما بعد الصدمة تعاطي المؤثرات العقلية (الكحول - التبغ - المخدرات -) وهكذا تتكون الاضطرابات الجسدية، لذي فانه لا يجب الاستهانة بالاضطرابات النفسية الجسدية وخاصة فقد أصبح لدينا الآن أدوات التي تلبى معايير مطالب نفسية وبالتالي أصبح ممكن دراسته دراسة إحصائية لان المفهوم مثير للاهتمام بشكل خاص. (jouanne, 2006. P 193)

واستخدام النهج التنموي اثنين من المفاهيم الهامة .من ناحية نظرية التطور في العواطف التي كتبها لين وشوارتز المقترحة في عام 1987 .استخدام مفاهيم الاستيعاب والإقامة **بياجيه** لحساب التطور المعرفي للطفل .والكتاب يصف مراحل مختلفة من التنمية في العواطف مع التدرج في الوعي بالعملية العاطفية .ووفقا لهذه النظرية، وبعض الموضوعات قد تتعثر في مراحل معينة مع الألكستيميا النامية وبالتالي تخضع لأسباب مختلفة إلى التكتم .

وعلاوة على ذلك، أخذ في الاعتبار مفهوم التعلق بما في ذلك الحالات المرضية يمكن أن يفسر الاضطرابات النفسية التي لوحظت في مرحلة البلوغ، وقد أظهرت العديد من الدراسات وجود ارتباط بين مرفقات المرضية، بما في ذلك انعدام الأمن، وأخيرا تبقى مفاهيم الألكسيثيميا الابتدائية والثانوية ذات الصلة سريريا، وخاصة لتأهيل استراتيجيات التكيف في مواجهة المرض الجسدي أو النفسي. (G. Loas. 2012.p66)

2-7- تفسير ومناقشة الفرضية السابعة:

نص الفرضية: يوجد اختلاف في مستوى الذكاء الوجداني لدى أفراد العينة يعزى إلى أقدمية الإصابة بالمرض لصالح حديثي الإصابة.

أوضحت نتائج التحليل الإحصائي باستخدام الاختبارات من معرفة مستوى الذكاء الوجداني لدى أفراد العينة يعزى إلى أقدمية الإصابة بالمرض لصالح حديثي الإصابة، هم أكثر الأشخاص المهددين بالإصابة بالصدمة وعدم التقبل لهذا الأمر مما يهدد خفض ذكاءهم الوجداني، إصابتهم بالاكنتاب وقد يفقدون السيطرة على أنفسهم والإصابة بالخذلان مما يحول فهمه لمشاعرهم إلى عدمها وتغير قدراتهم الفكرية.

فقد لاحظ باحثون مثل جاردر (Gardner) وسالوفي (Salovey) وماير (Mayer) وجولمان (Golman) وغيرهم، أن مفهوم الذكاء الذهني المتوصل إليه يتمحور حول مجموعة ضيقة من المهارات اللغوية، والرياضية، التي تجعل من الاختبارات المحددة لمعامل الذكاء مؤشرات عن النجاح في مجالات ضيقة من الحياة، كالنجاح الأكاديمي، أو الالتحاق بوظيفة ما، أو بتخصص معين، غير أنها لا تصلح دائما لتكون مؤشرا يُهتدى به في مجالات الحياة المتنوعة والمختلفة، ذلك أن هذه الاختبارات أهملت جوانب وقدرات أساسية ضمن بنية الشخصية، مما دفع هؤلاء العلماء إلى محاولة إعادة اكتشاف مفهوم الذكاء، آخذين بعين الاعتبار إلى جانب النظام المعرفي، الأنظمة الأساسية الأخرى المكونة للشخصية، والمتمثلة في النظام الانفعالي ونظام الدافعية، ونتيجة لذلك انبثق ما يسمى بالذكاء الوجداني، ولعل حكمة سقراط "أعرف نفسك" تعتبر حجر الزاوية في هذا النوع من الذكاء (مدحت أبو النصر، 2008، ص102). وتعني وعي الفرد بمشاعره حين حدوثها، فقد يبدو للوهلة الأولى أن مشاعرنا واضحة، ولكن التفكير والتأمل يذكرنا بخبرات لنا لم نكن فيها على وعي بمشاعرنا الحقيقية نحو الأشياء أو الأشخاص، وأحيانا نتنبه لهذه المشاعر بعد فوات الأوان، ويستخدم علماء النفس مفهوم "الميتا معرفة" أو "ما بعد المعرفة" للإشارة إلى الوعي بعمليات التفكير، و"الميتا عاطفة" أو "ما بعد العاطفة" للإشارة لوعي الشخص بمشاعره، والوعي بالذات يعني الانتباه المستمر للحالة الشخصية الداخلية، وفي هذه الحالة من الوعي التأملي الشخصي يعمل العقل على ملاحظة، ومراقبة الخبرات التي يمر بها صاحبها بما تتضمنه من مشاعر (بام روبنسون، جين سكوت، 2003، ص109).

ونجد مفهوم التكتّم الذي عرفه الشربيني سنة 2001 يتضمن خصائص معرفية وانفعالية حيث يعجز الفرد عن تسمية انفعالاته وكأن الكلمات تفقد مدلولها فلا يوظفها لمعرفة والوعي بانفعالاته ولا لوصفها للغير ويتجه تفكيره إلى الخارج ليخفف عن انفعالاته وهذه الميزة تجعله تحت ضغط شديد يؤدي به إلى التعب الجسدي والنفسي فيصرف الصراع الداخلي في اضطراب جسدي والسيكوسوماتية ترتبط انفعالات والإحباط وهذا ما استنتجناه من خلال دراستنا انه توجد علاقة سلبية دالة إحصائياً بين التكتّم والذكاء الوجداني لدى أفراد العينة من المرض السيكوسوماتيين، وهذا ما توصلت إليه عدة دراسات قبلنا وإن وجدت دراسات تناقضها. كذلك حاولنا معرفة ايجاد اختلاف في مستوى الالكتستيا لدى أفراد العينة من المرض السيكوسوماتيين لمتغير الجنس ذكورا وإناث، وأيضاً إيجاد اختلاف لصالح حديثي الإصابة في مستوى الالكتستيا والذكاء الوجداني.

فيرى أنه فشل في العلاقات الأولية وفي الرعاية holding حسب ونيكوت 1953 تفشل إلام السيئة في تشجيع تعبير عن المشاعر لدى الطفل باستثناء الأم الجيدة بما فيه الكفاية تتجح فيو استنتجت بعض الدراسات أن التكتّم منتشر بين عامة الناس 8% إلى 10% و بالتالي فان التكتّم مع ضغوط الحياة والعجز عن التعبير عنها يصل الفرد للاضطرابات النفس-جسدية.

توصيات و مقترحات الدراسة

بناء على ما تم التوصل اليه من خلال الدراسة الحالية ، نرى ان نختتم ب

دراسة علاقة الالكستيميا بمتغيرات و اضطرابات أخرى

دراسة علاقة الذكاء الوجداني بمتغيرات مختلفة و على عينات أخرى

العمل على زيادة الاهتمام بفترة المرضى السيكوسوماتيين ودراسة متطلباتهم النفسية
بعمق اكبر

على الرغم من الدراسات الكثيرة التي حظيت بها البيئة المحلية في مجال الذكاء
الوجداني الا انها تبقى غير كافية في مجال الالكستيميا

ان تكييف مثل هذه المقاييس على البيئة المحلية بات امرا ضروريا يدفع بالباحثين
الى التوصية لتوسيع هذه العملية لتشمل مستويات عمرية مختلفة من المجتمع وعلى
عينات محددة

خاتمة

لقد حاولنا من خلال بحثنا هذا فتح نافذة على أحد أهم المواضيع في المجال العيادي، التي تتمحور حول الذكاء الوجداني وعلاقته بالأليكسيثيميا لدى عينة من المصابين بالأمراض السيكوسوماتية، وقد حاولنا الوصول إلى الإجابات التي كنا نتساءل عنها والتي كانت منطلق دراستنا.

وعلى اثر ذلك كشفت النتائج المتوصل إليها مايلي:

- توجد علاقة سلبية دالة إحصائيا بين التکتم والذكاء الوجداني لدى أفراد العينة من المرضى السيكوسوماتيين.

- مستوى الالكسيثيميا لدى أفراد العينة مرتفع

- مستوى الذكاء الوجداني لدى أفراد العينة منخفض.

- يوجد اختلاف في مستوى حالة الالكسيثيميا لدى أفراد العينة يعزى إلى متغير الجنس لصالح الذكور.

- يوجد اختلاف في مستوى الذكاء الوجداني لدى أفراد العينة يعزى إلى متغير الجنس لصالح الاناث.

- يوجد اختلاف في مستوى الألكسيثيميا لدى أفراد العينة يعزى إلى أقدمية الاصابة بالمرض لصالح حديثي الاصابة.

- يوجد اختلاف في مستوى الذكاء الوجداني لدى أفراد العينة يعزى إلى أقدمية الاصابة بالمرض لصالح حديثي الاصابة.

وهذا ما يدعونا أن نهتم بالجانب النفسي لهذه الشريحة من المجتمع حتى نخفف من آثار هذه الحالة حتى تتحسن حالتهم النفسية والاجتماعية، ومحاولة مساعدتهم على التكيف الداخلي والخارجي مع محيطه وبيئته.

هذا ما أكدته جل الدراسات السابقة التي تعرضنا لها في الإطار النظري لبحثنا، ووقفنا نحن عندها بدورنا من خلال الدراسة الميدانية التي قمنا بإجرائها بعد التفسير ومناقشة النتائج.

لتبقى نتائج بحثنا في الأخير محدودة بعينة البحث ومجتمع البحث ومكان وزمان إجراءه.



تصريح وتعهد

نحن الطلبة الممضون أسفله :

1- الطالب (ة): بوضلة كلثوم

الحامل لبطاقة التعريف الوطنية رقم :.....الصادرة بتاريخ :.....

عن دائرة الاغواط ولاية : الاغواط رقم التسجيل :.....

التخصص: علم النفس العيادي

عنوان مذكرة نهاية الدراسة : الذكاء الوجداني و علاقته بالالاكستيميا لدى المصابين بالامراض السيكوسوماتية

2- الطالب (ة): فاطمة بزوي

الحامل لبطاقة التعريف الوطنية رقم :.....الصادرة بتاريخ :.....

عن دائرة :.....ولاية :.....رقم التسجيل :.....

التخصص: علم النفس العيادي

عنوان مذكرة نهاية الدراسة : الذكاء الوجداني و علاقته بالالاكستيميا لدى المصابين بالامراض السيكوسوماتية

أصرح بشرفي إنني قمت بانجاز مذكرة نهاية الدراسة المذكور عنوانها أعلاه بجهدى الشخصي وفقا

للمنهجية المتعارف عليها في البحث العلمي وبذلك أتحمّل المسؤولية كاملة عن أي مخالفة لقواعد الأمانة

العلمية وحقوق الملكية الفكرية وما يترتب عن ذلك من متابعة بما فيها الإجراءات الإدارية المتعلقة وذلك

العلاقة بالنظام الداخلي للطلاب والمقررات الوزارية المعمول بها.

الاغواط في : 28-09-2020

التوقيع : الطالب الأول :.....

الطالب الثاني :.....

ملاحظة : يقدم هذا التعهد من طرف الطالب أو يرسل إلى رئاسة القسم قبل إجراء المناقشة

المراجع

المراجع بالعربية:

- 1- راجح احمد عزت .(2006). أصول علم النفس .دار الفكر للنشر، ط1 ،عمان .
- 2- الخالدي أديب محمد .(2009). الصحة النفسية. دار وائل للنشر، ط1 ،عمان .
- 3- الخالدي أديب محمد.(2006). علم النفس الإكلينيكي. دار وائل للنشر ،ط1 ،عمان .
- 4- وتيج اورنوف. ترجمة، عادل فريد من شوال وآخرون .(1983). مقدمة في علم النفس. دار ماكجروهيل للنشر، ب ط، مصر .
- 5- بن يونس محمد .(2004). مبادئ علم النفس. دار الشروق للنشر و التوزيع ،ط1، الاردن .
- 6- بيار مارتى و آخرون.(1990). بسيكوسوماتيك الهستيريا . ترجمة الغزوي النابلسي، دار النهضة العربية للطباعة و النشر، ب ط ،بيروت .
- 7- الجاموسي نور الهدى محمد .(2004). الاضطرابات النفسية والجسمية. دار البازوري للنشر و التوزيع ،الطبعة العربية(2004)
- 8- حسيب عبد الله عبد المنعم.(2006). مقدمة في الصحة النفسية .دار الوفاء ، ط1،الاسكندرية .
- 9- المليجي حلمي.(2001). بمناهج البحث في علم النفس .دار الهضة مكتب النرج ، ط1،الاسكندرية.
- 10- خالدي احمد .(2009). المناهج واعداد البحثالعلمي . دار الكتب القانونية ،مصر.
- 11 - جولمان دانيال .(2000). الذكاءالعاطفي. ترجمة :ليلى الجبالي ،عالم المعرفة،مكتبة الجريز ،الكويت.
- 12- جميل رضوان سامر .(2002). الصحة النفسية. دار المسيرة للنشر و التوزيع و الطباعة، ط1، عمان .
- 13- ملحم سامي.(2000). مناهج البحث في التربية و علم النفس. دار المسيرة للنشر والتوزيع و الطباعة، ط1، 2000- ط6،2010، عمان.

- 14- تيلور شبلي.(2008). علم النفس الصحي . ترجمة وسلم درويش و اخرون ،دار حامد للنشر والتوزيع ، ط1 ،عمان
- 15- العيسوي عبد الرحمان .(2001-2002). علم النفس الحديث ،دار الراتب الجامعية، ط1.لاسكندرية .
- 16- النقيب عبد الرحيم الصباح.(2005). فيسيولوجية القلب والاعوية الدموية، دار النشر المناهج، بدون ط، عمان .
- 17- حسن مصطفى عبد المعطي.(2003). الامراض اليكوسوماتية. مكتبة زهراء الشرق ،ط1، مصر .
- 18- عسل خالد.(2008). العلاج المعرفي السلوكي .دار الوفاء للدنيا الطباعة، ط1 ، الاسكندرية .
- 19- عطوف محمد ياسين .(1992). الأمراض السيكوسوماتية وتصنيفاتها .مؤسسة الرسالة دار الهدى ،الجزائر .
- 20- اقسام محمد عبد الله .(2008).مدخل الصحة النفسية. دار النشر عمان ،ط4 ،عمان .
- 2- الكبيس خالد .(2001). علم وظائف الاعضاء .دار وائل ، ط1 ،عمان .
- 22- ميموني بدره معتصم .(2010). سيكولوجية النمو في الطفولة والمراهقة. ديوان المطبوعات الجامعية الجزائر، بدون ط ، الجزائر.
- 23- الجنائي وادي علي احمد اخلاص احمد.(2005). أساسيات علم النفس الفيزيولوجي.دار جرير، ط1 ،عمان .
- 24- الوقفي راضي .(2003). مقدمة في علم النفس .دار الشروق للنشر والتوزيع ،ط3 ،الاردن .
- 25- الرخوي يحيى .(2015). الجداني اضطرابات العواطف ،اصدارات مؤسسة العلوم النفسية العربية .

- المذكرات :

1- السلامي باهي. (2008)، مصادر الضغوط المهنية و الاضطرابات السيكوسوماتية لدى مدري الابتدائي والمتوسط والثانوي ، رسالة لنيل شهادة الدكتوراه في علم النفس غير منشورة، جامعة الجزائر

2- الريان محمد محمود إسماعيل. (2006) ،الاتزان الانفعالي و علاقته بكل من السرعة الادراكية و التفكير الابتكاري لدى طلبة الصف الحادي عشر، رسالة ماجستير غير منشورة،جامعة الازهر ،غزة

3- زاغر حنان. (2014)،الدلالات النفسية و السوسيوثقافية للمنتوج اللغوي واللفظي والغير لفظي لدى نزلاء المؤسسات العقابية ،مذكرة ماجستير غير منشورة، في علم النفس عيادي ، جامعة الحاج لخضر - باتنة .

4- الغذائي محمد. (2014)،اساليب المعاملة الوالدية كما يدركهاالابناء وعلاقتها بالاتزان الانفعالي لدى الاطفال المضطربين كلاميا، رسالة ماجستير غير منشورة،جامعة نزوة ،كلية العلوم ،والاداب قسم التربية ، والعلوم الانسانية .

المواقع الالكترونية:

_ copy right c 2009 saudiheat association

الصحة القلب العدد 15

_ فتحي سعيد الأمراض السيكوسوماتية 5 سبتمبر 2013 الساعة 11:02 صباحا

_ <http://www.onefd.edu.dz>

_ www.lbtessama.com

المجلات :

1- قريشي عبد الكريم ،وزعطوط رمضان (2008)،. التكتم ، المفهوم وعلاقته بالصحة والمرض . مجلة الدراسات النفسية و التربوية مخبر تطوير الممارسات النفسية والتربوية ،العدد 1ديسمبر- جامعة قاصدي مرباح ورقلة - الجزائر .

2- هرمز حنان (2013). الاكسيميا واسلوب التفاعل الاجتماعي السلبي لدى مرضى داء التهاب المفاصل المزمن . مجلة :الدراسات في العلوم الانسانية والاجتماعية . العدد 22 ، جامعة الجزائر .

المراجع باللغة الاجنبية:

1-Corcros Maurice. 2011 Gerardepirolot « qu'est ce que l'alexithymie » punod.paris.2011

2- corcos et speransa2003 . la mesure de l'alexithymie dans la psychopathologie de l'alexithymie. (ed 9)Paris174

3- J.M. Azorin MarseilleDCEM 3 – Module Pluridisciplinaire n° 13 Psychiatrie1 .es Maladies et Grands Syndromes -Trouble psychosomatique (289) Professeur Mai 2005Faculté de Médecine

4- Jouanneceline, 2006 : l'alexithemie entre dificitemotionnel et processus adaptatif, psychotropes. Vol 12_2006 /3 P 193

5- kanhanen et al 1996 : Alexithymia and risk of death in middele agedmen . journal of psychosomatic Réseache.Vol.41.No, 6, pp.541_549, 1996. Copyright Elsevier science.

6- Katia Levrier, 2010Université de Montréal :Alexithymie et appauvrissement onirique chez despopulations cliniques souffrant de troubles du sommeilDépartement de PsychologieFaculté des Arts et SciencesMémoire présenté à la Faculté des études supérieures en vue de l'obtention du grade de Maîtrise en Sciences (M.Sc (en PsychologieFévrier 2010

7- Katia Levrier, and Jacques Montplaisir 2011 : DreamingCorrelates of AlexithymiaAmongSleep-Disordered Patients Tore Nielsen American Psychological.Association 2011, Vol. 21, No. 1, 000–000 1053-0797/11/\$12.00 DOI: 10.1037/a0022861

8- Loas.G, 2012 : L'alexithymie. ANNALES MEDICO-PSYCHOLOGIQUES, 2010, 168 (9), pp.712. <10.1016/j.amp.2010.08.002>. <hal-00690281>.Submitted on 23 Apr 2012

9- Lumley MA1, Neely LC, Burger AJ.J Pers Assess. 2007 Dec;89(3):230-46 :The assessment of alexithymia in medical settings: implications for understanding and treating health problems

10- [Lumley MA¹](#), [Stettner L](#), [Wehmer F](#) 1996 Dec;41(6):505-18.How are alexithymia and physical illness linked? A review and critique of pathways..

11- M combes – lepastier 2012 : auteur de 'article : revue N 20 decembre 2012 : qu'est ce que l'alexithymie

12- Mekaou 2007 p. 96.99. La lettre du psychiatre ; vol_ 111_N56 mai_ juin 2007

الملاحق

الملحق رقم (01): مقياس تورنيتو للأكسيميثيا (التكتم) TAS20

المحور	العبارة	خيارات الاجابة				
		موافق بشدة	موافق باعتدال	لا موافق لامعارض	معارض باعتدال	معارض بشدة
صعوبة تمييز الأحاسيس	1- لا يمكنني تمييز ما أشعر به من انفعالات في كثير من الأحيان.					
	3- أشعر بأحاسيس في جسدي حتى الأطباء يعجزون عن تفسيرها.					
	6- حينما أكون متضايقا لا أعرف هل أنا حزين أو مرعوب أو غاضب.					
	7- ارتبك كثيرا حيال الاحاسيس التي تتأب جسدي					
	9- لايمكنني تحديد بشكل تام ودقيق ما اشعر به					
	13- لا أستطيع معرفة ما ينتابني من الداخل.					
	14- لا أعرف في كثير من الاحيان سبب شعوري بالغضب					
صعوبة وصف الأحاسيس	2- يصعب علي ايجاد الكلمات المناسبة للتعبير عن مشاعري.					
	4- استطيع وصف مشاعري بكل سهولة.					
	11- يصعب علي وصف مشاعري تجاه الاخرين.					
	12- يطلب الناس مني وصف مشاعري أكثر.					
	17- يصعب على الكشف عن مشاعري العميقة حتى للأصدقاء المقربين.					

					5- أفضل كثيرا تحليل المشكلات على مجرد الاكتفاء بوصفها.
					8- أفضل ترك الامور تحدث على ان احاول فهم سبب حدوثها على هذا النحو.
					10- إنه من الأساسي بالنسبة لي أن أهتم بمشاعري.
					15- أفضل أن أتحدث مع الناس بخصوص نشاطاتهم اليومية بدلا من أن أتحدث معهم عن أحاسيسهم.
					16- أفضل مشاهدة البرامج الترفيهية بدلا من الاعمال الدرامية.
					18- أشعر بالقرب من شخص ما، حتى في لحظات الصمت
					19- أجد أن مراجعة أحاسيسي مفيدة في حل المشكلات الشخصية
					20- البحث عن المعاني الخفية في الافلام والمسرحيات يحول دون الاستمتاع بها.

موجه نحو الخارج
تفكير

الملحق رقم (02): مقياس الذكاء الوجداني

الرقم	العسيرة	تطبيق على تماماً	تطبيق على كثيراً	تطبيق على أحياناً	تطبيق على قليلاً	لا تطبيق على إطلاقاً
1.	أشعر بالثقة في ذاتي في معظم المواقف.					
2.	لا توقفي العقبات عن تحقيق أهدافي.					
3.	أستطيع تغيير انفعالاتي بسرعة عندما تتغير الظروف.					
4.	أستطيع أن أكون لي أصدقاء بسهولة.					
5.	عند سماعي عن مشكلة لشخص ما يتداعى إلى ذهني حلول كثيرة لها.					
6.	لدي القدرة على التكيف مع الأحداث الجارية.					
7.	أبادر دائماً بمحادثة الآخرين.					
8.	عندما أكون قلقاً من مشكلة ما فإنني أستطيع تحديد أي جانب من جوانبها يضايقتني.					
9.	أفضل إنجاز الأعمال التي تتطلب جهداً ومهارة.					
10.	أشعر بالضيق عند مواجهة شخص غاضب.					
11.	أقدر انفعالاتي وعواطفني تقديراً جيداً.					
12.	عادة أكون هادئاً وإيجابياً حتى في الظروف الصعبة.					
13.	أكون مقاتلاً بصفة عامة وأخطط لمستقبلي.					
14.	بصفتي زملائي بأن إحساسي مرهف تجاه الآخرين.					
15.	أجيد فن التعامل مع الآخرين.					
16.	أسعى دائماً لأكون من المتفوقين.					
17.	يتنبأني شعور بالضيق تجاه أي شخص يخالف القانون.					
18.	غالباً ما يتم اختياري لأكون قائداً للجماعة.					
19.	أشعر بالذنب تجاه الأشياء الخاطئة التي ارتكبتها في الماضي.					
20.	أشعر بالرضا عن ذاتي عندما أقدر الأمور تقديراً واقعياً.					
21.	أكمل أو أنهى أي عمل أبدأ في أدائه.					
22.	أستطيع معرفة وفهم مشاعر الآخرين من خلال تعبيرات وجوههم.					
23.	لدي مهارة في توليد الأفكار الحديثة لمواجهة متطلبات الحياة.					
24.	لدي القدرة على تحديد جوانب القوة والضعف في ذاتي.					
25.	أشعر بأنني كفاء في إدارة المناقشات الاجتماعية.					
26.	أشعر بالارتياح تجاه الناس العاطفيين.					
27.	أستطيع التفكير جيداً وأركز في عملي في الظروف الضاغطة.					
28.	لدي القدرة على التحكم في انفعالاتي تجاه أي موقف.					
29.	لا تؤثر انفعالاتي الحزينة في اتخاذ قراراتتي.					
30.	أستطيع أن انسجم بسهولة مع أي موقف اجتماعي.					
31.	أفضل الأهداف ذات التحدي مع الأخذ في الاعتبار المخاطر المحسوبة لتحقيقها.					
32.	أؤثر كثيراً بالحالة النفسية لمن يحيطون بي.					
33.	لدي القدرة على عدم التفكير في مشاكلي.					
34.	أستطيع التعبير بالضبط عن مشاعر (فرح، حزن،....).					

الرقم	العسيرة	تطبيق على تماماً	تطبيق على كثيراً	تطبيق على أحياناً	تطبيق على قليلاً	لا تطبيق على إطلاقاً
35.	أستمع بقضاء الوقت مع أصدقائي.					
36.	أظن هادئاً وإيجابياً تجاه أي شخص حتى أعرفه جيداً.					
37.	تأخذ أحداث القضية الفلسطينية حيزاً كبيراً من تفكيري.					
38.	أسعى لتحسين طريقة عملي حتى ولو أخذت النصيحة من شخص أصغر مني.					
39.	يزداد تقديري لذاتي عندما أتغلب على أي مشكلة.					
40.	نشاط الجماعة شيئاً أستطيع فهمه والتناغم معه.					
41.	عندما أشعر بالتوتر والعصبية تجاه شخص ما فإنني أراجع وأعيد تقييم الموقف.					
42.	أتابع باهتمام أخبار الأطفال المعاقين.					
43.	أحاول دائماً حل المنازعات التي تنشأ بين أفراد الجماعة.					
44.	أبذل قصارى جهدي في أي عمل حتى ولو لم يقدره الآخرون.					
45.	استمع إلى مشكلات الآخرين.					
46.	لدي القدرة على تغيير وجهة نظر الجماعة نحو موضوع ما.					
47.	يبدو لي تذكر الأحداث السارة أكثر من تذكر ما هو غير سار.					
48.	أثق في قدراتي ثقة كاملة.					
49.	غالباً ما أكون متعاوناً مع أفراد الجماعة.					
50.	عندما أقوم بعمل صعب غالباً ما أنجزه.					
51.	أستطيع اكتشاف المشاعر الدفينة للآخرين.					
52.	لا أقول أنيأ وأندم عليها.					
53.	عند الفضل في أي عمل من الأعمال فإنني ألقى اللوم على نفسي.					
54.	أبادر بتقديم العون والمساعدة للمحتاجين.					
55.	غالباً ما يأخذ أصدقائي بنصائحي.					
56.	أستطيع ربط مشاعري بما أفكر فيه.					
57.	أفضل دائماً العمل مع فريق عمل متميز.					
58.	ألتزم دائماً بوعودي وعهودي مع الآخرين.					
59.	أدعم السلوكيات الإيجابية لدى الآخرين.					
60.	لدي الوعي بما أقوم به من أعمال يومية.					
61.	عندما يكون مزاجي متكدراً فإنني أذهب إلى (صديق، نادي،...).					
62.	ينتابني الشعور بالضيق تجاه الأعمال التي أنجزها لأنه يجب أن أقدم المزيد بغض النظر عما أنجزته.					
63.	لدي القدرة على تحديد أخطائي.					
64.	أبذل قصارى جهدي في المواقف المحزنة حتى أتجنب البكاء.					
65.	إحساسي الشديد بانفعالات الآخرين الحزينة يجعلني مشفقاً عليهم.					
66.	أحرص دائماً على تكوين علاقات ناجحة مع الآخرين.					
67.	أقدر أسوأ العقبات الممكنة قبل الشروع في أي عمل.					

الرقم	العسيرة	تطبيق على تماماً	تطبيق على كثيراً	تطبيق على أحياناً	تطبيق على قليلاً	لا تطبيق على إطلاقاً
.68	أحاول دائماً الاتصال بأفراد الجماعة.					
.69	أفعل ما يتوقعه الناس مني مهما كلفني ذلك من جهد .					
.70	أستطيع التحدث أمام حشد من الناس.					
.71	عندما أشعر بالضيق فإنني أشغل نفسي في عمل أفضله.					
.72	بصفتي زملائي بأنني طموح جداً .					
.73	تعتمد السعادة من وجهة نظري على الأفراد المحيطين بالشخص .					
.74	استطيع السيطرة على انفعالاتي بعد أي موقف محزن.					
.75	أشجع التغيير في سلوكيات الجماعة ولو كان بسيطاً .					
.76	أشعر في كثير من الأحيان بثقة الآخرين.					
.77	أمدح الآخرين عندما يستحقون ذلك.					
.78	عندما أشعر بالضيق فإنني أعرف سببه.					
.79	أشعر بالارتياح تجاه الناس المتقائلين.					
.80	إحساسي الشديد بالأطفال المحتاجين يجعلني مشغفاً عنهم.					