

الثـلـاثـاء 06-12-2011

1558- حـكاـيـةـ كـتـابـ قـدـيمـ لـمـ يـظـهـرـ (3)

تصـنـيـفـ وـتـشـخـيمـ الـأـمـراضـ الـنـفـسـيـةـ

(نـقـدـ وـمـرـاجـعـةـ)

Nosology & Diagnosis in Psychiatry

Revision & Criticism

الحلقة الثالثة: تاريخ حيرتى مع فكرة "التـشـخـيمـ"

استـهـلاـلـ (ـمـكـرـرـ بـعـضـهـ) :

سوف أكرر في كل حلقة أنه ليس كتابا ثنائيا اللغة، وإنما حاولة تكامل بين لغتين ضرورتين في هذه المرحلة من تطورنا. أنا أتجنب الترجمة، أو بتعبير أدق، أتجنب الاكتفاء بالترجمة طول الوقت، في فرعنا خاصة لأسباب ذكرتها سابقا في أكثر من موقع.

القسم العربي يشمل جرعة شخصية (ذاتية) تجلى تاريخ حيرتى مع التشخيص متدرجاً ومارساً ثم معلماً، وهو أقرب إلى العنوان الفرعى "حكـايـةـ كـتـابـ قـدـيمـ لـمـ يـظـهـرـ"، وهو يركز على "الخبرة" التي هي أم الفروض في العلم.

مقدمة (2) :

1- تعددت أن يكون كل ما جمعته هنا، إلا قليلا، سواء بالعربية أو بالإنجليزية، قد سبقت كتابته، ثم أضيف ما ينبغي أن يضاف في أقل الحدود، وبتنظيم يميز غالبا.

2- وجدت أن أغلب ما جمعت من موضوعات محددة تتعلق بفنانـاتـ تشـخـيـصـيـةـ أوـ منـاهـجـ تشـخـيـصـيـةـ مـحـدـدـةـ ،ـ قدـ نـشـرـ غالـباـ فيـ اـفـتـاحـيـاتـ الجـلـةـ المـصـرـيـةـ لـلـطـبـ النـفـسـيـ وـالـجـلـةـ الـعـرـبـيـةـ لـلـطـبـ النـفـسـيـ.

3- بدأت بترتيب المادة بشكل تارخى: الأقدم فالأحدث، إلا أن الأمر بدا في النهاية غير متفق مع ما تعودنا تتبعه في مسألة تقسيم الأمراض النفسية، فأعادت التنظيم لأقرب ما اعتدنا عليه، مع إثبات تاريخ النشر.

4- تعقدت ألا أحذف المكرر: فمثلاً بعد "النشاط و" الاستبيان" أثبتته أكثر من مرة، ربما لجته وأهميته وحق، يمكن للقارئ أن يتبع بداية الأفكار وتطورها، كما قد يسمح هذا المنهج بالتمكن من الإمام بالجديد بأكثر من أسلوب تقديم.

5- قمت بتعديل بعض التفاصيل في أقل القليل بما قد يتبع بتكاملٍ ما بشكل ختمل.

6- لما كنت أفكـر بالـعـربـيـة، وأـشـكـلـ بالـعـربـيـة، ثم أـنـطـقـ أو أـكـتـبـ بـغـيرـهـاـ فـضـلتـ أنـ أـقـدـمـ الـخـطـوـطـ الـعـامـةـ لـماـ وـرـدـ فـهـذـاـ الـكـتـابـ بـالـأـخـلـيـزـيـةـ مـوجـزاـ بـالـعـربـيـةـ، فـنـهـاـيـةـ الـجزـءـ الـعـرـبـيـ،ـ معـ تـكـرـارـ أـنـهـ لـيـسـ تـرـمـةـ،ـ وـبـالـتـالـيـ مـرـةـ أـخـرـيـ لـيـسـ كـتـابـ ثـنـائـيـ الـلـغـةـ.

7- بعض المقتطفات بلغ عمرها أكثر من ثلاثين عاماً، أما أغلب النص الحال فقد كتب منذ عشرين عاماً تقريباً 1992، وقد احتاج إلى تعديل بعض الصياغة في أحيان قليلة، وتصحيح بعض الأخطاء أو إضافة بعض الكلمات.

8- بعض الإضافات طالت مني فأضفتها غالباً بهامش أكبر، وببطأ أسود، وقد نشرت أيضاً في نشرات الإنسان والتطور التي تنشر يومياً بوعى منذ خمس سنوات حتى الآن (2011).

قبل الفصل الأول: ضرورة ولكن..!

الأفكار والافتراضات الأساسية:

1- التشخيص ضروري، ولا غنى عنه وإنما اختلط كل شيء بكل شيء.

2- اللغة العامة وهي المبرر الأول لضرورة التشخيص لازمة، لكن لا ينبغي أن يكون الحرس عليها على حساب تشويه الحقيقة الموضوعية وإغفال الهدف العام والخاص وهو العلاج، وليس بالضرورة الأرفشفة للإحصاء، أو التقسيم الكمي للبحث العلمي.

3- كل حرفـةـ فـيـ الدـنـيـاـ،ـ تـحـتـاجـ إـلـىـ مـهـارـةـ خـاصـةـ،ـ وـتـشـخـيـصـ الـأـمـرـافـ الـنـفـسـيـةـ هوـ جـزـءـ مـنـ حـرـفـةـ وـفـنـ الـطـبـ النـفـسـيـ،ـ وـبـالـتـالـيـ هوـ مـحـاجـةـ إـلـىـ تـدـرـيـبـ خـاصـ وـمـهـارـةـ خـاصـةـ.

4- إن الأسهل ليس هو الأسلم.

5- إن الهدف من التشخيص يختلف من موقع آخر، ومن موقف آخر، فتشخيص للعلاج هو شيء، وتشخيص لعمل بحث علمي بذاته هو شيء آخر، وتشخيص لكتابه تقرير عن متهم لتقديمه محكمة هو شيء ثالث، وهكذا.

6- إن عدم انتشار استعمال الدليل التشخيصي المصري بالدرجة الكافية DMPI، لا ينقص من قدرته وقيمته، بل يعلن من ناحية شعور أغلبنا بالنقص، ومن ناحية أخرى قد يشير إلى قصور هذا النظام وحاجته إلى المراجعة والتعدل.

7- إن للتشخيص-عامة- مستويات لا يغنى أحدها عن الآخر، بل عادة يكمل ويفسر أحدهما الآخر.

8- إن كل مستوى من هذه المستويات يحتاج لمهارة خاصة به، والمستوى الذي يمكن أن يتتفق عليه أكبر عدد من المرضى (مثل المستوى السلوكي، ذي المركبات المعرفة بلغة واضحة) ليس بالضرورة هو المستوى الألزام لمريض بذاته في ظرف بذاته، لتحقيق الهدف من التشخيص المحدد، سواء كان العلاج، أو التقييم القانوني أو البحث العلمي أو غير ذلك، وبالذات لا يرتبط بشكل عملي مسئول بعلاج المريض ذي التشخيص المعنى، كما يلوح عن بعد، مع التذكرة بأن العلاج فالوقاية هما مهمة الطبيب الأولى.

9- إن الخرس الشديد على توحيد المعنى ينسينا أن الاختلاف بين المرضى لا يعني إضراراً بالمريض أو بلبلة في الفكر، بقدر ما يشير إلى أن الفاحص يرى ما يستطيع من الزاوية التي حذقها، والتي أتاحت له تركيبه الرؤية من خلالها، في حين أن فاحصا آخر قد يرى رأياً آخر من زاوية أخرى، والشخص يشخّص نفسه بقدر ما يشخّص مريضه بشكل أو بأخر. وهذا لا يعني أبداً منهما بل يتطلب أن يتكامل كل منهما مع الآخر، ما أمكن ذلك.

10- إن انبهارنا بتشخيص محكم، يسهل علينا أن نتفق على ما جاء فيه، لكن هذا لا يعني أن هذا هو الإجراء المناسب في المقام الأول، يعني أنه لا فائدة أكيدة في المقام الأول يشير إلى شيء ذي دلالة خاصة لها.

وهذا هو المأخذ الأساسي على التشخيص الأمريكي الثالث، فالرابع، وهو ارتفاع معامل الثبات مع ضعف المصادقة (وسوف نفرد لذلك مبحثاً كافياً في حينه)، لكن موجز الموقف يقول: إننا بذلك نفرح بالاتفاق على اسم صندوق لا نعرف محتواه.

التوقف المشروع عن مواصلة المحاولة:

مع شكري البالغ لكل من أبدى استعداده للإسهام في تحديث دليل التشخيص المصري، العربي، واحترامي لكل الجهود التي بذلت والتي يمكن أن تبذل في هذا الصدد أود أن أعلن أنني في هذه المرحلة لا أطمع بالضرورة في اتفاق عام مفيد، فاكتفيت الآن بتقديم هذه الافتراضات والأفكار ربما تقوم أساساً بدعاوة لتنمية التفكير والسلوك الهداف النابع من تحمل مسؤولية الكلمة (التشخيص ليس إلا كلمة مسئولة).

وقد يكون مناسباً أن يقف كل مارس عند المستوى الذي يسمح له تدريبه وخبرته وسماته الشخصية به، فإذا ما تغير أي من هذا من واقع خبرته، فليننتقل إلى المستوى الأنسب التالي وهكذا، دون أن ينتقص ذلك منه شيئاً، ودون أن ينتقص هو من غيره شيئاً.

الفصل الأول:

مقططفات من أراء باكرة (جدا)

1- بعض فصل بعنوان "الوشم بالتشخيص" ورد في كتابي "حيرة طبيب نفسي" كتبته ونشر منذ أربعين سنة (1972).

2- جزء من فصل "الخاتمة" في كتابي "دراسة في علم السيكوباثولوجي" (1979)

منذ بدأ اشتغال بهذا الفرع من الطب، وأنا أجده أتعلق بالإنسان المريض بغض النظر عن الغوص في أعراضه، أفهمه وأساعدته وأحبه دون أن ألزم نفسي - ابتداء - بتسمية ما يعاني أسماء خاصة، ولكنني في كل حال كنت أضطر إلى ذلك من باب الروتين مرة، ومن باب الخوف من الرؤساء مرة، ومن أجل ملء الخانات لتغذية الوحش الإحصائي مرة ثالثة، وكان ذلك يحدد الأمور بشكل ما..

وتصير لغة..

ولكن - للأمانة - أقر وأعترف أنني اعتبر نفسي ضعيفا في هذا المجال جدا، وحق الآن

كنت لا أستطيع في معظم الأحيان أن أترجم أقوال المريض ومشاعره إلى أعراضه، ولعلني بنقطة ضعفي هذه حاولت، في عملي الخاص فيما بعد. أن أضع في ورقة المشاهدة الخاصة بالمرضى هامشاً طولياً بجوار الكلام الذي أكتبه من المريض مسترسلًا، حتى أعود فأترجم في المامش ما عجزت أن أترجمه في المرحلة الأولى من الفحص، لكن المامش ظل أبيضاً من غير سوء في غالب أوراقى.

وقد حسبت أن ذلك جيئه نقص في مران أو خبرتى وقد كانت ناقصه فعلاً.. وما زالت، ولكنني استمررت في ممارسة المهنة بنجاح نسبي - حتى تارikhه على الأقل - وكانت مشكلة تحديد الأعراض تزداد معى لا تنقصها.

وصاحبـت مشكلة تحديد الأعراض مشكلة العنـى هي تجمـيع الأعراض في تشـكـيلـات تـسمـى "أمراضاً".

كان أستادى الدكتور عبد العزيز عسكر يعلمـنا صغارـاً أنـنا لا نـشـخـصـ المـرـيـضـ تشـخـيـصـاً نـهـائـياً عند الدخـولـ إـلـىـ المـسـتـشـفـىـ وإنـماـ عـنـدـ الخـرـوجـ، أوـ حـقـىـ بـعـدـ الخـرـوجـ أوـ حـقـىـ.. أـبـداـ، وـأـنـ تـغـيـرـ التـشـخـيـصـ مـرـةـ وـمـرـاتـ أـثـنـاءـ تـواـجـدـهـ فـيـ المـسـتـشـفـىـ أوـ بـعـدـ إـعادـةـ الـفـحـصـ لـيـسـ عـيـباـ لـفـرـعـنـاـ، بلـ رـبـاـ هوـ مـيـزةـ إذـ أـنـهـ يـعـنـىـ أـنـ الـإـنـسـانـ سـلـيـماـ كـانـ أـمـ مـرـيـضاـ - هوـ كـيـانـ متـغـيرـ باـسـتـمـراـرـ، وـقـدـ كـنـتـ أـشـكـ فـيـ ذـلـكـ الـوقـتـ أـنـ أـسـتـاذـىـ يـطـيـبـ خـاطـرـىـ وـيـهـوـنـ عـلـىـ أـخـطـائـىـ حـتـىـ لـاـ يـفـجـعـنـىـ فـيـ تـشـخـيـصـ بـعـدـ عـنـ الصـوابـ... وـلـكـنـ بـعـدـ أـوـ وـاـصـلـ السـعـىـ قـرـابةـ عـشـرـيـنـ سـنـةـ أـيـقـنـتـ صـدـقـ نـصـيـحةـ أـسـتـاذـىـ

ويـكـفىـ أنـ نـعـلـمـ أـيـضاـ أـنـ ثـبـتـ أـنـ هـنـاكـ الـحـالـاتـ الـتـىـ تـرـددـ عـلـىـ الـعـيـادـةـ الـنـفـسـيـةـ فـيـ أـكـثـرـ مـرـاـكـزـ الـعـالـمـ تـحـمـلـ تـشـخـيـصـ

"ماليس كذلك" يعني "مرض نفسي آخر غير مشخص"، وحن لا تستعمل هذا التصنيف بنفس الشجاعة ونفس النسبة، ربما لأننا أكثر علماً وأكثر دقة (!!)

(كان شرف الجهل هذا في سنة 1972، لكن هذا الأمر أختفى أيضاً الآن سنة 1992، فأصبحنا على يقين جداً جداً مما لا نعرف له معنى، لكننا: الأطباء النفسيين متتفقون تماماً على وضع اسم واضح، وسهل له، لأنه واضح لنا وسهل نطقه).

أنا عندي "ايه" يا دكتور؟

وكانت مشكلة التشخيص تلح على مجة أكثر أثناء المخاورة مع الأصدقاء المرضى حين يسألني أحدهم "أنا عندي إيه يا دكتور؟" وأحتار في الرد ويترکرر هذا السؤال من الأهل ومجة أكثر قلقاً، وحن أعتذر جهلاً أو أوجلأمانة وعلاجاً، يظن المريض عادة (وكذلك الأهل غالباً) أنني أخفى الاسم لأن ما عنده مرض خطير ليس كمثله شيء، وأحدى أقول "أنت إنسان تعانى... أما الآباء فلن تقدم وقد تؤخر"، وأقول أحياناً للأم، بطيبة "ماذا ستتعلمين بالاسم، هل ستتعلمين لافتة على جبهة ابنك، دعينا نبحث سوياً ماذا يمكن عمله لابنك أولاً"

وفي مرة جاءنى صديق صاحبته على الطريق سنوات، ثم حدثت بيننا فرقة مؤقتة في المكان والعلاقة، وبدأ يرعاها زميل آخر في مكان بعيد عنى، جاءنى هذا الصديق المريض في يوم ما يطلب تقريراً عن حالته واحتزت، ماذا أكتب له، وماذا سيفهم زميلنا البعيد من رحلتي مع هذا المريض معاً طوال سنوات إذا كتب له عدة سطور أو ألفاظ معدودة؟ هل أكتب له تشخيصاً يرجع إليه في كتابه ليعرف مريضنا أكثر أم يجعله به أكثر؟

ثم وجهت كلامي لهذا المريض قائلاً: هانتدا أماماه فليتعرف عليك بنفسه، أنا لا أعرف بالنسبة لك لا تشخيصاً ولا إسماً غير إسمك، بل حتى إسمك قد لا يعني ما نريد، فلنحدد الهدف من التقرير ثم نتفاهم؛ ومع ذلك، ولأسباب مهنية وأدبية، ولأننى أعرف زميلى هذا طالب علم طيب يعرف لغى الخاصة وجذتني أكتب تقريراً كان هذا نصه:

"فلان إنسان يعاني... وهو يقاوم الموت والضياع بكل ما أوتى الإنسان من خير وشر"

واعتبرت ذلك تشخيصه فعلاً، وأخذت أتساءل ماذا تنفع التشخيصات إذا وصلت العلاقة بين المريض والطبيب هذه الدرجة من الفهم؟

تبينت بعد ذلك أن هذه المشكلة يعاني منها أكثر فأكثر زملائى الذين يمارسون ويتدرّبون على العلاج النفسي الجماعي خاصة معى، فكلما ازدادت معرفتنا بمرضاناً صعب التشخيص أكثر فأكثر)

وهذا السؤال "أنا عندي إيه يا دكتور؟" سؤال له مبرراته في المعاملات الرسمية والتقارير، ولكنه كثيراً ما تكون

له مضاعفاته في غير ذلك، فبالإضافة لما ذكرنا حالاً من غلبة احتمال اليأس لو ذكرنا المما لمرض سيء السمعة، مع أنه في مرحلة باكرة يمكن علاجها، أو لاحتمالاتسوء استعمال العلاج الذاتي العشوائي من النت أو الفتوى الإعلامية أو الشعبية، قد يضع المريض التشخيص (اسم المرض) حاجزاً بينه وبين الطبيب يحتمي وراءه من الشفاء، وكأنه خلع عن نفسه مسؤولية العودة إلى الحياة السليمة التي تتطلب مشاركته وجهده طول الوقت.

صاحبتي - مشكلة التشخيص- منذ أول ممارستي لهذه المهنة، وربما كان الذي غذاها منذ البداية هو صدق أستاذى الدكتور عبد العزيز عسكر وعلمه، فكم من مناسبة كان يقف فيها محثراً أمام مريض ما، يقول "ربما"، "أنا أشعر أن هذا القلق ليس مجرد "قلق" أو "ربما" أخفى هذا "الاكتئاب وراءه فصاماً، وكانت "ربما" هذه تطمئنني إلى درجة الصدق الذي أسمعه منه، لكنها تؤرقني مع مزيد من التساؤلات التي تدور في عقلي، وتلوح لي بجهلي.

- وقد أوردت مراجعة لاستعمال هذا الدليل في مصر خلال العقدين الأخيرين I The fate of the DMP في الجزء الأول من الفرض بالإنجليزية؟ تحت نفس العنوان)

Relialrity -

Vavlidity -

- الآن هو تاريخ كتابة هذا الكتاب سنة 1971 وقد نشر سنة 1972، (ذلك في عمق يقطة وعيي بغوض النظر عن المهارة الأستاذية، فقد حذرت الترجمة للغة لا أحبيها، وهذا هو أول ما أعلمه لطبيق: البدء بالمعرفة، ثم الترجمة لمن تصلح له الترجمة إلى ممطلحات وألفاظ).

- تحدث مضاعفات تعيق العلاج حين يأخذ المريض اسم مرضه ويذكر بعض خبرات مع حالات متدهورة من معارفه أو أقاربه، أو يتذكر بعض قراءات مسطحة في هذه الصحيفة أو تلك المجلة، ويصاب باليأس معطل أو بتوهם أو تناول علاجات غير مناسبة... الخ.

- للأمانة تدهورت حالة هذا المريض الصديق تماماً، وآخر مرة التقى به منذ أكثر من محسن سنوات خيل إلى أنه يتسلو حول العيادة.

- وفي الإشراف على العلاج النفسي أعلم الممارسين كيف ينسون التشخيص ومتى يرجعون إليه. أنظر سلسلة مثلاًنشرة 1-2009-2-8 : 2009-2