

مقایسه سطوح کمال‌گرایی مادر با پیوند والدینی در افراد مبتلا به اختلال وسواس فکری - عملی و افراد سالم

زهرا السادات حاجی سید تقی تقوی[✉]، مهرانگیز پیوسته گر^{**}

و زهره خسروی^{***}

چکیده

هدف از پژوهش حاضر بررسی سطوح کمال‌گرایی مادر با پیوند والدینی در افراد مبتلا به اختلال وسواسی - اجباری و مقایسه آن با افراد سالم بود. بدین منظور ۱۴۴ نفر به شیوه نمونه‌گیری در دسترس و پس از اعمال ملاک‌های ورود در این پژوهش شرکت کردند. نیمی از شرکت‌کنندگان را نمونه بالینی (افراد مبتلا به اختلال وسواسی اجباری) به همراه مادرانشان و نیم دیگر را افراد سالم به همراه مادرانشان تشکیل دادند. این پژوهش توصیفی و از نوع علی - مقایسه‌ای بود. از مقیاس غربالگری وسواس مادزلی، پرسشنامه سلامت عمومی، مقیاس کمال‌گرایی هیل و مقیاس پیوند والدینی به عنوان ابزار اندازه‌گیری استفاده شد. به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها از آزمون تی و همبستگی استفاده شد. نتایج نشان داد کمال‌گرایی مثبت مادران افراد سالم بیش‌تر از مادران افراد مبتلا به اختلال وسواسی - اجباری است و کمال‌گرایی منفی مادران افراد مبتلا به اختلال وسواسی اجباری بیش‌تر از مادران افراد سالم است. هم‌چنین در زیرمقیاس حمایت افراطی در افراد مبتلا به اختلال وسواسی - اجباری و افراد سالم تفاوت معناداری دیده شد؛ بدین معنی که ادراک حمایت افراطی مادر در افراد مبتلا به اختلال وسواسی - اجباری بیش‌تر از افراد سالم است، ولیکن در زیرمقیاس‌های حمایت متعارف، مراقبت بی‌تفاوت و مراقبت متعارف از پرسشنامه پیوند والدینی در دو گروه تفاوت معناداری دیده نشد. بر طبق نتایج توجه به ویژگی‌های مادران مانند سطوح کمال‌گرایی و تأثیر آن بر آینده روانی فرزندان با اهمیت به نظر می‌رسد. بنابراین، توصیه می‌شود به منظور ارتقاء سلامت روان افراد جامعه، والدین و کارشناسان حوزه سلامت روان توجه لازم را به سطوح کمال‌گرایی مادران و تأثیر آن بر فرزندان مبذول دارند.

کلید واژه‌ها:

اختلال وسواسی - اجباری؛ پیوند والدینی؛ سطوح کمال‌گرایی مادر

مقدمه

بر اساس دیدگاه‌های نظری و بررسی محققان متعدد (فراست و دی‌بارتولو^۱، ۲۰۰۲) کمال‌گرایی^۲ موضوعی مشترک در بیماران مبتلا به اختلال وسواسی-اجباری (OCD)^۳ محسوب می‌شود. جالب توجه است که آن بعدی از کمال‌گرایی با اختلال وسواسی-اجباری رابطه دارد که بعدی منفی در شخصیت محسوب شده و کنش آن اجتناب از اشتباهات و شکست در زندگی است (تولین، وود و آبراموویتز^۴، ۲۰۰۳). پژوهش‌ها کمال‌گرایی را ویژگی چند وجهی دانسته و بر بعد سالم آن نیز تأکید دارند (استبر و اتو^۵، ۲۰۰۶). بعد سالم آن شامل انتظار معیارهای بالا برای عملکرد و اولویت قائل شدن برای نظم در زندگی است (رایس و پنس^۶، ۲۰۰۶). زمانی که انتظارات منطقی فرد دارای بعد کمال‌گرایی مثبت برآورده نمی‌شود، با مدیریت صحیح هیجانات خویش همراه با عزت نفس مثبت با این موضوع مقابله می‌کند. حضور بعد کمال‌گرایی منفی باعث می‌شود، فرد بدون منطق معیارهای بالایی برای خودش وضع کند و شکست در مقابل این معیارها به پریشانی روان‌شناختی در او منجر خواهد شد. افراد دارای بعد ناسالم کمال‌گرایی برای بی‌عیب بودن و به حداقل رساندن اشتباهات تلاش فراوانی می‌کنند. این بعد کمال‌گرایی با گرایش در جهت خود انتقادی مشخص می‌شود (لی^۷، ۲۰۰۷). به عقیده محققان در اختلال وسواسی-اجباری بعد ناسالم کمال‌گرایی ظاهر می‌شود (اشبی و پک برونر^۸، ۲۰۰۵). بنابراین، کمال‌گرایی در سبب‌شناسی اختلال وسواسی اجباری، مهم دانسته شده است. کمال‌گرایی به عنوان عاملی کلی، در پیدایش بسیاری از اشکال آسیب روانی دخیل دانسته شده است (آیدین^۹ و همکاران، ۲۰۱۲). کمال‌گرایی نقشی ماندگار در اختلال وسواسی-اجباری بازی می‌کند، یافته‌های بالینی فراوانی حکایت از ارتباط

-
1. Frost & DiBartolo
 2. Perfectionism
 3. Obsessive. Compulsive Disorder
 4. Tolin, Woods & Abramowitz
 5. Stoeber & Otto
 6. Rice & Pence
 7. Lee
 8. Ashby & Pak Bruner
 9. Aydin

کمال‌گرایی با OCD دارد (ایکتانی^۱ و همکاران، ۲۰۰۲). مطالعات متعددی گزارش داده‌اند که کمال‌گرایی به طور معناداری با وارسی، شستشو و احتکار و سواسی ارتباط دارد (فراست و شوز^۲، ۱۹۹۳؛ آیدین و همکاران، ۲۰۱۲).

اختلال وسواسی-اجباری در چهارمین راهنمای تشخیصی و آماری بیماری‌های روانی^۳ (تجدید نظر شده) به عنوان یک اختلال اضطرابی معرفی شده است. اختلالات اضطرابی^۴ از شایع‌ترین انواع مشکلات سلامت روان هستند (گلاس^۵، ۲۰۱۲). آن گونه که تخمین زده شده است از هر ده نفر، یک نفر در طی زندگی خود از یکی از انواع اختلالات اضطرابی رنج می‌برد. اختلالات اضطرابی بسیاری از جنبه‌های زندگی فرد از قبیل رفتار، افکار، هیجان و سلامت فیزیکی را تحت تأثیر قرار می‌دهند. به نظر می‌رسد سن و قومیت نیز تأثیر کمی در میزان شیوع این اختلال دارد (کمپبل^۶، ۲۰۱۱).

اختلال وسواسی-اجباری یک اختلال مزمن روان‌پزشکی است که مشخصه آن افکار وسواسی^۷ و اعمال اجباری^۸ ماندگار و پریشان کننده است (گلاس، ۲۰۱۲). بیماران مبتلا به اختلال وسواسی-اجباری افکار پایدار، مزاحم و نامناسب (وسواس‌ها) را تجربه می‌کنند و مصرانه تمایل دارند، اعمالی را در جهت خنثی‌سازی ترس از خطر و تهدید انجام دهند (اجبارها). موضوعات رایج در اختلال وسواسی-اجباری شامل نگرانی درباره آلودگی، خشونت، افکار و آیین‌های مذهبی، مسئولیت بیش از حد، ترس وافر از خطر، احتکار و تقارن است (آیدین و همکاران، ۲۰۱۲).

اختلال وسواسی-اجباری یکی از مشکلات جدی سلامت روان است و سالانه هزینه‌های اقتصادی و اجتماعی هنگفتی را بر جامعه تحمیل می‌کند (بارلو^۹، ۲۰۰۲)؛ سازمان بهداشت

-
1. Iketani
 2. shows
 3. Diagnostic Statistical Manual of disorders Mental
 4. Anxiety Disorder
 5. Glass
 6. Campbell
 7. Obsession Thoughts
 8. Compulsion
 9. Barlow

جهانی^۱ (WHO) این اختلال را به عنوان دهمین وضعیت ناتوان‌کننده پزشکی (شامل بیماری‌های جسمی و روانی) در نظر گرفته است (کمپبل، ۲۰۱۱). مشکلات همراه با اختلال وسواسی-اجباری و علائم ناتوان‌کننده آن کارکرد میان فردی، شغلی و زندگی فرد را مختل می‌کند (کلارک^۲، ۲۰۰۴؛ محمدی، فتی و یزدان دوست، ۱۳۸۷). ابتلا به سایر اختلالات روانی از قبیل افسردگی عمده^۳ حدود ۶۷٪ و جمعیت هراسی^۴ حدود ۲۵٪ نیز در میان بیماران دچار اختلال وسواسی-اجباری شایع است (سادوک و سادوک^۵، ۲۰۰۷). جالب توجه است که بیش از ۹۰٪ افراد جامعه علائم وسواس‌ها و اجبارها را با همان کیفیت و شکل افراد مبتلا به اختلال وسواسی-اجباری تجربه می‌کنند (راچمن و دسیلوا^۶، ۱۹۷۸، پوردون^۷ و کلارک، ۱۹۹۳؛ محمدی، فتی و یزدان دوست، ۱۳۸۷).

علاوه بر ارتباط موجود مابین OCD و کمال‌گرایی، احتمال ارتباط میان کمال‌گرایی در والدین و اختلال وسواسی-اجباری در فرزندان نیز وجود دارد. پژوهش‌های متعدد تأکید بر سوابق خانوادگی و رشدی در بروز اختلال وسواسی-اجباری دارند. به عقیده آن‌ها مشکلات ارتباطی نقش تعیین‌کننده‌ای در بروز اختلال مذکور دارد. به نظر محققان، کمال‌گرایی منفی به مشکلات ارتباطی و ناسازگاری اجتماعی در والدین منجر شده و در پیوندهای عاطفی والدین-فرزندان اختلال ایجاد می‌کند (تولین، وودز و آبراموویتز، ۲۰۰۳). والدین کمال‌گرا از همان آغازین روزهای تولد فرزندشان را آماده می‌کنند تا از سایرین برتر باشد. مسلماً چنین محیطی بر پیوند عاطفی میان والد و فرزند نیز تأثیر خواهد گذاشت. در چنین شرایطی فرزندان نیز ادراک ویژه‌ای از رفتار والدینشان خواهند داشت. آن‌ها به زودی درک خواهند کرد که والدینشان بسیار سخت‌گیر و نسبت به عملکرد فرزندشان منتقد هستند. اشبی و پک برونر (۲۰۰۵) اظهار می‌کنند والدین کمال‌گرا از عشق ورزیدن و تأیید کودکان خود دوری می‌کنند و بدین شیوه آن‌ها را تنبیه می‌کنند. واکنش آن‌ها به شکست‌ها و اشتباهات فرزندانشان

-
1. World Health Organization
 2. Clark
 3. major Depressive Disorder
 4. Social Phobia
 5. Sadock & Sadock
 6. Rachman & DE Silva
 7. Purdon

اضطراب و ناامیدی است. فرزندان این افراد نیز به اشتباهات خود با ناامیدی، اضطراب و ترس پاسخ می‌دهند، زیرا اشتباه چیزی است که می‌بایست از آن دوری جویند (اشبی و پک برونر، ۲۰۰۵). بسیاری از پژوهشگران که والدین بیماران وسواسی- اجباری را بررسی کرده‌اند، آن‌ها را به صورت افرادی کمال‌گرا، بیش محافظت‌کننده، متوقع و انتقادی توصیف کرده‌اند (محمودعلیلو، ۱۳۸۵). محمودعلیلو (۱۳۸۵) در پژوهشی اظهار کرد، که وجود نگرش‌های کمال‌گرایانه در افراد و صفات شخصیتی وسواسی- اجباری ممکن است تا اندازه‌ی زیادی متأثر از تربیت والدینی باشد که خود صفات کمال‌گرایانه‌ای دارند. دیدگاه‌های گوناگون رابطه میان شیوه‌های فرزندپروری کمال‌گرا و اختلال وسواسی- اجباری را تبیین کرده‌اند، شاید تازه‌ترین تبیین در این باره را بتوان در چهارچوب رویکردشناختی یافت. در این دیدگاه، ویژگی‌های کمال‌گرایانه زمینه‌ساز شکل‌گیری فرضیه‌ها و باورهای ناکارآمدی می‌شود، که این باورهای ناکارآمد به بروز احساس گناه و مسئولیت بیش از اندازه در فرد منجر می‌شود (نظیری، بیرشک و محمدیان، ۱۳۷۸).

رایس و پنس (۲۰۰۵) اظهار کرده‌اند که شیوه‌های فرزندپروری کمال‌گرا و ویژگی‌های کمال‌گرایانه پدران و مادران عاملی زمینه‌ساز در بروز اختلال وسواسی- اجباری است. بدین ترتیب ارتباط تنگاتنگی میان کمال‌گرایی والدین و اختلال وسواسی- اجباری در فرزندان آن‌ها مشاهده می‌شود. برخی مطالعات نیز رابطه پیوند والدینی و بروز اختلال وسواسی- اجباری در فرزندان را بررسی کرده‌اند (به عنوان مثال پارکر و کاوادوا^۱، ۱۹۹۴، کیمیدیس^۲، ۱۹۹۲ و زاپف، جرینر و کارول^۳، ۲۰۰۸؛ زاهدیان، محمدی و سامانی، ۱۳۹۰) ولیکن به نظر می‌رسد وسعت مطالعات انجام شده کم‌تر از آن است که به تمامی سؤالات مطرح شده در این زمینه پاسخ گوید. به عنوان مثال، مطالعات محدودی درباره پیوند میان مادر و فرزند و بروز اختلال وسواسی- اجباری انجام شده است. لذا این سؤال مطرح می‌شود که رابطه پیوند با مادر و اختلال وسواسی اجباری چگونه است؟ آیا افرادی که مبتلا به اختلال وسواسی اجباری هستند پیوندهای خود با والدین خصوصاً مادرشان را به شیوه‌ای متفاوت از افراد سالم درک می‌کنند؟

-
1. Parker & Cavedoa
 2. Kimidis
 3. Zappof, Jerinner & Karrol

کمال‌گرایی مادران، نحوه ادراک فرزندان از این پیوند در افراد مبتلا به اختلال وسواسی-اجباری و افراد سالم چگونه است؟

با توجه به توضیحات مختصری که داده شد، این پژوهش قصد دارد تا سطوح کمال‌گرایی مادر و پیوند والدینی در افراد مبتلا به اختلال وسواسی-اجباری و افراد سالم را مقایسه کند. بدین منظور و بر اساس یافته‌ها و شواهد موجود در زمینه متغیرهای پژوهش فرضیه‌های زیر بررسی می‌شوند:

- ۱- کمال‌گرایی مثبت مادران افراد مبتلا به اختلال وسواسی-اجباری کم‌تر از کمال‌گرایی مثبت مادران افراد سالم است.
- ۲- کمال‌گرایی منفی مادران افراد مبتلا به اختلال وسواسی-اجباری بیش‌تر از کمال‌گرایی منفی مادران افراد سالم است.
- ۳- ادراک حمایت افراطی مادر در افراد مبتلا به اختلال وسواسی-اجباری بیش‌تر از افراد سالم است.
- ۴- ادراک مراقبت بی‌تفاوت مادر در افراد مبتلا به اختلال وسواسی-اجباری بیش‌تر از افراد سالم است.
- ۵- ادراک حمایت متعارف مادر در افراد سالم بیش از افراد مبتلا به اختلال وسواسی-اجباری است.
- ۶- ادراک مراقبت متعارف مادر در افراد سالم بیش از افراد مبتلا به اختلال وسواسی-اجباری است.

روش

پژوهش حاضر توصیفی از نوع علی-مقایسه‌ای بود. جامعه آماری این پژوهش شامل نمونه بالینی (بیماران مبتلا به اختلال وسواسی-اجباری) و نمونه غیربالینی (افراد سالم) بود. نمونه بالینی در تابستان، پاییز و زمستان ۱۳۹۱ و همچنین بهار ۱۳۹۲ به شماری از مراکز مشاوره و مطب‌های روانپزشکی واقع در غرب و شمال شهر تهران مراجعه کرده‌اند. معیارهای ورود به نمونه بالینی شامل دریافت تشخیص اختلال وسواسی-اجباری از طرف روانپزشک و روان‌شناس بالینی مرکز، گرفتن نمره بالا در پرسشنامه وسواس مادلزی، محدوده سنی ۲۰ تا

۳۰ سال و امکان دسترسی به مادر بیمار بود. پرسشنامه‌ها به صورت انفرادی و گروهی بر روی افراد نمونه اجرا شد. نیم دیگر نمونه پژوهش را افراد سالم به همراه مادرانشان تشکیل می‌دادند. گروه نمونه سالم (غیر بالینی) دانشجویان دانشگاه تهران بودند، که در زمان مراجعه پژوهشگر در کتابخانه یا کلاس‌ها حضور داشتند و پس از دریافت اطلاعات درباره پژوهش اعلام همکاری کردند. دلاور (۱۳۸۶) حداقل تعداد برای مطالعات مقایسه‌ای را حضور ۱۵ نفر در هر گروه ذکر کرده است. در تحقیق حاضر برای دستیابی به نتایجی مقبول نمونه‌ای برابر ۱۲۰ نفر کافی بود. ولی از آنجا که احتمال داشت بسیاری از پرسشنامه‌ها به صورت ناقص جواب داده شوند، تصمیم بر آن شد که ۱۴۴ نفر (نیمی بالینی و نیم دیگر سالم) وارد این پژوهش شوند. پس از آن که آزمودنی‌های گروه سالم به پرسشنامه سلامت روان و آزمودنی‌های مبتلا به اختلال وسواسی اجباری به پرسشنامه وسواس مادزلی و مقیاس پیوند والدینی پاسخ گفتند، همزمان نیز مادرانشان به مقیاس کمال‌گرایی هیل پاسخ دادند. پس از بررسی نهایی یکی از پرسشنامه‌های نمونه بالینی مخدوش اعلام شد، در مجموع از ۳۵ بیمار وسواسی به همراه مادرانشان پرسش شد، ۱۴ نفر از آزمودنی‌های بیمار مرد و ۲۱ نفر از آزمودنی‌های بیمار را زنان تشکیل دادند. گروه نمونه سالم نیز ۳۶ نفر دانشجوی دانشگاه تهران به همراه مادرانشان بودند. ۱۳ نفر از آن‌ها را مردان و ۲۳ نفر باقیمانده را زنان تشکیل دادند. در نهایت پرسشنامه‌های ۱۴۲ نفر بررسی شد: ۳۵ نمونه بالینی (بیمار وسواسی) به همراه مادر (جمعاً ۷۰ نفر) و ۳۶ فرد سالم و مادر (جمعاً ۷۲ نفر).

ابزارهای استفاده شده در پژوهش عبارت بودند از:

۱- پرسشنامه غربالگری وسواس مادزلی^۱: این پرسشنامه را هاجسون و راجمن^۲ (۱۹۷۷) به منظور پژوهش درباره نوع و حیطه مشکلات وسواسی تهیه کرده‌اند. این پرسشنامه شامل ۳۰ ماده است و در اعتباریابی اولیه در بیمارستان مادزلی، ۵۰ بیمار وسواسی را از ۵۰ تیمار روان‌نژند به خوبی تفکیک کرده است. دو روانپزشک این پرسشنامه را پس از ترجمه به فارسی و مطابقت با فرم انگلیسی آن تأیید کرده‌اند. اعتبار و پایایی این پرسشنامه در جوامع مختلف

-
1. Maudsley Obsessional-Compulsive Inventory
 2. Hodgson & Rachman

نشان داده شده است. به عنوان مثال ساناویو^۱ همبستگی بین نمرات کل آزمون مادزلی و آزمون پادوآ^۲ را ۰/۷۰ به دست آورد. ضریب پایایی محاسبه شده بین آزمون و آزمون مجدد ۰/۸۹^۳ بوده است (راچمن و هاجسون، ۱۹۸۰؛ پاکروان، قلعه‌بندی، علوی، ابراهیمی، ۱۳۸۶). در ایران پایایی این ابزار را به روش بازآزمایی ۰/۸۴ و روایی همگرایی آن را با مقیاس وسواسی-اجباری ییل - براون^۴ ۰/۸۷ گزارش کردند (استکتی، ۱۳۷۶؛ پاکروان و همکاران، ۱۳۸۶). در پژوهش حاضر پرسشنامه فوق بر روی نمونه بالینی (افراد مبتلا به اختلال وسواسی-اجباری) انجام شده است.

۲- پرسشنامه سلامت عمومی (۱۲ سؤالی): پرسشنامه غربالگری سلامت عمومی^۴ را در سال ۱۹۷۲ گلدبرگ^۵ به منظور شناسایی اختلالات روانی در مراکز و محیط‌های مختلف تدوین کرده است. سؤال‌های پرسشنامه که وضعیت روانی فرد را در یک ماه بررسی می‌کند، دربرگیرنده نشانه‌هایی مثل افکار، احساسات نابهنجار و جنبه‌هایی از رفتار قابل مشاهده است. پرسشنامه به صورت خودسنجی اجرا می‌شود. بررسی اعتبار و روایی GHQ12 در نوجوانان استرالیایی نشان داد که این پرسشنامه از همبستگی درونی خوبی (ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۸) بهره‌مند است (تایت^۶ و همکاران، ۲۰۰۳؛ یعقوبی، کریمی، امیدی، باروتی و عابدی، ۱۳۹۱). در کشور ایران فرم کوتاه ۱۲ سؤالی را پژوهشکده علوم بهداشتی جهاد دانشگاهی ایران اعتباریابی کرده است. نتایج مطالعه انجام شده نشان می‌دهد که این پرسشنامه پس از ترجمه به فارسی بر روی ۷۴۸ نفر از دانشجویان ۱۸ الی ۲۵ ساله اعتباریابی شده است. اعتبار همسانی درونی پرسشنامه با آلفای کرونباخ ۰/۸۷ به دست آمده است. روایی این پرسشنامه نیز از طریق روایی همگرا با پرسشنامه کیفیت زندگی به دست آمد (یعقوبی و همکاران، ۱۳۹۱). در این پژوهش به منظور اطمینان از سلامت روان نمونه غیر بالینی، دانشجویان شرکت کننده ابتدا به پرسشنامه سلامت عمومی پاسخ گفتند.

۳- پرسشنامه پیوند والدینی^۷: این ابزار سبک‌های پیوند والدینی را می‌سنجد. یک مقیاس

-
1. Sanavio
 2. Padua Inventory
 3. Yale. Brown Obsessive. Compulsive Scale
 4. General Health Questionnaire
 5. Goldberg
 6. Taite
 7. Parental Bonding Instrument

خودتوصیفی و ابزاری گذشته‌نگر است و برای افراد بالاتر از ۱۶ سال کاربرد دارد (لاک، والر، مایر، یوشر و لیزی^۱، ۲۰۰۵). ابزار پیوند والدینی پرسشنامه‌ای ۲۵ سؤالی است؛ سؤالات با مقیاس لیکرت در یک طیف ۴ گزینه‌ای درجه‌بندی شده است. از ۲۵ سؤال این پرسشنامه ۱۲ سؤال مربوط به مراقبت و ۱۳ سؤال مربوط به حمایت افراطی است. سنجش دو بعد مراقبت و حمایت والدین از سوی فرزندان به وسیله این پرسشنامه انجام می‌شود؛ عوامل مراقبت و حمایت دوقطبی هستند. از یک سو مراقبت، عطوفت، گرمی عاطفی، همدلی و نزدیکی و از سوی دیگر سردی عاطفی، بی‌تفاوتی و غفلت قرار دارد. در بعد حمایت نیز حمایت افراطی، دخالت، تماس بیش از حد، جلوگیری از استقلال و خودمختاری به فرزند قرار دارد. در فرم مادر نمره برش برای مراقبت ۲۷ و برای حمایت افراطی ۱۳/۵ است. نتایج بررسی اعتبار پارکر و همکاران (۱۹۷۹) بدین شرح بود: ثبات درونی، پایایی دو نیمه کردن ۰/۸۸، پایایی بازآزمایی برای بعد مراقبت ۰/۷۶، پایایی بازآزمایی برای بعد حمایت افراطی ۰/۶۳. پژوهش‌های بعدی درباره PBI پایایی و ثبات بسیار بالای بازآزمایی ۱۱ ساله در دامنه ۰/۶۵ تا ۰/۷۲ را نشان دادند. در ایران نتایج اجرای این پرسشنامه را انوشه‌ایی (۱۳۸۵) بر روی دانشجویان نمرات پایایی بازآزمایی (۴ هفته) مراقبت مادرانه را ۰/۸۳ و مراقبت پدرانه را ۰/۷۹ نشان داد. محاسبه پایایی بازآزمایی در بعد حمایت افراطی (کنترل) مادرانه ۰/۸۹ و حمایت پدرانه ۰/۹۳ به دست آمد. آلفای کرونباخ برای مراقبت مادرانه ۰/۹۰، برای مراقبت پدرانه ۰/۹۰، برای حمایت افراطی مادرانه ۰/۸۵ و برای حمایت افراطی پدرانه نیز ۰/۸۵ به دست آمد (ثنایی، ۱۳۸۷). در پژوهش حاضر پرسشنامه پیوند والدینی بر روی نمونه بالینی و غیربالینی اجرا شده است.

۴- **مقیاس کمال‌گرایی هیل:** مقیاس کمال‌گرایی را هیل^۲ و همکاران (۲۰۰۴) تهیه کرده‌اند و ۵۹ گویه و ۸ خرده مقیاس دارد. در این مقیاس از ترکیب ابعاد نظم و سازماندهی، هدفمندی، تلاش برای عالی بودن و معیارهای بالا برای دیگران، جنبه سازگار و از ترکیب نمرات ابعاد نیاز به تأیید، تمرکز بر اشتباهات، ادراک فشار از سوی والدین و نشخوار فکر، جنبه ناسازگار کمال‌گرایی حاصل می‌شود (هیل، ۲۰۰۹).

نتایج حاصل از محاسبه پایایی و روایی این مقیاس در پژوهش هیل و همکاران حاکی از آن است که ضریب پایایی به روش آلفای کرونباخ بین ۰/۸۳ تا ۰/۹۱ به دست آمده است، پایایی

1. Luck, waller, Mayer, ussher & lacey

2. Hill

و روایی این مقیاس را در ایران جمشیدی در سال ۱۳۸۸ انجام داد. پایایی کل مقیاس در بررسی مقدماتی (۶۸ آزمودنی) با استفاده از روش آلفای کرونباخ (همسانی درونی) ۰/۸۰ به دست آمد. در بررسی اصلی (با ۳۱۳ آزمودنی) نیز پس از انجام تحلیل عاملی، این ضریب برای کل مقیاس ۰/۹۰ به دست آمد.

پرسشنامه کمال‌گرایی هیل در پژوهش حاضر بر روی نمونه مادران شرکت کننده در پژوهش اجرا شده است.

یافته‌ها

به منظور مقایسه کمال‌گرایی مثبت و کمال‌گرایی منفی در مادران افراد مبتلا به اختلال وسواسی-اجباری و مادران افراد سالم، با توجه برابر بودن همگنی واریانس‌ها از آزمون تی برای گروه‌های مستقل استفاده شد. نتایج آن در جدول ۱ آمده است.

جدول ۱: نتایج مقایسه کمال‌گرایی مثبت و کمال‌گرایی منفی در مادران افراد مبتلا به اختلال وسواسی-اجباری و مادران افراد سالم

متغیر	گروه	میانگین	انحراف استاندارد	T	P
کمال‌گرایی مثبت	افراد سالم	۹۱/۴۴	۱۴/۶۲	۳/۲۹	۰/۰۰۲
	مبتلا به OCD	۷۸/۵۱	۱۸/۳۶		
استاندارهای بالا برای دیگران	افراد سالم	۲۳/۲۰	۵/۸۷	۲/۲۴	۰/۰۲۸
	مبتلا به OCD	۲۶/۴۸	۵/۶۹		
نظم و سازماندهی	افراد سالم	۲۸/۲۲	۷/۱۹	-۲/۸۹	۰/۰۰۵
	مبتلا به OCD	۳۲/۵۸	۵/۴۱		
هدفمندی	افراد سالم	۲۳/۰۳	۵/۷۱	-۳/۶۹	۰/۰۰۰
	مبتلا به OCD	۲۵/۷۵	۵/۰۸		
تلاش برای عالی بودن	افراد سالم	۲۱/۲۳	۵/۴۱	-۲/۶۳	۰/۰۱۰
	مبتلا به OCD	۲۴/۲۷	۴/۳۰		
کمال‌گرایی منفی	افراد سالم	۸۰/۳۷	۲۱/۳۰	۳/۰۹	۰/۰۰۳
	مبتلا به OCD	۹۶/۸۶	۲۳/۶۹		
تمرکز بر اشتباهات	افراد سالم	۲۰/۳۴	۸/۲۹	-۳/۴۸	۰/۰۰۱
	مبتلا به OCD	۲۷/۰۳	۷/۹۱		
نیاز به تأیید	افراد سالم	۲۲/۷۱	۷/۷۰	-۳/۰۶	۰/۰۰۳
	مبتلا به OCD	۲۷/۹۴	۶/۶۵		
نشخوار فکر	افراد سالم	۲۲/۰۸	۶/۸۷	-۲/۷۳	۰/۰۰۸
	مبتلا به OCD	۲۶/۳۳	۶/۲۲		
ادراک فشار از سوی والدین	افراد سالم	۲۳/۷۷	۷/۱۳	-۳/۶۸	۰/۰۰۰۱
	مبتلا به OCD	۲۶/۳۰	۶/۵۲		

با توجه به جدول ۱ تفاوت متغیر کمال‌گرایی مثبت بین دو گروه معنادار و میانگین کمال‌گرایی مثبت در مادران افراد سالم بالاتر از مادران افراد مبتلا به OCD است ($P=0/01$ ، $t(69)=29/3$). تفاوت متغیر استانداردهای بالا برای دیگران در مادران بین دو گروه معنادار و میانگین استانداردهای بالا برای دیگران در مادران افراد مبتلا به OCD بالاتر است ($P=0/03$ ، $t(69)=2/24$). تفاوت متغیر نظم و سازماندهی در مادران بین دو گروه معنادار و میانگین نظم و سازماندهی در مادران در افراد مبتلا به OCD بالاتر است ($P=0/01$ ، $t(69)=-2/89$). تفاوت متغیر هدفمندی در مادران بین دو گروه معنادار و میانگین هدفمندی در مادران در افراد مبتلا به OCD بالاتر است ($P=0/03$ ، $t(69)=-3/69$). تفاوت متغیر تلاش برای عالی بودن در مادران بین دو گروه معنادار و میانگین تلاش برای عالی بودن در افراد مبتلا به OCD بالاتر است ($P=0/03$ ، $t(69)=-2/63$). با توجه به جدول ۱ و برابر بودن همگنی واریانس در دو گروه تفاوت متغیر کمال‌گرایی منفی بین دو گروه معنادار و میانگین کمال‌گرایی منفی در افراد مبتلا به OCD بالاتر از افراد سالم است ($P=0/01$ ، $t(69)=3/09$). تفاوت متغیر تمرکز بر اشتباهات در مادران بین دو گروه معنادار و میانگین تمرکز بر اشتباهات در مادران افراد مبتلا به OCD بالاتر است ($P=0/01$ ، $t(69)=-3/48$). تفاوت متغیر نیاز به تأیید در مادران بین دو گروه معنادار و میانگین نیاز به تأیید در مادران در افراد مبتلا به OCD بالاتر است ($P=0/03$ ، $t(69)=3/06$). تفاوت متغیر نشخوار فکر در مادران بین دو گروه معنادار بوده و میانگین نشخوار فکر در مادران افراد مبتلا به OCD بالاتر است ($P=0/01$ ، $t(69)=-2/73$). همچنین تفاوت متغیر ادراک فشار از سوی والدین در مادران بین دو گروه معنادار بوده و میانگین ادراک فشار از سوی والدین در مادران افراد مبتلا به OCD بالاتر است ($P=0/001$ ، $t(69)=-3/68$).

جدول ۲: آزمون تفاوت میانگین زیرمقیاس‌های پیوند والدینی در افراد سالم و مبتلا به اختلال وسواسی اجباری با آزمون تی برای گروه‌های مستقل

متغیر	گروه	میانگین	انحراف استاندارد	مقدار t	سطح معناداری
حمایت افراطی	سالم	۱۳/۲۸	۲/۲۰	-۲/۴۷	۰/۰۰۰۱
	OCD	۱۴/۲۸	۱/۳۴		
حمایت متعارف	سالم	۱۴/۵۸	۲/۵۱	۰/۳۷	۰/۵۸
	OCD	۱۴/۳۹	۱/۸۴		
مراقبت بی تفاوت	سالم	۲۲/۸۹	۵/۳۸	-۰/۱۷	۰/۵۷
	OCD	۲۳/۱۱	۵/۸۹		
مراقبت متعارف	سالم	۲۷/۲۲	۱/۹۰	۰/۵۷	۰/۳۱
	OCD	۲۶/۷۴	۲/۰۶		

با توجه به جدول ۲ تفاوت متغیر حمایت افراطی بین دو گروه معنادار است و تفاوت معناداری در نمره‌های افراد سالم ($M=13/28, SD=2/20$) و مبتلا به اختلال وسواسی-اجباری ($M=14/28, SD=1/34$)؛ $p=0/23$ ، $t(69)=-2/47$ وجود دارد. همچنین تفاوت متغیر حمایت متعارف بین دو گروه معنادار نبود و تفاوت معناداری در نمره‌های افراد سالم ($M=14/58, SD=2/51$) و مبتلا به اختلال وسواسی-اجباری ($M=14/39, SD=1/84$)؛ $p=0/71$ ، $t(69)=0/37$ وجود نداشت. در خصوص تفاوت متغیر مراقبت بی تفاوت در دو گروه سالم و مبتلا به اختلال وسواسی اجباری نیز نتایج حاصل از آزمون t مستقل نشان داد که ادراک مراقبت بی تفاوت در افراد سالم ($M=22/89, SD=5/38$) و مبتلا به اختلال وسواسی-اجباری ($M=23/11, SD=5/89$)؛ $p=0/87$ ، $t(69)=0/57$ معناداری ندارد. در خصوص تفاوت متغیر مراقبت متعارف در دو گروه سالم و مبتلا به اختلال وسواسی اجباری نیز نتایج حاصل از آزمون t مستقل نشان داد که ادراک مراقبت متعارف در افراد سالم ($M=27/22, SD=1/90$) و مبتلا به اختلال وسواسی-اجباری ($M=26/74, SD=2/06$)؛ $p=0/29$ ، $t(69)=0/31$ تفاوت معناداری ندارد.

جدول ۳: ماتریس همبستگی ما بین کمال‌گرایی منفی، زیرمقیاس‌های پیوند والدینی و میزان وسواس در نمونه بالینی

	۱	۲	۳	۴	۵	۶
کمال‌گرایی منفی						
حمایت افراطی	۰/۹۶**	۱				
حمایت متعارف	۰/۵۱**	۰/۲۷	۱			
مراقبت بی تفاوت	۰/۴۲**	۰/۴۸**	۰/۴۹**	۱		
مراقبت متعارف	۰/۵۴**	۰/۶۷**	۰/۷۱**	۰/۷۲**	۱	
میزان وسواس	۲۴/۶	۰/۵۱**	۰/۳۱	-۰/۲۷	-۰/۲۶	۱

*P<۰/۰۵**P<۰/۰۱

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد که میان کمال‌گرایی منفی و زیرمقیاس‌های پرسشنامه پیوند والدینی رابطه معناداری وجود دارد. هم‌چنین میان میزان وسواس و حمایت افراطی نیز رابطه معناداری وجود دارد.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی سطوح کمال‌گرایی مادر با پیوند والدینی در افراد مبتلا به اختلال وسواسی-اجباری و مقایسه آن با افراد سالم انجام شده است. نتایج پژوهش حاضر حاکی از این است که کمال‌گرایی مثبت مادران افراد مبتلا به اختلال وسواسی-اجباری کم‌تر از کمال‌گرایی مثبت مادران افراد سالم است. این یافته هم‌سو با تئوری‌های رشدی است که آسیب‌شناسی روانی به‌خصوص اختلال وسواسی-اجباری را با کمال‌گرایی مادر مرتبط می‌دانند (تولین، وود و آبراموویتز، ۲۰۰۳). به‌علاوه یافته‌های پژوهش حاضر هماهنگ با پژوهش‌هایی است که اظهار نموده‌اند، کمال‌گرایی مثبت مادران افراد سالم بیشتر از افراد مبتلا به اختلال وسواسی-اجباری است (وو و کرسی، ۲۰۰۸؛ نظیری، بیرشک، محمدیان، ۱۳۷۸). درباره تفاوت کمال‌گرایی مثبت و منفی در مادران، نتایج پژوهش حاضر نشان می‌دهد، اگرچه کمال‌گرایی می‌تواند به عنوان یک ویژگی شخصیتی هم در مادران افراد مبتلا به اختلال

وسواسی- اجباری وجود داشته باشد و هم در مادران افراد سالم، ولیکن ماهیت کمال‌گرایی در این دو گروه از افراد متفاوت است. به نظر می‌رسد، مادرانی که فرزندان از لحاظ روانی سالم تربیت می‌کنند، احتمالاً بیشتر از مادرانی که فرزندانشان به نوعی از آسیب روحی برخوردارند، شیوه‌های سالم و سازگار کمال‌گرایی را اتخاذ می‌کنند. مادرانی که معیارهای کمال‌گرایانه به شیوه‌های سازگارانه و مثبت برای فرزندانشان مقرر می‌کنند، اهدافی بلندپروازانه برای آینده فرزندانشان دارند، ولیکن احتمالاً این اهداف تا حدی رنگ و بوی واقع‌گرایی به خود گرفته‌اند (آرال^۱، ۲۰۰۷). این والدین فرزندانشان را به شیوه‌ای سازنده برای تبدیل از خود کنونی به خودآرمانی تشویق می‌کنند. نتایج پژوهش حاضر هماهنگ با یافته‌های هماچک^۲، نشان می‌دهد، کمال‌گرایان منفی افرادی هستند که با وجود تمام موانع به اهداف غیرواقع‌بینانه خود پایبند هستند، در حالیکه کمال‌گرایان مثبت در وضع اهدافشان منعطف‌تر به نظر می‌رسند؛ به علاوه آن‌ها قادر هستند از تجربیات خود یاد بگیرند و نسبت به آن‌ها بازخورد نشان دهند. زیر مقیاس‌های کمال‌گرایی مثبت در پرسشنامه کمال‌گرایی هیل شامل نظم و سازماندهی، هدفمندی، تلاش برای عالی بودن و معیارهای بالا برای دیگران است که عاری از جوانب سخت‌گیرانه و منفی کمال‌گرایی است. بنابراین، منطقی به نظر می‌رسد که مادران افراد سالم بیش از مادران افراد مبتلا به اختلال وسواسی- اجباری، ابعاد مثبت کمال‌گرایی داشته باشند.

نتایج پژوهش حاضر نشان داد، کمال‌گرایی منفی مادران افراد مبتلا به اختلال وسواسی- اجباری بیش‌تر از کمال‌گرایی منفی مادران افراد سالم است. این یافته با نتایج حاصل از تحقیقات فراست، ۱۹۹۱؛ هویت و فلت^۳، ۱۹۹۱ و ۱۹۹۳؛ آلدن و والس^۴، ۱۹۹۴؛ بلک^۵ و همکاران، ۱۹۹۲؛ استکتی، ۱۹۹۳؛ لیبی، رینولدز و دریزلی^۶، ۲۰۰۴؛ هونجو، ۱۹۸۹؛ نقل از فراست و شوز، ۱۹۹۳؛ استکتی، گرایسون و فوآ^{۱۹۸۶} (به نقل از محمودعلیلو، ۱۳۸۵) همسو است. در تبیین یافته فوق می‌توان گفت کمال‌گرایی مادر، به عنوان نخستین فردی که پیوندهای

-
1. Arale
 2. Hamachek
 3. Hewitt & Flett
 4. Alden & Walce
 5. Black
 6. Libby, Reynolds & Derisley

عاطفی را با فرزند برقرار می‌کند و نخستین فرد مهم زندگی، یک پیام روشن و صریح برای فرزندش به همراه دارد «کامل باش و درست و بی‌نقص رفتار کن» چنین فردی همواره اضطراب ناشی از انجام ایده‌آل امور را تجربه می‌کند و نیاز شدیدی برای درست و صحیح بودن همه چیز در زندگی پیدا می‌کند. همیشه به دنبال گرفتن تأیید از جانب مادرش است و این موضوع نیز اضطراب فراوانی را به او وارد خواهد کرد. زیرا در صورت احساس نقص در انجام هر فعلی اضطراب و پریشانی روانی فراوانی بر او وارد خواهد آمد. مسلم است که نوع منفی و ناسازگارانه کمال‌گرایی مادر فشار روانی بیش‌تر و به تبع آن اضطراب بیش‌تری را بر فرد وارد می‌کند. اغلب مادران کمال‌گرای ناسازگار کنترل زیادی را به فرزند خود وارد می‌کنند، آینده ایده‌آل را برای او پیش‌بینی می‌کنند و از فرزندشان انتظار دارند که این تصویر را تحقق بخشد. فرزندان چنین مادرانی به منظور اجتناب از موقعیت پرفشار و گریز از انتقاد و تحقیر در پی تحقق بخشیدن به خواسته والدشان هستند. این افراد به‌طور افراطی احساس استرس می‌کنند، طبیعتاً نتیجه احساس مسئولیت بیش از حد برای پیشگیری از بروز حوادث در این افراد مخوف است. چنین شرایطی به بروز اجباری جنبه‌های منفی کمال‌گرایی در فرد منجر می‌شود. تداوم این موضوع فرد را بیش‌تر از سایر افراد در آستانه اختلال وسواسی-اجباری قرار می‌دهد (دی بارتلو، فراست، چانگ، لاسوتا و گریل^۱، ۲۰۰۴).

نتایج مربوط به مقایسه عوامل پرسشنامه پیوند والدینی در افراد سالم و افراد مبتلا به اختلال وسواسی-اجباری نشان می‌دهد بین دو گروه افراد سالم و افراد مبتلا به اختلال وسواسی-اجباری تنها در ادراک زیرمقیاس حمایت افراطی تفاوت معناداری وجود دارد و در ادراک زیرمقیاس‌های حمایت متعارف، مراقبت بی‌تفاوت و مراقبت متعارف تفاوت معناداری بین دو گروه وجود ندارد. همان‌طور که ذکر شد، حساسیت فراوان در برابر اشتباهات منفی به‌علاوه حمایت افراطی به‌عنوان بعد منفی کمال‌گرایی محسوب می‌شود. این نتایج با یافته‌های به دست آمده از پژوهش کاوادو و پارکر^۲، ۲۰۰۰؛ نقل از گرانت^۳، ۲۰۰۲ در خصوص نقش حمایت افراطی در وسواس همسو است. هم چنین با پژوهش کیمیدیس، میناس^۳ و آتا^۳، ۱۹۹۲؛

-
1. Chang, LaSota & Grills
 2. Grant
 3. Minas & Atta

نقل از گرانت، ۲۰۰۲ نیز همسو است. در تبیین این یافته می‌توان گفت که حمایت افراطی والدین در بسیاری از متون به عنوان عوامل پیش‌بین اختلال وسواسی- اجباری در نظر گرفته شده‌اند. والدینی که از فرزندانشان به طور افراطی حمایت می‌کنند، به صورت مستقیم یا غیر مستقیم یک پیام را به آن‌ها القا می‌کنند «محیط زندگی ناامن است، مراقب باش و دقت کن» این پیام احساس خطر و گوش بزنگی مفرط را به فرد انتقال می‌دهد و فرد برای رهایی از اضطراب، حس مسئولیت‌پذیری و افری را در خود پرورش می‌دهد، همیشه گوش به زنگ است و تلاش می‌کند تا محیط زندگی فکری و فیزیکی خود را طوری طراحی کند تا فشار روانی وارده را اندکی کاهش دهد و بتواند محیط زندگی را در کنترل خویش درآورد از محتمل‌ترین پیامدهای چنین روشی برای کنارآمدن با خطر ابتلا به اختلال وسواسی- اجباری است. پژوهش فوق در خصوص زیر مقیاس‌های حمایت متعارف، مراقبت بی‌تفاوت و مراقبت متعارف پرسشنامه پیوند والدینی به تفاوت معناداری بین دو گروه مبتلا به اختلال وسواسی- اجباری و سالم دست نیافت. محققان خارجی تاکنون در این خصوص تحقیقات اندکی انجام داده‌اند و یافته‌های به دست آمده از همین اندک تحقیقات نیز نتیجه روشنی را به دست نمی‌دهد. نتیجه حاصل از این پژوهش به صورت غیر مستقیم متفاوت از نتایج حاصله از پژوهش پارکر و کاوادی است. با توجه به اینکه نتیجه حاصله در تضاد با بسیاری پژوهش‌های پیشین است (زایف، جرینر، کارول، ۲۰۰۸؛ نقل از زاهدیان، محمدی، سامانی، ۱۳۹۰). در تبیین این تفاوت شاید بتوان به ویژگی‌های نمونه مورد بررسی اشاره کرد. افراد نمونه مورد بررسی در این پژوهش بیماران مبتلا به اختلال وسواسی- اجباری بودند که در جلسات نخست درمان (جلسات اول تا سوم) قرار داشتند. احتمالاً فضای نخستین جلسات درمان بر نوع پاسخگویی بیماران تأثیر گذاشته است. همچنین در پژوهش‌های پیشین به نقش متغیرهای مزاحم مانند سن، تحصیلات فرد، تحصیلات والدین یا وضعیت اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی خانواده‌ها و عواملی مانند سن شروع اختلال اشاره نشده است که این موضوع نیز می‌تواند بر نتیجه پژوهش تأثیر بگذارد.

نتایج پژوهش حاضر با توجه به محدودیت‌های آن نظیر تعداد کم نمونه بایستی با احتیاط تفسیر شود. با توجه به نتایج حاصله پیشنهاد می‌شود پژوهش‌هایی در آینده در میان نمونه‌های بالینی و غیربالینی بزرگ‌تری انجام شود. همچنین در ارتباط با پیوند والدینی و تأثیر آن بر

اختلال وسواسی - اجباری پژوهش‌های دقیقی با در نظر گرفتن متغیرهای مزاحم و تعدیل‌کننده (نظیر سن، تحصیلات فرد، تحصیلات والدین یا وضعیت اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی خانواده‌ها و...) انجام شود. هم‌چنین پیشنهاد می‌شود آموزش‌هایی در زمینه باورهای نادرست و تحریف شده در ارتباط با کمال‌گرایی به معلمان و مربیان داده شود، چرا که مدارس و مهدهای کودک نیز از آغازین روزهای ورود کودک به اجتماع او را وارد میدان مسابقه با خود و دیگران می‌کنند، بی‌آنکه پیامدهای منفی آن را هم برای کودک و هم اجتماع بشناسند. هم‌چنین روان‌شناسان، روان‌پزشکان و درمانگران حوزه سلامت روان نقش مهم کمال‌گرایی در بسیاری از کژکارکردی‌های امروز جامعه را در نظر داشته باشند، درمان‌های مؤثر آن را بشناسند و به اصلاح باورهای آسیب‌رسان مربوط به آن در طرح درمان خود توجه کنند.



منابع

انجمن روان‌پزشکی آمریکا (۱۳۸۴). متن تجدید نظر شده راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی، ترجمه نیکخو، محمدرضا و آوادیسانس، هامایاک (۲۰۰۰). تهران، سخن. پاکروان، مریم، قلعه بندی، میرفرهاد، علوی، کاوه و افخم ابراهیمی، عزیزه (۱۳۸۶). مقایسه آزمون وسواسی-اجباری مادزلی و مصاحبه بالینی مبتنی بر DSM-IV برای تشخیص اختلال وسواسی-اجباری در بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا، مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران، ۱۳(۲):۹۷-۱۰۳.

ثنایی، باقر (۱۳۸۷). مقیاس‌های سنجش خانواده و ازدواج. تهران: بعثت. جمشیدی، بهنام (۱۳۸۸). اعتباریابی مقیاس جدید کمال‌گرایی. مجله علوم رفتاری، ۳(۱):۳۴-۳۵.

زاهدیان، سیدفتح‌الله، محمدی، مسعود و سامانی، سیامک (۱۳۹۰). نقش سبک‌های دلبستگی، پیوند والدینی و خودپنداره در اعتیاد جنسی، مجله روان‌شناسی بالینی، ۳(۳):۶۵-۷۳. دلاور، علی (۱۳۸۶). احتمالات و آمار کاربردی در روان‌شناسی و علوم تربیتی، تهران: دانشگاه پیام نور.

محمدی، ابوالفضل، فتی، لادن و یزدان دوست، رخساره (۱۳۸۸). پیش‌بینی کننده‌های علائم وسواسی-اجباری در دانشجویان. مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی ایران، ۱۵(۳):۲۷۴-۲۸۲. محمودعلیلو، مجید (۱۳۸۵). کمال‌گرایی، صفات شخصیتی و الگوهای رفتار والدینی درک شده در افراد وسواسی-اجباری و ارسی کننده، فصلنامه علمی پژوهشی روان‌شناسی دانشگاه تبریز، ۱(۲ و ۳):۲۲۹-۲۵۲.

نظیری، قاسم، بیرشک، بهروز و محمدیان، مهرداد (۱۳۷۸). شیوه فرزندپروری کمال‌گرا و ویژگی‌های کمال‌گرایانه پدران و مادران: عامل زمینه ساز اختلال وسواسی-اجباری. مجله اندیشه و رفتار، ۵(۳):۳۰-۳۶.

یعقوبی، حمید، کریمی، معصومه، امیدی، عبدالله، باروتی، عصمت و عابدی، میلاد (۱۳۹۱). اعتباریابی و ساختار عاملی پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ12) در دانشجویان، مجله علوم رفتاری، ۶(۲):۱۵-۱۶.

- Ashby ,JS. &Pak Bruner, L. (2005). Multidimensional perfectionism and obsessive-compulsive behaviors. *Journal College Counseling*, 8(1), 31-41.
- American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 4 rd. Revised, (2000). Washington DC: APA.
- Arale, K, M. (2007). *The connection between perfectionism and depression, anxiety, and anger with consideration of ethnicity*. A dissertation submitted in partial fulfillment of the requirements for the degree of doctor psychology, New York, St. John's University.
- Aydin, 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. *The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences*, 25(2):108-118.
- Campbell, Rebecca. (2011). *Spatial and Gendered Discourses of Obsessive-Compulsive Disorder*. Being a thesis submitted in fulfillment of the requirements for the degree of Master of Social Sciences at The University of Waikato.
- Cavedo, L, C & Parker, G. (1994). Parental Bonding Instrument: exploring for links between scores and obsessionality. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 13(4):361-374.
- DiBartolo PM, Frost RO, Chang P, LaSota M, Grills AE. (2004). Shedding light on the relationship between personal standards a psychopathology: the case for contingent self-worth. *Journal Rational-Emotive Cognition-Behavior Therapy*, 22(4):241-254.
- Frost RO, DiBartolo, PM. (2002). Perfectionism, anxiety, and obsessive-compulsive disorder. In: FlettGL, Hewitt PL (Eds) Perfectionism: theory, research, and treatment. *American Psychological Association, Washington*, 341-372.
- Frost, R. O & shows, D. L. (1993). The nature and measurement of compulsive indecisiveness. Behavior and indecisiveness. *Behavior Research and Therapy*, 31(7): 683-692.
- Glass, D, J. (2012). *Factor Structure of OCD: Toward an Evolutionary Neuro-Cognitive Model of Obsessive-Compulsive Disorder*. A Thesis Submitted To The Department Of Psychology Of The State University Of New York At New Paltz In Partial Fulfillment Of The Requirements For The Degree Of Master of Arts In Psychology.
- Grant, J, E. (2002). Parental bonding in pathological gambling disorder, *psychiatric Quarterly*, 73(3):239-247.
- Hill, Chapel. (2009). *the Development of Obsessive Beliefs: The Influence of Parents' Beliefs and Parenting Style Characteristics*. A thesis submitted to the faculty of the University of North Carolina.
- Iketani, T. Kirriike, N. Stein, M, B. Nagao, K. Nagata, T. Minamikawa, N. Shidao. A. & Fukuhara, H. (2002). Relationship between perfectionism, personality disorders and agoraphobia in patients with panic disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavia*, 106(3):171-178.
- Rice KG, Pence SL Jr. (2006). Perfectionism and obsessive-compulsive symptoms.

Journal Psychopathology Behavior Assess, 28(4):103-111.

Lee, Lisa. (2007). Dimension of perfectionism and life stress: Predicting symptoms of psychopathology. *Cognition Therapy Research*, 31(5): 573-587.

Libby, S. Reynolds, S. Derisley, J. (2004). Cognitive appraisals in young people with obsessive-compulsive disorder. *Journal Child Psyche Psychiatry*, 45(6): 1076-1084.

Luck A, Waller G, Meyer C, Ussher M, Lacey H(2005). The role of schema processes in the eating disorders. *Cognitive therapy and research*, 29(6):717-732.

Sadock BJ, sadock(2007). AV. synopsis of psychiatry. *Philadelphia: Lippincott Wilkins*: 12-21.

Stoeber, J.& Otto, K. (2006). Positive conceptions of perfectionism: approaches, evidence, challenges. *Personality and Social Psychology Review*, 10(6), 295-319.

Tolin, DF. Woods, CM & Abramowitz, JS. (2003). Relationship between obsessive beliefs and obsessive-compulsive symptoms. *Cognition Therapy Research*, 27(6), 657-669.

Wu, K, D. & Cortesi, G, T. (2008). Relations between perfectionism and obsessive-compulsive symptoms: Examination of specificity among the dimensions. *Journal of Anxiety Disorders*, 23(3): 393-400.