

لست مريضاً

لا احتاج المساعدة



كيف تساعد شخصاً مريضاً نفسياً بقبول العلاج

د. خافيير أمادور

طبعة السنة
العاشرة

ح (اللجنة الوطنية لتعزيز الصحة النفسية ، 1440 هـ

فهرسة مكتبة الملك فهد الوطنية أثناء النشر

أمدور ، خافير
لست مريضاً لاحتاج المساعدة. / خافير أمدور -. الرياض ،
1440 هـ

..ص ؛ ..سم

ردمك: 978_603_91162_1_9

1- الطب النفسي 2- العلاج النفسي 3- الامراض النفسية
أ.العنوان

ديوي 616.08 1440/ 1687

رقم الإيداع: 1440/1687

ردمك: 978_603_91162_1_9

لست مريضاً

لا احتاج المساعدة

كيف تساعد شخصاً مصاباً
بمرض عقلي بقبول العلاج

طبعة السنة العاشرة

تأليف: د.خافيير أمادور

شارك بالترجمة:

د.مازن خليل	د.حازم هاشم
د.محمد المقهوي	د.داخل الصاعدي
د.محمد عبدالمقصود	د.عبد الحميد الحبيب
د.ياسر بكار	ص.عبدالله سعد
	د.فهد المنصور

بيدا برس، نيويورك

2012

لست مريضاً، لا احتاج المساعدة

د.خافيير أمادور

حقوق الطبع محفوظة © 2010 - 2012 لفيدا برس، ال ال سي

جميع الحقوق محفوظة، تمت الطباعة في الولايات المتحدة الأمريكية، لا يجوز استخدام أي جزء من هذا الكتاب أو يعاد إنتاجه بأي طريقة كانت بدون موافقة كتابية مسبقة باستثناء حالة الاقتباس المختصر المتضمن في المقالات والمراجعات،

وللمعلومات، العنوان فيدا بر سال ال سي 1150 سميث رود، بيركونيك، نيو يورك 11958.

ومتوافر كذلك بتراجم أخرى ككتاب إلكتروني على الموقع الإلكتروني: www.vidapress.com و www.leapinstitute.org.

أمادور - خافيير، 1959.

لست مريضاً، لا احتاج المساعدة

كيف تساعد شخصاً مريضاً نفسياً بقبول العلاج.

طبعة السنة العاشرة / د.خافيير أمادور

تقنية ليب، "استمع، تعاطف، وافق، وشارك وجميع النسخ المسجلة علامة تجارية لمعهد ليب والمحمية طبقاً لقوانين المملكة المتحدة مكتب براءات الاختراع والملكية الفكرية والتي لن تستخدم بدون تصريح صريح لمعهد ليب.

كتب أخرى للدكتور خافير أمادور

أنا صح وأنت خطأ، ماذا بعد؟
أكسر الـ الطريق المسدود وأحصل على ما تريده
(هايبرون، 2008)

لست مريضاً ولا أحتاج المساعدة، الطبعة الثانية
(فيدا برس، 2007)

البصيرة والذهان، الطبعة الثانية
الوعي بمرض انفصام الشخصية والاضطرابات المتعلقة بها
(جامعة أكسفورد، إصدار، 2004)

لست مريضاً ولا أحتاج المساعدة،
(فيدا برس، 2000)

وحيداً في عالم من الأزواج
(فري برس 1998)

عندما يقع الشخص في الحب يكتب
كيفية المساعدة بدون أن تخسر نفسك
(فاير سايد، الطبعة التجارية، 1997)
(فري برس، 1996)

يتم التبرع بجزء من عائد بيع الكتاب للتحالف الوطني للأمراض العقلية.
للاتصال بدكتور أمادور وللمعلومات حول هذه الكتب، وتقنيات لبيب وجدول المخاطر

www.LEAPInstitute.org

المحتويات

9	مقدمة لـ: بيتي إيرلي
12	المقدمة لطبعة السنة العاشرة
15	الجزء الأول: الحقيقة حول إنكار المرض
16	1- مشكلة شائعة
25	2- البقاء في اللعبة
34	3- أصل المشكلة
47	بحث جديد حول عمى العاهة (هل من ترجمة أفضل؟؟)
50	الجزء الثاني: كيفية المساعدة باستخدام تقنية ليب
51	4- الاتجاه الصحيح والخاطئ
57	5- تعليم ليب
65	6- الاستماع
100	7- التعاطف
108	8- الموافقة
117	9- المشاركة
125	الجزء الثالث: البقاء في حماية والخطوات التالية
	10- لا تفقد حراستك
126	مشكلة عدم الالتزام ((الانتظام))
128	11- التدخلات الأولية
135	12- التدخلات التطوعية الاجبارية
145	13- كيف تفعلها
157	14- كيف ينجح العلاج
163	15- المفاجأة

167	الجزء الرابع: النظرية والبحث والمشورة العملية حول ليب
168	16- نظرية ليب والبحث
173	17- العلاج النفسي للذهان
177	18- العنف والمرض النفسي
180	19- DSM- V وعمى العاهة
184	20- هنري
187	شكر وتقدير
188	المراجعات العلمية
190	الكتابات الموصى بها
191	الموارد الموصى بها
194	الثناء على الطبعة الأولى
199	مرجع البداية السريعة لليب
201	حول المؤلف

مقدمة

لبيتي ايرلي (الطبعة الثانية)

ماذا ستشعر يا والدي إذا قام شخص ما تحبه بقتل نفسه؟

كنت أحاول أقناع ابني مايك، والذي كان في المرحلة الجامعية ونحن في طريقنا إلى غرفة الطوارئ عندما سألتني هذا السؤال. لقد كانت لديه اعتقادات بوجود رسائل سرية موصله له مع قلب سريع في المزاج، وعندما وصل إلى المستشفى شعرت بإحساس جارف بالراحة، فالأطباء هناك سيعرفون ماذا يجب عليهم فعله.

وبعد أربع ساعات ظهر الطبيب أخيراً، وبعد أسئلة مختصرة لمايك قرر بأنه لا يمكنه فعل شيء لمساعدته، فمايك مقتنع بأنه ليس مريضاً، ويرفض أي علاج نفسي أو مساعدة. ولأن الطبيب لم يصدق أن مايك في "خطر وشيك" سواءً لنفسه أو للآخرين، أنزوى مايك بعيداً بالرغم من أنه يبدو متأثراً بالتضلات إلى حد كبير.

وفي الثماني والأربعين ساعة التالية، كنت أشعر بالحزن الشديد وأنا أرى مايك ينحرف أكثر نحو المشاكل. لقد حاولت بالطبع التدخل أخبرته مايك بأن العلاج المضاد للذهان سوف يساعده في التفكير بشكل أوضح. ولكنه أخبرني بأنه لا يعاني من شيء وأن أفكاره طبيعية. وحاولت أن أوضح له أنه يتعرض لأوهام لا يشعر بها. وفي نهاية الأمر توسلت إليه أن يأخذ الأقراص "أرجوك، أرجوك، من أجلي فقط" ولكنه كان يكرر "أنا لست مريضاً. وبعد ساعات وساعات من المناقشة المجهدة طلبت منه إما أن يأخذ العلاج أو يغادر المنزل. وهذا التهديد جعل الأمور أكثر تعقيداً والخوف مما قد يحدث عن هذا التهديد فتراجعت. وفي الصباح التالي وعندما وجدني مايك أضع الدواء دون أن يشعر مع وجبة الإفطار غضب بشكل كبير.

وبعد ثمان وأربعين ساعة قبضت الشرطة على مايك، بعد أن غادر المنزل ودخل إلى أحد البيوت ليأخذ حماماً لأنه يشعر أنه متسخ. ولحسن الحظ كان ملاك المنزل خارج المدينة، وقد قام ستة من رجال الشرطة بالسيطرة عليه واتهم مايك بجريمتين جنائيتين. وبدون وعي فيما يجب أن أفعله، اتصلت بالتحالف الوطني للأمراض العقلية، حيث نصحتني أكبر منظمة للصحة العقلية في أمريكا بقراءة كتاب دكتور خافير أمادور، (لست مريضاً، أنا لا أحتاج المساعدة).

وعندما قرأت الكتاب كنت متعجباً للغاية فقط لأن كل شيء كنت أقوم به لمساعدة مايك

كان خاطئاً. فبدلاً من تهذئة الموقف تسببت تصرفاتي بعمل حاجز بيني وبين مايك. فأنا لم أستمع له ولم أشعر به وبالطبع لم أوافق وفي النهاية لم أشاركه. فقد كانت هذه المبادئ الإرشادية الأربعة لتقنية ليب هي الاختصار الذي وضعه الدكتور أمادور للمساعدة في تعليم الآباء والآخرين كيفية التواصل بشكل أفضل مع المرضى العقلين الذين نحبههم. فعندما كنت أناقش مايك، كنت دائماً ما أشعر بالإحباط. وجدت في كتاب د. أمادور مخطط سهل الفهم للآباء وأدركت أنني لست بمفردي فأخرون قد واجهوا نفس الموقف الذي قابلته مع مايك.

أدركت أن نصيحة دكتور أمادور جاءت بعد سنوات من الخبرة في علم النفس السريري. فقد كانت أوراق الاعتماد الأكاديمية والمهنية مذهشة. فقد عمل كمدرس للأمراض النفسية بجامعة كولومبيا ورئيس الأبحاث بنامي (NAMI) ورئيس الأمراض النفسية بمؤسسة ولاية نيويورك للأمراض النفسية. وعمل كمستشار في أخبار NBC وظهر في العديد من البرامج التلفزيونية واستشهد به بشكل منتظم في الإعلام وطلبه المعهد القومي للأمراض النفسية وإدارة فيرتان ووزارة العدل الأمريكية للمشورة. وقد خدم دكتور أمادور كذلك كشاهد خبير في العديد من الحالات بتاريخ مرضى بما في ذلك محاكمة ثيودور كازينكسي "أن أبومر" الخاطف الذكي لـ إلزابيث وقضية زكرايوس موساوي "مختطف القرن العشرين".

ولكن هناك أشياء سارة أخرى في خبرة دكتور أمادور والتي أثارت انتباهي. وهي أن أخوه انريك يعاني من انفصام الشخصية ولقد كان ذلك مهماً جداً بالنسبة لي لأنه يعني أن دكتور أمادور ليس لديه فقط الخبرة المهنية ولكن كذلك الخبرة الشخصية في بحثه. فمن الأسباب التي دفعته لتطوير تقنية ليب هو مساعدته ليجد طرق أفضل لفهم أخيه.

وفي نهاية الأمر حكم على ابني بسنتين لفترة التجربة. وفي أثناء هذه الفترة اتبع مايك التعليمات وحضر جلسات وشارك في جلسات جماعية وأخذ العلاج. ولكن بعد عدة أشهر وبعد نهاية العقوبة التي فرضتها المحكمة، ظهرت علامات المرض مرة ثانية. فقد اندهشت عندما اكتشفت أن مايك توقف عن أخذ العلاج فبالرغم من أن كل شيء سار على ما يرام فقد عاد مرة أخرى ورفض الدواء. كان رد فعلي الأول هو مواجهته. كيف تفعل ذلك مرة ثانية؟ لم تتعلم أي شيء؟ ولكن زوجتي ذكرتني بكتاب دكتور أمادور باستخدام تقنية ليب فقد كانت قادرة على الوصول إلى اتفاق بشأن كيفية رجوعه للعلاج والمعالجة.

وفي هذه الطبعة الجديدة، قام دكتور أمادور بتحديث كتابه الأساسي. فقد أوضح كيف أن "عدم الوعي" بالمرض النفسي يعتبر بمثابة عرض على هذا المرض. فإنه ليس اختيار يقوم به

الشخص المريض. فهو يعطي النصيحة العملية حول كيفية تخطي الآباء والأطباء للفجوة والتي قام بها القانون الفيدرالي للقابلية والمسائلة للتأمين الصحي والذي يمنع من يحبهم من المشاركة في العلاج. فهو يلخص قانون التزام الدولة باستخدام مصطلحات سهلة الفهم لتوضيح التعقيدات القانونية. فمنذ الإصدار الأول للكتاب. قام دكتور أمادور بتقديم أكثر من 300 محاضرة وعقد مئات من ورش العمل لشرح تقنية ليب. وحصل على معلومات من هذه الجلسات وأضافها في هذا الإصدار. ويتضمن ذلك النصوص النموذجية والتي تقترح المراحل المحددة في الاستخدام وعدم الاستخدام والمقدرة على الرجوع إلى هذه المسارات عند الحاجة وحسب الحالة.

فاحتياجات كل فرد يعاني من مرض نفسي فريدة ولكنها بغض النظر عن المشاكل المحددة للشخص فهي الأساسات التي قام دكتور أمادور بتدريسها لتحسين مهارات الاتصال والمساعدة في زيادة الثقة والمساعدة في تحويل مواقف متعارضة combative إلى أخرى تعاونية.

وفي أحد المرات كان الدكتور أمادور يوقع إهداء لأحد كتبه، أقترب منه شخص خالي إلبدين وأوضح أنه وقف ليصافح الطبيب الذي "عاد ابني لي". لدى نفس الشعور.

بيتي إيرلي مؤلف كرازي: بحث الآباء من خلال جنون الأمراض العقلية الأمريكية. كان مراسل صحفي سابق لـواشنطن بوست ومؤلف العديد من الكتب الأكثر مبيعاً بنيويورك تايمز.

مقدمة لطبعة السنة العاشرة

خافيير أمدور (2012)

لماذا أكتب مقدمه الطبعة العاشرة؟ هل بسبب أنه كما هي طبيعة الناس أنهم يحبون زيادة العدد وأنا أفعل الأمر ذاته؟ أتذكر عيد ميلادي العاشر وكأنه أمس. لقد كنت فخوراً جداً بأن يصبح سني "10" سنوات وأعتقد أنني فخور أو بوجه أكثر دقة بأن "لست مريضاً" قد بلغ العاشرة من عمره. فهذا الكتاب الصغير والذي بدأ بدافع الحب استمر في النمو ليصل إلى أفراد العائلة، الأطباء والمرضى والمعالجين والموظفين الرسميين والسياسيين. ومن حسن الحظ فقد ترجم إلى الفرنسية والأسبانية والمجرية والصينية واليابانية (ويتم الآن ترجمته إلى العديد من اللغات). أنا الآن لا أراجع هذا الكتاب لأنه ببساطة قد مر عشر سنوات منذ إصدار الطبعة الأولى. بل بسبب عشر سنوات من الخبرة والعلوم الجديدة وتساؤلات كثير من الأفراد عن معلومات أكثر حول طبيعة مشكلة ضعف البصيرة وعمى العاهة والخيارات العلاجية وكيفية مساعدة شخص ما مصاب بمرض عقلي ومقتنع بأنه لا يعاني من أي مشكلة.

وللحاصلين على الطبقات السابقة فقد تعتقد منذ الوهلة الأولى أن الكتاب أطول بحوالي الثلث، حيث يوجد سبعة فصول جديدة، ولكن عندما تقرأ ستكتشف أن الأبواب السابقة قد تمت مراجعتها، وهدفها هو تحديث البحث وأن نكون أكثر عملية وتفصيلاً في تقديم النصيحة. لقد بدأت بتوضيح كيف يمكن اقناع شخص ما يعاني من المرض العقلي ولا يدرك أو تدرك أنها مريضة وكيف يمكن إدماجه بشكل إيجابي. سوف تتعلم العديد من أدوات لبيب – وأدعو الجميع لتوظيف "أدوات لبيب" (سوف ترى السبب عندما تقرأ الفصل الأول في لبيب). وعلاوة على ذلك وفي هذه الطبعة الجديدة نشير إلى نتائج الأبحاث الجديدة حول تقنيات لبيب والتي تؤكد أن الانتظام والالتزام بالعلاج للمصابين بالفصام والاضطرابات العقلية الكبرى يمكن أن يحققوا نسبة التزام تصل إلى مئة بالمائة وهو هدف ممكن. وفي هذه الطبعة الجديدة أوضح قضية لماذا يجب تحسين نظرة وتقييم الأطباء لعمى العاهة وضعف البصيرة عندما يقومون بتشخيص المرضى بالفصام الشخصية والفصام الوجداني وثنائي القطب والاضطرابات المتعلقة بها وأن ذلك سيؤثر بشكل كبير على الحالة المرضية والخطة العلاجية.

لقد مرت أكثر من ثلاثين سنة منذ اللحظة التي بدأت أعرف أن ردة فعلي الطبيعية والمباشرة على رفض العلاج والتي كانت تتسم بالمواجهة والرفض كانت لها نتائج وخيمة، لقد عاد

هنري للتو من المستشفى بعد أن قضى هناك فترة التنويم الأول له.

وكانت المفاجأة أنه بعد يوم واحد فقط من عودته للمنزل قام برمي الأقراص في سلة المهملات!!!

شعرت بالإحباط بشكل تلقائي ومباشرة سألته عن السبب؟ وكانت إجابته أنه بخير ولا يحتاج الى هذه الأدوية وبدأ واضحاً أنه تتكرر لكل الكلام **والجهود التي تعتمد بها أثناء** فترة التنويم، حاولت تذكيره أن الطبيب شرح له أنه سيكون بحاجة إلى استخدام العلاج لفترة طويلة وربما على مدى الحياة ((وأنتك لا تستطيع التوقف عن هذا الدواء بهذه الطريقة)).

أنكر هنري ذلك ((لم يقل ذلك)) بل قاله وأكد عليه عندما كنا في اجتماع الأسرة مع الطبيب.

- غير صحيح لقد قال انني بحاجة الدواء فقط أثناء بقاءني في المستشفى.
- إذا كان الأمر كذلك لماذا اذاً صرف لك هذه الأدوية؟ في محاولة مني لإقناعه.
- لقد اعطاني إياه لاستخدمه فقط عندما أشعر أنني لست على ما يرام ((عند الحاجة فقط)) لكنني الان بخير ولا أحتاج لهذا الدواء.
- لا. لا لم يكن هذا ما قاله الطبيب.
- بلى لقد قال ذلك.
- لا أدري لماذا تبدوا عنيداً؟ تعرف أنني محق وأنني أسعى لمصلحتك.
- هذا شأني فقط ولا أرغب في تدخل أحد دعني وشأني.
- عندما تنتكس حالتك يصبح الموضوع شأناً جميعاً، كما أنني قلق جداً حيال ذلك.
- لا تقلق، أنا بخير.

مع كل جزء من الحقيقة "حاولت أن أقدمها لهنري قابلني بمزيد من الإنكار وفي كل مرة نكون أكثر غضباً وحنقاً.

لقد اعتقدت أنه عنيد وغير ناضج وكان اتهامي وتهديدي لإثبات أنه خطأ يجعله أكثر غضباً وتمسكاً برأيه. إن غريزتي الطبيعية في مواجهة إنكاره لم تكن فعالة بالشكل الكامل وجعلت الأمور أسوأ. لقد وصلنا إلى حلقة مفرغة من المواجهات والإنكار (ما أسمية برقصة الإنكار) والذي دفعنا لنفترق. وكانت النتيجة النهائية دائماً أننا افترقنا غاضبين وقد ينتكس ونصل إلى المستشفى.

وفي عام 1989، عندما بدأت في البحث عن مشكلة الإنكار لدى المرضى العقلين كانت هناك أقل من عشرة دراسات عندما بدأ إصدار الطبعة الأولى من هذا الكتاب كان هناك أكثر من مائة بحث. وفي الطبعة الثانية والذي صدر منذ أربعة سنوات كان هناك ما يفوق عن المائتين بحث. واليوم يوجد ما يقرب من ثلاثمائة بحث. وكثرة الأبحاث الجديدة ترجع إلى طبيعة المشكلة والبحث عن كيفية مساعدة هؤلاء الأشخاص الذين يقولون "أنا لست مريضاً، أنا لا أحتاج المساعدة. لقد تعلمنا بشكل كبير ما الذي سوف أقوله لك في الصفحات التالية.

وأخيراً وفي العشر سنوات الماضية، قدمت المئات من المحاضرات وورش العمل حول مشكلة الإنكار والحلول المقدمة في هذا الكتاب (أقصد ليب). وقد قدمت العديد من ندوات ليب في جميع أنحاء الولايات المتحدة وفي العديد من المدن مثل فرنسا وبلجيكا وأستراليا ونيوزيلندا والمملكة المتحدة والمجر والبرتغال وتركيا وإسبانيا.

وبسبب الطلب بدأت وزملائي بالتدريب والبحث بما يسمى "مؤسسة ليب" (انظر www.leapinstitute.org). لقد تعلمنا الكثير حول ما يجب وما لا يجب فعله. وفي العقود الماضية تعلمت الكثير من خبرتنا مع الآلاف من المرضى والعائلات والمعالجين في جميع أنحاء العالم ومن الأبحاث الجديدة. فقد كانت هذه الأسباب، وليس العدد عشرة ولذلك فوجدت الحاجة لطبعة جديدة ولقد كنت متشوقاً لمعرفة معلومات أكثر حول هذا الكتاب الجديد وآمل أن أشعر بنفس الشيء وأن يجده الآخرون كذلك.

وكما ذكرت في مقدمة الطبعة الأولى وبعد أي مخاطره أقدمها حول تقنية ليب أقضي ساعتين في مواجهة أسئلة وملاحظات ومناقشات مع أفراد العائلة والممارسين الذين يرغبون في الحصول على النصيحة، وفهم أكبر لمن يحبونهم ممن يرفضون قبول المساعدة. ويرغب هؤلاء التعلم أكثر والتحدث مع شخص ما يتفهم إحباطهم. لقد كنت مندهشاً عندما أدركت أن التقدم العلمي الذي لم يصل إلى العديد من الأشخاص الذين يمكنهم الاستفادة منه. ولذلك السبب الفت هذا الكتاب.

وأدركت أن العديد من الممارسين وأفراد العائلة لم يتعلموا البحث عن المشاكل المتعلقة بهذه القضية رغم وجود تحسن في معرفتنا إلا أن الكثير لا يزالون بحاجة المعرفة والتدريب للاستفادة من نتائج البحوث. وأمل أن يكون هذا الكتاب يساهم في ردم الفجوة بين النظرية والتطبيق.

الجزء الأول

الحقيقة حول إنكار المرض

المعرفة تخلق السعادة؛ فعندما تمتلك معرفة واسعة وعميقة يصبح لديك القدرة على التمييز بين الغايات الحقيقية والزائفة، وبين الأشياء السامية والدنيا.

هيلين كيلر

في حين أن جزءاً من تصوراتنا نستنبطه من حواسنا للأشياء حولنا، هناك جزءاً آخر (ولربما هو الجزء الأكبر) ينتج عن أذهاننا.

باتت حقيقة أن المخ هو الحالة الجسدية المباشرة للعمليات الذهنية معترف بها دولياً على نطاق واسع، لدرجة تنفي الحاجة إلى بذل الوقت لتوضيحها

ويليم جيمس

مبادئ علم النفس

مجلد 1، 1890، المقدمة

1

مشكلة شائعة

"أنا لست مريضاً! ولا أحتاج المساعدة"

كما روى هنري أمادور للمؤلف

ذكرت ابريل كالهان، أخت راسيل وستون، والذي قد أدين لإطلاقه النار على اثنين من الحراس عند مبنى مجلس الشيوخ الأمريكي "أخي مريض للغاية، ويرفض تناول الدواء. وقد حاولنا إقناعه بتناول العلاج ولكنه رفض. وقد أضافت والدته أربع وستون قائلة "ماذا عسانا نفعل برجل يبلغ من العمر 41 عاماً؟ لا تستطيع أن تزج به داخل السيارة ببساطة"

صحيفة الاسوشيتد برس، 26 يوليو 1998

"اقتحمت امرأة مريضة منزل دافيد ليتزمان، وقد كانت ترفض تناول الدواء أو الاعتراف بوجود مشكلة لديها"

آنا ليزا جونسون، تروي للمؤلف

"طلبت والداتنا منا المكوث في أرضه، وإقناعه بطلب المساعدة. كنا نحن من نعاني من مشكلة، من وجهة نظره، وليس هو"

كما روى دافيد كازازنيسكي، أخو تيد كازازنيسكي صاحب سلسلة التفجيرات الشهيرة في أمريكا للمؤلف

"بعد نوبة الهوس الأخيرة التي أصابت جيف، كنت أعتقد أنه سيدرك أخيراً حاجته للاستمرار في العلاج. ولكنه في الأسبوع الماضي، توقف عن تناول الليثيوم مرة أخرى متعللاً بأن حالته أفضل الآن ولا يحتاج إلى العلاج"

كما روت جوليا للمؤلف

سواء أدركوا أو لم يدركوا، فالجميع يشعر بالمشكلة، حتى ولو من خلال عناوين الصحف. الكثير ممن يعانون من أمراض عقلية هم في حالة من الإنكار لمرضهم، وبالتالي يرفضون تناول العلاج. وإن كنت من الأشخاص المحيطين بمثل هؤلاء المرضى فقد تجد نفسك والمقربين منك ضمن أحاديث الصحف.

تصور مأساة جوليا، والتي لم تكن أبداً محط اهتمام عناوين الأخبار، مشكلة ملايين الأسر الأمريكية وأكثر من عشرات الملايين حول العالم. فهي مشكلة أكثر شيوعاً من قضايا العنف و/أو الانتحار التي نقرأ عنها. وكما هو الحال في الأمثلة غير المشهورة السابقة الذكر، الشخص المريض في حياة جوليا لا يعتقد بأنه مريض ولا يرغب في تناول العلاج. وإذا لم يؤدي رفضه وإنكاره هذا إلى التشهير بهم، فهو حتماً سيؤدي إلى تدهور حالته المرضية، ضياع العديد من الفرص، وتدمير علاقته بأحبابه.

الكثير ممن يعانون من الفصام والاضطراب الوجداني مزدوج القطب ينظرون إلى مرضهم على أنه شيء يظهر ويختفي. لفترة وجيزة، اعترف جيف بمرضه وبأدب بتناول العلاج، ولكن مع تحسن حالته، قرر أنه لا يحتاج إلى الاستمرار في العلاج وتوقف عن تناول الليثيوم. من وجهة نظر جيف، الليثيوم هو دواء يعالج مرضه العقلي كما تعالج المضادات الحيوية العدوى، وبانتهاء العبوة تكون قد شفيت. لكن الحقيقة هي أن الليثيوم يعالج الهوس الاكتئابي كما يعالج الأنسولين مرض السكر، فهو عقار كيميائي يجب تناوله كل يوم وذلك لتجنب حدوث انتكاسة للمريض أو حتى موته. هذه المقارنة تعد مناسبة جداً، وذلك لأن الفصام والاضطراب الوجداني مزدوج القطب هي من الأمراض القاتلة (حوالي 10% إلى 15% ممن يعانون منها يموتون من الانتحار نتيجة المرض)

يعتبر جيف أفضل حالا من الكثير ممن يعانون من مثل هذه الأمراض العقلية الخطيرة فقد كان يتناول علاجه من فترة لأخرى، في حين يرفض أصحاب تلك الأمراض الاعتراف مطلقاً بمرضهم (1) وأخذ الدواء.

وقد أخبرني دايفيد كازازينسكي، وهو أخو ثيدور كازازينسكي صاحب التفجيرات المشهورة، أنه على الرغم من ترويع أخيه للبلاد لعقدين من الزمن، فقد تلقت عائلة كازازينسكي خطابات لا حصر لها تنتقل الدعم والتفهم والمواساة من أشخاص عانوا مع مرضى أمراض عقلية خطيرة مماثلة. تماماً مثل مأساة دايفيد ووالدته، فقد عانى هؤلاء مرارة العجز والألم المصاحبين لرعاية شخص يرفض الاعتراف بمرضه العقلي. كنت واحداً ممن أرسلوا هذه الرسائل. فمثل الآخرين كنت أرى مأساتي ممثلة في عائلة كازازينسكي، وإن كنت أكثر حظاً حيث لم يكن أخي هنري عنيقاً مثل غالبية الأشخاص الذين يعانون من مثل هذه الأمراض.

(1) الكثير من الاضطرابات العقلية قد تكون في غاية الخطورة (مثل الاكتئاب، التوتر، اضطرابات الشخصية وغيرها). ولكن من أجل الاختصار سوف استخدم مصطلح "الأمراض العقلية الخطيرة" للإشارة تحديداً إلى الأمراض العقلية والتي تشمل الفصام، اضطراب الفصام الوجداني، الاضطراب الوجداني مزدوج القطب وغيرها.

ولكن الأكثر شيوعاً من القصص المأساوية التي تتناولها الصحف، هي العلاقات الأسرية والقرارات الأخلاقية التي يتخذها من يتولى رعاية وعلاج أحبائنا ممن يعانون من تلك الأمراض. فغالباً ما يعترينا الأسس والإحباط عندما نجد زجاجة الدواء ملقاة في سلة القمامة أو تحت مرتبة السرير، عندما يطلب منا عدم التدخل والتركيز في شؤوننا وحسب، عندما نوصف بأننا من نعاني من مشكلة، أو عند تفويت موعد الطبيب. وأحياناً حتى لو لم نقرر نحن تركهم، فهم يقررون تركنا (1)؛ والاختفاء لساعات، أيام، أسابيع أو حتى أعوام. فقد أعتاد أخي هنري على الاختفاء لأيام والتنقل عبر البلاد. كانت أعظم مخاوفي أن أرى أخي في الصحف ضمن المشردين أو المسجونين.

في الولايات المتحدة يعاني حوالي ستة ملايين شخص من أمراض عقلية خطيرة في مقابل مئات الملايين حول العالم. تشير الدراسات الحديثة بوضوح إلى أن حوالي 50% من الأشخاص الذين يعانون من مثل هذه الاضطرابات لا يصدقون حقيقة مرضهم وبالتالي يرفضون تناول العلاج؛ أي أن هناك حوالي 3 مليون أمريكي يعانون من أمراض عقلية خطيرة لا يصدقون أنهم مرضى. لعلك تدرك مدى انتشار مثل هذه الأمراض. ولكن هل توقفت وفكرت في عدد أفراد الأسر الذين يعيشون هذه المأساة؟ فلو قمنا بحساب آباء هؤلاء المرضى فقط، فإن عدد أفراد الأسر سيكون ضعف هذا العدد. وبذلك يصبح العنوان الصحفي الصحيح: أكثر من 10 ملايين أمريكي لديهم في عائلتهم شخص يعاني من مرض عقلي ينكره ويرفض تناول العلاج له.

.....

أوضحت معظم الدراسات أن نصف الأشخاص الذين يعانون من أمراض عقلية لا يتناولون العلاج؛ ويرجع السبب وراء ذلك إلى غياب الوعي بالمرض.

.....

خلال العشرين سنة الماضية كانت هناك وفرة في الأبحاث حول مشكلة غياب الوعي. من بين هذه الدراسات في تلك الفترة، دراسة قمت بإعدادها مع مجموعة من الزملاء. وقد أجرينا الدراسة على أكثر من 400 مريض من أصحاب الاضطرابات الذهنية من أرجاء الولايات المتحدة كلها. أجريت هذه التجربة الميدانية كجزء من مشاركتنا في مراجعة "الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية (DSM) التي أجريت من قبل الجمعية الأمريكية للطب النفسي. حيث قمنا

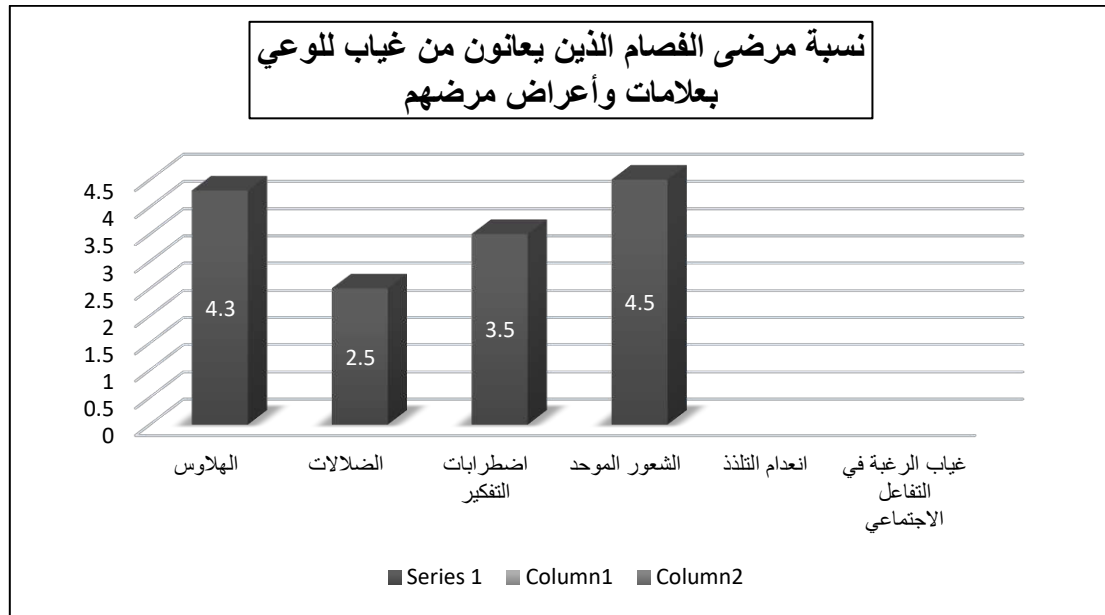
(1) لأن هذا الكتاب موجه لكل من المتخصصين والقراء العاديين الذين يحاولون مساعدة شخصي عاني من مرض عقلي خطير، فهناك العديد من المصطلحات التي يمكن استخدامها للإشارة إلى الشخص المقدم إليه المساعدة (مثل مريض، مستهلك، فرد الأسرة، حبيب إلخ)، لذا لتجنب الالتباس، سوف استخدم غالباً "حبيب"، "فرد الأسرة" أو "قريب". وعلى القراء من مقدمي الخدمة الطبية للمرضى العقلين استبدالها بكلمات مثل "مريض"، "عميل" أو "مستهلك"

بقياس عدد كبير من الأعراض، بالإضافة إلى بعض الأفكار حول الجوانب المختلفة للمرض والعلاج. وكنا نأمل في معرفة نسبة الأشخاص الذين يعانون من أمراض عقلية ولا يدركون حقيقة مرضهم. وقد توصلنا إلى أن حوالي 60% من مرضى الفصام، 25% من مرضى اضطراب الفصام الوجداني، وما يقرب من 50% من الأشخاص العرضي للهوس الاكتئابي لا يدركون حقيقة مرضهم. وقد عاودت هذه النتيجة الرئيسية الظهور مئات المرات على مدار التاريخ البحثي حتى أصبح الاعتراف بها على نطاق واسع ضمن نطاق الاختصاص في الوقت الحاضر. في العام 2000، أشار الدليل التشخيصي القياسي المستخدم من قبل جميع متخصصي الصحة العقلية في الولايات المتحدة إلى أن "غالبية مرضى الفصام لديهم إدراك محدود لحقيقة إصابتهم بمرض ذهني... صفحة 304 (الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية - إيه في تي آر مطبعة الجمعية الأمريكية للطب النفسي - 2000).

بعبارة أخرى، عند سؤال المرضى المدرجين في الدراسة حول إذا ما كانوا يعانون من أي مشكلات عقلية، نفسية أو وجدانية، جاءت إجابة نصفهم بالنفي القاطع، تلاها أحياناً تفسيرات غريبة حول أسباب احتجازهم في مؤسسات عقلية. وقد تنوعت التفسيرات بين "لأن والداي أحضراني إلى هنا" إلى معتقدات أغرب مثل "أنا هنا فقط لإجراء فحص طبي عام". على العكس من غالبية مرضى الاكتئاب والقلق الذين يسعون للحصول على العلاج بشكل قوي وذلك لأنهم يعانون من شعور سيء يودون لأجله الحصول على المساعدة، هؤلاء الأشخاص لا يدركون أنهم يعانون من أمراض عقلية خطيرة. كما أنهم لا يشكون من أية أعراض لأنهم لا يشعرون بأي منها. في الواقع، تأتي غالبية شكاوهم من شعورهم بأنهم ضحية عائلتهم، أصدقائهم، وأطبائهم الذين يضغطون عليهم لقبول علاج لمرض لا يعانون منه بالأساس.

لقد شعرنا بالدهشة عندما توصلنا أن المشكلات المتعلقة بالوعي بالمرض لا تتوقف عند رفض الاعتراف بالتشخيص. فغياب الوعي الذي قمنا بتسجيله يتسم بالحدة والانتشار

علاوة على ذلك، فإن نسبة كبيرة ممن قمنا بدراساتهم لم يكونوا على دراية بالعلامات المختلفة لمرضهم؛ في حين أن المحيطين بهم يستطيعون وبسهولة التعرف على الأعراض (مثل اضطرابات التفكير، الجنون، الهلاوس إلخ). يوضح الشكل بالأسفل النمط الشائع لانعدام الوعي بالأعراض بين جميع مرضى الاضطرابات العقلية الذين قمنا بدراساتهم (باستثناء مرضى الاكتئاب الذهاني)



المصدر. أمادور، اندريسن، بيل وجورمان، أرشيف طب الأمراض العصبية العامة 1994.

كانت هذه هي المرة الأولى التي يتم فيها تناول هذه القضية، لذا فقد أصابتنا الدهشة لدى معرفة أن مشكلات الوعي بالمرض لا تتوقف عند رفض التشخيص. فقد سجلنا مشكلات شائعة وخطيرة تتعلق بغياب الوعي (مثلاً؛ كان المرضى غير مدركين لطبيعة تشخيصهم وحتى غير قادرين على رؤية أكثر أعراض وعلامات مرضهم وضوحاً)

لتوضيح المستوى الذي قد يصل إليه غياب الوعي، نأخذ "مات" كمثال والذي كان أحد مرضاي. وتعرض الفصول القادمة كيف استطعت مساعدته بتطوير قناعة لديه بأن تناوله للدواء سيساعده على الرغم من عدم اعتقاده بأنه مصاب بمرض عقلي. وعندما استطاع القيام بذلك، انتهت سلسلة الخلافات اللامتناهية بينه وبين عائلته حول رفضه الاستمرار على العلاج.

مات

كان "مات" يبلغ من العمر 25 عاماً عندما قابلته. وكان شاباً أعزب يعيش مع والديه. وقد تم تشخيص حالته باضطراب فصامي وجداني قبل ستة أعوام عندما بدأت تظهر عليه اضطرابات الارتباب وجنون العظمة (حيث كان يعتقد أنه رسول من الله، وأنه على معرفة شخصية برئيس الولايات المتحدة، وكانت تسيطر عليه مشاعر القلق والريبة من قيام وكالة الاستخبارات الأمريكية باغتياله). كان "مات" يعاني كذلك من اضطرابات في الكلام وسلوكيات غريبة (فكان يرتدي سماعة أذن تالفة مغلقة بورق ألومنيوم)، بالإضافة إلى سماعه أصوات. كانت هذه العلامات الواضحة المعبرة عن وجود مرض عقلي لدى "مات" تكرر عائلته وأصدقائه وحتى جيرانه - الذين كان عليهم

تحمل خطاباته الصاخبة- في حين لم يكن "مات" نفسه يكثر لها. وكان قد تم احتجازه بالمستشفى أربع مرات منذ مرضه.

في الوقت الذي أجريت فيه المقابلة التي ستقريها الآن، كان "مات" قد تطوع بالاشتراك في قسم أبحاث الفصام بجامعة كولومبيا في مدينة نيويورك والذي كنت أعمل به كمدير علمي. وكان قد وصل إلينا من خلال مستشفى محلي تم نقله إليها بعد اتصال والدته بالنجدة حيث تم احتجازه بالقوة بقسم الأمراض العقلية هناك. كان "مات" قد توقف عن تناول الدواء على الأقل قبل ستة أسابيع من اتصال والدته بالنجدة. في تلك الليلة زادت حدة الارتياح الذي كان يتقد منذ أيام؛ حيث بدأ "مات" في الصراخ في وجه أمه، متهماً إياها بالتدخل في الرسالة المبعوث بها من الله إلى رئيس الولايات المتحدة. لأيام عديدة ظل "مات" بشكل جنوني يكتب رسائل إلى الرئيس ويجري مكالمات هاتفية بالبيت الأبيض. ولكن الأمر الأكثر فزعاً بالنسبة لوالدته هو أنه كان يعتقد أنه يسمع صوت الله يخبره بأن يحبسها بالخرانة.

قبل وصوله إلى كولومبيا، كان "مات" قد تلقى العلاج لمدة شهر. وأثناء مقابلتي به شهدت تحسناً ملحوظاً بجميع الأعراض لديه ما عدا الضلالات. على الرغم أنه كان لا يزال يعتقد بأنه رسول من عند الله، وأن وكالة المخابرات الأمريكية تخطط لاغتياله، فقد كانت هذه الأفكار أقل حدة وكان أقل ارتياحاً بشأن سلامته. في الحقيقة وعلى الرغم من جهله الواضح بمرضه فقد كان من المقرر التصريح له بالعودة إلى منزل والديه مع إحالته لبرنامج علاجي لا يلزمه الإقامة بالمستشفى. كنت قد بدأت مقابلتي مع "مات" بسؤاله عن أسباب دخوله المستشفى.

"أعتقد أن السبب كان ... لا أعرف الاسم الدقيق.. لم يذكر لي أحد حتى الآن. أعتقد أنهم أحضروني إلى هنا لإجراء فحص طبي عام. كانوا يريدون معرفة ما إذا كنت أدمن الكحوليات أو أتعاطى المخدرات. وقد نفيت ذلك لدى الشرطة. لقد كان مجرد خلافاً بسيطاً وكانت أمي هي الشخص الأكبر سناً. بعدها تم نقلي إلى المستشفى ليقوم الطبيب بفحصي والتأكد من سلامتي."

على الرغم من أن حديث "مات" كان غير منظماً وغيبياً، فقد استطعت أن استخلص ما كان يحاول أن يخبرني به. فبادرته بالسؤال "إذاً، أثناء المشاجرة مع والدتك، قام شخص بالاتصال بالشرطة؟" فhez رأسه مؤكداً. "هل كانت والدتك هي التي أجرت الاتصال؟"

"أعتقد ذلك"

"لماذا قامت والدتك بالاتصال بالشرطة؟"

"لا أدري. فقد كانت ترغب في أن يتم نقلي للمستشفى"

"لماذا كانت ترغب والدتك في أن يتم نقلك إلى المستشفى؟"

"لقد قالت إنها لم تكن ترغب فعلاً أن أذهب إلى المستشفى بسبب خلاف مثل هذا فقد كنا نناقش استخدامي للهاتف."

"أنا لم أستوعب ما ذكرته للتو، لماذا أردت والدتك أن يتم نقلك إلى المستشفى؟"

"كنا نتشاجر وأعتقد أنها شعرت بأني مريض وبحاجة للفحص"

"هل كنت مريضاً فعلاً؟"

"لا، كنا نتشاجر وحسب"

"بعدها قامت الشرطة بنقلك إلى المستشفى؟"

"نعم صحيح"

"ولماذا تمت الموافقة على دخولك إلى المستشفى؟"

"لم يخبرني أحد. قابلني هناك شخص لطيف قال لي "لا تقلق، سوف تمكث هنا لبعض الوقت حتى تستجمع أفكارك" ومنذ ذلك الوقت وأنا محتجز بالمستشفى"

"نعم، ولكن هذا كان في قسم الطوارئ. إلى أي قسم تم نقلك بعدها؟"

"انتقلت إلى قسم الأمراض العقلية بالأعلى. هناك قاموا بتجريدني من ملابسي وأخبروني بأني سأمكث هناك لفترة"

"ولكن لماذا تم نقلك إلى قسم الأمراض العقلية؟"

"أعتقد أنه القسم المتاح وقتها، بسبب الاستخدام المفرط للكحول والمخدرات. ربما لا يحصلون على الدعم الكافي لعيادة الفحص الطبي العام."

"مات، أنا لا أفهم. أنت تقول إن الأطباء في المستشفى المحلي قاموا بنقلك إلى قسم الأمراض العقلية لإجراء فحص طبي عام؟"

"نعم، هذا صحيح." هكذا أجاب "مات" وكأنه ليس هناك ما هو غير اعتيادي أو مزعج في رؤيته للأحداث.

"هل ترى نفسك كشخص لم يكن ينبغي أن يتم ينقله إلى قسم الأمراض العقلية؟" توقفت قليلاً ثم أضفت "هل ترى نفسك كشخص لا يعاني من أية مشكلات عقلية أو وجدانية؟"

"نعم، هذا صحيح. ولكنهم أخضعوني لاختبارات وجدانية بسبب النظام الثنائي. وقد طلبوا مني التعاون معهم، فأظهرت أكبر قدر من التعاون. لقد كان الأمر ضد رغبتني ولكنني قادر على التعاون."

"لم تكن ترغب في المكوث هناك؟ إلس كذلك؟"

"بلى"

"ولماذا مكثت إذا؟"

"كنت مجبراً بحكم من القاضي. فقد حكم على بالإقامة هناك لمدة شهر."

"ولكن بعد انتهاء الشهر، قررت القدوم إلى هنا، إلى قسم أبحاث الفصام، صحيح؟"

"صحيح"

"ولكنك لا تشعر بأي مشكلة؟"

"هذا صحيح. فقد أرادت أمي مني القدوم إلى هنا، ولكنني لا أعاني من أية مشكلة"

لا يكفي القول بأن "مات" لا يمتلك الوعي الكافي بحالته المرضية، فهذا لا يكفي لتفسير غرابة أفكاره حول ما يحدث معه. من وجهة نظر "مات"، قام رجال الشرطة بإلقاء القبض عليه ونقله إلى المستشفى بناء على طلب من والدته ببساطة لأنها الشخص الأكبر سنًا. كما أنه يعتقد أن طبيب الطوارئ بالمستشفى قد قام بتحويله إلى قسم الأمراض العقلية لمدة شهر لمجرد إجراء "فحص طبي عام". ولكن ما الذي نستنتجه من سلوكه غير المكثرت تجاه الإساءة والاضطهاد الذي تعرض له؟؛ مثل تقييد يده من قبل رجال الشرطة، نقله إلى المستشفى واحتجازه بها لمدة شهر ضد رغبته. على الرغم من كل ذلك، لم يهدد "مات" برفع دعاوى قضائية أو حتى التقدم بشكوى، كما يفعل العديد من الأشخاص الذين يعانون من مثل هذه الأمراض، ولكن هناك مرضى آخرون أمثال "مات" لا يظهرون أي نوع من الانزعاج.

من الجدير بالذكر هنا أن "مات" يتمتع بمعدل ذكاء متوسط، فالمسألة هنا ليست متعلقة بالذكاء المحدود. إذاً، ما الذي يحدث؟ هل شعر "مات" بالخرج من مرضه العقلي ولم يرغب في إخباري بالحقيقة؟ هذا ممكناً، ولكن إن كانت هذه هي الحقيقة، فقد كان يتوجب عليه أن يقنعني بتفسير أقل غرابة. ولكن الأهم، هو أن "مات" كان يدرك حقيقة إلماي بكل التفاصيل حول فترة احتجازه بالمستشفى، فقد كنت الطبيب المخول برعايته.

علاوة على ذلك، لم يكن "مات" يدرك أن الأصوات التي يسمعها هي أصوات غير عادية؛

فقد كان يتقبلها على أنها أصوات طبيعية ولا تدعو للقلق.

تخيل لو أنك فجأة سمعت أصواتاً في الغرفة ولم يكن هناك أحد غيرك. ماذا كنت لتفعل؟ بالطبع سيعتريك القلق، وإذا تكررت هذه الهلوس بال تأكيد ستهرع إلى الطبيب. هذا ما سيقوم به معظم الناس. (أنا أعرف من خلال عملي مع مثل هؤلاء الأشخاص في العيادات العصبية، إن هذه الهلوس والضلالات أحياناً تكون ضمن الأعراض الأولية لوجود ورم بالمخ). ولكن لماذا يشعر بعض الأشخاص بالقلق عندما تراودهم مثل هذه الهلوس ولا يشعر آخرون بالشيء نفسه؟ هل هو الإنكار فحسب؟ هل لأن البعض أكثر مرونة في تقبل فكرة وجود مشكلة لديهم، في حين ينتاب الآخرون الشعور بالخوف، الكبرياء أو العناد؟ أو لربما هناك تفسيراً آخر؟

.....

في هذه المرحلة يعتبر ضعف الوعي من الأعراض الواضحة للاضطراب ولا علاقة له بالعناد أو بتبني موقف دفاعي.

.....

في الحقيقة لم يكن "مات" في حالة إنكار. فقد اطلعنا البحث الذي أجريناه، بالإضافة إلى أبحاث علماء المختبرات السريرية أن "مات" يعاني من عرض آخر على الأقل لم يجدي معه العلاج نفعاً. فلم تكن التفسيرات الغربية لتواجهه بمستشفى أمراض عقلية (لإجراء فحص طبي عام لأن جميع الأقسام الأخرى كانت مزدحمة بمدمني المخدرات)، وعجزه عن إدراك حقيقة مرضه وقدرته العلاج على مساعدته ناجماً عن الإنكار، العناد، الكبرياء أو تبنيه موقفاً دفاعياً. في الحقيقة، غياب وعيه بحقيقة مرضه والفوائد التي يقدمها العلاج لحالته هو عرض آخر للاضطراب نفسه الذي يعاني منه. يشرح البحث الذي يتناوله الفصل الثالث أن غياب الوعي بالمرض هو أحد أعراض الاضطراب الإدراكي الذهني أو الخلل الوظيفي العقلي الناجم عن هذه الأمراض. تعد هذه المعلومة في غاية الأهمية؛ فعندما تدرك الأسباب وراء غياب الوعي يكون بإمكانك التعامل مع مشكلة رفض العلاج الناجمة عنه.

2

الاستمرار في اللعبة

"من الأفضل أن تتحدى نفسك للقيام بأشياء جريئة، تحقيق انتصارات عظيمة، أو حتى تذوق طعم الفشل، من أن تأخذ مكانك بين أصحاب الأرواح الضعيفة الذين لا يتمتعون بالكثير أو يعانون الكثير، لأنهم يعيشون في الظلال الرمادية التي لا تعرف الانتصار أو الهزيمة"

ثيدور روزفيلت

لا ألومك إذا شعرت أحياناً بالرغبة في التخلي عن المشكلة. سواء أكنت فرداً من الأسرة، صديق أو معالج فقد تشعر في النهاية بالسأم من تكرار سماع "لا أعاني من أية مشكلة- لا أحتاج المساعدة". مما يشعرنا غالباً بالعجز.

عندما يمر المريض العقلي بفترة من الاستقرار وتسير الأمور على نحو جيد، يكون من السهل تجاهل مشكلات غياب الوعي والالتزام بالعلاج. وأثناء تلك الفترة تضطر العائلة إلى الانتظار حتى الأزمة القادمة، حتى تفرض قرارها أو تنتظر على أمل أن يخفّي المرض. عادة يكون من السهل التظاهر بأن الوضع ليس سيئاً كما يبدو، لأن مواجهة حقيقة المرض قد تصيبنا بالخوف أو العجز.

حتى ونحن نعلم أن المريض قد توقف عن أخذ علاجه، ومع هدوء الأمور، لا نملك إلا التراجع قليلاً، خاصة مع تلقينا سيل من الاتهامات. على سبيل المثال، كانت "فيكي" وهي أم لطفلين تبلغ من العمر 45 عاماً، وتعاني من هوس اكتئابي تخبر زوجها القلق "أنا لم أعد مريضة. أنا لا أعاني من مشكلة، أنت من يعاني من مشكلة، دعني وشأني ولا تحاول السيطرة علي". حتى عندما نشك أن المريض يرمي الدواء (ولكننا لسنا على يقين من ذلك) نتراجع لأننا لا نريد أن تضعف المواجهة السلبية الثقة التي نجحنا في بناءها مع المريض. سأشرح فيما بعد أنه ليس عليك التراجع، كما سأشرح الأشياء التي تستطيع القيام بها حتى تبني الثقة التي ستسمح لك بإقناع المريض بالاستمرار في تناول العلاج. ولكن في البداية سأناقش الفكرة الخاطئة القائلة بأنه في حالات الأمراض العقلية الخطيرة من الأفضل ترك الأمور كما هي.

كانت والدة "راسيل ويستون" قد علقت في مقابلة معها بعد قيام ابنها بإطلاق النار وقتل

شرطيين أمام مبني الكونجرس الأمريكي "ماذا كنا لنفعل مع رجل يبلغ من العمر 41 عاماً؟ لا يمكن أن تزج به داخل السيارة وتذهب به إلى الطبيب." ولكني لن أشعر بالدهشة لو باتت تتمنى هي وزوجها لو أنها حاولت القيام بذلك أو قاموا بحجز ابنهما داخل المستشفى رغماً عنه.

ولكن الكلام أسهل من الفعل. في الجزء الثالث، سنتحدث عن العلاج الإجباري (أو ما يعرف بالعلاج بمساعدة الغير). يظل قرار الالتزام بالعلاج قراراً شخصياً، تماماً كاختيارك قراءة هذا الكتاب ومعرفة كيفية التعامل مع المريض في حالة الإنكار ورفض العلاج. لمواجهة المشكلة، يجب أن يكون لديك الأمل في أن مجهوداتك هذه ستحدث تغييراً، فبدون ذلك الأمل سيكون من الأسهل ترك الأمور تسير في مجراها. غالباً ما نفكر في أن حل الأزمة الحالية، طالت أو قصرت، سيكون في الدخول إلى المستشفى؟ ولكن عند اختفاء الأزمات يكون الحل الأمثل هو ترك الأمور كما هي.

لماذا لا يجب ترك الأمور كما هي؟

يتضح دائماً إن العلاج والمتابعة المتسقة تساعدان على منع الانتحار، العنف، التشرّد، والسلوكيات المتهورة. ولكن لم يتضح إلا مؤخراً التأثير الإيجابي للعلاج المبكر والمتسق على مسار المرض والأمل في الشفاء. علاوة على ذلك فقد أوضحت الدراسات الحديثة أن التركيز على تحسين جوانب معينة من الوعي - وتجاهل جوانب أخرى - هو أمر ضروري. أن فهمك لهذا البحث سيساعدك على اتخاذ قراراً متعمقاً حول ما عليك القيام به. فإذا قررت معالجة مشكلة غياب الوعي واتخذت هدفك تسهيل المشاركة المتسقة في العلاج، فسوف تساعدك المعلومات التالية في ذلك.

.....

يوضح البحث أن حمل الأشخاص المصابين بأمراض عقلية خطيرة على العلاج المبكر والاستمرار عليه هو أمر في غاية الأهمية.

.....

وفقاً للبحث الجديد، عندما يتعرض شخص مصاب بمرض عقلي خطير لنوبة أخرى، فإن المسار طويل المدى للمرض يسوء. كما زعم بعض العلماء أن نوبات الذهان تسمم المخ، وذلك لأن خلايا المخ تتحول وتموت خلال وبعد نوبة الذهان مباشرة. على الرغم من عدم وجود دليل قاطع يدعم هذه الفكرة، فإن الدراسات طويلة المدى للأمراض العقلية الخطيرة تعززها على نحو كبير.

في إحدى الدراسات البارزة التي أجرتها مستشفى "هيل سيد" في مقاطعة كوينز بولاية نيويورك، وجد الباحثون أن مرضى الفصام الذين تلقوا علاجاً مبكراً ومتسقاً قد أظهروا نتائج أفضل. كما أشارت

الدراسة أنه عند تلقي علاج مضاد للذهان بعد فترة قصيرة من ظهور العلامات الأولى للمرض، وعلاج نوبات الذهان اللاحقة بسرعة للتقليل من مدتها، فإن ذلك يعمل على تحسين الاستجابة المستقبلية للعلاج ومسار المرض.

وقد تم التوصل إلى نتائج مشابهة خلال دراسة متابعة شملت 276 شاباً يعانون من أمراض عقلية خطيرة. فقد قام الباحثون بدراسة هؤلاء المرضى خلال نوبة ذهان، ثم استمروا في متابعتهم لحوالي 7 سنوات ونصف. أصبحت حالة المرضى الذين تعرضوا لعدد أكبر من نوبات الذهان خلال المراحل الأولى من الدراسة أسوأ مع مرور السنوات. مرة أخرى توضح النتائج أنه من خلال تقليل عدد نوبات الذهان والتدخل السريع عند زيادة حدة المرض، تصبح حالة المرضى أفضل وتقل حدة المرض لديهم.

أخيراً، ومن خلال دراسة متابعة استمرت 15 عاماً على 82 مريض يعانون من الفصام، توصل الباحثون أن التأخر في علاج الصحة العقلية، والفترات الطويلة من الذهان تؤدي إلى سوء مسار المرض على المدى الطويل. تعد هذه الدراسة على وجه التحديد وفيرة بالمعلومات، لأن المرضى كانوا قد انضموا إلى الدراسة خلال النوبات الأولى من مرضهم.

الدراسات سالفة الذكر هي أمثلة قليلة من الدلائل المتزايدة التي تدعم الدور المؤثر للتدخل المبكر في حالة مرضى الفصام الذين يرفضون تناول العلاج. كما أن الأبحاث تؤكد صحة الشيء نفسه بالنسبة للأمراض العقلية الخطيرة الأخرى بما فيها الاكتئاب السريري المصاحب وغير المصاحب للذهان.

في كتاب "عندما يشعر أحد أحبابك بالاكتئاب، كيف تساعدك دون أن تخسر نفسك" قمت بالاشتراك مع دكتورة لورا روزن بعرض دراسة حول علاج الاكتئاب. أوضحت معظم الدراسات أن الأشخاص الذين يعانون من نوبات اكتئاب سريري لا يتم معالجتها (أي الذين يتعايشون من الاكتئاب) يمرون بمسارات أسوأ من المرض ونوبات اكتئاب أكثر تكراراً في حياتهم.

هناك دراسات أخرى توضح أن الأشخاص الذين يعانون من الاضطراب الوجداني ثنائي القطب (الهوس الاكتئابي) تسوء حالتهم أيضاً عندما لا يتم معالجة نوبات المرض بسرعة وفعالية. ويوجد شرح شامل لهذه الدراسة المهمة في الفصل الأول من "بعيداً عن الظلال: مواجهة أزمة المرض العقلي بأمريكا للمؤلف الدكتور "أي. فولر توري". من بين الأسباب التي ذكرها الدكتور توري لتقديم الرعاية الطبية لأصحاب الأمراض العقلية الخطيرة هي الإحصاءات التالية:

- حوالي 3 مليون أمريكي يعانون من أمراض عقلية خطيرة

• 150.000 منهم مشردين بلا مأوى.

• 159.000 مسجونين في قضايا ارتكبوها في الفترة التي لم يتلقوا فيها علاج.

يذكر دكتور توري في كتابه أن حالات التشرد، الحبس، نوبات العنف والموت المفاجئ لا يرجع السبب وراءها بالأساس إلى أننا نعرف ما علينا القيام به ولكننا نعجز عن تنفيذه لأسباب اقتصادية، قانونية وإيديولوجية. فهو يسرد تحديداً ترددنا كمجتمع في التعدي على حقوق المواطنين وحريرتهم كعائق رئيسي أمام تقديم الرعاية الطبية المطلوبة لأصحاب الأمراض العقلية الخطيرة. لا يتسع المجال في هذا الكتاب لتناول القضية التي تبناها، ولكن الحالات التي ذكرها لأشخاص مصابين بأمراض عقلية خطيرة تم إقناعهم بتناول العلاج وطرق مساعدتهم على أن يصبحوا مشاركين فاعلين في رعاية أنفسهم هي ما يهمننا هنا. لذا أنصحك بقراءة كتابه، خاصة إذا ظلت لديك شكوك، بنهاية هذا الفصل، حول التأثير الإيجابي الهائل الذي يمكن أن تمارسه عندما تساعد شخص يعاني من مرض عقلي خطير على قبول العلاج.

.....

لابد من معالجة المشكلة المزدوجة لنقص الوعي ورفض الدواء إذا أردنا أن يحصل أحياننا على أفضل فرص الشفاء .

.....

الأمر الذي توضحه الدراسات الثلاثة السابقة هو أن تجاهل المشكلة لا يحوها - وإنما يجعلها أسوأ. لابد من معالجة المشكلة المزدوجة لنقص الوعي ورفض الدواء إذا أردنا أن يحصل أحياننا على أفضل فرص الشفاء. من نواحي عدة، ينظر إلى رفض العلاج كعرض لمشكلة نقص الوعي. ولكن الأخبار الجيدة هي أن العلماء قد توصلوا إلى الكثير خلال السنوات الأخيرة حول طبيعة وأسباب غياب الوعي في الأمراض العقلية الخطيرة، كما أن النتائج نفسها تكشف عن طرق محددة للتعامل مع المشكلة، وهي نتائج قابلة للتطبيق الآن.

الحقائق والخرافات عن الوعي

أفضل بداية هي دحض بعض الخرافات التي كشفت عنها الأبحاث الحديثة. إحدى هذه الخرافات هي أن انعدام الوعي يعتبر أمراً جيداً. فقد سمعت أطباء نفسيين مخضرمين ذي ثقل في العديد من المؤتمرات الطبية يقولون "لا عجب أنه في حالة إنكار، فلو كان لديه وعي بحالته، لكان أقدم على الانتحار". أنا أيضاً كنت أعتقد الشيء نفسه. ولكن الأبحاث الحديثة أوضحت أن الوعي

هو أمر جيد، ولكن باعتدال. بعبارة أخرى، الوعي بجوانب معينة من المرض عادة ما يكون مفيداً، في حين أن أنماط أخرى من الوعي قد تكون مضرة.

أوضحت الأبحاث أن الوعي بالتأثيرات الإيجابية للعلاج قد يكون أكثر أهمية في الالتزام بالعلاج من الوعي بحقيقة المرض نفسه.

في العام 1991، قمت أنا وزملائي في جامعة كولومبيا بنشر بحث علمي في مجلة المعهد القومي للصحة العقلية "مجلة الفصام" عرضنا فيه الكثير من التوجيهات والإرشادات العامة التي يستطيع الباحثين المهتمين بدراسة الوعي الاستعانة بها. كان أول هذه الإرشادات هو ضرورة قياس الوعي بكل تعقيده. ما أقصده بالوعي هو أكثر من قدرة المريض العقلي على القول "أنا مريض"، فالوعي يتضمن العديد من الأشياء، وهناك أنماط من الوعي أكثر أهمية في عملية الشفاء من غيرها. على سبيل المثال، يمكن أن يعي الشخص حقيقة أن العلاج المضاد للذهان يساعده على الحركة في المجتمع دون أن يعترف بالضرورة أنه مريضاً عقلياً. أوضحت الأبحاث أن الوعي بالتأثيرات الإيجابية للعلاج قد يكون أكثر أهمية في الالتزام بالعلاج من الوعي بحقيقة المرض نفسه. لقد قابلت مرضى يدركون إصابتهم ببعض الأعراض، في حين لا يعتقدون أن الأصوات التي يسمعونها وحدهم هي أيضاً من علامات المرض. وهناك آخرون يعترفون بأنهم مرضى ولكن لا يؤمنون بأن العلاج سيقدم لهم أي نفع على الرغم من ثبوت عكس ذلك بالدليل الموضوعي. أصبحت الإرشادات التي تقدمنا بها منذ أكثر من 10 سنوات مقبولة الآن على نطاق واسع بين أوساط المجتمع العلمي. كما أن وتيرة الأبحاث المهمة بمشكلة الوعي قد زادت بشكل مثير.

من المهم أن ندرك أن الوعي ليس ظاهرة "الكل أو لا شيء"؛ فبعض الأشخاص لديهم وعي كامل بجميع جوانب مرضهم، في حين يدرك آخرون القليل منها. فعلى سبيل المثال، كان هذا ما قالته "فيكي" عندما قابلتها بعد دخولها المستشفى مباشرة لتلقي علاج لنوبة هوس.

"أنا غير متزنة شعورياً. أعرف أنني أفقد أعصابي أحياناً. ينتابني شعور بالعظمة وأحتاج أن أكون حريصة عندما أشعر بنجاحي. ولكن ذلك يرجع لأنني شخصية مبدعة."

بعدها قمت بسؤالها "هل هذا هو ما تعتقده أسرتك أيضاً؟" لأنني أعلم أن زوجها هو من قام فعلياً بجرحها إلى المستشفى.

"أسرتي تعتقد أنني أعاني من هوس اكتئابي وأحتاج إلى أخذ الليثيوم"

"ماذا تعتقدي أنت؟"

"لربما كان هذا صحيحاً، لا أدري"

كما أظهر "مات" بعض الوعي في المقابلة التي اختصرتها سابقاً عندما أخبرني، "أحياناً أشعر بارتياح شديد. أنا أعاني مشكلة في الأعصاب."

إن القليل من الوعي يفتح الباب أمام تطوير المزيد. بغض النظر عن جوانب الوعي التي يتم قياسها، فقد توصلت معظم الدراسات أنه كلما زاد وعي المريض العقلي بمرضه وفائدة العلاج بالنسبة له، كلما تحسن مسار المرض. حيث يقضي المرضى ممن لديهم وعياً أفضل فترات أقصر في المستشفى، كما يقل عدد مرات احتجازهم بها بشكل عام. لا أحد يعرف على وجه التحديد السبب وراء ذلك، ولكن من السهل تصور الأمر خاصة في ضوء الدراسات التي توضح أن جوانب الوعي المختلفة بالمرض تشجع على الالتزام بالعلاج.

من خلال العمل الجاري في مركز الأبحاث الخاص بنا، توصلنا أن الوعي بالتأثيرات المفيدة للعلاج هو أحد أفضل مؤشرات الالتزام بالعلاج. (إذا كنت ترغب في المزيد من التفاصيل حول هذه الدراسات، قم بالقاء نظرة على الكتب والأبحاث المقترحة المذكورة في نهاية الكتاب).

يعتقد الكثير من الناس أن الآثار الجانبية للعلاج - وليس غياب الوعي - هي أهم الأسباب وراء رفض الكثير من المرضى أخذ الدواء. ولكن اتضح أن الآثار الجانبية للعلاج تلعب دوراً ضئيلاً في رفض العلاج في حين أن قلة الوعي هو المؤشر الأكبر لرفض العلاج.

هذه النتيجة البحثية ثبتت مرات ومرات. فإذا كانت الآثار الجانبية للعلاج مهمة إلا أن تأثيرها على الالتزام بالعلاج مبالغ فيه. فالعديد من المرضى الذين يعانون قلة الوعي يسأمون من محاولة إقناع طبيبيهم وعائلاتهم بأنهم غير مرضى، فيلجئون في المقابل إلى الحديث عن الآثار الجانبية للعلاج حتى يجدوا آذان صاغية. على نحو ما، هم يفعلون عكس ما سأعلمك في الجزء الثاني من هذا الكتاب. فالمرضى العقلين ممن لديهم قلة في الوعي يتعلمون التحدث بلغة الطبيب (والأقارب أيضاً) والتركيز على الأشياء التي يريد الطبيب الحديث عنها.

هناك أنماط أخرى من الالتزام بالعلاج تتأثر على نحو مماثل بقلّة الوعي. على سبيل المثال، قام الدكتور "بول ليسكر" والدكتور "موريس بيل" من جامعة "ييل" بتقييم مجموعة من المرضى بعد استقرار حالتهم وإحاقهم ببرنامج إعادة تأهيل خارجي. كشفت المتابعة عن الالتزام

الضعيف لمرضى الفصام واضطراب الفصام الوجداني الذين يعانون من قلة الوعي بالعلاج النفسي الاجتماعي (برامج نهائية بالمستشفى، علاج وظيفي إلخ) الذي وافقوا على الاشتراك به، على الرغم من إبداء الرغبة في العمل. توصل العلماء أن المرضى الذين يعانون من قلة الوعي يظل لديهم مشكلات أكثر خلال مسار العلاج سواء بالعقاقير أو العلاج النفسي.

معلومة خاطئة أخرى هي أنه كلما زادت حدة المرض، قل الوعي. وقد أثبتت الدراسات خطأ هذا الاعتقاد. بوجه عام، يظل الوعي ثابتاً لدى معظم المرضى ما لم يتم إعطائه بعض الاهتمام - فمن لديهم قلة في الوعي خلال الأزمات، يقل وعيهم أيضاً في فترات الاستقرار. وسواء أكانت هناك سيطرة على الأعراض أم لا، يظل هؤلاء على اعتقادهم بعدم حاجتهم للعلاج. فهم قد يعترفوا بأنهم كانوا مرضى في وقت سابق ولكنهم ليسوا كذلك الآن. إذا قمت بشراء هذا الكتاب، فمن المحتمل أن يكون المريض الذي تقدم له الرعاية ضمن هذه الفئة.

.....

أتمنى مع استمرار المجتمع العلمي في توجيه اهتمامه لهذه المشكلة الخطيرة، أن تتحسن العقاقير المعالجة لقلة الوعي.

.....

في دراسة أجراها الدكتور "جوزيف ماكيفوي" وزملائه من جامعة "ديوك"، تمت متابعة عدد من مرضى الفصام لفترة تراوحت ما بين سنتين ونصف وثلاث سنوات ونصف بعد خروجهم من المستشفى. وعلى الرغم من تحسن جميع أعراض الذهان لدى جميع المرضى تقريباً خلال فترة تواجدهم بالمستشفى، لم يظهر أي تحسن على مستوى الوعي بالمرض لدى الأشخاص الذين أجبروا على دخول المستشفى رغماً عنهم. وظل الحال كذلك خلال فترة المتابعة.

وبالطبع لن نستغرب عندما يرفض هؤلاء المرضى الالتزام طوعية خلال فترة المتابعة. توصل الباحثون أن عدم قدرة الشخص على رؤية نفسه كمريض تظل سمة لدى بعض مرضى الفصام، وسبباً في عدم الالتزام.

أنا اتفق مع دكتور "ماكيفوي". فقد قمت بمراجعة التاريخ البحثي وهناك إجماع بين معظم الدراسات إلا النذر اليسير. ولكن هذا لا يعني أن نفقد الأمل في قدرة العلاج على تحسين الوعي. فهناك دليلاً جديداً يحمل وعوداً وتفصيل كثيرة سأقوم بشرحه في الفصل العاشر. أتمنى مع استمرار المجتمع العلمي في توجيه اهتمامه لهذه المشكلة الخطيرة أن تتحسن العقاقير المعالجة لقلة الوعي.

الاعتقاد الأخير والذي أثبتت الأبحاث الحديثة خطأه هو أن قلة الوعي لدى مرضى الأمراض العقلية يؤدي إلى الفساد الأخلاقي، الاكتئاب والأفكار الانتحارية. من الواضح أن الانتحار هو مشكلة خطيرة للغاية بين مرضى الاكتئاب والفصام، حيث تذكر التقديرات بأن واحداً من كل عشرة أشخاص مصابين بالفصام يقدمون على الانتحار.

مثل معظم الأطباء السريريين، كنت قد تعلمت أن أنظر إلى قلة الوعي لدى مرضى الأمراض العقلية المزمدة على أنه هبة من الله لأنه يحول دون الانتحار، على الرغم من الصعوبة التي يفرضها على الالتزام بالعلاج. فقد كان يعتقد أن الأشخاص الذين لا يؤمنون بأنهم مرضى، هم أقل إصابة بالاكتئاب وأقل إقداماً على الانتحار. والعكس صحيح، فعند إدراك الأشخاص واعترافهم بحقيقة مرضهم تزيد لديهم النزعة الانتحارية.

في الحقيقة، وعلى العكس من ذلك، فقد اكتشفنا من خلال دراسة أجريتها أنا وزملائي أن الوعي بالمرض لا يرتبط بزيادة السلوكيات أو الأفكار الانتحارية. فقد تبين من خلال الدراسة، أن قلة الوعي ليس عاملاً وقائياً، كما كان يعتقد في السابق. كما تدحض الدراسة الإستراتيجية التي تتضمن السماح للمرضى الذين لا يدركون حقيقة مرضهم ويرفضون تناول العلاج بالاعتناء بأنفسهم.

خلال تدريب التخرج، كنت قد تعلمت أيضاً أنه مع النجاح في علاج جنون العظمة (أنا متزوجة من شخص غني ومشهور مثلاً)، تزيد مخاطر الانتحار. كانت والدة "أنا ليزا" التي ذكرتها في الفصل الأول، يرادها هاجس أنها متزوجة من "دايفيد ليتزمان" مقدم البرنامج الحوارى "لايت نايت". أقدمت والدة "أنا ليزا" على الانتحار بعد احتجاجها، الذي تأخر كثيراً، بالقوة في المستشفى. وقد تلقت خلال تواجدها بالمستشفى العلاج وتحسنت أعراض المرض لديها. أعتقد أصدقاء "أنا ليزا" أنها انتحرت لأن العلاج جعلها تخسر العالم الخيالى الذي خلقته تلك الضلالات والهلاوس. بعبارة أخرى إنها لم تتحمل مواجهة حقيقة أنها ليست الشخصية الذي دفعها مرضها على تصورها.

يعتبر هذا معتقداً خطيراً وشائعاً، ففي الحقيقة لم يكن الوعي أو توقف هذه الضلالات والهلاوس هو ما دفع والدة "أنا ليزا" إلى الانتحار؛ وإنما حقيقة أنها لم تتلقى متابعة علاجية كافية – لم تكن تتعامل عن قرب مع طبيب أو معالج تثق فيه. لو كان هناك شخص يقدم لها المساعدة والتوجيه خلال إدراكها الجديد للحقيقة، لكن من المستبعد أن تفقد الأمل وتنتهي حياتها. مما يؤكد الحاجة إلى المتابعة الملائمة مع طبيب صحة نفسية موثوق فيه.

باختصار:

الحقائق ذات الصلة التي كشف عنها البحث هي أن مستويات الوعي المرتفعة بالمرض

تحقق:

- التزام متسق يعول عليه بالعلاج
- مرات احتجاز أقل بالمستشفى
- فترات إقامة أقصر بالمستشفى
- أحكام أقل بالإيداع بالمستشفى
- مشاركة نشطة بجميع جوانب العلاج

كما يوضح البحث قيمة فحص جوانب الوعي بشكل منفصل. فنحن ندرك الآن أن الوعي العام بالمرض يعتبر أقل أهمية من الوعي بالعلامات التحذيرية الأولية والتأثيرات الإيجابية للعلاج.

حتى تتمكن من مساعدة الشخص الذي تحب وتزيد من وعيه بأعراض معينة والتأثيرات الإيجابية للعلاج، يتعين عليك أولاً فهم أساس المشكلة. كما سيتضح لك في الفصل القادم، يوضح البحث أن قلة الوعي لدى أصحاب الأمراض العقلية الخطيرة لا علاقة له بكون الشخص دفاعي، عنيد، غير مثقف، غير متعاون، أو صعب المراس.

3

أساس المشكلة

دراسة جديدة حول عمّة العاهة

"لا مجال للدهشة، فالمخ العضو الذي نستخدمه في التفكير وتقييم حاجتنا، هو نفسه الذي يتأثر

في أمراض الفصام والاضطراب الوجداني ثنائي القطب"

"إي فولر توري"، مُعلقاً على انتشار ضعف الوعي لدى مرضى الأمراض العقلية الخطيرة.

(الفصام واضطراب الهوس الاكتئابي، 1996، صفحة 27)

كنت أجلس في الاجتماع الأسبوعي مع فريقتي الطبي الذي يضم ممرضتين، مساعداً علاجياً، أخصائية اجتماعية وطبيباً نفسياً، ناقش ما إذا كانت حالة "مات" تحسنت بما فيه الكفاية لتسمح بخروجه من المستشفى.

بدأت "ماريا" الممرضة الأساسية لـ "مات" قائلة "لقد تحسنت الأعراض لديه بشكل كبير؛ فقد استجابت الهلوس والضلالات للعلاج وهو الآن أكثر هدوءاً ولا يعاني من الارتباك."

وأضافت "سينثيا"، الأخصائية الاجتماعية "والداه مستعدان لاستقباله بالمنزل مرة أخرى. كما وافق الدكتور "ريميرز" على متابعته كمريض خارجي."

ولخص الدكتور "بريستون"، رئيس الفريق، المناقشة قائلاً "يبدو أننا جميعاً في نفس الصورة" وسجل ملحوظة في التقرير الطبي لـ "مات".

"هناك أمر واحد يقلقني" اعترضت "سينثيا" بتردد. "أنا لا أعتقد أنه سيلتزم بخطة العلاج، فهو لا يزال يرى أنه لا يعاني من مشكلة."

فعلقت أنا "ولكنه يتناول دواءه"

"حتى الآن، ولكنه دفاعي وعنيد للغاية، ولا أعتقد أنه سيستمر لأكثر من أسبوع أو أسبوعين على العلاج."

كنت أوافق "سينثيا" في توقعها، ولكنني لا أوافقها الرأي حول السبب وراء امتناعه عن تناول العلاج بالخارج.

لم أستطع منع نفسي من سؤالها "ما الذي يجعلك تقولين بأنه دفاعي؟" ضحك تقريباً جميع المتواجدين حول الطاولة فكنت أبدو لهم متكلفاً. فقلت "حقاً، أنا أتحدث بجدية". وهنا تدخل في النقاش الطبيب المقيم المختص بالحالة، الدكتور "براين جرين".

"حسناً، هو لا يعتقد أنه يعاني من أية مشكلة. من وجهة نظر "مات"، السبب الرئيسي وراء تواجده هنا هو أن والدته أرغمته على ذلك. الرجل يملؤه الكبر والعناد. لا تسيء فهمي - فأنا أحبه ولكنني أشعر أننا لا نستطيع أن نقدم له المزيد طالما استمر في حالة الإنكار هذه. لا أحد يستطيع أن يقنعه بأنه مريض، وعليه أن يتعلم ذلك بنفسه بالطريقة الصعبة. وسرعان ما سيعود دون أن يدرك المشكلة."

أدرك دكتور "بريستون" أن خروج "مات" من المستشفى هو قراراً محتوماً، فأنهى النقاش قائلاً "لعلكم على صواب بشأن ذلك وبشأن حقيقة أنه لم يعد هناك المزيد كي نقدمه له هنا. سنستطيع المساعدة عندما يتوقف عن إنكار مشكلاته. حتى ذلك الوقت، نظل مربوطي الأيدي. "براين، أنت ستلتقي بـ "مات" ووالديه في الساعة الثالثة لمراجعة الخطة العلاجية. هل هناك أسئلة؟" وبعد لحظة من الصمت، تم تمرير التقرير الطبي لـ "مات" ليوقع كل منا على خطة خروج من المستشفى.

.....

"كل ما أحताجه هو العثور على وظيفة. لا أعاني من أية مشكلة أخرى."

.....

خلال السنوات الأولى القليلة من مرض أخي (قبل أن أخرج لأصبح اختصاصي علم نفس سريري)، كنت أعتقد دائماً بأنه عنيد وغير ناضج. فعندما يسأل عن خطته بعد خروجه من المستشفى، يجيب كعادته:

"كل ما أحताجه هو العثور على وظيفة. فأنا لا أعاني من أية مشكلة أخرى". وأحياناً يجيب "سأأتزوج". على الرغم من أنها أمنيات طبيعية يمكن تفهمها ولكنها غير واقعية نظراً لما مر به مؤخراً، ونظراً لحدة مرضه ورفضه قبول العلاج. ربما يحقق رغباته يوماً ما، ولكن ذلك لن يحدث إلا إذا شارك بقوة في العلاج المقترح من قبل الأطباء.

كان من المزعج التحدث مع "هنري" عن أسباب رفضه للعلاج. ولأنني كنت أمتلك خبرة محدودة بالمرض، كان السبب الوحيد الذي أستطيع أن أفكر فيه وراء رفضه المتصلب للعلاج هو كونه شخصاً عنيداً، دفاعياً ومزعجاً. لقد كنت محظوظاً عندما فكرت أن أخي شخص عنيد فحسب، فمثل الكثير من أبناء الأشخاص المصابين بالأمراض العقلية الخطيرة كانت أنا- ليزا تشك في حب والدتها لها لأنها ترفض أن تتعافى. لم تدرك أنا ليزا حقيقة ما كان يحدث إلا بعد أن أقدمت والدتها على الانتحار. أما بالنسبة لي، فقد كان ذلك بعد بداية عملي في المجال ولقائي بالعديد من الأشخاص المصابين بأمراض عقلية خطيرة. كان من غير المنطقي من وجهة نظري تفسير غياب الوعي المنتشر والتبريرات الغريبة التي يقدمها أشخاص مثل "مات" وأخي على أنه عدم نضوج للشخصية أو فقدان للحب.

ولكن لا يجب أن تأخذوا الإجابة مني، فلنلقي نظرة على هذه الدراسة لإجابة أكثر موضوعية لسؤالنا "ما الذي يسبب غياب الوعي ورفض العلاج؟".

دراسة حول أسباب غياب الوعي

لقد قمت بدراسة ثلاثة أسباب محتملة لغياب الوعي لدى مرضى الأمراض العقلية. الأول، الدفاعية، فمن المنطقي أن يلجأ شخص يعاني من مرض خطير إلى إنكار حقيقة أن هذا المرض قد سلب منه كل الفرص والوعود التي يحملها المستقبل.

وقد يفهم غياب الوعي كنتيجة للاختلافات الثقافية أو التعليمية بين المريض العقلي والأشخاص الذين يحاولون مساعدته. فغالباً ما يلقي باللوم على الاختلافات في القيم والثقافة الفرعية. كمثال، كانت "أنا ليزا" تؤمن بأن غياب الوعي لدى والدتها لا يرجع إلى الإنكار وإنما إلى تفضيل والدتها العالم الشيق والرائع الذي يصوره المرض لها. فعندما تظهر عليها الأعراض كان العالم بالنسبة لها مكاناً سحرياً للاستكشاف مليئاً بالمغامرات والألغاز. لذا لم تكن "أنا ليزا" تريد أن تشك في الضلالات التي تراود والدتها، لأنها كانت تخشى أن تسلب هذه الضلالات من والدتها حديثها عنها وبالتالي تتسبب لها في المزيد من الألم.

السبب الثالث المحتمل هو أن غياب الوعي بالمرض ينجم عن الاختلال العقلي نفسه المسئول عن أعراض أخرى للاضطراب. تاريخياً انتشرت دراسات التحليل النفسي التي تفسر غياب الوعي لدى مرضى الفصام. هناك تاريخ بحثي غني بحالات تمت دراستها تقترح أن غياب الوعي ينجم عن الإنكار الدفاعي، ولكن لم يتم اختبار صحة القضية من خلال دراسات محكمة إلا مؤخراً.

.....
 إن الدفاعية اليومية غير مسئولة عن القصور الخطير في الوعي المنتشر بين هؤلاء المرضى.

.....
 اثنان من طالباتي في مرحلة الدكتوراه "كريسولا كاسابس" و"إليزابيث نيلسون" تناولتا منهج مختلف في دراسة هذه القضية في رسالة الدكتوراه الخاصة بهما. حيث قامت الدكتورة "كاسابس" ببحث مستوى الدفاعية بوجه عام لدى المرضى الذين قامت بدراساتهم، في حين قامت دكتورة "نيلسون" بدراسة فكرة وصمة العار.

لم يسفر كلا المنهجين عن شيء ذي أهمية. فالمرضى الأكثر دفاعية ليسوا بالضرورة أقل وعياً من المرضى الأقل دفاعية أو غير الدفاعيين. بالمثل، فإن الطريقة التي ينظر بها المرضى الموسومون بالعار لأعراض المرض لديهم لها تأثير ضعيف على وعيهم بمرضهم. فالجميع يشعرون بالدفاعية من وقت لآخر، والبعض هم أكثر عرضة للإنكار من غيرهم. الأمر ذاته ينطبق على الأشخاص المصابين بأمراض عقلية خطيرة. على كل حال، إن الدفاعية اليومية غير مسئولة عن القصور الخطير في الوعي المنتشر بين هؤلاء المرضى.

كما أن الاختلافات الثقافية بين الباحث والمريض يمكن أن تلعب دوراً في الوصف الخاطئ لشخص بنقص الوعي لديه. بعبارة أخرى قد يكون المريض على دراية ووعي بمعظم، إن لم يكن كل، جوانب مرضه العقلي، ولكن ثقافته الفرعية قد تطلق عليه مسمى آخر. وبالتالي، فهو لن يستخدم مصطلح "مريض عقلي" في وصف نفسه. وإنما قد يقول في المقابل "أنا أعاني من مشكلة في الأعصاب"، أو وصفاً يوافق المعتقدات الدينية السائدة في بعض الدول الكاريبية مثل "أنا ممسوس من قبل أرواح شريرة". لذا لا بد من الأخذ في الاعتبار الثقافة الفرعية للمريض خلال أي دراسة للوعي.

.....
 مما يدعو للسخرية أن الكثير من المرضى الذين يعانون من نقص الوعي بمرضهم قادرون
 بامتياز على تشخيص المرض نفسه لدى غيرهم!

.....
 من ضمن ما يتعلق بقضية التأثيرات الثقافية هو مسألة مستوى تعليم المريض. هل تم إخبار الشخص بأنه يعاني من هذا المرض؟ إذا كان الأمر كذلك هل تم تعليم المريض كيفية

التعرف على أعراض الاضطراب وتسميتها؟ من خلال خبرتي، معظم المرضى الذين يعانون من نقص الوعي يتم إخبارهم بمرضهم، ولكنهم إما أن ينفوا ذلك أو يعترضوا زاعمين أنهم أكثر معرفة من الأطباء الذين قاموا بتشخيصهم. مما يدعو للسخرية أن الكثير من المرضى الذين يعانون من نقص الوعي بمرضهم قادرون بامتياز على تشخيص المرض نفسه لدى غيرهم!

للتأكد من إذا ما كان نصف الأشخاص الذين يعانون من أمراض عقلية لا يعرفون حقيقة مرضهم لأنهم لا يملكون معلومات عن المرض علينا إمعان النظر قليلاً في هذا المثال. إذا كنت تعاني من حرقه شديدة بالمعدة لدرجة أن قام أحد أصدقائك أو أقاربك بإقناعك بالذهاب إلى الطبيب الذي قام بتشخيص المشكلة على أنها مرض بالقلب ووصف الألم بالذبحة. عندها ستتوقف عن وصف الألم بحرقه المعدة وستطلق عليه ذبحة، وبالتالي ستلغي الموعد من طبيب الجهاز الهضمي وتحجز موعداً مع طبيب القلب.

لماذا، إذاً يعجز الكثير من مرضى الفصام والاضطراب الوجداني ثنائي القطب عن القيام بذلك؟ لماذا يصرون على وصف أهمهم — "حرقه المعدة" على الرغم من أن الدلائل تثبت عكس ذلك.

مفهوم للذات حبيس الزمن

في البحث الذي أجريناه ونشر في عام 1991، اقترحت أنا وزملائي أن نقص الوعي لدى مرضى الاضطرابات العقلية الخطيرة هو ناجم عما اسميناه "عقل مختل". فقد كنا نؤمن بأن نقص الوعي الشائع بين المرضى والأفكار غير المنطقية المقدمة منهم لتفسير احتجاجهم بالمستشفى نابعاً عن اختلال عصبي. في ذلك الوقت، لم نقوم بدراسة الفرضية العصبية لتفسير نقص الوعي بالنسبة لمرضى الاضطراب الوجداني ثنائي القطب، ولكننا شعرنا أن هناك سبباً وجيهاً للاعتقاد بأن ما كنا نراه لدى مرضى الفصام هو نتيجة خلل عقلي وليس نتيجة العناد، الدفاعية أو الجهل بالمرض العقلي بوجه عام. الحقيقة هي أن دوائر المخ المسؤولة عن تسجيل وتحديث مفهوم الذات لا تعمل بصورة سليمة لدى هؤلاء المرضى.

على سبيل المثال، مفهومي عن ذاتي يتضمن المعتقدات التالية حول قدراتي: أستطيع الاستمرار في وظيفة؛ إذا استأنفت الدراسة فساكون طالباً نجيباً؛ لدي التعليم والخبرة لأكون معالجاً؛ كما أتعامل مع الآخرين بأسلوب لائق اجتماعياً.

ما هي المعتقدات التي تمتلكها عن نفسك وعن قدراتك؟ هل تعتقد أنه بإمكانك النجاح في وظيفة والاستمرار بها؟ ماذا لو قلت لك أنك مخطئ، وأنت غير قادر على العمل ومن الممكن ألا

تجد وظيفة إلا إذا قمت بابتلاع بعض الحبوب التي أحضرتها لك؟ وأنه عليك تناول هذه الحبوب لفترة طويلة، أو ربما لبقية حياتك؟

ماذا سيكون ردك على ذلك؟ لعله نفس الرد الذي ذكره أخي لي عندما قلت له أنه لن يتمكن من الاستمرار في أي وظيفة إلا إذا تناول علاجه بإخلاص: "أنت مجنون"

غالبًا ستعتقد إنني أمازحك، ولكن بعد أن تتأكد بأنني جاد للغاية، سوف تفكر بأنني مجنون. ففي النهاية، أن تعرف أنك قادر على العمل - هي حقيقة واضحة بالنسبة لك. وفي حالة إذا ما قمت أنا بإشراك بعض الأقارب والأطباء لإقناعك، فقد تبدأ بالشعور بالاضطهاد والخوف.

هذه هي تجربة العديد من مرضى الأمراض العقلية الخطيرة الذين قمت بمقابلتهم. فقد ترك الخل النفسي العصبي لديهم، فهمهم عن ذاتهم - معتقداتهم حول ما يمكنهم وما لا يمكنهم فعله - حبيسة الزمن. فهم يؤمنون أن لديهم نفس القدرات، نفس احتمالات النجاح التي كانوا يتمتعون بها قبل بداية المرض. لهذا السبب نسمع عن الخطط غير الواقعية عن المستقبل من أحبائنا.

عندما يخطئ الرجل بين قبعته وزوجته

إذا لم يسبق لك الحديث مع شخص عانى من جلطة، ورم دماغي أو إصابة بالرأس، فغالبًا سيكون من الصعب عليك تصديق ما ذكرته للتو. إذا كان الأمر كذلك، فأنا أنصحك بقراءة كتاب "الرجل الذي أخطأ بين زوجته والقبعة" لطبيب الأعصاب أوليفر ساكس (هو أيضًا مؤلف الكتاب الذي أخذ منه فيلم "الصحة / أوكيننج). حيث يتمتع الدكتور ساكس بموهبة القدرة على وصف الحياة الداخلية لأشخاص عانوا من إصابات دماغية بتفاصيل حية.

بالحديث عن الحالة التي سجلها عنوان الكتاب، يصف دكتور ساكس رجلاً أصيب بالسرطان في أجزاء المخ المسؤولة عن الإبصار. لم يكتشف دكتور ساكس عند مقابلته بالدكتور "بي"، أستاذ الموسيقى هذا، لأول مرة، الأسباب وراء تحويله للعيادة للفحص والتقييم. فلقد كان يبدو طبيعياً - وكان حديثه متزنًا - بل وأظهر نكاءً شديداً. ولكن التقييم العصبي كشف عن إدراكات غريبة. فعندما طلب منه أن يرتدي حذائه مرة أخرى، تأخر في الاستجابة - وظل يحرق إلى قدميه في غير موضعها في تركيز شديد. وعندما عرض عليه دكتور ساكس المساعدة، رفض ويظل يبحث حوله. أخيراً، أمسك بقدميه متسائلاً "هذا هو حذائي، إلس كذلك؟" وعندما أوضح له مكان حذائه، رد قائلاً "كنت أعتقد أن هذه قدمي"

لم يكن دكتور "بي" يعاني من مشكلة في الرؤية - وإنما يعاني من اضطراب في الطريقة التي يعمل بها دماغه على بناء وتصنيف إدراكاته. لاحقاً، عندما كان جالساً في عيادة دكتور

ساكس وبينما كان يعتقد أنه حان وقت مغادرته العيادة، قام يهم بالمغادرة وبدلاً من أن يمسك بقبعته، أمسك برأس زوجته محاولاً رفعها لكي يرتديها. من الواضح أنه ظن أن رأس زوجته هي القبعة. لذا، عندما أتحدث عن غياب الوعي في الاضطرابات العقلية الخطيرة فغالبا ما أقول "إذا كان الخلل الدماغي قد يتسبب في أن يخطئ الرجل بين رأس زوجته وقبعته، فمن السهل تصور كيف يمكن أن يؤدي بشخص أن يخطئ بين حياته السابقة وحياته الحالية".

في أواخر الثمانينات، كنت اعمل بشكل مكثف مع أشخاص مصابين بأمراض عصبية، حيث أقوم بإعداد اختبارات نفسية مصممة للكشف عن القصور الذي تسبب فيه الخلل الدماغي لديهم. وقد اتضح لي التشابه بين المتلازمة العصبية المعروفة بـ "عمه العاهة" (وهي عدم إدراك القصور، أعراض وعلامات المرض) وبين نقص الوعي لدى مرضى الأمراض العقلية الخطيرة. فهناك تشابهاً لافتاً بين عمه العاهة ونوع نقص الوعي الذي نناقشه هنا. هذا التشابه يشمل الأعراض والنواحي العصبية.

على سبيل المثال، غالباً ما يقدم المرضى المصابون بعمه العاهة تفسيرات غريبة، أو ما يسميه أطباء الأعصاب بـ "هذيان الأراجيف"، لدحض أي ملاحظات تتعارض مع معتقداتهم بأنهم غير مرضى. كنت قد قمت بعمل تقييم لشخص يبلغ من العمر 42 عاماً، كان قد تعرض إلى حادثة سيارة عانى على أثرها من إصابة خطيرة بالرأس أدت إلى ضمور أنسجة في الجهة اليمنى من الفص الصدغي و الجداري و الجبهي من المخ، مما تسبب له في شلل بالجانب الأيسر من الجسم. وعندما قابلته بعد أسبوع من الحادثة، سألتها إذا كان يستطيع رفع يده اليسرى، فأجاب "نعم". وعندما طلبت منه رفعها، ظل ساكناً دون أي تعبيرات على وجهه، وبالطبع لم يستطع تحريك يده المشلولة. فأوضحت له أن يده لم تتحرك، ولكنه اعترض. لذا طلبت منه أن يحرك يده مجدداً وهو ينظر إليها. وعندما رأى أنه لم يستطع تحريك ذراعه بدى عليه الاضطراب. فسألتها لماذا لم يحرك يده، رفض الإجابة في البداية وعندما ألححت عليه في السؤال، رد قائلاً "أنا أعرف أن هذا قد يبدو جنونياً ولكنك قمت بتقييد يدي أو شيء من هذا القبيل".

عمه العاهة معروف لدى البشر منذ أن عرفنا نعمة الوعي منذ أكثر من 2000 سنة، وصف "إل. أيه سينيك" وهو يكتب عن المعاني الأخلاقية للإيمان بالذات، ما يبدو أنه حالة عمه عاهة جاءت بعد عمى نصفي (عمى ناتج عن إصابة دماغية): "من غير المعقول.. إنها لا تترك أنها عمياء. فهي تطلب مرات ومرات من حارسها أن يأخذها إلى مكان آخر، متحججة بأن المنزل مظلم". كيف لا يستطيع المرء أن يدرك أنه أعمى؟ ولماذا عندما يقدم إليه الدليل، يلجأ إلى تبرير العمى؟

.....

عندما يصبح مفهوم المرء لذاته حبيس الوقت، لا يملك المرء غير تجاهل أو تبرير أي دليل يتنافى مع هذا المفهوم

.....

لم يستطع الشخص الذي تعرض لحادث سيارة أصابه بالشلل أن يدرك أنه لن يتمكن مجدداً من تحريك الجانب الأيسر من جسده. لم يتلاءم ذلك مع فكرته عن نفسه (أن يديه وقدميه تتحركان بشكل جيد)، لذا لم يملك إلا أن ينفي أي دليل يثبت عكس ذلك. لقد كان تماماً مثل المرأة العمياء التي لم تدرك أنها عمياء، واعتقدت ببساطة في تفسير آخر بديل عن الحقيقة (مثل أن المنزل هو المظلم). كل يوم ينطق الشخص الذي يعاني من مرض عقلي خطير بمثل هذه التفسيرات لكي يعزز من اعتقاده بأنه لا يعاني من أية مشكلة. عندما يصبح مفهوم الشخص عن ذاته حبيس وقت معين، وتغيب عنه معلومات هامة، لا يملك هذا الشخص غير تجاهل أو نفي أي دليل يثبت عكس اعتقاده عن نفسه. لذلك يقوم الكثير من الأشخاص الذين يعانون من أمراض عقلية خطيرة بإرجاع أسباب احتجازهم بالمستشفى إلى مشاجرات مع الوالدين، اختلافات في الرأي إلخ. كحال أصحاب الأمراض العصبية الذين يعانون من عمه العاهة، يتسم هؤلاء بوعي جامد؛ فهم غير قادرين على دمج معلومات جديدة تتنافى مع معتقداتهم الخاطئة.

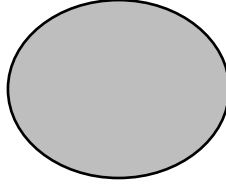
هناك وجه تشابه آخر بين أصحاب الأمراض العصبية الذين يعانون من عمه العاهة وأصحاب الأمراض العقلية الخطيرة وهو النمط المتقطع لقلة الوعي. حيث تتواجد نقاط من الوعي واللاوعي بجانب بعضها البعض. على سبيل المثال، قد يدرك مريض عمه العاهة قصور الذاكرة ولا يدرك الشلل. وبالمثل، فقد رأينا العديد من مرضى الفصام على دراية ببعض الأعراض وغير مدركين لأعراض أخرى.

قد تؤدي إصابة بعض مناطق المخ إلى عمه العاهة. لذا، فقد قدمت دراسات عمه العاهة نقطة بداية عملية لمزيد من البحث عن مناطق المخ المسؤولة عن الوعي لدى أصحاب الأمراض العقلية الخطيرة. وجد أن أصحاب الأمراض العصبية الذين يعانون من عمه العاهة غالباً ما يكون لديهم خلل (إصابة من نوع ما) بالفص الأمامي من المخ. ومن المثير للاهتمام أن الأبحاث قد أظهرت وجود خلل وظيفي بنفس مناطق المخ لدى أصحاب الأمراض العقلية الخطيرة.

في إحدى الدراسات التي أجريت على مجموعة من أصحاب الأمراض العصبية بمستشفى هيل سايد في كوينز بولاية نيويورك، والتي تمت بالاشتراك مع دكتور "وليام بار" ودكتورة "الكسندرا

إيكونومو"، قمت بمقارنة أنماط من غياب الوعي لدى ثلاث مجموعات من المرضى يعانون من خلل في ثلاث مناطق مختلفة من المخ. وقد تم تمويل الدراسة من قبل مؤسسة ستانلي، وكانت تهدف إلى تحديد الخلل الوظيفي الدماغي المتسبب في قصور الوعي. وكما كان متوقع أظهر المرضى المصابون بخلل في الفص الأمامي من المخ مشكلات متعلقة بالوعي بمرضهم مقارنة بالمرضى الذين يعانون من خلل في الفص الخلفي. دعنا نفحص هذا المثال.

جورج هو رجل مسن يبلغ من العمر 71 عاماً يعاني من جلطة. وقد طلب منه أن يرسم الساعة الموجودة على اليسار في الشكل بالأسفل. وقبل البدء في الرسم، سئل "هل تعتقد أنك ستجد صعوبة في نسخ الصورة؟"



طلب من جورج أن يجيب على السؤال على مقياس من 4 نقاط، حيث صفر = لا صعوبة على الإطلاق، 1 = بعض الصعوبة، 2 = صعوبة كبيرة، 3 = لا أستطيع القيام بذلك. فكانت إجابته صفر، أي أنه لا يجد أي صعوبة. يعرض الجانب الأيمن من الشكل الرسم الذي أنتجه جورج بعد مجهود كبير.

كان ما حدث بعد ذلك أكثر إثارة للانتباه من عدم قدرته على إدراك أن الجلطة قد جعلته غير قادر على تنفيذ مثل هذه المهمة البسيطة. فعندما سئل إن كان يجد صعوبة في رسم الساعة، كانت إجابته "لا على الإطلاق". ومع توجيه المزيد من الأسئلة إليه، تبين أنه لا يرى أو يدرك الاختلافات بين ساعتنا والساعة التي قام برسمها.

وعندما أوضح له أن الأرقام على الرسم الذي قام به بعيدة عن الساعة نفسها. بدا عليه الاضطراب وقال "انتظر، لا يمكن أن يكون هذا ما رسمته. ماذا حدث للساعة التي رسمتها؟ لقد قمت بتبديل الرسم." هذا مثال على هذيان الأراجيف. هذيان الأراجيف هي اختلافات ينتجها المخ كرد فعل لملاء الفراغات في إدراكنا وذاكرتنا عن العالم من حولنا. تقريباً جميع الناس تخلق أموراً بدرجة ما – بالتأكيد سمعت أشخاص يتوقعون أثناء سردهم لموقف معين حدث معهم ويقولون مثلاً "انتظر، لقد كنت أكذب. لا أعرف لماذا قلت ذلك. لم يحدث الأمر على هذا النحو!" يعد هذا مثالاً لشخص أدرك أنه يخلق أموراً فتوقف وصحح نفسه.

إن هذيان الأراجيف هو عبارة عن ذكريات و/أو خبرات مختلقة تشيع بين الأشخاص الذين

يعانون من خلل وظيفي بالدماغ. ولكننا نلاحظ أن هؤلاء الأشخاص لا يلجئون إلى تصحيح أنفسهم، لأنهم لا يفهمون الحاجة إلى ذلك. فلم يكن جورج يكذب عندما قال إنني قمت بتغيير الرسم الذي قام به، وإنما كان ذلك الشيء الوحيد المنطقي من وجهة نظره. وللحظة كان يعتقد أن هذا ما حدث بالفعل.

.....

لقد كان يتصرف وفقاً لمعتقداته عن ذاته في الماضي وليس ذاته في الوقت الحاضر.

.....

في كتابه "مبادئ علم النفس" كتب وليام جيمس: في حين أن جزءاً من إدراكنا يأتي من خلال إدراك حواسنا للأشياء من حولنا، إلا أن هناك جزءاً آخر (وقد يكون الجزء الأكبر) يأتي دائماً من عقلنا.

ليس هناك أمثلة أفضل عن الإدراك الذي يتحدث عنه جيمس من المثال الذي ذكرته للتو. فجورج كان يرى الرسم الذي قام به من خلال حاسة النظر لديه. ولكن تصوره عن الساعة – الصورة التي كونها دماغه – كانت مختلفة تمام الاختلاف عما رآته عيناه. كان لدى جورج مفهوماً عن ذاته، أفكار ومعتقدات عن الذات، من بينها إيمانه بقدرته على نسخ صورة الساعة بسهولة. أنت أيضاً لديك نفس الاعتقاد كجزء من مفهومك لذاتك. فحتى لو لم تكن ترى أن لديك موهبة فنية، فأنت تؤمن بقدرتك على نسخ صورة مطابقة معقولة من الرسم إذا طلب منك ذلك. بعبارة أخرى، هذا الاعتقاد ظل حبيباً في عقل جورج بشكل منفصل عن قدراته البصرية، ولم يتغير بعد الجلطة التي تعرض لها. لقد كان يتصرف وفقاً لمعتقداته عن ذاته في الماضي وليس ذاته في الوقت الحاضر. لقد رأى الأرقام تنحرف خارج الدائرة المائلة، ولكنه أدرك الأرقام في مكانها الصحيح داخل دائرة متناسقة. فادمغتنا مصممة لتعمل على ترتيب وتكوين إدراكاتنا.



هذا مثال بسيط يوضح ما أتحدث عنه. قم بالإجابة على هذا السؤال: ما هو الحرف الذي يظهر في المربع الذي تراه على اليمين؟

إذا كانت إجابتك هي E، فلقد رأيت ما رآه غالبية الناس عندما وجه لهم نفس السؤال. ولكن في الحقيقة أنت لم ترى الحرف E. ما رأيته هو خط بزائويتين قائمتين (حرف C على شكل مربع) وخط قصير غير متصل بالخط الأصلي الكبير. لعلك أجبت بـ E لأنك تصورت الحرف E. فقد قامت المعالجة البصرية ودوائر الذاكرة بدماغك بملأ الفراغات بين السطور حتى تتمكن من الإجابة على السؤال.

لكي نثبت أن ضعف الوعي لدى أصحاب الأمراض العقلية الخطيرة يرجع إلى أسباب عصبية، احتجت أنا وزملائي إلى أكثر من ملاحظة أوجه التشابه مع أصحاب الأمراض العصبية؛ كنا نحتاج إلى افتراضية قابلة للاختبار ومعلومات مؤكدة. معرفتنا أن مرضى الفصام دائماً ما يقدمون أداءً ضعيفاً في الاختبارات النفسية العصبية المتعلقة بوظيفة الفص الأمامي من المخ، جعلتنا نفترض أن هناك علاقة قوية بين الجوانب المختلفة لغياب الوعي بالمرض وبين مستوى الأداء في تلك الاختبارات.

سرعان ما قام الدكتور "دونالد يانج" وزملائه في جامعة تورنتو بكندا بإثبات صحة فرضيتنا. فقد قاموا بدراسة مجموعة من مرضى الفصام للتوصل إذا ما كان الأداء في الاختبارات النفسية العصبية المتعلقة بوظيفة الفص الأمامي من المخ قد ينبأ بمستوى الوعي بالمرض. وقد أثبتت الدراسة وجود علاقة قوية بين الاثنين. تجدر الإشارة إلى أن هذا الارتباط لم يمتد إلى وظائف معرفية أخرى قاموا باختبارها، بما فيها مستوى الذكاء. بعبارة أخرى، العلاقة بين ضعف الوعي والخلل الوظيفي للفص الأمامي من المخ، هي أكثر وضوحاً من العلاقة بمشكلة الأداء الفكري بوجه عام. وعلى ذلك، فإن تلك النتائج تدعم بقوة فكرة أن غياب الوعي بالمرض ومشكلة رفض العلاج الناتج عنه، ينجم عن خلل عقلي وليس قراراً متعمقاً.

ولكن مع توافر دراسة واحدة تدعمها، تظل هذه النتائج قابلة للنقاش. الخطوة التالية في التأكد من أن غياب الوعي بالمرض هو نتيجة خلل وظيفي بالفص الأمامي من المخ هو إعادة تطبيق النتائج التي توصل إليها دكتور يانج وزملائه على مجموعة جديدة من المرضى.

اتضح أنه قد تم إعادة التحقق من النتائج القائلة بأن هناك علاقة قوية بين ضعف الوعي والخلل الوظيفي بالفص الأمامي من المخ عدة مرات من قبل العديد من المجموعات البحثية (انظر الجدول بالأسفل). هذه القائمة لإعادة التجربة تطول أكثر فأكثر بينما تقوم بقراءة هذه السطور، كما

أني على دراية بوجود نتائج غير معلنة بعد تؤكد نفس الفرضية.

الوصول إلى نفس النتائج من قبل الباحثين المستقلين هو أمر غير متكرر في مجال البحث النفسي. لذا فإن حقيقة وصول العديد من الباحثين لنفس النتائج التي توصل إليها يونج وزملائه يقوي من العلاقة بين الوعي والفص الأمامي للمخ. عدد ضئيل من الدراسات لم تثبت هذه العلاقة، ولعل السبب في هذه الحالات يرجع إلى أخطاء منهجية في تصميم الدراسة.

خلل الوظائف التنفيذية (الفص الأمامي) وضعف الوعي:

- يونج وآخرون "دراسة الفصام" 1993
- ليسكر وآخرون "الطب النفسي" 1994
- كاسبس وآخرون "دراسة الفصام" 1996
- ماك إيفوي وآخرون "مجلة الفصام" 1996
- فوروجانتي وآخرون "المجلة الكندية للطب النفسي" 1997
- ليسكر وآخرون "acta psychiatr scand" 1998
- يونج وآخرون "مجلة الأمراض العصبية والعقلية" 1998
- بيل وآخرون فصل "عن الوعي والذهان، أمادور ودايفيد طبعة 1998
- مورجان وآخرون "دراسة الفصام" 1999، 1999ب
- سميث وآخرون "مجلة الأمراض العصبية والعقلية" 1999
- سميث وآخرون "مجلة الفصام" 2000
- لاروي وآخرون "دراسة الطب النفسي" 2000
- بكليت وآخرون "الطب النفسي الشامل" 2001
- ليسكر وآخرون "دراسة الفصام" 2003
- دريك وآخرون "دراسة الفصام" 2003
- مورجن وديفيد (مراجعة) عن الوعي والذهان، الطبعة الثانية (مطبوعة جامعة أكسفورد 2004)

هناك أيضاً مؤلفات كثيرة تظهر إلى النور تربط بين ضعف الوعي في حالة الفصام وغيره

من الأمراض الذهانية والخلل في بنية ووظيفة المخ، عادة تتضمن الفص الأمامي. يمكن مراجعة هذه الدراسات التي تعتمد على صور للمخ (أشعة رنين مغناطيسي (ام ار اي)، الأشعة المقطعية (سي تي) والتصوير المقطعي بالإصدار البوزيتروني (بيت))، من خلال "عن الوعي والذهان، أمدور اكس أف ودايفيد ايه اس (محررين)، مطبعة جامعة أكسفورد 2005.

توصلنا الدراسة التي تمت مناقشتها بالأعلى، وغيرها من الدراسات الجديدة التي تربط بين ضعف الوعي والخلل في بنية المخ إلى استنتاج واحد. هذا الاستنتاج هو أنه في معظم حالات الفصام والاضطرابات الذهانية، يرجع ضعف الوعي وعدم الالتزام بالعلاج الناجم عنه إلى خلل بالدماغ وليس العناد أو الإنكار.

إذا كنت تتعامل مع اختصاصي صحة عقلية لا يزال متمسكاً بالفكرة القديمة التي تقول إن مشكلات الوعي الخطيرة والمستمرة ناجمة عن "الإنكار" (كإلية مواكبة)، اطلب منه الاطلاع على قسم "الفصام والاضطرابات المشابهة" بـ "الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية - IV-TR، صفحة 304.

اضطرابات وسمات ذات صلة

"غالبية مرضى الفصام يعانون من ضعف الوعي فيما يتعلق بحقيقة إصابتهم بمرض ذهاني. أوضحت الدلائل أن ضعف الوعي هو عرض على المرض نفسه وليس استراتيجية مواكبة ... كما هو الحال بالنسبة لنقص الوعي الناجم عن الخلل العصبي الذي نراه في الجلطات، والمسمى بعمه العاهة.

الآن، إذا كان الشخص الذي تحاول تثقيفه عنيد للغاية وأيضاً قارئ واع، فتراه يقول لك شيئاً مثل "نعم، ولكنني أرى أن الدكتور أمدور كان زميلاً مساعداً في هذا القسم من "الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية (DSM)، لذا فقد كتب ما يؤمن به وحسب. هذا لا يثبت أي شيء!". إذا حدث هذا، اطلب من هذا الشخص أن يقرأ مقدمة المراجعة الأخيرة. وقتها سيعلم أن كل جملة في نسخة "الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية (DSM) تم مراجعتها من قبل بقية الزملاء قبل إضافتها. مراجعة النظراء في هذا السياق تضمنت خبراء آخرون في المجال، والذين تلقوا النص المقترح بالإضافة إلى جميع مقالات البحث التي تعزز التغييرات التي أردنا أن نزميلي القيام بها. جميع التغييرات لابد أن تدعمها نتائج بحثية صحيحة وموثوق بها. على الرغم من أن التخلص من هذه النظريات القديمة عن ضعف الوعي في حالات الاضطرابات هذه كان بطيئاً (التفكير في أنه إنكار وليس عمه العاهة)، إلا أننا نحرز تقدماً.

دراسة جديدة عن عمه العاهة

كنت قد دعيت للمشاركة كضيف مراجع في الطبعة الخاصة من مجلة المعهد القومي للصحة النفسية "مجلة الفصام" والتي ركزت على "ضعف الوعي في الفصام". من المقرر أن تظهر هذه النسخة الخاصة في أواخر 2011. أعتقد أنه من المفيد لقارئ هذا الكتاب أن أقدم له ملخصاً سريعاً لبعض الدراسات الحديثة التي تعتبر الخلل الدماغي السبب الأساسي لغياب الوعي بالمرض. بالأسفل هناك جدول مختصر يسرد بعض هذه الدراسات.

الكاتب	السنة	المجلة	النتائج
يونج وآخرون	1998	مجلة الأمراض العقلية والعصبية 186(1)44-50	غياب الوعي بالمرض مرتبط بخلل في وظيفة الفص الأمامي للمخ، كما تشير الاختبارات النفسية العصبية
لاروي وآخرون	2000	دراسة الأمراض العقلية 20 نوفمبر 2000 100(1):49-58	هناك ارتباط كبير بين القصور في اختبار وسكونسن لتصنيف البطاقات، والذي هو عبارة عن اختبار للوظائف التنفيذية للفص الأمامي للمخ، وضعف الوعي بالمرض
كيشافان وآخرون	2004	دراسة الفصام 187-194،70	قصور الوعي قد يرجع إلى خلل وظيفي عام بشبكة الأعصاب بالذاكرة، التعلم والوظائف التنفيذية
إلمان وآخرون	2006	المجلة البريطانية للطب النفسي 204-212،189	يسهم الخلل النفسي العصبي، خاصة المتعلق بضعف القدرة على الانتقال بين المهام ومراقبة الخطأ إلى ضعف الوعي في حالة الذهان
بيا وتاميتو	2006	الأرشيف الأوروبي للأمراض العقلية وعلم الأعصاب السريري 31-37،60(5)	قد يحدث نقص الوعي في الفصام كمرض عصبي منفصل نتيجة ضمور المخ المتصل بمناطق الفص الأمامي للمخ
شاد وآخرون	2006	دراسة الفصام 54-70،86	يرتبط غياب الوعي بنسب منخفضة في الاختبارات النفسية والعصبية التي تقيم الوظائف التنفيذية مثل اختبار وسكونسن لتصنيف البطاقات (WCST)
سارتوري وآخرون	2009	مجلة الفصام 286،35suppl.1	يرتبط غياب الوعي بالأداء المعرفي اللغوي، حيث يفسر غياب الوعي بضعف الأداء المعرفي اللغوي.

عمه العاهة مقارنة بالإنكار:

غالباً ما يطرح علي سؤال: "كيف أعرف إذا كنت أتعامل مع حالة إنكار أو عمه عاهة؟". هناك ثلاثة أشياء مهمة يجب النظر إليها:

1. غياب الوعي يتسم بالحدة والاستمرارية (حيث يستمر لشهور وسنوات).
 2. المعتقدات "أنا لست مريضاً"، "لست أعاني من أية أعراض إلخ"، تكون ثابتة ولا تتغير حتى بعد مواجهة الشخص بالدليل القاطع بأنه مخطئ.
 3. تكثر التفسيرات والاختلافات غير المنطقية التي تحاول دحض الدليل.
- مثالاً، قد ترغب في معرفة إذا كشفت الاختبارات النفسية والعصبية عن خلل في الوظائف التنفيذية. ولكن بغض النظر، إذا ما كانت المشكلة نابعة عن خلل عصبي أو نابعة عن الدفاعية أو كلاهما، يبقى السؤال الأهم هو: كيف يمكنك مساعدة هذا الشخص على قبول العلاج؟ والذي سيكون محط تركيز بقية الكتاب. تذكر، قد يكون السبب وراء الإنكار الحاد والمتواصل أقل أهمية من الطريقة التي اخترت أن تتعامل بها معه.
- أخيراً، يشعر كثير من الناس بالأس من القدرة على مساعدة أحبائهم إذا كان الإنكار عرض من أعراض المرض. إذا كنت تشعر بالشيء نفسه الآن، أقدم لك بقية الفصل.
- من السهل معالجة الخلل الدماغي:**

الخلاصة من كل هذه الدراسة هي أن الخلل الدماغي قد يخلق عوائق أمام الوعي بالمرض وقبول العلاج في حالة المرضى العقليين الذين نحاول مساعدتهم. ولكن هذا لا يدعو إلى اليأس. فهناك طريقتين فورييتين يمكنك من خلالهما الانتفاع بهذه المعلومات لمساعدة نفسك والمريض الذي تحبه.

الطريقة الأولى، عندما يصيبك الإحباط من محاولة إقناع المريض بحاجته للمساعدة، تذكر أن العدو هو الخلل الدماغي وليس الشخص. هذا النمط من التفكير سوف يساعد على تقليل مستوى الإحباط الذي تشعر به، يزيد من فاعليتك، كما سيساعدك على بناء علاقة تعاون مع الشخص الذي تحاول مساعدته. ثانياً، هذه المعلومات سوف تزيد الأمل لديك حول قدرتك على مساعدة المريض على قبول المساعدة المقدمة له.

الأمل؟ كما ذكرت سابقاً، إذا كنت مثل معظم الأشخاص، فإن قراءة نتائج الدراسة التي ذكرتها أعلاه قد تسببت في جعلك متشائم (متحير) أكثر من أنك متفائل. ففي النهاية، الخلل الدماغى غير قابل للعلاج، إلس كذلك؟ إذا كان ضعف الوعي هو عرض من أعراض الخلل الدماغى، إذا أين يوجد الأمل؟

هناك معلومة مغلوطة شائعة وهي أن السمات الشخصية مثل العناد والدفاعية هي أسهل بكثير في معالجتها عن القصور الذى يتسبب فيه ضمور العقل. في الحقيقة، إنه من الأكثر صعوبة تغيير شخصية أحدهم عن محاولة تعليمه كيفية التعويض عن بعض الخلل الوظيفى العقلى. لذا، على الرغم من أن فكرة أن الخلل الوظيفى العقلى قد يتسبب في ضعف الوعي قد تشعرك بالعجز في البداية، فهي تضع أسس لأمل متجدد.

إن إعادة التأهيل ممكنة في الكثير من حالات الضمور العقلى (1) لأنه يمكن علاج بعض خلايا المخ و (2) يمكن إعادة توجيه بعض الوظائف إلى مناطق أخرى غير مصابة بالمخ. في هذه الحالات، يقوم الأطباء بدقة بتقييم القصور الذى تسببت فيه العاهة ووضع خطة للتعويض عن القدرة المفقودة. هذا هو الإجراء المعتاد بعد الجلطات، أورام المخ، إصابات الرأس، وغيرها من الأسباب المؤدية إلى ضمور في الجهاز العصبى. في الحقيقة، يتم تدريب أطباء التأهيل خصيصاً من أجل هذه المهمة، والتي غالباً ما يشار إليها بـ "العلاج التأهيلي المعرفى".

هذا المنهج في العلاج مناسب جداً لمساعدة المصابين بأمراض عقلية خطيرة على تطوير وعيهم بمرضهم، بالإضافة إلى تطوير مهارات جديدة مطلوبة للموافقة على العلاج والمشاركة فيه. في الفصول القادمة، سوف تتعلم كيفية تقييم طبيعة وحدة القصور في الوعي لدى المريض والتوصل إلى خطة لمساعدته على التعويض عن هذا القصور. من خلال هذه الطريقة ستتمكن من مساعدته على تطوير نوع الوعي الذى يحتاج إليه لكي يتعايش مع المرض بفاعلية ويتقبل العلاج. الأخبار الجيدة هو أن القيام بذلك يمكن أن يكون أسهل مما تتصور.

الجزء الثاني

كيفية المساعدة باستخدام طريقة

اسمع – اشعر – وافق – شارك

LEAP

"لا يمكنك نيل ما تريده دائماً.

ولكن إذا حاولت يوماً ما،

فقد تنال ما تحتاجه!"

ميك جاجر و كيث ريتشاردز

الرولينج ستونز، Let it Bleed، 1969

4

المنهج الصحيح والخطأ

قال له هاري "قل لي شيئاً أخيراً". "هل هذا حقيقياً؟"

أم كان هذا الأمر يحدث في مخيلتي؟"

تبسم دمبردور في وجهه... "بالفعل هو يدور في رأسك فقط يا هاري،

ولكن لماذا يجب أن يعني ذلك أنه ليس حقيقياً؟"

ج. ك. رولينج، هاري بوتر والأعماق المميّنة 2007، ص723

تنهدت د/ كارين هولواي ثم قالت، "لقد عاد مايكل"، وهي تسير باتجاه حيثما كنت جالسا في قسم الممرضات. ثم أكملت حديثها قائلة، "أريد منك أن تذهب إلى الطوارئ وتسجل دخوله في المستشفى".

سألته مرتاباً، "مايكل كاس؟".

ردت كارين، "نعم للأسف"، متفاجئة بعض الشيء بسبب دهشتي.

"عليك الاعتقاد عليه يا زايفر. بعض المرضى عالقين في الباب الدوار ومايكل واحدا منهم".

دار هذا الحوار عام 1988م وكانت كارين في ذلك الحين رئيسة الأطباء المقيمين في المستشفى التي كنت أعمل فيها كطبيب مقيم في مدينة نيويورك. وحتى يومنا هذا، ظلت كارين واحدة من أكثر الأطباء إشفاقاً وذكاء ورزانة ممن كنت أشعر دائماً بمتعة العمل معهم. ولم يكن تشخيص "مريض الباب الدوار" تشخيصاً قدمته باستخفاف أو بدون شفقة.

حصل مايكل كاس على تصريح الخروج من المستشفى بستة أسابيع فقط قبل الموعد المقرر للخروج وذلك بعد أن تلقى علاجاً في المستشفى لمدة شهر وعندما غادر أصبح لم يعد

يسمع الأصوات. كانت أوهامه لا تزال موجودة ولكنه شعر بقليل من عدم الارتياح بحديثه عنها، وكان من المقرر أن يتلقى علاج للمتابعة في واحدة من العيادات الخارجية لدينا.

بالحكم على تعليق كارين، أعتقد أنني لم أخفي إحباطي ودهشتي بسبب عودته في القريب العاجل. نزلت الدرج درجتين درجتين، نزلت ثمانية طوابق حتى وصلت إلى غرفة الطوارئ - فلا فائدة من انتظار المصاعد المكتظة، - مشيت حتى وصلت إلى باب يحمل اسم طوارئ الطب النفسي وخلف هذا الباب، وفي معزل عن باقي خدمات الطوارئ، كان هناك جناحاً مكوناً من خمس غرف وأربع خلجان للمرضى على اليسار وقسم الممرضات على اليمين. وأثناء دخولي سلكت جهة اليمين سريعاً ثم أحنيت رأسي ودخلت في قسم الممرضات، لم أريد أن يعرف مايكل بوجودي هناك حتى تتسنى لي الفرصة للتحدث مع الممرضة المكلفة بفرز المرضى. وكان التقرير الذي حصلت عليه مخيباً لسماعه.

بعد مغادرة المستشفى، عاد مايكل إلى منزله ليعيش مع والديه ولكنه لم يحضر لموعده الأول في العيادات الخارجية. ولم يكن والداه، اللذان هما في أواخر الستينيات من العمر، على علم بأنه لم يذهب لزيارة الطبيب فقد سألا عن الموعد المحدد له ولكنه لم يريد التحدث عنه. اتصلا بالعيادة ولكن لم يخبرهما أحد بما إذا كان ابنهما البالغ من العمر 35 عاماً قد التزم بموعد الطبيب أم لا، كما أنهما لم يكونا على علم بنفاذ مئنته التي تكفي لمدة أسبوع من الأدوية الممنوحة عند مغادرة المستشفى، ولم يعيد ملء الوصفة الطبية أبداً من قبل.

قضيت حوالي عشرين دقيقة أنظر إلى جدولته القديم الذي أخرجته ممرضة الفرز من السجلات الطبية. ثم خطوت إلى خارج قسم الممرضات وألقيت التحية على مريضتي الجديد القديم. "أهلاً بك مايكل، كيف حالك؟"

فأجابني "د/ أمادورافلور! ماذا تفعل هنا؟"، متلاحناً وضاحكاً ويتحدث بسرعة شديدة. "يجب أن تخرجني من هنا! لم أتدخل في شؤون غيري و- لم أؤذي أحداً- ولكن الشرطة فهمت خطأ. أخرجني من هنا، حسناً؟ يجب أن تخرجني من هنا الآن لأن.....".

حاولت أن أقاطعه. "مايكل، مايكل، انتظر، انتظر لمدة دقيقة!"

"لا يفترض أن أكون هنا. سيعثرون علي هنا إذا بقيت هنا. يجب أن أذهب، يجب أن أخرج من هنا، حسناً؟"

"مايكل، حاول أن تهدأ وقل لي ماذا حدث، حسناً؟"

فأجاب وهو منزعج مني بوضوح "سأخبرك بما حدث، لا يفترض أن أكون هنا"،

استغرق الأمر ما يقرب من الساعة للوصول إلى قائمة المراجعة التي تدرجت على استخدامها. أنهيت اختبار الحالة النفسية، وقيمت الأعراض التي ظهرت عليه في الوقت الحالي، واستمعت إلى روايته عما حدث ولماذا تواجد في طوارئ الطب النفسي، استأذنته عندما كان يناشدني مرة أخرى كي أخرجه، هربت إلى قسم الممرضات مرة أخرى لأسجل ما سمعته.

عاد مايكل مجدداً إلى سماع أصوات مأمورين رسميين من الحكومة الذين كانوا يعلقون على كل حركة من تحركاته. وبينما كنا نتحدث سألته عما الذي كانت تقوله الأصوات، ثم كرر كلامه، "يجلس على السرير، ويتحدث مع الطبيب. لا يمكن أن يفلت منا الآن". وبذكر الأصوات التي كان يسمعها فلم يكن من المدهش بأنه تطورت أوهامه إلى درجة توهمه بأن هناك وكالة فيدرالية سرية ما كان تنترصد تحركاته وتخطط لاغتياله.

دونت في السجل الخاص به ملاحظات عن ظهور الهلوس مجدداً وتفاقم الأوهام التي كانت لديه من قبل عن وجود عملاء حكومة يضطهدونه. كما ذكرت أنه لم يميل في ذلك الحين إلى الانتحار أو القتل، وضعف "بصيرته تجاه المرض"، كما سجلت عدد من الملاحظات الأخرى التي لاحظتها أثناء التماثل في مقابلي معه. وما أوصيت به خطأً كان البدء من جديد في العلاج المضاد للذهان الذي كان يسير عليه عند خروجه من المستشفى قبل الموعد المقرر له بستة أسابيع كما أوصيت بإدخاله إلى الوحدة النفسية للتنويم وذلك "لتنبيته". ثم عدت لرؤية مايكل وأخبرته بما أوصيت به، وطلبت منه أن يسجل نفسه في المستشفى لمدة أسبوعين.

ولكنه رفض قائلاً، " الشيء الوحيد الذي أعاني منه هو أنني سأقتل إذا بقيت هنا أكثر من

ذلك!"

ومنذ أن عُثر عليه مختبئاً في أحد أنفاق المترو وكان يقاوم الشرطة وهي تخرجه منه، رأيت أن لدينا حالة جيدة إلى حد ما لإدخالها المستشفى بالإكراه. عندما عثر عليه لم يتناول الطعام أو يتحمم عدة أيام وبنى خيمة على مقربة خطيرة من طريق سريع، موضحاً للشرطة "أنهم (عملاء الحكومة الفيدرالية) لن يفكروا أبداً في البحث عني هنا". استدعيت د/ هولواي-ووافقت، وتم التوقيع على الأوراق المناسبة للسماح لإدخاله المستشفى ضد رغبته لمدة 72 ساعة. وإذا لم يرغب في البقاء بعد انتهاء هذه المدة وإذا شعرنا في ذلك الوقت بأنه لا يزال يشكل خطراً على نفسه بسبب مرضه النفسي، فسوف نعرضه على محكمة من محاكم الصحة النفسية ونحاول الحصول على حكم بطلب العلاج الإكراهي لمدة 30 يوماً.

عندما شرحت الخطة لمايكل جن جنونه لأسباب مفهومة. وكان خائفاً لدرجة مفرعة وكان متأكداً من مقتله إذا بقي في المستشفى، إلا أنه بعد الموافقة على أخذ الدواء عن طريق الحقن، هدأ إلى حد كبير وتم نقله إلى عنبر الطب النفسي.

.....

إذا لم يتم القيام بشيء ما لإشراك مايكل في العلاج، فلن يكون هذا العلاج في المستشفى إلا مجرد إسعافات أولية

.....

على الرغم من حل الأزمة الحالية وإذا لم يتم القيام بشيء ما لإشراك مايكل في العلاج، فلن يكون العلاج في المستشفى إلا مجرد إسعافات أولية وسوف يتم "تثبيته" والتصريح له بالخروج من المستشفى بوصفات طبية لن يعيها أبداً وموعده لن يلتزم به أبداً وذلك لأنه، كما يزعم، "لست مريضاً! لست في حاجة إلى علاج- أحتاج فقط إلى حماية من الوكلاء الفيدراليين!"

المنهج الخطأ:

كنت أستخدم النموذج الطبي مع مايكل، والذي يعتبر في معظم الأحيان منهجاً خاطئاً لإتباعه في التعامل مع الحالات طويلة المدة التي تتعلق بضعف البصيرة ورفض أخذ الدواء. ويفترض أن يعمل النموذج الطبي، كثيراً أو قليلاً، بالطريقة التالية:

بمجرد البت في التشخيص والعلاج، يتم إبلاغ المريض بهما. وإذا رفض المريض، وإذا كان يتفق مع المعايير القانونية للدخول إلى المستشفى بالإكراه، فيتولى الأطباء المسؤولية. وفي بعض الحالات يستطيع الأطباء العاملين بموجب أخلاقيات ولاية أمر خيرة طلب العلاج على عكس رغبات المريض. مثل الأم التي تعرف ما هو أفضل لطفلها، يمكن للطبيب السيطرة بإدخال المريض إلى المستشفى وعلاجه على عكس رغبته. و نلتزم بقوانين مماثلة، على الرغم من أنها أقل صرامة كل يوم (مثال ذلك، قوانين تشترط ارتداء حزام الأمان، والتحصين الإجباري للحيوانات الأليفة ضد سعار الكلب، و خوذات الدراجات النارية، والقوانين التي تحذر القيادة في حالة السكر،...إلخ)

وكانت مهمتي التالية، في ظل هذا النموذج، هي إخبار مايكل بمرضه والحاجة إلى علاج. إذا قرأت هذا الكتاب ستعرف أنه في حال أصيب أفراد بمثل هذا المرض، إخبارهم وتثقيفهم بمرضهم لا يخرج بنتيجة اكتسابهم البصيرة. وحقاً فإن ذلك هو ما حدث على مدار مدة الأسبوعين التي

قضاها مايكل في المستشفى.

وأخبرته بكل شيء عن أوهامه وهلاوسه وواجهته "بإنكاره" المرض. شرحت له طبيعة المشكلة التي يعاني منها ولماذا يجب عليه قبول العلاج المقدم له. وخلال المدة السابقة للعلاج في المستشفى وبمجرد أن أصبح أكثر استقراراً وافق بكل سهولة على أخذ الدواء عند مغادرة المستشفى، وعندما أخبرته بأنني أعتقد أنه كان يقول ذلك فقط حتى يتمكن من الخروج من المستشفى، فيعترف في بعض الأحيان وبكل خجل بكذبه وقال لي إنه لا يعاني من أي شيء سوى أن الناس لا يتركونه وحده، ولكنه في الغالب يتمسك بالخيط المشترك ويقول "أعرف أن العلاج يساعدني وأنني في حاجة إلى أخذه". ومن سخرية القدر أنه عند استجابة بعض من الأعراض التي تظهر عليه إلى العلاج، تتحسن حالته عند التظاهر بثبات بولائه لأوامر الطبيب.

وبالنسبة لمن يعانون من مرض نفسي خطير ولا يعلمون بمرضهم، فنادرًا ما يعمل هذا المنهج التقليدي عليهم حيث يستند إلى الخطأ في افتراض أن المريض جاء لزيارة الطبيب لأنه يشعر بأنه يعاني من مشكلة ما ويريد مساعدته. ويفترض منهجاً تعاونياً من البداية وهو أن الطبيب حليف وليس عدو.

على الرغم من احتمالية اختلاف التفاصيل إلا أن قصة علاج مايكل في المستشفى، ويليها عدم التعاون للعلاج في العيادات الخارجية، وتفاقم المرض وإدخاله المستشفى من جديد جميعها تعد أموراً معتادة. مثل استجابتي الغير ملائمة للمشكلة الأكبر وهي ماذا سيحدث له عند انتهائنا منه (مرة أخرى). كنت أعمل في ظل نموذج طبي يركز على مهمني التشخيص والعلاج وهذا منهج خاطئ عند التعامل مع شخص يتجادل دائماً ولسنوات عدة بأنه لا يعاني من أي شيء ولا يحتاج إلى أي مساعدة. هذا المنهج ليس منهجاً سيئاً على المدى القريب، ولكنه في الغالب لا جدوى له على المدى البعيد لأن "المريض" لا يرى نفسه مريضاً.

.....

إذا كان بإمكانك أن تتخيل شيء مثل هذا يحدث لك، فإن لديك في هذه الحالة فكرة ما عماذا يعني ذلك لشخص يعاني من مرض نفسي بأن تسيطر عليه الأوهام وعمه العاهة.

.....

قد يساعدك هذا المثال في فهم سبب حدوث ذلك. تخيل أنني قلت لك بأنك لا تعيش في المكان الذي تعيش فيه. ربما تضحك وتطلب مني أن أتوقف عن المزاح. ولكن ماذا لو قدمت أمراً تقيدياً من المحكمة يأمرك بالابتعاد عن العنوان الذي قلت لي إنه عنوان منزلك؟

وبالتعمق في ذلك الأمر، دعني أقول بأنك تعيش مع أفراد آخرين ربما أفراد أسرتك، ورأيت أنهم وقعوا على أمر المحكمة هذا. ماذا ستعتقد؟ ثم تخيل أنك اتصلت عليهم لتسألهم عن سبب توقيعه على أمر المحكمة ويردون عليك بشيء مثل، "يبدو أنك شخص لطيف ولكن إذا استمررت في المجيء إلى هنا فسوف نستدعي الشرطة، فأنت لا تعيش هنا ونحن لا نرغب في توجيه اتهامات، ولكننا سنوجه اتهامنا إذا وضعتنا في هذا الموقف. رجاء لا تتصل بنا مرة أخرى. فأنت تحتاج إلى مساعدة!"

إذا كان بإمكانك أن تتخيل شيء مثل هذا يحدث لك، فإن لديك في هذه الحالة فكرة ماذا يعني ذلك لشخص يعاني من مرض نفسي بأن تسيطر عليه الأوهام وعمه العاهة.

ابق مع المشهد وتخيل أنك عدت إلى المنزل فقط لتفاجئ بأن الشرطة اعتقلتك، ولا يرغب اللطفاء المتواجدون في عنوانك في توجيه التهم لذا تأخذك الشرطة إلى الطوارئ في المستشفى. هل ستتقبل نصيحتي بأنه ينبغي عليك أخذ عقاقير نفسية لعلاج "وهمك" بأنك تعيش في المكان الذي تعرف أنك تعيش فيه؟ أشك في ذلك. فقد قمت بعملية لعب الأدوار هذه مرات لا تعد ولا تحصى وكانت الإجابة دائماً "لا!" وعندما أسأل عن السبب، فعادة ما يضحك شريكي في لعب الدور قائلاً، "لأن هذه هي الحقيقة. أنا أعرف من أكون وأين أعيش!"

وهذا هو ما يبدو بالنسبة لمريض يعاني من مرض نفسي بأن تسيطر عليه الأوهام وعمه العاهة فالنموذج الطبي لن يكسب ثقة أو تعاون هذا المريض. ومثلك أو مثلي في هذا الموقف، بمجرد خروج المريض من المستشفى وبنفسه، لن يأخذ الدواء. إذا كان بإمكانك رؤية الموقف من منظور ذلك المريض فإنه مقنع، إلس كذلك؟

المنهج الصحيح:

من واقع خبرتي، يسهل في الغالب تغيير علاقة عدائية إلى تحالف ومشاركة طويلة الأجل في العلاج. إن هذا الأمر يستغرق جهوداً مكثفة، ولكن لا يصعب عليك فعله بمجرد تعلم الدروس الأساسية. فالجزء الأصعب هو تجنب تصوراتك المسبقة وتذكر أن أي قدر من الجدل لم يغير من قبل رأي من هو عزيز عليك.

أفضل نصيحة أسديها إليك هي أن تتوقف عن محاولة إقناعه بمرضه. وعندما تتقبل عجزك عن إقناعه فإنك بذلك تعرف الإجابة على السؤال (هل هو مريض نفسياً أم لا)، وسوف تبدأ في فتح أبواب لم تكن تعرف حتى أنها موجودة من قبل. تذكر أنك إذا نجحت حقاً في إقناع من تحب بأنه يعاني من مرض نفسي، فلم تكن تقرأ هذا الكتاب حالماً. وبالتالي فإن الخطوة الأولى هي

التوقف عن الجدل والبدء في الاستماع إلى من تحب بطريقة تجعله يشعر باحترام وجهة نظره بما فيها أفكاره الوهمية واعتقاده أنه غير مريض.

الخطوة الأولى هي التوقف عن الجدل والبدء في الاستماع إلى من تحب بطريقة تجعله يشعر باحترام وجهة نظره - بما فيها أفكاره الوهمية واعتقاده أنه غير مريض.

كانت إجابة البروفيسور دمبلدور على سؤال هاري بوتر، المقتبس في بداية هذا الفصل، صحيحة تماماً. ولجميع المقاصد والأغراض، إن ما يعاني منه من تحب أمراً واقعياً فعلاً، أما بالنسبة له فهو يرى أنه غير مريض بالفعل.

إذا كنت ترتبط بمن تحب بهذه الطريقة فسوف تكون أقرب كثيراً بأن تصبح حليفاً له وتتعاونان معاً لإيجاد أسباب ممكنة له لقبول العلاج حتى وإن لم يكن مريضاً. ليس إلزاماً عليك أن تتفق مع واقعه ومدى واقعية خبرته، ولكن يلزمك الاستماع إليها واحترامها بصدق.

قمنا أنا وزملائي بمساعدة العديد من المرضى على تقبل علاج مجموعة من المشكلات التي يشعرون بأنها ليس لها أي علاقة بالمرض النفسي: مثل، تخفيف حدة التوتر الناجم عن التأمر عليهم، ومساعدتهم على النوم، وإيقاف ازعاج وتدخلات عائلاتهم، وخفض مستوى الأصوات المنقولة من السي أي إيه (وكالة المخابرات المركزية).. إلخ.

حتى وإن كان ذلك كذلك، فلا أتوقع منك أن تتبنى هذه الفكرة على الفور. فمعظم الأشخاص يرون ذلك غير بديهيًا ومخيفًا قليلاً. وآخرون يفضلون فكرة التراجع عن الجدل حول ما إذا كان الشخص مريضاً أم لا ولكنهم غير متأكدين من مدى مساعدتها لهم. دعني أبدأ في مواجهة هذه المخاوف من خلال وصفي للمنهج الذي أتبعه والعلم وراءه.

العلاج بالتعزيز التحفيزي و LEAP (اسمع-اشعر-وافق-شارك)

يعرف أي شخص تعامل مع الإنكار للمرض مع من يحب أنه لا يمكن تصليح هذه الفكرة ببساطة من خلال تثقيف المريض عن المشكلة التي لا يعتقد أنه يعاني منها. فمثل هذه المحاولات عديمة الجدوى لأن "المريض" لا يرى نفسه مريضاً. وأثبتت البحوث على أن المواجهة و"التدخلات" الجماعية نادراً ما تعمل. وفي الحقيقة، وعلى عكس ما يراه معظم الأشخاص غالباً ما تلحق "التدخلات" أذى أكثر من النفع.

إذاً فما الذي يعمل؟ إن العلاج بالتعزيز التحفيزي هو طريقة مثبتة علمياً وتساعد المرضى الراضين للعلاج على تقبله. وضعت هذه الطريقة أولاً منذ أكثر من 20 عام مضى لأطباء مثلي يعملون على مرضى يسيئون استعمال العقاقير والكحوليات. ولسوء الحظ، على الرغم من فعاليتها المؤكدة لإشراك المرضى الذين يعانون مشاكل سوء استعمال العقاقير في العلاج، إلا أن هناك عدد قليل من المعالجين النفسيين تدريب على استخدامها مع مرضى يعانون أمراض نفسية خطيرة. وهذا الأمر يحتاج إلى تغيير، حيث أن هناك الكثير من الأبحاث التي تدعم استخدام طريقة العلاج بالتعزيز التحفيزي مع هؤلاء الأفراد.

في عام 2002م، نشرت المجلة الأمريكية للطب النفسي مراجعة أجرتها د/ أنيت زيجمونت وزملاؤها للدراسات المنشورة على مدار 20 عاماً بهدف تحسين الالتزام بالأدوية في الفصام. وكشف الباحثون على أنه ".... على الرغم من شيوع التدخلات وبرامج العلاج الأسري التي تعتمد على التنقيف النفسي في الممارسات السريرية، إلا أنها عادة ما تكون غير فعالة (بخصوص تحسين الالتزام بالعلاج) ... وعلى الجانب الآخر فقد كانت الأساليب التحفيزية هي السمات المشتركة للبرامج الناجحة." ويقصد المؤلفون "بالأساليب التحفيزية" العناصر الأساسية في العلاج بالتعزيز التحفيزي.

أدركت على الفور أنه يمكن لأي شخص أن يتعلم الإستراتيجيات

ومهارات الاتصال الخاصة التي كنا ندرسها للمعالجين النفسيين

استناداً إلى نفس قاعدة الإثباتات التي راجعتها د/ زيجمونت وزملاؤها، قمت أنا و د/ آرون ت. بيك (الذي يعتبره الكثيرون "أب" علم النفس المعرفي) بتطوير شكلاً من أشكال العلاج بالتعزيز التحفيزي أسميناه "العلاج بالأدوية والبصيرة" لإجراء دراسة بحثية على المرضى المنومين وذلك لاستخدامها مع المرضى الذين يعانون من مرض نفسي خطير.

وفي ذلك الوقت (منتصف التسعينيات من القرن الماضي)، لم نعلم بتدريس هذه الطريقة إلا إلى المعالجين النفسيين، ولكنني أدركت على الفور أنه يمكن لأي شخص أن يتعلم الإستراتيجيات ومهارات الاتصال الخاصة التي كنا ندرسها للمعالجين النفسيين. شعرت أنه أسلوب اتصال أكثر من كونه تدخل علاجي معقد، ورأيت أنك لست في حاجة إلى الحصول على شهادة الطب أو ماجستير الخدمة الاجتماعية أو الدكتوراه لاستخدام العناصر الأساسية في هذا العلاج استخداماً

فعالاً، وبناءً على ذلك قمت بإعداد نسخة مبسطة للاستخدام يمكننا تعليمها لأفراد الأسرة وموظفين في جهات القانون واختصاصيي الصحة النفسية على حد سواء.

طريقة استمع-اشعر-وافق-شارك

كانت النتيجة هي الحصول على طريقة استمع-اشعر-وافق-شارك. على مدار العشر سنوات الماضية ومنذ نشر الطبعة الأولى من هذا الكتاب، قمت بتدريس هذه الطريقة إلى الآلاف من الأشخاص على مستوى البلد وفي بعض البلدان الأخرى. وعلى الرغم من أن تركيز ورش العمل الخاصة بهذه الطريقة كان على التوضيح لأفراد الأسرة ومزودي الخدمات الصحية كيفية إقناع مريض يعاني من مرض نفسي خطير بتقبل العلاج، علّق المشاركون في كل ندوة على مدى جدوى هذه الطريقة على مستوى مجموعة من المشكلات، كما أن تلك كانت تجربتي أيضاً.

لذا فسواء رأيت أم لم ترى أن الشخص المحبوب إليك لديه عمه العاهة بخصوص المرض النفسي أو رفض بسيط للمرض، فيمكن أن تساعدك هذه الطريقة في ذلك.

5

تعلم طريقة

استمع- تعاطف- توافق- تشارك

عندما كنت في الخامسة من عمري أردت أن أكون (الرجل الوطواط) (باتمان). وعلى الرغم من أن (سوبر مان) و(الرجل العنكبوت سبايدرمان) و(هوك Hulk) كانوا يجذبون انتباهي أيضاً إلا أنهم كانوا يأتون في مرتبة تالية بعيدة بالنسبة لـ (باتمان). ما أتذكره أنه لم يكن قناعه أو أذنيه هو ما يشدني - بل كنت أراهما أشياء حمقاء - بل كان "حزامه" المدهش. لقد قمت بشراء زي (باتمان) للاحتفال بالهالوين في ذلك الوقت، ولم أكن أريد أي شيء آخر سواه. الشيء الذي أتذكره جيداً ذلك الشعور الرائع الذي انتابني عندما ربطت ذلك الحزام لأول مرة. كنت أشعر بأنني امتلك القوة التي تمكنني من فعل الخير والقضاء على كل الأشرار، وإعادة الحق إلى أهله، ورواية هذه البطولات بقية حياتي.

إن أفضل شيء في (باتمان) أنه شخص عادي. إذ لم يكن يتمتع بأي قوى خارقة ما عدا (حزام الأدوات) الذي يأخذه بعيداً. في حزامه ذاك، كان هناك العديد من الأدوات ذات التقنية العالية، إلا أن الأداة المفضلة لدي كانت (الخطاف المشبك) المربوط بخيط حريري رفيع جداً، والذي كان يستخدمه (باتمان) في المشي على جوانب الأبنية. ومع هذه الأدوات، لم يعجز عن تسلق أي جدار، أو التغلب على أي عقبة أو هزيمة أي عدو.

أريد منك أن تتخيل أنك أيضاً تمتلك (حزام أدوات) مشابه. يمكنك صناعة هذا الحزام من أي مادة تحبها. قد يكون أنيقاً مثل أحزمة ماركة (Dolce & Gabbana) أو قد يكون عملياً مثل حزام أي حرفي. تخيل أن هذا الحزام مليء في جانبه الأيسر بجميع الأدوات التي تحتاجها في أعمالك الطبية والتثقيف الصحي الذي تقوم به. (مثل: وضع التشخيص، تعليم الشخص المقابل حول مرضه، الوصفات الطبية التي ستكتبها له، إخباره بإنذار المرض ومآله، مساعدته على اختبار الواقع فيما يتعلق بالضلالات،.. إلى آخره). هذه الأدوات مفيدة للغاية عندما نتعامل مع شخص يمتلك البصيرة ويسعى إلى الحصول على المساعدة متاً، وهي رائعة في التعامل مع من يصفون أنفسهم أنهم مرضى أو عملاء بحاجة إلى مساعدة.

والآن تخيل أن الجانب الأيمن من الحزام خالي من الأدوات. هناك جيوب وحلقات خالية

لكي تعلق عليها أي أداة ستحتاجها لمساعدة شخص ما على قبول العلاج على الرغم من أنه غير مقتنع بأنه مريض. سأقوم بمنحك هذه الأدوات التي ستساعدك بشكل جيد ولكن يجب أن تتدرب عليها حتى تستطيع استخدامها.

الأداة الأولى والأكثر أهمية والتي ستضعها في حزامك هي ما سنركز عليه في الفصل التالي: (أداة الإنصات الانعكاسي Reflective Listening). ما ستتعلمه هو كيف تستمع دون إصدار الأحكام، وفي نفس الوقت دون إظهار أنك مقتنع بالضلالات التي يذكرها، كيف تؤجل إعطاء رأيك عندما تتم مواجهةك بالسؤال الصعب الذي قد ينهي العلاقة وهو (هل تعتقد أنني مريض وأحتاج إلى أخذ العلاج؟). سأقوم بتوضيح كل الأسباب التي من أجلها يجب أن تقوم بتأجيل الإجابة على هذا السؤال، وكيفية اختيار الوقت المناسب كي تبدي رأيك. كما سأعطيك أداة تجعلك تعطي رأيك بطريقة تحفظ ماء وجه العميل ويستعيد كرامته، وتبعد عنه الشعور بالغدر أو الخيانة، والأهم من ذلك، إبقاؤه يواصل الحديث دون أن يقوم ويغادر بعيداً.

.....
لتحقيق كل ذلك، يجب عليك استبعاد فكرة إقناع من تحب بـ (أنه مريض)، على الأقل في الوقت الحالي

أعتقد أنك ستجد أن فعالية تقنيات (LEAP) في التعامل مع شخص يعاني من الإنكار أو من (عمه العاهة Anosognosia) أمر ملموس. إنه بمجرد تعلمك للمبادئ الأساسية لهذه التقنيات فستجعلك بكل بساطة تقوم بأداء أفضل مما كنت تقوم به لفترات طويلة. الأدوات الأساسية هي الاستماع (باستخدام الاستماع الانعكاسي)، والتعاطف (خصوصاً تجاه تلك المشاعر التي قمت بتجاهلها أثناء الجدلالات السابقة حول كونه مريض وأنه بحاجة إلى العلاج)، الموافقة (على تلك الأمور التي يمكن التوافق عليها، والاتفاق على أننا سنختلف حول أمور أخرى)، وأخيراً، الشراكة (أي تكوين شراكة لتحقيق الأهداف المشتركة).

في أغلب الأحيان، سيكون الهدف الأول من الـ (LEAP) هو إصلاح الضرر الذي لحق بالعلاقة مع من تحب بسبب ممارساتك وممارسات غيرك للنموذج الطبي الذي يقوم على منهج "الطبيب يعرف ما ينفعك". أما المهمة الثانية فهي مساعدة من تحب على إيجاد أسبابه الشخصية لتقبل العلاج. ولجعل كل ذلك يحدث يجب عليك التخلي عن هدف (إقناع من تحب بأنه مريض)، على الأقل في الوقت الحالي.

.....
استمع لهدف واحد فقط وهو: فهم وجهة نظر الشخص الآخر وإيصال فهمك لوجهة نظره إليه

إن الركن الأساسي في هذه الطريقة هو **الاستماع الانعكاسي**. من سمات هذه التقنية أنها تخفض على الفور من حجم غضب أي شخص، وتبني الثقة معه، وتصلح العلاقة معه. السبب في ذلك هو أنك تستمع ولديك هدف واحد فقط وهو: فهم وجهة نظر الشخص الآخر وإيصال فهمك لوجهة نظره إليه. لا تعلق على ما يقول، لا تُشر إلى الطرق التي تعتقد أنه مخطئ فيها، لا تطلق الأحكام، ولا تتفاعل بأي شكل. (يبدو أن الأمر سهل إلى حين أن يبدأ المريض في التحدث عن أنه لا يعاني من أي مشكلة على الإطلاق وأنه ليس بحاجة إلى العلاج!)

استمع Listen

الاستماع الانعكاسي مهارة تحتاج مَنًا إلى الرعاية والتطوير، فهي لا تولد بشكل طبيعي لدى معظم الناس. وللنجاح في ذلك ستكون بحاجة إلى تعلم الاستماع الفعلي وعدم التفاعل مع ما مشاعر من تحب ومتطلباته وما يعتقد. وبعد ذلك، وبعد أن تتأكد من أنك فهمت ما تم إخبارك به، ستقوم **بعكس** فهمك لما سمعته للتو منه أو منها بتعبيرك وكلماتك أنت. المهارة هنا هي أن تفعل ذلك بدون أي إصدار للتعليقات، أو إثارة الخلافات أو الجدالات. وإذا نجحت في ذلك، فسوف تقلل من مقاومة من تحب للتحدث معك عن العلاج، وسوف تبدأ في اكتساب تصور واضح عن معاناته مع المرض والعلاج الذي لا يرغب في تلقيه. إنك عندما تعرف كيف واجه الشخص الذي تحب فكرة معاناته من مرض نفسي، وأخذ أدوية نفسية، فهذا سيعطيك أرضية صلبة يمكنك استخدامها للبدء في المضي قدماً في رحلة العلاج. هذا بالإضافة إلى وجود حاجة حقيقية لمعرفة آماله وتوقعاته للمستقبل، سواء كنت تراها واقعية أم لا. إنك إذا استطعت أن **تعكس** فهماً دقيقاً لهذه الخبرات والآمال والتوقعات، فبالتأكيد سيكون من تحب أكثر انفتاحاً للتحدث معك. والأهم من ذلك أنه سيكون أكثر انفتاحاً لسماع ما يجب عليك قوله.

تعاطف

الأداة الثانية التي يجب أن تحتفظ بها في حزام الأدوات الخاص بك هو تعلم متى وكيف تعبر عن تعاطفك مع الشخص الذي تحب. إن كان هناك مغزى من كل تقنية، فإن المغزى من التعاطف سيكون شيئاً مشابهاً لهذا: (إذا أردت من شخص ما أن يراعي وجهة نظرك بجدية، فكن على يقين أنه يشعر بأنك قد راعيت وجهة نظره هو بجدية كذلك. المثل بالمثل). وهذا يعني أنه

يجب عليك أن تتعاطف مع كافة أسباب عدم تقبله للعلاج، حتى تلك الأسباب التي ترى أنها "مجنونة"، كما يجب أن تتعاطف بشكل خاص مع أي مشاعر مرتبطة بالضلالات (كالخوف والغضب أو حتى الشعور بالنشوة إذا كانت الأوهام متعلقة بهوس العظمة). لكن لا تقلق، إن التعاطف مع مشاعر شخص يعاني من الضلالات لا يعني ولا يشبه الاتفاق معه على صحة هذا المعتقد. وربما يبدو هذا الأمر ثانوياً ولكن - وكما ستتعلم - فإن النوع المناسب من التعاطف سيشكل فرقاً هائلاً في مدى تقبل من تحب لاهتماماتك وآرائك.

توافق

ابحث عن أرضية مشتركة ودعّمها، على الرغم من أن ما تريده لمن تحب شيء لا يريده هو لنفسه سيجعل الأمر يبدو وكأنه لا توجد أرضية مشتركة. أنت تريد منه أن يتقبل مرضه ويوافق على العلاج، وهو في المقابل لا يري أنه مريض ولا معنى لأن يأخذ دواء لمرض لا يعاني منه! ولتجنب الدخول فيمازق، تحتاج إلى البحث بشكل حثيث عن أرضية مشتركة وعن أي محفز يدفع الشخص الآخر للتغيير. هناك دائماً أرضية مشتركة موجودة حتى بين أشد المواقف تعارضاً.

والآن بإمكانك عرض فكرة أن العلاج ربما يساعده على تحقيق أهدافه

الفكرة المهمة هنا هي أهمية التسليم بأن من تحب يمتلك القدرة على الاختيار ويتحمل مسؤولية شخصية عن القرارات التي يصنعها بخصوص حياته. عند استخدامك لتقنية (التوافق) فستتحول إلى مراقب محايد توضح الأمور العديدة التي تم التوافق عليها. وإذا طُلب منك، فبإمكانك كذلك توضيح النتائج الإيجابية والسلبية المترتبة على القرارات التي يصنعها هو. ما نقصده هنا أنه يجب أن تتوقف عن قول أشياء مثل، "افهم! لو كنت أخذت دواءك ما كان لينتهي بك الأمر إلى دخول المستشفى". ما ستركز عليه هنا هو تقديم ملاحظات مجمعة، وتحديد الحقائق التي يمكن البناء عليها للوصول إلى اتفاق في النهاية. وبدلاً من إخباره بالملاحظات أو إطلاق العبارات حول ما حدث، قم بتوجيه الكثير من الأسئلة مثل، "إذاً ماذا حدث بعد أن قررت التوقف عن أخذ الدواء؟" "هل قلت الأصوات بعد أن توقفت عن الدواء؟" "بعد أن توقفت عن أخذ الأدوية كم قضيت من الوقت قبل أن تذهب إلى المستشفى؟"

إذا كنت تستخدم الاستماع الانعكاسي والتعاطف بشكل مستمر، فسوف يشعر من تحب بأنك حليف له وليس خصماً له، وسوف يكون الحصول على إجابات على هذه الأسئلة أسهل بكثير مما يبدو عليه. وعندما تقوم بوضع الأجندة الخاصة بك جانباً في اللحظة الراهنة، فيمكنك إيجاد

قدر كبير من الأرضية المشتركة، فمثلاً إذا جاءت الإجابة على السؤال عماذا حدث بعد إيقاف أخذ الأدوية كالتالي: "لدي المزيد من النشاط ولكنني كذلك لا أستطيع أن أنام وأصبحت خائفاً" هنا يمكنك الاتفاق مع هذه الملاحظة بدون ربطها بكونه مريض نفسي.

وهنا وعند هذه الملاحظة، ستتتعرف على المحفزات وراء قبول من تحب للعلاج (مثلاً، "النوم بشكل أفضل"، "الشعور بخوف أقل"، "الحصول على وظيفة"، "الخروج من المستشفى"، "منع الناس من مضايقتي حول مرضي"، إلخ) وبالتالي فليس لذلك أي ارتباط بالنظر إليه أنه يعاني من مرض نفسي. هذا بالإضافة إلى إمكانية التعرف على أهدافه قصيرة وطويلة الأجل، وذلك بسبب أنكما تحدثتما عنها سوياً. والآن ومع توفر هذه المعلومات، ستكون قادراً على عرض فكرة أن الأدوية ربما تساعد في تحقيق أهدافه. دعونيؤكد على هذه الفكرة مرة بعد مرة، " ليس هناك علاقة بين ما تقترحه على من تحب وبين كونه يعاني من مرض نفسي".

تشارك

إن تكوين شراكة لتحقيق الأهداف المشتركة هي الأداة الأخيرة، وهي حسب خبرتي، الأداة الأكثر إقناعاً من الأدوات التي ستستخدمها. إنه وبمجرد معرفتك للمناطق التي يمكنك التوافق عليها (مثلاً، الخروج من المستشفى، الحصول على وظيفة، العودة إلى الدراسة، الحصول على سكن مستقل، إلخ) يمكنكما الآن التعاون بشأن تحقيق هذه الأهداف. وعلى عكس التقنيات السابقة، هذا الأسلوب يتضمن أن يتخذ كلاكما قراراً واضحاً وصريحاً بالعمل معاً، لتصبحا زملاء في فريق واحد وتسيان لتحقيق هدف مشترك. قد تسمي الهدف الجائزة "الشفاء من المرض"، بينما يطلق من تحب عليه اسم "الحصول على وظيفة". ليس للأسماء هنا أية أهمية في سبيل التوصل إلى خطة عمل مشتركة، والتي تتضمن في الغالب الموافقة على العلاج والخدمات الطبية الأخرى.

6

استمع

دائماً في ندواتي التي أعقدها بخصوص تقنيات الـ (LEAP)، أ طرح سؤالاً وهو "لماذا يرغب أي شخص بالاستماع إليك إذا لم تكن تستمع له أنت في الأصل؟ المثل بالمثل".

إن هذا المبدأ النفسي الهام - والذي هو حجر الزاوية في الطريقة التي أتبعها للخروج من المأزق - ليس جديداً على الإطلاق. منذ أكثر من 2.000 عاماً قال الشاعر الروماني (بوبليوس سيروس): "إننا نبدي اهتمامنا بالآخرين عندما يبدون اهتمامهم بنا". لقد كتب الأخصائيون النفسيون الذين يتمتعون بخبرة في مجال تسوية الصراعات والعلاج الأسري والزواجي عن هذا المبدأ الجوهري منذ فترة طويلة. فهذا (ديل كارينجي)، صاحب الكتاب الأكثر مبيعاً منذ 70 عاماً (كيف تكسب الأصدقاء وتؤثر في الناس؟) يقول: كان الفلاسفة يتفكرون في القواعد التي تحكم العلاقات البشرية لآلاف من السنين، ومن بين كل ذلك التأمل، لم يخرج لنا إلا مبدأ واحد هام فقط، وهو ليس بجديد بل هو قديم قدم التاريخ، إذ قام (زورواستر) بتدريسه لطلابه منذ ألفين وخمسمائة عام مضت، وبشر به (كونفوشيوس) في الصين منذ أربعة وعشرين قرناً، وقام النبي عيسى (عليه السلام) بتعليمه بين التلال الصخرية في منطقة يهودا منذ تسعة عشر قرناً مضت، ولخصه في فكرة واحدة - يحتمل أن تكون أهم قاعدة في العالم وهي: "عامل الناس بما تحب أن يعاملوك به".⁽¹⁾

في العصر الحديث، أشار علماء العلاقات الإنسانية ومؤلفو الكتب المشهورة: (الوصول إلى نعم)، (العادات السبع للناس الأكثر فعالية)، (من جيد إلى عظيم)، (كيف تجادل وتفوز في كل حين؟) وغيرهم كثير حول نفس هذا المبدأ الجوهري في الإقناع. ولكن، وعلى الرغم من قدم سُلالة وشيوع انتشار هذه الحقيقة البسيطة والمنطقية، فغالباً ما يتم تجاهلها عندما نقع في شرك الموقف: "أنا على صواب، وأنت على خطأ"، وننهي الاحتدام بشأن ذلك مثل سمكة تم الإمساك بها في نهاية الخيط، واثقين أننا إذا حاولنا جاهدين بما فيه الكفاية (أي التحدث بصوت أعلى أو تكرار الموقف مرة أخرى)، فسوف نفوز. وأحياناً ما ننجح في تطويع الشخص الآخر لإرادتنا، ولكن هذا لا يحدث بدون إلحاق بعض الضرر. إن الاستماع بفضول واحترام حقيقيين هو المفتاح إلى عدم

(1) وهذا أيضاً ما علمنا إياه الرسول صلى الله عليه وسلم في الحديث الصحيح: (لا يؤمن أحدكم حتى يحب لأخيه ما يحب لنفسه)

الوقوع في الفخ، وانفتاح الشخص الآخر للاهتمام برأيك.
إنها السابعة والنصف صباحاً حيث تبدأ الجولات الصباحية في الجناح الذي أعمل فيه كأخصائي نفسي. يتم إجلاس كل طاقم العمل في المناوبة النهارية في حلقة حول الغرفة. وهنا يكرر - أو عما قريب سوف يكرر - الأطباء والممرضات والأخصائيون الاجتماعيون والطلاب هذا الطقس في أجنحة المرضى النفسيين المنومين في جميع أنحاء البلاد.

قام رئيس الوحدة، وهو طبيب نفسي، بطلب عقد الاجتماع ثم تولت ماري، رئيسة التمريض، الحديث. بدأت باستعراض أحوال المرضى في الليلة السابقة. وعندما جاءت إلى (سامنثا)، وهي سيدة عزباء تبلغ من العمر 40 عاماً وتعاني من الفصام المزمن، توقفت وأطلقت تنهيدة قبل البدء. "سامنثا جرين تحسنت حالتها على 6 ملجم من دواء (ريسبردال)، ولقد نامت جيداً الليلة الماضية، وهي جاهزة للخروج اليوم من المستشفى". ثم أشارت إلى (جو أنا) وهي كبيرة الأخصائيين الاجتماعيين قائلة: "هل ترغبين في تعبئة الخطة المعتادة لخروج المريضة من المستشفى؟"

وردت (جو أنا) متهمكة: "بالتأكيد، إنها كنز حقيقي". "سامنثا ستعود إلى منزل والديها، تحمل في يديها موعداً في العيادات الخارجية لزيارة الطبيب بعد اسبوع، وسوف يأخذها السيد والسيدة جرين بعد الظهيرة وتخرج من الباب بكمية من الأدوية تكفي لمدة أسبوع". وعلقت على ذلك قائلاً، "يبدو أنك غير مسرور بهذه الخطة".

فردت: "إنه أمر غير شخصي مع المريضة"، مع العلم بأنه تم تحديد موعد لجلسة أسرية لـ (سامنثا) ووالديها معي، "الخطة لا بأس بها - لكن كما تعلمون هذه هي (سامنثا) التي لا أشعر بالسرور معها!" توقفت لبرهة ثم أكملت حديثها قائلة: أنظر جميعنا يعلم ماذا سيحدث. سميني متشائمة، ولكني أراهنك على 10 دولارات بأنها ستتوقف عن أخذ الدواء قبل نهاية الشهر وسوف تعود إلى هنا قبل أن تعرف بذلك، هذه المريضة بحاجة إلى علاج طويل الأجل في المستشفى وليس رحلة إضافية من خلال الباب الدوار (1).

دخلت (سامنثا) المستشفى أربع مرات في العام الماضي، وذلك بسبب أنها تتوقف عن أخذ العلاج سراً في كل مرة. وكالعادة، يقوم والديها بملاحظة أنها تكلم نفسها ويبدءان بالقلق من أنها توقفت عن أخذها الدواء. وعندئذ سوف تسألها والدتها إذا كان هذا صحيحاً، وهنا ستسارع (سامنثا) كالعادة بالإنكار على الرغم من أنها توقفت عن أخذه منذ أسابيع. وبمجرد ظهور الحقيقة - وكالعادة

(1) الباب الدوار هو الباب الذي يدور فتخرج منه ولكن في نفس الوقت يدور لتعاود الدخول مرة أخرى. هذا التعبير يُطلق على تكرار خروج المريض من المستشفى ومن ثم عودته إليها بشكل متكرر بسبب انتكاسته عندما يتوقف عن أخذ العلاج.

- في وقت متأخر جداً، ستكون (سامنثا) حينها بحاجة إلى التنويم في المستشفى. وعلى حد علمي، لم يكن فقدان (جو أنا) الثقة في (سامنثا)، ووالديها، وفيّ أنا كذلك من باب السخرية أو الإهانة. وإذا نظرنا إلى خبرة (جو أنا) ومنظورها فقد يكون من الحماقة أن نتوقع أي شيء أكثر مما توقعته. على كل حال، لو كانت (جو أنا) عرفت ما أعلمه، فربما كانت قد شاركتني تفاؤلي بشأن (سامنثا) وأسرتها.

عرفت سبب عدم رغبة (سامنثا) في أخذ الأدوية النفسية. لقد استغرق هذا الأمر بعض الجهد للكشف عن الأسباب الحقيقية وراء ذلك، ولكن هذه المعرفة مع فكرة جيدة عما تريده (سامنثا) من الحياة، عرفت أن بإمكانني مساعدتها في الاستمرار في أخذ الدواء، وبقيائها خارج المستشفى. إلا أنّ (جو أنا) وباقي فريق العمل في المستشفى لا يعرفون ما أعرف لأنهم كانوا يركزون على أمور أخرى مختلفة.

وفي ظروف الرعاية الجيدة، والتقدم العلمي في علاج الأمراض النفسية المهمة بالأدوية، أصبح العاملون في الصحة النفسية متخصصون بشكل متزايد. حيث يقوم الأطباء النفسيون بتقييم المرض وأعراضه ومن ثم صرف الدواء المناسب. بينما ينصرف الأخصائيون النفسيون العاملون في أجنحة التنويم بمهام التقييم النفسي، وأحياناً ما يقومون بتقديم العلاج النفسي. أما الممرضون فيقومون بتوزيع الأدوية ومتابعة صحة وسلامة المرضى وتقديم التوعية بشأن العلاج الذي يتلقونه، كما يقوم الأخصائيون الاجتماعيون بتقييم الاحتياجات اللازمة لخروج المريض من المستشفى، وعمل الترتيبات اللازمة لإقامة المريض وحضوره للعيادات الخارجية. وبصفتي أخصائي نفسي أعمل مع مرضى يعانون من مرض نفسي خطير، فإنني أعرف قدراً جيداً من الأدوية المستخدمة في علاج هذا الاضطراب، ولكنني لا أقوم بوصفها للمرضى فوظيفتي مختلفة- إذ يُعتبر فهم المريض ومدى تأثير المرض على إحساسه بذاته وأهدافه هي واحدة من المجالات التي أركز عليها، وهذا هو سبب تفاؤلي بشأن إيقاف الباب الدوار الذي علقت (سامنثا) به.

وعلى عكس الآخرين، أعرف كيف عانت (سامنثا) من مرضها، وكيف كانت ترى الأدوية التي كُنّا نجبرها عليها، كما أن لدي فهماً واضحاً لما كانت تريده من الحياة. ساعدتني هذه المعلومات على إقناعها بالموافقة على منح الدواء فرصة للتجربة وهي خارج المستشفى. وعلى عكس المرات الأخرى، لم توافق (سامنثا) على أخذ العلاج كي نرضينا ولكي نحصل على موافقتنا على الخروج من المستشفى كما كان يحدث سابقاً، بل وافقت على أخذ العلاج حتى ترى ما إذا كان هذا الدواء سيساعدها في تحقيق أحد أهدافها. وبعبارة أخرى، كنت أقوم بكثير من الاستماع، وما تعلمته منحني أرضاً صلبة مع (سامنثا) وسبباً لكي يكون لدي الكثير من الأمل.

بناء اتفاقية علاج

إن حجر الزاوية في بناء اتفاقية علاج فعالة وتدوم طويلاً يجب أن تتبني على الإحساس الذاتي لمن تحب بنفسه، ومن يكون؟ وماذا يعتقد أنه قادر على فعله؟ وماذا يريد تحقيقه في حياته؟ إذا لم تعرف تفاصيل ذلك؛ شكله ولونه وقوامه وقوته فلن تستطيع البناء على هذا الأساس. كل حجر تضعه سوف يتداعى ويسقط على الأرض، إذا لم تستمع وتعرف خبرته الحقيقية بهذه الجوانب. وبشكل خاص يجب أن تسأله عن:

- ما يعتقد أنه هو حول إصابته بمرض نفسي
- خبراته وموقفه الشخصي من الأدوية
- مفهومه حول ما يمكنه وما لا يمكنه القيام به
- آماله وتوقعاته للمستقبل

في الفصول الثلاثة التالية سأوضح لك كيف تستخدم معرفتك بهذه المجالات استخداماً عملياً، ولكن قبل أن ننتقل إليها عليك أن تعرف إجابات من تحب على كل سؤال من الأسئلة السابقة. ونظراً لأن المرض النفسي الخطير غالباً ما يغير طريقة تواصل الأشخاص مع بعضهم البعض، وما الذي يريد كل شخص أن يتحدث عنه، فإن هناك بعض المخاطر المشتركة التي ستكون في حاجة إلى تجنبها. أفضل طريقة للقيام بذلك هو استخدام الاستماع الانعكاسي.

الاستماع الانعكاسي

نحن نعلم جميعاً كيف نستمع، ولكنني لا أتحدث عن "الاستماع اليومي" بل أتحدث عن (الاستماع الانعكاسي) الذي يختلف تماماً عن الاستماع العادي.

الهدف الوحيد للاستماع الانعكاسي هو فهم ما يحاول الشخص الآخر أن يوصله، ومن ثم إيصال (أو عكس) ما فهمته إلى الشخص المقابل بدون أي تعلق أو تفاعل بأي شكل. إنها عملية فعّالة، أكثر من كونها عملية سلبية، فدورك هنا واضح جداً وهو دور المستمع الذي يريد أن يفهم بشكل صحيح، ومن ثم يقوم بتوجيه الكثير من الأسئلة. الأمر يبدو وكأنك صحفي يجري مقابلة صحفية.

.....

عندما تقوم به بشكل صحيح، فأنت توجه الكثير من الأسئلة. تبدو وكأنك صحفي تجري مقابلة صحفية

.....

والآن سأعطيك مثلاً يوضح كيف ولماذا ما يبدو أمراً بسيطاً في الظاهر، لا يأتي بشكل

سلس؟!

طوال حياتي كان الناس يقولون لي أنني مستمع جيد بطبيعتي. وبصفتي اختصاصي نفسي فإنني أفخر بقدرتي على الاستماع وفهم تجارب الآخرين. ولكن كل ما أعتقد أنني عرفتته عن الاستماع كان على المحك في المرات القلائل المبكرة والتي حاولت فيها التحدث مع مرضى يعانون من الإنكار لإصابتهم بمرض نفسي خطير.

كنت في الثالثة والعشرين من العمر عندما حصلت على وظيفة (فني أمراض نفسية) بمعنى (مساعد ترميضي) في جناح الطب النفسي في المركز الطبي بجامعة أريزونا. في ذلك الحين، كانت الهجمة الذهانية الأولى التي أصابت أخي (هنري) قد مضى عليها أقل من عام، وعلى الرغم من كلامه غير المترابط، وأفكاره المجنونة إلا أنني كنت قادراً على فهمه. الحقيقة أن خبرتي مع أخي منحنتني الكثير من الثقة، فلقد استمعت لكثير من هذه الأشياء الغريبة ولذا كنت جاهزاً للانخراط في هذا العمل.

وبصفتي (مساعد ترميضي نفسي) فقد كنت مسئولاً عن أمور كثيرة منها تقييم مدى تهيج المريض، أو هل يعاني من الاكتئاب، أو الهوس، أو هل لديه ميول انتحارية، وهل هو خطير أم لا. كما كنت مكلفاً بتحديد ما إذا كان المريض يتبع خطة العلاج الموصوفة أم لا. ولذا كان كل حوار لي مع المرضى له أجندة خفية لا يعرفونها.

أول تجربة تقييم لي كانت مع (باربرا) وهي سيدة تبلغ من العمر 42 عاماً على أعتاب اضطراب (توهم العظمة) و(نوبة هوس عصبي). كانت تتحدث بسرعة كبيرة عن قدرتها على قراءة ما يدور في العقول، وقواها الخارقة، والنسيج الغريب المزروع في عقلها والذي يمنحها هذه القوى، وحقيقة عدم حاجتها إلى البقاء في المستشفى. كانت تشعر بالغضب الشديد تجاه وجودها هناك.

كنت أضع على ركبتي حامل أحمر اللون لامع من إنتاج المستشفى وعليه مجموعة من الأوراق فيها نموذج تقييم تحتوي على قائمة من الأسئلة المطبوعة بشكل مرتب في صفوف. وهنا بدأت باللقاء الأسئلة: "هل يمكن أن تخبريني لماذا أتيت إلى المستشفى؟"

ردت على بسخرية وازدراء: "هل يمكن أن تخبرني لماذا أنت أتيت إلى المستشفى؟" ظهرت وكأنها تحتقري لأنني حديث عهد بهذه المهنة.

بادرتها برد سريع محاولاً استرداد وقاري: "آسف. لقد تم إحضارك إلى هنا عن طريق زوجك. هذا صحيح، إلس كذلك؟"

رددت كلامي في سخرية قائلة، "آسف. إن زوجك هو من أحضرك إلى هنا. هذا صحيح،

إلس كذلك؟"

وبعفوية قلت لها: " يبدو وكأنك لا تريدين التحدث الآن. أنا آسف ولكن على أن أطرح هذه الأسئلة". تحدثت بهدوء على الرغم من أنني كنت أشعر بمزيد من الاحتقار وبدأت أغضب.

" لا يهمني ما توجهه من أسئلة زائفة"

"آسف، ولكنني في الحقيقة في حاجة إلى طرح هذه الأسئلة".

"أكبر أيها الولد الصغير. يستحسن أن تعرف مع من تتعامل هنا، فأنت لا تعرف ما الذي تخوض فيه، لقد تجاوزت حدودك، ولربما سأحصل على رأسك يوماً ما. أستطيع أن أفعلها وأنت تعلم ذلك. هذا سهل كما لو كنت أعض على أصابعي أو أغمز بإحدى عيني أو أسحق أجنحة الفراشة". صاحت بكلماتها في عجالة قبل الانفجار في ضحك هستيري.

كانت أجندتي مستترة لها، وأصبح وجهي أقرب إلى اللون الأحمر الزاهي. أعرف أنها حرصت على ذكر ما قالت حتى تدفعني للخروج من الغرفة. خرجت من الغرفة وأنا مذعور وغاضب. ذهبت إلى قسم الممرضات وارتيمت على الكرسي إلى جوار (نانسي)، رئيسة التمريض. قالت وهي متشككة " لقد قمت بالعمل بسرعة؟".

"لا للأسف.. لم أنجز الكثير منه"

"لم تحب على أسئلتك؟"

"لا فكل ما فعلته هو تقليد كل كلمة أقولها وتهديدي".

"هددتك؟"

"ليس بالضبط. ليس بطريقة واقعية على الأقل. كانت تهددني بقواها الوهمية التي تشبه قوى الإله".

"حسناً، يبدو كما لو كانت غير قادرة على الإجابة على هذه الأسئلة الآن. ماذا عرفت عنها من مجرد الجلوس في الغرفة؟"

"حسناً، إنها غاضبة ولا ترغب في البقاء هنا فهي تنكر المرض. إنها مهووسة، وسريعة الغضب، وتشعر بالعظمة، ولا تريد التحدث معي. ربما ينبغي على شخص غيري أن يبذل جهداً معها".

"لا. إنها مريضتك. كنت قد أعطيتها دواءً للتو - امنحها ساعتين حتى تهدأ قليلاً ثم حاول مجدداً. في هذه المرة لا تحضر معك نموذج دخول المستشفى. ابدأ كلامك معها بسؤالها عما إذا كان لديها أي شيء تود أن تقوله. دعها تتحدث عن سبب اعتقادها أنه يجب ألا تكون هنا، وانظر إلى أين سيتجه الحوار. اطرح عليها الأسئلة حول هذا الأمر. ابحث عن طريقة مناسبة لتخبرها عن أسفك لوجودها هنا".

"الله يعلم كم أنا حزين لوجودها هنا!" قلت ذلك مازحاً وقد شعرت بتحسن.
 اتبعت نصيحة (نانسي) الحكيمة، ونفذت ما اقترحته، وفي نهاية الأمر عرفت القليل عن
 (باربرا)، الأمر هنا تطلب وضع أجندتي بعيداً حتى أتمكن من الاستماع لما كانت تشعر به
 بخصوص إجبارها على أن تكون "مريضة عقلية" في مستشفى للأمراض العقلية. وفي المحصلة،
 استطعت تعبئة النموذج الذي كان معي. لم تقم بالإجابة على بعض الأسئلة، ولكن قمت بتغطية
 الأسئلة الضرورية. سأحكي لكم المزيد عن (باربرا) في وقت لاحق ولكنني الآن أريد التركيز على
 عناصر أخرى من عناصر الاستماع الانعكاسي.

.....
**حتى تقوم بذلك على النحو السليم، عليك أن تتخلى عن أجندتك. فهدفك الوحيد هو فهم ما
 يقوله من تحب وتوصل ما فهمته له**

من الصعب القيام بعملية الاستماع الانعكاسي في ظل كل "الضوضاء" التي تشتت الانتباه
 والصادرة عن الذهان، ولاسيما إذا كنت تتبع أجندة معينة وتحاول الالتزام بجدول زمني محدد. كي
 تقوم بذلك على النحو السليم عليك أن تتخلى عن أجندتك تماماً كما فعلت مع (باربرا) فهدفك الوحيد
 هو فهم ما يقوله من تحب وتوصل ذلك الفهم له.
 هناك صعوبة بالغة في القيام بذلك في بداية الأمر، ولكنه ليس مستحيلاً. وسيصبح سهلاً
 إلى حد ما بمجرد أن "تتوقف" عن ممارسة عاداتك السيئة العفوية. إن الاستماع الانعكاسي مهارة،
 وكما هو الحال بالنسبة لأي مهارة، فإنه بمجرد معرفة المبادئ الأساسية لها فسيكون المطلوب منك
 فعله هو ممارستها كي تقوم بها على الوجه الصحيح. ولممارسة مهارة الاستماع الانعكاسي، أرجو
 ان تتبع هذه التوجيهات السبعة:

سبع توجيهات للتفكير الانعكاسي:

- 1- وقرّ الإحساس بالأمان
- 2- تعرف على مخاوفك
- 3- توقف عن السعي لإثبات أجندتك
- 4- دع الأمر كما هو
- 5- احترم ما سمعته
- 6- اكتشف المشكلات القابلة للحل
- 7- حدد العناوين الرئيسية

أولاً: وفّر الإحساس بالأمان

خلال السنوات الأولى القليلة من مرضه، لم يكن (هنري) يرغب في التحدث إلى عن الدواء الموصوف له. إذ لم يكن يشعر بالأمان. كما ستعرف فيما بعد، لقد كانت الخلافات والجدالات تحتد بيني وبين أخي لسنوات عديدة حول نفس الموضوع وهو: هل هو مريض ويحتاج إلى العلاج أم لا. كان هذا يحدث لأننا دخلنا في دائرة الإنكار، والتي تخلق توقعات متشائمة حول الحوار.

دعني أروي لك عن أولى تجاربي مع هذا الأمر.

كان أخي قد خرج للتو من المستشفى، وكانت حالته جيدة، وقد بدأ أن العلاج قد ساعده. ولكن وخلال يوم واحد من عودته إلى المنزل، وجدت الدواء في سلة القمامة. وبالتالي سألته: لماذا قمت برميته؟

"أنا بحالة جيدة" رد أخي شارحاً "أنا لا أحتاجه بعد الآن"

كان هذا مخالفاً لكل ما قيل له في المستشفى، لذا حاولت أن أقدم له ملحوظة تذكره "ولكن الطبيب ذكر أنه ربما عليك الاستمرار على هذا الدواء بقية حياتك. لا يمكنك التوقف عن تناول العلاج"

"هو لم يقل ذلك"

فاعترضت "بالطبع قال ذلك! لقد كنت في الاجتماع العائلي. أتذكر؟"

"لا، لقد قال إنه يجب على أخذ الدواء طالما كنت في المستشفى"

فسألته محاولاً أن أثبت خطأ ما يقول "إذاً لماذا أعطاك زجاجة الدواء لتأخذها معك إلى المنزل؟"

"هذا في حالة إذا شعرت بالتعب مرة أخرى. ولكن أنا بخير الآن"

"لا، ليس هذا ما قاله الطبيب"

"نعم، هذا هو"

فسألته "لماذا أنت عنيد بهذا الشكل؟ أنت تعرف أنني محق؟"

"هذا شأني أنا. دعني وشأني"

"عندما أصبحت مريضاً، أصبح الأمر يخص الجميع. وأنا أشعر بالقلق"

كلما حاولت مواجهته بالحقيقة، كان (هنري) يواجهني بالإنكار. ومع كل جلسة نقاش، أصبح كل منا أكثر غضباً. كنت أعتقد أنه عنيد وغير ناضج. وكانت اتهاماتي وتهديدي له لإثبات خطئه يشعره بالغضب والدفاعية أكثر فأكثر. لقد كانت نزعتي الطبيعية للسيطرة على إنكاره غير مجدية على الإطلاق، كما أنها جعلت الأمور أكثر سوءاً. كنا قد دخلنا في دائرة من المواجهة والإنكار جعلتنا نبتعد عن بعضنا البعض، وجعلت أخي يشعر بعدم الأمان حول الحديث معي في هذه الأمور. وكانت النتيجة المعتادة في مثل هذه النقاشات هي ابتعاد أخي. لقد كانت الحوارات تنتهي دائماً بالتجاهل والإعراض.

لقد قدم (هنري) أفضل تلخيص للقضية في بداية خلافاتنا. "لماذا يجب على التحدث حول هذا الأمر؟" أنت لا تهتم برأيي. أنت فقط ستخبرني أنني مخطئ، وأن على الذهاب إلى طبيب نفسي".

لم أفهم حقيقة أن أخي لم يكن عنيداً، إلا بعد أن تلقيت تدريباً لكي أصبح أخصائي نفسي. فبعد أن تسلحت بالمعرفة والخبرة، بدأت أفكر كيف كنت أتكلم معه، واكتشفت أنني لعبت دوراً مهماً في دفعه إلى التوقف عن الحديث معي والبدء في المراوغة (مثلاً عندما ألقى بالدواء في سلة القمامة وظل يتظاهر بأنه مازال يتناوله).

لقد جعلته يشعر بعدم الأمان. لقد كان يعرف أنه عندما يقول لي أنه ليس مريضاً ولا يحتاج إلى العلاج، أنني سوف أعارضه. أحياناً كنت أقوم بذلك برفق، ولكن مع مرور السنين وعندما تحول إلى ما يسميه المتخصصون في الصحة العقلية بـ "النزير المتكرر"، أصبحت قاسياً أغلب الوقت في مواجهتي لإنكاره. وفي يوم من الأيام، خططت لتدخل بعض أفراد الأسرة بالإضافة إلى الأخصائي الاجتماعي المسؤول عن (هنري). قمنا جميعاً بإخباره بلطف صارم أنه في حالة من الإنكار. وخطوة بخطوة أخبرناه أنه مصاب بالذهان وأن عليه تناول الدواء النفسي كي يتحسن.

والآن تخيل إذا حدث هذا معك (وأنت تعتقد أنك لست مصاباً بالفصام، والتي كانت هي وجهة نظر هنري بالضبط). تخيل أن هذه المناقشة تلتها العشرات مثلها تماماً. هل كنت ستشعر أنك مهتم بأن تشرح مرة أخرى أنك لا تعاني من شيء وأنت لا تحتاج إلى علاج؟ لا، فالأفضل هو الابتعاد، وإذا لم تستطع فاصمت، وتظاهر بالموافقة حتى تنتهي هذه المناقشة سريعاً.

.....

"أنا أسف أنني لم أكن استمع إليك. أنا أفهم لماذا لا تريد التحدث في هذا الأمر بعد الآن"

.....

إذا كيف نعطيهم الشعور بالأمان من أجل التحدث معهم؟ أولاً، حدد وقتاً مخصصاً. يمكن أن يجري الحديث حول فنان من القهوة، أثناء المشي، في الملاهي، أي مكان! المهم هو كيف تفتح الحوار.

إذا كانت هناك خلافات في الماضي، فيجب عليك أن تعتذر وتعتز لمن تحب أنك جعلته يشعر بعدم الأمان. يمكنك أن تقول شيئاً مثل: "أنا أسف أنني لم أكن استمع إليك. أنا أفهم لماذا لا تريد التحدث في هذا الأمر بعد الآن". ثم تظهر تفهمك لردة فعله تجاهك قائلاً "لو كنت مكانك، كنت سأشعر بالشيء نفسه". عندما تعتذر عن تسرعك في الإبداء برأيك (وهو ما أسميه بالاستماع الانفعالي Reactive)، وتعتز بأنك كنت ستشعر بنفس شعوره، فأنت تعطيه الإحساس بالأمان حتى يتحدث.

ليس هذا فحسب، بل يجب عليك أن تعدد بعدم القيام بذلك مرة أخرى "أريد أن اسمع منك المزيد عن سبب كرهك للعلاج وأعدك أنني لن أفعل أي شيء سوى الاستماع إليك، وأن أحاول فهم وجهة نظرك بصورة أفضل. أعدك أنني لن أعطي رأيي"

قد تفكر "كيف سأساعد شخصاً وهو في حالة من الإنكار من دون إخباره بالحقيقة؟ إلس من المفترض أن أساعده على رؤية المشكلة والحل؟". نعم، عليك ذلك. ولكن ليس الآن.. وليس بالطريقة التي تفكر بها.

إن تقديم النصيحة أمر غريب. فقد يتم النظر إليها - أي النصيحة - على أنها ترحيب أو عدم ترحيب، عدم احترام، عدم إحساس أو حتى توقف عن الدعم. ما الذي يحدد الطريقة التي سيتم بها تلقي النصيحة؟ إليك هذا المثال.

عادة ما تشتكي النساء الحوامل من اقتراب أشخاص غرباء منهن و"التبرع" بتقديم النصائح لهن. أحياناً يكون الأمر مضحكاً؛ ولكنه مزعج في الغالب. ولكن دائماً وأبداً ما يتجاهلن هذه النصائح المجانية لأنها نوع من التطفل.

ومع ذلك، كانت كل امرأة أتحدث معها حول هذه التجربة تعتز بأن لديها صديق أو قريب واحد على الأقل تسعى لطلب النصيحة منه وتستمتع إله. هذا هو الفارق بين النصيحة المرغوب فيها وغير المرغوب فيها. النصيحة التي يسعى إليها الشخص تحمل وزناً أكثر من النصيحة غير المرحب بها. لذا، عندما تعد بعدم تقديم النصائح لأن هدفك الأساسي هو الاستماع والتعلم، فأنت تكتسب مصداقية فورية. وأنا أضمن لك أن هذا الشخص سيأتي ليطلب منك النصيحة أسرع مما تتصور.

لذا اعتذر على عدم الاستماع الجيد بما يكفي في السابق، وقدم الوعد بالاستماع بدون تعليق وقم بالوفاء بوعدك. لكي تنجح عليك أن تكتشف لماذا كنت تخشى الاستماع على هذا النحو. لأنك لو لم تفعل فإن المخاوف نفسها التي كانت تمنعك من الاستماع الانعكاسي في الماضي سوف توقع بك مجدداً.

ثانياً: تعرف على مخاوفك

كلما قمت بتعليم الاستماع الانعكاسي لمجموعة جديدة من الناس، اكتشف أننا جميعاً نشبه بعضنا البعض وأنا لسنا مختلفين على الإطلاق. ظاهرياً، تظهر كل الاختلافات أمامي - الرجل الذي يرتدي بزة العمل يجلس بالقرب من الشخص الذي يرتدي قميصاً و(جينزاً) مقطعاً، السيدة السمينة ذات الصوت العالي والمرأة النحيلة الهادئة. يأتي أشخاص من جميع الأشكال، والأحجام، والديانات، والأعراق والمعتقدات السياسية لحضور برنامج الـ (LEAP) لأن لديهم رغبة عميقة في مساعدة شخص يحبونه ويعاني في حالة من الإنكار. كما أن لديهم المخاوف نفسها من اتخاذ الخطوة الأولى، والتي تتمثل في "أنا سأجعل الأمور أسوأ لو قمت بالاستماع بالطريقة التي ينصح بها دكتور أمادور".

خلال هذه الندوات، أقوم بتعريف التفكير الانعكاسي كما فعلت قبل قليل، ثم اطلب مشاركة متطوعين. مؤخراً قمت بهذا الدور مع "جيون" من (هليفاكس) كندا. كانت المهمة المطلوبة منها هي - كما شرحتها لها ببساطة - الاستماع إلى وأنا أقوم بدور مريض يعاني من الضلالات، ثم توضيح ما الذي سمعته.

لقد بدت واثقة عند بداية التمثيلية. كنت أتحدث بسرعة في غضب وخوف شديدين قائلاً "انظري "جيون" أنا لست مريضاً. أنا لا أعاني من شيء. أنا لن آخذ هذا العلاج لأنه سيقتلني. أنه سم. إذا كنت تريدني مساعدتي، فساعديني مع الأشخاص بالأعلى".

فسألتني "من هم الأشخاص بالأعلى؟" بدون أن تعكس ما ذكرته للتو.

"الساعة الثامنة مساءً من كل ليلة، يمشون على أرضية هذه الشقة حتى يصلوا إلى دورة المياه. أنا اسمع صوت المرحاض وأعرف ما الذي يقومون به! أنا لست ساذجاً. هم يتواصلون مع المجموعة التي تحاول طردي من شقتي. هم نفس الأشخاص الذين يحاولون قتلي"

أجابت "جيون" والتي كانت تهز رأسها وأنا اشرح لها المشكلة "يبدو أن الأشخاص بالأعلى يزعمونك. فهم يحدثون ضجة كبيرة."

وبعد أن انتهت "جيون" سألت الحضور "هل عكست جيون ما قلت؟" ارتفعت الكثير من الأيدي، شرح كل منهم أن "جيون" لم تفعل. لقد رأوا ما لم تستطع "جيون" رؤيته في تلك اللحظة. على الرغم من أن تجاوبها كان في صورة أسئلة كما طلبت منها، فهي لم تعكس شيئاً واحداً مما قلت. الشيء الوحيد الذي علقت عليه هو أنني "منزعج" من الأشخاص بالأعلى. في الحقيقة، أنا لم أكن منزعجاً. لقد كنت خائفاً وغازباً، وليس ذلك بسبب أنهم جيران "مزعجين". فلم تكن الضوضاء هي ما يزعجني - وإنما استخدامهم للمرحاض كإشارة هو ما كان يضايقني.

على الرغم من أن الحضور استطاعوا أن يدركوا أنها لم تعكس ما قلت، هم أنفسهم لم يقوموا بأداء أفضل عندما جاء دورهم. فمثل "جيون"، تجاهلوا ذكر الحقائق "المجنونة". وكان أقرب ما توصلوا إليه هو إدراك أن صوت المرحاض كان علامة للأشخاص الآخرين في المبنى الذين يحاولون "طردي". ولكنهم جميعاً تجنبوا الحديث عن حالة الإنكار التي أعيشها، اعتقادي بأن الدواء سام، وضلالات الارتباب الغريبة (تأمر جيرياني الذين يحاولون قتلي).

بعد أن طمأنت المشاركين أنني اعتدت القيام بنفس الأخطاء مع أخي قبل تعلمي للاستماع الانعكاسي، قمت بوضع النموذج الصحيح للقيام بذلك. بدأت الآن في لعب دور المستمع قائلاً "الآن، (زافير)، أخبرني إذا ما كنت أفهمك بشكل صحيح. أنت لست مريضاً ولا تحتاج إلى أخذ الدواء. والأسوأ هو أن الدواء سام. وأنت تطلب مني المساعدة بشأن جيرانيك. ففي الساعة الثامنة من كل ليلة، يمشي جيرانيك بالأعلى إلى دورة المياه ويقومون بتشغيل المرحاض لكي يعطوا الإشارة إلى بقية الأشخاص في المبنى. هؤلاء هم الأشخاص أنفسهم الذين يحاولون طردك وقتلك. هل فهمت هذا بشكل صحيح؟"

لم أكد أنني كلامي حتى رأيت الكثير من الأشخاص يتمايلون في مقاعدهم وهم يحركون رؤوسهم في عبوس. "أعرف أن الكثير منكم يشعرون بعدم الراحة تجاه ما قلته للتو. ولكن ما الذي يشعركم بعدم الراحة؟"

فصرح رجل من بين الحاضرين "أنت تؤكد حالة الإنكار"

كما أضافت "جيون": "لا يمكنك أن تقول لهذا الشخص أن الدواء فيه سم. فهو لن يأخذه"

ثم سألتهم "ما الذي يقلقكم أيضاً؟"

بادر شخص آخر بالقول: "لقد زدت من سوء الضلالات؛ الآن سيكون عليك الانجرار ورائها. فهو سيطلب منك أن تقوم بشيء حيال جيرانه". قامت سيدة أعرف أنها تعمل أخصائية اجتماعية برفع يديها قائلة "هذا عكس كل ما تعلمته. لا يمكنك أن تتعامل مع الضلالات بهذا

الشكل، فأنت بهذا تؤكد لها."

بعدها التفت إلى الحضور متسائلاً "هل يشعر أي منكم بالارتياح تجاه ما قمته به؟" قامت امرأة عجوز تجلس في الصف الأول برفع يديها.

ثم علقت "أعتقد أن ما قمته به جيد. فهو سيرغب في الحديث معك لأنك تتحدث عما هو مهم. فهو لا يعتقد نفسه مجنوناً، ويعتقد أن الناس تحاول قتله"

ثم سألتها "لماذا في رأيك يشعر باقي الحضور بعدم الارتياح حول الأشياء التي ركزت عليها في حوارتي معه؟"

أخذت تلتفت وهي تنظر إلى الحضور، ثم التفتت إلى مرة أخرى وقالت "إنهم جبناء" ثم جلست. وبعد أن هدأت الضحكات، شكرت شريكتي غير المتوقعة ثم أخذت أسهب في ملاحظتها الحكيمة.

.....

عندما تواجه شخصاً يحمل أفكاراً غير عقلانية جازمة، فلن تحصد شيئاً من الاختلاف معه.

.....

لاحظ أنه في البداية، لم اتفق أبداً مع معتقداته بشأن المرض، أو العلاج، أو أفكار الشك والارتياح. ومع استخدامي لصيغة السؤال في بداية ونهاية حديثي: (أخبرني إذا كنت أفهم ذلك بشكل صحيح) و(هل أفهم ما تقول بدقة؟)، كنت حراً في استخدام كلمات مريضتي. لم أتحدى أبداً أفكاره. ولماذا أفعل ذلك؟ فهو يعيش في الضلالات.

في المقابل، لقد أظهرت له من خلال سلوكي أن كل ما أريده هو الاستماع إليه وفهمه. فأنا لم أحاول أبداً أن أقنع أي شخص بأن يتوقف عن العيش في الضلالات، أو أقنعه بالاستمرار في العيش فيها. الفكرة هي أنه عندما تواجه شخصاً يحمل أفكاراً غير عقلانية جازمة، لن تحصد شيئاً من الاختلاف معه. والأهم، أنك ستفقد رغبة هذا الشخص في الحديث عن المشكلة.

ولكن هناك بعض المخاطر الكامنة والتي يجب أن تحذر منها، وهي عندما يسألك هذا الشخص "يبدو أنك تتفق معي، إلس كذلك؟" أو الوجه الآخر من العملة "لماذا تتصرف وكأنك تصدقني؟" في الحقيقة، هذه الأسئلة تطرح فرصة مهمة سأحدث عنها في الفصل القادم. أما الآن، فأنا أطلب منك أن تتق في - وفي الوقت الحالي، ركز على التعرف على مخاوفك.

ثالثاً: توقف عن السعي لإثبات أجندتك

أنا أعرف أن أجندتك هي مساعدة شخص أنت قلق بشأنه، وأن لديك أفكاراً محددة حول كيفية تقديم هذه المساعدة. ولكن لأن الشخص الذي يعاني من الإنكار يتوقع تلقي النصائح المزعجة لمشكلة لا يؤمن بأنه يعاني منها، فأنت تحتاج إلى الاحتفاظ بهذه الأجندة لنفسك.

عندما تتبنى الاستماع الانعكاسي، فإن الأجندة الوحيدة التي ينبغي عليك أن تمتلكها هي رغبتك في الاستماع والمعرفة. فعندما يثق الشخص بأنك لن تستعرض آراءك حول ما ينبغي وما لا ينبغي عليه القيام به، سيكون أكثر ميلاً للموافقة على الحديث حول موضوعات محددة "ساخنة" (مثل رفضه الحصول على مساعدة طبية).

إن الاتفاق حول أجندة ما هو أمر سهل إذا اتبعت الوسائل التي تُوصل إلى الشخص الذي يعاني من الإنكار. هذه هي الطريقة التي استطعت بها أخيراً جذب انتباه (باربرا). فلقد كانت تريد الحديث عن مدى غضبها من إجبارها على الدخول إلى المستشفى، في حين أنها ليست مريضة عقلية. إذا كان الشخص الذي تحاول الحديث معه مستاء من اضطرابه إلى أخذ الدواء، فقم بسؤاله عن مشاعره، وليس عن الدواء أو عن اعتقادك بضرورة أخذه له. يمكنك أن تقول "أود أن أفهم لماذا تكره أن تأخذ العلاج. هل تمنع في إخباري عن ذلك؟ أعدك أنني لن أضغط عليك أو أزعجك - أنا حقاً أريد فقط فهم مشاعرك."

جرب ذلك مع أي موضوع ساخن وانظر ما الذي سيحدث.

رابعاً: دع الأمر كما هو

إذا تحول الحوار إلى خلاف وبدأ الإنكار يسيطر على الموقف، توقف! وإذا بدأ الشخص في كيل الاتهامات لك مثل "أنت لا تهتم لأمرى، كل ما تفكر فيه هو نفسك". وقتها دع الأمر كما هو، ولا تزيد من حدة الخلاف.

أحياناً يخلق المرض العقلي حالة من "اضطراب الأفكار"، مما يجعل من الصعب على الآخرين متابعة تسلسل أفكار الشخص المريض. وهو أمر مزعج ومحبط. عندما تتحدث مع شخص يعاني من اضطراب فكري، لا تحاول أن تفرض ترتيباً لفوضى الأفكار هذه لأنك ستخطئ حتماً. بعبارة أخرى، دع الأمر كما هو، وركز على الاستماع بصورة مختلفة بدلاً من محاولة فرض النظام على الأفكار. استمع للأفكار خلف الكلمات واعكس المشاعر التي تنتابه بسببها. عندما تعكس المشاعر الدفينة، ستكتشف أكثر ما الذي يهتم به الشخص وما الذي يحفزه.

خامساً: احترم ما سمعته

عندما يكون هدفك هو توصيل تفهمك لما يقال دون إظهار أي رد فعل من جانبك، فأنت بذلك تنقل احترامك لوجهة نظر الطرف الآخر، وتفرغ الغضب المكبوت لديه. عندما تكرر ما تسمع بدون تعليق أو نقد، فأنت تغلق دائرة الإنكار. فكر بالأمر على هذا النحو: هل ستهتم بالاستماع إلى رأي شخص تختلف معه إذا شعرت بأنه لم يكن يستمع إلى آرائك؟

سادساً: اكتشف المشكلات القابلة للحل

كل شخص يعاني من الإنكار أو عمه العاهة (Anosognosia) يدرك أنه يعاني من مشكلة واحدة على الأقل. المشكلة هي أنت وكل شخص آخر يقول له بأنه يحتاج إلى المساعدة! الحقيقة أن من تحب يعاني من مشكلات أخرى بإمكانك اكتشافها. إن تفهم رؤيته لنفسه وما هي الصعوبات التي يعاني منها في حياته هو أمر أساسي لكسر العزلة وبناء علاقة معه، وبالتالي سينظر للعلاقة معك على أنها الطريقة الوحيدة للحصول على مساعدة للمشكلة التي يعاني منها من وجهة نظره.

وبالتالي، عليك أن تعرف ما هي المشكلة من وجهة نظره؟ ما هي طبيعتها؟ وما الذي يحتاج إليه كي يحل هذه المشكلة؟ بدون فهم ما يعتبره هو مشكلة وتحتاج إلى حل، فسوف تكون عاجزاً عن التعامل معه.

على سبيل المثال، لم يكن أخي يؤمن بأنه يعاني من الفصام، ولكنه كان يرى أن إجباره على دخول مستشفى عقلي مرة تلو الأخرى هي مشكلة كبيرة. وبالطبع كنت أتفق معه. فعندما تضع يدك على مشكلة يمكنكم العمل معاً على إيجاد حل لها (مثلاً، اتفقت أنا وهنري أن تجنب الدخول إلى المستشفى هو أمر مهم)، فسيكون لديكما التأثير والأرضية المشتركة. من الضروري أيضاً أن تعرف ما الذي يريده الشخص من الحياة - على المدى القصير والبعيد - بدون إصدار أحكام. عليك أن تكتشف الأشياء المهمة بالنسبة له.

سابعاً: حدد العناوين الرئيسية

لكي تقوم بهذا الشيء بالصورة الصحيحة، عليك أن تتعامل مع الشخص الذي تحب بطريقة الصحفي. هذا لا يعني فقط أن تطرح الأسئلة بدون تقديم نقد أو رأي، ولكن يعني أيضاً أن تكتشف موضوعاً وتحدد العناوين الرئيسية له. لذا، وبعد الانتهاء من المناقشة التي كنت تستمع فيها بانعكاس، فكر في الصفحة الأولى من الصحيفة، وقم بالفعل بكتابة العناوين الرئيسية. قم بكتابتها أمام الشخص إذا استطعت (سأقدم لك أمثلة حول كيفية القيام بذلك فيما بعد)، حتى تتأكد

من أنكما متفقين حول الأشياء المهمة بالنسبة له.

ما هي العناوين الرئيسية؟ هي المشكلات التي يعتقد المريض العقلي أنه يعاني منها (ولست المشكلات التي تعتقد أنت أنه يعاني منها)، هذا بالإضافة إلى الأشياء التي تحفزها على التغيير (الأشياء الأكثر أهمية بالنسبة له). وفي النهاية، سوف تعملان معاً على حل المشكلات التي حددها هو، ولكن مع ربطها بالمساعدة التي تعتقد أنت بأنه يحتاج إليها، وذلك بالاستعانة بالأشياء التي تحفزها.

لتوضيح هذه النقطة، أقدم لك مثالين لعائلتين عملت معهما. الأول هو مثال جيد على "عدم الاستماع"، بينما يقدم المثال الثاني درساً ممتازاً حول "الاستماع الجيد". كلا المثالين مأخوذان من عملي كمشرف على المعالجين المتدربين عندي في قسم تنويم الأمراض العقلية. ولأن الطلبة لديّ عادةً ما يقومون بتسجيل أشرطة فيديو لجلساتهم مع الأسر ويعرضونها على في لقاءات التدريب، فسأقوم هنا بالتعلق على مهارات الاستماع لدى المعالجين وأفراد الأسرة.

الاستماع غير الفعال

إنها الساعة 3 حيث يلتقي الدكتور براين جرين، طبيب مقيم في السنة الثانية بقسم الأمراض النفسية، مع مات بلاك بيرن ووالديه. كان مات يبلغ من العمر 26 عام ويعيش في منزل والديه كما ذكرت لك من قبل.

وكما نتذكر، فقد دخل إلى المستشفى وهو يعتقد أنه صديق مقرب من رئيس الولايات المتحدة. كما كان يؤمن أن الله قد اختاره كرسوله الخاص إلى قادة العالم، وأن وكالة المخابرات الأمريكية تحاول اغتياله، وأن والدته تحاول إفساد تلك المهمة (لم يكن هذا الاعتقاد الأخير توهمي تماماً).

عندما دخل إلى المستشفى كان "مات" يسمع أصواتاً، وكان يعاني من اضطراب في التفكير (يهذي بأفكار متقطعة وغير مفهومة). بعد أسبوعين من العلاج في مستشفى كولومبيا، هدأت الأصوات قليلاً وبدأ كلامه واضحاً بفضل العلاج الذي كان يتلقاه. كان لا يزال يعاني من نفس الضلالات، ولكن العلاج قلل من الضغط الذي كان يشعر به ويدفعه إلى تنفيذ هذه الأفكار (الذهاب إلى واشنطن ومقابلة الرئيس).

عقدت الجلسة بناء على طلب من دكتور جرين لمناقشة ما الذي سيقوم به "مات" بعد خروجه من المستشفى. صافح دكتور براين السيد والسيدة بلاك بيرن وطلب منهما التفضل بالجلوس، وكان مات يجلس في نهاية الطاولة في غرفة الطعام المخصصة للمرضى. التفتت والدته حول الطاولة حتى تصل إليه وقامت بتقبيله. جلس السيد بلاك بيرن على

أقرب كرسي، والذي كان الأبعد عمت، ثم بدأ في طرح الأسئلة على الدكتور جرين "أنا أعرف أننا من المفترض أن نتحدث عن خروج مات من المستشفى، ولكن ألا تعتقد أنه بحاجة إلى المكوث هنا مدة أطول؟ أنا لا أعتقد أنه مستعد للعودة إلى المنزل بعد".

رد براين "ليس هناك المزيد كي نقدمه له هنا، سيد بلاك بيرن" (في الحقيقة، كان مكوث مات لأسبوع آخر سيساعده، ولكن تأمينه كان قد انتهى).
 "حسناً، أنا لا أعتقد أنه مستعد ولا حتى أمه!"

"انتظر" ردت السيدة بلاك بيرن وهي توجه كلامها إلى مات "أنا لم أقل هذا بالضبط. بالطبع نحن نريدك أن تعود إلى المنزل. نحن فقط قلقين بشأن ما الذي سيحدث بعد ذلك".
 استغل دكتور براين الفرصة قائلاً "مات لديه موعد لاحقاً هذا الأسبوع في عيادة العلاج الخارجي. ومعه علاج يكفيه حتى هذا الموعد، كما أنه قد تم قبوله في البرنامج النهاري بالمستشفى، ويمكنه البدء هنا بمجرد رؤية الطبيب له."

فقال والد مات لزوجته "هذا ما كنت أخشاه بالتحديد." ثم التفت إلى دكتور براين وأضاف "أنا لا أريد أن أكون سلبياً دكتور جرين، ولكنـه لن يذهب إلى هذا الموعد أو إلى هذا البرنامج النهاري الذي نتحدث عنه. فهو لا يعتقد أن لديه مشكلة. نحن بحاجة إلى خطة أفضل من هذه. مات لن يأخذ العلاج ولا يحب التواجد مع الأشخاص في هذا البرنامج، فهو يرى أنهم جميعاً مجانيين!"

وجه براين السؤال الصحيح "مات، ما رأيك في كل ما قيل؟"
 فأجاب بصوت عال وهو يخفض نظره إلى الطاولة "لقد قلت سأذهب.. سأذهب."
 فرد عليه والده في نغمة صوت أحن "ولكن هذا ما وعدتنا به من قبل، مات. ولكن بعد أن عدنا إلى البيت، اختفيت داخل غرفتك ولم تذهب إلى أي مكان."
 "الأمر مختلف هذه المرة. سأذهب! أنا فقط أريد الخروج من هنا والحصول على وظيفة ومسكن خاص بي."

فسألته والدته في قلق "هل أنت متأكد أنك ستذهب؟"
 "نعم، أمي، لا تقلقي. سأذهب حقاً.. اتفقنا؟"
 لم يكن والد مات مقتنعاً، ولكن والدته والطبيب وإن بدا إن لم يكونا مقتنعين، فعلى الأقل مرتاحين لما سمعوا.

دعنا نراجع الإرشادات السبعة للاستماع التي ذكرتها بالأعلى.

1- هل وفروا الإحساس بالأمان

لقد قام دكتور براين وعائلة مات بتحديد وقت خاص للحديث، ولكنهم لم يجعلوا المناقشة "خاصة" على النحو الذي شرحت به بالأعلى. فلم يكن هناك اعتراف بتباين أفكارهم، أو اعتذار عن المحاولات السابقة لإقناع مات بأنه مريض ويعاني من الإنكار. لم يشرح أحد منهم أن ما يريدونه هو الإستماع فقط إلى وجهة نظر مات حول خطة الخروج من المستشفى. ولم يقطع أحد وعوداً بعدم إعطاء نصائح غير مرحب بها.

بل على العكس، فقد أثير الخلاف مباشرة من قبل والده وتم رسم خطوط المعركة. وكانت النتيجة هي أن أصبح مات دفاعياً، ثم قام بما كنت لأقوم به أنا وأنت لو أننا مررنا بما مر به مات مئات المرات من قبل. فقد كذب وقال إنه سيذهب إلى الموعد. لقد كذب لكي يتخلص من والديه وطبيبه ويخرج من المستشفى.

2- هل تعرفوا على مخاوفهم؟

ظاهرياً، بدا أن والدا مات على اتصال بالخوف الذي يشعران به خلال هذه الجلسة. ولكن هذا غير حقيقي. فلقد كانا يدركان حقيقة خوفهم من استمرار ابنهم في دور "الزائر المتكرر" للمستشفى - ولكنهما لم يدركا الخوف الأساسي الذي قد ينجم عن هذه المناقشة، وهو تدهور الأمور في حالة عدم توضيح آراءهما مرة أخرى.

لقد قامت والدة مات أيضاً بوضع خطوط المعركة كما فعل زوجها ولكن بطريقة أقل حدة. فلقد كانت ترغب أن يظل ولدها فترة أطول بالمستشفى. كما أوضحت أنها تعتقد بأنه مازال مريضاً. لقد اضطر والدا مات، والدكتور جرين في هذا الصدد، بدافع الخوف أن يخبروا مات مرة أخرى بأنه مريض ويحتاج إلى مساعدة متخصصة، كما لو كان سماعه لذلك مرة أخرى سوف يحدث تخلخلاً في إنكاره. ومع ذلك، كان ثلاثتهم يدركون أن مات لن يتابع في الموعد العلاجي.

كان باستطاعتهم الحديث عن هذا الأمر مع مات مباشرة. ولكن للقيام بذلك، كان عليهم أن يشعروا مات بالأمان حتى يتحدث، وألا يتركوا الخوف يسيطر على النقاش مع ضغطهم لتحقيق أجندتهم.

3- هل توقفوا عن الدفع بأجندتهم

كان مات على وشك الخروج من المستشفى مرة أخرى، وكان طبيبه ووالداه يدركون أنه لن يلتزم بتوصياتهم لأنه لم يفعل ذلك من قبل. ولكن ذلك لم يوقفهم عن محاولة الدفع على أي حال بأجندتهم البائسة.

أراد دكتور جرين التواصل بشأن تفاصيل الخطة العلاجية بعد الخروج من المستشفى وإنهاء

النقاش (على الرغم من أنه اعترف لي بعد ذلك بأنه كان يعرف أن مات لن يلتزم بالخطوة على النحو الذي عرض عليه). كان مات يرغب في الخروج من المستشفى، وكان على استعداد، إذا كان هذا ما يتطلبه الأمر، أن يتناول العلاج في الوقت الراهن. ولكن لا يمكن تحديد إلى متى سيظل على استعداد لتناول العلاج. لم يكن مات يثق بطبيبه أو والديه بالشكل الكافي ليكون صريحاً معهم ويخبرهم عن مشاعره الحقيقية. أفصح السيد بلاك بيرن بوضوح عن تنبؤه بأن ابنه لن يستمر على العلاج أكثر من أسبوع، في حين أعرب دكتور براين عن أمله البريء أن يوافق مات على الالتزام بتعليمات الطبيب لشهور قادمة.

لقد كان السيد بلاك بيرن يحاول تنفيذ أجندته الخاصة؛ وهي محاولة إقناع الدكتور براين باحتجاز مات في المستشفى لمدة أطول. وعلى الرغم من أن السيدة بلاك بيرن كانت تركز على الأجندة نفسها، فقد كان يشغلها إحساسها بالذنب وعدم رغبتها في جرح مشاعر مات أو إغضابه. ولكن ما هي أجندة مات؟ لم يسأل أحد، لذا فنحن لا نعرف، حتى اكتشفناها فيما بعد.

4- هل تركوا الأمر كما هو

لم يعبر مات عن رأيه، على الأقل بصورة مباشرة، أو يقول إنه لن يأخذ الدواء. لذا فلم يكن هناك الكثير في الجلسة، ليعبر طبيبه ووالداه عن رد فعلهم تجاهه. ولكن والدا مات كانا يعبران عن رد فعلهما تجاه أشياء قالها مات أو فعلها في الماضي. كان والده غاضباً من البداية، ليس فقط لأن ابنه، الذي يشعر بأنه مريض للغاية ولا يمكنه العودة إلى المنزل، سيغادر المستشفى - ولكن أيضاً لأنه كان لا يعتقد أن مات يقول الحقيقة. عندما قال مات أنه سيذهب إلى موعد الطبيب ويتناول العلاج، رد والده واصفاً إياه بالكذب ("هذا ما وعدتنا به المرة الماضية، ولكن عندما عدت إلى المنزل اختفيت داخل غرفتك ولم تذهب إلى أي مكان"). كما عبرت والدته عن عدم ثقتها في تأكيداتاه ولكن بدرجة أقل وضوحاً.

5- هل قاموا باحترام ما سمعوا؟

لم يكرر أحد على مسامع مات ما يعتقدون أنهم فهموه من كلامه. لم يحترم أحد آراء مات حول حقيقة مرضه وحاجته للعلاج. لقد كانت هناك فرصة واحدة ضائعة على الأقل. فعندما قال مات "هذه المرة مختلفة"، كان على طبيبه ووالديه أن يجيبوا "إذا مات أريد أن أفهم. أنت تقول إن هذه المرة مختلفة. هل هذا صحيح؟" إذا طرح هذا السؤال، بدون غضب أو سخرية ولكن بدافع من الاهتمام الحقيقي، كان مات ليجيب بـ "نعم"، كان سيقبل موقفه الدفاعي، وكان ليخبرهم بشيء مهم. لقد كانت هذه المرة مختلفة حقاً بالنسبة له. فلقد كان يرغب بصدق في عدم العودة إلى المستشفى مجدداً، ومؤكداً ليس بالطريقة التي أحضر بها هذه المرة (عندما اتصل والداه بالشرطة التي قامت

بنقله إلى المستشفى رغماً عنه).

لو أنهم كرروا ما سمعوا منه، وشعر مات بأنهم يفهمونه حقاً، لكان تم تحديد مشكلة تواجههم جميعاً. لكان بإمكانهم العمل معاً لإبقائه خارج المستشفى.

من وجهة نظر مات، كان والداه السبب وراء احتجازه بالمستشفى، بينما من وجهة نظرهم السبب هو المرض العقلي. ولكنهم جميعاً متفقون أنه لا أحد يرغب أن ينتهي الحال بمات في المستشفى مجدداً (حتى شركة التأمين كانت لتوافق على الأمر نفسه). كانت هذه بمثابة فرصة ضائعة لمساعدة مات على التخلي عن دفاعاته، والتهدة من غضب الجميع.

دعني أوضح لك لمحة عما أتحدث عنه. كان براين هو طبيب مات، وكنت أنا المشرف على براين، لذا كنت أحياناً ألتقي بالاثنتين معاً. خلال إحدى هذه الاجتماعات، شرح مات الرعب الذي شعر به عندما أحضرته الشرطة إلى المستشفى. لم يسبق له أن شعر بمثل هذا الرعب من قبل، ولم يكن يرغب أن يتكرر له هذا الشعور مرة أخرى. كما أنه سئم من تكرار احتجازه بالمستشفى مرة تلو الأخرى. وعندما سألته لماذا "برأيه" قام والداه باستدعاء الشرطة، كانت إجابته "لأنهم يعتقدون بأني مريض".

"ولكن هذا لا يخبرني لماذا جعلوك تمر بما مررت به."

"هم يعتقدون بأني مريض وأحتاج أن أمكث في مستشفى المجانين، هذا هو السبب"
"دعني أطرح السؤال بصورة مختلفة. ما الذي يدفعهم للقيام بذلك معك؟ هل لأنهم يكرهونك؟"
"لا"

"هل يريدون إيذاءك؟"

"لا أعرف. لا أعتقد ذلك"

"إذا لماذا استدعوا الشرطة من أجل ابنهم؟"

"لأنهم خائفون، على ما أعتقد"

"مات، دعني أستوضح أمراً. قام والداك باستدعاء الشرطة لنقلك إلى المستشفى رغماً عنك، ليس لأنهم يكرهونك أو أنهم يريدون إيذاءك، ولكن لأنهم خائفين. هل ما فهمته صحيح؟"

"نعم هو كذلك"

"مما هم خائفون؟"

"خائفون من أن أتعرض للأذى"

"أنا أعرف أنك تختلف معهم حول هذا الأمر، ولكن قبل أن نتحدث عن هذا، دعني أتأكد من أنني أفهمك حتى الآن. كان والداك خائفين من أن تتعرض للأذى، لذا فقد أرادا أن يتم احتجازك

بالمستشفى حتى تكون في أمان، هل هذا صحيح؟ فأوماً برأسه بالموافقة. "ما الذي يخبرك به ذلك عن شعور والديك تجاهك؟"

"أنهم يحبونني"

"إذاً أنت تعاني من مشكلة كبرى هنا، إلس كذلك؟ كيف تقنع والديك بالتوقف عن الزج بك إلى المستشفى؟ أقصد، أنك لا تستطيع أن تقنعهم بالتوقف عن حبك، إلس كذلك؟"

فأجاب مبتسماً "لا"

"ما العمل إذاً؟"

"أنا لا أستطيع إقناعهم بأنني لا أعاني من أية مشكلة. فلقد قمتم أيها الأطباء بعمل غسيل دماغ لهم". ضحكنا نحن الاثنين لإشارته بأن أشخاص من أمثالي - الأطباء - هم أساس مشكلته. "لا، وهم لا يستطيعون إقناعك بأنك مريض. لذا أنت هنا. ما الذي يمكنكم العمل معاً عليه من أجل تحقيقه؟"

"أعتقد تطمينهم حتى لا يصابوا بالخوف ويتصلوا بالشرطة"

"كيف يمكنك القيام بذلك؟"

"ليس هناك ما يمكنني القيام به من أجل إقناعهم"

"لا شيء؟"

"حسناً، يمكنني أخذ الدواء"

"ولكن كما أفهم، أنت لست مريض. لماذا ستأخذ الدواء إذا لم تكن تعاني من أية مشكلة؟"

فرد ضاحكاً "لأتخلص من إزعاجهم لي"

على الرغم من أهمية هذه المناقشة، فقد كانت لتكون ثمينة للغاية لو تمت بين مات ووالديه. ولكن لأنهم كانوا خائفين وغير قادرين على ترديد ما سمعوه، فقد فوتوا فرصة التوصل إلى أرض مشتركة مع ابنهم والعمل على المشكلة التي يتفقوا جميعاً بأن مات يعاني منها (الاحتجاز بالقوة بالمستشفى). من خلال إعادة تحديد المشكلة، حتى لا يبقى السؤال هل هو مريض ويحتاج المساعدة أم لا، ومن خلال توضيح أن مات يدرك أن والداه اللذين أساءآ التصرف يحركهم الحب، كان "مات" سيصبح قادراً على ترجمة المشكلة المستحيلة التي يعاني منها إلى مشكلة قابلة للحل.

6- هل توصلوا إلى مشكلات قابلة للحل

فيما يتعلق بتحديد المشكلة، كان مات ووالداه ودكتور جرين يفتقرون إلى إلهة التواصل. بالنسبة لـ "مات" كانت المشكلة تتمثل في والديه، الشرطة التي استجابت لهما، والطبيب النفسي

الذي أقنع والديه بأنه مريض. ومن وجهة نظر والديه ودكتور جرين، كانت المشكلة تتمثل في كون "مات" عنيداً ودفاعياً وغير ناضج - فهو لم يكن يتحمل أية مسئولية تجاه المرض الذي يعاني منه. على الجانب الآخر، استطعت أنا و"مات" التوصل بسهولة إلى مشكلة واحدة على الأقل قابلة للحل. فلقد اتفقنا أن المشكلة الوحيدة التي سيتفق الجميع على العمل معه لحلها هي إبقاؤه خارج المستشفى.

إن تحديد مشكلة للعمل على حلها معاً فتح أمامنا الطريق للعمل معاً كحلفاء وليس كأعداء. بعد مغادرة والديه، النقيت لفترة وجيزة بـ "مات" ودكتور جرين وقلت "مات، أنت تعرف أن هذا اختيارك. أنت تعرف رأيي ولكني لا أستطيع إجبارك على القيام بشيء لا تؤمن به. أنا لا أرغب في القيام بذلك، حتى لو كان في مقدوري هذا، إلا إذا كنت في خطر، ولكن الأمر ليس كذلك الآن. أنا احترم حقك في اتخاذ هذا القرار بنفسك. أنا أعرف أنك أخبرت والديك ودكتور جرين بأنك ستستمر في العلاج. ولكن إذا غيرت رأيك، واعتقادي أنك ستفعل لأنك لا تؤمن بأنك مريض، أتمنى أن تنتبه لما هو قادم. أنها حياتك. لا تكتفي برأيك حول العلاج - اثبت لنفسك إذا ما كان رأيك هذا صحيح أم خاطئ.

أجاب "مات" بشكل دفاعي "لقد قلت إنني سأتناول الدواء". ربما كان هذا لأنني كنت ألمح بعدم اقتناعي بالتأكدات التي قدمها لكل من والديه والدكتور جرين. "حسناً، سأثق في كلامك. ولكن على القول إنني لو كنت مكانك لما أخذت الدواء". بدأ دكتور براين مذعوراً لما قلته، فسألته "دكتور جرين، هل لديك شيئاً تريد قوله؟ يبدو أن لديك رأي مخالف".

"أعتقد أنك لم تكن تعني أنك لو كنت مكان "مات"، لما أخذت الدواء"
"بل هذا بالضبط ما كنت أعنيه". ظهرت علامات العبوس على وجهه براين والذي ظل يبحث عن كلمات فأنقذه "مات" بسؤاله لي "إذا أنت تعتقد أنني لست في حاجة إلى العلاج؟"
"أنا لم أقل ذلك. ما قلته هو أنني لو كنت مكانك لما أخذت الدواء بعد مغادرتي المستشفى.
"مات" أنت لا تؤمن بأنك تعاني من مرض عقلي وتعتقد بشدة أنه لا ينبغي عليك تناول علاج لمرض لا تعاني منه. هذا كلام منطقي بالنسبة لي. من يتناول دواء لا يؤمن بحاجته إليه؟ ماذا ستكون الفائدة؟ إذا كان هذا هو اعتقادي، فلن أنوي أخذ الدواء عندما لا يوجد من يراقبني. إذا كنت مكانك، سأقول ما يلزمي للخروج من هنا ثم اتبع ما تمليه على رأسي فحسب. إلس هذا ما تفكر فيه. بإمكانك مصارحتي مع الاستمرار في العودة إلى المنزل إلوم. لن يتغير أي شيء.
أجاب "مات" وابتسامة عريضة ترسم على وجهه "لا يمكن أن أقوم بهذا الشيء". فضحكت

أنا الآخر لأن كلانا يدرك حقيقة ما سيقوم به بمجرد أن يغلق الباب خلفه.
 "لو افترضنا أنك توقفت عن تناول العلاج، اسأل نفسك هذه الأسئلة الثلاثة: ما الذي ظل
 كما هو؟ ما الذي أصبح أسوأ؟ ما الذي أصبح أفضل؟ قم بكتابة الإجابة على النحو الذي كنا نقوم
 به هنا. أنت تعرف ما أقصد؟"

"نعم، العيوب والمميزات"
 "بالضبط، إذاً أنت تعرف ما أتكلم عنه؟"
 "نعم، إنها حياتي. أنا امتلك مفتاحها والقرار يرجع لي"
 "بالضبط، الآن أنت قررت أنك لا تريد أخذ الدواء، صحيح؟"
 "نعم، ولكنني سأخذه على أي حال. فالجميع يريد مني أن أفعل، إذاً سأفعل."
 "أنا لا أعرف إذا كان الجميع يريد منك ذلك، ولكنك تعرف رأيي، أتمنى أن تفعل. ولكن إذا
 قررت التوقف عن أخذ الدواء، أريد منك أن تعرف أنني احترم حياتك وقرارك".

"نعم ولكنك ستفكر بأني غبي"
 "لا، لن أفعل. ولكن قد أفكر أنك اتخذت قراراً خاطئاً، إذا لم يكن قرارك هذا مدروساً جيداً"
 "أنت الطبيب، أنت من يعرف"

"لم يكن هذا ما أقصده. فأنت في أفضل موقع يؤهلك لتكون الخير حول هذا الأمر. كن
 عالماً. فكر في الأمر على أنه تجربة. قم بجمع البيانات. لا تقفز إلى النتائج بطريقة أو بأخرى.
 فقط ركز على ما سيحدث عندما تتوقف عن تناول العلاج. اسأل الأشخاص الذين تثق بهم عن
 حالتك بعد التوقف عن العلاج. هل تعتقد أنك ستفعل ذلك؟"
 "لا أعرف. فأنا أعرف الإجابة بالفعل".

"حقاً، يبدو أن الجميع يعتقدون أيضاً أنهم يعرفون الإجابة، ومعظمهم يختلفون معك. هذه
 هي فرصتك لإثبات أنهم على خطأ."
 "سأحاول أن أكون منفتح الذهن"

"هذا كل ما أحاول أن اقترحه عليك. هل تريد الحديث عن أي شيء آخر قبل أن ننتهي؟
 هل هناك أي تقييم لي؟"

"لا، لا أعتقد ذلك"

"حسناً، حظاً موفقاً" ثم وقفت ومددت يدي لمصافحته قائلاً "أتمنى ألا أراك مجدداً"
 رد مات "وأنا كذلك". ابتسمنا نحن الاثنين ونحن نتصافح. إذا حدث ورأيت مات، فسيكون

ذلك لأنه عاد إلى المستشفى. إن بقاءه خارج المستشفى واستمراره في الحياة خارجها كان شيئاً اتفقنا عليه بصدق.

7- هل قاموا بكتابة العناوين الرئيسية

لم يهتم أحد بالتركيز على العناوين الرئيسية، علاوة على كتابتها. بالطبع إن كتابة ما كان يقوله مات في هذا الموقف كان ليكون غريباً لأنه طبيبه ووالديه لم يجربوا هذا الأسلوب معه من قبل. صحيح أن براين كان يسجل ملاحظات خلال جلساته معه، ولكنها كانت تتعلق تماماً بالأعراض التي كان يلحظها. ونادراً ما كان يسجل التجربة الشخصية لمات تجاه المشكلة (والديه، الشرطة، والأطباء النفسيين)، أو عبارات توضح الأشياء المهمة بالنسبة له أو ما يحفزه (البقاء خارج المستشفى، الحصول على وظيفة وسكن خاص). ولكن كان من السهل السؤال "هل توافق أن اكتب الأشياء التي تقول إنها مهمة بالنسبة لك؟"

الاستماع الفعال

لقاء دكتور ايفان كوهت، طبيب مقيم في السنة الثالثة بقسم الأمراض النفسية، بـ "فيكي" المرأة التي تبلغ من العمر 45 عام وتعاني من هوس اكتئابي والتي أتيت على ذكرها في الفصل الثاني. كان اللقاء في حضور زوجها "سكوت". كانت "فيكي" قد قضت الأسبوعين الماضيين بالمستشفى بعد تعرضها لنوبة هوس، قامت خلالها باصطحاب طفلها في رحلة تبعد ثلاثة أيام إلى الحديقة الوطنية "مونت ديزرت إيلاند" في ولاية ماين.

كانت الليلة الأولى من الرحلة تحديداً مقلقة لأن "سكوت" لم يكن يعلم أين اختفت عائلته حتى قامت "فيكي" بالاتصال به في الساعة 11 مساءً تشرح له أنها أرادت أن يعيش أطفالها الصحة الروحية التي تشعر بها. فقد أمرها الله أن تأخذهم إلى قمة جبل كاديلاك، لأنها أعلى نقطة في الساحل الشرقي، وأخبرها أنه سيكون هناك بمجرد وصولهم.

ونظراً لمروره بنوبتي هوس سابقتين خلال فترة زواجه من "فيكي"، استطاع "سكوت" أن يفهم ما يحدث هذه المرة أسرع من السابق. خلال مكالمتها له، توصل لها أن تعود إلى المنزل ولكنها رفضت. وعندما أخبرها بأنه يعتقد بأنها مريضة، قامت بإنهاء المكالمة. وسريعاً اتصل "سكوت" بشرطة المنطقة التي أجرت زوجته الاتصال منها، ولكنهم أخبروه أنه ليس باستطاعتهم القيام بالكثير سوى مراقبة سيارتها. كما اقترحوا عليه الاتصال بمقر الحديقة الوطنية فيماين.

بمساعدة الطبيب النفسي لـ "فيكي"، استطاع "سكوت" إقناع حراس الحديقة بإيقاف زوجته عند وصولها. ثم سافر إلى ماين. وبعد الكثير من المداينة والتهديد، وافقت على العودة إلى نيويورك والذهاب إلى المستشفى.

بالنسبة لـ "فيكي" و"سكوت" كان طريق العودة أشبه بالكابوس. فلقد زاد السلوك السيئ المعتاد من الأطفال من حجم المشكلات. فقد جعلت مشاجراتهم وغضبهم، بالإضافة إلى كلام "فيكي" السريع الحماسي وضلالات العظمة التي تتابها، طريق العودة للمنزل لا يطاق. بعد تحية الزوجين، جلس "إيفان" وبدأ بالسؤال "ما الذي تفضلان الحديث عنه اليوم؟ أنا لدي نقطتين على أجندتي اليوم. ما رأيك "فيكي"؟"

"الشيء الوحيد الذي أريد الحديث عنه هو "متى أخرج من هنا؟"
"ماذا عنك "سكوت"؟"

"حسناً، أنا لدي نفس السؤال. كما أريد الحديث عن دوائها"
"هل هناك شيء آخر لدي أي منكما؟"

"لا" أجابت "فيكي" بسرعة

فكر "سكوت" لدقيقة ثم أجاب "أعتقد لا، ربما يطرأ شيء أثناء الحديث"
ثم قال "إيفان" "جيد، أنا لدي نقطتان متشابهتان على أجندتي. فأنا أريد أن أقدم لكما تقريراً حول أداء "فيكي"، ثم أسألها عن شعورها تجاه خطة الخروج من المستشفى. لذا فنحن لدينا ثلاثة عناصر: الأول، متى تخرج "فيكي" من هنا؛ الثاني، رأيي حول أدائها؛ الثالث، رأي "فيكي" في الخطة التي سنضعها معاً لما بعد خروجها من هنا. أريد أن أبدأ بالعنصر الثاني إذا كنتم ترحبان بذلك.

هز "فيكي" و"سكوت" رأسيهما بالموافقة.

موجهاً كلامه إلى "فيكي"، قال "إيفان: أعتقد أنك بحالة أفضل كثيراً من المرة الأولى التي التقينا فيها قبل أسبوعين. وقتها كنت تنامين من ساعتين إلى أربع ساعات بالليل، كانت أفكارك متسارعة، كلامك مضطرب، تشعرين بإثارة كبيرة، سريعة الانفعال، وكانت لديك أفكار غير عادية عن الله والقدرات الخارقة التي تعتقدين أنه منحك إياها. أما الآن فأنت تنامين بصورة طبيعية، أفكارك غير متسارعة، كلامك غير مضطرب. أنت لا تحتاجين مني أن أصف حالتك المزاجية. كيف تصفين أنت حالتك المزاجية خلال الأسبوع الماضي؟"

"أشعر بأني مقيدة. لم أعد سعيدة كما كنت. لا استثار بسهولة. غير مكتئبة."

"هل تفتقدي الشعور بالسعادة؟"

"أنت تعرف أنني افتقدها، دكتور كوهوت، إلس كذلك؟"

"بالطبع، أجاب دكتور كوهوت وهو يلحظ ابتسامة على وجهها فأضاف "ولكن يبدو لي أنه

مازال بإمكانك الشعور بالسعادة. أنت تفتقدين الشعور بالسعادة الغامرة، إلس كذلك؟"

فأجابت "نعم، هذا صحيح"
 "إذاً، باختصار أعتقد أنك مستعدة للعودة إلى المنزل بعد غد"
 بدت "فيكي" مندهشة فسألته "لماذا لم تخبرني بذلك في الصباح عندما التقينا؟"
 "أعتقد أنك لا تتذكرين، ولكنني قلت لك أن على مناقشة الأمر مع الفريق أولاً. فأنا بحاجة إلى رأي الجميع، فنحن نتخذ مثل هذه القرارات بالإجماع. وقد جاء الإجماع بأنك تحسنت كثيراً وبإمكانك العودة للمنزل. هل لديك أي رأي هنا، سكوت؟"
 "لا، فقد كان متوقعاً. فأنا أرى أنها تعود لحالتها الطبيعية. ولكنني لا أعرف ما الذي سيحدث بعد ذلك. ما الذي يمكننا القيام به حتى نمنع تكرار ما حدث مرة أخرى؟"
 "حسناً، فلننتقل إلى العنصر الأخير في أجندتنا - ما الذي سيحدث بعد ذلك فيما يتعلق بعلاجك." أضاف الدكتور "إيفان" موجهاً حديثه مرة أخرى إلى فيكي. "أنا أود رؤيتك في العيادة مرة أسبوعياً على مدار الشهور القادمة، ثم ربما نقلل تلك الزيارات إلى مرة كل شهر. لا أريد تغيير أي شيء في الدواء الذي تتناولينه حالياً. سأحتاج أولاً أن أتابع حالتك خلال الأسابيع القادمة، ثم بعدها أعيد تقييم حالتك لنتعرف إذا ما كنا سنحتاج إلى بعض التعديلات. ما رأيك فيما سيتم القيام به فيما بعد؟"
 ضحكت "فيكي" متسائلة "هل يهم فعلاً؟ فالجميع يعتقد أنه ينبغي على الاستمرار على العلاج."
 "بالطبع رأيك مهم." أجاب "سكوت" ببعض من الإندفاعية والغضب.
 كما أضاف "إيفان": "أنت سيدة الموقف هنا، حتى لو لم يبدو الأمر كذلك الآن"
 ثم سألت "فيكي": "ما الذي تحدثون عنه؟"
 "أنا أتحدث عن حقيقة أن ما أعتقد أنا وزوجك أن عليك القيام به لا يهم مثقال ذرة مقارنة بما تعتقدين أنت أن عليك القيام به. إذا كنتِ تعتقدين أن العلاج قد أدى وظيفته وتريدين التوقف عن أخذه، فسوف تفعلن ذلك. فأنا أو زوجك لا نستطيع منعك.
 "إذاً لماذا أنا هنا؟ فأنا لا أشعر بأني صاحبة الرأي."
 "لأنك فقدت السيطرة عندما زادت حدة الاضطراب الوجداني مزدوج القطب. فقد تسبب في أنك قمت بأشياء جعلت الكثير من الناس يقلقون ويتولون هم السيطرة على الأمور بدلاً منك. ولكن الآن أنت تسيطرين على المرض مرة أخرى وعدت لتتولي القيادة."
 "إذا كان هذا صحيحاً، فأنا لا أريد الاستمرار على العلاج لأكثر من شهر أو شهرين"
 "إذاً كما أفهم منك، أنت لا تريدين أخذ هذه الأدوية لأكثر من شهرين. صحيح؟"

"نعم"

قاطع "سكوت" الحديث "انتظر لحظة. فهكذا وصلت لهذا المأزق. فكل الأطباء الذين عُرِضت عليهم، بما فيهم أنت، قالوا لها أن عليها الاستمرار على هذه الأدوية لبقية حياتها".
 "نعم صحيح، هذا رأيي إذا كانت لا تريد أن تتعرض لنوبة أخرى. كما أن العلاج سيساعدها على عدم الشعور بالاكتئاب مجدداً. أنا لا أناقض نفسي وإنما أقول شيئاً آخر. إنه اختيار "فيكي"، ليس اختياريك أو اختياري. ثم أضاف موجهاً كلامه لـ "فيكي" ولكن الاختيارات التي ستقومين بها سيكون لها عواقب."

أجابت فيكي "لماذا تنذر بالسوء؟"

"أعتقد أن عواقب التوقف عن العلاج ستكون سلبية للغاية. أنت تعرفين ما هي توصياتي التخصصية وتعرفين ماذا كان شعور الطبيب النفسي السابق. أنت تعرفين ما يرغب فيه زوجك وعائلتك. ولكنك ستقعلن في النهاية ما تؤمنين به، وعلى احترام ذلك. ولكن لدي فضول حول أمر واحد: لماذا تعتقدين أنك لست بحاجة إلى العلاج؟ فقد قلت لي في هذا الصباح أن العلاج كان مفيداً خلال الأسابيع القليلة الماضية. هل كنت توافقين على ما أقول فحسب، أم كنت حقاً تعنين ما نقولين؟"

"لقد كنت أقصد ما قلت. لقد قام العلاج بوظيفته، ولكنني أفضل الآن."

"إذاً أنت تعتقدين أنك شفيت من الاضطراب الوجداني مزدوج القطب"

"حسناً، أنا لست متأكدة من أي أعاني من هوس اكتئابي. ولكن مهما كان ما كنت أعاني منه، فالعلاج ساعد على تحسينه. لذا، نعم لقد حلت المشكلة. لماذا أريد إذا أن استمر على هذه الأدوية لبقية حياتي في حين أن المشكلة لم تعد موجودة؟"

"إذاً أنت نقولين إنك كنت تعانين من مشكلة ما، وليس هوس اكتئابي، وأن العلاج ساعدك في حل هذه المشكلة. والآن بعد أن حلت المشكلة أنت لا تريدين الاستمرار في العلاج، صحيح؟"

"نعم"

"هل تريدين معرفة رأيي حول ما قلتيه الآن؟"

"أنا أعرفه بالفعل"

"قد تندهشين في حقيقة الأمر"

"قل ما عندك"

أجاب إيفان "ما قلتيه قد يكون ممكناً"، مما أثار دهشة الزوجين. "ما رأيك لو قمنا بعمل اتفاق، إذا قررتي بعد ستة أشهر من الآن أنك مازلت لست بحاجة إلى العلاج، فبإمكاننا وقتها أن

نجرب ذلك. ولكنني لن أشارك في ذلك إذا لم نلتقي بصفة منتظمة.

"ولماذا قد تقوم بذلك. فلقد أخبرتني أنك تعتقد أن على الاستمرار في العلاج إلى الأبد."

"لأن رأيك أنت هو الشيء الوحيد الذي يقرر في النهاية الاستمرار أو عدم الاستمرار في العلاج. وأنا مستعد أن أعمل معك لإثبات وجهة نظرك حتى لو لم أكن مقتنعاً بها. ولكن لدي طلبين: أن تستمري في رؤيتي بصفة منتظمة، وأن تحتفظي بدفتر يوميات خلال الفترة التي ستقضي فيها من جرعة الدواء."

"لماذا دفتر يوميات؟"

"حتى يكون لديك سجل بالطريقة التي كنت تفكرين وتتصرفين بها خلال الفترة التي تم فيها تقليل جرعة العلاج. كما أن ذلك سيساعدك على التركيز على العواقب، ليس فقط عليك ولكن على أسرتك أيضاً."

أجابت "فيكي": "أنا مستعدة للقيام بذلك"

"حسناً، فلنكتب الاتفاق حتى نتذكر جميعاً. سوف تستمرين على العلاج خلال الستة أشهر القادمة. إذا أردت خلال هذه الفترة التوقف عن تناول الدواء، فلنقوم بذلك معاً" كان إيفان يكتب ويقول ذلك بصوت عال. ثم أضاف بعد تفكير "أريد حضور "سكوت" خلال بعض هذه اللقاءات إذا كان هذا ممكناً."

أجابت "بالتأكيد"

"وإذا استمرينا في هذا المسار، سيكون عليك الاحتفاظ بدفتر يوميات. وسوف نتحدث أكثر عن الأشياء التي أريد منك تسجيلها في وقتها. هل ما قلت مضبوط؟ هل هذا ما اتفقنا عليه؟"

"نعم" أجاب كل من "فيكي" و"سكوت"

1- هل وفروا الشعور بالأمان

هل عمل "إيفان" على جعل "فيكي" تشعر بالأمان للحديث؟ نعم. فلقد أوضح أنه يريد أن يسمع آراء "فيكي" حول العلاج، وكان يعزف عن الإفصاح عن آرائه، التي كانت تعرفها هي بالفعل. لقد فهمت أنها تستطيع التحدث عن اعتقادها بأنها ليست مريضة وأنها ليست بحاجة للعلاج بدون أن يعارضها طبيبها. كما كانت تعرف أن "إيفان" يمكنه أن يمنع زوجها من الاعتراض عليها. فقد أوضح "إيفان" بأن رأيها هو كل ما يهم في الوقت الحاضر، كما أنه أكثر أهمية من رأيه ومن رأي "سكوت".

2- هل تعرفوا على مخاوفهم

أصبح "سكوت" عصبياً وتحول إلى الهجوم للحظة، وذلك عندما تقبل "إيفان" بدون اعتراض

رغبة "فيكي" في التوقف عن تناول العلاج. باستثناء ذلك، فلقد أبلت "سكوت" بلاءً حسناً في الاستماع بدون انفعال للمناقشة التي دارت بين زوجته والطبيب حول آراءها حول المشكلة وما تريد القيام به. في اللقاءات السابقة، كان "إيفان" يعمل على مساعدة "سكوت" على التعرف على المواطن التي يمتلك فيها القوة والمواطن التي لا يمتلك فيها تلك القوة. فالمواطن التي لا يمتلك فيها القوة هي إقناع زوجته بأنها مصابة بالهوس الاكتئابي وأنها تحتاج إلى الاستمرار على العلاج لبقية حياتها. فهو لم ينجح في ذلك خلال أربع سنوات، وقد ساعده "إيفان" على إدراك ما هو واضح - أنه لن ينجح فجأة الآن مع الاستمرار في الجدل. أما مواطن القوة فتتمثل في إصلاح العلاقة بينهما حتى تستطيع أن تشعر هي مرة أخرى أنه حليفها، ضمن فريقها، وأنهما يعملان على نفس المشكلات معاً.

كان "إيفان" واضحاً بشأن مخاوفه، فقد كان يدرك أنه لن يخسر شيء بالاستماع إلى آراء "فيكي". كما كان يعرف أنه لن يؤذيها إذا سمح لها أن تكون صادقة، وألا تناقض آراءها رغماً عنها (فقد كان يسألها إذا كانت تسمح له بتقديم رأيه قبل أن يطرحه)، وأن تشارك بنشاط في الاستماع.

3- هل توقفوا عن الدفع بأجندتهم

لم يكتفي "إيفان" بالاتفاق على أجندة، وإنما ظل خلال المناقشة يراجع مع "فيكي" وزوجها إذا ما كانا يرغبان في الحديث عن أشياء أخرى. كانت الأجندة الرئيسية تتمثل في فهم آراء "فيكي"، والعمل على الكيفية التي خاضت بها هذه التجربة.

4- هل تركوا الأمر كما هو

لم يبد "إيفان" رد فعلاً عاطفياً تجاه قول "فيكي" أنها تريد التوقف عن تناول العلاج. وكذلك فعل "سكوت"، باستثناء تلك اللحظة التي تغلب فيها خوفه عليه. كما لم يسارع كل من "إيفان" و"سكوت" بالدفع بآرائهما لدحض مقولة "فيكي" بأنها لم تعد مريضة وأنها تخطط للتوقف عن تناول العلاج. لقد احترمو آرائها وجعلوها الأهم. عندما قدم "إيفان" رأيه، جعل "فيكي" تشعر بأنها في مركز القوة بأن سألها أولاً إذا كانت تسمح له بأن يعبر لها عن رأيه.

5- هل احترمو ما سمعوا

لقد فعل "إيفان" ذلك مرات عديدة. فقد كان يعيد تكرار الأشياء التي تقولها "فيكي" كي يتأكد أنه فهمها بصورة صحيحة. كما كان يبدأ جملة التأملية بالقول أن كل ما يريده هو التأكد من أنه يفهمها بصورة صحيحة (دعيني أرى إذا كنت أفهم ذلك بصورة صحيحة؟). علاوة على ذلك، كان يستخدم كلماتها بدون تعليق أو نقد، ثم يسألها إذا كان قد فهمها بصورة صحيحة. كما أوضح أنه يفهم ويحترم بصدق وجهة نظرها.

6- هل وجدوا مشكلات قابلة للحل

كانت "فيكي" تعتقد أن الأدوية هي علاجات قصيرة الأمد، مثل المضادات الحيوية المعالجة للعدوى، وليست علاجات طويلة الأمد، مثل الأنسولين المعالج للسكر. الأخبار الجيدة هي أن "فيكي" لديها بعض الوعي، على الرغم من أن هذا الوعي لا يقترب من الدرجة التي تتمناها عائلتها وطبيبها. فهي تدرك أن الأدوية ساعدتها عندما كانت تعاني من الأعراض، ولكنها لا تفهم أن الأدوية يمكنها أن تمنع عودة الأعراض بعد تحسن حالتها.

على الرغم من أن "إيفان" كان يدرك أنه يستحيل من الناحية الإحصائية أن تتوقف عن تناول العلاج دون أن يعاودها المرض، فلقد كانت هناك فرصة ضعيفة للغاية. كان "إيفان" يدرك أنه حتى يأتي إلوم الذي تتحمل فيه "فيكي" المسؤولية تجاه علاجها، وحتى تجد السبب الذي يجعل من المنطقي بالنسبة لها أن تستمر على العلاج، أنها لن تفعل ذلك. كانت مشكلتها، التي هو على استعداد للعمل عليها معها في الوقت الراهن، هي تناول العلاج. ولكنه سوف يعمل معها فقط، إذا استمرت على العلاج بالتنسيق معه، سمحت لـ "سكوت" بحضور بعض الجلسات، وتحملت المسؤولية في تسجيل ما يحدث عندما تتوقف عن تناول العلاج.

بموافقته على العمل معها على المشكلة التي حددتها، استطاع "إيفان" إقناعها بالاستمرار على العلاج لفترة أطول من لو أنه أصر على أن العلاج هو "حكم مؤبد"، كما وصفته هي من قبل. كما أنه وضع لها الأساس لكي تكتشف أسباباً تجعلها تستمر على العلاج.

7- هل قاموا بكتابة العناوين العريضة

لم يكتفي "إيفان" بكتابة الأشياء التي اتفقوا على القيام بها بشأن العلاج، بل وطلب الأذن بالسماح له بالقيام بذلك قبل القيام به. كان هذا مهماً لأنه يؤكد رغبة "إيفان" في التعاون وليس التباهي. كما أن سؤاله يؤكد أن "فيكي" ستتولى السيطرة بعد خروجها من المستشفى. فهو لم يكن يشعر بالخوف من الإعراف بعدم امتلاكه السيطرة.

من خلال ما قام به، هو يذكر "فيكي" بأن قرار الاستمرار في العلاج هو اختيارها هي، وكذلك المسؤولية عن العواقب التي ستتبع هذا الاختيار. كانت العناوين الرئيسية في الجلسة أنها لا تريد الاستمرار على الأدوية، أنها تفهم أن الأدوية ساعدتها عندما كانت تعاني من قلة النوم، تسارع الأفكار والتعب (هذه هي المشكلات التي كانت ترى أنها تعاني منها على الرغم من أنها لم تكن تعتقد أنها مريضة).

باختصار، الاستماع هو عملية نشطة. فهي تتضمن طرح العديد من الأسئلة وعدم إبداء رد فعل تجاه ما تسمع. لذا عليك أن تفكر في نفسك على أنك عالم تحاول فك لغز. تتمثل مهمتك في

التوصل إلى فكرة واضحة حول تجربة الشخص الذي تحب مع المرض والعلاج. بمجرد أن تتعرف على شعوره تجاه فكرة الإصابة بمرض عقلي وتناول علاج نفسي، سيكون لديك معرفة جوهرية تحتاجها لتتوصل إلى اتفاق حول العلاج.

خطر الاستماع العاكس

وبالمثل تماماً، سوف يرتكب المريض الذي تستمع إليه استماعاً عاكساً وبدون إطلاق أي أحكام خطأ اعتقاد أنك تصدق ما يقوله لك (عن عدم مرضه، أو عدم حاجته إلى الأدوية، أو مؤامرة رجال السي آي إيه) وربما يطلب منك مساعدته في الإمساك برجال السي آي إيه أو التحدث إلى والديه بحيث يمكنه التوقف عن أخذ الأدوية حيث يبدو أنك موافق على عدم حاجته إليها.

تطرقت إلى هذه المشكلة في عدة نقاط سابقة من هذا الكتاب - وهذا هو السبب وراء خوف معظم الناس من الاستماع العاكس - ولكن دعني أقدم لك أداتين جديدتين: أداة التأخر وأداة الثلاث ألبداء وجهة نظرك واللذان ستسمحان لك باستخدام الاستماع العاكس دون أن تسقط كضحية لهذه الفخاخ. وسوف أتحدث عن هاتين الأداتين مرة أخرى في وقت لاحق، ولكن دعني أوجزها لك باختصار.

أداة التأخير

تريد التأخر في إبداء وجهة نظرك حول الموضوعات التي تثير الجدل (الأوهام، الرغبة في عدم أخذ الدواء وغيرها) لأطول وقت ممكن للحفاظ على التحالف الذي تبنيه، أجز الجرح الذي ستسببه إجابتك، وربما أكثر أهمية من ذلك، حوّل موضع السيطرة إلى المريض الذي يطلب منك الرأي. وبعد كل ذلك وعندما تبدي رأيك فلا يلومن هذا المريض أحداً إلا نفسه بشأن سماع وجهة نظرك، وخاصة إذا تأخرت في إبدائها لأنك كنت على مضض من القيام بذلك.

لذا، وبخصوص تعلم طريقة استمع - تشاعر - وافق - شارك فإنه كلما استطعت التأخر في إبداء وجهة نظرك لمدة أطول كلما اكتشف الشخص الآخر أنك تحترم وجهة نظره كلما شعر بمزيد من الالتزام تجاه احترام وجهة نظرك (أو يصغي إليك على الأقل) فإذا اضطر إلى طلب وجهة نظرك فسوف يشعر بمزيد في السيطرة وسيكون أقل دفاعاً عند سماعها. وكلما كان عليه العمل بشأنها بجد أكثر، كلما كانت أكثر شأناً عندما تبديها في النهاية ولهذه الأسباب الثلاثة سيكون رأيك له وزناً أكبر.

عندما تتأخر في إبداء وجهة نظرك، حاول القيام بما يلي: أولاً احترم السؤال بأن تعد بالإجابة عليه، حاول تغيير الموضوع واطلب السماح بتغييره. هذه بعض الأمثلة التي تتضمن كافة العناصر الثلاثة (الوعد وتحويل الموضوع وطلب السماح بتغيير الموضوع):

- أعد بأنني سأقول لك إذا ما كنت أعتقد أنك مريضاً ولكن أولاً إذا كان كل شيء على ما يرام معك، فأود أن أسمع المزيد عن —. هل سيكون ذلك حسناً؟
- سأجيب على سؤالك عن السي آي إيه. هل يمكنني أن أطلب منك أن تفيدني بمزيد من التفاصيل عما حدث الليلة الماضية أولاً؟ هل سيكون ذلك حسناً؟
- لقد سألتني مرات عدة عما إذا كنت أعتقد أنك موهوماً. أعدك بأنني سأجيب على ذلك ولكن إذا كان كل شيء على ما يرام معك، فقبل أن أقول لك رأيي هل يمكن أن تكلمني أكثر عن —؟
- أعدك بأن أجيب على سؤالك عما إذا كان ينبغي عليك التوقف عن أخذ الدواء. ولكن قبل الإجابة على هذا السؤال أريد منك أن تعرف أنني أرى أن وجهة نظرك بشأن هذا الأمر أكثر أهمية بكثير من وجهة نظري. لذا هل يمكن أن تذكر لي جميع أسباب رغبتك في القيام بذلك؟

أداة الثلاث أ لإبداء رأيك

في بعض الأحيان وحتى بعد الاستماع والتفاعل، لن يسألك الشخص الآخر عماذا ترى. وهو أمر نادر في تجربتي وإذا حدث لك فأريد منك أن تراعي احتمالين. الاحتمال الأول وهو عدم استخدامك الأدوات التي تعلمتها استخداماً بنفس القدر من الفعالية التي يمكنك استخدامها.. والاحتمال الآخر هو رغبة الشخص الآخر في التحدث كثيراً لدرجة أنه ببساطة لا يكون مهتماً بما عليك قوله. وإذا كان هو الاحتمال الأخير فيمكنك سؤاله عما إذا كان/ كانت مهتماً بالاستماع إلى وجهة نظرك. يمكنك قول شيئاً مثل، "بعد الاستماع إليك كونت صورة أفضل كثيراً عن أرائك بشأن هذا الأمر. هل يمكنني أن أقول لك ما أراه؟"

لم أسمع من قبل عن أي شخص استخدم أدوات الاستماع والتشاعر وتلقى إجابة بـ "لا" رداً على هذا السؤال، ولا أعتقد أنك ستلقى إجابة بـ "لا" كذلك. ولكن إذا طلب منك مراراً وتكراراً إبداء وجهة نظرك وتأخرت في ذلك، أو اضطررت إلى تقديمها لأن الشخص لم يطلبها، على الرغم من تهديته وشعوره بالإصغاء إليه واحترامه، فإن طريقة تقديمك لوجهة نظرك سوف تحدد ما إذا كانت ستزيد الطين بلة أم ستواصل تهدئة الأمور. وإذا كنت ترغب في تجاوز المأزق فهناك ثلاث أدوات جديدة تحتاج الآن إلى إضافتها إلى حزام أدواتك وغالباً ما كنت أستخدم هذه الأدوات الثلاث معاً ولكن أحياناً ما تحتاج إلى أداة واحدة فقط أو أداتين لتنفيذ المهمة. أطلق على هذه الأدوات اسم أدوات "أ" — حيث أن هذا الاسم يُسهّل تذكرها وهي أدوات قوية يمكنك استخدامها متى تدخل في جدالات أو تفاوضات. أحب أن أفكر في هذه الأدوات على أنها أدوات لينة كاللباد أو كوسادة من

ريش الأوز. أحياناً ما أرى هذه الأدوات كالوسائد الهوائية وبمعنى آخر إنها أدوات تساعد في تخفيف الوطأة وإنقاذ الأرواح- أو العلاقات على الأقل. أدوات "أ" الثلاثة هي اعتذر واعترف واتفق
اعتذر

قد يكون الاعتذار آخر شيء ترى أنك في حاجة إليه أو تود القيام به في هذه المرحلة. وبعد كل ذلك كان الشخص الآخر يسألك (ربما أكثر من مرة) ماذا تعتقد ولا تفعل سوى ما طلب منها. وفي حقيقة الأمر ربما ترى أنه إذا كنت في حاجة إلى الاعتذار عن أي شيء فقد يكون عن تأخر ك لمدة طويلة- ولكن ليست هذه هي الطريقة التي يعمل بها.

ضع سبب تأخر ك في اعتبارك في المقام الأول لأنك تعرف أنه عندما تبدي رأيك فمن المحتمل أن يضر هذا الرأي بالثقة التي كنت تبنيها بحذر شديد. ولكن عندما تقر في النهاية بأنك لا تزال غير موافق، فيحتمل أن يصاب الشخص الآخر بحالة من الإحباط ويشعر بالخيانة بطريقة أو بأخرى، ويشتاق غضباً مرة أخرى. لذا فإن ما تريد توضيحه هو أنك تفهم كل هذا وتعتذر لأنك ترغب حقاً في أن ما تراه لا يجعلها تشعر على هذا النحو.

لا أقترح عليك أن تعتذر عن إبداء وجهة نظرك التي على وشك إبدائها (مثال ذلك، "نعم أعتقد أنك ربما تعاني من اضطراب ثنائي القطب...") ولكن بالنسبة للمشاعر التي ربما تولدها. فلا تقول إنك متأسف لأنك تشعر على هذا النحو ولكن الأحرى أنك آسف لأن ما عليك قوله يشعره/ يشعرها بالاضطراب. وقد يكون ما تقوله سيء مثل، "قبل أن أقول لك رأيي في هذا الأمر، أريد أن أعتذر لأن ما اعتقده قد يُشعر بالألم أو خيبة الأمل".

إن فهم هذا الاختلاف يجب أن يسهل العملية بالنسبة لك فإن استمر شعورك بعدم قدرتك على الاعتذار فمن المحتمل استمرار حالة الغضب الشديد التي تتنابك وتكون في حاجة إلى أخذ أنفاس عميقة، وتخطو إلى الوراء- إذا كان للحظة فقط- وتفكر في سبب قيامك بهذا الأمر في المقام الأول.

عندما تعتذر تأكد تماماً من عدم استخدامك كلمة "ولكن" كما في، "أعتذر عن ذلك إذا كان هذا الرأي سيزايقك، ولكن أعتقد...." ذكرت ذلك قبل ذلك ولكن أردت أن أؤكد عليه هنا مرة أخرى نظراً لأهميته الشديدة.

عادةً ما يتوقف من هم على خلاف من الأفراد عن الاستماع عندما يسمعون كلمة "ولكن" حيث أنها كما لو كنت قد ضغطت على زر بالريموت وأغلقت جهاز السماع. فهم غير قادرين على سماعك فقط بل أن أكثر النتائج احتمالاً هي أنك ستعود تماماً إلى الرؤوس "المتناطحة" من جديد ومن البداية.

اعترف

ما الذي تحتاج إلى الاعتراف به؟ بالتأكيد ليس الاستمرار في اعتقاد أنك على صواب (على الرغم من أنه في النهاية سيكون أكثر أو أقل مما ستقوله). وبالأحرى تحتاج إلى الإقرار بأنك لست معصوماً من الخطأ وربما تكون على خطأ - حتى وإن كنت لا تعتقد ذلك بوضوح. (ولن تقول ذلك!) لذا وبعد أن تعتذر قل شيئاً مثل، " وأيضاً من الممكن أن أكون مخطئاً بشأن هذا الأمر فأنا لا أعرف كل شيء".

وعندما تفعل ذلك فإنك أولاً تدل بذلك على أنك مرناً فإن كان بإمكانك أن تكون مرناً فتزداد بذلك احتمالية إثارتك لبعض من المرونة في الشخص الآخر وإذا كنت متشدداً ومتمزماً فيحتمل بنفس القدر تحريكك لتلك المرونة كذلك. تذكر أن طريقة استمع - تشاعر - وافق - تشارك تدور بالكامل حول الإعطاء حتى تأخذ.

كما أن الاعتراف بأنك من الممكن أن تكون على خطأ طريقة من طرق توصيل الاحترام لأنك لا تصر على أنك حكيماً والشخص الآخر جاهلاً فهو نفس المبدأ الذي كتب عنه بنجامين فرانكلين في سيرته الذاتية قائلاً:

"جعلتها قاعدة حتى أمتنع عن كل التناقض المباشر مع مشاعر الآخرين، وكل التأكيد الإيجابي لدي. حتى أنني حرمت على نفسي استخدام كل كلمة أو تعبير في اللغة أفادت رأياً ثابتاً.... وطوال هذه الخمسين عاماً الماضية لم يسمع أحد عن تعبير عقائدي ينبعث مني." إذا كانت هذه القاعدة عملت بالنسبة لبنجامين فرانكلين الذي تخطى العديد من المآزق التي تبدو أنها لا يمكن التغلب عليها في الظاهر، فإنها ستعمل بالنسبة لك.

اتفق

لقد قلت فعلاً أنك لن تتفق مع وجهة نظر الشخص الآخر. إذاً فما الذي تدور حوله وجهة النظر هذه؟

هنا، ستطلب منها أن تقبل اختلافك مع وجهة النظر. وبمعنى آخر ستبين احترامك لوجهة نظرها وتتمنى أن تحترم وجهة نظرك هي الأخرى. "أتمنى أن نتمكن فقط من الاتفاق على عدم الاتفاق على هذا الأمر. أحترم وجهة نظرك ولن أحاول التحدث إليك بعيداً عنها. أتمنى أن تحترمي وجهة نظري كذلك".

استخدام أداة "الثلاثة أ" أسهل بكثير مما قد يبدو عليه في الوهلة الأولى. عندما سألني أخي هنري عما إذا كنت أعتقد أنه يعاني من الشيزوفرينيا أجبت، "أسفة لأن هذا قد يجرح مشاعرك. أريد منك أن تعرف أنه يمكن أن أكون على خطأ فأنا لا أعرف كل شيء، ولكن نعم أعتقد أنك ربما

تعاني من شيزوفرينيا. أمل ألا نضطر إلى الجدل حول هذا الأمر - أحترم وجهة نظرك حول ذلك وأمل أن تحترم وجهة نظري. دعنا نختلف فقط بشأن ذلك".

هل فهمت أي أداة أو كل أدوات "أ" الثلاثة؟

وهذا مثال أقصر. "هل ينبغي عليك أخذ الدواء؟ أسف لشعوره بذلك وقد أكون على خطأ، أتمنى فقط أن نتمكن من الاتفاق على عدم الاتفاق على هذا الأمر. حسناً، أعتقد أنه يجب عليك أن تجربيه لبضعة شهور على الأقل وتتنظر كيف يسير الأمر".

ومن المفترض أن تكون هذه النقطة نقطة تواضع حقاً، ساعد المريض في حفظ ماء وجهه وحافظ على العلاقة التي تبنيها. تذكر أنك ستفوز بناء على قوة علاقتك وليس بناء على قوة حجتك.

7

التعاطف

بضع سنوات عندما مرض لأول مرة، كنت أتحدث أنا وأخي عن واحداً من الأدوية التي يأخذها، هالدول. كان أخي يكره هذا الدواء لأنه يشعره بأنه "متيبس" و"مترنح". وبينما كنت أستمع إلى ما يشكو منه، فهمت لأول مرة بعضاً من الإحباط الذي شعر به تجاه أخذ هذه الأدوية. أتذكر قول شيء على غرار ذلك وهو "أستطيع أن أفهم لماذا لا تحب أخذ هذه العقاقير فهي تشعرك بالتيبس والمترنح". ويبرز الحوار في ذهني لأننا لأول مرة كنا نتكلم بهدوء عن الدواء واستمع كل منا إلى الآخر بدلاً من الجدل.

عادة ما تكون حواراتنا حول هذا الموضوع كارثية. كنت اتمسك بموقفي وأتكلم مثل الأسقف عن لماذا ينبغي عليه أخذ الأدوية الموصوفة له وعن مدى صبيانية عدم قبوله لحقيقة أنه مريض. غالباً ما يتصرف الأخوة على هذا النحو، ولكن بعد العمل لمدة عام كمساعد في قسم الأمراض النفسية للمرضى المنومين، بدأت أعرف مدى أهمية الإستماع. وبينما كنت أستمع، بدأت اشعر بالتعاطف. أنا أحببت هنري، وعندما يتألم من تحب يصعب عليك عدم التعاطف معه. أدى تعلم الاستماع إلى التعاطف، ونتج عن تعاطفي في النهاية أن أبدى أخي اهتماماً حقيقياً بأفكاري عن المرض الذي شعر بأنه لا يعاني منه والأدوية التي كان متأكداً من عدم حاجته إليها.

هذه من بين أهم المشاعر التي تتصل بها لأنها مشاعر تبعد من يعانون
من مرض نفسي عن أحبائهم وعن المعالجين

عندما تشعر بحالة من التعاطف وتنقلها فمن المحتمل أن يشعر من تحب بأنه مفهوم ومحترم. وعندما تريه أنك تفهم ما يشعر به، فسوف تقل دفاعيته أو دفاعيتها ويزيد انفتاحه تجاه تقبل وجهة نظرك. وإذا استمعت إلى تجربة من تحب مع المرض والعلاج الموصوف له استماعاً عاكساً فسوف تبدأ طبيعياً بالتعاطف معه.

يمكن أن تكون عملية نقل التعاطف عملية صعبة عندما نتحدث إلى شخص يعاني من مرض نفسي. إلا أن معظم الناس يقلقون من أنه لا ينبغي عليهم التعاطف مع مشاعر معينة، كالغضب من إجباره على أخذ الدواء، الخوف من العلاج، أو المشاعر المرتبطة بالأوهام عندما

تكون هي في الواقع من بين أهم المشاعر التي تتصل بها - لأنها مشاعر تبعد من يعانون من المرض النفسي عن أحبائهم ومن يعالجونهم.

نقل حالة التعاطف

يجب عليك أولاً معرفة ما الذي ينبغي عليك التعاطف معه. الإجابة المختصرة هي "أي شعور يرغب محبوبك في الكشف عنه". ولكن هناك مشاعر معينة تعتبر مهمة لك لفهمها. وسواء كانت منطقية ("أنا متعب للغاية من كل شخص يقول لي أنني مريض") أو غير منطقية ("قام رجال السي آي إليه بزرع ميكروفونات في الكبسولات حتى يمكنهم تتبعي")، فإنك بذلك تريد أن تتأكد من تعاطفك مع:

- **الإحباطات** (بشأن الضغط الذي يلقاه من آخرين كي يأخذ الدواء وبشأن أهداف شخصية لم تتحقق بعد).
- **المخاوف** (بشأن الدواء والتسمم والإغماء).
- **الإضطراب** (الذي يرجع إلى الأدوية كزيادة الوزن أو الشعور بالترنح أو البطء أو قلة الإبداعية أو التصلب، إلخ)
- **الرغبات** (الرغبة في العمل، في الزواج، في إنجاب أطفال، العودة إلى الدراسة، الخروج من المستشفى وغيرها).

يحدث شيء سحري عندما تجمع بين الاستماع العاكس والتعاطف. سوف يسألك محبوبك ماذا تعتقد! يمكنني تقريباً أن أضمن حدوث هذا الشيء.

على سبيل المثال، تذكر الحوار الذي دار بيني وبين مات وطبيبته المعالج؟ لم يكن مات، الذي كان يعرف الجميع عنه أنه لا يرى نفسه مريضاً نفسياً، صادقاً في وعده بأخذ دواءه عندما غادر المستشفى. وقلت له، "حسناً، سأصدقك ولكن على أن أقول إنه لو كنت مكانك فلن آخذ الدواء". كشف إلى عن نيته في ذلك الوقت وكان أكثر صدقاً حول عدم رغبته في أخذ الأدوية. وعندما فعل ذلك ركزت على التعاطف مع ما يشعر به تجاه هذه الأدوية. وقلت، "تبدو غاضباً بسبب إجبار الناس لك على أخذ الأدوية. إلس كذلك؟" قبل كلامي ثم سألني في النهاية، "إذاً، فأنت لا ترى أنني في حاجة إلى الأدوية؟"

رأيت إجابتي على ذلك السؤال ولكن ما لم تعرفه أن الوقت قد أصبح مناسباً لي كي أعبر له عن وجهة نظري. كان على وشك مغادرة المستشفى وكانت تلك فرصتي الأخيرة كي أتحدث معه. إلا أنه في أغلب الأوقات، عندما يطلب مني أحد أن أبدي وجهة نظري بشأن الأوهام أو حول ما إذا كنت أرى أنه مريض نفسي أو في حاجة إلى الأدوية، كنت حينها أتأخر في الرد.

فمثلاً، كان أحد المرضى على اقتناع بأن والدته تدس له السم في الطعام. استمعت إليه وتعاطفت معه ثم سألتني إذا كنت أصدق أن هذا الأمر يحدث فعلاً أم لا. وبدأ الحوار الذي دار بيننا بشأن هذا الأمر بقول، "حسناً، إذا فهمت كلامك فهماً صحيحاً فإن والدتك كانت تدس لك السم في الطعام. هل أنا محق في ذلك؟"

"بلي!"

"وما شعورك تجاه ذلك؟"

"هل أنت جاد؟ ماذا سيكون شعورك؟"

أجبتة بقول، "سأشعر بالفزع والغضب وأعتقد أن أي شخص سيشعر بذلك " وسألتني "حسناً، هل تصدق ذلك؟ هل ستفعل شيء بشأنه؟"

لم أجب على أسئلته في تلك المرحلة، برغم أنني أجبت عليها فيما بعد. أخرت إجابتي على أسئلته لأطول فترة ممكنة. سوف أتطرق إلى أسباب ذلك وأوضح كيف يمكنك تأخير إجابتك بدون إصابة السائل بحالة من الإحباط. إلا أنه حتى الآن يكون ملخص النقطة هو: استمع وتعاطف وسوف يطلب منك إبداء وجهة نظرك. وهذا في النهاية هو ما تريد حدوثه - لأن وجهة النظر المطلوب إبدائها تحمل وزناً أكبر بكثير من وجهة النظر المفروضة على شخص يدخل في جدال معك.

دولوريس

قالت لي دولوريس، التي كانت تعاني من الشيزوفرينيا لما يقارب العشرين عاماً، أنها ليست في حاجة إلى أدوية أو برنامج علاج يومي لأنها لم تشتكي من أي شيء. ما الذي كانت دولوريس تشعر أنها في حاجة إليه؟ كانت ترغب في الحصول على وظيفة أكثر من أي شيء آخر. أصيبت بالإحباط لعدم حصولها على وظيفة وكذلك مع أفراد أسرتها الذين أخبروها بعدم قدرتها على العمل. كان أفراد أسرتها متشائمون إلى حد ما. الحقيقة هي أن دولوريس لم تتمكن من الاحتفاظ بالوظيفة لأكثر من بضعة أيام في كل مرة ولم يتم تعيينها إلا مرات قليلة على مدار العشرين عاماً الماضية. وفي وقت لقائي معها، كانت دولوريس، مثل العديد من المرضى الذين يعانون من مرض نفسي خطير ولا يعرفون أنهم مرضى، قد تلقت علاجاً في المستشفى عدة مرات - وفي حالتها من مرتين إلى أربع مرات في العام الواحد. وعلى الرغم من أنها دائماً ما كانت تسجل نفسها في المستشفى باختيارها إلا أنها لم تكن تقوم بذلك إلا بعد أن تلقى ضغطاً كبيراً من أسرتها. عندما تحدثت معها عما خططت للقيام به عندما تغادر المستشفى هذه المرة، قالت لي ببساطة، "الحصول على وظيفة".

إذا كنت الطبيب المعالج لها وتناقش خططها فقد يتم حثك (كما كنت من قبل في عملي) على التركيز على عدم منطقية الفكرة. وبعد كل هذا فإن لها تاريخاً طويلاً من سوء الالتزام بنظام دوائها - لم يكن هناك سبب لاعتقاد أن نموذج بطالتها طويل المدى كان على وشك التغير. قد تعتقد لأسباب مفهومة أن التحدث عن إحجامها عن الاستمرار في العلاج سيكون أكثر نفعاً من التشجيع أو الاتفاق مع خططها غير المنطقية التي وضعتها لنفسها. وكانت المشكلة هي عدم اهتمام دولوريس على الإطلاق بالتحدث عن العقاقير، أو برامج العلاج إلومي، أو المواعيد مع الأطباء. هل تريد التحدث عن تلك الأمور إذا لم تكن مريضاً؟

إذاً، بدلاً من السير في هذا الاتجاه بدأت الحديث الذي دار بيننا عن خططها للمستقبل بالتعاطف مع ما كانت تشعر به في تلك اللحظة. "تريدين الحصول على وظيفة عندما تغادرين المستشفى؟"

وكان ردها سريعاً قائلة، "سأعمل في وول ستريت".
وسألتها "لماذا وول ستريت؟" متجاهلاً مدى بُعد خطتها.
"أريد أن أصنع الكثير من المال. أحتاج إلى امتلاك أموالاً خاصة بي".
رددت كلامها. "إنه من الضروري بالنسبة لك أن يكون لديك أموالاً خاصة بك ويمكنك الحصول على تلك الأموال بالعمل في وول ستريت. هل هذا صحيح؟"
"نعم، فأنا أكره الإضطرار إلى طلب أموالاً من أسرتي".
"كيف يحدث ذلك؟"

"إن طلب المال يجعلني أشعر بأنني طفلة. فأختي الصغيرة (التي كانت في الثلاثينيات من عمرها في ذلك الوقت) تعمل سمسارة في البورصة ويجب عليك مشاهدة منزلها. أنا الأخت الكبرى يجب أن أصنع أموالاً كذلك!"

راجعتُ كلامي لأرى ما إذا فهمتُ ما تشعر به وفي نفس الوقت نقلت إليها تعاطفي معها. "يبدو كما لو أن طلب المال يجعلك تشعرين بالحرج أو تشعرين حتى بقليل من الذل. هل أنا محق بشأن ذلك؟"

سألتني، "نعم إنه يجعلني أشعر بذلك. هل لا تشعر بالحرج؟"
أجبتها مستشعراً فرصة ملائمة، "بلى، أعتقد أنني ربما أشعر بذلك الحرج." ثم أضفت، "هل يمكنني أن أسألك سؤال؟"
"ماذا؟"

سألتها وأنا حريص على عدم الإضافة إلى تذليلها ورفع دفعوها، "لماذا تعتقدين أنك لم

تعملي كثيراً؟"

(لاحظ أنني لم أسالها، "لماذا لم تعملي سوى حوالي 12 يوماً تقريباً في حياتك بالكامل؟")

وكان ردها سريعاً قائلة، "لوجودي على الدوام في المستشفى اللعين!"

"هل وجودك في المستشفى يبعدك عن العمل؟"

"إنني منزعة بشأن وجودي في المستشفى كثيراً. أريد أن أعيش حياتي ولكني لا أستطيع

في حالة وجودي في المستشفى اللعين!"

وسألتها وأنا أومئ برأسي "إذا فإنك تشعرين بما هو أكثر بكثير من الإحباط فهو يغضبك.

حسناً؟"

أجابتنني بهدوء أكثر هذه المرة، "يغضبني جداً".

مضيت قدماً في أسئلتي قائلاً، "ما شعورك تجاه حقيقة أنه كان من الصعب إيجاد عمل؟"

"أحياناً ما أريد أن أصرخ!"

"يبدو ذلك مثيراً للغضب. إلس كذلك؟"

وقالت "لا. إنه مثير للإحباط" في تصحيح منها لتصوري الخاطئ.

"إذا فهو مثير للإحباط. آسف لقد أخطأت في التعبير".

"حسناً".

وأثناء هذه المدة القصيرة من تبادل الكلام تعاطفت مع ما تشعر به دولوريس من الذل،

ورغبتها الشديدة في العمل، وإحباطها بسبب عدم قدرتها على العمل. هل لاحظت أنه تقريباً كل ما

قلته كان بصيغة السؤال؟ هكذا ينبغي عليك القيام بعملية الاستماع العاكس. بالإضافة إلى ذلك،

بقولي شيء ما عن فهمي لما تشعر به وسؤالي عما إذا كنت على صواب في فهمها، استطعت

التأكد من فهمي لما كانت تقصده عندما قالت إنها كانت تريد أن تصرخ. نقلت تعاطفي لما كانت

تشعر به وسمحت لها أن تسيطر على الحوار.

فضلاً عن ذلك، بتوجيه أسئلة بدلاً من التعلق على ما كانت تقوله (مثلاً "ما تخططين له

ليس واقعياً....") عرفت ما هو هام بالنسبة لدولوريس، وما هو أسمى شيء في ذهنها، وكيف كان

شعورها. خلقت إطاراً من الفرصة، والتي استخدمتها فيما بعد لمناقشة ما الدور - إن وجد - الذي

شعرت أن العلاج ربما يلعبه فيما تريد تحقيقه (أي الخروج من المستشفى والعمل في وول ستريت).

ومتى أردت تسهيل إجراء أي تغيير في شخص آخر، يجب عليك أولاً أن تصبح صديقاً له

(أي شخص يثق فيه). ومتى نقلت تعاطفك مع تجربة الشخص الآخر، فيشعر أنه مفهوم ومحترم

وموضع ثقة. ونظراً لأنك تفهم وجهة نظر الشخص الآخر وما شعوره تجاه موقفه، فلا يوجد ما

تدخل في جدالات بشأنه. وبناء على ذلك يصبح الشخص الآخر أقل دفاعاً وأكثر انفتاحاً لسماع وجهة نظرك. وفي الغالب سوف يسألك إما، "إذا هل تصدقني؟" أو "لماذا تتصرف كما لو كنت تصدقني؟ لا تصدقني، إلس كذلك؟"

هذان السؤالان وجهان لعملة واحدة - عملة تريد أن تمسكها بحرص حيث أنها عملة حيوية لأي مكان تريد الذهاب إليه.

كيف تتعامل مع السؤال "هل تتفق معي؟"

تأخر في الإجابة على أسئلة عن الأوهام، المعاناة من مرض نفسي، أو الحاجة إلى العلاج لأطول مدة ممكنة وهناك سببان للقيام بذلك - بحيث تحافظ على، وتبني العلاقة الطيبة التي كنت تقيمها بالاستماع العاكس والتعاطف، وحتى هذه المرحلة يشعر المريض بأن وجهة نظره/نظرها محترمة ومكرمة. وفي الحقيقة يشعر بثقة شديدة تجاه احترامك لوجهة نظره أنه أخطأ في اعتقاد أنك من المحتمل أن تتفق معه. وبالتالي فعندما تبدي رأيك، يحتمل أن يجرح المريض ويجعله دفاعياً.

كلما انتظرت لمدة أطول كلما اكتسبت خبرات باستماعك إليه بدون اختلاف أو ضرورة أن تخبره أنه "مجنون"، وسوف يسمع رأيك عدد من مرضى يعانون من أمراض نفسية ما لم تولي اهتماماً وثيقاً بالطريقة التي تبدي بها رأيك.

السبب الثاني للتأخر في إبداء وجهة نظرك له علاقة بالطريقتين التي يمكن للمرء إبداء وجهة نظره من خلالهما. ذكرت هاتين الطريقتين في الفصل السابق. بجعل المريض يطلب منك الرأي، فإنك بذلك تجعله مسؤولاً عن الاضطرار إلى سماعه.

فكر فيها. وإذا سألتني مراراً وتكراراً عما إذا كنت أعتقد أنك مريض نفسي وتحتاج إلى الأدوية ولا أظهر حرصي الشديد على إخبارك بذلك فلا تلومن أحداً إلا نفسك على إجباري على إبداء رأيي. حاول تذكر ما يلي:

- لا تبدي رأيك إلا عندما يطلب منك ذلك.
- الرأي المطلوب إبدائه يحمل وزناً أكبر من الرأي غير المطلوب.
- من الضروري تجنب إبداء رأيك أو التأخر في إبدائه.

إذا، فكيف يمكنك التأخر في إبداء رأيك حول هذه الأمور الشديدة الأهمية بالنسبة لمن تحب؟ في الفراغ أدناه، أريد منك أن تدون شيئاً يمكنك قوله للتأخر في إبداء رأيك حول السؤال التالي، "هل تعتقد أنني مريض عقلياً وأحتاج إلى أخذ الدواء؟"

اقرأ ما كتبته وتخيل أنه قيل لك. ما هو شعورك تجاه هذا الرد؟

إن حيلة التأخر في إبداء الرأي هي احترام السؤال بالتعهد بالإجابة عليه. وبفعل ذلك فإنك

تمكن الشخص بطلب السماح بالتأخر في الإجابة وتبين أن وجهة نظره أهم من وجهة نظرك. فالأمر ليس بنفس درجة التعقيد كما يبدو. هذه بعض الأمثلة:

- "أعد بأنني سوف أجيب على سؤالك ولكن إذا كان كل شيء على ما يرام معك فإنني أريد أن أنتظر وأستمع إليك أكثر أولاً، حسناً؟"
 - "سأقول لك، ولكن أود الاستمرار في الاستماع إلى وجهات نظرك بشأن هذا الموضوع لأنني بذلك سأعرف عنك الكثير مما لم أكن أعرفه من قبل. هل يمكن في وقت لاحق أن أقول لك ماذا أعتقد؟"
 - "تعرف، رأيك هو أهم رأي في هذه الغرفة، وليس رأيي. أود معرفة الكثير قبل أن أقول لك رأيي إذا كان ذلك على ما يرام معك".
- ذات مرة قال لي أحد المرضى، "ولكنك الطبيب! ورأيك أهم من رأيي". لم أتفق مع كلامه وقلت له "عندما نتحدث وتخرج من هذا الباب فبذلك تكون في مقعد السائق. رأيك هو الذي سوف يحدد ما تفعله وإلى أين تتجه، الخيار خيارك وليس خياري. لذا فإن رأيك أهم بكثير من رأيي".
- ويقول ذلك كنت أعلى من قدره بينما أقل من قدري. والأهم من ذلك أن هذا الكلام كان صادقاً من القلب. صدقته. وحيث يمكنك أن تتخيل أن هذا الكلام جعلني وجعل رأيي أقل تهديداً له بكثير مني أو كان يمكن أن يكون غير ذلك.

عندما تشعر أن الوقت مناسباً فإنك تريد إبداء رأيك.

في مرحلة ما عندما تشعر أن الوقت مناسباً فإنك تريد إبداء وجهة نظرك. وذكرت مسبقاً في هذا الكتاب عن البحث الذي يبين كيف يمكن لنوع خاص من العلاقة أن تؤثر على رغبة الشخص في أخذ الدواء. إن تلك العلاقة هي علاقة يشعر فيها المريض النفسي أن رأيه محترم، ويثق في الشخص الآخر، ويعتقد أن الشخص الآخر يرى أن أخذ الدواء فكرة رائعة جداً. حسناً، لقد حانت فرصتك الآن لإبداء رأيك ولكن إذا أخرت إبداء رأيك لنفس الأسباب عليك أن تبديه وأنت تقل من قدرك وتعلو من قدر من تحب. لا تبدي رأيك بدون أن تستخدم أولاً ما أطلقت عليه اسم "الأدوات الثلاث" التي ذكرتها في الفصل السابق ولكنها أدوات شديدة الأهمية. يقول لي العديد من القراء أنهم فاتهم قراءة هذه الأدوات عند مطالعة هذا الكتاب لذا فإنني أسردها مرة أخرى:

اعتذر - "قبل أن أقول لك رأيي في هذا الأمر، أريد أن أعتذر لأنه ربما يُشعر بالجرح أو الإحباط".

اعترف بأنك لست معصوماً من الخطأ - "كما أنه من الممكن أن أكون على خطأ. لا أعتقد أنني

كذلك ولكن ربما أكون على خطأ".

اتفق على عدم الاتفاق - "وأتمنى أنه يمكننا فقط أن نتفق على ألا نتفق بشأن هذا الأمر. أحترم وجهة نظرك ولكنني لن أحاول التكلّم معك بعيداً عنها. أتمنى أن يكون بإمكانك احترام وجهة نظري".

وهذه الطريقة كذلك تتم بسهولة إلى حد ما بمجرد أن تمارسها بضع مرات. تدرب عليها مع شخص بطريقة لعب الأدوار قبل استخدامها مع من تحب. مارسها في مواقف أخرى وسوف تسترضي الشخص الذي تكون على وشك عدم الاتفاق معه عندما تقول شيئاً مثل، "آسف لأن إجابتي ربما تضايقتك وأدرك أنني من الممكن أن أكون على خطأ. أتمنى فقط أن نتفق على ألا نتفق. أعتقد -". لا تستخدم كلمة "ولكن" كما في "ولكنني أعتقد..." فعادة ما يتوقف من هم مخالفون للرأي عن الاستماع عند سماع كلمة "ولكن".

إذا أصبح من تحب في حالة دفاعية بعد إبداء رأيك لا تجادله. اعتذر فقط عن عدم الاتفاق مع رأيه حتى أنه يمكنك أن تقول شيئاً مثل، "أتمنى أن أشعر شعوراً مختلفاً بحيث لا يضطر إلى الجدل بشأن هذا الأمر". ولكن اتضح لي أنه قبل أن أبدى رأيه عند استخدام طريقة استمع-تعاطف-وافق-شارك، نادراً ما أصادف موقفاً دفاعياً.

8

وافق

أحد الأسئلة التي عادةً ما أواجهها عند إجراء ورشة العمل الخاصة بطريقة استمع-تعاطف-وافق-شارك هو، "هذا يبدو عظيماً ولكنه يجب أن يستغرق الكثير من الوقت! فمن لديه وقتاً للقيام بذلك؟"

وفي هذه المرحلة قد ينتابك نفس الشعور وفي الحقيقة فإن الأمر لا يستغرق أي وقت لاستخدام الطريقة المذكورة أكثر من الذي ربما كنت تقوم به طيلة الوقت. فكر في كل الوقت الذي أضعته في الجدل أو محاولة إجبار المريض الذي تحاول مساعدته على الموافقة على العلاج. وفي تجربتي فإن الأمر لا يستغرق وقتاً أكثر ويؤكد على ذلك الانطباع البحث الذي ذكرته مسبقاً عن العلاج بالتعزيز التحفيزي.

آمل أنك الآن مطمئن على هذا العدد وحريص على معرفة الخطوة التالية. بالاستماع بعناية إلى مواقف من تحب من العلاج وكذلك ما يشعر به تجاه هذا العلاج، وبنقل تعاطفك معه تكون قد وجدت بلا شك مساحات يمكن لكما الموافقة فيها.

لم أشارك مات في معتقداته بأن الرب قد اختاره كرسوله الخاص إلى الرئيس، أو أن رجال السي آي إيه كانوا يحاولون اغتياله، أو أنه لم يكن مريضاً. ولكننا اتفقنا سوياً في شيء واحد على الأقل - وهو أنه من الضروري إخراجهم من المستشفى. واتفقت أنا ودولوريس على شيء مماثل لذلك، وهدفها من الحصول على وظيفة. وبالرغم من عدم اعتقادي أن هذا العمل كان قاب قوسين أو أدنى منها، إلا أنني رأيت أنه يمكنها البدء في اتخاذ خطوات في ذلك الاتجاه. اتفقت فيكي ود/كوهات أن ينظرا معاً فيما إذا كانت حقاً في حاجة إلى أخذ الدواء بعد مغادرة المستشفى أم لا. اتفقت أنا وأخي على أنه عندما ينتظم في أخذ الدواء سيخرج من المستشفى ويقل إزعاج الأصوات التي يسمعها له، ويقل خوفه، وتقل احتمالية أن يطلب منه ترك المقاهي التي يحب التردد عليها.

.....

عندما تشتركان في نفس الأهداف، يمكنكما العمل معاً بدلاً من أن تكونا على خلاف

.....

وكلما رأيت نافذة من فرصة نقل ملاحظتك وأرائك ابدأ دائماً بشيء يسلّم به من تحب ويصدق. كلما وجدت المزيد من الأرضية المشتركة كلما كان أفضل. عندما تتشاركنا نفس الأهداف

يمكنكما العمل معاً بدلاً من أن تكونا على خلاف مع بعضكما.

دعني أنظر إلى كيفية التعرف على نافذة فرصة إيجاد أرضية مشتركة واستخدام هذه الفرصة.

التعرف على نوافذ الفرص واستخدامها

كانت دولوريس تعتقد أن السبب الرئيسي وراء عدم قدرتها على إيجاد عمل هو تكرار علاجاتها في المستشفى. وعلى الرغم من أن ذلك كان بالتأكيد جزءاً من السبب (لا يمكنك العمل والعلاج في المستشفى في آن واحد) إلا أنه كان الناتج النهائي لما رأيت أنه عوامل أكثر صلة. ومع ذلك فقد كان لديها فكرة صغيرة جداً عن أكثر الأسباب وضوحاً وهي أن تجد صعوبة في البحث عن عمل والتمسك به.

بناءً على روايات أسرتها كانت دولوريس قد فقدت الوظائف القليلة التي استطاعت الحصول عليها بسبب ظهور أعراض المرض عليها فمثلاً، بدأت في التكلم مع نفسها أثناء العمل، وإجراء حوارات هادئة مع الأصوات التي كانت تسمعها وأحياناً ما تصبح زورانية وتتهم رؤسائها وزملائها في العمل بالتآمر ضدها.

ومع ذلك فلم تتعرف دولوريس على أعراض مرضها، ناهيك عن الدور الذي لعبته هذه الأعراض في جعلها عاطلة عن العمل. وبدلاً من ذلك فقد شعرت أن تعدد إقاماتها في المستشفى كانت هي السبب في المشكلة. وبالتالي فعندما تحدثنا عن رغبتها في العمل تجنبنا الحديث عن مسألة الأعراض أو الدور الذي لعبته في فصلها من العمل (ما لم تطلب تحديداً إبداء رأيي في هذه المسألة). وبدلاً من ذلك كنت أركز على جزء من التفاهم الذي اتفقنا عليه - وهو تلقي العلاجات في المستشفى. اتفقنا على أن الإقامة في المستشفى صعبت عليها إيجاد عمل. وهذا أدى إلى اتفاقنا على شيء آخر كذلك ساعدني على إعداد اتفاقية علاج يمكن لها أن توافق عليها.

ولكن قبل أن أحكي لكم المزيد عن دولوريس أريد أن أخبركم عن ستة أمور أحاول القيام بها كلما رأيت نافذة من الفرص. عندما يتم خفض الدفاعات فإن من تحب يبدو متقبلاً لسماع وجهات نظرك:

- 1- تطبيع التجربة ("سأشعر بنفس الشعور كما لو كنت مكانك").
- 2- عدم مناقشة سوى الأعراض/ المشكلات الملحوظة (أقوال مثل، "لا أستطيع النوم ليلاً لأنني دائماً على أهبة الاستعداد. أخشى أن يأتوا ويؤذوني"، التي تصف الأرق والبارانوي - النابعة من الأوهام. إلا أن كلمتي الأرق والأوهام لا تحتاج إلى استخدامها فيما تجريه من مناقشات).

- 3- استعراض مميزات وعيوب العلاج الملحوظة (سواء منطقية أم غير منطقية).
- 4- تصحيح المفاهيم الخاطئة (الأدوية المضادة للذهان أدوية لا تسبب الإدمان، المرض النفسي الخطير لا يتسبب فيه تنشئة الشخص أو استخدام عقاقير غير مشروعة).
- 5- تكرار الفوائد الملحوظة والتركيز عليها ("إذاً، إذا قمْتُ به على النحو السليم، فإنك تقول إنه عندما تلتزم بالدواء يتحسن نومك ويقل تشاؤمك مع أفراد أسرتك؟")
- 6- الاتفاق على عدم الاتفاق (متى طفت أي مساحات من عدم الاتفاق على السطح).
- كانت دولوريس غاضبة ومحبطة من إدخالها المستشفى مرارا وتكرارا ومن تدخل ذلك في هدفها وهو الحصول على عمل. تعاطفت مع حالة الإحباط والغضب التي كانت تمر بها عندما قلت، "يبدو كما لو تشعرين حقا بالإحباط بسبب وجودك في المستشفى مرة أخرى."
- "جدا. أحتاج إلى الخروج من المستشفى والعودة إلى العمل. سأصاب بالجنون إذا بقيت هنا أكثر من ذلك".
- "تشعرين بأنه سيجن جنونك؟"
- "نعم"
- تابعت حديثي قائلاً، "أتعرفين شيئاً ما؟ نحن لدينا نفس الشعور بالضبط. سيجن جنوني إذا تم إدخالى المستشفى ولم يكن لدي عمل. وفي الواقع أعتقد أن أي شخص سينتابه نفس الشعور".
- وبهذا القدر القليل من الكشف الذاتي كنت أساعد في تحسين التجربة التي تمر بها دولوريس. وبعد ذلك سألتها عما إذا كانت هناك أي أسباب أخرى لعدم محالفة الحظ لها في الحصول على عمل. كان لبعض من أفكارها معنى وكان البعض الآخر أفكاراً غير منطقية- إن لم تكن وهمية صريحة- ومبعثراً فيما بينها القليل من حبات التبصر في مدى مساهمة سلوكها غير المنظم في فصلها من العمل مرارا وتكرارا.
- بتدوين هذه الأمثلة على التبصر، سألتها بعد ذلك عما إذا كانت تريد معرفة ما اعتقده بشأن مشكلتها (لاحظ أننا نتحدث الآن عن مشكلة تدرك أنها تعاني منها). فكان لها ما أرادت.
- بدأت حديثي بتكرار ما قالته مسبقاً، ثم قلت قولاً في صيغة سؤال. "حسناً، بالتأكيد وجودك في المستشفى يتدخل في قدرتك على العمل، أظن أن ذلك يطرح سؤالاً عما يمكنك فعله للخروج من المستشفى".
- أجابتنى ساخرة، "لا أعرف، ابتعد عن أسرتي؟"
- "هل هناك أي نموذج قد لاحظتيه؟"

"حسنا، عادة ما يكون والدي أول شخص يبدأ في التشاجر معي. يقول لي أنا مريضة وأحتاج إلى الذهاب إلى المستشفى. دائما لا يحل عن ظهري بسبب الأدوية".

"لماذا ذلك؟"

"يعتقد أنني مريضة نفسية؟"

"أيزعجك ذلك؟"

"نعم إن ذلك يزعجني".

"أستطيع أن أفهم لماذا يزعجك ذلك. إن كلمة "مريضة نفسية" كلمة انتقاصية جدا كي نستخدمها. هل حقا يقول ذلك؟ هل يقول إنك مريضة نفسية أو أن ذلك هو الشعور الذي يصل إليك؟"

"لا، لم يقلها فهو يعتقد أنني أعاني من فقدان التوازن الكيميائي في المخ". فهنا أقوم بتحسين تجربتها بالإعتراف بأن إطلاق اسم "مريضة نفسية" عليها أمرا يضايق - أقل ما يقال - أي شخص في الغالب وهي مصطلح ينتقص من قدر الشخص. كما أطلب التوضيح كذلك.

"إذاً، إذا كنت تأخذين أدوية، هل تعتقدين أنه سيحل عن ظهرك؟"

"أعرف أنه سيحل عن ظهري".

"أفهم. وعندما تتشاجران بسبب الأدوية غالبا ما ينتهي هذا الشجار بالذهاب إلى المستشفى؟"

"أضطر إلى ذلك، فقط حتى أحصل على بعض السكينة والهدوء".

"إذاً، هل من العدل أن تقولي إن هناك ميزتان لأخذ أدوية؟ الميزة الأولى وهي أن والدك

سيحل عن ظهرك والثانية هي أنه سيقبل احتمال ذهابك إلى المستشفى؟"

"نعم"

سألتها، "نعم، ماذا؟" للتوضيح حتى تكون على يقين تماما بما كانت ستوافق عليه.

"إذا أخذتُ حبوبي، فقد يدعني أبي وشأني ولن أضطر إلى المجيء إلى هنا".

وسرعان ما تابعتُ كلامها قائلاً، "ما هي بعض عيوب أخذ الأدوية؟"

"لست مريضة نفسية، ولو مرة واحدة. كما أنني أكره زيادة وزني كلما التزمتُ بأخذها".

"وماذا أيضاً؟ هل هناك أثاراً جانبية أخرى أو غيرها من الأمور عن العقاقير ترين أنها

عيوباً"

"هذه الأدوية تجعلني أسمع الأصوات وفضلاً عن ذلك لا أريد أن أصبح مدمنة".

"هل أنت قلقة من أن تصيري مدمنة؟"

"نعم فهي عقاقير قوية تسبب الهلوسة".
 "إنها عقاقير قوية وتؤثر على طريقة تفكيرك وشعورك. هل تحب أن تسمعي تجربتي مع العقاقير التي تأخذينها؟
 وسألتني وهي متشككة، "هل أخذت هذه العقاقير؟"
 "حسنا، ليست العقاقير التي تأخذينها حاليا ولكن على مر السنين رأيت أناسا أكثر مما يمكنني عددهم يأخذون هذه الأدوية. أدت بي تجربتي المهنية إلى استنتاج أن العقاقير التي تأخذينها لا تسبب الإدمان ولا تحدث أصواتا كالأصوات التي تسمعينها".
 "كيف عرفت ذلك؟"
 "من التحدث مع مرضي يأخذون هذه الأدوية ومن قراءة الأبحاث".
 "دائما ما كان في اعتقادي أنها تسبب الإدمان".
 "حسنا، إنها ليست كذلك. لم أرى ذلك على الأقل. هل لا زلتِ تريدين إعداد قائمة العقاقير التي تتسبب في سماعك للأصوات والتي تسبب الإدمان؟"
 "لا، لا أظن ذلك".
 "وقلت لها، "إنه رأيك"، وتوقفت حتى أرى ما إذا كانت ستغير رأيها أم لا. ثم أكملت كلامي قائلا، "هل هناك أي عيوب أخرى لأخذ الأدوية؟"
 "إنه لأمر محرج. لا أريد أن يعرفه الناس".
 "وسألتها "هل يمكننا أن ندون ذلك حتى يمكنني المتابعة؟" راغبا في التسجيل أثناء تواجدها سويا، وليس فيما بعد، للمميزات والعيوب التي كنت أحدها أنا ودولوريس".
 "بالتأكيد".
 "وبإخراج كراسة وقلم، سألتها "ما هي العيوب مرة أخرى؟"
 "أنها تجعلني أشعر كما لو كنت مريضة نفسية، وتسبب الارتباك، ويزداد وزني".
 "وما هي المميزات".
 "يحل أبي عن ظهري وأخرج من المستشفى"
 "قرأت هذه القائمة عليها مرة أخرى لأتأكد أنني دونتها على النحو السليم ثم طلبت منها أن تستمر في التفكير في عيوب ومميزات أخذ الأدوية.
 "تفاعلت معي بدفاعية. "لماذا ينبغي على الاستمرار في التفكير فيها؟ فأنت مثلك مثل أي شخص آخر. تريدني أن آخذ هذه الأدوية تماما مثل أبي".
 "لا، إنه ليس السبب وراء طلبي الاستمرار في التفكير فيها. حقا لم تسألني عن رأيي فيما

أعتقد أنه ينبغي عليك فعله بخصوص أخذ الأدوية بعد مغادرة المستشفى. وأثناء تواجدك هنا كنت واضحا بأنه ينبغي عليك أخذ الأدوية. ولكنك لم تسألني عما أعتقد أن عليك فعله فيما بعد ذلك. بالإضافة إلى ذلك، لم نتحدث فعلا عن الأدوية. كنا نتحدث عن حصولك على وظيفة وكيف يحول وجودك في المستشفى بينك وبين تحقيق هدفك".

استرخت دولوريس استرخاء واضحا وأنا أتكلم. "إذا فأنت لا ترى أنه ينبغي على أخذ الأدوية بعد أن أغادر المستشفى؟"

"لا، لم أقل ذلك بل قلت إنك لم تسألني فعلا عن رأيي".

"إذا.... فما هو رأيك؟"

رحبت بسؤالها لأنني شعرت أن الوقت مناسباً لأقول لها رأيي. لم تنتابها حالة الدفاعية لذلك لم أحاول التأخر في إبداء رأيي هذه المرة. قلت لها، "حسناً، إذا تحدثنا عن هدفك من الحصول على وظيفة، ففي هذه الحالة أرى نفس الميزتين اللتين تريهما. سيسببن لك والداك إزعاجاً أقل وسوف تخرجين من المستشفى. إذا فهذان سببان طيبان لأخذ الأدوية. يزداد وزنك، الأدوية تجعلك تشعرين كما لو كنت مريضة نفسية، كما تقولين، وتشعرين بالإحراج تجاه أخذ الحبوب".

"فما هو رأيك إذا؟"

"سأقولك لك رأيي إذا أردت ذلك ولكن ربما يشعرك بخيبة الأمل".

قالت، "تعتقد أنني مريضة نفسية!". وضحك كلا منا.

قبل الإجابة على السؤال استخدمت أدوات "الثلاثة أ": انظر، أسف لشعوري بذلك الشعور، لا أعرف كل شيء ويمكن أن أكون على خطأ. أتمنى أن نتفق على عدم الاتفاق بشأن ذلك ويكون كل شيء على ما يرام. أعتقد أنه يجب عليك تجربة الأدوية ويمكنك دائماً تغيير رأيك في وقت لاحق".

"لماذا ينبغي على ذلك؟"

"أعتقد، على الأقل في ذهني، أن المزايا التي ذكرتها تفوق العيوب. هل تتفقين معي في ذلك؟"

أجابت بتأني، "لست متأكدة"

"إذاً، هل لا تعتقدين أنه يستحق تتبعه؟ تعرفين ما هو حسن في مقابل ما هو سيء حول أخذ الأدوية. نظراً لأنه يبدو كما لو أن عدم أخذك للأدوية يؤدي إلى الكثير من الخلاف في المنزل وينتهي هذا الخلاف بإدخالك المستشفى".

"أظن ذلك".

"هل أجبتُ على سؤالك بخصوص رأيي عن الأدوية؟"

"نعم، تعتقد أنه يجب على أن آخذها إذا كنت أريد أن يحل أبي عن ظهري وأريد الخروج من المستشفى".

"هذا الكلام صواب في الأساس، إلا أنك أنت التي قلتي أن أخذ الأدوية سيساعدك بشأن أبيك وفي النهاية سيؤدي إلى خروجك من المستشفى، وليس أنا من قال ذلك. إنني قلت إنه من الضروري أن تجربيه وتتابعي الايجابيات والسلبيات. كما قلت لك أنني أعرف أن هناك أمورا عن أخذ الأدوية لا تحبينها". ثم أضفت هذا التعليق للتأكيد على حقيقة أنني لم أفقد التبصر بالسلبيات. هل لاحظت كيف أنني لم أقل ذات مرة من قبل أنه يجب عليها أخذ الأدوية لأنها مريضة نفسية؟ وأثناء حوار آخر دار بيننا، كان لدي فرصة إضافة ميزة أخرى إلى القائمة التي بدأنها. يجب أن أذكر أنني لم ألتقي دولوريس مرة أخرى بدون إحضار القائمة التي بدأنها. كانت عبارة عن ورقة واحدة ووضعت علامة سالب على اليسار وعلامة موجب على اليمين مع خط في المنتصف. دونت الإيجابيات تحت علامة الموجب والسلبيات تحت علامة السالب. وقبل الحوار الذي كنت على وشك أن أبدأه من جديد، قمت بفرض منزلي صغير. ولحسن الحظ، كانت دولوريس في وحدة بحوث خصصنا فيها مرحلة للمتابعة والحصول على نسخ من الملفات الطبية القديمة وهو شيء غالبا ما لا يحدث عندما يتم تطبيب مريض يعاني من مرض نفسي خطير في المستشفى، على الرغم من أنه أحيانا ما يحتفظ أفراد الأسرة والأطباء المعالجين بنسخ من هذه السجلات، والتي يصورونها بعد ذلك ويعطونها إلى العاملين في المستشفى. وعلى أية حال، استغلّيت فرصة توفر سجلاتها كي أبحث عن فترات علاجها في المستشفى. ثم قارنت هذه الفترات بالفترات التي تم توظيفها خلالها. لم يفاجئني اكتشاف أن الفترات التي كانت قادرة خلالها على العمل تتوافق مع فترات انتظامها في أخذ الأدوية. "أرى أنه ربما تكون هناك ميزة أخرى لأخذ الأدوية لم ندرجها في قائمتنا. أتريدين سماع ماذا تكون هذه الميزة؟"

"حسنا".

"كنت أستعرض سجلاتك الطبية واكتشفت نمودجا هاما. لم تأخذي الأدوية تقريبا في كل مرة تفقدي فيها الوظيفة. هل لاحظت ذلك؟"

ردت سريعا، "لا".

"أجبت ذلك النوع من الأسئلة بسرعة. هل يمكن أن أقترح شيئا ما؟"

"ما هو؟"

"فقط، فكري أكثر في أخذ الأدوية. ليس الآن ولكن في وقت لاحق. اكتشفيما إذا كان

يمكنك تذكر ما إذا كنت تأخذين الأدوية عندما تحصلين على عمل وما إذا كنت تتجادلين كثيراً مع أهلك خلال تلك الفترات. هل يمكنك فعل ذلك؟"

"يمكنني فعل ذلك. سأفكر فيه."

"وفي الوقت ذاته، هل يمكنني إضافتها إلى قائمتنا وأمامها علامة استفهام؟ ميزة ممكنة؟"

"بالتأكيد. ولكن لا أعتقد أنها حقيقية."

"إذا هيا نتفق على ألا نتفق."

ردت وابتسامة كبيرة على وجهها، "اتفق مع كونك على خطأ!"

"ولكنك ستتقبلين إمكانية أنني على صواب، وسأفعل نفس الشيء تماماً. سأظل متقبلاً

إمكانية أنك على صواب. اتفقنا؟"

ردت وهي جادة مرة أخرى، "اتفقنا".

عادة لا أندفع في وضع شيئاً على الجانب الموجب من القائمة في حالة عدم اقتناع المريض. وكالعادة أتعجل في قول إنه لا يجب علينا إدراجها في القائمة إلا إذا كان المريض واثقاً تماماً أنها من الإيجابيات. ولكن دولوريس أحببتي ووثقت فيّ وكان لديها روحاً طيبة من الدعابة، لذا شعرت بارتياح أكثر عند متابعة المسألة.

وأثناء الحوار التالي الذي دار بيننا حاولت جاهداً أن أتبع التوجيهات الستة المبينة أعلاه. ومتى كان ممكناً، حاولت تطبيع تجربتها، عادة بالسماح لها بمعرفة أنه لو كنت مكانها لكان من المحتمل أن ينتابني نفس الشعور (حول الطبيب في المستشفى، شعوراً مثل اعتقاد أحبائي بأنني مريضة نفسية تأخذ أدوية). كنت حريصاً بشدة على مناقشة تلك المشكلات (والأعراض) فقط والتي ذكرتها دولوريس بنفسها. استغلّيت كل فرصة أتمكن من العثور عليها في استعراض مميزات وعيوب العلاج. وهنا كذلك، لم أحرص إلا على الإيجابيات والسلبيات التي طرحتها دولوريس بنفسها.

.....

تذكر دائماً أن توجه الأسئلة عندما تريد إضافة نقطة.

.....

المرة الوحيدة التي اقترحت فيها ميزة لم تحددها بنفسها، سألتها أولاً عما إذا كانت تريد سماع رأيي. ("أعتقد أنه ربما تكون هناك ميزة أخرى لأخذ الدواء غير مذكورة في قائمتنا. أريد معرفة ما هي هذه الميزة؟) تذكر دائماً أن توجه أسئلة عندما تريد إضافة نقطة. وبالتعبير عن رأيك في صيغة سؤال فإنك تؤكد على أنك تريد التعاون وليس التكلم كالأساقفة. كما يمنح المريض الذي تحاول إقناعه حساً من السيطرة على الحوار. وفي النهاية فإن توجيه الأسئلة عادةً ما يقلل

الدفاعات.

عندما كنا نتحدث كنت دائماً في حالة تأهب تحسباً لأي أفكار خاطئة لدى دولوريس عن الدواء. صحت اعتقادها الخاطيء بأن الأدوية التي كانت تأخذها سببت لها هلاوس وتسبب الإدمان. ثم سألتها إذا كانت لا تزال تريد وضع هذه الشكاوى على القائمة. إذا أجابت بنعم كنت سألتزم ولكن سألتها كذلك إذا ما كان يمكننا الرجوع إلى هذه المسألة في وقت لاحق. كررتُ وركزتُ على المزايا التي تذكرها متى سنحت الفرصة لذلك. واتفقنا على ألا نتفق بشأن كانت دولوريس قد توقفت عن أخذ الأدوية قبل فقدان الوظائف أم لا. أحثك على الرجوع وإعادة قراءة ما جرى بيننا من مناقشات لمعرفة ما إذا كان يمكنك تحديد وقت استخدامي لكل توجيه.

ومن منطلق التعاطف يمكن أن تساعد من تحب في الشعور بأنه أكثر طبيعياً وبالغ في الاعتقادات ذات الصلة بالتوصل إلى اتفاق للعلاج.

قم بإعداد والاحتفاظ بقائمة بمميزات وعيوب مواصلة العلاج (العقاقير، العلاج النفسي، البرامج اليومية، العلاج المهني وغيرها). احرص دائماً على إدراج أي سلبيات يتم ذكرها. وفعل هذا الأمرين يزيد من مصداقيتك ويقلل من العقبات المحتملة للتوصل إلى اتفاق للعلاج. على سبيل المثال، لدينا اليوم عدة خيارات للأدوية أكثر بكثير مما كان لدينا من خيارات عند بداية مرض أخي، والأدوية الجديدة تسبب أثراً جانبياً أقل.

صحح الأفكار الخاطئة عن العلاج كلما يمكنك ذلك وركز على أي مزايا يكتشفها من تحب. وفي النهاية، كلما اصطدمت بمساحة من الخلاف حاول واتفق على عدم الاتفاق. عندما تفعل ذلك فإنك بذلك تنقل احترامك لرأي الشخص الآخر ويحتمل أن يكون ذلك الشخص متقبلاً لإمكانية إثبات أنه على خطأ. هذا التقبل مفتاح لإعادة نظر من تحب في موقفه من مواصلة العلاج. لا تخشي قول إنك ربما تكون على خطأ كذلك. وإذا لم تتقبل إثبات أنك على خطأ لماذا تتوقع أن يتقبل ذلك من تحب؟

9

شارك

"كيف يجد الأخصائي النفسي زوجته التي ضلت طريقها في الغابة؟

اتباع السيكوباتية"

هنري أمادور، أكتوبر 1997

اتفقت أنا وهنري على أن العلاج في المستشفى أمر يجب تجنبه. كما اتفقنا على هدفه من إيجاد عمل والحصول على المزيد من "المصروف الشخصي" حتى يمكنه شراء المشروبات الغازية، أو السجائر أو الهامبرغر إذا شعر بذلك. على الرغم من أنني شعرت أنه بعيد كل البعد عن الاستمرار في العمل الذي كان يقوم به آنذاك، إلا أنه نادراً ما يُذكر هذا الاختلاف في الرأي. كان يحاول في بعض الأحيان إحراجي قائلاً، "لا تعتقد أن بإمكانني العمل حاليًا، إلس كذلك؟" كنت أنجح عادة في تأخير رأيي بقول أشياء مثل، "سأقول لك رأيي إذا أصررت على ذلك ولكن رأيي لا يهم فرأيك أهم بكثير بالنسبة لي وتعتقد أنه يمكنك ذلك. حقاً؟" وفي معظم الأوقات كان ذلك كافياً للانتقال به من سؤاله الأصلي إلى السؤال الأكثر إفادة، مثل كم يستغرق من الوقت للوصول إلى هدفه.

استغرق الأمر بعض الوقت، ولكننا اتفقنا في النهاية على أنه عندما يأخذ الدواء سيخرج من المستشفى. في البداية، أرجع العلاقة بين أخذ حبوب الدواء وعدم علاجه في المستشفى إلى انخفاض في الضغط الذي كان يحاصره للانتظام في أخذ الأدوية أكثر من أي فائدة ناتجة عن العقاقير نفسها. وبعبارة أخرى، كان يعرف أنه إذا استمر في أخذ الأدوية فلن يجبره طبيبه وأفراد أسرته على مسألة العلاج في المستشفى إلا أنه أحياناً ما كان يأتي ليرى دواءه مفيداً بطرق أخرى كذلك.

وإذا سألته حينها لماذا يأخذ الدواء فسيقول لك، "إنه يساعدني مع الأصوات ويقلل الزورانية لدي". وفي سنواته القليلة الماضية، لاحظت أنه قال للناس أنه يعاني من "اضطراب فصامي عاطفي". لست متأكداً تماماً أنه يرى ذلك، ولكنه كان لبضع سنوات حائداً عن الدرب أبعد بكثير مما كان عليه عند بداية مرضه.

وقد نتج وعيه بمدى مساعدة الأدوية له في المشاكل التي يعاني منها من المشاركات التي طورها مع العديد من المعالجين ومعني. غالباً ما كنا نتحدث عن رغبته الشديدة في الحصول على

عمل. وكلما تكلمنا في ذلك كنت أتعاطف مع حالة الإحباط التي تنتابه وأشجعه على محاولة معرفة سبب عدم الاستمرار في العمل الذي يجده.

تخميني هو أنه عمل في أكثر من عشرة متاجر صغيرة تعمل على مدار 24 ساعة وغيرها من الوظائف المختلفة خلال أول عشر سنوات من مرضه ومعظم الفترات التي قضاها في كل عمل كانت لمدة أسبوع على أقصى تقدير، وتنتهي بطرده أو ببساطة يتوقف عن الحضور إلى العمل. لم يكن قادراً على العمل مرة أخرى.

كانت لديه تفسيرات عدة استمعت إليها بكل اهتمام بدون اعتراض على عدم منطقيتها. وكلما سألتها عما إذا كان بإمكانني أن أقول له رأيي، ويقول نعم، واصلت طرح نفس الافتراض وهو: "أيا كان ما يحدث"، سأقول له، "يصعب عليك العمل عندما تشعر بالقلق وتسمع الأصوات". كان هنري يعلم أن الأدوية "تمنع الأصوات" وتساعد "في الشعور بزورانية أقل" ولكنه لم يربط حتى الآن بين تدخل الأصوات والبارانويا في قدرته على الاستمرار في العمل. كان قلقاً للغاية أنه إذا اعترف بأن الأدوية تساعد فسوف يعترف بأنه مريض نفسي. طمأنته، وبالمناسبة تحدثت إليه أنها ليست القضية.

.....

حاول الاتفاق على أهداف يمكن تحقيقها بوضوح، ولكن لا تقيد نفسك بتلك الأهداف

.....

لا أستطيع أن أذكر على وجه اليقين كيف ساعد اكتسابه للمعرفة التي سمحت له في النهاية ببناء الاتصال في تطوير المستوى العالي الذي حققه من الالتزام بالعلاج. ولكنني على يقين أنها ساعدت السبب قليلاً على الأقل. أعرف ذلك لأنه لم يعد يتجادل معي كما كان يفعل في الماضي - ربما لأنني لا أريد الجدل بشأن هذه الأمور بتاتا وكذلك لأنني عبرت عن رأيي على أنه "افتراض". لم أقل له ما هي المشكلة. وبدلاً من ذلك أعطيته أفضل تخمين لي. وبدلاً من أن يكون دفاعياً استمع إلى افتراضي وفكر فيه. وراعى على الأقل إمكانية أن أكون على صواب.

كما ذكرت من قبل، على الرغم من أن هنري كان أكثر انتظاماً في الحضور ليأخذ أدويته إلا أنه لم يحقق هدفه في الاستمرار في العمل. وهذا يبرز نقطة مهمة: حاول الاتفاق على أهداف يمكن تحقيقها ولكن لا تقيد نفسك بتلك الأهداف إن لم تحققها. وبالرغم من أنني اعتقدت أنه سيصعب على هنري العمل مرة أخرى لأنه لا يزال يعاني من بعض الأعراض المتبقية حتى أثناء الانتظام في أخذ الأدوية، رغبتني في التحدث عن هدفه أملاً ودرجة من الاعتزاز. وكنت قبل ذلك معتاداً على قول، " أنت بذلك تعكس الأمور. عليك أخذ الدواء وتحسن حالتك قبل التفكير في

إيجاد عمل"، والذي كان رافضاً وجعله يشعر بالإحباط تجاهي.

لحسن الحظ، عندما تحقق هدفه في الحصول على أموال ينفقها، استطعت إمداده بفرصة لسهولة تحقيق النجاح. كنت أرسل له في كل يوم عمل شيكاً مقابل خمسة دولارات، في عهدة الطبيب المعالج له في البرنامج اليومي الذي تم تسجيله فيه. وعندما بدأت فعل ذلك أبرمت عقداً مع هنري ومن يدرس حالته بخصوص الأمور التي يحتاج هنري القيام بها كي يحصل على المال. كانت المهام الأساسية هي حضور البرنامج وأخذ الدواء. وكان المطلوب الآخر ألا يكون شرساً ومعادياً عند حجب الأموال عنه عن الأيام التي يفوتها (عن أول عدة أشهر فوت فيها يوماً أو كل يومين كل أسبوع).

في بداية الأمر شعر هنري بالغضب وكنت أعامله معاملة الأطفال. شعر بالإهانة بسبب ما عرضته عليه، وأدركت أن شراكتنا مهددة بخطر الرجوع إلى التنافر والتباعد. لذلك توقفت وتحدثت معه عن شعوره وتعاطفت مع غضبه وإحباطه.

كما اعتذرت عن أن لي رأياً مختلفاً عن رأيه وشعر أنه - إذا أحببته - كان يجب على إعطائه أموالاً بصرف النظر عما إذا حضر البرنامج اليومي أم لا. وبعد كل شيء، قال لي أنني يمكن أن أتحمّلها في الوقت الذي يملك فيه القليل من المال. كان على حق - يمكنني أن أتحمّلها بسهولة وهو لديه القليل جداً من المال.

علاوة على ذلك، أراد مني أن أرسل المبلغ الأسبوعي بالكامل إليه مباشرة، بدلاً من إرسال خمسة دولارات في المرة الواحدة وإرسالها إلى الطبيب المعالج له. أعربت له عن أسفي ولكن من وجهة نظري (ويمكن أن أكون مخطئاً) أرى أن حضوره البرنامج اليومي أمراً حيوياً كي يجد عمل و"يعمل بشكل أفضل" لدرجة أنني أردت إعطائه حافزاً إضافياً كي يحضر البرنامج. كما أعربت له عن قلقي بشأن ماذا سيفعل بهذه الأموال إذا أرسلت إليه مباشرة مبلغاً أكبر من المال. ومثل العديد من المرضى الذين يعانون من مرض نفسي خطير سوف يقوم هنري بمداواة مرضه بالكحوليات من وقت لآخر.

وبعد أن سمع كل منا ما قاله الآخر، شعر هنري أنه تم ارتشاؤه وكان في صراع مع شعوره بالذنب ولكنني تمسكت بمبادئ الاعتذار أولاً عن موقفي، لأنني عرفت أن موقفي جرحه وأصابه بالإحباط، وأفسر ذلك بقول "أريد حقاً أن أساعدك في الخروج من المستشفى. أريد أن أعطيك هذه الأموال ولكن إذا لم تذهب إلى البرنامج أو على الأقل تقيد اسمك لديهم كل يوم، فأخشى أن تتدهور حالتك وينتهي بك الأمر في المستشفى مرة أخرى. ثم أضفت إلى كلامي أنني ربما أزيد الطين بلة بالنسبة له إذا أرسلت إليه الأموال مباشرة. لم أريد أن أثير قضية الشرب في ذلك الوقت، لذلك

تحدثت عن مخاوف أخرى لديّ أقرب إلى المخاوف التي لديه.

يمكن أن يكون أخي شديد الاندفاع بالمال. غالباً ما يكشف عنه إلى أي شخص يسأله عن ذلك. وجرت العادة على حدوث ذلك بانتظام إلى حد ما لأن من يعيش معهم كان مؤمّن عليهم، مثل هنري، ضد العجز ويحصلون، إن وجد، على مصروف جيب قليل جداً. كره قول لا ولكن كره كذلك خسارة المال. لذلك قلت له، "إذا قمنا بذلك على النحو الذي أريده عندما يطلب منك أصدقاؤك بعض المال يمكن أن تصدق في قول إنك لا تملك سوى خمسة دولارات وفي حاجة إليها". وافق على أن ذلك ميزة من مميزات برنامجي، على الرغم من أنه لا يزال غير مسرور ولا يعتقد أنه يجب أن يكون لدي المخاوف التي لدي إلا أنه فهم أن، على سبيل الصواب أو الخطأ، أن هذه المخاوف هي أمور تصيبني بالقلق الشديد.

اتفقنا في النهاية على ألا نتفق، ولكن عملياً وجدنا شيئاً يمكن الاتفاق عليه. اقترح هنري تسوية. بدلاً من الذهاب إلى البرنامج طوال اليوم سيذهب صباحاً كي يحصل على الشيك ويقضي بضع دقائق في التحدث مع من يدرس حالته، ويأخذ الأدوية الصباحية أمامه (كما ستعرف في الفصل التالي، أقنعت هنري في النهاية على قبول الأدوية بالحقن طويل المفعول، وبالتالي فقد أصبح هذا الجزء من اتفاقنا أسهل كثيراً). وعلى الفور أفاد اقتراحه معنى بالنسبة لي لأنني كنت أعرف أن أخي وجد البرنامج متعباً ومملّاً وشعر أن كل من في هذا البرنامج أسوأ حالاً منه وبلا شك فقد كان نفس الشعور لدى العديد من أقرانه.

لا أستطيع أن أقول إنني وبخته فقد وجدت كذلك البرنامج الذي كان يحضره في ذلك الوقت مملّاً بشكل لا يطاق. تفهمت وجهة نظره وعرفها. وفي النهاية اتفقنا على أن يذهب كل يوم لأخذ الشيك ويقضي بضع دقائق في التحدث مع دارس الحالة عن اليوم الماضي. وكانت مفاجأة لي أن أعرف أنه بمجرد ذهابه إلى البرنامج غالباً ما كان يبقي هناك لعدة ساعات.

يتكون اتفاق العلاج المبرم بيننا من عنصرين أساسيين وهما: وافق هنري على (1) أخذ الدواء (ليساعده في الخروج من المستشفى) و(2) حضور برنامجي إلومي كل يوم (بحيث يمكنه إنفاق الأموال). وفي آخر 19 عاماً من حياته، لم يعالج في المستشفى سوى مرتين - دائماً بإرادته - ولمدة اقامات قصيرة جداً في كلتا المرتين. وأشك أن يستطيع أي شخص تقديم حساباً دقيقاً لعدد علاجاته في المستشفى قبل هذه الفترة ولكنني أعلم علم اليقين أن متوسط علاجاته في المستشفى كان 4 مرات في العام، كانت كل مرة تستمر لمدة أسبوعين أو أكثر.

وقد نتج عن تكويننا للشراكة واتفاقية العلاج العديد من المزايا غير المتوقعة فقد زاد احترام كل منا للآخر وارتحنا أكثر في قضاء الوقت سوياً. وبدأت حقاً في الاستمتاع بقضاء الوقت معه

فهو يُضحكني ويشعرنني بالمزيد من الحب وأعتقد أنني فعلت نفس الشيء تجاهه. أخذت الصورة الموجودة على غلاف هذا الكتاب أثناء زيارة قام بها إلى منزلي عام 1999م. مكث عندي لمدة أسبوع وقضينا وقتاً رائعاً. وتوضح الصورة، أفضل بكثير مما يمكن أن نقوله الكلمات، كم كان وقتنا معاً أسهل بكثير في السنوات الأخيرة. (هو الشخص الموجود على يمين الصورة).

مات

بعد العلاج في المستشفى الذي ذكرته لكم في الفصل الرابع، قرر والدا (مات) مقابلي حتى يمكنني مساعدتهم في تنمية أساليب ومهارات التواصل التي ذكرتها. ونتيجةً لذلك استطاعا تكوين شراكة والتوصل إلى اتفاق علاج مع مات تشبهان ما توصلت إليه من اتفاق وشراكة مع هنري. اتفق مات ووالداه على أنه من الضروري محاولة إخراجه من المستشفى وتقليل مستوى الصراع العائلي في المنزل.

تخلياً عن منهج مواجهة ابنهما بمرضه لصالح منهج أكثر عملية وإنتاجية

سرعان ما لاحظ البلاكييرنز مزايا المنهج الذي درسته لهم. تعباً من الشجار مع ابنهما وكانا يحتاجان بشدة إلى استراحة من كل العداء الذي نشأ بينهم على مر السنين. تخلياً عن منهج مواجهة مات بمرضه لصالح منهجاً أكثر عملية وإنتاجية. استمعا وعلما أن مات يريد الخروج من المستشفى تماماً كما يريدان له، كما رغب بشدة في الهدوء والسكينة في المنزل. نتج الهدوء بصورة طبيعية حيث تراجع والديه عن إقناعه بمرضه. استغرق الأمر حوالي شهرين ولكن بدأ مات على مهله في الاستماع وفي فهم شعور والديه تجاه الدواء الذي رفض أن يأخذه.

انتابه شعور سيء بأن والدته سيصيبها خوف شديد عند عدم أخذ الأدوية. وإذا استرجعت الحالة التي كان عليها مات في المنزل وشعوره تجاه أخذ الدواء، فلربما يبدو هذا الأمر بعيد الاحتمال. ولكن ذنب مات نتج عن العديد من المناقشات بينه وبين والديه، وفي الغالب مع والدته، والتي خلالها لم يخبراه بما ينبغي عليه فعله. وجهاً له الأسئلة وعندما سألهما عن رأيهما أبديا رأيهما مع الاعتراف في الوقت ذاته بأنهما من الممكن أن يكونا على خطأ فلا يعتقد أنهما لا يستطيعا العيش معه أكثر من على خطأ بشأن سبب حاجته إلى أخذ الدواء ولكنهما يمكن أن ينظرا في الاحتمالية.

عندما قالت له والدته أنه أصابها بالخوف عندما توقف عن أخذ الدواء، انتابه شعور سيء. ولهذا السبب، ولأن والديه قالوا إن هناك احتمالية طيبة بأنهما ربما لا يستطيعا العيش معه أكثر من

ذلك إذا لم يأخذ الدواء، وافق مات على مميزات أخذ الدواء تتفوق على عيوبه. ولم يحدث ذلك بين عشية وضحاها ولكن كانت النتيجة هي تحقيق مات ووالديه للأهداف التي وضعوها. حصلت على بطاقة من الأسرة طوال الإجازات في العام الماضي. وتحت خط السيدة بلاكيرنز الجميل الذي ينقل الأمنيات الطيبة من الأسرة عن العام الجديد كتب زوجها بخط رديء ملحوظة صغيرة قائلاً فيها، "أشكر مرة أخرى على ما قدمته من مساعدة لنا. لم يذهب مات إلى المستشفى منذ أكثر من عام!".

دولوريس

اتفقت أنا ودولوريس على شيء شبيه بما اتفقت عليه العائلة بلاكيرنز، وهدفها من الحصول على وظيفة. وكما فعلت مع أخي بحثت عن فرص لتشاركني ما افترضته وهو أنها قد تحتاج الالتزام بأخذ الدواء حتى تحصل على الوظيفة. وعلى عكس أخي، ولكن مثل معظم المرضى الذين يعانون من هذه الأمراض، لم يظهر على دولوريس أي أعراض تقريباً عندما كانت تأخذ الدواء. لذا فإن العمل بدوام كامل مرة أخرى في وظيفة شاقة لم يخرج تماماً عن نطاق السؤال إذا استمرت في أخذ الأدوية بانتظام. وحسبما تتذكر، طلبت منها ذات مرة أن تتقبل احتمالية أن الأدوية ربما تسهل عليها إيجاد فرصة عمل. وفي ذلك الوقت لم تعتقد أنني على صواب واتفقنا على ألا نتفق ولكنها قبلت اقتراحي عليها بأن تصبح "عالمة" ولديها عقل متفتح.

أثناء مدة علاجها التالية في المستشفى، خمسة شهور فقط بعد آخر مرة، كان لدينا فرصة النقاش حول نظريتي مرة أخرى. بدأت بسؤالها عما إذا احتفظت بقائمة مميزات وعيوب أخذ الدواء والتي بدأنها عندما تواجدت آخر مرة في المستشفى. لم تعرف مكانها ولكن حيث أنني وضعت نسخة منها في سجلها الطبي استطعنا الانتقال إليها مجدداً. وكان تقييمها الحالي لمميزات وعيوب أخذ الدواء مطابقاً لتقييمها السابق. وعندما انتقلنا إلى ملاحظتي عن العمل المذكور تحت عمود المميزات بعلامة استفهام، سألتها، "عندما كنت هنا آخر مرة كنت تخططين من أجل إيجاد عمل. هل حالفك أي حظ؟"

"بلي، حصلت على عمل في مكتبتنا المحلية."

"إنه لخبر عظيم. أهنئك. وكيف تسير الأمور؟"

"طرديني."

وسألتها، "من طردك؟"

"رئيس أمناء المكتبة. قال لي إنني كثيرة الكلام."

"هل يمكن أن أسألك عما إذا كنت تأخذين دواءك في ذلك الوقت؟"

"لا، توقفت. لم أعد في حاجة إليه". وبإظهار القائمة التي احتفظتُ بها، سألتها إذا كانت تتذكر سبب وضعي علامة استفهام بجانب كلمة "عمل" في عمود المميزات.

"لم نتفق بشأن ذلك. يفترض أن أفكر فيه".

"ماذا تعتقدين؟" لم أستطيع المساعدة في الأسئلة.

"صحيح أنني لم أكن آخذ الدواء ولكنني لا أعرف إذا ما كان لذلك أية أهمية".

سألتها، "حسناً، هل يمكن أخذ ملاحظة عنه على أية حال؟"

"لا أهتم. بالتأكيد، استمر".

"هل يمكن أن تتقبلي أنه من الممكن أن يساعد الدواء في إيجاد عمل؟"

أجابت بشكل قاطع، "نعم".

تم إدخال دولوريس المستشفى مرة أخرى بعد حوالي ثلاثة أشهر، وعلى الرغم من عدم إيجاد عمل في هذه الفترة الفاصلة إلا أننا تحدثنا عن هذه المسألة مرة أخرى. ازداد حاليًا تقبلها للفكرة واعترفت أنها كانت تكلم نفسها عندما توقفت عن أخذ الأدوية. وقالت أسرتها أن أحد المشاكل التي واجهتها في العمل هو التكلم مع الأصوات التي تسمعها كلما تمتنع عن أخذ الأدوية. وهذا أدى إلى مناقشة كيف يراها آخرون وهي تكلم نفسها بصوت عالٍ. قالت، "سيعتقدون أنني مجنونة!"

وبعمل هذا الربط حاولت مرة أخرى وسألتها عما إذا كانت تسمع الأصوات وتكلم نفسها في المرة الأخيرة التي تم طردها من العمل. وأجابت مجدداً بنعم.

استغرق الأمر ثلاثة علاجات في المستشفى وتشجيع من أفراد أسرتها وطبيب نفسي للمرضى غير المنومين، ولكن وافقت دولوريس في النهاية على أن أخذ الدواء يحتمل بشدة أن يساعد في العمل. والآن أصبح كل شخص متقبلاً للفكرة، وركز طبيبها النفسي ووالداها على تذكيرها بهذه الميزة (التي صدقتها الآن) بدلاً من محاولة إقناعها بأنها تعاني من أحد الأمراض. والعنوان الرئيسي هنا هو موافقة دولوريس على أخذ الدواء حتى وإن كانت لا تزال تعتقد أنها غير مريضة.

وأثناء إعداد النسخة المنقحة من هذا الكتاب كتبت إلى دولوريس وسألتها عن حالها. أصبحت في عامها الأخير من الدراسة الجامعية وتعمل في مكتبة الجامعة منذ العامين الماضيين. قالت لي أنها انتظمت في أخذ الأدوية، والذي "لا يزعجها"، وأنها "اعتادت على أخذه ولا تستطيع أن تمتنع يوماً عن أخذه!"

فيكي

قللت فيكي جرعتها من الدواء ستة أشهر بعد علاجها في المستشفى. وكما تتذكر، كانت

تعتقد أنه بمجرد خروجها من المستشفى فلن تعد في حاجة إلى علاج. اتفقت مع د/ كوهات على الاستمرار في أخذ الدواء لما لا يقل عن ستة أشهر، وفي ذلك الوقت إذا استمرت في محاولة التوقف عن أخذ الدواء فسوف تفعل ذلك تحت إشراف الطبيب المعالج لها.

كانت ترى د/ كوهات كل أسبوع بحسب ما اتفقا عليه، وكان زوجها على علم بما تفعله. طلب د/ كوهات من فيكي وزوجها الاحتفاظ بدفتر يوميات لتسجيل أوصافهما لحالتها النفسية، وكلامهما وتفكيرهما كما طلب منهما تدوين ما إذا عادت أي من الأعراض التي كانت تظهر على فيكي (هوس العظمة والنشوة، والأرق، والكلام تحت ضغط). وبعد أسبوعين من تقليل جرعة الليثيوم ذكرت فيكي أنها تنام لمدة أقل ولا تخشي الإرهاق. كما قالت إن سكوت شعر بأنها أصبحت "مفرطة" وتتكلم أكثر من المعتاد وعندما سألتها عما إذا كانت تتفق مع ملاحظة سكوت فأجابت على مضض "نعم".

استمرت التجربة لمدة أسبوعين آخرين وخلال تلك المدة أصبحت فيكي أكثر إفراطاً وبدأت في تكوين أفكار مهووسة. سأل سكوت عما إذا كان بإمكانه مرافقتها في الجلسة القادمة، فوافقت. اعترفت فيكي لزوجها وللطبيب أنها أصبحت "مرهقة" مرة أخرى. خافت من فقد السيطرة على نفسها وطلبت زيادة جرعة الدواء مرة أخرى.

لم يقل أي منا قولاً قريباً من، "قلت لك ذلك"، والسؤال عما إذا كانت في حاجة إلى علاج طوال الفترة المتبقية من عمرها لا يزال مطروحاً على الطاولة. شعرت فيكي بأن زوجها ود/ كوهات يفهماها ويحترماها، وعلمت أنه إذا كانت ترغب في محاولة التوقف عن أخذ الدواء مرة أخرى فسوف يقدم لها المساعدة في ذلك.

لم أرها خلال ما يزيد عن عشر سنوات ولكني لازلت أري د/ كوهات من وقت لآخر. واعتباراً من كتابة هذه السطور، أخبرني أن فيكي حاولت مرة أخرى التوقف عن أخذ الأدوية ولكن سرعان ما عكست مسارها عندما بدأت الأعراض في الظهور من جديد. ومنذ ذلك الحين حافظت على شراكتها مع زوجها وطبيبها على استمرارها في العلاج. ولا يزال اتفاق علاجها - أنه إذا رغبت في التوقف عن الأدوية فسوف يكون ذلك بمساعدة زوجها والطبيب المعالج لها - قائماً حتى الآن.

الجزء الثالث

البقاء تحت الحراسة والخطوات التالية

"الأمل شيء جيد - يمكن أن يكون أفضل شيء - والشيء الجيد لا يموت أبداً"

ستيفين كينج

"حب العديد من الأشياء، حيث يكمن في هذا الحب القوة الحقيقية، وكلما أحببت أكثر كلما أحرزت وأنجزت أكثر، وما يتم تنفيذه بحب يحسن تنفيذه".

فينسينت فان جو

10

لا تخذل حارسك: مشكلة الالتزام الضعيف

لقد قمت، كما ذكرت سابقاً، باستخدام LEAP لإقناع المرضى بالموافقة على تناول الأدوية على أساس التجربة، حتى وإن استمروا بالاعتقاد من عدم كونهم مرضى. إلا أنني قد تعلمت أيضاً الطريقة الصعبة دائماً لتذكر كون هذا الشخص لازال معتقداً بعدم مرضه وغالباً ما يقوده هذا الاعتقاد إلى إغفال الجرعات بطريقة "غير مقصودة" أو "لا إدراكية". وعلى الرغم من ذلك، إن وضعت بالاعتبار أيضاً حقيقة معاناة أشخاص آخرون غير مصابين بمرض عقلي إلا أنهم بحاجة إلى أخذ أدوية (لأي عدد من المشاكل الطبية الخطيرة) من تذكر تناولهم للدواء، فيمكنك حينها رؤية كم جرعة علاجية قد يتم فقدانها.

يمكن أن تصبح المشاكل الناجمة عن هذا "الالتزام الجزئي" أكثر صعوبة، وليست أقل أهمية، مما يحدث عند توقف شخص ما عن تناول علاجه بالكامل. ويعدو ذلك لسبب واحد، ألا وهو في حالة اعتقاد الأشخاص (الطبيب والعائلة) تناول المريض لعلاج بانتظام مع عدم ظهور فعاليتها، سوف يفترضوا الحكم أن الدواء أخذ فرصته الكاملة على هذا العلاج بينما يكون ذلك بعيداً عن الحقيقة. فقد رأيت إسقاط العديد من الأدوية على اعتبار عدم فعاليتها مع شخص معين بسبب عدم معرفة أي فرد بإغفال هذا الشخص للعديد من الجرعات وليس جميعها. حتى وإن ظهر امتلاك العلاج لبعض الفائدة - إلا أنها غير كافية - قد يخشى الطبيب زيادة الجرعة بينما تكون الحقيقة عدم تناول المريض للجرعة الكاملة المحددة له في المقام الأول؛

8- في الغالب يغفل الأشخاص عن تناول علاجهم وتتراوح معدلات الالتزام العلاجي في الأمراض الطبية الأخرى بين 15 إلى 50%.

كيف تمكنت من معرفة هذا كله؟ أولاً، من خلال تجربتي في إدارة آلاف الحوارات باستخدام LEAP. فقد سمعت العديد من "الاعترافات" بإسقاط الجرعات. فعندما يثق شخص ما بعدم توبيخك أو نقدك إياه أو حتى تعليقك على هذه الاعترافات، ينتابه الشعور بحرية مشاركتها. مع إضافة التعاطف والتطبيع (جعل الشيء يبدو طبيعياً) الناجمين عن استخدامك لـ LEAP (على سبيل المثال: "كنت سوف أغفل الجرعة أيضاً إن كنت مكانك")، ويكون سماعك للحقيقة أكثر احتمالاً في المستقبل.

إلا أن الأبحاث تعرض أيضاً تراوح معدلات الالتزام الضعيف (عدم الالتزام الجزئي والكلي)

بين 50% و 75%. وتم اكتشاف مغالاة الأطباء النفسيين بطريقة مثيرة في تقدير معدل الالتزام لدى مرضاهم. واعتقد أنه يجب مسامحتهم عن ذلك - فإن كان مرضاهم مثل أخي هنري، فإنهم يقوموا بإخبار أطبائهم ما يريدون سماعه.

وتبقى الحقيقة المطلقة في تناول 25% فقط من مرضانا لعلاجهم المحدد لهم. ولهذا السبب، ما الذي يمكن فعله لشغل هؤلاء المرضى بالعلاج وما هي أدوات تذكيرهم بتناول جميع الأدوية المحددة لهم؟

11

مسار العلاج الأول

أضاء نور الرسالة على جهاز الرد التليفوني لديّ فقمّت بالضغط على مفتاح التشغيل وسمعت ما يلي: "اتصل إلّوم يا إكسافير بسبب عدم حضور هنري لموعده إلّوم لأخذ حقنة البروليكسين. فبرجاء الطلب منه الاتصال بي لتحديد موعد آخر"⁽¹⁾. كانت هذه المديرّة المسؤولة عن حالة أخي: باتريشيا. كنت قد قابلتها أنا وأخي عقب انتهاء آخر فترة علاجية له في المستشفى واتقنا آنذاك على السماح لها بالاتصال بي في حالة عدم حضور أخي لأيّ موعد. كان ذلك عام 1989، الذي لم يسبقه دخول هنري إلى المستشفى ولو لمرة واحدة منذ اثن عشر شهراً، بينما في الماضي كان دخوله وخروجه من المستشفيات العقلية حوالي أربع مرات في العام الواحد. وأعتقد الآن، كما اعتقدت حينها، أن حالته قد تحسنت بكثير للعديد من الأسباب - الطبيب النفسي المعالج له، وتغير طريقة تحدثي معه (أنظر واستمع إلى الفصل 6)، وخاصةً الطريقة التي يتناول بها دوائه في الوقت الحالي.

خلال آخر فترة علاجية له بالمستشفى، حاولت جاهداً إقناع هنري بتجربة العلاج القابل للحقن مديد المفعول (LAI) بدلاً من تناول الأقراص عبر الفم، وذلك بسبب رؤيتي على مدار السنين كطبيب سريري يعمل في المستشفيات مدى مساعدة ذلك للكثير من الأشخاص الذين كان يطلق عليهم أيضاً مرضى "الباب الدوار" (أو "معتاد الطيران"). وفي ذلك الوقت، كان العلاج القابل للحقن مديد المفعول علاجاً نمطياً لهؤلاء المعالجون في المستشفى إجبارياً. وكان الأساس المنطقي لذلك بسيطاً ألا وهو: لدى هؤلاء الأشخاص تاريخاً من الاعتقاد بعدم كونهم مرضى وتوقفهم عن تناول العلاج عند تركهم المستشفى.

وكنتيجة لذلك، سوف نقوم بمنحهم علاجاً يديم لأسبوعين. وفي حالة توقفهم عن تناول العلاج (مثل: إغفال موعد الحقنة)، سوف نعلم بذلك ويكون في مقدورنا الوصول إليهم.

(1) يعتبر حقن البروليكسين مديد المفعول (الاسم العام: فلوفينازاين ديكانوت) واحداً من ثلاثة أدوية نفسية، تستمر فعاليتها لحوالي أسبوعين للحقنة الواحدة. والهالدول والريسبردال هما الاثنان الآخرين. ويندرج الهالدول والبروليكسين تحت نطاق الجيل الأول من العلاج النفسي، ويطلق عليهما أيضاً "أدوية نفسية لا نمطية". ووافقت الإدارة الفيدرالية للأدوية على دواء الريسبردال أيضاً لعلاج الاضطراب الثنائي. ومن المحتمل موافقة الإدارة الفيدرالية للأدوية على دواء أولانزاباين للجيل الثاني للاستخدام في الولايات المتحدة في المستقبل القريب.

يجب دمج العلاج القابل للحقن مديد المفعول في مسار العلاج الأول

لمدة طويلة، تم اعتبار العلاج القابل للحقن مديد المفعول (LAI) علاجاً للملاذ الأخير، حيث يتم وصفه عقب فشل جميع الطرق الأخرى. بينما يدل كل من البحث وتجربتي الخاصة على صحة النقيض. فلمثل أخي من المرضى، ممن يعانون من مشاكل في البصيرة طويلة الأمد - ولغيرهم ممن يعانون من صعوبة الالتزام - يجب إدراج العلاج القابل للحقن مديد المفعول (LAI) بين الأدوية الأولية المعطاة لشخص ما تم تشخيص مرضه على أنه اضطراب نفسي.

لقد رأيت هذه الإستراتيجية مراراً. فحين تفكر بها، تجد أنها تأتي بالفطرة العامة. فقبل موافقة هنري على الحقن، أبدى وعده النمطي بأنه في حالة خروجه من المستشفى، سوف يستمر في تناول علاجه. فقد قام في الواقع بما كنا سوف نفعله في حالة اعتقادنا بدخولنا الخاطئ بالقوة إلى المستشفى وعلاجنا عن مرض لا نؤمن بإصابتنا به. كنا سوف نخبر الأطباء وأفراد العائلة القلقين بما يريدون سماعه. "أرى الآن أنني مريض وبحاجة إلى تناول الدواء"، فهي فطرة عامة.

وعلى الرغم من ذلك، تعتبر مخادعتك لمن تحب من الأشخاص الذين يدفعون بك لتناول الدواء ويتحالفون مع الأطباء النفسيين المقتنعين بكونك "مجنوناً" مأزقاً وحيداً ومريعاً قد وقعت فيه. قبل تعليمي كيفية الاستماع إلى أخي، كان يصيبنني الغضب والشعور بالمخادعة كلما تراجع أخي عن وعده. إلا أنني عقب تعليمي كيفية شعوره تجاه تخبئة الأقراص والكذب، وعقب سماع شعوره بالخذي بسبب خداعه، انتابتنني الرغبة في إيجاد طريقة لتجنب وضعه في هذا المأزق.

وكان وضع كل شيء على المنضدة مع عدم خلق موقفاً يحاول فيه التوقف السري عن تناول الدواء حلاً بسيطاً. وهذا سبباً من الأسباب العديدة لكون العلاج القابل للحقن مديد المفعول ذو منفعة بالغة لدي. فما كان عليه إلا الظهور في الموعد المحدد كل أسبوعين ولقاء شخصاً ما يحبه. فكان الوخز القصير للحقنة مرتين في الشهر⁽¹⁾ أقل صعوبة بكثير من المعاناة ثلاث مرات في اليوم في صراع بين الوفاء للعائلة وبين رغبته في التوقف عن أخذ العلاج. فقد أراد إسعادي أنا وأمه لمعرفة بمدى قلقنا عليه، ولكن بسبب إقناع المرض له بصحته، وجد نفسه منحصرًا بين صخرة ومكان قاسي أكثر من 90 مرة في الشهر! إلا أنه الآن أصبح مرتين فقط في الشهر.

وتعتبر ميلي، والدة تينا وسوزان وموضوع فيلم سوزان الوثائقي "من خارج الظل" (أنظر إلى قسم المصادر المتواجد في نهاية هذا الكتاب)، حالة متشابهة أخرى قمت بمتابعتها شخصياً. فقد

(1) تم تشكيل تركيبة جديدة من الجيل الثاني لـ LAI تحتاج لتعاطيها مرة واحدة في الشهر فقط.

كنت مستشار الفيلم وصديق للعائلة أيضاً. فمثل أخي، كانت تعاني ميلي من تاريخ طويل من مرض انفصام الشخصية (الشيزوفرينيا) ومن إخفاء حقيقة عدم تناولها للعلاج. فقد قامت ميلي ذات مرة، أثناء قيامها برحلة طيران لزيارة سوزان، بالذهاب إلى حمام الطائرة وإفراغ محتويات جميع الأقرص المعالجة للمرض النفسي ووضعها مرة أخرى فارغة في الزجاجية. وكان السبب وراء ذلك معرفتها بمراقبة ابناتها لها للتأكد من ابتلاعها الأقرص. ولا أستطيع أن ألقى اللوم على ميلي لما فعلته - فهي لم تؤمن بكونها مريضة. فلن أقوم بتناول دواء لمرض لا أعتقد بإصابتي به! فهل تفعل انت ذلك؟ فلو كنت مكانها، كان من المحتمل أن أقوم بمثل ما فعلته.

وكما يعرض الفيلم، تتحسن حالة ميلي كلما أخذت علاجها، بينما تنتكس حالتها كلما تجنبت تناول العلاج. وخلال آخر انتكاسة لها، قامت سوزان وتينا بمحادثتي حول الخيارات الدوائية لحالة ميلي، فقمتم بتوصيتهما بشدة لإعطائها ريسبيردال كونستا. فقد تحسنت حالتها في السابق مع العلاج غير النمطي، وانتابني الشعور بمنح العلاج قابل الحقن مديد المفعول أفضل فرصة للتعافي والشفاء الكامل. ففي ذلك الوقت، وفي وقت كتابتي لهذا النص، كان كونستا الدواء الوحيد المعالج النفسي المتوفر حينها في شكل حقن مديدة المفعول. فتمكنتا سوزان وتينا من استخدام علاقتهما الإيجابية مع أهمهما لإقناعها بالموافقة على الحقن مرتين شهرياً، ولا يثير اندهاشنا عدم تعرضها لأية انتكاسة (على حد علمي) منذ إتباعها هذا النمط العلاجي. وضمن الفوائد الإيجابية الأخرى، لم تحاول ميلي الامتناع السري عن تناول أقرصها العلاجية بل ولها جرعة علاجية ثابتة في الوقت الحالي، لا يمكنها التصرف بطبيعتها التناقضية بدون إشراف الطبيب والعائلة.

العلاج: ما هو العلاج الملائم وكيف يتم استخدامه؟

يتكرر سؤال في أغلب أوقات تقديمي لندوة LEAP عن "ما هو العلاج الأفضل" وتكون إجابتي "لا يوجد". يوافق العلم مع خبرتي الشخصية على عدم تمكننا من التوقع الموثوق به للعلاج الأفضل لأي شخص معين. فعند تقرير وصف علاج معين، يحتاج الشخص للمقارنة، ضمن أشياء أخرى، مع كيفية تعامل المريض مع الأعراض الجانبية لهذا العلاج. وفي بعض الحالات، تعتبر التكلفة عاملاً تقريرياً آخرًا.

وعلى الرغم من ذلك، أعتقد باحتمالية تطبيق أحكاماً عامة معينة عند اختيار العلاج للأشخاص الذين لهم تاريخ سابق من ضعف البصيرة والالتزام الضعيف في تناول العلاج. باختصار، يجب أن تكون الجرعة بسيطة مع تصعيب فرصة انصياع الشخص لرغبته في التوقف عن تناول العلاج.

..... أنصح بجعله بسيط إن كان في الاستطاعة

.....
تكون مراقبة التزام المريض بتناول العلاج في حالة تناوله مرة أو مرتين يومياً أكثر سهولة من تناوله العلاج عدة مرات يومياً. كما يكون من السهل أيضاً على الشخص المتناول للعلاج تذكره وعدم الانصياع إلى رغبته اللاإرادية بإغفال الجرعة. فكلما قل عدد الجرعات اليومية، كلما قلت فرص تقرير الشخص الإرادي واللاإرادي بإغفال الجرعة، أو نسيانها ببساطة.

.....
غالباً، أقوم بتزكية العلاج قابل للحقن مديد المفعول في حالة معاناة مرضاي من تاريخ مرضي بضعف البصيرة والالتزام.

.....
غالباً ما أقوم بتزكية العلاج القابل للحقن مديد المفعول عند امتلاك مرضاي لتاريخ من ضعف البصيرة وضعف الالتزام (أي: الالتزام الجزئي أو الكلي). فلا يقوم ذلك فقط بالتيشير على المريض وعلى أنا لمراقبة التزامه، بل له فوائد أخرى. فعلى سبيل المثال: لا يكون الشخص المراقب لتناول الجرعة مضطراً للطلب من المريض فتح فمه لإثبات بلعه للقرص (كنت سأتمنى عدم اضطراري لفعل ذلك مجدداً) أو الإحصاء السري لعدد الأقراص المتبقية في الزجاجاة للتأكد من تناول المريض لجميع الجرعات.

وعلى الرغم من ذلك، أقوم بالتأكيد للمرة الثانية على عدم اضطرارك تطبيق ما أقوله حرفياً (كما لا أريدك أن تفعل ذلك). ويدعم البحث ما تعلمته من التجربة الشخصية. فعلى سبيل المثال، في عام 1999، قام يونج وزملائه بنشر معالجة شاملة عن الدراسات البحثية (أنظر إلى المطبوعات المقتبسة في نهاية هذا الكتاب) التي تعرض لتوقف حوالي 50% من المرضى عن تناول أقراصهم العلاجية مقارنةً بنسبة 17% ممن يأخذون الحقن مديدة المفعول. تم تكرار هذا الاكتشاف الرئيسي عدة مرات. فإن قررت إتباع هذا المسار، لا تتراجع بسبب الإشراف على محاولة إقناع شخص ما بأخذ حقنة مرتين شهرياً. فليس ذلك بدرجة الصعوبة التي تتخيلها. ففي الواقع، قمت بعمل بعض الأبحاث على هذه المسألة واكتشفت أنه في حالة استخدامك للعناصر الأساسية المتواجدة في LEAP، يكون نجاحك هو الأرجح. وسواء كنت قادراً أم لا على إقناع الشخص الذي تحاول مساعدته لمتابعة العلاج القابل للحقن مديد المفعول، تذكر تبسيط الجرعة، ومراقبة تناول العلاج عن قرب، ولا تتوقف أبداً عن الاستماع إلى كيفية شعور مريضك أو قريبك

عند تناوله للعلاج.

وكتعلق أخير على موضوع العلاج، أود الإجابة على سؤال دائم التكرار على: "لو كان عدم إدراك الإصابة بالمرض عرضاً للمرض النفسي، مثل التأثير السطحي أو الهذيان، فهل تساعد الأدوية؟"

لقد قلت بالفعل أن القليل من الدراسات قامت بفحص هذا السؤال بالتحديد. فعامةً، عدم إدراك الإصابة بالمرض، كمثال الأعراض السلبية الأخرى، يظهر على أنه مقاوماً للعلاج الدوائي. وعلى الرغم من اقتراح دراستين في المطبوعات بإمكانية تحسين كلاً من الكلوزاريل والريسبيردال كونستا للبصيرة، فمن المهم تذكر أهمية إعادة التجربة (مثال: تشير ملاحظة أريستوتال بأن "قيام الفرد بالبلع لا يمثل نجاحاً"). وبالرغم من أن هذه الدراسات مرجوة النتائج، يجب إعادة تجربتها بشكل مستقل قبل استطاعتنا معرفة صحة النتائج.

العلاج النفسي:

هل يؤثر العلاج النفسي على من يعاني من الأشخاص من مرض عقلي خطير؟ إن كنت قد قرأت ذلك منذ فترة بعيدة، تكون على دراية بسبب اعتقادي ذلك. فقد قام العديد من الأشخاص بالطلب مني إحالتهم إلى معالجين نفسانيين يقوموا باستخدام LEAP. بينما قام آخرون بسؤالي حول كيفية إقناع المعالج النفسي غير المتدرب على LEAP لاستخدامه هذه الطريقة. منذ نشر أول نسخة من هذا الكتاب في صيف 2000، تم تدريب الآلاف من المعالجين النفسيين وأعضاء العائلة على LEAP. تعتبر LEAP طريقة تواصلية بمثل اعتبارها شكلاً من أشكال العلاج، وبسبب كونها بديهية وسريعة المساعدة، يستعد أغلبية المعالجين النفسيين لتعلمها بمجرد شعورهم بالحاجة إليها.

.....

يقوم العديد من المعالجين النفسيين باستخدام بعض عناصر LEAP بالفعل ولكن ليس بالشكل النظامي المطلوب وبدون فهم إمكانيتها الكاملة.

.....

أعلم من خلال تجربتي قيام العديد من المعالجين النفسيين باستخدام بعض عناصر LEAP بالفعل ولكن ليس بالشكل النظامي المطلوب وبدون فهم إمكانيتها الكاملة. فعند إشارتي إلى الأمثلة المحددة التي فيها قاموا باستخدام الاستماع الانعكاسي، حجر الأساس لهذه الطريقة للتواصل مع المرضى، أقروا سريعاً بتقليله للتوتر وعدم الثقة وفتح مسارات التواصل الصادق حول الأعراض والعلاج. ومن أفضل فوائده، يساعد المرضى على إيجاد أسباب ضرورية للعلاج ويقوم بتحويل

ممارس LEAP من عدو محتمل إلى شخص يثق به المرضى ويُقدِّروا آرائه. ولهذه الأسباب، أجد أنه بمجرد تجربتها، لن يفتح المعالجون النفسيون لها فقط، بل سوف يكونوا شغوفين بالتعلم الأكثر حولها.

قام العديد من المعالجين النفسيين بالتدرب على LEAP من خلال مؤسسة LEAP (أنظر إلى: www.LEAPInstitute.org). ومؤخراً، قمنا بحصر قائمة من المعالجين النفسيين المعتمدين، وعلى الرغم من حضور آلاف آخرين لتدريبات LEAP خلال العقد الأخير، إلا أننا لم نقم بتعقبهم. ومن ثم، إن لم يكن بمقدورك إيجاد معالج نفسي معتمد لاستخدام LEAP في مجتمعك، توجد بعض الأسئلة يمكنك طرحها لمعرفة ما إذا كان المعالج النفسي الذي تتعامل معه أو تفترض حضوره لإحدى ندواتنا الأولى مستخدماً لأدوات LEAP الأساسية. فعلى سبيل المثال، يمكنك سؤال ما إذا قام هو أو هي بحضور يوم تدريبي أو ندوة عن LEAP أو قام بقراءة هذا الكتاب. ويمكنك سؤال ما إذا قام هو أو هي بالتدريب على الحوارات التحفيزية. وفي حالة الإجابة بلا، يمكنك حينها سؤاله أو سؤالها حول الاستعداد لقراءة هذا الكتاب ومنحه/ منحها نسخة منه.

كيفية إقناع المعالج النفسي لقراءة هذا الكتاب:

بينما يثير عرض هذه النصيحة التالية إحراجي وقد يجرح مشاعر زميلي المعالج النفسي، إلا أنني أقوم بعرضها بسبب قيام القراء من أفراد العائلة بإخباري مرات لا تحصى "أعطينا نسخة من كتابك للمعالجين النفسيين الذين نحبهم، إلا أننا لا نعتقد قراءتهم له! كيف يمكننا إقناعهم بالقراءة؟"

أنهيت هذا السؤال متعجباً بما كنت سوف أفعله إن كنت مكان هذا المعالج النفسي. وبعدها تذكرت أنه في بعض الأحيان تم إعطائي بالفعل كتباً من قبل المرضى وأفراد العائلة. وعادةً يكون من إحدى أسباب فتحي للكتاب هو سؤالني عن رأيي فيه - ويكون هذا السؤال: "أعتقد أن هذا الكتاب مفيداً وأريد إتباعه؛ ما هو رأيك؟ هل يمكنني ذلك؟" سبباً في قراءتي عادةً للفصل الأول على الأقل وتصفح الباقي. فيمكنك تجربة أسئلة مثل: "قامت عائلتي بإتباع هذه الطريقة مع من نحبهم ونريد التأكد من عدم تدخلنا في أي شيء تقوم بفعله. فهل يمكنك قراءته سريعاً وإخبارنا برأيك؟".

لا تكن مثبط العزيمة إن واجهتك بعض العواقب الأولية. تذكر نقاشي على مدار سبعة أعوام مع أخي قبل بدئي في العمل بهذه الطريقة! وفي الواقع دخل معظم المعالجين النفسيين في المجال لرغبتهم الحقيقية في إبداء المساعدة.

العلاج المعرفي:

وأخيراً، أثبت العلاج المعرفي فعاليته في تقليل حدة أعراض معينة لدى المرضى الذين يعانون من الاضطرابات النفسية (أنظر إلى الفصل 17 من العلاج النفسي للهوس). كما ذكرنا آنفاً، تعني حقيقة تعاملنا مع اضطرابات العقل حاجتنا لمهاجمة نقائص كلاً من العلاج الحيوي والنفسي، بمثل ما نفعله عندما يتعرض شخص ما لضربة أو شكل آخر من الاختلال الوظيفي للعقل.

وعلى الرغم من فعاليته مع العديد من المرضى، لازال العلاج المعرفي قليل الاستعمال في علاج الاضطرابات النفسية في الولايات المتحدة. بينما ينتشر استخدامه في بلدان أخرى مثل المملكة المتحدة. وعلى الرغم من ذلك، يزداد استخدامه. وقد قمت بتكريس فصلاً لهذا الموضوع في نهاية هذا الكتاب، مع توفير قراءات مقترحة ومصدر تنظيمي لتوفير المزيد من التعلم حول هذه الأداة الهامة للعلاج النفسي.

12

العلاج الإجباري

يتم غالباً، عند القائي للمحاضرات وورش العمل حول LEAP، اظهار التقدير لي كشخص قام بمساعدة كلاً ممن يريد توفر المزيد من الخيارات حول العلاج الإجباري ومن يريد إلغاء هذه القوانين. تم استخدام النسخة الأولى من "أنا لست مريضاً، أنا لست بحاجة إلى المساعدة" من قبل بعض الأشخاص لمناقشة إتاحة إجراءات أقل تقييداً، بما في ذلك LEAP، ووجوب استخدامها بدلاً من العلاج الإجباري، ومن قبل آخرين يشيرون إلى بحث عدم إدراكك المرض (عمه المرض) لتأكيد كون العلاج الإجباري الشيء الإنساني المتبع عند رفض شخص ما العلاج بسبب ضعف بصيرته. ولذلك، أين يمكنني الوقوف في هذا الصدد؟

نحن بحاجة إلى هذه القوانين، ولكن متى وهل يجب اللجوء إليها يعتمد على ملائمت كل حالة. وقد قمت بالاشتراك شخصياً في تدخلات لا أستطيع إحصائها للعلاج الإجباري. ولا ينتابني الشك حول أن مشاركتي في هذا العلاج لم تقم فقط بإنقاذ الأرواح بل ساعدت مرضاي أيضاً في تجنب التعرض للجروح أو القبض عليهم متهمين بارتكاب جرائم. وبالتأكيد، قامت التدخلات بمنح العديد من الأشخاص حقنة للشفاء من المرض النفسي.

إلا أنه بالنسبة لي، يكون العلاج الإجباري عادة الملاذ الأخير لكل من كان العلاج الجبري مساعداً له، كان مؤلماً على حد معرفتي في العديد من المرات للشخص الذي يعاني من المرض النفسي (ما لم يُستكمل العلاج الموصى به عن طريق العيادات الخارجية).

ومع مرور الأعوام، تعلمت الكثير حول وقت وكيفية مواصلة هذا الاختيار وكيفية تحسين النتيجة. ليس من الضروري أن تكون تجربة مؤلمة على من تحب أو عليك. ففي ذلك الفصل، سوف أتناول الأمثلة التي أعتقد ضرورية إتباع العلاج الإجباري بها، والخيارات المتاحة لك، وبعض النصائح حول كيفية استخدامه.

.....
تعتبر مواقف معينة واضحة الاتجاهات وتكون في الغالب دائماً تكليفاً مصرحاً به
.....

في الفصل الأول، قمت بوصف كيفية اتصال والدتي بالشرطة عندما أصبح مات مهدداً خلال النقاش معه وذلك بسبب معرفتها من التجربة السابقة انه أصبح غير مسيطر على انفعالاته

وحتماً سيصبح عنيفاً. ونظراً لمعاصرتها حلقات عديدة من مرض ابنها، علمت والدته مات الوقت المناسب لطلب المساعدة.

وظاهرياً، بدت علامات المرض التي انتبعت لها والدته مات مختلفة عما علمته من خلال مراقبتي لأخي هنري، بينما تشابهت درجة الخطر الدالة عليها. كما يمكن أن تكون العلامات التي تحتاج إلى تعلمها عند المراقبة فريدة أيضاً. إلا أنه وقتما يتصرف الشخص بطريقة تهديديه أو خطيرة، سواء كانت شفهية (مثل: توقف عن التلويح إلى وإلا سوف أجعلك تتوقف!) أو سافراً بدرجة أكبر (مثل: "سوف أقوم بضربك إذا...") أو "سوف أقتلك...") أو جسمانياً (مثل: إلقاء الأشياء، أو دفع أو إعاقة شخص آخر، أو إشعال النيران في سلة القمامة أو الإمساك بمضرب أو سكين، أو طردك من المنزل، أو حبسك في الغرفة، الخ)، يجب عليك حينها التصرف. وبالمثل يكون الوضع عندما يعرض الشخص لأية أفكار حول إنهاء حياته. فتعتبر مواقف معينة "واضحة الاتجاهات" وتكون في الغالب دائماً تكليفاً مصرحاً به. ومن بين هذه المواقف، تكون المواقف التي يكون فيها الشخص على وشك إيذاء نفسه أو إيذاء شخصاً آخر واضحة. ففي الواقع، كون الشخص مؤذياً لنفسه أو للآخرين هو أكثر معيار قانوني شيوياً لوضع شخص ما في المستشفى ضد رغبته.

.....
إن كنت الطبيب أو المعالج النفسي، يكون دائماً التواصل مع العائلة لمشاركة ملاحظتك ودواعي قلقك ممارسة جيدة.

.....
إن كنت قد قررت التصرف، تذكر بعدم كونك الشخص الوحيد الملزم بالشخص المريض عقلياً وأنه يوجد العديد من المصادر متاحة لديك. فإن كنت من أفراد العائلة، يكون أول شخص للتواصل معه عند شعورك بتفاقم الوضع خارج السيطرة هو الطبيب أو المعالج النفسي المتعامل مع الشخص موضوع الاهتمام (إن كان هو/ هي يتابع مع أحدهما). وإن لم يكن قد تواصل مع طبيب أو معالج نفسي لفترة طويلة، أو في حال عدم متابعته مع متخصص في الصحة النفسية نهائياً، يجب أن يكون أول شخص تتواصل معه هو شخص مختلف، وسوف أتناول هذا الموضوع بعد قليل.

إن كنت الطبيب أو المعالج النفسي، يكون دائماً التواصل مع العائلة لمشاركة ملاحظتك ودواعي قلقك ممارسة جيدة، على أمل عملكم معاً كفريق حتى هذه النقطة. حتى في حالة عدم حدوث ذلك، لن يكون متأخراً أبداً ضم قواتكم معاً. وتكون هذه النصيحة للعديد من المعالجين النفسيين ضد تدريبهم ومبادئهم. فمن المفترض بقاء ما يقال في الجلسة العلاجية سراً مع بعض

الاستثناءات القليلة. ولكن، على الرغم من عدم تدريب معظم المعالجين النفسيين على هذا النحو في الوقت الحالي، إلا أن تفاقم المرض العقلي الخطير (مثل: الذهان الحاد) يكون سبباً جيداً لخرق السرية لكي تتمكن من التحدث مع الأشخاص الآخرين المهتمين بمريضهم. وإن كانت حدود السرية واضحة ("إن أصابتك انتكاسة مرضية وكان لها أثراً سلبياً على حكمتك، سوف أحتاج إلى إبلاغ عائلتك للحصول على المساعدة")، فلا يوجد إشكال أخلاقي. فلقد قمت بذلك العديد من المرات ولم يتم مقاضاتي ولم اتلقى الشكاوى. والأكثر أهمية من ذلك هو كونه الشيء الصواب لفعله.

كيفية الشروع في العلاج الإجمالي:

على وجه العموم، توجد ثلاث طرق للشروع في العلاج الإجمالي. لم أذكر حتى الآن إلا واحدة وهي استدعاء الشرطة. وفي الواقع، هناك خيارات أخرى أعتقد كونها في غالب الوقت هي الأولى دائماً ما لم ينتابني الشعور بأن شخصاً ما في خطر وشيك واضح لإيذاء نفسه أو إيذاء شخص آخر. ومثالاً، يكون ترتيب المفضل هو: 1- الذهاب معاً إلى قسم الطوارئ، 2- استدعاء فريق أزمات الصحة النفسية أو فريق الطب النفسي المجتمعي، أو عند إخفاق ذلك 3- استدعاء الشرطة وطلب ضباط من إدارة فريق التدخل في الأزمات (CIT).

الترتيب المفضل لدي

1- الذهاب معاً إلى قسم الطوارئ

2- استدعاء فريق أزمات الصحة النفسية أو فريق الطب النفسي المجتمعي

3- استدعاء الشرطة وطلب ضباط من إدارة فريق التدخل في الأزمات

قم باستخدام مهارات LEAP لتنفيذ ذلك:

في بعض الأحيان، إن كان الشخص لا زال يثق بك، يمكنك حينها الطلب منه الذهاب إلى قسم الطوارئ معك. فقم بشرح كونك قلقاً عليه وترغب في معرفة إن كان باستطاعة الطبيب المساعدة، واستخدم مهارات LEAP لتنفيذ ذلك. وتأكد من التركيز على ماهية المشكلة من وجهة نظر الشخص نفسه. ففي ذات مرة، كان هنري مريضاً جداً وأصابه التوجس تجاه والدتنا، معتقداً برغبتها في قتله، قلت له: "تحتاج إلى الذهاب بعيداً عن والدتك الآن. دعنا نذهب في جولة ونمر على كينو (مستشفى المنطقة) لكي تشعر بأمان". فقام بالموافقة. وقامت أم ما بإقناع ابنتها المريضة عقلياً بالذهاب إلى المستشفى عقب حديثهما حول شعور ابنتها الانتحاري. فعقب قيام الأم بالاستماع الانعكاسي وتطبيع مشاعر ابنتها حول الرغبة في الموت، قامت بسؤالها: "هل يمكنني إخبارك بما كنت سأفعله لو كنت مكانك؟".

"ما الذي تعتقدين إنني سأفعله؟"

"اعتقد أننا يجب أن نذهب إلى الطبيب سوياً والتحدث معه فيمكن أن يقوم بمساعدتنا. وإن استمر بعدها نفس شعورك، فإنك لن تكوني قد خسرتي أي شيء بالفعل".

"ولكنهم سوف يحبسونني إن ذهبت".

"يجوز ذلك، ولكن حتى وإن فعلوا ذلك، فإنه ليس لديك ما تفتقدينه. فإن استمر شعورك بعدها على هذا النحو، سوف تكوني على الأقل على معرفة بأنك قد حاولتي". فعن طريق استخدام الاستماع الانعكاسي وعدم الكذب حول ما هو محتمل حدوثه، تمكنت من إقناع ابنتها للذهاب إلى المستشفى.

حاول جاهداً عدم خداع الشخص عن طريق إخباره بذهابكما إلى مكان آخر وينتهي بكما المطاف إلى قسم الطوارئ. فعلمت قيام العديد من الأشخاص بهذه الخدعة، وقمت بها مرة بنفسي، إلا أنها خطيرة لسببين: سوف يشعر الشخص بالطبع بأنه قد تعرض للخيانة و/أو يحتمل أن يقفز خارج السيارة عند إدراكه لمكان ذهابكما الفعلي. يمكن أن تتجح هذه الطريقة إلا أنني لا أوصي باستخدامها من بين الخيارات الأخرى.

لمعرفة ما إذا كان مجتمعك يمتلك فريق للأزمات، يمكن الاتصال بأي إسعاف نفسي أو إدارة الشرطة المحلية التي تتبعها.

تتشترك العديد من إدارات الشرطة وغرف الإسعاف النفسي معاً للإبقاء على الأشخاص المرضى النفسيين ممن يرتكبوا مخالفات بسيطة (مثل زعزعة السلام) خارج الحجز. ويعتبر "فريق الأزمات المتحرك" (فريق أزمات a.k.a، وفريق الأزمات الحادة المتحرك، ووحدة الأزمات النفسية، الخ) منتجاً عاماً لهذه الشراكة. وعادةً، توجد فرق الأزمات المتحركة في وكالات أو مستشفيات الصحة النفسية. ولمعرفة ما إذا كان مجتمعك يمتلك فريق للأزمات، يمكن الاتصال بأي إسعاف نفسي أو إدارة الشرطة المحلية التي تتبعها.

فطريقة عمل هذا النوع من التدخلات هو مجيء عاملي الصحة النفسية إلى الشخص الذي تهتم به وتقييم حالته في مكانه. فإن كان حكمهم عليه بوجوب دخوله إلى المستشفى، سوف يحاولون إقناعه بمرافقتهم إليها. وفي حالة رفضه القيام بذلك، يجوز لهم الشروع في العملية الإلزامية في الحال. وبسبب تدريبهم على إدراك المرض النفسي، يكونوا أقل عرضة من الشرطة في إساءة تفسير سلوك الشخص الذي تهتم به على أنه شيء آخر (مثل: سلوكاً إجرامياً، أو نتيجة لطبيعة شخصية سلبية، الخ). كما قد يكون في مقدورهم التواصل مع الشخص الذي تهتم به بطريقة أكثر فعالية من ضابط الشرطة الذي لم يتلقى نفس التدريب المتخصص. وفي حالة عدم تواجد أي فريق متنقل للأزمات، أو عدم توفر أحدهما وقت اتصالك، قم حينها بالاتصال بالشرطة

المحلية. وحينها، قم بشرح كون من تهتم به مريضاً نفسياً وأنه في خطر وشيك على إيذاء نفسه أو إيذاء شخص آخر (على حسب الحالة).

وقد تقوم طبيعياً بمقاومة فكرة الاتصال بالشرطة بسبب شعورك بأنه بفرض امر ما على من تهتم به، فإنك بذلك تحاول السيطرة على حياته. وإن كنت بالفعل تواجه علاقة ضعيفة أو متوترة، فتكون رغبتك في تجنب الصراع الذي سوف يخلقه هذا الاتجاه امر طبيعى.

وغالباً ما يؤدي هذا التجنب والرغبة في ألا تكون مؤذياً إلى المماطلة والأفكار البديله. فيكون ذلك طبيعياً ولكن محتملاً خطورته لجميع الأسباب التي قمت بمناقشتها في الفصل 2 (أي: الاستجابة الضعيفة للعلاج بسبب تركه غير معالج لأعوام، أو دورة مرض أكثر بأساً، أو الانتحار، أو خطورة العنف، الخ). كما تكون خطيرة بسبب انتهاء الحال مع العديد من الأشخاص غير المعالجين من المرض النفسي في السجون أو مراكز الاحتجاز.

ليس هذا بالحل الجيد - فإن سجوننا معروفة بعدم توفر العلاج النفسي الكافي. والأسوأ، هو انتهاء الحال عادةً للفرد المتهم والمسجون بسجل إجرامي بوضع يؤدي الى تغيير مجرى حياته للأبد. ولعشرات الآلاف من الحالات، يفقد هؤلاء الاشخاص ما هو أكثر من مجرد الحجز لمدة 72 ساعة (الحجز النمطي للعلاج الإجباري). فإن شرعت أنت في العلاج الإجباري، تكون فرص حدوث ذلك أقل بكثير من كون شخص غريب بشكل كلي هو المحرك وراء ذلك. ولكي تتنجح، يكون أساسياً لك أن تؤمن بعدم كون الإلزام انتهاكاً دائماً لتحرر من تهتم بأمره. ففي الواقع، يكون ذلك في معظم الحالات وسيلة من خلالها تساعد بها هذا الشخص لكي يستعيد السيطرة على حياته. لهذا السبب يكون تخلصك من التردد والشعور بالذنب ضرورياً في عملية الإلزام بالعلاج.

التخلص من التردد والشعور بالذنب:

بينما تعتقد بصحة قرارك، إلا أنه من الصعب عدم شعورك بالذنب في بعض الأحيان. وسيخلق مصطلح "الإلزام" في ذهنك صوراً من المعاناة الجسدية وستره المرضي النفسيين. فعند تفكيرنا في الجناح النفسي، لا يقوم عقلنا عادة باستحضار صورة الرعاية والبيئة المستقرة. بينما تكون صوراً من فيلم طار فوق عش المجانين هي الأكثر شيوعاً.

ومثل غالبية الأشخاص، كانت لدي صورة غاية في السلبية حول المؤسسات النفسية. فقد كتبت في مقدمة النسخة الأولى من هذا الكتاب:

"لم أقم أبداً بالدخول إلى جناح العلاج النفسي بسبب شعوري بالتوتر والحر. فيأتي الشعور بالتوتر من جراء نفس الأسباب التي تزعج أغلبية الأشخاص عند إحاطتهم بعشرين شخص ذوي مرض عقلي خطير. فيمشي البعض منهم متحدثين بصوت عالى إلى الأصوات التي تطرأ على

أسماعهم هم فقط. بينما يدخن البعض الآخر السجائر بشغف. وجلس رجل ما أمامي مباشرة بهدوء مركزاً عيناه على وعلى ما يبدو كان يتخيل ما هو بعيد. فبدأت بعض الأسئلة القلقة تدور في ذهني: هل أنا بأمان؟ هل هم بأمان؟ هل هذه قاعة جحيم أم جنة؟ ... وكنت متأكداً من إلقاء اللوم على نفسي بشكل ما لما قد حدث لأخي... من مجيء الشرطة وسيارة الإسعاف والعواقب التي تحملها بسببي."

وفي الواقع، عقب إلزام أخي بدخول المستشفى في المرة الأولى، علمت بعدم تشابه الجناح العقلي الذي ذهب إليه مع ما تخيلته في أسوأ مخاوفي. فلقد وجد بالفعل الكثير من التدخين (على الرغم من كون ذلك شيئاً من الماضي في معظم المستشفيات)، إلا أنه لم يجلس أحدهم صارخاً بستره الحجر العقلي. ولم يرق أحد من المرضى بتهديدي أو مضايقتي بأي شكل كان. وقد تم تقييد هنري، ولكن لفترة قصيرة في سيارة الإسعاف. وعقب وصوله إلى مساعدة الإسعاف، تم تحريره سريعاً من قيوده الجلدية. وكان جناحه العقلي، مثل العديد من الأماكن التي عملت بها، يمتلك لجرة أو ردهة للجلوس بتلفاز منخفض الصوت في إحدى جوانبها، ومنضدة بينج بونج على الجانب الآخر من اللجرة. فكان بإمكانني زيارة أخي وقضاء الوقت معه في هذه اللجرة. فسرعان ما تبددت مخاوفي عند معاينة واقع القسم النفسي بالمستشفى.

ففي الواقع، يتم تصميم أغلبية المنشآت العلاجية التي يعيش بها المرضى بشكل مريح وإنساني ومطمئن للأشخاص المعالجين هناك.

وبغرض المساعدة الفعالة للشخص الذي تهتم به، يكون ضرورياً إما أن تجتاز مخاوفك وشكوكك حول الإلزام العلاجي أو تضعها جانباً. وإن محاولة فصل الأوهام عن الواقع هي أهم شيء يجب عليك فعله. وتعلم عن عملية الإلزام العلاجي وشكل المنشآت العلاجية في منطقتك. ويمكن أن تساعدك العديد من المنظمات الراعية للمرضى التي تم وصفها في قسم المصادر من هذا الكتاب في تعلم ما يمكنك توقعه من منشآت الصحة النفسية المحلية التابعة لك.

كما تتعلق هذه النصيحة أيضاً ببعض اختصاصيي الصحة النفسية. ففي العديد من المرات، يتردد بعض منا ممن يعملوا بشكل أساسي في مواقع خارجية للمرضى في إلزام المرضى بسبب الخوف من المنشآت النفسية غير المألوفة لدينا.

يمثل المرض العقلي الخطير أي مرض طبي آخر.

يمثل المرض العقلي الخطير أي مرض طبي آخر. فإن أصيب الشخص الذي تحبه بمرض السكري، سوف تقوم بتعلم كل شيء حول المرض والخطوات المتبعة للسيطرة على المرض. كما سوف تحاول معرفة أفضل المراكز العلاجية لمرض السكري في منطقتك. هذا بالإضافة إلى

امتلاكك الأرقام الهاتفية للطوارئ الطبية ومعرفة أقرب مكان للطوارئ تحسباً لحدوث أي شيء غير متوقع. ففي حالة ارتفاع نسبة السكر وإصابة من تحب بتشويش مستوي الوعي، لن تتردد في التوجه إلى ادخاله المستشفى، سواء وافق هذا الشخص أم أبى. وأنا متأكد من عدم شعورك بالذنب أو التردد.

إدراك العلامات التحذيرية:

إن كنت قد مررت سابقاً بعملية علاج الشخص الذي تحبه داخل المستشفى، فإنك على الأرجح تكون خبيراً بالعلامات التحذيرية الأولى التي تشير إلى الحاجة إلى العلاج داخل المستشفى. فتصبح على علم بخروج هذا الشخص عن حالته الطبيعية وتدهور المرض. قم باستغراق لحظة للتوقف عند وكتابة أكثر ثلاثة تغيرات مقلقة في تفكير، و/أو إدراك و/أو تصرفات الشخص الذي تحبه التي أجازت الدخول إلى المستشفى في الماضي (أو التي ألزمت الدخول إلى المستشفى من وجهة نظرك).

-1

-2

-3

احتفظ بالقائمة في ذهنك وقم بالعودة إليها في غالبية الوقت. فإن كنت على دراية بالعلامات التحذيرية الأولية، يكون عدم تنبهك أقل احتمالاً عند تقاوم المرض. وفيما يلي بعض العلامات العامة التي يعتبرها أشخاص آخرون جدية بدرجة تكفي للتفكير في الإلزام داخل المستشفى:

- رفض تناول العلاج بينما تكون العائلة والطبيب المعالج على علم من الخبرة السابقة بالاقتراب من الانتكاسة أو التضرر.
- الإساءة اللفظية أو الجسدية.
- أفكار انتحارية (مثل: "كنت أتمنى لو كنت ميتاً"، أو "يجب على إنهاء هذا كله فحسب"، الخ).
- إيذاء النفس (مثل: قطع أجزاء الجسم، أو ضرب الرأس، أو شرب الصابون، أو أكل الفضلات، الخ).
- تدمير الملكية (الملكية الخاصة أو ملكية الآخرين).
- ملاحقة الآخرين (مثل: مكالمات هاتفية متتالية رغم الشكاوى، والزيارات المتكررة غير المرغوب بها، الخ).

- خروجه بلا مأوى، مما يؤدي إلى إيذاء النفس (مثل: التعرض لأحوال الطقس القاسية ارتداء الملابس الغير مناسبة، وسوء التغذية، وإهمال الرعاية الصحية الأساسية، الخ).
 - رفض أو عدم القدرة على التحدث مع أي شخص.
 - أوهام العظمه (مثل: امتلاك للقوى الخارقة، والشهرة، والمعرفة الشخصية للمشاهير، الخ).
 - إفراط التحدث مع النفس.
 - كون المريض مبهم الحديث.
 - أوهام بالاضطهاد (مثل: مراقب من الجهات الحكومية، مستحوذ عليه من قبل الشيطان، مخاوف بتعمد من يحبهم إيذائه، الخ).
 - سماع اصوات تعطي اوامر للمريض (مثل: أصوات تقول: "يجب عليك قتل نفسك" الخ).
 - تدهور ملحوظ في النظافة والعناية الشخصية.
 - خطورة بسبب الاضطراب (مثل: البدء في إشعال النار عن غير قصد عن طريق إلقاء السجائر المشتعلة، الخ).
 - عناية غير كافية بالأشخاص التابعة (مثل: إهمال أو عزل الأطفال أو كبار السن عن أفراد العائلة الآخرين، الخ).
 - تدني الحكمه (مثل: التصرف على غير العادة بصورة مبتذلة جنسياً، أو التوقف عن دفع الفواتير، أو الانفاق ببزخ، أو التبرع بكافة الممتلكات، أو فقد الوظيفة بسبب السلوك "الشاذ"، أو الفشل في الحفاظ على المواعيد، أو الإخفاق في إتباع الإجراءات الضرورية لصرف مستحقاته المالية).
 - تدهور الصحة (مثل: حرمان النفس من الطعام، أو رفض طلب المساعدة الطبية لأي مرض خطير آخر، أو مزج الأدوية المكتوبة له مع المخدرات، الخ).
- قد تتعلق هذه الأمثلة أو لا تتعلق بحالتك. فقد قمت بإدراجها لسببين اثنين: السبب الأول هو إعطائك فكرة حول ما اكتشفه الآخرون من علامات مهمة، والسبب الثاني هو تذكيرك بعدم كونك الشخص الوحيد المضطر لأخذ هذا القرار. وفي قسم المصادر، سوف تجد قائمة بالمنظمات التي قد تجعلك متواصلاً مع أشخاص كانت لهم تجربة مباشرة في التعامل مع العلاج اللازمي (مثل: www.psychlaws.org، www.nami.org وغيرهما).

توجد طرق أقل فورية: الالتزام المدني، وجلسات وأوامر المحكمة المؤيدة لعلاج المريض بالعيادات الخارجية

بالإضافة إلى الثلاث طرق التي قمنا بوصفها، توجد طرق عديدة أقل فورية ألا وهي: جلسة الإلزام المدني، والوصاية، والتوجيهات المتقدمة (التي فيها يقوم الشخص المصاب بالمرض النفسي، عند تحسن حالته بالتفويض القانوني لشخص ما ليتولى مسؤولية علاجه في حالة مرضه مرة أخرى)، وأوامر المحكمة المؤيدة لعلاج المريض عن طريق العيادات الخارجية (AOT). ومنذ نشر النسخة الأولى من هذا الكتاب، تم ابتكار المزيد من الخيارات حول AOT في عدد من الولايات حول أمريكا. وعلى الرغم من تطلب العلاج الإلزامي النمطي للمرضى داخل المستشفى كون المرض العقلي سبباً لكون الشخص المصاب به خطيراً على نفسه وعلى الآخرين، قد يتلقى المرضى المصابين باضطرابات نفسية مزمنة المرتكبين لسلوكيات معينة من جراء إصابتهم بالمرض أمراً من المحكمة بالعلاج عن طريق العيادات الخارجية. ولاكتشاف ما إذا كانت ولايتك مستخدمة لمثل هذا القانون وكيفية استخدامه، أوصيك بزيارة موقع مركز دعم العلاج www.psychlaws.org الذي من خلاله أيضاً سوف تجد معلومات حول الوصاية، والتوجيهات المتقدمة، وخيارات أخرى.

تقوم مؤسسة ستانلي للبحث بتمويل مركز دعم العلاج الذي تم تأسيسه من قبل المعالج النفسي إي. فولار توري وغيره من المعنيين بملايين الأمريكيين الذين يعانون من المرض النفسي ويرفضون العلاج بسبب عمة العاهة (عدم إدراك الإصابة بالمرض/ ضعف البصيرة) وتشتد معاناتهم كنتيجة لذلك.

تذكر مايكل كاس، من الفصل الرابع، المريض الذي قابلته في قسم الطوارئ؟ الذي تم إيجاده مختبئاً في نفق قطار تحت الأرض. عندما وجدته الشرطة، لم يكن قد تناول طعاماً أو اغتسل منذ عدة أيام، مبرراً قائلاً "لن يفكروا (العملاء الفيدراليين) أبداً في البحث عني هنا". وكان لمايكل تاريخ للاستجابة الجيدة للعلاج. وفي هذه الفترة العلاجية، كان بمقدوره العناية بنفسه ولم يقم بأفعال تعرض حياته للخطر. إلا أنه بسبب عدم اعتقاده بكونه مريضاً، كان دائماً يتوقف عن تناول العلاج وقت خروجه من المستشفى، ومن ثم يبدأ كل الدورة العلاجية مجدداً. وكان مايكل ضمن هؤلاء الأشخاص المنتفعين من AOT.

لقد فهم أنني كنت مؤمناً بأنني أساعده، حتى وإن لم يوافق على حاجته للمساعدة.

عند إدخالك شخصاً ما إلى المستشفى بدون موافقته، قد ينتابك الشعور بأنك خلقت حالة من عدم الثقة مستحيلة الإصلاح. ولكن عندما يتم ذلك بدافع الحب والدعم، يتم إدراكها دائماً في

الغالب على أنها هدية. فمن خلال تجربتي الشخصية مع أخي، علمت بأن هنري (بعد إدخاله المستشفى أربع مرات) بدأ ينظر إلى تدخلاتي في حياته (الاتصال بالشرطة والمعالجين النفسانيين) كتعبير عن حبي له. لقد استوعب بأنني مؤمن بمساعدتي إياه، حتى وإن لم يوافق على حاجته إلى المساعدة. فكان ذلك بمثابة مصدراً عظيماً للسلوان لكل منا خلال السنوات العديدة التالية التي استغرقها ليستوعب كونه بحاجة إلى العلاج (أي: استغرقناها سوياً للتوافق).

ففي هذا الفصل، تحدثنا عن كيفية تحديد سبب ووقت الإلزام العلاجي. وطالما قمت باختيار قراءة هذا الكتاب، قد تكون الإجابة بأن الوقت المناسب للإلزام هو الآن. وفي حالة إصرار رفض الشخص الذي تهتم لأمره العلاج عقب استخدام التقنيات التي قمت بعرضها، لربما بدأت بالتفكير الجدي في اختيار العلاج الإلزامي. ففي حالة المرض الشديد لهذا الشخص وعدم تعاطيه العلاج، فهو/ هي في حاجة إلى المساعدة الآن. تذكر أنه في حالة معاناة هذا الشخص بعينه من تدهور في حالة مرضية مثل مرض السكر أو تعرضه لحادث، لن تتردد في أخذه في السيارة إلى المستشفى، مهما بلغ قدر اعتراضه. فاجلاً أم عاجلاً، وإن ظل على اعتقاده بعدم مرضه، إن تمكنت من مساعدته على إدراك كون ما فعلته نابعاً من حبك له، فسوف يكون ممتناً لك على الأرجح.

13

كيفية فعل هذا

كنت أبلغ من العمر 21 عاماً، عندما قررت العمل في مجال علم النفس عندما انتشر مرض الفصام داخل عقل هنري كأنه قنبلة زمنية مزروعة في جيناته يستحيل إزالتها. وفجأة، عقب مرور يوم واحد من وفاة زوج أُمي، تحدث هنري عن سماع أصوات وتواجد أفكار "مجنونة" يستحيل أن تكون صحيحة. كان يبلغ من العمر 29 عاماً في هذا الوقت، إلا أنه أصبح غريباً ومنعزلاً بشكل بطيء منذ منتصف العشرين.

وفي ليلة وفاة زوج والدتنا إثر تعرضه لأزمة قلبية، كان هنري هو من وجده في طريق المدرسة الثانوي الذي كان يجري فيه. وكنت أول شخص يتصل به هنري لإخباره. فقامت بالاتصال بإخواننا وأخواتنا الذين يعيشون متفرقين عبر الدولة وغادرت في نفس الليلة إلى ولاية أريزونا، حيث يعيش هنري مع أبويننا. وفي الصباح التالي، قام هنري بمقابلتي في المطار.

وخلال رحلتنا التي استمرت نصف ساعة عبر المدينة في الشاحنة تشيفي 52 ذات اللون الأزرق الساطع، عانيت من الشعور بالإحراج كلما اضطررنا إلى الوقوف في الإشارة الحمراء، إلا أن هذا الشعور لم يكن نابعاً من الشاحنة القديمة التي تبلغ 30 عاماً المدهونة باللون التركوازي للبحر الكاريبي. كان اللون غريباً في الواقع حتى على سيارة تاكسون في بداية الثمانينات وتسبب في تحديق البعض، إلا أن اختيار هنري للون لم يكن السبب وراء هذا الشعور بالإحراج. فعلى حد اهتمامي، كان يمكن لهنري دهان هذه الشاحنة أي لون تحت ضوء الشمس عقب كل الدم والعرق الذي أنزفه لإحيائها. فكان من الممكن أن يكون هذا الشيء الملعون وردي، وسوف أظل أفكر في هنري كرمز للرجولة. فمن المؤكد إعادته لبناء محركات في دسطة سيارات هذا إلنوم.

لا، لم أكن أبداً لأخجل من شاحنته ذات اللون الأزرق الساطع. وإنما كان ذلك بسبب حديثه مع نفسه الذي جعلني أتساءل حول شكلنا من وجهة نظر السائقين الآخرين. فلم يكن هنري ينظر إلي. ربما لم يستطع ذلك. ففي الغالب كان محدقاً إلى الأمام، متحدثاً وضاحكاً لنفسه. وأحياناً، كان يخرج رأسه للنظر من خلال نافذته المفتوحة على السيارة التي بجوارنا ويواصل الحديث الأحق مع ركاب السيارة المجاورة. وفي كل إشارة مرور، كنت أرى تعبيرات متحيرة وخائفة.

وكانت الأضواء الخضراء تخفف عني حدة التوتر المتصاعد داخلي؛ فلن يلاحظ أحد الآن،

فلم يكن يوجد إلا نحن الاثنين فقط أو هل كان ذلك بالفعل؟ فاستمر هنري في الحديث والتمتمة لنفسه كما لو لم أكن معه، أو كما لو كان محدثاً لشخص ما لا أراه. وعندما سألته عما يقول، أصابه الضحك وقال: "أووو، جافي أخي الصغير، إنه هنا، ها ها ها". وفجأة، يصبح حديثه جدي، "أصاب أبي حادثاً، أووو، لا، لا، لا. لقد كنت أعزف على الجيتار عندما قتلتته، وذهبت الموسيقى إلى رأسه فأنزلق وسقط، لقد كان أيضاً والدًا سيئاً هل تعرف روحه؟ أصيب أصبعه المنحني، هل تعلم؟". استمر حديثه بمقاطع مبهمه وسجع عديم المعنى. فكان ذلك على الأغلب بمثابة سلطة كلمات، بقطع من الأفكار المتناسقة - والأفكار المشوشة. وعقب القليل من المحاولات لإدارة حوار منطقي، قمت بالاستسلام. فلازل يدور في ذهني الأخبار التي قالها لي عبر الهاتف في الليلة السابقة. فكما كان غريباً ما قاله أخي - كنت أعزف الجيتار عندما قتلتته - كنت غالباً أفكر في أمي، التي فقدت للتو زوجها الثاني، وأفكر في نفسي. فلم أكن مهتماً بعد بما يحدث لهنري.

ومع مرور الوقت، وصلت أنا وهنري إلى منزل أبويننا، الذي هو الآن منزل أمي، فقد قمت بتحويله بنجاح. ولكن على مدار أطول يوم هذا من حياتي الشابة، أصبح واضحاً لي مرضه الخطير. فقد كان مريضاً بمرض عقلي. أو ربما مصاب بالفصام. ولم يكن معظم الأشخاص، ومنهم عائلتي على معرفة بمعنى ذلك في هذا الوقت، إلا أنني كنت على معرفة. فقد كنت في عام تخرجي من الكلية ادرس علم النفس، وعلى معرفة بالأعراض، التي تتضمن للأوهام وسماع الأصوات. ومن ثم، فإنه في نهاية هذا الأسبوع، بسبب كوني "المعالج النفسي للعائلة" وأقرب شخص لهنري، تم اختياري - توكيلي بمهمة إدخال هنري إلى المستشفى أو ما شابه، بعيداً عن الآخرين الذين أصابهم الحزن بسبب الوفاة غير المتوقعة لزوج والدتنا البالغ من العمر ثماني وخمسين عام. فلدينا التخطيط للجنائز ودفن شخص نحبه ولا نهتم بالتعامل مع مرض هنري العقلي. وفي البداية، حاولت إقناعه بأنه مريض وفي حاجة إلى المساعدة، وكما تعلمون أخفقت كلياً بذلك. ولسوء الحظ، بسبب كوني مبتدئاً في هذا كله، قمت على الفور بمحاولة الإلزام الإجباري له في المستشفى. إلا أن الطبيب النفسي في قسم الطوارئ لم يكن مؤيداً لذلك، فقام بسؤال: "هل قام بتهديد أحد؟"

أجبت بثقة "لا"

"هل يهدد بقتل نفسه؟"

"لا"

"إذن، فلا يوجد ما يمكنني فعله. عاود الاتصال إن أصبح خطراً على نفسه أو على الآخرين".

ذهبت أنا وهنري إلى أماكن كثيرة ذلك الأسبوع، إلا أنني عندما عاودت الذهاب إلى نيويورك، كان لازال في مراحل النوبة الذهانية الأولى. وعقب مرور شهر تقريباً، بعد انصراف باقي أفراد العائلة، تلقيت أول اتصال هاتفي من الاتصالات الهاتفية العديدة من أمي. "يجب أن تأتي هنا سريعاً، هنري ليس في حالة عقلية جيدة، ويحتاج للذهاب إلى المستشفى".

عاودت إلى الأريزونا، وكنت أكثر نجاحاً هذه المرة. فقد تحدثت هنري حول الانتحار. اتصلت بالشرطة وأخبرتهم بمرضه العقلي ورغبته في الانتحار، وقاموا بتحويله إلى المستشفى. ثم عاد إلى المنزل عقب مرور ثلاث ساعات! كان غاضباً ويشعر بالإساءة والخيانة. "كيف استطعت إبلاغ الشرطة عن أخيك؟ هل قمت بسرقة أي شيء منك؟ هل حاولت أن تؤذي؟ والأسوأ من ذلك، انتابه الشعور بأنه غير ملام. "هل رأيت! لا يوجد أي خطأ بي وكان ذلك رأي الطبيب النفسي أيضاً!"

ففي الواقع، ما حدث هو اكتشاف هنري السريع أن الدافع وراء قبض الشرطة عليه هو تحدثه عن الانتحار. فأدرك أنه طالما لم يتحدث عنه، لن يتم إدخاله إلى المستشفى. وكان على حق.

ومع تحدثي الطويل معه هذه الليلة، أدركت أنه يجب على إعادة المحاولة بدون إخبار هنري عما أنوي فعله، فاتصلت بالشرطة في الليلة التالية. أخبرت الشرطة بأنه مريض عقلياً ويهدد بالانتحار. كما كان يشرب كثيراً، إلا أنني لم أضف هذه الحقيقة. وعند وصولهم، ظللت جالساً مع أمي في الغرفة حتى يقوم هنري بفتح الباب. وكان هذا واحداً من الأخطاء العديدة التي اقترفتها في هذه الليلة. ولحسن الحظ، ذهب هنري بهدوء، إلا أن جرح علاقتنا الذي تسببت فيه أخذ الكثير من الوقت ليلتئم.

وبالرغم من توخي الحذر في غالب الوقت، اقترفت العديد من الأخطاء التي أتمنى الآن عدم اقترافها. فكان بعض مما ذكرت إيجابياً، مثل التحدث مع الطبيب النفسي عقب خروج هنري أول مرة ومحاولتي علاجه داخل المستشفى. إلا أنني لازلت مقترفاً لبعض الأخطاء الخطيرة التي سوف يكون ذكرها هنا تعليمياً.

ماذا كان على فعله؟

كان أول خطأ اقترفته هو عدم تشجيع هنري على التحدث مع المعالج النفسي. ففي العام الماضي، عندما كان يعاني من الاكتئاب، كان يتابع مع طبيب نفسي، وعلى الرغم من معرفتي لذلك، لم أقم بمحاولة استغلال علاقتهما القائمة. فقد كنت على علم بحب هنري لروي، وكان يجب على طلب النصيحة منه. وبشكل مثالي، كان يجب على اقتراح مقابلة هنري مع روي والتحدث

معه حول رحيل والدي ولكنني اغفلت الموضوع بأجمله "أنت مريض نفسي ويجب عليك الذهاب إلى المستشفى". إلا أنني لم أكن أفكر في وجهة نظر هنري بعد. فقد كنت الطبيب النفسي للعائلة. فعقب تقرير المضي في طريق الإدخال الإجباري إلى المستشفى، كان على أولاً البحث حول ما إذا كان يوجد فريق للأزمات به متخصصين للصحة النفسية ليأتي إلى المنزل ويقوم بتقييم حالة أخي. وبدلاً من ذلك، اتجهت مباشرة إلى الاتصال بالإسعاف 911.

قبل المضي أكثر من ذلك، أرغب في أن أكون في غاية الوضوح حول عدم كوني قاسياً على نفسي. فكنت حديث العهد بكل ذلك. ولا يجب أن تكون قاسياً على نفسك أنت أيضاً. فكانت المرة الوحيدة التي شعرت فيها بالذنب حول علاقتي مع هنري كانت عندما لم أتعلم من أخطائي. فكان أكثر الأخطاء وضوحاً (ومرعبة صراحةً) هو جعل هنري يفتح الباب عندما أتت الشرطة في المرة الثانية. فقد كان مضطرباً ومتشككاً. فعلى الرغم من التدريب المستمر لرجال الشرطة حول التعامل مع المرضى النفسيين، إلا أنه حينها كان ذلك نادر الحدوث فلو أصاب هنري الرعب وصار متوهماً ومهدداً لرجال الشرطة بالخطر، لكانوا أمروه بالمثل أرساً وكان الأكثر احتمالاً عدم تطبيق هنري لذلك بسبب اضطرابه وغيابه عن الواقع.

فبدلاً من ذلك، كان يجب على مقابلة رجال الشرطة في الخارج والتوضيح لهم أن أخي مريض نفسي وليس لديه أي سجل إجرامي ولا يمثل تهديداً على أي أحد إلا نفسه. فبتوضيح هذه الحقائق، سيكون واضحاً لهم انهم سيقابلون شخصاً محبوب لدي وعليهم العناية به. إلا أنني لم أفعل أي من هذه الأشياء. فقد حالفتني الحظ في هذه الليلة.

وأخيراً، كان يجب على أن أتصل بالطبيب النفسي هاتفياً عندما وصل هنري إلى قسم الطوارئ حتى لا ينكر مرة أخرى رغبته في الانتحار وبالتالي عدم حجزه بالمستشفى. وكان من الأفضل، ذهابي أنا إليه شخصياً. وكنت محظوظاً للمرة الثانية - فقد كان هنري شديد الغضب بسبب فتحه للباب ليجد العديد من رجال الشرطة في انتظاره لإلقاء القبض عليه ولكن عند مقابلة الطبيب النفسي، لم يفكر ظاهرياً في إخفاء حقيقة شعوره بالانتحار.

وبمجرد دخول هنري إلى المستشفى، ارتكبت خطأ كثير الشيوخ تحدثت عنه في الفصل 2. فبسبب إرهاقي من التجربة بمجملها، أخذت استراحة بعيدة عن التدخل.

تم تأسيس النظام ليضع عازلاً بين متخصصين الصحة النفسية وعائلات مرضاهم

على الرغم من ذهابي إلى اجتماع عائلي وزيارة أخي (لقد رفض التحدث معي خلال هذه الزيارات)، لم أحاول التواصل مع فريق علاجه أو المشاركة في خطة إطلاق سراحه. يقع جزء من السبب على عاتقي أما الآخر فكان بسبب تأسيس النظام ليضع عازلاً بين اختصاصيي الصحة

النفسية وعائلات مرضاهم.

فمن أهم الأشياء التي يمكن أن يفعلها أفراد العائلة هي الفاعلة والتواصل مع اختصاصيي الصحة النفسية المعالجين للشخص المهتمين به. فيصح ذلك سواء كان الشخص الذي تحبه يتلقى علاجه داخل المستشفى أو يقوم بزيارة العيادة الخارجية لطبيبه النفسي مرة كل عدة أسابيع أو أكثر. ففي خلال لقائنا مع الطبيب النفسي والمتخصص الاجتماعي لهنري، كان يجب على أنا وأمي السؤال حول خطة خروج هنري من المستشفى ومشاركة ملاحظتنا حول ما نعتقد بفعاليته أو عدم جدواه. وأهم ملاحظة كان علينا مشاركتها هي عدم اعتقاد هنري بمرضه. فكان يجب علينا إبقاء المتخصصين مسئولين عن اجابة السؤال: "في حالة عدم إيمانه بمرضه، بماذا يفيد وصف الدواء ومواعيد العيادة الخارجية؟"

وافق هنري على تجديد علاقته مع روي، معالجه النفسي السابق. إلا أنه مرة أخرى، لم أحاول فتح خطأ للتواصل الفعال مع المعالج النفسي. فعلى سبيل المثال، لم أسأل هنري حول إمكانية ذهابي معه إلى أولى جلساته العلاجية لشرح وجهة نظري حول الأحداث المؤدية إلى إلزامه داخل المستشفى. وفي غضون أيام عقب خروجه من المستشفى، توقف هنري عن تناوله للعلاج، وخلال أسابيع، توقف ظاهرياً عن الذهاب إلى روي. لم أكن متأكداً من هذا التوقف الظاهري حول الذهاب إلى روي بسبب عدم تواصله معي وارتكزت كلياً على ما أخبرني به هنري. وفي دفاعه، في هذا الوقت، أراد أخي مني على الأرجح عدم التدخل في حياته وإخباره بكونه مريضاً. ولم تكن فرصة منحي تصريحاً للتحدث مع معالجه النفسي عابرة في قائمة أولوياته. إلا أنني لم أحاول قط في واقع الأمر.

وأخيراً قمت بالمحاولة، وواجهتني نفس المشكلة التي واجهتها أو سوف تواجهها: لا يقوم أحد بالتحدث معي. وخاصة الآن، مع وضع أحكام HIPPA الجديدة، يقوم اختصاصيي الصحة النفسية في أغلبية الوقت بقول أشياء مثل: "لا أستطيع حتى التأكيد على كون أخيك مريضاً من مرضاي!" وهذا يكفي لجعلك تصرخ. ولم تأتي هذه العقبات من مكان شرير ولا يستحيل إزالتها. إن كنت فرداً من العائلة، قم بتذكير الطبيب النفسي بإمكانية مشاركتك لملاحظاتك واهتمامك بدون انتهاك قوانين السرية

إن كنت فرداً من العائلة، يمكنك مشاركة ملاحظاتك بدون انتهاك علاقة الطبيب مع المريض. لو أخبرك شخص ما بعدم قدرته التحدث معك، فلتقل: "أعلم بعدم استطاعتك، وليس هذا ما أقوم بطلبه منك. ولا أقوم حتى بطلب تأكيدك لي بأن الشخص الذي أهتم لأمره مريضاً من مرضاك. كل ما أطلبه هو سماحك لي بمشاركة بعض الملاحظات والاهتمامات حول هذا

الشخص. كل ما أطلبه هو سماعك لي لدقيقة واحدة". فلا توجد أحكام تقوم بحظر استماع المعالج النفسي! حاول القيام بذلك، وسوف ترى أنها وسيلة جيدة لفتح نصف خط التواصل على الأقل. ويكون النصف الآخر هو تحدث المعالج النفسي معك، وهو ما يتطلب قيامك بالمزيد من المشاركة. وكما ذكرت سابقاً، يمكن للمعالج النفسي تمهيد الطريق لهذا النوع من التعاون عن طريق توضيح حدود السرية مع مريضهم. ("أود السماع من عائلتك من وقت لآخر لمعرفة تفكيرهم حول ما تفعله. وأيضاً، لو عاودتك الاعراض، قد أرغب في محادثتهم للحصول على المساعدة"). فإن وجهة النظر هي أنه في حالة معرفة المريض بأن نوع من التواصل بين الطبيب والعائلة سوف يحدث، فلن يتم انتهاك السرية. وتختلف القواعد قليلاً عن ذلك عند تعاملك مع المرض العقلي الخطير بسبب الضعف الشديد للحكمة والبصيرة. لهذا السبب، نحتاج جميعاً للتحدث إلى بعضنا الآخر والعمل كفريق.

عندما تعمل العائلات بفعالية مع الفريق المعالج، يقوموا بزيادة جودة العناية. وليس هذا بشيء نفتخر به، إلا أنه سوف يزداد شعور غالبية الأطباء والمعالجين النفسيين بالمسؤولية عند التدخل الفعال لأفراد العائلة. والأفضل من ذلك، يكون حالنا عند الاكتشاف والاستجابة لزيادة المرض أفضل من عملنا المنعزل.

عند إلقائي للمحاضرات، أقوم في الغالب بمناقشة الأهمية البالغة لبناء "ثلاثية العلاج". ما أعنيه بذلك، هو بناء عمل جماعي بين المستهلك، والشخص المعني بالاهتمام، ومتخصص الصحة النفسية. فعندما يعمل الثلاثة جميعهم، يكون التوصل إلى الاستقرار و/أو الشفاء أكثر احتمالاً. ولتكون أكثر تأثيراً في بناء فريق العلاج، يجب عليك التغلب على بعض العواقب العامة، المتضمنة لما ذكرته سابقاً. كما يجب عليك أيضاً تعريف العواقب الشخصية مثل تصوراتك السابقة حول "الجانب الآخر".

وإن كنت طبيباً نفسياً، يجب عليك التغلب على إعتقادك الأولي باحتمالية إرباك أفراد العائلة إياك عن العمل. وكان لدي اعتقاد خاطئ بقيام أفراد العائلة باستدعائي للحصول على العلاج المجاني. لست فخوراً بهذا الاعتقاد، إلا أنه ينتابني غالباً عقب إنهاء يوم طويل من العمل ورغبة فرد من العائلة التحدث معي حول مدى صعوبة مرض قريبه على الاسره.

بالطبع، أكون متفهماً ومتعاطفاً، إلا أنها ليست هذه هي المشكلة. إنما تكون المشكلة في أنه في حالة علاجك لأكثر من مريض واحد (وهو ما نفعله جميعنا)، يكون من المستحيل مساعدتك لجميع أفراد العائلة المتدخلين في حالة مريضك. وعلى الرغم من ذلك، ما تعلمته هو في حالة قيامي بتوضيح الضغوطات الواقعة على واقتراح أن يقوم القريب المتوتر بالحصول على المساعدة لنفسه،

يساعد على ذلك تركيز مجرى الحوار إلى ما يجب أن نتحدث عنه وهو المريض. ففي حالة أن فرد العائلة لا ينتوي الحصول على المساعدة المتخصصة، سوف أشدد الاقتراح عليه/ عليها الذهاب إلى اجتماع NAMI للحصول على الدعم من أشخاص آخرين في ظروف مماثلة.

فإن كنت فرداً من العائلة، يجوز وقوعك في خطأ التفكير بأن الطبيب المعالج غير المستجيب (الذي لا يعاود الاتصالات التليفونية، أو لا يتحدث معك، الخ) لا يبالي. لا أستطيع إخبارك بأنك على خطأ، إلا أنه يمكنني القول إنه من خلال خبرتي يكون هذا الافتراض غير صحيح على الأرجح. فإن معظم المعالجين النفسيين (RNs، MSWs، PhDs، PsyDs، MDS) يسلكون هذا الطريق بسبب اكتراثهم. فقاموا باختيار هذه المهنة لما لها من معني شخصي لديهم، كما هو حالى، وأنهم يريدون المساعدة. ولكن إن كان هذا هو الوضع، لماذا يبدو هؤلاء غير أكثرين أحياناً؟

بإيجاز، يكون "الإنهاك" هو السبب في الغالب. وعلى الرغم من ذلك، يمكنك المساعدة عن طريق التركيز على مواضيع معينة عند اتصالك. ("أود إخبارك حول بعض الدلائل التحذيرية للانتكاسة التي أراها" أو "سبب اهتمامي بخطة الخروج من المستشفى هو...").

فلا نقم بالاتصال للتنفيس عن شعورك، وإنما يمكنك الاتصال بصديق، أو قريب، أو معالجك النفسي الشخصي للحصول على هذا النوع من الدعم.

إيجاد واستغلال فريق أزمة متحرك:

بينما يكون استمرار التواصل والعمل مع الأطباء أفضل حل ممكن، فلا يكون ذلك متاحاً دائماً. فإن كنت تتعامل مع الشخص البالغ الذي تحبه، الذي لم يسبق له الالتزام الإجباري في المستشفى، ويرفض رؤية الأطباء، قد تكتشف عدم امتلاكك لشخص تتصل به. حتى وإن كان هذا هو الحال، بالرغم من ذلك، لا تحتاج للشعور بالوحدة أو أنه ليس لديك إلا الشرطة كمصدر للمساعدة. فقد كان ذلك في الواقع هو وضعي عندما تم إلزام هنري للمرة الأولى. وعلى الرغم من ذلك، لم أستفد من حقيقة امتلاك معظم المستشفيات ذات وحدة العناية النفسية لفريق أزمة متحرك أيضاً. فيتألف هذا الفريق عادة من معالجين نفسيين على درجة الماجستير، أو من الأخصائيين الاجتماعيين، أو الممرضات اللاتي يقمن بالزيارات المنزلية. فمثل موظفي الإسعاف، يكونوا نمطياً قريبي التواصل مع الطبيب القائم في حجرة الطوارئ النفسية. فإن فرق الأزمة المتحركة متدربين على تقييم والإحالة إلى العلاج عن طريق العيادات الخارجية، أو، في حالة الضرورة، الدخول الإلزامي في المستشفى. ولاكتشاف ما إذا كان مجتمعك يمتلك فريق أزمة متحرك، يجب عليك الاتصال بمستشفائك المحلي وسؤال حجرة الطوارئ النفسية. فعادةً، سوف تقوم الممرضة النفسية

بالرد على اتصالك، أو، إن لم يكن متاحاً، سوف يقوم الطبيب النفسي بالرد. فقم بتوضيح أنك مهتماً بشخص تحبه وترغب في معرفة المصادر المتاحة. فسوف يتمكن الطبيب أو الممرضة من إخبارك حول فريق الأزمة المتحرك وكيفية التواصل معه. فأضف هذا الرقم إلى قائمة أرقام الأطباء والطوارئ. وتكون المعرفة فقط بوجوده ارتياحاً نفسياً في بعض الأحيان.

وسوف تتمكن أيضاً من السؤال حول الخدمات الخارجية في مجتمعتك. حتى وإن لم تتوصل إلى نقطة الأزمة مع الشخص الذي تهتم لأمره، يجب أن تشعر بحرية الاتصال بحجرة الطوارئ النفسية أو أية منشأة محلية للصحة النفسية. فلا تقلق حول مقاطعة شخص ما وسط حالة طارئة. فإن حدث ذلك، سوف يقوم هو/ هي بإخبارك والطلب منك عودة الاتصال. فعندما كنت أعطي حجرة الطوارئ النفسية خلال تدريبي، قمت بقضاء الكثير من الوقت في مجال هذه الاتصالات بمثل قياسي بتقييم المرضى في الإسعاف.

الاتصال بالإسعاف 911 وطلب موظفي فريق التدخل في الأزمات CIT

في حالة اتصالك بإسعاف 911، تأكد من السؤال حول ما إذا توصلت إدارة تطبيق القانون إلى فريق التدخل في الأزمات (CIT). فتوصل العديد في الوقت الحالي إلى امتلاك فريق التدخل في الأزمات، وسوف يحصل عدداً أكبر عليهم عندما يصل هذا الكتاب إلى النشر في الصحف. فقم بالسؤال تحديداً عن استجابة وحدة فريق التدخل في الأزمات المدربة.

فقد تم تدريب فريق التدخل في الأزمات على كيفية فصل السلوك الإجرامي عن المرض النفسي والأهم، كيفية التواصل بفعالية مع الشخص التائر المعاني من المرض النفسي. وفي مؤسسة LEAP، قمنا بتوفير ندوات تدريبية إضافية لموظفي CIT حول الدولة. ومن خلال خبرتي، من يتطوع من هؤلاء الموظفون للمزيد من التدريب - حوالي 40 ساعة من وقت إضافي للفصل متضمناً للقراءة والمحاضرات وتمثيل الأدوار - يكونوا رقيقي المشاعر ومتفاهمين، ولديهم المهارات للمساعدة في تهدئة شخص ما يعاني من الذهان أو التوجس أو الخوف. فيصلوا إلى مسرح الأحداث حاملين في أذهانهم مبدأ السلامة أولاً مع إدراكهم للتعامل مع شخص يعاني من مرض نفسي ويحتاج إلى أن يتم الاستماع إليه، وتهنئته، والاعتناء بالحضور بأمان وهدوء ليتم تقييمه.

التقييم:

عقب أخذك للشخص الذي تحبه إلى المستشفى أو الاتصال بفريق الأزمة المتحرك أو موظفي CIT، يجب عليك في الحال طلب التحدث إلى الطبيب القائم بالتقييم أو المشرف عليه. فتوجب العديد من الأسباب أهمية تحدثك إلى الطبيب المسئول عن حالة الشخص المهتم به عاجلاً

قبل آجلاً. أول هذه الأسباب هو السبب الواضح الذي تم مناقشته أعلاه: تقوموا بتشكيل فريق مع الأطباء للتأكد من حصول الشخص الذي تحبه على الرعاية التي يحتاجها. وفي الوقت الحالي، لا يوجد علاج شافي للمرض العقلي الخطير، لذلك يكون من الجيد بناء شبكة من الأشخاص المألوفين لديك ولمن تحبهم.

هناك سبب آخر وراء أهمية محادثتك للطبيب المسئول وقد يبدو ساخراً قليلاً، إلا أنه ليس كذلك. فإنه واقعي. ففي بعض الأحيان، لا يمتلك الأطباء العاملين بالمستشفيات للوقت أو المصادر لمنح كل فرد جودة العناية المطلوبة. فإن كنت متخصص للصحة النفسية، يكون لفت انتباه الطبيب أكثر سهولة. أما إن كنت فرداً من العائلة، قد يتم الطلب منك معاودة الاتصال في الصباح. ففي كلا الحالتين، لا تستسلم. قم بالتصرف كما لو كنت تتعامل مع حادث أو تدهور مرض طبي آخر مثل مرض القلب. ففي هذه الحالات، لن تشك في أهمية الحديث مع الطبيب لاكتشاف جميع التفاصيل حول التشخيص، وتوقعات سير المرض، والعلاج. قم باكتشاف ما يدور حولك وما هي الخطة. فإن لم تحصل على أي شيء آخر، تكون على الأقل أعلمت الطبيب بأن مريضه هو الشخص الذي تحبه وأنتك تحمله مسؤولية الرعاية الممنوحة له.

سوف يكون الطبيب المشخص للحالة والواصف للعلاج للشخص الذي تحبه أكبر حليف لك إن احتاج الشخص الذي تحبه للبقاء في المستشفى أكثر من 72 ساعة المفروضة عامة من قبل قانون الحجز الطارئ. وتكون فترة الحجز ثلاثة أيام هي التي تسمح بها العديد من الولايات بدون جلسات محاكم مدنية. وسوف يعتمد طول فترة البقاء المأمور بها، بشكل كبير، على توصيات الأطباء المعالجين للشخص المعني به.

كلمة أخيرة حول الاتصال بالشرطة:

تبدو فكرة الاتصال بالشرطة للحصول على المساعدة مع الشخص الذي تحبه في غاية المأساوية وخاطئة على نحو ما. فنحن عادة نتصل بالشرطة لو ارتكبت جريمة وعلى الرغم من ذلك، قد تحتاج إلى الاتصال بالشرطة عند فقد هذا الشخص السيطرة حيث انهم مدربين على التصرف في مثل هذه المواقف التي يكون سلوك الأشخاص بها خارج عن السيطرة.

وعلى الرغم من ذلك، لا توفر جميع إدارات الشرطة تدريب CIT. فإن لم توفر إدارة الشرطة المحلية ذلك، قم بالتواصل مع إدارة شرطة ممفيس، تينيسي، لتعلم عن برنامج التدخل في الأزمات الخاص بهم أو مراجعة المواقع الإلكترونية التي قمت بتوفيرها في السابق. تم تعريف برنامج CIT لإدارة الشرطة الخاص بممفيس في مؤتمر البيت الأبيض عام 1999 كنظام نموذجي "لإنهاء تجريم" المرضى العقليين. فقم بطلب المطبوعات وإرسالها إلى الشرطة المحلية الخاصة بك.

فقد كنت محظوظاً، أنه عند اتصالي بشرطة توكسون للتعامل مع أخي في بداية الثمانينات، كانوا على دراية بعمل هذا التدريب المتخصص. وعلى الرغم من ذلك، فكلما كنت أقوم بالاتصال بالشرطة للمساعدة في إدخال أخي إلى المستشفى، كانت تغضب مني أمي. فكانت تشعر بالوصاية على هنري ومعتقدة بأن تدخل الشرطة سوف يقوم بتجريمه بطريقة ما. إن قام طفلك البالغ من العمر خمسة أعوام بالجري في الشارع، فإنك سوف تأخذه وتقوم بتقييده. وإن أصابه نوبة غضب اضطرابية وهدد بإيذاءك، سوف تقوم بإرساله إلى غرفته.

منحت أمي تفسيراً وحيداً حينها وهو الذي أعطيته للعديد من أفراد العائلة ومتخصصين الصحة النفسية منذ هذا الوقت، وهذا التفسير هو: إن قام طفلك البالغ من العمر خمسة أعوام بالجري في الشارع، فإنك سوف تأخذه وتقوم بتقييده. وإن أصابه نوبة غضب اضطرابية وهدد بإيذاءك، سوف تقوم بإرساله إلى غرفته. إما في حالة ما إذا كان هذا الشخص شخصاً كامل البلوغ، فإنك لن تستطيع جسمانياً فعل أي من هذه الأشياء ولكن الشرطه يمكنها فعل ذلك.

من خبرتي الشخصية، يقوم رجال الشرطة عادةً بتقييد ونقل المرضى العقليين باحترام وكرامة

من خبرتي الشخصية، يقوم رجال الشرطة عادةً بتقييد ونقل المرضى العقليين باحترام وكرامة. وإن شعرت بأن قوات الشرطة المحلية الخاصة بك لم تتلقى التدريب الذي يحتاجونه لرفع درجة تفهمهم وشعورهم تجاه الأشخاص الذين يعانون من المرض النفسي الخطير، قم بالاتصال برئيس أو مدير أو مأمور الشرطة واقترح تعلمهم عن النموذج المستخدم من قبل إدارة شرطة ممفيس (لمزيد من المعلومات: أنظر إلى www.NAMI.org)

غالباً عندما تتصل بالشرطة، سوف يكون هناك مشهد - مقاومة الشخص الذي تهتم به للذهاب إلى المستشفى. إلا أنه لا يكون هذا هو الحال دائماً - فأحياناً تأتي الشرطة ولا تستطيع تقديم المساعدة بسبب أن كل شيء يبدو طبيعياً وهادئاً. فقد اعتدت على العمل في فريق الأزمة المتحرك، ونطلق على هذا الهدوء المفاجئ "علاج سيارة الإسعاف".

قمنا بابتكار هذا التعيير عقب تقييم رجل ما يعاني من الفصام الذي استمر يصرخ بالتهديدات بأعلى صوته في متجر يعمل 24 ساعة. فقد كان يتهم الموظفين بالتجسس عليه وطلب منهم التوقف. فكان مصاباً بالأوهام وسماع الأصوات التي أخبرنا عنها عند وصولنا.

وعقب التباحث مع الطبيب النفسي في المستشفى عبر جهاز الاتصال، أجمعنا الموافقة على وجوب إحضاره لمدة 72 ساعة تحت الملاحظة. وعلى الرغم من ذلك، كان حين وصول سيارة الإسعاف لنقله إلى المستشفى أكثر هدوءاً. ومع مرور الوقت، قام الطبيب النفسي للإسعاف بتقييم حالته، فكان ينكر حدوث أي شيء من هذا القبيـل. فقد علم أنه إن قام بالتحدث حول

الأصوات أو مخاوفه الاضطهادية، لقام الطبيب بحجزه في المستشفى. كما أنه بسبب عدم اعتقاده بإصابته بالمرض، وعدم رغبته في البقاء، تجنب التحدث عن المواضيع التي سوف تسبب حظه. ولحسن الحظ، كان الأطباء النفسيين الذين يعملون معنا على ثقة من حكمنا ولم يقوموا بإصدار أحكام متسعة، فعقب مرور ثلاث ساعات في الإسعاف، بدأت إثارته مرة أخرى. فبدأ بالتمتمة إلى أصواته والتحدث حول مخاوفه باقتحام الموظفين لغرفة التحاور.

فإن هذا الشخص الذي تهتم به عند قدوم الشرطة، تأكد من إخبارهم، بالتفصيل، بكل شيء قد حدث. فلا تخجل بإخبارهم بالتهديدات إن حدثت. فإن تم كسر الأطباق أو دفع الأثاث، فلا تقم بترتيبه قبل وصول الشرطة. كن متأكداً من إخبارهم بالتعامل مع شخص له تاريخ من المرض العقلي الخطير وأنت في غاية الاهتمام حول بقاءه آمناً. وأطلب منهم أخذ هذا الشخص الذي تحبه إلى المستشفى إن لم يقوموا بعرض فعل ذلك. فإن رفضوا، أطلب التحدث مع مشرفهم.

وفيما يلي بعض النصائح لمساعدتك عند اتصالك بالشرطة:

- دائماً، قم بطلب موظف CIT أولاً (مع تذكر احتمالية عدم امتلاك الإدارة التي توصلت لها لهذا البرنامج بعد).
- تذكر تدريب رجال الشرطة في الغالب، وليس دائماً، للتعامل مع شخص ما مصاب بالمرض العقلي.
- قم بالتوضيح إلى الشخص المتعامل تضمن الوضع لشخص ما يعاني من مرض عقلي. وبهذه الطريقة، سوف تعي الشرطة لما يقومون به.
- إن أمكن، قم بمقابلة الشرطة عند الباب، وإخبارهم بمكان الشخص الذي تحبه، وسبب اهتمامك، ونوع السلوك الذي سوف يواجهونه عند الدخول.
- تأكد من إخبارهم بما إذا كان هذا الشخص ممتلكاً لأي نوع من الأسلحة. فإن لم توجد أسلحة، سوف يكون الضباط أقل خوفاً ويبدءوا في التركيز أولاً بسلامة الشخص الذي تحبه. فإن كان يستعمل الأسلحة، فيجب أن يكونوا على علم ذلك.
- إن كان الشخص الذي تحبه قد قام بكسر أو رمي أي شيء، لا تحاول تنظيفه قبل قدوم الشرطة.
- مهما كان الدمار الذي تسبب فيه هذا الشخص، قد يكون هذا هو العلامة الواضحة الوحيدة لمرضه أمام الضباط.

وأخيراً، إن اضطررت للاتصال بالشرطة لمساعدتك مع الشخص الذي تحبه، برجاء عدم إلقاء اللوم على نفسك على إنك قمت بفعل شيء قبيح أو غير مناسب. فيستجيب رجال الشرطة

بانتظام إلى المواقف التي يتدخل بها أشخاص يعانون من مرض عقلي خطير. وتذكر أيضاً بأنك لست وحيداً. فيقوم قسم المراجع في نهاية هذا الكتاب بعرض المنظمات التي تقوم بمساعدة العائلات الذين يتعاملون مع المرض العقلي، وتعرض العديد من المواقع الإلكترونية لحسابات شخصية حول كيفية تناول أشخاص آخرين لنفس أو مثل هذه المواقف.

14

كيفية تجاوز العلاج الإجباري

حتى وإن كنت مؤمن بأن طلب الإلزام الإجباري هو أفضل شيء للشخص الذي تحبه، فمن المحتمل معاناتك من انهيار عاطفي. تعلم بأن الشخص الذي تحبه مريضاً وعلى علم، على الأقل في الوقت الحاضر، بضرورة إجباره على تناول العلاج وقد تكون هذه هي الفرصة الوحيدة لتحسن حالته.

إلا أنه من المحتمل أن يشعر بالخيانة لما فعلته وعدم انفتاحه للتحدث معك حول سبب القيام بما فعلته. والأسوأ من ذلك، قد ينتابك الشعور بأنه على حق. فإن اعتقد أي منكما بتصرفك مثل يهوذا الخائن، فلن توجد أية اتفاقية للشراكة أو العلاج. وهذا هو سبب من أسباب ضرورة التعامل مع شعوره بالخيانة. وبالتأكيد، يكون إعادة الثقة والاحتفاظ بعلاقتكما هو السبب الآخر.

خلال أولى أيامه في المستشفى، يكون من الطبيعي غضب الشخص الذي تحبه منك. فهل لن تكون أنت غاضباً إن شعرت بعدم مرضك وقيام أحد بطلب الشرطة لك، مما أدى إلى إلزامك في جناح للمرض العقلي؟ كنت سوف أكون أنا في شدة الغضب! وأضف إلى الغضب، حقيقة احتمال كون الشخص الذي تحبه أكثر مرضاً من المعتاد (وإلا، لماذا قمت بما فعلته). ولا يجوز احتمال إدارتك لحوار ذو معنى معه في الوقت الحالي.

من الضروري زيارتك على قدر استطاعتك بدون إرهاق نفسك

لا يعني ذلك أنه يجب عليك تجنب الذهاب إلى المستشفى لزيارته. وأحياناً، يقوم فريق عمل المستشفى المعنيين بتشجيعك على الانتظار إن انتابهم الشعور بأنك سوف تغضب لرؤية الشخص الذي تحبه مريضاً للغاية؛ وفي أحيان أخرى، يمكن أن يرفض الشخص الذي تحبه رؤيتك. وعلى الرغم من ذلك، يكون من الضروري عليك الزيارة قدر المستطاع بدون إرهاق نفسك. والسبب وراء ذلك هو شعور العديد من الأشخاص ممن تم إلزامهم الإجباري داخل المستشفى برغبة تخلص عائلاتهم منهم وهجرهم. فمن الصعب عليهم الاقتناع بذلك إن قمت بمحاولة زيارة المستشفى كل يوم أو ما يقرب، ولو حتى لمدة خمس دقائق فقط لتقول: "أهلاً، أنا أحبك".

في خلال أول إلزام حقيقي لهنري داخل المستشفى، رفض التحدث معي عند زيارتي إياه. أتذكر أول مرة أدخل فيها. لقد كان جالساً أمام التلفزيون في الغرفة العامة (التي يطلق عليها "الغرفة اليومية" في معظم المستشفيات). عندما ذهبت إليه وألقيت التحية، نظر إلى نظرة غاضبة

سريعة، ووقف، وذهب مباشرةً إلى غرفته. فطلبت من الممرضة إحضاره، إلا أنها قالت إنه لا يريد التحدث معك واقتربت رحيلي.

وعلى مدار الأسبوعين التاليين، ذهبت مراراً رغم حقيقة جلوسي في غالب الوقت في الغرفة اليومية وقراءتي للصحف. كان مشواراً طويلاً إلى المستشفى، لذلك اكتشفت أنه يمكنني بذل قصارى جهدي للبقاء لفترة. والأكثر من ذلك، على الرغم من هذا، أصابني الشعور بغاية الذنب حيال ما حدث وتمنيت أنه إن طالت مدة مكوثي في المستشفى، يمكن لهنري الخروج من غرفته والموافقة على التحدث معي.

وقد حدث ذلك في النهاية، وفي هذه المرة انتابني الشعور الجيد بالاعتذار. وعلى الرغم، كما ذكرت من قبل، من فعلتي بعض الأشياء الغبية، كان الاعتذار بمثابة خطوة ضرورية هامة تجاه إصلاح الكسر الذي حدث لعلاقتنا بسبب إلزامه في المستشفى.

فعندما أقوم ببحثك على الزيارة، على الرغم من ذلك، فأنا لا أستند في توصيتي على خبرتي كفرد من العائلة فقط بل أيضاً على خبرتي كطبيب قام بالعمل في العديد من الأجنحة التي تشبه التي يمكث بها أخي. فأنا أرى رد فعل المرضى عندما لا تأتي العائلة للزيارة. فأنا ألاحظ مدى سهولة إصلاح الشعور بالخيانة وكيفية تأثيره على ما يحدث عقب الخروج من المستشفى.

لذلك، قم ببذل قصارى جهدك للزيارة المنتظمة، ولكن تذكر، في نفس الوقت، الاعتناء بنفسك خلال هذه الفترة. فإن كانت الرحلات إلى المستشفى استنفادية وشديدة الإرهاق، أبقى فقط للدقائق القليلة التي يستغرقها الشخص الذي تحبه ليرى أنك موجود ولم تقم بهجره. وبعدها عاود الذهاب إلى المنزل وحاول الاسترخاء ومشاهدة فيلم أو الذهاب لتناول العشاء مع صديق حميم. فلن يفيد التفكير المستمر فيما يحدث في المستشفى أي شخص كما يمكن أن يكون مزعجاً لك ولعلاقتك مع الشخص الذي تحبه. فإن لم تكن تجالس معالج نفسي لك شخصياً، فقد تكون هذه فرصة جيدة لإيجاد شخص ما للتحدث معه حول موقفك. وتحديداً، تعتبر المنظمات العائلية مثل NAMI مساعدة في هذا الشأن.

في وقت ما خلال أو عقب فترة المكوث داخل المستشفى، سوف تحتاج للبدء في البحث عن فرصة للتحدث مع الشخص الذي تحبه حول ما حدث. فمن المهم تكلمك عما حدث وشعور الشخص الذي تحبه حيال ذلك. ولا يوجد نصاً مثالياً لما يجب عليك قوله في هذا الحوار غير تأكيدك من الحديث من القلب وملازمة المواضيع التي أقوم بتوضيحها أدناه. فقد يكون بمثل سهولة ما أخبرتك به أخي: "اضطرت إلى الاتصال بالشرطة. فلن يكون من مقدوري الحياة مع نفسي إن لم أفعل ذلك" أو "أعلم بأنك تشعر بالغضب والخيانة، ولكنني كنت سأشعر بالذنب وكما لو أنني

أتخلى عنك في حالة عدم ذهابك إلى المستشفى".

تحويل الخيانة إلى ولاء:

يجب أن تبدأ الحوارات التي تتعامل مع الشعور بالخيانة دائماً بالاعتذار وبيان فهمك لكيفية شعور الشخص الذي تحبه. "أعلم أنك لم تكن تشعر بالحاجة إلى ذلك، كما أعلم بغضبك مني. فأنا في غاية الأسف لتسبب ما فعلته بشدة ألمك، إلا أنني أريد إخبارك لماذا شعرت بضرورة قيامي بذلك". ففي جزء كبير منه، يعتبر هذا الحوار تبريراً أكثر منه اعتذاراً، وتحتاج إلى توخي الحذر حتى لا تصبح اتهامياً أو دفاعياً بأي شكل كان. فقم بالاعتراف بشعور الشخص الذي تحبه بالخيانة عندما تشير إلى إيتاباك لضميرك.

لا أوصي باعتذارك عما فعلت، بل اعتذارك عن شعور الشخص الذي تحبه حيال هذا الأمر

يمكنك التوقف عند فكرة الاعتذار. فبعد كل شيء، كنت تتصرف لمصلحة الشخص الذي تحبه فلا يوجد ما تتأسف عليه. أوافق على عدم توصيتي باعتذارك عما فعلت بل اعتذارك عن شعور الشخص الذي تحبه حيال هذا الأمر. كنت سوف أشعر أنا وأنت نفس الشعور وأقوم بتقدير التعاطف الذي يتضمنه الاعتذار.

وهنا بعض من أمثلة أفعّل ولا تفعل العامة لتساعدك بإدارة حوار يساعد على إصلاح العلاقة.

افعل:

- 1- الاعتراف بشعوره بالخيانة
- 2- طلب الصفح
- 3- شرح سبب شعورك بضرورة فعل ذلك
- 4- كن صادقاً بأنك سوف تقوم بفعله مجدداً

لا تفعل:

- 1- إنكار شعوره بالخيانة
- 2- توقع مسامحته لك في الحال
- 3- لوم الشخص الذي تحبه عن شعورك بما اضطررت لفعله
- 4- تكون مضللاً حيال ما سوف تفعله في المستقبل

هناك أربعة نقاط يجب عليك توضيحها إلى الشخص الذي تحبه ألا وهي: ندمك، وخوفك من غضبه منك وعدم فهم وجهة نظرك، وسبب شعورك بالاضطرار إلى فعل ما قمت به، ومناشدة صفحه عنك.

1- الندم:

من الطبيعي احتمالية شعورك بالندم حيال حجز الشخص الذي تحب. ويمثل ذلك الندم الذي نشعره كلما قمنا بفرض قيود على طفل ما (مثل: عندما تقول للطفل "اذهب إلى حجرتك"). فلا يعني عزمنا المقصود على القيام بذلك أنه كان من السهل علينا تنفيذه أو أننا لا نشعر بالأسف على اضطرارنا فعله.

فعند إدارتك للحوار مع الشخص الذي تحبه، اجعله يعلم بندمك على الاضطرار لإلزامه في المستشفى وتتمني عدم اضطرارك لفعل ذلك. ولكن لا تقم باللقاء اللوم على الشخص الذي تحبه لوضعك في مكانة الاضطرار إلى فعل شيء لا تفضله؛ فلن يؤدي ذلك سوى إلى النفور وليس التحالف. وبدلاً من ذلك، قم بتوضيح شعورك ببساطة؛ بأنك تشعر بالأسف بقيادة ضميرك لفعل شيء تعلم بإيذائه لمشاعر الشخص الذي تحب. وفي المساحة الفارغة أدناه، قم بكتابة أية مشاعر بالندم تتناوبك حيال الإلزام وكيفية احتمالية إخبارك للشخص الذي تحبه بذلك.

حل قمت بكتابة شيء ما تستطيع توصيله إلى الشخص الذي تحب بطريقة تساعد على تفهم المأزق الذي كنت به؟ ضع نفسك مكانه للحظة واحدة وقم بقراءة ما كتبتة. هل هو شيء تستجيب إليه بصورة جيدة؟ هل سوف يشعر باللوم؟ أو سوف تشعر بتفهم كيفية شعور الشخص الذي قام بالإلزامك حيال هذا الأمر؟
قم بالتأكيد على أن تقديرك وحبك له كانا وراء اضطرارك لفعل ما فعلت، وليس بأنك كنت على "حق" بفعلك هذا.

لا تتحدث بحقائق مطلقة مثل: "كان على فعل ذلك. لم يكن لدي خيار آخر". فبدلاً من ذلك قل: "شعرت باضطراري فعل ذلك، شعرت بأنني ليس لدي خيار آخر". قم بالتأكيد على أن تقديرك وحبك له كانا وراء اضطرارك لفعل ما فعلت، وليس بأنك كنت على "حق" بفعلك هذا. فبعد تعلمي التحدث إلى أخي بهذه الطريقة، أرغب في قول: "أتمنى لو أنني لا أشعر ما أشعر به الآن، فأنا في غاية الأسف أنني دفعت بذلك عليك. وأنا أعلم أنك لا توافق على وجهة نظري، إلا أنني أتمنى لو كان بإمكانك مسامحتي. فلقد قمت بفعل ذلك لأنني شعرت بأنه الشيء الصحيح ولأنني أحبك". ومن هنا، يجري الحوار عامة بطريقة مثل ما يلي:

"إن كنت تحبني، لما كنت اتصلت بالشرطة للقبض على. أنا أشعر بالغضب!"

"كنت سوف أشعر بالمثل يا هنري."

"فلماذا إذاً قمت بذلك."

"بسبب - وأتمنى لو أنني لم أشعر ذلك لمعرفتي بإيلاكم إياه - أنني كنت مرعوباً وشعرت

بحاجتك للدخول إلى المستشفى".

"أفهم وأحترم وجهة نظرك. فهل فهمت وجهة نظري؟"

"كنت مرعوباً واعتقدت أنك تحاول مساعدتي"

"هذا صحيح، وأنا حقاً في غاية الأسف بسبب اختلافنا حول هذه النقطة ولكن مسروراً بأنك

على الأقل تفهمت بصلاح نواياي. فهل تؤمن بذلك؟"

فقال: "نعم"، وهذا بالكثير لإراحتي.

فعن طريق تأكيد وتطبيع رأيه فيما قمت بفعله (قائلاً: "كنت سوف أشعر بالمثل")، فتحت

الباب لهنري لإمكانية رؤية الحقيقة الهامة، ألا وهي عدم أهمية من كان على حق (أنا أم هو) حيال

كونه مريضاً، فلقد فعلت ما قمت بفعله بسبب شعوري بأنه الشيء الصحيح للقيام به وبسبب حبي

له.

2- المخاوف:

اشرح ما كنت تخشى حدوثه إن لم تقم بإلزام الشخص الذي تحبه. فقم بتوجيه مخاوفك عن

طريق الإقرار بعدم مشاركة الشخص الذي تحبه باهتمامك. ("أعلم بأنك لم تكن قلقاً على...") ثم

قم بسؤاله ما إذا كان يرغب في سماع ما كنت قلقاً عليه. ("هل يمكنني إخبارك بسبب قلقي؟")

وبينما تقوم بشرح المخاوف التي انتابتك، من المهم تعبيرك عنهم بطريقة لا تعتمد إلى توجيه

اتهامات حول السلوك المتوقع. بالإضافة إلى ذلك، اشرح بانبعث مخاوفك من واقع اهتمامك الشديد

به - وليس من توقعك لسوء تصرفه. ومع الوضع في الاعتبار ما تم ذكره آنفاً، قم بكتابة القليل من

المخاوف التي تعتقد بإمكانية مشاركتها مع الشخص الذي تحبه لمساعدته في تفهم دوافعك وإصلاح

العلاقة.

قم بإلقاء نظرة على ما قمت بكتابته وعاود النظر إلى بنود أفعال ولا تفعل المذكورة آنفاً. هل

قمت بإتباع النصيحة التي أعطيتها إياك؟ كيف تشعر إن تبدلت الشخصيات وقمت بسماع كلماتك؟

فإن كنت تشعر بالاهتمام تجاهك وليس بالسلوك الدفاعي، فأنت على الطريق الصحيح.

لا تقم بالسؤال حول موافقته - بل أسأله فقط عن تفهمه ومسامحته لك لإتباعك لضميرك

3- الأفعال:

قم بشرح سبب قيامك بالأفعال التي نفذتها. وذكر الشخص الذي تحبه بالحدث/ الأحداث

التي عجلت باتصالك بالشرطة (أو فريق الأزمات) أو أخذه إلى المستشفى. ففي حالتي مع هنري،

كان الدافع هو تعبيره عن الأفكار الانتحارية وتخوفي من إيذائه لنفسه. وعقب كتابتك لأسباب

أفعالك، ضع في الاعتبار عدم تعبيرك بالإتهامي أو الغاضب. فهذا حوار تقوم من خلاله بمحاولة

توصيل أسباب إلزام الشخص الذي تحبه. فلا تقم بالسؤال حول موافقته - بل أسأله فقط عن تفهمه ومسامحته لك لإتباعك لضميرك. وفي الفراغ أدناه، قم بكتابة أسباب إتباعك للإلزام.

والآن، تعلم ما سوف أقوم بسؤاله. أنظر إلى ما قمت بكتابته وقارنه مع تعليمات أفعل ولا تفعل سابقة الذكر. وبعدها، وبعدها أسأل نفسك ما هو شعورك إن تبدلت الشخصيات وتوجيه كلماتك التي كتبتها إليك؟ هل تشعر بمعارضة النقاط المطروحة أم كنت سوف تتمكن من سماعها من غير أن تكون مدافعاً؟

4- مناشدة التسامح والتفهم

ما تطلب القيام به من الشخص الذي تحبه هو محاولة استيعاب سبب قيامك بما فعلته، ومدى حبك له، وقدر ما تعنيه مسامحته لك. فلا تخشى امتلاكه لليد العليا. بطريقة أخرى، كن ثابت الاقتناع ولكن لا تحاول تبرير نفسك أو تبرير قرارك. وبعد كل ذلك، لقد فزت! فكر في القوة التي حصلت عليها. فقد تم إجبار الشخص الذي تحبه على أخذ الدواء أو إجباره في المستشفى رغماً عن إرادته. (ككيف كان سوف يتم إجباره لأخذ الدواء ما لم يتم إلزامه داخل المستشفى؟) فيمكنك أن تكون شهماً. فأنت تطلب من الشخص الذي تحبه مسامحته لك؛ وهذا هو كل ما في الأمر. فاستمع بحذر إلى ما يقوله وانتظر إلى أين سيقودك الحوار.

في حالة رفض الشخص الذي تحبه التحدث عن الإلزام الإجباري، قم بكتابة كل ما تريد قوله في خطاب.

لا تتوقع نجاحك عقب إدارة حواراً واحداً. فسوف يتم استنفاد نقاشات متعددة قبل إمكانية تصحيح سوء فهم الشخص الذي تحبه حيال شعورك وسبب فعلك ما قمت به. وفي حالة رفض الشخص الذي تحبه التحدث عن الإلزام الإجباري، قم بكتابة كل ما تريد قوله في خطاب. ففي الواقع، حتى وإن كانت المناقشات ناجحة، يكون كتابة خطاب يغطي للنقاط الأربعة المناقشة سابقاً مفيداً. فأحياناً يؤثر المرض النفسي الخطير على الذاكرة. وسوف تساعد كتابتك لتفسيرك وطلب المسامحة الشخص الذي تحبه على تذكر ما قام بقوله.

أتمنى لو أمكنني إنهاء هذا الفصل بالقول بأنك لو اتبعت كل الخطوات السابقة فسوف تحول شعور الشخص الذي تحب بالخيانة إلى شعور بالتفهم والتعاطف من أجل المأزق الذي وقعت فيه. فلن يكون ذلك واقعياً. فسوف تعتمد إمكانية الشخص الذي تحبه على مسامحتك وترك الشعور بالخيانة وتفهيم وجهة نظرك على قدرته الفطرية لتحقيق هذه الأشياء. وعلى الرغم من ذلك، فإنني أستطيع أن أعدك بأنك إن قمت بإتباع النصيحة الموضحة هنا، سوف تشعر بتحسن حول ما قمت بفعله وتقل درجة الخصومة في علاقتك مع الشخص الذي تحبه.

15

المفاجئة

أثق بتذكرك بأنه من أول الأشياء التي أخبرتك بها، في بداية هذا الكتاب، هو عدم كون هدفك اعتراف الشخص الذي تحبه بأنه/ أنها مريض ولكن جعله يتبع تصريحه هذا "أنا لست مريضاً" بتصريح "إلا أنني يمكنني الاستفادة من بعض المساعدة". بطريقة أخرى، لم تهدف التقنيات التي كنت أعلمك إياها إلى اكتساب الشخص المريض عقلياً للبصيرة في كونه مريضاً؛ حيث أنها موجهة على وجه التحديد لجعله يجد أسباباً لتقبل العلاج برغم اقتناعاته.

فإن وصلت إلى نقطة إلزام مريضك أو الشخص الذي تحبه داخل المستشفى، فما عليك فعله الآن هو التأكد من عدم العودة إلى العادات القديمة السيئة مثل إبداء رأيك بدون السؤال أولاً عن رغبة الشخص الآخر في سماعه. يجب عليك المحافظة على والإضافة إلى الحوار التعاوني الذي بدأت، وكلما حاولت تذكير الشخص المريض عقلياً بأن "الأطباء يعلمون أكثر" أو الأسوأ من ذلك "الأب يعلم أكثر"، يجب عليك تذكر بأن كل هذه الكلمات الحكيمة ليس لها أي تأثير على الشخص الذي تحاول مساعدته. ففي الواقع، يكون الأكثر احتمالاً تفجير هذه الكلمات للجسر الذي تقوم ببنائه بحذر إلى هذا الشخص.

ولكنك على علم بكل هذا بالفعل، هل هذا صحيح؟ لذا ما هي المفاجئة؟ المفاجئة هي أنه عندما يكون الأشخاص ذوي المرض العقلي الخطير تحت العلاج ويمتلكون للعلاقة التي أحاول مساعدتك في بنائها معهم – التي تسمح لهم بالشعور باحترام وجهة نظرهم والثقة بك – فإنهم سوف يبدؤوا في تكوين البصيرة.

هل تتذكر فيكي، التي قرأت حوارها مع د. كوهات في الفصل 6؟ فمبدئياً، استمرت فيكي في التصديق بأنها قد "شفيت" من الاضطراب الثنائي إلا أنها وافقت على الاستمرار في تناول علاج الليثيوم على سبيل التجربة لمدة ستة أشهر وبعدها، إن قررت الانصراف عنه، تقوم بذلك بالاتفاق مع طبيبها. فلقد تمكنت من تنفيذ هذا الالتزام بسبب سماح د. كوهات لها بتفهم أنها المسؤولة مطلقاً على أخذ أو عدم أخذ العلاج – فبفعله ذلك، تمكن من كسب ثقتها وتوضيح احترامه وتقدير مشاعرها. وبعد مرور فترة، تمكنت فيكي أيضاً من رؤية ما حدث عندما قامت بتقليل جرعتها أو عدم الاستمرار في العلاج، وأحرزت بصيرة حقيقية في رؤية العلاقة بين تناول العلاج وعدم ظهور الأعراض المرضية عليها. فعندما أدركت أنه بدون الليثيوم أصابها "التعب"

مجدداً، قامت بطلب معاودة العلاج.

ونأتي إلى دولوريس، التي استمرت في فقدان وظائفها بسبب تحاورها بصوت عالٍ مع الأصوات التي تطرأ على رأسها. ففي البداية، لم ترى دولوريس أية علاقة بين طردها من العمل وترك علاجها. ففي الواقع، اعتقدت في البداية أن العلاج هو السبب وراء سماعها للأصوات. ومرت وقت طويل، والعديد من الإلزام داخل المستشفى، إلا أن دولوريس بدأت تدريجياً في امتلاك نوع من البصيرة حيال حقيقة أنه عندما تتوقف عن تناول العلاج يكثر تحدثها مع نفسها، وهو ما كان يجعل الأشخاص يعتقدون أنها "مجنونة". فمثل فيكي، قامت بتطوير بصيرة حول كيفية مساعدة العلاج إياها مع المشكلة التي تعرضت لها. لم تطلق فيكي على المشكلة "اضطراب ثنائي"، وإنما أسمته "تعباً". ولم تكن مشكلة دولوريس، من وجهة نظرها، التعرض للذهيان؛ بل كانت التحدث بصوت عالٍ إلى نفسها، وعلى الرغم من ذلك، قامتا هاتين المرأتين بتطوير بصيرة حول كيفية مساعدة العلاج كلاهما في تخطي مشكلاتهما من وجهة نظرهما. وكانت النتيجة حينها، أنه بمرور الوقت يبدأ الأشخاص بإعادة تعريف مشكلاتهم على أنها مرض عقلي، سواء كان أم لم يكن تعريفهم للمرض العقلي هو نفس التعريف الذي تعلمه.

ففي علم النفس، نطلق على ذلك "تغيير التناقض". فعندما تتوقف عن دفع شخص ما للتغيير، يجدوا في الغالب أسباباً لتغيير الكل بأنفسهم. أعتقد أن ذلك هو ما حدث ليس مع فيكي ودولاريس فقط، وإنما مع مرضانا الذين استفادوا من نوع العلاقة التي كنت أتحدث عنها عند تناولهم العلاج. فإتاحة الفرصة لاستكشاف وضعهم مع الشخص الذين يتقوا به والذي لن يقوم بإخبارهم بأنهم مرضى، مكنتهم من تطوير البصيرة. فكانت البصيرة في البداية حول النتائج الإيجابية المرتبطة بتناول العلاج، وبعدها في التبصر بالإصابة بالمرض العقلي.

فنحن على علم الآن أن بناء علاقة محترمة ومبنية على الثقة هو المفتاح لمساعدة شخص ما يعاني من ضعف البصيرة في الموافقة على العلاج من المرض العقلي.

أعتقد أن الدليل القصصي ملزماً بطريقة جميلة، إلا أنه توجد دراسات علمية أيضاً لعرض إمكانية أو قيام تطوير أشكال العلاقات التي تحدثت عنها بتحسين نقص البصيرة لدى المرضى الذين يعانون من المرض العقلي الخطير. ففي دراسة قامت بها د. رويزين كيمب وزملائها، التي تم نشرها في الجريدة البريطانية لعلم النفس في 1998، وجد الباحثون تحسن الالتزام العلاجي والبصيرة على مدار 18 شهر من المتابعة عقب ستة جلسات فقط من MET. (تذكر أرتكاز LEAP على MET، التي تسعى لخلق علاقة تعاونية مع الشخص "المنكر"). فهذا مثال جيد حول كيفية مساعدة بناء العلاقات المحترمة المبنية على الثقة المتبادلة التي كنا نتحدث عنها في تطوير

كلا من الالتزام والبصيرة. وكما قمت بذكره في الفصل 10، قد يفيد البحث الجديد حول العلاج أيضاً في معركتنا ضد عمه العاهة (عدم إدراك الإصابة بالمرض). وبغض النظر عما حدث مع البحث حول العلاج، على الرغم من ذلك، فإننا نعلم اليوم - في الوقت الحالي - أن بناء علاقة محترمة ومبنية على الثقة هو المفتاح لمساعدة شخص ما يعاني من ضعف البصيرة في الموافقة على العلاج من المرض العقلي.

وسواء كنت فرد من العائلة أو متخصص في الصحة النفسية، يعني ذلك أنه عندما تقوم بخلق علاقة غير متسعة الحكم ومبنية على الثقة، سوف يجد الشخص الذي تحاول مساعدته أسباباً للاستمرار في العلاج، وعلى مدار الوقت، تطوير البصيرة حول الإصابة بالمرض النفسي. فقد يستغرق الاستمرار في العلاج عام أو عامين، إلا أن عواقبه لا تحصى على مدار العمر. ومع استمرارك، على الرغم من ذلك، تحتاج لتذكر كونك عضو من الفريق. فحتاج أن تكون قوي وحاصلاً على الراحة المناسبة. وإن كنت تفعل أكثر مما يجب عليك فعله، سوف تخسر الدافع وتكون في خطر "الإنهاك". ويتم استخدام مصطلح الإنهاك من قبل متخصصي الصحة النفسية لوصف الشعور بالإرهاق الكامل النابع من الاستغراق في مشاكل الأشخاص الآخرين لمدة طويلة. فسوف يؤدي إرهاق نفسك إلى جعلك أقل كفاءة وشعور الشخص الذي تحبه أو مريضك بأنه عبئ عليك.

وإن كنت فرداً من العائلة، أريد أن أضيف كلمة أخيرة من فرد للعائلة إلى فرد آخر. إنك في وضع فريد لمساعدة الشخص الذي تحبه في تعلم كيفية التعايش مع المرض العقلي. فأنت تعلم الشخص الذي تحبه قبل إصابته بالمرض، وهو ما يعني معرفتك بالشخص الرئيسي المغطى بأعراض المرض. فعندما يشعر الشخص المصاب بالمرض العقلي الخطير بأنك تراه كما هو، ولا ترى الأعراض التي تمت إضافتها عليه فقط، سوف يفتح على التعلم منك.

المفاجئة لهنري وإكسافير:

لم يبق هنري أبداً بتطوير بصيرة حول كونه مريض عقلي. إلا أنني في آخر مرة رأيته فيها، في الأيام التالية لجنازة أمي، لا أستطيع إخبارك مدى شعوري بالراحة من خلاله - كانت مشاعر عميقة لدرجة عدم قدرتي على صياغتها. وأعلم بشعوره بالمثل. نعم، قد تحدثنا، إلا أن معركتنا المشتركة والخانات وتصالحنا المطلق كان ممكناً بسبب احترامنا لأحدنا الآخر، كان شيء شعرنا به من صلبنا.

وفي رحلة عودتنا إلى المنزل، في آخر ليلة معاً، أخبرني أخي أنه شعر بأنني رأيته كما هو. فقد كان هنري في غاية الطيبة، والذكاء، والمرح، وذو بصيرة (حول معظم الأشياء)، ومبتكر.

نعم، تسبب في ألم شديد (كما كنت بالنسبة له) خلال السنوات الأولى من مرضه عندما قمنا بمناقشة ما إذا كان مصاباً أم لا بالمرض العقلي وفي حاجة إلى العلاج. فكان إلقاء اللوم على أنا أكثر منه في ذلك. تمكن هنري من الضحك في الحياة. لقد رأيته وأحييته وعلمت ذلك. تعلمت كثيراً من أخي - الرجل الذي منحه الناس مساحة واسعة بسبب اندفاعه الانفجاري في الضحك لسبب غير واضح وحواراته مع الأصوات التي يسمعها هو وحده. فقد علمني كيفية رمي كرة السلة وركوب الدراجات وقوة التواضع. عندما كنا ننشأ معاً، كان يستحضر الفكاهة والسحر في حياتي (مثل المرة التي كنت فيها في الخامسة من العمر وقام بإقناعي بأنني قد فقدت رؤية بابا نويل طائراً بجانب نافذتنا). ومؤخراً، قام بتعليمي الرحمة والصبر والثبات والأهم من ذلك، قام بتعليمي التسامح. أشعر أنني محظوظاً، كما سوف تقرأ في القسم التالي، بأننا كنا على علاقة صداقة قوية لعدد من السنوات قبل موته.

فكان هنري أنادور السبب في تأسيس LEAP. لم يكن ابتكاري وحدي أو تعاوني مع إيرون (تيم)، وبيك، وإم. دي.، وغيرهم من الزملاء والمرضى. فالأكثر من أي فرد آخر، ساعدني هنري في تأليف LEAP، الذي بدونه، أنا متأكد، لكننا فقدنا العديد من سنوات التقرب، والضحك، والحب. في الفصل التالي والأخير من هذا الكتاب، أقوم بسرد تفاصيل عن المصدر النظري لـ LEAP، وموجزاً عن البحث الأخير حول العلاج السلوكي المعرفي لانفصام الشخصية ومراجعة البحث الأخير عن العلاقة بين العنف وضعف الالتزام. وبعد ذلك، قمت بنقاش حتمية تضمين عمه العاهة في الكتيب التشخيصي، ليس من أجل انفصام الشخصية فقط، بل من أجل الاضطرابات النفسية الأخرى.

وأخيراً، أخبركم بنهاية قصة هنري. وربما لا تكون "النهاية" الكلمة الصحيحة لأنني أؤمن بأنه مع قراءة كل نسخة من هذا الكتاب، سوف يستمر فتح قصته - مع مساعدة رحمته وعطفه وطيبته الآخرين في التوصل إلى الأشخاص الذين يعانون من المرض النفسي الخطير وإعادتهم إلى عائلاتهم.

الجزء الرابع

نظرية، بحث ونصيحة عملية حول برنامج "استمع، تعاطف، وافق، شارك" (LEAP)

الجزء الرابع

النظرية والبحث والمشورة العملية حول ليب

16

برنامج "استمع، تعاطف، وافق، شارك" (LEAP) النظرية والبحث

تضمنت النسخة الأولى من هذا الكتاب في عام 2000 شرحاً لبرنامج "استمع، تعاطف، وافق، شارك" (LEAP). إلا أن البرنامج مأخوذ من أنماط علاجية نفسية موجودة منذ 50 عامًا. وقد استند برنامج (LEAP) على ثلاثة تأثيرات أساسية هي: "العلاج المرتكز على العميل" لـ "كارل روجر"، "العلاج المعرفي" لـ "أرون تي. بيكس" و"المقابلات التحفيزية" لـ "ميلر وروولنيك".

"العلاج المرتكز على العميل" لـ كارل روجر (1951-1959)

يعتمد برنامج (LEAP) على مفهوم روجر للقدرة التغييرية لـ "الاستماع النشط" للمرضى. "يحدث التواصل الحقيقي... عندما نستمع بتفهم. بمعنى أن نرى الفكرة والموقف المعبر عنه من وجهة نظر الشخص الآخر، أن نشعر بما يشعر به، أن نتوصل إلى بنية الأفكار والقيم التي يتبناها تجاه موضوع النقاش"

(كارل روجر، 1961: كتاب "أن تصير إنساناً" "On Becoming a Person"، مارينرز بوكس، صفحة 332)

الفكرة الرئيسية هنا هي أن إصدار أحكام أو تقييم يضع حاجزاً أمام التواصل البناء. كلما أحسنت الاستماع، كلما قلت الأحكام التي تصدرها. وعندما يشعر المريض بأن هناك من يفهمه، فإنه يشعر بالثقة والصراحة مع المعالج.

كان من بين الدروس الأساسية التي تعلمتها من "العلاج المرتكز على العميل"، هو أن أتخلى عن المنظور التوجيهي للمتخصص، أعبر عن احترامي لآراء العميل، أستمع بنشاط وأظهر التعاطف.

"العلاج المعرفي" لـ أرون بيكس (1979)

في 1979، في كتابه "العلاج المعرفي للاكتئاب" أوضح أرون تي بيكس أن بعض أنماط الخلل الوظيفي المعرفي تؤدي إلى أو تزيد من الاضطرابات العقلية. ولكن الاستماع وحده لا يكفي لتعديل هذه الأنماط المعرفية الوظيفية المختلفة (الإطار المعرفي لتنظيم وتفسير المعلومات "Schema"). يقدم العلاج المعرفي العديد من الأساليب التي تساعد على تحسين مشاركة المريض في التفاعل وبالتالي العلاج. لذا، عند العمل على مشكلة الالتزام بالعلاج، ينبغي على

المعالج:

- اتخاذ موقف مبني على التعاون
 - استخدام أجندة متفق عليها من الطرفين
 - اكتشاف عيوب ومميزات العلاج والخدمات
 - تحديد الأهداف التي يوافق المريض على العمل عليها
- من بين الدروس العديدة التي تعلمتها من العلاج المعرفي هي أهمية بناء إطار إذا أمكن، مثل بدء اللقاءات بوضع أجندة - ولكن مع التمتع بالمرونة.

حاول وضع أجندة للحوارات سواء أكانت بتوجيه من المريض (مثال، "لقد كنت تتحدث الآن عند غضبك عندما قامت الشرطة بالقبض عليك. هل يمكننا التحدث عن هذا اليوم؟") أو من خلال اقتراح أفكار (مثال، "لقد ذكرت أنك لا تحب العلاج. هل يمكننا التحدث عن هذا؟").

تذكر طرح الأسئلة. يعد العلاج المعرفي علاجاً تعاونياً، تماماً مثل برنامج (LEAP). وعلى المعالج تكرار الاستفسار عما الذي يراه المريض مفيداً وما لا يراه مفيداً. الأهم، يعتمد العلاج المعرفي على إجراء تحليلات التكلفة/المنفعة مع العميل - تماماً كما نفعل في برنامج (LEAP)، كلما أمكن.

المقابلات التحفيزية (1991)

تعد المقابلات التحفيزية أو علاج تحسين الحافز (MET) منهجاً يساعد الأشخاص على التغيير، وقد نشأ في الأصل على يد وليام. آر. ميلر وستيفن رولنيك. وهو يعالج مشكلة مهمة وشائعة في جميع العلاجات: وهي مقاومة التغيير. في حالة علاج تحسين الحافز (MET)، ينظر إلى هذه المقاومة كنتيجة للتناقض الوجداني بشأن التغيير. لذا فهو يهدف بشكل أساسي إلى مساعدة العملاء على زيادة الحافز الطبيعي لديهم وحل مشكلة التناقض الوجداني من أجل تسهيل عملية تغيير السلوك. "هال اركوفيتس وآخرون (2008) دور المقابلات التحفيزية في علاج المشكلات النفسية، لندن، مطبعة جالفورد، صفحة 9.

في المقابلات التحفيزية (MI)، يقوم المعالج بدور المرشد الذي يوجه الأسئلة، يستمع وفي النهاية يقدم المعلومة للمريض. كما سترى، فإن برنامج (LEAP) قد تأثر بشكل أساسي بأول عنصرين من المقابلات التحفيزية.

فكما هو الحال في المقابلات التحفيزية (MI)، يكمن الهدف الأساسي لبرنامج (LEAP) في الحصول على التعاون من المريض عن طريق إظهار الاحترام لحريته وآراءه حتى ولو تعارضت مع آراء المعالج. من ناحية أخرى، يختلف برنامج (LEAP) عن علاج تحسين الحافز (MET) في

منهجه في توصيل المعلومة للمريض (مثل، إبداء الرأي، تقديم مقترحات أو التثقيف).
الفكرة الرئيسية هنا هي أنه ينبغي على المعالج تبني أسلوب إرشادي (استخدام الأسئلة ذات الإجابات المفتوحة) بدلاً من أسلوب التحكم أو التوجيه من أجل تعزيز مشاركة أكثر نشاطاً في التفاعل. وبالتالي، فالمعالج يسعى إلى:

- الإرشاد بدلاً من الضغط (استخدام الأسئلة ذات الإجابات المفتوحة)
- تقييم الحافز إلى التغيير
- دعم كفاءة الذات لدى المريض
- تقييم المحاولات السابقة لمعالجة المشكلة
- التحدث بلغة افتراضية مع المرضى الأقل جاهزية للتغيير
- التعرف معاً على التناقض الوجداني لتحفيز عملية تغيير السلوك

إن من بين الدروس المأخوذة من علاج تحسين الحافز (MET) عدم التوجيه. وقد قام برنامج (LEAP) بأخذ هذا المبدأ خطوة إلى الأمام، إلى الإحجام عن التوجيه - إبداء الآراء. كما هو الحال في علاج تحسين الحافز (MET)، يستغل برنامج (LEAP) جوانب الوعي لدى الشخص ويتجاهل الجوانب المترسخ (مثل الاعتقاد "أنا غير مريض"). فنحن نركز على الرغبة في تغيير أشياء معينة في حياة الشخص، تحديد الأهداف والسعي لتحقيقها، وحل مشكلة التناقض الوجداني بشأن الحصول على المساعدة لتحقيق هذه الأهداف.

ملخص

في منهج كارل روجر "العلاج المرتكز على العميل"، بالإضافة إلى منهج "المقابلات التحفيزية" تبدأ عملية بناء تحالف أو رابطة مع المريض بالتركيز على فهم وجهة نظره ومشكلاته. إن فهم وجهة نظر العميل هو أمر أساسي في برنامج (LEAP). كما أن القدرة على الفهم والتواصل حول وجهة النظر هذه بصورة صحيحة هو المفتاح لتحويل العلاقة الخلافية إلى علاقة تحالف.

على العكس من منهج روجر "العلاج المرتكز على العميل" ومنهج بيكس "العلاج المعرفي"، يركز "علاج تحسين الحافز (MET)" على الاستماع إلى والعمل على مشكلة التناقض الوجداني بشأن التغيير و"تغيير موضوع النقاش". يعتمد تغيير النقاش على رغبات العميل، قدرته، أسبابه وحاجته إلى التغيير.

- ما الذي يرغب فيه المريض ("ماذا تريد؟")
- قدرة المريض ("ما الذي يمكنك القيام به؟")

• الأسباب وراء التغيير ("لماذا تريد القيام بذلك؟ لماذا تريد التغيير؟")

• الحاجة إلى التغيير ("إلى أي مدى تريد التغيير؟")

باختصار، يستعين برنامج (LEAP) بالأدوات والمبادئ التالية من هذه المناهج الثلاثة في العلاج:

من "العلاج المرتكز على العميل" لـ "روح": الاستماع المتأمل كأساس لخلق رابطة مع المريض. يتضمن هذا الأسلوب بالضرورة عدم إصدار الأحكام - عدم تقديم آراء حول ما يقال إلا إذا طلب ذلك (مرات عديدة).

من "العلاج المعرفي": الموقف القائم على التعاون، وضع أجندة وتحليلات التكلفة والمنفعة. من "المقابلات التحفيزية": امتلاك المريض القول الفصل والأخير في عملية التغيير، دراسة التناقض الوجداني بشأن التغيير. والأهم، تحديد الحوافز (أو الرغبات) الداخلية والخارجية. أنا اعترف بأن برنامج (LEAP) ليس جديداً تماماً، فمبادئه الأساسية معروفة. قد يقول البعض أحياناً "إن برنامج (LEAP) يشبهه ... تماماً."؛ هم لا يتهمونني بالقرصنة ولكنهم يربطونه بالإرث.

كان المغني الفلكلوري الأمريكي وودي جوثري، مؤلف أغنية "This land is your land" هذه الأرض أرضك" التي حفظناها ونحن صغار، يتهم أحياناً بسرقة ألحان أغانيه من نغمات العهد القديم. في الحقيقة، لم يكن وودي جوثري يحاول أن يخفي أسلوبه في الاستعارة من ألحان مكتوبة بالفعل، وكان يقول "ليست هناك ألحاناً جديدة؛ لقد استهلكت جميعها".

أنا أشعر بالشيء نفسه تجاه أهم الرؤى المتعلقة بعلم النفس والعلاقات الإنسانية فائدة. إن برنامج (LEAP) يعتبر جديداً، ولكن على نحو يشبه أغاني جوثري؛ من حيث اعتماده على ما جاء قبله. فهو يعتمد على بعض الموروثات الفلسفية، الأنماط العلاجية الثلاثة التي قمت بتلخيصها بالأعلى، وعلى ما هو منطقي. فهو يعد طريقة لتذكر واستخدام الحقائق القديمة في حياتنا اليومية. مثل الألحان التي تجدها جذابة وصعبة على النسيان، عندما تتعلم (LEAP) ستجد أنه من السهل استدعائه في وقت تحتاج إليه.

الأبحاث الحديثة حول برنامج (LEAP)

في الجزء التالي، سأشرح باختصار نتائج الدراسة التي أجريتها أنا وزملائي دكتورة "سيلين بيلوت"، دكتور "ريموند جوتز" ونشرت في مجلة المعهد القومي للصحة العقلية "مجلة الفصام". وقد عرضت الدراسة في المؤتمر الدولي حول أبحاث الفصام في يونيو 2009. وعلى الرغم من أنني قد قمت أنا ودكتور جوتز بالتنسيق معها ونشر الدراسة معاً، فقد قامت الدكتورة

بيلوت بتنفيذ الدراسة بنفسها أثناء إعدادها رسالة الدكتوراه الخاصة بها في جامعة باريس. كما ذكرت سابقاً، معظم المرضى الذين يعانون من الفصام وفقاً لـ الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية الإصدار الرابع DSM-IV يظهرون عدم التزام كامل أو جزئي بالعلاج الدوائي (روميل كلوج 2008). حوالي ثلث هؤلاء المرضى فقط يتناولون العلاج المضاد للذهان كما هو مفترض (أوهي 2000). وقد وجد أن الالتزام السيئ بالعلاج (عدم الالتزام الكامل أو الجزئي) يرتبط بالانتكاس، زيادة مرات الاحتجاز بالقوة، مسار أسوأ للمرض، وزيادة حالات العنف والانتحار (أمدور ودايفيد 2004). نظراً للنتائج الخطيرة المرتبطة على الالتزام السيئ، فإن أساليب التدخل التي تهدف إلى تحسين والحفاظ على الالتزام تنال اهتماماً كبيراً من قبل الأطباء السريريين، الباحثين وصناع السياسات.

كان الهدف الأساسي من الدراسة التي قمنا بها، هو تقييم فاعلية برنامج (LEAP) عند مقارنته بالتدخل المحكم. تضمنت الدراسة 54 مريضاً يعانون من الفصام على وشك صرفهم من المستشفى بعد تلقيهم العلاج. تم تقسيم المرضى بشكل عشوائي بين علاجات تجريبية وعلاجات محكمة. لم يكن المرضى يدركون ما إذا كانوا يتلقون العلاج التجريبي أو العلاج المحكم والذي كان في الأساس هو "العلاج المرتكز على المريض" لكارل روجر الذي سبق شرحه بالأعلى.

تلقي جميع المرضى حقن مضادة للذهان طويلة المفعول (سواء نموذجية أو لا نموذجية). وفي حالة قبول الحقنة تسجل كتجاوب، وفي حالة عدم قبول الحقنة أو تقويت موعدها تسجل كعدم تجاوب. وقد تم تقييم الوعي بالفصام باستخدام مقياس تقييم غياب الوعي في الاضطرابات العقلية "مقياس بيرشوود للوعي"، كما استخدم دليل "الموقف من العلاج" في تقييم الموقف من العلاج. أجريت جميع التقييمات من قبل مقيم واحد، أخفي عنه تقسيم المجموعات.

أظهرت النتائج أنه مقارنة بعلاج روجر، أثبت برنامج (LEAP) قدرته على تحسين الحافز للتغيير، الوعي والالتزام بالعلاج. توصلت هذه الدراسة إلى أن برنامج (LEAP) متفوق عن العلاج النفسي المحكم، حيث عمل على تحسين التجاوب والتعاون، الحافز للتغيير، الوعي والمواقف تجاه العلاج. من بين جوانب القوة في تصميم التجربة، هو حقيقة استخدامنا لتصنيف عشوائي أعمى للمجموعات، تقييم أعمى للمتغيرات التابعة و 100% استعانة وتحقق من معيار الالتزام. من بين أوجه القصور في الدراسة؛ غياب مقياس الإخلاص لبرنامج (LEAP)، وحقيقة كون المؤلفة الكبيرة دكتورة بالبلوت هي المعالجة الوحيدة لجميع المرضى. مما قد يسم النتائج بالتحيز غير المقصود عن طريق معاملة المرضى بصورة مختلفة بناء على العلاج المخصص لهم. نحن حالياً نخطط لإعادة الدراسة على عينة مغايرة أكبر، مع الإستعانة بتقييم طولي للإخلاص لتدخل برنامج (LEAP) وعدم معرفة المعالجين بفرضية الدراسة.

17

العلاج النفسي للذهان

كما ذكرت في الفصل الأول، وسابقاً في إحدى الأعمدة بمجلة الفصام، حوالي 50% من الأشخاص الذين يعانون من الفصام لديهم صعوبة كبيرة في تفهم أنهم يعانون من مرض عقلي (أي لديهم عرض عمه العاهة)، وأن نقص الوعي هذا متعلق بخلل وظيفي في الفص الأمامي للمخ. ولما كان الأمر كذلك - فإن الوعي لا يتغير - أو لا يزيد - بسهولة مع مرور الوقت.

لقد تم إعادة التحقق البيانات التي تدعم هذا الرأي مرات عديدة، حتى أنه منذ عشر سنوات مضت كان الدليل التشخيصي المستخدم من قبل جميع أطباء أمريكا الشمالية يتضمن هذه الحقائق (انظر صفحة 304 من الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية الإصدار الرابع DSM-IV-TR، مطبعة الجمعية الأمريكية للطب النفسي 2000).

علاوة على ذلك، وكما ذكرت سابقاً، العديد ممن يعانون من الفصام والاضطراب الوجداني مزدوج القطب يرفضون أو يتناولون جزءاً صغيراً من الدواء الموصوف لهم (تذكر التقديرات نسب ما بين 50% إلى 75%). حتى الأشخاص الذين هم على دراية بإصابتهم بالمرض ويتناولون العلاج، لا يستجيبون جميعهم للدواء أو يستجيبوا جزئياً فقط (الأصوات تخنقي ولكن تظل الضلالات مثلاً). لذا، ماذا يمكننا أن نفعل في حالة رفض العديد من الأشخاص للعلاج أو تناولهم لجرعات جزئية من العلاج، هذا بالإضافة إلى أن العلاج حتى ولو أخذ وفقاً للجرعات المحددة قد لا يجدي دائماً؟

لذا في حالة رفض الأشخاص تناول العلاج، أو في حالة تناولهم لجرعات جزئية ... ماذا يمكننا أن نفعل؟

على الرغم من عرضي له كعنوان لهذا الفصل، لا أشك أننا نحتاج، في مجالنا هذا، إلى تقديم علاج نفسي لمعظم، إن لم يكن جميع، مرضى الذهان. في هذا الفصل، سأوضح بعض الأبحاث حول "العلاج السلوكي المعرفي (CBT)" للذهان. كما سأناقش باختصار "المقابلات التحفيزية" والتي اعتبرها قريبة الصلة بـ "العلاج السلوكي المعرفي (CBT)"، كما سأوضح الدعم القوي لفاعلية هذه الأنماط العلاجية في زيادة الالتزام بالعلاج، تحسين بعض جوانب الوعي بالمرض، تقليل حدة بعض الأعراض، والأهم من ذلك تشجيع المرضى أن يصبحوا مستهلكين

فاعلين ومنخرطين في محاولة العثور على العلاجات والمصادر التي تساعدهم بشكل أفضل.

الدروس المستفادة من استخدام العلاج النفسي في حالات الذهان

الدرس الأول الذي تعلمته كان في الجامعة في 1978 - التحليل النفسي المكثف طويل المدى يعالج الفصام وأشكال أخرى من "الإنكار الذهاني". هو لا يقلل من حدة الأعراض فحسب، وإنما يعالج المرض نفسه! كان الهدف من العلاج قديماً في الغالب هو إصلاح الخلل الذي أحدثته "الأم الفصامية" الذي تسبب أسلوبها في التواصل العاطفي في الإصابة بالفصام.

الدرس الثاني الذي تعلمته كان بعد ذلك بسنوات من الدكتور الذي شخص أخي هنري لأول مرة - وهو العلاج الوحيد للفصام هو العلاج المضاد للذهان و"العلاج التدعيمي". كان "العلاج التدعيمي" وقتها يتكون من لقاءات فردية وعلاج جماعي يهدف إلى "اختبار الحقيقة" والذي كان بالنسبة لأخي بمثابة أشخاص يقولون له بأنه مخطئ في اعتقاداته وبأنه "مجنون".

لماذا كان الانتقال من التحليل النفسي إلى العقاقير واختبار الحقيقة؟

في دراسة بارزة عام 1984 أجراها الطبيب النفسي من جامعة ييل، دكتور "توم ماك جلاشان" وزملاؤه في مركز "شيسنت نت لودج" وهو مركز قومي معروف لعلاج الفصام في ذلك الوقت، تبين أن التحليل النفسي لا يعالج الفصام، وفي معظم الحالات يقدم مساعدة ضئيلة. وفي التسعينيات من القرن العشرين ومع إعلان المعهد القومي للصحة العقلية (NIMH) عن المبادرة البحثية للفصام "عقد الدماغ" (والتي استوحيته من قبل أفراد الأسر الذين يعملون مع التحالف القومي للأمراض العقلية بالإضافة إلى عدد من الأطباء السريريين والعلماء)، انقلبت الآية. حيث ظهر أن العلاج النفسي سيئ والعلاج الدوائي جيد. كان هذا تسطيحاً مبالغاً فيه، ولكن بالنسبة للعديد منا، كان هذا هو الرأي السائد. على الرغم من أنني تلقيت تدريبات على العلاج النفسي التحليلي واستخدمته على العديد من المرضى، فقد رأيت أن العلاجات المضادة للذهان تقلل وأحياناً تقضي على أعراض الفصام في حالة أخي وفي حالات أخرى من الاضطرابات العقلية ذات الصلة. وبالفعل انضمت إلى جموع الأسر، الأطباء والباحثين الذين كانت تحركهم النوايا الطيبة في القول بأن العقاقير المضادة للذهان هي الأساس في استقرار وعلاج الحالة وأن العلاج النفسي ليس له أي دور أو له دور ضعيف للغاية؛ فضرره أكثر من نفعه. بتأمل ما حدث، لقد اختلط الحابل بالنابل.

لقد انضمت إلى جموع الأسر، الأطباء والباحثين الذين كانت تحركهم النوايا الطيبة في القول بأن العقاقير المضادة للذهان هي الأساس في استقرار وعلاج الحالة وأن العلاج النفسي ليس له أي دور أو له دور ضعيف للغاية؛ فضرره أكثر من نفعه. بتأمل ما حدث، لقد اختلط الحابل بالنابل.

بالنابل.

.....

لحسن الحظ، سمع الدكتور أرون تي بيك، الذي تخرج من جامعة بنسلفانيا ومؤسس العلاج المعرفي (ومساعد في تطوير نسخة سابقة من برنامج (LEAP) عن مجموعة صغيرة من الباحثين في الولايات المتحدة. حيث بدأوا معاً بعمل لقاءات سنوية للعلماء القائمين على دراسة العلاج المعرفي المقدم لمرضى الفصام وغيره من الاضطرابات العقلية. في يونيو 2009، حضرت الاجتماع السنوي العاشر لهم، والذي عقد بكلية الطب بجامعة بنسلفانيا. قبل سنوات كنت قد كتبت أنا وأحد زملائي بحثاً تلخيصياً، توصلنا من خلاله أن العلاج السلوكي المعرفي له العديد من التطبيقات الإيجابية بالنسبة لمرضى الفصام وغيره من الاضطرابات العقلية، وقد ساعد المؤتمر على تعزيز ونشر هذا الرأي.⁽¹⁾ هذه هي بعض الدروس التي تعلمتها من المؤتمر ومن التاريخ البحثي.

الشيء الجيد في العلاج النفسي

أولاً الأخبار السيئة: توصل المؤتمر إلى إجماع حول أن العلاج السلوكي المعرفي (CBT) ليس فعالاً في معالجة الأعراض السلبية للفصام. كما أن استخدامه في الولايات المتحدة نادر مقارنة باستخدامه في المملكة المتحدة. الأخبار الجيدة هي أن الأبحاث التي أجريت منذ آخر تلخيص للتاريخ البحثي قمنا به في 2001 يوضح أن العلاج السلوكي المعرفي (CBT) فعال في معالجة بعض الأعراض الإيجابية للفصام وغيره من الاضطرابات العقلية (تشمل الأعراض "الإيجابية" على الهلوس، الضلالات واضطرابات التفكير). ويظهر فاعلية العلاج السلوكي المعرفي (CBT) تحديداً في حالة الهلوس.

في المراجعة التي قمنا بها للتاريخ البحثي في 2001، اكتشفت أنا ودكتورة "آنا سيكينجر أن ضعف الوعي وعدم الالتزام بالعلاج هي جوانب معضلة وشائعة وتعيق علاج مرضى الفصام والاضطرابات العقلية الأخرى، وأن العلاج السلوكي المعرفي (CBT) والتدخلات المشتقة من مثل هذه المناهج (مثل المقابلات التحفيزية) تحسن من بعض جوانب الوعي بالمرض، تزيد من الالتزام بالعلاج، تحسن من حدة الهلوس وأحياناً الضلالات، وتساعد في النتائج السلبية الأخرى للاضطرابات العقلية ذات الصلة. أعادت الأبحاث التي عرضت في المؤتمر السنوي العاشر حول العلاج السلوكي المعرفي (CBT) للفصام، تأكيد النتائج الأساسية للبحث التلخيصي السابق الذي قمنا به.

علاوة على ذلك، وفي دراسة نشرت في "المجلة البريطانية للطب النفسي" أوضح الباحثون أنه عند مقارنته بعلاج نفسي مقارن، تتضح أفضلية العلاج السلوكي المعرفي (CBT) في تقليل

(1) سيكينجر، ارايه، أمادوراكسفي "العلاج السلوكي المعرفي في الفصام" مجلة الطب النفسي 2001

حوادث العدائية لدى المرضى الذين لديهم تاريخ من العدائية والعنف، كما أنه أفضل في تقليل حدة الضلالات وتقليل إدارة المخاطر. هذا بالإضافة إلى قبول العلاج من قبل غالبية المرضى؛ حيث كانت نسب تقوية العلاج السلوكي المعرفي (CBT) أقل بكثير.

أخيراً، أوضح بحث تلخيصي لعشرين عامًا من الأبحاث النفسية الاجتماعية يهدف إلى تحسين الالتزام بالعلاج، نشر في المجلة الأمريكية للطب النفسي في 2002 (ادخل على <http://leapinstitute.org/RESEARCH.html> وانقر "Review Paper"، أن وحدها البرامج التي تشتمل على عناصر من المقابلات التحفيزية هي الفعالة في تحفيز مرضى الفصام على قبول العلاج والالتزام به.

عندما يندر تقديم العلاج النفسي

على الرغم من الدلائل - والكثير من البيانات التي تثبت فاعلية العلاج السلوكي المعرفي (CBT) في معالجة اضطرابات أخرى شائعة في الفصام والاضطرابات العقلية ذات الصلة مثل اضطرابات المزاج والتوتر - لم يحصل غالبية مرضى الفصام والاضطرابات العقلية ذات الصلة في أمريكا الشمالية على أي دورة علاجية تتضمن العلاج السلوكي المعرفي (CBT) أو غيره من العلاجات ذات الصلة (مثل برنامج LEAP)

أعتقد أن هناك سببين لذلك. الأول، ليس هناك "أم فصامية". للأسف، لا يزال العديد من الأطباء السريريين يشعرون بالذنب لاعتقادهم أو لانتمائهم للمجال الذي ذكر يوماً أن التربية السيئة تسبب الفصام. لهؤلاء أقول: "أنسوا الأمر. لم يقصد أحد منا إحداث أي ضرر - لقد تصرفنا بجهد ببساطة وظللنا نؤمن بنظرية معينة لم يتم اختبارها. السبب الثاني هو أن الفصام والاضطرابات العقلية ذات الصلة هي في الحقيقة ناتجة عن خلل عقلي.

يميل المستهلكون، الأقارب، مختصو الصحة العقلية وصانعي السياسات على التركيز أولاً وأساسياً على المخ، وينسون دائماً أن المخ مكانه في "الكائن البشري"

أظهرت الأبحاث التي أجريت خلال "عقد الدماغ" وما بعده هذه الحقيقة بوضوح. ونظراً لذلك يميل المستهلكون، الأقارب، مختصو الصحة العقلية وصانعي السياسات على التركيز أولاً وأساسياً على المخ، وينسون دائماً أن المخ مكانه في "الكائن البشري". في هذه الأثناء، لم يكن لدينا أبداً صناعة بملايين الدولارات تروج لتعليم المستهلكين والمتخصصين عن العلاج النفسي المقدم للفصام والاضطرابات العقلية ذات الصلة. ولكن كان لدينا أموال وفيرة تنفق لتعليمنا بفوائد الأدوية المضادة للذهان. هذا ليس نوعاً من النقد - ولكنها حقيقة لا ينكرها أحد.

لذا يقع علينا عاتق تثقيف أنفسنا حول العلاجات النفسية التي تمت دراستها وثبتت فاعلتها. كما علينا أن نرى أن مصادر التمويل الخاصة والعامة هي مقدمة لتدريب المتخصصين الذين نحتاجهم

لتقديم هذه العلاجات وتوفيرهم في مجتمعاتنا. ⁽¹⁾ أنا لا أرى أن هذه مهمة مخيفة أو مستحيلة، فهناك تقدماً كبيراً منذ أن فتحت كتابي الأول عن الفصام ومنذ النوبة الأولى لمرض أخي.

18

العنف والمرض العقلي

استيقظت لأبحث بتوتر شديد عن نظارتي على المنضدة المجاورة للسرير - فاصطدمت يدي بكوب من الماء قبل أن ألمس إطار النظارة. وعندما وضعت النظارة، كانت الساعة الرابعة فجراً. لقد كنت أشعر ببرودة وكان قلبي يخفق. كان هنري يمشي في الردهة وهو يصرخ على الأصوات التي يسمعها هو وحده. لم تكن فكرة الحديث معه تخطر ببالي - فقد ظلت لوقت متأخر أحاول أن أقنعه أن يعاود تناول علاجه، ولكن كل ما حققته هو أنني زدت هياجه. بدا مما أسمعه من كلامه أنه في مناقشة ساخنة، فتخيلته وهو يدفع الباب وفي يده سكيناً. لذا تدليت من السرير ومشيت ناحية الباب لأغلقه وأنا مطأطأ الرأس في قلق وخجل.

كثيراً ما يتم الاستشهاد ببحثي وكتابي هذا من قبل من يروجون للعلاج الخارجي المساعد (ادخل على www.psychlaws.org)، ومن يعارضون فكرة العلاج الإجمالي على خلفية عدم الحاجة إليه في حالة تقديم علاج خارجي مناسب مثل برنامج (LEAP). أستطيع أن أرى المنطق الذي يتحدث به كلا الطرفين.

وقد قلنا ذلك، فإنه حتى يتم التحكم، على نحو يعول عليه، في حالات الانتحار، الإهمال الشخصي الفادح وغيرها من أنماط الإيذاء النفسي والعنف الناتجة عن حالات الذهان، ستظل الحاجة إلى العلاج الإجمالي قائمة. تجاهلنا لهذا الأمر سيعد عملاً إجرامياً وغير أخلاقي - وهذا يرجعنا إلى ما يركز عليه هذا الفصل.

هل يميل الأشخاص الذين يعانون من الفصام لارتكاب جرائم وأعمال عنف أكثر مقارنة بالأشخاص "الطبيين بصورة مزمنة" كما يصفهم صديقي العزيز دكتور فريد فريز (مستهلك واختصاصي علم نفس يعاني من الفصام)؟ من وجهة نظر شخصية، هل كان ينبغي أن أشعر بالخوف من أخي، والذي كنت أثق فيه أكثر من أي شخص آخر قبل مرضه؟

البحث حول العنف والفصام

في أثناء الندوات التي ألقيتها، غالباً ما أقول إن "الأشخاص الذين يعانون من الفصام والاضطرابات العقلية ذات الصلة ليسوا أكثر عنفاً من الأشخاص العاديين"، ثم استشهد بالدراسة

(1) للمزيد من المعلومات عن العلاج السلوكي المعرفي (CBT) المقدم لمرضى الفصام والاضطرابات العقلية ذات الصلة، ادخل على:

التي تدعم ما أقول. لعقدين من الزمن تقريباً، كانت هذه العبارة شعاراً يردد من قبل الكثير ممن يدافعون عن علاجات، خدمات وقوانين أفضل لمرضى الفصام. ولكن حديثاً، تشير الأبحاث التي تمت مراجعتها بدقة إلى أن القصة ليست بهذه البساطة.

على سبيل المثال، في إحدى الدراسات الوطنية حول سلوك العنف لدى مرضى الفصام، اكتشف الباحثون أن الأعراض المتعلقة بفقدان العلاقة بالواقع، مثل الهلوس والضلالات تزيد من احتمالات العنف الخطير حوالي ثلاثة أضعاف المعدل الطبيعي. كانت نتائج هذه الدراسة والتي أجريت على مرضى في أماكن تواجدهم الحقيقية كجزء من دراسة (التجارب السريرية المضادة للذهان حول فاعلية التدخل) (CATIE) والتي يمولها المعهد الوطني للصحة العقلية، تتماشى مع الدراسات المستقلة السابقة. توضح معظم الدراسات أنه كلما ساءت الهلوس والضلالات، فإن احتمالات العنف تزيد بشكل مثير.

بصفتي خبير جنائي عملت على أكثر من 30 حالة عقوبة إعدام لأشخاص مصابين بالفصام واضطرابات أخرى ذات صلة قاموا بارتكاب حوادث قتل. أستطيع القول بأن الملاحظات في هذا الشأن مثيرة للغاية. فقد كانت القصة تعيد نفسها في كل حالة اعمل عليها. فكلما ساءت الهلوس، الضلالات والاضطرابات الفكرية، يزيد خوف وغضب المتهم، وفي بعض الحالات، يخطط ببرود لارتكاب جريمة القتل. في الغالب، نحن نتحدث عن أشخاص مصابين بالارتباك و/أو جنون العظمة، أشخاص باتوا مقتنعين، مثلاً، بحاجتهم إلى الدفاع عن أنفسهم ضد أقاربهم الذين باتت تسيطر عليهم أرواح شريرة، أو أشخاص وصلت إليهم أوامر مبنية على ضلالات مثل أن عليهم إنقاذ الأرض من غزو المخلوقات الفضائية الغريبة عن طريق قتل مقدم برنامج حوار في الراديو كان يذيع الإشارات اللاسلكية التي كانت تستخدمها المخلوقات الفضائية في الهجوم.

ضعف الوعي يسبب عدم الالتزام بالعلاج مما يزيد من مخاطر العنف

يستفيد العديد ممن يعانون من الفصام والاضطرابات العقلية ذات الصلة، بما فيها الاضطراب الوجداني مزدوج القطب، من العلاج عن طريق العقاقير المضادة للذهان. عندما ننظر إلى الغالبية - والتي تستجيب إلى العلاج - فإننا نجد أن ضعف الوعي هو السبب الشائع وراء رفض العلاج وعدم الالتزام الجزئي أو الكامل به. وبالتالي، إذا كان نرغب في تقليل معدل العنف بين مرضى الفصام والاضطرابات العقلية ذات الصلة، يجب علينا أن نكسر الدائرة التي يخلقها نقص الوعي: فالاعتقاد "أنا لست مريضاً" يوصل إلى النتيجة "أنا لا أحتاج العلاج" والذي يؤدي بالتالي إلى سوء الأعراض التي تجعل الأشخاص الذين كانوا يتسمون بالهدوء والوداعة وليس لديهم تاريخ من العدائية والعنف يتحولون إلى أشخاص يتسمون بالعنف.

.....

اكتشفت دراسة التجارب السريرية المضادة للذهان حول فاعلية التدخل (CATIE) أن المشاركين الذين يعيشون مع عائلات يشعرون بأنهم يستمعون إليهم "معظم الوقت" لديهم نصف معدل العنف مقارنة بالأشخاص الذين يعيشون مع عائلات لا تستمع إليهم.

كيف يمكن كسر هذه الدائرة؟ جزء من الإجابة تقدمه نفس الدراسة التي أجريت على مستوى الدولة والتي أكدت مؤخرًا العلاقة التي اختبرت جيداً بين سوء أعراض الذهان والعنف. اكتشفت دراسة التجارب السريرية المضادة للذهان حول فاعلية التدخل (CATIE) أن المشاركين الذين يعيشون مع عائلات يشعرون بأنهم يستمعون إليهم "معظم الوقت" لديهم نصف معدل العنف مقارنة بالأشخاص الذين يعيشون مع عائلات لا تستمع إليهم. إذا كنا نحتاج سبباً واحداً كي نطبق أداة الاستماع التأملية لبرنامج (LEAP)، فهذا هو.

أعتقد أن الباحثين في دراسة التجارب السريرية المضادة للذهان حول فاعلية التدخل (CATIE) كانوا ليتوصلوا إلى نفس هذه النتيجة لو قاموا بقياسها - يتسم الأشخاص الذين يعملون مع معالجين يستمعون لهم "معظم الوقت" بدلاً من استمرارهم في تقديم نصائح لم تطلب منهم، وجدالهم حول ما إذا كان عملائهم مرضى أم لا - بمعدل عنف أقل.

السبب وراء اعتقادي هذا هو أن الدراسة التي قمنا بها وغيرها من الدراسات، توضح أن استراتيجيات التواصل التي تركز على مهارات الاستماع النشط - سواء استخدمت من قبل المعالجين، الأصدقاء أو العائلة - تنشأ علاقة ثقة تؤدي بالمرضى إلى قبول العلاج حتى عندما لا يعتقدون بأنهم مرضى.

قبل 25 عام مضت، عندما استيقظت من نومي على صوت هلاوس أخي، هل كان على أن أغلق الباب؟ في ضوء الأبحاث الحديثة والخبرات المتخصصة التي اكتسبتها منذ هذه الليلة، يجب أن أقول إن الإجابة هي "نعم". على الرغم من أنه لم يكن عنيفاً من قبل، فقد كان يظهر عليه بعض العلامات التحذيرية (زيادة في الهلاوس، هياج، ضلالات الارتياح والشك).

في ذلك الوقت، قبل الكثير من الأبحاث التي قام عليها برنامج (LEAP)، وقبل اكتمال الأبحاث حول تأثير العلاج بالحقن طويلة المفعول على الالتزام بالعلاج (انظر الفصل الخاص بالعلاج)، كان التصرف الحكيم الوحيد من وجهة نظري هو الإتصال بالشرطة كلما أظهر خطراً واضحاً على نفسه ورفض العلاج. ولكن إلوم، عند مقابلي لشخص يعاني من ضعف الوعي بمرضه، ألجأ غالباً إلى برنامج (LEAP) وإلى العلاج بالحقن طويلة المفعول، وذلك من أجل التأكد من عدم تعرض الشخص الذي يعاني من الفصام والاضطرابات ذات الصلة من تدهور في

الأعراض قد تؤدي به إلى العنف.

إلوم، عندما يطرح على السؤال "هل مرضى الفصام أكثر عنفاً؟ أجيب "لا، طالما يتلقون العلاج ويتم السيطرة على الأعراض بشكل جيد."

19

الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية الإصدار الخامس DSM-V وعمه العاهة

يجري العمل حالياً على الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية الإصدار الخامس DSM-V والذي يتوقع نشره في 2012. خلال العشرين عام الماضية، كنت أعمل، على الإصدارين السابقين بصفتي خبير في الفصام، منسق للتجارب الميدانية بجامعة كولومبيا، وعدد آخر من الأدوار، وحديثاً كرئيس مشارك بقسم الفصام والاضطرابات ذات الصلة.

طلبت الجمعية الأمريكية للطب النفسي (APA) مني أنا وزميلي دكتور مايكل فلوم مراجعة النص للتأكد من ارتكازه على إجماع علمي وليس مجرد آراء خبير واحد. لتحقيق ذلك، جمعنا خبراء من أنحاء الولايات المتحدة وخارجها لقراءة البحث ومراجعة النص الذي اقترحناه بشكل منفصل للتأكد من أنه يعكس بدقة الدليل العلمي المتوفر في ذلك الوقت. بعد مراجعة النص، وعملية مراجعة النظراء، تمت مراجعة النص بشكل منفصل مرة أخرى من قبل خبراء بالجمعية الأمريكية للطب النفسي (APA) من القوة العاملة بالدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية الإصدار الخامس DSM-V

في ذلك الوقت (منذ عقد مضى)، اتفق نظراء المراجعة والقوة العاملة بالجمعية الأمريكية للطب النفسي (APA) أن "غالبية مرضى الفصام يعانون غياب الوعي بإصابتهم بمرض عقلي" وأن هذه المشكلة هي "مظهر من مظاهر المرض نفسه وليس إستراتيجية للتأقلم عند المريض" (صفحة 304، الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية الإصدار الرابع DSM-IV-TR مطبوعة الجمعية الأمريكية للطب النفسي (APA) 2000. لقد كان عرضاً لخلل عقلي وليس إنكار. وقد تم مقارنته بعمة العاهة - وهو متلازمة غياب وعي تظهر لدى مرضى الجلطات وغيرها من إصابات الفص الأمامي للمخ.

أنا أدرك أنني قمت باقتباس هذه الفقرة من الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات

العقلية الأخير العديد من المرات في النسخة العاشرة من "أنا لست مريضاً، أنا لا أحتاج المساعدة"! والسبب هو أنه بعد عشر سنوات، لا يزال معظم الأطباء النفسيين وغيرهم من متخصصي الصحة العقلية متأكدين أن ما يتعاملون معه عندما يقول المريض "أنا لست مريضاً" على مدار شهور، وسنوات وعقود هي حالة من الإنكار. فهم لم يقرأوا الفقرة أو أنهم قرءوها ولكن لم يقرأوا البحث المتضمن بها. فهم يتمسكون بالاعتقاد أن ضعف الوعي الذين يرونه هو حالة من الإنكار، وليس عرضاً على الاضطراب والخلل الدماغي. لذا، سامحوني على التكرار.

خلال أحاديثي الكثيرة عبر الولايات المتحدة وخارجها خلال العشر سنوات الماضية، كنت أسأل الحاضرين إذا ما كانوا قد سمعوا عن "عمه العاهة" وإذا ما كانوا يعتقدون أن متلازمة غياب الوعي هذه موجودة لدى مرضى الفصام والاضطرابات ذات الصلة (مثل الاضطراب الوجداني مزدوج القطب والأمراض العقلية الأخرى).

في السنوات الأولى، كانت نسبة من هم على دراية بهذه الحقيقة لا تتعدى واحد أو اثنين من بين مائتين شخص أو أكثر من الحاضرين. أما اليوم، فالنسبة تصل إلى نصف إلى ثلثي الحاضرين سواء في استراليا، نيوزيلندا، فرنسا، بلجيكا، هاواي، المجر، أسبانيا أو أوهايو (وتقريباً جميع الولايات الأخرى).

على الرغم من ذلك، لا يزال العديد من متخصصي الصحة العقلية والأسر لديهم مشكلة في تصديق ذلك. لهذا السبب - بسبب الفجوة المستمرة بين العلم والتطبيق - سأعرض باختصار البحث الذي أقتنعي وغيري الكثير من خبراء الفصام أنه عندما يستمر المريض الذي يعاني من هذا الاضطراب (والذي تلقى تشخيصاً يعول عليه) لسنوات في القول "أنا لست مريضاً، أنا لا أحتاج المساعدة" فهو يخبرنا عن عرض للمرض (يشبه الضلالات) ولا يحاول الإنكار.

دراسات تستخدم الاختبارات النفسية العصبية

تشير العديد من الدراسات أن الأداء المنخفض في اختبار ويسكونسن لتصنيف البطاقات (CWST) يرتبط بشكل كبير بالقصور في الوعي لدى مرضى الفصام (مثال شاد وآخرون 2006؛ انظر أيضاً فصل المراجعة ذي الصلة في كتاب أمادور ودافيد "الوعي والذهان"، المجلد المحرر، مطبعة جامعة أكسفورد 2004). يقيس اختبار ويسكونسن لتصنيف البطاقات (CWST)، من بين العديد من الأشياء، الوظائف التنفيذية (وظيفة الجزء القشري الأمامي أو ما يعرف بوظيفة الفص الأمامي للمخ) مثل التفكير في الذات، التخطيط، اكتساب القواعد، التفكير التجريدي، المبادرة بالسلوكيات الملائمة وكبح السلوكيات غير الملائمة. وجد أن عاهات الفص الأمامي للمخ هي سبباً شائعاً لعمه العاهة في الاضطرابات العصبية (انظر الأبحاث في أمادور وآخرون "مجلة الفصام"

1991 وفي أمدور 10 "أنا لست مريضاً، أنا لا أحتاج المساعدة" مطبعة فيدا (2007).

دراسات صور بنية المخ

على الرغم من قلة عددها، كشفت دراسات الأسس البيولوجية العصبية لغياب الوعي لدى مرضى الفصام بشكل عام أن عمه العاهة في الفصام مرتبط بعدد من الاختلالات في الفص الأمامي للمخ (انظر الكسندر واسترس 2006، راجع أيضاً فصل البحث ذي الصلة في أمدور ودايفيد "الوعي والذهان"، المجلد المحرر، مطبعة جامعة أكسفورد 2004).

هناك دراسات إضافية حول صور بنية ووظائف المخ ودراسات المخ بعد الموت في طور الإعداد حالياً وسوف تساعد هذه الدراسات على تسليط الضوء على الفيزيولوجيا المرضية (pathophysiology) لهذا العرض الشائع للفصام.

كيف تؤثر الدراسة على الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية الإصدار الخامس

DSM-V

تعتبر تشخيصات الطب النفسي وصفية تماماً. حتى الآن، لا يوجد اختبار دم أو أشعة للمخ تشخص المرض العقلي. بدلاً من ذلك، نحن نبحث عن أبعاد وتصنيفات تشخيصية تخبرنا ما الذي يمكن أن يحدث للشخص (أي أننا نسأل "ما هي القيمة التنبؤية أو صحة التصنيف أو الفئة الفرعية التشخيصية؟"). يساعدنا هذا أيضاً على اختيار وترشيح العلاجات والخدمات المفيدة للمريض.

تتسم الفئات الفرعية الحالية من الفصام (مثل الفصام التخشيبي أو الكتاتوني، فصام لا متميز، الفصام غير المنظم) بقيم تنبؤية محدودة. لهذا السبب - ولأن الأبحاث عامة حول ضعف الوعي في الفصام تشير إلى أن المرضى الذين يظهر لديهم هذا العرض يعانون من مسار سيئ للمرض، وهم أكثر ميلاً للعنف، التشرد، والإلتزام الضعيف بالعلاج - فإن الوقت لاستخدام مستوى "الوعي بالمرض" كفئة فرعية و/أو بعد في الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية قد تأخر كثيراً. يتضح صحة ذلك عندما ننظر خاصة على الأبحاث حول "علاج تحسين الحافز (MET)، أو المقابلات التحفيزية، أو "العلاج السلوكي المعرفي (CBT)، بالإضافة إلى الحقن طويلة المفعول والتي تعد العلاجات المناسبة لهؤلاء المرضى.

عندما يقابل الطبيب النفسي أو مختص الصحة العقلية شخصاً يعاني من الفصام ويقوم بعمل التقييم الأولي، لابد من طرح السؤال - هل هذا المريض مثله مثل نصف الأشخاص الذين يعانون من الفصام والاضطرابات ذات الصلة والذين لا يدركون حقيقة مرضهم، وبالتالي، يرفضون العلاج والخدمات المقدمة لهم.

.....

الخطوة الأولى بعد التشخيص هي التعرف إذا ما كان الشخص يعاني من عمه العاهة. بمجرد قيامنا بذلك، يمكننا بعدها أن نختار مساراً مختلفاً تجاه استقرار الحالة والعلاج - مساراً يستعين بأدوية ومهارات تواصل مثبتة علمياً مصممة لمساعدة الأشخاص الذين يعانون من غياب الوعي وضعف الالتزام بالعلاج.

هؤلاء المرضى يتشاجرون مع الأطباء وأفراد الأسرة الذين تحركهم نواياهم الحسنة في محاولة إشراكهم في عملية التدخل العلاجي والتي تقدم لهم فرصة للتعافي. فهم يلقون بروشتة العلاج، بطاقات المواعيد والنصائح المتعلقة باضطرابهم وعلاجه (وقد يفهم ذلك في ضوء أنهم متأكدون من عدم إصابتهم بأي مشكلة)

نحن نعلم كيف نشرك هؤلاء الأشخاص في العلاج - العلم يقدم لنا الحل. الخطوة الأولى بعد عمل التشخيص هو القيام بتقييم دقيق للوعي بالمرض وتحديد ما إذا كان الشخص يعاني من عمه العاهة. بمجرد قيامنا بذلك، يمكننا بعدها أن نختار مساراً مختلفاً تجاه استقرار الحالة والعلاج - مساراً يستعين بأدوية ومهارات تواصل مثبتة علمياً مصممة لمساعدة الأشخاص الذين يعانون من غياب الوعي وضعف الالتزام بالعلاج.

20

هنري

في 23 إبريل 2007، وبينما هو واقف على الرصيف يساعد امرأة في حمل البقالة إلى الأتوبيس، اصطدمت سيارة بأخي هنري ومات في الحادثة. كان هناك شريط فيديو للحادثة التقطته شركة الأتوبيس، ولكني لا أملك القوة على مشاهدته.

كانت هذه هي حقيقة هنري. على الرغم من ضياعه في ضلالاته وشروده في هلاوسه معظم الوقت، فقد كان يشعر بالناس من حوله، خاصة من هم في حاجة للمساعدة. لقد كان يهتم لأمرهم.

لم يكن هذا ما كنت أخطط له أنا أو هو. عندما بدأت لأول مرة في الكتابة عن هذه الحادثة، بعد شهرين فقط من وفاته، كنت لا أزال أشعر بالحزن على فقدته لأدرك الشيء الجيد الذي قد يحمله هذا الأمر - ولكن كان على أن أؤمن أنه في يوم من الأيام سأكتشف هذا الشيء.

الوداع مرتين

وأنا واقف انظر إلى الأشخاص الذين قدموا لحضور جنازة هنري، دهشت لحجم الحياة التي كان يعيشها. فقد امتلأت الكنيسة بأصدقائه، مما دفع العديد من أفراد الأسرة - مما لم تكن لهم علاقة قوية بهنري بعد إصابته بالمرض قبل 25 عام - إلى قول أشياء مثل "لم يكن لدي فكرة أن لديه هذا العدد من الأصدقاء" و"لم أكن أعرف أن حياته كانت ممتلئة بهذا الشكل".

وبعد مقابلتهم لأصدقائه والتحدث معهم أكثر وأكثر على مدار اليوم واليوم الذي تلاه، أعرب بعض أفراد العائلة عن حزنهم وندمهم الشديد على عدم كونهم جزءاً من حياته. لم أشعر بهذا الحزن لأنني كنت قريباً جداً من أخي وكنا نحب التواجد معاً كثيراً. لقد كان هنري بطلي.

لم يكن السبب وراء احتفاظي بهذه العلاقة مع هنري على عكس آخرين في العائلة أنني شخص أفضل، فأنا لست ملاكاً. السبب كان أنه بعد إصابته بالمرض، كنت قادراً نوعاً ما على أن أرشي الشخص الذي كان عليه قبل مرضه، في حين لم يستطع أغلب أخوتي وأخواتي (حيث كنا

تسعة أخوة) القيام بذلك.

في البداية، أعرف أننا جميعاً شعرنا بذلك - أننا من المستحيل أن نقبل أن هنري لم يعد كما كان في السابق؛ شخص وسيم، طيب، محب ويتمتع بحس فكاهي ساحر. هو لن يكون الشخص الذي تصورنا أن يكون عليه في المستقبل - زوج وأب محب، راع مسئول وشخص ناجح. عندما أصيب بالفصام، كنا جميعاً نشاق لـ "هنري القديم" ولم نفسح المجال في قلوبنا لـ "هنري الجديد". هو أيضاً عانى من نفس المشكلة.

خلال الخمس سنوات الأولى من مرضه، كان هنري، مثلنا، منشغلاً بالخطوة التي وضعها لمستقبله، ولكنه أصيب بالاكئاب لأن ما كان يخطط له أصبح الآن من المستحيل تحقيقه. قبل مرضه، كان هنري يعمل بجد، يذهب إلى الجامعة وكانت لديه حبيبة، ولكن هذا انتهى الآن. لم يكن قبل أن رثى إلى رؤيته القديمة للمستقبل أن أدرك هنري أنه لا يزال يملك هنري القديم بداخله وأن عليه وضع خطط جديدة.

خلال السنة الأخيرة من حياته تحديداً كان هنري سعيداً. لم يكن هذا توهماً من جانبي، وإنما هذا ما أكده جميع المقربين منه. فقد كان لديه العديد من الأصدقاء، كما عمل بوظائف غريبة مع صديقه "بوبس" وحبيبته "ماري" اللذين أصبحا جزءاً كبيراً من حياته.

الرثاء عند الإصابة بالمرض العقلي

أوضحت الأبحاث أهمية الرثاء؛ فعندما ترثي ما فقدت، فإنك تفتح عينيك على ما لا تزال تمتلك. كما أنك تفتح عينيك وقلبك لإمكانات وفرص جديدة.

في مراجعة للتاريخ البحثي، نشرت في ربيع 2007 في مجلة "السجل السنوي للطب النفسي"، اكتشفت أنا وزملائي أن مرضى الفصام الذين يرثون حالهم في السابق، هم أقل ميلاً للانتحار. كما أن الدراسات على أفراد العائلة لمرضى مصابين بالفصام أوضحت أيضاً أن الأقارب الذين يرثون فقدان الحالة التي كانت الأشياء عليها، هم أقل نقداً لأحبائهم المرضى العقلين، كما أنهم أقل قلقاً وإرهاقاً.

تبدو نتائج بعض الدراسات بديهية، هذه هي واحدة منهم. فلقد رأيت نفس التغيير في أخي، ولاحظت التحسن في أمله في المستقبل وفي علاقتنا. ولقد رأيت الأمر نفسه يتكرر مع مرضى وعائلات عملت معهم خلال الخمسة وعشرين عام الماضية.

عندما يغلق باب يفتح آخر

الأمر أشبه بأي تغيير كبير في الحياة. عندما تلجأ إلى الرثاء، فأنت تشعر بالحزن لأنك تقول وداعاً لما كان وما كنت تأمل أن يكون. ولكن قيامك بذلك يمنحك الشعور بالسلام - وحتى

السعادة - لأنك تقول مرحباً لما هو موجود الآن وما يمكن أن يكون. لقد نصحت الكثير من العائلات وحتى المستهلكين حول أهمية المرور بهذه العملية. فالعائلة التي تمارس الرثاء، تستطيع التخلص من غضبها تجاه من تحب. فهم يتعلمون الفصل بين المرض والشخص. كما أنهم يتوصلون إلى نوع من التواصل الصحي. هذا بالإضافة إلى تحسن مسار المرض نتيجة انخفاض التوتر بين أفراد العائلة.

ولكني لم اختبر تلك الحقيقة الصارخة لهذه الحكمة إلا عندما توفي أخي. الآن وبعد وفاته لا يخالجنني أي ندم.

أنا أعتز بالكثير من الذكريات الحلوة معه. فأنا أتذكر ضحكنا المتواصل معاً، عندما ساعدني في بناء مدفأة خارج منزلي تمتعنا بدفئها مع عائلتي ذلك المساء، سماحه لي بالكتابة عنه، الفخر الذي كان يشعر به تجاهي وأشعر به تجاهه وغيرها الكثير.

كما أتذكر حواراتي الكثيرة معه، عندما كان يكثر من الحديث الذي ليس له معنى وأجد صعوبة في الاستماع له. على الرغم من ذلك، كان دائماً ينهي حديثه معه قائلاً "أنت أخي الصغير، وأنا أحبك".

بعد مرض هنري، تغيرت أشياء كثيرة ولكن ظلت حقيقة أنه كان ذكياً، وسيماً، حنوناً ومحباً، وأنه كان يستطيع أن يجعلني أضحك من قلبي بشدة - في أي موقف، حتى في جنازة والدتنا. لقد كان يفعل ذلك بدافع من الحب والاحترام لمشاعر الناس - باستثناء تلك المواقف النادرة في أواخر حياته عندما تغلب المرض عليه. ولأنه كان يشعر بأنه أقل كبتاً، فقد كان أكثر مرحاً عما كان عليه قبل مرضه وكان يدرك ذلك.

أرسل إلى العديد من الناس تعازيهم، كما شاركوني ذكرياتهم الحلوة مع هنري، وأخبروني عن مدى كوني شخصاً محظوظاً لأنه كان أخي الأكبر. ولقد كانوا على صواب.

ولكنهم نسوا أمراً مهماً، وهو درس تعلمته مجدداً وأنا أتأمل المهمة التي بدت مستعصية وهي وداعه مرة أخرى. لقد كنت محظوظاً لأنني استطعت أن أرثيه عند إصابته بالمرض - أن أقول وداعاً لما كنت آمله - حتى أستطيع خلال فترة مرضه التي امتدت 25 عام أن اضحك معه، واصنع ذكريات جديدة حلوة معه، حتى أدرك كم كنت محظوظاً لأنني كنت "أخيه الأصغر".

كان هنري يتعاون معي حتى يتعافى وكانت تجمعنا علاقة جيدة. لقد ساعد الكثير من الناس من خلال كونه مثال يحتذى به، من خلال تأثيره على تفكيري، وموافقته أن أروي قصته في كتبي ومقالاتي. لن يمكننا أن ندرك عدد الأشخاص الذين أنقذهم هنري وعدد الأشخاص الذين يعانون من ضعف الوعي الذين ساعدتهم على الشفاء.

لقد تلقيت العديد من الرسائل من أشخاص طبيين يخبروني أنه أثر فيهم هذا التأثير - وأنا متأكد أن هناك المزيد ممن لم يكتبوا لي. لدي الكثير لأشعر بالامتنان لأجله.

شكر وتقدير

إنني ممتن أولاً وأخيراً لابنتي لو - اندريا. شكراً لحبكم وللصبر والتضحية وأنا أراجع هذا الكتاب. شكراً جزيلاً لأنكم جعلتموني أضحك عندما كنت "الرجل الغاضب" ولأنني شعرت أنني أكثر شخص محظوظاً على وجه الأرض. شكراً لـ "بابي ذا مان" وللتصميم على عدم الحلاقة. أحبكم أكثر مما تعرفون وسوف أكون دائماً بابي - دادي.

وأتوجه بالشكر كذلك إلى بوب وجاسون لدعمهم ومساعدتهم أثناء كتابة هذا الكتاب والعمل سوياً. فلقد منحني الدكتور ديف شاش وكلية ليب وندوات ليب ما لم أكن أستطيعه.

فمنذ إصدار الطبعة الأولى من هذا الكتاب أعطيت محاضرات لعشرات الآلاف من أفراد العائلة والمتخصصين في الصحة العقلية والعملاء والمحامين والقضاة في الولايات المتحدة وكندا وجميع دول العالم. إن الاستجابة للرسائل والدروس في هذا الكتاب كانت كبيرة جداً. ففي كل دعوة للتحدث وفي كل بريد إلكتروني ومكالمة تليفونية تلقيتها تذكرت مرة ثانية كيف أنني ملتزم تجاه القراء بالكثير في هذا الكتاب. فمشاركة التجارب وكلمات الثناء والدروس التي تعلمتها من هذا الاتصالات لا تقدر بثمن وألهمتني لكتابة هذه الطبعة العاشرة.

وللمرة الثانية أود أن أشكر العديد من الأشخاص بمرض عقلي ممن فتحوا عقولهم لي على مدار الخمس والعشرون عاماً الماضيين وعلموني من تجاربهم أشكر كذلك الطلاب الذين أشرفت عليهم فبدون حماسهم لفهم هؤلاء الأشخاص الذين يعتنون بهم لم أكن أستطيع ترجمة نتائج الأبحاث إلى مشورة عملية والتي يستخدمونها في أعمالهم السريرية.

وقد قامت العديد من المنظمات بدعم البحث الموضح في هذا الكتاب، أود أن أشكرهم على دعمهم والتزامهم بالبحث الجاد عن الأمراض العقلية الحرجة. وشكري كذلك التحالفات الوطنية للأبحاث حول انفصام الشخصية والاضطرابات المؤثرة ومؤسسة ستانلي للأبحاث ومؤسسة رايت سكوتش والمعهد القومي للحصنة العقلية والتجميع القومي للمرض العقلي.

وللمرة الثانية، جزيل الشكر والتقدير لأنكم أخبرتموني بقصصكم ولطفكم ودعم الأخ الأكبر. لقد كانت الفكاكة والمثابرة المعيار الذي كنت أود أن البية. لقد افتقدنكم بالرغم من شعوري بوجودكم كل يوم.

خافير

ملحوظة: شكراً دانييل على صراحتك المطلقة والنصيحة التحريرية وأعتقد أن الشكر والتقدير يرجع إلى موافقتكم.

أدبيات تم ذكرها

(أسماء مراجع)

(الوعي بمرض انفصام الشخصية وانفصام العواطف والاضطرابات المزاجية، الأرشفة حول الأمراض النفسية العامة)

(الرؤية والذهان، الوعي بمرض انفصام الشخصية والأمراض المصاحبة له)

(الحقول النفسية والبصيرة في انفصام الشخصية، العيادة النفسية بشمال أمريكا).

(الفجوة بين العلم والتطبيق) القانون المدني، في الطبع

(تقييم البصيرة في الذهان، المجلة الأمريكية للأمراض النفسية).

(الوعي بقصور الأمراض العصبية وانفصام الشخصية)

(السلوك الانتحاري وعلاقته بالوعي بالمرض).

(تقييم الإدراك، دورية الأمراض النفسية).

(ضعف البصيرة في انفصام الشخصي، الأمراض النفسية الربع سنوي)

(الوعي بمرض انفصام الشخصية، نشرة انفصام الشخصية)

(الأعراض السريرية وتوافق مرضى انفصام الشخصية).

(لماذا يجب على بعض مرضى انفصام الشخصية الالتزام التطوعي).

(الوعي الشخصي للحركات التطوعية للمرضى بانفصام الشخصية المزمّن)

(ضعف مفهوم انفصام الشخصية، نشرة انفصام الشخصية)

(ترابط الأعصاب مع عدم الوعي بمرض انفصام الشخصية من المعامل التصوير الدماغية بقسم

الأمراض النفسية بمستشفى هامبشاير، كوناكورد، NH، 03301 والمقدم من الاجتماع السنوي

للتجمع الدولي لأبحاث انفصام الشخصية).

(مراجعة الدراسات التجريبية، مراجعة هارفارد للأمراض النفسية)

(مفهوم وتفسير المرض عند الشفاء من الذهان، نشرة انفصام الشخصية)

(المفهوم المبكر وإدارة انفصام الشخصية لعدم التعويض).

(التوافق مع الذهان)

(مفهوم العلاج النفسي والتوافق مع انفصام الشخصية)
 (الوظيفة العصبية في انفصام الشخصية ودعم المنظمات لقصور الوظيفة التنفيذية وعدم القصور مع الوظيفة الدولية).
 (لماذا يجب على بعض المرضى بانفصام الشخصية الالتزام الغير تطوعي)، دور المفهوم، الصحة النفسية).
 (مفهوم انفصام الشخصية وعلاقته بالأمراض النفسية الحادة. مجلة المشاكل العصبية والعقلية).
 التكامل والتعامل مع أنظمة الاستعادة الفطرية السريرية لانفصام الشخصية.
 هل يتعلق التوجه بنتائج الذهان
 (مفهوم الذهان والاضطرابات المزاجية وعلاقتها بالأمراض النفسية).
 (مفهوم انفصام الشخصية وعلاقته بالإجراءات التنفيذية).
 (مفهوم العرق والأعصاب عند حدوث الذهان، بحث انفصام الشخصية)
 (العلاقة بين الأعراض ومفهوم انفصام الشخصية).
 (مفهوم انفصام الشخصية والولع به، مجلة الأمراض العصبية والعقلية).
 (المفهوم والعلاقات ذات الصلة لمرضى انفصام الشخصية المزمنين، دراسة تمهيدية).
 (مفهوم العلاقات المتعلقة بعوامل انفصام الشخصية المزمنة، دراسة تمهيدية).
 (ترابط الأعصاب المعرفية والأعراض الإيجابية والسلبية وانفصام العواطف، المجلة الكندية للمرضى النفسيين)
 (التصنيف السريري لمرضى انفصام الشخصية والاتجاهات حول المرض، الأمراض النفسية).
 (معايير الأنظمة المرنة في انفصام الشخصية المزمن).
 (التقارير حول الدراسات الأولية لانفصام الشخصية، جنيف، منظمة الصحة العالمية)
 (الفشل في الالتزام العلاجي في انفصام الشخصية، المراجعة القضائية والأسباب والمعالجات والتوقعات، المجلة الأمريكية للأمراض النفسية والقانون).
 (عدم الوعي بالمرض وأداء الأعصاب في انفصام الشخصية المزمن).
 (المعايير الإضافية لعجز الأعصاب في انفصام الشخصية والأمراض العقلية المزمنة الأخرى).

ينصح قراءة ما يلي:

(أسماء مراجع).

(البحث حول العلاج المعرفي لانفصام الشخصية)

كيمبر آر هاوارد ب أبل ويت جي، إيفيت، محاكمة التحكم العشوائي. BMJ 1996، -312، 349: 345

كيمبر آر كيروف سي، إيفرت بي هاوارد بي ديفيد آيه، (تجربة التحكم العشوائي في توافق العلاج، 18 شهر متابعة) BEJ الأمراض النفسية 1998، 172، 413، 419.

كيلين ان سي لينمان انتش ليجا لاسكي إي كوبر تي بيتا (التغييرات في انفصام الشخصية والمرضى النفسيين) أرك جين للأمراض النفسية 1997، 34، 1111-1113. (تجربة التحكم العشوائي للتدخل المخصص لتقليل مخاطر التعرض للحلقة الأولى من العينة السريرية مع الأعراض الثانوية).

المعالجة السكنية لانفصام الشخصية، متابعة لمدة عامين، جمعية الصحة النفسية).

(العلاج بالتوافق، تجربة التحكم العشوائي في انفصام الشخصية)

(تجربة التحكم العشوائي للسلوك المعرفي المكثف لعلاج المرضى بانفصام شخصية مزمن).

(مدة تأثير العلاج السلوكي المعرفي في معالجة انفصام الشخصية، متابعة لمدة 12 شهر).

(متابعة لمدة عامين لعلاج السلوك المعرفي والاستشارة الداعمة في علاج الأعراض الدائمة في انفصام الشخصية المزمن)

(استخدام الغسيل الكلوي في انفصام الشخصية المزمن).

ينصح بهذه الكتب

إحياء انفصام الشخصية (الطبعة الرابعة)، إي فولر توري هاربر كولنز، 2001.

كرازي: بحث أبوي من خلال جنون الصحة الأمريكية العقلية

الرؤية والذهان: الوعي بمرض انفصام الشخصية والأمراض المتعلقة به، أمادور اكس اف وديفيد

اياه اس (ايدس)، جامعة اكسفورد برس، 2005، العلاج المعرفي السلوكي ديفيد جي كينجيدان

دوجلاس تركنكتون، مطبعة جلفورد. 1993.

عندما يحب الشخص يكون مكتئباً، كيف مساعدة الأشخاص بدون أن تفقد نفسك، لورا ابيتسون وخافيير أمادور، فاير سايد 1998.

إلوم الذي توقف فيه الصوت، مذكرات للجنون والأمل، كين ستيل وكلارا بيرمان، الكتب الأساسية، 2001.

المصادر الموصى بها

منظمات الدعوة والمهنية

التجمع الوطني للأمراض العقلية (NAMI)

www.NAMI.org

كلولون بالاس ثري

2107 طريق بلفورد، جناح 300.

ارلينتون، في ايه 22201 - 3042

الرئيسي: (703) 524 - 7600.

الفاكس: (703) 524 - 9094

خدمات العضو: (800) 950 - NAMI.

بخبرتي إنه من المحتمل أن تكون NAMI أفضل مورد لدعم المصادر والمعلومات حول الأمراض العقلية الحرجة فقد تأسست في 1979، من عائلات لديهم أشخاص مصابين بأمراض نفسية ومحبتين من نقص الخدمات العلاجية والأبحاث والتعليم لذويهم من المصابين بأمراض عقلية. فقد أصبح من المؤثر والهام الاهتمام بمجموعات الدعوة بفصول محلية في الدول الكبرى بالإضافة إلى المدن الصغيرة. ويقدم العديد من البرامج "العالة للعائلة" و"في أصواتنا" و"النظير للنظير" والتي أنصح بها بشكل كبير وقد أوضحت بعض الفصول أنه بإمكانك أن تتصل أثناء المشكلة أو تحصل على معلومة حول الخدمات في منطقتك. وتقدم NAMI كذلك كتب ومنشورات متميزة حول الأمراض العقلية.

جمعية الصحة العقلية القومية

www.NMHA.org

جمعية الصحة العقلية القومية.

2001 ان، شارع بوراجارد، الدور الثاني عشر.

الإسكندرية، فيرجينيا 22311

الرئيسي: (703) 684 - 7722.

الرقم المجاني: (800) 969 - NHMA (6642).

إن جمعية الصحة العقلية القومية هي أحد المنظمات الغير هادفة للربح والتي تتناول العيد من الأوجه للصحة العقلية بأكثر من 340 منظمة تابعة في جميع أنحاء البلاد. وبخاصة في أميركا بحوالى 54 مليون مريض عقلي من خلال المطالبة والتعليم والبحث والخدمة.

التحالف الوطني للأبحاث حول انفصام الشخصية والاكنتاب

www.NARSAD.org

60 طريق كاتر ميل

جناح 404

جريت نيك 11021، NY

ت: 516 - 829 - 0091 و 800 - 829 - 8292.

يعتبر التحالف الوطني للأبحاث حول انفصام الشخصية والاكنتاب منظمة غير هادفة للربح كذلك والتي أنشأت لزيادة الأموال للأبحاث في الأمراض المؤثرة والأمراض العقلية وانفصام الشخصية. فقد قامت التحالف الوطني للأبحاث حول انفصام الشخصية والاكنتاب بالتمويل للعلماء والمحققين، ولقد دعم التحالف الوطني للأبحاث حول انفصام الشخصية والاكنتاب العلماء في القيام بالعديد من الدراسات حول الأمراض النفسية أياً كان نوعها وهي مجلة مجانية ومعلومات حديثة حول الأبحاث الجديدة.

تحالف دعم الاكنتاب وثنائي القطبية

www.dbsalliance.org

730 شارع نورث فرانكلين

مبنى 501

شيكاغو IL 60610

تليفون: (800) 826 - 3632

يتكون تحالف دعم الاكنتاب وثنائي القطبية من أفراد باكتتاب سريري وللعائلات التي تحاول تعليم العامة حول الاكنتاب ومساعدة الآخرين في أن يجدوا العلاج ويستجيب الفرع الرئيسي لطلبات الإحالة في المناطق الأخرى من البلد والتي من الممكن أن تشير إلى متخصص الصحة العقلية المؤهل، إذا لم تستطع الاتصال بهم يجب عليك أن تتابع مجلتهم الربع سنوية والتي تقدم معلومات حديثة حول الاكنتاب وهي مجانية مع عضوية الجمعية.

الاكنتاب، الوعي والمعرفة والإدراك

المؤسسة القومية للصحة العقلية

5600 فيشر لان

حجرة 10 - 85

روك فيل، MD

تليفون: (800) 421-4211

من الممكن للمنظمة كذلك أن تقدم معلومات عامة حول الاكتئاب وعلاماته وأعراضه والأحدث في خيارات العلاج. وتنشر الاكتئاب، الوعي والمعرفة والإدراك بعض الكتيبات الرائعة والمجلات حول الاكتئاب لمن يطلبها.

تعرض المنظمة مجموعة من المواد الوقائية من الانتحار المطبوعة والتي تستخدم بشكل أساسي في المدارس والنظم المؤسسية الأخرى وبالرغم من ذلك يمكنك مراجعة الخط الساخن للانتحار ومجموعات الدعم في هذا المجال.

جمعية علم النفس الأمريكية

750 الشارع الأول، ان إي واشنطن دي سي 20002 >

ت: (202) 336-5500

جمعية الأمراض النفسية

شارع 1400 ك، أن ديليو، واشنطن دي سي 2005

ت: (202) 682-6066

تعتبر آخر منظمتين منظمات إقليمية لمهنة على النفس والطب النفسي بشكل مستقل، وإذا قمت بالاتصال بهم يمكنهم أن يعرضوا لك بعض المعلومات حول الأمراض العقلية الخطيرة بالإضافة إلى الإشارة إلى الأعضاء المؤهلين في هذه المنطقة. ومن الممكن للجمعية كذلك أن تنشر ملف حقائق (حقائق حول أمراض الاكتئاب، الخ) والتي تكون مفيدة غالباً.

مواقع إلكترونية مفيدة

المركز العلاجي المتخصص

www.psycholaws.org

المعهد القومي للصحة العقلية

www.nimh.org

www.schizophrenia.com

www.reintegration.com

www.schizophrenidigest.com

www.bipolarmagazine.com

www.bioplar.com

الثناء على الطبعة الأولى

أنا لست مريضاً، أنا لا أحتاج المساعدة

مساعدة المرضى العقلين لتقبل العلاج.

وأخيراً لدينا كتاب للأفراد القريبين من المرضى العقلين. فبطريقة سهلة القراءة يتناول دكتور امدور طبيعة عدم الوعي بالمرض والحاجة للعلاج. ويوضح كذلك الأبحاث ذات الصلة ويعطي الوصف الواضح لمساعدة أسر المرضى والمعالجين في التعامل مع عدم إدراك المرضى لحالتهم المرضية. فإنني أنصح أسر المرضى العقلين والمعالجين بقراءة هذا الكتاب.

- **ارون تي باك أم دي**، الدكتوراه الفخرية في الأمراض النفسية، جامعة بنسلفانيا، قسم الأمراض النفسية.

يعتبر هذا الكتاب هو الأول الذي يتناول السؤال الكبير الذي يدور في أذهان أسر الأفراد الذين يعانون من انفصام في الشخصية واضطراب ثنائي القطب. لماذا لا يرغب الشخص المصاب بأخذ العلاج؟ أمدور الأخصائي النفسى والذي عانى أخيه من مرض الفصام، قاد الأبحاث حول افتقار الرؤية وعمه العاهة في العقود السابقة ويعتبر سلطة معترف بها. فقد قام بخلط المقالات القصيرة مع سعة معرفته بمهارة ونتج عن هذا الخليط مجموعة من الأشياء المحددة والمقبولة والأهم أن أمدور أعطى الأسر والمعالجين خطة محددة بخطوات واضحة لزيادة وعى الوعي بالمرض. ان هذا الكتاب يملأ فراغ كبير فى الأدبيات حول انفصام الشخصية واضطراب ثنائي القطب.

- **إي فولر توري**، دكتوراه، مؤلف كتاب التعايش مع مرض الفصام.

بالرجوع إلى الوراء، لم يكن الأغرب هو الهيئات الحكومية المنتشرة حولى ولا أسلحة الإشعاع المؤلمة ولا قدراتى فائقة العادة ولكن الغريب والمخيف بالنسبة لي كان اكتئابى المصاحب للهوس (اضطراب ثنائى القطبية) والذي أعطانى يقين راسخ بأن حكى وانطبعاتى لم تتغير وليست بها مشكلة ولكن العالم حولى هو المضطرب. وعندما أفكر فى تلك الفترة التى كنت فيها مضطرباً أشعر بالاحباط والاحراج وأيضاً بالقلق من أن يتكرر مرة أخرى. لقد قرأت كتاب أمدور وشعرت بتحسن. فهو أولاً أوضح أن انكار المرض والحاجة للعلاج هى جزء من أعراض المرض بشكا محدد وسهل الفهم وثانياً أوضح أن المرض هو العدو. بعد ذلك عرض دكتور امدور بعد ذلك خطة المباراة القوية لاخترق أو على الأقل الالتفاف حول عدم الادراك الحادث بسبب المرض مما يعزز التعاون بين المرضى والعلاج. عندما كنت مريضاً في أول الأمر تمنيت أن يكون هذا الكتاب في يد شخص ما يهتم بي.

- **جوناسان ستانلي جي دي**، مساعد مدير مركز النصح العلاجي ومشخص بمرض

اضطراب ثنائي القطبية.

هناك العديد من الإصدارات التي تناولت أفضل الممارسات للأطباء الذين يعالجون الأشخاص المصابين بانفصام الشخصية. هذه الإصدارات مكتوبة من منظور الممارسين. هناك عدد قليل مكتوب من منظور المستهلك أو أفراد العائلة ولكنها لا تتضمن المنظور الاكلينيكي وبالأخص المنظور المحتوي على نتائج الأبحاث الحديثة. فالقيمة العالية لكتاب "أنا لست مريضاً أنا لا أحتاج المساعدة" هي أنه يتضمن منظور المريض وأهله والمعالج الاكلينيكي ويخلق أرضية مشتركة بينهم للعمل معاً. هذا الكتاب عملي، سهل القراءة ويدعو للتفاؤل. أنا أنصح بشدة أى شخص يريد مساعدة من هم مثلي ممن يعانون من مرض انفصام أن يقرأ هذا الكتاب.

- **فريدريك جي فريس 3، دكتوراه.** مشروع استعادة قمة الدولة وأحد المتخصصين بمرض انفصام.

فى وسط المشاكل الكثيرة التى تتسبب فيها الأمراض العقلية الخطيرة، ركز دكتور أمدور على العامل الأكثر أهمية.

ان التقدم الكبير الذى شهده العلاج لن يكون مفيداً ما لم نتعامل مع مشاكل عدم الالتزام بالعلاج ومشكلة ضعف الادراك.

دكتور أمدور تناول هذه المشكلات بشكل عملي وأعطى معلومات حيوية ونصائح عملية لأهل مرضى انفصام واضطراب ثنائي القطبية ومعالجهم.

هذا الكتاب مفيد جداً لأي شخص يتعامل مع مشاكل عدم الالتزام بالعلاج وضعف الادراك.

- **مايكل فلوم، دكتوراه، مدير الصحة العقلية، ولاية لولا.**

ان هذا الكتاب الرائع يجمع بين التجربة الشخصية لأخصائي نفسي وقريب مريض مصاب بمرض عقلي خطير.

لقد اعتبرت أبحاث دكتور أمدور وخبرته الاكلينيكية هذا الكتاب مصدر غني بالمعلومات والنصائح العملية.

واحدة من الخصائص الفريدة لثقافتنا هي قدرتنا على تحويل الألم لطاقة منتجة.

ان الأشخاص الذين يعانون بسبب مرض عقلي خطير سيجدون هذا الكتاب مفيد جداً.

يحتوي هذا الكتاب على معلومات عن الأبحاث الجديدة ونصائح محددة مفيدة بشكل كبير لأهل المرضى بالإضافة للممارسين الصحيين المتخصصين فى الصحة العقلية والمسؤولين عن الذين يعانون من المرض العقلي.

- **هيربيت برادس دكتوراه، رئيس مشيخة نيويورك، مستشفى جامعة كولومبيا وكورنيل**

والمدير السابق للمجلس القومي للصحة العقلية.

إن "أنا لست مريضاً، أنا لا أحتاج المساعدة" قراءة مهمة لأفراد العائلة الذين يتشاجرون مع أحبائهم من المرضى العقليين حول الحاجة للعلاج. يقدم دكتور أمادور مرجع برؤية وعاطفة وعملية للتعامل مع الإحباط والذنب اللذان ينشئان من التعامل مع الأفراد المصابين بذلك المرض وغير مدركين لأهمية العلاج. إن ما يجعل هذا الكتاب مهم بشكل استثنائي هو رؤية دكتور أمادور الخاصة وصراعه مع أخوه الذي يعاني من انفصام الشخصية بالإضافة إلى التقديم المفصل لحالات المرضى. لقد قام بعمل استثنائي يلخص الخلفية العلمية لضعف الرؤية أو عمه العاهة وتوضيح بأن فقر الرؤية لمن نحبهم ليس منتجاً لإلانة الدفاع عن الأمراض النفسية ولكن نتيجة للمرض العقلي. فالنصائح العملية حول كيفية مساعدة من نحبهم المصابين بفقر الرؤية على تقبل العلاج والالتزام بمتطلبات الحياة الضرورية، تجعل الكتاب مفيداً بشكل خاص.

- مايكل ب فرست ام دي، محرر، التشخيص والإحصائيات ودليل الأمراض العقلية، الطبعة الرابعة (DSM- IV).

إنه كتاب جيد ويجب قراءته لأنه دليل عملي لمن يواجهون مشاكل كبيرة مع المرضى النفسيين من أحبائهم أو الأصدقاء أو الزملاء في الجامعة. فالأوهام والتفكير الفصامي يتخطى خبرة كل شخص ولذلك فإنه ليس من المستغرب أن يكون معظم الأشخاص مفتقدين كيفية الوصول والحصول على المساعدة لشخص يعاني من مرض عقلي حاد. فلن يدرك الأشخاص الذين يعانون من الفصام أنهم سيتركون بمفردهم وبأنهم يحتاجون العلاج. إذا كان المرض بمثابة ألم بالبطن بخلاف المرض العقلي فإن الجزء العقلي يفرق بين الطبيعي وغير الطبيعي.

- دكتور دولوريس مالا سبانيا، طبيب الأمراض النفسية بجامعة كولومبيا، كلية الأطباء والجراحين ومدير لأمراض الأعصاب السريرية قسم الجينات الطبية.

إن فقدان البصيرة عند الأشخاص الذين يعانون من انفصام الشخصية والاضطراب ثنائي القطبية عامل رئيسي للعديد من الأوجه السيئة الأكثر شيوعاً لأمراضهم نظراً لأنه من الصعب معالجة شخص ما يعتقد بأنه ليس هناك مشكلة. لقد قضى الدكتور أمادور عقدين من الزمان في قيادة الأبحاث حول هذه المواضيع وهو من العلماء الأكثر تأثيراً في هذه المنطقة الهامة من دراسة مرض الفصام. وفي هذا الكتاب، يصف بشكل تفصيلي كيفية مساعدة العائلات والأطباء في التعامل مع فقدان البصيرة والعديد من المشاكل التي يسببها هؤلاء الأشخاص المصابون بأمراض عقلية خطيرة. إن أمادور ليس أكاديمياً يعظ في برج عاجي فتجاربه الشخصية الحادة مع الأفراد المصابين بانفصام الشخصية بما في ذلك أخيه والأصدقاء المقربين يجعل هذا الكتاب لا يعوض.

"أنا لست مريضاً، أنا لا أحتاج المساعدة" مرشد ضروري لأي شخص يعرف أو يحب أو يتعامل مع شخص ما مصاب بانفصام الشخصية أو اضطراب ثنائي القطبية.

- ريتشارد كينيف، دكتورة، أستاذ علم النفس في قسم الأمراض النفسية بالمركز الطبي لجامعة ديوك والمؤلف لكتاب فهم انفصام الشخصية.

إنه من غير الشائع أن تجد كتاب يجمع بين أحدث نتائج البحث العلمي في الأمراض النفسية والخبرة العملية والسريية. والأقل شيوعاً أن يكون سهل القراءة لكل من العائلة والمتخصصين في الصحة العقلية، حقق دكتور أمدور جميع ما سبق في كتاب "أنا لست مريضاً ألا أحتاج المساعدة".

- روبرتو جيل، أ، طبيب ومدير وحدة أبحاث انفصام الشخصية بجامعة كولومبيا ومعهد الأمراض النفسية بولاية نيو يورك.

غالبا لا توجد هناك مسئولية أكثر أهمية لأفراد عائلة في المجتمع بخلاف من قضاء حاجات طفل أو ابن أو قريب مصاب بمرض عقلي. فالحياة اليومية كفاح والمستقبل غير واضح المعالم. لقد قبل دكتور أمدور التحدي لقيادة أفراد العائلة بهدف حياة أفضل للمصابين بمرض عقلي وأقاربهم. إن التوليفة الموجودة في هذا الكتاب تعكس كلاً من خبرة الحياة كأحد أقارب مصاب بمرض عقلي أو السنوات العديدة للممارسة السريية.

- كونير لايبير - رئيس التحالف الوطني للأبحاث حول انفصام الشخصية والاكتئاب. أنا لست مريضاً، أنا لا أحتاج المساعدة يتناول أحد أصعب المشاكل العاطفية في تقديم خدمات الصحة العقلية فقد تناول الدكتور خافير أمدور وأنا ليزا جاسون هذه التحديات برسم التجربة الشخصية المؤلمة. ويعرض هذا الكتاب التقديم الحساس للأفراد المصابين بشكل حاد لقبول العلاج.

ونظراً للكتابة بلغة محترمة، فقد قدم الكتاب أرشاد واضح وصريح للعائلات والمتخصصين. فالاستخدام الصحيح لأمثلة الحالة تعكس النص الممتلئ بـ "العالم الحقيقة" والذي يركز بشكل كبير على البناء المشترك للتقاهمات والثقة وبالتالي يمكن تجنب العلاج الاجباري إن أمكن. أتمنى أن يتم قراءة هذا الكتاب بشكل كبير لأنه يعطينا كثيراً مما نريده ويزيد من الأرضية المشتركة لمساعدة الأشخاص في الأزمة.

- لوري فلين - الرئيس التنفيذي السابق، التحالف الوطني للأمراض النفسية 3. أتمنى أن تكون مندهشاً مثلي عندما تقرأ هذا الكتاب لعلاج الأشخاص الذين تحبهم ممن يعانون من أمراض عقلية شديدة. فقد استحسننت بشدة علم دكتور أمدور للعمل خارج استراتيجيات

العلاج وبهدف النصيحة والذي يستمر ليكون أحد الساحات الأكثر تحدياً وحيرة في الرعاية الصحية الحديثة.

وفي هذا الكتاب وضع الدكتور أمادور الخطة المحددة للهجوم والتي تتناول هذه المشكلة الصعبة، فهي إستراتيجية فعالة للعثور على أرضية مشتركة والتي تستخدم لبناء الثقة والتعاون المشترك لمشاكل المريض. فالوصف والتبرير لاتجاه "استمع- تعاطف - وافق - شارك" يعتبر صحيحاً للشخص الذي "كان هناك" وبخاصة النصائح الغالبة للأطباء والصيادلة والأقارب للتحديات والمعتقدات والتي "يجب عليك ألا تشتري في نظام الإيمان" لشخص موهوم. فهذا التفكير بالإضافة إلى المراحل الأولية من التفاعل هل القدرة المحترفة على الرعاية بهؤلاء وأهمية التواصل في هذا الغرض.

وعلاوة على الاستراتيجيات الفعالة للتعامل مع الأفراد الذين يعانون من مرض عقلي فإن الدكتور أمادور قد قدم حكايات ممتعة حول تأكيد النقاط الأساسية وتوضيح النقاط الأساسية لاقتراحه. ويخدم ذلك الميكانيكية الممتازة لمحاولة التوصيات بالحقائق لمساعدة الأفراد بأمراض عقلية.

- **فريدريك جي فريس 3، دكتوراه،** الدكتور المساعد في الأمراض النفسية جامعة أوهايو كلية الطب للأمراض والعلماء المختصين بانفصام الشخصية.

ليب LEAP
دليل بداية سريع
استمع بانعكاس
لأوهام
عمه العاهة
والرغبات

كرر ما قمت بسماعه بدون تعليق أو تناقض، إننا نصر على مقاومة عكس العديد من الأشياء الهامة التي يخبرنا بها المرضى بسبب.

- أننا نخاف من أن ذلك يجعل الأمر أسوأ (على سبيل المثال، الأوهام والرؤية والتوجهات والعلاج، الخ).
- لا نريد أن نسأل لنقوم بشيء ما لا نستطيعه
- قلقين من اصابة التحالف العلاجي.

التأخر في تقديم الرأي

"أعد أن أجيب على سؤالك. اذا كان ذلك مناسباً لك أحب أسمع أكثر عنموافق؟." "سوف أخبرك بماذا أفكر، سوف استمع إلى رؤيتك حول ذلك لتعلم الكثير مما لا أعرفه. هل من الممكن أن أخبرك لا حقاً بماذا أفكر؟" "سوف أخبرك ولكني أؤمن بأن رأيك أكثر أهمية مني وأود أن أتعلم منك قبل أن أخبرك برأيي، هل تتفق معي؟."

عندما تعطي رأيك في النهاية استخدم أسلوب "3 أ" اعتذر: أود أن اعتذر بسبب رؤيتي التي قد تكون محبطة لك. اعترف بإمكانية أن تكون مخطئاً: من الممكن أن أكون مخطئاً فأنا لا أعرف كل شيء "أوافق: أتمنى أنه يمكننا الموافقة أحترم وجهة نظرك وأتمنى أن تحترم وجهة نظري.

ليب LEAP

دليل بداية سريع

تشاعر

بطريقة استراتيجية

عبر عن التعاطف لـ:

المعتقدات الوهمية

الرغبة في إثبات أنه ليس مريض

يأمل في تفادي العلاج.

اجعل التجربة طبيعية

وافق

- ناقش المشاكل / الأعراض الظاهرة
- راجع مميزات وعيوب العلاج.
- اعكس التجربة ووضح الفوائد المتحققة

شارك

تحرك نحو الأهداف المتوافق عليها والتي من الممكن العمل عليها معا.

حول المؤلف

يعتبر الدكتور أمادور محاضر عالمي للأمراض النفسية السريرية وأستاذ بجامعة كولومبيا ومدرس بالجامعة في نيويورك ومدير معهد ليب ومؤلف ثمان كتب. وفي عام 2010 تم تصنيف الدكتور أمادور وبرنامج ليب في مجموعة PBS' NOVA. الحياة العاطفية وقد جعلته خبرته مشاركون منتظمين في برامج عرض اليوم والصباح الخير أمريكا ABC. و CBS هذا الصباح والأخبار المسائية و 60 دقيقة و CNN ودات لاين وأخبار العالم اليوم وفوكس نيوز والنيو يورك تايمز وول ستريت جورنال وأميركا اليوم والكثير. لقد كان لدكتور أمادور مستشاراً للعديد من الشركات والمؤسسات الحكومية بما في ذلك المؤسسة الإقليمية للصحة.

اشترك دز أمادور في العديد من القضايا مثل: أن ابنومر و PFC ليندي والمختطف الذكي لإلزابيث ومحاكمة زاكراش موساوي والمتهم في أحداث 9/11 والمشارك في التأمير، رمسي بن الشبيح ولدي الدكتور أمادور خبرة تتجاوز 25 عاماً في العمل مع المراهقين والعائلات والأزواج ويعيش في نيو يورك.

وقد كان الدكتور أمادور قبل ذلك أستاذ في قسم الأمراض النفسية بجامعة كولومبيا كلية الأمراض النفسية والجراحين في مجلس الإدارة للإتحاد الوطني للأمراض العقلية 3 (نامي)، ومدير الأبحاث في نامي ومدير الأمراض النفسية بجامعة بمعهد الأمراض النفسية بجامعة نيويورك. ولقد نشر للدكتور أمادور ما يزيد عن 100 ورقة علمية والعديد من الإصدارات التي تم ترجمتها لأكثر من 20 لغة.

وقد كان الدكتور أمادور مساعد رئيس لأحدث مراجعة لانفصام الشخصية والتي تتعلق بقسم الأمراض لـ DSM IV- TR (والذي يشار إليه على أنه إنجيل "الأمراض النفسية").

معهد ليب

يعرض معهد ليب (استمع- تعاطف - وافق - شارك) للأطباء وأعضاء العائلة ومتخصصين إنفاذ القوانين في الحصول السريع على ثقة شخص ما غاضب أو يعاني من جنون الشك. إنها تقدم لك الأدوات التي تحتاجها لتقنع شخص ما بـ "الإنكار" حول مرضه النفسي لقبول العلاج و / أو التوافق التطوعي مع الطلبات. ولقد بنى هذا على خبرة الدكتور أمادور في:

- الكفاح الناجح لإقناع أخيه هنري والذي يعاني من انفصام بالشخصية لأخذ العلاج الموصوف له.
- خمسة وعشرون عاماً من الخبرة بالعيادات مع المرضى الذين يعانون من انعدام الرؤية.
- الخبرة من مئات الندوات حول ليب والتي تضمنت الآلاف من الأطباء، أعضاء العائلة وإنفاذ القوانين.
- خبرة خمسة وعشرون عاماً من الأبحاث السريرية والتي تدعمها NIMH، مؤسسة ستانلي لأبحاث ومؤسسة جمعية الأمراض النفسية الأمريكية.
- ومنذ إصدار هذا الكتاب، لست مريضاً ولا أريد المساعدة، تعلم الآلاف ليب من معهد ليب للمؤلف حول العالم.

لمزيد من المعلومات، يرجى الاتصال على

www.LEAPInstitute.org

كتب اف فولر توري ام دي، قائلاً "هذا الكتاب يملأ الفراغ الهائل حول الطبعة الأولى من: أنا لست مريضاً، لا أحتاج المساعدة، وبعد عشر سنوات مازالت كذلك.



ألهمَ بحث دكتور أمدور حول ضعف البصيرة ومحاولاته لمساعدة أخوه المصاب بانفصام الشخصية، وقبل المعالجة لم يصدق هنري مثل عشرات الملايين ممن تم تشخيصهم بانفصام الشخصية واضطرابات ثنائي القطب، أنه كان مريضاً.

لست مريضاً، أنا لا أحتاج المساعدة. إنها ليست فقط مرجع لممارسي الصحة العقلية أو القانونية، إنه دليل يستحق القراءة لأفراد العائلة الذين يحبون ذويهم ممن يعانون من مرض عقلي.

أقرأ وتعلم كما هو الحال مع مئات الآلاف من الآخرين تقنية (ليب) "استمع وتعاطف ووافق وكن شريكاً وساعد المرضى ومن نحبهم وحتى يقبلون العلاج الذي يحتاجونه.



"أنصح بشدة بهذا الكتاب لكل من العائلات والمعالجين"

"د. أرون تي، بيك " جامعة بنسلفانيا

استمع – تعاطف – وافق – شارك