



نقش مولفه‌های هوش هیجانی در پیش‌بینی اختلالات خوشه‌ی B شخصیت

آرش عقیقی^{۱*}

۱. دانشجوی دکتری روانشناسی بالینی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه شیراز، شیراز، ایران.

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۵/۳/۱۶

تاریخ وصول: ۱۳۹۵/۲/۲۰

چکیده

هدف این مطالعه بررسی نقش مولفه‌های هوش هیجانی در پیش‌بینی اختلالات خوشه‌ی B شخصیت بود. پژوهش حاضر براساس اهداف، از نوع بنیادی و بر اساس روش‌های جمع‌آوری داده‌ها از نوع توصیفی-همبستگی بود. جامعه آماری این پژوهش را کلیه دانشجویان دانشگاه تبریز در سال تحصیلی ۹۵-۱۳۹۴ تشکیل دادند. نمونه آماری در این پژوهش ۱۵۰ نفر از دانشجویان دانشگاه تبریز بودند که با روش نمونه‌گیری خوشه‌ای تعیین شدند. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه چندمحوری میلون-۳ (MCMI-III) و پرسشنامه هوش هیجانی بارآن (EQ-i) استفاده شد. نتایج تحلیل مدل ساختاری نشان داد که مولفه‌های هوش هیجانی در قالب روابط ساختاری قادرند تغییرات نشانه‌های خوشه‌ی B شخصیت را در مسیرهای مختلف پیش‌بینی و تبیین کنند. بین نشانه‌های شخصیت ضد اجتماعی و کفایت درون فردی، کفایت میان فردی، سازگاری و مدیریت استرس رابطه معنی‌داری وجود دارد ($P < 0.05$). بین نشانه‌های شخصیت مرزی و کفایت میان فردی رابطه معنی‌داری وجود دارد ($P < 0.05$). بین نشانه‌های شخصیت نمایشی و سازگاری و مدیریت استرس رابطه معنی‌داری وجود دارد ($P < 0.05$). بین نشانه‌های شخصیت خود شیفته و خلق عمومی رابطه معنی‌داری وجود دارد ($P < 0.05$). ارتباطات مشاهده شده بین مولفه‌های هوش هیجانی و اختلالات خوشه‌ی B شخصیت تلویحات بالینی مهمی در بر دارد. از آن جمله می‌توان به کارگیری روش‌های ارتقای هوش هیجانی برای پیشگیری و درمان این خوشه از اختلالات را نام برد.

واژه‌های کلیدی: هوش هیجانی، اختلالات شخصیت، خوشه‌ی B شخصیت

مقدمه

اختلال شخصیت^۲ بنا به تعریف پنجمین ویراست راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-5)^۳، -الگوی بادوام تجربه‌ی درونی و رفتار است که به‌طور چشمگیری از انتظارات فرهنگ فرد منحرف می‌شود، فراگیر و انعطاف‌ناپذیر است، در نوجوانی یا اوایل بزرگسالی شروع می‌شود، با گذشت زمان پایدار است و به ناراحتی یا اختلال منجر می‌شود".

aghghi.arash@gmail.co

2. Personality Disorder

3. Diagnostic and statistical manual of mental disorders

* نویسنده مسئول

بنابه تعریف انجمن روانپزشکی آمریکا، اختلال شخصیت کلی^۱ الگوی بادوام تجربه‌ی درونی و رفتار در زمینه‌های شناخت، حالت عاطفی، عملکرد میان فردی و کنترل تکانه است.

اختلالات خوشه‌ی B شخصیت شامل اختلال شخصیت ضداجتماعی، اختلال شخصیت مرزی، اختلال شخصیت نمایشی و اختلال شخصیت خودشیفته می‌باشند. افراد مبتلا به این طیف از اختلالات اغلب نمایشی^۲، هیجانی^۳ یا نامنظم^۴ به نظر می‌رسند. شیوع این ۴ دسته اختلال در جامعه بین ۳/۶ تا ۱۵/۴ درصد بین جوامع مختلف است. اختلال شخصیت ضد اجتماعی و اختلال شخصیت خودشیفته در مردان و اختلال شخصیت مرزی و اختلال شخصیت نمایشی در زنان شایع‌تر است (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۱۳).

اختلال شخصیت ضد اجتماعی^۵، نوعی اختلال شخصیت است که در آن فرد نمی‌تواند با موازین اجتماعی سازگار شود و در قبال رفتارهایش احساس گناه و اضطراب ندارد. بیماران مبتلا به اختلال شخصیتی مرزی^۶ در مرز روان‌نژندی و روان‌پریشی قرار دارند و مشخصه‌ی آن‌ها ناپایداری حالت عاطفی، خلق، رفتار، روابط و خودانگاره‌ی آن‌هاست. اختلال شخصیت خودشیفته^۸ نوعی اختلال شخصیت است که در آن فرد خود را بزرگ و مهم می‌پندارد و به گونه‌ای غلوآمیز احساس توانایی و لیاقت می‌کند. افراد مبتلا به اختلال شخصیت نمایشی^۹ نیز تحریک‌پذیر و هیجانی‌اند و رفتاری پررنگ و لعاب، نمایشی و برون‌گرایانه دارند (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۱۳). از آنجایی که این خوشه از اختلالات شخصیت رفتار و خلق نمایشی، هیجانی و نامنظم دارند و الگوی حالت عاطفی، کنترل تکانه و روابط میان فردی شان مختل است، بررسی هوش هیجانی افراد مبتلا به این اختلالات در دهه‌ی گذشته توجه پژوهشی بسیاری را به خود معطوف کرده است. همچنین این زمینه‌ها به خوبی خود را در مولفه‌های هوش هیجانی دانیل گلمن (۱۹۹۵)^{۱۰}، سالووی و مایر (۱۹۹۰)^{۱۱} و باران (۲۰۰۰)^{۱۲} نشان می‌دهند.

یکی از ملاک‌های کلی اختلالات شخصیت اخلال در عملکرد فردی (هدایت خود یا هویت شخصی) و میان فردی (همدلی یا صمیمیت) است. هیجان‌ات اساس مهمی برای اکثر اختلالات شخصیت - علی‌الخصوص اختلالات خوشه‌ی B-

1. General personality disorder
2. Dramatic
3. Emotional
4. Erratic
5. American Psychiatric Assosiation
6. Antisocial personality disorder
7. Borderline personality disorder
8. Narcissistic personality disorder
9. Histrionic personality disorder
10. Goleman
11. Salovey & Mayer
12. Bar-On

هستند. علی‌رغم نامتجانس بودن ظاهری نشانه‌های این اختلالات، امروزه یک اجماع نظر کلی وجود دارد که کژکاری هیجانی یا اختلال در هیجان مشخصه‌ی اصلی این دسته از اختلالات می‌باشد (ین و همکاران، ۲۰۰۲).^۱

هوشبهر هیجانی^۲ که در کنار هوشبهر^۳ و هوشبهر معنوی^۴ امروزه مورد توجه روانشناسان است، آمیزه‌ای از شایستگی‌ها، مهارت‌ها و تسهیل‌کننده‌هایی می‌باشد که رفتار هوشمندانه را تحت‌تاثیر قرار می‌دهند. افراد دارای هوش هیجانی بالا در درک خود و دیگران کارآمد بوده، با دیگران ارتباط مناسب برقرار نموده و قادر به سازگاری و مقابله مناسب با محیط بلاواسطه خود هستند.

هوش هیجانی بنا به نظریه‌ی بارآن دارای ۵ مولفه به شرح زیر است؛

مولفه درون فردی، مولفه میان فردی، مولفه سازگاری، مولفه مدیریت استرس، مولفه خلق عمومی

مولفه‌ی درون فردی خودآگاهی درونی را مورد سنجش قرار می‌دهد. نمره‌های بالا در این خرده مقیاس نشان‌دهنده افرادی است که با احساسشان در تماس هستند و در مورد خودشان احساس مثبتی دارند. مولفه‌ی میان فردی به مهارت‌ها و عملکرد بین فردی مربوط است. نمره‌های بالا در این حیطه نشان‌دهنده افراد مسئول و مطمئنی است که دارای مهارت‌های خوب اجتماعی هستند. مولفه‌ی سازگاری نیز به حل مسأله، واقعیت‌آزمایی و انعطاف‌پذیری اشاره می‌کند. سازگاری به این معنی است که تا چه اندازه فرد قادر خواهد بود به طور موفقیت‌آمیز از طریق برآورد مؤثر و مقابله با موفقیت‌های مشکل‌زا، با اقتضاهای محیطی سازگار شود. مؤلفه مدیریت استرس نشان‌دهنده‌ی تحمل فشار و کنترل تکانه است.

آزمودنی‌های با نمره بالا در این مقیاس قادرند بدون از دست دادن کنترل یا عقب‌نشینی ایستادگی کنند. این افراد به‌طور کلی آرام هستند و به ندرت تکانشی می‌شوند و تحت فشار به خوبی کار می‌کنند. مؤلفه‌ی خلق عمومی توانایی فرد را در لذت بردن از زندگی، دیدشان به زندگی و احساس کلی رضایت خاطر را اندازه‌گیری می‌کند. نمره‌های بالای این مقیاس به‌طور کلی افراد بشاش، مثبت، امیدوار و خوشبین را شامل می‌شوند (بارآن، ۲۰۰۰).

بنا به تعریف DSM-5 آشفتگی در هیجان‌ات عموماً با تشخیص اختلالات شخصیت در ارتباط است، ولی هم‌اکنون اطلاعات اندکی درباره‌ی رابطه‌ی بین اختلالات شخصیت و هوش هیجانی در دسترس است. هنوز کاملاً مشخص نیست که کدام جنبه از هوش هیجانی در ابتلا به یک اختلال شخصیت خاص نقش دارد. تحقیقات نشان داده‌اند که برخی از جنبه‌های هوش هیجانی با برخی از اختلالات شخصیت در ارتباط هستند. برای مثال، اختلال شخصیت مرزی با نقص قابل

1. Yen
2. Emotional quotient
3. Intelligence quotient
4. Spiritual quotient

توجه در توانایی‌های هیجانی همراه است (هرتل، شولتز و لامرس، ۲۰۰۹).^۱ این اختلال با نارسایی در تنظیم و پاسخدهی هیجانی مرتبط است، از این رو افراد مبتلا به این اختلال در زمینه‌های متعدد از جمله کار و توسعه روابط بین فردی مشکلات فراوانی دارند (زویگ-فرانک و پاریس، ۲۰۰۲؛ بیگ و همکاران، ۲۰۰۴).

از سوی دیگر یافته‌های پتر و همکاران (۲۰۱۳)^۴ نشان می‌دهد که هوش هیجانی پایین با شدت نشانه‌های اختلال شخصیت مرزی رابطه دارد. همچنین اختلال شخصیت مرزی با نقص در دو مولفه‌ی هوش هیجانی یعنی وضوح هیجانی^۵ و تنظیم هیجانی^۶ در ارتباط است (لیبل و همکاران، ۲۰۰۳).^۷ همچنین اختلالات شخصیت به طور کلی با برخی ویژگی‌های هوش هیجانی از جمله وضوح هیجانی^۸، توجه هیجانی^۹، تنظیم هیجانی^{۱۰}، آگاهی هیجانی^{۱۱}، اشتغال ذهنی به هیجانات^{۱۲} و نظارت هیجانات^{۱۳} در ارتباط است (لیبل و اسنل، ۲۰۰۴).

اختلال شخصیت ضد اجتماعی با جرات ورزی^{۱۴} همبستگی مثبت دارد (مارتزکویشویلی، ۲۰۱۴).^{۱۵} افراد مبتلا به این اختلال درک از خود مغرور و متکبرانه‌ای دارند. بیمارانی با تشخیص اختلال شخصیت خودشیفته نیز درک از خود مشابهی با مبتلایان به اختلال شخصیت ضد اجتماعی دارند و نیز همانند آنها اختلالشان با جرات ورزی همبستگی مثبت دارد (مارتزکویشویلی، ۲۰۱۴). افرادی با گرایش خودشیفته در کنترل هیجانات خود ضعف یا کمبود دارند و درباره‌ی بیان هیجانات خود در مجامع عمومی اشتغال ذهنی دارند (لیبل، ۲۰۰۳).

همچنین خودبزرگ‌بینی مرضی^{۱۶} که یک جنبه‌ی غیرانطباقی از اختلال شخصیت خود شیفته است با همدلی و هوش هیجانی رابطه مثبت دارد. رابطه مثبت بین این متغیرها این فرضیه را مطرح می‌کند که افراد مبتلا به این اختلال احتمالاً از این مهارت‌های شناختی و اجتماعی در جهت دستکاری و تحت تاثیر قرار دادن دیگران استفاده می‌کنند. در این مطالعه بین خودشیفتگی کلی و حساسیت هیجانی رابطه‌ی منفی گزارش شد (ونک و همکاران، ۲۰۱۲).^{۱۷}

1. Hertel, Schütz & Lammers
2. Zweig-Frank & Paris
3. Bagge
4. Peter
5. Emotional clarity
6. Emotional regulation
7. Leible
8. Emotional clarity
9. Emotional attention
00. Emotional regulation
11. Emotional awareness
22. Emotional occupation
- hh. Emotional monitoring
13. Assertiveness
14. Martskvishvili
15. Pathological Grandiosity
16. Vonk

علاوه بر این، نظریه‌ی لینهان^۱ مبتنی بر این مسئله است که افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی توانایی بالایی در دریافت^۲ هیجان‌ات دارند، ولی مشکلشان در تنظیم^۳ و فهم^۴ معنای این هیجان‌ات است (لینهان، ۱۹۹۳). از سوی دیگر، نتایج پژوهش مشهدی و همکاران (۱۳۸۹) نشان داد که تنها مولفه‌ی وضوح هیجانی که نشانگر توانایی تمیز احساسات و اصلاح خلق است، توان پیش‌بینی نشانه‌های آسیب‌شناختی اختلال شخصیت مرزی را دارد.

افراد مبتلا به اختلال شخصیت نمایشی نیز وضوح هیجانی کمتری دارند. این اختلال همچنین با ابراز هیجانی^۵ همبستگی مثبت دارد. این فرضیه با توجه به احساس روی سن بودن مداوم مبتلایان به این اختلال کاملاً منطقی است. اختلال شخصیت نمایشی از این جنبه با سایر اختلالات شخصیت متفاوت است، چرا که تقریباً تمامی اختلالات شخصیت - به جز اختلال شخصیت نمایشی- با بیان و ابراز هیجانی رابطه‌ی منفی دارد (مارتزکویشویلی، ۲۰۱۴).

این نتایج نشان می‌دهد که افراد مبتلا به طیف اختلالات خوشه‌ی B شخصیت نیازمند آن هستند که بر کارکردهای هیجانی معیوب خود فائق آیند. علی‌الخصوص بیماران مبتلا به اختلالات خوشه‌ی B شخصیت بیشتر درگیر جنبه‌ی بین فردی هوش هیجانی‌اند و نسبت به ابراز هیجانی خود در مجامع عمومی اشتغال ذهنی دارند. از این رو به نظر می‌رسد که چنین افرادی بینش هیجانی اندکی دارند که با استعداد در ابراز هیجانی در مجامع عمومی و اشتغال ذهنی به آن همراه شده است (لیبل و همکاران، ۲۰۰۳).

با این که یک رابطه‌ی ذاتی بین ویژگی‌های شخصیتی مرتبط با هیجان و اختلالات شخصیت وجود دارد، هنوز درباره‌ی ارتباط آنها اطلاعات کمی در دسترس است. هنوز کاملاً مشخص نیست که کدام جنبه یا کدام مولفه از هوش هیجانی در رشد و ابتلا به یک اختلال شخصیت معین سهم دارد. این خلاء پژوهشی در مورد مولفه‌های هوش هیجانی و اختلالات شخصیت مبین آن است که برای رسیدن به یک نتیجه قطعی و معتبر، پژوهش بیشتری باید انجام گیرد.

بر اساس تحقیقات انجام شده منطقی به نظر می‌رسد که فرض کنیم جنبه‌های مختلف هوش هیجانی در اختلالات شخصیتی مختلف نقش داشته باشد. پژوهش حاضر به منظور تعیین نقش مولفه‌های هوش هیجانی بر اختلالات خوشه‌ی B شخصیت طراحی شده است و طی آن به این مسئله پرداخته می‌شود که آیا هوش هیجانی با اختلالات خوشه‌ی B شخصیت رابطه دارد؟ کدام مولفه‌ی هوش هیجانی در هریک از اختلالات خوشه‌ی B سهمیم هستند؟ و این که آیا مولفه‌های هوش هیجانی می‌توانند اختلالات خوشه‌ی B شخصیت را پیش‌بینی کنند؟

-
1. Linehan
 2. Perceive
 3. Regulate
 4. Understanding
 5. Emotional expression

روش

پژوهش حاضر براساس اهداف، از نوع بنیادی و بر اساس روش‌های جمع‌آوری داده‌ها، از نوع توصیفی-همبستگی است.

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری: در پژوهش حاضر، جامعه آماری شامل کلیه دانشجویان دانشگاه تبریز بود که در سال تحصیلی ۹۴-۹۵ مشغول به تحصیل بودند. نمونه آماری در این پژوهش ۱۵۰ نفر از دانشجویان دانشگاه تبریز بود که و با روش نمونه‌گیری خوشه‌ای تعیین شدند. در پژوهش حاضر جهت جمع‌آوری داده‌ها از ابزارهای زیر استفاده شده است:

پرسشنامه چند محوری میلون - ۳ (MCMI-III)^۱: پرسشنامه چند محوری بالینی میلون (MCMI) یک پرسشنامه‌ی خود سنجی استاندارد شده است که دامنه‌ی گسترده‌ای از اطلاعات مربوط به شخصیت، سازگاری هیجانی و نگرش مراجعان به آزمون را می‌سنجد. این پرسشنامه توسط تئودور میلون روانشناس بالینی و شخصیت در سال ۱۹۷۷ تهیه گردیده است. فرم تجدید نظر شده آن (MCMI-III) در سال ۱۹۹۴ منتشر شد شامل ۱۷۵ گویه است که آزمودنی باید موافقت و مخالفت خود را با این گویه‌ها در قالب دو گزینه‌ی «بلی» یا «خیر» در پاسخنامه علامت‌گذاری کند. این پرسشنامه ۲۴ مقیاس مرضی را در چهار گروه الف) الگوهای بالینی شخصیت، ب) آسیب شدید شخصیت، ج) نشانگان بالینی و د) نشانگان شدید می‌سنجد. این پرسشنامه برای بزرگسالان هیجده سال و بالاتر که دست‌کم توانایی خواندن آنان تا سطح کلاس هشتم است طراحی شده است. شایان ذکر است که این مقیاس‌ها به همراه ماده‌های تشکیل دهنده آنها با نظریه شخصیت میلون و DSM-5 همخوانی دارند.

پرسشنامه فوق در ایران توسط شریفی در سال ۱۳۸۱ هنجاریابی شد. پایایی آن به دو شیوه محاسبه گردید و نتایج نشان داد که پایایی این پرسشنامه به روش آزمون . باز آزمون در فاصله زمانی دو هفته در گروه بیمار (۰/۶۱ - ۷۹/۰) و در گروه غیر بیمار (۰/۷۹ - ۰/۹۷) و پایایی به روش آلفای کرونباخ (۰/۸۹ - ۰/۶۴) است (دلاور، غرایبی، چگینی، ۱۳۹۱).

برای اندازه‌گیری میزان اعتبار آزمون از روش همسانی درونی استفاده شده است. این ارزیابی که توسط میلون و همکارانش انجام گرفته، نشان می‌دهد که در مجموع میزان اعتبار آزمون ۰/۷۸ می‌باشد. بعلاوه شریفی (۱۳۸۱) در مطالعه‌ی خود به بررسی ضریب اعتبار این آزمون با روش آلفای کرونباخ پرداخته است. در پژوهش وی همبستگی نمرات خام اولین اجرا و بازآزمایی در دامنه ۰/۸۲ (اختلال هذیانی) تا ۰/۹۸ (اختلال شخصیت اسکیزوئید) گزارش شده است. همچنین در این مطالعه، پایایی آزمون از طریق روش همسانی درونی محاسبه شده است و ضریب آلفای مقیاس‌ها در دامنه ۰/۸۵ (وابستگی به الکل) تا ۰/۹۷ (اختلال استرس پس از ضربه) به دست آمده است.

1. Millon clinical multi-axial inventory

پس از بررسی توان پیش‌بینی کلی پرسشنامه براساس روش خصیصه‌های عامل، نتایج نشان داد که روایی تشخیصی تمامی مقیاس‌ها بسیار خوب، توان پیش‌بینی مثبت مقیاس‌ها (۰/۹۲ تا ۰/۹۸)، توان پیش‌بینی منفی مقیاس‌ها (۰/۹۳ تا ۰/۹۹) و توان پیش‌بینی کل مقیاس‌ها (۰/۵۸ تا ۰/۸۳) می‌باشد. در نتیجه میلیون یک پرسشنامه معتبر و قابل اجرا برای تشخیص نشانگان بالینی و اختلالات شخصیت می‌باشد (شریفی، ۱۳۸۶).

پرسشنامه هوش هیجانی بارآن: نسخه نهایی پرسشنامه هوش هیجانی بار-آن (EQ-i) در سال ۲۰۰۲ ارائه شد. این پرسشنامه دارای ۱۳۳ سوال است که در ایران نسخه ۹۰ ماده‌ای از آن تهیه شده و ضریب همسانی درونی آن مناسب گزارش شده است.

پاسخ فرد به سوالات براساس یک مقیاس پنج درجه‌ای لیکرت درجه‌بندی شده است و شیوه نمره‌گذاری از نمره ۱ برای گزینه کاملاً مخالفم تا نمره ۵ برای گزینه کاملاً موافقم می‌باشد. بارآن (۱۹۹۹-۱۹۹۷) اعتبار مقیاس‌های پانزده‌گانه‌ی پرسشنامه را از طریق محاسبه‌ی ضریب آلفای کرونباخ بین ۰/۶۹ تا ۰/۸۶ با میانگین ۰/۷۶ تعیین نمود. او سپس آن را از طریق بازآزمایی پس از یک ماه ۰/۸۵ و پس از چهار ماه ۰/۷۵ گزارش کرده است. همچنین برای بررسی روایی پرسشنامه، ضریب همبستگی نمره‌های حاصل از این پرسشنامه با سایر پرسشنامه‌های معتبر هوش هیجانی از جمله پرسشنامه‌ی هوش هیجانی سالووی و مایر محاسبه شده (بار-آن و پارکر، ۲۰۰۰) که نشان‌دهنده‌ی روایی قابل قبول برای پرسشنامه می‌باشد (به نقل از مخبریان نژاد، ۱۳۸۶).

این پرسشنامه ۵ مولفه‌ی زیر را می‌سنجد؛

مولفه درون فردی، مولفه میان فردی، مولفه سازگاری، مولفه مدیریت استرس، مولفه خلق عمومی.

مخبریان نژاد (۱۳۸۶) در پژوهش خود که بر روی دانش‌آموزان دبیرستانی شهر تهران انجام شد، اقدام به هنجاریابی پرسشنامه‌ی هوش هیجانی بارآن نموده است. براساس نتایج این پژوهش، ضریب اعتبار کل پرسشنامه ۰/۹۱ محاسبه شد و برای بررسی روایی سازه پرسشنامه، تحلیل عاملی با روش تحلیل مؤلفه‌های اصلی اجرا گردیده است. نتایج نشان داده است که چهارده عامل که دارای ارزش ویژه بیشتر از یک هستند در مجموع ۶۵/۳۷ درصد کل واریانس متغیرها را تبیین می‌کنند. بنابراین یافته‌ها، اعتبار و روایی پرسشنامه تأیید شده است (مخبریان نژاد، ۱۳۸۶).

یافته‌ها

جدول (۱) شاخص‌های مرکزی و پراکندگی و ماتریس همبستگی متغیرهای مورد مطالعه را نشان می‌دهد.

جدول-۱. شاخص‌های مرکزی و پراکندگی و ماتریس همبستگی متغیرها

متغیر	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	M	SD
ضداجتماعی	۱									۳۵/۹۳	۱۱/۲۶
مرزی	۰/۳۸	۱								۳۶/۹۹	۷/۲۹
نمایشی	°-۰/۲۱	°-۰/۲۷	۱							۷۸/۰۲	۱۴/۲۹
خودشیفته	۰/۱۸	۰/۱۴	°-۰/۲۸	۱						۵۴/۲	۱۱/۴۱
کفایت درون فردی	**۰/۴۱	-۰/۱۴	-۰/۱۴	-۰/۱۷	۱					۱۰۳/۱	۷/۷۶
کفایت میان فردی	**۰/۴۳	°-۰/۳۷	-۰/۱۲	۰/۱۶	**۰/۴۹	۱				۶۱/۵	۴/۸۸
سازگاری	**۰/۳۷	۰/۱۳	**۰/۳۴	۰/۱۵	**۰/۴۱	**۰/۵۱	۱			۵۸/۷۹	۴/۲۹
مدیریت استرس	°-۰/۲۸	۰/۱۵	**۰/۳۱	-۰/۱۲	**۰/۴۰	**۰/۴۶	**۰/۴۲	۱		۳۸/۶	۳/۱۵
خلق عمومی	-۰/۲۰	-۰/۱۵	-۰/۱۱	**۰/۳۹	**۰/۳۹	**۰/۳۳	**۰/۳۲	**۰/۴۲	۱	۳۵/۶۸	۳/۹۵

*: P<0.05

**: P<0.01

مندرجات جدول (۱) نشان می‌دهد که:

۱- بین نشانه‌های شخصیت ضد اجتماعی و کفایت درون فردی و سازگاری رابطه‌ی مستقیم و معنی‌دار و بین نشانه‌های شخصیت ضد اجتماعی و کفایت میان فردی و مدیریت استرس رابطه‌ی معکوس و معنی‌داری وجود دارد ($P<۰/۰۵$).

۲- بین نشانه‌های شخصیت مرزی و کفایت میان فردی رابطه‌ی معکوس و معنی‌داری وجود دارد ($P<۰/۰۵$).

۳- بین نشانه‌های شخصیت نمایشی و سازگاری رابطه‌ی مستقیم و معنی‌دار و بین نشانه‌های شخصیت نمایشی و مدیریت استرس رابطه‌ی معکوس و معنی‌داری وجود دارد ($P<۰/۰۵$).



TLI	NFI	CFI	AGFI	GFI	p	X ² /df	df	X ²	RMSEA
۰/۹۱	۰/۹۲	۰/۹۴	۰/۹۳	۰/۹۴	۰/۰۰۱	۵	۱۱۲	۵۶۰	۰/۰۵

۴- بین نشانه‌های شخصیت خود شیفته و خلق عمومی رابطه منفی و معنی‌داری وجود دارد ($P < 0.05$).

در راستای بررسی روابط ساختاری مولفه‌های هوش هیجانی و نشانه‌های خوشه ی B شخصیت از روش مدل‌یابی معادلات ساختاری استفاده شد. نتایج این تحلیل در مدل ساختاری زیر ارائه شده است.

مندرجات مدل ساختاری نشان می‌دهد که مولفه‌های هوش هیجانی در قالب روابط ساختاری قادرند تغییرات نشانه‌های خوشه‌ی B شخصیت را در مسیرهای مختلف پیش‌بینی و تبیین کنند. از طرفی شاخص‌های برازش مدل حاکی از آن است که مدل نظری با مدل مشاهده شده برازش مطلوب دارد چرا که مقدار شاخص ریشه مجذور میانگین خطای تقریب (RMSEA)

در سطح مطلوب (کمتر از 0.06) و نسبت X^2/df در حد مطلوب (کمتر از 5) واقع شده و این نسبت در سطح $P = 0.05$ معنی‌دار است. از سویی شاخص نیکویی برازش و نیکویی برازش اصلاح شده (AGFI, GFI) و شاخص برازش تطبیقی (CFI) و شاخص برازش هنجار شده (NFI) و شاخص توکر-لوئیس (TLI) در حد مطلوب (بالا تر از 0.90) قرار دارند.

جدول-۲. مسیرهای مستقیم معنی‌دار مولفه های هوش هیجانی بر نشانه‌های شخصیت خوشه‌ی B

متغیر مستقل	متغیر وابسته	مقدار B	t	سطح معنی داری
کفایت درون فردی	شخصیت ضداجتماعی	0.39	7.29	0.01
کفایت میان فردی	شخصیت ضداجتماعی	0.36	6.29	0.001
	شخصیت مرزی	0.27	6.52	0.001
سازگاری	شخصیت ضداجتماعی	0.27	-3.82	0.01
	شخصیت نمایشی	0.28	3.96	0.01
مدیریت استرس	شخصیت ضداجتماعی	0.24	-3.79	0.01
	شخصیت نمایشی	0.25	3.86	0.01
خلق عمومی	شخصیت خود شیفته	-0.37	-4.42	0.01

مندرجات جدول (۲) نشان می‌دهد که مسیر علی کفایت درون فردی به طرف نشانه‌های شخصیت ضداجتماعی و شخصیت ضداجتماعی معنی‌دار است. از سویی اثر کفایت میان فردی بر نشانه‌های شخصیت ضداجتماعی و شخصیت مرزی معنی‌دار است. همچنین اثر سازگاری بر شخصیت ضداجتماعی و شخصیت نمایشی، اثر مدیریت استرس بر شخصیت ضداجتماعی و شخصیت نمایشی و اثر خلق عمومی بر نشانه‌های شخصیت خودشیفته از نظر آماری معنی‌دار است ($P = 0.05$).

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف تعیین نقش مولفه‌های هوش هیجانی در پیش‌بینی اختلالات خوشه‌ی B شخصیت انجام گرفت. افرادی که توانایی تشخیص، کنترل و استفاده از قابلیت‌های هیجانی را دارند از حمایت اجتماعی، احساس رضایتمندی، سلامت جسمانی و روانی بیشتری برخوردار خواهند شد (شوت و مالوف^۱، ۲۰۱۱). از آنجا که شناخت فرآیندهای زیربنایی این نشانه‌ها و الگوهای بالینی می‌تواند به درک بیشتر و درمان آنها کمک کند، از این رو این پژوهش به دنبال بررسی رابطه‌ی بین سازه‌ی هوش هیجانی و مولفه‌های آن با علایم آسیب‌ناختی نشانه‌های خوشه‌ی B شخصیت در یک جمعیت غیربالینی از دانشجویان بود.

در این راستا یکی از نتایج این پژوهش نشان داد که بین کفایت درون فردی و سازگاری و نشانه‌های شخصیت ضداجتماعی رابطه‌ی مستقیم و معنی‌دار و بین کفایت میان فردی و مدیریت استرس و نشانه‌های شخصیت ضداجتماعی رابطه‌ی معکوس و معنی‌داری وجود دارد. این نتایج با پژوهش مارتزکویشویلی و مستویریشویلی (۲۰۱۴) همخوان است. در پژوهش آنها بین اختلال شخصیت ضداجتماعی و جرأت‌ورزی همبستگی مثبت دیده شد. جرأت‌ورزی و قاطعیت در پژوهش حاضر نیز یکی از زیرمولفه‌های کفایت میان فردی را شامل می‌شود. به نظر می‌رسد افراد مبتلا به اختلال شخصیت ضداجتماعی جسارت، جرأت‌ورزی و قاطعیت بالایی دارند. این افراد قادرند احساس‌ها افکار و عقاید خود را بیان کنند و از حقوق‌شان به یک شیوه معمول دفاع کنند. همچنین به ندرت به خاطر احساسات ناراحت‌کننده یا کم‌رویی محدود می‌شوند. از سویی مارتزکویشویلی و مستویریشویلی (۲۰۱۴) در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که تمامی اختلالات شخصیت همبستگی منفی و معنی‌داری با مقیاس روابط بین فردی هوش هیجانی داشتند. در پژوهش حاضر نیز بین نشانه‌های شخصیت ضداجتماعی و کفایت میان فردی رابطه‌ی معکوس و معنی‌داری دیده شد. این نتایج با خصایص بالینی اختلال شخصیت ضداجتماعی نیز همخوان است. چرا که افراد مبتلا به این اختلال دیگران را خوب درک نمی‌کنند و تعامل و ارتباط خوبی با آنها نداشته و همچنین حس ترحم و همدلی ندارند.

نتایج این پژوهش در مورد نشانه‌های شخصیت مرزی نیز نشان داد که این نشانه‌ها با کفایت میان فردی رابطه‌ی معکوس و معنی‌داری دارند. این نتایج نیز هم با نتایج پژوهش مارتزکویشویلی و مستویریشویلی (۲۰۱۴) که بیانگر رابطه‌ی معکوس اختلال شخصیت مرزی و روابط میان فردی و هم با خصایص بالینی و تشخیصی اختلال شخصیت مرزی که بیانگر بی‌ثباتی در روابط بین فردی است، همخوان بودند.

به علاوه، مندرجات جدول ۱ نشان می‌دهند که بین نشانه‌های شخصیت نمایشی و سازگاری رابطه‌ی مستقیم و معنی‌دار و بین نشانه‌های شخصیت نمایشی و مدیریت استرس رابطه‌ی معکوس و معنی‌داری وجود دارد. بنابراین نتیجه افراد دارای نشانه‌ی شخصیت نمایشی برجسته یا افراد مبتلا به اختلال شخصیت نمایشی به طور کلی انعطاف‌پذیر، واقع‌گرا

1. Schutte & Malouff

و قادر به درک موقعیت‌های دشوار هستند و در رسیدن به راه‌حل‌های کارآمد، شایستگی زیادی دارند. همچنین رابطه‌ی معکوس نشانه‌های شخصیت‌نمایشی با مولفه‌ی مدیریت استرس بیانگر این است که این افراد به سختی از عهده وظایفی که فشارزا یا اضطراب‌زا و یا تا حدی مستلزم خطر هستند برمی‌آیند و در شرایطی که تحت فشار هستند عموماً کنترل خود را از دست داده و تکانشی عمل می‌کنند.

در نهایت، نتایج این پژوهش در مورد شخصیت خود شیفته نیز نشان داد که بین خلق عمومی و نشانه‌های شخصیت خود شیفته رابطه‌ی منفی و معنی‌داری وجود دارد. این نتایج نیز با خصایص بالینی اختلال شخصیت خود شیفته همخوان است. افراد مبتلا به اختلال شخصیت خود شیفته افرادی منزوی، طرد شده و مستعد افسردگی هستند و در قبال انتقادات همیشه اضطراب و خشونت شدید نشان می‌دهند. نمره‌های پایین در مولفه‌ی خلق عمومی نیز افراد ناامید، بدبین، غمگین، عبوس و با نگرش منفی و رضایت خاطر پایین را شامل می‌شود.

مشخص شدن نقش مولفه‌های هوش هیجانی در اختلالات شخصیت حائز اهمیت کاربردی زیادی است و طراحی و اجرای دوره‌های آموزش و ارتقای هوش هیجانی به عنوان روشی برای مداخله در افراد مبتلا به اختلالات شخصیت در محیط‌های بالینی، گام بلندی است که در این حیطه برداشته می‌شود.

از آنجایی که در اختلالات شخصیت تغییر به سختی صورت می‌گیرد و اهداف قابل دسترس هر نوع مداخله‌ای در این اختلالات به شدت محدود است، طراحی و اجرای این روش و بررسی اثربخشی آن می‌تواند نقطه‌ی عطفی هم در مداخلات و هم در پیشگیری اختلالات شخصیت باشد.

در حوزه‌ی مداخلات، طراحی و اجرای دوره‌های آموزش و ارتقای هوش هیجانی می‌تواند منجر به شناسایی، درک، مهار و نظارت بیشتر بر هیجانهای این افراد شود. از این رو پیشنهاد می‌گردد مسئولان دفاتر مراکز بالینی و درمانی پس از شناسایی افرادی که دارای نشانه‌های بیشتری از این اختلال هستند، با توجه به دیدگاه‌های نوین در امر آموزش هوش هیجانی نسبت به طراحی و اجرای این دوره‌ها برای این افراد اقدام نمایند. زیرا این امر منجر به بالابردن توان ارتباطی، افزایش سازگاری با دیگران، کاهش مشکلات و تعارضات بین فردی و به طور کلی ارتقای کیفیت زندگی این افراد خواهد شد.

در حوزه‌ی پیشگیری نیز، مسئولان آموزش و پرورش باید بپذیرند که هیجان‌ات نیز بخشی از رشد منش اخلاقی به حساب می‌آیند و نباید فقط بر رشد شناختی متمرکز شد. با توجه به سن شروع اختلالات شخصیت که عموماً در سنین کودکی و نوجوانی است، نظام آموزش و پرورش در حوزه‌ی پیشگیری از این مشکلات مسئولیت خطیری به عهده دارد. متأسفانه هنوز در کشور ما نظام آموزش و پرورش به بعد آموزش بیشتر از بعد پرورش توجه دارد. با به کارگیری روانشناس و مشاور در مدارس و اجرای برنامه‌های خاص در زمینه‌ی ارتقای مهارت‌های هیجانی، رفتاری و شناختی، گام بلندی در حوزه‌ی پیشگیری از این اختلالات برداشته خواهد شد.

در نهایت باید متذکر این نکته شد که استفاده از نمونه دانشجویان که قدرت تعمیم نتایج را به کل جامعه کاهش می‌دهد، محدودیت پژوهش حاضر بود. تکرار این پژوهش با نمونه‌های دیگر و نیز استفاده از سایر پرسشنامه‌های هوش هیجانی - مثل پرسشنامه‌ی هوش هیجانی سالووی و مایر، پرسشنامه هوش هیجانی شوت و مالوف و پرسشنامه‌ی هوش هیجانی دانیل گلمن - که اساس نظری متفاوتی دارند و مولفه‌های دیگری از هوش هیجانی را مورد سنجش قرار می‌دهند، توصیه می‌شود.

منابع

- دلور، علی؛ غرابی، بنفشه؛ چگینی، مریم. (۱۳۹۱). ویژگی‌های روان سنجی پرسشنامه بالینی چند محوری میلون-۳، فصلنامه پژوهش‌های نوین روانشناختی، سال هشتم، شماره ۲۹، بهار ۹۲.
- شریفی، علی اکبر. (۱۳۸۱). هنجاریابی پرسشنامه بالینی چندمحوری میلون-۳ در شهر اصفهان، (پایان‌نامه کارشناسی ارشد)، دانشگاه اصفهان.
- شریفی، علی اکبر؛ مولوی، حسین؛ نامداری، کوروش. (۱۳۸۶). روایی تشخیصی پرسشنامه بالینی چند محوری میلون-۳، فصلنامه دانش و پژوهش در روان شناسی، شماره سی و چهارم.
- گلمن، دانیل. (۱۹۹۵). هوش هیجانی. ترجمه ی نسرين پارسا، تهران، انتشارات رشد.
- مخبریان نژاد، راضیه. (۱۳۸۶). هنجاریابی پرسشنامه هوش هیجانی بار- آن در دانش آموزان دبیرستانی شهر تهران. (پایان‌نامه کارشناسی ارشد)، دانشکده روانشناسی و علوم اجتماعی دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تهران مرکزی.
- مشهدی، علی؛ سلطانی، اسماعیل؛ و رزمجویی، رودابه. (۱۳۸۹). رابطه‌ی هوش هیجانی و نشانه‌های اختلال شخصیت مرزی، مجله‌ی اصول بهداشت روانی، سال ۱۲ (۱)، صفحه‌ی ۹-۳۹۰.

American Psychiatric Association (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th edition (DSM-5). Washington, DC; American Psychiatric Association.

Bagge, C., Nickell, A., Stepp, S., Durrett, C., Jackson, K., & Trull, T.J. (2004). Borderline personality disorder features predict negative outcomes 2 years later. *Journal of Abnormal Psychology*, 113, 279-88.

Bar-On, & Parker, J.D.A. (2000), *The handbook of emotional intelligence*. San Francisco: Jossey-Bass.

Hertel, J., Schütz, A., & Lammers, C. (2009). Emotional intelligence and mental disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 65 (9), 942-954.

Sadock, B.J., Sadock, W.A., & Ruiz, P. (2015). *Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry. Behavioural Sciences/Clinical Psychiatry*, 11th ed.; Wilkins, Florida. Lippincott Williams & Co.

Leible, & Snell (2003), *Borderline personality disorder and multiple aspects of emotional intelligence, Personality and Individual Differences*. 37, 393-404.

- Linehan, M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford press.
- Martskvishvili, & Mestvirishvili, M. (2014). The relationship between Emotional Intelligence and personality disorder symptomology. *Problem of Psychology in the 21st century*, 8(2), 143-150.
- Martskvishvili, K., Arutinov, L., & Mestvirishvili, M. (2013). A psychometric investigation of the Georgian version of the Trait Emotional Intelligence Questionnaire. *European Journal of Psychological Assessment*, 29 (2), 84-88.
- Millon, T. (1994). *Millon Clinical Multiaxial Inventory--III Manuel*. New York: The Guildford Press.
- Peter, Schuurmans, Vingerhoets, Smeets, Verkoeijen, & Arntz (2013). Borderline Personality Disorder and Emotional Intelligence, *THE JOURNAL OF NERVOUS AND MENTAL DISEASES*. 201(2), 99-104.
- Salovey, P., & Mayer, J. D. (1990). Emotional intelligence. *Imagination, Cognition, and Personality*, 9, 185-211.
- Schutte, N. S., & Malouff, J. M. (2011). Emotional intelligence mediates the relationship between mindfulness and subjective well-being. *Personality and Individual Differences*, 50 (7), 1116-1119.
- Taylor, J., & Reeves, M. (2007). Structure of borderline personality disorder symptoms in a nonclinical sample. *Journal of Clinical Psychology*, 63 (9), 805-816.
- Vonk, Zeigler, Mayhew, & Mercer (2012). Mirror, mirror on the wall, which form of narcissist knows self and others best of all?. *Personality and Individual Differences*, 54(3), 396-401.
- Yen, S., Zlotnick, C., & Costello, E. (2002) Affect regulation in women with borderline personality disorder traits. *Journal of Nervous and Mental Disease*. 190, 693-96.
- Zweig-Frank, H., & Paris, J. (2002) Predictors of outcome in a 27-year follow-up of patients with borderline personality disorder. *Comprehensive Psychiatry*. 43, 103-07.