

الثلاثاء 21-07-2009

690-الفصل الأول: لعبة الكلام : المالة الثانية (1 من 2)

الحلقة ١٤



دراسة في علم السيكوباثولوجي (الكتاب الثاني)

لوحات تشكيلية من العلاج النفسي
شرح على المتن : ديوان أغوار النفس



أداب وشروط "استخدام المرضى للتدريب والبحث العلمي"

(1)

طَيِّب...! طَيِّب! ، واحِدة واحِدة.
أنا حاقدلَع اهْفَهْ:
أدى صورتى يا سيدى: شَرْمَطْنَها ،
وادى قصَّة حُبْ ،
وادى عقدة نقص ، وكسرة قلب .
أهو كله كلام

مقدمة :

العلاقة بين المريض والطبيب هي من أكثر العلاقات حساسية ومسئوليّة،

المريض يطلب العلاج، والطبيب يمارس مهنته ليساعد مريضه على الشفاء، فأين الحساسيّة، وكيف المسؤوليّة

لعل المتتبع لباب "التدريب عن بعد" الذي وصلت نشراته حتى الآن إلى "56" نشرة، قد لاحظ تلك التباديل والتواافق التي تجري بين المريض والمعالج، وكيف يلزم "إعادة التعاقد" بين المدين والدين، ثم كيف يمكن أن مختلف ما يجري ظاهراً عن ما يتحقق داخلياً، وكيف يستعمل المريض أحياناً العلاج لتحقيق اعتمادية سلبية ممتدّة، أو للهرب من مواجهة موقف ثُمّ مؤلم لا يُكتمل، أو للتبرير أخراج ما يتصرّف أنه باعتراضه لطبيبه قد أغفى نفسه من مسئوليّة عواقبه، وهكذا،

كما لاحظنا - أثناء الإشراف "في التدريب عن بعد" - كيف أن الطبيب يمكن أن يُسقط على المريض ببعض احتياجاته، أو ميلوهه، أو جوعه العاطفي، أو منظمة قيمه، وكيف أنه لو لم يلتفت ويراجع - بكل مستويات الإشراف بدءاً بالإشراف الذاتي - ما يجري فيه ومنه هو شخصياً أثناء العلاج وبسيبه، فإنه يمكن أن يعوق نفسه ويعوق مريضه.

لاحظنا كل ذلك وتناولناه بالقدر الذي يسمح به الإشراف، ونشرنا منه ما تيسر.

في ظروف خاصة، تضاف إلى هذه الصعوبات أبعاد أخرى، مثل تلك التي تحدث في المؤسسات التعليمية، أو بغرف البحث العلمي، وهذا هو ما تتناول أحد وجهه هذه النشرة اليوم بوجه خاص.

آداب المقابلات وحق المريض

بالنسبة للمؤسسات التعليمية، الجامعية خاصة، تقدم الخدمات بالجانب غالباً، لكن ثمّ مقابل ضمفي، لا يعلن بشكل مباشر، وهو أن تناول الفرصة للدارسين من الطلبة والأطباء أن يتّعلّموا من الشرح الإكلينيكي المباشر لحالة المريض علانية وجماعيّة، وفي حضور المريض. هذا أمر مشروع من حيث المبدأ، فهو متضمن عرفاً وواقعاً في العقد المعلن باسم المستشفى "التعليمي"، أو "الجامعي" (فاسم وصفة المستشفى ليس سراً)، لكن هذا لا ينفي أن يكون أمراً مُؤلماً ومحرجاً، علينا أن نتناوله بمنتهى الأمانة والموضوعية، والأمر أصعب وأدق إذا تعرّض المريض لإجراء ما يسمى "البحث العلمي"

لكي يقوم الأستاذ (أو المدرب أو الباحث) بهمته هذه بمسئوليّة، واحترام ، أقدم بعض اللزوميات كما يلى:

أولاً : بالنسبة للتدريب المباشر مع مدرب (أستاذ عادة)
أكبر

• على المسئول أن يبدأ على قدر ما يقدر بتقدير المريض في هذا الموقف - وذلك بأى درجة من الصدق بشكل مباشر أو غير مباشر - فيتصور نفسه هو، أو أحد أعزائه (ابنه، زوجته، ابنته...) وهو في موقع المريض، ويسأله نفسه: هل يقبل هذا الموقف أو يرفضه؟

• فإذا قبله طواعية، أو اضطراراً (حسب شطارة اطلاعه على داخله) مثل المريض في هذه الأحوال، فعليه أن يكتشف أنه - وهو في موقف المريض - قد يحكم على الطبيب، وعلى ما يفعله، وكذلك على الحضور، مثلما يحكم عليه المريض سواء بسواء، سواء حدث ذلك شعورياً أو لا شعورياً، ومن ثم هذه اللوحة التشكيلية اليوم هو من وجهة نظر مريض شجاع قوي ساخر

• ينبغي أن يكون المريض على علم تام بأن هذا الاحتمال وارد، (عرف حالته على متربين) وأنه متضمن جزئياً في التعاقد المبدئي، وبديهي أنه يستحسن ألا يكون ذلك شرطاً أساسياً لقبوله للعلاج، ولكنه بند إضافي مهم على أية حال، وهو بشكل غير مباشر - كما ذكرنا - يكاد يكون المقابل الذي يدفعه المريض مقابل علاجه بجانب، أو الإشراف على علاجه من أطباء أكبر، وليس "شرط علاجه" على أية حال. (المقابل غير الشرط بدأه)

• ينبغي أن يتم إعداد المريض لذلك قبل المقابلة الإكلينيكية التدريبية بشكل واضح محدد وتفصيلي ما أمكن ذلك، فيعرف مسبقاً من سيقابل، مثلاً: اسم المدرب الكبير، ومن سوف يكون حاضراً، وبأية صفة، وموعد المقابلة، ولدة كم من الوقت،... إلخ

• ينبغي أن يكون الهدف من المقابلة معلناً، وعادة ما نشرح للمريض - أيها كان تشخيصه أو خطورة حالته - أن الهدف هو تدريسي في المقام الأول (التعليم)، وأن هذا لا يعني أن ذلك سوف يتم على حسابه، بل هو في نهاية النهاية لحسابه، لأن حالته سوف تدرس من خلال هذا اللقاء بشكل أعمق، وأكثر تفصيلاً، ومن المتوقع أن يؤدى ذلك غالباً - إلى تحفيظ علاجي أفضل

• ينبغي أن يُخترق المريض أن النتيجة الإيجابية التي يمكن أن يخرج بها هو والمشاركون في هذا الاجتماع التدريسي لن تقتصر على حالته، يتم ذلك باتفاق صريح وليس ضمنياً، وباحترام حقيقي وليس مفتعل، فنحن نقول له بالنص في بداية المقابلة : "في الأغلب اللي حانوصل له مع بعض حайнفعك إنت واللي زيكم" (والأرجح - بصراحة - أن كل ذلك يتحقق في أغلب الحالات على مختلف المستويات). ويستحسن أن تكون هذه النقطة واضحة بدرجة توصل له فضله في المشاركة في نفع الأطباء المتربين، فيتحسنون، فيقدمون خدمات أفضل فأتقن لسائلن المرضى وله، وأيضاً هومشارك في الفضل في احتمال نفع المرضى الذين قد يستفيدون من الإنارة العلمية التي وصلت إلينا من فحص حالته بهذا العمق، وعادة ما نشكر المريض - صراحة - على فضله وتفضله بهذا وذاك.

· ينبغي أن يبلغ المريض صراحةً أن من حقه لا يرد على أي سؤال أو استفسار يرى أنه لا يريد أن يعرضه أمام "جماعة لا يعرفهم" علانيةً.

· ينبغي (أو على الأقل يستحسن في هذه المرحلة) أن يتم الشرح والمناقشات أثناء حضور المريض باللغة التي يفهمها ، اللغة العربية، ويا حبذا باللهجة المحلية، وأن يوضح له ، خاصة إذا طلب، أي مصطلح علمي مستعمل أثناء المناقشات

· ينبغي أن يستأند المريض في تسجيل حالته بالصوت أو بالصورة إذا كان ذلك ضمن البرنامج التدريسي لأسباب تعليمية لاحقة، أو لبحث علمي، ويختار المريض بذلك بشكل مباشر وتوضع الكاميرات في موضع ظاهر حتى يتذكر طول الوقت أن هذا جار، وله الحق أن يعرّف في أي وقت ويوصف التسجيل، علماً بأنه يُخطر أن هذا التسجيل لن يستعمل لأى هدف إعلامي عام، وإنما هدفه مدد بأغراض العلم والتعليم بشكل استبعادي لأى غرض آخر. (هذا ما سجلناه ونشرناه نصاً في أول كل حوار ونخن نعرف أطراضاً من المقابلة في باب "حالات وأحوال" في هذه النشرات)

· لا ينبغي إخفاء الكاميرات ولا المشاهدين (غير المشاركين) من خارج التدريب، كما في حالة جلسات العلاج الجماعي، وقد بينما ذلك صراحةً في النشرات التي عرضت لبعض الألعاب العلاجية التي جرت في العلاج الجماعي، كما فسرنا فائدة حضور الدائرة الأوسع للتدريب، والإعداد للتدريب، التي تتحقق حول دائرة المجموعة العلاجية ظاهرة لكل الحاضرين، وتشارك في المناقشة بعد انتهاء الجلسة ،

بصراحةً أنا فضلت خلال أكثر من ثلاثين عاماً أن يكون مثل هذا الحضور علانيةً هكذا (عيني عينك)، حتى نطمئن إلى موافقة المريض طول الوقت، ذلك لأن **البديل هو أن تنقل المخلسة بدائرة تليفزيونية للمشاهدين** (وقد حضرت بعض ذلك في باريس مع البروفيسور ديداكن، والبروفيسور لييفوسكي) وتوضع الشاشات العارضة في مكان آخر لا يعلمه المريض، أو أن جلس المشاهدون خلف زجاج لا يسمح بالرؤية إلا من ناحية واحدة، (one way screen) وقد وجدت أن هذا وذاك فيه خدعة جزئية للمربي حتى لو أخذنا موافقته المبدئية، وبعثت مبادرتنا أكثر وأصدق، وحتى الآن. ثم إنني اعتدت أثناء الجلسة أن أتعهد بالإشارة لهؤلاء المحضور وما يمثلونه لنا، وما نمثل لهم، وكان من حقنا أن نتفرج عليهم، إذا هم كانوا يتفرجون علينا، وكثيراً ما أفاد ذلك في مقابلة اجتماعية الخارجى (العادى) بمجموعه العلاجية، يجري مثل ذلك فيما بين أفراد المجموعة دون السماح لأى من المشاهدين بأى نوع من المداخلات أثناء العلاج، لكن من حقهم أن يشاركون في المناقشة بعد نهاية كل جلسة.

وبعد

لا تمنع كل هذه التحفظات من أن يشعر بعض المرضى بالخرج، حتى ولو وافقوا احتراماً وتعاوناً، الأمر الذي تتيجهه أعراف ثقافتنا الطيبة غالباً، هذا الخرج لا يُعلن من قبل المريض باستمرار، وعلى الطبيب أن يتقمص مريضه مجدداً، ليشجعه على إعلان حرجه، أو سحب موافقته، أو على الأقل ليشعره أنه متن لموافقته، وأنه لمدين له بشكل أو بآخر مقابل هذه الموافقة (مدين له بالعلاج أساساً، وبما يخرج به من هذا اللقاء لصالحه، ولصالح من هو في مثل حالته)، أغلب مرضاناً والحمد لله يتفهمون كل ذلك بدرجة مطمئنة.

ثانية : بالنسبة للتعلم واكتساب الخبرة (وبالذات للأصغر وهو يكبر)

هناك بعد آخر أقل وضوحاً من بعد "التعليم"، وهو بعد "التعلم" ، فالطبيب، خاصة في بداية ممارسته المهنية، يتعلم من مرضاه، بشكل مباشر، وغير مباشر، يتعلم من نجاحه، كما يتعلم من فشله ، وهذه العملية تجري بشكل تلقائي طول الوقت وحتى نهاية العمر، ومع ذلك فإن مجرد شعور المريض أن طبيبه يتعلم من خلال علاقته العلاجية به، يمكن أن يمثل قلقاً موضوعياً ما، وهذا أمر لا يمكن تجنبه لأنه يستحيل أن تنفج خيرة الأصغر، أو حتى أن ينضج الأصغر نفسه ليصبح أقدر فأقدر، إلا من خلال الممارسة

هذا أمر لا يجله، أو قل: لا يخفف من مضاعفاته، إلا **مستويات الإشراف المتعددة التي عرضناها سالفاً (نشرة 1-2-2009)** ، بما في ذلك ما أسميناه "إشراف المريض" و"إشراف النتائج" ، ولذلك يستحسن أن يطمئن المريض ولو بشكل غير مباشر على أن ثم إشرافاً جارياً طول الوقت، حين يرى الطبيب الجاري ب بصيرته فيعقب على أداء الطبيب بشكل موضوعي يفيدهما معاً، فيتقبل الطبيب ذلك، وأيضاً حين يتجاوز نحو المريض مرحلة نحو الطبيب فيكتشف الطبيب ذلك بأمانة ، فيضطرد نحوه ، أضف إلى ذلك "إشراف النتائج" ، وبالذات إذا كان الحكم على النتائج ليس مجرد اختفاء الأعراض.

فضلث في حالتنا الآن لا أكتفى بإحالة القارئ إلى (نشرة 1-2-2009) وأن أقتطف نص ما جاء في "إشراف المريض" و"إشراف النتائج" هنا كالتالي:

1- إشراف المريض

ذكرت فيما سبق من نشرات حادثتين مرايا مع مريضين استفادت منها بشكل جعلني أكرر ذكرهما، فذكريها، كلما أتيحت الفرصة لذلك:

الحادثة الأولى: هي ما قاله لي مريض أثناء محاولاته دفعه على مسار خطوات نوح بما في ذلك من مازق وصعوبات تبدو أحياناً شبه مستحيلة، قال لي هذا المريض: " هو انت عاززنا نحقق حتى النفسنا الى انت ما قدرتش تتحققه بنفسك (أو لنفسك لا ذكر، وربما قالها مرة لنفسك ومرة بنفسك)؟"

الحادية الثانية : هي ما قاله لي مريض آخر من أنفي لا أصلح لعلاجه، لأن رؤيتي - الناجة من طول ممارستي غالباً - قد جعلت مساحة وعيي تتسع حتى تختوي مساحة وعيه (وعي المريض) فهو - على حد قوله- لا يعلم إزاء ذلك أن يتحرك معه إلا داخل دائرة وعيي التي تحيط بوعيه تماماً، وهذا يعني أنه كما يعوق حركية علاجه، وطلب مني هذا المريض أن أحوله لطبيب أصغر تسمح دائرة وعيه أن تتدخل مع دائرة وعي المريض، فتتحرّك الدائرةان تقارباً وابتعاداً بما يفيد الآثرين"

.....

إشراف آخر يتم من جانب المريض، وإن لم يكن يصلح معه استعمال الكلمة إشراف هكذا: حين يتتجاوز نمو المريض درجة نمو الطبيب، وهذا وارد ، ، ومع افتراض مرونة الطبيب واستعداده للتعلم بشكل مباشر أو غير مباشر، يفزُّ نمو مثل هذا المريض الذي يتجاوز مرحلة نمو طبيبه، يفز المريض الطبيب أن يلحق به، وقد يتتجاوزه الطبيب بدوره معه، أو مع مريض آخر، ويضطرد التوأم والتتجاوز مع مريض ثالث وهكذا. قلت إن هذا ليس إشرافاً مباشراً، لكنه ناتج إشراف ضمني بشكل أو بأخر.

2- إشراف النتائج Results Supervision

يتم هذا النوع من الإشراف من خلال كل أنواع الإشراف الأخرى بشكل أو بأخر، ذلك أن نتائج العلاج، المقيمة نوعياً بمحكمات موضوعية، ليست مجرد اختفاء الأعراض، سواء كانت هذه النتائج هي نتائج تحقيق الأهداف المتوسطة السلوكية الواقعية المتفق عليها عادة أولاً، أو كانت النتائج القصوى غير محددة العالم تماماً، والتي ترتبط أساساً بإطلاق حركيّة النمو، واستعادة تشغيل الحياة بظواحة واقية.

قصدت بهذا المقتطف أن أثير تقمصي لمريض ما وأنا أكتب هذه القصيدة، حتى خترم رؤيتيه مهما بلغت قسوتها (يومية باكر: الأربع).

ثالثاً: بالنسبة للبحث العلمي

من حيث المبدأ، وفي كل التخصصات، تعتبر إشكالية إجراء الأبحاث العلمية على المرضى في أي تخصص إشكالية شديدة التعقيد، إذ لا ينبغي تحت أي ظرف أن يكون الإنسان سليماً أو مريضاً جالاً للتجربب أصلاً،

لكن أغلب ما يطلق عليه صفة البحث العلمي هو تجريب أساساً فيما العمل؟

هناك قواعد تبدو منضبطة ومحكمة للتجربب بالنسبة للعقاقير الجديدة مثلاً، (مع أنها ليست كذلك تماماً) حيث تبدأ التجربب بعيداً عن الأحياء in vitro ثم بالتجربب على الحيوانات، ثم بالتجربب في متطلعين يعرفون كل الشروط، وكل المخاطر وكل الفوائد المحتملة،

وبرغم أن هذا وارد ضمننا في تجريب العقاقير الجديدة في الأمراض النفسية أيضا، إلا أن مجال الطب النفسي هو من أكثر المجالات التي جرى فيها التشويه، والتزييف، وغسيل المخ، والدعائية الكاذبة، والرشاوي الظاهرة والخفية، برغم كل المزاعم ضد كل هذا.

لن أتناول هذه القضية هنا بالتفصيل فقد عرجت إليها مرارا وتكرارا، لكنني سوف أشير إلى ما يخص البحث العلمي في حالة العلاج النفسي مؤجلا الآن الحديث عن البحث العلمي والعقاقير في مجال الأمراض النفسية خاصة.

بعض ما يتميز به البحث في العلاج النفسي

أولاً: معظم الأبحاث التي تجري في مجال العلاج النفسي هي أبحاث وصفية خبراتية لا تجريبية مُقحمة.

ثانياً: أهم ما يشرط في هذه الأبحاث هو أمانة التسجيل مع العناية بكل التفاصيل (بالشروط السالفة ذكرها)

ثالثاً: يبدأ البحث العلمي هنا، مثل أي بحث آخر بفرض علمي قابل للثبات أو النفي، لكن كثيراً ما ينبع الفرض أثناء المقابلة وبالذات أثناء التشكيل الوصفي المبدئي ل التركيبة Psychopathological Formulation الإمبراطورية للحالة

رابعاً: يتم اختبار مبدئي لهذا الفرض الأساسي بالتفسير المناسب الذي يتفق أو يختلف مع الفرض.

خامساً: يتم تعديل الفرض بالممناقشة والتطبيق الآلي من خلال ربط المعلومات من المصادر المختلفة وبالأدوات المختلفة (المقابلة الإكلينيكية - القياسات النفسية - المعلومات المضافة من مصادر مختلفة ... إلخ)

سادساً: قد يولد هذا الفرض الأساسي فروضاً فرعية أو يحل محله فرض بديل.

سابعاً: يتم تحقيق هذا الفرض بالمتابعة المسجلة أيضاً ويتم تقويره أو ابداله أو التفريغ منه أولاً بأول.

من كل ذلك يمكن أن نلاحظ أن كل هذه الإجراءات البحثية لا تؤثر أدنى تأثير على مسار المرض، أو فرض العلاج، إذ إنها لا تشمل إدخال عامل مفتعل على المريض تجاهله أن نرى أثره، فال مقابلة هي المقابلة، والشروط هي الشروط، والوصف لا يخرج عن تسجيل الجاري، أما تخيل المحتوى والتفسير والتاويل والمناقشة العلمية فتأتي لاحقاً،

وبرغم أن هذه الأبحاث الوصفية التتبعتية تبدو من أسلم وأشرف أنواع الأبحاث في كل فروع الطب حيث يتم فيها البحث العلمي دون أي تدخل مفتعل، إلا أن علينا أن نخطر المريض بوضوح أن هذا وارد، دون أي مساس بسرية حاليه من أول تجنب ذكر اسمه حق وظيفته حتى حل إقامته (كما لاحظنا في باب "حالات وأحوال" في هذه النشرة وكذلك في باب "الإشراف عن بعد")

أما الأجهاث التي يدخل فيها تقييم فاعلية العقاقير علمًا بأن أغلب حالات العلاج النفسي لدينا، تعاطى العقاقير، وخاصة حالات الذهان، أقول: أما تعليم وشروط إدخال هذه الجزئية (العقاقير) في الأجهاث في العلاج النفسي مهما كانت وصفية فتسرى عليها ما يسرى على الأجهاث العلمية بشأن العقاقير في أي مجال، مع صعوبة متزايدة في حالة الأمراض النفسية لأسباب لا مجال لذكرها هنا الآن، فهى مسألة تحتاج إلى شرح تفصيلي بعد ما لحقها من تشويه وتزييف بسبب التدخلات التجارية والاستهلاكية شبه العلمية لمؤسسات الأدوية العملاقة.

ولهذا حديث آخر.

وبعد

فقد طالت بنا المقدمة النظرية،

والأهميتها ، نرجى ، الشرح على المتن إلى الغد لنفس الحالة الثانية هذه تحت اسم: "أنا قالع ملط ، لكنى مش عريان!"

أرسـلـ تـعـاـلـيـةـ

TheManAndEvolution-FORUM@arabpsynet.com

http://www.rakhawy.org/a_site/everyday/sendcomment/index.html

The Man & Evolution FORUM Web Site

<http://fr.groups.yahoo.com/group/TheManAndEvolutionForum/>

All Interventions: The Man & Evolution FORUM Messages

<http://fr.groups.yahoo.com/group/TheManAndEvolutionForum/messages/1>

Pr. Yahia Rakhawy Web Site

http://www.rakhawy.org/a_site