

فصلنامه علمی - پژوهشی روانشناسی دانشگاه تبریز

سال پنجم شماره ۱۹ پاییز ۱۳۸۹

مقایسه‌ی میزان بینش در بیماران مبتلا به اختلال خلقی در هنگام پذیرش و ترخیص از مرکز روانپزشکی

رحیم یوسفی - دانشجوی دکترای روانشناسی دانشگاه شهیدبهشتی تهران و عضو گروه روانشناسی دانشگاه تربیت معلم آذربایجان

دکتر سیروس صادقی - روانپزشک

دکتر حمید جنگی اقدم - متخصص و جراح مغز و اعصاب، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه

مجید سیوانی‌زاده - کارشناس ارشد روانشناسی و مدرس دانشگاه، خوی، دانشگاه پیام نور خوی

چکیده

هدف مطالعه‌ی حاضر که یک بررسی بالینی و متمرکز بر مسائل شناختی در بیماران روانی است، مقایسه‌ی بینش در اختلالات خلقی در ارتباط با نوع خلق (افسرده-انیک)، حالت روانپریشی (بدون نشانه‌های روانپریشی، با نشانه‌های روانپریشی همگرا با خلق؛ و با نشانه‌های روانپریشی ناهمگرا با خلق)؛ و تغییر بینش در طول دوره‌ی بیماری بوده است. هشتاد و شش بیمار دارای تشخیص روانپزشکی بستری شده در مرکز روانپزشکی مدرس شهر اصفهان که دارای دوره‌های مانیا و افسردگی عمده بودند در هنگام پذیرش و همچنین ترخیص از بیمارستان تحت مصاحبه قرار گرفته و از لحاظ سطح بینش به وسیله‌ی مقیاس سنجش ناآگاهی از اختلال روانی توسط روانشناسان بالینی و روانپزشکان مرکز مورد سنجش قرار گرفتند. یافته‌های پژوهش نشان داد که در هنگام پذیرش بیماران مانیک نسبت به بیماران

افسرده دارای اختلال بینش شدیدتری بودند. بیماران افسرده دارای نشانه‌های روانپریشی در مقایسه با افسرده‌های بدون نشانه‌های روانپریشی بینش ضعیف‌تری را داشتند. همچنین بیماران مانیک بدون توجه به حضور نشانه‌های روانپریشی کلاً بینش ضعیف و پائینی را نشان دادند. در هنگام ترخیص از بیمارستان بعضی از نقایص بینش در بیماران دارای تشخیص مانیا مشاهده شد. می‌توان با تکیه بر یافته‌های این پژوهش نتیجه‌گیری کرد که فقدان بینش و نقایص خودآگاهی یک عارضه‌ی رایج در بیماران دارای تشخیص افسردگی با علایم روانپریشی و مانیا است.

واژگان کلیدی: بینش، افسردگی، مانیا، اختلال خلقی، روانپزشکی، مقیاس.

بینش^۱ مفهومی چالش‌برانگیز است و ارائه‌ی تعریفی از آن که مورد توافق همه‌ی متخصصان و صاحب‌نظران قرار گیرد، مشکل است. این مفهوم به طور گسترده به وسیله‌ی متخصصان بالینی در زمینه‌ی بیماری‌های روانی به ویژه مبحث روانپریشی‌ها مورد توجه قرار گرفته است و این توجه ناشی از ارتباط نیرومندی است که بین بینش و کیفیت زندگی وجود دارد (آمادور و دیوید، ۲۰۰۴). بررسی‌های مرتبط با کیفیت زندگی در فرایند بیماری نشان می‌دهند که بین بینش بالا و پیش‌آگهی خوب، پذیرش دارو و کمک‌های درمانی دیگر، دوره‌ی بستری شدن کوتاه و تعداد بستری شدن‌های کم همبستگی و رابطه‌ی مستقیم وجود دارد؛ همچنین بین بینش و توانایی اجتماعی و شادکامی رابطه‌ی مثبتی وجود دارد (اهایون و همکاران، ۲۰۰۶). متخصصانی که به خود آگاهی بیمار توجه دارند، بینش را این گونه تعریف می‌کنند: بینش عبارت است از خود آگاهی بیمار از مسائل و مشکلات و بیماریش و همچنین درک و فهم غیرهدیانی از علت و معنی بیماریش (کاپلان و سادوک، ۲۰۰۳). آمادور و دیوید^۲ (۲۰۰۴) در یک بازنگری جامع از مفهوم بینش سه مؤلفه را برای آن در نظر می‌گیرند: (۱) تشخیص

1- Insight

2- Amador & David

اینکه شخص دارای بیماری روانی است؛ ۲) توانایی شخص برای اینکه علائم و نشانه‌ها را به عنوان پیامدهای بیماری در نظر بگیرد؛ ۳) درک ضرورت نیاز به درمان و پذیرش کمک‌های درمانی. مطالعات و بررسی‌های اولیه درباره‌ی بینش عمدتاً بر اسکیزوفرنیا متمرکز شده بود و تنها در دهه‌های اخیر است که بینش و نقایص آن یکی از علاقه‌ها و تمرکزهای پژوهشی در سایر اختلال‌های روانی شده است. به نظر می‌رسد که مطالعات و بررسی‌های معدودی وجود دارد که به طور خاص بینش را در اختلال‌های خلقی در ارتباط با نوع دوره‌ی خلق، نشانه‌های روانپریشی و یا تغییرات بینش در طول دوره‌ی بستری شدن مورد بررسی قرار داده باشد (اسمیت و همکاران ۲۰۰۴؛ قائمی و همکاران، ۱۹۹۵). در مطالعه‌ی وارگا^۱ و همکاران (۲۰۰۶) به بررسی نقایص بینش در بیماران دارای تشخیص اختلال دوقطبی نوع یک پرداختند؛ نتایج آنها نشان داد که هفتاد درصد گروه نمونه مورد بررسی آنها دارای اختلال در بینش هستند. یان^۲ و همکاران (۲۰۰۵) در بررسی که درباره‌ی بینش و عوامل همبسته با آن در بین بیماران مبتلا به اختلال افسردگی انجام دادند، نشان داده شد هنگامی که علایم افسردگی بسیار شدید می‌شود و به سوی علایم روانپریشی حرکت می‌کند اختلال در بینش پدیدار می‌شود. در پژوهشی پینی^۳ و همکاران (۲۰۰۴) که به مقایسه‌ی متغیرهای بالینی مرتبط با خلق و شناخت در بیماران دارای تشخیص اسکیزوفرنیا، اسکیزوافکتیو، مانیا با علایم روانپریشی ناهمگرا با خلق و مانیا آمیخته با علایم روانپریشی ناهمگرا با خلق انجام دادند، دریافتند که از لحاظ بینش تمامی بیماران فوق به درجاتی دچار اختلال در بینش هستند و در میان آنها بیماران اسکیزوفرن بالاترین نمره را در اختلال بینش کسب کردند. در بررسی دیگر کاتر^۴ و همکاران (۲۰۰۴) به بررسی ارتباط ابعادی اختلال اسکیزوفرنیا، اختلال دوقطبی با علایم روانپریشی و اختلال دوقطبی بدون روانپریشی پرداختند و بحث می‌کنند که در مواردی با اتخاذ یک رویکرد بعدنگر می‌توان

1- Varga
3- Pini

2- Yen
4- Ketter

اختلال دوقطبی با علایم روانپریشی را به عنوان اختلالی در حد واسط اسکیزوفرنیا و اختلال دوقطبی بدون روانپریشی فرض کرد. بینش و سایر شاخص‌های مورد توجه در ارزیابی بالینی هم در اسکیزوفرنیا و هم در اختلال دوقطبی با علایم روانپریشی و همچنین به درجاتی در اختلال دوقطبی بدون روانپریشی دارای اختلال است. در مطالعه‌ای که مک وی^۱ و همکاران (۱۹۸۹)، بر روی سه گروه از بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا، اسکیزوافکتیو و اختلالات خلقی انجام دادند، به این نتیجه دست یافتند که اگر چه نقایص بینش در بیماران دارای تشخیص اسکیزوفرنیا رایج‌تر و فراوان‌تر از دو گروه دیگر است، اما هنگامی که بیماران مبتلا به اختلالات خلقی علایم و نشانه‌های روانپریشی را نشان می‌دادند، بینش آنها نیز در حد پایینی بود. فنیگ^۲ و همکاران (۱۹۹۶) در پژوهشی به بررسی شیوع نقایص بینش در گروهی از بیماران روانپریش از جمله اسکیزوفرنیا، اختلال دو قطبی و افسردگی عمده هم در زمان ترخیص از بیمارستان و هم در یک دوره پیگیری پرداختند. نتایج بررسی‌های آنها نشان داد که هنگام ترخیص از بیمارستان ۸۰ درصد از بیماران مبتلا به افسردگی و تقریباً ۵۰ درصد از بیماران دارای تشخیص‌های دیگر دارای بینش بهبود یافته بودند. در دوره بعد از درمان و پیگیری بسیاری از بیماران به غیر از بیماران دارای تشخیص اسکیزوفرنیا بهبود و ارتقای بینش را نشان دادند. در دو مطالعه بک^۳ و همکاران (۲۰۰۴) و یوسفی و همکاران (۱۳۸۶) به مقایسه و سنجش بینش در گروهی از بیماران روانی دارای تشخیص‌های اسکیزوفرنیا و اسکیزوافکتیو و اختلال خلقی پرداختند. نتایج نشان داد که بیماران روانپریش (اسکیزوفرنیا و اسکیزوافکتیو، افسردگی عمده با سیمایه روانپریشی) در مقایسه با مبتلایان به افسردگی عمده بدون علایم روانپریشی دارای نقایص بینش بیشتری بودند؛ بیماران اخیر نسبت به سه گروه فوق دارای بینش بهتری بودند. همچنین در مطالعه‌ی دیگر آمادور و همکاران (۱۹۹۴) و یوسفی و همکاران (۱۳۸۲) هماهنگ با

1- Mc Evoy
3- Beck

2- Fennig

سایر یافته‌ها نشان دادند که گروه بیماران دارای تشخیص اختلال دوقطبی در مقایسه با سایر گروه‌های تشخیصی (اسکیزوافکتیو، افسردگی عمده با علائم روانپریش و...) بیش پایین‌تری را نشان دادند. ضرورت و اهمیت انجام پژوهش حاضر از آن لحاظ مهم می‌باشد که بینش جایگاه مهمی در زمینه‌ی پدیدآیی، تشخیص و پیش‌آگهی بیماری‌های روانی به ویژه روانپریشی‌ها دارد، علاوه بر این در اغلب بررسی‌ها به مسأله بینش در اختلالات روانپریشی مخصوصاً اسکیزوفرنیا پرداخته شده و در سایر زمینه‌ها از جمله اختلالات خلقی کمتر مورد بررسی قرار گرفته است. همچنین بینش با متغیرهای مختلفی به ویژه پذیرش درمان و داروها، اثربخشی مداخلات روانشناختی و پیش‌آگهی و مسأله عود مرتبط می‌باشد. هدف پژوهش حاضر سنجش و مقایسه میزان بینش بیماران مبتلا به اختلال خلقی (افسردگی عمده تک‌رویدادی، افسردگی عمده را جعه، اختلال دو قطبی با گستره مانیا و اختلال دوقطبی با گستره‌ی افسردگی) در زمان پذیرش و هم‌هنگام ترخیص از مرکز روانپزشکی با توجه به نوع دوره‌ی خلق، نشانه‌های روانپریشی همچنین تغییرپذیری آن در طول بستری شدن و درمان می‌باشد.

روش

نمونه پژوهش حاضر تعداد ۸۶ نفر از بیماران بستری در مرکز روانپزشکی مدرس اصفهان بودند که براساس ملاک‌های DSM_IV تشخیص‌های افسردگی عمده تک‌رویدادی، افسردگی عمده را جعه، اختلال دو قطبی با گستره مانیا و اختلال دوقطبی با گستره افسردگی را توسط روانپزشکان و روانشناسان بالینی مرکز دریافت کرده و تحت نظر آنها بستری بودند و به شیوه‌ی نمونه‌گیری در دسترس وارد پژوهش شدند. تمامی بیماران و به ویژه بیماران با علائم روانپریشی توسط روانپزشکان مرکز ابتدا از لحاظ همگرایی و تطابق نشانه‌های روانپریشی با حالت خلقی غالب تحت مصاحبه تشخیصی به وسیله‌ی SCID^۱ قرار گرفته و براساس موارد موجود به گروه‌های تشخیصی مورد

1- Structured Clinical Interview for Diagnosis

نظر تقسیم شده‌اند. پژوهش حاضر یک بررسی تحلیلی - مقایسه‌ای بوده و به صورت مقطعی انجام گرفته است. تمامی بیماران گروه نمونه پس از دریافت تشخیص‌ها توسط متخصصان مرکز و بستری شدن در بخش‌های مربوطه در پنج روز اول پذیرش که اقدامات درمانی در مرحله‌ی آغازین می‌باشد از لحاظ میزان بینش مورد ارزیابی قرار گرفتند؛ بدین ترتیب که روانپزشکان و رزیدنت‌های روانپزشکی مرکز بیماران را از لحاظ سطح بینش پایه به وسیله‌ی مقیاس سنجش ناآگاهی از اختلال روانی درجه‌بندی کردند، و نتایج آن ثبت شد. به منظور رعایت ملاحظات اخلاقی از مقیاس درجه‌بندی بینش بدون نام و با استفاده از کد استفاده شد، همچنین بیمارانی که مایل به مصاحبه و همکاری نبودند از گروه نمونه حذف شدند. سنجش و ارزیابی مجدد سطح بینش بیماران هنگامی صورت گرفت که طبق نظر روانپزشکان مرکز بیماران اجازه ترخیص را دریافت می‌کردند و مجدداً سطح بینش آنها به وسیله‌ی همان مقیاس درجه‌بندی شد. بیماران مورد بررسی گروه سنی بزرگسالان را دربرمی‌گرفت. اطلاعات و داده‌های جمعیت‌شناختی و تشخیصی گروه نمونه در جدول شماره یک نشان داده شده است.

جدول (۱) اطلاعات و داده‌های جمعیت‌شناختی و تشخیصی گروه نمونه

شاخص جمعیت‌شناختی و تشخیصی	میانگین	انحراف استاندارد
سن	۴۵	۱۳/۷
سن در شروع بیماری	۳۰/۴	۱۲/۳
تعداد بستری شدن	۳/۱	۳/۸
سطح تحصیلات (سال)	۹/۴	۳/۱
طول بیماری	۱۰/۵	۲/۶
	N	%
جنسیت	۵۰	۵۸/۲
مرد		
زن	۳۶	۴۲/۸
افسردگی عمده تک رویدادی	۱۹	۲۲/۱
افسردگی عمده راجعه	۲۰	۲۳/۲

- فصلنامه علمی - پژوهشی روانشناسی دانشگاه تبریز
 سال پنجم شماره ۱۹، پاییز ۱۳۸۹

ادامه‌ی جدول (۱)

انحراف استاندارد	میانگین	شاخص جمعیت‌شناختی و تشخیصی
۳۸/۳	۳۳	تشخیص اختلال دو قطبی با گستره مانیا
۱۶/۲	۱۴	بر اساس اختلال دو قطبی با گستره افسردگی
		DSM-IV
۶۱/۶	۵۳	افسردگی
۲۶/۷۴	۲۳	بدون نشانه های روانپریشی
۱۷/۴۴	۱۵	با نشانه های روانپریشی همگرا با خلق
۱۷/۴۴	۱۵	با نشانه های روانپریشی ناهمگرا با خلق
۳۸/۴	۳۳	مانیا
۱۲/۸۰	۱۱	بدون نشانه های روانپریشی
۱۱/۶۳	۱۰	با نشانه های روانپریشی همگرا با خلق
۱۳/۹۵	۱۲	با نشانه های روانپریشی ناهمگرا با خلق

بینش بیماران به وسیله‌ی مقیاس سنجش نا آگاهی از اختلال روانی^۱ مورد ارزیابی قرار گرفته است که توسط آمادور و همکاران (۱۹۹۴) ساخته شده و توسط یوسفی و همکاران (۱۳۸۲) ترجمه و در جریان پژوهشی جداگانه از لحاظ شاخص‌های روانسنجی مورد بررسی قرار گرفته است. ابزار فوق یک مقیاس چهار درجه‌ای براساس مقیاس لیکرت است که در آن آگاهی بیمار بر اساس چهار درجه از ۰ (نامربوط)، ۱ (آگاه)، ۲ (تأخیر آگاه/ ناآگاه) و ۳ (ناآگاه مطلق) در جنبه‌های گوناگون از جمله آگاهی از اختلال روانی، آگاهی از پیامدهای اختلال روانی، آگاهی از تأثیر داروها و... درجه‌بندی می‌شوند. این مقیاس توسط روانپزشک و روانشناس بالینی که بیمار تحت نظر وی بستری است، تکمیل می‌شود و در پژوهش حاضر برای سنجش بینش بیماران از سه آتم اول آن استفاده شده است. مقیاس سنجش ناآگاهی از اختلال روانی توسط مؤل دوم و همچنین سه روانپزشک و روانشناس دیگر از لحاظ روایی صوری و محتوایی مورد بررسی قرار

1- Scale to Assess Unawareness of Mental Disorder

گرفت و روایی آن تأیید شد. همچنین به منظور بررسی روایی ملاکی از مقیاس بینش شناختی بک^۱ (۲۰۰۴) استفاده شد و ضریب همبستگی $r=0/71$ به دست آمد. ضرایب پایایی بین ارزیاب‌ها^۲ برای سه مولفه درجه‌بندی بینش یعنی ناآگاهی از اختلال روانی، ناآگاهی از پیامدهای اختلال روانی و ناآگاهی از تأثیر داروها به ترتیب $0/72$ و $0/73$ بود. درجه‌بندی‌های بینش از لحاظ هماهنگی درونی با استفاده از آلفای کرونباخ (α) مورد آزمایش قرار گرفت که در هنگام شروع سنجش $\alpha=0/88$ و در زمان آخرین سنجش $\alpha=0/86$ بود. این وضعیت اجازه داد تا از یک نمره مرکب بینش که از جمع زدن سه نمره درجه‌بندی مجزا (ناآگاهی از اختلال روانی، ناآگاهی از پیامدهای اختلال روانی و ناآگاهی از تأثیر داروها) به دست می‌آید، برای تحلیل آماری استفاده کنیم.

نتایج

نمره‌ی مرکب فقدان بینش بین ۳ (دارای بینش) و ۹ (فاقد بینش) رده‌بندی شد. برای کل نمونه میانگین و انحراف استاندارد فقدان بینش در هنگام پذیرش $M=4/6$ $SD=2/9$ در هنگام ترخیص از بیمارستان ($M=1/6$ $SD=1/2$) بود. شدت فقدان در بین بین نوع دوره شاخص^۳ و نوع حالات روانپریشی^۴ مورد مقایسه قرار گرفت، و تحلیل واریانس اندازه‌های تکراری بر روی داده‌ها انجام گرفت که در آن نوع دوره‌ی شاخص (مانیا در مقابل افسردگی) و نوع نشانه‌های روانپریشی (بدون نشانه‌های روانپریشی، همراه با نشانه‌های روانپریشی همگرا با خلق و همراه با نشانه‌های روانپریشی نا همگرا با خلق) عامل‌های بین آزمودنی و تغییر در بینش عامل درون آزمودنی بود. میانگین و انحراف استاندارد نمرات کلی فقدان بینش در هنگام پذیرش و ترخیص از بیمارستان در جدول شماره دو نمایش داده شده است.

1- Beck Cognitive Insight Scale
3- Type of index episode

2- Interrator reliability
4- Type of psychotic state

- فصلنامه علمی - پژوهشی روانشناسی دانشگاه تبریز
 سال پنجم شماره ۱۹، پاییز ۱۳۸۹

جدول (۲) میانگین و انحراف استاندارد نمرات فقدان بینش در بیماران مبتلا به افسردگی و مانیا با توجه به نوع ویژگی‌های روانپزشکی

بیماری	وضعیت	بدون نشانه‌های روانپزشکی		با نشانه‌های روانپزشکی		با نشانه‌های روانپزشکی نا همگرا با خلق	
		انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین
افسردگی	پذیرش	۱/۵	۲/۳	۴/۳	۲/۶	۳/۹	۲/۴
	ترخیص	۰/۵	۰/۸	۱/۲	۱/۱	۱/۶	۲/۲
مانیا	پذیرش	۶/۴	۳/۳	۷/۴	۲/۱	۶/۹	۲/۳
	ترخیص	۲/۱	۱/۷	۳/۳	۲/۱	۴/۲	۳/۲

داده‌ها هیچ‌گونه همبستگی معناداری در سطح $P < 0/01$ بین متغیرهای جمعیت شناختی و درجه‌بندی بینش در زمان پذیرش، هنگام ترخیص شدن از بیمارستان و تغییر در بینش نشان نداد. ضریب همبستگی پیرسون محاسبه شده بین دو متغیر طول بیماری و میزان بینش در زمان پذیرش $r = -0/07$ ($p = 0/58$) و طول بیماری و میزان بینش هنگام مرخص شدن از بیمارستان $r = 0/02$ ($p = 0/89$) بود.

نتایج تحلیل واریانس اندازه‌های تکراری بر روی نمرات بینش ضعیف آشکار کرد که در هنگام پذیرش اثر اصلی نوع دوره شاخص (مانیا در مقابل افسردگی) ($f = 31/4$ ، $df = 1$) و همچنین نوع حالات روانپزشکی (بدون نشانه‌های روانپزشکی، نشانه‌های روانپزشکی همگرا با خلق و نشانه‌های روانپزشکی ناهمگرا با خلق) ($f = 4/8$ ، $df = 2$) معنادار بود؛ اما تعامل ۲ میان نوع دوره‌ی شاخص و حالت روانپزشکی معنادار نبود ($f = 0/19$ ، $df = 2$ و $p = 0/867$). نتایج در جدول شماره سه نشان داده شده است.

جدول شماره (۳) نتایج تحلیل واریانس اندازه‌های تکراری بر روی نمرات بینش ضعیف

منبع تغییر	درجات آزادی	F	سطح معناداری
نوع دوره شاخص	۱	۳۱/۴	$p = 0/001$
نوع حالات روانپزشکی	۲	۴/۸	$p = 0/032$
نوع دوره شاخص × نوع حالت روانپزشکی	۲	۰/۱۹	$p = 0/867$

همچنین لحاظ کردن تغییر در بینش ضعیف به عنوان عامل درون آزمودنی در پژوهش، نشان داد که اثر اصلی تغییر در بینش ($f=78/2$, $df=1$, $p=0/001$) و تعامل میان تغییر در بینش و نوع دوره شاخص ($f=7/8$, $df=1$, $p=0/010$) معنادار بود. اما هیچ تعاملی میان تغییر در بینش و نوع حالت روانپریشی وجود نداشت و تعامل این دو معنا دار نبود ($f=1/3$, $df=2$, $p=0/308$) همچنین تعامل بین تغییر در بینش، نوع دوره‌ی شاخص و نوع حالت روانپریشی نیز معناداری نشان نداد ($f=1/7$, $df=2$, $p=0/152$). نتایج این تحلیل در جدول شماره چهار نمایش داده شده است.

جدول (۴) نتایج تحلیل واریانس بر روی نمرات تغییر در بینش

منبع تغییر	درجات آزادی	F	سطح معناداری
تغییر در بینش	۱	۷۸/۲	$p=0/001$
تغییر در بینش × نوع دوره شاخص	۱	۷/۸	$p=0/010$
تغییر در بینش × نوع حالت روانپریشی	۲	۱/۳	$p=0/308$
تغییر در بینش × نوع دوره شاخص × نوع حالت روانپریشی	۲	۱/۷	$p=0/152$

از آنجا که اثر اصلی نوع حالت روانپریشی بر روی نمرات بینش در هنگام پذیرش معنادار بود. یک تحلیل پس تجربی^۱ و اکتشافی^۲ برای آزمایش این اثر به طور جداگانه در بیماران دارای تشخیص مانیا و افسردگی انجام گرفت، تحلیل واریانس یک‌راهه بر روی نمرات بیماران افسرده نشان داد که اثر اصلی نوع حالت روانپریشی معنادار است ($f=4/54$, $df=2$, $p=0/009$) به عبارت دیگر بین بیماران افسرده با توجه به نوع حالت روانپریشی از لحاظ میزان بینش در هنگام پذیرش در بیمارستان تفاوت معناداری وجود داشت. آزمون تعقیبی شفه^۳ نشان داد که بیمارانی که افسردگی آنها همراه با نشانه‌های روانپریشی همگرا با خلق و ناهمگرا با خلق بود در مقایسه با افسرده‌هایی که نشانه‌های روانپریشی نداشتند، بینش ضعیف تری نشان دادند. این آزمون بر روی

1- Post hoc

2- Exploratory

3- scheffé follow – up test

- فصلنامه علمی - پژوهشی روانشناسی دانشگاه تبریز
 سال پنجم شماره ۱۹، پاییز ۱۳۸۹

بیماران مبتلا به مانیا هیچ‌گونه تفاوت معناداری بین نوع حالت روانپریشی نشان نداد ($p=0/263, df=2, f=0/15$). نتایج در جدول شماره پنج نشان داده شده است.

جدول (۵) نتایج مقایسه جداگانه بیماران افسرده و مانیک با توجه به نوع حالت روانپریشی

آزمون شفه - تفاوت میانگین‌ها			سطح معناداری	F	درجات آزادی	شاخص
همگرا با خلق-ناهمگرا با خلق	ناهمگرا با خلق-بدون نشانه	همگرا با خلق-بدون نشانه				
۰/۴	۲/۴۰×	۲/۸۰×	۰/۰۰۹ = p	۴/۵۴	۲	افسرده
			= ۰/۲۶۳ p	/۱۵	۲	مانیا

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر به بررسی بینش به طور خاص در اختلالات خلقی در ارتباط با مرحله‌ی بیماری، حضور و نوع نشانه‌های روانپریشی و تغییرات بینش در طی دوره‌ی بیماری پرداخته است. فرضیه‌ای که مطرح می‌کند بینش در اختلال مانیا نسبت به اختلال افسردگی بیشتر مختل است، تأیید می‌شود. همچنین این فرضیه که حضور علائم روانپریشی با فقدان بینش بیشتر همراه است تنها در مورد بیماران افسرده صادق است. همچنین نشان داده شد که بیماران دارای علائم روانپریشی ناهمگرا با خلق در مقایسه با بیماران دارای نشانه‌های همگرا با خلق، اختلال بینش زیادتری دارند، به عنوان تمایز بین دو نوع از نشانه‌های روانپریشی در ارتباط با سطح بینش بی‌ارتباط بود و مورد تأیید قرار نگرفت. اگرچه مقایسه نتایج این پژوهش با نتایج پژوهش‌های دیگری که تفاوت‌هایی در سنجش بینش و ترکیب گروه نمونه را دارا هستند، سخت است؛ علی‌رغم این موضوع شباهت‌های چشمگیری بین یافته‌های مطالعات قبلی و بررسی‌های حاضر وجود دارد. بر اساس بررسی‌های قبلی (وارگا و همکاران (۲۰۰۶)، آمادور و همکاران، ۱۹۹۴؛ فنیگ و همکاران (۱۹۹۶) در پژوهش حاضر نیز اختلال در بینش زیادتری در بیماری مانیا در مقایسه با افسردگی یافته شد؛ همانند (مک وی و همکاران ۱۹۸۹؛ آمادور و همکاران

۱۹۹۴؛ بک و همکاران، ۲۰۰۴؛ یوسفی و همکاران، ۱۳۸۲) نشان داده شد که بیماران افسرده دارای نشانه‌های روانپریشی در مقایسه با افسرده‌های بدون نشانه‌های روانپریشی بینش ضعیف‌تر و پائین‌تری دارند. متغیرهای جمعیت‌شناختی با شدت اختلال و نقایص بینش مرتبط نبود. همچنین یافته‌های پژوهش حاضر با یافته‌های وارگا و همکاران (۲۰۰۶) که مطرح می‌کرد بینش در بیماران مانیک مختل است و بیماران دارای تشخیص اختلال دوقطبی دارای نقایص گسترده در بینش هستند، هماهنگ است. هماهنگ با یافته‌های یان و همکاران (۲۰۰۵) در پژوهش حاضر نیز نشان داده شد که بینش بیماران افسرده در غیاب علایم و نشانه‌های روانپریشی در سطح بالاتری قرار دارد. نتایج این پژوهش همچنین با یافته‌های تحقیقاتی آمادور و همکاران (۱۹۹۴) و یوسفی و همکاران (۱۳۸۲) هماهنگ و همسو است و نتایج یافته‌های آنها را مبنی بر اینکه بیماران دو قطبی با گستره‌ی مانیک از لحاظ سطح بینش در مقایسه با بیماران دارای تشخیص افسردگی عمده در سطح پائین‌تری هستند، مورد تأیید قرار می‌دهد. همچنین اینکه بیماران افسرده دارای علایم روانپریشی نسبت به افسرده‌های غیرروانپریش اختلال در بینش بیشتری دارند، را مورد تأیید قرار می‌دهد (یوسفی و همکاران، ۱۳۸۶). در تبیین این وضعیت که چرا بیماران روانپریش بینش پایین‌تری دارند، باید افزود که یکی از ویژگی‌های بیماران روانپریش اختلال در آزمون واقعیت^۱ است، و اگر بپذیریم که بینش عبارت است از درک و فهم معنای واقعی یک موقعیت یا وضعیت (مانند بیماری) می‌توان نتیجه‌گیری کرد که بیماران روانپریش چون دچار توانایی کاهش یافته برای این درک و فهم هستند، بینش پایین‌تری دارند؛ نکته‌ای که در اغلب پژوهش‌ها نشان داده شده است. همان‌طوری که انتظار می‌رفت بیماران افسرده به ویژه آنهایی که علایم روانپریشی نداشتند و در زمان پذیرش از بینش بهتری نسبت به گروه‌های دیگر برخوردار بودند، در هنگام ترخیص از بیمارستان نیز افزایش بینش

1- Reality Testing

بیشتری نشان دادند. همچنین یافته‌های این پژوهش نشان داد که بیماران مانیک نیز که در زمان پذیرش سطح بینش آنها سنجیده شده بود در طول دوره بستری شدن و هنگام ترخیص بهبودی متوسطی را از لحاظ بینش نشان دادند. با وجود اینکه بیماران مانیک حاضر در گروه نمونه این بررسی بهبودی و افزایش بینش نشان دادند، اما این نکته مهم است، تا ذکر کنیم که بعضی از نقایص بینش باقی مانده در بیماران مانیک در زمان ترخیص از بیمارستان هنوز هم، قابل مشاهده بود. به ویژه آنهایی که دارای نشانه‌های روانپریشی نا همگرا با خلق بودند. به نظر می‌رسد که عدم تفاوت بین بینش بیماران مانیک با علایم روانپریشی و بدون علایم روانپریشی بحث‌انگیزترین یافته‌ای باشد که نیاز به تبیین و توجیه دارد. در تبیین این وضعیت که چرا بیماران مانیک روانپریش و غیرروانپریش از لحاظ میزان بینش تفاوتی نداشتند، باید مطرح کرد که مطالعات مختلفی وجود دارد که بینش را در بیماران مانیک قبل و بعد از بهبودی مقایسه کرده‌اند و اطلاعاتی را درباره‌ی ویژگی وابسته به حالت بودن بینش در اختلان دوقطبی فراهم کرده‌اند. این یافته تا حدودی با مطالعاتی که در زمینه اسکیزوفرنیا شده است، متعارض و ناسازگار است. به نظر می‌رسد که بینش در اسکیزوفرنیا بیشتر وابسته به صفت است و کمتر نسبت به تغییر گرایش دارد. همچنین این مطالعات حاکی از این می‌باشند که بینش در مانیک‌های روانپریش و غیرروانپریش به یک میزان مختل است و پیشنهاد می‌کنند که روانپریشی از فاکتورهای مداخله‌گر در بینش مختل مانیک‌ها نیست (کاتر و همکاران، ۲۰۰۴ و آمادور و دیوید، ۲۰۰۴). اختلال چشمگیر بینش در مانیک‌های غیرروانپریش یک مورد متعارض و ناهمسوی بالینی روشن برای این عقیده که بینش مختل یک بخش و جزء رایج از پدیده‌ی سایکوز است، می‌باشد. متخصصان و درمانگران در نهایت برای تبیین این وضعیت پیشنهاد می‌کنند که باید پذیرفت که بینش مختل مستقل از پدیده روانپریشی (سایکوز) است و رابطه‌ای پیچیده بین این دو وجود دارد، و بینش مختل در مانیک‌های غیرروانپریش اشاره به همین وضعیت دارد، که نیاز به بررسی‌های موشکافانه‌تری دارد و می‌تواند به عنوان مسأله پژوهشی ناگشوده

و ناهمسو در این زمینه مطرح باشد. اما آنچه اکنون با تکیه بر یافته‌های اندک و نابسند در این زمینه وجود دارد، این است که اگرچه بینش مختل و حالت‌های روانپزش عیناً مثل هم نیستند؛ اما پدیده‌ی بینش مختل اغلب و عمدتاً در ادبیات پژوهشی با حالت‌های روانپزشی (به ویژه اسکیزوفرنیا) همراه بوده و مورد مطالعه قرار گرفته است (آمدور و دیوید، ۲۰۰۴). این وضعیت شاید دلالت‌های درمانی مهمی را به صورت ناپیروی از برنامه‌های درمانی به ویژه دارو درمانی که یکی از عوامل مهم سهیم و تأثیرگذار در پاسخدهی درمانی ضعیف و عود اختلال دو قطبی است، داشته باشد؛ چرا که در پژوهش‌های متعددی (کاتر و همکاران، ۲۰۰۴ و آمدور و دیوید، ۲۰۰۴) بین بینش بالا و پذیرش کمک‌های درمانی، مصرف داروها، دوره‌ی بستری شدن کوتاه، تعداد بستری شدن‌های کم و پیش‌آگهی خوب و سازگاری کلی رابطه‌ی مثبت گزارش شده است. بنابراین راهبردهای طراحی شده برای به حداقل رساندن بینش ضعیف و پائین شاید اهمیت بالقوه زیادی را برای به حداکثر رساندن پیروی از برنامه‌های درمانی و جلوگیری از عود بیماری داشته باشد. یافته‌های پژوهش حاضر را می‌توان اینگونه جمع‌بندی کرد که بینش در افسرده‌های روانپزش در مقایسه با افسرده‌های غیرروانپزش بیشتر مختل است، بیماران مانیک بدون توجه به حالت روانپزش کلاً بینش پایین‌تری را در مقایسه با بیماران افسرده داشتند؛ همچنین بهبودی و افزایش بینش در بیماران افسرده پس از درمان بیشتر از بیماران مانیک بود، در نهایت بین میزان بینش بیماران دارای علایم روانپزشی از نظر اینکه این علایم همگرا یا ناهمگرا با خلق باشند، تفاوتی وجود نداشت. پژوهش حاضر با چند محدودیت روبه‌رو بود که می‌تواند در نتایج پژوهش تأثیر گذاشته و احتمالاً باعث مخدوش شدن آنها شود: اول این که نمونه‌ی پژوهش حاضر به لحاظ روش نمونه‌گیری به علت محدود بودن موارد دارای تشخیص به شیوه در دسترس مورد بررسی قرار گرفته است و فقدان سودمندی‌های یک نمونه‌گیری تصادفی می‌تواند باعث تأثیر مخدوش‌کننده در نتایج باشد. دوم عدم کنترل متغیرهای مداخله‌گر نظیر بهره‌ی هوشی، سابقه‌ی بیماری،... که در سنجش بینش باید به آنها

توجه کرد؛ بینش سازه‌ای است که تحت تأثیر عوامل چندی می‌تواند قرار گیرد، گاهی عدم افراز واریانس در بینش به منابع آن می‌تواند نتایج را مخدوش سازد. براساس نتایج پژوهش در سطح پژوهشی و بالینی می‌توان چند نکته را مطرح کرد: در حیطه پژوهشی به مطالعه و بررسی بینش در زیر گروه‌های سایر بیماران روانی، رابطه‌ی متغیرهای جمعیت‌شناختی نظیر جنس، تحصیلات و بهره‌ی هوشی و... با بینش پایین و همچنین راهکارهای ارتقاء آن پرداخته شود. در سطح بالینی به درمانگران پیشنهاد می‌شود که ضمن مورد توجه و تأکید قرار دادن نقش بینش در مسأله بیماری‌های روانی در هنگام کار با بیماران دارای تشخیص‌های طیف اختلالات خلقی به مسأله بینش، فقدان آن و تغییرپذیری و نوسان آن هم در زمان پذیرش، هم در طول دوره‌ی بستری شدن و هم در هنگام ترخیص از بیمارستان توجه کرده و هنگام آغاز هرگونه برنامه‌ی درمانی سطح بینش بیمار را مورد بررسی قرار دهند؛ چراکه موفقیت بسیاری از برنامه‌های درمانی به ویژه درمان‌های روانشناختی بستگی به سطح بینش بیمار و آگاهی وی از فرایندهای زیربنایی بیماریش دارد. بینش متغیری است که با عوامل مختلفی مانند کیفیت زندگی، پیروی از برنامه‌های درمانی، پیشرفت درمان و بهبودی بیمار و مهم‌تر از همه با عود بیماری مرتبط است؛ و به نظر می‌رسد که لحاظ کردن ارتقاء بینش به عنوان بخشی از هدف‌های درمانی مداخله‌ای مؤثر و سودمند باشد.

تاریخ دریافت نسخه‌ی اولیه‌ی مقاله: ۸۶/۱۱/۲۳

تاریخ دریافت نسخه‌ی نهایی مقاله: ۸۷/۳/۵

تاریخ پذیرش مقاله: ۸۷/۸/۲۰

References

منابع

- یوسفی، رحیم؛ عریضی، حمیدرضا؛ کلانتری، مهرداد و صادقی، سیروس (۱۳۸۲). مقایسه‌ی بینش شناختی در بیماران دچار اسکیزوفرنی، اسکیزوافکتیو و اختلالات خلقی، *فصلنامه تازه‌های علوم شناختی*، سال پنجم؛ شماره دوم: ۳۷-۴۵.
- یوسفی، رحیم؛ عریضی، حمیدرضا و صادقی، سیروس (۱۳۸۶) سنجش میزان بینش شناختی در بیماران روانی، *مجله علمی-پژوهشی روانشناسی*، سال یازدهم، شماره ۴: ۳۸۱-۳۹۳.
- Amador, X.F., David, A.S, (2004). *Insight and Psychosis*, New York: Oxford University Press.
- Amador, X.F., Flaum, M., Andreasen, N.C., Strauss, D.H., Yale, S.A., Clak, S.C., Gorman, J.M., (1994). Awareness of Illness in Schizophrenia and Achizoffective and Mood Disorder, *Archive of General Psychiatry*, 51: 826-837.
- Beck, A.T., Baruch, E., Balter, J.M., Steer, R.A., Warman, D.M. (2006). A New Instrument for Measuring Insight: The Beck Cognitive Insight Scale, *Schizophrenia Research*, (Article in press).
- Fennig, S., Everett, E., Bromet, E.J., Jandorf, L., Fennig, S.R., Tanenberg Karant, M., et al., (1996). Insight in First-Admission Psychotic Patients, *Schizophrenia Research*, 22(3): 257-263.
- Ghaemi, S.N., Stoll, A.L. and Pope, H.G, (1995). Lack of Insight in Bipolar Disorder, *Journal of Nervous & Mental Disorder*, 183, Pp. 464-467.
- Kaplan, H.I., Sadock, B.J., (2003). *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, U.S.A., Baltimore: Williams & Williams.
- Ketter, T.A., Wang, P.W., Becker, O.V., (2004). Psychotic Bipolardisorders: Dimentionally Similar to or Categorically Different from Schizophrenia? *Journal of Psychiatric Research*, 38, 1: 47-61.
- McEvoy, J.P., Apperson, J., Appelbaum, P.S., Ortilip, P., Brechosky, J., Hammill, K., Geller, J.L., Roth, L., (1989) Insight in Schizophrenia Its Relatinship to Acute Psychopathology, *Journal of Nervous and Mental Disorder*, 177: 43- 47.

▶ فصلنامه علمی - پژوهشی روانشناسی دانشگاه تبریز

▶ سال پنجم شماره ۱۹، پاییز ۱۳۸۹

- Ohayan, H.I., Kravetz, S., Roe, D., David, A.S, Weiser, M., (2006). Insight into Psychosis and Quality of Life, *Comprehensive Psychiatry*, 47, 4: 265-269.
- Pini, S., Queiroz, V., Dell Osso, L, Abelli. M., ... (2004). Corss-Sectional Similarities and Differences between Schizophrenia, Schizoaffective Disorder and Mania or Mixed Mania with Mood Incongruent Psychotic Features; *European Psychiatry*.19, 1:8-14.
- Smith, T.E., Hull, J.W., Huppert, J.D., Silverstein, S.M., Anthony D.T. & McClough, J.F., (2004). Insight and Chronic Schizophrenia and Recovery, *Journal of Psychiatric Research*, 38:169-176.
- Varga, M., Magnusson, A., Flekkoy, K, Opjordsmoen, S., (2006). Insight Symptoms and Neurocognition in Bipolar I Patients; *Journal of Affective Disorder*, 91; 1: 1-9
- Yen, C.F., Chen, C., Lee, Y, Tang, T.C, (2005). Insight and Correlates among Outpatient with Depressive Disorders; *Comprehensive Psychiatry*, 46, 5:384-389.