

## مقایسه بینش شناختی در بیماران دچار اسکیزوفرنیا، اختلال اسکیزوافکتیو و اختلالات خلقی

### رحیم یوسفی<sup>۱</sup>

دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی،  
دانشگاه اصفهان

### دکتر حمیدرضا عریضی

دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی،  
دانشگاه اصفهان

### دکتر مهرداد کلاتری

دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی،  
دانشگاه اصفهان

### دکتر سیروس صادقی

مرکز روان‌پزشکی مدرس

هدف: در پژوهش حاضر، بینش شناختی بیماران روانی در ابعاد چندگانه سنجیده شده است. روش: نمونه این مطالعه را بیمارانی تشکیل داده‌اند که بر اساس معیارهای DSM-IV تشخیص اسکیزوفرنیا، اسکیزوافکتیو، اختلال دو قطبی، اختلال افسردگی اساسی یا سیمایه روان‌پریشانه یا اختلال افسردگی اساسی بدون سیمایه روان‌پریشانه را دریافت کرده بودند. سنجش به وسیله مقیاس سنجش کلی (GAS) و مقیاس آگاهی از بیماری روانی (SUMD) صورت گرفته است. یافته‌ها: نتایج نشانگر این است که بینش ضعیف، ویژگی رایج اسکیزوفرنیا می‌باشد و نقایص خود آگاهی در بیماران دچار اسکیزوفرنیا شدید و فراگیر است. بیماران دچار اسکیزوفرنیا در مقایسه با دیگر گروه‌ها کارکرد ضعیفی نشان دادند. نتیجه‌گیری: نتایج پژوهش حاضر با یافته‌های پژوهش‌های دیگری که نقایص خود آگاهی را پیامد نقایص عصب-روان‌شناختی می‌دانند، همسوست.

### مقدمه

فهم این نکته که آیا بیمار از ماهیت و فرآیندهای تأثیرگذار بیماری خود آگاهی دارد یا نه، می‌تواند تبعات مهمی در درمان داشته باشد. به عنوان مثال، در مرحله حاد اختلال اسکیزوفرنیا بیماران اغلب در مورد بیماری خود بینش<sup>۲</sup> ندارند و همین امر مداخله و درمان را با مانع مواجه می‌سازد، زیرا آگاهی و بینش

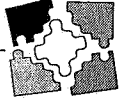
بیمار از ماهیت و کیفیت تعاملی عوامل مؤثر بر بیماری باعث می‌شود درمان بهتر پیشرفت کند (بک<sup>۳</sup>، باروش<sup>۴</sup>، بالتر<sup>۵</sup>، استیر و وارمان<sup>۷</sup>، ۲۰۰۴).

بسیاری از محققان پیشنهاد کرده‌اند که بهتر است به اسکیزوفرنیا به عنوان اختلالی که جنبه‌های چندگانه‌ای از پاتولوژی را در بر می‌گیرد، توجه شود. به نظر می‌رسد تعداد نسبتاً زیادی از بیماران

2- insight  
4- Baruch  
6- Steer  
۳۷

3 - Beck  
5- Balter  
7- Warman

۱ - نشانی تماس: اصفهان، دانشگاه اصفهان، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی.  
E-mail: rahimyousefi@yahoo.com.



مورد توجه قرار می‌دهند، مناسب و در خور تأمل‌اند.

با وجود اینکه بینش ضعیف یکی از عادی‌ترین نشانه‌های اسکیزوفرنیای حاد است، اما مفهوم بینش به طور گسترده در سال‌های اخیر مورد توجه و بررسی قرار گرفته است (مک‌اوی<sup>۱۵</sup> و همکاران، ۱۹۸۹). به نظر می‌رسد اینکه بینش را در بیماران سایکوتیک یک متغیر چندبعدی و پیوستاری بدانیم عاقلانه‌تر باشد تا اینکه آن را پدیده‌ای واحد در نظر بگیریم که از قانون همه یا هیچ پیروی می‌کند. این نگرش پیوستاری باید در مورد مفهوم سنتی آگاهی و پذیرش بیماری شخصی نیز مورد توجه قرار گیرد (دیوید<sup>۱۶</sup>، ۱۹۹۰). سنجش بینش باید ابعاد به هم پیوسته‌ای؛ مانند نگرش در جهت درمان روان‌پزشکی، توانایی در نظر گرفتن تجارب سایکوتیک به عنوان نابهنجاری، ظرفیت اسناد مجدد پدیده‌ها و تفکیک از اسنادهای غلط و دریافت‌کنندگی و پذیرندگی اطلاعات اصلاحی دیگران را در برگیرد (دیوید، ۱۹۹۰). در سال‌های اخیر، بسیاری از تحقیقات به بررسی ماهیت شناخت‌ها نسبت به بیماری روانی در افراد مبتلا پرداخته و میزان بینش شناختی بیماران را مورد بررسی قرار داده‌اند.

چند مطالعه نشان داده‌اند که بین بینش شناختی و درجات نشانه‌های علائم اسکیزوفرنیا، به ویژه علائم مثبت، رابطه معکوس وجود دارد (آمادور و همکاران، ۱۹۹۳؛ دیوید، ۱۹۹۰). نتایج یک بررسی دیگر که روی ۷۷ بیمار صورت گرفت، نشان داد که بینش ضعیف نسبت به بیماری در بیماران دچار اسکیزوفرنیا و مانیا در طول بستری بهبود یافت، با این تفاوت که این بهبود در بیماران مبتلا به مانیا پایدارتر از بیماران دچار اسکیزوفرنیا بود (میکالاکیس<sup>۱۷</sup> و همکاران، ۱۹۹۴). در همین مطالعه، بیماران افسرده بیشترین و بیماران دچار اسکیزوفرنیا ضعیف‌ترین بینش و آگاهی را از بیماریشان داشتند و بیماران مانیک در حد میانی این دو قرار می‌گرفتند.

دچار اسکیزوفرنیا، یا اصلاً هیچ‌گونه آگاهی در مورد اینکه از یک بیماری روانی رنج می‌برند، ندارند یا آگاهی آنها بسیار جزئی و اندک است (آمادور<sup>۱</sup>، فلام<sup>۲</sup>، آندریاسن<sup>۳</sup> و استراس<sup>۴</sup>، ۱۹۹۴). این پدیده اغلب به عنوان ضعف یا فقدان بینش تلقی می‌شود.

بینش شناختی<sup>۵</sup> در واقع ارزیابی و تصحیح عقاید تحریف شده و سوء تعبیرهاست. این ارزیابی‌ها بر سطوح بالای فرآیندهای شناختی استوار است که گاهی اوقات فراشناخت<sup>۶</sup> نامیده می‌شود؛ مانند توانایی تفکیک خود از سوء تعبیرها و ارزیابی مجدد آنها. (بک و همکاران، ۲۰۰۴)

آمادور و دیوید<sup>۷</sup> (۱۹۹۸) مطرح می‌کنند که بینش شناختی شکلی از کشف تعاملات عوامل بیماری‌زاست که در تشخیص و درمان ضروری می‌باشد. ناآگاهی از عوامل زیربنایی بیماری روانی به عنوان اختلال در بینش قلمداد شده است و مستلزم درمان می‌باشد.

اگرچه آگاهی از بیماری و داشتن بینش شناختی در بردارنده معانی ضمنی بالینی مهمی است، ولی نظریه‌هایی که تلاش کرده‌اند تغییرات بینش را توضیح دهند با حمایت‌های محدود و موقتی همراه بوده‌اند.

در زمینه بینش ضعیف و علت شناسی آن در اسکیزوفرنیا سه نظریه عمده مطرح است: نظریه اول مربوط به دیدگاه روان‌پویایی است که انکار و ناآگاهی از بیماری را یک سازوکار دفاعی می‌داند که بدین وسیله از فرد در مقابل عزت نفس پایین که از پذیرش بیماری روانی مزمن ناشی می‌شود، محافظت می‌کند (مک‌گلاشان<sup>۸</sup> و کارپنتر<sup>۹</sup>، ۱۹۸۱).

نظریه‌های عصب-روان‌شناختی<sup>۱۰</sup>، بینش ضعیف را پیامد نقایص عصب شناختی که به فرآیند بیماری مغزی در اسکیزوفرنیا مربوط است، می‌دانند (لیساکر<sup>۱۱</sup> و بل<sup>۱۲</sup>، ۱۹۹۵).

نظریه سوم که مربوط به نظریه‌های بالینی است، بینش ضعیف و ناآگاهی از فرآیندهای بیماری را نشانه اولیه اسکیزوفرنیا در نظر می‌گیرد که به طور تنگاتنگ با هذیان‌ها<sup>۱۳</sup> و توهم‌ها<sup>۱۴</sup> رابطه دارد (لیساکر و بل، ۱۹۹۵).

الگوهای سبب شناختی متنوع در مورد بینش شناختی، تپایی با یکدیگر ندارند و هر کدام از این نظر که ابعاد خاصی از مسأله را

- |                      |                        |
|----------------------|------------------------|
| 1- Amador            | 2- Flaum               |
| 3- Andreasen         | 4- Strauss             |
| 5- cognitive insight | 6- metacognition       |
| 7- David             | 8- McGlashan           |
| 9- Carpenter         | 10- neuropsychological |
| 11- Lysaker          | 12- Bell               |
| 13- delusion         | 14- hallucination      |
| 15- McEvoy           | 16- David              |
| 17- Michalakeas      |                        |



بر اساس آن بیمار در زیر شاخه‌های خاص قرار می‌گیرد (آمادور و همکاران، ۱۹۹۴).

اما نکته دیگری که بیشتر از مسأله فوق اهمیت دارد، آگاهی ضعیف از بیماری با اعتبار پیش آگاهی شناختی درباره پیش بینی پیشرفت بیماری است. به عبارت دیگر، میزان و درجه آگاهی بیمار در پیش آگاهی و سیر و پیشرفت یا پسرفت بیماری تأثیر می‌گذارد (آمادور و همکاران، ۱۹۹۴).

تحقیقات نشان داده‌اند که آگاهی ضعیف و بینش کاهش یافته قویاً با احتمال بهبود کم، کارکردهای روان‌شناختی تحلیل‌برنده و عدم پذیرش درمان ارتباط دارند (دیوید، ۱۹۹۰).

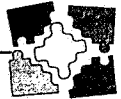
پژوهش حاضر در صدد بررسی و مقایسه بینش شناختی در بین بیماران دچار اسکیزوفرنیا، اختلال اسکیزوافکتیو و اختلالات خلقی می‌باشد. شناخت بینش به بازشناسی و تشخیص روابط علی خاص اشاره دارد، روابطی نظیر تشخیص ابتلا به اختلال روانی که تبعات مهمی در اشتغال، بیکاری، مصرف دارو و بستری شدن دارد.

آمادور و همکاران (۱۹۹۴) از مطالعه‌ای که روی یک گروه ۴۱۲ نفری متشکل از بیماران دچار اسکیزوفرنیا، اختلال اسکیزوافکتیو و اختلالات خلقی انجام دادند، دریافتند که شدت نقص بینش در بیماران دچار اسکیزوفرنیا در مقایسه با دو گروه دیگر به مراتب شدیدتر است. در این مطالعه، بیماران دو قطبی بینش بیشتری، نشان ندادند.

تمام بررسی‌ها، ضعف یا فقدان بینش را به عنوان یکی از علائم اختلالات شدید روانی می‌پذیرند و پیوستار بودن آن را تأیید می‌کنند، ولی آنچه بیشتر مورد توجه است، بینش و آگاهی از بیماری و درجات نقص و کاستی آن است که می‌تواند ارزش طبقه‌بندی شناختی<sup>۱</sup> نیز داشته باشد. به نظر می‌رسد که بینش شناختی دارای اعتبار توصیفی در سطوح پدیدار شناختی و عصب-روان‌شناختی اسکیزوفرنیا و سایر اختلالات سایکوتیک باشد. برای مثال بر اساس تحلیل خوشه‌ای علائم و نشانه‌ها در اسکیزوفرنیا، بینش شناختی ضعیف دارای اعتبار توصیفی است که

جدول ۱- شاخص‌های توصیفی مربوط به تعداد، سن، تحصیلات و جنسیت بیماران دچار اسکیزوفرنیا، اختلال اسکیزوافکتیو و اختلالات خلقی

اختلال	فراوانی	سن		سن در شروع بیماری		سطح تحصیلات		فراوانی زن	فراوانی مرد
		میانگین (سال)	انحراف معیار	میانگین (سال)	انحراف معیار	میانگین (سال)	انحراف معیار		
اسکیزوفرنیا	۸۳	۳۳/۸۴	۱۳/۲۸	۲۱/۱۷	۷/۲۲	۱۰/۲۴	۳/۰۱	۲۳	۶۰
اسکیزوافکتیو	۳۷	۲۹/۷۶	۱۰/۹۴	۲۰/۳۹	۶/۲۹	۹/۲۳	۳/۲۲	۱۴	۲۳
دوقطبی	۳۹	۳۳/۲۴	۱۱/۲۴	۲۴/۴۳	۱۰/۱۷	۱۰/۰۸	۳/۰۷	۱۸	۲۱
افسردگی اساسی با سیمایه روان‌پریشانه	۲۷	۲۷/۱۶	۱۱/۰۸	۱۸/۱۶	۳/۲۳	۱۱/۲۶	۳/۶۶	۱۳	۱۴
افسردگی اساسی بدون سیمایه روان پریشانه	۲۷	۳۰/۱۷	۱۳/۲۹	۱۹/۲۴	۷/۱۶	۱۶/۰۸	۴/۸۱	۱۶	۱۱



## روش

اختلال اسکیزوافکتیو، در همان مراجعه اول به پرسشنامه پژوهش پاسخ دادند، اما بیماران دچار اختلال اسکیزوافکتیو به دلیل کم بودن حجم نمونه در مراجعات متوالی مورد مطالعه و آزمون قرار گرفتند. جدول ۱ شاخص‌های دموگرافیک مربوط به نمونه پژوهش را نشان می‌دهد.

میزان توافق پنج دستیار روان‌پزشکی و یک روان‌پزشک مرکز شهید مدرس، بر تشخیص نوع اختلالات روانی بیماران بر اساس ملاک‌های ویرایش چهارم دستنامه تشخیصی و آماری اختلالات روانی بالا بود (جدول ۲).

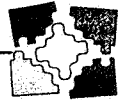
این بررسی به صورت مقطعی انجام شده و یک مطالعه تحلیلی است. نمونه‌ای از بیماران شامل موارد اسکیزوفرنیا ( $n=83$ )، اختلال اسکیزوافکتیو ( $n=37$ )، اختلال دو قطبی با سیمایه روان پریشانه ( $n=39$ )، اختلال افسردگی اساسی با سیمایه روان پریشانه ( $n=27$ ) و اختلال افسردگی اساسی بدون سیمایه روان پریشانه ( $n=27$ ) به شیوه‌ی در دسترس وارد مطالعه شدند. تشخیص‌ها بر پایه معیارهای چهارمین ویرایش دستنامه تشخیصی و آماری اختلالات روانی<sup>۱</sup> DSM-IV گذاشته می‌شد. بیماران در مرکز روان‌پزشکی شهید مدرس اصفهان بستری بودند. تمامی بیماران به جز بیماران دچار

جدول ۲- ضرایب توافق بین پنج دستیار روان‌پزشکی و روان‌پزشک در مورد تشخیص اختلالات روانی بر اساس DSM-IV

اختلال	ضریب کاپای بازآزمایی	ضریب کاپای بین درجه‌بندی کنندگان
توافق کلی در مورد تشخیص اختلال	۰/۷۱	۰/۷۳
توافق در مورد تشخیص اسکیزوفرنیا	۰/۷۴	۰/۷۵
توافق در مورد تشخیص اسکیزوافکتیو	۰/۷۳	۰/۷۶
توافق در مورد تشخیص دو قطبی	۰/۷۹	۰/۸۱
توافق در مورد تشخیص افسردگی اساسی با سیمایه روان پریشانه	۰/۸۱	۰/۸۳
توافق در مورد تشخیص افسردگی اساسی بدون سیمایه روان پریشانه	۰/۸۷	۰/۸۹

جدول ۳- ضرایب همبستگی درون رده‌ای بین پنج دستیار روان‌پزشکی و روان‌پزشک درجه‌بندی کننده سطح بیش بیمار

سؤال	ضریب همبستگی درون رده‌ای بازآزمایی	ضرایب همبستگی درون رده‌ای بین درجه‌بندی کنندگان
۱ آگاهی از اختلال روانی	۰/۶۳	۰/۸۷
۲ آگاهی از پیامد اختلال روانی	۰/۶۶	۰/۸۹
۳ آگاهی از تأثیر داروها	۰/۶۹	۰/۸۳
۴ آگاهی از تجارب هذیانی	۰/۷۱	۰/۸۴
۵ آگاهی از تجارب توهم	۰/۸۳	۰/۸۷
۶ آگاهی از اختلال تفکر	۰/۶۲	۰/۹۱
۷ آگاهی از سطحی بودن عاطفه	۰/۶۷	۰/۸۳
۸ آگاهی از ناتوانی در کسب لذت	۰/۷۱	۰/۸۷
۹ آگاهی از نداشتن علاقه به روابط اجتماعی	۰/۷۴	۰/۹۳



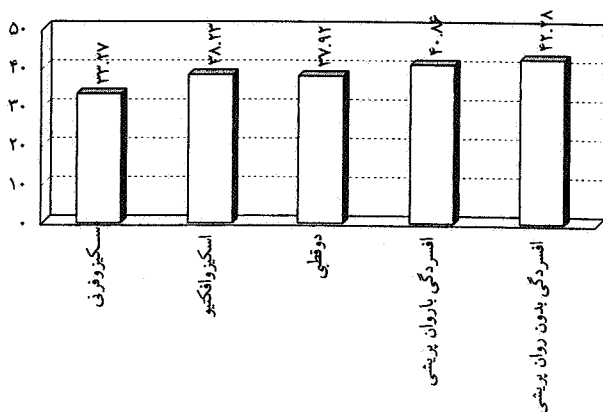
## ابزارهای پژوهش

مقیاس ارزیابی ناآگاهی از اختلال روانی را آمادور و همکاران (۱۹۹۴) ساخته‌اند و برای استفاده در پژوهش حاضر به وسیله مؤلف اول، ترجمه و به وسیله سه مؤلف دیگر و همچنین سه روان‌پزشک مورد اعتباریابی صوری و محتوایی قرار گرفت.

برای به دست آوردن شکل کوتاه SUMD، از تحلیل عاملی مقیاس اصلی استفاده شد که با روش احتمال بیشینه، نه سؤال به عنوان شکل کوتاه مقیاس در پرسشنامه آورده شده است. این سنجش روان‌سنجی در مقاله‌ای مستقل گزارش خواهد شد. درجه‌بندی کنندگان این مقیاس، پنج دستیار روان‌پزشکی و روان‌پزشک مرکز روان‌پزشکی شهید مدرس بودند. در جدول ۳ ضرایب همبستگی درون رده‌ای<sup>۷</sup> آن آمده است.

## یافته‌ها

در جدول ۴ میانگین و انحراف معیار پنج گروه از بیماران از نظر ارزشیابی سطح کلی عملکرد آورده شده است. تفاوت بین گروه‌ها معنی‌دار بود، ( $F=3/9$ ,  $df=4$ ,  $p<0/05$ ) در شکل ۱ این تفاوت به صورت دیداری ارائه شده است. با توجه به تفاوت بیماران در پنج گروه، سطح کلی عملکرد بیماران به عنوان متغیر تعدیلی در تحلیل واریانس به کار رفت.



شکل ۱ - مقایسه سطح کلی عملکرد بیماران پنج گروه

مقیاس سنجش کلی<sup>۱</sup> (GAS). این مقیاس که در پژوهش حاضر برای معادل‌سازی گروه‌ها در تحلیل کوواریانس به کار رفته، به وسیله اندیکات<sup>۲</sup>، اسپیتزر<sup>۳</sup>، فلیس<sup>۴</sup> و کوهن<sup>۵</sup> (۱۹۷۶) برای سنجش شدت اختلالات روان‌پزشکی ساخته شده است. چون پنج گروه بیماران از نظر ارزشیابی سطح کلی عملکرد برابر نبودند، از سنجش سطح کلی عملکرد آنان به عنوان متغیر تعدیل‌کننده استفاده شد. محققان پژوهش حاضر فقط به سطح عملکرد آزمودنی‌ها توجه کردند و شدت علایم روان‌پریشانه را مد نظر قرار ندادند، در صورتی که شدت علایم نیز می‌توانست به عنوان متغیر تعدیل‌کننده در پژوهش وارد شود. با این حال، به دلیل اینکه شدت علایم روان‌پریشانه در پژوهش‌های آمادور و همکاران (۱۹۹۳ و ۱۹۹۴) به عنوان متغیر تعدیل‌کننده وارد نشده بود، برای قابل مقایسه ساختن نتایج پژوهش حاضر با پیشینه پژوهش‌ها، از این متغیر تعدیل‌کننده استفاده نشد، اما گنجانیدن آن در پژوهش‌های بعدی به عنوان یک متغیر تعدیل‌کننده می‌تواند مفید باشد. ضریب پایایی بازآزمایی مقیاس ۰/۷۱ و ضریب پایایی سازگاری درونی ماده‌های آزمودنی در پژوهش حاضر ۰/۷۴ به دست آمد.

مقیاس سنجش ناآگاهی از اختلال روانی<sup>۶</sup> (SUMD). این مقیاس برای سنجش ناآگاهی از وجود اختلال روانی، آگاهی از پیامد اختلال روانی، آگاهی از تأثیر داروها، آگاهی از تجارب هدیانی، آگاهی از تجارب توهم، آگاهی از اختلال تفکر، آگاهی از سطحی بودن عاطفه، آگاهی از ناتوانی در کسب لذت و آگاهی از نداشتن علاقه به روابط اجتماعی است.

جدول ۴ - مقایسه ارزشیابی سطح کلی عملکرد بیماران پنج گروه

انحراف معیار	میانگین	تشخیص
۹/۸۳	۳۳/۲۷	اسکیزوفرنیا
۱۳/۲۹	۳۸/۲۳	اختلال اسکیزوافکتیو
۱۱/۱۳	۳۷/۹۲	اختلال دو قطبی
۱۶/۲۸	۴۰/۸۶	اختلال افسردگی اساسی با سیمایه روان‌پریشانه
۱۲/۹۴	۴۲/۲۸	اختلال افسردگی اساسی بدون سیمایه روان‌پریشانه

1- Global Assessment Scale  
2- Endicott  
3- Spitzer  
4 - Fleiss  
5- Cohen  
6- Scale to Assess Unawareness of Mental Disorder  
7- intra-class correlation coefficient



جدول ۵- مقایسه بیماران در سطوح نه گانه آگاهی از بیماری با کنترل سطح کلی عملکرد

آگاهی از ناتوانی در کسب لذت		آگاهی از نداشتن علاقه به روابط اجتماعی		آگاهی از تجارب توهم		آگاهی از تجارب هذیانی		آگاهی از اختلال روانی	
F	df	F	df	F	df	F	df	F	df
۴/۷۳	۴	۴/۸۶	۴	۸/۶۲	۴	۶/۷۲	۴	۲۹/۷	۴

جدول ۶- مقایسه بیماران دچار اسکیزوفرنیا با بیماران دو قطبی در سطوح نه گانه آگاهی از بیماری با کنترل سطح کلی عملکرد

F	درجه آزادی	اختلال دو قطبی		اسکیزوفرنیا		سؤالات
		انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	
۱/۴۲	۱	۰/۷۹	۱/۶۹	۰/۸۲	۱/۸۵	۱ آگاهی از اختلال روانی
۰/۹۳	۱	۰/۷۹	۱/۷۲	۰/۸۷	۱/۸۷	۲ آگاهی از پیامدهای اختلال روانی
۱/۳۶	۱	۰/۷۳	۱/۶۷	۰/۷۹	۱/۷۴	۳ آگاهی از تأثیر داروها
۷/۷۸*	۱	۰/۸۴	۱/۳۵	۰/۸۳	۲/۲۲	۴ آگاهی از تجارب هذیانی
۹/۲۲*	۱	۰/۷۷	۱/۳۴	۰/۷۶	۲/۴۶	۵ آگاهی از تجارب توهم
۱/۲۲	۱	۰/۸۱	۲/۲۳	۰/۷۷	۲/۲۹	۶ آگاهی از اختلال تفکر
۰/۹۷	۱	۰/۸۹	۲/۱۱	۰/۸۶	۲/۱۹	۷ آگاهی از سطحی بودن عاطفه
۴/۶۸*	۱	۰/۸۶	۱/۲۸	۰/۸۸	۱/۷۴	۸ آگاهی از ناتوانی در کسب لذت
۷/۲۲*	۱	۰/۸۱	۱/۲۲	۰/۸۱	۱/۶۹	۹ آگاهی از نداشتن علاقه به روابط اجتماعی

\* معنی دار ( $p < 0.05$ )

دو گروه از بیماران از نظر آگاهی از تجارب هذیانی، توهم، کسب لذت و علاقه به روابط اجتماعی تفاوت معنی داری دارند که این آگاهی در بیماران دچار اسکیزوفرنیا کمتر است.

در جدول ۷، بیماران دچار اسکیزوفرنیا با موارد اختلال اسکیزوافکتیو مقایسه شده اند. همان طور که دیده می شود بینش شناختی دو گروه از بیماران در آگاهی از تجارب هذیانی، تجارب توهم، ناتوانی در کسب لذت و عدم آگاهی از علاقه به روابط اجتماعی معنی دار است. این الگو بسیار مشابه الگوی تفاوت بیماران دچار اسکیزوفرنیا و دو قطبی است.

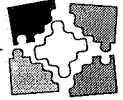
در جدول ۸ بیماران دچار اسکیزوفرنیا با دو گروه از بیماران افسرده مقایسه شده اند. الگوی مشابهی از تفاوت در بینش شناختی بین بیماران دچار اسکیزوفرنیا و این دو گروه از بیماران وجود دارد که به فقدان بینش شناختی و آگاهی از اختلال روانی و پیامدهای آن در بیماران دچار اسکیزوفرنیا مربوط است. همچنین بین بیماران دچار اسکیزوفرنیا و بیماران دارای افسردگی عمده همراه با روان پریشی در آگاهی از تجارب هذیانی و تجارب توهم تفاوت معنی داری وجود دارد.

همان طور که در جدول ۴ دیده می شود سطح کلی عملکرد بیماران دچار اسکیزوفرنیا با موارد اختلال اسکیزوافکتیو، دو قطبی و افسردگی عمده روان پریشانه تفاوت معنی داری نداشته و فقط با بیماران دارای افسردگی عمده بدون روان پریشی که بالاترین سطح عملکرد را داشته اند، تفاوت معنادار بوده است ( $p < 0.05$ ،  $F = 3.9$ ،  $df = 4$ ).

در جدول ۵، نتایج تحلیل کوواریانس یک طرفه برای مقایسه پنج گروه در مقیاس ارزیابی ناآگاهی از اختلال روانی آورده شده است که در آن به هنگام ارزیابی بینش شناختی، سنجش کلی عملکرد به عنوان متغیر تعدیل کننده به کار رفته است. تنها بخش معنی دار نتایج گزارش شده است.

مقایسه های تعقیبی که در آن هر گروه با نمونه بیماران دچار اسکیزوفرنیا مقایسه شده است. نمره های سنجش کلی عملکرد به عنوان متغیر تعدیل کننده نشان می دهد که گروه بیماران دچار اسکیزوفرنیا نسبت به بقیه بیماران، از بینش شناختی پایین تری برخوردار هستند.

مقایسه بینش شناختی بیماران دچار اسکیزوفرنیا با بیماران دو قطبی در جدول ۶ آورده شده است. همان طور که دیده می شود،



جدول ۷- مقایسه بیماران دچار اسکیزوفرنیا با بیماران دچار اختلال اسکیزوافکتیو در سطوح نه گانه آگاهی از بیماری با کنترل سطح کلی عملکرد

F	درجات آزادی	اختلال اسکیزوافکتیو		اسکیزوفرنیا		سوالات
		انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	
۱/۹۷	۱	۰/۷۹	۱/۵۶	۰/۸۲	۱/۸۵	۱ آگاهی از اختلال روانی
۱/۳۹	۱	۰/۸۷	۱/۶۲	۰/۸۷	۱/۸۷	۲ آگاهی از پیامدهای اختلال روانی
۱/۷۴	۱	۰/۸۳	۱/۵۳	۰/۷۹	۱/۷۴	۳ آگاهی از تأثیر داروها
۶/۳۳*	۱	۰/۸۹	۱/۶۲	۰/۸۳	۲/۲۲	۴ آگاهی از تجارب هذیانی
۷/۶۳*	۱	۰/۸۶	۱/۸۳	۰/۷۶	۲/۴۶	۵ آگاهی از تجارب توهم
۱/۶۲	۱	۰/۸۱	۲/۲۷	۰/۷۷	۲/۲۹	۶ آگاهی از اختلال تفکر
۰/۹۸	۱	۰/۷۹	۱/۹۶	۰/۸۶	۲/۱۹	۷ آگاهی از سطحی بودن عاطفه
۵/۳۹*	۱	۰/۶۹	۱/۱۴	۰/۸۸	۱/۷۴	۸ آگاهی از ناتوانی در کسب لذت
۷/۵۴*	۱	۰/۷۲	۱/۱۱	۰/۸۱	۱/۶۹	۹ آگاهی از نداشتن علاقه به روابط اجتماعی

\* معنی دار ( $p < 0.05$ )

جدول ۸- مقایسه بیماران دچار اسکیزوفرنیا با دو گروه از بیماران دارای افسردگی عمده همراه با روان پریشی و بدون روان پریشی در سطوح نه گانه آگاهی از بیماری با کنترل سطح کلی عملکرد

اختلال افسردگی اساسی بدون روان پریشی				اختلال افسردگی اساسی با روان پریشی				سوالات
F	درجه آزادی	انحراف معیار	میانگین	F	درجه آزادی	انحراف معیار	میانگین	
۶/۴۲*	۱	۰/۵۹	۱/۲۱	۴/۷۷*	۱	۰/۷۷	۱/۵۷	۱ آگاهی از اختلال روانی
۴/۸۳*	۱	۰/۵۷	۱/۲۲	۴/۲۲*	۱	۰/۷۱	۱/۴۲	۲ آگاهی از پیامدهای اختلال روانی
۰/۹۲	۱	۰/۶۹	۱/۲۹	۰/۹۷	۱	۰/۷۶	۱/۵۳	۳ آگاهی از تأثیر داروها
۱/۲۶	۱	۰/۱۰	۱/۱۱	۵/۱۸*	۱	۱/۸۸	۱/۶۹	۴ آگاهی از تجارب هذیانی
۰/۸۶	۱	۰/۹۶	۲/۰۸	۶/۲۲*	۱	۰/۸۷	۱/۷۴	۵ آگاهی از تجارب توهم
۰/۹۶	۱	۰/۵۹	۱/۶۳	۱/۳۴	۱	۰/۸۲	۱/۸۳	۶ آگاهی از اختلال تفکر
۱/۲۷	۱	۰/۶۶	۱/۶۹	۱/۲۲	۱	۰/۷۹	۲/۱۲	۷ آگاهی از سطحی بودن عاطفه
۱/۲۴	۱	۰/۴۱	۱/۲۲	۰/۹۸	۱	۰/۵۹	۱/۳۸	۸ آگاهی از ناتوانی در کسب لذت
۰/۹۲	۱	۰/۴۹	۱/۱۷	۱/۱۷	۱	۰/۷۳	۱/۴۹	۹ آگاهی از نداشتن علاقه به روابط اجتماعی

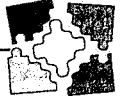
\* معنی دار ( $p < 0.05$ )

بیماران روان پریش بیشتر می باشد (آمادور و دیوید، ۱۹۹۸).

نتایج پژوهش حاضر با این یافته تحقیقات که بینش ضعیف را یکی از شایع ترین علایم بیماران دچار اسکیزوفرنیا قلمداد می کند، هم سوست. همچنین نتایج پژوهش حاضر با یافته های حاصل از بررسی آمادور و همکاران (۱۹۹۴) در زمینه آگاهی بیماران دچار اسکیزوفرنیا، اختلال اسکیزوافکتیو و اختلالات خلقی هم سوست و نتایج آن مطالعه را تأیید می کند. در مطالعه فوق نیز سطح کلی

## بحث

همان طور که نتایج تحلیل آماری اطلاعات نشان می دهد، سطح کلی عملکرد بیماران دچار اسکیزوفرنیا در مقایسه با چهار گروه دیگر پایین تر است. تحقیقات زیادی حاکی از این بوده اند که بینش شناختی ضعیف، یکی از ویژگی های شایع بیماران دچار اسکیزوفرنیا است و فراوانی آن در این بیماران نسبت به دیگر



قطعه پیشانی رابطه وجود دارد (لیساگر و بل، ۱۹۹۵). از آنجا که قطعه پیشانی درگیر فرایندهای عالی تفکر، قضاوت و آگاهی است و همچنین به این دلیل که قطعه پیشانی از عمده ترین قسمت های است که در بیماران روان پریش دچار اختلال کارکردی است، وجود رابطه بین نقایص قطعه پیشانی و نقایص بینش محتمل به نظر می رسد (معظمی، ۱۳۸۰).

با وجود تنوع نظریه های علت شناختی بینش و ناآگاهی از بیماری و پیامدهای آن، آنچه قابل توجه می باشد این است که بینش شناختی ضعیف می تواند روابط بین فردی، قابلیت های اجتماعی، پذیرش درمان و به طور کلی پیش آگهی را تحت تأثیر قرار دهد. این نکته به ویژه بر درمان انتخابی نیز تأثیرگذار است و از آنجا که بعضی از درمان های رایج و مورد استفاده برای بیماران روان پریش، به ویژه درمان های روان شناختی، نیازمند بهره مندی از سطح خاصی از بینش شناختی است، توجه به درجات بینش بیماران در انتخاب مداخلات درمانی حائز اهمیت می باشد، چرا که ادامه درمان و جلوگیری از پیشرفت بیماری تا حد زیادی با توانایی های بیمار در زمینه توجه به فرآیندهای تأثیرگذار بر بیماری رابطه دارد (آمادور و دیوید، ۱۹۹۸).

نتایج این پژوهش پیشنهاد می کند که مداخلات درمانی به ویژه برنامه های آموزش روانی می بایست به اصلاح نقایص خودآگاهی معطوف باشد و به بیمار درباره علایم هشدار دهنده بدخیم شدن و پیشرفت بیماری آموزش دهد.

عملکرد بیماران دچار اسکیزوفرنیا در زمینه آگاهی به بیماری و پیامدهای آن نسبت به دو گروه دیگر در حد پائینی بود.

در متون علمی مربوط به بینش شناختی و آگاهی از بیماری و پیامدهای آن، همواره به بینش ضعیف به عنوان نشانه ای که در حالت های روان پریشی حضور دارد توجه شده است، اما در تأیید این ادعا پژوهش ها نتایج یکسانی گزارش نکرده اند. به نظر می رسد که اغلب بین بینش شناختی و روان پریشی رابطه ای منفی وجود دارد که در غیاب یکی احتمال وجود دیگری بیشتر است، اما باز هم مواردی گزارش شده است که بیمار با وجود روان پریشی از بینش بیشتری برخوردار بوده است (آمادور و دیوید، ۱۹۹۸).

بیماران دو قطبی و اسکیزوافکتیو نیز از نظر داشتن بینش و آگاهی به فرآیندهای تأثیرگذار بر بیماری در وضعیت مشابهی قرار داشتند. بیماران با تشخیص اختلال افسردگی اساسی عمده همراه با روان پریشی در مقایسه با سه گروه فوق، عملکرد بهتری داشتند، اما سطح کلی عملکرد چهار گروه دیگر، با گروه بیماران دچار اختلال افسردگی عمده بدون روان پریشی تفاوت معنی داری داشت.

در پاسخ به اینکه چرا وضعیت بدین گونه است، می بایستی تصریح کرد که تصور یک رابطه خطی بین بینش ضعیف و روان پریشی نادرست است و می بایست آنها را به عنوان پدیده های جداگانه ای در نظر بگیریم که رابطه پیچیده ای با یکدیگر دارند. تحقیقات زیادی تأیید کرده اند که بین نقایص بینش و آسیب

## منابع

معظمی، د. (۱۳۸۰). *مقدمات نوروسایکولوژی*. تهران: انتشارات سمت.

Amador, X.F., & David, A.S. (Eds.) (1998). *Insight and Psychosis*. Oxford, UK: Oxford University Press.

Amador, X.F., Strauss, D.H., Yale, S.A., Flaum, M.M., Endicott, J., & Gorman, J.M. (1993). Assessment of insight in psychosis. *American Journal of Psychiatry*, 150(6), 873-879.

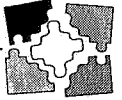
Amador, X.F., Flaum, M., Andreasen, N.C., & Strauss, D.H. (1994). Awareness of illness in schizophrenia and

schizoaffective and mood disorders. *Archives of General Psychiatry*, 51(10), 826-836.

Beck, A.T., Baruch, E., Balter, J.B., Steer, R.A., & Warman, D.M. (2004). A new instrument for measuring insight: The Beck Cognitive Insight Scale. *Schizophrenia Research*, 68, 319-329.

David, A.S. (1990). Insight and psychosis. *British Journal of Psychiatry*, 156, 798-808.





Endicott, J., Spitzer, R.L., Fleiss, J.L., & Cohen, J. (1976). The Global Assessment Scale: A procedure for measuring overall severity of psychiatric disturbance. *Archives of General Psychiatry*, 33, 766-771.

Lysaker, P., & Bell, M. (1995). Insight and cognitive impairment in schizophrenia: Performance on repeated administrations of the Wisconsin Card Sorting Test. *Journal of Nervous & Mental Disease*, 182(11), 656-660.

McEvoy, J.P., Apperson, J., Appelbaum, P., Ortliip, P., Brecosky, J., & Hammill, K. (1989). Insight in schizophrenia:

Its relationship to acute psychopathology. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 177, 43-47.

McGlashan, T.H., & Carpenter, W.T. (1981). Does attitude toward psychosis relate to outcome? *American Journal of Psychiatry*, 138, 797-801.

Michalakeas, A., Skoutas, C., Charalambous, A., Peristeris, A., Marinos, V., & Keramari, E. (1994). Insight in schizophrenia and mood disorders and its relation to psychopathology. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 90, 46-49.