

عملية الاستشارة

The Consultation Process

جين لاكامب

مقدمة

يتميز الأطباء النفسيون الجسديون (التواصليون) بأنهم ماهرون إكلينيكيًا، وخبراء كذلك في التواصل والتعاون مع الأطباء الآخرين في المستشفيات العامة. ولأجل أنهم مكتشفون بارعون للتفاعلات النفسية الجسدية، فإنه يتم استدعاؤهم للمعاونة في علاج الحالات الطبية المعقدة، وفي سبيل ذلك يتواصلون بفاعلية مع فرق العلاج الرئيسة للمرضى، ومع فرق التمريض والخدمات الأخرى المعاونة، وكذلك المرضى وأفراد أسرهم. ولاشك أن دورهم الرئيس يتمثل في فحص التفاعلات الطبية النفسية، وتقييم الأعراض النفسية، ثم تقديم توصياتهم العلاجية. إن الاتصال (communication) هو أهم عنصر في عملية الاستشارة الطبية. فالاتصال الواضح يحسّن عملية الاستشارة، وكذلك نتيجتها، ويضمن التدخل الدقيق والفعال في الوقت المناسب. ويحاول هذا الفصل أن يمنح الأطباء المتدربين الأدوات اللازمة لدخول عالم استشارات الطب النفسي الجسدي (التواصلية).

الخطوات الأولى

التنظيم المؤسسي والشخصي

يجب عليك باعتبارك عضوًا في فريق الاستشارة النفسية أن تعرف دورك بدقة، وتحافظ على هويتك داخل مؤسستك الصحية (1، 2). وفي هذا السياق يُتوقع منك أن تجيب على عدد من الأسئلة، ومنها: من أعضاء فريقك؟ من الذي يحمل جهاز النداء الآلي (البيجر) لاستقبال الاستشارة النفسية القادمة من الأقسام والأجنحة الطبية المتعددة؟ ما نوعية الاستشارات التي تناسب تخصصك، فتقبل التعامل معها (الكبار، أو الأطفال، أو غرفة الطوارئ، أو استشارات أخرى)؟ أي عضو من فريقك المعالج سيصاحبك عند تقييم المرضى الجدد؟

عندما تكون منظماً ولديك أدواتك الضرورية، فإن ذلك يُجهّزك لأداء الواجبات المتوقعة منك، انظر الجدول رقم (١.١). احرص على أن تصطحب معك أشياءك المهمة، واعرف كيف تحصل على المعلومات الضرورية عند الحاجة. وأخيراً، وكما أشار (وايز ورائدليل)، "ارتد معطفًا طبيًا أبيض على كتفيك وفي عقلك" (3). إن دورك بوصفك ممارسًا طبيًا، ينبغي أن يكون واضحًا للعيان لمن يستشيرونك، وكذلك للمرضى الذين تشترك في علاجهم.

الجدول رقم (١,١). الأشياء التي تحملها معك.

❖ استمارات المقابلة/ التقييم:
• استمارة المقابلة النفسية المعتمدة لديك شخصيًا أو من قسمك.
• نماذج القياس المعرفية ومنها: MoCA, SLUMS, MMSE
❖ استمارات التنويم في جناح الطب النفسي:
• بشكل طوعي.
• بشكل إجباري.
❖ مراجع علمية للأدوية.
❖ القلم الضوئي.
❖ المطرقة المنعكسة.
❖ السماعه الطبية.

مفاتيح الرموز:

- MMSE = فحص الحالة العقلية المصغر (Mini-Mental State Examination) (٢٩)
- SLUMS = فحص سينت لويس للحالة العقلية (St Louis Mental status examination) (٣٠)
- MoCA = تقييم مونتريال المعرفي (Montreal Cognitive Assessment) (٣١)

من المتصل؟

عندما تتلقى أي استشارة، فإن عليك أن تسجل الاسم، ورقم بيجر المتصل، واسم الفريق الذي يمثله صاحب الاستشارة انظر الجدول رقم (١,٢)؛ فهذا يساعدك - بلا شك - على ملء ورقة العمل بشمولية، ويضمن أنك ستعطي التوصيات النهائية للفريق المناسب. وإذا كان الشخص المتصل ليس واحدًا من الإكلينيكين

المسؤولين عن المريض (موظف الوحدة، أو ممرضة، أو أخصائي اجتماعي)، فاسأل عن معلومات الاتصال السليمة المناسبة.

الجدول رقم (١,٢). معلومات مبدئية مهمة.

<p>من المتصل؟</p> <ul style="list-style-type: none"> • اسم الطبيب. • رقم بيجه. • اسم فريق عمل الطبيب، مثال (قسم الباطنة، أو العناية المركزة، أو الجراحة). • اسم ورقم بيجر عضو الفريق الطبي الذي ينبغي أن يحصل على التوصيات النهائية. <p>ما معلومات المريض؟</p> <ul style="list-style-type: none"> • الاسم بالكامل. • العمر. • الجنس. • رقم المريض في المستشفى. • الموقع بالتحديد. <p>ما السؤال؟</p> <ul style="list-style-type: none"> • سؤال الاستشارة النفسية الرسمي. <p>درجة الأهمية (روتيني / ملحّ / طارئ).</p>
--

من المريض؟ وأين؟

من المهم أن تحصل على اسم المريض كاملاً، وعمره، وجنسه، ورقمه في المستشفى، وموقع تنويم المريض، كل ذلك من الشخص الذي طلب الاستشارة الجدول رقم (١,٢). إنك تريد أن تتأكد أنه من المناسب لك أن تُقيم هذا المريض، وكذلك تريد أن تجده بسرعة. وبالطبع فأنت لا ترغب - بلا شك- أن تذهب لتقييم المريض الخطأ!

قد يغير المرضى مواقعهم مؤقتاً، إما لعمل فحوصات معينة، أو عند تحويلهم إلى أقسام أخرى من المستشفى لأسباب طبية، مثل الانتقال من العناية المركزة إلى الأجنحة الطبية العادية. وعندما تتحدث مع طالب الاستشارة، اسأله عن طول مدة بقاء المريض في موقعه الحالي، فهذا سوف يوفر وقتك وجهدك للاستشارة ذاتها. قد يحاول بعض المرضى أحياناً أن يهربوا من أدوار المستشفى، فإذا عرفت أين بدأ المريض، فقد تستطيع أن

تحدد طرق الخروج ، وتبلغ الأمن لأجل تأمين هذه الطرق.

ما سؤال الاستشارة؟

ينبغي أن تعرف ما الذي حفّز لطلب هذه الاستشارة في هذا التوقيت (الجدول رقم ١.٢). إن عبارة مثل " إن المريض لديه سابقة الإصابة بمرض الفصام " غير كافية. وتشمل موضوعات الاستشارات الشائعة ، مشاكل عقلية أو سلوكية ، بالإضافة إلى تقييم كفاءة المريض لاتخاذ القرارات الطبية ؛ وسوف نناقش هذه الموضوعات هنا باختصار. بينما ستناقش الفصول التالية من هذا الكتاب هذه الموضوعات باستفاضة ، بالإضافة للعديد من الأسئلة الشائعة الأخرى التي تتردد باستمرار ، وحينها سوف نناقش عناصر تقييمها ، والتوصيات العلاجية (الجدول رقم ١.٢).

لا تجعل نطاق استشارتك محدودًا بسؤال الاستشارة المبدئي ، فكثيراً ما تتطور بعض الاستشارات التي تتعلق بالتغيرات العقلية ، والقلق ، والاكتئاب ، والذهان ، والمشاكل السلوكية ؛ إلى استشارات عن الهذيان ، أو أي حالات طبية نفسية أخرى ؛ ولذا فإن المرونة الذهنية لدى المستشار مهمة جداً. أحياناً قد تكتشف الفرق الطبية الطالبة للاستشارة النفسية أعراضاً نفسية أو سلوكية جديدة ، ومثاله (مريض ما بعد الجلطة الدماغية ، الذي يُفصح عن رغبته وتفكيره في الانتحار ؛ أو المريض ما بعد العملية الجراحية ، الذي يصاب بالتخليط (confusion) ويسحب أنابيب الحقن الوريدي بعيداً). وربما تكتشف بعض الفرق الطبية المستشيرة ، أو تشك في أن المريض لديه سوابق في الإصابة بالمرض النفسي ، ومثاله (مريض الفصام الذي يدخل المستشفى لإجراء جراحة ، وهو الآن ممنوع من الأكل والشرب (NPO) ، وكذلك المريض الذي يُنوم في المستشفى كثيراً ، ويُلح في طلب جرعات كبيرة من مسكنات الألم). وقد تعتقد بعض الفرق المستشيرة أن المريض ستتم خدمته بشكل أفضل ، في حال تم تنويمه في وحدة الطب النفسي (هذا بالتأكيد أكثر شيوعاً مع المرضى الذين يفكرون في الانتحار ، والذين تتغير حالتهم العقلية). ورغم شيوع الاستشارات الطالبة لنقل المريض إلى وحدة الطب النفسي ، إلا أنه ينبغي أن تتأكد من استقرار حالة المريض الصحية ، ومن ملاءمة إدخاله لوحدة التنويم النفسية قبل تسهيل عملية الانتقال.

وقد تطلب الفرق الطبية الأساسية المشرفة على المريض استشارة لتقييم كفاءة المريض ، أي تحديد إذا ما كان المريض قادراً على اتخاذ قرار ما (4). تذكر دائماً أن (تقييم الكفاءة رأي إكلينيكي ، بينما تقييم الأهلية حكم قضائي) ، ولذا يجب أن تعرف ما هذه القضية المحددة التي يُطلب من المريض أن يُقرّ بشأنها(5). ومن أجل تسهيل عملية الاتصال ، عليك أن تسأل عن نوعية الكفاءة التي يودُّ الفريق الطبي أن تقيمها أنت في المريض. فمثلاً هل الاستشارة هي بشأن القدرة على فهم مزايا علاج ما وعيوبه ، أو رفض العلاج. وبالتأكيد ، ليس مقبولاً أن تفترض

أن المرضى تنقصهم القدرة على اتخاذ القرار؛ بمجرد أنهم يختلفون في رأيهم مع أطبائهم (انظر الفصل الخامس). وإذا كانت حدود دورك تمنعك من تقييم المريض، أو إذا كان سؤال الاستشارة يبدو أكثر مناسبة لخدمة صحية أخرى، فقم بتحويل المتصلين إلى القسم المناسب. إن مجرد رفض الاستشارة لا تفيد المتصل، وقد تؤثر بشكل سلبي على علاقتك بالفريق الطبي الطالب للاستشارة. والأهم من ذلك، أن هذا السلوك لن يفيد المريض. وبالرغم من أن بعض الاستشارات قد تبدو "غير ملائمة"، فلأجل أهداف تتعلق بهذا الفصل سوف نمتنع عن استعمال هذا التوصيف (غير ملائمة)(6). أحياناً قد تكون بعض الاستشارات صعبة التمييز، أو قد يكون وراءها أجندة مستترة(7) أو دوافع خفية(8). والتحدي الذي يواجهك يتمثل في تحديد ما الذي يمكنك فعله لتساعد المريض، والفريق الطالب للاستشارة.

إلى أي مدى هذه الاستشارة عاجلة؟

رغم اختلاف التقاليد بين المؤسسات الصحية، إلا أن الاستشارات عادة ما تُوصف بالروتينية، أو الملحة، أو الطارئة. فالاستشارات الروتينية ينبغي أن تُستكمل خلال ٢٤ ساعة من ساعة استدعاء الطبيب النفسي(8)، أما الاستشارات الملحة، فتحتاج استجابة أسرع في غضون أربع ساعات، والاستشارات الطارئة تستدعي التدخل العاجل بأسرع وقت ممكن. إن طلبك بتأجيل تقييم أي استشارة روتينية لوقت لاحق، ليس سيئاً في حد ذاته، لكن يجب أن تعرف سياسة قسمك قبل تأجيل أي استشارة. وما يُنصح به عادة، أن تؤدي عمل اليوم في اليوم نفسه(3). إنه من غير المهني على الإطلاق أن تؤجل استشارة ما للوردية التالية؛ ببساطة لأنك متعب، أو لا تريد إزعاجاً! فهذا الأمر قد ينعكس بشكل سيئ على سمعتك، باعتبارك فرداً وعضواً في الفريق المستشار.

الخطوات التالية

بعد أن يتم استدعاؤك لترى مريضاً جديداً، وكانت توقعاتك واضحة، وتحضيرك كاملاً، فستكون حينها مستعداً للخطوات التالية، والمتمثلة في جمع المعلومات، وهي ملخصة في الجدول رقم (١,٣).

الجدول رقم (١,٣). تجميع المعلومات.

التوثيق:
الملاحظات والتدوينات الإكلينيكية
• التنويم الحالي.
• التنويمات السابقة.

تابع الجدول رقم (١,٣).

<p>الأوامر الطبية الحديثة:</p> <ul style="list-style-type: none"> • النشاط. • النظام الغذائي. • الأدوية (تقديمها - إيقافها).
<p>العلامات الحياتية والمؤشرات الإكلينيكية</p> <p>نتائج الفحوصات:</p> <ul style="list-style-type: none"> • النتائج المخبرية. انظر جدول رقم (١,٤). • نتائج التصوير الإشعاعي: <ul style="list-style-type: none"> ▪ تصوير الرأس. ▪ تصاوير أخرى. • مخطط كهربية القلب (ECG). • مخطط كهربية الدماغ (EEG).
<p>نتائج إضافية:</p> <ul style="list-style-type: none"> • استشارات أخرى. • تقييمات فريقا العلاج الطبيعي (PT) ، والعلاج المهني (OT). • فحوصات الكلام والبلع.
<p>معلومات المريض:</p> <p>مقابلة المريض وفحصه.</p> <p>الحصول على معلومات أخرى رادفة (collateral) من غير المريض.</p>

مراجعة السجلات والنتائج :

حسب نظام أي مؤسسة صحية، فربما يكون لدى المرضى سجلات طبية مكتوبة، وقد يكون لديهم سجلات طبية إلكترونية أو كلاهما. إن معرفة أي نوع من هذه السجلات متوفر، ومكان وجود المعلومات المختلفة، سوف يُسهّل عليك أداء مهمتك، بصفتك مستكشفاً للتداخلات النفسية الجسدية.

الملاحظات الإكلينيكية:

تشمل فرق الرعاية الصحية المتعددة التخصصات، الأطباء، وطلاب الطب، والممرضات، والأخصائيين الاجتماعيين، وموظفين آخرين. قم بمراجعة الملاحظات السريرية المكتوبة في ملف المريض بسرعة، لكن بشكل

شامل ، لترى إذا ما تم توثيق بعض الأعراض أو المشكلات النفسية(8). وراقب الاتجاهات الإكلينيكية ، مثل (حدوث التخليط الذي يسوء كل مساء ، أو الهياج الذي يحدث للمريض مع كل تغيير في الملابس). بعض الاستشارات يمكن تفاديها أو اختصارها كثيراً ، وذلك في حالة مراجعتك الدقيقة للملاحظات الإكلينيكية بحثاً عن التفاصيل التي ربما تم إغفالها.

إن سجلات الدخول الحالي بالمستشفى تعد فقط جزءاً من القصة المرضية ؛ ولذا فإن استطعت الوصول إلى السجلات القديمة ، فابحث فيها عن الاستشارات النفسية السابقة ، أو ملاحظات التنويم السابق في الأجنحة النفسية إن وُجدت(7). فالسجلات القديمة مهمة للغاية ، خصوصاً إذا كان المريض غير راغب أو غير قادر على المشاركة الفعالة في المقابلة النفسية ، وفي الوقت الذي لا يوجد فيه أشخاص آخرون قادرين على إمدادك بالمعلومات التي تحتاجها.

الأوامر الإكلينيكية الحديثة:

راجع الأوامر الحديثة مع الاهتمام الفائق بملاحظة التغيرات في مستوى النشاط ، والتغذية والأدوية التي يتناولها المريض ، والتي حدثت بالتزامن مع نشوء الأعراض النفسية. إن القيود على التغذية والنشاط أو الحركة ، قد تجعل المريض سريع التهيج. وكذلك فإن تناول المريض لبعض الأدوية أو إيقافه عن تناول بعضها الآخر ، قد يتسبب بدوره في مشاكل سلوكية أو معرفية ؛ ولذلك فإن من المهم جداً أن تراجع قائمة الأدوية التي يتناولها المريض ، وأن تعي أن الأدوية غير النفسية قد تتسبب في نشوء أعراض نفسية. ولا بأس في أن تستخدم الإنترنت أو الوسائط الإلكترونية ؛ للتحقق من آثار الأدوية وتفاعلاتها إن لم تكن متأكداً من ذلك.

العلامات الحياتية:

من المهم معرفة العلامات الحياتية واتجاهاتها ، وخصوصاً عندما تتجاوز المعدلات الطبيعية ؛ لأنها قد تساعدك على اكتشاف الأسباب العميقة للأعراض التي يعاني منها المريض. وعلى سبيل المثال ، فإن اكتشافك لتذبذب العلامات الحياتية لدى المريض المصاب بحالة من التخليط ، والمنوم بالمستشفى منذ يومين ؛ قد يجعلك تُشخص المريض على أنه مصاب بالأعراض الانسحابية لمادة الكحول أو البنزوديازيبين (benzodiazepine) ، والتي بدورها قد تُهدد حياة المريض ، إذا لم يتم التعرف إليها وعلاجها في الحال (9) ، (انظر الفصل التاسع عشر).

نتائج الفحوصات (الدراسات المعملية، والتصوير، ومخطط كهربية القلب، ومخطط كهربية الدماغ):

كما هو الحال بالنسبة للعلامات الحياتية ، فإن الفحوصات المعملية غير السوية ، مثل (نقص الصوديوم بالدم في حالة المريض المختلط ، أو فرط الغدة الدرقية لدى المريض القلق) ؛ قد تساعد على توضيح حالة المريض. في الجدول رقم (١٤). قائمة بالاختبارات المعملية الشائعة. وإذا لم تجد التحاليل المعملية الروتينية في ملف المريض ، أو كانت هذه التحاليل قديمة ، فعليك أن توصي بعملها.

الجدول رقم (٤، ١). الاختبارات المعملية التي يتم مراجعتها.

<p>الاختبارات المعملية الشائعة:</p> <ul style="list-style-type: none"> • تعداد كامل لعناصر الدم مع العد التفريقي. • صورة استقلابية شاملة، بما فيها الكالسيوم، والمغنسيوم، والفسفور. • مستويات الأدوية في الدم. • اختبارات الغدة الدرقية ووظائف الكبد. • فحوصات السموم. • تحليل البول مع الزرع واختبار تحسس المضادات الحيوية.
<p>اختبارات معملية إضافية:</p> <ul style="list-style-type: none"> • تحليل غاز الدم الشرياني. • تحاليل المزرعة الدموية. • تحليل السائل النخاعي. • تحاليل المعادن الثقيلة. • تحاليل التهاب الكبد. • تحليل فيروس العوز المناعي البشري. • تحليل الراجنة البلازمية السريعة (rapid plasma reagin test) أو مختبر بحوث الأمراض المنقولة جنسياً (VDRL). • فيتامين ب ١٢ وملح حمض الفوليك.

وكذلك ينبغي مراجعة نتائج التصوير الإشعاعية؛ لأنها قد تكشف الأسباب الطبية للأعراض النفسية التي يعاني منها المريض. وللتمثيل على ذلك، فإن أشعة الرأس قد تُظهر حدوث نزيف حاد، أو وجود ورم دموي متوسع في منطقة تحت الجافية (subdural hematoma)، وأيضاً فإن أشعة الصدر قد تظهر وجود التهاب رئوي. وكما هو الحال في الاختبارات المعملية، فإن رأيت أن عمل تصوير إشعاعي ما للمريض سيكون مفيداً لتشخيص حالته، فيبادر بلا تردد بطلب إجراء هذا التصوير.

وينبغي كذلك مراجعة مخططات كهربية القلب (ECGs/EKGs)، وقد تطلب إجراءه، إذا لم يكن قد تم إجراؤه أثناء إقامة المريض في المستشفى. ويجب الانتباه بشكل خاص إلى استطالة فترة QT المصححة (QTc) في مخطط كهربية القلب؛ لأن بعض الأدوية النفسية (مضادات الذهان بما فيها دواء هالوبيريدول (haloperidol)، الذي يُحقن عن طريق الوريد، وكذلك مضادات الاكتئاب بما فيها دواء سيتالوبرام (citalopram))؛ قد تُساهم في نشوء هذه

الحالة أو تدهورها، وقد تتسبب هي الأخرى في حدوث مضاعفات خطيرة، بما فيها اضطراب تورساد دي بوينت (torsade de points) (10، 11).

وعندما تُظهر نتائج مخطط كهربية الدماغ (EEG) وجود نشاطٍ صرعي، فإن ذلك قد يفسّر سبب وجود الهياج أو النيمومة (somnolence) لدى المريض (ظاهرة مرحلة ما بعد النوبة الصرعية). وكذلك فإن وجود الموجات البطيئة المنتشرة في تخطيط الدماغ، قد يكون له دلالاته لتفسير حالة التخليط غير المحددة (غالبًا ما يكون اضطراب الهذيان). وبالطبع فإن مخطط كهربية الدماغ ليس ضروريًا في كل استشارة نفسية، كما أنه ليس دقيقًا بما يكفي ليكون أداة تشخيص نفسية. ولكن بالرغم من ذلك، فإنه مفيد في حالات معينة، مثل المساعدة على التفريق بين حالات اضطراب الهذيان العام (يظهر التخطيط نمط الموجات البطيئة المنتشرة)، من اضطراب الهذيان الناتج عن الأعراض الانسحابية لمادة الكحول والبنزوديازيبين (يظهر التخطيط أنماط موجات بيتا السريعة) (12). وكما ذكرنا أنفًا، فيمكن أن تنصح بعمل تخطيط كهربية الدماغ، إذا استدعت حالة المريض ذلك. وبالطبع فلا يصح أن نطلب كل الاختبارات المعملية لكل المرضى، وفي كل الأحوال، وبطريقة عشوائية متعجلة. ولكن، استخدم فطرتك السليمة! فالفطنة الطبية جزء ضروري من عملية الاستشارة.

النتائج الإضافية (الاستشارات الأخرى، وتقييمات فرق العلاج الطبيعي والمهني، ودراسات اضطرابات البلع): كثيرًا ما يتم تقييم المرضى من عدة استشاريين ذوي تخصصات مختلفة في أثناء إقامتهم بالمستشفى، ولذا فمن المفيد جدًا أن تقوم بمراجعة تقارير هذه الاستشارات إن وجدت، لترى إذا ما كان قد تم الإشارة لموضوعات لها علاقة بالصحة النفسية للمريض، وذلك قبل إشراكك أنت في رعاية هذا المريض. وعلى وجه الخصوص، فإن الاستشارات التي يقوم بها، ثم يدونها استشاريو طب الأعصاب، والرعاية اللطيفة، والتعامل مع المحتضرين والألم؛ كلها يمكن أن تضيء لك الطريق نحو التشخيص السليم.

علاوة على ذلك، فإن تقييمات فريق العلاج الطبيعي (PT) والمهني (OT)، غالبًا ما تُبرز مدى قدرة المريض على أن يمشي بأمان، ويعيش بشكل مستقل. كذلك فإن تقييم الكلام والبلع أمر مفيد أيضًا. فعدم القدرة على الأكل أو الشرب بشكل ملائم، قد تؤثر على مزاج المريض وتعاونه مع الرعاية المقدمة له، وقد تؤثر أيضًا على نوعية الأدوية التي قد تنصح بتناولها وطرائق إعطائها. فمثلًا إذا كان المريض غير قادر على بلع أقراص الدواء، فقد يستلزم ذلك إعطاءه أدوية في صورة سوائل، أو أدوية تحقن عضليًا أو وريديًا.

قم بمقابلة المريض

تختلف المقابلات الإكلينيكية النفسية التي تُجرى في أجنحة المستشفيات العامة كثيراً عن المقابلات التي تُجرى في العيادات الخارجية. فمن المعلوم أن أجنحة المستشفيات العامة، غالباً ما تكون مزعجة ومنفرة، ومن الصعب ضمان خصوصية المرضى فيها. وربما يقاطعك في أثناء مقابلتك للمريض أحد المرضى الآخرين المنومين في الغرفة نفسها، أو أحد الزوار، أو فريق التمريض، أو حتى موظفو الصيانة. وقد يعاني المريض من مشاكل عاطفية أو معرفية، وربما لا يكون راغباً في الحديث معك في الأصل. وهكذا تصبح المقابلة الإكلينيكية النفسية تحت هذه الظروف أمراً في غاية الصعوبة (13).

أساسيات

قبل دخولك لغرفة المريض لعمل استشارتك النفسية، استعن بالمرضة الخاصة بالمريض؛ للتأكد من أن المريض ليس مزماً الذهاب لعمل تحاليل مثلاً، أو أن يكون معه حالياً أحد الاستشاريين الآخرين، أو إذا ما كان مشغولاً بأي إجراء طبي سريري، أو تنظيف، أو بالكاد استطاع النوم بعد يوم مجهد. ومالم تكن مجبراً لأي سبب على تقييم المريض فوراً، فإنك في هذه الحالات الأنفة الذكر، ستؤجل إجراء استشارتك النفسية لوقت مناسب آخر. كذلك قبل دخول غرفة المريض، عليك التأكد من وجود محاذير ومتطلبات طبية لها علاقة بالاحتكاك المباشر بالمريض (فتلبس مثلاً قناعاً، أو قفازات، أو سربالاً طبياً).

وإذا حاولت لقاء المريض ولم تستطع، فاترك إفادة بذلك في ملف المريض، أو اتصل ببيجر الفريق الأساسي المشرف على المريض، واذكر فيها أنك قدمت للقاء المريض، ولم تستطع ذلك، واذكر متى ستعود أنت أو أحد زملائك للقاء المريض. إن تصرفك هذا سيضمن الفريق الأساسي المشرف على المريض، ويؤكد لهم أنك حاولت رؤية المريض في الموعد المناسب. وأيضاً أخبر فريقك أنك لم تستطع رؤية المريض، وأنه لا بد من محاولة لقاء المريض مرة أخرى.

عند دخولك لغرفة المريض تفحص المكان، وقدّم نفسك للمريض. وإذا كان هناك مرافق لمراقبة المريض رجلاً لرجل، فاطلب منه بلطف المغادرة لأجل عمل المقابلة. وإذا كان هناك زوار، فاسأل المريض إذا كان يريد بقاءهم أو مغادرتهم للغرفة. ولا شك أن من الأفضل أن تقابل المريض بمفرده، على الأقل في بداية المقابلة، لكن هذا الأمر قد لا يكون ممكناً دائماً أو مريحاً للمريض.

قدّم نفسك على أنك استشاري الطب النفسي، وأن الفريق الطبي الأساسي المشرف على المريض قد استدعاك لتقييمه. وحسب حالة المريض، فيمكن أن تقول: إنه من روتين المستشفى أن يتم استدعاء فريقك، عندما

يحاول شخص ما الانتحار، وكذلك يمكن أن تقول: إن فريقك كثيراً ما يزور المرضى الذين يمرون بمزاج عكر، أو حالة تخليط أو أرق. ويمكن أن تقول ببساطة: إن الفريق الطبي الأساسي كان قلقاً عليك، وسألوني إذا ما كان بإمكانني تقديم مساعدة ما لك (14).

في الأصل ينبغي أن يخبر الفريق الطبي الأساسي المريض عن طلب الاستشارة النفسية، وذلك قبل وصولك لمعاينة المريض. وإذا لم يكن ذلك قد حدث، فقد يندهش المريض، أو يزعج عند رؤية الطبيب النفسي، وقد يشعر أنه تم وضعه في كمين (7). في هذه الحالة، تعاطف مع المريض، وعبر عن التزامك بالتعاون معه (15). ومن الجمل التي يفيد قولها للمريض: "حتى أنا لن أكون سعيداً لو أتاني زائر غير متوقع، كما يحدث لك الآن"، وقل: "دعنا نحاول معاً لنرى كيف أستطيع مساعدتك". هذه العبارات ونحوها مما يشعر المريض بالارتياح، ويسهل محادثتكما. وقبل الدخول في المقابلة الرسمية اجلس (14)، فهذا يوحى للمريض برغبتك في الجلوس والاستماع إليه، واعرض كذلك المساعدة لإراحة المريض وقت المقابلة (14). ارفع السرير، واخفض صوت التلفاز، وتحدث بصوت مسموع للمريض. وكما هو الحال في أي مقابلة نفسية، انتبه لأمن الأمان، بما في ذلك قرب المريض من الباب، ومن وجود أشياء خطيرة في الغرفة، مثل (أواني فضية أو معدنية، أو ولاعات سجائر).

وعندما تبدأ المقابلة، سيكون لطيفاً ومفيداً في الوقت نفسه أن تسأل المريض عن صحته الجسدية، وما يشعر به حالياً. فإذا كان يشعر بالألم أو تعب، فإن هذا يجتّم أن تكون زيارتك الحالية للمريض قصيرة، على أن تُسقى معه زيارات لاحقة، حسب قدرة المريض على التحمل. تحدث مع المريض عما تعلمه عن ظروفه الحالية؛ لكيلا يضطر المريض أن يتحدث عن جميع تفاصيل قصته المرضية، ومهم أن تسأله كذلك عن مدى قدرته على التكيف مع ظروف تنويمه بالمستشفى (14).

وبعد أن يعرفك المريض جيداً، وبعد أن يعرف سبب قدومك لمقابلته، وبعد مناقشة موضوعات صحته الجسدية؛ يحين وقتها مناقشة جوانب الحالة النفسية للمريض الجدول رقم (١٠٥). حاول أن تكون مرناً، واستمع بإصغاء، وتابع إشارات المريض (16). إن المبالغة بالتشبه بقائمة من الأسئلة الكلاسيكية المعتادة في المقابلات النفسية أمر مزعج؛ ولذا تحدث مع المريض بطريقة تجعله يتفهم أسئلتك (17). وقد يكون إجراء اختبار معرفي سريري مهماً جداً، إذا شككت أن المريض يعاني من مشاكل معرفية. وقبل أن تفاجئ المريض بإجراء مثل هذا الاختبار، فأخبره بمحاجتك لأن تسأله أسئلة محددة لفحص الحالة المعرفية (14).

الجدول رقم (١,٥). عناصر فحص الحالة العقلية (مع الأمثلة).

المظهر: نظيف، غير مرتب، بملابس المستشفى، بملابس الشارع.
النشاط النفسي الحركي: متباطئ، هائج، متململ، رعاش / عرات (tics) / خلل الحركة، نشاط صرعي إن وجد.
التواصل البصري: ضعيف، متوسط، جيد.
السلوك: غير متعاون، متجاوب بالحد الأدنى، متعاون، ملائم، لطيف.
التوجه: نحو الذات، المكان، التاريخ، الظروف المحيطة.
الكلام: المعدل والنغمة والكمية، طلق، تلقائي، متداخل أو محبوس (aphasic) لو وجدت، تسمية الأشياء، تكرار الكلام، فهم الكلام.
المزاج: سجّله مثلما يذكر المريض وبكلماته ما أمكن.
الحالة الوجدانية: النوعية (مناسبة، غير مناسبة)، والكم (كامل المدى، محدود، محدود جداً، متسطح (flat)، متقلب)، والوصف.
معالجة الأفكار: تخطيطي، يركز على المستقبل، يتجه إلى الهدف، مختلط، مطنب (circumstantial)، مماسي (tangential)، ضائع، محسوس (concrete).
المحتوى الفكري: ذهان (هلاوس - ضلالات)، خطورة على الذات أو الآخرين.
الاختبار المعرفي السريري:
<ul style="list-style-type: none"> • الذاكرة: التسجيل واختبار الاسترجاع (اختبار ٣/٣)، تذكر الأحداث الشخصية القديمة، تذكر المعارف العامة. • الانتباه/ التركيز: اختبار إنقاص ٧ من ١٠٠، واختبار تهجية كلمة ما للخلف. • الفكر التجريدي: المصطلحات، التشبيهات. • اختبار رسم الساعة، MMSE, SLUMS, MoCA.
الاستبصار: ضعيف، متوسط، جيد.
الحكم على الأشياء: ضعيف، متوسط، جيد.

مفاتيح الرموز: MMSE = اختبار الحالة العقلية المُصغر (٢٩)

SLUMS = فحص سينت لويس للحالة الذهنية (٣٠)

MoCA = تقييم مونتريال المعرفي (٣١)

في بعض الحالات، يكون المرضى في حالة إعياء وضعف انفعالي أو معرفي، يجعلهم غير قادرين على التفاعل في أثناء المقابلة. وبالرغم من أنهم أحياناً ما يوصفون بأنهم ضعيفو القدرة على إعطاء التاريخ المرضي، لكن الأمر الأكثر دقة وإنصافاً، أن يوصف المريض بأنه غير قادر على المشاركة الفعالة في أثناء المقابلة في هذا التوقيت؛ بسبب تضعف حالته الانفعالية أو المعرفية.

وفي ختام مقابلتك مع المريض ، ناقش خيارات التدخل الطبي مع المريض ، وكذلك مع استشاري الطب النفسي المسؤول عن المريض. ومن هذه الخيارات ، أن تعرض معاودة الزيارة لتقديم الدعم السريري ، أو صرف أدوية ، أو أي خدمات معاونة ، مثل العلاج الروحي ، أو أي علاجات أخرى. ويمكن أن تعرض على المريض قائمة بالإمكانات المتوفرة في العيادات النفسية الخارجية ، للمتابعة فيها بعد الخروج من المستشفى. ويمكن أن تعرض على المريض ترتيب تنويم مؤقت بجناح الطب النفسي ، عندما تستقر حالته الصحية الجسدية. أخبر المريض أنك ستتصل بالفريق الطبي الأساسي المشرف عليه ، وأخبره كذلك بوقت زيارتك التالية له إن احتجت لذلك. وقبل مغادرة الغرفة ، أسأل إذا كان المريض يريد أي شيء ، مثل (مساعدة تمريضية ، أو ملء زجاجات المياه) ، وأعرض عليه أن تحب زائريه بإمكانية العودة إلى غرفة المريض.

حالات خاصة

في بعض الحالات هناك عوائق للتواصل بينك وبين المريض ، فتحتاج لخدمات خاصة ، مثل استخدام خدمات الترجمة المهنية (من خلال مترجمين ، أو نظم الترجمة التليفونية ، أو خدمات لغة الإشارة) ، وهي أفضل من استخدام الأصدقاء وأفراد الأسرة للترجمة ؛ لأنهم قد يحورون بعض الكلام الدائر بينك وبين المريض ، وخصوصاً إذا ما كنت تناقش أموراً حساسة (18). وإذا كان المرضى في حالة التنبيب (Intubation) ، أو الفغر الرغامى (Tracheostomy) ، أو مصابون بالحبسة (Aphasia) ، فإنه في هذه الحالات ينبغي إيجاد وسائل اتصال إبداعية ، مثل الكتابة على ورق أبيض ، أو سبورة كلمات ، أو لوحات كمبيوتر ، أو الإيماء وهز الرأس أو الغمز بالعينين عند الإجابة بنعم أو لا.

قم بفحص المريض

عادة ما يتمتع الأطباء النفسيون عن الفحص الجسدي للمرضى ؛ لأن هذا النشاط الحميم يمكن أن يشوّش على العلاقة العلاجية مع المريض. ومع ذلك فإنه يستحبُ لاستشاري الطب النفسي أن يجري الفحوصات الجسدية ، وخصوصاً الفحوص العصبية (مع الانتباه لمدى وجود علامات الدولاب المسنن (cogwheeling) ، والصل (rigidity) ، والرعشات ، والمظهر أو القوة غير المتناسق ، وفرط المنعكسات ، وحجم الحدقة وتفاعلها) (8). وهناك عناصر أخرى في الفحوصات الجسدية يتم إجراؤها عند الحاجة. إن فحصك قد يؤكد على نتائج جسمية معروفة سلفاً ، وربما يؤدي لاكتشاف تغيرات جديدة بالغة الأهمية.

اجمع المعلومات الرادفة

لا شك أن جمع المعلومات الرادفة الجانبية من أطراف أخرى مفيد في حالة عدم قدرة المرضى على التواصل بفاعلية. وهي بالغة الأهمية أيضاً في الحالات التي يستطيع فيها المرضى التواصل، لكن قد يكون هناك هواجس بشأن قول المريض للحقيقة، أو القدرة على الحفاظ على سلامة المريض ومن حوله. ويشمل ذلك مرضى ما بعد محاولة الانتحار، والذين ينكرون نية الانتحار الآن، وكذلك المرضى الذين يوحى ظاهراً بإدمان المخدرات، لكنهم يقللون من حجم إدمانهم. إن الأسرة، والأصدقاء، وأطباء العيادات الخارجية، جميعهم يُعدّون مصادر شائعة للمعلومات الرادفة المتعلقة بالمرضى. كما يقدم أعضاء الفريق المتعدد التخصصات، المشرف على المريض معلومات رادفة مهمة بخصوص حالة المريض في أثناء وجوده في المستشفى. إن جمع المعلومات من خلال هذه المقابلة النفسية الموسعة، تعطي صورة شاملة عن المريض (19).

تذكر أنه يُسمح لك بالحصول على معلومات من مقدمي الرعاية الصحية، الذين رأهم المريض من قبل، باعتبار أن ذلك جزءٌ من تنسيق الرعاية الصحية، وهذا الأمر مسموح به تحت تنظيمات قانون HIPAA (20). كما أنه يمكنك الحصول على معلومات حيوية عن المريض من الأسرة والأصدقاء وآخرين، لكن نشر هذه المعلومات غير مسموح به إلا بإذن المريض. وبالطبع ينبغي أن تتجنّب نقاش المعلومات الخاصة بالمريض مع من ليس معنياً بها أو محتاجاً لمعرفتها.

التدخلات الإكلينيكية

دوّن ملاحظتك الإكلينيكية

عندما تنتهي من مراجعة السجلات ومقابلة المريض، يمكنك عمل توصيات العلاج للمريض (جزء الاستشارة (Consult))، ويمكنك مراجعة المفاهيم التثقيفية الأساسية لخطتك العلاجية مع الفريق الطبي الأساسي المشرف على المريض (جزء التواصل (Liaison)) (21). إن مدونتك الإكلينيكية عنصر أساسي لهذه العملية (22). ومن المفترض أن تكون مدونتك الإكلينيكية بسيطة، وخالية من المصطلحات النفسية الدقيقة، وقصيرة ومقروءة إذا كانت مكتوبة باليد، وتكون ذات علاقة وثيقة بسؤال الاستشارة (7، 8). وعليك بالطبع أن تلتزم بأعراف مؤسستك الصحية ونظمها في توثيق الاستشارة، فهذا يساعد الفرق الطبية الأساسية المشرفة على المرضى على العثور على استشارتك بصرياً، وعلى أساس المكان المتعارف عليه في جزء الاستشارة بالسجل. قم بتوثيق مصدر معلوماتك، سواء كان من المريض، أم من السجلات القديمة، أم السجلات الحديثة، أم من أسرته، أم أي مصادر أخرى. فهذا التوثيق سيوضح لأفراد الفريق الطبي الآخرين مصادر معلوماتك، سواء من المريض نفسه، أو

مصادر أخرى ، وسيزيل أي لبس في حال حدوث تناقض في هذه المعلومات.

جدول رقم (١,٦) يلخص عناصر مقابلتك للمريض ، وعناصر مدونة الاستشارة. وبالرغم من أن العناصر المتعلقة بالحالة العقلية لمدونة الاستشارة النفسية التواصلية مشابهة لمدونات الاستشارات النفسية العامة الأخرى ، إلا أن ما يميز مدونة الاستشارة النفسية التواصلية ، تركيزها على القضايا الطبية الجسدية للمريض ، والأدوية التي يتناولها: نفسية أو غير نفسية ، ونتائج الفحوصات المعملية ، وملخص الاستشارات غير النفسية الأخرى ، وطريقة جمع المعلومات الإكلينيكية.

جدول رقم (١,٦). عناصر مقابلة الاستشارة النفسية التواصلية ومدونتها.

(معرفة المريض : ملصق السجل الطبي أو بطاقة إلكترونية عليها اسم المريض ، ورقم سجله الصحي بالمستشفى).
تاريخ الاستشارة ووقتها.
اسم الاستشاري المشرف الأساسي على المريض ، وطالب الاستشارة.
أسماء استشاريي الطب النفسي.
المعلومات المعروفة بالمريض (الاسم الأول / الاسم الأخير / الحالة الاجتماعية / العرق / الجنس / الحالة الوظيفية / سبب التنويم بالمستشفى / موقعه الحالي بالمستشفى).
سبب الاستشارة
الشكوى الأساسية (تؤخذ حسب الإمكان من فم المريض نفسه ، وتوثق بكلماته الخاصة).
التاريخ المرضي الحالي:
<ul style="list-style-type: none"> عناصر المساق (course) الطبي للمريض (المشاكل الباطنية ، والإجراءات الجراحية ، والحالة الصحية الحالية ، وتطور الحالة الصحي ، وخطة الخروج من المستشفى) الأعراض التي استدعت الاستشارة النفسية.
المراجعة النفسية لمجاميع الأمراض النفسية:
(بما فيها الاضطرابات المزاجية ، اضطرابات القلق ، الاضطرابات الذهانية ، اضطرابات استعمال المواد (substance use disorders) ، اضطرابات الأكل ، الاضطرابات الجسدية الشكل ، الاضطرابات المعرفية ، الإماتة (Lethality) (الخطورة على الذات أو الآخرين).

<p>التاريخ المرضي النفسي السابق:</p> <ul style="list-style-type: none"> • عمر المريض لدى تلقيه أول علاج نفسي. • التشخيص / التشخيصات النفسية. • الأدوية التي تناولها في الماضي ، شاملة (الفاعلية - الآثار الجانبية - سبب التوقف عنها). • الأدوية المنزلية الحالية. • اسم مقدم خدمة العيادة الخارجية الحالي للمريض. • تاريخ التنويم بالأجنحة النفسية ومحاولات الانتحار ، وتفصيل أحدث تنويم ، وأحدث محاولة انتحار.
<p>التاريخ الطبي السابق : شاملاً الحساسية للأدوية وغيرها.</p>
<p>التاريخ الطبي النفسي لأسرة المريض.</p>
<p>التاريخ الاجتماعي:</p> <ul style="list-style-type: none"> • معلومات مختصرة بشأن الطفولة / النمو الجسدي والنفسي / المستوى التعليمي. • الوظيفة أو حالة العجز عن العمل. • الموقف المعيشي الحالي. • الحالة الزوجية والدعم الاجتماعي. • الانتهاك (الجسدي - الجنسي - العاطفي) ، والتاريخ القانوني والعسكري.
<p>تاريخ استعمال المواد (شاملة الكافيين - الكحول - التبغ - المواد المحظورة / طرائق الاستخدام).</p> <ul style="list-style-type: none"> • آخر تعاطي لهذه المواد. • التاريخ السابق لإزالة السمية ، أو لإعادة التأهيل بعد التوقف عن استخدام المواد. • التاريخ السابق لمتلازمات الأعراض الانسحابية. • أطول فترة ناجحة للتوقف عن التعاطي. • المشاكل النفسية والاجتماعية الناشئة عن الاستخدام.
<p>الأدوية التي يتناولها المريض حالياً في فترة تنويمه بالمستشفى : (بما في ذلك ماهية الأدوية - الجرعات - عدد مرات الاستخدام - جدولة الاستخدام - أي علاقة بين استخدام الأدوية ونشوء الأعراض أو المشاكل النفسية).</p>
<p>نتائج التحاليل المختبرية المرتبطة بمشكلة المريض النفسية ، وكذلك نتائج الأشعة ، ومخطط كهربية القلب ECG ، ومخطط كهربية الدماغ EEG... إلخ.</p>
<p>فحص الحالة العقلية : انظر (جدول رقم ١.٥).</p>
<p>التقييم الشامل للحالة (ويشمل ملخص مختصر ، وصياغة حالة المريض من جميع النواحي الجسدية والنفسية والاجتماعية (Formulation)).</p>
<p>محاور التشخيص حسب نظام تشخيص الأمراض النفسية الأمريكي (DSM-IV) : من المحور الأول للمحور الخامس.</p>

<p>التوصيات:</p> <ul style="list-style-type: none"> • قضايا الأمان. • التوصيات الدوائية وغير الدوائية. • الدراسات المختبرية، أو أي دراسات أخرى يحتاجها المريض. • خطط المتابعة للمريض.
<p>معلومات الاتصال بالطبيب النفسي، بما في ذلك رقم النداء الآلي (البيجر) في حالة الطوارئ (٧/٢٤).</p>
<p>مفاتيح الرموز:</p> <p>EEG = مختصر مُخَطَّطُ كَهْرِيَّةِ الدِّمَاغِ.</p> <p>EKG = مختصر مُخَطَّطُ كَهْرِيَّةِ القَلْبِ.</p>

قدم توصيات العلاج

من المهم أن تكتب تفاصيل توصياتك العلاجية بوضوح في الجزء الخاص بالتقييم والتوصيات في مدونتك؛ حتى تفهم الفرق الطبية الأساسية المشرفة على المرضى بالضبط ما تعتقد بوجود عمل للمريض (٨).

الأمان أولاً:

أولاً يجب أن تعلق على قضايا الأمان، فقد تحتاج الفرق الطبية الأساسية لعمل تعديلات في عدد مقدمي الرعاية للمريض، أو مكان تنويم المريض، فيما لو كان محتاجاً لمراقبة لصيقة رجلاً لرجل (١ : ١)، ولذلك عليك أن تجربهم بسرعة بشأن الحاجة إلى مرافق أو جليس. وعندما تعتقد أن المريض لن يُشكّل حاليًا أي خطر على نفسه أو غيره، وأنه ليس بحاجة لمراقبة لصيقة؛ فإن إيصال هذه المعلومة للفريق الطبي الأساسي كذلك سيكون مطمئنًا ومفيدًا.

وفي حالة وجود خطورة على المريض أو منه على الآخرين، وكان منومًا في جناح طبي مفتوح، فيفترض أن تقرر حينها مدى احتياج المريض للتنويم في جناح الطب النفسي. وقبل السماح بانتقال المريض لجناح الطب النفسي، هناك أمور يحسن بك أن تنبه عليها الفريق الطبي الأساسي لمعالجتها قبل النقل، مثل اضطراب العلامات الحياتية للمريض، واحتياجه لأدوية تعطى عبر الوريد... الخ. وهذا الأمر سيضمن الفريق الطبي الأساسي، بأنك مدرك لاحتياجات المريض الآتية والمستقبلية، ويجعلهم على إدراك تام بما ينبغي عليهم فعله قبل نقل المريض لجناح الطب النفسي.

التدخلات الدوائية

يمكن أن تكون الأدوية السبب في الكثير من المشكلات النفسية ، وكذلك قد تكون العلاج الشافي لها. إن تحديد الأدوية غير الضرورية أو المضرة نفسياً جزء مهم من الاستشارة الطبية النفسية. ومن أمثلتها، الأدوية المضادة للكولينيات (Anticholinergic) ، والبنزوديازيبينات ، والمخدرات (Narcotics) ، فهذه الأدوية تسبب اضطراب الهذيان ، وخصوصاً لدى المرضى المعتلين باطنياً أو الضعيفين (24، 23). وهذه الأدوية يجب تقليلها أو تجنبها إن أمكن (عدا حالات استخدام البنزوديازيبينات في الحالات الحادة لمتلازمات انسحاب الكحول أو البنزوديازيبين) (9). انظر الفصلين (4، 19) ، لمزيد من التفاصيل بهذا الشأن. إن التعليق على الأدوية التي يتناولها المريض ، سواء باقتراح إيقافها ، أو تقليلها ، أو تجنب ابتدائها ؛ يمكن أن يساعد على تقليل تعديد الأدوية غير الضروري. وإذا اعتقدت أن الأدوية النفسية ستفيد المريض ، وأردت النصح باستخدامها ، فقم أولاً بفحص نتائج التحليل المهمة (بما فيها اختبار الحمل و EKG). ولا شك أنه من المفيد أن تعطي توصيات دقيقة باستخدام أدوية محددة ، وتحديد جرعاتها ، وطرائق تناولها ، وعدد المرات ؛ ودواعي الاستخدام ، وذلك إذا ما كنت توصي بتناول جرعات معينة حسب ظروف المريض (PRN). ويجب أيضاً أن تنبه الفريق الأساسي لمراقبة الآثار الجانبية للأدوية النفسية (راقب أعراض خارج السبيل الهرمي (extrapyramidal) ، أو خلل التوتر الحاد ؛ وكذلك راقب طول فترة QTc في مخطط القلب الكهربائي EKG مع عمل EKG يومياً إن احتيج لذلك ؛ وعليك أيضاً بمراقبة نشوء القلق أو الأرق).

التدخلات غير الدوائية

إن التدخلات غير الدوائية قد تكون مفيدة كالأدوية ، ومن ضمنها إعادة توجيه المريض لمعرفة المكان والزمان والأشخاص ، وكذلك طمأنة المريض حسب الحاجة ، وكذا توفير الأجهزة المساعدة الضرورية (بما فيها المعينات السمعية والنظارات) (25). واستخدام خدمات التفسير والترجمة عند الحاجة (18). ومن التدخلات غير الدوائية كذلك ، الشرح الوافي للإجراءات الجراحية ، والاتصال الواضح مع المريض ، وإجراء لقاءات مع أسرة المريض. وأخيراً ، إذا عزم الفريق الطبي الأساسي على إقامة اجتماع لأعضاء الفريق المتعدد التخصصات ، فاعرض أن تشاركهم في هذا الاجتماع لتوفير الدعم والمساعدة.

قد يكون مفيداً أن تستخدم التدخلات العلاجية النفسية ، التي تشمل أساليب متنوعة ، منها العلاج النفسي التدعيمي (Supportive) ، والبين شخصي (Interpersonal) ، والمعرفي السلوكي. وهناك عدة مقالات تحدّثت عن العلاج النفسي المختصر ، الذي يمكن تقديمه للمرضى المنومين ، ويمكن للقارئ الاستفادة منها ، انظر (26-28).

الموارد الطبية المساعدة

يفضّل بعض المرضى الحصول على بعض الخدمات غير النفسية، والتي يجدها أقل تشويهاً ووصمة، وهذه الخدمات تشمل الدعم الروحي من المرشدين الدينيين، وكذا تدخلات أخرى، مثل المعالجة باستخدام الاسترخاء، والفنون، والموسيقى، والحيوانات الأليفة. إن ترتيب هذه الموارد، يؤكد لمرضاك أنك مهتم بمعاناتهم، وكذلك بمدى ارتياحهم للتدخلات النفسية. ويمكنك كذلك إشراك محامي المريض، أو ممثليهم، وموظفي إدارة الخطر، وفرق الدعم القانوني عند الضرورة.

الفحوصات المخبرية والفحوصات الأخرى

في هذا الجزء يمكن أحياناً أن توصي بإجراء الاختبارات المعملية، أو الأشعة، أو أية فحوصات أخرى تراها ذات علاقة بحالة المريض. ومن المفيد جداً أن تعلّل بوضوح سبب احتياج المريض لعمل هذه الفحوصات، وكيف ستؤثر على سير الخطة العلاجية للمريض.

تعليقات ختامية

من المناسب أن تشير في نهاية مدونة استشارتك، إذا ما كنت ستتابع المريض باستمرار، أو بشكل متقطع، أو لن تتابعه مطلقاً. طبعاً في كل الحالات، عليك أن توضّح معلومات الاتصال المفصلة، حتى يستطيع الفريق الأساسي أن يتواصل مع فريق الطب النفسي عند الحاجة في أي وقت (٧/٢٤). وفي حال قرارك بعدم الحاجة لمتابعة المريض مرة أخرى، أو أنك اكتفيت بتقديم المساعدة الطارئة لمريض يحتاج لرعاية نفسية طويلة الأجل، فإنه من اللباقة والحكمة الطبية أن تعرض على الفريق الأساسي، أنه يمكنه أن يتصل بفريق الاستشارة النفسية في أي وقت، إذا ظهرت أي احتياجات نفسية جديدة أو حادة.

تواصل مباشرة مع الفريق الطالب للاستشارة

بعد إكمالك لاستشارتك النفسية، ينبغي أن تناقش توصياتك العلاجية بشكل مباشر مع أحد أعضاء الفريق الأساسي الطالب للاستشارة. وبهذه الطريقة سيعرف الفريق الأساسي في الحال، أنك قد رأيت المريض ودوّنت ملاحظاتك، ويمكنهم حينها أن يوجّهوا لك مباشرة أي أسئلة، أو يطلبوا أية إيضاحات. وهذا - بلا شك - أفضل من مجرد رؤية المريض، وكتابة مدونة استشارتك، ثم مغادرة المكان. ولا شك أن حرصك على إجابة تساؤلات الفريق الأساسي، ومناقشة الحالة معهم، سيؤكد للفريق أنك ملتزم بقوة بمبدأ التعاون (Liaison).

العودة لزيارات المتابعة والتوصيات عند الحاجة:

إن استشارات المرة الواحدة، قد تشمل تقييم القدرة على اتخاذ القرار، وتقييم سلامة المريض قبل الخروج من المستشفى، أو التقييم الذي يؤدي إلى اتخاذ قرار تنويم المريض في جناح الطب النفسي. وبالمقابل فإن المشاكل المعقدة قد تتطلب متابعة متكررة، بل يومية أحياناً. وفي أي وقت تأتي فيه لمتابعة حالة المريض، فتأكد من التزام قوانين التوثيق في السجلات الطبية. كن متأكداً من تدوين ملاحظات التطور الإكلينيكي، وذلك في الجزء المناسب من السجل الطبي (7)، وتابع ما حصل بشأن توصياتك السابقة، واكتب توصياتك الجديدة عندما يكون ذلك ضرورياً. وإذا لم تستطع يوماً ما أن تجد المريض في مكان تنويمه المعتاد، فاكتب ملاحظة بذلك في السجل الطبي للمريض، حتى يعرف الفريق الطبي الأساسي أنك قد حاولت مقابلة المريض (حتى لا يعتقدوا خطأ أنك قد نسيت ذلك). وبالإضافة إلى ذلك، ومع اعتبارك لحالة المريض الصحية الطارئة واحتياجاته النفسية، تذكر أنه قد تم استشارتك من قبل فريق طبي أساسي مكون من عدد من المتخصصين الإكلينيكين، الذين كانوا قلقين كذلك على صحة المريض. ومن أجل ذلك، عليك أن تراعي الحاجات الجسدية والنفسية للمريض، وفي الوقت نفسه ما يريح الفريق الطبي الأساسي قبل أن تُقرر تخريج المريض من الرعاية الطبية النفسية الاستشارية. وعندما تُقرر هذا الأمر، ينبغي عليك أن تعرض على الفريق الطبي الأساسي إعادة طلب الاستشارة مرة أخرى إذا لزم الأمر.

المراجع References

1. Abram HS. Interpersonal aspects of psychiatric consultations in a general hospital. *Psychiatry Med.* 1971;2:321-6.
2. Abramson R. Liaison psychiatrist as priest or bartender. *J Am Soc Psychosom Dent Med.* 1978;25(1):20-7.
3. Wise MG, Rundell JR. Effective psychiatric consultation in a changing health care environment. In: Wise MG, Rundell JR, editors. *Clinical manual of psychosomatic medicine: a guide to consultation-liaison psychiatry.* Washington (DC): American Psychiatric Publishing, Inc; 2005. p. 1-10.
4. Ganzini L, Volicer L, Nelson W, Derse A. Pitfalls in assessment of decision-making capacity. *Psychosomatics.* 2003;44(3): 237-43.
5. Elliott RL. Psychiatric consultations in medical settings. Part II: clinical strategies. *Dir Psychiatry.* 2003;23(3): 31-41.
6. Kucharski A, Groves JE. The so-called "inappropriate" psychiatric consultation request on a medical or surgical ward. *Int J Psychiatry Med.* 1976-77;7(3): 209-20.
7. Rowe CJ, Billings RF, Pohlman ER, Silver IL. Pitfalls and pratfalls in consultation-liaison psychiatry in a general hospital. *Can J Psychiatry.* 1988;33(4):294-8.
8. Elliott RL. Psychiatric consultations in medical settings. Part I: an introduction. *Dir Psychiatry.* 2003;23(2): 17-28.
9. Myrick H, Anton RF. Clinical management of alcohol withdrawal. *CNS Spectr.* 2000; 5(2):22-32.
10. Zemrak WR, Kenna GA. Association of antipsychotic and antidepressant drugs with Q-T interval prolongation. *Am J Health Syst Pharm.* 2008;65(11):1029-38.
11. Kanjanathai S, Kanlun T, Chareonthaitawee P. Citalopram induced torsade de pointes, a rare life threatening side effect. *Int J Cardiol.* 2008;131(1): e33-4.

12. Trzepacz PT, Meagher DJ. Delirium. In: Wise MG, Rundell JR, editors. *Clinical manual of psychosomatic medicine: a guide to consultation-liaison psychiatry*. Washington (DC): American Psychiatric Publishing, Inc; 2005. p. 91-130.
13. Wise MG, Rundell JR. Mental status examination and other tests of brain function. In: Wise MG, Rundell JR, editors. *Clinical manual of psychosomatic medicine: a guide to consultation-liaison psychiatry*. Washington (DC): American Psychiatric Publishing, Inc; 2005. p. 11-27.
14. Yager J. Specific components of bedside manner in the general hospital psychiatric consultation: 12 concrete suggestions. *Psychosomatics*. 1989;30(2):209-12.
15. Knesper DJ. My favorite tips for engaging the difficult patient on consultation-liaison psychiatry services. *Psychiatr Clin North Am*. 2007;30(2):245-52.
16. Henry GW. Some modern aspects of psychiatry in general hospital practice. *Am J Psychiatry*. 1929;9(3):481-99.
17. Viederman M. The therapeutic consultation: finding the patient. *Am J Psychother*. 2006;60(2):153-9.
18. Phelan M, Parkman S. How to work with an interpreter. *Br Med J*. 1995; 311(7004):555-7.
19. Meyer E, Mendelson M. Psychiatric consultations with patients on medical and surgical wards: patterns and processes. *Psychiatry*. 1961;24(3): 197-220.
20. Simon RI, Schindler BA, Levenson JL. Legal issues. In: Levenson JL, editor. *Textbook of psychosomatic medicine*. Washington (DC): American Psychiatric Publishing, Inc; 2005. p. 37-53.
21. Oken D. Liaison psychiatry (liaison medicine). *Adv Psychosom Med*. 1983; 11:23-51.
22. Alexander T, Bloch S. The written report in consultation-liaison psychiatry: a proposed schema. *Aust N Z J Psychiatry*. 2002;36: 251-8.
23. Pisani MA, Murphy TE, Araujo KL, Slatum P, Van Ness PH, Inouye SK. Benzodiazepine and opioid use and the duration of intensive care unit delirium in an older population. *Crit Care Med*. 2009; 37(1):177-83.
24. Agostini JV, Leo-Summers LS, Inouye SK. Cognitive and other adverse effects of diphenhydramine use in hospitalized older patients. *Arch Intern Med*. 2001; 161(17):2091-7.
25. Inouye SK, Bogardus ST Jr, Williams CS, Leo-Summers L, Agostini JV. The role of adherence on the effectiveness of nonpharmacologic interventions: evidence from the delirium prevention trial. *Arch Intern Med*. 2003;163(8):958-64.
26. Griffith JL, Gaby L. Brief psychotherapy at the bedside: countering demoralization from medical illness. *Psychosomatics*. 2005;46(2):109-16.
27. Muskin PR. The combined use of psychotherapy and pharmacotherapy in the medical setting. *Psychiatr Clin North Am*. 1990;13(2):3 41-53.
28. Viederman M. Active engagement in the consultation process. *Gen Hosp Psychiatry*. 2002;24(2):93-100.
29. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. "Mini-mental state." A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res*. 1975; 12(3):189-98.
30. Tariq SH, Tumosa N, ChibnaU JT, Perry MH 3rd, Morley JE. Comparisons of the Saint Louis University mental status examination and the mini-mental state examination for detecting dementia and mild neurocognitive disorder - a pilot study. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2006; 14(11):900-10.
31. Nasreddine ZS, Phillips NA, Bedirian V, Charbonneau S, Whitehead V, Collin I, et al. The Montreal Cognitive Assessment, MoCA: a brief screening tool for mild cognitive impairment. *J Am Geriatr Soc*. 2005;53(4): 695-9.