

精神分裂症和躁鬱症合併酒癮是否會彼此影響患者對疾病的病識感高低程度？

Is There Interaction Between the Insight into Schizophrenia and Bipolar Disorders and Alcohol Use Disorders among Patients with Dual Diagnoses?

中文摘要

本研究的目的是比較精神科門診中精神分裂症或躁鬱症合併和未合併酒癮之患者對於精神疾病的病識感有無差異，以及在精神分裂症或躁鬱症合併有酒癮之患者中，對於精神疾病的病識感和對於酒癮的病識感之間的關聯。本研究邀請 70 位合併酒癮和 107 位未合併酒癮的精神分裂症或躁鬱症個案接受訪談，以 Schedule of Assessment of Insight-- expanded version (SAI-E) 評估個案對於精神疾病的病識感，並以 Hanil 飲酒問題病識感量表 (Hanil Alcohol Insight Scale, HAIS) 評估合併酒癮者對於飲酒問題的病識感，先以 analysis of covariance (ANCOVA) 比較合併和未合併酒癮組個案對於精神疾病病識感 SAI-E 總分之差異，在合併酒癮組中則以 Pearson correlation 檢驗對於精神疾病和對於飲酒問題的病識感之間的關連性。結果發現：在控制教育年限和 PANSS 總分後，合併酒癮組的精神分裂症或躁鬱症個案對於精神疾病的病識感程度較未合併酒癮組個案較低；在合併酒癮組中，若對於精神疾病之病識感越高，對於酒癮問題之病識感也越高。

關鍵詞：病識感，精神分裂症，躁鬱症，酒癮。

Abstract

Previous studies have found that high proportion of patients who have schizophrenia or bipolar disorders have comorbid alcohol use disorder (AUD). The aims of this study were to examine the impact of comorbid AUD on the insight into mental illnesses in the patients with schizophrenia or bipolar disorders and the relationship between the insight into mental illnesses and the insight into AUD. We recruited 177 subjects who had the diagnosis of schizophrenia or bipolar disorder into this study. Of them, 70 subjects had comorbid AUD (comorbid group) and 107 had no comorbid AUD (non-comorbid group). Insight into mental illnesses was assessed by using the Schedule of Assessment of Insight--expanded version (SAI-E) in both groups. Insight into AUD was assessed by using the Hanil Alcohol Insight Scale (HAIS) in the comorbid group. The results indicated that the comorbid group had poorer insight into mental illnesses than the non-comorbid group in the analysis of covariance (ANCOVA). Meanwhile, insight into mental illnesses was positively correlated with insight into AUD in the comorbid group.

Key words: Insight, schizophrenia, bipolar disorder, alcohol use disorder.

前言

無論是社區大型流行病學研究或醫療單位之臨床研究中都發現：物質使用疾患的成人個案有相當大之比例共存有其它的精神疾病。例如美國的 Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study 即發現，精神分裂症和躁鬱症患者共存有任何一種物質使用疾患的比例達 47% (OR=4.6) 和 60.7% (OR=7.9) (Regier et al., 1990)。Meyer (1986) 將物質使用和精神疾病高共存性的關係做了以下可能的假設：(1) 精神疾病或症狀為物質使用的結果；(2) 精神疾病改變物質使用的過程；(3) 物質使用改變了精神疾病的病程；(4) 病人及家屬的精神病理因素是導致物質使用的危險因子；和 (5) 物質使用和精神疾病起源自共同的易感受性本質 (vulnerability)。探討共病診斷的目的除要了解疾病可能的形成原因外，極重要的目的在於它將影響治療模式的選擇和進行 (陳, 1996)。過去研究已發現：精神疾病患者合併使用物質不只會加重精神症狀，還會影響對於精神疾病的治療 (Galanter et al., 1988; Kay et al., 1989; Lehman et al., 1989; Miller and Ries, 1991; Schuckit, 1985)。由此可知了解精神疾病患者合併物質使用問題具有臨床重要性。

過去在非精神醫療單位所進行的研究發現：酒癮個案主動嘗試戒除飲酒的比例不高 (顏, 2005)，酒癮者能否覺察自己飲酒行為的日漸嚴重已非常態、能否覺察飲酒已超過自己所想要和所能控制的程度，以及覺察飲酒為自己所帶來的種種負面影響，將直接影響他們是要繼續原有的飲酒行為或是做出改變，以上這些對於自己疾病、症狀、接受治療必要性的主觀看法，可總稱為「病識感 (insight)」。Kaplan 和 Sadock (1989) 對於病識感的定義為「病患對於自己疾病的病因和所帶來影響了解的程度」。最近十餘年關於精神疾病患者病識感的臨床研究顯示：病識感是具有預測預後價值的臨床指標 (Amador et al., 1996; Heinrichs et al., 1985; Lin et al., 1979; McEvoy et al., 1989; McGlashan and Carpenter, 1981; Yen et al., 2002; Yen et al., 2005)。近年來病識感的議題在精神分裂症患者 (Amador et al., 1994; David et al., 1992)、躁鬱症患者 (Ghaemi and Pope, 1994) 和酒癮者 (Kim et al., 1998) 族群的重要性分別日漸受到重視，然而精神分裂症或躁鬱症患者合併酒癮共同出現的機率極高，過去卻未有研究針對此兩類精神疾病合併有酒癮者，分析這兩類病識感高低程度是否會彼此影響。

研究目的

以發展良好的病識感評估工具，比較精神科門診中精神分裂症或躁鬱症合併和未合併酒癮之患者對於精神疾病的病識感有無差異，以及在精神分裂症或躁鬱症合併有酒癮之患者中，對於精神疾病的病識感和對於酒癮的病識感之間的關聯。

文獻回顧與理論概念

一、病識感之定義

「病識感 (insight)」這名詞雖然在現代精神醫學普遍受到應用，但定義上有許多分歧，這主要是來自學者所持學術理論立場和蒐尋資訊方向之不同。現今著重於症狀描述的精神醫學家將病識感細分成數分項，每項均有操作型定義以評估病識感存在與否，例如 Greenfeld et al. (1989) 對病識感之定義則為：(1) 病患能否描述和討論自己的症狀；(2) 病患是否了解症狀為疾病的表現；(3) 病患對於自己疾病起源的歸因；(4) 病患覺得自己需不需要治療；(5) 病患能否覺察自己復發的先兆。David (1990) 則認為病識感包含三個不同的細項：(1) 病患覺察精神症狀為病態之能力；(2) 病患是否覺察自己正在生病，且為精神疾病；(3) 病患口頭表達以及外顯表現的藥物順從性高低。Amador et al. (1993) 則將病識感細分成：(1) 病患是否覺察自己有精神疾病；(2) 病患覺得藥物治療對自己是否有助益；(3) 病患是否知道罹患精神疾病為自己帶來影響，諸如被強制入院、出現傷害他人行為等。

二、病識感的臨床價值

過去以精神分裂症和躁鬱症患者為對象所做研究顯示：病識感之高低程度可預測藥物服從性 (Lin et al., 1979; McEvoy et al., 1989; Yen et al., 2005)、疾病預後 (Heinrichs et al., 1985; Lin et al., 1979; McEvoy et al., 1989; McGlashan and Carpenter, 1981)、疾病復發 (Heinrichs et al., 1985; Yen et al., 2002)、社會適應 (McGlashan and Carpenter, 1981; Yen et al., 2002)、自殺 (Amador et al., 1996)。這些研究結果在在顯示病識感不只是精神病理評估的項目，也是具有臨床價值的指標。

三、酒癮者的病識感評估

在過去研究飲酒行為的長期變化歷程研究中，無論是回溯性研究 (Schuckit et al., 1995) 或是追蹤研究 (Ojesjo, 1981; Vaillant et al., 1995, 1996) 皆發現：雖然每年有將近 3% 社區飲酒者在未接受治療情形下自行停止飲酒行為，但仍有高比例的飲酒者會一直持續飲酒至死亡。然而飲酒成癮者並不易做出戒酒的決定，往往必須覺察長期飲酒為自己所帶來的害處，例如對身心健康、社交關係、職業功能、法律問題等負面影響，甚至經歷危及生命安全的事件或婚姻瀕臨破裂，酒癮者始能做出戒酒的決定 (Tuchfeld, 1981)。個案覺察自己飲酒的嚴重程度，往往是支持個案做出改變決定、尋求戒酒治療最有力的支持點 (Finney and Moos, 1995)。Brown (1985) 發現：酒癮者的恢復過程可分為飲酒 (drinking)、思變 (transition)、初期戒酒 (early recovery) 和持續戒酒 (ongoing recovery) 等四個歷程，在這過程中酒癮者形成新的自我認同，其意涵與精神疾病患者的病識感 (insight) 形成極為相似 (Kim et al., 1998)。

雖然精神分裂症或躁鬱症合併酒癮共同出現的機率極高，有這兩種共病診斷的患者對於

其中一種精神疾病的病識感是否會影響對另一種精神疾病的病識感，過去少有研究進行探討。著眼於精神分裂症和躁鬱症患者以及酒癮者對於自己精神疾病和飲酒問題的病識感對於臨床預後的重要性，確實有必要針對此議題進行探討。

研究對象和方法

本研究進行期間共從兩所醫學中心和一所精神專科醫院的精神科門診中，以連續收案方式，邀請具有精神分裂症或躁鬱症診斷之個案接受中文版（Chen et al., 2005）酒精使用疾患辨識測驗（Alcohol Use Disorders Identification Test, AUDIT）（Saunders et al., 1993），凡總分達 8 分或更高者則由精神科專科醫師診斷其飲酒程度是否已達酒精使用疾患（包括 alcohol dependence 和 alcohol abuse）。在完成 70 位（精神分裂症 51 人躁鬱症 19 人）合併酒癮的精神疾病個案（合併酒癮組）的病識感訪談後，再以 AUDIT 篩檢門診中 AUDIT 分數低於 8 分、由精神科專科醫師診斷其飲酒未達酒精使用疾患的精神分裂症或躁鬱症診斷之個案，共完成 107 位（精神分裂症 67 人躁鬱症 40 人）未合併酒癮的精神疾病個案（未合併酒癮組）之訪談。

本研究中個案對於精神疾病的病識感是以 Schedule of Assessment of Insight-- expanded version（SAI-E）（Kemp and David, 1996）來評估，內容包括治療配合度、疾病覺察、症狀歸因、對於心智功能變化的覺察、治療必要性和社會心理功能的變化等，分數越高代表病識感程度較高。對於飲酒問題的病識感則是以 Hanil 飲酒問題病識感量表（Hanil Alcohol Insight Scale, HAIS）（Kim et al., 1998）評估，內容包括覺察到飲酒為自己帶來的負面影響、覺察自己的飲酒已失去控制、有無戒酒意願、將飲酒歸罪於他人或為因飲酒拖累他人而感愧疚、了解接受他人協助和治療的必要性，分數愈高顯示個案的病識感程度愈高。本研究並以中文版（鄭等人，1996）活性與負性症狀量表（PANSS）（Kay, 1991）評估精神病理的嚴重度。

本研究先以 t test 和 χ^2 test 比較合併酒癮組和未合併酒癮組的社會人口學、精神疾病因子、再以 analysis of covariance (ANCOVA) 控制兩組具有差異的社會人口學和臨床變項，檢驗合併酒癮組和未合併酒癮組個案對於精神疾病病識感 SAI-E 總分之差異。在合併酒癮組中對於精神疾病和對於飲酒問題的病識感之間的關連性則以 Pearson correlation 進行檢驗。

結果與討論

合併酒癮組和未合併酒癮組的社會人口學、精神疾病因子、對於精神疾病之病識感比較的結果見表一。由於合併酒癮組比未合併酒癮組顯著接受教育年限較短、PANSS 總分較高，故在 ANCOVA 中控制教育年限和 PANSS 總分，以 SAI-E 總分為依變項，組別為固定變項，結果見表二。結果發現：在控制教育年限和 PANSS 總分後，合併酒癮組個案的 SAI-E 總分比未合併酒癮組顯著較低（ $F = 5.033, P < .05$ ），顯示合併酒癮組的精神分裂症或躁鬱症個案對於精

神疾病的病識感程度較未合併酒癮組個案較低(兩組在控制教育年限和PANSS總分後的SAI-E總分見表三)。

以 Pearson correlation 檢驗合併酒癮組中對於精神疾病和對於飲酒問題的病識感之間的關連性，結果顯示兩者間具有顯著關連性 ($r = 0.273, P < .05$)，亦即對於合併有酒癮的精神分裂症或躁鬱症患者來說，若對於精神疾病之病識感越高，對於自己的酒癮問題之病識感也越高。

由本研究結果可知：合併有酒癮的精神分裂症或躁鬱症患者比起未有酒癮者對自己的精神疾病有較低程度的病識感，雖然本研究尚無法解釋如此差異是否因酒癮導致認知功能不佳所導致，但此結果提醒精神醫療工作者在治療嚴重精神病患時須評估酒癮可能帶來對病識感的負面影響。同時，合併有酒癮的精神分裂症或躁鬱症患者對於精神疾病之病識感和對於酒癮問題之病識感之間具有正相關，此結果可應用於提升病識感之介入策略參考。

參考文獻

- Amador, X.F., Flaum, M., Andreasen, N.C., Strauss, D.H., Yale, S.A., Clark, S.C., et al. (1994) Awareness of illness in schizophrenia and schizoaffective and mood disorders. *Arch Gen Psychiatry*. 51:826-836.
- Amador, X.F., Friedman, J.H., Kasapis, C., Yale, S.A., Flaum, M., Gorman, J.M. (1996) Suicidal behavior in schizophrenia and its relationship to awareness of illness. *Am J Psychiatry*. 153: 1185-1188.
- Amador, X.F., Strauss, D.H., Yale, S.A., Flaum, M.M., Endicott, J., Gorman, J.M. (1993) Assessment of insight in psychosis. *Am J Psychiatry*. 150:873-879.
- Brown, S. (1985) *Treating the Alcoholic: A Developmental Model of Recovery*, New York: John Wiley & Sons, Inc.
- Chen, C.H., Chen, W.J., Cheng, A.T. (2005) New approach to the validity of the alcohol use disorders identification test: stratum-specific likelihood ratios analysis. *Alcohol Clin Exp Res*. 29: 602-608.
- David, A.S. (1990) Insight and psychosis. *Br J Psychiatry*. 156:798-808.
- David, A.S., Buchanan, A., Reed, A., Almeida, O. (1992) The assessment of insight in psychosis. *Br J Psychiatry*. 61:599-602.
- Finney, J.W., Moos, R.H. (1995) Entering treatment for alcohol abuse: a stress and coping model. *Addiction*. 90: 1223-1240.
- Galanter, M., Castaneda, R., Ferman, J. (1988) Substance abuse among general psychiatric patients: place of presentation, diagnosis, and treatment. *American Journal of Drug & Alcohol Abuse* 14:211-35.
- Ghaemi, S.N., Pope, H.G. (1994) Lack of insight in psychotic and affective disorders: A review of

- empirical studies. *Harv Rev Psychiatry*. 2:22-33.
- Greenfeld, D., Strauss, J. S., Bowers, M. B., Mandelkern, M. (1989) Insight and interpretation of illness in recovery from psychosis. *Schizophrenia Bulletin*. 15: 245-252.
- Heinrichs, O.W., Cohen, B.P., Carpenter, W.T. (1985) Early insight and the management of schizophrenic decompensation. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. 173: 133-138.
- Kaplan, H. I., Sadock, B.J. (1989) Typical signs and symptoms of psychiatric illness. In: Kaplan, H. I., & Sadock, B. J. (Eds). *Comprehensive Textbook of Psychiatry/ V*, Baltimore: Williams & Wilkins Co, 468-475.
- Kay, S.R. (1991) *Positive and Negative Syndromes in Schizophrenia: Assessment and Research*. Brunner/Mazel: New York.
- Kay, S.R., Kalathara, M., Meinzer, A.E. (1989) Diagnostic and behavioral characteristics of psychiatric patients who abuse substances. *Hospital & Community Psychiatry* 40:1062-4.
- Kemp, R., David, A. (1996) Insight and compliance. In: Blackwell B (ed). *Treatment Compliance and the Therapeutic Alliance*. Newark, NJ: Gordon and Breach, pp. 61-84.
- Kim, J.S., Kim, G.J., Lee, J.M., Lee, C.S., Oh, J.K. (1998) HAIS (Hanil alcohol insight scale): Validation of an insight-evaluation instrument for practical use in alcoholism. *Journal of Study on Alcohol*. 59:52-55.
- Lehman, A.F., Myers, C.P., Corty, E. (1989) Assessment and classification of patients with psychiatric and substance abuse syndromes. *Hospital & Community Psychiatry*. 40:1019-25.
- Lin, I.F., Spiga, R., Fortsch, W. (1979) Insight and adherence to medication in chronic schizophrenics. *J Clin Psychiatry*. 40:430-432.
- Meyer, R.E. (1986) Psychobiology and the treatment of drug dependence: the biobehavioral interface. *American Journal of Drug & Alcohol Abuse*. 12:223-33.
- McEvoy, J.P., Aland, J., Wilson, W. H., Guy, W., Hawkins, L. (1989) Measuring chronic schizophrenic patients' attitudes toward their illness and treatment. *Hospital and Community Psychiatry*. 32: 856-858.
- McEvoy, J.P., Apperson, L.J., Appelbaum, P.S., Ortlip, P., Brecosky, J., Hammill, K., et al. (1989) Insight in schizophrenia; its relationship to acute psychopathology. *J Nerv Ment Dis*.177:43-47.
- McGlashan, T.H., Carpenter, W.T. (1981) Does attitude toward psychosis relate to outcome? *American Journal of Psychiatry*. 138: 797-801.
- Miller, N.S., Ries, R.K. (1991) Drug and alcohol dependence and psychiatric populations: the need for diagnosis, intervention, and training. *Comprehensive Psychiatry* 32:268-76.
- Ojesjo, L. (1981) Long-term outcome in alcohol abuse alcoholism among males in the Lundby general population, Sweden. *British Journal of Addiction*. 76: 391-400.
- Regier, D., Farmer, M.E., Rae, D.S., Locke, B.Z., Keith, S.J., Judd, L.L., Goodwin, F.K. (1990)

Comorbidity of mental disorder with alcohol and other drug abuse: results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) study. *Journal of American Medical Association*. 264: 2511-2518.

Saunders, J.B., Aasland, O.G., Babor, T.F., de la Fuente, J.R., Grant, M. (1993) Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO Collaborative Project on Early Detection of Persons with Harmful Alcohol Consumption--II. *Addiction*. 88: 791-804.

Schuckit, M.A. (1985) The clinical implications of primary diagnostic groups among alcoholics. *Archives of General Psychiatry* 42:1043-9.

Schuckit, M. A., Anthenelli, R. M., Bucholz, K. K., Hesselbrock, V. M., Tipp, J. (1995) The time course of development of alcohol-related problems in men and women. *Journal of Studies on Alcohol*. 56: 218-25.

Tuchfeld, B. S. (1981) Spontaneous remission in alcoholics. Empirical observations and theoretical implications. *Journal of Studies on Alcohol*. 42: 626-641.

Vaillant, G. E. (1995) *The natural history of alcoholism revisited*. Cambridge: Harvard University Press.

Vaillant, G. E. (1996) A long-term follow-up of male alcohol abuse. *Archives of General Psychiatry*. 53: 243-249.

Yen, C.F., Chen, C.C., Lee, Y., Tang, T.C., Ko, C.H., Yen, J.Y. (2005) Insight and correlates among outpatients with depressive disorders. *Comprehensive Psychiatry*. 46(5): 384-389.

Yen, C.F., Chen, C.S., Ko, C.H., Yeh, M.L., Yang, S.J., Yen, J.Y., Huang, C.F., Wu, C.C. (2005) Relationships between insight and medication adherence in outpatients with schizophrenia and bipolar disorder: a prospective study. *Psychiatry and Clinical Neuroscience*. 59: 403-409.

Yen, C.F., Chen, C.S., Yeh, M.L., Yen, J.Y., Ker, J.H., Yang, S.J. (2002) Comparison of insight in patients with schizophrenia and bipolar disorder in remission. *The Journal of Nervous and Mental Disorder*. 190: 847-849.

Yen, C.F., Chung, L.C., Chen, C.S. (2002) Insight and neuropsychological functions in bipolar outpatients in remission. *The Journal of Nervous and Mental Disorder*. 190: 713-715.

Yen, C.F., Yeh, M.L., Chen, C.S., Chung, H.H. (2002) Predictive value of insight for suicide, violence, hospitalization and social adjustment for outpatients with schizophrenia: A prospective study. *Compr Psychiatry*. 43:443-447.

陳喬琪。與酒癮或藥癮共患的精神疾病。中華精神醫學，1996；10，3-12。

鄭若瑟、何海、張景瑞、藍先元、胡海國。活性與負性症狀量表（PANSS）：中文版本建立及信度研究。中華精神醫學，1996；10：251-258。

顏正芳：“我喝酒需要治療嗎？”酒癮者的病識感和求助行為研究。行政院衛生署九十四年度

科技研究計畫 (DOH94-TD- M-113-04)。

表一 合併和未合併有酒癮的精神分裂症和躁鬱症患者社會人口學、精神疾病因子、對於精神疾病之病識感比較

	合併酒癮者 (N = 70) Mean (SD) or N (%)	未合併酒癮者 (N = 107) Mean (SD) or N (%)	<i>t</i> or χ^2
Age (years)	38.9 (9.3)	39.8 (10.5)	0.572
Sex: male	58 (82.9)	76 (71.0)	2.558
Age at onset of mental illness (years)	27.1 (8.4)	26.4 (8.8)	-0.575
Length of illness since firstly diagnosed (years)	12.2 (8.3)	13.6 (8.9)	1.080
Duration of education (years)	10.4 (2.5)	12.7 (2.7)	5.828***
Insight on the SAI-E	9.6 (7.6)	14.3 (7.7)	3.973***
Total PANSS score	61.0 (17.8)	54.5 (21.7)	-2.060*

*: $P < 0.05$; ***: $P < 0.001$

表二 合併和未合併有酒癮的精神疾病患者 SAI-E 總分共變數分析結果

變異來源	SS	df	MS	F
Education	197.737	1	197.737	4.487*
PANSS	2099.624	1	2099.624	47.648***
Group	221.772	1	221.772	5.033*
Error	7579.235	172	44.065	

*: $P < 0.05$; ***: $P < 0.001$

表三 合併和未合併有酒癮的精神疾病患者調整後SAI-E總分

	合併酒癮者 (N = 70) Mean (SD)	未合併酒癮者 (N = 107) Mean (SD)
Insight on the SAI-E	10.9 (0.8)	13.5 (0.7)

計畫成果自評

本研究順利進行，就研究者所知，本研究是第一個針對精神分裂症或躁鬱症合併或未合併酒癮者調查病識感的差異，以及分析對於精神疾病之病識感和對於酒癮問題之病識感之間的關連，可依據研究成果進行投稿論文之寫作發表。