

الأساس: الكتاب الأول: الافتراضات الأساسية (67)

(بعد إذن الإدراك)

تنويه بأدائك: (تأخر كثيرا)

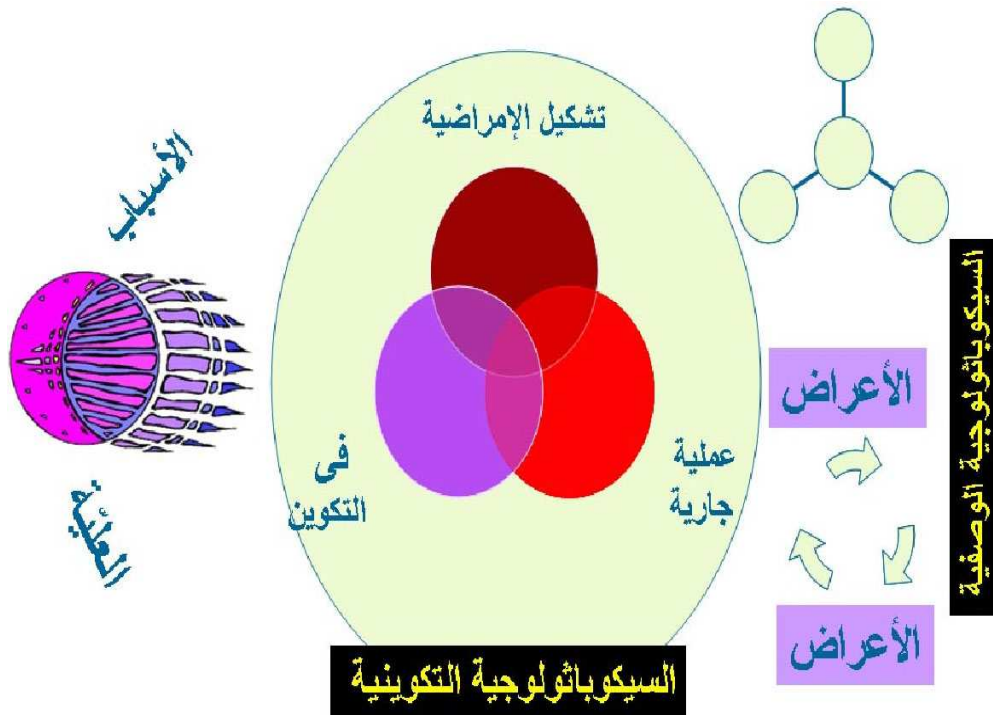
عن الأعراض والأسباب والإمراضية (1 من 2)

<http://www.arabpsynet.com/Rakhawy/RakD1700412.pdf>

بروفيسور يحيى الرخاوي

mokattampsy2002@hotmail.com - rakhawy@rakhawy.org

نشرة "الإنسان والتطور" 2012/04/17
السنة الخامسة - العدد: 1691



المسألة تعقدت بعد أن

توسعنا فك مفهوم

الإدراك فك السواء

حتى كادت بعض

أعراض اضطرابه تدخل

تختبئ فك عبادة هذا

السواء الفضايف

الجديد

حين وجدت أن هذه النشرة (رقم 28) في ملف الإدراك مخصصة للبدء في وصف اضطرابات الإدراك، اكتشفت أن هناك أجدية أساسية لم يسبق أن قدمتها وأنا أكتب عن الوظائف الأساسية، ومن ثم اضطرابها، في كتاب عن الأمراض النفسية، كان المفروض أن أكتب عن اضطرابات الإدراك اليوم، اكتشفت أن المسألة تعقدت بعد أن توسعنا في مفهوم الإدراك في السواء حتى كادت بعض أعراض اضطرابه تدخل تحت عبادة هذا السواء الفضايف الجديد، فوجب التوقف لتحديد ما هية الأعراض عموما، وبعض معالمها، وطبيعة الكتابة عنها، مع تفرقتها بشكل أو بآخر عن الأمراض بنوعها، وفصلها عن أسبابها أيضا، فهل عندى حق، أم طبع الاستطراد الغالب؟ المهم:

أنا أكتب كتابا اسمه "الأساس في الطب النفسى"، يعتمد أساسا على خبرتى، يدعمها ما وصلنى من معارف وعلوم مختلفة حتى تاريخه، وهو كتاب مرتبط أشد الارتباط بثقافتنا، يفتح احتمال إمكان قراءة "النص البشرى" الذى يقع على قمة ما خلق الله سبحانه من أحياء، ثم هو يمتد إلى محاولة نقد هذا النص لإعادة تشكيله مع إعادة تشكيل من يشكله (العلاج)، ثم غيرهما إلى ما وعدنا الله به (الوقاية والنمو).

هو عدة كتب متكاملة لا كتاب واحد، الكتاب الحالى هو الأول منها، والمفروض أنه عن الأعراض، وهو ما يسمى "علم الأمراض الوصفية Descriptive Psychopathology" ويبدأ فيه كل فصل بمحاولة تحديد أبعاد الظاهرة أو الوظيفة المعنية (الوجدان - التفكير.... الخ) فى سوائها، حتى يمكن بعد ذلك وصف

انحرافات أو قصورها أو خللها، وهذا هو عادة ما يطلق عليه مسمى "الأعراض"، وإذا بي أفاجأ وأنا أكتب المشاهدات والفروض، أننا لا نعرف هذه الظواهر بحقها إلا من خلال ما وصلنا من غيرنا، أو ما شاع عنها، مغيبين أو غافلين عن حقيقتها كما تتجلى في الممارسة في ثقافتنا،

وهكذا، استدرجتُ إلى ما لم أكن أقصد، وتورطت في كل ما كان حتى الآن، مما أمل في البدء في لمه. كما قلت: كان الآوان قد آن في ملف "الإدراك" أن أتقدم نحو عرض ما يسمى "اضطرابات الإدراك" Disorders of Perception مثل الهلوسة والوهل وفرط حدة الإدراك وفتوره.... الخ (انظر بعد). رجعت إلى كتابي الأول عن الأعراض أعيد النظر فيما كتبتُ منذ ربع قرن في هذه الجزئية، وإذا بي أجده لم يعد كافياً لعرض صور الاضطراب بما يليق بما تطور من فكرى وما وصلنى لاحقاً من خبرات، بعد أن أفضت كل هذه الإفاضة في وصف الظاهرة وطبيعتها وأبعادها من واقع ثقافتنا الخاصة مدعماً بما تيسر من عينات عملية من الخبرة الإكلينيكية الجارية.

ما العمل؟

حتى ألمم نفسي خطر لى أن أكتفى بكتابة اضطرابات الإدراك بنفس النظام السابق كتابته منذ أكثر من عشرين عاماً، مع إضافة ما يجب أن يضاف بعد هذه الرؤية وهذه الاستطرادات الممتدة، وتلك الخبرات المتجددة والتي شعرت أنها إضافة لازمة أرجو أن أحقق من خلالها تحديثاً بدت لى بعض معالمه هكذا:

أولاً: أن يكون ذلك اسهاماً فى كسر الحاجز بين السواء والمرضى، مما قد يتجلى بوضوح حين نحاول فهم "الهلاوس" -مثلاً- من خلال فرض "العين الداخلية"، والأحلام، أو ونحن نحاول فهم الحدس المرضى بما يترتب عليه من ضلالات من خلال توسيع مجال وعمق الإدراك المتجاوز للحواس عند الشخص العادى، وهكذا.

ثانياً: أن أستطيع أن أبين "ما أمكن ذلك" مناطق ومساحات التداخل والتشابه بين العملية الإبداعية والعملية الإمراضية قبل أن تمضى كل منهما عكس الأخرى، الإبداعية إلى إعادة التشكيل فالتأصيل فالجديد، والإمراضية إلى التفسخ أو التشكيل السلبى، فالجمود والتوقف.

ثالثاً: أن أتمكن من بيان فائدة هذا التحديث فى الممارسة الإكلينيكية علاجاً بالذات، وليس تركيزاً على التشخيص بوجه خاص، مع التذكرة بأن التشخيص التقليدى يعتمد على جمع أعراض بذاتها، واستبعاد أخرى.

رابعاً: نظراً لأن النسخة الأولى كانت ثنائية اللغة، فإننى لم أحسم رأى حتى الآن عما إذا كان هذا هو الوقت المناسب لإصدار هذا العمل باللغتين أم لا، فمزالنت مقاومتى بالغة ضد الكتابة بالإنجليزية، لكن المشكلة أننى كنت قد كتبت فعلاً أغلب النسخة السابقة باللغتين وقد اكتشفت أن ما جاء فى بعض الفقرات بالإنجليزية فيه إضافات جديدة لم ترد بالعربية. (قررت أن أترك الباب مفتوحاً لكل الاحتمالات مطمئناً إلى ندرة من يقرأ أو يهتم بما أكتب، تاركا العمل يتطور بنفسه إلى ما يمكن أن يفيد).

خامساً: سوف أحاول أن أتعمد الإيجاز فى الجزء الخاص بالاضطرابات (الأعراض) ما أمكن ذلك فى محاولة أن أتجنب ما جاء من إطناب فى المقدمة.

سادساً: قد أجعل من النسخة الأصلية متناً (بلغة واحدة أو لغتين - لم أحدد بعد) ثم أضيف إليها ما يحقق الأغراض التى عدتت أغلبها فى البنود السابقة حالاً.

وبعد

ليس مهما متى أنتهى ولا كيف، وربما: ولا حتى إلى أين، المهم أن أضع خبرتى لأصحابها الذين لا أعرفهم حتى ألقى ربى بأحمال أقل فأقل.

جاء فى مقدمة النسخة الانجليزية نص شديد التركيز أورده أولاً بحروفه:

Introduction

The basic alphabet of this book will be in symptom terminology. This approach looks most useful to emphasize that our discourse should be established through

يفتح احتمال إمكان

قراءة "النص البشرى"

الذي يقع على قمة ما

خلق الله سبحانه من أحياء،

ثم هو يمتد إلى محاولة

نقد هذا النص لإعادة

تشكيله مع إعادة

تشكيل من يشكله

(العلاج) ، ثم غيرهما إلى

ما وعدنا الله به

(الوقاية والنمو).

(الوقاية والنمو).

(الوقاية والنمو).

(الوقاية والنمو).

(الوقاية والنمو).

(الوقاية والنمو).

(الوقاية والنمو).

(الوقاية والنمو).

(الوقاية والنمو).

(الوقاية والنمو).

(الوقاية والنمو).

(الوقاية والنمو).

(الوقاية والنمو).

(الوقاية والنمو).

(الوقاية والنمو).

(الوقاية والنمو).

(الوقاية والنمو).

(الوقاية والنمو).

common language. However, the holistic message aimed at is to ultimately define a meaningful sensible portrait of the psychiatric patient.

Etiology, symptom formation and descriptive psychopathology:

Psychopathology refers in general to any study dealing with abnormal states of mind. **The term phenomenological psychopathology** is basically descriptive. However, it describes not only the symptoms but essentially the whole pathological phenomenon without, or with the least, reference to the dynamics underlying.

Psychopathology is also concerned with **the how of symptom formation**. This is mostly related to either hypotheses or theories. The most famous ones are analytic and structural theories. Each school of psychology has its own orientation about how symptoms could erupt.

Psychopathology has but an indirect relation with causes. It is not the least synonymous with etiology. It is the process whereby the pathogenic cause leads to its effect: the symptom or syndrome. It is ultimately concerned with the how of the symptoms present.

What is a symptom

A symptom is usually defined as a "subjective evidence of disease or physical disturbances". In psychiatry the word subjective is not well delineated from the word objective. The word symptom is then used, in psychiatry, in its broader sense i.e. "an evident reaction of disease or physical disturbance."

Another definition of the word symptom is more relevant to a deeper psychopathological orientation where symptom stands for "something that indicates the existence of something else" Definitely symptoms in psychiatry indicate, or should indicate something else.

Signs and Symptoms:

In psychiatry, it is difficult to delineate signs (as detected and described by the examining physician during clinical evaluation) from symptoms (as complained of or described by the patient or his attendant and informant). Both terms (signs and symptoms) are used instead of one another most of the time and here the term symptom will stand for both all through.

Significance of symptoms:

The presence of symptoms per sé is not a proof that there is definite mental illness. It is claimed that sharing a symptom with others could devaluate its significance as pathological. This is also debatable. Although it should be seriously considered in our culture.

A symptom is considered pathological if:

(a) it is abnormal; in the sense that it indicates deviation away of normal functions and characteristics of a certain psychic function.

(b) it is not part of a cultural belief or tradition.

(c) it is handicapping particularly as concerned with relating to reality, adapting with others and working productively.

This means that even hallucinations could be accepted as normal in certain cultures or in normal states of altered consciousness (as hypnologic states). In our motion for diagnosis (DMP1) there is a special category considering such possibility heretic

16.0 NO PSYCHIATRIC DISORDER IN THE PRESENCE OF CULTURALLY ACCEPTED MENTAL SYMPTOMS: This subcategory is reserved for individuals having mental symptoms with no psychopathological function and whose symptoms are accepted culturally as normal It is of special importance in our culture (as a developing country) and in epidemiological studies. For example, the delusions of influence accepted as possession.

Symptom intensity and psychotic quality:

It is getting more common to describe certain symptoms as psychotic. This adjective psychotic usually refers to delusions and hallucinations (in DSM-R-III and (DSM-IV) and ICD-10 for instance). A symptom in itself could not be psychotic or otherwise without considering its effect on both the integrity of the personality as a whole and relation to reality. Anxiety could be psychotic if it becomes a source of personality disorganization, or if it results in massive paralysis of functioning or if it becomes a persistent barrier between the individual and reality. Dissociative symptoms could be either psychotic or neurotic according to the degree of their invasion of the personality, departure from reality or lasting handicapping effect.

المشاهدات والفروض،

أننا لا نعرف هذه

الظواهر بحقها إلا من

خلال ما وصلنا من غيرنا،

أو ما شاع عنها، مغيبين

أو غافلين عن حقيقتها

كما تتجدد فد

الممارسة فد ثقافتنا

أستطيع أن أبين "ما

أمكن ذلك" مناطق

ومساحات التداخل

والتشابه بين العملية

الإبداعية والعملية

الإمراضية قبل أن تمضد

كل منهما عكس

Gestalt versus analytic (or atomistic) approach:

Whether the psychiatrist has to start with a whole impression about the patient or by gathering symptoms together one by one, is hardly to choose. This depends on the preference of each examiner to follow or not a gestalt approach. In proper clinical practice there is no exclusive choice between these two alternatives in "either - or" terms. What actually happens is that the interviewer goes all the time from parts to whole and vice versa.

Symptoms are going to be introduced in the context of describing basic psychological functions and how they are disturbed in clinical practice. Symptoms are the outstanding circumscribed features of the clinical picture but they are not, per se", the clinical, picture. Whatever observable feature or behaviour that could be described has to be reported whether it could be enclosed in a symptom label or not. Global assessment is going along individual symptoms all the.

وبعد

أوردت هذا المقتطف المطول نسبيا بالإنجليزية دون ترجمته حرفيا إلى العربية لأبين الروح التي كتبت بها النسخة الإنجليزية، وأيضا استعدادا لنقله متوقعة للحديث عن الأعراض بدءًا باضطرابات الإدراك وسوف اكتفى بإيجاز بعض ما جاء في هذا المقتطف بالإنجليزية مع أن أغلب محتواه ورد مطولا في كل الحلقات السابقة:

أولا: ما هو العرض؟

ما هو العرض وهل يوجد فرق بين العرض Symptom والعلامة sign؟ اعتدنا أن نصف شكوى المريض أو أهله على أنها أعراض في حين أن ما يكتشفه الناقص موضوعيا هو علامة، لكن في الطب النفسى يصعب ذلك فكلما العرض تطلق على الاثنى بسببولة مقبولة. في الطب النفسى يصعب الفصل بين العرض وبين العلامة ، ونحن نستعمل كلمة "الأعراض" لتصف كل ما يطرأ على المريض من تغيرات مرضية أبعدته عن السواء.

ثانيا: دلالة الأعراض

في ثقافتنا خاصة :علينا أن ننتبه أن مجرد وجود عرض ما، ليس دليلا في ذاته على وجود مرض نفسى أو عقلى، وحتى نعتبر العرض مرضيا لا بد أن تتوفر فيه:

- (1) الانحراف عن مستوى السواء المعروف عن وظيفة نفسية بذاتها انحرافا شادا ومخلا
- (2) وأنه ليس سمة ثقافية شائعة في مجتمع المريض وبيئته.
- (3) وأنه معيق لصاحبه عن مواصلة عمله المعتاد وتكيفه مع المحيطين وعن الواقع.

.....

وما لم تتوفر هذه المواصفات فإنه يمكن اعتبار الظاهرة السلوكية التي تسمى عرضا تعسفا مجرد سمة من سمات السواء، وقد انتبه الدليل المصرى العربى للتشخيص إلى ذلك فأدرج فئة مستقلة تحت رقم (16) بعنوان: "لا يوجد مرض نفسى، برغم وجود أعراض نفسية".

ثالثا: تناول الكلى (الجشثالتى) فى مقابل الفحص التجزئى

من الصعب تحديد الاختيار بين هذين البديلين بشكل استقطابى حاسم، فالخاص ينتقل من الكل إلى الجزء، ثم هو يجمع الأجزاء فى كلِّ ممكن حتى يرسم فى النهاية صورة (بورتريه) للمريض يتعرف من خلالها عليه كإنسان يعانى أو يعاق أو يؤذى نفسه أو غيره من خلالها.

وهكذا : أستطيع أن أوصل تقديم الأعراض بعد مقدمة توصف الوظيفة النفسية أو السلوكية المعنية قبل

تعداد اضطرابها، وهذا ما حدث طول صفحة بشأن الإدراك (وإن طالت المقدة إلى عشرات الصفحات!!)

خامسا: هيراركية الأعراض وترتيبها

تصنيف الأعراض عامة فى ترتيب معين يميز بينها ليس ضرورة دائما، وإن كان يفيد فى تحديد بعض معالم الأمراض، وأحيانا يساعد على التشخيص، ويختلف التصنيف والترتيب بحسب وجهة النظر التي يتم من خلالها، من هنا يستحسن أن نألف استعمال كلمات مثل أعراض أولية أو ثانوية، وأعراض جوهرية وتابعة، وأعراض الصف الأول وأعراض تالية ، هذا، ونادرا ما نستعمل فى الطب النفسى صفة "أعراض مرضانية"

ليس مهما متك أنتهك

ولا كيف، وربما: ولا

حتك إلك أين، المهم أن

أضع خبرتك لأصحابها

الذين لا أعرفهم حتك

ألقك ربك بأحمال أقل

فأقل

فك ثقافتنا خاصة :علينا

أن ننتبه أن مجرد وجود

خاصة بمرض واحد يمكن أن تصنفه بذاته بمجرد رصدها فيه.
وفيما يلي لمحات سريعة عن بعض التقسيمات والترتيبات المحتملة :

(Fifth) Hierarchy and order of symptoms

Symptoms are usually described in terms of **primary** (core, pathognomonic), **secondary** or even tertiary symptoms. Other times terms like essential or subsidiary symptoms are used. Also, "first rank" or otherwise qualities are coined when possible. Rarely, if ever, pathognomonic symptoms which is too specific and dogmatically diagnostic of a specific disorder, is met with in psychiatry.

The following is but glimpses to show different specifications and order:

أولاً : الأعراض الأساسية والأعراض الإضافية أو المساعدة



يطلق لفظ الأعراض الجوهرية (أحيانا المرضانية) على عرض أو أكثر يميز بوجه خاص، وبتحديد مباشر مرضاً بذاته، بحيث يصعب تشخيص هذا المرض بدون وجود هذا العرض، وذلك مثل الاضطراب الجوهري في التفكير لتشخيص الفصام المتفكخ أو مثل اضطراب الوعي في تشخيص الهذء، وفيما عدا ذلك يعتبر العرض مساعداً أو تابعاً.

First: Essential and subsidiary



Essential or core symptoms are those symptoms without which a syndrome could hardly acquire its specific character (e.g. formal thought disorder in disorganized schizophrenia or blurred consciousness in delirium). **Auxiliary symptoms** are those rather nonspecific symptoms that lie at the periphery in the clinical picture of a particular disorder (e.g. hypochondriasis in schizophrenia, depression with anxiety and illusion in delirium).

ثانياً : الأعراض الأولية والأعراض الثانوية

يطلق لفظ العرض الأولي على الاضطراب الأساسي الذي يبنى عليه ما يترتب عليه من سلسلة أعراض نابعة منه، وأحيانا مفسرة له، وأهم مثال على ذلك "حالات البارانويا" التي تبدأ باضطراب ضلالي سواء كان نابعاً من فراغ أو نتيجة لسوء تأويل ضلالي.
أما العرض الثانوي فهو المبنى على العرض الأولي والنابع منه عادة بحيث يفترض أنه لا يمكن ظهوره إلا مع وجود العرض الأولي



Second: Primary and secondary symptoms:
Primary symptoms usually refer to the basic symptoms from which other (e.g.

عرض ما، ليس دليلاً فك

ذاته على وجود مرض

نفسه أو عقله

يمكن اعتبار الظاهرة

السلوكية التك تسمة

عرضاً تعسفاً مجرد سمة

من سمات السوء، وقد

انتبه الدليل المصرح

العربك للتشخيص إلى

ذلك فأدرج فئة مستقلة

تحت رقم (16) بعنوان:

"لا يوجد مرض نفسي،

برغم وجود أعراض

نفسية".

تصنيف الأعراض عامة

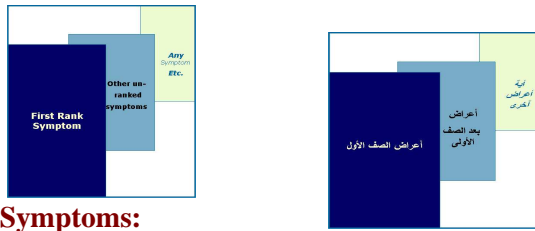
فك ترتيب معين يميز

secondary) symptoms are derived. Bleuler was the one who put emphasis on primary symptoms of schizophrenia. Less frequently primary symptoms could refer to early symptoms to be followed by secondary symptoms. This is a temporal relation in the chronological descriptive sense.



ثالثا : أعراض "الصف الأول"، وما دونها

إن مصطلح "أعراض الصف الأول" نادر الاستعمال، وهو مصطلح صكه شنايدر ليصف مرحلة باكراً من تطور مرض الفصام، ويرغم دلالاتها وتحديد أبعادها، إلا أنها لم تعد مميزة لمرض الفصام بوجه خاص، ولا هي أعراض جوهرية ولا أولية ولا مرضانية لهذا المرض، لكن لزم التتويه عنها ، (وفي الممارسة الطبفسية حتى الآن لا تستعمل مصطلحات مكملة مثل "أعراض الصف الثاني أو الثالث.. إلخ.)



Third: First Rank Symptoms:

The term first rank symptom was essentially used by Schneider describing special early schizophrenic symptoms. They are basic but not necessarily primary, essential or pathognomonic. The term first rank refers to their importance and being outstanding. Second or third (etc.) rank symptoms as terms are much less used in current psychiatric practice.

وغدا نضيف الجزء الثاني من هذا الاستطراد عن علاقة الأسباب بالإمراضية

وعن مخاطبة إخواننا وإخوتنا الخواجات الكرام (أعنى الأجانب الرواد)!

(ملحوظة: الترتيب النهائي عند الطبع الورقي أو الإلكتروني سوف يجمع كل ذلك في أماكنه المناسبة

طبع وإلى أن يتم ذلك أطلب من الأصدقاء المتابعين، إن وجدوا، أن يتنوني بعد اليوم وغدا أن أخلط مثل هذا الخلط بين الإنجليزية والعربية، حتى يصدر الكتابين منفصلين أو متقابلين، أو أن يتنوني عن ذلك تماما،

لأكتب بلغتي فقط، ومن يترجم يترجم فيما بعد، شكرا

**** ****

بينها ليس ضرورة دائما،

وإن كان يفيد فك

تحديد بعض معالم

الإمراضية، وأحيانا يساعد

على التشخيص

ويختلف التصنيف

والترتيب بحسب وجهة

النظر التكم يتم من

خلالها، من هنا يستحسن أن

نألف استعمال كلمات

مثل أعراض أولية أو

ثانوية، وأعراض جوهرية

وتابعة، وأعراض الصف

الأول وأعراض تالية

وحدة الدراسة والبحث في الإنسان والتطور

"وحدة بحث في قراءة النص البشري من منظور تطوري انطلاقاً من فكر يحيى الخاوي"

www.arabpsynet.com/Rakhawy/UnitStudy&ResearchHumEvol.pdf

نشرة الإنسان والتطور (الإصدار الفطحي حسب المحاور)

شباط 2012

عندما يتحرك الإنسان

مع ملحق ركود بريد الجمعة

www.arabpsynet.com/Rakhawy/RakBookWinter12.pdf

www.arabpsynet.com/Rakhawy/RakBookWinter12.exe

بروفيسور يحيى الخاوي

rakhawy@rakhawy.org

mokattampsy2002@hotmail.com

*** **

للتسجيل في وحدة الدراسة و البحث في الإنسان و التطور

ارسال طلب الحد بريد الشبكة

arabpsynet@gmail.com

مصحوبا بالسيرة العلمية من خلال النموذج التالي

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

كامل نشرات " الإنسان و التطور " (اليومية) على الويب

<http://www.rakhawy.org>

www.arabpsynet.com/Rakhawy/IndexRakAr.htm

آخر الأبحاث المنزلة بالشبكة

www.arabpsynet.com/documents/DocIndexAr.htm

مراسلات الشبكة على الفيس بوك

<http://www.facebook.com/Arabpsynet>

**** **