



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 (3)

.....
.....

تصنيفات أخرى للتشخيص لأغراض متنوعة:

بديهى أن يختلف نوع ومستوى التشخيص باختلاف الهدف الذى من أجله نحتاج إلى التوصيف والتصنيف، ومن ذلك (إضافة إلى ما ورنا سابقا)

1- التشخيص فى موقف الإسعاف:

هنا يتحدد التشخيص فى أحوال الطوارئ بالحالة العاجلة التى استدعت ذلك، قبل الدخول فى التوصيف السببى أو الغائى أو حتى البحث عن بقية الأعراض، حيث يتركز التشخيص فى تحديد مدى حدة وخطورة العارض الطارئ الذى ألقى للاستشارة الفورية، مثل حالة الهياج، أو نزوة الاعتداء، أو النزوع إلى الانتحار اللوح، أو غير ذلك مما يحتاج إلى تدخل فوري لدرء الخطر من ناحية، أو على الأقل للحيلولة دون تماديه المُلح.

2- التشخيص لأغراض الطب النفسى (الشرعى) أنظر "التقرير" بند: طب نفسى شرعى

(222)

بديهى أن يختلف نوع ومستوى التشخيص باختلاف الهدف الذى من أجله نحتاج إلى التوصيف والتصنيف

التشخيص فى موقف الإسعاف: هنا يتعدد التشخيص فى أحوال الطوارئ بالحالة العاجلة التى استدعت ذلك، قبل الدخول فى التوصيف السببى أو الغائى أو حتى البحث عن بقية الأعراض

يتركز التشخيص فى تحديد مدى حدة وخطورة العارض الطارئ الذى ألقى للاستشارة الفورية، مثل حالة الهياج، أو نزوة الاعتداء، أو النزوع إلى الانتحار اللوح، أو غير ذلك مما يحتاج إلى تدخل فوري لدرء الخطر من ناحية، أو على الأقل للحيلولة دون تماديه

التشخيص المكتوبى للتتميم الإدارى والمساءلة الإدارية: هذا التشخيص التقليدى الشائع، يتبع عادة: " دليل تشخيصى " متفق عليه، قد يكون "مستوردا"!! (DSM-IV) أو عالميا (ICD 10)، أو (I1) أو محليا DMP : دليل يحدد أسماء الفئات،

3- التشخيص المكتبي للتنميط الإداري والمساءلة الإدارية:

هذا التشخيص التقليدي الشائع، يتبع علة: "لليل تشخيصي" متفق عليه، قد يكون "مستور" (DSM-IV)!! "أو عالميا (ICD 10) ، أو (11) أو محليا : I-DMP لليل يحد أسماء الفئات، والمواصفات اللازمة، أو المحكات الضرورية الواجب توافرها حتى يمكن إرجاع المريض في فئة بذاتها تحمل اسم تشخيص محدد، وبرغم أن هذا النوع من التشخيص هو الأشهر، والأكثر حضورا في الحوار بين المريض أو أهله وبين الطبيب، وأيضا بين الأطباء وبعضهم البعض، وخصوصا في موقف الامتحانات، وهو يعتبر من أهم أنواع التشخيص ارتباطا بالخطة العلاجية،

4- التشخيص بالتركيز على نوع ومدى الإعاقة

هذا البعد ضروري لتحديد أية لرجة محتملة من الإعاقة، بغض النظر عن التشخيص الوصفي، وهو مرتبط أشد الارتباط بفكرة أن المرض تتحد شدة أساسا بمدى وموقع وآثار الإعاقة، أكثر مما يتحد بظهور أو حدة الأعراض الوصفية، كما أن العلاج في كثير من الأحيان يكون - أو ينبغي أن يكون - أكثر تركيزا على إزالة الإعاقة (أو التخفيف منها)، أكثر من التركيز على مجرد التخلص من الأعراض على حساب إهمال تقدير مدى الإعاقة، وتحديد الإعاقة يكون كفيها وكما ، ويمكن علة ربطه بأنواع مختلفة أخرى من التشخيص والأعراض بجهد علاجي هالف، وبالتالي فهو أساسي في التأهيل وإعالة التأهيل.

5- التشخيص المرتبط بالمهمة (بالاستشارة)

هذا المستوى من التشخيص هو إضافة لأي من الأنواع التقليدية إذا كان التركيز على جانب معين في الأواء أو التعامل، يؤكد بشكل مباشر ارتباط التشخيص بشكل مباشر بغرض محدد من حضور الحالة للفحص من حيث أنه يكافئ يزيح جانبا كل ما عدا المهمة التي أنت بالمريض للاستشارة، سواء كان توقفا لراسيا، أم خلافا زوجيا، أم تهديدا وظيفيا، أم عجزا طارنا أم إشكالات قانونية أم غير ذلك، وهو لا ينفي أو يهمل بقية الأسباب ولا هو يتغافل عن الأعراض التي يمكن أن تكون مشاركة أو محدثة لما أتى به للاستشارة، لكنه يضع في حسابه، وهو يخطط للعلاج: الغاية الأولى من الاستشارة في المقام الأول.

ترتيب القواعد اللازم اتباعها لتحديد التشخيص التقليدي:

1- بعد أخذ الشكوى وما وصفت به الحالة في بداية المقابلة يمكن الوصول إلى انطباع مبدئي يوحى بتشخيص محتمل Preliminary Diagnosis ويعتبر ذلك فرضا مبدئيا قابلا للإثبات أو النفي حسب ما يأتي به بقية الفحص بعد استكماله لاحقا، وأيضا بعد الحصول على معلومات أكثر فأكثر⁽²¹⁾، ولا يعتمد التخطيط العلاجي على مجرد تسمية المرض كما ذكرنا.

2- بعد نهاية كتابة المشاهدة وعمل الاستقصاءات الكلينيكية البسيطة اللازمة مثل استيفاء المعلومات أو مناقشة التشخيص الفارقي Differential Diagnosis يمكن الوصول إلى "تشخيص حالي" راجح قابل للمناقشة والمراجعة Current Diagnosis

3- لا يوضع التشخيص النهائي Final Diagnosis إلا عند الخروج من المستشفى

والمواصفات اللازمة، أو المحكات الضرورية الواجب توافرها حتى يمكن إدراج المريض في فئة بذاتها تحمل اسم تشخيص محدد

التشخيص بالتركيز على نوع ومدى الإعاقة هذا البعد ضروري لتحديد أية درجة محتملة من الإعاقة، بغض النظر عن التشخيص الوصفي، وهو مرتبط أشد الارتباط بفكرة أن المرض تتحد شدة أساسا بمدى وموقع وآثار الإعاقة، أكثر مما يتحد بظهور أو حدة الأعراض الوصفية

أن العلاج في كثير من الأحيان يكون - أو ينبغي أن يكون - أكثر تركيزا على إزالة الإعاقة (أو التخفيف منها)، أكثر من التركيز على مجرد التخلص من الأعراض على حساب إهمال تقدير مدى الإعاقة، وتحديد الإعاقة يكون كفيها وكما

بعد أخذ الشكوى وما وصفت به الحالة في بداية المقابلة يمكن الوصول إلى انطباع مبدئي يوحى بتشخيص محتمل Preliminary

Diagnosis ويعتبر ذلك فرضا مبدئيا قابلا للإثبات أو النفي حسب ما يأتي به بقية الفحص بعد استكماله لاحقا

بعد نهاية كتابة المشاهدة وعمل الاستقصاءات الكلينيكية البسيطة اللازمة مثل استيفاء المعلومات أو مناقشة التشخيص الفارقي Differential

Diagnosis يمكن الوصول إلى "تشخيص حالي" راجح قابل

Current للمناقشة والمراجعة Diagnosis

لا يوضع التشخيص النهائي
Final Diagnosis عادة إلا
عند الخروج من المستشفى (أو
إنهاء العلاقة بتوقف المريض
عن المتابعة أو الوفاة) أو
استكمال الفحص والتشاور
العلمي، وذلك بعد استقراء
كل المراجعات والمتابعة
والاستخبارات النفسية
والبدنية التي عملت للمريض

لا ينبغي الخلط بين لغة نظام
معين للتشخيص ولغة نظام
آخر، ولا بد من الالتزام بنفس
الألفاظ والرموز الواردة في
الدليل التشخيصي المستعمل مع
الإشارة إليه تحديداً

إذا وصل ترجيح أحد
التشخيصات إلى أكثر من
النصف (50% احتمالات)
بالتقدير الكلينيكي تقريباً،
يوضع هذا التشخيص باعتباره
التشخيص المحتمل
Preliminary
Diagnosis، ثم يلحق به أي
احتمال آخر كتشخيص فارقى
Differential
Diagnosis بترتيب أرجحية
الاحتمالات تنازلياً

بد أن نتذكر أن تغيير
"الانطباع المبدئي والتشخيص
المحتمل" إلى "تشخيص آخر"
فأخر، هو أمر وارد ويدل
على أن المقابلة الكلينيكية
قد حققت أغراضها فعلاً، وأن
الخطوات قد مضت في اتجاه
نُضج مَرِنٍ يدل على درجة
جيدة من التفكير الفرضي
الاستنتاجي

(أو إنهاء العلاقة بتوقف المريض عن المتابعة أو الوفاة) أو استكمال الفحص والتشاور العلمي،
وذلك بعد استقراء كل المراجعات والمتابعة والاستخبارات النفسية والبدنية التي عملت للمريض،
وكذا متابعة الاستجابة للعلاجات السابقة المختلفة.

4- لا ينبغي الخلط بين لغة نظام معين للتشخيص ولغة نظام آخر، ولا بد من الالتزام بنفس
الألفاظ والرموز الواردة في الدليل التشخيصي المستعمل مع الإشارة إليه تحديداً، (مثلاً الدليل
العربي I-DMP، أو الدليل الأمريكي الرابع أو الخامس DSM-IV or V، أو الدليل العالمي
العاشر أو الحادي عشر ICD-10 or 11)

5- إذا وصل ترجيح أحد التشخيصات إلى أكثر من النصف (50% احتمالات) بالتقدير
الكلينيكي تقريباً، يوضع هذا التشخيص باعتباره التشخيص المحتمل Preliminary
Diagnosis، ثم يلحق به أي احتمال آخر كتشخيص فارقى Differential Diagnosis بترتيب
أرجحية الاحتمالات تنازلياً، أما إذا كانت كل التشخيصات المقترحة قريبة من بعضها البعض
ولم يصل واحد منها إلى احتمال يفوق النصف، فيوضع عنوان "التشخيص الفارقى Differential
Diagnosis مباشرة، وترتب التشخيصات تنازلياً حسب الأرجح فالأرجح.

6- لا بد أن نتذكر أن تغيير "الانطباع المبدئي والتشخيص المحتمل" إلى "تشخيص
آخر" فآخر، هو أمر وارد ويدل على أن المقابلة الكلينيكية قد حققت أغراضها فعلاً، وأن
الخطوات قد مضت في اتجاه نُضج مَرِنٍ يدل على درجة جيدة من التفكير الفرضي الاستنتاجي،
ولا يدل على التردد أو التراجع.

إسهامات الاستقصاءات وحدودها

علاقة ما يُعنى الطبيب النفسي تقليدياً باللجوء إلى القياس والمعامل والتخطيطات التقنية (رسم
المخ أو الأشعة المقطعية.. الخ) والاختبارات النفسية بأنواعها: للوصول إلى تشخيص محدد وهو
ما يهمله في المقام الأول، في حين يضع الطبيب النفسي الإيقاعحيوي نصب عينيه ما يعينه على
قراءة المخ (والأمخاخ) بما يمهده له التخطيط العلاجي للإسهام في عم أن يعيد المخ بناء نفسه،
لذلك فإنه يضع الاستقصاءات الكلينيكية المباشرة في المقام الأول وفيما يلي التوصيات المناسبة
لما ينبغي اتخاذه في هذا الجانب من الفحص:

(1) محاولة استكمال المزيد من المعلومات من مصالٍر أخرى غير الذين حضروا المقابلة
الأولى، وأيضاً من المريض في ظروف أخرى قد تتيح له البوح أكثر، وبالتالي فهي تتيح للطبيب
الإلمام أكثر.

(2) التركيز على الحصول على معلومات غير تقليدية، مثل التي ذكرناها سابقاً في الورثة من
منظور الإيقاعحيوي، فلا يقتصر بحثه على السؤال عن وجود أمراض بذاتها في الأسرة، بل يمكن
أن يمتد إلى البحث عن المؤشرات التي يمكن أن يتعرف من خلالها على تركيبية مستويات الوعي
في الأسرة، لكون مرض، ومن ذلك أن يستقصى عن: زخم الطاقة في التركيب النيوروني في
الأسرة، وعن الظواهر النوايية الدورية غير المرضية المتكررة في سلوك أفراد الأسرة،
وعن النزوات الفجائية، وعن الإنجازات الإبداعية الفعلية والمحتملة في الأسرة.

مادة ما يُعنى الطبيب النفسى
تقليدياً باللجوء إلى القياس
والمعامل والتخطيطات التقنية
(رسم المخ أو الأشعة المقطعية
..الخ) والاختبارات النفسية
بأنواعها: للوصول إلى تشخيص
محدد وهو ما يمهدهم المقام
الأول

التركيز على الحصول على
معلومات غير تقليدية، مثل
التي ذكرناها سابقاً فى
الوراثة من منظور
الإيقاع الحيوى، فلا يقتصر بحثه
على السؤال عن وجود أمراض
بذاتها فى الأسرة، بل يمكن
أن يمتد إلى البحث عن
المؤشرات التى يمكن أن
يتعرف من خلالها على تركيبة
مستويات الوعى فى الأسرة،
دون مرض

يستقصى عن: زخم الطاقة فى
التركيب النيورونى فى
الأسرة، وعن الظواهر النواحية
الدورية غير المرضية المتكررة
فى سلوك أفراد الأسرة، وعن
النزوات الفجائية، وعن
الإنجازات الإبداعية الفعلية
والمحتملة فى الأسرة

رفض إجراء أية فحوص لمجرد
طمأنة المريض، ما دام
الطبيب غير مقتنع بضرورتها
الحنمية للعلاج، أو التشخيص

أن يضع الطبيب أو الأخصائى
تصوراً مسبقاً للنتائج المنتظرة
من أى اختبار للذكاء أو
للقدرة أو للشخصية، وأن
يعتبر هذا التصور مجرد فرض
جاهز للمناقشة مع النتيجة التى
سوفه تصله بعد أداء الاختبار

3) العناية بالمزيد من البحث فيما قبل المرض، وفى مواقف المريض المختلفة البعيدة عما
يسمى مرضاً، مثل غلبة المواقف الاحتجاجية، أو الخلافية حتى الثورية، أو الهروبية النكوصية،
أو عن حر □ المريض على التميز الخا □ جداً، بما يسمح بتقييم موقفه النقدى - مثلاً- الذى
إذا لم تتح له فرصة التعبير أو التنفيذ بشكل صحى اضطر للتعبير عنه بالمرض، وهذا من أهم
ما يفيد الطبيب فى التخطيط العلاجى.

4) التأنى فى التوصية بأية استقصاءات تقنية أو معملية أو قياسيه نفسية (سيكومترية)
تقتصر نتائجها على تحديد تشخيص بذاته، اللهم إلا فى حالة الشك فى مرض عضوى تشريحي
محد □ ، مثل الورم، أو الضمور، أو الالتهابات المخية.

5) رفض إجراء أية فحوص □ لمجر □ طمأنة المريض، ما □ ام الطبيب غير مقتنع
بضرورتها الحتمية للعلاج، أو التشخيص.

6) الحذر من تفضيل نتائج القياسات النفسية على التقييم الكلى، فمثلاً لا بد أن يُحترم
تقييم الذكاء بالإنجاز الدراسى والمهاراتى، (قبل التدهور المدرسى الأخير!!) على طول مسار
المريض جنباً إلى جنب، بل أحياناً أكثر من، أى مقياس تقليدى للذكاء⁽³⁾

7) يستحسن أن يقوم الفاحص الطبيب وغير الطبيب- فى الظروف الملائمة- بإجراء القياس
النفسى الذى يوصى باستعماله على نفسه - ولو مرة واحدة- حتى يتعرف على طبيعته بما
يسمح له بتقص من سوف يقوم به من مرضاه ممن هم أقرب إلى عمره.

8) أن يضع الطبيب أو الأخصائى تصوراً مسبقاً للنتائج المنتظرة من أى اختبار للذكاء أو
للقدرة أو للشخصية، وأن يعتبر هذا التصور مجرد □ فرض جاهز للمناقشة مع النتيجة التى سوف
تصله بعد أداء الاختبار.

9) أن توضع فى الاعتبار قدرة المريض المالية إن كانت الاستقصاءات سوف تجرى فى
القطاع الخا □ .

10) ألا يُستعمل المريض للفحوصات لأغراض بحثية أو أكاديمية إلا بإذنه مع ضمان
عدم تعرضه لأى أذى من البحث مها صؤل.

11) أن نتذكر أنه فى كثير من الأحيان قد تُثبِتُ كثرة الفحوصات - خصوصاً بغير □ اع-
الأعراض المرضية بدلاً من أن تُطمئن المريض كما يتصور أو يأمل.

12) ألا يكتبى الطبيب بتقرير المختص الذى قام بإجراء الاختبار، وإنما يمكنه أن يعيد قراءة
هذه النتائج فى ضوء الفرض الذى وضعه للنتائج، وأيضاً فى مواجهة، كل المعلومات المناسبة
التي حصل عليها من كل المقابلة الكلىنية طولا (التاريخ كله)، وعرضاً من الفحص بما فى ذلك
مما يبلغه المرافقون.

13) أن ننتبه بوجه خا □ إلى الفروق الثقافية التى تم فيها تقنين الاختبار الذى يطلب إجراءه
للمريض، وخاصة بالنسبة للاختبارات المستور □ ة والمترجمة للتسويق التجارى.

14) ألا يستشهد الطبيب بنتائج الاختبارات بشكل مباشر وهو يشرح موقفه للمريض وأهله،

أن توّجّع في الاعتبار قدرة المريض المادية إن كانه الاستقصاءات سوف تجرى في القطاع الخاص.

ألا يُستعمل المريض للفحوصات لأغراض بحثية أو أكاديمية إلا بإذنه مع ضمان عدم تعرضه لأي أذى من البحث مما يؤل

في كثير من الأحيان قد تُتَبَّعُ كثرة الفحوصات - خصوصاً بغير داعٍ - الأعراض المرضية بدلاً من أن تُطْمِئِن المريض كما يتصور أو يأمل

ولكن يضمن [لألة ما وصله - إذا لزم الأمر - في التخطيط للعلاج مع كل المعلومات الأخرى.

(15) أن يتذكر كيف أن الاختبارات الإسقاطية تؤلّى وظيفة كشف إسقاطات المريض بقدر ما

هي تؤلّى وظيفة كشف إسقاطات المفسر لها.

.....

.....

(ونواتل غداً)

- [1] انتهيت من مراجعة أصول " الطب النفسي الإيقاعحيوى التطورى " وهو من ثلاث كتب: وسوف نواصل النشر البطيء آملًا في حوار، وهو (تحت الطبع) ورقياً، إلكترونياً حالياً بالموقع www.rakhawy.net: وهذه النشرة هي استمرار لما نشر من الكتاب الثانى: "المقابلة الكليينكية: بحث علمى بمهارة فنية."

- [2] وقد تستعمل لغة قديمة أو شائعة مفيدة مادام الأمر تشخيصاً مبدئياً (مثل استعمال كلمة عصاب مثلاً بدلاً من المجموعات الأحدث تحت مسمى "اضطرابات التكيف Adjustment Disorder)

- [3] مع التذكرة بأن الغش قد شاع مؤخراً فى المدارس، حتى أصبح يحول دون اعتبار الإنجاز الدراسى العادى مقياساً مناسباً للذكاء.

إرتباط كامل النص مع المقطعات:

<http://www.arabpsynet.com/Rakhawy/RakD180622.pdf>

إرتباط كامل النص:

<https://rakhawy.net/%d9%85%d9%82%d8%aa%d8%b7%d9%81/>

**** **

شبكة العلوم النفسية العربية

نحو تعاون عربي رفياً بعلوم وطب النفس

الموقع العلمي

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

المتجر الإلكتروني

<http://www.arabpsyfound.com>

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

الشبكة تدخل عامها 22 من التأسيس و 20 على الويب

22 عاماً من الكدح... 20 عاماً من المنجزات

(التأسيس: 2000/01/01 - على الويب: 2003/06/13)

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

الانجاز 6: المتجر الإلكتروني لـ "ش.ع.ن" وخدمات الإعلان و اشتراكات العضوية

اصدار الفصل السادس من " الكتاب السنوي 2022 1 " شبكة العلوم النفسية العربية " (الاصدار الثانى عشر)

تحميل من الموقع العلمي

<http://arabpsynet.com/Documents/eBArabpsynetPart6.pdf>

تحميل من المتجر الإلكتروني

http://arabpsyfound.com/index.php?id_product=294&controller=product&id_lang=3