

Gebrek aan ziekte-inzicht bij schizofrene patiënten

Een literatuuroverzicht

N. ROBBEN, M. DE HERT, J. PEUSKENS

ACHTERGROND Gebrek aan ziekte-inzicht is een klinisch veel gebruikt en onderzocht begrip.

DOEL Er werd een literatuuronderzoek gedaan naar onderzoeken waarin de factoren zijn bestudeerd die met ziekte-inzicht zijn geassocieerd.

METHODE De artikelen zijn verzameld met behulp van Medline en PsycLit met een beperking tot Engelstalige en Nederlandstalige literatuur vanaf 1990 tot juli 2000.

RESULTATEN Gebrek aan ziekte-inzicht komt meer voor bij schizofrene patiënten dan bij andere diagnostische groepen. Een verband met vooral positieve symptomen is aanwezig. Meer en meer groeit evidentie voor de invloed van neurocognitief disfunctioneren op ziekte-inzicht. Een beter ziekte-inzicht gaat gepaard met een beter psychosociaal functioneren, een betere therapietrouw en een beter klinisch beloop. Dit kan wijzen op het belang van ziekte-inzichtsverhogende interventies. Goed ziekte-inzicht is geassocieerd met verslechtering van de stemming en met een groter suïciderisico.

CONCLUSIE Onderzoekresultaten wijzen op het verband tussen ziekte-inzicht, positieve symptomen en prognose. Het betreft echter correlatieel onderzoek zodat uitspraken over causaliteit niet mogelijk zijn. Verder onderzoek – vooral longitudinaal – waarin inzicht consistent is gedefinieerd en met betrouwbare, valide meetinstrumenten zou hierin meer duidelijkheid kunnen brengen.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 44 (2002) 5, 313-322]

TREFWOORDEN schizofrenie, ziekte-inzicht

Na een bespreking van het begrip ziekte-inzicht geven we een overzicht van de onderzoeken naar de correlaties tussen gebrek aan ziekte-inzicht en de volgende factoren: psychiatrische diagnose, demografische variabelen, symptomatologie, psychosociaal functioneren, neurocognitief functioneren, therapietrouw, klinisch beloop en suïcidaliteit. Met 'inzicht' bedoelen we ziekte-inzicht bij schizofrene patiënten, tenzij anders vermeld.

In een onderzoek van de World Health

Organisation (1973) is gebrek aan ziekte-inzicht bij schizofrene patiënten in de acut-psychotische fase het meest frequente symptoom.

Baier e.a. (1998) geven een overzicht van de evolutie in de definitie van inzicht. In vroegere onderzoeken was de definitie meestal vaag. Inzicht werd beschouwd als een unitair concept en werd geëvalueerd als aan- of afwezig. In recente onderzoeken wordt inzicht beschouwd als een multidimensioneel concept; het is een continuüm en kent gradaties. Tegenwoordig wordt

inzicht beschreven als bestaande uit minstens drie factoren, namelijk 'besef een ziekte te hebben', 'besef van de gevolgen van deze ziekte' en 'besef tot noodzaak van behandeling' (Amador e.a. 1991). Inzicht is daarnaast ook modaliteitspecifiek: een patiënt kan inzicht in sommige symptomen hebben, terwijl het inzicht in andere symptomen afwezig is (Amador e.a. 1994).

Er zijn verschillende theoretische modellen ontwikkeld, ieder met zijn specifieke verklaring voor gebrek aan inzicht (Birchwood e.a. 1994; Mac Pherson e.a. 1996b). Waarschijnlijk is een multifactorieel model een meer realistische benadering. Desondanks is een opsomming van deze modellen wel waardevol, omdat het de complexiteit van het begrip inzicht onderstreept. Het psychodynamische model benadert ontkenning van ziekte als een psychologisch verdedigingsmechanisme. Het neuropsychologisch model schrijft – naar analogie met de anosognosie bij neurologische stoornissen – gebrek aan inzicht toe aan een onderliggende hersendisfunctie. Het cognitieve model definieert inzicht als 'een concept dat een reeks attributies of overtuigingen over mentale symptomen samenvat'. Volgens het klinische model komt gebrek aan inzicht voort uit het ziekteproces; het kan worden beschouwd als een 'primair' symptoom naast en onafhankelijk van positieve en negatieve symptomen. Het leermodel legt een verband met de educatieve achtergrond en de mate van intelligentie en informatieverwerkingsmechanismen waarover men beschikt. Onderzoeken naar inzicht worden bemoeilijkt door conceptuele en methodologische problemen (Baier e.a. 1998). Zo leidt het gebrek aan een consistente en geoperationaliseerde definitie van inzicht tot problemen met de meting en zijn er weinig valide en betrouwbare meetinstrumenten. Vaak is het multidimensionale aspect niet vertegenwoordigd. Bovendien kunnen er problemen met de onderzoeksgroepen zijn; zo kan het gaan om kleine en te weinig representatieve groepen of om groepen in verschillende ziektefasen. Dit alles heeft tot gevolg dat de onderzoeksresultaten sterk uiteen kunnen

lopen en onderzoeken niet zomaar met elkaar vergeleken kunnen worden.

METHODE

De literatuur is gezocht met Medline en PsycLit met als trefwoorden: *insight*, *awareness* en *schizophrenia*. Tevens zijn de referentielijsten van de gevonden artikelen nagekeken op relevante literatuur.

KLINISCHE FACTOREN EN ZIEKTE-INZICHT

Ziekte-inzicht en psychiatrische diagnose Volgens Amador e.a. (1994) is gebrek aan ziekte-inzicht niet specifiek voor schizofrenie, maar het is er wel een meer uitgesproken kenmerk van in vergelijking met patiënten met een schizoaffectieve stoornis of een stemmingsstoornis als diagnose. In een follow-up-onderzoek van Fennig e.a. (1996) vertoonden bipolaire, manische en schizofrene patiënten in de acute ziektefase een vergelijkbaar laag inzicht en psychotische depressieve patiënten een goed inzicht. Na zes maanden behield deze laatste groep een hoog inzicht. Bij de meerderheid van de bipolaire patiënten verbeterde het inzicht in tegenstelling tot het beloop bij schizofrene patiënten bij wie geen verschil in inzicht was opgetreden. Michalakeas e.a. (1994) vonden in hun follow-up-onderzoek analoge resultaten. In twee onderzoeken van David e.a. (1992, 1995) werden geen verschillen wat betreft inzicht tussen schizofrenie en andere diagnostische psychotische groepen gevonden.

Bevindingen over de prevalentie van gebrek aan inzicht lopen erg uiteen. In een onderzoek verricht bij 811 schizofrene patiënten in een acuut psychotische fase had 97% geen inzicht (World Health Organization 1973). De meeste andere auteurs vonden prevalentiewaarden schommelend tussen 35 en 57% (Amador e.a. 1994; David e.a. 1995; Jorgensen 1995; Fennig e.a. 1996; Dickerson e.a. 1997; Lysaker e.a. 1998a, b; Mac Pherson e.a. 1996b).

Ziekte-inzicht en demografische variabelen Uit de meerderheid van de onderzoeken blijkt dat er geen duidelijke correlatie bestaat tussen inzicht en verschillende demografische variabelen.

Er wordt geen relatie gevonden tussen gebrek aan inzicht en de variabelen leeftijd, ras en geslacht (David e.a. 1992; Cuesta & Peralta 1994; Lysaker & Bell 1994, 1995; Dickerson e.a. 1997; Schwartz 1998a). Enkel Cuffel e.a. (1996) vonden een matige correlatie tussen geslacht en inzicht, waarbij vrouwelijke patiënten minder inzicht vertoonden dan mannelijke patiënten. Voor andere variabelen is de relatie met inzicht eveneens niet eenduidig. Dit geldt voor burgerlijke staat (Kemp & Lambert 1995; Fennig e.a. 1996) en opleidingsniveau (Amador e.a. 1994; Lysaker & Bell 1994, 1995; Lysaker e.a. 1998b; Mac Pherson e.a. 1996b; Dickerson e.a. 1997).

Ziekte-inzicht en symptomatologie Inzicht varieert met de ernst van de psychose, maar de relatie is mogelijk niet lineair (Mc Evoy e.a. 1989c; David e.a. 1992).

In tabel 1 zijn de onderzoeken naar het verband tussen inzicht en symptomatologie samengevat. Symptomatologie wordt opgesplitst in positieve, negatieve en affectieve symptomen. Bij de meerderheid van deze cross-sectionele onderzoeken is beperkt inzicht gecorreleerd aan positieve symptomen. De associatie met negatieve en vooral affectieve symptomen is minder duidelijk.

Vanuit longitudinaal onderzoek blijkt echter niet dat inzicht verbetert naarmate de psychotische symptomen opklaren. In drie van de vier longitudinale onderzoeken wordt de hypothese van 'stabieleit van gebrek aan inzicht' ondersteund (Mc Evoy e.a. 1989a; Michalakeas e.a. 1994; Jorgensen 1995). Enkel Birchwood e.a. (1994) vinden dat inzicht een uiting is van de actuele ziektefase en dus kan verbeteren.

Tot op heden is weinig longitudinaal onderzoek verricht. Dit verdient in de toekomst verdere aandacht zodat er meer duidelijkheid komt over de mate waarin inzicht kan veranderen.

Arango e.a. (1999) deden als enigen een pro-

spectief onderzoek naar de predictoren van agressie bij opgenomen schizofrene patiënten. Gebrek aan inzicht in psychotische symptomen, voornamelijk gebrek aan inzicht in wanen, blijkt de beste voorspeller van agressie te zijn.

Ziekte-inzicht en psychosociaal functioneren Amador e.a. (1994) vinden een matig positieve correlatie tussen gebrek aan inzicht en sociale isolatie. Een lager algemeen niveau van functioneren, zowel op moment van onderzoek als gedurende het jaar daarvoor, is geassocieerd met een lager inzicht. Gebrek aan inzicht is bij Dickerson e.a. (1997) gerelateerd aan de frequentie van sociale activiteiten (vriendenbezoek, sportbeoefening).

Lysaker e.a. (1998a) constateerden dat op de 'quality of life scale van Heinrichs' patiënten met een laag besef van de gevolgen van hun ziekte lagere scores behalen op de factoren intrapsychische processen of basale psychologische functies noodzakelijk voor sociale relaties en interpersoonlijke relaties en kwaliteit van relaties. Voor de andere factoren, namelijk instrumentele rol of het niveau van functioneren in sociale rol als ouder of werknemer en algemene gemeenschappelijke activiteiten, wordt geen verschil gevonden. De associatie bleek onafhankelijk te zijn van negatieve symptomen.

Sociale kennis is niet enkel gerelateerd aan een goed inzicht, maar hangt ook samen met goede prestaties op neuropsychologische tests (Mc Evoy e.a. 1996). Het is volgens Young e.a. (1998) te voorbarig om een causale relatie tussen beide factoren te veronderstellen: beperkt inzicht en sociaal disfunctioneren kunnen immers beide door een onderliggend cerebraal disfunctioneren bepaald worden.

Ziekte-inzicht en neurocognitieve stoornissen In tabel 2 zijn de onderzoeken naar correlaties tussen inzicht en intelligentiequotiënt (IQ), Wisconsin Card Sorting Test (WCST) en andere neurocognitieve tests (NCT) samengevat.

In de meerderheid van de onderzoeken

TABEL 1		Verband tussen ziekte-inzicht en symptomatologie*		
Onderzoek	Positieve symptomen	Negatieve symptomen	Affectieve symptomen	
Markova & Berrios 1992	negatief verband	negatief verband	positief verband met depressie	
Amador e.a. 1994	negatief verband met ernst van wanen, formele denkstoornissen en gedesorganiseerd gedrag	negatief verband met sociale isolatie	positief verband met depressie	
Cuesta & Peralta 1994	geen verband	geen verband	niet onderzocht	
Kemp & Lambert 1995	negatief verband	negatief verband	positief verband met depressie	
Fennig e.a. 1996	geen verband	negatief verband	niet onderzocht	
Collins e.a. 1997	negatief verband	negatief verband	positief verband met depressie	
Dickerson e.a. 1997	negatief verband	negatief verband	positief verband; angst was echter negatief gecorreleerd	
Kim e.a. 1997	negatief verband met denkstoornissen, hallucinaties, wanen	geen verband	geen verband	
Carroll e.a. 1999	negatief verband enkel de eerste 12 weken na ontslag uit ziekenhuis	geen verband	positief verband met depressie	
Debowska e.a. 1998	negatief verband met vijandigheid en wanen (gedachtenonttrekkingswanen, grootheidswanen en seksuele wanen)	negatief verband met afgevlakt affect, stereotiep denken en gebrekkig contact	niet onderzocht	
Lysaker e.a. 1998a	negatief verband	geen verband	niet onderzocht	
Schwartz 1998a	negatief verband	geen verband	geen verband	
Smith e.a. 1998	negatief verband met desorganisatie	geen verband	positief verband met depressie	

* positief: hoe beter (of beperkter) het inzicht, hoe hoger (of lager) de symptoomscore
negatief: hoe beter (of beperkter) het inzicht, hoe lager (of hoger) de symptoomscore

wordt een positief verband tussen inzicht en IQ gevonden. Het verband is echter niet lineair: een lager IQ gaat niet met een evenredige daling van inzicht gepaard (David e.a. 1995). Startup (1997)

beschouwt de invloed van intelligentie op inzicht eerder als beperkt. Patiënten met beperkt inzicht hebben immers niet meer moeite om een mentale ziekte bij anderen te herkennen. Dit zou

TABEL 2 Verband tussen ziekte-inzicht en neurocognitie*

Auteur/jaar	IQ	WCST	Andere neurocognitieve tests
David e.a. 1992	positief verband	niet afgenomen	niet afgenomen
Young e.a. 1993	positief verband	positief verband	geen verband
Cuesta & Peralta 1994	geen verband	niet afgenomen	geen verband
Lysaker & Bell 1994	positief verband	positief verband, behouden na 1 jaar follow-up	niet afgenomen
Cuesta e.a. 1995	niet afgenomen	geen verband	niet afgenomen
David e.a. 1995	positief verband	niet afgenomen	geen verband opmerking: associatie tussen hoog inzicht en linkshandigheid
Lysaker & Bell 1995	positief verband	positief verband	geen verband
Kemp & David 1996	geen verband	niet afgenomen	geen verband
Mac Pherson e.a. 1996b	geen verband	niet afgenomen	positief verband met MMSE
Mc Evoy e.a. 1996	niet afgenomen	geen verband	positief verband
Collins e.a. 1997	niet afgenomen	positief verband	niet afgenomen
Dickerson e.a. 1997	geen verband	geen verband	geen verband
Startup 1997	positief verband	niet afgenomen	niet afgenomen
Lysaker e.a. 1998b	geen verband	positief verband	geen verband
Young e.a. 1998	positief verband	positief verband	niet afgenomen
Mohamed e.a. 1999	positief verband	niet afgenomen	positief verband met het besef van negatieve symptomen

IQ = intelligentiequotiënt

WCST = Wisconsin Card Sorting Test

MMSE = Mini-Mental State Examination

* positief: hoe beter (of beperkter) het inzicht, hoe hoger (of lager) de scores op de betrokken tests

negatief: hoe beter (of beperkter) het inzicht, hoe lager (of hoger) de scores op de betrokken tests

wel te verwachten zijn wanneer inzicht vooral door intelligentie bepaald wordt.

Uitgaande van de anosognosie bij neurologische stoornissen – waar het letsel vaak in de frontale gebieden gelokaliseerd is – werd een neuropsychologische hypothese geformuleerd. De stelling is dat schizofrene patiënten niet in staat zijn hun ziekte te begrijpen vanwe-

ge cognitieve functiestoornissen. Testonderzoek richt zich voornamelijk op functiebeperkingen in frontale hersengebieden. Een veel gebruikte test is de Wisconsin Card Sorting Test (WCST), een meetinstrument voor mentale flexibiliteit en executieve functies (Young e.a. 1993). De meeste auteurs ondersteunen de neuropsychologische hypothese. Of beperkt inzicht toe te schrijven is

aan een algemene cognitieve functiestoornis is minder waarschijnlijk aangezien er slechts een verband wordt gevonden met een lage score op de WCST en niet met andere neurocognitieve tests (Young e.a. 1993). In een onderzoek van Young e.a. (1998) is beperkt inzicht gerelateerd aan gering zelfinzicht op andere domeinen dan ziekte (gemeten met een afgeleide schaal van de Minnesota Multiphasic Personality Inventory en met een Activities of Daily Living schaal). Daarom veronderstellen zij een globaal gebrek aan zelfinzicht – waaronder ziekte-inzicht – als verklaring.

Indien beperkt inzicht een cognitieve functiebeperking is met een organische basis, moeten inzichtsverhogende behandelingsstrategieën rekening houden met deze beperking. Daarom zal bijvoorbeeld een globale uitleg over de ziekte schizofrenie weinig effect hebben; uitleg moet veeleer opgesplitst worden in kleine en concrete stukken die stap voor stap besproken moeten worden (Young e.a. 1998).

Andere auteurs verwerpen resoluut de neuropsychologische hypothese. Cuesta & Peralta (1994) beschouwen gebrek aan inzicht als een primair symptoom dat direct voortkomt uit het schizofreen proces.

Ziekte-inzicht en therapietrouw Therapietrouw kan gedefinieerd worden als de mate waarin patiënten in overeenstemming met het medisch advies handelen (Kampman & Lehtinen 1999). Gebrek aan therapietrouw is waarschijnlijk de belangrijkste oorzaak van terugval en heropname (Agarwal e.a. 1998). De meerderheid van de onderzoeken geven aan dat een laag inzicht geassocieerd is met een slechte medewerking aan de behandeling (Bartko e.a. 1988; Mc Evoy e.a. 1989b; Amador e.a. 1991; Cuffel e.a. 1996; Mac Pherson e.a. 1996b; Smith e.a. 1998, 1999; Agarwal e.a. 1998;). Meer inzicht kan op een indirecte manier de therapietrouw verhogen. In plaats van rechtstreeks het ‘therapieontrouwe’ gedrag aan te vechten en weerstand op te wekken, kan men proberen de patiënt erbij te helpen zijn eigen ziekte te herkennen. De cognitieve mogelijkhe-

den van de patiënt kunnen hierbij misschien beperkend werken (David e.a. 1992).

Het verband is echter niet zo eenvoudig. Ten eerste kan laag inzicht ook gepaard gaan met hoge therapietrouw. Dit wordt gevonden door Mc Evoy e.a. (1989a) bij een groep acuut psychotische schizofrene patiënten. Zij menen dat therapietrouw bij opgenomen patiënten eerder een weergave is van socialisatie naar gewenst gedrag in plaats van een duidelijke erkenning van de noodzaak van medicatie. Ook toezicht en een zekere ‘dwang’ vanuit het team spelen hierbij een rol. Ten tweede blijkt de grotere vraag naar behandeling, geuit door patiënten met een hoog inzicht bij ontslag uit het ziekenhuis, niet behouden na een follow-up van zes maanden. Deze resultaten suggereren dat de relatie tussen inzicht en therapietrouw geen stabiel gegeven is (Cuffel e.a. 1996).

Ten slotte merken David e.a. (1992) op dat therapietrouw op zich al besloten is in de definitie van inzicht; elke gevonden correlatie kan daarom als een tautologie gezien worden.

Ziekte-inzicht en klinisch beloop Een beperkt inzicht gaat gepaard met een slechtere prognose. Niet alleen ligt het percentage recidieven hoger bij patiënten met een beperkt inzicht; het recidief leidt ook vaker tot heropname in vergelijking met patiënten met een goed inzicht (Heinrichs e.a. 1985). Er bestaat geen verband tussen inzicht en de mate waarin de nazorgomgeving de behandeling ondersteunt (Mc Evoy e.a. 1989b). Patiënten met een beperkt inzicht nemen minder vaak deel aan een rehabilitatieprogramma en hebben beperktere sociale vaardigheden (Lysaker & Bell 1994). Na een langdurige behandeling behalen patiënten met een beperkt inzicht lagere scores zowel op specifiek als op globaal functioneren (Schwartz e.a. 1997).

Opgenomen patiënten hebben minder inzicht dan ambulante patiënten (Mc Evoy 1989a; Young e.a. 1998). Vrijwillig opgenomen patiënten vertonen meer inzicht dan niet-vrijwillig opgenomen patiënten (David e.a. 1992). Voor een aan-

tal andere klinische variabelen werd geen duidelijke relatie met inzicht gevonden: leeftijd bij de eerste psychotische episode (Lysaker & Bell 1994; Kim e.a. 1997; Dickerson e.a. 1997; Lysaker e.a. 1998b) en voorgaande opnamen en duur van ziekte (Mc Evoy e.a. 1989a; David e.a. 1992,1995; Fennig e.a. 1996; Dickerson e.a. 1997).

Schwartz (1998b) concludeert dat ook op dit onderzoeksterrein behoefte is aan beter experimenteel onderzoek, zowel op het gebied van interne als externe validiteit. Verder onderzoek is noodzakelijk naar de relatie tussen inzicht, ernst van de symptomatologie en het klinische beloop.

Ziekte-inzicht en suïciderisico Door de hoge prevalentie van suïcidaal gedrag bij schizofrene patiënten groeide de interesse om de risicofactoren van suïcide te identificeren (De Hert & Peuskens 1997, 2000). Veel onderzoekers suggererden dat de aanwezigheid van ziekte-inzicht een hoger risico betekende op suïcide.

Amador e.a. (1996) vonden een correlatie tussen het besef van wanen, asociaal gedrag, afgevlakt affect en anhedonie met suïcidaal gedrag. Twee algemene inzichtsfactoren, met name 'besef van de gevolgen van de ziekte' en 'besef tot noodzaak van de behandeling' zijn eveneens geassocieerd met een hoger suïciderisico; 'besef een ziekte te hebben' is dat niet (Schwartz & Petersen 1999; Schwartz 2000).

Deze associatie mag hulpverleners er toch niet van weerhouden te streven naar verbetering van inzicht, vooral vanwege het positieve effect van een goed inzicht op therapietrouw en het klinische beloop van de ziekte. Inzichtsverhogende interventies zoals de compliancetherapie van Kemp (Kemp & David 1996; Kemp e.a. 1998) blijken bovendien niet gepaard te gaan met een toename van suïcide.

Wanneer een patiënt meer inzicht ontwikkelt of gevoelens van hopeloosheid uit, dient nauwlettend naar suïcidedgedachten gevraagd te worden en eventueel bijkomende ondersteuning geboden te worden.

INZICHTVERHOGENDE INTERVENTIES

Hoewel therapieprogramma's kunnen leiden tot een verbetering van inzicht, bestaat hier slechts een beperkt aantal valide onderzoeken over. De compliancetherapie van Kemp e.a. (1998), een cognitief gedragsmatig therapieprogramma, heeft een positief effect op inzicht. Na een follow-up-periode van 18 maanden blijft het effect nog steeds bestaan. Wykes e.a. (1999) komen tot dezelfde conclusie; er was echter geen vergelijking met een controlegroep. Volgens Drury e.a. (1996) is de toename van inzicht tijdens dergelijke cognitieve therapieprogramma's grotendeels toe te schrijven aan de vermindering van de positieve symptomen. Mac Pherson e.a. (1996a) vonden een verbetering van inzicht na drie individuele educatiesessies. Andere onderzoeken konden geen gunstig effect van therapie op inzicht aantonen (Asher & Whitesel 1999; Merinder e.a. 1999).

BESLUIT

Uit dit literatuuronderzoek blijkt dat inzicht een complex begrip is. Gebrek aan inzicht is niet specifiek voor schizofrene patiënten, maar komt bij hen wel vaker voor dan bij andere diagnostische groepen. Ziekte-inzicht is geassocieerd met de aanwezigheid van voornamelijk positieve symptomen, een beter psychosociaal functioneren, een betere therapietrouw, een gunstiger klinisch beloop, maar ook met een verslechtering van de stemming en een groter suïciderisico. Het betreft hier echter correlaties, zodat een uitspraak over causaliteit niet mogelijk is. Bovendien is het belangrijk dat er in de toekomst gebruik wordt gemaakt van een consistente definitie van inzicht en van valide, betrouwbare meetinstrumenten. Het uitvoeren van longitudinale onderzoeken zou meer informatie kunnen geven over de relatie tussen inzicht en bovenstaande factoren. Beperkt onderzoek lijkt te wijzen op een verbetering van inzicht door inzichtsverhogende interventies.

LITERATUUR

- Agarwal, M.R., Sharma, V.K., Kishore Kumar, L.V., e.a. (1998). Non-compliance with treatment in patients suffering from schizophrenia: a study to evaluate possible contributing factors. *International Journal of Social Psychiatry*, 44, 92-106.
- Amador, X.F., Flaum, M., Andreasen, N.C., e.a. (1994). Awareness of illness in schizophrenia and schizoaffective and mood disorders. *Archives of General Psychiatry*, 51, 826-836.
- Amador, X.F., Friedman, J.H., Kasapis, C., e.a. (1996). Suicidal behavior in schizophrenia and its relationship to awareness of illness. *American Journal of Psychiatry*, 153, 1185-1188.
- Amador, X.F., Strauss, D.H., Yale, S.A., e.a. (1991). Awareness of illness in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 17, 113-132.
- Arango, C., Barba, A.C., Gonzalez-Salvador, T., e.a. (1999). Violence in inpatients with schizophrenia: a prospective study. *Schizophrenia Bulletin*, 25, 493-503.
- Asher-Svanum, H., & Whitesel, J. (1999). A randomized controlled study of two styles of group patient education about schizophrenia. *Psychiatric Services*, 50, 926-930.
- Baier, M., Murray, R.L.E., & Mc Sweeney, M. (1998). Conceptualization and measurement of insight. *Archives of Psychiatric Nursing*, 1, 32-40.
- Bartko, G., Herczeg, I., & Zador, G. (1988). Clinical symptomatology and drug compliance in schizophrenic patients. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 77, 74-76.
- Birchwood, M., Smith, J., Healy, J., e.a. (1994). A self-report insight scale for psychosis: reliability, validity and sensitivity to change. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 89, 62-67.
- Carroll, A., Fattah, S., Clyde, Z., e.a. (1999). Correlates of insight change in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 35, 247-253.
- Collins, A.A., Remington, G.J., Coulter, K., e.a. (1997). Insight, neurocognitive and symptom clusters in chronic schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 27, 37-44.
- Cuesta, M.J., & Peralta, V. (1994). Lack of insight in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 20, 359-366.
- Cuesta, M.J., Peralta, V., Caro, F., e.a. (1995). Is poor insight in psychotic disorders associated with poor performance on the Wisconsin Card Sorting Test? *American Journal of Psychiatry*, 15, 1380-1382.
- Cuffel, B.J., Alford, J., Fischer, E.P., e.a. (1996). Awareness of illness in schizophrenia and outpatient treatment adherence. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 184, 653-659.
- David, A., Buchanan, A., Reed, A., e.a. (1992). The assessment of insight in psychosis. *British Journal of Psychiatry*, 161, 599-602.
- David, A., van Os, J., Jones, P., e.a. (1995). Insight and psychotic illness. Cross-sectional and longitudinal associations. *British Journal of Psychiatry*, 167, 621-628.
- Debowska, G., Grzywa, A., & Kucharska-Pietura, K. (1998). Insight in paranoid schizophrenia. Its relationship to psychopathology and premorbid adjustment. *Comprehensive Psychiatry*, 39, 255-260.
- Dickerson, F.B., Boronow, J.J., Ringel, N., e.a. (1997). Lack of insight among outpatients with schizophrenia. *Psychiatric Services*, 48, 195-199.
- Drury, V., Birchwood, M., Cochrane, R., e.a. (1996). Cognitive therapy and recovery from acute psychosis: a controlled trial. I. Impact on psychotic symptoms. *British Journal of Psychiatry*, 169, 593-601.
- Fennig, S., Everett, E., Bromet, E.J., e.a. (1996). Insight in first-admission psychotic patients. *Schizophrenia Research*, 22, 257-263.
- Heinrichs, D.W., Cohen, B.P., & Carpenter, W.T. (1985). Early insight and the managements of schizophrenic decompensation. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 173, 133-138.
- Hert, M. de, & Peuskens, J. (1997). Suïcide en schizofrenie, risicofactoren en implicaties voor behandeling. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 39, 462-474.
- Hert, M. de, & Peuskens, J. (2000). Psychiatric aspects of suicidal behaviour: schizophrenia. In K. Hawton and K. van Heeringen (Red.), *International handbook of suicide and attempted suicide*. Chichester: Wiley.
- Jorgensen, P. (1995). Recovery and insight in schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 92, 436-440.
- Kampman, O., & Lehtinen, K. (1999). Compliance in psychoses. Review article. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 100, 167-175.
- Kemp, R., & David, A. (1996). Psychological predictors of insight and compliance in psychotic patients. *British Journal of Psychiatry*, 109, 444-450.
- Kemp, R., Kirov, G., Everitt, T., e.a. (1998). Randomised controlled trial of compliance therapy, 18-month follow-up. *British Journal of Psychiatry*, 172, 413-419.
- Kemp, R.A., & Lambert, T.J.R. (1995). Insight in schizophrenia and its relationship to psychopathology. *Schizophrenia Research*, 18, 21-28.
- Kim, Y., Sakamoto, K., Kamo, T., e.a. (1997). Insight and clinical correlates in schizophrenia. *Comprehensive Psychiatry*, 38, 117-123.
- Lysaker, P., & Bell, M. (1994). Insight and cognitive impairment in schizophrenia. Performance on repeated administrations of the Wisconsin Card Sorting Test. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 182, 656-660.

- Lysaker, P., & Bell, M. (1995). Work rehabilitation and improvements in insight in schizophrenia. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 183, 103-106.
- Lysaker, P.H., Bell, M.D., Bryson, G., e.a. (1998a). Insight and interpersonal function in schizophrenia. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 186, 432-436.
- Lysaker, P.H., Bell, M.D., Bryson, G., e.a. (1998b). Neurocognitive function and insight in schizophrenia: support for an association with impairments in executive function but not with impairments in global function. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 97, 297-301.
- Mac Pherson, R., Jerrom, B., & Hughes, A. (1996a). A controlled study of education about drug treatment in schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 168, 709-717.
- Mac Pherson, R., Jerrom, B., & Hughes, A. (1996b). Relationship between insight, educational background and cognition in schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 168, 718-722.
- Markova, I.S., & Berrios, G.E. (1992). The assessment of insight in clinical psychiatry: a new scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 86, 159-164.
- Mc Evoy, J.P., Apperson, L.J., Appelbaum, P.S., e.a. (1989a). Insight in schizophrenia. Its relationship to acute psychopathology. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 177, 43-47.
- Mc Evoy, J.P., Appelbaum, P.S., Apperson, L.J., e.a. (1989c). Why must some schizophrenic patients be involuntarily committed? The role of insight. *Comprehensive Psychiatry*, 30, 13-17.
- Mc Evoy, J.P., Freter, S., Everett, G., e.a. (1989b). Insight and the clinical outcome of schizophrenic patients. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 177, 48-51.
- Mc Evoy, J.P., Hartman, M., Gottlieb, D., e.a. (1996). Common sense, insight, and neuropsychological test performance in schizophrenic patients. *Schizophrenia Bulletin*, 22, 635-641.
- Merinder, L.B., Viuff, A.G., Clemmensen, K., e.a. (1999). Patient and relative in community psychiatry: a randomized controlled trial regarding its effectiveness. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 34, 287-294.
- Michalakeas, A., Skoutas, C., Charalambous, A., e.a. (1994). Insight in schizophrenia and mood disorders and its relation to psychopathology. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 90, 46-49.
- Mohamed, S., Fleming, S., Penn, D.L., e.a. (1999). Insight in schizophrenia: its relationship to measures of executive functions. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 187, 525-531.
- Schwartz, R.C. (1998a). Insight and illness in chronic schizophrenia. *Comprehensive Psychiatry*, 39, 249-254.
- Schwartz, R.C. (1998b). The relationship between insight, illness and treatment outcome in schizophrenia. *Psychiatric Quarterly*, 69, 1-22.
- Schwartz, R.C. (2000). Insight and suicidality in schizophrenia: a replication study. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 188, 235-237.
- Schwartz, R.C., Cohen, B.N., & Grubaugh, A. (1997). Does insight affect long-term inpatient treatment outcome in chronic schizophrenia? *Comprehensive Psychiatry*, 38, 283-288.
- Schwartz, R.C., & Petersen, S. (1999). The relationship between insight and suicidality among patients with schizophrenia. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 187, 376-378.
- Smith, T.E., Hull, J.W., Goodman, M., e.a. (1999). The relative influences of symptoms, insight, and neurocognition on social adjustment in schizophrenia and schizoaffective disorder. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 187, 102-108.
- Smith, T.E., Hull, J.W., & Santos, L. (1998). The relationship between symptoms and insight in schizophrenia: a longitudinal perspective. *Schizophrenia Research*, 33, 63-67.
- Startup, M. (1997). Awareness of own and others' schizophrenic illness. *Schizophrenia Research*, 26, 203-211.
- World Health Organization (1973). Report of the international pilot study of schizophrenia. Geneva, Switzerland: World Health Organization Press.
- Wykes, T., Parr, A.M., & Landau, S. (1999). Group treatment of auditory hallucinations. Exploratory study of effectiveness. *British Journal of Psychiatry*, 175, 180-185.
- Young, D.A., Davila, R., & Scher, H. (1993). Unawareness of illness and neuropsychological performance in chronic schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 10, 117-124.
- Young, D.A., Zakzanis, K.Z., Bailey, C., e.a. (1998). Further parameters of insight and neuropsychological deficit in schizophrenia and other chronic mental disease. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 186, 44-50.

AUTEURS

N. ROBZEN was destijds geneesheer-specialist in opleiding bij het UC St-Jozef te Kortenberg, België.

M. DE HERT is als psychiater-psychotherapeut verbonden aan het UC St-Jozef te Kortenberg, België.

J. PEUSKENS is als hoofdgeneesheer-neuropsychiater verbonden aan het UC St-Jozef te Kortenberg, België.

Correspondentieadres: N. Robben, Stationstraat 6, 3440 Zoutleeuw, België.

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 5-9-2001.

SUMMARY

Lack of insight in schizophrenic patients: a review – N. Robben, M. de Hert, J. Peuskens – BACKGROUND Lack of insight is a common clinically used and examined concept.

AIM This review gives an overview of the research which studied the different variables associated with insight.

METHOD The different studies were collected by means of Medline and Psyclit. We reduced the number of articles by using English and Dutch language literature from 1990 until July 2000.

RESULTS Lack of insight is more prevalent in schizophrenic patients than in other diagnostic groups. Association with positive symptoms is present. The impact of neurocognitive dysfunctioning on insight is more and more highlighted. The higher the insight, the better the psychosocial functioning, the treatment compliance and the global outcome seem to be, indicating the importance of treatment strategies improving insight. Increasing insight is associated with depressed mood and an elevated risk for suicide.

CONCLUSION Research results indicate a correlation between insight, positive symptoms and prognosis. The associations mentioned are only correlational, a statement about causality is not possible. Especially longitudinal studies, the use of a consistent definition of insight, and re-lia- ble, valid instruments to measure insight are needed.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 44 (2002) 5, 313-322]

KEYWORDS insight, schizophrenia