الدلالات الكلينيكية للوسواس القهري باستخدام نظام اكزنر الشامل في اختبار الرورشاخ وعلاجها بالتحليل النفسي المختصر (دراسة حالة)

إعـــداد

أ.د. عبد الرقيب أحمد البحيري[1] **أ.م د. أسماء عثمان دياب**[2]

الملخص العربي:

هدفت الدراسة الحالية إلى معرفة الدلالات الكلينيكية لحالة تعاني من الوسواس القهري وذلك باستخدام اختبار الرورشاخ وفقا لنظام اكزنر الشامل ، كما هدفت إلى علاج الحالة بالتحليل النفسي المختصر. استخدمت الدراسة قائمة الأعراض المعدلة (إعداد عبد الرقيب أحمد البحيري ، ٢٠٠٥) واختبار الرورشاخ ، وفنيات التحليل النفسي المختصر. وجدت الدراسة دلالات كلينيكية مميزة للحالة التي تعاني من الوسواس القهري مثل سمات ودفاعات عصابية ، ومعاناة انفعالية ، وصراع. كما اتضح فاعلية فنيات التحليل النفسي المختصر مثل التداعي الحر ، والتحويل ، والمقاومة ، والتفسير لعلاج الحالة.

الكلمات المفتاحية: الوسواس القهري ، اختبار الرورشاخ ، نظام اكزنر الشامل ، التحليل النفسي.

---

(١) أستاذ الصحة النفسية – كلية التربية– جامعة أسيوط

(٢) أستاذ الصحة النفسية المساعد – كلية التربية بالوادي الجديد – جامعة الوادي الجديد

الدلالات الكلينيكية للوسواس القهري باستخدام نظام اكزنر الشامل في اختبار الرورشاخ وعلاجها بالتحليل النفسي المختصر (دراسة حالة)

إعـــداد

أ.د. عبد الرقيب أحمد البحيري(١) **أ.م د. أسماء عثمان دياب**(٢)

مقدمة:

سلم فرويد منذ عام ١٩٢٦ أن العصاب القهري من أكثر موضوعات البحوث التحليلية تشويقًا ومن أكثرها فائدة ، ولكنه لا زال مشكلة لم تحل بعد، ويبدو أننا لم نجد سبيلا سوى التسليم بوجهه نظره حتى وقتنا هذا، على الرغم من مرور قرنين من الزمان على ما سلم به فرويد ؛ فعلى الرغم من التقدم في فهم وعلاج اضطراب الوسواس القهري من الناحية البيولوجية والمعرفية السلوكية، إلا أن التدخلات العلاجية الناجحة لازالت نادرة صعبة المنال (Külz et al., 2014) ؛ حيث أن أكثر من ثلث مرضى اضطراب الوسواس القهري لا يستجيبون للعلاج ، وتقريبا نصف هؤلاء المرضى الذين يحققون العلاج يعانون من الانتكاسة وذلك باستخدام الطرق العلاجية والأساليب الجديدة التي عرضها كلينيكيون العلاج المعرفي السلوكي مثل التعرض وكبح الاستجابة والتي تعتبر أولى خطوط العلاج الخيارية لاضطراب الوسواس القهري(Foa, 2011 & Franklin).

إن العصاب القهري ليس في ذاته بشئ يسير على الفهم ، فلغة العصاب القهري، قبل كل شئ، لا تنطوي على قفزة من عملية نفسية إلى تعقيب بدني – تبدين هستيري – الأمر الذي يستحيل أن يكون مفهوما لدينا بشكل تام، وقد أكد فرويد أنه إذا كان الواقع لا يؤيد توقعاتنا تلك، فربما يرجع ذلك ليس غير إلى معارفنا الأقل عمقا بالعصاب القهري؛ فالأشخاص الذين يعانون من الوسواس القهري يسترون مرضهم عمن حولهم طالما استطاعوا إلى ذلك سبيلا، وغالبًا لا يلجأون إلى الطبيب إلا بعد أن يكون عصابهم قد بلغ مرحلة مستفحلة (فرويد ، ١٩٧٨).

والوسواس القهري حالة تتسم بالوساوس (أفكار ، الحاحات ، صور) و/أو أفعال قهرية (سلوكيات ، أفعال عقلية) تستغرق وقتًا وتسبب ضغوطًا في المجالات الاجتماعية والمهنية أو مجالات أخرى هامة من الأداء في حياة الفرد (American Psychiatric Association, 2013) ، ويؤدي ذلك غالبًا إلى ارتفاع مستوى التوتر والقلق لدى الفرد وأداء طقوس قهرية بشكل متكرر من أجل تقليل أو خفض القلق (Abramowitz, Khandker, Nelson, Deacon, Rygwall 2006).

ويعد الوسواس القهري مرضًا مزمنًا بمسار متنوع ، يحاول المريض غالبًا تجنب التشخيص به (Seibell, Hamblin & Hollander, 2015) ، كما أن التأخر بين بداية العرض والعلاج تصل تقريبا إلى سبعة عشر عاما (Jenike, 2004) ؛ وقد يرتبط ذلك بالخزي المرتبط بالطبيعة المزعجة لأعراض الوسواس القهري (Seibell et al., 2015) ، كما يعد اضطراب الوسواس القهري رابع الاضطرابات النفسية الأكثر شيوعا مع نسبة انتشار تتراوح بين ١% إلى ٣% (Ruscio, Stein, Chiu & Wessler, 2010, Szeszko et al., 2004). وعلى الرغم من تنوع محتوى الوساوس والأفكار القهرية ، إلا أن معدلات الانتشار متشابهة في جميع أنحاء العالم (Bjorgvinsson, Hart & Heffelfinger, 2007).

إن أعراض اضطراب الوسواس القهري متنوعة جدًا وغير متجانسة وهناك أنواع فرعية مختلفة لاضطرابات الوسواس القهري ؛ فقد أشار Abramowitz, Taylor & McKay (2009) إلى أن هناك خمسة أبعاد رئيسة لاضطراب الوسواس القهري وهي: (١) وساوس تتعلق بكون الفرد مسئولا عن حدوث ضرر أو الفشل في منع حدوث هذا الضرر ، وفحص الأفعال القهرية ومحاولة تأكيدها ، (٢) وساوس تتعلق بالنظام وطقوس الترتيب والعد ؛ (٣) وساوس تتعلق بالتلوث ، وطقوس الغسيل والنظافة ؛ (٤) وساوس بغيضة ومثيرة للاشمئزاز فيما يتعلق بالجنس والعنف والدين، (٥) الميل للتخزين فيما يتعلق بوساوس الاكتساب والاحتفاظ بالموضوعات وما يرتبط بها من أفعال قهرية.

وتعد بدايه اضطراب الوسواس القهري غالبا تدريجية ، حيث تبدأ في مرحلة الرشد المبكر وقد تبدأ أيضًا في مرحلة الطفولة وقد أكدت العديد من الدراسات أن له مكون وراثي(Van (Grootheest, Cath, Beekman, & Boomsma, 2007) ، ومع ذلك

فإن الضغوط تعد أيضًا من العوامل المرسبة لاضطراب الوسواس القهري مثل المشكلات الجنسية والزواجية والحمل ومرض أو موت قريب أو شخصية هامة في حياة الفرد وعادة ما تزداد الأعراض وتتضاءل مع ضغوط الحياة ؛ على الرغم من أن بعض المرضى يظهرون زيادة ثابتة لأعراضهم (Zetin & Kramer, 1992).

ومن المسلم به وعلى نطاق واسع أن السبب الكامن وراء الوساوس والأفكار القهرية لدى المرضى ذوي اضطراب الوسواس القهري ليس في الأفكار القهرية ولكن في سوء تفسير هذه الأفكار القهرية (Obsessive Compulsive Cognitions Working Group, 1997) ؛ فقد أكد Freud (1909) أن لعصاب الوسوسة ملمح رئيسي يكمن في الانشغال ثنائي الاتجاه بتهديد الموت ؛ فمريض الوسواس القهري لديه خوف من التطفلات من العالم الخارجي الخبيث وتأثير أفكارهم المدمرة ومشاعرهم على الآخرين.

كما أدى تحليل Freud (1909) للرجل الفأر إلى استنتاجه بأن الصراع بين الرغبة الجنسية أو العدوانية والانطباع المرتبط بالانتقام والعقاب قد يؤدي في أغلب الاحتمالات إلى بناء دفاعي من الطقوس الصارمة والتحكمات لحماية الوسواس القهري والآخرين من ضرر وشيك. وعزى Nunberg (1932) الانشغال ثنائي الاتجاه للوسواس القهري إلى الثنائية الجنسية transvitism والتي تعبر عن غموض حدود الأنا ، ويرى أن التمييز بين الخبرات الداخلية والادراكات الخارجية يتم فقدانها وتحل محلها العمليات النفسية في كلا الاتجاهين: من العالم الداخلي إلى العالم الخارجي ومن العالم الخارجي إلى العالم الداخلي ، ويتم فهم الخبرات الداخلية لتكون ادراكات العالم الخارجي ، بينما التغيرات في العالم الخارجي تعايش على إنها تغيرات في العالم الداخلي.

ويركز Fereczi على الوظيفة العقلية التأملية الضعيفة عند عصاب الوسواس القهري ، ويرى أن الكبح في النمو قبل التناسلي يؤدي إلى خلط الرغبة مع التفعيل ، وهذا الجزء المكبوح يفشل في التمييز بين مبادئ السعادة و"مراحل الواقع" (Fonagy, Gergely, Juris & Target, 2004). ويرى Fenichel (1946) بالمثل أن النكوص إلى المستويات قبل الجنسية من الأداء يخترق عمليات تفكير الفرد ذو الوسواس القهري.

وترى Klein (1932, 1952) أن العصاب الوسواسي تكمن جذوره في القلق الذهاني للوضع شبه الفصامي البارانويدي ؛ فالوساوس والأفكار القهرية تعد وسيلة للسيطرة على مواقف الخطر المبكرة والشعور بالقلق والذنب المرتبط بها والتابعة للهجمات السادية الشرجية للطفل على الموضوعات الخارجية ، وأن الافراط في نشاط الوسواس القهري يعكس عدم قدرة الأنا على التعامل مع مخاوف الاضطهاد ويثير نمو عصاب الوسوسة الذي يهدف بدوره إلى الشعور بالراحة واستعادة والحفاظ على الموضوعات المتنوعة.

ويرى Fairbairn (1944) أن الملامح الوسواسية توجد كدفاع ضد الموضوعات الداخلية السيئة غير المشروطة ، وفي محاولة للتعويض ، يتم استدخال الموضوعات الجيدة ، هذا الاستدماج للموضوعات الجيدة التعويضية يوصف بأنه دفاع أخلاقي ويتضمن تحويل الموضوعات السيئة غير المشروطة إلى موضوعات سيئة مشروطة.

ويرى Fonagy (1999) أن مريض الوسواس القهري يعايش عقله كما لو كان جهاز تسجيل بتطابق تام دقيق بين الحالات الداخلية والواقع الخارجي ؛ فالواقع يعايش كأسطورة خيالية والأسطورة تبدو كواقع بسبب القدرة الضعيفة على التعقل.

مما سبق يتضح أن التفسيرات السيكودينامية لاضطراب الوسواس القهري تفترض أن الوساوس والأفعال القهرية تبدأ في الحدوث بسبب صراع بين هو اندفاعي وأنا أعلى غير مرن ؛ فيه تجبر الهو على تحقيق الاندفاعات العدوانية والجنسية ، أما الأنا الأعلى فتحاول التغلب على هذه الاندفاعات ، وتطور الأنا دفاعات تتوسط الصراع بين الهو والأنا الأعلى (Fenichel, 1946) وعلى الرغم من أن أعراض الوسواس القهري شعورية ، إلا أنها بدائل مقنعة للالحاحات اللاشعورية التي تم منعها من الشعور (Esman, 2001, Besharat & Kamali, 2016). وبناء على التفسيرات السيكودينامية للوسواس القهري ، يرى البحث الحالي أن الطرق التحليلية النفسية لاتزال لديها ما تسهم به وذلك للأسباب التالية: أولا أن الوساوس والأفعال القهرية لديها معاني شعورية ولا شعورية قد تؤثر على استثمار العرض ، ثانيًا أن العوامل النفسية الدينامية متضمنة غالبا في تدهور الأعراض ، ثالثًا أن الوساوس والأفعال القهرية تقريبا عادة ما تكون لها دلالة بينشخصية لا شعورية ، رابعًا أن بعض ملامح الشخصية الوسواسية تميل إلى تقويض وخفض الجهود العلاجية ، وأخيرًا أن

العلاجات السيكوديناميةقد تمثل الملاذ الأخير في حالة مقاومة العلاج (Gabbard, 2001).

ومع التأكيد على فاعلية العلاج النفسي ، أصبح من الأهمية وصول العديد من الأفراد إلى هذا النوع من العلاج ، إلا أن هناك العديد من العوامل تحول دون الوصول إليه منها محدودية المبالغ المادية المدفوعة لساعات المعالج في العيادات العامة ، والاحجام عن تمويل العلاج النفسي إذا تخطى عدد محدود من الجلسات ؛ وبالتالي هناك حاجة ملحة لاختصار العلاج بالتحليل النفسي وتكثيف فوائده العلاجية في ساعات كلينيكية محدودة (Abbass, Town, Ogrodniczuk , Joffres, and Lilliengren, 2017) ، وإلا ستصبح قيمة هذا النوع من العلاج النفسي محل جدال ، وتأثيره العلمي مشكوك فيه ، وسوف يتلاشى إطاره المألوف.

وقد عالج فرويد Katharina و Gustav Mahler بعدد محدود من الجلسات العلاجية ، إلا أنه مع نمو النظرية التحليلية والفهم الأعمق للنفس والعقل ، فقد أصبح العلاج النفسي التحليلي أطول وأطول ، ووضعا Alexander and French (1946) في علاجهم بالتحليل النفسي تصورا لجوهر العلاج النفسي وأكدا على أنه يزود المرضى "بخبرة انفعالية متماسكة" ، وأوصى Alexander and French باستخدام الجلسات الاسبوعية بدلا من الجلسات اليومية لأن الجلسات المتناثرة تسمح للمريض بتطبيق ما تعلمه خلال العلاج في الخبرات اليومية ولأن الجلسات الأقل تكرارا تقلل اعتماد الفرد على المعالج ، وأشارا إلى أنه بالإمكان انجاز الأهداف العلاجية وإحداث التغييرات المطلوبة في مدة زمنية أقل.

وتوالت دراسات وكتابات Malan (1976) , Mann (1973) , and Davanloo (1980) التي كانت القوة الرئيسية الدافعة لتطور العلاج النفسي الدينامي المختصر المعاصر بل والقوة الدافعة لإدراك أن العلاج المختصر يمكن أن يقدم أكثر من التدعيم أو التدخل في الأزمة. فقد أظهرت أعمالهم أن العلاج النفسي الدينامي المختصر يمكن أن يؤدي إلى تغيرات ذات معنى للشخصية من خلال التركيز على قضية المريض المحورية وتفسيرها ، ويتم مخاطبة الصراع المركزي من خلال وصف الاندفاعات والدفاعات والقلق (مثلث الاستبصار) باستخدام الأساليب التفسيرية ، ويتم مخاطبة الاندفاعات

والدفاعات والقلق بشكل متكرر بربط تعبيراتهم تجاه الآخرين المحيطين بالفرد ، والمعالج (الطرح) ، والوالدين (مثلث الفرد).

وبصفة عامة كلما كان نظام العلاج النفسي يتوافق مع المعايير التالية ، كلما أطلقنا عليه العلاج النفسي الدينامي قصير الأمد وهي: (١) أن النظرية التحتية لتفسير الاضطراب هي التحليل النفسي بالمعنى الواسع للكلمة ، (٢) معظم الفنيات مستوحاه من التحليل النفسي ، (٣) العلاج محدود بعدد من الجلسات تتراوح عادة من ١٢ – ٤٠ جلسة ، (٤) يتم اختيار المرضى لمثل هذا النوع من العلاج ومعيار الانتقاء هو تقييم المعالج لقدرة الفرد على خلق علاقة عمل جيدة مع دافعيته للتغيير ، (٥) يتم تطوير التركيز على العلاج والمحافظة على استمراريته (Crits– Christoph, Barber and Kurcias, 1991, Barber, 1994).

وقد استخدم Vyjayanthi (2014) العلاج النفسي الدينامي المختصر مع حالة تعاني من الوسواس القهري ، ذكر ، يبلغ من العمر (٥٧) عامًا لديه وظائف أنا قوية تكونت جلسات البرنامج من عشر جلسات تضمنت السيطرة على الاتحاد العلاجي اللاشعوري وتم تفسير الدفاعات العصابية وهي الالغاء والنقل والعزل وتحققت عملية العلاج بنجاح.

وقد قام Leichsenring and Steinert (2017) ببناء نموذج للعلاج النفسي الدينامي قصير المدى Short–term Psychodynamic Psychotherapy (STPP) لاضطراب الوسواس القهري يعتمد على العلاج التدعيمي التعبيري لـ Luborsky ، ويتكون العلاج من إثنى عشر نموذجًا يشمل العناصر المميزة للعلاج النفسي التدعيمي بواقع (٢٤) جلسة بالاضافة إلى أربع جلسات تمهيدية ، وهي التركيز على موضوع علاقات الصراع الجوهرية المرتبطة بأعراض اضطراب الوسواس القهري وعلى تكوين اتحاد علاجي آمن ، وتشمل عناصر علاج الاضطراب مخاطبة التناقض الوجداني ، والتمييز بين التفكير والسلوك وتخفيف حدة الأنا الأعلي ومخاطبة الموضوعات الوجودية وتضمين توصيات فرويد الأصلية لحث مرضى اضطراب الوسواس القهري على مواجهه الموقف المسبب للخوف واستخدام الخبرات المثارة للعمل على الصراع الكامن.

وحتى يتسنّى بناء برنامج علاجي يعتمد على التحليل النفسي لابد من دراسة ديناميات الشخصية الوسواسية وتشخيصها تشخيصًا كلينيكيًا وقد اهتمت العديد من الدراسات باستخدام الاختبارات الاسقاطية في تشخيص الوسواس القهري ، فقد استخدم محمد عبد الظاهر الطيب (١٩٧٧) لوحات اختبار تفهم الموضوع (TAT) بهدف تحليل وتأويل قصص المفحوصين من العصابيين القهريين والأسوياء واتضح من النتائج تميز قصص العصابيين القهريين بالتجنب الذي يتخذ تشكيله من التباينات من هروب في التشكك وهروب من الاستجابة بمقاومة شديدة للاختبار ، أو هروب في تفصيلات اللوحة أو القصة ، أو هروب في وصف اللوحة نفسها ، أو الاغراق في استعراضية موسوعية. وكذلك تبرز عدوانية العصاب القهري المتجهة نحو الأب أو الزوج أو الزوجة أو نحو الذات ، وقد تتخفى بفعل ميكانيزمات الدفاع وخاصة التكوينات المضادة ، لتكون أدبًا مسرفًا وهدوءًا زائدًا ، وحبًا يخفي وراءه كل كراهية ، ولكن لابد للمكبوت أن يطفح من حين لآخر ، ليكشف زيف هذه المشاعر. وأيضًا تظهر إستية العصاب القهري وقد اتخذت تشكيله من التباينات ، فهي قد تتخذ صورة النزعات المثلية أو رفض العلاقات الغيرية ، أو صورة قلق خصاء ، أو سلبية استقبالية أو غير ذلك مما قد يشير إلى التثبيتات الإستية. بينما جاءت قصص الأسوياء خلوا من التجنب والنزعات الإستية – السادية ، غير أنه يتضح بها العدوانية ، باعتبار أن وجودها مسألة ضرورية للحياة ، ولكنها لا ترتبط لديهم بالنزعة الإستية كما هو الحال في قصص العصابيين القهريين ، بل تظهر في خدمة الانجاز وتحقيق الآمال العلمية والعملية.

وقام عادل كمال خضر (٢٠٠٠) بدراسة عن الدلالات الإكلينيكية المميزة لاستجابات مريض بعصاب الوسواس القهري يبلغ من العمر ٣٣ عامًا وذلك باستخدام اختبار تفهم الموضوع (TAT) وقد أوضحت الدراسة أن اختبار تفهم الموضوع يعد أداة ذات قدرات تشخيصية هائلة ، من حيث قدرته الفائقة على كشف الدلالات الكلينيكية المميزة للمرض. ومن أهم هذه الدلالات السرد الطويل لأحداث قصص محكمة ، والاهتمام بذكر الوصف الدقيق للأشخاص والأشياء ، والاهتمام بذكر النقود ، والمصاريف ، والعملات الأجنبية ، والأجور والدخل والمال والذهب ، والاهتمام بذكر الأعداد والأرقام خلال سرد أحداث القصص ، والمبالغة في الانفعالات ، وتميز البطل في القصص بمفهوم سلبي عن الذات.

يتضح مما سبق عرضه أن هناك اختفاء تام تقريبا من استخدام للتحليل النفسي في علاج اضطراب الوسواس القهري في الدراسات العربية ولم تستخدم الدراسات اختبارات اسقاطية لتشخيص الوسواس القهري سوى اختبار تفهم الموضوع ولم تستخدم اختبار الرورشاخ. وبالتالي تسعي الدراسة الحالية إلى استخدام الرورشاخ مع حالة تعاني من الوسواس القهري وتصحيحه باستخدام نظام Exner الشامل وفي ضوء ذلك يتم استخدام فنيات العلاج بالتحليل النفسي المختصر.

مشكلة الدراسة:

لا يزال يعتبر معظم الكلينيكيون العلاج المعرفي السلوكي من أفضل العلاجات النفسية للمرضى ذوي اضطراب الوسواس القهري وقد تراجع استخدام أشكال وصيغ التحليل النفسي بل ونادرا ما تستخدم في الممارسة الكلينيكية الحديثة ، رُغم العديد من الأدلة التي تدفعنا لاستخدام العلاج النفسي الدينامي مع الوسواس القهري ؛ أولًا أن الأبحاث البيولوجية العصبية تؤكد أن الوسواس القهري قد ينتج من عدم قدرة الفرد على كبح العمليات التي تتوسط دوائر المهاد القشري من اقتحام الوعي والشعور (Stein, 2002) ، وتتوافق هذه الحالة مع المفهوم السيكودينامي للاندفاعات المهددة اللاشعورية والتي لا يمكن تجنبها تمامًا وتقتحم الشعور ، على الرغم من عدم ارتباطها عادة بالانفعال (Fenichel, 1946) ، ثانيًا أن العديد من أعراض الوسواس القهري غنية بالمعنى اللاشعوري وترتبط بالعلاقات البينشخصية (Lang, 2015)، ثالثًا أن كلا من النماذج السيكودينامية الحديثة والمعرفية السلوكية للوسواس القهري تركز على دور التمثيلات العقلية المضطربة للذات وللآخرين ، إلا أن النماذج السلوكية المعرفية تركز على الخبرات الشعورية ، وتخاطب الطرق السيكودينامية العمليات اللاشعورية(Kempke & Luyten, 2007) ، رابعًا أثبتت العديد من الدراسات فاعلية العلاج النفسي الدينامي المختصر في علاج اضطرابات القلق (Leichsenring et al., 2015).

ويرى الباحثان أن النظرة التحليلية النفسية قد تثري فهمنا للأفراد ذوي الوسواس القهري مما يفتح مجالا لاستخدام العلاج النفسي السيكودينامي مع بعض الأفراد ويساعد في تحسين العلاج ، كما أنه من الضروري دراسة الاضطراب بشكل كلينيكي من أجل توضيح التاريخ الطبيعي وأنماط العرض وتحديد العوامل المرسبة والأسباب وتقييم الحاجة لخدمات

الصحة النفسية لهذه الحالة ويتم ذلك باستخدام الأدوات السيكومترية واختبار الرورشاخ الاسقاطي واستخدام فنيات التحليل النفسي المختصر.

وبالتالي تتحدد مشكلة الدراسة في التساؤلات التالية:

١- ما هي الدلالات الكلينيكية المميزة لحالة تعاني من الوسواس القهري كما يكشف عنها اختبار الرورشاخ؟

٢- ما مدى فاعلية استخدام فنيات التحليل النفسي المختصر في خفض حدة اضطراب الوسواس القهري؟

أهداف الدراسة

تهدف الدراسة الحالية إلى تحديد الدلالات الكلينيكية المميزة للشخصية التي تعاني من الوسواس القهري باستخدام اختبار الرورشاخ ، كما تهدف إلى إعداد برنامج قائم على فنيات التحليل النفسي المختصر ودراسة فاعلية هذا البرنامج في علاج حالة تعاني من الوسواس القهري.

أهمية الدراسة:

- **الأهمية النظرية:** تتضح الأهمية النظرية للبحث في ندرة الدراسات التي اهتمت بدراسة الوسواس القهري من الناحية الكلينيكية والبحث عن الأسباب الحقيقية اللاشعورية التي تؤدي إلى هذا الاضطراب ودراسته باستخدام اختبار رورشاخ من أجل التشخيص الدقيق ومعرفة البناء النفسي للحالات وبالتالي سيضيف مرجعا إلى المكتبة العربية الخاصة بهذا المجال.

- **الأهمية التطبيقية:**

١- تتضح أهمية الدراسة فيما تسفر عنه من نتائج يمكن من خلالها نشر التوعية بهذا الاضطراب للأغراض الوقائية و التشخيصية والعلاجية.

٢- استفادة الدارسين والباحثين في مجال علم النفس الكلينيكي بالخطوات التي اتبعت في تطبيق وتفسير الاستجابات وفقا لنظام اكزنر الشامل في الرورشاخ في دراسات مماثلة.

٣- يساعد الكشف عن الدلالات الكلينيكية للوسواس القهري في توضيح الأساليب والأنماط الوالدية السوية وغير السوية في التعامل مع الأبناء مما يحد من انتشاره.

فروض الدراسة:

١- يمكن استخدام اختبار الرورشاخ في الكشف عن الدلالات الكلينيكية للشخصية الوسواسية القهرية.

٢- ما مدى فاعلية برنامج علاجي قائم على فنيات التحليل النفسي المختصر في تخفيف أعراض الوسواس القهري.

إجراءات الدراسة:

١- عينة الدراسة

تكونت عينة البحث الأساسية من طالبة بالدراسات العليا تبلغ من العمر ٢٩ عامًا ، جامعية التعليم.

٢- منهج الدراسة

تستخدم الدراسة الحالية المنهج الكلينيكي حيث الدراسة العميقة للحالة الفردية.

٣- أدوات الدراسة:

١-قائمة الأعراض المعدلة "SCL90-R":

تعتبر قائمة الأعراض المعدلة Symptom Checklist 90-Revised "SCL90-R" (عبد الرقيب أحمد البحيري ، ٢٠٠٥) ، قائمة تقدير كلينيكي ذاتية التقدير لتشخيص الأعراض السلوكية عن طريق التقرير الذاتي. وتتكون هذه القائمة من (٩٠) عبارة موزعة على تسعة أبعاد يعتقد أنها تشمل غالبية الأعراض السلوكية ، هذا بالاضافة إلى ثلاثة مؤشرات عامة خاصة بالاستغاثة ، وهذه الأعراض هي: (١) الأعراض الجسمانية ، (٢) الوسواس القهري ، (٣) حساسية التفاعل مع الآخرين ، (٤) الاكتئاب ، (٥) القلق ، (٦) العداوة ، (٧) الخوف (٨) البارانويا التخيلية (٩) الذهانية أما عن المؤشرات الثلاثة العامة فهي: (١) مؤشر الشدة العام ، (ب) مؤشر الأعراض الايجابية المنذرة بالخطر ، (ج) والمجموع الكلي للأعراض الايجابية ، وتستخدم هذه القائمة بصورة منتشرة في العيادات النفسية والمستشفيات في التشخيص كما تستخدم من خلال الباحثين في دراستهم.

٢- اختبار رورشاخ (بقع الحبر):

اعتمد الباحثان في تطبيق وتفسير الاختبار على طريقة Exner Comprehensive System (CS) (Exner, 1974, 1978). وهي طريقة مقننة لتفسير الاختبار وضعه Exner ، وهو نظام أكثر دقة في التحليل.

٣- برنامج التحليل النفسي المختصر:

قام الباحثان ببناء البرنامج العلاجي استنادًا إلى نظرية التحليل النفسي والإطار النظري والدراسات السابقة ، كما استند الباحثان أيضًا إلى نتائج الدراسة التحليلية للحالة في وضع جلسات البرنامج.

أهداف البرنامج:

يهدف البرنامج المستخدم في البحث الحالي إلى تحقيق الأهداف التالية: (أ) **هدف علاجي** حيث يهدف البرنامج الحالي إلى خفض حدة اضطراب الوسواس القهري ، (ب) **هدف وقائي** ويتمثل في تدريب الحالة على فنيات علاجية تستخدم مستقبلاً في الحياة اليومية من أجل مواجهة أعراض الوسواس القهري والوصول إلى التوافق والصحة النفسية (ج) **هدف تربوي** ويتمثل في تبصير الحالة بحقيقة المشكلات التي تعاني منها ، وكيفية التعامل معها بشكل موضوعي ومنطقي ، (د) **هدف إنفعالي** ويتمثل في تدريب الحالة على ضبط انفعالاتها ، من خلال الملاحظة والتأمل والتفسير.

بنية البرنامج:

يتكون البرنامج المقترح من (١٥جلسة) بمعدل جلستان أسبوعيا ، وتستغرق كل جلسة من جلسات البرنامج المقترح (٦٠) دقيقة تقريبًا.

الفنيات المستخدمة في البرنامج:

يشتمل البرنامج على الفنيات التالية:

- التداعي الحر:

يعد التداعي الحر الطليق محاولة تستهدف الافلات من غفلة الرقيب عن طريق المستدعيات التلقائية للمريض ، والتي تتم دون تدبر ، ومن ثم يمكن للألفاظ والعبارات والتصورات الذهنية أن تفلت من الرقيب ، ويجد فيها المعالج زادًا من الرموز التي يمكن له أن يؤولها على نحو يكشف له عن معناها اللاشعوري (هاري ويلز ، ١٩٧٨).

- **التحويل أو الطرح:**

يدل مفهوم التحويل على موقف انفعالي معقد يقفه المريض تلقائيًا من المحلل النفسي ويتميز أحيانًا بغلبة مشاعر الحب أو مشاعر العدوان وإن كان يتألف غالبًا من مزيج من العنصرين (التحويل الموجب ، والتحويل السالب ، التحويل المزدوج الميل) ، وهذه المشاعر لا تنطبق على الموقف الحاضر وإنما هي مواقف لا شعورية طفلية ، يحياها المريض ثانية في الموقف العلاجي ويخلع فيها على المحلل شخصية الأفراد المسئولين عن نشأة هذه المشاعر وعن تكوين شخصية المريض تكوينًا يتسم بالصراع النفسي والعجز عن النمو النفسي المتكامل (الوالدان ومن حل محلهما) ، والتحويل هو الظاهرة الأساسية في عملية العلاج بالتحليل النفسي لأن المريض يحيا في المواقف مشكلته الجوهرية بكل دقائقها الانفعالية ، ومن ثمة يتمكن من حلها حلا موفقًا عن طريق مراجعة تاريخه المنسي كما يتكشف من خلال موقف التحليل (فرويد ، ١٩٦٢).

ويتسم العصاب الوسواسي بأن الصلة لم تنقطع بالموضوعات رغم ما طرأ عليها من اضطراب نتيجة لانطواء الشخص وتقلص مجال اهتماماته وانحصار الجانب الأكبر من طاقاته الليبيدية في موضوعات الخيال ، وبفضل وجود هذه العلاقة بالموضوعات يصبح المريض قادرًا على التحويل ومن ثمة يمكن اخضاعه للتحليل النفسي من حيث أن أساس هذا الفن من العلاج استغلال ظاهرة الطرح استغلالا منهجيًا (فرويد ، ١٩٦٣).

- **المقاومة:**

ويعد مفهوم المقاومة من المفاهيم الرئيسية في نظرية التحليل النفسي وما هي إلا رد فعل دفاعي يلجأ إليه المريض النفسي من أجل حجب إدراكه للقلق والصراع والأفكار والغرائز والمواد المكبوتة التي تظهر على شعوره في أثناء العلاج النفسي (رالف غربنسون ، ١٩٨٨).

- **تفسير الحلم:**

يقوم تفسير الحلم بدور مهم في العلاج بالتحليل النفسي ، إذ ان الرغبة المكبوتة يتسنى لها أن تبدو في الحلم بصورة أوضح بكثير مما يمكن أن نبدو بها في العرض في أثناء اليقظة ، ومن ثم كانت دراسة الأحلام أيسر مدخل ننفذ منه إلى معرفة اللاشعور المكبوت الذي تنتمي إليه الليبيدو بعد أن تفلت من سيطرة الأنا (فرويد ، ١٩٧٨). وتبين الأحلام الأطوار النفسية التي يمر بها المريض أثناء العلاج ؛ فالعلاج النفسي يطور شخصية

المريض بالتدريج ، ولابد لهذا التطور أن ينعكس في أحلامه ، وكما يتبين المعالج في سياق الأحلام بوادر التحسن ، فهو يتبين فيها كذلك أحيانًا نذر الانتكاس ، ومحاولات المقاومة ضد التطور (عبد المنعم المليجي ، ١٩٨٦). ويرى فرويد أن الحلم يتابع حياة اليقظة ، فأحلامنا تتصل دائمًا بالأفكار التي كانت تشغل الشعور قبيل وقوعها ، وتكاد الملاحظة المدققة أن تكشف باطراد خيطًا يصل الحلم بخبرات اليوم السابق (فرويد ، ١٩٨١). وتكشف أحلام المريض خلال عملية العلاج بالتحليل النفسي عن موقف المريض من مرضه النفسي ، وموقفه من المعالج ومن عملية التحليل (نجيب يوسف ، ١٩٦٠) ؛ وبالتالي تعين المعالج النفسي على اكتشاف أسباب الاضطراب وعلاجه.

- التفسير:

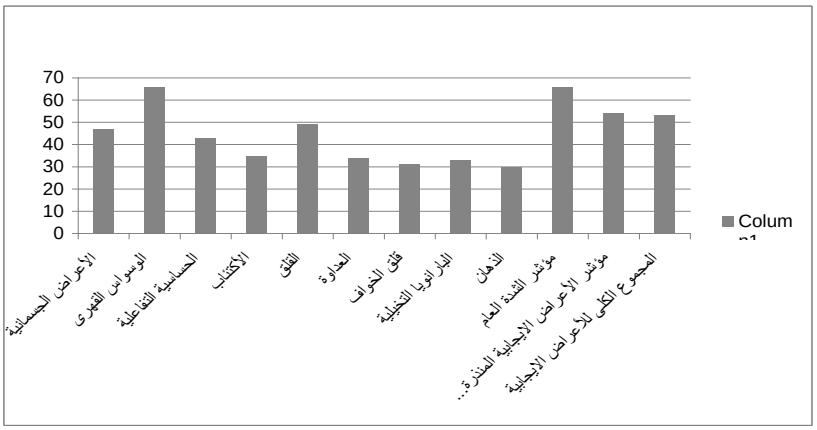
التفسير أو التأويل يعين المريض على أن يستبعد مقاوماته إلى أقصى حد ممكن ، ويلفت انتباه المريض ، الذي إما أن يكون غير واع بالمرة وإما أن يكون واعيًا بدرجة غير كافية بمقاوماته ، إلى آثار هذه المقاومات. وتعد أقوال المريض تلميحات إلى أشياء أخرى ويحاول المحلل استنباط ما يكمن وراء هذه التلميحات ويزود المريض بهذه المعلومات ويقدم المحلل للمريض كلمات للتعبير عن المشاعر التي تكون في طريقها إلى السطح ، وبذلك ييسر لها أن تصير شعورية. ولا يمكن أن يكون التأويل فعالا إلا إذا قدم في اللحظة التي تكون فيها المسافة بين القول والمقصود منه أضيق ما يمكن ولكي يتم ذلك يتحتم عليه دائمًا أن يكون على وعي بمدى شدة المقاومات التي تعمل في أية لحظة (أوتو فينخل ، ١٩٦٩).

نتائج الدراسة:

نتائج اختبار صحة الفرض الأول وتفسيرها:

ينص الفرض الأول على أنه: "يمكن استخدام اختبار الرورشاخ في الكشف **عن الدلالات الكلينيكية للشخصية الوسواسية القهرية**".

للتحقق من صحة هذا الفرض قام الباحثان بما يلي: (١) تطبيق قائمة الأعراض المعدلة (ترجمة وتعريب عبد الرقيب البحيري) ، وفيما يلي عرض للصفحة النفسية الكلينيكية لقائمة الأعراض المعدلة **SCL-90-R** للحالة (م . م) (شكل ١):



(شكل ١)

الصفحة النفسية الكلينيكية لقائمة الأعراض المعدلة SCL-90-R للحالة (م . م)

يتضح من تطبيق قائمة الأعراض المعدلة (شكل ١) أن الدرجة الخام لبعد الوسواس القهري هي ٢,٦ وبالكشف عن الدرجة التائية المقابلة لهذه الدرجة الخام يلاحظ أنها تساوي ٦٦ درجة تائية ، مما يدعونا للتدخل العلاجي حيث أن الدرجة الفاصلة ٦٠ درجة تائية.

أما الدرجات التائية لمؤشر الشدة العام (GSI) ، والمجموع الكلي للأعراض الايجابية (PST) ، ومؤشر الأعراض الإيجابية المنذرة بالخطر (PSDI) فهي على التوالي ٦٦ ، ٥٣ ، ٥٤ درجة تائية. وبالنظر إلى الدرجات التائية السابقة نجد أن مؤشر الشدة العام (GSI) أكبر من الدرجة الفاصلة ٦٠ درجة تائية ، الأمر الذي يعجل بالتدخل العلاجي لأعراض الوسواس القهري.

(٢) قام الباحثان بتطبيق اختبار الرورشاخ على الحالة وتفسيره وفيما يلي عرض تاريخ الحالة ثم عرض بروتوكول الحالة.

أ- تاريخ الحالة:

الحالة طالبة بالدراسات العليا تبلغ من العمر ٢٩ عامًا ، جامعية التعليم ، قدمت نفسها قائلة أنها تعاني من وساوس بصفة مستمرة وأفعال قهرية غريبة منذ المرحلة الثانوية واشتدت هذه المعاناة بصفة خاصة في الثلاث سنوات الأخيرة. كانت السمات الأساسية لاضطرابها تدور حول طقوس الاغتسال والنظافة والخوف والقلق المستمر على ابنتيها من حدوث مكروه

لهن يتمثل دائما في السقوط من مكان مرتفع والغياب المتكرر من عملها لخوفها من حدوث مكروه أثناء الذهاب للعمل. استخدمت الحالة طريقة ايقاف التفكير واستبدال الأفكار االلاعقلانية بأفكار عقلانية ولكن لم تكن مجدية معها حيث سرعان ما عاودتها هذه الوساوس وطلبت العلاج بالتحليل النفسي عندما قرأت عنه ولكن بشئ من الاختصار.

ب- برتوكول الحالة (م . م):

٣- قام الباحثان بتطبيق اختبار الرورشاخ على الحالة ، ثم تفسير بروتوكول الحالة على طريقة Exner وذلك لتحديد الصورة الكلينيكية للوسواس القهري ، وفيما يلى عرض البروتوكول:

بروتوكول الحالة (م .م) التي تعاني من الوسواس القهري

رقم البطاقة زمن الرجع	التداعي الحر	الاستقصاء	التصحيح
١ ١٧ً ثانية	١- سيدات ترقص ممكن يكونوا ساحرات ، وفي الوسط ممكن سيدة واقفة والساحرات بيعملوا طقوسهم الخاصة معاها. ٢- الشكل كله زي الأشعة.	الساحرتان بيعملوا حاجة في الظلمة بيسحروا أو بيرقصوا للست اللي في المنتصف من خلال حركتهم والست واقفة بتنظر لهم وكأنها عاجزة. أشعة إكس عشان السواد تقريبًا لمنطقة الحوض.	W+ M^{a} . Fy+ (2) H, (H) *P* 4.0 Wo FYo Xy 1.0
٢ ٤٧ً ثانية	٣-الجزء اللي فوق يظهر كأنه حيوانين مستعدين للشجار. ٤- هنا في الوسط كأنه ثقب في الأرض زي بئر بس فيه لمعه .	حيوانات هيتشاجروا يمكن أن نرى الرأس والأرجل والأذن اللي بيأكد إنها حيوانات. هذه المنطقة التى في المنتصف البيضاء بئر مثقوب جامد وله لون لامع.	D+ FM^{a} o (2) A 4.5 DS+ FC´ o Hiole 4.5
٣ ٩ً ثانية	٥- امرأتان تتشاجران على حاجة بيحاولو يسحبوها ويرفعوها لفوق بس مش قادرين.	انهما امرأتان بسبب الصدر الظاهر والكعب العالي ومعهما سلة مليئة باكسسوارات أو أكل يتشاجران عليها ولا يوجد أحد منهما يستطيع الحصول عليها.	D+ M^{a}o (2) H P 3.0
٤- ٥٩ً ثانية	٦- قد يكون ذلك أيضًا أشعة أكس.	الشكل كله ممكن يكون نوع من الظلام شكل لمنطقة الحوض التى تظهر في الأشعة.	Wo FYo Xy 2.0
٥- ٢٧ً ثانية	٧- سيدتان تجلسان أمام بعضهما.	الشكل كله زي ما يكون اثنان يجلسان لا يفعلون شيء بس رجلهم مفرودة وشكلهم	W+ Mp+ (2) H 2.5

		مش طبيعي ممكن كانوا بيتخانقوا بس تعبوا.	
٦- ٧٨ ثانية	٨- سكينة سيتم رميها تجاه شخص ما في معركة وبها سن حاد يستخدم للايذاء أو القتل.	هنا فقط الجزء الأعلى هو سكينة شكلها بيؤكد كده.	Do Fw Knife
	٩- الجزء اللى في المنتصف ممكن يكون نهر أو طريق.	شكله من بعيد كده طريق او جزيرة أو نهر ولكن صغير جدا.	Do FDo Ls
٧- ١٣ ثانية	١٠- امرأتان تتجادلان + هذه رؤوسهم يبدو أنهم غير متفقتان بيتشاجروا. ١١- لو وضعتها كده ممكن يكون أرنوب رجله صغيرة قوي.	نعم هذه الرؤوس ممكن يكونوا سيدتان بيتشاجروا على وعاء مليء بالأشياء الثمينة وشعرهم ووجوههم تدل على أنهم سيدات. شكله جميل ودنه طويلة ورجله صغيرة ورفيعة.	D+ Mªo (2) Hd P 3.0 Do Fo A
٨- ١٠ ثانية	١٢- الشكل كله كما لو كان رسم تشريحي ولكن مش قادرة أحدد الأجزاء ممكن تكون أحشاء داخلية وممكن يكون جرح داخلي في كتلة دموية. ١٣- هنا قفص صدري في المنتصف أو رئة.	تقريبا شبه الأحشاء الداخلية وهنا لون وردي مثل جرح والأعضاء مش واضحة. شكله هنا يشير إلى قفص صدري	Wv CFo An 4.5 DSo Fo An
٩- ٧٠ ثانية	١٤- هنا في المنتصف حامل زجاجي لشمعة. ١٥- هنا ساحرتان تقريبا بينظروا لشيء كريستالي وبتكلموا عنه.	هنا الحامل وبداخله الشمعة بتذوب زي كدة الشموع اللي بنشوفها في المناسبات وفيها اللون اللبني كأنها تعطي لونا. الساحرتان بعد ما نظروا للشيء الكريستالي رجعوا تاني وبتجادلوا زي ما يكون مش عجبهم ولبسين لبس الساحرات قبعات وفساتين.	DS+ mp. FV+ Candle 5.0 Dd+ Mª o (2) (H) 2.5
١٠- ١٥ ثانية	١٦- ممكن يكون بوكيه ورد وكان مترتب كويس بس تحول للون البني بعد ما نشف وتساقط منه بذور أو ممكن تكون فراشة ++ لا لا أعتقد زي ما قلت بذور تتساقط من الورد. ١٧- أو حيوانات تحاول أن تفعل شئ ما ناحية هؤلاء الناس أو تطلع على حاجة.	هذه البذور ولونها البني كما لو كانت جاهزة للزراعة وانبات ورد جديد. مخلوقات مش واضحة عندها أرجل صغيرة وقرون استشعار تقريبا لا يوجد أرجل ممكن يكون أكلهم ويتجادلوا متي يأكلون.	Do FC o Bt D+ FMª o (2) A 4.0

ملخص بروتوكول الحالة

R= 17	Zf=12	ZSum=40.5		P=3	(2)=7	
Location Features		Determinants		Contents		
W=5	DQ	*M.FY*=1		*H* =3		
D=11	+ = 0	*m.FV*=1		*(H)* =1.1		
Dd=1	*O* = 7		*M*=4	*Hd* =1		
S=3	*V* = 1		*FM*=2	*A* =2		
Dw=0	- = 0		*CF*=1	*(A)* =1		
Form Quality			*FC*=1	*An* =2		
+ = 3			*FC´*=1	*Bt* =1		
O = 13			*FY*=2	*Ls* =1		
W = 1			*FD*=1	*Xy* =2		
- = 0			*F*=3			

المعدلات والنسب:

ZSum/Zest=40.5/38.0	FC/CF+C= 1/1	*Afr*= .55
Zd=+2.5	W/M= 5/5	3r+(2)R=7/17=.41
EB=5/1.5 *EA*=6.5	W/D= 5/11	Cont/R=9/17
eb = 3/5 *ep*=8	L=.21	H+Hd/A+Ad=5/3
Blends/R= 2/17	F+% =67	H+A/Hd+Ad= 7/1
a/p = 6/3	X+%=88	XRT Achrom= 37
Ma /Mp = 4/2	A%=18	XRT Chrom= 29

تفسير برتوكول وملخص الحالة:

حصلت الحالة على عدد من **الاستجابات التوليفية المركبة** (Zd= +2.5) **وقد صاحب ذلك عدد مرتفع** متناسب من استجابات الحركة الانسانية (M) مما يشير إلى أن الحالة تظهر ذكاءً فوق المتوسط ، وتعتمد بشكل كبير على ذكائها في التعامل مع عالمها ، ومن المحتمل مع احتياجاتها. ويشير مجموع استجابات الحركة الانسانية في السجل مقارنة بالمجموع الموزون لاستجابات اللون (*EB*=5/1.5) ، إلى أنها تفضل حياتها الداخلية كمصدر لمزيد من الارضاء والارتياح أكثر من التفاعل مع العالم الخارجي. وتشير محددات الحركة غير الانسانية ومقارنتها بكل الاستجابات التي تتضمن الظلال والألوان (*eb* = 3/5) أن الحالة تعاني من عدم الراحة والصراع. ويشير ملخص بروتوكول الحالة إلى

أن مجموع استجابات الحركة غير الانسانية واستجابات اللون والظلال (**ep**=**8**) والتي يطلق عليها Exner الخبرة الممكنة أو المحتملة (Experience Potential) أعلى من مجموع الحركة بالاضافة إلى المجموع الموزون للون (**EA**=**6.5**) والتي يشير إليها Exner بالخبرة الفعلية (Experience Actual) مما يدل على أن الحالة لديها مصادر لاتزال في طور التنظيم والتصور والفهم لدرجة أنها قد تتعرض لتعزيزات من دوافع أقل تطورا ورقيا وغير متحكم فيها في سلوكياتها اليومية ويؤكد ذلك سيطرة الوساوس القهرية عليها.

وتكشف معدلات الايجابية والسلبية (6/3 = a/p) والحركة الايجابية والسلبية (4/2 = Mª / Mp) عن ميل الحالة بشكل عادي إلى نمط سلوكي أكثر ايجابية ؛ ومع ذلك ، يوجد ثلاث استجابات من خمس استجابات ظلال تتضمن تظليل منتشر ومشتت والتي تعنى وجود قيود سلبية لسلوكياتها. ويؤكد هذا الانقسام الصراع الواضح بين الجانب الإيجابي والسلبي في التفكير وذلك في المواقف الضاغطة.

أما استخدامها للون (FC/CF+C= 1/1) فمعتدل وبسيط جدًا ، ولكن الاستخدام القليل للشكل Lambda (L=.21) يشير إلى امكانية تأثرها بالانفعال معظم الوقت. كما أن العدد المنخفض لاستجابات الشكل الخالص (F=3) يشير إلى ضعف الدقة الادراكية ، إلا أن نسبة استخدام الشكل الجيد (X+%=88) خلال السجل يقع في الحدود الطبيعية ويشير إلى عدم وجود تشوهات جسيمة في اختبار الواقع ، إلا أنها قد تطوع الواقع عندما تتطلب احتياجاتها ذلك. أما انخفاض نسبة الشكل الحيواني (A%=18) فيشير إلى أنها لا تميل للنشاط العقلي البسيط التقليدي ويتضح ذلك أيضًا بمجموعة متنوعة لا بأس بها من المحتويات (Cont/R=9/17) .

كما أن النسبة الانفعالية(Afr= .55) تقع في الحدود الطبيعية مما يشير إلى أن الحالة لا تجذبها المؤثرات ذات النغمة الانفعالية بشكل مفرط ، وعلى الرغم من أنها لا تظهر الانفعال بسهولة في السجل ، إلا أنها تخضع لمعاناه انفعالية كبيرة معظمها مزعج بشكل مؤلم. وتقع نسبة التمركز حول الأنا (3r+(2)R=7/17=.41) في النهاية العليا للمدى الطبيعي مما يشير إلى تقدير ذاتي ليس مفرطا وليس أقل قيمة. أما بالنسبة لعدد الاستجابات الانسانية فنجد أنه مرتفع قليلاً عن عدد الاستجابات الحيوانية

(H+Hd/A+Ad=5/3) ويرجع ذلك إلى الاستخدام المنخفض للحيوانات في السجل ولا يرجع إلى انشغال مفرط بالآخرين.

وتتضمن استجابتها الاضافية ظلال (Blends/R= 2/17) ، مما يشير إلى أنها تعاني من ألم نتيجة لنشاطها التخيلي وأنها تضع أهداف لنفسها أقل من قدرتها على تحقيقها. كما أن وجود ثلاث استجابات شائعة فقط (P=3) يكشف عن بعض التجاهل للشئ التقليدي ، أو أنها قد تكون في الواقع أكثر تحولا لاحتياجاتها المتعلقة بالذات. إن وجود استجابتين تشريحيتين (*An* =2) بالاضافة إلى استجابتين أشعة إكس (*Xy* =2) يشير إلى اهتمام كبير بالجسم وأنها حذرة بشكل عام في اقترابها من العالم.

أما بالنسبة لمتوسط زمن الرجع فيتسم بالطول حيث بلغ (٣٤.٤ ثانية) وهو يبتعد عن **الحد العادي** الذي يتراوح من ١٥-٢٠ ثانية مما يشير إلى بعض التأخر في نهجها للبطاقات ويؤكد ذلك الفكر الوسواسي ، كما أن الفرق بين أكبر زمن رجع (٧٨ ثانية) وأقل زمن رجع (٩ ثواني) يشير إلى السمات العصابية وما يصاحبها من قلق وتوتر.

كما تتضمن استجابات الحالة للبطاقات الملونة فراغ ، يعكس ذلك ميل الحالة إلى المعارضة والعناد وإلى وجود توتر نفسي وقلق بينها وبين البيئة المحيطة متمثلا في انعدام الثقة في الآخرين ، وتدل على وجود عدوانية ، ويدعم ذلك عدم وجود استجابات شائعة للثلاث بطاقات الأخيرة ، واستجابة شائعة واحدة فقط للخمس بطاقات الملونة. وبالتالي نستطيع القول أن الحالة تميل إلى التفاعل بطريقة سلبية عدائية للمدخلات المثيرة ذات النغمة الانفعالية.

تحليل التداعي الحر:

تتسم المادة اللفظية للتداعي الحر بالثراء والطول مما يؤكد الفكر الوسواسي شديد التدقيق الذي يتضمن الاسقاط في كثير من الاستجابات ؛ فإستجابتها الأولى تمهد لذلك "السيدة واقفة تنظر لهم وكأنها عاجزة" مما يؤكد حالة الصراع التي تنتهي في شكل التردد والشلل النفسي. كما أن علاقات الموضوع تظهر بشكل مستمر في حالة صراع كما في البطاقة الثالثة "امرأتان تتشاجران" والتي تشير أيضًا إلى القيمة الزائدة للعقل لدى الحالة مما يجعلها تطور عقلها بدرجة عالية جدًا ، إلا أن هذا الذكاء العالي يكشف عن ملامح أوائلية

ويعج بالسحر والخرافة ، فالأنا تكشف عن تقالق ؛ فجزء منها منطقي ، والآخر سحري ، والميكانيزم الدفاعي العزل يجعل من الممكن الابقاء على هذا التقالق (أوتوفينخل ، ١٩٦٩).

كما أن هناك تضمينات جنسية للعديد من استجابتها كما في البطاقة الأولى والرابعة "أشعة إكس للحوض" ، والبطاقة السادسة "سكينة تستخدم لجرح أو قتل" ، وفي البطاقة الثامنة "ممكن يكون جرح داخلي". لا توضح أي من تلك الاستجابات انشغال جنسي مباشر ، ولكن كلها مؤشرات لانشغال جنسي مخفي ، وكل استجابات الصراع لديها تتضمن شخصيات أنثوية ساحرات ، نساء مما يؤكد توحدها المناسب مع دورها الجنسي ، ولكن تعاني من خلط بشكل واضح بخصوص كيفية ظهور هذا الدور سلوكيا ؛ فالحالة تعاني من صراع شديد بخصوص دورها الجنسي ، هذا الصراع يتم معايشته على أنه عدواني ومؤلم ، فبالرغم من توحد الحالة المناسب مع دورها الجنسي الأنثوي ؛ إلا أنه يبدو أنها غير قادرة على تحديد كيف يتم لعب هذا الدور على أفضل وجه ، ولديها مخاوف أساسية من الاتصال الجنسي الغيري المباشر.

وتشير استجابتها للبطاقة الخامسة "سيدتان تجلسان أمام بعضهما" إلى ميل إلى الجنسية المثلية ؛ والسبب في ذلك المشاعر الجنسية الأوديبية المخيبة من الأب ولم تجد أخ تحول إليه مشاعرها وتتشبث به ، مما جعلها تتحول إلى الأبد عن الرجل ، ناكصة إلى الأم ، موضوع عقدة أوديب الايجابية الأولية ، الأمر الذي لا يسمح فيما بعد ، حين تكون الجنسية الثنائية قوية والبيئة مواتية إلا بالجنسية المثلية التي تفكر فيها بشكل ظاهر كاظهار بديلاً لجنسيتها . ومعظم استجابتها الجنسية الرمزية تؤكد تصورها بأن الاتصال الجنسي الغيري مؤلم وغير مرغوب فيه. وقد يشير ذلك إلى أنها في مأزق بخصوص التعبير عن جنسيتها و يؤكد ذلك استجابات أشعة إكس على البطاقة الأولى والبطاقة الرابعة والتي تعد اظهار مباشر لهذا الخلط ، بمعنى شكل من تأخير الحدث حتى يتم حسم الصراع بشكل مُرض. كما تدعم استجابتها للبطاقة السادسة هذا السياق ؛ فهي ترى سكينة يمكن أن تؤذي أو تقتل ، ثم ترى نهر أو جزيرة أو طريق على أنه بعيد ، وهذه هى البطاقة الوحيدة أيضا التى لا يوجد بها أي نشاط تنظيمي ، كما لو كان عقلها الأساسي سقط بشكل مؤقت ، مما أثار التعبير المباشر عن حالتها المتصارعة. وتتضمن الطبيعة التفصيلية للعديد من استجابتها أفكار وسواسية مثالية مثل استخدام عقلها في التعامل مع الغموض والتأكد من أن

اسقاطاتها ليست مباشرة بشكل واضح ؛ ومع ذلك فيبدو أنها تكشف عن مشكلتها الرئيسية بدلا من ذلك بشكل واضح ، إنها تدافع عن نفسها ضد حالة الصراع من خلال مستوى مرتفع من النشاط العقلي ، وتنظم عالمها بدقة متناهيه مثالية ، ولكنها تميل إلى الاسقاط المفرط لاحتياجاتها ومشاعرها ، وبالتالي فيمكن لهذا النمط الدفاعي أن يفشل. مما سبق يتضح صحة الفرض الكلينيكي.

يتضح من ملخص بروتوكول الحالة ومن تحليل التداعي الحر الدلالات الكلينيكية التالية للحالة (م . م):

١- نقص في المجموع الكلي للاستجابات (R=17) بالنسبة للمعدل الطبيعي للشخص العادي والذي يتراوح من ٢٠: ٤٥ استجابة ولا يفسر ذلك بضعف القدرة الانتاجية ؛ فقد اتسمت استجابات التدعي الحر بالثراء مما يشير إلى وجود عناصر كامنة في شخصية الحالة لا تكون على استعداد للعمل تلقائيًا وبشكل مباشر. وإذا نظرنا إلى هذا العدد كعلامة تشخيصية للاكتئاب نجد أن الرورشاخ كشف عن معاناه الحالة من الاكتئاب ولكن بنسبة بسيطة حيث تتراوح استجابات المكتئب اكتئابًا شديدًا من ١١ : ١٥ استجابة ومن ١٦ : ١٨ استجابة في الحالات الأقل اكتئابًا ، على الرغم من أن الدرجة التائية للحالة في قائمة الأعراض المعدلة ٣٥ وهي درجة لا تتطلب تدخل علاجي. وبالتالي يتضح لنا أن الحالة يمكنها أن تستسلم لحالة **تداعي حر** أي أن تذكر كل ما يخطر بذهنها علي أن تتجنب أي توجيه شعوري لخواطرها.

٢- تعاني الحالة من سمات عصابية أخرى مثل القلق والتوتر والعناد وقد اتضح ذلك من طول متوسط زمن الرجع (٣٤.٤ ثانية) ومن استجابات الفراغ للبطاقات الملونة وكذلك من الدرجة التائية لقائمة الأعراض المعدلة حيث حصلت على ٤٩ وهي درجة مرتفعة ولكن لم تصل إلى الدرجة المرضية. ويتفق ذلك مع العديد من الدراسات التي أكدت تزامن القلق مع الوسواس القهري مثل دراسة (Deacon &Abramowitz, 2008) و دراسة (Starcevic, 2014) ، حيث يعاني الأفراد ذوي اضطراب الوسواس القهري من أفكار متكررة ملحة تسبب ضغطًا ومن الصعب مقاومتها وتؤدي إلي مستويات مرتفعة من القلق (Asmundson,

(Abramowitz, Richter, & Whedon, 2010). ويتضح من طول زمن الرجع الصراع الذي تعانيه الحالة مما يدل على أن هناك قوة تسعى إلى التعبير عن شيء وأخرى تجهد في منع هذا التعبير وبالتالي نستخدم **فنية المقاومة.**

٣- يشير مجموع استجابات الحركة الانسانية في السجل مقارنة بالمجموع الموزون لاستجابات اللون (*EB*=5/1.5) ، إلى أنها تفضل حياتها الداخلية كمصدر لمزيد من الارضاء والارتياح أكثر من التفاعل مع العالم الخارجي.

٤- وتتضمن استجابتها الاضافية ظلال (Blends/R= 2/17) ، مما يشير إلى أنها تعاني من ألم نتيجة لنشاطها التخيلي وأنها تضع أهداف لنفسها أقل من قدرتها على تحقيقها ، وقد اتضح ذلك من نسبة الخبرة الممكنة (***ep*=8**) الأعلى من نسبة الخبرة الفعلية (***EA*=6.5**).

٥- تفضل الحالة بصفة عامة النمط الايجابي من التفكير والسلوك وقد اتضح ذلك من معدلات الايجابية والسلبية (*a/p* = 6/3)؛ ومع ذلك تعاني الحالة من صراع واضح بين الجانب الإيجابي والسلبي في التفكير وذلك في المواقف الضاغطة وقد اتضح ذلك من وجود ثلاث استجابات ظلال تتضمن تظليل منتشر ومشتت وهو ما يؤكد وجود قيود سلبية لسلوكياتها.

٦- اختبار الواقع لديها سليم وقد اتضح ذلك من نسبة استخدام الشكل الجيد (X+%=88)، وكذلك من الدرجة التائية المنخفضة للحالة على قائمة الأعراض المعدلة في بعد البارانويا والذهانية حيث بلغت (٣١) و(٣٠) على التوالي مما يؤكد سلامة اختبار الواقع. ويشير اختبار الواقع كوظيفة من وظائف الأنا إلى أن الأنا عند الحالة (م.م) التي تعاني العصاب القهري أكثر يقظة ، وهو يقوم بعمليات عزل صارمة بسبب حدة درجة التوتر التي يسببها الصراع القائم بين أناه الأعلي وبين الهو ويصبح من الواجب على الأنا ، أثناء قيامه بعملية التفكير أن يقاوم أمورا كثيرة مثل تدخل الخيالات اللاشعورية أو ظهور النزعات الوجدانية المتناقضة ومن الواجب عليه ألا يهدأ بل من الواجب عليه أن يكون مستعدا دائما للكفاح وهو يقوم بتقوية الاجبار على التركيز والعزل بالاستعانة بعمليات العزل السحرية التي تظهر بوضوح في صورة أعراض ، والتي تصبح ذات أهمية عملية كبيرة عند

المريض (فرويد ، ١٩٧٨) ، مما يعطي أهمية كبيرة للأنا لأنها تسبب بعض المنافع ، بل أنها تقوم باشباع نرجسي لا يمكن أن يقبله الأنا في غير هذه الصورة فتقوم الأنظمة الوسواسية والقهرية كغسل اليدين وكثرة الاستحمام بإرضاء حبها لذاتها لأنها تجعلها تشعر أنها أحسن من غيرها لأنها نظيفة جدا وهو ما يعرف بالفائدة الثانوية للعصاب هذه الفائدة الثانوية تعمل على مساعدة الأنا على ضم العرض إليها وتعمل على شدة تثبيت العرض. وبالتالي تتضمن فنية من فنيات العلاج المقاومة لأن المحلل سيساعد أنا الحالة في كفاحها ضد العرض وهذه العلاقة التي تربط بين الأنا والعرض تعمل على المقاومة وزيادتها. ونظرا لأن الصلة لم تنقطع بالموضوعات رغم ما طرأ عليها من اضطراب نتيجة لانطواء الحالة وتقلص مجال اهتماماتها وانحصار الجانب الأكبر من طاقاتها الليبدية في موضوعات الخيال كما اتضح من نسبة الخبرة الممكنة (***ep***=8) الأعلى من نسبة الخبرة الفعلية (***EA***=6.5)، فإن الحالة تصبح قادرة على "**التحويل**" ومن ثمة يمكن اخضاعها للتحليل النفسي من حيث إن أساس هذا الفن من العلاج استغلال ظاهرة التحويل استغلالا منهجيًا ؛ فالتحويل ظاهرة لا شعورية معقدة تحدث تلقائيًا في موقف التحليل النفسي وتميزه عما عداه من المواقف في الحياة ، وفيه لا يكتفي المريض بأن ينظر إلى المحلل على ضوء الواقع بوصفه معينًا وناصحًا ، يكافأ على الجهود التي يبذلها ، ويقنع هو نفسه بدور الدليل في الجبال أثناء تسلق وعر، بل يرى المريض في محلله بعثًا أو نسخًا لشخص هام في طفولته أو ماضيه ومن ثمة يحول إليه مشاعره ومواقف سلوكية كانت تنصب بلا ريب على هذا المثال. وهناك ميزتين للتحويل فعندما يضع المريض المحلل مكان أبيه أو أمه ، فإنه يتيح له السيطرة التي يمتلكها الأنا الأعلى عنده على الأنا من حيث أن أبويه كانا أصل الأنا الأعلى عنده ، فيتاح للأنا الأعلى الجديد أن يقوم بما يشبه التربية اللاحقة للعصابي ، فيستطيع أن يصحح الأخطاء التي تعد التربية الأبوية مسئولة عنها. وهناك ميزة أخرى للتحويل هي أن المريض يبرز لنا بوضوح مجسم جزءًا هامًا من تاريخ حياته ، لم يكن ليستطيع _ لولا التحويل _ إلا أن يعرضه لنا

عرضًا ناقصًا ويبدو أنه يحيا هذا الجزء أمامنا بدلا من أن يرويه لنا" (فرويد ، ١٩٦٣).

٧- لا تظهر الحالة الانفعال بسهولة في السجل إلا أنها تخضع لمعاناه انفعالية كبيرة معظمها مزعج بشكل مؤلم ويشير ذلك إلى استخدام حيلة الكبت.

٨- تدافع الحالة عن نفسها ضد حالة الصراع من خلال مستوى مرتفع من النشاط عقلي ، وتنظم عالمها بدقة متناهيه ، ولكنها تميل إلى استخدام حيلة الاسقاط بشكل مفرط لاحتياجاتها ومشاعرها. ونظرا لاستخدام الاسقاط فنستخدم **تحليل الاحلام** حيث يدل الاسقاط على عملية نفسية ألا وهي عملية صياغة الحلم حيث تتخذ أفكار الحالم صور موضوعات مادية خارجية. وتتاح الفرصة لأساليب النشاط القديمة أن تفصح عن نفسها وتنقص المقاومة الكابتة التى تثقل على اللاشعور.

٩- لدى الحالة توحد مناسب مع دورها الجنسي الانثوي ؛ ومع ذلك يبدو أنها غير قادرة على تحديد كيف يتم لعب هذا الدور على أفضل وجه ، ولديها مخاوف أساسية من الاتصال الجنسي الغيري المباشر ، كما أنها تفكر بشكل ظاهر في الجنسية المثلية كاظهار بديل لجنسيتها. وقد اتضح من تاريخ الحالة ومن استجابات التداعي الحر أن الحالة من نمط النساء المعرضات عن الجنسية الموضوعاتية ، ولكن هذا الاعراض لا يلقى تقبلا حقيقيًا ويلازم التألم انتقاء مثلي جنسي قهري للموضوع مما أدى إلى تفجر العصاب ؛ وعندئذ يستطيع التحليل النفسي وحده إما أن تتصالح مع إعراضها ، بفضل نشاط اجتماعي لم يكن قائمًا من قبل ولكنه يخرج إلى حيز الوجود ، وإما ببساطة عن طريق الحل الأقرب إلى الغريزة ، بأن تتصالح مع ممارسة جنسيتها الواقعية ، التي كانت تنكرها حتى اللحظة (ماري بونابرت ، ١٩٦٩).

نتائج اختبار صحة الفرض الثاني وتفسيرها

ينص الفرض الثاني على أنه " ما مدى فاعلية برنامج علاجي قائم على فنيات التحليل النفسي المختصر في تخفيف أعراض الوسواس القهري" ، وللتأكد من صحة هذا الفرض قام الباحثان ببناء برنامج قائم على فنيات التحليل النفسي المختصر ؛ حيث يتكون البرنامج

المقترح من (١٥جلسة) بمعدل جلستان أسبوعيا ، ويشتمل البرنامج على فنيات التداعي الحر والمقاومة والتفسير والطرح وتفسير الأحلام. وتستغرق كل جلسة من جلسات البرنامج المقترح (٦٠) دقيقة تقريبًا وفيما يلي عرض موجز لجلسات البرنامج:

الجلسة الأولى والثانية (المناقشة والحوار) وهي جلسات تعارف بين المعالج والحالة وتم فيها التشخيص والتمهيد للعلاج المستخدم. وتم فيها بناء الثقة والالتزام بالوقت وحدود الاتصال بالمعالج.

الجلسة الثالثة إلى الخامسة بدأت بالحديث عن سمات شخصيتها بأنها مثالية مطيعة ومتدينة جدا ثم بدأت بالحديث عن والدتها التي وصفتها بالتطفل والسلبية وعدم الاهتمام بأي شيء سوي بناتها والاستماع بالتفصيل الممل لكل ما يدور في يومها منذ الصغر كانت قلقة عليها جدا من حدوث أى مكروه لها. والدها يحب العمل كثيرا ودائما بعيد عن المنزل لا يعبء بمسئوليتهن. تروي الحالة أحداث حياتها الماضية والحاضرة وتعترف برغباتها وانفعالاتها وخصوصا العلاقة مع والدتها والتى كانت تتأرجح بين الحب الشديد والكره الشديد لها كانت تحبها لأنها تعتنى بهم من الناحية البيولوجية فقط وتكرهها لعدم اعتنائها بهم من الناحية النفسية فقد كانت دائمة الشجار مع والدها ولم يكون لها أي دور في اتخاذ قرارات هامة حاسمة سواء في حياتها نفسها أو حياة أبناءها حتى في زواجهن. وواصلت الحديث عن العلاقة بوالدتها.

الجلسة السادسة حتى الثامنة التداعي الحر والطرح كان محور الحديث عن العلاقة بزوجها التي كانت تتسم بالجدية والجمود ولا يتخللها عواطف وتناولت الحديث عن عملها حيث يصفها الجميع بالمجتهدة والنشيطة والطموحة وخصوصا زميل لها كان يثنى عليها كثيرا وتعاون معها في العديد من الأعمال وكان تشعر أنهم يشتركان معا في صفات عديدة مثل الالتزام بالصلاة وحب القراءة .... وهنا كان لابد أن يتم اظهار المشاعر الضمنية للحالة والتي تحاول تجنبها وهي أنها معجبة بزميلها. وقد استخدمت الطرح الذي مكن لها تقبل هذه المشاعر بدون ارباكها.

الجلسة التاسعة إلى الحادية عشر (المقاومة): تم حث الحالة على الحديث عن علاقتها بزميلها ولكنها لم ترغب في الحديث وتحدثت كثيرا عن عملها ومشاكل العمل ولكن تم حثها بالضغط للحديث عن مشاعرها تجاه زميلها ومواجهه ما تحاول تجنبه وقد تقبلت ذلك بعد

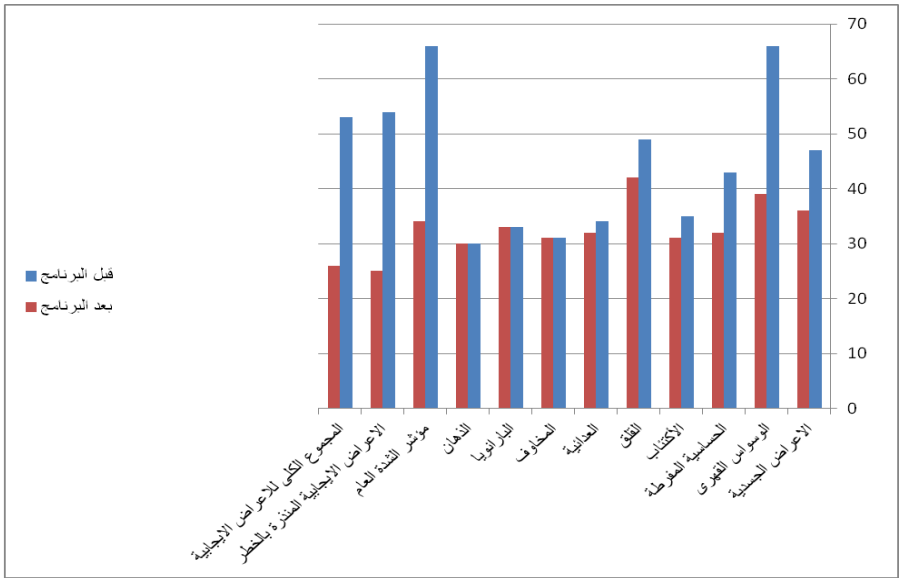
فترة وبذلك تم فتح اللاشعور والتغلب على المقاومة الرئيسية. وقد عبرت الحاله عن قلقها من مشاعرها هذه وشعورها بالذنب تجاه زوجها وخوفها من أن تتعدى كل الحدود مع زميلها. وقد تقبلت الحالة تفسير الاجازات المتكررة من عملها على أنه سلوك تجنبي بسبب قلقها وبالتالي تحقق لها الاستبصار الانفعالي.

الجلسة الثانية عشر إلى الرابعة عشر (التفسير وتفسير الأحلام): فسر المعالج للحالة الميكانيزمات التي تستخدمها من عزل حيث أنها لا ترغب في الذهاب لعملها وبذلك تعزل الاتصال بزميلها على أي نحو كان وأن المصدر الرئيسي لأعراضها هو خوف الأنا من الأنا الأعلى خوف من غضبه أو أو عقابه أو فقدان حبه ، خوف من أن يظهر هذا الانجذاب للناس.

كما تم تفسير حيلة التكوين العكسي تجاه زوجها والتي في الأصل موجه نحو والدها فثورتها ليست تجاه زوجها ولكن تجاه أب مقتر في حبه وتم التعبير لها على أنها سيدة فاضلة تستطيع أن تحب بقوة ، غير أن فيها حفزة مضادة أشد قوة وهي أخلاقها والكفيلة بإيقاف الغريزة الطبيعية. وقد تقبلت الحالة التفسير.

تنتاب الحالة أحلام تتعلق كثيرا بالسقوط من مكان مرتفع ولهذا السقوط تفسير جنسي وهو رغبة جنسية محارمية وكأن رسالة الحلم تنبيه الحالمة إلى خطورة هذه الرغبة فلو حققتها تكون قد أثمت كما تم التفسير بناء على خوف الحالة من الزلل أو من الهزيمة ، وكأنها تعيش حياة فاضلة وتخاف أن تخطيء.

الجلسة الخامسة عشر وفيها التقييم النهائي حيث تم تطبيق قائمة الأعراض المعدلة وفيما يلي عرض لتطبيق قائمة الأعراض المعدلة شكل (٢):



شكل (٢)

الصفحة النفسية لقائمة الأعراض المعدلة SCL-90-R للحالة (م . م) قبل وبعد البرنامج

يتضح من تطبيق قائمة الأعراض المعدلة (شكل ٢) أن الدرجة الخام لبعد الوسواس القهري هي ١,١ وبالكشف عن الدرجة التائية المقابلة لهذه الدرجة الخام يلاحظ أنها تساوي ٣٩ درجة تائية ، أما الدرجات التائية لمؤشر الشدة العام (GSI) ، والمجموع الكلي للأعراض الايجابية (PST) ، ومؤشر الأعراض الإيجابية المنذرة بالخطر (PSDI) فهي على التوالي ٣٤ ، ٢٦ ، ٢٥ درجة تائية. وبالنظر إلى الدرجات التائية السابقة نجد أن مؤشر الشدة العام (GSI) أقل من الدرجة الفاصلة ٣٩ درجة تائية ، الأمر الذي يشير إلى انخفاض ملحوظ في أعراض الوسواس القهري بعد العلاج مباشرة مقارنة بقبل العلاج ، وقد تم متابعة الحالة تليفونيا بعد مرور شهرين وأكدت الحالة أنها على ما يرام ولم ينتابها أي وساوس وأفكار قهرية بعد أن فهمت مصدرها واستطاعت مواجهتها.

ويلاحظ من الصفحة النفسية للحالة انخفاض في الدرجة التائية لبعد القلق حيث حصلت على (٤٢) درجة تائية ويؤكد ذلك وجود تحسن في أعراض القلق يتبع التحسن في أعراض الوسواس القهري ؛ إلا أن الدرجة التائية للقلق (٤٢) أعلى من الدرجة التائية للوسواس القهري (٣٩) وأن التحسن في أعراض الوسواس القهري حدث بشكل جوهري من

(٦٦) درجة قبل العلاج إلى (٣٩) درجة بعد العلاج ولم يحدث بنفس الدرجة للقلق الذي انخفض من (٤٩) قبل العلاج إلى (٤٢) بعد العلاج مما يشير إلى أن أعراض القلق لا تمنع نجاح نواتج علاج اضطراب الوسواس القهري ؛ ويمكن تفسير ذلك بأنه على الرغم من وجود تشابهات بين القلق والوسواس القهري تتعلق بالحاجة إلى التوكيد والاحساس المتزايد بالمسئولية والتقييم المفرط للتهديد والأخطار المحتملة ، إلا أن هذه العلاقة ليست دائمًا طردية وأن الفرق الرئيسي بين اضطراب الوسواس القهري والقلق يكمن في الفرق في الاستجابة للأفكار الملحة المتطفلة والطريقة التي يتم تقييم بها هذه الأفكار كما يؤكد Starcevic (2014) ؛ ففي اضطراب الوسواس القهري فإن الأفكار الملحة ترفضها الأنا ، ومن الصعب مقاومتها ، وفي القلق فإن الأفكار الملحة يتم تقبلها كجزء من الذات ويتم اتخاذ اجراءات بشأنها ، كما أن الأفراد ذوي اضطراب الوسواس القهري لديهم استبصار أفضل بلاعقلانية مخاوفهم عن الأفراد الذين يعانون من القلق.

يتضح مما سبق فاعلية التحليل النفسي المختصر في علاج الحالة (م . م) ويتفق ذلك مع العديد من الدراسات مثل دراسة Abbass, Town, Driessen (2013) و دراسة Town and Driessen (2013) ودراسة Vyjayanthi (2014) حيث أكدوا على فاعلية التحليل النفسي المختصر في علاج العديد من الاضطرابات كالقلق والاكتئاب واضطرابات الشخصية والسيكوسوماتية وكذلك الوسواس القهري.

مما سبق يرى الباحثان أن العلاج بالتحليل النفسي المختصر علاج مركز يعتمد على التفسير والتحويل والتدعيم والتعبير وهو في ذلك يعد "طريقة كشفية أوتنقيبية" يتضمن عناصر مختلفة كل عنصر يمكن اعتباره طريقة في حد ذاته ولابد من تكامل جميع العناصر لتوفير بيئة تتسم بالتعلم والثراء والحيوية والنشاط تركز على العميل ذاته وتأخذ بيده كي يكتشف بنفسه وفقًا لرغباته وتنميته في جميع جوانب شخصيته.

التوصيات:

في ضوء أهداف البحث ونتائجه، يوصي الباحثان بما يلي:

١- **نظرًا** لأن اضطراب الوسواس القهري اضطراب شائع مرهق تجاهله العديد من باحثين التحليل النفسي الدينامي في السنوات الأخيرة ، يوصي الباحثان باستخدام العلاج النفسي الدينامي المختصر مع فئات عمرية مختلفة.

٢- نظرًا لقدرة اختبار الرورشاخ على الكشف عن الدلالات الكلينيكية المميزة للوسواس القهري ، يوصي الباحثان بضرورة تدريب المرشدين النفسيين على المنهج الكلينيكي والاختبارات الاسقاطية للمساعدة في الكشف عن الصراعات والدوافع النفسية للاضطراب مما يساعد في وضع تدخل علاجي مناسب وفقًا للوحة الكلينيكية للحالة.

المراجع:

أوتو فينخل (١٩٦٩). *"نظرية التحليل النفسي في العصاب"*. (ترجمة: صلاح مخيمر وعبده ميخائيل رزق) (ثلاثة أجزاء). القاهرة: الأنجلو المصرية.

رالف غريتسون (١٩٨٨). *فن التحليل النفسي وممارسته*. (ترجمة: ميخائيل أسعد وعبد الرزاق جعفر). بيروت : دار الأفاق الجديدة.

عادل كمال خضر (٢٠٠٠). الدلالات الكلينيكية المميزة لاستجابات مريض بعصاب الوسواس القهري لاختبار تفهم الموضوع **(TAT)** "دراسة حالة". *مجلة علم نفس* ، ١٤ (٥٥) ، ٧٨ – ١٣٩.

عبد الرقيب أحمد البحيري (٢٠٠٥). *قائمة الأعراض المعدلة "**SCL.90-R**"* (كراسة التعليمات). أسيوط: مركز الارشاد النفسي والتربوي.

عبد المنعم المليجي (١٩٨٦). *خبراء النفوس* (ط٢). القاهرة: مكتبة مصر.

فرويد (١٩٦٢). الموجز في التحليل النفسي. (ترجمة: سامي محمود على وعبد السلام القفاش). القاهرة: دار المعارف.

فرويد (١٩٦٣). *ثلاث مقالات في نظرية الجنسية*. (ترجمة: سامي محمود على). القاهرة: دار المعارف.

فرويد(١٩٧٨). *خمس حالات من التحليل النفسي*. (ترجمة: صلاح مخيمر وعبده ميخائيل رزق). القاهرة: الأنجلو المصرية.

فرويد (١٩٨١). *تفسير الأحلام*. (ترجمة: مصطفي صفوان). القاهرة: دار المعارف.

ماري بونابرت (١٩٦٩). *سيكولوجية المرأة*. (ترجمة: صلاح مخيمر، عبده ميخائيل رزق). القاهرة: الأنجلو المصرية.

محمد عبد الظاهر الطيب (١٩٧٧). *العصاب القهري وتشخيصه باستخدام اختبار تفهم الموضوع*. طنطا: مكتبة سماح.

نجيب يوسف بدوي (١٩٦٠). *الأحلام النموذجية ودلالاتها التنبؤية*. القاهرة: دار المعارف.

هاري ويلز (١٩٧٨). *بافلوف وفرويد دراسة نقدية*. (ترجمة: شوقي جلال) (الجزء الثاني). القاهرة: الهيئة المصرية العامة للكتاب.

Abbass A, Town J, Driessen E (2013). Intensive short term dynamic psychotherapy: a reviewof the treatment method and empirical basis. *Res Psychother Psychopathol Process Outcome, 16,* 6–15.

Abbass A, Town J. Ogrodniczuk J , Joffres M, and Lilliengren, P. (2017). Intensive short-term dynamic psychotherapy trial therapy: Effectiveness and Role of "Unlocking the Unconscious". *The Journal of Nervous and Mental Disease, 205* (6), 453-457.

Abramowitz JS, Khandker M, Nelson CA, Deacon BJ, Rygwall R. (2006). The role of cognitive factors in the pathogenesis of obsessive– compulsive symptoms: A prospective study. *Behaviour Research andTherapy, 44,* 1361-1374.

Abramowitz JS, Taylor S, McKay D. (2009). Obsessive-compulsive disorder. *Lancet, 374,* 491-499.

Alexander, F., & French, T. (1946). " *Psychoanalytic Therapy*". Ronald
Press, New York.

American Psychiatric Association. (APA; 2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM V).* Washington, DC: Author.

Asmundson,G., Abramowitz,J., Richter,A. &Whedon,M. (2010). Health anxiety: current perspectives and future directions. *Current Psychiatry Reports, 12,* 306–312.

Barber, J. (1994). Efficacy of Short-term Dynamic Psychotherapy past, present and future. *The Journal of Psychotherapy Practice and Research, 3*(2), 108-121.

Bjorgvinsson, T., Hart, J., & Heffelfinger, S. (2007). Obsessivecompulsive disorder: Update on assessment and treatment. *Journal of Psychiatric Practice, 13*(6), 362-372.

Crits- Christoph, P., Barber,J., Kurcias, J. (1991). Historical background of short-term dynamictherapy, In Handbook of *Short term dynamic psychotherapy*, edited by Crits- Christoph, P., Barber,J. New York: Basic Books.

Davanloo, H. (Ed.) (1980). "*Short term Dynamic Psychotherapy*". New York, Jason Aronson.

Deacon, B., & Abramowitz, J. S. (2008). Is health anxiety related to obsessive- compulsive disorder, panic disorder, or both? An

empirical evaluation. *Journal of Cognitive Psychotherapy, 22*, 115–127.

Esman, A.H. (2001). Obsessive–compulsive disorder: current views. *Psychoanal. Inq. 21* (2), 145–156.

Exner, J. (1974). *The Rorschach A Comprehensive System.* Vol. (1), United States of America, John Wiley & Sons. Inc.

Exner, J. (1978). *The Rorschach A Comprehensive System, Current state and advanced Interpretation*. Vol.(2), United States of America, John Wiley & Sons. Inc.

Fairbairn, R. (1944). Endopsychic structures considered in terms of object-relationships. In D. Scharff & E. Birtles (Intro.) (Eds.), *Psychodynamic studies of the personality* (pp. 82-132). London: Routledge, 2009.

Fenichel, O. (1946). *The Psychoanalytic Theory of Neurosis*. Routledge, New York.

Fonagy, P. (1999). The transgressional transmission of Holocaust trauma. *Attachment and Human Development, 1*(1), 92-114.

Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E., & Target, M. (2004). *Affect regulation, mentalization, and the development of self.* New York: Other Press.

Franklin, M., & Foa, E. (2011). Treatment of obsessive-compulsive disorder. *Annual Review of Clinical Psychology, 7,* 229-243.

Freud, S. (1909). *Three case histories: The 'Wolf Man', the 'Rat Man' and the psychotic Doctor Schreiber*. New York: First Collier Books, 1996

Freud, S. (1925/1926). *Inhibition symptoms and anxiety*. In: Strachey, J. (Ed.), The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud, vol. 20. Hogart Press, London.

Gabbard, G. (2001). Psychoanalytically informed approaches to the treatment of obsessive-compulsive disorder. *Psychoanalytic Inquiry, 21*(2), 208-221.

Jenike, M. (2004). Obsessive-compulsive disorder. *The New England Journal of Medicine, 350*(3), 259-265.

Kempke, S., & Luyten, P. (2007). Psychodynamic and cognitive-behavioral approaches of obsessive-compulsive disorder: Is it time to work through our ambivalence? *Bulletin of the Menninger Clinic, 71*, 291–311. doi:10.1521/bumc.2007.71.4.291

Klein, M. (1932). The relations between obsessional neurosis and the early stages of the Super-Ego. In M. Klein: *The psychoanalysis of children* (pp. 149-175). London: Vintage, 1997.

Klein, M. (1952). Some theoretical conclusions regarding the emotional life of the infant. In M. Klein: *Envy and gratitude, and other works 1946-1963* (pp. 61-93). London: Vintage, 1997.

Külz, A. K., Landmann, S., Cludius, B., Hottenrott, B., Rose, N., Heidenreich, T., ... Moritz, S. (2014). Mindfulness-based cognitive therapy in obsessive-compulsive disorder: Protocol of a randomised controlled trial. *BMC psychiatry*, *14*(1), 314.

Lang, H. (2015*). Der gehemmte Rebell. Struktur, Psychodynamik und Therapie von Menschen mit Zwangsstorungen* [The inhibited rebel. Structure, psychodynamics and therapy of subjects with obsessivecompulsive disorders]. Stuttgart, Germany: Klett-Cotta.

Leichsenring, F., Leweke, F., Klein, S., & Steinert, C. (2015). The empirical status of psychodynamic psychotherapy - An update: Bambi's alive and kicking. *Psychotherapy and Psychosomatics*, *84*(3),129–148. doi:10.1159/000376584

Leichsenring and Steinert (2017). Short-term psychodynamic therapy for obsessive-compulsive disorder: A manual-guided approach to treating the "inhibited rebel". *Bulletin of the Menninger Clinic*, 81[X], 1–49.

Malan, D. (1976). "*The Frontier of Brief Therapy*". Plenum, New York.

Mann, J. (1973). "*Time-limited Psychotherapy*". Harvard Univ Press. Cambridge, MA.

Neziroglu, F., McKay, D. & YaryuraTobias, J.A. (2000). Overlapping and distinctive features of health anxiety and obsessive–compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders, 14*, 603–614.

Nunberg, H. (1932). *Principles of psychoanalysis: Their application to the neuroses.* New York: International Universities Press.

Obsessive Compulsive Cognitions Working Group (1997). Cognitive assessment of obsessive compulsive disorder. *Behaviour Research Therapy, 35,* 667-681.

Ruscio, A., Stein, D., Chiu, W., & Kessler, R. (2010). The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in the National Comorbidity Survey Replication. *Molecular Psychiatry, 15*(1), 53-63.

Seibell, P., Hamblin, R., & Hollander, E. (2015). Obsessive-compulsive disorder: Overview and standard treatment strategies. *Psychiatric Annals*, *45*(6), 297-302.

Starcevic,V. (2014). Boundaries and overlap between hypochondriasis and other disorders: differential diagnosis and patterns of co-occurrence. *Current Psy- chiatry Reviews, 10*, 24–33.

Stein, D. J. (2002). Obsessive-compulsive disorder. *Lancet, 360*(9330), 397–405. doi:10.1016/S0140-6736(02)09620-4

Szeszko, P.R., MacMillan, S.M., McMeniman, M., Chen, S., Baribault, K., Lim, K.O., et al. (2004). Brain structural abnormalities in psychotropic drug naive pédiatrie patients with obsessive compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*, *161,* 1049-1056.

Town, J. M & Driessen E. (2013). Emerging evidence for Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy with personality disorders and somatic disorders. *Psychiatric Annals*, *43*, 502–507 DOI 10.3928/00485713-20131105-05

Van Grootheest, D.S., Cath, D.C, Beekman, A.T., & Boomsma, D.L (2007). Genetic and environmental influences on obsessive-compulsive symptoms in adults: A population-based twinfamily study. *Psychological Medicine*, *37*, 1635-1644.

Vyjayanthi, S. (2014). Brief Dynamic Psychotherapy in a Case of Obsessive Compulsive Disorder. *Indian Journal of Psychological Medicine*, 36(3), 317- 320.

Zetin, M., & Kramer, M.A. (1992). Obsessive-compulsive disorder. *Hospital & Community Psychiatry*, *43*, 689-699.

Abstract

The present study aimed at identifying the clinical indicators of a case study suffering from obsessive compulsive using the Rorschach Inkblot test. Rorschach responses were scored based on Exner's Comprehensive system. The study also aimed at testing the effectiveness of brief dynamic Psychoanalysis therapy in alleviating obsessive compulsive disorder. The study used Symptom Checklist 90-Revised "SCL90-R", Rorschach test, and brief psychoanalysis therapy. The study has found clinical indicators for obsessive compulsive such as neurosis traits, emotional suffering, and conflict. The study has also found that brief psychoanalysis techniques as free association, transference, resistance, and interpretation are effective in reducing obsessive compulsive disorder.

Key words: obsessive compulsive, Rorschach test, Exner's Comprehensive System, Psychoanalysis