

## الرعاية النفسية في مرحلة نهاية العمر:

### رعاية المحتضرين والطب الملطف

#### Psychiatric Care at the end of Life: Hospice and Palliative Medicine

ميشيل ويكمان

#### السؤال الاستشاري النمطي

"من فضلك، افحص هذا الشيخ البالغ من العمر ٨٢ عاماً؛ وهو يعاني من الداء الرئوي المسد المزمن (COPD) وألم مزمن؛ وقد تم تنويمه بالمستشفى بسبب عدوى في الجهاز التنفسي. وقد أصيب هذا المريض في الماضي بالقلق، وعُولج باستعمال الباروكسيتين. وبعد أن عرضنا عليه فكرة دخول مأوى رعاية المحتضرين، أصبح من بعدها ينام كثيراً؛ ولا يرغب أن يُشارك في تمارين التأهيل، حيث يُخبرنا أن ذلك يؤلمه كثيراً، وأنه من الصعب عليه أن يتنفس. إننا نعتقد أنه قد يكون مكتئباً".

#### الخلفية

يواجه المرضى الذين يقتربون من الموت صعوبات نفسية بالغة؛ حيث يعاني المرضى المحتضرون من أعراض متنوعة كلما اقترب الموت، ويصعب هذا الأمر من التمييز بين الكدر النفسي والكدر الجسدي؛ لأن مفاتيح التشخيص المعتادة تتشوش بسبب التواجد المشترك للأعراض الطبية بجانب الأعراض النفسية، وأحياناً مع عملية الاحتضار نفسها (1). وتزداد معدلات انتشار بعض الأمراض النفسية المحددة (الاكتئاب، القلق، الهذيان)، عندما يُشخص المريض بعلّة انتهائية (terminal illness). ويصل معدل المرضى الذين يعانون من أمراض نفسية في نهاية الحياة إلى ٥٠٪، أكثرها شيوعاً (الاكتئاب، القلق، الهذيان). وبالمقابل، فهناك اضطرابات نفسية أخرى قد لا تزيد نسبة انتشارها بين هؤلاء المرضى، مثل الفصام والاضطراب ثنائي القطب، لكن قد تزداد أعراضها سوءاً عندما يتخبط المريض بعد معرفته أنه يعاني من مرض انتهائي (2).

ورغم أن الاكتئاب شائع في نهاية العمر، إلا أنه لا يُمثّل استجابة طبيعية للتشخيص بمرض انتهائي. ويُقدَّر معدل الذين يعانون من الاكتئاب في أثناء إصابتهم بحالات طيبة متقدمة ومهددة للحياة بـ ٧٥٪ (3). وقد أظهرت الدراسات أن الاكتئاب في نهاية العمر يُخفِّض من جودة الحياة، ويزيد من الألم والأعراض الأخرى (4)، ويزيد من الطلبات للتعجيل بالموت (hastened death)، ويزيد من مخاطر الانتحار (١، ٥). وفي حالات السرطان المتقدم، يرتبط وجود الاكتئاب بزيادة في معدل الوفيات (5).

وغالبًا ما تنتشر اضطرابات القلق في نهاية العمر، فينتشر القلق بين ١٤٪ إلى ٢٨٪ من مرضى السرطان، وأكثر اضطرابات القلق شيوعاً اضطراب القلق العام (6)، واضطراب الكرب التالي للرضح (PTSD) (2). كما أن نسبة القلق تزداد لدى مرضى الداء الرئوي المسد المزمن لتصل إلى ٣٤٪ (7).

ونظراً لزيادة معدلات انتشار إساءة استعمال المواد بين عامة الناس في الآونة الأخيرة، فقد أدى ذلك إلى زيادة في عدد المرضى في نهاية العمر، ممن سبق لهم تعاطي مواد محظورة. ويُحتَم هذا الأمر على الطبيب أن يتحرَّى عن وجود هذا التعاطي؛ وذلك لخطورة التأثيرات الدوائية السلبية، ولأن التعاطي النشط للمواد قد يوهن الدعائم الاجتماعية الضعيفة أصلاً؛ إذ يرتبط ضعفها بحصول المرض المتقدم وعلاجه (8). كما أن إساءة استعمال المواد يمكن أن يُعرقل امثال المريض للعلاج. ويظلُّ الكحول أكثر المواد إساءة للاستعمال في مرحلة نهاية العمر، بمعدل انتشار يتراوح بين ٧٪ إلى ٢٧٪ (9)، بينما تتراوح معدلات انتشار إساءة استعمال المواد الأخرى من ٠,٤٪ إلى ١٥٪ (البنزودايازينات ٠,٧٪، والأفيون ٢,١٪، والأمفيتامينات ٠,٤٪، والكوكايين ٢,١٪، والماريجوانا ١٤,٤٪) (10).

ويتفاوت انتشار الهذيان كثيراً ولكن قد تقترب مستوياته من ٨٥٪ في أثناء المراحل الأخيرة من العلة الانتهائية (11، 12). ومن الجدير بالذكر، أن قضية القدرة على اتخاذ القرار تظهر كثيراً عندما يقترب المريض من مرحلة نهاية العمر (غالبًا تأتي فرغاً عن حالة الهذيان). وقد تم مناقشة هذه القضية بتفصيل أكبر في الفصل الرابع.

ولكي يعمل الطبيب النفسي مع المرضى المحتضرين، فإنه يجب أن يكون ملماً بالقواعد الأساسية لكل من الرعاية اللطيفة، ورعاية المحتضرين. وتُعرَّف منظمة الصحة العالمية "الرعاية اللطيفة" على أنها "... الرعاية النشطة الشاملة للمرضى الذين لا يستجيب مرضهم للعلاج الشافي. إن كبح الألم، والأعراض الأخرى؛ وحل المشاكل النفسية والاجتماعية والروحية، كلها أمور أساسية. إن الهدف من الرعاية اللطيفة تحقيق أفضل جودة ممكنة لحياة المرضى وأسراهم. وكثير من جوانب الرعاية اللطيفة أيضاً ملائم للتطبيق في مرحلة أبكر من مساق المرض، جنباً إلى جنب مع العلاجات المضادة للسرطان". ودخل سياق هذا التعريف، فإن الطبيب النفسي الذي يشترك في مناقشات مرحلة نهاية العمر، أو الذي يعالج اضطراباً نفسياً لمريض يعاني من مرض انتهائي، يُقدِّم بدوره رعاية ملطيفة. ومع ذلك، فإن الرعاية اللطيفة الجيدة تركز على إشراك فريق من تخصصات مختلفة، حتى يتم تقييم كل جوانب معاناة

المريض وأسرته ومعالجتها. وبالطبع، يُحبذ أن تقترح على الفريق الأساسي المشرف على المريض أن يطلبوا استشارة الرعاية الملطّفة، إذا اعتقدت أن المريض المصاب بداء انتهابي يعاني بشدة. وغالباً ما يجد الدارسون صعوبة في تحديد الاختلافات بين الرعاية الملطّفة ورعاية المحتضرين. وكل جوانب رعاية المحتضرين تعدّ رعاية مُلطّفة، ولكن ليست كل الرعاية الملطّفة هي فقط رعاية المحتضرين.

وتوفّر دور رعاية المحتضرين (Hospice) رعاية ذات منهج ملطف (التدبير العلاجي للأعراض) للمرضى في آخر ستة شهور من حياتهم. بينما يمكن تقديم خدمة الطب الملطّف في أي مرحلة من مسار المرض، ولا يُشترط أن يكون مأمول الحياة (life expectancy) للمريض أقل من ستة شهور.

ومن الضروري أن يفهم كل الأطباء أساسيات خدمات رعاية المحتضرين، وأن يعرفوا الوقت المناسب لإحالة المرضى إليها. إن فلسفة رعاية المحتضرين مبنية حول مفهوم أن المريض المحتضر يعاني جسدياً، ونفسياً، واجتماعياً وروحياً. ويمكن تقديم رعاية المحتضرين في أي محيط، لكن عادة يتم تقديمها في منزل المريض (13). ويتضمّن البناء الجوهري لرعاية المحتضرين فريقاً متعدد الاختصاصات، يتكوّن من تخصصات متعددة، مثل المديرين الطبيين، والتمريض، ومساعدتي صحة المحتضرين، والأخصائيين الاجتماعيين، والقسيسين (رجال الدين)، والمتطوعين، وفريق الشكّل. ويوفّر هذا الفريق المتعدد الاختصاصات مدخلاً للحصول على نطاق واسع من الخدمات؛ من أجل دعم مُقدّم الرعاية الرئيس للمريض، والذي يُعدّ مسؤولاً عن تقديم أغلب مكونات الرعاية للمريض. ولكي يكون المريض مؤهلاً للحصول على خدمة رعاية المحتضرين، فإنه يجب أن يكون لديه علة انتهائية، ومآله المتوقع أن يعيش هذا المريض ٦ شهور أو أقل. وتستفيد معظم وكالات رعاية المحتضرين ومرضى رعاية المحتضرين من مصلحة رعاية المحتضرين التابعة لبرنامج التأمين الصحي ميديكير (The medicare hospice benefit). وهناك أربعة معايير تؤهّل المريض للاستفادة من مصلحة رعاية المحتضرين التابعة لبرنامج التأمين الصحي ميديكير (14):

- أهلية الاستفادة من برنامج ميديكير، الجزء أ (تأمين المستشفى).
- التسجيل في مركز رعاية محتضرين معتمد لدى ميديكير.
- يجب أن يُوقع المريض على إقرار باختياره لخدمة رعاية المحتضرين.
- يجب أن يشهد كل من الطبيب الشخصي للمريض، والمدير الطبي لمركز رعاية المحتضرين بأن المريض يعاني من علة انتهائية، مع عمر متوقع يقل عن ستة أشهر.

ويمكن أن تُقدّم رعاية المحتضرين نفعاً مالياً هائلاً للمرضى؛ وذلك لأنها تغطي كل المصروفات المتعلقة بالعلة الانتهابية التي يعاني منه المريض، بما فيها الأدوية، والتمريض الماهر، ومساعدات التمريض، وأجهزة المستشفيات. وعموماً، فإن معظم الحالات إلى مراكز رعاية المحتضرين تأتي من الأطباء، رغم أنه يمكن لأي شخص، مثل

الإخصائيين الاجتماعيين، أو الممرضات، أو أسرة المريض أن يقوم بالإحالة إلى هذه المراكز (15). وكان الاتجاه السائد في الولايات المتحدة الأمريكية يتمثل في إحالة المريض المحتضر في الأيام الأخيرة من العمر. وعلى الصعيد الوطني في أمريكا، يبلغ متوسط طول الإقامة ٢٦ يوماً (16). وعند إعطائهم حرية الاختيار، اختار ٨٣٪ من المصابين بأمراض انتهازية الحصول على خدمات مراكز رعاية المحتضرين (17، 15). ولسوء الحظ، فإن مما يُعجّل بأغلب الإحالات إلى مراكز الرعاية، حصول أزمة قبيل الوفاة مباشرة. ويحدث هذا غالباً للمرضى الذين يعيشون تحت ظروف مرضية مزمنة، قد لا يدركون أنها انتهازية، إضافة لتلك الطبيب في تشخيص العلة على أنها انتهازية، وذات مآل وخيم (19، 18). إن الإحالات المتأخرة ضارة لكل من المريض ومركز رعاية المحتضرين، وذلك بسبب التكاليف المرتبطة ببدء الخدمات، وضالة الوقت المتوفر من أجل تكوين علاقة علاجية جيدة (20، 15). وقد أظهرت البحوث أن رضا مقدم الرعاية عن مركز رعاية المحتضرين تزداد عندما يقيم المريض بالمركز مدة تزيد عن ٣٠ يوماً (21)، وأن المرضى الذين يقضون شهرين على الأقل في مركز رعاية المحتضرين يتلقون أقصى استفادة ممكنة (23، 22). إن الخرف يعد أكثر التشخيصات النفسية شيوعاً لدى المرضى المنومين في مأوى رعاية المحتضرين. فالمرضى الذي يعاني من الخرف عموماً، مؤهل لنيل خدمات رعاية المحتضرين؛ إذا كان يحتاج المساعدة في كل أنشطة الحياة اليومية (ADLs)، وإذا كان لا يستطيع أن يفصح عن احتياجاته بفاعلية، ويظهر تدهوراً طبيياً، مثل فقدان الوزن، أو الإصابة بأمراض معدية (25، 24).

### الإجراءات التشخيصية

إن حجر الأساس في التقييم الجيد للمريض الذي يعاني من علة انتهازية، يتمثل بلاشك في إجراء التقييم النفسي المبني على معايير الدليل التشخيصي (DSM-IV)، مع رفع معدل الشك في وجود الاكتئاب والهذيان. ومع ذلك فقد لا يكون المريض قادراً على الخضوع لمقابلة مستفيضة مع الطبيب النفسي بسبب رداءة حالته الصحية؛ ولذلك فإن استخدام أدوات الفحص والتحري يمكن أن يكون مفيداً. وهذان السؤالان البسيطان: "هل أنت مكتئب؟" و"هل فقدت الاهتمام بالأنشطة الحياتية؟" كلاهما حساس ونوعيٌ للتحري عن وجود الاكتئاب لدى المصابين بعلل انتهازية (1). وينبغي أن يتبع الإجابات الإيجابية لهذين السؤالين، الاستفسار المُرَكِّز على الجوانب المعرفية للاكتئاب؛ وذلك لأن الأعراض الجسدية يمكن أن تنتج أحياناً عن المرض الجسدي الأساسي. ومقارنة بالأعراض العصبية الإنبائية، فإن هناك مؤشرات أكثر دلالة على وجود اضطراب الاكتئاب لدى المصابين بعلل انتهازية، ومنها إحساس المريض باليأس، أو العجز، أو التفاهة، أو الذنب، أو وجود الافتكار الانتحاري. وقد تم تصنيف عوامل الاختطار للإصابة بالاكتئاب في الجدول رقم (٢٥، ١).

ومن المهم أن نفرّق بين حزن الفقد والالاكتئاب الجدول رقم (٢٥,٢). فحزن الفقد تعبير طبيعي عن الفقد (غالبًا ما يكون استباقيًا لدى هؤلاء المرضى)، ويمكن أن يكون له مظاهر نفسية واجتماعية وجسدية. وغالبًا ما يعاني المصاب بحزن الفقد من موجات من الحزن، قد تكون ثقيلة الوطأة، لكن شدتها تقل بمرور الوقت. وعادة ما تبقى صورة الذات (self-image) مصونة في حالات حزن الفقد، إضافة للقدرّة على الشعور باللذة والأمل (26).

الجدول رقم (٢٥,١). عوامل الاختطار للإصابة بالاكتئاب لدى مرضى الرعاية الملطفة (٣).

الحصول على تشخيص بعلّة انتهائية.
أنواع معينة من السرطان: سرطان البنكرياس، وأورام المخ.
الأمراض المصاحبة: قصور الدرقية، ومرض الشريان التاجي، والتنكيس البقعي (macular degeneration)، وداء السكري، ومرض ألزهايمر، ومرض باكنسون، والتصلب المتعدد (multiple sclerosis)، والسكتة، ومرض هنتنغتون (Huntington's disease).
العجز الجسمي.
ضعف مكافحة الألم والأعراض الأخرى.
الشذوذ الاستقلابي: فرط كالسيوم الدم، والسموم المولدة بالأورام (tumor-generated toxins)، واليوريمية (uremia)، وخلل وظائف الكبد.
الأدوية: الأمفوتيريسين (amphotericin)، والعقاقير الحافظة للضغط التي تعمل مركزياً، ومُحصرات مستقبلات الهيستامين الثانية (H2-blockers)، والميتوكلوبراميد (metoclopramide)، والأدوية السامة للخلايا، والكورتيكوستيرويدات، والإنترفرون، والإنترليوكين (interleukin).
المعالجة بالإشعاع.
سوء التغذية.
الفقد المعرفي.
وجود سابقة شخصية بالإصابة بالاكتئاب.
إصابة أحد أفراد الأسرة بالاكتئاب.
عمر المريض (أكثر شيوعاً في المرضى الأصغر سناً).
طلب التوقف أو الانسحاب من العلاج.
طلب المساعدة على الانتحار (assisted suicide).
إساءة استعمال المواد.
الدعم الاجتماعي الضعيف.
نقص العلاقات الحميمة الذي تؤمّن فيها الأسرار.
الضغوط المالية.

الجدول رقم (٢، ٢٥). حزن الفقد مقارنة بالاكتئاب لدى المصابين بعزل انتهائية (٤).

خصائص حزن الفقد	خصائص الاكتئاب
يعاني المرضى من مشاعر وانفعالات وسلوكيات ناتجة عن فقد معين.	يعاني المرضى من مشاعر وانفعالات وسلوكيات تطابق معايير تشخيص اضطراب الاكتئاب الجسيم، كما أن الكدر يمتد ليؤثر على كل جوانب حياة المريض.
تقريباً كل المرضى المصابين بعزل انتهائية يشعرون بحزن الفقد، إلا أن عدداً قليلاً منهم من يتطور معهم الحزن إلى اضطرابات وجدانية تستلزم العلاج.	يحدث الاكتئاب الجسيم في ١٪ إلى ٥٣٪ من المصابين بعزل انتهائية.
عادة ما يتكيف المرضى مع الكدر بطريقتهم الخاصة.	التدخل الطبي والنفسي ضروري عادة.
يعاني المرضى من كدر جسدي، وفقدان لأنماط السلوك المعتادة، والهباج، واضطرابات النوم والشهية، ونقصان التركيز، والانسحاب الاجتماعي.	يعاني المرضى من أعراض مشابهة لأعراض حزن الفقد، بالإضافة إلى الإحساس باليأس، والعجز، والتفاهة، والذنب، والافتكار الانتحاري.
يرتبط حزن الفقد بتفاقم المرض.	تزداد معدلات الاكتئاب (حتى ٧٧٪) لدى المرضى المصابين بسرطان متقدم، ويُعدُّ الألم أحد عوامل الاخطار للإصابة بالاكتئاب.
يحتفظ المرضى بالقدرة على الشعور باللذة.	لا يستمتع المرضى بأي شيء.
يأتي الحزن على شكل موجات.	الاكتئاب لديهم متواصل ومستمر.
يعبر المرضى عن أمنيات سلبية بأن يأتي الموت لهم بسرعة.	يفصح المرضى عن افتكارات انتحارية ملحة وشديدة الوطأة.
يستطيع المرضى التطلع إلى المستقبل.	ليس لديهم أي إحساس إيجابي بالمستقبل.

و غالباً ما يظهر القلق لدى المرضى المصابين بعزل انتهائية على شكل مظاهر جسدية بارزة، قد تغطي على الأعراض المعرفية للقلق. ومن المهم أن نبحت عن مصدر القلق؛ لأنه قد يكون مرتبطاً بظروف الحالة المرضية الانتهائية (الخوف من الموت، الآثار الجانبية للأدوية، الأعراض ذات العلاج الناقص مثل الألم أو ضيق النفس)، وليس مجرد اضطراب قلق دفين حقيقي (27، 1). إن الأدوية الشائعة الاستخدام في نهاية العمر، مثل موسعات القصبات، ومنبهات مستقبلات بيتا الأدرينية، والكورتيكوستيرويدات، والميتوكلوراميد، ومضادات الذهان؛ جميعها يمكن أن تُسبب القلق. ويجب أن يتم تقييم مدى استعمالها في أثناء الإجراءات التشخيصية للقلق (28). وكذلك من المهم مراقبة حالات الامتناع من (الكحول، والأفيونات، والبنزوديازيبينات)، وحالات القلق الارتدادى الناشئ من الأنظمة العلاجية ذات الجرعات غير الكافية.

ويُعتقد أن إساءة استعمال المواد أمر أقل شيوعاً في مرحلة نهاية العمر، لكن يجب التفرقة بين سلوك البحث عن المواد (drug-seeking) والإدمان الكاذب (pseudoaddiction). فالإدمان الكاذب متلازمة علاجية المنشأ، وفيها يتصرف المريض كالمدمن (acting out) بسبب الكدر الناشئ عن الألم الذي لا يخف، والقلق، والأرق؛ ويمكن أن تشبه سلوكياته مع سلوكيات البحث عن المواد الإدمانية (29). ويمكن أن تختفي سلوكيات الإدمان الكاذب "التمثيل وسلوك البحث عن المواد"، عندما يُعالج الألم بشكل كافٍ. ومن الجوهري أن نضمن وجود مسكنات كافية للألم لهؤلاء المرضى؛ لأن وجود سابقة إساءة استعمال المواد، يعدُّ في حد ذاته عامل اختطار؛ لعدم حصول العلاج الكافي للألم (8)، ويمكن أن يُحفز سلوكيات البحث عن العقاقير. والجدير بالذكر أن الإدمان الكاذب قد يحصل للمرضى، بغض النظر عن وجود سابقة إساءة استعمال للمواد.

وينتشر الهذيان لدى المصابين بأمراض طيبة، كما أن له تأثيراً بالغاً على حياة كل من المرضى ومقدمي الرعاية على حد سواء. ويمكن إصلاح حالة الهذيان التي تحدث في نهاية العمر في ٥٠٪ من الحالات، وينبغي أن نهتم بإجراء التقييم الطبي المناسب لتقصي أسباب الهذيان، فقط إذا كان ذلك متوائماً مع أهداف المريض وأسرته. ويمكن علاج الهذيان لدى هؤلاء المرضى، إذا كانت نشأته مرتبطة باستعمال أدوية معينة، أو نقص التأكسج، أو التجفاف، أو فرط كالسيوم الدم (30). وقد تم نقاش الإجراءات التشخيصية وعلاج الهذيان بشكل مستفيض في الفصل الرابع، لكن سنسلط الضوء هنا على ما يسمى بالهذيان الانتهائي (terminal delirium). وهذا النوع من الهذيان هياجي الطراز، ويحدث لبعض المرضى في أثناء الأيام القليلة السابقة للموت، ويُعدُّ أكثر الأسباب إيراداً للبدء بالتهدئة الملطفة. وغالباً ما يُشخص الهذيان الانتهائي بشكل استعادي. وعلى العموم، فلاشك بأن الهذيان الانتهائي أمر مُكدر بشكل لا يطاق لكل من المرضى ومقدمي الرعاية على حد سواء.

### اتخاذ القرار الإكلينيكي والعلاج

يستجيب الاكتئاب للعلاج لدى المرضى الطبيين (medically ill)، تماماً كما هو الحال لدى الأشخاص الأصحاء، وينتج عن العلاج الفعال تحسُّن في أعراض العلة المرضية الانتهائية الرئيسية. وفي حالة المرضى الذين يعانون من الداء الرئوي الساد المزمن (COPD)، يُحسن علاج الاكتئاب من الأعراض التنفسية، بالإضافة إلى تحسين أعراض الاكتئاب نفسه (31). إن الخطورة الأولى في تقييم اكتئاب نهاية العمر وعلاجه، ينبغي أن تكون في التأكد من الكبح الكافي لآلام المرضى وتخفيفها. فالألم غير المكبوح يُعدُّ أحد عوامل الاختطار للاكتئاب والانتحار لدى مرضى السرطان (5). وبعدها يتم علاج الألم والأعراض الأخرى غير المنضبطة، فإن الأدوية النفسية تعدُّ الاختيار الأكثر شيوعاً لعلاج الاكتئاب الإكلينيكي لدى هؤلاء المرضى إلى حد ما؛ بسبب الوقت

المحدود المتاح للعلاج. وتشمل قائمة العلاجات الرئيسة للاكتئاب لدى المصابين بعزل انتهازية: المنبهات النفسية، والموانع الانتقائية لاسترداد السيروتونين (SSRIs)، ومضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقة (جدول رقم (٢٥،٣)). وبالنسبة للمرضى ذوي المأمول الأطول للحياة، فإن أحد أدوية SSRIs، يعدُّ العلاج المبدئي الأمثل، خصوصاً السيتالوبرام والسيرتالين؛ لأنها ذات عدد أقل من المستقبلات النشطة التي يمكن أن تتراكم وتسبب سمية (32، 4). وبالنسبة للمرضى الذين يعانون من اكتئاب شديد، ويُتوقع أن يبقوا على قيد الحياة لأكثر من ٤ أسابيع، فمن المفيد أن نبدأ العلاج مباشرة بمبنة نفسي ومضاد للاكتئاب بنفس الوقت. والمنبهات النفسية تؤثر بسرعة، ومع ذلك فلا تعدّ الاختيار الأولي الأمثل للمرضى الذين يُتوقع بقاؤهم على قيد الحياة لمدة أطول من ٦ إلى ٨ أسابيع (32، 33). وبالنسبة للمرضى الذين يُتوقع أن يعيشوا أقل من ثمانية أسابيع، فيمكن كبح الاكتئاب بنجاح، وذلك باستعمال المنبهات النفسية بمفردها. وعلاوة على ذلك، فقد اتضح أن الميثيل فينيدات يُحسن الشهية، ويزيد الطاقة، ويُقلّل من التعب المصاحب للسرطان (32). ويجب توخي الحذر عند وصف المنبهات النفسية؛ لأنها يمكن أن تؤدي إلى تفاقم حالة القلق، وقد تُعرق النوم. ويستحق الميرتازابين أن يتبوأ مكانة خاصة للاستعمال لدى هؤلاء المرضى؛ وذلك لأنه بالإضافة لنفعه في علاج الاكتئاب، فإنه يُحسن الأرق والغثيان والألم لدى مرضى السرطان (34، 35).

إن العلاج الأساسي للقلق في مرحلة نهاية العمر يتمثل في البنزوديازيبينات. ومن المهم أن نبدأ بالدعم النفسي والتدخلات السلوكية، لكن هذه الأمور نادراً ما تكون فعالة بدون العلاج الدوائي (1). ولسوء الحظ، لا توجد أبحاث شاملة قائمة على تجارب عشوائية ذات شواهد، وذلك لفحص علاج القلق في مرحلة نهاية العمر، ومع ذلك فمعيار الرعاية المثالي يشمل استخدام البنزوديازيبينات قصيرة المفعول (عادة، الألبرازولام (alprazolam)، واللورازيبام)؛ وذلك لكبح الأعراض بسرعة. وللورازيبام فائدة إضافية في تقليل الغثيان (الاستباقي)، وهو أكثر أماناً للاستعمال في المرضى الذين يعانون من كسل في وظائف الكبد؛ وذلك لافتقاده للمستقبلات النشطة. وإذا كان مأمول الحياة أطول من ٦ إلى ٨ أسابيع، فإنه يمكن تجربة SSRI في وقت واحد مع أحد البنزوديازيبينات، إلا أن فائدة SSRI محدودة نظراً للطول النسبي للمدة اللازمة لبدء تأثير العلاج. أما أدوية الذهان، مثل الهالوبيريدول والكلوربرومازين، فإنها تكون مفيدة عندما يُصبح استعمال البنزوديازيبينات ممنوعاً أو عديم الفعالية، ويمكن أن تفيد أدوية الذهان كذلك في التخفيف من الغثيان. أما مسكنات الأفيون، فهي على الأخص مفيدة للقلق الذي يصاحب الألم وضيق النفس.

ومن المهم أن نشير هنا إلى أن العلاج النفسي، يُمثل أيضاً علاجاً للمرضى المصابين بعزل انتهازية. وعلى وجه العموم، فهو أكثر فاعلية إذا ما تم دمج مع العلاج الدوائي. وعادة ما تكون الأهداف هنا محدودة أكثر، ومن ثم

ينبغي أن يكون التركيز على توفير علاقة داعمة راعية أكثر من التركيز على استبصار المريض بمعاناته. كما أن المعالج قد يُضطر إلى القيام بدور أكثر فاعلية (active) فهو محامٍ وداعم للمريض (advocate). ومع أن الأساليب المعرفية والبنين شخصية، قد تكون أكثر تأثيراً بسبب الوقت المحدود المتاح، إلا أن التثقيف النفسي، وتطبيع الاستجابات الانفعالية؛ قد تكون مفيدة على الأخص.

ولا ينبغي أن نتجاهل إساءة استعمال المواد في مرحلة نهاية العمر، لكن الهدف من العلاج لا يكون في الأغلب، الإقلاع عن تناولها. ومن المهم أن نعالج إساءة استعمال المواد في المرضى ذوي العلل الانتهائية؛ لأنه قد يجعل الاضطرابات النفسية أكثر سوءاً، ويُقلل من كفاءة الرعاية الملطفة. وعلاوة على ذلك، فبالنسبة للأدوية، فإن مرضى الإدمان قد يحتاجون لكميات كبيرة من المواد الأفيونية والبنزوديازيبينات؛ للتخفيف من الكدر وذلك بسبب حدوث التحمل (tolerance)، ونقص القدرة على تحمل الكدر. إن العلاج النشط لإساءة استعمال المواد من خلال الإرشاد النفسي (counseling)، أمر مُوصى به، لكن العلاج بالأدوية، مثل أكامبروسيت كالسيوم (acamprosate calcium) (Campral)، أو ثنائي السلفيرام (disulfiram) (Antabuse)، لا يُوصى باستعمالها نظراً لآثارها الجانبية السلبية، وعدم وجود دليل على كفاءتها لدى هؤلاء المرضى. ومن المناسب تماماً أن نستخدم أدوات لضمان امتثال المريض للعلاج، مثل إبرام عقود الأدوية، وتموين المريض بكميات محدودة من الأدوية، والمداومة على إحصاء عدد حبوب الأدوية المستهلكة، وإجراء تحليل لسموم البول؛ وكل ذلك بهدف ضمان الاستخدام الآمن للمواد، بينما يتم كبح الأعراض الجسمية كالآلم.

إن علاج الهذيان في مرحلة نهاية العمر يشبه علاجه في أي مرحلة عمرية أخرى، لكن ينبغي الشروع في العلاج الموائم تماماً لأهداف المريض وأسرته. والهدف من العلاج ليس دائماً الشفاء من الهذيان. والعلاج المبدئي قد يشمل بعض الإجراءات التشخيصية المحدودة (إن استدعى الأمر)، وتصحيح الاضطرابات الاستقلابية البسيطة، إذا أراد المريض وأسرته ذلك. وإذا كان المريض يعاني من التجفاف، فإنه يمكن إعطاء المريض بُلعة (bolus) من السوائل، وذلك بحقن السوائل تحت الجلد، وهذا سيُحسّن غالباً من الهذيان، ويسهل تحمله من قبل المريض؛ ويمكن إجراء ذلك في المنزل بكل سهولة. وينبغي كذلك تطبيق التدابير اللادوائية لعلاج الهذيان. ولا توجد حالياً أدوية معينة معتمدة من طرف الهيئة الأمريكية للغذاء والدواء (FDA) لعلاج الهذيان في مرحلة نهاية العمر، لكن دوائي الهالوبيريدول والكلوربرومازين يعدان الأكثر استعمالاً، ولهما قيمة مضافة في تحسين الغثيان. ويتوفّر الهالوبيريدول بشكل تجاري على صيغة سائل (٢ مجم/مل)، ويمكن إعطاؤه تحت اللسان للمريض الذي لا يستطيع البلع بشكل جيد. أما الكلوربرومازين، فيمكن إعطاؤه شرجياً عن طريق المستقيم. وكلاهما يمكن إعطاؤه بطريق الحقن أو تحت الجلد، وذلك بواسطة التسريب المستمر (continuous infusion)، لكن ينبغي توخي الحذر عند إعطاء

الكلوربرومازين بالوريد؛ بسبب احتمال حدوث انخفاض في ضغط الدم. وبالرغم من أن " البنزوديازيبينات " تُستعمل عادة لعلاج الهذيان في مرحلة نهاية العمر، إلا أن الأبحاث أظهرت أنها قد تتسبب في حدوث آثار سيئة (5)؛ ولذا فمن الأفضل الاقتصار على استعمال البنزوديازيبينات في علاج الهذيان من النوع الهياجى، وذلك عندما تفشل مضادات الذهان في علاج الهذيان. وقد اكتشف المؤلف أن هذيان نهاية العمر غالباً ما يستجيب للكلوربرومازين عند إعطائه تحت الجلد بطريقة التسريب المستمر (بالبدء بجرعة ٥ إلى ١٠ مجم في الساعة)، ويتم زيادة الجرعة تدريجياً حتى يهدأ المريض. وإذا فشلت مضادات الذهان، وكان المريض يعاني من حالة هذيان شديدة انتهائية، فإن حقن المريض بالميدازولام (midazolam) بطريقة التسريب المستمر عادة ما يكون فعالاً؛ لكن إذا كان هدف المريض وأسرته التهذئة، فإنه ينبغي الحصول على استشارة الرعاية الملطفة (أو لجنة الأخلاقيات).

الجدول رقم (٣، ٢٥). الأدوية الموصى بها لعلاج الاضطرابات النفسية في المرضى المصابين بعزل انتهائية (مقتبس جزئياً من جدول تم تصميمه بواسطة Block (٤).

الدواء	المزايا	العيوب	بداية المفعول	جرعة البداية	الجرعة اليومية المعتادة	الآثار الجانبية
*الاكتئاب الميثيل فينيدات	سريع المفعول، جيد التحمل، يكافح التعب المُحدث بالأفيون، فعال في المرضى، قد يُحسّن الشهية والطاقة والوظائف المعرفية.	انهيار المعاوضة القلبية (cardiac decompensation)، قد يتسبب أو يقاوم من التخليط.	أقل من ٢٤ ساعة	٢.٥ - ٥ مجم كل صباح	١٠ - ٢٠ مجم	يعاني ما متوسطه ١١٪ من المرضى من التملل، والدوخة، والكوابيس، والأرق، والخفقان، واضطراب النظم، والرعاش، وجفاف الفم، ونادراً الذهان.
السيرترالين	آمن وفعال، ذو آثار جانبية قليلة، وسهل المعالجة.	يثبط ستيوكروم P450D2 ولديه تآثرات مع الأدوية الأخرى.	٢ - ٤ أسابيع	١٢.٥ - ٢٥ مجم	٥٠ - ١٠٠ مجم	الغثيان، والكدر المعدي المعوي، والأرق، والصداع، والخلل الوظيفي الجنسي، وفقدان الشهية.

تابع الجدول رقم (٢٥،٣).

الدواء	المزايا	العيوب	بداية المفعول	جرعة البداية	الجرعة اليومية المعتادة	الآثار الجانبية
النورتريبتيلين	يمكن أن يساعد في تخفيف ألم الاعتلال العصبي، ويمكن إعطاؤه عن طريق الفم أو المستقيم، كما يمكن مراقبة مستويات الدواء في الدم.	يمكن أن يسبب تهديئة مفرطة، وانخفاض ضغط الدم.	٢-٤ أسابيع	١٠-٢٥ مجم	٢٥-٧٥ ملجم	الآثار الجانبية المضادة للكولينيات (الهذيان، وجفاف الفم، والإمساك).
الميرتازابين	يمكن أن يُحسّن النوم، والقلق، والغثيان، والشهية.	يمكن أن يسبب تهديئة مفرطة، وانخفاض ضغط الدم.	٢-٤ أسابيع	١٥ مجم عند النوم	١٥-٣٠ مجم	الآثار الجانبية المضادة للكولينيات (الهذيان، وجفاف الفم، والإمساك).
*القلق اللورازيبام	يمكن أن يُحسّن الغثيان، وضيق النفس، والقلق، وهو آمن في حالة وجود خلل في وظائف الكبد.	يمكن أن يسبب التهديئة، والتخليط، والسقوط، ونقص التنفس.	٣٠-٦٠ دقيقة	٠.٥-١ مجم حسب الظروف، كل ٤ ساعات	٠.٥-١ مجم أربع مرات يومياً	التهديئة (١٥٪)، بالإضافة للدوخة وعدم الاتزان.
*الهذيان الهالوبيريدول	يمكن أن يخفف الغثيان، وفتح كشرب فموي (إكسبير)، ويمكن إعطاؤه تحت الجلد.	يمكن أن يسبب التملل، أو أعراض خارج السبيل الهرمي.	٣٠-٦٠ دقيقة (بالفم) ٥-١٥ دقيقة (حقن بالوريد أو تحت الجلد)	٠.٥-١ مجم كل ساعة حسب الظروف	١-٥ مجم خلال ٢٤ ساعة	زيادة مخاطر الوفاة لدى المرضى المسنين بأسباب قلبية أو بأمراض معدية، وتطويل فترة QTc، والمتلازمة الخبيثة للدواء المضاد للذهان (NMS)

تابع الجدول رقم (٢٥,٣).

الآثار الجانبية	الجرعة اليومية المعتادة	جرعة البداية	بداية المفعول	العيوب	المزايا	الدواء
انخفاض ضغط الدم، والإمساك، وجفاف الفم هي الأكثر شيوعاً؛ بينما تطويل فترة QTc، و NMS تعدُّ نادرة.	٥٠ مجم ثلاث مرات/يوم بالفم ٥٠ - ٥ مجم كل ساعة بالحقن تحت الجلد	٢٥ - ٥٠ مجم ثلاث مرات يومياً حسب الظروف بالفم ١٠ - ٥ مجم كل ساعة بالحقن تحت الجلد.	٣٠ - ٦٠ دقيقة (الفم) -١٥ ٣٠ دقيقة (حقن بالوريد أو تحت الجلد)	يمكن أن يسبب التهديئة، والتخليط، والسقوط، وجفاف الفم، وانخفاض ضغط الدم.	يمكن أن يقلل الغثيان ويعالج الفواق.	الكلوربرومازين
زيادة مخاطر الوفاة بأزمة قلبية مفاجئة، والدوخة، والأرق، و NMS.	٥ مجم مرتين يومياً	٢.٥ - ٥ مجم	٣٠ - ٦٠ دقيقة	يسبب التهديئة، والتخليط، وانخفاض ضغط الدم.	قد يُحسِّن الغثيان والألم والشهية، ومتوفر على هيئة أقراص مذابة عن طريق الفم.	الأولانزابين

وباختصار يمكن القول بأن المرض النفسي أمر شائع في مرحلة نهاية العمر، لكنه ليس ظاهرة عامة (universal)؛ ولا ينبغي أن نعدُّ حدوثه أمراً طبيعياً بمجرد تلقي هذا الشخص أخباراً سيئة وإصابته بعلّة انتهازية. ومن المهم أن نُميز بين الاكتئاب والقلق من جانب، وحزن الفقد الطبيعي الاستباقي من جانب آخر، والمبادرة بعلاج كل من الاكتئاب والقلق بشكل قوي. إن علاج المرضى المصابين بعلل انتهازية يشبه علاج المرضى في أي مرحلة عمرية أخرى، ما عدا التأكيد على الاستعمال المبكر للعناصر العلاجية المعززة، مثل الميثيل فينيدات والبنزوديازيبينات في الخطة العلاجية. إن الإحالات للرعاية اللطيفة، ومراكز رعاية المحتضرين؛ يمكن أن تكون أدوات قيمة في خطتك العلاجية، وينبغي أخذها بالاعتبار. وبالطبع، فنحن لا نستطيع أن نمنع الناس من الموت، لكن يمكننا أن نخفف من معاناتهم المرتبطة بالمرض النفسي في مرحلة نهاية العمر.

## المراجع Reverence

1. Chochinov HM. Psychiatry and terminal illness. *Can J Psychiatry*. 2000;45(2):143-50.
2. Miovic M, Block S. Psychiatric disorders in advanced cancer. *Cancer*. 2007;110(8): 1665-76.
3. Noorani NH, Montagnini M. Recognizing depression in palliative care patients. *J Palliat Med*. 2007;10(2):458-64.
4. Block SD. Assessing and managing depression in the terminally ill patient. ACP-ASIM End-of-Life Care Consensus Panel. American College of Physicians -American Society of Internal Medicine. *Ann Intern Med*. 2000;132(3):209-18.
5. Breitbart W, Rosenfeld B, Pessin H, et al. Depression, hopelessness, and desire for hastened death in terminally ill patients with cancer. *JAMA*. 2000;284(22):2907-11.
6. Chochinov HM, Wilson KG, Enns M, et al. Desire for death in the terminally ill. *Am J Psychiatry*. 1995;152(8):1185-91.
7. Breitbart W, Bruera E, Chochinov H, et al. Neuropsychiatric syndromes and psychological symptoms in patients with advanced cancer. *J Pain Symptom Manage*. 1995;10(2):131-41
8. Goy E, Ganzini L. End-of-life care in geriatric psychiatry. *Clin Geriatr Med*. 2003;19(4):841-56, vii-viii.
9. Brenes GA. Anxiety and chronic obstructive pulmonary disease: prevalence, impact, and treatment. *Psychosom Med*. 2003; 65(6):963-70.
10. Kirsh KL, Passik SD. Palliative care of the terminally ill drug addict. *Cancer Invest*. 2006;24(4):425-31.
11. Bruera E, Neumann C, Brenneis C, et al. Frequency of symptom distress and poor prognostic indicators in palliative cancer patients admitted to a tertiary palliative care unit, hospices, and acute care hospitals. *J Palliat Care*. 2000;16(3):16-21.
12. SAMHSA: Results from the 2007 National Survey on Drug Use and Health: national findings. Washington (DC): U.S. Department of Health and Human Services; 2007.
13. Gagnon B: Delirium in terminal cancer; a prospective study using daily screening, early diagnosis, and continuous monitoring. *J Pain Symptom Manage*. 2000;19(6): 412-26.
14. Lawlor PG, Gagnon B, Mancini IL, et al. Occurrence, causes, and outcome of delirium in patients with advanced cancer: a prospective study. *Arch Intern Med*. 2000;160(6):786-94.
15. Miller S. The emergence of Medicare hospice care in US nursing homes. *Palliat Care*. 2001;15:471-80.
16. Weckmann MT. The role of the family physician in the referral and management of hospice patients. *Am Fam Physician*. 2008;77(6):807-12.
17. McGorty EK, Bornstein BH. Barriers to physicians' decisions to discuss hospice: insights gained from the United States hospice model. *J Eval Clin Pract*. 2003; 9(3):363-72.
18. National Hospice and Palliative Care Organization. NHPCO's facts and figures -2005 findings. Alexandria (VA): National Hospice and Palliative Care Organization; 2006.
19. Weggel JM. Barriers to the physician decision to offer hospice as an option for terminal care. *World Med J*. 1999;98(3): 49-53.
20. Brickner L, Scannell K, Marquet S, et al. Barriers to hospice care and referrals: survey of physicians' knowledge, attitudes, and perceptions in a health maintenance organization. *J Palliat Med*. 2004;7(3): 411-8.
21. Sanders BS, Burkett TL, Dickinson GE, et al. Hospice referral decisions: the role of physicians. *Am J Hosp Palliat Care*. 2004; 21(3):196-202.
22. Stillman MJ. Differences in physician access patterns to hospice care. *J Pain Symptom Manage*. 1999;17:157-63.
23. Teno J. Family perspectives .on end-of-life care at the last place of care. *JAMA*. 2004; 291(1):88-93.
24. Lynn J. Perspectives on care at the close of life: serving patients who may die soon and their families: the role of hospice and other services. *JAMA*. 2001;285(7):925-32.
25. Christakis N. Survival of Medicare patients enrolled in hospice programs. Presented at: Annual American Academy of Hospice and Palliative Medicine; Chicago; 1997.
26. Aupperle PM, MacPhee ER, Strozkeski JE, et al. Hospice use for the patient with advanced Alzheimer's disease: the role of the geriatric psychiatrist. *Am J Alzheimers Dis Other Dement*. 2004; 19(2): 94-104.
27. Medical guidelines for determining prognosis in selected non-cancer diseases. 2nd ed. Arlington (VA): National Hospice Organization; 1996.
28. Chochinov HM, Wilson KG, Enns M, et al. "Are you depressed?" Screening for depression in the terminally ill. *Am J Psychiatry*. 1997;154(5):674-6.

29. Periyakoil VS, Hallenbeck J. Identifying and managing preparatory grief and depression at the end of life. *Am Fam Physician*. 2002;65(5):883-90.
30. Lyness JM. End-of-life care: issues relevant to the geriatric psychiatrist. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2004;12(5):457-72.
31. Roth AJ, Massie M J. Anxiety and its management in advanced cancer. *Curr Opin Support Palliat Care*. 2007;1(1): 50-6.
32. Weissman DE. Understanding pseudoaddiction. *J Pain Symptom Manage*. 1994; 9(2):74.
33. Morita T. Underlying pathologies and their associations with clinical features in terminal delirium of cancer patients. *J Pain Symptom Manage*. 2001;22(6):997-1006.
34. Ferrando SJ. Commentary: integrating consultation-liaison psychiatry and palliative care. *J Pain Symptom Manage*. 2000;20(3):235-6.
35. Breitbart W. Suicide in cancer patients. *Oncology (Whiston Park)*. 1987; 1(2): 49-55.
36. Rozans M, Dreisbach A, Lertora JJ, et al. Palliative uses of methylphenidate in patients with cancer: a review. *J Clin Oncol*. 2002;20(1):335-9.
37. Hardy SE. Methylphenidate for the treatment of depressive symptoms, including fatigue and apathy, in medically ill older adults and terminally ill adults. *Am J Geriatr Pharmacother*. 2009;7(1):34-59.
38. Kim SW, Shin IS, Kim JM, et al. Effectiveness of mirtazapine for nausea and insomnia in cancer patients with depression. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2008;62(1):75-83.
39. Theobald DE, Kirsh KL, Holtsclaw E, Donaghy K, Passik SD: An open-label, crossover trial of mirtazapine (15 and 30 mg) in cancer patients with pain and other distressing symptoms. *J Pain Symptom Manage*. 2002;23(5):442-7.
40. Breitbart W, Marotta R, Platt MM, et al. A double-blind trial of haloperidol, chlorpromazine, and lorazepam in the treatment of delirium in hospitalized AIDS patients. *Am J Psychiatry*. 1996;153(2): 231-7.