

القسم : الطب النفسي وطب الأطفال

اضطرابات الجسدنة ، وعسر الجسد والاضطرابات المتعلقة بها في الأطفال والمراهقين

طبعة 2019

أوليفيا فيرتاج ، شارون تايلور، أمينا تارين و إينا جارالدا

ترجمة: شذا الطاهر أخصائي الطب النفسي و الأمراض العصبية

تدقيق: هشام حموده استشاري الطب النفسي للأطفال والمراهقين مستشفى أطفال بوسطن

أوليفيا فيرتاج : بكالوريوس الطب والجراحة الزمالة البريطانية في الطب النفسي، دبلومة العلاج المعرفي السلوكي

استشاري الطب النفسي للأطفال والمراهقين ، باحثة اكلينيكية شرفية مستشار فخري لطب نفس الأطفال والمراهقين بصندوق الخدمات الصحية الوطنية بشمال وغرب لندن بالتعاون مع الكلية الملكية بلندن بريطانيا

تضارب المصلحة: لم يتم الإبلاغ عن أي شكل من أشكال تضارب المصلحة.



الفتاة المريضة

كريستيان كروج

المعرض الوطني للنرويج (1881_1880)

هذا المنشور موجه لتدريب المتخصصين والممارسين في مجال الصحة النفسية وليس للجمهور و الآراء فيه تعبر عن كاتبه وليس بالضرورة عن رأي محرر الاتحاد الدولي لطب نفس الأطفال و المراهقين والمهنة المرتبطة به ، ويسعى هذا المنشور إلى وصف أفضل العلاجات والممارسات المبنيّة على الأدلة العلمية المتاحة في وقت كتابته و التي تم تقييمها من قبل المؤلفين و قد تتغير كنتيجة للجدد في البحث العلمي ، يحتاج القراء إلى تطبيق هذه المعارف على المرضى بالتوافق مع الإرشادات والقوانين المتبعة في بلادهم . بعض الأدوية قد لا تكون متاحة في بعض البلدان وعلى القراء مراجعة المعلومات الخاصة بكل علاج دوائي حيث لم يتم ذكر كل الجرعات ولا كل الآثار الغير مرغوبة . المنظمات والمنشورات والمواقع الالكترونية التي تم الاستشهاد بها أو وضع روابط لها لأغراض الشرح أو كمصدر للمزيد من المعلومات لا تعني أن الكتاب أو محرر الاتحاد الدولي لطب نفس الأطفال يؤيدون المحتوى أو يوصون بها.ويجب أن تخضع للتقييم الناقد من القارئ ، ومن الممكن للمواقع الالكترونية أن تتغير أو تتوقف .

©IACAPAP 2019 هذا المنشور متاح بحسب

Creative Commons Attribution Non-Commercial License

للاستخدام والنشر وإعادة النسخ في أي وقت بدون إذن مسبق شريطة أن يتم الاستشهاد بالعمل الأصلي بشكل صحيح و الاستخدام غير تجاري الاقتباس المقترح

Fiertag O, Taylor S, Tareen A, Garralda E. Somatic symptom, bodily distress and related disorders in children and adolescents. In Rey JM, Martin A (eds), *IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health*. Geneva: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions 2019

شارون تايلور: بكالوريوس العلوم ، بكالوريوس الطب والجراحة ، زمالة الكلية الملكية البريطانية في الطب النفسي استشاري طب نفس الأطفال والمراهقين باحث فخري ومحاضر في الكلية الملكية البريطانية في لندن مدير برنامج للتدريب على St طب نفس الأطفال Mary's

تضارب المصلحة: لم يتم الإبلاغ عن أي شكل من أشكال تضارب المصلحة.

أمينا تارين :بكالوريوس

الطب و الجراحة الزمالة
البريطانية للطب
النفسي، استشاري طب
نفس الأطفال
والمراهقين في بارنيت

، زميل التدريس الفخري
بالكلية الملكية البريطانية

تضارب المصلحة: لم
يتم الإبلاغ عن أي شكل
من أشكال تضارب
المصلحة

إلينا جارالد : دكتوراة
وماجستير فلسفة زمالة
الكلية الملكية البريطانية
أستاذ فخري لطب نفس
الأطفال والمراهقين
بالكلية الملكية، مستشار
فخري لطب نفس
الأطفال والمراهقين
بصندوق الخدمات
الوطنية بشمال وغرب
لندن

تضارب المصلحة: لم
يتم الإبلاغ عن أي شكل
من أشكال تضارب
المصلحة

تعد الأعراض الفيزيائية أو (الجسدية) شيئا شائعا جدا في الأطفال والمراهقين ، الذين يجدون صعوبة في التعبير عن انفعالاتهم ومشاعرهم بالكلام ، ولهذا فإن الضغط النفسي لديهم قد يتم التعبير عنه بالأعراض الجسدية .

عادة ما يكون الآباء واعين بأن أطفالهم يعانون أحيانا من أعراض جسدية في حال مرورهم بشئ يقلقهم أو حين يرغبون في تجنب شئ ما.

معظم الآباء بطبيعة الحال سوف يقللون من أهمية تلك الأعراض ويحاولون البحث عن أسبابها ، وهذا النهج يساعد الأطفال على تعلم مواجهة الضغوط اليومية ، ومع ذلك وبالرغم من هذا ففي بعض الأحيان تستمر الأعراض .

يعتقد أن (2-10%) من عامة السكان يقومون بالشكوى من الأوجاع والآلام مثل (آلام المعدة ، المفاصل والصداع) والتي ربما تكون غير مفسرة طبيا ، ومصطلح غير مفسرة طبيا يعود إلى كل الأعراض المزعجة أو الأعراض الطبية المتكررة والتي لا يوجد لها تفسير مرضيا معروفا ، الأعراض الجسدية غير المفسرة طبيا قد تتسبب في القليل من المعاناة ، ولكن في بعض الأحيان قد تتسبب في المزيد من الضغط العصبي ، فقدان الوظيفة ، والسعي لطلب الرعاية الصحية كما في حالات الجسدنة مثل اضطراب الأعراض الجسدية في الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس (الجمعية الأمريكية للطب النفسي 2013) واضطرابات عسر الجسد والاضطرابات ذات الصلة في التصنيف العالمي الحادي عشر للأمراض (منظمة الصحة العالمية 2018).

من الممكن أن يحدث فقدان في الوظيفة عند الأطفال الذين يعانون من الأعراض الجسدية الغير مفسرة طبيا في أي عمر وبمستويات متفاوتة من الشدة ، الأعراض عندما تكون متعددة غالبا ما تكون مصحوبة بمشاكل نفسية ، هناك دليل علمي على أن الأطفال وحتى في السن الصغير جدا (أطفال الحضانة) والذين يأتون بأعراض جسدية متعددة يصاحب ذلك لديهم وجود مشاكل سلوكية وانفعالية بفارق واضح عن زملائهم ممن لا يشكون أعراضا جسدية ، وبالتالي فهم يتغيبون عن الحضانة ويذهبون إلى العيادات.

هؤلاء الأطفال أيضا يكونون عرضة أكثر للمعاناة من أعراض جسدية ومشاكل نفسية فيما بعد سواء في طفولتهم أو مراهقتهم (دومنش ليبريا 2004).

هناك العديد من الطرق التي تتفاعل فيها الأعراض الجسدية مع النفسية ، في الحقيقة لا يوجد مرضا جسديا خالصا ولا نفسيا خالصا ، وغير ذلك لا يستطيع أحد أن يفصل الجسد عن العقل ، ففي المرضى الذين يشكون بشكل متكرر من أعراض جسدية وخصوصا الغير مفسرة طبيا من الضروري النظر إذا ماكان هناك ضغوطا نفسية في الخلفية ، ولكن ليس هذا مطلقا ، سوف يركز هذا الفصل على الاضطرابات النفسية التي تظهر في شكل أعراض نفسية ، جدول (1-1) يلخص الروابط العامة بين الأعراض الجسدية بالنفسية.

ماهي الجسدنة؟

الجسدنة تصف كوكبة من التفاصيل الإكلينيكية والسلوكية التي تشير إلى أن الشخص يعاني ويعبر عن ضغط نفسي من خلال أعراض جسدية لا يمكن إرجاعها لأسباب مرضية وينسب الشخص هذه الأعراض لمرض جسدي وبالتالي فهو يسعى إلى الرعاية الطبية ، في الجسدنة يكون انتاج الأعراض عادة ليس تحت سيطرة الوعي ، ومع ذلك فإنه في فئتي الأطفال والمراهقين يعد من الصعب بمكان تحديد مستوى السيطرة الواعية على الأعراض .

عادة ما يعاني الأطفال
المصابون باضطراب الأعراض
الجسدية قلقا بشأن الأعراض
وليس كثيرا بسبب أن لديهم
مرض حقيقي
بينما يخاف الآباء عادة من
وجود مرض ما .

اضطرابات الجسدنة

جدول (1-1-1) في الأسفل يلخص الخطوط العريضة للعلاقات المختلفة بين النواحي النفسية والعضوية .

كيف تترابط الأعراض الجسدية والنفسية	
يشنكي الطفل من آلام في البطن بشكل متكرر برغم عدم وجود سبب عضوي	الضغط العصبي والاضطرابات النفسية تظهر في شكل أعراض جسدية
حدوث فشل كبدي بعد تعاطي جرعة زائدة من الباراسيتامول بغرض الانتحار	تعقيدات الاضطرابات النفسية
الطفل الذي يعاني من الأنيميا المنجلية المصاب بالاكثئاب نتيجة لحالته الصحية	التبعات النفسية للأمراض المختلفة وعلاجاتها
الطفل المصاب بمرض السكر ويعاني من رهاب الحقن ويرفض العلاج بها مما يؤدي الى تعقيدات المرض	تأثير الاضطرابات النفسية على الأمراض العضوية

المعايير التشخيصية

يصف الدليل الإحصائي التشخيصي الخامس اضطرابات الجسدنة والاضطرابات ذات الصلة بأنها اضطرابات شاملة ، أي ان لها أعراض جسدية بارزة ، مصاحبة لضغوط نفسية معتبرة وفقدان في الوظيفة ، تشخيص اضطرابات الجسدنة ترتكز على وجود أعراض وعلامات إيجابية، (على سبيل المثال : أعراض جسدية مزعجة بالإضافة إلى أفكار غير طبيعية ، وبالتالي مشاعر وسلوكيات كنتيجة لهذه الأعراض) بدلا من وجود تفسيراً طبياً لهذه الأعراض ، والسمة المميزة لذلك ليس فقط الأعراض بذاتها ، بل الطريقة التي يعرضها الشخص ويفسرها بها ، من المهم أن نعي أن أعراض اضطرابات الجسدنة من الممكن أن تتواجد في نفس الوقت مع تشخيص مرضي .

وتظل الأعراض الغير مفسرة طبياً هي حجر الزاوية في الاضطرابات ذات الصلة بالاضطرابات التحولية والانفصامية وتوهم الحمل (الحمل الكاذب) فهي صراحة غير متسقة مع التفسير الطبي الفيسيولوجي المرضي ففي الدليل التشخيصي الاحصائي الخامس تصنف اضطرابات التحول (الآن تسمى أعراض اضطراب الخلل الوظيفي العصبي) مع اضطرابات الجسدنة والاضطرابات المصاحبة لها ، مثل اضطراب القلق بشأن المرض كذلك اضطراب اصطناع المرض .

في اضطرابات الأعراض الجسدية والاضطرابات ذات الصلة هناك أعراض جسدية ترجح وجود مشكلة مرضية ، على رغم من عدم وجود مرض طبي ، أو استخدام مسئ للعقاقير أو مرض عقلي آخر من الممكن أن يكون هو المسئول عن مستوى وتأثير تلك الأعراض الجسدية .

والأعراض تتسبب في ضغط شديد او فقدان في الوظيفة الاجتماعية أو المهنية أو في أي منحي من الحياة الوظيفية.

وعادة ماتكون تلك الأعراض غير متعمدة ، فيما عدى اضطراب اصطناع المرض ، حيث يكون هناك تعمد تزيف أعراض جسدية ونفسية ، وفي التقسيم العالمي للأمراض الإصدار الحادي عشر تصنف الجسدنة تحت عنوان اضطرابات الضغوط الجسدية أو الخبرات الجسدية وهذا يوصف بوجود أعراض جسدية تؤرق الأفراد وتستحوذ على الانتباه لديهم وبخلاف الدليل الاحصائي التشخيصي الخامس فإن التقسيم العالمي للأمراض الاصدار الحادي

عشر لم يضع الاضطرابات التحولية ضمن الاضطرابات الجسدية الضاغطة ، ولكن يتم تضمينها مع مجموعة منفصلة وهي اضطرابات الانفصام العصبي .

جدول (1-2) خصائص اضطرابات الجسدية المختلفة بالرجوع إلى الدليل الاحصائي والتشخيصي الخامس والتصنيف العالمي الحادي عشر للأمراض

التصنيف العالمي الحادي عشر للأمراض ICD11	الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس DSM5
اضطراب الأعراض الجسدية	اضطرابات عسر الجسد
<p>_ عرض جسدي واحد أو أكثر تسبب توترا بالغاً أو فقداً في الوظيفة .</p> <p>_ أفكار كثيرة ، مشاعر وسلوكيات متعلقة بتلك الأعراض</p> <p>_ الأعراض الجسدية غير متعمدة</p> <p>_ لا يوجد تشخيصاً طبياً يحتوي كل هذه الأعراض ومع ذلك قد تتواجد تلك الأعراض مع مرض جسدي .</p> <p>_ الأعراض قد تكون محددة (مثال : الألم المحدد بمكان ما أو غير محددة نسبياً (مثال : الاجهاد)</p>	<p>_ الأعراض الجسدية المقلقة للشخص عادة ما تكون أعراضاً متعددة وقد تتغير مع الوقت ، ومع ذلك قد لا يوجد سوى عرض واحد قد يكون (احساس بالتعب أو الألم)</p> <p>_ الاهتمام المفرط بتلك الأعراض</p> <p>_ معظم المرضى يكونون بالفعل قد لجأوا مرارا لطلب الرعاية الصحية الأولية والمتخصصة وخضعوا للكثير من الفحوص السلبية .</p> <p>_ في حال وجود ظرف صحي آخر يتسبب في هذه الأعراض ، فيكون هناك اهتماماً مفرطاً لا يتناسب مع الظرف ولا مع تطوره .</p> <p>_ لا يخفف من هذا الاهتمام المفرط الفحص الطبي المناسب أو عمل الأشعات والتحليل السلبية أو الطمأنة .</p> <p>_ الأعراض الجسدية تكون موجودة بشكل دائم معظم الأيام لعدة أشهر.</p> <p>_ عادة ما تكون مصحوبة بإخلال بالوظائف الاجتماعية والعلاقات الشخصية والوظيفة داخل الأسرة.</p>
اضطراب التحول (اضطراب الأعراض العصبية الوظيفية)	اضطراب الأعراض العصبية الانفعالية

<p>_ أعراض حركية ، حسية ومعرفية تشير إلى توقف لا إرادي للتكامل الطبيعي بين الوظائف الحسية والحركية والمعرفية.</p> <p>_ الأعراض غير متماشية مع مرض عصبي معروف أو ظرف عقلي أو صحي أو تعاطي العقاقير ، الكشف والفحوص الطبية لا تكشف عن أي مرض عصبي أو طبي معروف.</p> <p>_ يجب الوضع في الاعتبار احتمالية ظهور أي مرض طبي خطير أو اضطراب نفسي في وقت لاحق .</p>	<p>_ عرض واحد أو أكثر أو عجز يؤثر على الحركة الإرادية أو الوظيفة الحسية بشكل يلمح إلى ظرف عصبي أو طبي</p> <p>_ عادة ما يتواجد حدث حياتي ضاغط ولكن ليس دائماً ربما يوجد تاريخاً شخصياً على عدم القدرة على التكيف أو التعرض للإساءة أو الإهمال في الطفولة .</p> <p>_ لا يعتمد المريض إنتاج هذه الأعراض أو اختلاقتها</p> <p>___-الأعراض أو العجز</p> <p>*لا يمكن تفسيرها بعد الكشف الطبي والفحوص بحالة طبية أو إساءة استخدام العقاقير أو مرتبطة بسلوك أو خبرة ثقافية معينة .</p> <p>*تتسبب في ضغط عصبي معتبر إكلينيكي أو فقد في الوظائف الاجتماعية أو المهنية أو المناطق الوظيفية الأخرى المهمة ، أو تستدعي الانتباه الطبي .</p> <p>*ليست محددة بالألم ولا تمثل مرضاً طبياً .</p>
---	--

اضطراب اصطناع المرض	اضطراب اصطناع المرض
<p>-تزييف أعراض أو علامات مرضية أو نفسية أو إنتاج إصابة مصحوبا بخداع واضح</p> <p>-يقدم الأشخاص أنفسهم على أنهم على غير ما يرام ، تالف أو مصاب .</p> <p>-سلوك مخادع واضح مع عدم وجود مكافئة خارجية واضحة.</p> <p>-السلوك غير مفسر باضطراب عقلي آخر (مثل اضطراب الوهمية)</p> <p>-عندما توقع الأعراض على شخص آخر فإنه يعرف ب (اضطراب الافتعال الموقع على آخر)</p>	<p>تعمد ادعاء الأعراض والعلامات المرضية ، النفسية أو السلوكية</p> <p>قد يكون هناك اضطراباً أو مرضاً في السابق ، ومع ذلك فإن الشخص يعتمد مفاومة الأعراض الموجودة فعلياً ، تزييفها أو افتعال المزيد من الأعراض .</p> <p>_ يلجأ الشخص إلى العلاج أو يقدم نفسه لشخص آخر كمريض أو مصاب أو عاجز بناءً على هذه الأعراض</p> <p>- سلوك مخادع غير محفز بمكافئة خارجية واضحة ، (على عكس التمارض حيث يوجد دوافع خارجية واضحة تحفز السلوك)</p> <p>_ الأعراض قد تفرض على الآخرين</p>

أيضاً يعرف بمتلازمة مانشاوسن بالوكالة

(حيث يوجد تشويش أو انقطاع في التكامل الطبيعي للوعي ، الذاكرة ، الهوية ، المشاعر، الإدراك، تمثيل الجسد، السيطرة الحركية والسلوك)

النسخة الكاملة من التصنيف العالمي للأمراض الحادي عشر غير متاحة بعد ومع ذلك فنحن نقدم أحدث المعلومات التي قدمت في نسخة ديسمبر 2018

في كل من الدليل الاحصائي والتشخيصي الخامس والتصنيف العالمي للأمراض الحادي عشر فإن اضطرابات الجسدنة التي تشاهد في الأطفال والمراهقين هي:
-اضطراب الأعراض الجسدية
-اضطراب الضيق (الضغط) الجسدي
_الاضطرابات الانفصالية
-الاضطرابات التحولية و
-متلازمة الاجهاد المزمن.

الحالات المصنفة في التقسيمة السابقة كاضطراب الجسد أو اضطراب الجسدنة من الممكن أن تضمن تحت تقسيمة اضطرابات عسر الجسد / اضطراب الأعراض الجسدية .
اضطراب الإجهاد المزمن يشارك الملامح الأساسية مع اضطراب أعراض الجسد ، ولكنه غير متضمن في الدليل التشخيصي والاحصائي الخامس كفئة منفصلة ، وهو مصنف في التقسيم العالمي الحادي عشر للأمراض تحت (الاضطرابات الأخرى للجهاز العصبي) مثل : اضطراب ارهاق ما بعد العدوى الفيروسية هذه التقسيمة تحوي المرض المسمى التهاب الدماغ العضلي الحميد ، ومتلازمة الاجهاد المزمن ، عندما يكون الارهاق غير مصحوب بعدوى فيروسية فيوصى باعتباره ضمن اضطرابات عسر الجسد الذي يتم التعبير عنها بعرض واحد (مثال:الإرهاق) أو أعراض متعددة (مثال:الإرهاق، الألم والأوجاع)ملخص المعايير الخاصة ببعض هذه الأعراض مجمل في جدول 2_2_1

جدول (2_2_1)

متلازمة الإجهاد المزمن

وصفت هذه الحالة في وقت سابق بالإجهاد العصبي أو إجهاد ما بعد الفيروس وذلك في التقسيم العالمي الحادي عشر للأمراض ، وهي غير موجودة في الدليل التشخيصي والاحصائي الرابع ولا الخامس ، تم تصنيفها في التقسيم العالمي الحادي عشر للأمراض تحت قسم "الاضطرابات الأخرى للجهاز العصبي" كمتلازمة ما بعد العدوى الفيروسية ، هذه التقسيمة تشمل الأمراض المسماة (التهاب الدماغ العصبي الحميد ومتلازمة الاجهاد المزمن ، عندما يكون الارهاق غير مصحوب بعدوى فيروسية فيوصى باعتباره ضمن اضطرابات عسر الجسد الذي يتم التعبير عنها بعرض واحد (مثال:الإرهاق) أو أعراض متعددة (مثال:الإرهاق، الألم والأوجاع)المعايير التشخيصية لإجهاد ما بعد الفيروس تشمل :
_وجود عدوى فيروسية في تاريخ سابق لبداية الأعراض
إما شكاوى مستمرة و مؤرقة من زيادة الإجهاد بعد المجهود البدني أو شكاوى مستمرة ومؤرقة من الضعف الجسدي والارهاق بعد أقل مجهود.
ربما يشمل على احساس بأوجاع العضلات ، الألم ،الدوار والصداع ،اضطرابات النوم ،عدم القدرة على الاسترخاء ، العصبية ، وسوء الهضم .
أعراض للجهاز العصبي اللاإرادي وأعراض اكتئاب ليست مستمرة بشكل كافي وليست شديدة لاكمال المعايير الخاصة بأي اضطراب آخر .
عادة ما يعارض مجموعات المرضى بهذه الحالة النهج النفسي في فهمها والتعامل معها (كوهين 2015)وهكذا كانت الحال في الماضي مع مرضى اضطرابات الجسدنة ، وبالإضافة إلى ذلك يوجد وجهات نظر مختلفة حول ماذا ينبغي أن تسمى و بالنسبة للاضطرابات في هذا الفصل فإن آلية حدوث الأمراض من المحتمل أن تكون معقدة ،فكل من العامل الحيوي (العدوى ، المناعة والجينات) والعامل النفسي الاجتماعي يساهمان في نشأة واستمرار الأعراض.

كل هذه الحالات تشمل :

_تكرار ظهور أعراض جسدية مصحوبة ب

_ طلب مستمر لعمل فحوصات طبية بالرغم من النتائج السلبية المتكررة والتطمينات الطبية مع
_ مقاومة المريض عادة مناقشة احتمالية وجود سبب نفسي.

ومن أجل اكتمال المعلومات سوف نصف أيضا سمات اضطراب افتعال المرض، حيث يتشابه في المظاهر وفي
العلاج ففي اضطراب افتعال المرض يعتمد المرضى جرح أنفسهم لمحاكاة المرض ويصفون أعراضا لا يعانونها من
أجل طلب الرعاية الطبية، وإطالة فترة العلاج والحصول على الاهتمام، على سبيل المثال في تقرير حالة لطفلة
تبلغ من العمر 12 سنة كان يعتقد أنها تعاني من حمى غامضة حتى بلغت 17 حيث اكتشف أنها تزور قراءة
الترموتر، في حالات أخرى يلحق الأطفال والمراهقون ضررا بالغا بأنفسهم أو يخدعون الأطباء من أجل إطالة فترة
البقاء في المستشفى وإجراء جراحات متكررة، عادة من الصعب اكلينيكيًا إيجاد الفرق بين التلاعب الواعي في
اضطراب افتعال المرض والأعراض الجسد النفسية وخصوصا في الأطفال .

هناك نموذج خاص في اضطراب اصطناع المرض عندما يتم فرضها على شخص آخر يحدث ذلك عادة من الأبوين
على الأطفال، هذه الحالة التي عرفت سابقا بمتلازمة مانشاوسن بالوكالة تحدث عندما يطلب ولي الأمر تقديم
الرعاية الصحية بالنيابة عن الطفل بدون استحقاق يشمل هذا إحداث أعراض أو الإخبار عن أشياء خاطئة عن
الحالة الجسدية أو العقلية للطفل (ماك نيكولاس 200، باس وجلاس 2014) على سبيل المثال الأمر التي تحدث
كدمات في جسم الطفل لتجعل الطبيب يتوقع ويبدأ بالفحص لتشخيص أحد أمراض الدم النادرة، ولي الأمر الذي
يجوع الطفل لأنه يشك في حساسية الطفل للعديد من الأطعمة، الأب الذي يلوث جروح الطفل بالقاذورات
لإحداث العدوى ومنع الالتئام.

في اضطراب اصطناع المرض واصطناع المرض الموقع على آخر يكون التشخيص صعبا وقد يستغرق أعواما، هذه
المشكلة غير محدودة بثقافة محددة (فيلدمان وبراون 2002) تعرفوا على 122 حالة في 24 دولة، يتحدثون تسع
لغات مختلفة. في اضطراب اصطناع المرض قد يكون هناك تاريخا من صعوبات التعلق أو الإساءة ولكن ليس هذا
الحال دائما .

ففي بعض الأحوال يكون هناك نقص في الموارد الشخصية للطفل أو يكون هناك مأزقا (على سبيل المثال: فشل
ذريع في المدرسة أو إساءة من خارج الأسرة) قد تم حله بتوجيه الانتباه إلى المشكلة المفتعلة (فايرتاج و
ايميسون 2014) اضطراب اصطناع المرض الموقع على آخر هو شكل خطير من أشكال الإساءة التي لها آثارا خطيرة
على الطفل (على سبيل المثال: تكرار الجراحات، الغياب من المدرسة، مرض أو جرح خطير) وآثارا نفسية (مثلا
قد يكون الطفل نظرة مشوهة عن حالته الصحية وقد يصبح قلقا بشأن ذلك).

العبء

عادة ماتعرض أعراض الجسدنة والاضطرابات ذات العلاقة بشكل متكرر على مقدمي الرعاية الصحية الأولية
وأطباء الأطفال بدلا من الأطباء النفسيين وهذا لكون الأعراض الظاهرة جسدية وعادة ما يعزو الآباء تلك الأعراض
لأسباب عضوية لا لأسباب نفسية ويؤدي طلب الرعاية الصحية المصاحب للأعراض الجسدية إلى فحوصات
وعلاجات طبية مؤلمة وحتى ضارة أحيانا حتى الوصول إلى التشخيص الصحيح والبدء في العلاج .
قد يشعر الأهل بارتياح حول فائدة التقييم النفسي والعقلي وقد يستمرون في البحث عن سبب عضوي،
الفحوص الزائدة تعزز الاعتقاد عند المرضى وعوائلهم بأن هناك سببا عضويا كامنا خلف هذه الشكاوى. كل ذلك
قد يتسبب في عبء هائل على المرضى وأسرهم وأيضا على الخدمات الطبية، الأطفال سوف يتغيبون عن
المدرسة للحضور للمواعيد المتعددة، الآباء قد يتعطلون عن أعمالهم للاهتمام بالطفل واصطحابه للمواعيد
الخاصة بالفحوص.

علم الانتشار

لا نعرف سوى القليل عن معدل الحدوث ومعدل الانتشار ومع ذلك فإن معدلات الشكاوى الجسدية في المجمل ،والعوامل الجسد نفسية ، والأعراض الغير مفسرة طبيا موثقة بشكل أفضل.

الشكاوى الجسدية ، الأعراض غير المفسرة طبيا والعوامل النفسجسدية :

حوالي 10% من الأطفال الذين يحضرون للممارس العام ولعيادات الأطفال ، تم التبليغ عن أن لديهم أعراضا غير مفسرة طبيا ومع ذلك فبالنظر إلى كل الأطفال الذين يحضرون بأي شكوى جسدية ، فعندما يقوم الأطباء بتحديد العوامل النفسية المسببة أو المصاحبة فوجدت بنسبة 25-50% من الحالات .

الدراسات (المسوح) الاستقصائية من دول مختلفة وجدت ما يقارب من طفل لكل أربع أطفال يشكون على الأقل من مجموعة واحدة من أعراض الجسدنة أسبوعيا أو كل أسبوعين الأكثر شيوعا هي وجع بالبطن ، الصداع وأوجاع العضلات والمفاصل .

أعراض الجسدنة المتكررة والمزعجة تحدث في أقل من 10% من الأطفال والمراهقين (جارالدا 2005 وراسك 2018).

الاضطرابات الجسدية واضطراب الألم :

لاحظ أن هاتين الحالتين تندرجان تحت التصنيفات التشخيصية (اضطراب الأعراض الجسدية) و(اضطراب عسر الجسد).

في مراحل التطور المبكرة في مشروع علم النفس المرضي الألماني تم اثبات اضطرابات الجسدنة في المراهقين وفي صغار البالغين وسط عينة كبيرة في سن من 14-24 سنة وجد أن 12% منهم قد عانى في مرحلة ما من حياته من اضطراب جسدنة واحد على الأقل ووجدوا علاقة بين اضطراب الجسدنة والمستويات المادية والاجتماعية الأقل ما عدا اضطراب الألم حيث أن احتمالية حدوئه أعلى في الفئات الأعلى تعليما (لييب 2000).

متلازمة الاجهاد المزمن

معدلات الأعراض المشابهة لمتلازمة الاجهاد المزمن في سكان الولايات المتحدة في الأطفال والشباب تقدر ب 2% ولكن الأعراض الكاملة لمتلازمة أكثر ندرة (0.19% في انجلترا) (تشالدر 2003 جارالدا وتشالدر 2005) ويظهر أن هناك انتشارا غير متساو بين الدول حيث عدد حالات أكبر يوجد في الدول الشمالية والغربية .

اضطراب التحول

معدل انتشار اضطراب التحول حول العالم غير معروف ،أشارت دراسة أجريت على الأطفال الاستراليين تحت سن 16 سنة فحصوا من قبل أطباء الأطفال وشخص اضطراب التحول لديهم أن هذا كان نادرا (معدل حدوث 2.3- 4.2 في كل 100000 طفل) (كوزلواسكا 2007) ويدعم هذا دراسة وطنية أجريت ف بريطانيا وجدت أن معدل الحدوث في مدة 12 شهر هو 1.3 لكل 100000 طفل تحت سن 16 (آني 2013).

ألم البطن الوظيفي

في دراسته التقليدية وجد (أبلي 1975) أن 10% (12% إناث و9% ذكور) من الأطفال لعامة السكان داهمهم على الأقل ثلاث نوبات من ألم البطن الوظيفي الشديد بما يكفي للتأثير على معدلات النشاط والوظيفة على مدار 3

شهور وعلى الرغم من ذلك فإن البعض فقط من هؤلاء الأطفال تأثروا بشدة للمستوى المتوقع اكلينيكيًا في اضطرابات الجسدنة.

معدلات مماثلة منذ ذلك الحين ذكرت في بريطانيا (فيلا 2012).

سن الحدوث والنسب الجندرية

معظم اضطرابات الأعراض الجسدية واضطرابات الألم تبدأ في سن الطفولة والمراهقة المبكرة، ومع ذلك فإن اضطرابات التحول تميل للظهور متأخرا في متوسط عمر 16 سنة (لييب 2000) الأعراض البطنية تزيد معدلاتها في السن من 3 ل 9 ثم تزيد بشكل ثابت حتى سن المراهقة .

آلام الرأس والصداع أقل شيوعا في مرحلة ما قبل المدرسة عن الأطفال الأكبر والمراهقين ، في الإناث تبدأ اضطرابات الألم في سن 11 وحتى 19 ولكن في الذكور تكون في سن أقل من 13 سنة.

الأعراض الجسدية أكثر شيوعا في الإناث عن الذكور . يخبر الإناث عن أعراض جسدية أكثر مع تقدم البلوغ والمراهقة (لريش 2005) في أغلبية الدراسات ووجد ان الإناث يخبرون أعراضا بمعدلات أكبر في مرحلة المراهقة ، بينما تقل معدلات الاخبار ببعض الأعراض الجسدية(مثل : ألم البطن) في هذه المرحلة للذكور (لريش 2005).

بالرغم من أن هذه المؤشرات والاختلافات الجندرية العامة ، هناك اختلافات عبر أنواع الجسدنة المختلفة ، ولوحظ أن البلوغ يُعد علامة مميزة أكثر من العمر بمفرده ، (كارين 2011) حيث أن حالة البلوغ تكون مصحوبة ببعض وليس كل الأعراض الجسدية الوظيفية ، مما يدل على أن العوامل البيولوجية تتدخل بشكل مختلف كمسبب للجسدنة .

الأسباب

مجموعة متنوعة من العوامل الفردية، الأسرية، البيولوجية، والبيئية من المرجح أن تكون مهينة، مرسبة ، أو مدمية لاضطرابات الجسدنة .

و تحديد أي تلك العوامل ذو صلة سوف يختلف بحسب كل حالة ولا شيء من هذه العوامل بمفرده يعتبر ضرورياً أو كافياً لإطلاق العرض . كل فرد لديه عوامل الضعف الخاصة التي تجعله أكثر عرضة . وفهم هذا ضروري لصنع خطة علاجية المناسبة لكل فرد (راسك 2018).

العوامل الفردية

الأشخاص ذوو الطبع الحساس والضمير الحي القلقون يكونون أكثر عرضة لتكون أعراض الجسدنة لديهم . أولئك الذين لديهم تاريخ من القلق والتقلب العاطفي أيضا يزيد الخطر لديهم.

قد تشمل العوامل المرسبة الضغوط الاجتماعية مثل التعليقات القاسية في المدرسة والعمل والعلاقات وقد يبرهن على ذلك وجود علاقة زمنية بين هذه الضغوط وتكون الأعراض .

قد لا تبدو الضغوط على الطفل شديدة ومع ذلك عندما تجتمع مع طبيعة حساسة وقلقة قد يتم ادراكها بشكل أكثر تطرفاً وتكون كافية لترسيب نوبة من المرض . وحتى أحداث الحياة الشائعة جدا قد تلعب دوراً ،

على سبيل المثال : في أطفال ما قبل المدرسة الذين لديهم شكاوى جسدية متعددة وجد أنهم يمرون بالمزيد من أحداث الحياة العادية (مثل: ولادة إخوة) بالمقارنة بالأطفال الذين ليس لديهم أعراضاً جسدية.

لابد من النظر بتأنٍ إلى إذا ما كان هناك دلالة على وجود ضغوط أخرى، كالإساءات أو ضغط مدرسي يقع على الطفل، الإساءات السابقة قد تزيد الاستعداد أو ترسب نوبة من المرض، بالرغم من أن هذا يبدو من عوامل الخطورة لدى الكبار أكثر من الصغار.

استمرارية أعراض الجسدنة قد يكون بسبب سمات شخصية في الطفل (مثل: الحساسية المفرطة، القلق) وما يتكون عند الطفل من صعوبات لاحقة في التكيف مع أحداث الحياة اليومية نظراً لعوامل الطباع والعواطف تلك.

عوامل الخطر للجسدنة في الأطفال والمراهقين جدول (1.1.3)	
الشخصية	-المعاناة الشخصية من مرض جسدي -زيادة التركيز على الأحاسيس الجسدية -الأشخاص القلقون ذوو الاحساس المفرط، سريعي التأثر، المائلين للإنجاز. -مخاوف خاصة بالعلاقة مع الأقران -التوجه لتحقيق انجازات عالية
الأسرة	-مشاكل في الصحة الجسدية -مشاكل في الصحة العقلية -جسدنة الآباء -الاستغراق في الانفعال -محدودية القدرة على التواصل حول الأمور الانفعالية
البيئة	-ضغوط الحياة مثل: المدرسة المضايقة والتنمر -الضغط الأكاديمي
مقتبس من جلدل و جارالد(2009)	

العوامل الأسرية

الأسر التي يكون فيها القلق بارزاً ويكون فيها حماية زائدة وانفعالات قوية ومستويات عالية من الضغوط على الأم قد تُهيئ الطفل لتكوين أعراض جسدية.

في الأسر التي يكون فيها مشاكل صحية ، تكون الأعراض الطبية الغير مفسرة تشبه الأعراض الموجودة عند فرد الأسرة المريض ، (مثال: فقدان الحركة عند الطفل قد يحدث عند الأسرة التي يكون فيها أحد الوالدين يعاني من الشلل بعد حادث) وبالإضافة لذلك فإنه في حالة وجود مشاكل صحية أو جسدية مرضية بين أعضاء الأسرة أو السعي المتكرر لطلب المساعدة الطبية ، فقد يساهم هذا في أعراض الطفل حيث يعطى الانتباه لهذا النوع من السلوك من خلال آلية تعلم السلوك بالقدوة.

اعتلال صحة الوالدين (فيزيقيا ، جسديا أو نفسيا) ومواقف الضغط المزمن (مثل عدم توافق الزوجين المستمر ، صعوبات المدرسة) قد تكون مصحوبة باستمرارية أو تكرارية الأعراض الغير مفسرة في الطفل .توتر الآباء الناتج عن الأعراض لدى أطفالهم وتكرار الشكوى قد تزيد من الانتباه إليها وتقلل من استخدام استراتيجيات تغلب بديلة مثل التشثيت وتعزير سلوك الطفل في اختبار أعراض جسدية والإخبار بها .

فآباء الأطفال الذين يعانون جسدية مرضية يميلون للإقلال من العقاب كما يكونون محبطين وغاضبين ازاء شكاوى أطفالهم مقارنة بالآباء الذين لا يشكو آبائهم أعراض جسدية متكررة ، هذا النمط من الوالدية قد يؤدي إلى استمرار المرض ، وقد يهيمن على تفكير الأسرة الاعتقاد بأن هناك سببا عضويا ،وإذا لم تضع الأسر اعتبارا للتفسير النفسي فانها تقاوم العلاج النفسي مما يزيد فرصة استمرارية أعراض الجسدية.

قد تؤدي الجسدية عند الطفل على التأثير على الحياة اليومية للأسرة بأسرها كما تؤثر على الطفل ،على سبيل المثال قد ينتج عن ذلك أن يحصل الوالدين على وقت أقل للراحة أو أجازات أكثر وما يلحق ذلك من تبعات مادية . تحتاج الأسر إلى اعادة ترتيب أنفسهم في أنشطتهم اليومية لاستيعاب الاهتمام بالطفل المريض والذي من الممكن أن يزيد ضغط الأسرة .

العوامل الحيوية :

في بعض الحالات تظهر اضطرابات الجسدية بعد مرض جسدي حديث (مثال : قد يتبع النزلة المعوية ألم وظيفي شديد في البطن أو أن تتبع متلازمة الاجهاد المزمن الحمى الغدية ، أن يسبق فقدان الوظيفة في أحد الأطراف في اضطراب التحول جرح فيه ، نوبة اغماء تتطور إلى نوبة تشنج كاذبة) وجد أن الجينات تلعب دورا في الحساسية للألم وباقي أحاسيس الجسد. وجد (دياتشينكو 2005) أن خبرة الألم تتأثر بالشكل الوراثي لجين كاتيكول0 ناقل الميثيل وهناك قواعد جينية أشير إلى مسئوليتها عن وجود علاقة بين الاكتئاب ومحن الحياة وأعراض الجسد الوظيفية (يو وآخرون 2004 ، كامبو 2012).

العوامل البيئية

المخاوف الخاصة بالمدرسة من حيث الضغط الأكاديمي ،وضغط الأقران ، العلاقة بالمدرسين وبشكل خاص التنمر حيث أنه شائع في الأطفال مع أعراض الجسدية ، وقد يكون من عوامل الخطورة المهينة أو المرسة. الأطفال الذين لديهم أعراض جسدية عادة ما يكونون حساسون بشكل خاص للتفاعلات الاجتماعية ، وقد يكون لديهم توقعات تعليمية عالية . قد يعبرون عن قلقهم من عدم قدرتهم على الأداء الدراسي بسبب أعراضهم والغياب من المدرسة يجعلهم أسوأ وعادة مايشعرون بالاحراج ، الغضب وسوء فهمهم كذلك بالحساسية تجاه افتراضات الآخرين بأنهم يحاولون الغياب عن المدرسة . هذا القلق عادة ما يؤدي إلى عدم الحضور وبمجرد توقفهم عن الحضور قد يصبح الطفل شديد القلق بشأن العودة وقد يؤدي هذا إلى استمرار المشكلة.

التقييم

فكر باضطراب الأعراض الجسدية والاضطرابات ذات الصلة عندما يوجد الآتي :

- علاقة زمنية بين الضغط النفسي الاجتماعي والأعراض الجسدية .

- طبيعة وشدة الإعاقة الناتجة عن الأعراض غير متماشية مع الخلل الوظيفي .

- اضطراب نفسي مصاحب .

عادة ما يكون طبيب الرعاية الأولية هو المحطة الأولى لمعظم الأطفال، التقييم الاعتيادي ، الفحوص ، والتطمينات بعدم وجود ظرف طبي يحتاج للعلاج من طبيب الأسرة قد يخفف كثيراً من المخاوف بالنسبة للطفل ليحسن ويكفل مستوى وظيفي معقول بدون احتياج للمزيد من التدخل ومع ذلك قد تستمر الأعراض.

الأطفال والأسر ذوي الأعراض المتعددة المستمرة ويعانون مستويات قلق عالية بخصوصها قد يتم تحويلهم لاختصاصي طب الأطفال نظراً لطبيعة تلك المشاكل والتقييم في تلك المرحلة يحتاج إلى الوضع في الاعتبار كلا من العوامل الفيزيائية والنفسية والاجتماعية المشاركة والتي تساعد على استمرارية الأعراض. أفضل نهج هو العمل في إطار حيوي نفسي اجتماعي حيث يتم اعتبار المساهمة النسبية لتلك العوامل .وفي حال استمرار الأعراض بعد هذا المستوى من التقييم والتدخل الذي يتضمن استهداف تلك العوامل المحددة ، أو كانت الأعراض شديدة إلى حد كبير ، أو كان هناك شك في التشخيص فيجب تحويل الطفل إلى خدمات الصحة العقلية.



الطفل المريض . إفارد مانش (1985) متحف المانش أوسلو

التحويل إلى خدمات الصحة العقلية يحتاج إلى أن يتم بشكل حساس مع الاعتراف بالأعراض ، لأن الكثير من الأطفال والأسر يقلقون من عدم أخذ شكواهم على محمل الجد وأن هذا التحويل إلى خدمات الصحة العقلية يعني أن الأعراض التي يعانونها يُعتقد أنها غير حقيقية ، من المهم جدا أثناء التقييم الصحي العقلي التثبيت من الحصول على رؤية كل من الطفل والوالدين للمرض. كثير من الآباء يستمر في تتبع الأسباب العضوية ولهذا فإنه من المهم احتواء كل الأعراض الجسدية والتعرف على التشخيصات الطبية التي تم استبعادها ، واستكشاف كل التفسيرات الفسيولوجية المحتملة ، والانتباه إلى أنه من الممكن تواجدها الأسباب الفيزيائية والنفسية معا .

التقييم النفسي لا بد أن يحتوي على التاريخ التطوري والنفسي ، والحالة العقلية ووظيفة الأسرة ، قد يساعد التقييم باستخدام المقاييس النفسية خصوصا في تحديد إذا ما كان هناك تفاوت بين مستوى التعليم المتوقع من الطفل وواقع قدراته . نحتاج إلى أخذ تاريخا مفصلا من المدرسة بما في ذلك أيام الغياب بسبب الأعراض.

انطباع الآباء عن شكوى الطفل من أعراض جسدية مصاحبة مع مرض جسدي

عانت سلة من فقدان كامل للحركة في الذراعين والقدمين وآلام بالرأس وتم تشخيص اضطراب التحول لديها على الرغم وجود ورم في المخ يحتاج إلى جراحة

كل الأعراض زالت بعد التدخل الطبي والنفسي قبل الجراحة ، ولم يعد الجراحون للعملية إلا بعد زوال كافة الأعراض والذي لحسن الحظ تم بالكامل في الأسفل اقتباسا من كلام الوالدين :

كانت ابنتنا مقبلة على يوم مولدها الخامس عشر مستمتعة بحياتها لديها العديد من الأصدقاء وأدؤها جيد في المدرسة وتظهر استعدادا كبيرا وحماسا قويا للتعلم وللعب وبعد أجلة للأسرة قضيناها في بلد أجنبي عادت وهي تشكو من ألم شديد في الظهر ، وتطور هذا إلى صداع متقطع وعدم القدرة على تحريك ذراعها وقدميها . عند الحجز بالمستشفى كان واضحا أن بعض الأعراض ليس لديها أساس عضوي ، وهذا لا يعني التقليل من حقيقة المشكلة ولكن يعني تعقيدا أكثر

لقد كنا في حيرة عن السبب الذي قد يكون وراء هذا السلوك ، ولم يكن هناك أي أسباب واضحة ، توفي الجد منذ بضع سنوات بسبب الشيخوخة ، ولم يكن هناك إساءة أو صدمة واضحة . كل ما نُكنا معه كان المخاوف الخاصة بالبلوغ والمراهقة والتي لم تكن جزءا من حوار مفتوح بين الآباء والأبناء . كنا نقف على حافة بحر نصف منسي نتذكر نصفه من خلال مراهقتنا ولكن لا نفهمه بشكل فردي ولا عن الفقد وعلاقته بتلك الأعراض .

وكان ذلك ضاغطا بالتأكيد وهكذا كان هناك دعما عظيما من الفريق الطبي ، تلقت ابنتنا العلاج الطبيعي وتكررت العروض على فريق طب الأطفال وأجرينا مقابلات عدة مع طبيب نفس الأطفال وتم استكشاف حياتها من منظور لسري نفسي واجتماعي ، وأخيرا وُوجد السبب العضوي وهو ورم في المخ ، هذا التشخيص أدى إلى تحسن سريع للأعراض من الممكن والمحتمل أن تشخيص هذا المرض ساعد على حفظ ماء الوجه لتتعالج من الأعراض التي لديها ، والأکید أن تلك الأعراض كانت بغرض ما . بالتأكيد بدأنا معالجة الأعراض التي بلا سبب عضوي وانتهينا بالسبب العضوي ولكن بلا أعراض ، كان هذا تسلسلا غريبا.

هذا المثال يوضح التعقيدات الخاصة بالكثير من تلك الاضطرابات وحقيقة أن اضطرابات التحول قد تصحب أمراضا عضوية ، ولكن المرض الجسدي يكون غير متماشيا مع الأعراض ويتم ايجاد العوامل النفسية والاجتماعية المساعدة في التقييم النفسي .

وحتى بعد التقييم للصحة العقلية (النفسي) والبدأ بالتدخل العلاجي ، لا يتقبل كثير من الأسر التفسير النفسي وقد يستمرون في طلب المزيد من الفحوص للبحث عن سبب عضوي .يعتبر اشراك الأسرة مبكرا في عملية التقييم والعمل معها لتحقيق وجهة نظر مشتركة أمراً حيويًا قبل التأسيس لعلاج فعال ،التحديد والتسمية السريعة الدقيقة للجسدنة من الممكن أن تحسن المآل ، بينما سوء التشخيص أو التأخر فيه من الممكن أن يؤدي تأثيرا سلبيا على تحسن الفرد ويزيد من العبء على الأسرة والمجتمع.

المظاهر السريرية



أكثر الأعراض شيوعا هي آلام البطن المتكررة آلام العظام والعضلات ،الصداع ومع مختلفة .

الألم المستمر

آلام البطن ، الصداع، آلام المفاصل ، وآلاماً وأوجاعاً أخرى قد تشكل اضطراب الأعراض الجسدية ذو الألم السائد ، عندما يكون الألم مستمرا شديدا ويسبب ضغطا عصبيا ،ويحدث بالتزامن مع الضغوط النفسية والاجتماعية والتي تكون كافية لجعل لها أهمية سببية .

على نحو مميز يتواجد ألم البطن الوظيفي بشكل منتشر أو حول السرة ويكون قويا ، يميل الألم إلى أن يكون أسوأ أثناء اليوم ، وعادة لا يحدث بالليل أو في أيام العطلة من المدرسة ، قد صاحب ذلك تغييرا في طبيعة الأمعاء ، قئ، حمى صداع نعاس وقد يبدو على الطفل الشحوب والذي من الممكن أن يعزز اعتقاد الأسرة في وجود مرض عضوي .
آلام الرأس تكون على الأرجح غير مميزة مثل الصداع الناجم عن التوتر (متكررة ، على الجانبين ، أمامي عادة ، ألم يشبه الحزام)ولكن هذا عادة ما يتواجد مع نوبات الصداع النصفي(ألم أحادي الجانب شديد ومتكرر مصحوبا بشعور مسبق ، غثيان وتاريخ مرضي في الأسرة) .

الاجهاد المزمن

يصنف في تقسيم الأمراض العالمي الحادي عشر تحت (اضطرابات عسر الجسد) أو إرهاق ما بعد الفيروس ، اذا كان حدوته بعد عدوى فيروسية ،من الشائع أن تبدأ هذه المتلازمة بأعراض تشبه الانفلونزا الحادة أو الحمى

استمع إلى فتاة تبلغ من العمر 15 سنة تصف متلازمة الإجهاد المزمن
<https://www.youtube.com/watch?v=wRPyBrTPcTY&feature=relmfu>

الغدية . من الممكن أن تبدأ بشكل تدريجي ومسار متذبذب ، الاجهاد المزمن يتميز باجهاد جسدي وعقلي وانهاك بعد أي اجهاد بدني أو عقلي بسيط نسبيا .الاجهاد لا يتحسن بالراحة ويكون مصحوبا بانخفاض القدرة على تحمله والانسحاب من الأنشطة اليومية . غالبا ما يشكو الطفل من آلام الرأس ، صعوبات النوم ، آلاما وأوجاعا ، ضعف القدرة على التركيز ، دوار، ضعف جسدي، تقلب في المزاج وقلق بشأن انخفاض في الصحة البدنية والعقلية ، يكون الاجهاد مزمنًا ولا يوجد علاقة له بمرض طبي مستمر .

هناك عادة اضطرابا نفسيا مصاحبا خصوصا القلق والاكتئاب ، قد تسعى عائلة الطفل كثيرا لأخذ آراء طبية وقد يكون الطفل قد تلقى العديد من التشخيصات عند تقييمه ،عادة ما يكون هناك تدهورا وظيفيا لفترة طويلة مع غياب ملحوظ عن المدرسة وفترات الطويلة من الراحة في السرير(جارالدا 1996 ، جارالدا وكالدرا 2005 ، روما وآخرون 2019).

الاضطراب التحولي

يسمى أيضا في الدليل الاحصائي والتشخيصي الخامس "اضطراب الأعراض العصبية الوظيفية" هذه الحالة قد تشمل فقداننا في الاحساس أو الحركة غير مفسر بمرض عصبي أو طبي . عندما يحدث هذا الاضطراب في الأطفال فإن وجود فقداننا أو خلافا في الوظيفة الحركية هو الأكثر شيوعا، نوبات التشنج النفسية الغير صرعية قد تظهر كأعراض أيضا ،وبشكل أقل شيوعا في الأطفال يظهر فقدان حواس مثل البصر و السمع أو اللمس أو فقدان الوعي ، أو حالة اضطراب (فوجو) أو الخرس .

للتشخيص لا بد من وجود علامات سريرية دالة على أن هذه الأعراض غير متناسبة مع أي مرض عصبي وتضع في الاعتبار الصورة السريرية العامة ، وليس فقط الأعراض ، الظاهرة التقليدية المسماة (لامبالاة ببلي) والتي تعني عدم الاكتراث بالأعراض غير مساعدة في التشخيص خصوصا في الأطفال ، تظهر الأعراض عادة بعد صدمة مثيرة وغالبا ما تتلاشى في خلال أسابيع قليلة أو شهور .

نوبات التشنج النفسية الغير صرعية

تميل إلى الظهور في الدول الغربية وقد تكون أكثر شيوعا في ثقافات محددة ، نوبات التشنج النفسية الغير صرعية هي نوبات من الحركات أو التشنجات الغير متماشية مع سمات نوبات الصرع الحقيقية وبدون تغيير في رسم المخ . في مراجعة 883 حالة في عيادة أطفال واحدة متخصصة في الصرع وجد أن 15% لديهم نوبات حادة غير صرعية ، وأن معدل النوبات الكاذبة في الأطفال قبل سن المدرسة 3% و 43% في سن من 5 ل 12 سنة ، و 87% في سن من 12 ل 18 سنة (كوتاجال وآخرون 2002) من الممكن تواجد نوبات التشنج النفسية الغير صرعية والصرع معا ولكن هؤلاء هم النسبة الأقل من الأطفال فقط 1.5% لديهم صرع حقيقي (كوتاجال 2002) الأعراض الموجودة قد تكون مشابهة لنوبات الصرع مما يؤدي إلى التأخير في التشخيص ، نوبات التشنج النفسية الغير صرعية قد تكون جزءا من وضع سريري معقد (مثال شاندرآ وآخرون 2017)الأطفال بنوبات التشنج النفسية الغير صرعية لديهم خطورة أعلى للمرض النفسي ، خصوصا الاكتئاب والقلق (ريللي وآخرون 2013).

التشخيصات المتباينة

الأعراض الموجودة في حالات الجسدنة مثل الشكاوى الفيزيكية والغياب من المدرسة ربما تكون مؤشرا على وجود اضطرابات نفسية مختلفة كامنة ، ولهذا من المهم أن تحمل في عقلك هذه التشخيصات الشبيهة

الخوف من المدرسة ورفضها

فقدان الشهية العصبي

اضطراب الاكتئاب

اضطرابات القلق وقلق الانفصال عن الأهل

الصمت الاختياري

افتعال المرض

الاضطرابات المصاحبة

اضطرابات نفسية مصاحبة قد تسبق ظهور الأعراض الجسدية وقد تظهر أيضا مع سير اضطراب الأعراض الجسدية ، ويكون بين الأطفال الحاضرين لطلب الخدمة الصحية ما بين الثلث إلى النصف لديهم اضطراب نفسي مصاحب . قد يكون هذا بشكل متقطع و في متلازمة الاجهاد المزمّن الشديد في خلال سير المرض لمدة عام فإن حوالي الثلث أرباع قد يعانون من اضطراب القلق أو الاكتئاب .

في أطفال المدارس القلق والاكتئاب هي الاضطرابات المصاحبة الأكثر شيوعا ، اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه واضطراب التحدي المعترض قد يتواجدا أيضا ، وخصوصا في الأولاد.

في الأطفال ما قبل المدرسة ، اضطراب فرط الحركة واضطرابات التكيف ، قلق الانفصال عن الأهل، اضطرابات التغذية والإخراج قد تتواجد .

مراحل التطور المبكرة لعلم الأمراض النفسية (لييب وآخرون) أظهرت أن اضطرابات التحول في المراهقين الأكبر والبالغين الأصغر تكون مصاحبة لاضطرابات الأكل بينما اضطرابات الألم تكون مصاحبة للاكتئاب و اضطراب الهلع وكرب ما بعد الصدمة ، مستوى التدهور يُظهر ازديادًا كلما زادت الاضطرابات المصاحبة .

المعايير التشخيصية البحثية لحالات مثل اضطراب الإجهاد المزمّن جعلت وجود اضطرابا نفسيا أوليا (مثل:فقدان الشهية العصبية) من معايير الاقصاء .ومع ذلك فإن اضطرابات الأعراض الجسدية و حالات الجسدنة قد تتزامن مع تشخيصات نفسية أخرى . يعد اضطراب الأعراض الجسدية تشخيصا أوليا عندما يحدث الآتي .

_بروز الأعراض الجسدية أكثر من المزاجية والسلوكية .

_الأعراض الجسدية هي السبب الرئيسي للتدهور الوظيفي .

_الاعتقاد الغير مبرر بوجود مشكلة طبية والسعي المتكرر لطلب المساعدة الطبية .

اضطرابات الأعراض الجسدية قد تتواجد أيضا مع الاضطرابات العضوية . في حالة وجود مرض طبي من المهم أن توضح أي من الأعراض الجسدية متوافق مع المرض العضوي ، وما الذي من المرجح أن يعزى إلى ضغوط نفسية اجتماعية معروفة .

التفرقة بين تشخيصات عديدة محتملة واثبات الاضطرابات المصاحبة، والبدء بإدارة العلاج من الممكن أن يكون معقداً ، خصوصاً في الحالات التي يتزامن فيها وجود الأعراض الحيوية مع النفسية على سبيل المثال الطفل الذي يتزامن لديه وجود نوبات تشنج نفسية غير صرعية مع نوبات صرع .

المقاييس التقديرية والأدوات التشخيصية

الأدوات التي تقيس الأعراض الجسدية والتدهور الوظيفي من الممكن أن تكون مفيدة لكل من التقييم ومراقبة التقدم المستمر .

جدول 1-1-4 المقاييس التقديرية

التعليقات	ماذا يقيس؟	المقياس التقديري
يحدد اضطرابات الجسدية والأعراض المصاحبة لها وشدها	35 عرض وشدة الأعراض في خلال الأسبوعين السابقين للتقييم	جرد جسدية الطفل Child Somatization Inventory
يقيس وجود وشدة التدهور الناتج	الفقدان في الوظيفة في المشي والسفر ، الأعمال اليومية ، أنشطة الفراغ ، النوم والطعام	معامل الفقد الوظيفي Functional Disability Index
يقدر أعراض الإجهاد	سمات الاجهاد البدني والعقلي	التقرير الذاتي للإجهاد لكالدن Chalder Fatigue Self-Report Scale

قد يساعد تدوين الأعراض في دفتر مصمم لكل فرد بحسب أعراضه . باستخدام دفتر يوميات الأعراض لاثبات شدة وتكرار الأعراض عبر الوقت ، تحسناً مرئياً قد يلاحظ من المريض قبل شعوره الشخصي بالتحسن.

الرؤية قد تساعد على استمرارية التفاؤل والدافع للعلاج ، بالإضافة إلى ذلك ، استخدام المقاييس قد يساعد على تسهيل الانخراط إلى حد بعيد في العلاج والتأهيل .مقاييس التقدير الخاصة التي قد تساعد تشمل إيجاد الأعراض الجسدية للأطفال ، معامل الفقد الوظيفي _مقياس الإجهاد

، التقرير الذاتي للاجهاد لكالد

(كالد وآخرون 1993) (انظر جدول E 13)

قد يكون من المساعد أيضا قياس التغيير في القلق والاكتئاب بالمقاييس المناسبة عندما تتواجد هذه الأعراض .

العلاج

الاستراتيجيات العامة

هو الخطوة التالية من التقييم وبمجرد تحديد الاضطرابات الجسدية أو النفسية أو استبعادها فإنه يجب التخطيط لعلاج اضطراب الأعراض الجسدية يعد دمج الأسرة هو الخطوة الأولى و الاستراتيجيات القادمة قد تساعد في تسهيل الانخراط أثناء العلاج ، (كثير من هذه الاستراتيجيات ستكون أيضا مساعدة في مرحلة التقييم):

_ ابذل جهدا في فهم معتقدات الأسرة عن المرض ، درجة الاقتناع بالأسباب الجسدية ، الاقتناع بالفحوص والنظرة للتحويل للتقييم النفسي والعلاج.

_ لا تسأل عن حقيقة الأعراض .

_ اعترف بأن المرضى لديهم مرض حقيقي يعطل حياتهم ويؤثر على الأسرة .

_ ابحث عن التفسيرات المختلفة للأعراض .

_ ناقش بشكل كامل أي مخاوف من المرض الجسدي تشغل الأسرة ونتائج الفحوص التي قاموا بها.

_ اجعل الأسر على وعي بنسب الانتشار المرتفعة للأعراض الغير المفسرة طبيا (2-10%) قد يطمئن هذا الأبوين لعدم وجود سبب عضوي.

_ لاتنقل الشعور بالارتباك عند إخبار تشخيص اضطراب الأعراض الجسدية والاضطرابات ذات الصلة أو أي تشخيص نفسي.

_ أكد على أن الشفاء قد يستغرق وقتا ولكن الغالبية العظمى من صغار السن يتحسنون.

_ ساعد الأسرة والطفل على تطوير مهارات للتعامل مع الأعراض وتقليل التدهور الوظيفي.

ضبط إدارة العلاج

كما ذكر بالفعل ، فإن التقييم والعلاج المبدئي يبدأ بوحدات الرعاية الأولية من الممارس العام أو طبيب الأطفال ، ويشجع استخدام الإطار الحيوي النفسي والاجتماعي منذ البداية، عندما لا تستجيب الأعراض للتقييم والتدخل يجب الإحالة إلى الطب النفسي ، الإحالة للطب النفسي قد تكون مفيدة خصوصا في حالة عدم التأكد ، إذا ما كان هناك اضطرابا نفسيا مصاحبا ، وعندما يكون هناك مشكلة عائلية كبيرة تمنع زوال الأعراض، إذا تم التوصية بالإحالة للطب النفسي فعلى الطبيب النفسي التثبت من موقف الأسرة تجاه التقييم النفسي ومناقشتها معهم وتعيين مخاوفهم السابقة للإحالة.

استراتيجيات إدارة العلاج الخاصة :

العلاجات الخاصة قد تشمل العمل النفسي الفردي والعائلي ، التواصل مع المدرسة والخدمات الاجتماعية، التنسيق بين كل المعالجين والمهنيين المعنيين يعد ضروريا للتأكد من أن الجميع يعملون لخدمة أهداف متشابهة ، يجب أن يهدف العلاج إلى تنمية العلاقة بين الطفل ، الأسرة والمهنيين المعنيين ، بما في ذلك المدرسين خصوصا عندما يكون الحضور إلى المدرسة مشكلة .الاستراتيجيات الخاصة تتنوع ويتوقف ذلك على الطبيعة الدقيقة لاضطراب الجسدنة.



<https://www.youtube.com/watch?v=LpAy8uBQTq0&feature=related>

محاضرة قصيرة عن التشنج الكاذب أو التشنجات النفسية الغير صرعية

انظر للمربع على الجانب للحصول على معلومات عن العلاجات الخاصة

في التشنجات النفسية الغير صرعية).

إدارة اضطراب افتعال المرض يشبه ما نقوم به في ادارة اضطراب الأعراض الجسدية والاضطرابات المصاحبة له ، نؤكد على أن احتواء الأسرة شيء جوهري ، للحد من خطورة أن يصبحوا معاقين أو غير مباشرين بعد إدراك طبيعة افتعال الأعراض ، الصغار الذين يعانون من أعراض افتعال شديد عادة ما يعيشون في عائلة تعاني من المشاكل في العلاقات البينية ، صعوبات في التواصل وسوء استخدام العقاقير والذي يجعل من العمل مع الأسرة تحديا (فايرتاج وايمينسون 2014).

التدخلات النفسية :

العلاجات النفسية الخاصة وعدد مرات التواصل سوف تختلف ويتوقف ذلك على طبيعة الاضطراب ، ومع ذلك فإن سمات مؤكدة سوف تكون شائعة ومن الممكن أن تكون فعالة في كل اضطرابات الأعراض المرضية وحالات الجسدنة (بونافاني وآخرون 2017).

قد تقدم التدخلات من خلال مجموعة من التخصصات المختلفة مثل مقدمي الرعاية الأولية ، أطباء الأطفال ، والأطباء النفسيين وباقي العاملين في مجال الصحة النفسية معظم استراتيجيات العلاجات سوف تنطوي على:

_ أن يتم العمل بالقدر الذي تستطيع الأسرة تحمله.

_ أن يشدد على تقليل فقدان الوظيفي .

_ استخدام تقنيات تحفيزية مصممة لتشجيع الأطفال المترددين.

_ بالتعاون مع الجميع أوجد طريقة للتحسن تكون مقبولة من الطفل.

_استخدم يوميات لقياس الأعراض المتنوعة ، فقدان الوظيفة والتقدم في الحالة قد يشجع هذا المريض والأسرة للانغماس إلى حد أبعد في العلاج .

_اعترف بأن إعادة التأهيل قد تؤدي إلى تدهور الحالة مؤقتاً ، تحدث حول تلك المخاوف.

_طور تقنيات للتعامل مع الأعراض الخاصة وفقدان الوظيفة (مثل: تشتيت الانتباه ، استرخاء العضلات للتعامل مع الآلام، التدرج في ممارسة الرياضة للتعامل مع مشاكل العضلات والإرهاق ، الإدارة العملية للتشنجات الكاذبة).

_طور استراتيجياتاً وطرقاً تركز على التعامل الفعال مع المشكلات .

_اصنع برنامجاً تدريجياً لإعادة التأهيل محدد الأهداف القابلة للتحقق بحيث تكون ثابتة ومقبولة.

_استطلع التوقعات للأهداف النهائية حيث قد تكون مرتفعة بشكل غير واقعي.

_شجع عادات النوم الصحية والتغذية الصحية .

_استخدم العلاجات النفسية مثل العلاج المعرفي والسلوكي والتركيز الذهني والتأمل.

_استخدم العلاج الأسري للتعامل مع العوامل الأسرية التي قد تكون ساهمت في الأعراض أو تتعارض مع الشفاء. فعالية العلاج المعرفي السلوكي الأسري ظهرت بوضوح في مشكلة ألم البطن المتكرر ، الدراسات المحكمة التي أجريت على عينات عشوائية أظهرت أنه حقق تقليلاً كبيراً للألم وقلل التعارض مع الأنشطة اليومية وقلل الانتكاسات ، وزاد من رضا الأبوين (ساندراز وآخرون 1994، روينز وآخرون 2005) أما في الإجهاد المزمن فالعديد من التجارب رجحت أن العلاج المعرفي السلوكي وبرامج النشاط البدني المتدرجة فعالة (ويتينج وآخرون 2001) وتعديل نهج العلاج المعرفي بما يناسب الأطفال ليشمل الأسرة موصى به . هناك ترجيحات بأن العلاج المعرفي من خلال الانترنت للمراهقين فعال (كراولي 2018) أمثلة من تقنيات العلاج المعرفي السلوكي الخاصة المذكورة في القائمة أعلاه وتشمل يوميات الأعراض ، تقليل الانتباه للأعراض ، التعرض المتدرج للأنشطة ، الاسترخاء والتثقيف النفسي عن العلاقة بين الألم النفسي والجسدي.

العمل مع الأسرة :

من الضروري إشراك الأسرة لتسهيل تنفيذ الخطة العلاجية ، ولهذا ومن خلال عملية العلاج تحتاج الأسر للتعامل مع مخاوفها ، تلعب الأسر دوراً رئيسياً في مساعدة الأطفال على تعلم استراتيجيات جديدة للتعامل مع الضغوط والتقليل من سلوكيات الأسرة التي من المحتمل ان تعزز الأعراض .اضطرابات الوالدين النفسية ، ضعف الأسرة وضغوط الأسرة التي من الممكن أن تؤدي إلى استمرارية الصعوبات لدى الطفل من الممكن التعامل معها في العمل الأسري ، بعض المسائل الأسرية قد تكون غير واضحة في المرحلة المبدئية للعلاج وهكذا فإن التقييم المنتظم وإضافة التدخل المناسب عند الحاجة مطلوب .

العلاج الدوائي :

من الممكن استخدام العلاج الدوائي النفسي على الرغم من عدم وجود علاجا دوائيا مرخصا بشكل خاص لاضطراب الأعراض الجسدية والاضطرابات ذات الصلة ، كما أن البرهان على ذلك محدود ، فمثبطات إعادة امتصاص السيروتونين الانتقائية قد تساعد في حالة وجود اكتئاب شديد مصاحب، غالبية الأطفال الذين يعانون الجسدية لديهم انخفاض في الحالة المزاجية كما يعانون من حالة من القلق في مرحلة ما من مرضهم ، العلاجات الدوائية في بعض الأطفال تسهل من تطبيق عملية التأهيل ، أحيانا قد يساعد استخدام مجموعة البنزوديازيبين

(مع اعتبار نقائصهم) على المدى القصير في علاج القلق المصاحب ، على سبيل المثال خلال انتظار عمل مثبتات إعادة امتصاص السيروتونين الانتقائية(كامبو، 2008).

التواصل مع المدرسة :

من المهم جدا التواصل الوثيق مع المدرسة لتقليل الضغوط المدرسية ، والوقوف على التوقعات المتضاربة بين الطفل والأسرة والمدرسين ، تصميم برنامج مدرسي وإقامة استراتيجيات لمساعدة الطفل على التعامل مع الأعراض في المدرسة (مثال تقليص الجدول) يعد جزءا مهما في العلاج ، إذا كانت نوبات التشنج النفسية الغير صرعية من ضمن الأعراض ، فإننا نحتاج إلى تأسيس خطة واضحة تشمل طرقا لتقليل التأثير الدرامي داخل المدرسة ، في الحالات الشديدة التي يكون فيها الأطفال متغيبون عن المدرسة ، فيجب التخطيط لإعادة إدماجهم بشكل تدريجي مع الوضع في الاعتبار إمكانية إدخالهم في وحدة طب أطفال او طب نفسي بإمكانيات تعليمية إذا كان متاحا .

جدول 5-1-1 مبادئ التدخل المعرفي السلوكي للأسرة

_ناقش الفحوص والأساس المنطقي لإدارة الألم.

_شجع على الرصد الذاتي للألم.

_عزز السلوك الجيد.

_طور مهارات تكيف صحية: الاسترخاء، الكلام الإيجابي للذات، التشجيت، التخيل الإيجابي.

_علم مهارات حل المشكلات.

_شجع على المشاركة في النشاطات اليومية .

_قلل الانتباه المعطى من الأبوين فيما يخص الأعراض الجسدية.

_زد الانتباه عندما لا يوجد أعراض جسدية بإقامة أنشطة مشتركة محببة.

العلاج في المستشفى

يمكن وضع الطفل بالمستشفى :

_في حالة فقدان الشديدي في الوظيفة لذي الطفل.

_عند الحاجة لملاحظة الطفل (في حالة التشنجات).

_عند وجود خللا نفسيا كبيرا مصاحبا.

_عدم نجاح العلاج خارج المستشفى.

العلاج بالمستشفى قد يساعد على تخفيف القلق الزائد واعتمادية الطفل على الوالدين والتركيز على إعادة التأهيل ، التدخلات الخاصة داخل المستشفى من خلال المنهج المتعدد الشامل (للعلاج الطبيي ، نصائح التغذية ، العلاج الوظيفي ، التدخل الأسري وتكثيف العلاج النفسي).

صغار السن عادة ما يودعون في جناح طب الأطفال أو الطب النفسي ، حيث أن اشتراك الطب النفسي وطب الأطفال معا شئ نادر ، قد تعارض الأسر في الحجز النفسي ، ولهذا فمن المهم مناقشة مخاوفهم وتوجهاتهم للسماح بأفضل قدر ممكن من الرعاية المقدمة .

الارتباط بالخدمات المجتمعية :

ضع دائما بالاعتبار الإساءات المحتملة للطفل وسلامته ، سلامة الطفل لا بد أن تكون فوق كل الاعتبارات ، في نماذج نادرة يكون اضطراب الجسدية تعبيرا عن خلل شديد في وظيفة الأسرة أو عن إساءات تحدث للطفل ، التعاون والتواصل الوثيق بين التخصصات المعنية شئ ضروري لتجنب الآراء المتضاربة التي تقدم للمريض ولأسرته ، إذا كانت الأسر غير راغبة في الانخراط في أي شكل من الأشكال العلاجية لطفل فإن على الأطباء الوضع في الاعتبار إذا كان في صالح الطفل أن يعالج بعيدا عن الأسرة ، يعد هذا أمرا من الصعب تقييمه وقد يحتاج إلى تعاوننا وثيقا بين الأطباء ومؤسسات حماية الطفل .

سايرا

سايرا تبلغ من العمر اثنا عشر سنة ، من أصول باكستانية تم تشخيص المصراع لديها بعمر خمس سنوات وعولجت بالأدوية المضادة للمصراع وبقيت بدون تشنجات لمدة أربع سنوات ، سايرا حضرت إلى العيادة الخارجية المحلية تشكو عودة النوبات ، كانت تعاني في السابق من نوبات صرعية كهري تحدث أثناء الليل غالبا ، مصحوبة بسلسل بولي ، النوبات الحالية غير متماشية مع تشخيص المصراع فهي تحدث نهرا ولفترات طويلة حيث استغرقت نصف ساعة في أحد المرات.

تم التعرف على الضغط المسبب أقرت الأسرة بانها سايرا لتعليمها الابتدائي وأنه لا حاجة بها لإكمال المدرسة ، وأنه يجب عليه البقاء في المنزل لرعاية أخيها الأصغر وبذلك تتمكن الأم من العودة إلى رعاية ماشية الأسرة فموسم حصاد فقير يعني أن الأسرة ستعاني ضائقة مالية .

تكوّن العلاج من التثقيف النفسي لسايرا ولأسرتها ، مع تسليط الضوء على العلاقة الوثيقة بين العقل والجسد وتشرك حدوث أعراض جسدية مع الضغوط النفسية ، في المقابلات الفردية وبعد في المقابلات الأسرية تمكنت سايرا من الحديث عن توترها من الخطة المقترحة ، والتي سوف يترتب عليها فقدان صداقاتها في المدرسة كما ستفقد أيضا العلاقات الإيجابية مع معلمها ، وبالرغم من أن الاعتبارات المادية كانت تعني أنه لن يكون هناك تغييرا قريبا للترتيبات المعدة ، اتفقت الأسرة فيما بينها على المحاولة والدعم لها لإكمال تعليمها بمجرد تحسن الظروف الاقتصادية ، وكانوا سعداء بدعمها في الاستمرار في مقابلة أصدقائها ، واختفت تشنجات سايرا بعد ذلك بقليل.

فعالية العلاج

على الرغم من وجود بعض الدليل على فعالية العلاج النفسي للأطفال ذوي اضطراب الأعراض الجسدية والاضطرابات ذات الصلة ، (بونفاني إيتال 2017، راسك إيتال 2018) هناك دليل محدود على فعالية العلاج في اضطراب الأعراض الجسدية الأكثر شدة ومع ذلك فإن التقارير من أطباء الأطفال والأطباء النفسيين للأطفال تدعم وجود تأثيرات إيجابية للمناهج العلاجية الموصوفة في هذا الفصل حتى للأطفال المتأثرين بشدة .

عندما يكون هناك ألم فإن مساعدة المرضى وأسرتهم على فهم العلاقة بين الألم النفسي والعضوي ، عادة ما يُقدر بشدة من جانبهم ، ويعتقد بأن ذلك جوهري في تقليص الألم ، ومساعدة المرضى على التعامل معه .فأفضل علاج فعال من حيث الدليل في حالة ألم البطن الغير مفسر هو التدخلات الأسرية المعرفية السلوكية .(روبينز وآخرون 2005، بونفاني وآخرون 2015) الذي أدى إلى تقليص كبير في مستوى الألم ، معدل انتكاسات أقل ، وتقليل التعارض مع الأنشطة اليومية وأيضا زيادة رضا الآباء.

في متلازمة الاجهاد المزمن هناك نتائج واعدة من استخدام التدخلات الأسرية المعرفية السلوكية والعلاج المعرفي السلوكي عن طريق الانترنت (كراولي 2018) في البالغين بهذه الحالة هناك مجموعة من التجارب المحكمة أظهرت أن العلاج المعرفي السلوكي والممارسة المتدرجة للرياضة مفيدتين (وايتينج وآخرون 2001،برينز وآخرون 2001،لورين وآخرون 2017).

في اضطراب اصطناع المرض وخصوصا عند فرضه على آخر فإن الأولوية الأساسية تكون هي التأكد من أن الطفل آمن الآن وفي المستقبل ، ولهذا فإن إجراءات الوقاية المحلية تحتاج إلى الالتزام بها ، والعمل التعاوني بين مقدمي الرعاية الصحية والخدمات الاجتماعية والشرطة ضرورة . الحاجات العلاجية للطفل ومقدم الرعاية والأسرة بما في ذلك الإخوة يجب تقييمها وتناولها ،(باس وجليزر 2014) يجب ان يحدث العلاج في الظروف الأقل تقييدا بقدر الاستطاعة .

في حالة جنين سلطنا الضوء على الكثير من تفاصيل التقييم والعلاجات الموصوفة في هذا الفصل بالإضافة إلى أن هذه الحالة توضح متى نراعي التحويل للطب النفسي ، من المهم الوضع بالاعتبار أن الأسرة قد تشعر بأنها (أرسلت) وليست طالبة للعلاج (دي شاذر 1985،ايفيسون 2002)قد تحضر الأسرة لأنه تم طلب ذلك منهم من طبيب الأطفال وليس لأنهم يعتقدون أن هذا هو الشيء الصائب فعله مما ينتج عنه مشاعر رفض وغضب قوية تجاه الطبيب لأنه طلب منهم مقابلة متخصصي الصحة النفسية . بالإضافة للعلاج توضح هذه الحالة أن العلاج لا يساعد الطفل فقط والأسرة على إدارة الأعراض بشكل أفضل ،بل وأيضا على التواصل بشكل أكثر فعالية حول الأمور النفسية .

جنين .

تم تحويل جنين للتقييم النفسي بتريخ مرضي يمتد لعام كامل ، كانت تأتي أسبوعيا تشكو آلاما متفرقة ومتعددة في المفاصل وبالرغم من خضوعها لكل الفحوص الطبية الممكنة مثل أشعة X ، والأشعة المقطعية والرنين المغناطيسي ، لم تسفر كل تلك الفحوص عن أي سبب عضوي لآلام جنين . وعلى الرغم من عدم ثبوت وجود أي كسور عند جنين إلا إنه تم وضع قدمها في الجبس واستخدمت الكرسي المتحرك حوالي خمس مرات.

وكنتيجة لذلك تدهورت جنين دراسيا بسبب التغيب عن المدرسة ، في التقييم النفسي المبدئي لجنين اتضح انها شديدة القلق والحزن بشأن الآتي :

- ___ آلام شديدة جدا في كل أجزاء جسدها حصلت على درجة (9 من 10) على مقياس الألم
- ___ تريخ من التنمر امتد لسنة كاملة (ذكرته للمرة الأولى أثناء التقييم)
- ___ زيادة في الوزن
- ___ حزن شديد على وفاة الجد منذ ثلاث سنوات (وكان الوفاة حدثت أمس)

تغيبت كثيرا عن المدرسة فاتها الكثير من الدروس، والدة جنين كانت تشعر أن لدى جنين مرض خطير لم يكتشفه الأطباء بعد، وكانت غير سعيدة بقرار تحويلها لطبيب نفسي ، أقرت جنين ووالدها بقلة كلامهم سويا ، (لأن الكلام يجعل الأمور أسوأ) ، وهكذا ظلت جنين صامتة بشأن تعرضها للتنمر ولم تجد مساحة للتعبير عن مشاعرها عندما توفي الجد . كان تعامل الأم مع الضغوط أشبه برد فعل نعامة فهي تدفن راسها في الرمل (وكانت تتعاطى الكحول في بعض المناسبات) كما يفعل بعض أقربها .

طبيب نفس الأطفال الخاص بجنين أدرك إن هناك الكثير من الناس حول جنين كل له دور في الاهتمام بها يجب وضعهم في الاعتبار ، من أول طبيب الأسرة الذي قام بتحويلها ، وفريق الطوارئ الذي يتعامل معها وأخصائي العلاج الطبيعي كل هؤلاء يحتاجون إلى التعاون معا ومع جنين ولأسرتها . وبالرغم من اعتقاد الأسرة بأن مرض جنين الخطير لم يشخص بعد ، عمل الطبيب النفسي الخاص مع المحيطين بها بشكل يدرج فيه العوامل النفسية ، البيولوجية ، العائلية والاجتماعية .

قدم لجنين جلسات علاج نفسي فردي استخدم فيها تقنيات العلاج المعرفي السلوكي ، والمساعدة على التعبير عن مشاعرها ، (بما في ذلك كتابة خطاب لجددها المتوفي) الكلام الإيجابي للنفس ، استكشاف تفسيرات مختلفة لألمها ، ادارة الغضب ، وحل المشكلات ، وتشثيت الانتباه في حالات الألم الشديد ، وبجانب ذلك تم الترتيب لجلسات لسمية لتشجيع الأم على مكافأة السلوكيات الايجابية ، وأن تقضي وقتا مع جنين لمساعدتها على التغلب على ضغوطها النفسية ، أن تحل المشاكل معها ، أن يستطيعوا التكلم سويا في غير الألم ، وأن تتعلم كيف تقيم خطورة الأعراض . وبسرعة و بعد الجلسة الأولى توقف الحضور الأسبوعي لقسم الطوارئ ، وبالتالي توقف استخدام الأدوية والتدخلات العلاجية الغير ضرورية ،

وعندما سئلت جنين ما الذي تغير منذ بدء العلاج قالت بأنها قد اكتسبت لغة المشاعر ، وشعرت بالأمان للتحدث مع الناس عن مخاوفها ، عن تعرضها للتنمر ، وقالت بأنها اكتشفت إن الكلام يساعد ، حيث أن الآلام والأوجاع أصبحت نصف متحسنة ، كتابة خطاب لجددها الراحل كما لو كان حيا ، وكم كان مهما لها ، فقد ساعدها على التعبير عن الحزن ، قالت لقد تحسنت آلامي لأنني أصبحت أملس أنشطة أكثر من السابق ، أنها أصبحت قادرة على اكمال ما تعمل بالرغم من الألم ، صارت تستمتع بالنشاط البدني مجددا ، ساعدها على ذلك استخدام مهارات تشثيت الانتباه والاسترخاء

المآل

بشكل مطمئن فإن الغالبية العظمى من الأطفال المصابون باضطراب الأعراض الجسدية والاضطرابات ذات الصلة المشاهدين من الخدمات المتخصصة يشفون في وقت قصير. ومع ذلك من الممكن أن تستمر الأعراض ويتطور لدى بعض المرضى اضطرابا نفسيا بعد ذلك. (مثل : اضطرابات الأكل والقلق). وقد تستمر الأعراض حتى مرحلة البلوغ .

في متلازمة الإجهاد المزمن الغالبية العظمى حتى من المتأثرين بشدة في النهاية إما يشفون تماما أو يتحسنون بشكل كافي لعيش حياة طبيعية (رانجل وآخرون 2000). ومع ذلك فان الغياب من المدرسة قد يستمر لفترة أطول من سنة ، وقد يستغرق أكثر من ثلاث للشفاء التام . بالإضافة إلى ذلك هناك دلالات على أنه بعد الشفاء فإن المصابين لديهم احتمال أعلى للإصابة باضطراب نفسي (جارالدا وكالدر 2005).

وبالمثل فإن دراسة على اضطرابات التحول في الأطفال أظهرت أنه بالرغم من أن 85% قد شفوا ، إلا أن ثلثهم أصيب باضطراب مزاج أو اضطراب قلق في خلال السنوات الأربع التالية . (بليفينترك و اونال 2002).

العلامات على نتائج مواتية تشمل :

_مرسبات طبية محددة .

_شخصية جيدة سابقة للمرض.

_تكيف نفسي جيد للأبوين.

_ظروف اجتماعية مواتية.

الوقاية

اضطرابات الأعراض الجسدية في الأطفال تكون مصحوبة بتاريخ من الأعراض الجسدية في الأسرة وبعدم ذهاب الطفل إلى المدرسة ، الميل لتكوين أعراض جسمانية من الممكن ملاحظته في الأطفال الصغار ابتداء من مرحلة ما قبل المدرسة وخلال مراحل الطفولة ، المراهقة والبلوغ ، وهكذا فإن تحديد الأسر ذات المستويات العالية من الأعراض الجسدية في الآباء وكذلك الأطفال وتحديد كثيري الغياب قد يمدنا بفرصة للتدخل المبكر . من الممكن أن يؤدي هذا عن طريق (1)مقدمي الرعاية الصحية الأولية من خلال تحديد الآباء الذين يحضرون بانتظام للشكوى من أعراض جسدية وتوفير التوجيه بخصوص استراتيجيات التكيف مع أعراضهم الجسدية وأعراض أطفالهم (مثل: تكتيكات تشتيت الانتباه) و(2)والمدرسين والأطباء المتخصصين من خلال تحديد الأطفال الذين

يفوتهم الكثير في المدرسة بسبب الأعراض ودعمهم لتكوين استراتيجيات للتكيف والشعور بالتحكم في المواقف التي يجدونها صعبة ، أما في الأطفال الذين لديهم أعراض مؤكدة فإن تحديد نقاط الضعف الشخصية والتوقعات الأكاديمية والسلوكية المفرطة والتعامل معها قد يساعد على منع الانتكاس.

الجسدنة عبر الثقافات

كان يعتقد على نحو تقليدي أن اضطراب الأعراض الجسدية ظهر في الدول غير الغربية، ومع ذلك فإن أبحاثاً أحدثت قالت بأن الاضطراب يعد ظاهرة عالمية . وفي دراسة تابعة لمنظمة الصحة العالمية بحثت أعراض الجسدنة في وحدات الرعاية الأولية في 14 دولة (تركيا ، اليونان، ألمانيا ، هولندا ، إيطاليا ، الهند ، نيجيريا ، الصين ، اليابان ، فرنسا ، البرازيل ، تشيلي ، بريطانيا والولايات المتحدة الأمريكية) وجد أن أعراض الجسدنة شائعة عبر كل تلك الدول وكثيراً ما تكون مصحوبة باضطرابات مثل القلق والاكتئاب (جيرجي وآخرون ، 1997).

بحث الاضطراب عبر الثقافات يعد مهماً بشكل خاص في تقييم اضطرابات الأعراض الجسدية من حيث كيف تفهم الأعراض من جانب الأسرة في سياق اعتقاداتهم الثقافية .

_ بالرغم من أن الصداع ، آلام العضلات والعظام وآلام البطن هي الأعراض الأكثر انتشاراً في اضطرابات الأعراض الجسدية بشكل عام ، هناك أعراض خاصة بكل ثقافة ومنطقة جغرافية، على سبيل المثال فإن الخدر والشعور بالسخونة شائع في أفريقيا ، حرق اليدين والقدمين في الهند ، الإجهاد في الدول الغربية .

من المهم الوعي بالتأثير الثقافي على كيفية فهم الأعراض أو وصفها وذلك لأن بعض الأعراض قد تكون مقبولة كطريقة للتعبير عن أنشطة ثقافية أو دينية في بعض المجتمعات ، فقد تفسر كعلامة روحانية أو عملية غير طبية . وقد ينتج عن هذا أن تطلب الأسر المساعدة من ممارسي الطب البديل أو المعالجين بدلاً من أو بالإضافة إلى ممارسي الطب .في حالة ما إذا تم طلب المساعدة الطبية ، فإن هؤلاء المرضى غالباً ما يعزفون عن الطب التقليدي .

من المهم تحديد توجهات الأسرة ومعتقداتها عن الأعراض في إطار ثقافي مناسب ، ومعرفة التدخلات التي جرت بالفعل بما في ذلك التدخلات الثقافية الخاصة ، وقضاء وقت معاهم في مناقشة التفسيرات البديلة وإشراكهم في عملية العلاج ، حالة كوفي مثال على ذلك ومع ذلك فإنها بالرغم من الاختلافات الثقافية في تفسير الأعراض فإن الخطوط العريضة لأنواع الضغوط (مثل : الضغوط المدرسية اليومية كالتنمر أو الضغوط الأسرية اليومية كالمشكلات الاقتصادية) متشابهة عبر الثقافات (أنظر حالة سايرا).

كوفي

يبلغ كوفي من العمر 8 سنوات من عائلة نيجيرية ، حضر بحركات غير طبيعية تؤثر على كل أطرافه . وفي نفس الوقت هو أحياناً يتوقف فجأة عن إجابة أسئلة الآخرين ويصنع أصواتاً مخيفة ، وأحياناً يحملق في أفراد أسرته بشكل مرعب بل ويهاجمهم في بعض الأوقات ، الحركات الغير طبيعية والسلوكيات المصاحبة استغرقت حوالي 20 دقيقة في أحد المرات وكانت جدته لأمه تعاني من نوبات صرعية كبرى .

كانت العائلة تخشى من كونه يعاني نوبات صرع وعلى قدم المساواة خشيت من أن يكون سبب سلوك كوفي المضطرب ناتج عن تسلط الأرواح الشريرة عليه .وصفت أسرة كوفي كما أن لو لعنة أصابتهم بعد أن نظر إليه رجل عجوز في مجتمعهم نظرة شيطانية كانوا حريصين على التواصل مع الكاهن لمساعدتهم على طرد الأرواح الشريرة .

الضغط النفسي المجتمعي بما في ذلك الضغوط الاقتصادية ، مشاكل السكن ، انفصال الأبوين ، صعوبات العلاقة مع الأقران في المدرسة ، ضعف الحضور المدرس وكان كوفي يعاني من أعراض قلق .

صعوبات كوفي حُلّت بتدخلات علاجية شملت الأسرة والاستشارة الطبية لاستبعاد التشنجات (بما في ذلك رسم

موانع تنفيذ الطب المبني على الدليل في الدول منخفضة الدخل :

مجموعة من موانع تنفيذ الممارسة المبينة على الدليل لمشاكل الصحة العقلية للأطفال والمراهقين -وصفت في حالة الدول المنخفضة الدخل-(كتاب وآخرون 2006 ، كيلينج وآخرون 2011) لها أهمية في علاج اضطرابات الأعراض الجسدية ، الدول منخفضة الدخل تخصص نسبة من إجمالي الناتج المحلي للصحة ولكن هذا قليل فالموارد المخصصة تعتبر أقل من الحاجة . بالإضافة لذلك هناك القليل من التمويل الحكومي للتنظيم المهني ، مما يسمح لمقدمي الرعاية الصحية بتقديم علاجات بأدلة محدودة أو معدومة ، بدون الخوف من إيقافهم أو سحب تراخيصهم .

وفي غياب الرعاية الصحية الحكومية الشاملة على المرضى وعائلاتهم وعدم الانفاق على علاجهم فإن الفقر ونقص المعرفة تجعلهم عرضة لمقدمي خدمة غير نظاميين.

هجرة الأطباء والتمريض من الدول منخفضة الدخل إلى الدول العالية الدخل تعني عدم وجود موارد بشرية كافية لتلبية الاحتياجات المحلية من المتخصصين .وهؤلاء المتبقون عادة ما يكونون غير مدربين على استخدام الفحص الدقيق لتحسين الرعاية أو على التقييم النقدي للأدلة المتاحة ، بالإضافة لذلك فإن الدول منخفضة الدخل ليس لديها نظام رعاية صحية أولي شامل واضح وهناك ضعف في دمج الرعاية الصحية النفسية داخل وحدات الرعاية الصحية الأولية مما يؤدي إلى تجزئة الرعاية .

وبالنظر المباشر لاضطرابات الأعراض الجسدية هناك ندرة في المتخصصين المدربين لتلبية احتياجات الصحة النفسية للأطفال والمراهقين ، وعوائق للرعاية تشمل صعوبة التعرف ونقص المتخصصين.

بالتالي نحتاج إلى تركيز الانتباه على التدريب والإشراف على المتخصصين والذين يمثلون المحطة الأولى للجوء العائلات المتمثلين في مقدمي الرعاية الأولية وأطباء الأطفال.

خاتمة

تكرر الأعراض غير المفسرة طبيا يعد أمرا شائعا بين الأطفال والمراهقين ، عندما تكون شديدة معيقة وذات صلة بالعامل النفسي ولو نتج عن ذلك تكرار طلب الرعاية الصحية فتكون تلك الأعراض هي أساس اضطراب الأعراض الجسدية . في هذه الحالات تميل الأسر إلى إرجاع هذه الأعراض إلى مرض جسدي بالرغم من غياب الدليل على ذلك وفي بعض الثقافات قد تفسر الأسر هذه الأعراض بطريقة خاصة دينية أو ثقافية .

من الشائع وجود اعتلال نفسي مصاحب لوجود سمات شخصية لدى الطفل ومشاكل صحية عند الأسرة ، كما أن طريقة استجابة الأسرة للأعراض ووجود مشاكل في التواصل الفعال عن المشاكل المشحونة عاطفيا ، قد يؤدي ذلك إلى استمرارية الاضطراب.

العلاج المثبت بالدليل العلمي أنه أكثر فعالية هو العلاج المعرفي السلوكي للأسرة . ومع ذلك فإن مساعدة الأسرة للتواصل حول الضغوط وإدارتها مع الطفل عادة ما يكون فعال . وإشراك الأسرة في كل خطوة من التقييم والعلاج سوف يساعد على الشفاء.

النقص في مرافق الصحة النفسية للأطفال قد يعيق العمل في الدول النامية مع المستوى المنخفض من الاستثمار في الصحة النفسية للأطفال ، إلا أن تقديم التثقيف النفسي من العاملين بالرعاية الصحية الأولية والمعلمين قد يظل وسيلة فعالة في الوقاية والعلاج من هذه الاضطرابات عبر الدول والثقافات .

REFERENCES المراجع

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Ani C, Reading R, Lynn R et al (2013) Incidence and 12-month outcome of non-transient childhood conversion disorder in the UK and Ireland. *British Journal of Psychiatry* 202:413–418.
- Apley J (1975) *The Child with Abdominal Pains*. 2nd edition. Oxford, Blackwell Scientific.
- Bass C, Glaser D (2014) Early recognition and management of fabricated induced illness in children. *The Lancet* 383:1412–21.
- Bonvanie IJ, Kallesoe KH, Janssens KAM et al (2017) Psychological interventions for children with functional somatic symptoms: a systematic review and meta-analysis. *The Journal of Pediatrics* 187:272–281. e.17
- Campo JV (2008) Disorders primarily seen in medical settings. In RL Findling (ed) *Clinical Manual of Child and Adolescent Psychopharmacology*. American Psychiatric Publishing pp375–423.
- Campo JV (2012) Annual research review: Functional somatic symptoms and associated anxiety and depression—developmental psychology in pediatric practice. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 53:575–592.
- Caspi A, Sugden K, Moffitt TE et al (2003) Influence of life stress on depression: moderation by a polymorphism in the 5-HTT gene. *Science* 301:386–389.
- Chalder T, Goodman R, Hotopf M et al (2003) The epidemiology of chronic fatigue syndrome and self reported ME in 5–15 year olds: A cross sectional study. *British Medical Journal* 327:654–655.
- Chalder T, Berelowitz G, Pawlikowska T et al (1993) Development of a fatigue scale. *Journal of Psychosomatic Research* 37:147–153.
- Chandra P, Kozłowska K, Cruz C et al (2017) Hyperventilation induced non-epileptic seizures in an adolescent boy with pediatric medical traumatic stress. *Harvard Review of Psychiatry* 25:180–190.
- Claar RL, Walker LS (2006). Functional assessment of pediatric pain patients: Psychometric properties of the Functional Disability Inventory. *Pain* 121:77–84.
- Crawley E (2018) Paediatric chronic fatigue syndrome: current perspectives. *Pediatric Health Medicine and Therapeutics*
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5919160/>
- DeNoon DJ. Some kids cry out in language of illness. WebMD February 14, 2000
<https://www.webmd.com/children/news/20000214/some-kids-cry-out-languageillness?printing=true#1>
- De Shazer S (1985). *Keys to Solution In Brief Therapy*. New York: Norton.
- Diatchenko L, Slade GD, Nackley et al (2005) Genetic basis for individual variations in pain perception and the development of a chronic pain condition. *Human Molecular Genetics* 14:135–143
- Domenech-Llaberia E, Jané C, Canals J et al (2004) Parental reports of somatic symptoms in preschool children: prevalence and associations in a Spanish sample. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 43: 598–604.
- Feldman MD, Brown RM (2002) Munchausen by proxy in an international context. *Child Abuse and Neglect* 26:509–24.
- Fiertag O, Eminson M (2014) Somatising: Management and outcomes. In S Huline-Dickens (Ed) *Clinical Topics in Child and Adolescent Psychiatry*, pp.201–217. Cambridge: Royal College of Psychiatrists.
- Garralda ME (1996). Somatisation in children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 37:13–33
- Garralda ME (2005) Functional somatic symptoms and somatoform disorders in children. In: Gillberg C, Harrington R, Steinshausen HC (eds). *A Clinician's Handbook of Child and Adolescent Psychiatry*. Cambridge University Press, pp246–268.
- Garralda ME, Chalder T (2005) Practitioner review: chronic fatigue syndrome in childhood. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 46:1143–1151.
- Gureje O, Simon GE, Ustun TU et al (1997) Somatization in cross-cultural perspective: A World Health Organization study in primary care. *American Journal of Psychiatry* 154:989–995.
- Larun L, Brurberg KG, Odgaard-Jensen J et al (2017) Exercise therapy for chronic fatigue syndrome. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 4:1–138. The Cochrane Collaboration, John Wiley and Sons.
- LeResche L, Mandl LA, Drangsholt MT et al (2005) Relationship of pain and symptoms to pubertal development in adolescents. *Pain* 118:201–209
- Iveson C (2002). Solution-focused brief therapy. *Advances in Psychiatric Treatment* 8:149–156.
- Knapp M, Funk M, Curran C et al (2006) Economic barriers to better mental health practice and policy. *Health Policy & Planning* 2:157–170.
- Keiling C, Baker-Henningham H, Belfer M et al (2011) Child and adolescent health worldwide: evidence for action. *The Lancet* 378:1515 – 1525.
- Kotagal P, Cota M, Wyllie E et al (2002) Paroxysmal non epileptic events in children and adolescents. *Pediatrics* 110: e46.
- Kozłowska K, Nunn KP, Rose D et al (2007) Conversion disorder in Australian pediatric practice. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 46:68–75.
- Lieb R, Pfister H, Mastaler M et al (2000) Somatoform syndromes and disorders in a representative population sample of adolescents and young adults. Prevalence, comorbidity and impairments. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 101:194–208.
- McNicholas F, Slonims V, Cass H (2000) Exaggeration of symptoms or psychiatric Munchausen's syndrome by proxy? *Child and Adolescent Mental Health* 5: 69–75.
- Pehlivanurk B, Unal F (2002) Conversion disorder in children and adolescents. A 4 year follow up study. *Journal of Psychosomatic Research* 52:187–191.
- Prins JB, Blijenberg G, Bazelmans E et al (2001) Cognitive behaviour therapy for chronic fatigue syndrome: a multicentre randomised controlled trial. *Lancet* 357:841–847.
- Rangel LA, Garralda ME, Levin M et al (2000) The course of chronic fatigue syndrome. *Journal of the Royal Society of Medicine* 93:129–134.
- Rask CU, Bonvanie IJ, Garralda ME (2018) Risk and protective factors and course of functional somatic symptoms in young people. In *Understanding Diversity, Individual Differences and Interventions for Child and Adolescent Mental Health*. M Hodes, S Gau and P de Vries (eds). Academic Press/ Elsevier, London. pp 77–113.
- Reilly C, Menlove L, Fenton V et al (2013) Psychogenic nonepileptic seizures in children: A review. *Epilepsia*. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/epi.12336>
- Robins PM, Smith SM, Glutting JJ et al (2005) A randomized controlled trial of a cognitively behavioural family intervention for pediatric recurrent abdominal pain. *Journal of Paediatric Psychology* 30:397–408

- Roma M, Marden CL, Flaherty MAK et al (2019) Impaired health-related quality of life in adolescent myalgic encephalomyelitis/chronic fatigue syndrome: The impact of core symptoms. *Frontiers in Paediatrics* 7:1-11. doi: 10.3389/fped.2019.00026
- Sanders MR, Shepherd RW, Cleghorn G et al (1994). The treatment of recurrent abdominal pain in children: a controlled comparison of cognitive-behavioural family intervention and standard pediatric care. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 62:306-314.
- Stone AL, Walker LS, Heathcote LC et al (2019). Somatic symptoms in paediatric patients with chronic pain: proposed clinical reference points for the Children's Somatic Symptoms Inventory (Formerly the Children's Somatisation Inventory). *The Journal of Pain*, 0, 1-9.
- Vila M, Kramer T, Obiols J et al (2012) Abdominal pain in British young people: associations, impairment and health care use. *Journal of Psychosomatic Research* 73:437-442
- Whiting P, Bagnall AM, Sowden AJ et al (2001) Interventions for the treatment and management of chronic fatigue syndrome: A systematic review. *Journal of The American Medical Association* 286:1360 – 1368.
- World Health Organisation (2018) ICD-11 for mortality and morbidity statistics. 29 March 2019.
- Yeo A, Boyd D, Lumsden S et al (2004). Association between a functional polymorphism in the serotonin transporter gene and diarrhoea predominant irritable bowel syndrome in women. *Gut* 53:1452-1458.