الباب الخامس

أخلاقيات وفقه الاضطرابات النفسية والعصبية

د. محمد سعيد حسن الغامدي

استشاري طب الأسرة

كيف تستشهد بهذا الفصل

الغامدي، محمد سعيد حسن. «أخلاقيات وفقه الاضطرابات النفسية والعصبية». موقع فقه وأخلاقيات مهنة الطب، 1448هـ/2026م.

حقوق النشر والترخيص

© 1448هـ/2026م د. محمد سعيد حسن الغامدي. جميع الحقوق محفوظة للمؤلف. هذا الملف متاح مجانًا للقراءة والتنزيل والمشاركة برخصة المشاع الإبداعي: نَسب المصنف، غير تجاري، منع الاشتقاق 4.0 الدولية (CC BY-NC-ND 4.0). نرحّب بتداوله ونشره كما هو مع ذكر مصدره، ونرجو ألّا يُباع وألّا يُغيَّر نصّه.

للتواصل

dmshgg@gmail.com

الفصل السابع والعشرون

أخلاقيات وفقه الاضطرابات النفسية والعصبية

القدرة على القرار وتقويمها • خطر الانتحار والدخول الإلزامي • الأهلية والحَجر والرقية • المؤثرات العقلية وطالب العلاج • اضطرابات الوعي والتنبؤ بعد الإصابة الدماغية • جراحة الأعصاب عالية الخطر والتقنيات العصبية • الخرف المتقدم • أربع حالات تطبيقية ومواقف متكررة

محتويات الفصل

- خلاصة الفصل
- تمهيد
- أولًا: الركن الطبي
- ثانيًا: الركن الأخلاقي
- ثالثًا: الركن الفقهي
- رابعًا: الركن النظامي
- خامسًا: أدوات عملية
- سادسًا: الحالات التطبيقية
- سابعًا: النتائج والتوصيات
- ثامنًا: الخاتمة
- أسئلة المراجعة والنقاش
- المراجع

بطاقة الفصل — الباب الخامس: أخلاقيات التخصصات السريرية • الجمهور المقصود: الأطباء النفسيون وأطباء الأعصاب وجراحوها، وأطباء الطوارئ والعناية المركزة والتأهيل وطب الأسرة، والتمريض والأخصائيون النفسيون والاجتماعيون، ومديرو المنشآت، وأعضاء لجان الأخلاقيات ولجان البحث • الفصل الأم لـ: القدرة على القرار وتقويمها (إطار Appelbaum وأداة MacCAT-T)؛ والقرار 261 (6/26) في أثر الأمراض النفسية على الأهلية؛ ونظام الرعاية الصحية النفسية (م/56) ولائحته والدخول الاختياري والإسعافي والإلزامي؛ وتقويم خطر الانتحار؛ والمؤثرات العقلية وطالب علاج الإدمان؛ واضطرابات الوعي والتنبؤ بعد الإصابة الدماغية؛ والتقنيات العصبية (التحفيز العميق وواجهات الدماغ والحاسوب)؛ وجراحة الأعصاب عالية الخطر؛ والخرف المتقدم • يحيل إلى: الفصول 2، 4، 5، 7، 10، 13، 14، 22، 24، 31، 32، 40، 41، 42، 43، 44، 45، 48، 49، 50 • تاريخ القطع: 31 أكتوبر 2026م

CC BY-NC-ND 4.0

خلاصة الفصل

يواجه الطبيب في الصحة النفسية والعصبية أسئلة لا يحسمها اسم التشخيص: هل يملك المريض القدرة على هذا القرار الآن؟ متى يكون رفضه نافذًا؟ متى تتحول السرية من واجب إلى خطر؟ ما الحد المشروع للدخول الإلزامي؟ وهل المريض الذي لا يستجيب غائب الوعي حقًّا، أم أننا لم نحسن الفحص؟ وما الذي تفعله تقنية تقرأ الدماغ أو تعدّله بصاحبها وبياناته بعد سنوات؟

ويعالج الفصل هذه الأسئلة بنموذج الأركان الأربعة. ففي الركن الطبي يبسط تقويم القدرة بعناصره الأربعة، وتقويم خطر إيذاء النفس بصياغة فردية لا بمقياس، والتدخل الأقل تقييدًا، ثم يميز حالات الوعي، ويبين أن التنبؤ المبكر بعد الإصابة الدماغية قد يصنع ما يتوقعه، ويعرض الموافقة النوعية في جراحة الأعصاب، ودورة حياة الأجهزة المزروعة، والخرف المتقدم. وفي الركن الأخلاقي يوازن بين الاستقلال والحماية، ويقدم القرار المدعوم على البديل، ويبحث الاحتياط المتناسب تحت عدم اليقين والخصوصية العقلية. وفي الركن الفقهي يبسط القرار 261 (6/26) في الأهلية، ويضبط الحَجر والتداوي الإلزامي والرقية، ويبني على أصل بقاء الحياة حتى يثبت زوالها. وفي الركن النظامي يعرض نظام الرعاية الصحية النفسية ولائحته، ونظام مكافحة المخدرات في طالب العلاج، وأنظمة البحث والأجهزة والبيانات.

وينتهي الفصل إلى أن التشخيص لا يساوي فقد الأهلية، وغياب الاستجابة لا يساوي غياب الوعي. فالقدرة تُقوَّم لقرار محدد في وقت محدد، والإلزام استثناء مؤقت بشروط النظام، ولا يُتخذ قرار لا رجعة فيه قبل تكرار الفحص المعياري وبيان عدم اليقين. والطبيب يصف ولا يحكم؛ فالحَجر والفسخ والمسؤولية للقضاء.

الكلمات المفتاحية: القدرة على اتخاذ القرار؛ الأهلية؛ الحَجر؛ الدخول الإلزامي؛ خطر الانتحار؛ الصرع؛ المؤثرات العقلية؛ الرقية الشرعية؛ اضطرابات الوعي؛ الانفصال المعرفي الحركي؛ التنبؤ العصبي؛ جراحة الأعصاب؛ التحفيز العميق للدماغ؛ واجهات الدماغ والحاسوب؛ الخرف المتقدم.

تمهيد

موضوع الفصل وسياقه المحلي

الاضطراب النفسي خلل ذو دلالة سريرية في التفكير أو تنظيم الانفعال أو السلوك، يقترن غالبًا بضيق أو قصور وظيفي [1]. والاضطراب العصبي يصيب الدماغ أو الأعصاب، وقد تظهر له آثار نفسية أو معرفية أو سلوكية. وبين المجالين تداخل لا يُنكر، تعترف به برامج منظمة الصحة العالمية التي تجمع الاضطرابات النفسية والعصبية واضطرابات استعمال المواد في إطار واحد [2]. فقد ترى الصرع يصاحبه اضطراب مزاج، وترى الهذيان في صورة اضطراب سلوك سببه عضوي، وترى التحفيز العميق يغيّر المزاج والاندفاع. ولذلك لا يبدأ القرار من اسم التصنيف، بل من الوظائف المتأثرة، والخطر، والحاجة العلاجية.

والدماغ عضو من أعضاء الجسد، ولكنه في الوقت نفسه وسيط الوعي والذاكرة واللغة والاختيار. فالخطأ في تشخيص حالته، أو في الإذن بالتدخل فيه، أوسع أثرًا من ضرر تقني عابر: قد يُحكم على إنسان واعٍ بأنه «لا يدري بشيء»، وقد يُكتب تنبؤ قاتم في اليوم الأول فيُبنى عليه قرار

CC BY-NC-ND 4.0

يحققه. ولا يصح كذلك أن يُخلط الاضطراب النفسي بمفهومه الطبي بالأوصاف الوعظية مثل «ضعف الإيمان»؛ فالأول تشخيص له معايير، والثاني وصف ديني لا يثبت مرضًا ولا ينفيه.

وفي المملكة نظام خاص هو نظام الرعاية الصحية النفسية، تكمله لائحة تنفيذية بنماذج رسمية، ويُطبَّق معه نظام مزاولة المهن الصحية في الإذن والسر، ونظام مكافحة المخدرات في طالب العلاج، وأنظمة البحث والأجهزة والبيانات في التقنيات العصبية. ثم يتداخل ذلك كله مع ثقافة تحضر فيها الأسرة بقوة، ويلجأ فيها كثير من المرضى إلى الرقية قبل الطبيب أو معه، ومع أصل شرعي راسخ في بقاء حكم الحياة حتى يثبت زوالها. وأما الموت بالمعايير العصبية فمحسوم في فصله الأم (انظر الفصل 45).

جدول: مصطلحات كثيرًا ما تختلط

المصطلح	معناه العملي	ما لا يعنيه
التشخيص	وصف طبي لأعراض تستوفي معايير محددة	لا يثبت وحده فقد القدرة أو المسؤولية
القدرة على القرار	قدرة وظيفية على الفهم والتقدير والاستدلال والتعبير في قرار معين	ليست حكمًا عامًا دائمًا على الشخص
الأهلية	وصف شرعي ونظامي أوسع تترتب عليه آثار في العبادات والعقود والمسؤولية	لا يقررها الطبيب منفردًا
الحَجر	تقييد قضائي لتصرفات محددة حماية للشخص أو ماله	ليس مرادفًا للتنويم النفسي، ولا ينشأ بتشخيص
الدخول الإلزامي	إدخال علاجي مؤقت بشروط نظامية من اضطراب شديد وخطر وضرورة	لا يسلب سائر الحقوق ولا يثبت حجرًا ماليًا
غياب الاستجابة	عدم ظهور سلوك هادف قابل للتكرار في الفحص	لا يثبت غياب الوعي، ولا يساوي الموت بالمعايير العصبية

الدراسات السابقة وما يضيفه الفصل

في القدرة على القرار. قدّم Appelbaum الإطار الوظيفي الذي صار معيارًا، وهو أربعة أمور: أن يعبّر المريض عن اختيار، وأن يفهم المعلومة، وأن يقدّر انطباقها على حاله، وأن يستدل بها في الموازنة [3]. ثم بنى Grisso وزميلاه على هذا الإطار أداة مقابلة منظمة (MacCAT-T)، وجرّبوها على 40 مريضًا منومًا حديثًا بالفصام أو الاضطراب الفصامي العاطفي و40 شخصًا من المجتمع؛ فكان أداء المرضى في المتوسط أضعف في الفهم والاستدلال، ولكن بعضهم أدّى أداءً مقاربًا لمجموعة المقارنة [4، 5]. وفي دراسة أوروبية على 160 مريضًا في الطب النفسي الشرعي و139 في غيره من مرضى طيف الفصام، كانت القدرة مرتفعة عند 34.4% و41.7% منهم على التوالي، وكان الدعم الاجتماعي العامل الوحيد القابل للتأثير بالسياسات [6]. وأدخلت مراجعة منهجية سنة 2024 مئة وأربعين دراسة في تدخلات «القرار المدعوم»، فوجدت أدلة

CC BY-NC-ND 4.0

مؤيـدة لنتـائج أفضـل من الرعايـة المعتـادة في الأزمـات الانتحاريـة ومعـدلات التنـويم واسـتعمال الإكراه، وإن كان بعضها أوليًّا [7].

في خطر إيذاء النفس والإكراه. توصي إرشادات المعهد الوطني البريطـاني للصـحة والتمـيز السريري (NICE) بألا تُستعمل أدوات تقدير الخطر ومقاييسه للتنبؤ بالانتحار، ولا لتحديد من يُعـالَج ومن يخرج [8]. ورصدت مراجعة استكشافية دولية 121 دراسة في منع الإكراه وخفضه، فوجـدت أكثر الجهود فعالة، مع التنبيه إلى احتمال تحيز النشر [9]. وتدعو منظمة الصحة العالمية ومفوضية الأمم المتحدة لحقوق الإنسان إلى رعاية مجتمعية وتقليل الممارسات القسرية [10]؛ وهي معيـار تفسيري، لا نص سعودي ملزم. ثم تبقى مبادئ الاستقلال والإحسان وعدم الإضرار والعدالـة إطـار الموازنة الأخلاقية [11].

في السياق السـعودي. درسـت Alkhamees وزميلاهـا معتقـدات 110 مرضـى بالصـرع في الرياض: فآمن 93% منهم بالعلاج الطبي و93% بالعلاج الديني، وأوقف 9% الدواء لقناعة دينية أو خجل، و7% لضغط الأسرة [12]. ووجدت دراسـة على 80 طبيبًـا في مستشـفى تخصصـي بجـدة اتجاهات وصمية مرتفعـة نسـبيًا نحـو المرضـى النفسـيين [13]؛ فالوصـمة قـد تـدخل العيـادة مـع الطبيب نفسه. وأظهر مسح لـ650 بالغًا اتجاهًا غير مؤيد نحو المرض النفسي لـدى 66.5% منهم، وموقفًا سلبيًا من طلب المساعدة المهنية لـدى 54.5% [14]. وكـان الخـوف من الآثـار الجانبيـة للأدوية أبرز أسباب تأخر طلب الرعاية في دراسة على 268 مراجعًـا [15]. ووجـدت دراسـة على 321 من زوار المعـالجين بالرقيـة في الريـاض نسـبة عاليـة منهم مصـابة باضـطرابات قابلـة للتشـخيص، لم يطلب أكـثرهم مسـاعدة طبيـة [16]. وهـذه الدراسـات محـدودة بعيناتهـا، ولكنهـا تكشف أمرين: وصمة تؤخر العلاج، ومعتقدًا روحيًا قد يصير سببًا لإيقاف دواء فعال.

في اضطرابات الوعي والتقنيـات العصـبية. أوصـى دليـل الأكاديميـة الأمريكيـة للأعصـاب بتكرار التقـييم المعيـاري وضـبط المربكـات، وحـذّر من لفـظ «دائم» [17]، ثم أعـادت الأكاديميـة تأكيده في 12 يوليو 2024 [18]. وبيّنت دراسات الدقة التشخيصية أن نسبة معتبرة ممن شُخّصوا بغياب الوعي تظهر عليهم علاماته عند الفحص المعياري [19]، وأن ربـع من لا يسـتجيبون سـلوكيًا تقريبًا قد يُظهرون استجابة معرفية في التصوير الوظيفي أو التخطيط [20]؛ فالسرير الصامت قد لا يكـون صـامتًا كمـا يبـدو. وانتقلت واجهـات الـدماغ والحاسـوب إلى تجـارب إنسـانية تعيـد الكلام والحركة، وصدرت أطر دولية للأخلاقيات العصبية.

في الفقه. أخص النصوص المجمعية بهذا الفصل قـرار مجمـع الفقـه الإسـلامي الـدولي 261 (6/26) بشأن أثر الأمراض النفسية على الأهلية (الدوحة، 1446هـ / 2025م) [21]، ويُبسـط نصـه في المطلب 3-2. وكان المجمع قد نظر الموضوع في دورته الخامسة والعشرين، فأرجأ البت فيه بالقرار 249 (11/25) لمزيد من البحث ولعقد ندوة متخصصة [60]؛ فالقرار 261 إذن هـو النص المجمعي الحاكم.

ما يضيفه الفصل. يجمع الفصل خمسة أبواب في مسار عملي واحد: تقويم القـدرة الـوظيفي، والنص السعودي الخاص في الدخول والعلاج، وأبواب الأهليـة والحَجـر والرقيـة، وأدلـة اضـطرابات الوعي والتنبؤ، و«موافقة دورة حياة الجهـاز»؛ مسـارًا يبـدأ بالسـلامة وينتهي بـالتوثيق والمراجعـة. وهو الفصل الأم للقدرة على القرار؛ فالفصول الأخرى تحيل إليه، ولا تعيد بسطها.

CC BY-NC-ND 4.0

المشكلة والسؤال المركزي

تقع المعضلة بين خطأين متقابلين: أن يُترك شخص في خطر باسم الاستقلال، وأن يُقيَّد شخص قادر باسم الحماية. ويقابلهما في طب الأعصاب خطآن آخران: تشاؤم يتعجل إسقاط الوعي أو الأهلية بلغة يقين زائف («لا أمل»، «مخه ميت»)، وتفاؤل تقني يبيع علاجًا غير ثابت. والسؤال المركزي: متى يُحترم قرار المريض النفسي أو العصبي كما هو، ومتى يُدعم، ومتى يُستبدل به قرار غيره، ومتى يسوغ الإلزام أو الحد من العلاج؛ وبأي سند شرعي ونظامي، وبأي قدر، وإلى متى؟

الأهداف والحدود

يهدف الفصل إلى أن يمكّن القارئ من أمور عملية: أن يقوّم القدرة لقرار بعينه ويوثقها؛ وأن يصوغ خطر إيذاء النفس أو الغير صياغة فردية؛ وأن يميز مسارات الدخول في نظام الرعاية الصحية النفسية وشروطها ومددها؛ وأن ينزّل أحكام الأهلية والحَجر والرقية تنزيلًا منضبطًا؛ وأن يعالج طالب علاج الإدمان بسرية وحدود واضحة؛ وأن يميز بين حالات الوعي ويصوغ التنبؤ بنطاق واحتمالات ونقاط مراجعة؛ وأن يبني موافقة نوعية في جراحة الأعصاب، وموافقة ممتدة للأجهزة المزروعة.

ولا يعيد الفصل بسط أحكام الإذن العامة والقرار 184 (10/19) (الفصل 5)، ولا السر واستثناءاته (الفصل 7)، ولا التوجيهات المسبقة (الفصل 40)، ولا عدم الإنعاش (الفصل 41)، ولا التغذية الصناعية (الفصل 44)، ولا الموت بالمعايير العصبية (الفصل 45)، ولا البحث على ناقصي الأهلية (الفصل 48)، ولا الخبرة الطبية القضائية وسلسلة الحيازة (الفصل 32)؛ بل يذكر ما يخص الفصل ويحيل.

أولًا: الركن الطبي

1-1 التقييم الأولي: لا تنسب كل عرض إلى المرض النفسي

عند تغير السلوك أو الوعي يبدأ الطبيب بسؤال طبي قبل السؤال الأخلاقي: هل توجد حالة عضوية أو دوائية أو سمية؟ يُبحث بحسب السياق عن الهذيان، ونقص السكر أو الأكسجة، والعدوى، واضطراب الشوارد، وإصابة الرأس، والنوبة الصرعية أو ما بعدها، والتسمم والانسحاب، والتداخلات الدوائية. فحجز شخص بسبب «هياج نفسي» وهو مصاب بهذيان أو تسمم خطأ طبي وأخلاقي معًا.

ويشمل الفحص الحالة العقلية: الانتباه والتوجه والذاكرة، ومحتوى التفكير، والإدراك، والمزاج، والبصيرة، وضبط الاندفاع، ومؤشرات الخطر. وفي الطوارئ يبدأ تأمين مجرى الهواء والتنفس والدورة الدموية ومعالجة السبب المباشر، ثم يُستكمل التقييم النفسي. ويضع الفصل القرار السريري في تسلسل ثابت: **تثبيت السلامة، ثم استبعاد السبب العضوي أو السمي، ثم تقويم القدرة والخطر، ثم طلب الموافقة أو البديل النظامي، ثم اختيار التدخل الأقل تقييدًا، ثم التوثيق والمراجعة.**

CC BY-NC-ND 4.0

1-2 القدرة على اتخاذ القرار: اختبار وظيفي لا ختم تشخيصي

تُقوَّم القدرة بالنسبة إلى القرار المطروح في وقتـه. ويسـأل الطـبيب، على إطـار Appelbaum، هل يستطيع الشخص [3، 5]:

1. **التعبير عن اختيار** ثابت يمكن التواصل به؟
2. **فهم** المعلومات الأساسية عن حالته والخيار المقترح ومنافعه ومخاطره وبدائله؟
3. **تقدير** انطباق هذه المعلومات على حاله هو، وعواقب القبول والرفض عليه؟
4. **الاستدلال** بها في الموازنة بين الخيارات وفق قيمه، من غـير أن يسـيطر عـرض مرضـي على القرار؟

ولا يُشترط أن يختار المريض ما يفضله الطبيب، ولا يُعد القرار غير الحكيم وحده دليلًا على العجز. لكن الضلالة التي تجعل المريض يعتقد أن الدواء سم دسّه متـآمرون قـد تعطـل التقـدير في قـرار الدواء، مع بقائه قادرًا على قرارات أبسط. واليأس المرضي في الاكتئاب الشديد قد يلغي انطبـاق المعلومة على الذات («لا فائدة من علاجي») مع سلامة الفهم. وكلما عظمت عاقبة القــرار وجب أن يكون التقويم أشد عناية [3]؛ لا بأن يُرفع السقف حتى لا ينجح إلا من يوافق الطـبيب، بـل بـأن يُتحقق من الفهم والتقدير بدقة أكـبر. وأداة MacCAT-T تجعـل التقـويم قـابلًا للمراجعـة، لكنهـا لا تغني عن الحكم السريري [4].

وفي الأمراض العصبية لا يُسقط التشخيص الأهلية بذاته: فمريض الصرع أو الورم أو باركنسـون أو الحبسة قد يعود كامل القدرة بين النوبات، ومتلازمة المنحبس تحفظ الوعي غالبًا مع شلل شــديد. وفي المقابل قد يحجب الـورم الجبهي أو ارتفـاع الضـغط داخـل الجمجمـة أو الـدواء القـدرةَ على تقـدير الخطـر رغم كلام متماسـك. ويُسـتعمل مـترجم أو لوحـة تواصـل أو تتبـع العين قبـل الحكم بالعجز. والقدرة متقلبة: قد تعود بعد نوم، أو علاج هـذيان، أو زوال تسـمم، فيُعـاد التقـويم ويؤجَّـل القرار غير العاجل. وأحكام الإذن العامة وحجية رفض القادر في الفصـل 5 (المبحث أولًا، المطلب 1-2؛ والمبحث ثالثًا).



شكل: القدرات الأربع في تقويم القدرة على القرار، وما لا يدل وحده على العجز.

CC BY-NC-ND 4.0

1-3 تقويم القدرة عمليًا وتوثيقه

قبل تقرير العجز يصحح الطبيب ما يمكن إزالته: الألم، واللغة، وضعف السمع أو البصر، والخوف، والمصطلحات المعقدة، والضغط الأسري، وغياب المترجم. ثم يمضي على تسلسل:

1. صغ القرار في جملة محددة: «هل يستطيع المريض رفض الدخول اليوم؟» لا «هل هو عاقل؟».
2. اشرح الحالة والخيارات وعاقبة القبول والرفض في وحدات قصيرة.
3. اختبر الفهم بطلب إعادة الشرح، والتقدير بسؤال: «ماذا تظن أن يحدث لك إن رفضت؟» بحثًا عن ضلالة أو يأس مرضي.
4. اسأل عن منطق الترجيح وقيم المريض من غير اشتراط منطق مثالي.
5. أثبت الاختيار وثباته، والدعم المقدم، والوظيفة المختلة، ومدى مؤقتيتها، وموعد إعادة التقويم.

ويوثق الطبيب الأدلة المؤيدة لكل وظيفة، لا عبارة عامة مثل «المريض غير مستبصر».

جدول: مصفوفة القدرة — ما يثبته الطبيب وما يتركه للجهة المختصة

السؤال	ما يثبته الطبيب	ما لا يحكم به منفردًا
موافقة أو رفض علاج	الوظائف الأربع، والدعم المقدم، والخطر، وقابلية التأجيل	الحَجر العام أو سلب الأهلية للعقود
تصرف مالي كبير	الحالة العقلية وزمنها، والهوس أو الضلالة، والفهم الوظيفي	صحة البيع أو إبطاله، أو فرض الحَجر
الزواج	فهم طبيعة العقد، والرضا، والأثر الوظيفي للمرض	«صلاح الشخص للزواج» حكمًا مطلقًا، أو فسخ العقد
المسؤولية عن فعل	الأعراض وزمنها وعلاقتها بالإدراك والاختيار	الإدانة أو البراءة أو رفع جميع التبعات

فالتقرير المهني يصف ويعلل ويؤرخ، ولا يأخذ دور القاضي.

1-4 حالات متقاربة في الظاهر مختلفة في القرار

الهذيان تغير حاد متذبذب في الانتباه والوعي، يدل غالبًا على سبب عضوي أو دوائي عاجل؛ الأولوية فيه لمعالجة السبب، وقد تعود القدرة خلال ساعات أو أيام. أما **الخرف** فمسار معرفي مزمن، ولا يعني فقد القدرة في جميع القرارات؛ فقد يستطيع الشخص اختيار من يسانده ولا يستوعب تصرفًا ماليًا معقدًا. ويحتاج القرار فيه إلى وقت النهار الأفضل، وشخص مألوف، وإعادة التقويم.

وفي **الهوس أو الاكتئاب الشديد** لا تكفي شدة المزاج للحكم بالعجز؛ بل يُبحث عن أثر الاندفاع أو العظمة أو اليأس في فهم القرار وتقدير عواقبه. و**الوسواس القهري** لا يسلب الإدراك عادة؛ فقد يعرف المريض عدم معقولية أفكاره ويعجز عن مقاومة الطقس، فلا يجعل الفريق الطمأنة المتكررة جزءًا من الطقس. وفي **النوبة الصرعية** أو الارتباك التالي لها قد

CC BY-NC-ND 4.0

يختل الوعي مؤقتًا ثم يعود؛ والعبرة بحال الشخص في زمن القرار أو الفعل، لا بتاريخ الصرع وحده. وهذه الفروق أساس ما يقرره الركن الفقهي من أن أثر الاضطراب يتبع مقدار الإدراك واستمراره لا اسم التشخيص.

1-5 تقويم إيذاء النفس والانتحار

السؤال المباشر الهادئ عن أفكار الانتحار جزء لا غنى عنه من التقويم. يُسأل عن تمني الموت، والأفكار الحالية، والخطة، والوسيلة المتاحة، والتحضير أو رسائل الوداع، والمحاولات السابقة، والتسمم، والاندفاع، والهلاوس الآمرة، والفقد الحديث، ثم عن العوامل الواقية والدعم والقدرة على طلب المساعدة.

ولا تُستعمل المقاييس أو التصنيف العام إلى «منخفض ومتوسط ومرتفع» للتنبؤ بالانتحار أو لتقرير العلاج والخروج [8]. البديل صياغة خطر فردية تربط الأفكار والنية والوسيلة والتوقيت والعوامل المحفزة والواقية بخطة أمان قابلة للتنفيذ. ولا يُؤخَّر التقويم لمجرد وجود تسمم؛ بل تُدار السلامة والسبب السمي بالتوازي.

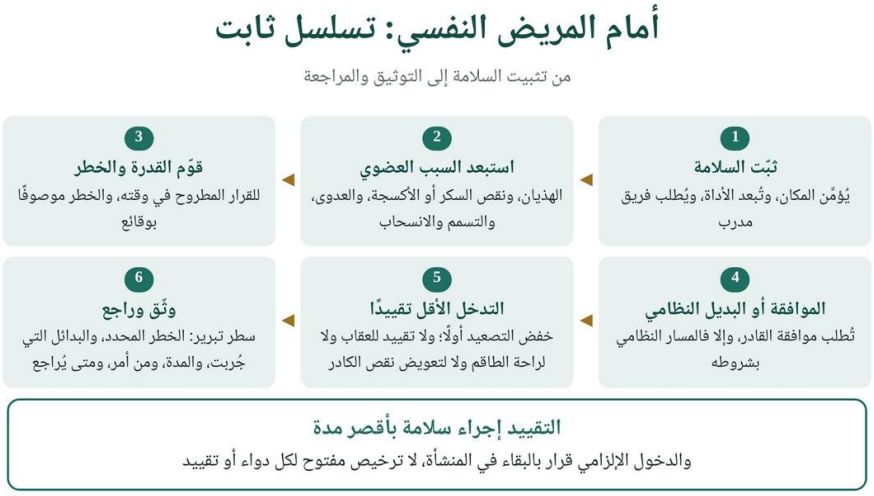
وعندما يكون الخطر قريبًا تُزال الوسائل الممكنة، وتُحفظ المراقبة المناسبة، ويُشرك شخص قادر على الحماية بأقل إفشاء لازم، ويُرتب انتقال آمن ومتابعة قريبة. و«تعهد عدم الانتحار» لا يحل محل خطة الأمان، وهي تتضمن: علامات الإنذار، واستراتيجيات التهدئة، وأشخاصًا وأماكن للدعم، وجهات الطوارئ، وتقليل الوصول إلى الوسائل، وموعد المتابعة. وحالة الحمل الناتج عن اعتداء مع خطر انتحاري في الفصل 22 (الحالة 22/3).

1-6 الذهان والهياج والتدخل الأقل تقييدًا

يفرق الفريق بين الاختلاف الثقافي أو الديني وبين الذهان، وبين الغضب وبين فقد السيطرة الخطِر. ويبدأ خفض التصعيد بمكان هادئ، وممارس واحد يتحدث بوضوح، ومسافة آمنة، وخيارات بسيطة، ومعالجة الألم أو الحاجة الأساسية. وقد يلزم دواء عاجل أو تقييد أو عزل إذا فشلت الوسائل الأخف ووُجد خطر مباشر، لكنه لا يُستعمل للعقاب ولا لراحة الطاقم ولا لتعويض نقص الكادر.

ولكل تقييد «سطر تبرير» مكتوب: ما الخطر المحدد؟ ما البدائل التي جُربت؟ ما مدته؟ من أمر به وبأي صلاحية؟ كيف يُراقب التنفس والدورة الدموية والوعي، وتُصان الكرامة؟ ومتى يُراجع؟ وبعد الاستقرار يُناقش الحدث مع المريض والفريق. **وليس كل إلزام شيئًا واحدًا:** الدخول الإلزامي قرار بالبقاء في المنشأة لا ترخيص مفتوح لكل دواء أو تقييد، والعزل والتقييد إجراءان للسلامة بأقصر مدة، والحَجر على المال مسألة قضائية منفصلة. والأدلة تؤيد إمكان خفض الإكراه بالتدريب والبدائل [9]، ولا يمكن الوعد بإلغائه في كل خطر.

CC BY-NC-ND 4.0



شكل: التسلسل الثابت أمام المريض النفسي: من تثبيت السلامة إلى التوثيق والمراجعة.

1-7 الصرع: الوعي والسلامة والقيادة

يُعرَّف الصرع بقابلية مستمرة للنوبات، وتُصنف النوبة في التصنيف الدولي المحدث سنة 2025 بحسب بدايتها، مع عناية خاصة بحالة الوعي في النوبات البؤرية وغير المعروفة البداية [22، 23]. فلا تُفقد كل نوبة الوعي؛ ومن ثم يوصف ما حدث بدقة: هل انعدم الوعي بالمحيط؟ ما مدة النوبة؟ هل وُجد ارتباك تالٍ؟ ما انتظام الدواء؟

والقرار في القيادة أو العمل الخطر لا يُبنى على اسم الصرع، بل على ضبط النوبات ونوعها ووقت آخرها والالتزام بالعلاج وطبيعة المهمة. يُبصَّر المريض كتابيًا بالمخاطر والقيود المؤقتة، وتُصاغ التقارير الوظيفية بالقدرة والقيود لا بسرد التاريخ المرضي. وإذا بقي خطر جدي على الجمهور بعد التحذير، يُسلك مسار الإفصاح المحدود في الفصل 7. ولا تُوقف مضادات الصرع فجأة من غير تقييم؛ فقد يسبب ذلك نوبات متتالية.

1-8 المؤثرات العقلية واضطراب استعمال المواد

المؤثرات العقلية مواد أو أدوية تغير الوعي أو المزاج أو الإدراك؛ قد تكون دواءً مشروعًا بوصفة ومتابعة، وقد يُساء استعمالها فيحدث اعتماد واضطراب استعمال. وتبدأ الرعاية بتحديد المادة والجرعة وطريق الاستعمال وآخره، وخطر الانسحاب أو الجرعة الزائدة، والأمراض المصاحبة، والسكن والدعم. وبعض أنواع الانسحاب يهدد الحياة، فلا يُعامل كل طالب علاج بوصفة مهدئة أو نصيحة عامة.

وتوصي المعايير الدولية لعلاج اضطرابات تعاطي المخدرات بعلاج قائم على الدليل متعدد التخصصات، يربط إزالة السمية عند الحاجة بالعلاج الدوائي والنفسي والاجتماعي ومنع الانتكاس، من غير مدة واحدة مفروضة على الجميع [24]. ولا يقرر الطبيب الوصف الجزائي، لكنه يوثق الوقائع الطبية ولا يغير السجل لحماية شخص أو إدانته، ويضبط وصف الأدوية ذات قابلية الاعتماد. وأحكام صرف الأدوية الخاضعة للرقابة في الفصل 31.

CC BY-NC-ND 4.0

1-9 العلاج النفسي والدوائي والرقية والتخليج الكهربائي

العلاج خطة مشتركة قد تشمل التثقيف، والعلاج النفسي، والدواء، والتأهيل، ودعم الأسرة والعمل. والرقية دعم روحي مشروع بضوابط الركن الفقهي، ما لم تؤخر التشخيص أو توقف علاجًا نافعًا. والأنفع أن يُسأل المريض باحترام عن معتقده، ثم تُبنى خطة تكامل: يستمر العلاج الطبي، وتُؤدى الرقية بصورة آمنة يختارها المريض، وتُراقب النتائج.

والعلاج بالتخليج الكهربائي تدخل تخصصي، لا عقوبة ولا وسيلة لإسكات المريض. وتوصي إرشادات NICE بالنظر فيه في الاكتئاب الشديد إذا فضّله المريض، أو احتيج إلى استجابة سريعة، أو فشلت علاجات أخرى، مع إذن مستنير يشمل حق سحب الموافقة [25].

1-10 اضطرابات الوعي: تشخيص متكرر لا لقطة واحدة

اضطرابات الوعي ليست اسمًا واحدًا، والخلط بينها يقود إلى قرارات خاطئة في العلاج والتنبؤ والحقوق.

جدول: حالات الوعي وأخطاؤها الشائعة

الحالة	الملامح العملية	الخطأ الشائع
الغيبوبة	لا يقظة ولا استجابة هادفة، والعينان مغلقتان؛ حالة حادة غالبًا	إطلاق تنبؤ بعيد المدى من فحص مبكر واحد
متلازمة اليقظة غير المستجيبة (الحالة الإنباتية)	دورات نوم ويقظة دون علامة سلوكية قابلة للتكرار على الوعي	تسميتها «موتًا دماغيًا»، أو الجزم بانعدام الخبرة الداخلية
حالة الوعي الأدنى	علامات قليلة لكنها واضحة وقابلة للتكرار على الوعي بالذات أو البيئة	إهمال الألم والتأهيل ووسائل التواصل
الانفصال المعرفي الحركي	استجابة للأوامر تظهر في التخطيط أو التصوير الوظيفي بلا استجابة حركية ظاهرة	عدّ الإشارة قناة قرار كاملة، أو تجاهلها بلا مراجعة
متلازمة المنحبس	وعي محفوظ غالبًا مع شلل شديد؛ وقد يبقى الرمش وسيلة تواصل	افتراض فقد الأهلية لغياب الكلام والحركة
الموت بالمعايير العصبية	فقد دائم لوظائف الدماغ كلها ببروتوكول تشخيص مستقل	الخلط بينه وبين ما سبق (انظر الفصل 45)

يبدأ المسار باستبعاد ما يحجب الاستجابة: المهدئات، والصرع غير الاختلاجي، والاضطراب الاستقلابي، والعدوى، والحبسة، والشلل، وضعف السمع والبصر. ثم يُكرر الفحص في أوقات مختلفة بفريق مدرب وبمقياس معياري مثل مقياس التعافي من الغيبوبة المعدل (CRS-R)، ويُوثق السلوك الخام: الأمر، وعدد المحاولات، والحركة، وقابليتها للتكرار. ويوصي دليل الأكاديمية الأمريكية للأعصاب بالبحث عن المربكات، والتقييمات التسلسلية الموحدة، والإحالة إلى فريق

CC BY-NC-ND 4.0

متعدد التخصصات، وينبه إلى أن مآلات الإصابات الرضحية قد تكون أفضل من غير الرضحية، وإلى أن لفظ «دائم» يوحي بيقين لا يسنده العلم [17].

وتكشف الأرقام سبب هذا الحذر. ففي دراسة Schnakers وزملائه ظهرت بمقياس CRS-R علامات وعي لدى 18 من 44 مريضًا شُخّصوا سريريًا باليقظة غير المستجيبة، أي 41% [19]. وفي دراسة متعددة المراكز ظهر الانفصال المعرفي الحركي لدى 60 من 241 مشاركًا بلا استجابة سلوكية للأوامر، أي نحو 25% [20]. ودلالة ذلك أن التقييم المتقدم يُطلب حين تتعارض الصورة السريرية أو يكبر أثر القرار وتتوفر الخبرة، لا أنه لازم في كل منشأة. ولا يعني الاختبار الإيجابي قدرة كاملة على القرار، ولا ينفي السلبيُّ الوعي؛ فالمهمات تحتاج سمعًا ولغة وانتباهًا، وإشارة «نعم/لا» بداية تقييم لا نهايته.

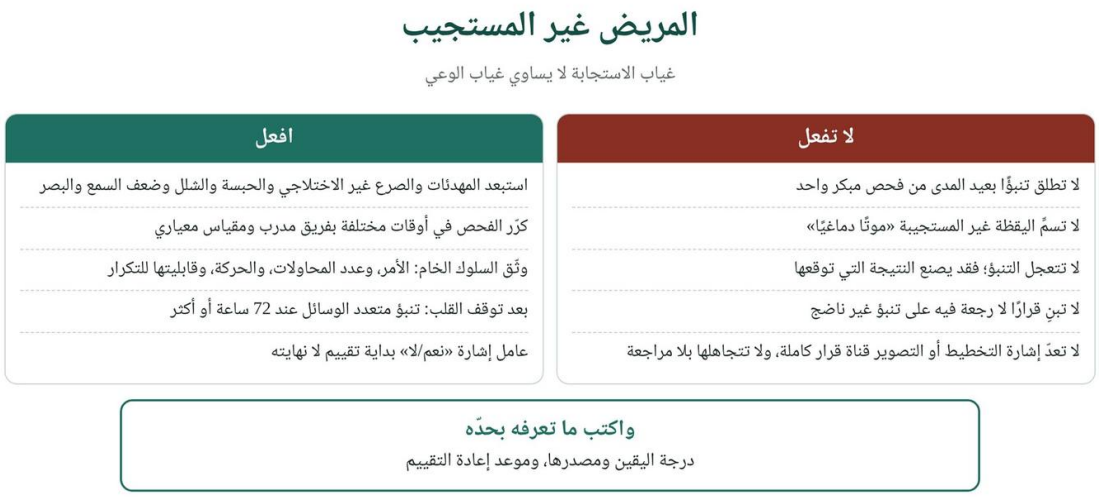
1-11 التنبؤ بعد الإصابة الدماغية: التوقيت قبل اليقين

التنبؤ في الأيام الأولى بعد توقف القلب أو إصابة الرأس من أخطر لحظات القرار؛ لأن المهدئات وضبط الحرارة والاضطراب الاستقلابي تحجب الفحص، ولأن الانطباع المبكر قد يصير قرارًا يصنع النتيجة التي توقعها. وهذه «النبوءة المحققة لذاتها»: يُكتب أن الإنذار سيئ، فيُقلَّل العلاج، فيسوء الإنذار فعلًا.

وفي توقف القلب توصي إرشادات المجلس الأوروبي للإنعاش والجمعية الأوروبية لطب العناية المركزة لعام 2025 بالنظر في التنبؤ العصبي للمريض الذي لم يستيقظ ولا ينفذ الأوامر عند 72 ساعة أو أكثر من عودة الدورة الدموية، وباستراتيجية متعددة الوسائل لا تعتمد علامة واحدة: الفحص السريري، والتخطيط الكهربائي والجهود المستثارة، والمؤشرات الحيوية، والتصوير. وتنبه إلى أن الفحص السريري عرضة لتأثير المهدئات والأفيونات ومرخيات العضلات، فيجب دائمًا النظر في أثر التهدئة المتبقي واستبعاده [26].

وفي إصابات الرأس الشديدة تابعت دراسة كندية مرضى ستة مراكز رضوح، فكانت الوفيات 31.7%، وارتبط أكثر من ثلثيها بسحب العلاج الداعم للحياة، ووقع نصفها في الأيام الثلاثة الأولى. وتفاوتت نسبة الوفيات المرتبطة بالسحب بين المراكز من 45.0% إلى 86.8%، وكان للمركز وحده أثر معتبر في النتيجة [27]. فثقافة المكان وتوقيت القرار قد يؤثران في المآل بقدر شدة الإصابة. والذي يخص الفصل أمران: ألا يُستعمل تنبؤ غير ناضج سندًا لقرار لا رجعة فيه، وأن تُكتب في الملف درجة اليقين ومصدرها وموعد إعادة التقييم. وتفصيل عدم الإنعاش في الفصل 41، وحدود التدخل في الفصل 42.

CC BY-NC-ND 4.0



شكل: تقييم المريض غير المستجيب: ما يُجتنب وما يُفعل قبل أي حكم أو تنبؤ.

1-12 جراحة الأعصاب عالية الخطر: الصدق في وصف ما يُنقَذ

في الجراحة الاختيارية يشرح الجراح التشخيص ودرجة يقينه، وهدف الجراحة وحدوده، والعجز النوعي المحتمل في اللغة أو الذاكرة أو الرؤية أو الحركة أو الشخصية، والبدائل ومنها المراقبة. وتُفصل موافقة العلاج عن موافقة التصوير والتعليم والبحث واستعمال النسيج. وفي الجراحة المستيقظة تكون الموافقة عملية ثلاثية: قبل العملية لفهم الخطة وإمكان التحول إلى التخدير العام، وأثناءها لاحترام الضيق، وبعدها لمراجعة التجربة.

وبعض الجراحات تنقذ الحياة ولا تعيد الاستقلال. ففي تجربة DESTINY II العشوائية لاستئصال نصف القحف في احتشاء الشريان الدماغي الأوسط الخبيث، التي شملت 112 مريضًا أعمارهم 61 سنة فأكثر، ارتفعت نسبة البقاء بلا عجز شديد جدًا (درجة 0–4 على مقياس رانكن المعدل) من 18% إلى 38%، وانخفضت الوفيات من 70% إلى 33%. لكن أحدًا من الناجين لم يبلغ الدرجات 0–2 [28]. فعبارة «العملية تنقذ حياته» صحيحة لكنها ناقصة؛ والمطلوب أن يُقال ما يُنقَذ وما لا يُنقَذ: البقاء، ودرجة الاعتماد المتوقعة، والحبسة أو الشلل، ثم يُسأل عن قيم المريض المعروفة. وهذا قرار حساس للقيم قد يصح فيه أكثر من خيار. أما في الطوارئ كالنزف فوق الجافية، فإذا تعذر الإذن وهدد التأخير الحياة، يُقدَّم التدخل الضروري وتوثق أسبابه (انظر الفصل 5، المبحث رابعًا).

1-13 التحفيز العميق وواجهات الدماغ والحاسوب

التحفيز العميق للدماغ علاج راسخ نسبيًا في استطبابات محددة كبعض اضطرابات الحركة، وتطبيقاته الأخرى بحثية أو محدودة الدليل. وقد يصاحبه تغير في المزاج أو الاندفاع أو الإحساس بالذات. غير أن مراجعة لأكثر من 1500 منشور وجدت فجوة بين كثرة القول النظري بأن التحفيز يغيّر الشخصية وقلة الدراسات الأولية التي تثبته، ودعت إلى قياس منهجي لا إلى افتراض [29].

أما واجهات الدماغ والحاسوب فتلتقط نشاطًا عصبيًا وتترجمه إلى أمر أو نص أو حركة. وقد بيّنت دراسة Willett وزملائه إمكان تحويل محاولات الكلام إلى نص بسرعة مرتفعة لدى مشاركة مصابة بالتصلب الجانبي الضموري [30]. وتختلف المخاطر بدرجة الغزو ومدة الزرع وانتقال

CC BY-NC-ND 4.0

البيانات واعتماد الخوارزمية. وقد يتغير أداء النموذج بتحديث برمجي؛ فلا تكفي موافقة الزرع وحدها.

جدول: مراحل الجهاز العصبي المزروع وأسئلتها

المرحلة	أسئلة واجبة قبل الموافقة
قبل الزرع	هل الاستطباب علاجي أم بحثي؟ ما البدائل؟ ما الضرر الجراحي؟ ما احتمال النجاح الواقعي؟
التدريب والاستعمال	من يملك البيانات الخام والنموذج؟ من يضبط التحفيز أو الرسالة؟ هل توجد مفاتيح إيقاف ودعم طارئ؟
التحديث	هل تغيرت الوظيفة أو المخاطر أو الجهة المعالجة؟ هل يحتاج التحديث إلى موافقة جديدة؟
ما بعد البحث	من يدفع المتابعة والبطارية والإصلاح؟ هل يبقى الجهاز أو يُزال؟ ماذا لو توقفت الشركة؟
الانسحاب أو الوفاة	ماذا يحدث للغرسة والبيانات؟ وهل يُسمح بالاستعمال البحثي بعد الوفاة؟

ومن مبادئ فريق الأخلاقيات العصبية في مبادرة BRAIN الأمريكية: أولوية تقييم السلامة، وتوقع مشكلات القدرة والموافقة، وحماية خصوصية البيانات العصبية، والعدالة في توزيع المنافع [31]. وفي مسح لباحثين ومشاركين في تجارب الأجهزة المزروعة، أبدى الباحثون قلقًا من إدارة ما بعد التجربة وعدّوا القيود المالية عائقًا رئيسًا، ولم يكن كثير من المشاركين على علم بأحقيتهم في الاستمرار [32]. فالرعاية بعد التجربة جزء من موازنة المنفعة والضرر منذ البداية.

1-14 الاختبار التنبؤي العصبي والتعزيز المعرفي

الاختبار التنبؤي يقدّر خطر مرض لاحق في شخص بلا أعراض، وقد يغير حياته وأسرته من غير أن يتيح علاجًا مانعًا. ومرض هنتنغتون نموذجه الأوضح؛ وتوصي الشبكة الأوروبية لمرض هنتنغتون بمسار متخصص يشمل استشارة وراثية قبل الاختبار وبعده، وقرارًا طوعيًا، ودعمًا نفسيًا، وحذرًا من فحص القاصرين [33]. ولا يصير الاختبار فحص لياقة بطلب جهة عمل؛ فإن طُلب «إثبات سلامة عصبية» لمتقدم بلا أعراض، سُئلت الجهة عن سندها، واستُعيض بتقييم لياقة حالي إن كان مشروعًا. وفي ألزهايمر لا يساوي حمل النمط APOE تشخيصًا، وتحذر جمعية ألزهايمر من الاختبار الوراثي الروتيني للأصحاء قبل استشارة تبين أثره [34]. وتفصيل حق عدم المعرفة وإبلاغ الأقارب في الفصل 24.

والتعزيز المعرفي لا يبرره شيوع الاستعمال. ففي تحليلات تجميعية شملت 47 دراسة على بالغين أصحاء، كان أثر modafinil وmethylphenidate صغيرًا ومحصورًا في مجالات بعينها، ولم يظهر أثر لـ[35] d-amphetamine. فإذا طلب مقيم سليم منشطًا لمناوبات طويلة، بُحث عما وراء الطلب من اضطراب نوم أو فرط حركة وتشتت انتباه أو اكتئاب أو تعاطٍ، فإن ثبت عولج

CC BY-NC-ND 4.0

بصفته مرضًا؛ وإلا فالمشكلة تنظيمية تُحال إلى الصحة المهنية، لا وصفة تحمّل الفرد مخاطرة النظام.

1-15 الخرف المتقدم: مرض عصبي مميت لا شيخوخة عادية

الخرف المتقدم مرض مميت بمسار متوقع، وكثيرًا ما يُعامل كأنه حالة مستقرة، فتتكرر في أشهره الأخيرة تدخلات مرهقة قليلة النفع. ففي دراسة Mitchell وزملائها على 323 مقيمًا في دور رعاية مصابين بخرف متقدم، بلغت الوفيات في 18 شهرًا 54.8%، وأصيب 41.1% بالتهاب رئوي، و85.8% بمشكلات في الأكل. وخضع 40.7% في الأشهر الثلاثة الأخيرة لتدخل مرهق واحد على الأقل، وكان من فهم ممثلوهم الإنذار أقل تعرضًا لهذه التدخلات بفارق كبير [36]. فيُشرح للأسرة مبكرًا مسار المرض، وتُبنى خطة أهداف رعاية قبل الأزمة، وتُفسَّر صعوبات الأكل والعدوى المتكررة بوصفها مراحل متوقعة. وتفصيل التغذية الصناعية في الفصل 44، والرعاية التلطيفية في الفصل 43، والتوجيهات المسبقة في الفصل 40.

1-16 البحث على المصابين باضطرابات نفسية أو عصبية

الحاجة إلى البحث لا تلغي الحماية. يقوّم الباحث القدرة للموافقة على الدراسة ذاتها، ويفصل العلاج عن التجنيد، ويبيّن أن الرفض لا يضر العلاج. ويقرر إعلان هلسنكي في صيغته المنقحة سنة 2024 أن حقوق المشاركين مقدمة على أهداف البحث، وأن الفئات في أوضاع هشاشة تحتاج حماية مناسبة [37]. ونص القرار 67 (5/7) على أنه «لا يجوز إجراء الأبحاث الطبية على عديمي الأهلية أو ناقصيها ولو بموافقة الأولياء» [38]؛ وهو حاضر في كل بحث على مرضى اضطرابات الوعي والخرف المتقدم. أما التقييم المتقدم الذي يُطلب لمصلحة المريض نفسه، لتوضيح تشخيصه أو قدرته على التواصل، فتشخيص لا بحث. ويُقرأ مع القرار 161 (10/17) الذي حصر ولاية الولي على فاقد الأهلية فيما يحقق «مصلحته الخالصة، دون أي تصرف ضار، أو محتمل الضرر» [39]. ولا نص للمجمع يحسم العلاقة بين القرارين، والترجيح المنسوب إلى المؤلف في الفصل 48: يجوز البحث العلاجي الذي تُرجى منه منفعة مباشرة للمريض بخطر متناسب، ويجوز البحث غير العلاجي الذي لا يضيف إلى الرعاية إجراءً إذا لم تُدرك معرفته من القادرين وكانت منفعته لفئة المريض. وما أضاف إجراءً يسيرًا في حدود الخطر الأدنى فمحل احتياط؛ الأصل فيه المنع في القرار 67، ولا يُقدم عليه إلا بموافقة لجنة أخلاقيات البحث وعرضه على جهة الفتوى. وما زاد على الأدنى بلا منفعة مباشرة، أو أمكن على القادرين، ممنوع ولو أذن الولي. وتفصيل المسألة ونظام أخلاقيات البحث في الفصل 48.

ثانيًا: الركن الأخلاقي

1-2 الكرامة ومقاومة الوصمة

الكرامة ثابتة قبل التشخيص وبعده، ولا تتوقف على القدرة على التعبير. فلا يُنادى المريض بوصف مهين، ولا تُفترض خطورته أو كذبه لأنه راجع الطب النفسي. ويُفصل في السجل بين ما رواه المريض وما لاحظه الطبيب وما استنتجه، وتُستبدل بلغة مثل «يدّعي» أو «مجنون» أوصاف محايدة: «ذكر»، «رفع صوته وهدد بكذا». والمريض غير المستجيب ليس «جسدًا بلا صاحب»؛

CC BY-NC-ND 4.0

فكرامته تفرض تسكين ألمه، والعناية به، وستر عورتـه، والخطـاب المحـترم بجـوار سـريره، كأنـه يسمع. ومريض الخرف المتقدم لم «يرحل» بعد؛ فهو ما زال يتألم ويأنس ويخاف.

والوصمة لا تأتي من القسوة وحـدها، بـل قـد تـأتي من الإفـراط في الحمايـة أيضًـا: فالتحـدث مـع الأسرة بدل المريض القادر، أو حرمانه من الزواج والعمل بلا تقويم فردي، يعامله كأنه قاصر دائم. والممارسة العادلة تطلب التيسير اللازم أولًا، ثم تقوّم القدرة الوظيفيـة، ولا تسـأل عن التشـخيص أكثر مما تحتاجه المهمة [11].

2-2 الاستقلال والقرار المدعوم

القاعدة: ساعد قبل أن تستبدل القرار. والاستقلال قد يكون حاليًا عبر وسـيلة تواصـل بسـيطة، أو سابقًا عبر توجيه مسبق أو قيم معروفة، أو علائقيًا عبر أسرة تساعد على تفسير الاختيـار من غـير أن تسـتولي عليـه. فـإذا ثبت عجـز المـريض في قـرار معين، شـارك الممثـل المخـول وفـق إرادة المريض المعروفة ثم مصلحته، لا وفق راحـة الأسـرة، مـع إبقـاء المـريض داخـل الحـوار، ثم يُعـاد القرار إليه فور عودة قدرته. ومن أنفع ما يعين على ذلك أن تُسجَّل تفضيلات المـريض وهـو قـادر: أي الأدوية يقبل، ومن يريد حضوره، وما الذي يهدئه عند الأزمة (انظر الفصل 40).

2-3 التناسب وأخلاق الإلزام

لا يكفي أن يكون التدخل مفيدًا احتمالًا؛ بل يجب أن يكـون **لازمًا** لـدفع ضـرر ذي وزن، و**مناسـبًا** لشدته وقربه، و**أقل تقييدًا** من بدائل فعالة، و**محدد الزمن**، و**قابلًا للمراجعـة والاعـتراض**. والقاعدة هنا أن يُبدأ بالأخف: متابعة مكثفة أو دعم منزلي آمن قبـل التنـويم إن كفيـا، وجنـاح أقـل تقييدًا قبل العزل، وإفصاح لشخص واحد قادر على الحماية بدل نشر التشخيص.

ويظل المـريض صـاحب حقـوق وهـو مقيَّـد: يُعـرَّف بمن يعالجـه، ويُشـرح لـه السـبب، ويُمكَّن من الاعتراض، ويُحفظ له لباسه وعورته وصـلاته وتواصـله مـا لم يمنـع ذلـك ضـرر محـدد. ولا تنسَ أن التقييد قد يعيد إليه صدمة سابقة؛ فيُقلَّل عدد الأشخاص حوله، ويُمنع التصوير والإهانة.

2-4 عدم اليقين والاحتياط المتناسب

لا يلزم من احتمال وعي خفي إبقاء كل تدخل بلا نهاية، ولا يجوز أن يُبنى على غياب السلوك قـرار متعجل. والموقف الأخلاقي هو الاحتياط المتناسب: تأجيل القرار غير العاجل ما دامت ثمة معلومة قابلة للتحصيل، وتجربة علاجية محددة المدة إذا كانت الفائـدة معقولـة، وتحديـد مؤشـرات النجـاح والفشـل سـلفًا. واعلم يـا أخي الطـبيب أن من يقـول في اليـوم الأول «لا أمـل» لا يصـف الواقـع فحسـب، بـل قـد يصـنعه؛ فالصـدق هنـا ليس التشـاؤم ولا التفـاؤل، وإنمـا الإخبـار بدرجـة اليقين الحقيقية، وبموعد اتضاح الصورة.

2-5 السرية وحدود الإفصاح

أحكام السر واستثناءاته مبسوطة في الفصل 7. والذي يخص هذا الفصل أن السرية شرط لصدق المقابلة ولطلب العلاج أصلًا، وأنها تشمل التشخيص والأدوية والمواد المستعملة. فلا يملك القريب المعلومة لمجرد القرابة إذا كان المريض قادرًا ولم يأذن، ويمكن أن يُستمع إلى ما عند الأسرة من معلومات من غير أن تُؤكَّد لها تفاصيل سرية.

CC BY-NC-ND 4.0

وعند الخطر على النفس أو الغير لا يـزول واجب السـرية كلـه؛ وإنمـا يسـأل الطـبيب نفسـه: هـل الخطر جدي ومحدد وقريب؟ ومن الجهة القادرة على الحماية؟ وما أقـل معلومـة تكفي؟ ثم يُوثـق أساس الإفصاح ومضمونه ومتلقيه. أما تهديد غامض قديم، أو قلق الأسرة وحـده، فلا يـبرر إفشـاءً واسعًا. وحالة المريض النفسي الذي يهدد شخصًا محددًا في الفصل 7 (الحالة 7/2).

2-6 الخصوصية العقلية والهوية والوكالة

البيانـات العصـبية تشـمل التخطيـط والصـور، وتسـجيلات الأقطـاب، وأنمـاط الكلام الـتي فكّكتهـا الخوارزمية، ومعلمات التحفيز، وسجلات الاستعمال. وليست كل إشارة «فكرًا»، ولكنها قد تكشف مرضًا أو انفعالًا، وقد تصير أكثر دلالة بعد إعـادة تحليلهـا. واعتمـد المـؤتمر العـام لليونسـكو في 5 نوفمبر 2025 توصية بشأن أخلاقيات التقنيات العصـبية، وهي أول إطـار معيـاري عـالمي في هـذا المجال؛ تدعو إلى حماية الخصوصـية العقليـة وإلى موافقـة صـريحة عنـد جمـع البيانـات العصـبية، وتحذر من استعمالها في العمل لمراقبة الإنتاجية [40]. وتبنت منظمة التعاون الاقتصادي والتنميـة سنة 2019 توصية بالابتكار المسؤول في التقنيات العصبية [41]. وكلتاهما أداة توجيه غـير ملزمـة بذاتها في المملكة. فلا تحسبنّ الموافقة العامة بعبارة «تحسين الخدمة» كافية إذا كان الاسـتعمال يدرّب نموذجًا تجاريًا.

وقد يقول مريض بعد التحفيز العميق: «أشعر أنـني عـدت إلى نفسـي»، ويقـول آخـر: «هـذا ليس أنا». فأيهما نصدّق؟ يُجمع تقييم المزاج والاندفاع، ورواية المريض، وأثـر التغـير في أسـرته؛ وبعض الصعوبات إعادة انـدماج بعـد تحسـن المـرض، لا تغيـير هويـة [29]. والوكالـة أن ينسـب الشـخص الفعل إلى نفسه؛ فإذا أخـرجت الواجهـة كلمـة خاطئـة فلا تُنسـب آليًـا إلى إرادتـه، ويجب أن يـتيح النظام التأكيد والتراجع والإيقاف.

2-7 الأسرة والثقافة والعدالة

للأسرة قيمة علاجية كبيرة، ولكنها شريك لا مالك للمريض القادر. فيستأذن الطـبيب في إشـراكها، ويعلّمهـا علامـات الانتكـاس، ويتحقـق من وجـود عنـف أو سـيطرة أو مصـلحة متعارضـة. وتفسـير الأعراض يكون حساسًـا للثقافـة والـدين، من غـير أن يحـوّل المعتقـد المـألوف إلى مـرض، ولا أن يجعل الثقافة عذرًا لترك خطر طبي. ثم يُسأل المريض بلطف: ما تفسيرك لما يحدث؟ ومـا الـذي تخشاه من العلاج؟

والعدالة ترفض التمييز في فرص العلاج والعمل والتأمين. وفي التقنيات العصبية الباهظـة لا تعـني العدالة أن يُزرع جهاز لكل طالب، بل تعـني اختيـارًا متسـقًا على أسـاس الحاجـة والـدليل، وإتاحـة وسائل تواصل أقل كلفة، وألا يُترك المشـارك بعـد انتهـاء البحث، وأن تُختـبر دقـة الخوارزميـة في الفئات واللهجات المختلفة. والتعزيز المعرفي قد يبدو اختيارًا، ولكن المنافسة تجعلـه شـرطًا غـير مكتوب؛ فالعدالة تقتضي إصلاح العبء، لا تطبيع الدواء.

2-8 الزواج والتقرير القضائي والوظيفي

الزواج ليس اختبارًا للكمـال الصـحي، ولا يمنـع الاضـطراب النفسـي وحـده الحـق فيـه. ومـع ذلـك فللطرفين حق في رضا غير مبني على تضليل بمعلومة جوهريـة. فلا يبـدأ الطـبيب بكشـف السـر، وإنما يجلس إلى مريضه ويحاوره: ماذا يحتاج الطرف الآخر أن يعرف؟ وكيف يُقال بصدق من غـير فضح؟ وهل تنفع جلسة مشتركة؟ وضابط «الجوهري» في المطلب 3-11.

CC BY-NC-ND 4.0

وفي التقرير يحدد الطبيب صفته أولًا: أمعالج هو أم خبير مستقل؟ ثم يذكر مصادر المعلومات، وتاريخ الفحص، وحدود اليقين، والعلاقة الزمنية بين الأعراض والفعل. وفي التقارير الوظيفية يقتصر على القدرة والقيود والمدة — «يمتنع مؤقتًا عن قيادة مركبة عامة حتى استقرار النوبات» — بدل أن يكشف التشخيص. وأحكام الخبرة القضائية في الفصل 32.

ثالثًا: الركن الفقهي

3-1 الأصول والمقاصد

قال تعالى: ﴿وَلَقَدْ كَرَّمْنَا بَنِي آدَمَ﴾ [الإسراء: 70]، وقال: ﴿وَلَا تَقْتُلُوا أَنْفُسَكُمْ إِنَّ اللَّهَ كَانَ بِكُمْ رَحِيمًا﴾ [النساء: 29]، وقال: ﴿وَلَا تَقْفُ مَا لَيْسَ لَكَ بِهِ عِلْمٌ﴾ [الإسراء: 36]، وقال: ﴿وَلَا تَجَسَّسُوا﴾ [الحجرات: 12] [42]. وتجمع هذه النصوص الكرامة ومنع الإضرار ووجوب التثبت وحفظ السر. والمقصد الجامع حفظ النفس والعقل والنسل والعرض والمال. وتعمل هنا قواعد: الضرر يُزال، والضرورات تُقدَّر بقدرها، واليقين لا يزول بالشك، والمشقة تجلب التيسير؛ وتفصيلها في الفصل 2 (المبحث خامسًا). فقاعدة اليقين تمنع رفع حكم الحياة أو الأهلية بانطباع غير محقق، وقاعدة الضرر لا تبيح كل تدخل وقائي، بل تشترط إثبات الضرر، ووسيلة نافعة متناسبة، وإنهاءها بزوال سببها.

والمعالجة الفقهية لا تنقل الأوصاف القديمة إلى التشخيصات الحديثة نقلًا آليًا. فالطبيب يصف مقدار الإدراك والاختيار وقت الواقعة، ثم تنزّل الجهة المختصة الحكم الشرعي أو القضائي.

3-2 الأهلية والتكليف والمسؤولية: القرار 261 (6/26)

يرتبط التكليف بالعقل والإدراك والاختيار. وفي الحديث: «رُفِعَ القلمُ عن ثلاثةٍ: عن النائمِ حتى يستيقظَ، وعن الصبيِّ حتى يحتلمَ، وعن المجنونِ حتى يعقلَ» [43]. لكن هذا الوصف لا يلحق كل اضطراب نفسي أو عصبي، ولا يثبت على الدوام؛ فمريض الصرع كامل الأهلية بين النوبات، ومتلازمة المنحبس لا تُسقط العقل.

والنص الحاكم في هذا الباب قرار مجمع الفقه الإسلامي الدولي 261 (6/26) بشأن أثر الأمراض النفسية على الأهلية في الشريعة الإسلامية، الصادر في دورته السادسة والعشرين بالدوحة (6–10 ذو القعدة 1446هـ / 4–8 مايو 2025م) [21]. وخلاصة بنوده:

- **أولًا:** الأهلية «صلاحية الإنسان لوجوب الحقوق المشروعة له وعليه»، وهي نوعان: أهلية وجوب وأهلية أداء.
- **ثانيًا:** الأمراض النفسية مجموعة أعراض متلازمة ذات دلالة سريرية تؤثر في الإدراك أو السلوك أو الانفعال، وتسبب ضعفًا أو خللًا في الأداء الشخصي أو الأسري أو المهني أو الاجتماعي.
- **ثالثًا:** «الأصل أن المريضَ النفسيَّ البالغَ كاملَ الأهليةِ مسؤولٌ مسؤوليةً كاملةً عن تصرُّفاته» ما لم يثبت خلاف ذلك من جهة اختصاص معتمدة.
- **رابعًا:** «تنقسم الأمراض النفسيَّة إلى ثلاثة أنواع»: مفقدة للأهلية، ومنقصة لها، وغير مؤثرة فيها.

CC BY-NC-ND 4.0

- **خامسًا:** المعيار في تحديد أثر المرض النفسي «مدى التأثير في الإدراك والتمييز والفهم وسلامة اتخاذ القرار»، وهي مسألة تخصصية منوطة بأهل الاختصاص من الأطباء النفسيين ومن في حكمهم.
- **سادسًا:** يكون المريض النفسي فاقد الأهلية «إذا ثبت فقدانه القدرة على الإدراك والتمييز أو السيطرة على تصرفاته»، وناقصها إذا نقصت هذه القدرة.
- **سابعًا:** «القضاءُ هو الذي يقرِّرُ فقدانَ القدرة ونقصانها على الإدراك والتمييز».

وتنزيله في الممارسة: الأصل الأهلية الكاملة لا فقدها؛ والطبيب يصف أثر المرض في الإدراك والتمييز والفهم واتخاذ القرار (مصفوفة القدرة في المطلب 1-3)؛ والقضاء يحكم بالفقد أو النقص. **فأهلية الوجوب** لا تزول بالاضطراب؛ فكرامة المريض وملكيته وحقه في العلاج قائمة. أما **أهلية الأداء** فقد تبقى أو تنقص أو تزول في قرار معين وزمن معين، وهذا قريب من التقويم السريري للقدرة وإن لم يكن المصطلحان مترادفين.

وقد تسقط المؤاخذة القائمة على القصد عند زوال الإدراك، مع بقاء الحقوق المالية للغير بحسب التفصيل الفقهي. أما التعاطي الاختياري فيختلف عن التسمم غير المقصود أو الدواء الموصوف؛ فلا يكتب الطبيب «غير مسؤول»، بل يصف هل كان الشخص يفهم طبيعة فعله ويقدر عاقبته ويستطيع الامتناع، ويذكر درجة اليقين.

3-3 عوارض الأهلية وتقلب الإدراك

العبرة بوظيفة العقل لا باسم العيادة. وتنقسم الحالات عمليًا إلى أربع صور: خلل كلي مستمر يزيل الإدراك اللازم لتصرفات واسعة، وهو أقل شيوعًا مما يُظن؛ وخلل كلي متقطع كنوبة ذهانية حادة أو نوبة صرعية، فيكون زمن الإفاقة حاسمًا؛ وخلل جزئي مستمر كإعاقة معرفية أو خرف مستقر، فيحتاج إلى تقسيم القرارات والدعم؛ وخلل جزئي متقطع كهوس يؤثر في التصرفات المالية الكبرى أكثر من قرارات الرعاية اليومية.

جدول: خريطة التكليف والتصرفات — ما يحتاجه الطبيب

المجال	الخلاصة الفقهية العملية	ما يثبته الطبيب
العبادات	يرتبط التكليف بالعقل والوعي، وتفاصيل القضاء والرخص للفقيه	زمن زوال الوعي ومدته، وعودة الإدراك
الإذن الطبي	إذن القادر هو الأصل، وقرار البديل مقيد بالمصلحة	القدرة لهذا التدخل الآن، وإمكان الدعم أو التأجيل
العقود والتصرفات المالية	لا يُعتد بتصرف من زال إدراكه، ولا تزول ملكيته	الوظائف المعرفية وقت التصرف، وأثر الضلالة أو الخرف
الزواج والطلاق	لا يُسوّى بين التشخيص وفقد الإدراك، والآثار للقضاء	شدة المرض وزمن القول وأثره في الفهم والاختيار

CC BY-NC-ND 4.0

المجال	الخلاصة الفقهية العملية	ما يثبته الطبيب
الجنايات	زوال الإدراك قد يؤثر في القصد، ولا يمحو حقوق الآخرين	العلاقة الزمنية والسببية، والقدرة على ضبط الفعل
الولاية والحماية	تنتقل سلطة القرار بقدر النقص وتعود بعودة القدرة	ما يستطيع المريض تقريره، وموعد المراجعة

وتمنع هذه الخريطة عبارتين مضللتين: «المريض النفسي غير مكلف»، و«المريض مشخّص لكنه مسؤول بالكامل».

3-4 الحَجر: حماية محددة لا سلب للشخصية

الحَجر منع الشخص من نفاذ بعض التصرفات حماية له أو لماله أو لحقوق غيره، لا إلغاء لإنسانيته أو ملكيته. ومحله العملي أكثر ما يكون في التصرفات المالية التي يعرّض فيها الخلل المعرفي أو الاندفاع المرضي صاحبه لضياع بيّن. ولا يثبت بالعلاج في مستشفى نفسي، ولا ينشئه الولي أو الطبيب؛ بل تقدره الجهة القضائية، ومن بيناتها الخبرة الطبية.

ويحكمه التناسب والتخصيص والمراجعة: فإذا كفى توكيل مضبوط، أو سقف للتصرف، أو منع مؤقت أثناء نوبة، لم يُنتقل إلى قيد أوسع. فإذا طلبت أسرة «حجرًا دائمًا» على مريض بعد نوبة هوس، لم يكتب الطبيب «فاقد الأهلية دائمًا»، بل تقريرًا مؤرخًا: ما الأعراض الراهنة؟ ما التصرف المخوف منه؟ هل يفهم المال والعاقبة؟ هل يكفي دعم أخف؟ ومتى تُراجع الحالة؟

3-5 التداوي الإلزامي والإذن في المستعجل: القراران 67 و184

قرر مجمع الفقه الإسلامي الدولي في قراره 67 (5/7) أن الأصل في التداوي المشروعية، وأنه يجب إذا أفضى تركه إلى تلف النفس أو أحد الأعضاء أو العجز أو تعدى ضرر المرض إلى غيره، وأن إذن المريض شرط إذا كان تام الأهلية، فإن كان عديمها أو ناقصها اعتُبر إذن وليه في حدود مصلحته، وجعل لولي الأمر الإلزام بالتداوي في بعض الأحوال [38]. ونص القرار وتحليله في الفصل 5 (المبحث ثالثًا).

ومعه القرار 184 (10/19) الذي أوجب على المريض كامل الأهلية الإذن بالعلاج في الحالات المستعجلة ديانةً «يأثم المريض بتركه»، وأجاز للطبيب التدخل اللازم إنقاذًا لحياته استنادًا إلى أحكام الضرورة بضمانات فصّلها، منها تقرير ثلاثة من الاستشاريين من غير الطبيب المعالج. ونص على أن الولي إذا رفض الإذن لعلاج ناقص الأهلية في الحالات المستعجلة «فلا يعتد برفضه وينتقل الحق في الإذن إلى ولي الأمر أو من ينيبه من الجهات المختصة في الدولة» [44]. فرفض الولي ليس تعذرًا للإذن؛ تُخطِر المنشأة الجهة المختصة ولا تنصّب نفسها نائبًا عنها، مع الإجراء الإسعافي اللازم في أثناء ذلك. وفي الحالات النفسية يقع توتر بين ما يجيزه القرار فقهًا وبين شروط المادة الثالثة عشرة من نظام الرعاية الصحية النفسية؛ والعمل في المنشأة السعودية على شروط النظام النافذ (انظر الفصل 5، المبحث ثالثًا).

وتنزيل ذلك في أربع:

1. إذن المريض القادر هو الأصل، فلا يحل محله أب ولا زوج ولا طبيب، ولا يُستعمل التنويم الإلزامي أو ضغط الأسرة لانتزاع موافقته.

CC BY-NC-ND 4.0

2. حفظ النفس والعقل قد يسوغ التدخل بغير رضا عند زوال الإدراك أو تحقق خطر جسيم، بشرط أن يقرره أهل الاختصاص، ويتعين لعدم بديل أخف، ويُقدَّر بقدر الحاجة، وينتهي بزوالها.
3. مثّل القرار 67 (5/7) لإلزام ولي الأمر بالأمراض المعدية والتحصينات [38]. ويرى المؤلف، قياسًا، أن يُلحق بها الاضطراب النفسي الشديد الذي يعظم خطره على صاحبه أو غيره، بجامع تعدي الضرر والعجز عن الإذن المعتبر. وإلزام ولي الأمر يُمارَس بالتنظيم الذي يضعه، وهو هنا نظام الرعاية الصحية النفسية بشروطه ومدده؛ فلا يُستدل بقاعدة «الضرر يُزال» لتجاوزه.
4. ليس فقد القدرة وحده سببًا للتنويم؛ فقد يفقد مريض الخرف قدرة قرار السكن وهو آمن في منزله، فيُستعان بالممثل والدعم دون حجزه نفسيًا لتنفيذ قرار اجتماعي.

وكثير من قرارات الأعصاب ليست «علاجًا منقذًا واضح النفع» بالمعنى الذي عناه القرار 184، بل قرارات حساسة للقيم كاستئصال نصف القحف في المسن؛ فيُحتكم فيها إلى إرادة المريض المعروفة ومصلحته، وتُطلب الاستشارة الأخلاقية عند الخلاف (انظر الفصل 13). ويرى المؤلف أن التخليج الكهربائي يدخل في عموم التداوي المشروع إذا قرره المختص وترجحت منفعته، فلا يُمنع لذاته ولا يُفرض على قادر رافض.

3-6 حكم الحياة في اضطرابات الوعي

المريض في الغيبوبة أو اليقظة غير المستجيبة أو الوعي الأدنى حي بلا خلاف، تجري عليه أحكام الأحياء. ونص القرار 17 (5/3) بشأن أجهزة الإنعاش معلق على تعطل جميع وظائف الدماغ تعطلًا نهائيًا بحكم الأطباء المختصين [45]؛ فلا ينطبق على من بقيت له بعض وظائف الدماغ، ولا يجوز تسويغ رفع الأجهزة بعبارة «مخه متضرر جدًا» من غير تحقق بروتوكول الموت بالمعايير العصبية (انظر الفصل 45). ونص القرار 67 (5/7) على أن تقدير الحالة الميؤوس منها يتبع تقدير الأطباء وإمكانات الطب المتاحة في كل زمان ومكان [38]؛ وهذا يمنع تثبيت وصف قديم على اضطرابات الوعي مع تطور أدوات التشخيص، ولا يجعل كل تقنية جديدة واجبة.

3-7 حفظ السر ودفع الضرر

قرر مجمع الفقه الإسلامي الدولي في قراره 79 (10/8) أن الأصل حظر إفشاء السر، واستثنى حالات يؤدي فيها الكتمان إلى ضرر يفوق ضرر الإفشاء أو تكون في الإفشاء مصلحة راجحة، على أن تحدد الأنظمة كيفية الإفشاء ولمن يكون [46]. وتفصيله في الفصل 7 (المبحث ثالثًا). ويشمل الأصل البيانات العصبية وسجلات الأجهزة. فإذا أفصح الطبيب لحماية نفس اقتصر على الجهة القادرة والمعلومة الضرورية؛ وإذا لم يثبت الخطر بقي السر أمانة.

3-8 الرقية والأسباب الطبية ومسّ الجن

الرقية بالقرآن والأدعية المشروعة من أسباب الاستشفاء، والتداوي الطبي من الأخذ بالأسباب، ولا تعارض بينهما. قال النبي ﷺ: «تداوَوا؛ فإنَّ اللهَ لم يضعْ داءً إلا وضعَ له دواءً، غيرَ داءٍ واحدٍ: الهَرَم» [47]، وقال: «اعرِضُوا عليَّ رُقاكم، لا بأسَ بالرُّقى ما لم يكن فيه شركٌ» [48]. ونقل ابن حجر إجماع العلماء على جواز الرقى عند اجتماع ثلاثة شروط: أن تكون بكلام الله أو بأسمائه وصفاته، وباللسان العربي أو بما يُعرف معناه، وأن يُعتقد أنها لا تؤثر بذاتها بل بتقدير الله [49].

CC BY-NC-ND 4.0

ويقرر جمهور أهل السنة إمكان دخول الجني في بدن الإنسي، ونقل ابن باز عن شيخ الإسلام ابن تيمية أن «دخول الجني في بدن الإنسان ثابت باتفاق أئمة أهل السنة والجماعة»، وأقرّه [50]. لكن إثبات الإمكان الغيبي لا يجعل «المسّ» تشخيصًا طبيًا. فلا يملك الطبيب بصفته المهنية إثباته أو نفيه في حالة فردية؛ وما يملكه هو تشخيص الصرع أو الذهان أو الهذيان أو الاضطراب الانفصالي، ومعالجة ما يدعمه الدليل. فلا يسخر من معتقد المريض، ولا يدوّن «ممسوس» تشخيصًا، ولا ينسب الانتكاسة إلى ضعف الإيمان.

وإذا طلب المريض الرقية فالأصل احترام رغبته وتيسيرها، على ألا تسوّغ إيذاء البدن، أو التقييد والحبس، أو الخلوة وكشف العورة، أو إيقاف الدواء ومنع الطعام والنوم، أو اتهام أحد بسحر أو عين، أو الابتزاز. وإذا لم يكن المريض قادرًا على إذن معتبر، لم يكف طلب الأسرة لإجراء ممارسة جسدية عليه.

3-9 الانتحار وإيذاء النفس

تحريم قتل النفس ثابت بقوله تعالى: ﴿وَلَا تَقْتُلُوا أَنْفُسَكُمْ﴾ [النساء: 29] [42]، لكنه لا يبرر توبيخ المصاب بالاكتئاب أو وصفه بضعف الإيمان. فالأفكار الانتحارية علامة معاناة وخطر، تحتاج علاجًا ورحمة وحماية. ومن فقد الإدراك أو الاختيار يختلف حكم مؤاخذته عن القادر، وأمره إلى الله. ويجوز كشف القدر الضروري من السر لمن يستطيع الحماية عندما يغلب خطر على النفس، تطبيقًا لاستثناء القرار 79 (10/8) [46].

3-10 المسكرات وطالب العلاج والتقنيات العصبية

حفظ العقل أصل شرعي، وكل مسكر محرم. لكن الدواء المؤثر عقليًا الموصوف لحاجة معتبرة لا يأخذ حكم التعاطي لمجرد تأثيره في الجهاز العصبي؛ فيجوز العلاج المنضبط إذا قرره المختص وراقب أثره، ويحرم طلب النشوة أو الاتجار. وطالب علاج الإدمان يُعان على التوبة والعلاج ولا يُشهَّر به. والستر لا يعني إخفاء ترويج أو خطر عام، لكنه يمنع فضح المريض بما يقطع طريق التعافي.

والأصل في الوسائل الإباحة، ويتغير الحكم بالغاية والضرر والبديل. فواجهة تعيد الكلام أو الحركة تدخل في التداوي والتأهيل إذا ثبتت منفعتها وروعيت السلامة والرضا. أما زرع تجريبي عالي الخطر في غير مريض لمجرد التفوق، فيفتقر إلى مصلحة علاجية توازن انتهاك الجسد. والمنشط الموصوف لعلة معتبرة علاج، أما استعماله بغير حاجة مع ضرر أو إكراه فيأخذ حكم سياقه. وجسم الإنسان أمانة، فلا يُحوَّل العاجز إلى وسيلة لتجربة جهاز مع غموض الرعاية اللاحقة.

3-11 الزواج والإفصاح عن المرض المؤثر

الأصل جواز زواج المصاب باضطراب نفسي أو صرع، ولا يُعد كل تشخيص عيبًا مؤثرًا. وتنفصل المسألة إلى ثلاثة أسئلة:

1. **هل يملك الشخص أهلية الرضا بالزواج؟** يفهم طبيعة العقد، ويميز الطرف الآخر، ويعبر عن رضا غير مكره.
2. **هل المرض جوهري يجب الصدق فيه؟** العبرة بالشدة والتكرار والخطر والأثر في العشرة والنفقة، وبما لو علمه الطرف الآخر لأثّر عادة في رضاه. فالقلق المستقر ليس كنوبات ذهان شديدة متكررة، والصرع المضبوط ليس كنوبات متكررة مع رفض العلاج.

CC BY-NC-ND 4.0

3. **من يُفصح، وكم؟** الواجب الأول على صاحب المعلومة أن يصدق في الأمر المؤثر، ودور الطبيب التبصير لا المبادرة بكشف السر.

ويحرم الغش وكتمان حالة شديدة يترتب عليها ضرر جوهري. ولا يكشف الطبيب من تلقاء نفسه إلا بسند نظامي أو أمر قضائي أو خطر محقق، وبالحد اللازم. وإذا نشأ نزاع فالفسخ وآثاره للقضاء.

رابعًا: الركن النظامي

4-1 النصوص الحاكمة

جدول: الأنظمة الحاكمة في هذا الفصل

النظام أو اللائحة	أداة الإصدار	موضعه في الفصل
نظام الرعاية الصحية النفسية	المرسوم الملكي م/56 وتاريخ 20/9/1435هـ (17/7/2014م) [51]	الحقوق والدخول والعلاج (الفصل الأم)
اللائحة التنفيذية لنظام الرعاية الصحية النفسية	الإصدار الثالث، 1442هـ (2021م)، وزارة الصحة [52]	معيار القدرة والنماذج
نظام مزاولة المهن الصحية	المرسوم الملكي م/59 وتاريخ 4/11/1426هـ [53]	العناية والإذن والسر والخطأ المهني
نظام أخلاقيات البحث على المخلوقات الحية	المرسوم الملكي م/59 وتاريخ 14/9/1431هـ [54]	البحث والزرع التجريبي (الفصل 48)
نظام الأجهزة والمستلزمات الطبية	المرسوم الملكي م/54 وتاريخ 6/7/1442هـ [55]	الغرسات والبرمجيات
نظام حماية البيانات الشخصية	المرسوم الملكي م/19 وتاريخ 9/2/1443هـ، المعدل بالمرسوم م/148 وتاريخ 5/9/1444هـ [56]	البيانات الصحية والعصبية (الفصل 7)
نظام الأحوال الشخصية	المرسوم الملكي م/73 وتاريخ 6/8/1443هـ (9/3/2022م) [57]	فسخ النكاح للعلة (المادتان 104 و105)
نظام مكافحة المخدرات والمؤثرات العقلية	المرسوم الملكي م/39 وتاريخ 8/7/1426هـ [58]	طالب العلاج (المواد 42 و50 و51)

4-2 حقوق المريض النفسي: المادة التاسعة

تعدد المادة التاسعة من نظام الرعاية الصحية النفسية حقوق المريض، وأهمها لهذا الفصل [51، 52]:

CC BY-NC-ND 4.0

- **الفقـرة 4:** ألا يُعطى علاجًـا تجريبيًـا أو يُـدخل في بحث طـبي إلا بعـد علم واضـح وإذن خطي.
- **الفقرة 8:** المحافظـة على حريتـه، وعـدم تقييـدها بعزلـه إلا عنـد الحاجـة الـتي يقررهـا الطبيب المعالج ولمدة محددة.
- **الفقرة 12:** أن يرقيه في المنشأة العلاجية النفسية، بعد التنسيق مـع الطـبيب المعـالج، أحد الرقاة الشرعيين إذا رأى ذلك هو أو ذووه، «على أن تكـون وفـق مـا جـاء في الكتـاب والسنة دون تجاوز ذلك بأي فعل». وأفردت اللائحة لطلب الاستعانة براقٍ شرعي النمـوذج رقم 5.
- **الفقرة 13:** المحافظة على سرية معلوماته إلا في الأحـوال المحـددة فيهـا، ومنهـا طلب مجلس المراقبة أو الجهة القضائية، والأغراض العلاجيـة، ووجـود خطـورة على المـريض أو الآخرين.
- **الفقرة 16:** إخبـاره أو وليـه بدخولـه الإلـزامي، وإبلاغـه كتابيًـا بسـبب الـدخول وبطـرق الاعتراض.

ومقتضـى المـادة أن إشـراك المـريض هـو الأصـل، وأن للرقيـة موضـعًا مشـروعًا داخـل المنشـأة بالتنسيق مع الطبيب لا بديلًا عن الخطة الطبية، وأن استثناء الخطر لا يبيح الإفشاء للجميع.

4-3 معيار القدرة في اللائحة التنفيذية

تقـرر اللائحـة في القاعـدة 9/9 أن يُعامـل المـريض المصـاب باضـطراب نفسـي معاملـة سـائر المرضى، وأن يُطلب إذنه لكافة التدخلات العلاجيـة، وتعـدد عناصـر أهليتـه للإذن: تحقـق متطلبـات الأهلية بالعمر والعقل، والقدرة على فهم المعلومات فهمًا كـاملًا، والقـدرة على الاختيـار، والقـدرة على تقدير العواقب، وانتفاء دواعي الإلزام، وعدم إجباره على الإذن، واستشارة الطـبيب النفسـي عند الشك [52]. وهذه العناصر توافق إطـار Appelbaum في جوهرهـا، وتؤكـد أن التوقيـع ليس هو الموافقة.

4-4 مسارات الدخول والعلاج الإلزامي

نصت المادة العاشرة [51]:

> «يكون الدخول إلى المنشأة العلاجيـة النفسـية للعلاج اختياريًّـا؛ وذلـك بموافقـة خطيـة من المريض النفسي إذا كان قادرًا على اتخاذ القرار بنفسه - أو وليه - ويحق له الخـروج مـتى أراد ذلك، إلّا إذا انطبقت عليه شروط الدخول الإلزامي».

ونصت المادة الثالثة عشرة [51]:

> «لا يجـوز إدخـال أي شـخص إلزاميًّـا في المنشـأة العلاجيـة النفسـية إلا عنـد تـوافر جميـع الشروط الآتية: 1- قيام دلائل واضحة على إصابة الشخص باضطراب نفسـي شـديد تمثـل أعراضه خطرًا عليه أو على الآخرين وقت معاينته، أو احتمالًا كبيرًا له. 2- أن يكـون دخـول المريض النفسي إلى المنشأة العلاجية النفسية لازمًا لشفائه من مرضه، أو تحسـن حالتـه، أو إيقاف تدهورها. 3- أن يعتمد خطيًّا مـا ورد في الفقـرتين (1) و(2) من هـذه المـادة من قبل طبيبين نفسيين في نموذج توضح فيه الحالة المرضية والأسباب الـتي تـوجب الـدخول الإلزامي لذلك المريض، ويوقعان ذلك النموذج».

CC BY-NC-ND 4.0

وتجيز المادة الحادية عشرة لطبيب الطوارئ أو الإسعاف في جميع المستشفيات إدخال المريض النفسي إسعافيًا بصفة مؤقتة للملاحظة والعلاج إذا انطبقت عليه شروط المادة الثالثة عشرة عدا فقرتها الثالثة، على ألا تتجاوز مدته اثنتين وسبعين ساعة. وتجيز المادة الثانية عشرة، إذا لم يوجد طبيب نفسي ولا أي طبيب آخر، للأخصائي النفسي أو الاجتماعي أو المرشد النفسي أو الممرض النفسي التحفظ على المريض إلزاميًا بصفة مؤقتة، على ألا تتجاوز مدته ثماني ساعات [51، 52]. وتجعل المادة الرابعة عشرة مدة الدخول الإلزامي اثنتين وسبعين ساعة، ويجوز تمديده إذا استمرت أسبابه بتقرير يعتمده طبيبان نفسيان على درجات متعاقبة (إلى ثلاثين يومًا، ثم تسعين، ثم مئة وثمانين)، مع حق التظلم إلى مجلس المراقبة المحلي وانتهاء الدخول متى انتفت أسبابه [51، 52]. وتنظم المادة الخامسة عشرة التقويم بطلب الجهة القضائية أو جهة التحقيق، وتفرد اللائحة بابًا لـ«الرعاية العلاجية الإلزامية» خارج التنويم يُرجع في شروطها ومددها إلى النظام ولائحته [52].

جدول: المسارات النظامية — لا تضع كل الحالات في خانة «الإلزام»

المسار	النص	ما يلزم عمليًا
الدخول الاختياري	المادة 10	موافقة خطية من القادر أو وليه، وله الخروج ما لم تنطبق شروط الإلزام
الدخول الإسعافي	المادة 11	طبيب طوارئ أو إسعاف، وشروط المادة 13 عدا اعتماد الطبيبين، ولا يتجاوز 72 ساعة
التحفظ الإلزامي المؤقت	المادة 12	عند غياب أي طبيب، أحد المهنيين المحددين، ولا يتجاوز 8 ساعات
الدخول الإلزامي	المادة 13	اضطراب شديد، وخطر أو احتمال كبير له، وضرورة الدخول، واعتماد طبيبين نفسيين خطيًا
مدة الإلزام وتمديده	المادة 14	72 ساعة ثم تمديدات بتقرير طبيبين، مع التظلم، وانتهاء الإلزام بزوال سببه
التقويم بطلب قضائي	المادة 15	مسار خبرة بطلب المحكمة أو جهة التحقيق، لا طلب عائلي للحجز (الفصل 32)
الرعاية العلاجية الإلزامية	النظام ولائحته	علاج إلزامي خارج التنويم بشروطه ومدده في النظام ولائحته

CC BY-NC-ND 4.0

فلا يكفي طلب الأسرة، ولا غياب البصيرة وحده، ولا تشخيص سابق، ولا خـرف أو صـرع بمجـرده. وتُستعمل النماذج الرسمية في اللائحة، فهي التي تثبت التسلسل والتوقيت والمسؤول [52].

4-5 الدخول الإلزامي لا يساوي سلب الأهلية

يحتفظ المـريض المُـدخل إلزاميًـا بحقوقـه في المعلومـة والشـكوى والتواصـل والعبـادة والسـرية والرقية المنضبطة، ما لم يقيد بعضها ضرر محدد وبقدره. وقد يكون غير قـادر على رفض الـدخول وقـادرًا على اختيـار من يـزوره. ولا يثبت دخولـه ولايـة ماليـة لأسـرته، ولا يُبطـل عقـوده تلقائيًـا. والدخول الإلزامي ليس إذنًا عامًا بكل علاج؛ فالفقرة 5 من المادة التاسعة تقرر ألا يُعطى المريض علاجًـا دون إذنـه، ولا تجـيز إعطـاءه العلاج اللازم في الأحـوال الـتي تسـتثنيها إلا بموافقـة طبيـبين نفسيين مع إبلاغ مجلس المراقبة [51، 52]، وتفرد اللائحة للعلاج بالصدمات الكهربائية التزامـات خاصة على المنشأة [52].

4-6 نظام مزاولة المهن الصحية: العناية والإذن والسر

تلزم المادة الخامسة عشرة الممارس أن «يجري التشـخيص بالعنايـة اللازمـة مسـتعينًا بالوسـائل الفنية الملائمة، وبمن تستدعي ظروف الحالة الاستعانة بهم من الأخصائيين أو المساعدين» [53]؛ وهي محورية في اضطرابات الوعي: تكرار الفحص، وطلب الاختصاصي، وعدم تسمية حالة بما لم يثبت. وتقرر المادة التاسعة عشرة ألا يُجرى عمل طبي إلا برضا المـريض أو من يمثلـه، وتسـتثني الحالات الإسعافية عنـد تعـذر الموافقـة (انظـر الفصـل 5، المبحث رابعًـا)؛ فلا تُسـتعمل الطـوارئ لتجاوز رفض قادر في مسألة غير عاجلة. وتوجب المـادة الحاديـة عشـرة الإبلاغ عنـد الاشـتباه في إصابة جنائية، كمجهول بنزف فوق الجافية وجرح يحتمل الاعتداء؛ فيُجـرى الإنقـاذ ولا يـؤخره جمـع الدليل (انظر الفصل 32). وتحصر المادة الحادية والعشرون استثناءات إفشاء السر (انظر الفصل 7، المبحث رابعًا)، وتُقرأ مع الفقرة 13 من المادة التاسعة، ومع نظـام حمايـة البيانـات الـذي يعـد البيانات الصحية حساسة [56]. وتعد المادة السابعة والعشرون من صـور الخطـأ المهـني «إجـراء العمليات الجراحية التجريبية وغير المسـبوقة على الإنسـان بالمخالفـة للقواعـد المنظمـة لـذلك»، و«استخدام آلات أو أجهزة طبية دون علم كاف بطريقة استعمالها» [53] (انظر الفصل 10).

4-7 البحث والأجهزة والبيانات العصبية

لا يجوز بدء بحث على الإنسان، أو زرع واجهة تجريبية، أو جمع بيانات عصـبية بحثيـة، قبـل موافقـة لجنة البحث المختصة وفـق نظـام أخلاقيـات البحث على المخلوقـات الحيـة [54]. ويُفصـل العلاج الأمثـل عن الجـزء البحـثي، ويُشـرح من يـدفع علاج الضـرر ومن يملـك الجهـاز وهـل يسـتمر بعـد الدراسة. ويشمل تعريف الجهاز في نظام الأجهزة والمستلزمات الطبيـة البرمجيـات والغرسـات [55]، فقد تخضع الواجهة وبرمجية فـك الإشـارة للنظـام بحسـب تصـنيفها، مـع التزامـات السـلامة والإبلاغ عن الحوادث. ونشرت الهيئة العامة للغذاء والدواء متطلبات الدراسات السـريرية للأجهـزة الطبية (MDS-REQ 2) [59]؛ فموافقة لجنة البحث وحدها لا تكفي لجهاز تجريـبي. وعنـد عطـل جهاز مزروع تُحفظ سجلاته وإعداداته قبل إعادة برمجته إن سمحت السلامة.

ويعد نظام حماية البيانات الشخصـية البيانـات الصـحية والوراثيـة والحيويـة بيانـات حساسـة [56]. والبيانات العصبية تدخل على الأقل في البيانات الصحية، ولا توجد في النص فئة مسـتقلة باسـمها؛ فتعبير «الحقوق العصبية» توصيف أخلاقي لا حق نظامي مسـتقل. ولا يجـوز تحويـل بيانـات العلاج

CC BY-NC-ND 4.0

إلى تدريب تجاري أو نقلها خارج المملكة إلا وفق المسوغ والضوابط. والابتكار والأجهزة غير المرخصة في الفصل 49، والذكاء الاصطناعي في الفصل 50.

4-8 الزواج والعلة المؤثرة: المادتان 104 و105 من نظام الأحوال الشخصية

تنص المادة الرابعة بعد المئة على أن [57]:

> «لكل من الزوجين طلب فسخ عقد الزواج لعلة مضرة في الآخر أو منفرة تمنع المعاشرة الزوجية، سواء أكانت العلة قبل عقد الزواج أو طرأت بعده، ما لم يكن طالب الفسخ عالمًا بالعلة حين إبرام العقد أو علم بها بعد إبرامه وحصل منه ما يدل على الرضا بها من قول أو فعل، كذلك للمحكمة أن تستعين بأهل الخبرة في معرفة العلة وتقديرها».

وتنظم المادة الخامسة بعد المئة ما تقرره المحكمة في المهر بعد الفسخ بحسب وقت حدوث العلة [57]. ولا تسمي المادتان كل اضطراب علة، ولا تجعلان الطبيب صاحب حكم الفسخ. فمهمته أن يجيب عن سؤال المحكمة بصفته من أهل الخبرة: التشخيص وشدته، وبدايته، وأثره الراهن في العشرة والسلامة، والعلاج وتوقعه، وحدود اليقين؛ دون عبارة «غير صالح للزواج». ولا يسلّم الملف لطرف آخر بلا موافقة مكتوبة أو أمر قضائي.

4-9 طالب علاج الإدمان في نظام مكافحة المخدرات والمؤثرات العقلية

تنص الفقرة الأولى من المادة الثانية والأربعين على أنه «لا تقام الدعوى بسبب تعاطي أو استعمال أو إدمان المخدرات أو المؤثرات العقلية بحق مرتكب أحد هذه الأفعال إذا تقدم بنفسه أو أحد أصوله أو فروعه أو زوجه أو أحد أقاربه طالبًا علاجه»، وتشترط «تسليم ما بحوزة المتعاطي أو المدمن من مخدرات أو مؤثرات عقلية إن وجدت أو الإرشاد إلى مكانها» [58]. وتجيز المادة الخمسون، بدل العقوبة على المتعاطي الذي يثبت إدمانه، إلزامه بمراجعة عيادة نفسية تخصصية مع تقارير دورية إلى لجنة النظر في حالات الإدمان [58]. وتنص المادة الحادية والخمسون على أن «يعالج المدمن بسرية تامة، ويجب التكتم على هويته وأي معلومة تتعلق به»، ويعاقب من يفشي ذلك بالسجن مدة لا تزيد على ثلاثة أشهر أو بغرامة لا تزيد على ثلاثين ألف ريال [58].

فلا يصح اقتطاع عبارة «لا تقام الدعوى» من شرطها، ولا تقديمها ضمانًا مطلقًا خارج اختصاص الطبيب. والسرية لا تعني تغيير الحقائق أو إخفاء ترويج، لكنها تطمئن طالب العلاج إلى أن الرعاية ليست فضيحة.

4-10 المساءلة وحدود المسؤوليات

يرتب نظام الرعاية الصحية النفسية عقوبات على مخالفة أحكامه، وتفرد لائحته بابًا للعقوبات وإجراءات ضبطها [52]؛ فالدخول والإفصاح والتقييد والتوثيق أعمال قابلة للمساءلة. وفي التقنيات العصبية تتوزع السلطة: الطبيب يشخص ويأذن وينفذ ولا يعتمد بحثًا أو جهازًا، ولجنة البحث تحمي المشاركين ولا تمنح إذن تسويق، وإدارة الأجهزة تتتبع الحوادث ولا تخفي عطلًا، وحماية البيانات تقيّم الأثر ولا تمنع إفصاحًا واجبًا. فموافقة لجنة البحث لا تغني عن الترخيص، والترخيص لا يغني عن إذن المريض، والإذن لا يعفي من العناية.

CC BY-NC-ND 4.0

خامسًا: أدوات عملية

5-1 نموذج توثيق القدرة

القرار محل التقويم: … • الزمن والظرف: … • العوامل القابلة للعكس وما عولج منها: … • وسيلة التواصل المستعملة: … • وصف المريض الحالة والخيارات بعبارته: … • قدّر انطباقها عليه وعواقب القبول والرفض: … • وازن البدائل بالاستناد إلى: … • عبّر عن اختيار ثابت: … • الدعم المقدم: … • النتيجة لهذا القرار في هذا الوقت: … • موعد إعادة التقويم: …

5-2 قائمة تحقق قبل الدخول الإلزامي

- دلائل واضحة على اضطراب نفسي شديد، لا مجرد غرابة أو خلاف أسري، واستبعاد سبب عضوي أو سمي.
- خطر على النفس أو الغير وقت المعاينة، أو احتمال كبير له، موصوف بوقائع.
- الدخول لازم للشفاء أو التحسن أو إيقاف التدهور، ولا يكفي بديل أخف.
- اعتماد طبيبين نفسيين خطيًا في النموذج، عدا المسار الإسعافي المؤقت في حده.
- تحديد المسار والساعة والمدة، وإبلاغ المريض أو وليه كتابيًا بالسبب وطرق الاعتراض.
- إنهاء الإلزام فور زوال سببه، ولو لم تنته المدة.

5-3 مسار المريض غير المستجيب

الخطوة	السؤال	المخرج الموثق
1. التثبيت	هل يوجد مربك قابل للعكس؟	السبب، والأدوية، والاستقلاب، والحرارة، والصرع غير الاختلاجي
2. الفحص المتكرر	هل ظهرت علامة وعي قابلة للتكرار؟	مقياس معياري، وتواريخ ومحاولات وسلوك خام
3. التواصل	هل العجز حركي أو لغوي يمكن تجاوزه؟	سمع وبصر ولغة ووسيلة بديلة واختبار ثبات «نعم/لا»
4. التقييم المتقدم	هل سيغير القرار؟ وهل تتوفر الخبرة؟	سبب الطلب، وحدوده، وتفسير متعدد التخصصات
5. التنبؤ	هل مضى الوقت الكافي؟ ما النطاق؟	احتمالات بلا يقين كاذب، وموعد إعادة التقييم
6. القرار	من صاحب الصفة؟ وما قيم المريض؟	ممثل صحيح، وإرادة سابقة، وخطة علاج أو تجربة محددة المدة

CC BY-NC-ND 4.0

5-4 الموافقة النوعية في جراحة الأعصاب ودورة حياة الجهاز

1. حدد هل العملية إسعافية أم عاجلة أم اختيارية أم مبتكرة أم بحثية.
2. قيّم القدرة بعد تقليل المهدئات ومعالجة الهذيان، بوسيلة تواصل مناسبة.
3. اشرح العجز النوعي المحتمل، وما يُنقَذ وما لا يُنقَذ، لا «مخاطر عصبية» عامة.
4. افصل العلاج عن التصوير والتعليم والبحث والنسيج.
5. في الأجهزة المزروعة أضف صفحة لدورة الحياة تجيب عن أسئلة جدول المطلب 1-13: البيانات ومكان تخزينها، ومن يضبط الجهاز، والتحديث، والتكلفة والصيانة وبديل توقف الشركة، والإزالة، وما يحدث عند الانسحاب أو الوفاة؛ ويُعاد التبصير عند كل تغير جوهري.

5-5 مؤشرات حمراء في الرقية وصياغة التقارير

يُوقف الإجراء ويُفعَّل التقويم والحماية عند: إصابة جسدية؛ تقييد أو حبس؛ خلوة أو كشف عورة؛ شرب مادة مجهولة؛ منع دواء أو طعام أو نوم؛ ادعاء معرفة ساحر أو سبب غيبي؛ ابتزاز؛ منع المريض من الرعاية. ولا يؤخَّر التبليغ بحجة انتظار «نجاح» الرقية.

وفي تقرير الزواج بموافقة المريض وللغرض المحدد: «عوين المريض بتاريخ ... لغرض ...، وبدا قادرًا على فهم طبيعة العقد والتعبير عن رضاه. التشخيص ...، ودرجة الاستقرار ...، والأثر الوظيفي الراهن ...، والعلاج والالتزام ...، والاحتمالات والحدود ...». ولا تُكتب «صالح» أو «غير صالح» إلا إذا حددت الجهة المختصة معيارًا وطلبت الإجابة.

سادسًا: الحالات التطبيقية

الحالات الآتية للتعليم؛ فالوقائع الحقيقية قد تتغير فيها تفصيلة واحدة فيتغير القرار، وتحكمها سياسة المنشأة والاختصاص النظامي. ومنهج التحليل بالبوابات والأركان مبسوط في الفصل 4.

الحالة الأولى: معلمة تكتب رسائل وداع وترفض التنويم وتطلب السرية

الوقائع. معلمة في الأربعين تعاني اكتئابًا شديدًا منذ أشهر، تجلس إلى طبيبها في العيادة فتخبره أنها فكرت في إنهاء حياتها، وأنها كتبت رسائل وداع وجمعت أقراصًا في منزلها. وتطلب ألا يعلم أحد، خوفًا من وصمة الأسرة وجهة العمل، وترفض التنويم، ولكنها تقبل الحديث. المطلوب: كيف تُحفظ السرية مع مؤشرات خطر على الحياة؟ وهل رفض التنويم دليل على فقد القدرة؟

البوابات. الاستقرار الإسعافي: لا تسمم الآن، لكن الخطر قريب • الأمن: وسيلة متاحة في المنزل • القدرة على القرار: تُقوَّم في قرار رفض التنويم تحديدًا • صاحب الصفة: المريضة، ثم الفريق وفق النظام عند تحقق شروطه • السؤال المطلوب تقريره: هل تكفي خطة أمان خارجية، أم يلزم الدخول رغم الرفض؟

الركن الطبي. تُجرى مقابلة مباشرة عن الفكرة والخطة والوسيلة والتوقيت والتحضير والمحاولات السابقة والذهان والدعم. ولا يكفي مقياس، ولا أن يوصف الخطر بـ«مرتفع» [8]؛ بل تُقرأ دلالة الرسائل والأقراص في ضوء العوامل الواقية. ثم يُنظر: هل تفهم خيار التنويم وبدائله؟ وهل يلغي اليأس المرضي تقديرها لانطباق الخطر عليها؟ وإذا احتاج الاكتئاب إلى استجابة سريعة، نوقش التخليج الكهربائي ضمن الخيارات، لا عقوبةً على الرفض [25].

CC BY-NC-ND 4.0

الركن الأخلاقي. السرية تحميها من الوصمة وتبقيها في العلاج، ولكنها ليست وعدًا بالصمت أمام موت محتمل. فيطلب الطبيب موافقتها على إشراك شخص تختاره هي، ويشرح لها أن أي إفصاح لازم سيكون محدودًا بقدر الحماية. ولا تُبلَّغ جهة العمل بلا غرض نظامي محدد (وجاهزية الممارس الصحي للعمل في الفصل 14).

الركن الفقهي. حفظ النفس مقدم عند خطر وشيك، واستثناء القرار 79 (10/8) يشمل ما يكون ضرر الكتمان فيه أشد [46]. ولا تُلام المكتئبة ولا يُكتفى بوعظها، ويكون كشف السر بقدر الضرورة ولمن يستطيع إزالة الخطر.

الركن النظامي. تجيز الفقرة 13 من المادة التاسعة الإفصاح عند الخطورة على المريض [51]. وإذا وُجدت دلائل اضطراب شديد وخطر وضرورة دخول، طُبقت المادة الثالثة عشرة باعتماد طبيبين، أو المادة الحادية عشرة إسعافيًا. وإذا بقيت قادرة ووُجد بديل خارجي آمن بالفعل، لم يُفرض التنويم لمجرد الحذر.

القرار المهني الموزون. لا ينتهي اللقاء قبل تأمين السلامة: خطة أمان مكتوبة، وإزالة الأقراص بمساعدة شخص موثوق تختاره يُفصح له وحده بقدر ما يلزم، وعلاج فوري، ومتابعة خلال أيام. فإن تعذر ضمان السلامة خارجيًا، سُلك مسار الدخول النظامي رغم الرفض، مع إبلاغها كتابيًا بالسبب وطرق الاعتراض؛ لأن لديها خطة ووسيلة وتحضيرًا مع اكتئاب شديد. ويُعاد النظر إذا رفضت كل بديل آمن أو ظهر ذهان أو يأس يعطل التقدير، فيُنتقل إلى الدخول، أو تحسنت بوضوح وأُزيلت الوسيلة، فتستمر الرعاية الخارجية.

الدرس. السرية تُحفظ ما لم تصر صمتًا أمام موت محتمل، والرفض وحده لا يُسقط القدرة.

الحالة الثانية: ذهان حاد في الطوارئ وأسرة تطلب احتجازه «حتى يشفى»

الوقائع. رجل في الخامسة والعشرين أحضرته أسرته إلى الطوارئ بعد أسبوع من الأرق والشك؛ يعتقد أن جيرانه يضعون السم في طعامه، وقد هدد أحدهم بالأذى، وضبطت الأسرة معه أداة حادة. وهو يرفض الفحص والعلاج، ويرى الفريق جزءًا من المؤامرة. والأسرة تطلب «احتجازه حتى يشفى»، ولا طبيب نفسي في المستشفى هذه الليلة. المطلوب: ما السند لإبقائه، وما حدود القوة والمدة؟

البوابات. الاستقرار الإسعافي: يُستبعد تسمم أو هذيان أو سبب عصبي • الأمن: أداة حادة وتهديد، فيُؤمَّن المكان أولًا • القدرة على القرار: ضلالة متصلة بقرار العلاج • صاحب الصفة: طبيب الطوارئ في المسار الإسعافي، ثم الطبيبان النفسيان، لا الأسرة • السؤال المطلوب تقريره: هل تتحقق شروط المادة 13، وما المسار النظامي الليلة؟

الركن الطبي. يُؤمَّن المكان أولًا، وتُبعد الأداة، ويُطلب فريق مدرب، مع فحص يستبعد التسمم والهذيان والسبب العصبي. ثم تُفحص الضلالة، والهدف والخطة والوسيلة، وسوابق العنف، والمواد. ورفضه مرتبط على الأرجح بضلالة تعطل تقديره لحاجته إلى العلاج، ولكن ذلك يُوثق وظيفيًا [3]. ويُبدأ بخفض التصعيد، ثم دواء عاجل أو تقييد، فقط إذا لم تكفِ الوسائل الأخف.

الركن الأخلاقي. تتراجع حرية الاختيار مؤقتًا أمام خطر محدد وقدرة متأثرة، بشرط ألا يتحول ذلك إلى إذلال أو عقاب. والأسرة لا تحدد مدة الاحتجاز، مهما ألحّت؛ فالمعيار الضرورة السريرية والنظام. ويُخبَر المريض بما يجري بلغة بسيطة، ثم يُعاد إلى القرار بعد الهدوء.

CC BY-NC-ND 4.0

الـركن الفقهي. حفـظ النفس ودفـع الضـرر يجـيزان منـع المعتـدي المحتمـل بالقـدر اللازم، والضرورات تُقدَّر بقدرها. ولا يعني اضطرابه إهدار حرمته؛ فالمقصود منع الضرر ومعالجـة السـبب مع إنصافه.

الركن النظامي. لطبيب الطوارئ إدخاله إسعافيًا بصفة مؤقتة إذا انطبقت شروط المادة الثالثة عشرة عدا اعتماد الطبيبين (المادة 11) [51]. ثم يكتمل الدخول الإلزامي باعتماد طبيبين نفسيين خطيًا، وتبدأ مدة الاثنتين والسبعين ساعة وما بعـدها من تمديـد وتظلم (المادتـان 13 و14)، ويُبلَّـغ المريض أو وليه كتابيًا بالسبب وطرق الاعتراض (المادة 9، الفقرة 16) [51، 52]. أمـا الإفصـاح للجار المهدد أو للجهة الأمنية فتحكمه قواعد الفصل 7 (الحالة 7/2).

القرار المهني الموزون. يُـؤمَّن المـريض فـورًا، ويُخفَّض التصـعيد، ويُجـرى تقـويم موثـق، ثم يُدخل إسعافيًا مؤقتًا بالمادة 11، ويُستكمل مسار المادة 13، ويكون أي دواء عاجل أو تقييد بالأقل والأقصر مع مراقبة، والإلزام بقدر شروطه ومدده لا «حتى يشفى»، دون ولاية للأسـرة على مالـه أو قراراته الأخرى؛ لأن لديه اضطرابًا ذهانيًا شديدًا وخطرًا محددًا على الغير. ويُراجَع الإدخـال قبـل انقضاء 72 ساعة، ثم عنـد كـل تمديـد. ويُعـاد النظـر إذا ثبت سـبب عضـوي أو سـمي، فيُعـالج في مساره الطبي، أو زال الخطر وعادت القدرة، فيتحول الدخول إلى اختياري أو ينتهي.

الدرس. الدخول الإلزامي مسار نظامي محدد الشروط والمدد، وليس تفويضًا للأسرة ولا عقوبةً.

الحالة الثالثة: «لا أمل» في اليوم الأول بعد توقف القلب

الوقائع. رجل في الثامنة والخمسين أُنعش بعد توقف قلب خارج المستشفى استمر نحـو خمس وعشرين دقيقة. وبعد 24 ساعة ما زال فاقد الوعي، تحت التهدئة وضـبط الحـرارة. فقـال طـبيب مقيم للأسرة: «الدماغ مـات، ولا أمـل»، واقـترح أمـر عـدم إنعـاش وتخفيـف العلاج. والابن الأكـبر يسأل سؤالًا واحدًا: هل مات أبي؟

البوابات. الاستقرار الإسعافي: في العنايـة المركـزة، مسـتقر نسـبيًا • الأمن: لا خطـر • القـدرة على القرار: فاقد الوعي • صاحب الصفة: الممثل النظامي وفـق الـدليل السـعودي للإذن الطـبي (انظر الفصل 5، المبحث رابعًا) • السؤال المطلوب تقريره: هل يجوز بناء قـرار في حـدود العلاج على تنبؤ في اليوم الأول؟ وكيف يُصحح ما قيل للأسرة؟

الركن الطبي. الفحص تحت التهدئة وضـبط الحـرارة لا يصـلح للتنبـؤ. وتوصـي إرشـادات ERC–ESICM لعام 2025 بالنظر في التنبؤ عند 72 ساعة أو أكـثر من عـودة الـدورة الدمويـة، بوسـائل متعددة، بعد استبعاد أثر التهدئة المتبقي [26]. وأمـا عبـارة «الـدماغ مـات» فخاطئـة؛ لأن المـوت بالمعايير العصبية تشخيص مستقل ببروتوكول لم يُجرَ أصلًا (انظر الفصل 45).

الركن الأخلاقي. القول المبكر بعدم الأمل قد يصنع النتيجة التي يتوقعها، وشاهد ذلـك التفـاوت الكبير بين المراكز في وفيات سحب العلاج [27]. والصدق أن يُقال للأسـرة إن الصـورة لم تتضـح بعد، ومتى يُتوقع أن تتضح، وما الذي سيُقاس حتى ذلك الحين.

الركن الفقهي. المريض حي بيقين، واليقين لا يزول بالشك؛ ونص القرار 17 (5/3) معلق على تعطل جميع وظائف الدماغ تعطلًا نهائيًا [45]. وقول الطبيب إخبار يلزمه فيه التثبت؛ لقوله تعـالى: ﴿وَلَا تَقْفُ مَا لَيْسَ لَكَ بِهِ عِلْمٌ﴾ [الإسراء: 36].

CC BY-NC-ND 4.0

الركن النظامي. تلـزم المـادة الخامسـة عشـرة بالتشـخيص بالعنايـة اللازمـة والاسـتعانة بمن تستدعي الحالة الاستعانة بهم [53]. وقرار عـدم الإنعـاش يتبـع السياسـة الوطنيـة وإجراءاتهـا في فصله الأم (انظر الفصل 41)، لا اجتهاد مقيم في اليوم الأول.

القرار المهني الموزون. يلتقي الاستشاري المسؤول بالأسرة في اليوم نفسه، فيصحح عبارة «الدماغ مات» بلطف، ويشرح أن التقييم لم يكتمل دون وعد بالتعافي، ويحدد موعد التقييم متعدد الوسائل بعد 72 ساعة وزوال أثر التهدئة، ويستمر العلاج الداعم كاملًا حتى ذلك؛ لأن التنبؤ المبكـر تحت التهدئة غير موثوق، وبناء القرار عليه قد يحقق التوقع نفسه. ويُعـاد النظـر إذا اتسـقت نتـائج تقييم متعدد الوسائل بعد الموعد، أو تحققت شروط بروتوكول الموت بالمعـايير العصـبية، أو وقـع تدهور يستدعي قرارًا عاجلًا وفق السياسة الوطنية لعدم الإنعاش.

الدرس. توقيت التنبؤ جزء من صدقه؛ فالتنبؤ الصحيح يصير خطأً في غير وقته.

الحالة الرابعة: واجهة كلام مزروعة وشركة قد تنسحب

الوقائع. مريض في الخمسين بالتصلب الجانبي الضـموري، قـادر على القـرار، يتواصـل بصـعوبة عبر تتبع العين، ويطلب الانضمام إلى تجربة واجهة داخل قشـرية تحـوّل محـاولات الكلام إلى نص. والمنظومة تعتمد على خادم شركة ناشئة، والنموذج لا يوضح من يدفع صيانة الجهاز أو إزالتـه بعـد انتهاء التجربة بعد خمس سنوات.

البوابات. الاستقرار الإسعافي: لا طارئ • الأمن: لا خطر • القدرة على القرار: قادر، مع وسـيلة تواصل ملائمة • صاحب الصفة: المريض نفسه • السؤال المطلوب تقريره: هل يبدأ الزرع بصيغة البروتوكول الحالية؟

الركن الطبي. الفائدة المحتملة هي استعادة التواصل، وقد ثبت إمكانهـا في تجـارب منشـورة [30]. ولكن لا تنسَ الجانب الآخر: فالزرع جراحي، والدقة قد تتغير بالتحديث، ويلـزم بـديل تواصـل حالي، وخطة للأعطال والصيانة والإزالة.

الركن الأخلاقي. قد يجتمع الحماس واليـأس فيولّـدان سـوء فهم علاجيًـا يخلـط البحث بـالعلاج. والموافقة هنا تشـمل البيانـات، والمخرجـات الخاطئـة، والوكالـة. والرعايـة بعـد التجربـة جـزء من العدالة، وغموضها مصدر قلق معروف عند الباحثين والمشاركين معًا [32].

الركن الفقهي. الوسيلة العلاجية جائزة إذا غلب نفعها وضُبط ضررها. وبـدن المشـارك وبياناتـه أمانة، فلا يجـوز عقـد مبهم يلقي تبعـة الجهـاز عليـه بعـد انتهـاء مصـلحة الشـركة. والمشـارك تـام الأهلية، فتتحقق موافقته المشترطة في القرار 67 (5/7) [38].

الركن النظامي. يلزم نظام أخلاقيات البحث موافقة لجنة البحث [54]، وتلزم متطلبـات الهيئـة العامة للغذاء والدواء للدراسات السريرية للأجهزة [59]، ويحكم نظام حماية البيانات نقل البيانات ومعالجتها [56]. ولا تكفي موافقة جهة واحدة.

القرار المهني الموزون. لا يبدأ الزرع قبل تعديل الـبروتوكول والعقـد ليحـددا ممـول المتابعـة والبطارية والإصلاح والإزالة، ومسار البيانات، وخطة توقف الشركة، مع ضـمان احتيـاطي أو اتفـاق مع جهة مسـتقرة، دون منـع المـريض من المشـاركة؛ لأن الرعايـة بعـد التجربـة جـزء من موازنـة المنفعة والضرر، لا تفصيل لاحق. ويُعاد النظر إذا رُخّص الجهاز منتجًا مـع تغطيـة واضـحة، أو ظهـر بديل أقل غزوًا مكافئ، أو تدهورت قدرة المريض قبل التبصير النهائي.

CC BY-NC-ND 4.0

الدرس. موافقة الجهاز المزروع موافقة على دورة حياة كاملة، لا على عملية واحدة.

مواقف متكررة

صرع غير مضبوط بعد إيقاف الدواء بضغط الأسرة للاكتفاء بالرقية، أو رقية مصحوبة بالضرب بدعوى «مسّ الجن». والقاعدة أن المريض الراشد القادر هو صاحب القرار لا أسرته؛ فيُعاد تقويم النوبات، ويُستأنف الدواء بموافقته، ويُنصح كتابيًا بالامتناع المؤقت عن القيادة والأنشطة الخطرة، مع رقية مشروعة موازية لا بديلة، ولقاء أسري بإذنه؛ وقد أوقف 7% من مرضى دراسة سعودية الدواء لضغط الأسرة [12]. والصرع وحده لا يدخل في نطاق الدخول الإلزامي. وأما الإيذاء فيوقف فورًا، وتُفحص الإصابات، ولا يثبت الطبيب المس ولا ينفيه؛ فالنظام يمكّن الرقية «دون تجاوز ذلك بأي فعل» [51]، والإيذاء موجب حماية وتبليغ.

طالب علاج من مؤثرات عقلية يخشى التبليغ ويطلب مهدئًا سريعًا. فيُقبل في مسار علاجي سري، ويُقوَّم خطر الانسحاب والاكتئاب والانتحار والذهان قبل أي وصفة؛ إذ لا علاج دوائي معتمد لاضطراب استعمال المنشطات، وإنما الأساس التدخلات النفسية والاجتماعية ومنع الانتكاس [24]. ويُشرح له شرط الفقرة الأولى من المادة 42 وسرية المادة 51 [58]، بلا وعد بحصانة مطلقة. فإن ظهر ترويج، أو خطر مستقل على الغير، فُصل المساران وكُشف الحد اللازم للجهة المختصة.

إشارة وعي خفي في شاب مشخّص باليقظة غير المستجيبة بعد إصابة رضحية، وبعض الفريق يقترح عدم الإنعاش. فلا يُكتب أمر عدم إنعاش على انطباع، ولا يُبنى استمرار غير محدود على إشارة واحدة. وإنما يُعاد ضبط المربكات ويُكرر الفحص المعياري، ويُحال إلى مركز خبير، ويُعقد اجتماع أهداف رعاية؛ فخطأ التشخيص معروف [19]، والإصابة الرضحية قد يكون مآلها أفضل [17]. والتقييم المتقدم هنا تشخيص لمصلحة المريض لا بحث، وإشارة «نعم/لا» بداية تقييم، لا إثبات قدرة.

تغير السلوك بعد التحفيز العميق في مريض باركنسون، والزوجة تطلب إطفاءه. يُقيَّم الهوس والاندفاع والقدرة والأدوية، ولا سيما منبهات مستقبلات الدوبامين، ولا يُفترض أن الجهاز وحده هو السبب [29]. ثم يُعدَّل الإعداد أو الدواء تدريجيًا قبل الإيقاف الكامل، مع حماية مالية مؤقتة برضا المريض. فلا تطفئ الزوجة جهاز زوجها القادر، ولا يتجاهل الفريق الضرر، ويُعاد تقويم القدرة إن اشتد الخطر.

خرف متقدم والتهاب رئوي ثالث، والأسرة تطلب أنبوب تغذية ونقلًا إلى العناية. فيُعقد اجتماع أهداف رعاية يُشرح فيه أن صعوبات الأكل والعدوى المتكررة مراحل متوقعة، وأن فهم الأسرة لذلك يقلل التدخلات المرهقة قليلة النفع [36]؛ وتُعالج الأعراض، ويُحفظ الأنس والتغذية بالفم ما أمكن. والقرار في التغذية وحدود التدخل يتبع الفصلين 44 و42، والرعاية التلطيفية ليست تخليًا (الفصل 43).

نوبة هوس وتصرفات مالية مدمرة وطلب حَجر دائم. لا يكتب الطبيب «فاقد الأهلية دائمًا»؛ وإنما يكتب تقريرًا مؤرخًا يصف الخلل زمن النوبة، والحالة الراهنة، وما يستطيعه المريض وما يحتاج فيه دعمًا. والحَجر تقدّره الجهة القضائية عند موجبه، ويُقدَّر بقدره: سقف للتحويل، أو مستشار مالي مأمون، أو توكيل مضبوط في زمن الاستقرار، أو منع مؤقت أثناء النوبة، قبل الانتقال إلى قيد أوسع؛ ثم يُعاد النظر متى عادت الوظائف.

CC BY-NC-ND 4.0

طلب «شهادة صلاحية للزواج» لمريض مستقر. يرفض الطبيب أن يعد بعـدم الانتكـاس؛ فـالمرض المزمن قد ينتكس، ولا يملك أحد ضمانه. وإنما يكتب — بموافقة مريضـه وللغـرض المحـدد — أن المريض مستقر سريريًا منذ مدة كذا، ملتزم بعلاجه، يفهم طبيعة عقد الزواج ويعبر عن رضاه، مـع بيان الاحتياجات وعوامل الإنذار المبكر. والضابط: وصف مؤرخ محدود بالغرض، لا عبارة «صـالح» أو «غير صالح»، ولا تسليم الملف للأسرة.

إشارةُ «نعم/لا» واحدة تُتخذ إثباتًا للأهلية. تظهر اسـتجابة واحـدة على تخطيـط أو تصـوير وظيفي، فتُبنى عليها موافقة أو رفض لقرار كبير. والإشارة بداية تقييم لا نهايته؛ فيلـزم اختبـار ثبـات القنـاة بأسئلة معروفة الجـواب، ثم إثبـات الفهم والتقـدير والاسـتدلال للقـرار المحـدد، ثم تفسـير متعـدد التخصصات. والضابط: لا يُستعمل اختبار متقدم منفردًا لإثبات أهلية كاملة أو نفيها.

وهذه قرارات حالات الفصل مجموعةً في جدول واحد: ما نفعل، ولماذا، ومتى يُعاد النظر.

جدول: الحالات في سطر

الحالة	نفعل	لأن	ويُعاد النظر إذا
معلمة باكتئاب شديد كتبت رسائل وداع وجمعت أقراصًا، وترفض التنويم وتطلب السرية	لا ينتهي اللقاء قبل خطة أمان مكتوبة، وإزالة الأقراص بشخص موثوق تختاره، وعلاج فوري ومتابعة خلال أيام؛ فإن تعذر ضمان السلامة فمسار الدخول النظامي	لديها خطة ووسيلة وتحضير مع اكتئاب شديد	رفضت كل بديل آمن أو ظهر ذهان أو يأس يعطل التقدير فالدخول، أو تحسنت وأُزيلت الوسيلة فالرعاية الخارجية
ذهان حاد وأداة حادة في الطوارئ، والأسرة تطلب «احتجازه حتى يشفى»	نؤمّنه ونخفض التصعيد ونقوّم موثقًا، ثم دخول إسعافي بالمادة 11 واستكمال المادة 13، بأقل دواء أو تقييد وأقصره، ومراجعة قبل انقضاء 72 ساعة	لديه اضطراب ذهاني شديد وخطر محدد على الغير؛ والإلزام بقدر شروطه ومدده، لا ولاية للأسرة	ثبت سبب عضوي أو سمي، أو زال الخطر وعادت القدرة فيتحول الدخول إلى اختياري أو ينتهي
«الدماغ مات، ولا أمل» بعد 24 ساعة من توقف القلب	يصحح الاستشاري العبارة للأسرة اليوم، ويحدد تقييمًا متعدد الوسائل بعد 72 ساعة وزوال التهدئة، ويستمر العلاج الداعم كاملًا حتى ذلك	التنبؤ المبكر تحت التهدئة غير موثوق، وبناء القرار عليه قد يحقق التوقع نفسه	اتسقت نتائج التقييم بعد الموعد، أو تحققت شروط الموت بالمعايير العصبية، أو تدهور يستدعي قرارًا عاجلًا
مريض بالتصلب	لا يبدأ الزرع قبل	الرعاية بعد التجربة	رُخّص الجهاز مع

CC BY-NC-ND 4.0

الحالة	نفعل	لأن	ويُعاد النظر إذا
الجانبي الضموري يطلب واجهة كلام مزروعة تعتمد على شركة ناشئة	تعديل البروتوكول والعقد لتحديد ممول المتابعة والإصلاح والإزالة، ومسار البيانات، وخطة توقف الشركة، دون منعه من المشاركة	جزء من موازنة المنفعة والضرر، لا تفصيل لاحق	تغطية واضحة، أو ظهر بديل أقل غزوًا، أو تدهورت قدرته قبل التبصير النهائي

سابعًا: النتائج والتوصيات

النتائج

1. التشخيص النفسي أو العصبي لا يساوي فقد الأهلية ولا يرفع المسؤولية تلقائيًا؛ والقدرة تُقوَّم لقرار بعينه في وقت بعينه، وهذا عين ما يقرره القرار 261 (6/26) من أن الأصل الأهلية الكاملة، وأن الطبيب يصف والقضاء يحكم [21].
2. تقدير خطر الانتحار صياغة فردية وخطة أمان، لا مقياس ولا تصنيف عام [8].
3. نظام الرعاية الصحية النفسية يجعل الدخول الاختياري أصلًا، والإلزام استثناءً بثلاثة شروط مجتمعة أهمها اعتماد طبيبين نفسيين، مع مسار إسعافي وتحفظ مؤقت ومدد وتظلم؛ والدخول الإلزامي لا يسلب سائر الحقوق ولا يثبت حجرًا.
4. الرقية حق منضبط بالتنسيق مع الطبيب المعالج، والمسّ اعتقاد لا تشخيص، والإيذاء باسم الرقية موجب حماية.
5. طالب علاج الإدمان محمي بالسرية وبعدم إقامة الدعوى وفق شرط المادة 42، دون حصانة من الأفعال المتعدية.
6. غياب الاستجابة لا يساوي غياب الوعي، والتنبؤ المبكر قد يحقق نفسه؛ فالتنبؤ بعد توقف القلب متعدد الوسائل وبعد 72 ساعة على الأقل [19، 20، 26].
7. الموافقة في جراحة الأعصاب عالية الخطر تبين ما يُنفَّذ وما لا يُنفَّذ، وموافقة الجهاز المزروع موافقة على دورة حياة كاملة [28، 32].
8. رفض الولي في المستعجل ليس تعذرًا؛ ينقل القرار 184 (10/19) الحق إلى ولي الأمر أو من ينيبه، والعمل في الإلزام النفسي على شروط النظام النافذ.

التوصيات

للممارس: اكتب القرار محل التقويم في جملة واحدة ووثّق الوظائف الأربع؛ وعالج الأسباب القابلة للعكس وجرب وسيلة تواصل قبل إعلان العجز؛ ولا تستعمل مقياسًا منفردًا لتقرير الخروج؛ وأجّل التنبؤ حتى يصلح له الفحص واكتب درجة اليقين وموعد المراجعة؛ وفي كل تقرير: صف ولا تحكم.

للمنشأة: نموذج موحد لتقويم القدرة ونماذج اللائحة لمسارات الدخول مع تدقيق دوري؛ وتدريب على خفض التصعيد ومراقبة التقييد والعزل؛ وسياسة مكتوبة للرقية ومؤشرات إيقافها؛ ومسار

CC BY-NC-ND 4.0

سري لطالب علاج الإدمان؛ وبروتوكول لاضطرابات الوعي يشترط الفحص المتكرر ويمنع قرارات حدود العلاج المبنية على تنبؤ مبكر؛ ونموذج موافقة لجراحة الأعصاب وصفحة لدورة حياة الجهاز، ولا زرعة بحثية بلا خطة ممولة لما بعد التجربة.

للتعليم والبحث: تدريس تقويم القدرة بالمحاكاة وبأداة منظمة كـMacCAT-T، وتدريب المقيمين على مقاييس الوعي ولغة التنبؤ غير اليقيني؛ ودراسات سعودية على الدخول الإلزامي ومدده، وعلى أثر الوصمة، وعلى توقيت قرارات حدود العلاج بعد الإصابات الدماغية؛ وبحوث مشتركة بين الأطباء والفقهاء في تنزيل أحكام الأهلية على التشخيصات المعاصرة.

ثامنًا: الخاتمة

تحتاج الصحة النفسية والعصبية إلى أربعة أمور معًا: طب دقيق، وأخلاق رحيمة، وفقه واعٍ، ونظام مطبَّق. والخلل غالبًا لا يأتي من غياب المبدأ، بل من تطبيقه خارج شرطه: استقلال بلا تقويم خطر، أو حماية بلا تناسب، أو سرية بلا استثناء منضبط، أو رقية تعطل العلاج، أو تشخيص يتحول إلى حكم دائم، أو تنبؤ يُقال قبل أوانه، أو جهاز يُزرع بلا رعاية بعده.

وبعد، فالمعيار الذي يحمي الطبيب والمريض معًا هو القرار المحدد: وصف الحالة والوظيفة، ودعم القدرة، وتكرار الفحص، وتقدير الخطر، واختيار الأقل تقييدًا، والاستناد إلى النص النافذ، ثم التوثيق والمراجعة. وبهذا لا يصير النظام غطاءً للإكراه، ولا يصير التشاؤم إسقاطًا للحياة، ولا الحماس التقني بيعًا ليقين غير ثابت.

أسئلة المراجعة والنقاش

1. ما الوظائف الأربع للقدرة على القرار؟ ولماذا لا يكفي رفض المريض رأي الطبيب دليلًا على العجز؟
2. فرّق بين أهلية الوجوب وأهلية الأداء، وبيّن أثر التفريق في القرار 261 (6/26) على مريض بالهوس يبيع عقارًا أثناء نوبة.
3. عدّد شروط الدخول الإلزامي في المادة الثالثة عشرة، وبيّن ما تستثنيه المادة الحادية عشرة منها في الطوارئ.
4. لماذا لا توصي إرشادات NICE بتصنيف خطر الانتحار إلى منخفض ومتوسط ومرتفع؟ وما البديل؟
5. (تطبيقي) أم تطلب تنويم ابنها البالغ المصاب بالفصام لأنه ترك الدواء، وهو بلا خطر ظاهر على نفسه أو غيره. ما المسارات المتاحة، ومتى يُنظر في الرعاية العلاجية الإلزامية خارج التنويم؟
6. ما المربكات التي يجب ضبطها قبل الحكم بغياب الوعي؟ وما «النبوءة المحققة لذاتها» في التنبؤ بعد الإصابة الدماغية؟
7. (تطبيقي) كيف تشرح لأسرة مريض في السبعين نتائج استئصال نصف القحف في الاحتشاء الخبيث؟ وما الذي يجعل القرار حساسًا للقيم؟
8. ما نص القرار 67 (5/7) في البحث على عديمي الأهلية؟ وكيف تفرق بين التقييم المتقدم لمصلحة المريض والبحث عليه؟

CC BY-NC-ND 4.0

المراجع

World Health Organization. Mental disorders. Fact sheet. Geneva: WHO; [1] 11 September 2026. تاريخ الاطلاع: 31 أكتوبر 2026م. who.int

World Health Organization. Mental Health Gap Action Programme [2] (mhGAP) guideline for mental, neurological and substance use disorders. 3rd ed. Geneva: WHO; 2023. who.int

Appelbaum PS. Assessment of patients' competence to consent to [3] treatment. N Engl J Med. 2007;357(18):1834–1840. https://doi.org/10.1056/NEJMcp074045

Grisso T, Appelbaum PS, Hill-Fotouhi C. The MacCAT-T: a clinical tool to [4] assess patients' capacities to make treatment decisions. Psychiatr Serv. 1997;48(11):1415–1419. https://doi.org/10.1176/ps.48.11.1415

Grisso T, Appelbaum PS. Assessing Competence to Consent to Treatment: [5] A Guide for Physicians and Other Health Professionals. New York: Oxford University Press; 1998. global.oup.com

Marazia C, Rucci P, Fangerau H, et al. Treatment decision-making capacity [6] in forensic vs non-forensic psychiatric patients: a European comparison. Schizophr Bull Open. 2022;3(1):sgac037. https://doi.org/10.1093/schizbullopen/sgac037

Francis CJ, Hazelton M, Wilson RL. Supported decision-making [7] interventions in mental healthcare: a systematic review of evidence on the outcomes for people with mental ill health. Health Expect. 2024;27(6):e70134. https://doi.org/10.1111/hex.70134

National Institute for Health and Care Excellence. Self-harm: assessment, [8] management and preventing recurrence. NICE guideline NG225. London: NICE; 2022 (recommendations 1.6.1–1.6.4). nice.org.uk

Gooding P, McSherry B, Roper C. Preventing and reducing 'coercion' in [9] mental health services: an international scoping review of English-language studies. Acta Psychiatr Scand. 2020;142:27–39. https://doi.org/10.1111/acps.13152

World Health Organization; Office of the United Nations High [10] Commissioner for Human Rights. Mental health, human rights and legislation: guidance and practice. Geneva: WHO and OHCHR; 2023. who.int

Beauchamp TL, Childress JF. Principles of Biomedical Ethics. 9th ed. New [11] York: Oxford University Press; 2026. global.oup.com

Alkhamees HA, Selai CE, Shorvon SD. The beliefs among patients with epilepsy in Saudi Arabia about the causes and treatment of epilepsy and other aspects. Epilepsy Behav. 2015;53:135–139. https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2015.10.008 [12]

Saad SY, Almatrafi AS, Ali RK, Mansouri YM, Andijani OM. Stigmatizing attitudes of tertiary hospital physicians towards people with mental disorders in Saudi Arabia. Saudi Med J. 2019;40(9):936–942. doi:10.15537/smj.2019.9.24510. smj.org.sa [13]

Abolfotouh MA, Almutairi AF, Almutairi Z, et al. Attitudes toward mental illness, mentally ill persons, and help-seeking among the Saudi public and sociodemographic correlates. Psychol Res Behav Manag. 2019;12:45–54. https://doi.org/10.2147/PRBM.S191676 [14]

Altuwairqi Y. Factors influencing delay in seeking care for mental illness among a sample of adult Saudi Arabian patients. Cureus. 2023;15(11):e49438. https://doi.org/10.7759/cureus.49438 [15]

Alosaimi FD, Alshehri Y, Alfraih I, Alghamdi A, Aldahash S, Alkhuzayem H, et al. Prevalence of psychiatric disorders among visitors to faith healers in Saudi Arabia. Pak J Med Sci. 2014;30(5):1077–1082. doi:10.12669/pjms.305.5434. pjms.com.pk [16]

Giacino JT, Katz DI, Schiff ND, Whyte J, Ashman EJ, Ashwal S, et al. Practice guideline update recommendations summary: disorders of consciousness. Neurology. 2018;91(10):450–460. https://doi.org/10.1212/WNL.0000000000005926 [17]

American Academy of Neurology. Practice Guideline Update Recommendations: Disorders of Consciousness. Reaffirmed 12 July 2024. تاريخ الاطلاع: 30 سبتمبر 2026م [18]

Schnakers C, Vanhaudenhuyse A, Giacino J, Ventura M, Boly M, Majerus S, et al. Diagnostic accuracy of the vegetative and minimally conscious state: clinical consensus versus standardized neurobehavioral assessment. BMC Neurol. 2009;9:35. https://doi.org/10.1186/1471-2377-9-35 [19]

Bodien YG, Allanson J, Cardone P, Bonhomme A, Carmona J, Chatelle C, et al. Cognitive motor dissociation in disorders of consciousness. N Engl J Med. 2024;391(7):598–608. [20]

[21] مجمع الفقه الإسلامي الدولي. قـرار رقم 261 (6/26) بشـأن أثـر الأمـراض النفسـيَّة على الأهليَّة في الشريعة الإسلاميَّة. الدورة السادسة والعشرون، الدوحـة، 6–10 ذو القعـدة 1446هـ / 4–8 مايو 2025م. iifa-aifi.org

Beniczky S, Trinka E, Wirrell E, Abdulla F, Al Baradie R, Alonso Vanegas [22] M, et al. Updated classification of epileptic seizures: position paper of the International League Against Epilepsy. Epilepsia. 2025. doi:10.1111/epi.18338. ilae.org

World Health Organization. Epilepsy: fact sheet. Geneva: WHO; 7 [23] February 2024. who.int

United Nations Office on Drugs and Crime; World Health Organization. [24] International standards for the treatment of drug use disorders. Revised edition. Vienna and Geneva: UNODC and WHO; 2020. unodc.org

National Institute for Health and Care Excellence. Depression in adults: [25] treatment and management. NICE guideline NG222. London: NICE; 2022 (recommendations 1.13 on electroconvulsive therapy). nice.org.uk

Nolan JP, Sandroni C, Cariou A, Cronberg T, D'Arrigo S, Haywood K, et [26] al. European Resuscitation Council and European Society of Intensive Care Medicine guidelines 2025: post-resuscitation care. Intensive Care Med. 2025;51(12):2213–2288. doi:10.1007/s00134-025-08117-3

Turgeon AF, Lauzier F, Simard JF, Scales DC, Burns KEA, Moore L, et [27] al. Mortality associated with withdrawal of life-sustaining therapy for patients with severe traumatic brain injury: a Canadian multicentre cohort study. CMAJ. 2011;183(14):1581–1588. doi:10.1503/cmaj.101786

Jüttler E, Unterberg A, Woitzik J, Bösel J, Amiri H, Sakowitz OW, et [28] al. Hemicraniectomy in older patients with extensive middle-cerebral-artery stroke. N Engl J Med. 2014;370(12):1091–1100. doi:10.1056/NEJMoa1311367

Gilbert F, Viaña JNM, Ineichen C. Deflating the "DBS causes personality [29] changes" bubble. Neuroethics. Published online 2018 Jun 19. doi:10.1007/s12152-018-9373-8

Willett FR, Kunz EM, Fan C, Avansino DT, Wilson GH, Choi EY, et al. A [30] high-performance speech neuroprosthesis. Nature. 2023;620(7976):1031–1036. doi:10.1038/s41586-023-06377-x

Greely HT, Grady C, Ramos KM, Chiong W, Eberwine J, Farahany NA, et [31] al. Neuroethics guiding principles for the NIH BRAIN Initiative. J Neurosci. 2018;38(50):10586–10588. doi:10.1523/JNEUROSCI.2077-18.2018

Lázaro-Muñoz G, Pham MT, Muñoz KA, Kostick-Quenet K, Sanchez CE, [32] Torgerson L, et al. Post-trial access in implanted neural device research: device maintenance, abandonment, and cost. Brain Stimul. 2022;15(5):1029–1036. doaj.org

MacLeod R, Tibben A, Frontali M, Evers-Kiebooms G, Jones A, Martinez- Descales A, et al. Recommendations for the predictive genetic test in Huntington’s disease. Clin Genet. 2013;83(3):221–231. doi:10.1111/j.1399-0004.2012.01900.x [33]

Alzheimer’s Association. Genetic Testing: Position Statement. October 2023. alz.org [34]

Roberts CA, Jones A, Sumnall H, Gage SH, Montgomery C. How effective are pharmaceuticals for cognitive enhancement in healthy adults? A series of meta-analyses of cognitive performance during acute administration of modafinil, methylphenidate and d-amphetamine. Eur Neuropsychopharmacol. 2020;38:40–62. doi:10.1016/j.euroneuro.2020.07.002 [35]

Mitchell SL, Teno JM, Kiely DK, Shaffer ML, Jones RN, Prigerson HG, et al. The clinical course of advanced dementia. N Engl J Med. 2009;361(16):1529–1538. doi:10.1056/NEJMoa0902234 [36]

World Medical Association. Declaration of Helsinki: ethical principles for medical research involving human participants. Revised October 2024. wma.net [37]

[38] مجمع الفقه الإسلامي الدولي. قرار رقم 67 (5/7) بشأن العلاج الطبي. الدورة السابعة، جدة، 7–12 ذو القعدة 1412هـ / 9–14 مايو 1992م. iifa-aifi.org

[39] مجمع الفقه الإسلامي الدولي. قرار رقم 161 (10/17) بشأن الضوابط الشرعية للبحوث الطبية البيولوجية على الإنسان. الدورة السابعة عشرة، عمّان، 28 جمادى الأولى – 2 جمادى الآخرة 1427هـ / 24–28 يونيو 2006م. iifa-aifi.org

UNESCO. Recommendation on the Ethics of Neurotechnology. Adopted by the General Conference at its 43rd session, Samarkand, November 2025. unesdoc.unesco.org; see also the press release of 5 November 2025. unesco.org [40]

OECD. Recommendation of the Council on Responsible Innovation in Neurotechnology. OECD/LEGAL/0457. 2019. oecd.org [41]

[42] القرآن الكريم: سورة الإسراء (70، 36)، وسورة النساء (29، 58)، وسورة الحجرات (12). quran.com

[43] سنن أبي داود، كتاب الحدود، باب في المجنون يسرق أو يصيب حدًا، ح 4403 (من حديث علي بن أبي طالب، وصححه الألباني). sunnah.com

[44] مجمع الفقه الإسلامي الدولي. قرار رقم 184 (10/19) بشأن الإذن في العمليات الطبية المستعجلة. الدورة التاسعة عشرة، الشارقة، 1–5 جمادى الأولى 1430هـ / 26–30 أبريل 2009م. iifa-aifi.org

[45] مجمع الفقه الإسلامي الدولي. قرار رقم 17 (5/3) بشأن أجهزة الإنعاش. الدورة الثالثة، عمّان، 8–13 صفر 1407هـ / 11–16 أكتوبر 1986م. iifa-aifi.org

[46] مجمع الفقه الإسلامي الدولي. قرار رقم 79 (10/8) بشأن السر في المهن الطبية. الدورة الثامنة، بندر سيري بيجوان، بروناي دار السلام، 1–7 محرم 1414هـ / 21–27 يونيو 1993م. iifa-aifi.org

[47] سنن أبي داود، كتاب الطب، باب في الرجل يتداوى، ح 3855 (من حديث أسامة بن شريك، وصححه ح الألباني)؛ وجامع الترمذي، أبواب الطب، باب ما جاء في الدواء والحث عليه، ح 2038. sunnah.com

[48] صحيح مسلم، كتاب السلام، باب لا بأس بالرقى ما لم يكن فيه شرك، ح 2200 (من حديث عوف بن مالك الأشجعي). sunnah.com

[49] ابن حجر العسقلاني، أحمد بن علي (ت 852هـ). فتح الباري بشرح صحيح البخاري. رقّم كتبه وأبوابه وأحاديثه محمد فؤاد عبد الباقي، وأشرف على طبعه محب الدين الخطيب. ط1. مصر: المكتبة السلفية، 1380–1390هـ. ج10، ص195. نسخة إلكترونية: shamela.ws؛ ونقله: الموسوعة الفقهية، الدرر السنية، مطلب «حكم الرقية والاسترقاء». dorar.net

[50] عبد العزيز بن عبد الله بن باز. «إيضاح الحق في دخول الجني في الإنسي والرد على من أنكر ذلك». مجموع فتاوى ومقالات متنوعة، 3/299. binbaz.org.sa

[51] نظام الرعاية الصحية النفسية، الصادر بالمرسوم الملكي رقم (م/56) وتاريخ 20/9/1435هـ (17/7/2014م)، ولا سيما المواد 9–14. هيئة الخبراء بمجلس الوزراء. laws.boe.gov.sa

[52] وزارة الصحة. نظام الرعاية الصحية النفسية ولائحته التنفيذية. الإصدار الثالث، 1442هـ / 2021م (القاعدة التنفيذية 9/9، والنموذج رقم 5، ونماذج الدخول الإلزامي). moh.gov.sa

[53] نظام مزاولة المهن الصحية، الصادر بالمرسوم الملكي رقم (م/59) وتاريخ 4/11/1426هـ (6/12/2005م)، بناءً على قرار مجلس الوزراء رقم (276) وتاريخ 3/11/1426هـ، ولا سيما المواد الحادية عشرة والخامسة عشرة والتاسعة عشرة والحادية والعشرون والسابعة والعشرون. هيئة الخبراء بمجلس الوزراء. laws.boe.gov.sa

[54] نظام أخلاقيات البحث على المخلوقات الحية، الصادر بالمرسوم الملكي رقم (م/59) وتاريخ 14/9/1431هـ، بناءً على قرار مجلس الوزراء رقم (321) وتاريخ 13/9/1431هـ. هيئة الخبراء بمجلس الوزراء. laws.boe.gov.sa

[55] نظام الأجهزة والمستلزمات الطبية، الصادر بالمرسوم الملكي رقم (م/54) وتاريخ 6/7/1442هـ. هيئة الخبراء بمجلس الوزراء. laws.boe.gov.sa

[56] نظام حماية البيانات الشخصية، الصادر بالمرسوم الملكي رقم (م/19) وتاريخ 9/2/1443هـ، والمعدَّل بالمرسوم الملكي رقم (م/148) وتاريخ 5/9/1444هـ. هيئة الخبراء بمجلس الوزراء. laws.boe.gov.sa

[57] نظام الأحوال الشخصية، الصادر بالمرسوم الملكي رقم (م/73) وتاريخ 6/8/1443هـ (9/3/2022م)، بناءً على قرار مجلس الوزراء رقم (429) وتاريخ 5/8/1443هـ، ولا سيما المادتان 104 و105. جريدة أم القرى؛ ولائحته المعتمدة بموافقة مجلس الوزراء (البرقية التعميمية رقم

CC BY-NC-ND 4.0

59641 وتـــاريخ 17/8/1446هـ) والمنشـــورة في جريـــدة أم القـــرى، 22/8/1446هـ (21/2/2025م). uqn.gov.sa

[58] نظام مكافحة المخدرات والمؤثرات العقلية، الصادر بالمرسـوم الملكي رقم (م/39) وتـاريخ 8/7/1426هـ (13/8/2005م)، ولا سـيما المـواد 42 و50 و51. هيئـة الخـبراء بمجلس الـوزراء. laws.boe.gov.sa

[59] الهيئة العامة للغذاء والدواء. متطلبات الدراسات السريرية للأجهـزة والمسـتلزمات الطبيـة (MDS-REQ 2). sfda.gov.sa

[60] مجمع الفقه الإسلامي الدولي. قرار رقم 249 (11/25) في أثر الأمراض النفسية المعاصرة على الأهلية (إرجـاء البت). الـدورة الخامسـة والعشـرون، جـدة، 29 رجب – 3 شـعبان 1444هـ / 20–23 فبراير 2023م. iifa-aifi.org

CC BY-NC-ND 4.0