

**ردود فعل الأطفال، وعواقب المرض، والإقامة بالمستشفى عليهم؛  
وانتقال الرعاية الطبية لهم من أماكن الأطفال إلى أماكن البالغين**  
**Children's Reactions and Consequences of Illness and Hospitalization  
and Transition of Care from Pediatric to Adult Settings**

سوزان توركل وماريلاند باو

السؤال الاستشاري النمطي

"ترجو تقييم هذا الصبي ذي الاثني عشر عاماً، والذي يعاني من فقر الدم المنجلي، وقد أُجريت له عملية زرع نخاع العظم (bone marrow) منذ ثلاثة أسابيع. كانت صحته تسير بشكل جيد، لكنه أصيب بنوبة صرعية الليلة الماضية، ويبدو الآن مُختلطاً (confused)، ويقول: إنه يرى عنكب تزحف على سريره".

الخلفية

قد تُطلب الاستشارة النفسية للأطفال والمراهقين المصابين بأمراض طبية من أجل معالجة جوانب نفسية خاصة بأمراض معينة، مثل القلق المصاحب لأمراض الرئة، أو الاضطرابات التي تحدث خاصة لدى المرضى الطبيعيين، مثل الهذيان، أو المشاكل السلوكية المنتشرة لدى الأطفال المصابين بأمراض طبية أياً كان نوعها، مثل عدم الالتزام بالعلاج. لقد كانت الآثار النفسية لحالات مرضية معينة، مثل الربو والسرطان محور اهتمام البحث العلمي في هذا المجال.

إن الربو أكثر أمراض الأطفال المزمنة شيوعاً، والذي يصاحبه مشاكل نفسية لدى كل من الأطفال ووالديهم. وأكثر من ثلث الأطفال الذين يعانون من الربو، يعانون من اضطرابات القلق أيضاً. وترتبط شدة مرض الربو بزيادة المشاكل النفسية الاجتماعية، كما يُعدّ العلاج الأسري والعلاجات الدوائية للقلق والاكتئاب من الوسائل الفعالة لعلاج الأطفال المصابين بالربو.

ويُصاب مرضى السرطان من الأطفال بمعدلات اكتئاب مشابهة لما يحصل لعامة الناس (1)، متأثرة إلى حد ما بأنماط التلاؤم التجنبية (2). وإن استخدام طرائق العلاج المعرفي السلوكي، واستخدام البنج الموضعي، والمهدئات التي تُعطى قبل وفي أثناء علاجات السرطان الباضعة (invasive) أو عملياته، كسُفط نخاع العظم؛ يساعد على تقليل القلق والكدر والألم الذي يصيب الأطفال المصابين بالسرطان.

وأيضاً فإن الهذيان منتشر نسبياً لدى الأطفال المرضى، وله أعراض مشابهة لما يحصل في البالغين (انظر للمثال أعلاه). ولكن يبدو أن التوهان والذهان، إما أن يكونا أقل انتشاراً، أو أصعب في التقييم لدى الأطفال الصغار. وتتشابه أعراض الهذيان، وأسبابه، وطرائق معالجته، ونتائجه لدى الأطفال بمثيلات لها لدى البالغين (3). ويبدأ العلاج بتحديد السبب الدفين ومعالجته. ويشمل هذا إقصاء الأدوية التي يُصاحب استخدامها حصول الهذيان، وتكرار إعادة التوجيه (reorientation)، وتكرار التطمين، واستخدام العلاج الدوائي بمضادات الذهان (4).

إن عدم الالتزام بالعلاج يعدُّ أحد أسباب طلبات الاستشارة الشائعة، والذي تتراوح نسبته ما بين ١١٪ إلى ٩٣٪ في الأطفال والمراهقين. ويؤثر هذا على الاستجابة للعلاج، كما يؤدي إلى وصفات أدوية إضافية، ويمد من مساق المرض (5). ويؤثر كلُّ من المتغيرات الخاصة بالمرضى والمتعلقة بالنظام، في التزام الأطفال بالعلاج الجدول رقم (٢٨.١).

الجدول رقم (٢٨، ١). العوامل المؤثرة على الالتزام بالعلاج.

• العمر والتطور المعرفي.
• امتداد المرض والأدوية المتعددة.
• الثقافة والخصائص الأسرية.
• السلوكيات التخريبية والمعارضة (disruptive and oppositional)

ويُعدُّ الأطفال الذين يعانون من أمراض مزمنة، هم أكثر الفئات الأكثر عرضة للاكتئاب، والقلق، والجسدية، وتزييف المرض. وغالباً ما يصعب تقييم المرض النفسي بسبب الأعراض الجسمية، والتي قد تحاكي الأعراض النفسية، أو تتداخل مع المعايير التشخيصية. ويبدو أن معدلات انتشار الاكتئاب لدى الأطفال المصابين بأمراض مزمنة تتساوى مع مثيلاتها لدى الأطفال الأصحاء، لكنه قد يفاقم من النتائج الطبية السلبية، بما فيها معدلات العجز (6). وعن غير قصد، يمكن تشجيع أعراض الجسدية؛ وذلك عندما تستجلب رواية المريض

للأعراض الجسمية، (في مقابل الكدر الانفعالي) المزيد من الاهتمام الطبي (7). ويندر حصول تزييف المرض عند الأطفال، وغالباً ما يسهل اكتشافه لو وُجد. أما تزييف المرض بواسطة وكيل الطفل (caretaker)، ويسمى متلازمة مونخهاوزن بالوكالة (Munchausen by proxy)؛ فهو أحد الأشكال الخفية لانتهاك حقوق الأطفال، والتي يصعب اكتشافها، وقد تؤدي لتناول علاجات غير ضرورية للطفل، وربما تشويهه، أو حتى وفاته (8).

ويمثل حصول العلة المرضية الانتهازية لطفل ما ووفاته، أمراً لا مناص من وجوده أحياناً في استشارة مستشفى الأطفال، والذي يُحدث قلقاً بالغاً لدى المريض وعائلته ومقدمي الرعاية له. إن المحافظة على العلاقات أمر حيوي. وإخبار الطفل بأنه سيموت أمر صعب، لكن يندر أن يندم الوالدان على إطلاع طفلهما على هذا الخبر (9). وحسب المرحلة النمائية التي يمر بها الأطفال، فإنهم يملكون مفاهيم مختلفة أو مفهومات خاطئة للموت. وقد يساعد الحوار الصريح مع الأسرة، أو المعالجة باللعب في تذليل هذا الأمر. إن توفير الرعاية المريحة (comfort care) في نهاية الحياة، أمر لاغنى عنه، ويشمل الوقاية من المعاناة، وعلاج الألم، وضيق النفس، والتعب، والهديان (10).

وكثير من الأمراض الخطيرة تبدأ في الطفولة، حيث تكون هذه الأمراض أكثر تدميراً من المرض نفسه إذا أصاب البالغين. ونظراً، لانخفاض الوفيات بسبب الوسائل التكنولوجية المتقدمة، فإن الأطفال الذين يعانون من أمراض خطيرة يعيشون حتى البلوغ. ويكون لمرضهم وعلاجهم عند الصغر أثر بالغ على قدراتهم المعرفية وسلوكياتهم وعلاقاتهم وهم بالغون. إن كيفية استجابة الطفل للمرض، وللتنويم في المستشفى، تعتمد على عناصر كثيرة، وليست مقتصرة فقط على ماهية المرض الجدول رقم (٢٨،٢).

الجدول رقم (٢٨،٢). العوامل المحددة لاستجابة الطفل للمرض.

• العمر.
• المستوى النمائي.
• المستوى المعرفي.
• الخبرات السابقة.
• مهارات التلاؤم.
• استجابة الأسرة.
• الدعم الأسري.
• طبيعة المرض.
• النتائج الجسمية للمرض.

وتُشكل أمراض الطفولة الشديدة عدداً من التحديات الخطيرة التي يمكن أن تكون، إما قاهرة فتؤدي إلى ضعف المعنويات، أو محصنة فتؤدي للمرونة (resilience). وما يقرب من خمس الأطفال الأمريكيين ما دون الثامنة

عشرة عاماً لديهم أمراض مزمنة، أو احتياجات صحية خاصة، و٩٠٪ منهم على الأقل سيعيش حتى البلوغ. وحسب التكيف مع المرض الجسدي، تتفاوت نتائج المرض إلى حد بعيد. وبشكل عام، يوجد ضغوطات متعددة تسبق ظهور الاضطرابات النفسية. إن ضعف التوافق مع المرض، مرده غالباً يرجع إلى نوعية استجابة مقدمي الرعاية للطفل، للكرب الناتج عن مرض الطفل، أكثر من شدة الحالة الطبية. ويعاني قرابة ٢٠٪ من الأطفال المصابين بحالات طبية مزمنة من أعراض سلوكية وانفعالية، تبلغ ضعف معدلاتها لدى عامة الناس.

إن بيئتي المستشفى أو العيادة يمكن أن تكون صادمة للطفل المصاب بمرض حاد أو مزمن. كما أن الإجراءات العلاجية الباضعة والمؤلمة تعدُّ تجارب مجهدة جداً للأطفال. وقد تُعرقل الحالات الطبية المؤلمة وعلاجاتها من النمو الطبيعي لأجهزة تلطيف الألم لدى الطفل، وتحدث القلق، وتضخم من درجة التحسس للألم فيما بعد (11). وبناء على ذلك، ينبغي التدخل ما أمكن لتقليل المشقة التي يعاني منها الطفل (12). ويمكن أن ينشأ اضطراب الكرب التالي للرضح (PTSD) من الإصابة الرضحية، أو من تجارب المستشفى المرعبة؛ لذلك فإن تحديد المواقف الصادمة وتخفيفها، قد تُخفف من كرب الطفل، وتُحسن النتائج الطبية. وتتوفر عدة مواد مفيدة للمرضى والوالدين ومقدمي الرعاية حول الصدمة الطبية في الموقع التالي: <http://www.nctsnct.org> (13).

ويواجه الأطفال ذوو الأمراض المزمنة مصاعب في النمو، وسيتوقف تأثير المرض عليهم على مقدار عمرهم عندما أصيبوا بالمرض، وعلى علاقاتهم بالأسرة والأصدقاء، وعلى تجاربهم وأنساق تكيفهم. ويؤدي مقدمو الرعاية الصحية دوراً جباراً في حياة الأسر التي لديها طفل مريض؛ إذ تلجأ إليهم الأسر للحصول على المعلومات الطبية الأساسية والإرشاد الصحي. وما يقوله مقدمو الرعاية الصحية يؤثر بشدة على الوالدين وأطفالهما، تأثيرات فورية وطويلة المدى على حد سواء؛ فالكلام دوماً يعني الكثير (14).

وقد تم اكتشاف متلازمة الطفل السريع التأثر (VCS) (vulnerable child syndrome) عام ١٩٦٤؛ إذ تصف نمطاً من العلاقات والسلوكيات اللاسوية، التي تتبع حصول تهديد فعلي أو محسوس لبقاء الطفل على قيد الحياة. وتشمل السمات الرئيسة لهذه المتلازمة (VCS)، ضعف النوم لدى الرضع، أو تأخر بدء الدراسة بسبب قلق الانفصال وما يلحقه من معاملة الطفل على أنه أصغر بكثير من عمره الفعلي (infantilization)، وذلك بواسطة الوالدين اللذين يبالغان في حماية الطفل أو الجزع عليه (solicitous)، وكل ذلك يؤدي إلى نشوء أطفال يصعب إرضائهم أو التعامل معهم، بالإضافة إلى سمات أخرى. إن عدم القدرة على التمييز بين المرض الخفيف، الذاتي الشفاء، والمرض الخطير، قد يؤدي إلى وجود مخاوف لدى الطفل من النمو والموت. وقد ينشأ ضعف في الإنجاز المدرسي والميل لتوقع الفشل (16، 15) الجدول رقم (٢٨،٣).

الجدول رقم (٢٨,٣). سمات متلازمة الطفل السريع التأثر (Vulnerable Child Syndrome).

• تتبع حصول تهديد فعلي أو محسوس لبقاء الطفل على قيد الحياة.
• صعوبات الانفصال المرضية.
• معاملة الطفل على أنه أصغر بكثير من عمره الفعلي (infantilization).
• وجود والدين يبالغان في حماية الطفل، أو التساهل معه، أو الجزع عليه.
• يصبح الطفل اعتمادياً بإفراط، أو قلقاً، أو غير متعاون، أو مولعاً بالجدل.
• الانشغال بالجسد.
• الالتصاق المبالغ فيه بالأسرة (enmeshment).
• الخوف من الكبر والترعرع وكذلك من الموت.
• ضعف الإنجاز المدرسي والتوقعات بحصول الفشل.

### الإجراءات التشخيصية

إن الأطفال بلا شك ليسوا أشخاصاً بالغين، ضئيلي الحجم. ولذلك، فعند العمل مع الأطفال والمراهقين ذوي الأمراض الحادة أو المزمنة، ينبغي أن نفهم التنوع في المسارات السوية النمائية، وأهمية العمل مع أسرة الطفل والبيئة المحيطة به الجدول رقم (٢٨,٤). وعادة، يساهم استشاريو الطب النفسي الجسدي للأطفال في تسهيل التلاؤم، والتوافق من أجل تحقيق النمو الأمثل أولاً، بدلاً من التركيز على الباثولوجيا النفسية. وينبغي للاستشاري أن يكون ملمّاً بمسارات النماء، ومعالم النماء (Developmental milestones)، والرؤية للمرض على امتداد كل واحد منهما جدول رقم (٢٨,٥).

الجدول رقم (٢٨,٤). المهارات المهمة للعمل مع الأطفال المرضى.

• معرفة تأثير المرض على المسارات النمائية.
• معرفة تأثير المرض على العلاقات الأسرية.
• طرائق لتسهيل التلاؤم لدى الأطفال وأسرهم.
• أساليب العلاج السلوكي لوضع الحدود (set limits)، وتوفير الاتساق (consistency) في التعامل.

الجدول رقم (٢٨,٥). المسارات النمائية الرئيسية.

• النمو الجسدي.
• النمو الحركي الناعم والخشن.
• اللغة.
• الجانب المعرفي.
• المشاعر / التعلق (attachment).
• النمو الجنسي.

ويختلف الأسلوب الاستراتيجي في المقابلة الإكلينيكية حسب الأعمار المختلفة للمرضى، ومجموعات الأسر، والدائرة المحيطة، والحالات الإكلينيكية. وقد يستثير البدء بمقابلة الوالدين أولاً الشك في نفس الطفل، الذي يعتقد أن والديه منحازان بشكل سلبي. أما مقابلة الطفل أولاً، فقد تؤدي إلى إغفال المشاكل السلوكية؛ ولذلك يُفضّل عادة مقابلة كل من الطفل ووالديه معاً في البداية، ثم بشكل منفصل، مبتدئاً بالطفل أولاً. وسيتيح هذا للاستشاري أن يُراقب التفاعلات المتبادلة بين الطفل ووالديه، وفهم ماهية المعلومات التي يتبادلونها، وكيفية قيامهم بذلك. وهذه الطريقة المنصفة توفر الوقت، وترسخ الثقة مع كل من الوالدين والطفل على حد سواء.

وتمثل غرفة المستشفى مكاناً عسيراً لإجراء المقابلة النفسية الأولية؛ ولذلك نحتاج لاتباع أسلوب مرن عند العمل مع الأطفال والمراهقين المصابين بعلل طبية. ابدأ بالسؤال عن أسباب التنويم في المستشفى، ثم واصل الحصول على القصة المرضية شاملة الجوانب الطبية، والنمائية، والنفسية، والأكاديمية، والأسرية. ويستطيع معظم الآباء تذكر متى مشى وتكلم طفلهما لأول مرة، وبمقدورهم كذلك معرفة المراحل الدراسية المعادة، وكذا خدمات التعليم الخاصة التي احتاجها الطفل. وكما أن الحصول على معلومات مفصلة حول الدراسة، بما فيها شهادات الدرجات والغياب، سيساعد على تقييم الأداء الوظيفي للطفل، والذي يتمثل في حضوره للمدرسة، والحصول على المهارات الحركية والاجتماعية والمعرفية الجديدة. ويُستحسن كذلك الحصول على معلومات إضافية حول مهارات الطفل الاتصالية، وقدرته على تكوين علاقات سوية مع أقرانه.

وقد لا يستطيع الأطفال الذين يعانون من المرض الطبي تحقيق النمو بالمعدل نفسه الذي يحدث لدى الأطفال الأصحاء؛ وذلك بسبب تأخر النمو العصبي المعرفي، وتعثّر التعليم والدراسة، ومحدودية التجارب الاجتماعية. ورغم أن الأطفال عموماً يمرون بمراحل متشابهة من التطور المعرفي، إلا أن الأطباء لا يمكنهم الافتراض أن العمر الزمني مكافئ للعمر العقلي. وفهم طريقة معالجة الطفل للمعلومة، أمر أساسي عند التواصل معه بشأن مرضه. فالمرحلة المعرفية تؤثر بقوة على قدرة الأطفال على فهم المرض، وأسبابه، وعلاجه، ومآله. وكثيراً ما يغالي الأطباء في تقدير إمكانيات الأطفال الصغار، وفي المقابل يستصغرون من قدرات الأطفال الكبار في فهم التفسيرات الطبية جدول رقم (٢٨،٦).

الجدول رقم (٢٨،٦). المراحل النمائية لدى الأطفال والمراهقين المصابين بأمراض مزمنة.

إدراك الطفل للمرض (٢٦)	تأثيرات المرض المزمن	مرحلة النمو (مراحل أريكسون) (Arikson's stages) (مراحل بياجيه) (Piaget's stages)

## تابع الجدول رقم (٦، ٢٨).

<ul style="list-style-type: none"> <li>- قدرة ضئيلة على فهم المرض.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- قد يضعف المرض من اتصال الطفل بالبيئة.</li> <li>- انفصال الأبوين، والشعور بالذنب والغضب والحزن، كلها قد تعرقل التعلق.</li> <li>- صعوبة الثقة بالآخرين، واحتمال الشعور بالعجز.</li> </ul>	<p>مرحلة سن الرضاع (Infancy) (٠ - ١ سنة)</p> <p>(الثقة مقابل عدم الثقة)،</p> <p>(الحسي - الحركي).</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- قدرة ضئيلة ومنطق ضعيف لفهم المرض.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- يمكن أن يتأخر النمو الحركي واللغوي.</li> <li>- تقاعس الأبوين عن وضع الحدود.</li> <li>- قد تتأثر وظائف المثانة والأمعاء.</li> </ul>	<p>مرحلة الحبو (toddler) (٢ - ٣ سنة)</p> <p>(الإحساس بالاستقلال مقابل الشعور بالخجل والشك).</p> <p>(الحسي - الحركي / ما قبل العمليات المنطقية)</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- يمكن فهم المرض على أنه عقاب على سلوك سيء.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- حماية الوالدين المفرطة للطفل، التقهقر (regression) محتمل الحدوث.</li> <li>- تثبيط روح المبادرة.</li> </ul>	<p>مرحلة ما قبل المدرسة (٣ - ٥ سنة)</p> <p>(الإحساس بالمبادرة مقابل الإحساس بالذنب)،</p> <p>(ما قبل العمليات المنطقية).</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- يُنظر لتسبب المرض من زاوية القرب الوقفي لحدث ما لنشوء المرض، وكذلك أنه نتيجة لسلوك سيء.</li> <li>- قد يفهم الأطفال الذين هم أكبر سنًا المرض على أنه بسبب ملامسة الجراثيم.</li> <li>- قد يفهم الطفل استبطان (internalization) المرض داخل جسمه، وربما كذلك يفهم دوره في علاج المرض.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- احتمال الشعور بالاغتراب عن الأقران.</li> <li>- ضعف التفاعل الاجتماعي بسبب المرض.</li> <li>- يحتمل أن يقلص الوالدان من الأنشطة الاجتماعية بحجة مرض الطفل.</li> <li>- قد يعوق المرض النمو السوي لاحترام الذات، والإحساس بالإجادة والإتقان.</li> </ul>	<p>مرحلة طفل المدرسة (٦ - ١٢ سنة)</p> <p>(الإحساس بالإنجاز (industry) مقابل الإحساس بالنقص (inferiority)،</p> <p>(العمليات المحسوسة (concrete operational)</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- لديهم فهم أكبر للعمليات الجسمية ذات العلاقة بالمرض.</li> <li>- لديهم إدراك أكبر للعلاقة بين العقل والجسم.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- قد يهتم المراهقون بالمظهر، وبالآثار الجانبية للأدوية.</li> <li>- يحتمل القيام بسلوكيات ذات خطورة، بما فيها تعاطي المخدرات، ومزاولة الجنس غير الآمن.</li> <li>- عدم الامتثال للنظام الطبي العلاجي.</li> </ul>	<p>مرحلة المراهقين (١٣ - ١٩ سنة)</p> <p>(الإحساس بالهوية (identity) مقابل غموض الهوية (role confusion)،</p> <p>(العمليات التجريدية (formal operational)</p>

وبعد الطلب من الوالدين أن يصفوا تجاربهما وفهمهما لمرض طفلتهما، قيّم مدى فهم الطفل لمرضه. ومجرد سؤال الطفل عن رأيه في الأمر، يمثّل عادة أفضل الطرائق لكشف بعض المعتقدات الخاطئة والمخاوف الفريدة من

نوعها. وينبغي أن يُركّز استشاري الأطفال على مخاوف الطفل نفسه ، وليس مخاوف والديه. صمّم الأسئلة والشروحات بما يناسب فهم الطفل ، وذلك لاستكشاف المعتقدات الخاطئة وتوضيحها. وكثيراً ما يعتقد الأطفال أن عللهم المرضية وعلاجاتها تعدُّ أشكالاً من العقاب على آثام ارتكبوها ، أو أنهم ربما يقلقون من أن أمراضهم معدية. ومن التقنيات العلاجية النافعة ، استعمال لغة بسيطة ، وكثرة التكرار ، واستخدام طرائق اللعب والرسم ورواية القصص.

ولاشك في أن إدراك الجوانب الجينية والبيئية للأسرة ذات العلاقة بالمرض أمر مهم لإجراء استشارة نفسية شاملة. وينبغي استكشاف بنية الأسرة وعلاقتها ، وأثر مرض الطفل عليها. فالمرض المزمن قد يحدث تغييراً إيجابياً أو سلبياً في ديناميكية الأسرة (18). وتحت الضغط الذي يحدثه مرض الطفل ، قد يشعر أشقاؤه بالخرج ، أو الذنب ، أو الغيرة. وأحياناً ، قد يُطلب من الأشقاء المساعدة في رعاية المنزل ، أو مساعدة الأشقاء الأصغر سنّاً ، أو ربما يُطلب منهم ما هو أكبر من ذلك ( مثل التبرع بالدم أو الأنسجة ) (19).

ويُعدُّ الوالدان صانعي القرار في الشؤون القانونية والمالية لأطفالهما ، ويدهما الموافقة على إخبار الطفل بالتشخيص من عدمه. ومع ذلك ، فإن الطبيب النفسي المُستشار يمكنه أن يستكشف من الوالدين أسباب عدم الإفشاء بالتشخيص للطفل ، ويحاول تسهيل عملية الاتصال داخل الأسرة ، وبين الأسرة والفريق الطبي.

### اتخاذ القرار الإكلينيكي والعلاج

بالرغم أنه من الطبيعي أن يُدلل الوالدان طفلهما - حسن السلوك فيما مضى - بعد أن أصبح مريضاً ؛ إلا أنه ينبغي لهما أن يحافظا على توقعاتهما بشأن سلوك طفلهما داخل المستشفى وخارجها. وإلا فعندما يتحسن مرض الطفل ، فسيجدانه قد تحوّل لطفل مناهض ، يلجأ لنوبات الغضب وسيلةً للحصول على ما يريد. ومن المهم التدخل السريع لإعادة ترسيخ الانضباط ورسم الحدود. ومع أن الفعل الزللي (acting out) الذي يرتكبه المراهق ، قد يعكس فشل الوالدين في المحافظة على البنية والنظام والدعم الأسري ، إلا أن الغضب والعدائية قد يخفيان خلفهما قلقاً أو اكتئاباً. ومن المفيد تجلية التوقعات ، وتحديد مصادر النزاع والكرب ، ومواجهة السلوكات غير الملائمة ، ووضع الحدود ، وتوفير الدعم ، ثم معالجة المشكلة الأساسية الدفينة.

ومن الضروري دعم الوالدين في محاولتهما تقديم التوجيه المتسق ووضع الحدود ؛ لمنع العواقب الانفعالية والسلوكية الضارة لأمراض الطفولة ، عندما يتم تنويم الطفل أو المراهق في المستشفى. وعلى نحو مماثل ، ينبغي للطبيب النفسي أن يساعد الوالدين على تفهّم مخاطر غياب التوقعات لسلوك الطفل وتدليله ، وأنها قد تؤدي لضعف الثقة بالذات ، وضعف القدرة على حل المشكلات ، وقلة إنجازات الطفل في المستقبل. كما يستطيع الطبيب

النفسي مساعدة الوالدين على تعميق التأمل الذاتي في أساليب تربية الأطفال التي يمارسها، وتحسين التعاون بينهما؛ من أجل تقديم رعاية أفضل لأطفالهما، المريض منهم والسوي على حد سواء.

وغالباً ما تُمثل الأعراض النفسية مظهراً للاضطراب الطبي الأساسي، وقد يكون لأدوية المريض أعراضٌ جانبية نفسية؛ ولذا فإن تحديد العلة الطبية الدفينة، وتغيير جرعة الأدوية؛ قد يكون كافيًا لزوال الأعراض النفسية. وتساعد الأدوية النفسية في تحسين جودة الحياة التي يعيشها كثير من المصابين بأمراض حادة أو مزمنة. إن استعمالات الأدوية النفسية المصادق عليها بواسطة هيئة الغذاء والدواء الأمريكية (FDA)، سواء للمرضى البالغين أو الأطفال، لم يتم تقريرها لدى المصابين بأمراض طبية مصاحبة (جدول رقم (٢٨،٧)). ورغم أن استعمال الأدوية النفسية لدى المرضى الطبيعيين يبدو شائعاً وآمناً (20)، إلا أن استعمالها يظل ضمن قائمة الاستطبايات غير المعترف بها؛ ولذا ينبغي استعمالها بتعقل. فابدأ بجرعة صغيرة، ثم ارفعها ببطء، وراقب تأثيرات الأدوية مع بعضها بشكل منتظم. ولدى الأطفال غالباً سرعة أكبر في استقلاب الأدوية مقارنة بالبالغين؛ ولذا فقد نحتاج لجرعات أدوية أكثر من المتوقع.

الجدول رقم (٢٨،٧). الأدوية النفسية واستعمالاتها المصادق عليها بواسطة هيئة الغذاء والدواء الأمريكية (FDA).

صنف الدواء	الدواء	استعمالات الدواء المصادق عليها بواسطة (FDA) لدى الأطفال
مضادات الاكتئاب	فلوكسيتين	٧- ١٧ سنة، للاكتئاب، اضطراب الوسواس القهري (OCD).
	سيرترالين	٧- ١٧ سنة، لاضطراب الوسواس القهري.
	باروكسيتين	لا يوجد.
	سيتالوبرام	لا يوجد.
	إسيتالوبرام	١٢ سنة فأكبر، للاكتئاب.
	فلوفوكسامين	٨ سنوات فأكبر، لاضطراب الوسواس القهري.
	فينلافاكسين	لا يوجد.
	ميرتازابين	لا يوجد.
	بوبروبيون	لا يوجد.
	ترازادون	لا يوجد.
	أميتريبتيلين	١٢ سنة فأكبر، للاكتئاب.
	ديسيبرامين	١٢ سنة فأكبر، للاكتئاب.
	نورتريبتيلين	٦ سنوات فأكبر، للاكتئاب.
	دوكسيبين	١٢ سنة فأكبر، للاضطراب المكون من مزيج من القلق والاكتئاب.
	مزيلات القلق	كلونازيبام
ألبرازولام		لا يوجد.
لورازيبام		١٢ سنة فأكبر، للقلق، والأرق (بالفم).

تابع الجدول رقم (٢٨،٧).

ليثيوم	١٢ سنة فأكبر، للاضطراب ثنائي القطب.	مثبتات المزاج
فالبروات	١٠ سنوات فأكبر، لاتقاء الشقيقة؛ وللأطفال، للصرع.	
كاربامازيبين	للأطفال، للصرع.	
أوكسكاربازيبين	٢- ١٢ سنة للصرع الجزئي، وكمساعد.	
لاموتريجين	سنتين فأكبر، للصرع الجزئي، ومتلازمة لينوكس- قاستوت (Lennox-Gastaut syndrome)	
قابابيتين	٣- ١٢ سنة، للصرع الجزئي، وكمساعد.	
هالوبيريدول	ثلاث سنوات فأكبر، متلازمة توريت (Tourette's syndrome)، والسلوك المعطل الشديد، والاضطراب الذهاني، والفصام.	مضادات الذهان
ريسبيريدون	٥- ١٦ سنة، لسرعة التهيج في مرض التوحد. ١٣- ١٧ سنة، للفصام. ١٠- ١٧ سنة، للهوس الحاد.	
أولانزابين	لا يوجد	
كيوتيابين	لا يوجد	
زيرازيدون	لا يوجد	
أريبيرازول	١٣- ١٧ سنة، للفصام. ١٠- ١٧ سنة، للهوس الحاد.	
دروبيريدول	سنتين فأكبر، لاتقاء الغثيان والقيء التالي للجراحة.	
كلوربرومازين	١- ١٢ سنة، للمتلازمة السلوكية؛ وللأطفال، للغثيان والقيء، والتكزز (tetanus)، والقلق السابق للجراحة.	
ثيوريدازين	للأطفال، للفصام.	
ميثيل فثيدات	٦ سنوات فأكبر، لاضطراب نقص الانتباه مع فرط النشاط (ADHD)، والتغفيق (narcolepsy)	المنبهات
ديكسترأأمفيتامين	٦ سنوات فأكبر، ل ADHD، والتغفيق (narcolepsy).	
أتوموكسيتين	٦ سنوات فأكبر، ل ADHD	أخرى
كلونيدين	١٢ سنة فأكبر، لفرط الضغط.	
قوانفاسين	١٢ سنة فأكبر، لفرط الضغط.	
بروبرانولول	للأطفال، لفرط الضغط.	

وعلى الأرجح، تُعدُّ مضادات الاكتئاب أكثر أصناف الأدوية النفسية استعمالاً لدى الأطفال والمراهقين المصابين بأمراض طبية. وتستهدف الموانع الانتقائية لاسترداد السيروتونين أعراض الاكتئاب و/أو القلق. ويفضَّل استخدام أقل هذه الأدوية تأثيراً مع الأدوية الأخرى، مثل السيثالوبرام، وذلك عند المرضى الذين يتلقون أدوية متعددة. ويساعد الميرتازابين المرضى المصابين بفقد الوزن و/أو الغثيان، ومثلما هو الحال مع الأدوية النورأدرينية-السيروتونية كالدوليكسيتين أو مضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقة، فقد يفيد الميرتازابين كذلك لتخفيف ألم الاعتلال العصبي. وبالنظر إلى تحذيرات الصندوق الأسود (black box warning) لهيئة الغذاء والدواء الأمريكية (FDA) حول زيادة مخاطر الافتكار الانتحاري مع هذه الأدوية، لاسيما عند المراهقين؛ فينبغي إجراء تقييم دقيق للافتكار الانتحاري قبل العلاج وفي أثناءه.

وتستخدم مضادات الذهان لعلاج الهذيان وبعض اضطرابات المزاج، كما أنها تُخفِّف كذلك من الغثيان والقيء المصاحب للمعالجة الكيميائية، ولها دور علاجي في الرعاية الملطفة للمصابين بعلّة انتهائية، وذلك عندما يشير الضعف المعرفي البسيط في الانتباه والذاكرة قصيرة المدى إلى هذيان مبكر (21). وعلى العموم، ينبغي تجنُّب استخدام البنزوديازيبينات لدى المرضى اليافعين؛ وذلك لأنها قد تُعجِّل من الهذيان والتنشيط المفرط أو تفاقمهما. ويتعيَّن إعطاء الحقن الوريدية لدواء الديفينهيدرامين (diphenhydramine) ببطء شديد؛ لتجنُّب إحداث شعور بالنشوة، قد يسعى له بعض المراهقين.

إن استعمال جرعات كافية من مسكنات الألم الأفيونية أمر ضروري لعلاج الألم عند المرضى من الأطفال والمراهقين، تماماً كما هو الحال عند البالغين، ولا ينبغي أن يكون الخوف من حصول الإدمان رادعاً دون ذلك. وقد يتسبَّب النقص في كبح الألم في حدوث القلق والمزاج الاكتئابي. وقد تم توثيق مصدوقية بعض مقاييس الألم، كمقياس أوجه وونق - بيكر (the Wong-Baker faces) لدى الأطفال والمراهقين (22).

### الانتقال من رعاية الأطفال لرعاية البالغين

بما أن الأطفال ذوي المشاكل الطبية، ممن كانوا يموتون باكراً فيما سبق، قد أصبحوا يعيشون لفترات أطول حتى البلوغ؛ فإننا بحاجة لمعالجة المشاكل غير المتوقعة الناتجة عن الانتقال من حالة طفل مصاب بمرض مزمن إلى بالغ مصاب بمرض مزمن. ولاشك أن وجود المرض المزمن هو مصدر إضافي للتعقيدات التي تشهدها مرحلة المراهقة. وهناك العديد من المهام التكيفية التي يشقُّ على المراهق المصاب بعلّة مزمنة الوفاء بها، ومنها البلوغ، والاستقلالية، والهوية الشخصية، والجنسانية، والتعليم، والخيارات المهنية الجدول رقم (٢٨.٨). وقد تتعقد هذه الفترة أكثر بحصول النكسات الطبية، والعلل الجسمية والعقلية، والاعتمادية الجبرية، والإحساس بسوء مآل المرض (23).

الجدول رقم (٢٨,٨). مهام فترة المراهقة.

إعادة تلخيص النزاعات المبكرة وحلها (re-capitulation and resolution of early conflicts).
الاستقلالية عن الوالدين.
الهوية الجنسية والشخصية.
الاستقلال المهني والمالي.
المبادئ الأخلاقية الشخصية.
القدرة على تكوين علاقات حميمة.
تكوين علاقات شخص بالغ مع الوالدين.

ويُعدُّ عدم الامتثال للعلاج أمراً شائعاً لدى المرهقين، وينبغي للمريض المارّ بمرحلة الانتقال أن يمتلك مهارات كافية لإدارة الذات؛ لكي يتكيف مع نظام الرعاية الصحية الخاص بالبالغين. ولذا فقد يحتاج المريض لتوطيد علاقات اجتماعية طويلة المدى قبل إكمال عملية الانتقال. أما علاقات الطفولة، فينبغي إنهاؤها بلطف، باعتبارها جزءاً من عملية الانتقال. وعندما يُخطط بدقة لعملية الانتقال للرعاية الصحية للبالغين، فإن ذلك سيُحسِّن من الاعتماد على الذات، وتعزيز الاستقلالية، ويُدعم الشباب في الحصول على إنجاز ذي معنى، باعتبارهم أشخاصاً بالغين. وينبغي أن يُكيف الانتقال لرعاية البالغين وفق حاجات كل مريض مرهق على حدة، ويتضمَّن التعاون والتواصل الواضح مع المريض والأسرة والأطباء؛ مما سيساعد على تقليل القلق لدى كل الأشخاص ذوي العلاقة بهذا الأمر. وهناك أسلوبان مختلفان يُستخدمان للتخطيط لهذا الانتقال: النقل إلى مركز متخصص في رعاية أمراض الأطفال لدى البالغين، أو النقل لمركز رعاية بالغين متخصص برعاية مرض بعينه (24).

وعندما يبلغ الأطفال المصابون بأمراض خطيرة أو مزمنة سنَّ الرشد، يكون لديهم سجل حضور سيء في المدرسة، وإنجاز أكاديمي منخفض؛ ويؤدي هذا عادة بهم إلى تأخر الاستقلالية، وضعف العلاقات، وقلة الزواجات، وقلة فرص حصولهم على وظائف دائمة. ومقارنة بقرنائهم من الأصحاء، يستمرون في الاستخدام العالي لخدمات الرعاية الصحية، كما يكونون أكثر تنوعاً في المستشفيات، ويمكثون فيها لفترات أطول (25). وبلا شك، فإن الاهتمام الدقيق بمحاجتهم للتحرر في أثناء فترة المراهقة، قد يُخفِّف من حدة هذه المشكلة. وفي آخر الأمر، لا بد أن تنتهي فترة المراهقة وتبدأ فترة البلوغ، حتى بالنسبة للمرضى ذوي الاحتياجات الصحية الخاصة.

### المراجع References

1. Bennett DS. Depression among children with chronic medical problems: a meta-analysis. *J Pediatr Psychol.* 1994;19:149-69.
2. Phipps S, Srivastava DK. Repressive adaptation in children with cancer. *Health Psychol.* 1997;16:521-8.
3. Turkel SB, Tavare CJ. Delirium in children and adolescents. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci.* 2003;15:431-5.
4. Schievelnd JN, Leroy PL, van Os J, et al. Pediatric delirium in critical illness: phenomenology, clinical correlates and treatment response in 40 cases in the pediatric intensive care unit. *Intensive Care Med.* 2007;33:1033-40.
5. Winnick S, Lucas DO, Hartman AL, Toll D. How do you improve compliance? *Pediatrics.* 2005;115:e718-e724.
6. Shemesh E, Bartell A, Newcorn JH. Assessment and treatment of depression in medically ill children. *Curr Psychiatry Rep.* 2002;4:88-92.
7. Silber TJ, Pao M. Somatization disorders in children and adolescents. *Pediatr Rev.* 2003;24:255-64.
8. Stirling J, Committee on Child Abuse and Neglect. Beyond Munchausen syndrome by proxy: identification and treatment of child abuse in a medical setting. *Pediatrics.* 2007; 119:1026-30.
9. Kreicbergs U, Valdimarsdottir U, Onelov E, et al. Talking about death with children who have severe malignant disease. *N Engl J Med.* 2004;351:1175-86.
10. Wolfe J, Grier HE, Klar N, et al. Symptoms and suffering at the end of life in children with cancer. *N Engl J Med.* 2000;342: 326-33.
11. Fitzgerald M, Beggs S. The neurobiology of pain: developmental aspects. *Neuro-scientist.* 2001;7:246-57.
12. Kain ZN, Caldwell-Andrews A, Wang SM. Psychological preparation of the parent and pediatric surgical patient. *Anesthesiol Clin North Am.* 2002;20:29-44.
13. National Child Traumatic Stress Network. Medical events and traumatic stress in children and families. 2005. Available from: <http://www.nctsn.org>. Accessed December 12, 2005.
14. Pantilat SZ. Communicating with seriously ill patients: better words to say. *JAMA.* 2009;301:1279-81.
15. Green M, Solnit AJ. Reactions to the threatened loss of a child: a vulnerable child syndrome. *Pediatrics.* 1964; 34:58-66.
16. Thomasgard M, Metz W. The vulnerable child syndrome revisited. *J Dev Behav Pediatr.* 1995;16:47-53.
17. Custer JW, Rau RE, Lee CK, eds. *The Harriet Lane handbook: a manual for pediatric house officers.* 18th ed. St. Louis (MO): Elsevier Science; 2008.
18. Wamboldt MZ, Wamboldt FS. Role of the family in the onset and outcome of childhood disorders: selected research findings. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2000;39:1212-9.
19. Sharpe D, Rossiter L. Siblings of children with a chronic illness: a meta-analysis. *J Pediatr Psychol.* 2002;27:699-710.
20. Clark DB, Birmaher B, Axelson D, et al. Fluoxetine for the treatment of childhood anxiety disorders: open-label, long-term extension to a controlled trial. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2005;44:1263-70.
21. Greenberg DB. Preventing delirium at the end of life: lessons from recent research. *J Clin Psychiatry.* 2003;5:62-7.
22. Knutsson J, Tibbelin A, von Unge M. Postoperative pain after pediatric adenoidectomy and differences between pain scores made by the recovery room staff, the parent, and the child. *Acta Otolaryngol.* 2006; 126:1079-83.
23. Blum RW, Garell D, Hodgman CH, et al. Transition from child-centered to adult health care systems for adolescents with chronic conditions. *J Adolesc Health.* 1993;14:570-6.
24. Tucker LB, Cabral DA. Transition of the adolescent patient with rheumatic disease: issues to consider. *Pediatr Clin North Am.* 2005;52:641-52.
25. Gledhill J, Rangel L, Garralda E. Surviving chronic physical illness: psychosocial outcome in adult life. *Arch Dis Child.* 2000; 83:104-10.
26. Koopman HM, Baars RM, Chaplin J, Zwinderman KH. Illness through the eyes of the child: the development of children's understanding of the causes of illness. *Patient Educ Couns.* 2004; 55:363-70.