

Reactie op 'Ziekte-inzicht bij mensen met schizofrenie: theoretische inzichten en voorstel voor behandeling'

Pijnenborg en Aleman (2010) gebruiken in hun artikel bij voortduring het begrip 'ziekte-inzicht'. Wij vatten dit op als een anglicisme voor 'ziektebesef', want inzicht in de aard van de ziekte lijkt ons, als dit überhaupt al mogelijk is, nauwelijks van belang. Iemand die de griep heeft, zal zeker besef hebben ziek te zijn, maar inzicht in de aard van deze ziekte is lang niet altijd mogelijk. Overigens kan niemand – wetenschapper noch patiënt – er aanspraak op maken werkelijk inzicht te hebben in de ziekte schizofrenie. De term 'ziekte-inzicht' vervangen door 'ziektebesef' zou de leesbaarheid van het stuk naar onze mening ten goede komen.

Het is een prachtig idee om ziektebesef te relateren aan zelfreflectie, waarbij mentale flexibiliteit en *second order theory of mind* een rol spelen. Stigmagevoeligheid laten wij hier voor het gemak buiten beschouwing. Beide processen zijn bij patiënten met schizofrenie aangedaan. Toch lijkt ons de gedachtegang van Pijnenborg en Aleman te eenvoudig. Ook wanneer we mentaal zeer flexibel zijn, is het maar de vraag of ons zelfbeeld zo betrouwbaar is. Uit talrijke psychologische experimenten is gebleken dat mensen al snel menen controle op situaties te kunnen uitoefenen, terwijl dat in feite een illusie is. Vertellen dat er geen controle is, verandert nauwelijks het gevoel. Niet voor niets noemt Wegner (2002) zijn boek *The illusion of conscious will*. Van Heerden (2010) maakt duidelijk dat we over bijvoorbeeld ons bewuste bar weinig weten. Niettemin kunnen wij niet zonder de illusie dat wij een min of meer consistent bewust 'zelf' hebben en dat we onszelf meester zijn.

Ook als we zouden aannemen dat mentale flexibiliteit inderdaad een rol speelt, dan nog vragen we ons af of voor het besef dat een gewaarwording pathologisch is niet meer nodig is dan alleen flexibiliteit. Gaat het er in essentie om afstand te kunnen nemen van 'het eigen perspectief en je af te

vragen wat een ander zou vinden van jouw mentale toestand'? Dat betwijfelen we, want ook al herkent de patiënt symptomen bij een andere patiënt, dan wil dat nog niet zeggen dat hij of zij die symptomen ook bij zichzelf kan herkennen. Bovendien is het om je te kunnen afvragen wat een ander van jouw toestand vindt en daarover te kunnen reflecteren nodig dat je op een of andere manier accepteert dat je eigen visie bijstelling behoeft. Dat lukt de patiënt met schizofrenie vaak niet.

Ramachandran en Blakeslee (1998) beschrijven opvallende neurologische voorbeelden, zoals een vrouw die de paralyse van haar linker arm ontkent of zich daar op bewust niveau niet bewust van is. Bij calorische prikkeling (met koude) in het linker oor komt zij tot het besef dat zij al enkele dagen verlamd is. Bij deze vrouw is er geen sprake van een formele psychiatrische stoornis. Ergens hebben haar hersenen wel besef van de verlamming, maar het lijkt niet door te dringen tot een bewust niveau. Ook de patiënt attent maken op de verlamming helpt niet. Het hoeft nauwelijks betoog dat het ziektebesef bij patiënten met schizofrenie een stuk ingewikkelder ligt. Het voert hier te ver om de theorieën over het zelfbewustzijn te bespreken en de consequenties daarvan voor het begrijpen van psychiatrische stoornissen.

Bij patiënten met schizofrenie die zich het ene moment God wanen en zich het andere moment bestuurd voelen door aliens zou sprake kunnen zijn van een diepe stoornis van het zelfbewustzijn, die zich bovendien nauwelijks laat corrigeren. Het is hier niet de plaats hierover een meer neurobiologische beschouwing te geven.

Zonder dat wij ons dit voortdurend realiseren, hebben wij allemaal het probleem dat wij in feite helemaal niet zo goed beseffen wie of wat we zijn. Een probleem analoog aan de dromers in Christopher Nolans film *Inception*: of zij nu dromen in de werkelijkheid te zijn of de werkelijkheid te dromen. Om dit probleem op te lossen zou men een vast oriëntatiepunt moeten hebben en dat is er feitelijk niet.

Het ziektebesef is naar ons oordeel misschien niet het belangrijkste probleem van de patiënt: hij

of zij heeft ook last van symptomen. Daarbij helpen geneesmiddelen, zoals wij weten. Dat de patiënt ze neemt, is waarschijnlijk meer het gevolg van de relatie met de behandelaar dan van iets anders.

Dat neemt niet weg dat wij het streven van Pijnenborg en Aleman lovenswaardig vinden en dat wij hopen dat hun benadering bij de behandeling helpt; al is het maar een beetje.

## LITERATUUR

- Heerden J van. Fascinaties. Een intellectuele autobiografie. Amsterdam: Prometheus; 2010.
- Pijnenborg GHM, Aleman A. Ziekte-inzicht bij mensen met schizofrenie: theoretische inzichten en voorstel voor behandeling Tijdschr Psychiatr 2010; 52: 825-835.
- Ramachandran VS, Blakeslee S. Phantoms in the brain: Probing the mysteries of the human mind. New York: HarperCollins; 1998.
- Wegner DM. The illusion of conscious will. Cambridge, Mass: Bradford Books/the MIT Press; 2002.

## AUTEURS

J.E. HOVENS is psychiater en A-opleider op Delta Psychiatrisch centrum te Poortugaal en tevens buitengewoon hoogleraar Psychopathologie aan de Erasmus Universiteit Rotterdam.

G.J. VAN DER PLOEG is psychiater en waarnemend opleider op Delta Psychiatrisch centrum te Poortugaal.

Correspondentieadres: prof. dr. J.E. Hovens, Delta Psychiatrisch Centrum, afdeling Nieuwe Kennis, Postbus 800, 3170 DZ Poortugaal.

E-mail: hans.hovens@deltapsy.nl.

Geen strijdige belangen meegedeeld.

TITLE IN ENGLISH Reaction on 'Awareness of illness in patients with schizophrenia: theoretical insights and a proposal for treatment'

## ANTWOORD aan Hovens en Van der Ploeg

Hovens en Van der Ploeg wijzen in hun reactie op belangwekkende punten, waaruit andermaal blijkt hoe complex het begrip 'ziekte-inzicht' is. Zij stellen dat 'ziekte-inzicht' een anglicisme is voor 'ziektebesef', en dat een volledig inzicht in de aard van de ziekte lang niet altijd mogelijk is. Hoewel bijvoorbeeld Van Dale Groot woordenboek Engels-Nederlands het Engelse 'insight' vertaalt met 'inzicht' (en dit dus geen anglicisme is), zijn wij het met Hovens en Van der Ploeg eens dat het Nederlandse 'inzicht' verder gaat dan 'besef', terwijl in de Engelstalige literatuur 'awareness' en 'insight' veelal als synoniemen gebruikt worden. Ook zijn wij het met hen eens dat het daadwerkelijk begrijpen van schizofrenie in al haar facetten (vooralsnog) buiten het bereik van patiënten en wetenschappers ligt.

De term 'ziektebesef' vormt slechts een onderdeel van ons concept bij het schrijven van het artikel. We citeren David, die ziekte-inzicht beschrijft als een combinatie van symptoomdimensies: het besef een aandoening te hebben, het benoemen van symptomen als gevolg van deze aandoening en therapietrouw. Ziektebesef komt dan overeen met de eerste dimensie van David. Sommige patiënten beseffen dat zij lijden aan een psychische aandoening, begrijpen terdege welke symptomen er bij deze aandoening horen en zijn in staat deze te herkennen. Bovendien onderkennen zij de noodzaak van behandeling. Van deze patiënten kan men waarschijnlijk niet zeggen dat zij de aard van de aandoening volledig doorgronden, wel gaat hun begrip ervan verder dan alleen het besef ziek te zijn. Om daar recht aan te doen, gebruiken wij liever de term 'ziekte-inzicht' dan 'ziektebesef'.

Hovens en Van der Ploeg vragen zich verder af of verminderde mentale flexibiliteit en vermogen tot zelfreflectie voldoende zijn om een gebrekkig inzicht te kunnen verklaren. Er zijn veel factoren die van invloed zijn op ons zelfbeeld en het vermogen tot zelfreflectie. Een tekortschietende zelfreflectie en een zelfbeeld dat niet overeenkomt met

het werkelijke functioneren zijn dan ook niet specifiek voor schizofrenie. Ook in de algemene bevolking zijn hiervan sprekende voorbeelden te vinden, bijvoorbeeld kandidaten in een talentenjacht op tv met een vertekend beeld van hun capaciteiten. We willen uiteraard niet stellen dat deze vertekening het gevolg is van cognitieve functiestoornissen. De bedoeling van ons model is niet het verklaren hoe iemands zelfbeeld tot stand komt, maar om uit te leggen hoe cognitieve functiestoornissen bij mensen met schizofrenie kunnen leiden tot een verminderd ziekte-inzicht.

Een relatie tussen mentale flexibiliteit en perspectief nemen aan de ene kant en ziekte-inzicht aan de andere kant is meermalen empirisch aangetoond. De aard van deze relatie blijft echter onduidelijk. Door zelfreflectie als mediator op te nemen in ons model trachten we te verklaren hoe deze cognitieve functiestoornissen tot een verminderd ziekte-inzicht zouden kunnen leiden. Voor het maken van complexe afwegingen is zeker meer nodig dan mentale flexibiliteit, maar omgekeerd is mentale flexibiliteit nodig om complexe afwegingen te maken. Het gaat in onze ogen dan ook om een noodzakelijke, maar niet voldoende, voorwaarde.

Ook het kunnen innemen van het perspectief van een ander is niet voldoende voor een goed ziekte-inzicht, maar het helpt wel. Hovens en Van der Ploeg merken op dat patiënten vaak wel de symptomen van een ander waarnemen, maar niet die van zichzelf. Dit is echter niet in tegenspraak met ons model. Integendeel, dat men symptomen bij anderen wel herkent, impliceert al dat patiënten die in staat zijn hun eigen perspectief los te laten en door de ogen van een ander naar zichzelf te kijken, ook hun eigen symptomen zullen herkennen.

Wij zien ons model vooral als een integratie van de bestaande literatuur en gebruiken het als uitgangspunt voor verder onderzoek. Deze onderzoeken sluiten goed aan bij wat Hovens en Van der Ploeg beschrijven als 'een diepe stoornis van het zelfbewustzijn'. Van der Meer e.a. (2010) publiceerden een meta-analyse van functionele MRI-studies naar

hersensactiviteit tijdens het verwerken van informatie die met het 'zelf' te maken heeft, zoals self-monitoring en zelfbewustzijn. Tijdens dergelijke processen wordt er verhoogde activiteit waargenomen in het *default mode*-netwerk (Gusnard & Raichle 2001), vooral in het anterieure deel van dit netwerk, waaronder ook de anterieure cingulaire gyrus valt. Juist deze hersengebieden blijken minder verbonden te zijn met andere hersengebieden bij patiënten met schizofrenie en slecht ziekte-inzicht dan bij patiënten die wel inzicht hebben (E.J. Liemburg e.a.; publicatie in voorbereiding).

We verwachten met ons onderzoek iets meer te leren over de neurobiologische processen die een rol spelen bij een verminderd ziekte-inzicht bij schizofrenie.

#### LITERATUUR

- Aleman A. Hersenspinsels. Waarom wij dingen zien, horen en denken die er niet zijn. Amsterdam: Atlas; 2011.
- Gusnard DA, Raichle ME. Searching for a baseline: functional imaging and the resting human brain. *Nat Rev Neurosci* 2001; 2: 685-94.
- Meer L van der, Costafreda S, Aleman A, David AS. Self-reflection and the brain: a theoretical review and meta-analysis of neuroimaging studies with implications for schizophrenia. *Neurosci Biobehav Rev* 2010; 34: 935-46.

#### AUTEURS

- G. H. M. PIJNENBORG is universitair docent, gz-psycholoog en cognitief gedragstherapeut i.o., verbonden aan de afdeling Klinische en Experimentele Psychologie van de Rijksuniversiteit Groningen en aan het Psychoseircuit van GGZ Drenthe.
- A. ALEMAN is hoogleraar Cognitieve Neuropsychiatrie bij het UMCG en de Rijksuniversiteit Groningen.
- Correspondentieadres: dr. G.H.M. Pijnenborg, basiseenheid Klinische en Experimentele Psychologie, Rijksuniversiteit Groningen, Grote Kruisstraat 2/1, 9712 TS Groningen.
- E-mail: marieke.pijnenborg@ggzdrenthe.nl.