

642 - "فصامى" يعلمنا: "كيفية" الفصام، "دون أن ينقص!!" (14)

(سوف نكرر في كل مرة: أن اسم المريض والمعالج وأية بيانات قد تدل على المريض هي أسماء ومعلومات بديلة، لكنها لا تغير المحتوى العلمى أو التدريبي.

تعقيبات ختامية

مقدمة

حاولت، ولو على سبيل التجربة أن أدمع ملاحظات أمس، بما جاء في المتن، فوجدتني قد أضطر أن أعيد كثيرا من أقوال المريض التي جاءت بالأصل وأيضا في بعض الهوامش، أثناء عرض الإثني عشرة حلقة، فتوقفت،

لم تكف المناقشة أمس في أن تشرح ما تصورت أنها يمكن أن تغطيه، ويبدو أننى سوف أعدل حاليا عن المناقشة التفصيلية، ويكفى أن تصبح هذه الحالات ذخيرة لى أو لغرى لما تحوى من حقائق عارية - تقريبا- يمكن الاستعانة بها للاستشهاد في نظير لاحق، أو توجيهه علاجى ممكن،

وهذا - إن كان في العمر بقية - ما أنوى أن أقوم به بعد نشر عدد كاف من الحالات في معظم الأمراض النفسية، وبالذات في "الفصام" الذى اعتبره نواة الأمراض النفسية وجماعها كلها

وحتى أغلق ملف رشاد - مؤقتا- أنشر اليوم هذه التعقيبات المحدودة:

موجز أكثر إيجازا:

هو "رشاد" (اسم مستعار) مرض، لثالث مرة، توقف سنة ونصف سنة عن العمل، وكاد يتوقف عن الحياة، جاء يشكو، وقد اكتملت له أعراض الفصام كما يوصف في معظم -إن لم يكن كل- التقسيمات المتعارف عليها،رشد رشاد حركية الانفصام فومفها بكل ما عرفت به (وما لم تعرف به!) إمراضية الفصام، لكن برغم وصفه ذلك لم تظهر عليه أية علامات تفكك سلوكى، أو عدم ترابط معرفى، أو تفسخ كيانى.

التعقيبات (عينّة)

أختم هذه الحالة بهذه التعقيبات المحدودة حين الانتهاء لمزيد من تنقيح المنهج.

1. يبدو أنه لا يوجد شيء اسمه الفصام، ولكن ثمة عملية تفكيكية تفسخية تهدد واحدة تماسكنا، وتندثر بتراجع مسارنا، وهذه العملية هي أساس كل الأمراض النفسية/العقلية، وهي تمثل النذير بقدر ما تحفز التحدي، ونفترض بناء على ذلك:

أن التصنيف يتم بأن يطلق اسم مرض معين على أية مرحلة من مراحل التفكيك، أو التفسخ، وكيفية مواجهتها للحيلولة دون التمداد بما تيسر من آليات الدفاع، والحلول الوسطى.

2. يمكن مقارنة هذه العملية، خصوصا في بدايتها، بما يحدث في نشاط الحلم، إلا أنه في الحلم تكون العملية التفكيكية تنظيمية، في النهاية، وبالتالي هي عملية بنائية تعليمية بغض النظر عن محتوى الحلم الحكى. (ليس فقط مقارنتها، بل لعلها هي مع اختلاف المأل).

3. بنفس القياس والمقارنة قد يثبت أن بداية هذه العملية (التحريك بالتفكيك) هي أيضا بداية الإبداع الذي يتم هذه المرة بدرجة من الوعى المشتمل، فيكون نتاجه تشكيلا جديدا، ليس مجرد تنظيم مفيد (الحلم)، ولا مأل متفسخ (الفصام)، وهذا ما لم تتح الفرصة لرشاد أن يكمله بأية صورة، اللهم إلا مرحلة التصوير الداخلي إن صح التعبير، هذا التصوير لا يعنى تشكيلا أو توليفا إبداعيا كاملا بقدر ما هو يوازى "التقاط صورة حقيقية نادرة" وهو يمكن أن يعتبر الخطوة الأولى في عملية الإبداع، كما أنه قد يعد نوعا خاصا من الإبداع مثل إبداع التصوير بالفوتوغرافيا.

4. رشاد عاش هذه العمليات المرة تلو المرة (هذه هي ثالث مرة)، وقد استطاع أن يللم نفسه - بالعلاج- في المرتين الأولى والثانية، ويبدو أنه حين شفى من كل نوبة عاد بنفس التركيب إلى نفس المسار، فتعرض للمرة الثالثة (الحالية) إلى ما أعاقه هكذا.

5. أفاد انسحاب رشاد من العمل (والناس) في منع أو تأجيل التفسخ، وذلك باستعمال الميكانزمات المناسبة، وبالذات ميكانزى التفكيك والعقلنة، ثم الإسقاط، وقد قامت العقلنة والإسقاط بتوقيف الحالة عند الوصف، وكذلك بتبرير وتسويغ متطلبات الواقع، ثم قامت "العقلنة" برصد عملية التفكك كما بيّنا طوال عرض الحالة.

6. حالت هذه الميكانزمات الثلاثة - حتى نهاية الحلقات - دون التمداد في التفسخ الفعلى

7. تاريخ رشاد العائلى الإيجابى للمرض النفسى كان قابعا وراء كل من هذا التفكك المحدود (وهو الذى أسميناها:

تفكك في الخلل)، وأيضاً وراء القابلية للشفاء الواعد شبه الكامل (من حيث اختفاء الأعراض). هذا التاريخ العائلي (هنا في حالة رشاد، وعندي عامة) وجدنا أنه يشير أساساً إلى وراثة برامج ذات طبيعة حركية تفكيكية/تنظيمية معينة (أو تفسخية محتملة)، أي أن رشاد لم يرث تهيئاً للفصام بالذات (أو لغيره، أنظر تاريخ الأسرة) وإنما ورث نشاط حركية تشمل كلا من الحدّة والوفرة (زخم الحركة)، وأيضاً ورث ربما إلى درجة أقل برنامجاً يجدد توجه المسار (فالمآل)

8. التاريخ العائلي عند رشاد يشير إلى أن كلّ من مَرَضَ في هذه العائلة قد شفى، الأرجح أن الشفاء قد تمّ باختفاء الأعراض أكثر من اضطراب النمو: الخلل مرض في سن 18 سنة ودخل مستشفى العباسية، وشفى، والعم أصيب بنوبة اكتئاب شفيت أيضاً بعلاج جلسات تنظيم الإيقاع ولم يعاوده المرض بعد ذلك. هكذا أمكن استنتاج - كما ذكرنا حالاً - أن رشاد يحمل برنامج زخم التفكيك، بقدر ما يحمل برنامج القدرة على ضبطه واستعادة توازنه، بعلاج أو بدون علاج أحياناً).

9. يبدو أن الأخت التي أصيبت بعصاب لم يتماد إلى أكثر من ذلك، قد حالت ميكانزماتها القادرة دون أن تصل إلى درجة تعرية مباشرة، أو إعلان مظاهر هذه البرامج الجاهزة بجرسية جسيمة، فتوقفت عند مرحلة العصاب

10. إن الإصابة السابقة بمرض نفسى جسيم (ليس بالضرورة أن يسمى فصاماً أو أن يكون فصاماً) لا تحدد بالضرورة طبيعة الإصابة اللاحقة تلقائياً، وإنما يتوقف ذلك على عوامل كثيرة من بينها: طبيعة إعادة تنظيم التركيب بعد النوبة السابقة، واضح هنا أن رشاد خرج متماسكاً من كل نوبة، والأرجح أنه فعل ذلك باستعادة استعمال دفاعات (ميكانزمات) أكثر فاعلية سمحت له بمعاودة الكفاح والحياة (والتأجيل أيضاً)

(ملاحظة: إن شفاؤه - هكذا- في المرات السابقة، لا يشير بالضرورة إلى أنه لم يكن هناك اندمالات scarring معطلة تحول دون نبض نموي لاحق، وتعرّضه إلى مرض أصعب أو حياة أقل امتلاءً)

11. من خلال تتبع الحالة طويلاً يمكن أن نرصد، أو نتوقع، كيف أن أية وقفة في مرحلة معينة من مراحل التفكيك نحو التفسخ، أو اللم بالدفاعات القديمة أو الجديدة التي تدعمت بعد الخبرة المرضية، يمكن أن ينتج عنها وقفة تستأهل تشخيصاً آخر، بمعنى أن رشاد يمكن أن يتوقف عند (أو يمر ب-) مرحلة وسواسية صريحة، أو اكتئابية جسيمة، أو حتى هوسية مؤقتة، وهذا يتوقف على الظروف المحيطة الجديدة، وطريقة تكيفه الإيمراضى لها.

12. ثم إن التعافى الذى تم في أفراد الأسرة بهذا الوضوح، هو أقرب إلى افتراض أن برامج الأم الموروثة، جنباً إلى جنب مع برامج التفكك الجاهزة، يمكن تشغيلها - بالعلاج- لصالح رشاد في الاتجاه الإيجابي بحسب كفاءة الخطة العلاجية المرتبطة بمدى صحة الفرض الإيمراضى التركيبى

13. كذلك يجدر بنا أن ننتبه إلى بعض دلالات وآليات الحوار الذى نشر على مدى إثني عشر حلقة، ونأخذ على سبيل المثال قيمة ما يسمى "احترام تجربة المرض"، بدأ بأخذ شكوى المريض مأخذ الجد تماما. إن هذه القيمة ليس لها أدنى علاقة بالشفقة عليه، أو "أخذه على قدر عقله: كما يشاع،

ويمكن فيما يلى أن نعيد رصد بعض مظاهرهذه القيمة - الاحترام- كما وردت في الحوار على سبيل المثال:

• قبول كلامه من حيث المبدأ على أنه ليس فقط "حقيقته"، وإنما هو "الحقيقة الأخرى".

• رفع الكلفة بينه وبين المعالج الأكبر في حدود ما يسمح به تطور العلاقة، هذا وقد لاحظنا كيف يمكن أن يحدث ذلك - رفع الكلفة - من أول مرة، وأن يضطرب بعد ذلك.

• السماح بالحديث عن بعض الذكريات والمسائل الشخصية للمعالج - باختياره- بما يمكن أن يذيب الثلج بالتدرج، على ألا تحم هذه الذكريات أو التجارب كنموذج يُحتذى

• عرض التفسير والفروض العلمية (خصوصا التفسيرات الإراضية) على المريض بشكل مبسط لكن مباشر، وكأنه زميل مشارك، أو طالب بحث، وذلك كلما سمحت الفرصة بذلك.

• مناقشة المريض فيما يعرض عليه من هذه الآراء، وأخذ رأيه جدية في مدى مصداقية هذا التفسير بالنسبة له أحيانا، كمعاش للتجربة، وصاحب مصلحة، وذلك دون المبالغة في قيمة رأيه - بالموافقة - بلا تحفظ، أى دون أخذ موافقته قضية مسلمة تصبح دليلا على صحة التفسير

• المقارنة أحيانا بين رأيه، والآراء الأخرى بما في ذلك آراء تبدو علمية وثقافية لم تطرح بالضرورة من أحد الحاضرين

• عرض تفاصيل خطة العلاج ومشاركته في اتخاذ القرارات دون ادعاء منحه حرية زائفة، وأيضا دون فرض رأى نهائى

• تجنب التطرق إلى أى منطقة لا يريد الحديث فيها أمام الأطباء الأصغر

• السماح له بنقد موقف وآراء المعالج، سواء في منهج الحوار، أو منهج التفسير أو محتوى أى منهما، دون ادعاء مساواة أو حرية زائفة، وهذا ما حدث مرارا حين أصرّ رشاد على ضرورة "المعرفة" قبل "الفعل والممارسة"، وهو ما أخذه الطبيب على أنه مهرب بمكانزم العقلنة يبعدهما عن ممارسة العلاقة والتجربة دون وصاية الاسماء أو حتى الرموز

• وصل الأمر مع رشاد إلى شرح منهج الحوار ومحكات القياس بما أوجز وأوضح بعض جوانب المنهج الفيونمينولوجي من ناحية، والممارسة الإمريكية من ناحية أخرى، وذلك بلغة عادية، وبأمثلة من الجارى فعلاً.

• استعمال المعالج للغة السائدة في "ثقافة المريض الفرعية" ما أمكن ذلك (مثلا في التحية، والتكنية.. إلخ)
 • السماح للمريض بتساؤلات موازية، واعتراضات مناسبة، كلما أتاحت الفرصة

14. شاهدنا من تطور الحوار، وتوالى الشرح، وبعض الهوامش، كيف يمكن تعديل الفرض الأمراضى الأساسى، نتيجة الحصول على معلومات جديدة، أو اكتشاف أبعاد جديدة في التركيب أو تاريخ المريض أو ظروفه المحيطة

15. لاحظنا أيضا أهمية، بل ضرورة، عرض الخطة العلاجية على رشاد بصريح العبارة وفي نفس الوقت القبول بتعديل بعض التفاصيل، والتراجع عن بعض الخطوات حسب التقييم المستمر أولا بأول

16. لعل الحوار، خاصة في الحلقات الأخيرة، قد أوضح بعض الأثر السلبي الذي يمكن أن ينتج إذا استدرجنا للبدء مع المريض بتسمية المرض باسم شائع أو حتى باسم علمي، طالما أن هذا الاسم ليست له مصادقية كافية، حتى وإن كان الاتفاق قد تم عليه، وطالما أن مضمونه العلمي (على فرض أن له مضمون علمي مفيد) ودلالاته العامة (عند الشخص العادى) هي مجال للمراجعة الدائمة، وكثيرا ما تكون المعلومات المتاحة بشأنها معلومات مضللة أو معطلة

17. لعلنا لاحظنا أيضا أنه مهما كان السبب واضحا (في حالة رشاد: الإحباط نتيجة للرفض بعد التلويح له بالاختيار في الفريق الأول لكرة القدم)، لكى يحدث المرض هكذا بكل هذه التفاصيل

18. تبينت أيضا أهمية التفرقة بين حكي المريض عن الخطوات الأولى في عمليتي التفسخ والانفصام من خلال بصيرته التي احتدت بتنشيط العين الداخلية كما ذكرنا أمس، وبين مدى تفعيل هذا التفسخ في مجالات أخرى، مثل مجال التفكير (بما يترتب عليه الاضطراب الجوهرى للتفكير Formal Thought Disorder) أو أى مجال آخر (وهو ما لم يحدث في حالة رشاد).

19. تأكدت أيضا ضرورة التوليف بين الاستعمال الانتقائى للعقاقير، ونمو العلاقة العلاجية، بديلا عن الاستقطاب (إما...أو)، مع تطويع الجرعة من كل (العقاقير والعلاقة) أثناء خطة التأهيل باستمرار.

20. وأخيراً، فلعله قد وصلت للزملاء، الأصغر خاصة، مدى أهمية، بل ضرورة عملية "التعلم المستمر" "من المرضى"، الأمر الذى لا يثرى المتدرب والممارس بدرجة كافية إلا إذا نجح المتعلم (المعالج أو العالم) من التخلص النفسى أو المؤقت أو كليهما من وصاية منظوما مسبقة مهما كانت صلبة أو شائعة أو تاريخية.

وبعد

اكتشفت أنني وصلت إلى رقم عشرين، والنشرة لا بد أن تسلم الآن، كما أنه قد عادت تلج على رغبة مع كل تعقيب أن أستشهد بفقرة من الإثني عشرة حلقة تثبته أو توضحه، لكنني تذكرت كيف فضلت تأجيل ذلك إلى حين النشر في نسخة ورقية، أو حين إمكان الاستشهاد ببعضه في أماكنه التي لا بد وأنى سوف أحتاجها في تنظير لاحق

ملحوظة :

أعتقد أنه بإمكان أى صديق أو باحث ممن صاحب هذه الحالة أن يجد بنفسه الاستشهاد المناسب الذى يريده دعماً لبعض هذه التعقيبات، أو أن يتبين الاعتراض على، أو النقد اللازم لبعض هذه التعقيبات، وقد يدعمه باستشهادات أيضاً من واقع مراجعته للمقابلات والنشرات مجمعة، كما أعتقد أن مثل هذا النقد أو الاعتراض سوف يكون إثراء ما بعده إثراء سواء للحوار في بريد الجمعة أو للنشر اللاحق في النسخة الورقية.

- Psychopathology