

مفهوم بصیرت در روانپزشکی

دکتر محمد صنعتی*

خلاصه

مورد پرسش بوده است. انتظار روانپزشکان از بیمار روانی، که بایستی از بیماری خود آگاهی داشته و بویژه از منشاء "روانی" آن بصیرت داشته باشد، با تردید تلقی شده و با توجه به تحصیلات، هوش و زمینه فرهنگی ونیز با مقایسه با بصیرت بیمارانی که دچار امراض جسمی و بیماریهای روان تنی هستند، بصیرت در اختلالات پسیکوتیک و نوروتیک براساس مشاهدات و شواهد موجود در متون روانپزشکی ارزیابی شده است.

حاصل این ارزیابی چنین است که بصیرت، کمیتی همه یا هیچ نیست. کیفیتی است نسبی که میتواند، بدرجات مختلف، در بیماران گرفتار بیماریهای جسمی یا روانی مشاهده شود. "فقدان بصیرت" مشخصه هیچ بیماری یا گروه بیماریان نیست و برای تشخیص افتراقی بیماریهای نوروتیک از بیماریهای پسیکوتیک ابزار قابل اتکائی نمیتواند باشد. چرا که بصیرت در بیماران نوروتیک نیز ممکنست از بستر ذهنی آسیب دیده برخیزد و حاصل قضاوتی نادرست از واقعیت باشد. در مواردی که وهم وتوهم از علائم بارز

"بصیرت" مفهومی است که بطور گسترده مورد استفاده روانپزشکان قرار میگیرد و آنرا کرارا "بعنوان یک ابزار تشخیصی بخصوص در مورد تشخیص افتراقی بیماریهای نوروتیک از بیماریهای پسیکوتیک بکار گرفته و حتی برای ارزیابی پیش آگهی بیماری، ابزار مفیدی بشمار میآورند. با اینکه در کار بالینی به این پدیده توجه میشود ولی هنوز حد و مرز این مفهوم و کاربرد آن کاملا مشخص نیست. در این مقاله با تکیه بر مقاله اوبری لوئیس تحت عنوان "آسیب شناسی روانی بصیرت" که در سال ۱۹۲۴ نوشته شده تحول مفهوم بصیرت از پیدایش روانپزشکی نوین تاکنون بررسی شده - و نیز با اشاراتی به این مفهوم و کاربرد آن در روانکاو و مکاتب روانشناسی، تلاش شده تا تفاوتی بنیادی بین این نظامهای فکری در رابطه با این مفهوم مورد توجه قرار گیرد.

مفهوم بصیرت در روانپزشکی توصیفی بیش از سایر مکاتب دچار سردرگمی و پریشانی است و کاربرد آن بخصوص در رابطه با تحصیلات - هوش و زمینه فرهنگی بیمار همیشه

افتاده‌ای بوده‌است. مصاحبه‌گرنیز، خودکارانه و از سرعادت، حاصل ارزیابی خود را با عباراتی کلیشه‌ای، بدینگونه شرح میدهد، "بیمار فاقد بصیرت است"، "بیمار به بیماری خود بصیرت دارد"، "بصیرت نسبی دارد"، اما گاه این مصاحبه‌گر در میماند، که واقعا "بصیرت چیست؟ . . . آیا کمیتی هم‌یا هیچ است که یکی واجد آن و دیگری فاقد آن باشد؟ یا کیفیتی نسبی است؟. اگر نسبی است، باید آنرا نسبت به کدام بصیرت بسنجد؟ نسبت به بصیرت خود؟ یا نسبت به بصیرت قبلی بیمار؟ یا نسبت به بصیرت نزدیکان و بستگان و گروه و طبقه و جامعه و فرهنگی که بیمار در آن پرورش یافته؟ یا نسبت به سطح هوشیاری و هوش و تحصیلات وی؟ تازه، این هنگامی است که معنی و مفهوم بصیرت مشخص باشد که چنین نیست.

یعنی مسئله ایست مربوط به یادگیری؟ و باید آنرا در حوزه یادگیری بحث کرد؟ یا هوش؟ یا حافظه؟ یا قضاوت؟ و یا بطور کلی مربوط به فکراست؟ ارتباطش با سطح هوشیاری چیست؟ باید آنرا در قلمرو آگاهی و خود آگاهی تعریف کرد؟ یا بستگی به ایستار^۳ بیمار دارد؟ یا به واقعیت سنجی (Reality testing) وی؟ آیا فقدان آنرا میتوان، انکار (Denial) دانست و در محدوده ابزارگردهای دفاعی (Defense mechanisms) تعریف کرد؟ اگر چنین است، دفاع در مقابل کدام حمله، کدام تهدید؟ آیا فقدان آن تنها برای حفظ و نگهداری اوهام (Delusions) و توهمات (Hallucinations) ضروری است؟ یا تلاشی برای حفظ و پاسداری تمامیت "من" (Ego) در برابر احساس عمیق از هم فروپاشیدگی است؟ اینها همه پرسشهاییست که محققا " پاسخی ساده و سر راست نخواهد داشت.

معنی واژه بصیرت

insight واژه‌ای واحد، با معانی گوناگون و متفاوت است. معنی لغوی آن در فرهنگ آکسفورد "دید درونی" یا "درون بینش"، دید یا دریافت ذهنی و نیز فهم و عقل است. توانایی شخص برای دیدن درون چیزهاست، که معادل بصیرت یا بینش در زبان فارسی است فرهنگ وبستر (Webster) آنرا توانایی یا عمل دیدن درون یک وضعیت،

بیماریست ناگزیر بصیرت به بخشی از واقعیت یا تمامی آن مختل میشود. اما حتی در این بیماران و بخصوص در مورد توهم ممکنست بصیرت به بیماری - اگر نه بیماری روانی - ولی بیک تعبیر مرضی، گاه موجود باشد. و بالاخره اینک که اگر قرار است از فقدان بصیرت بعنوان ابزار تشخیصی استفاده شود، نیاز بیک تحقیق منظم در مورد یکایک بیماریه‌های روانی و توجه به آسیب شناسی هر کدام الزامی است.

مفهوم بصیرت در روانپزشکی

در سال ۱۹۳۴ "اوبری لوئیس"^۱ روانپزشک برجسته انگلیسی در آغاز مقاله خود تحت عنوان "آسیب شناسی روانی بصیرت" نوشت: "در باره بصیرت بعنوان یک مسئله روانپزشکی بسیار اندک مطلبی نوشته شده است ولی در گوشه و کنار، کم و بیش به شواهد تصادفی، با نمایافت های آفرا - گیری برمیخوریم که بنظر سست و بی پایه میرسند". از آن زمان تاکنون گویا وضع چندان تحولی نیافته و مطلبی جدی در این باره نوشته نشده است. البته از روانپزشکی توصیفی که بگذریم، در حوزه روانکاو، رواندرمانی و روانشناسی مطالب بسیاری ارائه شده که از مفهوم و کاربرد بصیرت در روانپزشکی بسیار دور است.

در علوم و بطور کلی دانشهای انسان در باره خود و جهان خود، دانسته‌هاییست که بگونه شگفت‌انگیزی، نادانسته و ناشناخته، بدیهی تلقی شده، جزئی از عرف آن علم بشمار می‌آیند. چون بدیهی و ظاهرا "ساده و آشکارند بنا براین کمتر توجه را بخود جلب میکنند. یکی از بدیهیات علم روانپزشکی همین مفهوم بصیرت (Insight) است.

هر روز، روانپزشکان و دانش پژوهان این رشته، در انتهای مصاحبه با بیمار بصیرت وی را ارزیابی کرده و حاصل ارزیابی را در تشخیص و گاه در پیش آگهی بیماری دخالت میدهند. مرجع آنها البته، متون معتبر روانپزشکی است، که متأسفانه، در حالیکه به پدیده‌ها و علائم بسیار نادر به تفصیل میپردازند، از مفهوم بصیرت که از چنان اهمیتی برخوردار است، که یکی از وجوه تشخیصی اختلالات روان نژندی (Neurotic disorders) از اختلالات روان پریشی (Psychotic disorders) قلمداد شده، با چنان شتاب و ایجازی میگذرند که گوئی، مسئله پیش پا

1- Aubrey Lewis

۲- واژه "نمایافت" بعنوان برابر نهاده Notion پیشنهاد میشود.

۳- واژه "ایستار" بعنوان برابر نهاده Attitude برگزیده شده است.

و یا دیدن درون خویش تعریف کرده است. این معنی اخیر را اریک اریکسون (Erik Erikson) در سخنرانی خود در دانشگاه کیپ تاون (۱۹۶۸) تحت عنوان " بصیرت و آزادی" بدینگونه اصلاح میکند که " بصیرت قدرت و عمل دیدن درون چیزها و همزمان دیدن درون خویش است" یعنی اریکسون بصیرت را بطور همزمان دو سویه می بیند. درحالیکه در حوزه روانکاوی بصیرت بیشتر درون سواست.

مفهوم بصیرت در روانپزشکی پویا

فریود در سال ۱۹۱۴ بصیرت تحلیلی (Analytical insight) را آگاهی از معنی و خاستگاه ناخودآگاه رفتار فرد و علائم بیماری تعریف کرد که شخص میتواند از طریق روانکاوی و با کارروی " مقاومت ها" و " دفاع های" خود به آن دست یابد. بنابراین بصیرت یک هدف درمانبخش (Therapeutic objective) و در واقع استراتژی درمانی در روانکاوی است. یعنی آگاهی از خود، شرط لازم برای ایجاد تغییرات رفتاری بطور گسترده و پایدار است. از طریق تفسیر مکرر پاسخهای کلامی و غیر کلامی بیمار توسط روانکاو و بیان اهمیت نمادین احتمالی این پاسخها، رشد بصیرت میسر میشود.

روانکاوان دو نوع بصیرت را شرح میدهند. یکی بصیرت اندیشه‌ای یا فکری (Intellectual insight) که آگاهی شخص از رفتار علامتی (Symptom Behaviour) است، و وقتی که احساس پیوسته به آن رفتار، از آن جدا شده باشد. مثلاً شخصی ممکنست براساس دلائل مستقیم و یا غیر مستقیم به این نتیجه برسد که از برادر یا خواهری نفرت دارد. ولی هنوز نتواند آگاهانه چنین نفرتی را احساس کند. این بصیرت منجر به تغییر در شخصیت نمیشود. بنابراین داشتن بصیرت فکری به ریشه‌ها و خاستگاههای رفتاری، آرزوهای نهفته و امیال واپس زده، برای تغییر یافت شخصیت کافی نیست، بصیرتی از نوع دیگر لازمست که روانکاوان به آن بصیرت احساسی (Emotional insight) میگویند. بصیرت احساسی، آگاهی احساسی شخص از رفتار علامتی و نیز آگاهی وی از فراگشت‌های^۱ احساسی نهفته‌ای که پیوسته به آن رفتار است، به این جهت است که در روانکاوی بسه تفسیر دقیقی که بجا و بموقع ارائه گردد اهمیت فراوان داده

میشود.

صاحب نظران احکامی را در مورد سطح بهینه آتفسیرها، برای بالا بردن بصیرت پیشنهاد میکنند. طبق نظر کارل - راجرز (Carl Rogers 1951) اگر درمانگر فقط احساسهای را که کم و بیش آشکارا ابراز شده‌اند، برجسب بزند. بیمار بطور فزاینده در خودش به کشفیات عمیق تری میرسد. فنیچل (Fenichel 1941) توصیه میکند که درمانگر باید از آنچه بیمار در هر زمان معین قادر است بپذیرد و از نظر احساسی تجربه کند، کمی فراتر رود. برعکس ملانی کلین (Melanie Klien) و بسیاری دیگر مدعی هستند که تغییرات سریع و بنیادی شخصیت تنها بوسیله تفسیر عمیق فراگشت‌های درونی ناخودآگاه میسر است. در حالیکه اکثر روانکاوان حصول بصیرت را مقدم بر تغییر در شخصیت می دانند الکساندر (Alexander) میگوید وقتی تغییر در شخصیت صورت گرفت، بصیرت واقعی بدست می آید.

به جهت این اختلافات در فن دادن بصیرت به بیمار و به جهت اینکه علیرغم یکسانی ظاهری تعریف بصیرت در مکاتب مختلف روانکاوی، محتوی آن بسته به نظام فکری و بینش خاص آن مکتب تفاوت میکند. مارمور (Marmor 1962) میپرسد " . . . بصیرت چیست؟ بنظر یک فرویدین بیک معنی است. بنظر یک یونگین به معنی دیگری، بنظر یک رنکین (Rankian) و یک هورنیست (Horneyite)، یک آدلرین و یک سالیوانیست (Sullivanian) نیز معانی دیگری دارد. کدامیک از این بصیرت‌ها درستند؟ واقعیت اینست که بیماران درمان شده توسط روانکاوان تمامی این مکاتب، نه تنها به این درمانها پاسخ مطلوب میدهند، بلکه به بصیرتی که به آنها داده شده، بشدت عقیده پیدا میکنند". این واقعیت را قبلاً^۲ هاینه (Heine 1953) در تحقیق خود تاء پیید کرده بود. با اینکه هاینه هارتمن (Hartman. H. 1964) نظریه پرداز "روانشناسی من"^۳ گوشزد میکند که "بصیرت مشاهده‌گر، نباید با بصیرت مشاهده شونده آمیخته و مغشوش گردد" با این همه، هنوز واقعیتی در حرف " مارمور" وجود دارد که "اثر بیمار و درمانگر بر روی یکدیگر و بخصوص اثر دومی بر اولی بطور خارق العاده عمیق است.

3- Ego psychology

۱- واژه " فراگشت" بعنوان برابر نهاده Process پیشنهاد میشود.

۲- واژه " بهینه" برای Optimal در نظر گرفته شده است.

مسئله را ناگهان پیدا کرد و فریاد زد " یافتم ، یافتم " در اینجا بصیرت به معنی شهود است ، ناگه یابی است .
 Hebbala نوروپسیکولوژیست کانادایی معتقد است که اگر نه آشنائی قلبی با تمامی وضعیت ولی آشنائی با اجزاء آن ، یا با وضعیتی مشابه آن لازمه aha experience است یعنی بصیرت ، شامل آمیخته‌ای از فراگشت‌های واسطه‌ای است که از پیش وجود داشته‌اند و نه پدیداری ناگهانی یک فراگشت تازه ، بهر حال بصیرت ، در نظر Hebbala وابسته به تجربه است ، ولی نتیجه مستقیم و ساده یادگیری نیست .

مفهوم بصیرت در روانپزشکی توصیفی

تا اینجا ، تنها به چند مفهوم از مفاهیم متعدد بصیرت ، در روانکاوی و روانشناسی اشاره شد ، که ممکنست زمینه را برای درک بهتر مفهوم و کاربرد بصیرت در روانپزشکی توصیفی آماده سازد ، که در این حوزه ، ظاهراً " بصیرت هیچکدام از معانی یاد شده را ندارد .

جولین لف و آیزکس (J. Leff & A. D. Isaacs) در کتاب " معاینه بالینی در روانپزشکی " می‌نویسند " به آگاهی بیمار از نابهنجاری تجربیات خود ، بصیرت میگویند ، از این فراتر ، وسعت درک بیمار ، از اینکه علائمش نشانه وجود بیماری روانی است ، بوسیله درجه بصیرت وی سنجیده میشود . فقدان بصیرت در بیمارهای پسیکوتیک شایع بوده و میتوان بصیرت بیمار را از استحکام عقاید وهمی (Delusional) و اعتقاداتش به اینکه توهمات (Hallucinations) او منشاء واقعی در دنیای خارج دارند ، ارزیابی کرد " .

اوبری لوئیس (Aubrey Lewis 1934) به تعریفی وسیعتر از تعریف فوق میرسد . وی ، بصیرت را " ایستار (Attitude) صحیح فرد بیک تغییر مرضی در خود " میدانند . ملاحظه میشود که " سرشت روانی " این " تغییر مرضی " در این تعریف گنجانده نشده و آگاهی بیمار از علائم بیماری مورد توجه قرار نگرفته است . چنین تعریفی ، نزدیک به تعریف کارل استاز " وقوف به بیماری " Awareness of illness که " ایستار بیمار است ، هنگامیکه احساس خود را مبنی بر بیمار بودن و یا تغییری در خود بیان میکنند . ولی دامنه این وقوف ، نه به آگاهی از علائم بیماری میرسد

به هر تقدیر هرچه که این نظامهای فکری - در وضعیت روانکاوانه به بیمار القاء کنند بنظر میرسد که دستیابی بیمار به بصیرت مطلوب ، یک فراگشت یادگیری باشد که باشکستن مقاومت بیمار تسهیل میشود .

شاید مورنو (Jacob L. Moreno) اولین کسی بود که از بصیرت ذهنی و درون نو فاصله گرفت و بصیرت را تنها در کنش میسر و واقعی دانست و به آن بصیرت کنشی (Action insight) اطلاق کرد . انسان از طریق کنش در لحظه ، در لحظه " رویارویی " در " اینک و اینجا " به احساسها - آرزوها و بطور کلی رفتار نابهنجار و نابهنجار خود و سرشت روابطش آگاهی مییابد . پس " بصیرت کنشی " و " یادگیری کنشی " اساس روان نمایش (Psychodrama) محسوب میشود .

مفهوم بصیرت در برخی از مکاتب روانشناسی

آلبرت باندورا (Albert Bandura) نظریه پرداز یادگیری اجتماعی (Social learning theory) برفراگشت یادگیری تاکید میکند و عقیده دارد که در جریان رواندرمانی پویا " مدد جوین همه شرطی شده و به سیستم اعتقادی جدیدی گرویده‌اند " . البته باندورا ، نه بر اساس شرطی شدن پاولفی ، بلکه از طریق ترغیب اجتماعی (Social Persuasion) ، وصول به بصیرت را تحلیل میکند . یعنی مدد جواز طریق الگوبرداری (Modeling) ارزش ها ، ایستارها و استانداردهای رفتاری درمانگر را برای ارزیابی خود بکار میگیرد ، و در واقع بصیرتی که بیمار پیدا میکند یک دگرگشتار اجتماعی (Social Conversion) است .

کوهرلر (Koehler) نظریه پرداز روانشناسی گشتالت ، شرطی شدن را تنها راه بصیرت یافتن و راه حل جوئی برای مشکل نمیداند . برای وی بصیرت دریافت سریع روابط است ، بازسازی و باز سازماندهی ناگهانی دینای دریافتی - Perceptual world ارگانسیم است ، بیک طرح نو یا گشتالت . یعنی دریافتن ناگهانی تمامی یک وضعیت برای حل یک مشکل است . یک aha experience است .

همان که بارها تجربه کرده‌ایم و هیجان زده گفته‌ایم " آهان ، فهمیدم " و همان که برای ارشمیدس رخ داد و حل

۱- بنظر نویسنده واژه " وهم " به مفهوم Delusion نزدیک تر است تا واژه " هذیان " که بطور گسترده ای مصطلح شده است .

داده میشود. نه تنها در مورد هیستریا، بلکه در مورد اسکیزوفرنیا و دیگر بیماریهای روانی، نیز چنین تاءکید و انکارهایی درباره اصل وجودی و سرشت آنها، از طرف خبرگان روانپزشکی به کرات ابراز شده است.

با چنین بصیرت محدود و تفسیرپذیر به طبیعت این اختلالات، گروهی از روانپزشکان با وقوف به اینکه اکثریت بیمارانشان، هنوز فرق بین بیماری روانی و عصبی و جسمی را نمی دانند و تنها به علائم جسمی تغییر مرضی خود توجه دارند، و از سوی دیگر، بیماری روانی را مترادف جنون و دیوانگی شناخته به داغ سنگ اجتماعی آن آگاهند، باز هم بطور غیر مستقیم، انتظار دارند که این بیماران داوطلبانه با قبول سرشت روانی بیماری، به جنون خود اعتراف کنند. بیمار به روانپزشک مراجعه کرده و یا به بیمارستان روانی آمده است، یا او را آورده اند. فعلا "بستری است و بی هیچ مقاومتی در بیمارستان مانده و با اقدامات درمانی مخالفتی ندارد. اینهمه رفتار حاکی از بصیرت، مورد پذیرش بعضی از روانپزشکان نیست. تنها انتظار دارند، بیمار با صراحت اقرار کند که بیماری وی روانی است.

بصیرت در بیماریهای جسمی

کاستی یا فقدان بصیرت، اختصاص به بیماریهای روانی ندارد. افراد مبتلا به بیماریهای جسمی نیز، در بسیاری از موارد، به بیماری خود بصیرت کامل ندارند؟ هر پزشکی در طول طبابت خود به کرات به بیمارانی برخورد کرده است، که یا از قبول بیمار بودن خود سرباز می زنند و یا وخامت آنها نمی پذیرند، بیمار ایسکیمی که معتاد به سیگار است و یا فزون طلبی، جایی برای بیماریش باقی نمیگذارد. بیمار دیابتیک شکمبارهای که به شیرینی و مواد قندی علاقه خاص دارد، و بیمار مبتلا به هیپرتانسیون که از غذاهای چرب لذت میبرد، ناگزیر برای رسیدن به خواسته اش یا بیماری را انکار میکند، یا به تشخیص پزشک تردید میکند و یا وخامت حال خود را نمی پذیرد. در بیماری سل مزمن *Spes phthisia* پدیده شناخته شده ای بود. در بعضی از ضایعات لب قدامی مغز، بیماران از علائم خود بیخبرند. در اغلب بیماریهای روان تنی (Psychosomatic) بصیرت بیمار کاستی نشان میدهد. دختر مبتلا به بی اشتهائی عصبی (*Anoraxia Eervos*) که تصویری دگرگونه

و نه به کلیت بیماری، نه شامل برآورد عینی درست شدت بیماری میشود و نه به قضاوت عینی در مورد نوع بخصوص آن بزعم یاسپرس این "وقوف به بیماری است" اما "بصیرت" به بیماری بعقیده وی چهار چوب محدودتری دارد. بدینگونه که "تنها وقتی همه اینها، یعنی قضاوت درست در مورد تمام علائم و کلیت بیماری، نوع و شدت آن وجود داشته باشند ما میتوانیم از بصیرت صحبت کنیم". پس اگر این بصیرت است که یاسپرس میگوید پدیده شناس در جایگاه روانکاو نشسته است. اگر ما از موضع روانپزشکی توصیفی نگاه میکنیم باید حق را به او بری لوئیس بدهیم که میگوید "اگر در بیمار مبتلا به هر بیماری روانی، انتظار داشته باشیم که به بیماری خود بصیرت کامل داشته باشد، واقعا" وظیفه بسیار بزرگی به گردن او نهاده ایم. درخواست ایده آلی است که دسترسی به آن امکان پذیر نیست". از آنجا که بیمار با ذهنی آسیب زده، داده ها (Data) را دریافت کرده، و با همان ذهن به داوری می نشیند، پس نه دریافت او و نه قضاوتش، هیچکدام در هیچ اختلال روانی، نمیتوانند کاملا" درست باشند. از این گذشته، بعنوان معترضه، باید اضافه کرد که بخصوص، زمانی که بصیرت خود روانپزشکان، به سرشت واقعی ایمن اختلالات و علل و سبب آنها، محدود و از زمانی به زمان دیگر، و از مکانی به مکان دیگر، تغییر می پذیرد، چنین انتظاری از بیمار، زیاده خواهی است.

یکصد سال قبل هیستریا، بلا تروید، یک بیماری روانی بود که برای محققین آن کرسی استادی آماده میکردند. در سال ۱۹۶۱ پروفوسور ساس (Szasz) اعلام میدارد که هیچکدام از پدیده هائی که هیستریا نامیده میشوند، نباید بعنوان بیماری پذیرفته شوند. در سال ۱۹۶۵، پروفوسور سلایتر (Slater) مدعی میشود که تشخیص هیستریا، "یک وهم و یک دام" و نشانه طبابت بد است از اینرو تا مدتها روانپزشکان از ترس اینکه مبادا برچسب طبیب ناوارد و سهل انگار به آنها بزنند، از تشخیص هیستریا ابا میکردند. تا اینکه پروفوسور هارولد مرسکی (H. Mersky) مسئله را بررسی کرده و گزارش میدهد که بسیاری از مواردیکه هیستریا تشخیص داده میشوند، در واقع اختلالاتی با علت جسمی بودند. با وجود این مرسکی تعداد قابل ملاحظه ای از این نوع اختلالات را پیدا میکند، که علت روانشناختی داشتند و باین ترتیب، بار دیگر مجوز علمی برای تشخیص هیستریا بدست روانپزشکان

بصیرت در رابطه با علائم روانی

از کلیت بیماری که بگذریم مسئله بصیرت بیمار به بعضی از علائم بیماری مطرح میشود، که در این مورد توجه بیشتر معطوف به توهمات (Hallucinations) و اوهام (Delusions) بوده است. نادر نیستند، بیماران گرفتار توهمات که بجهت داشتن بصیرت به یک تغییر مرضی در خود، به متخصصین چشم و گوش و حلق و بینی مراجعه میکنند. زیرا این بیماران، در ابتدا تصور میکنند که این علائم مرضی را ضایعهای جسمی در چشم و گوش و سیستم عصبی بوجود آورده‌اند؟ چنین تصویری نمیتواند نابهنجار و آسیب شناختی باشد. این شیوه برخورد بیشتر در نوع توهمات ساده و ابتدائی دیده میشود. ولی در اشکال مرکب توهم، بیمار با مشکل پیچیده تر و مسلماً " ترس آورتوری مواجه است. تجربه ایست ناآشنا که سرشت عینی دارد، بدون آنکه محرک خارجی وجود داشته باشد. بیمار آنرا در فضای واقعی بیرونی حس کرده، واقعی مینداند و اراده‌وی در کنترل و تغییر این دریافتها اثری ندارد. این تجربه همیشه دارای چنین خصوصیتی نیست. گاه بیمار نگاره‌های (Images) حس واضحی را تجربه میکند که فاقد عینیت و واقعیت بوده خود بخود از فضای ذهنی درونی برخاسته و بیمار آنرا نابهنجار تلقی میکند. کاندینسکی (1885, Kandinsky 1884) که خود هردو پدیده را تجربه کرده بود، برای اولین بار نوع دوم را شبه توهم (Pseudo hallucination) نامید، که بنظر وی دریافتی انفعالی بود که بطور واضح و مشخص و در تمام جزئیاتش با چشم درون حس میشد و با اراده شخص قابل تغییر نبود. کارل یا سپرس، با اینکه تعریف کاندینسکی را پذیرفته بود عقیده داشت که گاهی فضای ذهنی درونی، با فضای عینی بیرونی همزمان پدیدار میشوند. و علاوه بر این ممکنست گذاری از شبه توهم به توهم واقعی وجود داشته باشد، و گاه "خصوصیت عینیت و ذهنیت، بنادرست، صورت قضاوت درباره واقعیت و غیر واقعیت بخود میگیرد شاید با اینکه است که تیلور (Taylor) مینویسد " از آنجا که ما بایستی برمشاهدات بیمار تکیه کنیم، ممکنست هنگامیکه آنها قضاوت نادرستی از واقعیت جسمی یا کیفیت روانشناختی تجربیات آسیب شناختی خود دارند فریب بخوریم... بنابراین شبه توهمات، هرچند که در فضای درونی تجربه میشوند و

از بدن خود در ذهن دارد و به چاقی پنداشتی خود اصرار میورزد، نه به منشاء روانی بیماری خود آگاهست، و نه وزن هراسی (Weight phobia) و احتراز از خوردن غذا را علامت بیماری میشناسد. بهمین گونه است، بیمار مبتلا به درد روان زاد (Psychogenic pain) که به دشواری ممکنست علت روان شناختی دردش را بپذیرد و اگر به قبول این واقعیت تن دهد زمانیکست که نتایج همه آزمایشات برای جستجوی علت جسمی برای بیماری منفی بوده‌اند، و همه اقدامات درمانی متخصصین رشته‌های گوناگون و احتمالاً " بستری شدن های مکرر و گاهی اعمال جراحی، برای ریشه کن کردن درد بجائی نرسیده‌اند. انکار بیماری در مورد بیماریهای جسمی خطرناک و کشنده نادر نیست. امید به زندگی، ممکنست بر بی آیدگی و احساس مرگ، در بیمار مبتلا به سرطان بخصوص در مراحل اولیه تشخیص چیره شود و بیمار، کم دانشی پزشک و اشتباهات آزمایشگاهی را در مورد چنین تشخیصی مسئول بداند.

برای خبرگان روانپزشکی، کم و کاستی بصیرت یا انکار بیماری در این بیماران قابل درک است، ولی انکار بیمار روانی را نامعقول و علامت بارز بیماریش میشمارند. در حالیکه از درد داغ ننگ اجتماعی جنون آگاهند و میدانند که این درد، از سرطان کشنده بمراتب دردناکتر است. بارها و بارها دیده‌ایم که چطور بیمار روانی، آشفته و پریشان حال زیر لب گفته است "آقای دکتر، میترسم دیوانه بشوم". این ترس و وحشت نه تنها گریبانگیر بیمار است، بلکه نزدیکان وی را نیز راحت نمیگذارد. در جائیکه خویشان و بستگان سالم بیمار، بیماری وی را از دیگران مخفی میکنند، ما از بیمار انتظار داریم تا بداشتن بیماری روانی خود اعتراف کند. بنظر میرسد که در بیشتر موارد چنین انتظاری بی مورد است همیشه نباید منتظر اقرار کلامی بیمار بود، برای ارزیابی بصیرت، رفتار وی معیار قابل اعتماد تری است. در صورت "فقدان بصیرت" باید این سؤال مطرح شود که آیا این فقدان، نتیجه یک عدم وقوف واقعی است و یا انکار ناخود آگاهانه یا که انکار نیست خود آگاهانه یا نیمه آگاهانه؟ و در رابطه با ایستار بیمار به بیماری روانی باید مورد بررسی قرار گیرد.

خود بیمار هم در مورد ذهنی بودن و عینی بودن یا غیر واقعی بودن آنها تردید دارد و از آن فراتر تردید مشاهده گراست.

از آنجا که در حوزه دریافت واقعیت - و واقعیت فی‌النفسه - افزارهای سنجش ماستقل از انگیزه‌ها، آرزوها، انتظارات، ایستارها، عواطف و شیوه تفکر و استدلال و بالاخره جهان بینی ما نیست، در حوزه وهم (Delusion) مادر زمین لغزنده‌ای هستیم. واقعیت چیست؟ تا ما براساس آن وهم را توضیح دهیم، آیا واقعیت "چیزها درخود" است؟ یا آن "جوهر نهفته"؟ یا آنچه عینی و ملموس است و از طریق حواس دریافت میشود؟ یا چیزها که در زمان و مکان وجود دارند؟ یا که چیزهاییست که مادرست دریافت میکنیم؟ در اینجا درستی و نادرستی آنرا چه کسی و با چه معیاری تعیین میکند؟ اگر واقعیت آنچیزی است که عموم دریافت میکنند، پس تکلیف دریافتهای تازه پیشگامان فکری و علمی چه میشوند؟ آیا تنها کافیست که واقعیت دریافت شده منطبق بر منطق پذیرفته شده زمانه باشد؟ و تازه گاهی واقعیت وجود ندارد، حتی زمانی که آنرا بدرستی دریافت میکنیم، چنانکه در تجربه بی واقعیت شدگی "Derealization" و بی خویش شدن شدگی "Depersonalization" رخ میدهد. باز هم به نقل از یاسپرس می‌آوریم "ولی ما چیزی بیش از این نیاز داریم، چیز دیگری هم هست، واقعیتی که ما تجربه میکنیم..." "واقعیت همیشه یک تفسیرو یک معنی است. معنی چیزها رویدادهاست. وقتی که آن معانی فهمیده شد، واقعیت فهمیده شده است." پس آیا واقعیت نسبی است و تغییر پذیر و متکی به بصیرت؟ با احتمال قوی قضاوت واقعیت "Reality" و "judgment" چنین است و "وهم" در حوزه چنین قضاوتی قرار میگیرد. قضاوت واقعیت را البته باید از "یقین بلافاصله" واقعیت "Immediate certainty of reality" تمیز گذارد. واقعیت قضاوتی فرآیند دریافت مستقیم واقعیت است در فراگشت (Process) ذهنی و پس از تعبیر و تفسیر مفهومی در مثنی خاص، بنابراین یک واقعیت ثانوی است. واقعیتی است انعطاف پذیر که از بستر استدلال و عقل و تفکر برمیخیزد. همچنانکه "وهم خود را در قضاوت متجلی میسازد و تنها میتواند از فراگشت تفکر و قضاوت نشأت گیرد" اما قضاوتی نادرست و آسیب شناختی که به آن

خصوصیت نگاره‌ای یا خیالی دارند، در تلاشی برای توضیح حدوث ناخواست و تحمیلی آنها با شتاب واقعی تلقی شوند. "سدمان (Sedman) نیز که این پدیده را بطور وسیع مورد تحقیق و مطالعه قرار داده زمانی، شبه توهم را توهمی میدانست که "از طریق حواس دریافت شده ولی بیمار آنرا منطبق بر دریافت (Perception) نمیداند" یعنی آنرا دریافت واقعی "نمیداند. ولی در سال ۱۹۶۷ سدمان تغییر عقیده میدهد و شبه توهم را نوعی خیال میدانند و نه نوعی توهم. زیرا اگر بنا به تعریف، توهم دریافت بدون بنیاد عینی است بنابراین شبه توهم نمیتواند توهم باشد. چون دریافت نیست. سیر تحولی نقطه نظرهای فیشر (F. Fisher) نیز بی شباهت به دگرگونی‌های عقاید سدمان نیست. وی ابتدا شبه توهم را نوعی توهم میدانند. ولی بعد مینویسد "برخی از مؤلفین توهمات را که بیمار واقعی نمیداند، شبه توهم خوانده و به سردرگمی افزوده اند" و این سردرگمی هنوز هم ادامه دارد، هنوز هم مرز مشخصی بین شبه توهم و توهم وجود ندارد. هر (Hare) تفاوت اصلی این دو پدیده را، از نظر بیمار، انطباق پذیری و انطباق ناپذیری آنها بر واقعیت میدانند، یعنی نهایتاً "وابسته به بصیرت بیمار به عواقب بیماری است. اما متذکر میشود که" این بصیرت هیچگاه پدیده همه یا هیچ نیست. تجربه ایست که می‌آید و می‌رود و زمانی که هست، ممکنست بدرجات مختلف باشد "بدینجهت توصیه میکند که بجای افتراق بین دو پدیده، بایستی بر درجات مختلف بصیرت به انطباق تجربه بر واقعیت تکیه کرد و "اگر این رویه بکار گرفته شود، مفهوم شبه توهم عمدتاً سطحی خواهد شد" - بنا به این نظر، دیگر توهم نمیتواند افزار قابل اتکائی برای سنجش بصیرت باشد. بلکه بالعکس، توهم بودن یا شبه توهم بودن یک تجربه را درجه بصیرت باید تعیین کند. بنظر میرسد که اگر بخواهیم بصیرت را براساس توهم ارزیابی کنیم، خود را گرفتار دور باطل کرده‌ایم. زیرا بصیرت میتواند بر قضاوت بیمار در مورد واقعی بودن یا غیر واقعی بودن یک تجربه اثر گذاشته ذهنیتی را عینی جلوه‌گر سازد، یا دریافتهای بصورت نگاره و خیال نمود کند. و اگر بخواهیم براساس بصیرت بین توهم و شبه توهم افتراق بگذاریم، جدائی و افتراق این دو پدیده از یکدیگر سطحی و ظاهری و ناپایدار خواهد بود. چرا که گاه بهم تبدیل شده و گاه در کنار یکدیگر دیده میشوند و زمانی

و هم میگویند . یاسپرس برای او هام سه مشخصه قائل است " ۱- با اطمینان خارق العاده و یقین ذهنی غیر قابل قیاسی باور شده اند ۲- نسبت به دیگر تجربیات و استدلالهای خلاف آنها غیر قابل نفوذند ۳- محتوی آنها غیر ممکن است " وی متذکر میشود که اگر بخواهیم " به سرشت روانشناختی و هم پی ببریم بایستی بین تجربه اصلی و داوری مبتنی به آن " تمیز بگذاریم . و از آنجا او هام را به دو گروه بزرگ تقسیم میکنند " یک گروه که بطور قابل درکی از عواطف و دیگر تجربیات پریشان ساز، تحقیر کننده و گناه برانگیز مقدم بر آن، از دریافتهای نادرست یا از تجربه بی واقعیت شدگی (Derealization) درحالت هشیاری تغییر یافته، منشاء گرفته اند و گروه دیگری که برای ما از نظر روانشناختی کاهش نیافتنی و از نظر پدیده شناسی نهایی است، ما به دسته اول " اندیشه های وهم گونه (Delusion like ideas) نام میگذاریم . دسته دوم را او هام شایان (Delusion proper) میگویم . " اما ما با گروه دیگری از قضاوتهای نادرست مواجهیم که به آنها ، اندیشه های بیش ارزش یافته (Overvalued ideas) میگویند و گاه افتراق آنها از دو گروه دیگر مشکل است و تازه این واقعیتهای نادرست قضاوتی ما را با مشکل عظیم تری مواجه میکند و آن تعیین مرز بین این قضاوتهای فردی با باورهای عمومی است که اگر فردی باشد وهم است ولی اگر اجتماعی و فرهنگی باشد ، نباید به حساب وهم گذاشته شود . بنابراین (Frank Fish) و هم را چنین تعریف میکند . "باور نادرست تزلزل ناپذیری که موافق بازمینه های اجتماعی و فرهنگی بیمار نیست " . اما هیچکس توضیح نداده است که درجه این موافقت چقدر باید باشد تا ما آنرا وهم مرضی ندانیم ، و روشن نیست که اگر این باور فردی از حدود و ثغور اجتماعی و فرهنگی خود فراتر رفت ، باز هم باید آنرا از مقوله وهم جدا کرد؟ موافقین این نظریه تشخیص های نادرستی را مطرح میسازند که سالهای سال در کشورهای پیشرفته غربی برای بعضی از بیماران مهاجر از کشورهای جهان سوم در نظر میگرفتند (Atypical psychosis) با نامهای گوناگونی مثل (West Indian یا Jamaican psychosis) در این مورد لیبج (M.Lipsedge) و لیتل وود (R.Littlewood)

مینویسند " تصمیم در مورد اینکه باور یک شخص وهم است یا تناسبی با باورهای معمول مردم محل (Community) او دارد مشکل است . بخصوص زمانیکه فرهنگ در حال دگرگونی است و یا در آن جامعه سیستم های اعتقادی متضاد گوناگون وجود دارد " اما حتی این آگاهی نمیتواند در شهرهای بزرگ و جوامع بزرگتر برای ما مشکل گشایی باشد . چرا که در این جوامع "Community" به معنای پیشین خود، در حال اضمحلال است و از آن گذشته جامعه ای نیست که دارای سیستم های اعتقادی گوناگون نباشد و در دنیای ما کمتر فرهنگی هست که ایستا بماند . ناگزیر مشکل یک تعریف عملی که بتواند مرز وهم و غیر وهم را در متن اجتماعی و فرهنگی آن مشخص سازد ، همچنان باقی است . اما اگر بخاطر پیشبرد بحث ، همان تعریف معمول وهم را ، در چهارچوب پدیده شناختی ، یا لاقول در معنی لغوی آن بپذیریم آنوقت " فقدان بصیرت" در این معنی مستقر است . یعنی اگر بیمار به بیماری خود بصیرت داشته باشد و این بیماری را روانی و فکری بداند . آنوقت بر بطلان باور و اعتقاد خود - که ما آنرا وهم میگویم ، گواهی داده است و این نقص غرض است و نیز از آنجا که وهم در حیطه قضاوت و تفکر قرار میگیرد ، داشتن بصیرت دست کم به بخشی از واقعیت است که بیماری اوست پایه های وهم او را که در واقع قضاوت واقعیت است متزلزل میسازد .

پس تنها موردی که لاقول از دیدگاه منطقی و نظری باید مرخص همیشه بیماری روانی خود را انکار کند ، موردیست که وی دچار وهم بارز باشد . البته باید در نظر داشت که بیمار میتواند وهم زده باشد ولی قضاوت او درباره دیگر جنبه های واقعیت ، به استثنای آنچه در دستگاه وهمی او قرار میگیرد و نیز بیماری " روانی " او دست نخورده بماند و یا کمتر آسیب به بیند .

نکته دیگر ، در ارزیابی بصیرت اینست که نه تنها باید به مرز بین بهنجاری و نابهنجاری توجه داشت بلکه اگر نابهنجاری تاءید شد ، آنوقت مرضی بودن و غیر مرضی بودن آن مورد بررسی قرار داد چرا که هر نابهنجاری لزوماً مرضی نیست ، یک نایغه نابهنجار است ، بدون آنکه لزوماً بیمار باشد . همینطور ، نداشتن بصیرت به منشاء روانی بیماری الزاماً مرضی نیست . اگر اختلالاتی را که ما بیماری روانی میدانیم در فرهنگ و جامعه ای دیگر ، فقط

رفتاری خاص تلقی کنند، از بیماری که چنان رفتاری دارد و در آن جامعه پرورش یافته نمیتوان انتظار داشت که او را " رفتار خود را بیماری بداند و از آن فراتر منشاء آنرا روانی بشناسد گفته "Littlewood, Lipsedge" در این مورد شاهد خوبی است " ما در اروپا معمولا " به کسی دیوانه میگوئیم که عقایدی عجیب و غریب و برای دیگران نامعقول باشد " ولی " در بیشتر کشورهای جهان سوم بیماری روانی را بیشتر در اعمال نابهنجار می بینند، تا در باورهای غلط... " و درجای دیگر میگوید " باورهای بیمار ممکنست همان باورهای افراد خانواده اش باشد، با اینحال افراد خانواده رفتار او را ناهنجار میابند ". باین ترتیب نه تنها "وهم" را باید در ابعاد فرهنگی آن سنجید بلکه ارزیابی بصیرت بدون در نظر گرفتن زمینه فرهنگی نارواست. این واقعیت را یاسپرس بروشنی بیان داشته است " داشتن بصیرت بستگی به زمینه فرهنگی، هوش، تحصیلات و ایستار (Attitude) بیمار به بیماریش دارد. "

بصیرت و بیماریهای روانی

یاسپرس بصیرت را نه پدیده ای واحد بلکه، مجموعه ای از پدیده های مختلف میداند و تحت عنوان ایستار بیمار به بیماریش آنرا شرح میدهد. سرگشتگی (Perplexity) را بخصوص در شروع بیماریهای پسیکوتیک ایستاری قابل درک میشناسد که ناشی از آگاهی بیمار به بروز تغییری در خویش است. احساس غریب تغییر (Uncanny feeling of change) و یاترس از دیوانه شدن، که بکرات از بیماران شنیده ایم، از جمله این پدیده هاستند. "آگاهی از بیماری" (Awareness of illness) و بصیرت، پدیده های دیگری در این زمینه محسوب میشوند که تحت عنوان " قضاوت بیمار درباره بیماری خود" مورد بررسی یا سپرس قرار میگیرند. اما لوئیس تنها یک پدیده را معتبر میداند و آنرا بصیرت کامل تلقی میکند " یک ایستار درست به تغییر مرضی در خود " و ایستار درست به عقیده وی، ایستاری است که بیمار بدون رهنمودی به آن رسیده است. این ایستار درجائی بین ایستار نزدیکانش، ایستار طبیبش و ایستار خودش بهنگامیکه سالم بود، قرار میگیرد. چنین بصیرتی بسیار کمتر از بصیرتی است که یک روانکاو از بیمارش انتظار دارد. در این فراگشت، ابتدا بیمار به تغییری مرضی در خودش آگاه

میشود و متعاقب آن درباره این تغییر قضاوت میکند. ولی از آنجا که در هر بیمار روانی این قضاوت توسط یک ذهن آسیب دیده صورت میگیرد، چه در بیمار پسیکوتیک باشد و چه در بیمار نوروتیک قضاوتی است که نمیتواند مانند اشخاص دیگر و یا پزشک خود باشد. بنابراین " بصیرت کامل " در اختلالات روانی از هر نوع که باشند، مشاهده نمیشود. به اعتقاد لوئیس نقص قضاوت درباره واقعیت و از آنجا نقص بصیرت را باید در آسیب شناسی هر بیماری جستجو کرد. با این نتیجه گیری، لوئیس به واقعیتی بصیرت پیدا میکند که متا سفا نه بعد از اواز چشم متا آخرین دور میماند. وی در سال ۱۹۳۴ مینویسد " یکی از روانپزشکان برجسته انگلیسی گفته است که بصیرت سنگ محک - مطلقا " لغزش ناپذیر و دقیق برای تمیز نروزها از پسیکوزهاست. از آنجا که من اینگونه تمیزگذاری بین نروزها و پسیکوزها را در اصول نادرست و گاهی در عمل گمراه کننده میدانم به بررسی کاربرد بصیرت نمیپردازم اگر این نظر را غالبا " مادر سردرگمی برای مبتدیان روانپزشکی نمی یافتم... درست اینست که بگوئیم، اختلال عمده بصیرت، غالبا " در بیماریهای نوروتیک یافت میشوند... " و ادامه میدهد که اگر بخواهیم بصیرت یک وسواسی را کامل بدانیم باید مانند ستودارت (Stoddart) این مفهوم را فقط به وهم (Delusion) و انسجام فکر محدود سازیم و نیز دریک دختر هیستریک نمیتوان گفت که وی ایستاری سالم و بهنجار نسبت به (Dermatitis artifacta) خود دارد. یا دریک بیمار مبتلا به (Shell shock) بهمین گونه. البته به این فهرست میتوان، حالات دیگری مانند (Cardiac neurosis, Canser Syndrome) states) (Dissociative) (Hypochondriasis) و غیره را افزود. از طرف دیگر لوئیس معتقد است که در بیماران مبتلا به "پسیکوزهای آشنا مانند اسکیزوفرنی و گروه بیماریهای عاطفی " "غالبا " بصیرت خوبی " را میتوان یافت. بعضی متقدمین لوئیس، گفته وی را تاء پید میکنند. کرپلین (Kraepelin) در مورد قضاوت در کتساب (Dementia precox) مینویسد " بیماران اغلب احساس مشخصی از تغییر عمیقی دارند که در آنها رخ داده است " یا در مورد بصیرت در کاتاتونی (Catatonia) میگوید " حتی بصیرت معینی به بیماری، در بسیاری موارد مشاهده

بیماریهای پسیکوتیک از بیماریهای نوروتیک تا حدودی از سر راه بر میدارد.

اما سردرگمی و بلا تکلیفی برای این واژه و مفهوم و کاربرد آن همچنان باقی میماند. در این گذار تلاشهایی شده است تا اگر در مورد آسیب شناسی و تعریف بصیرت اختلاف هست لااقل تعریفی عمل-کردی (Operational definition) برای آن پیدا کنند.

از جمله این تلاشها یکی تعریفی است که در کتاب (Kaplan: Comprehensive Textbook of Psychiatry) به چشم میخورد که در واقع آمیخته است از اغلب تعاریفی که ذکر شدند. در این تعریف بصیرت کیفیتی است نسبی که میتواند به درجات مختلف در بیمار مشاهده شود.

درجه ۱- انکار کامل بیماری

درجه ۲- آگاهی مختصری از اینکه بیمار است و نیاز به کمک دارد ولی در عین حال بیماری را انکار میکند.
درجه ۳- آگاهی از اینکه بیمار است ولی، دیگران و عوامل خارجی جسمی را سبب آن میدانند.

درجه ۴- آگاهی از اینکه علت بیماری چیست و ناشناخته‌های در وجود خود اوست.

درجه ۵- بصیرت اندیشه‌ای (insight intellectual) که عبارتست از پذیرش اینکه بیمار است و علائم و یا کاستی‌های وی در سازگاری اجتماعی، بعلاوه احساسهای خردگریز (Irrational) و یا آشفتگی‌های خاص خود اوست. بدون اینکه این دانش بتواند در تجربیات آینده وی بکار گرفته شود.

درجه ۶- بصیرت احساسی واقعی (True emotional insight) که عبارتست از آگاهی احساسی از انگیزه‌ها و احساسهای درون خویش و معانی نهفته در علائم است.

این آگاهی به تغییراتی در شخصیت و رفتار آینده بیمار منجر میشود. شخص با فکر باز عقاید تازه را در مورد خویش و کسان مهم زندگیش پذیرا است.

در این درجه بندی "تجربه آهان" (Aha experience) مرحله‌ای است که بین بصیرت اندیشه‌ای و بصیرت احساسی قرار میگیرد. این درجه بندی ششگانه کار ارزیابی بصیرت را آسانتر میسازد. بدون اینکه

میشود. بیماران کارهایی را که انجام میدهند احمقانه میخوانند... " و بلولر (Eugen Bleuler) در همین زمینه مینویسد "باید بیاد داشت که بسیاری از بیماران اسکیزوفرنیک، بیماری را به شدت حس میکنند حتی در دوره‌ای که بیماری کمی شدت یافته است. ولی همیشه بیماری را آنطور که مشاهده گرمی بیند نمیتوانند به بینند... گاهی یک پزشک اسکیزوفرنیک، بیماری خود را بدرستی تشخیص میدهد" ولی وقتیکه به کنراد (Conrad, 1958) و بعد به (Roth & Slater) میرسیم - این روانپزشکان بر اهمیت تشخیصی "فقدان بصیرت" در اسکیزوفرنی تأکید ورزیده و گاه آنرا مشخصه (Characteristic) اسکیزوفرنی میدانند و معتقدند که هیچگاه در اختلالات عاطفی فقدان بصیرت به پایه اسکیزوفرنی نمیرسد. فیش (Frank Fish) با این عقیده به مخالفت برمیخیزد که فقدان بصیرت هم در طول مرحله وهم بعد از آن وجود دارد و کاملاً اشتباه است اگر تصور کنیم که فقدان بصیرت در طول مداوا و بعد از حمله حاد علامت تشخیصی اسکیزوفرنی است. لانگ (Lange 1928) می‌نویسد.

"حتی در ملانکولی شدید - عدم یک آگاهی کم و بیش مبهم از بیماری بندرت مشاهده میشود". از متاخرین باید از (Winokur) و همکارانش نام برد که در سال ۱۹۶۹ تحقیق منظمی در مورد بیماریهای عاطفی انجام دادند و گزارش آنها حاکی از این بود که بیماران مانیا یا تقریباً "در ۱/۳ موارد به بیماری خود بصیرت داشتند. در ۱/۳ بیماران در طول ۲۴ ساعت اول بعد از بستری شدن هیچوقت بصیرتی مشاهده نشد و در ۱/۳ بقیه بصیرت متغیر بود. با هم‌این مطالعات تحقیقی و مشاهدات بالینی

هنوز هم در ICD9 میخوانیم که در بیماریهای پسیکوتیک بصیرت بطور وسیع اختلال یافته و در بیماریهای نوروتیک ممکنست بصیرت قابل ملاحظه‌ای وجود داشته باشد. گواینکه لحن ICD9 نسبت به عقاید کنراد (Conrad) و پیروانش تعدیل یافته است. ولی هنوز هم فقدان بصیرت بعنوان یک وجه افتراقی در تعریف بیماریهای نوروتیک و پسیکوتیک آورده شده است.

در DSM III که مقوله نوروها حذف گردیده خوشبختانه به بصیرت بعنوان یک وجه تشخیصی اهمیت داده نشده است. این مشکل را، لااقل در رابطه با تشخیص افتراقی

بیماران گرفتار بیماریهای جسمی یا روانی مشاهده شود .
 "فقدان بصیرت" مشخصه (Characteristic) هیچ بیماری یا گروه بیماریها نیست و برای تشخیص افتراقی بیماریهای نوروتیک از بیماریهای پسیکوتیک ابزار قابل اتکائی نمیتواند باشد . چرا که بصیرت در بیماران نوروتیک نیز ممکنست از بستر ذهنی آسیب دیده برخیزد و حاصل قضاوتی نادرست از واقعیت باشد .

در مواردی که وهم و توهم از علائم بارز بیمار است ، ناگزیر بصیرت به بخشی از واقعیت یا تمامی آن مختل است . اما حتی در این بیماران و بخصوص در مورد توهم ممکنست بصیرت به بیماری - اگر نه بیماری روانی - ولی بصیرت بیک تغییر مرضی ، گاه موجود باشد .
 اگر قرار است از فقدان بصیرت بعنوان یک افزار تشخیصی استفاده شود نیاز بیک تحقیق منظم در مورد یکایک بیماریهای روانی و توجه به آسیب شناسی آنها الزامی است .

حاصل این ارزیابی لزوماً "بتواند بعنوان افزار تشخیصی مطمئن و قابل اتکاء برای افتراق بیماری پسیکوتیک از نوروتیک و حتی از اختلالات شخصیتی مورد استفاده قرار گیرد .

* * *

پس بصیرت از بستر قضاوت و تفکر برمیخیزد . بستگی نزدیکی با زمینه فرهنگی ، تحصیلات ، هوش و ایستارهای بیمار دارد . به معنی گسترده اش اهمیت ، قضاوت درست درباره واقعیت است . اما در قلمرو روانپزشکی ، آگاهی از تغییر مرضی است . قضاوت درست در مورد یک تغییر مرضی است و به معنی محدودتر آن ، آگاهی از بیماری روانی است . محدودتر و عمیق تر از این ، تعریف روانکاوانه بصیرت است که آگاهی اندیشه‌ای و احساسی از علل و خاستگاه علائم و خود بیماری است . باین ترتیب بصیرت کمیتی همه یا هیچ نیست . کیفیتی است نسبی که بدرجات مختلف میتواند ، در

References

1. Alexander, F.: "The dynamics of psychotherapy in the light of learning theory": American Journal of pschiatry, 120, 440-448, (1963).
2. Bandura, A.; "The principles of Behavior Modification": 94, 1st Edition, London. Holt International (1970).
3. Bleuler, E.: "Dementia Praecox or the group of Schizophrenias": 258, 310. Translated by Zinkin, J.: 3rd Printing. New York, International University press (1955).
4. Conrad, K.: "Clinical Psychiatry": 315. Slater, E., Roth, M., 3rd Edition London. Bailliere, Tindall and Cassell, (1974).
5. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, (DSM III) 3rd Edition.
6. Eidelberg, L.: "Encyclopedia of Psychoanalysis" : 32, 126, 201. New York. The Free Press, (1968).
7. Erikson, E.: "Insight and Freedom": 4: First Edition: University of Cape Town, (1968).
8. Fenichel, O.: "Problem of Psychoanalytic Technique": Psychoanalytic Quarterly: New York, (1941).

9. Fish, F.: "Clinical Psychopathology": 10. 18-20. Edit. Hamilton, M. John Wright and Sons Ltd., (1974).
10. Fish, F.: "Schizophrenia": 141. Edit. Hamilton, M., 2nd Edition: John Wright and Sons Ltd., (1976).
11. Freud, S.: "Remembering, Repeating and Working Through: (1914). Vol. XI, Standard Edition: Hogarth Press Ltd., (1959).
12. Hare, E.H.: "A Short Note on Pseudo-Hallucination": British Journal of Psychiatry: 122, 469-476. (1973).
13. Hartmann, H.: "Essays on Ego Psychology": 337. Hogarth Press, London, (1964).
14. Hebb, D.O.: "The Organization of Behavior A Neuropsychological Theory" 162-165: 4th Edition, McGill University, (1957).
15. Heine, R.W.: "A Comparison of Patients Reports": American Journal of Psychotherapy: 7. 16-23. (1963).
16. (ICD 9) International Classification of Diseases: 9th Revision: W.H.O. Geneva, (1978).
17. Jaspers, K.: "General Clinical Psychopathology": 93-98, 414-427. Translation by Hoening and Hamilton. 4th Impression; Manchester University Press, (1972).
18. Kaplan, H.I., Freedman, A.M., Sadock, B.J.: "Comprehensive Textbook of Psychiatry": 497. 4th Edition. (1985).
19. Klien, M.: "The Psychoanalysis of Children": II, 60. The Writing of Melanie Klien, Vol. II. Hogarth Press, London, (1975).
20. Kohler, W.: (1925): "Learning by Insight", by McConnell, J.V., in "Understanding Human Behavior": 420-422. Holt, Rinehart, Winston, (1974).
21. Kraepelin, E.: "Dementia Praecox and Paraphrenia": 25-26, 150. Translated by Barclay, R.M., Robert, E. Krieger Publishing Co. inc., New York, (1971).
22. Lange, J.: "The Endogenous and Reactive Affective Disorders and the Manic-depressive Constitution", in; Handbook of Mental Disorders. Vol. 6. (1928).
23. Leff, J.P., Isaacs, A.D.: "Psychiatric Examination in Clinical Practice". 79-80. Blackwell Scientific Publications, (1973).
24. Littlewood, R., Lipsedge, M.: "Aliens and Alienists": 199-204. 1st Edition. Penguin Books, (1982).
25. Lewis, A.: "The Psychopathology of Insight": British Journal of Medical Psychology; Vol. 14, 332-348, (1934).
26. Marmor, J.: "Psychoanalytic Therapy as an Educational Process": in; "Science and Psychoanalysis"; Vol. 5. 286-299. Grune and Stratton, (1962).

27. Merskey, H.: "The Analysis of Hysteria": Bailliere Tindale, London, (1979).
28. Moreno, J.: "Psychodrama": Vol. 111. 236. Beacon House, New York, (1975).
29. Rogers, C.R.: "Client-Centered Therapy": 119, 146-148. Constable and Co. Ltd., London, (1976).
30. Sedman, G.: "A Comparative study of Pseudo-hallucinations, imagery and True Hallucinations": British Journal of Psychiatry. 112, 9-17, (1966).
31. Sedman, G.: "A Phenomenological Study of Pseudo-hallucinations and Related Experiences": Acta Psychiatrica Scandinavica. 42, 35-70 (1966).
32. Slater, E.: Diagnosis of "hysteria": British Medical Journal; Vol.1 1395-9.
33. Slater, E., Roth, M.: "Clinical Psychiatry": 267-270. 3rd Edition. Bailliere, Tindall, Cassel, London, (1974).
34. Stoddart: "The Psychology of Insight": 342. Lewis, A.: British Journal of Medical Psychology, 14, (1934).
35. Szasz, T.S.: "The Myth of Mental Illness": Harper and Row, New York, (1961).
36. The Shorter Oxford English Dictionary: 3rd Edition, Clarendon Press Oxford, (1980).
37. Tylor, F.K.: "On Pseudo-hallucinations": Psychological Medicine; 11, 265-271. (1981).
38. Winokur, G., Clayton, P., Reich, T.: "Manic-depressive illness": St Louis, C.V. Mosby Co., (1969).