الوسواس القهري مدى ارتباطه بالكمالية العصابية- دراسة نظرية

أ.عفاف عبد الحكيم عثمان الشوشان*
الهيئة الليبية للبحث العلمي
afafshu55@gmail.com

تاريخ الارسال 2025/9/24م تاريخ لقبول 2026/2/1م

Obsessive-Compulsive Disorder: Its Relationship to Neurotic Perfectionism A Theoretical Study

A. Afaf Abdelhakim Othman Al-Shoushan*
Libyan Authority for Scientific Research
afafshu55@gmail.com

Abstract.

The current study aimed to identify the relationship between obsessive-compulsive perfectionism and obsessive-compulsive disorder and to reveal the nature of this relationship in light of certain psychological and social variables while examining the implications of this relationship on the individual and society. The study was based on the fundamental assumption that neurotic perfectionism is one of the important psychological factors that contribute to the emergence and exacerbation of OCD symptoms, especially when it interacts with life stresses and stressful social events.

The study adopted a descriptive-analytical approach, analysing a set of previous studies that addressed obsessive perfectionism and OCD, either directly or indirectly, to identify general trends in the results and interpret them in light of the current research questions. The results of these studies showed a positive and statistically significant correlation between perfectionism and OCD symptoms, with excessive pursuit of perfection, fear of making mistakes, and constant doubt contributing to the reinforcement of obsessive thoughts and compulsive behaviours.

The results also revealed that life stressors and changing social events play an important role in increasing the severity of OCD symptoms, especially in individuals with high levels of neurotic perfectionism, which negatively affects psychological and social adjustment and quality of life. Some studies have pointed to gender differences in levels of neurotic perfectionism and

حقوق النشر © للمؤلف/للمؤلفين 2025. ينشر هذا البحث بموجب رخصة المشاع الإبداعي Creative Commons (CC BY-NC 4.0)

OCD. In contrast, other studies have not confirmed these differences, reflecting the influence of cultural context and sample characteristics.
In light of the above, the study emphasised the importance of addressing neurotic perfectionism as a preventive and therapeutic approach to reducing OCD symptoms, and the need to develop guidance and treatment programs that contribute to improving individuals' mental health and reducing negative effects on society.
Keywords: perfectionism, obsessive-compulsive disorder, life stress, mental health, psychological and social adjustment.

الملخّـــــص :

هدفت الدّراسة الحالية إلــى التّعرف على العلاقة بين الكمالية العصابية والوسواس القهري، والكشف عن طبيعة هذا الارتباط في ضوء بعض المتغيرات النفسية والاجتماعية، مع الوقوف على انعكاسات هذه العلاقة على الفرد والمجتمع. وانطلقت الدراسة من افتراض أساسي مفاده أن الكمالية العصابية تمثل أحد العوامل النفسية المهمة التي تسهم في ظهور وتفاقم أعراض الوسواس القهري، خاصة عند تفاعلها مع الضغوط الحياتية والأحداث الاجتماعية الضاغطة ، واعتمدت الدراسة على المنهج الوصفي التحليلي من خلال تحليل مجموعة من الدراسات السابقة التي تناولت متغيري الكمالية العصابية والوسواس القهري، سواء بصورة مباشرة أو غير مباشرة، وذلك بهدف استخلاص الاتجاهات العامة للنتائج وتفسيرها في ضوء تساؤلات البحث الحالية. وقد أظهرت نتائج الدراسات السابقة وجود علاقة ارتباطية موجبة ودالة إحصائيًا بين الكمالية العصابية وأعراض الوسواس القهري، حيث يسهم السعي المفرط نحو الكمال والخوف من الوقوع في الخطأ والشك المستمر في تعزيز الأفكار الوسواسية والسلوكيات القهرية. كما كشفت النتائج أن الضغوط الحياتية والأحـداث الاجتماعية المتغيرة تلعب دورًا مهمًا في زيادة شدة أعراض الوسواس القهري، خاصة لدى الأفراد ذوي المستويات المرتفعة من الكمالية العصابية، مما ينعكس سلبًا على التوافـق النفسي والاجتماعي وجودة الحياة، وأشارت بعض الدّراسات إلى وجــود فروق بين الجنسين في مستوى الكمالية العصابية والوسواس القهري، في حين لم تؤكد دراسات أخـرى هذه الفروق، وهو ما يعكس تأثير السياق الثقافي وطبيعة العينة.

وفي ضوء ما ســبق، أكّدت الدراسة أهمية الاهتمام بالكمالية العصابية كمدخل وقائي وعلاجي للحد من أعراض الوسواس القهري، وضرورة إعداد برامج إرشادية وعلاجية تسهم في تحسين الصحة النفسية للفرد وتقليل الآثار السلبية على المجتمع.

الكلمات المفتاحية: الكمالية العصابية، الوسواس القهري، الضغوط الحياتية، الصحة النفسية، التوافق النفسي والاجتماعي.

المقدمـــــــــة:

تعيش المجتمعات المختلفة حالياً فترة صعبة مليئة بالتغيرات المتسارعة والمفاجئة والمتناقضة التي تؤثر فيها على جميع جوانب الحياة. ومن خلال مراقبة هذه التغيرات، يمكننا أن نلاحظ مدى التوتر والقلق الذي تسببه للجمعات عامة وللأفراد خاصة، مما يؤثر على أدوارهم الحياتية. كلما كانت البيئة المحيطة مستقرة نسبياً وتتمتع بالأمان، كان أفرادها أكثر صحة نفسية وقُدرة على التفكير والتكيف الاجتماعي بشكل سليم. هذا الاستقرار يساهم في تعزيز الاطمئنان، مما ينعكس إيجابياً على شخصية وسلوك الأفراد. على العكس، فإن البيئة المضطربة المليئة بالتجارب الصادمة والأحداث الصعبة المتعاقبة يمكن أن تؤدي إلى ظهور اضطرابات نفسية وسلوكية وانفعالية لدى الأفراد والتي تعكس سلبا على أنفسهم واسرهم وعلى المجتمع.

وينتج من هده المتغيرات المرتبطة بالبيئة المحيطة غير السوية ما يعرف الكمالية والتي تُعرف بأنها الميل لوضع معايير شخصية مرتفعة بشكل مفرط بشكل هوس، مما يؤدي إلى تقييم ذاتي قاسي (جلد الذات)، ويقود إلى دورة من الاستياء الذاتي من الأداء (Flett et al., 2016) .الضغط المتزايد على الأفـراد الذين يتميزون بالكمالية هو أحد جوانب هذه السمة التي غالبًا ما تؤدي إلى اضطرابات نفسية.

ويوضّــح هيويت وفليت (Flett & Hewitt, 2002) كيف يمكن أن تؤدّي الكمالية إلى مشاكل نفسية، حيث يشيران إلى أنه إذا لم يشعر الفرد بقلق مفرط عند عدم تحقيق معايير الكمال الخاصة به، فإنه لا يعاني من شكل عصابي من الكمالية، بل من شكل أخف. الكمالية العصابية تتمثل في السعي لتحقيق معايير مرتفعة بشكل مفرط نتيجة الخوف من الفشل أو القلق بشأن خيبة أمل الآخرين. يقوم هذا الفرد بتقييم أدائه بشكل مستمر ويشعر بالانزعاج الشديد عندما لا يصل إلى معاييره. وبالتالي، فإن الكمالية العصابية لدى هؤلاء الأفراد غالبًا ما تؤدي إلى اضطرابات في المزاج وقلق شديد. كما يمكن أن تظهر مشاعر الاكتئاب والأفكار الانتحارية نتيجة السعي المستمر لتحقيق الكمال الذي لا يمكن الوصول إليه، ا وقد تودي الي مشاكل نفسية اخري كالوسواس القهري بشكل اقل حدة.الوسواس القهري يُعتبر حالة مزمنة تُسبب معاناة ملحوظة، مما

يؤدي إلى ضغوط نفسية كبيرة. لذا، يعاني الأفراد المصابون بالوسواس القهري من العزلة، بالإضافة إلى اضطرابات ملحوظة في الأداء النفسي والاجتماعي، مما ينعكس سلباً على جودة حياتهم (Eisen et al.,2013). على الرغم من أن جميع الاضطرابات النفسية تُشكل تهديداً لاستقرار حياة الأفراد، إلا أن الوسواس القهري يُعتبر الأكثر تأثيراً سلبياً على المصابين به ومن حولهم من اشخاص مقربين (Selles et al., 2018; Stewart et al., 2017)

مشـــكلة الدراسة وتساؤلاتها:

نتيجة المشاكل النفسية التي تُسهم في عرقلة حياة الاجتماعية لتغير لمستمر الأحداث المتغيرة وارتباطها البيئة المحيطة يتضح لنا تخليص المشكلة البحثية عن طريق السؤال الرئيسي وهو:

مدى ارتباط الوسواس القهري بالكمالية العصابية وانعكاسه على الفرد والمجتمع؟

وينبثق من السؤال الرئيسي أسئلة ثانوية وهي:

1ـما التأثير الناتج من الكمالية العصابية على أعراض الوســـواس القهري للأفراد وعلاقته البيئة المحيطة؟

2ـكيف تسهم أحـــداث المتغيرة الحياة الاجتماعية على أعراض الوسواس القهري للأفراد وانعكاسه على المجتمع؟

3ـ هل يسهم التفاعل بين المتغيرات الحياة الاجتماعية والكمالية العصابية على الفراد او المجتمع؟

4ـ هل توجد فروق بين الجنسين في بمدي ارتباط الوسواس القهري بالكمالية العصابية؟

أهداف الدراسة:

1ـ التعرف على الوسواس القهري كمفهوم عام والذي يشمل تعريفه وخصائصه وعراضة أبعاده النفسية وفق الادبيات النفسية.

2ـ التوضيح المفهوم الكمالية العصبية والتمييز بينها وبين الكمالية السوية خلال الدارسات السابقة والادبيات النفسية.

3ـ التفسير طبيعة الدور الكمالية العصابية في نشأة الوســـواس القهري واستمراره وتفاقم أعراضه.

أهمية الدراسة:

1. سعى إلى إثراء الأدبيات النفسية المتعلقة باضطراب الوسواس القهري والكمالية العصابية من خلال ربط هذين المفهومين في إطار نظري متكامل

2. هدف إلى توضيح الأسس النفسية والمعرفية التي تفسر العلاقة بين الكمالية العصابية والاضطرابات القهرية.

3. كما سنقدم مرجعًا نظريًا يمكن أن يكون مفيدًا في الدراسات المستقبلية، سواء كانت تجريبية أو علاجية.

4. المساهمة في تطوير الفهم العلمي للعوامل الشخصية المرتبطة بالوسواس القهري، مما يساعد في تحسين حياة الأفراد الذين يعانون من هذه التحديات.

المنهج المستخدم في الدراسة:

ستنتهج هذه الدراسة أسلوب تحليل وصفي، الذي يستند إلى الحقائق والبيانات حول الظاهرة وفهمها عبر جمع المعلومات والبيانات من الدارسات السابقة وربط المتغيرات. سيتم عرض أبعادها والنواحي العلمية والنظرية، ومحاولة تحليلها وتفسيرها لاستنتاج النتائج، بالإضافة إلى تقديم توصيات لها أو لعلاقتها مع ظواهر أخـــرى.

حدود الدراسة:

الحد الموضوعـــي: تناول البحث دراسة المتغيرات الوسواس القهري والكمالية العصابية لدى الطلاب في المرحلة الجامعية.

الحد الزماني: في سنة 2026 م.

الحد الشكلي: الكتب، الرسائل العلمية، المنشورات العلمية والدوريات المجلات المحكمة.

مصطلحات الدراسة:

1-الوسواس القهـــــري:

أ .تعريف الوسواس القهري لغة: كلمة " الوسواس". المعنى اللغوي لكلمة "وسواس" في معاجم اللغة العربية المختلفة، نجد أن "الوسوسة" تعني حديث النفس. يُقال مثلاً "وسوست إليه نفسه"، أي أنه بدأ يتحدث مع نفسه. أما "الوسواس" (بفتح الواو) فهو اسم مشتق من الجذر "وس" أو "وسوس ." ووفقاً لمختار الصحاح (محمود ناصر) والقاموس المحيط لمجد الدين الفيروز آبادي، فإن "الوسواس" يُستخدم أيضاً للإشارة إلى صوت الحلي، وهو أيضاً اسم يُطلق على الشيطان. بالإضافة إلى ذلك، يضيف القاموس المحيط معنى آخر للوسواس، وهو "العوض"، وأيضاً يُستخدم لوصف همس الصياد وهو يتربص بفريسته (الرازي،1989) ، وفي المعجم الوسيط، يُذكر أن الوسواس يمكن أن يكون مرضاً يحدث نتيجة الغلبة السوداء، مما يؤدي إلى اختلاط

الذهن. كما يُضاف معنى آخر للفعل "وسوس"، حيث يُشير إلى الكلام الخفي، مثلما نقول "وسوس فلان لفلان"، أي أنه همس له بكلمات خفية (ضيف، 2004).

وكلمة " القهري" : معنى كلمة قَهْري في لسان العرب يرجع أصل كلمة قَهْري إلى الجذر اللغوي (قهر)، ويُقال: قَهَرَهُ قَهْرًا أي غلبه وأخضعه على غير رضاه. والقَهْر هو الغَلَبَة مع الإكراه، ويُقال: أمرٌ قهري أي يقع على الإنسان بغير اختياره ولا إرادته (الرازي،1989) ، ومعنى كلمة قَهْري في القاموس المحيط القَهْر هو الغَلَبَة والأَخْذُ بعُنف، والقَهْري هو ما يكون بالإجبار لا بالرضا (الفيروزآبادي،2005)، و معنى كلمة قَهْري في المعجم الوسيط «ما يتم دون إرادة الإنسان أو رغمًا عنه» ويُقال: سلوك قهري أي سلوك يُمارَس بدافع داخلي ملحّ لا يستطيع الفرد مقاومته (ضيف، 2004).

ب ـ تعريف الوسواس القهري في الاصطلاح: الوسواس القهري: هي عبارة عن صور وافكار متعاقبة وملحة واندفاعات تغزو الأنا بطريقة قهرية أما الافعال القهرية فهي سلوكيات هادفة ومتكررة تؤدى طبقا لقواعد رئيسية أو إشكال نمطيه يشعر الفرد أنه مجبر عليها (سعفان، 2003) ، والوسواس القهري: يمثل اضطراب الوسواس القهري مشكلة كبيرة للأفراد المصابين بهذه الاضطرابات ولا يتوقف الأمر عند الحد، بل يوثر هذا الاضطراب على الأفراد المحيطين بالمصابين بهذا الاضطراب، وهو يحدث نتيجة الصراعات داخلية وخارجية، وهذا الاضطراب، يحول حياة الأفراد المصابين به جحيماً لا يطاق، ويستنفد طاقاتهم في أفكار وأفعال لا فائد منها (أبو هندي، 2003) ، والوسواس القهـري: فكرة متسلطة وسلوك إجباري، تظهر بتكرار وقوة لدى المريض وتلازمه وتستحوذ عليه، وتفرض نفسها عليه، ولا يستطيع مقاومتها رغم وعيه، وتبعده لغرابته وسخفه، ولا معنوية مضمونه لديه ويشعر بعدم فائدته ويشعر بالقلق والتوتر إذا قاوم ما توسوس به نفسه، ويشعر بإلحاح داخلي للقيام به (جبل، 2002).

عـــرّف هاريمان الوسواس القهري بأنه تبديد الطاقة النفسية في سلوك قهري حصاري. كما عرفه ايدلبرج بأنه اضطراب يتميز بأفكار وأفعال متكررة غريبة على الأنا، وتستخدم كدفاع ضد تأرجح تناقض الوجدان يؤدي إلى العجز عن اتخاذ القرارات، ولا يفهم الشخص الدلالة الحقيقية لأفكاره وأفعاله القهرية (الخالدي، 2006)، كما عرف الخالدي (2006) الوسواس القهري بأنه تبديل الطاقة النفسية في سلوك قهري حصاري اضطراب يتميز بأفكار وأفعال متكررة غريبة على الأنا، وتستخدم كدفاع ضد تأرجح تناقض الوجدان يؤدي إلى العجز عن اتخاذ القرارات، ولا يفهم الشخص الدلالة الحقيقية لأفكاره وأفعاله القهرية.

2- **الكماليَّة العصابيـــــــة**

أ.تعرف الكماليَّة العصابية لغـــــة: كلمـة "الكماليـة". معنـى كلمـة الكماليـة فـي لسـان العرب يرجع أصل كلمة الكمالية إلى الجذر اللغوي (كَمَلَ)، والكمال بمعني التمام الذي يتجـزأ منـه اجـزاؤه (الـرازي،1989) ، وفـي معجـم الجـامع كمـالًي اسـم معنـى غيـر الضروري أو يمكن الاستغناء عنه (أحميدان، 2006)، وكلمـة " العصـابية"، ومعنـى كلمـة العصابية في لسان العرب يرجع أصل كلمة العصـابية إلـى الجـذر اللغـوي (عَصَـبَ)، العصب بمعني الطيُّ الشديد، عصب الشيُّ يعصبه عصباً أي طـواه ولـواه، والعصـاب والعصابة ، أي : بمعنى ما عصب به (الرازي،1989) وفي معجـم الجـامع العِصـاب اسـم بمعني ما يشتد به الرأس او اليد ونحوهما أو منديل وغيرها (أحميدان، 2006).

ب ـ تعريف الكمالية العصابية في الاصطلاح: تعرف الكمالية العصابية بانها رفع الفرد لمستوي تطلعاته والتي لا تلائم الواقع من الغلو في تقييم الذات والآخرين من حوله بشكل ناقد؛ بمعني يري الانسان نفسه ان أداءه او أداء غيره غير مجدِ علي الرغم من جودة ذلك الأداء (ناصيف ،2013، ص 139) ، وتُعرف – أيضا – هي الميل الفرد لوضع مستويات عالية وشكل مبالغ فيه لأدائه ولأداء الآخرين وكذلك الاهتمام الزائد بالأخطاء، وادراكه للضغط الولدين ونقدهم لأدائه، وكذلك الحاجة للاستحسان الآخرين وقبولهم لأدائه، والميل الشديد للتنظيم والتخطيط المفرط، والسعي الدؤوب للتميز. كما عرفه ستيرز للكمالية (Stairs, 2009) بانها سمه شخصية تتسم بكفاح الفرد لبلوغ الكمال ووضع معايير عالية جدا للأداء، يصحبها تقييمات نقدية مبالغة للذات ومخاوف من تقييمات الآخرين، ومن أجل تعزيز فهم طبيعة ووظيفة الكمالية. ماكيدو وآخرون (2014): بانها الصفة الشخصية التي تتميز بمعاير عالية من الأداء مصحوبة بميل الفرد للتقييم النقدي لسلوكه بصفة عامة (الجهني و الضبيان، 2022). كما عرفها هويت وفليت (flett & Hewitt,1991) سمة شخصية تدفع الفرد الي وضع المعايير العالية للذات وللآخرين والاعتقاد بوجود متطلبات غير الواقعية مفروضة من البيئة الاجتماعية المحيطة. كما عرفها شولير (schuler,1999) هي المفهوم المركب من الأفكار والسلوكيات التي ترتبط بالمستويات والمعايير المرتفعة بشدة والآمال والتوقعات بالنسبة لأداء الفرد.

الإطار النظـــري لدراسة البحثية:

هذه الدراسة سيتم مناقشة تلاته مواضيع وهي الكمالية العصابية، الوسواس القهري، وعلاقة الكمالية العصابية بالوسواس.

المبحث الأول ـ الكمالية العصابية :

في المبحث الأول سيتم أتناول الكمالية العصابية كالمفهوم، وارتباطها مع الاضطرابات النفسية المختلفة، خصائص ذوي الكمالية العصابية.

الكمالية العصابية كمفهوم :

الكمالية، أو الحاجة إلى التميز أو الظهور بشكل مثالي، تُعتبر سمة شخصية شائعة بين الأفراد. غالبًا ما يتميز الأفراد الذين يتصفون بالكمال بالاجتهاد والتفاني والتنظيم. ومع ذلك، يسعى بعض هؤلاء الأفراد إلى إخفاء عيوبهم، بينما يحاول آخرون تقديم صورة مثالية للآخرين. ومن السمات المشتركة البارزة بين جميع الأفراد الذين يتسمون بالكمال هي المعايير المرتفعة للغاية التي يحددونها لأنفسهم أو للآخرين (Flett & Hewitt, 2002)تشير نتائج الدراسات إلى أن الكمالية تمثل مكونًا نفسيًا متعدد الأبعاد يتضمن عناصر تكيفية وأخرى غير تكيفية. ، وقد أظهرت مجموعة من الدراسات أن الكمالية العصابية ترتبط بعدد من الاضطرابات النفسية، بما في ذلك الاكتئاب والقلق واضطراب الوسواس القهري واضطرابات الشخصية واضطرابات الأكل، فضلاً عن الأفكار والمحاولات الانتحارية (Shafran et al., Limburg, et al., 2017).

وقد حدد هيويت وفليت (Flett & Hewitt ,2002) الدور الذي تلعبه الكمالية في ظهور الاضطرابات النفسية، حيث ترتبط بالأعراض وتساهم بشكل كبير في كونها سبباً للاضطراب وتعمل أيضاً على استمراريته (Egan et al., 2011; Raines et al., 2019).

من الجدير بالذكر أن الكمالية التكيفية ترتبط بشكل واضح بالنتائج والخصائص الإيجابية، مثل فعالية الذات (Mills & Blankstein, 2000) والدافعية للإنجاز (Klibert et al., 2005).

كما تسهم في حماية الفرد وأهدافه المهمة والأشخاص الذين يعتبرهم مهمين من الأذى، مما يعزز الشعور بالأمان لدى المرضى الذين يعانون من الوسواس القهري.

تشير الأبحاث إلى وجود ارتباط بين الكمالية والوسواس القهري، حيث يمكن تمييز المرضى الذين يعانون من الوسواس القهري عن الأفراد العاديين بناءً على درجاتهم في مقياس الكمالية (Tolin et al., 2006) .كما تشير العديد من الدراسات إلى أن الكمالية ترتبط بشكل كبير بالتحقق (Gershuny&Sher,1995) التنظيف المتكرر (Tallis et al., 2020) والادخار القهري (Frost & Gross, 1993).

ركزت العديد من الدراسات على دور الهام للكمالية العصابية في التنبؤ بأعراض الوسواس القهري (Julien et al., 2006; McKay et al., 2004)، (مرسي، 2024؛ محمود، 2010). ومع ذلك، فإن دراسة الكمالية في البحث الحالي تعتمد على

مقياس ستيرز (Stairs, 2009) الذي حدد تسعة أبعاد للكمالية، حيث جمع فيه جميع الأبعاد الموجودة في مقاييس الكمالية السابقة، مثل مقياس فروست وآخرون Frost et al., 1990) الذي يتضمن أبعاد: المعايير الشخصية، الحساسية تجاه الأخطاء، التوقعات الأسرية، النقد الأسري، والقلق تجاه الأفعال التنظيمية. كما يتضمن مقياس هويت وفليت(Hewitt & Flett, 1991) أبعاد: الكمالية الموجهة نحو الذات، الكمالية الموجهة نحو الآخرين، والكمالية المكتسبة اجتماعياً. وهناك نوعان من الكمالية، النوع الاول الكمالية السوية التي تتوافق فيها معايير الفرد مع قدراته، مع امتلاكه القابلية على تغيير مواقفه وفقا لمتطلبات الموقف، والنوع الثاني الكمالية العصابية التي تمثل حالة ارتفاع معايير الفرد عن قدراته، وقلة مرونته في تغيير تلك المعايير(davis,1997:15) ونظرا لأن الكمالية العصابية تسهم في مجموعة واسعة من السلوكيات والنتاجات البشرية، وترتبط بالعديد من المتغيرات النفسية والاجتماعية.

خصائص ذوي الكمالية العصابية:

يتضمن التفكير الكمالي مجموعة من الخصائص المعرفية التي حددتها آمال باظة (2011: 89)، حيث يمكن إرجاع هذه الخصائص إلى المستوى العصابي للكمالية، وتشمل ما يلي:

1- عدم المرونة ما تحقق من الأهداف: حيث يضع الفرد مجموعة من الأهداف، ويعتبر تحقيقها ضرورة لتقدير الذات، وغالبًا ما تكون هذه الأهداف غير واقعية وصعبة التحقق.

2- التشابه: يشير إلى تحول الرغبات إلى مطالب ملحة يتعين تحقيقها.

3- التناقض حول الافكار: حيث يتكرر التفكير المتضاد حول الخبرات أو الذات مثل النجاح أو الفشل، أبيض أو أسود، دون وجود أمور وسطية مثل الامتياز أو الفشل.

4- إدراك الوقت: يُعتبر إدراك الوقت وأهميته عاملاً ضاغطًا بالنسبة للتفكير الكمالي، حيث يركز الفرد على المستقبل بشكل أكبر، خاصة ما يُنْجَز خلال فترة زمنية محددة، ويعتبر إدراك الوقت دافعًا حقيقيًا يظهر في الخوف من ضياع الوقت دون تحقيق الأهداف.

5- الانتباه الانتقائي: يُعتبر هذا الانتباه كمرشح كمالي لمقابلة الأهداف والمطالب أو إهمالها، مما يؤدي إلى تأثير ضعيف جدًا بالنسبة للكسب أو الفقد.

6- حلقة القهرية: يؤدي عدم الرضا عن الأداء إلى المزيد من الاندفاع نتيجة الخوف من الفشل، مما يدفعه للعمل بجهد أكبر لتحقيق مستويات أعلى.

7- عدم الرضا على تحقيق الإنجازات: لا يمنح الفرد نفسه فرصة لتذوق بهجة الأداء أو النجاح.

8- التفكير الضيق مع الأهداف المرتبطة بالوقت: يحدث اختلال في إدراك الوقت عند التعامل مع الأهداف المحددة مسبقًا، مما يؤدي إلى عدم الرضا عما تم تحقيقه من أهداف، مع النقد الذاتي المستمر.

يرى الشخص الكمالي أن الأداء العادي أو المتوسط أمر مخجل، ويعتبر النجاح فشلاً. الشعور بعدم الرضا عن الأداء يدفعه إلى العمل أكثر خوفًا من الفشل، مما يجعله يسعى لتحقيق نتائج أفضل. كما أنه لا يمنح نفسه فرصة للاستمتاع بنجاحاته. عندما يحدد أهدافًا مسبقًا، قد يفقد الإحساس بالوقت، مما يجعله غير راضٍ عما حققه ويستمر في الانتقاد الذاتي. وفقًا لعبد المطلب القريطي (2015)، يتميز الشخص الكمالي بمبالغته في توقعاته وكونه صارمًا في تقييم نفسه، مما يجعله يسعى لتحقيق إنجازات عالية، وقد يشعر بالإحباط عند الفشل. لا يشعر بالرضا إلا إذا حقق الكمال، وهذا قد يبدو صعبًا حتى لو كان موهوبًا. بينما من يسعى لتحقيق التميز بصورة اعتيادية غالبًا ما يشعر بالرضا عند بذل قصارى جهده.

يُعتبر هؤلاء الأفراد الذين يجهدون أنفسهم نحو تحقيق أهداف تعجيزية، ويقيسون قيمتهم الذاتية من حيث الإنتاجية والإنجاز، ولديهم توقعات غير واقعية، ولا يشعرون أبدًا بالرضا عن أدائهم.

ومن أهم الطرق للتخفيف من حدة الكمالية هو مساعدة الطلاب ذوي الكمالية العصابية على إعادة تشكيل طريقة تفكيرهم، أي إعادة البناء المعرفي، حيث إن الكمال لا يعرف حدودًا.

بينما أشارت نتائج دراسات كل من Chang (2000)، (2005) Ishida،(Ashby,et al 2006)، (Burns,et al 2008)، (Khatibi & 2016 Fouladchang) إلى أن الكماليين العصابيين يتميزون بمجموعة من الخصائص، مثل قلة المرونة في مواجهة المواقف الجديدة وزيادة الجمود الحركي المعرفي، مما يؤدي إلى زيادة النتائج النفسية السلبية مثل القلق والانفعالات السلبية، وقلة النتائج النفسية الإيجابية.

نموذج التوقعات الاجتماعية الذي قدمه هشميك (hamachek ،1978) في مفهوم الكمالية يُعتبر من النماذج الرائدة والهامة في هذا المجال. فقد كان hamachek من أوائل الباحثين الذين أشاروا إلى وجود أشكال صحية وغير صحية للكمالية، حيث قام بتمييز بين الكماليين الطبيعيين (الأصحاء) والكماليين غير الطبيعيين (العصابيين).

وقد أشار إلى أن جميع الكماليين يحملون معايير عالية لأنفسهم، إلا أن الكماليين العصابيين يتميزون بعدم شعورهم بالرضا على الرغم من إنجازاتهم، بينما يتمتع الكماليون الطبيعيون بتكيف نفسي أفضل .

يعتمد نموذج التوقعات الاجتماعية الذي وضعه (hamachek،1978) على التوقعات المرتفعة من قبل الوالدين، حيث يؤدي نقص أي من هذه التوقعات إلى ظهور الكمالية. يتطور الطفل نحو الكمالية من خلال تأثير والديه أو نتيجة للإهمال الوالدي.

يُنظر إلى الكمالية السوية على أنها دافع للسرور من خلال إنجازات جيدة، بينما يعاني الكماليون العصابيون من عدم القدرة على الشعور بالسعادة بسبب تدني أدائهم كما يعتقدون.

وفقًا لـ (hamachek)، يمكن اعتبار السعي نحو الكمال مسعى طبيعي يؤدي إلى تحسين سلوك الفرد، حيث يسعى لتحقيق أهداف واقعية تعزز احترام الذات والرضا عن النفس. من جهة أخرى، وصف (hamachek) الكمالية العصابية بأنها تتسم بفرض معايير عالية بشكل مفرط، مما يؤدي إلى انتقاد مستمر لسلوك الفرد وأدائه. الكمالية العصابية مدفوعة بالخوف من الفشل، مما يجعل الفرد غير قادر على تحمل أي عيب، مهما كان صغيرًا، مما يؤدي إلى شعور دائم بالقلق وانعدام الثقة في كفاءته . بالتالي، تتناقض الكمالية العصابية بشكل مباشر مع الكمالية الطبيعية (السوية) التي تستمر في اعتبار الأداء ناجحًا رغم العيوب البسيطة. يُعتقد أن الكمالية العصابية تتشكل في بيئات تتسم بشروط مشروطة للموافقة أو القبول، حيث تكون ظروف القبول غير متسقة أو متذبذبة. كما أشار (hamachek) إلى أن الكمالية العصابية تنبع من السياق السلوكي في الأسرة، حيث يتقبل الأبوين سلوك الطفل فقط عندما يتوافق مع معاييرهم. الأبوين هنا يتمسكون بمعايير أداء مرتفعة تدفع الأطفال لاعتماد معايير شخصية غير واقعية (rice etal.,1996; vieth&trull,2000).

في هذا السياق، أشار (hollender,1965) إلى أن الكمالية تُكتسب خلال الطفولة من خلال التنشئة الاجتماعية، حيث يتبع الأبوين أسلوب تنشئة قائم على القسوة والقبول المشروط، مما يجعل الأبناء يسعون للحصول على قبولهم من خلال العمل الجاد. يشعر الطفل هنا بالخوف، مما يؤدي إلى تضخم حاجاته ليكون مقبولًا لدى الآخرين.

مما سبق يتضح أن خصائص ذوي الكمالية العصابية تميزهم عن الكماليين الأسوياء، حيث يميل الفرد الكمالي إلى الشك في قدراته وانخفاض تقديره لذاته، وعدم الرضا عن أدائه رغم جودته، والإفراط في نقد الذات، والحساسية الشديدة تجاه نقد الآخرين. كما يضع مستويات إنجاز عالية غير واقعية يسعى لتحقيقها، ويعمل على

إتقان ما يوكل إليه من أعمال، مع مراجعة وتكرار وعدم الثقة في أدائه مهما كانت دقته، مما يدفعه إلى المماطلة في تنفيذ المهام المطلوبة. يغلب على تفكيره نمط "إما كل شيء أو لا شيء"، وتتميز سيكولوجية الشخص الكمالي أيضًا بالانشغال بالتفاصيل، مما يعد مؤشرًا هامًا على الإنجاز الجيد، ويترتب عليه الاهتمام بالجزئيات وعدم الاهتمام الكلي بالمهمة.

المبحث الثاني ـ الوسواس القهري :

في القسم الثاني، سيتم أتناول مفهوم الوسواس القهري واسبابه، تصنيفاته وطرق علاج منه.

الوسواس القهري كمفهوم : تعرف الجمعية الأمريكية للطب النفسي الوسواس القهري كاضطراب نفسي يتسم بوجود هواجس أو دوافع، وهي أفكار متكررة ومستدامة أو صور تعتبر غير مرغوب فيها. كما يتميز هذا الاضطراب بوجود أفعال عقلية أو سلوكيات متكررة يشعر الفرد بأنه مُلزم بأدائها استجابةً لهذه الهواجس، وفقاً لقواعد صارمة، مع محاولات متكررة لتقليل أو إيقاف تلك الأفعال (Association Psychiatrics American, 2013, p 235).

يتجلى اضطراب الوسواس القهري من خلال الوساوس والأفعال القهرية. وقد تتخذ الوساوس شكل أفكار أو صور عقلية أو اندفاعات أو مخاوف تلح على ذهن المريض، مما يسبب له قلقاً وتوتراً، وهي نتاج عقله الخاص وليست دخيلة عليه، حيث يدرك المريض أنها غير عقلانية وغير منطقية ولا تحمل قيمة. أما الأفعال القهرية، فقد تتجسد في طقوس حركية أو سلوكيات تجنبيه، يقوم بها المريض لتخفيف القلق والتوتر الناتج عن الوساوس.

أسباب اضطراب الوسواس القهري.

اختلفت الآراء حول نشأة الوسواس القهري وتكوينه، حيث يعتقد فريق من علماء النفس أن الوسواس القهري يعود إلى أسباب وراثية تتمثل في الاستعداد للإصابة بالمرض، بينما يرى فريق آخر أن العوامل البيئية تلعب دوراً في تعلم الفرد للوساوس القهرية، وتندرج السلوكية ضمن هذا الفريق. في حين يعتقد فريق ثالث أن الوسواس القهري ناتج عن تفاعل العوامل الوراثية مع العوامل البيئية الاجتماعية، وينتمي إلى هذا الفريق رواد نظرية التحليل النفسي (محمد، 2004). يتفق العلماء عموماً على أن مجموعة العوامل الوراثية والنفسية والبيولوجية تلعب دوراً رئيسياً في ظهور اضطراب الوسواس القهري (Abramowitz, et al., 2009) .

ويمكن تقسيم أسباب الوسواس القهري إلى عدة فئات، يمكن تلخيصها على النحو التالي:

أولاً- العوامل الوراثية.

يؤكد أصحاب هذا النموذج على وجود تأثير واضح للوراثة في ظهور الوسواس القهري، حيث أظهرت الدراسات أن اضطراب الوسواس القهري يتكرر ضمن العائلات، مما يجعله يعتبر اضطراباً عائلياً (familial disorder)، وقد يمتد عبر الأجيال ويظهر بشكل ملحوظ لدى أقارب الأفراد المصابين بالوسواس القهري (Nestadt, et al., 2000). ونقلاً عن جبل (2002)، فقد أظهرت دراسة أجريت على الأفراد المصابين بالوسواس القهري أن ثلث الآباء وخمس الإخوة للمرضى الذين يعانون من الوساوس القهرية لديهم نفس الأعراض. ومع ذلك، فإن هذا لا يعد دليلاً قاطعاً على أن الأعراض القهرية تُورث، حيث قد يكون الأمر ناتجاً عن تعليم الأبناء من آبائهم هذه السلوكيات خلال الطفولة المبكرة نتيجة لتواجدهم مع الآباء.

ثانياً ـ العوامل الجينيـــــة:

توجد أدلة تشير إلى أن اضطراب الوسواس القهري قد يرتبط بعوامل جينية معينة، فقد أشارت نتائج إحدى الدراسات التي مولتها المعاهد الوطنية للصحة في أمريكا إلى أن الوسواس القهري وبعض الاضطرابات النفسية ذات الصلة قد تترافق مع طفرة مزدوجة شائعة في الجين (HSERT.17) وقد اكتشف الباحثون الطفرة الأولى ضمن سلسلة جينات (HSERT)، التي وصفت بالتحور رقم (1425v)، ووجدوا أن التحور (1425v) في جينات(HSERT) يعمل على زيادة نشاط الناقلات العصبية، مما يؤدي إلى استيلاء أكبر على السيروتونين. ومن المحتمل أن تكون هذه الطفرات لها آثار على مستقبلات الخلايا العصبية المتلقية. أما الطفرة الثانية فقد تم تحديدها بالآليات التي تؤدي إلى نقل أقل من السيروتونين إلى الخلايا العصبية، علماً بأن وجود كلا الطفرتين معاً يؤدي إلى انخفاض كبير في الطول المتعدد الأشكال (HTTLPR-5)، مما يرتبط بزيادة النشاط في وظيفة نقل السيروتونين وزيادة البروتينات المرتبطة بالسيروتونين ضمن التشابكات العصبية، مقارنة بظهور أي من الطفرات بشكل منفصل، مما يؤدي إلى مزيد من الآثار الكيميائية الحيوية وأعراض أكثر شدة (National Institute of Mental Health, 2003).

ثالثاً ـ العوامل العصبية:

يعتقد أصحاب هذا النموذج أن هناك أساساً عصبياً للوسواس القهري، حيث تشير بعض الدراسات إلى أن اضطراب الوسواس القهري يتضمن مشكلات في الاتصال

بين الجزء الأمامي من الدماغ، المسؤول عن الإحساس بالخوف والخطر، ومشكلات في العقد العصبية القاعدية التي تتحكم في قدرة الفرد على بدء وإيقاف الأفكار الوسواسية. كما تشير بعض الدراسات إلى أن مرضى الوسواس القهري لديهم علامات دماغية ناعمة تزيد عن أربعة أضعاف مقارنة بالأفراد العاديين، ويؤكد أصحاب هذا الاتجاه أن عدد العلامات الناعمة لدى المرضى يرتبط بشدة الوسواس القهري. ورغم عدم قطعية النتائج، إلا أنها تشير إلى أسباب الإصابة الدماغية في الوسواس القهري (يوسف، 2001). كما أظهرت دراسات أخرى أجريت من خلالها مقارنات بين صور طبقية لأدمغة أفراد مصابين باضطراب الوسواس القهري وأدمغة الأفراد العاديين اختلافات في نمط عمل الدماغ في كلا الحالتين Grelsberg, (2005).

رابعاً ـ العوامل الأســـــرية.

يعتقد أصحاب هذا النموذج أن اضطراب الوسواس القهري يرتبط بالظروف الأسرية مثل الحرمان من الحب والدفء العاطفي ومشاعر الحماية والتقبل، خاصة في مراحل الطفولة المبكرة. تلعب الاتجاهات الوالدية في تنشئة الأولاد دوراً محورياً في تكوين الأعراض القهرية لديهم. إذ غالباً ما يشجع الآباء أبناءهم على اكتساب صفاتهم الخاصة، ومن المحتمل أن يشجع الآباء الذين يظهرون سمات قهرية أبناءهم على تعلم هذه الخصائص وتنميتها، وقد يقومون بذلك بطريقة غير مقصودة عندما يشعرون بالارتياح عند ظهور هذه السمات في شخصية أبنائهم (البناني، 2011).

خامساً ـ العوامل البيولوجية (الفسيولوجية):

تشـــير بعض الدّراسات إلى أن اضطراب الوسواس القهري هو نتيجة لتغير كيميائي في جسم الفرد المصاب أو في أداء دماغه. وتشير بعض الدّراسات إلى عوامل ترتبط بوجود مستويات غير كافية من السيروتونين في الدماغ، مما يسهم في نشوء اضطراب الوسواس القهري. وقد أوضحت الدّراسات أن أعراض الوسواس القهري تتقلص وتخف حدتها لدى الأشخاص الذين يتعاطون عقاقير تزيد من فاعلية السيروتونين (Science and Nature, 2002).

سادساً ـ العوامل الاجتماعية.

يـــرى أصحاب هذا النموذج أن هناك أساساً اجتماعياً وثقافياً وراء الإصابة بالوسواس القهري، حيث يعتبر المجتمع مسؤولاً عن ظهور الوسواس القهري عندما يفضل وجود بعض السمات القهرية مثل النظافة والتنظيم والدقة والترتيب في الهندام

واللباس، وهي سمات مرغوبة، ولكنها تتحول إلى اضطراب عند المبالغة في سمة أو أكثر منها (البناني، 2010).

الفئات التصنيفية لاضطراب الوسواس القهري.

أ- تصنف الوساوس وفقاً لأنواعها ومضمونها إلى:

1-وساوس الشك، حيث يعتقد الفرد أن أي مهمة يقوم بها لا تتم بشكل صحيح، مما يجعله غير راضٍ عنها.

2- وساوس التفكير، وهي عبارة عن سلسلة من الأفكار الاجترارية المتصلة، حيث ترتبط إحداها على الأقل بأحداث مستقبلية.

3- الوساوس القهرية (الاندفاعات)، وفيها يشعر الفرد بمطالب قوية تدفعه إلى التصرف بسلوكيات قد تكون تافهة وبشكل هجومي وغير متحكم به، مع رغبة جامحة واندفاع للقيام بأعمال لا يرضى عنها ويحاول مقاومتها.

4- وساوس الخوف، وهي الخوف من فقدان السيطرة والتصرف بشكل محرج في مواقف اجتماعية (مثل الخوف من الضحك في جنازة).

5- وساوس الصور، وهي استمرار وجود الصور السلبية التي رآها الفرد سابقاً والتي تكون حاضرة دائماً(Oltmans et al, 1995,p10) .

ب- تصنف الأفعال القهرية كما يلي:

- فئـــــة طقوس الاغتسال والنظافة، حيث ينزعج هؤلاء المرضى مما يعتقدون أنه ملوث، وهي أكثر أنواع الأفعال القهرية انتشاراً، حيث يوسوس الفرد حول أمور تتعلق بالتلوث من الجراثيم أو النفايات أو القذارة أو البول أو الغائط أو جميعها، مما يؤدي إلى قيامه بطقوس النظافة والاغتسال بشكل مستمر ومتكرر، مثل غسل اليدين بشكل مفرط جدا قد يصل إلى 50 مرة يومياً أو الاستحمام أربع مرات يومياً أو أكثر من دلك بكثير . (Desilva & Rachman,1993, p28)

- فئـــــة طقوس المراجعة والتأكد، حيث يشعر الأفراد الذين يقومون بطقوس المراجعة بمشاعر مضطربة حول عدم إتمامهم للعمل بشكل كامل، مما يدفعهم لمراجعة الأعمال التي قاموا بها ويصابون بالقلق إذا لم يفعلوا ذلك، حيث يقومون بمراجعة غلق الأبواب أو النوافذ أو الأقران عدة مرات، أو يتأكدون من وضع الأشياء في أماكنها، أو يفتحون الرسائل عدة مرات للتأكد من أنهم قد وضعوها في الظرف، وعادة ما يقومون بهذه الطقوس لمنع حدوث أي نكبات أو أذى قد يلحق بهم أو بالآخرين، وترتبط هذه الأفعال القهرية بشكل مباشر بوساوس الخوف لديهم، حيث يخاف الأفراد الذين يتأكدون عدة مرات من غلق أنابيب الغاز من حدوث حريق، وقد

يرتبط التأكد والمراجعة بوساوس التلوث أيضاً، حيث يقومون بالاستحمام عدة مرات للتأكد من أنهم قد تخلصوا من التلوث(Jenike et al, 1998,p04) .

ـ يمكن ملاحظة تداخل طقوس المراجعة مع طقوس النظافة بشكل واضح، حيث يتأكد الأفراد الذين لديهم طقوس النظافة من أنهم قد أتموا غسل أيديهم عشر مرات أحياناً وليس أقل، وترجع بداية اضطرابات طقوس المراجعة بشكل تدريجي إلى التنشئة الاجتماعية، حيث تلعب دوراً بارزاً في تطور هذا الاضطراب، بينما قد يبدأ المرض لدى الأفراد الذين لديهم طقوس النظافة فجأة(Minichiello et al, 1990.p147-150) .

ـ فئة وساوس الأفكار والأفعال القهرية المقنعة، حيث يوجد افتراض عام بأن السلوك القهري مكشوف Overt وحركي، بينما الوساوس مقنعة Covert ومعرفية، غير أن بعض الدراسات ذكرت أن هذا الافتراض غير صحيح، لأن الأفعال القهرية قد تأخذ أحياناً شكل السلوك المقنع(Desilva &Rachman,1993) ، ولهذا يبدو من المفيد الابتعاد عن التمييز القائم على نوع الوسائط بين الوساوس والأفعال القهرية والتوجه إلى منحى وظيفي غير محدد، حيث تكون الأفعال القهرية نشاطاً ينتج عن الإلحاح القهري، ويخدم الوظيفة النفسية ذاتها سواء كان مقنعاً أو مكشوفاً، فعدم الراحة تكون نتيجة لوساوس سابقة، مثل الشخص الذي يوسوس بقتل أبيه، حيث يعقب ذلك القيام بترديد بعض الأدعية سراً، وهو سلوك قهري مقنع للتخلص من عدم الشعور بالراحة (Desilva & Rachman, 1993,p45). حيث يعتقد هؤلاء الأفراد عند قيامهم بترديد تلك الأدعية أو الأرقام المعينة سراً أنهم يمنعون حدوث كارثة أو كرب قد يحل بهم أو بغيرهم.

ـ فئة الأفعال القهرية المختلطة والمكشوفة، وتلاحظ لدى الأفراد الذين ينخرطون في وضع الأشياء بترتيب معين، أو الذين لا يستطيعون التخلص من الأشياء القديمة وغير الضرورية، أي المحبين للاكتناز، حيث يقوم هؤلاء بملء الغرف والمنازل بالأشياء البالية لاعتقادهم بحاجتهم لها يوماً ما(1997, Beecham) .

وتعد وساوس الشك الأكثر انتشاراً، تليها طقوس المراجعة، وقد أظهرت دراسة للوكمان وآخرين على عينة كبيرة باستخدام مقياس بل براون Yale - Brown أن أهم الأنواع الوسواسية القهرية انتشاراً هي: (طقوس المراجعة، التماثل والترتيب، النظافة والاغتسال، وساوس الأفكار فقط). وقد ظهرت هذه الأعراض الأربعة عند أكثر من 60% من أفراد العينة، مما يوضح أن الوساوس والأفعال القهرية قد تتداخل معاً (Beckman et al ,1997) وعلى الرغم من التصنيفات الفرعية المذكورة سابقاً

لكل فئة، فإن هذه الفئات سواء الوسواسية أو الأفعال القهرية قد تظهر أحياناً متداخلة معاً أو تظهر بمفردها.

علاج الوسواس القهري.

العلاج العضـــــوي : يتم العلاج العضوي من خلال استخدام الوسائل الطبية الملائمة، وفقاً لما يحدده الطبيب المختص من نوعية العلاج والجرعة المناسبة، بهدف السيطرة على أعراض الاضطراب وتقليل مستويات التوتر والقلق أو الاكتئاب المصاحب، وزيادة شعور المريض بالاسترخاء العقلي والعضلي، وتعزيز كفاءته وصحته الجسدية. من بين هذه الوسائل (القريطي، 2003).

العلاج بالعقاقـــير: تسهم العقاقير المضادة للقلق والاكتئاب في تقليل التوتر والاكتئاب المرتبطين بالوســواس، مما يمكّن المريض من مقاومته والرغبة في الاستمرار في نشاطه الاجتماعي. وقد أثبتت هذه العقاقير فعاليتها في تخفيف آلام العديد من المرضى ومساعدتهم على التكيف الاجتماعي. وقد ظهرت مؤخراً عقاقير مضادة للاكتئاب تتميز بزيادة مستوى الموصل العصبي السيروتونين (مثل أنا فرنيل، بروزاك، فافرين لسترال)، وقد أثبتت فاعليتها في معالجة الوسواس القهري مقارنةً بالعقاقير الأخرى المضادة للاكتئاب، إلا أن الأعراض الوســواسية غالباً ما تعاود الظهور عند توقف المرضى عن استخدامها (الخالدي، 2006) .

1- العلاج الكهربائـــي : يستخدم العلاج الكهربائي غالباً في الحالات التي تصاحب فيها الاضطرابات العصابية أعراض اكتئابية حادة وأفكار سوداوية أو انتحارية (القريطي، 2003) .

العلاج الجراحـــي : يتم اللجوء إلى العلاج الجراحي في حالات القلق المزمن والوسواس القهري والاكتئاب الشديد، وذلك بعد استنفاد جميع أنواع العلاج النفسية والكيميائية والكهربائية دون جدوى. يتم العلاج الجراحي من خلال قطع الألياف العصبية الموصلة بين الفص الجبهي في المخ والثلاموس، مما يؤدي إلى توقف الدائرة الكهربائية الخاصة بالانفعال (القريطي، 2003) .

أ.العلاج النفســـــي:

1- العلاج بالتحليل النفســي: يعتقد أصحاب هذه النظرية أن مرضى الوسواس القهري يحتاجون إلى فترة طويلة من العلاج بسبب جمود دفاعاتهم، وقد يواجه المعالج مشاعر كراهية أو حشد للدفاعات، بالإضافة إلى قوة آليات الأفكار ومحاولات الرفض. وغالباً ما يواجه المعالج العديد من الصعوبات عند التعامل مع مرضى الوسواس القهري، مثل التغير المستمر في أعراض المريض وتداخل المرض مع

شخصيته بشكل كبير، مما يجعل من الصعب إقناع المريض بالتنازل عن مثالتيه. وبالتالي، يُستخدم هذا العلاج في نطاق ضيق، ويعتمد عليه البعض أملاً في تخفيف الأعراض وتقليل آلام المريض (البنائي، 2011) .

2- العلاج السلوكـــي المعرفـــــي: يمكن القول إن العلاج الأكثر نجاحاً هو العلاج السلوكي المعرفي، حيث أظهرت الدراسات أن حوالي 70% من المرضى يتحسنون عند خضوعهم لهذا النوع من العلاج. يهدف هذا العلاج إلى تعديل السلوك القهري من خلال استخدام تقنيات متعددة مثل التصور، بالإضافة إلى أسلوب التعريض، وخاصة أسلوب الإفاضة الذي يعتمد على تعريض المريض للموقف الذي يثير طقوس القهر، مثل الانتساخ بعد الغسيل (رضوان، 2009).

الدارسات السابقة :

التي تناولت الكمالية العصابية والوسواس القهري.

أولاـ دراسات السابقة التي تناولت الكمالية العصابية:

1- دراســـــــة : السيد (2020) : هدفت الدراسة البحثية إلى دراسة الكمالية والإدراك الوالدي واحداث الحياة الضاغطة كمنبئات الاضطراب الوسواس القهري لدى طلاب الجامعة. وتمثلت مشكلة البحث الحالي في التساؤل التالي: هل يمكن التنبؤ بالإصابة ببعض اعراض اضطراب الوسواس القهري من خلال الكمالية الإدراك الوالدي، وإحداث الحياة الضاغطة؟ ولتحقيق هذا الهدف قامت الباحثة بتقنين عدة مقاييس هي مقياس اضطراب الوسواس القهري، والكمالية والإدراك الوالدي، واحداث الحياة الضاغطة. وخاصة بين طلاب الجامعة. وتكونت عينة الدراسة من ٥٣٧ طالبا وطالبة (٤٤٦) من الاناث و(91) من الذكور من طلاب كلية التربية جامعة قناة السويس ، وأما نتائج الدراسة البحثية فكانت كالتالي:

ـ تسهم الكمالية العصابية، والإدراك الوالدي، واحداث الحياة الضاغطة في التنبؤ بأعراض الوسواس القهري تسهم الكمالية العصابية في التنبؤ بأعراض اضطراب الوسواس القهري لدى عينة من طلاب الجامعة.

– يسهم التفاعل بين متغيري الإدراك الوالدي، واحداث الحياة الضاغطة في التنبؤ بأعراض اضطراب الوسواس القهري لدى عينة من طلاب الجامعة.

ـ يسهم التفاعل بين المتغيرات الكمالية العصابية والإدراك الوالدي، واحداث الحياة الضاغطة في التنبؤ بأعراض اضطراب الوسواس القهري لدى عينة من طلاب الجامعة.

لا توجد فروق بين الجنسين في المتغيرات الاربعة موضع الدراسة.

1. السيد (2020). هدفت الدراسة البحثية إلى التعرف على العلاقة الارتباطية بين الكمالية العصابية والتفاؤل لدى المتفوقين دراسياً بالمرحلة الثانوية، والكشف عن الفروق بينهم في الكمالية العُصابية والتفاؤل باختلاف النوع والتخصص. وتكونت عينة البحث من (150) طالباً وطالبة من طلاب الصف الثاني الثانوي المتفوقين دراسياً، بواقع (75 ذكور و75 إناث)، ووفق التخصص (77 علمي، 73 أدبي). واستخدم الباحث مقياسي الكمالية العصابية والتفاؤل واختبار المصفوفات المتتابعة إعداد جون" رافن (1937) إعداد وتعريب سيد عبد العال (1983).وأما نتائج الدراسة البحثية فكانت هي: وتوصلت إلى وجود علاقة ارتباطية سالبة ودالة عند مستوى (0.01) بين الكمالية العصابية والتفاؤل لدى طلاب الصف الثاني الثانوي المتفوقين دراسياً، ووجود فروق دالة عند مستوى (0.01) لصالح الإناث في الكمالية العصابية ولصالح الذكور في التفاؤل، وعدم وجود فروق دالة في الكمالية العصابية والتفاؤل باختلاف التخصص (علمي-أدبي).

2- دراســـة : الباوي (2025) ، وهدفت الدراسة البحثية البحث الحالي تعرف العلاقة بين الكمالية العصابية والتوجه نحو الدين (الجوهري – الظاهري) لدى معلمي المدارس الابتدائية، وتعرف مستوى كل من هذه المتغيرات لديهم، وتكونت عينة البحث من (133) معلم ومعلمة بواقع (36) ذكور و (97) اناث من العاملين في المدارس الابتدائية الحكومية النهارية التابعة الى مديرية تربية واسط، ولغرض تحقيق اهداف البحث استخدم الباحث اداتان للقياس: الأولى لقياس الكمالية العصابية، اذ تبنى الباحث مقياس الكمال ذو العوامل الثلاث الكبرى ـ

(سمث وآخرون، 2016) الشكل المختصر (BTPS-SF) ومكون من (16) فقرة ، والاداة الثانية مقياس التوجه نحو الدين الجوهري- الظاهري) الذي اعده (الاعرجي ، 2007) الذي مكون من (38) فقرة تقيس التوجه الديني بفرعيه ، واستخدم الباحث عدد من الوسائل الاحصائية من خلال برنامج (SPSS) كان من اهمها اختبار (t-test) لعينة واحدة والاختبار الثنائي لعينتين مستقلتين و معامل ارتباط بيرسون ، وأما نتائج الدراسة البحثية فكانت هي:

ـ عدم وجود علاقة ارتباطية دالة احصائيا بين الكمالية العصابية والتوجه الديني الجوهري، في حين وجدت علاقة ارتباطية (الة احصائيا بين الكمالية العصابية والتوجه الديني الظاهري، وكذلك امتلاك المعلمين الكمالية العصابية بمستوى عال، ووجود مستوى عال بالتوجه الديني الجوهري لديهم، كما اظهرت النتائج تفوق الذكور على الاناث في التوجه الديني الظاهري وبدلالة إحصائية.

القرني (2023). هدفت الدراسة البحثية إلى التعرف على مستوى أبعاد كل من الكمالية العصابية، فقدان الشهية العصبي، اضطرابات النوم لدى عينة من الموهوبين في المرحلة المتوسطة والثانوية بمدينة جدة، كذلك الكشف عن الفروق في متوسط درجات كلّ من الكمالية العصابية، فقدان الشهية العصبي، اضطرابات النوم؛ والتي تعزى لمتغير الجنس. وأيضًا فحص إمكانية التنبؤ بفقدان الشهية العصبي، واضطرابات النوم من خلال الكمالية العصابية. وطبقت الدراسة على عينة من الموهوبين الذين بلغ عددهم (236) فردًا، منهم (78) ذكورًا، و (158 إناثًا) تراوحت أعمارهم بين (18-13) عاما. واستخدمت الدراسة المنهج الوصفي، واعتمدت الباحثة في جمع البيانات على استبانة الأسئلة الديموغرافية، واستُخدم مقياس الكمالية العصابية من إعداد القريطي، (2015)، ومقياس فقدان الشهية العصبي من إعداد إبراهيم (2014)، ومقياس اضطرابات النوم من إعداد عطوى (2020) وخلصت نتائج الدراسة إلى وجود مستوى مرتفع من الكمالية العصابية وفقدان الشهية العصبي بأبعادهما المختلفة، وكذلك وجود مستوى مرتفع من اضطرابات النوم بأبعادها المختلفة باستثناء بعد صعوبة الدخول في النوم. كما النت نتائج الدراسة عن وجود فروق دالة إحصائيا في متوسط درجات كل من الكمالية العصابية وفقدان الشهية العصبي بأبعادهما المختلفة بين الذكور والإناث وذلك في اتجاه الإناث، وكذلك وجود فروق دالة إحصائيا بين الذكور والإناث وذلك في، الإناث في اضطرابات النوم ما عدا بعد صعوبة الدخول في النوم، والاستيقاظ المبكر من النوم، واضطراب النوم نتيجة لظروف خارجية، والنوم المتقطع وغير المشبع، وعواقب الأرق ، و أما نتائج الدراسة البحثية فكانت هي:

إمكانية التنبؤ بفقدان الشهية العصبي من خلال الكمالية العصابية؛ بالإضافة إلى إمكانية التنبؤ باضطرابات النوم من خلال الكمالية العصابية. وفي ضوء النتائج توصي الباحثة بإقامة البرامج العلاجية للموهوبين للحد من فقدان الشهية العصبي واضطرابات النوم، ولاسيما تكثيف تلك البرامج للموهوبات، وكذلك تضافر جهود المرشدين النفسيين بضرورة توعية المعلمين باحتياجات الموهوبين النفسية، والمرونة في المتطلبات الدراسية للحد من الكمالية العصابية.

2. على (2024).

هدفت الدراسة البحثية إلى خفض الكمالية العصابية لدى طلاب جامعة أسوان و ذلك عن طريق إعداد وتطبيق برنامج اعتمد على استخدام العلاج بالواقع وذلك من خلال معرفة الفروق بين أفراد المجموعة التجريبية في القياسيين القبلي و البعدي على

مقياس الكمالية العصابية و استمرارية فعالية البرنامج العلاجي بعد الانتهاء من التطبيق وقد تكونت العينة من (7) طلاب ممن لديهم مستوى مرتفع من الكمالية العصابية وتضمنت أدوات الدراسة مقياس الكمالية العصابية إعداد الباحثة) و البرنامج العلاجي القائم على استخدام فنيات العلاج بالواقع (إعداد الباحثة).

أما نتائج الدراسة البحثية فكانت هي:

فعالية البرنامج العلاجي المستخدم من قبل الباحثة

تانيا: الدراسات السابقة التي تناولت الوسواس القهري

1. طنينة (2017) ، وهدفت الدراسة البحثية الى التعرف على مستوى الوسواس القهري لدى مرضى الكلى والسرطان في محافظة الخليل، وكذلك معرفة إن كان هناك فروقاً في متوسطات الوسواس القهري تبعا لمتغيرات نوع المرض والجنس، والمؤهل العلمي، والحالة الاجتماعية، من أجل تحقيق أهداف الدراسة قام الباحث باستخدام المنهج الوصفي (المقارن)، وتكونت عينة الدراسة من (345) مريضا منهم (202) مريضاً من مرضى الكلى و (143) مريضاً من مرضى السرطان تم اختيارهم بطريقة العينة (المتيسرة)، واستخدم الباحث المقياس العربي للوسواس القهري في صيغته العربية لجمع البيانات اللازمة وتم التحقق من ثبات الاداة من خلال حساب ثبات الدرجة الكلية لمعامل الثبات، حسب معامل الثبات كرونباخ الفا، وكانت الدرجة الكلية (0.842) ، وتبين أن المتوسط الحسابي للدرجة الكلية جاء بدرجة متوسطة.

أما نتائج الدراسة البحثية فكانت كالتالي:

إن مستوى الوسواس القهري لدى مرضى الكلى في محافظة الخليل جاء بدرجة متوسطة، وإن مستوى الوسواس القهري لدى مرضى السرطان في محافظة الخليل جاء بدرجة متوسطة، كما أظهرت النتائج عدم وجود فروق في مستوى الوسواس القهري في محافظة الخليل يعزى لمتغير نوع المرض كلى -سرطان، ولا توجد فروق في مستوى الوسواس القهري لدى مرضى الكلى في محافظة الخليل تعزى المتغيرات الجنس، والمؤهل العلمي والحالة الاجتماعية، ولا توجد فروق دالة إحصائياً في مستوى الوسواس القهري لدى مرضى السرطان تعزى لمتغير الجنس، والمؤهل العلمي، والحالة الاجتماعية. باستثناء مجال الشكوك الوسواسية والاهتمام بالتفاصيل على متغير المؤهل العلمي، حيث تبين وجود فروق لصالح (توجيهي - بكالوريوس).

2. البلوري (2018).

هدفت الدراسة البحثية إلى التعرف إلى فاعلية برنامج التقليل من تصور الخطر القائم على أساس نظرية العلاج المعرفي السلوكي في خفض اضطراب الوسواس القهري

المتعلق بالنظافة لدى النساء في المملكة العربية السعودية. تكونت عينة الدراسة من (15) امرأة تم اختيارهن بالطريقة المتيسرة، ممن يراجعن مستشفى الصحة النفسية في مدينة تبوك، ويعانين من اضطراب الوسواس القهري المتعلق بالنظافة والاغتسال تراوحت أعمارهن بين 25-45 سنة، ووافقن على المشاركة في البرنامج الإرشادي. ومن أجل قياس اضطراب الوسواس القهري لدى عينة الدراسة تم تطبيق مقياس بيل براون(Compulsive Scale Yale Brown Obsessive) للوسواس القهري، بعد أن تم تعريبه وتطبيقه على عينة الدراسة تطبيقاً قبلياً وبعدياً ومتابعة ولتحقيق أهداف الدراسة تم تطبيق برنامج التقليل من تصور الخطر على العينة التجريبية وأظهرت نتائج الدراسة وجود فروق ذات دلالة إحصائية في الأفكار الوسواسية لدى النساء بين الاختبار القبلي والاختبار البعدي، حيث أظهر البرنامج التدريبي أثراً بنسبة 74.7% في تقليل الأفكار الوسواسية المتعلقة بالنظافة لدى النساء.

أما نتائج الدراسة البحثية فكانت كالتالي:

وجود فروق ذات دلالة إحصائية في الأفعال القهرية لدى النساء بين الاختبار القبلي والاختبار البعدي، حيث أظهر البرنامج التدريبي أثراً بنسبة 74.9% في تقليل الأفعال القهرية المتعلقة بالنظافة لدى النساء. وفيما يتعلق بالمتابعة فقد أشارت النتائج إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في الأفكار الوسواسية لدى النساء بين الاختبار البعدي واختبار المتابعة، وكذلك عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في الأفعال القهرية لدى النساء بين الاختبار البعدي واختيار المتابعة، مما يدل على استمرار فاعلية البرنامج التدريبي في مرحلة المتابعة. وفي ضوء النتائج أوصت الدراسة بإجراء دراسات أخرى حول فاعلية برنامج التقليل من تصور الخطر مع عينات أخرى من الذكور أو من فئات عمرية وأفعال قهرية أخرى.

3. فقرا (2013)، وهدفت الدراسة االبحثية إلى الكشف عن العلاقة بين العنف الأسري والوسواس القهري لدى المراهقين في منطقة الناصرة تم اختيار عينة عشوائية من طلبة المرحلة الثانوية الذين يدرسون في جميع المدارس الثانوية التابعة لمدينة الناصرة من العام الدراسي ٢٠١١ ٢٠١٢م، في الفصل الدراسي الثاني، ونسبتها (10%)، وقد تكونت عينة الدراسة من (٣٧٥) طالباً وطالبة، ولتحقيق أهداف الدراسة طورت أدانان، ثم تم التحقق من دلالات صدقهما وثباتهما.

أما نتائج الدراسة البحثية هي.

الدرجة الكلية لمستوى العنف الأسري ومستوى الوساوس القهري لدى المراهقين في منطقة الناصرة كان منخفضاً، ووجود فروق إحصائية في العنف الأسري وفي

الوسواس القهري لدى المراهقين في منطقة الناصرة تعزى لأثر الجنس في جميع المجالات، وجاءت الفروق لصالح الذكور، ووجود فروق إحصائية في العنف الأسري تعزى لأثر المستوى الاقتصادي للأسرة في جميع المجالات باستثناء العنف اللفظي، وجاءت الفروق الصالح المستوى الاقتصادي المنخفض، ووجود فروق إحصائية تعزى لأثر المستوى الاقتصادي للأسرة في الدرجة الكلية للوسواس القهري، وفي جميع المجالات باستثناء مجال واحد وهو مجال الوسواس الديني، وقد جاءت الفروق لصالح المستوى الاقتصادي المنخفض، كما كشفت نتائج هذا السؤال وجود علاقة إيجابية دالة إحصائيا بين العنف الأسري والوسواس القهري لدى المراهقين في منطقة الناصرة.

4. الشمري (2023).

هدفت الدراسة البحثية إلى التعرف على العلاقة بين الوسواس القهري وجودة الحياة لدى طالبات كلية التربية بجامعة حائل، وما مستوى الوسواس القهري لدى طالبات جامعة حائل وتكونت عينة الدراسة من (113) طالبة من طالبات جامعة حائل، وقد استخدمت الباحثة مقياس أعراض الوسواس القهري (إعداد / عبد الخالق، (1992)، ومقياس جودة الحياة (إعداد / سليمان 2010).

أما نتائج الدراسة البحثية هي.

ان مستوى الوسواس القهري لدى طالبات كلية التربية بجامعة حائل جاء مرتفعًا، ويوجد ارتباط دال سلبي بين الدرجة الكلية لأبعاد الوسواس القهري والدرجة الكلية لأبعاد جودة الحياة.

5. دراسة عمر الريماوي وأميرة الريماوي (2014).

هدفت الدراسة البحثية إلى الكشف عن الوسواس القهري وعلاقته بأبعاد الشخصية العصابية والانبساطية لدى طلبة جامعة القدس في ضوء المتغيرات المستقلة الآتية: الجنس، والكلية، والسكن باستخدام المنهج الوصفي الارتباطي. ولتحقيق أهداف الدراسة طبق الباحثان مقياس أبعاد الشخصية العصابية والشخصية الانبساطية، ومقياس الوسواس القهري على عينة عشوائية طبقية بلغت (231) طالبا وطالبة من طلبة جامعة القدس.

أما نتائج الدراسة البحثية هي.

وجود علاقة عكسية دالة إحصائيا بين الوسواس القهري وبعد الانبساطية (0.139-) ووجود علاقة طردية دالة إحصائيا بين الوسواس القهري وبعد العصابية (0.390).

وعدم وجود دلالة إحصائية للوسواس القهري وأبعاد الشخصية العصابية والشخصية الانبساطية لكل من المتغيرين الجنس والكلية، في حين أظهرت فروقا ذات دلالة إحصائية للوسواس القهري وأبعاد الشخصية العصابية والانبساطية لمتغير السكن وكانت لصالح المدينة. وفي ضوء هذه النتائج يوصي الباحثان بإجراء المزيد من الدراسات والبحوث العلمية التي تعنى بتعرف الوسواس القهري وعلاقته بأبعاد الشخصية العصابية والشخصية الانبساطية ولعينات أخرى مختلفة في مجتمع الجامعات الفلسطينية.

6. دراسة البسطويسى (2022). هدفت الدراسة البحثية إلى نمط الدراسات الوصفية والتي يمكن من خلالها الوصول إلى معلومات دقيقة تصور الواقع وتشخصية وتسهم في تحليل ظواهره، حتى نصل إلى العلاقة بين الضغوط الحياتية لمرضى الوسواس القهري وتوافقهم الاجتماعي واتساقاً مع نوع الدراسة. الحالية ولتحقيق أهدافها اعتمدت الدراسة على منهج المسح الاجتماعي بطريقة العينة العشوائية وذلك لأنه أكثر المناهج ملائمة للدراسة الحالية حيث أنها دراسة وصفية تحليلية تسعى للتعرف على العلاقة بين متغيرين وهما الضغوط الحياتية لمرضى الوسواس القهري، وتوافقهم الاجتماعي.

أما نتائج الدراسة البحثية هي.

توجد علاقة عكسية ذات دلالة إحصائية بين الضغوط الحياتية لمرضى الوسواس القهري وتوافقهم الاجتماعي، وقد أثبتت الدراسة صحة جميع فروضها.

المبحث الثالث "دراسة العلاقة بين الكمالية العصابية والوسواس القهري".

في المبحث الأول سيتم أتناول العلاقة بين الكمالية العصابية والسواس القهري عن طريق التعقيب على الدراسات السابقة وارتباطها بتساؤلات البحث الحالية.

- **العلاقة بين الكمالية العصابية والوسواس القهري.**

إن الأبحاث السابقة التي تم ذكرها أنفا في البحث الحالي تقدم أساسًا ثريا علميا ومعرفيا اما في العصابية الكمالية او الوسواس القهري. كما تبرز الجوانب المتنوعة المتعلقة بالطرق التنفيذية، والتحديات.

من خلال دراسة هذه الأبحاث، يمكن ملاحظة وجود تداخل في النتائج وربطها مع بعض، مما يعزز الإجابة عن الأسئلة البحثية المطروحة في البحت الحالي، وكيفية الربط الكمالية العصابية بالوسواس القهري. وهذا يتضمن أيضًا تسليط الضوء على نقاط القوة والضعف التي من الممكن أن توجه البحث الحالي، وفيما يلي يمكن توضيح العلاقة بين الدراسات السابقة والأسئلة الحالية للبحث:

أولا: العلاقة بين الكمالية العصابية والوسواس القهري في ضوء الدراسات السابقة.

تشير مجمل الدراسات السابقة التي تناولت الكمالية العصابية والوسواس القهري إلى وجود علاقة وثيقة ومتشابكة بين المتغيرين، حيث تؤكد عدد من الدراسات مثل (دراسة السيد، 2020؛ والقرني، 2023) أن الكمالية العصابية تُعد من أهم المتغيرات المنبئة بأعراض الوسواس القهري، سواء لدى طلاب الجامعة أو الموهوبين أو فئات عمرية مختلفة.

فالفرد الذي يتسم بالكمالية العصابية يميل إلى وضع معايير غير واقعية، والخوف المفرط من الخطأ، والشك المستمر في الأداء، وهي سمات تتقاطع بشكل مباشر مع الأعراض الجوهرية للوسواس القهري مثل التكرار القهري، والشكوك الوسواسية، والسعي المفرط للكمال.

ثانيا: السؤال الرئيسي المنبثق للبحث الحالي وهو:

"مدى ارتباط الوسواس القهري بالكمالية العصابية وانعكاسه على الفرد والمجتمع"؟

توضح الدراسات أن ارتفاع مستوى الكمالية العصابية يسهم في زيادة شدة أعراض الوسواس القهري، مما ينعكس سلبًا على التوافق النفسي والاجتماعي للفرد (دراسة البسطويسي، 2022؛ الشمري، 2023) وعلى مستوى الفرد، يظهر ذلك في:

- زيادة القلق والتوتر النفسي.
- ضعف جودة الحياة.
- اضطراب العلاقات الاجتماعية والأسرية.

أما على مستوى المجتمع، فإن استمرار هذه الاضطرابات دون تدخل قد يؤدي إلى:

- انخفاض الإنتاجية الأكاديمية والمهنية.
- زيادة الأعباء النفسية والاجتماعية على الأسرة والمؤسسات التعليمية.
- ارتفاع الحاجة إلى الخدمات النفسية والعلاجية.

ثالثاً- التعقيب على تساؤلات البحث الحالية في ضوء الدراسات السابقة:

1. ما التأثير الناتج عن الكمالية العصابية على أعراض الوسواس القهري لدى الأفراد وعلاقتها بالبيئة المحيطة؟

تشير الدراسات (السيد، 2020؛ القرني، 2023) إلى أن الكمالية العصابية تؤدي إلى تضخيم الأفكار الوسواسية وزيادة السلوكيات القهرية، خاصة في البيئات التي تتسم بالضغط الأكاديمي أو الأسري المرتفع، مما يجعل البيئة المحيطة عاملًا مُعززًا للأعراض.

2. كيف تسهم أحداث الحياة الاجتماعية المتغيرة في أعراض الوسواس القهري وانعكاسها على المجتمع؟

أوضحت دراسات عدة (طنينة، 2017؛ فقرا، 2013) أن أحداث الحياة الضاغطة، مثل المرض، أو العنف الأسري، أو الضغوط الاجتماعية، تسهم في رفع مستوى أعراض الوسواس القهري، خاصة عند الأفراد ذوي السمات الكمالية العصابية، مما يؤثر سلبًا في اندماجهم الاجتماعي.

3. هل يسهم التفاعل بين متغيرات الحياة الاجتماعية والكمالية العصابية على الفرد أو المجتمع؟

أكدت دراسة السيد (2020) أن التفاعل بين الكمالية العصابية وأحداث الحياة الضاغطة يزيد من احتمالية ظهور أعراض الوسواس القهري، أي أن تأثير الكمالية العصابية يصبح أشد عندما يقترن ببيئة اجتماعية ضاغطة، وهو ما ينعكس سلبًا على الفرد والمجتمع معًا.

4. هل توجد فروق بين الجنسين في مدى ارتباط الوسواس القهري بالكمالية العصابية؟

تباينت نتائج الدراسات؛ إذ أشارت بعض الدراسات (السيد، 2020) إلى عدم وجود فروق دالة بين الجنسين، في حين أظهرت دراسات أخرى (القرني، 2023) تفوق الإناث في مستوى الكمالية العصابية وارتباطها بالوسواس القهري، مما يشير إلى أن الفروق قد تتأثر بطبيعة العينة والمرحلة العمرية والسياق الثقافي.

نتائج البحث:

النتائج التي توصلت اليه الباحثة في الدارسة الحالية كما يلي:

1. وجود علاقة ارتباطية طردية قوية ودالة إحصائيًا بين الكمالية العصابية وأعراض الوسواس القهري لدى مختلف الفئات العمرية (طلاب، موهوبين، مرضى).
2. تُعد الكمالية العصابية من أهم المتغيرات المنبئة بظهور وشدة أعراض الوسواس القهري، خاصة أعراض الشك، التكرار، والخوف من الخطأ.
3. يسهم التفاعل بين الكمالية العصابية وأحداث الحياة الضاغطة في زيادة احتمالية الإصابة بالوسواس القهري وحدّة أعراضه.
4. تؤثر الضغوط الحياتية والاجتماعية (كالمرض، العنف الأسري، الضغوط الأكاديمية) بشكل مباشر في تفاقم أعراض الوسواس القهري، خاصة لدى الأفراد ذوي النزعة الكمالية العصابية.

5. ترتبط الكمالية العصابية والوسواس القهري بـ انخفاض جودة الحياة وضعف التوافق النفسي والاجتماعي لدى الأفراد.

6. أظهرت بعض الدراسات وجود فروق دالة إحصائيًا بين الجنسين في مستوى الكمالية العصابية والوسواس القهري لصالح الإناث، بينما لم تُظهر دراسات أخرى فروقًا واضحة، مما يشير إلى تأثر النتائج بالسياق الثقافي والعينة.

7. أثبتت البرامج العلاجية المعتمدة على العلاج المعرفي السلوكي والعلاج بالواقع فعاليتها في خفض مستوى الكمالية العصابية وأعراض الوسواس القهري.

8. ارتفاع الكمالية العصابية قد ينعكس سلبًا على المجتمع من خلال زيادة الأعباء النفسية، وضعف الإنتاجية الأكاديمية والمهنية.

التوصيات :

بناءً على ما جاءت به الدراسة الحالية من نتائج، توصي الباحثة بما يلي:

1- ضرورة تصميم برامج إرشادية وعلاجية تستهدف خفض الكمالية العصابية كمدخل وقائي للحد من أعراض الوسواس القهري.

2-إدماج برامج التوعية النفسية في المؤسسات التعليمية لتعريف الطلاب بخطورة الكمالية العصابية وآثارها النفسية.

3-تدريب المرشدين النفسيين والمعلمين على الكشف المبكر عن السمات الكمالية العصابية لدى الطلاب.

4-تعزيز دور الأسرة في توفير بيئة نفسية داعمة تقلل من الضغوط الحياتية التي قد تسهم في تفاقم الوسواس القهري.

5-الاستفادة من العلاج المعرفي السلوكي والعلاج بالواقع في المؤسسات العلاجية لخفض أعراض الوسواس القهري.

6-الاهتمام بالصحة النفسية للفئات الأكثر عرضة، مثل الطلبة المتفوقين والموهوبين والإناث.

7-تطوير سياسات تعليمية أكثر مرونة في التقييم الأكاديمي للحد من الضغوط المرتبطة بالكمال المفرط.

مقترحات البحث المستقبلية:

تقترح الباحثة بعض الدراسات البحثية وهي:

1-إجراء دراسات تجريبية لقياس فاعلية برامج علاجية متنوعة في خفض الكمالية العصابية والوسواس القهري.

2-دراسة العلاقة بين الكمالية العصابية والوسواس القهري في ضوء متغيرات نفسية أخرى مثل القلق، الاكتئاب، الصلابة النفسية.
3-دراسة الدور الوسيط أو المعدل للضغوط الحياتية في العلاقة بين الكمالية العصابية والوسواس القهري.
4-إجراء دراسات طولية لتتبع تطور الكمالية العصابية وعلاقتها بالوسواس القهري عبر المراحل العمرية.
5-إعداد مقاييس عربية مقننة حديثة لقياس الكمالية العصابية والوسواس القهري تتناسب مع البيئة العربية.

بيان تضارب المصالـــح:

يُقر المؤلف بعدم وجود أي تضارب مالي أو علاقات شخصية معروفة قد تؤثر على العمل المذكور في هذه الورقة.

المراجـــــــــــع:

أولا: المراجع العربية.
1-أحمد سعفان. (2003). اضطرابات الوسواس والافعال القهرية. القاهرة: مكتبة الزهراء الشرق.
2-أديب محمد الخالدي. (2006). مرجع في علم النفي الاكلينيكي (مرضى) فحص وعلاج. عمان: دار وائل للنشر.
3-أروى فيصل البناني. (2011). التجميع والتخزين القهري وعلاقته بالوسواس القهري في ضوء بغض المتغيرات الديموغرافية لدى عينة إكلينيكية وغير إكلينيكية. مكة المكرمة: غير منشورة.
4-آمال عبد السميع باظة. (2011). الكمالية العصابية والكمالية السوية. القاهرة: مكتبة أنجلو المصرية.
5-بشائر عبد الله سعيد القرني. (2023). الكمالية العصابية كمنبئ بفقدان الشهية العصبي واضطرابات النوم لدى الطلبة الموهوبين في المرحلة المتوسطة والثانوية بمدينة جدة. جدة: المجلة العلمية لكلية الآداب جامعة أسيوط.
6-تهاني فهد خالد الشمري. (2023). الوسواس القهري وعلاقته بجودة الحياة لدى طالبات كلية التربية بجامعة حائل. حائل: مجلة كلية التربية ببنها.
7-جمعة سيد يوسف. (2001). النظريات الحديثة في التفسير الأمراض النفسية. القاهرة: دار غريب.
8-جوانا بنت عبد الله الجهني، ونوال بنت عبد الله الضبيان. (2022). الكمالية العصابية وعلاقتها بفاعلية الذات العامة لدى عينة من الموهوبين في المرحلة التانوية في جدة. جدة، السعودية: مجلة العلوم التربوية والنفسية.
8-رباب أحمد كامل السيد البسطويسي. (2022). الضغوط الحياتية لمرضي الوسواس القهري وعلاقتها بتوافقهم الاجتماعي. حلوان: مجلة مستقبل العلوم الإجتماعية.

9- ربى نعمان أحمد فقرا. (2013). العنف الأسري وعلاقته بالوسواس القهري لدي المراهقين. عمان: غير منشورة.
10-زكريا عزيز جاد مينا السيد. (2020). الكمالية العصابية وعلاقتها لدى المتفوقين دراسيا بالمرحلة الثانوية. الاسكندرية: مجلة البحث العلمي في التربية.
11-زياد محمد أحميدان. (2006). المعجم الجامع. دمشق: مؤسسة الرسالة.
12-سامر جميل رضوان. (2009). علم النفس الاكلنينيكي، أشكال من الاضطرابات النفسية سن الرشد. غزة: دار الكتاب الجامعي.
13-شوقي ضيف. (2004). المعجم الوسيط. القاهرة: مكتبة الشروق الدولية.
14-صفاء أسماعيل مرسي. (2014). عدم تحمل الغموض والكمالية كمنبئين بأعراض الوسواس القهري لدى عينة طلبة وطالبات الجامعة. القاهرة: المجلة المصرية لعلم النفس الإكلينكي والإرشادي.
15-عبد المطلب القريطى. (2003). في الصحة النفسية. القاهرة: دار الفكر.
16-عبد المطلب القريطي. (2015). الخصائص السيكلومترية لمقياس الكمالية العصابية لدى المراهقين. جدة: مجلة الارشاد النفسي.
17-عبد المنعم عرفة محمود. (2010). الكمالية التوافقية ولا التوافقية وعلاقتها بعض أعراض الوسواس القهري لدى عينة من طلاب الجامعة. القاهرة: مجلة التربية.
18-علي هاشم جاوش الباوي. (2025). الكمالية العصابية وعلاقتها بالتوجيه بالتوجه نحو الدين(الجوهري-الظاهري) لدى المعلمين. جدة: مجلة لارك للفلسفة واللسانيات والعلوم الاجتماعية.
19-عماد عزات محمود طنينه. (2017). الوسواس القهري لدى مرضي الكلي والسرطان في محافظة الخليل. القدس: غير منشورة.
20-عماد ناصيف. (2013). الكمالية العصابية وعلاقتهما بالثقة لدى طلاب جامعة الباحة الموهوبين بالمملكة العربية السعودية. جدة: مجلة كلية التربية.
21-عمر الريماوي، وأميرة الريماوي. (2014). الوسواس القهري وعلاقته بأبعاد الشخصية العصابية والانبساطية لدى طلبة جامعة القدس. القدس: المجلة الدولية التربوية المتخصصة.
22فوزي محمد جبل. (2002). محاضرات في الصحة النفسية والسيكلوجية. القاهرة: مكتبة الجامعية.
23-محمد الجاسم محمد. (2004). المشكلات الصحة النفسية. عمان: دار الثقافة.
24-محمد بن ابي بكر بن عبد القادر الرازي. (1989). مختار الصحاح. بيروت: مكتبة لبنان.
25-نعمه احمد محمد علي. (2024). فاعلية برنامج قائم علي استخدام فنيات العلاج بالواقع في خفض حدة المالية العصابية لدى طلاب الجامعة. أسوان: مجلة كلية التربية - جامعة أسوان.
26-نوير بنت سلمان بن مبارك البلوري. (2019). فاعلية برنامج التقليل من التصور الخطر في خفض اضطراب الوسواس القهري المتعلق بالنظافة لدى النساء في المملكة العربية السعودية. يابل: مجلة كلية التربية الأساسية للعلوم التربوية والانسانية / جامعة بابل.

27-هالة عبد اللطيف محمد رمضان السيد. (2020). الكمالية العصابية والادراك الوالدي وأحداث الحية الضاغطة كمنبئات بالطراب الوسواس القهري لدى طلاب الجامعة. الاسماعلية: المجلة التربوية.
28-وائل ابو هنيدي. (2003). الوسواس القهري من منظور عربي إسلامي. الكويت: عالم المعرفة.
29-يعقوب الفيروزآبادي. (2005). القاموس المحيط. بيروت: مؤسسة الرسالة.

ثانيا ـ المراجع الأجنبية:

1. Eisen, J. L., Sibrava, N. J., Boisseau, C. L., Mancebo, M. C., Stout, R. L.,Pinto, A., & Rasmussen, S. A. (2013). Five-year course of obsessive-compulsive disorder: predictors of remission and relapse. The Journal of Clinical Psychiatry, 74(3), 233–239.
2. Flett, G. L., & Hewitt, P. L. (2002). Perfectionism and maladjustment: An overview of theoretical, definitional, and treatment issues. In G. L. Flett & P. L. Hewitt (Eds.), Perfectionism: Theory, research, and treatment (p. 5–31). American Psychological Association.
3. Flett, G. L., Nepon, T., Hewitt, P. L., & Fitzgerald, K. (2016). Perfectionism, components of stress reactivity, and depressive symptoms. Journal of Psychopathology and Behavioural Assessment, 38(4),645–654.
4. Selles, R. R., Højgaard, D., Ivarsson, T., Thomsen, P. H., McBride, N., Storch, E. A., Geller, D., Wilhelm, S., Farrell, L. J., Waters, A. M., Mathieu, S., Lebowitz, E., Elgie, M., Soreni, N., & Stewart, S. E. (2018). Symptom Insight in Pediatric Obsessive-Compulsive Disorder: Outcomes of an International Aggregated Cross-Sectional Sample. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 57(8), 615–619.e5.
5. Stewart, S. E., Hu, Y. P., Leung, A., Chan, E., Hezel, D. M., Lin, S. Y.,Belschner, L., Walsh, C., Geller, D. A., & Pauls, D. L. (2017). A Multisite Study of Family Functioning Impairment in Pediatric Obsessive-Compulsive Disorder. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 56(3), 241–249.e3.
6. Stairs, A.M. (2009). EXAMINING THE CONSTRUCT OF PERFECTIONISM: A FACTOR-ANALYTIC STUDY. University of Kentucky Doctoral Dissertations. 733.
7. Schuler, A. (1999). Voices of Perfectionism: Perfectionistic Gifted Adolescents in a Rural Middle School, National Research Centre on the Gifted and Talented, University of Connecticut, 362 Fairfield Road, U-7, Storrs, CT, Reports – Research (143).

8. Hewitt, P. L., & Flett, G. L. (1991a). Dimensions of perfectionism in unipolar depression.Journal of Abnormal Psychology, 100, 98-101.
9. Davis, C (1997). Normal and neurotic perfectionism in eating disorders. The International Journal of Eating Disorders, 22, (4), pp. 421-426.
10. Frost, R. O., & Gross, R. C. (1993). The hoarding of possessions. Behaviour research and therapy, 31(4), 367–381.
11. Gershuny, B. S., & Sher, K. J. (1995). Compulsive checking and anxiety in a nonclinical sample: Differences in cognition, behaviour, personality, and affect. Journal of Psychopathology and Behavioural Assessment, 17(1), 19–38.
12. Egan, S. J., Wade, T. D., & Shafran, R. (2011). Perfectionism as a transdiagnostic process: a clinical review. Clinical psychology review, 31(2), 203–212.
13. Julien, D., O'Connor, K., Aardema, F., & Todorov, C. (2006). The Specificity of belief domains in obsessive–compulsive symptom subtypes. Personality and Individual Differences, 41, 1205–1216.
14. Klibert, J. J., Langhinrichsen-Rohling, J., & Saito, M. (2005). Adaptive and Maladaptive Aspects of Self-Oriented versus Socially Prescribed Perfectionism. Journal of College Student Development, 46(2), 141–156.
15. Mills, J., & Blankstein, K. R. (2000). Perfectionism, intrinsic vs extrinsic Motivation, and motivated strategies for learning: A multidimensional analysis of university students. Personality and Individual Differences, 29(6), 1191–1204.
16. Raines, A.M., Carroll, M.N., Mathes, B.M., Franklin, C.L., Allan, N.P., & Constans, J.I. (2019). Examining the Relationships Between Perfectionism and Obsessive-Compulsive Symptom Dimensions Among Rural Veterans. Journal of Cognitive Psychotherapy, 33, 58 - 70.
17. McKay, D., Abramowitz, J. S., Calamari, J. E., Kyrios, M., Radomsky, A., Sookman, D., Taylor, S., & Wilhelm, S. (2004). A critical evaluation of obsessive-compulsive disorder subtypes: symptoms versus mechanisms. Clinical psychology review, 24(3), 283–313.

18. Tallis, F., Rosen, K., & Shafran, R. (2020). Investigation into the Relationship between personality traits and OCD: A replication employing a clinical population. Behaviour Research and Therapy, 34(8), 649–653.
19. Tolin, D. F., Worhunsky, P., & Maltby, N. (2006). Are "obsessive" beliefs Specific to OCD? A comparison across anxiety disorders. Behaviour research and therapy, 44(4), 469–480.
20. Hamachek, D. E. (1978). Psychodynamics of normal and neurotic perfectionism. Psychology, 15, 27-33.
21. Ashby, J.S., & Kottman, T., & Stoltz, K.B. (2006). Multidimensional Perfectionism and Personality Profiles. Journal of Individual Psychology,62(3),312-32.
22. Burns, L.R., Francis, D., & Chavarria, J. (2008). Static Versus Strategic Coping Skills: Associations with Reflection, Rumination, and Perfectionism. Paper Presented at Workshop Symposium" Advances in Perfectionism Research, University of Kent, Department of Canterbury, UK, July 14-1.
23. Chang, E.C. (2000). Perfectionism as a Predictor of Positive and Negative Psychological Outcomes. Examining a Mediation Model in Younger and Older Adults. Journal of Counselling Psychology, 47(1), 18 – 25.
24. Chang, E.C., Watkins, A.F., & Banks, K.H. (2004). How Adaptive and Maladaptive Perfectionism Relates to Positive and Negative Psychological Functioning: Testing a Stress-Mediation Model in Black and White Female College Students. Journal of Counselling Psychology, 51(1), 93-10.
25. Ishida. H. (2005). College Students' Perfectionism and Task – Strategy Inefficiency: Why Their Efforts Go Unrewarded? The Japanese Society of Social Psychology, 20 (3), 208-215.
26. Khatibi, M. & Fouladchang, M. (2016). Perfectionism: A brief review. The International Journal of Indian Psychology, 3(2), Issue (3), 13-1.
27. American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Dsm5). Fifth Edition England, London.
28. Abramowitz JS, Taylor S, McKay D (2009). Obsessive-compulsive disorder. The Lancet, Volume 374, Issue 9688, 8–14, p.p 491–499.

29. Greisberg, S. (2005) .Neuropsychological Functioning of Children with Obsessive-Compulsive Disorder. DAl-B 66/03, p.1719, Sep.
30. Nestadt G, Samuels J, Riddle M, Bienvenu OJ 3rd, Liang KY, LaBuda M, Walkup J, Grados M,
31. Hoehn-Saric R (2000). Family study of obsessive-compulsive disorder, Archive of General Psychiatry, 57(4):358-63, April 2000.
32. National Institute of Mental Health (2003). News release: Mutant gene linked to obsessive-compulsive disorder. National Institute of Mental Health (NIMH), 23 October 2003.
33. BBC Science and Nature (2002) Human Body and Mind. Causes of OCD. Bbc.co.uk. 2002-10-01. Retrieved 2013-11-29.
34. De Silva, P., & Rachman, S. (1993). Obsessive-Compulsive Disorder (the facts). New York: Oxford University Press.
35. Leckman, J, Grice, D, Baordman, J, Zhange, H, Vitale, A, Bondi, G, Alsobrook, J, Rasmussen, S, Goodman, W &Pauls, D. (1997). Symptoms of Obsessive Compulsive Disorder. American Journal of Psychiatry, (154)911-917.
36. Minichello, W, Baer, L, Jenike, M. (1990). Age of onset of major subtypes of obsessive-compulsive disorder. Journal of Anxiety Disorders. (4).147-150.
37. Jnike, M, Baer, L, &Minichiello, W. (1998). An overview of obsessive-compulsive disorder. Practical management: Boston Mosby.
38. Oltmanns, T, Neale, J, &Davison, G (1995). Abnormal Psychology.New York.
39. Beecham, S. (1997). What is obsessive-compulsive disorder. Anxiety disorders Association of America.