

مظاهر اللاسواء النفسي المرتبط باعتلال الدماغ الكبدي لدى بعض مرضى تليف الكبد

إعداد

أ.د./ أحمد محمد أحمد زايد

قسم علم النفس - جامعة سوهاج

د./ علا عمر منجود

قسم علم النفس - جامعة المنيا

د./ سليمان محمد سليمان

قسم علم النفس - جامعة سوهاج

ملخص :

يهدف البحث الراهن إلى التعرف على العلاقات الارتباطية بين اعتلال الدماغ الكبدي ومظاهر اللاسواء النفسي لدى مرضى تليف الكبد، بالإضافة إلى التعرف على الفروق بين مرضى تليف الكبد (A) و (B) و (C) في مظاهر اللاسواء النفسي واعتلال الدماغ الكبدي. ضمت عينة البحث (30) مريضاً خارجياً تم تشخيصهم - وفق فحوص طبية - بتليف الكبد، بلغ متوسط أعمارهم (37,71) سنة وانحراف معياري قدره (11,01) سنة، مثل الذكور (73,33%) (22) من أفراد العينة في مقابل (8) إناث. وتم تقييم مظاهر اللاسواء النفسي بواسطة قائمة الأعراض المعدلة، وقُيم اعتلال الدماغ الكبدي باستخدام فحص الحالة العقلية المُصغر.

وأظهرت النتائج وجود علاقة ارتباطية جوهريّة بين اعتلال الدماغ الكبدي وعدد من الاضطرابات النفسية، وهي: الحساسية التفاعلية والقلق والبارانويا التخيلية والذهانية بالإضافة إلى مؤشري الشدة العام والمجموع الكلي للأعراض الإيجابية، وانحرف أداء مرضى تليف الكبد عن معايير الأداء المعيارية، وكانت الفروق بين المجموعات المرضية دالة في اتجاه مرضى تليف الكبد (C) فيما عدا بُعدي الأعراض الجسمانية والاكْتئاب؛ فقد توافرت أعراض هذين البعدين لدى جميع المرضى بشكل متقارب. أما فيما يخص بعد المخاوف المرضية، فلم يكن هناك أية مخاوف شاذة عن ما هو طبيعي لدى جميع المرضى.

الاستنتاج: يرتبط تليف الكبد بمضاعفات متعددة، أخطرها اعتلال الدماغ الكبدي كزملة عصبية نفسية تجب عدداً من الاضطرابات النفسية.

الكلمات المفتاحية: لاسواء نفسي - اعتلال الدماغ الكبدي - تليف الكبد - قائمة الأعراض المعدلة - فحص الحالة العقلية المُصغر.

مقدمة :

يسعى علم النفس المرضى دائماً إلى دراسة الاضطرابات النفسية ومظاهر اضطراب الحالة النفسية، بما في ذلك أعراضها وأسبابها وطرق علاجها، والجدير بالذكر أن هناك حالات طبية متعددة من بينها تليف الكبد يمكن أن تسبب اضطرابات نفسية (Eftekar, 2020)، حيث يحفز تليف الكبد - بشكل مباشر أو غير مباشر - حدوث تغيرات بيولوجية في الجهاز العصبي المركزي، والتي قد تنعكس في شكل أعراض نفسية (Eftekar, 2020; Danilescu et al., 2021)، ويُنظر إلى اعتلال الدماغ الكبدي على أنه أحد أهم هذه التغيرات العضوية التي يُحدثها تليف الكبد، لكونه زملة عصبية نفسية يسببها اضطراب الكيمياء الحيوية الوظيفية للدماغ ويرتبط بالعديد من الاضطرابات النفسية (Eftekar, 2020; Fatima & Rehna, 2024)، حيث تشترك الاضطرابات النفسية والحالات الطبية العامة في علاقة ثنائية الاتجاه (Menon et al., 2022).

ويُنظر إلى اضطراب الحالة النفسية على أنها الحالة التي تتحرف عن المستوى الطبيعي المقبول في كل من الأفكار والمشاعر والسلوكيات. وعلى الرغم من أن الإجماع والاتفاق من قبل أخصائيو الصحة النفسية على تحديد أنماط الأفكار والمشاعر والسلوكيات التي تعتبر غير طبيعية حقاً قد يكون صعباً، إلا أن علماء النفس يسعون جاهدين إلى محاولة التمييز بين الاضطرابات النفسية والتجارب والسلوكيات الداخلية التي تكون مجرد ظرفية أو خاصة أو غير التقليدية المرتبطة بالإصابة بالأمراض الجسدية المزمنة أو ناجمة عن صدمات نفسية (Salomon & Jin, 2013).

ولقد أثارت دراسة اللاسواء النفسي حيرة جميع الثقافات لأكثر من ٢٥٠٠ عام، ومازالت إلى الآن. فلا بد أنك قد صادفت أشخاصاً غير سعداء ومضطربين وغير راضين، تمتلئ عقولهم وقلوبهم بالأسى والقلق والتوتر، ويشعرون أنهم غير قادرين على المضي قدماً في حياتهم، ويشعرون أن الحياة عبارة عن صراع مؤلم وشاق، وفي بعض الأحيان لا تستحق العيش، وهذه الإخفاقات يمكن أن ترجع بشكل أساسي إلى الفشل في التكيف مع تحديات الحياة سواء أكانت هذه التحديات صحية أو مهنية أو اقتصادية أو اجتماعية... إلخ، وتعتبر مشاعر التوتر والانزعاج هذه مشاعر طبيعية إلى أنها عندما تُعيق الفرد عن ممارسة حياته الطبيعية يتحول عندئذ الفرد من حالة السواء إلى حالة اللاسواء.

وتنظر منظمة الصحة العالمية إلى السواء على أنه حالة من الرفاهية الجسدية والعقلية والنفسية والاجتماعية الكاملة، وتؤدي الآليات التعويضية دوراً أساسياً ليس فقط في تحقيق حالة السواء، بل وفي استمرارها أيضاً. وتبدأ آليات التعويض عملها حين تعجز الآليات التكيفية عن الحفاظ على حالة التوازن، وحين تقل أو تنفد الاحتياطات الوظيفية للكائن الحي وخاصة في ظل ظروف المرض. كما أن استمرار عمل آليات التعويض لفترات طويلة من الوقت - من أجل تغطية العجز الوظيفي للجسم - يعطي وهم الطبيعة السوية بالرغم من اضطراب العمليات النفسية والوظيفية. وبمرور الوقت تخرق قوى الفرد ويعجز عن تلبية احتياجاته اليومية وينحرف عن كل ما هو سوى ومقبول (Barik & Padhi, 2024).

إذن تُعد قضايا الصحة النفسية جانبًا جوهريًا من الصحة العامة، فلا يمكن فصل النفس عن الجسم، ويُنظر إلى المرض على أنه نوع من اللاسواء يعكس اضطراب على المستوى البدني و/أو النفسي. وعلى أثر ذلك تعكس أعراض المرض الجسدي الممثل في تليف الكبد خللاً في العمليات البيولوجية، ومن ثم انهيار الوظائف البيولوجية التي تحكم مختلف العمليات النفسية، لينعكس كل ذلك في ظهور اضطرابات نفسية وأخرى عصبية لدى مرضى تليف الكبد (Barik & Padhi, 2024).

مشكلة البحث :

يُعد تليف الكبد مرضًا مميًا وخطيرًا (Fatima & Rehna, 2024) - يؤدي بحياة أكثر من مليون شخص سنويًا (Yurlov et al., 2021) - ليس لكونه مرضًا جسديًا فحسب، بل لأنه يحمل أيضاً ضغوطاً اقتصادية وانفعالية واجتماعية، ويعرض صاحبه لخطر الإصابة بمشاكل خطيرة تتعلق بالصحة النفسية (Kačavenda-Babović et al., 2021; Fatima & Rehna, 2024). ولقد أدت عوامل عديدة إلى ضرورة فحص واكتشاف العواقب النفسية لدى مرضى تليف الكبد. ومع ذلك، في مجتمعنا، ما زال يُنظر إلى الشكاوى النفسية وتشخيص الإصابة بمرض نفسي على أنها وصمة عار، وهو أمر مثير للقلق جعل أفراد الطاقم الطبي يترددون في إدراج الخدمات النفسية ضمن جدول علاج مرضى تليف الكبد المزمن بسبب الخوف من زيادة إحساس المريض بالوصمة. ورغم كل ذلك مازالت الحاجة ملحة إلى دراسة العواقب النفسية وفهم تأثيرها على مرضى تليف الكبد (Raja et al., 2020)، حيث إن معظم الدراسات السابقة بحثت في التأثيرات العيادية لمرضى تليف الكبد، إلا أن التأثير النفسي للمرض لا يزال يحتاج إلى مزيد من البحث (Fatima & Rehna, 2024)، وخاصة أن الدراسات التي تناولت التأثير النفسي قد استقلت على تناول اثنين فقط من بين العواقب النفسية وهما: القلق والاكتئاب (Raja et al., 2020)، هذا بالإضافة إلى أن هذه الدراسات قد وثقت تناقض وعدم اتساق واضح بين نتائجها فيما يخص ارتباط هذين الاضطرابين - القلق والاكتئاب - باعتلال الدماغ الكبدي (Eftekar, 2020)، فعلى الرغم مما تم إحرازه من تقدم علمي إلا أن آليات الاعتلال الدماغى الكبدي لا تزال لغزاً يحتاج إلى مزيد من التوضيح، لذا يجب التغلب على جميع الصعوبات المتعلقة بفهم وتشخيص اعتلال الدماغ الكبدي من خلال إنشاء لغة مشتركة بين عديد من مجالات البحث المتعلقة بالمرض (Torres et al., 2019)، كالمجال الطبي والعصبي والنفسى... إلخ، ويعد بحثنا هذا محاولة وخطوة في طريق إثراء المجال بمزيد من المعرفة حول العلاقة الارتباطية بين الأعراض العصبية والنفسية الناجمة عن تليف الكبد، فقد كانت هناك ثغرات واضحة بالتراث السابق، منها على سبيل المثال لا الحصر: الغياب شبه التام لمثل هذه الدراسات على الصعيد العالمى والمحلى - في حدود علم واطلاع القائمين على البحث - بالإضافة إلى التناقض الواضح بين نتائج الدراسات السابقة.

وعلى أثر ذلك تبلورت مشكلة البحث الراهن في عدة تساؤلات :

- ١ - هل هناك علاقة ارتباطية جوهرية بين متوسطات درجات الأداء على أبعاد قائمة الأعراض المُعدلة ومتوسط الدرجة على فحص الحالة العقلية المُصغر؟
- ٢ - هل توجد فروق دالة إحصائية بين مرضى تليف الكبد (A) و(B) و(C) في متوسطات الدرجات على قائمة الأعراض المُعدلة وفحص الحالة العقلية المُصغر؟
- ٣ - ما دلالة انحراف متوسطات درجات أداء مرضى تليف الكبد عن المتوسط المعياري لقائمة الأعراض المُعدلة ومعايير الأداء السوي الخاصة بفحص الحالة العقلية المُصغر؟

أهداف البحث :

- يمكن أن تساهم تلك الورقة البحثية في تحقيق عدة أهداف، هي :
- التعرف على دلالة معاملات الارتباط بين متوسطات درجات الأداء على أبعاد قائمة الأعراض المُعدلة ومتوسط الدرجة على فحص الحالة العقلية العامة المُصغر.
 - التعرف على الفروق بين المجموعات المرضية من مرضى تليف الكبد (A) و(B) و(C) في متوسطات درجات الأداء على قائمة الأبعاد المُعدلة وفحص الحالة العقلية المُصغر.
 - التعرف على دلالة تباين متوسطات درجات أداء مرضى تليف الكبد على قائمة الأعراض المُعدلة وفحص الحالة العقلية المُصغر عن المتوسط المعياري للقائمة وعن معايير الأداء السوي الخاصة بالفحص.
 - التعرف على المدى الذي ينحرف به أداء مرضى تليف الكبد عن المتوسط المعياري لقائمة الأعراض المُعدلة ومعايير الأداء السوي الخاصة بفحص الحالة العقلية المُصغر.

المفاهيم والأطر النظرية المفسرة لها :

أولاً : تليف الكبد^١ :

يُعد القضاء على التهاب الكبد الفيروسي بحلول عام (٢٠٣٠) أحد الأهداف الرئيسية لمنظمة الصحة العالمية (Gutiérrez-Rojas et al., 2023; Stasi et al., 2024)، وبشكل أكثر تحديداً خفض معدلات الإصابات الجديدة والوفيات بنسبة (٩٠%) و(٦٥%) على التوالي (Stasi et al., 2024; WHO, 2023) ويُعد هذا من بين التحديات الرئيسية للصحة العامة، نظراً لأن حوالي (٣٠-١٥%) من الأفراد يمتلكون مخاطر الإصابة بتليف الكبد خلال ٢٠ عامًا (WHO, 2023)، لذا يعد تليف الكبد عبئاً صحياً عالمياً كبيراً يؤثر على حوالي ٢% من سكان العالم، وكان من بين أسبابه

(1) Liver Cirrhosis (LC).

الفيزيولوجية الأكثر شيوعًا عالميًا: التهاب الكبد الفيروسي (التهاب الكبد C و B)، وتعاطي الكحول والتهاب الكبد الدهني غير الكحولي (Elgohary et al., 2020 & Singh et al., 2022).

وتجدر الإشارة إلى أنه لا توجد بيانات دقيقة حول نسب انتشار تليف الكبد، بسبب تعدد أسبابه الفيزيولوجية؛ فهناك أكثر من (٣٠٠) مليون في جميع أنحاء العالم يعانون من التهاب الكبد (B أو C)، ويموت أكثر من مليون شخص كل عام بسبب تليف الكبد وسرطان الكبد (Yurlov et al., 2021). وعلى الرغم من الطفرة العلمية والتقنية في مجال التشخيص والعلاج والرعاية الصحية لمرضى تليف الكبد في العقود القليلة الماضية (Elgohary et al., 2020)، إلا أن مسببات التليف في حوالي (٣٠-١٢%) من الحالات تظل غامضة وغير واضحة (Yurlov et al., 2021).

وفي عام ٢٠١٠ حققت مصر أعلى معدل وفيات ناجمة عن تليف الكبد، والتي بلغت (٧٢%) من جملة الوفيات الكلية، مثل الذكور المصريين البالغين الذين تتراوح أعمارهم ما بين (٤٥ : ٥٥) عامًا (٢٠%) من تلك النسبة (Elgohary et al., 2020)، وفي عام ٢٠١٥ شملت مصر حوالي (٧%) من الانتشار العالمي للإصابات الوبائية للكبد (El-Kassas et al., 2018)، وبحلول ٢٠٢٢م حققت مصر تقدمًا مميّزًا، تجاوز أهداف منظمة الصحة العالمية لتشخيص وعلاج الأشخاص المصابين بفيروس التهاب الكبد الوبائي، وتم خفض معدل الانتشار إلى ما يقدر (٠,٣٨%)، وكان هذا من أكثر علامات النجاح بروزًا في مكافحة الفيروس (Elbadry et al., 2024; WHO, 2023).

ويُعد الكبد - وهو أكبر عضو وغدة في جسم الإنسان - العضو الأكثر أهمية لعمل جميع الأعضاء الأخرى بشكل جيد، أنه يتحمل عبء القيام بأكثر من (٥٠٠) دور داخل الجسم، فهو العضو الرئيسي والحيوي لعملية التمثيل الغذائي والتغذية والإفراز (Singh et al., 2022)، وأي اضطراب في التوازن الطبيعي للكبد يؤدي إلى ظهور أمراض الكبد المختلفة الحادة/ أو المزمنة (Parkasha et al., 2012).

ويُعد تليف الكبد أحد أمراض الجهاز الهضمي المنتشرة عالميًا، والأكثر شيوعًا بين البالغين، وهو يتألف من تدهور خلايا الكبد (Djiambou-Nganjeu, 2017 & Singh et al., 2022)، واستبدالها تدريجيًا وببطء - استبدالًا لا رجعة فيه - بأنسجة ليفية (ندبة) تمنع الكبد من أداء وظائفه، وغالبًا ما تؤدي هذه الحالة إلى تطور زملات أخرى كالإصابة بفشل أعضاء متعددة، منها: الكلى والدماغ والقلب وغيرها، حيث يُظهر مرضى الكبد المزمن العديد من المضاعفات مثل اعتلال الدماغ الكبدي واعتلال عضلة القلب (عدم انتظام ضربات القلب) الناتج عن تلف الكبد الشديد (Djiambou-Nganjeu, 2017)، ويمكن أن يؤدي تليف الكبد إلى فشل الكبد/ أو سرطان الكبد إذا لم يُعالج (Singh et al., 2022)، وتشمل أعراض تليف الكبد: اليرقان^٢ والتعب والنزيف/ أو سهولة

(2) Jaundice.

ظهور الكدمات والغثيان والتورم والارتباك، وكما أن لكل قاعدة شواذ هناك عىىء من المرضى لا تظهر علىهم أى أعراض (Singh et al., 2022).

ويرتبط تلىف الكبى بمضاعفات متعددة، أخطرهما اعتلال الدماغ الكبى الذى يعد سبباً شائعاً لدخول المستشفى، وىنطوى على الشىخوخة المبكرة للخلايا النجمية وموت الخلايا العصبية واضطراب النواقل العصبية، كما يرتبط تلىف الكبى أيضاً بالضعف، وىؤدى إلى زيادة خطر الإصابة بضمور العضلات وسوء التغذية والسقوط والكسور والاستشفاء والشفاء المحدود وانخفاض نوعية الحياة والوفاة (San Martín-Valenzuela et al., 2020).

ثانياً : اعتلال الدماغ الكبى^٣ :

على الرغم من الإنجازات الكبيرة التى تحققت مؤخراً، والاكتشافات السريعة التى قدمها القرن العشرين، إلا أن اعتلال الدماغى الكبى ظل لغزاً موروثاً يرافق تاريخ البشرية (Torres et al., 2019)، وىعود تاريخه إلى أكثر من ألفى عام (El-Khiat et al., 2020)، فمنذ العصور البابلية القديمة (١٨٩٤-١٥٩٥ قبل الميلاد)، كان الناس على دراية بتأثير خلل وظائف الكبى على الإدراك والشخصية (Osler, 2009)؛ وفى الشرق القديم كانوا يعتبرون الكبى مركز الحياة والنشاط العقلى، وكان أبقراط (٤٦٠-٣٧٠ ق.م.) وسلسوس (٢٥ ق.م. - ٥٠ م) رائىءى فى وصف الاضطرابات السلوكية المرتبطة بالفشل الكبى، هذا، وقد خبر أبقراط عن مريض جسدى بالىرقان؛ فقال أنه "ىنج كالكبى، ولم ىمكن احتواؤه، ولم ىقل شىئاً مفهوماً" (Williams, 2011)، واعتبر جالىنوس (١٢٩-١٩٩ م) - هو طبىب قادة الرومان - أن الكبى مسئول، إلى جانب القلب والدماغ، عن السيطرة الثلاثية على الأرواح الطبىعية والحيوانية والحيوية. وتصور فى نظريته أن المشروبات الروحية ىتم توجيهها عبر مجرى الدم إلى البطينات الدماغية، هذا، وقد ارتبط اسم "زملة التسمم باللحوم" بزملة السمية العصبية بالأمونى لأول مرة فى معمل بافلوف (El-Khiat et al., 2020)، ومنذ ثلاثىنيات القرن العشرين، حدد عىىء من الدراسات نماذج للتغىرات التى تحدث فى الاضطراب المعروف باسم اعتلال الدماغ الكبى (Montana et al., 2014)، والذى عرفته الجمعية الأمريكية لدراسة أمراض الكبى/ الرابطة الأوروبية لدراسة الكبى^٤ اعتلال الدماغ الكبى على أنه "خلل وظيفى فى الدماغ^٥ ناجم عن فشل الكبى^٦ و/أو التحويل الجهازى البابى^٧؛ وىظهر على شكل سلسلة واسعة من التشوّهات والاضطرابات العصبية أو النفسية تتراوح ما بىن تغىرات تحت إكلنىكية إلى غىبوبة".

(3) Hepatic encephalopathy.

(4) American Association for the Study of Liver Disease (AASLD) / European Association for the Study of the Liver (EASL).

(5) Rain dysfunction.

(6) Iver failure.

(7) Portal-systemic shunting (PSS).

ويستخدم مصطلح "كبدى" للتأكيد على وجود صلة فيزيولوجية مرضية سببية محددة لفشل الكبد و/أو التحويل الجهازى الباي (Amodio & Montagnese, 2021; Bellafante et al., 2023; Rose et al., 2020 & Torres et al., 2019)، لذا يُنظر إلى اعتلال الدماغ الكبدى - وهو أحد المضاعفات الإكلينيكية الأساسية لتليف الكبد - على أنه زملة عصبية نفسية ناجمة عن اضطرابات منتشرة في وظائف الدماغ ومرتبطة باحتمالية الوفاة؛ فاحتمالية البقاء على قيد الحياة تصل إلى (٤٢%) بعد الحلقة الأولى من اعتلال الدماغ الكبدى خلال سنة واحدة وإلى (٢٣%) بعد مرور ٣ سنوات (Harris et al., 2024).

حتى الآن، لا يُعرف معدل انتشار وحوادث الاعتلال الدماغى الكبدى في جميع أنحاء العالم، ربما يرجع ذلك إلى عدة أسباب، أهمها: تباين العوامل المسببة، وشدة المرض، وتحديات تشخيص الاعتلال الدماغى الكبدى البسيط أو تحت العيادى، ومع ذلك، فقد ثبت أن حوالي من (٦٠ : ٨٠%) من مرضى التليف الكبدى يصابون باعتلال دماغى كبدى تحت إكلينيكي، و(٣٠ : ٥٠%) يصابون باعتلال دماغى كبدى إكلينيكي صريح (El Khat et al., 2020; Kornerup et al., 2018; López-Franco et al., 2021 & Torres et al., 2019).

أما عن الفيزيولوجيا المرضية لاعتلال الدماغ الكبدى؛ فتشتمل على تداخل بين عديد من العوامل الداخلية والخارجية، والتي جعلت من الصعب فك رموز الآليات المشاركة في إحداث هذا الاضطراب (El-Khat et al., 2020)، هذا بالإضافة إلى إن درجة "اليقين الإكلينيكي" في مقابل "الشك الإكلينيكي"^٨ المتداول في تشخيص اعتلال الدماغ الكبدى لا تزال قائمة إلى الآن (Amodio & Montagnese, 2021).

وعلى الرغم من أن الآليات الفيزيولوجية المرضية الدقيقة لاعتلال الدماغ الكبدى ليست مفهومة جيداً - نظراً لكونها معقدة ومتداخلة وغير واضحة - فهناك آليات رئيسية معنية ومتسببة في اعتلال الدماغ الكبدى متمثلة في حدوث تغيرات دموية جهازية نشطة ناجمة عن تلف أو فشل الكبد و/أو وجود التحويلات البابية الجهازية (Tapper et al., 2020)؛ فللكبد دوره الفريد في إزالة سموم الأمونيا ومعظم المواد الأخرى القادمة من الأمعاء (Amodio & Montagnese, 2021; Matsumoto et al., 2019 & Praktijnjo et al., 2020) كالكستوكينات الالتهابية، والمركبات الشبيهة بالبنزوديازيبين والمواد الشبيهة بالمنجنيز التي تضعف الوظيفة العصبية (Amodio & Montagnese, 2021)، وتؤدي إلى تغيرات فسيولوجية مختلفة كاضطراب التوازن بين الناقلات العصبية الحقيقية والكاذبة (El-Khat et al., 2022; Ridola & Riggio, 2021).

أما عن العوامل المرسبة، فهي تلك التي تتدخل في آليات إنتاج الأمونيا و/أو تسبب التسمم؛ فعلى سبيل المثال فإن تراكم رواسب المعادن الثقيلة كالمجنيز في العقد القاعدية نتيجة انخفاض

(8) Clinical certainty versus clinical suspicion.

خلوصها في التحويلات الجهازية البابية وركود صفراوي يرتبط باعتلال الدماغ، بالإضافة إلى الإندول، الذي يعبر حاجز الدم في الدماغ وينتج الأوكسيندول داخل الدماغ، وهو مادة سمية عصبية، كما يؤدي نزيف الجهاز الهضمي (خلل التنسج المعوي وخلل خلايا كوبفر) والإمساك وكذلك قصور الغدة الدرقية إلى زيادة إنتاج الأمونيا، كما أن الالتهاب (خاصة المرتبط بالعدوى) واستخدام مدرات البول والإنتان ونقص صوديوم الدم يزيد من سمية الأمونيا، فقد ثبت منذ فترة طويلة تفاوت حساسية الدماغ لمستويات الأمونيا، حيث إن هناك بعض العوامل والظروف التي تؤدي إلى تعجيل الإصابة باعتلال الدماغ الكبدي؛ فالتأثيرات المختلفة للأمونيا تتباين باختلاف مستويات السيروتونين والصوديوم والإنتان (Amodio & Montagnese, 2021; Lim et al., 2023) (& San Martín-Valenzuela et al., 2020).

وفيما يخص العوامل المربكة فهي تلك العوامل التي يمكن أن تحدث تغييراً في وظائف الدماغ في حد ذاتها عن طريق آلية مباشرة، مستقلة عن استقلاب النيتروجين في الكبد أي دون وجود فشل كبدي (Amodio & Montagnese, 2021; Lim et al., 2023).

ولما كان التمييز بين العوامل الأساسية والمرسبة والمربكة ليس بالأمر السهل، لذا فقد تم التأكيد على ضرورة أن يكون تشخيص اعتلال الدماغ الكبدي متعدد الأبعاد وفق ما ورد بإرشادات الممارسة الخاصة بالجمعية الأمريكية لدراسة أمراض الكبد/ الرابطة الأوروبية لدراسة الكبد (Amodio & Montagnese, 2021; Montagnese et al., 2019)، حيث يُشخص اعتلال الدماغ الكبدي وفقاً لأربعة محكات أساسية؛ هي :

- ١ - المحك الأول: نوع المرض الأساسي: يتم تقسيم الاعتلال الدماغ الكبدي إلى أنواع فرعية وهي:
 - النوع (أ) (A) الناتج من فشل كبدي حاد.
 - النوع (ب) (B) الذي ينتج بشكل سائد من التحويلة البابية الجهازية.
 - النوع (ج) (C) الناتج من التشمع.

٢ - المحك الثاني: شدة المظاهر والأعراض، وفق هذا المحك هناك نمطان فرعيان للاعتلال الدماغ الكبدي، هما :

- نمط تحت إكلينيكي خفي سري، ويشمل المرحلة البسيطة، وكذلك الدرجة الأولى من الاعتلال الدماغ وفقاً لمعايير ويست هيفن West Haven، ولا توجد مظاهر أو علامات/ أعراض إكلينيكية واضحة دالة عليه، ونستدل عليها من خلال النتائج غير الطبيعية على الاختبارات النفسية العصبية و/أو الفيزيولوجية العصبية (Torres et al., 2019)، ومن الواضح أنه لا توجد معايير وأدوات تشخيصية عالمية، ومن ثم أصبح الاعتماد على معايير الاختبارات والفحوص المحلية ضرورة حتمية (Torres et al., 2019) مثل فحص الحالة

العقلية المُصغر^١، واختبار التوصيل بين الأرقام، واختبار رمز الأرقام (Elgohary et al., 2020 & Erim et al., 2010).

- نمط إكلينيكي صريح علني، ويضم الدرجة الثانية أو الأعلى وفقاً لمعايير "ويست هيفن".
- ٣ - المحك الثالث: السياق الزمني، ويتم تقسيم الاعتلال الدماغي الكبدي إلى عدة فئات، هي:
 - اعتلال دماغي كبدي عرضي.
 - اعتلال دماغي كبدي متكرر، يحدث في شكل نوبات بفواصل زمني سنة أو أقل.
 - اعتلال دماغي كبدي مستمر دون العودة إلى الحالة العصبية الطبيعية/ أو إلى خط الأساس.
- ٤ - المحك الرابع: ويخص العوامل المسببة لاعتلال الدماغ: وله نمطان؛ هما:
 - اعتلال دماغي كبدي غير مسبب فجائي ويطلق عليه هطول الأمطار.
 - اعتلال دماغي كبدي مسبب، قد يكون من بين أسبابه: الإمساك ونزيف الجهاز الهضمي وحالات عدوى والالتهابات ونقص صوديوم الدم والجفاف/ جرعة مفرطة مدرة للبول (EASL, 2022 & Häussinger et al., 2021).

كان هذا عن المحكات التشخيصية لاعتلال الدماغ الكبدي، أما عن الأدوات المُستخدمة لتشخيص نوع الاختلال النفسي/ الفيزيولوجي العصبي المرتبط باعتلال الدماغ الكبدي وتحديده، فهناك استراتيجيتان، إحداهما سيكومترية متمثلة في القياس النفسي والأخرى فسيولوجية عصبية كهربية متمثلة في القياسات الوظيفية للدماغ (Amodio & Montagnese, 2021).

ثالثاً : اللاسواء النفسي :

على الرغم مما تم إحراره من تقدم في تشخيص وعلاج الاضطرابات النفسية، إلا أن التمييز بين حالة السواء واللاسواء النفسي لا يزال يشكل تحدياً أساسياً في مجالي علم النفس المرضى وعلم نفس الشواذ، فغالباً ما يعتمد هذا التمييز على توازن دقيق يتأثر بعوامل عديدة، منها: الاستعداد الوراثي، واضطراب في كيمياء الدماغ، والتأثيرات البيئية والثقافية والسياق الزمني. كما أن الحكم على السواء واللاسواء أمرٌ نسبيّ يتباين عبر الثقافات والعصور، ويتجلى هذا التباين بوضوح في التصور المتطور للاكتئاب، والذي وُصم سابقاً على أنه علامة على عدم الكفاءة الشخصية، إلا أنه أصبح الآن معترف به عالمياً باعتباره حالة طبية خطيرة تتطلب الفهم التعاطفي والتدخل المهني (Barik & Padhi, 2024). هذا بالإضافة إلى أن عملية تشخيص الاضطرابات النفسية قد تحمل في طياتها بعض التناقضات والأخطاء الخاصة بالفصل بين السواء واللاسواء، ومن أمثلة هذه التناقضات أخطاء التشخيص الكاذبة بنوعها السلبية والإيجابية.

(9) Mini-Mental State Examination (MMSE).

في ضوء هذه التحديات، أصبح السواء واللاسواء ظواهر نفسية معقدة ومتعددة الأوجه، ولا يوجد معيار أو مجموعة معايير أساسية يمكن من خلالها التمييز بشكل نهائي وكاف بين جميع حالات السواء واللاسواء، لذلك غالبًا ما يتبنى علماء النفس نهجًا شموليًا يأخذ في اعتباره عوامل وأبعاد متعددة للسلوك والإدراك والمزاج من أجل فهم اللاسواء وتقديم تشخيصات دقيقة وشاملة، وذلك من خلال دمج رؤى من نماذج متعددة (Barik & Padhi, 2024)، حتى يتسنى لنا التوصل إلى التشخيص المناسب والصحيح الذي هو عنصر أساسي لتوجيه العلاج المناسب والناجح. لذا، فمن الضروري وجود أنظمة تشخيصية تنظم الاضطرابات النفسية بشكل منهجي (Salomon & Jin, 2013).

وعلى أثر هذا، يسعى علم نفس الشواذ دائمًا إلى تطوير نظامٍ حاسمٍ متعدد الأوجه يهدف إلى فهم وتشخيص وعلاج السلوكيات والعواطف وعمليات التفكير غير السوية، والتي قد تؤدي إلى اضطرابات نفسية وذهانية، من أجل تعزيز رفاة الأفراد الذين يعانون من اضطرابات نفسية (Barik & Padhi, 2024)، حيث تعد الصحة النفسية جانبًا جوهريًا من الصحة العامة، كما يعد المرض العضوي المتمثل في تليف الكبد شكلًا من أشكال اللاسواء، لكونه يعكس اضطرابات بدنية/ ونفسية.

وعلى الرغم من وضع عديد من التعريفات للاسواء النفسي على مر السنين، إلا أن أيًا منها لم يحظ بقبول عالمي؛ فلا يوجد تعريف متفق عليه عالميًا يمكن أن ينطبق على جميع المواقف التي يُعتقد أن هناك اضطرابًا فيها، ولما كان الاضطراب النفسي يعبر عن حالة من الأفكار والمشاعر والسلوكيات غير الطبيعية، فمن المهم للغاية أن يتفق أخصائيو الصحة النفسية على تحديد أنواع الأفكار والمشاعر والسلوكيات التي تعتبر غير طبيعية حقًا، بمعنى أنها تشير حقًا إلى وجود مرض نفسي.

وإذا أمعنا النظر في الأطر النظرية للاسواء النفسي، نجد إن معظم التعريفات قد جمعت بينهم سمات مشتركة محددة، غالبًا ما تُعرف بـ"الأربعة Ds": الانحراف^{١٠}، والكرب^{١١}، والاختلال الوظيفي^{١٢}، والخطر^{١٣}. أي أن اللاسواء النفسي يجب أن يكون منحرفًا ومنتظرًا عن قاعدة المتوسط انحرافًا سلبيًا وغريبًا، ومزعجًا بسبب حالة من الضيق والتوتر والقلق، وهي حالة غير سارة ومزعجة للشخص و/أو للآخرين، ويتضمن أيضًا خللاً وظيفيًا، وربما يكون خطيرًا على الشخص و/أو على الآخرين (Barik & Padhi, 2024).

ويُعد هذا التعريف نقطة انطلاق مفيدة يمكننا من خلالها استكشاف اللاسواء النفسي. في علم النفس، ليس لدينا "نموذج مثالي" أو حتى "نموذج عادي" للسلوك البشري يمكن استخدامه كقاعدة للمقارنة، وهناك نماذج متعددة يمكن من خلالها تعريف "اللاسواء" في مقابل "السواء"، ومنها: نموذج

(10) Deviance.

(11) Distress.

(12) Dysfunction.

(13) Danger.

الاختلال الوظيفي المؤذي، والذي ينظر إلي اللاسواء النفسي وفق محكين أساسيين، أولهما: الانحراف عن الأعراف الاجتماعية والتوقعات الاجتماعية والثقافية، والثاني: وجود خلل لا تكفي ضار.

ووفق هذا النموذج عرّف ويكفيلد (١٩٩٢) الاضطراب النفسي بأنه خلل وظيفي ضار، وأكد على أن هذا الاختلال يحدث عندما تتعطل إحدى الآليات التعويضية الداخلية عن أداء وظيفتها الطبيعية، ويؤدي ذلك إلى عواقب سلبية على الفرد أو على الآخرين وفق معايير ثقافة الفرد، وقد يشمل الضرر آلاماً داخلية كبيرة (على سبيل المثال، مستويات عالية من القلق أو الاكتئاب) أو مشاكل في الحياة اليومية (على سبيل المثال، في الحياة الاجتماعية أو العملية) (Wakefield, 1992).

هذا وقد تم دمج العديد من سمات نموذج الاختلال الوظيفي المؤذي في التعريف الرسمي للاضطراب النفسي الذي طوره الجمعية الأمريكية للطب النفسي (APA, 2013)، ووفقاً لهذا التعريف يتكون الاضطراب النفسي مما يلي :

- ١ - وجود اضطرابات شديدة في الأفكار والمشاعر والسلوكيات.
- ٢ - تعكس هذه الاضطرابات نوعاً من الاختلال البيولوجي أو النفسي أو التنموي.
- ٣ - تؤدي هذه الاضطرابات إلى كرب أو إعاقة كبيرة في حياة الفرد.
- ٣ - لا تعكس هذه الاضطرابات الاستجابات المتوقعة أو المعتمدة ثقافياً لأحداث معينة.

(APA, 2013)

النماذج النظرية المفسرة للاسواء النفسي :

تتعدد النظريات المُفسرة للاضطراب النفسي وتتنوع ما بين بيولوجية واجتماعية بيئية وأخرى نفسية، وسنعرض خلال السطور التالية نموذجين أكثر شمولاً لتوضيح الانحراف عن حدود السواء النفسي وتفسيره في ظل تحديات الحياة اليومية وظروف المرض.

النموذج الطبي/ البيولوجي للسلوك في إطار الصحة النفسية :

يؤكد علم النفس المرضى - وفقاً لهذا النموذج - على أن السلوكيات اللاتكيفية والاضطرابات النفسية والعقلية مرتبطة بالبنية الجسدية وعمل الدماغ بالإضافة إلى العوامل الوراثية، وعليه فقد تم ربط الاختلافات في بنية الدماغ ببعض الاضطرابات النفسية والذهانية (Salomon & Jin, 2013)، وكشفت أيضاً دراسات تكنولوجيا التصوير العصبي المتطورة أن النشاط غير الطبيعي لبعض الناقلات العصبية يمكن أن يؤدي إلى اضطرابات نفسية محددة، وتم ربط اضطرابات القلق بانخفاض نشاط الناقل العصبي حمض جاما أمينوبوتيريك والفصام بالنشاط الزائد للدوبامين والاكتئاب بانخفاض نشاط السيروتونين.

إذاً - وفق هذا النموذج - تؤثر العوامل البيولوجية على جميع جوانب سلوكنا، بمعنى أن السلوك غير السوي له أسس كيميائية أو فسيولوجية، وأكد الباحثون البيولوجيون على أن تصحيح

هذه العمليات البيولوجية المعيبة أو المختلة يؤدي إلى تحسين الأداء بالنسبة لأنواع معينة من الاضطرابات النفسية.

وعلى الرغم من التقدم في فهم الأسس البيولوجية للاضطرابات النفسية، إلا أن المنظور النفسي الاجتماعي لا يزال مهمًا للغاية. ويمكن النظر إلى الاضطرابات النفسية على أنها ناشئة عن مزيج من العمليات البيولوجية والنفسية والاجتماعية؛ فبعض الاضطرابات النفسية لا تتطور لسبب واحد، بل نتيجة اندماج وتفاعل دقيق بين عوامل بيولوجية وأخرى نفسية اجتماعية، ومن ثم ظهرت نماذج بيولوجية نفسية اجتماعية لتفسير الاضطرابات النفسية، ومن بين هذه النماذج نموذج الاستعداد والإجهاد للاضطرابات النفسية.

نموذج الاستعداد والإجهاد للاضطرابات النفسية¹⁴ :

يقدم هذا النموذج تفسيرات أكثر قبولاً للسلوك المختل أو المضطرب لأنه يقوم على دمج العوامل البيولوجية والنفسية الاجتماعية من أجل التنبؤ باحتمالية حدوث اضطراب، ويتكون هذا النموذج من ثلاثة مكونات، أولهما: هو الاستعداد البيولوجي المتمثل في وجود بعض الانحرافات البيولوجية التي قد تكون موروثية أو مكتسبة - كالتى تتجم عن الإصابة بالأمراض المعدية والالتهابات الفيروسية وإصابات الدماغ... الخ - المكون الثاني هو الاستعداد النفسي، والذي قد يحمل القابلية للإصابة باضطراب نفسي كالسمات الشخصية وغيرها، ووفق هذين المكونين يصبح الشخص "معرضاً للخطر" أو "مستعداً" للإصابة بالاضطراب، ليأتي دور المكون الثالث المتمثل في وجود ضغوط - كأحداث الحياة السلبية والصدمات النفسية - التي قد تكون بمثابة عوامل مفجرة لظهور الاضطرابات النفسية.

ويتبلور الافتراض الرئيسي لنموذج الاستعداد والإجهاد في أنه إذا تعرض هؤلاء الأشخاص "المعرضون للخطر" لهذه الضغوط، فإن استعدادهم قد يتطور في الواقع إلى اضطراب، وقد تم تطبيق هذا النموذج على عديد من الاضطرابات بما في ذلك القلق والاكتئاب والفصام. كما يؤكد هذا النموذج أن الاستعداد ليس دائماً ضعفاً بيولوجياً تجاه المرض؛ فقد تكون بعض الاستعدادات نفسية (على سبيل المثال، القصور في الطريقة التي يفكر بها الفرد، أو يشعر، أو ينظر بها إلى العالم، وأنماط التفكير الخاطئة والمدمرة للذات) (Salomon & Jin, 2013).

الدراسات السابقة :

بتدقيق النظر في التراث السابق وجدنا أن هناك عددًا كبيرًا من الدراسات السابقة قد أُجريت بهدف فحص الاضطرابات النفسية التي يعانيها مرضى التهابات الكبد - على اختلاف أنواعها - وعليه فقد سعينا إلى عرض ملخص لما توصلت إليه هذه الدراسات من نتائج قبل الخوض في عرض فئة الدراسات التي قامت على بحث العلاقة بين الاضطرابات النفسية واعتلال الدماغ الكبدي لدى مرضى الكبد تحديداً موضوع البحث الراهن.

أقرت نتائج عدد من الدراسات السابقة بأن مرضى التهاب الكبد يواجهون وصمة عار، تؤثر على صحتهم النفسية ونوعية حياتهم (Fatima & Rehna, 2024; Funuyet-Salas et al., 2021;) (Li et al., 2020)، كما أن ما يصل إلى ٥٠% من مرضى التهاب الكبد لديهم تدهور معرفي واضطرابات نفسية (Faccioli et al., 2021; Kačavenda-Babović et al., 2021)، ومن أهم هذه الاضطرابات النفسية: الاكتئاب والقلق (Abureesh et al., 2022; Danilescu et al., 2021;) (Faccioli et al., 2021; Ibrahim et al., 2021; Kačavenda-Babović et al., 2021; Li et al., 2020 & Mirgozief et al., 2022 & Marcellin et al., 2020)، والتعب (Faccioli et al., 2021;) (Mirgozief et al., 2020)، والاضطراب ثنائي القطب (Chong et al., 2018)، واضطرابات الشخصية (Marco et al., 2015). كما أكدت دراسات أخرى أن المرضى الذين يعانون من اضطرابات ذهانية وتحديداً مرض الفصام هم أكثر عرضة للإصابة بالالتهاب الكبدي (C) (Braude et al., 2021; Fu et al., 2024). وعلى الرغم مما أقرت به كل هذه الدراسات وغيرها من نتائج، إلا أن هناك دراسة حديثة أشارت إلى عدم وجود علاقة بين الاضطرابات النفسية و انتشار التهاب الكبد (Fernández et al., 2023).

أما عن الدراسات التي قامت ببحث اعتلال الدماغ الكبدي واضطراب الحالة النفسية، فقد سعي "إكياو" وآخرون (Xiao et al., 2018) إلى دراسة نوعية النوم واعتلال الدماغ الكبدي والحالة النفسية لدى مرضى تليف الكبد (B). شملت بطارية الأدوات: مقياس مؤشر نوعية النوم لبيتسبرج^{١٥} واختبار التوصيل بين الأرقام الجزء (أ)^{١٦} ومقياس قلق واكتئاب المستشفى^{١٧}، وذلك لتقييم المرضى اللذين كان عددهم (٣٤١) مريضاً ممن يعانون من تليف الكبد B ومشخصين وفق تصنيف تشايلد-بو^{١٨} (A, B & C)، هذا، بالإضافة إلى مجموعة المقارنة وعددها (٥٠) فرداً من الأصحاء. حُدثت معايير الاشتمال المرضى الذين يعانون من: (١) دورة مرضية تزيد عن عامين؛ (٢) العمر من ١٨ إلى ٦٤ عاماً؛ و(٣) مستويات التعليم في المدرسة الإعدادية أو أعلى. أشارت نتائج هذه الدراسة إلى أن المرضى الذين يعانون من تليف الكبد الناجم عن التهاب الكبد (B) يعانون من اضطراب في النوم كأحد أعراض اعتلال الدماغ الكبدي البسيط، مما يسبب مزيداً من القلق والاكتئاب، حيث كانت هناك ارتباطات دالة بين نوعية النوم ومستوى الصحة النفسية المتمثلة في الحالات النفسية مثل القلق والاكتئاب.

وعن الدراسات المحلية، فقد أجرى الجوهري وزملاؤه (Elgohary et al., 2020) دراسة للتعرف على معدل انتشار اعتلال الدماغ الكبدي البسيط بين مرضى تليف الكبد المعوض. شملت هذه

(15) Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI).

(16) Number Connection Test-A (NCT-A).

(17) Hospital Anxiety & Depression (HAD).

(18) Child-Pugh grading (A, B & C).

الدراسة (٣٠٢) مريضاً يعانون من تليف الكبد والمتريدين على مستشفيات جامعة الزقازيق، من بينهم (١٣٠) مريضاً يعانون من تليف الكبد التعويضي النمط (A)، وكان من بين معايير الاشتمال العمر ≤ 18 سنة، درجة التليف (A) وغياب سرطان الكبد. كما شملت معايير الاستبعاد تاريخ الاعتلال الدماغى الكبدي العلى، ومرضى التليف الكبدي اللاتعويضى الدرجة (B أو C) ووجود سرطان الكبد وتاريخ نزيف الجهاز الهضمى فى الأسبوعين السابقين وتاريخ العلاج بالإنترفيرون وتناول الكحول وتعاطى المخدرات ومرض الانسداد الرئوى المزمن والأمراض النفسية وقصور أو فرط نشاط الغدة الدرقية والقصور الكلوى. وتم تقييم جميع المرضى عن طريق أخذ التاريخ والفحص العيادى والتحقيقات الروتينية ومستوى الأمونيا فى المصل والموجات فوق الصوتية فى البطن للتحويلة البابية الجهازية. تم تشخيص اعتلال الدماغ الكبدي باستخدام فحص الحالة العقلية المصغرة^{١٩} واختبار التوصيل بين الأرقام - الجزء (أ) ^{٢٠}.

أظهرت النتائج أن اعتلال الدماغ الكبدي البسيط يعد مظهرًا رئيسيًا وشائعًا لدى مرضى تليف الكبد المعوض، حيث شكل مرضى الدرجة (A) (٤٣%) أى (١٣٠) من مجموع أعداد المرضى المشاركين بالدراسة، من بينهم (٦٠) مريضًا (٤٦%) قد استوفوا معايير الحد الأدنى من اعتلال الدماغ الكبدي. كما أظهرت النتائج أيضًا وجود ارتباط مرتفع بين تطور اعتلال الدماغ الكبدي البسيط - درجات فحص الحالة العقلية المصغرة واختبار التوصيل بين الأرقام - وبين انخفاض ألبومين المصل، وارتفاع الأمونيا فى الدم، ووجود تحويلة بابية جهازية فى الفحص بالموجات فوق الصوتية. كما خلُصت النتائج إلى أن كلا من فحص الحالة العقلية المصغرة واختبار التوصيل بين الأرقام الجزء (أ) أداتان جيدتان بشكل ملحوظ فى تشخيص اعتلال الدماغ الكبدي البسيط. وكانت عوامل الخطر الأكثر أهمية - وفق ما أظهره تحليل الانحدار المتعدد - ارتفاع مستوى الأمونيا فى المصل، وقطر التحويلة البابية الجهازية الكبير، ودرجة فحص الحالة العقلية المصغرة، والتي تراوحت ما بين (٢٢ : ٢٦) درجة، بالإضافة إلى الدرجة على اختبار التوصيل بين الأرقام، والتي تراوحت ما بين (٤٥ : ٥٦) ثانية وهو الوقت المستغرق فى الأداء على هذا الاختبار.

وفى مراجعة تحليلية منظمة أجراها "إفتيكار" (Eftekar, 2020) بهدف فحص الأدلة المتوفرة حول العلاقة بين اعتلال الدماغ الكبدي واضطرابات المزاج/ القلق. شملت هذه المراجعة عدد (١٣٥) مقالة، من بينها (٩) مقالات فقط قد استوفت معايير الاشتمال لكل من الاكتئاب والقلق فى اعتلال الدماغ الكبدي. وخلصت نتائج المراجعة إلى أن هناك تناقضًا كبيرًا بين نتائج هذه الدراسات راجع إلى اختلاف المنهجية. فكان من بين (٩) دراسات عدد (٤) دراسات أشارت إلى وجود ارتباط قوى بين اضطرابات القلق/ الاكتئاب واعتلال الدماغ الكبدي، وهناك دراستان لم تُثبت صحة هذه

(19) Mini-Mental State Examination (MMSE).

(20) Number Connection Test A (NCT-A).

العلاقة، وتوضح دراسة أخرى وجود علاقة جزئية بين جوانب محددة لكل اضطراب، وتؤكد دراستان على ارتفاع أعراض الاكتئاب المرتبط باعتلال الدماغ الكبدي دون وجود أعراض للقلق.

تعليق عام على ما جاء بالدراسات السابقة من نتائج :

- كان اضطرابا القلق والاكتئاب من أهم الاضطرابات النفسية التي عانى منها مرضى تليف الكبد.
- على الرغم من أن هناك ارتباطاً واضحاً بين اعتلال الدماغ الكبدي واضطرابي القلق والاكتئاب لدى مرضى تليف الكبد، إلا أنه كان هناك تناقضاً بين نتائج الدراسات السابقة فيما يخص طبيعة هذه العلاقة.

واسترشاداً بما حُصِّص إليه التراث السابق من نتائج، يمكننا صياغة فروض البحث الراهن على النحو التالي.

فروض البحث :

- ١ - يوجد ارتباط دال إحصائياً بين متوسطات درجات الأداء على أبعاد قائمة الأعراض المعدلة ومتوسط الدرجة على فحص الحالة العقلية المُصغر.
- ٢ - توجد فروق دالة إحصائياً بين مرضى تليف الكبد (A) و (B) و (C) في متوسطات الدرجات على قائمة الأعراض المعدلة وفحص الحالة العقلية المُصغر.
- ٣ - تباينت متوسطات درجات أداء مرضى تليف الكبد على قائمة الأعراض المعدلة وفحص الحالة العقلية المُصغر عن المتوسط المعياري للقائمة وعن معايير الأداء السوي الخاصة بالفحص.

منهج البحث :

للتعرف على درجة الارتباط بين متغيرات البحث ومقدار التباين بين مرضى تليف الكبد (A) و (B) و (C) في متوسطات درجات الأداء على قائمة الأعراض المعدلة وفحص الحالة العقلية العامة المُصغر؛ فقد اعتمدنا على استخدام منهج وصفي مقارن، ويضم هذا المنهج عدة نقاط؛ هي:

أولاً : التصميم البحثي : تم استخدام تصميم ذي ثلاث مجموعات خلال البحث الحالي، جميعها مجموعات مرضية، وتم المقارنة بين تلك المجموعات في متغيرات البحث.

ثانياً : عينة البحث : تكونت عينة الدراسة من (٣٠) مريضاً من المرضى المشخصين بتليف الكبد، والمتريدين - بهدف المتابعة والعلاج - على قسم الأمراض المتوطنة والكبد بمستشفى بني سويف الجامعي* خلال عام ٢٠٢٣م، تراوحت أعمارهم ما بين (١٨ : ٥٠) سنة بمتوسط

(* خالص التقدير والشكر لجميع العاملين بقسم الأمراض المتوطنة والكبد بالعيادات الخارجية بمستشفى بني سويف الجامعي على حسن تعاونهم، وامدادنا بعدد من مرضى تليف الكبد والمُشخصين وفق فحوص مؤكدة.

(٣٧,٧١) سنة وانحراف معياري (١١,٠١) سنة. مثل الذكور (٧٣,٣٣%) (٢٢) من أفراد العينة في مقابل (٢٦,٦٧%) (٨) إناث، وفيما يخص مستويات التعليم لأفراد العينة فكان أقلها الشهادة الإعدادية، وكانوا جميعهم تحت العلاج الطبي بعد أن تم تشخيصهم - من قبل الفريق الطبي - عن طريق أخذ التاريخ والفحص العيادي ومستوى الأمونيا في المصل والموجات فوق الصوتية في البطن للتحويلة البابية الجهازية، ومضى على مدة الإصابة بتليف الكبد ستة شهور فأكثر، وكانت حالتهم مستقرة، وقادرون على التواصل الجيد، وليس لديهم قصور وظيفي واضح، لذا تم استبعاد حالات سرطان الكبد ومن لديهم تاريخ نزيف في الجهاز الهضمي في الاسبوعين السابقين على تاريخ التقييم النفسي، كما تم استبعاد حالات القصور الكلوي. وتم توزيع أفراد عينة البحث وفقاً لدرجة تليف الكبد إلى ثلاث مجموعات، هي: (A)، (B)، (C). ويوضح جدول (١) توزيع مجموعات البحث الثلاث وفقاً لمتغيري النوع والمستوى التعليمي، كما يوضح جدول (٢) دلالة الفروق بين مجموعات البحث في متغير العمر الزمني، ولم يكن هناك فروق دالة بين المجموعات الثلاثة في هذا المتغير.

جدول (١) توزيع مجموعات البحث وفقاً لمتغيري النوع والمستوى التعليمي

النسبة	مج	مرضى			تصنيف التليف	
		تليف الكبد (C) (١٠=ن)	تليف الكبد (B) (١٠=ن)	تليف الكبد (A) (١٠=ن)	المتغيرات	
%٧٣,٣٣	٢٢	٩	٨	٥	ذكور	النوع
%٢٦,٦٧	٨	١	٢	٥	إناث	
%١٠٠	٣٠	١٠	١٠	١٠	مج	
%١٣,٣٣	٤	١	١	٢	إعدادي	المستوى التعليمي
%٦٣,٣٣	١٩	٧	٦	٦	متوسط	
%٢٣,٣٣	٧	٢	٣	٢	جامعي	
%٩٩,٩٩	٣٠	١٠	١٠	١٠	مج	

جدول (٢) نتائج اختبار (كروسكال واليز) لدلالة الفروق بين المجموعات في متوسط العمر الزمني

مستوى الدلالة	كا ^٢	مرضى (C) تليف الكبد (١٠=ن)		مرضى (B) تليف الكبد (١٠=ن)		مرضى (A) تليف الكبد (١٠=ن)		تصنيف التليف	
		ع	م	ع	م	ع	م	المتغيرات	
٠,٩٦	٠,٠٥	١٢,٠١	٤١,٥٦	١٣,٧٦	٣٩,٩٧	١١,٣٤	٤٢,٠٧	العمر الزمني	

ثالثاً : أدوات البحث :

- قائمة الأعراض المعدلة^{٢١}: إعداد ديرجيتس ولييمان وكوفي (Derogatis, Lipman & Covi, 1994) تعريب عبدالرقيب البحيري، وهي قائمة تقدير إكلينيكية قائمة على التقدير الذاتي، تستخدم

(22) Symptom Checklist - 90 - Revised (R-90-SCL).

لتشخيص ومسح الأعراض السلوكية لدى المرضى والأصحاء على حدٍ سواء، وتتكون من ٩٠ بنداً موزعة على (٩) أبعاد، هي: الأعراض الجسمانية والوسواس القهري والحساسية التفاعلية والاكنتاب والقلق والعداوة وقلق الرهاب والبارانويا التخيلية والذهانية، بالإضافة إلى العبارات الإضافية والمؤشرات العامة (مؤشر الشدة العامة ومؤشر الأعراض الإيجابية المنذرة بالخطر والمجموع الكلي للأعراض الإيجابية). وتقدر الاستجابة على بنود القائمة وفقاً لمقياس ليكرت الخماسي حسب شدة العرض. تم حساب الخصائص السيكومترية لقائمة الأعراض المعدلة خلال البحث الراهن؛ فقد تراوح معامل الصدق التلازمي مع المقياس العربي للصحة النفسية - إعداد احمد عبد الخالق - ما بين (٠,٥٧ : ٠,٨٢)، كما تم حساب معاملات ثبات الاستجابة على بنود الأبعاد الفرعية لتلك القائمة بطريقة القسمة النصفية، وتراوحت هذه المعاملات ما بين (٠,٦٩ : ٠,٨٩).

- **فحص الحالة العقلية المُصغر:** أعده فولشتين وزملاؤه (Folstein et al., 1975)، تعريب ومراجعة الصبوة (٢٠٠٩)، هذا الفحص يتألف من عدة أسئلة تتعلق بمعلومات تخص وعي الفرد بذاته وبالزمان والمكان وبعض المعلومات العامة (التوجه (الاهتداء) وتسجيل المعلومات والانتباه والحساب واسترجاع الذاكرة واللغة). تراوحت الدرجة على الفحص ما بين (صفر: ٣٠) درجة (الصبوة، والدق، ٢٠٠٩)، وتشير الدرجة المرتفعة إلى مستوى جيد من كفاءة الحالة العقلية، بينما تشير الدرجة المنخفضة إلى تدني الكفاءة العقلية والتي قد تصل إلى حد اعتلال الدماغ والخرف، لذا تم استخدام هذا الفحص خلال البحث الراهن بهدف التعرف على درجة اعتلال الدماغ في ظل وجود تليف الكبد لدى مجموعة من المرضى، حيث تشير الدرجة التي تتراوح ما بين (٢٦ : ٣٠) إلى حالة عقلية طبيعية، والدرجة من (١٨ : ٢٦) تشير إلى بداية مبكرة من الخرف وهي أبسط درجات اعتلال الدماغ وأولها، في حين تشير الدرجة (١٢ : ١٨) إلى درجة متوسطة من الخرف واعتلال الدماغ، أما الدرجة (١٢) أو أقل فتشير إلى حالة الخرف أو الاعتلال الشديد، وخلال البحث الراهن تم حساب الخصائص السيكومترية لفحص الحالة العقلية المُصغر؛ فوصل معامل الصدق التلازمي مع اختبار الفهم العام من مقياس الوكسلر إلى (٠,٥٩)، كما وصل معامل ثبات الاستجابة على بنود الفحص بطريقة إعادة التطبيق إلى (٠,٨٤).

رابعاً : إجراءات البحث :

- تم أخذ موافقة مستنيرة من مرضى تليف الكبد الذين شاركوا ضمن عينة البحث.
- تم إجراء دراسة استطلاعية على عينة مكونة من (١٠) من مرضى تليف الكبد، بهدف التحقق من الخصائص السيكومترية لجميع مقاييس وأدوات البحث الراهن قبل البدء في الدراسة الأساسية.
- تم تطبيق الأدوات المستخدمة بالبحث الراهن بشكل فردي على جلسة واحدة يتخللها فترة راحة في جو هادئ بأحد عيادات مستشفى بنى سويف الجامعي. وتم استبعاد حالتين أبدوا رغباتهم في الانسحاب من المشاركة في البحث مبررين عجزهم عن استكمال عملية التقييم.

- تم تفرغ وتحليل النتائج التي تم الحصول عليها ومناقشتها في ضوء ما ورد في التراث السابق من نتائج ونماذج نظرية مفسرة لها. وكان من بين أهم التحديات التي واجهها الباحثون استغراق مدى زمني طويل لاختيار أفراد عينة البحث ممن يجيدون القراءة والكتابة ولديهم معرفة جيدة بالأرقام.

خامساً : أساليب التحليل الإحصائي :

تم معالجة بيانات البحث بالاستعانة بالحزمة الإحصائية في العلوم الاجتماعية^{٢٢} إصدار (٢٢). وتم استخدام معامل ارتباط بيرسون للتعرف على دلالة العلاقة بين الدرجة على أبعاد قائمة الأعراض المعدلة والدرجة على فحص الحالة العقلية المُصغر، ونظرًا لعدم اعتدالية توزيع البيانات الخاصة بأداء مرضى تليف الكبد بالبحث الحالي؛ فقد تم استخدام إحصاء استدلال لا معلمي، متمثلاً في اختبار "كروسكال واليز" للتعرف على دلالة الفروق بين مجموعات البحث في متوسط درجات أبعاد قائمة الأعراض المعدلة والدرجة على فحص الحالة العقلية المُصغر.

عرض النتائج ومناقشتها :

نتائج التحقق من الفرض الأول؛ ومفاده، "يوجد ارتباط دال إحصائياً بين متوسطات درجات الأداء على أبعاد قائمة الأعراض المعدلة ومتوسط الدرجة على فحص الحالة العقلية العامة المُصغر". تم التحقق من صحة هذا الفرض عن طريق حساب معامل ارتباط بيرسون، ويعرض جدول (٣) نتائج تلك المعالجات الإحصائية.

جدول (٣) دلالة معامل ارتباط بيرسون بين متوسطات أبعاد قائمة الأعراض المعدلة ومتوسط الدرجة على فحص الحالة العقلية العامة المُصغر

أبعاد قائمة الأعراض المعدلة	معامل ارتباط بيرسون	مستوى الدلالة
الأعراض الجسدية	-٠,٠٠٥	٠,٩٧
الوسواس القهري	٠,٠٧٠	٠,٦٢
الحساسية التفاعلية	٠,٣٩١	٠,٠٠٥
الاكتئاب	٠,١٤٦	٠,٣٠
القلق	٠,٢٧٦	٠,٠٥
العداوة	٠,٠٤٤	٠,٧٦
المخاوف المرضية	٠,١٧٤	٠,٢٢
البارانويا التخيلية	٠,٢٧١	٠,٠٥
الذهانية	٠,٣٧٧	٠,٠٠٦
مؤشر الشدة العام	٠,٣٤٨	٠,٠١
مؤشر الأعراض الإيجابية المنذرة بالخطر	٠,٠٣٤	٠,٨١
المجموع الكلي للأعراض الإيجابية	٠,٢٩٦	٠,٠٣

(23) Statistical Package for Social Sciences (SPSS).

وفقًا للجدول أعلاه، ارتبط اعتلال الدماغ الكبدي ارتباطًا دالًا بعض أبعاد قائمة الأعراض المعدلة، وكذلك بمؤشر الشدة العام وبالمجموع الكلي للأعراض الإيجابية.

وعلى اختلاف الآلية السببية لتليف الكبد؛ فقد أشارت نتائج الفرض الأول إلى أن هناك اعتلالاً دماغياً بسيطاً لدى مرضى تليف الكبد، وأن هذا الاعتلال قد ارتبط ارتباطاً دالاً موجباً بكل من المجموع الكلي للأعراض الإيجابية والذهانية والبارانويا التخيلية والقلق والحساسية التفاعلية، ولم يكن الارتباط دالاً بين درجة الاعتلال الدماغى والدرجة على بعض أبعاد قائمة الأعراض المعدلة، ومنها: مؤشر الأعراض الإيجابية المنذرة بالخطر والمخاوف المرضية والعداوة والاكنتاب والوسواس القهري والأعراض الجسدية.

جاء هذا متسقاً مع ما أكدته التراث السابق، حيث ارتبط تليف الكبد بأعراض طبية ومرضية متعددة، منها: تغيرات في الوظيفة الإدراكية والمعلومات الكهربية والتوازن الكيميائي العصبي الدماغى (النواقل العصبية) وتدفق الدم الدماغى والتمثيل الغذائى وتوازن السوائل، مما تؤدي إلى ظهور أعراض عصبية ونفسية وحركية متمثلة في اعتلال الدماغ الذى يشمل مجموعة واسعة من الاضطرابات النفسية العصبية الشائعة بين مرضى تليف الكبد.

ولما كان اعتلال الدماغ الكبدي عبارة عن زملة عصبية نفسية - ناجمة عن اضطراب كيميائى حيوي في وظائف الدماغ لدى مرضى تليف الكبد - تشمل مجموعة واسعة من الاضطرابات النفسية العصبية لدى هؤلاء المرضى (Eftekar, 2020)، وقد تطرقنا من خلال هذا الفرض إلى اختبار صحة ارتباط اعتلال الدماغى الكبدي بعدد من الاضطرابات النفسية المقاسة بواسطة قائمة الأعراض المعدلة، وخلصت نتائج معاملات ارتباط بيرسون إلى أن اعتلال الدماغ الكبدي قد ارتبط ارتباطاً دالاً موجباً بعدد من أبعاد القائمة، وهي: الذهانية والبارانويا التخيلية والقلق والحساسية التفاعلية بالإضافة إلى مؤشر المجموع الكلي للأعراض الإيجابية ومؤشر الشدة العام.

وعلى الرغم من أن الأعراض السلبية للهوس والذهان - المتمثلة في الهلوس السمعية وإذاعة الأفكار واقتحام الأفكار والتحكم الخارجى في الأفكار - نادرة الحدوث لدى مرضى التهاب الكبدي الفيروسي (Schaefer et al., 2013)، إلا أنها تبدو أكثر وضوحاً لدى مرضى تليف الكبد، حيث ارتبطت تلك الأعراض باضطرابات النوم الواضحة (Holmes et al., 2022)، والتي عبر عنها المرضى من خلال استجابتهم على بُعد العبارات الإضافية - التى شملتها قائمة الأعراض المعدلة - حيث يتسم المرض بتغيرات في الشخصية مثل اللامبالاة وعدم التثبيط والتهييج وتغيرات في دورة النوم والاستيقاظ مع الراحة المفرطة أثناء النهار والارتباك في الزمان والمكان واضطراب حالة الوعي التى تراوحت ما بين الارتباك البسيط إلى حد الارتباك الحاد والذهول (Faccioli et al., 2021; Holmes et al., 2022)، ومن هنا ارتبط الاعتلال الدماغى الكبدي بتغيرات واضحة في الشخصية، كما أخبر عنها المريض وأقاربه، والمتمثلة فى فتور فى المشاعر وحدة فى الطبع (توتر) وعدم القدرة على

الكبت وضبط الذات وتغيرات واضحة في حالة الوعي والوظيفة الحركية واضطرابات في "دائرة النوم - الاستيقاظ" وتوهان ثقافتي بالنسبة للزمان والمكان وسلوك غير مناسب وحالة ارتباك حادة مصحوبة بهياج أو نعاس (Holmes et al., 2022; Sharma et al., 2022)، هذا وقد تم التأكيد على انتشار أعراض القلق بين مرضى التهاب الكبد الوبائي بنسبة ٤٣,٣٤% (Danilescu et al., 2021)، وقد أكد عدد من الدراسات ارتباط تلك الأعراض باعتلال الدماغ لدى هؤلاء المرضى، ومنها على سبيل المثال لا الحصر (Kačavenda-Babović et al., 2021; Xiao et al., 2018; Barboza et al., 2016; Telles-Correia et al., 2015; Stewart et al., 2011).

وعن الحساسية التفاعلية؛ فقد أخبر مرضى التليف الكبدي عن مشاعر نقص وانخفاض في تقدير الذات والميل إلى العزلة والانسحاب من التفاعلات الاجتماعية وتوقع كل ما هو سلبي (Wang et al., 2020)، هذا وقد تم الإشارة إلى أن مرضى اعتلال الدماغ الكبدي البسيط يحدث لديهم تغيرات مزاجية واضحة ويعانون أيضًا من الاليسيثيميا ويعجزون عن التعبير عن ذواتهم نتيجة انخفاض تقديرهم لذواتهم وانخفاض نوعية حياتهم، والتي تم ربطها بآليات مختلفة مثل المشاكل الجسدية والمضاعفات المرتبطة بتليف الكبد والأعراض النفسية (Faccioli et al., 2021)، بالإضافة إلى تغيرات صورة الجسم واضطراب التفكير اللذين ارتبطا ارتباطًا دالًا موجبًا باعتلال الدماغ الكبدي وعبر عنهما من خلال بعد البارانونيا التخيلية، هذا وقد كان الارتباط دالًا وموجبًا بين اعتلال الدماغ الكبدي ومؤشر الشدة العام وكذلك مؤشر المجموع الكلي للأعراض الإيجابية، مما يعكس مستوى وعمق الاضطراب النفسي لدى عينة البحث من مرضى تليف الكبد؛ فقد كشف الفحص العصبي أن هؤلاء المرضى لديهم ضعف عصبي معتدل (Djambou-Nganjeu, 2017)، مما يعني أن العلاقة بين الاعتلال الدماغي الكبدي والاضطرابات النفسية يمكن أن تتجم بشكل مباشر أو غير مباشر عن تغيرات بيولوجية في الجهاز العصبي المركزي (Eftekar, 2020; Danilescu et al., 2021).

كان هذا عن الارتباطات الدالة، أما عن الارتباطات غير الدالة بين اعتلال الدماغ الكبدي وبعض أبعاد قائمة الأعراض المعدلة، فقد شملت عدة أبعاد هي: بعد الأعراض الجسمانية والوسواس القهري والاكنتاب والعداوة والمخاوف المرضية ومؤشر الأعراض الإيجابية المنذرة بالخطر.

إن العلاقة بين اعتلال الدماغ والاكنتاب علاقة معقدة للغاية وليست واضحة، وقد تظهر أعراض الاكنتاب مقترنة بأعراض القلق وفي أحيان أخرى منفصلة تمامًا عنه (Eftekar, 2020)، فعلى الرغم من أن هناك نتائج لدراسات سابقة تدعم صحة عدم ارتباط اعتلال الدماغ بالأعراض الاكنتابية ومنها (Hassan et al., 2014; Nardelli et al., 2013)، إلا أنه على صعيد مختلف نجد عددًا أكبر من الدراسات تؤكد هذه العلاقة، ومنها: (Abrantes et al., 2020; Barboza et al., 2016; Malaguarnera et al., 2018; Stewart et al., 2011; Telles-Correia et al., 2015; Xiao et al., 2018)، هذا، وقد فُسر هذا التناقض إلى وجود اختلافات منهجية واضحة بين الدراسات السابقة،

نذكر بعضها على سبيل المثال لا الحصر: أن الاضطرابات الاكتئابية وفشل الكبد يشتركان في بعض الأعراض التي يمكن أن تحجب الصورة العيادية، ومن أمثلة هذه الأعراض الأرق وضعف الشهية والحساسية، لأن هذه الأعراض شائعة في حالة فشل الكبد مع/ أو بدون وجود اضطراب اكتئابي، بالإضافة إلى ذلك، تشترك الأعراض الاكتئابية والاكتئاب الشديد في عوامل خطر معينة (مثل وجود اضطراب نفسي سابق واختلاف النمط التصنيفي للاكتئاب الكبدي البوابي) التي يمكن أن تزيد من انتشار كلتا الحالتين (Eftekar, 2020; Khan et al., 2020).

وأضاف الباحثون - القائمون على هذا البحث - سبباً آخر يُفسر عدم الاتساق مفاده: أن الآثار النفسية لتليف الكبد - وتحديدًا الاكتئاب - مرتبطة بتطور المرض ومرتبطة أيضًا بالعلاج الذي يكون عليه المريض، فقد أكد "دانيليسكو" وزملاؤه (Danilescu et al., 2021) أن مرضى التهاب الكبد البوابي (C) يعانون من أعراض الاكتئاب و/أو قلق بنسب ٢١,١١% و ٤٣,٣٤% على التوالي، وأن هذه الأعراض قد انخفضت بعد العلاج إلى (١,١١%) و(٤,٤٤%) لكل من الاكتئاب والقلق على التوالي.

على الرغم من كثرة الدراسات التي فحصت اعتلال الدماغ في علاقته بالاضطرابات النفسية لدى مرضى تليف الكبد إلا أن جميعها قد اقتصررت بشكل عام على القلق والاكتئاب.

وعن بعد الأعراض الجسدية، فمن الواضح أن متوسط درجات المرضى على هذا البعد قد تجاوزت المتوسط المعياري، إذن يمكننا النظر إلى المعاناة الجسدية كزملة لتليف الكبد، ويعد التعب المزمن هو العرض الأكثر شيوعًا لتلف الكبد البوابي المزمن، حيث يتراوح معدل انتشاره من ٢٠% إلى ٨٠% في مختلف المجموعات (Schaefer et al., 2013; Yarlott et al., 2017)، وبالرغم من أن الأعراض الجسدية والتعب المزمن له أسسه العصبية والحيوية والكيميائية - حيث يرتبط بالتغيرات في التمثيل الغذائي الدماغي والانتقال العصبي في الجهاز الطرفي والجهاز الشبكي المساعد والكرة الشاحبية، بالإضافة إلى خلل نمط السيروتونين والدوبامين (Faccioli et al., 2021; Kačavenda-Babović et al., 2021) - إلا أن نتائج بحثنا الراهن قد أشارت إلى أن الارتباط بين الأعراض الجسدية واعتلال الدماغ الكبدي لم يكن دالًا إحصائيًا، وعلى الرغم من أنه لم تكن هناك دراسات سابقة قامت على بحث هذه العلاقة، إلا أن معظم الدراسات أكدت انخفاض نوعية الحياة الناجمة عن تليف الكبد، وأن هذا الانخفاض تم ربطه بآليات ومسببات مختلفة منها: المشاكل الجسدية والمضاعفات المرتبطة بتليف الكبد والأعراض النفسية، بغض النظر عن شدة مرض الكبد أو وجود اعتلال دماغي من عدمه (Faccioli et al., 2021).

وفيما يخص بُعد الوسواس القهري، فلم ترتبط الدرجة على هذا البعد باعتلال الدماغ الكبدي ارتباطاً دالاً على الرغم من ارتفاع متوسط درجات مرضى تليف الكبد على هذا البعد، فكان لديهم أفكار ودوافع وسلوكيات قهرية تبدو غريبة وغير مرغوبة ولا تقاوم، كما عكس هذا البعد أيضًا

صعوبات في التفكير واضطراب في الذاكرة وخلو الذهن من أية أفكار حسب ما عبر عنه المرضى بقولهم "حاسس أن دماغي فاضية أو مليانة هواء". جاء هذا متسقاً مع وصف التهاب الكبد الفيروسي (C) على أنه "ضباب الدماغ"^{٢٣} (Abrantes et al., 2020).

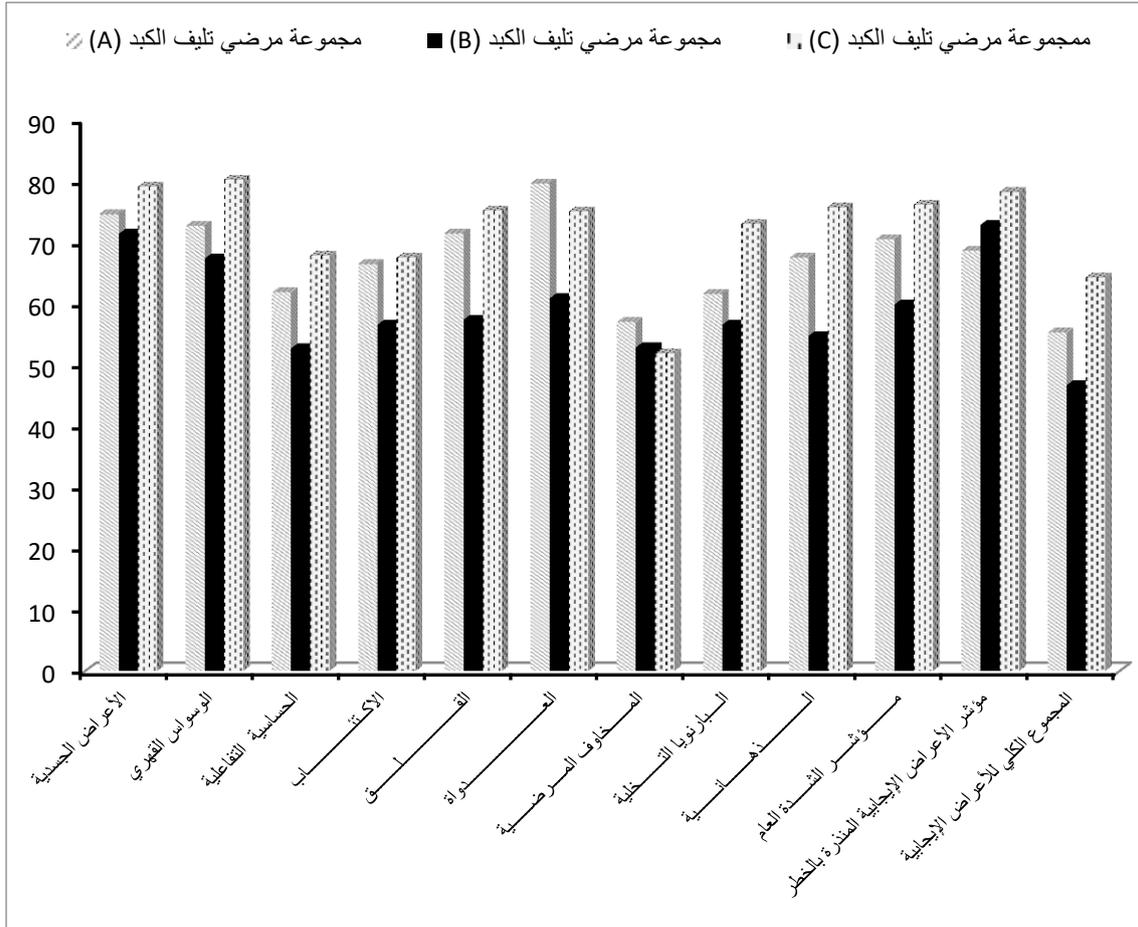
وعلى الرغم من ارتفاع متوسط الدرجة على بعد العداوة - والذي انعكس في وجود أفكار ومشاعر وسلوكيات فلم يقف الأمر على حد الضيق والغيب وسرعة الانفعال لأنفه الأسباب بل قد يصل إلى ثورات مزاجية وتحطيم الأشياء - إلا أن الدرجة على هذا البعد لم ترتبط باعتلال الدماغ الكبدي ارتباطاً دالاً مثله في ذلك مثل بعد المخاوف المرضية فلم يعان مرضى تليف الكبد المشاركون بهذا البحث أي مخاوف مرضية شاذة عما هو طبيعي، لذلك فإن متوسط درجات هؤلاء المرضى على هذا البعد لم يبعد كثيراً عن المتوسط المعياري، وكان هذا أمراً مقبولاً ولم يرد بالتراث السابق ما يقبله أو يدحضه، لذا فقد سعينا خلال هذا البحث إلى استخدام قائمة الأعراض المعدلة كأداة مسح بهدف تحديد مظاهر اللاسواء النفسي في علاقتها باعتلال الدماغ لدى مرضى تليف الكبد.

نتائج التحقق من الفرض الثاني؛ ومفاده، "توجد فروق دالة إحصائية بين مرضى تليف الكبد (A) و(B) و(C) في متوسط الدرجة على قائمة الأعراض المعدلة وفحص الحالة العقلية المُصغر". تم اختبار صحة هذا الفرض باستخدام اختبار (كروسكال واليس)، الذي تم عرض نتائجه بجدول (٤).

جدول (٤) نتائج اختبار (كروسكال واليس) لدلالة الفروق بين المجموعات المرضية في متوسطات الدرجات على قائمة الأعراض المعدلة وفحص الحالة العقلية المُصغر

مستوى الدلالة	ك ^٢	مرضى تليف الكبد (C) (ن=١٠)		مرضى تليف الكبد (B) (ن=١٠)		مرضى تليف الكبد (A) (ن=١٠)		تصنيف التليف	المقاييس
		ع	م	ع	م	ع	م		
٠,١٢	٤,٢٣	١١,٠٩	٧٩,٠٢	١٠,٠٣	٧١,٣٣	٩,٣٧	٧٤,٥٧	الأعراض الجسدية	قائمة الأعراض المعدلة
٠,٠٠٠	١٥,٤٦	١٢,٠٤	٨٠,١٩	١٢,٢٢	٦٧,٣٣	٨,٢٢	٧٢,٦٤	الوسواس القهري	
٠,٠٠٨	٩,٧٣	١١,٠٩	٦٧,٧٨	١٥,٤٢	٥٢,٦٧	١١,١٦	٦١,٧٩	الحساسية التفاعلية	
٠,١٥	٣,٨٣	١١,٠٦	٦٧,٤٣	١٨,٤٨	٥٦,٥٠	٩,١٢	٦٦,٤٣	الاكتئاب	
٠,٠٠٧	٩,٩٣	١٣,٠٩	٧٥,١١	١٥,٢٢	٥٧,٣٣	٩,٣٠	٧١,٤٣	القلق	
٠,٠٢	٧,٦١	١٣,١٥	٧٥,٠٠	٢٠,٤٨	٦٠,٨٣	١٠,١٢	٧٩,٥٧	العداوة	
٠,١٣	٤,١٣	١٦,٠٧	٥١,٨٠	٢٧,٢٠	٥٢,٨٣	١١,٢٥	٥٦,٩٣	المخاوف المرضية	
٠,٠١	٨,٢٢	١٣,٠٤	٧٢,٩٣	١٦,١١	٥٦,٥٠	١١,١٧	٦١,٥٧	البارانويا التخيلية	
٠,٠٠١	١٣,٥٣	٩,٠٦	٧٥,٦٧	١٦,٢٦	٥٤,٦٧	١١,٠٣	٦٧,٤٣	الذهانية	
٠,٠٠٢	١٢,٠٨	١١,٠٧	٧٦,١٠	١٣,١٤	٥٩,٨٣	٨,٣٧	٧٠,٤٣	مؤشر الشدة العام	
٠,٠٠١	١٣,١٤	١٤,٩٩	٧٨,١٨	١٥,٠٩	٧٢,٨٣	٧,٣٩	٦٨,٥٧	مؤشر الأعراض الإيجابية المنذرة بالخطر	
٠,٠٠١	١٣,١٢	٩,٨٩	٦٤,٢٤	١٢,٩٤	٤٦,٦٧	٧,٦٥	٥٥,٢١	المجموع الكلي للأعراض الإيجابية	
٠,٠٠٤	١١,٠٩	٠,٨٥	١٩,٥٠	٢,٧٩	٢١,١٧	٢,١٣	٢٢,٥٧	فحص الحالة العقلية المُصغر	

شكل (١) الفروق بين المجموعات المرضية في متوسطات الدرجات على قائمة الأعراض المعدلة



بالنظر إلى جدول نتائج اختبار (كروسكال واليز) بجدول (٤) والموضح بيانياً على شكل (١)، نجد أن مرضى تليف الكبد قد اشتركوا جميعاً في المعاناة الجسدية وجملة أعراض الاكتئاب، حيث لم تكن هناك فروق دالة بين المجموعات المرضية الثلاث (مرضى تليف الكبد (A) ومرضى تليف الكبد (B) ومرضى تليف الكبد (C) على هذين البُعدين - الأعراض الجسدية والاكتئاب - بالإضافة إلى بُعد المخاوف المرضية فلم يُظهر مرضى تليف الكبد أية مخاوف مرضية شاذة عما هو طبيعي وذلك على اختلاف نمط تليف الكبد. ويتدقيق النظر إلى الفروق الواضحة بين المجموعات المرضية على باقي أبعاد قائمة الأعراض المعدلة، فنجد جميع الفروق دالة في اتجاه مجموعة مرضى تليف الكبد (C)، فيما عدا بُعد العداوة فكانت الفروق في اتجاه مجموعة مرضى تليف الكبد (A)، وكذلك فيما يخص فحص الحالة العقلية المُصغر كانت الفروق في اتجاه المجموعة نفسها - مرضى تليف الكبد (A) - حيث يُعد حصول مرضى تليف الكبد (A) على درجات أعلى على فحص الحالة العقلية مؤشراً دالاً على أن هؤلاء المرضى أقل معاناه من أعراض اعتلال الدماغ إذا ما قُورنوا بنظرائهم من مرضى تليف الكبد (B) و(C)، حيث كان مرضى تليف الكبد (C) أكثر المجموعات معاناة من أعراض اعتلال الدماغ الكبدية.

إذن تُشير نتائج بحثنا الحالي إلى أن مرضى تليف الكبد يعانون جميعاً اعتلالاً دماغياً كبدياً معتدل الشدة وفقاً لمتوسط درجاتهم على فحص الحالة العقلية المُصغر، حيث حصل جميع المرضى المشاركين في عينة البحث على درجات أقل من (٢٤) درجة، وفيما يخص الفروق بين المجموعات المرضية، فكانت هناك فروق دالة بين مرضى تليف الكبد (A)، و(B) و(C) في متوسط الدرجة على فحص الحالة العقلية المُصغر، وأن مجموعة مرضى تليف الكبد (C) قد عانوا درجة أعلى من اعتلال الدماغ الكبدي، فقد كان متوسط درجاتهم (١٩,٥٠) إذا ما قورنوا بمرضى تليف (B) (٢١,١٧) و(A) (٢٢,٥٧)، مع العلم أن انخفاض الدرجة على فحص الحالة العقلية المُصغر مرتبطاً باعتلال دماغي أعلى، وحتى قبل تطور تليف الكبد، نجد المرضى الذين يعانون من فيروس التهاب الكبد (C) يشكون من ضعف إدراكي مستقل عن درجة الاكتئاب، وعلى أثر هذا فقد وُصف هذا المرض بأنه "ضباب الدماغ" (Abrantes et al., 2020).

أما عن الفروق بين المجموعات المرضية فيما يخص متوسط الدرجات على الأبعاد التي شملتها قائمة الأعراض المُعدلة؛ فكانت الفروق دالة إحصائياً بين المجموعات الثلاث في متوسط الدرجة على عدد من الأبعاد، هي: بُعد الوسواس القهري والحساسية التفاعلية والقلق والعداوة والبارانويا التخيلية والذهانية ومؤشر الشدة العام ومؤشر الأعراض الإيجابية المنذرة بالخطر والمجموع الكلي للأعراض الإيجابية، وكانت هذه الفروق في اتجاه مجموعة مرضى تليف (C) فيما عدا بعد العداوة فكانت الفروق في اتجاه مجموعة مرضى تليف الكبد (A).

وبتدقيق النظر في نتائج الفروق بين المجموعات المرضية، وجدنا أن مجموعة مرضى تليف الكبد (B) أقل إذا ما قورنت بالمجموعتين (A) و(C) وذلك في متوسطات جميع الأبعاد المقاسة، فيما عدا بُعد المخاوف المرضية؛ فلم تكن الفروق على هذا البُعد دالة بين المجموعات المرضية. وجاء هذا متسقاً مع ما تم الإشارة إليه سابقاً، حيث كانت نوعية حياة مرضى التهاب الكبد (B) أفضل مقارنة بالمرضى الذين يعانون من أمراض الكبد الأخرى؛ فقد أظهرت معظم الأبحاث انخفاض نوعية الحياة وارتفاع معدل انتشار الاضطرابات النفسية لدى المرضى المصابين بفيروس التهاب الكبد الوبائي (C) مقارنة بفيروس التهاب الكبد (B)، فكان ما لا يقل عن ٥٠% من المرضى المصابين بفيروس C يعانون من اضطرابات نفسية وانتشار الذهان والقلق وانخفاض نوعية الحياة (Fatima & Rehna, 2024; Raja et al., 2020)، بل وبلغ معدل انتشار عدوى فيروس (C) بين المرضى في مستشفيات الطب النفسي ١٨% (Enescu et al., 2014).

وترجع الفروق بين مرضى تليف الكبد (A) و(B) و(C) إلى اختلاف الطرق التي يتسبب بها فيروس التهاب الكبد (C) في إحداث الأعراض العصبية والنفسية، فقد تم افتراض عدة آليات

فيزيولوجية مفسرة لظهور هذه الأعراض، منها: الغزو العصبي والضرر المباشر. فقد أظهر عديد من الدراسات أن الجهاز العصبي هو موقع يسمح بتكاثر الفيروس، كما أكد ذلك وجود الأشكال التكاثرية المتوسطة لفيروس التهاب الكبد (C) والبروتينات الفيروسية على هذا المستوى (Adinolfi et al., 2021; Faccioli et al., 2015)، فقد ثبت مؤخرًا - من خلال مراجعة تحليلية - أن التهاب الكبد المزمن (C) يرتبط باضطرابات عصبية بالجهاز العصبي واضطرابات نفسية لدى حوالي (٥٠%) من المرضى. فقد كان هناك اعتلال عصبي محيطي، واعتلال معرفي وإعاقة حركية ناجمة عن حوادث وعائية دماغية (Kačavenda-Babović et al., 2021)، وثبت أيضًا أن مرضى تليف الكبد يعانون من القلق والتعب واضطرابات الذاكرة مقارنة بالمعدل الطبيعي، بالإضافة إلى ظروفهم العيادية السيئة (Mirgoziev et al., 2020)، وكان معدل الإصابة بالاضطراب ثنائي القطب أعلى في العدوى المشتركة لفيروس التهاب الكبد B/C (Chong et al., 2018)، كما اقترن خطر الإصابة بالمرض الذهاني مع ارتفاع الإصابة بالتهاب فيروس الكبد C (Braude et al., 2021)، وخاصة بين مرضى الفصام (Fu et al., 2024). كما أكد معظم الدراسات أن هناك نسبة تتراوح ما بين (٦٠% : ٩٠%) من أمراض نفسية مصاحبة أخرى (الاضطرابات الضغطية، الاضطراب ثنائي القطب، والقلق، والذهانية، وكذلك التعب) أكثر انتشارًا بشكل ملحوظ في مرضى تليف الكبد C (Schaefer et al., 2013).

وعلى الرغم من ارتفاع متوسط الدرجة على بُعد الأعراض الجسمانية إلا أن الفروق بين المجموعات المرضية على هذا البعد لم تكن دالة، مما يعني معاناة جميع مرضى تليف الكبد من أعراض جسدية متعددة وتعب مزمن، فقد أظهر مرضى تليف الكبد انخفاض نوعية الحياة والتي تم ربطها بآليات مختلفة، من بينها: المشاكل الجسدية والمضاعفات المرتبطة بتليف الكبد والأعراض النفسية (Faccioli et al., 2021)، لذا يعد التعب المزمن هو العرض الأكثر شيوعًا للإصابة بفيروس التهاب الكبد الوبائي المزمن، حيث يتراوح معدل انتشاره من ٢٠% إلى ٨٠% في مختلف المجموعات (Yarlott et al., 2017). علاوة على ذلك، فقد تم إثبات وجود ارتباط إيجابي بين التعب المزمن والتليف الكبدي بشكل عام (Faccioli et al., 2021; Kačavenda-Babović et al., 2021; Wang et al., 2020).

ولما شكل الوعي بعدوى فيروس التهاب الكبد الوبائي عامل خطر للإصابة بالاكتئاب - بسبب ضعف العلاقات الأسرية والحميمة والوصم والتهميش الاجتماعي - لذا يعد الاكتئاب رد فعل على العواقب الجسدية والنفسية والاجتماعية لهذه العدوى (Yarlott et al., 2017)، ومن ثمة جاءت نتائج البحث الراهن لتؤكد حقيقة ارتباط الأعراض الجسمانية بأعراض الاكتئاب لدى جميع المرضى؛ فلم تكن الفروق بين المجموعات المرضية الثلاث دالة على متغير بُعد الاكتئاب مثله في ذلك مثل بعد الأعراض الجسمانية، فقد أظهر جميع مرضى تليف الكبد أعراض اكتئابية (Kačavenda-Babović et al., 2021)، وأن كانت هذه المعاناة بسيطة لدى المرضى، بغض النظر عن شدة

درجة تليف الكبد (Faccioli et al., 2021)، وهذا ما كان واضحاً جلياً خلال النتائج الحالية، فلم تتحرف متوسطات درجات المجموعات المرضية الثلاث عن المتوسط المعياري لهذا البُعد سوى (واحد) انحراف معياري تقريباً.

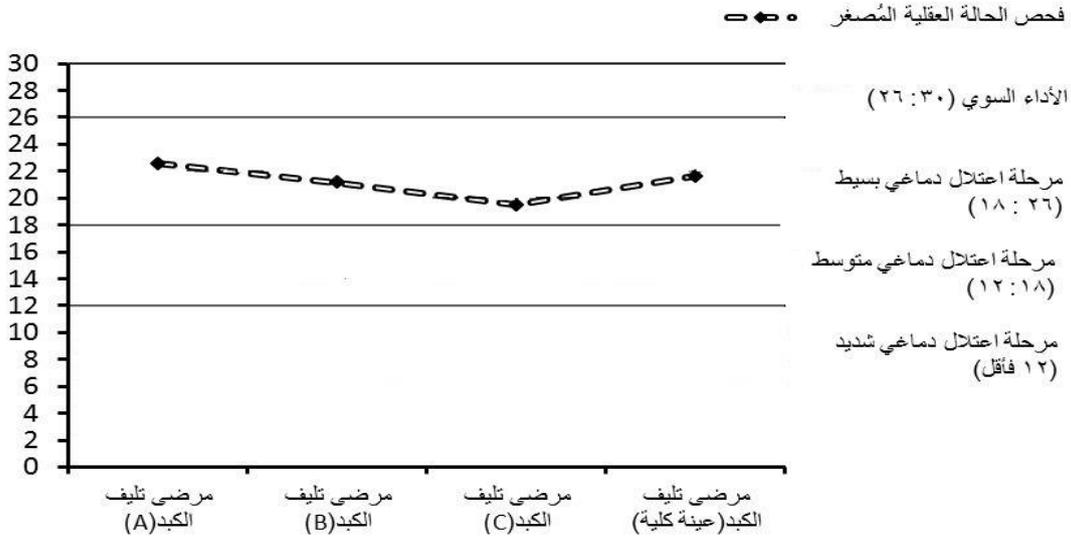
وعلى الرغم من أن الاكتئاب والتعب منبئان مستقلان لانخفاض نوعية الحياة، إلا أن نتيجة الفرض الحالي تؤكد أن كلاً من الأعراض الاكتئابية والأعراض الجسمانية - المتمثلة في التعب - يمثلان عاملان مشتركان بين مرضى تليف الكبد، حيث تتساوى المجموعات الثلاث فيما بينها من حيث نسب انتشار تلك الأعراض، وأن هذا لم يأت من فراغ، لأن هذين العاملين مشتركان في التغيرات البيولوجية المحتمل حدوثها في الدماغ، ومن هذه التغيرات على سبيل المثال: انخفاض في مستويات تخليق السيروتونين لدى مرضى التهاب الكبد المزمن. وفي الواقع، أظهرت إحدى الدراسات وجود علاقة بين التعب والالتهابات المحيطية، كما أن التغيرات في التمثيل الغذائي الدماغي والانتقال العصبي في كل من الجهاز النطاقي وجهاز التنشيط الشبكي المساعد والكرة الشاحبة ترتبط أيضاً بالتعب المزمن، كما أن انخفاض الدوبامين في هذه التراكيب الدماغية مسئول عن الاكتئاب، هذا بالإضافة إلى أن ضعف انتقال السيروتونين - المتسبب في الاكتئاب - مرتبط كذلك بالتعب (Faccioli et al., 2021).

نتائج التحقق من الفرض الثالث؛ ومفاده، "تباين أداء مرضى تليف الكبد على قائمة الأعراض المعدلة وفحص الحالة العقلية المُصغر عن المتوسط المعياري للقائمة وعن معايير الأداء الطبيعي الخاصة بالفحص"، ونعرض بجدول (٥) متوسطات أداء مرضى تليف الكبد على فحص الحالة العقلية المُصغر.

جدول (٥) متوسطات درجات أداء مجموعات مرضى تليف الكبد على فحص الحالة العقلية المُصغر في ضوء معايير الفحص

المحك التشخيصي	فحص الحالة العقلية المُصغر	المجموعات
٢٦ : ١٨ مرحلة مبكرة من العته ^{٢٤} (اعتلال دماغي بسيط)	٢٢,٥٧	مرضى تليف الكبد (A) (ن=١٠)
	٢١,١٧	مرضى تليف الكبد (B) (ن=١٠)
	١٩,٥٠	مرضى تليف الكبد (C) (ن=١٠)
	٢١,٦٢	مرضى تليف الكبد (عينة كلية) (ن=٣٠)

شكل (٢) متوسطات درجات أداء العينة الكلية من مرضى تليف الكبد وكذلك المجموعات المرضية الفرعية على فحص الحالة العقلية المُصغر في ضوء المعايير الخاصة بالفحص



بالنظر إلى جدول (٥) والموضح بيانياً على شكل (٢) نجد أن أداء مرضى تليف الكبد - سواء كعينة كلية أو مجموعات مرضية فرعية - على فحص الحالة العقلية المُصغر والمستخدم لقياس اعتلال الدماغ الكبدي قد وقع في مدى يتراوح ما بين (١٩,٥ : ٢٢,٥٧)، وهذا المدى وفقاً للمعايير الخاصة بالفحص هو مدى لأداء غير سوى ينبئ بوجود أعراض اعتلال دماغي بسيط متمثلاً في أعراض مبكرة لاضطراب حالة الوعي والذاكرة والتوجه الزمني والمكاني. واتسقت هذه النتيجة مع ما خلُصت إليه دراسة الجوهري (Elgohary et al., 2020) من نتائج باستخدام الأداة ذاتها - فحص الحالة العقلية المُصغرة - بالإضافة إلى اختبار التوصيل بين الأرقام الجزء (أ).

ويتسم اعتلال الدماغ البسيط، وكذلك المرحلة الأولى من اعتلال الدماغ الكبدي بضعف إدراكي عصبي خفيف، ويشمل تغيرات عصبية نفسية وفسولوجية عصبية لا يمكن اكتشافها عن طريق الفحص العيادي. ويؤثر على حوالي ٨٠% من المرضى الذين يعانون من تليف الكبد والمرضى المصابين بوجود تحويلة بابية جهازية (Eftekar, 2020; El Khat et al., 2020; López-Franco et al., 2021)، وبالنظر إلى النتائج الراهنة أمامنا بهذا البحث، نجد أن نسبة انتشار مظاهر اعتلال الدماغ بين مرضى تليف الكبد قد تجاوزت نسبة ٨٠%، حيث أظهر جميع أفراد عينة البحث مظاهر اعتلال دماغي بسيط وإن كان هناك تفاوت بين المرضى حسب نمط تليف الكبد.

ويُعد انحراف أداء المرضى المشاركين في عينة البحث عن معيار الأداء السوي الخاص بفحص الحالة العقلية المُصغر له أسسه الفيزيولوجية وفقاً للنموذج الطبي العضوي لعلم النفس المرضى (El-Khiat et al., 2020)، ويمكننا القول بأن الانحراف عن السواء النفسي والمتمثل في السلوكيات اللاتكيفية والاضطرابات النفسية والعقلية مرتبطة بالبنية الجسدية وعمل الدماغ. لذلك نجد أن أعراض المرض الجسدي المتمثل في تليف الكبد يعكس مظاهر خلل واضحة في العمليات

البيولوجية، ومع انهيار وخلل تلك الوظائف البيولوجية - التي تحكم العمليات النفسية المختلفة - يظهر اللاسواء النفسي، حيث الأسس البيولوجية العصبية لهذه الاضطرابات النفسية (Barik & Padhi, 2024)، وهو ما يفسر تداخل العوامل المسببة للاعتلال الدماغ الكبدي مع الفيزيولوجية المرضية لعدد من الاضطرابات النفسية (Montagnese et al., 2019)، فيعاني مرضى تليف الكبد من اضطراب في النوم - كأحد أعراض اعتلال الدماغ الكبدي البسيط - مما يسبب مزيداً من القلق والاكتئاب، حيث الارتباطات الدالة بين نوعية النوم ومستوى الصحة النفسية والمتمثلة في الحالات النفسية مثل القلق والاكتئاب (Xiao et al., 2018)، وسوء نوعية الحياة وضعف الأداء الوظيفي المتمثل في عدم القدرة على العمل والقيادة لدى هؤلاء المرضى (Elghohary et al., 2020)، ومن هنا جاء اقتران اللاسواء النفسي بمرض تليف الكبد حيث الأسس الفيزيولوجية لاعتلال أدمغة هؤلاء المرضى واختلالها عن حد السواء، وعلى أثر هذا ننتقل بالنظر إلى جدول (٦) للتعرف على مظاهر اللاسواء النفسي لدى عينة البحث.

جدول (٦) نتائج اختبار (مان وتني) لدلالة تباين متوسطات درجات مرضى تليف الكبد على أبعاد قائمة الأعراض المعدلة عن المتوسط المعياري للقائمة ذاتها

الأبعاد	الفروق	م	ع	Z	مستوى الدلالة
الأعراض الجسدية	٧٤,٦٨	٨,٨١	٥,٩١-	٠,٠٠٠	
المتوسط المعياري	٥٠	١٠			
الوسواس القهري	٧٢,٨٤	٩,٤١	٦,٢١-	٠,٠٠٠	
المتوسط المعياري	٥٠	١٠			
الحساسية التفاعلية	٦٠,٦٤	١٢,١١	٣,٩٨-	٠,٠٠٠	
المتوسط المعياري	٥٠	١٠			
الاكتئاب	٦٤,١٦	١١,٨٩	٤,٢١-	٠,٠٠٠	
المتوسط المعياري	٥٠	١٠			
القلق	٦٨,٧٦	١١,٩٨	٤,٧٠-	٠,٠٠٠	
المتوسط المعياري	٥٠	١٠			
العداوة	٧٤,١٦	١٤,٥٣	٥,٢١-	٠,٠٠٠	
المتوسط المعياري	٥٠	١٠			
المخاوف المرضية	٥٤,٧٦	١٥,٥٦	٣,٤٧-	٠,٠٠١	
المتوسط المعياري	٥٠	١٠			
البارانويا التخيلية	٦٢,٤٤	١٢,٤٣	٣,٤٨-	٠,٠٠٠	
المتوسط المعياري	٥٠	١٠			
الذهانية	٦٥,٨٨	١٣,٢٤	٣,٧٤-	٠,٠٠٠	
المتوسط المعياري	٥٠	١٠			
مؤشر الشدة العام	٦٩,٠٠	١٠,٤٤	٥,٢٣-	٠,٠٠٠	
المتوسط المعياري	٥٠	١٠			
مؤشر الأعراض الإيجابية المنذرة بالخطر	٧١,٤٨	٩,٧٦	٦,١٩-	٠,٠٠٠	
المتوسط المعياري	٥٠	١٠			
المجموع الكلي للأعراض الإيجابية	٥٤,٩٢	١٠,١٧	٢,٢٥-	٠,٠٠٢	
المتوسط المعياري	٥٠	١٠			

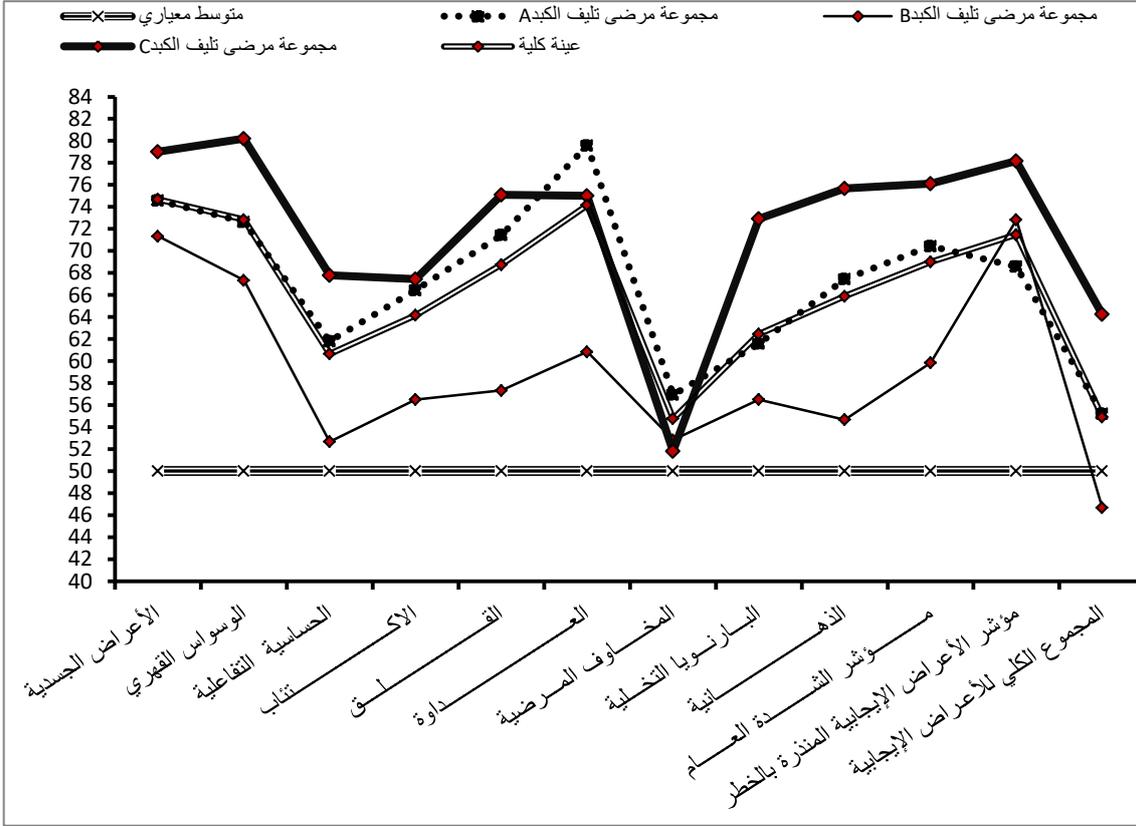
وفق ما ورد بجدول (٦)، تباينت متوسطات درجات مرضى تليف الكبد على قائمة الأعراض المعدلة بكافة أبعادها عن المتوسط المعياري للقائمة ذاتها، وكان هذا التباين سالبًا في اتجاه مرضى تليف الكبد الذين انحرف أدواؤهم عن المتوسط المعياري بالزيادة بمقدار تجاوز (٢) انحراف معياري على بعض الأبعاد، وهى : بُعد الأعراض الجسدية والوسواس القهري والعداوة بالإضافة إلى مؤشر الأعراض الإيجابية المنذرة بالخطر، هذا وقد تراوح مدى الانحراف على باقي الأبعاد ما بين (١) إلى (١,٥) انحراف معياري أو يزيد، علما بأن الانحراف المعياري هنا (١٠) درجات معيارية.

أما عن شكل تباين أداء المجموعات المرضية الثلاث وكذلك العينة الكلية عن المتوسط المعياري والخاص بقائمة الأعراض المعدلة فيوضحه جدول (٧) المرسوم بيانيًا على شكل (٣).

جدول (٧) متوسطات درجات أداء مجموعات مرضى تليف الكبد على أبعاد قائمة الأعراض المعدلة

متوسط معياري	تصنيف التليف				قائمة الأعراض المعدلة
	مرضى تليف الكبد (عينة كلية) (ن=٣٠)	مرضى تليف الكبد (C) (ن=١٠)	مرضى تليف الكبد (B) (ن=١٠)	مرضى تليف الكبد (A) (ن=١٠)	
	م	م	م	م	
٠,٥١	٧٤,٦٨	٧٩,٠٢	٧١,٣٣	٧٤,٥٧	الأعراض الجسدية
	٧٢,٨٤	٨٠,١٩	٦٧,٣٣	٧٢,٦٤	الوسواس القهري
	٦٠,٦٤	٦٧,٧٨	٥٢,٦٧	٦١,٧٩	الحساسية التفاعلية
	٦٤,١٦	٦٧,٤٣	٥٦,٥٠	٦٦,٤٣	الاكتئاب
	٦٨,٧٦	٧٥,١١	٥٧,٣٣	٧١,٤٣	القلق
	٧٤,١٦	٧٥,٠٠	٦٠,٨٣	٧٩,٥٧	العداوة
	٥٤,٧٦	٥١,٨٠	٥٢,٨٣	٥٦,٩٣	المخاوف المرضية
	٦٢,٤٤	٧٢,٩٣	٥٦,٥٠	٦١,٥٧	البارانويا التخيلية
	٦٥,٨٨	٧٥,٦٧	٥٤,٦٧	٦٧,٤٣	الذهانية
	٦٩,٠٠	٧٦,١٠	٥٩,٨٣	٧٠,٤٣	مؤشر الشدة العام
	٧١,٤٨	٧٨,١٨	٧٢,٨٣	٦٨,٥٧	مؤشر الأعراض الإيجابية المنذرة بالخطر
	٥٤,٩٢	٦٤,٢٤	٤٦,٦٧	٥٥,٢١	المجموع الكلي للأعراض الإيجابية

شكل (٣) انحراف متوسطات درجات أداء العينة الكلية من مرضى تليف الكبد وكذلك المجموعات المرضية الفرعية على أبعاد قائمة الأعراض المُعدلة عن المتوسط المعياري للقائمة ذاتها



بتدقيق النظر فيما ورد بجدول (٧) من بيانات والموضحة بيانياً على شكل (٣)، نجد أن متوسطات أداء مرضى تليف الكبد قد انحرقت انحرافاً واضحاً عن المتوسط المعياري سواء أكانت عينة كلية أو مجموعات فرعية، وكانت أكثر المجموعات المرضية انحرافاً عن المتوسط المعياري مجموعة مرضى تليف الكبد (C) في مقابل مجموعة مرضى تليف الكبد (B)، والتي كانت أقل المجموعات انحرافاً عن المتوسط المعياري.

وبالرجوع إلى الدرجات المعيارية الخاصة بقائمة الأعراض المُعدلة نجد أن أداء مرضى التليف الكبدي قد انحرف عن الأداء الطبيعي السوي، وبناءً عليه فإن أداء هؤلاء المرضى قد انطبقت عليهم المؤشرات الأربعة للاسواء النفسي، هي: الانحراف عن الدرجات المعيارية لقائمة الأعراض المُعدلة؛ فنجد أن أداء مرضى تليف الكبد قد انحرف انحرافاً دالاً إحصائياً عن الدرجات المعيارية للقائمة، وكان هذا الانحراف غير عادي وسلبياً له عواقب سلبية سببت حالة من عدم الاستقرار والتوتر والقلق والضيق النفسي يشتى ألوانه ليس فقط للمرضى ذاتهم بل ولذويهم وكل المحيطين بهم بالإضافة إلى أفراد الطاقم الطبي والقائمين على رعايتهم، وأثر ذلك على سلامة قدرات هؤلاء المرضى الوظيفية وانسحابهم من التفاعل والمشاركة الاجتماعية والحساسية التفاعلية (Wang et al., 2020)، وسرعة الانفعال والتهيج والضيق النفسي (Spradling et al., 2021)، وتوارد أفكار سلبية واضطراب الساعة البيولوجية، حيث النوم المتقطع وغير المنتظم لدى مرضى تليف الكبد (Holmes et al., 2022)، وهم بذلك قد استوفوا

نموذج الاختلال الوظيفي الضار من حيث الانحراف عن المعايير الاجتماعية والثقافية، بالإضافة إلى وجود خلل ضار لا تكفي، ناجم عن عجز الآليات الداخلية التعويضية عن التكيف والتأقلم وممارسة الحياة بشكل طبيعي سوي في ظل الإصابة بتليف الكبد.

كما أن أفراد عينة البحث من مرضى تليف الكبد قد استوفوا أيضًا محكات اللاسواء النفسي الوارد من خلال الجمعية الأمريكية للطب النفسي (APA, 2013) في تعريفها للاضطراب النفسي، فقد أظهر مرضى تليف الكبد اضطرابات في الأفكار والمشاعر والسلوكيات، وعكس أدائهم معاناة تمثلت في أعراض الاكتئاب والقلق والحساسية التفاعلية وسرعة التقلب الانفعالي واتجاهات عدائية نحو الذات والآخرين وأعراض البارانونيا التخيلية وسلوكيات وأفكار قهرية ذهانية وأن هذه الأعراض كانت ذات شدة ملحوظة امتد تأثيرها إلى كافة جوانب حياة المريض. إذن لا يقف آثار تليف الكبد على جملة الاعتلالات النفسية وآثارها السلبية الكبيرة على نوعية حياة المرضى، بل قد تمتد تلك الآثار إلى ظهور اضطرابات مرضية أخرى كالذهان حيث انتشر الأوهام و/أو الهلوس، هذا بالإضافة إلى اضطرابات الشخصية الأخرى (Menon et al., 2022).

وأشارت الدراسات إلى انتشار الاضطرابات النفسية لدى مرضى الكبد بشكل عام، ومن بين أهم هذه الاضطرابات، اضطرابي الاكتئاب والقلق (Abureesh et al., 2022)، اللذان انتشرا بنسبة ٤,٥% - ٦٤% و ١٤% - ٤٥% بين مرضى الكبد على التوالي (Abureesh et al., 2022; Eftekar, 2020)، في حين فسرت دراسات أخرى وجود اضطرابات نفسية لدى مرضى الكبد على أنها انعكاس للآثار الجانبية العصبية والنفسية للعلاج، والتي من بينها التعب والاكتئاب والقلق والعداء وأعراض الهوس والاضطرابات المعرفية والذهيان والذهان والتفكير في الانتحار ومن أكثر هذه الآثار الجانبية شيوعًا الاكتئاب، والتهيج والأرق (Enescu et al., 2014).

وجاء انحراف الدرجة على بُعد الأعراض الجسمية لدى عينة البحث من مرضى تليف الكبد عن المتوسط المعياري متسقًا مع ما أخبر عنه مرضى التهاب الكبد الوبائي من أعراض جسدية وعقلية، بما في ذلك على سبيل المثال لا الحصر التعب وآلام العضلات والعظام وضعف الشهية والغثيان وآلام البطن والضعف الإدراكي والاكتئاب والقلق (Elbadry et al., 2024).

هذا وقد عكست تلك الاضطرابات لدى عينة البحث من مرضى تليف الكبد نوعًا من الاختلال البيولوجي، المتمثل في مرض تليف الكبد بكل آلياته الفيزيولوجية كنوع من اللاسواء، حيث الاضطرابات الناجمة عن هذا المرض على المستوى البدني و/أو النفسي (Barik & Padhi, 2024)، ويتمثل الاختلال النفسي و/أو التنموي في الانحراف عن النموذج المثالي للصحة النفسية الذي طوره "جاهودا" Jahoda في عام ١٩٥٨ (McLeod, 2018)، ووفق هذا النموذج؛ فقد أظهرت عينة البحث انخفاضًا في تقديرهم لذواتهم واضطربت لديهم العلاقات الشخصية وبين الشخصية، وانهارت قدراتهم على التكيف ومواجهات تحديات حياتهم الأساسية والتي كان من أهمها تحديات التكيف مع الإصابة المزمنة بتليف الكبد، والذي انخفض معها درجة الاستقلالية والحياة الوظيفية. وقد أكد عديد من

الدراسات أن انخفاض تقدير مرضى تليف الكبد لذواتهم وانخفاض نوعية حياتهم راجع في جوهره إلى الوصمة الاجتماعية التي خبرها هؤلاء المرضى بين محيطهم الأسري والاجتماعي والمهني (Elbadry et al., 2024; Gomaa et al., 2017; Kamal et al., 2021; Sharma et al., 2022).

ولما كان المعيار الأكثر أهمية لتقييم اللاسواء النفسي - وفق ما ورد بالجمعية الأمريكية للطب النفسي في تعريفها للاسواء النفسي (APA, 2013) - هو مدى تأثير مظاهر اللاسواء على رفاهة الفرد و/أو الآخرين من حوله. ووفقاً لهذا المعيار قد عانى مرضى تليف الكبد من ضيق وضعف وظيفي يرجع في أساسه إلى الوهن الجسدي والنفسي في آن واحد، فقد عبر هؤلاء المرضى عن أنهم لا يقوون على العمل ومواصلة مهام حياتهم اليومية وأنهم قد أصبحوا عالة على الآخرين وبدأت تراودهم أفكار لاعقلانية هدمت ثقتهم بذواتهم وبذويهم، وظهر هذا جلياً في ارتفاع متوسط درجات هؤلاء المرضى على بُعد الحساسية التفاعلية، وبناءً عليه؛ فقد اتصف هؤلاء المرضى بالسمات الخمس للفشل والضعف الوظيفي كما حددها "روزنهان" و"سيليجمان" (Rosenhan & Seligman, 1967) وهي: الضيق الشخصي، وضيق الآخرين المحيطين، والسلوك اللاتكفي، والسلوك غير المتوقع، والسلوك اللاعقلاني (Barik & Padhi, 2024; McLeod, 2018)، كما مثل اضطراب المزاج والعصبية الزائدة وسرعة الانفعال على أتفه الأسباب - لدى المرضى المشاركين بالبحث - دافعاً قوياً وراء انتهاك كل ما هو مألوف ومنتوق اجتماعياً، فقد عبر أحد المرضى عن أنه سريع الغضب والإثارة، وأنه لا يقوى على التحكم في انفعالاته حتى مع والديه، ووصف ذاته بالعاق، وعبر آخر عن أنه أصبح منبوذاً ومكروهاً من زوجته وأبنائه بسبب ممارسته للعنف اللفظي والبدني ضدهم.

وعلى الرغم من أن هناك فروقاً فردية بين المرضى فيما يتعلق بشكواهم - والتي عبروا عنها من خلال الأداء على قائمة الأعراض المعدلة - إلا أن جميعهم قد أقرروا بأن تجربتهم مع مرضى تليف الكبد قد أودت بكل طموحاتهم وآمالهم، وهم بذلك - وفق نموذج الاستعداد والإجهاد (Salomon & Jin, 2013) - قد عبروا عن أن لديهم استعداداً نفسياً للإصابة باضطرابات نفسية متمثلة في الطريقة التي يفكر بها هؤلاء المرضى، أو التي يشعرون، أو ينظرون بها إلى العالم، والطريقة التي يواجهون بها تحديات المرض، بالإضافة إلى أنماط التفكير الخاطئة والمدمرة للذات.

إذن الاستعداد للإصابة بالأمراض والاضطرابات النفسية والعقلية ليست دائماً استعدادات بيولوجية خالصة، وهو ما يفسر الفروق في درجة اللاسواء بين مريضين يعانون الدرجة نفسها من تليف الكبد ويحيون في ظروف بيئية واجتماعية وأسرية متقاربة (Raja et al., 2020).

وعلى أثر ما أظهره مرضى تليف الكبد خلال أدائهم على قائمة الأعراض المعدلة وفحص الحالة العقلية المُصغر، نستطيع أن نقول إن هؤلاء المرضى قد استوفوا كل محكات تشخيص اللاسواء البيولوجي و/أو الاضطراب النفسي و/أو التنموي (Barik & Padhi, 2024)، كما أنهم قد حققوا أيضاً الأقطاب الثلاثة لنموذج الاستعداد والإجهاد للاضطرابات النفسية (Salomon & Jin, 2013)، حيث نشأت معاناتهم النفسية وتطورت نتيجة لظهور استعداد بيولوجي مرهق تمثل في الإصابة بتليف الكبد

والذى عُبر عنه بالانحراف البيولوجي عما هو طبيعي على سبيل المثال فرط الأمونيا في الدم واضطراب كيمياء الدماغ. بالإضافة إلى الاستعدادات النفسية المتمثلة في السمات الشخصية وطريقة التفكير وحطت التكيف والتعامل مع تحديات المرض، وهنا يأتي دور ضغوطات الحياة اليومية لتؤدي دور العوامل المفجرة لظهور الاضطراب النفسي - كأحداث الحياة السلبية والصدمات النفسية.

أهمية البحث :

تكمُن أهمية الورقة البحثية الحالية في الإسهام في إثراء المجال البحثي الأكاديمي بالحقائق وكشف المزيد من المعلومات عن مظاهر اللاسوء النفسي المتعددة في علاقتها باعتلال الدماغ الكبدى لدى مرضى تليف الكبد، لتتجلى لنا أهمية تطبيق هذه المعلومات في عدة مجالات؛ منها :

١ - مجال التقييم النفسي العصبي: الأخذ بعين الاعتبار المجالات التي قد تضطرب لدى مرضى تليف الكبد، كخطوة إيجابية نحو إنشاء تشخيص فارق يميز مرض تليف الكبد عن الأمراض العضوية والنفسية الأخرى.

٢ - أهمية وقائية متمثلة في تفعيل آليات الوقاية من الاضطرابات النفسية لدى مرضى تليف الكبد مع التخفيف من عبء وصمة المرض العضوي والنفسى التي قد يعانيها هؤلاء المرضى، وذلك لأن الاضطرابات النفسية تقلل من احتمالات نجاح العلاج الطبي لهذه الفئة المرضية.

٣ - لفت الانتباه إلى أن ضرورة إعادة التأهيل النفسي لهؤلاء المرضى بهدف إدماجهم في كافة الأنشطة الحياتية، مع تغيير طرق التعامل مع الأمراض المزمنة وتعليم المريض سياسة تقبل المرض والرضا وتعليمه أيضًا استراتيجيات مواجهة تحديات المرض.

التوصيات والاتجاهات المستقبلية والبحوث المقترحة :

توجد حاجة ماسة إلى ما يلي :

- دمج الرعاية النفسية المتكاملة ضمن البرامج الطبية لعلاج مرضى تليف الكبد.
- دعم اجتماعي يلبي المتطلبات النفسية والعاطفية والمعرفية والجسدية لمرضى تليف الكبد، وذلك من خلال تعزيز بيئة داعمة وشاملة للأفراد الذين يعيشون مع مرض عضوي مُعدي.
- إجراء مزيد من الدراسات الطولية التي تشمل تقييمات نفسية وأخرى فيزيولوجية - كرسوم الدماغ الكهربى - لتسليط الضوء على مدى تطور الاضطرابات النفسية في علاقتها باعتلال الدماغ الكبدى.
- إجراء برامج توعوية وإرشادية وأخرى علاجية لمرضى تليف الكبد الذين يعانون من اضطرابات نفسية، وكذلك لدويهم من أجل تغيير ثقافة الوصمة التي تلحق بهؤلاء الفئة المرضية، لأن هؤلاء المرضى يعانون من ظروف منهكة ومؤلمة ليست من اختيارهم. ويجب أن يحظوا بالتعاطف والتفهم والكرامة.

قائمة المراجع

أولاً : المراجع العربية :

- البحيري، عبدالرقيب (٢٠٠٥). *قائمة الأعراض المُعدلة R-90-SCL: كراسة تعليمات*. أسبوط. مركز الارشاد النفسي والتربوي.
- الصبوة، محمد نجيب، والدق، أميرة محمد (٢٠٠٩). الفروق بين مرضى الكبد الفيروسي سي المزمن والأصحاء في بعض أنماط السلوك الصحي وفعالية الذات والحالة العقلية. *مجلة دراسات عربية*، ٨(٢)، ٢٦٣-٣١٤. مسترجع من <http://search.mandumah.com/Record/8251>

ثانياً : المراجع الأجنبية :

- Abrantes, J.; Torres, D.S. & Brandão-Mello, C.E. (2020). The Many Difficulties and Subtleties in the Cognitive Assessment of Chronic Hepatitis C Infection. *International journal of hepatology*, 2020, 9675235. <https://doi.org/10.1155/2020/9675235>
- Abureesh, M.; Alkhayyat, M.; Abualnadi, I.; Badran, R.; Henneberry, J.D.; Sadiq, W.; Novakovic, V.; Barkin, R.; Barkin, S. & Deeb, L.S. (2022). Epidemiology of Depressive Disorders in Patients with Liver Cirrhosis: A Population-Based Study in the United States. *The primary care companion for CNS disorders*, 24(1), 20m02889. <https://doi.org/10.4088/PCC.20m02889>.
- Adinolfi, L.E.; Nevola, R.; Lus, G.; Restivo, L.; Guerrera, B.; Romano, C.; Zampino, R.; Rinaldi, L.; Sellitto, A.; Giordano, M. & Marrone, A. (2015). Chronic hepatitis C Virus infection and neurological and psychiatric disorders: an overview. *World Journal of Gastroenterology*, 21(8), 2269-2280. <https://doi.org/10.3748/wjg.v21.i8.2269>
- American Psychiatric Association (APA) (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-V)*. 5th Edition, American Psychiatric Publishing, Washington DC. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>.
- Amodio, P. & Montagnese, S. (2021). Lights and Shadows in Hepatic Encephalopathy Diagnosis. *Journal of clinical medicine*, 10(2), 341. <https://doi.org/10.3390/jcm10020341>.
- Barboza, K.C.; Salinas, L.M.; Sahebjam, F.; Jesudian, A.B.; Weisberg, I.L. & Sigal, S.H. (2016). Impact of depressive symptoms and hepatic encephalopathy on health-related quality of life in cirrhotic hepatitis C patients. *Metabolic brain disease*, 31(4), 869-880. <https://doi.org/10.1007/s11011-016-9817-y>.
- Barik, S. & Padhi, S. (2024). An Exploration of Abnormal Psychology and Mental Illness. *International Journal of Indian Psychology*, 12(1), 001-010. DIP:18.01.183.20241201, DOI:10.25215/1201.183.

- Bellafante, D.; Gioia, S.; Faccioli, J.; Riggio, O.; Ridola, L. & Nardelli, S. (2023). The Management of Hepatic Encephalopathy from Ward to Domiciliary Care: Current Evidence and Gray Areas. *Journal of clinical medicine*, 13(1), 166. <https://doi.org/10.3390/jcm13010166>.
- Braude, M.R.; Phan, T.; Dev, A. & Sievert, W. (2021). Determinants of Hepatitis C Virus Prevalence in People With Serious Mental Illness: A Systematic Review and Meta-Analysis. *The Journal of clinical psychiatry*, 83(1), 21r14079. <https://doi.org/10.4088/JCP.21r14079>.
- Butterworth, R.F. (2019). Hepatic Encephalopathy in Cirrhosis: Pathology and Pathophysiology. *Drugs* 2019, 79, 17-21. <https://doi.org/10.1007/s40265-018-1017-0>
- Chong, L.W.; Hsu, C.C.; Lee, C.Y.; Chou, R.H.; Lin, C.L.; Chang, K.H. & Hsu, Y.C. (2018). Association of viral hepatitis and bipolar disorder: a nationwide population-based study. *Journal of translational medicine*, 16(1), 173. <https://doi.org/10.1186/s12967-018-1542-3>
- Danilescu, C.M.; Sandulescu, D.L.; Pirlog, M.C.; Streba, C.T. & Rogoveanu, I. (2021). Depressive and Anxious Symptoms in Hepatitis C Virus Infected Patients Receiving DAA-Based Therapy. *Diagnostics (Basel, Switzerland)*, 11(12), 2237. <https://doi.org/10.3390/diagnostics11122237>.
- Djiambou-Nganjeu H. (2017). Hepatic Encephalopathy in Liver Cirrhosis. *Journal of translational internal medicine*, 5(1), 64-67. <https://doi.org/10.1515/jtim-2017-0013>.
- Eftekar, M. (2020). The association between hepatic encephalopathy/minimal hepatic encephalopathy and depressive and anxiety disorders: a systematic review. *Australasian Psychiatry : bulletin of Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists*, 28(1), 61-65. <https://doi.org/10.1177/1039856219875054>.
- Elgohary, M.N.; Amer, K. & Bassiony, M.A.A. (2020). Prevalence and Risk Factors of Minimal Hepatic Encephalopathy in Patients with Compensated Liver Cirrhosis. *The Egyptian Journal of Hospital Medicine*. 80(2), pp. 871-875. DOI: 10.21608/EJHM.2020.100204.
- Elbadry, M.; Badawi, M.; Youssef, N.; Duracinsky, M.; Saleh, S.A.; Funk, A.; Elesawy, H.; Rumpler, E.; Sayed, K.; Vasiliu, A.; Madec, Y.; Fontanet, A. & El-Kassas, M. (2024). Impact of treating chronic hepatitis C with direct acting antivirals on health-related quality of life: a real-life Egyptian experience. *Egyptian Liver Journal (2024) 14:14*. <https://doi.org/10.1186/s43066-024-00317-8>.

- El-Kassas, M.; Elbaz, T.; Elsharkawy, A.; Omar, H. & Esmat, G. (2018). HCV in Egypt, prevention, treatment and key barriers to elimination. *Expert review of anti-infective therapy*, 16(4), 345-350. <https://doi.org/10.1080/14787210.2018.1448709>.
- El-Khiat, A.; Hiba, O.E.; Aimrane, A.; Draoui, A.; Jayakumar, A.R.; Norenberg, M. & Gamrani, H. (2022). Hepatic Encephalopathy: An Overview of Basic Concepts and Mechanisms. *Frontiers in Medical Case Reports*, 2582-8142. DOI: 10.47746/FMCR.2022.3302
- Enescu, A.; Mitrut, P.; Balasoïu, M.; Turculeanu, A. & Enescu, A.S. (2014). Psychosocial issues in patients with chronic hepatitis B and C. *Current health sciences journal*, 40(2), 93-96. <https://doi.org/10.12865/CHSJ.40.02.02>
- Erim, Y.; Tagay, S.; Beckmann, M.; Bein, S.; Cicinnati, V.; Beckebaum, S.; Senf, W. & Schlaak, J.F. (2010). Depression and protective factors of mental health in people with hepatitis C: a questionnaire survey. *International journal of nursing studies*, 47(3), 342-349. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2009.08.002>
- European Centre for Disease Prevention and Control. Available online: <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/AER-HEP-C-2021.pdf> (accessed on 1 December 2022).
- Faccioli, J.; Nardelli, S.; Gioia, S.; Riggio, O. & Ridola, L. (2021). Neurological and Psychiatric effects of hepatitis C virus infection. *World journal of gastroenterology*, 27(29), 4846-4861. <https://doi.org/10.3748/wjg.v27.i29.4846>
- Fatima, A. & Rehna, T. (2024). Self-Compassion and Psychological Wellbeing Among Patients With Hepatitis-C: Social Support as Moderator. *Pakistan Journal of Psychological Research*, 39(1), 173-194. <https://doi.org/10.33824/PJPR.2024.39.1.11>
- Fernández, T.; Plana, T.; Tardón, L.; Marco, O.; Navarro, L.; Bartrés, C.; Colom, J.; Goikolea, J.M.; Caveró, M.; Pacchiarotti, I.; Lens, S.; Forns, X.; Martín-Santos, R. & Mariño, Z. (2023). Low risk of viral hepatitis amongst patients with severe mental disorders. *Liver international : Official journal of the International Association for the Study of the Liver*, 43(6), 1204-1212. <https://doi.org/10.1111/liv.15569>.
- Funuyet-Salas, J.; Martín-Rodríguez, A.; Pérez-San-Gregorio, M.Á. & Romero-Gómez, M. (2021). Influence of Psychological Biomarkers on Therapeutic Adherence by Patients with Non-Alcoholic Fatty Liver Disease: A Moderated Mediation Model. *Journal of clinical medicine*, 10(10), 2208. <https://doi.org/10.3390/jcm10102208>

- Fu, H.; Jiang, S.; Song, S.; Zhang, C. & Xie, Q. (2024). Causal associations between chronic viral hepatitis and psychiatric disorders: a Mendelian randomization study. *Frontiers in psychiatry*, 15, 1359080. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2024.1359080>
- Gomaa, A.; Allam, N.; Elsharkawy, A.; El Kassas, M. & Waked, I. (2017). Hepatitis C infection in Egypt: prevalence, impact and management strategies. *Hepatic medicine: evidence and research*, 9, 17-25. <https://doi.org/10.2147/HMER.S113681>
- Gutiérrez-Rojas, L.; De la Gándara Martín, J.J.; García Buey, L.; Uriz Otano, J.I.; Mena, Á. & Roncero, C. (2023). Patients with severe mental illness and hepatitis C virus infection benefit from new pangenotypic direct-acting antivirals: Results of a literature review. *Gastroenterol Hepatol. 2023 May*; 46(5), 382-396. English, Spanish. Doi: 10.1016/j.gastrohep.2022.06.001. Epub 2022 Jun 17. PMID: 35718017.
- Harris, K.B.; Gonzalez, H.C. & Gordon, S.C. (2024). The Health Care Burden of Hepatic Encephalopathy. *Clinics in liver disease*, 28(2), 265-272. <https://doi.org/10.1016/j.cld.2024.01.009>.
- Hassan, E.A.; Abd El-Rehim, A.S.; Seifeldein, G.S. & Shehata, G.A. (2014). Minimal hepatic encephalopathy in patients with liver cirrhosis: magnetic resonance spectroscopic brain findings versus neuropsychological changes. *Arab journal of gastroenterology : the official publication of the Pan-Arab Association of Gastroenterology*, 15(3-4), 108-113. <https://doi.org/10.1016/j.ajg.2014.09.003>
- Holmes, R.; Patel, A. & Desai, A.P. (2022). Psychiatric Disorders and Their Treatment: Impact of Outcomes in Patients with Chronic Liver Disease. *Clinical liver disease*, 20(2), 32-37. <https://doi.org/10.1002/cld.1204>
- Häussinger, D.; Butz, M.; Schnitzler, A. & Görg, B. (2021). Pathomechanisms in hepatic encephalopathy. *Biological chemistry*, 402(9), 1087-1102. <https://doi.org/10.1515/hsz-2021-0168>
- Ibrahim, I.M.; Haikal, A.; Ali, K.M.; AlSayed, M.A.L. & Barakat, T.E. (2021). Cognitive impairment in children with chronic Hepatitis C Virus: Case control study. *Clinical child psychology and psychiatry*, 26(2), 381-392. <https://doi.org/10.1177/1359104520974434>
- Kačavenda-Babović, D.; Đurić, P.; Babović, R.; Fabri, M.; Ružić, M. & Bugarski Ignjatović, V. (2021). Depression, Anxiety and Quality of Life in Patients with Chronic Hepatitis C Virus Infection in Vojvodina. *Acta clinica Croatica*, 60(4), 579-589. <https://doi.org/10.20471/acc.2021.60.04.03>.
- Kamal, N.N.; Mahfouz, E.M.; Ewis, A.A.; Refaei, S.A. & Soliman, W.A. (2018) Quality of life among hepatitis C patients on treatment, Minia, Egypt. *International Journal of Community Medicine and Public Health*, 5(5):1707-12. <https://doi.org/10.18203/2394-6040.ijcmp.h2018.1674>

- Khan, A.N.; Abbassi, M.A.; Gandapur, A.; Alam, A.; Haroon, M.Z. & Hussain, J. (2020). Frequency of Depression Among Patients With Chronic Liver Disease. *Journal of Ayub Medical College, Abbottabad : JAMC*, 32(4), 535-539.
- Kornerup, L.S.; Gluud, L.L.; Vilstrup, H. & Dam, G. (2018). Update on the Therapeutic Management of Hepatic Encephalopathy. *Current gastroenterology reports*, 20(5), 21. <https://doi.org/10.1007/s11894-018-06278>
- Li, G.; Wang, G.; Hsu, F.C.; Xu, J.; Pei, X.; Zhao, B. & Shetty, A. (2020). Effects of Depression, Anxiety, Stigma, and Disclosure on Health-Related Quality of Life among Chronic Hepatitis B Patients in Dalian, China. *The American journal of tropical medicine and hygiene*, 102(5), 988-994. <https://doi.org/10.4269/ajtmh.19-0007>.
- Lim, C.G.; Hahm, M.H. & Lee, H.J. (2023). Hepatic encephalopathy on magnetic resonance imaging and its uncertain differential diagnoses: a narrative review. *Journal of Yeungnam medical science*, 40(2), 136-145. <https://doi.org/10.12701/jyms.2022.00689>
- López-Franco, Ó.; Morin, J.P.; Cortés-Sol, A.; Molina-Jiménez, T.; Del Moral, D.I.; Flores-Muñoz, M.; Roldán-Roldán, G.; Juárez-Portilla, C. & Zepeda, R.C. (2021). Cognitive Impairment after Resolution of Hepatic Encephalopathy: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Frontiers in neuroscience*, 15, 579263. <https://doi.org/10.3389/fnins.2021.579263>.
- Malaguarnera, G.; Pennisi, M.; Bertino, G.; Motta, M.; Borzì, A.M.; Vicari, E.; Bella, R.; Drago, F. & Malaguarnera, M. (2018). Resveratrol in Patients with Minimal Hepatic Encephalopathy. *Nutrients*, 10(3), 329. <https://doi.org/10.3390/nu10030329>
- Marcellin, F.; Bréigéon-Ronot, S.; Ramier, C.; Protopopescu, C.; Gilbert, C.; Di Beo, V.; Duvivier, C.; Bureau-Stoltmann, M.; Rosenthal, E.; Wittkop, L.; Salmon-Céron, D.; Carrieri, P.; Sogni, P.; Barré, T.; ANRS CO13 HEPAVIH Study Group, Scientific Committee, Clinical Centers (ward: participating physicians), Data collection, & Management, Statistical Analyses (2022). Depressive symptoms after hepatitis C cure and socio-behavioral correlates in aging people living with HIV (ANRS CO13 HEPAVIH). *JHEP reports: innovation in hepatology*, 5(1), 100614. <https://doi.org/10.1016/j.jhepr.2022.100614>
- Marco, A.; Antón, J.J.; Saiz de la Hoya, P.; de Juan, J.; Faraco, I.; Caylà, J.A.; Trujols, J. & PERSEO Group (2015). Personality disorders among Spanish prisoners starting hepatitis C treatment: Prevalence and associated factors. *Psychiatry research*, 230(3), 749-756. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2015.11.016>
- Matsumoto, S.; Häberle, J.; Kido, J.; Mitsubuchi, H.; Endo, F. & Nakamura, K. (2019). Urea cycle disorders-update. *Journal of human genetics*, 64(9), 833-847. <https://doi.org/10.1038/s10038-019-0614-4>.
- McLeod, S. (2023). *Abnormal Psychology*. Simply Psychology. <https://www.simplypsychology.org/abnormal-psychology.html>

- Menon, V.; Ransing, R. & Praharaj, S.K. (2022). Management of Psychiatric Disorders in Patients with Hepatic and Gastrointestinal Diseases. *Indian journal of psychiatry*, 64(Suppl 2), S379-S393. https://doi.org/10.4103/indianjpsychiatry.indianjpsychiatry_18_22
- Mirgozиеv, M.S.; Baghernezhad, M.; Hosseini, S.A.M.; Rezaee, M.; Ansarinia, Z., Gholami, S. & Nikeghbalian, S. (2020). Psychological, Cognitive, and Laboratory Characteristics of End-Stage Liver Disease Patients. *Hepat Mon.* 2020 August; 20(8): e96433. Doi: 10.5812/hepatmon.96433.
- Montagnese, S.; Russo, F.P.; Amodio, P.; Burra, P.; Gasbarrini, A.; Loguercio, C.; Marchesini, G.; Merli, M.; Ponziani, F.R.; Riggio, O. & Scarpignato, C. (2019). Hepatic encephalopathy 2018: A clinical practice guideline by the Italian Association for the Study of the Liver (AISF). *Digestive and liver disease : official journal of the Italian Society of Gastroenterology and the Italian Association for the Study of the Liver*, 51(2), 190-205. <https://doi.org/10.1016/j.dld.2018.11.035>
- Montana, V.; Verkhatsky, A. & Parpura, V. (2014). Pathological role for exocytotic glutamate release from astrocytes in hepatic encephalopathy. *Current neuropharmacology*, 12(4), 324-333. <https://doi.org/10.2174/1570159X12666140903094700>
- Nardelli, S.; Pentassuglio, I.; Pasquale, C.; Ridola, L.; Moscucci, F.; Merli, M.; Mina, C.; Marianetti, M.; Fratino, M.; Izzo, C.; Merkel, C. & Riggio, O. (2013). Depression, anxiety and alexithymia symptoms are major determinants of health related quality of life (HRQoL) in cirrhotic patients. *Metabolic brain disease*, 28(2), 239-243. <https://doi.org/10.1007/s11011-012-9364-0>
- Osler, W. (2009). *The Evolution of Modern Medicine*. Fairford: Echo Library; 2009. pp. 20-26.
- Raja, L.M.; Farooq, H. & Manzoor, S. (2020). To Investigate The Psychological Consequences of Using Interferon Injections And Not Using Them In Chronic Hepatitis C Patients: A Cross Sectional Study, *Indo Am. J.P. Sci*, 2020; 07(12). <http://doi.org/10.5281/zenodo.4318276>.
- Parkash, O.; Aub, A. & Hami, S. (2012). *Hepatic Encephalopathy*. In Tech. doi: 10.5772/31312.
- Ridola, L. & Riggio, O. (2021). Hepatic Encephalopathy in the 21st Century: Still an Emerging Topic. *Journal of clinical medicine*, 10(2), 298. <https://doi.org/10.3390/jcm10020298>
- Rose, C.F.; Amodio, P.; Bajaj, J.S.; Dhiman, R.K.; Montagnese, S.; Taylor-Robinson, S.D.; Vilstrup, H. & Jalan, R. (2020). Hepatic encephalopathy: Novel insights into classification, pathophysiology and therapy. *J Hepatol.* 2020 Dec., 73(6): 1526-1547. Doi: 10.1016/j.jhep.2020.07.013. Epub 2020 Oct. 21. 33097308

- Praktiknjo, M.; Simón-Talero, M.; Römer, J.; Roccarina, D.; Martínez, J.; Lampichler, K.; Baiges, A.; Low, G.; Llop, E.; Maurer, M.H.; Zipprich, A.; Triolo, M.; Maleux, G.; Fialla, A.D.; Dam, C.; Vidal-González, J.; Majumdar, A.; Picón, C.; Toth, D.; Darnell, A. & Baveno VI-SPSS group of the Baveno Cooperation (2020). Total area of spontaneous portosystemic shunts independently predicts hepatic encephalopathy and mortality in liver cirrhosis. *Journal of hepatology*, 72(6), 1140-1150. <https://doi.org/10.1016/j.jhep.2019.12.021>.
- Salomon, K. & Jin, A. (2013). *Diathesis-Stress Model*. In: Gellman, M.D., Turner, J.R. (eds.) *Encyclopedia of Behavioral Medicine*. Springer, New York, NY. https://doi.org/10.1007/978-1-4419-1005-9_797
- San Martín-Valenzuela, C.; Borrás-Barrachina, A.; Gallego, J.J., Urios, A.; Mestre-Salvador, V.; Correa-Ghisays, P.; Ballester, M.P.; Escudero-García, D.; Tosca, J.; Montón, C.; Ríos, M.P.; Kosenko, E.; Felipo, V.; Tabares-Seisdedos, R.; Selva-Vera, G. & Montoliu, C. (2020). Motor and Cognitive Performance in Patients with Liver Cirrhosis with Minimal Hepatic Encephalopathy. *Journal of clinical medicine*, 9(7), 2154. <https://doi.org/10.3390/jcm9072154>.
- Schaefer, M.; Sarkar, R. & Diez-Quevedo, C. (2013). Management of mental health problems prior to and during treatment of hepatitis C virus infection in patients with drug addiction. *Clinical infectious diseases : an official publication of the Infectious Diseases Society of America*, 57 Suppl 2, S111-S117. <https://doi.org/10.1093/cid/cit266>.
- Sharma, K.; Akre, S.; Chakole, S. & Wanjari, M.B. (2022). Hepatic Encephalopathy and Treatment Modalities: A Review Article. *Cureus*, 14(8), e28016. <https://doi.org/10.7759/cureus.28016>.
- Singh, G.; Bala, S.; Katoch, S.; Kaur, Lakhvinder, Kumar, A.; Kumar, A.; Bharadwaj, A. & Kurniullah, A.Z. (2022). Liver cirrhosis: The struggling liver. *International Journal of Health Sciences*, 6(S1), 5547-5559. <https://doi.org/10.53730/ijhs.v6nS1.6109>.
- Spradling, P.R.; Zhong, Y.; Moorman, A.C.; Rupp, L.B.; Lu, M.; Gordon, S.C., Teshale, E.H.; Schmidt, M.A.; Daida, Y.G.; Boscarino, J.A. & Chronic Hepatitis Cohort Study (CHeCS) Investigators (2020). Psychosocial Obstacles to Hepatitis C Treatment Initiation Among Patients in Care: A Hitch in the Cascade of Cure. *Hepatology communications*, 5(3), 400-411. <https://doi.org/10.1002/hep4.1632>.
- Stasi, C.; Milli, C.; Voller, F. & Silvestri, C. (2024). The Epidemiology of Chronic Hepatitis C: Where We Are Now. *Livers* 2024, 4, 172-181. <https://doi.org/10.3390/livers4020013>.
- Stewart, C.A.; Enders, F.T.; Mitchell, M.M.; Felmlee-Devine, D. & Smith, G.E. (2011). The cognitive profile of depressed patients with cirrhosis. *The primary care companion for CNS disorders*, 13(3), PCC.10m01090. <https://doi.org/10.4088/PCC.10m01090>

- Tapper, E.B.; Zhao, L.; Nikirk, S.; Baki, J.; Parikh, N.D.; Lok, A.S. & Waljee, A.K. (2020). Incidence and Bedside Predictors of the First Episode of Overt Hepatic Encephalopathy in Patients With Cirrhosis. *The American journal of gastroenterology*, 115(12), 2017-2025. <https://doi.org/10.14309/ajg.0000000000000762>.
- Telles-Correia, D.; João Freire, M.; Mega, I.; Barreiras, D. & Cortez Pinto, H. (2015). Anxiety and depression symptoms in hepatic encephalopathy: are they psychiatric or organic?. *Transplantation proceedings*, 47(4), 1005-1007. <https://doi.org/10.1016/j.transproceed.2015.03.011>
- Torres, D.S.; Abrantes, J. & Brandão-Mello, C.E. (2020). Cognitive and neurophysiological assessment of patients with minimal hepatic encephalopathy in Brazil. *Scientific reports*, 10(1), 8610. <https://doi.org/10.1038/s41598-020-65307-3>
- Wakefield, J.C. (1992). Disorder as harmful dysfunction: a conceptual critique of DSM-III-R's definition of mental disorder. *Psychological review*, 99(2), 232-247. <https://doi.org/10.1037/0033-295x.99.2.232>
- Wang, S.C.; Chen, Y.C.; Chen, S.J.; Lee, C.H. & Cheng, C.M. (2020). Alcohol Addiction, Gut Microbiota, and Alcoholism Treatment: A Review. *International journal of molecular sciences*, 21(17), 6413. <https://doi.org/10.3390/ijms21176413>.
- Williams R. (2011). Sherlock's disease of the liver and biliary systems. *Clinical Medicine*, 11(5), 506. <https://doi.org/10.7861/clinmedicine.11-5-506>.
- World Health Organization. Hepatitis C. (2023). Available online: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hepatitis-c> (accessed on 18 July 2023).
- Xiao, G.; Ye, Q.; Han, T.; Yan, J.; Sun, L. & Wang, F. (2018). Study of the sleep quality and psychological state of patients with hepatitis B liver cirrhosis. *Hepatology Res*, 48: E275-E282. doi: 10.1111/hepr.12981.
- Yarlott, L.; Heald, E. & Forton, D. (2017). Hepatitis C virus infection, and neurological and psychiatric disorders - A review. *Journal of advanced research*, 8(2), 139-148. <https://doi.org/10.1016/j.jare.2016.09.005>
- Yurlov, K.I.; Masalova, O.V.; Kisteneva, L.B.; Khlopova, I.N.; Samokhvalov, E.I.; Malinovskaya, V.V.; Parfyonov, V.V.; Shuvalov, A.N. & Kushch, A.A. (2021). Human Herpesviruses Increase the Severity of hepatitis. *Biology*, 10(6), 483. <https://doi.org/10.3390/biology10060483>.

Manifestations of Psychological Abnormality Associated with Hepatic Encephalopathy Among Some Patients with Cirrhosis.

By

Ola Mangoud

Dept. Psychology - Minia University

Ahmed Zayed

Dept. Psychology - Sohag University

Suliman Mohamed

Dept. Psychology - Sohag University

Abstract:

The current research aimed to identify the correlation coefficients between hepatic encephalopathy and manifestations of psychological Abnormality in patients with liver cirrhosis, additionally, to identify the differences between patients with liver cirrhosis (A), (B) and (C) in manifestations of psychological Abnormality and hepatic encephalopathy. The research sample included (30) outpatients who were diagnosed - according to medical examinations - with liver cirrhosis, with an average age of (37.71) years and a standard deviation of (11.01) years, males represented (73.33%) (22) of the sample members compared to (26.67%) (8) females. Manifestations of psychological Abnormality were assessed using the Symptom Checklist -90- Revised (R-90-SCL), and hepatic encephalopathy was assessed using the Mini-Mental State Examination (MMSE). The results showed a significant association between hepatic encephalopathy and a number of psychological disorders, namely: Interpersonal sensitivity, anxiety, Paranoid Idea and psychosis, in addition to the global severity index and the positive symptoms total. The performance of patients with cirrhosis deviated from the standard performance criteria, and the differences between the disease groups were significant in the direction of patients with cirrhosis (C) except for the dimensions of somatic symptoms and depression, the symptoms of these two dimensions were present in all patients in a similar manner. As for the dimension of Phobia, there were no abnormal fears from what is normal for all patients.

Conclusion: Liver cirrhosis is associated with multiple complications, the most serious of which is hepatic encephalopathy as a neuropsychiatric syndrome that includes a number of psychiatric disorders.

Key Words: Psychological Abnormality - Hepatic Encephalopathy - Liver cirrhosis - Symptom Checklist -90- Revised (R-90-SCL) - Mini-Mental State Examination (MMSE).