

مقتطفات من: " الطب النفسي الإيقاعي التطوري " الكتاب الثاني: "المقابلة الطليبيكية: بحث علمي بممارسة فنية" (34)  
الفصل التاسع فحص حالات ذات "طابع" خاص (2)

نشرة "الإنسان" 2022/07/03

السنة الخامسة عشرة - العدد: 5419



yehiatrakhawy@hotmail.com

بروفيسور يحيى الرخاوي - الطب النفسي، مصر

### استهلال:

نواصل اليوم هذا النشر المتقطع من هذا الكتاب وأمل أن تُقرأ نشرة أمس قبل متابعة نشرة اليوم التي سنقدم فيها ما تيسر من الفصل التاسع.

### يحيى

### الفصل التاسع

### فحص حالات ذات "طابع" خاص (2)

.....

.....

### سأ: فحص المسنين:

لا يوجد فرق كبير في المقابلة في فحص المسنين عنها في فحص المرضى عموماً، إلا في حالة وجود اضطرابات معرفية جسيمة، أو نزوية مزعجة، مما يثير صعوبات خاصة ويحتاج لصبر ووقت أكبر، مع الاحتفاظ بالاحترام الواجب طول المقابلة.

وينبغي أن نتذكر أن لكبار السن في مجتمعنا وضع خاص، وأن الاحترام الذي تعودوا عليه في الماضي أخذ في التراجع مؤخراً قليلاً أو كثيراً، ولابد من مراعاة ذلك، مهما بلغت درجة تدهور قدرات المسن أو ضعفت ذاكرته، ويستحسن مناداته بيا "عمّ" (أو يا أمّ) مثلاً أو ما يعادل ذلك، أو قد تطلب منه البركة والدعاء، وكل هذا كثيراً ما يذنب الثلج مع كثير منهم.



ولما كان دور الطبيب النفسي في مجتمعنا هو دور والدي

بشكل أو بآخر، فيجدر أن نشير إلى أن هذا الدور يظل قائماً حتى مع المسنين، أي أن الطبيب والدي حتى لو كان المريض أكبر منه سناً بكثير.

وفي حالة التدهور المعرفي الجسيم، أو فقد الذاكرة البالغ، فإن الأمر قد يحتاج إلى أن نتبع كثيراً من الخطوات التي ذكرت في (فقرة ثانياً ص: 203): "فحص المريض صعب المنال في حالة سبات" (فقرة: ثانياً) وكذلك فحص المرض ذي السبب العضوي (فقرة رابعاً ص: 205)

### سابعاً: الفحص في المنزل:

في الطب النفسي خاصة ينبغي أن تقتصر الزيارات المنزلية على الحالات الحرجة التي لا يمكن أن تذهب إلى الطبيب أو تنقل إلى المستشفى، وليس لمن يستطيع أن يدفع أكثر. ويراعى في الفحص المنزلي

لا يوجد فرق كبير في المقابلة في فحص المسنين عنها في فحص المرضى عموماً، إلا في حالة وجود اضطرابات معرفية جسيمة، أو نزوية مزعجة، مما يثير صعوبات خاصة ويحتاج لصبر ووقت أكبر، مع الاحتفاظ بالاحترام الواجب طول المقابلة

لما كان دور الطبيب النفسي في مجتمعنا هو دور والدي بشكل أو بآخر، فيجدر أن نشير إلى أن هذا الدور يظل قائماً حتى مع المسنين، أي أن الطبيب والدي حتى لو كان المريض أكبر منه سناً بكثير.

في الطب النفسي خاصة ينبغي أن تقتصر الزيارات المنزلية على الحالات الحرجة التي لا يمكن أن تذهب إلى الطبيب أو تنقل إلى المستشفى، وليس لمن يستطيع أن يدفع أكثر

أن تكون المقابلة رسمية مقننة (وليس كصديق زائر كما يميل الأهل أن يزعموا مثل ذلك للمريض أحيانا) وأن يأخذ الطبيب حذره من أية مفاجآت بالنسبة للمريض فإذ حالة هياج، وأن يقتصر الفحص على سبب الاستدعاء تحديداً، وتوَجَّل التفاصيل لفرصة أكثر رسمية، فإذ مكان أكثر تناسبا (المستشفى مثلا)، ولا يحتاج الأمر إلا التذكرة بالحرص على تجنب فحص أقارب المريض بوجه خاص بالمنزل مهما بلغت درجة قرابتهم أو إلحاحهم.

### ثامناً: فحص المرضى من مجتمعات ثقافية خاصة رئيسية أو فرعية

نبهنا مراراً كيف أنه لكل بيئة وثقافة وميزاتها الخاصة، وبالتالي فإننا نحتاج أن نتعامل مع كل الفئات فإذ حدود استيعابنا لفروق الثقافات، ولا تقتصر الفروق الثقافية على الفروق القومية، بل تمتد إلى الثقافات الفرعية وفرعية الفرعية، فبالنسبة للثقافات القومية فقد لاحظت - مثلاً - أن المريض القادم من اليمن غير



القادم من السعودية<sup>[2]</sup> وكلاهما غير القادم من ليبيا أو المغرب، وهكذا، والاختلاف الذي نعنيه فإذ هذا الصدد ليس اختلاف تشخيصات فئوية، وإنما هو اختلاف أساس فإذ العادات والطباع، وبالتالي فإذ طرق الحوار وترتيب الأولويات مما لا يمكن تفصيله هنا الآن، لكننا فقط نشير إلى ضرورة مراعاة هذه الفروق الثقافية، والطبيب الحاذق يتعلم من مرضاه أولاً بأول بعض ما يميز أية ثقافة قومية أو فرعية، دون تعميم، وقد يسأل الطبيب المريض بلهجته، مثلاً يسأل السعودي "إيش بيك؟" بديلاً عن "عندك إيه؟" وحين يسأل المريض اليماني عن تأثير العلاج "وهل هو أشكل" الآن" (أي:

أحسن)، وهكذا، فإن مثل ذلك قد يذيب ثلج المقابلة الأولى، وبالنسبة للثقافات الفرعية المحلية مثلاً فإنه يستحسن ألا يُستشهد بالأمثال العامية المصرية إلا لأولاد البلد المصريين من كبار السن أو المسنين عموماً، وهكذا.

### تاسعاً: الفحص بغرض تقييم الخطورة، واحتمالية الانتحار:

من العسير تماماً أن يتنبأ الفاحص بصورة جازمة متى سوف يقدم المريض على فعل خطر، وربما أقل صعوبة (أو أكثر!!) من ذلك تقييم مدى الاستهداف للانتحار.

### أ) تقييم احتمالية الانتحار:

إن احتمال الانتحار حتى الموت مازال محدوداً فإذ مصر والبلاد العربية والإسلامية إذا قورن بالحال فإذ البلاد الإسكندنافية مثلاً أو فإذ جنوب شرق آسيا (اليابان مثلاً

### ويراعى في تقييم خطورة احتمال الانتحار الانتباه إلى الانذارات التالية:

- 1- نوع الاكتئاب، فالإكتئاب المقل، Agitated Depression والاكتئاب النزق، هما الأكثر احتمالاً لحدوث حالات الانتحار.
- 2- ينبغى الانتباه إلى أن إختفاء أعراض القلقة فجأة، وحتى أعراض الاكتئاب، وإختفاء علامات الحيرة، حتى يبدو المريض وكأنه وصل إلى السلامة: كل ذلك قد يكون نذيراً بقرب تنفيذ قرار الإنهاء، بمعذ أن المريض قد يكون قد وصل إلى يقين "عدم الجدوى"، فاستقر على القرار، وبالتالي يمكن أن تكون هذه الإفاقة الظاهرة نذيراً بقرب تنفيذ الانتحار، وليس العكس!!.

3- أيضاً: لابد من ملاحظة زيادة الأرق والاستيقاظ المبكر أكثر فأكثر.

4- الاهتمام برصد زيادة الانسحاب والوحدة ومواصلة تجنب المناقشات.

5- الانتباه إلى تغير الالتزام الديني (مثل التوقف عن الصلاة، وأحيانا الاستغراق في الصلاة لمن

التذكرة بالحرص على تجنب فحص أقارب المريض بوجه خاص بالمنزل مهما بلغت درجة قرابتهم أو إلحاحهم

من العسير تماماً أن يتنبأ الفاحص بصورة جازمة متى سوف يقدم المريض على فعل خطر، وربما أقل صعوبة (أو أكثر!!) من ذلك تقييم مدى الاستهداف للانتحار

إن احتمال الانتحار حتى الموت مازال محدوداً في مصر والبلاد العربية والإسلامية إذا قورن بالحال في البلاد الإسكندنافية مثلاً أو في جنوب شرق آسيا (اليابان مثلاً

ينبغي الانتباه إلى أن إختفاء أعراض القلقة فجأة، وحتى أعراض الاكتئاب، وإختفاء علامات الحيرة، حتى يبدو المريض وكأنه وصل إلى السلامة: كل ذلك قد يكون نذيراً بقرب تنفيذ قرار الإنهاء

لابد من ملاحظة زيادة الأرق والاستيقاظ المبكر أكثر فأكثر.



كانوا عكس ذلك).

6- ملاحظة الصمت الزائد، خاصة بالمقارنة بكم التدفق الكلامي الذي ربما كان موجودا قبيل طور الاكتئاب.

7- بعد أحداث اجتماعية أو عاطفية ذات دلالة مثل الزيارات الخاصة ولا سيما من شخص له علاقة دالة بالمريض.

8- وجود تاريخ سابق لمحاولات الانتحار.

9- وجود تاريخ عائلي للانتحار.

10- وجود تاريخ سابق للاضطرابات الوجدانية الجسيمة والاضطرابات النزوية عند المريض وفي الأسرة.

ملحوظة: الانتحار غير قاصر على حالات الاكتئاب بل يمكن أن يحدث مع أي مريض، (وطبعا من الأسوياء) في أي وقت.

ب) تقييم الخطورة:

على الطبيب النفس أن يقدر مدى خطورة مريض ما مع كل فحص بصفة عامة، وبصفة خاصة حين وجود المريض في المستشفى وقبل الخروج، مثله مثل المريض الانتحاري، وأكثر لأن خطوره هنا ليست قاصرة على الذات، وإنما تمتد إلى الغير، ولا توجد محكات مُحكمة لتقييم مدى الخطورة، لذلك لا بد من الاجتهاد طول الوقت في كل اتجاه .

وفيما يلي بعض المعالم التي يمكن أن تكون مؤشرات مباشرة أو غير مباشرة على وجود الخطورة بأية درجة من الدرجات:



1- كلما زادت عدد مرات العنف في التاريخ السابق زاد احتمال العنف الحالي أو المستقبلي.

2- لا بد من ملاحظة الأعراض النزوية والانشقاقية التي يمكن أن توجد أو تصاحب أي تشخيص.

3- ينبغي الانتباه إلى أن النقلة النوعية المفاجئة، حتى لو كانت إلى أحسن (كما ذكرنا حالا بالنسبة للانتحار): قد

تكون منذرة بأمر غير متوقع في مسار المرض، وبالتالي قد يلحقها ما ينذر بالخطر، ثم حدوث الخطر نفسه.

4- يراء نوع التدين والاستغراق فيه فجأة حيث قد يكون هذا نذيراً بنكسة محتملة، وقد يصاحب هذا السلوك عودة إلى الخطر، وخاصة إذا كانت الجريمة من النوع النابع من معتقدات دينية تعصبية منحرفة.

5- من المؤشرات الهامة لحسابات الخطورة: سمات الشخصية قبل المرض، فإذا وجدت سمات عدوانية نزوية في شخصية بارنوية مثلاً: فإن ذلك يشير إلى خطورة أكبر من سمات شخصية اعتمادية أو هستيرية، والخطورة لا تستند الانتحار.

6- كذلك يؤخذ في الاعتبار التاريخ العائلي، والثقافة الفرعية النوعية) ثقافة الثأر في الصعيد مثلاً أو ثقافة العنف في عائلات بذاتها)

7- بقدر ما نتأكد من أن المريض يتعلم من الخبرات السابقة، يمكن الاطمئنان إلى بصيرته المتطورة المانعة للعودة للجريمة، وبنفس الاهتمام علينا الالتفات في الاتجاه العكسي، فإن مَحْو الخبرات التي تصل للمريض أولاً بأول هو نذير بخطورة متجددة محتملة دائماً.

الاهتمام برصد زيادة الانسحاب والوحدة ومواصلة تجنب المواقف المشابهة.

الانتباه إلى تغير الالتزام الديني (مثل التوقف عن الصلاة، وأحياناً الاستغراق في الصلاة لمن كانوا عكس ذلك)

الانتحار غير قاصر على حالات الاكتئاب بل يمكن أن يحدث مع أي مريض، (وطبعا من الأسوياء) في أي وقت

على الطبيب النفس أن يقدر مدى خطورة مريض ما مع كل فحص بصفة عامة، وبصفة خاصة حين وجود المريض في المستشفى وقبل الخروج

كلما زادت عدد مرات العنف في التاريخ السابق زاد احتمال العنف الحالي أو المستقبلي

لا بد من ملاحظة الأعراض النزوية والانشقاقية التي يمكن أن توجد أو تصاحب أي تشخيص

8- يعتبر العنف الشاذ أو العشوائي أخطر من العنف المُبرَّر (حتى على أساس مرضي)، ذلك لأنه لا يمكن التنبؤ به من خلال منظومة فكرية معينة، ومن العنف الشاذ ما يترتب عنه ما يسمى بـ "الجريمة بلا دافع" و"الجريمة غير المُميّزة" (أي التام تقصّد على ضحاياها دون تمييز، وعادة دون معرفة بهم) وبناء على ذلك فإن مرتكب مثل هذه الجرائم لابد أن يعاملوا بحذر أكبر.

9- أحيانا يكون ثبات تبدل الشعور، وخاصة إذا كان مصاحبا بنوبات نزوية ولو منقطعة أو ميول سادية (التمتع بإيذاء الآخرين): يكون أكثر نذيرا بالخطر من تذبذب الانفعالات أو تبدلها بشكل متماوج طول الوقت.

10- يوضع أيضا في الاعتبار التغير المفاجئ في نمط النوم والأحلام (وخاصة الأحلام الذهانية): فقد تكون منذرات لبداية نوبة هياج أو عدوان شديدة.

11- عدم الانتظام على تعاطي العقاقير نذير خطر في الحالات المستهدفة لاحتمالات الخطورة.

12- لابد من تقييم نوع البصيرة وعدم الاطمئنان لظاهر التعلم والوعود اللفظية، حيث أن البصيرة النظرية المعقّنة قد تخدع: لأنه لا يترتب عليها تعلم كاف يغيّر السلوك.

13- يؤخذ في الاعتبار أيضا استعمال الكحول والمواد المخدرة وخاصة بطريقة دورية أو نزوية أو ملحة، فمن ناحية يعتبر كل هذا استمرارا لمظاهر الاضطراب، ومن ناحية أخرى فإنه تحت تأثير هذه المواد يكون الخطر أقرب، والعنف أسهل.

14- المرض بلا مأوى معرضون أكثر لازدهار الأعراض، وعدم الامتثال للعلاج وخاصة العقاقير، وبالتالي العودة للعنف أو الانتحار.

15- التاريخ العائلي للمرض العقلي ككل، وبوجه خاص للفصام والبارانويا والشخصية المضادة للمجتمع، وسوء استعمال العقاقير، واضطرابات ضبط النزوات، بالإضافة إلى الصرع، ثم وجود مصادمات متعددة مع القانون، وربما جرائم عنف في العائلة سواء المرضي منهم أو غير المرضي، كل ذلك لا بد أن يعتبر من مؤشرات الخطورة.

16- لابد أن يُنَبِّئ الطبيب كتابةً في أوراق المريض، خصوصا إذا كان نزيلا بالمستشفى كل الاجراءات التي اتخذها والعقاقير والاحتياطات والتعليمات التي أعطاها للمريض وأهله، وذلك توكيا لاحتمال الخطورة بعد الخروج من المستشفى أو أثناء السماح بإجازه مؤقتة، وذلك تحسبا للمساءلة القانونية.

### (ج) الفحص لغرض تقدير أهلية التصرفات القانونية

مثل كتابة وصية، أو التصرف بالبيع والشراء في حالة طلب أحد الأطراف ذلك، أو تكليف الجهة القضائية بذلك.

• على الطبيب أن يعلن للمفحوص مهمته من البداية، ومصدر تكليفه بهذه المهمة، والجهة التي أرسلته.

• ينبغي أن يراءى الطبيب توضيح مهمته والتزامه بأداء الواجب لا أكثر ولا أقل.

• يمكن حضور قريب يثق فيه المفحوص المقابلة، إلا إذا رأى المفحوص غير ذلك.

• بالإضافة إلى فحص القدرات المعرفية العادية عند المريض مثل قدرة التعليل ولو بطريقة غير مباشرة، وبعد اكتساب الثقة بطريقة مباشرة، قد يستعصم على المفحوص تحديد الموضوع المختلف حوله،

ينبغي الانتباه إلى أن النقلة النوعية المفاجئة، حتى لو كانت إلى أحسن (كما ذكرنا حالا بالنسبة للانتحار): قد تكون منذرة بأمر غير متوقع في مسار المرض

يراعى نوع التحدين والاستغراق فيه فجأة حيث قد يكون هذا نذيرا بنكسة محتملة، وقد يصاحب هذا السلوك عودة إلى الخطر

من المؤشرات الهامة لحسابات الخطورة: سمات الشخصية قبل المرض، فإذا وجدت سمات محدودانية نزوية في شخصية بارنوية مثلا: فإن ذلك يشير إلى خطورة أكبر من سمات شخصية اعتمادية أو هستيرية، والخطورة لا تستثنى الانتحار

أحيانا يكون ثبات تبدل الشعور، وخاصة إذا كان مصاحبا بنوبات نزوية ولو منقطعة أو ميول سادية (التمتع بإيذاء الآخرين): يكون أكثر نذيرا بالخطر من تذبذب الانفعالات أو تبدلها بشكل متماوج طول الوقت.

يؤخذ في الاعتبار أيضا استعمال الكحول والمواد

المنذرة وخاصة بطريقة دورية أو نزوية أو ملحة،

الفحص لغرض تقدير أهلية التصرفات القانونية على الطبيب أن يعلن للمفحوص مميته من البداية، ومصدر تخطيطه بهذه المميته، والجمة التي أرسلته

بالإضافة إلى فحص القدرات المعرفية العادية عند المريض مثل قدرة التعليل ولو بطريقة غير مباشرة، وبعد احتساب الثقة بطريقة مباشرة، قد يستعصى على المفحوص تحديد الموضوع المختلف حوله

ودوافع التصرف فيه، وحدود حقوقه وحقوق الآخرين تجاهه، ومدى تقديره للمسئوليات المترتبة على موضوع الخلاف، وتتخذ كل هذه الإجابات باعتبارها من مصادر الإلمام بقدرات المريض الأمر الذي يتكامل مع المصادر الأخرى في حدود تقييم الجهة القانونية الرسمية المنوطة بذلك.

(وقد يتطرق الأمر إلى الاستفسار دون إلحاح عن مدى إدراك المفحوص عن القيمة المادية الحالية (وقت الفحص) لموضوع الخلاف، وربما مقارنة بقيمته الأصلية.

كما قد يحتاج الأمر لاستعمال بعض الاختبارات لتحديد كفاءة الوظائف المعرفية.

.....  
.....  
(ونواصل الأسبوع القادم)

[1]- انتهيت من مراجعة أصول " الطب النفسي الإيقاعحيوى التطورى" وهو من ثلاث كتب: وسوف نواصل النشر البطيء آملًا في حوار، وهو (تحت الطبع) ورقيا، إلكترونيا حاليا بالموقع [www.rakhawy.net](http://www.rakhawy.net): وهذه النشرة هي استمرار لما نشر من الكتاب الثانى: "المقابلة الكلينيكية: بحث علمى بمهارة فنية".  
- [2] كما أن المريض القادم من الزمالك غير القادم من عزبة القميّرين بغمره، والقادم من رشيد غير القادم من نجح حمادى وتمتد الفروق من الثقافية الجغرافية إلى الثقافة الدينية باعتبار الدين من مكونات الثقافات الأساسية ظاهراً وباطناً، وليس معنى ذلك أن هذا يتطلب تميزاً معيناً

إرتباط كامل النص مع المقطعات:

<http://www.arabpsynet.com/Rakhawy/RakD030722.pdf>

إرتباط كامل النص

<https://rakhawy.net/%d9%85%d9%82%d8%aa%d8%b7%d9%81%d8%a7%d8%aa-%d9%85%d9%86-%d8%a7%d9%84%d8%b7%d8%a8%d9%86%d9%81%d8%b3%d9%89-%d8%a7%d9%84%d8%a5%d9%8a%d9%82%d8%a7%d8%b9%d8%ad%d9%8a%d9%88%d9%89-%d8%a7%d9%84%d8%aa%d8%b7-6/>

## شبكة العلوم النفسية العربية

نحن تعاون عربي رقيقا بعلوم وطب النفس

الموقع العلمي

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

المتجر الإلكتروني

<http://www.arabpsyfound.com>

الكتاب السنوي 2022 1 " شبكة العلوم النفسية العربية " (الاصدار الثاني عشر)

الشبكة تدخل عامها 22 من التأسيس و 20 على الويب

22 عاما من الكبح... 20 عاما من الإنجازات

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