

### حالات وأحوال (3)

من محمد طربقما إلى محمد فركشني إلى

محمد دلوقتي (3)

المقابلة الأولى (1 من 2)

<http://www.arabpsynet.com/Rakhawy/RakD261015.pdf>

بروفيسور يعقوب الرخاوي

[mokattampsy2002@hotmail.com](mailto:mokattampsy2002@hotmail.com) - [rakhawy@rakhawy.org](mailto:rakhawy@rakhawy.org)

نشرة "الإنسان والتطور" 2015/10/26  
السنة التاسعة - العدد: 2978



#### استهلال:

لا أعرف كيف كيف يمكن تتبع حالة واحدة قد يمتد نشرها على مدى أسابيع (أو أكثر) دون أن يفقد المتابع الخيط في كل مرة، بدأت أنا شخصيا هذه المحاولة وإذا بي أرجع إلى الحلقتين الأولى والثانية، فأجد أنه من العسير أن أكتب هذه الحلقة وما بعدها غدا دون الإشارة إلى ما تم نشره، تصورت أنه يجدر بي أن أكتب قبل كل حلقة "موجز ما نشر" مثلما يحدث في نشر بعض الروايات المسلسلة في المجلات أو الصحف، وإذا بي أواجه صعوبة الإيجاز مهما كان ضروريا.

اطمأننت أخيرا حين تذكرت أن من أعرف من الأصدقاء المتابعين هم ندرة الندرة، وأن بعضهم سوف يبذل جهدا بأن يرجع أولا بأول إلى ما سبق نشره، والآخر قد يطبع المنشور سابقا على ورق ليتمكن من متابعته، وهذا قد يكفيني كالعادة، ذلك لأنه قد وصلني من كل تاريخي أن المهم هو تسجيل الخبرة النابعة من ثقافتنا، والمكتوبة بمنهج مختلف، تسجيلها لمن؟ لمن يهمه الأمر: اليوم أو بعد ما لا أدري من زمن، والأهم تسجيلها لربي حتى أستطيع أن أجيبه عندما يسألني عن ما كتبت بغير وجه حق.

ألا هل سجلت اللهم أعني (في حدود إمكانياتي وطبعي)

وعلى ذلك فالمطلوب ممن يتابعنا أن يرجع - ما أمكنه - إلى ما سبق نشره أولا بأول، قبل أن يقرأ الحلقة الجديدة، بارك الله فيه، والله المستعان.

#### معنى وهدف عرض المقابلة الأولى:

نحن ننصّر أن المقابلة الأولى ينبغي أن تقتصر على جمع المعلومات الأساسية عن المريض، للوصول إلى تشخيص أولا وقبل كل شيء، وأن العلاقة بين الطبيب (المعالج) والمريض لا تستتب وتفيد إلا بعد وقت ليس قصيرا حتى يتم التآلف وتعمق الثقة، وأن النفسراضية (السيكوباتلوجي) لا يمكن أن تتضح إلا بعد الحصول على معلومات تفصيلية، خصوصا فيما يتعلق بالأحداث السابقة الممتدة إلى الطفولة الأولى، وأن المريض الذي يمكن أن يقر فروض الأمراض التي هي أساس التخطيط العلاجي لا بد أن تكون له خلفية ثقافية نفسية حتى يمكن أن يتقبل ويشارك في إعادة التشكيل ونقد النص البشري (له وللمعالج معا).

أرجو من خلال هذه النشرة، وربما ما يليها أن يثبت أن كل ذلك ليس من البديهيات، وأنه يحتاج إلى إعادة النظر، وأن ثقافتنا الخاصة، وخبرتنا من واقع الممارسة، تطرح احتمالات وفروضا تناقض كل هذا الشائع، مما قد يجعل ممارستنا أكثر نفعا واتساقا مع قدراتنا وواجباتنا.

أن التركيب البشري هو تركيب متعدد البيانات في واحد، (2) وأن هذه البيانات دائمة التفتيح والجدل في نبض حيوي على مسار النمو، (3) وأنها قابلة للتفتيح أكثر في العلم ووجد الإبداع، (4) وأنه إذا حدث ذلك عشوائيا بعيدا عن العلم والإبداع ظهر ما يسمى المرض النفسي (باستثناء المرض العضوي التشريحي)، بما يتطلب استيعابه هذه الحركة نقدا، (العلاج النمائى) للإسهام في إعادة تشكيلها

النفسمراضية الأقرب لتقافتنا تنبنى على أسس ثقافية لها ما يقابلها في العلم الأحدث فالأحدث، ومن ذلك (1) أن التركيب البشرى هو تركيب متعدد الكيانات في واحد، (2) وأن هذه الكيانات دائمة التفكير والجدل في نبض حيوى على مسار النمو، (3) وأنها قابلة للتفكيك أكثر في الحلم وبدء الإبداع، (4) وأنه إذا حدث ذلك عشوائيا بعيدا عن الحلم والإبداع ظهر ما يسمى المرض النفسى (باستثناء المرض العضوى التشريحي)، بما يتطلب استيعاب هذه الحركة نقداً، (العلاج النمائي) للإسهام في إعادة تشكيلها.

وبالتالى فإن إهمال أو تهميش فكرة "التعدد" النابض هذه يبعدها عن ثقافتنا، فنضطر لاختزال المريض إلى تركيبة كيميائية (باليتمها بيوكيميائية) اختلت مكوناتها، ومن ثمّ فهي تحتاج إلى تعديل هنا أو تصحيح هناك بزيادة هذه المادة أو إنقاص تلك، وهذا طيب على مستوى التسكين والتأجيل، إلا أن عامة ناسنا يقرّون بوعيهم الجمعي، وحدهم الفطري أن المسألة ليست كذلك بالضبط، وأن ثمة كيانات (بل كائنات) تؤثر في تماسك واحدة أى منّا، فيظهر المرض، (مرة أخرى بعد استبعاد الأمراض العضوية التشريحية التافية)، وبالتالي فإن ناسنا يشعرون أنهم أحوج ما يكونون إلى اللجوء إلى من يُقرّ مثل ذلك ولو على أساس خاطئ، وضار، بل وخطر في كثير من الأحيان.

هكذا تنتشر ممارسات العلاجات الشعبية (وكذلك الشعوذة) لأنها تتعامل مع كائن بشرى وقع تحت رحمة كائنات من خارجه تؤثر سلبيًا في واحدة تواجهه، (تسمى هذه الكائنات عادة الأسياد أو الجان أو ماشئت) فهذه الكائنات التى تنشط ضد الواحدية البشرية تؤدي إلى شق الواحدية الفردية، والتعامل مع التعدد باعتباره "كائنات" خارجية (وليست "كيانات" تركيبية)، وتحاول أن تجمع واحدة زائفة مغتربه عشوائيا أو إيحائيا أو قهرا، بما يترتب على ذلك من مضاعفات ومخاطر.

الذى تقدمه هذه الحالة - ومثلها إن شاء الله- هو محاولة قبول الفكرة الأساسية التى يتبناها الوعي الشعبى أكثر، وهى الفكرة الأقرب إلا التركيب البشرى، لكن هذه المحاولة لا ترجعها إلى تأثير "الكائنات" الخارجية القادمة من المجهول فى الخارج، (الجان والأسياد) وإنما يقوم التعامل مع هذه الكائنات باعتبارها "كيانات" متعددة (مستويات وعى - حالات العقل) هى من صلب التركيب البشرى كما خلقه الله، فهى كيانات داخلية، وليست خارجية، وبالتالي يمكن استيعابها، وتجميعها، وإعادة تشكيلها: جدليا، ونبضا حيويا، بحيث يستعيد المريض وحديته، إلى غاية المسار كما خلقه الله.

هذا وغيره هو الذى سوف نتابعه فى هذه الحالة ومثلها، مع ملاحظة أن تقديم ذلك لا يصل إلى المريض بالشرح النظرى أو التفسير المباشر، وإنما من خلال فن تنشيط الوعي البيئشخصى فى العلاقة العلاجية الثنائية، وأيضا تنشيط الوعي الجمعي من خلال العلاج الجمعي.

وأخيراً: دعونا نرى كيف يمكن أن يتم رسم كثير من هذه الخطوط العريضة منذ المقابلة الأولى، وهو ما سوف يكون أساسا لخريطة الطريقة العلاجية المبدئية حسب الاتفاق العلاجي، كما سنرى (لمن يستطيع معنا صبورا).

### المقابلة

فى كلية الطب قصر العيني ، قسم الأمراض النفسية، قدم الطبيب المقيم (هشام) تاريخ وشكوى وأعراض حالة "محمد" كاملة، وهو ما يسمى "ورقة المشاهدة" Sheet، مما قد نعود إلى الاقتطاف منه أكثر فأكثر مع تمادى عرض الحالة، وذلك فى حضور زملائه المبتدئين فى القسم (الأطباء المقيمين عادة) وبعض أطباء الدراسات العليا، ومن شاء من أطباء الامتياز.

إن إهمال أو تهميش فكرة "التعدد" النابض هذه يبعدها عن ثقافتنا، فنضطر لاختزال المريض إلى تركيبة كيميائية (باليتمها بيوكيميائية) اختلت مكوناتها

تنتشر ممارسات العلاجات الشعبية (وكذلك الشعوذة) لأنها تتعامل مع كائن بشرى وقع تحت رحمة كائنات من خارجه تؤثر سلبيًا فى واحدة تواجهه

موجز المشاهدة هو ما نشرناه في عدد الثلاثاء الماضي، ولن نعيد نشره كما أشرنا في المقدمة، كذلك لن نُشر المقابلة كلها لأنها استغرقت 31 صفحة من الحجم الكبير A4، وأرجوا أن يكون ما سوف أقتطفه منها كافياً لتوصيل الرسالة.

هذا، وسوف أقوم بالتعليق التدريبي، والاستنتاج العلمي (النفسمُرَاضي غالباً) **ببنط مختلف**، وهامش أكبر، على كل فقرة أشعر أنها تحتاج إلى ذلك، وبرغم الإطناب والتداعي، فإنني أرجو أن يكون في ذلك مايفيد الطبيب والمعالج الأصغر بما يحقق الغرض من العودة إلى هذا الباب - حالات وأحوال - أملاً في فائدة علمية مباشرة.

### صباح الخميس: 13-7-2006

يدخل المريض محمد بعد أن أنهى الطبيب المقيم د. هشام من قراءة

ورقة المشاهدة على الحاضرين، فيبادره د. يحيى قائلاً:

د. يحيى: تعالي يا محمد صباح الخير، هو ده إجتماع دكاترة وعابزين نشوفك سَوَا، إنت عارفنى الأول ولا لَأ؟

المريض: آه

د. يحيى: أنا مين؟

المريض: د. يحيى.

د. يحيى: عارفنى مينين؟

المريض: د. هشام قال لى،

د. يحيى: قال لك يحيى مين؟

المريض: د. يحيى الرخاوى.

د. يحيى: أنا برضة عرفت إسمك من د. هشام، إنت الظاهر كنت نايم لحد دلوقتى مش كده؟ هذا التعريف المبدئى له وظيفة هامة، فليس من حق

الطبيب

أن يعرف اسم المريض دون أن يعرف المريض اسمه، وعادة ما تبلغ المريض من خلال ذلك رسالة احترام مبدئى، وتقرير مبدأ معاملة المثل أثناء المقابلة.

وسوف نرى كيف يمكن أن يؤثر ذلك فى المقابلة بعد تطور الحوار إلى ماهو النفسمُرَاضِيَّة.

المريض: أنا كنت نايم آه وصحيت.

د. يحيى: صحى النوم، نستنى شوية على ماتصحح؟

المريض: لأ أنا صحيت.

د. يحيى: غسلت وشك؟

المريض: آه.

د. يحيى: هو كان مفروض نتقابل الاسبوع إالى فات، بس الظاهر إنك زوجت يعنى، حاجة كده.

المريض: آه، أنا تعبت من الجلسات، تعبتنى سبتها ومشيت على طول.

قسم الطب النفسى فى قصر العينى قسم مفتوح، يستطيع المريض أن يخرج منه دون استئذان، والمريض هنا تصرف تلقائياً حين وجد أن ما يسمى "جلسات"

هذه الكائنات التى تنشط ضد الواحدية البشرية تؤدي إلى شق الواحدية الفردية، والتعامل مع التعدد باعتباره "كائنات" خارجية (وليسست "كائنات" تركيبية). وتحاول أن تجمع وحادية زائفة مغتربه محشوانيا أو إيحائيا أو قهرا. بما يترتب على ذلك من مضاعفات ومخاطر.

ليس من حق الطبيب أن يعرف اسم المريض دون أن يعرف المريض اسمه، وحادية ما تبلغ المريض من خلال ذلك رسالة احترام مبدئى، وتقرير مبدأ معاملة المثل أثناء المقابلة

(ويعنى جلسات الكهرباء : التى لا أسميها كذلك) تتعبه، وهذا قد يعنى أن توقيتها لم يكن مناسباً، فأنا لست ضد هذه الأداة الناجعة على طول الخط (أنظر: صدمة بالكهرباء أم تنظيم للإيقاع)، حوار حولها فى نشرة 29-6-2008 استشارات مهنية).

**د. يحيى:** أنا هاقولك على طبيعة المقابلة دى، أنا دكتور كبير شوية، فى السن على الأقل، يعنى، وده إسمه علم وتعليم، يعنى لقاء علمى، وتعليمى بس فى نفس الوقت إنشاء الله الناتج بتاعة يكون لفايدتك إنت أساساً، فا إحنا علشان العلم والتعليم بنقعد نراجع فى الكلام إلى إحنا بنصوره بالكاميرات دى (يشير إلى الكاميرات)، مش علشان التلفزيون بتاع الحكومة، ولا إلى بيتذاع فى البيوت، لأ ده علشان العلم والتعليم، وعشانك قبل ده وبعد ده، فأنا باستأذنتك ضرورى علشان أولاً نتكلم قدام الدكتوراة دول فى اللى انت عايزه بس، واللى مش عايز تتكلم فيه تشاور لى، وانا أحوّد بعيد عن اللى حاشاور عليه، وبعد ده بنقعد نتناقش علشان مصلحتك وعلاجك، وده هو أساس المقابلة دى وإنشاء الله بيصب فى مصلحتك أساساً زى ما قلت، وبعدين يمكن ينفع اللى زيك، وده فائدة التصوير ده، موافق؟

**المريض:** ماشى.

هذا الإستئذان للتصوير والتسجيل شديد الأهمية، من الناحية الأدبية ومن الناحية القانونية، كما أن تسمية محل الإقامة وأحياناً نوع العمل قد نلجأ إليه إذا لم يخل بالغرض العلمى وذلك حرصاً على حق المريض فى سائر ما هو حقه.

**د. يحيى:** أنا مش هادخل فى أى تفاصيل إلا بإذنتك، مثلاً الحادثة اللى انت مخرج منها، ياترى هى حصلت صحيح ولاهى جزء من المرض، يستحسن نأجل الموضوع ده، بس أقول لك من البداية إنى أنا كدكتور كبير يعنى شوية، كتير جداً من عيائني يقولوا حصل كذا كذا كذا، فأنا أقول ياربى ما يمكن هما زودوها شوية نتيجة للوحدة والخوف، فكبرت معاهم، ولما بنعرف الحقيقة، ده بيفرق فى العلاج بجد.

**المريض:** هو شئ حصل معايا بس ما فضلش معايا علشان أنا مش كده.

**د. يحيى:** بصراحة أنا رأيى على حسب ما سمعت من د. هشام إنه محصلش، ومع ذلك ما دام انت قلته، فإبقى حقيقة بالنسبة لاستقبالك، وده كفاية عندي، مش ضرورى يكون حصل فعلاً فى الواقع ولا لاه، المهم إنت استقبلته على إنه حصل

**المريض:** أنا شايفها أنا كده.

من حيث المبدأ، يفضل التعامل مع أعراض المريض بما فى ذلك ما يسمى ضلالات أو هلاوس على أنها واقع له قوة (واحترام) الواقع الخارجى، لقد وصلت إلى ما يؤكد لى أن الواقع الداخلى أحياناً يكون أكثر موضوعية من الواقع الزائف الخارجى، ومن البداية يظهر هدف المعالج هنا أن يُطمئن المريض أنه يحترم ما يعيشه (وليس : يأخذه على قد عقله إطلاقاً)، وفى نفس الوقت يلح بأنه

من حيث المبدأ، يفضل التعامل مع أعراض المريض بما فى ذلك ما يسمى ضلالات أو هلاوس على أنها واقع له قوة (واحترام) الواقع الخارجى

لقد وصلت إلى ما يؤكد لى أن الواقع الداخلى أحياناً يكون أكثر موضوعية من الواقع الزائف الخارجى.

سيرجع لفحص الواقع الداخلى جنباً إلى جنب مع الواقع الخارجى، وهذا المدخل يسمح ومن البداية بما ذكرناه فى المقدمة بأن نرجع الكائنات الخارجية إلى أصلها باعتبارها كيانات داخلية، وأيضاً قد يكون تمهيداً للتعامل مع الهلوس والضلالات كواقع داخلى فى الوقت المناسب، وهكذا يتراجع التفسير (أو الاتهام) الذى يتكرر من الأهل وكثير من الأطباء قائلين للمريض بلحاح أنه: "دا بيتيهياً لك، دا بيتيهياً لك"، ويزيد الاحترام للمريض، كما تتولد الثقة بقدر ما يؤمن الطبيب بما يقوله للمريض (بما فى ذلك واقعه هو الداخلى: - واقع الطبيب الداخلى والخارجى: أنظر بعد)

د. يحيى: يبقى اتفقنا، الحقيقة حقيقة سواء حصلت برّانا، أو شفناها جوّانا، إنت قلت كلمة جيدة جداً: أنا شايفها أنا كده، يبقى شوَقَانَك هو المهم.

المريض: لدرجة إن أنا قاومت نفسى.

د. يحيى: يعنى إيه قاومت نفسك؟

المريض: قاومت نفسى إني كملت جيش.

د. يحيى: تكميل الجيش ده لو حده يمكن يكون دليل على إنها ما حصلتش إلا جوّاك، يعنى حصلت فى استقبالك إنت، وتكميلك الجيش يجوز يدل على إنك راجعت نفسك، أو على إنك متفهم الواقع بس الحكاية كبرت منك عشان كنت عايز تتجنب عقوبة أكبر من إللى حصل بس، أنما لا تدل على شئ، مفيش إحتمال يامحمد يكون ده ماحصلتش، يعنى يمكن فيه إحتمال مايكونش حصل فعلاً، ومن كتر الخوف إتجسد لك إنه حصل، إحتمال.

المريض: لأ حصل.

د. يحيى: أنا مش بدافع عنك، كده راجل وكده راجل، حصل غضب عنك، محصلش من حقك، بس عموماً هى مخزونه جواك مأثرة عليك، كده راجل وكده راجل، ولا يهملك، أنا مصدّقك تحت كل الظروف.

التصديق هنا، ينبغى أن يكون حقيقة وليس مجاملة، وهذا يحتاج من الطبيب أن يكون مؤمناً بوجود وتأثير واقعه الداخلى هو، مهما كان خفياً عليه، لكن عليه أن يواصل طول الوقت التفرقة بين التصديق وبين التسليم بموقع وضع خبرات المريض فى الخارج، وهذا لا يعنى أن يواصل النفى طول الوقت، وإنما على الطبيب أن يهز الحقائق بطرح احتمالات أخرى ثم لا يفرض رأيه ولكن يطرح الاحتمالات والبدائل طول الوقت.

المريض: غضب عنى.

د. يحيى: ما يمكن ماحصلش من أصله، باقول يمكن

المريض: آه.

د. يحيى: تانى مرة نقول آه بدلالة مهمة بالنسبة لى، كأنك ممكن تتقبل الفكرة إللى بقولها لك

دى، ما هو يامحمد دى برضه علم وخبرة وجدعنة، أصل أنا صنايعى، ولا مش باين على؟!!

هذا المدخل يسمح ومن البداية بما ذكرناه فى المقدمة بأن نرجع الكائنات الخارجية إلى أصلها باعتبارها كيانات داخلية، وأيضاً قد يكون تمهيداً للتعامل مع الهلوس والضلالات كواقع داخلى فى الوقت المناسب

على الطبيب أن يهز الحقائق بطرح احتمالات أخرى ثم لا يفرض رأيه ولكن يطرح الاحتمالات والبدائل طول الوقت.

## المريض: لا باين

أنا أفضل استعمال كلمة "صناعي" على لقب "دكتور"، باعتبار أن الصنعة فن، وأستعملها بسهولة مع أولاد البلد مثل محمد لكنني أتحفظ في استعمالها مع طبقات أخرى تجنباً لسوء الفهم أو الاستهجان أو الاستدراج إلى مناقشات ومجاملات بلا فائدة وقد بدا لي أنها أقرب إلى محمد باعتبار أنه:

د. يحيى: إنت كمان صناعي شاطر.

المريض: كنت

د. يحيى: ومازلت،

المريض: كانوا بيحبوا ياخدوني معاهم في الشغل، المعلمين الصناعية بس دلوقتي خلاص

د. يحيى: ليه خلاص، "ياما قالت العين حبيبي ربنا يشفيه، ويطلع السوق ويخطر مثل عاداته".

هذا جزء من موال يعرفه محمد غالباً، لأنه من ثقافته الفرعية مباشرة، والاستشهاد به قد يقرب المسافة أيضاً.

المريض: مش باين

د. يحيى: ليه؟

المريض: علشان التعب.

د. يحيى: هو انت تعبت ونخيت ولا تعبت وتفوق؟!

المريض: ما أنا عايز أفوق.

د. يحيى: تفوق إزاي وإنت قاعد مبلم كده، خد وإدى معايا في الكلام علشان نوصل وتفوق،

أنا مش قلت لك الكلام إللى إحنا بنعمله ده هايبص في مصلحتك إنشاءً الله، ومهما كان التعب فلازم أقول لك من الأول إنه جزء من العلاج.

الشائع أن العلاج عامة، والعلاج النفسي خاصة هو للترييح، وبرغم أن الراحة هي مطلب المرضى فعلاً وحقهم، إلا أنه إذا اقتصر العلاج على ما يشيحه الأطباء والإعلام عن ذلك فإننا لا نقدم إلا نوعاً من التسكين، وهو مطلب مشروع، لكن العلاج المكثف، والمستلهم فكرة دوام النمو، لا يضع الترييح مطلباً أولاً، ولا مطلباً أوحداً، ويلاحظ هنا كيف أن الطبيب بين موقفه من البداية كما نلاحظ أن المريض برغم كل آلامه لم يرفضه كما يفعل كثير من المرضى، وأهاليهم، بل والأطباء.

د. يحيى: أنا خلصت أسئلتى الأولانية، إسألني إنت بقى أى سؤال، أنا سألتك كفاية، إسألني

أى سؤال.

المريض: أى سؤال عن إيه؟

د. يحيى: عن إللى احنا فيه عن أى حاجة، أى سؤال، إستفسار، طلب، أى حاجة.

المريض: أنا كل إللى يهمنى، كل إللى أنا عايزه أرجع زى الأول.

أنا أفضل استعمال كلمة "صناعي" على لقب "دكتور". باعتبار أن الصنعة فن

الشائع أن العلاج عامة، والعلاج النفسي خاصة هو للترييح، وبرغم أن الراحة هي مطلب المرضى فعلاً وحقهم، إلا أنه إذا اقتصر العلاج على ما يشيحه الأطباء والإعلام عن ذلك فإننا لا نقدم إلا نوعاً من التسكين

لكن العلاج المكثف، والمستلهم فكرة دوام النمو، لا يضع الترييح مطلباً أولاً، ولا مطلباً أوحداً

د. يحيى: أقول لك على سر وتستحملنى زى ماقولت لك إن التعب جزء من العلاج.

المريض: آه

د. يحيى: أنا بقى عكسك، كل إللى أناعايزه إنك ما ترجعش زى الأول، قول لى ليه،

المريض: ليه.

د. يحيى: لأن اللى زى الأول هو إللى وصلنا لكده، يعنى عايز ترجع كاشش، تسمع الكلام وتهرى نفسك وانت خايف منهم، تروح منكوم لحد ما تتخ تانى، وساعتها تبقى إبتليات أكثر، إن ماكناش أنا وانت والدكاترة يبقى هدفنا إنك تختلف عن الأول، ولو شوية صغيرين ، يبقى قلته أحسن.

المريض: بإذن الله.

د. يحيى: خدت بالك،ترجع زى الأول تبقى بتعرض نفسك للى حصل تانى، ما ينفعش التلصيم ده، ماينفعش.

ابتداء من الآن، وكما لاحظنا سابقا، سوف يزيد إلحاح المريض "للرجوع: "كما كنت!" وسوف يحتد الخلاف مع المعالج الذى يصر أن تكون تجربة المرص فرصة للتغير، ومع أن هذه هى المقابلة الأولى، فلقد غامر الطبيب بإعلان الخلاف وتعميقه كجزء أساسى من التعاقد العلاجى.

المريض: آه، جايز إللى أنا فيه ده من كتر التفكير ومن كتر التعب النفسى.

د. يحيى: ماله ده بقى؟

المريض: هو إللى عمل فى كده.

د. يحيى: بصراحة لا أنا فاهم التفكير تقصد بيه إيه، ولافاهم التعب النفسى تقصد بيه إيه.

المريض: يعنى من كتر التفكير فى الماضى إللى بيتعب.

الشكوى من التفكير شكوى شائعة فى مجتمعنا، أعتقد أكثر من غيرنا، حتى أننى تصورت أحيانا أننا ننشأ على أن مجرد التفكير هو إما عيب، أو مرض، أو حرام، كذلك فإن استعمال تعبير التعب النفسى يبدو اسعمالا فضافا يروج له الإعلام والأطباء طول الوقت، ومن المطلوب أن المريض حين يستعمل مثل هذه التعبيرات لانكتفى بها وإنما نتماذى معه فى الاستفسار حتى نعرفه قصده تحديدا.

المريض: الموضوع اللى فى الجيش لسه تاعبنى برضة، دمرنى

د. يحيى: ماشى ماشى، بس مش انا قلت لك إن الموضوع ده فيه فصال، انت مركز على

موضوع واحد، ما هو كل المواضيع فى الجيش صعب وبهدلة

المريض: وفيه حاجات تانية فى الملكية.

د. يحيى: إيه بقى الحاجات إللى فى الملكية؟ زى إيه؟

المريض: بقيت اسمع صوت واحدة ست بتتكلم عليا، وساعات تطلع أصوات مش هيا،

باسمها فى ودانى

د. يحيى: وإيه يعنى؟ ما هو برضه ماهو الواحد ممكن يسمع بودانه من جوه، شغلانة

يعنى، مش الودان متوصلة لجوة برضه؟

المريض: لأ من بره.

الشكوى من التفكير شكوى شائعة فى مجتمعنا، أعتقد أكثر من غيرنا، حتى أننى تصورت أحيانا أننا ننشأ على أن مجرد التفكير هو إما عيب، أو مرض، أو حرام

استعمال تعبير التعب النفسى يبدو اسعمالا فضافا يروج له الإعلام والأطباء طول الوقت، ومن المطلوب أن المريض حين يستعمل مثل هذه التعبيرات لانكتفى بها وإنما نتماذى معه فى الاستفسار حتى نعرفه قصده تحديدا

د. يحيى: ما هو الصوت ممكن يجي من جوه بس بتسمعه من بره حتى لو أصله جوه  
نلاحظ أنه من المقابلة الأولى والطبيب يحاول أن  
يوصل للمريض ماهية "الواقع الداخلي"، وأن له دوره  
وشخصه التي لا وسيلة لرصدها كما هي في الداخل،  
فنجسها في الخارج، هذا علما بأننى لا أعتبر هذا حيلة  
نفسية (ميكانزم إسقاط)، وإنما أرصده وأتعامل معه كواقع  
حتى آخر نخطىء في تحديد موقعه، وأحاول توصيل هذه  
المعلومة كحقيقة للمريض بصبر وإصرار، وهي عادة  
تصل إليه أكثر من الشخص العادى لو لم نتمادى في  
النقاش والشرح.

وبعد

أتوقف الآن، لنكمل غدا علما بأننى لم أنته إلا من نصف المقطعات التي تمثل نصف  
المقابلة، ما رأيكم؟ نكمل هكذا أم عندكم اقتراحات؟؟!!

\*\*\* \*\*



تتمة علوم النفس العربية  
نحو لياقة نفسانية أفضل

تنظم مؤسسة العلوم النفسية العربية  
اسبوع " العربية " و علوم النفس  
الاسبوع السنوي الثاني  
من 18 الى 2 ديسمبر 2015



دعوة للمشاركة في اثناء الاسبوع الثاني بحراسات في  
الموضوع

المجلة العربية للعلوم النفسية  
مجلة فصلية محكمة في علوم النفس

العدد 46- صيف 2015

الملف الجنوسية المثلية... من الاسواء الى الاضطراب



تنزيل كامل العدد

( تنزيل خاص بالمشاركين / محمي بكلمة عبور )

[http://www.arabpsynet.com/pass\\_download.asp?file=46](http://www.arabpsynet.com/pass_download.asp?file=46)

الإفتتاحية

[www.arabpsynet.com/apn.journal/apnJ46/apnJ46First&Editorial.pdf](http://www.arabpsynet.com/apn.journal/apnJ46/apnJ46First&Editorial.pdf)

دليل الأعداد السابقة

<http://www.arabpsynet.com/apn.journal/index-apn.htm>