

العلاج النفسي للمرضى الطبيين المُنومين

في المستشفيات

Psychotherapy for the Hospitalized Medically Ill Patients

سكوت تيمبل وسكوت ستوارت

السؤال الاستشاري النمطي

"هذا الشاب البالغ من العمر تسعة عشر عاماً لم يعد متعاوناً، وأصبح عدوانياً تجاه فريق العمل بوحدة الحروق. الرجاء تقييم الاكتئاب لديه وعلاجه".

تُشكل العلة الطبية عموماً، والإقامة (التنويم) بالمستشفى خاصةً، تحديات نفسية كبيرة للمريض وأسرته. إضافة إلى ذلك، فإن المرضى الطبيين يمكن أن يمثلوا أحياناً تحدياً للفريق الطبي الذي يعالجهم، خاصة إذا كانت اضطرابات المزاج، أو القلق، أو الشخصية تمزق العلاقات مع الفريق الطبي، وتعرقل امثال المريض للإجراءات الطبية الضرورية. وغالباً ما يكون دور طبيب الاستشارة النفسية التواصلية فهم المشاكل المستعلنة (presenting) المعقدة، وتحديد أي أجزائها يحتاج إلى تدخل: هل هو المريض، أم شبكة دعم المريض، أم طاقم عمل المستشفى؟ سوف يركز هذا الفصل على استراتيجيات التقييم والتدخل.

الخلفية

تطرح عملية التنويم بالمستشفيات تحدياً نفسياً كبيراً لمعظم الناس، وليس من المستغرب أن نجد مشاكل المزاج والقلق منتشرة بين المرضى الطبيين، سواء المُنومين بالمستشفى أو خارجها (1). إن نسب حدوث الأعراض الاكتئابية وأعراض القلق لدى المرضى المُشخصين حديثاً، ومن هم في المراحل الأولى للعلاج من مرض سرطان الثدي والسرطانات النسائية (gynecological) مثلاً؛ تقترب من 50% (2-4). وإضافة إلى ذلك، فإن شبكة الدعم

الاجتماعي للمريض غالباً ما تكون مُجهدة. وعلاوة على ذلك، فإن عجز المريض أو عدم رغبته في التعاون مع طاقم موظفي المستشفى ممن يقوم على رعايته سواء كانوا أطباء أو ممرضين أو غيرهم، سيجعل صبرهم على رعايته ينفذ وتفهمهم لمعاناته يضعف مع الوقت.

ويتمحور دور استشاري الطب النفسي التواصلي في التقييم السريع للمشاكل المستعنة التي هي أكثر تعقيداً، وأن يُحدّد التدخل العلاجي الملائم لحل هذه القضايا المعينة. وقد يتضمّن هذا قراراً بتزويد المريض بدواء نفسي أو معالجات نفسية (بما فيها العلاج الأسري)، أو بتقديم التدخل العلاجي للفريق الطبي المعالج. وبناءً عليه، فإن فريق الطب النفسي التواصلي المثالي يضم موظفين مهرة قادرين على توفير كل مكونات الخدمة المذكورة عالية.

الإجراءات التشخيصية

رسم منظوري للنظام (the system perspectives)

غالباً ما تشمل الخطوة الأولى في فهم المشكلة المستعنة، على الأقل، اجتماعاً موجزاً مع مقدمي الرعاية بالوحدة. ومن المهم أن نتحقّق من درجة الصعوبات التي تحويها المشكلة المستعنة، والتي تشمل الصعوبات في الحصول على تعاون المريض مع المعالجة الطبية، بغض النظر عن التشخيص النهائي للمريض. إن الحصول على خلاصة سريعة عن المريض من خلال رؤية التمريض، والطبيب المعالج، ومقدمي الرعاية الآخرين؛ يُعدّ أمراً محورياً في تطوير صياغة إكلينيكية للحالة، مع إيجاد إستراتيجية للتدخل. وعلاوة على ذلك، وكما سنصف لاحقاً، فإنه في بعض الأحيان يجب أن يوجّه التدخل العلاجي نحو فريق العاملين في الوحدة؛ حيث يُعدّ مقدمي الرعاية الطبية في هذه الحالة بمقام "المريض" أيضاً. إن المرضى الصعيبين (difficult patients)، خاصة العدائين في علاقتهم مع الآخرين، أو غير الممثلين للعلاج، قد ينتزعون ردات فعل من مقدمي الرعاية، تُساهم بدورها في تعقيد المشكلة.

المريض

يتطلّب التقييم السريري مهارات الاستماع والملاحظة الذكية، وغالباً ما يحتاج المرضى إلى حكاية قصتهم؛ ومجرد استكشاف فهم المريض لمرضه يعدّ أمراً مفيداً (5). وإضافة إلى ذلك، يمكن استخدام مجموعة من أدوات التحري الخاصة بفحص الاكتئاب والقلق بمجرد تكوين علاقة حميمة كافية؛ لضمان التزام المريض بملاء المقاييس باستخدام الورقة والقلم. وتشمل هذه المقاييس، مقياس بك للاكتئاب (BDI-II)، أو مقياس بك للقلق (BAI-II)، أو مقياس الأعراض المختصر (the Brief Symptom Inventory) (6)، أو استبيان صحة المريض - 9 (The Patient health questionnaire) (PHQ-9) (7). وجميع هذه المقاييس ذات مصدوقية جيدة. ونسبياً، يمكن تقديمها بشكل سهل

ومختصر. وفي المستشفيات ومراكز الرعاية النموذجية، يتم استكمال أدوات الفحص بشكل منتظم بواسطة كل المرضى.

وبالإضافة لبرهنة وجود اضطراب نفسي في المحور الأول لـ DSM-IV، فيجب على الطبيب أن يُكوّن فهمًا أكثر دقة لمعنى المرض لدى المريض، والوظيفة (مصلحة المريض) التي يخدمها وجود الأعراض المستعلنة. ويوجد طرازان للعلاج النفسي ذوا مصداقية جيدة، وهما العلاج المعرفي السلوكي (CBT) (9، 8)، والعلاج النفسي البين شخصي (IPT) (11، 10)؛ حيث يقدمان أُطرًا للصياغة الإكلينيكية والتدخل العلاجي للمرضى المنومين في المستشفيات.

ويستهدف طراز الـ (CBT) العلاجي بصفة خاصة التقييمات غير التكيفية (appraisals maladaptive)، واستراتيجيات التلاؤم (coping strategies)، التي يستخدمها المصابون باضطرابات المزاج والقلق الشائعة الحدوث لدى المرضى المنومين في المستشفيات. وأيضًا فقد تم مواءمة العلاج المعرفي السلوكي ليناسب خصوصية المرضى الطبيعيين (13، 12).

أما طراز العلاج البين شخصي (ITP)، فإنه يناسب بشكل أكثر حاجات المرضى الطبيعيين، رغم أنه غير منتشر بشدة مثل الـ CBT. ورغم أنه قد طُوّر في البداية بوصفه علاجاً للاكتئاب (14)، إلا أنه يلامس عدة مجالات ترتبط بشدة بحاجات المرضى الطبيعيين المنومين في المستشفيات. ويُعتقد أن هذه المجالات محورية في تشكيل الاكتئاب؛ رغم أنه ليس من الضروري أن تكون مسببة له، وتشمل: تحولات الدور (role transitions)، ونزاعات الدور (role disputes)، وحزن الفقد، والنقائص البين شخصية (interpersonal deficits). وكما سنرى لاحقًا، فكل هذه المجالات الأربعة وثيقة الصلة على نحو ما يفهم الكدر، والأعراض، وصعوبات التكيف التي تصيب المرضى الطبيعيين المنومين في المستشفى، بالإضافة إلى أهمية هذه المجالات في تطوير استراتيجيات التدخل العلاجي. إن التكيف - حتى ولو مؤقتًا - مع دور "الشخص المريض" (sick person)، يمكن على غير العادة أن يصبح أمرًا شاقًا على كثير من المرضى. وقد تمتد النزاعات البين شخصية التي تحدث للمريض مع بعض أفراد الأسرة أو زملاء العمل، لتشمل أيضًا النزاع مع طاقم الفريق العلاجي. إن حزن الفقد الذي لم يبرح صاحبه بعد - جراء فواقد سابقة - يمكن أن يُوجِّع الأعراض المرضية لدى المرضى المنومين بالمستشفى؛ الذين قد يواجهون ضغوط التنويم في المستشفى، دون الحصول على دعم اجتماعي من أحد أفراد الأسرة الذي يتعطشون لدعمه حاليًا، لكنه للأسف قد توفي. وأخيرًا، فإن النقائص البين شخصية، التي تشمل صعوبات التواصل، يمكن أيضًا أن تُساهم في عرقلة فهم المريض لفريق العلاج وتعاونهم معهم.

وتشمل حقول المحتوى الخاص بالصياغة الإكلينيكية والتدخل العلاجي ما يلي:

• تقييمات المريض وسرده لمرضه (Illness Narratives)

قد يُفسّر المرضى المصابون بالاكتئاب أو القلق علتهم المرضية، وتنبؤهم بالمستشفى، ودوافع مقدمي الرعاية لهم، بطرق غريبة (idiosyncratic) ولا تكيفية. فمثلاً، قد يعتقد أحد المرضى المكتئبين أن مرضه بالقلب، المُشخص حديثاً، يعني أن "حياته قد انتهت"؛ ولذا فقد ينعزل ويصبح يائساً وغير متجاوب مع الفريق الطبي وأفراد أسرته، في الوقت الذي يكون اندماجه النشط في الخطة العلاجية أمراً ضرورياً لعلاجه. كما قد يحمل بعض المرضى القلقين اعتقادات كارثية بشأن الإجراءات العلاجية القادمة، والتي تظلُّ تتكرر في أذهانهم، بينما هم قابعون في أسرتهن. وإضافة إلى ذلك، فقد تهدد المشاكل الصحية إحساس المريض بذاته (5).

• تحولات الدور

غالباً ما تُمثّل فترة الإقامة في المستشفى انقطاعاً في الأدوار، ليس فقط للمريض، ولكن لأسرته أيضاً. فالمرضى المعتادون على رعاية الآخرين، قد لا يكونون مهئين للقبول بدور المعتنى بهم من الآخرين. والمرضى المسؤولون عن تسيير مشاريعهم التجارية، أو الذين لديهم مسؤوليات إشرافية نحو الآخرين؛ قد يعانون نتيجة لانقطاعهم عن القيام بأدوارهم أو عجزهم عنها. وعلاوة على ذلك، فإن المرض قد يُمثّل نقلة حياتية مهمة للمريض، اعتماداً على طبيعة المرض وتأثيره وإزمانه. إن تقييم طبيعة اختلالات الدور، وتحولات الحياة الممكن حدوثها لكل من المريض وأسرته، قد يكون أمراً أساسياً من أجل تطوير استراتيجية تدخل مناسبة، كما سيُبين لاحقاً. ويتناسب طراز IPT على نحو خاص مع عملية إمداد الطبيب بهيكل للتصور والتدخل لمعالجة صعوبات تحولات الأدوار والحياة للمريض.

وفي الوقت نفسه، تصبح اختلالات الدور وتحولات الحياة متشابكة مع معتقدات المريض بخصوص هذه التغيرات. ومثل هذه التغيرات في الأداء الوظيفي للمريض، قد تؤثر على أفراد الأسرة وترهق مواردهم. وأحياناً يصبح توجيه التدخلات العلاجية نحو أفراد الأسرة أمراً أساسياً؛ لمساعدة المريض في أثناء فترة إقامته في المستشفى. وقد يشمل دور الاستشاري مساعدة المريض في الوصول لمصادر الدعم الاجتماعي، ليس فقط من أفراد أسرته، بل من الشبكة الأوسع من الأصدقاء وزملاء العمل، أو من مجتمعه الديني. وهذا التأكيد على الدعم الاجتماعي وقت الأزمة يعدُّ أيضاً سمة مميزة، ومكوناً محورياً للعلاج بين شخصي IPT.

• نزاعات الدور والنقائص بين شخصية

إن المرضى الذين يعانون من صعوبات بين شخصية طويلة الأمد، غالباً ما يُحضرون معهم خاصية الميل للنزاع إلى المستشفيات التي يُنومون فيها. ويحاول الاستشاري الماهر أن يُحدّد إذا ما كان هذا المريض ذو الخصومة، يمرُّ بنزاع مؤقت للدور يمكن السيطرة عليه بسهولة، ويكون سببه ضعف التواءم بين توقعات المريض وطاقتهم

العلاج، أم أن النقص بين شخصية الطويلة الأمد التي يعاني منها المريض، هي التي تُصعب من الموقف. وسيعمل الاستشاري ما أمكن على تقليل نزاعات الدور من خلال التثقيف النفسي، وبمساعدة المريض وفريق العلاج على الوصول إلى اتفاق بخصوص أهداف العلاج وإجراءاته. أما عندما تكون النقص بين شخصية هي المُلامة، فحينها يعمل الاستشاري على تخفيض التفاعلية الانفعالية وتقليل الانعزال الاجتماعي، اللذين قد يكونان هما السبب في تفاقم الصعوبات التي يمرُّ بها المريض.

اتخاذ القرار الإكلينيكي والعلاج

إن العلاج النفسي الفردي المختصر والمركز، قد يكون مفيداً جداً وقت الأزمات الصحية. ويعدّ العلاج المعرفي السلوكي (CBT)، علاجاً ذا مصدوقية جيدة، كما أنه مفيد في عدد كبير من الحالات الإكلينيكية (8). وقد تمت مواءمته ليناسب المرضى الطبيعيين (5، 1). إن استهداف معتقدات المريض اللاتكيفية وإستراتيجيات التلاؤم، قد تؤدي أحياناً إلى حلٍّ سريع للمشكلة المستعلنة. وفي الحقيقة، فإن المعتقدات اللاتكيفية، قد تكون أكثر أهمية من الشدة الفعلية للمرض في تحديد عملية التوافق مع المرض (5).

ويمكن للاستشاري أن يتفهم السلوك المُعضل للمريض بسرعة، بمجرد استنباط هذه التقييمات في أثناء المقابلة الإكلينيكية. وفي الحقيقة، فإن الاستماع المرهف للمريض وهو يسرد حكاية مرضه؛ يعدّ الخطوة الأولى والحيوية في عملية التدخل العلاجي. إن فهم المعنى الشخصي الذي يعزوه المريض لمرضه وللتنويم في المستشفى؛ يمثّل في حد ذاته تدخلاً علاجياً مهماً. ومساعدة المريض على تقبّل مشاعر العجز، والخوف، واليأس، والقلق على أنها مشاعر سوية؛ يعدّ تدخلاً علاجياً أساسياً. وعندما يشعر المريض أن الاستشاري يفهمه، فحينها سيصبح من السهل على الاستشاري أن يستكشف معتقدات المريض اللاتكيفية وإستراتيجيات التلاؤم لديه؛ ويحاول أن يجلبها، ويغيرها بدائل تكيفية أكثر صحة ودقة.

ويرتكز نموذج العلاج المعرفي السلوكي (CBT) للمشاكل الصحية على افتراض أن المعرفة (cognition)، تتوسط الاستجابات الانفعالية والسلوكية للعلّة الطبية. وتتداخل الـ CBT مع تقاليد الحكمة القديمة التي تقول: إن الأمر الأكثر أهمية ليس في ماذا حدث للشخص، بل في تفسير الشخص لما حدث له. إن التفكير الكئيب غالباً ما ينعكس على ما وصفه بك (Beck) بالثالوث المعرفي، والذي يتكوّن من الأفكار السلبية الأوتوماتيكية عن الذات (أنا خاسر)، والعالم (لا أحد يهتم بي)، والمستقبل (أنا لن أبلغ أبداً أي شيء) (15). ويتكوّن القلق في الأساس من المبالغة في تقدير خطر ما، مقابل الاستخفاف بقدرات الذات على التأقلم مع التهديد الفعلي أو المحسوس، ومع المستقبل غير المؤكد (16). وتشمل المعارف القلقة لدى المرضى الطبيعيين ما يلي: "لا أستطيع تحمّل الجراحة، سأصاب

بالجنون"، أو "سأموت، أعرف بداهة ما سيحدث (I just know it)"، أو "لا أستطيع أن أتكيف مع الحزن". وهذا السيل من التفكير المؤلم يندر أن تتم ملاحظته أو تحديه بواسطة المريض. وهذه الأفكار التي وصفها أرون تي بك (Aaron T beck MD)، مؤسس العلاج المعرفي، بأنها "أفكار أوتوماتيكية"؛ يسهل على المرضى الوصول إليها متى ما تم تشجيعهم على الانتباه لتيار الأفكار والصور البصرية التي تحدث في أثناء المواقف المؤثرة المشحونة عاطفياً، كالذي يحدث في أثناء التنويم بالمستشفيات. وبهذا فإن الأفكار الأوتوماتيكية التي تخدم باعتبارها شكلاً من أشكال الاتصال الخصوصية، تعدُّ قابلة للتصديق بشكل كبير، وتؤثر بعمق على الانفعالات والسلوك. ومن خلال تشجيع المريض على أن يصارح الاستشاري بمحتوى هذا التيار من الأفكار الأوتوماتيكية الخاصة، فقد يستطيع الاستشاري أحياناً أن يتعلم بسرعة كيف يحلُّ رموز هذه الأعراض الخاصة بالاكئاب والقلق.

وتشمل استراتيجيات العلاج الشائعة، استخدام السجلات اليومية للمزاج والأفكار (18، 15)، والذي ربما يشمل سؤال المريض المنوم بالمستشفى أن يُقدِّر حالته المزاجية مرة كل ساعة، وأن يرسم رسماً بيانياً لحالته المزاجية طوال اليوم؛ وذلك لاكتشاف التباينات المزاجية. وقد تكشف هذه التباينات المواقف المسببة للمعارف المشوهة، أو قد تكشف صعوبة التكيّف مع الإجراءات الطبية المؤلمة، والضغط الأخرى التي تواجه المريض في أثناء إقامته في المستشفى. إن المرضى الذين يُعالجون من خلال نموذج CBT، يتم تعليمهم كيفية فحص أفكارهم للتعرف إلى الانحيازات المتكررة، مثل تلك الموجودة في الثالوث المعرفي، أو المظاهر المعرفية للقلق؛ وكذلك يتم تعليمهم كيفية خلق طرائق بديلة أكثر تكيفاً بشأن كيفية رؤيتهم لذواتهم وللظروف المحيطة بهم. ولأن نموذج CBT مترسخ أيضاً في العلاج السلوكي، فإنه يُشجّع على استخدام استراتيجيات التلاؤم التكيفية، كما أنه قد يُدعم تنمية مهارات تلاؤم أو مهارات اتصال جديدة حسب ضرورتها للمريض.

إن استخدام الاكتشاف الموجه (guided discovery)، وتوجيه الأسئلة السقراطية تُشكل قلب منهج CBT العلاجي (15-18). ومن خلال تبني أسلوب محايد، واستطلاعي مهذب، واستقصائي، في أثناء المقابلة؛ فإن الطبيب بذلك يكشف المعاني المخفية التي يحملها المريض لإقامته في المستشفى. وبالنسبة للمرضى المكتئبين، فإن الاعتقادات المتمثلة في "أنا مثل الميت"، أو "المرضات يكرهني"، أو "لن أصبح أبداً أبناً لائقاً مرة أخرى"، أو "حياتي المهنية انتهت، وبالتالي فقد انتهت حياتي كلها"؛ فكل هذه الأفكار تصبح مادة للعمل العلاجي. وإن مساعدة المرضى على تطوير تقييمات أكثر مرونة لظروفهم الحياتية، وكذلك استراتيجيات تلاؤم أكثر مرونة، كل ذلك قد يعود على المرضى بالنفع الكبير.

إن غرس الأمل أمر مهم، سواء كان المريض يواجه أزمة طبية بسيطة يمكن حلها، أو أن يكون في المرحلة الأولى من التوافق المستمر مدى الحياة مع مرض أو إصابة مدمرة. وفي الحالة الأخيرة بالذات، فمن المهم أن نحترم

دفاعات المريض. وبهذا فإن الشاب الرياضي، طالب الكلية، المصاب حديثاً بشلل سفلي، يجب أن يُسمح له أن يحزن وينوح على نفسه عندما يقول: "حياتي المهنية انتهت، ومن ثم فقد انتهت حياتي كلها". ودون أن نفهم إحساس المريض بالفقد، فإن الطبيب لن يواجه إلا بالمقاومة إذا ما حاول مخادعة المريض بالكلام، للتركيز في بقية سبل الحياة الأخرى التي مازالت مشرعة الأبواب أمامه.

إن مساعدة المريض على إيجاد استجابات تلاؤمية تكيفية، يعدُّ جزءاً مهماً أيضاً من العلاج النفسي للمريض المنوم بالمستشفى. وقد يعتقد المرضى أنهم لا يمتلكون الموارد التي يستطيعون من خلالها التكيف مع الموقف الحالي، وقد يرجع ذلك إلى وجود الاكتئاب والقلق، أو لأن نسق تلاؤمهم المستمر مدى الحياة، يجعلهم غير مؤهلين للتعامل مع اختلال الدور وتحولات الحياة التي قد يواجهونها الآن. إن المكونات السلوكية النشطة لـ CBT، تساعد على تعزيز إحساس المريض بالفعالية، ومن ثم تُخفّف من إحساس المرضى المنومين بالمستشفيات باليأس والعجز. وكذلك فإن تقبُّل الاستجابة الانفعالية للمريض، باعتبارها أمراً سويّاً وطبيعيّاً؛ يمكن أن يجلب الراحة للمريض. وتساعد استراتيجيات التسوية والتطبيع للانفعالات التي يستعملها الاستشاري، على إدراك المريض أن استجاباته الانفعالية والسلوكية والمعرفية تُعدُّ أمراً منطقيّاً في ظل أزمته، وأنه من الطبيعي أن يشعر بالخوف والارتباك وقت الأزمة.

إن التثقيف النفسي الأساسي بخصوص الإقامة في المستشفى وتأثيرها على الناس، يمكن أيضاً أن يُوفّر راحة كبيرة. وعلى وجه الخصوص، فمساعدة المرضى على فهم ما هو متوقع منهم بوضوح، وما هو متوقع من الآخرين، ممن يقومون على رعايتهم؛ يريح المرضى المنومين بالمستشفيات. وأخيراً، فمن المهم أن يكون الاستشاري على دراية بأن الأعراض النفسية قد لا تعكس وجود اضطراب شديد. وبالأحرى، فإن المرضى المنومين في المستشفيات، قد يجدون في أوقات ضغوط الدور والتحويلات، أن موارد تلاؤمهم اليومية قد أُرهقت فوق طاقتها؛ ولذلك تتركهم مرضى بأعراض نفسية، رغم أنهم في الأساس يمتلكون احتياطياً كافياً من موارد التلاؤم على المدى الطويل.

إن إحضار أفراد الأسرة من أجل القيام بتدخلات علاجية قصيرة ومركزة، أمر لا يُقدَّر بثمن؛ وتشمل هذه التدخلات، بعض التدخلات الشبيهة بما يستخدم في العلاج الفردي كالتثقيف النفسي والتطبيع. وإضافة إلى ذلك، فإن جلسات حلّ المشكلات العائلية مهمة في مساعدة المريض على القبول "بدور المريض"، وذلك عندما يطمئن بأن دوره الأساسي يتم القيام به مؤقتاً بواسطة أناس آخرين، سواء كانوا من أفراد الأسرة، أو من شبكة الدعم الاجتماعي الخاصة به.

وأخيراً فإن العلاج المختصر قد يشمل مساعدة فريق العمل الطبي والمريض على التعاون بعضهم مع بعض بفاعلية أكثر. وعلى سبيل المثال، يعدُّ نمط الاتصال بؤرة تدخل علاجي أساسية في العلاج البين شخصي (IPT) للمشاكل الطيبة (19). وأحياناً يجب ألا تقتصر استراتيجيات التدخل العلاجي على المريض وأسرته فقط، بل تشتمل أيضاً على طاقم العمل بالوحدة.

مثال لحالة

السيد "توم س" شاب أبيض، يبلغ من العمر ١٩ سنة، وقد أُدخل وحدة الحروق لعلاج من حروق من الدرجة الثانية في ٢٥٪ من جسده. وبعد أربعة أيام، وبشكل مفاجئ، أصبح هائجاً وعدائياً، ويتلفظ بكلمات نابية تجاه فني وحدة علاج الحروق الذي كان ينضره (debriding) في حوض إنضار الحروق. ومنذ ذلك الحين، رفض المريض عملية الإنضار، وأصبح غاضباً وخائفاً على نحو متزايد.

وعندما دخل الاستشاري الوحدة، تقابل مع طاقم العمل بالوحدة، وعلم أن العديد منهم غاضب جداً من المريض؛ إثر إطلاقه لعبارات عدائية عنصرية تجاه فني الحروق الأمريكي، الذي يعود إلى أصل أفريقي، وذلك في أثناء تواجدهما في حوض إنضار الحروق. وعلى وجه الخصوص، فإن فني الحروق شعر بالإهانة، وأصبح غاضباً جداً من المريض. وقد أصبح المريض وفني الحروق الآن على خلاف شديد بشأن إنضار حروق المريض.

وعندما التقت الاستشارية بشكل فردي مع المريض داخل وحدة الحروق، توقعت أن تكتشف أن سبب هياجه الخوف من ألم عملية الإنضار، لكن مع استخدام أسلوب استجوابي مهذب في أثناء المقابلة، اكتشفت أن المريض لا يخاف من الألم كثيراً، ولم يعد الألم الذي يأتيه في الحوض موجعاً جداً. وبالأحرى، فإنه كان كلما اقترب من الحوض، يبدأ في رؤية صور بصرية زاهية للغرق. وبالتفصيل، فقد خاف أنه عندما تتأرجح به عربة النقل من سريرته نحو الحوض، فإن رأسه سيضرب حافة الحوض؛ مما يجعله يفقد وعيه عندما يغطس في الماء، ثم يغرق بسبب ذلك. ولم يسبق له أن حكى هذه الصورة البصرية المرعبة لأحد من قبل، وأخيراً، وبعد عدة أيام من الإنضار المتكرر، صرخ باندفاعية "إنكم تريدون قتلي، أنتم يا...".

استغرق الاستشاري وقتاً حتى يستكشف مع المريض الطبيعة غير الواقعية لمخاوفه، ثم أكد للمريض، وذلك عن طريق استشارة المريض لطاقم العمل بالوحدة، أنه لا يوجد مريض قط قد غرق من قبل في أثناء عملية الإنضار طوال عمر وحدة الحروق. وفي النهاية، تبدد هياج المريض، وذهب خوفه كثيراً.

إلا أنه تبقى موضوع غضب الفريق، الممكن فهمه، تجاه "توم"، لاسيما غضب فني الحروق الأمريكي الأفريقي الأصل، الذي أجرى عمليات الإنضار. وقد توَسَّطت الاستشارية بين المريض "توم" وفني الحروق،

وشجعت توم على الاعتذار لفني الحروق عن سلوكه ، وأن يوضّح له بالتفصيل الرعب الذي شعر به وهو في طريقه لمياه الحوض. عقد الاستشاري اجتماعاً مع فني الحروق وباقي فريق العمل بوحدة الحروق ، للحديث عن توم ، وعن الصعوبات والتحديات التي سببها للفريق. ورغم أنه لم تنشأ علاقة تقترب من الصداقة بين المريض توم والفريق ، إلا أن المريض استطاع التعاون مع فريق العمل ، وإكمال مقرره العلاجي بنجاح ، وأُخرج بعدها من المستشفى لكي يستكمل الرعاية في وحدة إصابات الحروق في العيادات الخارجية.

الخاتمة

إن دور الاستشاري النفسي التواصلي معقد ومحفوف بالتحدي ، ويشمل القدرة على تقييم المريض بسرعة ، وكذلك تقييم شبكة العلاقات الشخصية للمريض ، وأحياناً الطبيب ، و/أو الوحدة التي طلبت الاستشارة. وقد تصبح التدخلات العلاجية أمراً ضرورياً في أي من هذه المجالات ، بما في ذلك التدبير العلاجي الدوائي للمريض. ولهذا السبب ، فمن الأفضل إيجاد فريق للطب النفسي التواصلي ، يستطيع كادره العلاجي تقديم خدماته في أي من هذه المجالات.

المراجع

1. Guthrie E, Sensky T. Psychological interventions in patients with physical symptoms. In: Guthrie E, Lloyd G, editors. Textbook of liaison psychiatry. Cambridge: Cambridge University Press; 2007.
2. Levin T. Mixed anxiety-depression symptoms in a large cancer cohort: prevalence by cancer type. In press.
3. Fowler JM, Carpenter KM, Gupta P, Golden-Kreutz DM, Andersen BL. The gynecologic oncology consult: symptom presentation and concurrent symptoms of depression and anxiety. *Obstet Gynecol.* 2004;103(6):1211-7.
4. Golden-Kreutz DM, Andersen BL. Depressive symptoms after breast cancer surgery: relationships with global, cancer-related, and life event stress. *Psycho-Oncology.* 2004;13:211-20.
5. Sensky T. Cognitive therapy with medical patients. In: Wright J, editor. American Psychiatric Association Press review of psychiatry. Vol 23, No 3. Washington (DC): American Psychiatric Publishing; 2004. p. 83-121.
6. Derogatis LR, Melisaratos N. The brief symptom inventory: an introductory report. *Psychol Med.* 1983;13(3): 595-605.
7. Kroenke K, Spitzer R, Williams J. The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *J Gen Intern Med.* 2001;16:606-13.
8. Butler AC, Chapman JE, Forman EM, Beck AT. The empirical status of cognitive-behavioral therapy: a review of meta-analyses. *Clin Psychol Rev.* 2006;26(1):17-31.
9. Chambless DL, Ollendick TH. Empirically supported psychological interventions: controversies and evidence. *Annu Rev Psychol.* 2001;52:685-716.
10. Stuart S, Robertson M. Interpersonal psychotherapy: a clinician's guide. New York: A. Hodder Arnold; 2003.
11. Temple S, Gedde J. Psychotherapy for depression: current empirical status and future directions. In: Tyrer P, Silk K, editors. Cambridge textbook of effective treatments in psychiatry. Cambridge: Cambridge University Press; 2007.
12. Yates WR, Bowers WA. Cognitive therapy for the medical-psychiatric patient. In: Stoudemire A, Fogel BS, Greenberg D, editors. Psychiatric care of the medical patient. 2nd edition. New York: Oxford University Press; 2000. p. 51-60.

13. DiTomasso RA, Martin DM, Kovnat KD. Medical patients in crisis. In: Dattilio FM, Freeman A, editors. Cognitive-behavioral strategies in crisis intervention. 2nd ed. New York: Guilford Press; 2000. p. 409-28.
14. Klerman G, Weissman M, Rouinsaville B, Chevron E. Interpersonal psychotherapy of depression. New York: Basic Books; 1984.
15. Beck AT, Rush J, Shaw B, Emery G. Cognitive therapy of depression. New York: Guilford Press; 1979.
16. Beck A, Emery G. Anxiety disorders and phobias: a cognitive perspective. New York: Basic Books; 1986.
17. Padesky CA. Socratic questioning: changing minds or guided discovery. Keynote address delivered at the European Congress of Behavioural and Cognitive Therapies; September 24, 1993; London, UK.
18. Westbrook D, Kennerley H, Kirk J. An introduction to cognitive behaviour therapy: skills and applications. London: Sage; 2007.
19. Stuart S, Noyes R. Interpersonal psychotherapy for somatizing patients. *Psychother Psychosom.* 2006;75:209-19.