بعض الاضطرابات النفسية لدى مرضى الالتهاب الكبدى المزمن (سى) من الخاضعين للعلاج بالإنترفيرون - ألفا - والريبافرين أو بدونه (دراسة مقارنة لعينات من المشتغلين بمهنة التدريس)

إعـــــداد

دكتورة/ شادية أحمد عبد الخالق

أستاذ علم النفس المساعد

كلية البنات – جامعة عين شمس

ملخص الدراسة :

إن ما يقرب من ١٨٠ مليون مصاب بالفيروس الكبدى من النوع "سى" على مستوى العالم يستحقون البحث والدراسة، لاسيما وأنه من بينهم ٧ مليون مصاب مصرى. ولأجل ذلك تم سحب عينة قوامها (٦٠ فرد) تتراوح أعمارهم ما بين ٣٠-٤٥ عام من المشتغلين بمهنة التدريس منهم (٢٠ فرد) من الأصحاء كعينة مرجعية، (٢٠ فرد) مصابين وغير خاضعين للعلاج، (٢٠ فرد) مصابين وخاضعين للعلاج بالإنترفيرون ألفا-٢ب [INF-□-2B] بالإضافة إلى الريبافرين Ribavirin. وقد تم تصميم بطارية لقياس بعض الاضطرابات النفسية الخاصة بالأمراض المزمنة، وهذه البطارية تحتوى على ستة مقاييس لقياس ما يلى:

الإكتئاب – قلق المستقبل – التعب المزمن – الغضب – اضطرابات الذاكرة- اضطرابات النوم – وذلك لشيوع هذه الاضطرابات لدى هؤلاء المرضى. وقد تم تطبيق المقاييس على المجموعات الثلاث: الأصحاء – المصابين (بدون علاج) – المصابين (الخاضعين للعلاج) وجاءت النتائج كالآتى:

١) توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطات درجات الأصحاء، والمصابين (بدون علاج) على المقاييس المستخدمة، وهذه الفروق فى اتجاه الأفراد المصابين بدون علاج.

٢) توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطات درجات المصابين (بدون علاج) والمصابين (خاضعين للعلاج) على المقاييس المستخدمة. وهذه الفروق فى اتجاه مجموعة المصابين الخاضعين للعلاج.

٣) توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطات درجات المصابين الخاضعين للعلاج (بعد جرعات علاج – بعد ١٢ جرعة – بعد ٢٤ جرعة) على المقاييس المستخدمة وهذه الفروق تكون فى اتجاه مجموعة العلاج بعد ٢٤ جرعة.

وتوصى الباحثة من خلال الدراسة بضرورة الاهتمام بالدراسات حول الجوانب النفسية للمصابين بالأمراض المزمنة بشكل عام ومرضى الفيروس الكبدى "سى" على وجه الخصوص، وتصميم البرامج العلاجية والإرشادية التى تعينهم على التوافق النفسى والتكيف مع مضاعفات المرض.

بعض الاضطرابات النفسية لدى مرضى الالتهاب الكبدى المزمن (سى) من الخاضعين للعلاج بالإنترفيرون - ألفا - والريبافرين أو بدونه

(دراسة مقارنة لعينات من المشتغلين بمهنة التدريس)

إعـــــداد

دكتورة/ شادية أحمد عبد الخالق

أستاذ علم النفس المساعد

كلية البنات – جامعة عين شمس

مقدمـــة:

فى عام ١٩٨٩ تـم اكتشـاف انتشـار الإصـابة بـالفيروس الكبـدى "سـى" "Hepatitis C" وتم عزله وكان يطلق عليه آنذاك (فيروس لا أ – لا ب) "Non A - Non B" حيث كان مجهولاً بشكل تنعدم معه إمكانية إطلاق تسـمية محـددة. (على زكى حلمى: ٢٠٠١: ٤٤) وهذا الفيـروس يمثـل تحـدياً كبيـراً للبـاحثين والمهتمين بأمراض الكبد وهو يمثل مشكلة عالمية، وأيضـاً مشـكلة قوميـة علـى المستوى المحلى ينبغى لمواجهتها تكاتف جهود المواطنين والدولة وباقى الجمعيـات غير الحكومية، حتى أن بعض المهتمين ينادون بدعوة لإنشاء مجلس أعلى لأمراض الكبد لوضع استراتيجية وطنية شاملة للوقاية والعلاج من فيروسات وأمراض الكبـد والتى من بينها الفيروس الكبدى "سى"، والذى لم يتم التوصل حتى الآن إلـى لقـاح "Vaccine" يقى من خطر الإصابة به (عبد الرحمن الزيادى: ٢٠٠٤: ٢٨).

وطبقاً لإحصائيات منظمة الصحة العالمية لعام ١٩٩٩ فـإن المصـابين علـى مستوى العالم بهذا الفيروس الكبدى يبلغ ١٧٠ مليون نسمة وقد تزايدت هذه النسـبة فأصبحت ٢٠٠ مليون مصـاب فى عام ٢٠٠٣ وفى مصر يوجد أكثر مـن سـبعة ملايين (٧,٢ مليون) مصاب، ومائة ألف حالة (١٠٠,٠٠٠ حالـة) جديـدة سـنوياً. (عبد الحميد أباظة: ٢٠٠٤: ٣٦-٣٧، تشانج، أندرسـون Chung & Anderson: ٢٠٠٤). وفى الولايات المتحدة الأمريكية ما يزيد على ٤ مليون مـواطن أمريكـى

يعانون من الإصابة بالفيروس الكبدى "سى" ويتزايدون سنوياً بمعدل (٣٦,٠٠٠ مصاب) (شان دوريس Chun Doris: ٢٠٠٢).

إن مشكلة هذا الفيروس أنه يؤدى إلى التهاب مزمن فى الكبد إما ساكن Stable أو نشط Energetic، مما يتسبب فى اختلال وظائف الكبد الذى يؤدى ما يزيد على مائة وظيفة مركبة لا غنى للجسم عنها (أحمد الناغى ١٩٩٩: ١٢٤) وفى عدد كبير من المصابين (٧٠%) تحدث أعرض تشير لحدوث التليف فى الكبد "Liver cirrhosis" والذى ينجم عنه اضطرابات فسيولوجية ونيورولوجية "Neurophysiological Disorders" وترتبط بها عدة اضطرابات نفسية "Psychological disorders" كالاكتئاب Depression والقلق Anxiety، والتعب "Fatigue".... إلخ.

ولأن الله سبحانه وتعالى خلق الداء وخلق الدواء فإن المرضى يبحثون عن الشفاء، ويعتبر الإنترفيرون-ألفا (Interferon-Alpha) والريبافرين "Ribavirin" هو العلاج الوحيد الفعال والذى سجلت له نسب شفاء مقبولة فى العالم وفى مصر حيث يستفيد منه (٤٠%) من المرضى المناسبين للعلاج، والقادرين على مواجهة نفقاته الباهظة (٢٥ ألف جنيه لمدة ٦ أشهر، ٥٠ ألف جنيه لمدة عام) (عبد الرحمن الزيادى: ٢٠٠٤: ٣٤).

وللإنترفيرون ألفا والريبافرين (والذى يطلق عليهما معاً اسم العلاج المزدوج Combination therapy) آثار جانبية خطيرة تزيد من حدة الاضطرابات الجسمانية والنفسية عند المريض إلى الحد الذى قد يدفع المريض إلى التخلى عن العلاج بعد أن كان لاهثاً خلفه، أو قد يقع تحت طائلة (اضطرابات) ذهانية "Psychotic disorders" ربما أدت بالمريض إلى التفكير فى الموت أو الإقدام على الانتحار. (آدمير وآخرون Ademmer.K et al.: ٢٠٠٢، بوزيكاس وآخرون Bozikas. et al.: ٢٠٠١).

إن بعض المرضى يلهثون بشدة خلف العلاج ويخضعون له، والبعض الآخر يود خوض خبرة العلاج ولكنه يعتبر مريض غير مناسب لتحمل آثاره الجانبية

"Side effects" والبعض الثالث لا يقدر على النفقات، وآخرون يسعون خلف الأعشاب كالحبة الصفراء أو مكونات على هيئة "سفوف" أو قطرات بالأنف، حتى وصل الأمر مؤخراً بالمرضى إلى الاستعانة بإناث "زغاليل الحمام" التى توضع على بطن المريض طلباً للشفاء. (عزت بدوى: ٢٠٠٤: ٣٠-٣٣).

إن هذا يوضح حجم الاضطرابات النفسية التى تعصف بالمرضى إلى حد إلغاء العقل والمنطق والسعى خلف اللاشئ أملاً فى الوصول إلى شئ.. وحول الاضطرابات النفسية لدى المرضى بالفيروس الكبدى المزمن "سى" سواء الخاضعين أو غير الخاضعين للعلاج المزدوج "Combination therapy" تدور جوانب هذه الدراسة.

أهمية الدراسة:

لا يمكن تجاهل الاضطرابات النفسية لأكثر من سبعة ملايين مواطن مصابين بالفيروس الكبدى المزمن "سى" يعيشون على أرض مصر بين الخوف والرجاء... الخوف من المجهول والذى يظهر بغتة فى صورة مضاعفات الإصابة الكبدية بالفيروس... والرجاء فى أن تدركهم العناية الإلهية ويتوفر لهم العقار الملائم لأجسامهم وجيوبهم، أو تتهيأ الظروف فينشط لديهم جهاز المناعة "Immune system" فينعمون بالشفاء. إن أهمية هذه الدراسة ترجع إلى تناولها للاضطرابات النفسية لهذه الفئة من المرضى وما يرتبط بها من خلل فسيولوجى وعصبى. كما ترجع أهمية هذه الدراسة لكونها تلقى الضوء على الاضطرابات النفسية لدى المرضى والمرتبطة برحلة العلاج مع الإنترفيرون ألفا - والريبافرين حيث لم تتطرق الدراسات العربية لمثل هذه الجوانب الهامة والتى تنتمى لمجال علم نفس الصحة "Health psychology" والذى بمقتضاه تكون هذه الدراسة فى منطقة متوسطة بين علم النفس "Psychology"، وعلم وظائف الأعضاء "Physiology" وعلم العقاقير "Pharmacology" وإن مثل هذه الدراسة تتيح الفرصة لتفحص الجوانب المتداخلة بين تخصصات شتى فى جشطلت واحد متكامل يشير فى نهاية الأمر إلى وحدة العلوم وكيف تتآزر لتقدم عطائها للإنسان. إن

الدراسة الراهنة وما يشابهها من دراسات والتى يكون جانباً منها مصباً على الأمراض والأعراض والعلاجات كان ينظر إليها إلى عهد قريب على أنها حكراً على الأطباء أو الجراحين أو الصيادلة أو نحو ذلك إلا أنهم دوماً كانوا يغفلون تلك الظلال النفسية التى تشيع فى اللوحة الكلينيكية الطبية للمريض والتى بدونها لا تتضح معالم الصورة.

إن هذه الدراسة تعتنى بإبراز تلك الظلال النفسية ومقارنتها بنظيرتها أثناء رحلة العلاج ومناقشة ما يعانى منه هؤلاء المرضى نفسياً وفسيولوجياً وعصبياً فى محاولة للبحث عن مخرج لهؤلاء الذين يعيشون بالفيروس المدمر فى أكبادهم كأنهم بين شقى الرحاه حيث الإنترفيرون من أمامهم وقلة النفقات من خلفهم... فأين المفر؟؟!

إن أهمية هذه الدراسة ترجع لكونها تمثل قاعدة استطلاعية تفحصية لاضطرابات نفسية ترتبط بمرضى الفيروس الكبدى المزمن "سى" (الخاضعين للعلاج أو بدونه)، والتى ينبنى على نتائجها قائمة طويلة من الدراسات ذات الطبيعة الإرشادية المرتكزة على أساس من التدخلات "Interventions" العلاجية الداعمة نفسياً لهذه الفئة من المرضى، وأيضاً لذويهم من أفراد أسرهم والمحيطين بهم والذين قلما يعلمون شيئاً عن المصاحبات النفسية للمرض، ولا عن الآثار الجانبية النفسية الناجمة عن العلاج بالإنترفيرون ألفا والريبافرين.

مشكلة الدراسة:

إن مشكلة الدراسة الراهنة تتلخص فى محاولة الإجابة على التساؤلات الآتية:

١) هل توجد فروق جوهرية بين الأفراد غير المصابين بالعدوى الكبدية، ومرضى الفيروس الكبدى المزمن "سى" فى بعض الاضطرابات النفسية؟

٢) هل توجد فروق جوهرية بين مرضى الفيروس الكبدى المزمن "سى" (بدون علاج)، ونظرائهم (الخاضعين للعلاج) فى بعض الاضطرابات النفسية؟

٣) هل توجد فروق جوهرية فى بعض الاضطرابات النفسية لدى المرضى الخاضعين للعلاج تختلف باختلاف عدد الجرعات العلاجية التى تم إنهائها؟

هدف الدراسة:

تستهدف هذه الدراسة إلقاء الضوء على بعض الاضطرابات النفسية لدي مرضى الفيروس الكبدى المزمن النوع "سى" غير خاضعين للعلاج فى مقارنتهم بأفراد آخرين غير مصابين (أصحاء). وآخرين خاضعين للعلاج بالإنترفيرون ألفا -INF Alpha، والريبافرين Ribavirin.

تحديد المصطلحات:

تتضمن هذه الدراسة بعض المصطلحات التى ينبغى تعريفها وهى كالآتى:

أولاً: الاضطرابات النفسية: Mental Disorders

يتم تعريف الاضطرابات النفسية فى الدليل التشخيصى والإحصائى للأمراض العقلية "DSM-IV-R" بأنه "نمط أو متلازمة سلوكية أو نفسية ذات دلالة كلينيكية ترتبط بأعراض مؤلمة أو بقصور واحد أو أكثر من مجالات الحياة الهامة". ويؤكد الدليل من خلال عرضه على إمكانية الاستدلال بالملاحظة أو بالقياس على وجود القصور أو العجز فى النواحى السلوكية أو النفسية أو البيولوجية، وأن الاضطرابات ليس فقط فى علاقة الفرد بالمجتمع. (رابطة الطب النفسى الأمريكى American psychiatric association: ٢٠٠٠ : ١٦٥).

ومن بين الاضطرابات النفسية التى سوف يتم تناولها فى هذه الدراسة بالبحث والتقصى ما يلى:

١ - الاكتئاب: Depression

ويعرف بأنه انخفاض فى شعور الفرد بالمتعة والسرور فى كل أو معظم أنشطة اليوم، ونقص فى النشاط، وانخفاض الدافعية وسرعة التعب ومن الأعراض الشائعة:

١- ضعف التركيز والاهتمام.

٢- انخفاض احترام الذات والثقة بالنفس.

٣- النظرة التشاؤمية للمستقبل.

٤- نوبات من التفكير فى الموت أو إيذاء الذات.

(منظمة الصحة العالمية: ١٩٩٩: ١٢٨-١٢٩)

ومن الناحية الإجرائية فإن الدرجة التى يحصل عليها الفرد فى مقياس الاكتئاب تمثل مدى ما يعانيه من الأعراض الاكتئابية.

٢ - القلق: Anxiety

ويتم تعريفه من خلال رابطة الطب النفسى الأمريكى (A.P.A) على أنه يعنى فى صورته العامة شعور بالفزع والخوف من شر مرتقب وكارثة توشك أن تحدث، وله الدلائل التشخيصية التالية:

١- انزعاج مفرط وتوقع لشر قد يحدث مستقبلياً (قلق المستقبل Future Anxiety) يستمر أكثر الأيام لمدة ستة أشهر على الأقل.

٢- فقدان القدرة على السيطرة وصعوبة التحكم فى الانزعاج.

٣- الشعور بعدم الارتياح واضطرابات فسيولوجية بالجسم - وضعف الأداء المهنى وقلة المشاركة الاجتماعية.

٤- يرتبط القلق فى بعض الأحيان بأعراض جسمانية أو مرضية أو بالعلاج الطبى الطارئ، أو بالتقدم فى العمر.

(رابطة الطب النفسى الأمريكى A.P.A: ٢٠٠٠: ٣٤٩)

ومن الناحية الإجرائية فإن الدرجة التى يحصل عليها الفرد على بنود مقياس قلق المستقبل تمثل مدى ما يعانيه الفرد من اضطراب القلق المستقبلى الوجهة.

٣ - التعب المزمن: Chronic Fatigue

يعرف التعب المزمن وفقاً لما ورد من قبل المعهد القومى الأمريكى للسرطان "National Cancer Institute U.S.A" بأنه "نوع من التعب يستمر مع الفرد وغير مسبق بعلامات أو مؤشرات، وهو يضعف من القدرة البدنية والذهنية للفرد ويعتبر مرضاً مصنفاً فى الدوائر الطبية وله عوامل تشترط فى إحداثه واستمراريته مثل ضغوط البيئة، واستنفاذ الطاقة، والعوامل العصبية الكيميائية، واضطرابات الجهاز العصبى المركزى والطرفى. ويعتبر التعب المزمن عرضاً من أهم ما يميز أمراض السرطان، والإصابات الفيروسية وكثير من الأمراض المزمنة، كما يعد من أهم أعراض الأمراض النفسية". (سكميلنج وآخرون Schmaling et al.: ٢٠٠٣).

وتمثل درجة الفرد على مقياس التعب المزمن مدى ما وصل إليه الفرد من معاناة أعراض ومظاهر التعب.

٤ - الغضب: Anger

يعرفه كريستوفر فايفز (Fives. Christopher: ٢٠٠٣) بأنه استجابة انفعالية تكون مصحوبة بالتوتر والعدائية ويثيرها الإحباط والتهديد ونقص العدالة من وجهة نظر الفرد.

ويعرفه جنيترى (Gentry.W.D: ٢٠٠٠: ١٢) بأنه انفعال إيجابى، وهناك غضب ذو طابع تدميرى "Toxic anger" يترتب عليه آثار هدامة متعددة، ويتسم بطول المدة والحدة وزيادة مرات تكراره وله آثار جسمية وعقلية وانفعالية واجتماعية تشمل حياة الفرد. ومن الناحية الإجرائية تمثل الدرجة التى يحصل عليها الفرد فى مقياس الغضب مدى ما تصل إليه شدة وآثار حالة الغضب لديه.

٥ - اضطرابات الذاكرة: Memory Disorders

يتم تعريف الذاكرة على أنها "القدرة على التمثل الانتقائى "Selectively represent" للمعلومات التى تميز بشكل فريد خبرة معينة، والاحتفاظ بتلك المعلومات بطريقة منظمة فى بنية الذاكرة الحالية، وإعادة إنتاج بعض أو كل هذه المعلومات فى زمن معين بالمستقبل، تحت ظروف وشروط محددة. (محمد قاسم عبد الله: ٢٠٠٣: ١٧).

ومن الناحية الإجرائية فإن درجة الفرد على بنود مقياس اضطرابات الذاكرة تمثل مدى ما حدث للذاكرة من اضطراب.

٦ - اضطرابات النوم: Sleep Disorders

يتم تعريفها بأنها: "اختلال فى نظام النوم، وعاداته، وجودته إما لأسباب عضوية كالإصابة بأمراض مزمنة، أو التعرض لأساليب طبية فى العلاج، وإما لأسباب نفسية كالإكتئاب أو القلق أو الخوف والفزع، أو لأسباب عضوية ونفسية معاً. (شيلى تايلور Taylor. Shelly: ٢٠٠٣: ١٣٧).

ومن الناحية الإجرائية تمثل درجة الفرد على مقياس اضطرابات النوم مدى ما يعانيه الفرد من اضطراب فى عادات النوم ونظامه ونوعيته.

ثانياً: الالتهاب الكبدى المزمن (سى): Chronic Hepatitis "C"

ويقصد به إصابة ناشئة عن عدوى فيروسية عن طريق الدم تؤدى إلى اختلال فى وظائف الكبد "Liver Functions"، وهذه العدوى تنشأ عن عدة أنواع من الفيروسات من بينها الفيروس "سى"، وقد يكون الالتهاب من النوع المزمن المستقر (الساكن Stable)، أو المزمن وفى حالة نشطة (Energetic). (على زكى حلمى: ٢٠٠١: ٢٩).

ثالثاً: الإنترفيرون-ألفا: Interferon-Alpha

الإنترفيرونات "Interferons" هى إحدى المجموعات المناعية التى يطلق عليها السايتوكينات "Cytokines"، وقد تم تجهيزها معملياً لتضاهى ما يفرزه جسم الإنسان عند تعرضه للميكروبات والفيروسات والتى تمثل أحد الخطوط الدفاعية ضد العدوى، ولها عدة أنواع: ألفا، بيتا "Beta"، جاما "Gamma"، ويعتبر النوع ألفا من الإنترفيرونات هى الملائمة لعلاج الفيروسات الكبدية من النوع "B"، "C" مع تفاوت الجرعات. (تاكيدا وآخرون Takeda.Y et al: ٢٠٠٤).

رابعاً: الريبافرين: Ribavirin

هو عقار مضاد للفيروسات Antiviral Drug مكون من نظير مماثل للبيورين النووى "Purine mucleoside analogue" الموجود فى داخل خلايا جسم الإنسان وهو يعمل فى مواجهة خطر الفيروس الكبدى "سى" وفقاً لآليات عديدة "Multiple mechanisms" . (باتل، ماك هاتشسون Patle.K & Mc Hutshison: ٢٠٠٣).

الإطار النظرى:

أولاً: الاضطرابات النفسية:

منذ فجر الحياة الإنسانية والبشر يلاحظون أن من بينهم البعض يظهرون شكلاً غير مألوف من السلوك وطريقة غريبة فى التفكير فبدأوا فى الاجتهاد لتقديم التفسير

المقبول، فقدم الإغريق القدامى النظريات المحكمة لتفسير وشرح هذا السلوك، ثم قدم بعدهم الفراعنة والرومان والصينيون نظريات وتفسيرات مماثلة، إلا أن الأمر فى كل الأحوال كان لا يزيد عن عزل هؤلاء الأفراد المضطربين، أو حرقهم أو تقييدهم بالسلاسل والقيود، أو ثقب جماجمهم لطرد الأرواح الشريرة التى تسكنها. (ول ديورانت: ٢٠٠١: ٤٤٦: جـ١).

ثم انفصل علم النفس عن الفلسفة وتشعبت فروعه وتخصصاته حتى جاوزت المائة تخصص، وصار من بينها فروعاً تهتم بدراسة وعلاج ما يطرأ على الإنسان من اضطرابات نفسية وما ينجم عنها من انحرافات وتغيرات فى السلوك وسوف نستعرض بعضاً من النماذج التى تقدم تفسيراً للاضطرابات النفسية.

بعض النماذج المفسرة للإضطرابات النفسية:

١ - النموذج البيولوجى: Biological Model

وهو نموذج يركز بالدرجة الأولى على دور اختلالات التمثيل الغذائى بالمخ وما يتبعه من قصور فى النشاط الهرمونى وحركة الناقلات العصبية "Neurotransmitters" وكان إميل كريبلين Kraepelin.E (١٩٢٦-١٨٥٦) من أوائل من أسهموا فى مجال الاضطرابات النفسية استناداً إلى المدخل البيولوجى وذلك من خلال دراساته عن اضطرابات الهوس والاكتئاب والتى تعرف فى الدليل التشخيصى الإحصائى (DSM-IV) باسم الاضطرابات ثنائية القطب، بالإضافة إلى دراساته عن العته المبكر "Dementia praecox". (ويلسون وآخرون Welson.G et al: ١٩٩٦).

٢ - النموذج السيكودينامى: Psychodynamic Model

وتقوم دعائمه على فكرة أساسية وهى أن السلوك الإنسانى يتأثر بشدة بالعمليات النفسية اللاشعورية أو بعبارة أخرى بالصراعات الداخلية التى تحمل الرغبات والدوافع والتى تتأثر بالعوامل الوراثية والبيئية وتؤثر فيها بنفس القدر. ويجدر بالذكر الإشارة إلى تركيز هذا النموذج على أهمية السنوات الأولى فى حياة الفرد فى تشكيل الأعراض المرتبطة بالاضطرابات النفسية. (على زيعور: ١٩٩٧: ٣٢٣).

٣ - النموذج الإنسانى: Humanistic Model

وهو يمثل رد فعل عكسى للنموذجين البيولوجى والسيكودينامى فهو يختلف بنظرته التفاؤلية للطبيعة الإنسانية فالإنسان فى هذا النموذج يملك الاختيار ويستطيع خلق القيمة والمعنى لحياته، وحينما يفشل أو يقصر فى معرفة حقيقة وقيمة وجودة فإنه يعانى من الفراغ الوجودى، ويفقد المعنى فى حياته ويعجز عن ممارسة حريته فى الاختيار ليقع فى نهاية الأمر تحت طائلة الاضطراب النفسى. ومن أعلام هذا النموذج رولومای "Rollo May"، وكارل روجرز "Rogers.C"، وماسلو "Maslow.A" وغيرهم (عبد المنعم الحفنى: ١٩٩٥: ٧٣-٧٤).

٤ - النموذج السلوكى: The Behavioral Model

يركز هذا النموذج على دور التعلم والمحددات البيئية فى تفسير الاضطرابات النفسية والتى يلعب الإشراط الاستجابى أو الأدائى دوراً فى استمرار وبقاء أعراضها وذلك من خلال أشكال التعزيز المختلفة. كما يركز هذا النموذج على أهمية التعلم بالملاحظة فى إقامة منظومة من الأعراض النفسية المضطربة. (المرجع السابق: ١٩٩٥: ٤٨٦-٤٨٧).

٥ - النموذج الاجتماعى: The Social Consequence Model

يعتبر هذا النموذج أن التعلم بالملاحظة لاسيما من خلال النماذج هو حجر الزاوية فى تعلم أى سلوك بما فى ذلك السلوك المرضى، حيث لا يشترط أن يحدث التعزيز للسلوك من الخارج، بل قد ينشأ التعزيز من داخل الفرد المضطرب نفسياً فيتشبث بالأعراض المرضية، كما لا يشترط أن يكون النموذج المؤدى للتعلم حياً صريحاً، بل يمكن أن يكون ضمنياً، وتعتبر فكرة الحتمية التبادلية من أبرز الأفكار التى قدمها باندورا "Bandura.A" ليشير بها إلى ذلك التفاعل المستمر والمتبادل بين السلوك والعوامل المعرفية والمثيرات البيئية، فالأفكار والمعتقدات والإدراكات الذاتية قد يطرأ عليها تحريف يؤثر على السلوك، والتوجه نحو معطيات البيئة، وأيضاً يتأثر بهما لتكون المحصلة النهائية مظاهر الاضطرابات النفسية المتباينة. (محمد السيد عبد الرحمن: ٢٠٠٠: ١١٧-١١٨).

مما سبق نخلص إلى أنه بالرغم من اختلاف النماذج السابقة والتى يمثل كل منها توجهاً فى مجال علم النفس – فى تأويل نشأة الإضطرابات النفسية إلا أن لكل منها إسهاماً فى تقديم فنيات وطرائق مواجهة هذه الاضطرابات بما يسمح فى نهاية الأمر بإثراء ساحة التفسير والعلاج والتأويل.

ثانياً: الالتهاب الكبدى الفيروسى المزمن من النوع (سى):

Chronic Hepatitis "C" Virus (Chronic HCV):

أ – الكبد ... هو أيضاً له تاريخ:

منذ الألف الرابع قبل الميلاد... اعتقد الكهنة الأطباء البابليون فى بلاد ما بين النهرين دجلة والفرات ... أن للكبد قوى روحية غامضة... ودفعهم ذلك إلى تفحص أكباد الحيوانات– التى تقدم كقربان – بكل إمعان... من أجل علامات تعينهم على استكشاف الغيب... وهناك نموذج من الصلصال يرجع إلى ٢٠٠٠ سنة قبل الميلاد لكبد من أكباد الخراف عليه نقوش استخدمها القدماء فى استقراء الغيب. ومما دفع الكهنة إلى الاعتقاد فى ذلك أن الكبد غنى بالدم... ولما كان الدم رمزاً للحياة، فإن الكبد اقترن بالروح حيث اعتقد القدماء أن الكبد هو مستقر الروح (جان شارل سورنيا: ٢٠٠٢: ٢٠١). ولقد صنف أطباء الإغريق القدماء من أمثال جالينوس "Galien" (١٣١–٢٠١ ق.م) الأعضاء الهامة بالجسم على أنها: المخ والقلب والكبد والشرايين والأوردة والأعصاب المتصلة بها، وكان الكبد هو الذى يمنح الحياة والقوى الطبيعية للروح من خلال ما به من دماء. (المرجع السابق: ٦٢–٦٣).

ب – نبذة حول الفيروس الكبدى "سى" وخطورة الأعراض:

مما سبق نجد أن الكبد نجح فى أن يضع لنفسه مكانة محترمة بين الكهنة والأطباء منذ آلاف السنين قبل الميلاد وحتى يومنا هذا – ولا عجب فى ذلك – فالكبد يؤدى لجسم الإنسان ما يقرب من مائة وظيفة مركبة اكتشفها العلماء حتى الآن، ولازال البحث جارياً حول وظائف أخرى لم يتم اكتشافها بعد، ومن أجل هذا فإن العلماء يواجهون صعوبات ضخمة فى استنساخ الكبد من أجل إيجاد حل

لمرضى الكبد الذين يتساقطون يوماً بعد يوم، فليس كل المرضى ملائمين لتلقى العلاج، وليس كل المرضى قادرين على مواجهة نفقاته. (عبد الهادى مصباح: ١٩٩٨: ٧٧-٧٨).

والكبد يعتبر هدفاً للعديد من الفيروسات لكونه بوابة تنقية الدم من ناحية، ولأن حرارته مرتفعة (ما بين ٤٠، ٤١ درجة) من ناحية أخرى، مما يجعله ملائماً للنشاط الفيرسى أو لكمون الفيروسات به حتى تستجمع نشاطها (عبد الوهاب وآخرون Abdel Whahab.M et al.: ١٩٩٤). وحينما يتعرض الكبد للعدوى بالفيروس الكبدى "سى" فإن غالبية الحالات تمر دون تشخيص، فالمريض لا يشعر إلا بارتفاع طفيف فى حرارة الجسم، وغثيان، وقئ مع بعض الآلام فى فم المعدة. إن هذه الأعراض تشبه نزلات البرد فلا يهتم بها المريض كثيراً. (على زكى حلمى: ٢٠٠١: ٧٤) بيد أن هذه الأعراض هى إعلان عن الالتهاب الكبدى (سى) الحاد "HCV" Acute الذى يهدأ ليدخل الفيروس فى حالة كمون فيما يسمى بفترة الحضانة "Incubation period" والتى تتراوح بين أربعة وستة أشهر حيث تبدأ إنزيمات(*) المريض فى الارتفاع وللفيروس الكبدى "سى ستة أجناس أو سلالات وراثية "Genotypes"، وقد تم عزل الفيروس من مصل الدم البشرى فى عام ١٩٨٩ وهو من فصيلة الحمض النووى الريبوزى (RNA) ويتكون من عشرة آلاف وحدة أمينية، وقطره يتراوح ما بين ٥٠-٦٠ نانو ميكرون وله طبقة دهنية تغلفه. (إيبل مارك Mark.H. Ebell: ٢٠٠٣). إن غالبية المرضى لا ينتبهون لارتفاع الإنزيمات ويعرفون عند إجراء التحاليل بالصدفة أنهم مصابون بالالتهاب الكبدى الفيرسى من النوع "سى"، بل ويكتشفون أنه من النوع المزمن ذلك لأنه بعد

(*) الإنزيمات هى: (أ) آلانين أمينو ترانس فيريز Alanine Aminotransferase (ALT).
(ب) اسبيرتيت أمينوترانس فيريز Aspartate Aminotransferase (ACT).
(جـ) جاما جلوتامى ترانس بيبتيز γ-glutamyl transpeptidase (GGT)
والإنزيمات (ALT), (AST) يشيران عند ارتفاعهما لتدمير خلايا الكبد بفعل النشاط الفيرسى أما الإنزيم (γ-GT) فزيادته تشير إلى احتمالية تزايد التليف "Cirrhosis" بخلايا الكبد، أو تعرضه للكارسينوما "Carcinoma". (ديزى وآخرون Desai.R et al.: ٢٠٠٣).

مرور فترة الحضانة يصبح ٧٠% من المرضى ذوى إصابة مزمنة منهم ٢٠% يصابون بعد ١٠ أو ١٥ سنة بتليف فى الكبد "Liver cirrhosis"، بينما يتعرض ٥% للإصابة بسرطان الكبد "Hepatocellular carcinoma" (جلاكن وآخرون Glacken.et al.: ٢٠٠١).

جـ - الاضطرابات النفسية المرتبطة بالأعراض:

عندما تحدث الإصابة بالالتهاب الكبدى المزمن "سى" فإن الإنزيمات (AST), (ALT) يرتفع معدلها ثلاث أو أربع مرات عن المعدل الطبيعى وقد تصل إلى ١٥ ضعف وذلك من جراء الغزو الفيرسى للكبد. (وينريب وآخرون Weinrieb.R et al: ٢٠٠٣). وإن هذا من شأنه أن يؤدى لارتفاع معدلات الأجسام المضادة "Antagonistic Bodies" للفيروس والتى يطلق عليها الإنترليوكينز "Interleukins" ويتم اختصارها إلى "IL" والتى يزيد عددها عن عشرين نوع، ولكن ما يقوم بالدور المضاد "Antagonist" لنشاط الفيروس الكبدى "سى" هى الإنترلوكينز رقم "٢، ٦، ٨، ١٠" والتى تمثل وحدات من كتيبه مناعية ضخمة يطلق عليها السايتوكينز "Cytokines" تعمل جميعها تحت تصرف جهاز المناعة "Immune System" الذى يبقى فى حالة من الاستنفار الدائم بسبب نشاط الفيروس المدمر لخلايا الكبد. إن الدراسات تشير إلى الارتباط بين زيادة معدلات هذه الأجسام المضادة وظهور أعراض الاكتئاب "Depression" والقلق "Anxiety"، وانفعال الغضب "Anger" ومن هذه الدراسات دراسة كل من: (دولجانيك وآخرون Dolganiuk et al: ٢٠٠٣، باسيك وآخرون Pasic.J et al: ٢٠٠٣، ستيبتو وآخرون Steptoe et al: ٢٠٠٢، آنيزمان، ميرالى Anisman & Merali: ٢٠٠٢، ماس Maes.M: ٢٠٠١، ريهام إبراهيم حسنى: ٢٠٠٠).

كما أن ما يتعرض له مريض الالتهاب الكبدى المزمن "سى" من ارتفاع فى الإنزيمات واستنفار لإفراز السايتوكينز "Cytokines" المناعية فى سيرم الدم "Blood Serum" يرتبط بشعور التعب "Fatigue" الجسمانى والذهنى بالإضافة على الاكتئاب، والقلق والغضب، كما يشعر المريض بآلام فى مناطق عديدة من

الجسم كالمفاصل وفقرات الظهر وغيرهما تشير إلى هذا دراسة كل من: (فرانسين وآخرون Franssen et al : ٢٠٠٣، فاليس وآخرون Vallis et al: ٢٠٠٣، ويسلى وآخرون Wessely et al : ٢٠٠٢، دوايت وآخرون Dwight et al: ٢٠٠٠).

أما البروتينات "Proteins" – والتى تمثل مجموعة من المركبات العضوية كبيرة الجزيئات وتحتوى على الكربون والهيدروجين والأكسجين والنيتروجين وغالباً الكبريت وتشكل سلسلة أو أكثر من الأحماض الأمينية "Amino acids" إن هذه البروتينات تعتبر هى التى تيسر تحرك وانتقال الإنزيمات Enzymes، والهرمونات "Hormones" والأجسام المضادة لجميع مناطق الجسم. (عبد الباسط الجمل: ٢٠٠٣: ١٣٥).

وبناءاً على ما سبق فإن تركيب وتقنية هذه البروتينات تعد واحدة من المهام الرئيسية للكبد، حيث يقوم بتجهيز نوعين أساسيين منها وهما: سيرم الألبيومين "Serum Albumin"، وسيرم الجلوبيولين "Serum Globulin" (دوسكل وآخرون Deuschle et al: ٢٠٠٣، كرونبرس وآخرون Croonenberghs et al: ٢٠٠٢، باز وآخرون Bauer et al: ٢٠٠١). وحينما تحدث العدوى المزمنة للكبد فإن نشاط الفيرس يؤدى إلى قصور الكبد عن تصنيع هذه البروتينات شديدة الأهمية لنشاط وحدات الذاكرة "Memory units" بالمخ مما ينجم عنه اضطرابات فى بعض الوظائف المعرفية "Cognitive functions"، وأوضح ما يكون ذلك فيما يتعلق بالذاكرة "Memory" وإلى هذا تشير دراسة: (هيلسابك وآخرون Hilsabeck et al: ٢٠٠٣، كارين ويليامز Williams Karren.R: ٢٠٠٣).

كما أن قصور الكبد عن تصنيع القدر الملائم للجسم من بروتينات الألبيومين والجوبيولين يؤدى لقصور فى منظومة بعض الهرمونات من بينها هرمون

الكورتيزول "Cortisol" وهو هرمون ستيرويدى* تفرزه القشرة الكظرية الأدرينالية وهو ينظم أيض الكربوهيدرات، وينظم ضغط الدم، ومثبط للالتهابات المفصلية، ومنسوبه فى الدم ينظم دورتى النوم واليقظة وأعلى مستوى له حوالى الساعة التاسعة صباحاً، وأدنى مستوى له فى منتصف الليل، وهو ينخفض خلال إصابات الكبد والكلى (جابر عبد الحميد جابر، علاء الدين كفافى: ١٩٨٩: ٧٨٠: جـ٢). إن خلل منظومة الكورتيزول يرتبط باختلال إيقاع النوم واليقظة "Sleep-Wake Rhythm"، ومعاناة المريض من بعض اضطرابات النوم الأخرى كالأرق "Insomnia"، والشخير "Snoring" (آيس وآخرون Ice.G et al: ٢٠٠٤، رودنبيك وآخرون Rodenbeck et al: ٢٠٠٣). وهكذا تنغلق الحلقة المفرغة من الأعراض الفسيولوجية العصبية والهرمونية ومصاحباتها من الاضطرابات النفسية، فحينما يعانى المريض اضطرابات النوم فإن هذا يرتبط بمعاناته من التعب المزمن "Chronic Fatigue"، وسرعة التهيج والغضب، وشعوره بالقلق والاكتئاب وبين كل هذا، وبقدر تدهور حالة الكبد، تبدأ الذاكرة فى التدهور تدريجياً وحينما يكون المريض ملائماً لتلقى العلاج فإن العلاج المعترف به عالمياً وسجلت له نسب شفاء لا بأس بها هو الإنترفيرون ألفا من النوع الذى يضاهى ما تفرزه الخلايا المناعية بيتا من النوع الثانى (Interferon-Alpha-2B) ويطلق عليه أنترون "Antron".

ثالثاً: الاضطرابات النفسية المرتبطة باستخدام العلاج بالإنترفيرون ألفا والريبافرين:

الإنترفيرون Interferon (INF) هو العلاج الوحيد المعترف به عالمياً والذى سجل حتى الآن نسب شفاء معقولة فى علاج المرضى بالفيروس الكبدى "سى"، وأيضاً النوع "ب"، والـ (INF) مادة تفرزها خلايا الجسم المناعية وهو أحد

---

* ستيرويد "Steroid" مركب عضوى متعدد يذوب فى الدهون ويحتوى على ١٧ ذرة كربون مرتبة فى أربع حلقات كأساس، وتضم الستيرولات، والأدرينال، وهرمونات جنسية، مواد لتشكيل وامتصاص الفيتامينات. (جابر عبد الحميد جابر، علاء الدين كفافى: ١٩٩٥: ٣٧٢٩: جـ٧).

مكونات السايتوكينات المناعية "Cytokines" والتى يطلقها جهاز المناعة لكف "To Inhibit" تأثيرات الفيروسات التى تتوائم فيها مع جهاز المناعة حتى تتمكن من قضاء فترة حضانتها وإطلاق نشاطها بعد ذلك. (تريبى وآخرون Tripi.S et al: ٢٠٠٣).

وعندما يتزايد نشاط الفيروس يعجز جهاز المناعة عن مواجهة نشاطه ولذا فإن العلاج بالإنترفيرون (INF) المجهز معملياً بجرعات كبيرة (٣ مليون وحدة دولية "IU" أو ٦ ملوين وحدة دولية "IU") يكون ذو فاعلية فى هذا الشأن وله عدة صور إما الإنترفيرون ألفا-٢ب (INF-□-2B) ويسمى الأنترون (Intron) وهو يضاهى ما تفرزه الخلايا المناعية بيتا من النوع الثانى، والصورة الثانية هو الإنترفيرون-ألفا-٢أ (INF-□-2A) ويسمى الروفيرون (Roferon) وهو يضاهى ما تفرزه الخلايا المناعية ألفا من النوع الثانى. وقد لوحظ أن الأول أكثر فعالية ولديه مدى زمنى أكثر انتشار فى بلازما الدم من النوع الثانى (الروفيرون). كما لوحظ أن كفاءة الإنترفيرون ألفا (INF-□-2B) والذى يتم حقنه تحت الجلد "Subcutaneously" تتزايد عند مزاوجته بالعقار المضاد للفيروسات والذى يطلق عليه الريبافرين "Ribavirin"، حيث يتم إعطاء المريض جرعات يومية فمية "Oral Daily Dose" منه تتراوح بين ١٠٠٠، ١٢٠٠ مليجرام بحسب وزن الجسم*. (كير، جون Keyur.P & John.M، ٢٠٠٣، تريبى وآخرون Tripi et al: ٢٠٠٣، ماليك وآخرون Malik.A et al: ٢٠٠٢، سلكوفسكى وآخرون Sulkowvski.M et al: ٢٠٠٢).

ويطلق على استخدام (INF-□-2B) والريبافرين Ribavirin اسم العلاج المزدوج وقد أحرز كفاءة عالية فى شفاء مرضى الفيروس الكبدى "سى" شفاءاً نهائياً وذلك بعد التحقق من خلال نتائج تحليل البوليمرز "Polymerase Chain Reaction" والذى يطلق عليه المختصر (PCR) وبالرغم من ذلك فلم يتم التوصل

* ٧٥كجم فأقل يحصل على ١٠٠٠ وحدة ريبافرين يومياً.
أكثر من ٧٥ كجم يحصل على ١٢٠٠ وحدة ريبافرين يومياً.

إلى الجرعات الملائمة والتى لا تفجر الاضطرابات النفسية لدى المرضى إلى الحد الذى يفكر معه المريض فى الانتحار أو يقدم عليه (آدمير وآخرون Ademmer.K et al: ٢٠٠٢، ٢٠٠١).

ويترتب على هذا العلاج مضاعفات صحية كالأنيميا الحادة "Acute Anemia" مما يضاعف من الاضطرابات النفسية كالاكتئاب والقلق، والاندفاعية فى السلوك وتزايد انفعال الغضب (كرون وآخرون Crone.C et al: ٢٠٠٣، ويسلى وآخرون Wessely et al: كليسون وآخرون Cleson et al: ٢٠٠٢، زيجانت وآخرون Zigante et al: ١٩٩٩).

يصل الأمر أثناء التعرض لجرعات العلاج إلى ظهور أعراض ذهانية "Psychotic Symptoms" (ستريتش وآخرون Straits.T et al: ٢٠٠٣، هوفمان وآخرون Hoffman.R et al: ٢٠٠٣، بوزيكاس وآخرون Bozikas.V et al: ٢٠٠١) كما سجلت الدراسات حالات من الخلل الأوتونومى والحسى للمسارات العصبية Autonomic and Sensory Neuropathy لدى المرضى بعد تعرضهم للعلاج المزدوج (INF-□-2A-Riba) (آريوكا وآخرون Irioka et al: ٢٠٠١)، كما سجلت حالات من التدهور فى الوظائف المعرفية ارتبط بتدهور فى مستويات السيروتونين "Serotonin"، والتربتوفان "Tryptophan" وهما من الهرمونات الهامة للمرونة العقلية والانتباه والذاكرة، كما تزايدت حالات تشوش الوعى Consiousness Disturbance وارتفاع مستوى السمية فى بلازما الدم "Toxicity". (هيلزبيك وآخرون Hilsabeck et al : ٢٠٠٣، ويليامز Williams.S.K: ٢٠٠٣، كروز وآخرون Kraus et al: ٢٠٠٣، بوناكورسو وآخرون Bonaccorso et al: ٢٠٠٢، روزنبرج وآخرون Rosenberg.S et al: ٢٠٠١).

إن بعض الدراسات أشارت إلى أن العلاج المزدوج أو الإنترفيرون منفرداً يؤدى بالمريض لأن يظهر استجابات متضخمة لحالات الفزع والخوف والقلق تضاهى تلك التى تماثل ضغوط ما بعد الصدمات النفسية "Post

Traumatic Stress "Disorders" [PTSD] . (ميندر وآخرون Maunder et al: ١٩٩٨). أما الاضطرابات الانفعالية واضطرابات النوم فقد أشار إليها فونتانا وآخرون Fontana.R et al: ٢٠٠٢ كأحد مصاحبات العلاج المزدوج وآثاره الجانبية.

ويجدر بالذكر الإشارة إلى أن بعض هذه الأعراض تنحسر تدريجياً بعد انتهاء المرحلة العلاجية والتى قد تطول كما فى حالة السلالة الجينية الرابعة "genotype (4)" والتى تستمر فترة العلاج فيها ما بين (٤٨، ٧٢ أسبوع)، أو تقصر كما فى حالة السلالة الجينية رقم ١، ٢ حيث يتراوح العلاج ما بين ١٢، ٢٤ أسبوع (موشيدا وآخرون Mochid.S et al: ٢٠٠٤).

وبالرغم من كل هذه الاضطرابات النفسية والآثار الجسمانية والعصبية والتى لم يتم إحصاءها وإنما ذكرنا نماذج منها، فإن المرضى ليس أمامهم إلا هذا العلاج، وكما يقول المثل الشعبى المعروف: "إيش رماك على المر، قال إللى أمر منه"، فكانوا "كالمستجير من الرمضاء بالنار"، على أن المريض فى بعض الأحيان قد يخرج من رحلة العلاج القاسية، ويجد أن الفيروس لازال يمارس نشاطه فتزداد حدة اضطراباته النفسية عن ذى قبل. ومن أجل هذا يسير العمل على قدم وساق فى مجال علاج هذا الفيروس الشرس من خلال البحث فى أساليب العلاج العشبى غير الدوائى كالحبة الصفراء "D.D.B"، ومادة السليمارين "Slemarin" فى صورتها العشبية، وأنواع من التقطير لمواد مناعية عن طريق الأنف، إلا أن كل ذلك لم يحقق أى نسبة شفاء بالرغم من خفض هذه المواد العشبية للإنزيمات (AST, ALT) والتى ترتبط بالاضطرابات النفسية التى يعانى منها المرضى على نحو ما تم ذكره آنفاً سواء مع العلاج المزدوج أو بدونه.

فروض الدراسة:

بعد استعراض الدراسات السابقة وفى إطار من أهمية الدراسة، يتم افتراض ما يلى:

١) توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطات درجات الأفراد الأصحاء ومرضى الالتهاب الكبدى الفيروسى المزمن (بدون علاج) على المقاييس المستخدمة وهذه الفروق تكون فى اتجاه مجموعة مرضى الالتهاب الكبدى الفيروسى المزمن (بدون علاج).

٢) توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطات درجات مرضى الالتهاب الكبدى الفيروسى المزمن (بدون علاج)، ومرضى الالتهاب الكبدى الفيروسى المزمن (الخاضعين للعلاج) على المقاييس المستخدمة وهذه الفروق تكون فى اتجاه مرضى الالتهاب الكبدى الفيروسى المزمن (الخاضعين للعلاج).

٣) توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطات درجات مرضى الالتهاب الكبدى الفيروسى المزمن (الخاضعين للعلاج بعد ٦ جرعات، ١٢ جرعة، ٢٤ جرعة) على المقاييس المستخدمة تتباين بتباين جرعات العلاج بالإنترفيرون ألفا-٢ب والريبافرين وتكون فى اتجاه مجموعة المرضى بعد حصولهم على ٢٤ جرعة علاجية.

إجراءات الدراسة:

أولاً: تم اختيار عينة الدراسة (٦٠ فرد) من المشتغلين بمهنة التدريس سواء التدريس الجامعى (٢٥ فرد ما بين مدرس مساعد، مدرس)، أو المشتغلين بالتدريس فى المرحلة الثانوية (٣٥ معلم) وجميع أفراد العينة من الذكور وتتراوح أعمارهم بين (٣٠، ٤٥ عام) بمتوسط قدره (٣٥,٤)، وانحراف معيارى (±٤,٣).

وقد تم اختيار عينة المصابين من المصادر الآتية:

١- مستشفى جامعة عين شمس التخصصى (قسم الكبد وأمراض الجهاز الهضمى).

٢- مستشفى أحمد ماهر (قسم الكبد والجهاز الهضمى).

٣- بعض العيادات والمستشفيات الاستثمارية الخاصة.

وقد تم تقسيم أفراد العينة على النحو التالى:

١- مجموعة الأصحاء الذين ليس لديهم أى إصابات (٢٠ فرد).

٢- مجموعة المصابين غير الخاضعين لأى علاج (٢٠ فرد).

٣- مجموعة المصابين الخاضعين للعلاج بالإنترفيرون ألفا-٢ب (INF-□-2B) والريبافرين Ribavirin (٢٠ فرد).

ومجموعة الخاضعين للعلاج يحصلون على حقن تحت الجلد ثلاث مرات أسبوعياً بجرعات تمثل الواحدة منها ٣ مليون وحدة دولية "IU" من الإنترفيرون يوماً بعد يوم بالإضافة إلى ما بين ١٠٠٠ إلى ١٢٠٠ مليجرام من الريبافرين يومياً على جرعات بحسب وزن الجسم. وقد تم مجانسة المستوى الاجتماعى والاقتصادى باستخدام مقياس المستوى الاجتماعى والاقتصادى. (عبد العزيز الشخص: ١٩٩٥)، كما تم مراجعة بيانات أفراد العينة من المصابين سواء تحت العلاج أو بدون علاج وذلك للتوصل إلى ما يلى من أجل ضبط خصائص عينة المرضى:

١- متوسط المدى الزمنى للإصابة (١٥ عام) بانحراف معيارى (±٤,٤).

٢- جميع الأفراد المصابين قاموا بإجراء تحليل Polymerase Chain Reaction والذى يتم اختصاره إلى (PCR) حيث كان إيجابياً ويصل متوسط عدد الفيروسات "HCV-RNA" إلى أكثر من $(١٠)^{٦}$ نسخة/مل^{٣} من الدم.

٣- جميع الأفراد المصابين قاموا بعمل تحليل الكشف عن الأجسام المناعية والذى يسمى "Recombinant Immunoblot Assay" والذى يختصر إلى ريبا "RIBA".

٤- تم استبعاد المصابين بأى إصابات مصاحبة للالتهاب الكبدى المزمن الفيروسى من النوع "سى" كالسكر Diabetes أو أمراض القلب والأوعية الدموية "Cardiovascular Disease"، أو قصور الكليتين Renal Insufficiency، أو الإيدز (HIV).

٥- تم استبعاد المرضى المصابين بالتهابات كبدية لأى سبب آخر غير الفيروس "سى" (مثل: الكحول، فيروس ب، إساءة استخدام الدواء،.....إلخ).

٦- المرضى الخاضعين للعلاج بالإنترفيرون بعضهم يحصلون على العلاج ولا

يقيمون فى الرعاية الداخلية للمستشفى (مرضى خارجيين)، والبعض الآخر استلزم الأمر تواجدهم بالرعاية الداخلية بالمستشفى (٥ مرضى).

أدوات الدراسة:

تم استخدام ما يلى لإجراء الدراسة:

بطارية مقاييس الاضطرابات النفسية (من تصميم الباحثة) وقد تم تصميم هذه البطارية من ستة مقاييس يخدم كل منها هدفاً خاصاً تضمه هذه الدراسة. وهذه المقاييس كالآتى:

١ - مقياس الاكتئاب المعمم: Generalized Depression Scale

وهو يقيس جوانب اليأس والحزن وفتور الهمة المرتبطة بأعراض المرض - وكذلك جوانب الاكتئاب الاستجابى Reactive depression والمتمثل فى ردود الأفعال اللفظية والسلوكية ذات الطابع الاكتئابى - والمقياس مكون من (٢٥ عبارة وتتراوح فيه الاستجابات بين دائماً (٤ درجات)، كثيراً (٣ درجات)، أحياناً (٢ درجة)، لا يحدث (١ درجة).

٢ - مقياس قلق المستقبل: Future Anxiety Scale

وهو يقيس ما يحمله الفرد من مشاعر القلق حول مصيره وتطورات مرضه، وقلقه من إمكانية العجز أو الاحتياج مستقبلياً، والقلق من الوحدة مستقبلاً أو القلق من الموت وآلام ومضاعفات المرض. والمقياس مكون من (٢٥ عبارة) تتراوح فيها الاستجابات بين أوافق بشدة (٤ درجات)، أوافق (٣ درجات)، أعترض (٢ درجة)، أعترض بشدة (١ درجة).

٣ - مقياس التعب المزمن: Chronic Fatigue Scale

وهو مكون من (٢٥ عبارة) لقياس مظاهر التعب النفسى والذهنى بالإضافة إلى سلوكيات التعب وتتراوح الاستجابة فى هذا المقياس بين: دائماً (٤ درجات)، كثيراً (٣ درجات)، أحياناً (٢ درجة)، لا يحدث (١ درجة).

٤ - مقياس الغضب: Anger Scale

وهو يقيس الغضب كحالة ومظاهر التعبير عن الغضب وسلوكيات وممارسات

انفعال الغضب وهل الغضب صريح أم مستتر والمقياس يتكون من ٢٥ عبارة تتراوح فيه الاستجابات بين أوافق بشدة (٤ درجات)، أوافق (٣ درجات)، أعترض (درجتان)، أعترض بشدة (درجة واحدة).

٥ – مقياس اضطرابات الذاكرة: Memory Disorders Scale

ويتكون من (٢٥ عبارة) لتقصى أوجه الاضطراب والعيوب فى الذاكرة طويلة المدى والذاكرة قصيرة المدى، وتعقب الذاكرة التلفيقية "Pseudreminiscence" وغير ذلك. ويتم إعطاء الاستجابات على أربع مستويات هى: دائماً (٤ درجات)، كثيراً (٣ درجات)، أحياناً (درجتان)، لا يحدث (درجة واحدة).

٦ – مقياس اضطرابات النوم: Sleep Disorders Scale

وهو مكون من ٢٥ عبارة لقياس مظاهر اضطرابات النوم بشكل عام كالأرق "Insomnia"، واضطراب إيقاع النوم واليقظة "Sleep-Wake Rhythm" والشخير "Snoring". وتتم الاستجابة على أربع مستويات هى: دائماً (٤ درجات)، كثيراً (٣ درجات)، أحياناً (درجتان)، لا يحدث (درجة واحدة).

والجدول رقم (١) يشير إلى الخصائص السيكومترية لبطارية مقاييس الاضطرابات النفسية.

جدول رقم (١) الخصائص السيكومترية

لبطارية مقاييس الاضطرابات النفسية

مسلسل	اسم المقياس	الثبات		الصدق	
		بطريقة إعادة الاختبار	بطريقة التجزئة النصفية	الصدق التميزى	الصدق المحكى
١	مقياس الغضب المعمم	٠,٨٥	٠,٨٤	٠,٨٤	٠,٨٥
٢	مقياس قلق المستقبل	٠,٧٩	٠,٧٦	٠,٧٩	٠,٧٤
٣	مقياس التعب المزمن	٠,٦٩	٠,٦٧	٠,٨٥	٠,٨٣
٤	مقياس الغضب	٠,٧٣	٠,٧٢	٠,٧٥	٠,٨١
٥	مقياس اضطرابات الذاكرة	٠,٨٩	٠,٨٢	٠,٨٢	٠,٨٦
٦	مقياس اضطرابات النوم	٠,٨١	٠,٧٩	٠,٧٤	٠,٧٩

وتتميز بطارية مقاييس الاضطرابات النفسية باستقلالية كل مقياس عن الآخر بحيث يمكن استخدامه بشكل منفرد وذلك لأن لكل مقياس ثبات وصدق خاص به ولا توجد للبطارية درجة كلية. وجميع المقاييس فى هذه البطارية تتراوح الاستجابة فيها بين أربع مستويات وجميعها مكونة من ٢٥ عبارة. وعلى هذا فإن كل مقياس تكون أعلى درجة فيه هى (١٠٠ درجة) وأقل درجة هى (٢٥ درجة) وكلما ارتفعت الدرجة على أى مقياس فإن ذلك يعنى زيادة مستوى الاضطراب والتدهور الذى يعانى منه الفرد، والعكس صحيح وتكون الدرجة معتدلة فيما بين (٤٥، ٥٥) على أى مقياس من المقاييس الستة.

والجدير بالذكر أن تصميم مقاييس هذه البطارية قد تم وفقاً للخطوات الأساسية المتعارف عليها فى تصميم المقاييس والاختبارات وهى كالآتى:

١) عمل دراسة استطلاعية بين عينة من مرضى التهابات الكبدية الفيروسية واستخدام أسئلة مفتوحة حول الاضطرابات التى يعانى منها مرضى الالتهابات الكبدية عامة ومرضى الالتهابات الكبدية الناشئة عن الفيروس "سى" بشكل خاص.

٢) الاطلاع على الدراسات السابقة حول مجال الاضطرابات النفسية لدى مرضى الالتهابات الكبدية الفيروسية - والاطلاع على المقاييس العربية والأجنبية فى المجال.

٣) صياغة عبارات المقاييس وعرضها على عشرة محكمين من الأساتذة المتخصصين وتعديل ما أوصى به المحكمون.

٤) تطبيق مقاييس البطارية وفحص الخصائص السيكومترية لكافة المقاييس على نحو ما تم الإشارة إليه فى الجدول رقم (١).

نتائج الدراسة:

ينص الفرض الأول فى هذه الدراسة على وجود فروق دالة إحصائياً بين متوسطات درجات مجموعة الأصحاء، ومجموعة المصابين (بدون علاج)، على المقاييس المستخدمة حيث تكون الفروق فى اتجاه مجموعة المرضى (بدون علاج). وللتحقق من ذلك تم استخدام اختبارات T-Test والجدول رقم (٢) يشير إلى النتائج.

جدول رقم (٢) نتائج اختبارات (ت) T-Test

لأفراد مجموعة الأصحاء والمرضى (بدون علاج)

م	المقاييس المستخدمة بطارية مقاييس الاضطرابات النفسية	مجموعة الأصحاء ن = ٢٠		مجموعة المرضى بدون علاج ن=٢٠		قيم (ت)	مستوى الدلالة
		M	S.D	M	S.D		
١	مقياس الاكتئاب المعمم	٥٦,٩٥	٦,٠٠	٧٧,٨٥	١,١٤	١٦,٠٦	٠,٠١
٢	مقياس قلق المستقبل	٥٧,٦٥	٦,٥٢	٧٤,٠٠	٢,٤٥	٩,٨٧	٠,٠١
٣	مقياس التعب المزمن	٥٧,٢٥	٥,٧٥	٧٤,٤٠	٩,٨٤	٦,٤١	٠,٠١
٤	مقياس الغضب	٥٦,٠٠	٤,٠٩	٧٤,٠٥	٢,٥٢	١٤,٢١	٠,٠١
٥	مقياس اضطرابات الذاكرة	٥٦,٩٠	٤,٥٩	٧٣,٠٥	٢,٤٦	١٢,٩٦	٠,٠١
٦	مقياس اضطرابات اللوم	٥٥,٦	٤,٠٨	٧٣,٤٠	٥,٧٥	٩,٥٠	٠,٠١

وتشير نتائج الجدول السابق إلى وجود فروق دالة عند مستوى (٠,٠١)، وهذه الفروق تكون فى اتجاه مجموعة المرضى بدون علاج لارتفاع متوسطاتهم، فالمقاييس المستخدمة تشير فيها الدرجات المرتفعة إلى زيادة الاضطراب. أما الفرض الثانى وهو الذى ينص على وجود فروق دالة إحصائياً بين متوسطات درجات مجموعة المرضى (بدون علاج)، والمرضى الخاضعين للعلاج بالأنترفيرون والريبافرين على المقاييس المستخدمة وهذه الفروق تكون فى اتجاه مجموعة المرضى الخاضعين للعلاج. وللتحقق من صحة هذا الفرض تم استخدام اختبارات "T-Test" ويشير جدول رقم (٣) للنتائج.

جدول رقم (٣) نتائج اختبارات (ت) T-Test لأفراد مجموعة المرضى (بدون علاج)، ومجموعة المرضى الخاضعين للعلاج

مسلسل	المقاييس المستخدمة بطارية مقاييس الاضطرابات النفسية	المرضى بدون علاج ن = ٢٠		المرضى خاضعين للعلاج ن=٢٠		قيم (ت)	مستوى الدلالة
		M	S.D	M	S.D		
١	مقياس الاكتئاب المعمم	٧٧,٨٥	١,١٤	٨١,٧٠	١,٣٤	٧,٦٧	٠,٠١
٢	مقياس قلق المستقبل	٧٤,٠٠	٢,٤٥	٨٤,٠٥	٢,٦٨	٩,٣٣	٠,٠١
٣	مقياس التعب المزمن	٧٤,٠٠	٣,٨٤	٩١,٤٠	٦,٤٠	٣,٢٩	٠,٠١
٤	مقياس الغضب	٧٤,٠٥	٢,٥٢	٨٢,٧٠	٤,٢١	٢,٧٦	٠,٠١
٥	مقياس اضطرابات الذاكرة	٧٣,٠٥	٢,٤٦	٨٣,٣٠	٣,٤٣	٥,٦٠	٠,٠١
٦	مقياس اضطرابات النوم	٧٣,٤٠	٥,٧٥	٨٧,٠٥	٩,١٤	٣,٨٩	٠,٠١

وتشير نتائج الجدول رقم (٣) إلى وجود فروق دالة عند مستوى ٠,٠١ بين متوسطات درجات مجموعتى المرضى الخاضعين للعلاج وغير الخاضعين للعلاج على المقاييس المستخدمة وهذه الفروق تكون فى اتجاه المرضى الخاضعين للعلاج لارتفاع متوسطاتهم حيث تشير درجات المقاييس المستخدمة إلى زيادة الاضطراب النفسى كلما ارتفعت الدرجة أو المتوسطات.

أما الفرض الثالث والأخير وهو الذى يتناول مجموعة الخاضعين للعلاج بالإنترفيرون ألفا - والريبافرين حيث ينص الفرض على وجود فروق دالة إحصائياً بين متوسطات درجات مرضى الالتهاب الكبدى الفيروسى المزمن الخاضعين للعلاج - بعد حصولهم على ٦ جرعات من العلاج (فى أسبوعين)، وبعد ١٢ جرعة علاج (فى أربعة أسابيع)، وبعد ٢٤ جرعة علاج (فى ٨ أسابيع) - على المقاييس المستخدمة تتباين بتباين جرعات العلاج وتكون فى اتجاه المرضى بعد حصولهم على ٢٤ جرعة والجدول رقم (٤) يشير إلى نتائج تحليل التباين ذى التصميم أحادى الاتجاه للمرضى فى ثلاث قياسات بعد مستوى معين من الجرعات العلاجية للعلاج المزدوج "Combination therapy" والذى يشتمل على الحقن تحت الجلد بالإنترفيرون، والعلاج عن طريق الفم بعقار الريبافرين.

جدول رقم (٤) تحليل التباين ذو التصميم أحادى الاتجاه لثلاث قياسات لنفس مجموعة المرضى الخاضعين للعلاج، بعد ثلاث مجموعات من جرعات الحقن بالإنترفيرون ألفا (٦ جرعات، ١٢ جرعة، ٢٤ جرعة) بالإضافة للعلاج الفمى ريبافرين

مسلسل	المقياس المستخدم	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات (التباين)	قيمة (ف)	مستوى الدلالة
١	مقياس الاكتئاب المعمم	بين المجموعات داخل المجموعات (المجموع الكلى)	٢٢٦٩,٤٠ ٢٤٧,٦٠ ٢٥١٦,٩٨	٢ ٥٧ ٥٩	١١٣٤,٧٢ ٤,٣٤	٢٦١,٢٨	٠,٠١
٢	مقياس قلق المستقبل	بين المجموعات داخل المجموعات (المجموع الكلى)	٣٠٨٥,٤٣ ٢٥١,٥٠ ٣٣٣٦,٩	٢ ٥٧ ٥٩	١٥٤٢,٧٢ ٤,٤١	٣٤٩,٦٤	٠,٠١
٣	مقياس التعب المزمن	بين المجموعات داخل المجموعات (المجموع الكلى)	٣١٠٧,٢٣ ٢٧٤٠,٩٥ ٥٨٤٨,١٨	٢ ٥٧ ٥٩	١٥٥٣,٦٢ ٤٨,٠٩	٣٢,٣١	٠,٠١
٤	مقياس الغضب	بين المجموعات داخل المجموعات (المجموع الكلى)	٢١٦٢,٦٣ ٦١٥,٣٥ ٢٦٧٨,٩٨	٢ ٥٧ ٥٩	١٠٨١,٣٢ ٩,٠٦	١١٩,٣٧	٠,٠١
٥	مقياس اضطرابات الذاكرة	بين المجموعات داخل المجموعات (المجموع الكلى)	٣٢٠٦,٥٣ ٥٠٨,٤٥ ٣٧١٤,٩٨	٢ ٥٧ ٥٩	١٠٨١,٣٢ ٩,٠٦	١٧٩,٧٤	٠,٠١
٦	مقياس اضطرابات النوم	بين المجموعات داخل المجموعات (المجموع الكلى)	٤٠٣٨,٤٣ ٨٥٤,٥٥ ٤٨٩٢,٩٨	٢ ٥٧ ٥٩	٢٠١٩,٢٢ ١٤,٩٩	١٣٤,٦٩	٠,٠١

ويشير الجدول رقم (٤) إلى وجود فروق دالة إحصائياً بين مجموعات القياس الثلاث وهذه الفروق دالة عند مستوى ٠,٠١ وفقاً لقيم (ف) أما اتجاه هذه الفروق فيكشف عنها الجدول التالى.

جدول رقم (٥) طريقة توكى Tukey لبيان دلالة واتجاه الفروق بين متوسطات
ثلاث قياسات لنفس مجموعة المرضى الخاضعين للعلاج وفقا لعدد جرعات العلاج

متوسطات القياس	M / M	متوسطات القياس بعد ٦ جرعات						متوسطات القياس بعد ١٢ جرعة						متوسطات القياس بعد ٢٤ جرعة					
		م١ ٧٧,٩	م٢ ٧٤,٠٠	م٣ ٧٤,٣	م٤ ٧٤,١	م٥ ٧٣,١	م٦ ٧٣,٤	م١ ٨٤,٨	م٢ ٨٥,٠٥	م٣ ٨٦,٧	م٤ ٨٦,٤	م٥ ٨٤,٣	م٦ ٨٤,٦	م١ ٩٢,٩	م٢ ٩١,٤	م٣ ٩١,٤	م٤ ٨٧,٣	م٥ ٩٠,٨	م٦ ٩٣,٥
متوسطات القياس بعد ٦ جرعات من الأكترفيورون ألفا + الريبافرين	م١ ٧٧,٩	–						• ٦,٩٥						• ١٥,١					
	م٢ ٧٤,٠٠		–						• ١١,١						• ١٧,٤				
	م٣ ٧٤,٣			–						• ١٢,٤						• ١٧,١			
	م٤ ٧٤,١				–						• ١٢,٢						• ١٣,١		
	م٥ ٧٣,١					–						• ١١,٢						• ١٧,٧	
	م٦ ٧٣,٤						–						• ١١,٢						• ٢٠,١
متوسطات القياس بعد ١٢ جرعة	م١ ٨٤,٨							–						• ٨,١					
	م٢ ٨٥,٠٥								–						• ٦,٣				
	م٣ ٨٦,٧									–						• ٥,١			
	م٤ ٨٦,٢										–						• ١٣,٩		
	م٥ ٨٤,٣											–						• ٦,٨	
	م٦ ٨٤,٦												–						• ٨,٩

• دال عند مستوى ٠,٠٥ وفقاً لطريقة توكى Tukey لبيان فروق الدلالة لتحديد اتجاه الفروق.

يتضح مما تقدم من معطيات الجدول رقم (٥) وجود فروق دالة إحصائياً عند مستوى (٠,٠٥) بين متوسطات القياس الأول (بعد ٦ جرعات علاجية)، والقياس الثانى (بعد ١٢ جرعة علاجية) حيث تكون الفروق فى اتجاه القياس الثانى دلالة على تدهور حالة المرضى (نظراً لارتفاع المتوسطات)، كما يشير الجدول إلى وجود فروق بين متوسطات القياس الثانى بعد ١٢ جرعة علاجية)، ومتوسطات القياس الثالث (بعد ٢٤ جرعة علاجية) حيث توجد فروق دالة عند مستوى ثقة (٠,٩٥) ومستوى شك (٠,٠٥) حيث تميل الفروق فى اتجاه المجموعة الثالثة (٢٤ جرعة علاجية) ويشير لهذا المتوسطات المرتفعة للقياس الثالث والتى تشير إلى تزايد الاضطرابات النفسية للمرضى باستمرارية جرعات العلاج.

تفسير نتائج الدراسة:

كم هى قائمة وحزينة تلك اللوحة الكلينيكية لفرد جاوز الثلاثين، اضطر لسبب أو لآخر أن يقدم على إجراء تحاليل لعينة من دمائه ليكتشف أنه يحمل فى هذه الدماء فيروساً يستنسخ نفسه عاماً بعد عام ويمتد فى كبده حثيثاً حثيثاً ليصيبه بالتليف... إنه مريض الصدفة... تلك الواقعة التى تتكرر بين ملايين من البشر الذين يلهثون فى دأب تكاد تتقطع أنفاسهم سعياً فى طلب حياة كريمة محترمة لهم ولذويهم، وفجأة يذبل الحماس وتتهاوى الآمال، ويتغير مسار الحياة، وأيضاً مذاقها. إن صدمة اكتشاف المرض أكثر خطورة على المريض من المرض ذاته وإلى هذا تشير دراسة (ديانا سيلفستر Sylvestre Diana : ٢٠٠٣) والتى تؤكد على أن جهاز المناعة لدى المريض يضعف بطول استمراره فى حالة مأسوية مستغرقاً فى قلقه على المستقبل منخرطاً فى أعراض الاكتئاب. أما (موير وزملاؤه Moyer.C .et al: ٢٠٠٣) فقد لاحظوا أن مرضى الفيروس الكبدى "سى" يظهرون انفعال الغضب والاندفاعية "Impulsivity" فى سلوكهم أكثر من غيرهم من غير المصابين وهم يرجعون ذلك ليس إلى التغيرات الفسيولوجية المرتبطة بالمرض فقط، بل أيضاً بسبب أنهم أقل تفاؤلاً وأكثر تشاؤمية وينظرون للمستقبل بقلق وتوجس. ولقد أظهرت نتائج الدراسة الحالية ذلك البعد الاكتئابى والمصحوب بمشاعر القلق مستقبلى الطابع واضمحلال الذاكرة قصيرة المدى فى تناسب طردى

مع طول فترة التعرض للإصابة بالالتهاب الكبدى الفيروسى، واستسلام المريض لنوبات الاكتئاب والقلق والشعور بالغضب. ويرى البعض من البحاث أنه بالرغم من اختلال أنظمة التفكير والذاكرة وبعض الجوانب المعرفية الأخرى لدى مرضى الفيروس الكبدى "سى" والذى يرتبط بخلل فى منظومة الحمض الأمينى "Tryptophan" والناقل العصبى سيروتونين "Serotonin"، إلا أن حال المريض بدون التعرض للعلاج المزدوج (الإنترفيرون ألفا + الريبافرين) يكون أفضل فالإنترفيرون له آثار مدمرة تصل بالمريض إلى حد الرغبة فى الموت أو الإقدام على الانتحار، وربما يخرج المريض من رحلة العلاج صفر اليدين دونما تحقيق العلاج التام. (هيلزابك وآخرون Hilsabeck et al: ٢٠٠٣، كروز وآخرون Kraus et al: ٢٠٠٣، ويليامز وآخرون Williams et al: ٢٠٠٣، جاد وآخرون Judd et al: ٢٠٠١، هويز وآخرون Howes et al: ٢٠٠٠). إن ما تم التوصل إليه فى هذه الدراسة يوضح الفروق الدالة إحصائياً والتى تميل فى اتجاه متوسطات درجات المرضى الخاضعين للعلاج فى حالة حصولهم على أكبر عدد من الجرعات العلاجية (٢٤ ساعة)، فالمقارنة بين متوسطات الجرعات المختلفة للعلاج لنفس أفراد العينة وهو ما يوضحه الجدول رقم (٤) والجدول رقم (٥) يوضح درجة التدمير التى يحدثها هذا العقار مصحوبا بمضاد الفيروسات ريبافرين حيث ترتفع تدريجياً متوسطات المقاييس الستة مع كل زيادة فى جرعات العلاج، فماذا سيكون الحال بعد ستة أشهر أو عام من العلاج؟ إن هذا التأثير الحاد العنيف للعلاج يؤدى بكثير من المرضى إلى قطع رحلة العلاج لعدم تحمل آثاره الجانبية. من أجل هذا يسير العمل على قدم وساق فى مجال الهندسة الوراثية من ناحية، وتحميل الفيروس على جينات ناقلة وسحب الأجسام المضادة فى محاولة البحث عن مصل شاف من هذا الفيروس. (تاكيدا وآخرون Takeda et al: ٢٠٠٤، شانج وآخرون Chung.R et al: ٢٠٠٤). إلا أن بعض الدراسات تسير فى خط آخر بحثاً عن أنواع وتراكيب من الإنترفيرون أكثر ملائمة وبجرعات أقل فى آثارها الجانبية من قبيل الليمفوبلاستويد إنترفيرون ألفا -"Lymphoblastoid-INF

"Alpha" أو الإيكوسايت إنترفيرون ألفا "Leukocyte-INF-Alpha" وغيرها. (مالاجارنيرا وآخرون Malaguarnera.M et al: ٢٠٠٤: ٧٥-٧٧). أما اضطرابات النوم المرتبطة بأعراض الالتهاب الكبدى المزمن "سى"، والتى تتفاقم أثناء رحلة العلاج فإن الدراسة تشير إلى ارتباط هذه الاضطرابات باختلال هرمون الكورتيزول "Cortisol" من ناحية، وتزايد الإنترلوكين رقم ١٠ -"Interleukin 10" فى مصل الدم عند المريض (آس وآخرون Ice.G et al: ٢٠٠٤، ماس Maes.M: ٢٠٠١، ريهام إبراهيم حسنى: ٢٠٠٠). وبالرغم من كل ما سبق فإن الدراسات تشير إلى الدور الهام الذى تقدمه أساليب وبرامج الإرشاد والعلاج النفسى فى مؤازرة المرضى غير الخاضعين للعلاج، وأيضاً الخاضعين للعلاج لإعانتهم على الاستمرار فى مواصلة العلاج والتعرف على آثاره الجانبية ومن ثم إمكانية تحملهم لها، كما تقدم البرامج الإرشادية أيضاً دعماً نفسياً لمن خاضوا رحلة العلاج وخرجوا منها دونما نجاح فى التخلص من العدوى الفيروسية. إن هذا ما توصى به الدراسة الراهنة من ضرورة تقديم الرعاية النفسية المتمثلة فى برامج الدعم النفسى من خلال فنيات العلاج التدعيمى وبرامج الإرشاد والعلاج النفسى فى مصاحبة العلاج الدوائى حيث تشير الدراسات إلى أن الدعم النفسى من خلال هذه البرامج يؤدى إلى تحسين الوضع المناعى "Immunity" لهؤلاء المرضى (غير الخاضعين للعلاج) مما يعين المريض على التخلص من النشاط الفيروسى تدريجياً بالمناعة الذاتية "Autoimmunity" (جولد سميث وآخرون Goldsmith et al: ٢٠٠٣، باتل وآخرون Patel.K et al: ٢٠٠٣، كولان وآخرون Coughlan et al: ٢٠٠٢، تايلور Taylor.L: ٢٠٠١، روبينسون Robinson.A: ٢٠٠١، هبة كمال مدراك: ١٩٩٨).

خاتمة:

يمثل أسلوب الحياة "Lifestyle" وطريقة التفكير والنظر إلى ما يسرى على الإنسان من قضاء الله وقدره متمثلاً فى وقائع وأحداث الحياة، بعداً هاماً يتدخل بقدر كبير فى شحذ إيجابيات الفرد النفسية أو تثبيطها، مما يرفع أو يخفض من

المؤشرات المناعية والتى من شأنها أن تجعل الجسد ذاته عوناً للمريض فى القضاء على الفيروس بدلاً من أن يكون عبئاً على المريض، فالاكتئاب والقلق والاستغراق فى نوبات الغضب والحنق على الأوضاع، وشعور بعض المرضى بالعقوبة الإلهية متمثلة فى إصابته بهذا المرض، لن يحقق إلا مزيداً من التشاؤمية "Pessimism" والتى تضعف بدورها القدرة المناعية عند المريض مما يؤدى إلى انحداره السريع فى مضاعفات المرض. إن ٤٠% من مرضى الالتهاب الكبدى الفيروسى من النوع "سى" والذين يعيشون حياة هادئة منظمة مفعمة بنفحات من الإيمان بالله ويعلمون أن للجسد حق ولرياضة الروح بالإيمان حق فيمارسون هذه الحقوق، يصلون إلى الشفاء الذاتى، ولكن ماذا عن الـ ٦٠% الباقين؟!! إنهم بحاجة إلى يد رحيمة تمتد لتعينهم على الحياة الهادئة، وتدربهم على سياسة عقولهم وأفكارهم وصدق رسول الله صلى الله عليه وسلم حينما قال: "إن الله فى عون العبد، مادام العبد فى عون أخيه". (ابن النفيس: ٢٠٠١: ٢٠٨).

المراجـــع

١- ابن النفيس (علاء الدين ابن حزم القرشي) بتحقيق عبد الكريم الغرباوى (٢٠٠١): الموجز فى الطب (ط٣). المجلس الأعلى للشئون الإسلامية. وزارة الأوقاف. القاهرة.

٢- أحمد الناغى (١٩٩٩): زراعة الكبد. قطاع الثقافة. أخبار اليوم. القاهرة.

٣- آرون بيك ترجمة عادل مصطفى (٢٠٠٠): العلاج المعرفى. دار الآفاق العربية. القاهرة.

٤- جابر عبد الحميد جابر. علاء الدين كفافى (١٩٩٥): معجم علم النفس والطب النفسى (جـ٧). دار النهضة العربية. القاهرة.

٥- ـــــــــــــ (١٩٨٩): معجم علم النفس والطب النفسى (جـ٢) دار النهضة العربية. القاهرة.

٦- جان شارل سورنيا ترجمة إبراهيم البجلاتى (٢٠٠٢): تاريخ الطب. سلسلة عالم المعرفة. عدد (٢٨١). الكويت.

٧- ريهام إبراهيم الحسينى (٢٠٠٠): معامل الإنترلوكين-١٠ بمصل الدم فى حالات الالتهاب الكبدى الفيروسى المزمن "سى" وعلاقته بالعلاج بالإنترفيرون ألفا. رسالة ماجستير. كلية الطب. جامعة عين شمس.

٨- عبد الباسط الجمل (٢٠٠٢): الجينات والاختلال البيئى البيولوجى. دار نهضة مصر للطباعة والنشر والتوزيع. القاهرة.

٩- عبد الحميد أباظة (٢٠٠٤): الفيروس "سى" ليس نهاية العالم. (ص ص: ٣٦-٣٩) (ع ٥). مجلة صحتى. مجلة شهرية تصدر عن الشركة القابضة للمستحضرات الحيوية واللقاحات. عدد (٥). القاهرة.

١٠- عبد الرحمن الزيادى (٢٠٠٤): الفيروس الكبدى "سى" والتطعيمات الكبدية. (ص ص: ٣٦-٣٩)، (ع ٥). مجلة صحتى. تصدر شهرياً عن الشركة القابضة للمستحضرات الحيوية واللقاحات. القاهرة.

١١- عبد العزيز الشخص (١٩٩٥): مقياس المستوى الاجتماعى الاقتصادى للأسرة. مكتبة الأنجلو المصرية. القاهرة.

١٢- عبد المنعم الحفنى (١٩٩٥): موسوعة مدارس علم النفس. مكتبة مدبولى. القاهرة.

١٣- عبد الهادى مصباح (١٩٩٨): الاستنساخ بين العلم والدين. الهيئة المصرية العامة للكتاب. مكتبة الأسرة. القاهرة.

١٤- عزت بدوى (٢٠٠٤): لماذا تموت الحمامة؟!! الخرافة والحقيقة فى علاج فيروس "سى" بزغاليل الحمام. مجلة المصور. عدد (٤١٣٥) يناير (ص ص: ٣٠-٣٣). مؤسسة دار الهلال. القاهرة.

١٥- على زيعور (١٩٩٧): المدخل إلى التحليل النفسى والصحة العقلية. الشركة العالمية للكتاب. لبنان. بيروت.

١٦- محمد أسامة مرعشى (٢٠٠٣): معجم مرعشي الطبى الكبير. الدار اللبنانية للنشر والتوزيع. بيروت.

١٧- محمد السيد عبد الرحمن (٢٠٠٠): علم الأمراض النفسية والعقلية. دار قباء للطباعة والنشر. القاهرة.

١٨- محمد قاسم عبد الله (٢٠٠٣): سيكولوجية الذاكرة. سلسلة عالم المعرفة (عدد ٢٩٠). الكويت.

١٩- منظمة الصحة العالمية ترجمة وحدة الطب النفسى بكلية طب جامعة عين شمس (١٩٩٩): المراجعة العاشرة للتصنيف الدولى للأمراض: تصنيف الاضطرابات النفسية والسلوكية (ICD/10) المكتبة الطبية القومية. القاهرة.

٢٠- هبة كمال مدراك (١٩٩٨): نظرة حديثة عن الفيروس الكبدى "سى". رسالة ماجستير. كلية الطب. جامعة القاهرة.

٢١- ول ديورانث ترجمة زكى نجيب محمود، محمد بدران (٢٠٠١): قصة الحضارة. المجلد الأول (١-٢) مكتبة الأسرة. الهيئة المصرية العامة للكتاب. القاهرة.

22- Abdel Wahab.M; Zakaria.S; Kamel.M (1994): High seroprevelence of HCV infection among risk group in Egypt. A.m. J. Trop. Med. Hyg. Vol. 51(5): 563-567.

23- Ademmer, Karin, Beutel.M, Manfred.B, Reinhard.J, Clemens.R. (2002): Suicidal Ideation with IFN-Alpha and Ribavirin in a patient with hepatitis.C. Correction. Psychosomatics. Vol. 43(1): 88-89.

24- Anisman.H & Merali.Z (2002): Cytokines, Stress & Depression in chronic illness. Brain, Behavior & Immunity. Vol. 16(5): 513-524.

25- Bauer.M, Serks.P; Lightman.S & Shanks.N (2001): Restraint stress is associated with changes in glucocorticoid immunoregulation. Physiology & Behavior. Vol. 73 (4): 525-532.

26- Bonaccorso.S, Marino.V, Puzella.A et al. (2002): Increased Depressive ratings in patient with hepatitis C receiving interferon-alpha based immunotherapy area related to interferon alpha induced changes in the serotonergic system. Journal of clinical psychopharmacolgy. Vol. 22(1): 86-90.

27- Bozikias. V, Petrikis.P, Balla.A, Karavatos.A (2001): An Interferon-Alpha induced psychotic disorder in a patient with chronic hepatitis C. European psychiatry. Vol. 16(2): 136-137.

28- Chung.R; Anderson.J (2004): Chronic Hepatitis C patients and treatment with interferon alpha & ribavirin. Gastroenterology. Vol. 125 - pp: 1061-1070.

29- Cleoson.O, Yates.W, Isbell.D, Philipsen.M (2002): An open-label trail of citalopram for major depression in patients with hepatitis C. Journal of clinical psychology. Vol. 63 (3):194-194.

30- Coughlan.B, Sheehan.J; Hickey.A and Crowe.J (2002): Psychological well-being and quality of life in women with an iatrogenic hepatitis C virus infection. British journal of health psychology. Vol. 7(1): 105-116.

31- Crone. Catherin; Gabriel.F; Geoffery.M (2003): Comprehensive of hepatitis "C" for psychiatrists: Screening, Diagnosis, treatment and interferon-based therapy complications. Journal of psychiatric practice. Vol. 9(2): 93-110.

32- Croonenberghs.J; Wauters.A; Devreese.K, Verk.R; Scharpe.S; Bosmans.E & Egyed.B (2002): Increased serum albumin, gammaglobin, immunoglobulin 1gG, and 1gG2 and 1gG4 in chronic illness. Psychological medicine. Vol. 32(8):1457-1463.

33- Desai.R; Rosenheck.R; Robert.A & Agnello.V (2003): Prevalence of hepatitis C virus infection in a sample of homeless veterans. Social psychiatry & psychiatric Epidemiology. Vol. 38(7):396-401.

34- Deuschle.M, Luppa.P; Peter.H & Amnemaric.N (2000): Increased concentration of corticosteroidbinding globulin due to antidepressant treatment. Journal of psychiatric research. Vol. 37(1):85-87.

35- Dolganuc.A, Kodys.K & Kopasy.A (2003): Abnormal interlukin-10 and interlukin-2 in patient with chronic hepatitis "C" clinical and experimental research. Vol. 27(6): 1023-1031.

36- Fontana.R, Schwartz.S, Gebermariam. A et al (2002): Emotional distress during interferon alpha-2B and ribavirin treatment of chronic hepatitis C. Psychosomatics. Vol. 43(5): 378-385.

37- Goldsmith Jeffrey, Hauser Peter (2003): Psychiatric issues in patients with hepatitis C. Psychiatric annals. Vol. 33(6): 357-360.

38- Hilsabeck.R, Hassanein.T, Carlson.M, Ziegler.E, Perry.W (2003): Cognitive functioning and psychiatric symptomatology in patients with chronic hepatitis C. Journal of the international neuropsychological society. Vol. 9(6): 847-854.

39- Hoffman.R, Cohen.M, Alfonso.C, Weiss.J, Jones.S, Keller.M, and Condermarin.J (2003): Treatment of interferon induced psychosis in patients with comorbid hepatitis C and "HIV". Psychsomatics. Vol. 44(5):417-420.

40- Howes.O, Mc Kenzia.K (2000): Manic psychosis induce by long term alpha interferon treatment for hepatitis C. international Journal of psychiatry in clinical practice. Vol. 4(2): 161-162.

41- Ice.G.H, Katz.S.A, Himes.J, Kane.R (2004): Diurnal cycles of cortisol in older adults. Psychoneuroendocrinology. Vol. 29(3): 355-370.

42- Irioka.T; Yamada.M; Yamawaki.M & Mizusawa.H (2001): Acute autonomic and sensory neuropathy after interferon alpha-2B therapy for chronic hepatitis C. Journal of neurology, neurosurgery & psychiatry. Vol. 70(3): 408-410.

43- Judd. Ali, Hickman.M, Rhodes.T (2001): Suicidal ideation with "INF-Alpha" and Ribavirin in a ptatient with hepatitis C. Psychosomatics. Vol. 42(4): 365-367.

44- Keyur.P & John.M (2003): Current therapies for chronic hepatitis C. Postgraduate medicine. Vol. 114 (issu 1); 48-57.

45- Kraus.M, Schaefer.A, Faller.H, Csef.H, Scheurlen.M (2003): Psychiatric symptoms in patient with chronic hepatitis C receiving interferon alpha-2B therapy. Journal of clinical psychiatry. Vol. 64(6): 708-715.

46- Moes.M (2001): Interleukin levels in patient with chronic viral hepatitis "C" and anxiety symptoms. ACTA psychiatric scandinavica. Vol. 103(3): 161-162.

47- Maunder.R, Hunter.J and Feinman.V (1998): Interferon treatment of hepatitis C associated with symptoms of PTSD. Psychosomatics. Vol. 39 (5):461-464,

48- Malaguarnera.M, Restuccia.S; Pistone.G & Ferlito.L (2001): Chronic hepatitis C and new Interferons: Comparison between types of interferon alpha. Boston, Ma: Allyn and Bacon.

49- Malik.A, Kumar.K, Malet.P. Ostapowicz.G, Adams.G, Wood.M, Yarbrough.K & Lee.W (2002): A randomized trial of high-dose Interferon Alpha-2B, with or without Ribavirin in chronic hepatitis C patients who have not responded to standard

dose interferon. Aliment pharmacol ther. Vol. 16(2): 381-388.

50- Mayer Chyryl, Fontana.R, Husain.K, Lok.A, and Schwartz.S (2003): The role of optimism and pessimism in (HR-QOL) in chronic hepatitis C patients. Journal of clinical psychology in medical settings. Vol. 10 (1): 41-50.

51- Pasic.J, Levy.W & Sullivan.M (2003): Cytokines in depression and hepatitis "C" patients. Psychosomatic medicine. Vol. 65(2): 181-193.

52- Patel.K & Mc Hutshison.J (2003): Current therapies for chronic hepatitis "C". Postgraduate Medicine. Vol. 114(1): 48-57.

53- Rodenbeck.A, Cohrs.S, Jordan.W and Huether.G (2003): The sleep-improving effects of Doxepin are paralleled by a normalized plasma cortisol secretion in primary insomnia. Psychopharmachology. Vol. 170(4): 130-139.

54- Robinson.Aliza (2001): Meeting the psychological needs of hepatitis C patients on combination therapy. Issues in interdisciplinary care. Vol. 3(3): 177-183.

55- Rosenberg.S, Goodman.L, Oscher.F, Swartz.M et al (2001): Prevelance of "HIV", Hepatitis "B", and Hepatitis "C" in people with sever mental illness. American J. of public health. Vol. 91 (1): 31-37.

56- Steptoe.A, Owen.N, Kunz.E, Mohamed Ali.V (2002): Inflammatory cytokines, Depression & anxiety in chronic hepatitis "C" patients. Behavior & Immunity. Vol. 16(6): 774-784.

57- Straits.T, Kristy.A, Sloan.K, et al (2003): Psychiatric and substance use disorder comorbidity with hepatitis "C". Psychiatric annals. Vol. 33(6): 362-366.

58- Sulkowski.M, Reindollar.R, Thomas.D & Hudson.M (2002): Peginterferon-Alpha-2B (40KD) and Ribavirin in patients with chronic hepatitis C. Biodrugs. Vol. 16(2): 105-109.

59- Sylvestre, Diana.L (2003): Injection drug use and hepatitis C: from transmission to treatment. Psychiatric annals. Vol. 33(6): 377-388.

60- Takeda.Y, Okoshi.S, Suzuki.K, Yano.M (2004): Effect of interferon alpha and cycle progression on translation mediated by the hepatitis "C" virus "5" untranslated region: a study using a transgenic mouse model. J. of viral hepatitis. Vol. 11(1): 33-45.

61- Taylor. Laura.E (2001): Hepatitis "C" social justice concerns and global health needs. Rural social work. Vol. 6(3): 52-62.

62- Tripi.S, Soresi.M, Gaetano.G, Carroccio.A & Vuturo.O (2003): Leucocyte interferon alpha for patients with chronic hepatitis "C" intolerant to other alpha interferon. Biodrugs. Vol. 17(3): 201-205.

63- Weinrieb.R, Auriacombe.M; Lynch.K & Chang.K (2003): A critical review of selective serotonin reuptake inhibitor-Associated bleeding: Balancing the risk of treating hepatitis C infected patient. J. of clinical psychiatry. Vol. 64(12): 1502-1510.

64- Wessely.S & Pariante.C (2002): Fatigue, Depression and chronic hepatitis C. Psychological medicine. Vol. 32(1): 1-10.

65- Williams. Karren. R (2003): Evaluation of the cognitive functioning of patient undergoing combination therapy for the treatment of chronic hepatitis C. Diss. Abs. Inter. Section "B": the sciences and engineering. Vol. 63(7-B): 3492.

66- Wilson.G, Terence.N, Peter.E, O'Leary.K, Daniel.C & Lee.A (1996): Abnormal psychology: Integrating perspective. Allyn & Bacon.Boston.

67- Zigante.F, Buffet.C, Bastic.A and Hardy.P (1999): Psychiatric review and prospective study of patient treated for chronic hepatitis "C" [Frensh]. Annales medico-psychologiques. Vol. 157 (10): 753-758.

Abstract

Mental Disorders Related with Viral Chronic Hepatitis "C" Patients with and without Interferon-Alpha and Ribavirin Treatment

By Dr/ Shadia Abdel Khalik
Assistant Prof., Faculty of Girls - Ain Shams University

The population from which the samples were selected was the people who working in the teaching field either university members or secondary schools. The initial sample of the study from which the data were collected consisted of (20) healthy persons, (20) infected viral chronic hepatitis "C" patients without any treatment, and (20) infected viral chronic hepatitis "C" patients under treatment with interferon-alpha-2B [Antoron]. A battery consisted of (6) scales was developed for collecting data about patient's mental disorders such as: depression, future anxiety, chronic fatigue, anger, memory disorders and sleep disorders.

Results:

The present study demonstrated that: 1) Patient infected with chronic (HCV) are suffering from many types of mental disorder, such as depression, anxiety, chronic fatigue, memory disorders and sleep disorders.

2) Interferon-Alpha-2B and Ribavirin increased patient's mental, physiological and neurological disorders.

Recommendations:

This study is an attempt to highlight the topic of the psychological effects associated with infection with chronic "HCV" from one hand, and the bad effects of [INF-Alpha-2B] and Ribavirin treatment from another.

Viral hepatitis "C" patients should be studied by multi-disciplinary abroach to define their psychological and cognitive profiles and problems.

Treating with interferon-alpha-2B and Ribavirin should be supplied with the suitable programs of counseling along the period of treatment because of its serious side effects specially on cognition and emotions.