



yehiatrakhawy@hotmail.com

بروفيسور يحيى الرخاوي - الطب النفسي، مصر

استهلال:

نواصل اليوم هذا النشر المتقطع من هذا الكتاب وآمل أن تُقرأ نشرة الأسبوع الماضي قبل متابعة نشرة اليوم التي سنقدم فيها ما تيسر من الفصل السابع.

يحيى

الفصل السابع

التشخيص

تنوعات التشخيص وأهدافها:

بعد كل استيفاء المعلومات السابق ذكرها يجد الفاحص أنه مطالب أمام نفسه ومريضه، وأرشيف مؤسسته (وربما رئيسه في العمل!؟)، أن يصيغ ما وصل إليه في توصيفات محددة (ما أمكن)، وتكون الاستجابة لبعضها ملزمة لأعراض إدارية أو مصالح اقتصادية أو مطالب قانونية، فقد تكون ردًا على مطلب من جهات رسمية أو أهلية، وتختلف الاستجابة لهذه المطالب باختلاف نوع الطلب، والهدف منه، وأحقية الطالب فيه وكل ما يتعلق بصالح المريض وحقوقه، وتكون الاستجابة في حدود مرالاة كل ذلك قانونا، ومهنيا، ولرفا، وأخلاقيا، ودينا، وكل هذا سوف تتحدد معالمه أكثر في فصل "التقرير" (215) سوف أبدأ بالتنبية بملاحظة بدئية قبل الاندفاع إلى لصق لافته التشخيص، فأقول:

" ليس بالضرورة أن كل من يحضر للعيادة النفسية هو مريض نفسى كما أشرنا في البداية"

وفيما يلي مزيد من شرح هذه الملاحظة) وألتذر لبعض التكرار)

(1) أحيانا قليلة أكتشف أن المريض يحضر ليكشف لى، (وهذا ما سبقت الإشارة إليه) ربما أكثر من أننى أنا شخصا أكشف إليه، بمعنى أنه قد يأتى من باب حب الاستطلاع والبحث لن إجابات، ولو قابعة تحت السطح، لن ما هو الطب النفسى أو المرض النفسى، وأيضا: من هو ذلك المدلو "الطبيب النفسى"، وقد يبلغ ذلك أكثر من كونه يعانى معاناة موضوعية تستأهل هذه المشقة، (والغرامة) فالاستشارة!

(2) يصل الأمر، -كما ألمحتُ أيضاً- وإن كان ذلك نادرا، وأكرر ما ذكرته من أنه أحيانا تحضر إحداهن

للكشف لى درجة خفة دم هذا الطبيب (!) كما سمعتُ لها من صديقتها (ولو لند الكوافير).!!

(3) أحيانا يستدرجنى المريض، ومن البداية إلى "مناقشة سياسية"، وخاصة وأنا - مثل بعض زملائى- أظهر فى وسائل الإعلام فى برامج الرأى بشكل ليس نادرا، وهنا ينبغى أن ينتبه الطبيب أولاً: إلى فصل الأدوار وتحديد الغرض المهنى من المقابلة، يفعل ذلك باحترام لِحَق المريض فى حب الاستطلاع، ولكن دون السماح بالاسترسال، فإذا تمادى المريض فعلى الطبيب أن يحوّل الموضوع، أو

بعد كل استيفاء المعلومات السابق ذكرها يجد الفاحص أنه مطالب أمام نفسه ومريضه، وأرشيف مؤسسته (وربما رئيسه في العمل!؟)، أن يصيغ ما وصل إليه في توصيفات محددة (ما أمكن)، وتكون الاستجابة لبعضها ملزمة لأعراض إدارية أو مصالح اقتصادية أو مطالب قانونية

"ليس بالضرورة أن كل من يحضر للعيادة النفسية هو مريض نفسى كما أشرنا في البداية" وفيما يلي مزيد من شرح هذه الملاحظة) (وألتذر لبعض التكرار)

أحيانا قليلة أكتشفه أن المريض يحضر ليكشفه على، (وهذا ما سبقت الإشارة إليه) ربما أكثر من أننى أنا شخصا أكشف عليه، بمعنى أنه قد يأتى من باب حب الاستطلاع والبحث عن إجابات، ولو قابعة تحت السطح، عن ما هو الطب النفسى أو المرض النفسى

يصل الأمر، -كما ألمحتُ أيضاً- وإن كان ذلك نادرا، وأكرر ما ذكرته من أنه أحيانا تحضر إحداهن للكشف على درجة خفة دم هذا الطبيب (!) كما سمعتُ عنهما من صديقتها (ولو عند الكوافير).!!

ينبغي أن ينتبه الطبيب أولاً:
إلى فصل الأدوار وتحديد
الغرض المصنوع من المقابلة،
بجعل ذلك باحترام لحق
المريض في حب الاستطلاع،
ولكن دون السماح بالاسترسال

مع أن الإنسان المعاصر هو
كائن سياسى بالضرورة (مريض
كان أو طبيباً)، إلا أن وقت
الاستشارة هو للاستشارة وليس
لتبادل الآراء السياسية أو مثل
ذلك

أحياناً يستدرج المريض
الطبيب إلى جدل حول قضية
عامّة، ليست بالضرورة سياسية،
لكنها ليست طبية، وليست
خاصة بشكوى المريض أو
حالته، وعلى الطبيب أن يعتذر
أيضاً، وبسرعة، عن التماهى
فى ذلك

“.... حاول فريق آخر من
الأطباء أن يحدوا أنفسهم
بالذين يحضرون إليهم للعلاج
طائعين أو مكرهين، فلجأوا
إلى التفرقة بين “المريض”
و“الذى به مرض”،
“فالمريض” عندهم هو من
يحضر لاستشارتهم، يحضر هو
أو يحضره آخر

أن “المريض: هو Patient
والذى به مرض” هو (ILL)
فالمريض “Patient” حرفياً:
هو “الشخص الذى (حالة
كونه) يعالج بواسطة طبيب”،
وأما الذى به مرض “ILL
فهو من هو: فى صحة سيئة”

بعد أن يقتنع الطبيب أنه أمام
مريض يحتاج إلى طبيب نفسى،
فإنه لا ينبغي أن يسارع وفوراً
بالبحث عن اسم المرض النفسى
الأنسب لحالة هذا المريض
فيقوم بجمع الشكوى وترجمتها
إلى أمراض أولاً بأول كما
ذكرنا

هناك خطوة أخرى تلزمه ابتداءً
أن يحدد أن المرض هو مرض
نفسى أصلاً، وهنا تجدر الإشارة
إلى ضرورة حذق الطبيب
النفسى للطب العام، والطب

يعتذر، ومع أن الإنسان المعاصر هو كائن سياسى بالضرورة (مريضاً كان أو طبيباً)، إلا أن وقت
الاستشارة هو للاستشارة وليس لتبادل الآراء السياسية أو مثل ذلك.

(4) أحياناً يستدرج المريض الطبيب إلى جدل حول قضية عامة، ليست بالضرورة سياسية، لكنها
ليست طبية، وليست خاصة بشكوى المريض أو حالته، وعلى الطبيب أن يعتذر أيضاً، وبسرعة، لأن
التماهى فى ذلك

كل هذه المقدمات، بما فى ذلك هذه الاستطرادات، هي لغموض الحد الفاصل بين السواء والمرض
ليس فقط عند العامة، لكن أيضاً عند الأطباء، والنفسيين.

انتبهت من قديم لأهمية هذه المسألة، فتناولتها وأنا أكتب باكراً لأن الحيرة فى تعريف الصحة النفسية
سنة 1971 حين وصل الأمر إلى المبالغة فى هذا الاتجاه عند بعض الأطباء النفسيين لدرجة اعتبار أن
المريض هو “من ذهب يستشير طبيباً نفسياً” أما الصحيح نفسياً فهو الذى لم يفعل ذلك وهذا هو ما جاء
بالنص فى كتابى حيرة طبيب نفسى حول هذه النقطة: (2)

“.... حاول فريق آخر من الأطباء أن يحدوا أنفسهم بالذين يحضرون إليهم للعلاج طائعين أو
مكرهين، فلجأوا إلى التفرقة بين “المريض” و“الذى به مرض”، “فالمريض” عندهم هو من يحضر
لاستشارتهم، يحضر هو أو يحضره آخر، أما “الذى به مرض” فقد يحضر أو لا يحضر وقد يحضره آخر،
ولعل ما يدعم أصل هذه الفكرة هو وجود لفظين فى اللغات ذات الأصل اللاتينى يختلفان فى المعنى نفس
هذا الاختلاف: وهما لفظاً “Patient & Ill”: ولم أجد لهما مقابلاً مباشراً فى اللغة العربية فترجمتهما إلى
ما سبق وهو أن “المريض: هو الـ Patient والذى به مرض” هو (ILL) فالمريض “Patient” حرفياً:
هو “الشخص الذى (حالة كونه) يعالج بواسطة طبيب”، وأما الذى به مرض “ILL” فهو من هو: فى صحة
سيئة” (ولكن لهذا اللفظ الأخير بالانجليزية: ILL معان أخرى مثل “نو خلق سئ” أو مؤذ.. وهى معان
ليست بعيدة عن بعض أنواع المرض النفسى مثل أنواع من اضطرابات الشخصية. وقد ذكر
جيليس (3) Gillis فى ذلك أنه لا يوجد مبرر لمحاولة أن نفصل “الخراف” عن “الماعز” باعتبار أن من
يحضر للعلاج فقط هو المريض” (هذا هو نص تعبير جيليس)

خطوة مبدئية مساعدة لازمة:

بعد أن يقتنع الطبيب أنه أمام مريض يحتاج إلى طبيب نفسى، فإنه لا ينبغي أن يسارع وفوراً بالبحث
لأن اسم المرض النفسى الأنسب لحالة هذا المريض فيقوم بجمع الشكوى وترجمتها إلى الأمراض أولاً بأول
كما ذكرنا، لأن هناك خطوة أخرى تلزمه ابتداءً أن يحدد أن المرض هو مرض نفسى أصلاً، وهنا تجدر
الإشارة إلى ضرورة حذق الطبيب النفسى للطب العام، والطب الباطنى خاصة، وهذا التنبيه هام ليس فقط
للاقتربات تواضع الثقافة النفسية عند عامة الناس، وإنما أيضاً تقديراً لبعض ذلك عند الزميل فى الفروع
الأخرى إذا كان هو مصدر التحويل!

بناءً على ذلك فإنه على الطبيب النفسى قبل أن يسارع بوضع لافتة المرض النفسى على مريضه أن
يبحث عن الأمراض الجسمية العامة التى لها أمراض نفسية،

قبل أن أستطرد أود أن أوضح أن على الطبيب النفسى أن ينتبه أن الزميل الذى حول له المريض قد
لا يكون ملماً بكل أبعاد مهمة الطب النفسى بحيث يكون تحويله مناسباً أم غير ذلك، ولا بد للطبيب
النفسى أن يبدأ من البداية، وهو يراجع مصادر حضور المريض ومبررات ذلك فكثيراً ما يقول المريض أن
هذا الطبيب المحوّل قد أخبره أنه “ما لندوش حاجة” (ليس به شىء)، ثم نصح بتحويله، وهذا موقف غير
المنطوق وغير مفيد، وهو يضطرنى أحياناً -كما ذكرت غالباً- إلى أن أنبه المريض، وأهله أحياناً إلى أنى
لست متخصصاً فى “المفيش حاجة”، ولله أن يعاود قراءة اللافتة ليتأكدوا أننى طبيب ولست أخصائى الـ
“مافيش حاجة”! وإنما أنا أخصائى فى فرع من فروع الطب مثل سائر الفروع الأخرى، وكثير من المرضى

على الطبيب النفسي قبل أن يسارع بوضع لافتة المرض النفسي على مريضه أن يبحث عن الأمراض الجسمية العامة التي لها أعراض نفسية

على الطبيب النفسي أن ينتبه أن الزميل الذي حول له المريض قد لا يكون ملما بكل أبعاد مهمة الطب النفسي بحيث يكون تحويله مناسباً أم غير ذلك

لا بد للطبيب النفسي أن يبدأ من البداية، وهو يراجع مصادر حضور المريض ومبررات ذلك كتحليل ما يقول المريض أن هذا الطبيب المحوّل قد أخبره أنه "ما عندوش حاجة" (ليس به شيء)، ثم نصح بتحويله، وهذا موقف غير علمي وغير مفيد

يظنني أحياناً - كما ذكرته غالباً - إلى أن أئمه المريض، وأهله أحياناً إلى أي لسة متخصّصاً هي "المفيش حاجة"، وعليه أن يعاود قراءة اللافتة ليتأكدوا أنني طبيب لسة وأخصائي الـ "مافيش حاجة"! وإنما أنا أخصائي هي فرع من فروع الطب مثل سائر الفروع الأخرى

كثير من المرضى يفضلون أن تكون "فيه حاجة" عضوية عندهم، تفسّر ما يعانون منه، ومعظم الأطباء يلتقطون ذلك، ويستجيبون لهم بأن عندهم نقص في المادة الغلانية أو زيادة في المادة العلانية (الكاتيكولامين/ السيروتينين). فيتامين د! أو فيتامين هـ... الخ كما شاع مؤخراً بين المرضى وبعض الأطباء دون دليل كافٍ)

أحياناً حين أسأل المريض: "م تشكو" يجيبني: "من نقص فيتامين د" (مثلاً) بدلاً من أن يجيبني عن حزنه أو مشاعره أو أرقه، فأنبهه ألا يردد ما سمعه من زميل سابق أو من

يفضلون أن تكون "فيه حاجة" عضوية عندهم، تفسّر ما يعانون منه، ومعظم الأطباء يلتقطون ذلك، ويستجيبون لهم بأن عندهم نقص في المادة الغلانية أو زيادة في المادة العلانية (الكاتيكولامين/ السيروتينين). فيتامين د! أو فيتامين هـ... الخ كما شاع مؤخراً بين المرضى وبعض الأطباء دون دليل كافٍ)، وتسير مثل هذه المزالم في موجات لم أتبين مداها تحديداً، لكن يبدو أن ذلك قد يرجع إلى "سياسة السوق"، أو إلى سطحية الإعلام، أو إلى كليهما، مع تساهل بعض الأطباء، ويصل الاختزال وسوء الفهم إلى درجة أنني أحياناً حين أسأل المريض: "م تشكو" يجيبني: "من نقص فيتامين د" (مثلاً) بدلاً من أن يجيبني عن حزنه أو مشاعره أو أرقه، فأنبهه ألا يردد ما سمعه من زميل سابق أو من الإعلام وأن يحدثني بلسانه شخصياً عن ما يعاني منه.

الخطوة التالية هي من صميم عمل الطبيب النفسي (بالاشتراك أحياناً مع طبيب الأوصاب إذا لزم الأمر)، وهي التأكد - أيضاً قبل الإسراع إلى وضع لافتة المرض النفسي الشائع - ، من أنه لا توجد أمراض أو أسباب إراضية عضوية محددة بالمخ، مثل الحمى المخية، أو الضمور، أو الجلطة، أو تصلب شرايين المخ، وكلها أمراض يمكن أن تكون مسئولة عن الأراض النفسية الحاضرة، خاصة بالنسبة لكبار السن، والمصابين بأمراض السكري أو ارتفاع ضغط الدم، وهذا الاستبعاد المبدئي له أهمية قصوى قبل الانتقال إلى مرحلة تصنيف الأمراض النفسية الخالصة، لأنه في أحيان ليست قليلة، وخاصة في الحالات الحادة، يكون السبب العضوي قابلاً للإزالة، بأسرع وأنجح ما يمكن، وفي أحيان أخرى يكون تصحيح المعلومات بطريقة علمية بسيطة كاف لاستعادة الموقف الصحيح، فالتداوى المناسب.

وهنا تجدر الإشارة إلى أنه بمجرد ترجيح أن المعاناة النفسية هي نتيجة لمرض مخي لعضوى ينبغي تحديد ما إذا كان حادثاً أو مزمناً، وهذه التفرقة كانت موجودة في دليل التشخيص الأمريكي الأول (DSM 1952) (لكنها للأسف تراجع ترتيبها بعد ذلك مع أنها مهمة لضرورة الإسراع بعلاج النوع العضوى الحاد إن كان له علاج.

بعد الاطمئنان إلى أن من حضر للاستشارة هو مريض، وهو مريض نفسي، وما دام مرضه النفسي هو ليس نتيجة لخلل عضوى تشريحي محدد في المخ، فنحن نواجه مهمة تحديد موقع المريض بما لدينا من معلومات وخبرات وفروض بطريقة سلسلة متدرجة كالتالي.

حوارات الوعي

قبل مواصلة المقابلة من منطلق: الطب النفسي الإيقاعحيوي أقدم فيما يلي تذكرة بالمبادئ العامة لممارسة هذه الخطوة حسب منظومة هذا الطب:

أولاً: إن الطب النفسي الإيقاعحيوي يقدم ضرورة فهم معنى وغائية المرض، ومغزى الأعراض تطويراً قبل الغوص في الأسباب، لكنه لا يهمل هذه الأسباب خاصة إذا كانت قابلة للإزالة أو كانت سبباً في استمرار أو تفاقم المرض، وتسمى الأسباب المديمة Perpetuating، وهو يقوم بمهمته لبر إعادة بناء إلاقات علاجية وتأهيلية جديدة غير مشوهة ولا مشوهة.

ثانياً: إن التعامل مع الكيان البشري وهو في "حركة" "إيقاعية" "مستمرة" "متبادلة" بدءاً بمستويات الولي من الطرفين طول الوقت⁽⁴⁾، غير التعامل معه وكأنه كم ثابت يقاس بالنقص والزيادة، ويحتاج للتصحيح في المحل.

ثالثاً: إن الولي بحركية الولي فالإيقاعحيوي المتبادلة بين شخصين (الطبيب والمريض أساساً) يقلل من قيمة المناقشات اللفظية ومحاولات الإقناع المنطقي والتفسير السببي، ليركز أساساً على الخطوات العملية وتحديد مراحل العلاج في أهداف متتالية.

رابعاً: إن فن التحريك التلقائي لدوائر الوعي الشخصي المتواصلة الاتساع والشمول إلى الوعي البيئشخصي إلى وعى الجماعة، إلى وعى الجميع، فالطبيعة فالغيب إلى الولي الحق المطلق، كل ذلك

الإعلام وأن يحدثنى بلسانه
شخصيا عن ما يعانى منه

التأكد - أيضا قبل الإسراع
إلى وضع لافتة المرض النفسى
القانع - من أنه لا توجد
أمراض أو أسباب إمبرازية
عضوية محددة بالمخ، مثل
الجمى المخية، أو الضمور، أو
الجلطة، أو تصلب شرايين المخ

أنه بمجرد ترجيح أن المعاناة
النفسية هى نتيجة لمرض مخى
عضوى ينبغي تحديد ما إذا
كان حادثا أو مزمنًا، وهذه
التفرقة كانت موجودة فى
دليل التشخيص الأمريكى الأول
DSMI (1952)

بعد الاطمئنان إلى أن من
حضر الاستشارة هو مريض،
وهو مريض نفسى، وما دام
مرضه النفسى هو ليس نتيجة
لخلل عضوى تشريحي محدد
فى المخ، فنحن نواجه مهمة
تحديد موقع المريض بما لدينا
من معلومات وخبرات وفروض
بطريقة سلسلة متدرجة

إن الطب النفسى الإيقاعى
يقدم ضرورة فهم معنى وغاية
المرض، ومغزى الأعراض
تطوريا قبل الغوص فى
الأسباب، لكنه لا يهمل هذه
الأسباب خاصة إذا كانت قابلة
للإزالة أو كانت سببا فى
استمرار أو تفاقم المرض

يعمل كعامل أساسى فى التواصل غير اللفظى مادة، ومن ثم فى العلاج حيث يساود إلى ضبط توجه
الإيقاعى الشخصى مع الإيقاعى الممتد فى الآخر أو الجمالية تنغيما وتناغما مع الدوائر الأوسع
فالأوسع، ويظهر أثر ذلك أكثر فى العلاج الجمعى وعلاج الوسط، والتأهيل النشاطى الجمالى، جنبا إلى
جنب مع وسائل العلاج الأخرى التى تسهم فى نفس الاتجاه وليست بديلة عنه.

خامساً: إن فهم الطبيعة البشرية من هذا المنطلق الممتد طولا فى التطور ولرضا فى الطبيعة فالكون:
امتدادا إلى المطلق، جدير بأن يغير من محيط وبرامج التنشئة والتدريب إلى الإبداع النقدى والإنسانى بما
يمكن أن يسهم فى التخطيط الفنى العلمى المسئول لاستعادة الهارمونى ومواصلة الحياة بالعلاج فالتأهيل.
سادساً: إن كل ذلك ليس بديلا إن رصد الأمراض المحددة، وتجميعها فى زمالات محددة لها موقعها
فى نظام تشخيصى متفق عليه لأغراض لملية أخرى لها أهميتها بكل المقاييس.

.....

.....

(ونواصل غداً)

- [1] انتهيت من مراجعة أصول " الطب النفسى الإيقاعى التطورى " وهو من ثلاث كتب: وسوف نواصل النشر البطيء آملًا
فى حوار، وهو (تحت الطبع) ورقيا، إلكترونيا حاليا
بالموقع www.rakhawy.net: وهذه النشرة هى استمرار لما
نشر من الكتاب الثانى: "المقابلة الكلينيكية: بحث علمى
بمهارة فنية."

- [2] يحيى الرخاوى: "حيرة طبيب نفسى" (ملحق الكتاب:
مستويات الصحة النفسية)، دار الغد للثقافة 1972
(ص184/185)

- يحيى الرخاوى، الطب النفسى: بين الأيدلوجيا والتطور،
الفصل السابع: المدارس النفسية والنماذج العلاجية، ص
123، منشورات جمعية الطب النفسى التطورى، 2019
[3] - Gillis, L.S.: who is Mentally Healthy, South
Africa Medical Journal, Vol. 35, No. 8, Deel, 35, cape
Town (Feb).1961

- [4] وهو ما يسمى أحيانا: "التناص" Intertextuality
- أ.د. يحيى الرخاوى، مركز مؤسسة الرخاوى الشهرية: "جدل
النصوص البشرية فى رحاب الوعى «التناص» وممارسة الطب
النفسى»، 12 يوليو 2021

ارتباط كامل النص مع المقترحات:

<http://www.arabpsynet.com/Rakhawy/RakD110622.pdf>

شبكة العلوم النفسية العربية

نحن تعاون عربى رقىا بعلوم وطب النفس

الموقع العلمى

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

المتجر الإلكترونى

<http://www.arabpsyfound.com>

الكتاب السنوى 2021 لـ " شبكة العلوم النفسية العربية " (الاصدار العاشر)

الشبكة تدخل عامها 21 من التأسيس و 19 على الويب

21 عاما من الضج... 19 عاما من الإنجازات

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