

بررسی رابطه بین سطح بینش با تحصیلات و علایم مثبت و منفی اسکیزوفرنی

نغمه مخبر^۱

چکیده

زمینه و هدف: اسکیزوفرنی از جمله اختلالاتی است که می تواند باعث افت ضریب هوشی و توانایی های ذهنی فرد شود و همچنین علایمی که در این بیماری دیده می شود به طور مستقیم و غیر مستقیم با ظرفیت های هوشی بیمار مرتبط است. بعضی از محققین نشان داده اند که توانمندی ذهنی و تحصیلی بیمار و سطح بینش بیماران اسکیزوفرن با وضعیت بالینی بیماران نیز ارتباط دارد. تحقیق حاضر به بررسی ارتباط بین سطوح بینش بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی و سطوح تحصیلات بیمار و علایم مثبت و منفی بیماران می پردازد.

روش تحقیق: این مطالعه مقطعی شامل ۱۲۵ بیمار مبتلا به اسکیزوفرنی است که در سنین بین ۱۸ و ۴۵ سال بوده و به بیمارستان دانشگاهی روانپزشکی ابن سینای مشهد مراجعه کرده اند. مطالعه از اردیبهشت ۱۳۸۴ لغایت اردیبهشت ۱۳۸۶ ادامه یافته است. توسط آزمون نشانگان مثبت و منفی اسکیزوفرنی، به ارزیابی شدت اختلال بررسی گردید. به جهت بررسی سطح بینش از Schedule for assessing the three components of insight (SATCI) استفاده شد.

یافته ها: در تحلیل داده های بدست آمده از آزمون های تحلیل همبستگی پیرسون استفاده شده و سطح معنی داری $p < 0/05$ تعریف شد. بین سطح تحصیلات بر اساس سنوات تحصیلی و سطح بینش رابطه مثبت معنی داری وجود داشت ($p < 0/05$) و میانگین نمره آزمون PANSS در هر سه علایم مثبت، منفی و کلی با نمره آزمون SATCI ارتباط معکوس معنی داری داشت ($p < 0/05$).

نتیجه گیری: سطح تحصیلات بیماران اسکیزوفرن به طور چشمگیری با میزان بینش آنها ارتباط دارد. همچنین بین شدت بالینی بیماری و سطح بینش بیماران ارتباط معکوسی وجود دارد و این ارتباط با هر دو نوع علایم مثبت و منفی اسکیزوفرنی دیده می شود.

کلید واژه ها: اسکیزوفرنی؛ علایم مثبت و منفی؛ بینش؛ تحصیلات

افق دانش؛ مجله دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی گناباد (دوره ۱۳؛ شماره ۲؛ تابستان سال ۱۳۸۶)

دریافت: ۱۳۸۶/۵/۳۱ اصلاح نهایی: ۱۳۸۶/۱۰/۴ پذیرش: ۱۳۸۶/۱۰/۲۳

^۱ نویسنده مسؤول؛ استادیار روانپزشکی دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد

آدرس: مشهد- میدان بوعلی- بیمارستان ابن سینا

تلفن: ۰۵۱۱-۷۱۱۲۷۰۱ نمابر: ۰۵۱۱-۶۰۶۷۴۸۹ پست الکترونیکی: nmokhber@yahoo.com

مقدمه

اسکیزوفرنی از جمله اختلالاتی است که می تواند باعث افت ضریب هوشی و توانایی های ذهنی فرد شود (۶-۱). علایمی که در این بیماری دیده می شود به طور مستقیم و غیر مستقیم با ظرفیت های هوشی بیمار مرتبط است (۹-۷). علاوه بر این بینش که در بیماران مبتلا به سایکوز آسیب دیده است جنبه های مختلفی دارد و از دیدگاه روانشناختی، زیست شناسی اعصاب و رویکردهای شناختی قابل تغییر و تعریف است (۱۰). بینش به عنوان درک عمیق و روشن از ماهیت بیماری، تغییرات ایجاد شده و نیاز به مداخله درمانی تعریف می شود و از نظر روانکاو به فهم هشیارانه دلایل ناخودآگاه رفتارهای غیر تطابقی اطلاق می شود (۱۱). یکی دیگر از مواردی که بسیاری از مؤلفین به عنوان معادل واژه بینش به کار می برند، قدرت مسئله-گشایی است (۱۲).

این توانایی عمده ذهنی به بخش های ویژه ای از مغز مرتبط می باشد که در رأس همه لوب پیشانی می باشد. این قسمت که مسؤول بینش فرد شناخته می شود، در بیماری هایی که سطح آگاهی فرد از ماهیت مشکل دچار اختلال می گردد، آسیب می بیند (۱۴-۱۳). لوب پیشانی یکی از مراکز است که در اسکیزوفرنی دچار اختلال در عملکرد می شود (۱۶-۱۵). اعتقاد بر این است که انواع مختلف اسکیزوفرنی شاید با آسیب مناطق مختلفی از مغز همراه باشند و لذا نمای بالینی متفاوت ناشی از آسیب های مناطق و مسیرهای مختلف عصبی باشد (۱۷).

در بیماران اسکیزوفرن سطح بینش می تواند با توانایی عملکرد بیمار ارتباط داشته باشد (۱۸). برخی مؤلفین معتقدند از این معیار می توان جهت تعیین شدت آسیب شناسی بالینی بیماران اسکیزوفرن استفاده کرد (۱۹). چرا که مطالعات نشان داده اند بینش نیمی از بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی به دلیل عدم بینش کافی به بیماری و علایم خود تنها تحت فشار خانواده دارو مصرف می کنند و نیاز به درمان را نمی پذیرند (۲۲-۲۰). بنابراین یکی از جنبه های مهم در بهبود دراز مدت بیماران اسکیزوفرن، سطح بینش آنها می باشد که در مطالعات مختلفی با عوامل گوناگون مرتبط شناخته شده اند از جمله با جنسیت (۲۳)، وضعیت عملکرد پیش از بیماری (۲۶-۲۴)، سیر اختلال (۲۳) و همچنین وجود علایم خلقی (۲۸-۲۷). علاوه بر این بعضی از محققین نشان داده اند که توانمندی ذهنی و تحصیلی بیمار و سطح بینش بیماران اسکیزوفرن با وضعیت بالینی بیماران نیز ارتباط

دارد (۲۹). به طوری که این رابطه گاهی با علایم مثبت (۳۰-۲۳) و گاه با علایم منفی (۳۱) به اثبات رسیده است. با وجود این مطالعاتی نیز به عدم ارتباط بین بینش و علایم بالینی بیماران اشاره کرده اند (۳۲-۳۳) که باعث ایجاد ابهام در پاسخ به این سؤال می شود که آیا می توانیم ارتباط بین نیمرخ علایم بالینی و سطوح بینش بیمار برقرار کنیم و آیا سطح تحصیلات بیمار با نمای بالینی بیماری ارتباطی دارد یا خیر؟

برای پاسخ به این سؤال بر آن شدیم که ارتباط بین سطوح بینش بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی و سطوح تحصیلات بیمار را با علایم مثبت و منفی بیماران مورد ارزیابی قرار دهیم.

روش تحقیق

این مطالعه شامل ۱۲۵ بیمار مبتلا به اسکیزوفرنی است که در سنین بین ۱۸ و ۴۵ سال بوده و به بیمارستان دانشگاهی روانپزشکی ابن سینای مشهد مراجعه کرده اند و خود بیمار یا قیم آنها به شرکت در مطالعه رضایت داده اند. مطالعه از اردیبهشت ۱۳۸۴ لغایت اردیبهشت ۱۳۸۶ ادامه یافته است. اساس تشخیص بیماران مصاحبه بود که توسط روانپزشک انجام می شد. کلیه بیماران تحت درمان با داروهای ضد جنون بودند و حداقل ۳ ماه در حال بهبودی نسبی قرار داشتند و نمره CGI* آنها بین ۳ و ۵ قرار داشت. وجود اختلال بارز جسمانی که منجر به آسیب عملکرد فرد شود، عقب ماندگی ذهنی از دوران کودکی، ضربه سر جدی، سوء مصرف مواد از موارد حذف بیمار از مطالعه بود.

علاوه بر پرسشنامه اطلاعات جمعیت شناختی، از مصاحبه بالینی ساخت یافته بر اساس محور I تشخیصی DSMIV برای تشخیص بیماران استفاده شد. این ابزار نخستین بار در سال ۱۹۹۷ توسط First و همکاران به جهت ارتقای اتکاپذیری تشخیص های محور I روانپزشکی مورد استفاده قرار گرفت (۳۴).

توسط آزمون نشانگان مثبت و منفی اسکیزوفرنی (۳۵) (PANS) □ که شامل ۳۰ مورد است به ارزیابی شدت اختلال پرداختیم. این آزمون شامل ۷ مورد در ارتباط با ۸ علایم مثبت، ۷ مورد در ارتباط با علایم منفی و ۱۶ مورد در ارتباط با علایم عمومی می باشد.

* Clinical Global Impression Scale

† The Positive and Negative syndrome Scale

جدول ۲: ارتباط بین سطح بینش با تحصیلات و علایم مثبت و منفی بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی

نام متغیر	ضریب همبستگی ارتباط متغیرها با سطح بینش	P- Value
تحصیلات	۰/۲۶	۰/۰۲۴
علایم مثبت اسکیزوفرنی آزمون PANSS	-۰/۱۸	۰/۰۱۸
علایم منفی اسکیزوفرنی آزمون PANSS	-۰/۲۱	۰/۰۲۳
علایم کلی اسکیزوفرنی آزمون PANSS	-۰/۲۷	۰/۰۲۱

چنانکه در جدول ۲ خلاصه شده است بین سطح تحصیلات بر اساس سنوات تحصیلی و سطح بینش رابطه مثبت معنی داری وجود داشت ($p < 0.05$) و میانگین نمره آزمون PANSS در هر سه علایم مثبت، منفی و کلی با نمره آزمون SATCI ارتباط معکوس معنی داری وجود داشت ($p < 0.05$). این ارتباطات در زیر گونه های بالینی متفاوت مورد تحلیل آماری مجزا قرار گرفتند. در اسکیزوفرنی نوع آشفته رابطه بین سطح تحصیلات و سطح بینش معنی دار نبود ($p = 0.28$). در حالیکه در سایر انواع این ارتباط از نظر آماری معنی داشت. از سوی دیگر رابطه بین سطح بینش با علایم مثبت و منفی و نمره کل آزمون PANSS در تمام انواع به جز نوع باقی مانده در تحلیل مجزا معنی دار بود. ارتباط بین شدت بیماری و سطح بینش در نوع باقی مانده از نظر آماری معنی دار نبود ($p > 0.05$).

بحث

این مطالعه با هدف بررسی ارتباط بین سطح تحصیلات و شدت علایم بالینی با میزان بینش بیماران اسکیزوفرن انجام شد. بیماران این مطالعه در طیف سنی جوان قرار داشتند و شدت علایم آنان اعم از علایم مثبت و منفی در حد متوسط بود. میزان بینش بیماران نیز علی رغم گذشت ۳ ماه از مرحله حاد بیماری در حد بالایی نبود. نتایج بدست آمده نشان داد که سطح تحصیلات بیماران به طور چشمگیری با میزان بینش آنها ارتباط داشت به طوری که هر چقدر سطح تحصیلات بالاتر بود آسیب در حیطه ی بینش و درک بیماری کمتر بود. این واقعیت اگر چه می تواند مبین ارتباط مستقل بین این دو

(SATCI) * که شامل ۸ سؤال است به بررسی پذیرش درمان، درخواست درمان، آگاهی از بیماری، آگاهی از وجود بیماری روانی، توصیف بیماری، اعتقاد به وجود هذیان، توصیف تجارب و در نهایت واکنش فرد نسبت به عدم اعتقاد به وجود بیماری است. بالاترین نمره این تست ۱۸ می باشد و نمره بالاتر مبین بینش بهتر است (۲۳). در تحلیل داده های بدست آمده از نرم افزار کامپیوتری SPSS 11 و آزمون های تحلیل همبستگی پیرسون (توزیع نرمال بود) استفاده شده و سطح معنی داری کمتر از ۰/۰۵ تعریف شد.

یافته ها

اطلاعات جمعیت شناختی بیماران در جدول خلاصه شده است. متوسط سن بیماران $28 \pm 30/62$ بود. ۸۳ نفر از کل ۱۲۵ نفر مرد بودند و بیشترین نوع اسکیزوفرنی، نوع پارانوئید بود (۶۳ بیمار). هیچ کدام از بیماران مبتلا به نوع کاتاتونی نبودند و تنها ۱۲ بیمار به نوع اسکیزوفرنی با علایم باقی مانده مبتلا بودند. میانگین نمره آزمون PANSS در بخش علایم مثبت $13 \pm 8/13$ و میانگین علایم منفی بر اساس همین تست $4/5 \pm 16/21$ بود. میانگین نمره کل آزمون PANSS $11/2 \pm 32/18$ بود. میانگین نمره کل آزمون SATCI $3/8 \pm 12/12$ بود.

جدول ۱: اطلاعات جمعیت شناختی و زیرگونه های بالینی بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی تحت مطالعه (تعداد=۱۲۵ نفر)

نام متغیر	میانگین \pm انحراف معیار
سن (سال)	$30/62 \pm 8/2$
جنس (مرد/)	۶۶/۴
تحصیلات (سال)	$11/35 \pm 3/15$
تعداد دوره های بیماری	$2/35 \pm 4/4$
سن شروع بیماری	$24/45 \pm 5/75$
درصد زیر گونه های بالینی:	
پارانوئید	۵۰/۴
آشفته	۲۷/۱
نامتمایز	۱۲
کاتاتون	۰
باقیمانده	۹/۵

* Schedule for assessing the three components of Insight

علاوه بر این نه تنها علایم مثبت بلکه علایم منفی نیز با سطح بینش بیماران ارتباط داشتند. لذا این نتایج با مطالعاتی که تنها به ارتباط بین توهم و هذیان با بینش صحت گذاشته اند همسو نیست (۲۳-۴۹). پیش از این نیز در یک بررسی مروری نشان داده شده بود که بین بینش و علایم بالینی بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی ارتباط معکوسی وجود دارد (۵۰). اما این بررسی ارتباط فوق را از نظر آماری معنی دار توصیف نکرده بود.

علاوه بر این مطالعاتی که مدعی بودند ارتباطی بین بینش و علایم منفی وجود ندارد، شاید تحت تأثیر این واقعیت باشند که انزوای اجتماعی و عدم تمایل به بیان افکار در بیماران که از علایم منفی رنج می برند مانعی بر تحلیل صحیح بینش در این بیماران باشد. در مطالعه فوق به لحاظ حذف این سوگیری از ابزار SATCI استفاده شد که جزئیات نگرش بیماران را در ابعاد مختلف مورد تجسس قرار می دهد و تنها به بررسی کلی نمی پردازد.

این واقعیت که وجود علایم مثبت می تواند بیش از علایم منفی باعث توجه بالینی درمانگران شود می تواند یافته دیگر مطالعه را توجیه کند و دال بر عدم وجود ارتباط آماری بارز بین شدت بیماری و سطح بینش در بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی نوع باقی مانده است که بیشتر با علایم منفی خود را نشان می دهند.

مطالعه حاضر اگر چه به دلیل اینکه جزو نخستین مطالعات انجام شده در این زمینه در کشور ما می باشد و گامی مثبت تلقی می شود. ولی از چندین محدودیت آسیب دیده است. از جمله اینکه در این تحقیق ارزیابی توانمندی های شناختی و هوشی انجام نشده و تنها به سطح تحصیلات پرداخته شده است. علاوه بر این پیشنهاد می شود مطالعه ای با حجم نمونه بیشتر انجام شود تا تحلیل آماری در تمام انواع بالینی اسکیزوفرنی با اعتبار بالاتری صورت پذیرد. همچنین سایر عواملی که سطح بینش را تحت تأثیر قرار می دهد در این تحقیق مورد بررسی قرار نگرفته است.

نتیجه گیری

سطح تحصیلات بیماران اسکیزوفرن به طور چشمگیری با میزان بینش آنها ارتباط دارد. همچنین بین شدت بالینی بیماری و سطح بینش بیماران ارتباط معکوسی وجود دارد و این ارتباط با هر دو نوع علایم مثبت و منفی اسکیزوفرنی دیده می شود.

عامل باشد، مؤید این واقعیت است که عملکرد پیش از بیماری فرد از جمله در حیطه تحصیلات در آسیب پذیری بیماری دخالت دارد. البته با عطف به این نکته که بین تحصیلات و شدت بیماری ارتباط معنی داری وجود نداشت، این نتیجه گیری تأمل بیشتری می طلبد و به نظر می رسد اختلال در سطح بینش تنها با میزان تحصیلات مرتبط است. مطالعاتی که به بررسی اثر وضعیت تحصیلی بیماران با بینش در بیماران سایکوتیک پرداخته اند این ارتباط معکوس را نشان داده اند (۳۶-۳۷). هر چند مطالعات فوق الذکر به طور مستقل بر روی بیماران اسکیزوفرن انجام نشد و سایر انواع بیماری های سایکوتیک اعم از بیماری اسکیزوافکتیو، اختلالات خلقی سایکوتیک و اختلال هذیانی را نیز شامل می شدند. البته مطالعاتی نیز وجود دارد که این ارتباط را نشان نداده اند (۳۸-۴۰). حجم نمونه و روش کار متفاوت در این مطالعات مقایسه نزدیک بین تحقیق فوق با نتایج این مطالعات را زیر سؤال می برد.

این واقعیت که سطح بینش بیماران، سیر بیماری و پذیرش درمان را تحت تأثیر قرار می دهد، در مطالعات پیشین نیز به اثبات رسیده بود (۴۱-۴۳). اما کلیه این مطالعات بر اساس تعداد بستری در بیمارستان به بررسی شدت بیماری پرداخته بودند. حال آنکه مطالعه حاضر مستقیماً شدت بیماری را بر اساس آزمون بالینی PANSS مورد بررسی قرار داده است و لذا سوگیری انتخاب نمونه به حداقل رسیده است.

در مطالعه حاضر بین شدت بالینی بیماری و سطح بینش بیماران ارتباط معکوسی وجود داشت. این یافته می تواند تا حدی نشان دهنده این واقعیت باشد که بر اساس ارزیابی سطح بینش بیماران می توان به طور غیر مستقیم سیر بیماری را نیز مورد بررسی قرار داد. مطالعاتی در دست است که نشان داده اند علی رغم اینکه علایم پر سر و صدا و حاد بیماری کاهش می یابند. سطح آگاهی و بینش بیماران از مشکل زمینه ای و احساس نیاز به مداخله درمانی پایین می ماند و لذا ارتباطی بین بینش و شدت بیماری وجود ندارد (۴۴-۴۵). این محققین بر این باورند که اگرچه اختلال در فرا ادراک و اختلالات رفتاری اصلاح می شوند. اما اختلال تفکر بیماران اسکیزوفرن ضایعه ای ماندگار است که در نحوه نگرش آنها به خود و بیماری شان مؤثر است. اخیراً مطالعاتی وجود دارند که نشان داده اند مداخلات درمانی نه تنها شدت بیماری اسکیزوفرنی را کاهش می دهد بلکه بر روند بینش آنها نیز مؤثر است (۴۶-۴۸). مطالعه حاضر در راستای این تحقیقات می باشد.

تشکر و قدردانی

مشهد که معاینات نرولوژیک بیماران را به عهده داشتند و همچنین سرکار خانم شهناز صبوری کارشناس ارشد روانشناسی بالینی تقدیم نماید.

محقق بر خود لازم می داند مراتب سپاس خود را به جناب آقای دکتر محمودرضا آذرپژوه استادیار محترم گروه مغز و اعصاب دانشگاه

منابع:

- 1- Yao S, Chen H, Jiang L, Tam WC. Replication of factor structure of Wechsler Adult Intelligence Scale-III Chinese version in Chinese mainland non-clinical and schizophrenia samples. *Psychiatry Clin Neurosci* 2007 Aug; 61(4): 379-84.
- 2- Dichter GS, van der SO, Boch JL, Belger A. Relations among intelligence, executive function, and P300 event related potentials in schizophrenia. *J Nerv Ment Dis* 2006 Mar; 194(3): 179-87.
- 3- Wolitzky R, Goudsmit N, Goetz RR, Printz D, Gil R, Harkavy-Friedman J, et al. Etiological heterogeneity and intelligence test scores in patients with schizophrenia. *J Clin Exp Neuropsychol* 2006 Feb; 28(2): 167-77.
- 4- Kremen WS, Seidman LJ, Faraone SV, Tsuang MT. Intelligence quotient and neuropsychological profiles in patients with schizophrenia and in normal volunteers. *Biol Psychiatry* 2001 Sep 15; 50(6): 453-62.
- 5- Gard D, Harrell EH, Poreh A. Cognitive deficits in schizophrenia on the WAIS-R NI Sentence Arrangement Subtest. Wechsler Adult Intelligence Scale-Revised Neuropsychological Inventory. *J Clin Psychol* 1999 Sep; 55(9): 1085-94.
- 6- David AS. Intelligence and schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand* 1999 Jul; 100(1): 1-2.
- 7- Corrigan PW. Social cue perception and intelligence in schizophrenia. *Schizophr Res* 1994 Aug; 13(1): 73-9.
- 8- Soares I, Collet L. Relationships between verbal intelligence, educational level and reconstitution of linguistic messages in schizophrenia. *Int J Neurosci* 1988 Jan; 38 (1-2): 69-74.
- 9- Aylward E, Walker E, Bettes B. Intelligence in schizophrenia: meta-analysis of the research. *Schizophr Bull* 1984; 10(3): 430-59.
- 10- Markova IS, Berrios GE. Insight in clinical psychiatry revisited. *Compr Psychiatry* 1995 Sep; 36(5): 367-76.
- 11- Markova IS, Berrios GE. The meaning of insight in clinical psychiatry. *Br J Psychiatry* 1992 Jun; 160: 850-60.
- 12- Markova IS, Berrios GE. Insight in clinical psychiatry. A new model. *J Nerv Ment Dis* 1995 Dec; 183(12): 743-51.
- 13- Harwood DG, Sultzer DL, Feil D, Monserratt L, Freedman E, Mandelkern MA. Frontal lobe hypometabolism and impaired insight in Alzheimer disease. *Am J Geriatr Psychiatry* 2005 Nov; 13(11): 934-41.
- 14- Reverberi C, Toraldo A, D'Agostini S, Skrap M. Better without (lateral) frontal cortex? Insight problems solved by frontal patients. *Brain* 2005 Dec; 128(Pt 12): 2882-90.
- 15- Shad MU, Tamminga CA, Cullum M, Haas GL, Keshavan MS. Insight and frontal cortical function in schizophrenia: a review. *Schizophr Res* 2006 Sep; 86(1-3): 54-70.
- 16- Freudenreich O, Deckersbach T, Goff DC. Insight into current symptoms of schizophrenia. Association with frontal cortical function and affect. *Acta Psychiatr Scand* 2004 Jul; 110(1): 14-20.
- 17- Freudenreich O, Deckersbach T, Goff DC. Insight into current symptoms of schizophrenia. Association with frontal cortical function and affect. *Acta Psychiatr Scand* 2004 Jul; 110(1): 14-20.
- 18- Aleman A, Agrawal N, Morgan KD, David AS. Insight in psychosis and neuropsychological function: meta-analysis. *Br J Psychiatry* 2006 Sep; 189: 204-12.
- 19- Cuesta MJ, Peralta V, Zarzuela A, Zandio M. Insight dimensions and cognitive function in psychosis: a longitudinal study. *BMC Psychiatry* 2006; 6: 26.
- 20- Seo MA, Min SK. Development of a structural model explaining medication compliance of persons with schizophrenia. *Yonsei Med J* 2005 Jun 30; 46(3): 331-40.

- 21- Duncan JC, Rogers R. Medication compliance in patients with chronic schizophrenia: implications for the community management of mentally disordered offenders. *J Forensic Sci* 1998 Nov; 43(6): 1133-7.
- 22- Garavan J, Browne S, Gervin M, Lane A, Larkin C, O'Callaghan E. Compliance with neuroleptic medication in outpatients with schizophrenia; relationship to subjective response to neuroleptics; attitudes to medication and insight. *Compr Psychiatry* 1998 Jul; 39(4): 215-9.
- 23- Danki D, Dilbaz N, Okay IT, Telci S. [Insight in schizophrenia: relationship to family history, and positive and negative symptoms]. *Turk Psikiyatri Derg* 2007; 18(2): 129-36.
- 24- Carroll A, Fattah S, Clyde Z, Coffey I, Owens DG, Johnstone EC. Correlates of insight and insight change in schizophrenia. *Schizophr Res* 1999 Feb 15; 35(3): 247-53.
- 25- Debowska G, Grzywa A, Kucharska-Pietura K. Insight in paranoid schizophrenia--its relationship to psychopathology and premorbid adjustment. *Compr Psychiatry* 1998 Sep; 39(5): 255-60.
- 26- Bota RG, Munro JS, Ricci WF, Bota DA. The dynamics of insight in the prodrome of schizophrenia. *CNS Spectr* 2006 May; 11(5): 355-62.
- 27- Kim CH, Jayathilake K, Meltzer HY. Hopelessness, neurocognitive function, and insight in schizophrenia: relationship to suicidal behavior. *Schizophr Res* 2003 Mar 1; 60(1): 71-80.
- 28- Smith TE, Hull JW, Santos L. The relationship between symptoms and insight in schizophrenia: a longitudinal perspective. *Schizophr Res* 1998 Sep 7; 33(1-2): 63-7.
- 29- Macpherson R, Jerrom B, Hughes A. Relationship between insight, educational background and cognition in schizophrenia. *Br J Psychiatry* 1996 Jun; 168(6): 718-22.
- 30- Baier M, DeShay E, Owens K, Robinson M, Lasar K, Peterson K, et al. The relationship between insight and clinical factors for persons with schizophrenia. *Arch Psychiatr Nurs* 2000 Dec; 14(6): 259-65.
- 31- Evren EC, Evren B, Erkiran M. [Suicidal ideation in schizophrenia: relationship with positive and negative symptoms, depression and insight]. *Turk Psikiyatri Derg* 2002; 13(4): 255-64.
- 32- Cernovsky ZZ, Landmark JA, Merskey H, Husni M. Clinical correlates of insight in schizophrenia. *Psychol Rep* 2004 Dec; 95(3 Pt 1): 821-7.
- 33- Kim Y, Sakamoto K, Kamo T, Sakamura Y, Miyaoka H. Insight and clinical correlates in schizophrenia. *Compr Psychiatry* 1997 Mar; 38(2): 117-23.
- 34- Williams JB, Gibbon M, First MB, Spitzer RL, Davies M, Borus J, et al. The Structured Clinical Interview for DSM-III-R (SCID). II. Multisite test-retest reliability. *Arch Gen Psychiatry* 1992 Aug; 49(8): 630-6.
- 35- Kay SR, Opler LA, Lindenmayer JP. The Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS): rationale and standardisation. *Br J Psychiatry Suppl* 1989 Nov; (7): 59-67.
- 36- Vega U, Silberman C, Laks J, Braga RJ, Burdick KE. Association of education and cognitive status in Brazilian elderly institutionalized patients with schizophrenia. *Schizophr Res* 2005 Oct 1; 78(1): 107-9.
- 37- Malla AK, Norman RM, Manchanda R, Townsend L. Symptoms, cognition, treatment adherence and functional outcome in first-episode psychosis. *Psychol Med* 2002 Aug; 32(6): 1109-19.
- 38- David A, van OJ, Jones P, Harvey I, Foerster A, Fahy T. Insight and psychotic illness. Cross-sectional and longitudinal associations. *Br J Psychiatry* 1995 Nov; 167(5): 621-8.
- 39- Hofer A, Rettenbacher MA, Widschwendter CG, Kemmler G, Hummer M, Fleischhacker WW. Correlates of subjective and functional outcomes in outpatient clinic attendees with schizophrenia and schizoaffective disorder. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2006 Jun; 256(4): 246-55.
- 40- David A, van OJ, Jones P, Harvey I, Foerster A, Fahy T. Insight and psychotic illness. Cross-sectional and longitudinal associations. *Br J Psychiatry* 1995 Nov; 167(5): 621-8.

- 41- Giessler A, Born A, Helm H, Puschner B, Becker T. [Compliance in the treatment of schizophrenia -- results of an expert survey in Saxony and Saxony-Anhalt]. *Psychiatr Prax* 2005 Oct; 32(7): 349-57.
- 42- Robles GR, Salazar A, V, Paez AF, Ramirez BF. [Assessment of drug attitudes in patients with schizophrenia: psychometric properties of the DAI Spanish version]. *Actas Esp Psiquiatr* 2004 May; 32(3): 138-42.
- 43- David A, van OJ, Jones P, Harvey I, Foerster A, Fahy T. Insight and psychotic illness. Cross-sectional and longitudinal associations. *Br J Psychiatry* 1995 Nov; 167(5): 621-8.
- 44- Nakano H, Terao T, Iwata N, Hasako R, Nakamura J. Symptomatological and cognitive predictors of insight in chronic schizophrenia. *Psychiatry Res* 2004 Jun 30; 127(1-2): 65-72.
- 45- Vaz FJ, Bejar A, Casado M. Insight, psychopathology, and interpersonal relationships in schizophrenia. *Schizophr Bull* 2002; 28(2): 311-7.
- 46- Rusch N, Corrigan PW. Motivational interviewing to improve insight and treatment adherence in schizophrenia. *Psychiatr Rehabil J* 2002; 26(1): 23-32.
- 47- Schwartz RC, Cohen BN, Grubaugh A. Does insight affect long-term inpatient treatment outcome in chronic schizophrenia? *Compr Psychiatry* 1997 Sep; 38(5): 283-8.
- 48- Schwartz RC. The relationship between insight, illness and treatment outcome in schizophrenia. *Psychiatr Q* 1998; 69(1): 1-22.
- 49- Kaplan GB, Phillips KA, Vaccaro A, Eisen JL, Posternak MA, MacAskill HS. Assessment of insight into delusional beliefs in schizophrenia using the Brown Assessment of Beliefs Scale. *Schizophr Res* 2006 Feb 28; 82(2-3): 279-81.
- 50- Baier M, DeShay E, Owens K, Robinson M, Lasar K, Peterson K, et al. The relationship between insight and clinical factors for persons with schizophrenia. *Arch Psychiatr Nurs* 2000 Dec; 14(6): 259-65.

The survey of relationship between insight with educational level & positive / negative symptoms of schizophrenia

N. Mokhber¹

Abstract

Background and Aim: schizophrenia is a kind of disease which decreases intelligent capacity and the ability of mind .In addition the symptoms that present in schizophrenia directly or indirectly are associated with intellectuality. Some researchers have shown such sort of association between the ability of mind and educational level with the grade of insight as well as clinical feature. The present study tries to show whether any association between insight and level of education is as well as positive and negative symptoms of schizophrenia.

Materials and methods: One hundred and twenty five schizophrenic patients aged 18-45 years old referred to Avicenna hospital in Mashhad were included .The duration was since Ordibehesht of 1384 until Ordibehesht of 1386.The positive and negative symptoms of schizophrenia scale (PANSS) and Schedule for assessing the three components of insight (ASTCI) were used to assess the clinical features and the level of insight.SPSS-11 was used to statistical analysis and the method was Pearson co-efficiency analysis .

Results: There was a significant association between educational grades and insight ($p<0.05$) and negative association between mean scores of PANSS in three dimensions (negative, positive and global scores with total score of SATCI ($P<0.05$).

Conclusion: There is positive association between educational and insight levels. Furthermore the negative relationship between the severity of disease and the insight level has presented the importance of focusing on this issue to predict the prognosis as well as acceptance of medication account of the important role of insight and compliance of the treatment.

Key Words: Insight; Education; Positive and negative signs; Schizophrenia

Ofogh-e-Danesh. GMUHS Journal. 2007; Vol. 13, No.2

¹ Corresponding Author; Assistant professor of psychiatry .Mashhad university of medical sciences Avicenna hospital. Mashhad, Iran

nmokhber@yahoo.com