

الطب النفسي الإيقاع الحيوي التطوري (165)

تبسيط وتطبيق عن التشخيص والصياغة

<http://www.arabpsynet.com/Rakhawy/RakD260217.pdf>

بروفيسور يحيى الرخاوي

mokattampsy2002@hotmail.com - rakhawy@rakhawy.org

نشرة "الإنسان والتطور" 2017/02/26

السنة العاشرة - العدد: 2466



يوم الخميس الماضي، وأنا أكمل عرض حالة في قصر العيني - غالبا سوف أنشرها لاحقا- وكنت قد أجلت شرح التفسير النفسراضى لما ألمّ بها، لمدة أسبوع نظرا لأهميتها وصعوبتها، وفيما يلي الخطوط العريضة للحالة، مع أنها شديدة الإيجاز قد لا تعين:

الحالة جمعت بين حيرة التشخيص كالمعتاد وبين نفسمراضية (سيكوباتولوجية) متداخلة تشتمل على نقلة من الاضطراب شبه الضلالي المتزامن ("Simultaneous disorder الذهاني" لولا شيوع محتواه في ثقافة المريض وبين أفراد أسرته)، ثم نقلة إمراضية بعد سنوات بالنسبة لأفراد العائلة الذين شاركوا في هذا الاضطراب البادئ وهم "الأب" و"الأخ" و"المريض"، الاضطراب البادئ تمثل في اعتقاد الثلاثة أن جيرانهم قد وضعوا في أكلهم جازا (بتروول - كيروسين) به سحر وسموم، ثم تراجع هذا الاعتقاد بمرور الزمن (سنوات) وليس بالضرورة بالعلاج، لكنه ترك آثارا متبقية عند الثلاثة ثم بدأ تدريجيا لكن بعد أن ترك ما ترك مما يمكن أن يسمى "بقايا أعراض"، وأيضا عند المريض الحالي: تحول الزملة Syndrome Shift،

ظهرت الأعراض محورّة متخفية نسبيا في الأخ، في صورة أعراض جسدية جسيمة، وصعوبة جنسية استدعت عملية دوالي حول الخصية (لا لزوم لها، ولا جدوى منها)، وغير ذلك، ثم ظهرت في المريض بعد سنوات في صورة ذهانية خطيرة، وهي حالته الراهنة، ولم يظهر على الأب بشكل معلن أو مباشر ما يشير إلى طبيعة "ما تبقى" (ومات بالسرطان قبل مرض ابنه الحالي).

كان يوم الخميس الماضي هو موعد المقابلة التالية للمريض، وجرى أثناء المقابلة نقلات متعددة متلاحقة: شديدة الدقة والدلالة في مستويات حالات الوعي بيننا أثناء المقابلة، (شخصي <==> المريض) وقد قمنا بتصويرها - بإذنه طبعاً - إلى آخر ما لا يصح اختصاره حتى نعرض الحالة بالتفصيل لاحقا.

قبيل نهاية شرح الحالة ومناقشتها مع الزملاء الأصغر طلبوا مني بإلحاح هذه المرة أن أمدهم بمرجع في النفسمراضية كما شاهدوها رأى العين، حتى يمكن أن يستعينوا به على متابعة ما أقول وما جرى، وربما لمحاولة البدء في ممارسة ما شاهدوه في اللقاء، وبالذات ما يتعلق بالنفسمراضية أساسا بالعلاج كما ذكرت، وقد شعرت بحرج شديد لأنني لم أستجب لهذا الطلب الذي تكرر منهم قبل ذلك مرارا، لأسباب سبق تقديمها، أهمها ما وصلت إليه من أن هذه الخبرة لاتصل بالكتابة ولا بالشرح ولكن بالعرض والتدريب والممارسة والإشراف لكنني وعدتهم خيرا.

حين رجعت إلى نفسي وبيتي وحاسوبى رحلت أبحث عن ما ورد في ما نُشر في النشرات الخاصة بالطب النفسي الإيقاع الحيوي مما يمكن أن يعينني على الاستجابة لطلبهم بشكل يتناسب مع حماسهم للمعرفة، مما قد يسهم في تسهيل متابعتهم لما أحاوله معهم، وكنت أعلم كما ذكرتُ حالا أن من يلتقط هذا المستوى من التواصل هو قليل، ومن يستطيع أن يمارسه بدون عرض حالات ماثلة ومحاولات

كثرت أعلم كما ذكرتُ حالا أن من يلتقط هذا المستوى من التواصل هو قليل، ومن يستطيع أن يمارسه بدون عرض حالات ماثلة ومحاولات وتدريب وإشراف: أقل من القليل

في ختام الفحص والاستقصاء، يجد الفاحص نفسه مطالباً بأن يجمع المعلومات وينظمها تحت لافتة لها اسم يصلح للتعامل به لغة مشتركة تتناسب مع طبيعة التخاطب فيما بيننا نحن المختصين، (ومع خبرنا)

لا بد من تحديد معالم ما يسمى "التشخيص" بما لا يسمع بالخلط أو التداخل، مهما ضوّلت فاعلية هذه الخطوة - خطوة التشخيص - هي العلاج أو حتى همّشته بعض أنواع العلاج الأعمق

التشخيص: هو فعل التعرف على مرض بذاته من علاماته

وتدريب وإشراف: أقل من القليل، ولكن برغم كل ذلك كان لا يمكن تكرار الاعتذار لمثل هؤلاء المخلصين المتحمسين الذين يمارسون تدريبهم تحت إشرافي فعلاً، ومن المحتمل أن يواصلوا الطريق، الأمر الذي جربته مع متدربين آخرين في موقع آخر، ونجح نسبياً.



وأعراضه، وهو مرتبط بالتصنيفه حتماً، وبالتالي فالتشخيص يتحقق بمدى التوفيق بين الأعراض والعلامات التي ظهرت من خلال الفحص وبين المرجع التصنيفي الذي يستعمله الفاحص

هذه التشخيص الأساسي هو تحقيق أكبر قدر من الاتفاق بين فاحصين مختلفين أو أكثرهم. Reliability وهو لا يفيد بالضرورة درجة عالية من "المصادقية" Validity لأن نفس الاسم قد يسمع بأن يندرج تحته عدد هائل من المرضى يختلفون فيما بينهم اختلافًا لا يسمع بالاتفاق على معنى واحد محدد

كل تشخيص ينبغي أن يتبع نظاماً بذاته متفقاً عليه من مجموعة علمية محددة، وأشهر هذه الأنظمة هو الدليل الأحصائي الأمريكي الرابع (1994) فالخامس (2013) و التقسيم العالمي (العاشر) للأمراض (1994)..... الخ

بالإضافة إلى دليل متواضع DMP I بدأ في مصر واستعمل مجلياً على نطاق جيد لفترة من الزمن منذ

هممتُ أن أنسخ ما ورد في وثيقة الطبفسى التطورى عن هذه المواضيع التي طلبوها، لكننى فوجئتُ فعلاً أن ما ورد في الوثيقة لا يصلح لمطلبهم - كما هو - ثم جاءتى التوصية الأولى التي وصلتني في الرسالة التي ظهرت في نشرة أمس والتي توصينى أن أعطى الأصغر أولوية لما أملاً به ما تبقى لى من وقت، وقررت الاستجابة لهم كما يلى:

قررت أن أبدأ من اليوم فى نشر ما هو أبسط وأكثر مباشرةً مما يمكن أن يقوم به الأصغر فعلاً فى الممارسة اليومية، تمهيداً لتقديم النفسراضية بعد ذلك لإمكان المقارنة، وفضلت أن أبدأ اليوم بتقديم موجز (سبق نشر أغلبه متفرقا بالتفصيل) عن ما يتعلق بـ "التشخيص:

جاء فى تقديمى السابق للمقابلة الإكلينيكية قرب نهايتها ما يلى:

"فى ختام الفحص والاستقصاء يجد الفاحص نفسه مطالباً بأن يجمع المعلومات وينظمها تحت لافتة لها اسم يصلح للتعامل به كلغة مشتركة تتناسب مع طبيعة التخاطب فيما بيننا نحن المختصين، (ومع غيرنا) لكل ذلك لا بد من تحديد معالم ما يسمى "التشخيص" بما لا يسمح بالخلط أو التداخل، مهما ضوّلت فاعلية هذه الخطوة - خطوة التشخيص - فى العلاج أو حتى همّشت بعض أنواع العلاج الأعمق، ومع تحديد معالمها لابد فى نفس الوقت التنبيه إلى رفض احتكارها غاية أولى أو وحيدة للممارسة الإكلينيكية!!

وفيما يلى بعض ذلك:

(أ) التشخيص: هو فعل التعرف على مرض بذاته من علاماته وأعراضه، وهو مرتبط بالتصنيف حتماً، وبالتالي فالتشخيص يتحقق بمدى التوفيق بين الأعراض والعلامات التي ظهرت من خلال الفحص وبين المرجع التصنيفي الذي يستعمله الفاحص....، وهدف التشخيص الأساسى هو تحقيق أكبر قدر من الاتفاق بين فاحصين مختلفين أو أكثرهم Reliability. وهو لا يفيد بالضرورة درجة عالية من "المصادقية" Validity "لأن نفس الاسم قد يسمع بأن يندرج تحته عدد هائل من المرضى يختلفون فيما

1974. كما ووفق على استعماله على مستوى الدول العربية 1975 (من حيث المبدأ)، ولكنه تقلص أمام انتشار وإحاطة وتفاصيل الدليل الأمريكي الرابع ثم الخامس

بعد أخذ الشكوى وما وصفته 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 الفحص لاحقا، وأيضا بعد الحصول على معلومات أكثر فأكثر

بعد نهاية كتابة المشاهدة وعمل بعض الاستقصاءات الإكلينيكية البسيطة يمكن الوصول إلى التشخيص الحالي (أو الجاري)

يوضع التشخيص النهائي Final Diagnosis عند الخروج من المستشفى (أو الوفاة) أو استكمال الفحص والتشاور العلمي

بينهم اختلافا لا يسمح بالاتفاق على معنى واحد محدد، وحتى في البحث العلمي لا يكفي أن تجمع مجموعة تحمل نفس التشخيص لتجرى عليها أدوات بحث ما، وإنما ينبغي أن يضاف إلى التشخيص محكات أخرى خاصة تميز مجموعة البحث تمييزا يتفق مع الغرض المحدد من البحث.



وكل تشخيص ينبغي أن يتبع نظاما بذاته متفقا عليه من مجموعة علمية محددة، وأشهر هذه الأنظمة هو الدليل الإحصائي الأمريكي الرابع (1994) فالخامس (2013) و التقسيم العالمي (العاشر) للأمراض (1994)،....الخ هذا بالإضافة إلى دليل متواضع DMP I بدأ في مصر واستعمل محليا على نطاق جيد لفترة من الزمن منذ 1974، كما ووفق على استعماله على مستوى الدول العربية 1975 (من حيث المبدأ)، ولكنه تقلص أمام انتشار وإحاطة وتفاصيل الدليل الأمريكي الرابع ثم الخامس (وهكذا سبقتنا الاقتصاد والسياسة على مسار العولمة للأسف).

القواعد اللازم اتباعها بالنسبة للتشخيص:

- 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 الفحص لاحقا، وأيضا بعد الحصول على معلومات أكثر فأكثر (11).
- 2- بعد نهاية كتابة المشاهدة وعمل بعض الاستقصاءات الإكلينيكية البسيطة يمكن الوصول إلى التشخيص الحالي أو الجاري (Current Diagnosis)
- 3- ثم يوضع التشخيص النهائي Final Diagnosis عند الخروج من المستشفى (أو الوفاة) أو استكمال الفحص والتشاور العلمي، وذلك بعد استقرار كل المراجعات والمتابعة والاستخبارات النفسية والبدنية التي عملت للمريض، وكذا متابعة الاستجابة للعلاجات 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.
- 5- إذا وصل ترجيح أحد التشخيصات إلى أكثر من النصف (50% احتمالات) بالتقدير الإكلينيكي تقريبا، يوضع هذا التشخيص باعتباره التشخيص المحتمل الأول، ثم يلحق به أي احتمال آخر كتشخيص فارقى Differential Diagnosis بترتيب أرجحية الاحتمالات تنازليا. أما إذا كانت كل التشخيصات المقترحة قريبة من بعضها البعض ولم يصل واحد منها إلى احتمال يفوق النصف،

فيوضع عنوان التشخيص الفارقي مباشرة، ترتب التشخيصات تنازليا 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 الإكلينيكية قد حققت أغراضها فعلا، وأن الخطوات قد مضت في اتجاه نُضجٍ مرن يدل على درجة جيدة من التفكير الفرضي الاستدلالي.

7- لا بد أن نتذكر أن التشخيص يمكن أن يكون جزءا من الصياغة، وهي لا تغني عنه، ولا هو كاف بدونها، فهو ليس بديلا عنها، ولا مرادفا لها.

وبعد

لا أريد أن أنبه من جديد والخطاب موجه للزملاء الأصغر أن الهجوم على علاقة التشخيص (وضع لافتة) لا يصح أن يقلل من قيمة وضرورة التشخيص لأغراض إدارية وإحصائية وقانونية) أنظر بعد: تقرير الطب النفسي الشرعي مثلا (وتتبعية وتاريخية).

أما علاقته المباشرة بالعلاج فقد تقتصر على تحدي اختيار نوع العقاقير ومدة تعاطيها على أساس ما تخرجه المعامل أكثر منه على أساس التخطيط الهادف والمواكبة الإكلينيكية الأكثر ارتباطا بالنفسراضية بأنواعها، كما سوف يتبين في النشرات القادمة.

وغداً نقدم موضوعا مكملا له أبعاد إدارية أكثر مما له توظيف إكلينيكي هو "التقرير" وأنواعه حتى نحدد معالم كل اللافتات قبل الدخول الأسبوع القادم في مستويات النفسراضية كما طلبها الزملاء وذلك لأن تحديد قيمة النفسراضية إكلينيكية ولاجا يتضح أكثر بالبدء بما هو ليس كذلك) التشخيص، والتقرير.

- [1] برغم تراجع تمسكنا باستقلالنا فما زلتُ أنصح بأنه يمكن أن يستعمل في هذه المرحلة أبسط أنظمة التشخيص، مثل الدليل المصري/العربي في حالتنا هنا، وقد تستعمل لغة قديمة أو شائعة مفيدة مادام الأمر تشخيصا مبدئياً (مثل استعمال كلمة عصاب مثلا بدلا من المجموعات الأحدث تحت مسمى "اضطرابات التكيف Adjustment Disorder)

*** **

سلسلة ملفيات

" الأنسان و التطور "

برفيسور يحيى الرخاوي - استاذ الطب النفسي، مصر

" بوستر " سلسلة ملفيات " الأنسان و التطور "

<http://www.arabpsynet.com/AFP-PubBr/APF.RakhawyPubBr.pdf>

سلسلة ملفيات " الأنسان و التطور " على المتجر الإلكتروني

http://www.arabpsyfound.com/index.php?id_category=20&controller=category&id_lang=3

سلسلة ملفيات " الأنسان و التطور " على شبكة علوم النفس العربية

<http://arabpsynet.com/Rakhawy/IndexeBRak.htm>

سلسلة ملفيات " الأنسان و التطور " على الفايس بوك

<https://www.facebook.com/Al-Inssan-Wa-Attatawer-Arabpsyfound-Publications--1779362208960201/>

رابط " بروشير " - تعريفه وجيز

<http://arabpsynet.com/Rakhawy/RakBiorhythmicPsyBr1.pdf>

رابط " بروشير " - المفهوم

<http://arabpsynet.com/Rakhawy/RakBiorhythmicPsyBr2.pdf>

أن تغيير "الانطباع المبدئي والتشخيص المحتمل" إلى "تشخيص آخر" فآخر، هو أمر وارد ويدل على أن المقابلة الإكلينيكية قد حققت أغراضها فعلا، وأن الخطوات قد مضت في اتجاه نُضجٍ مرن يدل على درجة جيدة من التفكير الفرضي الاستدلالي

أن التشخيص يمكن أن يكون جزءا من الصياغة، وهي لا تغني عنه، ولا هو كاف بدونها، فهو ليس بديلا عنها، ولا مرادفا لها