



كلية التربية

كلية معتمدة من الهيئة القومية لضمان جودة التعليم
إدارة: البحوث والنشر العلمي (المجلة العلمية)

=====

دراسة لبعض المتغيرات المرتبطة بالنقد المرضى للذات لدى عينة من طلاب وطالبات الجامعة

إعداد

أ.د / أحمد الحسينى هلال

أستاذ الصحة النفسية

كلية التربية-جامعة طنطا

د/ دينا على السعيد عيسى

مدرس الصحة النفسية

كلية التربية-جامعة طنطا

« المجلد الثامن والثلاثون - العدد الثاني - فبراير ٢٠٢٢ م »

http://www.aun.edu.eg/faculty_education/arabic

ملخص الدراسة:

هدفت الدراسة إلي بحث طبيعة العلاقة بين النقد المرضى للذات وكل من القلق الاجتماعى والكمالية لدي عينة من طلاب الجامعة ، وكذلك التعرف علي الفروق بين الجنسين في النقد المرضى للذات والقلق الاجتماعى والكمالية، والتعرف على الفروق بين القسمين (العلمى / الأدبى) فى متغيرات الدراسة (النقد المرضى للذات ، القلق الاجتماعى ، والكمالية)، والتنبؤ بالنقد المرضى للذات من خلال متغيرات القلق الاجتماعى والكمالية لدى طلاب الجامعة ، ومعرفة تأثير الجنس والتخصص الدراسى على النقد المرضى للذات لدى طلاب الجامعة . وقد تكونت عينة الدراسة من (٣٠٠) طالباً وطالبة بكلية التربية بطنطا، وتم تطبيق مقياس النقد المرضى للذات (إعداد: الباحثان) ومقياس القلق الاجتماعى ومقياس الكمالية (إعداد: أحمد هلال) . واعتمدت الدراسة علي المنهج الوصفى الارتباطى التنبؤى والمقارن . أوضحت النتائج أن هناك علاقة ارتباطية موجبة بين النقد المرضى للذات وكل من الكمالية والقلق الاجتماعى والاكثاب لدي عينة الدراسة ، وأظهرت النتائج عدم وجود فروق بين الجنسين في النقد المرضى للذات، وجود فروق بين الجنسين في القلق الاجتماعى لصالح الاناث، وعدم وجود فروق بين الجنسين في الكمالية، وأظهرت النتائج عدم وجود فروق بين القسمين (العلمى/الأدبى) في كل من النقد المرضى للذات والقلق الاجتماعى والكمالية . كما أوضحت النتائج عدم وجود تأثير للجنس والتخصص الدراسى على النقد المرضى للذات لدى طلاب الجامعة ، ويسهم متغير القلق الاجتماعى فى التنبؤ بالنقد المرضى للذات لدى طلاب الجامعة .

الكلمات المفتاحية : النقد المرضى للذات - القلق الاجتماعى - الكمالية - التخصص الدراسى
- طلاب الجامعة

Abstract

The study aimed to examine the nature of the relationship between self-criticism and both social anxiety and perfectionism among a sample of university students , as well as identifying the differences between the gender in self-criticism, social anxiety and perfectionism, and identifying the differences between the two departments (scientific / literary). In the study variables (self-criticism, social anxiety, and perfectionism), predicting self- criticism through variables of social anxiety and perfectionism among university students, and knowing the effect of gender and academic specialization on the self-criticism of university students . the study sample consisted of (300) students at the Faculty of Education in Tanta, and Self-Criticism Scale (prepared by the two researchers) , the Social Anxiety Scale and the Perfectionism Scale (prepared by: Ahmed Helal) were applied . The study relied on the descriptive, correlational, predictive and comparative method. The results showed that there is a positive correlation between self-criticism and perfectionism, social anxiety and depression in the study sample. The results showed that there were no gender differences in patients' self-criticism. There are gender differences in social anxiety in favor of females, and there are no gender differences in perfectionism, and the results showed no differences between the two departments (scientific / literary) in each of the self-criticism and social anxiety and perfectionism. The results also showed that there was no effect of gender and academic specialization on the self-criticism of university students, and the social anxiety variable contributes to predicting the self-criticism of university students.

Keywords: *self-criticism - social anxiety - perfectionism - Academic specialization -gender -university students.*

مقدمة:

إن النقد الذاتي هو شعور إيجابي ناضج يلتمس من خلاله الفرد معرفة مواطن القوة ومواطن الضعف بصدق وموضوعية، أي أنه يقيسها وقيمها ولا يهملها ، ونقد الذات ليست له أوقات محددة ولكن له عقليات محددة تجيد قراءة نفسها ومحيطها وبالتالي لا تخشى مواجهة الأعداء أو التحديات وإنما تأخذ بأسباب النجاح والوصول إلي الهدف عن طريق التخطيط الجيد والاستفادة من أخطاء الماضي .

وما يعتقد الفرد من أفكار تجاه ذاته هي الأساس الفعلي لتقدير الذات لديه، الذي يعتبر بحد ذاته نتيجة نقد الذات إما أن يكون إيجابياً أو سلبياً، فالنقد الإيجابي للذات يؤدي بالمرء إلي تقدير ذاتي إيجابي مرتفع، والعكس صحيح عندما يمتلك المرء نقد ذاتي سلبي بحيث يملئ على الفرد بشكل شعوري و لا شعوري ما يمكن وما لا يمكن أن يفعل أو يشعر به، أي ما يتجسد من قواعد ذهنية في تفسيرات للأحداث وحوارات داخلية مما يؤدي به إلي تقدير ذاتي سلبي في مواجهة هذه الأحداث.

والنقد المرضي للذات هو التفكير السلبي نحو الخصائص الشخصية أو الجسمية للفرد ، حيث يكون لدى الشخص مشاعر لوم الذات تجاه نقاط ضعفه ، وغير قادر على الوصول إلى الأهداف والمهام المعيارية المرتفعة (Shahar,2015) . نقد الذات المرضي هو شكل من أشكال الميل لتبرير ومعاينة الذات ، مما قد يؤدي إلى مشاكل نفسية واجتماعية (Shahar et.al,2012). إن نقد الذات المرضي سيجعل الفرد عرضة للتوتر والاكنتاب نتيجة للمعايير غير المنطقية وغير العقلانية التي يضعها الفرد لنفسه (Shahar,2016).

ومن جهة أخرى هناك أشخاص لديهم الرغبة الشديدة في إنجاز وأداء أعمالهم وواجباتهم على أكمل وجه ولكنهم يخافون أشد الخوف ويقلقون بشدة إن خرج عملهم وبه عيوب ، فيضعون لأنفسهم مستويات وأهداف ومعايير تكاد تكون مستحيلة أو غير واقعية رغم أن أعمالهم يعترف بها الآخرون ، ويشهدون بوجودها لكنهم على الرغم من ذلك لا يستطيعون أن يحصلوا على السعادة ولا تقدير الذات؛ حينئذ تبدأ رحلة معاناة الفرد حيث يسرف في لوم الذات ويعاني من القلق والاكنتاب والخوف، ويكون في ريبة وشك وشديد الحساسية للنقد، ودائما لا يرضي أي عن نجاح يحققه، وينتابه الشعور بالفشل والذنب والتردد .

واهتمت أبحاث علم النفس المرضى في الفترة الأخيرة بموضوع النقد المرضى للذات نظراً لظهوره كعرض مرضى في العديد من الاضطرابات الاكلينيكية واضطرابات الشخصية مثل مرضى القلق والاكتئاب واضطرابات الأكل وسوء المعاملة ومضطري الشخصية ،وذوى المحاولات الانتحارية ، كما أوضحت دراسات. Cox , Enns, (Cox et al.,2000;Cox & Clara,2002 ;Cox et al.,2004a , Cox, Fleet& Stein 2004;Gilbert & Irons, 2005; Duarte et ak.,2014; Stange et al.,2015; Sobrinho et al.,2016). وأضاف (Whelton&Henkelman,2002) أنها ظاهرة عبر ثقافية وغير مرتبطة بالأصل العرقى أو نوع الجنس ، وأضاف.(Whelton, Paulson & Marusiak, 2007) أن الأفراد مرتفعى نقد الذات لديهم معتقدات سلبية مشوهة عن الذات في مختلف نقاط حياتهم وهي معتقدات ثابتة عبر الزمن . كما أضاف (Luyten et al.,2006; Lerman et al,2012) ، وجود مستويات مرتفعة من نقد الذات في الاضطرابات الوظيفية مثل متلازمة التعب المزمن . وكذلك وجود مستويات مرتفعة من نقد الذات لدى الأشخاص الذين يعانون من أوهام الاضطهاد (Hutton et al.,2013)، واضطراب القلق الاجتماعي (Iancu et al., 2015) ، واضطراب الشخصية الحدية (Kobala-Sibley et al.,2012) . على الرغم من أن نقد الذات قد يكون موجود لدى كل شخص ، فإنه أيضا يمكن أن يحتوى على اختلافات في الشكل والشدة والعواقب لدى كل فرد (Whelton&Henkelman,2002).

وقد رأى (Blatt,1991) أن النقد المرضى للذات هو خاصية حصرية في الإكتئاب ، والوسواس القهرى ، والقلق الاجتماعي ، واتفق معه في هذا الاتجاه كل من (Cox et al.,2004) والذين أضافوا أن النقد المرضى للذات يمثل محورا هاما من محاور القلق الاجتماعي ، والاكتئاب .

أما القلق الاجتماعي هو واحد من أكثر مشاكل الصحة النفسية شيوعا بين عامة الناس . فالقلق الاجتماعي في شكله العام أو المعقد هو اضطراب قلق مُعطل في الغالب ومرتبطة بضعف جودة حياة (Stein &Kean,2000). وتشمل السمات الإكلينيكية الرئيسية لهذا الاضطراب "فرط الحساسية للنقد أو التقييم السلبي أو الرفض الذي قد يكون مرتبطاً بانخفاض تقدير الذات أو الشعور بالنقص (Cox et al.,2004). وأكدت النظريات النفسية أيضاً على أهمية المعتقدات السلبية حول تقدير وتقييم الذات في القلق الاجتماعي (Clark&Wells, 1995) . ونظراً للدور البارز للتفسير المعرفى والذي يرى القلق الاجتماعي على أنه أفكار مختلة وظيفياً عن الذات ، هناك حاجة إلى إجراء تقييم منهجي لهذا البعد النفسى لدى الأفراد الذين يعانون من القلق الاجتماعي (Leary & Kowalski,1995).

وتوصلت دراسات كل من (Cox et al., 2000, 2004; Fogler et al., 2007; Shulman et al., 2009; Kopala-Sibley et al., 2013; Sherry et al., 2014; Gautreau et al., 2015) إلى أن النقد المرضى للذات يرتبط ارتباطاً دالاً بالقلق الاجتماعي ، حيث وجدت مستويات مرتفعة من النقد المرضى للذات لدى الأفراد الذين يعانون من القلق الاجتماعي.

وعلى مدى العقدين الماضيين ، نما الاهتمام النظري والتجريبي بشكل ملحوظ بدور الكمالية في مجموعة متنوعة من المشاكل النفسية ، بما في ذلك الاكتئاب والقلق . وأحد التطورات الرئيسية هو أن الكمالية أصبحت بمثابة بنية متعددة الأبعاد وتم تصورها وتعريفها بعدة طرق مختلفة (Dunkley et al., 2006) . وجد كل من (Dunkley & Blankstein, 2000) أن النقد الذاتي مؤشر رئيسي لعامل الكمالية. واعتمد كل من (Dunkley et al., 2003) على هذه النتائج من خلال إظهار أن النقد الذاتي يفسر العلاقة بين الكمالية الموصوفة اجتماعياً ومقاييس الكمالية الموجهة نحو الذات وأعراض اضطراب الاكتئاب والقلق والأكل .

وتوصلت دراسات كل من (Shafran & Mansell, 2001; Gilbert, et al., 2006; Dunkley & Kyparissis, 2008; Dunkley, Mandel & Ma, 2014) إلى أن النقد المرضى للذات يرتبط بالكمالية ، حيث وجدت مستويات مرتفعة من النقد المرضى للذات لدى الأفراد الذين يعانون من الكمالية.

وكما يتضح من العرض السابق فإن الدراسة الحالية تحاول إختبار العلاقة بين النقد المرضى للذات والكمالية والقلق الاجتماعي لدى طلاب الجامعة .

وبمراجعة الباحثان للدراسات السابقة في البيئة المحلية للنقد المرضى للذات لم يرصد الباحثان في حدود علمهما دراسات فحصت العلاقة بين النقد المرضى للذات والكمالية والقلق الاجتماعي وبناء على ذلك سوف تهتم الدراسة الحالية ببحث العلاقة بين النقد المرضى للذات والكمالية والقلق الاجتماعي.

ثانياً: مشكلة الدراسة:

تشير العديد من الدراسات إلى أن النقد المرضى للذات مرتبط بمجموعة من مشكلات الصحة النفسية (Fazaa & Page, 2009; Fennig et al., 2008; Kopala-Sibley et al., 2012). يعاني المرضى الذين ينتقدون أنفسهم من عدم تحقيق تقدم في العلاج النفسي (Marshall et al., 2008). وأثبتت الدراسات أن النقد المفرط للذات يمكن أن يكون مؤشر لتشخيص الأمراض النفسية (Gilbert & Irons, 2005). وتدعم الأدلة التجريبية مفهوم النقد المرضى للذات باعتباره عاملاً مهماً من عوامل الضعف في تطور الأمراض النفسية (Werrer et al., 2019).

ويركز النقد المرضى للذات في مجال دراسة السلوك المرضى على بعض المتغيرات مثل الاكتئاب والكمالية والقلق الإجتماعي وذلك لأن الدراسات التي تناولت الاكتئاب والكمالية والقلق الاجتماعي أوضحت أنهما يتسمان بالارتباط القوي بالنقد المرضى للذات (Cox et al., 2002; Gilbert & Irons, 2005; Gilbert et al., 2004; Shulman et al., 2009; Sherry et al., 2014; Golestaneh et al., 2017). ويضيف كل من (Shahar et al., 2003, Shahar et al., 2004; Dunkley et al., 2006; Vliegen & Luyten, 2009) أن النقد المرضى للذات عنصر أساسي في القلق.

وتتميز اضطرابات القلق الاجتماعي بالخوف والتجنب في المواقف الاجتماعية حيث يتصور المرء تعرضه لخطر الفحص من قبل الآخرين . ويعد تدني احترام الذات ، وانخفاض الكفاءة الذاتية ، والنقد الذاتي المرتفع ، والاعتمادية المرتفعة من الخصائص المحتملة الإضافية لاضطراب القلق الاجتماعي (Lancu et al., 2015) ، وبالتالي فإن فحصها مبرر ، وكذلك توضيح العلاقة بين القلق الاجتماعي والنقد المرضى للذات.

وهناك اعتراف متزايد بأن الاكتئاب يمثل مشكلة شائعة ومنتامية في العديد من المجتمعات. في العقدين الأخيرين ، كان هناك توسع سريع في الأبحاث لاستكشاف العمليات النفسية الرئيسية التي قد تكون متورطة في التعرض للأعراض الاكتئابية وتنشيطها (Gilbert et al., 2006). ومن بين هذه العمليات سعى الناس نحو الكمالية (Dunkley et al., 2006). وكذلك أنماط النقد المرضى للذات والحساسية للنقد من قبل الآخرين (Fournier et al., 2000; Gilbert & Miles, 2002). وجد كل من (Dunkley & Blankstein, 2000) أن النقد المرضى للذات مؤشر رئيسي لعامل الكمالية ، ويؤكد (Dunkley et al., 2006) إلى أن النقد المرضى للذات تم اعتباره العنصر والمكون الأكثر مرضية للكمالية .

كما وجد (Gilbert & Miles, 2000) أن لوم ونقد الذات مرتبطاً بعدد من متغيرات علم النفس المرضي مثل القلق الاجتماعي والاكتئاب والحجل . فالأشخاص الناقدون لذواتهم نقداً سلبياً يميلون إلي أن يتخلوا عن العلاقات الحميمة في سبيل تحقيق الرقي لذواتهم وخاصة أن شعورهم بقيمة الذات ضعيفاً وقد يؤدي الفشل في تحقيق التوقعات إلي الكمالية غير السوية والعديد من الاضطرابات النفسية كالقلق الاجتماعي وهذا ما تسعى الدراسة الحالية للكشف عنه .

من هنا جاءت هذه الدراسة لتكشف عن العلاقة بين النقد المرضي للذات والكمالية والقلق الإجتماعي لدى عينة من طلاب الجامعة ، وفي ضوء العرض السابق يمكن صياغة مشكلة الدراسة الحالية في عدد من التساؤلات على النحو التالي :

تساؤلات الدراسة:

- هل توجد علاقة ارتباطية بين النقد المرضي للذات والقلق الاجتماعي لدى طلاب الجامعة؟
- هل توجد علاقة ارتباطية بين النقد المرضي للذات والكمالية لدى طلاب الجامعة ؟
- هل توجد اختلافات جوهرية بين الجنسين في النقد المرضي للذات ؟
- هل توجد اختلافات جوهرية بين الجنسين في القلق الاجتماعي ؟
- هل توجد اختلافات جوهرية بين الجنسين في الكمالية ؟
- هل يختلف النقد المرضي للذات لدى طلاب الجامعة باختلاف التخصص (علمي /أدبي)؟
- هل يختلف القلق الاجتماعي لدى طلاب الجامعة باختلاف التخصص (علمي /أدبي) ؟
- هل تختلف الكمالية لدى طلاب الجامعة باختلاف التخصص (علمي /أدبي) ؟
- هل يمكن التنبؤ بالنقد المرضي للذات من خلال متغيرات القلق الاجتماعي والكمالية ؟
- هل هناك أثر لتفاعل كل من الجنس والتخصص الدراسي(علمي/أدبي) على النقد المرضي للذات لدى طلاب الجامعة؟

أهداف الدراسة:

تسعى هذه الدراسة إلى تحقيق الأهداف التالية:

- ١-الكشف عن العلاقة بين النقد المرضي للذات والقلق الاجتماعي لدى طلاب الجامعة .
- ٢-الكشف عن العلاقة بين النقد المرضي للذات والكمالية لدى طلاب الجامعة.

- ٣- التعرف على الفروق بين الجنسين فى متغيرات الدراسة (النقد المرضى للذات ، القلق الاجتماعى ، والكمالية).
- ٤- التعرف على الفروق بين القسمين (العلمى / الأدبى) فى متغيرات الدراسة (النقد المرضى للذات ، القلق الاجتماعى ، والكمالية).
- ٥- بحث مدى إمكانية التنبؤ بالنقد المرضى للذات من خلال متغيرات القلق الاجتماعى والكمالية لدى طلاب الجامعة.
- ٦- معرفة تأثير الجنس والتخصص الدراسى على النقد المرضى للذات لدى طلاب الجامعة.

أهمية الدراسة:

تتضح أهمية الدراسة فيما يلى:

- ١- موضوع النقد المرضى للذات حديث نسبياً، كذلك توجد ندرة فى الدراسات العربية التي بحثت فى موضوع النقد المرضى للذات ، والذي لم يلق الاهتمام البحثى بالحجم الذى لاقاه بالدراسات الأجنبية. .
- ٢- توفير الفهم النظرى والتجريبى المتكامل للنقد الذاتى للعميل والذي له آثاره المترتبة على الأمراض النفسية والعمليات التي تتعلق بتغيير النقد الذاتى، وبحث الدور الذى يلعبه متغير النقد المرضى للذات فى العديد من الاضطرابات الإكلينيكية .
- ٣- هناك حاجة لفهم آليات النقد الذاتى وعلاقتها بعلم النفس المرضى بشكل أفضل ، وكذلك التعرف على الفروق بين الجنسين فى النقد المرضى للذات.
- ٤- التعرف على المزيد من الجوانب المتعلقة بالنقد الذاتى وعلاقته بالكمالية والقلق الاجتماعى.
- ٥- كما تتمثل أهمية الدراسة فى بحث مدى إمكانية التنبؤ بالنقد المرضى للذات من خلال متغيرات القلق الاجتماعى والكمالية لدى طلاب الجامعة .
- ٦- الامداد بمعلومات عن كيفية الوقاية الناجحة من الأشكال المتطرفة من نقد الذات وعواقبها النفسية ، والبحث عن إمكانيات لمنع العواقب المرضية للنقد الذاتى .
- ٧- كما تتمثل الأهمية التطبيقية لهذه الدراسة من خلال نتائجها المتعلقة بالتعرف على العلاقة بين النقد الذاتى والكمالية واضطراب القلق الاجتماعى لدى طلاب الجامعة، فى فتح المجال لتطوير وتوجيه العلاج النفسى لتخفيف الكمالية غير التكيفية والقلق الاجتماعى ، وتصميم برامج إرشادية وعلاجية فى خفض النقد المرضى للذات.

مصطلحات الدراسة (المفاهيم الإجرائية):**النقد المرضى الذات self-criticism**

يعرفه الباحثان بأنه شعور سلبي تجاه الذات وعدم معرفة الفرد بقدراته وامكانياته مما يولد لديه الشعور بالهزيمة النفسية والاستسلام للفشل والشعور بعدم الكفاءة وعدم الرضا عن الذات وكراهية ورفض الذات .

كما تعبر عنه الدرجة الكلية على مقياس النقد المرضى للذات وأبعاده الفرعية.

الكمالية

يعرف أحمد هلال (٢٠١٢) الكمالية إجرائياً بأنها الرغبة في الوصول إلي الكمال وعدم رضا الفرد عن مجهوداته وأدائه بالرغم من جودة الأداء حيث يسعى الشخص ليصبح خالي من العيوب ووضع معايير مرتفعة للغاية يرافقها تقييم ذاتي انتقادي مفرط ومخاوف بشأن تقييمات الآخرين .

وتدل عليه الدرجة التي يحصل عليها المفحوص في المقياس ، ويتبنى الباحثان هذا التعريف حيث إنها استعانت بمقياسه .

القلق الاجتماعي

يعرف أحمد هلال (٢٠١٢) القلق الاجتماعي إجرائياً بأنه حالة من الخوف الشديد للشخص عند مواجهة أي موقف يتطلب اتصال اجتماعي مع الآخرين و الخوف من الظهور أمام الناس مما يولد لديه مشاعر الارتباك وعدم القدرة على التفاعل الجيد مع الآخرين. السمة الأساسية المميزة للقلق الاجتماعي تتمثل في الخوف غير الواقعي من التقييم السلبي للسلوك من قبل الآخرين .

وتدل عليه الدرجة التي يحصل عليها المفحوص في المقياس ، ويتبنى الباحثان هذا التعريف حيث إنها استعانت بمقياسه .

الإطار النظري والدراسات السابقة:**أولاً: النقد المرضى للذات: (Self-Criticism)**

النقد المرضى للذات هو شكل ضار أو مؤذى من التقييم الذاتي الذي ينطوي على مشاعر عدم الجدوى واللاقيمة والشعور بالذنب ، ويرتبط بالشعور بأن الشخص قد فشل في الارتقاء إلى مستوى التوقعات وسيتم رفضه وانتقاده" (Cox et al.,2004)

ويرى (Luyten et al.,2007) أن نقد الذات يشير إلى المخاوف من الرفض وفقدان السيطرة والاستقلال الذاتي ، كما أن النقد المرضى للذات يرتبط بمواضيع الهزيمة والفشل لدى الفرد ، معبراً عنها بمشاعر الفشل ، والكراهية للذات ، والشعور بالذنب ، وفقدان الاستمتاع ، وفقدان الاهتمام بالآخرين .

كما يرى كلٌ من (Kannan & Levitt, 2013) أن نقد الذات هو تقييم واعٍ للذات يمكن أن يكون سلوك صحي ولكن يمكن أن يكون له أيضاً آثار ونتائج ضارة للفرد.

ويعرف (Shahar, 2016) نقد الذات بأنه علاقات معقدة ومستمرة مع الذات ، تتميز بما يلي: (١) إجبار الذات على الوصول إلى أداء عالٍ ؛ (٢) التعبير المبرر والكراهية عندما تفشل الذات في الوصول إلى المستوى والمعيار الخاص بها . ويُؤكد كلٌ من (Tarmizi et al., 2019) أن النقد المرضى للذات عقاب للذات يُمنح لشخص ما عندما لا يستطيع الوصول إلى مستوى أو معيار غير واقعي.

ويتسم نقد الذات بالشعور بضعف قيمة الذات ، والخوف من الفشل ، والشعور بالذنب ، والمخاوف المفرطة بشأن الوضع الاجتماعي (Daniel & David, 2017) .

ويشمل نقد الذات الفحص القاسي والدائم للذات وتقييمات نقدية مفرطة في سلوك الفرد وردود الفعل السلبية على الإخفاقات الملحوظة من حيث العنف الذاتي (Löw et al., 2020) .

ويرى الباحثان أن النقد المرضى للذات هو تقييم الفرد لذاته بالسلب والذي يترتب عليه الشعور باللاقيمة والفشل و الخوف من الرفض والشعور بالذنب وكراهية الذات وفقدان الاستمتاع ، وفقدان الاهتمام بالآخرين .

أنواع نقد الذات :

نقد الذات هو إحدى السمات الشخصية التي تؤدي إلى عدم القدرة على التواصل بشكل صحيح مع الآخرين ، ونتيجة لهذا الشعور ، يلوم الناس أنفسهم باستمرار . يتأثر نقد الذات بعوامل داخلية تشير إلى القلق المفرط بشأن التقدم والنجاح ، ويصاحبها موضوعات تتعلق بتقدير الذات مثل الشعور بالذنب ، والفشل في تلبية المعايير ، والإذلال والإهانة والشعور بعدم القيمة. ركز هؤلاء الأشخاص على الحكم الذاتي الشديد في تحقيق الأهداف وعدم القدرة على الاستمتاع بتقدمهم . ويتم وضع نقد الذات في سلسلة متصلة. في أحد طرفي هذه السلسلة ، هناك نوع من نقد الذات يعتمد على معايير مقارنة بالمعايير الخارجية ، وهو ما يسمى نقد الذات المقارن، وفي الطرف الآخر من السلسلة ، هناك نوع من نقد الذات الذي يتطلب معايير داخلية ، وهو ما يسمى نقد الذات الداخلي (Enns & Cox, 2017).

ويُعرّف نقد الذات المقارن على أنه موقف سلبي تجاه الذات ، بسبب مقارنة الشخص ذاته بالآخرين (Thompson & Zuroff, 2004)، أما نقد الذات الداخلي فهو موقف سلبي بسبب مقارنة الفرد لذاته بالمعايير الشخصية والداخلية. نظرًا لأن هذه المعايير مرتفعة جدًا ، فمن المستحيل تحقيقها ، ومع ذلك ، يعتبر عدم الإنجاز والتحقيق هذا ضعفًا وعبئًا من قِبَل الناقد الذاتي (Golestaneh et al, 2017) .

خصائص الناقدين لذواتهم :

ينطوي نقد الذات على الحكم والتدقيق في الذات بطريقة قاسية وعقابية (Shahar et al., 2012) ، ويميل الأفراد الناقدون للذات إلى أن يكونوا حساسين للرفض أو النقد من الآخرين ، ويكونوا عدوانيين تجاه أنفسهم والآخرين (McIntyre, 2018) .

استعرض (Stinckens et al. , 2013) وقائع علاجية للنظر في النقد الذاتي للعملاء. بناءً على ملاحظاتهم ، قاموا بتجميع قائمة بخصائص الناقد الداخلي وهي: (أ) ليس متجذرًا في الخبرة ، فهو يجادل ضد العمل (ذاته) بدلاً من العمل ، (ب) غير دقيق ، غالبًا ما يتم التعبير عنه بعبارات بالأبيض والأسود مثل (دائمًا ، أبدًا ، الجميع ، وما إلى ذلك) ، (ج) ليس محدودًا للموقف لأنه يتم تنشيطه تلقائيًا ، ومستقلًا في ظل ظروف تجعل العمل جامدًا ، (د) الاختلال الوظيفي لأنه يمنع العملاء من تحقيق إمكاناتهم الكاملة . اقترح المؤلفون تصنيفًا لأنواع النقد الذاتي التي تضمنت الناقد المهين والعقابي وكثير المطالب والمفرط والدليل والمتجنب والناقد المتسلط .

الأفراد الذين يعانون من الناقد الداخلي المهين لديهم صورة ذاتية سلبية وجامدة ويشعرون بأنهم غير كفؤ ، وعديمي القيمة ، ومكروهين ، وشكاكين . يميل أولئك الذين لديهم نقد داخلي عقابي في المقام الأول إلى أن يكونوا عقابيين بشدة وإهانة لأنفسهم ، ولا يظهرون أي تعاطف مع الذات وغير قادرين على مسامحة أنفسهم على أخطاء الماضي . يسعى الأفراد الذين لديهم ناقد داخلي مفرط للكمالية إلى التمسك بمعايير لا يمكن تحقيقها. إنهم يحبون الحفاظ على كل شيء منظمًا وأن يكونوا فعّالين ومسيطرين . يميل النقاد الداخليون المتجنبون إلى تجنب الآخرين، ومملون ويبحثون عن التسلية أو الراحة أو التحفيز بطريقة وسواسية ، ويظهرون موقفًا متشائمًا وساخراً تجاه الآخرين . أخيرًا ، أولئك الذين لديهم نقد داخلي ومنتسلطون ، يشعرون ويتصرفون بشكل عدواني ومتكبر ويشوهون الآخرين ويطلبون الاهتمام والمكانة (Stinckens et al. , 2013).

الفروق بين الجنسين في النقد المرضى للذات :

توصل (Luyten et al.,2007) أن النساء في عيّنات غير اكلينيكية لديهم مستويات أعلى من الإعتماضية مقارنة بالرجال ، في حين يُتوقع من الرجال إظهار مستويات أعلى من النقد المرضى للذات مقارنة بالنساء. في العينات الاكلينيكية ، على النقيض من ذلك ، إذا كان التعارض بين الجنسين مرتبطاً فعلياً بزيادة خطر الإصابة بأمراض نفسية ، فإننا نتوقع أن يكون لدى الرجال عادة مستويات أعلى من الاعتماضية، في حين كان من المتوقع أن يكون لدى النساء مستويات أعلى من النقد المرضى للذات. كما توصل إلى أن الرجال والنساء على حد سواء من المرضى الذين يعانون من اكتئاب شديد لديهم مستويات مرتفعة من كل من الاعتماضية والنقد المرضى للذات مقارنة مع العاديين . بالإضافة إلى ذلك ، كان المرضى الذين يعانون من الاكتئاب أيضا لديهم مستويات أعلى من الاعتماضية من المرضى النفسيين المختلطين. ومع ذلك ، فإن مستويات النقد المرضى للذات لا تختلف بين مرضى الاكتئاب والمرضى النفسيين المختلطين . في العينات غير الاكلينيكية ، أظهرت النساء مستويات أعلى من الاعتماضية من الرجال ؛ فقد كان لدى الرجال مستويات أعلى بكثير من النقد المرضى للذات في عينة البالغين العاديين ، كما أن الفروق بين الجنسين فيما يتعلق بالنقد الذاتي قد تكون أقل وضوحاً وربما تختفي في الطلاب ، ربما بسبب التركيز الشديد على التحصيل لكل من الطلاب والطالبات.

وتوصلت نتائج دراسة (سامية محمد صابر، ٢٠١٠) إلى وجود فروق بين الجنسين في مستوي نقد الذات لصالح الذكور . كما تشير نتائج دراسة كل من (Blatt,2004;Vanea & Ghizdareanu,2012; Khan&Naqvi ,2016) إلى أنه لا توجد فروق بين الجنسين في النقد المرضى للذات .

وتوصلت دراسة كل من

(Viliegen and Luyten, Viliegen, et al., 2010;Franzoi et al ,2012) 2009; إلى أنه توجد فروق بين الجنسين في النقد المرضى للذات لصالح الإناث .

ومن ثم لم يكن هناك اتفاق بين نتائج الدراسات السابقة بشأن الفروق بين الجنسين في النقد المرضى للذات .

النماذج النظرية للنقد الذاتي :

يوجد ثلاث نماذج نظرية لنقد الذات وهما :

١- نموذج المتناقضين لنمو الشخصية والسلوك المرضى (Blatt, 2007, 2008; Blatt et al.,1976; Blatt and Luyten, 2009) .

٢- نموذج محور النقد (ACRIM) (Shahar, 2015) .

٣- المدخل المعرفى التطورى لنقد الذات. (Gilbert 2014) .

أولاً : نموذج المتناقضان فى نمو الشخصية والسلوك المرضى:

وهو نموذج نظرى ذات جذور فى التحليل النفسى، وقد طور هذا النموذج بشكل أساسى ليقدم لنا إطاراً نظرياً للأشكال المختلفة للاكتئاب (Blatt et al.1976؛ Blatt and Zuroff, 1992)، وامتد النموذج حديثاً نحو النمو المرضى للشخصية بالإضافة إلى التباينات الطبيعية فى تنظيم الشخصية (Blatt, 2008 ؛ Blatt and Luyten, 2009)، وقد ميز النموذج بين جانبان أساسيان فى نمو الشخصية وهما :

- تعريف الذات (self-definition)

- الارتباطات الشخصية (interpersonal relatedness)

ويرجع تعريف الذات إلى نمو هوية الفرد من خلال تعريف ذاته بشكل متباين للآخرين ونمو الأهداف وتطوره فى استقلال عن الآخرين، وتوجهات الهدف الخاصة بنجاح الفرد والإنجاز. أما الارتباطات الشخصية فتتضمن قدرة الفرد على تطوير علاقات عميقة مع الآخرين ويعزى هذا البعد كذلك إلى تطوير احساس عميق بالثقة والتعاون والصدقة مع الآخرين . إن التركيز الأساسى على تنظيم الشخصية يتباين بين الأفراد طبقاً لتعريفهم للذات ويعزى إلى تنظيم الشخصية الذى اكتسبه أو العوامل الشخصية المتصلة به (Blatt, 2008) وبناء على جانب الشخصية المفضل، يكون لدى الشخص نقاط ضعف مختلفة لبعض الأعراض المرضية النفسية (فإن الفرد يتعرض لأعراض مرضية متباينة). إن نقد الذات يقع كعامل فرعى فى جوانب تعريف الذات . أما الانحرافات النمائية النابعة فى هذه الجوانب فهى تؤدى إلى خلل واضح فى الصحة النفسية وزيادة التعرض للاضطرابات النفسية والذى يتضمن الشعور بالفشل ، وانعدام قيمة الذات ، والشعور بالذنب ، والنقد الشديد للذات ، وكل موضوعات انعدام قيمة الذات التى توصف فى شكل اضطراب الاكتئاب (Beutel et al., 2004; Blatt and Zuroff, 1992) بينما ينظر إلى عدم وجود نقد الذات على أنه أحد أعراض اضطراب الشخصية النرجسية (Luyten & Blatt, 2013).

ثانياً: نموذج محور النقد (ACRIM) :

استمد هذا النموذج جذوره من النظرية السيكودينامية وأعمال التحليل النفسى والتى قدمها (Shahar, 2015) ووضع النموذج مصادر نقد الذات كما يلى:

١- من خلال نقد الوالدين للتعبيرات الانفعالية نحو أطفالهم .

٢- فشل في محاولات الطفل في تطوير ذات حقيقية ذات موثوقية والمعرفة بالذات. إن فقدان الموثوقية والمعرفة بالذات في جانب والتعبيرات الانفعالية الناقدة للآخرين (الوالدين ، الأصدقاء ، والمعلمين) من جانب آخر تؤدي إلى ارتفاع نقد الذات (Lassri & Shahar, 2012)، وهي عوامل تؤدي بالفرد إلى الاضطراب وعدم التوافق والنمو المرضى (Shahar, 2015) إن النمو المرضى ناحية نقد الذات يرتبط بشدة مع سوء المعاملة في الطفولة كما أوضحت دراسات (Falgares et al.,2018) فنقد الذات الحادث بسبب سوء المعاملة يؤثر على التفاعل الاجتماعي والرضا عن العلاقات الرومانسية وجودة الحياة (Lassri et al.,2018) وبسبب النتائج العديدة لنقد الذات فمن المهم أن نمنع نموه وتطوره من أول وهلة . وقد أوضحت الأدلة المأخوذة من الدراسات النمائية والدراسات المستقبلية النموذج التبادلي حيث يشكل نقد الذات أحد عوامل النموذج المضطرب للنمو المرضى ولكنها تتأثر أيضاً بأعراض الاكتئاب (Shahar et al.,2004) ومثل هذه النتيجة في النموذج الخاص بنقد الذات تؤدي إلى نتائج سيئة مثل اضطراب التفاعل مع الآخرين عبر النقد الداخلي للذات على أنها عاجزة عن التقبل من الآخرين (Shahar, 2015) إن هذه النزعة متصلة كذلك بضعف الإصرار على الهدف والتقدم نحوه (Powers et al.,2012). مع مفهوم أوضح للذات قائم على أصالة عالية ومعرفة بالذات ، سيتم تسهيل توجيه الهدف و "السعي لتحقيق السعادة" ، بينما يمنع النقد الذاتي مثل هذه الإمكانيات التكيفية وفقاً لـ ACRIM .

ثالثاً: المدخل المعرفي التطوري لنقد الذات :

وهو النموذج الذي وضعه Gilbert ليشرح من خلاله نمو ومعالجة نقد الذات من المنظور المعرفي-التطوري المتصل بشدة مع طرق علاج نقد الذات مثل طريقة العلاج عن طريق الشفقة بالذات (CFT; Gilbert, 2010, 2014) compassion-focused therapy ومن هذا المنظور فإن نقد الذات يقع كظاهرة بين نظام الدافعية للتنافس والتركيب الاجتماعي . أما نظم الدافعية الأخرى فتسمى : التعاون/ المشاركة/ الرعاية/ التنشئة/ والمسئولية عن الرعاية . أما نظام التنظيم الانفعالي المتصل بنقد الذات فهو نظام حماية من التهديد والذي يشكل الخاصية الرئيسية للانفعالات مثل الغضب ، والقلق والاشمئزاز (Gilbert,2014) أما بخصوص تطور نقد الذات فهو مشابه للمفهوم السابق لنقد الذات فهنا أيضاً فإن علاقة الذات بالذات بينى من خلال خبرات شخصية (علاقات الذات بالآخرين) وبخصوص نقد الذات فإن هذه الخبرات تحدث من خلال نظام الدافعية أو من خلال المنافسة والطبقة الاجتماعية وبنفس الشكل فإن إعادة تأكيد الذات يتطور خارج الخبرات الشخصية للرعاية والمشاركة مع الآخرين واحتمالية البحث والحصول على الرعاية عند الحاجة ، وبناء على الخبرات المصنوعة فإن الأطفال يطوروا

نقداً للذات بالصورة التي يكونون بها مخططات إعادة تأكيد الذات . كيف يكون الفرد مسئولاً عن الأحداث ، والتي تنشطها المخططات، فإن ذلك يعتمد على الفروق الفردية التي تصنعها الخبرات الشخصية ، وعلى سبيل المثال فإنه طبقاً (Cardi et al., 2014) فإن مرضى اضطرابات الطعام لديهم حساسية عالية للترتيب الاجتماعى المتصل بالعلاقات الاجتماعية . ويعد تعريف (Gilbert, 2014) لنقد الذات حيث عرف الفرد الذى لديه سمة نقد الذات المرتفع بأنه يميل إلى الإعتماد على جوانب تخضع للمخططات الذاتية مع الآخرين وتعتمد كذلك على علاقة الذات- بالذات . إن هذه الفروض الخاصة بنظم الدافعية المختلفة ساندتها الأدلة الأمبريقية عند النظر للارتباطات النيوروفسيولوجية لنقد الذات وإعادة تأكيد الذات والتي يبدو أنها تعمل بطرق مختلفة (Longe et al., 2010) . لقد أصبح نقد الذات نمط اكتئابي ومثبطاً للاكتئاب عندما لا يوجد لدينا دفاعات ذاتية نحوه (Gilbert et al., 2006) . وفيما بعد أعراض الاكتئاب فإن بعض المرضى يشعرون أنهم تحت سيطرة أصوات تقدمهم لذاتهم مثلما يحدث فى نوبات الذهان (Gilbert et al., 2001) ، أو فى فقدان الشهية العصبى (Tierney & Fox, 2010) . إن نقد الذات يمكن أن يوجد على مستويات مختلفة وأكثر خطورة من كراهية الذات ويعبر عن أشد أشكال الكراهية .

ثانياً: الكمالية: (Perfectionism)

يعرف كل من (Frost et al., 1990) الكمالية بأنها الميل إلى وضع معايير عالية جداً للأداء، يصحبها تقييمات نقدية مبالغة للذات عند فشل الفرد فى تلبية تلك المعايير ومخاوف من تقييمات الغير .

يصف (Flett & Hewitt , 2002) الكمالية بأنها كفاح الفرد من أجل الخلو من العيوب وبلوغ الكمال . اقترح (Hewitt & Flett, 1991b) أن الكمالية تتكون من ثلاثة أبعاد: الكمالية الموجهة ذاتياً ، والكمالية الموجهة نحو الآخرين والكمالية المكتسبة اجتماعياً (المحددة والموجهة من المجتمع).

يوضح كل من فروست وآخرون (Frost et al, 1991) أن الكمالية حالة من عدم الرضا يشعر بها الفرد تجاه مجهوداته وأعماله بأنها غير جيدة بصورة كافية، حيث يضع لنفسه معايير غير واقعية يكافح من أجل تحقيقها، ويصعب على الكمالى الشعور بالرضا عن أدائه للمهام التي يكلف بها، وفي ذات الوقت لا يقدر المستوى الجيد الذي يستحق الشعور بالرضا، وهناك مجموعة من المؤشرات التي توضح معاناة الفرد للكمالية العصابية وهي:

- الانشغال الزائد بارتكاب الاخطاء ومعاقبة النفس عليها.
- معايير عالية من الأداء والانجاز يحددها الفرد لنفسه.
- إدراكه للتوقعات السلبية للوالدين أو أحدهما .
- إدراكه لنقد أحد الوالدين أو كليهما.
- الارتياب في قدرته على الأداء وفق ما يطلبه الآخرون.
- فقدان الثقة في مهاراته وكفاءته على التعامل بإيجابية في حل المشكلات.

ويعرف كلٌ من (Flett& Hewit, 2002) الكمالية بأنها تركيب معقد يعكس التفاعل بين العوامل السلوكية والدافعية والانفعالية والمعرفية.

كما تعرف شادية أحمد عبد الخالق (٢٠٠٥) الكمالية بأنها تمثل بناء إدراكيا وسلوكيا له دوافع وحاجات وصور ذهنية خاصة، تميل بالفرد نحو الشك في قدراته على الاداء الجيد، مما يؤدي الى إنخفاض تقديره لذاته، وعدم الرضا عن أي أداء بالرغم من جودته، والإفراط في نقد الذات والحساسية الشديدة نحو نقد الآخرين له، ووضع مستويات مرتفعة للإنجاز يحاول تحقيقها. (شادية أحمد عبد الخالق، ٢٠٠٥، ٢٢٠)

ويرى (Stoerber,2011) أن الكمالية هي نزعة شخصية تحدد عن طريق الكفاح من أجل عدم الوقوع في أية أخطاء ، ووضع مستويات عالية بصورة شديدة للأداء مصاحبة باتجاهات نقدية شديدة .

كما يعرف كلٌ من (Khatibi&Fouladchang,2016) الكمالية على أنها سمة شخصية تتميز بسعي الشخص إلى أن يصبح خالي من العيوب ووضع معايير مرتفعة للغاية يرافقها تقييم ذاتي انتقادي مفرط ومخاوف بشأن تقييمات الآخرين.

وفي ضوء ماسبق يتضح أنه يوجد اتفاق بين الباحثين على تعريف الكمالية بأنها كفاح الفرد لبلوغ الكمال ووضع معايير عالية جداً للأداء، يصحبها تقييمات نقدية مبالغه للذات وتحقيق أعلى معايير، وهو الامر الذي يولد السعي المتواصل الذي قد يتجاوز حتى إمكانيات الفرد ويظل بالرغم من ذلك غير راض عن إنجازه ، فإذا كانت هذه المستويات معتدلة بصورة واقعية كانت الكمالية سوية ، أما إذا كانت هذه المستويات مرتفعة بصورة غير واقعية كانت الكمالية عصابية.

أبعاد الكمالية :

استكشفت سلسلة من الدراسات التي أجراها دونكلي وزملاؤه (Dunkley, Zuroff, & Blankstein, 2006) العديد من مقاييس الكمالية ، وتشير هذه المقاييس إلى وجود بعدين أساسيين: البعد الأول هو وضع معايير شخصية والسعي لتحقيقها ؛ والبعد الآخر يسعى جاهداً لتجنب النقد ووصفه بأنه "مخاوف تقييمية" . كما وجدوا أن بعد المخاوف التقييمية يرتبط بمختلف المؤشرات للأمراض النفسية ، و ترتبط الاهتمامات التقييمية بشكل كبير بالنقد الذاتي وهو الجانب النقدي الذاتي للمخاوف التقييمية التي تسبب المرض بشكل خاص . وتوصلوا إلى أن النقد الذاتي تم اعتباره العنصر والمكون الأكثر مرضية للكمالية.

وقد وضع من كل (Hewit & Flett,1991) نموذج الكمالية المتعدد الأبعاد والذي يتكون من أبعاد ثلاثة:

البعد الأول: الكمالية الموجهة نحو الذات حيث يضع الأفراد معايير عالية لأنفسهم ويحاولون الوصول إليها وهذا النوع يمكن أن يكون قوة دافعة صحية لتحقيق أهداف عالية فتكون الكمالية السوية والإيجابية ، أو يمكن أن تكون عامل يسبب الإحباط فتكون الكمالية العصابية السلبية.

البعد الثاني: الكمالية الموجهة نحو الآخرين ويتضمن وضع معايير مرتفعة وغير واقعية من الأداء للآخرين من ذوي الأهمية في حياته ، بل ويفرضها عليهم ويطالبهم بتحقيقها وقيمهم بناء على هذه المعايير .

البعد الثالث: الكمالية المحددة والموجهة من المجتمع نحو الفرد وتتضمن اعتقاد الأفراد أن الآخرين لديهم توقعات عالية تجاههم، وأنهم يقيمونهم، ويفرضون عليه معايير فوق قدراته ، وهذا النمط يصاحبه خوف من الفشل ، وارتباط الأداء بالتقييم السلبي .

وقسم كل من فروست وآخرون (Frost et al,1991) أبعاد الكمالية إلى ستة أبعاد :وهي الاهتمام بالأخطاء،المعايير الشخصية العالية، والنقد الأبوي، والتوقعات الوالدية، والشك في الأداء، والتنظيم).

وتوصل كل من (Hill et al, 2004) أن الكمالية تتكون من ثمانية أبعاد ترتفع كلها عند كل من الكمالى السوى والعصابى ، كما يروا أن كل من الرغبة فى الامتياز ، والمعايير العالية للآخرين ، التنظيم ، والتخطيط ترتفع عند الكمالى السوى ، وتسمى بالكمالية الحريضة ، كذلك فإن كل من :الاهتمام بالأخطاء ، والحاجة للموافقة ، والضغوط الوالدية ، والتأمل ، ترتفع أكثر عند الكمالى العصابى ، وتسمى بكمالية التقويم الذاتى . ووصف هؤلاء العلماء أبعاد الكمالية كالتالى:

- ١- الرغبة فى الامتياز : وهى تعنى أن الفرد يوجه ذاته للالتزام بمعايير عالية فى الأداء يضعها هو لنفسه .
- ٢- المعايير العالية للآخرين: وهى تعنى أن الفرد يتطلب من الآخرين معايير عالية فى الأداء .
- ٣- التنظيم : وهو يعكس الترتيب والنظافة .
- ٤- التخطيط : وهو يعنى الميل للتخطيط المسبق بإصرار ودقة قبل اتخاذ القرارات .
- ٥- الاهتمام بالأخطاء : وهو يعنى أن الفرد يهتم بالأخطاء حتى وإن كانت صغيرة ، ويفسرها بأنها فشل .
- ٦- الحاجة للموافقة : وهى تعنى أن الفرد يشك فى الأعمال ، كما أنه يتوقع أن الآخرين يتوقعون منه الكمال ، وهو فى حاجة لموافقتهم .
- ٧- الضغوط الأبوية :وهى تعنى إدراك أن للوالدين توقعات عالية ، ونقد مرتفع .
- ٨- التأمل : وهو يعنى التأمل فى الأداء والأخطاء الماضية أو المشاكل المستقبلية .

الأسباب المساهمة فى الكمالية :

ومن الأسباب المساعدة على ظهور الكمالية مايلى:

- دافع الخوف من الفشل والرفض: إذا لم أكن مثالى سوف أفسل ، أو أني سوف أقابل بالرفض من الآخرين .
- خوف من النجاح: إذا حققت وأنجزت أهدافي بل أستطيع أن أستمر وأحافظ على ذلك المستوى من النجاح.
- نظرة متصلبة وأخلاقية لا تسمح للشفقة أو عدم الإيقان.
- الاعتقاد بأنه مهما حاول القيام بأي شيء فمن يكون جيد بشكل كافي ليقابل توقعاتك وتوقعات الآخرين.
- عامل مثبط يمنعك من القيام بتغيير السموك غير المنتج، نابع من الخوف من عدم القدرة على القيام بالتغيير بطريقة جيدة . (Frost et al.,1991)

النظريات المفسرة للكمالية:

فسرت نظريات عديدة الكمالية واختلقت تفسيرها باختلاف التوجهات ومنهم (أدلر) الذي بين أن من السمات الفطرية للنمو الإنساني هما الكفاح للتفوق والكمال إذ ركزت نظرية أدلر على إرادة القوة وإرادة التفوق وإرادة بلوغ الكمال وهو الدافع الرئيس لدى الأفراد فهم يهدفون إلى تحقيق الذات وتحسين رقي المجتمع. وقد ميز أدلر بين نوعين من الكمال في مصطلحات محددة وهي إدارة المشاعر المتدنية والنضال الاجتماعي فالأفراد الذين يناضلون للحصول على مستويات كافية من الإتيقان ويبدون مستويات مرتفعة من الاهتمام الاجتماعي هم أصحاب الكمالية التكيفية، أما الأفراد الذين يناضلون ويبحثون في الإتيقان غير الواقعي ويشعرون بتدني انجازهم هؤلاء هم أصحاب الكمالية غير التكيفية (Hewitt et al., 2003).

كما فسرت الكمالية في إطار نظرية أدلر بأنها الاجتهاد للوصول لإتيقان ظاهرة طبيعية وفطرية في تطور البشر، حيث أن كل كفاح ينتج من مشاعر عقدة الدونية، وتظهر المشاكل عندما تكون الأهداف ليست واقعية فهنا يكون الاجتهاد بدون فائدة ونتاج عن إحساس بالدونية، كما وصف أدلر الكماليين العصائبيين بأن لديهم خوفاً هائلاً من النقد فالأخطاء الصغيرة تقلقهم كالأخطاء الكبيرة لذلك هم لا يستطيعون أن يطوروا ثقتهم بأنفسهم ولديهم شعور بالتوتر ويلجؤون إلى النقد تجاه ذواتهم نقداً سلبيًا بدرجة كبيرة .

أما نموذج التوقعات الاجتماعية الذي أعده هامشيك (Hamachek, 1978) يركز على التوقعات الوالدية المرتفعة وعندما يحدث نقص في أي من توقعات الوالدين المرتفعة تحدث الكمالية، فالطفل يطور الكمالية من خلال والديه أو من خلال مواجهة الإهمال الوالدي، وينظر إلى الكمالية السوية على أنها دافع للسرور من خلال عمل شيء ما جيد، أما الكمالية اللاسوية أو اللاتكيفية يعجز الفرد عن الشعور بالسعادة لأن أداءه متدنياً كما يعتقد هو .

كما اعتبر أن الكمالية مكون سيكولوجي أساسي لدى بعض الأفراد تماماً مثل كون البعض شديد الحساسية وهؤلاء يكونون أكثر تركيز على ما يتخذون من قرارات وأفعال ليست لديهم ثقة كبيرة في انفعالاتهم ودوافعهم ولكن ذلك بما ينطوي عليه من حساسية شديدة ليس اضطراب في حد ذاته، بل هو خبرات نمائية. تختلط وتتطور وتعطي بالنهاية شخصية تتسم بدرجة عالية من الكمالية (Hamachek, 1978) .

ويرى نموذج التعلم الاجتماعي لباندورا (Bandura, 1986) أن الكمالية عند الأطفال تكون مرتبطة بتقديرات الكمالية الوالدية والطفل في ضوء ذلك يقلد سلوك الوالدين.

ويتألف أنموذج العملية المزدوجة الذى وضعه كل من سليد وأونز (Slade&Owens, 1998) من الكمالية السلبية والكمالية الايجابية ، فالأفراد المرتفعون فى الكمالية السلبية مدفعين بالتعزيز السالب ولديهم مخاوف من الفشل (التوجه نحو التجنب) بينما الأفراد ذوى الكمالية الايجابية يكونون مدفعون بالتعزيز الايجابى والرغبة فى النجاح (التوجه نحو الاقتراب). والطفل الذى يتعرض لبيئة قاسية يشبع فيها الاهانة وسوء المعاملة النفسية ، وسحب الحب ، فهذا الطفل يستجيب لهذه البيئة بسلوك كمالى ربما تكون هذه طريقة لمواجهة هذا العالم القاسى ، هذا الطفل من الممكن أن يعتقد أنه أتقن من خلال ممارسة عملية الضبط ، عند ذلك فإن الأذى الناتج عن الإهانة البدنية والانفعالية سوف يتوقف (Flett et al., 2002).

النظرية السلوكية: تحورت النظرية السلوكية بين الكمال الإيجابى والكمال على أساس نظرية سكنر للتعزيز وقد استمد هذا التمييز بين نوعى الكمالية من التعزيزات السلبية والايجابية استناداً إلى عواقب السلوك المعين وفقاً لهذا النموذج يرتبط الكمال الإيجابى بالتعزيز الايجابى والكمال السلبى بالتعزيز السلبى وهذا يعنى أن الكمال الايجابى يشير إلى الإدراكات والسلوكيات الموجهة نحو تحقيق بعض الأهداف رفيعة المستوى للحصول على نتائج إيجابية ، ويشير الكمال السلبى إلى الإدراكات والسلوكيات الموجهة نحو تحقيق أهداف معينة عالية المستوى لتجنب أو هروب من النتائج السلبية (Besharat et al., 2010).

أشكال الكمالية:

يصنف (Karner, 2014) الكمالية إلى الكمالية السوية والكمالية العصابية ، وتشير الكمالية السوية إلى مجاهدة الأفراد فى أداء الأعمال الصعبة والرضا عن تحقيقها ، مما يعود عليهم بالسعادة لمجرد بذل ذلك الجهد مهما كانت النتيجة ، أما الكمالية العصابية تشير إلى عدم الشعور بالرضا عن الأداء الذى يقومون به لأنه فى نظرهم لم يفعلوه بالصورة المطلوبة ، فهم يريدون تحقيق أهداف مستحيلة ، والذى يعتبرونه هو الإنجاز الحقيقى ، مما يترتب على ذلك اضطرابات نفسية وشعور بالنقص .

العلاقة بين النقد المرضى للذات والكمالية:

على الرغم من وجود أبعاد إيجابية للكمالية إلا أن لها شكلاً عصابياً خاصة عندما تكون مصحوبة بنقد الذات والتقييم السلبى لها . ويُنظر إلى النقد الذاتى باعتباره سمة أساسية من سمات الكمالية غير الصحية (المرضية)، والتي توجد بها مستويات عالية فى الأوساط الأكاديمية (Arpin-Cribbie et al., 2008) ، والتي ترتبط بالتعب والاكتئاب والقلق .

وجد كل من (Dunkley et al, 2006) أن مكونات النقد الذاتي للكمالية تتبأت بشكل كبير بالضغط اليومية ، وميكانيزمات تجنب المواجهة، والدعم الاجتماعي الضعيف ، والتأثير السلبي ، والتأثير الإيجابي المنخفض .

قام كلٌ من (Gilbert et al., 2006) بدراسة للتعرف على العلاقة بين أبعاد الكمالية ، وأشكال ووظائف النقد الذاتي / إعادة تأكيد الذات ، وكيف ينسب الناس اللوم على النقد الخارجي. وتكونت عينة الدراسة من ١٦٠ مشارك . وتوصلت نتائج الدراسة إلى ارتباط الكمالية الموصوفة اجتماعيا بشكل كبير مع جميع متغيرات النقد الذاتي والاكنتاب. وارتبطت الكمالية الموجهة نحو الآخرين والموجهة نحو الذات فقط بوظيفة التصحيح الذاتي(تصحيح الفرد لنفسه بنفسه) للنقد الذاتي. وارتبط إلقاء اللوم على الذات لكونه أنتقد من قبل الآخرين (لوم الذات نتيجة انتقاد الآخرين للشخص) بكل أشكال ووظائف النقد الذاتي / تأكيد الذات والكمالية المقررة اجتماعيا. في المقابل ، كان إلقاء اللوم على الآخرين بسبب انتقادهم مرتبطاً سلباً بمختلف أشكال ووظائف النقد الذاتي والكمالية الموصوفة اجتماعيا. عندما تم إدخال النقد الذاتي إلى الانحدار المتعدد ، اختفى الارتباط والصلة بين الكمالية والاكنتاب. وأيضاً عند استبعاد النقد الذاتي ، يصبح إلقاء اللوم على الذات لكونه أنتقد مؤشراً للاكنتاب ولكن الكمالية لا تفعل ذلك . تشير هذه الدراسة إلى أنه قد تكون عناصر النقد المرضي للذات مرتبطة بأشكال الكمالية ، وكيف يتفاعل الأفراد مع انتقادهم وهو أمر أساسي لأعراض الاكنتاب.

وقام كلٌ من (Dunkley et al., 2006) بدراسة لمقارنة القيمة التنبؤية النسبية لمكونات الكمالية والنقد الذاتي في التنبؤ بسوء التكيف لدى طلاب الجامعة. وتوصلت النتائج إلى أن النقد الذاتي باعتباره أقوى مؤشر على التلخيص بأثر رجعي والمقاييس اليومية المجمعة للضغط اليومي ، وتجنب المواجهة ، والدعم الاجتماعي المتدني ، والتأثير السلبي ، والتأثير الإيجابي المنخفض. مكونات الكمالية لم تظهر علاقات فريدة مع سوء التكيف والتوافق. وتوصلت نتائج الدراسة إلى أن النقد الذاتي تم اعتباره العنصر والمكون الأكثر مرضية للكمالية.

وتوصلت نتائج كل من (Dunkley & Kyparissis, 2008) أن الأفراد الذين لديهم مستويات أعلى من الكمالية الناقدة للذات لديهم مشاعر الذنب والحزن واليأس والوحدة والانفعال الإيجابي المنخفض . وذكروا أيضا أنهم حساسون للسخرية وعبروا عن كونهم شاككين ويعتقدوا أن الناس تحركهم المصلحة الذاتية وعدم الثقة في الآخرين .

وقام كلٌ من (Clark&Coker,2009) بدراسة للتعرف على الارتباطات بين الكمالية المختلة وظيفياً والنقد الذاتي لدى مجموعة من الأمهات ، والكمالية المختلة والنقد الذاتي لدى أطفالهم ، ، ولم يتم العثور على أي علاقة بين الكمالية بين الأم والطفل. وتم العثور على علاقة بين النقد الذاتي المقارن للأمهات والنقد الذاتي الداخلي في الفتيات فقط ، ولا توجد لدى الذكور. ارتبطت المستويات الملحوظة من نقد الأمهات بالكمالية المختلة وظيفياً لدى الأطفال.

كما قام كلٌ من (Powers et al.,2011) بدراسة للتعرف على إرتباط النقد الذاتي والكمالية الموجهة نحو الذات مع السعي وراء الهدف عبر مجموعة متنوعة من المجالات في خمسة دراسات. على الرغم من أن النقد الذاتي قد ثبت في السابق أنه مرتبط بتقديم الهدف المتناقص ، يظل هناك جدل بشأن الارتباط المحتمل بين جوانب "الكمالية الإيجابية" ، مثل الكمالية الموجهة نحو الذات ، وتعزيز تقدم الهدف. أظهرت نتائج الدراسات الخمس وجود نمط ثابت من الارتباط السلبي بين النقد الذاتي والتقدم في الهدف. أظهرت النتائج أيضاً ارتباطاً إيجابياً بين الكمالية الموجهة نحو الذات والتقدم في الهدف عندما تم التحكم في النقد الذاتي. وتسلط هذه النتائج الضوء على الدور المهم للنقد الذاتي لفهم تأثير الاهتمامات الكمالية. وتناقش أيضاً الآثار المترتبة على الجدل بشأن الآثار الإيجابية المحتملة من المساعي للكمال .

قام كلٌ من (James et al.,2015) بدراسة بحثت العمليات المعرفية المقترحة للتوسط في العلاقة بين الكمالية غير الصحية والضغط النفسي . تم تقييم العمليات المعرفية المفترضة باستخدام الاستبيانات حول الاجترار والتفكير المعتاد للنقد الذاتي والمعتقدات غير المفيدة حول الانفعالات والشفقة مع الذات واليقظة. اقترح التحليل العام لهذه الاستبيانات بنائين كاملين متميزين وهما النقد الذاتي والوعي في اللحظة الحالية. وتوصلت نتائج الدراسة إلى ارتباط مستويات مرتفعة من النقد الذاتي بالكمالية غير الصحية والضغط النفسي ، وتوسّط جزئياً في هذه العلاقة. ارتبط الوعي في الوقت الحاضر بالكمالية غير الصحية ولكن ليس بالضغط. تتفق هذه النتائج مع احتمال أن التفكير النقدي أو المتكرر الناقد للذات هو عملية قد تؤدي من خلالها الكمالية غير الصحية إلى مزيد من الضيق.

وتوصلت نتائج كل من (Sherry et al.,2014; Golestaneh et al.,2017) إلى أن الكمالية ترتبط بالنقد المرضى للذات حيث توجد علاقة ارتباطية موجبة بين الكمالية والنقد المرضى للذات ، كما توصلت نتائجها إلى ارتباط مستويات أعلى من النقد الذاتي بالكمالية غير الصحية ، وأن عناصر النقد المرضى للذات مرتبطة بأشكال الكمالية .

كما أجرى كلٌ من (Kocalar,2019) دراسة للتحقيق في الخصائص النفسية لمقياس النقد الذاتي في الثقافة التركية ودراسة الدور الوسيط للنقد الذاتي في العلاقة بين الكمالية والتسويق الأكاديمي بين طلاب الجامعات. وتم التوصل إلى أن مقياس النقد الذاتي كان أداة قياس صالحة وموثوق بها في الثقافة التركية ، كما توصلت النتائج إلى أن النقد الذاتي له دور وسيط بالكامل في العلاقة بين الكمالية غير التكيفية والتسويق الأكاديمي. من ناحية أخرى ، في حين كانت هناك علاقة سلبية منخفضة ومهمة بين الكمالية التكيفية والتسويق الأكاديمي ، ولم يتم العثور على ارتباط كبير بين النقد الذاتي والكمالية التكيفية.

ويتضح من نتائج الدراسات السابقة أنه توجد علاقة ارتباطية موجبة بين الكمالية والنقد المرضى للذات ، وارتباط مستويات أعلى من النقد الذاتي بالكمالية غير الصحية ، وأن عناصر النقد المرضى للذات مرتبطة بأشكال الكمالية .

ثالثاً: القلق الاجتماعي (Social Anxiety)

يعرف (Cox et al.,2000) القلق الاجتماعي يشمل عادة فرط الحساسية للتقييم السلبي و تدني تقدير الذات أو الشعور بالنقص.

فالقلق الاجتماعي هو حالة من التوتر تنتج عن القلق أو الحدوث الفعلي للتقييم في مواقف التفاعل الشخصي وفيها الشخص يتجنب التفاعل الاجتماعي ويشعر بالوحدة والاعتراب وبلجاً للانطواء والخجل(فاروق عثمان، ٢٠٠١).

وترى فتحية عبد العال (٢٠٠٦) أن القلق الاجتماعي هو حالة التهيب من المواقف الاجتماعية التي تبتدي على الفرد بسبب قصوره في المهارات الاجتماعية بصورة تجعله أكثر قلقاً في المواقف الاجتماعية التي يواجهها فيها شعوراً بالخزي والإستياء.

فالقلق الاجتماعي هو "خوف ملحوظ ومستمر من المواقف الاجتماعية أو الأدائية التي قد يحدث فيها الإحراج". من بين السمات المهمة لهذا الاضطراب أن الخوف يؤدي إلى تجنب المواقف الاجتماعية أو الأدائية ، وإلا عانت هذه المواقف من قلق وضيق شديدين (Fogler et al.,2007).

والقلق الاجتماعي هو خوف مستمر وملحوظ، وقلق شديد يظهر لدى الأفراد في مواقف التفاعل الاجتماعي والأداء العام، حيث يكون سلوكهم موضع ملاحظة وإمعان وتدقيق للنظر فيه من الآخرين، سواء أكان ذلك واقعياً أو متخيلاً، والحكم والتقييم السلبي من الآخرين عليهم في أثناء هذه المواقف الاجتماعية؛ ولذا فإنهم يعانون الكدر والضيق، ويشعرون بالخزي والارتباك فيها، فتظهر عليهم أعراض جسمية مثل: العرق، واحمرار الوجه، والصعوبة في الحديث، والمعارف السلبية، وإن الشخص ذي القلق الاجتماعي يتجنب المواقف الاجتماعية، ويرتفع مستوى القلق لديه، والخوف والتجنب يتعارضان بشكل دال مع الوظائف الاجتماعية والأسرية والمهنية والأكاديمية للفرد (طه عبدالعظيم، ٢٠٠٩).

وفقاً لـ (Kashdan et al.,2013). ، فإن اضطراب القلق الاجتماعي ، المعروف أيضاً باسم الرهاب الاجتماعي ، "يتميز بخوف من الحكم علي الفرد أو تقييمه بشكل سلبي من قبل أشخاص آخرين في المواقف الاجتماعية ، أو من إحراج نفسه أمام الآخرين . ويتسم بالخوف أو التدقيق المستمر من قبل الآخرين بسبب الاعتقاد بأن مثل هذا التدقيق سيؤدي إلى التقييم والرفض السلبي"

كما يرى (Morrison & Heimberg ,2013) أن القلق الاجتماعي يتميز بخوف شديد من التقييم من الآخرين في المواقف الاجتماعية. عندما تصل إلى ذروة الشدة بحيث يضعف الأداء ، ويشير إليه على أنه اضطراب القلق الاجتماعي أو الرهاب الاجتماعي .

واضطراب القلق الاجتماعي هو اضطراب منتشر بشكل مرتفع بدافع الخوف من التقييم السلبي من قبل الآخرين فيما يتعلق بالأداء الاجتماعي للفرد . يميل الأفراد المقلقون اجتماعياً إلى النظر إلى المواقف الاجتماعية على أنها خطيرة ، والتي تثير حتماً ردود أفعال القلق وكذلك سلوكيات التجنب (Cox&Chen,2015).

يتسم القلق الاجتماعي بالخوف من المواقف الاجتماعية أو الأدائية ، خاصة في سياقات التقييم أو مع أشخاص غير مألوفين (Gautreau et al. ,2015) .

كما يتسم اضطراب القلق الاجتماعي بخوف ملحوظ ومستمر من التقييم الاجتماعي ، فهو اضطراب نفسي مزمن وموهن مرتبط بضعف الإنجاز العلمي والمهني ، وضعف اجتماعي وشخصي ملحوظ ، واعتلال نفسي وطبي شديد .ويُظهر الأفراد المصابون بالقلق الاجتماعي عدداً من السلوكيات الشخصية السلبية ، بما في ذلك الاعتمادية ، وتجنب الصراع ، وتجنب الانفعال ، والتي تؤدي إلى ضعف العلاقات الشخصية والعزلة الاجتماعية في نهاية المطاف (Washburn et al,2017).

ويعرفه (Sharma&Singh,2019) بأنه اضطراب في الصحة النفسية ويحدث بسبب التفاعلات الاجتماعية التي تخلق قلقاً مزعجاً مختلفاً لدى المريض. ويُعرف أيضاً باسم الرهاب الاجتماعي. كما أنه خوف عميق لدى الفرد من الحكم ، والرفض ، والآراء السلبية حوله من جانب الآخرين ، ويترتب عليه ظهور مجموعة من الأعراض الجسدية لدى الفرد.

ويتفق (Baartmans et al,2020) مع التعريفات السابقة بأن القلق الاجتماعي يتسم بالخوف المستمر من المواقف الاجتماعية التي يمكن فيها تقييم المرء بطريقة سلبية ، ويعاني الأفراد القلقون اجتماعياً من ضعف في أدائهم الاجتماعي والأكاديمي وتجنب الأنشطة الاجتماعية ، مما قد يؤدي إلى الشعور بالوحدة .

ويرى الباحثان أن القلق الاجتماعي هو حالة من الخوف الشديد للشخص عند مواجهة أي موقف يتطلب اتصال اجتماعي مع الآخرين و الخوف من الظهور أمام الناس مما يولد لديه مشاعر الارتباك وعدم القدرة على التفاعل الجيد مع الآخرين. السمة الأساسية المميزة للقلق الاجتماعي تتمثل في الخوف غير الواقعي من التقييم السلبي للسلوك من قبل الآخرين .

أعراض القلق الاجتماعي:

غالبًا ما يعاني الأشخاص الذين يعانون من القلق الاجتماعي من "خوف شديد ومستمر من لفت الانتباه إلى أنفسهم في المواقف الاجتماعية ، معتقدين أن عيوبهم ستكتشف" (Kashdan & Farmer, 2014). بالنسبة للأشخاص الذين يعانون من القلق الاجتماعي ، فإن بعض الأعراض هي: صعوبة التحدث مع الآخرين ، والميل القوي إلى الوعي الذاتي أمام الآخرين ، والخوف الشديد من أن الآخرين قد يحكمون عليهم ويقيمهم . بالإضافة إلى ذلك ، فإن بعض الأعراض الأخرى هي ميل لتجنب المواقف التي تتطلب تفاعلاً اجتماعياً ، والشعور بعدم الراحة في موقف اجتماعي ، وصعوبة في الحديث ، وصعوبة تكوين صداقات أو الاحتفاظ بها.

بعض الأعراض الجسمية للقلق الاجتماعي هي سرعة ضربات القلب ، والارتجاف ، والدوخة ، واحمرار الوجه ، والدوار ، وتوتر العضلات ، وصعوبة فى التنفس ، الخوف ، التعرق (Sharma&Singh,2019).

مكونات القلق الاجتماعى:

يرى حسين على فايد (٢٠٠٤) أن القلق الاجتماعى يتضمن أربعة مكونات وهى :

- ١- المكون المعرفى : ويتضح فى إدراك الشخص للموقف الاجتماعى بطريقة سلبية ، مع تركيزه على التقييم السلبى الذى قد يتعرض له من الآخرين .
- ٢- المكون الفسيولوجى: ويتجسد فى التغيرات الفسيولوجية الناجمة عن استثارة الجهاز العصبى المستقل وتنشيطه ومنها زيادة معدل ضربات القلب ورعشة الصوت والأطراف واصفرار الوجه وزيادة إفراز العرق .
- ٣- المكون الانفعالى : ويتمثل فى مشاعر الخوف والتوتر والهلع فى المواقف الاجتماعية.
- ٤- المكون السلوكى: ويتمثل فى السلوك التجنبى للمواقف الاجتماعية المثيرة للقلق عند الفرد المصاب بالقلق الاجتماعى .

تشخيص القلق الاجتماعى :

تتضمن معايير الدليل التشخيصي والإحصائي (DSM-5,2013) للاضطرابات العقلية، المتعلقة باضطراب القلق الاجتماعى:

- ١- خوف ملحوظ أو قلق حول واحد أو أكثر من المواقف الاجتماعية والتي يحتمل أن يتعرض الفرد فيها للتدقيق من قبل الآخرين. الأمثلة تتضمن التفاعلات الاجتماعية (كإجراء محادثة مثلاً، مقابلة أناس غير مألوفين) أو أن يكون مراقباً (مثلاً، الأكل أو الشرب) أو الأداء أمام الآخرين (كالقاء كلمة مثلاً) .
- ٢- يخاف الفرد أنه سوف يتصرف بطريقة محرجة أو سوف تظهر أعراض القلق (والتي سيتم تقييمها سلباً) أي سوف تكون مهينة أو محرجة وسوف تؤدي إلى الرفض أو الإساءة من قبل الآخرين).
- ٣- يثير التعرض للموقف الاجتماعى القلق أو الخوف بشكلٍ دائم تقريباً.

- ٤- يجري تجنب المواقف الاجتماعية وبخلاف ذلك قد يتحملها الشخص مع قلق أو خوف شديد.
- ٥- الخوف أو القلق لا يقارن بالخطر الفعلي الذي يمثله الشيء أو الموقف الرهابي. وللسياق الثقافي والاجتماعي.
- ٦- يكون الخوف، القلق، التجنب، مستمراً ويدوم بشكلٍ نموذجي لسنة أشهر أو أكثر.
- ٧- يسبب الخوف، القلق، التجنب، إبطاً إكلينيكياً مهماً أو انخفاضاً في الأداء الاجتماعي أو الأكاديمي أو المهني أو مجالات الأداء الهامة الأخرى.
- ٨- الخوف، القلق، التجنب لا تُعزى للتأثيرات الفيزيولوجية لمادة (مثلاً إساءة استخدام عقار، دواء) أو لحالة طبية أخرى.
- ٩- الخوف، القلق، التجنب لا تُفسر بشكلٍ أفضل بأعراض مرض عقلي آخر، كاضطراب الهلع، اضطراب تشوه شكل الجسم أو اضطراب طيف التوحد.
- ١٠- إذا تواجدت حالة طبية أخرى (مثلاً، داء باركنسون، والسمنة، والتشوه من الحروق أو الإصابات) فمن الواضح أن الخوف، والقلق، أو التجنب لا علاقة له بالمرض أو يكون مفرطاً.

النماذج النظرية المفسرة للقلق الاجتماعي:

١- نموذج(Beck, et al., 1985):

صاغ (Beck et al., 1985): نموذج نظري حددوا فيه الخوف من التقييم السلبي من الآخرين ويعتبر مركز الخوف في القلق الاجتماعي، ويقترح النموذج أيضاً أن الأفراد مرتفعي القلق الاجتماعي يخافوا من الإحراج عندما يتعرضوا للملاحظة من شخص آخر أو أكثر، فالأفراد مرتفعي القلق الاجتماعي يطوروا معتقدات مختلفة وظيفياً عن أنفسهم وعن الطريقة التي يجب أن يسلكوا بها اجتماعياً، هذه المعتقدات المختلفة وظيفياً ذات ارتباط وثيق بالأداء الاجتماعي في شكل عبارات (لا يجب أن أظهر أي علامة من علامات الضعف) وفي شكل افتراضات شرطية متصلة بالتقييم الاجتماعي (إذا ارتكبت أخطاء فسوف يرفضني الآخرون)، ومخططات معرفية (أنا شخص لا يصلح لأي شيء) وبمجرد أن تنشط هذه المعتقدات بواسطة حدث اجتماعي فإنها تؤدي إلى استمرارية القلق الاجتماعي.

٢- نموذج (Leary, 1988):

يرى نموذج التقديم والعرض الذاتي للقلق الاجتماعي ، أن القلق الاجتماعي يحدث عندما يرغب الفرد في غرس انطباع شخصي خاص لدى الآخرين ، ويشك تماما أنه لن ينجح في ذلك ، ولا بد من تنمية هذه الطرفين بالرعاية وتطوير هذا الانطباع الذي تركه لدى الآخرين .

وقام (Leary, 1988) بافتراض أن العوامل الموقفية والنفسية المهيمنة ربما تزيد الدافعية للتأمل والإنشغال الشديد بتطوير هذا الانطباع ورعايته ، أو يقلل من إحساس الفرد الذاتي بالضعف تجاه نجاحه في القيام بهذه المهمة بنجاح ، وطبقا لتطوير ليري (١٩٨٨) لهذا النموذج ، ربما ينشط هؤلاء الأفراد بشكل زائد عن الحد من أجل خلق انطباع شخصي خاص بسبب حاجته الشديدة لاستحسان الآخرين له ، ولفت نظرهم إليه واحترامهم له ، ويمكن أن تؤثر عوامل عديدة أخرى على توقعات الشخص حول مواجهة أهداف إدارة هذا الانطباع وتطويره ، وتتضمن هذه العوامل اضطرابات مدركة أو اضطرابات حقيقية في المهارات الاجتماعية ، وتقدير متدنٍ للذات ، وآمال متواضعة في النتائج المرغوبة . وربما يسهم تقدير الذات في القلق الاجتماعي لأن مثل هؤلاء الأفراد الذين قد يفترضون أن الآخرين يدركونهم على أنهم عاجزين اجتماعياً ، كما يدركون أنفسهم ، كما أن الأفراد القلقون اجتماعياً يعتقدون أن شركاء التفاعل الاجتماعي سوف يقيمونهم سلبياً كما يتوقعون ، ومع ذلك فإنهم يتوقعون أيضاً أن شركاءهم في التفاعل الاجتماعي قد يمدون الآخرين بتقييمات قاسية عنهم .

٣- نموذج (Clark, 2001) :

طور (Clark, 2001) نموذجاً معرفياً للفوبيا الاجتماعية ناقش فيه أن مريض الفوبيا الاجتماعية يطور عديد من الافتراضات المختلفة وظيفياً عن نفسه، وعن عالمه الاجتماعي، وأحد أسس هذه الافتراضات غير التوافقية هو أن مرتفعي الفوبيا الاجتماعية يتصوروا المواقف على أنها خطر ، الأمر الذي يؤدي للقلق . فالقلق ، والتصورات السلبية يستمر من خلال الانتباه المركز ، ولذا فإن الأفراد مرتفعي الفوبيا الاجتماعية سوف يحولوا انتباههم من البيئة إلى المعلومات الداخلية (تصورات مشوهة من خلال ملاحظاتهم الذاتية) ويصيغوا تصورات مربكة عن رؤية الآخرين لهم ، فهم يستخدموا معلوماتهم الداخلية هذه في بناء صورة سلبية عن أنفسهم كأشخاص يتم تقييمهم من الآخرين . وبناء على هذه التصورات السلبية . يبدأ الأفراد مرتفعي الفوبيا الاجتماعية في تطوير ما يسمى بالسلوك الآمن ، وهذا السلوك الآمن قد يتضمن الحديث أمام الآخرين بصورة مختصرة وتجنب إلقاء العيون، وتجنب المواقف الاجتماعية، وهو سلوك ذات تأثيرات محدودة، ويؤدي إلى ردود فعل سلبية من الآخرين، ويساهم في زيادة النواتج السلبية للموقف الاجتماعي .

وإن الأفراد ذوي القلق الاجتماعي يظهرون يقظة وحذرًا زائدًا تجاه المعلومات المهذبة اجتماعياً؛ ولذلك فهم يتسمون معرفياً بالانتباه المتمركز حول الذات، ولديهم نقص في تشفير وترميز المثيرات البيئية، وهؤلاء الأفراد ذوو القلق الاجتماعي لديهم أيضاً نزعة إلى تفسير الأحداث الغامضة بصورة سلبية، فضلاً عن أنهم يبالغون في إمكانية ما يحدث لهم من نتائج سلبية، ويبالغون أيضاً في أن الآخرين يستطيعون ملاحظة ما يشعرون به من كدر وضيق نفسي في الموقف الاجتماعي، وأنهم إلى حد بعيد يُكونون صورةً عقلية سلبية عن أنفسهم من منظور الذات، وليس من منظور المجال أو من منظور الآخرين الذين يُتفاعل معهم (طه عبدالعظيم، ٢٠٠٩).

النقد المرضى للذات وعلاقته بالقلق الاجتماعي:

النقد المفرط للذات هو نقطة ضعف نفسية مفترضة للاكتئاب ، وتشير النتائج الحديثة إلى أنه قد يكون مهماً في القلق الاجتماعي أيضاً (Cox et al., 2002). حيث قام كل (Cox et al., 2002) بدراسة للتعرف على دور النقد الذاتي في التنبؤ بنتيجة العلاج المعرفي السلوكي للقلق الاجتماعي وتوصلت النتائج إلى أن النقد الذاتي له دور في التنبؤ بنتيجة العلاج المعرفي السلوكي للقلق الاجتماعي، حيث ارتبط التغيير في مستوى النقد الذاتي على مدار فترة العلاج بشكل كبير بتحسين أعراض القلق الاجتماعي .

قام كل من (Cox et al., 2004) بدراسة للتعرف على العلاقة بين النقد المرضى للذات وانتشار تشخيص القلق الاجتماعي . وتوصلت نتائج الدراسة إلى أن النقد الذاتي قد يمثل عاملاً نفسياً مهماً في الرهاب الاجتماعي . فالنقد الذاتي يمثل نقطة ضعف نفسية مهمة لتطوير القلق الاجتماعي ، وربما حتى لاحتمال الإصابة بالاكتئاب الشديد المصاحب ، كما وجدت مستويات مرتفعة من النقد الذاتي لدى الأشخاص الذين يعانون من القلق الاجتماعي . وتوصلت دراسة كل من (Fogler et al., 2007) أن القلق الاجتماعي يرتبط بالنقد المرضى للذات .

كما أجرى كل من (Kopala-Sibley et al., 2013) دراسة للتعرف على كيفية تخفيف السمات الشخصية للنقد المرضى للذات والاعتمادية من الخوف أثناء التفاعلات الشخصية بين الأفراد المصابين باضطراب القلق الاجتماعي . وتوصلت نتائج الدراسة إلى أنه ارتبط الوعي الذاتي على مستوى الحدث بشكل أكبر بالارتفاعات في الخوف بين المرضى القلقين اجتماعياً والذين أبلغوا عن مستويات أعلى من النقد الذاتي ، في حين كان الأمن العاطفي على مستوى الحدث مرتبطاً بشكل كبير بانخفاض الخوف بين مرضى اضطراب القلق الاجتماعي الذين أبلغوا عن مستويات أعلى من الاعتمادية. كما توصلت نتائج الدراسة إلى أن المرضى القلقين اجتماعياً لديهم مستويات مرتفعة من النقد المرضى للذات.

وقام كلٌ من (Gautreau et al.,2015) بدراسة للتعرف على العلاقات المتبادلة بين الكمالية الناقدة للذات (أي التوبيخ الشديد للذات وردود الفعل السلبية على الإخفاقات المتصورة والشك المزعج بالذات (افتقار الثقة بالذات) حول الأحداث والأعمال) والقلق الاجتماعي . وتوصلت النتائج إلى وجود علاقة بين الكمالية الناقدة للذات والقلق الاجتماعي، وتوقع القلق الاجتماعي الزيادة في الكمالية الناقدة للذات. ومع ذلك ، فإن الكمالية الناقدة للذات لم تتنبأ بتغيير في القلق الاجتماعي. لقد كانت الكمالية الناقدة للذات نتيجة للقلق الاجتماعي . وتشير النتائج إلى أن العلاجات التي تقلل من القلق الاجتماعي قد تقلل أيضًا من الكمالية الناقدة للذات.

وتوصلت نتائج دراسة كلٌ من (Sherry et al.,2014; Shulman et al., 2009) إلى وجود علاقة إيجابية ذات دلالة إحصائية بين النقد المرضى للذات والقلق الاجتماعي.

كما أجرى كلٌ من (Lancu et al.,2015) بدراسة للتعرف على العلاقة بين كل من تدني تقدير الذات ، وانخفاض الكفاءة الذاتية ، والنقد المرضى للذات ، والاعتمادية والقلق الاجتماعي. وتوصلت نتائج الدراسة إلى أنه وجد لدى مرضى القلق الاجتماعي درجات أعلى من النقد المرضى للذات والاعتمادية ودرجات أقل من تقدير الذات . وترتبط درجة القلق الاجتماعي سلبًا مع تقدير الذات والكفاءة الذاتية ، وإيجابية مع الإيعتمادية والنقد المرضى للذات.

وتوصلت دراسات كلٌ من (Daniel&David,2017;Golestaneh et al.,2017;Lazarus&Shahar,2018; Caiado & Salvador ,2019) إلى أن الخاصية المميزة والأساسية لمعظم مرضى القلق الاجتماعي هي نقد الذات ، وأن الأفراد الذين يعانون من القلق الاجتماعي يميلون إلى إظهار مستويات مرتفعة من نقد الذات .

ويرى الباحثان أن هذه الدراسات السابقة تتفق في وجود علاقة ارتباطية إيجابية بين القلق الاجتماعي والنقد المرضى للذات ، كما أن مرضى القلق الاجتماعي لديهم درجات أعلى من النقد المرضى للذات .

فروض الدراسة:

في ضوء عرض مشكلة الدراسة الحالية تسعى إلي التحقق من صحة الفروض التالية:

- 1- توجد علاقة ارتباطية موجبة ذات دلالة إحصائية بين درجات طلاب الجامعة على كل من: أبعاد مقياس نقد الذات، وأبعاد مقياس القلق الاجتماعي
- 2- توجد علاقة ارتباطية موجبة ذات دلالة إحصائية بين درجات طلاب الجامعة على كل من: أبعاد مقياس نقد الذات المرضى، وأبعاد مقياس الكمالية .

- ٣- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات الذكور ومتوسط درجات الإناث على مقياس نقد الذات المرضى وأبعاده الفرعية".
- ٤- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات الذكور ومتوسط درجات الإناث على مقياس القلق الاجتماعى وأبعاده الفرعية".
- ٥- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات الذكور ومتوسط درجات الإناث على مقياس الكمالية وأبعاده الفرعية".
- ٦- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات القسمين العلمى والأدبى على مقياس النقد المرضى للذات وأبعاده الفرعية .
- ٧- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات القسمين العلمى والأدبى على مقياس القلق الاجتماعى وأبعاده الفرعية .
- ٨- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات القسمين العلمى والأدبى على مقياس الكمالية وأبعاده الفرعية .
- ٩- تسهم متغيرات الكمالية والقلق الاجتماعى بالتنبؤ بالنقد المرضى للذات لدى طلاب الجامعة.
- ١٠- لا يوجد أثر دال إحصائياً لتفاعل كل من الجنس والتخصص الدراسى (علمى/أدبى) لدى طلاب الجامعة على مقياس النقد المرضى للذات.

منهج الدراسة:

اعتمدت الدراسة على المنهج الوصفى الارتباطى التنبؤى والمقارن لمناسبتة فى التعرف على العلاقة بين النقد المرضى للذات وكل من القلق الاجتماعى والكمالية ، ومدى اسهام القلق الاجتماعى والكمالية فى التنبؤ بالنقد المرضى للذات لدى طلاب الجامعة ، والتعرف على الفروق بين الجنسين فى النقد المرضى للذات والقلق الاجتماعى والكمالية لدى طلاب الجامعة .

إجراءات الدراسة:

أولاً: عينة الدراسة:

تكونت عينة الدراسة من (٣٠٠) طالباً وطالبة بكلية التربية جامعة طنطا، منهم (١٥٠) طالباً و (١٥٠) طالبة من طلاب الفرقة الثالثة والرابعة من الشعب العلمية والأدبية العامة والتعليم الأساسى ، وتتراوح أعمار العينة ما بين (٢٠-٢٢) عاماً .

ثانياً: الأدوات السيكمترية للدراسة :

١- مقياس النقد المرضى للذات (إعداد الباحثان):

أ- صياغة عبارات المقياس:

كان الهدف من تصميمه هو التوصل إلى أداة لقياس النقد المرضى للذات لدى طلاب الجامعة من الجنسين وبما يتناسب مع طبيعة وخصائص الطلاب في هذه المرحلة.

وتم إعداد مقياس النقد المرضى للذات بالرجوع إلى الإطار النظري وبعض المقاييس السابقة الخاصة بالنقد المرضى للذات منها: مقياس نقد الذات . إعداد (Gilbert et al.,2004)، مقياس نقد الذات . إعداد (Martin ,2011)، مقياس نقد الذات: إعداد (Bousie ,2013)، مقياس نقد الذات :إعداد(Febiyana,et al.,2019) ،مقياس نقد الذات : (Whitea et al.,2020) وتم الاستعانة ببعض عبارات هذه المقاييس وصياغة بنود هذا المقياس بحيث تكون ميسورة يستطيع الطالب فهمها بصورة صحيحة بدون غموض. وصاغت الباحثة استناداً إلى ماسبق عدد (٢٨) عبارة.

ويتكون مقياس النقد المرضى للذات - إعداد الباحثان - من (٢٨) عبارة ويقع في خمسة أبعاد، البعد الأول: الشعور بعدم الكفاءة وعدم الرضا عن الذات: ويشتمل على العبارات وأرقامها كما يلي: ١، ٢، ٣، ٤، ٨، ١٠، ١١، ١٢، ١٩، ٢٠.

البعد الثاني: الاحساس بالفشل والخوف من الوقوع في الفشل: ويشتمل على العبارات وأرقامها كما يلي: ٢١، ٢٣، ٢٤، ٢٥، ٢٦، ٢٧، ٢٨.

البعد الثالث: كراهية ورفض الذات: ويشتمل على العبارات وأرقامها كما يلي: ٩، ١٣، ١٤، ١٥، ١٦، ١٧، ١٨.

البعد الرابع: وضع المعايير والأهداف ذات المستوى العالي (المعايير غير واقعية): ويشتمل على العبارات وأرقامها كما يلي: ٥، ٦، ٧، ٢٢.

وتقع الإجابة عن المقياس في أربعة مستويات هي: (يحدث دائماً، كثيراً، قليلاً، لم يحدث أبداً) وتقدر بالدرجات كما يلي: ٤-٣-٢-١، ولكن توجد بعض العبارات السلبية وهي (١، ٢، ٣، ٤، ٥، ٦، ٧، ١٢) وتقدر بالدرجات كما يلي: ١-٢-٣-٤ وبذلك تكون الدرجة العظمى للقياس هي ١١٢، والدرجة الصغرى للمقياس هي ٢٨، وتدل الدرجة المرتفعة على نقد الذات المرتفع.

ب- الخصائص السيكومترية للمقياس:

▪ أولاً: صدق مقياس النقد المرضى للذات:

قام الباحثان بالتحقق من صدق مقياس النقد المرضى للذات بعدة طرق ، هي:

١- الصدق العاملي:

تم إجراء تحليل عاملي استكشافي بطريقة المكونات الأساسية لهوتلينج لمقياس " النقد المرضى للذات " (٢٨ مفردة) على عينة قوامها (١٥٠) من طلاب الجامعة من الجنسين ، وبعد التدوير المتعامد بطريقة (الفارماكس) (Varimax) ؛ أسفر التحليل العاملي عن وجود أربعة عوامل مستقلة هي على النحو التالي: - العامل الأول (الشعور بعدم الكفاءة وعدم الرضا عن الذات) والعامل الثاني (الاحساس بالفشل والخوف من الوقوع قى الفشل) ، والعامل الثالث (كراهية ورفض الذات) ، والعامل الرابع (المعايير والأهداف المرتفعة) ، ويبين الجدول (١) أرقام العبارات وتشبعاتها ، والجذر الكامن ونسبة التباين العاملية والتباين الكلي.

جدول (١)

تشبعات العبارات على العوامل الخمسة لمقياس النقد المرضى للذات

بعد التدوير المتعامد بطريقة الفارماكس

العامل الأول		العامل الثاني		العامل الثالث		العامل الرابع	
الرقم	التشبعات	الرقم	التشبعات	الرقم	التشبعات	الرقم	التشبعات
١	٧٣٦,	٢١	٠.٦٠٦	٩	٠.٥٦٥	٥	٠.٦٦٢
٢	٠.٧١٧	٢٣	٠.٧٠٤	١٣	٠.٦٠٣	٦	٠.٥٠٢
٣	٠.٦١٩	٢٤	٠.٨٠٨	١٤	٠.٧٦٠	٧	٠.٦٧٧
٤	٠.٤١٧	٢٥	٠.٦٣١	١٥	٠.٥٨١	٢٢	٠.٤٣٧
٨	٠.٤٢٩	٢٦	٠.٥٨٠	١٦	٠.٦٠١		
١٠	٠.٥٦٨	٢٧	٠.٥٤٦	١٧	٠.٨٠٤		
١١	٠.٤٥٦	٢٨	٠.٦٧٦	١٨	٠.٦٦٠		
١٢	٠.٧٢٥						
١٩	٠.٤٢٨						
٢٠	٠.٥٢٢						
الجذر الكامن	٧,١٣٦	٢,٤٣٥	٤,٦٩٨	١,١٩٥			
نسبة التباين العاملي	%٢٥,٤٨٦	%٨,٦٩٧	%١٦,٧٧٨	%٤,٢٦٨			
التباين الكلي	%٥٥,٢٢٩						

ويبلغ عدد عبارات العامل الأول (١٠ عبارات) تدور في مجملها حول الشعور بعدم الكفاءة وعدم الرضا عن الذات ، وكانت قيمة الجذر الكامن لهذا العامل هي ٧,١٣٦ ، ووفق المحكات الأساسية التي وضعها كايذر لقبول العامل وإخضاعه للتفسير فإن قيمة الجذر الكامن لهذا العامل تعتبر جيدة حيث أنها أكبر من الواحد الصحيح ، ويفسر هذا العامل نسبة ٢٥,٤٨٦% من التباين الكلي.

ويبلغ عدد عبارات العامل الثاني (٧ عبارات) تدور في مجملها حول الاحساس بالفشل والخوف من الوقوع في الفشل ، وكانت قيمة الجذر الكامن لهذا العامل هي ٢,٤٣٥ ، ووفق المحكات الأساسية التي وضعها كايذر لقبول العامل وإخضاعه للتفسير فإن قيمة الجذر الكامن لهذا العامل تعتبر جيدة حيث أنها أكبر من الواحد الصحيح ، ويفسر هذا العامل نسبة ٨,٦٩٧% من التباين الكلي.

ويبلغ عدد عبارات العامل الثالث (٧ عبارة) تدور في مجملها حول كراهية ورفض الذات ، وكانت قيمة الجذر الكامن لهذا العامل هي ٤,٦٩٨ ، ووفق المحكات الأساسية التي وضعها كايذر لقبول العامل وإخضاعه للتفسير فإن قيمة الجذر الكامن لهذا العامل تعتبر جيدة حيث أنها أكبر من الواحد الصحيح ، ويفسر هذا العامل نسبة ١٦,٧٧٨% من التباين الكلي.

ويبلغ عدد عبارات العامل الرابع (٤ عبارات) تدور في مجملها حول وضع المعايير والأهداف المرتفعة ، وكانت قيمة الجذر الكامن لهذا العامل هي ١,١٩٥ ، ووفق المحكات الأساسية التي وضعها كايذر لقبول العامل وإخضاعه للتفسير فإن قيمة الجذر الكامن لهذا العامل تعتبر جيدة حيث أنها أكبر من الواحد الصحيح ، ويفسر هذا العامل نسبة ٤,٢٦٨% من التباين الكلي.

٣- صدق المحك الخارجي:

قام الباحثان بحساب معاملات الارتباط بين الدرجة الكلية للمقياس الحالي والدرجة الكلية لمقياس نقد الذات (إعداد سامية محمد صابر ، ٢٠١٠) ، وكان معامل الارتباط هو (٠,٧٧٥) أي أن معامل الارتباط دال عند مستوى (٠,٠١) مما يؤكد صدق مقياس النقد المرضى للذات.

ثانياً: الاتساق الداخلي:

تم حساب الاتساق الداخلي لمقياس النقد المرضى للذات على عينة قوامها (ن = ١٥٠) من طلاب الجامعة من الجنسين ، وذلك بحساب معامل الارتباط بين درجة العبارة والدرجة الكلية للبعد الذي تنتمي إليه ، وكذلك معامل الارتباط بين درجة البعد والدرجة الكلية للمقياس ، وجدول (٢) يوضح معاملات الارتباط بين درجة كل عبارة من عبارات الأبعاد الأربعة والدرجة الكلية للبعد.

جدول (٢)

معاملات الارتباط بين درجة كل عبارة من عبارات الأبعاد الأربعة والدرجة الكلية للبعد فى مقياس النقد المرضى للذات

البعد الرابع		البعد الثالث		البعد الثانى		البعد الاول	
معامل الارتباط	العبارة						
**٠.٦٧١	٥	**٠.٥١١	٩	**٠.٥٨٨	٢١	**٠.٦٢٤	١
**٠.٥٦٥	٦	**٠.٥٨٣	١٣	**٠.٧٠٧	٢٣	**٠.٦٧٥	٢
**٠.٦٠٥	٧	**٠.٥٨٦	١٤	**٠.٧٨٢	٢٤	**٠.٥٧٤	٣
**٠.٢٩٢	٢٢	**٠.٥٩٥	١٥	**٠.٧٣٨	٢٥	**٠.٤٥٤	٤
		**٠.٦٢٨	١٦	**٠.٧١٥	٢٦	**٠.٦٦٣	٨
		**٠.٦٠٨	١٧	**٠.٧١٣	٢٧	**٠.٧٠٧	١٠
		**٠.٦٩٧	١٨	**٠.٦٦٤	٢٨	**٠.٦٠١	١١
						**٠.٦٧١	١٢
						**٠.٦٩٩	١٩
						**٠.٧٠١	٢٠

*كل معاملات الارتباط دالة عند مستوى دلالة ٠,٠١

يتضح من الجدول (٢) أن معاملات الارتباط بين درجة كل عبارة من عبارات البعد الأول (١٠) عبارة والدرجة الكلية للبعد قد تراوحت بين (٠,٤٥٤ - ٠,٧٠٧) وجميعها دالة عند مستوى (٠,٠١) ، وهو ما يشير إلى مستوى مرتفع من الاتساق الداخلى لعبارات البعد الأول. ويتضح أن معاملات الارتباط بين درجة كل عبارة من عبارات البعد الثانى (٧) عبارة والدرجة الكلية للبعد قد تراوحت بين (٠,٥٨٨ - ٠,٧٨٢) وجميعها دالة عند مستوى (٠,٠١) ، وهو ما يشير إلى مستوى مرتفع من الاتساق الداخلى لعبارات البعد الثانى. كما يتضح أيضاً أن معاملات الارتباط بين درجة كل عبارة من عبارات البعد الثالث (٧) عبارة والدرجة الكلية للبعد قد تراوحت بين (٠,٥١١ - ٠,٦٩٧) وجميعها دالة عند مستوى (٠,٠١) ، وهو ما يشير إلى مستوى مرتفع من الاتساق الداخلى لعبارات البعد الثالث. كما يتضح أيضاً أن معاملات الارتباط بين درجة كل عبارة من عبارات البعد الرابع (٤) عبارة والدرجة الكلية للبعد قد تراوحت بين (٠,٢٩٢ - ٠,٦٧١) وجميعها دالة عند مستوى (٠,٠١) ، وهو ما يشير إلى مستوى مرتفع من الاتساق الداخلى لعبارات البعد الرابع.

وقام الباحثان بحساب الاتساق الداخلي لمقياس النقد المرضى للذات أيضاً بحساب معامل الارتباط بين درجة كل بعد والدرجة الكلية لمقياس النقد المرضى للذات كما يوضحه جدول(٣):

جدول (٣)

معامل الارتباط بين درجة كل بعد والدرجة الكلية لمقياس النقد المرضى للذات

المقياس ككل	
** .٨٧٠	البعد الأول
** .٧٩٢	البعد الثاني
** .٧٠٧	البعد الثالث
** .٤٨٦	البعد الرابع
١	المقياس ككل

** دالة عند مستوى ٠,٠١

يتضح من جدول (٣) ارتفاع معاملات الارتباط بين الأبعاد الفرعية لمقياس النقد المرضى للذات والدرجة الكلية للمقياس بصورة كبيرة .

ثالثاً: ثبات مقياس النقد المرضى للذات:

قام الباحثان بحساب ثبات مقياس النقد المرضى للذات بأسلوبين هما:

١- طريقة ألفاكرونباخ: تم حساب الثبات لمقياس النقد المرضى للذات بطريقة ألفاكرونباخ ، على عينة قوامها (ن=١٥٠) من طلاب الجامعة من الجنسين ، وكان معامل الثبات قوى وهو (٠.٩٧٨).

٢- طريقة إعادة التطبيق:

تم حساب الثبات لمقياس النقد المرضى للذات بطريقة إعادة التطبيق ، على عينة قوامها (ن=١٥٠) من طلاب الجامعة من الجنسين بفاصل زمني (٢١) يوماً بين التطبيقين الأول والثاني، وكانت قيم معاملات الثبات كما يبينها الجدول (٤):

جدول (٤)

قيم معاملات الثبات بطريقة إعادة الإختبار لمقياس النقد المرضى للذات

معاملات الثبات	الأبعاد والدرجة الكلية
** .٩٨٠	البعد الأول
** .٩٥٣	البعد الثانى
** .٧٩٢	البعد الثالث
** .٩١٨	البعد الرابع
** .٩٦٤	الدرجة الكلية

يتضح من جدول (٤) أن معاملات الارتباط لمقياس النقد المرضى للذات بطريقة إعادة التطبيق مرتفعة ، وتراوحت معاملات الثبات بين (٠,٧٩٢ - ٠,٩٨٠) ، وهى تشير إلى ارتفاع ثبات مقياس النقد المرضى للذات.

ثالثاً تصحيح المقياس:

تم تصحيح المقياس وفقاً لمدرج رباعى يتراوح بين (يحدث دائماً) و (لا يحدث أبداً) ، ويتم التصحيح كالتالى: (يحدث دائماً = أربع درجات ، يحدث كثيراً = ثلاث درجات ، يحدث قليلاً = درجتان ، لا يحدث أبداً = درجة واحدة) وتقديرالدرجات كما يلي: ٤-٣-٢-١، ولكن توجد بعض العبارات السلبية وهى (١، ٢، ٤، ٣، ٥، ٦، ٧، ١٢) وتقديرالدرجات كما يلي: ١-٢-٣-٤ ، وبذلك تكون الدرجة العظمى للمقياس هي ١١٢ ، والدرجة الصغرى للمقياس هي ٢٨ ، وتدل الدرجة المرتفعة على نقد الذات المرتفع . والجدول (٥) يوضح أبعاد المقياس وأرقام العبارات التى تمثل كل بُعد:

جدول (٥)

أبعاد المقياس وأرقام العبارات التى تمثل كل بعد فى الصورة النهائية للمقياس

العبارات	البعد
١٠٠، ٨٤، ٤٤، ٣٤، ٢٤، ١٩، ٢٠، ١٢، ١١، ١٠، ٨، ٤، ٣، ٢، ١	البعد الأول (الشعور بعدم الكفاءة وعدم الرضا عن الذات)
٢٨، ٢٧، ٢٦، ٢٥، ٢٤، ٢٣، ٢١	البعد الثانى (الاحساس بالفشل والخوف من الوقوع فى الفشل)
١٨، ١٦، ١٧، ١٥، ١٤، ١٣، ٩	البعد الثالث (كراهية ورفض الذات)
٢٢، ٧، ٦، ٥	البعد الرابع (المعايير والأهداف ذات المستوى العالى)

- مقياس الكمالية (إعداد أحمد هلال، ٢٠١٢):

مقياس الكمالية من تأليف (Slaney et al.,2001) وقام أحمد هلال (٢٠١٢) بتعريب وتقنين مقياس الكمالية في صورته النهائية والذي يتكون من (٣) أبعاد و(٢٣) عبارة، وهي مصممة لقياس مواقف الناس تجاه أنفسهم وأدائهم تجاه الآخرين، ويقوم المقياس بالتمييز بين الكمالية العصابية أو غير القادرة على التكيف والكمالية التكيفية، ويستخدم مقياس ليكرت المكون من ٧ نقاط والذي يتراوح بين لا أوافق تماماً إلى موافق تماماً. وتم تطبيق المقياس على عينة مكونة من (١٠٥) طالباً وطالبة من طلاب الجامعة.

وفي الدراسة الحالية تم التحقق من:

■ أولاً: صدق مقياس الكمالية:

قام الباحثان بالتحقق من صدق مقياس الكمالية بعدة طرق ، هي:

١- الصدق العاملي:

تم إجراء تحليل عاملي بطريقة المكونات الأساسية لهوتلينج لمقياس " الكمالية " (٢٨ مفردة) على عينة قوامها (١٥٠) من طلاب الجامعة من الجنسين ، وبعد التدوير المتعامد بطريقة (الفاريماكس) (Varimax) ؛ أسفر التحليل العاملي عن وجود خمسة عوامل مستقلة هي على النحو التالي: - العامل الأول (عدم الرضا عن الأداء والانجازات) والعامل الثاني (الاتقان والكفاح للوصول إلى التميز) ، والعامل الثالث (التقدير المتدني للذات) والعامل الرابع (النظام) ، والعامل الخامس (المعايير والأهداف المرتفعة) ، ويبين الجدول (٦) أرقام العبارات وتشبعاتها ، والجذر الكامن ونسبة التباين العاملية والتباين الكلي.

جدول (٦)

تشبعات العبارات على العوامل الخمسة لمقياس الكمالية
بعد التدوير المتعامد بطريقة الفاريماكس

العامل الأول		العامل الثاني		العامل الثالث		العامل الرابع		العامل الخامس	
الرقم	التشبعات	الرقم	التشبعات	الرقم	التشبعات	الرقم	التشبعات	الرقم	التشبعات
١٣	.٧٥٥	١٤	.٥٤٠	٣	.٤٤٣	٤	.٦٧١	١	.٦٢٩
١٧	.٧١٣	١٥	.٥٧٨	٦	.٧٦٣	٧	.٧٧٦	٢	.٤٠٢
٢٠	.٧٧٤	١٦	.٤٤١	١١	.٦٩٦	١٠	.٧٥٣	٥	.٧٧١
٢١	.٨٠٨	١٨	.٧٣٢	١٩	.٥١٣			٨	.٥٧٧
		٢٢	.٧٤٦					٩	.٥٩٩
								١٢	.٧٥١
								٢٣	.٧٣٩
الجذر الكامن	٤,٤٨٣	٢,٨٦٩	١,٧٠٨	١,٥٤١	٣,٥٧١				
نسبة التباين العاملية	%١٩,٤٩٠	%١٢,٤٧٥	%٧,٤٢٥	%٦,٦٩٨	%١٥,٥٢٧				
التباين الكلي	%٦١,٦١٥								

وبلغ عدد عبارات العامل الأول (٤ عبارات) تدور في مجملها حول عدم الرضا عن الأداء والإنجازات ، وكانت قيمة الجذر الكامن لهذا العامل هي ٤,٤٨٣ ، ووفق المحكات الأساسية التي وضعها كاييز لقبول العامل وإخضاعه للتفسير فإن قيمة الجذر الكامن لهذا العامل تعتبر جيدة حيث أنها أكبر من الواحد الصحيح ، ويفسر هذا العامل نسبة ١٩,٤٩٠% من التباين الكلي.

وبلغ عدد عبارات العامل الثاني (٥ عبارات) تدور في مجملها حول الاتقان والكفاح للوصول إلى التميز ، وكانت قيمة الجذر الكامن لهذا العامل هي ٢,٨٦٩ ، ووفق المحكات الأساسية التي وضعها كاييز لقبول العامل وإخضاعه للتفسير فإن قيمة الجذر الكامن لهذا العامل تعتبر جيدة حيث أنها أكبر من الواحد الصحيح ، ويفسر هذا العامل نسبة ١٢,٤٧٥% من التباين الكلي.

وبلغ عدد عبارات العامل الثالث(٤ عبارة) تدور في مجملها حول التقدير المتدنى للذات ، وكانت قيمة الجذر الكامن لهذا العامل هي ١,٧٠٨ ، ووفق المحكات الأساسية التي وضعها كايزر لقبول العامل وإخضاعه للتفسير فإن قيمة الجذر الكامن لهذا العامل تعتبر جيدة حيث أنها أكبر من الواحد الصحيح ، ويفسر هذا العامل نسبة ٧,٤٢٥% من التباين الكلى.

وبلغ عدد عبارات العامل الرابع (٣ عبارة) تدور في مجملها حول النظام، وكانت قيمة الجذر الكامن لهذا العامل هي ١,٥٤١، ووفق المحكات الأساسية التي وضعها كايزر لقبول العامل وإخضاعه للتفسير فإن قيمة الجذر الكامن لهذا العامل تعتبر جيدة حيث أنها أكبر من الواحد الصحيح ، ويفسر هذا العامل نسبة ٦,٦٩٨% من التباين الكلى.

وبلغ عدد عبارات العامل الخامس (٧ عبارات) تدور في مجملها حول وضع المعايير والأهداف المرتفعة ، وكانت قيمة الجذر الكامن لهذا العامل هي ٣,٥٧١ ، ووفق المحكات الأساسية التي وضعها كايزر لقبول العامل وإخضاعه للتفسير فإن قيمة الجذر الكامن لهذا العامل تعتبر جيدة حيث أنها أكبر من الواحد الصحيح ، ويفسر هذا العامل نسبة ١٥,٥٢٧% من التباين الكلى.

ثانياً: الاتساق الداخلى:

تم حساب الاتساق الداخلى لمقياس الكمالية على عينة قوامها (ن = ١٥٠) من طلاب الجامعة من الجنسين ، وذلك بحساب معامل الارتباط بين درجة العبارة والدرجة الكلية للبعد الذى تنتمى إليه ، وكذلك معامل الارتباط بين درجة البعد والدرجة الكلية للمقياس ، وجدول(٧) يوضح معاملات الارتباط بين درجة كل عبارة من عبارات الأبعاد الخمسة والدرجة الكلية للبعد.

جدول (٧)

معاملات الارتباط بين درجة كل عبارة من عبارات الأبعاد الخمسة والدرجة الكلية للبعد

في مقياس الكمالية

البعد الأول		البعد الثاني		البعد الثالث		البعد الرابع		البعد الخامس	
العبارة	معامل الارتباط	العبارة	معامل الارتباط	العبارة	معامل الارتباط	العبارة	معامل الارتباط	العبارة	معامل الارتباط
١٣	**٠.٨٠٦	١٤	**٠.٦٦١	٣	**٠.٥٤١	٤	**٠.٧٣٣	١	**٠.٦٠٣
١٧	**٠.٧٤٢	١٥	**٠.٦٤٣	٦	**٠.٧١٠	٧	**٠.٧٦٦	٢	**٠.٤٠٤
٢٠	**٠.٧٨٩	١٦	**٠.٦٨١	١١	**٠.٧٣١	١٠	**٠.٨٢٥	٥	**٠.٥٠٣
٢١	**٠.٨٤٤	١٨	**٠.٧٢٥	١٩	**٠.٦٧٥			٨	**٠.٤٥٦
		٢٢	**٠.٦٣٨					٩	**٠.٥٧٤
								١٢	**٠.٦٢٥
								٢٣	**٠.٤٧٤

*كل معاملات الارتباط دالة عند مستوى دلالة ٠,٠١.

يتضح من الجدول (٧) أن معاملات الارتباط بين درجة كل عبارة من عبارات البعد الأول (٤) عبارة والدرجة الكلية للبعد قد تراوحت بين (٠,٧٤٢ - ٠,٨٤٤) وجميعها دالة عند مستوى (٠,٠١) ، وهو ما يشير إلى مستوى مرتفع من الاتساق الداخلي لعبارات البعد الأول. ويتضح أن معاملات الارتباط بين درجة كل عبارة من عبارات البعد الثاني (٥) عبارة والدرجة الكلية للبعد قد تراوحت بين (٠,٦٣٤ - ٠,٧٢٥) وجميعها دالة عند مستوى (٠,٠١) ، وهو ما يشير إلى مستوى مرتفع من الاتساق الداخلي لعبارات البعد الثاني. كما يتضح أيضاً أن معاملات الارتباط بين درجة كل عبارة من عبارات البعد الثالث (٤) عبارة والدرجة الكلية للبعد قد تراوحت بين (٠,٥٤١ - ٠,٧٣١) وجميعها دالة عند مستوى (٠,٠١) ، وهو ما يشير إلى مستوى مرتفع من الاتساق الداخلي لعبارات البعد الثالث. كما يتضح أيضاً أن معاملات الارتباط بين درجة كل عبارة من عبارات البعد الرابع (٢) عبارة والدرجة الكلية للبعد قد تراوحت بين (٠,٧٦٦ - ٠,٨٢٥) وجميعها دالة عند مستوى (٠,٠١) ، وهو ما يشير إلى مستوى مرتفع من الاتساق الداخلي لعبارات البعد الرابع. كما يتضح أيضاً أن معاملات الارتباط بين درجة كل عبارة من عبارات البعد الخامس (٧) عبارة والدرجة الكلية للبعد قد تراوحت بين (٠,٤٠٤ - ٠,٦٢٥) وجميعها دالة عند مستوى (٠,٠١) ، وهو ما يشير إلى مستوى مرتفع من الاتساق الداخلي لعبارات البعد الخامس.

وقام الباحثان بحساب الاتساق الداخلى لمقياس الكمالية أيضاً بحساب معامل الارتباط بين درجة الأبعاد والدرجة الكلية لمقياس الكمالية كما يوضحه جدول (٨):

جدول (٨)

معامل الارتباط بين درجة كل بعد والدرجة الكلية لمقياس الكمالية

المقياس ككل	
** .٥٢٠	البعد الأول
** .٤٥٣	البعد الثانى
** .٥٦٦	البعد الثالث
** .٤٤٥	البعد الرابع
** .٦٦١	البعد الخامس
١	المقياس ككل

** دالة عند مستوى ٠,٠١

يتضح من جدول (٨) ارتفاع معاملات الارتباط بين الأبعاد الفرعية لمقياس الكمالية والدرجة الكلية للمقياس بصورة كبيرة .

ثالثاً: ثبات مقياس الكمالية:

قام الباحثان بحساب ثبات مقياس الكمالية بأسلوبين هما:

١- طريقة ألفا كرونباخ: تم حساب الثبات لمقياس الكمالية بطريقة ألفا كرونباخ ، على عينة قوامها (ن=١٥٠) من طلاب الجامعة من الجنسين ، وكان معامل الثبات قوى وهو (٠.٩٤١).

٢- طريقة إعادة التطبيق:

تم حساب الثبات لمقياس الكمالية بطريقة إعادة التطبيق ، على عينة قوامها (ن=١٥٠) من طلاب الجامعة من الجنسين بفاصل زمنى (٢١) يوماً بين التطبيقين الأول والثانى، وكانت قيم معاملات الثبات كما يبينها الجدول (٩):

جدول (٩)

قيم معاملات الثبات بطريقة إعادة الإختبار لمقياس الكمالية

معاملات الثبات	الأبعاد والدرجة الكلية
** .٩٧٢	البعد الأول
** .٩٣١	البعد الثانى
** .٩٥٨	البعد الثالث
** .٩٣١	البعد الرابع
** .٩١١	البعد الخامس
** .٨٩٠	الدرجة الكلية

يتضح من جدول (٩) أن معاملات الارتباط لمقياس الكمالية بطريقة إعادة التطبيق مرتفعة ، وتراوحت معاملات الثبات بين (٠,٨٩٠ - ٠,٩٧٢) ، وهى تشير إلى ارتفاع ثبات مقياس النقد المرضى للذات.

رابعاً تصحيح المقياس:

تم تصحيح المقياس وفقاً لمدرج سباعى يتراوح بين (غير موافق تماماً) و(موافق تماماً) ، ويتم التصحيح كالتالى: (غير موافق تماماً = صفر ، غير موافق = ١ ، غير موافق قليلاً = ٢ ، محايد = ٣ ، موافق قليلاً = ٤ ، موافق = ٥ ، موافق تماماً = ٦). والجدول (١٠) يوضح أبعاد المقياس وأرقام العبارات التى تمثل كل بُعد:

جدول (١٠)

أبعاد المقياس وأرقام العبارات التى تمثل كل بعد فى الصورة النهائية للمقياس

العبارات	البعد
٢١، ٢٠، ١٧، ١٣	البعد الأول (عدم الرضا عن الأداء والانجازات)
٢٢، ١٨، ١٦، ١٥، ١٤	البعد الثانى (الالتقان والكفاح للوصول إلى التميز)
١٩، ١١، ٦، ٣	البعد الثالث (التقدير المتدنى للذات)
١٠، ٧، ٤	البعد الرابع (النظام)
٢٣، ١٢، ٩، ٨، ٥، ٢، ١	البعد الخامس (المعايير والأهداف المرتفعة)

- مقياس القلق الاجتماعي (إعداد أحمد هلال ٢٠١٢):

يعد مقياس القلق الاجتماعي من تأليف (Connor et al.,2001) وقام (أحمد هلال، ٢٠١٢) بتعريب وتقنين المقياس .

وفي الدراسة الحالية تم التحقق من:

▪ أولاً: صدق مقياس القلق الاجتماعي:

قام الباحثان بالتحقق من صدق مقياس القلق الاجتماعي بعدة طرق ، هي:

١- الصدق العاملي:

تم إجراء تحليل عاملي بطريقة المكونات الأساسية لهوتلينج لمقياس " القلق الاجتماعي " (١٦ مفردة) على عينة قوامها (١٥٠) من طلاب الجامعة من الجنسين ، وبعد التدوير المتعامد بطريقة (الفاريماكس) (Varimax) ؛ أسفر التحليل العاملي عن وجود ثلاثة عوامل مستقلة هي على النحو التالي: - العامل الأول (قلق التفاعل الاجتماعي) والعامل الثاني (قلق المواجهة في المواقف الاجتماعية) ، والعامل الثالث (الأعراض الفسيولوجية للقلق الاجتماعي) ، ويبين الجدول (١١) أرقام العبارات وتشبعاتها ، والجذر الكامن ونسبة التباين العاملي والتباين الكلي.

جدول (١١)

تشبعات العبارات على العوامل الخمسة لمقياس القلق الاجتماعي

بعد التدوير المتعامد بطريقة الفاريماكس

العامل الثالث		العامل الثاني		العامل الأول	
التشبعات	الرقم	التشبعات	الرقم	التشبعات	الرقم
.٤٩١	٢	.٧٤١	١	.٧٢٦	٣
.٨٣٧	٦	.٦٤٤	٥	.٥٧٢	٤
.٤٣٩	١٢	.٦٧٩	٩	.٧٠٨	٧
.٧٠٧	١٦	.٧٠٧	١٤	.٨١٢	٨
		.٦٥٩	١٥	.٦٩٥	١٠
				.٥٥٨	١١
				.٥١٣	١٣
١,٠٣٥		١,٥٩٤		٦,٤٢٢	
%٦,٤٦٦		%٩,٩٦٥		%٤٠,١٣٨	
		%٥٦,٥٦٩			
				التباين الكلي	

ويبلغ عدد عبارات العامل الأول (٧ عبارات) تدور في مجملها حول قلق التفاعل الاجتماعي ويقصد به شعور الفرد بالقلق والخوف في المواقف الاجتماعية التي تتطلب منه الأداء أمام الآخرين مما يدفعه لتجنب هذه المواقف ، وكانت قيمة الجذر الكامن لهذا العامل هي ٦,٤٢٢ ، ووفق المحكات الأساسية التي وضعها كايزر لقبول العامل وإخضاعه للتفسير فإن قيمة الجذر الكامن لهذا العامل تعتبر جيدة حيث أنها أكبر من الواحد الصحيح ، ويفسر هذا العامل نسبة ٤٠,١٣٨% من التباين الكلى.

ويبلغ عدد عبارات العامل الثانى (٥ عبارات) تدور في مجملها حول قلق المواجهة في المواقف الاجتماعية ويقصد به القلق الذى يفتاب الفرد في المواقف التفاعلية التي تتطلب منه أن يستمع ويتحدث وأن يكون له رد فعل مناسب لما يقوله الآخرون وما يفعلونه، وكانت قيمة الجذر الكامن لهذا العامل هي ١,٥٩٤ ، ووفق المحكات الأساسية التي وضعها كايزر لقبول العامل وإخضاعه للتفسير فإن قيمة الجذر الكامن لهذا العامل تعتبر جيدة حيث أنها أكبر من الواحد الصحيح ، ويفسر هذا العامل نسبة ٩,٩٦٥% من التباين الكلى.

ويبلغ عدد عبارات العامل الثالث (٤ عبارة) تدور في مجملها حول الأعراض الفسيولوجية للقلق الاجتماعي ويقصد بها التغيرات الفسيولوجية المرتبطة بخبرة القلق والتي تحدث أثناء التعرض لموقف اجتماعى باعث للقلق ، وكانت قيمة الجذر الكامن لهذا العامل هي ١,٠٣٥ ، ووفق المحكات الأساسية التي وضعها كايزر لقبول العامل وإخضاعه للتفسير فإن قيمة الجذر الكامن لهذا العامل تعتبر جيدة حيث أنها أكبر من الواحد الصحيح ، ويفسر هذا العامل نسبة ٦,٤٦٦% من التباين الكلى.

ثانياً: الاتساق الداخلى:

تم حساب الاتساق الداخلى لمقياس القلق الاجتماعى على عينة قوامها (ن = ١٥٠) من طلاب الجامعة من الجنسين ، وذلك بحساب معامل الارتباط بين درجة العبارة والدرجة الكلية للبعد الذى تنتمى إليه ، وكذلك معامل الارتباط بين درجة البعد والدرجة الكلية للمقياس ، وجدول (١٢) يوضح معاملات الارتباط بين درجة كل عبارة من عبارات الأبعاد الستة والدرجة الكلية للبعد.

جدول (١٢)

معاملات الارتباط بين درجة كل عبارة من عبارات الأبعاد الثلاثة والدرجة الكلية للبعد فى مقياس القلق الاجتماعى

البعد الثالث		البعد الثانى		البعد الاول	
معامل الارتباط	العبارة	معامل الارتباط	العبارة	معامل الارتباط	العبارة
**٠.٧٠٨	٢	**٠.٧٠٧	١	**٠.٨٠٢	٣
**٠.٧٤٨	٦	**٠.٧٣٠	٥	**٠.٦٨٧	٤
**٠.٧٤١	١٢	**٠.٧٣٠	٩	**٠.٧٤٧	٧
**٠.٧٣٠	١٦	**٠.٧٥٤	١٤	**٠.٧٨٤	٨
		**٠.٧٣٧	١٥	**٠.٧٩٦	١٠
				**٠.٦٦٨	١١
				**٠.٧٣٨	١٣

** كل معاملات الارتباط دالة عند مستوى دلالة ٠,٠١

يتضح من الجدول (١٢) أن معاملات الارتباط بين درجة كل عبارة من عبارات البعد الأول (٧) عبارة والدرجة الكلية للبعد قد تراوحت بين (٠,٦٦٨ - ٠,٨٠٢) وجميعها دالة عند مستوى (٠,٠١) ، وهو ما يشير إلى مستوى مرتفع من الاتساق الداخلى لعبارات البعد الأول. ويتضح أن معاملات الارتباط بين درجة كل عبارة من عبارات البعد الثانى (٥) عبارة والدرجة الكلية للبعد قد تراوحت بين (٠,٧٥٤ - ٠,٧٠٧) وجميعها دالة عند مستوى (٠,٠١) ، وهو ما يشير إلى مستوى مرتفع من الاتساق الداخلى لعبارات البعد الثانى. كما يتضح أيضاً أن معاملات الارتباط بين درجة كل عبارة من عبارات البعد الثالث (٤) عبارة والدرجة الكلية للبعد قد تراوحت بين (٠,٧٠٨ - ٠,٧٤٨) وجميعها دالة عند مستوى (٠,٠١) ، وهو ما يشير إلى مستوى مرتفع من الاتساق الداخلى لعبارات البعد الثالث.

وقام الباحثان بحساب الاتساق الداخلى لمقياس القلق الاجتماعى أيضاً بحساب معامل

الارتباط بين درجة كل بعد والدرجة الكلية لمقياس القلق الاجتماعى كما يوضحه جدول (١٣):

جدول (١٣)

معامل الارتباط بين درجة كل بعد والدرجة الكلية لمقياس القلق الاجتماعي

المقياس ككل	
** .٩٣٨	البعد الأول
** .٧٧٤	البعد الثاني
** .٧٩٣	البعد الثالث
١	المقياس ككل

** دالة عند مستوى ٠,٠١

يتضح من جدول (١٣) ارتفاع معاملات الارتباط بين الأبعاد الفرعية لمقياس القلق الاجتماعي والدرجة الكلية للمقياس بصورة كبيرة .

ثالثاً: ثبات مقياس القلق الاجتماعي:

قام الباحثان بحساب ثبات مقياس القلق الاجتماعي بأسلوبين هما:

١- طريقة ألفا كرونباخ: تم حساب الثبات لمقياس القلق الاجتماعي بطريقة ألفا كرونباخ ، على عينة قوامها (ن=١٥٠) من طلاب الجامعة من الجنسين ، وكان معامل الثبات قوى وهو (٠.٩٥٧).

٢- طريقة إعادة التطبيق:

تم حساب الثبات لمقياس القلق الاجتماعي بطريقة إعادة التطبيق ، على عينة قوامها (ن=١٥٠) من طلاب الجامعة من الجنسين بفواصل زمنية (٢١) يوماً بين التطبيقين الأول والثاني، وكانت قيم معاملات الثبات كما يبينها الجدول (١٤):

جدول (١٤)

قيم معاملات الثبات بطريقة إعادة الإختبار لمقياس القلق الاجتماعي

معاملات الثبات	الأبعاد والدرجة الكلية
** .٩٢٩	البعد الأول
** .٩١٧	البعد الثاني
** .٩٠٨	البعد الثالث
** .٩٢١	الدرجة الكلية

يتضح من جدول (١٤) أن معاملات الارتباط لمقياس القلق الاجتماعي بطريقة إعادة التطبيق مرتفعة ، وتراوحت معاملات الثبات بين (٠,٩٠٨ - ٠,٩٢٩) ، وهي تشير إلى ارتفاع ثبات مقياس القلق الاجتماعي.

ثالثاً تصحيح المقياس:

تم تصحيح المقياس وفقاً لمدرج رباعي يتراوح بين (لا) و(دائماً) ، ويتم التصحيح كالتالي: (لا=صفر ، نادراً=درجة ، أحياناً=درجتان ، غالباً=ثلاث درجات ، دائماً=أربع درجات). والجدول (١٥) يوضح أبعاد المقياس وأرقام العبارات التي تمثل كل بُعد:

جدول (١٥)

أبعاد المقياس وأرقام العبارات التي تمثل كل بعد في الصورة النهائية للمقياس

العبارات	البعد
١٣، ١١، ١٠، ٨، ٧، ٤، ٣	البعد الأول (قلق التفاعل الاجتماعي)
١٥، ١٤، ٩، ٥، ١	البعد الثاني (قلق المواجهة في المواقف الاجتماعية)
١٦، ١٢، ٦، ٢	البعد الثالث (الأعراض الفسيولوجية المصاحبة للقلق الاجتماعي)

الأساليب الإحصائية:

- ١- تم استخدام معامل الارتباط لبيرسون لمعرفة نوع العلاقة الارتباطية بين النقد المرضى للذات وكل من القلق الاجتماعي والكمالية لدى أفراد عينة الدراسة.
- ٢- تم استخدام اختبار (ت) لحساب دلالة الفروق بين المتوسطات للعينات المستقلة.
- ٣- تم استخدام تحليل الانحدار.
- ٤- تم استخدام تحليل التباين الثنائي .

النتائج وتفسيرها:

نتيجة الفرض الأول:

ينص الفرض الأول على أنه: "توجد علاقة ارتباطية موجبة ذات دلالة إحصائية بين درجات طلاب الجامعة (ن=٣٠٠) على كل من: أبعاد مقياس النقد المرضى للذات، وأبعاد مقياس القلق الاجتماعي"، وللتحقق من صحة هذا الفرض تم حساب قيم معاملات الارتباط لبيرسون بين درجات طلاب الجامعة على أبعاد مقياس نقد الذات المرضى، ودرجاتهم على أبعاد مقياس القلق الاجتماعي والجدول (١٦) يوضح مصفوفة الارتباط على النحو التالي:

جدول (١٦)

معاملات الارتباط بين مقياس النقد المرضى للذات بأبعاده الفرعية ومقياس القلق الاجتماعي بأبعاده الفرعية

الدرجة الكلية للقلق الاجتماعي	وضع المعايير والأهداف ذات المستوى العالي (غير واقعية)	كراهية ورفض الذات	الاحساس بالفشل	الشعور بعدم الكفاءة وعدم الرضا عن الذات	أبعاد نقد الذات المرضى أبعاد القلق الاجتماعي
** .٩١٣	** .٢٥٢	** .٢٠١	** .٣٠٧	** .٣٣٨	قلق التفاعل الاجتماعي
** .٧٦١	** .٢٤٤	** .١٩٨	** .٣٩٥	** .٤٤٠	قلق المواجهة في المواقف الاجتماعية)
** .٨٢٩	** .٢٤٠	** .٢٤٥	** .٣٣٥	** .٣٤٣	الأعراض الفسيولوجية المصاحبة للقلق الاجتماعي
** .٤٩٠	** .٥٤٤	** .٧٢١	** .٧٢٥	** .٨٦١	الدرجة الكلية للنقد المرضى للذات

** جميع قيم معاملات الارتباط دالة عن مستوى (٠,٠١)

ومن الجدول (١٦) يتضح أن هناك علاقات ارتباطية موجبة ذات دلالة عند مستوى (٠,٠١) بين كل من أبعاد ومجموع مقياس نقد الذات المرضى وأبعاد ومجموع مقياس القلق الاجتماعي.

وتتفق هذه النتيجة مع نتائج الدراسة المسحية لكلا من (Cox et al, 2004) والتي توصلت إلى أن النقد المرضى للذات يرتبط بقوة بالقلق الاجتماعي ، حيث وجدت مستويات مرتفعة من النقد المرضى للذات لدى الأفراد الذين يعانون من القلق الاجتماعي . ويؤكدان على أن النقد الذاتي قد يمثل عاملاً نفسياً مهماً في القلق الاجتماعي . فالنقد الذاتي يمثل نقطة ضعف نفسية مهمة لتطوير القلق الاجتماعي ، وربما حتى لاحتمال الإصابة بالاكنتاب الشديد المصاحب .

ويسبب الاضطراب المفترض لصورة الذات في القلق الاجتماعي ولأن النقد الذاتي يُعتقد أنه ينشأ من تجارب شخصية سيئة (Blatt, 1991) ، قام كوكس وآخرون (٢٠٠٠) بتقييم النقد المرضى للذات لدى عينة إكلينيكية من مرضى القلق الاجتماعي ، وتوصلوا إلى أن مستوى النقد الذاتي لدى هؤلاء المرضى كان أكبر بثلاث مرات تقريباً من المستوى الذي تم الحصول عليه في دراسة سابقة لمرضى اضطرابات الهلع (Bagby et al., 1992). علاوة على ذلك ، عندما كان

مستوى الحالة المزاجية للاكتئاب الحالي خاضعًا للتحكم الإحصائي، لا يوجد اختلاف بين مرضى الاكتئاب ومرضى الرهاب الاجتماعي في النقد المرضى للذات (Cox et al., 2000). توصل كوكس وآخرون (2000) إلى أن هذا البعد الشخصي الضيق، المحصور تقليديًا في دراسات الاكتئاب، قد يكون ذا قيمة أيضًا في فهم العمليات النفسية في القلق الاجتماعي أيضًا.

وامتدت دراسة لاحقة لهذا النمط من البحث من خلال تقييم الدلالة للنقد الذاتي في عينة من مرضى القلق الاجتماعي قبل وبعد العلاج الجماعي المعرفي السلوكي (Cox et al., 2002). قبل العلاج، ارتبط النقد المرضى للذات بشكل كبير مع شدة أعراض القلق الاجتماعي، حتى عندما كانت تأثيرات المزاج المكتئب مسيطر عليها إحصائيًا. علاوة على ذلك، ارتبط التغيير في مستوى النقد الذاتي على مدار فترة العلاج بشكل كبير مع تحسن أعراض القلق الاجتماعي بعد السيطرة على عدد من المتغيرات الأخرى بما في ذلك شدة الأعراض والتغيرات في المزاج المكتئب. اقترح كوكس وآخرون (2002) أن مرضى القلق الاجتماعي الذين يعانون من النقد الذاتي قد يستفيدون من زيادة العلاج لاستهداف معتقداتهم الأساسية حول تقدير الذات بشكل أكثر كثافة. ومع ذلك، يوجد تفسير بديل معقول لنتائج هذه الدراسة، وكذلك تلك السابقة حيث قام كوكس وآخرون (2000) بالتحقيق الكلينيكي، وتوصل إلى أن النقد المرضى للذات يلعب دورًا بارزًا في القلق الاجتماعي فقط في حالة العلاج الانتقائي الذي يبحث عن عينات اكلينيكية.

كما اتفقت مع نتائج دراسة كل من (Kopala-Sibley et al., 2013; Gautreau et al., 2015) أن المرضى القلقين اجتماعيًا لديهم مستويات مرتفعة من النقد المرضى للذات.

ولاحظت دراستان وجود علاقة إيجابية ذات دلالة، مع أحجام تأثير ضعيفة، بين النقد المرضى للذات والقلق الاجتماعي (Shulman et al., 2009; Sherry et al., 2014). لاحظت دراسة أخرى وجود علاقة إيجابية ذات دلالة، مع أحجام التأثير المعتدل، بين النقد الذاتي والقلق الاجتماعي (Gautreau et al., 2015).

وتوصلت نتائج دراسة (Lancu et al., 2015) إلى أن مرضى القلق الاجتماعي لديهم درجات أعلى من النقد المرضى للذات والاعتمادية ودرجات أقل من تقدير الذات. وترتبط درجة القلق الاجتماعي سلبًا مع تقدير الذات والكفاءة الذاتية، وعلاقة إرتباطية إيجابية مع الإعتمادية والنقد الذاتي.

وقد تناولت الدراسات نقد الذات بالدراسة وأوضحت أنه يرتبط بالاضطرابات النفسية العديدة مثل القلق الاجتماعي والاكتئاب والخجل (Gilbert & Miles, 2000; Powers, 2004; Lazarus & Shahr, 2018) ويضيف كل من (Shahr et al., 2003, Shahr et al., 2004; Dunkley et al., 2006; Vliegen & Luyten, 2009) أن النقد المرضى للذات عنصر أساسي في القلق الاجتماعي.

وتؤكد الدراسات الحديثة (Daniel & David, 2017) على ارتباط النقد الذاتي بشكل خاص ومستقبلي بمجموعة من اضطرابات الصحة النفسية مثل الاكتئاب ، واضطرابات الأكل ، وتعاطي المخدرات ، واضطراب ما بعد الصدمة ، وإكتئاب ما بعد الولادة ، واضطراب القلق الاجتماعي ، واضطراب الوسواس القهري ، والاضطراب ثنائي القطب ، واضطراب الشخصية الحدية .

وتؤكد دراسة (Golestaneh et al., 2017) أن نقد الذات هو واحد من أكثر الخصائص التي تؤدي إلى ضعف القدرة على التواصل الملائم مع الآخرين كنتيجة طبيعية لشعور الفرد بلوم ذاته ، وأن نقد الذات يشكل سمة أساسية من سمات مرضى الاكتئاب وليس سبباً فقط .

كما تؤكد دراسة كل من (Caiado & Salvador, 2017; Lazarus & Shahr, 2019) إلى أن الخاصية المميزة والأساسية لمعظم مرضى القلق الاجتماعي هي نقد الذات. وأن الأفراد الذين يعانون من القلق الاجتماعي يميلون إلى إظهار مستويات مرتفعة من نقد الذات .

وتتفق نتيجة الفرض الأول مع نتائج بعض الدراسات السابقة مثل:

(Shulman et al., 2009 ;Vliegen&Luyten,2009;Sherry et al.,2014; Lancu et al.,2015; Golestaneh et al.,2017; Caiado & Salvador ,2017; Daniel & David,2017; Lazarus & Shahr ,2018; Caiado & Salvador ,2019)

نتيجة الفرض الثاني:

ينص الفرض الثاني على أنه: "توجد علاقة ارتباطية موجبة ذات دلالة إحصائية بين درجات طلاب الجامعة (ن=٣٠٠) على كل من: أبعاد مقياس نقد الذات المرضى، وأبعاد مقياس الكمالية"، وللتحقق من صحة هذا الفرض تم حساب قيم معاملات الارتباط لبيرسون بين درجات طلاب الجامعة على أبعاد مقياس النقد المرضى للذات، ودرجاتهم على أبعاد مقياس الكمالية والجدول (١٧) يوضح مصفوفة الارتباط على النحو التالي:

جدول (١٧)

معاملات الارتباط بين مقياس النقد المرضى للذات بأبعاده الفرعية ومقياس الكمالية بأبعاده الفرعية

الدرجة الكلية للكمالية	وضع المعايير والأهداف ذات المستوى العالي (معايير غير واقعية)	كراهية ورفض الذات	الاحساس بالفشل	الشعور بعدم الكفاءة وعدم الرضا عن الذات	أبعاد نقد الذات المرضى أبعاد الكمالية
** .٤٦٦	** .٢٤٧	** .٣٠١	** .٣٤٢	** .٤٢٢	عدم الرضا عن الأداء والانجازات)
** .٥١٣	** .٢٧٦-	** .٢٦٤-	٠.١٠٤- (غيردالة)	** .٢١٨-	الافتقار والكفاح للوصول إلى التميز)
** .٥٥٩	** .٢٨٨	** .٢٣٧	** .٢١٢	** .٣٧٩	(التقدير المتدنى للذات)
** .٥٨١	* .١٤٤-	** .١٦٣-	٠.١٤ (غير دالة)	** .١٥٥-	(النظام)
** .٧٣٧	* - .١٤٦-	٠.١٨- (غير دالة)	٠.٨٤. (غيردالة)	٠.٣٨- (غير دالة)	(المعايير والأهداف المرتفعة)
** .١٦٢	** .٥٤٤	** .٧٢١	** .٧٢٥	** .٨٦١	الدرجة الكلية للنقد المرضى

** قيم معاملات الارتباط دالة عن مستوى (٠,٠١)

* قيم معاملات الارتباط دالة عن مستوى (٠,٠٥)

ومن الجدول (١٧) يتضح أن هناك علاقات ارتباطية موجبة ذات دلالة عند مستوى (٠,٠١) بين كل من أبعاد ومجموع مقياس نقد الذات المرضى وأبعاد ومجموع مقياس القلق الاجتماعي ماعدا البعد الثاني (الافتقار والكفاح للوصول إلى التميز) للكمالية وأبعاد النقد المرضى (عدم الكفاءة وعدم الرضا عن الذات ، وكراهية ورفض الذات ووضع المعايير غير واقعية) حيث وجدت علاقة ارتباطية سالبة عند مستوى دلالة (٠,٠١) ، وكذلك وجدت علاقة ارتباطية سالبة عند مستوى دلالة (٠,٠١) بين البعد الرابع للكمالية (النظام) وأبعاد النقد المرضى للذات (عدم الكفاءة وعدم الرضا عن الذات ، وكراهية ورفض الذات) ، وكذلك وجدت علاقة ارتباطية سالبة عند مستوى دلالة (٠,٠٥) بين البعد الرابع للكمالية (النظام) وبعد وضع المعايير غير واقعية ، وبين البعد الخامس (المعايير والأهداف المرتفعة) للكمالية والبعد الرابع للنقد المرضى للذات (المعايير غير واقعية) ، وكذلك لم توجد علاقة ارتباطية بين البعد الخامس

للكمالية (المعايير والأهداف المرتفعة) وكل من البعد الأول (عدم الكفاءة وعدم الرضا عن الذات) والثاني (الاحساس بالفشل) والثالث (كراهية ورفض الذات) للنقد المرضى للذات ، وكذلك لم توجد علاقة ارتباطية بين البعد الثاني للكمالية (الاتقان والكفاح للوصول إلى التميز) والبعد الثاني للنقد المرضى للذات (الاحساس بالفشل) ، وكذلك لم توجد علاقة ارتباطية بين البعد الرابع للكمالية (النظام) والبعد الثاني للنقد المرضى للذات (الاحساس بالفشل) .

وتتفق هذه النتيجة مع نتائج دراسات كل من:

(Cox et al.,2002;Gilbert&Irons,2005;Gilbert et al., 2004; Neff,2003; Shulman et al., 2009 ;Sherry et al.,2014; Golestaneh et al.,2017) ، والتي توصلت نتائجها إلى أن الكمالية ترتبط بالنقد المرضى للذات حيث توجد علاقة ارتباطية موجبة بين الكمالية والنقد المرضى للذات ، كما توصلت نتائجها إلى ارتباط مستويات أعلى من النقد الذاتي بالكمالية غير الصحية ، وأن عناصر النقد المرضى للذات مرتبطة بأشكال الكمالية. وجد كلٌ من (Dunkley & Blankstein, 2000) أن النقد المرضى للذات مؤثر رئيسي لعامل الكمالية ، ويؤكد (Dunkley et al.,2006) إلى أن النقد المرضى للذات تم اعتباره العنصر والمكون الأكثر مرضية للكمالية .

وتؤكد (سامية محمد عبد النبي ، ٢٠١٠) أن نقد الذات يعد مكوناً يتوازي مع العديد من المكونات الأخرى من الشخصية منها الكمالية، وإن كلاً من نقد الذات والكمالية ينموان كنتيجة للمحاولات المبالغ فيها لتحديد وتعريف الذات، فالاهتمامات الكمالية عن فعل الأخطاء والشكوك حول اتخاذ الإجراءات، والقيام بالأعمال جميعها ترتبط على نحو عال بنقد الذات .

كما يؤكد كلٌ من (Khatibi&Fouladchang,2016) أن الكمالية سمة شخصية تتميز بسعي الشخص ليصبح خالي من العيوب ووضع معايير مرتفعة للغاية يرافقها تقييم ذاتي انتقادي مفرط ومخاوف بشأن تقييمات الآخرين .

وعلى الرغم من وجود أبعاد إيجابية للكمالية إلا أن لها شكلاً عصابياً خاصة عندما تكون مصحوبة بنقد الذات والتقييم السلبي لها (Shafran & Mansell, 2001) . ويُنظر إلى النقد الذاتي باعتباره سمة أساسية من سمات الكمالية غير الصحية (المرضية)، والتي توجد بها مستويات عالية في الأوساط الأكاديمية (Arpin-Cribbie et al.,2008) ، والتي ترتبط بالتعب والاكتئاب والقلق .

وتوصل كل من (Dunkley & Kyparissis, 2008) أن الكمالية الناقدة للذات بأنها التدقيق والفحص الذاتي الثابت والمزعج ، والمخاوف بشأن انتقادات الآخرين . وجدوا أن الأفراد الذين لديهم مستويات أعلى من الكمالية الناقدة للذات لديهم مشاعر الذنب والحزن واليأس والوحدة والانفعال الايجابي المنخفض . وذكروا أيضا أنهم حساسون للسخرية وعبروا عن كونهم شكاكين ويعتقدوا أن الناس تحركهم المصلحة الذاتية وعدم الثقة في الآخرين .

وجد كل من (Dunkley et al, 2006) أن مكونات النقد الذاتي للكمالية تنبأت بشكل كبير بالضغوط اليومية ، وميكانيزمات تجنب المواجهة، والدعم الاجتماعي الضعيف ، والتأثير السلبي ، والتأثير الايجابي المنخفض . ويتفق (Gilbert, et al, 2006) مع هذه النتائج . ترتبط الكمالية الناقدة للذات أيضا بسوء التكيف (مثل يستجيب الكماليون الناقدون للذات للمواقف الضاغطة بإلقاء اللوم على أنفسهم ، ويشاركون في مهام أخرى بدلاً من المهمة الحالية ، ويستخدمون استراتيجيات أقل توجهاً نحو حل المشكلات للتعامل مع الإجهاد) . تشير النتائج المستخلصة من الدراسات المذكورة أعلاه إلى أنه على الرغم من أن السعي إلى الكمال يمكن أن يكون له نتائج إيجابية للأداء ، فإن مرافقة النقد الذاتي يمكن أن تعرقل شعور الأفراد بالفعالية وتزيد من إلقاء اللوم على أنفسهم ، خاصة بعد تجربة مرهقة أو فاشلة.

وتتفق نتيجة الفرض الأول مع نتائج بعض الدراسات السابقة مثل:

(Gilbert et al., 2006; Dunkley et al., 2006 ; Clark & Coker, 2009 ; Powers et al., 2011; Sherry et al., 2014; James et al., 2015; Gautreau et al., 2015; Golestaneh et al., 2017; Kocalar, 2019)

نتيجة الفرض الثالث:

ينص الفرض الثالث على أنه: "لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات الذكور ومتوسط درجات الإناث على مقياس نقد الذات المرضى وأبعاده الفرعية".

وللتحقق من صحة هذا الفرض تم استخدام اختبار (ت) للعينات المستقلة المتساوية العدد للتعرف على الفروق بين متوسطي درجات الذكور والإناث على مقياس النقد المرضى للذات وأبعاده الفرعية والجدول (١٨) يوضح النتائج على النحو التالي:

جدول (١٨)

المتوسطات الحسابية والانحراف المعياري وقيمة (ت) لمجموعتي الذكور والاناث
على مقياس النقد المرضى للذات وأبعاده الفرعية

الأبعاد	المجموعة	العدد	المتوسط	الانحراف المعياري	درجة الحرية	قيمة (ت)	مستوى الدلالة
الشعور بعدم الكفاءة وعدم الرضا عن الذات	ذكور	١٥٠	٢٠,٦٢	٤,٦٢٣	٢٩٨	٢,٢٦٠	دالة عند ٠.٠١
	إناث	١٥٠	٢١,٩٤	٥,٤١٠			
الاحساس بالفشل	ذكور	١٥٠	١٥,٣٠	٤,٣٣٦	٢٩٨	١,٣٨٥	غير دالة
	إناث	١٥٠	١٤,٦٢	٤,١٦٣			
كراهية ورفض الذات	ذكور	١٥٠	١٢,٩٢	٣,٤٩٢	٢٩٨	.٤٥٤	غير دالة
	إناث	١٥٠	١٢,٧٥	٢,٨٣٣			
وضع المعايير والأهداف ذات المستوى العالي	ذكور	١٥٠	٨,١٢	٢,٠٨٨	٢٩٨	٣,٤١٣	دالة عند ٠.٠١
	إناث	١٥٠	٨,٩٠	١,٨٦٣			
الدرجة الكلية	ذكور	١٥٠	٥٦,٩٧	١٠,٦٢٤	٢٩٨	.٩٩٦	غير دالة
	إناث	١٥٠	٥٨,٢٢	١١,٠٤٧			

ويتضح من جدول (١٨) أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات الذكور والاناث على مقياس نقد الذات المرضى ككل وبعض أبعاده الفرعية ، ووجدت فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات الذكور ومتوسط درجات الإناث على أبعاد مقياس النقد المرضى للذات لصالح متوسط درجات الإناث في بُعد : " الشعور بعدم الكفاءة وعدم الرضا عن الذات ، ووضع المعايير والأهداف ذات المستوى العالي" عند مستوى دلالة (٠.٠١) .

وتتفق هذه النتيجة مع دراسة (Bornstein,1992;Blatt,2004;Vanea & Ghizdareanu, 2012;Khan & Naqvi, 2016). حيث توصلت نتائجهم إلى أنه لا توجد فروق بين الجنسين في النقد المرضى للذات.

ويفسر كل من (Luyten et al.,2007) إلى أن الفروق بين الجنسين فيما يتعلق بالنقد الذاتي قد تكون أقل وضوحًا وربما تختفي في الطلاب ، وذلك بسبب التركيز الشديد على التحصيل لكل من الطلاب والطالبات.

وتشير الكثير من الدراسات إلى أن النقد المرضى للذات شائع ومنشر بين طلاب الجامعة ، وهناك عدة أسباب وعوامل تساعد على انتشار النقد المرضى للذات لدى الجنسين من طلاب الجامعة ، بعضها يرتبط بالمعايير الثقافية والإجتماعية السائدة في الحرم الجامعي ، والتي قد تركز على التفوق والحصول على تقدير أعلى ، ويرتبط بعضها الآخر بموضوع التكيف مع البيئة الجامعية ، وتقدير الذات .

ويرى (Shahar, 2016) أن النقد الذاتي يحتوي على فجوة بين (الظاهر وأنفسنا الحقيقية) ومعرفة الذات (ما يفكر فيه شخص ما عن نفسه). وهذه الظاهرة لها تأثير على زيادة ميل الطلاب إلى تطبيق معايير عالية والنقد الذاتي تجاه المهام الموجودة داخل بيئة الحرم الجامعي. وأظهرت بعض الدراسات أن ظاهرة النقد الذاتي تتعلق بحياة الحرم الجامعي ، خاصةً للطلاب ذوي الخلفيات المختلفة ، وكلا الجنسين والتخصصات ومشاكل السمعة (Khan & Naqvi, 2016; Vanea & Ghizdareanu, 2012).

وقد أظهرت نتائج دراسة الباحثان أنه لا توجد فروق بين الذكور والإناث في النقد المرضى للذات ، وهذا يعود إلى إنتماء طلاب الجامعة في غالبيتهم إلى نفس البيئة الإجتماعية والثقافية بمعنى أنهم يخضعون لنفس المؤثرات والمعايير الإجتماعية والثقافية في مجتمع الجامعة .

ويمكن تفسير أن الاناث أكثر من الذكور في الشعور بعدم الكفاءة وعدم الرضا عن الذات ، ووضع المعايير والأهداف ذات المستوى العالي وذلك نتيجة لحساسيتهم الشديدة للعديد من المؤثرات التي تجعلهن أكثر عرضة وقابلية للشعور بعدم الكفاءة وعدم الرضا عن الذات. كما أن الإناث خصوصا في المرحلة الجامعية ينتقدون أنفسهم وسلوكهم، فيرون أنهم أشخاص لديهم عيوب كثيرة ولا يستحقون الاحترام، ويميلون إلى رؤية هذه العيوب كشيء شامل وثابت، وهم يعظمون الفشل ويقللون النجاحات، ويتجاهلون أية قدرات لديهم، وتسعى كل منهن من أجل المعايير العالية والتمام والكمال، وهذا لا يعكس الكفاح من أجل التفوق والتميز ولكنه رغبة في تجنب الفشل ، حيث أن الاناث ينتقدن أنفسهن كثيرا في سعيهن غير الواقعي ليكونن مثاليات ورؤية أنفسهن على أنهن جيدات في المقام الأول ويضغطن على أنفسهن للوصول إلى هذا المفهوم المستحيل للكمال ، ومن ضمن هذه الانتقادات هي استياء الاناث من مظهرهن وعدم الرضا عن شكل أجسامهن وهذا لا يوجد لدى الذكور .

وتعارض هذه النتيجة مع نتائج الدراسات السابقة التي أشارت إلى أن الإناث أكثر نقداً لذواتهن مثل دراسة (Shahar, et al., 2004 – Luyten, et al., 2007 – Amitay, et al., 2008 – Viliegen and Luyten, 2009 – Viliegen, et al., 2010–Franzoi et al., 2012)

واختلفت هذه النتيجة مع دراسة (سامية محمد صابر، ٢٠١٠) حيث توصلت نتائجها إلى وجود فروق بين الجنسين في مستوي نقد الذات لصالح الذكور.

نتيجة الفرض الرابع:

ينص الفرض الرابع على أنه: "لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات الذكور ومتوسط درجات الإناث على مقياس القلق الاجتماعي وأبعاده الفرعية".

وللتحقق من صحة هذا الفرض تم استخدام اختبار (ت) للعينات المستقلة المتساوية العدد للتعرف على الفروق بين متوسطي درجات الذكور والإناث على مقياس القلق الاجتماعي وأبعاده الفرعية والجدول (١٩) يوضح النتائج على النحو التالي:

جدول (١٩)

المتوسطات الحسابية والانحراف المعياري وقيمة (ت) لمجموعتي الذكور والإناث

على مقياس القلق الاجتماعي وأبعاده الفرعية

الأبعاد	المجموعة	العدد	المتوسط	الانحراف المعياري	درجة الحرية	قيمة (ت)	مستوى الدلالة
قلق التفاعل الاجتماعي	ذكور	١٥٠	٩,٩٨	٦,٢٦٣	٢٩٨	١,٧٠٦	غير دالة
	إناث	١٥٠	١١,٢٤	٦,٥٩٠			
قلق المواجهة في المواقف الاجتماعية	ذكور	١٥٠	٧,٧٠	٤,٠٦٩	٢٩٨	١,٣٧٨	غير دالة
	إناث	١٥٠	٨,٣٧	٤,٣٨٩			
الأعراض الفسيولوجية المصاحبة للقلق الاجتماعي	ذكور	١٥٠	٤,٣٨	٣,٤٦٧	٢٩٨	٣,٠٤٧	دالة عند .٠١
	إناث	١٥٠	٥,٦٣	٣,٦٥٥			
الدرجة الكلية	ذكور	١٥٠	٢٢,٠٦	١١,٦٠٥	٢٩٨	٢,٣٠١	دالة عند .٠١
	إناث	١٥٠	٢٥,٢٥	١٢,٤١٥			

ويتضح من جدول (١٩) أنه توجد فروق ذات دلالة احصائية بين متوسطى درجات الذكور والاناث على مقياس القلق الاجتماعى ككل وبُعد الأعراض الفسيولوجية المصاحبة للقلق الاجتماعى لصالح الإناث ، كما أنه لا توجد فروق ذات دلالة احصائية بين متوسطى درجات الذكور والاناث على مقياس القلق الاجتماعى فى بُعد قلق التفاعل الاجتماعى وبُعد قلق المواجهة فى المواقف الاجتماعية.

وتتفق هذه النتيجة مع دراسة كل من (خديجة محمد عبد المالك، ٢٠١٣)، (ناريمان محمد، مصطفى على، حازم شوقى ، ٢٠١٨) ، (Xu,2012; Sisman et al., 2013; Wiltink et al., 2017; Asher, 2018; Reichenberger, 2019) والتي توصلت نتائجهم إلى وجود فروق دالة احصائيا بين الذكور والإناث فى القلق الاجتماعى لصالح الإناث حيث كانت الإناث أكثر قلقاً من الذكور .

ويمكن تفسير أن الاناث أكثر من الذكور فى القلق الاجتماعى فى الدرجة الكلية ربما يرجع لظروف ثقافتنا التي تجعل من الصعب على الذكور الإفصاح عن قلقهم لأنهم يدركون ذلك على أنه إنتقاصاً لروحلتهم أما الإناث فلا تواجهها هذه المشكلة فتصرح بقلقها دون أن تشعر بانتقاص مركزها كأنتى ، كل هذه العوامل وغيرها تجعل من الإناث أعلى بقليل من الذكور ، وأيضاً من جراء كثرة الضغوط الاجتماعية على الإناث بوجه خاص ، كما أنهن يتفوقن فى التعبير عنه . كما يرجع الارتفاع فى ظهور الأعراض الجسمية المصاحبة للموقف الاجتماعى بالنسبة للإناث عنه لدى الذكور بسبب أن الإناث يشعرون بعدم القدرة على الكفاءة وانخفاض تقديرهن لذاتهن ومن ثم تقل قدرتهن على مواجهة الناس فيظهر عليها أعراض جسمية كالرعشة ، وتدخل عملية الحياء وطبيعة المجتمع المحافظ فى أن التوتر المصاحب للموقف المسبب لظهور أعراض جسمية هو أمر طبيعى فى بيئة محافظة كالبيئة المصرية على أن يكون هذا عائق للتواصل الاجتماعى .

كما أن عملية التنشئة الاجتماعية بما تفرضه على الأنثى من قيود تجعلها تتجنب التواصل مع الآخرين فى المواقف الاجتماعية المختلفة، ولذا يظهر عليها أعراض القلق الاجتماعى فى تلك المواقف بما يتضمنه من جوانب معرفية وانفعالية وسلوكية أكثر من الذكور .

وتختلف هذه النتيجة مع دراسة كل من (أحمد الحسينى هلال، ٢٠١٢؛ علاء على حجازى ٢٠١٣؛ قيصر سهام، ٢٠١٦؛ عائشة ديجان قصاب، ٢٠١٦)، (هناء خالد الرقاد، ٢٠١٧) (AL- Naggat et al., 2013)، (Baloglu, 2018)، والتي توصلت نتائجهم إلى أنه لا توجد فروق بين الذكور والاناث فى القلق الاجتماعى .

نتيجة الفرض الخامس:

ينص الفرض الخامس على أنه: "لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات الذكور ومتوسط درجات الإناث على مقياس الكمالية وأبعاده الفرعية".

وللتحقق من صحة هذا الفرض تم استخدام اختبار (ت) للعينات المستقلة المتساوية العدد للتعرف على الفروق بين متوسطي درجات الذكور والإناث على مقياس الكمالية وأبعاده الفرعية والجدول (٢٠) يوضح النتائج على النحو التالي:

جدول (٢٠)

المتوسطات الحسابية والانحراف المعياري وقيمة (ت) لمجموعتي الذكور والإناث
على مقياس الكمالية وأبعاده الفرعية

الأبعاد	المجموعة	العدد	المتوسط	الانحراف المعياري	درجة الحرية	قيمة (ت)	مستوى الدلالة
عدم الرضا عن الأداء والانتجازات	ذكور	١٥٠	٨,٩٧	٥,٥٨	٢٩٨	١,٣٤	غير دالة
	إناث	١٥٠	٨,٠٨	٥,٨٠			
الاتقان والكفاح للوصول إلى التميز	ذكور	١٥٠	٢١,٥٠	٦,٠٧	٢٩٨	١,٨١	غير دالة
	إناث	١٥٠	٢٢,٥٤	٣,٥٧			
التقدير المتدني للذات	ذكور	١٥٠	١٢,٠٨	٤,٣١	٢٩٨	١,١٣	غير دالة
	إناث	١٥٠	١٢,٦٥	٤,٣٣			
النظام	ذكور	١٥٠	١٢,٤٢	٣,٩١	٢٩٨	٠,٨٠٨	غير دالة
	إناث	١٥٠	١٢,٧٦	٣,٤٩			
المعايير والأهداف المرتفعة	ذكور	١٥٠	٢٥,٧٤	٦,٨٢	٢٩٨	١,٧٧	غير دالة
	إناث	١٥٠	٢٤,٥٤	٤,٦٦			
الدرجة الكلية	ذكور	١٥٠	٨٠,٧٢	١٦,٠٧	٢٩٨	٠,٧٨	غير دالة
	إناث	١٥٠	٨٠,٥٩	١١,٩٢			

ويتضح من جدول (٢٠) أنه لا توجد فروق ذات دلالة احصائية بين متوسطى درجات الذكور والاناث على مقياس الكمالية ككل وأبعاده الفرعية .

ويمكن تفسير عدم وجود فروق بين الجنسين فى الكمالية أن الطلاب سواء الذكور أو الإناث لديهم ميل إلى تحقيق صفة الكمال ، حيث يضعون معايير عالية لكل تصرفاتهم وعلاقتهم ، فلديهم التفكير دائما للوصول إلى مرتبة الكمال والإتقان للأشياء والموضوعات التى قد تكون فى بعض الأحيان غير قابلة للتحقيق ، وهم يسعون بشكل قهرى لتحقيقها وبقيومتهم ذواتهم على أساس ذلك . كما يفسر الباحثان ذلك نتيجة إلى أن الكمالية قد تكتسب اجتماعيا ويكتسبها الفرد من ادراكه للمواقف الاجتماعية اذ يعتقد أن الآخرين يتوقعون منه أداء مثاليا أو كماليا كما يدرك أن المحيطين به يفرضون عليه معايير فوق طاقته بغض النظر عن جنسه .

فالفرد بصرف النظر عن جنسه يحرص على إنجاز عمله كى يكون مميّزا ، ويسعى إلى التعرف على نقاط ضعفه ليعمل على تحسينها ، ويميل إلى نقد ما تم انجازه من أعمال ، ويعبر عن مشاعره بطريقة لا تجرح الآخرين مع تقديم انتقادات بناءة للآخرين بشكل مقبول ، كما أنه يحب النظام وإتقان العمل وتنظيم وقته بدقة .

وتؤكد (سامية محمد صابر ، ٢٠١٤) إلى أنه لا توجد فروق بين الجنسين فى الكمالية ويرجع ذلك إلى أن كل من الطالب والطالبة بالجامعة كلاهما - على حد سواء - فى سعى دائم ودائم ، ويتأبرون ويتحدون الصعاب ، ويبدلون الجهد والطاقة من أجل التفوق وإحراز النجاح ، وبذلك يثبتون ويحققون قيمة ذواتهم ، وكلاهما أيضا يشارك بفاعلية فى الأنشطة الطلابية والمجتمعية داخل وخارج الجامعة.

وتتفق هذه النتيجة مع دراسة كل من (سامية محمد صابر، ٢٠١٤) ، (عفراء إبراهيم خليل، ٢٠١٥)، (نجوى السيد محمود ، ٢٠٢٠) حيث توصلت نتائجهم إلى أنه لا توجد فروق بين الجنسين فى الكمالية .

وبينما لا تتفق هذه النتائج مع ما انتهت إليه دراسة (سامية محمد صابر، ٢٠٠٩) والتي توصلت نتائجها إلى وجود فروق بين الجنسين فى مستوى الكمالية العصابية لصالح الإناث .

كما اختلفت مع دراسة (مروة محمد أبو الفتوح، ٢٠١٧) والتي توصلت نتائجها إلى وجود فروق دالة إحصائية بين الذكور والإناث على بعض أبعاد الكمالية العصابية (الشعور بالنقص وانعدام الثقة بالنفس- توقعات الآخرين المبالغ فيها) لصالح الذكور .

واختلفت جزئياً مع دراسة (Malik&Ghayas,2016) والتي توصلت نتائجها إلى ارتفاع مستوى الكمالية غير التكيفية لدى الذكور ، حيث أن الفروق جاءت لصالح الطالب فى أبعاد التركيز على الأخطاء ، والتشكك فى الأفعال ، والتوقعات الوالدية ، والنقد الوالدى والتي ترتبط أكثر بالكمالية غير التكيفية ، بينما لم توجد فروق بين الطالب والطالبات فى بعدى المعايير الشخصية والتنظيم والذين يرتبطان أكثر بالكمالية التكيفية .

كما اختلفت جزئياً مع دراسة (يوسف شلبي وآخرون ، ٢٠٢٠) والتي توصلت نتائجها إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات الكمالية وفقاً لمتغير الجنس لصالح مجموعة الذكور وذلك بالنسبة للدرجة الكلية ، وانفتقت هذه الدراسة مع نتيجة هذا الفرض فى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات الكمالية الأكاديمية وفقاً لمتغير الجنس بالنسبة لبعدي المعايير الشخصية والتنظيم .

ومن ثم لم يكن هناك اتفاق بين نتائج الدراسات السابقة بشأن الفروق بين الجنسين فى الكمالية .

نتيجة الفرض السادس:

ينص الفرض السادس على أنه: "لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات القسمين العلمى والأدبى على مقياس النقد المرضى للذات وأبعاده الفرعية".

وللتحقق من صحة هذا الفرض تم استخدام اختبار (ت) للعينات المستقلة المتساوية العدد للتعرف على الفروق بين متوسطي درجات القسمين العلمى والأدبى على مقياس النقد المرضى للذات وأبعاده الفرعية والجدول (٢١) يوضح النتائج على النحو التالي:

جدول (٢١)

المتوسطات الحسابية والانحراف المعياري وقيمة (ت) لمجموعتي العلمي والأدبي

على مقياس النقد المرضى للذات وأبعاده الفرعية

الأبعاد	المجموعة	العدد	المتوسط	الانحراف المعياري	درجة الحرية	قيمة (ت)	مستوى الدلالة
الشعور بعدم الكفاءة وعدم الرضا عن الذات	أدبي	١٥٠	٢١,٠٤	٤,٦٣٣	٢٩٨	.٨٠٩	غير دالة
	علمي	١٥٠	٢١,٥٢	٥,٤٧١			
الاحساس بالفشل	أدبي	١٥٠	١٥,٠٧	٤,١٠١	٢٩٨	.٤٣٣	غير دالة
	علمي	١٥٠	١٤,٨٦	٤,٤١٩			
كراهية ورفض الذات	أدبي	١٥٠	١٢,٧٦	٣,٠٧١١	٢٩٨	.٤١٨	غير دالة
	علمي	١٥٠	١٢,٩١	٣,٢٨٤			
وضع المعايير والأهداف ذات المستوى العالي	أدبي	١٥٠	٨,٢٦	١,٧٨٩	٢٩٨	٢,١٠٤	دال عند ٠,٠١
	علمي	١٥٠	٨,٧٥	٢,١٩٤			
الدرجة الكلية	أدبي	١٥٠	٥٧,١٤	٩,٥٤٤	٢٩٨	.٧١٩	غير دالة
	علمي	١٥٠	٥٨,٠٤	١٢,٠٠٨			

ويتضح من جدول (٢١) أنه لا توجد فروق ذات دلالة احصائية بين متوسطي درجات القسمين العلمي والأدبي على مقياس النقد المرضى للذات ككل وأبعاده الفرعية ما عدا البعد الرابع (وضع المعايير والأهداف ذات المستوى العالي) حيث وجدت فروق ذات دلالة احصائية بين متوسطي درجات القسمين العلمي والأدبي لصالح القسم العلمي .

وهذه النتيجة لا تتضح في أى دراسة حيث لا توجد دراسات تناولت الفروق بين القسمين العلمي والأدبي في النقد المرضى للذات .

ويفسر الباحثان عدم وجود فروق بين طلاب القسم العلمي والأدبي بأن ذلك راجعاً إلى تشابه الظروف والمواقف الحياتية التي يمر بها الطلاب داخل الحرم الجامعي واشتراكهم في الظروف البيئية والاجتماعية بغض النظر عن طبيعة التخصص الدراسي بالكلية ، كما أن كلاهما يحاولان الحصول على تقديرات مرتفعة داخل الكلية مما يعرضهم ذلك لوضع معايير مرتفعة، يعجزون عن تحقيقها، وهذا يحرك لديهم الشعور بعدم الكفاءة وعدم الرضا عن الذات والاحساس بالفشل وكراهية ورفض الذات .

ونجد أن القسم العلمى أعلى من القسم الأدبى بالنسبة لوضع المعايير والأهداف ذات المستوى العالى ويشير ذلك إلى أن طلاب التخصصات العلمية أكثر حرصا على إنجاز أعمالهم بدون أخطاء، ويبدلون قصارى جهدهم ليكون مستوى عملهم أفضل من الآخرين، ويستطيعون تقديم انتقادات بنّاءة للآخرين وبشكل مقبول، وأنهم يشعرون بنوع من التوتر أثناء قيامهم بعمل ما، وقد يعزى ذلك إلى الاختلاف فى طبيعة الدراسة لدى طلاب التخصصات العلمية وطلاب التخصصات الأدبية، ويفرضون على أنفسهم وعلى غيرهم معايير عالية، يعجزون عن تحقيقها، وهذا يحرك لديهم توقع الفشل والشعور بعدم الرضا والدونية .

نتيجة الفرض السابع:

ينص الفرض السابع على أنه: "لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات القسمين العلمى والأدبى على مقياس القلق الاجتماعى وأبعاده الفرعية".

وللتحقق من صحة هذا الفرض تم استخدام اختبار (ت) للعينات المستقلة المتساوية العدد للتعرف على الفروق بين متوسطي درجات القسمين العلمى والأدبى على مقياس القلق الاجتماعى وأبعاده الفرعية والجدول (٢٢) يوضح النتائج على النحو التالي:

جدول (٢٢)

المتوسطات الحسابية والانحراف المعياري وقيمة (ت) لمجموعتي العلمى والأدبى

على مقياس القلق الاجتماعى وأبعاده الفرعية

الأبعاد	المجموعة	العدد	المتوسط	الانحراف المعياري	درجة الحرية	قيمة (ت)	مستوى الدلالة
قلق التفاعل الاجتماعى	أدبى	١٥٠	٩,٩٣٣	٦,٠٨٩	٢٩٨	١,٨٣	غير دالة
	علمى	١٥٠	١١,٢٩٣	٦,٧٤٢			
قلق المواجهة فى المواقف الاجتماعية	أدبى	١٥٠	٨,٢٢٠	٤,٢٢٥	٢٩٨	٠,٧٤٩	غير دالة
	علمى	١٥٠	٧,٨٥٣	٤,٢٥٩			
الأعراض الفسيولوجية المصاحبة للقلق الاجتماعى	أدبى	١٥٠	٤,٦٨٠	٣,٢١٥	٢٩٨	١,٥٧٠	غير دالة
	علمى	١٥٠	٥,٣٣٣	٣,٩٥٢			
الدرجة الكلية	أدبى	١٥٠	٢٢,٨٣٣	١١,١٧٩	٢٩٨	١,١٧٩	غير دالة
	علمى	١٥٠	٢٤,٤٨٠	١٢,٩٤٦			

ويتضح من جدول (٢٢) أنه لا توجد فروق ذات دلالة احصائية بين متوسطي درجات القسمين العلمي والأدبي على مقياس القلق الاجتماعي ككل وأبعاده الفرعية .

وتتفق هذه النتيجة مع دراسة كل من (لمياء حسن عبد القادر ودعاء ايداء الخشاب ، ٢٠١٠) ، (خديجة محمد عبد المالك ، ٢٠١٣) ، (عائشة ديحان قصاب ، ٢٠١٦) ، (ناريمان محمد ، مصطفى على ، حازم شوقي ، ٢٠١٨) . والتي توصلت إلى أنه لم توجد فروق دالة إحصائية بين القسمين العلمي والأدبي في القلق الاجتماعي .

كما اتفق كل من دانية عثمان (٢٠١٠) ، وإبراهيم عسييري (٢٠١٧) ، (هناء خالد الرقاد ، ٢٠١٧) على عدم وجود فروق بين ذوي التخصص العلمي وذوي التخصص الأدبي من طلاب الجامعة في اضطراب القلق الاجتماعي .

وقد يرجع ذلك لتواجدهم بذات البيئة الجامعية وتعرضهم لظروف ذاتها ولتساوي الفرص بين طلاب الجامعة .

ويفسر الباحثان هذه النتيجة التي تم التوصل إليها في هذا الفرض بأن هناك مجموعة من العوامل قد يكون لها تأثير بشكلٍ أو بآخر في اضطراب القلق الاجتماعي، وهذه العوامل هي: طبيعة التنشئة الاجتماعية، والمستوى الاجتماعي والثقافي، والمستوى الاقتصادي، والظروف الحياتية، والعمر الزمني، وهذه العوامل متقاربة بشكلٍ كبير لدى أفراد عينة الدراسة، فهم جميعاً من طلاب كلية التربية وبالتالي فإن مستواهم الاجتماعي والثقافي متقارب إلى حدٍ كبير، كما أن عمرهم الزمني متقارب، إضافةً إلى أنهم تعرضوا تقريباً لنفس ظروف التنشئة الاجتماعية، ونفس الظروف الحياتية التي يمر بها مجتمعنا المعاصر، والتي ألفت بظلالها على كل أفراد المجتمع بلا استثناء، إضافةً إلى ذلك فإن طبيعة الدراسة في كلية التربية تسمح بالنقاء ذوي التخصص العلمي مع ذوي التخصص الأدبي من خلال المحاضرات المشتركة بينهم، وهذا يعطي لهم الفرصة للخروج من العزلة التي تفرضها عليهم المواد العلمية، والشعور بالراحة التي تدفعهم إلى التواصل والتفاعل مع زملائهم، ومن ثمَّ فكان من المنطق ألا يكون هناك فرق بين ذوي التخصص العلمي وذوي التخصص الأدبي في اضطراب القلق الاجتماعي .

نتيجة الفرض الثامن:

ينص الفرض الرابع على أنه: "لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات القسمين العلمي والأدبي على مقياس الكمالية وأبعاده الفرعية".

وللتحقق من صحة هذا الفرض تم استخدام اختبار (ت) للعينات المستقلة المتساوية العدد للتعرف على الفروق بين متوسطي درجات القسمين العلمي والأدبي على مقياس الكمالية وأبعاده الفرعية والجدول (٢٣) يوضح النتائج على النحو التالي:

جدول (٢٣)

المتوسطات الحسابية والانحراف المعياري وقيمة (ت) لمجموعتي العلمي والأدبي
على مقياس الكمالية وأبعاده الفرعية

الأبعاد	المجموعة	العدد	المتوسط	الانحراف المعياري	درجة الحرية	قيمة (ت)	مستوى الدلالة
عدم الرضا عن الأداء والانجازات	أدبي	١٥٠	٧,٦٤	٥,٢٧٠	٢٩٨	٢,٧١	دالة عند ٠,٠١
	علمي	١٥٠	٩,٤١	٥,٩٩٣			
الاتقان والكفاح للوصول إلى التميز	أدبي	١٥٠	٢٢,٩٨	٤,٦٢٤	٢٩٨	٣,٣٦	غير دالة
	علمي	١٥٠	٢١,٠٦	٥,٢٠١			
التقدير المتدني للذات	أدبي	١٥٠	١٢,١٩	٤,٢٧٠	٢٩٨	٠,٧٠٦	غير دالة
	علمي	١٥٠	١٢,٥٤	٤,٣٩٧			
النظام	أدبي	١٥٠	١٣,٠١	٣,٣٧٧	٢٩٨	١,٩٦	دالة عند ٠,٠٥
	علمي	١٥٠	١٢,١٧	٣,٩٨٧			
المعايير والأهداف المرتفعة	أدبي	١٥٠	٢٥,٤٠	٤,٧٠٧	٢٩٨	٠,٧٦٧	غير دالة
	علمي	١٥٠	٢٤,٤٠	٦,٨٣٨			
الدرجة الكلية	أدبي	١٥٠	٨١,٢٣	١١,٤٠٣	٢٩٨	٠,٧٠٦	غير دالة
	علمي	١٥٠	٨٠,٠٨	١٦,٤٢٦			

ويتضح من جدول (٢٣) أنه لا توجد فروق ذات دلالة احصائية بين متوسطي درجات القسمين العلمي والأدبي على مقياس الكمالية ككل ويعد التقدير المتدني للذات و المعايير والأهداف المرتفعة . كما أنه توجد فروق ذات دلالة احصائية بين متوسطي درجات القسمين العلمي والأدبي عند مستوى (٠,٠٥) في بُعد النظام لصالح القسم الأدبي ، وتوجد فروق ذات دلالة احصائية بين متوسطي درجات القسمين العلمي والأدبي عند مستوى (٠,٠١) في بُعد عدم الرضا عن الأداء والانجازات لصالح القسم العلمي .

وتتفق هذه النتيجة مع دراسة كل من (أحمد سليمان عبد القادر الزغاليل، ٢٠٠٨) ، (ابنسام راضي هادي، ٢٠١٠) ، (غنى محمد خالد نجاتي، ٢٠١٢) ، (دعاء ابراهيم عبد اللاه، ٢٠١٧) ، (سناء عبد الزهرة الجمعان، ٢٠١٧) والتي توصلت إلى أنه لا توجد فروق دالة احصائية بين القسمين العلمي والأدبي في الكمالية .

وتختلف هذه النتيجة مع دراسة (دينا صلاح الدين معوض، ٢٠١٧) ، (مروة محمد أبو الفتوح دراز، ٢٠١٧) والتي توصلت نتائجها إلى وجود فروق ذات دلالة احصائية بين متوسطى درجات الطلاب وفقا للتخصص (علمى - أدبى) فى الكمالية لصالح التخصص الأدبى .

ويمكن تفسير عدم وجود فروق بين القسمين العلمى والأدبى فى الكمالية إلى تواجدهم بذات البيئة الجامعية وتساوي الفرص بين طلاب الجامعة وتشابه الظروف والمواقف الحياتية التى يمر بها الطلاب داخل الحرم الجامعى بغض النظر عن طبيعة التخصص الدراسى بالكلية ، فالفرد بصرف النظر عن تخصصه فإنه يحرص على إنجاز عمله بدون أخطأ مع بذل المزيد من الجهد كي يكون مميزاً، ويسعى إلى التعرف على نقاط ضعفه ليعمل على تحسينها، ويميل إلى نقد ما تم إنجازه من أعمال، ويعبر عن مشاعره بطريقة لا تجرح الآخرين مع تقديم انتقادات بنه للآخرين بشكل مقبول. كما أن التخصص بحد ذاته ليس مؤثراً فى مستوى الكمالية ، بل قدرات الفرد والظروف المحيطة به إذ إن من العوامل الرئيسية فى تطور الكمالية هو إدراك الفرد لقدراته الحقيقية للوصول إلى الكمالية.

ويمكن تفسير وجود فروق ذات دلالة احصائية بين متوسطى درجات القسمين العلمى والأدبى فى بُعد النظام لصالح القسم الأدبى ، ويشير ذلك إلى أن طلاب التخصصات الأدبية أكثر حرصاً على تنظيم الوقت والعمل وقد يعزى ذلك إلى الاختلاف فى طبيعة الدراسة لدى طلاب التخصصات العلمية وطلاب التخصصات الأدبية .

ويمكن تفسير وجود فروق ذات دلالة احصائية بين متوسطى درجات القسمين العلمى والأدبى فى بُعد عدم الرضا عن الأداء والانجازات لصالح القسم العلمى ، حيث أن طلاب القسم العلمى يفرضون على أنفسهم وعلى غيرهم معايير عالية، يعجزون عن تحقيقها، وهذا يحرك لديهم الشعور بعدم الرضا عن الانجازات والأداء.

نتيجة الفرض التاسع:

ينص الفرض السادس على أنه: "تسهم متغيرات الكمالية والقلق الاجتماعى بالتنبؤ بالنقد المرضى للذات لدى طلاب الجامعة " وللتحقق من الفرض تم استخدام تحليل الإنحدار الخطى بطريقة Enter ، والجدولان (٢٤) ، (٢٥) يوضحان تلك النتائج:

جدول (٢٤)

نسبة مساهمة الكمالية والقلق الاجتماعى فى التنبؤ بالنقد المرضى

النموذج (Inter)	R	R square نسبة المساهمة	F	القيمة الفائنية	مستوى الدلالة
الكمالية القلق الاجتماعى	٠,٤٩٦	٠,٢٤٦	٤٨,٤٧	٠,٠١	

يتضح من الجدول (٢٤) أن المتغيرات المستقلة (الكمالية ، القلق الاجتماعى) لدى طلاب الجامعة تفسر ما نسبته (٢٤,٦%) من التباين الحاصل فى متغير النقد المرضى للذات لدى طلاب الجامعة ، واختبار العلاقة فى حالة الإنحدار المتعدد يتم الإعتماد على القيمة الفائنية (٤٨,٤٧) وهى دالة احصائياً عند مستوى (٠,٠١).

جدول (٢٥)

نتائج تحليل الإنحدار للكمالية والقلق الاجتماعى فى التنبؤ

بالنقد المرضى للذات لدى طلاب الجامعة

المتغير التابع	المتغير المستقل	Beta معامل بيتا	قيمة ت	مستوى الدلالة
النقد المرضى للذات	الثابت	٤٢,٦٧٦	١٣,٣٠٣	٠,٠١
	الكمالية	٠,٠٦٠	١,٥٢٦	٠,١٢٨ غير دال
	القلق الاجتماعى	٠,٤٢٧	٩,٣٠٦	٠,٠١

يتضح من الجدول (٢٥) وجود تأثير دال إحصائياً للمتغير المستقل (القلق الاجتماعى) على المتغير التابع (النقد المرضى للذات) ، وعدم وجود تأثير دال إحصائياً للمتغير المستقل (الكمالية) على المتغير التابع (النقد المرضى للذات) .

ومن الجدول يمكن صياغة معادلة التنبؤ على النحو التالى:

$$\text{الدرجة الكلية للنقد المرضى للذات} = 42.676 + (0.427 \times \text{القلق الاجتماعى})$$

وفيما يتعلق بإسهام القلق الاجتماعى فى التنبؤ بالنقد المرضى للذات ، توصلت نتائج الفرض إلى أنه يسهم القلق الاجتماعى فى التنبؤ بالنقد المرضى للذات .

يرى كل من (Shahar et al., 2003, Shahar et al., 2004; Dunkley et al., 2006; Vliegen & Luyten, 2009) أن النقد المرضى للذات عنصر أساسي في القلق الاجتماعي.

ويؤكد كل من (Cox et al., 2004) على أن النقد الذاتي قد يمثل عاملاً نفسياً مهماً في القلق الاجتماعي . فالنقد الذاتي يمثل نقطة ضعف نفسية مهمة لتطوير القلق الاجتماعي ، وربما حتى لاحتمال الإصابة بالاكئاب الشديد المصاحب .

وتوصلت نتائج دراسة كل من (Kopala-Sibley et al., 2013; Gautreau et al., 2015) وجود علاقة ارتباطية موجبة بين القلق الاجتماعي والنقد المرضى بالذات ، فالمرضى القلقين اجتماعياً لديهم مستويات مرتفعة من النقد المرضى للذات .

كما تؤكد دراسة كل من (Lancu et al., 2015 ; Caiado & Salvador , 2017; Lazarus & Shahar , 2018; Caiado & Salvador , 2019) إلى أن الخاصية المميزة والأساسية لمعظم مرضى القلق الاجتماعي هي نقد الذات. وأن الأفراد الذين يعانون من القلق الاجتماعي يميلون إلى إظهار مستويات مرتفعة من نقد الذات .

وتوصلت نتائج دراسة كل من (Shahar , Doron & Szepeswol, 2015) أنه تنبأت أعراض القلق الاجتماعي بالنقد المرضى للذات ، وأن النقد المرضى للذات يساهم في تطوير اضطراب القلق الاجتماعي . ويرى (lancu, Bodner, & Ben-Zion, 2015) أنه يمكن للنقد المرضى للذات التنبؤ بالقلق الاجتماعي .

وتؤكد نتائج دراسة كل من (Lazarus & Shahar , 2018) إلى أنه تنبأت أعراض القلق الاجتماعي بمزيد من الخجل أثناء التفاعلات الاجتماعية اليومية والمزيد من النقد المرضى للذات الذي يتبعها ، وأن مشكلات القلق الاجتماعي ارتبطت بمستوى مرتفع من النقد المرضى للذات ويمكن تفسير أن الأفراد القلقين اجتماعياً ينتقدون أنفسهم بدرجة مرتفعة حيث أن القلق الاجتماعي هو حالة من الخوف الشديد والمربك للشخص عند مواجهة أي موقف يتطلب اتصال اجتماعي مع الآخرين و الخوف من الظهور أمام الناس حيث يشعر الفرد أنه محط أنظار مما يولد لديه مشاعر الارتباك وعدم القدرة على التفاعل الجيد من الآخرين ، حيث يكون الخوف من التقييم السلبي من الآخرين ويرجع ذلك إلى انتقاد الفرد لذاته ، حيث يرى كل من (Shahar , Doron & Szepeswol, 2015) أنه ينتقد الأفراد القلقون اجتماعياً أنفسهم بعد

حدث اجتماعى وتسمى هذه الظاهرة بمعالجة ما بعد الحدث من قبل باحثى الفلق الاجتماعى ذوى التوجه المعرفى ، ولكن الفحص الدقيق لمحتوى الأفكار المتكررة بعد الحدث يكشف أن هذه أفكار ذاتية الهجوم (مثل لماذا قلت هذا الشئ الغيبى ؟) ، ومن منظور التوجه النفسى والانفعالى تم تصميم هذا النقد الذاتى بعد الحدث لتوبيخ الذات على المخاطرة بفضح عيوب المرء ومنع القيام بذلك فى المستقبل.

وفيما يتعلق باسهام الكمالية فى التنبؤ بالنقد المرضى للذات ، توصلت نتائج الفرض إلى أنه لا تسهم الكمالية فى التنبؤ بالنقد المرضى للذات . وتتفق هذه النتيجة مع دراسة (Gilbert et al.,2006) . ويؤكد (Blatt,1995) أن النقد الذاتى شكل مدمر من الكمالية. واقتراح بلات أن الكمالية الموجهة نحو الذات تنطوي على معايير عالية للغاية ، مفروضة ذاتيا ، وغير واقعية . وأصحاب هذه الكمالية ينتقدون أنفسهم ولديهم خوف مزمن من الرفض والنقد والنبذ و يناضلون من أجل تحقيق الإنجاز والكمال الزائد . وبالتالي فإن نقد الذات هو شكل من أشكال الكمالية ولا تنتبأ الكمالية به .

نتائج الفرض العاشر:

ينص الفرض التاسع على أنه : (لا يوجد أثر دال إحصائيا لتفاعل كل من الجنس والتخصص الدراسى لدى طلاب الجامعة على مقياس النقد المرضى للذات).

وللتحقق من صحة الفرض قامت الباحثة باستخدام تحليل التباين الثنائى (2×2) (ذكور ، إناث) × (أدبى ، علمى) ، وتوضح النتائج فى جدول (٢٦،٢٧).

جدول (٢٦)

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية للمجموعات الفرعية (ذكور أدبى ، ذكور علمى ، إناث أدبى ، إناث علمى) فى الدرجة الكلية للنقد المرضى للذات

الانحراف المعيارى	المتوسط	العدد	المجموعة
١٠,٣٠٩	٥٦,٢١	٧٥	ذكور أدبى
١٠,٩٤٦	٥٧,٧٣	٧٥	ذكور علمى
٨,٦٨١	٥٨,٠٨	٧٥	إناث أدبى
١٣,٠٥١	٥٨,٣٦	٧٥	إناث علمى

جدول (٢٧)

نتائج تحليل التباين الثنائي الجنس (ذكور ، إناث) × التخصص الدراسي (علمي ، أدبي)
في مقياس النقد المرضي للذات

مستوى الدلالة	قيمة ف	متوسط المربعات	درجات الحرية	مجموع المربعات	مصدر التباين
غير دال	.٩٨٨	١١٦,٥٦٣	١	١١٦,٥٦٣	الجنس (أ)
غير دال	.٥١٥	٦٠,٧٥٠	١	٦٠,٧٥٠	التخصص الدراسي (ب)
غير دال	.٢٤٤	٢٨,٨٣٠	١	٢٨,٨٣٠	التفاعل (أ × ب)
		١١٧,٩٥٣	٢٩٦	٣٤٩١٤,٠٥٣	الخطأ
			٣٠٠	١٠٣٠٣٣٣,٠٠٠	الكلية

يتضح من الجدول (٢٦،٢٧) أنه لا توجد فروق ذات دلالة احصائية ترجع لمتغير الجنس أو متغير التخصص الدراسي. وبذلك يتم قبول الفرض الصفري و الذي ينص على أنه (لا يوجد أثر دال إحصائيا لتفاعل كل من الجنس والتخصص الدراسي لدى طلاب الجامعة على مقياس النقد المرضي للذات) .

وتوصلت نتائج هذا الفرض أنه لا يوجد أثر دال إحصائيا للتفاعل بين الجنس والتخصص على النقد المرضي للذات ، ويشير ذلك إلى أن النقد المرضي للذات لا يتأثر بتفاعل جنسه كونه ذكراً أم أنثى مع تخصصه الأكاديمي سواء كان علمياً أم أدبياً .

وتتفق هذه النتيجة مع نتائج فروض الدراسة التي ناقشت النقد المرضي للذات عند الذكور والإناث ، وكذلك التي تناولت الفروق بين التخصص العلمي والأدبي في النقد المرضي للذات والتي أكدت على أنه لا توجد فروق ذات دلالة احصائية بين الذكور والإناث في النقد المرضي للذات ، ويرجع ذلك وهذا يعود إلى إنتماء طلاب الجامعة في غالبيتهم إلى نفس البيئة الإجتماعية والثقافية بمعنى أنهم يخضعون لنفس المؤثرات والمعايير الإجتماعية والثقافية في مجتمع الجامعة

أما بالنسبة لنتيجة عدم وجود أثر دال إحصائيا للتفاعل بين الجنس والتخصص على النقد المرضي للذات فهي لا تتضح في أى دراسة .

توصيات البحث:

بناءً على ما أسفرت عنه نتائج البحث يقدم الباحثان بعض التوصيات والمقترحات على النحو التالي :

- القيام بدراسة اكلينيكية على حالات النقد المرضى للذات .
- دراسة العلاقة الارتباطية بين سلوك النقد المرضى للذات وبعض المتغيرات النفسية مثل الاكتئاب والقلق واضطرابات الأكل وسوء المعاملة واضطرابات الشخصية ، والانتحار والمشاكل الشخصية ، والمعتقدات البارانونية ، وأساليب المعاملة الوالدية .
- القيام بدراسة لعلاج سلوك النقد المرضى للذات لدى طلاب الجامعة .
- إعداد برامج ارشادية من خلال التربويين والمرشدين النفسيين لعلاج سلوك النقد المرضى للذات .
- يجب التأكيد على أهمية التربية والعلاقة بين الأبوين وطفلهما ، حتى نرسى دعائم السوية وينشأ الفرد لديه ثقة بنفسه وبقدراته وإمكاناته، ويكون لديه نقد لذاته بناء وليس هداماً .

مراجع البحث

أولا / المراجع العربية :

- أحمد سليمان الزغاليل (٢٠٠٩). مشكلة اضطرابات الأكل عند طلبة الجامعة ومدى الإختلاف فى اتجاهتهم نحو ذلك تبعاً لبعض المتغيرات الديموغرافية. *مجلة العلوم التربوية والنفسية* ، جامعة مؤتة ، ١٠ (١) ، ١٦٩-١٩٢ .
- ابتسام راضى هادى (٢٠١٠) . الكمالية السوية - العصابية والسلبية ، واتخاذ القرار لدى طلبة الجامعة ، رسالة دكتوراه ، كلية التربية ، جامعة بغداد .
- أحمد الحسينى هلال (٢٠١٢) . انحياز تفسير المثير الغامض للتهديد لدى عينة من فئات الفلق الاجتماعى من طلاب الجامعة ، *مجلة الإرشاد النفسى* ، جامعة عين شمس ، ٣٢ (١) ، ١-٣٨ .
- أحمد سليمان عبد القادر الزغاليل (٢٠٠٨) . الكمالية عند طلبة الجامعة وعلاقتها بتحصيلهم الأكاديمى والاختلاف فى ذلك تبعاً لكل من الجنس والتخصص والمستوى الدراسى ، مؤتة للبحوث والدراسات ، سلسلة العلوم الإنسانية والاجتماعية ، ٢٣ (٣) ، ١١٧-١٣٤ .
- حسين على فايد (٢٠٠٤) . الزهاب الاجتماعى وعلاقته بكل من صورة الجسم ومفهوم الذات لدى طالبات الجامعة ، *مجلة الإرشاد النفسى* ، جامعة عين شمس ، ١٨ ، ١-٤٩ .
- خديجة محمد عبد المالك محمود (٢٠١٣) . الفلق الاجتماعى لدى طلبة جامعة بنغازى وفقاً لبعض المتغيرات ، رسالة ماجستير ، كلية الآداب ، جامعة بنغازى .
- دعاء ابراهيم عبد اللاه صالحين (٢٠١٧) . التفكير الايجابى وعلاقته بالكمالية والرضا عن الحياة لدى عينة من الشباب الجامعى ، رسالة ماجستير ، كلية التربية ، جامعة عين شمس .

- دينا صلاح الدين معوض (٢٠١٧) . جودة الحياة المدركة وعلاقتها بالكمالية المعرفية لدى طلاب كليات التربية في ضوء بعض المتغيرات ،مجلة تطوير الأداء الجامعي ،كلية التربية ، جامعة المنصورة ،٥(٢) ،١٠٧-١٤٩ .
- سامية محمد صابر (٢٠٠٩) . الكمالية العصابية (غير السوية) وعلاقتها باضطراب الأكل لدى عينة من طلاب الجامعة ، مجلة شعبة الدراسات النفسية والاجتماعية ، كلية الآداب ، جامعة المنوفية .
- سامية محمد صابر (٢٠١٤) . أنماط التعلق وعلاقتها بالكمالية وأساليب المواجهة للضغوط النفسية لدى عينة من طلاب وطالبات الجامعة ، مجلة كلية التربية ، جامعة الزقازيق .
- سناء عبد الزهرة الجمعان (٢٠١٧) . الكمالية السوية العصابية وعلاقته بالضغوط النفسية لدى طلبة الصف السادس الإعدادي ، مجلة أبحاث البصرة للعلوم الانسانية ،كلية التربية ، جامعة البصرة ، ٤٢(٣) ، ٣٨٥-٤٢٠ .
- شادية أحمد عبد الخالق (٢٠٠٥) . استخدام نظرية الاختيار وفتيات العلاج الواقعي في خفض اضطرابات الكمالية العصابية ، مجلة دراسات نفسية ، ١٥(٤٦) ، ٢٢٦-٢١٥ .
- طه عبد العظيم حسين (٢٠٠٩) . استراتيجيات إدارة الخجل والقلق الاجتماعي ، عمان : الأردن ، دار الفكر للنشر .
- عائشة ديجان قصاب (٢٠١٦) . استراتيجيات المواجهة وعلاقتها بالقلق الاجتماعي والتحصيل الدراسي لدى طلاب المرحلة الثانوية بالكويت ، مجلة كلية التربية ، جامعة الأزهر ، ١٦٩ (٣) ، ٥٣١-٥٧٤ .
- عفراء إبراهيم خليل (٢٠١٥) . الكمالية العصابية وعلاقتها بالاستقرار النفسي لدى طلبة الجامعة ، مجلة علوم الانسان والمجتمع ، كلية العلوم الانسانية والاجتماعية ، جامعة محمد خضيرسكرة ، ١٤(١) ، ١٥٧-١٨٧ .
- علاء على حجازي (٢٠١٣) . القلق الاجتماعي وعلاقته بالأفكار اللاعقلانية لدى طلبة المرحلة الإعدادية بالمدارس الحكومية في محافظات غزة ، رسالة ماجستير ، الجامعة الإسلامية ، غزة .

- غنى محمد خالد نجاتى (٢٠١٢) . الشره العصبى وعلاقته بالكمالية (السوية- العصابية) دراسة ميدانية لدى عينة من طلبة ثانوية دمشق ،رسالة ماجستير، كلية التربية ، جامعة دمشق .
- فاروق السيد عثمان (٢٠٠١) . القلق وإدارة الضغوط النفسية ، القاهرة : دار الفكر العربى .
- فتحية عبد العال (٢٠٠٦) . القلق الاجتماعى لدى ضحايا مشاغبة الأقران فى البيئة المدرسية ، مجلة كلية التربية ، (٦٨) ، ٩٢-٤٥ .
- قيصر سهام (٢٠١٦) . القلق الاجتماعى وعلاقته بإدمان الانترنت لدى المراهقين ، رسالة ماجستير ، جامعة محمد بوشياف ، المسلية ، الجزائر .
- مروة محمد أبو الفتوح (٢٠١٧) . الكمالية العصابية كمنبئ بالاستغلاق العقلى ، رسالة ماجستير ، كلية التربية ، جامعة قناة السويس .
- ناريمان محمد ، مصطفى على ، حازم شوقى (٢٠١٨) . اضطراب القلق الاجتماعى لدى طلاب الجامعة فى ضوء بعض المتغيرات ، مجلة كلية التربية ، جامعة بنها ، (٦) ١١٦، ٢٦٥-٢٣٥ .
- نجوى السيد محمود (٢٠٢٠) . الاسهام النسبى لإستراتيجيات تقديم الذات والتوجه نحو الحياة فى التنبؤ بالكمالية العصابية لدى طلاب الجامعة ، مجلة مستقبل التربية العربية ، المركز العربى للتعليم والتنمية ، ٢٧ (١٢٤) ، ٩٢-١١ .
- هناء خالد الرقاد (٢٠١٧) . الرهاب الاجتماعى وعلاقته بالتوافق الجامعى لدى طلبة الجامعة الهاشمية ، مجلة العلوم التربوية والنفسية ، عمان ، ٣ (١) ، ٢٣٢-٢٤٨ .
- يوسف شلبى ، وسام حمدى ، صالحه أحمد حسن (٢٠٢٠) . النموذج البنائى للعلاقات المتبادلة بين الرفاهية الأكاديمية وكل من الكمالية والصمود الأكاديميين والتحصيلى لدى طلبة الجامعة ، مجلة كلية التربية ، جامعة الملك خالد ، ٧٤ ، ٨٠١-٨٤٥ .

ثانياً /المراجع الأجنبية :

- Abo Hamza ,E & Helal,A(2012). The Relationship Among Self-Esteem, Perfectionism And Forgiveness In Egyptian College Students, **Journal of Teaching and Education**, : 1(2):323-341.
- AL-Naggar, R., Bobryshev, Y., & AL Absi, M. (2013). Perfectionism and Social Anxiety among University Students in Malaysia.**Journal Of Psychiatry**,14(1),1-8.
- Amitay, O. , Mongrain, M. & Fazaa, N. (2008): Love and control: Self- Criticism in Parents and Daughters and Perceptions of Relationship Partners, **Personality and Individual Differences**, 44(1), 75- 85.
- APA. (2013). **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders**. Fifth Edition, Washington: American Psychiatric Publishing.
- Asher ,M ,Asnaani ,A & Aderka ,I (2018). _Gender differences in social anxiety disorder: A review , **Journal of Clinical Psychology** ,74(10),1730-1741.
- Baartmans,J, Francisca J. , Mobach,L, Tessa A. , Bijsterbosch ,G, Verpaalen,I , et al,(2020).Social anxiety and perceptions of likeability by peers in children, **British Journal of Developmental Psychology**,1-18.
- Bagby,R,Cox,B,Schuller,D,Levitt,A,Swinson,R&Joffe,R(1992). Diagnostic specificity of the dependent and self-critical personality dimensions in major depression. **Journal of Affective Disorders**. 26, 59-64.

- Baldwin, M. (1992). Relational schemas and the processing of social information. **Psychological Bulletin**, 112, 461-484.
- Baloğlu, M , Kozan ,H.& Kesici,S(2018). Gender Differences in and the Relationships Between Social Anxiety and Problematic Internet Use: Canonical Analysis ,**journal of Medical internet Research** , ;20(1),1-9.
- Beck, A. T; Emery, G. & Greenberg, R. (1985,) **Anxiety disorders and phobia: A cognitive perspective**. New York. Basic.
- Besharat, M , Pourhosein ,R, Rostami,R &Bazzazian ,S(2010). Perfectionism and fatigue in multiple sclerosis ,**Journal of Psychology & Health** ,26,419-432.
- Beutel, M, Wiltink, J., Hafner, C., Reiner, I., Bleichner, F& Blatt, S., (2004). Abhängigkeit und Selbstkritik als psychologische Dimensionen der Depression – Validierung der deutschsprachigen Version des Depressive Experience Questionnaire (DEQ). [Dependence and self-criticism as a psychological dimension of depression: Validation of the German-language version of the Depressive Experience Questionnaire (DEQ)]. Zeitschrift für Klin. **Journal of Psychology and Psychiatry**, 52,1-14.
- Bousie, L(2013). An Investigation Into The Impact Of Trait Perfectionism And Self-Criticism On Adjustment Following A Stroke, **Doctoral Dissertation**, University of Surrey.

-
- Brouwers, M., & Wiggum, C. (1993). Bulimia and perfectionism: developing the courage to be imperfect. **Journal of Mental Health Counselling**, 15, 141–149.
 - Blatt, S (1974). Levels of object representation in anaclitic and introjective depression. **Psychoanal Study Child**, 29, 107–157.
 - Blatt, S(1991). A cognitive morphology of psychopathology. *Journal of Nervous & Mental Disease*. 179, 449–458.
 - Blatt, S (2004). **Experiences of Depression: Theoretical, Clinical, and Research Perspectives**. Washington, D C: American Psychological Association.
 - Blatt, S (2007). A fundamental polarity in psychoanalysis: implications for personality development, psychopathology, and the therapeutic process. *Psychoanalytic Inquiry*. 26,494–520.
 - Blatt, S, (2008). **Polarities of Experience: Relatedness and Self-Defiition in Personality Development, Psychopathology, and the Therapeutic Process**, fist ed. American Psychological Association, Washington, DC.
 - Blatt, S. J., & Homann, E. (1992). Parent child interaction in the etiology of dependent and self-critical depression. **Clinical Psychology Review**, 12(1), 47– 91.
 - Blatt, S (1995). The destructiveness of depression: Implications for depression. **American Psychologist**, 50, 1003–1120.

- Blatt, S, & Luyten, P. (2009). A structural–developmental psychodynamic approach to psychopathology: Two polarities of experience across the life span. **Development and Psychopathology**, 21(3), 793–814.
- Blatt, S., Quinlan, D., Pilkonis, P, & Shea, M. T. (1995). Impact of perfectionism and need for approval on the brief treatment of depression: The National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program revisited. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**,63, 125–132.
- Brewin, C., & Holmes, E. (2003). Psychological theories of posttraumatic stress disorder. **Clinical Psychology Review**, 23(3), 339–376.
- Caiado ,B& Salvador ,M (2017). Feeling (un)safe with self and others: The mediating role of self–criticism and fears of compassion in the relationship between early memories of warmth and safeness and social anxiety , **European Association for Behavioural and Cognitive Therapies**.
- Caiado ,B& Salvador ,M (2019). The impact of early memories of warmth and safeness on social anxiety: The mediating role of self criticism and Fears of Compassion , **International congress on health and & well–being**.
- Cardi, V., Di Matteo, R., Gilbert, P.& Treasure, J., (2014). Rank perception and self–evaluation in eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*. 47, 543–552.

-
- Castilho, P., Pinto-Gouveia, J., Duarte, J.(2017). Two forms of self-criticism mediate differently the shame- psychopathological symptoms link. **Psychology and Psychotherapy theory Research and Practice** , 90, 44-54.
 - Clark, D. (2001) A cognitive perspective on social phobia, In, W. Ray Crozier & E, Lynn, Adlen (Eds) International Handbook of social Anxiety: Concepts, Research and interventions relating to the self and shyness. Jhon Wiley & Sons,Ltd,New York.
 - Clark,S&Coker,S(2009). Perfectionism, self-criticism and maternal criticism: A study of mothers and their children, **Personality and Individual Differences**, 47(4):321-325.
 - Costa, J., Marôco, J., Gouveia, J & Ferreira, C.,(2016). Shame, self-criticism, perfectionistic self-presentation and depression in eating disorders. **International Journal of Psychology and Psychological Therapy**. 16, 315-328.
 - Cox,S &Chen,J (2015). Perfectionism: A contributor to social anxiety and its cognitive processes, **Australian Journal of Psychology**, 67,231-240.
 - Cox, B., Enns, M., & Clara, I. (2002). The multidimensional structure of perfectionism in clinically distressed and college student samples ,**Psychological Assessment**, 14, 365-373.

- Cox ,B, Fleet, C& Stein, M. (2004). Self-criticism and social phobia in the U.S. National Comorbidity Survey,**Journal of Affective Disorders** ,82:227-234.
- Cox, B., MacPherson, P., Enns, M., & McWilliams, L. (2004a). Neuroticism and self-criticism associated with posttraumatic stress disorder in a nationally representative sample. **Behaviour Research and Therapy**, 42, 105 -114.
- Cox, B., McWilliams, L, Enns, M., & Clara, I. (2004b). Broad and specifi personality dimensions associated with major depression in a nationally representative sample. **Comprehensive Psychiatry**, 45, 246-253.
- Cox, B., Rector, N, Bagby, R., Swinson, R., Levitt, A & Joffe, R. (2000). Is self-criticism unique for depression? A comparison with social phobia. **Journal of Affective Disorders**, 57(1-3), 223-228.
- Cox, B, Walker, J, Enns, M., Karpinski, D, (2002). Self criticism in generalized social phobia and response to cognitivebehavioral treatment. **Behaviour Research and Therapy**. 33, 479 - 491.
- Daniel C & David C.(2017). Self-Criticism and Dependency. In: Wenzel,A ,. Friedman-Wheeler,D,. Flannery-Schroeder,E , The SAGE Encyclopedia of Abnormal and Clinical Psychology , **SAGE Publications, Inc.** Thousand Oaks.

-
- Duarte, C., Pinto–Gouveia, J., Ferreira, C.,(2014). Escaping from body image shame and harsh self–criticism: exploration of underlying mechanisms of binge eating . *Eating Behaviors* . 15, 638–643.
 - Dunkley, D., Blankstein, K., Masheb, R & Grilo, C. (2006). Personal standards and evaluative concerns dimensions of “clinical” perfectionism: a reply to Shafran et al. (2002, 2003) and Hewitt et al. (2003). **Behaviour Research and Therapy**, 4, 63–84.
 - Dunkley, D & Blankstein, K. (2000). Self–critical perfectionism, coping, hassles, and current distress: a structural equation modelling approach. **Cognitive Therapy and Research**, 24, 713–730.
 - Dunkley, D. M., Zuroff, D. C., & Blankstein, K. R.(2006). Specific perfectionism components versus self–criticism in predicting maladjustment. **Personality and Individual Differences**, 40, 665–676.
 - Dunkley, D., & Kyparissis, A. (2008). What is DAS self–critical perfectionism really measuring? Relations with the five–factor model of personality and depressive symptoms. **Personality and Individual Differences**, 44, 1295–1305.
 - Enns, M& Cox, B (2017). Personality dimensions and depression: Review and commentary. **Canadian Journal of Psychiatry**.,42(3):274–84.
 - Faaza,N & Page,S (2003). . Dependency and Self–Criticism as Predictors of Suicidal Behavior. **Suicide and Life–Threatening Behavior**, 33(2), 172–185.

- Falgares, G., Marchetti, D., Manna, G., Musso, P., Oasi, O., Kopala-Sibley, D.C., Santis, S.de, Verrocchio, M.C., (2018). Childhood maltreatment, pathological personality dimensions, and suicide risk in young adults. **Frontiers in Psychology**. 9, 806.
- Fazaa, N., & Page, S. (2009). Personality style and impulsivity as determinants of suicidal subgroups. **Archive of Suicide Research**, 13(1), 31-45.
- Febiyana,R , Thalib,T , Fakhrunnisak,D(2019). **Self-Criticism Scale** , STEMEIF (Science, Technology, Engineering and Mathematics Learning International Forum), At: Purwokerto, Jawa Tengah,Indonesia,89-94 .
- Flett, G., & Hewitt, P. (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** (pp. 5-32).Washington, DC, USA: APA.
- Flett,G. , Hewitt, P. , Oliver, J. , & Macdonald, S. (2002). **Perfectionism in Children and their parents: A developmental analysis**. In G.. Flett & P. Hewitt (Eds.), **Perfectionism: Theory, Research, and Treatment**. (pp. 89- 132). Washington, DC: American Psychological Association.
- Fogler ,J, Tompson,M, Steketee ,G, Hofmann,S(2007). Influence of expressed emotion and perceived criticism on cognitive-behavioral therapy for social phobia, **Behaviour Research and Therapy**, 45 ,235 - 249.

-
- Fournier, M., Moskowitz, D., & Zuroff, D. (2002). Social rank strategies in hierarchical relationships. **Journal of Personality and Social Psychology**, 83, 425–433.
 - Franzoi, S., Vasquez, K., Frost, K., Sparapani, E., Martin, J., & Megan Aebly (2012). Exploring Body Comparison Tendencies: Women Are Self-Critical Whereas Men Are Self-Hopeful , **Psychology of Women Quarterly**. 36(1), 99–109.
 - Frost, R., Lahart, C. & Rosenblate, R (1991) The Development Of Perfectionism A study Of Daughters And Their Parents. **Cognitive Theraby And Research** .15 .(6), 464–289.
 - Frost, R., Marten, P., Lahart, C., & Rosenblate, R. (1990). The dimensions of perfectionism. **Cognitive Therapy and Research**, 14, 449–468.
 - Gautreau, C., Sherry, S., Mushquash, A., & Stewart, S. (2015). Is self-critical perfectionism an antecedent of or a consequence of social anxiety, or both? A 12-month, three-wave longitudinal study. **Personality and Individual Differences**, 82, 125 –130.
 - Gilbert, P. (2000). Social mentalities: Internal “social” conflict and the role of inner warmth and compassion in cognitive therapy. In P. Gilbert, & K. G. Bailey (Eds.), *Genes on the couch: Explorations in evolutionary psychotherapy* (pp. 118–150). **Psychology Press**.

- Gilbert, P., (2010). **Compassion Focused Therapy: The CBT Distinctive Features Series**. Routledge, London.
- Gilbert, P., (2014). The origins and nature of compassion focused therapy. **British Journal of Clinical Psychology**. 53, 6-41.
- Gilbert, P. (2009a). Introducing compassion-focussed therapy. *Advances in Psychiatric Treatment*, 15, 199-208. doi: **10.1192/apt.bp.107.005264**.
- Gilbert, P., Baldwin, M, Irons, C., Baccus, J., & Palmer, M. (2006). Self-criticism and self-warmth: An imagery study exploring their relation to depression. **Journal of Cognitive Psychotherapy**, 20,183-200.
- Gilbert, P., Birchwood, M., Gilbert, J., Trower, P., Hay, J., Murray, B., Meaden, A., Olsen, K., Miles, J., (2001). An exploration of evolved mental mechanisms for dominant and subordinate behaviour in relation to auditory hallucinations in schizophrenia and critical thoughts in depression. **Psychological Medicine**. 31.
- Gilbert ,P , Durrant ,R & Mcewan ,K (2006) .Investigating relationships between perfectionism, forms and functions of self-criticism, and sensitivity to put-down , **Personality and Individual Differences** 41(7):1299-1308.
- Gilbert, P., & Irons, C. (2005). Focused therapies and compassionate mind training for shame and self-attacking. In Gilbert , P. (Ed.), *Compassion: Conceptualisations, research and use in psychotherapy* (p. 263-325). Routledge.

-
- Gilbert, P. & Miles, J. (2000). Sensitivity to put-down: Its relationship to perceptions of shame, social anxiety, depression, anger and self-other blame. **Personality and Individual Differences**, 29, 757-774.
 - Golestaneh, S ,Dehghani,F & Hosei,F (2017). Comparison of Self Criticism in Obsessive-Compulsive, Major Depression Patients and Normal People , **Jundishapur Journal Helath Research**.1-6.
 - Hewitt, P., & Flett, G. (1991a). Dimensions of perfectionism in unipolar depression. **Journal of Abnormal Psychology**, 100, 98-101.
 - Hewitt, P., & Flett, G. (1991b). Perfectionism in the self and social contexts: conceptualization, assessment, and association with psychopathology. **Journal of Personality and Social Psychology**, 60, 456-470.
 - Hewitt, P., & Flett, G. (1993). Dimensions of perfectionism, daily stress, and depression: a test of the specific vulnerability hypothesis. **Journal of Abnormal Psychology**, 102, 58-65.
 - Hewitt, P, Flett, G, Sherry, S, Habke, M, Parkin, M, Ediger,E. (2003). The Interpersonal Expression of Perfection: Perfectionistic Self-Presentation and Psychological Distress. **Journal of Personality and Social Psychology**, 84, (6), 1303-1325.

- Hill, R, Huelsman, T.; Furr, R.; Kibler, J; Vicente,B. B& Kennedy, C (2004). Anew measure of perfectionism: The perfectionism inventory. **Journal of Personality Assessment**, 28,(1), 80-91.
- Hutton, P., Kelly, J., Lowens, I., Taylor, P., Tai, S., (2013). Self-attacking and self-reassurance in persecutory delusions: a comparison of healthy, depressed and paranoid individuals. **Psychiatry Research**. 205, 127-136.
- Iancu,L, Bonder,E & Ben-Zion ,I(2015). Self esteem, dependency, self-efficacy and self-criticism in social anxiety disorder , [Comprehensive Psychiatry](#), **58**, 165-171.
- Irons, C., Gilbert, P., Baldwin, M., Baccus, J, & Palmer, M. (2006). Parental recall, attachment relating and self-attacking/self-reassurance: Their relationship with depression. **British Journal of Clinical Psychology**, 45, 297- 308.
- James, k, Verplanken ,B& Rimes,K(2015). Self-criticism as a mediator in the relationship between unhealthy perfectionism and distress, **Personality and Individual Differences**, 79,123-128.
- Kannan, D., Levitt, H.,(2013). A review of client self-criticism in psychotherapy. **Journal of Psychotherapy Integration**. 23, 166-178.
- Karner-Huțuleac, A. (2014). Perfectionism and Self-handicapping in Adult Education. **Procedia-Social and Behavioral Sciences**, 142, 434-438.

-
- Kashdan, T., Farmer, A., Adams, L., Ferssizidis, P., McKnight, P., & Nezlek, J.(2013). Distinguishing healthy adults from people with social anxiety disorder: Evidence for the value of experiential avoidance and positive emotions in everyday social interactions. **Journal of Abnormal Psychology**, 122(3), 645–655.
 - Kashdan, T., & Farmer, A. (2014). Differentiating emotions across contexts: Comparing adults with and without social anxiety disorder using random, social interaction, and daily experience sampling. *Emotion*, 14(3), 629–638.
 - Khatibi,M& Fouladchang,M(2016). Perfectionism: A Brief Review , **The International Journal of Indian Psychology**,3(3),13–19.
 - Kocalar ,H (2019). The Investigation of Psychometric Properties of Self–Critical Rumination Scale and Mediating Role of Self–Critical Rumination In Perfectionism and Academic Procrastination among University Students, **Master’s Thesis**.
 - Kopala–Sibley, D., Zuroff ,D., Russell, J, Moskowitz, D., & Paris, J. (2012). Understanding heterogeneity in borderline personality disorder: Diffrences in affective reactivity explained by the traits of dependency and self–criticism. **Journal of Abnormal Psychology**, 121(3), 680–691.

- Kopala-Sibley ,D , Zuroff1,D , Russell ,J & Moskowitz ,D (2013). Understanding heterogeneity in social anxiety disorder: Dependency and self-criticism moderate fear responses to interpersonal cues, **British Journal of Clinical Psychology** , 53(2):141-156.
- Lancu,L ,Bodner,E ,Ben-Zion,I(2015). Self esteem, dependency, self-efficacy and self- criticism in social anxiety disorder. **Comprehensive Psychiatry**, 58, 165-171.
- Lassri, D., Luyten, P., Fonagy, P., Shahar, G., (2018). Undetected scars? Self-criticism, attachment, and romantic relationships among otherwise well-functioning childhood sexual abuse survivors. **Journal of Psychological Trauma**.10, 121-129.
- Lassri, D., Shahar, G.,(2012). Self-criticism mediates the link between childhood emotional maltreatment and young adults' romantic relationships. **Journal of Social and Clinical Psychology**,31, 289-311.
- Lazarus,G& Shahar,B (2018). The Role of Shame and Self-Criticism in Social Anxiety: A Daily-Diary Study in a Nonclinical Sample, **Journal of Social and Clinical Psychology** ,37(2):107-127.
- Leary, M. (1988). A Comprehensive approach to the treatment of social anxiety: The self presentational model, **Phobia practice and research Journal**, 1 , 48-57.
- Leary, M., Kowalski, R., (1995). The self-presentation model of social phobia. In: Heimberg, R. , et al ., (Ed .), **Social Phobia: : Diagnosis, Assessment, and Treatment**. Guilford Press, New York, pp. 94 – 112

-
- Longe, O., Maratos, F., Gilbert, P., Evans, G., Volker, F., Rockliff H., Rippon, G., (2010). Having a word with yourself: neural correlates of self-criticism and self-reassurance. **NeuroImage** ,49, 1849–1856.
 - Luyten, P., Blatt, S., (2013). Interpersonal relatedness and self-definition in normal and disrupted personality development: retrospect and prospect. **Journal of American Psychologist** . 68, 172–183.
 - Malik,S. & Ghayas ,S.(2016).Construction and Validation of Academic Perfectionism Scale: Its Psychometric Properties. **Pakistan Journal of Psychological Research**, 31, (1), 293–310.
 - Marshall, M., Zuroff D., McBride, C., & Bagby, R. (2008). Self-criticism predicts differential response to treatment for major depression. **Journal of Clinical Psychology**, 64(3), 231–24.
 - Martin,M (2011). The Development of Self-Criticism and the Effects of Self- Compassion and Mindfulness on the WellBeing of Mothers , **Doctoral Dissertation** , University of Warwick.
 - McIntyre,R; Smith,P& Rimes,K (2018). The role of self-criticism in common mental health difficulties in students: A systematic review of prospective studies, **Mental Health & Prevention**,10, 13–27.

- Morrison ,A & Heimberg,R(2013). Social Anxiety and Social Anxiety Disorder, **The Annual Review of Clinical Psychology** , . 9,249–274.
- Powers, T., Zuroff, D. and Topciu, R.(2004): Covert and Overt Expressions of Self – Criticism and Perfectionism and their Relation to Depression, **European Journal of Personality** ,18, 61 – 72.
- Reichenberger ,J , Pfaller ,M , Forster ,D , Gerczuk ,J , Shiban ,Y & Mühlberer ,E(2019). Men Scare Me More: Gender Differences in Social Fear Conditioning in Virtual Reality , **Frontiers in Psychology**. 10(1617),1–20.
- Reis, S., & Grenyer, B (2002). Pathways to anaclitic and introjective depression. **Psychology and Psychotherapy–Theory Research and Practice**, 75, 445–459.
- Shahar, G. (2016). Criticism in the Self, Brain, Relationships, and Social Structure: Implications for Psychodynamic Psychiatry. **Psychodynamic Psychiatry**,44(3),395–421.
- Shahar, G., (2015). **Erosion. The Psychopathology of Self–Criticism**, fist ed. Oxford University Press, New York.
- Shahar, G., Blatt, S., Zuroff D., Kuperminc, G., Leadbeater, B.,(2004). Reciprocal relations between depressive symptoms and self–criticism (but not dependency) among early adolescent girls (but not boys). **Cognitive Therapy and Research**, 28, 85–103.

-
- Shahar, G., Blatt, S., Zuroff, D., & Pilkonis, P.. (2003). Role of perfectionism and personality disorder features in response to brief treatment for depression. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, 71, 629–633.
 - Shahar, B., Carlin, E. R., Engle, D. E., Hegde, J., Szepsenwol, O., & Arkowitz, H. (2012). A Pilot Investigation of Emotion–Focused Two–Chair Dialogue Intervention for Self–Criticism: Two–Chair Dialogue Intervention for Self–Criticism. **Clinical Psychology & Psychotherapy**, 19(6), 496–507.
 - Shahar, B., Doron, G. & Szepsenwol, O. (2015). Childhood Maltreatment, Shame–Proneness and Self–Criticism in Social Anxiety Disorder: A Sequential Mediation Model, **Clinical Psychology and Psychotherapy**, 22, 570–579.
 - Sharma, S & Singh, A. (2019) Social anxiety disorder, **International Journal of Home Science**; 5(3): 194–195.
 - Sherry, S., Richards, J., Sherry, D., Stewart, S. (2014). Self–critical perfectionism is a vulnerability factor for depression but not anxiety: A 12–month, 3–wave longitudinal study, [Journal of Research in Personality](#), 52, 1–5.
 - Sherry, S., Stoeber, J., & Ramasubbu, C. (2016). Perfectionism explains variance in self defeating behaviors beyond self–criticism: Evidence from a cross–national sample, **Personality and Individual Differences**, 95, 196 – 199.

- Shulman,s , Kalnitzki,E, Shahar,G (2009). Meeting Developmental Challenges During Emerging Adulthood: The Role of Personality and Social Resources ,**Journal of Adolescent Research** ,24(2),242-267.
- Sisman, B., Yoruk, S., & Eleren, A. (2013). Social Anxiety and Usage of Online Technological Communication Tools Among Adolescents. **Journal of Economic and Social Studies**, 3, (2), 101-113.
- Slade, P. & Owens, B. (1998). A dual process model of perfectionism based on reinforcement theory. **Behavior Modification**, 22, 372-390.
- Stinckens, N., Lietaer, G., & Leijssen, M. (2013). Working with the inner critic: Process features and pathways to change. **Person-Centered & Experiential Psychotherapies**, 12, 59-78.
- Stoeber, J., & Janssen, D. P. (2011). Perfectionism and coping with daily failures: Positive reframing helps achieve satisfaction at the end of the day. **Anxiety, Stress & Coping**, 24(5), 477-497.
- Tarmizi,T. Navissa, A. Dian, ,F. Rahma, F Retno, A.(2019). Self-Criticism Scale ,89-94,
- Terry-Short, L., Glynn Owens, R., Slade, P. & Dewey, M. E. (1995). Positive and negative perfectionism. **Personality and Individual Differences**, 18, 663-668.
- Thompson, R& Zuroff, D (2004). The levels of self-criticism scale: Comparative self-criticism and internalized self-criticism. **Personality and individual differences**, 36(2):419-30.

-
- Tierney, S., Fox, J.R.E., 2010. Living with the anorexic voice: a thematic analysis, **Psychology and Psychotherapy**, 83, 243–254.
 - Vliegen,N & Luyten,P(2009). Dependency and self-criticism in post-partum depression and anxiety: a case control study , [Clinical Psychology Psychotherapy](#). 16(1):22–32.
 - Vliegen, N., luyten, P., Besser, A., Casalin, S., Kempke, S. and Tang, E. (2010): Stability and Change in Levels of Depression and Personality: A Follow – up Study of Postpartum Depression Mothers that were Hospitalized in a Mother – Infant Unit, **Journal of Nervous and Mental Disease**. 198(1), 45–51.
 - Washburn,D , Wilson,G, Roes,M, Rnic,K , Harkness,K(2017). Theory of mind in social anxiety disorder, depression, and comorbid conditions, **Journal of Anxiety Disorders**,37,71–77.
 - Whelton, W., & Henkelman, J. (2002). A verbal analysis of forms of self–criticism. **Alberta Journal of Educational Research**, 48, 88–90.
 - Wernera,A, Tibubosb,A, Rohrmanna,S, Reiss,N(2019). The clinical trait self–criticism and its relation to psychopathology: Asystematic review – Update ,**Journal of Affective Disorders**. 246 , 530–547.
 - Whitea,R , Larkin,P, McCluskey,J, Lloyd,j, McLeod,H(2020). The development of the ‘Forms of Responding to Self–Critical Thoughts Scale’ (FoReST), **Journal of Contextual Behavioral Science**,15,20–29.

- Whelton, W. J., Paulson, B., & Marusiak, C. W.(2007). Self-criticism and the therapeutic relationship. **Counseling Psychology Quarterly**, 20, 135-148.
- Wiltink, J., Ruckes, C., Hoyer, J., Leichsenring, F., Joraschky, P., Leweke, K., & Beutel, M. (2017). Transfer of Manualized Short Term Psychodynamic Psychotherapy (STPP) for Social Anxiety Disorder into Clinical Practice: Results from A Cluster – Randomised Controlled Trial. **Journal of BMC Psychiatry**, 17, (92), 1 – 11.
- Xu,Y , Schneier,F , .Heimberg ,R , Princisvalle,K , .Liebowitz ,M , Wang ,S(2012). Gender differences in social anxiety disorder: Results from the national epidemiologic sample on alcohol and related conditions, [Journal of Anxiety Disorders](#),26(1),12-19.
- Zuroff, D., Koestner, R., & Powers, T. (1994). Self-Criticism at Age 12 – A Longitudinal –Study of Adjustment. **Cognitive Therapy and Research**, 18(4), 367-385.