مدى قدرة مقياس بارون لقوة الأنا على التنبؤ بنجاح العلاج النفسي

علاء الدين كفافي*

* حصل على دكتوراه الفلسفة في التربية (صحة نفسية) من جامعة الأزهر، بمرتبة الشرف الأولى، عام ١٩٧٩ م .
يعمل أستاذاً مساعداً بقسم الصحة النفسية في جامعة قطر.

الملخص

تهدف هذه الدراسة إلى اختبار قدرة مقياس بارون لقوة الأنا على التنبؤ بالاستجابة للعلاج النفسي . ومشكلة التنبؤ من المشكلات الهامة في المجال الكلينيكي . وهي مرتبطة ارتباطا وثيقا بمشكلات الفحص والتشخيص والعلاج . وقد عرض الباحث لمفهوم التنبؤ في المجال الكلينيكي ، وعرض بصفة خاصة لنوعي التنبؤ : **النوع الأول** وهو التنبؤ الكلينيكي الذي يعتمد على الحس الكلينيكي للمعالج ، وعلى المعطيات التي يحصل عليها من المقابلات التي يجريها مع المريض ومع أقاربه . **والنوع الثاني** ، وهو التنبؤ الإحصائي ، ويعتمد على استخدام الاختبارات والمقاييس . ويقارن كثير من الباحثين بين هذين النوعين من التنبؤ في ضوء نقاط القوة ونقاط الضعف في كل منهما ، ولكن الباحث يرى أن التنبؤ الدقيق يجب أن يعتمد على كلا النوعين .

ومقياس بارون لقوة الأنا من أشهر المقاييس المستخدمة في مجال التنبؤ بنجاح العلاج النفسي . وهو مقياس مشتق من اختبار منيسوتا المتعدد الأوجه للشخصية . وله وظيفتان : **الأولى** ، قياس قوة الأنا كمتغير سيكولوجي عند الأسوياء وغير الأسوياء ، ويستطيع بناء على التقديرات أن يميِّز بين هؤلاء وهؤلاء ، وهي مهمة تشخيصية . **والثانية** ، وهي إمكانية التنبؤ ، بناء على تقدير قوة الأنا الكامنة في الشخصية ، بنجاح العلاج النفسي ، وهي مهمة التنبؤ بمآل المرض .

ولكي يختبر الباحث مهمة المقياس التنبؤية فقد حصل على تقديرين على المقياس لأربعين مفحوصا من العصابيين من نزلاء المستشفيات العامة والخاصة أو المترددين على العيادات الخارجية بالقاهرة . وكان التقدير الأول قبل بداية العلاج ، أما التقدير الثاني فكان بعد العلاج . كما حصل الباحث على نسبة لتحسن المريض بعد فترة من العلاج من المعالج .

وقد حسب الباحث معامل الارتباط بين الدرجة على المقياس في كل من التطبيق الأول والثاني ، ونسبة التحسن كما قدّرها المعالج ، وكان المعاملان مرتفعين (٧٧ر ، ٨١ر) . كما حسب الباحث معامل الارتباط بين نسبة التحسن (المعالج) ودرجة التحسن (المقياس ـ محسوبة بالفرق بين التطبيقين الأول والثاني) ، ووصل معامل الارتباط إلى ٥١ر٠ ، كذلك قسّم الباحث مجموعة المرضى إلى مجموعتين فرعيتين حسب نسبة التحسن (المعالج) ، مجموعة تحسنت كثيراً والأخرى لم تتحسن كثيرا . ووجد أن المجموعة التي تحسنت قد فاقت في تقديراتها ـ على المقياس ـ المجموعة الأخرى بفرق دال . (في التطبيق الأول كانت قيمة ت ٩ر٤٦ وهي دالة فيما بعد ٠٠١ر ، وفي التطبيق الثاني كانت قيمة ت ١٢ر٧٥ وهي دالة فيما بعد ٠٠١ر) .

وقد بيّنت هذه النتائج قدرة مقياس بارون لقوة الأنا على التنبؤ بنجاح العلاج النفسي في المجتمع المصري . وبعد ذلك عمد الباحث إلى تحليل فقرات المقياس لتبين قدرة كل فقرة على حدة في التنبؤ ، واتّضح أنّ (٢٢) فقرة كانت دالة في التمييز بين المجموعتين الفرعيتين .

مفهوم التنبؤ

للتنبـؤ عدة معـان ، أوعدة جوانب ، فهـويشير في أحد جوانبه إلى تحديد مدة الشفاء ، بمعنى المدة التي يستغرقها المريض حتى يتخلص من أعراضه الأساسية ، ويصير إلى درجة معقولة ومقبولة من الاتـزان تسـاعـده على التكيّف . ومن جوانبه أيضا تحديد مدى كفاءة العلاج ، أونسبة الشفاء بمعنى تحديـد درجـة السـواء في سلوك المـريض ، وفي شخصيتـه بعد العلاج ، بما يترتب عليه احتمال حدوث الانتكـاس أم لا . ومن جوانب التنبـؤ أيضـا تحديـد درجـة استجابة المريض لأساليب علاجية معينة ، وعـدم استجـابتـه لأسـاليب أخـرى . وعلى ذلـك تؤثـر عملية التنبؤ في تحديد نوع العلاج المناسب . وهـكـذا نرى أن الـتـنـبـؤ يتـعـلق باحـتـمالات تطـور المـرض بصـفـة عامـة .

وتـرتبـط عمليـة التنبؤ بعمليات الفحص والتشخيص والعلاج ، حيث يصعب الفصل بين هذه العمليـات الأربـع . وهي وإن كانت تحدث متتـابعة ، إلا أنها متداخلة ومرتبطة بعضها ببعض ارتباطا وثيقا ، حتى لتكاد أن تكون أوجهاً متباينة لعملية واحدة . إلا أن الفحص يمتد من حاضر المريض إلى ماضيـه ، بينـما ينصب التشخيص على حاضـر المريض . ومن ناحية أخرى ، إذا كان العلاج يبدأ من الحاضـر ليغير في المستقبل ، فإن التنبؤ يتعلق بالدرجة الأولى بالمستقبل معتمدا على معطيات الحاضر والماضي .

وإذا اعتمـد التنبـؤ على معلومـات شاملة وصحيحـة فإنـه يكون دقيقا ، ويمكن بذلك التحقق بدرجة كبيرة من الدقة من «مآل المرض» (Prognosis) . ومن تناول الحالات الفردية اتضح أن المآل يكون أفضل ، بمعنى أن نتيجة العلاج تكون أكثر إيجابية ، في الحالات الآتية :

— عندما تكون نشأة المرض نشأة حادة مفاجئة (Acute) وليست بطيئة متدرجة (Chronic) .
— عنـدمـا لا يوجـد للمريض تاريخ مرضي في الأسرة ، أي عندما لا تكون الوراثة عاملا مهما بدرجة واضحة في نشأة المرض .
— إذا كانت صحة المريض الجسمية قبل المرض حسنة .
— إذا كان العلاج قد بدأ في الوقت المناسب ولم يتأخر كثيرا .
— إذا كان المريض راغبا في الشفاء وحريصا عليه ، حيث يدفعه ذلك إلى التعاون والتجاوب بصدق مع المعالج .
— إذا كانت بيئـة المـريض تقـدم الـرعـايـة النفسية والاجتماعية المناسبة ، وإلا تكون هي من أسباب المرض الأساسية .

أسس التنبؤ

ويصنف التنبـؤ إلى نوعـين حسب الأسس التي يقـوم عليها . النوع الأول هو الذي يعتمد على «الحس الكلينيكي» (Clinical Sense) للمعالج ، والذي يقوم بدوره على معطيات متعلقة بالمريض

وبيئتـه وعـلاقتـه بهذه البيئـة . أمـا النوع الثاني فهو الذي يعتمد على الاختبارات والمقاييس النفسية . ويطلق على النوع الأول «التنبؤ الكلينيكي» Clinical Prediction كما يطلق على النوع الثاني «التنبؤ الإحصائي» Statistical Prediction .

أ- التنبؤ الكلينيكي

أما في التنبؤ الكلينيكي فإن المعالج يبنى تنبؤه على ثلاثة جوانب ، وإن كانت متداخلة ، وهي الفرد ، والبيئة ، وعلاقة كل منهما بالآخر .

ففيما يتعلق بالجانب الأول ، وهو الفرد ، فهناك البيانات الخاصة بالعمر والذكاء والتعليم والحالة الجسمية والدافعية للعلاج . فالعمر متغير له أهميته في العلاج النفسي من ناحية تقرير نوعية العلاج ، والأساليب التي تناسب كل سن ، خاصة وأن هناك أساليب لا تناسب الأفراد الذين شارفوا على نهاية الحلقة الخامسة من العمر ، كأساليب التحليل النفسي . علاوة على أن أية أساليب علاجية تحتاج إلى قدرة على إحـداث التغيـير في السلوك . وكلما زاد السن قلّت قدرة الفـرد على إحـداث هذا التغيـير . ولهذا فالتنبؤ يكون أكثر إيجابية كلما صغر السن .

ومـا ينطبق على العمـر ينطبق على كل من الـذكاء والتعليم ، وإن كان بصورة معكوسة . فكلما ارتقى مستوى التعليم وزادت درجة الذكاء كان التنبؤ بنجاح العلاج أكثر دقة وواقعية . لأن توافر هذه العوامل بدرجة عالية يمكّن الفرد من الاستجابة الطيبة للعلاج ، الذي يقوم في جزء منه على التواصل اللغـوي ، واستبصـار المـريض بحـالته . كذلك من العوامل الهامّة في التنبؤ ، الخاصة بالفرد ، حالته الجسميـة قبـل المـرض . فمـما لا شك فيـه أن من كان يتمتع بصحة جسمية جيدة يكون احتمال شفاؤه أسرع وأضمن بعكس معتلّي الصحة الجسمية ، الذين يصعب عليهم مقاومة الأعراض النفسية ، بل إن بعضهم يحقق مكاسب من هذه الأعراض ، هو في حاجة إليها .

وترتبط بهذا الأمر الأخير دافعية المريض للعلاج . فالمعالجون يقدمون ملاحظات كثيرة ، تشير إلى أن بعض المـرضى يتشبثـون بأعـراضهم ، رغم إعـلانهم عن رغبتهم في الشفاء ، والتماسهم له من تلقـاء أنفسهم . وهـذا يعني أن المـريض لا يريـد أن يضحّي ، أو يتنـازل عن المكـاسب التي يحققها له المرض ، وهو ما يعيق تقدم العلاج .

أما ما يتعلق بالجانب الثاني في التنبؤ الكلينيكي ، فهو البيئة ، والبيئة عامل هام في التنبؤ بنجاح العلاج النفسي . حتى ان كثيرا من العلماء يعتبرون البيئة ـ خاصة البيئة الأسرية ـ هي المصدر الأول للاضطـراب النفسي . ويـذهب هؤلاء إلى أن المـريض هو الأسرة ، بحكم تكوينها ونشأتها ، وطبيعة العـلاقـات بين أفـرادهـا . وانهـا تعبر عن انحرافها ومرضها ، من خلال أحد أعضاء الأسرة ، والذي يكـون أضعف الحلقـات فيهـا ، ألا وهـو المـريض (كفـافي ، ١٩٨٤ ، ١١٧) . وعلى كل حال فإن المـريض بعـد العـلاج يرتد إلى بيئته ، فإذا كانت غير مهيأة لتمنح المريض في فترة نقاهته الحب والأمن

والتقبّل ، في الحدود المعقولة ، وبدون تطرف أو مغالاة ، فإن انتكاس المريض سيكون الاحتمال الأكبر . وبالتالي فإن للكلينيكي في ضوء معرفته بظروف المريض البيئية أن يتنبأ ، بدرجة لا بأس بها من لثقة ، بمآل المرض .

أما الجانب الثالث الذي يعتمد عليه التنبؤ الكلينيكي فهو العلاقة بين المريض وبيئته ، والمعروف أن المريض ، كغيره من الأسوياء ، يسلك في بيئته ، على أساس ما يتوقعه من المحيطين به والمتعاملين معه ، وعلى أساس ما يعتقد أن البيئة تتوقع منه وتنتظر . وفي حالات كثير من المرضى ينشأ لديهم ، ما يسمى «بالعلاقة التكافلية» (Symbotic Relations) وهي العلاقة التي توحي بأن الروابط العاطفية الباكرة بين المريض ووالديه لم تفّض بعد ، وما يزال المريض متعلقا بهما أو بأحدهما بصورة غير سوّية . ومن أشهر صور العلاقات الأسرية غير السوّية بين الطفل ووالديه ، ما يحدث بين الابن الذكر ووالدته من علاقات يطلق عليها «موقف الرابطة المزدوجة» (Double-Bind Situation) وفي هذا الموقف تطلب الأم من طفلها مطلبين متناقضين :

— **مطلباً عاطفياً بأن يبقى فاقد الحيلة ، ضعيفا ، وهو ما يحدث بأساليب وطرق بعيدة عن الوعي والشعور ، فهو مطلب غير لفظي ، ولكنه ملّح .**
— **مطلباً لفظياً صريحاً بأن يصبح شخصا ناضجا .**

«وتتصف الأم بالقلق والهم الزائد ، والتمركز الشديد حول الطفل المريض ، وهو ما يعكس مشاعرها الخاصة والحقيقية بعدم التكيّف . ومشاعر عدم التكيف هذه عند الأم ، سوف تلاحق الابن طوال حياته» . (كفافي ، ١٩٨٤ ، ١١٨) .

وأحيانا ما تعطل البيئة أو تؤخر عملية العلاج على نحو أكثر وضوحا وتعزيزا ، لمكاسب المريض من المرض ، بحيث يصعب على المريض أن يتخلى عن هذه المكاسب . ويحدث هذا عندما يتلقى المريض تعويضا ماديا أو غير مادي عن مرضه ، حيث تعوق هذه المكافآت عملية الشفاء .

ويتخذ المعالج أحيانا ، في ضوء دراسته لطبيعة العلاقة بين المريض وبيئته ، بعض القرارات المتعلقة بإمكانية إبعاد المريض عن منزله أثناء العلاج ، وفي فترة النقاهة ، أو المتعلقة بتوجيه الوالدين وإرشادهما ، أو تنظيم زيارات أفراد الأسرة والأقارب إلى المريض على نحو لا يؤثر سلبيا في العلاج .

ب ـ التنبؤ الاحصائي

وأما التنبؤ الإحصائي فيعتمد على الاختبارات والمقاييس . ويرتبط التنبؤ في هذا النمط ارتباطا كبيرا بالتشخيص ، حتى انه ليصعب فصل العمليتين الواحدة عن الأخرى . لأن الاختبار يؤدي الوظيفتين معا .

ومن صور التنبؤ الإحصائي استخدام اختبارات التفكير التجريدي لتحديد درجة التدهور العقلي عند المرضى العقليين ، ومعرفة ما إذا كانت هناك إصابات مخيّة أم لا ؟ ووقوف المعالج على مدى التدهور العقلي ، وتحققه من وجود إصابات مخيّة أوعدم وجودها يجعل التنبؤ بمآل المرض أكثر دقة . حتى ان التقدم في الأداء على اختبارات التفكير التجريدي يعتبر مؤشراً لتحسن المريض .

ومن أهم الاختبارات التي لها دلالات كلينيكية وتنبؤية ، الاختبارات الاسقاطية ، وفي مقدمتها بقع الحبر لرورشاخ واختبار تفهم الموضوع ، حيث تتعدى وظيفة هذه الاختبارات مجرد الوصف إلى التشخيص وفهم العمليات الفكرية ، والديناميات الكامنة وراء الاستجابات ، بل ويمكن التنبؤ بناء على معرفة هذه العمليات . وبدون الدخول في التفاصيل ـ التي لا تناسب هذا المقام ـ فإن صدمة اللون في الاستجابات لبقع الحبر في الرورشاخ تشير إلى اضطرابات عصابية وذهانية . وهناك صدمة التظليل التي تشير إلى اضطرابات أقل شدة وأقل خطورة من اضطرابات صدمة اللون . أما استجابات اللون السالب فتشير إلى عنف الصراع الداخلي الذي يعاني منه المفحوص . كما يتميز الهستيريون بقلة استجابات الحركة الإنسانية ، وبغلبة استجابات اللون ، بعكس مرضى الفوبيا الذين تغلب على استجاباتهم الحركة البشرية . كما يتسم الوسواسيون القهريون بالتردد في الاستجابات ، ونقد الاستجابات التي يصدرونها . وعلى هذا اعتبر اختبار الرورشاخ مقياسا تشخيصيا جيدا لمختلف أشكال العصاب .

وقد وضع كلوبفر وزملاؤه مقياسا أسموه «مقياس رورشاخ لتقدير التنبؤ» . Rorschach Prognostic Rating Scale (R.P.R.S) ويعتمد من خلال استجابة المفحوص على اختبار الرورشاخ ـ على قياس بعض الوظائف الأساسية التي يقوم بها جهاز الأنا ، مثل اختبار الحدود ، والتكامل ، وتحقيق الذات ، والسيادة في مواقف الحياة العملية ، ويؤسس عليها تنبؤه بفاعلية العلاج النفسي . ويقوم المقياس على تقدير الجوانب الآتية في الاستجابة :

— استجابات الحركة الإنسانية .
— استجابات الحركة الحيوانية .
— استجابات الحركة غير الحيوانية .
— استجابات التظليل .
— استجابات اللون .
— مستوى الشكل .
— تقدير التنبؤ النهائي .

ولكل من هذه البنود الأساسية بنود فرعية كثيرة تساعد على استقصاء هذا الجانب في استجابة المفحوص .

(Klopfer, et.al, V.I, 1954, 688-699)

وقد استخلصت دلالات كلينيكية للفصام ولذهان الهوس والاكتئاب من اختبار الرورشاخ . ولا تقتصر قدرة الاختبار التشخيصية على الذهان الوظيفي ، بل تتعداها إلى حالات تلف المخ والصرع . وظهر أن المرضى الذين يعطون استجابات تكثر فيها الحركة (+ ح) والاستجابات الكلية (+ ك) واستجابات الشكل الجيد (+ ش) يتحسنون بنسبة أكبر من غيرهم ممن يعطون استجابات أقل في هذه الجوانب . وكشفت البحوث أيضا عن أن كل نوع من أنواع استجابات الحركة البشرية والحيوانية وغير الحية يميز تمييزا دالا بين الحالات العصابية التي تتحسن مع العلاج . وتلك التي لا تستجيب له .
(Klopfer, et.al. V II, 1954)

وكذلك فإن اختبار تفهم الموضوع يمدنا بمادة قيمة عن ديناميات شخصية المريض سواء من زاوية حاجاته الرئيسية ، أومن زاوية الصراعات ذات الدلالة لديه ، أومن زاوية نوعية القلق ، أومن الميكانيزمات الدفاعية التي يستخدمها في مواقفه التكيفية ، وكذلك العمليات الفكرية المتضمنة ودرجة تكامل الأنا أو قوته ، أي كفاءته للقيام بوظائفه للقيام في إحداث التوازن بين المبادىء والغرائز . والاخصائي الكلينيكي المتدرب على استخدام اختبار تفهم الموضوع يعرف له دلالات كلينيكية لكل من صور العصاب والذهان ، تتعلق بمحتوى القصص ، واللغة المستخدمة ، والتعامل مع التفاصيل الدقيقة التي تظهر في الصور ، ونوعية الاستجابة مع بطاقات الجنس والعدوان . وبناء على فهم ديناميات المرضى ، يمكن للأخصائي أن يتخذ من تحليله مؤشرات تنبؤية لمآل المرض .

جـ - المفاضلة بين التنبؤ الكلينيكي والتنبؤ الإحصائي

ويفاضل الباحثون بين هذين النوعين من التنبؤ . ويرى البعض أن استخدام المقاييس يمكّننا من التنبؤ بدّقة بمآل المرض ، ولا يجب عندئذ أن نعتمد على التنبؤ الكلينيكي الذي يجعل التنبؤ أمرا ذاتيا بدون ضوابط موضوعية «بل يعيد علم النفس إلى منهج المحاولة والخطأ» (مليكه ، ١٩٧٧ : ٦٢) في حين أن الاختبارات تمدّنا بمقياس دقيق وموضوعي عن جوانب هامة من شخصية المريض ودرجة اضطرابه ، وما إذا كان الاضطراب وظيفياً أوعضوياً ، وهوما يمكّن المعالج من أن يبني تنبؤه على أساس صحيح .

وفي المقابل يرى بعض العلماء أن الاختبارات في كثير من الحالات لا تقدم لنا أكثر مما تصل إليه الخبرة الكلينيكية المعتمدة على الفحص الشامل للمريض وبيئته . وعلى ذلك فإن الاخصائي ذا الحس الكلينيكي يمكنه من خلال المقابلة الشخصية أن ينتهي إلى تنبؤ دقيق أيضا .

والباحث يرى أن هذه المفاضلة بين نوعي التنبؤ غير مجدية للأسباب الآتية :

— ان المهارة والخبرة الكلينيكية ـ التي يعتمد عليها التنبؤ الكلينيكي ـ تختلف من معالج إلى آخر حسب إمكانياته العلمية والمهنية ، ونوعية تدريبه ، وطبيعة شخصيته . وبالتالي يمكن أن يختلف التنبؤ من معالج إلى آخر ، علاوة على أن الكلينيكي لا يكون هدفه عادة ، مجرد التنبؤ بمآل المرض ، وإنما يهدف إلى إحداث تغيير في حالة المريض .

— إن الاختبارات ـ التي يعتمد عليها التنبؤ الاحصائي ـ متباينة هي الأخرى في قدراتها التنبؤية ، وليست على درجة واحدة في هذه القدرة . وقد تختلف باختلاف الموقف الذي يحدث فيه التنبؤ . فالمقياس الذي له درجة عالية من الصدق التنبؤي في موقف معين ، قد لا يكون كذلك في موقف آخر .

— إذا كانت المقابلات مع المريض ومع أقاربه تمكن المعالج من الوقوف على بعض البيانات الخاصة به ، والتي لها أهميتها في التنبؤ ، فإن هناك جوانب أخرى لا يستطيع المعالج أن يعرفها بدقة كافية مهما بلغت خبرته ومهارته كالذكاء مثلا ، وكذلك قوة الأنا التي يعتمد عليها التنبؤ بدرجة كبيرة ، والتي تحتاج في قياسها إلى أدوات قياس مقننة كالاختبارات والمقاييس .

وعلى ذلك فإن الباحث يرى أنه على الرغم من أن خبرة المعالج ومهارته أداة هامة في التنبؤ بمآل المرض ، فإن هذا التنبؤ يجب أن يستند إلى تطبيق بعض الاختبارات . ومن ناحية أخرى فإن الاعتماد على نتائج الاختبارات وحدها لا يكفي ، بل قد يكون مضللا . ويترتب على ذلك أن التنبؤ الدقيق يجب أن يقوم على دراسة جيدة للمريض والمرض ، تتكامل فيها الجوانب الفسيولوجية والاجتماعية والسيكولوجية ، معتمدة على أساليب الدراسة المختلفة من مقابلات واختبارات .

ومن هذا المنطلق تقوم الدراسة الحالية ، التي تهدف إلى تقييم قدرة أحد المقاييس الأجنبية الشهيرة، التي وضعت بهدف التنبؤ بنجاح العلاج النفسي وذلك في المجتمع المصري . وهو «مقياس بارون لقوة الأنا» (Barron Ego Strength Scale) وسنورد فيما يلي تعريفا بالمقياس والأساس النظري الذي يقوم عليه ، ثم نتحدث عن إجراءات دراسة تقييمه كأداة للتنبؤ .

مقياس بارون لقوة الأنا

قوة الأنا Ego Strength من المفاهيم الرئيسية في المجال الكلينيكي ، ويشير هذا المفهوم إلى قدرة جهاز الأنا على القيام بوظائفه بكفاءة . كما يشير ضعف الأنا إلى عدم القدرة على القيام بهذه الوظائف بالدرجة المطلوبة لتحقيق التكيف الشخصي Personal Adjustment والتكيف الاجتماعي Social Adjustment للفرد .

وضعف الأنا هو الذي يعبر عنه «بالعصابية» Neuroticism وهي الصفة الغالبة في العصاب ، وهي التي تميز أشكال العصاب المختلفة عن غيرها من صور الاضطرابات . والعصابية ليست المرض النفسي ، ولكنها الاستعداد للمرض . أي أن صاحب الدرجة العالية في مقياس العصابية ـ وهو صاحب الدرجة المنخفضة في قوة الأنا ـ يكون أكثر عرضة للاضطراب النفسي من الآخرين ، إذا ما تعرض في حياته لعوامل بيئية ضاغطة .

ويتصف صاحب الدرجة العالية في مقاييس قوة الأنا ـ أو الدرجة المنخفضة في مقاييس العصابية ـ بالتحرر من الأعراض المرضية ، وبالقدرة على تحقيق درجة طيبة من التكيف في الوسط الذي يعيش فيه ، كما أنه يتصف بدرجة عالية من التحكم في الذات . ويحسن استخدام مهاراته وقدراته إلى أقصى حد ممكن . ويستطيع أن يواجه الضغوط التي يتعرض لها ، سواء أكانت ضغوطا داخلية أم ضغوطا خارجية . وفي المقابل فإن أصحاب الدرجة المنخفضة في مقاييس قوة الأنا يتميزون بنقص القدرة على ضبط الذات ، وعدم الكفاءة في التعامل مع البيئة الفيزيقية أو الاجتماعية ، وعدم القدرة على الاستفادة من إمكانياتهم وقدراتهم ، وسيادة مشاعر الذنب والإثم ، والتقدير المنخفض للذات . ولذلك يستخدم مفهوم قوة الأنا باعتباره مؤشرا على الثبات الانفعالي .

ويتضح مما سبق أن العلاقة وثيقة جدا بين مفهوم قوة الأنا ومفهوم الصحة النفسية . فقوه الأنا هي محور الصحة النفسية ، فمعظم تعريفات الصحة النفسية تدور حول قوة الأنا ، وقدرته على القيام بوظائفه المختلفة ، ويستخدم مصطلح «قوة الأنا» أحيانا كبديل أو مرادف لمصطلح «الصحة النفسية» (Mental Hygeine) لأن كلا المصطلحين يشير إلى عمليات واحدة ، أو بمعنى أدق فإن الصحة النفسية هي محصلة أو نتيجة لقوة الأنا (كفافي ، ١٩٨٤) .

ويمكن القول بأن مفهوم الأنا يتضمن مجموع الوظائف الشعورية التي يقوم بها الفرد في سبيل إشباع حاجاته ، وتحقيق تكيفه ويحدد بيللاك وظائف الأنا الأساسية كالآتي :

١ ـ اختبار الواقع .
٢ ـ الحكم .
٣ ـ الإحساس بالواقع الخارجي .
٤ ـ تنظيم الدوافع والانفعالات والتحكم فيها .
٥ ـ العلاقة بالآخر .
٦ ـ عملية التفكير .
٧ ـ النكوص التكّيفي في خدمة الذات .
٨ ـ الوظيفة الدفاعية .
٩ ـ حاجز المثيرات (المقاومة) .
١٠ ـ الوظيفة الذاتية .
١١ ـ الوظيفة التركيبية التكاملية .
١٢ ـ التفوق والاقتدار .

(Bellak, 1973, 150 - 170)

ويتضح من استعراض الوظائف السابقة ، انها تشمل العمليات وأساليب السلوك التي تؤدي إلى الصحة النفسية . وعلى ذلك فإن من يستطيع الأنا لديه أن يقوم ـ بدرجة كافية ـ بهذه الوظائف فهو الذي يحوز قسطا لا بأس به من الصحة النفسية .

وقد اهتم كثير من العلماء بوضع مقاييس لقياس قدرة الأنا على القيام بهذه الوظائف مثل مقاييس جيلفورد (Guilford) وايزنك (Eysenck) وكاتل (Cattell) وتيلور (Taylor) . ولكن يلاحظ أن معظم هذه المقاييس ركزت على الفشل في القيام بهذه الوظائف أوعلى القطب السلبي من بعد العصابية ـ قوة الأنا . على أساس أن السلوك المرضي يمكن ملاحظته بسهولة وقياسه بدقة نسبية ، وبالتالي يسهل الحكم عليه باللاسوّية . ومما لا شك فيه أن الحكم باللاسوّية أسهل وأدق في علم النفس من الحكم بالسوّية ، حيث يمكن أن نتصور حكما باللاسوّية على فرد بناء على سلوك أو مجموعة أساليب سلوكية قليلة تصدر عنه، غير متناسبة مع الموقف ، ولكننا لا نستطيع أن نحكم بالسواء على فرد ، بناء على سلوك أو مجموعة أساليب سلوكية قليلة تصدر عنه متناسبة مع الموقف .

ولكن بعض المقاييس حاولت قياس مدى قيام الأنا بوظائفه من الزاوية الإيجابية أو السوّية . ومن أشهر هذه المقاييس مقياس بارون لقوة الأنا . وقد اشتقّه فرانك بارون (Frank Barron) من اختبار منيسوتا المتعدد الأوجه للشخصية (MMPI) .

وقد وضع بارون مقياسه على أساس ان العصاب هو التفاعل بين العصابية ـ وهي الاستعداد للعصاب ـ وبين المواقف العصبية الضاغطة . بمعنى انه كلما زاد نصيب الفرد من العصابية ، كانت كمية الضغوط اللازمة لإحداث العصاب لديه قليلة ، والعكس صحيح ، فأصحاب التقديرات المنخفضة في العصابية ـ وهم أصحاب التقديرات المرتفعة في قوة الأنا ـ لا يصابون بالعصاب إلا اذا تعرضوا إلى ظروف بالغة العنف . وإذا كان صاحب الدرجة العالية من قوة الأنا قد يصاب بالعصاب فإن رصيده من قوة الأنا يساعده على التحسن والشفاء بسرعة .

ويصنف بارون عبارات المقياس إلى فئات حسب التجانس السيكولوجي كالآتي :

— الوظائف الجسمية والثبات الفسيولوجي
Physical Functioning and Physiological Stability
— الضعف (السيكاستينيا) والعزلة
Pychasthenia and Seclusiveness
— الاتجاه نحو الدين
Attitudes Towards Religion
— الوضع الخلقي
Moral Posture
— الإحساس بالواقع
Sense of Reality
— الكفاية الشخصية والقدرة على التصرف
Personal Adeauacy
— الفوبيات وقلق الطفولة
Phobias, Infantile Anieties
— متنوعات
Miscellaneaus
(Barron , 1953 : 328)

ولمقياس بارون لقوة الأنا مهمتان رئيسيتان ، الأولى هي قياس قوة الأنا ، أي قدرته على القيام بوظائفه ، أو قوة الأنا كمتغير سيكولوجي عند الأسوياء وغير الأسوياء جميعا . أي أن المقياس يمكن ان يستخدم لتحديد درجة قوة الأنا عند الأسوياء ، كما يمكن استخدامه كأداة في التمييز بين الأسوياء وغير الأسـوياء أي مهمـة التشخيص (Diagnosis) . والمهمـة الثانية هي التنبؤ بنجاح العلاج النفسي ، حيث يمكن الـوقـوف ـ من خلال درجـة المـريض على المقيـاس ـ على مدى فاعليـة العلاج وجدواه ، وذلـك بنـاء على قيـاس قوة الأنـا المتـوافرة عند المريض . وكلما ارتفعت درجة المريض على المقياس زاد احتمال شفائه ، وقصرت مدة علاجه .

وقـد سبق أن طبق البـاحث مقيـاس بارون لقـوة الأنـا في البيئـة المصـريـة ، وأهتم بالتحقق من صلاحية المقياس في القيام بالمهمة الأولى وهي قياس قوة الأنا كمتغير سيكولوجي (كفافي ، ١٩٨٢) ، كما تحقق من قدرة المقياس على التمييز الكلينيكي بين الأسوياء وغير الأسوياء (كفافي ، ١٩٨٦) ، أما المهمة الثانية والخاصة بالقدرة على التنبؤ بنجاح العلاج النفسي ، فهي الهدف الأساسي لهذه الدراسة .

فروض الدراسة

تهدف الدراسة إلى التحقق من صحة فرضين محدّدين وهما :

الفرض الأول

مقياس بارون لقوة الأنا أداة جيدة للتنبؤ بمآل المرض .

الفرض الثاني

فقـرات مقيـاس بارون لقـوة الأنـا التي يثبت أن لها قدرة على التنبؤ بمآل المـرض يكون لها ، في معظم الحالات ، قدرة على التمييز الكلينيكي .

* والفـرض الأول يعني أن المقيـاس يقـوم بوظيفـة التنبؤ بنسبـة احتمال الشفاء بدرجة طيبة من الثبات والصـدق . ويعني الفـرض الثـاني أن الفقـرات التي تكـون دالّـة في وظيفـة التنبؤ تكـون في معظم الحالات دالة أيضا في وظيفة التمييز الكلينيكي اي التمييز بين الأسوياء وغير الأسوياء .

* والأساس النظري الذي يعتمد عليه هذان الفرضان هوما سبق أن ذكرناه من أن مقياس بارون لقوة الأنـا قد بني على أسـاس أن العصـاب يحدث نتيجـة للتفـاعـل بين العصـابيـة من ناحية والمواقف الضـاغطـة من ناحيـة أخـرى . وتكـون العصـابيـة هنـا بمثـابة العامل المهيىء بينما تلعب المواقف الضاغطة دور العامل المعجل .

* فأصحاب الدرجة المنخفضة في مقاييس قوة الأنا لديهم قدر كبير من العصابية وبالتالي فإن قدرا متوسطا من الضغوط والتوترات تكفي لظهور الأعراض المرضية لديهم . بعكس أصحاب الدرجة المرتفعة في هذه المقاييس ، فإنهم لا يصابون بالعصاب إلا إذا تعرضوا لقدر كبير جدا من الضغوط والتوترات ، وحتى إذا أصيبوا بالمرض فإنهم يتحسنون بسرعة ويستردون صحتهم ، وذلك بفضل رصيدهم من قوة الأنا .

عيّنة الدراسة

تكونت عينة الدراسة من أربعين (٤٠) مفحوصا من العصابيين ، الذين راحوا يلتمسون العلاج النفسي في العيادات الخارجية أو المستشفيات العامة بالقاهرة ، ويمثلون المجموعة الكلينيكية . كما شملت العينة أربعين (٤٠) من المفحوصين المفترض فيهم السواء ، وهم أفراد المجموعة الضابطة ، ولم يسبق لأحد منهم أن تلقى علاجا نفسيا أو شكا من أية أعراض نفسية . وقد اختير أفراد المجموعة الضابطة على أساس المزاوجة بينهم وبين أفراد المجموعة الكلينيكية فردا لفرد في متغيرات الجنس والسن والعمل (بما يتضمنه العمل بصفة عامة من مؤشرات للمستوى التعليمي) . وكان تشخيص المجموعة الاكلينيكية كالآتي :

— قلق وأعراض عصابية أخرى (٩) .
— اكتئاب (٧)
— وسواس قهري (٥)
— هستيريا (١٤)
— توهم المرض (٢)
— فوبيات واضطرابات سلوكية (٣)

وفي الجدول رقم (١) البيانات الخاصة بالجنس والعمل للمجموعتين الكلينيكية والضابطة .

جدول رقم (١)
البيانات الخاصة بالجنس والعمل لأفراد عينة الدراسة (كلينيكية وضابطة)

أفراد العيّنة	ذكور	إناث	مجموع
ـ طلبة (مرحلة ثانوية وجامعية)	٨	٩	١٧
ـ أعمال حرّة وحرفيون[١]	٧	—	٧
ـ موظفون كتابيون وأعمال فنية مساعدة[٢]	٣	٥	٨
ـ مهنيون[٣]	٥	—	٥
ـ ربّات بيوت	—	٣	٣
المجموع	٢٣	١٧	٤٠

أمـا العمـر ، فكـان متوسط المجموعة الكلينيكية ٤٢ر٢٥ عاما بانحراف معياري قدره ٩٩ر٩ ، بينما بلغ متوسط عمر المجموعة الضابطة ١٧ر٢٨ بانحراف معياري قدره ٧٨ر٦ . ولم تكن قيمة ت بين المتوسطين ذات دلالة .

منهج الدراسة

طبق مقياس قوة الأنا على عدد كبير من العصابيين من المترددين للعلاج على بعض العيادات الخـاصـة والعيـادات الخارجية في المستشفيات العامة للصحة النفسية بالقاهرة ، وقد طبّق المقياس على كل مريض مرتـين . المـرة الأولى قبل بداية العلاج وبعد المقابلة التشخيصية الأولى . والمرة الثانية عند الاستشـارة . وقـد تراوحت المـدة التي يحضـر فيها المريض للاستشارة بين ١٥ ـ ٣٠ يوما . وبعد مقابلة الطبيب المعـالـج للمـريض في زيـارة الاستشارة كان يطلب من المعالج أن يحدد نسبة تحسن المريض عن طريق تقدير نسبة مئوية لهذا التحسن . وكانت نسبة التحسن تتحدد على أساسين : الأول ، هوخبرة المعالج الشخصية ، والثاني ، هو وظائف الأنا كما حدّدها بلاك . وقد أطْلع الباحث الأطباء المعالجين على قائمـة بالإثنتى عشـرة وظيفـة السـابقـة الإشارة إليها في بداية البحث . وقد أراد الباحث أن يحدد الأطباء المعالجون نسبة التحسّن حسب وظائف محددة للأنا ، حتى يوجد أساسا مشتركا لتقدير المعالجين لأنه لم يكن في الإمكان الحصول على أفراد العينة من مصدر طبي واحد أو من معالج واحد .

وكـانت مصـادر البـاحث في الحصول على الحالات الكلينيكية مصادر سيكاترية . وكان العلاج يتم حسب مختلف الأسـاليب المعتمـدة على التـواصـل اللغوي بجانب العقاقير . ولم يكن في الإمكان تصنيف هذه الأساليب أو نسبة أساليب محددة إلى معالج معين .

وقـد استطـاع البـاحث أن يوفـر هذه البيـانـات لأربعـين من المفحـوصـين العصابيين وهم أفراد المجمـوعـة الكلينيكيـة ، التي استخـدمت ايضـا في دراسـة سابقـة لتقنـين صدق التمييـز الكلينيكي للمقياس . وقد تمت الدراسة السابقة على درجات المفحوصين في التطبيق الأول بعد العلاج .

ولكي يتحقق البـاحث من صحـة الفرضين اللذين افترضهما ، واللذين قامت الدراسة حولهما ، فإنه قام بالعمليات الآتية :

١ ـ حساب معامل الارتباط بين درجة المفحوصين في التطبيق الأول (قبل العلاج) ونسبة التحسن كما حدّدها الطبيب المعالج .

٢ ـ حسـاب معـامـل الارتبـاط بين درجة المفحوص في التطبيق الثاني (بعد العلاج) ونسبة التحسن كما حدّدها الطبيب المعالج .

٣ ـ حساب معامل الارتباط بين نسبة التحسن كما حدّدها الطبيب المعالج ودرجة التحسن كما حددها المقياس (الفرق بين التطبيقين الأول والثاني) .

٤ ـ فحص العلاقة بين تقديرات المجموعة التي تحسنت تحسنا كبيرا على المقياس وتقديرات المجموعة التي لم تتحسن تحسنا كبيرا ، وذلك في التطبيقين الأول والثاني .

٥ ـ تحليل استجابات أفراد المجموعتين التي تحسنت كثيرا والتي لم تتحسن كثيرا (حسب تقديرات المعالج) لتتبين خاصية كل فقرة في قياس قدرة الأنا الكامنة عند المريض ، وبالتالي على التنبؤ بنجاح العلاج من حيث سرعته واكتماله .

النتائج

وكانت نتائج الخطوات السابقة كالآتي :

أولا : الارتباط بين الدرجة على المقياس (التطبيق الأول) ونسبة التحسن (المعالج)

إن الدرجة على المقياس ، كما سبق أن ذكرنا تشير إلى قوّة الأنا الكامنة عند المريض ، ولذلك فإننا نتوقع أنه إذا كانت درجة المريض قبل بداية العلاج مرتفعة ، فإن نسبة التحسن كما حددها الطبيب المعالج ، ستكون مرتفعة ، وعلى ذلك فإن الارتباط بين هذه الدرجة ونسبة التحسن ، بعد مرحلة من العلاج يعتبر محكا لصدق المقياس في القدرة على التنبؤ .

وقد حسب معامل الارتباط بين درجة التطبيق الأول ونسبة التحسن التي قدرها الأطباء المعالجون (وقد تراوحت هذه النسبة بين ٥٠٪ ـ ٩٠٪) فبلغ هذا المعامل ٧٧ر٠ ، وهومعامل لا بأس به ، ويعطي مؤشرا جيدا على قدرة المقياس على التنبؤ بالتحسن .

ثانيا : الارتباط بين الدرجة على المقياس (التطبيق الثاني) ونسبة التحسن (المعالج)

وقد حسب الباحث معامل الارتباط بين الدرجة على المقياس في التطبيق الثاني ونسبة التحسن كما حدّدها الطبيب المعالج . وإذا كان معامل الارتباط عاليا بين المقياس والمحّك (تقدير المعالج) فإن ذلك دعم للمقياس في قدرته على قياس قوة الأنا التي تكون قد تحسّنت بفعل العلاج . كما أن هذا الارتباط يكون تأكيدا لدقة تقدير نسبة التحسن . وقد بلغ معامل الارتباط بين تقديرات المفحوصين على المقياس (في التطبيق الثاني) ونسبة التحسن ٨١ر٠ وهو معامل مرتفع يدعم كلا من المقياس والمحّك . مع ملاحظة أن كلا التقديرين مستقل عن الآخر ، لأن المعالج لا يعلم شيئا عن تقديرات المريض في المقياس ، سواء في التطبيق الأول أو في التطبيق الثاني .

ثالثا : الارتباط بين نسبة التحسن (المعالج) ودرجة التحسن (المقياس)

إذا كانت تقديرات كل من المعالج والمقياس مؤشرا جيدا لدرجة التحسن فإن الباحث

فكّر في إيجاد العلاقة بين هذين المتغيرين . وقد حسبت درجة التحسن كما بيّنها المقياس بالفرق بين التطبيق في المرة الأولى والتطبيق في المرة الثانية . وقد تراوح هذا الفرق بين صفر ـ ٩ (درجات المفحوصين في الملحق) وحسب معامل الارتباط بين التحسن كما يقرره المعالج والتحسن كما يقرره المقياس . وبلغت قيمة هذا الارتباط ٥١ر وهي أقل من المعاملين السابقين ، ولكنه معامل معقول إذا أخذنا في اعتبارنا أن الفرق يكون كبيرا بين التطبيقين الأول والثاني (تحسن ـ المقياس) في حالة الأفراد الذين كانت درجاتهم منخفضة في التطبيق الأول . ويكون صغيرا نسبيا في حالة الأفراد الذين كانت درجاتهم مرتفعة نسبيا في التطبيق الأول . وهم الأفراد الذين يحصلون على نسبة تحسن عالية حسب الأساس النظري للمقياس .

رابعا : **الفرق بين الاستجابة على المقياس بين المجموعتين ، التي تحسنت كثيرا ، والتي لم تتحسن كثيرا (التطبيقان الأول والثاني)**

ولكي يتأكد الباحث من قدرة المقياس على التنبؤ ، قسّم مجموعة أفراد الدراسة إلى مجموعتين ، مجموعة يمكن وصفها بأنها تحسنت كثيرا ، والمجموعة الأخرى ويمكن وصفها بأنها لم تتحسن كثيرا وذلك حسب تقديرات الطبيب المعالج لنسبة التحسن . والمجموعة التي تحسنت كثيرا هي التي حصل أفرادها على نسبة ٨٠٪ و ٩٠٪ كنسبة تحسن . أما المجموعة التي لم تتحسن كثيرا فهي التي حصل أفرادها على نسبة ٦٠٪ و٥٠٪ ، وقد استبعد الأفراد الذين بلغت نسبة تحسنهم ٧٠٪ مع ملاحظة أن نسبة التحسن تراوحت بين ٥٠٪ ـ ٩٠٪ . وبلغ عدد الأفراد في المجموعة الأولى (١٦) مفحوصا كما بلغ عدد الأفراد في المجموعة الثانية (١٦) مفحوصا . وكان عدد المستبعدين ثمانية وهم الحاصلون على نسبة تحسن ٧٠٪ .

وقد حسب الباحث قيمة ت بين متوسط أفراد المجموعتين التي تحسنت كثيرا والتي لم تتحسن كثيراً على المقياس ، لأن وصول قيمة ت إلى مستوى مقبول من الدلالة في هذه الحال يقطع بقدرة المقياس على التمييز بين من يتحسنون بسرعة وكفاءة والذين لا يتحسنون بنفس السرعة والكفاءة . وقد حسبت قيمة ت لأداء المجموعتين على المقياس في التطبيقين الأول والثاني . وفي الجدولين ٢ ، ٣ البيانات الخاصة بذلك .

جـــدول رقم (٢)
قيمة ت بين أداء المجموعتين التي تحسنت كثيرا
والتي لم تتحسن كثيرا على مقياس قـوة الأنـا
(التطبيق الأول)

المجموعة التي تحسنت كثيرا		المجموعة التي لم تتحسن كثيرا		قيمة ت	مستوى الدلالة
المتوسط	الانحراف المعياري	المتوسط	الانحراف المعياري		
٣٣ر٥٦	٤ر٦٤	٢٣ر٥٦	٤ر٧٠	٥ر٨٨	٠٠١ر

جـــدول رقم (٣)
قيمة ت بين أداء المجموعتين التي تحسنت كثيرا
والتي لم تتحسن كثيرا على مقياس قـوة الأنـا
(التطبيق الثاني)

المجموعة التي تحسنت كثيرا		المجموعة التي لم تتحسن كثيرا		قيمة ت	مستوى الدلالة
المتوسط	الانحراف المعياري	المتوسط	الانحراف المعياري		
٣٨ر٥٧	٤ر٥٤	٢٦ر٧٥	٣ر٥٩	٧ر٨٦	٠٠١ر

ويتضح من الجدولين السابقين أن درجات أفراد المجموعة التي تحسنت كثيرا (حسب تقدير المعالج) على المقياس كانت أعلى بكثير من درجات المجموعة التي لم تتحسن كثيرا سواء في التطبيق الأول أو في التطبيق الثاني . مما يؤكد قدرة المقياس على قياس كفاءة الأنا في القيام بوظائفه ، وعلى التنبؤ بسرعة الشفاء بناء على قياس هذه الكفاءة .

خامسا : تحليل الفقرات

وبعد التأكد من قدرة المقياس على التنبؤ بنجاح العلاج من خلال الإجراءات السابقة ، اتجه الباحث إلى تحليل الفقرات لتبين قدرة كل منها على الإسهام في هذه العملية ، أي قدرة كل فقرة على

أن تتنبأ بنجاح العلاج . وقد استخرج الباحث قيمة ت لأداء المفحوصين في المجموعتين التي تحسنت كثيرا والتي لم تتحسن كثيرا ، وذلك بالنسبة لكل فقرة ، وفي جدول رقم (٤) البيانات الخاصة بهذا التحليل ، وسنقتصر على إثبات الفقرات الدالة حتى مستوى ١٠ر٠ .

جدول رقم (٤)
قيمة ت لفقرات مقياس قوة الأنا بين المجموعات
التي تحسنت كثيرا والمجموعة التي لم تتحسن كثيرا

رقم الفقرة في المقياس	الفقرة	مفتاح التصحيح	المجموعة التي تحسنت كثيرا		المجموعة التي لم تتحسن كثيرا		قيمة ت	مستوى الدلالة
			المتوسط	الانحراف المعياري	المتوسط	الانحراف المعياري		
٣	في بعض الأحيان تنتابني نوبات من الضحك أو الصياح لا أستطيع التحكم فيها	لا	٨١ر	٣٩ر	٤٣ر	٤٩ر	٢ر٣٦	٠٥ر
٨	حيثما أكون مع الناس أسمع أشياء غريبة جدا تضايقني	لا	٥٠ر	٥٠ر	١٢ر	٣٣ر	٢ر٤٦	٠٥ر
٩	إن صحتي الجسمية حسنة مثل صحة معظم أصدقائي	نعم	٦٢ر	٤٨ر	٢٥ر	٤٣ر	٢ر٢٢	٠٥ر
١٠	كثيرا ما أشعر في بعض أجزاء جسمي بما يشبه التنميل أو التخدير أو الاحتراق .	لا	٥٠ر	٥٠ر	١٢ر	٣٣ر	٢ر٤٦	٠٥ر
١٣	أتردد على دور العبادة (المسجد أو الكنيسة) كل أسبوع تقريبا	نعم	٦٢ر	٤٨ر	٣١ر	٢٥ر	٢ر٢٣	٠٥ر
١٤	لقد واجهت مشكلات متعددة الحلول إلى درجة أنني لم أستطع أن أحزم رأيي بشأنها	لا	٥٠ر	٥٠ر	١٨ر	٣٩ر	١ر٩٦	١٠ر
٢٢	أشعر بالضعف معظم الأحيان	لا	١٨ر	٣٩ر	صفر	صفر	١ر٨٠	١٠ر
٢٥	أعتقد أن ذنوبي لن تغتفر	لا	٧٥ر	٤٣ر	٣١ر	٢٥ر	٣ر٤٣	٠٠١ر
٢٦	كثيرا ما أجد نفسي قلقا أو مهموما على شيء ما	لا	٣٧ر	٤٨ر	صفر	صفر	٣ر٠٠	٠٠١ر

٣٢	طريقتي في عمل الأشياء عرضة لأن يسيء فهمها الآخرون	لا	٤٣ر	٤٩ر	٠٦ر	٤٢ر	٢ر٢٢	٠٥ر
٣٣	تحدث لي بعض النوبات يتوقف فيها نشاطي ولا أعرف خلالها ما يدور حولي	لا	٨١ر	٣٩ر	٢٥ر	٤٣ر	٣ر٧٥	٠٠١ر
٣٤	يمكن أن أتعامل بود مع الأفراد الذين يأتون أعمالا اعتبرها خاطئة	نعم	٦٢ر	٤٨ر	٢٥ر	٤٣ر	٢ر٢٢	٠٥ر
٣٥	لو كنت فنانا لفضلت أن أرسم الزهور	لا	٣١ر	٢٥ر	٥٦ر	٤٩ر	١ر٧٦	١٠ر
٣٨	غالبا ما أعبر الطريق لكي أتحاشى مقابلة شخص ما	لا	٥٠ر	٥٠ر	١٨ر	٣٩ر	١ر٩٦	١٠ر
٣٩	لدي أفكار غريبة وعجيبة	لا	٦٨ر	٤٦ر	٣٧ر	٤٨ر	١ر٨١	١٠ر
٤١	أحيانا ما تتسلل بعض الأفكار التافهة إلى ذهني وتظل تضايقني لعدة أيام	لا	٥٠ر	٥٠ر	١٨ر	٣٩ر	١ر٩٦	١٠ر
٤٦	يلذ لي حقا أن أحرز سبقا على أحد في مجال تخصصه	نعم	٦٨ر	٤٦ر	٣٧ر	٤٩ر	١ر٧٩	١٠ر
٥٣	أخاف أن أجد نفسي في مكان صغير ضيق	لا	٦٨ر	٤٦ر	٢٥ر	٤٣ر	٢ر٦٥	٠٢ر
٥٧	يبدو أن جلدي حسّاس لدرجة غير عادية للمس	لا	٦٨ر	٤٨ر	٣٩ر	٢٥ر	٢ر٠٨	١٠ر٠
٥٨	أشعر بالتعب معظم الوقت	لا	٦٨ر	٤٦ر	١٢ر	٣٣ر	٣ر٨٣	٠٠١ر
٦١	أشعر أحيانا أنني على وشك أن أتناثر أجزاء	لا	٦٨ر	٤٦ر	٢٥ر	٤٣ر	٢ر٦٥	٠٢ر
٦٣	أحب كثيرا أن أمتطي ظهور الخيل	لا	٣٧ر	٤٨ر	٦٨ر	٤٦ر	١ر٨١	١٠ر

مناقشة النتائج

أولا : يظهر من نتائج الدراسة الحالية ، ومن نتائج دراسة سابقة عن قدرة مقياس بارون لقوة الآنا في التمييز الكلينيكي (كفافي ، ١٩٨٦) أنه يمكن تمييز المجموعات الست الآتية من فقرات المقياس ، من زاوية قدرتها على التمييز الكلينيكي والتنبؤ بمآل المرض :

المجموعة الأولى : الفقرات الدالة في وظيفة التمييز الكلينيكي ، (٤٤ فقرة مرتبة حسب مستوى دلالتها)

٢٢ - ٦٢ - ٣٠ - ٨ - ٦١ - ١ - ٣٢ - ٤ - ٤١ - ٥٨ - ١٠ - ٤٢ - ١٨ - ١٤ - ٢٦ - ٣٨ - ٣٣ - ٣٩ - ١٩ - ٥٥ - ٢١ - ٢٥ - ٢٠ - ٩ - ١٢ - ١١ - ٢٣ - ٥٩ - ٥٣ - ٥٠ - ٢٩ - ٣٧ - ٤٥ - ٧ - ٦٤ - ٦ - ٣ - ١٥ - ٤٦ - ٢٧ - ٢٨ - ٥ - ١٣ - ٣٦ .

المجموعة الثانية : الفقرات الدالة في وظيفة التنبؤ بآل المرض (٢٢ فقرة مرتبة حسب دلالتها)

٥٨ - ٣٣ - ٢٥ - ٢٦ - ٥٣ - ٦١ - ٨ - ١٠ - ٣ - ١٣ - ٩ - ٣٢ - ٣٤ - ٥٧ - ٣٨ - ٤١ - ١٤ - ٣٩ - ٦٣ - ٢٢ - ٤٦ - ٣٥ .

المجموعة الثالثة : الفقرات الدالة في كل من وظيفتي التمييز والتنبؤ : (١٨ فقرة)

٣ - ٨ - ٩ - ١٠ - ١٣ - ١٤ - ٢٢ - ٢٥ - ٢٦ - ٣٢ - ٣٣ - ٣٨ - ٣٩ - ٤١ - ٤٦ - ٥٣ - ٥٨ - ٦١ .

المجموعة الرابعة : الفقرات الدالة في وظيفة التمييز فقط (٢٦ فقرة لم تكن دالة في وظيفة التنبؤ) :

٦٢ - ٣٠ - ١ - ٤ - ٤٢ - ١٨ - ١٩ - ٥٥ - ٢١ - ٢٠ - ١٢ - ١١ - ٢٣ - ٥٩ - ٥٠ - ٢٩ - ٣٧ - ٤٥ - ٧ - ٦٤ - ٦ - ١٥ - ٢٧ - ٢٨ - ٥ - ٣٦ .

المجموعة الخامسة : الفقرات الدالة في وظيفة التنبؤ فقط (٤ فقرات لم تكن دالة في وظيفة التمييز)

٣٤ - ٣٥ - ٥٧ - ٦٣ .

المجموعة السادسة : الفقرات التي لم تكن دالة سواء في وظيفة التمييز أو وظيفة التنبؤ (١٦ فقرة)

٢ - ١٦ - ١٧ - ٢٤ - ٣١ - ٤٠ - ٤٣ - ٤٤ - ٤٧ - ٤٨ - ٤٩ - ٥١ - ٥٢ - ٥٤ - ٥٦ - ٦٠ .

ثانيا : يبدو من النتائج الحالية تحقق الفرضين اللذين قامت الدراسة على أساسهما ، وثبوت صحتهما . فبالنسبة للفرض الأول تبين أن المقياس أداة جيدة في مجال التنبؤ بآل المرض ، كما اتضح من معامل الارتباط المرتفع بين تنبؤ المقياس وتنبؤ المعالج ، وبين تنبؤ المقياس ونسبة التحسن التي حدثت بالفعل . كما تأكدت قدرة المقياس على القيام بوظيفة التنبؤ بكفاءة في

الفـروق الـدالـة بين المجموعة التي تحسنت بدرجة كبيرة والمجموعة التي تحسنت بقدر قليل من خلال أداء أفراد المجموعتين على المقياس .

وبالنسبة للفرض الثاني فقد ثبت صحته أيضا ، حيث ظهر أن معظم الفقرات الدالة في وظيفـة التنبؤ كانت دالـة أيضـا في وظيفة التمييز الكلينيكي . فمن بين (٢٢ فقرة) وصلت إلى مستوى الفقرات الدالة في مجال التنبؤ في الدراسة الحالية كانت (١٨) منها دالة في مجال التمييز طبقـا لنتـائـج الـدراسة السابقة ، أي بنسبة ٨٢٪ تقريبا ، وثبوت صحة الفرضين يؤكد صحة الأساس النظري الذي يعتمدان عليه ، وقد أشرنا إلى هذا الأساس عند ذكر هذين الفرضين .

ثالثا : اتضح من النتائج أن عدد الفقرات التي كانت دالة في وظيفة التمييز أكبر من عدد الفقرات التي كانت دالـة في وظيفـة التنبؤ (٦٨٪ مقـابـل ٣٤٪) وقـد كانت فقـرات التمييـز ضعف فقـرات التنبؤ . فكيف نفسر هذا الفرق الكبير .

إن الباحث يعتقد أن الفرق هنا يكمن في أن المقياس استوعب معظم الأعراض السلوكية التي تميـز الاضطـراب النفسي ، فكـانت هذه النسبـة المـرتفعة من الدلالة لوظيفة التمييز سواء بالنسبـة لعـدد الفقـرات أومستوى دلالتها بالقياس إلى فقرات التنبؤ . وفي المقابل فلم لم يكن متوقعا أن عدداً كبيراً مماثلا من فقرات المقياس يكون دالا في مجال التنبؤ ، لأن التنبؤ يفيد كما ذكـرنـا ، في الخلفيـة النظـريـة للدراسة ، على عوامل أخرى مثل طبيعة نشأة المرض (حادة أو متـدرجـة) والتاريخ المرضي والصحة الجسمية للمريض وتوقيت بدء العلاج ، ودافعية المريض للشفاء ، وعمره ومستوى تعليمه ولكن هذا لا يمنع أن المقياس ككل يستطيع أن يعطي مؤشرا جيدا لمآل المرض بناء على قدرته على قياس قوة الأنا الكامنة عند المريض .

وهذا الفرق بين عدد فقرات المقياس الدالة في مجال التمييز والدالة في مجال التنبؤ يؤكد الدعوة التي أثبتها الباحث في صدر الدراسة من أن التنبؤ الدقيق يجب أن يقوم على دراسة جيدة للمـــريض والمـــرض ، وأنـه لا يجب الاكتفـاء بالمقـابـلات فقـط في ظل التنبؤ الكلينيكي ، أو بالاختبـارات فقـط في ظل التنبؤ الإحصـائي . وإنما علينا أن نجمع بين الأسلوبين معا إذا أردنا تنبؤاً أقرب إلى الدقة .

رابعا : قد يثـور ـ بنـاء على نتـائـج الدراسة الحالية والدراسة السابقة ـ تساؤل يتعلق بالفقرات التي لم تكن دالة سواء في وظيفة التمييز أو في وظيفة التنبؤ هي فقرات المجموعة السادسة (١٦ فقرة) . فقـد تتبـادر إلى الـذهن فكـرة حذف هذه الفقـرات في الصـورة العـربيـة من المقياس . ولكن الباحث لا يرجّح هذه الفكرة ، لأن العينة التي استخدمت في الدراستين الحالية والسابقة لم تكن كبـيرة الحجم (ثـمانـين مفحوصا ، أربعين عصابيا ، وأربعين سويا) وكانت مقيدة بمنطقة معينة (مدينة القاهرة) . كما أن اتخاذ مثل هذا الإجراء يحتاج إلى أكثر من دراسة وفي بيئات أكثر تنوعا .

الملحق رقم (١)

مقيـــاس ق . أ .

إعداد : دكتور علاء الدين كفافي

الاسم	:	الجنس	:
العمر	:	المستوى الدراسي	:
العمل	:	تاريخ تطبيق المقياس	:
العنوان	:	الحالة الاجتماعية	:

تعليمـــات

هذه بعض العبارات التي تتعلق ببعض النواحي الشخصية . اقرأ كل عبارة وقرر إن كانت تنطبق عليـك تمامـا أو على وجـه التقريب، فضع علامة (صح) تحت كلمة (نعم) أمام العبارة . وإذا كانت لا تنطبق عليك تماما أو على وجه التقريب فضع علامة (صح) تحت كلمة (لا) أمام العبارة وليست هناك إجـابـة خاطئـة أو إجابة صحيحة وإنما هذه العبارات تمثل فكرتك عن نفسك . أجب عن كل الأسئلة، ولا تترك منها شيئا .

الملحق رقم (١)

	نعم	لا
١ — شهيتي جيدة للطعام	( )	( )
٢ — أصاب بالإسهال مرة أو أكثر كل شهر	( )	( )
٣ — في بعض الأحيان تنتابني نوبات من الضحك أو الصياح لا أستطيع التحكم فيها	( )	( )
٤ — أجد صعوبة في أن أحتفظ بذهني مركزا على موضوع أوعمـــل مـــا	( )	( )
٥ — لقد مرت بي خبرات غريبة وعجيبة	( )	( )
٦ — أصاب بنوبات الكحّة معظم الوقت	( )	( )
٧ — نادرا ما أقلق على صحتي	( )	( )

٨ — حينما أكون مع الناس أسمع أشياء غريبة جدا تضايقني	( )	( )	
٩ — إن صحتي الجسمية حسنة مثل صحة معظم أصدقائي	( )	( )	
١٠ — كثيرا ما أشعر في بعض أجزاء جسمي بما يشبه التنميل أو التخدير أو الاحتراق	( )	( )	
١١ — من السهل أن اغلب على أمري في المناقشة	( )	( )	
١٢ — أفعل أشياء كثيرة أندم عليها فيما بعد (أندم على عمل الأشياء أكثر بكثير مما يفعل الآخرون)	( )	( )	
١٣ — أتردد على دور العبادة (المسجد أو الكنيسة) كل أسبوع تقريبا	( )	( )	
١٤ - لقد واجهت مشكلات متعددة الحلول إلى درجة أنني لم أستطع أن أحزم رأيي بشأنها	( )	( )	
١٥ — بعض الأفراد يكونون متسلطين إلى الدرجة التي أريد أن أفعل عكس ما يريدون حتى ولو كان صحيحا	( )	( )	
١٦ — أحب أن أجمع الزهور وأن أزرع النباتات المنزلية	( )	( )	
١٧ — أحب أن أطبخ	( )	( )	
١٨ — خلال السنوات القليلة الماضية كانت صحتي على ما يرام معظم الوقت	( )	( )	
١٩ — لم أصب بالاغماء مطلقا	( )	( )	
٢٠ — عندما أشعر بالملل أميل إلى أن أفعل شيئا مثيرا	( )	( )	
٢١ — لم تصب يداي بثقل الحركة أو الضعف	( )	( )	
٢٢ — أشعر بالضعف معظم الأحيان	( )	( )	
٢٣ — لا أجد صعوبة في ضبط توازني أثناء المشي	( )	( )	
٢٤ — أحب أن أغازل أفراد الجنس الآخر	( )	( )	
٢٥ — أعتقد أن ذنوبي لن تغتفر	( )	( )	
٢٦ — كثيرا ما أجد نفسي قلقا أو مهموما على شيء ما	( )	( )	
٢٧ — أحب العلوم	( )	( )	
٢٨ — أحب أن أتحدث في الأمور الجنسية	( )	( )	
٢٩ — أفقد صوابي بسرعة ولكنني سرعان ما أعود إلى حالتي الطبيعية	( )	( )	
٣٠ — أسرح كثيرا بفكري	( )	( )	
٣١ — أحلم كثيرا بأشياء افضّل أن أحتفظ بها لنفسي	( )	( )	
٣٢ — طريقتي في عمل الأشياء عرضة لأن يسيء فهمها الآخرون	( )	( )	
٣٣ — تحدث لي بعض النوبات يتوقف فيها نشاطي ولا أعرف خلالها ما يدور حولي	( )	( )	

٣٤ — يمكن أن أتعامل بود مع الأفراد الذين يأتون أعمالا أعتبرها خاطئة ( ) ( )

٣٥ — لو كنت فنانا لفضلت أن أرسم الزهور ( ) ( )

٣٦ — عندما أغادر المنزل لا أقلق عما إذا كنت قد أغلقت الأبواب والنوافذ ( ) ( )

٣٧ — في بعض الأحيان يرهف سمعي إلى درجة تضايقني ( ) ( )

٣٨ — غالبا ما أعبر الطريق كي أتحاشى مقابلة شخص ما ( ) ( )

٣٩ — لدي أفكار غريبة وعجيبة ( ) ( )

٤٠ — أحيانا استمتع بايذاء من أحب ( ) ( )

٤١ — أحيانا ما تتسلل بعض الأفكار التافهة إلى ذهني وتظل تضايقني لعدة أيام ( ) ( )

٤٢ — أنا لا أخاف النار ( ) ( )

٤٣ — لا أحب أن أرى النساء وهن يدخّن ( ) ( )

٤٤ — عندما يقول أحد الأشخاص أشياء تافهة أو خاطئة أمامي عن أشياء أعرفها فإني أحاول أن أصحح قوله ( ) ( )

٤٥ — أجد نفسي عاجزا عن ذكر كل ما في نفسي لأي شخص ( ) ( )

٤٦ — يلذ لي حقا أن أحرز سبقا على أحد في مجال تخصصه ( ) ( )

٤٧ — لقد مرت بي خبرات دينية غريبة جدا ( ) ( )

٤٨ — واحد أو أكثر من أفراد اسرتي عصبي جدا ( ) ( )

٤٩ — أشعر بانجذاب نحو أفراد الجنس الآخر ( ) ( )

٥٠ — كان والدي (ولي امري) شديدا معي أثناء الطفولة ( ) ( )

٥١ — أصلي كثيرا ( ) ( )

٥٢ — أشعر بالتعاطف مع الأفراد الذين يستغرقون في أحزانهم ومتاعبهم ( ) ( )

٥٣ — أخاف أن أجد نفسي في مكان صغير ضيق ( ) ( )

٥٤ — القذارة ترعبني وتثير اشمئزازي ( ) ( )

٥٥ — أعتقد أن ابراهام لنكولن (رئيس أمريكي له دور بارز في تحرير العبيد في بلاده) أعظم من جورج واشنطن (رئيس أمريكي له دور بارز في تحقيق استقلال بلاده) ( ) ( )

٥٦ — أجد نفسي عصبيا عندما أشاهد بعض الحيوانات ( ) ( )

٥٧ — يبدو أن جلدي حساس بدرجة غير عادية للمس ( ) ( )

٥٨ — أشعر بالتعب معظم الوقت ( ) ( )

٥٩ — لا أذهب لمشاهدة احد العروض الجنسية إذا كان في الامكان تجنب ذلك ( ) ( )
٦٠ — لو كنت فنانا لفضلت أن أرسم الأطفال ( ) ( )
٦١ — أشعر أحيانا انني على وشك أن أتناثر أجزاء ( ) ( )
٦٢ — أشعر بالرعب كثيرا في منتصف الليل ( ) ( )
٦٣ — أحب كثيرا أن أمتطي ظهور الخيل ( ) ( )
٦٤ — كثيرا ما تقابل خططي بالعقبات حتى أنني أفكر في عدم إكمالها ( ) ( )

الملحق رقم (٢)
الدرجات الخام لأفراد المجموعتين السويّة والعصابية
على مقياس قوة الأنا

رقم مسلسل	المجموعة السوّية	المجموعة العصابية		
		قبل العلاج	بعد العلاج	نسبة التحسن
١	٣٩	٣٩	٤٢	٪٩٠
٢	٤٢	٢٨	٣٥	٪٧٠
٣	٥١	٢٠	٢٥	٪٦٠
٤	٤٠	٢٦	٢٨	٪٦٠
٥	٣٢	٣١	٣٧	٪٨٠
٦	٤٠	٣٤	٤٢	٪٩٠
٧	٣٧	٢٥	٢٩	٪٧٠
٨	٢٠	٢٩	٣٨	٪٨٠
٩	٤٠	٣٨	٤٣	٪٨٠
١٠	٤٥	٣٠	٣٣	٪٨٠
١١	٤٢	٢٠	٢٧	٪٦٠
١٢	٤٤	٢٨	٣١	٪٦٠
١٣	٣٦	٣٣	٣٩	٪٨٠
١٤	٣٨	٢٧	٣١	٪٨٠
١٥	٥٢	٤٢	٤٥	٪٨٠
١٦	٤٧	٢٩	٣٣	٪٨٠
١٧	٤٧	٣٠	٣٢	٪٧٠
١٨	٣١	٢٥	٣٥	٪٧٠

١٩	٤١	٣٠	٣٠	٧٠٪
٢٠	٤٩	٢٣	٢٥	٦٠٪
٢١	٤٧	٤١	٣٧	٩٠٪
٢٢	٤١	٢٧	٢٩	٥٠٪
٢٣	٥٠	٢٩	٣٢	٧٠٪
٢٤	٤٤	٣٠	٣٢	٧٠٪
٢٥	٤٤	٣٠	٣١	٦٠٪
٢٦	٤٥	٣٢	٣٦	٩٠٪
٢٧	٤٣	٢٥	٢٧	٥٠٪
٢٨	٤٣	١٧	٢٠	٦٠٪
٢٩	٤٠	٣٢	٣٦	٨٠٪
٣٠	٤١	٢٦	٣٢	٧٠٪
٣١	٣٦	٢٠	٢٩	٦٠٪
٣٢	٥٢	١٥	٢٣	٥٠٪
٣٣	٤٥	٣٠	٣٧	٩٠٪
٣٤	٣٨	٢٦	٢٧	٥٠٪
٣٥	٥١	٤٢	٤٦	٨٠٪
٣٦	٤٤	٢٦	٢٧	٥٠٪
٣٧	٣٥	١٧	١٩	٦٠٪
٣٨	٣٦	٢٩	٢٩	٦٠٪
٣٩	٢٦	٢٨	٣١	٦٠٪
٤٠	٣١	٣٨	٤٥	٨٠٪

الهوامش

(١) يقصد بها أصحاب المهن والأعمال الحرّة في القطاع الخاص والعمال في القطاعين العام والحكومي .

(٢) يقصد بها الموظفون في القطاع الحكومي أو القطاعين الخاص والعام من الحاصلين على مؤهلات متوسطة ، ويعملون في مجال تخصصهم ، أو في أعمال إدارية وكتابية .

(٣) وهم العاملون في القطاع الحكومي أو القطاعين العام والخاص من الحاصلين على مؤهلات عليا ، ويعملون في مجال تخصصهم ودراستهم .

المراجع العربية

زهران، حامد — **الصحة النفسية والعلاج النفسي**، القاهرة، عالم الكتب: ١٩٧٨م.

كفافي، علاء الدين — - **« أثر التنشئة الوالدية في نشأة بعض الأمراض النفسية والعقلية»** رسالة دكتوراه، كلية التربية ـ جامعة الأزهر: ١٩٧٩ م.

- **الصحة النفسية**، القاهرة، مكتبة الانجلو المصرية: ١٩٨٤ م.

- « الصدق الكلينيكي لمقياس بارون لقوة الأنا » **المجلة العربية للعلوم الإنسانية** ـ جامعة الكويت، العدد ٢٢ لسنة ١٩٨٦ م.

- **مقياس قوة الأنا**، القاهرة، مكتبة الانجلو المصرية، ١٩٨٢ م.

مليكه، لويس كامل — **علم النفس الكلينيكي**، القاهرة، الدار القومية: ١٩٧٧ م.

المراجع الاجنبية

Barron, F. — "An Ego-Strength Scale Which Predicts Response to Psychotherapy". **J. of Consulting Psychology.** V 17, No. 1, (1953), 327 - 337.

Bellak, L. — **Ego Functions in Schizo Phrenic and Neurotices.** London: John Welly and Sons. 1973.

Kahn, M.W. — "Clinical and Statistical Prediction, Revisited" **J. Of Clinical Psychology,** V. 16 No. 2, (1960).

Klopfer, B. (et. al.) — **Development in Rorschach Technique, V. I., Technique and Theory.** Harcourt: Brace and World, 1954.

Klopfer, B. and S. Piegelman, M. — **Development in Rorschach Technique, V. II fields of Application.** Harcourt: Brace and World, 1954.