بناء أداة لقياس إضطرابِ التشوُّهِ الجسميِّ

أ. د. بثينة منصور الحلو م. نورس شاكر هادي العباس
جامعة بابل
كلية التربية للعلوم الإنسانية

الفصلُ الأوَّلُ/أهميَّةُ البحثِ والحاجةُ إليهِ

منَ المشكلاتِ السلوكيَّةِ المهمَّةِ إضطرابُ التشوُّهِ الجسميّ، إذْ تُشيرُ دراساتُ الإنتشارِ إلى أنَّ نسبةَ إنتشارهِ بينَ طلبةِ الجامعةِ في حدودِ (٢,٢-١٣٪), وهيَ نسبةٌ خطيرةٌ إذا ما قُورنتْ بنسبةِ الـ(١٣-١٦٪) الموجودةِ لدى الراقدينَ في مستشفياتِ الطبِّ النفسيّ (Phillips K.A.,٢٠٠٩,p. ١٩). وتبرزُ أهميَّةُ الموضوعِ في أنَّ الإصابةَ بهذا الإضطرابِ تدفعُ الفردَ إلى إظهارِ أعراضٍ أخفُّها فقدانُ الثقةِ بالنفسِ والإنعزالِ والغمِّ النفسيّ، وأشدُّها يصلُ إلى ملازمةِ البيتِ والإنعزاليَّةِ, بلْ وحتّى الإنتحارِ (Phillips K.A.,٢٠٠٩, p. ٢٠). ويُظِهرُ المصابونَ إعراضاً منْ قبيلِ تشوُّهِ مفهومِ الجمالِ, وإختلالِ وظيفةِ الذاكرةِ, والوساوسِ القسريَّةِ، ناهيكَ عنْ مشاعرِ الوصمةِ الإجتماعيَّةِ. ويُشيرُ مصطلحُ الوَصمةِ stigma في الأصلِ إلى علامةٍ كانَ الإغريقُ يضعونها على العبيدِ لتسهيلِ تمييزهم عنْ الأحرارِ. وتُشيرُ هذهِ المفردةُ في الإستعمالِ الدارجِ حاليَّاً إلى العارِ أو العجزِ. ويمكنُ أنْ يكونَ إطلاقُ الوصمةِ خارجيَّاً (التمييزُ، التحيُّزُ) أو داخليَّاً (وصْمُ الذاتِ) أو أنْ يكونَ، كما هوَ الحالُ غالباً ،مزيجاً منَ الإثنينِ. ومعرفةُ أنَّ المرءَ قدْ لُقِّبَ بالمرضِ عقليَّاً منْ شأنها التسبُّبُ بكلٍّ منَ الوصمةِ الداخليَّةِ والخارجيَّةِ. وإستجابةً للوصمةِ الإجتماعيَّةِ، ربما يستدخلُ ذوو المشكلاتِ العقليَّةِ الإتجاهاتَ العامَّةَ فيُضحونَ شديدي الحرجِ أو الخزي إلى حدٍّ يدفعهمْ لإخفاءِ أعراضهم والإحجامِ عنْ طلبِ العلاجِ. كما يمكنُ للوصمةِ أنْ تقلِّلَ إمكانيَّةَ وصولهم إلى الموارِدِ والفرصِ (منْ قبيلِ الإسكانِ والتوظيفِ). كما أنَّها تؤدّي إلى إنحطاطِ تقديرِ الذاتِ، وزيادةِ العزلةِ، واليأسِ، والإنتكاسِ (Sarason & Sarason, ٢٠٠٩, p. ٧).

ويمتاز هذا الإضطراب بالإنشغال في تشوه متخيل في المظهر الجسدي لدى شخص طبيعي المظهر، وإن أكثر الشكاوى إنتشاراً هي العلامات التي في الوجه مثل تجاعيد، أو ندوب في الجلد، أو كثرة شعر الوجه، أو شكل الأنف أو الفك أو الحاجبين، أو تورم الوجه أو الثديين، وإن وجد شذوذ طفيف في الشكل، كانَ إنشغال الشخص به شديداً (Claiborn & Pedrick,٢٠٠٢,p.١٠). وأهم الأعراض المصاحبة لهذا الإضطراب هي الزيارات المتكررة لجراحي التجميل، وإختصاصيي الأمراض الجلدية في محاولة لتصحيح التشوه، فضلاً عن أعراض الإكتئاب والوساوس، وتجنب المريض للمواقف الإجتماعية بسبب التوتر المرتبط بالتشوه الوهمي، أو المتخيل أو المبالغ فيه (الخالدي، ٢٠٠٦، الصفحات ٢٧٦-٢٧٧).

علاوةً على إرتباطِ إضطرابِ التشوُّهِ الجسميّ بالإكتئابِ والأفكارِ الإنتحاريَّةِ، فإنَّهُ يتداخلُ معَ الأداء الوظيفيّ في نواحٍ أخرى. فالناس الذين يعانون مشكلاتٍ في صورة الجسم مثل إضطرابِ التشوُّهِ الجسميّ يمكن أن يمضوا وقتاً طويلاً وينفقوا أموالاً طائلةً محاولين تصحيح عيوبهم المدركة. وقد يقعون في ضائقة مالية أو تستفحل العوائق التي تحد من نشاطاتهم الأخرى نتيجة لذلك إلى الحد الذي يشخصون فيه على أنهم مصابون بالرهاب الإجتماعي. ومثله مثل الإكتئاب، يمكن للرهاب الإجتماعي أن يكون إضطراباً متزامن الحدوث، أي الإضطراب الذي يتزامن وجوده مع إضطراب آخر، مثل إضطرابِ التشوُّهِ الجسميّ، ويؤثر في الكيفية التي يؤثر فيها إضطرابُ التشوُّهِ الجسميّ في حياة الأفراد. وبينما يمكن للفرد أن يكون مصاباً بالرهاب الإجتماعي علاوةً على إضطرابِ التشوُّهِ الجسميّ، فإن القائم على التشخيص يمكن أن يغفل إضطرابَ التشوُّهِ الجسميّ، لأنه ينتبه إلى

التجنب والخوف من المواقف الإجتماعية فقط، فيوصي بعلاج الرهاب الإجتماعي فقط. مثل هذا العلاج لن يكون مفيداً في العادة، نظراً لأنه لا يستهدف إضطرابَ التشوُّهِ الجسميّ الذي ينشأ عنه التجنب الإجتماعي. وسواء أكان أغلب المصابون بإضطرابِ التشوُّهِ الجسميّ يلاقون معايير الرهاب الإجتماعي أم لا، فإنهم سوف يتجنبون بعض المواقف أو يتخذون احتياطات خاصة لدى خروجهم إلى الملأ من أجل التعامل مع المشاعر المرتبطة بمظهرهم (Claiborn & Pedrick, ٢٠٠٢, p. ١١).

ينتشرُ إضطرابُ التشوُّهِ الجسميّ على مدى أوسع مما كان يعتقد سابقاً. فعلى الرغم من أن الإضطراب كان قد تلقى وصفاً دقيقاً في ثمانينيَّات القرن التاسع عشر، إلا أنه كان إضطراباً نادر الحدوث إلى عهدٍ قريب. ولم ينشر سوى عدد من المقالات عن هذا الإضطراب (Phillips K.A.,١٩٩٦,p.١٢). وقد إستعملت الأوصاف المبكرة مصطلح رهاب التشوُّهِ الجسميّ dysmorphophobia. (وإستخدام مفردة الرهاب يشير إلى خوفٍ غير عقلاني، وهو ما لا يتفق مع الوصف المعاصر لإضطرابِ التشوُّهِ الجسميّ). ثم أصبح المصطلح التشخيصي "إضطرابُ التشوُّهِ الجسميّ" رسمياً حينما ورد في الإصدار الثالث المنقح من الدليل التشخيصي والإحصائي للإضطرابات العقلية DSM-III-R الذي صدر عام (١٩٨٧). ومنذ ذلك الحين لم يهتم بإضطرابِ التشوُّهِ الجسميّ إلا عدد قليل من الباحثين وتنامت بشأنه على نحوٍ تدريجي (Claiborn & Pedrick, ٢٠٠٢, pp. ١١-١٢). وبخلاف العديد من غير من الإضطرابات الأكثر شهرةً ودراسةً، فإن المتوافر من البحوث الرصينة بشأنه قليل جداً مما يصعِّب إمكانية التعرف إلى إنتشار إضطرابِ التشوُّهِ الجسميّ، غير أنه يقدر بنسبة (١-٢٪) من المجتمع العام. كما أنه قد يوجد بنسبة (٤-٥٪) من المجتمعات الخاضعة للعلاج الطبي، وبنسبة (٨٪) من الناس المصابين بالإكتئاب، وما يناهز (١٢٪) من الناس المراجعين لعيادات العلاج النفسي الخارجية (Phillips K. A., ١٩٩٦, p. ١٤).

يكمن الفرق الأكبر في الاستجابة الانفعالية للمشكلة المدركة. فاغلب الناس المصابين بتوهم المرض قدراً مهوناً من القلق الى الحد الذي حدى ببعض المتخصصين للإشارة الى هذا الاضطراب باسم "قلق الصحة", كما إن أغلب المرضى المصابين باضطراب الوسواس القسري وغيره من اضطرابات القلق. يعانون قلقاً كبيراً بشان نوعٍ من الخطر المدرك. في حين يبدو إن المرضى المصابين بإضطراب التشوُّه الجسميّ أكثر اشمئزازاً وخجلاً من مظهرهم الخاص وليس قلقاً منه، يظهر الاشمئزاز في بعض اضطرابات القلق مثل اضطراب الوسواس القهري والرهابات. وأبدى بعض الباحثون اهتماماً خاصاً بها مؤخراً. وعند هذه النقطة فان الاشمئزاز يعد فهمه علمياً أصعب من القلق. وفهم الاشمئزاز هو جزء حيوي في تطوير علاجات إضطراب التشوُّه الجسميّ ومشكلات صورة الجسم المرتبطة به والهدف المهم في العمل مع مشكلات صورة الجسم هو الوصول الى النقطة التي لا يعود فيها المريض مشمئزاً من جسده الخاص. وهذا هو أمر مختلف عن الاعتقاد بان جسده كاملٌ, والذي هو ليس هدفاً عقلانياً. بل يقوم العلاج على تقبل من هو وما هو عليه شكله (Claiborn & Pedrick, ٢٠٠٢, pp. ١٦-١٧).

وتتجلى مشكلة البحث الحالي في انه يستهدف إعداد أداة لقياس اضطراب التشوه الجسمي، حيث تفتقر المكتبة الأكاديمية العراقية الة مثل هكذا أداة، كما ان المتغير غير مدروس في الجامعات العراقية، رغم أهمية الموضوع ومدى انتشار الحالة، بحسب تصريح عدد مت الأطباء النفسيين.

هدفُ البحثِ:يستهدفُ البحثُ الحاليُّ إعدادَ أداةٍ لقياسِ إضطرابِ التشوُّهِ الجسميّ.

حدودُ البحثِ:تحدَّدَ البحثُ الحاليُّ بدارسةِ إضطرابِ التشوُّهِ الجسميّ لدى عينّةٍ منْ طلبةِ جامعةِ بغدادَ منَ الجنسينِ (الذكورِ والإناثِ) ومنَ التخصُّصينِ (العلميّ والإنسانيّ) ولأربعِ مراحلَ منَ الدراساتِ الأوَّليَّةِ الصباحيَّةِ.

تحديد المصطلحات:

إضطرابُ التشوُّهِ الجسميُّ

منَ التعريفاتِ التي عُرِّفَ بها إضطرابُ التشوُّهِ الجسميُّ Body Dysmorphic Disorder:

١. تعريفُ الجمعيَّةِ الأميركيَّةِ للطبِّ النفسيّ American Psychiatric Association (٢٠٠٠):"حالةٌ تمتازُ بإنشغالِ البالِ على نحوٍ مُفرِطٍ بعيبٍ مُتخيَّلٍ أو طفيفٍ في ميزةٍ وجهيَّةٍ أو موضعٍ جسميّ." (American Psychiatric Association, ٢٠٠٠, p. ٥٠٧)

٢. تعريفُ أولتمانز Oltmanns وإمري Emery (٢٠٠٤) "انشغالٌ مفرطٌ بخللٍ متخيَّلٍ أو طفيفٍ في مظهرِ جزءٍ منَ الجسمِ أو أجزاءٍ منهُ. يكونُ هذا الخللُ سبباً للغمِّ, فيشعرُ المصابُ بأنهُ غيرُ جذَّابٍ, حتّى وإنْ كانَ الخللُ غيرَ موجودٍ فعلاً. ولتخفيفِ الغمِّ يقومُ بأداءِ سلوكيّاتٍ مكرَّرةٍ (طقوسٍ) مطوَّلةٍ عديمةِ العاطفةِ أو متناقضةٍ. ويكونُ المرضى مقتنعينَ بأنَّ عيبهم ظاهرٌ وأنَّ غمَّهم مبرَّرٌ. كما أنَّ التأكيدَ لهم بأنَّ العيبَ غيرَ منظورٍ لا طائلَ منهُ في تعديلِ قناعاتهم"(Oltmanns & Emery, ٢٠٠٤, p. ٢٥٩).

٣. تعريفُ شِفمان Shiffman (٢٠٠٩):"إنشغالٌ مفرطٌ بعيبٍ متخيَّلٍ أو طفيفٍ جدَّاً يسبِّبُ غمَّاً شديداً لدى الفردِ" (Shiffman, ٢٠٠٩, p. ١٢٧).

وتبنَّى الباحثُ تعريفَ الجمعيَّةِ الأميركيَّةِ للطبِّ النفسيّ، لأنَّ معاييرها التشخيصيَّةَ سوفَ تُستعملُ في بناءِ أداة القياسِ. أمّا التعريفُ الإجرائيُّ لإضطرابِ التشوُّهِ الجسميّ، فهوَ الدرجةُ التي يحصلُ عليها المستجيبُ على أداةِ قياسِ إضطرابِ التشوُّهِ الجسميّ.

الفصلُ الثاني/إطارٌ نظريٌّ ودراساتٌ سابقةٌ

مقدِّمةٌ تأريخيةٌ

كانَ الطبيبُ الإيطاليُّ إنريكي مورسيلي Enrique Morselli أوَّلَ من وصفَ إضطرابَ التشوُّهِ الجسميّ عامَ (١٨٨٦)، ودعاهُ "رُهابَ التشوُّهِ الجسميّ dysmorphophobia" (Shiffman,٢٠٠٩, p.١٢٧). ولم يُدرج الإضطرابَ في التصنيفاتِ العالميَّةِ إلى أنْ وردَ في تصنيفِ DSM-III-R (١٩٨٧). ولمْ تُدرجهُ منظمةُ الصحَّةِ العالميَّةِ(WHO) World Health Organization في تصنيفِها العالميّ للأمراضِ International Classification of Diseases (ICD) حتّى عامِ(١٩٩٢). وأُشتُقَّ المصطلحُ منَ الكلمتينِ الإغريقيَّتينِ "رديء" أو "قبيح" و"شكل" أو "هيئة" (Cafri, Thompson, & Ricciardelli, ٢٠٠٥, p. ٢١٦).

يَظهرُ إضطرابَ التشوُّهِ الجسميّ لدى الناسِ الذينَ لا يحبّونَ بعضَ جوانبِ هيأتهمُ إلى مدىً يصعبُ فيهِ عليهمُ التوقفُ عنِ التفكيرِ فيهِ والقلقِ أزاءهُ. وتتجلى هذهِ الإستجاباتُ على نحوٍ مفرطٍ لدى أناسٍ آخرينَ لأنَّ المشكلةَ المفترضةَ قد لا تكونُ قابلةً للملاحظةِ أصلاً أو أنْ تكونَ متعلّقةً بعيبٍ طفيفٍ كأنْ يكونَ شامةً أو ندوباً بسيطةً من أثرِ حبِّ الشبابِ مما قد لا يلاحظهُ أيُّ شخصٍ آخرَ. ولكن بالنسبةِ للذينَ يعانونَ هذهِ المشكلةَ، تكونُ "العيوبُ" حقيقيَّةً تماماً، وواضحةً جداً، وشديدة جداً. (Shiffman,٢٠٠٩,p.١٢٧).

تصنيفُ إضطرابِ التشوُّهِ الجسميّ

تصنيفُ إضطرابِ التشوُّهِ الجسميّ في دليلِ DSM-IV-TR

الخصائصُ التشخيصيَّةُ:الميزةُ الجوهريَّةُ في إضطرابَ التشوُّهِ الجسميّ(المعروفُ سابقاً بإسمِ رُهابِ التشوُّهِ Dysmorphophobia) هيَ الإنهماكُ (الإنشغالُ والإهتمامُ المفرطينِ) بعيبٍ في المظهرِ (المعيارُ أ). وأمّا أن يكونَ هذا العيبُ متخيَّلاً، أو إذا وُجِدَ عيبٌ جسديٌ بسيطٌ فإنَّ إنهماكَ الفردِ وقلقهُ يكونانِ مفرطينِ (المعيارُ أ). ويجبُ أن يسبّبُ هذا الإنهماكُ مقداراً كبيراً من الغمّ أو العجزِ من الناحيةِ الإجتماعيَّةِ، أو المهنيَّةِ أو في غيرهما من مجالاتِ الأداءِ الوظيفيّ (المعيارُ ب). ولا يُعزى ذلكَ الإنهماكُ إلى أيّ إضطرابٍ عقليّ آخرَ (مثلَ عدمِ الرضا عن شكلِ الجسمِ أو حجمهِ في القهمِ العصبيّ[1])(المعيارُ ج) (American Psychiatric Association, ٢٠٠٠, p. ٥٠٧).

تتضمَّنُ الشكاوى في الغالبِ عيوباً متخيَّلةً أو طفيفةً في الوجهِ أو الرأسِ منْ قَبيلِ خفَّةِ الشعرِ، حَبّ الشبابِ، التجاعيدِ، الندوبِ، بروزِ الأوعيةِ الدمويَّةِ، شحوبِ السِحنةِ أو إحمرارها، التورُّمِ، عدمِ تناظرِ جانبيِ الوجهِ أو عدمِ تناسقِ أجزائهِ، أو زيادةِ الشَعرِ في الوجهِ. وتتضمَّنُ الإنهماكاتُ الأخرى الشائعةُ الشكلَ أو الحجمَ أو غيرَ ذلكَ منَ الأمورِ المتعلّقةِ بالأنفِ، العينينِ، الجفنينِ، الحاجبينِ، الأذنينِ، الفمِ، الشفتينِ، الأسنانِ، الفكّ، الذقنِ، الخدَّينِ، أو الرأسِ. غيرَ أنَّ أيَّ جزءٍ منَ الجسمِ يمكنُ أنْ يكونَ محطَّ تركيزِ الإنهماكِ المذكورِ (منْ قَبيلِ الأعضاءِ التناسليَّةِ، الثدييِن، الوركينِ، البطنِ، الذراعينِ، اليدينِ، القدمينِ، الساقينِ، الردفينِ، الكتفينِ، العمودِ الفقريّ، مناطقٍ أكبرَ منَ الجسمِ، الحجمِ الكليّ للجسمِ، أو بُنيةِ الجسمِ والعَضَالةِ). وقدْ يتركَّزُ الإنهماكُ في الوقتِ نفسهِ على أجزاءٍ متعدّدةٍ منَ الجسمِ. وعلى الرغمِ منْ أنَّ الشكوى تكونُ في الغالبِ محدَّدةً (مثلَ الشفةِ "المِعْوَجَّةِ"، أو الأنفِ "كثيرِ الحُفرِ")، إلا أنَّها تكونُ مبهمةً أحياناً (مثلَ الوجهِ "المنحدرِ"، أو العينينِ "القاسيتينِ على نحوٍ غيرِ مناسبٍ"). وبسببِ الإحراجِ الناجمِ عنِ القلقِ أو غيرهِ من ردودِ الأفعالِ، فإنَّ بعضَ الأفرادِ المصابينَ بإضطرابِ التشوُّهِ الجسميّ يتجنبونَ وصفَ "عيوبهمُ" بالتفصيلِ وقدْ يشيرونَ بدلاً منْ ذلكَ إلى قبحهمُ العامّ فقط (American Psychiatric Association, ٢٠٠٠, pp. ٥٠٧-٥٠٨).

يشعرُ أغلبُ الأفرادِ المصابينَ بهذا الإضطرابِ بغمٍّ واضحٍ بسببِ عاهتهمُ المفترضةِ، وغالباً ما يَصِفونَ إنهماكاتهمُ بأنها "مؤلمةٌ جداً"، "مصدرُ عذابٍ"، أو "هدّامةٌ". ويجدُ الغالبيَّةُ منهمُ أنَّ إنهماكاتهمُ تصعُبُ السيطرةُ عليها، وقدْ يبذلونَ جهداً بسيطاً أو لا يبذلونَ جهداً على الإطلاقِ لمحاولةِ مقاومتها. نتيجةً لذلكَ، فإنَّهمُ غالباً ما يمضونَ ساعاتٍ يومياً متفكرينَ في "عيبهمُ"، إلى الحدِّ الذي قدْ تهيمنُ فيهِ هذهِ الأفكارُ على حياتهمُ. ويحدثُ عجزٌ كبيرٌ في ميادينَ عديدةٍ منَ الأداءِ الوظيفيّ عموماً. كما أنَّ مشاعرَ التحسُّسِ الذاتيّ لـ"عيوبهمُ" قدْ تؤدي إلى تجنبِ العملِ، المدرسةِ، أو المواقفِ العموميَّةِ (American Psychiatric Association,٢٠٠٠,p.٥٠٨).

---

[1] القهمِ العصبيّ anorexia nervosa: اضطرابٌ يمتازُ بتعمد إنقاص الوزن بتقليل كمية الأكل، مع خوفٍ شديدٍ من البدانة وخللٍ في الإدراك الذاتي لصورة الجسد، وانشغالٍ وسواسيّ بكل ما يتعلقُ بالأكل وبوزن الجسد وبأساليب الحمية، مما ينتجُ عنه نقصٌ في وزن الجسد بنحوٍ يعرضُ حياة المريض للخطر.

الخصائص والاضطرابات ذات الصلة:قدْ تستغرقُ مواصلةُ التأكُّدِ منَ العيبِ، سواءٌ مباشرةً أم في السطوحِ العاكسةِ (مثلِ، المرايا، زجاجِ المحالِّ التجاريَّةِ، موانعِ الإصطدامِ في السيّاراتِ، زجاجِ ساعةِ اليدِ) ساعاتٍ عدَّةً منَ اليومِ. ويلجأ بعض الأفراد إلى إستعمال إضاءةٍ خاصةٍ أو عدساتٍ مكبرةٍ لإمعان النظر في "عيبهم." وقد يكون هنالك إفراط في سلوك التهندم (من قبيل الإفراط في تصفيف الشعر، إزالة الشعر، وضع مساحيق التجميل على نحو طقسي، أو قرص الجلد). وعلى الرغم من أن النية الاعتيادية في التأكد والتهندم هي لتقليل القلق، ومحاولة المرء معاودة التأكد من مظهره، أو محاولته تحسين مظهره مؤقتاً، إلا أن هذه السلوكيات غالباً ما تزيد من شدة الانشغال المفرط والقلق المرافق له. ونتيجة لذلك، يتجنب بعض الأفراد المرايا، بل يعمدون أحياناً إلى تغطيتها أو إزالتها من البيئة المحيطة بهم. ويتناوب غيرهم دورات بين الإفراط من التدقيق في المرايا وتجنبها. ومن السلوكيات الأخرى التي تستهدف تحسين "العيب" المبالغة في كل من التمارين (مثل رفع الأثقال)، الحمية، والتغيير المتكرر للملابس. وقد تكون هنالك طلبات متكررة لإعادة التأكيد بخصوص "العيب"، غير أن مثل هذا النوع من إعادة التوكيد إن نجم عنه شيء من الراحة، كان ذلك يكون وقتياً فحسب. وقد يلجأ الأفراد المصابون بهذا الاضطراب أيضاً إلى المقارنة المستمرة بين أجزاء جسمهم "القبيحة" بما لدى الآخرين. وقد يحاولون تمويه "العيب" (مثل إطالة اللحية لتغطية جروح متخيلة في الوجه، ارتداء القبعة لإخفاء فقدان الشعر المتخيل، حشو الملابس الداخلية لتحسين منظر الأعضاء التناسلية "الصغيرة"). وقد يمسي بعض الأفراد منهمكي التفكير إلى حد مفرط بمخاوف من أن الجزء "القبيح" من جسمهم سوف لن يعمل جيداً أو أنه ضعيف إلى أبعد الحدود وأن خطر الإصابة والأذى محدق به على الدوام. المعلومات المتوافرة عن العيب المدرَك قليلة في الغالب، لكن بعض الأفراد يصابون بالأوهام؛ أي أنهم يكونون مقتنعين تماماً بأن نظرتهم للعيب صحيحة وغير مشوهة ولا يمكن إقناعهم بخلاف ذلك. كما يمكن أن تكون أفكار الإشارة وأوهام الإشارة ذات الصلة بالعيب المتخيَّل شائعة، أي أن الأفراد المصابون بهذا الاضطراب غالباً ما يعتقدون بأن الآخرين قد (أو أنهم فعلاً) يُبدون انتباهاً خاصاً لنقصهم المفترض، ولربما يتكلمون عنه أو يسخرون منه (American Psychiatric Association, ٢٠٠٠, p. ٥٠٨).

قد يؤدي تجنب النشاطات المعتادة إلى انعزال اجتماعي شديد. وفي بعض الحالات قد لا يغادر الأفراد منازلهم إلا في الليل، حينما لا يمكن رؤيتهم أو قد يصبحون حبيسي المنزل، لسنوات في بعض الأحيان. قد يترك الأفراد المصابون بهذا الاضطراب المدرسة، ويتجنبون مقابلات العمل، ويعملون في مهن من دون مستوى قدراتهم، أو لا يعملون مطلقاً. يكون أصدقاؤهم قليلين، ويتجنبون المواعدة وغيرها من التفاعلات الاجتماعية، كما يعانون صعوبات زواجية، وقد يُطَلَّقون بسبب أعراضهم. وعلى الرغم من أن الغم وخلل الأداء المصاحبين لهذا الاضطراب قد يكونا متباينين، إلى أنهم قد يؤديان إلى تكرار الرقود في المستشفى وإلى التفكير الانتحاري، ومحاولات الانتحار، والانتحار التام. والمصابون باضطراب التشوه الجسمي غالباً ما يطلبون ويتلقون العلاجات الطبية العامة (التي غالباً ما تكون جلدية)، أو علاجات طب الأسنان، أو العلاجات الجراحية لتدارك عيوبهم المتخيلة أو الطفيفة. وفي حالات نادرة قد يلجأ الأفراد إلى وسائل متطرفة (مثل إجراء الجراحة لأنفسهم) لتصحيح النقص الذي يدركونه (American Psychiatric Association, ٢٠٠٠, pp. ٥٠٨–٥٠٩).

قد يجعل مثل هذا العلاج الاضطراب أسوء حالاً، فيؤدي إلى زيادة الانشغالات المفرطة أو ظهور أخرى جديدة، والتي ربما تؤدي بدورها إلى إجراءات أخرى غير ناجحة، فينتهي المطاف بالأفراد ليكونوا من ذوي الأنوف أو الآذان أو الأثداء أو الأرداف أو غيرها من أجزاء الجسم"الاصطناعية"، والتي لا يزالون غير راضين

عنها.ويمكن لاضطراب التشوه الجسمي أن يكون مصحوباً باضطراب الاكتئاب الأكبر،الاضطراب التوهمي، الرهاب الإجتماعي،والاضطراب الوسواسي–القسري (American Psychiatric Association, ٢٠٠٠, p. ٥٠٩).

مزايا خاصة بالثقافة والنوع الجنسي:الاهتمامات الثقافية بشأن المظهر الجسدي وأهمية التمثيل الذاتي للجسم قد تؤثر في أو تضخم الانهماكات بخصوص التشوه الجسمي المتخيل. ويمكن أن يكون اضطراب التشوه الجسمي متساوي الشيوع لدى النساء والرجال في أوضاع المرضى النفسيين الخارجيين (American Psychiatric Association, ٢٠٠٠, p. ٥٠٩). ولا تتوافر بيانات كافية عما إذا كانت نسب الإصابة بهذا الإضطراب متساوية بين الرجال والنساء أم لا، غير أن الخبرة السريرية تميل إلى الإشارة بأن الأمر كذلك. فيبدو أن هنالك إهتماماً بالعضلات وفقدان الشعر لدى الذكور، في حين تركز الإناث أكثر على مظهر الجلد والثدي، أو الساق، أو حجم الردفين أو شكلهما. من ناحية أخرى، فإن أياً من هذه الإهتمامات المفرطة يمكن أن يظهر لدى أي من الجنسين. ومن الشائع بين المصابين بإضطرابِ التشوُّهِ الجسميّ وجود أكثر من "عيب" يسبب الإنزعاج لديهم (Claiborn & Pedrick, ٢٠٠٢, p. ١٢).

الانتشار:إنتشار الإضطراب في المجتمع غير معروف. وفي أوضاع الصحة العقلية السريرية، تتراوح النسب المذكورة عن اضطراب التشوه الجسمي لدى المصابين باضطرابي القلق أو الاكتئاب من دون (٥٪) إلى حوالي (٤٠٪). وفي أوضاع الجراحة التجميلية وطب الجلدية، تتباين نسب اضطراب التشوه الجسمي من (٦٪) إلى (١٥٪) (American Psychiatric Association, ٢٠٠٠, p. ٥٠٩).

وتيرة الاضطراب

يبدأ الإضطراب عادة في سن المراهقة غير أنه يمكن أن يبدأ في سن الطفولة. ومع ذلك فإن الاضطراب قد لا يُشَخَّص لسنوات عديدة، غالباً لأن الأفراد المصابين به يُحجِمون عن كشف أعراضهم. ويمكن لبداية الإصابة أن تكون تدريجية أو مفاجِئة. ويتصف الاضطراب بوتيرة متواصلة إلى حدٍّ ما، مع القليل من الفواصل الزمنية الخالية من الأعراض، على الرغم من أن شدة الأعراض قد تزداد وتقل عبر الزمن. كما أن العضو الذي يكون موضع التركيز من الجسم يمكن أن يبقى نفسه أو قد يتغير (American Psychiatric Association, ٢٠٠٠, p. ٥٠٩).

التشخيص التفريقي

بخلاف المخاوف والاهتمامات الطبيعية بشأن المظهر، فإن الانشغال المفرط في إضطراب التشوه الجسمي يستغرق الوقت على نحو مبالغ فيه ويصاحبه غم شديد أو عجز ميادين الأداء الوظيفي الاجتماعي أو المهني أو غيرهما. من ناحية أخرى، قد لا يسهلُ تمييز اضطراب التشوه الجسمي في الأوضاع التي أُجريت فيها عمليات تجميل. الإفراط في التمرين (مثل رفع الأثقال) الذي يمكن أن يحدث في اضطراب التشوه الجسمي لتصحيح العيب المُدرَك في المظهر ينبغي تمييزها عن التمرين الصحي ومن التمرين المفرط الذي قد يحدث ضمن اضطراب الأكل (American Psychiatric Association, ٢٠٠٠, pp. ٥٠٩–٥١٠).

لا يُعطى التشخيص إذا كان الانشغال المفرط يُعزى على إلى اضطراب عقلي آخر. كما لا يُعطى التشخيص إذا كانت المبالغة في الانشغال المفرط محددة بمخاوف من "البدانة" في القهم العصبي، أو إذا كان الانشغال المفرط لدى الفرد محدداً بعدم الارتياح أو شعور بعدم الملائمة في خصائصه الجنسية الحاصل في اضطراب هوية النوع الجنسي، أو إذا كان الانشغال المفرط محدداً بالتأملات المنسجمة مع الانفعال والتي تشمل

المظهر وتحدث في نوبة الاكتئاب الأكبر حصراً (American Psychiatric Association,٢٠٠٠,p. ٥١٠).

المصابون باضطراب الشخصية التجنبية أو الرُهاب الاجتماعي يخشون التعرض للإحراج بعيوب فعلية في المظهر، غير أن هذه الخشية غالباً ما تكون غير دائمة، أو مُلِحَّة، أو مُسَبِّبَة للغم، أو مستهلكة للوقت، أو مُسَبِّبَة للعجز. وعلى الرغم من أن المصابين بإضطراب التشوه الجسمي لديهم انشغالات مفرطة ذات طبيعة وسواسية بشأن مظهرهم ربما تكون مصحوبة بسلوكيات قسرية (مثل التمعن في المرآة)، إلا أن تشخيص اضطراب الوسواس–القسري على نحو مستقل يتم فقط عندما تكون الوساوس والأفعال القسرية غير محددة بمخاوف تخص المظهر. ويقوم بعض الأفراد المصابين باضطراب التشوه الجسمي بإزالة شعر الجسم أو قرص الجلد في محاولة لتحسين مظهرهم؛ هذه السلوكيات ينبغي تمييزها عن سحب الشعر في هَوَس النتف (نتف الشعر المرضي)، الذي لا يَحدُث استجابةً لمخاوف تخص المظهر، وعن قرص الجلد المرتبط باضطرابات عقلية أخرى. وقد يحصل الأفراد المصابون بالإضطراب على تشخيص إضافي لوجود الاضطراب التوهمي، من النوع الجسمي، إذا وصلت انشغالاتهم بعجز مُتخَيَّل في المظهر إلى حدِّ التوهم (American Psychiatric Association, ٢٠٠٠, p. ٥١٠).

الكُورو (رُهابُ غَؤورِ القَضيب) هو متلازمة متعلقة بالثقافة تحدث على نحوٍ رئيسٍ في جنوب شرق آسيا ويمكن أن ترتبط باضطراب التشوه الجسمي. وهو يمتاز بانشغال مفرط في أن القضيب (أو الشفرين، أو الحلمتين، أو الثدي لدى النساء) منكمش أو متضائل ولسوف يغور مختفياً في البطن. غالباً ما يكون هذا الانشغال المفرط مصحوباً باعتقاد أن الموت سوف ينتج عن ذلك. يختلف الكُورو عن اضطراب التشوه الجسمي بأن استمراريته وجيزة إلى حد غير اعتيادي، وخصائصه ذات الصلة مختلفة (وهي بالأساس قلق حاد وخوف من الموت)، وله استجابة ايجابية للتطمين، ويندر حدوثه على نحو واسع ومنتشر (American Psychiatric Association, ٢٠٠٠, p. ٥١٠).

المعايير التشخيصية في اضطراب التشوه الجسمي (٣٠٠–٧)

- انشغال مفرط بعيب مُتَخَيَّل في المظهر. واذا كان هنالك عيب جسدي طفيف، فإن قلق الشخص بشأنه يكون مفرطاً على نحو واضح.
- يسبب الانشغال المفرط قَدْراً سريرياً كبيراً من الغم أو العجز في الميدان الاجتماعي أو المهني أو غيرهما من ميادين الأداء الوظيفي المهمة.
- لا يُعزى الانشغال المفرط على نحو أفضل إلى اضطراب عقلي آخر (مثل عدم الرضا عن شكل الجسم وحجمه في القهم العصبي).

(American Psychiatric Association, ٢٠٠٠, p. ٥١٠).

نظريَّةُ هورناي

القلق الأساسي عند هورناي ما هو إلا الإحساس الذي ينتاب الطفل لعزلته وقلة حيلته في عالم يحفل بإمكانيات العداوة. وهناك نطاق واسع من العوامل المؤدية إليه منها التحكم والسيطرة المباشرة والغير مباشرة واللامبالاة والسلوك غير المنتظم وعدم احترام حاجات الطفل الفردية,ونقص التوجيه الحقيقي والإسراف في الإعجاب أو غيبته ونقص الدفء والاضطرار للإنحياز لأحد الوالدين, تؤدي لانعدام الشعور بالأمن لدى الطفل وكل ما يؤدي لإضطراب شعور الطفل بالأمن في بيئته يؤدي للقلق الأساسي. والطفل القلق الذي ينعدم لديه

الشعور بالأمن ينمي أساليباً مختلفةً ليواجه بها ما يشعر به من عزله وقله حيلة فقد يصبح عدواني أو يصبح خانع أو يغرق نفسه في الإشفاق على ذاته؛ إذ يتخذ منه أسلوب صفة الدافع أو الحاجة مميزة للشخصية. وضعت هورناي عشر حاجات عصابية ملحة هي:

١.الحاجة العصابية للحب والعاطفة .
٢.الحاجة العصابية لشريك يعتمد علي.
٣.الحاجة العصابية ليعيش في حدود ضيقة.
٤.الحاجة العصابية للقوة والسيطرة.
٥.الحاجة العصابية للاستفادة من الآخرين.
٦.الحاجة العصابية إلى الاعتراف.
٧.الحاجة العصابية للإعجاب.
٨.الحاجة العصابية للإنجاز.
٩.الحاجة العصابية للكفاية.
١٠. الحاجة العصابية للكمال.

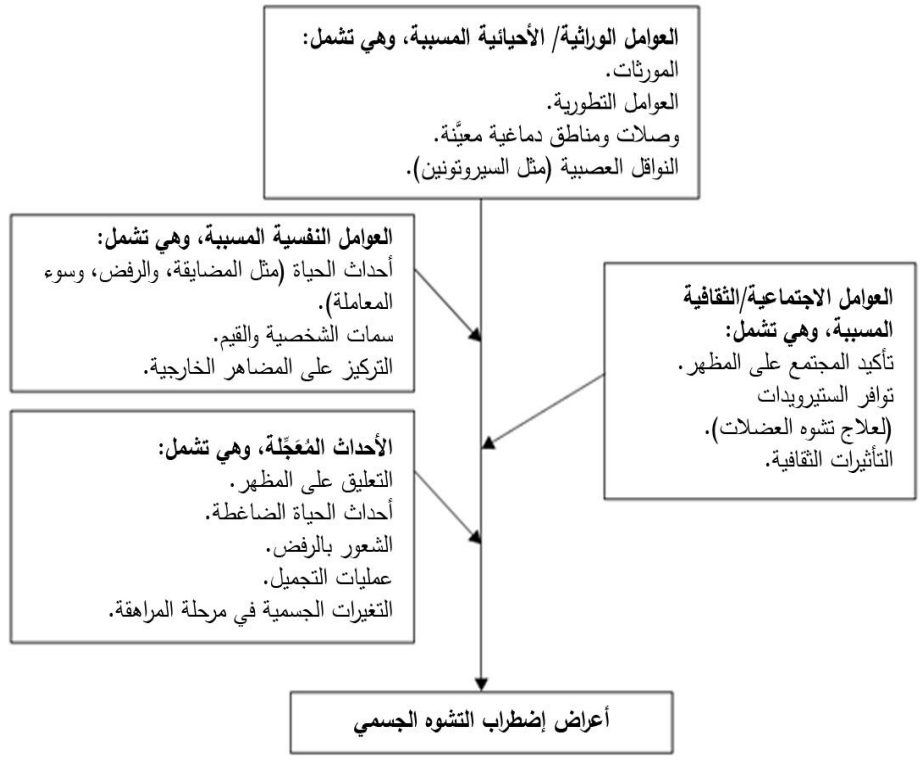
(صالح، ١٩٨٨، الصفحات ٤٩-٥٠).

يتبين أن هنالك أكثر من حاجة لدى الانسان، على وفق هورناي، تتقاطع وأعراض إضطرابَ التشوُّهِ الجسميّ. أبرز هذه الحاجات هما الحاجة العصابية للكمال والحاجة العصابية للإعجاب. وكلما تأثر إشباع هذه الحاجات زادت الأعراض العصابية لدى الأشخاص.

إنموذج فيلبس

وضعت كاثرين فيلبس Katharine Philips (٢٠٠٩) إنموذجاً يفسر اضطراب التشوه الجسمي بتفاعل العوامل الوراثية-الاحيائية والعوامل النفسية والعوامل الاجتماعية فضلاً عن الاحداث المحفزة أو المساعدة، تأكيداً منها على تعقيد الاسباب المؤدية لهذا الاضطراب بحسب رأيها. ونوَّهت إلى وجودِ تفسيرات نظرية اخرى تؤكد على خبرات الطفولة المبكرة, والرفض الاجتماعي, والمضايقة, وسوء التوافق في سنِّ الطفولة, وإختلال القيم وسمات الشخصية, والاختلال في الميل الى الجمال, واهتمام المجتمع بالمظهر, والأسباب الوراثية, والخلل العصبي في الانتباه الانتقائي, وإضطراب مستويات السيروتونين[١], والأحداث الضاغطة (Phillips K. A., ٢٠٠٩, pp. ١٢٧-١٢٩) كما يوضِّح الشكلُ (٧):

[١] السيروتونين serotonin: مادَّةٌ كيميائيَّةٌ يُنتجها الدماغُ للمساعدةِ على نقلِ السيالاتِ العصبيَّةِ عبرَ الوصلاتِ التي تصلُ بينَ خليَّةٍ عصبيَّةٍ وأخرى. كما أنَّ إنخفاضَ السيروتونين يرتبطُ بالإكتئابِ وغيرهِ منْ إضطراباتِ المزاجِ.



الشكلُ (١): المسلك المحتمل لتطور اضطراب التشوه الجسمي بحسب فيلبس

التوجُّهاتُ الفسلجيَّةُ

وعلى الرغمِ منْ أنَّ الفهمَ الحاليَّ للمسبّباتِ الفسلجيَّةِ المَرَضيَّةِ الكامنةِ وراءَ إضطرابِ التشوُّهِ الجسميّ لا يزالُ محدوداً، إلا أنَّهُ لا يزالُ ميداناً خصباً للبحثِ. وقدْ سلَّطتْ دراساتٌ حديثةٌ الضوءَ على مجموعةٍ منَ المسبّباتِ المحتملةِ، كانَ منْ ضمنها فرضيّاتٍ عنْ المعالجةُ البصريَّةُ غيرُ السويَّةِ ونقصُ عملِ مستلماتِ مادَّةِ N–methyl–d–aspartate (NMDA).(Feusner, *et al.*, ٢٠١٠, p.١٩٨). وهيَ مادَّةٌ مُشتقَّةٌ منَ الأحماضِ الأمينيَّةِ، لها دورٌ مثبطٌ في مستلماتِ NMDA يشبهُ عملَ الناقلِ العصبيّ المسمّى كلوتامايت glutamate. ولا تنشطُ هذهِ المستلماتُ إلا في حالاتِ الإنسحابِ منَ الكحول وما شابهها (McBain & Mayer, ١٩٩٤, p. ٧٢٣). وأوردتْ أدبيّاتُ الطبِّ النفسيّ أنَّ الدراساتِ الأحيائيَّةَ–العصبيَّةَ قدْ توصَّلتْ إلى أنَّ المصابينَ بإضطرابِ التشوُّهِ الجسميّ أظهروا مستوياتٍ منَ السيروتونين كانتْ دونَ المستوى الطبيعيّ(Slaughter, ١٩٩٩, p.٥٧١).

كما يُعتقدُ أنَّ للعواملِ الوراثيَّةِ دوراً سببيَّاً في تطوُّرِ الإصابةِ بإضطرابِ التشوُّهِ الجسميّ. فقدْ كانتْ معدَّلاتُ الإصابةِ بإضطرابِ التشوُّهِ الجسميّ بينَ عوائلِ المصابينَ بالإضطرابِ المذكور أعلى بمعدَّلِ (٤–٨) أضعافِ معدَّلاتِ الإصابةِ في المجتمعِ العام. كما توجدُ صلةٌ وراثيَّةٌ لإضطرابِ التشوُّهِ الجسميّ بينَ المرضى المصابينَ بإضطرابِ الوسواسِ القسريّ. وعلى الرغمِ منْ ذلكَ، لا توجدُ لحدِّ الآنَ أيُّ أدلَّةٍ تكشفُ على المستوى الوراثيّ الجزيئيّ عنْ مُسبّباتِ إضطرابِ التشوُّهِ الجسميّ (Feusner, Yaryura–Tobias, & Saxena, ٢٠٠٨, p. ٥).

وتوصَّلتْ دراسةُ ديكرزباخ Deckersbach وجماعتهُ (٢٠٠٠) إلى أنَّ المصابينَ بإضطرابِ التشوُّهِ الجسميّ أظهروا عجزاً في إستراتيجيّاتِ ترميزِ الذاكرةِ اللفظيَّةِ وغيرِ اللفظيَّةِ. ويُشيرُ هذا العجزُ إلى دورِ عيوبِ الذاكرةِ الإجرائيَّةِ المصحوبِ بضررٍ في وصلاتِ المنطقةِ الجبهيَّةِ المخطَّطةِ. ويحدثُ مثلُ هذا الخللُ لدى

المصابينَ بإضطرابِ الوسواسِ القسريّ. علاوةً على ذلكَ، لُوحظَ لدى المصابينَ بإضطرابِ التشوُّهِ الجسميّ تضخُّمُ حجمِ المادةِ البيضاءِ وعدمِ تناسقِ النواةِ المذنَّبةِ Caudate nucleus، حيثُ تكونُ في الجانبِ الأيسرِ منْ المخِّ أكبرَ منْ نظيرتها الموجودةِ في الجانبِ الأيمنِ (Deckersbach, *et al.*, ٢٠٠٠, p. ٦٧٥).

وأشارتْ دراسةٌ أجراها جيمي فويسنر Jamie Feusner إلى أنَّ المصابينَ بإضطرابِ التشوُّهِ الجسميّ يختلفونَ جوهريَّاً عنْ الأسوياءِ في المعالجةِ البصريَّةِ للوجوهِ. وأشارتْ الدراسةُ إلى أنَّ المصابينَ يُبدونَ نشاطاً أكثرَ في نصفِ كرةِ المخِّ الأيسرِ ويُرجَّحُ إمتلاكهم إسلوباً معرفيَّاً يميلُ إلى الإستنباطِ ومعالجةِ التفاصيلِ. وذكرَ فويسنر أنَّ المرضى يُعالِجونَ الوجوهَ شيئاً فشيئاً، في حين يكونُ إدراكُ الأسوياءِ للوجوهِ شكليَّاً وكُلِّيَّاً، مما يُؤشِّرُ ميلَ المصابينَ إلى تفضيلِ المعالجةِ الموضعيَّةِ المفصَّلةِ على المعالجةِ الكلِّيَّةِ للوجوهِ (Deckersbach, *et al.*, ٢٠٠٠, p. ٦٧٧).

إضطرابُ التشوُّهِ الجسميّ مقابلَ صورةِ الجسمِ

على الرغمِ من الشبهِ الذي قدْ يتبادر الى الذهن، للوهلة الأولى، بين اضطراب التشوه الجسمي وصورة الجسم body image, وإدراكِ وجودِ العلاقةِ السببيَّةِ والمنطقيَّةِ بينَ مفهوميهما، إلا أن هنالك مجموعة من الفوارق تميز بين المتغيرين, منها:

١١. اضطراب التشوه الجسمي هو حالة مرضية ومدرجة في التصنيفات العالمية للأمراض العقلية , في حين تُعدُّ صورة الجسم من متغيرات الشخصية التي تتراوح بين السواء وغير السواء إستناداً إلى مدى تطرفها وتأثيرها في سلوك الفرد ومشاعره وعلاقاته.

١٢. البحث في صورة الجسم يهتم بتعرّف طبيعة هذه الصورة ومدى تقبل الفرد لها ومدى مطابقتها للواقع (او مخالفتها له), في حين يُسَلِّم البحث في إضطراب التشوه الجسمي بكون تصور الفرد لهيأة جسمه مشوهه, وبأنه لا يتقبلها, وبأن التشوه المدرك هنا وهمي أو مبالغ فيه في أقل تقدير. ومشكلة البحث في اضطراب التحول الجسمي تنتقل من التعرف على طبيعة تصور الفرد لجسمه إلى استجابته للخلل المدرك في الشكل والنتائج المترتبة على ذلك.

١٣. أجرى كل من كرانت Grant وكِم Kim وإكرت Eckert دراسة عام (٢٠٠٢) تناولت ضمن أهدافها العلاقة بين اضطراب التحول الجسمي وصورة الجسم (Grant, Kim, & Eckert, ٢٠٠٢, pp. ٢٩١-٣٠٠). يستدل من ذلك إن النظرة لهما في الأدبيات المتخصصة على انهما متغيران متمايزان. وإن كانت هنالك علاقة ارتباطية بينهما، من غيرِ المنطقيّ إجراءُ دراسةٍ لقياسِ علاقةِ المتغيّرِ بنفسهِ.

١٤. رأى كلايبورن Claiborn وبدرك Pedrick (٢٠٠٢) أنَّ إضطرابَ التشوُّهِ الجسميّ يتضمَّنُ صورةً غيرِ متوازنةً عنِ الجسمِ يُسبِّبَ الإنشغالُ بها لدى المصابينَ مقداراً كبيراً منَ الغمِّ أو العجزِ في الأداءِ الوظيفيّ. أمّا القلقينَ بشأنِ صورةِ الجسمِ لديهم ممنْ لم يصلْ بهم الأمرُ إلى حدِّ التدخلِ الشديدِ معَ حياتهم، فهُمْ غيرُ مُصابينَ بالإضطرابِ المذكورِ. وهوَ ما يُشيرُ إلى أنَّ الفرقَ بينَ صورةِ الجسمِ وإضطرابِ التشوُّهِ الجسميّ يكمنُ في الشدَّةِ والوقعِ السلبيّ للأعراضِ الناجمةِ عنْ صورةِ الجسمِ السلبيَّةِ التي يحملها الفردُ (Claiborn & Pedrick, ٢٠٠٢, p. ٢).

الفصلُ الثالثُ/منهجيَّةُ البحثِ وإجراءاتهِ

تتضمَّنُ إجراءاتُ البحثِ الحاليّ تحديدَ مجتمعِ البحثِ، واختيار عينة منه تناسب هدف البحث الحالي.

مجتمعُ البحثِ

بلغَ تعدادُ مجتمعِ البحثِ الحاليّ (٤٣٠٢٧) طالباً وطالبةً، بواقع (١٨٥٤٦) طالباً و(٢٤٤٨١) طالبةً يقعُ (١٨٠٩٤) منهم ضمنَ التخصُّصِ العلميّ و(٢٤٩٣٣) ضمنَ التخصُّصِ الإنسانيّ، بحسبَ إحصائيَّةِ جامعةِ بغدادَ للعامِ الدراسيّ (٢٠١٠-٢٠١١).

أداةُ قياسِ إضطرابِ التشوُّهِ الجسميّ

لبناء أداة قياسِ إضطرابِ التشوُّهِ الجسميّ، قامَ الباحثُ بمراجعةِ الأدواتِ التي يمكنُ إستخدامها في هذا الخصوصِ. ولمْ يتوصَّلْ إلى أيّ أداةٍ ملائمةٍ للتطبيقِ ضمنَ إجراءاتِ البحثِ الحاليّ؛ ذلكَ أنَّ أغلبَ الأدواتِ المتوافرةِ مُعدَّةٌ للأغراضِ السريريَّةِ أو أنَّها لا تتلائمُ مع طبيعةِ عيّنةِ البحثِ الحاليّ وخصوصيَّتها. فتوجَّبَ عليهِ إعدادُ أداةٍ لقياسِ إضطرابِ التشوُّهِ الجسميّ.

تحديدُ مجالاتِ إستبيانِ إضطرابِ التشوُّهِ الجسميّ

حُدِّدتْ مجالاتُ إضطرابِ التشوُّهِ الجسميّ في ضوءِ الأدبيَّاتِ الخاصَّةِ بالمتغيّرِ، معَ التركيزِ على المعاييرُ التشخيصيَّةُ لإضطرابِ التشوُّهِ الجسميّ الواردة في دليلِ DSM-IV-TR، فكانتْ كما يأتي:

١٥. الإنشغالُ المفرطُ بعيبٍ في المظهرِ.

١٦. الشكاوى منْ عيوبٍ متخيَّلةٍ أو طفيفةٍ في الوجهِ أو الرأسِ.

١٧. تجنُّبِ الوصفِ المفصَّلِ للعيوبِ بسببِ الإحراجِ.

١٨. مواصلةُ التأكُّدِ منْ العيبِ لعدَّةِ ساعاتٍ منَ اليومِ.

١٩. المبالغةُ في التمارينِ، والحِميةِ، والتغييرِ المتكرّرِ للملابسِ.

٢٠. يُصابُ بعضُ الأفرادِ بالأوهامِ.

٢١. قدْ يؤدي الغمُّ إلى تكرارِ الرقودِ في المستشفى والتفكيرِ الإنتحاريّ.

جمعُ الفقراتِ لإستبيانِ إضطرابِ التشوُّهِ الجسميّ

ثمَّ جُمعتِ الفقراتُ بالرجوعِ إلى الأدبيَّاتِ والدراساتِ التي تناولتْ إضطرابِ التشوُّهِ الجسميّ، وكذلكَ منْ خلالِ الإطِّلاعِ على بعضِ الأدواتِ التي تقيسُ إضطرابِ التشوُّهِ الجسميّ أو بعضَ مجالاتها. ومنْ هذهِ الأدواتِ:

٢٢. إستبيان إضطرابِ التشوُّهِ الجسميّ للراشدينِ Body Dysmorphic Disorder Questionnaire for Adults (BDDQ) التي نشرتها فيلبس عام(٢٠٠٩).وهي إستبيان يتكون من أربع مجالات رئيسية, كل منها يحتوي(١-٧) فقرات يجاب عنها بالاختيار من متعدد أو وصف الأعراض.(Phillips K. A., ٢٠٠٩, p. ٢٩)

٢٣. مقياسُ التشوُّهاتِ المعرفيَّةِ في صورةِ الجسمِ Assessment of Body-Image Cognitive Distortions (ABCD). أعدَّهُ جاكدار Jakatdar وكاش Cash وإنجل Engle (٢٠٠٦) لقياسِ (٨) أنواعٍ منَ التفكيرِ المشوَّهِ المرتبطِ بكيفيَّةِ معالجةِ الأفرادِ للمعلوماتِ التي تخصُّ مظهرهم الجسديّ (Jakatdar, Cash, & Engle, ٢٠٠٦, p. ٣٢٩). (Cash T. F., ٢٠٠٨, p. ٦٧).

٢٤. مقياسُ صورةِ الجسمِ Body Image Assessments (BIA). أعدَّهُ كاش لقياسِ صورةِ الجسمِ منْ منظورِ نظريَّةِ تناقضِ الذات Self-Discrepancy، منْ خلالِ قياس مدى التناقضِ بينَ الصفاتِ الجسديَّةِ المُدرَكةِ والصفاتِ الجسديَّةِ المثاليَّةِ في (١١) جانباً جسديّاً (Cash T. F., ٢٠٠٨, p. ٦٩).

٢٥. القائمةُ الموقفيّةُ للإنزعاجِ منْ صورةِ الجسمِ The Situational Inventory of Body-Image Dysphoria (SIBID). وتقيسُ الإنفعالاتِ السلبيَّةِ المرتبطةِ بصورةِ الجسمِ عبرَ (٤٨) سياقاً موقفيَّاً محدَّداً. وتوجدُ أيضاً في صورةٍ مختصرةٍ (SIBID-S) تتكوّنُ من (٢٠) فقرةً. (Cash T. F., ٢٠٠٨).

٢٦. قائمةُ نوعيَّةِ حياةِ صورةِ الجسمِ The Body Image Quality of Life Inventory (BIQLI). تحتوي مقاييسَ تقديرٍ سباعيَّةٍ تغطّي (١٩) مجالاً منْ مجالاتِ الحياةِ. وتستهدفُ تكميمَ كيفيَّةِ تأثيرِ صورة الجسمِ لدى الشخصِ على مدىً واسعٍ منْ مجالاتِ الحياةِ (Cash & Fleming, ٢٠٠٢, pp. ٤٦٠-٤٥٥).

٢٧. مقياسُ حالاتِ صورةِ الجسمِ The Body Image States Scale (BISS). يتكوَّنُ من (٦) فقراتٍ تقيسُ تقويمَ الأفرادِ لمظهرهمُ الجسميُّ وحالتهمُ الوجدانيَّةُ إزاءَ ذلكَ في أيّ وقتٍ منَ الأوقاتِ (Cash, Fleming, Alindogan, Steadman, & Whitehead, ٢٠٠٢, pp. ١٠٣-١١٣).

وصفُ إستبيانِ إضطرابِ التشوُّهِ الجسميّ وطريقةُ تصحيحه

تكوَّنتْ النسخةُ المقترحةُ منْ إستبيانِ إضطرابِ التشوُّهِ الجسميّ، التي يبيّنها الملحق (١٢)، منْ (٧١) فقرةٍ تتوزَّعُ على المجالاتِ السبعِ المكوّنةِ لمتغيّرِ إضطرابِ التشوُّهِ الجسميّ. وقدْ صِيغتْ جميعُ الفقراتُ بالإتّجاهِ الموجبِ. ويجابُ عنْ الفقراتِ بإختيارِ أحدِ البدائلِ الأربعِ: "تنطبقُ عليَّ تماماً،" "تنطبقُ عليَّ،" "لا تنطبقُ عليَّ ،" "لا تنطبقُ عليَّ مطلقاً." وتُعطى الأوزانُ (٤، ٣، ٢، ١) للبدائلِ المذكورةِ، على التوالي.

صلاحيَّةُ فقراتِ إستبيانِ إضطرابِ التشوُّهِ الجسميّ للتطبيقِ

عُرِضَ إستبيانُ إضطرابِ التشوُّهِ الجسميّ على مجموعةٍ منَ الخبراءِ المتخصصينَ في علمِ النفسِ[١] بوصفهمُ محكّمينَ لغرضِ إبداءِ الرأيِ في مدى ملائمتهِ لقياسِ إضطرابِ التشوُّهِ الجسميّ ضمنَ إجراءاتِ البحثِ الحاليّ. وإستُخدمَ مربَّعُ كاي $\alpha^{٢}$ للحكمِ على دلالةِ آراءِ الخبراءِ حولَ صلاحيَّةِ الفقراتِ المقترحةِ. ويبيّنُ الجدولُ (٢٦) تكرارتِ قبولِ المحكّمين لفقراتِ إستبيانِ إضطرابِ التشوُّهِ الجسميّ أو رفضها، معَ قيمِ كا[٢] عندَ درجةِ حريَّةٍ

---

[١] وهم (حسب اللقب العلمي، والشهادة، ثم حسب الترتيب الهجائي) كل من:

١. الأستاذ الدكتور احمد عبد اللطيف وحيد: قسم علم النفس/ كلية الآداب/ جامعة بغداد.
٢. الأستاذ الدكتور أروة محمد ربيع: قسم علم النفس/ كلية الآداب/ جامعة بغداد.
٣. الأستاذ الدكتور حسين ربيع حمادي: قسم العلوم التربويّة والنفسيّة/ كلية التربية للعلوم الإنسانيّة/ جامعة بابل.
٤. الأستاذ الدكتور خليل إبراهيم رسول: قسم علم النفس/ كلية الآداب/ جامعة بغداد.
٥. الأستاذ الدكتور سناء عيسى الداغستاني: قسم علم النفس/ كلية الآداب/ جامعة بغداد.
٦. الأستاذ الدكتور فاهم حسين الطريحي: قسم العلوم التربويّة والنفسيّة/ كلية التربية للعلوم الإنسانيّة/ جامعة بابل.
٧. الأستاذ الدكتور كامل علوان الزبيدي: قسم علم النفس/ كلية الآداب/ جامعة بغداد.
٨. الأستاذ الدكتور وهيب مجيد الكبيسي: قسم علم النفس/ كلية الآداب/ جامعة بغداد.
٩. الأستاذ المساعد الدكتور أحمد لطيف جاسم: قسم علم النفس/ كلية الآداب/ جامعة بغداد.
١٠. الأستاذ المساعد الدكتور انعام لفتة موسى: قسم علم النفس/ كلية الآداب/ جامعة بغداد.
١١. الأستاذ المساعد الدكتور سناء مجول فيصل: قسم علم النفس/ كلية الآداب/ جامعة بغداد.
١٢. الأستاذ المساعد الدكتور علي محمود الجبوري: قسم العلوم التربويّة والنفسيّة/ كلية التربية للعلوم الإنسانيّة/ جامعة بابل.
١٣. الدكتور حسن عبد الكريم: طبيب نفسيّ/ دائرة صحة بابل.

(١) ومستوى دلالةٍ (٠.٠٥). ولمْ يُحسبْ كا٢ للفقراتِ التي أجمعَ الخبراءُ على قبولها. وبعدَ الأخذِ بتوصياتِ الخبراءِ منْ تعديلٍ وحذفٍ، تبقَّتْ (٥٤) فقرةً يبيّنها الملحق (١٣).

إعدادُ تعليماتِ إستبيانِ إضطرابِ التشوُّهِ الجسميّ

راعى الباحثُ في إعدادهِ لتعليماتِ إستبيانِ إضطرابِ التشوُّهِ الجسميّ أنْ تكونَ هذهِ التعليماتُ مختصرةً قدرَ الإمكانِ، وأنْ تتضمَّنَ توضيحاً لما يتوجَّبُ على المستجيبِ القيامُ بهِ، معَ ذكرِ مثالٍ لذلكَ، وتنبيهِ المستجيبِ إلى ضرورةِ عدمِ تركِ أيّ فِقرةٍ دونَ الإجابةِ عنها، وإخبارهِ بأنَّ جمعَ البياناتِ هوَ لغرضِ البحثِ العلميّ فقطْ، وسوفَ يتمُّ التعاملُ معها بسريَّةٍ ولا ضرورةَ لذكرِ الإسمِ.

التطبيقُ الإستطلاعيَّ لإستبيانِ إضطرابِ التشوُّهِ الجسميّ

وزِّعتْ نسخٌ منَ إستبيانِ إضطرابِ التشوُّهِ الجسميّ على (٣٦) طالباً وطالبةً منْ قسمِ علمِ النفسِ في كليَّةِ الآدابِ بجامعةِ بغدادَ. وقدْ ذكرَ المستجيبونَ أنَّ التعليماتَ والفقراتَ كانتْ واضحةً ومفهومةً. وكانَ معدَّلُ الوقتِ المستغرقِ لإستكمالِ الإجابةِ هوَ (١١) دقيقةً.

تطبيقُ إستبيانِ إضطرابِ التشوُّهِ الجسميّ

للحصولِ على عيّنةٍ ممثّلةٍ لغرضِ إجراءِ تحليلِ الفقراتِ، إعتُمدتْ إحصائيَّةُ جامعةِ بغدادَ للعامِ الدراسيّ (٢٠١٠–٢٠١١). ثمَّ سُحبتْ عيّنةُ التطبيقِ الإستطلاعيّ الثاني بالطريقةِ العشوائيَّةِ العُنقوديةِ. وإستناداً إلى هذا الأسلوبِ، قُسِّمَ مجتمعِ البحثِ وفقاً للتخصُّصينِ: العلميّ والإنسانيّ. ثمَّ أُختيرتْ أربعُ كليّاتٍ منْ كلِّ تخصُّصٍ. تلا ذلكَ إختيارُ قسمينِ منْ كلِّ كليَّةٍ (عدا كليَّتيّ طبِّ الأسنانِ والطبِّ البيطريّ، إذ لا توجدُ فيهما أقسامٌ). ومنْ كلِّ قسمٍ أُختيرتْ شعبتانِ، ومنْ كلِّ شعبةٍ أُختيرتْ مجموعةٌ منَ الطلبةِ. علماً أنَّ الإختيارَ ضمنَ كلِّ عنقودٍ كانَ يتمُّ بالأسلوبِ العشوائيّ البسيطِ. وقدْ بلغَ عددُ افرادِ عيّنةِ التطبيقِ الإستطلاعيّ الثاني(٥٦٣) فرداً. وإستُبعدتْ (١٥٢) إستمارةً لعدمِ إكتمالِ الإجابةِ عنها، فكانَ مجموعُ الإستماراتِ المتبقيةِ هوَ(٤١١) إستمارةً، توزَّعتْ حسبَ التخصُّصِ والكليَّةِ والقسمِ والجنسِ، كما يبيّنُ الجدولُ (١):

الجدولُ (١): توزيعُ أفرادِ عيّنةِ التطبيقِ الإستطلاعيّ الثاني لإستبيانِ إضطرابِ التشوُّهِ الجسميّ حسبَ التخصُّصِ والكليَّةِ والقسمِ والجنسِ

التخصص	الكليّة	القسم	الجنس		المجموع المفصّل	المجموع العام
			ذكور	إناث		
إنساني	التربية (إبن رشد)	العلوم التربوية والنفسية	١٥	٢١	٣٦	٢٠٧
		التاريخ	١٣	١٧	٣٠	
	الآداب	علم النفس	١٦	٢١	٣٧	
		علم الإجتماع	١١	١٨	٢٩	
	اللغات	اللغة الروسيّة	٩	١٤	٢٣	
		اللغة التركيَّة	١١	١٦	٢٧	
	القانون	–	١٣	١٢	٢٥	
علمي	طب الأسنان	–	١٣	٢٥	٣٨	٢٠٤
	التربية (إبن الهيثم)	الرياضيات	١١	٢٢	٣٣	
		علوم الحياة	١٣	٢٤	٣٧	
	العلوم	الفيزياء	١٢	٢١	٣٣	

التخصص	الكليّة	القسم	الجنس		المجموع المفصّل	المجموع العام
			ذكور	إناث		
		الكيمياء	١٣	٢١	٣٤	
	الطب البيطري	-	١٢	١٧	٢٩	
المجموع			١٦٢	٢٤٩	٤١١	

وبذلكَ، تكونُ نسبةُ الأفرادِ إلى عددِ الفقراتِ قدْ تجاوزتْ نسبةَ (١:٥) المطلوبةَ لإجراءِ تحليلِ الفقراتِ. كما أنَّ حجمَ العيّنةِ يمكنُ وصفهُ بأنَّهُ ممثِّلٌ للمجتمعِ الذي سُحبَ منهُ؛ فأقلُّ حجمٍ ممثلٍ لمجتمعِ البحثِ الأصليّ هوَ (٣٨٢)، وفقما حُسبَ بإستخدامِ برنامجِ حسابِ حجمِ العيّنةِ (المُشارُ إليهِ آنفاً).

تحليلُ فقراتِ إستبيانِ إضطرابِ التشوُّهِ الجسميّ

وتوجدُ العديدُ منَ الطرائقِ لتحليلِ الفقراتِ. إستُخدمَ منها علاقةُ الفقرةِ بالدرجةِ الكليَّةِ لإستبيانِ إضطرابِ التشوُّهِ الجسميّ، والقوَّةُ التمييزيَّةُ لفقراتِ إستبيانِ إضطرابِ التشوُّهِ الجسميّ ضمنَ إجراءاتِ تحليلِ فقراتِ إستبيانِ إضطرابِ التشوُّهِ الجسميّ.

علاقةُ الفقرةِ بالدرجةِ الكليَّةِ لإستبيانِ إضطرابِ التشوُّهِ الجسميّ

بإستعمالِ معاملِ بيرسن للإرتباطِ العزوميّ، حُسبتْ معاملاتُ إرتباطِ كلّ فقرةٍ بالدرجةِ الكليَّةِ لإستبيانِ إضطرابِ التشوُّهِ الجسميّ. وخضعتْ لهذا الإجراءْ الإستماراتُ المخصَّصةُ لتحليلِ الفقراتِ، وعددها(٤١١) إستمارةً. ويبيّنُ الجدولُ(٣٠) قيمَ معاملاتِ إرتباطِ كلّ فقرةٍ بالدرجةِ الكليَّةِ ودلالاتها الإحصائيَّةِ (التي حُسبتْ بإستخدامِ إختبارِ دلالةِ مُعاملِ الإرتباطِ).

كانتْ جميعُ معاملاتُ إرتباطِ أيّ فقرةٍ بالدرجةِ الكليَّةِ ذاتَ دلالةٍ إحصائيَّةٍ عندَ مستوى دلالةٍ (٠.٠٥).

القوَّةُ التمييزيَّةُ لفقراتِ إستبيانِ إضطرابِ التشوُّهِ الجسميّ

بلغَ عددُ الإستماراتِ الـ(٢٧٪) في كلٍّ منَ المجموعتينِ العليا والدنيا (١١١) إستمارةً. مما يجعلُ مجموعَ الإستماراتِ الخاضعةِ لهذا التحليلِ (٢٢٢) إستمارةً. وتراوحتْ درجاتُ إستماراتِ المجموعةِ العليا بينَ (١٨٢-١٦٧). أمّا درجاتُ إستماراتِ المجموعةِ الدنيا فقدْ تراوحتْ بينَ (٥٧-٧١). ولغرضِ حسابِ الفروقِ بينَ إجاباتِ الأفرادِ منَ المجموعتينِ العليا والدنيا عنْ كلّ فقرةٍ، إستُعملَ الإختبارُ التائيُّ لعينتينِ مستقلتينِ. وعُدَّتْ دلالةُ القيمةِ التائيَّةِ مؤشِّراً على تمييزِ كلّ فقرةٍ. فكانتْ جميعُ فقراتِ إستبيانِ إضطرابِ التشوُّهِ الجسميّ مميّزةٍ عندَ مستوى دلالةٍ (٠.٠٥) ودرجةِ حريَّةٍ (٢٢٠). كانتْ الفروقُ بينَ المجموعتينِ العليا والدنيا لجميعِ الفقرات ذاتَ دلالةٍ إحصائيَّةٍ عندَ مستوى دلالةٍ (٠.٠٥)، فبقيتْ فقراتُ إستبيانِ إضطرابِ التشوُّهِ الجسميّ على حالها.

مؤشراتُ الصدقِ في إستبيانِ إضطرابِ التشوُّهِ الجسميّ

توافرتْ في إستبيانِ إضطرابِ التشوُّهِ الجسميّ مؤشراتُ الصدقِ الآتيةُ:

الصدقُ الظاهريُّ لإستبيانِ إضطرابِ التشوُّهِ الجسميّ

يُعدُّ هذا المؤشَّرُ على الصدقِ متوافراً في إستبيانِ إضطرابِ التشوُّهِ الجسميّ؛ فقدْ عرضهُ الباحثُ على مجموعةٍ منَ الخبراءِ المتخصصينَ في علمِ النفسِ، كما وردَ ذكرهُ سابقاً تحتَ عنوانِ "صلاحيَّةُ فقراتِ إستبيانِ إضطرابِ التشوُّهِ الجسميّ للتطبيقِ".

الصدقُ التلازميُّ لإستبيانِ إضطرابِ التشوُّهِ الجسميّ

لحسابِ مؤشِّرِ الصدقِ التلازميّ لإستبيانِ إضطرابِ التشوُّهِ الجسميّ، طُبِّقَ الأخيرُ بالتزامنِ معَ مقياسِ صورةِ الجسمِ، الذي أعدَّه النوبي (٢٠١٠) لقياسِ صورةِ الجسمِ لدى عيّناتٍ مصريَّةٍ منَ المعاقينَ بدنيّاً والأسوياءِ (النوبي، ٢٠١٠، الصفحات ١٥٦-١٦٣). وعدَّ الباحثُ هذا المقياسَ ملائماً لإجراءاتِ حسابِ الصدقِ التلازميّ معَ إستبيانِ إضطرابِ التشوُّهِ الجسميّ، كونَ الثاني يقيسُ صورةَ الجسمِ لدى أفرادٍ يعتقدونَ بوجودِ التشوُّهِ الجسميّ لديهم. والمقياسُ يتكونُ منْ (٣٠) فقرةً يُجابُ عنها بإختيارِ أحدِ البدائلِ (كثيراً، أحياناً، نادراً، أبداً). توافرَ في مقياسِ صورةِ الجسمِ مؤشِّرُ الصدقِ الظاهريّ، منْ خلالِ عرضهِ على مجموعةٍ منَ الخبراءِ المتخصصينَ في علمِ النفسِ[1] بوصفهمُ محكِّمينَ لغرضِ إبداءِ الرأيِ في مدى ملائمتها لقياسِ صورةِ الجسمِ ضمنَ إجراءاتِ البحثِ الحاليّ. وإستُخدمَ مربَّعُ كاي α^2 للحكمِ على دلالةِ آراءِ الخبراءِ حولَ صلاحيَّةِ الفقراتِ المقترحةِ. وقد إتَّفقَ المحكمونَ على أنَّ جميعَ الفقراتِ تصلحُ لقياسِ ما أُعدَّتْ لأجلهِ. كما توافرَ في المقياسُ المذكورِ مؤشِّرُ الثباتِ الداخليَّ، إذْ كانتْ قيمةُ مُعاملِ ألفا للإتِّساقِ الداخليّ (٠.٧٨) لدى تطبيقهِ على عيّنةٍ منْ مجتمعِ البحثِ.

طُبِّقت الأداتانِ على عيّنةٍ عددها (٤٨) طالباً وطالبة منْ كليَّةِ التربيةِ (إبن رشد)، كما يبيّنُ الجدولُ (٢):

الجدولُ (٢): عيّنةُ الصدقِ التلازميّ لإستبيانِ إضطرابِ التشوُّهِ الجسميّ

القسم	الجنس		المجموع
	ذكور	أناث	
التربية وعلم النفس	١١	١٨	٢٩
التاريخ	٧	١٢	١٩
المجموع	١٨	٣٠	٤٨

ثمَّ حُسبَ معاملُ بيرسن للإرتباطِ العزوميّ بينَ درجاتِ الأداتينِ، فكانتْ قيمتهُ (٠.٧٢)، وهيَ دالَّةٌ عندَ مستوى دلالةٍ (٠.٠٥). ويمكنُ القولُ عنْ قيمةِ هذا المُعاملِ، بوصفها مؤشِّراً للصدقِ التلازميّ، أنَّها مقبولةٌ، نظراً لأنَّ الإرتباطَ الشديدَ بينَ الأداتينِ المستخدمتينِ في الصدقِ التلازميّ يمكنُ أنْ يشيرَ إلى تماثلهما.

مؤشِّراتُ الثباتِ لإستبيانِ إضطرابِ التشوُّهِ الجسميّ

توافرتْ في إستبيانِ إضطرابِ التشوُّهِ الجسميّ المؤشِّراتُ التاليةُ على الإتِّساقِ الداخليّ والإتِّساقِ الخارجيّ:

مؤشِّرا الإتِّساقِ الداخليّ لإستبيان إضطرابِ التشوُّهِ الجسميّ

توافرَ في إستبيانِ إضطرابِ التشوُّهِ الجسميّ مؤشِّرانِ على الإتِّساقِ الداخليّ:

مؤشِّرُ ثباتِ إستبيانِ إضطراب التشوُّه الجسميّ بطريقةِ ألفا

إستُعملتْ إستماراتُ عيّنةِ التطبيقِ الإستطلاعيّ الثاني البالغُ عددها (٤١١) إستمارةً في حسابِ معاملِ ألفا للإتِّساقِ الداخليّ، فبلغت قيمته (٠.٨٦). وهيَ قيمةٌ مقاربةٌ لما وردَ في أدبيّاتِ الموضوعِ، حيثُ تراوحتْ بينَ (٠.٧٩) و(٠.٨٦).

[1] وهم نفس الخبراء الذين عرض عليهم استبيان إضطرابِ التشوُّهِ الجسميّ

مؤشّرُ ثباتِ إستبيانِ إضطرابِ التشوُّهِ الجسميّ بطريقةِ التجزئةِ النصفيَّةِ

حُسبت قيمةِ مُعاملِ الثباتِ لإستبيانِ إضطرابِ التشوُّهِ الجسميّ بطريقةِ التجزئةِ النصفيَّةِ، بتقسيمِ فقراتِ الأداةِ إلى مجموعتينِ، على أساسِ الفقراتِ الفرديَّةِ والزوجيَّةِ، ومنْ ثمَّ حسابِ قيمةِ مُعاملِ الإرتباطِ بينَ المجموعتينِ. فبلغتْ قيمةُ مُعاملِ بيرسن للإرتباطِ العزوميّ (٠.٧٢). ونظراً لأنَّ قيمةَ مُعاملِ الإرتباطِ المذكورةِ هنا هيَ لنصفِ الإختبارِ فقطْ، فقدْ توجَّبَ اللجوءُ إلى معادلةِ التصحيحِ للحصولِ على القيمةِ الفعليَّةِ لمُعاملِ الثباتِ بطريقةِ التجزئةِ النصفيَّةِ. ولتساوي نصفي إستبيانِ إضطرابِ التشوُّهِ الجسميّ، فقدْ إستُخدمَت معادلةِ سبيرمان–براون للتصحيحِ في حالةِ تساوي طوليّ نصفيّ الإختبارِ، فبلغتْ قيمةُ مُعاملِ الثباتِ (٠.٨٤ وهيَ قيمةٌ مقاربةٌ لما وردَ في أدبيّاتِ الموضوعِ، حيثُ تراوحتْ بينَ (٠.٧٩) و(٠.٨٦).

مؤشّرُ الإتّساقِ الخارجيّ لإستبيانِ إضطرابِ التشوُّهِ الجسميّ بطريقةِ إعادةِ الإختبارِ

لحسابِ معاملِ الثباتِ بهذهِ الطريقةِ، طُبِّقَ إستبيانُ إضطرابِ التشوُّهِ الجسميّ على عيّنةٍ عددها (٤٣) طالباً وطالبةً منْ كليَّتيّ الآدابِ والطبِّ، كما يبيّنُ الجدولُ (٣٣). ثمَّ أُعيدَ تطبيقُ الإستبيان على نفسِ الأفرادِ بعدَ مرورِ مدَّةِ (١٤) يوماً. وبلغتْ قيمةُ معاملِ بيرسن للإرتباطِ العزوميّ بينَ درجاتِ التطبيقِ الأوّلِ والتطبيقِ الثاني (٠.٨٧)، وهيَ قيمةٌ مقاربةٌ لما وردَ في أدبيّاتِ الموضوعِ، حيثُ تراوحتْ بينَ (٠.٧٩) و(٠.٨٦).

الخطأ المعياري للقياس في إستبيان إضطرابِ التشوُّهِ الجسميّ

حُسبَ الخطأُ لإستبيانِ إضطرابِ التشوُّهِ الجسميّ المصاحبِ لمعاملِ ثباتِ ألفا فكانتْ قيمتهُ (٧.٥٢٩). بينما كانَ الخطأُ المعياريُّ المصاحبُ لمعاملِ الثباتِ بطريقةِ التجزئةِ النصفيَّةِ (٨.٠٤٩). أمّا الخطأُ المعياريُّ المصاحبُ لمعاملِ الثباتِ بطريقةِ إعادةِ الإختبارِ، فبلغَ (٧.٢٥٦).

الخصائصُ الإحصائيَّةُ الوصفيَّةُ لمقياسِ التشوُّهِ الجسميّ

يبيّنُ الجدولُ (٣) الخصائصَ الإحصائيَّةَ الوصفيَّةَ لمقياسِ التشوُّهِ الجسميّ:

الجدولُ (٣): الخصائصُ الإحصائيَّةُ الوصفيَّةُ لمقياسِ التشوُّهِ الجسميّ

الخاصية الإحصائية	مقياسُ التشوُّهِ الجسميّ
المدى	١٢٥
المتوسط	١٠١.٤٤
الإنحراف المعياري	٢٠.٤١٣
التباين	٤١٦.٦٧٦
الإلتواء	٠.٥٣١
التفرطح	٠.٧١٠

الوسائلُ الإحصائيَّةُ

إستُعملتْ المعادلاتُ الإحصائيَّةُ الآتيةُ لإستكمالِ الإجراءاتِ الإحصائيَّةِ للبحثِ الحاليّ:

٢٨. إختبارِ تحديدِ حجمِ العيّنةِ لتعرُّفِ حجمِ العيّنةِ الملائمِ لإجراءاتِ البحثِ الحاليّ (Dattalo, ٢٠٠٨, p. ٢٨).

٢٩. الإختبارُ التائيُّ لعيّنتينِ مستقلتينِ لمقارنةِ مستوياتِ أفرادِ العيّنةِ في المجموعتينِ المتطرفتينِ (Kanji, ٢٠٠٦, p. ٣٣).

٣٠. معاملُ بيرسون للإرتباطِ العزوميّ لتعرُّفِ علاقةِ الفقراتِ بالدرجاتِ الكليَّةِ والعلاقةِ بينَ أنصافِ أدواتِ القياسِ المستخدمةِ في البحثِ الحاليّ، وفي إيجادِ العلاقةِ بينَ التطبيقينِ الأوَّلِ والثاني في إعادةِ الإختبارِ (Kornbrot, ٢٠٠٥, pp. ١٥٣٧–١٥٣٩).

٣١. إختبارُ دلالةِ معاملِ الإرتباطِ لتعرُّفِ دلالةِ معاملاتِ الإرتباطِ المستخرجةِ في البحثِ.

٣٢. الوسطُ الحسابيُّ لتعرُّفِ متوسّطاتِ أفرادِ العيّنةِ على أدواتِ البحثِ (Everitt, ٢٠٠٦, p. ٢٥٣).

٣٣. الإنحرافُ المعياريُّ لتعرُّفِ تجانسِ درجاتِ أفرادِ العيّنةِ (Clark-Carter, ٢٠٠٥, p. ٢١١٠).

٣٤. التباينُ لتعرُّفِ تجانسِ درجاتِ أفرادِ العيّنةِ (Clark-Carter, ٢٠٠٥, pp. ١٨٩١–١٨٩١).

٣٥. مُعاملُ كيودر–رتشاردسن لتعرُّفِ الإتّساقِ الداخليّ لأدواتِ البحثِ.

٣٦. مُعاملُ ألفا–كرونباخ لتعرُّفِ الإتّساقِ الداخليّ لأدواتِ البحثِ.

٣٧. معادلة التصحيح لسبيرمان براون(في حالة تساوي نصفي الإختبار، وفي حالة عدم تساوي نصفي الإختبار) لتصحيحِ قيمِ معاملاتِ ثباتِ أدواتِ البحثِ.

٣٨. المدى لتعرُّفِ خصائصِ الإحصائيّاتِ الوصفيَّةِ لأدواتِ البحثِ (Clark-Carter, Range, ٢٠٠٥, pp. ١٦٨٧–١٦٨٨).

٣٩. التفرطح لتعرُّفِ خصائصِ الإحصائيّاتِ الوصفيَّةِ لأدواتِ البحثِ(Wuensch, ٢٠٠٥, pp. ١٠٢٨–١٠٢٩).

٤٠. الإلتواء لتعرُّفِ خصائصِ الإحصائيّاتِ الوصفيَّةِ لأدواتِ البحثِ (Wuensch, Skewness, ٢٠٠٥, pp. ١٨٥٥–١٨٥٦).

٤١. الخطأ المعياريُّ لتعرُّفِ الخطأ المعياريّ لثباتِ أدواتِ البحثِ (Clark-Carter, ٢٠٠٥, pp. ١٨٩١– ١٨٩٢).

٤٢. إختبار ليفن لتساوي التباين لتعرُّفِ تساوي التباينِ قبلَ إجراءِ المقارناتِ بينَ متوسطاتِ أفرادِ العيّنةِ بإستخدامِ الإختبارِ التائيّ.

المصادرُ[١]

- أديب محمد الخالدي. (٢٠٠٦). مرجع في علم النفس الإكلينيكي. عمّان: دار وائل.
- قاسم حسين صالح. (١٩٨٨). الشخصية بين التنظير والقياس. بغداد: جامعة بغداد.
- محمد علي محمد النوبي. (٢٠١٠). مقياس صورة الجسم للمعوقين بدنياً وجسدياً. عمان: دار صفاء للنشر.
- American Psychiatric Association.(٢٠٠٠).Diagnostic and statistical manual of mental disorders,Text revision (٤th Ed.). Washington, DC: American Psychiatric Assocoation.
- American Psychological Association. (٢٠٠١). Publication manual of the American Psychological Association (٥th Ed.). Washington, DC: American Psychological Association.

[١] تمَّ توثيقُ المصادرِ في البحثِ الحاليّ آليّاً بإستخدامِ الحاسوبِ، ووفقاً لطريقةِ APA الواردةُ في الإصدارِ الخامسِ من دليلِ النشرِ الصادرِ عنِ الجمعيَّةِ الأمريكيَّةِ لعلمِ النفسِ (American Psychological Association, ٢٠٠١).

- B S Everitt. (٢٠٠٦). The Cambridge Dictionary of Statistics (٣th ed.). Cambridge: Cambridge University Press.
- Cafri, G., Thompson, J. K., & Ricciardelli, L. (٢٠٠٥, Feb). Pursuit of the muscular ideal: physical and psychological consequences and putative risk factors. Clinical Psychology Review, ٢٥, ٢١٥-٢٣٩.
- Cash, T. F. (٢٠٠٨). Body Image Assessments: BIQ. Retrieved ٨ ١٥, ٢٠١١, from Body-Images: http://www.body-images.com/assessments/biq.html
- Cash, T. F. (٢٠٠٨). Body Image Assessments: SIBID. Retrieved ٨ ١٥, ٢٠١١, from Body-Images: http://www.body-images.com/assessments/sibid.html
- Cash, T. F. (٢٠٠٨). The Body Image Workbook: An Eight-Step Program for Learning to Like Your Looks (٢nd Ed.). California: New Harbinger Publications.
- Cash, T. F., & Fleming, E. C. (٢٠٠٢). The Impact of Body-Image Experiences: Development of the Body Image Quality of Life Inventory. International Journal of Eating Disorders, ٣١, ٤٥٥-٤٦٠.
- Cash, T. F., Fleming, E. C., Alindogan, J., Steadman, L., & Whitehead, A. (٢٠٠٢). Beyond Body Image as a Trait: The Development and Validation of the Body Image States Scale. Eating Disorders: The Journal of Treatment & Prevention, ١٠, ١٠٣-١١٣.
- Claiborn, J.,& Pedrick, C.(٢٠٠٢). The BDD Workbook: Overcome Body Dysmorphic Disorder and End Body Image Obsessions. California: New Harbinger Pubns.
- Clark-Carter, D. (٢٠٠٥). Range. In B. S. Everitt, & D. C. Howell, Encyclopedia of Statistics in Behavioral Science (Vol. ٤, pp. ١٦٨٧–١٦٨٨). Chichester: John Wiley & Sons, Ltd.
- Clark-Carter, D. (٢٠٠٥). Standard Error. In B. S. Everitt, & D. C. Howell, Encyclopedia of Statistics in Behavioral Science (Vol. ٤, pp. ١٨٩١–١٨٩٢). Chichester: John Wiley & Sons.
- Clark-Carter, D. (٢٠٠٥). Variance. In B. S. Everitt, & D. C. Howell, Encyclopedia of Statistics in Behavioral Science (Vol. ٤, pp. ٢١١٠–٢١١٠). Chichester: John Wiley & Sons.
- Dattalo, P. (٢٠٠٨). Determining Sample Size: Balancing Power, Precision, and Practicality. New York: Oxford University Press.
- David Clark-Carter. (٢٠٠٥). Standard Deviation. In Brian S Everitt & David C Howel, Encyclopedia of Statistics in Behavioral Science. (Vol٤, pp.١٨٩١-١٨٩١) Chichester: John Wiley & Sons.
- Deckersbach, T., Savage, C., Phillips, K., Wilhelm, S., Buhlmann, U., Rauch, S., Jenike, M. (٢٠٠٠, September). Characteristics of memory dysfunction in body dysmorphic disorder. Journal of the International Neuropsychological Society, ٦(٦), ٦٧٣-٦٨١.
- Diana Kornbrot. (٢٠٠٥). Pearson Product Moment Correlation. In Brian S Everitt & David C Howell, Eds. Encyclopedia of Statistics in Behavioral Science. (Vol. ٣, pp. ١٥٣٧-١٥٣٩). Chichester: John Wiley & Sons.
- Feusner, J. D., Moody, T., Hembacher, E., Townsend, J., McKinley, M., & Moller, H. (٢٠١٠, Feb). Abnormalities of visual processing and frontostriatal systems in body dysmorphic disorder. Archives of General Psychiatry, ٦٧(٢), ١٩٧-٢٠٥.
- Feusner, J. D., Yaryura-Tobias, J., & Saxena, S. (٢٠٠٨, Mar). The pathophysiology of body dysmorphic disorder. Body Image, ٥(١), ٣-١٢.

- Grant, J., Kim, S., & Eckert, E. (٢٠٠٢, November). Body dysmorphic disorder in patients with anorexia nervosa: prevalence, clinical features, and delusionality of body image. The International Journal of Eating Disorders, ٣٢(٣), ٢٩١-٣٠٠.
- Jakatdar, T. A., Cash, T. F., & Engle, E. K. (٢٠٠٦). Body-image thought processes: The development and initial validation of the Assessment of Body-Image Cognitive Distortions. Body Image: An International Journal of Research, ٣, ٣٢٥-٣٣٣.
- Kanji, G. K. (٢٠٠٦). ١٠٠ Statistical Tests (٣rd Ed.). London: SAGE Publications.
- McBain, C. J., & Mayer, M. L. (١٩٩٤). N-methyl-D-aspartic acid receptor structure and function. Physiological Reviews, ٧٤(٣), ٧٢٣-٧٦٠.
- Oltmanns, T., & Emery, R. (٢٠٠٤). Abnormal psychology (٤th Ed.). New Jersey: Pearson Education.
- Phillips, K. A.(١٩٩٦).The broken mirror: understanding and treating body dysmorphic disorder. New York: Oxford University Press.
- Phillips, K. A.(٢٠٠٩). Understanding Body Dysmorphic Disorder: An Essential Guide. New York: Oxford University Pess.
- Sarason, I. G., & Sarason, B. R. (٢٠٠٩). Abnormal psychology (١١th ed.). New Delhi: PHI Learning.
- Shiffman, M. A. (٢٠٠٩). Body dysmorphic disorder. In M. A. Shiffman (Ed.), Breast augmentation: principles and practice (Vol. ٢, pp. ١٢٧-١٢٩). Berlin: Springer.
- Slaughter, J.R.(١٩٩٩, Oct). In pursuit of perfection: a primary care physician's guide to body dysmorphic disorder. American Family Physician, ٦٠, ٥٦٩-٥٨٠.
- Wuensch, K.L.(٢٠٠٥).Kurtosis.In B.S. Everitt, & D.C. Howell, Encyclopedia of Statistics in Behavioral Science (Vol.٢, pp. ١٠٢٨–١٠٢٩). Chichester: John Wiley & Sons.
- Wuensch, K. L.(٢٠٠٥). Skewness. In B. S. Everitt, & D. C. Howell, Encyclopedia of Statistics in Behavioral Science (Vol. ٤,pp.١٨٥٥–١٨٥٦).Chichester: John Wiley & Sons.

ملحق

إستبيان التشّوه الجسميّ بصيغته النهائيَّةِ

الجنس: ذكر ☐ أنثى ☐ /التخصص: علمي ☐ إنساني ☐

الكلية: ☐ القسم: ☐

أولا: التعليمات

عزيزي الطالب، عزيزتي الطالبة:

فيما يأتي ثلاث مجموعات من العبارات التي تصف حالات يمكن أن توجد (أو لا توجد) لدى أي فرد. يرجى منكم قراءتها بإمعان، ثم اختيار البديل الذي يناسبك من بدائلها، وذلك بوضع علامة (✓) في الحقل المقابل للفقرة والذي يمثل البديل المناسب، وكما هو في المثال الآتي:

ت	الفقرة	تنطبق عليَّ تماماً	تنطبق عليَّ	لا تنطبق عليَّ	لا تنطبق عليَّ مطلقاً
١	غالباً ما أكون هادئاً عندما أكون مع الناس الآخرين.		✓		

علماً بان إجابتك سوف تعامل بسرية تامة ولن يطلع عليها احد سوى الباحث وسوف تستعمل لأغراض البحث العلمي فقط، ولذلك لا داعي لذكر الاسم. كما انه لا توجد إجابة صحيحة وأخرى خاطئة. بل عليك أن تجيب بما يتفق مع ما تشعر به.

والرجاء التأكد من الإجابة عن جميع الفقرات قبل تسليم الاستمارة

مع الشكر الجزيل.

الباحث

ثانياً: الفقرات

ت	الفقرات	تنطبق عليَّ تماماً	تنطبق عليَّ	لا تنطبق عليَّ	لا تنطبق عليَّ مطلقاً
١	أطيل التساؤل عن وجود عيوب في مظهري.				
٢	انزعج بشدة لدى ملاحظتي وجود عيب في جسدي حتى وإن كان بسيطاً.				
٣	انشغالي بالتفكير في عيوب شكلي يمنعني من التركيز في الدراسة أو العمل.				
٤	أخشى من الإصابة بتساقط الشعر.				
٥	أحس بوجود عيوب واضحة في بشرة وجهي.				
٦	أشعر أن أجزاء وجهي غير متناسقة.				
٧	أشعر أن حجم أنفي غير متلائم مع وجهي.				
٨	عيناي ليستا جذابتين.				
٩	ينتابني شعور بأن ملامح وجهي غير جميلة.				
١٠	أعتقد أن جسمي غير متناسق.				
١١	أشعر بأنّي نحيف (نحيفة) جداً.				
١٢	أشعر بأنّي بدين (بدينة) جداً.				
١٣	مشكلتي تكمن في أن اغلب أعضاء جسمي لا تعجبني.				
١٤	أتمنى أن أجري عملية تجميل لشَفَتَيَّ.				
١٥	يوجد في وجهي شيء لا يعجبني.				
١٦	أكره التحدث عن عيوب مظهري بالتفصيل وأفضل ذكرها على نحو عام.				
١٧	أصبح شكلي مصدر معاناة مستمرة لي.				
١٨	أشعر بالتعاسة من عدم قدرتي على تحسين مظهري.				
١٩	لا أستطيع منع نفسي من التفكير في مظهري.				
٢٠	أقضي ساعات طويلة في التمعن بمظهري وعيوبه.				
٢١	أتحاشي الاختلاط بالآخرين لعدم رضاي عن شكلي.				
٢٢	أقضي وقتاً طويلاً جداً في تدقيق عيوب مظهري في المرايا وغيرها من السطوح العاكسة.				
٢٣	أدقق النظر في عيوبي باستعمال العدسة المكبرة.				
٢٤	أمضي الكثير من الوقت في تمشيط شعري.				
٢٥	تزداد ثقتي بنفسي عندما أخرج بهندام جيد.				
٢٦	أقضي وقتاً طويلاً في اختيار ما سوف أرتدي عند خروجي.				
٢٧	أطيل الوقوف أمام المرآة عندا أهم بالخروج من البيت.				
٢٨	يتذمر أهلي من طول الوقت الذي أقضيه في الحمّام.				
٢٩	أكره النظر في المرآة.				
٣٠	أحب أن ادقق شكلي في المرآة ولكنّي أكره مجرد النظر فيها أحياناً أخرى.				
٣١	أمارس الألعاب الرياضية لكي أتمكن من التغطية على العيوب في مظهري.				
٣٢	أُكْثِر من تغيير الملابس لكي أحسن صورتي أمام الآخرين.				
٣٣	أطلب من الآخرين أن يخبروني هل شكلي مقبول أم لا.				
٣٤	أقول للآخرين أن هنالك عيباً في شكلي لعلهم يطمئنوني بأن مشكلتي غير واضحة.				
٣٥	أقارن ملامحي بملامح أقراني لأعرف ما إذا كنت أجمل منهم أم أقبح.				
٣٦	كلما قارنت نفسي بالآخرين وجدت أني أسوأ منهم شكلاً.				
٣٧	أرتدي الملابس الفضفاضة لأغطي بها على عيوبي الجسدية.				
٣٨	أكثر من استعمال مستحضرات التجميل.				
٣٩	أخشى أن تؤثر عيوبي الجسدية على فرصتي في الزواج أو العمل.				
٤٠	لا اقتنع عندما يخبرني الآخرون أن شكلي ليس قبيحاً.				

ت	الفقرات	تنطبق عليَّ تماماً	تنطبق عليَّ	لا تنطبق عليَّ	لا تنطبق عليَّ مطلقاً
٤١	ينتبه الآخرون دوما إلى أن شكلي ليس جذاباً.				
٤٢	يتندر زملائي على مظهري وطريقتي في المشي.				
٤٣	أتجنب التقاط الصور مع أصدقائي لأن شكلي لا يعجبني.				
٤٤	أتوقع الفشل في الزواج بسبب شكلي.				
٤٥	أتجنب الاختلاط لأنني أعتقد أن شكلي ليس جذاباً.				
٤٦	أعاني في الحصول على شريك لحياتي لأنني أفتقر للجمال.				
٤٧	أشعر أن الحياة لا تستحق أن تُعاش إذا لم يكن المرء ذا مظهر جيّد.				
٤٨	أكثر من زيارة أطباء الأسنان لأنني لست مقتنعاً بمظهر أسناني.				
٤٩	أقوم بقرص خدّيّ ليبدوا أكثر احمراراً.				
٥٠	لطالما تمنيت أن أجري عملية تجميل.				
٥١	أشعر بالاكتئاب والغضب لأن كل محاولاتي لتحسين شكلي لم تأتِ بالنتائج التي كنت أتأملها.				
٥٢	أعاني من الكآبة بسبب ما أنا عليه.				
٥٣	أكره الأماكن المزدحمة.				
٥٤	شكلي يجعلني وسواسياً كثير التدقيق.				