

الثلاثاء 21-07-2009

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

الحلقة ١٤



دراسة في علم السيكوباتولوجي (الكتاب الثاني)
لوحات تشكيلية من العلاج النفسي
شرح على الممتن: ديوان أغوار النفس



أداب وشروط "استخدام المرضى للتدريب والبحث العلمي"
(1)

طَيَّبْ...! طَيَّبْ!، واحدة واحدة.
أنا حاقنُع أُمّة:
أدى صورتى يا سيدى: شَرْمَطْهَا،
وادی قصّة حبّ،
وادی عقدة نقص، وكسرة قلب.
أهو كلّه كلام

مقدمة :

العلاقة بين المريض والطبيب هي من أكثر العلاقات حساسية ومسئولية،

المريض يطلب العلاج، والطبيب يمارس مهنته ليساعد مريضه على الشفاء، فأين الحساسية، وكيف المسؤولية

لعل المتبع لباب "التدريب عن بعد" الذى وصلت نشراته حتى الآن إلى "56" نشرة، قد لاحظ تلك التباديل والتوافيق التى تجرى بين المريض والمعالج، وكيف يلزم "إعادة التعاقد" بين الحين والحين، ثم كيف يمكن أن يختلف ما يجرى ظاهرا عن ما يتحقق داخليا، وكيف يستعمل المريض أحيانا العلاج لتحقيق اعتمادية سلبية ممتدة، أو للهرب من مواجهة موقف نمو مؤلم لاجل ولم يكتفيل، أو لتبرير انحراف ما يتصور أنه باعترافه لطبيبه قد أعفى نفسه من مسؤولية عواقبه، وهكذا،

كما لاحظنا - أثناء الإشراف "في التدريب عن بعد"- كيف أن الطبيب يمكن أن يسقط على المريض بعض احتياجاته، أو ميوله، أو وجوعه العاطفى، أو منظومة قيمه، وكيف أنه لو لم يلتفت ويراجع - بكل مستويات الإشراف بدءا بالإشراف الذاتى - ما يجرى فيه ومنه هو شخصا أثناء العلاج وبسببه، فإنه يمكن أن يعوق نفسه ويعوق مريضه.

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

في ظروف خاصة، تضاف إلى هذه الصعوبات أبعاد أخرى، مثل تلك التى تحدث في المؤسسات التعليمية، أو بغرض البحث العلمى، وهذا هو ما تناول أحد وجوه هذه النشرة اليوم بوجه خاص.

آداب المقابلات وحق المريض

بالنسبة للمؤسسات التعليمية، الجامعية خاصة، تقدم الخدمات بالجان غالباً، لكن ثمّ مقابل ضمنى، لا يعلن بشكل مباشر، وهو أن تتاح الفرصة للدارسين من الطلبة والأطباء أن يتعلموا من الشرح الإكلينيكي المباشر لحالة المريض علانية وجماعة، وفي حضور المريض. هذا أمر مشروع من حيث المبدأ، فهو متضمن عرفاً وواقعاً في العقد المعلن باسم المستشفى "التعليمى"، أو "الجامعى" (فاسم وصفة المستشفى ليس سرا)، لكن هذا لا ينفى أن يكون أمراً مؤلماً ومحرّجاً، وعلينا أن نتناوله بمنتهى الأمانة والموضوعية، والأمر أصعب وأدق إذا تعرض المريض لإجراء ما يسمى "البحث العلمى"

لكى يقوم الأستاذ (أو المدرب أو الباحث) بمهنته هذه بمسئولية، واحترام، أقدم بعض اللزوميات كما يلي:

أولا : بالنسبة للتدريب المباشر مع مدرب (أستاذ عادة)

أكبر

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

• فإذا قبله طواعية، أو اضطرارا (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 شعوريا أو لا شعوريا، **ومتى** هذه اللوحة التشكيلية اليوم **هو من وجهة نظر مريض شجاع قوى ساخر**

• ينبغي أن يكون المريض على علم تام بأن هذا الاحتمال وارد، (عرض حالته على متدربين) وأنه متضمّن جزئيا في التعاقد المبدئي، وبديهي أنه يستحسن ألا يكون ذلك شرطا أساسيا لقبوله للعلاج، ولكنه بند إضافي مهم على أية حال، وهو بشكل غير مباشر -كما ذكرنا- يكاد يكون المقابل الذى يدفعه المريض مقابل علاجه مجانا، أو الإشراف على علاجه من أطباء أكبر، وليس "شرطا لعلاجه" على أية حال. (المقابل غير الشرط بداهة)

• ينبغي أن يتم إعداد المريض لذلك قبل المقابلة الإكلينيكية التدريبية بشكل واضح محدد وتفصيلي ما أمكن ذلك، فيعرف مسبقا من سيقابل، مثلا: اسم المدرب الأكبر، ومن سوف يكون حاضرا، وبأية صفة، وموعد المقابلة، ولمدة كم من الوقت... إلخ

• ينبغي أن يكون الهدف من المقابلة معلنا، وعادة ما نشرح للمريض - أيا كان تشخيصه أو خطورة حالته - أن الهدف هو تدريبي في المقام الأول (التعليم)، وأن هذا لا يعنى أن ذلك سوف يتم على حسابه، بل هو في نهاية النهاية لحسابه، لأن حالته سوف تدرس من خلال هذا اللقاء بشكل أعمق، وأكثر تفصيلا، ومن المتوقع أن يؤدي ذلك -غالبا- إلى تخطيط علاجى أفضل

• ينبغي أن يُخطر المريض أن النتيجة الإيجابية التي يمكن أن يخرج بها هو والمشاركون في هذا الاجتماع التدريبي لن تقتصر على حالته، يتم ذلك باتفاق صريح وليس ضمنيا، وباحترام حقيقى وليس مفتعلا، فنحن نقول له بالنص في بداية المقابلة: **"في الأغلب اللى حانوصل له مع بعض حايנفعك إنت واللى زيك"** (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 المتدربين، فيتحسنون، فيقدمون خدمات أفضل فأتقن لسائر المرضى وله، وأيضا هوشارك 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.

وبعد

لا تمنع كل هذه التحفظات من أن يشعر بعض المرضى بالخرج، حتى ولو وافقوا احتراماً وتعاوناً، الأمر الذي تتيحه 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 ممت لموافقته، وأنه سمدن له بشكل أو بآخر مقابل هذه الموافقة (مدن له بالعلاج أساساً، وبما يخرج به من هذا اللقاء لصاحبه، ولصالح من هو في مثل حالته)، أغلب مرضانا والحمد لله يتفهمون كل ذلك بدرجة مطمئنة.

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

هناك بعد آخر أقل وضوحاً من بعد "التعليم"، وهو بعد "التعلم"، فالطبيب، خاصة في بداية ممارسته المهنة، يتعلم من مرضاه، بشكل مباشر، وغير مباشر، يتعلم من نجاحه، كما يتعلم من فشله، وهذه العملية تجرى 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 تنضج خبرة 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 سابقاً (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 المريض الجارى ببصيرته فيعقب على أداء الطبيب بشكل موضوعي يفيدهما معاً، فيتقبل الطبيب ذلك، وأيضاً حين يتجاوز نمو المريض مرحلة نمو الطبيب فيكتشف الطبيب ذلك بأمانة، فيضطرد نموه، أضف إلى ذلك "إشراف النتائج"، وبالذات إذا كان الحكم على النتائج ليس بمجرد اختفاء الأعراض.

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

1- إشراف المريض Patient's Supervision

ذكرت فيما سبق من نشرات حادثتين مرآ بي مع مريضين استفدت منهما بشكل جعلني أكرر تذكرهما، فذكرهما، كلما أتيت الفرصة لذلك:

الحادثة الأولى: هي ما قاله لي مريض أثناء محاولتي دفعه على مسار خطوات نموه بما في ذلك من مآزق وصعوبات تبدو أحياناً شبه مستحيلة، قال لي هذا المريض: " هو انت عايزنا نحقق حتى لنفسنا الى انت ما قدرتش تحققه بنفسك (أو لنفسك - لا أذكر، وربما قالها مرة لنفسك ومرة بنفسك)؟"

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

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

بعض ما يتميز به البحث في العلاج النفسي

أولاً: معظم الأبحاث التي تجرى في مجال العلاج النفسي هي أبحاث "وصفية خبرائية" لا تجريبية مُحكّمة.

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

ثالثاً: يبدأ البحث العلمي هنا، مثل أي بحث آخر بفرض علمي قابل للاختبار أو النقص، لكن كثيراً ما ينبع الفرض أثناء المقابلة وبالذات أثناء التشكيل الوصفي المبدئي للتركيبية الإراضية لحالة Psychopathological Formulation

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

خامساً: يتم تعديل الفرض بالمناقشة والتطبيق الآتي 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 فروضا فرعية أو محل حله فرض بديل.

سابعاً: يتم تحقيق هذا الفرض بالمتابعة المسجلة أيضا ويتم تحويره أو ابداله أو التفريغ منه أولا بأول .

من كل ذلك يمكن أن نلاحظ أن كل هذه الإجراءات البحثية لا تؤثر أدنى تأثير على مسار المرض، أو فرص العلاج، إذ إنها لا تشمل إدخال عامل مفتعل على المريض تحاول أن نرى أثره، فالمقابلة هي المقابلة، والشروط هي الشروط، والوصف لا يخرج عن تسجيل الجارى، أما تحيل المحتوى والتفسير والتأويل والمناقشة العلمية فتأتي لاحقا،

وبرغم أن هذه الأبحاث الوصفية التتبعية 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 حالته من أول تجنب ذكر اسمه حتى وظيفته حتى محل إقامته (كما لاحظنا في باب "حالات وأحوال" في هذه النشرة وكذلك في باب "الإشراف عن بعد")

أما الأبحاث التي يدخل فيها تقييم فاعلية العقاقير علما بأن أغلب حالات العلاج النفسي لدينا، تتعاطى العقاقير، وخاصة حالات الذهان، أقول: أما تعميم وشروط إدخال هذه الجزئية (العقاقير) في الأبحاث في العلاج النفسي مهما كانت وصفيّة فتسرى عليها ما يسرى على الأبحاث العلمية بشأن العقاقير في أي مجال، مع صعوبة متزايدة في حالة الأمراض النفسية لأسباب لا مجال لذكرها هنا الآن، فهي 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،

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

أرسل تعليقا

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