

الحالات النفسية

PSYCHIATRIC CONDITIONS

اضطرابات فرط الحركة وتشتت الانتباه Attention-Deficit Hyperactivity Disorder

الشكوى الرئيسية Chief Complaint

"أداء طفلي ضعيف في الدراسة" "My child is doing poorly in school"، "يرغب المدرس بإحالة طفلي لتقييم تشتت الانتباه" "The teacher wants my child evaluated for attention deficit".

تاريخ المرض الحالي History of Present Illness

يُعتبر تاريخ المرض أهم عنصر حاسم في تقييم حالة طفل لديه احتمال اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه. عادةً ما تجمع المعلومات من الوالدين والمرشدين والمدرسين وموظفين آخرين في المدرسة (بما في ذلك المرشد النفسي في المدرسة) وآخرين يخالطون الطفل. لدى المدارس تفويض بتقييم الأطفال الذين يشبه لديهم وجود اضطرابات فرط الحركة وتشتت الانتباه والذي يعيق الأداء الدراسي (الأكاديمي) ومع ذلك فإنه ربما يلزم تذكير المدرسة بذلك. يجب أن تتوفر جميع التقييمات لدى الطبيب عند زيارة العيادة. يبين الجدول رقم (٩، ١) قائمة بأعراض اضطرابات فرط الحركة وتشتت الانتباه. يجب تجميع هذه المعلومات من المصادر المختلفة غالباً من قبل ممرضة العيادة. ويجب على الطبيب أيضاً أن يستفسر عن أي تناول لأدوية سابقة بما في ذلك الاستفسار عن سبب إيقافها و عن أية آثار جانبية لها. نظراً لأن التبول في الفراش وعدم التحكم في الغائط تعتبر شائعة لدى الأطفال الذين يتم تقويمهم لاضطرابات فرط الحركة وتشتت الانتباه؛ لذا فإنه يجب استيضاح هذا التاريخ على وجه الخصوص.

تابع الجدول رقم (٩,١).

المقياس "ج"

- ١٩- غير متعاون وحريء ويجادل الكبار.
- ٢٠- لديه صعوبة في مواكبة الأطفال الآخرين.
- ٢١- غالباً ما يكون غاضباً ونزتماً سريع الغضب.
- ٢٢- لديه قلق مفرط، وتبرم وخوف.
- ٢٣- يبدو حزناً مزاجياً مكتئباً أو محبطاً.
- ٢٤- لديه مشاكل في التقوم الدراسي (مستوى المهارة أو التعلم).
- ٢٥- لديه مشاكل في الأداء المدرسي (الإنتاجية والدقة).

يرجى التعليق على نقاط القوة والضعف لدى هذا الطفل، أو أية اهتمامات أخرى على ظهر هذا النموذج.

From Miller KJ, Castellanos FX. Attention deficit hyperactivity disorders. *Pediatr Rev* 1998;19:373.

التاريخ الطبي الماضي Past Medical History

يُعتبر اضطرابات فرط الحركة وتشتت الانتباه أكثر شيوعاً لدى الأطفال المصابين باضطرابات في النمو. يجب أن يستفسر الطبيب عن تعرض الجنين للكحول (فيما إذا كانت الأم تتناول الكحول)، أو التعرض للرصاص أو إصابة في الرأس. يدرج الجدول رقم (٩,٢) الحالات الطبية التي تشبه اضطرابات فرط الحركة وتشتت الانتباه.

تاريخ الأسرة Family History

يعتبر الطفل معرضاً لخطورة أكبر لاضطرابات فرط الحركة وتشتت الانتباه عند وجود تاريخ في الأسرة في الأشقاء أو الوالدين. من المهم أيضاً استيضاح الاضطرابات السلوكية والاضطرابات النفسية والعرات، واضطرابات التعلم في تاريخ الأسرة.

التاريخ الاجتماعي Social History

يُعتبر التاريخ الاجتماعي جانباً مهماً في التقييم على وجه الخصوص. يجب أن يكون الطبيب واعياً بأفراد الأسرة داخل المنزل، ومسببات التوتر الخاصة، لا سيما تعاطي المخدرات وسوء السلوك مع الأهل، والتدخلات التعليمية العلاجية القائمة. غالباً ما تتأثر العائلات بشكل سلبي باضطرابات فرط الحركة وتشتت الانتباه، ويجب تقصي أثر ذلك على أعضاء الأسرة الآخرين وبشكل خاص الأشقاء.

الجدول رقم (٩, ٢). التشخيص التفريقي لفرط الحركة وتشتت الانتباه.

اختلافات النمو

- تفاوت طبيعي.
- إعاقة في المعرفة.
- مواهب.
- صعوبات في التعلم.
- اضطرابات في الإدراك والعمليات الذهنية.
- اضطرابات في اللغة.
- اضطرابات شاملة في النمو.
- متلازمة الصبغة الجنسية الهشة.

الاعتلالات الصحية

- إعاقات حسية.
- اضطرابات تشنجية.
- عواقب التهاب أو إصابة الجهاز العصبي المركزي.
- متلازمة الجنين الكحولي.
- تسمم بالرصاص.
- فقر دم نقص الحديد.
- اضطرابات تنكس الأعصاب.
- متلازمة توريت.
- اضطرابات في الغدة الدرقية.
- تعاطي المخدرات.
- مضاعفات الأدوية.
- سوء التغذية.
- اضطراب النوم.

اضطرابات عاطفية سلوكية

- اكتئاب / اضطرابات مزاجية.
- اضطرابات بسبب القلق.
- اضطراب في المواجهة والتحدى.
- اضطراب التصرف.
- اضطراب الضغوط الناتجة عن الإصابات.
- اضطراب في التكيف.

تابع الجدول رقم (٢، ٩).

اضطرابات بيئية

- الإساءة المتعمدة أو إهمال الطفل.
- بيئة منزلية متوترة.
- رعاية غير كافية أو عقاب من الوالدين.
- مرض نفسي لدى الوالدين.
- اختلاف اجتماعي ثقافي.
- جهة تعليمية غير ملائمة.

مشاكل مصاحبة في الغالب

- اضطرابات تنسيق الحركة.
- قصور في المهارات الاجتماعية.
- التبول في الفراش وعدم التحكم بالبراز.

From Miller KJ, Castellanos FX. Attention deficit hyperactivity disorders. *Pediatr Rev* 1998;19:373.

الفحص الجسماني Physical Examination

عادةً ما يكون الفحص الجسماني طبيعياً عند الطفل المصاب بفرط الحركة وتشتت الانتباه. يجب إغارة انتباه خاص لفحوصات السمع والبصر والأعصاب.

التقويم المخبري Laboratory Evaluation

لا يوصى بإجراء فحوص مخبرية لكل الأطفال المصابين بفرط الحركة وتشتت الانتباه. وتشمل الفحوصات التي قد يوصى بها تخطيط الدماغ الكهربائي، وهرمون التحريض للغدة الدرقية ورايب الدم، ومستوى الرصاص.

التشخيص Diagnosis

لتشخيص فرط الحركة وتشتت الانتباه فإن المجلد الرابع من دليل خدمات التشخيص الأمريكي يتطلب أن تتحقق ستة من البنود الواردة في المقياس "أ" أو "ب" من الجدول رقم (٩، ١) "يُحصل غالباً" أو "يُحصل كثيراً جداً" بحيث تكون غير متكيف وغير مضطرب مع مستوى النمو. يجب ظهور هذه التصرفات لمدة ستة أشهر على الأقل وبعضها يجب ظهوره قبل سن السابعة من العمر. يجب ظهور هذه الأعراض في وضعين على الأقل (في المدرسة أو في المنزل أو بين أو مع الأقران) ويجب أن تسبب إعاقة سريرية مهمة. أخيراً فإنه لا يجب تفسير هذه الأعراض

باضطراب آخر على الرغم من أن فرط الحركة وتشتت الانتباه قد يكون مصاحباً للمرض. يدرج المقياس "ج" في الجدول رقم (٩، ١) استفسارات كشفية لمشاكل مصاحبة لفرط الحركة وتشتت الانتباه في الغالب.

العلاج Management

يتطلب علاج فرط الحركة وتشتت الانتباه طريقة جماعية مدعومة بما يقدمه الوالدان ومسؤولو المدرسة بما في ذلك الأخصائي النفسي في المدرسة، والآخرون من مقدمي خدمات الصحة والطبيب. إن التنسيق بين هذا الفريق يمكن أن يكون مستهلكاً للوقت، لكن الجهد المنسق ضروري للحصول على أفضل النتائج. إن مواضع التدخل الرئيسية الأربع هي السلوكية والعاطفية والدراسية والدوائية. يكون تناول الأمثل للأموال السلوكية من العلاج عن طريق الإحالة إلى مستشار. ولسوء الحظ فإن هذا المصدر قد لا يكون متوفراً على الدوام. وعندما يجب على طبيب الأسرة علاج الطفل بدون هذه المساعدة فإنه يجب تعلم الوالدين أن يوفرنا نظاماً متزايداً للطفل. ويمكن تحقيق ذلك بوضع قواعد للعائلة وبرنامج يومي للطفل. يجب على الوالدين رصد سلوكيات معينة لعدم التكيف وتقديم تغذية راجعة سريعة مضطربة. يجب عدم تجاهل التعزيز الإيجابي للسلوك الجيد. وتتضمن طرق إنجاز ذلك نظام الحصول على نقاط أو جدول ملصقات. إن المحافظة على هذه التدخلات أمر صعب على الوالدين وهم بدورهم يحتاجون إلى دعم إيجابي من الأطباء، وقدّم باركلي العديد من الأمثلة لطرق تدريب الوالدين.

تسمح التدخلات العاطفية للمريض وللعائلة أن يتأقلموا مع القضايا النفسية والاجتماعية والأسرية التي تحيط بفرط الحركة وتشتت الانتباه. يمكن لمجموعات المساندة أن تكون مفيدة جداً للمرضى والأسر. وقد يكون العلاج الفردي أو الزوجي أو العائلي ضرورياً في بعض الأوقات.

غالباً ما يكون لدى الأطفال المصابين بفرط الحركة وتشتت الانتباه صعوبات دراسية. يجب تقويمهم لصعوبات التعلم رسمياً. يمكن أن يكون الأخصائيون النفسيون في المدرسة إن توفروا، ركيزة لا تقدر بثمن. يمكنهم إجراء اختبارات صعوبات التعلم والمساعدة في عمل الخطط التعليمية الفردية. يمكنهم أيضاً أن يكونوا مصدر معلومات إضافية عن أداء الطفل مدرسياً سواء في الأساس ومع التدخلات. ويمكن للأطفال الذين لديهم فرط الحركة وتشتت الانتباه أن يلحقوا بخدمات تعليمية خاصة بموجب قانون تعلم "الأفراد ذوي الإعاقات". في الماضي فإن الأطفال غالباً ما كانوا "يؤخرون" خصوصاً في الصفوف المبكرة على أمل أنهم سوف ينضجون بشكل أكبر وأن تقل لديهم أعراض فرط الحركة وتشتت الانتباه. إلا إن البرهان الحديث يشير إلى أن كون الطفل أكبر سناً من الصف الذي هو فيه حتى بدون تأخير التحاقه به يتوافق مع معدلات متزايدة من المشاكل السلوكية ولا سيما بين المراهقين (Byrd Pediatrics 1997).

كثيراً ما تستعمل الأدوية في معالجة اضطراب الحركة وتشتت الانتباه. يجب إعادة تأكيد أن أفضل طريقة لاستعمال الأدوية هي بالتلازم مع العلاجات الأخرى المذكورة سابقاً. كما يجب أيضاً استعمال الأدوية فقط عندما تسبب اضطراب الحركة وتشتت الانتباه لدى الطفل صعوبات في السلوك أو الأداء المدرسي أو التكيف الإجتماعي. إن أساس التدخلات الدوائية هي المحرضات خاصة ميثايل فينيديت (ريتالين). تزيد المحرضات مدى الانتباه وتقلل فرط الحركة وتحسن التحكم بالاندفاع. لقد حصل نقاش كبير حول استعمال التراكيب المحرصة ذات الانطلاق المستمر. إن الميزة لهذه التراكيب هي النشاط الأطول الذي يمكن أن يجعل الجرعات داخل المدرسة غير ضرورية. ويدعي آخرون أن التراكيب ذات الفعالية الأطول هي أقل تأثيراً. وفي الحقيقة يستطيع الطبيب القيام بمحاولة علاجية للأدوية ذات الفعالية الأطول؛ لأنها عادة تظهر تأثيراً كاملاً خلال أسبوعين. عندما لا يتجاوب الطفل بشكل أحسن مع الأدوية ذات الفعالية الأطول يمكن أن يُعاد إلى الأدوية ذات الفعالية المباشرة.

كثيراً ما يشيع ذكر التأثيرات الجانبية للمحرضات، ولكن قد وجدت دراسة واحدة أن هذه التأثيرات الجانبية موجودة بالفعل سابقاً كحالة مميزة لدى الطفل المصاب باضطراب الحركة وتشتت الانتباه وأنها تتحسن مع العلاج التحريضي (إيفرون) (Efron, Pediatrics, 1997)، وبشكل عام فإن المحرضات يمكن تحملها بشكل جيد مع كون أكثر الآثار الجانبية شيوعاً قلة الشهية والأرق. عندما تكون المحرضات غير فعالة فقد تجرب عناصر أخرى مثل مضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقات أو الكلونيدين clonidine. يدرج الجدول رقم (٩،٣) الأدوية الشائعة الاستخدام لفرط اضطراب الحركة وتشتت الانتباه بما في ذلك الجرعات والتأثيرات الجانبية الشائعة. يمكن للمرضى تناول الجرعات في الأسبوعيات وأيام العطل ونهايات الأسبوع إذا كانت الأعراض تتداخل مع الأنشطة خلال هذه الأوقات.

المتابعة Follow-up

يجب متابعة كل حالة على حدة. غالباً ما تكون الزيارات الشهرية ضرورية في وقت مبكر من دورة العلاج، ولكن العديد من المرضى يعاينون كل ثلاثة أشهر حالما تستقر حالتهم. يجب القيام بمحاولة إيقاف الدواء مرة واحدة في السنة تقريباً، وذلك لاستيضاح أن الدواء ما يزال مفيداً. غالباً ما يقوم المرضى بإجراء المحاولة، سواء بإهمال أو بدونه، متناسين تناول الدواء لمدة من الوقت. قد تدعو الحاجة للمحاولة النظامية لإقناع المرضى أو الآباء أو المدرسين بالفائدة. إن استخدام مقياس كونر Conner Scale (الجدول رقم ٩،٤) أو مقياس آخر لمعايرة الأعراض قد يسمح بمقارنة وضع المريض وهو على الدواء لفترة من الزمن مقابل فترة أخرى بدون الدواء. إن هذا النوع من المحاولة غالباً ما يفيد في إقناع المراهق المريض بالحاجة للاستمرار في العلاج. يحتاج عادة إلى جرعات أكبر من الدواء مع نمو الأطفال.

الجدول رقم (٩,٣). أدوية اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه.

الدواء	الجرعة	البداية/المدة	الآثار الجانبية المحتملة/المحاذير	المتابعة
بيمولين* (سايليرت) Pemoline (Cylert) ٣٧,٥، ٧٥/١٨ ٧٥ ملجم أقراص ٣٧,٥ ملجم ممضوغ	جرعة أولية ٣٧,٥ ملجم صباحاً عدد المرات ١-٢ جرعة يومياً يجب تناولها يومياً مدى الجرعة ١٣,٧٥-١١٢,٥ ملجم/يومياً، ٢ ملجم/كجم يومياً	البداية ٢ ساعة المدة: ٧-١٠ ساعات	فشل كبدي مهدد للحياة، أرق، فقد الشهية، ألم في المعدة	لا يستخدم الخط الأول من العلاج. خطورة فشل كبدي. راقب بالتتابع وظائف الكبد. يجب الحصول على موافقة واعية (انظر النشرة). الطول، الوزن، ضغط الدم، النبض
إيمبرامين (توفرانيل) Imipramine (Tofranil) ١٠، ٢٥، ٥٠ ملجم	جرعة من البداية ١٠-٢٥ ملجم عند النوم عدد المرات: ٢-٣ جرعات يومياً يجب تناوله يومياً، إيقافه التوقف ببطء مدى الجرعة ٢٠-١٠٠ ملجم/يومياً، ١-٣ ملجم/كجم يومياً	تأثير أعظمي قد يستغرق عدة أسابيع	يمكن أن يؤثر على معدل التوصيل القلبي، مضاد إفراز الكولين المرضى الذين لديهم عرة، قلق مصاحب للمرضى، قد يستجيب الاكتئاب بشكل أفضل لمضادات الاكتئاب الثلاثية خطير جداً عند زيادة الجرعة	ضغط الدم، معدل النبض خذ بالاعتبار عمل تخطيط القلب
كلوميدين (كاتابريس) Clomidine (Catapres) ١، ٢، ٣، ٥، ١٠، ٢٠، ٣٠ ملجم	في البداية عند النوم ٠,٠٥ ملجم ٣ جرعات يومياً يجب تناوله يومياً مدى الجرعة ٠,١-٠,٤ ملجم يومياً	قد يستغرق الأثر الأعظم عدة أسابيع	تسكين الألم، انخفاض الضغط عند القيام، اكتئاب، كوابيس ليلية، دوخة، غثيان مفيد بشكل خاص مع الاضطراب السلوكي المرافق للمرضى خطير جداً عند تناول بجرعات زائدة فرط ضغط الدم ارتدادي عند التوقف الفجائي	مراقبة ضغط الدم عند النوم وبعد تعديل الجرعة
ميثيل فينيديت* (ريتالين) Methylphenidate (Ritalin) ٥، ١٠، ٢٠ ملجم على شكل أقراص	في البداية ٥ ملجم لكل جرعة عدد المرات ٢-٣ جرعات يومياً مدى الجرعة ٥-١٠ ملجم يومياً ٣، ٠,٨-٠,٣ ملجم/كجم لكل جرعة	البداية ٢٠-٣٠ دقيقة المدة: ٣-٥ ساعات	فقد الشهية، أرق، ألم في المعدة اجتنب مزيلات الاحتقان	قياس الطول، الوزن، ضغط الدم، النبض سنوياً على الأقل

تابع الجدول رقم (٩,٣).

قياس الطول، الوزن، ضغط الدم، النبض سنوياً	فقد الشهية، أرق، ألم في المعدة، صداع	البداية ٦٠-٩٠	في البداية ٢٠ ملجم	ريتالين إس آر* Ritalin SR
	تجنب مزيلات الاحتقان	دقيقة	عدد المرات ١-٢ جرعة يومياً	(يطلق ببطء) أو بديل بخاري
	عدم قطع أو مضغ الأقراص	المدة: ٥-٨ ساعات	مدى الجرعة ٠,٦-٢ ملجم/كجم لكل جرعة، ٨٠-٢٠ ملجم يومياً	٢٠ ملجم فقط
قياس الطول، الوزن، ضغط الدم، النبض سنوياً	فقد الشهية، أرق، ألم في المعدة، صداع	البداية ٢٠-٦٠	البداية ٠,٥-٥ ملجم	ديكستروأمفيتامين* Dextramphetamine (DEX)
	تجنب مزيلات الاحتقان	دقيقة	عدد المرات ٢-٣ جرعات يومياً	
		المدة: ٤-٦ ساعات	مدى الجرعة ٠,٥-٤٠ ملجم يومياً، ٠,٤-١٠,٤ ملجم/كجم للجرعة	ديكسيدرلين ٥ ملجم Dexedrine 5 mg
				ديكستروستات ٥، ١٠ ملجم Dextrostat 5, 10 mg
قياس الطول، الوزن، ضغط الدم، النبض سنوياً	فقد الشهية، أرق، ألم في المعدة، ألم في الرأس	البداية ٦٠-٩٠	في البداية ٥ ملجم في الصباح	ديكسيدرلين سبانسولز* Dexedrine spansules
	تجنب مزيلات الاحتقان	دقيقة	عدد المرات ١-٢ جرعة يومياً	١٥، ١٠، ٥، ١٠ ملجم
		الأمد ٦-١٠ ساعات	مدى الجرعة ٥-٤٠ ملجم يومياً، ٠,٣-٠,٨ ملجم/كجم لكل جرعة	

* مقرر من جمعية الغذاء والدواء الأمريكية لعلاج فرط الحركة وتشتت الانتباه.

Adapted from Miller KJ, Castellanos FX. Attention deficit/hyperactivity disorders. *Pediatr Rev* 1998;19:373; AAP Committee on Children with Disabilities and Committee on Drugs. Medication for children with attentional disorders. *Pediatrics* 1996;98:301.

الإحالة Referral

يتوقف قرار إحالة الطفل الذي يعاني من فرط الحركة وتشتت الانتباه على الرأي الشخصي للطبيب إلى حد كبير، بالإضافة إلى توفر المصادر في البيئة المحلية وكذلك مدى إعاقة الطفل. لسوء الحظ قد يكون لدى كثير من الأطفال الذين عندهم أكثر حالات فرط الحركة وتشتت الانتباه شدةً أيضاً أوضاع اجتماعية تحد من قدرة والديهم بشكل كبير على الحصول على خدمات خاصة. وقد تكون هذه القيود مالية أو متعلقة بالسفر خاصة في المناطق الريفية.

الجدول رقم (٤، ٩). استبيان كونر المختصر للمدرس والوالد.

- كل فقرة مقدرة حسب مقياس من الصفر إلى ٣. المقدار النموذجي للنشاط المفرط هو ١٥ أو أعلى.
- ١- عدم الشعور بالراحة والإحساس بالملل.
 - ٢- يحتاج لتلبية المطالب حالياً.
 - ٣- هيجان المزاج والسلوك غير المتوقع.
 - ٤- تشتيت مدى الانتباه والذي يعتبر معضلة.
 - ٥- يزعم الأطفال الآخرون.
 - ٦- يتحهم ويقطب جبينه.
 - ٧- تغيرات سريعة وعنيفة في المزاج.
 - ٨- عدم الشعور بالراحة دائماً قائم وعلى عجل.
 - ٩- متهيج، مندفع.
 - ١٠- يخفق في إنهاء الأمور التي يبدأها.

Adapted from Goyette CH, Conner CK, Ulrich RF. Normative data on revised Conners Parent and Teacher Rating Scales. *J Abnorm Child Psychol* 1978;6:221.

المراجع References

- American Academy of Pediatrics Committee on Children with Disabilities and Committee on Drugs. Medication for children with attentional disorder. *Pediatrics* 1996;98:301.
- Byrd RS, Weitzman M, Auinger PA. Increased behavior problems associated with delayed school entry and delayed school entry and delayed school progress. *Pediatrics* 1997;100:654.
- Efron D, Jarman F, Barker M, Dip G. Side effects of methylphenidate and dexamphetamine in children with attention deficit hyperactivity disorder: a double-blind, crossover trial. *Pediatrics* 1997;100:662.
- Lafleur LH, Northup J. ADHD: how school psychologists can help. *Am Fam Physician* 1997;55:773.
- Miller KJ, Castellanos FX. Attention deficit/hyperactivity disorders. *Pediatr Rev* 1998;19:373.
- Taylor MA. Evaluation and management of attention-deficit hyperactivity disorder. *Am Fam Physician* 1997;55:887.

مصادر الطبيب Physician Resources

- Barkley RA. *Attention-deficit hyperactivity disorder: a handbook for diagnosis and treatment*. New York: Guilford Press, 1990.
- Conners CK. Conners Rating Scales-Revised (1997). Multi-Health Systems, 908 Niagara Falls Boulevard, Nourth Tonowanda, NY 14120. 800-456-3003.
- Gordon M, Irwin, M. *The diagnosis and treatment of ADD/ADHD: a no nonsense guide for primary care physicians*. Dewitt, NY: GSI Publications, 1997. 800-550-ADHD. Includes computer diskette with reproducible forms.

تعليم المريض/المصادر Patient Education/Resouces

- ADD Warehouse. www.addwarehouse.com. Large selection of titles for parents and children with ADHD.
- ADHD: Does my child have it? Handout available from AAFP online at www.familydoctor.org.
- ADHD: medicine. Handout available from AAFP online at www.familydoctor.org.

Barkley RA. *Taking charge of AD/HD: the complete guide for parents*. New York: Guilford Press, 1995. 800-356-7006.

Children and Adults with Attention Deficit-Hyperactivity Disorder. www.CHADD.org. Largest support organization for children and adults with ADHD.

كتب الأطفال Books for Children

Gavin M. *Otto learns about his medicine: a story about medication for hyperactive children*. New York: Magination Press, 1995.

Moss DM. *Shelley the hyperactive turtle*. Kensington, MD: Woodbine House 1989.

فقد الشهية المتعمد للطعام (القمة العصبي) والنهم العصبي

(تأليف غريغوري ب. ماك، وجين م. سبنسر)

Anorexia and Bulimia (by Gregory B. Mack and Jeanne M. Spencer)

يصيب فقد الشهية للطعام والنهم العصبي ١-٥٪ من الفتيات المراهقات والشابات. وعلى الرغم من أن معظم الحالات تحصل للإناث إلا أن ١٠٪ تقريباً تحصل في الذكور. إن معدل الوفيات من فقد الشهية مرتفع بشكل غير مقبول بمعدل ٥٦,٠٪ سنوياً بما يعادل ١٢ مرة معدل الوفيات لدى الشباب من إجمالي السكان. يصل معدل الوفيات إلى ٨٪ بمتوسط خمس سنوات ويصل إلى ٢٠٪ في حالات فقد الشهية المزمن للطعام أو النهم العصبي. تتفاوت أسباب الموت، لكن السبب الأكثر شيوعاً هو الانتحار والالتهابات وآثار اضطرابات الشوارد بما في ذلك عدم اتساق نبض القلب والموت الفجائي. وحديثاً فإن نصف المرضى فقط الذين لديهم قمة عصبي أو نهم عصبي يمكن أن يتمثلوا للشفاء التام، ٣٠٪ يشفون جزئياً و ٢٠٪ لا يظهرون أي تحسن حقيقي. يستمر التأخر الملحوظ في التشخيص والفشل في العلاج على الرغم من التحسن في علاج هذه الاضطرابات. إن الطريقة المتعددة الجوانب للعلاج التي تشمل الأمور الطبية والغذائية والنفسية المهنية تكون عادةً الأكثر فاعلية. يمكن لأطباء الأسرة أن يلعبوا دوراً هاماً مع الفريق المعالج وخصوصاً في تسهيل التشخيص والمتابعة طويلة المدى.

التاريخ History

نادراً ما يدرك المريض الحالة بنفسه. وفي الحقيقة إن الخلل لا يمكن أن يوجد فعلياً بدون إنكار من الوالدين. وبشكل نموذجي فإن والدي المريض يبحثان عن الاهتمام الطبي لابنتهما بسبب نقص وزن الجسم والإرهاق والاكتهاب والعزلة أو الضهى (انجباس الطمث). وعند المعاينة يكون معظم المرضى قد وصلوا إلى مقياس كتلة الجسم لديهم أقل من ١٥٪ عن المقياس المثالي. قد يكون الوالدان على دراية بتقيؤ الطفل أو استعمال المليينات أو التمرين بقصد تقليل الوزن. وقد يكون المريض غير راغب أن يخبر عن تاريخه المرضي، لكن الأسئلة التالية (سواء كانت مكتوبة أو شفوية) قد تسهل النقاش:

- هل تشعر بالغثيان عندما تجلس على الطاولة؟
 - هل تخشى لمس أي طعام؟
 - هل تتناول أطعمتك في نظام معين؟
 - هل لديك منظور مختلف لجسمك عما هو الحال بالنسبة للناس الآخرين؟
 - هل تفضل أن تأكل وحدك؟
 - هل يسخر منك أهلك أو أصدقائك مما تأكله؟
 - هل يخبرك أحد أنك تصرف وقتاً كثيراً في النشاط الجسماني؟
 - هل تنزعج إذا كان شيء ما غير مثالي؟
 - هل تقطع طعامك إلى جزيئات صغيرة قبل أكله؟
 - هل أنت خائف بشكل صريح من أن تُرى على الملأ لابساً لباس السباحة؟
 - هل تتجنب أطعمة معينة لأنك تظن أنها سوف تغير مظهرك؟
- يجب على الطبيب، إن أمكن، أن يحصل على تاريخ مفصل للسعرات الحرارية والاستخراج (بما في ذلك التقيؤ واستعمال المليينات)، والتمرين، وفقدان الوزن.

تاريخ الأسرة Family History

غالباً يوجد تاريخ عائلي بالاكتئاب أو اضطراب الوسواس القهري، وأحياناً قد تنطبق معايير اضطراب الأكل على أحد الوالدين أو كليهما. غالباً ما يكشف تاريخ الأسرة ضغوطاً متعددة أو إصابة. وتكون الإساءة الجسدية والجنسية أكثر شيوعاً في المرضى الذين يعانون من النهم العصبي منها لدى عموم الناس.

التاريخ الاجتماعي Social History

غالباً ما يعيش المرضى لدى عائلات مهنية تحصل على دخل مزدوج، وكثيراً ما يشترك الطفل في نشاطات متعددة مثل الباليه، أو ألعاب القوى أو السباقات أو كرة القدم وتكون مميزةً بشخصيتها القيادية أو عاطفتها أو النجاح المدرسي. غالباً ما يكون الرجال مصارعين. ونادراً ما يشترك المرضى بنشاطات نموذجية للمراهقين مثل المواعيد مع الجنس الآخر وحضور الحفلات. غالباً ما تقوم المريضة بدور الناظر ضمن الأسرة. يظهر القمة العصبي غالباً في المرحلة الثانوية المبكرة في فترة الطمث وغالباً ما يظهر النهم العصبي خلال الفصل الأول في الكلية.

الفحص الجسماني Physical Examination

حقاً إن قياس الطول والوزن بدقة أمر ضروري. يجب الانتباه للتأكد من أن المريض لا يعطي وزناً خاطئاً. قد يقلل وزن الطفل ووجهه متجهاً بعيداً عن الميزان من القلق. يدرج الجدول رقم (٩,٥) النتائج الجسمانية المثالية والمضاعفات الطبية لدى المرضى المصابين بالقمة والنهم العصبي. يحسب مقياس كتلة الجسم بقسمة الوزن بالكيلوجرامات (قسمة الوزن بالأرطال على ٢,٢ رطل/كجم) على مربع الطول بالأمتار (قسمة الطول بالبوصات على ٣٩,٣٧ بوصة/متر).

عموماً يقدر وزن الجسم المثالي كما يلي:

مقياس كتلة الجسم = ٢٠ لما فوق ١٦ سنة

مقياس كتلة الجسم = ١٨,٥ - ١٩,٥ للسن من ١٤-١٥

ولدون سن الرابعة عشرة يستخدم مخطط النمو القياسي.

التقويم المخبري Laboratory Evaluation

يدرج الجدول رقم (٩,٦) التقويم المخبري الأولي المعتاد للمريض المصاب باضطراب في الأكل. في البداية قد تكون النتائج المخبرية الأولية الطبيعية مطمئنة بشكل مزيف؛ لأن شذوذ الشوارد يحصل غالباً مع العودة للطعام.

يجب الحصول على تخطيط القلب بأسرع ما يمكن، وذلك بشكل رئيسي من أجل حساب فترة QT المصححة (QTc) (راجع الفصل السابع، الشكل رقم ٧,٢). إذا كانت فترة QT المصححة تزيد على ٠,٤٥، فإن المريض يكون معرضاً لخطر تسرع القلب البطيني. عادة تستلزم QT المصححة ذاتها التي تكون ٠,٥ أو أكثر التنويم في المستشفى لمراقبة القلب. وعند إعادة الإطعام فإن تغير الشوارد يمكن أن يطيل فترة QT المصححة بسرعة.

التشخيص التفريقي Differential Diagnosis

يكون التشخيص التفريقي للقمة العصبي الشديد طويلاً ويمكن أن يحتوي على ورم خبيث أسفل المهاد البصري hypothalamic tumor، وقصور الغدة الكظرية وفرط نشاط الغدة الدرقية وحالات نقص المناعة والاكثاب الشديد، والالتهاب المزمن، والتهاب الأمعاء والورم السرطاني الخفي. يمكن عادة أن توجد نتائج تاريخية أو جسمانية تؤيد ذلك عند المرضى الذين لديهم أي من الأسباب للقمة العصبي ولا توجد نماذج التفكير المشوة المتعلقة بالطعام والوزن. يدرج الجدول رقم (٩,٧) معايير تشخيصي اضطرابات الأكل.

الجدول رقم (٩,٥). النتائج الجسمانية/المضاعفات الطبية وشذوذ النتائج المخبرية للقيمة العصبي والنهم العصبي.

اضطراب الأكل	الجهاز
<p>النهم العصبي</p> <ul style="list-style-type: none"> • عدم انتظام النبض. • اعتلال القلب الناتج عن دواء آيبيكاك Ipecac. • انخفاض ضغط الدم. 	<p>الجهاز الدوري</p> <ul style="list-style-type: none"> • اعتلال عضلة القلب التمددي. • عدم انتظام النبض (انقباضات بطينية قبل الأوان، بطء القلب، تسرع القلب البطيني، رجفان أذيني). • تغيرات تخطيط القلب (طول فترة QT- المصححة المطولة، تغيرات في موجة T ... إلخ). • احتشاء العضلة القلبية. • وذمة إعادة التغذية. • انخفاض ضغط الدم.
<p>النهم العصبي</p> <ul style="list-style-type: none"> • ميل زائد للنزف. 	<p>الدمويات</p> <ul style="list-style-type: none"> • نقص في الكريات البيض. • زيادة الكريات اللمفاوية في الدم. • نقص الكريات الحبية. • أهية نزفية متربة على مدة النزف المطولة. وقت البروثرومين المطول أو وقت الثرومبولاستين الجزئي المطول. • نقص خلايا نخاع العظم. • قصور مناعي وظيفي. • فقر الدم.
<p>النهم العصبي</p> <ul style="list-style-type: none"> • التهاب رئوي تنفسي ناتج عن التقوي المثار ذاتياً. • ثغنة الأصابع/مسحجات (علامة رسل Russel's sign). • تعجر. 	<p>تنفسي جلدي</p> <ul style="list-style-type: none"> • انتفاخ هوائي تحت الجلد. • سقوط الشعر نمو شعر يشبه الزغب. • جلد جاف، تقصف الشعر والأظافر. • نزف شعيري، فرفرة نقص الصفائح الدموية. • اصفرار الجلد (زيادة الكاروتين في الدم).
<p>النهم العصبي</p> <ul style="list-style-type: none"> • انخفاض البوتاسيوم. • انخفاض الصوديوم. • انخفاض الكلور. • انخفاض المغنيزيوم. • انخفاض الكالسيوم. • ارتفاع اليوريا في الدم. • ارتفاع إنزيم الأميليز. • ازدياد في قلوية الدم الأبيض. 	<p>أيضى</p> <ul style="list-style-type: none"> • قصور في التذوق. • ارتفاع الكوليسترول في الدم. • ارتفاع الكاروتين في الدم. • نقص الزنك. • خلل في وظائف الكبد. • خلل في تحمل الجلوكوز. • انخفاض مستوى السكر عند الصيام. • انخفاض الكالسيوم (تكزز). • انخفاض درجة الحرارة.

المضمي	<ul style="list-style-type: none"> • تغيير تفرغ المعدة. • تورم غدّي لعابي. • متلازمة شريان المسارين العلوي. • اتساع في المعدة. • الإمساك. • تورم في الغدة النكفية. • خلل وظيفي في المعثكلة. 	<ul style="list-style-type: none"> • انتفاخ بطني. • إمساك. • ارتفاع إنزيم الأميليز. • تأخر تفرغ المعدة. • التهاب المري الارتجاعي. • فتق معدي. • تورم في الغدة النكفية. • قولون هروري (تضخم القولون). • متلازمة سوء الامتصاص.
مضاعفات المليات كلوي	<ul style="list-style-type: none"> • جفاف. • زيادة اليوريا في الدم. • تناقص الأداء الوظيفي للكلى. • اعتلال كلوي بسبب نقص البوتاسيوم. 	<ul style="list-style-type: none"> • جفاف. • زيادة اليوريا في الدم. • نقص معدل الترشيح الكبيبي الكلوي. • خلل في تركيز البول.
الغدد الصماء	<ul style="list-style-type: none"> • انقطاع الطمث / قلة الطمث. • نقص نشاط غدة تحت المهاد. • نقص الإستروجين. • نقص هرمون الخصية (التستوستيرون). • قصور في الغدة الدرقية. • زيادة هرمون النمو. • زيادة الكورتيزول. • شذوذ فحص تثبيط الديكسابتازون. • ترقيق العظام. • تأخر في البلوغ. 	<ul style="list-style-type: none"> • قلة استحابة هرمون محرض الدرقية لهرمون محرز الدرقية. • استحابة هرمون النمو غير الطبيعية لهرمون محرز الدرقية / الجلوكوز. • ارتفاع البرولاكتين. • شذوذ فحص تثبيط الديكساميثازون (غير مشيط). • لين العظام.
الجهاز العصبي المركزي	<ul style="list-style-type: none"> • ضمور في قشرة الدماغ. • اتساع بطيني. • إعاقة إدراكية. • شذوذ في تخطيط الدماغ. • اكتئاب. • فرط الحركة. • اعتلال عصبي. 	<ul style="list-style-type: none"> • شذوذ في تخطيط الدماغ (٦٤٪). • اكتئاب.
مشاكل الأسنان	<ul style="list-style-type: none"> • نزع الكلس. • تسوس الأسنان. 	<ul style="list-style-type: none"> • تسوس الأسنان. • تآكل في مينا السن.

الجدول رقم (٦، ٩). الفحوصات المخبرية الأولية.

- الجلوكوز، الصوديوم، البوتاسيوم، اليوريا، الكرياتينين، المغنيزيوم، الزنك والفوسفور.
- عد كامل لكريات الدم مع الفحص التفريقي.
- T4 الحر، الهرمون المحرض للغدة الدرقية.
- تحليل البول.
- اختبارات وظائف للكبد.
- الكوليسترول، الدهون الثلاثية، البروتين الدهني ذو الكثافة العالية، البروتين الدهني ذو الكثافة المنخفضة.
- اختبارات أخرى مفيدة بشكل خاص في تسجيل درجة سوء التغذية:
 - الحديد، الفيريتين.
 - الفحوصات التكميلية الشاملة.

العلاج Management

يجب الحذر عند إعادة إطعام المريض الذي يعاني من سوء شديد في التغذية. يمكن أن تتغير الشوارد بسرعة مما يؤدي إلى عدم انتظام النبض. إذا تم إعادة التغذية على أساس أن المريض مراجع في العيادات الخارجية فإنه يجب مراقبة الشوارد بدقة خصوصاً إذا كان المريض يستعمل مسهلات أو محرضات للقيء أو تناولاً للماء بشكل مفرط. يدرج الجدول رقم (٨، ٩) معايير تنويم المرضى.

يجب توقع متلازمة إعادة التغذية حتى ولو كانت الشوارد طبيعية بدايةً لدى المريض المصاب بسوء التغذية الشديد الذي يتلقى علاجاً في أقسام التنويم. قد يؤدي تغيير الشوارد السريع في هذه المتلازمة إلى عدم انتظام النبض. يجب وضع المرضى على جهاز مراقبة القلب، وإذا كانت وظائف الكلى طبيعية والشوارد طبيعية، يجب البدء بإعطائه نصف محلول الملح الطبيعي مع ٢٠-٤٠ ملي/ليتر أيكوفلان (مساوي) فوسفات البوتاسيوم توفر (بدون سكر عنب ولا تغذية عن طريق الفم). يجب تغيير المحاليل الوريدية لتعويض الحالات غير الطبيعية التي كانت موجودة عند بداية العلاج أو التي تحصل أثناء العلاج. إذا كانت الشوارد مستقرة بعد ٢٤ ساعة من إعطاء المحاليل الوريدية فقد يشجع المريض على تناول السوائل وقد يضاف سكر (دتكسروز ٥٪) إلى المحاليل الوريدية.

يعتبر التنقيف الغذائي أمراً أساسياً وتتم عادة من قبل أخصائي في التغذية. وبالنسبة للقمة العصبي فإن اكتساب الوزن أحد الأهداف الأولية، لذا يحتاج المرضى إلى التوعية بالاحتياجات من السرعات الحرارية وكيفية حرقها. وبشكل عام فإن المرضى يبدأون غذاءً يحتوي على ما كانوا يتناولونه سابقاً بالإضافة إلى ٢٠٠ سعرة حرارية يومياً. وعادة يتم توزيعها على ثلاث وجبات عادية وثلاث وجبات سريعة. يمكن زيادة مقدار السرعات الحرارية كل ثلاثة إلى خمسة أيام. في البداية يكون الهدف هو استقرار الوزن ومن ثم اكتساب وزن بمعدل ربع إلى نصف رطل أسبوعياً. ويوصى بإعطاء مجموعة فيتامينات وكالسيوم بمعدل ١٠٠٠-١٥٠٠ ملجم يومياً للحد من نقص كلس

العظام في حالات القمة العصبي. إن الوزن المستهدف أو الوزن المثالي عادة يكون مقياس كتلة الجسم فيه ٢٠، ويكون هذا المقياس أقل عند الأطفال الصغار (انظر ما قبل).

الجدول رقم (٩,٧). معايير تشخيصية لاضطرابات الأكل.

القمة العصبي

- وزن الجسم $\geq ٨٥\%$ من الوزن المتوقع (أو مقياس كتلة الجسم $\geq ١٧,٥$).
- الخوف الشديد من زيادة الوزن.
- تصور غير دقيق لحجم جسمها أو وزنها أو شكلها.
- انقطاع الطمث (عند الفتيات والنساء بعد الطمث).

القمة العصبي

- تكرار الأكل بشراهة في الحفلات (على الأقل مرتين في الأسبوع لثلاثة أشهر)*.
- الاستخراج المتكرر، التمرينات المفرطة، أو الصيام (على الأقل مرتين في الأسبوع لثلاثة أشهر).
- اهتمام مفرط بوزن الجسم أو شكله.
- غياب القمة العصبي.

اضطرابات بشراهة في الحفلات

- تكرار الأكل بشراهة في الحفلات (على الأقل مرتين في الأسبوع لمدة ستة أشهر)*.
- قلق ملحوظ مترفق مع ثلاثة على الأقل مما يلي:
 - الأكل بسرعة كبيرة.
 - الأكل حتى الامتلاء غير المرغوب.
 - الأكل عندما لا تكون جائعة.
 - الأكل بمفردها.
 - الشعور بالغثيان أو الشعور بالذنب بعد الأكل الشره في الحفل.
- عدم الاستخراج متكرر، التمرين المفرط أو صيام.
- غياب القمة العصبي.

اضطرابات أخرى (غير سوية) في طريقة الأكل

أكل غير منتظم مهم سرريباً أو تحكم في الوزن بطريقة غير مناسبة أو اهتمام مبالغ فيه حول وزن الجسم أو شكله الذي تنطبق عليه معايير القمة العصبي أو الشره العصبي أو اضطراب الأكل بشراهة في الحفلات.

* يتميز الأكل بشراهة في الحفلات استهلاك كمية كبيرة غير معتادة من الطعام خلال فترة معينة من الوقت، مع عدم السيطرة على زيادة الأكل.

الجدول رقم (٩،٨). معايير علاج المرضى المنومين لاضطرابات الأكل.

- عدم استقرار طبي (مثل نقص البوتاسيوم، فشل كلوي، فشل احتقاني في القلب، فترة QT المصححة المطولة).
- نقص الوزن يزيد عن ٢٠٪ من وزن الجسم المثالي.
- عدم الاستجابة للرعاية في العيادات الخارجية.
- حالات نفسية مصاحبة للمرضى (مثل انفصام الشخصية، أفكار انتحارية، تعاطي المخدرات والجنون).
- نظام وظيفي في نظام الأسرة.
- مقاومة العلاج.
- تغير الوزن بمقدار ٢٠ رطلاً (٩ كجم) أو أكثر خلال الأشهر الأربع الماضية.
- تناول السرعات الحرارية بمعدل ٧٠٠ سعرة حرارية أو أقل يومياً.
- الصيام لثلاثة أيام متتالية أو أكثر كل أسبوع لمدة أربع أسابيع.
- رفض علاج الشوارد الموصوف.
- رفض العلاج الموصوف للمشكلات الطبية.
- نوبات غشيان متكررة.
- تشخيص مؤكد لحالة قلبية متعلقة باضطراب في الأكل.
- الأكل بشرامة في الحفلات لأكثر من سبع مرات في الأسبوع.
- الأكل بشرامة وبكميات كبيرة زائدة من الطعام في الحفلات.
- التقيؤ المتعمد ذاتياً لعدة مرات يومياً.
- سوء استعمال مدر البول أو الملين على أساس يومي.
- ساعات عديدة للتمرين اليومي.
- استعمال الدواء آيبيكاك بغض النظر عن عدد المرات.

إن تضافر العلاج الفردي والجماعي والعائلي هو الأكثر فعالية في حالة القمة العصبي. ويعتبر العلاج السلوكي الإدراكي والعلاج النفسي للعلاقات الشخصية فعالاً لعلاج النهم العصبي. قد يمر قصور الإدراك من العلاج إذا كان المريض يعاني من نقص شديد في التغذية حتى تحصل الزيادة في الوزن.

لقد أصبح استخدام الأدوية المضادة للاكتئاب أمراً روتينياً في علاج القمة العصبي والنهم العصبي خصوصاً لمثبطات إعادة تمثل السيروتونين الانتقائية. ويعتبر دواء فلوكستين (بروزاك) Fluoxetine (Prozac) أكثر الأدوية التي تمت دراستها في علاج القمة العصبي ويظهر أن له أثراً على أولئك الذين يعانون من اكتئاب شديد. إن تأثير مثبطات إعادة تمثل السيروتونية الانتقائية سيتم منعه أو الحد منه حتى تستعاد التغذية لمستويات معقولة. وتعتبر هذه المثبطات فعالة جداً أيضاً في علاج النهم العصبي. قد يكون دواء فينلأفكسين (إيفكسور) Venlafaxine (Effexor) والذي يعتبر مثبطاً قوياً لإعادة تمثل السيروتونية والبورابينيفرين النorepinephrine ومثبطاً ضعيفاً لإعادة تمثل الدوبامين الدوبامين dopamine فعالاً لمرضى النهم العصبي الذين لا يستجيبون لمثبطات إعادة تمثل السيروتونين الانتقائية.

تقوم العوائل بدور أساسي في العلاج. وغالباً ما يسبب المرض ضغطاً كبيراً على أفراد الأسرة الذين قد يشعرون بالذنب تجاه المرضى. ويمكن للأسرة أن تبدأ المشاركة في علاج الطفل. قد يكون العلاج العائلي مفيداً جداً حتى في العائلات التي تبدو في الظاهر "طبيعية".

الإحالة Referral

تتنوع برامج معالجة اضطرابات الأكل بشكل واسع من حيث المنحى العلاجي والفعالية. يدرج الجدول رقم (٩،٩) خصائص البرامج الناجحة.

المتابعة Follow-up

يجب معاينة المرضى مرة واحدة أسبوعياً على الأقل وذلك عند بداية المرض. ويجب أن تشمل هذه الزيارات قياس الوزن، إذا لم تتم متابعة الوزن في مكان آخر. كلما تحسن المريض فإن عدد مرات الزيارات يمكن أن تقلص خصوصاً إذا كان المريض يحضر لقاءات إرشادية أو جلسات مع أخصائي التغذية. بالنسبة للمرضى الذين أكملوا برنامجاً في الأقسام الداخلية غالباً يعودون إلى رعاية طبيب الأسرة الطبية. يحتاج هؤلاء المرضى إلى متابعة لصيقة خصوصاً عندما يعاودون التكيف مع حياة المنزل والمدرسة. خلال هذا الوقت يجب عليهم المتابعة مع أخصائي التغذية وأن يشارك في العلاج الفردي والجماعي والعائلي. ولكون الاضطرابات في الأكل حالات مزمنة فإنه يجب متابعة المرضى بشكل لصيق على مدى السنتين الأوليتين من بعد التشخيص على أقل تقدير.

المراجع References

- Becker AE, Grinspoon SK, Klibanski A, Herzog DB. Eating disorders. *N Engl J Med* 1999;340:1092.
- Beumont PJ, Large M. Hypophosphataemia, delirium and cardiac arrhythmia in anorexia nervosa. *Med J Aust* 1991;155:519.
- Birmingham CL, Alothman AF, Goldner EM. Anorexia nervosa: refeeding and hypophosphatemia. *Int J Eat Disord* 1996;20:211.
- Hobbs WL, Johnson CA. Anorexia nervosa: an overview. *Am Fam Physician* 1996;54:1273.
- Kohn MR, Golden NH, Shenker IR. Cardiac arrest and delirium: presentations of the refeeding syndrome in severely malnourished adolescents with anorexia nervosa. *J Adolesc Health* 1998;22:239.
- McGilley B, Pryor TL. Assessment and treatment of bulimia nervosa. *Am Fam Physician* 1998;57:2743.
- Moukaddem M, Boulier A, Apfelbaum M, Rigaud D. Increase in diet-induced thermogenesis at the start of refeeding in severely malnourished anorexia nervosa patients. *Am J Clin Nutr* 1997;66:133.
- Worley G, Claerhout SJ, Combs SP. Hypophosphatemia in malnourished children during refeeding. *Clin Pediatr* 1998;37:347.

الجدول رقم (٩، ٩). خصائص برامج علاج اضطرابات الأكل الناجحة.

العلاج في العيادات الخارجية

الطريقة التي تشمل:

- الطيبة.
- الغذائية.
- الطيبة النفسية.
- النفسية.
- العلاج الفردي.
- العلاج العائلي.
- العلاج الجماعي للأسر والمرضى.

علاج المرضى المنومين

- ٤٠ ساعة على الأقل من الوقت المنظم أسبوعياً.
- تغطية طبية من قبل فريق علاجي.
- فريق العلاج لاضطرابات الأكل فقط.
- اقتصار المنومين مرضى اضطرابات الأكل.
- علاج فردي.
- علاج جماعي إجرائي.
- علاج جماعي تعليمي.
- دراما نفسية.
- محاضرات في التغذية.
- خدمات تعليمية (استمرار الدراسات التعليمية).
- جماعات النمو الروحي.
- علاج أسري مكثف.
- العلاج بالعمل (مثل العلاج الفني، علاج بتصوير الجسم، تخطيط نشاطي ترفيهي).
- منع الانتكاسة.
- توجيه عناية خاصة لأمر تتعلق بـ:
 - الإدمان.
 - الاعتماد المشترك.
 - الإساءة الجنسية.
 - الاكتئاب.
 - المهارات الحياتية.
- المتابعة والتخطيط بعد العلاج.
- تسديد الرسوم المقررة وإبرام عقد لما يقل عن ٤٥ يوماً للعلاج في الأقسام الداخلية.

تعليم المريض/الموارد Patient Education/Resources

Anorexia Nervosa and Related Eating Disorders, Inc. 541-344-1144. www.anred.com. Clearinghouse of information.

Anorexia nervosa. Handout available from AAFP online at www.familydoctor.org.

Remuda Ranch. 800-445-1900. www.remuda-ranch.com. Inpatient and outpatient treatment, patient education.

Vredevelt P, Newman D, Beverly H, Mimirith F. *Thin disguise*. Nashville: Nelsonword Publishing Group, 1996.

الموارد المهنية Professional Resources

Academy for Eating Disorders. 703-556-9222. www.acadeatdis.org. Patient and professional education.

Garner DM, Garfinkel PE. *Handbook for the treatment of eating disorders*, 2nd ed. New York: Guilford Press, 1997.

International Association for Eating Disorder Professionals. 407-831-7099. Certifies professionals who specialize in eating disorders.

الاكتئاب**Depression****الشكوى الرئيسية Chief Complaint**

"أظن أن هناك شيئاً ما لا يرام مع ابني" "I think something is wrong with my child". "أظن أن طفلي مصاب بالاكتئاب" "I think my child is depressed".

تاريخ المرض الحالي History of Present Illness

يعتبر التاريخ من أهم العناصر في تقويم حالة الطفل المحتمل إصابته بالاكتئاب. يظهر الاكتئاب في أشكال مختلفة تعتمد على سن الطفل. يصعب اكتشاف الاكتئاب لدى الرضع ومرحلة الطفولة المبكرة. فقد يظهر هؤلاء الأطفال بحالة لامبالاة مستمرة وقنوط وفشل غير عضوي في النمو (إساءة متعمدة للطفل) وصعوبات في النوم. يمكن للأطفال في سن المدرسة أن يبدأوا التعبير عن مشاعر الحزن. فقد يفقدون الاهتمام والاستمتاع بالنشاطات، وقد تكون الروح المعنوية لديهم منخفضة واصفين أنفسهم بأنهم سيئون، أو أغبياء أو بشعون، ويعتبر التعب المزمن والنزق والشعور بالذنب والشكاوي الجسدية والانعزال الاجتماعي أموراً شائعة لديهم. أما المراهقون المصابون بالاكتئاب فيظهر عليهم مظاهر فقدان الاهتمام وفقدان الاستمتاع وكثرة النوم، والشعور باليأس وتغير في الوزن وأكثر من الأطفال الأصغر سناً. وقد يكون لديهم صعوبة في التعامل مع أقرانهم. يدرج الجدول رقم (٩, ١٠) أسئلة مفيدة تطرح عند أخذ التاريخ. يجب الأخذ بالاعتبار محاولة انتحارهم. يعتبر الأطفال أمام خطر وشيك إذا كانت لديهم خطة محددة مع سبيل إلى وسائل مميته أو تاريخ بمحاولات انتحارية حديثة أو متكررة، أو اكتئاب شديد أو أعراض نفسية أو الإدمان.

الجدول رقم (٩, ١٠). أسئلة نفسية اجتماعية لطرحها على الأطفال والمربين.

أسئلة موجهة للوالدين

- هل حصلت تغيرات في أسرتك أو في طريقة الحياة؟
- كيف تقوم أنت وشريك حياتك معاً في تنشئة الطفل؟
- كيف تتعامل مع حالات عدم الاتفاق في تنشئة أطفالكم وكذلك فيما بينكم؟
- هل مرت أسرتك في يوم ما بأزمة كبيرة؟ كيف تعايش معها؟
- هل عانيت أنت أو أي أحد من أفراد الأسرة قط من مرض عقلي أو مشاكل إدمان؟
- هل تدرك أياً من آثار هذه المشكلة والتي قد تنعكس على طفلك؟
- ما هي العواطف التي تلاحظها عند طفلك هذه الأيام؟
- هل عانى طفلك من فقدان شخص ما مهم له أو لها؟
- هل تظن أن طفلك يتناول الكحول أو يتعاطى المخدرات؟
- هل حاول ابنك المراهق (أو طفلك) قط أن يؤدي نفسه أو نفسها عن سابق إصرار؟

أسئلة موجهة للأطفال

- يشعر كل واحد بالحنن أو الغضب أحياناً؟ ماذا عنك؟
- هل تشعر بالحنن كل يوم تقريباً... أو معظم الأوقات؟
- ما الذي يجعلك تشعر بمشاعر سيئة لهذا الحد؟
- هل انتابك قط شعور بالضيق الشديد لدرجة أنك تمنيت أن لم تكن حياً أو وددت أن تموت؟
- هل قمت قط بشيء خطير جداً بحيث يمكن أن تصاب بالأذى أو تقتل؟
- هل حاولت قط أن تقتل نفسك عن سابق إصرار؟

Used with permission from Hack S, Jellinek M. Historical clues to the diagnosis of the dysfunctional child and other psychiatric disorders in children. *Pediatr Clin North Am* 1998;45:25.

التاريخ الطبي الماضي Past Medical History

يعتبر الاكتئاب أكثر شيوعاً عند الأطفال الذين لديهم مرض صحي مزمن. ومن الشائع أن يصاحب هذا المرض القلق واضطراب سلوكي وفرط الحركة وتشتت الانتباه، وتحد واستخفاف بالمعارض.

تاريخ الأسرة Family History

أن يكون الاكتئاب أكثر شيوعاً في الأطفال الذين لدى والديهم اكتئاب.

التاريخ الاجتماعي Social History

يكون لدى العائلات التي لديها أطفال مصابون بالاكتئاب صعوبة في التواصل والدعم العاطفي وحل المعضلات. وقد يوجد خلل في وظائف الأبوة والطلاق والإساءة المتعمدة للطفل. وقد يتعايش الوالدان مع أمراضهم العقلية. يجب تقويم الإدمان بما في ذلك الكحول لدى كل من المريض وأسرته.

الفحص الجسماني Physical Examination

إن أهم دور للفحص الجسماني تقرير مدى الحاجة إلى فحوصات أخرى لاستبعاد الأسباب العضوية المؤدية للأعراض. يجب التوجيه بعلامات الإساءة الجسدية المتعمدة وتضخم الغدد، وحالات أمراض الغدة الليمفاوية (الأورام) والفحص العصبي.

التقويم المخبري Laboratory Evaluation

قد تشمل فحوصات المسح المخبري عدداً للدم، والشوارد، واليوريا والكرياتنين، وفحوصات وظائف الكبد وفحوصات وظائف الغدة الدرقية التي يملئها التاريخ ونتائج الفحص الجسماني.

التشخيص Diagnosis

يدرج الجدول رقم (٩، ١١) معايير تشخيص الاكتئاب في الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية الطبيعية (DSM-IV). يدرج الجدول رقم (٩، ١٢) الأحوال الطبية التي قد تشابه الاكتئاب، ويدرج الجدول رقم (٩، ١٣) التشخيص التفريقي للأمراض النفسية.

الجدول رقم (٩، ١١). معايير نوبات الاكتئاب الرئيسية وفقاً للدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية الطبعة الرابعة.

- ظهور خمسة من الأعراض التالية خلال نفس فترة الأسبوعين وتمثل تغييراً عن الأداء السابق، وعلى الأقل فإن أحد الأعراض يكون تدني المزاج أو فقدان الاهتمام أو المتعة.
- مزاج متدنٍ أو مزاج نزق.
 - انخفاض ملحوظ في الاهتمام أو التمتع بالأنشطة.
 - تغير كبير في الوزن أو اضطراب في الشهية.
 - أرق أو إفراط في النعاس.
 - تهيج أو إعاقة نفسية حركية.
 - التعب أو فقدان الطاقة.
 - مشاعر انعدام القيمة أو الشعور بالذنب.
 - اضطراب في التركيز أو التردد في اتخاذ القرار.
 - أفكار متكررة بالموت، أفكار تخيلات بالانتحار أو محاولات انتحار.

الجدول رقم (٩، ١٢). الظروف المشابهة للاكتئاب عند الأطفال والمراهقين.

الغدد الصماء	عصبية/ورمية	الالتهابات
السكري	الصرع	داء وحيدات النواة الإثنائي
Cushing disease مرض كوشينغ	حالة ما بعد ارتجاج المخ	الإنفلونزا
Addison disease مرض أديسون	النزف تحت العنكبوتي (في المخ)	التهاب الدماغ
نقص الغدة الدرقية	الجلطة	ذات الرئة
زيادة إفراز الغدة الدرقية	التصلب (المتعدد)	السل
زيادة إفراز الغدة الدرقية	مرض هنتينجتون Huntington disease	التهاب الكبد
نقص إفراز الغدة النخامية		الزكري
		الإيدز

أخرى	الأدوية
إدمان المخدرات والكحول (إدمان المخدرات وأعراض الانقطاع عن المخدرات)	مضادات ارتفاع الضغط
الكوكايين	باربيتورات Barbiturates
أمفيتامين Amphetamine	بينزودايايابين Benzodiazepines
الأفيون	الكورتيزون
شذوذ الشوارد	حبوب منع الحمل
نقص البوتاسيوم	سيميتيدين (تاغاميت) Cimetidine (Tagamet)
نقص الصوديوم	أمينوفيلين Aminophylline
فشل النمو	مضادات الصرع
فقر الدم	كلونيدين (كاتابريس) Clonidine (Catapres)
الدثبة الحمراء	ديجيتاليس Digitalis
مرض ويلسون Wilson disease	مدرات الثيازيد Thiazide diuretics
البرفيرية Porphyria	
تبولن الدم Uremia	

Used with permission from Wise MG, Rundell JR. *Concise Guide to Consultation Psychiatry*. Washington, DC: American Psychiatric Press; 1988.

الجدول رقم (٩، ١٣). حالات التشخيص النفسي التفريقي للاكتئاب عند الأطفال.

اضطرابات النكيف: الأعراض الاكتئابية لا تنطبق عليها معايير تشخيص الاكتئاب.

فقد أحد الوالدين بدون مضاعفات: يجب استمرار الأعراض لما بعد الشهرين للوصول إلى الاكتئاب.

اضطراب الفئق الانفصالي: تظهر الأعراض فقط عند الانفصال عن الحبيب.

الاضطراب ذو الفطيين: قد يظهر الهوس عند الأطفال مع تهيج بدلاً من الشعور بالنشوة.

تشتت الانتباه: أقل احتمالاً إذا كانت طول فترة التركيز طبيعية قبل الاكتئاب.

العلاج Management

يحتاج الأطفال ذوو الميول الانتحارية إلى استشارة طبية نفسية. قد يكون التنويم في المشفى أمراً ضرورياً إذا كان الطفل عرضة لخطر انتحاري وشيك. يكون العلاج النفسي في الغالب مفيداً ولا سيما باستخدام الطريقة السلوكية الإدراكية. وحالما يكتمل الفحص التقييمي المكثف يستطيع طبيب الأسرة غالباً أن يعالج المريض ضمن إطار معظم الزيارات الأسرية السريرية في العيادة. يمكن تحديد زيارات المتابعة بالاشتراك بين المريض والأسرة والطبيب النفسي أو الأخصائي النفسي وطبيب الأسرة. يمكن للعلاقة طويلة المدى مع المريض والأسرة أن تسهل التدخل طويل الأمد. تعتبر مشبطات إعادة تمثيل السيروتونين حجر الأساس في علاج الاكتئاب لدى الأطفال (الجدول رقم ١٤، ٩). يمكن البدء بهم عند التشخيص المبدي أو بعد محاولة العلاج النفسي وحده. بشكل عام فإن الجرعة تزداد كل ٤-٦ أسابيع فقط باتباع "فلسفة البدء بجرعة ببطء". تشمل الآثار الجانبية الشائعة الخدر أو زيادة النشاط أو الآثار الجانبية الهضمية. لم يثبت جدوى مضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقات لعلاج اكتئاب الأطفال. قد تفيد الجماعات المساعدة كلاً من الطفل والوالدين.

المتابعة Follow-up

تعتمد متابعة الطفل المصاب بالاكتئاب على الفردية بما في ذلك شدة المرض ومشاركة مقدمي الرعاية الآخرين. وفي مرحلة مبكرة من العلاج يمكن معاينة الطفل أسبوعياً مع زيادة فترات المتابعة للمرضى الذين يتابعون من قبل العديد من مقدمي الرعاية. وبشكل عام، فإنه يجب الاستمرار على الدواء لعدة أشهر بعد توقف الأعراض. وإذا تكررت الأعراض فإنه ينصح بعلاج مطول. قد تلزم الإحالة إلى الأخصائي إذا كان العلاج الأولي غير فعال. يجب تخفيض مشبطات إعادة تمثيل السيروتونين (السيروتونية) تدريجياً لكون الإيقاف المفاجئ قد يؤدي إلى أعراض ارتدادية تشمل الدوخة والصداع والغثيان واضطرابات في الإحساس واضطرابات في المزاج.

الإحالة Referral

بشكل عام فإن الأطفال المصابين بالاكتئاب يجب إحالتهم للتقييم من قبل الأخصائي. سوف تتغير مصادر الإحالة من مجتمع إلى آخر، وحديثاً جداً مع التغطية من قبل التأمين. قد يحتاج أطباء الأسرة للدفاع عن المرضى من أجل الحصول على الرعاية المتخصصة التي يحتاجونها.

الجدول رقم (٩, ١٤). جرعات مثبتات إعادة تمثيل السيروتونين الانتقائية للأطفال وتكاليفها.

متوسط سعر الجملة (لكل مائة) بالدولار	التحضيرات	جرعة الأطفال (اليومية)	مبثطات إعادة تمثيل السيروتونين الانتقائية
٢٣٥,٦٣	١٠ ملجم	كيسولة:	فلوكستين (بروزاك) Fluoxetine (Prozac)
٢٤١,٦٨	٢٠ ملجم		
١٢٠/١٠٧,٣٤ مل	٢٠ ملجم/٥ مل	محلول عن طريق الفم:	
٢٠٨,٧٦	٢٥ ملجم ***	أقراص:	سيرترالين (زولوفت) Sertraline (Zoloft)
٢١٥,٥٥	٥٠ ملجم ***		
٢٢١,٧٩	١٠٠ ملجم ***		
٢٠٥,٥٣	١٠ ملجم **	أقراص:	باروكستين (باكسيل) Paroxetine (Paxil)
٢١٤,٧٦	٢٠ ملجم ***		
٢٢٠,٦١	٣٠ ملجم **		
٢٣٣,١٣	٤٠ ملجم **		

Reprinted with permission from Labellarte MJ, Walkup JT, Riddle MA. The new antidepressants: selective serotonin reuptake inhibitors. *Pediatr Clin North Am* 1998;45:1137.

مدى الجرعة للأطفال قبل سن المراهقة. الجرعة = الحدود العليا للمراهقين.

McKesson Drug Company, July 7, 1998 -

* متوفرة فقط بعدد ٥٠ قرصاً.

** متوفرة فقط بعدد ٣٠ قرصاً.

*** قرص دواء قابل للانقسام.

المراجع References

- The Classification of Child and Adolescent Mental Diagnoses in Primary Care. Diagnostic and Statistical Manual for Primary Care (DSM-PC), Child and Adolescent Version. Elk Grove Village, IL: AAP, 1996.
- Jellinek MS, Snyder JB. Depression and suicide in children and adolescents. *Pediatr Rev* 1998;19:255.
- Labellarte MJ, Walkup JT, Riddle MA. The new antidepressants: selective serotonin reuptake inhibitors. *Pediatr Clin North Am* 1998;45:1137.
- McConville BJ, et al. Newer antidepressants: beyond selective serotonin reuptake inhibitors. *Pediatr Clin North Am* 1998;45:1157.

تعليم المريض/الموارد Patient Education/Resources

- Dubuque N, Dubuque S. Kid power: tactics for dealing with depression. 1996.
- Dubuque S. A parent's survival guide to childhood depression. King of Prussia: Center for Applied Psychology, Inc., 1996.
- Dumas LS, Fassler DG. *Help me, I'm sad: recognizing and treating childhood depression*. New York: Viking Press, 1997.

Physician Resources مصادر الطبيب

Finding RL, Blumer JL. eds. Child and adolescent psychopharmacology. *Pediatr Clin North Am* 1998;45:1.
Includes chapters on depression, ADHD, mood stabilizers, all including pediatric dosing.