

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



كلية التربية
المجلة التربوية

الكمالية العصابية والادراك الوالدي وأحداث الحياة الضاغطة كمنبئات باضطراب الوسواس القهري لدى طلاب الجامعة

إعداد

د/ هاله عبد اللطيف محمد رمضان السيد

أستاذ مساعد بقسم الصحة النفسية - كلية التربية

جامعة قناة السويس بالإسماعيلية

DOI: 10.12816/EDUSOHAG. 2020.

المجلة التربوية. العدد التاسع والسبعون . نوفمبر ٢٠٢٠م

Print:(ISSN 1687-2649) Online:(ISSN 2536-9091)

ملخص البحث :

يهدف البحث الحالي إلى دراسة الكمالية والإدراك الوالدي وأحداث الحياة الضاغطة كمنبئات لاضطراب الوسواس القهري لدى طلاب الجامعة.

وتمثلت مشكلة البحث الحالي في التساؤل التالي: هل يمكن التنبؤ بالاصابة ببعض اعراض اضطراب الوسواس القهري من خلال الكمالية، الإدراك الوالدي، وأحداث الحياة الضاغطة؟ ولتحقيق هذا الهدف قامت الباحثة، بتقنين عدة مقاييس هي مقياس اضطراب الوسواس القهري، والكمالية، والإدراك الوالدي، وأحداث الحياة الضاغطة. وخاصة بين طلاب الجامعة. وتكونت عينة الدراسة من ٥٣٧ طالبا وطالبة (٤٤٦ من الإناث و٩١ من الذكور) من طلاب كلية التربية جامعة قناة السويس.

وقد عرضت الدراسات السابقة من خلال خمس محاور وهي: دراسة عن الوسواس القهري وعلاقته بالكمالية، ودراسة الوسواس القهري وعلاقته بالإدراك الوالدي ودراسة الوسواس القهري في علاقته بأحداث الحياة الضاغطة.

أما نتائج البحث فكانت كالتالي:

- تسهم الكمالية العصابية، والإدراك الوالدي، وأحداث الحياة الضاغطة في التنبؤ باعراض الوسواس القهري
 - تسهم الكمالية العصابية في التنبؤ بأعراض اضطراب الوسواس القهري لدى عينة من طلاب الجامعة.
 - يسهم الإدراك الوالدي في التنبؤ بأعراض اضطراب الوسواس القهري لدى عينة من طلاب الجامعة
 - تسهم أحداث الحياة الضاغطة في التنبؤ بأعراض اضطراب الوسواس القهري لدى عينة من طلاب الجامعة.
 - يسهم التفاعل بين متغيري الإدراك الوالدي، وأحداث الحياة الضاغطة في التنبؤ باعراض اضطراب الوسواس القهري لدى عينة من طلاب الجامعة.
 - يسهم التفاعل بين المتغيرات (الكمالية العصابية والإدراك الوالدي، وأحداث الحياة الضاغطة) في التنبؤ بأعراض اضطراب الوسواس القهري لدى عينة من طلاب الجامعة.
 - لا توجد فروق بين الجنسين في المتغيرات الأربعة موضع الدراسة
- **الكلمات المفتاحية للبحث: الكمالية، الإدراك الوالدي، أحداث الحياة الضاغطة، اضطراب الوسواس القهري، طلاب الجامعة.

Abstract

The current research aims to study perfectionism, perceptive parenting style, and stressful life events as predictors of OCD among university students.

The current research problem was the following question: Is it possible to predict the occurrence of some symptoms of obsessive-compulsive disorder through perfectionism, perceived parental style, and stressful life events? To achieve this goal, the researcher has codified several measures: the obsessive-compulsive disorder measure, perfectionism, the perceived parental pattern, and stressful life events. Especially among university students. The research sample included 537 university students. The number of males is 154, and the number of females is 446, and their ages ranged between 18-23 years.

Previous studies were presented through five axes: a study on obsessive-compulsive disorder and its relationship to perfectionism, a study of obsessive-compulsive disorder and its relationship to the perceived parental pattern and a study of obsessive-compulsive disorder in its relationship to stressful life events. As for the results of the study, they were as follows: -The dimensions of perfectionism, perceptions of parents, and stressful life events contribute to predicting symptoms of obsessive-compulsive disorder

- The perfectionism contributes to predicting symptoms of obsessive-compulsive disorder in a sample of university students.

- The perceptions of parents contribute to predicting symptoms of obsessive-compulsive disorder in a sample of university students

- Stressful life events contribute to predicting symptoms of obsessive-compulsive disorder in a sample of university students.

- The interaction between the variables of the perceptions of parents and the stressful life events contribute to the prediction of symptoms of obsessive-compulsive disorder in a sample of university students.

- The interaction between the variables (perfectionism, perceptions of parents, and stressful life events) contributes to the prediction of symptoms of obsessive-compulsive disorder in a sample of university students.

- There are no differences between the males and females in the four variables under study

****Keywords:** Perfectionism, perceived parental style, stressful life events, obsessive-compulsive disorder, university students

المقدمة ومشكلة البحث

تعرف الكمالية بأنها الميل إلى وضع معايير شخصية عالية بشكل مفرط مع تقييم ذاتي بالغ الأهمية وأن يقتصر على دورة من الاستياء الذاتي من أداء المرء (Frost et al., 2016) ، إن زيادة الضغط على الأفراد الذين يتسمون بالكمالية هي أحد جوانب الكمالية التي تؤدي غالبًا إلى الاضطراب النفسي ويفسر هيويت وفليت (Flett & Hewitt, 2002)، الكيفية التي تؤدي بها الكمالية الي المرض النفسي حيث اوضحا انه إذا لم يصبح الفرد مضطربًا بشكل مفرط عندما لا يتم استيفاء معايير الكمال الخاصة به، فانه لن يمتلك شكلاً عصابيًا من الكمالية بل شكلاً خفيفًا ، فالكمالية العصابية هي السعي لتحقيق معايير عالية بشكل مفرط بسبب الخوف من الفشل و/ أو المخاوف بشأن خيبة أمل الآخرين. ويقوم هذا الفرد بتقييم تحقيق الكمال باستمرار ويصبح منزعجًا للغاية عندما لا يتم الوصول إلى معايير الكمال الخاصة به. وبالتالي فإن الكمالية العصابية لدى هؤلاء الافراد غالباً ما تؤدي إلى اضطرابات في المزاج والقلق الشديد. كما يمكن أن تنشأ مشاعر الاكتئاب والأفكار الانتحارية في نهاية المطاف نتيجة السعي المستمر إلى الكمال الذي لم يتحقق على الإطلاق. وتؤدي الكمالية العصابية أيضًا إلى اضطرابات نفسية أخرى مثل اضطرابات الأكل والوسواس القهري (Hofer et al., 2018)

ان السمة الأكثر أهمية في التفريق بين الكمالية المعتدلة وما هو عصابي يرتبط بتحقيق الكمال. هذا جانب رئيس من الكمالية العصابية. يقوم الفرد المصاب بالكمالية العصابية بتقييم ما إذا كان قد تم الوفاء بمعايير الكمال الخاصة به ويصبح محبطًا بشكل مفرط عندما لا يحدث ذلك. إذا لم يصبح الفرد مضطربًا بشكل مفرط عندما لا يتم الوفاء بمعايير الكمال الخاصة به، فمن غير المحتمل أن يمتلك شكلاً عصابيًا من الكمالية بل شكلاً معتدلاً (Belschner et al., 2020)

وترتبط الكمالية العصابية ارتباطاً وثيقاً بالوسواس القهري (Kim et al., 2016; Moretz & McKay, 2009; Sadri, 2017) بل وتعد أحد المنبئات بالوسواس القهري (Ayiden et al., 2012; Martinelli et al., 2014; Melanie & McKay, 2009)، وتطورت النظريات من وصف الكمالية على أنها مجرد سمة من سمات الوسواس

القهري، الي وصفها بأنها سبب مباشر لاضطراب الوسواس القهري (Frost et al., 2002).

إن السلوكيات والاساليب الوالدية، وخاصة فيما يتعلق بالقدرة على التعبير عن المودة والدفء العاطفي وتجنب الحماية المفرطة والسيطرة والنقد، تبدو مهمة في تطوير شخصية سوية للابناء. بينما وصفت أساليب الرفض الوالدي والسيطرة على أنها مرتبطة بمجموعة متنوعة من أشكال الاضطرابات النفسية، بما في ذلك الاكتئاب والفصام واضطرابات القلق والادمان والسلوك المعارض لدى الأطفال واضطرابات الأكل (Brander et al., 2016; Grabe et al., 2006)

ويعد الإدراك الوالدي منبئاً باضطراب الوسواس القهري، حيث ان تفاعلات الطفل - الوالدين المبكرة وبخاصة أساليب الحماية الزائدة والسيطرة والنقد تعد عاملاً نمائياً سلبياً يجعل الشخص أكثر عرضة للإصابة بالوسواس القهري (Haciomeroglu & Karanci, 2014; Doron et al., 2014)، وهو ما اتفقت عليه أيضاً نتائج دراسات عديدة حول التأثير السلبي للحماية المفرطة للأم في التنبؤ بالوسواس القهري لدى الأبناء (Doron et al., 2020; Mathieu et al., 2017; al., 2017)، وهو ما اتفق أيضاً مع نتائج دراسة (السيد، ٢٠٠٩)، حيث وجدت الدراسة علاقة دالة احصائياً بين أساليب المعاملة الوالدية ودرجة إصابة الأبناء بمرض الوسواس القهري.

كذلك فإن الأحداث الحياتية الضاغطة هي أحد المنبئات باضطراب الوسواس القهري، فقد أظهرت الدراسات أن مرضى الوسواس القهري قد أبلغوا عن تعرضهم لأحداث حياتية ضاغطة أكثر من الأفراد العاديين (Brown et al., 1998)، ولذلك إذا كان الشخص معرضاً للإصابة بالوسواس القهري، فقد يكون حدثاً من أحداث الحياة الضاغطة عاملاً محفزاً محتملاً لتطوير الوسواس القهري وإثارة الأعراض الحالية.

حيث تلعب الأحداث الحياتية المؤلمة أو الضاغطة دوراً في التسبب في أعراض الوسواس القهري أو عجلتها (Albert et al., 2018)، وتتوقف شدة أعراض الوسواس القهري بشكل مباشر علي عدد أحداث الحياة الضاغطة التي عانى منها الافراد في الأشهر السابقة لظهور أعراض اضطراب الوسواس القهري عليهم (Sarkhel et al., 2011)، وتشير الدراسات الي وجود علاقة سببية بين أحداث الحياة الضاغطة واضطراب الوسواس

القهري (Rosso et al., 2012) على سبيل المثال، أظهرت نتائج البحث في العينات الاكلينيكية أن الارتباط بين اضطراب الوسواس القهري واضطراب ما بعد الصدمة (PTSD) الناتج عن أحداث الحياة الضاغطة يعد ارتباطاً قوياً (McGuire et al., 2016; Velayudhan & Katz., 2006)

كما وجدت الدراسات أنه مقارنة بالمجموعة الضابطة، أفاد المصابون باضطراب الوسواس القهري (المجموعة التجريبية) عن اصابتهم بعدد أكبر من أحداث الحياة الضاغطة، وذلك قبل عام واحد من ظهور اعراض الوسواس القهري. وبالمثل، في عينة سريرية كبيرة من ٢٦٥ بالغاً يعانون من الوسواس القهري (Cromer et al., 2007)، وجد أن الحالات التي عانت من أحداث الحياة الضاغطة والتي تم الإبلاغ عنها كانت مرتبطة بارتفاع حدة أعراض الوسواس القهري حتى بعد السيطرة على مجموعة من المتغيرات بما في ذلك شدة الاكتئاب.

وقد وجدت أيضاً مجموعة من الدراسات الويائية ارتباطات بين التعرض لأحداث الحياة الضاغطة والوسواس القهري. على سبيل المثال، ماثيوز وآخرون (Mathews et al., 2008) وجدوا ارتباطاً بين تاريخ الاعتداء الجسدي والإهمال والإيذاء العاطفي في مرحلة الطفولة وأعراض الوسواس القهري في عينة من ٩٣٨ طالباً جامعياً. وفي دراسة (Grisham et al., 2011). وجدت ارتباطاً بين الاعتداء الجنسي والبدني المبلغ عنه قبل سن ١١، وبين الإصابة باضطراب الوسواس القهري في سن ٢٦ أو ٣٢، حتى بعد السيطرة على اضطراب الإجهاد اللاحق للصدمة. ان هذه النتائج مجتمعة تؤكد بوجود ارتباط بين أحداث الحياة الضاغطة والوسواس القهري.

وعلى الرغم من أن الضغوط اليومية لا تسبب اضطراب الوسواس القهري، إلا أنه يمكن أن يؤدي إلى أعراض الوسواس القهري عند أولئك الذين لديهم استعداداً لهذا الاضطراب. وبالنسبة لشخص كان لديه اضطراب الوسواس القهري بشكل معتدل في الماضي، فقد تؤدي الضغوط المرتبطة بالجامعة إلى تفاقم الأعراض، وقد وجدت فجوة بين أولئك الذين يعانون من الوسواس القهري والأفراد العاديين، حيث وجد أن أولئك الذين يعانون من الوسواس القهري تقل احتمالية إتمامهم للدراسة الجامعية بنسبة ٤١ بالمائة، كما تقل احتمالية استكمالهم للدراسات العليا بعد التخرج بنسبة ٤٨ بالمائة (Perez-Vigil, et al., 2018).

Obsessive- Compulsive Disorder ويتسم اضطراب الوسواس القهري (OCD) بأفكار أو صور متداخلة ومقلقة متكررة (وساوس) متبوعة بسلوكيات متكررة أو أفعال قهرية تعمل على تقليل الاضطراب الانفعالي الناجم عن الوسواس القهري، وهي حالة نفسية موهنة تظهر بشكل أساسي في مرحلة الطفولة. (Belschner et al., 2020) وقد لوحظ انتشار هذا الاضطراب بين طلاب الجامعة بنسبة تتراوح بين ١٠-١٥٪ (غانم، ٢٠٠٦). ويسبب الوسواس القهري كثيرا من المتاعب للمصابين به ومنها القلق والكدر والتوتر وبالإضافة الي ضياع الوقت والجهد نتيجة الأفكار الدخيلة المتسلطة والقيام بالأفعال القهرية المكدر، كما يؤدي للفشل الدراسي ويؤثر سلبا على الأداء الأكاديمي لطلاب الجامعة (حنور، ٢٠١٦).

ان الوسواس القهري هو حالة مزمنة مزعجة تتسبب في ضائقة كبيرة، ولذلك فإن مرضى الوسواس القهري يعانون من العزلة، ومن اضطراب شديد في الأداء النفسي والاجتماعي وسوء نوعية الحياة (Eisen et al., 2014, Bobes et al., 2001) وعلى الرغم من أن جميع الاضطرابات النفسية تهدد استقرار وهدوء حياة الأشخاص، الا ان الوسواس القهري يفوق جميع الاضطرابات النفسية من حيث أثره السلبي على المصابين به وكذلك المحيطين بهم (Selles et al., 2018; Stewart et al., 2017).

واضطراب الوسواس القهري لدى طلاب الجامعة له أثر سلبي عليهم، فالوسواس القهري من الاضطرابات التي قد تظهر لدى الافراد لأول مرة في سن الجامعة، فهناك عددا كبيرا من الافراد يعانون من أعراض الوسواس القهري الأولية خلال سنوات الجامعه، وذلك نتيجة الضغوطات المتعددة الجديدة مثل: الضغوط الأكاديمية والاستقلال والمسؤوليات الجديدة والأفكار والتصورات حول المستقبل (Ntyl et al., 2018).

ويمكن تفسير ارتباط متغيرات البحث الحالي معا والدافع للبحث في ضوء نظرية التعلق (Bowlby, 1969, 1973, 1980) ، والتي تشير الي ان الافراد يكون لديهم حاجة ماسه الي تلقي الدعم من الآخرين المقربين إليهم وبخاصة أوقات الازمات، وانه خلال فترة الطفولة المبكرة، تكون تفاعلات الطفل مع الوالدين، ودرجة استجابة الوالدين للاحتياجات الانفعالية للطفل، بمثابة مخططات عقلية للذات والآخرين، وتؤثر هذه المخططات العقلية على الفرد من حيث العلاقات مع الآخرين، واحترام الذات والتنظيم الانفعالي والصحة النفسية طوال

الحياة (Mikulincer & Shaver, 2007). كما وتحدد جودة هذه التفاعلات بين الطفل والوالدين في مرحلة الطفولة، أسلوب التعلق الخاص بالبالغين **Adult Attachment Style**، بمعنى انه كلما كان نمط التعلق آمناً في الطفولة، كلما كان أسلوب التعلق الذي يتخذه البالغون في علاقاتهم مع الآخرين سويًا (Bartholomew, 1997; Brennan, Clark, & Shaver, 1998).

وقد فسرت نظرية التعلق حدوث الكمالية وتطورها لدى الفرد، فالكمالية تنشأ عند الأطفال وتتطور نتيجة لرغبتهم القوية في الحصول على الاستحسان والقبول والعاطفة من الآباء الذين يتسمون بالنقد والسيطرة (Cook & Kearney, 2009)، وقد أظهرت نتائج (Neumeister & Finch, 2006)، أن نمط التعلق غير الآمن، والسيطرة الوالدية ارتبط ارتباطاً قوياً مع الكمالية لدى الأبناء.

وتصنف أنماط التعلق غير الآمن من خلال محورين متوازيين هما التعلق القلق **Anxious Attachment**، والتعلق التجنبي **Avoidant Attachment**، وترتبط أنماط التعلق غير الآمن ارتباطاً قوياً بالاضطرابات والأمراض النفسية، ويتسم التعلق القلق، بالقلق المزمن والحاد، والخوف الشديد من تخلي الأفراد المقربين عنه (Brennan et al., 1998)، وتثير أحداث الحياة الضاغطة **Stressful Life Events**، التعلق القلق فتؤدي لزيادة مخاوف الفرد، ويسعى بشكل مفرط الي تأكيد الحماية والاطمئنان من الآخرين المحيطين به (Mikulincer, Shaver, & Pereg, 2003)، ومن ناحية أخرى، يتسم التعلق التجنبي بالخوف من التقارب مع الآخرين، وعدم تحمل العلاقات الوثيقة مع الآخرين بدافع الرغبة في الاستقلالية، وهنا، تؤدي أحداث الحياة الضاغطة إلى الإفراط في القمع والانسحاب الاجتماعي (Fraleay & Shaver, 1997; Mikulincer et al., 2003)، وبذلك فإن أحداث الحياة الضاغطة (مثل التعرض للإيذاء أو فقد شخص عزيز،،،) تقوم باستثارة كلا النمطين من أنماط التعلق غير الآمن وهما النمط القلق، والنمط التجنبي (Hesse & Main, 2000).

وينظر إلى التعلق غير الآمن أو الإدراك الوالدي غير الآمن - على أنه عامل ضعف/ او خطر **Risk Factor** ومنبئ بتطور الاضطرابات والأمراض النفسية بشكل عام (Bakermans-Kranenburg & van IJzendoorn, 2009; Mikulincer &

(Shaver, 2007)، و باضطراب الوسواس القهري بشكل خاص، حيث ارتبطت أنماط التعلق غير الآمنة (القلق والتجنب) بشكل مباشر بظهور أعراض اضطراب الوسواس القهري، والتنبؤ به (Doron et al., 2009)، وبالتالي اشارت الدراسات الي أن أسلوب التعلق غير الآمن، يزيد من قابلية الإصابة بالوسواس القهري (Doron et al., 2009). ولقد تم دعم هذه النظرية من خلال اجراء العديد من الابحاث والتي أكدت على أن نمطي التعلق غير الآمن (القلق والتجنب)، مرتبطان بنفس الخلل الوظيفي في العمليات المعرفية التي تشكل النماذج المعرفية للوسواس القهري (Obsessive Compulsive Cognitions Group, 1997). على سبيل المثال، يرتبط نمط التعلق بالقلق بالتقييم المبالغ فيه للمثيرات المحيطة بالفرد (Mikulincer & Florian, 1998)، وبالكفالية العصابية (Wei et al., 2004)، وصعوبات في قمع الأفكار غير المرغوب فيها (الوسواس) (Fraley & Shaver, 1997). ويرتبط نمط التعلق التجنبي بوضع معايير امتياز شخصية عالية وغير واقعية وجامدة (Rice et al., 2005)، ويتبع ذلك محاولات مستمرة ومتكررة من الفرد للسيطرة والتحكم في تلك الأفكار (الوسواس القهرية)، من خلال القيام بأفعال متكررة بشكل دوري يدرك الفرد انه لا فائدة منها، الا انه مجبر على القيام بها لتخفيف حدة التوتر والقلق الناجم عن تسلط الأفكار عليه (Kempke & Luyten, 2007).

وكل هذه العوامل تزيد من قابلية الإصابة بالوسواس القهري وتطوره، بالإضافة إلى ذلك، فإن عدم كفاية الدعم الاجتماعي، الناتج من نمط التعلق التجنبي، يمكن أن يظهر في صورة استمرار السلوك القهري الذي يهدف لتهدئة الذات، وهو سمة من سمات الوسواس القهري (Carpenter & Chung, 2011).

وأجريت العديد من الدراسات للتحقق من هذا النموذج النظري لنظرية التعلق والمفسر للعلاقة بين أنماط التعلق غير الآمن المصحوب بالخلل المعرفي الوظيفي والمرتبط بالكفالية، وأحداث الحياة الضاغطة، في علاقتهم بتشكيل وتطور اضطراب الوسواس القهري، و طبقت تلك الدراسات ليس فقط على مستوي العينات الاكلينيكية، بل أيضا على مستوي الافراد العاديين بالمجتمع والذين تظهر عليهم اعراض اضطراب الوسواس القهري (Olatunji et al., 2016; Brander et al., 2008)، كما قام (Leeuwen et al., 2020)، باجراء دراسة ما وراء التحليل meta-analysis للتحقق من نموذج العلاقة بين الوسواس

القهري وأنماط التعلق غير الآمنة، وجاءت نتائج ما وراء التحليل لتؤكد ان أنماط التعلق غير الآمنة والمصحوبة بالخلل المعرفي الوظيفي المرتبط بالكمالية، وكذلك أحداث الحياة الضاغطة أو الصادمة تعد عوامل منبئة باضطراب الوسواس القهري.

ويمكن تلخيص مشكلة الدراسة في السؤال التالي:

هل يمكن التنبؤ بالإصابة ببعض اعراض اضطراب الوسواس القهري من خلال الكمالية، الإدراك الوالدي، وأحداث الحياة الضاغطة؟

ويتفرع من التساؤل الرئيسي للبحث بعض الأسئلة الفرعية:

1. هل تسهم الكمالية في التنبؤ ببعض اعراض الوسواس القهري لدى عينة من طلاب الجامعة؟

2. هل يسهم الإدراك الوالدي في التنبؤ ببعض اعراض الوسواس القهري لدى عينة من طلاب الجامعة؟

3. هل تسهم أحداث الحياة الضاغطة في التنبؤ ببعض اعراض الوسواس القهري لدى عينة من طلاب الجامعة؟

4. هل يسهم التفاعل بين المتغيرين (الإدراك الوالدي وأحداث الحياة الضاغطة) في التنبؤ ببعض اعراض الوسواس القهري لدى عينة من طلاب الجامعة؟

5. هل يسهم التفاعل بين المتغيرات (الكمالية والإدراك الوالدي وأحداث الحياة الضاغطة) في التنبؤ ببعض اعراض الوسواس القهري لدى عينة من طلاب الجامعة؟

6. هل توجد فروق بين الجنسين في المتغيرات الاربعة موضع الدراسة؟ وفي أي اتجاه؟

أهداف الدراسة

الهدف من هذه الدراسة هو التحقق من السمات المساهمة المحتملة مثل الكمالية والإدراك الوالدي، وأحداث الحياة الضاغطة، في التنبؤ باضطراب الوسواس القهري (OCD) وذلك لدى عينة من طلاب الجامعة.

أهمية الدراسة

الأهمية النظرية:

ندرة الدراسات والبحوث العربية التي اهتمت بالعوامل المسهمة في التنبؤ باضطراب الوسواس القهري لذا تأمل الباحثة من خلال انجاز هذا البحث إلى إثراء الأطر النظرية النفسية في هذا المجال.

الأهمية التطبيقية :

1. تحديد القيمة التنبؤية للكمالية، الإدراك الوالدي، واحداث الحياة الضاغطة في التنبؤ بالوسواس القهري، وهو ما سيسهم في اكتشاف منبئات اضطراب الوسواس القهري والعمل على الوقاية منها، وبالتالي العمل على الوقاية من اضطراب الوسواس القهري.
2. الاستفادة من نتائج هذه الدراسة في التعرف على العوامل المنبئة لاضطراب الوسواس القهري في استهدافها اثناء العلاج.

مصطلحات الدراسة

١. الكمالية Perfectionism :

تتبنى الباحثة تعريف ستيرز للكمالية (Stairs, 2009) بانها سمه شخصية تتسم بكفاح الفرد لبلوغ الكمال ووضع معايير عالية جداً للأداء، يصبحها تقييمات نقدية مبالغة للذات ومخاوف من تقييمات الاخرين، ومن أجل تعزيز فهم طبيعة ووظيفة الكمالية، فان الأهم هو وضع تعريف واضح ومتفق عليه لبنية الكمالية والتي يشير ستيرز (Stairs, 2009)، الي انها تتكون من الابعاد التسعه المحدده بمقياسه، وهي بعد الترتيب، الرضا، الكمالية تجاه الاخرين، التحقق، المعايير المرتفعة، التفكير غير المرن، ادراك الضغوط ، عدم الرضا، ردود الأفعال نحو الأخطاء.

أما التعريف الاجرائي للكمالية فهو الدرجة التي يحصل عليها طالب الجامعة في مقياس الكمالية اعداد (Stairs, 2009) وتعريب الباحثة والمستخدم في البحث الحالي.

٢. الإدراك الوالدي: Perceptions of Parents

يعرف روبينز (Robbins, 1994) الإدراك الوالدي الداعم على انه يمثل تصورات الأبناء عن دعم ابائهم لاستقلاليتهم وهو يشير الي أي مدي يشعر الأبناء باستجابة ودعم

اباءهم لقراراتهم واختياراتهم. وعلى العكس من ذلك، فإن الادراك الوالدي المتسلط يمثل تصورات الأبناء عن مدي تسلط ابائهم والضغط التي يفرضونها عليهم عند تصرفهم او تفكيرهم او شعورهم بطريقة معينة ". وسوف تتبنى الباحثة هذا التعريف في البحث الحالي، حيث تم استخدام مقياس الإدراك الوالدي لروبينز (Robbins, 2009).

أما التعريف الاجرائي لاضطراب الشخصية التجنبية فهو الدرجة الكلية التي يحصل عليها طالب الجامعة في مقياس الإدراك الوالدي اعداد (Robbins, 2009)، تعريب الباحثة والمستخدم في البحث الحالي.

٣. أحداث الحياة الضاغطة: Stressful Life Events

تتبنى الباحثة تعريف الاستجابة لاحداث الحياة الضاغطة الذي وضعه هولاند، Holland, (2016) ويشير الي ان استجابة الفرد لاحداث الحياة الضاغطة بانها الي أي مدي يستطيع الفرد دمج احداث الحياة الضاغطة بشكل تكيفي بحيث تعزز الإحساس بالترابط الداخلي وتعزز رؤية آمنة ومأمولة للمستقبل.

أما التعريف الاجرائي لاحداث الحياة الضاغطة فهو الدرجة التي يحصل عليها طالب الجامعة في مقياس احداث الحياة الضاغطة، اعداد (Holland, 2016)، تعريب الباحثة، والمستخدم في البحث الحالي.

٤. اضطراب الوسواس القهري Obsessive Compulsive Disorder:

يعرف الدليل التشخيصي والإحصائي للإضطرابات النفسية (DSM-5, 2013) الإصدار الخامس إضطراب الوسواس القهري بأنه " أفكار ثابتة أو نزعات أو خيالات، يخبرها الشخص على الأقل على أنها غير مرغوبة وليس لها معنى. ويحاول الشخص أن يتجاهل أو يكبح هذه الأفكار أو النزعات أو يحاول استبدالها بأفعال وأفكار أخرى. ويعرف الشخص أن أفكاره الوسواسية هي نتاج عقله وليست مفروضة عليه من الخارج".

وسوف تتبنى الباحثة هذا التعريف في البحث الحالي. حيث تم استخدام مقياس الوسواس القهري، من قائمة الشخصية وصممت القائمة لتقيس اضطرابات الشخصية العشرة وفقاً للدليل الاحصائي والتشخيصي.

ويعرف اضطراب الوسواس القهري إجرائيا بالدرجة التي يحصل عليها طالب الجامعة في مقياس اضطراب الوسواس القهري من اعداد (Krueger, Derringer, Markon, Watson & Skodol, 2012) وتعريب الباحثة والمستخدم بالبحث الحالي.

محددات البحث:

اقتصر تطبيق البحث الحالي على المحددات الآتية :

محددات منهجية: تم تطبيق مقاييس (الوسواس القهري، الكمالية، مقياس الإدراك الوالدي، ومقياس أحداث الحياة الضاغطة)، وذلك لتحديد القيمة التنبؤية لمتغيرات الكمالية، الإدراك الوالدي، أحداث الحياة الضاغطة في التنبؤ بالوسواس القهري، وذلك باستخدام المنهج الوصفي الارتباطي المقارن.

محددات بشرية: تكونت عينة البحث من طلاب كلية التربية جامعة قناة السويس.

محددات مكانية: تم تطبيق البحث الحالي في كلية التربية، جامعة قناة السويس.

محددات زمانية: أجري البحث خلال العام الدراسي ٢٠١٨-٢٠١٩.

الإطار النظري والدراسات السابقة

أولا: الكمالية Perfectionism

الكمالية، أو الحاجة إلى أن تكون أو تبدو بصورة مثالية، هي سمة شخصية شائعة. وغالبًا ما يكون الأفراد الذين يتسمون بالكمال مثابرين ومتفانين ومنظمين. ومع ذلك، يسعى بعض الأفراد الذين يتسمون بالكمال إلى إخفاء عيوبهم، بينما يحاول الآخرون إظهار صورة الكمال للآخرين، ان أحد اهم السمات المشتركة بين جميع الأفراد الذين يتسمون بالكمال هو المعايير العالية للغاية التي يضعونها لأنفسهم أو للآخرين (Flett & Hewitt, 2002)

وتشير نتائج الدراسات الي ان الكمالية هي مكون نفسي متعدد الابعاد يتضمن عناصر تكيفية وأخري لاتكيفية (Egan et al. 2014)، أي أن بعض أشكال الكمالية يمكن أن تكون إيجابية ومفيدة، بينما بعضها الآخر يضعف الأداء ويسبب الكرب (Flett et al. 2016)، ويعد التمييز بين الكماله التكيفية والكمالية اللاتكيفية امرا بالغ الأهمية اذ ان كلاهما يظهران انماطا مختلفة ومتناقضة أحيانا لارتباطهما بخصائص وعمليات ونواتج مختلفة فبينما يحاول الأفراد ذوي الكمالية التكيفية الحصول على المتعة والرضا من إنجازاتهم أثناء سعيهم للتميز ، في حين لا يمكن لذوي الكمالية اللاتكيفية تجربة السعادة

والرضا من جهودهم وإنجازاتهم لأنهم دائماً ما لا يرقون إلى مستوى توقعاتهم العالية بشكل مفرط (Stoeber et al., 2018)

وأظهرت العديد من الدراسات أن الكمالية العصابية ترتبط بالعديد من الاضطرابات النفسية، ومنها الاكتئاب والقلق واضطراب الوسواس القهري واضطرابات الشخصية واضطرابات الأكل وكذلك الأفكار والمحاولات الانتحارية (Shafran et al., 2013; Limburg, et al., 2017)، وقد حدد هيويت وفليت (Flett & Hewitt, 2002) الدور الذي تلعبه الكمالية في حدوث الاضطراب النفسي، حيث ترتبط بالاعراض كما تساهم بشكل كبير كمسبب للاضطراب والعمل أيضا على استمرارته (Egan et al., 2011; Raines et al., 2019)، ومن المثير للاهتمام أن الكمالية التكيفية تبدو مرتبطة بالنتائج والخصائص الإيجابية، مثل فعالية الذات (Mills & Blankstein, 2000)، والدافعية للانجاز (Klibert et al., 2005).

ووفقا للنظرية المعرفية السلوكية Cognitive Behavioral Theory، يظهر اضطراب الوسواس القهري من خلال ثلاث تشوهات معرفية هي الكمالية، والاعتقاد بوجود حلول مثالية، والحاجة إلى اليقين (Frost et al., 2002)، وتؤكد النظريات المعرفية السلوكية في تفسيرها للوسواس القهري على دور المعتقدات المختلة التي تكمن وراء تطوير واستمرارية الوسواس والافعال القهرية، إذ تحدث الأفكار الدخيلة المقتحمة التي لا معنى لها بطبيعتها لدى معظم الأشخاص، ولكنها قد تتحول إلى هواجس ووساوس عندما يتم تقييمها على أنها تمثل تهديدا، ومثل هذه التقييمات المهددة للفرد (الوساوس) حول الأفكار الدخيلة تحت الفرد على محاولة تحييد هذه الأفكار الدخيلة من خلال اتخاذ إجراءات (أفعال قهرية) من أجل منع الضرر المحتمل (Rachman, 1998).

يمكن توضيح الكيفية التي تسهم بها الكمالية في اضطراب الوسواس القهري حيث ان الكمالية تزيد من إدراك الشخص للمسؤولية الشخصية عن الأحداث السلبية التي قد تحدث، وهذه الزيادة العصابية في المسؤولية تؤدي إلى زيادة التحقق كمحاولة لمنع حدوث حدث سلبي ومن ثم ظهور اعراض الوسواس القهري (Aydin et al., 2012) فالكمالية العصابية المرتفعة تمثل محاولة لإعادة السيطرة، فالكمالية هي نوع من آليات التحكم من أجل

حماية الفرد واهدافه المهمة والأشخاص المهمين بالنسبة اليه، من الضرر، والوصول إلى الشعور بالأمان لدى المرضى الذين يعانون من الوسواس القهري.

وتشير الدراسات الي الارتباط بين الكفالية والوسواس القهري بحيث يمكن تمييز المرضى الذين يعانون من الوسواس القهري عن الافراد العاديين من خلال درجاتهم في مقياس الكفالية (Tolin et al., 2006)، حيث تشير العديد من الدراسات إلى أن الكفالية مرتبطة بشكل كبير بالتحقق (Gershuny & Sher, 1995) والتنظيف المتكرر (Tallis et al., 2020) والادخار القهري (Frost & Gross, 1993).

وركزت العديد من الدراسات على دور الكفالية في التنبؤ بأعراض الوسواس القهري (Julien et al., 2006; McKay et al., 2004)، (مرسي، ٢٠١٤؛ محمود، ٢٠١٠)، الا ان دراسة الكفالية في البحث الحالي من خلال مقياس ستيرز (Stairs, 2009) والذي حدد فيه تسعة أبعاد للكفالية، بحيث جمع فيه كل ابعاد الكفالية الموجودة بمقاييس الكفالية السابقة، وهي مقياس فروست وآخرون Frost et al., 1990، والذي يشتمل علي ابعاد : (المعايير الشخصية، الحساسية تجاه الأخطاء، التوقعات الاسرية، النقد الاسري، القلق تجاه الأفعال، التنظيم) ، ومقياس هويت وفليت Hewitt & Flett, 1991، والذي يشتمل علي ابعاد: (الكفالية الموجهه نحو الذات، الكفالية الموجهه نحو الاخرين، الكفالية المكتسبة اجتماعيا)، ومقياس سلاني وآخرون Slaney et al., 2001 ، ويشتمل علي الابعاد: (القلق، المماثلة، والصعوبة في العلاقات الشخصية، المعايير، الترتيب)، ومن ثم توصل ستيرز (Stairs, 2009) لمقياسه الذي اشتمل علي جميع الابعاد الأساسية للكفالية.

لذلك فان دراسة تأثير الكفالية في التنبؤ بالوسواس القهري من خلال هذا المفهوم الشامل للكفالية، والذي وضعه (Stairs, 2009) والذي يتناول جميع ابعاد الكفالية المختلفة، ولا يقتصر على مجموعة من الابعاد دون الأخرى، يؤدي الي دقة المعلومات عن مدي شدة الارتباط بين الكفالية والوسواس القهري (Strauss & Smith, 2009; Widiger & Trull, 2007) ولذا قامت الباحثة بدراسة تأثير الكفالية على الوسواس القهري من خلال نموذج ستيرز (Stairs, 2009) للكفالية.

والكفالية هي أحد المنبئات على ضعف الاستجابة لعلاج الوسواس القهري، فالكفالية وهي المنبئ الأكثر اهمية لنتائج علاج الوسواس القهري (Egan et al., 2011; Kyrios

(et al., 2015; Pinto et al. 2011) وقد خلصت الدراسات إلى أن علاج الوسواس القهري في المستقبل يحتاج إلى التركيز على استهداف الكمالية في وقت مبكر من العلاج لتعزيز النتائج العلاجية لاضطراب الوسواس القهري. وقد ارتبط العلاج المعرفي السلوكي-المستهدف للكمالية CBT-P -Cognitive Behavioral Treatment- Perfectionism بتحسينات في الكمالية وانخفاض حدة الوسواس القهري لدى عينه من المصابين باضطراب الوسواس القهري (Sadri et al., 2017; Wheaton et al., 2020)

ثانياً: الإدراك الوالدي Perceptions Of Parents

تعد الممارسات الوالدية التي يتخذها الإباء أحد العوامل المهمة في تطوير الوسواس القهري لدى الأبناء (Brander et al., 2016)، فالآباء هم أساس تمتع الأبناء بجودة الحياة ورفاهتها، كما انهم أساس قوة أبنائهم الا انهم في الوقت نفسه قد يكونوا أساس لاصابهم بالامراض النفسية، وهو ما يتفق مع نظرية التحديد الذاتي Self-Determination والتي وضعها (Grolnick, Ryan, and Deci 1991) حيث تحدد النظرية أفضل الممارسات الوالدية، وتفترض بأن الأبناء أفضل حالاً بكثير عندما يدعم الإباء الاستقلالية ويحفزون ابناءهم ويقدمون رعاية دافئة وبيئة آمنة. بينما الأبناء الذين لديهم تصور وأدراك سلبي لابائهم يكونوا أكثر عرضة لخطر الإصابة بالامراض النفسية المختلفة (Walker & Mc. Kinney, 2015). ولذلك فقد تطور حديثاً ما يعرف باضطراب الوسواس القهري العلائقي (ROCD) Relationship Obsessive Compulsive Disorder وهو شكل من أشكال اضطراب الوسواس القهري (OCD) يتألف من أعراض الوسواس القهري (OC) التي تظهر خلال العلاقات الوثيقة (Levy et al., 2020)، مثل علاقة الأبناء-الآباء (Doron & Derby, 2017).

وتشير الدراسات الي دور الخصائص الوالدية في تطور الوسواس القهري لدى الابناء، اذ ان البيئة الاجتماعية التي ينشأ فيها الفرد تؤثر بشكل كبير في مدي تعرضه للإصابة باضطراب الوسواس القهري (Lennertz et al., 2010) ووجدت دراسة (Wilcox et al., 2008) وجود ارتباط بين الممارسات الوالدية السلبية والوسواس القهري. حيث قد تؤدي الممارسات الوالدية إلى زيادة الاحتمالية لتطور الوسواس القهري عن طريق تعزيز

التعلق غير الآمن لدى الأبناء. فأباء الأطفال الذين يعانون من الوسواس القهري هم أكثر رفضاً وأكثر تحكماً وسيطرة على ابنائهم، علاوة على ذلك، يختلفون عن آباء الاسوياء من حيث الممارسات الوالدية وسلوكيات تربية الابناء التي يمارسونها (Hofer et al., 2018; Mathieu et al., 2015; Mathieu et al., 2020)

وارتبط الادراك الوالدي بأبعاد أعراض الوسواس القهري، ومن المثير للاهتمام أن المتغير الوالدي الوحيد والمرتبب بأي بعد من أبعاد الوسواس القهري كان الدفاع الوالدي (Lennertz et al., 2010; Mataix-Cols, 2016) وتشير النتائج إلى أنه عند مقارنة افراد المجموعة الضابطة الاسوياء مع الأشخاص الذين يعانون من الوسواس القهري ، وجد ان الأشخاص المصابين بالوسواس القهري ينظرون إلى والديهم على أنهم أكثر رفضاً وتحكماً وأقل دفناً (أي رعاية وحب) وقد عززت هذه النتائج الافتراضات النظرية للعلاقة السببية بين الادراك الوالدي و الوسواس القهري (Mathieu et al., 2020).

أن التحكم والرفض الوالدي للابناء دائما ما يشير الي شدة إصابة الأبناء بأعراض الوسواس القهري، وعلى النقيض من ذلك، يرتبط الدفاع الوالدي بانخفاض حدة الوسواس القهري بشكل ملحوظ لدى الابناء، ان البحث في مدي الارتباط بين الممارسات الوالدية كما يدركها الأبناء وأعراض الوسواس القهري لديهم يعد ضرورة لدعم الأسر بشكل أفضل وتحسين النتائج طويلة الأمد لعلاج الوسواس القهري (Mathieu et al., 2020).

ولذا تعد مشاركة الوالدين عنصرا أساسيا لنجاح برامج العلاج المقدمة للأبناء الذين يعانون من الوسواس القهري حيث لوحظ ان الممارسات الوالدية الخاطئة والسلوكيات اللاتوافقية والصراع، والشعور بالذنب كلها منبئات بارتفاع حدة اعراض الوسواس القهري لدى الأبناء كما انها تعوق التقدم في العلاج (Strauss et al., 2015; Wu et al., 2016).

وأحد التفسيرات لكيفية ارتباط الممارسات الوالدية بتطور الوسواس القهري لدى الأبناء هو من خلال ممارسة الاباء لاسلوب يعرف بتضخم المسؤولية، حيث اقترح (Rachman, 2002; Salkovskis, 1999) أنه وفقا للنظرية المعرفية السلوكية، عندما يمنع الاباء أبنائهم من تحمل أي مسؤولية (كما هو الحال في حماية الأطفال بشكل مفرط)، أي الحماية الزائدة، قد ينظر الطفل إلى العالم على أنه خطيرويشعر انه هو نفسه غير كفؤ

وغير قادر علي اجتياز عقبات هذا العالم غير الآمن (وهو ما يفسر بالتأويل السلبي للأفكار الدخيلة او المقتحمة او الوسواس). كذلك فان لوم الطفل وتأنيبه باستمرارعلى الاحداث السلبية (كما هو الحال في الرفض الوالدي) يؤدي الي تضخيم الفرد لمسؤوليته الشخصية عن حدوث اي احداث سلبية قد تحدث، او انه فشل في منع حدوثها، ومن ثم فهو يقوم بشكل متكرر بالسلوكيات التي تهدف إلى محاولة منع حدوث الضرر باستمرار كالقيام بأفعال التحقق والتدقيق المستمر لمنع أي ضرر.

ان نظرية العلاج المعرفي السلوكي كما وصفها بيك (١٩٧٦) تشير الي ان أن تجربة الطفولة و / أو المراهقة أمر حاسم لتشكيل العديد من المواقف التي قد تؤدي لتكوين تشوهات معرفية لاحقاً في حياة الفرد، ويؤدي تكون هذه التشوهات المعرفية الي إصابة الفرد بالوسواس القهري، وقد تتضمن هذه التجربة التنشئة الاجتماعية خلال فترة الطفولة والممارسات الوالدية الخاطئة مثل تضمح المسؤولية، أو يمكن أن تحدث التشوهات المعرفية نتيجة لأحداث صادمة وهو ما يعرف بأحداث الحياة الضاغطة او الصادمة (Holroyd, 1999)

ثالثاً: احداث الحياة الضاغطة Stressful Life Events

تعد الاحداث التي يمر بها الفرد ضاغطة بالنسبة اليه بحسب مقدار الضغوط النفسية التي تفرضها عليه هذه الاحداث، والمجهود الذي يبذله لمواجهة التحديات التي تفرضها عليه هذه الاحداث، واحداث الحياة الضاغطة قد تكون احداثاً شديدة جدا مثل وفاة أحد افراد الاسرة، الطلاق، الإصابة بمرض خطير، وقد تكون اقل شدة كتغيير العمل، او تغيير مكان السكن. كذلك هناك ما يعرف باحداث الحياة اليومية مثل الازدحام المروري، والوقوف في طابور طويل للحصول على الخدمات. وتؤدي الاحداث الضاغطة الي تغيرات في التوازن الداخلي للفرد، حيث تتطلب منه بذل جهد ليعود لتوازنه الطبيعي مرة اخري، ويمر جميع الافراد باحداث حياتية ضاغطة، والمهم في هذه الاحداث ليس حدوثها فقط ولكن مدي قدرة الفرد على تقييم هذه الاحداث بشكل إيجابي حتى يتمكن من التصدي لهذه الاحداث بدون الإصابة بالاضطرابات النفسية (Rice, 2001)

واشار الباحثون الي أن احداث الحياة الضاغطة ترتبط ببدء ظهور اعراض الوسواس القهري، حيث تبدأ اعراض الوسواس القهري في الظهورعلى المرضي عقب تعرضهم لاحداث

حياتية ضاغطة (Tibi et al., 2020; Vidal-Ribas et al., 2014) إذ ان الضغوط الناجمة عن أحداث الحياة الصادمة تؤدي الي ظهور الأفكار الدخيلة المقتحمة غير المرغوب فيها (الوساوس) ومن ثم يتسبب ذلك في تطور اضطراب الوسواس القهري على النحو الذي اقترحه ريشمان وفقا للنموذج المعرفي السلوكي (Rachman et al., 2002) ومن ناحية أخرى، فان الدفاء والدعم الوالدي الذي يمنحه الاباء لابنائهم يخفف من تأثير الاحداث الضاغطة او الصادمة على الأبناء حيث يساعدهم في تطوير استراتيجيات تكيفية للتعامل مع الوسواس الدخيلة والمقتحمة المصاحبة للاحداث الضاغطة (Haciomeroglu, 2013; Hofer et al., 2018)

يتأثر الوسواس القهري بشكل كبير بالاحداث الحياتية الضاغطة (Hofer et al., 2018)، كما يمثل التفاعل بين أحداث الحياة الضاغطة ونمط المعاملة الوالدية مثل الحماية الزائدة من الوالدين، وغيرها من أنماط المعاملة الوالدية الخاطئة، منبئا قويا باضطراب الوسواس القهري (Haciomeroglu , 2013) ويرتبط المتغيرين معا بشكل كبير في تشكيل وتطوراعراض اضطراب الوسواس القهري، ووفقا للنظرية المعرفية في تفسير العلاقة التفاعلية بين المعاملة الوالدية والاحداث الضاغطة بالوسواس القهري يشير (Salkovskis et al., 2000) الي انه عندما يكون النمط الوالدي السائد هو الحماية الزائدة للطفل، يشعر الفرد بان العالم مكان غير آمن،ومن ثم يتولد لديه "تضخم المسؤولية" وهي تعني انه يفترض انه المسئول عن كل خلل او ضرر يحدث له او للاخرين من حوله، وهذه الأفكار الدخيلة التي تتسلط عليه (الوساوس)، تزداد في وجود (احداث حياتية صادمة او ضاغطة) لانه يفترض مسؤليته عنها، وينتج عن ذلك محاولات متكررة من قبل الفرد للتخلص من هذه الأفكار فيقوم بافعال (الأفعال القهرية) لخفض حدة التوتر الناشئ عن تسلط الوسواس عليه. وعلى النقيض من ذلك، فان الممارسات الوالدية المتوازنة تكون مفيدة لإحساس الطفل بالكفاءة والإتقان والاستقلالية والسيطرة وبالتالي، من الممكن أن تساعد هذه الصفات الطفل على الاستجابة بشكل مناسب والتعامل بنجاح مع المواقف العصيبة مثل أحداث الحياة الضاغطة او الصادمة. وبشكل أكثر تحديداً، تشير المستويات العالية من الدفاء الوالدي بحيث يقوم الوالدان بالرعاية والدعم والاستجابة لحاجات الأبناء، وهو ما يساعدهم على

اكتساب استراتيجيات أكثر تكيفاً للتعامل بفعالية مع المحن والاحداث الضاغطة التي تواجههم (Wojciak et al., 2016).

وقد ركزت العديد من الدراسات على عوامل الخطر المحتملة التي قد تسهم في تطوير الوسواس القهري، ومن هذه العوامل البيئية عاملي أحداث الحياة الضاغطة، والممارسات الوالدية في تربية الابناء (Brander et al., 2016; Haciomeroglu & Karanci, 2013; Hofer et al., 2018; Hofer et al., 2020) ابرزت أثر التفاعل بين هذين العاملين في التنبؤ باضطراب الوسواس القهري (Hofer et al., 2018; Hofer et al., 2020). ولذلك سيقوم البحث الحالي بدراسة تفاعل هذين المتغيرين معا، وأثر هذا التفاعل في التنبؤ بأعراض الوسواس القهري.

رابعاً: الوسواس القهري: Obsessive-Compulsive Disorder

يتسم اضطراب الوسواس القهري (OCD) بأفكار وصور ووساوس متكررة ومقتحمة تدخلية لا يستطيع مقاومتها، تؤدي إلى عدم الارتياح أو الخوف أو القلق، والى القيام بسلوكيات متكررة أو أفعال ذهنية يشعر الفرد بأنه مدفوع للقيام بها والتي تهدف إلى الحد من القلق المرتبط بها، أو محاولة تخفيف التوتر (APA, 2013)، ويصل معدل انتشار هذا الاضطراب الي نسبه تتراوح بين ٢-٣٪ من السكان (Ruscio et al., 2010) كما يصيب كلا من الذكور والإناث (Langlois ,et al.2000)، ويصنف ضمن أكثر ١٠ اضطرابات نفسية منهكة في العالم، كما ان الإصابة به تؤدي لزيادة خطر الإصابة باضطرابات نفسية اخري لاحقا (Hofer et al., 2018).

ومن أكثر أنواع الوسواس شيوعا والتي تسيطر على المصاب بهذا الاضطراب هي وسواس النظافة، ويقدر معدل انتشار هذا النوع بين المصابين بهذا الاضطراب ما بين ٤٥-٦٠ ٪ (Matsunaga et al., 2010)، ثم يليه أنواع أخرى هي وسواس الشك، والدقة، والخوف الجسدية والافكار النوعية (Jenike & Minichiello,1999 in Gadd,) 1991 ويتبع تلك الوسواس أفعال قهرية مثل القيام بالتنظيف والتأكد من الاشياء عدة مرات وكذلك الترتيب (Jakes, 2006)

Diagnosis of Obsessive-Compulsive Disorder

تشخيص اضطراب الوسواس القهري

المحكات التشخيصية وفقا لتصنيف الدليل التشخيصي الأمريكي الخامس للأمراض النفسية: (APA,2013) DSM V. ورد في الدليل التشخيصي أن مرض الوسواس القهري يتصف بما يلي :

ان اضطراب الوسواس القهري يتضمن الوسواس أو أفعال قهرية. اما الوسواس obsessions تتميز بالآتي :

- ١ - أفكار أو صور ذهنية متكررة ومستمرة يخبر عنها الشخص كأشياء مقحمة وغير ملائمة تسبب له قلقا أو كربا ملحوظا .
- ٢ - هذه الأفكار أو الاندفاعات ليست مجرد هموم زائدة حول مشكلات الحياة اليومية .
- ٣ - يحاول الشخص أن يتجاهل أو يخمد هذه الأفكار أو يعادلها بفكرة أخرى .
- ٤ - يعي الشخص أن الأفكار الوسواسية أو الإندفاعات أو التخيلات هي نتاج لعقلة أو تفكيره وليست مقحمة عليه من خارجة كما في دس الأفكار او إقحام الأفكار .

أما الأفعال القهرية Compulsions فهي تتصف بما يلي:

- ١ - سلوكيات متكررة مثل غسيل الأيدي، الترتيب، التحقق، أو أفعال ذهنية مثل : (العد، تكرار الكلمات في الصمت) ويشعر الشخص أنه مدفوع إلى تأديتها استجابة لوسواس أو طبقا لقواعد يتوجب عليه أن يطبقها
- ٢ - تهدف هذه السلوكيات أو الأفعال القهرية إلى أو تخفيف كرب أو منع حدوثه أو منع حدوث موقف مفرع، إلا أن هذه السلوكيات والأفعال القهرية إما أنها لا ترتبط بطريقة واقعية مع خطت لتحديده، وإما أنها زائدة عن الحد بشكل واضح .
- أ. عند نقطة ما خلال مسار الاضطراب يدرك الشخص أن الوسواس أو الأفعال القهرية زائدة عن الحد أو غير عقلانية .
- ب. تتسبب السلوكيات القهرية في آسى نفسي واضح وتستغرق وقتا طويلا وتعوق بدرجة كبيرة وتيرة الشخص الحياتية أو أداءه المهني أو المدرسي أو أنشطته الاجتماعية المعتادة .

ج. إذا وجد اضطراب آخر من اضطرابات المحور) اضطراب إكلينيكي محط الانتباه (فإن محتوى الوسواس والأفعال القهرية غير مقصورة عليه) مثل الانشغال بالطعام في وجود اضطراب الأكل، أو الإنشغال بالإصابة بمرض خطير في وجود توهم المرض

د. لا يحدث الاضطراب نتيجة للتأثيرات الفسيولوجية المباشرة لأحدى المواد المخدرة أو نتيجة لمرض جسيمي عام. يحدد الفرد أنه مريض بالوسواس القهري مع نقص الاستبصار إذا كان الشخص غير مدرك في أغلب الوقت أثناء النوبة أن وسواسه وأفعاله القهرية زائدة عن الحد أو غير معقولة .

Predictors of obsessive compulsive disorder

الوسواس القهري (OCD) هو اضطراب نفسي شائع وينتج عن الاصابه به اضرارا للمصابين به، سواءا فيما يتعلق باضرار في مجال العمل وكذلك جودة الحياة لديهم (Eisen et al., 2006). وتتأثر نتائج العلاج طويل الأمد للوسواس القهري بتحديد العوامل التنبؤية المختلفة المرتبطة به (van Oudheusden et al., 2018) ولذلك ركزت العديد من الدراسات على تحديد المنبئات والعوامل الوسيطة المرتبطة باضطراب الوسواس القهري، والتي تهدف إلى تعزيز فهم أوضح للعوامل المختلفة المنبئة به (Snyder et al. 2015) حيث ان دراسة العوامل المنبئة باضطراب الوسواس القهري سوف تؤدي الي نتائج علاجية طويلة الامد (Eisen et al., 2013). وشملت بعض المنبئات في الدراسات السابقة؛ العمر المبكر لظهور الاعراض، ومدى خطورة وحدة الاعراض والأعراض الضاغطة، وقد اكدت الدراسات ان وجود هذه العوامل لدى الافراد المصابين بالوسواس القهري يتعارض مع نتائج العلاج الفعال لاضطراب الوسواس القهري حيث أنه يؤدي الي تعطيل العلاج (Albert et al., 2019; Eisen et al., 2013; Sharma et al., 2014)

ولقد ركزت الدراسات التنبؤية في اضطراب الوسواس القهري بشكل رئيسي على العوامل المنبئة المرتبطة بالفرد نفسه مثل(مدة المرض وشدة الأعراض) ، الا ان الاهتمام بالعوامل المنبئة البيئية وهي المرتبطة ببيئة الفرد (أي المتعلقة بالأحداث التي وقعت في بيئة الفرد أثناء الطفولة والبلوغ، والمتعلقة بعلاقات الفرد مع الآخرين ذوي الأهمية في حياته)

هو الأكثر أهمية وذلك لان الممارسات العلاجية اثبتت انه يمكن تعديل بعض هذه العوامل البيئية وتضمينها في العلاج، (van Oudheusden et al., 2018; Vidal-Ribas et al., 2015) مما يزيد من أهمية تحديدها في أبحاث التنبؤ (Fusar- Poli et al., 2018; Tibi et al., 2020)

ويعد الإدراك الوالدي، واحداث الحياة الضاغطة من العوامل المنبئة البيئية التي تتنبأ باضطراب الوسواس القهري (Vidal-Ribas et al., 2014; Haciomeroglu & Karanci, 2014; Tibi et al., 2020)

كما اكدت الدراسات على أهمية دور الاعتقادات المعرفية ليس فقط كمسببات للوسواس القهري (OCD) ولكن أيضا كعوامل محفزه لاستمراره ، وتعد الكمالية احد السمات المعرفية السئة للوسواس القهري، فالوسواس القهري (OCD) هو اضطراب القلق الذي يتميز بالأفكار الدخيلة المستمرة (الوساوس) ومن ثم أداء الطقوس القهرية بشكل متكرر، ويكون الهدف من الأفعال القهرية هو تقليل أو تخفيف القلق، وتؤكد النظرية المعرفية السلوكية حول المسببات المعرفية للوسواس القهري، مثل نموذج **Obsessive Compulsive Cognitions Working Group (OCCWG)**، الذي تحقق من دور المحتويات المعرفية (المعتقدات والتقييمات) والعمليات المعرفية كمسببات للوسواس القهري (Clark, 2005) ووفقاً لهذا النموذج (OCCWG)، فإن الاختلافات بين الأشخاص العاديين والأفراد المصابين بالوسواس القهري ليست في الأفكار نفسها، ولكن في كيفية تقييم وتفسير هذه الأفكار الدخيلة، باعتبارها مهمة وذات مغزى، وعادة، عندما يتم تقييم مثل هذه الأفكار الدخيلة على أنها مهمة جدا للشخص أو غير مقبولة للغاية أو غير أخلاقية، فإنها تتطور إلى وساوس (Abramowitz et al., 2007 ; Radomsky et al., 2014). وتعد الكمالية أحد المنبئات الأساسية للوسواس القهري والتي تبناها نموذج OCCWG لتفسير مسببات الوسواس القهري (Egan et al., 2011). ان العوامل المعرفية مرتبطة بأعراض الوسواس القهري، فالوساوس والافعال القهرية تنشأ من أنواع معينة من المعتقدات المختلة وظيفيا، والتي تنشأ مصاحبة مع أنماط التعلق غير الآمن (Lee & Kwon, 2003).

ويتضح من العرض السابق لمتغيرات الدراسة، والدراسات السابقة التي ربطت بين هذه المتغيرات ببعضها عدم وجود دراسات في البيئة العربية تتنبأ باضطراب الوسواس القهري، فلا

توجد دراسة واحدة تربط متغيرات أحداث الحياة الضاغطة باضطراب الوسواس القهري. ولا توجد أيضا أي دراسة عريضة جمعت متغيرات الدراسة الحالية للتنبؤ بأعراض اضطراب الوسواس القهري، أو درست أثر التفاعل بين متغيرات الدراسة في التنبؤ بالوسواس القهري. وفي ضوء العرض السابق للإطار النظري والدراسات السابقة، تم تحديد فرض الدراسة الرئيس فيما يلي:

يمكن التنبؤ بأعراض الوسواس القهري من خلال الكفالية، الإدراك الوالدي، وأحداث الحياة الضاغطة.

وهناك فروض فرعية لهذا الفرض وهي:

1. تسهم ابعاد الكفالية في التنبؤ بأعراض اضطراب الوسواس القهري لدى عينة من طلاب الجامعة.
2. يسهم الإدراك الوالدي في التنبؤ بأعراض اضطراب الوسواس القهري لدى عينة من طلاب الجامعة.
3. تسهم أحداث الحياة الضاغطة في التنبؤ بأعراض اضطراب الوسواس القهري لدى عينة من طلاب الجامعة.
4. يسهم التفاعل بين متغيري الإدراك الوالدي وأحداث الحياة الضاغطة في التنبؤ بأعراض اضطراب الوسواس القهري لدى عينة من طلاب الجامعة.
5. يسهم التفاعل بين المتغيرات (الكفالية و الإدراك الوالدي وأحداث الحياة الضاغطة) في التنبؤ بأعراض اضطراب الوسواس القهري لدى عينة من طلاب الجامعة.
6. لا توجد فروق بين الجنسين في المتغيرات الاربعة موضع الدراسة.

الطريقة والإجراءات

أولا: المنهج والتصميم البحثي

يتبع البحث الحالي المنهج الوصفي الارتباطي المقارن، حيث يمكننا هذا المنهج من النظر الي شكل العلاقة بين المتغيرات وتفسيرها، وبالتالي يسمح بتصنيف متغيرات الدراسة والتوصل لصورة العلاقات الارتباطية والتنبؤية بين متغيرات الدراسة وهي المتغير الأول (الكفالية) والمتغير الثاني (الإدراك الوالدي) والمتغير الثالث (أحداث الحياة الضاغطة) من جهة وبين متغير اضطراب الوسواس القهري من جهة أخرى.

واستخدم التصميم البحثي الارتباطي الذي يعتمد علي قياس المتغيرات لدي افراد العينة وحساب معاملات الارتباط بين المتغيرات المنبئة (المستقلة) وهي الكمالية، الإدراك الوالدي، واحداث الحياة الضاغطة، ومتغير اضطراب الوسواس القهري (المتغير التابع). ويوضح هذا التصميم البحثي العلاقات الثنائية المتبادلة بين متغيرات الدراسة كما يسمح باكتشاف القيمة التنبؤية المحتملة لكل متغير.

ثانيا: عينة الدراسة

مجتمع الدراسة :طلاب كلية التربية بجامعة قناة السويس بالاسماعيلية، والبالغ عددهم وفقاً لإحصائية وكالة الكلية لشؤون الطلاب (٣٢٤٦) طالبا وطالبة.

تكونت عينة الدراسة الأساسية من (٦٠٠) طالب وطالبة، المسجلين للعام الدراسي ٢٠١٨-٢٠١٩ بالفصل الدراسي الاول. وتم اختيارهم بطريقة العينة العشوائية البسيطة التي تعطي لكل طالب/طالبة الفرصة في ان يكون ضمن عينة الدراسة. وقد بلغ عدد الذكور ١٥٤ طالبا وعدد الاناث ٤٤٦ طالبة، وتراوحت أعمارهم بين ١٨-٢٣ سنة، وتم سحب العينة من اقسام (اللغة العربية، واللغة الإنجليزية، واللغة الفرنسية، والرياضيات، والتاريخ، والجغرافيا، وعلم النفس، ورياض الأطفال، والكيمياء، والبيولوجي). من الفرق الدراسية الاولى والثانية والثالثة والرابعة. وبعد التطبيق تم استبعاد (٦٣) استبانة لعدم اكتمال تعبئة بياناتهم بشكل صحيح فأصبح العدد الإجمالي لعينة الدراسة (٥٣٧) استبانة.

ثالثا: أدوات الدراسة

١- مقياس البنية الكامنة للكمالية : Measure of Constructs Underlying Perfectionism(M-CUP)

وضع ستيرز (Stairs, 2009) مقياس البنية الكامنة للكمالية والمكون من ٩ ابعاد، واطلق عليه مقياس (M-CUP) ، حيث اشتمل علي جميع ابعاد مقاييس الكمالية السابقة وهي مقياس فروست وآخرون Frost et al., 1990، والذي يشتمل علي ابعاد : (المعايير الشخصية، الحساسية تجاه الأخطاء، التوقعات الاسرية، النقد الاسري، القلق تجاه الأفعال، التنظيم) ، ومقياس هويت وفليت Hewitt & Flett, 1991، والذي يشتمل علي ابعاد: (الكمالية الموجهه نحو الذات، الكمالية الموجهه نحو الاخرين، الكمالية المكتسبة اجتماعيا)، ومقياس سلاني وآخرون Slaney et al., 2001 ، ويشتمل علي الابعاد:

(القلق، المماثلة، والصعوبة في العلاقات الشخصية، المعايير، الترتيب)، وقام ستيرز (Stairs, 2009) بتجميع ابعاد الكمالية من المقاييس السابقة ثم تحقق من جميع هذه الابعاد ومن ثم توصل لمقياس شامل يتضمن جميع المكونات الأساسية للكمالية التي تم التحقق منها.

تكون "مقياس البنية الكامنة للكمالية" **Measure of Constructs Underlying Perfectionism (M-CUP)** ، والذي استخدمته الباحثة في البحث الحالي من ٦١ فقرة تركزت في ٨ ابعاد هي: بعد الترتيب (واشتمل علي ٩ فقرات)، بعد الرضا (واشتمل علي ٩ فقرات)، بعد الكمالية تجاه الاخرين (٦ فقرات)، بعد التحقق (٥ فقرات)، المعايير المرتفعة (٦ فقرات)، التفكير غير المرن (٦ فقرات)، ادراك الضغوط (٦ فقرات)، عدم الرضا (٩ فقرات)، ردود الأفعال نحو الأخطاء (٦ فقرات). ولا توجد عبارات عكسية بالمقياس، وبلغ الاتساق الداخلي له (0.80)، وتراوح الثبات بطريقة إعادة التطبيق لابعاد المقياس بين (0.77, 0.90) (Stairs, 2009)

ولأغراض استخدام مقياس ستيرز للكمالية في الدراسة الحالية، قامت الباحثة بترجمة بنود الاستبيان من الانجليزية إلى العربية الفصحى السهلة، ثم خضعت الترجمة لدورات عديدة من المراجعة من قبل كل من المتخصصين في علم النفس وفي اللغة الانجليزية ممن يتقنون اللغة العربية أيضا. حيث عرضت النسخة العربية علي ثلاثة أساتذة جامعيين متخصصين في اللغة الإنجليزية، وذلك للقيام بترجمة الاستبيان إلي اللغة الإنجليزية دون الإطلاع علي النسخة الأصلية من أجل مقارنة النسختين انجليزي-عربي ، عربي- انجليزي، من أجل الحفاظ علي محتوى النسخة الأصلية، والتأكد من دقة وموضوعية البنود.

وتم تحكيمه من ٩ من أعضاء هيئة التدريس في جامعة قناة السويس ممن يحملون درجة الدكتوراه في الصحة النفسية أو القياس والتقويم أو علم النفس التربوي، حيث تم عرضه عليهم لإبداء ملاحظاتهم حول دقة الصياغة وملاءمة الفقرات ووضوحها وانتمائها للبعد الذي أدرجت تحته. وقد اعتمدت نسبة اتفاق بين المحكمين %85 لإبقاء الفقرة كما هي. واقترح المحكمون بعض التعديلات اللغوية البسيطة وقد تم إدخالها على المقياس. ثم طبقت الصيغة العربية للمقياس بعد تحكيمه علي مجموعة صغيرة من طلاب الجامعة (٧٠

طالباً) للتعرف علي مدي ملائمة العبارات للتأكد من وضوح الصياغة وللتعرف علي أي غموض في العبارات، ونتج عن ذلك تعديلات طفيفة.

ولتحديد الصدق العاملي لمقياس الكمالية، اعتمدت الباحثة على اجراء التحليل العاملي الاستكشافي والتحقق من ان هناك عامل او عاملين علي الأكثر يفسروا الاختلافات في المحاور الفرعية كما يوضحها جدول (١).

جدول (١)

نتائج التحليل العاملي الاستكشافي لابعاد مقياس البنية الكامنة للكمالية (ن=٥٣٧)

التحميلات	الكمالية			الابعاد
	نسبه التباين المفسر	معنويه الارتباط	قيمه kmo	
0.897	63.624	0.000	0.926	الترتيب
0.856				الرضا
0.846				الكمالية نحو الاخرين
0.826				التحقق
0.802				المعايير المرتفعة
0.798				الضغوط من الاخرين
0.680				الاستجابة نحو الاخطاء
0.642				التفكير الجامد

من الجدول (١) وبالنظر إلى قيمة اختبار kmo نجد أنها تساوي ٠.٩٢٦ وهي أكبر من ٠.٥ ومن ثم يمكننا القول أن حجم العينة كافي لاجراء التحليل العاملي، و بالنظر إلى قيمة معنوية اختبار (Sphericity) = 0.000 وهي أقل من 0.05. أي أنه يمكننا القول بوجود ارتباط بين المتغيرات بالنظر إلى نسب التباين المفسرة نجد :- العامل الوحيد فسر ٦٣.٦٢٤ % من الاختلافات، و بالنظر إلى التحميلات نجد أن قيم التحميلات لكل العبارات أعلى من ٠.٤ أي أن هناك صدق عاملي.

الاتساق الداخلي لمقياس الكمالية:

ولتحديد الاتساق الداخلي لمقياس الكمالية تم حساب معامل ارتباط بيرسون بين الابعاد الفرعية والمقياس، ويوضح جدول (٢) الاتساق الداخلي لمقياس البنية الكامنة للكمالية

جدول (٢)

نتائج الاتساق الداخلي لابعاد مقياس البنية الكامنة للكمالية (ن=٥٣٧)

معامل الارتباط	المحاور الفرعية
.887**	الترتيب
.869**	الرضا
.838**	الكمالية
.777**	المعايير المرتفعة
.619**	التفكير الجامد
.787**	الضغوط من الآخرين
.673**	عدم الرضا
.710**	الاستجابة نحو الأخطاء

من الجدول (٢) يتضح أن جميع قيم معاملات الارتباط بين المحاور الفرعية للمقياس والمقياس الرئيسي (الكمالية) دالة وتتراوح بين 0.6 و 0.8 مما يدل على وجود علاقة قوية اي ان هناك درجة اتساق داخلي مرتفعه لمقياس الكماليه.

ثبات مقياس الكمالية

تم حساب ثبات المقياس باستخدام معامل ألفا كرونباخ والذي بلغت قيمته للمقياس

ككل 0.940 وفيما يلي قيم معاملات ألفا لكل بعد على حدي كما بجدول (٣):

جدول (٣)

قيم معاملات الفا لابعاد مقياس البنية الكامنة للكمالية (ن=٥٣٧)

المحور	عدد العبارات	قيمه الفا كرونباخ
الترتيب	9	0.836
الرضا	9	0.863
التحقق	5	0.662
الكمالية	6	0.658
المعايير المرتفعة	6	0.691
التفكير الجامد	4	0.514
الضغوط من الآخرين	6	0.687
عدم الرضا	9	0.628
الاستجابة نحو الأخطاء	7	0.653
الكمالية	56	0.940

من الجدول (٣) يمكننا ملاحظه ان قيمه معامل الثبات"الفا كرونباخ" لمقياس

(للكماليه) ومحاوره الترتيب، الرضا، التحقق، الكمالية، المعايير المرتفعة، التفكير الجامد

،الضغوط من الآخرين، عدم الرضا، الاستجابة نحو الأخطاء. أعلى من 0.5 ومن ثم يمكننا

القول ان هذا المقياس يتسم بالثبات.

٣- مقياس الإدراك الوالدي (POPS) : Perceptions of Parents

قام (Robbins, 1994) بوضع مقياس الإدراك الوالدي، وهو قائم علي نظرية التحديد الذاتي Self-determination theory ، التي وضعها Grolnick, Ryan, (1991) and Deci ، والتي تصف تحديداً الأسباب وراء اختيار الناس، ودوافعهم لأداء الأنشطة المختلفة، من دون أي تدخلات خارجية أو مقاطعة لرغباتهم الداخلية. نظرية التحديد الذاتي تهتم بوصف سلوك الأفراد من خلال قياس مدى ارتباط أداء السلوك بالتحفيز الداخلي واختيارهم الذاتي لأدائه. وبناء على ذلك، تحدد النظرية أفضل الممارسات الوالدية. وتفترض النظرية بأن الأبناء أفضل حالاً بكثير عندما يدعم الآباء الاستقلالية ويحفزون ابناءهم ويقدمون رعاية دافئة وبيئة آمنة.

وبناء على نظرية التحديد الذاتي، تم وضع مقياس الادراك الوالدي ليشتمل على إدراك الأبناء للممارسات الوالدية وهل هي تميل للدفع والاستقلالية والدعم ام لا؟ ويتكون المقياس من ٤٢ فقرة، ٢١ فقرة للممارسات من قبل الام و ٢١ فقرة للممارسات من قبل الأب. وتتمركز حول ثلاثة ابعاد للممارسات الوالدية هي التضمين للام (٦ فقرات)، الدعم للام (٩ فقرات)، الدفع للام (٦ فقرات)، التضمين للاب (٦ فقرات)، الدعم للاب (٩ فقرات)، الدفع للاب (٦ فقرات). كما يشتمل على ١٦ عبارات عكسية. ويتم تسجيل كل سؤال على مقياس ليكرت من ٧ نقاط تتراوح من "غير صحيح على الإطلاق" إلى "صحيح جداً". من المفترض أن يكمل المفحوصين المقياس كاملا لوصف ممارسات كلا من أمهاتهم وآبائهم. وتتراوح الدرجة بين (صفر - ٢٩٤).

ولأغراض الدراسة الحالية فقد قامت الباحثة بترجمة بنود الاستبيان من الانجليزية إلى العربية الفصحى السهلة، ثم خضعت الترجمة لدورات عديدة من المراجعة من قبل كل من المتخصصين في علم النفس وفي اللغة الانجليزية ممن يتقنون اللغة العربية أيضا. وقامت الباحثة بنفس الإجراءات التي قامت بها في مقياسي الوسواس القهري والكمالية للتأكد من الصياغة العربية الصحيحة للمقياس، ومناسبة تطابقه مع المقياس الأساسي.

ولتحديد الصدق العاملي لمقياس الإدراك الوالدي، اعتمدت الباحثة على اجراء التحليل العاملي الاستكشافي والتحقق من ان هناك عامل او عاملين علي الأكثر يفسروا الاختلافات في المحاور الفرعية كما يوضحها جدول (٧).

جدول (٤)

نتائج التحليل العاملي الاستكشافي لابعاد مقياس الإدراك الوالدي (ن=٥٣٧)

التحميلات		النمط الوالدي المدرك			
2	1	نسبه التباين المفسر	معنويه الارتباط	قيمه kmo	العبارات
0.306	0.890	84.983	0.000	0.828	الدفع (للام)
	0.882				الدعم (للام)
	0.876				التضمين (للام)
0.881					الدعم (للاب)
0.870	0.326				الدفع (للاب)
0.869					التضمين (للاب)

من الجدول (٤) وبالنظر إلى قيمة اختبار kmo نجد أنها تساوي ٠.٨٢٨ وهي أكبر من ٠.٥ ومن ثم يمكننا القول أن حجم العينة كافي لاجراء التحليل العاملي، و بالنظر إلى قيمة معنوية اختبار $(Sphericity) = 0.000$ وهي أقل من 0.05. أي أنه يمكننا القول بوجود ارتباط بين المتغيرا بالنظر إلى نسب التباين المفسرة نجد: - العامل الأول فسر ٤٢.٩١٥% من الاختلافات، بينما العامل الثاني فسر ٤٢.٠٦٨% من الاختلافات، و بالنظر إلى التحميلات نجد أن قيم التحميلات لكل العبارات أعلى من ٠.٤ أي أن هناك صدق عاملي.

الاتساق الداخلي لمقياس الإدراك الوالدي:

ولتحديد الاتساق الداخلي لمقياس الإدراك الوالدي، تم حساب معامل ارتباط بيرسون بين الابعاد الفرعية والمقياس، ويوضح جدول (٨) الاتساق الداخلي لمقياس الإدراك الوالدي.

جدول (٥)

نتائج الاتساق الداخلي لابعاد مقياس الإدراك الوالدي (ن=٥٣٧)

معامل الارتباط	الابعاد
.802**	التضمين (للام)
.831**	الدعم (للام)
.846**	الدفع (للام)
.783**	التضمين (للاب)
.811**	الدعم (للاب)
.839**	الدفع (للاب)

من الجدول (٥) يمكننا ملاحظة ان جميع قيم معاملات الارتباط بين المحاور الفرعية للمقياس والمقياس الرئيسي (النمط الوالدي المدرك) دالة وتتراوح بين 0.٧ و 0.٨ مما يدل

على وجود علاقة قوية اي ان هناك درجة اتساق داخلي مرتفعه لمقياس النمط الوالدي المدرك

ثبات مقياس الإدراك الوالدي:

تم حساب ثبات المقياس باستخدام معامل ألفا كرونباخ والذي بلغت قيمته للمقياس ككل 0.931 وفيما يلي قيم معاملات ألفا لكل بعد على حدة كما بجدول (٦):

جدول (٦)

قيم معاملات الفا لابعاد مقياس الإدراك الوالدي (ن=٥٣٧)

المحور	عدد العبارات	قيمه الفا كرونباخ
التضمين (للام)	6	0.777
الدعم (للام)	9	0.713
الدفع (للام)	6	0.781
التضمين (للاب)	6	0.736
الدعم (للاب)	9	0.707
الدفع (للاب)	6	0.776
الإدراك الوالدي	42	0.931

من الجدول (٦) يمكننا ملاحظه ان قيمه معامل الثبات"الفا كرونباخ" لمقياس (الإدراك الوالدي) ومحاوره التضمين (للام)، الدعم (للام)، الدفع (للام) ، التضمين (للاب)،، الدعم (للاب)، الدفع (للاب). أعلى من 0.5 ومن ثم يمكننا القول ان هذا المقياس يتسم بالثبات.

٤ - مقياس احداث الحياة الضاغطة: Stressful Life Events Scale

وضع هولاند وآخرون (Holland et al., 2010) ، مقياس احداث الحياة الضاغطة، وهو يتبع نظرية المعنى Meaning Theory ونموذج المعنى (Park, 2010)، ويقيم هذا النموذج احداث الحياة التي تمر بالفرد، تقييم درجة وجود (أو عدم وجود) معنى يضيفه الفرد علي تلك الاحداث (Holland, 2015). كما يندرج تحت المقياس بعد الفهم، والذي يهدف الي تقييم مدى قدرة الفرد على فهم خسارة أو ضغوط أخرى ودمجها بشكل تكيفي في إطار أكبر لفهم أنفسهم والآخرين والعالم من حولهم. اما البعد الثاني لمقياس احداث الضاغطة وهو بعد تأثير الاحداث الضاغطة، فهو يعني تقييم إلى أي مدى يكون شكل العالم بالنسبة للفرد الذي يمر باحداث ضاغطة، وهل للعالم معني؟ ام لم يعد له معني في أعقاب

حدث هام في الحياة مثل الفجعة، او في اعقاب احداث اقل شدة مثل الضغوط الحياتية اليومية.

ومقياس احداث الحياة الضاغطة له اتساق داخلي مرتفع جدا تتراوح بين (0.80- 0.92) ، ثبات المقياس بإعادة التطبيق بعد ثلاثة شهور بلغ 0.59 Holland et al., (2010)

ويتكون المقياس من ١٦ فقرة ، والعبارة المعكوسة الوحيدة بالمقياس هي العبارة رقم (٢) تتوزع فقرات المقياس حول بعدين هما : بعد فهم الاحداث الضاغطة (٤ فقرات)، ويعد تأثير الاحداث الضاغطة (١٢ عبارة). ويتم تسجيل كل سؤال على مقياس ليكرت من خمس نقاط تتراوح من "أوافق جدا" وتساوي درجة واحدة إلى "غير موافق على الإطلاق" وتساوي خمس درجات، وعلى ذلك فاقل درجة هي ١٦ وأعلى درجة هي ٩٠.

الفصحى السهلة، ثم خضعت الترجمة لدورات عديدة من المراجعة من قبل كل من المتخصصين في علم النفس وفي اللغة الانجليزية ممن يتقنون اللغة العربية أيضا. حيث عرضت النسخة العربية علي ثلاثة أساتذة جامعيين متخصصين في اللغة الإنجليزية، وذلك للقيام بترجمة الاستبيان إلي اللغة الإنجليزية دون الإطلاع علي النسخة الأصلية من أجل مقارنة النسختين انجليزي-عربي ، عربي- انجليزي، من أجل الحفاظ علي محتوى النسخة الأصلية، والتأكد من دقة وموضوعية البنود.

وتم تحكيمه من ٩ من أعضاء هيئة التدريس في جامعة قناة السويس ممن يحملون درجة الدكتوراه في الصحة النفسية أو القياس والتقويم أو علم النفس التربوي، حيث تم عرضه عليهم لإبداء ملاحظاتهم حول دقة الصياغة وملاءمة الفقرات ووضوحها وانتمائها للبعد الذي أدرجت تحته. وقد اعتمدت نسبة اتفاق بين المحكمين %85 لإبقاء الفقرة كما هي. واقترح المحكمون بعض التعديلات اللغوية البسيطة وقد تم إدخالها على المقياس. ثم طبقت الصيغة العربية للمقياس بعد تحكيمه علي مجموعة صغيرة من طلاب الجامعة (٧٠ طالبا) للتعرف علي مدى ملاءمة العبارات للتأكد من وضوح الصياغة وللتعرف علي أي غموض في العبارات، ونتج عن ذلك تعديلات طفيفة.

ولتحديد الصدق العملي لمقياس أحداث الحياة الضاغطة، اعتمدت الباحثة على إجراء التحليل العملي الاستكشافي والتحقق من ان هناك عامل او عاملين علي الأكثر يفسروا الاختلافات في المحاور الفرعية كما يوضحها جدول (٧).

جدول (٧)

نتائج التحليل العملي الاستكشافي لابعاد مقياس أحداث الحياة الضاغطة (ن= ٥٣٧)

التحليلات	احداث الحياة الضاغطة			العبارات
	نسبه التباين المفسر	دلالة الارتباط	قيمه kmo	
0.862	80.026	0.000	0.500	احداث الحياة الضاغطة البعد الأول
0.815				احداث الحياة الضاغطة البعد الثاني

من الجدول (٧) وبالنظر إلى قيمة اختبار kmo نجد أنها تساوي ٠.٥٠٠ وهي أكبر من ٠.٥ ومن ثم يمكننا القول أن حجم العينة كافي لإجراء التحليل العملي، بالنظر إلى قيمة معنوية اختبار $(Sphericity) = 0.000$ وهي أقل من 0.05. أي أنه يمكننا القول بوجود ارتباط بين المتغيرات بالنظر إلى نسب التباين المفسرة نجد :- العامل الوحيد فسر ٨٠.٠٢٦% من الاختلافات وبالنظر إلى التحميلات نجد أن قيم التحميلات لكل العبارات أعلى من ٠.٤ أي أن هناك صدق عملي.

الاتساق الداخلي لمقياس أحداث الحياة الضاغطة

ولتحديد الاتساق الداخلي لمقياس أحداث الحياة الضاغطة تم حساب معامل ارتباط بيرسون بين الابعاد الفرعية والمقياس، ويوضح جدول (٨) الاتساق الداخلي لمقياس أحداث الحياة الضاغطة.

جدول(٨)

نتائج الاتساق الداخلي لابعاد مقياس احداث الحياة الضاغطة (ن= ٥٣٧)

معامل الارتباط	الابعاد
.968**	احداث الحياة الضاغطة البعد الأول
.783**	احداث الحياة الضاغطة البعد الثاني

من الجدول (٨) يمكننا ملاحظة ان جميع قيم معاملات الارتباط بين المحاور الفرعية للمقياس والمقياس الرئيسي (احداث الحياة الضاغطة) معنويه وتتراوح بين 0.٨ و 0.٩ مما يدل على وجود علاقة قوية اي ان هناك درجة صدق مرتفعه لمقياس احداث الحياة الضاغطة

ثبات مقياس أحداث الحياة الضاغطة:

تم حساب ثبات المقياس باستخدام معامل ألفا كرونباخ والذي بلغت قيمته للمقياس ككل 0.841 وفيما يلي قيم معاملات ألفا لكل بعد على حدة كما بجدول (٩)

جدول (٩)

معامل ألفا كرونباخ لثبات ابعاد مقياس احداث الحياة الضاغطة (ن= ٥٣٧)

المحور	عدد العبارات	قيمة ألفا كرونباخ
احداث الحياة الضاغطة البعد الأول	11	0.823
احداث الحياة الضاغطة البعد الثاني	5	0.500
احداث الحياة الضاغطة	16	0.841

من الجدول (٩) يمكننا ملاحظه ان قيمة معامل الثبات "ألفا كرونباخ" لمقياس (احداث الحياة الضاغطة) وابعاده احداث الحياة الضاغطة البعد الأول، احداث الحياة الضاغطة البعد الثاني اعلي من 0.5 ومن ثم يمكننا القول ان هذا المقياس يتسم بالثبات.

٤- مقياس اضطراب الوسواس القهري: Obsessive- Compulsive Disorder Scale

أعد (Krueger, Derringer, Markon, Watson & Skodol, 2012)، مقياس الوسواس القهري، وهو مقياس فرعي من قائمة الشخصية لمقياس اضطرابات الشخصية، وفقا للدليل التشخيصي والاحصائي للاضطرابات العقلية، الإصدار الخامس (APA-2013) وأطلق على هذه القائمة قائمة الشخصية، (PID-5) The Personality Inventory for DSM-5، وتكونت القائمة ككل من ٢٢٠ فقرة لتقيس ٥ ابعاد للشخصية، وصممت القائمة لتقيس اضطرابات الشخصية العشرة وفقا للدليل الاحصائي والتشخيصي، حيث تقيس اضطرابات (الاعتمادية، التجنبية، الوسواس القهري) وتسمى مجموعة القلق (Anxious cluster) وهي المجموعة "ج" ؛ وتقيس كذلك اضطرابات الشخصية (الحدية، والهستيريونية، والنرجسية، والمضادة للمجتمع) وتسمى الاضطرابات الشاذة أو المنحرفة (Odd or eccentric cluster) وهي المجموعة "ب"؛ كما تقيس القائمة أيضا اضطرابات الشخصية (الفصامية و الفصامية النمط، والبارانويا) وتسمى الاضطرابات الدرامية (Dramatic cluster) وهي المجموعة "أ".

وقامت العديد من الدراسات بالتحقق من الاتساق الداخلي لابعاد قائمة الشخصية (PID-5) وتراوح بين ٨٤، - ٩٦، كما تم التحقق من ثبات القائمة من خلال دراسات عديدة

على عينات اكلينيكية وغير اكلينيكية، واعدار مختلفة من ١٨ - ٧٢ عاما، وحققت القائمة ثباتا مرتفعا في جميع تلك الدراسات (Al-Dajani et al., 2015). ففي دراسة "باجبي" تراوح معامل الثبات لابعاد القائمة بين ٨٤, لبعء الوجدان السلبي، ٧٥, لبعء الانفصال، ٨٣, لبعء العدائية، ٨٠, لبعء إزالة التثبيط، ٨٧, لبعء الذهانبة (Quality, 2013). وقام Bagby (2018) & Sellbom بالتحقق من ثبات القائمة من خلال إعادة تطبيق الاختبار على عينه من طلاب الجامعة وتراوحت معاملات الثبات لابعاد القائمة بين ٩٥, لبعء الوجدان السلبي، ٩٢, لبعء الانفصال، ٩٤, لبعء العدائية، ٩٢, لبعء إزالة التثبيط، ٩٤, لبعء الذهانبة. وفيما يخص الصدق العاملي البنائي لقائمة الشخصية PID-5، تم دراسة قائمة الشخصية PID-5 مع نموذج العوامل الخمسة الكبرى للشخصية (FFM) Five Factors Model من اعداد كوستا وماكري (Costa & McCrae, 1992) وهو نموذج واسع الانتشار مترجم للغات عديدة وثبت صدقه وثباته على نطاق واسع (Al-Dajani et al., 2015)، وأثبتت العديد من الدراسات مدي تطابق أبعاد نموذج العوامل الخمسة للكبرى للشخصية مع قائمة الشخصية PID-5، فارتبط بعد الوجدان السلبي في قائمة الشخصية ارتباطا دالا موجبا مع بعد العصابية في نموذج العوامل الخمسة الكبرى للشخصية، كما ارتبط بعد الانفصالية مع بعد الانبساطية ارتباطا دالا سالبا، كما ارتبط بعد العدائية مع بعد الوفاق ارتباطا دالا سالبا (Al-Dajani et al., 2016)

ويعد مقياس اضطراب الوسواس القهري مقياسا فرعيا ضمن قائمة الشخصية PID-5 صمم ليقاس اضطراب الشخصية التي تعاني من الوسواس القهري (Krueger, et al., 2012)، ويتضمن المقياس ٣٢ فقرة موزعة على أربعة أبعاد هي: المثابرة ويتضمن ٩ فقرات، والتجنب ويشتمل على ٦ فقرات، الجمود/الصرامة ويشمل ١٠ فقرات، والوجدان المقيد ويتضمن ٧ فقرات.

والمقياس تقرير ذاتي حيث يجيب الفرد على فقراته على سلم رباعي يتراوح بين خطأ تماما وتعطي (صفر) درجة، وصحيح تماما وتعطي ثلاث درجات، وذلك للفقرات الموجبة وتعكس الدرجات على الفقرات السالبة، وتوجد عبارة واحدة فقط سلبية تندرج تحت بعد التجنب.

وعند جمع النقاط في هذا المقياس تتراوح الدرجة الكلية بين (صفر - ٩٦) درجة. عبارة بحيث تكون الدرجة الدنيا (صفر) والعليا (٩٦)، حيث تشير الدرجة العليا إلى درجة مرتفعة من الوسواس القهري.

ولأغراض الدراسة الحالية فقد قامت الباحثة بتعريب وتفتين قائمة الشخصية، من خلال ترجمة بنود الاستبيان من الانجليزية إلى العربية الفصحى السهلة، ثم خضعت الترجمة لدورات عديدة من المراجعة من قبل كل من المتخصصين في علم النفس وفي اللغة الانجليزية ممن يتقنون اللغة العربية أيضا. حيث عرضت النسخة العربية علي ثلاثة أساتذة جامعيين متخصصين في اللغة الإنجليزية، وذلك للقيام بترجمة الاستبيان إلي اللغة الإنجليزية دون الإطلاع علي النسخة الأصلية من أجل مقارنة النسختين انجليزي-عربي ، عربي-انجليزي، من أجل الحفاظ علي محتوى النسخة الأصلية، والتأكد من دقة وموضوعية البنود.

وتم تحكيمه من ٩ من أعضاء هيئة التدريس بالجامعات ممن يحملون درجة الدكتوراه في الصحة النفسية أو القياس والتقويم أو علم النفس التربوي، حيث تم عرضه عليهم لإبداء ملاحظاتهم حول دقة الصياغة وملاءمة الفقرات ووضوحها وانتمائها للبعد الذي أدرجت تحته. وقد اعتمدت نسبة اتفاق بين المحكمين %85 لإبقاء الفقرة كما هي. واقترح المحكمون بعض التعديلات اللغوية البسيطة وقد تم إدخالها على المقياس. ثم طبقت الصيغة العربية للمقياس بعد تحكيمه علي مجموعة صغيرة من طلاب الجامعة (٧٠ طالبا) للتعرف علي مدى ملاءمة العبارات للتأكد من وضوح الصياغة وللتعرف علي أي غموض في العبارات، ونتج عن ذلك تعديلات طفيفة.

ولتحديد الصدق العاملي لمقياس اضطراب الوسواس القهري، اعتمدت الباحثة على اجراء التحليل العاملي الاستكشافي والتحقق من ان هناك عامل او عاملين علي الأكثر يفسروا الاختلافات في المحاور الفرعية كما يوضحها جدول (١٠).

جدول (١٠)

نتائج التحليل العاملي الاستكشافي لابعاد مقياس الوسواس القهري (ن= ٥٣٧)

التحميلات		الوسواس القهري			
2	1	نسبه التباين المفسر	دلالة الارتباط	قيمه kmo	العبارات
	0.862	69.579	0.000	0.544	الوجدان المقيد
	0.815				التجنب
0.827					الجمود/الصرامة
0.796					المثابرة

بالنظر إلى قيمة اختبار kmo نجد أنها تساوي 0.544 وهي أكبر من 0.5 ومن ثم يمكننا القول أن حجم العينة كافي لإجراء التحليل العاملي، وبالنظر إلى قيمة معنوية اختبار $(Sphericity) = 0.000$ وهي أقل من 0.05. أي أنه يمكننا القول بوجود ارتباط بين المتغيرات بالنظر إلى نسب التباين المفسرة نجد :- العامل الأول فسر 35.641% من الاختلافات، بينما العامل الثاني فسر 33.938% من الاختلافات، وبالنظر إلى التحويلات نجد أن قيم التحويلات لكل العبارات أعلى من 0.4 أي أن هناك صدق عاملي.

الاتساق الداخلي لمقياس الوسواس القهري:

ولتحديد الاتساق الداخلي لمقياس الوسواس القهري تم حساب معامل ارتباط بيرسون بين الأبعاد الفرعية والمقياس، ويوضح جدول (11) الاتساق الداخلي لمقياس الوسواس القهري

جدول (11)

نتائج الاتساق الداخلي لأبعاد مقياس الوسواس القهري (ن= 537)

معامل الارتباط	المحاور الفرعية
.561**	الوجدان المقيد
.652**	الجمود/الصرامة
.658**	التجنب
**700.	المثابرة

من الجدول (11) يمكننا ملاحظة ان: جميع قيم معاملات الارتباط بين المحاور الفرعية للمقياس والمقياس الرئيسي (الوسواس القهري) دالة وتتراوح بين 0.56 و 0.7 مما يدل على وجود علاقة قوية أي أن هناك درجة اتساق داخلي مرتفعه لمقياس الوسواس القهري

ثبات مقياس اضطراب الوسواس القهري:

استخدمت الباحثة معامل ألفا كرونباخ لحساب ثبات مفردات المقياس وبلغت قيمته

0.719 وفيما يلي معاملات ألفا كرونباخ لكل بعد كما يوضحها جدول (12):

جدول (١٢)

معامل الفا كرونباخ لثبات ابعاد مقياس الوسواس القهري. (ن=٥٣٧)

المحور	عدد العبارات	قيمة الفا كرونباخ
الوجدان المقيد	6	0.601
الجمود/الصرامة	10	0.623
التجنب	7	0.538
المثابرة	9	0.592
الوسواس القهري	32	0.719

من الجدول يمكننا ملاحظه ان : قيمة معامل الثبات "الفا كرونباخ" لمقياس (الوسواس القهري) ومحاوره الوجدان المقيد، الكمالية، التجنب، المثابرة أعلى من 0.5 ومن ثم يمكننا القول ان المقياس يتسم بالثبات.

نتائج الدراسة

١ - الفرض الأول:

و الذي ينص على أنه " تسهم الكمالية في التنبؤ باضطراب الوسواس القهري لدى عينة من طلاب الجامعة"

للتحقق من هذه الفرضية استخدمت الباحثة أسلوب الانحدار الخطي البسيط حيث يكون فيه المتغير المستقل هو الكمالية والمتغير التابع هو اضطراب الوسواس القهري .

جدول (١٣)

انحدار الوسواس القهري على الكمالية

المتغيرات	معامل الانحدار	الخطأ المعياري	قيمة اختبارات	الدلالة
الوسواس القهري	40.656	2.421	16.790	0.000
الكمالية	0.028	0.012	2.330	0.020

من الجدول (١٣) يمكننا ملاحظه ان هناك تأثير ذو دلالة احصائية للمتغير المستقل وهو (الكمالية) على المتغير التابع وهو (الوسواس القهري) حيث كانت قيمة الدلالة ٠.٠٠٢ و هي أقل من ($\alpha = 0.05$) ، وبالنظر الى قيمة $b = 0.028$ اي كلما زاد المتغير المستقل بمقدار وحدة واحدة زاد الوسواس القهري بمقدار ٠.٠٢٨ . وبذلك يتحقق هذا الفرض حيث تبين ان متغير الكمالية ينبئ باضطراب الوسواس القهري.

وتتفق هذه النتيجة مع نتائج الدراسات السابقة وما توصل اليه كلا من: (Flamarique et al., 2019; Ramezani et al., 2016; Wheaton et al., 2019) ، وكذلك دراسة كلا من (محمود، ٢٠١٠؛ مرسي، ٢٠١٤) ، حيث تعد الكمالية مؤشرا قويا في التنبؤ بالوسواس القهري. وتتفق هذه النتائج مع النظرية المعرفية التي فسرت قدرة الكمالية في التنبؤ بالوسواس القهري حيث تؤكد النظرية المعرفية السلوكية ان الكمالية هي احد المسببات المعرفية للوسواس القهري، وانبثق من خلال هذه النظرية " نموذج Obsessive Compulsive Cognitions Working Group (OCCWG)"، والذي تحقق من دور المحتويات المعرفية (المعتقدات والتقييمات) والعمليات المعرفية كمسببات للوسواس القهري (Clark et al., 2005) ووفقاً لهذا النموذج (OCCWG) تعد الكمالية أحد السمات المعرفية الأساسية الستة المسببة للوسواس القهري (Abramowitz et al., 2010; Egan et al., 2011).

وتختلف النتائج السابقة مع نتائج دراسة (يونس، ٢٠٠٧) حيث اجرت دراسة تبين منها ان النزعة الي الكمال لا تتنبأ بالوسواس القهري.

٢ - الفرض الثاني؛

و الذي ينص على أنه " يسهم الادراك الوالدي في التنبؤ بأعراض اضطراب الوسواس القهري لدى عينة من طلاب الجامعة" وللتحقق من هذا الفرض قامت الباحثة باستخدام أسلوب الانحدار الخطي البسيط حيث يكون فيه المتغير المستقل هو الإدراك الوالدي و المتغير التابع هو اضطراب الوسواس القهري

جدول (١٤)

انحدار الوسواس القهري على الإدراك الوالدي

المتغيرات	معامل الانحدار	الخطأ المعياري	قيمته اختبار ت	المعنوية
الوسواس القهري	51.702	2.244	23.036	0.000
النمط الوالدي المدرك	-0.028	0.011	-2.495	0.013

من الجدول (١٤) يمكننا ملاحظه ان هناك تأثير ذو دلالة احصائية المتغير المستقل وهو (النمط الوالدي المدرك) على المتغير التابع وهو (الوسواس القهري) حيث كانت قيمة المعنوية ٠.٠١٣ و هي أقل من ($\alpha = 0.05$) ، وبالنظر الى قيمة $b = 0.028$ اي كلما زاد المتغير المستقل بمقدار وحدة واحدة قل الوسواس القهري بمقدار ٠.٠٢٨

وبذلك يتحقق هذا الفرض حيث تبين ان متغير الإدراك الوالدي ينبئ باضطراب الوسواس القهري. وتتفق هذه النتيجة مع نتائج الدراسات السابقة وما توصل اليه كلا (Belschner et al., 2020; Grabe et al., 2010; Hofer et al., 2020; Mathieu et al., 2020) حيث ان الأبناء الذين يدركون ان اباؤهم اكثر دفئا ودعما، وتضمينا في حياتهم تقل لديهم الإصابة بالوسواس القهري.

وهو ما يتفق مع مع نظرية التحديد الذاتي Self-Determination Theory والتي وضعها (Grolnick, Ryan, and Deci (1991 حيث تحدد النظرية أفضل الممارسات الوالدية، وتفترض بأن الأبناء أفضل حالاً بكثير عندما يدعم الاباء الاستقلالية ويحفزون ابنائهم ويقدمون رعاية دافئة وبيئة آمنة، اما الممارسات الوالدية التي تتسم بالتسلط، والابتعاد وعدم الاندماج مع الأبناء ومشاركتهم مشاعرهم ومشاكلهم فهي الممارسات المسببة للاضطرابات والامراض النفسية ومنها الوسواس القهري (Belschner et al., 2020)

واتفقت النتائج السابقة أيضا مع نتائج دراسة (السيد، ٢٠٠٩)، حيث وجدت الدراسة علاقة دالة احصائيا بين أساليب المعاملة الوالدية ودرجة إصابة الأبناء بمرض الوسواس القهري. حيث كان أحد فروض دراسة (السيد، ٢٠٠٩) بانه "يوجد علاقة بين أساليب المعاملة الوالدية وبين إصابة الأبناء من سن ١٥-١٨ سنة بمرض الوسواس القهري"، وقد تحقق هذا الفرض.

الفرض الثالث:

والذي ينص على أنه تسهم أحداث الحياة الضاغطة في التنبؤ بأعراض اضطراب الوسواس القهري لدى عينة من طلاب الجامعة" للتحقق من هذه الفرضية تم استخدام أسلوب الانحدار الخطي البسيط حيث يكون فيه المتغير المستقل أحداث الحياة الضاغطة والمتغير التابع هو اضطراب الوسواس القهري .

جدول (١٥)

انحدار الوسواس القهري على احداث الحياه الضاغطة

المتغيرات	معامل الانحدار	الخطأ المعياري	قيمه اختبار	الدلالة
الوسواس القهري	36.370	1.991	18.271	0.000
احداث الحياة الضاغطة	0.200	0.039	5.058	0.0001

من الجدول (١٥) يمكننا ملاحظه ان هناك تأثير ذو دلالة احصائية المتغير المستقل وهو (احداث الحياه الضاغطة)على المتغير التابع وهو(الوسواس القهري) حيث كانت قيمة المعنوية ٠.٠٠٠١ و هي أقل من ($\alpha=0.05$) ، وبالنظر الى قيمة $b=0.2$ اي كلما زاد المتغير المستقل بمقدار وحدة واحدة زاد الوسواس القهري بمقدار ٠.٢

وبذلك يتحقق هذا الفرض حيث تبين ان متغير احداث الحياة الضاغطة ينبئ باضطراب الوسواس القهري. وتتفق هذه النتيجة مع نتائج الدراسات السابقة وما توصل اليه كلا من (Albert et al., 2018; Sarkhel et al., 2011; Vidal-Ribas et al., 2014; Velayudhan & Katz, 2006)

وهو ما يتفق مع نموذج المعني (Park, 2010) والذي يفترض ان الاحداث في حد ذاتها ليس لها معني ما لم يقوم الفرد نفسه باضفاء معني عليها، ولقد وضع المنظرون تصورًا لسوء الفهم لتجارب الحياة المجهدة والضاغطة الناشئة عن عدم القدرة على التكيف مع الحدث بسبب تقييم الحدث بانه شديد او غير محتمل، وهو ما يوضح ان الحدث ليس هو المشكله، ولكن تقييم الفرد للحدث هو الذي يجعله حدثًا ضاغطًا او حدثًا عاديًا.

وان نتيجة التقييم السلبي واطفاء معني سلبي على الاحداث الضاغطة، يعد منشأ للاضطرابات النفسية، وخاصة اضطراب الوسواس القهري، لانه مع الضغط المتزايد على الفرد نتيجة لهذه الاحداث، ومع تسلط الأفكار والوسواس عليه بأنه مسئول عن وقوع هذه الاحداث، يتبع ذلك محاولات الفرد لتخفيف تلك الضغوط، وذلك من خلال اعمال تكرارية (أفعال قهرية)(Holland et al., 2010)

3 - الفرض الرابع

و الذي ينص على على أنه "يسهم التفاعل بين متغيري الإدراك الوالدي واحداث الحياة الضاغطة في التنبؤ باعراض اضطراب الوسواس القهري لدى عينة من طلاب الجامعة" للتحقق من هذه الفرضية تم استخدام أسلوب الانحدار الخطي البسيط حيث يكون فيه المتغير المستقل (احداث الحياه الضاغطة*النمط الوالدي المدرك) و المتغير التابع هو اضطراب الوسواس القهري

جدول (١٦)

انحدار الوسواس القهري على احداث الحياه الضاغطة*النمط الوالدى المدرك

المتغيرات	معامل الانحدار	الخطأ المعياري	قيمه اختبارات	الدلالة
الوسواس القهري	41.792	1.655	25.257	0.000
احداث الحياه الضاغطة*النمط الوالدى المدرك	0.1	0.01	2.764	0.006

من الجدول (١٦) يمكننا ملاحظه ان هناك تأثير ذو دلالة احصائية المتغير المستقل وهو (احداث الحياه الضاغطة*النمط الوالدى المدرك) على المتغير التابع وهو(الوسواس القهري) حيث كانت قيمة المعنوية ٠.٠٠٠٦ و هي أقل من ($\alpha = 0.05$) ، وبالنظر الى قيمة $b = 0.1$ اي كلما زاد المتغير المستقل بمقدار وحدة واحدة زادة مقدار الوسواس القهري ب ٠.١

وبذلك يتحقق هذا الفرض حيث تبين ان (احداث الحياه الضاغطة*النمط الوالدى المدرك) ينبئ باضطراب الوسواس القهري. وتتفق هذه النتيجة مع نتائج الدراسات السابقة وما توصل اليه كلا من (Haciomeroglu & Karanci, 2013; Hofer et al., 2018).

حيث ان تفاعل المتغيرين معا يؤدي للإصابة بالوسواس القهري، ومن خلال ملاحظة نتائج الفرض الثاني، ونتائج الفرض الثالث معا، فان النمط الوالدي الإيجابي والممارسات الوالدية الصحيحة والتي تؤدي لخفض الإصابة بالوسواس القهري، حينما تتفاعل مع نتائج الفرض الثالث وهي ضغوط الحياة الضاغطة فان الزيادة في الإصابة بالوسواس القهري تكون طفيفة، وهو ما يتفق تماما مع دراسة (Hofer et al., 2018; Hofer et al., 2020). فالممارسات الوالدية الإيجابية من دفاء ودعم وتضمين تعمل كحاجز واقى لحماية الفرد، ومن ثم فان تأثير الاحداث الضاغطة عليه لا يكون بنفس قدر تأثيرها عليه إذا كان النمط الوالدي المسيطر سلبيا وغير داعم.

4 - الفرض الخامس:

و الذي ينص على أنه " يسهم التفاعل بين المتغيرات (الكفالية و الإدراك الوالدي واحداث الحياه الضاغطة) في التنبؤ بأعراض اضطراب الوسواس القهري لدى عينة من طلاب الجامعة"

للتحقق من هذا الفرض تم استخدام أسلوب الانحدار الخطي البسيط حيث يكون فيه المتغير المستقل (الكمالية*النمط الوالدي المدرك*الكمالية*أحداث الحياة الضاغطة) و المتغير التابع هو اضطراب الوسواس القهري .

جدول (١٧)

انحدار الوسواس القهري على أحداث الحياة الضاغطة*النمط الوالدي المدرك*الكمالية

المتغيرات	معامل الانحدار	الخطأ المعياري	قيمة اختبار ت	الدلالة
الوسواس القهري	42.498	1.223	34.741	٠.٠٠١
أحداث الحياة الضاغطة*النمط الوالدي المدرك*الكمالية	٠.١٥	٠.١	3.238	0.001

من الجدول (١٧) يمكننا ملاحظه ان هناك تأثير ذو دلالة احصائية المتغير المستقل وهو (أحداث الحياة الضاغطة*النمط الوالدي المدرك*الكمالية) على المتغير التابع وهو(الوسواس القهري) حيث كانت قيمة المعنوية ٠.٠٠٠٦ و هي أقل من ($\alpha = 0.005$)، وبالنظر الى قيمة $b = 0.15$ اي كلما زاد المتغير المستقل بمقدار وحدة واحدة زاد مقدار الوسواس القهري ب ٠.١٥

وبذلك يتحقق هذا الفرض حيث تبين ان التفاعل بين متغيرات الإدراك الوالدي *أحداث الحياة السابقة*الكمالية ينبئ باضطراب الوسواس القهري. وتتفق هذه النتيجة مع نتائج الدراسات السابقة وما توصلت اليه دراسة (Haciomeroglu & Karanci, 2013; Brander et al., 2016)، حيث كان تفاعل أحداث الحياة الضاغطة، مع الإدراك الوالدي منبئين بالوسواس القهري، ومع دراسة (Boysan & Çam (2018) ، والتي تحققت من قدرة نموذج انماط التعلق غير الامن (القلق- التجنب) ،مع النموذج المعرفي (الكمالية، والمسئولية، والسيطرة علي الأفكار) في التنبؤ بالوسواس القهري.

5 - الفرض السادس:

و الذي ينص على أنه " لا توجد فروق بين الجنسين في المتغيرات الأربعة موضع الدراسة" و يتفرع من هذا الفرض عدة فروض فرعية كل فرض فرعي يخص احد للتحقق من الفرض تم استخدام اختبارات للمقارنة بين الذكور والإناث.

1 - مقياس الكمالية

جدول (١٨)
الفروق في انماط الكمالية طبقا للنوع

المحور	النوع	الوسط	الانحراف المعياري	اختبارات	الدلالة	الدلالة																																																																																						
الترتيب	ذكر	27.46	6.385	-4.042	0.000	دال																																																																																						
	انثى	30.52	7.504				الرضا	ذكر	28.65	6.316	-5.478	0.000	دال	انثى	32.83	8.056	التحقق	ذكر	15.43	3.581	-2.664	0.009	دال	انثى	16.55	4.092	الكمالية	ذكر	18.32	3.887	-3.563	0.000	دال	انثى	20.05	4.294	المعايير المرتفعة	ذكر	18.73	4.224	-1.594	0.11	غير دال	انثى	19.59	4.780	التفكير الجامد	ذكر	12.01	3.057	-2.04	0.04	دال	انثى	12.71	2.945	الضغوط من الآخرين	ذكر	18.58	4.094	-3.16	0.00	دال	انثى	20.16	4.376	عدم الرضا	ذكر	27.05	5.273	-1.48	0.14	غير دال	انثى	27.96	5.351	الاستجابة نحو الأخطاء	ذكر	21.18	4.699	-2.21	0.03	دال	انثى	22.43	4.976	مقياس الكمالية	ذكر	187.4	31.4	-4.133	0.000
الرضا	ذكر	28.65	6.316	-5.478	0.000	دال																																																																																						
	انثى	32.83	8.056				التحقق	ذكر	15.43	3.581	-2.664	0.009	دال	انثى	16.55	4.092	الكمالية	ذكر	18.32	3.887	-3.563	0.000	دال	انثى	20.05	4.294	المعايير المرتفعة	ذكر	18.73	4.224	-1.594	0.11	غير دال	انثى	19.59	4.780	التفكير الجامد	ذكر	12.01	3.057	-2.04	0.04	دال	انثى	12.71	2.945	الضغوط من الآخرين	ذكر	18.58	4.094	-3.16	0.00	دال	انثى	20.16	4.376	عدم الرضا	ذكر	27.05	5.273	-1.48	0.14	غير دال	انثى	27.96	5.351	الاستجابة نحو الأخطاء	ذكر	21.18	4.699	-2.21	0.03	دال	انثى	22.43	4.976	مقياس الكمالية	ذكر	187.4	31.4	-4.133	0.000	دال	انثى	202.8	36.8						
التحقق	ذكر	15.43	3.581	-2.664	0.009	دال																																																																																						
	انثى	16.55	4.092				الكمالية	ذكر	18.32	3.887	-3.563	0.000	دال	انثى	20.05	4.294	المعايير المرتفعة	ذكر	18.73	4.224	-1.594	0.11	غير دال	انثى	19.59	4.780	التفكير الجامد	ذكر	12.01	3.057	-2.04	0.04	دال	انثى	12.71	2.945	الضغوط من الآخرين	ذكر	18.58	4.094	-3.16	0.00	دال	انثى	20.16	4.376	عدم الرضا	ذكر	27.05	5.273	-1.48	0.14	غير دال	انثى	27.96	5.351	الاستجابة نحو الأخطاء	ذكر	21.18	4.699	-2.21	0.03	دال	انثى	22.43	4.976	مقياس الكمالية	ذكر	187.4	31.4	-4.133	0.000	دال	انثى	202.8	36.8																
الكمالية	ذكر	18.32	3.887	-3.563	0.000	دال																																																																																						
	انثى	20.05	4.294				المعايير المرتفعة	ذكر	18.73	4.224	-1.594	0.11	غير دال	انثى	19.59	4.780	التفكير الجامد	ذكر	12.01	3.057	-2.04	0.04	دال	انثى	12.71	2.945	الضغوط من الآخرين	ذكر	18.58	4.094	-3.16	0.00	دال	انثى	20.16	4.376	عدم الرضا	ذكر	27.05	5.273	-1.48	0.14	غير دال	انثى	27.96	5.351	الاستجابة نحو الأخطاء	ذكر	21.18	4.699	-2.21	0.03	دال	انثى	22.43	4.976	مقياس الكمالية	ذكر	187.4	31.4	-4.133	0.000	دال	انثى	202.8	36.8																										
المعايير المرتفعة	ذكر	18.73	4.224	-1.594	0.11	غير دال																																																																																						
	انثى	19.59	4.780				التفكير الجامد	ذكر	12.01	3.057	-2.04	0.04	دال	انثى	12.71	2.945	الضغوط من الآخرين	ذكر	18.58	4.094	-3.16	0.00	دال	انثى	20.16	4.376	عدم الرضا	ذكر	27.05	5.273	-1.48	0.14	غير دال	انثى	27.96	5.351	الاستجابة نحو الأخطاء	ذكر	21.18	4.699	-2.21	0.03	دال	انثى	22.43	4.976	مقياس الكمالية	ذكر	187.4	31.4	-4.133	0.000	دال	انثى	202.8	36.8																																				
التفكير الجامد	ذكر	12.01	3.057	-2.04	0.04	دال																																																																																						
	انثى	12.71	2.945				الضغوط من الآخرين	ذكر	18.58	4.094	-3.16	0.00	دال	انثى	20.16	4.376	عدم الرضا	ذكر	27.05	5.273	-1.48	0.14	غير دال	انثى	27.96	5.351	الاستجابة نحو الأخطاء	ذكر	21.18	4.699	-2.21	0.03	دال	انثى	22.43	4.976	مقياس الكمالية	ذكر	187.4	31.4	-4.133	0.000	دال	انثى	202.8	36.8																																														
الضغوط من الآخرين	ذكر	18.58	4.094	-3.16	0.00	دال																																																																																						
	انثى	20.16	4.376				عدم الرضا	ذكر	27.05	5.273	-1.48	0.14	غير دال	انثى	27.96	5.351	الاستجابة نحو الأخطاء	ذكر	21.18	4.699	-2.21	0.03	دال	انثى	22.43	4.976	مقياس الكمالية	ذكر	187.4	31.4	-4.133	0.000	دال	انثى	202.8	36.8																																																								
عدم الرضا	ذكر	27.05	5.273	-1.48	0.14	غير دال																																																																																						
	انثى	27.96	5.351				الاستجابة نحو الأخطاء	ذكر	21.18	4.699	-2.21	0.03	دال	انثى	22.43	4.976	مقياس الكمالية	ذكر	187.4	31.4	-4.133	0.000	دال	انثى	202.8	36.8																																																																		
الاستجابة نحو الأخطاء	ذكر	21.18	4.699	-2.21	0.03	دال																																																																																						
	انثى	22.43	4.976				مقياس الكمالية	ذكر	187.4	31.4	-4.133	0.000	دال	انثى	202.8	36.8																																																																												
مقياس الكمالية	ذكر	187.4	31.4	-4.133	0.000	دال																																																																																						
	انثى	202.8	36.8																																																																																									

من الجدول (١٨) يمكننا ملاحظة ان :-

- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الذكور والإناث في المحاور (المعايير المرتفعة ، عدم الرضا) حيث كانت قيم المعنوية لهم أكبر من ٠.٠٥ .
 - توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الذكور و الإناث في المحاور (الترتيب، الرضا، التحقق، الكمالية، التفكير الجامد ، الضغوط على الآخرين، الاستجابة نحو الأخطاء) ومقياس الكمالية ككل حيث كانت قيم المعنوية لهم أقل من ٠.٠٥ .
- وهو ما يتفق مع نتائج الدراسات السابقة من وجود اختلافات بين الجنسين في متغير الكمالية (Knutt, 2007)

٢*مقياس أحداث الحياة الضاغطة

جدول (١٩)

الفروق في انماط أحداث الحياة الضاغطة طبقاً للنوع

المحور	النوع	الوسط	الانحراف المعياري	اختبارات	المعنوية	الدلالة
أحداث الحياة الضاغطة البعد الأول	ذكر	33.36	8.003	-1.304	0.193	غير دال
	انثى	34.62	8.446			
أحداث الحياة الضاغطة البعد الثاني	ذكر	14.6374	3.16409	-0.723	0.470	غير دال
	انثى	14.9193	3.43449			
أحداث الحياة الضاغطة	ذكر	48.0000	10.11819	-1.243	0.214	غير دال
	انثى	49.5381	10.87961			

من الجدول (١٩) يمكننا ملاحظه انه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مقياس

أحداث الحياة الضاغطة حيث كانت قيم المعنوية لها أكبر من ٠.٠٥ .

وهو ما يحقق صحة الفرض من حيث عدم وجود فروق بين الجنسين في أحداث

الحياة الضاغطة، حيث تؤثر أحداث الحياة علي الذكور والاناث. ولا توجد اختلافات دالة

بينهما في هذا. الا انه يختلف نتائج الدراسات السابقة (Rosso et al., 2012) والتي تری

اختلافاً بين الذكور والاناث حيث تواجه الاناث أحداثاً ضاغطة أكثر من الذكور بحسب ما

ذكرت الدراسة.

٣ - مقياس النمط الوالدي المدرك

جدول (٢٠)

الفروق في انماط النمط الوالدي المدرك طبقاً للنوع

المحور	النوع	الوسط	الانحراف المعياري	اختبارات	المعنوية	الدلالة
التضمين (للام)	ذكر	27.7	6.9	-2.62	0.010	دال
	انثى	29.9	7.6			
الدعم (للام)	ذكر	41.6	8.0	-0.82	0.413	غير دال
	انثى	42.4	9.2			
الدفع (للام)	ذكر	28.4	6.8	-1.86	0.064	غير دال
	انثى	30.0	7.7			
التضمين (للأب)	ذكر	27.1	5.9	-0.95	0.344	غير دال
	انثى	27.8	7.2			
الدعم (للأب)	ذكر	39.8	7.9	-0.97	0.33	غير دال
	انثى	40.7	9.2			
الدفع (للأب)	ذكر	27.7	6.6	-1.51	0.13	غير دال
	انثى	28.9	7.6			
النمط الوالدي المدرك	ذكر	192.4	33.9	-1.80	0.07	غير دال
	انثى	199.6	39.8			

من الجدول (٢٠) يمكننا ملاحظه ان :

- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الذكور و الإناث فى محور التضمنين للأم حيث كانت قيمة المعنوية ٠.٠١ وهى أقل من ٠.٠٥ .
- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الذكور و الإناث فى باقي محاور الإدراك الوالدي (الدعم للأم ، الدفاع للأم ، التضمنين للأب، الدعم للأب، الدفاع للأب) و مقياس الإدراك الوالدي ككل حيث كانت قيم المعنوية لهم أكبر من ٠.٠٥ بحيث لا يوجد اختلاف بين الذكور والاناث فى النمط الادراك الوالدي.
- وهو ما يحقق صحة الفرض من حيث عدم وجود فروق بين الجنسين فى الإدراك الوالدي، حيث يتأثر كلا الجنسين بالنمط الوالدي، وأساليب المعاملة الوالدية. ولذلك لا توجد اختلافات دالة بينهما وهو ما يتفق مع نتائج دراسة (Patias et al., 2018). الا ان التضمنين لأم جاء مختلفا من بين الجنسين، ولعل تفسير ذلك يكمن فى طبيعة العلاقة بين الأم، وابنائها من الذكور قد تختلف قليلا، عن طبيعة تلك العلاقة بين الام وابنائها من الذكور، وهو الامر الذي نلاحظه جميعا، وخاصة فى مجتمعاتنا، فنجد الام اكثر قريبا من بناتها، واكثر اندماجا وتضمينا فى حياتهم.

٤ - مقياس الوسواس القهرى

جدول (٢١)

الفروق فى انماط الوسواس القهرى طبقا للنوع

المحور	النوع	الوسط	الانحراف المعيارى	اختبارات	الدلالة	الفرق
الوجدان المقيد	ذكر	7.82	2.835	2.3504107	0.0199763	دال
	انثى	7.01	3.699			
الكفالية	ذكر	16.11	4.228	-0.347005	0.7287237	غير دال
	انثى	16.29	4.612			
التجنب	ذكر	10.30	3.385	2.5457365	0.0111841	دال
	انثى	9.24	3.671			
المثابرة	ذكر	13.30	4.218	-0.214381	0.8303316	غير دال
	انثى	13.40	4.029			
الوسواس القهرى	ذكر	47.5275	9.15222	1.3760283	0.1693886	غير دال
	انثى	45.9372	10.21854			

من الجدول (٢١) يمكننا ملاحظة انه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الذكور و الإناث فى المحاور (الوجدان والتجنب) حيث كانت قيمة المعنوية أقل من ٠.٠٥ ، بينما لا

توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الذكور والإناث في المحاور (الكمالية و المثابرة) و مقياس الوسواس القهري ككل.

ويتضح تحقق الفرض في مقياس الوسواس القهري، فلم توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الذكور والإناث في الدرجة الكلية لمقياس الوسواس القهري. وهو ما يتفق مع نتائج دراسة (Stranger et al., 2019)، والتي أكدت وجود ارتباط وراثي قوي بين الوسواس القهري للذكور والإناث، إلا أنه لم يوجد دليل على الاختلاف بين الجنسين على مستوى الجين يرتبط باختلاف بين الذكور والإناث. وهو ما يتفق أيضاً مع نتائج الأبحاث في مجال اضطراب الوسواس القهري من عدم وجود فروق بين الجنسين في الإصابة باضطراب الوسواس القهري.

إلا أنه يختلف مع نتائج دراسة (Mattina & Steiner, 2016) والتي أرجعت السبب في اختلاف الذكور عن الإناث في الوسواس القهري إلى اختلافات في الجلوتامات التي ثبت علمياً ارتباطها باضطراب الوسواس القهري وأن الجلوتامات وهي الناقلات العصبية الاستثنائية الأساسية في الدماغ والمساهمة في الوسواس القهري من خلال دورها في القشرية المخاطية المهادية (Pauls et al., 2014)، قد ارتبطت بالذكور وليس الإناث، مما يشير إلى وجود اختلاف في الجنسين في الإصابة بالوسواس القهري بحيث يزداد في الذكور عن الإناث.

التوصيات:

- بناءً على نتائج الدراسة الحالية يمكن تقديم التوصيات الآتية:
- 1 - إجراء مزيد من الأبحاث لدراسة العوامل التنبؤية عن طريق إدراج عوامل أخرى قد يكون لها أثر في تفسير اضطراب الوسواس القهري.
 - 2 - القيام بعمل برامج إرشادية علاجية، لمساعدة الطلبة الذين يعانون من وسواس قهري، وذلك بالتعاون مع مركز الإرشاد الطلابي بالجامعة.
 - 3 - لقاء مزيد من الضوء والتوعية، بأهمية أساليب المعاملة الوالدية غير السوية، وأنماط التعلق الوالدي غير الآمنة، وخاصة في مرحلة الطفولة لما لها من أكبر الأثر في تشكيل وتطور الاضطرابات النفسية لدى الفرد.

المراجع:

أولاً: المراجع العربية:

- السيد، مروة محي الدين عطا. (2009). بعض أساليب المعاملة الوالدية كما يدركها الأبناء من سن (١٥-١٨) وعلاقتها بمرض الوسواس القهري دراسة مقارنة بين الذكور والاناث) / (رسالة ماجستير غير منشورة). جامعة عين شمس
- غانم، محمد حسن (٢٠٠٦). الاضطرابات النفسية والعقلية والسلوكية (الوبائيات- التعريف- محكات التشخيص- الأسباب والعلاج- المآل والمسار). القاهرة، الانجلو المصرية.
- حنور، قطب عبده خليل. (٢٠١٦). فعالية العلاج السلوكي وعلاج ما وراء المعرفي في تخفيف حده اضطراب الوسواس القهري لدى عينة من طلاب الجامعة - *Journal of Education* .
Sohag University, 46, 219-299. [https://doi-](https://doi-org.sdl.idm.oclc.org/10.12816/0037893)
- مرسي، صفاء اسماعيل. (٢٠١٤). عدم تحمل الغموض والكمالية كمنبئين بأعراض الوسواس القهري لدى عينة من طلبة وطالبات الجامعة. *المجلة المصرية لعلم النفس الإكلينيكي والإرشادي* , 291.
- محمود، عبدالنعم عرفة. (٢٠١٠). الكمالية التوافقية واللاتوافقية وعلاقتها ببعض أعراض الوسواس القهري لدى عينة من طلاب الجامعة. *مجلة التربية* 5 ,

ثانياً: المراجع الاجنبية:

- Abramowitz, J. S., Nelson, C. A., Rygwall, R., & Khandker, M. (2007). The cognitive mediation of obsessive-compulsive symptoms: a longitudinal study. *Journal of anxiety disorders*, 21(1), 91-104. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2006.05.003>
- Albert, U., Marazziti, D., Di Salvo, G., Solia, F., Rosso, G., & Maina, G. (2018). A Systematic Review of Evidence-based Treatment Strategies for Obsessive-compulsive Disorder Resistant to first-line Pharmacotherapy. *Current medicinal chemistry*, 25(41), 5647-5661. <https://doi.org/10.2174/0929867325666171222163645>
- Albert, U., Dell'Osso, B., & Maina, G. (2019). Evidence based Psychiatric Care.
- Al-Dajani, N., Gralnick, T. M., & Bagby, R. M. (2016). A psychometric review of the Personality Inventory for DSM-5 (PID-5): Current status

- and future directions. *Journal of Personality Assessment*, 98(1), 62–81. <https://doi.org/10.1080/00223891.2015.1107572>
- American Psychiatric Association, (1980), Diagnostic and statistical manual of mental disorders, Text revision (3th ed.), Washington, DC: American Psychiatric Association.
 - American Psychiatric Association, (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders, Text revision (5th ed.), Washington, DC: American Psychiatric Association.
 - Aydın, A., & Boysan, M., & Tutarel-Kışlak, Ş., & Kalafat, T., & Selvi, Y., & Beşiroğlu, L. (2012). The predictive value of interpersonal schemas, perfectionism, and thought action-fusion in obsessive-compulsive disorder. *Düşünen Adam: The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences*. 25. 108-118. 10.5350/DAJPN2012250202.
 - Bagby, M., & Sellbom, M. (2018) The Validity and Clinical Utility of the Personality Inventory for DSM–5 Response Inconsistency Scale. *Journal of Personality Assessment* 100:4, pages 398-405.
 - Belschner, L., Lin, SY., Yamin, DF.(2020). Mindfulness-based skills training group for parents of obsessive-compulsive disorder-affected children: A caregiver-focused intervention. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 39:101098. doi:10.1016/j.ctcp.2020.101098
 - Bobes, J., González, M. P., Bascarán, M. T., Arango, C., Sáiz, P. A., & Bousoño, M. (2001). Quality of life and disability in patients with obsessive-compulsive disorder. *European psychiatry : the journal of the Association of European Psychiatrists*, 16(4), 239–245. [https://doi.org/10.1016/s0924-9338\(01\)00571-5](https://doi.org/10.1016/s0924-9338(01)00571-5)
 - Boysan, M., & Çam, Z. (2018). An investigation into the role of attachment insecurities in obsessive-compulsive symptoms. *British Journal of Guidance & Counselling*, 46(5), 566–581. <https://doi.org/sdl.idm.oclc.org/10.1080/03069885.2016.1262533>
 - Brander, G., Pérez-Vigil, A., Larsson, H., & Mataix-Cols, D. (2016). Systematic review of environmental risk factors for Obsessive-Compulsive Disorder: A proposed roadmap from association to causation. *Neuroscience and biobehavioral reviews*, 65, 36–62. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2016.03.011>
 - Brown, E.J., Juster, H.R.G., & Winning, C.D. (1998). Stressful life events and personality styles: Relation to impairment and treatment outcome in patients with social phobia. *Journal of Anxiety Disorders*, 12, 233-251.

- Clark D. A. (2005). Focus on "cognition" in cognitive behavior therapy for ocd: is it really necessary?. *Cognitive behaviour therapy*, 34(3), 131–139. <https://doi.org/10.1080/16506070510041194>
- Cromer, K. R., Schmidt, N. B., & Murphy, D. L. (2007). An investigation of traumatic life events and obsessive-compulsive disorder. *Behaviour research and therapy*, 45(7), 1683–1691. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2006.08.018>
- Doron, G., Derby, D.S., & Szepsenwol, O. (2014). Relationship obsessive compulsive disorder (ROCD): A conceptual framework.
- Doron, G. and Derby, D. (2017). Assessment and Treatment of Relationship- Related OCD Symptoms (ROCD). In *The Wiley Handbook of Obsessive Compulsive Disorders* (eds J.S. Abramowitz, D. McKay and E.A. Storch). doi:[10.1002/9781118890233.ch30](https://doi.org/10.1002/9781118890233.ch30)
- Egan, S. J., Wade, T. D., & Shafran, R. (2011). Perfectionism as a transdiagnostic process: a clinical review. *Clinical psychology review*, 31(2), 203–212. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.04.009>
- Egan, S. J., Wade, T. D., Shafran, R., & Antony, M. M. (2014). *Cognitive behavioural treatment of perfectionism*. New York, NY: Guilford.
- Eisen, J.L., Mancebo, M.A., Pinto, A., Coles, M.E., Pagano, M.E., Stout, R., Rasmussen, S.A.(2006). Impact of obsessive-compulsive disorder on quality of life. *Compr. Psychiatry* 47, 270–275. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2005.11.006>.
- Eisen, J. L., Sibrava, N. J., Boisseau, C. L., Mancebo, M. C., Stout, R. L., Pinto, A., & Rasmussen, S. A. (2013). Five-year course of obsessive-compulsive disorder: predictors of remission and relapse. *The Journal of clinical psychiatry*, 74(3), 233–239. <https://doi.org/10.4088/JCP.12m07657>
- Flamarique, I., Plana, M. T., Castro-Fornieles, J., Borràs, R., Moreno, E., & Lázaro, L. (2019). Comparison of Perfectionism Dimensions in Adolescents with Anorexia Nervosa or Obsessive-Compulsive Disorder. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry = Journal de l'Academie canadienne de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*, 28(2), 45–54.
- Flett, G. L., & Hewitt, P. L. (2002). *Perfectionism and maladjustment: An overview of theoretical, definitional, and treatment issues*. In G. L. Flett & P. L. Hewitt (Eds.), *Perfectionism: Theory, research, and treatment* (p. 5–31). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/10458-001>

- Flett, G. L., Nepon, T., Hewitt, P. L., & Fitzgerald, K. (2016). Perfectionism, components of stress reactivity, and depressive symptoms. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 38(4), 645–654. <https://doi.org/10.1007/s10862-016-9554-x>
- Frost, R. O., & DiBartolo, P. M. (2002). *Perfectionism, anxiety, and obsessive-compulsive disorder*. In G. L. Flett & P. L. Hewitt (Eds.), *Perfectionism: Theory, research, and treatment* (p. 341–371). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/10458-014>
- Frost, R. O., & Gross, R. C. (1993). The hoarding of possessions. *Behaviour research and therapy*, 31(4), 367–381. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(93\)90094-b](https://doi.org/10.1016/0005-7967(93)90094-b)
- Gadd, E. M. (1991). *Obsessive–Compulsive Disorders: Theory and Management* (2nd edition). Edited by Michael A. Jenike, Lee Baer and William E. Minchiello London: Wolfe Publishing Ltd. 1990. 436 pp. *British Journal of Psychiatry*, 159(5), 751–752. Cambridge University Press.
- Gershuny, B. S., & Sher, K. J. (1995). Compulsive checking and anxiety in a nonclinical sample: Differences in cognition, behavior, personality, and affect. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 17(1), 19–38. <https://doi.org/10.1007/BF02229201>
- Grabe, H. J., Ruhrmann, S., Ettelt, S., Buhtz, F., Hochrein, A., Schulze-Rauschenbach, S., Meyer, K., Kraft, S., Reck, C., Pukrop, R., Freyberger, H. J., Klosterkötter, J., Falkai, P., John, U., Maier, W., & Wagner, M. (2006). Familiality of obsessive-compulsive disorder in nonclinical and clinical subjects. *The American journal of psychiatry*, 163(11), 1986–1992. <https://doi.org/10.1176/ajp.2006.163.11.1986>
- Grisham, J. R., Fullana, M. A., Mataix-Cols, D., Moffitt, T. E., Caspi, A., & Poulton, R. (2011). Risk factors prospectively associated with adult obsessive-compulsive symptom dimensions and obsessive-compulsive disorder. *Psychological medicine*, 41(12), 2495–2506. <https://doi.org/10.1017/S0033291711000894>
- Grolnick, W. S., Ryan, R. M., & Deci, E. L. (1991). Inner resources for school achievement: Motivational mediators of children's perceptions of their parents. *Journal of Educational Psychology*, 83(4), 508–517. <https://doi.org/10.1037/0022-0663.83.4.508>
- Haciomeroglu, B., & Karanci, A. N. (2014). Perceived parental rearing behaviours, responsibility attitudes and life events as predictors of obsessive compulsive symptomatology: test of a cognitive

model. *Behavioural and cognitive psychotherapy*, 42(6), 641–652.
<https://doi.org/10.1017/S135246581300058>

- Hofer, P. D., Wahl, K., Meyer, A. H., Miché, M., Beesdo-Baum, K., Wittchen, H.-U., & Lieb, R. (2018). The role of behavioral inhibition, perceived parental rearing, and adverse life events in adolescents and young adults with incident obsessive-compulsive disorder. *Journal of obsessive-compulsive and related disorders*, 19. pp. 116-123.
- Hofer, P. D., Wahl, K., Meyer, A. H., Miché, M., Beesdo-Baum, K., Wittchen, H.-U., & Lieb, R. (2020). Parental emotional warmth interacts with traumatic life events in predicting the onset of obsessive-compulsive disorder. *Journal of obsessive-compulsive and related disorders*, 26.100531, ISSN 2211-3649, <https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2020.100531>.
- Holland, J. M. (2016). *Integration of Stressful Life Experiences Scale (ISLES)*. In R. A. Neimeyer (Ed.), *Series in death, dying, and bereavement. Techniques of grief therapy: Assessment and intervention* (p. 46–50). Routledge/Taylor & Francis Group.
- Holland, J. M., Currier, J. M., Coleman, R. A., & Neimeyer, R. A. (2010). The integration of stressful life experiences scale (ISLES): Development and initial validation of a new measure. *International Journal of Stress Management*, 17, 325–352. doi:10.1037/a0020892
- Holroyd, S. (1999). *Perfectionism, guilt and responsibility in obsessive-compulsive disorder: An investigation of cognitive and emotional styles* (Order No. 27605261). Available from ProQuest Dissertations & Theses Global. (2292190015). Retrieved from <https://search-proquest.com.sdl.idm.oclc.org/docview/2292190015?accountid=142908>
- Julien, D., O'Connor, K. P., Aardema, F., & Todorov, C. (2006). The specificity of belief domains in obsessive–compulsive symptom subtypes. *Personality and Individual Differences*, 41, 1205–1216.
- Klibert, J. J., Langhinrichsen-Rohling, J., & Saito, M. (2005). Adaptive and Maladaptive Aspects of Self-Oriented versus Socially Prescribed Perfectionism. *Journal of College Student Development*, 46(2), 141–156. <https://doi.org/10.1353/csd.2005.0017>
- Kim, H., Seo, J., Namkoong, K., Hwang, E.H., Sohn, S.Y., Kim, S.J., & Kang, J.I. (2016). Alexithymia and perfectionism traits are associated with suicidal risk in patients with obsessive-compulsive disorder. *Journal of affective disorders*, 192. pp. 50-5 .

- Krueger, R. F., Derringer, J., Markon, K. E., Watson, D., & Skodol, A. E. (2012). Initial construction of a maladaptive personality trait model and inventory for DSM-5. *Psychological Medicine*, 42, 1879-1890.
- Kyrios, M., Hordern, C., & Fassnacht, D. B. (2015). Predictors of response to cognitive behaviour therapy for obsessive-compulsive disorder. *International journal of clinical and health psychology : IJCHP*, 15(3), 181–190. <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2015.07.003>
- Langlois, F., Freeston, M. H., & Ladouceur, R. (2000). Differences and similarities between obsessive intrusive thoughts and worry in a non-clinical population: study 2. *Behaviour research and therapy*, 38(2), 175–189. [https://doi.org/10.1016/s0005-7967\(99\)00028-5](https://doi.org/10.1016/s0005-7967(99)00028-5)
- Lee, H. J., & Kwon, S. M. (2003). Two different types of obsession: autogenous obsessions and reactive obsessions. *Behaviour research and therapy*, 41(1), 11–29. [https://doi.org/10.1016/s0005-7967\(01\)00101-2](https://doi.org/10.1016/s0005-7967(01)00101-2)
- Lennertz, L., Grabe, H. J., Ruhrmann, S., Rampacher, F., Vogeley, A., Schulze-Rauschenbach, S., Ettelt, S., Meyer, K., Kraft, S., Reck, C., Pukrop, R., John, U., Freyberger, H. J., Klosterkötter, J., Maier, W., Falkai, P., & Wagner, M. (2010). Perceived parental rearing in subjects with obsessive-compulsive disorder and their siblings. *Acta psychiatrica Scandinavica*, 121(4), 280–288. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2009.01469.x>
- Levy, A., Tibi, L., Szepsenwol, O., Doron, G.(2020) “Why do I obsess about my child's flaws?”: Assessing the role of parental self- vulnerabilities in parent–child relationship obsessive compulsive disorder (ROCD) symptoms. *Clin Psychol*. 1–9. <https://doi.org/10.1111/cp.12217>
- Limburg, K., Watson, H. J., Hagger, M. S., & Egan, S. J. (2017). The relationship between perfectionism and psychopathology: A meta- analysis. *Journal of Clinical Psychology*, 73(10), 1301–1326. <https://doi.org/10.1002/jclp.22435>
- Mataix-Cols, D., Fernández de la Cruz, L., Nordsletten, A. E., Lenhard, F., Isomura, K., & Simpson, H. B. (2016). Towards an international expert consensus for defining treatment response, remission, recovery and relapse in obsessive-compulsive disorder. *World psychiatry : official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 15(1), 80–81. <https://doi.org/10.1002/wps.20299>

- Matsunaga, H., Hayashida, K., Kirriike, N., Nagata, T., & Stein, D. J. (2010). Clinical features and treatment characteristics of compulsive hoarding in Japanese patients with obsessive-compulsive disorder. *CNS spectrums*, 15(4), 258–265. <https://doi.org/10.1017/s1092852900000092>
- Mathews, C. A., Kaur, N., & Stein, M. B. (2008). Childhood trauma and obsessive-compulsive symptoms. *Depression and anxiety*, 25(9), 742–751. <https://doi.org/10.1002/da.20316>
- Mathieu, S. L., Conlon, E. G., Waters, A. M., & Farrell, L. J. (2020). Perceived Parental Rearing in Paediatric Obsessive-Compulsive Disorder: Examining the Factor Structure of the EMBU Child and Parent Versions and Associations with OCD Symptoms. *Child psychiatry and human development*, 10.1007/s10578-020-00979-6. Advance online publication. <https://doi.org/10.1007/s10578-020-00979-6>
- McGuire, J. F., Orr, S. P., Essoe, J. K., McCracken, J. T., Storch, E. A., & Piacentini, J. (2016). Extinction learning in childhood anxiety disorders, obsessive compulsive disorder and post-traumatic stress disorder: implications for treatment. *Expert review of neurotherapeutics*, 16(10), 1155–1174. <https://doi.org/10.1080/14737175.2016.1199276>
- McKay, D., Abramowitz, J. S., Calamari, J. E., Kyrios, M., Radomsky, A., Sookman, D., Taylor, S., & Wilhelm, S. (2004). A critical evaluation of obsessive-compulsive disorder subtypes: symptoms versus mechanisms. *Clinical psychology review*, 24(3), 283–313. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2004.04.003>
- Mills, J., & Blankstein, K. R. (2000). Perfectionism, intrinsic vs extrinsic motivation, and motivated strategies for learning: A multidimensional analysis of university students. *Personality and Individual Differences*, 29(6), 1191–1204. [https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(00\)00003-9](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(00)00003-9)
- Moretz, M. W., & McKay, D. (2009). The role of perfectionism in obsessive-compulsive symptoms: "not just right" experiences and checking compulsions. *Journal of anxiety disorders*, 23(5), 640–644. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2009.01.015>
- Ntyl, S., AlmuHaini, T., AlAwaji, M., & Soliman, E. (n.d.). Obsessive compulsive disorder among university students and its impact on academic achievement. *EUROPEAN PSYCHIATRY*, 48, S285.
- Obsessive Compulsive Cognitions Working Group (OCCWG). (2005). Psychometric validation of the Obsessive Belief Questionnaire and Interpretations of Intrusions Inventory—Part 2: Factor analyses and testing

- of a brief version. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 1527–1542.
doi:10.1016/j.brat.2004.07.010
- Olatunji, B. O., Williams, B. J., Haslam, N., Abramowitz, J. S., & Tolin, D. F. (2008). The latent structure of obsessive-compulsive symptoms.
 - Park C. L. (2010). Making sense of the meaning literature: an integrative review of meaning making and its effects on adjustment to stressful life events. *Psychological bulletin*, 136(2), 257–301.
<https://doi.org/10.1037/a0018301>
 - Patias, N. D., Debon, Cíntia, Zanin, S. C. G., & Siqueira, A. C. (2018). *How have parents raised their kids? Adolescent's perception of parental responsiveness and demandingness.* <https://doi-org.sdl.idm.oclc.org/10.1590/1413-82712018230405>
 - Pérez-Vigil, A., Fernández de la Cruz, L., Brander, G., Isomura, K., Jangmo, A., Feldman, I., Hesselmark, E., Serlachius, E., Lázaro, L., Rück, C., Kuja-Halkola, R., D'Onofrio, B. M., Larsson, H., & Mataix-Cols, D. (2018). Association of Obsessive-Compulsive Disorder With Objective Indicators of Educational Attainment: A Nationwide Register-Based Sibling Control Study. *JAMA psychiatry*, 75(1), 47–55.
<https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2017.3523>
 - Pinto, A., Liebowitz, M. R., Foa, E. B., & Simpson, H. B. (2011). Obsessive compulsive personality disorder as a predictor of exposure and ritual prevention outcome for obsessive compulsive disorder. *Behaviour research and therapy*, 49(8), 453–458.
<https://doi.org/10.1016/j.brat.2011.04.004>
 - Quilty, L. C., Ayearst, L., Chmielewski, M., Pollock, B. G., & Bagby, R. M. (2013). The Psychometric Properties of the Personality Inventory for DSM-5 in an APA DSM-5 Field Trial Sample. *Assessment*, 20(3), 362–369. <https://doi.org/10.1177/1073191113486183>
 - Radomsky, A. S., Dugas, M. J., Alcolado, G. M., & Lavoie, S. L. (2014). When more is less: doubt, repetition, memory, metamemory, and compulsive checking in OCD. *Behaviour research and therapy*, 59, 30–39.
<https://doi.org/10.1016/j.brat.2014.05.008>
 - Raines, A.M., Carroll, M.N., Mathes, B.M., Franklin, C.L., Allan, N.P., & Constans, J.I. (2019). Examining the Relationships Between Perfectionism and Obsessive-Compulsive Symptom Dimensions Among Rural Veterans. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 33, 58 - 70.
 - Rachman, S., & Shafran, R. (1998). *Cognitive and behavioral features of obsessive-compulsive disorder.* In R. P. Swinson, M. M. Antony, S.

- Rachman, & M. A. Richter (Eds.), *Obsessive-compulsive disorder: Theory, research, and treatment* (p. 51–78). The Guilford Press.
- Rachman S. (2002). A cognitive theory of compulsive checking. *Behaviour research and therapy*, 40(6), 625–639. [https://doi.org/10.1016/s0005-7967\(01\)00028-6](https://doi.org/10.1016/s0005-7967(01)00028-6)
 - Ramezani, Z., Rahimi, C., & Mohammadi, N. (2016). Predicting Obsessive Compulsive Disorder Subtypes Using Cognitive Factors. *Iranian journal of psychiatry*, 11(2), 75–81.
 - Rice E. (2004). Reflections on the obsessive-compulsive disorders: a psychodynamic and therapeutic perspective. *Psychoanalytic review*, 91(1), 23–44. <https://doi.org/10.1521/prev.91.1.23.33826>
 - Robbins, R. J. (1994). An assessment of perceptions of parental autonomy support and control: Child and parent correlates. Unpublished Doctoral Dissertation, Department of Psychology, University of Rochester, 1994.
 - Rosso, G., Albert, U., Asinari, G. F., Bogetto, F., & Maina, G. (2012). Stressful life events and obsessive-compulsive disorder: clinical features and symptom dimensions. *Psychiatry research*, 197(3), 259–264. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2011.10.005>
 - Ruscio, A. M., Stein, D. J., Chiu, W. T., & Kessler, R. C. (2010). The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in the National Comorbidity Survey Replication. *Molecular psychiatry*, 15(1), 53–63. <https://doi.org/10.1038/mp.2008.94>
 - Sadri, S. K., Anderson, R. A., McEvoy, P. M., Kane, R. T., & Egan, S. J. (2017). A Pilot Investigation of Cognitive Behavioural Therapy for Clinical Perfectionism in Obsessive Compulsive Disorder. *Behavioural and cognitive psychotherapy*, 45(3), 312–320. <https://doi.org/10.1017/S1352465816000618>
 - Salkovskis P. M. (1999). Understanding and treating obsessive-compulsive disorder. *Behaviour research and therapy*, 37 Suppl 1, S29–S52.
 - Selles, R. R., Højgaard, D., Ivarsson, T., Thomsen, P. H., McBride, N., Storch, E. A., Geller, D., Wilhelm, S., Farrell, L. J., Waters, A. M., Mathieu, S., Lebowitz, E., Elgie, M., Soreni, N., & Stewart, S. E. (2018). Symptom Insight in Pediatric Obsessive-Compulsive Disorder: Outcomes of an International Aggregated Cross-Sectional Sample. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 57(8), 615–619.e5. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2018.04.012>

- Sarkhel, S., Praharaj, S. K., & Sinha, V. K. (2011). Role of life events in obsessive compulsive disorder. *The Israel journal of psychiatry and related sciences*, 48(3), 182–185.
- Shafran, R., Radomsky, A. S., Coughtrey, A. E., & Rachman, S. (2013). Advances in the cognitive behavioural treatment of obsessive compulsive disorder. *Cognitive behaviour therapy*, 42(4), 265–274. <https://doi.org/10.1080/16506073.2013.773061>
- Sharma, E., Thennarasu, K., & Reddy, Y. C. (2014). Long-term outcome of obsessive-compulsive disorder in adults: a meta-analysis. *The Journal of clinical psychiatry*, 75(9), 1019–1027. <https://doi.org/10.4088/JCP.13r08849>
- Snyder, H. R., Kaiser, R. H., Warren, S. L., & Heller, W. (2015). Obsessive-compulsive disorder is associated with broad impairments in executive function: A meta-analysis. *Clinical psychological science : a journal of the Association for Psychological Science*, 3(2), 301–330. <https://doi.org/10.1177/2167702614534210>
- Stairs, A.M. (2009). EXAMINING THE CONSTRUCT OF PERFECTIONISM: A FACTOR-ANALYTIC STUDY. University of Kentucky Doctoral Dissertations. 733. https://uknowledge.uky.edu/gradschool_diss/733
-
- Stoeber, J., Corr, P. J., Smith, M. M., & Saklofske, D. H. (2018). Perfectionism and personality. In J. Stoeber (Ed.), *The psychology of perfectionism : Theory, research, applications*. pp. 68-88. London: Routledge
- Stewart, S. E., Hu, Y. P., Leung, A., Chan, E., Hezel, D. M., Lin, S. Y., Belschner, L., Walsh, C., Geller, D. A., & Pauls, D. L. (2017). A Multisite Study of Family Functioning Impairment in Pediatric Obsessive-Compulsive Disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 56(3), 241–249.e3. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2016.12.012>

- Strauss, M. E., & Smith, G. T. (2009). Construct validity: advances in theory and methodology. *Annual review of clinical psychology*, 5, 1–25. <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.032408.15363>
- Strauss, C., Rosten, C., Hayward, M. (2015) Mindfulness-based exposure and response prevention for obsessive compulsive disorder: study protocol for a pilot randomised controlled trial. *Trials* 16, 167. <https://doi.org/10.1186/s13063-015-0664-7>
- Tallis, F., Rosen, K., & Shafran, R.(2020). Investigation into the relationship between personality traits and OCD: A replication employing a clinical population. *Behaviour Research and Therapy*, 34(8), 649–653. [https://doi-org.sdl.idm.oclc.org/10.1016/0005-7967\(96\)00023-X](https://doi-org.sdl.idm.oclc.org/10.1016/0005-7967(96)00023-X)
- Tibi, L., van Oppen, P., van Balkom, A., Eikelenboom, M., Hendriks, G. J., & Anholt, G. E. (2020). Childhood trauma and attachment style predict the four-year course of obsessive compulsive disorder: Findings from the Netherlands obsessive compulsive disorder study. *Journal of affective disorders*, 264, 206–214. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.12.028>
- Tolin, D. F., Worhunsky, P., & Maltby, N. (2006). Are "obsessive" beliefs specific to OCD?: a comparison across anxiety disorders. *Behaviour research and therapy*, 44(4), 469–480. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2005.03.007>
- van Oudheusden, L. J. B., Eikelenboom, M., van Megen, H. J. G. M., Visser, H. A. D., Schruers, K., Hendriks, G.-J., van der Wee, N., et al. (2018). Chronic obsessive–compulsive disorder: prognostic factors. *Psychological Medicine*, 48(13), 2213–2222. Cambridge University Press.
- Velayudhan, L., & Katz, A. W. (2006). Late-onset obsessive-compulsive disorder: the role of stressful life events. *International psychogeriatrics*, 18(2), 341–344. <https://doi.org/10.1017/S1041610205002735>
- Vidal-Ribas, P., Stringaris, A., Rück, C., Serlachius, E., Lichtenstein, P., & Mataix-Cols, D. (2015). Are stressful life events causally related to the severity of obsessive-compulsive symptoms? A monozygotic twin difference study. *European psychiatry : the journal of the Association of European Psychiatrists*, 30(2), 309–316. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2014.11.008>
- Walker, C. S., & McKinney, C. (2015). Parental and emerging adult psychopathology: Moderated mediation by gender and affect toward

- parents. *Journal of Adolescence*, 44, 158–167. <https://doi-org.sdl.idm.oclc.org/10.1016/j.adolescence.2015.07.016>
- Wei, M., Mallinckrodt, B., Russell, D. W., & Abraham, W. T. (2004). Maladaptive perfectionism as a mediator and moderator between adult attachment and depressive mood. *Journal of Counseling Psychology*, 51(2), 201–212.
 - Wheaton, M. G., Pinto, A. M., Cervoni, C., Crosby, J. M., Tiffit, E. D., Mathes, B. M., Garner, L. E., Van Kirk, N., Elias, J. A., & Pinto, A. (2020). Perfectionism in Intensive Residential Treatment of Obsessive-Compulsive Disorder. *COGNITIVE THERAPY AND RESEARCH*. <https://doi-org.sdl.idm.oclc.org/10.1007/s10608-019-10047-6>
 - Widiger, T.A., & Trull, T.J. (2007). Plate tectonics in the classification of personality disorder: Shifting to a dimensional model. *American Psychologist*, 62, 71-83.
 - Wilcox, H. C., Grados, M., Samuels, J., Riddle, M. A., Bienvenu, O. J., 3rd, Pinto, A., Cullen, B., Wang, Y., Shugart, Y. Y., Liang, K. Y., & Nestadt, G. (2008). The association between parental bonding and obsessive compulsive disorder in offspring at high familial risk. *Journal of affective disorders*, 111(1), 31–39. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2008.01.025>
 - Wojciak, A., Thompson, H., Cooley, M. (2016). The Relationship Between Caregivers and Youth in Foster Care: Examining the Relationship for Mediation and Moderation Effects on Youth Behaviors. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*. 25. 10.1177/1063426616628816.
 - Wu, M. S., McGuire, J. F., Martino, C., Phares, V., Selles, R. R., & Storch, E. A. (2016). A meta-analysis of family accommodation and OCD symptom severity. *Clinical psychology review*, 45, 34–44. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2016.03.003>