

مقایسه ارزیابی‌ها و نگرش‌ها نسبت به بیماری در بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا، اختلال

اسکیزوافکتیو و افسردگی اساسی

The Comparison of Appraisals and Attitudes toward Illness in Schizophrenia, Schizoaffective and Major Depression Disorder

تاریخ پذیرش: ۸۸/۱۰/۱۰

تاریخ دریافت: ۸۸/۷/۴

Yousefi, R.* M. A., Ghorbanalipour, M. M. A.

رحیم یوسفی*، مسعود قربانعلی‌پور**

Abstract

Introduction: The aim of this study was the examination and comparison of attitudes toward illness in schizophrenia, schizoaffective and major depression disorders without any psychotic features.

Method: For this purpose, seventy seven patients with schizophrenia, schizoaffective and major depression without any psychotic features were interviewed and assessed by Self-Appraisal of Illness Questionnaire (SAIQ).

Results: Among the above mentioned patients, the group of schizophrenia and schizoaffective patients in comparison to the patient with major depression without any psychotic features had more disclimation of illness, its outcomes and need for treatment with less worry about the illness.

Conclusion: The schizophrenic and schizoaffective patients in comparison to the patients with major depression disorders are in greater level of unawareness, its outcomes and insight of the illness.

Keywords: Attitude, Insight, Schizophrenia, Schizoaffective, Major Depression

چکیده

مقدمه: هدف پژوهش حاضر بررسی و مقایسه ارزیابی‌ها و نگرش‌های بیماران دارای تشخیص‌های اسکیزوفرنیا، اسکیزوافکتیو و افسردگی اساسی بدون علائم روان‌پریشی نسبت به بیماری‌شان بود.

روش: هفتاد و هفت بیمار دارای تشخیص‌های اسکیزوفرنیا، اسکیزوافکتیو و افسردگی اساسی بدون علائم روان‌پریشی تحت مصاحبه تشخیصی قرار گرفته و به وسیله پرسشنامه خود-ارزیابی بیماری مورد سنجش قرار گرفتند.

یافته‌ها: در بین بیماران فوق، گروه بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا و اسکیزوافکتیو در مقایسه با بیماران دارای تشخیص افسردگی اساسی بدون علائم روان‌پریشی، دارای سطوح بالاتر انکار بیماری و پیامدهای آن و انکار نیاز به درمان و نیز دارای سطح پایین‌تر نگرانی بودند.

نتیجه‌گیری: بیماران اسکیزوفرنیا و اسکیزوافکتیو در مقایسه با بیماران افسردگی اساسی نقایص خودآگاهی بیشتر و بینش پایین‌تری دارند. جمعیت افسرده بدون علائم روان‌پریشی از بینش نسبتاً بالایی در مقایسه با دو گروه دیگر برخوردار بودند.

واژه‌های کلیدی: نگرش، بینش، اسکیزوفرنیا، اسکیزوافکتیو، افسردگی اساسی

*Correspondence E-mail:
r.yousefi1386@yahoo.com

*نویسنده مسئول: دانشجوی دکتری روانشناسی دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران

**گروه روانشناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوی، ایران

مقدمه

بینش^۱ مفهومی چالش برانگیز است و ارائه تعریفی از آن که مورد توافق همه متخصصان و صاحب‌نظران قرارگیرد، مشکل است [۱]. بینش مفهومی است که به طور گسترده به وسیله متخصصان بالینی در زمینه بیماری‌های روانی و همچنین ارتقاء سلامت روانی مورد توجه قرار گرفته است و این توجه ناشی از پیوند و ارتباط نیرومندی است که بین بینش و کیفیت زندگی^۲ وجود دارد [۲]. در گستره بیماری‌های روانی و به ویژه اختلال‌های روان‌پریشی اصطلاحاتی مانند بینش ضعیف^۳، انکار دفاعی^۴، نگرش‌ها درباره بیماری، واکنش بی‌تفاوتی^۵ و اسنادهای بیرونی با وجود تفاوت‌های مفهومی و اساسی، برای اشاره به مفهوم بنیادی ناآگاهی از بیماری در اختلال‌های روان‌پریشی به کار رفته است [۱]. بینش در ادبیات روانپزشکی سازه‌ای چند بعدی^۶ است که اشاره به آگاهی از مسائل مرتبط با بیماری از قبیل نشانه‌های بیماری، نیاز به درمان و پیامدهای بیماری دارد [۱]. بینش عبارت است از خود آگاهی بیمار از مسائل، مشکلات و بیماری خودش و همچنین درک و فهم غیرهذیانی از علت و معنی بیماریش [۳]. سازمان بهداشت جهانی در تعریف بینش مطرح می‌کند که، بینش با قضاوت کلی فرد مرتبط است و عبارت است از ظرفیت و توانایی بیمار برای تصدیق و تأیید بیماری خودش [۴]. برخی از متخصصان بینش را از منظر شناختی به عنوان یک نگرش می‌نگرند و با تکیه بر این نوع نگاه مطرح می

کنند که بینش کامل عبارت است از نگرش صحیح نسبت به تغییر مرضی در خود [۵]. متخصصان در دهه‌های اخیر به جای دامن زدن به چالش‌های موجود در زمینه تعریف و توصیف بینش، سعی کرده‌اند تا به ماهیت، ابعاد، علت‌شناسی و راهکارهای بهبود و ارتقاء آن بپردازند. آنها مطرح می‌کنند که بینش سازه‌ای پیچیده است که بایستی با ژرف نگری و دقت به آن نگریست و تا ماهیت و کم و کیف آن به طور دقیق شناسایی نشده است، باید از ارائه تعریف قطعی برای آن خودداری کرد [۶]. به نظر می‌رسد که در طیف مختلفی از بیماری‌های روانی و به موازات مراحل بیماری، نگرش‌ها نسبت به بیماری نیز در حال تغییر می‌باشند و این نوسان نگرش‌ها پیش آگهی و درمان را تحت تأثیر قرار می‌دهد [۱]. رویکردهای اخیر به مفهوم بینش به عنوان یک سازه چند بعدی می‌نگرند. چنین نگرشی باعث در نظر گرفتن ابعاد و سطوح مختلفی برای این مفهوم می‌شود. نویسندگان اولیه به بینش به عنوان یک سازه دوگانه^۷، می‌نگریستند و مطرح می‌کردند، که یک بیمار روان‌پریش یا دارای بینش هست و یا فاقد آن می‌باشد. اما تحقیقات و بررسی‌های بعدی مشخص ساخت، که بینش به صورت پیوستار^۸ است، چرا که بینش از فردی به فرد دیگر در طول دوره یک بیماری تغییر می‌کند. به عبارت دیگر بینش با توجه به وضعیت بالینی بیمار در طول دوره یک بیماری نوسان می‌باشد [۱]. اما آنچه که از نقطه نظر بالینی در مورد مسأله بینش و توجه به کم و کیف آن در بیماری‌های روان‌پریشی دارای اهمیت است، نقش و جایگاه

1- Insight

2- Quality of life

3- Poor insight

4- Defensive denial

5- Indifference reaction

6- Multidimensional

7- Dichotomous

8- Continuum

بیش و عملکرد آن در تابلوی بالینی فرد است. امروزه در ارزیابی وضعیت روانی بیماران، ارزشیابی سطح بیش و قضاوت فرد به عنوان عاملی مهم در فرآیند سیر بیماری و پیش‌آگهی و همچنین اتخاذ راهبردهای درمانی، دارای اهمیت بالینی می‌باشد [۱]. فقدان بیش از آنجا که با پذیرش درمان‌های دارویی و روانی اجتماعی ضعیف [۷، ۸]، نقایص رفتاری - اجتماعی گسترده [۸، ۹]، همچنین با نقایصی در عملکرد اجرایی^۹ [۱۰، ۴] همراه است، یکی از موضوعات بالینی مورد توجه بوده و در اختلال‌های روان‌پریشی به آن توجه شده است. در پژوهشی که بر روی ۱۳۸ بیمار مبتلا به اسکیزوفرنیا در زمینه ارزیابی‌های مربوط به بیماری انجام گرفته است، گزارش کرده‌اند که باورهای منفی درباره بیماری و عزت‌نفس پائین به‌طور معناداری با حضور اضطراب و اختلال‌های عاطفی دیگر در بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا مرتبط است. یافته‌ها نشان داد که در بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا که حالت‌های مرضی اضطراب و اختلال عاطفی به عنوان هم‌بندی مرضی^{۱۰} حضور داشت، بیماران به طور معناداری دارای سطوح عملکرد پائین‌تر، ارزیابی‌های اغلب منفی مبنی بر گیر افتادن در حصار روان‌پریشی و عزت‌نفس پائین‌تر بودند. مطرح شده است که همبستگی قوی بین باورهای شخصی مربوط به خود و بیماری، و همانندی مرضی اضطراب و اختلال‌های عاطفی نشانگر این است که باورهای منفی درباره تجارب روان‌پریشی و عزت‌نفس پائین ممکن است با تحول و تداوم اضطراب و اختلال‌های عاطفی در بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا مرتبط باشد [۱۱]. پژوهش‌های مختلفی

[۱۲، ۱۳، ۱۴، ۱۵، ۱۶، ۱۷] نشان داده‌اند که بیش در بیماران مبتلا به اختلال‌های طیف روان‌پریشی و همچنین بیماران مختل است. در اغلب بررسی‌های انجام شده بیماران افسرده بدون علائم روان‌پریشی در مقایسه با سایر بیماران بیش بالاتر و بهتری را داشته‌اند [۱۲، ۱۳، ۱۶، ۱۷]. در پژوهش‌های مربوط به بیش و سنجش نگرش‌های بیماران درباره بیماری و پیامدهای آن در بیماران روان‌پریش به ویژه اسکیزوفرنیا به جای ابزارهای خود-سنجی^{۱۱} عمدتاً از مقیاس‌های بیش که به وسیله محقق یا درمانگر درجه‌بندی و تکمیل می‌شود، استفاده شده است. اغلب بررسی‌ها ابزارهایی را به کار برده‌اند که توسط متخصص بالینی، درمانگر یا پژوهشگر تکمیل شده و ارزیابی‌ها، نگرش‌ها و به طور کلی بیش بیمار را مورد سنجش قرار داده‌اند، و جای کاربرد ابزارهایی که در آنها بیمار خود از نگرش‌ها و برداشت‌های درونی خودش گزارش می‌دهد خالی بوده است؛ چرا که در سنجش نوع اول بسیاری از پویائی‌های درونی بیمار نادیده گرفته شده و زمینه برای سوگیری‌های بالقوه مهمی فراهم می‌شود. اما به نظر می‌رسد که استفاده از یک پرسشنامه خود-سنجی که با درجه‌بندی‌های متخصصان بالینی از بیش مرتبط باشد، آسان‌تر و کارآمدتر از اندازه‌های درجه‌بندی شده توسط متخصصان بالینی و پژوهشگران از بیش است؛ چرا که در این شیوه سنجش بیش، سوگیری‌های بالقوه درمانگران و متخصصان نظیر گرایش به درجه بندی مراجعان و بیماران با هوش عمومی پائین و مهارت‌های ارتباطی اندک، به عنوان افرادی که بیش پائین و ضعیفی دارند، از بین می‌رود [۵]. پژوهش

9- Executive functioning

10- Comorbidity

11- Self-report

حاضر در صدد سنجش نگرش‌ها و ارزیابی‌های بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا، اسکیزوافکتیو و افسردگی اساسی بدون علائم روان‌پریشی با استفاده از یک ابزار خود سنجی می‌باشد.

روش

آزمودنیها: جامعه پژوهش حاضر تمامی بیماران دارای تشخیص‌های اسکیزوفرنیا، اسکیزوافکتیو و افسردگی اساسی بدون علائم روان‌پریشی ساکن شهر تهران بودند که در شش‌ماهه دوم سال ۱۳۸۷ برای درمان به مراکز روان‌پزشکی واقع در محدوده شهر تهران مراجعه کرده و یا در این مراکز بستری بودند. نمونه پژوهش

حاضر تعداد ۷۷ نفر از بیماران دارای تشخیص‌های اسکیزوفرنیا ($n=29$)، اسکیزوافکتیو ($n=21$) و افسردگی اساسی بدون علائم روان‌پریشی ($n=27$) بودند، که بر اساس ملاک‌های تشخیصی چهارمین راهنمای آماری و تشخیصی اختلال‌های روانی^{۱۲} تشخیص‌های فوق را توسط روان‌پزشکان و رزیدنت‌های روان‌پزشکی دریافت کرده و در مراکز روان‌پزشکی شهر تهران بستری بوده یا به صورت سرپائی تحت درمان قرار داشتند و به صورت در دسترس وارد مطالعه شده اند. شاخص‌های جمعیت شناختی نمونه پژوهش در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱- شاخص‌های جمعیت شناختی نمونه پژوهش

بیماران	سن		سن در شروع بیماری		تحصیلات		جنس		وضعیت اقامتی	
	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	مرد	زن	بستری	سرپایی
اسکیزوفرنیا	۳۸/۳۴	۱۱/۴۴	۲۱/۲۸	۶/۷	۱۰/۱۹	۳/۸۸	۱۸	۱۱	۲۹	۰
اسکیزوافکتیو	۳۲/۷۱	۹/۸۴	۲۲/۱۳	۵/۹	۸/۵۱	۳/۱۱	۱۴	۷	۲۱	۰
افسردگی شدید بدون علائم روان‌پریشی	۳۴/۲۱	۱۳/۷۱	۲۰/۳۹	۴/۷۶	۱۴/۰۵	۴/۹۲	۱۱	۱۶	۱۴	۱۳

12- Statistical and Diagnostic Manual of Mental Disorders (DSM-IV-TR)

ابزار:

۱- مقیاس سنجش نا آگاهی از اختلال روانی^{۱۳}: این مقیاس که توسط آمادور و همکاران [۱۳] ساخته شده است، به ارزیابی و سنجش میزان ناآگاهی بیمار در زمینه‌های آگاهی از وجود اختلال روانی، آگاهی از پیامدهای اختلال روانی، 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 می‌پردازد. مقیاس سنجش ناآگاهی از اختلال روانی به منظور بررسی روایی همزمان پرسشنامه خود-ارزیابی بیماری و همچنین بررسی و ارزیابی اعتبار پرسشنامه مذکور مورد استفاده قرار گرفته است. برای این منظور از سه ماده اول فرم کوتاه (۹ سؤالی) مقیاس سنجش ناآگاهی از اختلال روانی استفاده شده است. بر اساس این مقیاس که توسط متخصص بالینی و درمانگر مسئول بیمار تکمیل می‌شود، برای هر یک از آزمودنی‌ها در هر یک از سه ماده نمره ای از ۱ تا ۳ اختصاص یافت. نمره ۱ نشانگر این است که آزمودنی آگاه است، نمره ۲ نشانگر این است که آزمودنی تا حدی آگاه یا نا آگاه است و سرانجام نمره ۳ نشان می‌دهد که بیمار دارای ناآگاهی شدیدی است. برای افزایش اعتبار اندازه‌گیری، نمره‌های افراد در هر یک از ماده‌های مقیاس سنجش ناآگاهی از اختلال روانی جمع شد، تا یک نمره کل برای هر آزمودنی که نشان دهنده یک برآورد جامع از بینش است، به دست آید. آزمودنی‌های پژوهش قبل از تکمیل پرسشنامه خود

ارزیابی بیماری در مقیاس فوق توسط روان‌پزشکان مرکز درجه‌بندی شدند. مشخصه‌های روانسنجی مقیاس سنجش ناآگاهی از اختلال روانی در مقاله اصلی [۱۶] گزارش شده است.

۲- پرسشنامه خود-ارزیابی بیماری^{۱۴}: پرسشنامه خود ارزیابی بیماری [۵] که به عنوان ابزار اصلی در پژوهش حاضر مورد استفاده قرار گرفته است، یک ابزار خود سنجی مداد-کاغذی است که از ۱۷ سؤال تشکیل شده است و شکل هر سؤال به صورت یک جمله بیانی یا سؤالی است. پرسشنامه حاضر برای استفاده در موقعیت‌های بالینی و گروهی به منظور اندازه‌گیری نگرش‌های بیمار در جهت بیماری ساخته شده است و حیطه‌ای وسیع و گسترده از تجارب ذهنی درباره بیماری را در ماورای تصدیق و انکار ساده بیماری مورد بررسی قرار می‌دهد. از آزمودنی‌های پژوهش خواسته شد تا به سؤالات پرسشنامه با استفاده از یک مقیاس لیکرت چهار درجه‌ای (۱-۴) پاسخ دهند، که این درجه بندی بر اساس محتوای ماده‌ها متغیر بود. ماده‌های پرسشنامه مذکور موارد زیر را مورد ملاحظه قرار می‌دهند: ۱- تصدیق وجود بیماری ۲- باورها درباره پیامدهای بیماری ۳- درک ضرورت نیاز به درمان روان‌پزشکی ۴- دامنه میزان نگرانی درباره بیماری و مسائل مرتبط با بیماری. پدیدآورندگان پرسشنامه خود ارزیابی بیماری در بررسی‌های تحلیل عاملی بر روی ماده‌های پرسشنامه سه زیرمقیاس را برای آن استخراج

13- Scale to Assess Unawareness of Mental Disorder

14 - Self-Appraisal of Illness Questionnaire (SAIQ)

کرده‌اند که عبارتند از: ۱- زیر مقیاس نیاز به درمان^{۱۵} که شامل شش ماده است. ۲- زیر مقیاس نگرانی^{۱۶} که شامل شش ماده است. ۳- زیر مقیاس وجود بیماری و پیامدهای^{۱۷} آن که شامل پنج ماده می باشد. نمره‌های بالا در پرسشنامه خود- ارزیابی بیماری نشانگر انکار زیاد بیماری و نشانه‌های آن، یک باور رو به گسترش مبنی بر این که بیماری فروکش خواهد کرد، انکار زیاد نیاز به درمان و سرانجام نگرانی کمتر است. برای سنجش اعتبار پرسشنامه خود- ارزیابی بیماری، تحلیل همابستگی درونی ماده‌های مقیاس هم برای کل مقیاس و هم برای هر یک از سه زیرمقیاس انجام گرفت. ضریب اعتبار (ضریب آلفا) به دست آمده برای کل مقیاس $\alpha = 0.71$ بود. برای سه زیر مقیاس ضریب آلفا به ترتیب $\alpha = 0.73$ برای زیر مقیاس نیاز به درمان، $\alpha = 0.67$ برای زیر مقیاس نگرانی و $\alpha = 0.69$ برای زیر مقیاس وجود بیماری و پیامدهای آن به دست آمد.

همچنین به منظور سنجش روایی ملاکی پرسشنامه خود- ارزیابی بیماری با استفاده از مقیاس سنجش ناآگاهی از اختلال روانی ضریب همبستگی $r = 0.79$ برای نمره‌های کل آزمودنی‌ها در دو مقیاس فوق به دست آمد. ضرایب همبستگی برای زیر مقیاس‌ها در جدول ۲ ارائه شده است. ابتدا جریان پژوهش به صورت کلی برای بیماران توضیح داده شده و سپس رضایت آنها برای شرکت در پژوهش جلب می‌شد. بیمارانی که مایل به همکاری نبودند، از جریان پژوهش خارج شدند. سپس هریک از بیماران در کنار تشخیص روان‌پزشکان به منظور افزایش اعتبار تشخیص‌ها توسط یک روانشناس بالینی تحت مصاحبه بالینی به وسیله SCID-I^{۱۸} قرار گرفتند و پس از تأیید تشخیص‌های فوق ابزار پژوهش را تکمیل کردند. داده‌های گردآوری شده علاوه بر شاخص‌های توصیفی، با روش تحلیل واریانس یکراهه و با استفاده از spss تحلیل شد.

جدول ۲- ضرایب همبستگی زیر مقیاس‌های SAIQ، SUMD

نگرانی	وجود و پیامدهای بیماری	نیاز به درمان	SAIQ / SUMD
۰/۰۶	۰/۴۲*	۰/۵۸*	آگاهی از اختلال روانی
۰/۱۹	۰/۳۶*	۰/۴۶*	آگاهی از پیامدهای اختلال روانی
۰/۱۵	۰/۳۱*	۰/۶۰*	آگاهی از تأثیر دارو
۰/۱۳	۰/۴۴*	۰/۶۲*	کل

* $p \leq 0.05$

15- Need for Treatment

16- Worry

17- Presence/ Outcome of Illness

18- Structured Clinical Interview for Diagnosis

یافته ها

در جدول ۳ میانگین و انحراف استاندارد نمره های چهار گروه از بیماران در هر کدام از زیر مقیاس ها و کل مقیاس برای هر یک از گروه های تشخیصی نشان داده شده است. همان طور که مشاهده می شود میانگین نمره های بیماران اسکیزوفرنیا و اسکیزوافکتیو در پرسشنامه خود ارزیابی بیماری (SAIQ) نزدیک به هم است؛ اما تفاوت نمره های این دو گروه با بیماران دارای تشخیص افسردگی اساسی بدون علائم روان پریشی بیشتر است. نمره های بالا در پرسشنامه خود ارزیابی

بیماری نشانگر انکار زیاد بیماری و نشانه های آن، یک باور رو به گسترش مبنی بر این که بیماری خود به خود فروکش خواهد کرد، انکار زیاد نیاز به درمان و سرانجام نگرانی کمتر است. و بالعکس آزمودنی هایی که در مقیاس فوق نمره های پائین کسب می کنند، میزان انکار بیماری و نشانه های آن و انکار نیاز به درمان کمتر و میزان واقع بینی و نگرانی درباره وضعیت خود بیشتر است.

جدول ۳- میانگین و انحراف استاندارد نمره های چهار گروه از بیماران را در مقیاس SAIQ

تشخیص		اسکیزوفرنیا		اسکیزوافکتیو		افسردگی شدید بدون علائم روان-پریشی	
متغیر		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
نیاز به درمان		۱۳/۲۴	۴/۵۴	۱۲/۶۱	۳/۸۴	۹/۰۴	۳/۸۸
وجود و پیامدهای بیماری		۱۰/۲۴	۳/۰۸	۹/۷۹	۳/۷۳	۶/۲۰	۳/۱۲
نگرانی		۱۶/۷۷	۴/۹۲	۱۵/۸۹	۴/۶۱	۱۲/۵۰	۴/۱۰
کل		۳۹/۹۴	۹/۳۳	۳۷/۸۵	۱۰/۰۱	۲۸/۱۱	۸/۵۱

در جدول ۴ نتایج تحلیل واریانس یکراهه بر روی نمره‌های کل بیماران در پرسشنامه خود-ارزیابی بیماری نشان داده شده است. تحلیل واریانس یکراهه انجام گرفته بر روی نمره‌های کل بیماران در پرسشنامه خود-ارزیابی بیماری نشان می‌دهد که بین سه گروه از بیماران روانی دارای تشخیص‌های اسکیزوفرنیا، اسکیزوافکتیو و افسردگی اساسی بدون علائم روان‌پریشی تفاوت وجود دارد و این تفاوت از لحاظ آماری معنادار است ($P < 0.01$; $F = 10.7/252$). به عبارت دیگر بین سه گروه از بیماران فوق از لحاظ نگرش‌ها و ارزیابی‌هایی که درباره بیماری خود دارند تفاوت وجود دارد. به منظور بررسی بیشتر، علاوه بر تحلیلی که بر روی نمره‌های کل بیماران در مقیاس خود-ارزیابی از بیماری انجام گرفته شده است، بر روی نمره‌های بیماران در هر یک از زیرمقیاس‌ها (نیاز به درمان، وجود و پیامدهای بیماری و نگرانی) نیز به صورت جداگانه تحلیل واریانس یکراهه انجام گرفت. نتایج این تحلیل که در جدول ۵ ارائه شده است، نشان می‌دهد که تفاوت بین سه گروه از بیماران برای هر یک از زیرمقیاس‌ها نیز معنادار است. (نیاز به درمان $F = 38/79$ ؛ وجود و پیامدهای بیماری $F = 42/29$ و نگرانی $F = 39/28$; $P < 0.01$). همچنین آن‌گونه که در جداول ۵ ارائه شده است به

منظور مقایسه زوجی گروه بیماران از آزمون تعقیبی^{۱۹} برای یافتن تفاوت‌های موجود بین بیماران از لحاظ احساس نیاز به درمان، تصدیق وجود بیماری و پیامدهای آن و همچنین میزان نگرانی استفاده شده است. در این مرحله از تحلیل آزمون شفه^{۲۰} نشان داد که تفاوت بین بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا و اسکیزوافکتیو با گروه بیماران دارای تشخیص افسردگی اساسی بدون علائم روان‌پریشی در سه زیرمقیاس فوق معنادار است. به عبارت دیگر بیماران اسکیزوفرن و اسکیزوافکتیو در مقایسه با جمعیت افسرده بیماری و نشانه‌های آن همچنین نیاز به درمان را بیشتر انکار می‌کردند، تمایل کمی به دریافت کمک‌های درمانی داشتند و میزان نگرانی در آنها درباره وضعیت خودشان پائین بود. اگر چه بیماران دارای تشخیص اسکیزوفرنیا در مقایسه با بیماران مبتلا به اسکیزوافکتیو نمره‌های با میانگین بالاتری هم در کل مقیاس و هم در زیرمقیاس‌ها کسب کرده بودند، اما تفاوت بین آنها از لحاظ آماری معنادار نبود.

19- Post hoc

20- Scheffe

جدول ۴- نتایج تحلیل واریانس یکراهه بر روی نمره‌های کل بیماران روانی در پرسشنامه SAIQ

منبع تغییر	شاخص	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معناداری (P)
بین گروه‌ها		۲۳۳۳/۸۲۴	۲	۱۱۶۶/۹۱۵	۱۰۷/۲۵۲	$P < .01$
درون گروه‌ها		۹۴۵/۵۶۰	۸۷	۱۰/۸۸۳		
کل		۳۲۸۹/۳۸۹	۸۹	۱۱۷۷/۷۹۸		

جدول ۵- نتایج تحلیل واریانس بر روی نمره‌های بیماران در زیرمقیاس‌های SAIQ

منبع تغییر	شاخص	درجات آزادی			F	معناداری (P)	آزمون شفه - تفاوت میانگین		
		بین گروهی	درون گروهی	کل			اسکیزوفرنیا-اسکیزوافکتیو	اسکیزوفرنیا افسردگی	اسکیزوافکتیو افسردگی
نیاز به درمان		۲	۸۷	۸۹	۳۸/۷۹	$p < .01$	۰/۶۱	۴/۲*	۳/۷۵*
وجود و پیامدهای بیماری		۲	۸۷	۸۹	۴۲/۲۹	$p < .01$	۰/۴۵	۴/۰۴*	۳/۵۹*
نگرانی		۲	۸۷	۸۹	۳۹/۲۸	$p < .01$	۰/۸۸	۴/۲۷*	۳/۳۹*

* $P \leq .01$

بحث

نتایج نشان داد که بین سه گروه از بیماران مورد بررسی در پژوهش حاضر، یعنی اسکیزوفرنیا و اسکیزوافکتیو و افسردگی اساسی بدون علائم روان پریشی از لحاظ ارزیابی‌هایی که درباره بیماریشان می‌کنند، تفاوت وجود دارد و این تفاوت در سایه تحلیل آماری معنادار است. ارزیابی‌های بیماران درباره بیماریشان شامل سه مقوله عمده احساس نیاز به کمک‌های درمانی، تصدیق وجود بیماری و پیامدهای آن و میزان نگرانی درباره وضعیت‌شان بود. تحلیل‌ها

نشان داد که بیماران دارای تشخیص اسکیزوفرنیا در مقایسه با سایر گروه‌های تشخیصی نمره‌های بالاتری را در مقیاس خود-ارزیابی بیماری کسب کردند، که نشانگر درجات بالای انکار بیماری و پیامدهای آن، احساس بی‌نیازی به درمان و نگرانی کمتر درباره وضعیت‌شان است. این یافته به گونه‌ای گویای این مطلب است که هماهنگ با یافته‌های پژوهشی [۱۹، ۱۸، ۱۳، ۱۲، ۱۵، ۱۴] بیماران اسکیزوفرن در مقایسه با سایر مبتلایان به اختلال‌های روانی از بیش‌پائین

تری برخوردارند و درجات بالاتری از انکار بیماری و پیامدهای آن، احساس عدم نیاز به کمک‌های درمانی را نشان می‌دهند. در پژوهشی که به بررسی ۱۲۹ بیمار مبتلا به اسکیزوفرنیا پرداخته شده بود، نتایج نشان داد که بینش مختل و ناآگاهی از بیماری و پیامدهای آن و احساس عدم نیاز به مداخلات درمانی از ویژگی‌های این بیماران است [۱۸]. در پژوهش حاضر نیز میزان بالای انکار بیماران درباره بیماری و پیامدهای آن و همچنین احساس بی‌نیازی به درمان هماهنگ با یافته‌های پژوهشی فوق می‌باشد. بیماران اسکیزوفرن موازی با افزایش بینش و آگاهی یافتن بر بیماری خویش، درجاتی از نگرانی و اضطراب و در نهایت افسردگی را تجربه می‌کنند [۱۹]. در پژوهش حاضر نیز پائین بودن میزان نگرانی تجربه شده درباره وضعیت خود در بیماران اسکیزوفرن، مطابق با یافته‌های دیگر [۱۹] است. به عبارت دیگر بیماران اسکیزوفرن در مقایسه با بیمارانی که علائم روان پریشی نداشتند (افسرده‌ها) اضطراب و نگرانی اندکی را گزارش کردند؛ در حالی که در بیماران مبتلا به افسردگی اساسی از آن‌جا که میزان بینش و آگاهی از بیماری و پیامدهای آن بالا بود، میزان نگرانی تجربه شده درباره وضعیت خودشان بالا بود. هماهنگ با یافته‌های دیگر [۱۶، ۱۷] در این پژوهش نیز نشان داده شد که نقایص خودآگاهی و انکار بیماری و طرد درمان هنگامی که بیمار علائم روان‌پریشی را تجربه می‌کند، بیشتر است؛ اما جمعیت افسرده‌ای که علائم روان پریشی نداشتند، در مقایسه با بیماران اسکیزوفرن و اسکیزوافکتیو بینش بالاتری نشان دادند. این یافته نشان دهنده این نکته مهم است که به نظر می‌رسد

بین علائم روان‌پریشی و آگاهی از بیماری رابطه‌ای معکوس وجود دارد [۱]. یافته‌های پژوهش حاضر و پژوهش‌های مشابه تلویحات مهمی را برای روانشناسی شناختی در بر دارد. به دست آوردن اطلاعات درباره فرآیندهای ارزیابی بیماران درباره وضعیت خودشان به ویژه بیماران طیف روان‌پریشی می‌تواند در زمینه فهم و شناخت فرآیندهای ذهنی این بیماران و ملاحظات درمانی مهم و تأثیرگذار باشد؛ چرا که قضاوت‌ها و نگرش‌های حاکم بر بیمار علاوه بر این که نقش اساسی در تداوم حالت‌های مرضی دارد، می‌تواند در زمینه سیر بیماری، پیش‌آگهی و در کارآمدی درمان اثرگذار باشد. در پژوهش‌های متعددی [۸، ۷] نشان داده شده است که فقدان بینش و ناآگاهی از بیماری و انکار آن با پذیرش درمان‌های دارویی و روانی-اجتماعی ضعیف مرتبط است. هنگامی که بیمار، اختلال خود را انکار می‌کند و حاضر به پذیرش بیماری و پیامدهای حاصل از آن نیست، قطعاً به دریافت دارو و کمک‌های درمانی نیز احساس نیاز نکرده و رغبتی نشان نمی‌دهد و آن را طرد خواهد کرد. در تبیین این وضعیت باید مطرح کرد که انکار ممکن است به وسیله تمایل به اجتناب از آشفتگی هیجانی در زندگی شخصی برانگیخته شود. در دیگر بیماری‌های پزشکی نیز پدیده انکار همراه با یک سبک مقابله‌ای تهاجمی، پاسخ طبیعی است که می‌تواند هم در کوتاه‌مدت و هم بلندمدت سازگارانه باشد [۲۰]. بیمارانی که در مرحله اول روان‌پریشی هستند، اغلب دارای کلیشه‌های منفی درباره روان‌پریشی و بیماری روانی هستند و هنگامی که متوجه می‌شوند، که این عناوین در مورد آنها به کار می‌رود، اغلب در حد بالایی احساس تهدید و آشفتگی می‌کنند و اغلب به

زیستی وی می‌باشد. همچنین این یافته‌ها در بر گیرنده ملاحظات مهمی برای حوزه درمان شناختی در اسکیزوفرنیا و اختلال‌های طیف روان‌پریشی است، نگرش‌ها و ارزیابی‌های بیماران می‌تواند جزء اهداف درمانی اصلی و مهم در شناخت درمانی قرار گیرد.

منابع

- 1- Amador XF, David AS. Insight and Psychosis. 2th ed. New York: Oxford University Press; 2004. p. 17.
- 2- David AS. Insight and psychosis. British J of psychiatry. 1990; 156: 798- 808.
- 3- Sadock BJ, Sadock VA. Synopsis of psychiatry: behavioral sciences/clinical psychiatry. 9th ed. Baltimore: Williams & Williams; 2003. p. 347.
- 4- Lysaker PH, Bryson GJ, Lancaster RS. Insight in schizophrenia: associations with executive function and coping style. schizop Res. 2001; 44: 132- 140.
- 5- Marks KA, Fastenau PS, Lysaker PH, Bond GR. Self-Appraisal of Illness Questionnaire (SAIQ) relationship to researcher-rated insight and neuropsychological function in schizophrenia. Schizop Res. 2000; 45: 203- 211.
- 6- McGorry PD, McConville SB. Comprehensive psychiatry. 4th ed. London: Chapman and Hall Ltd; 1999. p. 131.
- 7- Lysaker P, Bell M, Milstein R, Bryson G, Beam-Goulet J. Insight and psychosocial treatment compliance in schizophrenia. Psychia. 1994; 57: 307- 315.
- 8- Smith TE, Hull JW, Goodman M, Hedayat-Harris A, Wilson DF, Israel LM, Munich RL. The relative influences of symptoms, insight, and neurocognition on social adjustment in schizophrenia and schizoaffective disorder. J. Nerv Ment Dis. 1999; 187 (2): 102- 108.
- 9- Lysaker PH, Bell MD, Bryson GJ, Kaplan E. Insight and interpersonal function in schizophrenia. J Nerv Ment Dis. 1998; 186: 432- 436.
- 10- Young DA, Davila R, Scher H. Unawareness of illness and neuropsychological performance in chronic schizophrenia. schizop Res. 1993; 10: 117- 124.

وسیله طرد کردن برچسب‌ها و انگ‌ها و انکار بیماری واکنش نشان می‌دهند. این انکار در مقابل تهدید روان شناختی ناشی از انگ خوردن حمایت‌کننده و سازگارانه است [۲۱]. در الگوی دفاع روان‌شناختی استدلال شده است، کسانی که از انکار به عنوان یک دفاع روان شناختی استفاده نمی‌کنند، بیشتر در معرض افسردگی هستند. محققان دیگری [۲۲] مطرح می‌کنند که دفاع روان‌شناختی احتمالاً تنها بخش کوچکی از بینش مختل می‌باشد، بنابراین مهم است که متخصصان و درمانگران از خطر افزایش افسردگی هنگامی که بهبودی در بینش مشاهده می‌شود، آگاه باشند و در برنامه‌های درمانی به نشانه‌های افسردگی نیز توجه کنند.

باید مطرح کرد که اگر چه نتایج این پژوهش و یافته های پژوهشی دیگر [۱۴، ۱۵، ۱۶، ۱۷] از فراگیر شدن نقایص بینش و ناآگاهی از بیماری به موازات ظهور و حضور علایم روان‌پریشی حمایت می‌کند، اما باید در این زمینه محتاط‌تر نگریست؛ چرا که پیچیدگی و ابهامات موجود بر سر رابطه بینش و روان‌پریشی این احتیاط را اجتناب‌ناپذیر و ضروری می‌سازد. این یافته‌ها همواره به متخصصان بالینی و درمان‌گرانی که با بیماران طیف روان‌پریشی به‌ویژه بیماران دارای تشخیص اسکیزوفرنیا و طیف روان‌پریشی سرو کار دارند پیشنهاد می‌کند، که به قضاوت‌ها و نگرش‌های بیماران هم در طول مراحل ابتدائی بیماری و هم در مسیر پیشرفت درمان توجه کنند، چرا که یک درمان اثربخش نیازمند همه‌جانبه‌نگری و توجه به فرآیندهای شناختی و ذهنی بیمار در کنار فرآیندهای

- 22- Rickelman BL. Anosognosia in individuals with schizophrenia: toward recovery of insight. *Issue in Ment Healt Nursing*. 2004; 25(3): 227- 242.
- 11- Karatzias T, Gumley A, Power K, Grady M. Illness appraisals and self-esteem as correlates of anxiety and affective comorbid disorders in schizophrenia. *Compreh Psychiatry*. 2007; 48: 371- 375.
- 12- Beck AT, BaruchE, Balter JM, Steer RA, Warman DM. A new instrument for measuring insight: the beck cognitive insight scale. *Schizoph Res*. 2004; 68: 319- 329.
- 13- AmadorXF, Flaum M, Andreasen NC, Strauss DH, Yale SA, Clak SC, Gorman JM. Awareness of illness in schizophrenia and schizoaffective and mood disorder. *Arch of Gen Psychi*. 1994; 51: 826- 837.
- 14- Warman DM, Lysaker PH, Martin JM. Cognitive insight and psychotic disorder: The impact of active delusions. *Schizoph Res*. 2007; 90: 325- 333.
- 15- Warman DM, Martin JM. Cognitive insight and delusion proneness: an investigation using the Beck Cognitive Insight Scale. *Schizoph Res*. 2006; 84: 297- 304.
- ۱۶- یوسفی رحیم، عریضی حمید رضا، کلانتری مهرداد، صادقی سیروس. مقایسه بینش شناختی در بیماران دچار اسکیزوفرنی، اسکیزوافکتیو و اختلالات خلقی. فصلنامه تازه های علوم شناختی. ۱۳۸۲؛ ۵(۲).
- ۱۷- یوسفی رحیم، عریضی حمید رضا، صادقی سیروس. سنجش میزان بینش شناختی در بیماران روانی. مجله روانشناسی. ۱۳۸۲؛ ۱۱(۴).
- 18- Kemp RA, Lambert TJ. Insight in schizophrenia and its relationship to psychopathology. *schizoph Res*. 1995; 8: 21- 28.
- ۱۹- یوسفی رحیم. مقایسه میزان بینش در بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا، اسکیزوافکتیو، افسردگی عمده با نشانه های روان پریشی و بدون نشانه های روان پریشی و گروه بهنجار [پایان نامه کارشناسی ارشد]. اصفهان: دانشگاه اصفهان؛ ۱۳۸۴.
- 20- Smith TE, Hull JW, Huppert JD, Silverstein SM, Anthony DT, McClough JF. Insight and chronic schizophrenia and recovery. *J of Psychia Res*. 2004; 38: 169- 176.
- 21- Weiler MA, Fleisher MH, Campbell DM. Insight and symptom change in schizophrenia and other disorder. *Schizoph Res*. 2000; 45: 29- 36.