

سلسلة فقه العلاقات البشرية: (2) "هل العلاج النفسي "مَكَلَمَة"؟" (9)

الفصل الثاني: (اللوحات) اللوحة الثالثة: "رَبِيعَة بنى آدم"



yehiattrakhawy@hotmail.com

نشرة "الإنسان" 2023/05/06

السنة السادسة عشر - العدد: 5726

بروفيسور يحيى الرخاوي - الطب النفسي، مصر



مقدمة:

بالنسبة للمؤسسات التعليمية، الجامعية خاصة، تُقدّم الخدمات بالمجان غالباً، لكن نتمّ مقابل ضمنى، لا يعلن بشكل مباشر، وهو أن تتاح الفرصة للدارسين من الطلبة والأطباء أن يتعلموا من الشرح الإكلينيكي المباشر لحالة المريض علانية وجماعة، وفي حضور المريض، هذا أمر مشروع من حيث المبدأ، وهو متضمّن عرفاً وواقعاً في العقد المعلن باسم المستشفى "التعليمى"، أو "الجامعى" (فاسمُ وصِفَة المستشفى ليس سرا)، لكن هذا لا ينفى أن يكون فى هذا الإجراء التعليمى ما يؤلم ويُحرج، علينا أن نتناوله بمنتهى المسؤولية والرقّة والأمانة والموضوعية والاحترام، ويصبح الأمر أصعب وأدقّ إذا تعرض المريض لإجراء ما يسمى "البحث العلمى"، ومهما حصلنا على موافقة المريض صراحة، فإن علينا أن نعلم أنها فى كثير من الأحيان تكون موافقة المضطر.

لكى يقوم الأستاذ (أو المدرب أو الباحث) بمهمته هذه بمسئولية، واحترام، أقدم بعض اللزوميات كما يلي:

أولاً: توصيات وشروط عامة:

- على المسئول أن يقوم على قدر ما يُقدّر بتقصص المريض فى هذا الموقف - وذلك بأى درجة من الصدق بشكل مباشر أو غير مباشر - فيتصور نفسه هو، أو أحد أعضائه (ابنه، زوجته، ابنته... إلخ) وهو فى موقع المريض، ويسأل نفسه: هل يقبل هذا الموقف أو يرفضه؟
- فإذا قبله طواعية، أو اضطراراً (حسب شطارة اطلاعه على داخله)، فعليه أن يكتشف أن من حقه - وهو فى موقف المريض - أن يحكم على الطبيب، وعلى ما يفعله، وكذلك على الحضور للتعلم أو التدريب، سواء حدث ذلك شعورياً أو لا شعورياً، ومتن هذه اللوحة التشكيلية هو من وجهة نظر ويلسان "فإدخل، مريضٍ شجاعٍ قوىٍ ساخرٍ يحكم على فاحصِهِ.

بالنسبة للمؤسسات التعليمية، الجامعية خاصة، تُقدّم الخدمات بالمجان غالباً، لكن نتمّ مقابل ضمنى، لا يعلن بشكل مباشر، وهو أن تتاح الفرصة للدارسين من الطلبة والأطباء أن يتعلموا من الشرح الإكلينيكي المباشر لحالة المريض علانية وجماعة، وفي حضور المريض، هذا أمر مشروع من حيث المبدأ، وهو متضمّن عرفاً وواقعاً فى العقد المعلن باسم المستشفى "التعليمى"، أو "الجامعى"

هذا لا ينفى أن يكون فى هذا الإجراء التعليمى ما يؤلم ويُحرج، وعلينا أن نتناوله بمنتهى المسؤولية والرقّة والأمانة والموضوعية والاحترام

على المسئول أن يقوم على قدر ما يُقدّر بتقصص المريض فى هذا الموقف - وذلك بأى درجة من الصدق بشكل مباشر أو غير مباشر - فيتصور نفسه هو، أو أحد أعضائه (ابنه، زوجته، ابنته... إلخ) وهو فى موقع المريض، ويسأل نفسه: هل يقبل هذا الموقف أو يرفضه؟

• ينبغي أن يكون المريض على علم تام بأن هذا الاحتمال وارد، (عرض حالته على متدربين أو دارسين) وأنه متضمن جزئياً في التعاقد المبدئي، مادام هذا المستشفى جامعي أو تعليمي أو ضمن شروط التعاقد لصالح جموع المرضى في النهاية، وبديهي أنه يستحسن ألا يكون ذلك شرطاً أساسياً لقبول المريض للعلاج، ولكنه بند إضافي مهم في الاتفاق على أية حال، وهو بشكل غير مباشر – كما ذكرنا – يكاد يكون الثمن الذي يدفعه المريض مقابل علاجه مجاناً، أو الإشراف على علاجه من أطباء أكبر، وليس “شرطاً لعلاجه” طبعاً (المقابل غير شرط الإذعان بداهة)

• ينبغي أن يتم إعداد المريض لذلك قبل المقابلة الإكلينيكية التدريبية بشكل واضح محدد وتفصيلي ما أمكن ذلك، فيعرف مسبقاً من سيقابل، مثلاً: اسم المدرب الأكبر، وصفة من سوف يكون حاضراً، وموعد المقابلة، ولمدة كم من الوقت... إلخ.

• ينبغي أن يكون الهدف من المقابلة معلناً، وعادة ما نشرح للمريض – أياً كان تشخيصه أو خطورة حالته – أن الهدف هو تدريبي في المقام الأول (التعليم)، وأن هذا لا يعني أن ذلك سوف يتم على حسابه، بل هو في نهاية النهاية قد يفيد في كشف تفاصيل تسهم في تحسين فرص شفائه وأن حالته قد تتضح معالمها أكثر من خلال هذا اللقاء بشكل أعمق، وأكثر تفصيلاً ومشاركة، وأنه من المتوقع أن يؤدي ذلك – غالباً – إلى تخطيط علاجي أفضل.

• ينبغي أن يُخطر المريض أن النتيجة الإيجابية التي يمكن أن يخرج بها هو والمشاركون في هذا الاجتماع التدريبي لن تقتصر على حالته، يتم ذلك باتفاق صريح وليس ضمناً، وباحترام حقيقي وليس مفتعلاً، فنحن نقول له بالنص في بداية المقابلة: “في الأغلب: [للي حانوصل له مع بعض: حانفعلك إنت [للي زيك”. ويستحسن أن تكون هذه النقطة واضحة بدرجة توصل له فضله في المشاركة في نفع الأطباء المتدربين، فيتحسنون، فيقدمون خدمات أفضل فأنقن له ولسائر المرضى ممن هم مثله، وبهذا يصل للمريض – ما أمكن ذلك – أنه مشارك في الفضل في احتمال نفع المرضى الذين قد يستفيدون من الإثارة العلمية التي وصلت إلينا من فحص حالته بهذا العمق، وعادة ما نشكر المريض بصدق – صراحة وعلانية – على فضله وتفضله بهذا وذاك.

• ينبغي أن يُبلغ المريض بوضوح أن من حقه ألا يرد على أي سؤال أو استفسار يرى أنه لا يريد أن يعرضه علانية أمام “جماعة لا يعرفهم”.

• ينبغي أن يتم الشرح والمناقشات أثناء حضور المريض باللغة التي يفهمها، (اللغة العربية، ويا حبذا باللهجة المحلية)، وأن يوضح له، خاصة إذا طلب، أي مصطلح علمي مستعمل أثناء المناقشات

• ينبغي أن يُستأذن للمريض في تسجيل حالته بالصوت أو بالصورة إذا كان ذلك ضمن البرنامج التدريبي لأسباب تعليمية لاحقة، أو لبحث علمي، ويُخطر المريض بذلك بشكل مباشر، وتوضع الكاميرات في موضع ظاهر حتى يتذكر المريض طول الوقت أن هذا جارٍ، وله الحق أن يعترض في أي وقت ويوقف التسجيل، علماً بأنه يُخطر أن هذا التسجيل لن يستعمل لأي هدف إعلامي عام، وإنما هدفه محدد بأغراض العلم والتعليم بشكل استبعادي لأي غرض آخر.

• لا ينبغي إخفاء المشاهدين (غير المشاركين) من خارج التدريب، كما في حالة جلسات العلاج الجمعي، وقد بينا ذلك صراحة في النشرات التي عرضت لبعض الألعاب العلاجية التي جرت في العلاج الجمعي، كما فسرنا فائدة حضور الدائرة الأوسع للتدريب، والإعداد للتدريب، تلك الدائرة من المشاهدين التي تتلحق حول دائرة المجموعة العلاجية وتكون ظاهرة لكل الحاضرين، وتشارك في المناقشة بعد انتهاء الجلسة.

ينبغي أن يكون المريض على علم تام بأن هذا الاحتمال وارد، (عرض حالته على متدربين أو دارسين) وأنه متضمن جزئياً في التعاقد المبدئي، مادام هذا المستشفى جامعي أو تعليمي أو ضمن شروط التعاقد لصالح جموع المرضى في النهاية.

ينبغي أن يتم إعداد المريض لذلك قبل المقابلة الإكلينيكية التدريبية بشكل واضح محدد وتفصيلي ما أمكن ذلك، فيعرف مسبقاً من سيقابل

ينبغي أن يكون الهدف من المقابلة معلناً، وعادة ما نشرح للمريض – أياً كان تشخيصه أو خطورة حالته – أن الهدف هو تدريبي في المقام الأول (التعليم)، وأن هذا لا يعني أن ذلك سوف يتم على حسابه، بل هو في نهاية النهاية قد يفيد في كشف تفاصيل تسهم في تحسين فرص شفائه وأن حالته قد تتضح معالمها أكثر من خلال هذا اللقاء بشكل أعمق

ينبغي أن يُخطر المريض أن النتيجة الإيجابية التي يمكن أن يخرج بها هو والمشاركون في هذا الاجتماع التدريبي لن تقتصر على حالته، يتم ذلك باتفاق صريح وليس ضمناً، وباحترام حقيقي وليس مفتعلاً

ينبغي أن يُبلغ المريض بوضوح أن من حقه ألا يرد على أي سؤال أو استفسار يرى أنه لا يريد أن يعرضه علانية أمام “جماعة لا يعرفهم”.

ينبغي أن يُستأذن للمريض في

تسجيل حالته بالصوت أو بالصورة إذا كان ذلك ضمن البرنامج التدريبي لأسباب تعليمية لاحقة، أو لبحث علمي، ويخطر المريض بذلك بشكل مباشر، وتوضع الكاميرات في موضع ظاهر حتى يتذكر المريض طول الوقت أن هذا جارٍ، وله الحق أن يعترض في أي وقت ويوقف التسجيل

إنني أقوم في بداية الجلسة الأولى بتعريفه المرضى من البداية بمغزى حضور هؤلاء في الدائرة الأوسع دون مشاركة، وبما يمثلونه لنا، وما نمثله لهم، وكان من حقنا أن نتفجع عليهم، ما دما قد سمحنا لهم أن يتفجعوا علينا

كثيرا ما أفاد ذلك - ضمنيا - في مقارنة المجتمع الخارجي (العادي) بمجتمع المجموعة العلاجية، ربما تأكيداً للموقف النقدي عموماً، وأيضاً لآلية امتداد الوعي الجماعي إلى دوائره الأوسع باستمرار،

هناك بعد آخر أقل وضوحاً من بعد "التعليم"، وهو بعد "التعلم"، فالطبيب، خاصة في بداية ممارسته للمهنة، يتعلم من مرضاه، بشكل مباشر، وغير مباشر، يتعلم من نجاحه، كما يتعلم من فشله، وهذه العملية تجري بشكل تلقائي طول الوقت وحتى نهاية العمر

يستحسن أن يطمئن المريض ولو بشكل غير مباشر على أن ثم إشرافاً جارياً طول الوقت، حين يرى المريض الجاري ببصيرته فيعقب على أداء الطبيب بشكل موضوعي فيفيدهما معاً، فيتقبل الطبيب

بصراحة أنا فضلت خلال ما يقرب من نصف قرن أن يكون مثل هذا الحضور للمشاهدين (مشرع متدربين) علانية هكنا (عيني عينك)، حتى نطمئن إلى موافقة المريض طول الوقت، ذلك لأن البديل هو أن تنقل الجلسة بطائرة تليفزيونية مغلقة للمشاهدين، وقد حضرت بعض ذلك في باريس مع البروفيسور دياكين، والبروفيسور ليوفسكي) وكانت للشاشات المعارضة توضع في مكان آخر بعيداً عن المرضى (الأطفال) وأهاليهم، ويجلس للمشاهدون المتدربون خلف زجاج لا يسمح بالرؤية إلا من ناحية واحدة one way screen وقد وجدت أن هذا وبك فيه خدعة جزئية للمريض حتى لو أخذنا موافقته المبدئية، وحين قررت أن أوسع دائرة للتدريب فضلت أن نقوم برفع كل هذه الحواجز والاستئذان من المرضى بشكل مباشر أبسط وأصدق، في حضور الدائرة الأكبر من المشاهدين ويجري ذلك بالتراكم مطلق منذ 1971 وحتى الآن (2017). ثم إنني أقوم في بداية الجلسة الأولى بتعريف المرضى من البداية بمغزى حضور هؤلاء في الدائرة الأوسع دون مشاركة، وبما يمثلونه لنا، وما نمثله لهم، وكان من حقنا أن نتفجع عليهم، ما دما قد سمحنا لهم أن يتفجعوا علينا، وكثيراً ما أفاد ذلك - ضمنيا - في مقارنة المجتمع الخارجي (العادي) بمجتمع المجموعة العلاجية، ربما تأكيداً للموقف النقدي عموماً، وأيضاً لآلية امتداد الوعي الجماعي إلى دوائره الأوسع باستمرار، يجري ذلك دون السماح لأي من المشاهدين بأي نوع من التدخلات أثناء العلاج، لكن من حقهم أن يشاركون في المناقشة بعد نهاية كل جلسة.

وبعد

لا تمنع كل هذه التحفظات من أن يشعر بعض المرضى بالحرج، حتى ولو وافقوا احتراماً وتعاوناً، الأمر الذي تنتجته أعرف ثقافتنا الطيبة غالباً، هذا الحرج لا يعلن من قبل المريض باستمرار، وعلى الطبيب أن يتقمص مريضه مجدداً، ليشجعه على إعلان حرجه، أو سحب موافقته، أو على الأقل ليشعره أنه ممتن لموافقته، وأنه مدين له بشكل أو بآخر مقابل هذه الموافقة (مدين له بالعلاج أساساً، وبما يخرج به من هذا اللقاء لصالحه، ولصالح من هو في مثل حالته) أغلب مرضانا والحمد لله يتفهمون كل ذلك بدرجة مطمئنة.

ثانياً: بالنسبة للتعلم واكتساب الخبرة (وبالذات للأصغر وهو يكبر)

هناك بعد آخر أقل وضوحاً من بعد "التعليم"، وهو بعد "التعلم"، فالطبيب، خاصة في بداية ممارسته للمهنة، يتعلم من مرضاه، بشكل مباشر، وغير مباشر، يتعلم من نجاحه، كما يتعلم من فشله، وهذه العملية تجري بشكل تلقائي طول الوقت وحتى نهاية العمر، ومع ذلك فإن مجرد شعور المريض أن طبيبه يتعلم من خلال علاقته العلاجية به، يمكن أن يمثل قلقاً موضوعياً ما، وهذا أمر لا يمكن تجنبه لأنه يستحيل أن تتضح خبرة الأصغر، أو حتى أن ينضج الأصغر نفسه ليصبح أقدر فأقدر، إلا من خلال الممارسة.

هذا أمر لا يحله، أو قل: لا يخفف من مضاعفاته، إلا مستويات الإشراف المتعددة⁽¹³⁾، بما في ذلك ما أسميناه "إشراف المريض" و"إشراف النتائج"، ولذلك يستحسن أن يطمئن المريض ولو بشكل غير مباشر على أن ثم إشرافاً جارياً طول الوقت، حين يرى المريض الجاري ببصيرته فيعقب على أداء الطبيب بشكل موضوعي فيفيدهما معاً، فيتقبل الطبيب ذلك، وأيضاً - أحياناً - حين يتجاوز نمو المريض مرحلة نمو الطبيب فيكتشف الطبيب ذلك بأمانة، فيضطرد نموه، أضف إلى ذلك "إشراف النتائج"، وبالذات إذا كان الحكم على النتائج ليس بمجرد اختفاء الأعراض.

يمكن للقارئ أن يجد مستويات الإشراف في موقع آخر، لكنني سوف أكتفي بأن أقتطف نص ما جاء

ذلك

حين يتجاوز نمو المريض درجة نمو الطبيب، ومع افتراض أمانة الطبيب مع نفسه ودرجة مرونته واستعداده للتعلم بشكل مباشر أو غير مباشر، فإن مثل هذا المريض الذي تجاوز مرحلة نمو طبيبه، يتبع فرصة للطبيب أن يلحق به (بشكل غير مباشر طبعا)، وقد يتجاوز الطبيب بدوره معه، أو مع مريض آخر، ويضطرد التواصل والتجاوز مع مريض ثالث وهكذا

أن نتيجة العلاج، المقيّمة نوعيا بمحكات موضوعية، ليست مجرد اختفاء الأعراض، سواء كانت هذه النتائج هي نتائج تحقيق الأهداف المتوسطة السلوكية الواقعية المتفق عليها عادة أولا بأول، أو كانت النتائج القصوى غير محددة المعالم تماما،

في كل التخصصات، تعتبر إشكالية إجراء الأبحاث العلمية على المرضى هي أي تخصص إشكالية شديدة التعقيد، إذ لا ينبغي تحدي أي ظرف أن يكون الإنسان سليما أو مريضا مجالاً للتجريب أصلا، لكن التحدي ما يطلق عليه صفة البحث العلمي هو تجريبه أساسا، فما العمل؟

في بعض مجالات البحث توجد قواعد تبدو منضبطة ومحكمة للتجريب مثلا، بالنسبة للعقاقير الجديدة خاصة يبدأ التجريب بعيدا عن الأحياء *in vitro* ثم بالتجريب على الحيوانات، ثم يعرفون كل الشروط، وكل المخاطر وكل الفوائد المحتملة، وبرغم أن هذا وارد ضمنا في تجريب العقاقير الجديدة في الأمراض النفسية أيضا، إلا أن مجال الطب النفسى هو من أكثر المجالات التي جرى فيها التشويه، والتزييف، وغسيل المخ، والدعاية الكاذبة، والرشاوى الظاهرة والخفية، برغم كل المزاعم ضد كل

في "إشراف للمريض" و"إشراف للنتائج" دون مستويات وأنواع الإشراف الأخرى: كالتالى:

إشراف للمريض Patient's Supervision

أفضل أن أبدأ بالإشارة إلى حادثتين مرتا بي مع مريضين استقدت منهما بشكل جعلنى أكرر تذكرهما، فذكرهما، كلما أتحت الفرصة لذلك:

الحادثة الأولى: هي ما قاله لى مريض أثناء محاولاتي دفعه على مسار خطوات نموه بما فى ذلك من مآزق وصعوبات تبدو أحيانا شبه مستحيلة، قال لى هذا المريض: "هو انت عايزنا نحقق حتى لنفسنا اللي انت ما قدرتش تحققه بنفسك؟" أو لنفسك - لا أذكر، وربما قالها مرة لنفسك ومرة بنفسك)

الحادثة الثانية: حين قال لى مريض آخر: أنى لسث الشخص المناسب لعلاجي، لأن رؤيتي - الناتجة من طول ممارستي، كما قال - قد جعلت مساحة وعيى تتسع حتى تحتوى مساحة وعيه كله (وعى المريض) فهو "على حد قوله" لا يملك إزاء ذلك أن يتحرك معى إلا داخل دائرة وعيى التي تحيط بوعيه تماما، وهذا يعوق حركية علاجه وبالتالي يعوق نموه، وطلب منى هذا المريض أن أحوله لطبيب أصغر تسمح دائرة وعيه - باعتبار أنها متوسطة مناسبة - أن تتداخل دون احتواء: مع دائرة وعى المريض، فتتحرك الدائرتان تقريبا وابتعادا بما يفيد "الاثنتين".

الإشراف الآخر الذى يتم من جانب المريض، وإن لم يكن يصلح معه استعمال كلمة إشراف هكذا مباشرة: حين يتجاوز نمو المريض درجة نمو الطبيب، ومع افتراض أمانة الطبيب مع نفسه ودرجة مرونته واستعداده للتعلم بشكل مباشر أو غير مباشر، فإن مثل هذا المريض الذى تجاوز مرحلة نمو طبيبه، يتيح فرصة للطبيب أن يلحق به (بشكل غير مباشر طبعا)، وقد يتجاوز الطبيب بدوره معه، أو مع مريض آخر، ويضطرد التواصل والتجاوز مع مريض ثالث وهكذا. قلت إن هذا ليس إشرافا مباشرا، لكنه إشراف ضمنى بشكل أو بآخر.

إشراف للنتائج Results Supervision

يتم هذا النوع من الإشراف من خلال كل أنواع الإشراف الأخرى بشكل أو بآخر، ذلك أن نتيجة العلاج، المقيّمة نوعيا بمحكات موضوعية، ليست مجرد اختفاء الأعراض، سواء كانت هذه النتائج هي نتائج تحقيق الأهداف المتوسطة السلوكية الواقعية المتفق عليها عادة أولا بأول، أو كانت النتائج القصوى غير محددة المعالم تماما، والتي ترتبط أساسا بإطلاق حركية النمو، واستعادة تنشيط الحياة بطزاجة واقية.

ثالثا: بالنسبة للبحث العلمى

من حيث المبدأ، وفي كل التخصصات، تعتبر إشكالية إجراء الأبحاث العلمية على المرضى فى أى تخصص إشكالية شديدة التعقيد، إذ لا ينبغي تحت أى ظرف أن يكون الإنسان سليما أو مريضا مجالاً للتجريب أصلا، لكن أغلب ما يطلق عليه صفة البحث العلمى هو تجريب أساسا، فما العمل؟

فى بعض مجالات البحث توجد قواعد تبدو منضبطة ومحكمة للتجريب مثلا: بالنسبة للعقاقير الجديدة عامة يبدأ التجريب بعيدا عن الأحياء *in vitro* ثم بالتجريب على الحيوانات، ثم بالتجريب فى متطوعين يعرفون كل الشروط، وكل المخاطر وكل الفوائد المحتملة، وبرغم أن هذا وارد ضمنا فى تجريب العقاقير الجديدة فى الأمراض النفسية أيضا، إلا أن مجال الطب النفسى هو من أكثر المجالات التي جرى فيها التشويه، والتزييف، وغسيل المخ، والدعاية الكاذبة، والرشاوى الظاهرة والخفية، برغم كل المزاعم ضد كل

لن أتناول هذه القضية هنا بالتفصيل فقد عرجت إليها مرارا وتكراراً في مواقع أخرى، لكنني سوف أشير إلى ما يخص البحث العلمي في حالة العلاج النفسي مؤجلاً الآن الحديث عن البحث العلمي والعقاقير في مجال الأمراض النفسية خاصة.

بعض ما يتميز به (أو ينبغي أن يتميز به) البحث في العلاج النفسي:

أولاً: معظم الأبحاث التي تجرى في مجال العلاج النفسي هي أبحاث "وصفية خبئية" لا تجريبية مفتعلة.

ثانياً: أهم ما يشترط في هذه الأبحاث هو **أمانة التسجيل مع العناية بكل التفاصيل** بالشروط السالف ذكرها)

ثالثاً: يبدأ البحث العلمي هنا، مثل أي بحث آخر بفرض علمي قابل للإثبات أو النقص، لكن كثيراً ما ينبع الفرض أثناء المقابلة وبالذات أثناء التشكيل الوصفي المبدئي للتركيبية النفسراضية للحالة⁽⁴⁾ **ليلاً:** يتم اختبار مبدئي لهللاً الفرض الأساسى بالتفسير المناسب الذى يتفق أو يختلف مع الفرض، ولا يتغير أسلوب العلاج للوفاء بمتطلبات الفرض طبعاً.

خامساً: يتم تعديل الفرض بالمناقشات المستمرة ونتائج التطبيق الأني والتتابعي، وكذلك من خلال ربط المعلومات من المصادر المختلفة وبالأدوات المختلفة (المقابلة الإكلينيكية - القياسات النفسية - المعلومات المضافة من مصادر مختلفة.. إلخ)

سادساً: عادة ما يولد هذا الفرض الأساسى فروضا فرعية أو يحل محله فرض بديل.

سابعاً: يتم تحقيق هذا الفرض بالمتابعة المسجلة أيضا ويتم تحويله أو إبداله أو التفرع منه أولاً بأول. من كل ذلك يمكن أن نلاحظ أن كل هذه الإجراءات البحثية تجرى في إطار حركية العلاقة من مستويات الوعي البينشخصية والجمعية دون إحكام انضباط المؤثرات بشكل يفسد كل خطوات العلاج، والمفروض أنها لا تؤثر أدنى تأثير على مسار المرض، أو فرص العلاج، إذ إنها لا تشمل إدخال عامل مفتعل على المريض تحاول أن نرى أثره، فالمقابلة هي المقابلة، والشروط هي الشروط، والوصف لا يخرج عن تسجيل الجارى، أما تحليل المحتوى والتفسير والتأويل والمناقشة العلمية فتأتى لاحقا.

وبرغم أن هذه الأبحاث الوصفية التنبؤية تبدو من أسلم وأشرف أنواع الأبحاث في كل فروع الطب حيث يتم فيها البحث العلمي دون أى تدخل مفتعل، إلا أن علينا أن نخطر المريض بوضوح أن هذا وارد، دون أى مساس بسرية حالته من أول تجنب ذكر اسمه حتى وظيفته حتى محل إقامته.

أما الأبحاث التي يدخل فيها تقييم فاعلية العقاقير مع التذكرة بأن أغلب حالات العلاج النفسي الفردي والجمعي لدينا، تتعاطى العقاقير، بجرعات متفاوتة، وبطريقة متغيرة حسب تطور الحالة، وتتزايد أهمية ذلك خاصة في حالات الذهان، أقول: أما تعميم شروط إدخال هذه الجزئية (العقاقير) في الأبحاث في العلاج النفسي مهما كانت وصفية: فيسرى عليها أغلب ما يسرى على الأبحاث العلمية بشأن العقاقير في أى مجال، مع التحفظ على المبالغة في التركيز على عينات المقارنة لأن ذلك يمثل صعوبة متزايدة في حالة الأمراض النفسية إذ لا توجد حالة مثل أخرى مهما تساوت بعض المواصفات، وهي مسألة تحتاج إلى شرح تفصيلي بعد ما لحقها من تشويه وسوء استعمال بسبب التداخلات التجارية والاستهلاكية شبه العلمية لمؤسسات الأدوية العملاقة.

.....

برغم أن هذا وارد ضمناً في تجريب العقاقير الجديدة في الأمراض النفسية أيضاً، إلا أن مجال الطب النفسي هو من أكثر المجالات التي جرى فيها التشويه، والتزييف، وغسيل المخ، والحماية الخائبة، والرشاوى الظاهرة والخفية، برغم كل المزاعم ضد كل هذا.

أهم ما يشترط في هذه الأبحاث هو أمانة التسجيل مع العناية بكل التفاصيل (بالشروط السالف ذكرها)

يبدأ البحث العلمي هنا، مثل أى بحث آخر بفرض علمي قابل للإثبات أو النقص، لكن كثيراً ما ينبع الفرض أثناء المقابلة وبالذات أثناء التشكيل الوصفي المبدئي للتركيبية النفسراضية للحالة

يتم اختبار مبدئي لهذا الفرض الأساسى بالتفسير المناسب الذى يتفق أو يختلف مع الفرض، ولا يتغير أسلوب العلاج للوفاء بمتطلبات الفرض طبعاً

يتم تعديل الفرض بالمناقشات المستمرة ونتائج التطبيق الأني والتتابعي، وكذلك من خلال ربط المعلومات من المصادر المختلفة وبالأدوات المختلفة (المقابلة الإكلينيكية - القياسات النفسية - المعلومات المضافة من مصادر مختلفة.. إلخ)

يمكن أن نلاحظ أن كل هذه الإجراءات البحثية تجرى في إطار حركية العلاقة من

مستويات الوعي اليبينشنية
والجمعية دون إكهام انضباط
المؤثرات بشكل يفسد كل
خطوات العلاج

ونواصل للأسبوع القادم بعرض المتن: (على لسان حال المريض كالعادة)

- [1] يحيى الرخاوى: (2018) كتاب "فقه العلاقات البشرية"
(2) عبر ديوان: "أغوار النفس" ("هل العلاج النفسى
"مكلمة"؟) (سبع لوحات")، الناشر: جمعية الطب النفسى
التطورى - القاهرة.
- [2] كما أشرت سابقا فى الكتاب الأول وفى هامش "3"،
كان المقصود بها أن أقدم كيف يمكن أن يساء فهم العلاج النفسى على
أنه تفسير وتبرير وتسكين، وكيف أن هذا بمثابة وقف النمو
بما يمكن أن يقابل "الموت النفسى"، إلا أننى وجدت نفورا
من الالم، ومبالغة فى التصوير، ففضلت مصطلح "لوحات" تصف
كل هذه الأحوال (لا الحالات) التى أوحى لى بعطاء هذا
العمل.
- [3] انظر: "مستويات وأنواع الإشراف على العلاج النفسى"
(نشرة الإنسان والتطور 2009-2-1-2009). www.rakhawy.net
[4] - Structural Psychopathological Formulation

إرتباط كامل النص مع المقطعات:

<http://www.arabpsynet.com/Rakhawy/RakD060523.pdf>

إرتباط كامل النص

<https://rakhawy.net/%d8%b3%d9%84%d8%b3%d9%84%d8%a9-%d9%81%d9%82%d9%87-%d8%a7%d9%84%d8%b9%d9%84%d8%a7%d9%82%d8%a7%d8%aa-%d8%a7%d9%84%d8%a8%d8%b4%d8%b1%d9%8a%d8%a9-2-%d9%87%d9%84-%d8%a7%d9%84%d8%b9%d9%84%d8%a7-3/>

شبكة العلوم النفسية العربية

نحو تعاون عربي رفيا بعلوم وطب النفس

الموقع العلمى

<http://www.arabpsynet.com/>

المتجر الألكترونى

<http://www.arabpsyfound.com>

الكتاب السنوى 2023 1 "شبكة العلوم النفسية العربية" (الاصدار hgehe عشر)

الشبكة تدخل عامها 23 من التأسيس و 20 على الويبج

23 عاما من الكبح... 20 عاما من المنجزات

(التأسيس: 2000/01/01 - على الويبج: 2003/06/13)

<http://www.arabpsynet.com/Documents/eBArabpsynet.pdf>

كتاب "حصاد النشاط العلمى لمؤسسة العلوم النفسية العربية للعام 2021

التحميل من الموقع العلمى

<http://www.arabpsynet.com/Documents/eBArabpsynet-AIHassad2021.pdf>

الكتاب الذهبى لشبكة العلوم النفسية العربية للعام 2022 (الفصل السابع: من الكتاب السنوى للشبكة)

التحميل من الموقع العلمى

<http://arabpsynet.com/Documents/eBArabpsynetGoldBook.pdf>