

ضعف المعنويات في المحيط الطبي

Demoralization in the Medical Setting

ماركوس ويلين و توماس وايز

السؤال الاستشاري النمطي

" إنه مكتئب ... لكنني لا أعرف ماذا عساكم أن تفعلوا بشأنه".

إن المريض ، السيد "أ" ، رجل في الخمسين من عمره ، متزوج ، ويعاني من الخزل المعدي الوظيفي (Functional gastroparesis) ؛ بسبب مقرر علاجي مدته خمس سنوات من الديال الصفاقي. وكان تنويمه الحالي في المستشفى ، التنويم العاشر خلال العام الماضي بسبب التجفاف ؛ وذلك لأن المريض لا يستطيع المداومة على تناول كميات كافية من السوائل ، بسبب مرض خزل المعدة الذي يعاني منه. وقد علّق الجراح الذي طلب الإحالة على هذا الأمر بقوله : " في الواقع ، لا نستطيع أن نُقدّم له الكثير ، إلا الانتظار والأمل في أن يتحسن. بالتأكيد ، هو مكتئب".

وصف السيد "أ" معاناته مع الغثيان والقيء والألم ، وقد بكى عندما فكّر ملياً في طول معاناته بسبب سير المرض. ومع ذلك فإن شكواه الرئيسة كانت حول طول المدة التي قضاها بعيداً عن زوجته وطفلته ذات سبع السنوات. وفي إحدى زيارات المتابعة في وقت الظهيرة ، بدا السيد "أ" مبتهجاً على غير المتوقع. لقد أشار إلى جهاز آي بود (iPod) الخاص به ، وأخبرني " هذا هو مضاد الاكتئاب الخاص بي. لقد قامت زوجتي بتحميل الفيديو لحفل الرقص الخاص بابنتي ، ومازلت أستمتع بمشاهدته طوال اليوم".

الخلفية

كيف يمكننا تفسير الحالة السابقة؟ إن الأفراد الذين يعانون من اضطرابات جسمية ، غالباً ما يكونون مكتئبين ، فلماذا إذاً يكون هذا المريض بهذا الانتعاش الجيد ولوقت طويل ، بعد رؤية فيديو ابنته؟ قد يقدم مفهوم "ضعف المعنويات" إجابة ما لهذا التساؤل.

إن هناك صعوبة في التعرف على المرضى المصابين بضعف المعنويات ؛ وذلك لأنه لا يوجد إجماع حول كيفية تعريف مفهوم "ضعف المعنويات لدى المرضى الطبيعيين". ويعود هذا من ناحية إلى أن مفهوم ضعف المعنويات ليس مصطلحاً نفسياً، بل مصطلحاً مُقتبساً من الكتابات الأدبية العامة التي ظلت تستعمله لمدة طويلة قبل أن يُستعمل للتعبير عن كيفية تفاعل المريض مع المرض الطبي. ويُعتقد أن مصطلح "يضعف المعنويات" (demoralize) أتى من المصطلح الفرنسي "demoraliser"، وهو مصطلح تم صياغته في أثناء الثورة الفرنسية لوصف الروح المعنوية المنخفضة للجيش (10). ومما يُعقد هذه المسألة، الخلاف المحتدم بين القادة في هذا المجال حول ضعف المعنويات، هل هي عبارة عن رد فعل سوي أم غير سوي (1). لكن كما ذكر فيليب سلافني (Philip Slavneey) ف"إن الخطوة الأولى للاعتراف بمفهوم "ضعف المعنويات"، هي بالتفكير العميق في ماهيته" (2). إن أحد أشهر التشخيصات شيوعاً في خدمة الاستشارات النفسية، يتمثل في "اضطراب التوافق"، والذي لا يُقدّم إلا القليل في سبيل فهمنا للمريض من جهة، وعلاقته الملتبسة بالاضطرابات الانفعالية من جهة أخرى (21). وبالتالي، فإن مفهوم ضعف المعنويات يعدُّ إضافة مهمة إلى تصنيفنا التشخيصي.

وغالباً ما يتم استدعاء الأطباء النفسيين المتخصصين في تقديم الاستشارات النفسية لتقييم المرضى الذين يعانون من الاضطرابات الطبية التي تؤثر على جودة حياتهم، والتي تحدّ من أدائهم الوظيفي في المجالات الجسمية، والاجتماعية، والانفعالية مقارنة بالمرحلة السابقة للمرض. ومما يُشوّش على التقييم السليم، أن المرضى الذين يعانون من المرض الطبي، غالباً ما يشكون من التأثيرات المؤلمة للاكتئاب والأعراض المتزامنة معه، كصعوبات النوم، وضعف الطاقة، ونقص الاهتمام بالحياة. وهناك نهج يعتبر "ضعف المعنويات"، كياناً إكلينيكيّاً فريداً قادراً على التقاط جوهر مثل هذه التفاعلات (1-9). إن المريض ذا المعنوية المنخفضة، لا يشعر بأي صعوبات انفعالية إلا عند بداية المرض، علاوة على ذلك، فإن المرض وآثاره يتركّان المريض قلقاً ومفزوعاً، فكيف إذاً يتم تشخيص هذا المريض؟ غالباً ما يكون المرضى ذوو المعنويات المنخفضة غير مؤهلين منهجياً للتشخيص بالاضطراب الاكتسابي الجسيم؛ وذلك لأن عدد الأعراض والإطار الزمني لحدوث هذه الأعراض، لا يستوفيان معايير التشخيص في الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية (DSM) (7).

وقد كان الدكتور "جورج إنجل" (George Engel) من أوائل الباحثين الذين وصفوا ظاهرة "ضعف المعنويات" بالتفصيل في بحثه الممتاز المعنون بـ "عقدة التخلي - التخلي"

(The Giving Up-Giving Up Complex)؛ رغم أنه لم يستخدم مصطلح ضعف المعنويات (11). وقد وصف إنجل الجوانب الخمسة لعقدة التخلي - التخلي، التي ظهرت لاحقاً في الأدبيات الطبية كصفات لمفهوم "ضعف المعنويات"، وهي كالتالي:

- ١ - اليأس والعجز.
 - ٢ - الشعور الذاتي بعدم الكفاءة.
 - ٣ - قلة الدعم الاجتماعي المحسوس (perceived social support) أو الإشباع (gratification) من الآخرين.
 - ٤ - تصدُّع الإحساس بالترابط بين الماضي والمستقبل.
 - ٥ - عودة المعاناة من الإخفاقات التي حدثت فيما مضى.
- وبعد ذلك بما يقرب من عشر سنوات، وصف الدكتور جيروم فرانك (Jerome Frank) ضعف المعنويات، خصوصاً في إطار العزل الطبية، بالرغم من إقراره بشيوع هذا المصطلح لدى المرضى الذين يعانون من ضغوطات حياتية أخرى (12). وقد وصف ضعف المعنويات بأنها "حالة من اليأس والعجز والعزلة، حيث ينشغل الفرد بمجرد المحاولة للبقاء على قيد الحياة" (13). وينتج ضعف المعنويات من "استمرار العجز عن التلاؤم"، عند مواجهة الضغوطات التي تفصل الفرد عن الأشياء التي تُعطي للحياة معنى، مثل العلاقات الحميمة مع الآخرين أو مع قيمه الخاصة (12). وهذه التقاليد قد شكَّلت كثيراً من الفهم الحالي لضعف المعنويات عند تطبيقه على المرض الطبيعي.
- والأمر الذي مازال ركناً أساسياً في مفهوم ضعف المعنويات، وجود صفات الإحساس بالعجز (helplessness)، واليأس (hopelessness) (14). وهناك أوجه متعددة للعجز الذي يشعر فيه المريض بأمراض طبية، ومنها قيود الحالة المرضية، والإحساس بعدم الكفاءة، وضعف الدعم الاجتماعي المحسوس. ولا يمكن تجاهل القيود العملية لبعض الحالات المرضية المعينة، أو تقليلها بالتطمين الزائف الذي يقوم به الاستشاري. فمثلاً، لن يفيد المريض بالشلل الناتج عن حادث سيارة، أن يسمع من الطبيب أن "كل شيء سيكون على ما يرام". وعلى النقيض من ذلك، فإن التطمين الزائف سيزيد من إحساس المريض بتعذُّر الحصول على المساعدة من الآخرين، بالنظر إلى حجم سوء الفهم الذي لقيه من الطبيب. وفي المقابل، فإنه ينبغي كذلك للاستشاري أن يتجنَّب التماهي (identification) المفرط مع مآزق المريض؛ وذلك لأن المريض على الأرجح سيعكس حالة اليأس التي يشعر بها الاستشاري. وغالباً ما تؤدي الحقائق الخاصة بحالة المرض أو العجز الذي يحسُّ به المريض إلى حالة من الشعور بالعجز أو الضعف، ثم الشعور الذاتي بعدم الكفاءة.
- ويُعدُّ "الشعور الذاتي بعدم الكفاءة"، الوجه الأساسي لحالة ضعف المعنويات (14). ويُعرَّف بأنه "حالة من الإحساس الذاتي بعدم الكفاءة في أداء الواجبات، والتعبير عن المشاعر التي تتناسب مع المواقف المُجهدة" (14). وللشعور الذاتي بعدم الكفاءة جذور في التفكير الكارثي (catastrophic thinking)؛ وذلك لأن المريض يُقارن الإخفاقات الماضية بالقيود الحالية؛ فيتوصل إلى نتيجة مفادها أن الإخفاقات المستقبلية مضمونة الحدوث. وعندما يشعر الفرد بأنه عاجز إلى هذه الدرجة، فربما يشعر تبعاً لذلك بأنه لا يوجد أحد يستطيع التعاطف معه؛ ويؤدي هذا

لقلة الدعم الاجتماعي المحسوس. لقد تم تضمين ضعف الدعم الاجتماعي المحسوس ، باعتباره أحد العوامل المؤدية لنتائج صحية سيئة ، وأصبح هدفاً للمعالجة مؤخراً (15). وفي هذا النسق ، فإن قدرة المريض على التكيف (التلاؤم) تتهاوى ، ويشعر حينها بالوحدة والذعر ، وبأنه لا يملك أي خيارات تذكر.

وعندما يُجابِه هذا الشعور بالعجز ، فإن المريض بضعف المعنويات قد يفقد المعنى أو الهدف في الحياة ، والذي يُعرف بطريقة أخرى باليأس (16). إن معنى حادثة ما ، وفي هذه الحالة الإصابة بعلّة طبية ، تم وصفه باستخدام نظرية التقييم (appraisal theory) ، والتي تصف كيف تحمل الأحداث معنى عاطفياً (17). فقد تفقد العلة الطبية معناها الشخصاني ، إذا ما هاجمت سلامة المريض الجسمية أو إحساسه بذاته. وعلى سبيل المثال ، فإن المريض المصاب بحرق شديد ، قد يصبح مُشوه الجسم ، بينما يعاني في الوقت نفسه من حجم هائل من الألم. وفي هذه الحالة ، فمن الصعب أن تحمل العلة الطبية أي معنى أو هدف إيجابي. وعندما لا تحمل العلة الطبية أي معنى إيجابي ، فحينها يصبح من العسير على المريض العاجز أن يفكر في المستقبل بشكل بناء ؛ وذلك لأنه يشكُّ في قدرته على إحداث أي تغيير إيجابي. وعلاوة على ذلك ، فمن الصعب للمريض المصاب بضعف المعنويات أن يتخيل نفسه ، وهو في حالة العجز الحالية ، وقد سار قدماً إلى المستقبل بدون تغيير.

وينبغي للطبيب النفسي أن يُقيّم فيما إذا كان الانفصال في المعنى نتيجة لبيئة المستشفى أو العلاج ، أو كان نتيجة للعلّة المرضية ذاتها ، والتي قد تسبب الألم والمعاناة ، بالإضافة إلى شبح الموت. إن مجتمع المستشفى المستند على قواعد معينة يفرض قيوداً كثيرة على المريض. أولاً: كثير من المستشفيات لديها ساعات زيارة محددة ، قد تقلل من اتصال المريض بالمجموعة الداعمة له. ثانياً: يفضل العاملون في المستشفى أن يبقى المريض في غرفهم في أثناء إقامتهم بالمستشفى ، وذلك لكي يستطيع أعضاء الفريق العلاجي فحص المريض وعلاجه في الوقت الملائم لهم. وهذا الأمر بالأساس ينزع من المرضى كثيراً من آليات التكيف النشطة التي اعتادوا الاستفادة منها عند مجابهة الكدر أو الملل. ثالثاً: كثير من المستشفيات لديها أنظمة متزمتة تشمل فحوصات العلامات الحياتية ، وسحوبات الدم المخبرية ، والتي تعمل كرسائل تذكيرية متواصلة للمرضى بخطورة عللهم الطبية ، وبالتالي تعزز الدور المرضي (sick role). ومع ذلك ، وبالرغم من الانفصال في المعنى الذي يكثر حدوثه في بيئة المستشفى ، فليس من غير المألوف أن تجد بعض مرضى العيادات الخارجية يعبرون عن إحساسهم بفقدان المعنى. ويبدو أن هذا الأمر يحدث عندما يفشل المرضى في الهرب من العلة الطبية التي قد غيرت بشكل عميق من أدوارهم الحياتية التي اعتادوها في سالف العمر. وبدلاً من ذلك ، فإن دور المريض قد حلّ محل هويتهم ، وبالتالي فهو يؤثر على وظائفهم الاجتماعية والمهنية بشكل عام. وعلى سبيل المثال ، فإن المرضى المصابين بعلّة قلبية شديدة أو الفيبروميالغيا (fibromyalgia) ، غالباً ما يشكون من أنهم لم يعد باستطاعتهم العمل أو التفاعل مع أعضاء أسرهم أو أصدقائهم بالطرائق التي كانوا

يستمتعون بها في سالف الأيام. وهذا الأمر الذي كان يعطي لحياتهم المعنى والهدف قد جردوا منه، ولهذا، فقد يشعرون بالغضب والإحساس بالعزلة.

الإجراءات التشخيصية

يظل السؤال المهم، هو التمييز بين ظاهرة ضعف المعنويات وحالات الاكتئاب الأخرى، مثل اضطراب التوافق المصحوب بمزاج اكتئابي، واضطراب الاكتئاب الجسيم (MDD). وقد حاولت دراسة حديثة مقارنة هذا الأمر، وذلك بتطبيق معايير تشخيصية لضعف المعنويات تم تطويرها مؤخراً (18)؛ وذلك لتحديد نسبة حصول ضعف المعنويات، أو نسبة اضطراب الاكتئاب الجسيم، أو كليهما معاً لدى المرضى المراجعين للعيادات الطبية الخارجية (7). وقد أظهرت النتائج أنه من بين ٢٤٥ مريضاً، ٣٠,٤٪ لديهم ضعف في المعنويات، و١٦,٧٪ يعانون من اضطراب الاكتئاب الجسيم (7). والجدير بالذكر، أنه بالرغم من التداخل الملحوظ بين مرضى ضعف المعنويات ومرضى اضطراب الاكتئاب الجسيم، فإن ٤٣,٧٪ من مرضى اضطراب الاكتئاب الجسيم، لم يتم تصنيفهم ضمن مرضى ضعف المعنويات، و٦٩٪ ممن استوفوا معايير تشخيص ضعف المعنويات لم يستوفوا معايير DSM-IV لتشخيص اضطراب الاكتئاب الجسيم (7). وتشير هذه النتائج إلى الحاجة لمزيد من التفكير حول كيفية التمييز بين ضعف المعنويات، واضطراب الاكتئاب الجسيم، واضطراب التوافق المصحوب بمزاج اكتئابي.

وتكمن صعوبة التمييز بين ضعف المعنويات واضطراب الاكتئاب الجسيم في أن أعراض الإحساس باليأس والعجز كليهما يعدان ملمحين أساسيين مشتركين بين ضعف المعنويات واضطراب الاكتئاب الجسيم، كما هو موصوف في DSM-IV-TR. وعلاوة على ذلك، فقد يكون من الصعب التمييز بين صفة الإحساس الذاتي بعدم الكفاءة (subjective incompetence) الموجودة لدى المصابين بضعف المعنويات، وصفة الإحساس بفقد القيمة (worthlessness) الموجودة في اضطراب الاكتئاب الجسيم. وأخيراً، فإن الأعراض الجسدية العصبية الإنبائية الموجودة في اضطراب الاكتئاب الجسيم تختلط مع أعراض العلة الطبية أو علاجاتها. وبالرغم من طرح المعايير المقيسة لتشخيص ضعف المعنويات، إلا أن الأطباء النفسيين لم يتبنوها بشكل كامل حتى الآن، ولم تُدرج بعد ضمن DSM؛ وهذا مما يُعقد من إمكانية إجراء بحوث موضوعية حول ظاهرة ضعف المعنويات (18، 6). وعلى سبيل المثال، فقد قدّم بورسيللي (Porcelli) وآخرون معياراً تشخيصياً لضعف المعنويات، تم تضمينه في الجدول رقم (٢٦,١) (19).

الجدول رقم (١، ٢٦). تحديد حدود نسبة ضعف المعنويات.

ضعف المعنويات
أ. (١) هل تشعر بأنك قد فشلت في الوفاء بتوقعاتك أو توقعات الآخرين (بخصوص أحوالك المهنية، أو الأسرية، أو الاجتماعية، أو المادية)؟ نعم () لا ()
(٢) هل هناك مشكلة ملحة تشعر بعدم قدرتك على التعامل معها؟ نعم () لا ()
(٣) هل تعاني من الإحساس بالعجز و/أو اليأس و/أو القنوط (giving up)؟ نعم () لا ()
ب. هل تجاوزت حالتك الشعورية الحالية أكثر من شهر؟ نعم () لا ()
ج. هل حدث هذا الشعور قبيل تجلي مرض جسمي ما، أو فاقم منه؟ نعم () لا ()
التشخيص: أ (١ و/أو ٢ و/أو ٣) = نعم + ب = نعم + ج = نعم

ومن منظور إكلينيكي، فإن طريقة التمييز بين ضعف المعنويات واضطراب الاكتئاب الجسيم، تكمن في كلٍّ من انعدام التلذذ (anhedonia) والعدمية (nihilism) الموجودين غالباً لدى مرضى اضطراب الاكتئاب الجسيم (20). وبالنسبة للاكتئاب المنعدم التلذذ (anhedonic depression)، فقد درس كلارك (Clark) وآخرون ٣١٢ مريضاً طبيياً منومين بالمستشفى، ووجدوا فروقات بين الاكتئاب وضعف المعنويات في التكيف، والأداء الوظيفي الاجتماعي والأسري والجسمي (20). وقد يفسر هذا، التفكير العدمي، مثل "لن أتحسن أبداً" أو "لا يوجد أحد بمقدوره مساعدتي"، الذي يلاحظ وجوده لدى مرضى الاكتئاب الجسيم. وفي وحدة التنويم الطبية، ربما يلاحظ الاستشاري وجود سلوك رفض المساعدة (help-rejecting behavior)، مثل عدم السماح بالرعاية التمريضية، أو عدم المشاركة في العلاج الطبيعي أو الوظيفي، أو رفض الأكل أو تقليله. وأخيراً، فلو كان المريض محظوظاً بما فيه الكفاية، لكي يُشفى تماماً من العلة الطبية التي ساهمت في حدوث ضعف المعنويات لديه؛ فمن المعتاد عندئذٍ اختفاء أعراض الاكتئاب بعدما يبدأ المريض في الإحساس بسيطرته على العلة المرضية، ووجود المعنى في حياته مرة أخرى.

وتشترك اضطرابات التوافق، وهي أكثر التشخيصات النفسية شيوعاً في المحيط الطبي، في كثير من خصائصها مع حالة ضعف المعنويات التي تحصل في المحيط الطبي (21). ومع ذلك، فقد تم وصف اضطرابات التوافق على أنها اضطرابات "تحت العتبة" (subthreshold)، فهي ليست بمرتبة الاضطرابات النفسية الجسيمة؛ مما يسمح للأطباء

باكتشاف المرضى المتكدرين نفسياً وعلاجهم قبل نشوء مرض نفسي جسيم (22). وبالرغم من هذا الغموض والتداخل، فإن خواص ضعف المعنويات الآنف الذكر، مثل فقد المعنى، والإحساس الذاتي بعدم الكفاءة، ربما تُميّز هذه الظاهرة عن اضطراب التوافق. وعلاوة على ذلك، فإن هذه الخواص المحددة في حد ذاتها، قد تصبح أهدافاً للمعالجة.

اتخاذ القرار الإكلينيكي والعلاج

لكي نبدأ في تطوير إطار تشخيصي، ينبغي علي الطبيب أن يتبنى منهجاً متسقاً في التعامل مع المريض بعلة طبية، خصوصاً أن المريض ربما يمرُّ بأزمة انفعالية في ذلك الوقت. ولا شك أن تتبع التاريخ المرضي الطولاني (longitudinal) للعلة المرضية، والذي يشمل حالة المريض ما قبل نشوء المرض وفي أثنائه؛ يمكن أن يخبر الطبيب بالكثير من المعلومات بشأن كينونة المريض. كما أنه يجب الاهتمام بمعرفة هوية المريض الاجتماعية والمهنية، وذلك لكي يتمكن الطبيب من فهم التغير الذي حدث في حياة المريض بعد المرض. وفي أثناء جمع هذا التاريخ الطولاني، سيكون من المفيد التعرف إلى تجربة المرضى مع عللهم المرضية، وذلك بمعرفة كيفية علمهم بالتشخيص، وردة فعلهم لما علموا بهذا التشخيص، وماذا يعني هذا التشخيص بالنسبة لهم.

ومن الضروري عند بداية تقييم مريض يعاني من اضطراب طبي، أن يفهم الطبيب كيف عانى المريض من هذا المرض. وقد ينظر المرض إلى الاستشارة النفسية على أنها تلميح بأن معاناتهم غير مبررة، أو أن مرضهم ليس "حقيقياً". ومن المفيد أن نسأل المرضى في البداية عن رأيهم في طلب الطبيب للتقييم النفسي. ثم من الطبيعي أن يدور السؤال التالي حول شعورهم الحالي، وبعد ذلك فمن المهم أخذ التاريخ الطولاني لعلتهم الطبية، والذي سيؤكد للمرضى حجم التأييد والمصادقة التي يحملها الاستشاري لمعاناتهم مع المرض؛ مما سيكون لبنة في تعزيز التحالف العلاجي مع الاستشاري. وقد يبدو هذا مخالفاً للمنطق، عندما نأخذ في الاعتبار الوصف الظاهري للمرض النفسي في الدليل التشخيصي DSM-IV-TR، ولكن هذه الطريقة السردية علاجية للمرضى، وأيضاً إخبارية بالنسبة للأطباء. ويسمح هذا أساساً للمرضى بأن يصفوا بشكل تأريخي خبراتهم المرضية، وعلاوة على ذلك، فالمرضى غالباً قادرون على خلق الصلات بشأن كيفية تأثير المرض عليهم، سواء بشكل وظيفي أو انفعالي خلال هذه العملية. وباعتبار ذلك جزءاً من التاريخ الطولاني، يبدأ الطبيب في فهم التجربة المرضية، ونوع شخصية المريض، وكيف يتكيف المريض عادة مع المواقف أو التحديات الجديدة. ومن الأمور الرئيسة في هذه العملية، ما يلاحظه الطبيب على المريض بخصوص المظهر، والوجدان، وملاءمة محتوى الكلام. وبهذا المنهج العام يبني الطبيب الإطار التشخيصي الذي يُشكّل الأساس لفهم الأمور من وجهة نظر المريض.

وعند مقارنة المريض الذي يعاني من علة طبية، فمن المفيد أن نفهم كيف علم المريض بالتشخيص، وبالعلاج الذي أتى بعد ذلك. وهذا التاريخ المرضي الطويل للأعراض، يمكن أن يتخذ جسراً علاجياً، وطريقاً لمراقبة الوسيلة التي يتعامل بها المريض مع الظروف الجديدة أو المهددة. وخلال هذه العملية، يمكن للطبيب أن يعرف درجة مقاومة المريض لفكرة المرض أو الموت من قبل إصابته بالمرض. ويُطلق على هذا النهج الإنكار، إلا أن هذا المفهوم يجب النظر إليه في إطار طيف من وسائل التوافق التكيفية مقابل غير التكيفية (maladaptive). والإنكار التكيفي هو الوزن العقلاني للمخاوف بشأن النتائج الجسمية أو المعلومات الجديدة، مقابل مجموعة معارف الشخص حول مرضه. أما في حالة الإنكار غير التكيفي، فإن المريض يُقلل من قيمة ما يملكه من معلومات صحيحة حول مرضه. فمثلاً، إذا استمر المريض ببدء الرئة المزمن في التدخين، بالرغم من تفاقم ضيق التنفس أو نفث الدم (haemoptysis) لديه؛ عندئذ يكون المريض قد قلل من قيمة ما يعرفه بشأن نتائج التدخين المحتملة على المدى الطويل. ويحدث هذا في معظم الحالات؛ لأن المريض غير مرتاح مع أفكار الموت أو المعاناة، ومن ثم فينكر أن هذا السلوك ضار.

وعندما تستولي الحالة المرضية على المرضى، فإنهم قد يعبرون عن طيف من القلق. وعند أحد أطراف هذه الطيف، يبدو المرضى منفصلين (detached)، وهم يحاولون عزل الوجدان، بالعرض غير العاطفي لتاريخهم المرضي. وعلى الجانب الآخر من الطيف، يوجد المرضى القلقون، لدرجة أنهم قد لا يستطيعون ترتيب قصتهم المرضية أو شكاوهم الرئيسة. وهؤلاء المرضى يمكن أن يُطنبوا في سرد تفاصيل جانبية، يمكنها أن تمتحن مقدار صبر الطبيب. وقد يكون هذا مزعجاً لبعض زملائنا الأطباء، خصوصاً في حالات الألم، أو الأعراض الجسدية الأخرى مجهولة المنشأ؛ وذلك لأن منهجهم يستخدم طريقة لوجاريتمية لاستبعاد أمراض معينة بطريقة منطقية متدرجة. إن إعادة توجيه المريض بلطف، قد يعيد المقابلة الإكلينيكية لمسارها. وعند مقابلة مريض في حالة ألم وكدر بهذا النموذج المنطقي التدرجي، فقد يشعر بأنه لم ينصت له، ويساهم هذا فقط في زيادة المستوى الإجمالي من القلق والكدر. وبسبب هذا التفاعل المعقد بين المريض والطبيب، فإن كثيراً من المرضى الذين يعانون بالأساس من الألم، أو من أي شكوى جسدية غير معللة، سوف يروون إحساسهم بالهجر والخذلان من أطباء آخرين في الماضي. ومن خلال تشجيع المرضى على رواية قصة الأعراض المرضية التي عانوا منها، فإن الطبيب النفسي الجسدي؛ يمكن أن يصنع إحساساً بالثقة، وهذا الإحساس قد يُشكّل في حد ذاته علاجاً فورياً، وسيتمكن الطبيب من تحديد نمط شخصية المريض بوضوح أكثر.

ومن المهم أن نُحدّد نمط شخصية المريض، وذلك لنعرف بدقة كيف يتكيف هذا المريض مع المواقف أو التحديات الجديدة. فالمرضى ذوو الخلال العصائية (neuroticism)، وبمعنى آخر (المهمومون)، عادة ما يقلقون

ويشعرون أنهم عرضة للتأثر (23). ومن المتوقع أن يكون لديهم ميول قوية للاجترار والتشاؤم والقلق، عندما يواجهون علة مرضية (24). وعلى الجانب الآخر من الطيف، يوجد هؤلاء الذين يبحثون عن المزيد من المعلومات لتخفيف القلق، وغالباً هذا ما يُشار إليه باسم الحلال الوسواسية. وعندما يقاسي هؤلاء كرباً ما، فسيميلون للإكثار من التساؤلات والبحث عن المزيد من البيانات لتخفيف القلق. وهذا قد يأخذ صيغة البحث عن آراء متعددة، أو الحصول على معلومات من الإنترنت. ومن المهم للطبيب، ألا يأخذ هذا على أنه نقد لكفاءته الشخصية، لكنه دليل على أحد أنساق التكيف للمريض.

وأخيراً، فإن خبرة المريض السابقة مع العلة المرضية - مثلاً هؤلاء الذين كانت لديهم خبرة بالمرض من خلال صديق أو فرد من أفراد الأسرة - فإن هذا يعدُّ ركناً أساسياً أخيراً للطبيب لكي يفهم الأمور من منظور المريض. وعندما يكون لدى المريض فكرة مسبقة عن المرض أو العلاج، فإنه يصبح من الصعب أن تحدث تغييراً جذرياً في رأي المريض بشأن المرض أو العلاج. وهذا - بلا ريب - يُشكّل تحدياً بالغاً للطبيب إذا ما علمنا أن كلاً من فهم العلة المرضية وعلاجها يتقدمان بشكل سريع. وتتضاعف هذه الصعوبة، إذا أثرت تجربة المرض السابقة في فرد ما، وخصوصاً إذا كان هذا الفرد قريباً من المريض، وكذلك إذا تركت هذه التجربة آثاراً مؤلمة أو مشوهة.

إن الهدف النهائي من علاج المريض المصاب بضعف المعنويات، يتمثل في استعادة الروح المعنوية (12). ويعتمد علاج متلازمة ضعف المعنويات على العديد من العوامل، أولاً: ما القضية التي تُعزِّز هذا الانزعاج؟ وكيف تؤثر على مسار حياة الفرد؟ وما طابع شخصية هذا المريض؟ وما وسائل الدعم الاجتماعي المتاحة للمريض؟ وهذه العناصر يجب أن تُحدّد أمام الطبيب، وذلك لكي يبدأ في مساعدة المريض في رفع معنوياته المنخفضة. ويستطيع الطبيب بعد ذلك أن يُميِّز فيما إذا كان المريض يشعر بالعجز لأن البيئة المحيطة به قد خذلتها، أو يشعر باليأس؛ لأنه قد خيَّب أمله بنفسه، ويشعر بأنه غير مؤهل لمواجهة الصعوبات التي تواجهه. وبالنسبة للمرضى العاجزين (helpless)، ممن هم في طريقهم لمرحلة القنوط (giving up)، فإن توفير الدعم المحيطي والاجتماعي، قد يُخفّف حالة ضعف المعنويات، بينما يحتاج المرضى الذين وصلوا لمرحلة القنوط بالفعل، لمعالجات دوائية ونفسية مكثفة. وبالتالي، فسيستخدم الطبيب كلاً من التدخل العلاجي النفسي والدوائي اعتماداً على الحالة الفريدة للمريض بضعف المعنويات.

مناقشة حالة

لقد عانى السيد (أ) من ضعف المعنويات، وذلك لأن حالته المرضية، التي ليس هناك بصيص أمل في تحسنها الفوري، صيرته معتمداً بشكل كلي على المستشفى في توفير حاجاته الحياتية الأساسية. وكانت جهوده الذاتية

للمضي قدماً في حياته للأمام يتم صدها باستمرار بواسطة الانتكاسات المرضية المتتالية، بما تشمله من غثيان وقيء. وعلاوة على ذلك، ولأجل الحفاظ على حياته، فقد تم فصله عن أسرته، والتي في السابق كانت تمنحه الهدف والمعنى للحياة. وبناءً على ذلك، فعند إعادة اتصاله بأسرته لم يعد يشعر بأن علقته المرضية تستحوذ على هويته أو تقيد حياته كما كانت تفعل سابقاً.

المراجع References

1. De Figueiredo J. Diagnosing demoralization in consultation psychiatry. *Psychosomatics*. 2000;41(5):449-50.
2. Slavney PR. Diagnosing demoralization in consultation psychiatry. *Psychosomatics*. 1999;40(4):325-9.
3. Clarke DM, Kissane DW. Demoralization: its phenomenology and importance. *Aust N Z J Psychiatry*. 2002;36(6):733-42.
4. Griffith JL, Gaby L. Brief psychotherapy at the bedside: countering demoralization from medical illness. *Psychosomatics*. 2005;46(2):109-16.
5. Jacobsen JC, Maytal G, Stern TA. Demoralization in medical practice. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry*. 2007; 9(2):139-43.
6. Kissane DW, Wein S, Love A, et al. The Demoralization Scale: a report of its development and preliminary validation. *J Palliat Care*. 2004;20(4):269-76.
7. Mangelli L, Fava GA, Grandi S, et al. Assessing demoralization and depression in the setting of medical disease. *J Clin Psychiatry*. 2005;66(3):391-4.
8. Murphy JM. Diagnosis, screening, and 'demoralization': epidemiologic implications. *Psychiatr Dev*. 1986;4(2): 101-33.
9. Shader RI. Demoralization revisited. *J Clin Psychopharmacol*. 2005;25(4):291-2.
10. Random House Unabridged Dictionary. 2006.
11. Engel GL. A life setting conducive to illness: the giving-up-given-up complex. *Bull Menninger Clin*. 1968;32(6):355-65.
12. Frank JD. Psychotherapy: the restoration of morale. *Am J Psychiatry*. 1974;131(3): 271-4.
13. Frank JD, Frank JB. Persuasion and healing: a comparative study of psychotherapy. Baltimore (MD): John Hopkins University Press; 1991. p. 35.
14. de Figueiredo JM, Frank JD. Subjective incompetence, the clinical hallmark of demoralization. *Compr Psychiatry*. 1982;23(4):353-63.
15. Broadhead E, Kaplan B, James S. The epidemiologic evidence for a relationship between social support and health. *Am J Epidemiol*. 1983;117(5):521-37.
16. Clarke DM, Kissane DW. Demoralization: its phenomenology and importance. *Aust N Z J Psychiatry*. 2002;36(6):733-42.
17. Smith CA, Lazarus RS. Emotion and adaptation. *Handbook of personality: theory and research*. New York: Guilford; 1990. p. 609-37.
18. Fabbri S, Fava GA, Sirri L, et al. Development of a new assessment strategy in psychosomatic medicine: the diagnostic criteria for psychosomatic research. *Adv Psychosom Med*. 2007;28:1-20.
19. Porcelli P, Sonino N. Psychological factors affecting medical conditions: a new classification for DSM-V. *Adv Psychosom Med*. 2007;180.
20. Clarke DM, Kissane DW, Trauer T, et al. Demoralization, anhedonia and grief in patients with severe physical illness. *World Psychiatry*. 2005;4(2):96-105.
21. Strain J J, Smith GC, Hammer JS, et al. Adjustment disorder: a multisite study of its utilization and interventions in the consultation-liaison psychiatry setting. *Gen Hosp Psychiatry*. 1998;20(3):139-49.
22. Strain JJ, Diefenbacher A. The adjustment disorders: the conundrums of the diagnoses. *Compr Psychiatry*. 2008;49(2): 121-30.
23. Watson D, Clark L. Negative affectivity: the disposition to experience aversive emotional states. *Psychol Bull*. 1984;96: 465-90.
24. Lyness JM, Duberstein PR, King DA, Cox C, Caine ED. Medical illness burden, trait neuroticism, and depression in older primary care patients. *Am J Psychiatry*. 1998;155(7):969-71.