

**فعالية نموذج بنائي لبعض المتغيرات المرتبطة باضطراب تفكك الأنا لدى
طلاب الجامعة**

أ.د. علي محمود علي شعيب & أ.م.د. ايريني سمير غبريال

فعالية نموذج بنائي لبعض المتغيرات المرتبطة باضطراب تفكك الأنا لدى طلاب الجامعة

أ.د. علي محمود علي شعيب

أستاذ الصحة النفسية، كلية التربية، جامعة المنوفية

Alishoeib2004@yahoo.com

أ.م.د. ايريني سمير غبريال

أستاذ الصحة النفسية المساعد، كلية التربية، جامعة الزقازيق

Ereny.gobrial@hotmail.co.uk

قبلت للنشر في ٧/٧/٢٠٢١

قدمت للنشر في ١/٣/٢٠٢١

ملخص: هدفت الدراسة الحالية إلى التحقق من العلاقة الارتباطية بين اضطراب تفكك الأنا وكل من القلق العام والاكئاب والوساوس القهرية وكذلك بناء نموذج سببي يفسر العلاقة بين كل من القلق والاكئاب والوساوس القهرية في التأثير على اضطراب تفكك الأنا لدى طلاب الجامعة. وتكونت عينة الدراسة من ٣٤٤ (٣٢٥ أنثى و ١٩ ذكور) ومتوسط عمر (24.4) سنة. واستخدمت الدراسة مقياس النموذج البنائي للمقابلة الاكلينيكية لمتلازمة تفكك الانا ومقياس كامبردج لتشخيص اضطراب تفكك الانا ومقياس القلق العام GAD-7 ومقياس هاملتون للاكتئاب HDRS، ومقياس موسدلي للوساوس القهرية MOCI. وأشارت نتائج الدراسة إلى أن تعرض الفرد للوساوس القهرية والاكئاب دور كبير في الاصابة بتفكك الانا نظراً لقوة التأثير الإيجابي لهما، بينما كان للقلق تأثير ضعيف. وتوصلت النتائج إلى نموذج بنائي للمتغيرات باستخدام برنامج AMOS. وأشارت النتائج ان مساهمة كل من الوساوس القهرية والاكئاب كمتغيرات مستقلة في التنبؤ باضطراب تفكك الأنا وصلت ٨، ٦١، ٩، ٤٤ على الترتيب في حين لم يظهر تأثير للقلق. كما توصلت الدراسة إلى نموذج للعلاقة السببية بين القلق والاكئاب والوساوس القهرية في التأثير على اضطراب تفكك الأنا، حيث اشارت نتائج اختبار النموذج السببي ان متغير الوساوس القهرية كان بمثابة الوسيط في التأثير على اضطراب تفكك الأنا نتيجة تأثره بكل من القلق والاكئاب.

الكلمات المفتاحية: تفكك الأنا - القلق - الاكتئاب - الوسواس القهري - طلاب الجامعة

Effectiveness of a Constructive Model of Variables related to Depersonalization- Derealization Disorder of University Students

Prof.Dr Ali Mahmud Shoeib

Professor of Mental Psychology, College of Education, Menofia University, Egypt

Alishoeib2004@yahoo.com

Dr. Ereny Samir Gobrial

Associate Professor Mental Health College of Education, Zagazig University, Egypt,

Ereny.gobrial@hotmail.co.uk

Received in march 1st, 2021

Accepted in July 7, 2021

Abstract: The aims of this study were to identify the correlation between Depersonalization - Derealization Disorder (DPDR), anxiety, depression, and obsessive-compulsive disorders and to propose a constructive model of anxiety, depression and obsessive- compulsive disorders related to Depersonalization Derealization Disorder of university students. The sample consisted of 344 students (325 female and 19 male), with a mean age of (24.4) years. The study applied the following scales: structured clinical interview for depersonalization-derealization spectrum, Cambridge Depersonalization Scale, Generalised anxiety scale (GAD-7), Hamilton Depression Rating Scale and Maudsley Obsessional–Compulsive Inventory. Results indicated that obsessive-compulsive disorder and depression played a major role in developing DPDR due to a significant positive effect of these disorders, while anxiety had a weak correlation. The study developed a constructive model of variables related to DPDR based on AMOS software. The results illustrated that the contribution of obsessive-compulsive and depression as independent variables in predicting PDRD was 61.8 and 44.9, respectively, while no effect of anxiety was recorded. The findings also developed a model for the causal relationships between anxiety, depression, and obsessive-compulsive influence on DPDR disorder. The results of the causal model test indicated that the obsessive-compulsive variable is hypothesized to be a mediator in influencing the DPDR disorder as it is affected by both anxiety and depression.

<http://dx.doi.org/10.29009/ijres.4.4.2>

Keywords: Depersonalization disorder, Anxiety, Depression, Obsessive compulsive disorders, University students.

مقدمة

يعد تفكك الأنا (DP) Depersonalization (DP) خبرة يشعر فيها الفرد بالابتعاد عن حقيقته وواقعه بما يجعله منفصلاً عنها. ويرتبط هذا الاضطراب بالانفصال عن الواقع والاستغراق في الضلالات (DR) derealization التي تشير إلى ذلك التغيير الذي يحدث في ادراكات الفرد عن واقعه وما يحيط به من مثيرات في بيئته بما يجعله فاقداً للشعور بها. وما ينبغي اخذه بعين الاعتبار، ان هناك تغيرات تحدث في ادراكات الشخص الطبيعي عن حجم الأشياء وخصائصها من حوله إلا أنها قد تحدث بصورة شديدة ومتتالية للشخص غير الطبيعي بما يجعلها ظاهرة فردية ذاتية غير موضوعية (Mula, et al., 2008, p. 977).

ان اضطراب تفكك الأنا (DPDR) Depersonalization-derealization معروف منذ مائة عام تقريباً وتحديداً في منتصف القرن ١٩ إلا انه لا يزال موضع نقاش من الباحثين (Hedstrom, 2010). وما يثير القلق في هذا الاضطراب هو عدم الاتفاق عليه، هل هو حالة state أو اضطراب disorder أو متلازمة syndrome أو مرض disease، أم هو خبرة experience غريبة قد يمر بها الفرد؟ وبالرغم من ان دليل التشخيص النفسي الخامس DSM-V قد وضعه في فئة الاضطرابات الفصامية، الا أن الدليل التشخيصي لمنظمة الصحة العالمية ICD-10 اعتبره حالة عصبية مستقلة بذاتها وأطلق عليها متلازمة تفكك الأنا والاستغراق في الأوهام depersonalization-derealization syndrome. وبالرغم من ذلك الاختلاف إلا ان هناك توافق عليه من حيث الشكل والاعراض (Hedstrom, 2010, p. 3).

الإطار النظري والدراسات السابقة

أن اضطراب تفكك الأنا DPDR هو أحد الاضطرابات التي ضمنها الدليل التشخيصي الخامس بعد تعديل صيغته المرضية إلى اضطراب التفكك والاستغراق في الضلالات depersonalization-derealization disorder وهو تعبير عن التغيير الذي يحدث في ذات الفرد وبيئته، وبمعنى آخر هؤلاء الأفراد يعانون من الابتعاد غير المريح في ذواتهم depersonalization ومحيطهم

derealization بالإضافة إلى تضائل أو فقدان التفاعل الإنفعالي، ويمكن القول ان هذا الاضطراب يمثل ظاهرة مستمرة تسبب ضائقة شديدة في حياة الفرد الذاتية ومحيطها البيئي، بالإضافة إلى إعاقته اداؤه المهني أو الوظيفي. وتظهر أعراض الاضطراب متلازمة لبعض الاضطرابات العصبية كالصرع، والاضطرابات النفسية كاضطرابات القلق العام والاكتئاب واضطراب ما بعد الصدمة واضطرابات الضغوط النفسية والفصام (Sommer, Amos-Williams, & Stein, 2013, p. 2).

وتم ادراج هذا الاضطراب في دليل التشخيص النفسي الخامس باسم اضطراب الفصام dissociative disorder حيث تتصف اعراضه بالثبات لدرجة أنها تصبح مزمنة ودون انقطاع. وتتمثل السمة الرئيسية لاضطرابات الفصام في ذلك التغيير المفاجئ والمؤقت للوظائف التكاملية المرتبطة بالوعي او الهوية او السلوك الحركي، وتم اعتبار تفكك الانا DPDR ضمن هذا الاضطراب بسبب ما يشعر به الفرد من فقد لواقعه، ذلك المكون الرئيس لإحساسه بالذات. ويعلق الباحثون على ذلك بان افتقاد الفرد لهويته وانفصاله عنها يعتبر عرضاً من أعراض الفصام الذي يتوافق مع بعض الاضطرابات الأخرى مثل فقدان الذاكرة amnesia إلا أنه يختلف عنه كونه مزمناً ويرتبط بموضوعات قد لا تستحق (Mula, et al., 2008, p. 978).

ويضيف (Hedstrom, 2010) أن مهها كان المسمى أو مصدره، فان الفرد يشعر بالانفصال عن العالم المحيط به بالإضافة إلى فقدته احساسه بذاته، ويبدو أن هذا الاضطراب يخفي وراء أعراضه الكثير من الديناميات في اللاشعور التي لم نتمكن من التعرف إليها بعد.

ويذكر دليل التشخيص النفسي الصادر عن منظمة الصحة العالمية ICD-10 تعريفاً لاضطراب تفكك الانا انه: "اضطراب نادر حيث يشكو الفرد فيه بشكل عفوي تغييراً في نشاطه العقلي والجسمي والبيئة المحيطة به إلا ان هذه التغيرات غير حقيقية، وتتصف أنها تأتي بصورة آلية. وفي أغلب الحالات يشتكى الفرد من فقدان الإحساس بالانفعالات ويشعر بالاغتراب والانفصال عن تفكيره، وجسمه والعالم المحيط به. وبالرغم من إحساس الفرد بكل هذه الاعراض إلا أنه يدرك أنها غير حقيقية. كما أن حواسه وقدرته على التعبير الانفعالي تعتبر طبيعية (Hedstrom, 2010, p. 6).

وأشار دليل التشخيص النفسي الخامس ICD-10 لمحككات تشخيص اضطراب تفكك الأنا تتمثل في: إحساس الفرد بالانفصال عن نشاطه العقلي والبدني، يعاني من فقد الإحساس بالواقع، إحساس بالضيق وظهور بعض العلامات الاكلينيكية بالإضافة الى قصور ملحوظ في الأداء المهني او الوظيفي بينما كان في الدليل التشخيصي الثالث (١٩٨٠) أن التفكك قد استبدل باضطراب الوعي والهوية او السلوك الحركي، ويمكن اعتبار اضطراب تفكك الأنا نوعاً من الفصام بسبب خلوه من اضطرابات الذاكرة؛ ومنذ صدور الدليل التشخيصي الرابع الصادر عام ١٩٩٤ تمت إضافة "ادراك البيئة" perception in the environment لمريض الفصام (Hedstrom, 2010, p. 21).

و يتفق الباحثون ان اضطراب تفكك الأنا هو اضطراب ذاتي المنشأ ينفصل فيه الفرد عن ذاته وعادة يكون مصحوباً بالاستغراق في الأوهام، كما أشاروا أيضاً إلى ان هذا الاضطراب المتمثل في الانفصال عن الذات والبيئة من حوله يحدث على متصل يبدأ بنوبات معتدلة منتهياً بنوبات مرضية شديدة تعتبر نواة لأحد الاضطرابات العقلية الواضحة او الأخذة في النمو (Hoyer, Braeuer, Michal M. , Wiltink, Till, Wild, & Crawcour, Klumbies, & Kirschbaum, 2013) (Blettner, 2011).

وهناك شكوك حول نسبة الإصابة باضطراب تفكك الأنا DPDR ومتى يبدأ، فبينما تشير الإحصائيات الإكلينيكية ان هذا الاضطراب شائع بين العاديين في صورته البسيطة بنسبة تصل الى ١٪. ألا أن من يعانون من الأعراض الشديدة قد تمتد إلى ٨, ٣٪، ويعتبر الفارق بين الأعراض العادية والاكلينيكية هو ما ينشأ عنها من انهيار او قصور في الشخصية (Michal, et al., 2015).

ويذكر (Reutens, Nielsen, & Sachdev, 2010, p. 279) أن اضطراب تفكك الأنا يبدأ في الظهور بمرحلة المراهقة، ففي احدئ الدراسات الإكلينيكية حيث كان متوسط عمر العينة ٩, ١٥ سنة، اتضح ظهور الأعراض بينهم حيث امتدت نوباته من بضع ساعات إلى شهور حتى أصبحت مزمنة، ويعتمد ذلك بحسب حالة الإجهاد النفسي للمراهق أو الإحساس بالتعب أو ممارسته الرياضة.

ويذكر (Hedstrom, 2010, p. 7) أن نسبة شيوع الاضطراب تصل إلى ١-٢٪ وتساوي نسبتها مع نسبة شيوع الفصام والهوس الاكتيبي رغم أن اضطراب تفكك الأنا كان يمثل في عام ١٩٦٤ ثلث الإصابة بالاضطرابات النفسية الشائعة بعد كل من القلق والاكتئاب. ويعلق أيضاً، أننا قد نعاني من القلق أو الاكتئاب ونحن بالتأكيد لسنا على دراية بأعراض أي منها اننا مصابين بالقلق او الاكتئاب (p.8). كما ان بعض الدراسات تشير إلى ان ٣ من كل ٢٠ فرد طبيعي قد يمرون بأحد اعراض اضطراب تفكك الأنا DPDR في حين تشير بعض الدراسات إلى ان نسبتهم ٤ من كل ٢٥ فرد. ووجد (Dell, 2006) أن ٩٥٪ من ٢٢٠ مريض بتفكك الهوية (DID) dissociative identity disorder انطبقت أعراضهم على اضطراب DPDR.

وقد يتواجد اضطراب تفكك الأنا مصاحباً لبعض الاضطرابات الأخرى حيث أن ١٩٪ من أصحاب الشخصية الحدية، بالإضافة إلى اضطرابات القلق العام والاكتئاب في معظم حالتها، يعانون من أعراض اضطراب تفكك الأنا. ففي دراسة (Simeon, Knutselska, Nelson, & Guralnik, 2003) لعدد ١١٧ حالة، حيث وجد أن ٦٤٪ منهم يعانون من علامات اضطراب تفكك الأنا، بالإضافة إلى مرضى المخاوف المرضية واضطرابات الوسواس القهري. ووجد أيضاً أن ٧٣٪ من أصحاب اضطراب المزاج الأحادي unipolar mood disorder، وان ١١٪ فقط لم يكن لديهم اضطراب المزاج أحادي القطب او اضطراب القلق العام. كما وجد (Baker, Hunter., & Lawrence, 2003) نتائج مشابهه حيث ان الاضطراب يمثل ٥٠٪ من مرضى اضطراب psychiatric comorbidity ، و٦٢٪ في مرضى اضطراب القلق العام، و١٠٪ فقط ممن لا يعانون من القلق او الاكتئاب. كما أن ١٣٪ من حالات اضطراب تفكك الأنا DPDR تعاني من الصداع النصفي يمكن ان تصل إلى ٣١٪ من الحالات.

ان هذا الاضطراب يمكن اعتباره آلية دفاعية عادية من آليات دفاع الأنا إلا أنه لا يمكن اعتبار الأعراض مثل النسيان والتجوال العقلي mind wandering وأحلام اليقظة ضمن هذا الاضطراب. ويستطرد الباحثون ان أعراض هذا الاضطراب، وقد تتزامن مع إصابات بالتسمم، او حالات الصرع

او الاضطرابات الذهانية الحادة والعادية بالإضافة إلى حالات الهوس. ومن المؤلفون ان تظهر هذه الاعراض مع بعض الاضطرابات الأخرى مثل اضطراب ما بعد الصدمة، واضطراب الملح، واضطرابات الشخصية الحدية (Johnson, Cohen, Kasen, & Brook, 2006).

وقد يكون ظهور الأعراض شائعاً مع المرضى الذين يعانون من اضطراب الاجهاد الحاد acute stress disorder واضطراب القلق المرضي وأحياناً في الاضطرابات النفسية الحادة مثل اضطرابات ثنائي القطب bipolar disorder واضطراب الفصام schizophrenia واضطراب الوسواس القهري (OCD) (Pec, Bob, & Raboch, 2014).

ويوضح (Hedstrom, 2010, p. 9) أن Schilder عام ١٩٢٨ قد صنف أربعاً من الأعراض الرئيسية لاضطراب تفكك الأنا، تم زيادتها إلى خمسة أعراض في ٢٠٠١ على يد كل من Sierra and Berrios ثم اختزلها مرة أخرى لأربعة أعراض عام ٢٠٠٥ بواسطة Sierra et al.، في حين استقرت عام ٢٠٠٨ على خمسة أعراض. وتتخصص هذه الأعراض الرئيسة في: تشوه الإدراك Distorted perception، أعراض تتصل بالجسد Body Experience، الدهول الانفعالي Emotional numbing، تشوهات في الأداء الوظيفي الذاتي (Anomalies in subjective functioning، ويذكر (Sierra, 2009) (p. 19) ان الموضوع الأكثر في اضطراب تفكك الأنا هو عدم الاتفاق بين المتخصصين النفسيين حول المفهوم نفسه وتصنيفه كمرض.

ويذكر (Hunter, Charlton, & David, 2017, p. 745) ان المرضى باضطراب تفكك الأنا يعانون غالباً من توصيف أعراضهم المرضية، فهم من ناحية لا يعيشون حقيقتهم الواقعية ويشعرون بانفصالهم عن أنفسهم، وهذا ما يعرف بتفكك الأنا (depersonalization: DP)، ومن ناحية أخرى، منفصلون عن ادراكاتهم للعالم المحيط بهم (derealization: DR)، وهذان العرضان الرئيسان يدعم كل منهما الآخر في أغلب حالات الاضطراب. أن الإحساس بتفكك الأنا او الانفصال عن العالم المحيط قد يبدو عرضاً مألوفاً لدى الأفراد العاديين، وتؤكد ذلك من خلال مقابلة تليفونية لعدد ١٠٠٠ أمريكي، كانت نسبة ٢٥٪. عانوا من هذين العرضين خلال السنة الأخيرة من تاريخ اجراء المقابلة

معهم. وأشارت النتائج أيضاً أن هذين العرضين يعتبران من الأعراض العادية لبعض الاضطرابات النفسية او البدنية. فالاضطرابات الانفعالية كالقلق او الاكتئاب او اضطرابات ما بعد الصدمة او حالات مرتت بخبرات إساءة خلال مرحلة الطفولة، جميعها ذكرت مثل هذه الاعراض من تفكك الأنا او الاستغراق في الاوهام. وما يميز أصحاب هذا الاضطراب أن الأعراض تبدو لديهم مزمنة وكعرض لاحد الاضطرابات العقلية وهو المعروف باضطراب التفكك والاستغراق في الأوهام (DPDR). وتساهم هذه الأعراض في تقليص جودة الحياة والتأثير على كفاءة فعاليتهم الشخصية، Hunter, (Charlton & David, 2017)

ان العديد من الاضطرابات النفسية والعقلية قد جذبت انتباه الفلاسفة الا ان اضطراب تفكك الأنا لم يشغل بالهم، وأطلق بعض الباحثين عليه انه شيء ما something يحدث في الشخصية. واستشهد الباحثون بآراء بعض الفلاسفة الذين اهتموا بالحواس مثل Humphrey الذي أوضح أهمية تواصلنا واحساسنا بالعالم المحيط بنا بما يولد لدينا عنصراً جديداً من التواصل هو (العالم – الذات) world – the self، فالحواس ما هي إلا ادواتنا للتفاعل بين الذات مع العالم الخارجي (Hedstrom, 2010, p. 5). ويشير تقرير منظمة الصحة العالمية (World Health Organization, 2010) إلى أن كثيراً من أشكال الأعراض المصاحبة لاضطراب تفكك الأنا التي تبدأ بروتين شبه يومي في صورة سلوكيات الفرد تستمر في نموها حتى تهدد أداءه المهني والوظيفي. وهناك تقسيمات مختلفة لاضطرابات الفصام، تشمل: الاضطرابات الفصامية، الاضطرابات الحركية الفصامية، والاضطرابات الحسية الفصامية، والتشنجات الفصامية، والذهول الفصامي، وفقدان الذاكرة الفصامي، والانفصام، بالإضافة لاضطراب تفكك الأنا.

ويشير الباحثون (Reutens, Nielsen, & Sachdev, 2010) لعدد من الأدوات التي استخدمت في تحديد اضطراب تفكك الأنا DPDR منها مقياس المقابلة المبنية على أعراض الدليل التشخيصي الرابع للاضطرابات الفصامية The Structured Clinical Interview for DSM-IV Dissociative Disorders (SCID-D) المستخدم في الدراسة الحالية، ومقياس الخبرات الفصامية

Cambridge Dissociation Scale (DES)، واختبار كامبردج للفصام (CDS) المستخدم في الدراسة الحالية أيضاً. ويضيف الباحثون أيضاً أن نسخة من اختبار (SCI- DER) تم بناؤها من النسخة الأولى لتحديد أعراض تفكك الأنا DPDR خلال حياة الفرد في ضوء الاضطرابات الانفعالية الأخرى عن كون الأعراض قائمة على تشخيص الاضطرابات أو لا للتعرف على العلامات المصاحبة له من تفكك الأنا.

وقدم (Foester, 1903) تفسيراً حسيّاً لاضطراب تفكك الأنا DPDR يتلخص في أن جميع الحواس لها مكونان أساسيان: المكون الحسي (كالرؤية) و المكون العضلي وهو الناشئ عن الأداء الحسي (كتوجيه العين إلى الجسم المراد رؤيته)؛ وهذان المكونان يعملان بطريقة متناغمة في الشخص العادي في ضوء الواقع الفعلي للفرد، إلا أنه بالنسبة للشخص المصاب باضطراب تفكك الأنا DPDR فإن المكون العضلي لا يتم الإحساس به. وقد واجهت نظرية الحواس نقداً من الباحثين (Hedstrom, 2010, p. 14) الذي أشار إلى أنه بالرغم من أن أصحاب اضطراب تفكك الأنا يعانون من عدم واقعية ما يشعرون به من أعراض إلا أنهم يسمعون ويصرون ويشعرون بشكل جيد، بالإضافة إلى أن المرضى الذين يعانون من اضطرابات حسية مثل الرؤية المزدوجة diplopia لا يعانون من أعراض اضطراب تفكك الأنا كما تقترح النظرية الحسية.

أن تفكك الأنا DPDR هو اضطراب على شكل متصل من الفصام بالإضافة إلى اضطراب الهوية الفصامية dissociative identity disorder وفقدان الذاكرة النفسي psychogenic amnesia (Braun, 1984).

وتشير العلامات الاكلينيكية انقساماً في إحساس الفرد بحواسه عن انفعالاته بما يجعله يشعر كما لو كان أنسان آلي (روبوت) يتحرك بلا أحاسيس، ويبدو هذا في إدراك الفرد لصورته بالمرأة أو أسلوب نطقه او فقدته التركيز أو قصور الذاكرة بالإضافة لما أظهرته نتائج الدراسات النفس-عصبية من قصور الانتباه وسرعة معالجة المعلومات والتذكر المباشر لفظياً وبصرياً (McGrath, Saha, Chant, & Welham, 2008).

أن اضطراب تفكك الأنا DPDR قد يكون نتيجة التشابك المعقد بين الخبرات الحس حركية والاضطرابات الانفعالية كالقلق والاكتئاب. كما يمكن إدراك هذا الاضطراب غالباً تحت فئة الاضطرابات الفصامية Dissociative disorders ومن الصعب تفهم هذا الاضطراب كونه متشابكاً مع الاضطرابات الأخرى الناشئة عن فقدان التكامل لكل من الادراك، الهوية، الذاكرة، وما يحدث في اللاشعور. ويمكن تبسيط فهم هذا الاضطراب من فهم المصطلح ذاته الذي يتكون من مفهومين مترابطين هما depersonalization وderealization حيث يشير الأول إلى تفكك الانا بمعنى انفصال الفرد عن ذاته وهويته، بينما يشير الثاني إلى الانفصال عن العالم المحيط به. ويمكن ان يمتد هذا الاضطراب في درجه ما يجعله ملاحظ بصورة شائعة لفقدان الذاكرة إلى الامراض النفسية المحتملة التي ترتبط بالشعور بالفرع والقلق والانفصال عن الذات (Sutar & Chaturvendi, 2020).

ان ظاهرة تفكك الانا تحدث لدى الأشخاص الاصحاء والمرضى، إلا أن الفرق بينهما في عدد مرات تكرارها حيث انها تستمر لثواني معدودة لدى الاصحاء تحت مواقف التوتر والضغط النفسي وعدم وضوح الرؤية او الارق. وتعكس هذه الظاهرة مشاعر القلق والاكتئاب واضطراب الهوس لدى الفرد (Mula, et al., 2008).

ويمكن اعتبار الاضطراب خبرة ذاتية لا ترتبط بالموضوعية ولا يمكننا أن نصل إليها إلا من خلال تقرير الفرد نفسه عنها، بمعنى أنها غير محسوسة الا بالفرد ذاته مما يضمن صعوبة في تشخيصه (Sugiura, et al., 2009, p. 315).

ويشتمل اضطراب تفكك الانا على اعراض مثل الذهول العاطفي، زيادة في مراقبة الذات، الإحساس أنه كمراقب خارجي لجسمه، خلل في إدراك كل من الزمان والمكان، الافتقار إلى السيطرة على تصرفاته او التحكم فيها، الشعور بأن العقل فارغ من الأفكار والذكريات والصور، وأيضاً عدم القدرة على التركيز وحضور الانتباه والإحساس بتخدير أو تنميل لأجزاء من جسمه كاليد او الساقين (Mula, et al., 2008, p. 978).

ان اضطراب تفكك الأنا DPDR لا يتمايز بعامل الجنس، فهو يصيب الرجال كما يصيب النساء ولا توجد فروق جوهرية في نسبة الإصابة بهما؛ إلا أن نسبة شيوعه في المجتمع قد تصل إلى ١٪ للأفراد العاديين وإلى ٥٪ لدى الأفراد المضطربين نفسياً. كما يذكر الباحثون أيضاً أن عملية التشخيص لهذا الاضطراب قد تحدث بعد تفاقم الأعراض، وقد تتأخر أحياناً لفترة ١٢ عاماً من ظهورها. وإذا ترك الاضطراب دون علاج قد يمتد لسنوات أخرى، لذا فإن التشخيص المبكر يساهم في تقليص النواتج السلبية في جودة حياة المرضى (Hunter, Charlton & David, 2017).

ويرتبط اضطراب القلق واضطراب تفكك الأنا DPDR بشكل ما حيث أشارت نتائج معهد الطب النفسي بلندن أن ٧١٪ من المصابين باضطراب تفكك الأنا تم تشخيص القلق لديهم، منهم ٧٣٪ أشاروا لتعرضهم لنوبات قلق شديدة، وان ٥٩٪ منهم يخافون الخروج بمفردهم. هذا، ويرتبط اضطراب تفكك الأنا ببعض الاضطرابات الاخرى مثل: اضطرابات الإجهاد الحاد Acute Stress Disorder، اضطرابات ما بعد الصدمة Post-traumatic stress disorder، اضطرابات الهلع Panic Disorder، اضطرابات القلق العام GAD، اضطرابات الوسواس القهري OCD، اضطرابات فصام الهوية Dissociative Identity Disorder. كما أن هناك تشابه بين ما يشعر به المريض واعراض القلق مثل: تراحم الأفكار racing thoughts، فراغ العقل mind emptiness، الشعور بالإغماء او الدوار feeling faint/dizzy، التخدر الانفعالي emotional anesthesia (Baker D. , 2003). ويمكن تلخيص الفوارق بين أعراض بعدي اضطراب تفكك الأنا DPDR الداخلي والخارجي في الجدول التالي (١).

جدول (١) الفوارق بين أعراض بعدي اضطراب تفكك الأنا (الداخلي والخارجي)

العرض الداخلي DPDR Internal	العرض الخارجي DPDR External
تفكك الانا Depersonalization	فقد الاتصال بالعالم Derealization
Affect (feeling, emotion) الانفعالات (المشاعر والمواقف)	Perception (sensory information) الادراك (الحواس)
العميل Agent	الموضوع Subject
النشاط Activity	السلبية/ التقبل Passivity/Receptivity

المصدر: (Hedstrom, 2010, p. 34)

<http://dx.doi.org/10.29009/ijres.4.4.2>

ويظهر مرضى اضطراب تفكك الأنا بعض الاعراض الانفعالية منها ما هو ايجابي ومنها ما هو سلبي تجاه بعض الأجزاء من اجسامهم، فقد يذكرون ان جزء منهم (كاليدين او الساقين او صوتهم) لا يبدو كما ينبغي أن يكون عليه او على الأقل كما لو كان لا ينحسبهم، كما يذكرون أيضاً انهم مشوشين في تفكيرهم وادراكهم للأمور غير منطقي، فالعالم من حولهم في صورة أفكار وسواسية قائمة بالفعل حول معنى ومفهوم الحياة، كما ان الافراد يشكون من سوء قدراتهم على التركيز في الحوار أو التذكر وان كانت هذه الاعراض لا تشير إلى اضطراب قائم بذاته عن التشوهات المعرفية لديهم سواء في الأفكار أو قصور الذاكرة أو قصور الانتباه (Guralnik, Giesbrecht, Knutelska, Sirroff, & Simeon, 2007).

ويذكر (Hunter, Charlton, & David, 2017) أن مرضى اضطراب تفكك الانا يدركون أن خبراتهم وأراءهم وما يشعرون به هو أمر شخصي ذاتي وليس له أساس واقعي يستندون عليه، وبالرغم من ذلك فانهم يسعون إلى طلب العون والمساندة لإحساسهم بالخوف أن يصابوا بالجنون أو يكونوا فريسة للاضطرابات العقلية. ويجب الإشارة هنا إلى ان الاضطرابات العقلية قد تكون مصاحبة بالهلوس أو الضلالات العقلية، لذا فان التقسيم الأمريكي للأمراض العقلية (American Psychiatric Association, 2013) ينظر إلى تفكك الأنا على أنه تحلل في الذات وليس مرضاً عقلياً حيث ان اضطرابات الفصام تصنف باستمرارية تدهور في الذاكرة والاحساس بالهوية وهو ما لا يتفق والاضطراب.

وترتبط أعراض اضطراب تفكك الانا عادة بمواقف ضاغطة على الفرد وقد يكون أحد ميكانزمات الدفاع العادية لدى هذا الفرد تجاه ما يواجهه من ضغوط وأشبه بقطع الدائرة معها حتى لا يتغلغل القلق ويستبد بالنفس من خلال اللجوء إلى التفكك والذهول الا أن هذه الآلية من الدفاع قد يعتاد عليها الفرد فتتحول به إلى اضطراب مزمن (Hunter, Phillips, Chalder, Sierra, & David, 2003).

أن التشخيص الفارق والأهم هو حينما يكون الاضطراب متلازماً مع اضطرابات انفعالية كالقلق أو الاكتئاب، وفي هذه الحالة ينبغي تقييم الحالة شهرياً فان حدث نوع من استمرار الأعراض

فهو يمثل مبدئياً اضطراب تفكك الانا ولا بد من التعامل معه كاضطراب مستقل بذاته لدى الحالة، وعند التعامل مع هذا الاضطراب من قبل المتخصصين، عليهم ان يشرحوا للمريض الارتباط المشترك بينها وبين الضغوط التي يمرون بها فضلاً عن إعطاء الامل ان هذه الاعراض من المرجح أن تحل وتنتهي في وقت ما بفضل المساندة العلاجية (Hunter, Charlton & David, 2017).

وتشير الدراسات إلى نسب انتشار أخرى لاضطراب تفكك الانا، حيث أنه شائع بين الناس العاديين بمعدل سنوي ٤٦-٧٤٪ ونسبة شيوع على مدار الحياة ٢٦-٧٠٪، كما ان بعض الحالات قد تصبح لديهم الاعراض مزمنة وتصل إلى ضرورة التدخل وتشخيصها خاصة إذا تعارضت هذه الاعراض والأداء المهني او الوظيفي للفرد. ان هذا الاضطراب شائع عما كان يعتقد بنسبة تصل ١-٢٪ تقريباً مقارنة بنسبة شيوع الفصام تصل إلى ٣، ٣ / ١٠٠٠ (Hunter, Sierra, & David, 2004).

ويتميز اضطراب تفكك الأنا DPDR بنوبات متكررة من الانفصال عن ذات الفرد ويتصرف فيها عادة بصورة آلية قد لا يشعر فيها بما يفعله كما لو أنه يراقب ذاته او ينظر إليها من الخارج كأى شخص آخر. وبالرغم انه لا توجد نسبة دقيقة لانتشار الاضطراب إلا أن المقابلات الشخصية مع بعض الافراد من قطاعات المجتمع تشير إلى ان نسبة انتشاره تصل ١-٢٪، وان هؤلاء الافراد يعانون من نوبات الاجهاد النفسي يعانون أيضاً من القلق والخوف الشديد ان يتحولوا إلى الجنون insane، لذا فان التدخل المبكر مع هذه الحالات سوف يقلل من فرصة تمكن الاضطراب منهم (Sugiura, et al., 2009, pp. 314-5).

وقد تظهر الاعراض مستقلة بذاتها وهنا يطلق عليها اضطراب تفكك الأنا DPDR. ويتصف الاضطراب أنه مزمن يصيب ١-٤، ٢٪ من التعداد العام للسكان بنسبة متساوية بين الذكور والاناث رغم ان هذا الاضطراب كعرض مرافق لاضطرابات القلق والاكتئاب تصل نسبة شيوعه فيها ٢٠-٤٠٪، كما ان هذا الاضطراب يمثل ٨٠٪ من الاضطرابات النفسية وأن ١٢٪ منهم يعانون من اضطرابات شديدة في تفكك الانا. ومع ذلك لا يزال الاضطراب غير مفهوم بشكل جيد ويفتقر لاهتمام الباحثين الاكلينيكين مما يقود إلى التشخيص الخاطئ وبالتالي العلاج الخاطئ، ولعل تزايد الاهتمام بهذا

الاضطراب سوف يسمح بفرصة دراسة فعالية الادوية المستخدمة في العلاج بالإضافة لفعالية العلاجات النفسية والبدنية (Somers, Amos-Williams, & Stein, 2013).

ويشير (Reutens, Nielsen, & Sachdev, 2010, p. 281) انه للآن لا يوجد علاج ناجح لاضطرابات تفكك الأنا ولكن يتم نصح المرضى بتجنب المواقف والضغوط النفسية التي تثير فيهم هذا الاضطراب، إلا أن العلاج الدوائي باستخدام السيروتينين قد يكون فعالاً مع بعض الحالات. كما أن العلاج النفسي قد يكون ذا أهمية لحالات اضطراب تفكك الانا، إلا أن هناك تحذيرات في استخدام التحليل النفسي مع حالات هذا الاضطراب حيث أن عدم الاتصال البصري مع العميل قد تزيد من تفاقم مشاعر بعدهم عن الواقع، ولعل أشكال أخرى من العلاجات النفسية غير التحليل النفسي قد تكون مفيدة للعميل في تفهم الصدمات التي تعرض لها في حياته. ولعل العلاج المعرفي السلوكي بعدد جلسات ٢٠ جلسة على الأقصى قد يكون ذا فاعلية في علاج حالات تفكك الانا، ولا بد أن يكون التركيز في هذه الجلسات على تخفيض اضطرابات القلق والمزاج. كما أن تقنيات وأساليب العلاجات النفسية العامة General psychotherapeutic techniques قد تكون مفيدة في تقليص مستوى الاثارة لدى حالات اضطراب تفكك الانا.

وهدفت الدراسة التي قام بها فريق من الباحثين اليابانيين (Sugiura, et al., 2009) إلى التعرف على فعالية مقياس كمبردج للوساوس القهرية في تشخيص حالات اضطراب تفكك الانا على عينات يابانية غير اكلينيكية. ويعتبر مقياس كمبردج لتشخيص الاضطراب Cambridge Depersonalization Scale (CDS) أحد أكثر الاختبارات شيوعاً في الوسط الإكلينيكي وتم استخدامه في بحوث كثيرة ومتعددة حول العالم. وترجم الباحثون المقياس من صيغته الإنجليزية إلى اليابانية ثم إلى الإنجليزية مرة أخرى، ثم تطبيقه على عينة من ٥٩ (١٢) مشخصين أنهم من ذوي اضطراب تفكك الانا، ١١ من الذين تم شفاءهم من تفكك الانا، ٣٦ من الأشخاص العاديين). وأشارت النتائج إلى أن قيمة الفا كرونباك والتجزئة النصفية كانتا ٠,٩٤, ٠,٩٣, ٠ على الترتيب. وكانت درجات المفحوصين المصابين بالاضطراب على المقياس أعلى منها لدى العاديين. كما ظهرت علاقة ارتباطية دالة احصائياً بين

الدرجة الكلية على المقياس ودرجات المفحوصين على مقياس الفصام. وأشارت النتائج ان درجة ٦٠ بمعامل حساسية ٠,٠٠, ١ هي التي يتحول عندها المستجيب من حالته الطبيعية إلى حالة الاضطراب. واستنتج الباحثون ان النسخة اليابانية للمقياس تمتعت بقيم عالية من الثبات والصدق في تمييزها بين الافراد في اضطراب تفكك الانا.

وهدفت الدراسة التي قام بها فريق من الباحثين (Michal M. , et al., 2015) إلى التعرف على اضطراب تفكك الانا لدى المراهقين فيما بين ١٢-١٨ سنة. واعتبر الباحثون ان هذا الاضطراب يمثل خبرة وتجربة غير سارة لانفصال الفرد عن ذاته وعن العالم المحيط به، وقد ينتشر بين العاديين بسبب الحرمان من النوم، أو تعاطي بعض الأدوية المخدرة، أو كنتاج من نواتج القلق والضغط النفسية والانفعالية. ويجاول الباحثون التعرف على نسبة انتشار الاضطراب بين الأطفال نظرا لعدم وجود احصائيات بخصوص انتشاره في الاعمار الصغيرة. واعتمد الباحثون على عينة كبيرة وصلت ٣٨٠٩ من الطلاب بالمدارس. وأشارت النتائج ان ٩, ١١٪ أبدو اعراضا اكلينيكية تجاه اضطراب تفكك الانا وأن ٧, ٧٥٪ منهم كانوا يعيشون مع اسرهم لفترات قليلة، كما ان هؤلاء الافراد يمثلون مستويات اقتصادية اجتماعية تتميز باضطرابات عقلية شديدة، وغالباً يدخنون، ويعانون من قصور واضح في الإحساس بالأمن وفاعلية الذات ويتصفون بقلّة خبراتهم في مواجهة المشكلات. واستنتج الباحثون ان اضطراب تفكك الانا أمر عادي بين المراهقين ويمكن اعتباره مؤشر جيد لانخفاض قدرات هؤلاء المراهقين على التحصيل الدراسي والاستعداد ان يكونوا مرضى عقليين على المدى البعيد.

مشكلة الدراسة وتساؤلاتها

حديثاً تزايد الاهتمام باضطراب تفكك الأنا DPDR الذي أصبح أكثر شهرة من الفصام ذاته لكنه غالباً ما يتم تشخيصه بشكل خاطئ. واستنتج الباحثون أن هذا الاضطراب هو أحد الاضطرابات المزمنة المعقدة التي تصيب الشباب ومن لديهم الميل إلى العزلة، بسبب الافتقار إلى المعرفة الكاملة عنه وعلاقته بالاضطرابات العقلية الأخرى، وبالرغم من أن هذا الاضطراب أكثر شيوعاً من الفصام إلا

أن المعلومات عنه ليست بالقدر الكاف، لذا فإن على الباحثين الإكلينيكين دور كبير في توجيه الاهتمام بهذا الاضطراب بهدف تحسين حياة هؤلاء المرضى (Reutens, Nielsen, & Sachdev, 2010, p. 278). ويشير الباحثون (Michal M. , Duven, Giralt, Dreier, & Müller, 2015) إلى أن نسبة شيوع اضطراب تفكك الانا DPDR تقريبا ١٪ لدى العاديين بينما تتراوح نسبته بين ٨، ٠-٨، ٣٪ حول العالم. كما أن هذا الاضطراب لم يلق الاهتمام الكافي في الدراسات النفسية. وحتى الآن لا توجد احصائيات اكلينيكية عن معدل انتشار الاضطراب بين المراهقين وصغار السن (Michal M. , Wiltink, Till, Wild, & Blettner, 2011, p. 996) إلا ان ما يوجد من احصائيات لتمييز بين اضطراب تفكك الانا واضطرابات الفصام عامة. واعتمدت هذه النوعية من الدراسات في قياسها للفصام مقياساً من ٣٠ مفردة يغطي كافة أوجه الفصام.

وفي الآونة الأخيرة، نالت الصحة النفسية اهتماماً متزايداً من الباحثين السيكولوجيين في محاولة لفهم الاضطرابات النفسية، حيث وجد فيه مؤشراً يساعد على فهم شخصية الأفراد من ذوي الاضطرابات النفسية من حيث الأسباب والأعراض والدوافع التي يتعرضون لها حيث أن التعرف على الاضطرابات النفسية في مرحلتها الاولى قد يساعد على العلاج في مرحلة مبكرة قبل أن يتفاقم ويتطور إلى اضطرابات نفسية أخرى. ولا شك أن الاضطرابات النفسية تظهر أثارها في المجال التحصيلي والاجتماعي وغيرها من مجالات الحياة (زهران، ٢٠٠٥).

وتشير الدراسات الى ان اضطراب تفكك الأنا يظهر مصاحباً لبعض الاضطرابات الأخرى مثل اضطرابات القلق والاكتئاب والوساوس القهرية (Simeon, Knutselska, Nelson, & Guralnik, 2003). ومن ثم يعد من الضروري فهم اضطراب تفكك الانا في علاقته بالقلق مقاساً بمقاييس القلق العام، والاكتئاب مقاساً باختبار هاملتون-١٧ او ما شابهها في قياس كل من القلق والاكتئاب (Sommer, Amos-Williams, & Stein, 2013, p. 3).

ومن ثم وجب البحث عن مدى ارتباط اضطراب تفكك الأنا بالاضطرابات النفسية الأكثر انتشارا مثل اضطرابات القلق والاكتئاب والوساوس القهرية بين فئة الشباب بصفة عامة حيث وجد الباحثون

ان هذا الاضطراب يبدأ في هذه المرحلة من العمر. إلا أنه في حدود علم الباحثين توجد ندرة في الدراسات العربية التي اهتمت بدراسة ارتباط اضطراب تفكك الانا بالاضطرابات النفسية بالأخص لدى طلاب الجامعة. لذا تحاول الدراسة التعرف على العلاقة الارتباطية بين اضطراب تفكك الأنا واضطرابات القلق والاكتئاب والوساوس القهرية لدى طلاب الجامعة.

وتحاول الدراسة الحالية التحقق من التساؤلات التالية:

١. هل توجد علاقة ارتباطية دالة احصائياً بين الدرجات على مقياس التعرف على اضطراب تفكك الأنا DPDR والدرجات على كل من مقياس القلق العام والاكتئاب والوساوس القهرية لدى طلاب الجامعة؟
٢. هل يمكن التنبؤ باضطراب تفكك الأنا من المتغيرات: القلق العام، الاكتئاب، الوساوس القهرية لدى طلاب الجامعة؟
٣. ما فعالية نموذج بنائي مقترح للعلاقات السببية لتأثير كل من القلق والاكتئاب والوساوس القهرية في اضطراب تفكك الأنا لدى طلاب الجامعة؟

أهداف الدراسة:

تهدف الدراسة الحالية الى:

١. التعرف على العلاقة الارتباطية بين متغيرات الدراسة: تفكك الانا، القلق، الاكتئاب والوساوس القهرية لدى طلاب الجامعة.
٢. التعرف على مدى مساهمة كل من القلق والاكتئاب والوساوس القهرية في التنبؤ بتفكك الانا لدى طلاب الجامعة.
٣. اختبار فعالية نموذج سببي مقترح يفسر العلاقة بين كل من القلق والاكتئاب والوساوس القهرية في التأثير على اضطراب تفكك الأنا لدى طلاب الجامعة.

مصطلحات الدراسة:

- اضطراب تفكك الأنا (DPDR) Depersonalization-Derealization disorder

يعرفه (Mula, et al., 2008) انه انفصال الفرد عن ذاته وعن العالم المحيط به. ويقاس اجرائياً بمقياس (SCI-DER)، تعريب الدراسة الحالية.

- القلق العام: general anxiety هو حالة من عدم الاستقرار تتاب الفرد جراء الخوف من المستقبل، وسيتم قياسه اجرائياً بالدرجة التي يحصل عليها الفرد بعد تطبيق مقياس القلق العام GAD-7 (Spitzer RL, Williams, & Lowe, 1999) تعريب الدراسة الحالية.
- الاكتئاب: depression حالة من الحزن وفقدان الرغبة في الحياة واضطراب الفرد بما يعيق قيامه بأنشطة حياته الطبيعية، وسيتم قياسه اجرائياً بقائمة هاملتون للاكتئاب (Hamilton, 1960) وقائمة الاكتئاب PHQ-9 (AlHadi, et al., 2017) تعريب الدراسة الحالية.
- الوساوس القهرية: Obsessive Compulsive disorder (OCD) هي صور وأفكار متعاقبة وملحة واندفاعات تغزو الانا بطريقة قهرية، أما الأفعال القهرية فهي سلوكيات هادفة ومتكررة تؤدي طبقاً لقواعد رئيسية أو أشكال نمطية يشعر الفرد أنه مجبر عليها. ويعرف اجرائياً بالدرجة التي يحصل عليها الفرد باستخدام مقياس الوساسوس القهرية إعداد (عبد الخالق و النبال، ١٩٩٠).

فروض الدراسة:

الفرض الأول: توجد علاقة ارتباطية دالة احصائياً بين اضطراب تفكك الأنا وكل من القلق العام والاكتئاب والوساسوس القهرية لدى طلاب الجامعة.

الفرض الثاني: يمكن التنبؤ بمتغير تفكك الأنا من كل من القلق والاكتئاب والوساسوس القهرية لدى طلاب الجامعة.

الفرض الثالث: يمكن بناء نموذج سببي يفسر العلاقة بين كل من القلق والاكتئاب والوساسوس القهرية في التأثير على اضطراب تفكك الأنا.

المنهج والإجراءات

أولاً منهج الدراسة:

اعتمدت الدراسة الحالية على المنهج الوصفي الارتباطي، حيث يعد هذا المنهج ملائماً وأنسب لمعرفة الواقع لجوانب الدراسة.

ثانياً عينة الدراسة:

تم تطبيق الدراسة الحالية على عينة من العاديين قوامها (٣٤٤) من طلاب كلية التربية جامعة المنوفية-مصر، متوسط عمر (٤, ٢٤) سنة، حيث بلغ حجم الذكور (١٩) بمتوسط عمر (٢٦)، وحجم عينة الاناث (٣٢٥) بمتوسط عمر (٣, ٢٤)، حيث تم التطبيق خلال الفصل الدراسي الأول من العام الجامعي ٢٠٢٠ / ٢٠٢١.

ثالثاً أدوات الدراسة:

١. مقياس النموذج البنائي للمقابلة الاكلينيكية لمتلازمة تفكك الانا والاستغراق في الضلالات structured clinical interview for depersonalization-derealization spectrum (SCI-DER) اعداد (Mula, et al., 2008) تعريب الدراسة الحالية:

يشير (Mula, et al., 2008) إلى ان الاهتمام بنموذج بنائي لاضطراب تفكك الانا من الأهمية بما يساعد في عملية تشخيص وعلاج الاضطرابات الانفعالية، وهذا النموذج لا بد ان يتضمن اضطرابات تفكك الانا، اضطرابات المزاج والقلق. وقد قام الباحثون بتجربته على عينة قوامها ٢٥٨ من حالات نفسية تعاني من اضطراب تفكك الانا او اضطرابات المزاج والقلق في عمر ١٨ عاماً فأكثر بإحدى العيادات النفسية بإيطاليا. وقام الباحثون ببناء أداة لتشخيص اضطراب تفكك الانا من خلال المقابلة الشخصية للحالات بناء على مظاهر الاضطراب المذكورة في دليل التشخيص النفسي الخامس بالإضافة لبعض الاستبانات الأخرى، وقام بإجراء المقابلات خبراء في الاضطرابات النفسية. ويتكون المقياس من ٢٨ مفردة يقوم الفرد بترتيبها بهدف التعرف على الحالات التي تعاني من اضطراب التفكك. ويذكر الباحثون أن المقياس يتمتع بقيمة جيدة للتناسق الداخلي والثبات بطريقة إعادة التطبيق (٩٣, ٠ لفترة ٤ أسابيع، ٩٠, ٠ لفترة ٨ أسابيع)، كما يشير الباحثون ان الأداة تم استخدامها في مئات الدراسات الاكلينيكية بدرجة r قطع تشخيصية تباينت من بيئة لأخرى في قيمتها: ٢٠, ٢٥, ٣٠. ويشير الباحثون ان الأداة التي تم على أساسها تشخيص اضطراب تفكك الانا، قد قام بناؤها قسم الامراض

النفسية والعصبية بجامعة Pisa وتكونت من ٤٩ مفردة توضح وجود او عدم وجود اعراض تفكك الانا في أربعة محاور: فقدان الاتصال بالواقع derealization، اضطرابات التفكك الجسمية Autopsy chic، اضطرابات التفكك النفسية Autopsy chic، Somatopsychic depersonalization، و اضطرابات التفكك الانفعالية Affective depersonalization يجب عنها اما "نعم" أو "لا" حيث يتم تجميع الاستجابات التي تمت الإجابة عليها بنعم. وتساءل عبارات البعد الأول عن التغييرات المرتبطة بتفكك الفرد عن العالم الخارجي والمناظرة للأعراض المذكورة في دليل التشخيص النفسي الخامس. وتساءل عبارات البعد الثاني عن جملة التغييرات التي تحدث في إدراك الفرد لتفككه من جسمه، وتقيس عبارات البعد الثالث مدى تفكك الفرد في ادراكه أنه مراقب عقليا من الآخرين بدلاً من كونه مشارك عقلياً مع الآخرين كأن يشعر ان ما يحدث قد حدث بصورة مماثلة منذ زمن بعيد أو لا يمكنه تذكر الاحداث أو الأماكن أو الأشخاص الذين يتعامل معهم، وتقيس عبارات البعد الرابع فقدان الفرد القدرة على الإحساس بالمشاعر الانفعالية كالمودة والمتعة والخوف او حتى الاشمئزاز. وحصل الباحثون على قيم تناسق داخلية للأبعاد الثلاث الأول وصفت بالمتازة في حين كانت جيدة للبعد الرابع. كما ذكر الباحثون ان معاملات الارتباط بين الأبعاد كانت جميعها إيجابية ذات دلالة إحصائية تراوحت بين ٥٣،٠، ٦٨،٠، ٠.٠. كما اشارت نتائج إعادة التطبيق لعدد ٦٩ مفحوص بفارق زمني ١٥-٢٠ يوم حيث كانت قيمة معامل الثبات للمقياس ككل ٠،٨٨، وللأبعاد الأربعة على الترتيب: ٠،٧٩، ٠،٧٤، ٠،٨٧، ٠،٧٤، ٠،٧٤. وذكر الباحثون ان المقياس يتمتع بدرجة صدق تمييزي مرتفعة وأيضا درجة ارتباط بمقاييس للتفكك إيجابية ودالة احصائياً (Mula, et al., 2008, pp. 979-983).

٢. مقياس كامبردج لتشخيص اضطراب تفكك الانا والاستغراق في الأوهام اعداد (Sierra &

Berrios, 1996) تعريب الدراسة الحالية:

باستعراض أساليب تشخيص هذا الاضطراب فان كثير من المقاييس التي استخدمت قد لا تتصف بالصدق في تشخيصها باستثناء ما قام به (Sierra & Berrios,2000) من بناء أداة ذاع صيتها في

الأوساط الاكلينيكية في تشخيص اضطراب تفكك الأنا DPDR أطلقوا عليها Cambridge Depersonalization Scale (CDS) تتسم بمعايير صدق مرتفعة في التشخيص الإكلينيكي للاضطراب. والمقياس هو من نوع المقاييس ذاتية التقرير يتكون من ٢٩ عبارة كل منها متدرج على تدريجين لمقياس ليكرت، أحدهما لتكرارته والآخر لفترة ظهوره (٠-١٠). والدرجة الكلية للمقياس تتراوح بين ٠-٢٩٠. وتم انتقاء كل مفردة من مفردات المقياس من خلال المسح الدقيق لما يرتبط بها كوسيلة للتعبير عن عرض من أعراض هذا الاضطراب. ويتميز المقياس ان عباراته تشكل توصيفاً دقيقاً لما يمكن ان يشعر به مريض اضطراب تفكك الأنا، وقام معدوا المقياس بالتأكد من صدقه من خلال تطبيقه على حالات اكلينيكية تعاني من اضطراب تفكك الانا، واستخدم الباحثون درجة ٧٠ كدرجة تشخيصية فارقة بين العادي والمريض بهذا الاضطراب عن الاضطرابات الأخرى كاضطراب الملح والقلق العام والصرع مما يؤهله ان يكون اختبار جيد في الكشف عن حالات اضطراب تفكك الأنا.

٣. مقياس اضطراب القلق العام (GAD) إعداد Spitzer RL,

(Williams, & Lowe, 1999). تعريف الدراسة الحالية (٢٠٢١)

تشير (Spitzer RL, Williams, & Lowe, 1999) أن اضطراب القلق العام يعتبر أحد الاضطرابات النفسية شائعة الذبوع إلا أنه لا توجد نسخة مختصرة لمقياسه، لذا لجأ الباحثون لبناء نسخة مختصرة لمقياس القلق العام من خلال التقرير الذاتي للمفحوص، والتحقق من ابعاد الثبات والصدق للمقياس. وتكون المقياس في صورته المبدئية من ٩ عبارات تم اشتقاقها من الدليل التشخيصي للاضطرابات النفسية الرابع بالإضافة لأربعة عبارات أخرى تم اشتقاقها من خلال مسح الاختبارات النفسية التي تقيس القلق العام. وتم تطبيق العبارات الثلاث عشر بسؤال المفحوصين ان يحددوا إلى أي مدى خلال الأسبوعين الأخيرين قد ظهرت عليهم هذه الاعراض التي يسأل عنها المقياس. وتمت الاستجابة على مفردات المقياس من خلال أسلوب ليكرت الرباعي (لم تظهر ابدا، ظهرت لأيام متعددة، ظهرت لأكثر من نصف الأيام، وتقريباً تظهر بصورة يومية) مع إعطاء الاستجابات درجات صفراً، ١، ٢، ٣، بالترتيب. وبالإضافة إلى هذه العبارات بدرجة كلية تتراوح بين ٠، ١، ٢. ويتم سؤال

المفحوصين سؤالاً اخر يسأل عن فترة نوبة القلق خلال هذه الاستجابات. وهدف الباحثون إلى الوصول لأقل عدد ممكن من العبارات يمكنها ان تقيس القلق العام GAD وتتصف بالثبات والصدق. واعتمد الباحثون على عينة معيارية مشتقة من ١٥ عيادة ومركز نفسي في الولايات المتحدة الأمريكية في الفترة من نوفمبر ٢٠٠٤ حتى يونيو ٢٠٠٥، كما اشتملت على ٢٧٤٠ مفحوصاً من الراشدين حيث قام الباحثون بالاستعانة بخبراء متخصصين في الاضطرابات النفسية لإجراء مقابلات تليفونية لحوالي ٩٦٥ منهم. وتمت مقارنة النتائج التي تم التوصل إليها مع نتائج التشخيص الإكلينيكي المعتادة للحالات في هذه المراكز والعيادات النفسية المتخصصة التي التحقوا بها. كما تمت مقارنة النتائج أيضاً بنتائج مقياس الأداء، ونتائج أيام الإصابة بنوبات القلق، ونتائج الرعاية الصحية المقدمة للمفحوصين. وتوصل الباحثون إلى الصيغة المختصرة لمقياس GAD الذي تكونت من ٧ عبارات التي حصلت على قيم ارتباطية مع الدرجة الكلية للمقياس تراوحت بين (0.75-0.85)، أتصفت بثبات مرتفع بالإضافة لثباتها بالصدق من خلال المحكات الخارجية والصدق العملي. كما أشار الباحثون لاعتمادهم على محك لحساسية المقياس في تحديد GAD تراوح بين ٨٩-٨٢٪، كما أشارت الدرجات المرتفعة على المقياس ارتباطاً إيجابياً مرتفعاً بدرجات المفحوصين على اختبار قصور الأداء متعدد الابعاد. وبالرغم من الارتباط العام بين القلق والاكتئاب إلا أن نتائج التحليل العملي أظهرتها كعوامل مستقلة. كما أظهرت نتائج المقابلة التليفونية المتخصصة للمفحوصين ارتباطاً مع درجاتهم على المقياس. وأطلق الباحثون على مقياسهم المختصر مقياس اضطراب القلق العام ذو السبعة عبارات GAD-7 واستنتجوا انه صالح لتشخيص القلق العام في العيادات النفسية والبحوث العلمية.

وفي دراسة (AlHadi, et al., 2017)، كانت قيمة الفا كرونباك ٠,٧٦٣، بينما كانت قيمة الاتساق الداخلي تتراوح بين ٠,٤٢٦-٠,٢٠٤، في حين كانت معاملات الارتباط مع الدرجة الكلية جميعها دال وأقلها ٠,٤١.

٤. قائمة هاملتون للاكتئاب (HDRS) Hamilton Depression Rating Scale إعداد

(Hamilton, 1960) - تعريب الدراسة الحالية (٢٠٢١)

هو أحد المقاييس الإكلينيكية المعروفة في تشخيصها للاكتئاب، يعرف باسم Hamilton Depression Rating Scale (HDRS) واختصاراً HDRS، أعده هاملتون عام ١٩٦٠ لتعرف على الافراد المكتئبين داخل العيادات الاكلينيكية. ويتكون المقياس في صورته الحالية من ١٧ موقف تفسر أعراضاً للاكتئاب قد يكون مر بها الفرد على مدار الأسبوعين الأخيرين. وتتم الإجابة على كل موقف من هذه المواقف من خلال أربعة بدائل تمثل ادناها انه لم يمر بها الفرد وتحصل على درجة مقدارها صفر -٣ كأقصى قيمة حيث تحدث بصورة متكررة. وتراوح درجات المقياس بين صفر-٥٤ حيث تمثل الدرجة من صفر-٧ ان الفرد طبيعي، ٨-١٦ من المحتمل ان يكون مكتئباً بدرجة بسيطة، ١٧-٢٣ مكتئب لدرجة متوسطة، بينما الدرجة ٢٤ فأكثر تشير لاقتراب الفرد من حالة الاكتئاب، وهي نفس حدود التفسير لدرجات GAD-7. وقد ظهرت صور مكافئة للمقياس الأصلي منها Patient Health Questionnaire (PHQ-9) الذي يتكون من ٩ مواقف تبين حالة الاعراض التي يمكن من خلالها الاستدلال على وجود اعراض للاكتئاب خلال الأسبوعين الأخيرين. وتتكون الاستجابة على كل موقف منها أربع استجابات تبدأ بغياب العرض (صفر) وتنتهي بتوغل العرض داخل الشخصية (٣). ونظراً لان الصيغة العربية لمقياس هاملتون للاكتئاب غير متوفرة، فسوف تقوم الدراسة الحالية بتطبيق الاداتين بهدف التحقق من عامل الصدق في كلاهما. و أوضح (Carrozzino, Patierno, Fava, & Guidi, 2020) ان عدد الاقتباسات التي تمت على مقياس هاملتون وصلت لرقم قياسي وفق Scopus التي اشارت إلى وصوله ٢١ ألف اقتباس مما يوحي انه على درجة عالية من الثقة في استخدامه لتشخيص الاكتئاب. كما أوضح الباحثون تحليلاً لقيم الثبات والصدق في النسخ المختلفة للمقياس، وكلها كانت مرتفعة. وحدد الباحثون بين نسختين من المقياس: الأولى التي ظهرت دون تعليقات والثانية التي ظهرت بتعليقات محددة للمفحوصين، ومع مرور الزمن أنتج هاملتون عدة صور نت مقياسه التي تباينت في عدد مفرداتها وما تقوم بقياسه أيضاً. وتوصل هاملتون في تشخيص الاكتئاب لعشرة حالات من خلال القائمة والاستعانة بخبيرين اكلينكيين حيث توصل لمعامل اتفاق ٠,٨٤، بينهما، وكان معامل الارتباط لسيرمان ٠,٩٤، كمؤشر مرتفع لثبات القائمة. ويوضح (Carrozzino, Patierno, Fava,

(137, p. 2020, & Guidi, 2020) ان باحثين قد توصلوا لقيمة ثبات بلغت ٠,٩١، بينما تراوحت قيمتها بين ٠,٨٥، ٠,٩٦، بطريقتين لإعادة التطبيق. كما أشار الباحثون ان الأداة تتمتع بمصدقية في قياسها لأبعاد الاكتئاب والقلق المصاحب له حتى انها تغطي المضاعفات الجانبية لها من اعراض اضطرابات الوزن وممارسة الجنس. كما ان الأداة تمكنت من تمييز الاكتئاب بين المصابين بالاكتئاب والعاديين. كما ظهرت محاولة عربية لقياس ابعاد الثبات والصدق لمقياس PHQ-9 في البيئة السعودية. وأوضحت نتائج الثبات بمعامل الفا كرونباك قيمة ٠,٨٥٧، كما اشارت قيم الارتباط بين العبارات والدرجة الكلية قيما ذات دلالة إحصائية كانت أقلها ٠,٣٧٨، وظهرت قيم الاتساق الداخلي معاملات ارتباط تراوحت بين ٠,١٧٧، ٠,٦٤٨ (AlHadi, et al., 2017).

٥. قائمة مؤسدي للوساوس القهرية The Maudsley Obsessional-Compulsive Inventory (MOCI) اعداد (Hodgson & Rachman, 1977) تعريب (عبد الخالق أ.، ١٩٩٢):

يتكون المقياس في صورته النهائية من ٣٢ مفردة تسأل عن الاضطرابات الوسواسية التي قد يتعرض لها الفرد من خلال الاستجابة عليها أما بنعم (١) أو لا (٠) بدرجة كلية تتراوح بين ٠-٣٢، ويستخدم المقياس في الدراسة الحالية بغرض التأكد من صدق أداة CDS حيث اشارت الدراسات ان هناك ارتباط إيجابي بينه وبين اضطراب الوسواس القهري. ويتمتع المقياس بأبعاد سيكومترية في ثباته وصدقه على البيئة العربية. وقد تم التحقق من صدق المقياس بأسلوب المحك الخارجي حيث استخدم (Hodgson & Rachman, 1977) مقياس للوساوس القهرية اعداد موسلي وكانت درجة الارتباط بينها ٠,٨٣، كما استخدمته دراسة (الريياوي و الريياوي، ٢٠١٤) وحصل على معامل الفا كرونباك ٠,٧٧، كما استخدمته دراسة (الأغا، ٢٠٠٩)، ودراسة (جودة، ٢٠٠٤)، ودراسة (عبد الخالق و النبال، ١٩٩٠)، ودراسة (عبد الخالق و رضوان، ٢٠٠٢) ووصلت لقيم مقبولة من الثبات والصدق.

مؤشرات الثبات والصدق لأدوات الدراسة

يوضح الجدول رقم (٢) بيان بنتائج الفا كرونباك والتجزئة النصفية لأدوات الدراسة

جدول (٢) نتائج الفا كرونباك والتجزئة النصفية لأدوات الدراسة: القلق العام الوسواس القهري، والاكئاب هاملتون

واختبار كامبردج للفصام -SCI-DER

الاكتئاب (هاملتون)	القلق العام	الوسواس القهرية	كامبردج لفصام الذات 2	كامبردج لفصام الذات 1	مقياس SCI-DER				الفا كرونباك
					التفكك الانفعالي	التفكك النفسي الاي	التفكك النفسي جسمي	الانفصال عن الواقع	
٠,٨١٢	٠,٩٠١	٠,٦٣٠	٠,٥٩٠	٠,٩٤٠	٠,٦٨٩	٠,٧٣٢	٠,٨٢٢	٠,٧٩٩	٠,٧٩٩
٠,٨٠٦	٠,٨٨٩	٠,٦٠٨	٠,٩٢٠	٠,٨٧٤	٠,٦٩٠	٠,٨٢٨	٠,٧٤٠	٠,٧٩٥	٠,٧٩٥

وتشير نتائج الثبات الموضحة بالجدول لارتفاعها مما يطمئن لاستخدامها في القياس.

ويوضح الجدول رقم (٣) بيان بنتائج الاتساق الداخلي لأدوات الدراسة تفكك الأنا SCI-DER، مقياس كامبردج لفصام الانا (جزء ١، جزء ٢)، مقياس الوسواس القهري، مقياس القلق العام ومقياس هاملتون لاكتئاب.

جدول (٣) نتائج الاتساق الداخلي لأدوات الدراسة: تفكك الانا SCI-DER، مقياس كامبردج لفصام الانا (جزء ١،

جزء ٢)، مقياس الوسواس القهري، مقياس القلق العام، الاكئاب هاملتون

المقياس	العبارة	١	٢	٣	٤	٥	٦	٧	٨	٩	١٠
مقياس SCI-DER	الارتباط	٠,٧٣٣	٠,٦٢٣	٠,٥٤٥	٠,٥٤٧	٠,٥٩٢	٠,٥٤٦	٠,٧٠١	٠,٦٧٦	٠,٦٠٥	٠,٦٤٧
	العبارة	١١	١٢	١٣	١٤	١٥	١٦	١٧	١٨	١٩	٢٠
	الارتباط	٠,٥٤٤	٠,٦٦٩	٠,٤٣٩	٠,٥٥١	٠,٤٨٧	٠,٦٠٩	٠,٥٧٦	٠,٥٢١	٠,٥٦٦	٠,٥٥٧
	العبارة	٢١	٢٢	٢٣	٢٤	٢٥	٢٦	٢٧	٢٨	٢٩	٣٠
	الارتباط	٠,٢٩١	٠,٥١١	٠,٤٢٢	٠,٤٧٤	٠,٤٨٢	٠,٦٢٢	٠,٦٥٧	٠,٦٣٠	٠,٧٠٤	٠,٤٥٤
	العبارة	٣١	٣٢	٣٣	٣٤	٣٥	٣٦	٣٧	٣٨	٣٩	٤٠
	الارتباط	٠,٦١٠	٠,٥٧٣	٠,٥٠٠	٠,٥٣٣	٠,٥١٠	٠,٥٨٧	٠,٥٨٣	٠,٥٦٣	٠,٤٩٠	٠,٥٩٥
	العبارة	٤١	٤٢	٤٣	٤٤	٤٥	٤٦	٤٧	٤٨	٤٩	
	الارتباط	٠,٤٣١	٠,٦٧٠	٠,٥٦٧	٠,٦٥١	٠,٥٧٥	٠,٥٩٥	٠,٥٦٣	٠,٣١٧	٠,٥٧٣	
		العبارة	١	٢	٣	٤	٥	٦	٧	٨	٩
مقياس cds جزء ١	الارتباط	٠,١٧٦	٠,٦٣٣	٠,٥١٨	٠,٤٨٧	٠,٥٧٩	٠,٥٨٧	٠,٦٥٤	٠,٥١٢	٠,٦٠٨	٠,٥٩٤
	العبارة	١١	١٢	١٣	١٤	١٥	١٦	١٧	١٨	١٩	٢٠

المقياس	العبارة	١	٢	٣	٤	٥	٦	٧	٨	٩	١٠
	الارتباط	٠,٧٠٣	٠,٥٩٨	٠,٦٥٧	٠,٦٤٥	٠,٦٨١	٠,٦٤٩	٠,٦٧٢	٠,٦٩٢	٠,٦٥٣	٠,٦٥٣
	العبارة	٢١	٢٢	٢٣	٢٤	٢٥	٢٦	٢٧	٢٨	٢٩	
	الارتباط	٠,٥٩٣	٠,٥٨٩	٠,٦٨٠	٠,٦٦٥	٠,٦٦٤	٠,٧٠٧	٠,٦٧٠	٠,٦٧٧	٠,٦١٧	
	العبارة	١	٢	٣	٤	٥	٦	٧	٨	٩	١٠
مقياس تفكير الكائن	الارتباط	٠,٦٠٣	٠,٦٢٢	٠,٥٤٨	٠,٥٨٠	٠,٦٧٥	٠,٦٨٠	٠,٧٠٤	٠,٥٤٨	٠,٧١١	٠,٦٨٠
	العبارة	١١	١٢	١٣	١٤	١٥	١٦	١٧	١٨	١٩	٢٠
	الارتباط	٠,٧١١	٠,٥٥٨	٠,٦٩٩	٠,٦٦٨	٠,٧٠١	٠,٦٢٣	٠,٦٣٩	٠,٦٧٨	٠,٦٤٧	٠,٥٨٢
	العبارة	٢١	٢٢	٢٣	٢٤	٢٥	٢٦	٢٧	٢٨	٢٩	
	الارتباط	٠,٦٠٠	٠,٥٣٨	٠,٦٩٨	٠,٧٠١	٠,٧٢٣	٠,٧١٠	٠,٥٩٩	٠,٦٥٧	٠,٦٩٨	
	العبارة	١	٢	٣	٤	٥	٦	٧	٨	٩	١٠
	الارتباط	٠,٣٦٢	٠,٣٣٩	٠,٣٧٥	٠,٤٧٢	٠,٢٨٩	٠,٣٩٩	٠,٢٣٣	٠,٤٩٢	٠,٥٣٣	*٠,١٢٥
	العبارة	١١	١٢	١٣	١٤	١٥	١٦	١٧	١٨	١٩	٢٠
مقياس الوسواس القهري	الارتباط	٠,٤٣٠	٠,٣٨٩	٠,٣٨٠	٠,٥٤٣	٠,٢٠٧	٠,٥٠١	٠,١٨٤	٠,٣١٢	٠,٣١٢	٠,٥١٩
	العبارة	٢١	٢٢	٢٣	٢٤	٢٥	٢٦	٢٧	٢٨	٢٩	٣٠
	الارتباط	٠,٥٤١	٠,٣٣٠	*٠,١٠٨	٠,٥٦٨	٠,٤٤٦	٠,٢٢٥	٠,٤٠٣	٠,٣٣٧	٠,٥٠٣	٠,٤٢٢
	العبارة	٣١	٣٢								
GAD-7	الارتباط	٠,١٥٧	٠,٤٥٠								
	العبارة	١	٢	٣	٤	٥	٦	٧			
	الارتباط	٠,٧٨٦	٠,٠٧٧٦	٠,٨١٠	٠,٧٩٨	٠,٧٩٨	٠,٨٠٨	٠,٧٧٤			
الاكتئاب هاملتون	العبارة	١	٢	٣	٤	٥	٦	٧	٨	٩	١٠
	الارتباط	٠,٦٥٨	٠,٤٩٠	٠,٥٠٤	٠,٤٥٧	٠,٥١٧	٠,٤٩٤	٠,٥٦٨	٠,٥٣٠	٠,٦١٧	٠,٦٣٨
	العبارة	١١	١٢	١٣	١٤	١٥	١٦	١٧			
	الارتباط	٠,٤٣٠	٠,٥٥٧	٠,٦٣٧	٠,٦٣٥	٠,٣٣٠	٠,٤٧٦	٠,٣٠١			

* دالة عند ٠,٠٥، وباقي العبارات دال عند ٠,٠١

ولقد تم التحقق من صدق مقياس تفكير الانا من خلال ارتباطه بكل من مقياس تفكير الانا للجامعة كامبريدج CDS ومقياس الوسواس القهري OCD، ويلخص الجدول رقم (٤) بيان بنتائج معاملات الارتباط.

جدول (٤) بيان بقيم معاملات الارتباط ليرسون بين تفكك الانا DPDR وكل من مقياس كامبردج CDS ومقياس

الوساوس القهرية OCD

المتغيرات	DPDR	CDS
CDS	٠,٦٤٨	
OCD	٠,٥٠٣	٠,٤١٣

نتائج الدراسة

الفرض الأول:

ونصه " توجد علاقة ارتباطية دالة احصائياً بين اضطراب تفكك الانا وكل من القلق العام والاكئاب والوساوس القهرية لدى طلاب الجامعة".

وتم اختبار صحته باستخدام معامل ارتباط بيرسون. ويوضح الجدول (٥) بيان بنتائج اختبار الفرض احصائياً.

جدول (٥) معاملات الارتباط ليرسون بين تفكك الأنا وكل من القلق العام والاكئاب والوساوس القهرية

المتغيرات	DPDR	CDS	OCD	GAD
CDS	**٠,٦٤٨			
OBS	**٠,٥٠٣	**٠,٤١٣		
GAD	**٠,٤٦٩	**٠,٥٣١	**٠,٤٣٩	
اكئاب	**٠,٥٦٩	**٠,٥٣١	**٠,٥٠٥	**٠,٦٤٩

** دالة عند ٠,٠١

الفرض الثاني:

ونصه " يمكن التنبؤ بمتغير تفكك الأنا من كل من القلق والاكئاب والوساوس القهرية لدى طلاب الجامعة".

وقد تم اختباره احصائياً باستخدام تحليل الانحدار الخطي بطريقة enter حيث تم اعتبار متغير تفكك الأنا تابعاً للمتغيرات المستقلة: الوسواس القهري، والاكتئاب، والقلق. ويوضح الجدول (٦) بيان بنتائج اختبار الفرض احصائياً.

جدول (٦) نتائج الانحدار الخطي بطريقة enter لاضطراب تفكك الانا من جملة المتغيرات الوسواس القهري والاكتئاب والقلق ملخص نموذج الانحدار (٦-أ)

النموذج	R	R square	Adjusted R Square
١	٠,٥٦٢	٠,٣١٦	٠,٣٠٩

جدول تحليل التباين (٦-ب)

النموذج	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف	الدالة
١	٩٤٨١,٧٧٨	٣	٥٩٣٤٣١٦٠	٤٦,٦٢٨	دالة
	٢٠٥٣٨,٣٨٥	٣٠٣	٦٧,٧٨٣		
	٣٠٠٢٠,١٦٣	٣٠٦	٦٤,٦١٣		

جدول الانحدار (٦-ج)

قيمة بيتا	الخطأ المعياري	قيمة بيتا المعيارية	ت	الدالة
٢٧,٨٢٣	٥,٧٧١		٤,٨٢١	٠,٠٠٠
٠,٤٤٩	٠,٠٨٩	٠,٣٣٠	٥,٠١٦	٠,٠٠٠
٠,٦١٨	٠,١٢٩	٠,٢٦١	٤,٧٨٨	٠,٠٠٠
٠,١٤٢	٠,١١٥	٠,٠٧٨	١,٢٣٧	٠,٢١٧

ومن نتائج تحليل الانحدار يمكننا القول إن النموذج المطبق للتنبؤ باضطراب تفكك الأنا DPDR من جملة المتغيرات المستقلة: القلق، والاكتئاب، الوسواس القهري قد وصل إلى دلالاته الإحصائية عند مستوى ٠,٠٠٠ مما يشير إلى أن قوة تأثير النموذج ٥٦٪ في حين أن معامل التحديد وصل إلى ٣٢٪. بمعنى أن التغيير الحادث في تفكك الأنا هو بسبب التغيرات الحادثة في المتغيرات المستقلة بنسبة تأثير ٣٢٪ تقريباً وان هذه المتغيرات تفسر ٣٢٪ من التباين. وبفحص قيم الانحدار للمتغيرات المستقلة

ودلالاتها، يتضح أن الوسواس القهريّة تؤثر في التنبؤ بمقدار ٦٢٪ يليه الاكتئاب بمقدار ٩, ٤٤٪ في حين ان القلق ٢, ١٤٪ الا أنه غير دال احصائياً. ويشير ذلك أيضاً إلى ضعف تأثير القلق في تعرض الفرد لتفكك الانا في حين يكون كل من تعرض للفرد للوسواس القهريّة والاكتئاب دور كبير في معاناته من تفكك الانا نظراً لقوة التأثير الإيجابي لهما. ومن ثم يمكن اشتقاق معادلة التنبؤ على النحو التالي:

$$\text{درجة اضطراب تفكك الأنا} = ٨٢٣, ٢٧ + ٦١٨, ٠ \text{ الوسواس القهريّة} + ٤٤٩, ٠ \text{ الاكتئاب}$$

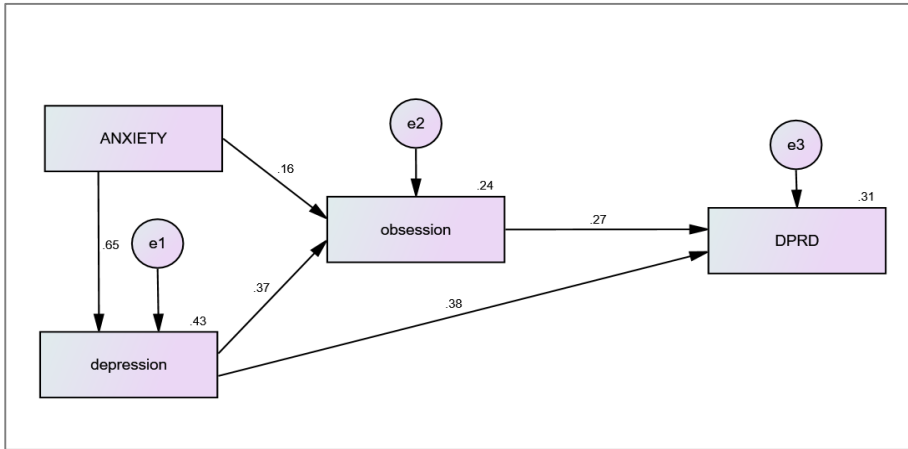
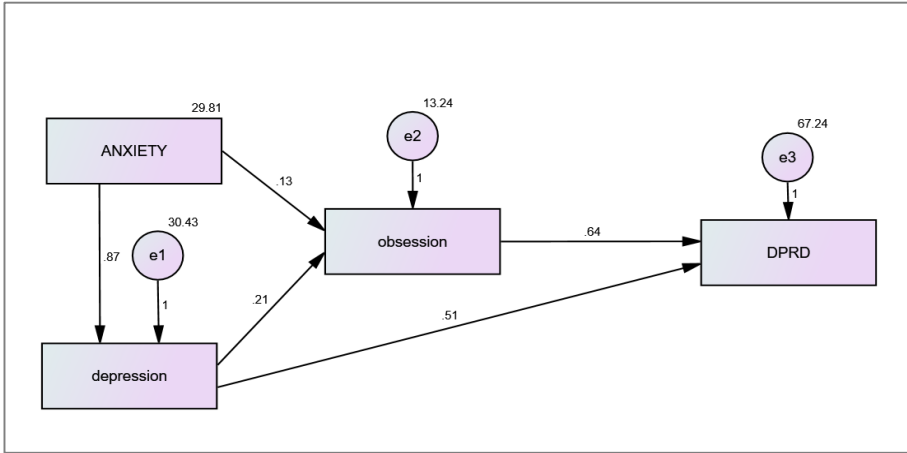
وتشير معادلة التنبؤ إلى أن القلق لم يكن من المتغيرات التي يمكنها التنبؤ باضطراب تفكك الأنا وقد يكون ذلك بسبب تداخله مع كل من الاكتئاب والوسواس القهريّة، فقد يكون القلق قد تحول إلى درجة ما من الوسواس القهري والاكتئاب.

الفرض الثالث:

ونصه "يمكن بناء نموذج سببي يفسر العلاقة بين كل من القلق والاكتئاب والوسواس القهريّة في التأثير على اضطراب تفكك الأنا".

النموذج البنائي للمتغيرات: اضطراب تفكك الأنا والوسواس القهريّة والقلق والاكتئاب، حيث تم اختباره باستخدام برنامج AMOS حيث افترض الباحثان الحاليان نموذجاً للعلاقة السببية بين القلق والاكتئاب والوسواس القهريّة في التأثير على اضطراب تفكك الأنا، حيث يفترض ان يكون متغير الوسواس القهريّة وسيطاً في التأثير على اضطراب تفكك الأنا نتيجة تأثره بكل من القلق والاكتئاب (شكل ١)، وايضا فحص التأثير المباشر للاكتئاب في اضطراب تفكك الأنا.

شكل (1) نموذج مقترح للعلاقة السببية بين كل من القلق والاكتئاب والوساوس القهرية في التأثير على اضطراب تفكك الأنا



مناقشة نتائج النموذج المقترح:

- يوضح الجدول التالي بيان نتائج الانحدار بين متغيرات الدراسة وفيه جميع مؤشرات انحدار النموذج قد وصلت الى مستوى دلالة إحصائية مرتفع (0, 000) ما عدا انحدار القلق على الوسواس القهرية كانت 0, 008 .

			Estimate	S.E.	C.R.	P	Label
Depression	<---	anxiety	1.006	.056	17.859	***	
obsession	<---	anxiety	.132	.050	2.659	.008	
obsession	<---	Depression	.207	.034	6.030	***	
DPDR	<---	obsession	.681	.115	5.922	***	
DPDR	<---	Depression	.531	.062	8.627	***	

- ان قوة تأثير المتغيرات: الوسواس القهري والاكتئاب وتفكك الانا جميعها دالة احصائيا عند مستوى (0,000):

	Estimate	S.E.	C.R.	P	Label
anxiety	31.615	2.414	13.096	***	
e3	34.410	2.628	13.096	***	
e2	13.897	1.061	13.096	***	
e1	64.350	4.914	13.096	***	

- ان نسبة تأثير الوسواس القهري على تفكك الانا بلغت ٦٦٪ في حين ان تأثير الاكتئاب كان ٥٣٪.

- ان تأثير القلق على الاكتئاب كان ٨٥٪ في حين كان تأثيره على الوسواس القهري ٣٤٪، بينما تأثير الوسواس على الاكتئاب ٤٦٪ في حين لم يظهر تأثير مباشر للقلق على تفكك الانا. مؤشرات جودة مطابقة النموذج:

المؤشر المعياري: Normed Chi-Square

وهو عبارة عن النسبة بين قيمة إلى درجات الحرية، علماً بأن حد القبول لهذا المؤشر أقل من القيمة (٥) ليدل على إمكانية مطابقة النموذج الفعلي للنموذج، أما إذا كانت قيمة ذلك المؤشر أقل من القيمة (٢) دل ذلك على أن النموذج المقدر مطابق تماماً للبيانات المشاهدة المقدر Carmines & (McIver, 1981). ومن الممكن استخدام مستوى المعنوية المصاحب للاختبار كمقياس لجودة التوفيق على أساس ما إذا كان مستوى المعنوية أكبر من (0,05) ليدل ذلك على قبول فرض العدم القائل بمطابقة النموذج الفعلي للبيانات للنموذج المقدر، ونظراً لتأثير الاختبار بحجم العينة، يستخدم الباحثون اختبارات أخرى لجودة التوفيق من أهمها الآتي:

مؤشر جودة المطابقة: Goodness of Fit Index (GFI)

يوضح الدرجة الكلية لتوافق مربع البواقي المحسوب من البيانات المقدرة من خلال النموذج إلى مربع البواقي المحسوب من البيانات الفعلية، دون حاجته إلى التعديل بدرجات الحرية، هذا وتتراوح قيمته بين (٠، ١)، وكلما اقتربت قيمته من الواحد الصحيح كلما دل ذلك على جودة مطابقة النموذج المقدر لبيانات عينة البحث (Tanaka, & Huba, 1985)

مؤشر جودة المطابقة المعدل (AGFI) Adjusted Goodness of Fit Index

يهتم هذا المؤشر بتعديل مؤشر جودة المطابقة (GFI) بدرجات الحرية (adjusted goodness of fit index)، هذا وتتراوح قيمته بين (٠، ١)، وكلما اقتربت قيمته من الواحد الصحيح كلما دل ذلك على جودة مطابقة النموذج المقدر لبيانات عينة البحث (Tanaka & Huba, 1985).

مؤشر جودة المطابقة المعياري: (NFI) Normed Fit Index

تتراوح قيمته بين (٠، ١)، وكلما اقتربت قيمته من الواحد الصحيح كلما دل ذلك على جودة مطابقة النموذج المقدر لبيانات عينة البحث. (Bentler, 1980)

مؤشر جودة المطابقة المقارن: (CFI) Comparative Fit Index

يحسب بمقارنة النموذج المقدر إلى النموذج الأساسي Model Bassline كنموذج العدم Null Model وتتراوح قيمته بين (٠، ١)، وكلما اقتربت قيمته من الواحد الصحيح كلما دل ذلك على جودة مطابقة النموذج المقدر لبيانات عينة البحث.

مؤشر جودة المطابقة: (TLI) Tucker Lewis Index

تقع قيم مؤشر (TLI) بين (٠، ١)، وكلما اقتربت قيمته من الواحد الصحيح كلما دل ذلك على جودة مطابقة النموذج المقدر لبيانات عينة البحث. (Bentler, 1980)

مؤشر جودة المطابقة المتزايد: (IFI) Incremental Fit Index

تتراوح قيمته بين (٠، ١)، وكلما اقتربت قيمته من الواحد الصحيح كلما دل ذلك على جودة مطابقة النموذج المقدر لبيانات عينة البحث. (Bollen, 1989)

الجذر التربيعي لتوسط مربعات البواقي: (RMR) Root Mean Square Residual

لا يوجد حد معين للقبول، ولكن كلما انخفضت قيمة (RMR) كلما دل ذلك على جودة مطابقة النموذج المقدر لبيانات عينة البحث (Hair, Black, Babin, Anderson & Tatham, 2006)

الجذر التربيعي لمتوسط مربعات خطأ التقدير Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA):

يقيس جودة مطابقة النموذج لمجتمع البحث، ومن ثم فإنه يأخذ في حسابه محاولة تصحيح كل من: تعقيد النموذج وحجم العينة، وحد القبول لهذا المؤشر أقل من (0,08)، كلما انخفضت قيمة (RMSEA) كلما دل ذلك على جودة مطابقة النموذج المقدر لبيانات عينة البحث (Browne, & Cudeck, 1993)

معلومات الانحدار المعيارية: Standardized Loading Estimates

تسمى معاملات الانحدار المعيارية المقدرة بمعاملات التشبع على العوامل الكامنة Factor Loading وكلما زادت قيم تشبعات المتغيرات على العوامل الكامنة كلما دل ذلك على صدق الاتساق الداخلي لمقياس البحث. ويجب ألا تقل قيمة المعاملات الانحدارية المعيارية عن (0,50)، والقيمة المثلى هي: (0.70).

متوسط نسبة التباين المُفسر: Average Variance Extracted (AVE)

يُقاس متوسط نسبة التباين المُفسر بمجموع مربعات تشبعات العامل -مربع معاملات الارتباط المتعدد - Squared Multiple Correlations مقسوماً على عدد المتغيرات بالنموذج محل القياس، كما هو موضح في جدول (٧).

جدول (٧) ملخص مؤشرات حسن المطابقة للنموذج المقترح للعوامل البنائية في مقياس الحساسية الانفعالية

قيمة المؤشر للنموذج	المدى المثالي للمؤشر	الرمز	مؤشرات حسن المطابقة	
٢,٦١٥	(٠ إلى ٥)	x2/df	Chi- Square /df	النسبة بين مربع كاي ودرجات الحرية
٠,٩٩٦	(٠ إلى ١)	GFI	Goodness of Fit Index	مؤشر حسن المطابقة

قيمة المؤشر للنموذج	المدى المثالي للمؤشر	الرمز	مؤشرات حسن المطابقة	
٠,٩٦٢	(٠ إلى ١)	AGFI	Adjusted Goodness of Fit Index	مؤشر حسن المطابقة المصحح بدرجات الحرية
٠,٩٩٥	(٠ إلى ١)	NFI	Normed Fit Index	مؤشر المطابقة المعياري
٠,٩٩٧	(٠ إلى ١)	CFI	Comparative Fit Index	مؤشر المطابقة المقارن
٠,٩٩٧	(٠ إلى ١)	IFI	Incremental Fit Index	مؤشر المطابقة التزايدية
٠,٩٨١	(٠ إلى ١)	TLI	Tucker-Lewis Index	مؤشر توكر لويس
٠,٠٦٩	(٠ إلى ١)	RMSEA	Root Mean Square Error of Approximation	مؤشر جذر متوسط مربع الخطأ التقريبي

- ويتضح من الجدول السابق أن النموذج المفترض لتفكك الانا يطابق تماماً بيانات عينة الدراسة، ويؤكد على تأثير كل من الوسوس القهرية والاكنتاب عليه من خلال العديد من المؤشرات الدالة على جودة هذه المطابقة والتي يتم قبول النموذج المفترض للبيانات أو رفضه في ضوءها والتي تعرف بمؤشرات جودة المطابقة، حيث وقعت مؤشرات جودة المطابقة جميعها في المدى المثالي لها، حيث كانت النسبة بين كاي تربيع ودرجات الحرية وقعت في المدى المثالي وهي (٢, ٦١٥) فإذا كانت هذه القيمة أقل من ٥ تدل على قبول النموذج، ولكن إذا كانت أقل من ٢ تدل على أن النموذج المقترح مطابق تماماً للنموذج المفترض لبيانات العينة، بالإضافة إلى مؤشر حسن المطابقة GFI، ومؤشر حسن المطابقة المصحح بدرجات الحرية أو المعدل AGFI، ومؤشر المطابقة المعياري NFI، ومؤشر المطابقة المقارن CFI، مؤشر المطابقة التزايدية IFI، مؤشر توكر لويس TLI وجميعها قيم مرتفعة تصل إلى حد تساويها مع الحد الأقصى لهذه المؤشرات (واحد صحيح) وتشير القيمة المرتفعة في هذه المؤشرات إلى تطابق أفضل للنموذج مع بيانات العينة وكلما كانت هذه القيمة أكبر من ٩, ٠ دل ذلك على جودة النموذج كما في نتائج النموذج الحالي، بالإضافة إلى مؤشر جذر متوسط مربع الخطأ التقريبي

RMSEA وهو من أهم مؤشرات جودة المطابقة في التحليل العاملي التوكيدي فإذا ساوت قيمته ٠,٠٥، فأقل دل ذلك على أن النموذج يطابق تماماً البيانات، وإذا كانت محصورة بين ٠,٠٥، ٠,٠٨، فإن النموذج يطابق بدرجة كبيرة بيانات العينة، أما إذا زادت قيمته عن ٠,٠٨، فتمت رفض النموذج، وبلغت قيمته في البحث الحالي ٠,٠٦٩، وهو أقل من ١,٠، وساوت قيمة ٠,٠٥، ويدل ذلك على أن النموذج يطابق تماماً البيانات، وهو ما يؤكد النموذج السببي في الدراسة الحالية ويوضح الشكل التالي النموذج المفترض لتفكك الأنا وتشبعات المكونات المختلفة باستخدام برنامج AMOS.

توصيات:

١. عمل برامج ارشادية لتجنب الإصابة باضطراب تفكك الأنا من خلال تخفيض كل من الوسواس القهري والاكئاب لدى طلاب الجامعة.
٢. عمل برامج ارشادية لتجنب طلاب الجامعة الإصابة بالوسواس القهري والاكئاب.

المراجع

- الأغا، بشار جبارة جبارة. (٢٠٠٩). دراسة سمات شخصية مرضى الوسواس القهري في البيئة الفلسطينية باستخدام برنامج تدريبي علاجي. رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الإسلامية - غزة.
- جودة، امال عبد القادر. (٢٠٠٤). الوسواس القهري على عينات فلسطينية. مجلة كلية التربية جامعة عين شمس، المجلد ٢٩ العدد ١، ٢٠٥ - ٢٣٢.
- زهران، حامد (٢٠٠٥). الصحة النفسية والعلاج النفسي. عالم الكتب، القاهرة - مصر، ط ٤.
- الريماوي، عمر، الريماوي، اميرة. (2014). الوسواس القهري وعلاقته بأبعاد الشخصية العصابية والانبساطية لدى طلبة جامعة القدس. المجلة الدولية التربوية المتخصصة، المجلد ٣ العدد ٥، ٨٩-١٠٣.
- عبد الخالق، احمد محمد، و النيال، مایسة. (١٩٩٠). الوسواس القهري وعلاقتها بكل من القلق والمخاوف والاكثئاب. مجلة كلية الاداب، جامعة الاسكندرية، المجلد ٣٨ العدد ٢. ٥٤٣-٥٧٥.
- عبد الخالق، أحمد محمد. (١٩٩٢). دليل تعليقات المقياس العربي للوسواس القهري. الاسكندرية: دار المعرفة الجامعية.
- عبد الخالق، أحمد، و رضوان، سامر. (٢٠٠٢). مدى صلاحية المقياس العربي للوسواس القهري على عينة سورية. القاهرة: دراسات نفسية، المجلد ١٢ العدد ١.

References

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 5th ed.
- AlHadi, A., AlAteeq, D., Al-Shari, E., Bawazeer, H., Alanazi, A., AlShomrani, A., AlOwaybil, R. (2017). An arabic translation, reliability, and validation of Patient Health Questionnaire in a Saudi sample. *Ann Gen Psychiatry*, 16(32), 1-9. doi:DOI 10.1186/s12991-017-0155-1
- Baker, D. (2003). Depersonalization disorder: clinical features of 204 cases. *British Journal of Psychiatry*(182), 428-433.
- Baker, D., H. E., & Lawrence, E. (2003). Depersonalisation disorder: clinical features of 204 cases. *Br J Psychiatry*, (182), 428–433.
- Bentler, P. M. Multivariate analysis with latent variables: Causal modelling. In M. R. Rosenzweig & L. W. Porter (Eds.), *Annual review of psychology* (Vol. 31). Palo Alto, Calif.: Annual Reviews, 1980.
- Bernstein, E., & Putnam, F. (1986). Development, reliability and validity of dissociation scale. *J. Nerv. Ment. Dis.*(174), 727–735.
- Bollen, K. A. (1989), Sample Size and Bentler and Bonett's Nonnormed Fit Index," *Psychometrika*, 51, 375-377.
- Braun, B. (1984). Towards a theory of multiple personality and other dissociative phenomena. *Psychiatric Clinics of North America* (7), 117-193.
- Browne, M. W., & Cudeck, R. (1993). Alternative ways of assessing model fit. In: K. A. Bollen & J. S. Long (Eds.), *Testing structural equation models* (pp. 136-162). Beverly Hills, CA: Sage.
- Carmines, E.G., & Mclver, J. P. (1981). Analysing models with unobserved Variables. In G. W. Bohrnstedt & E. F. Borgatta (Eds.), *Social measurement: Current Issues*, Beverly Hills, CA: Sage.

- Carrozzino, D., Patierno, C., Fava, G., & Guidi, J. (2020). The Hamilton Rating Scales for Depression: A Critical Review of Clinimetric Properties of Different Versions. *Psychother Psychosom* (89), 133–150. doi:DOI: 10.1159/000506879
- Dell, P. (2006). A new model of dissociative identity disorder. *Psychiatric Clinics of North America*(29), 1-26.
- Foester, O. (1903). ‘Ein Fall von elementarer allgemeiner Somatopsychose. *Monatsschrift fur Psychiatrie und Neurologie* (14), 189-205.
- Guralnik, O., Giesbrecht, T., Knutelska, M., Sirroff, B., & Simeon, D. (2007). Cognitive functioning in depersonalization disorder. *J Nerv Ment Dis*(356), 983-8. doi: doi:10.1097/NMD.0b013e31815c19cd.
- Hamilton, M. (1960). A rating scale for depression. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* (62), 23-56.
- Hair, J., Black, W., Babin, B., Anderson, R., & Tatham, R. (2006). *Multivariate data analysis* (6th Ed.). Upper saddle River, N.J.: Pearson Prentice Hall.
- Hedstrom, O. (2010). *DEPERSONALIZATION: SELF & SENSATION*. Sydney : Sydney University.
- Hodgson, R., & Rachman, S. (1977). Obsessional–compulsive complaints. . *Behav. Res. Ther*(15), 389–395.
- Hoyer, J., Braeuer, D., Crawcour, S., Klumbies, S., & Kirschbaum, C. (2013). Depersonalization/derealization during acute social stress in social phobia. *J Anxiety Disord*, 27(2), 178–187. doi: doi:10.1016/j.janxdis.2013.01.002
- Hunter, E., & David, A. (2017). Depersonalisation and derealisation: assessment and management. *BMJ*(356), 745. doi: doi: 10.1136/bm
- Hunter, E., Phillips, M., Chalder, T., Sierra, M., & David, A. (2003). Depersonalisation disorder: A cognitive-behavioural conceptualization.

<http://dx.doi.org/10.29009/ijres.4.4.2>

Behav Res Ther(356), 1451-67. doi:[https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(03\)00066-4](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(03)00066-4)

Hunter, E., Sierra, M., & David, A. (2004). The epidemiology of depersonalisation and derealisation. A systematic review. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*(39), 9–18.

Johnson, J., Cohen , P., Kasen , S., & Brook, J. (2006). Dissociative disorders among adults in the community, impaired functioning, and axis I and II comorbidity. *J Psychiatr Res*;(40), 131-40.

McGrath, J., Saha, S., Chant, D., & Welham, J. (2008). Schizophrenia: a concise overview of incidence, prevalence and mortality. *Epidemiol Rev*(30), 67–76.

Michal , M., Duven, E., Giralt , S., Dreier , M., & Müller , K. (2015). Prevalence and correlates of depersonalization in students aged 12-18 years in Germany. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*(50), 995-1003.

Michal, M., Duven, E., Giralt, S., Dreier, M., Müller, K., Adler, J., . . . Woßfling, K. (2015). Prevalence and correlates of depersonalization in students aged 12–18 years in Germany. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*(50), 995–1003.

Michal, M., Wiltink, J., Till Y, W. P., & Blettner, M. B. (2011). Distinctiveness and overlap of depersonalization with anxiety and depression in a community sample: results from the Gutenberg Heart Study. *Psychiatry Res*, 188(2), 264–268. doi:[doi:10.1016/j.psychres.2010.11.004](https://doi.org/10.1016/j.psychres.2010.11.004) (pii:S0165-1781(10)00694-3)

Michal, M., Wiltink, J., Till, Y., Wild, P., & Blettner, M. B. (2011). Distinctiveness and overlap of depersonalization with anxiety and depression in a community sample: results from the Gutenberg Heart Study. *Psychiatry Res*, 188(2), 264–268. doi:[doi:10.1016/j.psychres.2010.11.004](https://doi.org/10.1016/j.psychres.2010.11.004) (pii:S0165-1781(10)00694-3)

<http://dx.doi.org/10.29009/ijres.4.4.2>

- Mula, M., Pini, S., Calugi, S., Preve, M., Masini, M., Giovannini, I., . . . Cassano, C. (2008). Validity and reliability of a structured clinical interview for depersonalization-derealization spectrum (SCI-DER). *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 4(5), 977–986.
- Pec, O., Bob, P., & Raboch, J. (2014). Dissociation in schizophrenia and borderline personality disorder. *Neuropsychiatr Dis Treat*(10), 487-91.
- Reutens, S., Nielsen, O., & Sachdev, P. (2010). Depersonalization disorder. *Neuropsychiatry*, 23:278–283. doi: DOI:10.1097/YCO.0b013e3283387ab4
- Sierra, M. (2009). *Depersonalization: A New Look At A Neglected Syndrome*. Cambridge University Press.
- Simeon, D., Knutselska, M., Nelson, D., & Guralnik, O. (2003). Feeling unreal: a depersonalization disorder update of 117 cases. *J Clin Psychiatry*(64), 990–997.
- Somer, E., Amos-Williams, T., & Stein, D. J. (2013). Evidence-based treatment for Depersonalisation-derealisation Disorder (DPRD). *BMC Psychology*, 1-20. Retrieved from <http://www.biomedcentral.com//1/1/20>
- Spitzer RL, K., Williams, J., & Lowe, B. (1999). Patient Health Questionnaire Primary Care Study Group. Validation and utility of a self-report version of PRIME-MD: the PHQ primary care study. *JAMA*(282), :1737-1744.
- Sugiura, M., Hirose, M., Tanaka, S., Nishi, Y., Yamada, Y., & Mizuno, M. (2009). Reliability and validity of a Japanese version of the Cambridge depersonalization scale as a screening instrument for depersonalization disorder. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*(63), 314–321. doi: doi:10.1111/j.1440-1819.2009.01939.x

- Sutar, R., & Chaturvendi, S. (2020). Symptom profile and diagnostic utility of depersonalization–derealization disorder: A retrospective critical review from India. *BRIEF RESEARCH COMMUNICATION*, 62(1), 91-94.
- Tanaka, J. S., & Huba, G. J. (1985). A fit index for covariance structure models under arbitrary GLS estimation. *British Journal of Mathematical and Statistical Psychology*, 38, 197-201.
- World Health Organization. (2010). *ICD-10 Transition. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*. World Health Organization.