

## مواجهة المريض الصعب: فهم ما حدث بالضبط

### The Difficult Patient Encounter: Understanding What Just Happened

راشيل أ. خان و ماري ج. فيتز - جيرالد

#### سؤال الاستشارة النمطي

"إننا بحاجة إلى مساعدتكم بشأن رجل في الرابعة والستين من عمره ويعاني من داء كلوي بالمرحلة النهائية، ويغسل الكلى بطريقة الديال الدموي. ولقد تم طرده من كل مراكز الغسيل الكلوي الأخرى؛ بسبب سلوكه البغيض. وهو الآن يصرخ ويوبخ بقسوة أعضاء الفريق الطبي، وقد يُمنع من دخول الوحدة عندنا لهذا السبب. هل هناك ما يمكن عمله لضبط سلوكه؟"

غالبًا ما تأتي هكذا استشارة من أعضاء فريق طبي محبط وحائر، يبحث في يأس عن حل لمريضهم "الصعب" (difficult) هذا. وفي هذه الاستشارة يُطلب من الطبيب النفسي أن "ينقّض" ويتعامل مع هذا المريض بسرعة؛ لأن الفريق الطبي الأساسي عجز عن ذلك. ولكي ينجز الحل الناجح لهذه المشكلة، فإن من المهم للاستشاري النفسي، ليس فقط أن يفهم الأسباب الأساسية لسلوك المريض، بل عليه كذلك أن يفهم المشاعر التي تولدت لدى الفريق المعالج من جراء هذه المشكلة.

#### تمهيد

عندما يُسأل الطلاب بكلية الطب: لماذا دخلوا هذا التخصص؟ فإن الإجابة الشائعة تتضمن الرغبة في مساعدة الآخرين، والمساهمة في رخاء البشرية. ومع ذلك، فإنه بعد سنوات قليلة من الممارسة الطبية، فإن كثيرًا من الأطباء سيعترفون - بلا غضاظة - بأنهم يشعرون بالغضب والإحباط والنقص، وكذلك يحملون أحيانًا مشاعر

سلبية قوية نحو المرضى (1). وقد أظهرت الدراسات أن ١٥٪ من المرضى يُصنّفون من قبل أطبائهم على أنهم يصعب التعامل معهم (2). إن المرضى الذين يصعب التعامل معهم يوصفون بالآتي (1)، (2):

• أعراض جسدية غامضة ومعمّمة.

• الاكتئاب.

• القلق.

• عدم الانتظام على الأدوية.

• اضطراب الشخصية.

• طلبات كثيرة وزيارات متكررة.

ومن المهم أن نتذكر أن الإصابة بالعلة الطبية، والإقامة داخل المستشفى أمران ضاغطان ومزعجان حتى بالنسبة لأكثر الأشخاص قدرة على التكيف مع ضغوط الحياة. أولاً: إن المرور بتجربة المرض القاسي، الذي يؤدي إلى التنويم بالمستشفى، أمر متفق على أنه يمثل إصابة نرجسية؛ ولذا يجب على المرضى أن يُعيدوا فحص رؤاهم عن ذواتهم، وأن يعالجوا أي مشاعر للحصانة ضد المرض قد يحملونها، بينما يواجهون كذلك حقيقة أن الدنيا زائلة. فهذا ربما يقود المريض لكي يشعر بأنه معيب وضعيف وغير مرغوب به (3). ثانياً: أن التنويم في مستشفى أمر غير مريح إطلاقاً، ويجبر المريض على تحمّل التعرض لتعري جسده من جراء ارتداء ملابس رقيقة ومتهاكة، وكذلك التعرض لانتهاكات شخصية وجسمية أيضاً. وأخيراً، فإنه يتم فصل المرضى عن بيئاتهم المعتادة المريحة، والدعم الاجتماعي المحيط بهم، وفوق ذلك يتوقّع منهم القبول بدرجة معينة من الاعتمادية على مقدمي الرعاية لهم (3).

ومع ذلك، ورغم كل هذه العوامل، فليس كل المرضى من النوع "الصعب"، وليس كل المرضى الذين يصعب التعامل معهم بحاجة لاستشارة طبيب نفسي. إن المرضى الذين يستثيرون ردود فعل عاطفية قوية، مثل "النفور، أو الخوف، أو اليأس، أو الحقد" لدى مقدمي الرعاية لهم؛ هؤلاء المرضى هم الذين يفرضون الاستشارات العاجلة المحبّطة المذكورة آنفاً (4). كما أنه غالباً وليس دائماً ما يعاني هؤلاء المرضى من اضطرابات شخصية، وهو ما يفسر حجم المشاعر السلبية التي يثيرونها لدى الآخرين. ومن أجل مساعدة كل من هؤلاء المرضى وفرقهم المعالجة، لكي يتجاوزوا هذه الظروف؛ فإنه مهم جداً أن يفهم الاستشاري ما يُشكّل هيكل الشخصية (أساليب التكيف والآليات الدفاعية)، إضافة إلى المشاعر التي يحسُّ بها الفريق الطبي الأساسي (الإنقال المقابل) (Countertransference) (3,5). ومن خلال فهم هذه العوامل النفسية الديناميكية، يمكن للاستشاري الحاذق أن يتعامل مع أشد هؤلاء المرضى "عبئاً" و "إثارة للكراهية" (4).

### الإجراءات التشخيصية

غالبًا ما تشمل الإجراءات التشخيصية في هذه الحالات، التعرف إلى الطراز السلوكي المتكرر من قبل المريض، والاستشعار الشديد من الطبيب لردة فعله تجاه المريض، والذي يُمكن أن يوفر مفاتيح قيمة لعملية التشخيص.

### أنواع الشخصية

لكل فرد من الناس شخصية، وهي مجموعة من الخصائص التي تجعل الفرد ميلاً للتفكير، والشعور، والتصرف، بطرق معينة في مواقف متنوعة. وتشكل الخصائص التي تولد مع الفرد، وكذلك الخصائص المتأثرة بالبيئة؛ شخصية الفرد وتنحت مزاياها (6). ويحدث اضطراب الشخصية، عندما يستخدم الفرد نسقاً من الشخصية، يتسم بالجمود، أو التطرف، أو عدم التكيف، أو المدمر للنفس أو للآخرين، والذي ينشأ عنه ضعف في بناء العلاقات "البين شخصية"، والمجالات الاجتماعية والمهنية (5).

ومع ذلك، وكما ذكرنا من قبل، فإنه ليس كل المرضى الذين يصعب التعامل معهم لديهم اضطراب في الشخصية، والعكس بالعكس. ولهذا، فمن المفيد أن نفحص مفهوم أنماط الشخصية، والتي تتواجد على مقياس متصل باضطرابات الشخصية الجدول رقم (٣،١). وفي ظل الظروف والمواقف المجهدة، ربما ينتكس بعض الأفراد، أو يظهرون أنماطاً شخصية تتعارض مع سلوكهم المعتاد، أو ربما يظهرون أشكالاً متطرفة من سلوكهم المعتاد. ومن المهم أن نلاحظ أن الكثير من المرضى، لا يمكن تصنيفهم في نسق محدد من أنماط الشخصية، بل إنهم قد يُظهرون أنساقاً مختلفة من أنماط شخصية متعددة. ولكن فهم أساسيات هذه الأنماط من الشخصية، سوف يساعد الاستشاري على فهم كيف يعيش المريض تجربة مرضه، ويساعده كذلك على الفهم، والتعرف إلى أي مشاعر للإنقال المقابل، التي قد تنشأ لديه تجاه المريض (3)، (5)، (6).

الجدول رقم (٣،١). اضطرابات/ أنواع الشخصية وردود فعل الإنقال المقابل.

رد الفعل الإنقالي المقابل من الطبيب المعالج	اضطراب الشخصية المصاحب لها	نمط الشخصية
مبدئياً يشعر بالقوة، ويفرح بأنه مُحتاج إليه. فيما بعد يصبح منهكاً، سريع التهيج، غاضباً، تجنبياً/ انسحابياً.	الشخصية الاعتمادية/ الشخصية الهستيرية(التمثيلية)	محتاج - لزج

تابع الجدول رقم (٣, ١).

رد الفعل الإنقائي المقابل من الطبيب المعالج	اضطراب الشخصية المصاحب لها	نمط الشخصية
مبدئيًا يعجب باجتهاد المريض، ثم يحبط بعد ذلك بسبب صعوبة السيطرة عليه وصراع الإرادات بينهما.	الشخصية الوسواسية القهرية	مرتب _ مسيطر
منزعج ومحبط من ضعف المريض.	الشخصية التجنبية	خجول _ خائف
بداية: فرح بالإطراء ومفتون بالمريض، ويشعر بالاستثارة، ويرغب في إنقاذ المريض. ثم لاحقًا يشعر بالإرهاك والغضب، ويحاول تجنب المريض.	الشخصية الهستيرية (التمثيلية)	تهويلي _ انفعالي
مقهور، بائس، عاجز، وشاك في قدراته.	الشخصية الحدية وبعض أنواع الشخصية المضادة للمجتمع.	مازوشي (Masochistic)
يشعر بأنه مُستغل، ويفضح كذب المريض ويعاقبه.	الشخصية المضادة للمجتمع	بارد _ مخادع
قد يستمتع الطبيب بالعمل مع الأشخاص المهمين (إذا كانوا مشهورين). وربما يرغب في وضع المريض في حجمه الطبيعي، أو يقلل من أهميته، وربما يشعر بالانحطاط ودنو مرتبته مقارنة بالآخرين.	الشخصية النرجسية	فوقي _ انتقادي
دفاعي، يشعر بأنه متهم.	الشخصية الشكاكة	متحفظ _ شكاك
الرغبة في كسر عزلة المريض، والشعور بفقدان الاتصال مع المريض، وأنه معزول ومبعد من المريض.	الشخصية الفصامانية (Schizoid PD)	غير ودي _ انعزالي
الرغبة في إزالة غموض المريض وغرابته، والشعور بأنه معزول ومبعد من المريض.	الشخصية الفصامية (Scizotypal PD)	غريب الأطوار

## أنساق التلاؤم (Coping Styles)

هناك نسق مهم آخر من أنساق الشخصية، وهو كيف يتكيف الفرد. وبشكل كلاسيكي، يمكن القول بأن التلاؤم (التكيف) يُعرف بأنه كيف يتعامل الفرد، وكيف يحاول تغيير المواقف الضاغطة. وقد يكون هذا مرتكزاً على حل المشكلات أو على الانفعالات. ومن الأمثلة للتلاؤم الذي يركّز على المشكلات، البحث عن المعلومات، والتخطيط، والقيام بفعل ما. وأما التلاؤم المرتكز على الانفعالات، فيشمل التركيز على الجوانب الإيجابية للموقف الضاغط، والانفصال الذهني أو السلوكي عن الموقف الضاغط، والبحث عن الدعم العاطفي من الآخرين (7). وعادة ما يستخدم المتلائمون الأصحاء مزيجاً من التلاؤم المرتكز على كل من المشكلات والانفعالات، وذلك للتعامل مع موقف ضاغط محدد، وكذلك يستخدمون استراتيجيات مختلفة في مواقف متنوعة. فهم متفائلون، وعمليون، ومرنون، ورابطو الجأش، ويفكرون في النتائج المحتملة، ويركزون على المشاكل العاجلة. أما هؤلاء الذين لا يستطيعون التلاؤم، فهم سلبيون وكثيرون الإنكار، ويحملون وجهات نظر جامدة وضيقة. وغالباً ما يكونوا عاجزين عن اتخاذ القرارات، لكن بالرغم من ذلك، فإنهم يتصرفون أحياناً بشكل مندفع ومسائر للآخرين بشكل غير متوقع (8).

ورغم أن هناك مئات من أنساق التلاؤم، قد تم وصفها في دراسات متعددة، إلا أنه توجد دراسة جيدة تستخدم (الاستبانة المنقحة لطرائق التلاؤم)، والتي تحدّد ثماني مجموعات فرعية مميزة (3)، (7)، (8) الجدول رقم (٣.٢). ويرتبط بكيفية تلاؤم الفرد مع المرض، كيفية رؤية المريض لمرضه، والتي تُعرف كذلك بسلوك المرض. ويحدث التلاؤم السليم عندما يرى المريض مرضه على أنه تحدٍّ، أو استراتيجية، أو ذا قيمة. وعلى العكس من ذلك، فإن التلاؤم الضعيف مرتبط برؤية المرض على أنه عدو، أو عقاب، أو ضعف، أو راحة، أو خسارة لا يمكن تعويضها (3).

الجدول رقم (٣، ٢). أنساق التلاؤم.

الوصف	نسق التلاؤم
عدائي، ويقوم بجهود هجومية لتغيير الموقف.	مواجه
جهود للفصل الذهني للذات عن الموقف.	إبعادي
محاولة الفرد ضبط مشاعره أو أفعاله.	ضبط الذات
محاولة البحث عن دعم عاطفي، أو معلومات من الآخرين.	البحث عن الدعم الاجتماعي
قبول دور شخصي له في المشكلة.	قبول المسؤولية وتحملها

تابع الجدول رقم (٢، ٣).

الوصف	نسق التلاؤم
يبدل جهده للهروب من المشكلة وتجنبها، سواء بطريقة ذهنية أو سلوكية.	الهرب وتجنب المشكلة
محاولة إيجاد حلول لتغيير الموقف.	حل المشاكل بالتخطيط
إعادة صياغة الموقف، ووضع المشكلة بإطار أكثر إيجابية.	إعادة تقييم الموقف بطريقة إيجابية

### آليات الدفاع

بينما تُعرّف أنساق التلاؤم بأنها عبارة عن أفعال سلوكية تطبّق بشكل واع، فإن آليات الدفاع هي عبارة عن عمليات نفسية غير واعية، يستخدمها المرضى للتعامل مع الواقع، وللحفاظ على صورة الذات. ويستخدم جميع الأفراد آليات الدفاع لحماية أنفسهم من القلق، ولتوفير ملاذ من موقف لا يمكن للفرد في ذلك الوقت أن يتلاءم معه. وغالباً ما يستخدم الأصحاء آليات دفاعية مختلفة طوال مدة حياتهم، بينما يحدث الاستخدام المرضي عندما يؤدي الاستخدام المتواصل لبعض الدفاعات إلى سلوك غير تكيفي، يؤثر على الصحة الجسمية والعقلية للفرد (3)، (5). وإضافة إلى ذلك، يبدو أن هناك علاقة قوية بين أنساق التلاؤم، وآليات الدفاع الصحية منها وغير الصحية (9).

نموذجياً، ترتّب الدفاعات داخل تسلسل هرمي تكيفي يتكون من دفاعات: ذهانية، وغير ناضجة، وعصابية، وناضجة (3)، (5) الجدول رقم (٣، ٣). وغالباً ما تقع الدفاعات التي يستخدمها المرضى الذين يصعب التعامل معهم في فئة "غير ناضجة"، وهذه هي خصائص الكتلة "ب" من اضطرابات الشخصية: (العدائية للمجتمع، والحدية، والهستيرية (التمثيلية)، والرجسية). وهذه الدفاعات غالباً ما تكون مزعجة للآخرين؛ لأن هذا النسق من الدفاعات ينقل خجل هؤلاء المرضى ونزواتهم وقلقهم لغيرهم ممن حولهم (3). أما الدفاعات العصابية التي يمكن أيضاً أن تكون ضعيفة التكيف، فيعايشها المريض بشكل أكثر خصوصية، ولا تزعج الآخرين عادة؛ لأنها لا تشوّء الواقع كثيراً. وبساطة يمكن القول: إن الدفاعات غير الناضجة تجعل من حول المريض يعاني، بينما الدفاعات العصابية تجعل الذات هي التي تعاني (3).

الجدول رقم (٣,٣). الآليات الدفاعية الشائعة في الاستخدام.

آلية الدفاع	الوصف
الناضجة :	
الفكاهة (humor)	إبراز الجوانب المسلية والساخرة للصراع أو المواقف الضاغطة.
التصعيد (sublimation)	تحويل مسار النزوات غير المقبولة إلى أنشطة بناءة.
الكبت (suppression)	الاستبعاد المقصود لأشياء من الوعي.
العصابية :	
الإزاحة (displacement)	نقل الأفكار والمشاعر والرغبات غير المقبولة من شيء لآخر أقل خطورة وتهديداً.
عزل الشعور (isolation of affect)	فصل الفكرة أو الحدث المؤلم عن المشاعر المتصلة به.
العقلنة/الترشيد (rationalization)	ابتكار سبب منطقي ومقبول اجتماعياً لعدم التأثر بالحدث.
التشكل التفاعلي (reaction formation)	الاتجاه نحو الطرف النقيض للتعويض الزائد عن وجود دوافع غير مقبولة.
الكظم (repression)	نسيان لا إرادي لحدث مؤلم.
غير ناضجة:	
التمثيل العصابي (acting out)	القيام بتصرف ما للتعبير عن صراعات عاطفية غير واعية، وغالباً ما تكون معادية للمجتمع.
التقليل من القيمة (devaluation)	تضخيم الصفات السلبية للغير.
إضفاء المثالية (idealization)	تضخيم الصفات الجيدة في الذات أو في الغير.
العدوان السلبي (passive aggression)	تعبير سلبي وغير مباشر عن الغضب نحو الآخرين.
الإسقاط (projection)	نسب الرغبات والدوافع الشخصية غير المقبولة إلى الآخرين.
التقهقر (regression)	تراجع الشخصية لمستوى أقل من التعبير عن الذات.
الشرط (splitting)	تقسيم الناس والأفعال إلى فئتين، إما (حسن مئة في المئة)، أو (سيء مئة في المئة).
الذهانية:	
التعيين الإسقاطي (projective identification)	إسقاط جانب سلبي للذات على الآخر، ثم إجبار الآخر على التماهي مع العاطفة المسقطة عليه.
الإنكار الذهاني (psychotic denial)	ال فشل في التعرف إلى مقتضيات أو نتائج واضحة لفكرة، أو عمل، أو موقف.

وهذا المفهوم (مفهوم الدفاعات) ينبغي أن يتعلمه الاستشاري؛ لأنه سيساعده على التوقع، وإيجاد الطرائق للتعامل مع السلوك الناتج عن هذه التفاعلات، وسيمنع حدوث الأذى لشخصه من جراء هذه الأفعال (5)، (10). فمثلاً الوعي بالية "الخطر"، يجعل الطبيب النفسي الاستشاري ذكياً في معرفة إشارات التحزيب لأعضاء الفريق الطبي، على أنهم إما مقدمو رعاية "خيرون جداً"، أو مقدمو رعاية "أشرار جداً"، أو أي إشارات لصراع محتمل بين الاستشاري والفريق الطبي. كما أن الوعي بوجود آليات إضفاء المثالية، أو التقليل من القيمة؛ سيجعله يدرك أن الإطراء البراق قد يتبعه مباشرة نقد لاذع. ورغم أن تفسير هذه الدفاعات، قد يكون معرفته مفيدة بالنسبة للاستشاري والفريق المعالج الأساسي، إلا أن مواجهة المريض مباشرة بهذه التفسيرات، عندما يكون في حالة مرضية حادة؛ قد تكون مخوفة بالمخاطر. وكما ذكرنا آنفاً، فإن هذه الدفاعات غير واعية عموماً؛ ولذا فإن التفسير غير المناسب والمواجهة، لن تؤدي إلى فهم أو تنوير في عقول هؤلاء المرضى، بل على العكس، فقد يحدث تصعيد للغضب والسلوك العدواني (10)، (11).

#### الإنقال المقابل (Countertransference)

بما أنه من الضروري أن نفهم المكونات التي تحرك المريض في "المواجهة الصعبة"، بينه وبين طبيبه، فكذلك نحتاج إلى أن نفهم العوامل التي لها تعلق بالطبيب. فمثلاً: هل يتمسك الطبيب بمنهج "الطبيب ضد المريض"؟ وأعني بذلك إلى أي مدى يتبع الطبيب النموذج الطبي الصارم في علاقته بمريضه، في مقابل المنهج النفسي الاجتماعي الأكثر تسامحاً. علاوة على ذلك، فإن مدى قدرة الطبيب على تحمّل الغموض، ورغبته في مواجهة المخاطر؛ تؤديان دوراً في تحديد أي من المرضى سيجد الطبيب صعوبة في التعامل معهم (2)، (11). ومع ذلك كله، فقد يكون أصعب عامل يواجهه الطبيب في هذه المواجهات، هو الإنقال المقابل، والذي يحدث في أثناء رعاية المرضى (الصعبين). كلاسيكياً، فقد فسّر الإنقال المقابل على أنه ردود أفعال على مريض ما، وهي تمثل خبرات حياتية ماضية للطبيب. ومن أمثلة ذلك امرأة عجوز وضعيفة تنال مزيداً من الاهتمام والرعاية من طرف طبيبها؛ لأنها تُذكره بوالدته. ومثال آخر لمريض صغير السن مُصاب بالسكر، يتم توبيخه بشدة لعدم تناول الأدوية من جانب الممرضة، التي لها طفل يعاني أيضاً من السكر، ولا يتناول الدواء بانتظام (5). وحديثاً، تطوّر مفهوم الإنقال المقابل ليشمل كل مشاعر الطبيب واتجاهاته نحو المريض، والتي تنشأ بسبب عوامل لها علاقة بالطبيب والمريض على حد سواء (5)، (12).

وردود أفعال الأطباء هذه، التي منشؤها المريض، قد صنّفها "جروفر" على أنها كلاسيكياً تشمل الكراهية، والخوف، واليأس، أو حتى الحقد (4). ومع ذلك، فإن هذه الردود السلبية ليست الأنواع الوحيدة من الإنقال

المقابل ، وليست كذلك الأنواع الوحيدة من المشاعر التي يجب أن تنال مزيداً من الاهتمام. فالمرضى الذين يولّدون مشاعر إيجابية قوية، ينبغي مراقبتهم عن كثب؛ لأن هذا الأمر قد ينبئ عن حصول مشاعر معاكسة لاحقاً، كالتقليل من القيمة، أو حتى تعدي الطبيب حدود العلاقة السوية مع مريضه، في محاولة "لعمل كل شيء ممكن"؛ من أجل المريض (4)، (5)، (13). إن كل نوع من أنواع الشخصيات، وكل اضطراب في هذه الشخصيات، قد يُولّد مجموعة خاصة من مشاعر الإنقال المقابل في الأطباء. ولذا فإن وعي الطبيب بهذه المشاعر، يجعل الطبيب يتفهم الوضع أكثر، ويقدم رعاية أفضل للمريض (5)، (6) جدول رقم (٣,١).

### المريض البغيض

كما ذكرنا في السابق، فإن المرضى قد يكون منهم مرضى يصعب التعامل معهم لأسباب مختلفة، مثل (اضطراب الهذيان الهائج)، لكن القليل من المرضى، هم الذين يربكون الفريق الطبي الأساسي، مثل هذا المريض "البغيض"، الذي يعدُّ المثال الجوهرى للمريض "الصعب". لقد قدّم "جروفز" في مقاله المؤثر المعنون: "بالعناية بالمريض البغيض" (4) أربعة أنساق بين شخصية مميزة لهذا النوع من المرضى، الذين يثيرون مشاعر "العجز" عند مقدمي المساعدة أو الخدمة لهم، وهم: الاعتماديون المتصقون، والمستكبرون كثيرو المطالب، والمتلاعبون رافضو المساعدة، والمنكرون المدمرون لذواتهم (4). وكل نوع من هذه الأنواع، يمكن ربطه بنسق شخصية كلاسيكية أو اضطراب، مع أساليب تكيف فريدة، وآليات دفاعية، وردود فعل إنقال مقابلة، الجدول رقم (٣,٤).

الجدول رقم (٣,٤). المريض البغيض.

المريض البغيض	الشخصية المصاحبة	آليات الدفاع	أنساق التلاؤم	الإنقال المقابل من الطبيب
الاعتماديون المتصقون (Dependent Clingers)	الاعتمادية، والهستيرية (التمثيلية).	التقهقر، والعدوان السلبي، وإضفاء المثالية على الآخرين	البحث المفرط عن الدعم الاجتماعي.	الشعور بالقوة والتميز، ثم الشعور بالإرهاك، والرغبة في الهرب.
المستكبرون كثيرو المطالب (Entitled Demanders)	الترجسية	إضفاء المثالية على الذات، وانتقاص الآخرين، والإسقاط، والشطر.	المواجهة	خائف على سمعته، غاضب من كثرة المطالب، الاستحياء، الشعور بالانحطاط.

تابع الجدول رقم (٤، ٣).

المرضى البغض	الشخصية المصاحبة	آليات الدفاع	أنساق التلاؤم	الإنقال المقابل من الطبيب
المتلاعبون رافضو المساعدة (Manipulative Help-rejecters)	الحدية	الشرط، التعيين الإسقاطي، إضفاء المثالية/ انتقاص الآخرين.	الهرب-التجنب (-escape avoidance) البحث عن الدعم الاجتماعي.	القلق، تجاهل علة المريض، سرعة الهياج / الإحباط / الاكتئاب / الشك في قدرات الذات.
المنكرون المدمرون لأنفسهم (Self-destructive Deniers)	العدائية للمجتمع أو أي نوع من شخصيات تكتل (ب).	الإنكار البدائي، التمثيل العصبي، التقليل من قيمة الآخر.	التباعد، الهرب - التجنب	الغضب / الحقد، تمنى وفاة المريض.

### الاعتماديون المتصقون

كما وصفهم "جروفز" سابقاً، فإن هؤلاء الاعتماديين المتصقين مبالغون في إظهار مسكنتهم، وتكرر صيحاتهم لجلب كافة أنواع الانتباه الذي يمكن تخيله (4). ويظهرون أنهم عاجزون تماماً عن حل المشاكل بأنفسهم، أو حتى تهدئة أنفسهم، وهم دائماً يبحثون عن المساعدة من الآخرين (3). وهذا النوع يطابق مرضى اضطرابات الشخصية الاعتمادية، بالرغم من أن المرضى الهستيريين (التمثيليين)، الذين يظهرون اعتمادية طفولية مستمرة، ويظهرون نكوصاً في سياق المرض الطبي؛ هم أيضاً من هذا النوع (3)، (5).

ومن شواهد هذا النوع، رجل في الخامسة والأربعين من العمر يعاني من مرض وعائي محيطي، وقد أُجري له أيضاً بتر لساقه من أسفل الركبة، وهو الآن يصرخ ويبكي في وحدة المستشفى المنوم فيها. ويصبح متوتراً ومُبتسماً بشكل أكبر عندما يكون وحيداً في الغرفة، ولذا ينادي على الممرضات بشكل متواصل. وعندما تزوره أسرته، يطلب اهتمامهم المطلق، وأن يطعموه ويساعدوه على شرب السوائل، بل ويحكوا له أنفه، رغم أن يديه تتحركان دون أي مرض. لقد تراجع هذا المريض في سياق هذا الضغط الحاد، وأصبح يتصرف بشكل طفولي. ورغم عدم وضوح أنماط العدوان السلبي وإضفاء المثالية في هذا المثال، إلا أنهما من سمات الاعتماديين المتصقين. إنهم يستخدمون أنساق تلاؤم ضعيفة، مثل الإفراط في السعي وراء الدعم الاجتماعي، وعدم تحمل أي مسؤولية

شخصية، وقلما يتكيفون باستخدام وسيلة "إعادة تقييم الموقف بطريقة إيجابية" (3)، (5). وليس من المستغرب، أن نجد هؤلاء المرضى، يولدون الإحساس بالضجر والبغض في قلوب من يقدمون الرعاية لهم (4). وابتداءً، فإن الأطباء المشرفين على رعاية هؤلاء المرضى، يشعرون بالإطراء، والفخر، والاستثنائية، والقوة مع رغبة قوية في رعاية هؤلاء المرضى وإنقاذهم، لكن سرعان ما يشعر هؤلاء الأطباء بالإرهاك مع احتياجات وطلبات للانتباه لا تنتهي من قبل هؤلاء المرضى (4)، (5).

### المستكبرون كثيرو المطالب

إذا كان هناك من كلمة واحدة تصف هؤلاء المرضى بدقة، فهي "نرجسيون". فهم متغطرسون، ومغرورون، وانتقاديون، ويقللون من قيمة الآخرين، كما أنهم شديدي الإلحاح والمطالبات؛ ولذا يسهل التعرف إليهم. لكن رغم هذا الموقف المتعالي تجاه الآخرين، إلا أن هدفهم هو هدف الاعتماديين الملتصقين نفسه، وهو جذب انتباه الغير بشكل مستمر، وخاصة الفريق المعالج، وتجنّب "رعب الهجران"، وأن يتركهم الناس بمفردهم (3-5).

ومن أمثلة هذا النوع من المرضى، رجل في السادسة والخمسين من العمر دخل المستشفى بسبب مضاعفات مرض الإيدز (متلازمة العوز المناعي المكتسب). وخلال فترة إقامته في المستشفى، كان دائم التعدي على الفريق الطبي والأطباء، وكذلك التقليل منهم وازدرائهم، بما فيهم الأعضاء الأقل مرتبة ضمن فريق الطب النفسي الجسدي. وكان يبدو سعيداً لسماع أن حالته فريدة، ويطلب أن يأتي مدير الخدمة النفسية الجسدية لمقابلته شخصياً. وعندما وصل المدير لمقابلته قام المريض على الفور بالتعليق: "إن لديك بطناً كبيراً، وأنت ترتدي كل هذه الملابس"، ثم يقول: "ما ثمن هذه الملابس؟ مائة دولار؟ ألف دولار؟ إنك تستطيع إطعام مئة من الأطفال الجوعى في إفريقيا بثمن هذه الملابس"، "أمل أن تتمكن من العيش مع نفسك".

ومن الصعب ألا تشعر بالحيرة من هذا الإحساس المتأصل بالاستحقاق والرفعة التي يشربها هؤلاء المرضى. وغالباً ما تنشأ رغبة قوية لمواجهة هؤلاء المرضى بقوة، لوضعهم في أماكنهم التي يستحقونها، ولتثبيت لهم أنهم ليسوا أفضل من باقي المرضى. لكن هذا الإحساس بالعظمة والتمجيد الذاتي، وتقليل قيمة الآخر، يعدُّ استراتيجية دفاعية ضد الإحساس بالانحطاط الذاتي، وللحفاظ على شعور المريض بقيمة ذاته (4)، (5). إن المرض الذي هو إصابة نرجسية لأي أحد، يمثل ضربة قاتلة للمريض النرجسي، وتتركه مغموماً ضئيلاً مهيناً. ولكي يتأقلم مع هذا، يصبح شخصاً يهوى المواجهة، مع ضعف في إظهار القدرة على الضبط الذاتي أو حل المشكلات (3)، (5).

### المرضى المتلاعبون رافضو المساعدة

هؤلاء المرضى متناقضون ، فعلى جانب تجدهم باحثين عن العلاج عن طريق الذهاب المتكرر لأكثر من طبيب ، ولكن على الجانب الآخر تجدهم يخربون الحلول العلاجية المقدمة لهم ويرفضونها. كما وصفهم "جروفز" بأنهم: "لوهلة يبدو معتدين بأنفسهم وراضين ، لكن سرعان ما يعودون مرّات وكرّات قائلين: إن النظام العلاجي لم ينفذ معهم" (4). ونظراً لأن شخصيتهم شخصية ماسوشية ، فإنهم يحاولون الحفاظ على علاقة مع أطبائهم من خلال معاودة ظهور ، أو إساءة حالتهن المرضية من جديد (3).

ومن الأمثلة على هذا النوع ، امرأة في الثامنة والستين من عمرها ، غادرت مؤخراً أحد المستشفيات ضد النصح الطبي ، وقدمت إلى قسم الطوارئ لمستشفى آخر ؛ بسبب تدهور حالة "الوذمة" بالأطراف السفلى. وبعد تقييمها اتضح أنها تعاني من فشل القلب الاحتقاني ، وأدخلت المستشفى ، وفي أثناء إقامتها ظهرت متعاونة في البداية مع الفريق الطبي الأساسي ، ولكن مع تحسّن حالتها ، أصبحت متسلطة وعدائية مع الفريق الأساسي ، وتشكو أن المياه الخاصة بها مليئة بالثلج ، وأن القهوة لا تُقدّم في موعدها ، وأن الممرضات لا ينظرن إليها على نحو لائق. وبسبب ضجرها هذا ، طلبت مغادرة المستشفى (ضد النصح الطبي) ، معللة ذلك بأنها ستجد معاملة أفضل في مكان آخر. وعند إحضار سجلاتها من المستشفى الآخر ، اكتشف أن السيناريو نفسه حدث لها هناك.

لماذا يعود هذا الشخص إلى المستشفى مرة بعد مرة ، ثم لا يلبث أن يغادره قبل شفائه من مرضه؟ كما ذكرنا من قبل ، إنه المرض وليس العلاج ، الذي هو الأكثر أهمية. كما أن هؤلاء المرضى تعلموا أن الوقت الوحيد الذي يهتم فيه الآخرون بهم ، هو عند مرضهم ، ويصبح مرضهم مظهراً لهذه الرغبة (3). ورغم أن مرضى الاضطراب الجسدي الشكل والاضطراب المفتعل ، يمكن أن يقعوا ضمن هذه الفئة ، لكن أكثر الاضطرابات المصاحبة لهذا النوع تتمثل في "اضطراب الشخصية الحدية". ورغم وصفهم بأنهم أشخاص اعتماديون وعدائيون ، فإنهم يمكن أن يكونوا ملحين وملتصقين في الوقت نفسه (5). وباستخدام وسائل دفاعية ، مثل الشطر ، والتعيين الإسقاطي ، وإضفاء المثالية على الذات / وانتقاص الآخرين ؛ فإنهم يثيرون غضب الفريق المعالج ، ويجعلون الفريق يشعر بأنه يتم إجهاده والتلاعب به (5)، (10). وباستخدامهم المفرط للهروب - التجنب ، والبحث غير الناضج عن وسائل الدعم الاجتماعي ، فإن هؤلاء الأفراد يُقلّصون من قدرتهم على قبول المسؤولية وحل المشكلات ، أو القيام بإعادة تقييم الأمور بشكل إيجابي (3).

### المنكرون المدمرون لذواتهم

رغم أن "الإنكار" يعد دفاعاً غير ناضج ، إلا أن استعماله ليس دائماً مدمراً للذات. فبعض المرضى يستخدم الإنكار تكيفاً مع مرض جديد ؛ ليحميهم من بشاعة الموقف. وهذا النوع من الإنكار ، يساعد الأفراد على التصالح

مع ظروفهم الجديدة بشكل غير مربك أو ضار (3)، (4)، لذا فإن المنكر المدمر لذاته، ليس من هذا الطراز. إنهم مثل المرضى المتلاعبين الراضين للمساعدة، في كونهم يقدسون المرض. وكما وصفهم "جروفز" بأنهم "يتألقون بتدمير أنفسهم.. ويجدون متعة كبيرة في هزيمة محاولات الطبيب لإنقاذ حياتهم" (4).

ومن أمثلة هذا النوع شاب في السادسة والثلاثين من العمر، يعاني من مرض بالكبد في مراحلها الأخيرة، وقد أدخل المستشفى مراراً لتغيير حالته العقلية. ورغم حالته التي تسوء تدريجياً، استمر في شرب الكحول بإسراف، واستخدام مواد محظورة أخرى. وفي كل مرة يدخل فيها المستشفى، يطلب زرع كبد له، لكن يغضب بعد ذلك عند نصحه بالإقلاع عن الشرب واستعمال المخدرات؛ لأن ذلك ضرورة لاعتبارات زرع الكبد. وهو عدائي السلوك، وكثير السب للفريق الطبي، وكثير التهديد له في مواقف متعددة.

إن فهم هؤلاء المرضى قد يكون أمراً بالغ الصعوبة. وقد يتساءل الأطباء في بعض الأوقات: "لماذا يظل هذا المريض يذهب ويعود مرة أخرى إلى المستشفى؟" "لماذا لا يموت؟" وهذا بدوره قد يستدعي مشاعر الخجل والشعور بالذنب لدى مقدمي الرعاية له؛ مما يفاقم مشاعر اليأس والبغض لديهم (1)، (4). ورغم أن هؤلاء المرضى يمكن أن يكون لديهم أي اضطراب من اضطرابات الشخصية، لكن اضطرابات الشخصية من المجموعة (ب)، وخصوصاً بعض أنواع اضطراب الشخصية المعادية للمجتمع؛ هم أكثر اتصافاً بهذا النوع. والأفراد ذوو الشخصية المعادية للمجتمع، غالباً كاذبون، ومخادعون، وقلوبهم خالية من الرحمة، ومستغلون للآخرين (5)، (13). ويجب أن نلاحظ أن هؤلاء المرضى مهملون تماماً لأنفسهم، وقد لا يُقدِّرون ذواتهم، وهم عرضة للإدمان (5)، (13). كما أن تمثيلهم العصابي، وعدم تقديرهم للأفراد أو للذات، وإدمانهم؛ كل هذه الطرق تساعد على الابتعاد والهرب - التجنب للعالم الذي يشعرون أنه لا يحمل لهم أي خير يذكر (1)، (4)، (5).

## صنع القرار الطبي والعلاج

### التدبير العلاجي السلوكي

كما ذكرنا آنفاً، فإن العمل بنجاح مع هؤلاء المرضى يتطلب فهماً عميقاً لهم. إن معرفة الآليات الدفاعية، وأنساق التلاؤم التي يستخدمها المريض؛ تسمح للاستشاري وللفريق الأساسي أن يتعامل مع هذه المواقف الصعبة بطريقة مختلفة وبناءة، كما أن تفهم الطبيب بأن عدائية المريض وتلاعبه، إظهار غير سوي لحاجته الملحة لطبيبه بوصفه أمراً رؤوماً؛ سيساعده على أن يتعاطف مع المريض (4). وتشمل أسس ضبط المريض "الصعب" الآتي:

- اضمن تلبية الحاجات الأساسية للمريض ، كالأكل والخصوصية.. إلخ ، مع محاولة الحفاظ على فريق عمل طبي متوافق.
- حاول فهم المريض والتعاطف معه ، وإشعاره بتقدير الضغوط الفعلية التي يمر بها حالياً.
- تقبّل قصور المريض وضعفه ، وذلك بتجنّب المواجهة المباشرة لدفاعاته غير الناضجة ، أو أنساق التلاؤم الضعيفة الخاصة به.
- ضع حدوداً صارمة على التوقعات غير المعقولة بأن تكرر الإعلان بـ"أنه لكي يتم توفير أفضل رعاية طبية ممكنة..". لكن مع ذلك ، فإن عليك قبول الطلبات المعقولة حسب الاستطاعة.
- لا تواجه غضب المريض أو إدعائه بالاستحقاق بشكل مباشر.
- ناقش بشكل مهذب أية مخاوف غير متعلقة بشأن المرض أو العلاج ، التي قد يعاني منها المريض ، وقيم قدرته على الاستبصار بالواقع (تأكد من عدم مرور المريض بحالة ذهانية عابرة).
- تقبّل وجود الإنقال المقابل عند الفريق الطبي الأساسي وتعاطف معه ، وناقش مع أعضاء الفريق عالمية هذه المشاعر وانتشارها.
- استخدم الأدوية النفسية عندما يكون ذلك ملائماً.

### الفارماكولوجيا النفسية

رغم محدودية الشواهد العلمية لفوائد استخدام الأدوية النفسية في الاضطرابات الشخصية ، إلا أنها قد يكون لها بعض النفع. أولاً: يجب أن نتذكر أنه بالرغم من وجود تشخيص نفسي في المحور الثاني للدليل التشخيصي والإحصائي للأمراض النفسية ، المراجعة الرابعة (DSM-IV) في المقام الأول ، لكن المريض الصعب قد يكون لديه كذلك اضطراب نفسي في المحور الأول أيضاً. وبالتالي فهؤلاء الأفراد كثيراً ما يعانون من اضطرابات القلق ، والاضطرابات المزاجية ، وكذلك قد يمرضون بحالات ذهانية عابرة. وإضافة إلى ذلك ، فإن الاندفاعية والهيجان قد يحدثان أحياناً ، وتقدّم مثبتات المزاج ومضادات الزهان ، بعض النفع لهذه الأعراض. وبسبب ميل هؤلاء المرضى لإساءة استعمال المواد ، ومحاولات الانتحار ؛ لذلك فإنه يجب تقليص استخدام الأدوية التي يحتمل إدمانها ، وكذلك الأدوية التي قد تكون قاتلة لدى أخذها بجرعات مفرطة الجدول رقم (٣،٥) (5) ، (13).

الجدول رقم (٣,٥). الأعراض الشائعة التي ينبغي علاجها في المريض "البغيض".

الحالة	خط العلاج الأول	خط العلاج الثاني	ينبغي تجنبه
الاكتئاب/ القلق	SSRIs SNRIs ميرتازابين (Mirtazapine) بوبروبيون (Bupropion) هيدروكسيزين (Hydroxyzine)	ليثيوم (Lithium) أريبيرازول (Aripiparazol) الاكتئاب ثنائي القطب: كيوتيابين (Quetiapine) لاموتريجين (Lamotrigine)	المنبهات (Stimulants) TCAs and MAOIs (قاتلة في حالات الجرعات المفرطة) البتروديازيبينات (Benzodiazepines)
الأرق	ميرتازابين ترازادون (Trazodone) ميلاتونين وراملتيون (Melatonin/ Ramlteon) هيدروكسيزين	زولبيدم (Zolpidem) إسزوبكلون (Eszopiclone) كيوتيابين	البتروديازيبينات الأفيونات (Opiates)
سرعة التهيج/ الاندفاعية	دايفالبروكس (Divalprcex) كيوتيابين أولانزابين (Olanzapine) ريسبيريدون (Risperidone)	لاموتريجين أريبيرازول زيرازيدون (Ziprasidone) مضادات الذهان النمطية (الجيل الأول) أوكسكاربازيبين (Oxcarbapazine) كاربامازيبين (Carbamazepine) ليثيوم	البتروديازيبينات الأفيونات

مفاتيح الرموز:

MAOIs = مثبِّطُ أكسيداز أحادي الأمين.

SNRIs = موانع استرداد النورإبينفرين والسيروتونين.

SSRIs = الموانع الانتقائية لاسترداد السيروتونين.

TCAs = مضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقات.

يمكن أن يظهر المريض "الصعب" في طرائق شتى، لكن أكثر الأشياء إحباطاً وصعوبة في التفهم، ذلك النوع الذي وصفه "جروفز" بـ "المريض البغيض" (4). فهؤلاء المرضى يمثلون لغزاً لمقدمي الرعاية، ويسببون فوضى كبيرة،

وارتباكاً، وعدائية صريحة لدى مقدمي الرعاية لهم. ويتم استدعاء الاستشاري النفسي؛ ليجعل هؤلاء المرضى "يرحلون"، أو على الأقل يمتثلون للعلاج ويمكن التعامل معهم بشكل سهل. ولكن حتى بالنسبة للاختصاصي، فهذا ليس بالأمر الهين، إلا إذا تمكّن من الفهم العميق لهياكل شخصيات هؤلاء المرضى (آليات الدفاع، وأنساق التلاؤم)، كما يحتاج الاختصاصي إلى فهم الإنقال المقابل لدى الطبيب المعالج؛ كي يستطيع أن يشق طريق الحل داخل هذه المواقف الصعبة.

### المراجع References

1. Strous RD, Ulman AM, Kotler M. The hateful patient revisited: relevance for 21st century medicine. *Eur J Intern Med.* 2006;17(6):387-93.
2. Jackson JL, Kroenke K. Difficult patient encounters in the ambulatory clinic. *Arch Intern Med.* 1999;159(10):1069-74.
3. Groves MS, Muskin P. Psychological responses to illness. In: Levenson J, editor. *Textbook of psychosomatic medicine.* Washington (DC): American Psychiatric Publishing, Inc; 2005. p. 67-88.
4. Groves JE. Taking care of the hateful patient. *N Engl J Med.* 1978;298(16): 883-7.
5. Feinstein RE. Personality traits and disorders. In: Blumenfeld M, Strain JJ, editors. *Psychosomatic medicine.* Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2006. p. 843-65.
6. Miller MC. Personality disorders. *Med Clin North Am.* 2001;85(3):819-37.
7. Penley JA, Tomaka J, Wiebe JS. The association of coping to physical and psychological health outcomes: a meta-analytic review. *J Behav Med.* 2002;25(6):551-603.
8. Sclozman SC, Groves JE, Weisman AD. Coping with illness and psychotherapy of the medically ill. In: Stern TA, Fricchione GL, Cassem NH, et al., editors. *Handbook of general hospital psychiatry.* Philadelphia: Mosby; 2004. p. 61-8.
9. Bouchard G, Theriault VJ. Defense mechanisms and coping strategies in conjugal relationships: an integration. *Int J Psychol.* 2003;38:79-90.
10. Stoudemire A, Thompson TL. The borderline personality in the medical setting. *Ann Intern Med.* 1982;96(1): 76-9.
11. Smith S. Dealing with the difficult patient. *Postgrad Med J.* 1995;71(841):653-7.
12. Ozmen M. Transference and countertransference in medically ill patients. *Turk Psikiyatri Derg.* 2007; 18(1): 1-7.
13. Groves JE. Difficult patients. In: Stern TA, Fricchione GL, Cassem NH, et al, editors. *Handbook of general hospital psychiatry.* Philadelphia: Mosby; 2004. p. 293-312.
14. Groves JE. Management of the borderline patient on .a medical or surgical ward: the psychiatric consultant's role. *Int J Psychiatry Med.* 1975;6(3):337-48.