

الاداء المزاجى لدى مرضى الكبد

إعداد

د. سهير فهيم الغباشى

مدرس علم النفس

كلية الآداب - جامعة القاهرة

مقدمه

تهدف الدراسة الراهنة إلى استكشاف الصورة المزاجية لمرضى الكبد المزمن الذين لم يكشفوا بعد عن علامات الاعتلال الدماغى الكبدى الإكلينيكى Clinical hepatic encephalopathy. ولتبين دلالة هذا الهدف يلزم القاء بعض الضوء على كل من مفهوم الاعتلال الدماغى الكبدى الإكلينيكى ودون الاكلينيكى وامكانيات اكتشاف كل منهما.

الاعتلال الدماغى الكبدى - كما تذكر المراجع الطبيه فى أمراض الكبد - هو بمثابة مضاعفات عصبية نفسية تحدث فى الحالات المتأخرة من أمراض الكبد حيث يكون الكبد عاجزاً عن أداء وظائفه على نحو مناسب (Read et al, 1967). وتتمثل مظاهر الاعتلال الدماغى باختصار فى حدوث تغيرات عقلية ووجدانية وعصبية غير سووية يتم الكشف عنها بواسطة الفحوص والاختبارات الأكلينيكية. وهى تحدث لدى بعض مرضى التليف الكبدى Cirrhotic Patients بصورة تلقائية، بينما تحدث لدى البعض الآخر من خلال بعض العوامل المرسبة Precipitating factors مثل النزيف المعدى وتعاطى المخدرات والمطمئات والمهدئات (Davidson and Gabuzda, 1975).

وشمة اعراض مبكرة للاعتلال الدماغى الكبدى تنتشر بين المرضى على نحو غير محدود، وتمثل صوراً معتدلة منه، وتتراوح بين القصور الوظيفى الدقيق على الاختبارات النفسية وحالة الغيبوبه (Okasha, 1986) هذه التغيرات الدقيقة يُشار إليها بالاعتلال الدماغى الكبدى دون الإكلينيكى Subclinical أو الكامن Latent. وقد دلت الأبحاث الطبية على أنه يتعذر الكشف عنها بدقة من خلال الفحص الإكلينيكى الروتينى.

ولقد أمكن للاختبارات السيكلوجية فى عدد من الدراسات أن تكشف عن هذا القصور الوظيفى فيما يقرب من ٥٠% من مرضى التليف الكبدى دون وجود أدلة إكلينيكية على الاعتلال الدماغى (Zeegen. et al., 1970; Smith & Smith, 1977; Rikkers et al., 1978; Gilberstade . et al., 1980; Weber, 1984) لمعظم مرضى الكبد يمارسون حياتهم الاجتماعية والمهنية بصورة تبدو طبيعیه على نحو ظاهرى، إلا أن لديهم نوع من التأثير المرضى الذى يلحق بجوانب من النشاط المعرفى والمزاجى غير الظاهر. ومشكلة هؤلاء المرضى - فى نظر الباحثين الأطباء - أن الفحوص الإكلينيكية تفشل فى اكتشاف هذه الاضطرابات النفسية العصبية دون الإكلينيكية ومن ثم فهم معرضون للعوامل المرسبة لحدوث الاعتلال الدماغى

الكبدى الإكلينيكي مثل الاستخدام غير الصحيح للأدوية والعجز عن السيطرة على الالتهاب أو تورط المرضى فى أعمال خطيرة غير مناسبة.

من ناحية أخرى أمكن للاختبارات السيكولوجية فى عدد من الدراسات أن تكشف عن حدوث تحسن جوهري فى أداء مرضى لديهم اعتلال كبدى لىون الإكلينيكي بعد فترة من العلاج (Man sour, 1988, Zeegen, 1970 ; Marchesini, 1980).

من هذا يبدو أن ثمة فئة غير محدودة من مرضى الكبد المزمن معرضة، فى مرحلة ما من المرض، لحدوث تغيرات كامنة معرفية أو مزاجية أو كلاهما، وهذه التغيرات تقتضى الكشف المبكر عنها تجنباً للوقوع فى مخاطر مضاعفات الاعتلال الدماغى الكبدى شديد الوطأة أو الغيبوبة الكبدية هذا من ناحية، ومن ناحية أخرى فإن الاكتشاف المبكر لمثل هذه التغيرات الكامنة أصبح من الممكن تحقيقه بدقة بواسطة الأدوات السيكومترية - من ثم فإن عناية الدراسة الراهنة تنصب على بحث الملامح المزاجية لهذه الفئة من المرضى لاسيما وأن البحوث السابقة المعنية بهذا الجانب من الوجهة السيكولوجية تعد شديدة الندرة، الأمر الذى يمكن الوقوف عليه من خلال استعراض تراث البحوث السابقة فى الجزء التالى.

الدراسات السابقة :-

تأتى معظم الأدلة حول حدوث تغيرات مزاجية لدى مرضى الكبد المزمن من بحوث طبيه لاسيما بحوث الطب النفسى، ويشار عادة لهذه التغيرات فى المراجع الطبيه فى سياق اضطرابات الشخصية، أما البحوث السيكولوجية فإسهامها فى هذا الأمر- إلى جانب كونه محدوداً - فهو موجه إلى مرضى الكبد الكحولى لا إلى مرضى الكبد البلهاريسى أو الفيروسى (موضع اهتمام الدراسة الراهنة)، وهذا التوجه يحكمه غالباً الفروق البيئية التى تجعل من الأخير أقل انتشاراً من الأول فى دول الغرب الأوربى والأمريكى والتى يشع فيها - من ناحية أخرى - تعاطى الكحوليات والمشكلات المترتبة على إدمانها ، ومنها الإصابة بمرض الكبد . هذا عن تراث البحوث الأجنبية أما عن تراث البحوث العربية النفسى الطبى والمعنى بدراسة الخصائص المزاجية لمرضى الكبد البلهاريسى والفيروسى فقد تبين - طبقاً للمسح الذى تم بمقتضى الدراسة الراهنة وحتى كتابة هذا النص - أنه لم يتسنى الحصول على أية بحوث عربية لها اهتمام بهذا الموضوع ، هذا على الرغم من التأكيد المتزايد للباحثين من الأطباء على

أهمية إجراء التقدير السيكولوجى Psychological assessment وتفردا فى اكتشاف هذه التغيرات مبكراً على نحو أكثر دقة من أية إجراءات أو فحوص إكلينيكية أخرى .

ومن امثلة ما يشار إليه فى مراجع أمراض الكبد ما تذكره شيلا شيرلوك Sheila Sherlock من أن تغيرات الشخصية تبدو من أكثر العلامات التى تحدث لدى مرضى الكبد الزمن، وقد تسبق حدوث الأعراض الأخرى لدى البعض منهم، وهى تشتمل على ميول طفولية Childishness وحدة فى الطبع أو سرعة الانفعال irritability والعنف، وفقدان الاهتمام بالأسرة بل إنه حتى عند الشفاء يمكن أن يظهر المرضى ملامح للشخصية تبدو مشابهة لتلك الملامح التى توحى بتورط الفص الأمامى من المخ، فهم يبدون متعاونين وباعثين على السرور، مع سهولة العلاقات الاجتماعية، وكثيرا ما يحملون مزاجاً يتسم بالمرح الزائد (Sherlock, S, 1989). وقد يحدث تازجج للمزاج بين الاكتئاب والمرح، مع هذا فقد يكشف بعض المرضى عن مزاج فى اتجاه الاكتئاب فقط أو فى اتجاه المرح فقط، (Okasha, 1986)

ومن العلامات الملحوظة على تغير الشخصية لدى مرضى الكبد ظهور علامات على القلق والاكتئاب العصابى والسلوك القهري (Summerskill et al., Compulsive behavior 1973; Voorhees et al., 1956)، وربما يتعدى الاكتئاب الذى يصيب بعض مرضى الكبد مداه إلى التورط فى محاولات جادة للانتحار، فقد كشفت إحدى الدراسات التى عنيت ببحث معدلات الانتحار المؤدى للوفاه لدى مرضى عصاب الاكتئاب ومرضى عصاب القلق أن الزيادة فى معدلات الوفاة بين الإناث فى المجموعتين كانت ترتبط بعوامل متعددة منها تليف الكبد (Allgander, O, 1994).

وعندما تحدث تغيرات فى الشخصية فى المرحلة الأولى للاعتلال الدماغى، والتى يعدها الأطباء أكثر المراحل صعوبة فى اكتشاف التغيرات الحادثة فيها، يتم تشخيصها عادة بعد أن يكون المريض قد تعدها إلى المرحلة التى تليها . من هذه التغيرات اللامبالاة فى المظهر الخارجى للشخصية، أو حدوث نوع من التبلد لدى الفرد الذى كان يتميز بالمساسية الشديدة من قبل. وقد يواجه المريض صعوبات فى عمله كنتيجة للتدهور العقلى، وربما تحدث مشكلات فى علاقاته الشخصية بالآخرين تنشأ عن اللامبالاة بالعلاقات الشخصية، (Adams & Foley,

1953; Summerrskill et al., 1956; Read et al., 1967; Davison & Gabuzda, Subtle (1975; Sherlock, 1986; Zieve, 1987) وقد تبدو هذه التغيرات في صورة دقيقة إلى حد يتعذر معه اكتشافها من خلال المحيطين بالمريض أو ذويه أو حتى بالفحص الطبي (Hoyumpa & Schenker, 1987) الأمر الذي أكدته تارتر وآخرون من ملاحظة مرضى التليف الكبدى غير الكحولى والذين كانوا يكشفون عن اضطرابات انفعالية، وكانوا أكثر اضطراباً فى نواحى النشاط اليومي من مجموعة مقابلة ضابطة. هذا على الرغم من غياب العلامات الإكلينيكية المميزة للاعتلال الدماغى الكبدى لديهم (Tarter et al., 1984).

يتسق مع هذه الملاحظات نتائج دراسة أخرى تم تجميعها باستخدام عدد من استخبارات التشخيص السيكاترى منها جدول الاضطرابات الانفعالية والفصام The Shedule for Affective disorders and Schizophrenia واستخبار الصحة العامة The General Health Questionnaire، حيث بينت أن المشكلات الانفعالية والعصاب والشخصية المضادة للمجتمع كانت أكثر المشكلات شيوعاً لدى مرضى الكبد غير الكحولى. (Ewusi, MI et al., 1984)

مبررات الدراسة:

يقودنا العرض السابق إلى أن اهتمام الدراسة الراهنة باستكشاف الجوانب المزاجية لمرضى الكبد ممن لم يكشفوا بعد عن أعراض اعتلال دماغى كبدى إكلينيكى إنما يوجهه عدد من المبررات من أهمها :

(١) تأكيد المراجع والبحوث الطبية على وجود اضطرابات وتغيرات فى الشخصية لدى مريض الكبد.

(٢) الصورة الظاهرية السوية للمريض رغم احتمال دخوله فى مراحل الاعتلال الدماغى تحت تأثير عوامل مرسبة أو علاج خاطئ.

(٣) عجز وسائل الفحص الإكلينيكى التقليدي عن الكشف عن التغيرات إلا بعد بدء دخول المريض فى المراحل المتأخرة من المرض.

(٤) التأكيد على حساسية ودقة الوسائل السيكومترية فى تقدير هذه التغيرات.

(٥) افتقاد مجال البحوث السيكولوجية التي تمت على مرضى الكبد إلى أبحاث مضبوطة تعتمد على استخبارات موضوعية لاستكشاف الجوانب المزاجية لهؤلاء المرضى.

وعلى ضوء المبررات المذكورة آنفاً يتحدد الهدف من الدراسة الراهنة في محاولة استكشاف ملامح الأداء المزاجي لمرضى الكبد المزمن في ضوء نتائج بعض مقاييس الشخصية.

وقد اتجه الاهتمام - في إطار هذا الهدف - نحو التركيز على عدد من المتغيرات المزاجية التي يوحى التراث السابق بصلتها بالأعراض والعلامات الاكلينيكية التي تلاحظ لدى مرضى الاعتلال الكبدي، تمثلت هذه المتغيرات في الانبساطية extraversion والعصابية neuroticism والقلق anxiety والعوانية aggression ولقد نشأ الاهتمام بهذه المتغيرات الأربعة في الدراسة الراهنة عن اعتبارين رئيسيين : الأول هو أن هذه المتغيرات تبدو معثلة لمجموعة من المتغيرات المزاجية التي وصفت في التراث الطبى السيكاثرى كأعراض تلاحظ إكلينيكيًا لدى مرضى الكبد على نحو متأخر، ومع ذلك يفتقر التراث السيكولوجي الطبى إلى أبحاث تكشف على نحو موضوعي عن الأبعاد السيكولوجية لهذه التغيرات ، والأدوات المناسبة سيكومترياً لهذا الأمر، في اتجاه استكمال بعض ملامح الصورة التي يكشف بها المرض عن ذاته.

أما الاعتبار الثاني فيتمثل في أهمية الاتجاه نحو ملاحظة احتمالات التغير المزاجي لدى المرضى والتي يحتمل متولها خلف الأعراض الاكلينيكية التي تصادف فحوص الأطباء، فربما يؤدي تقرير هذه التغيرات سيكومترياً إلى تفسير ما يوصف به هؤلاء المرضى في التقرير الطبى من سرعة انفعال أو حدة الطبع والعنف وفقدان الاهتمام بالأسرة (Sherlock, 1989)، والمشكلات الانفعالية والشخصية المضادة للمجتمع (Ewusi et al., 1984)، ومشكلات في العلاقات الشخصية بالآخرين (Tarter et al., 1984) ، ووجود علامات على القلق والاكتئاب العصابي والسلوك القهري (Summerskill et al., 1956).

ويسلمنا السؤال عن الملامح المزاجية لمرضى الكبد المزمن إلى سؤال آخر عما إذا كان الأداء المزاجي لدى المرضى سيختلف باختلاف التشخيص النوعي للمرضى (نمط الإصابة الكبدية) والسن عند بدء المرض وطول فترة المرض.

ولاشك أن هذا السياق الكشفي exploratory الوصفي لا ينطوي على توقعات فرضية مسبقة، ومن ثم فقد خلت دراستنا منها وجعلت نقطة انطلاقها هي التساؤلات الاستكشافية السابقة.

متغيرات الدراسة :-

العصابية :

يمثل هذا المفهوم بُعداً له طرفان تتوزع عليه مجموعة من الظواهر السلوكية التي تتراوح بين مظاهر حسن التوافق والتضج أو الاستقرار الإنفعالي في أحد طرفي البُعد (الاتزان الوجداني)، وبين اختلال هذا التوافق وعدم الإستقرار الإنفعالي في القطب الآخر (العصابية). فالأشخاص ذوو الدرجات العليا في العصابية يميلون لأن تكون استجاباتهم الإنفعالية مبالغاً فيها، ولديهم صعوبات في العودة إلى الحالة السوية بعد مزورهم بالخبرات الإنفعالية . وتتكرر الشكوى لديهم من اضطرابات بدنية من نوع بسيط مثل الصداع واضطرابات الهضم والأرق، وآلام الظهر والمفاصل وغيرها ، كما يقررون بأن لديهم كثير من الهموم والقلق وغير ذلك من المشاعر الإنفعالية الكريهة ، ومن ثم يتوفر لديهم الاستعداد أو التهيج للإصابة بالاضطرابات العصابية عندما تشتد عليهم ضغوط الحياة التي يعيشونها (عبد الخالق، ١٩٨٠). هذا التصور النظرى للمفهوم يمثل جزءاً أساسياً من مضمون بطارية أيزنك في الشخصية (EPI) Eysenck Personality Inventory وعلى هذا يتحدد التعريف الإجرائى للمفهوم في الدرجة التي يحصل عليها الفرد من أدائه على هذا المقياس (EPI) على بُعد العصابية.

الانبساط - الانطواء - Extraversion - Introversion

يشير هذا المفهوم إلى مجموعة من الظواهر السلوكية التي تتمثل على بُعد له قطبين أو طرفين ، أحد هذين الطرفين يمثل النموذج الانبساطى، وتتمثل فيه بوضوح سمات معينة كالإندفاعية impulsivity والميول الاجتماعية social tendencies والمرح والتفاؤل والتساهل أما الطرف الآخر فيمثل النموذج الانطوائى والذي يتسم بدرجات عالية من الخجل الاجتماعى والتروى والانعزال والتشاؤم والمثابرة والجدية (Eysenck, H., 1967). واعتماداً على أن هذا المعنى يمثل جزءاً من مضمون بطارية أيزنك للشخصية (EPI) فإن التعريف الإجرائى للمفهوم بالدراسة الراهنة يتحدد في الدرجة التي يحصل عليها الفرد على بُعد الانبساطية بالمقياس.

القلق: anxiety

ميز كاتل Cattel وشاير Scheier بين نوعين من القلق - في معرض اهتمامهما بدراسة العلاقة بين القلق والتعليم (Cattel & Scheier, 1988) هما حالة القلق anxiety state وسمة القلق anxiety trait، ويبدو أن هذان النوعان هما أكثر أنواع القلق شيوعاً في التراث النفسى (عثمان، ١٩٩٢). وطبقاً لكاتل وشاير فإن حالة القلق تشير إلى حالة انفعالية طارئة تتذبذب من وقت لآخر، وتزول بزوال المنبهات المهددة التي سببتها بحيث يعود الإنسان إلى حالته الطبيعية العادية (Spielberger, 1975). أما سمة القلق فهي عبارة عن استعداد أو إمكانية ثابتة نسبياً لدى الأفراد فى القابلية للقلق تجاه المواقف التي يدركونها كمواقف مهددة، وذلك بزيادة فى شدة القلق (المراجع السابق). وتتأثر سمة القلق بالمواقف المهددة بدرجات مختلفة، ويختلف فيها الأفراد من حيث الدرجة وليس من حيث النوع، لأنها تنشط بسبب الضغوط الخارجية التي تكون مصحوبة عادة بمصادر خطيرة أو مهددة (الصبوة، ١٩٩٤).

ويتضح من العلاقة بين حالة القلق وسمة القلق - طبقاً لإحدى الدراسات - أن الأولى ترتبط بالثانية ارتباطاً موجباً مرتفعاً فى مواقف الشدة، ولا ترتبط بها فى المواقف الخالية من تهديد تقدير الذات (مرسى، ١٩٨٠)، كما أشارت دراسات أخرى إلى أن هذه العلاقة بينهما تبدو منحنية فى المواقف العادية غير المهددة للذات (عثمان، ١٩٩٢).

وسواء أكان مفهوم القلق الذى يعكسه مقياس ما هو قلق حالة أو قلق سمة ينشغل به الباحثون فى معرض تعريفهم للمفهوم، فإن ما ينصب عليه اهتمامنا فى الدراسة الراهنة هو التغيرات المزاجية المصاحبة لمرض الكبد، والتي قد تأخذ شكل استجابات تتسم بدرجة عالية من القلق، وهنا لن نستطيع أن نزعم أن هذه التغيرات - إن وجدت - هي تغيرات أصابت بالتحديد مستوى السمة فى البناء المزاجى للفرد، لا سيما إذا اعتبرنا أن السمة تمثل انعكاساً لرصيد وراثى ويبنى عبر تاريخ حياة الفرد يتسم بالثبات النسبى، ولا يغير منها جوهرياً - بعد استقرارها إرتقائياً - التعرض لظروف المرض. والدليل على هذا عودة المرضى بعد الشفاء لصورتهم المزاجية والمعرفية السابقة على المرض. الأمر الذى كشفت عنه بعض الدراسات حيث وجدت إن الاختبارات السيكولوجية أمكنها أن تكشف عن حدوث تحسن جوهري فى أداء مرضى لديهم اغتلال كبدى دون إكلينيكي بعد فترة من العلاج (Zeegen, 1970)

Marchesini, 1980; Mansour, 1988)

على هذا يتمثل التعريف الإجرائي للقلق بهذه الدراسة فى درجة الفرد التى يحصل عليها من أدائه على مقياس القلق الصريح لتيلور Tylor Anxiety Scale.

العدوانية:

يكشف استعراض تراث البحوث المعنية بمفهوم العدوان عن تعريفات ومعالجات متعددة له. نذكر من هذه التعريفات - على سبيل المثال - تعريف رافن Raven للعدوان بأنه السلوك الذى يقوم به شخص أو جماعة بقصد إيقاع الأذى بشخص أو جماعة أخرى (Raven, B & Robin, J., 1983). هناك أيضاً تعريف لـ بلاك بيرن Blackburn بأنه سلوك متعمد لإلحاق الأذى النفسى والمادى بالآخر (Blackburn, 1993). وتعريف آخر لبيركوفيتش Berkowitz بأنه سلوك مادى أو رمزى يصدر بنية إيذاء شخص ما (Berkowitz, 1993) كما تذهب ممدوحة سلامة إلى أنه - أى العدوان - شعور داخلى بالغضب والاستياء والعداوة ويُعبّر عنه ظاهرياً فى صورة فعل أو سلوك يقصد به إيقاع الأذى والضرر لشخص أو لشيء كما يوجه أحياناً إلى الذات، ويظهر فى شكل عدوان لفظى أو بدنى كما يتخذ صورة التدمير وإتلاف الأشياء (ممدوحة سلامة، ١٩٩٠).

ويبدو من تأمل هذه التعريفات أنها تعكس ملامح معينة للعدوانية يمكن استخلاصها فى المعنى الآتى: أن العدوانية تشير إلى مجموعة من المشاعر الوجدانية لدى الفرد من قبيل الغضب والاستياء والعداوة، ومن المحتمل أن يُعبّر عنها ظاهرياً فى صورة فعل أو سلوك متعمد موجه لشخص آخر أو لشيء ما أو للذات. ويُقصد به إيقاع الأذى أو الضرر المادى أو النفسى.

والعدوانية بهذا المعنى يمكن ان تعكس أبعاداً ثلاثة مهمة هى:

- ١- الدافع (النية أو القصد).
- ٢- السلوك (فعل ظاهر لفظى أو غير لفظى يؤدى إلى إلحاق الأذى أو الضرر).
- ٣- المشاعر الوجدانية (غضب- استياء - كراهية- عداوة).

وطبقاً لهذا التصور لمضمون العدوانية، يتحدد تعريفها الإجرائى فى الدرجة التى يحصل عليها الفرد عن أدائه على مقياس العدوانية لجيلفورد باعتباره يعكس أهم معالم المفهوم على النحو الذى أوضحناه سلفاً.

المنهج والإجراءات

وصف العينة:

اشتملت عينة الدراسة على المجموعتين الرئيسيتين الآتيتين :

١- مجموعة المرضى : تكونت من ثلاثين من الذكور من مرضى الكبد المترددين على قسم الأمراض المتوطنة بمستشفى الدمرداش بكلية الطب جامعة عين شمس (*). بلغ متوسط أعمارهم ٢٨٫٩ سنة بانحراف معياري قدره ١٧٫١ سنة (جدول رقم ١) . وتراوح مستوى التعليم لديهم بين المستوى الأولي والمستوى الجامعي (ابتدائي - متوسط - فوق المتوسط - جامعي)

تم التشخيص الطبي لكل منهم بواسطة أطباء القسم ، وطبقاً لهذا تم تشخيص أفراد عينة المرضى (ن = ٣٠) على أنهم مرضى كبد مزمن من Chronic Hepatic Patients : منهم مجموعهم (ن=١٦) تتبع فئه التضخم الكبدي البلهاريسي (**). ومجموعة أخرى (ن=١٤) تتبع فئه التضخم الكبدي الفيروسي Viral Hepatomegaly .

* مدة الإقامة بالمستشفى : تراوحت بين أسبوعين وثلاثة أسابيع

* فترة إزمان المرض Chronocity : كان متوسطها ٦٫١ سنة بانحراف معياري قدره ٥٫٥ (جدول رقم ٢)

* روعي عند اختيار الحالات ان يخلو تاريخ كل منهم مما يأتي:

أعراض الاعتلال الدماغى الكبدي ، اصابات الرأس الخطيره ، المرض الجسمى الخطير ، المرض النفسى ، العلاج بالصدمات الكهربائيه، حدوث نوبات تشنج، اضطراب الوعى.

(٥) تتقدم صاحبة هذا التقرير بكل الشكر والامتنان لكل من تعاون معها بقسم طب المناطق الحارة بمستشفى الدمرداش التابع لكلية الطب بجامعة عين شمس فى انجاز الشق الميدانى من هذا العمل وتخص منهم بالذكر أ.د. مبارك حسين وأ.د. مأمون عاشور على تعاونهم لانجاز العمل فى أفضل صورة ممكنة له لاسيما الحرص على تحقق خاصية ثبات التشخيص فيم تم اختياره من حالات كمرضى كبد مزمن وتحقق خاصية ثبات التصنيف لهؤلاء المرضى فى فئتي التضخم الكبدي البلهاريسي والتضخم الكبدي الفيروسي . هذا فضلا عن الحرص على توفير مكان مناسب لتطبيق الاختبارات على المرضى.

(٥٥) ينتج التضخم الكبدي البلهاريسي عن الإصابة بطفيل البلهاريسا. أما التضخم الكبدي الفيروسي فينتج عن الرصاية بالفيروس الكبدي B أو C. كلاهما يمكن ان يعرض المريض لزملة أعراض الاعتلال الدماغى الكبدي ذات الأعراض النفسية العصبية المتنوعة والتي يمكن أن تحدث لكل مرضى الكبد كمضاعفات (Sheila Sherlock, 1989). وجددير بالذكر ان مرضى الفئتين يمكن ان يكشف قبل ظهور اعراض الاعتلال الدماغى- عن ادابات تبعد عن السواء على بعض القياسات السيكمترية المعرفه (Gilber- stad et al., 1980; weber, 1984) (سهيير الغباشى ١٩٨٢)

جدول رقم (٢)
المتوسط والانحراف المعياري
لتغير ازمان المرض لدى مجموعة المرضى

١٦	المتوسط
٥٠	الانحراف المعياري

جدول رقم (١)
المتوسط والانحراف المعياري
لتغير العمر لدى مجموعتي المرضى والأسوياء

	المتوسط	الانحراف المعياري
المرضى	٣٨٩٠	١١٧٠
الأسوياء	٣٦٩٠	١٠٠٦

٢ - مجموعة الأسوياء : اشتملت على ثلاثين متطوعاً من الأسوياء الذكور. تم اختيار أغلبهم بطريقه المضاهاة الزوجية Pair Matching مع أفراد مجموعة المرضى على متغيري العمر والتعليم، حيث بلغ متوسط أعمارهم ٢٦ سنة تقريباً بانحراف معياري قدره ١٠ تقريباً، أما مستويات التعليم التي انتمى لها أفراد العينة فقد تنوعت (طبقاً لما كانت عليه مجموعة المرضى) حيث اشتملت على المستويات المختلفة للتعليم: الابتدائي والاعدادي والثانوي وما يعادله والجامعي وما يعادله.

الادوات :

اشتملت بطارية البحث على المقاييس الآتية :

(١) بطارية أيزنك في الشخصية Eysenck Personality Inventory (EPI) : وهي من مقاييس الشخصية التي استخدمت على نطاق واسع في البحوث الاكلينيكية لما تتميز به من خصائص سيكومترية جيدة، لا سيما معاملات الثبات والصدق المرتفعة (Eysenck & Eysenck, 1976) والمقياس يمثل صورة معدلة ومطورة من بطارية السودزلي للشخصية Maudsley Personality Inventory (MPI)، كونه هانز وسيل أيزنك سنة ١٩٦٤، وهو يقيس بعدين أحدهما هو العصبيه - الاتزان الوجداني ، والثاني هو الانبساط - الانطواء.

يشتمل المقياس على ٥٧ بند موزعين كالاتي : ٢٤ بنداً لقياس العصابية و ٢٤ بنداً لقياس الانبساطيه و٩ بنود لقياس الكذب. ومن الجدير بالذكر أن الصورة العربية للمقياس تتضمن في صياغتها بعض المصطلحات العربية الفصحى ، حيث بدت بوجه عام في تجربة استطلاعية بالدراسة الراهنة غير مناسبة للحالات محدودة التعليم ، كما أنها كانت أميل لأن تجعل المبحوثين - خاصة ذوي الاعمار الأكبر - يشعرون بأنهم في موقف أشبه بالإختبار المدرسي. هذه الملاحظات أملت على الدراسة الراهنة ضرورة تعديل صياغة البنود الى اللغة العامية ، مع مراعاة

الحفاظ على المضمون الذى ينطوى عليه البند. وقد لوحظ عند إعادة التطبيق بعد التعديل، أن الصياغة الجديدة أدت إلى مزيد من استئارة التعاون وسهولة الفهم، والتخلص من الاحساس بغربة الموقف.

(٢) مقياس تيلور للقلق الصريح : Tylor Anxiety Scale

كونت تيلور هذا المقياس من ٦٥ بنداً فى أول صورة له حيث تم اختيارهم من بين مائتى بند من قائمة منيسوتا متعددة الأوجه للشخصية، تم هذا الاختيار بواسطة خمسة من المحكمين من علماء النفس الذين تحدد لهم أن يختاروا البنود التى تشير إلى القلق الصريح تبعاً لوصف كاميرون لاستجابة القلق المزمّن، وقد بلغت نسبة الاتفاق بينهم ٨٠٪ فى هذا الاختبار. ثم بشتولد Bechtold بعمل تحليل للبنود لتحسين الاتساق الداخلى للمقياس فوصل عدد البنود إلى ٥٠ بنداً. تبع هذا قيام تيلور بإجراء بعض التعديلات فى صياغة بعض البنود لكى تلائم الباحثين من غير طلاب الجامعات. وكشفت نتائج التحليل العاملى للمقياس لدى الراشدين عن خمسة عوامل نوعية يتضمنها المقياس وهى: التنبه للذات ونقص الثقة بالنفس مع الهم الدائم، والخوف من الخجل، وبرودة اليدين والعرق، وفقدان النوم، والشعور الغلاب بعدم الكفاية وعدم الاستقرار والتوتر الحركى وسرعة ضربات القلب.

وقد أوضحت الدراسات العديدة التى استخدمت مقياس تيلور للقلق الصريح صلاحيته السيكومترية من حيث ثباته وصدقه (عبد الخالق، ١٩٨٦).

وفى الاستخدام الراهن للمقياس تم استبعاد بندين من البنود الخمسين على ضوء نتائج التجربة الاستطلاعية، حيث تبين أنهما يثيران أسئلة ونوع ما من التردد حول معناهما من جانب الباحثين. وعلى هذا اشتملت الصورة المستخدمة فى الدراسة الراهنة على ٤٨ بند، كما تم إدخال بعض التعديلات فى الصياغة اللغوية، لتأخذ صورة أقرب إلى اللهجة العامية، شأنه فى هذا شأن مقياس أيزنك، من حيث الأسباب التى دعت إلى التعديل، وما ترتب على ذلك من ملاحظات فى الاتجاه الإيجابى لعملية القياس.

(٢) مقياس العدوانية:

استخدم مقياس العدوانية لجيفورد Guilford وهو أحد المقاييس التى وضعها جيفورد فى إطار المسح الذى قام به مع زيمرمان Zimmerman للمزاج، والذى قام بهما إلى بلورة ثلاثة عشر

عاملاً. وقام كل من مصطفى سويف ومحمد فرغلى فراج بتعريب المقاييس الثلاثة عشر بحيث أمكن استخدامها فى العديد من البحوث المصرية ، فضلاً عن استخدامها فى إجراءات القياس والفحوص الإكلينيكية.

ويتكون مقياس العدوانية من ٢٨ بدأً يجاب عليها إما بنعم أو بلا أو بوضع علامة إستفهام للدلالة على عدم التأكد من مدى انطباق العبارة على البحوث. يعبر مضمون البنود عن عدد من المشاعر الوجدانية، والأنماط السلوكية المدفوعة التى تصف حالات الغضب والاستياء والعداوة التى يمكن أن يعيها الفرد على نحو متكرر إزاء الآخرين، ومن الممكن أن يسلك وفقاً لها فى المواقف المختلفة.

ولقد خضعت بنود المقياس - فى الدراسة الراهنة - لبعض التعديلات فى الصياغة اللفظية فى اتجاه اللهجة العامية الشائعة، وهو الأمر الذى فرضته خصائص العينة التى خضعت للدراسة. كانت هذه التعديلات من قبيل «هل تشعر بالضيق الشديد لما حد من أصحابك أو أسرته يديك أو امرء؟» بدلاً من هل شعرت بالاستياء الشديد من أن تجد أصدقاءك أو أفراد أسرته يعطونك أوامر؟

ثبات وصدق المقاييس:

(أولاً: الثبات:

تم التحقق من ثبات المقاييس بطريقة الاختبار - إعادة الاختبار - retest reliability حيث أمكن الحصول على قيم الثبات من خلال حساب معامل ارتباط بيرسون Pearson Product moment correlation coefficient بين درجات عينة من المتطوعين قوامها ١٦ مبحوثاً فى مرتين لتطبيق نفس المقاييس يفصلهما فترة تراوحت بين عشرة أيام وخمس عشر يوماً. والجدول الآتى (رقم ٢) يتضمن قيم الثبات، وهى تدل بوضوح على ارتفاع قيم ثبات المقاييس المستخدمة.

جدول رقم (٣)

قيم معامل الثبات للمقاييس
بطريقة الاختبار - إعادة الاختبار

(ن = ١٦)

المقياس	معامل الثبات
إنبساطية	٠.٩٧**
عصائية	٠.٩٧**
قلق	٠.٩٨**
عدوانية	٠.٩٦**

ثانياً: الصدق :

من الواضح أننا بصدد مقاييس سبق استخدامها في العديد من الدراسات الإكلينيكية وغير الإكلينيكية، وكان من أهم دوافع استخدامها في هذه الدراسة هو أنها من المقاييس التي يتوفر لها أدلة متنوعة على بلوغها مستويات من الصدق مقبولة بل مرتفعة في كثير من الدراسات العربية، لا سيما بطارية أيزنك للشخصية، ولسنا في حاجة للتفصيل في هذا الأمر فالتراث حافل به، ولكننا فقط نشير إلى ما يمثل إضافة لأدلة صدق هذه الدراسة من خلال الدراسة الراهنة والتي تتمثل في واحد من انواع صدق التكوين أو المفهوم Construct validity وهو الذى وصفه كامبل Campbell وفيسك Fiske (١٩٥٩) بأنه صدق الإتفاق convergent validation، ويمقتضاه يكشف الاختبار عن ارتباطه بدرجة مرتفعة مع متغيرات أخرى من المفروض أنه يرتبط بها نظرياً (Anastasi, 1976) فى ضوء نظريات سيكولوجية مدعمة أو طبقاً لما نتوقعه فى ضوء الظواهر السيكولوجية. من ناحية أخرى لا يكشف الاختبار عن ارتباطات جوهرية مع المتغيرات التى يختلف معها نظرياً وهو ما يعبر عنه بالصدق التمييزى discriminant validation. وفى مجال المعالجة النظرية والامبيريقية، لا سيما الاكلينيكية لمفهوم العصابية يمكن تبين علاقات تربطه بكل من مفهوم القلق ومفهوم العدوانية (عبد الخالق، ١٩٨٧) (Mayo P.R., 1986; Hansson & Hogan, 1983). يضاف إلى هذا ورود القلق فى الدليل التشخيصى والاحصائى الرابع للاضطرابات العقلية - Di-10 (DSM- IV, ICD- 10) agnostic and Statistical Manual على أنه يمثل فئة تضم معظم الاضطرابات العصابية. هذه العلاقات تكشفت فى نتائج الدراسة الراهنة، حيث يتضح

الراهنه، حيث يتضح من الجدول رقم (٤) معاملات الارتباط الجوهرية بين متغير العصابية وكل من متغير القلق ومتغير العدوانية. من ناحية أخرى تفيد المعالجة النظرية والامبيريقية للمفهوم العدوانية في التراث العلمى أنه لا ينطوى على علاقات تربطه بمفهوم الانبساطية، وهذا ما دلّت عليه نتائج معاملات الارتباط بالدراسة الراهنه بين متغيرى العدوانية والانبساط والتى تعيزت بالانخفاض على نحو يبدو متسقاً مع معنى الصدق التمييزى.

جدول رقم (٤)

مصنوفة ارتباطات متغيرات الدراسة

القلق	العدوانية	العصابية	الانبساطية	
*.٣٧٤	.١٣٥	*.٣٢٦		الانبساطية
**٠.٦٥٤	**٠.٤٧٥			العصابية
*.٣٥١				العدوانية
				القلق

خطة التحليلات الإحصائية:

اشتملت خطة التحليلات الإحصائية للبيانات على الإجراءات الآتية:

- ١- حساب معاملات الارتباط بين متغيرات الدراسة فى مرتين للتطبيق لبيان معاملات ثبات الاختبارات الأمر الذى عرضنا لنتائجه فيما سبق (ص ١٣).
- ٢- حساب معاملات الارتباط بين متغيرات الدراسة بعضها البعض لتبين علاقة كل متغير بسائر المتغيرات الأخرى فى إطار الاهتمام ببحث صدق المقاييس المستخدمة.
- ٣- حساب قيم المتوسط والانحراف المعياري لأداء كل من مجموعتى المرضى والأسوياء على كل متغير على حدة، ثم حساب قيم (ت) لتبين دلالة الفروق بين المجموعتين واتجاه هذه الفروق على كل متغير.

٤- تقسيم مجموعة المرضى (ن = ٢٠) إلى مجموعتين فرعيتين طبقاً للتشخيص الطبى على أساس نمط الإصابة الكبدية (*), إحداهما تمثل مجموعة مرضى التضخم الكبدى البلهارىسى (ن = ١٦) والأخرى تشتمل على مرضى التضخم الكبدى الفيروسى (ن = ١٤), وحساب قيم المتوسط والانحراف العيارى، وقيم (ت) لتبين دلالة الفروق بين المجموعتين على كل متغير على حدة، واتجاه تلك الفروق.

٥- تقسيم مجموعة المرضى (ن = ٢٠) إلى مجموعتين فرعيتين طبقاً لمحك السن عند بدء المرض age at onset. مجموعة أصيب أفرادها بالمرض بعد سن الأربعين، وأخرى أصيب أفرادها بالمرض بدءاً من سن الأربعين أو أقل، وتم حساب قيم المتوسط والانحراف العيارى وقيم (ت) لتبين دلالة الفروق بين المجموعتين على كل متغير على حدة واتجاه تلك الفروق.

٦- تقسيم مجموعة المرضى (ن = ٢٠) إلى مجموعتين فرعيتين فى ضوء محك طول فترة المرض duration of illness بحيث اشتملت إحداهما على أفراد بلغ طول فترة المرض لديهم سنة أو أقل، بينما اشتملت الأخرى على افراد ممن تزيد فترة المرض لديهم على سنة. ثم حساب قيم المتوسط والانحراف العيارى وقيم (ت) لتبين دلالة الفروق بين المجموعتين على كل متغير على حدة، واتجاه تلك الفروق.

عرض النتائج:

على ضوء التساولات المطروحة بالدراسة، تنقسم النتائج إلى قسمين رئيسيين:

- (١) نتائج الفروق بين المرضى والأسوياء على متغيرات الدراسة.
- (٢) نتائج الفروق بين مجموعات المرضى بعضهم البعض على متغيرات الدراسة. أما مجموعات المرضى الفرعية موضع المقارنة فقد حددتها متغيرات ثلاث هى:

أ- نمط الإصابة الكبدية . ب- السن عند بدء المرض . ج- طول فترة المرض.

اولاً: نتائج حساب الفروق بين مجموعة مرضى الكبد ومجموعة الأسوياء :

على كل من متغير الإنبساطية والعصابية والقلق والعدوانية يمكن تبين نتائج هذا الجزء -

من خلال النظر فى الجدول رقم (٥)

(٥) تم تصنيف المرضى فى مجموعتين فرعيتين: تضخم كبدى بلهارىسى وتضخم كبدى فيروسى اعتماداً على التشخيص النوعى للحالات عند اختيارها منذ البداية وهى فقط الحالات التى حصلت على اتفاق فى تشخيصها النوعى من جانب الأطباء (انظر ص ٩).

جدول رقم (٥)

قيم المتوسط والانحراف المعياري ونتائج اختبار (ت)
لدلالة الفرق بين مجموعتي المرضى والأسوياء في الأداء
على متغيرات الانبساطية والعصابية والقلق والعدوانية.

مستوى الدلالة	قيمة (ت)	مرضى (ن = ٣٠)		أسوياء (ن = ٣٠)		الاختبار
		ح	م	ح	م	
٠.٠١٧	١٤٠	٣٤٩	١١٨٢	٢٧٦	١٠٧٠	الانبساطية (EPI)
٠.٠١٣	١٥٢	٣٩٨	١٤٦٦	٤١٨	١٢٩٣	العصابية (EPI)
**٠.٠٠٢	٣٢٢	٨١٠	٢٥٩٠	٨١٩	١٩١٣	القلق
٠.٠٨٦	٠.١٨	٥٥٩	٢٠٦٧	٤٤٦	٢٠٤٣	العدوانية

والذي يتضح منه أن الفرق بين مجموعتي المرضى الأسوياء على كل من متغيري
الإنبساطية والعصابية كان بعيداً عن مستوى الدلالة الجوهري.

بينما دلت النتائج الخاصة بمتغير القلق على وجود فرق جوهري بين المرضى والأسوياء،
وظهر هذا الفرق في اتجاه ارتفاع متوسط القلق لدى مجموعة المرضى عنه لدى مجموعة
الأسوياء ويبدو أن هذا المتغير هو الوحيد من بين متغيرات الدراسة الأربعة الذي ميز بين
المرضى الأسوياء حيث يظهر من خلال نفس الجدول أن متغير العدوانية - مثله مثل العصابية
الانبساطية - دل على عدم وجود فرق بين المجموعتين، بل لقد كانت قيم المتوسط والانحراف
المعياري لدى الأسوياء أن تتطابق مع مثيلاتها لدى المرضى.

نخلص من نتائج هذا الجزء إلى أن ثلاث متغيرات من أربع لم تكشف عن أية فروق دالة
بين مجموعتي المرضى والأسوياء، وهي الانبساطية والعصابية والعدوانية، بينما كان المتغير
الوحيد الذي ميز بينهما هو متغير القلق.

ثانياً: نتائج حساب الفروق بين مجموعات المرضى بعضهم البعض على متغيرات الدراسة،

(١) نتائج المقارنة بين المرضى فى ضوء نمط الإصابة الكبدية،

(مجموعه التضخم الكبدى البلهاريسى فى مقابل مجموعة التضخم الفيروسى):

جدول رقم (٦)

قيم المتوسط والانحراف المعيارى ونتائج اختبار (ت)

لدلالة الفروق بين المرضى فى ضوء نمط الامابة الكبدية

مستوى الدلالة	قيمة (ت)	مجموعه التضخم الكبدى البلهاريسى (ن = ١١)		مجموعه التضخم الكبدى الفيروسى (ن = ١٤)		المقياس
		ح	م	ح	م	
		٠.٨٦	٠.١٧	٢ر٤٧	١١ر٩٤	
٠.٠٨	١ر٧٨	٢ر٩٣	١٣ر٥٠	٢ر٧٤	١٦ر٠	العصابية
٠.٠٦	١ر٩١	٨ر٠٤	٢٣ر٢٨	٢ر١٦	٢٨ر٧٩	القلق
٠.٠٦	١ر٨٩	٤ر٥٥	١٨ر٩٤	٧ر٤٠	٢٢ر٦٤	العوانية

بالنظر فى بيانات الجدول رقم (٦) يتضح لنا ما يأتى:

- على متغير الانيساطيه : كاد متوسطا المجموعتين أن يتطابقا بحيث بدت الفروق شبه منعدمه.

- على متغير العصابية : ظهر فرق بين المجموعتين اقترب من مستوى الدلالة ولكنه لم يبلغها (٠.٨) وكان هذا الفرق فى اتجاه بلوغ مجموعة التضخم الفيروسى درجة من العصابية أعلى من مجموعة التضخم البلهاريسى

- على متغير القلق : ظهر فرق بين المجموعتين بدا قريباً من مستوى الدلالة (٠.٠٦) فى اتجاه ميل مجموعة التضخم الفيروسى نحو درجة من القلق أكبر من مرضى التضخم البلهاريسى

- على متغير العدوانية : ظهر فرق بين المجموعتين اقترب من مستوى الدلالة بدرجة أكبر منها في حالة متغير العصابية (٠.٠٦) وكان هذا الفرق في نفس الاتجاه السابق أي تحقيق مجموعة التضخم الفيروسي لدرجة من العدوانية أعلى من مجموعة التضخم البلهاريسى .

وعلى هذا تبدو النتائج في هذا الجزء متسقة معاً إلى حد ما، حيث تعكس فروقاً بين المجموعتين تقترب من مستوى الدلالة على نحو يعيل لتمييز مجموعة التضخم الكبدى الفيروسي على أنهم أكثر ميلاً للعصابية والعدوانية والقلق من مجموعة التضخم الكبدى البلهاريسى ، وذلك باستثناء الانبساطية التي تساوت فيها المجموعتان. وعلى الرغم من عدم بلوغ نتائج الفروق على متغيرات العصابية والقلق والعدوانية حد الدلالة المقبول إلا أن اقترابها منه يشجع على عدم تجاهلها.

(٢) نتائج المقارنة بين المرضى في ضوء محك السن عند بدء المرض :

من المهم أن نلاحظ - قبل البدء في استطلاع نتائج هذه المقارنة - أن تقسيم عينه المرضى طبقاً لمحك السن عن بدء المرض أنتج لنا مجموعتان إحداهما اشتملت على من بدأ المرض لديهم بعد سن الأربعين فأكثر ، والأخرى اشتملت على من بدأ المرض لديهم عند سن الأربعين فأقل. ولقد لاحظنا عند اتمام عملية التقسيم أن هاتين المجموعتين تطابقتا مع مجموعتي المقارنة السابقة، والتي تمت في ضوء نمط الإصابة الكبدية، إذ تبيننا أن مجموعة التضخم الكبدى البلهاريسى تضمنت نفس الأفراد الذين بدأت الإصابة لديهم في سن ما بعد الأربعين فأكثر، وأن مجموعة التضخم الكبدى الفيروسي اشتملت على من بدأت لديهم الإصابة في سن الأربعين فأقل وعلى هذا تطابقت نتائج المقارنة في المرتين السابقة والراهنة ، وهذا ما سنتبينه عند الانتقال من ملاحظة بيانات الجدول رقم (٦) إلى الجدول رقم (٧).

جدول رقم (٧)

قيم المتوسط والانحراف المعياري ونتائج اختبار (ت) لدلالة الفروق بين المرضى في ضوء محك السن عند بدء المرض

مستوى الدلالة	قائمة (ت)	مجموعه بدء الاصابه بعد سن الاربعين (ن=١١)		مجموعه بدء الاصابه عند سن الاربعين فأقل (ن=١١)		الاختبار
		ح	م	ح	م	
٠.٨٦	٠.١٧	٢ر٤٧	١١ر٩٤	٢ر٦٣	١١ر٧١	الانبساطية
٠.٠٨	١ر٧٨	٢ر٩٢	١٣ر٥٠	٢ر٧٤	١٦ر٠٠	العصابية
٠.٠٦	١ر٩١	٨ر٠٤	٢٢ر٣٨	٧ر٤٠	٢٨ر٧٩	القلق
٠.٠٦	١ر٨٩	٤ر٥٥	١٨ر٩٤	٦ر١٦	٢٢ر٦٤	العدوانية

وفى ظل هذا التطابق بين نتائج المقارنة الراهنة والمقارنة السابقة - وتجنباً للتكرار فى عرض نفس النتائج - نكتفى بتقديم ملخصاً لهذه النتائج فى ضوء التقسيم الراهن للعينة.

يكشف استطلاع قيم المتوسط والانحراف المعياري لدى المجموعتين بالجدول رقم (٧) عن اختفاء الفروق تماماً بين المجموعتين على متغير الانبساطية، بينما يكشف من ناحية أخرى عن درجات من الفروق بينهما على كل من متغير العصابية والعدوانية والقلق فى ازدياد ميل المجموعة الأولى (إصابة عند سن الأربعين فأقل) للعصابية والعدوانية والقلق أكثر من المجموعة الثانية (إصابة بعد سن الأربعين).

إلا أن نتائج الفروق فى ضوء محك اختبار الدلالة الاحصائية تحول دون قبولها. وعلى الرغم من ذلك يعمل قريبا من هذا المحك على استمالة التوقف أمامها لمناقشتها.

(٣) نتائج المقارنة فى ضوء محك طول فترة المرض :-

أدى تقسيم عينة المرضى فى ضوء محك طول فترة المرض إلى الحصول على مجموعتين إحداهما تتضمن الحالات التى يصل إزمان المرض لدى أفرادها إلى سنة أو أقل ، والأخرى يمتد الإزمان لدى أفرادها لأكثر من سنة. وعلى ضوء هذا التقسيم يكشف الجدول رقم (٨) عن فروق طفيفة بين المجموعتين لم تبلغ حد الدلالة الجوهرية على كل من المتغيرات الأربع.

جدول رقم (٨)

قيم المتوسط والانحراف المعياري. ونتائج اختبار (ت) لدلالة الفروق بين المرضى فى ضوء محك طول فترة المرض .

مستوى الدلالة	قيمة (ت)	مجموعة إزمان تمتد لأكثر من سنة (ن=١٨)		مجموعة إزمان تمتد من سنة فأقل (ن=١٢)		المتغير
		ح	م	ح	م	
٠.٨٤	٠.٢١	٢٦٥	١١٩٤	٢٢٧	١١٦٧	الانبساطية
٠.٦٥	٠.٤٦	٤٤٦	١٤٢٩	٢٢٩	١٥٠٨	العصابية
٠.٢٩	١.٠٧	٩.٢	٢٤٦١	٦٢٢	٢٧٨٢	القلق
٠.٧٠	٠.٢٩	٥٢٧	٢٠٢٢	٦٢٥	٢١١٧	العدوانية

مناقشة النتائج :-

بدأت دراستنا بسؤال رئيسي عن صورة الأداء المزاجي لدى مرضى الكبد المزمن في إطار البحث عن علامات قد تكون مميزة لهذا الأداء بشكل عام عن الأداء السوي . وتبعه سؤال فرعي عما إذا كانت هناك فروق نوعية في هذا الأداء المزاجي تمايز بين مجموعات المرضى بعضهم البعض . ويبدو من المناسب- ونحن نناقش نتائج الدراسة - أن تكون هركتنا في هذه المناقشة منتظمة على النحو الذي سار بمقتضاه استعراض النتائج ، حتى يكون المسار صحيحاً في الاتجاه الذي يقصده السؤال.

وفي إطار ما يتعلق بالسؤال الأول، أوحى نتائج الدراسة أنه لا توجد علاقة واضحة بين الإصابة المزمنة بالكبد واحتمال حدوث تغيرات في الأداء المزاجي الذي تعكسه متغيرات الإنبساطية والعصابية والعوانية ، باستثناء متغير القلق، حيث بدأ مرضى الكبد أكثر قلقاً من الأسوياء على نحو جوهري.

والنتائج على هذا النحو تبدو غير متسقة مع ما أوحى به مجموعة الدراسات المحدودة والتي سبق استعراضها في بدايات هذا التقرير . على أن النظرة الموضوعية لهذا الاختلاف ينبغي أن تضع في حسابها بعض الاعتبارات التي تقضى بالتعامل قبل التسليم بهذا التعارض:

أول هذه الإعتبارات يتعلق بالندرة الشديدة في الدراسات المعنية بهذا الموضوع، والتي تحول دون تبين مدى اتساق النتائج الراهنة أو اختلافها مع غيرها من الدراسات على نحو يتسم بالوضوح . وبالرغم من إمكانية الوقوف على كثير من الدراسات المعنية بموضوع الشخصيه لدى مرضى الكبد عند مسح التراث السابق للبحوث ، فإن استعراض أغلب هذه الدراسات يكشف عن اهتمامات بجوانب مزاجية أو بأنماط مرضية للكبد تختلف عما ركزت عليه الدراسة الراهنة، علي سبيل المثال الاهتمام ببحث آثار مرض الكبد على الوظيفة الجنسية (Collis, I, Lioy, G., 1992) أو على الاكتئاب وتقدير الذات Self Esteem (Bartholomey et al., 1991) أو على الرضا عن العمل (Farid, BT, 1994) أو قد يتجه الاهتمام إلى بحث الجوانب المزاجية لدى مرضى الكبد الكحولي أى الناتج عن إدمان الكحوليات ، بل لعله من الملاحظ أن الاتجاه الأخير نحو دراسة مرضى الكبد الكحولي هو

الغالب على معظم البحوث السيكلوجية التي تمت على مرضى الكبد فى أوروبا وأمريكا إذا ما قورن بحجم الاهتمام الموجه إلى مرضى الكبد غير الكحولى . ومن ثم فإن وضع هذا الاعتبار فى الحساب يجعلنا أكثر إدراكاً لكوننا بصدد نتائج تحتاج تجمع أدلة أخرى لتقييم فى ضوءها .

وثمة اعتبار آخر يتمثل فى فيما يرد بالمصادر المرجعية الطبيه المعنيه منها بأمراض الكبد والسيكياترية، حيث يتم تناول تغيرات الشخصية لدى مرضى الكبد فى إطار أشبه بوصف الأعراض الاكلينيكية للمرض، والذي يستند إلى أسلوب الملاحظة الاكلينيكية أو بعض استخبارات التشخيص السيكاترى . على سبيل المثال ما تذكره شيلاشيرلوك Sheila Sherlock فى مؤلفها Diseases Of The Liver And Biliary System عن أكثر "العلامات" المميزه لمرضى الكبد المزمن فى الشخصية والتي حددتها فى الميل للانفعال السريع والعنف والميول الطفولية، وفقدان الاهتمام بالأسره والبعد عن المنطق (S.Sherlock, 1989) ، وأيضاً ما يصفه سمرسيكل وآخرون على أنه "من العلامات" الملحوظة على تغير الشخصية لدى مرضى الكبد والذي يتمثل فى علامات على القلق والاكتئاب والسلوك القهزى (Summerskill, 1973; Vohees et al., 1956; et al.). وقد يشار أيضاً الى هذه العلامات على أنها بمثابة "اضطرابات انفعالية" وذلك على النحو الذى وصفه البعض لدى مرضى التليف الكبدى غير الكحولى (Tarter, BE. et al., 1984) هذه الأمثلة وغيرها تمثل السياق الطبى لتناول الموضوع.

وهذا السياق يمثل أهمية كبيرة- دون شك - فى إثارة مشكلة اكتشاف هذه العلامات مبكراً على المستوى السلوكى ، ومشكلة قياسها وتقدير أبعادها من المنظور السيكلوجى، على أن التقييم الموضوعى لنتائج البحوث السيكلوجية المعنيه بهذا النمط من المشكلات - كما فى حالة الدراسة الراهنة - يقتضى الاستناد إلى محكات تقوم على أسس القياس السيكومترى أكثر من استنادها إلى منهج الملاحظة الاكلينيكية .

وعلى ضوء الاعتبارين السابقين يبدو أن تقييم التعارض الظاهر بين النتائج الراهنة، وما يكشف عنه التراث السابق أمر يتطلب قدر من الحذر، كما يقتضى تولفم مجال من الدراسات الأسبق أكثر اتساعاً وأكثر اتساقاً مع طراز المتغيرات وأسلوب جمعها بالدراسة الراهنة.

على الرغم من احتمال تجمع أدلة فيما بعد تؤكد صدق الاستنتاج الذى قادت إليه النتائج الراهنة، أى لا توجد علاقة بين الإصابة بالتضخم الكبدى وحدث تغيرات فى سمات

الانبساطية والعصابية والعدوانية باستثناء القلق، نقول على الرغم من هذا الاحتمال الوارد، فإنه من المنطقي التوجه نحو طرح بعض التساؤلات التي يثيرها في الذهن مثل هذا الطراز من النتائج المتعارض مع الفروض . وعندئذ إما أن تعمل هذه التساؤلات كفروض مفسرة للتناقض الظاهر أو أن تعمل كفروض هادية لبحوث تالية .

ومن التساؤلات التي يمكن إثارتها في هذا السياق تساؤل يتصل بالفارق الجوهرى الوحيد الذى ظهر بين المرضى والاسوياء والذي تمثل على متغير القلق وحده دون المتغيرات الثلاث الأخرى: هل من المحتمل أن يكون القلق الذى يعكسه مقياس تيلور المستخدم فى الدراسة هو من الطراز الذى يوصف على مستوى الحالة لاعلى مستوى السمة على عكس المتغيرات الأخرى (الانبساطية - العصابية - العدوانية)؟ والتضمين الذى ينطوى عليه السؤال هنا هو أنه إذا كان مقياس تيلور يقيس حالة القلق دون السمة بينما كانت المتغيرات الثلاث الأخرى عاكسة للأداء المزاجى على مستوى السمة، فمن غير المستبعد أن يظل أداء المرضى على متغيرات الانبساطية والعصابية والعدوانية مناظراً لأداء الاسوياء، لا يختلف عنه بوصفه أداء يتسم بالاستقرار وصعوبة القابلية للتغير، بينما يقتصر التغير فقط على القلق كحالة، بمعنى أن القلق فى هذه الأحوال ربما لا يزيد عن كونه قلقاً يرتبط بظروف المرض ومتغيراته، ولا يبلغ مستوى عمومية السمة عبر الموضوعات، واتساقها عبر الزمن.

وإذا كان هذا الاستنتاج فيه قدر من الصحة فإنه يثير بدوره مشكلة الأدوات، أى الحاجة لمزيد من الإهتمام بتوفير أدوات ذات صلاحية سيكومترية جيدة وحساسية عالية لالتقاط أو مراقبة هذه التغيرات، خاصة إذا كانت هذه التغيرات لها دلالات تنبؤية بمآل المرض - Prognosis أو بفاعلية العلاج المتبع.

ثمة نقطة أخرى تثيرها النتائج وهى تتصل بمشكلة تجانس العينة، فمن المألوف عند دراسة الحالات المرضية فى المجال الاكلينيكي مواجهة الباحث لمشكلة تجانس أفراد عينة الدراسة وهو بإزاء تبنى منهج دراسة المجموعات. إذ تكون مصادر التباين بين الأفراد المرضى متعددة، فعلاوة على الفروق الفردية توجد فروق إكلينيكية عديدة تسهم فى مزيد من التباين مهما تكن محاولات الباحث التى يبذلها فى اتجاه تحقيق التجانس عند اختيار العينة لتحقيق الضبط. وربما يكون هذا وراء التعارض الذى يواجهه الباحثون ليس فقط بين الفروض المثارة والنتائج، بل أيضاً بين نتائج البحوث فى المجال بعضها البعض. ومن ثم تبرز أهمية البحث عن

منهج يبدو أكثر ملاءمة لمثل هذه الظروف. وهنا يبدو منهج دراسة الحالة Case - Study من الطرق المناسبة لحل المشكلة هذا من ناحية، ومن ناحية أخرى فربما لو أمكن دراسة مشكلة مثل التغيير المزاجي لدى المرضى طبقاً لنحى دراسة الحالة، فإنه يمكن الوصول عن طريق أمثال هذه البحوث إلى ما يمثل نماذج إكلينيكية Clinical models تفيد عمليات التمييز الفارقي differential discrimination لهذه الحالات المرضية، خاصة الذين ينتمون لفئات شديدة النوعية.

هذه النقطة تنقلنا إلى التعليق على الجزء الثانى من النتائج والمتعلق بالفروق بين المجموعات الفرعية للمرضى على متغيرات الدراسة حيث أن هذه النقطة الأخيرة تبدو لها صلة أيضاً بهذا الجزء من النتائج كما سيتضح من التعليق عليه.

لا شك أننا ونحن فى موقف تقسيم عينة المرضى إلى مجموعات فرعية، نواجه مشكلتين لابد من الاعتراف بهما مقدماً لما لهما من اعتبار يضعهما فى الحسبان عند تفسير نتائج هذا الجزء. المشكلة الأولى هى مشكلة التغيرات الإكلينيكية heterogeneity (أى فى الشروط الإكلينيكية) للمجموعات النوعية من المرضى والتي تجرى بينهما المقارنة، وهى مشكلة تبدو شائعة فى كثير من البحوث الإكلينيكية، إذ لا مفر من مواجهة الباحث لعدد غير محدود من المتغيرات الإكلينيكية ذات تأثير يتعذر على الضبط مثل التصنيف النوعى للمرضى والسن عند بدء المرض والعلاج وطول فترة المرض.. إلخ.. فإذا أضفنا إلى هذا عدم الوفرة فى الحالات المرضية المطلوبة للبحث بل الندرة فى أغلب الأحيان لاتضح أمامنا الحجم الحقيقى للمشكلة التى يواجهها الباحث فى المجال الإكلينيكي، والسبب الذى يدعوه لتقبل الأمر الواقع الخاص بضعف التجانس الإكلينيكي بين المبحوثين من المرضى. على أن هذا الموقف لابد وأن يتلائم معه أمران يعيهما الباحث جيداً فى مثل هذه الظروف ليعمل وفقاً لهما، أولهما وعى الباحث بهذه المشكلة عند تفسيره لنتائج بحثه أو عند بنائه إلى استنتاجات منها. والأمر الثانى هو محاولة تقديم أفكار تعمل فى اتجاه التغلب على المشكلة فى مستقبل البحث.

المشكلة الثانية هى مشكلة افتقار البحوث فى الموضوع إلى دراسات سيكولوجية منظمة تعين على استيضاح بعض معالم الصورة خاصة عند تفسير نتائج البحث.

ومن الجدير بالملاحظة فى النتائج بداية أن المقارنة بين مجموعة مرضى التضخم الكبدى الفيروسى (الذين لم تزد أعمارهم عن سن الأربعين عند بدء المرض) ومجموعة مرضى التضخم الكبدى البلهاريسى (الذين تجاوزت أعمارهم سن الأربعين عند بدء المرض) تضعنا فى مواجهة اثنين من المتغيرات المستقلة معا هما: نمط الإصابة الكبدية والسّن عند بدء المرض لنبحث عن العلاقة التى قد تربطهما بكل واحد من متغيرات الأداء المزاجى الأربع كمتغيرات تابعة. ولعل أهم ما تنطوى عليه نتائج هذه المقارنة من متضمنات يوحى بأن ثمة تأثير مرتبط بالمرض يظهر على الجوانب المزاجية للأفراد إذا أصيبوا بالتضخم الكبدى الفيروسى قبل سن الأربعين، وأن هذا التأثير ربما لا يظهر إذا كانت الإصابة بلهاريسية لاسيما إذا حدثت فى مرحلة عمرية متأخرة نسبياً تتعدى سن الأربعين على أنه لا ينبغى أن يغيب عن الذهن أن هذا الاستنتاج مبنى على نتائج كادت أن تصل إلى مستوى الدلالة المقبول أو هى اقتربت منه بالفعل (تراوحت مستويات دلالاتها بين ٠.٠٦ وإلى ٠.٠٨) على أنها لم تبلغها بلوغاً تاماً. وفى ظل تعدد الظروف المعاكسة الملازمة لبُحث مثل هذه الظواهر - التى أشرنا لها آنفاً - تقضى النظرة الموضوعية بعدم تجاهل هذا الطراز من النتائج وإنما يمكن التعامل معها على نحو أقرب إلى ما يصفه مليفن ماركس (Marx, M., 1976) بالنصف قانون half Law لا بالقانون الكامل Complete Law الذى توافرت له درجة مرتفعة من الثبات والصدق وذلك إلى حين بلوغ ظروف أنسب للبحث ودرجات أعلى من ثبات العلاقة.

نقطة أخرى تثيرها تلك النتائج هى أنه إذا كان هناك نوع من التأثير المرتبط بالمرض على النظام المزاجى للفرد فإنه لا يكون بوسعنا أن نعزوه إلى متغير بعينه من المتغيرين موضع الاهتمام فهو يرجع إلى نمط الإصابة الكبدية وحدها أم إلى الإصابة بمرض الكبد فى مرحلة عمرية بصرف النظر عن نمط الإصابة. فقط يمكننا فى ظل وجود متغيرين مستقلين أن نطرح فرضاً ربما يجد إجابة مع تيسر ظروف البحث فيما بعد مؤداه أن ثمة تفاعل ما يحدث بين المتغيرين على نحو يفضى إلى حدوث نوع من التغيير فى النظام المزاجى للمريض.

إن صورة الأداء المزاجى لجموعه مرضى التضخم الكبدى البلهاريسى فى الدراسة الراهنة التى وضعتهم فى مستوى أفضل من أداء مرضى التضخم الكبدى الفيروسى تتسق مع دراسات أسبق اتفقت على أن تغيرات الاعتلال الكبدى الدماغى والأداء النفسى العصبى فى حالات إصابة الكبد الناتجة عن البلهاريسيا تكون أقل وطأة منها فى حالات إصابات الكبد الأخرى (Mansour, 1988; Moustafa, 1990). وثمة تفسير لذلك يذهب إليه أو بيد وأخرون

(Obied et al., 1978) مؤداه أن مرضى البلهاريسيا لديهم القدرة على الصمود فى مواجهة مشقة النزيف. كما أنه يقل لديهم الاحتمال بإصابتهم بالاعتلال الدماغى لأن الإصابة لديهم تكمن فى الأوردة البابية حول الكبد على حين تكون خلايا الكبد سليمة.

ومما يستلفت الانتباه فى هذا السياق أنه برغم الفروق النسبية التى كشفت عنها المقاييس داخل عينة المرضى (بين مجموعتى مرضى الكبد) فإنها لم تكشف - على نحو أسبق عن فروق (بين مجموعة المرضى إجمالاً) والأسوياء كمجموعة ضابطة، الأمر الذى يقودنا إلى أهمية إعادة النظر إلى قيم المتوسط والانحراف المعيارى الخاصة بمجموعة الأسوياء على كل متغير على حدة ومقارنته بقيم المتوسط والانحراف المعيارى المقابلة لها لدى كل من مجموعة التضخم الكبدى البلهاريسى ومجموعة التضخم الكبدى الفيروسى. وربما كان فى إجراء تحليل التباين لبيانات هذه المجموعات الثلاث ما يكشف عن مصدر معظم التباين بينهم إلا أن صغر حجم مجموعتى المرضى من ناحية وعدم تكافؤ المجموعات الثلاث فى الحجم، من ناحية أخرى (تضخم بلهاريسى ن = ١٦، تضخم فيروس ت = ١٤ أسوياء: ن = ٣٠) حال دون الإقدام بثقة على هذا الإجراء. إن مقارنة المتوسطات الثلاث على كل متغير على حدة تكشف عن الاقتراب النسبى لأداء مجموعة التضخم البلهاريسى من أداء الأسوياء على معظم المتغيرات، وهذا بدوره يجعلنا أميل للاعتقاد فى أن اختفاء التباين بين المرضى والأسوياء ربما يكون مرجعه أن أكثر من ٥٠٪ من مجموعة المرضى يمثلها مرضى التضخم البلهاريسى، وهم الذين بدأ أداؤهم أقرب إلى أداء الأسوياء من مرضى التضخم الفيروسى حيث ظهر أفراد المجموعة الأخيرة أكثر ميلاً للعصابية والعوانية والقلق من كل من مجموعة التضخم البلهاريسى والأسوياء.

ومهما يكن من أمر فإن تحقيق قدرأ أكبر من التجانس بين مجموعات عينة المرضى فى المتغيرات الإكلينيكية سوف يسهم دون شك فى اكتشاف العلاقات الوظيفية بين متغيرات الدراسة على نحو أكثر وضوحاً. ولكن إذا كان تحقيق التجانس بين مجموعات المرضى أمراً يشيع تعذره فى البحوث الإكلينيكية من ناحية، فضلاً عن أن الافتقار إليه يترتب عليه تعارض وغموض فى النتائج من ناحية أخرى، فإن الاتجاه نحو تبنى منحنى الحالة الفردية ربما يمثل خطوة فى طريق حل المشكلة، وهو الأمر الذى سبق أن أشرنا إليه عند التعليق على الجزء الأول من النتائج. ونضيف هنا إلى ما سبق أن دلالة هذا المنحنى التى تاكدت فى البحوث التجريبية لا

تقل عنها في البحوث الوصفية، حيث لا تحول خصوصية الحالة الفردية دون قابلية النتائج للتعميم إعتقاداً على خاصية القابلية للإعادة replicability، فكما تحققت العلاقة بين المتغير المستقل والمتغير التابع على نحو متكرر عبر حالات فردية متعددة ذات تباينات في خصائص الشخصية (العمر - الجنس - التعليم.. الخ) ومستويات أعلى من التجانس الإكلينيكي، إزداد صدق استنتاج العلاقة وإزداد حظها من القابلية للتعميم generalizability ولا شك أن عدد الحالات التي تكفلها مثل هذه البحوث يمكن أن تؤثر في مستوى صدق الاستنتاج الذي يتم إستخلاصه من البيانات، وهنا نذكر أنفسنا بالقاعدة التي أوردها كازدين Kazdin وهو يصدر مناقشة عمل استنتاجات تتسم بالصدق من بيانات دراسة الحالة ومزداها أنه كلما إزداد عدد الحالات التي تكشف عن فاعلية علاج ما (العلاقة بين متغيرات الدراسة)، قل الاحتمال بأن تكون هذه العلاقة نتاجاً لعوامل خارجية أو عوامل الصدفة (Kazdin, E.E,1981)

وإلى جانب ما كشفت عنه النتائج من فروق قروية من الدلالة بين مجموعتي المرضى على متغيرات العصابية والعدوانية والقلق - سبق التعليق عليها - ظهر متغير الانبساطية منفرداً وقد تشابه عليه أداء مجموعتي المرضى، وهنا نشير إلى أن الدراسات التي تمت في التراث السابق على المرضى باستخدام قائمة أيزنك في الشخصية كشفت عن فروق صغيرة في درجة الانبساط حتى مع المجموعات المحكية. وفضلاً عن هذا فإن الانبساط يميل - بين مجموعات المرضى - إلى أن يرتبط سلبياً بالعصابية. (عبد الخالق، ١٩٩٣) علماً بأن أيزنك يجادل دائماً ضد ارتباط العصابية والانبساط، ويحاول تقديم تبريرات لذلك (عبد الخالق، ١٩٩٦).

أما عن نتائج آخر المقارنات التي تمت في إطار عينة من المرضى طبقاً لمحك طول فترة المرض، فعلى الرغم من اختفاء الفروق الدالة بين مجموعتي المرضى على كل المتغيرات فإنه لا يمكننا أن نزعم من ذلك مباشرة بأنه لا توجد علاقة بين طول فترة المرض والأداء المزاجي. ذلك أننا نواجه مرة أخرى مشكلة تباين مجموعتي المقارنة في متغيري نمط الإصابة الكبدية والسن عند بدء المرض. كذلك فالتشتت الكبير داخل المجموعتين في طول فترة المرض يباعد بيننا وبين رفض أو قبول هذه النتائج (انظر الجدول رقم ٩). وإزاء هذا الموقف نقول أنه إلى حين التغلب على مشكلة تباين مجموعات المقارنة في متغيرات الضبط سيظل التوقع قائماً بأنه إما أن تكون

جدول رقم (٩)
المتوسط والانحراف المعياري لزمان الإصابة بالمرض
مقدراً بالشهور لدى كل من مجموعتي المرضى

الانحراف المعياري	المتوسط	المجموعة
٢٦٧	٢٦	المجموعة الأولى: إزمان: سنة فأقل (ن = ١٢)
٢٧,٧٧	٤٨,٢١	المجموعة الثانية: إزمان أكثر من سنة (ن = ١٨)

العلاقة غير موجودة أو تكون موجودة في اتجاه سوء أداء ذوى التاريخ المرضى الأكثر طولاً.

ختاماً تسوقنا المناقشة السابقة للنتائج إلى التأكيد على أن غياب الفروق الدالة بين مجموعات الدراسة على متغيرات الأداء المزاجي، لاسيما بين المرضى والأسوياء، وفي ظل مؤشرات للملاحظة إكلينيكية موحية بوجود علامات على تمايز المرضى عن الأسوياء، ينبغي ألا يدفع إلى المسارعة إلى نفي وجود هذه الفروق بقدر ما يكون مهماً أن يعمل هذا على شحذ التفكير لمراجعة المشكلات المنهجية والاجرائية الكامنة، ولابتكار الحلول المناسبة لها لتأخذ بها بحوث تالية.

ملخص البحث

استهدفت الدراسة الكشف عن بعض ملامح الأداء المزاجى لدى مرضى الكبد المزمن ممن لم يكشفوا بعد عن علامات على الاعتلال الدماغى الكبدى. وقد ركزت الدراسة على قياس العصابية والانبساطية والقلق والعدوانية، كمتغيرات مزاجية، توحى الملاحظات الإكلينيكية الطبية المتجمعة بالتراث على أنها من المتغيرات التى تعكس علامات على التغير لدى مرضى الكبد المزمن.

أجريت الدراسة على ثلاثين مريضاً، (نصفهم مشخصين طبياً كمرضى تضخم كبدى بلهاريسى، والنصف الآخر مشخصين كمرضى تضخم كبدى فيروسى)، فى مقابل عينة ضابطة من الأسوياء قوامها ثلاثون متطوعاً.

كشفت نتائج الدراسة عن اختفاء الفروق بين المرضى والأسوياء على كل متغيرات الدراسة فيما عدا سمة القلق حيث بدا المرضى أكثر ميلاً للقلق من الأسوياء. من ناحية أخرى ظهرت فروق قريبة من مستوى الدلالة بين مرضى التضخم الكبدى البلهاريسى ومرضى التضخم الكبدى الفيروسى فى العصابية والعدوانية والقلق باستثناء الانبساطية فى اتجاه ازدياد ميل المجموعة الثانية عن الأولى نحو الطرف المتزايد من السمات.

وقادت مناقشة النتائج إلى إبراز مشكلة التباير أو البعد عن التجانس الإكلينيكى بين أفراد عينة المرضى، كما أدت إلى طرح فكرة التوجه نحو منحنى دراسة الحالة الفردية كأحد الحلول المطروحة لمواجهة المشكلة.

المراجع

- ١- الصبوة (محمد نجيب)، (١٩٩٤)، الشخصية والتفكير الإنساني، مجلة كلية الآداب : مركز النشر لجامعة القاهرة، العدد ٦٦.
- ٢- سهير الفباشي، (١٩٩٣)، الأداء المعرفي لدى مرضى الكبد المزمن، مجلة بحوث كلية الآداب، جامعة المنوفية، العدد ١٥.
- ٣- عبد الخالق (أحمد محمد)، (١٩٨٧)، قلق الموت، الكويت: عالم المعرفة.
- ٤- عبد الخالق (أحمد محمد)، (١٩٨٦)، استخبارات الشخصية، الاسكندرية: دار المعرفة الجامعية، الطبعة الثانية.
- ٥- عثمان (فاروق السيد)، (١٩٩٣)، القلق وعلاقته بالتخصص الدراسي والجنسي والبيئة لدى طلاب جامعة البحرين أثناء أزمة الخليج، مجلة علم النفس، القاهرة: الهيئة المصرية العامة للكتاب، العدد ٢٥، السنة السابعة.
- ٦- مرسى (كمال إبراهيم)، (١٩٨٠)، القلق وعلاقته بسمات الشخصية عند المراهقين الكويتيين من بين تلاميذ المدارس المتوسطة والثانوية. في: مصطفى تركي (محرر) بحوث في سيكولوجية الشخصية بالبلاد العربية. الكويت: مؤسسة الصباح للنشر والتوزيع.
- ٧- ممدوحة محمد سلامة، (١٩٩٠)، علاقة حجم الأسرة بالاعتمادية والعدوانية لدى الأطفال، مجلة علم النفس. الهيئة المصرية العامة للكتاب، العدد ١٤.
8. Adams & Foley (1953) The neurological disorder associated with liver disease. In Metabolic toxic diseases of the nervous system. Mirrit, H. H. Hare, C.C. (eds.) Baltimore: William, and Eildins.
9. Allgulander, C. (1994) Suicide and mortality patterns in anxiety neurosis and depressive neurosis. Arch. Gen. Psychiatry, Sep., 51(9): 708-12.
10. Anastasi, A. (1976), Psychological testing, New York: McMillan

Publishing Co., Inc. (4th ed.).

11. Bartholomew, U, Klapp, B.F., Leyendecker, B., Scheer, J.W. (1991) Depression and self concept of patients with acute viral hepatitis.
12. Berkowitz, L. (1993) Aggression. New York: McGraw-Hill Inc.
13. Blackburn, R. (1993), The psychology of criminal conduct, New York: John Wiley & Sons.
14. Campbell, D.T. & Fiske, D. (1959) Convergent and discriminant validation by the multitrait - multimethod matrix. *Psychological Bulletin*, 56, 81-105.
15. Catta R.B. & Scheier, I.H. (1961), The meaning and measurement of neuroticism and anxiety. New York: Roland.
16. Davison, C.S. and Gabuzda, G.J., (1975), Hepatic coma. In: *Diseases of the liver*, Schiff, E. (ed.) New York: J.B. Lippincott company.
17. Ewusi, M.I., Saunders, J.B., Williams, R. (1984), The clinical nature and detection of psychiatric disorders in patients with alcoholic liver disease. *Alcohol*, 19(4): 297-302.
18. Eysenck, H. J. (1976) *The Biological basis of personality*, Springfield C. Thomas.
19. Gilberstadt, S., Gilberstadt, H., Zieve, L., Buegel, B., Collier, R. and Mc Claine (1980) Psychometric performance deficit in cirrhotic patients without overt encephalopathy. *Ann. Intern. Med.*, 140-519.
20. Hoyumpa, A.M., Schenker, S. (1987), Prospective in hepatic encephalopathy, *J. Clin. Med.*, 100, 477-487.
21. Kazdin, A.E., (1981), Drawing valid influences from case studies. *Journal of consulting and clinical psychology*, 49, 183-192.
22. Mansour, A.M., (1988) visual evoked potential and neuropsychometric tests in chronic liver disease. Thesis, M. Sc degree, Faculty of Medicine, Ain Shams University.

23. Marx, M. (1976) *Introduction to Psychology: Problems, Procedures and Principles*. New York: Mc Millan Pub. Co., Inc.
24. Okasha, A., (1986) *Psychiatric manifestation associated with chronic liver disease* (Seminar at Ain Shams University conference).
25. Raven, B. & Robin, J., (1983) *Social Psychology*, New York: John Wiley & Sons.
26. Read, A.E., Sherlock, S., Laidlaw, J. and Walker, J.G. (1967) *The neuropsychiatric syndrome associated with chronic liver disease and extensive portal systematic collateral circulation*. *Qurt, J. Medd.*, 63 : 135.
27. Ridders, L., Jenko, P., Rudman, D. and Freides, D. (1978) *Subclinical hepatic encephalopathy: detection, Prevalence and relationship to nitrogen metabolism*. *Gastroenterology*, 75: 462.
28. Sherlock, S. (1989) *Diseases of the liver and Biliary system*, (8 th ed.) Oxford: Blackwell Publications.
29. Smith, H., Smith L., (1977) *WAIS Funcinoing of cirrhotic and non cirrhotic alcoholics*, *J. Clin. Psychol.*, 33 : 309.
30. Spiellberger, C.D., (1972). *State-Trait process*, In: C.D. Spielberger & I.G. Sarason (eds.), *stress and anxiety* (v. 1) Washington : D.C. Hemisphere.
31. Summerskill, H.J., Davidson, A., Sherlock, S. and Steiner, R.E. (1956) *The neuropsychiatric syndrome associated with hepatic cirrhosis and extensive portal collateral circulation*, *Gant, J. Med.*, 98.
32. Tarter, R.E., Hegedus, A.M., Vanthiel, D.H., Schade, R.R., Gavalier, J.S., Starzl, T.E. (1984) *Nonalcoholic cirrhosis associated with neuropsychological dysfunction in the absence of over evidence of hepatic encephalopathy*- *Gastroenterology*, 86 : 1421.
33. voorhees, A.B., Chaitman, E., Schneider, S., Nicholson, J.F., Kornfeld, D.S. and Price, I.B: 129 (1973) *Portal systematic in non-cirrhotic patient*. *Arch. Sur.* 11-107.

34. Weber, F.L. (1984) hepatic encephalopathy in *Gastroenterology*. 4 :
Liver, 11 : 242, Silliams, K. and Maddery, W.C., (eds.), London:
Butterworth.
35. Zeegan, R. Drink water, D.E., Darison, A. (1970) Method for
measuring cerebral dysfunction in patients with liver disease. *Br.*
Med. J., 8, 633-636.
36. Zieve, L. (1987) Hepatic encephalopathy. In.: Schiff, L. and Eugene,
R.S. (eds.), *Disease of the liver*. J.B. Lippinot company.