

## Ziekte-inzicht bij patiënten met schizofrenie

C. MATTON, M. WAMPERS, M. DE HERT, J. PEUSKENS

**ACHTERGROND** Patiënten met schizofrenie vertonen vaak een gebrek aan ziekte-inzicht en dat kan grote invloed hebben op de therapietrouw, het psychosociaal functioneren en het klinische beloop.

**DOEL** Het onderzoeken van de relatie tussen ziekte-inzicht en demografische factoren en tussen ziekte-inzicht en symptomatologie. Het evalueren van de evolutie van ziekte-inzicht gedurende een periode van 12 maanden.

**METHODE** Demografische gegevens en gegevens omtrent symptomatologie en ziekte-inzicht van 679 psychotische patiënten die gehospitaliseerd waren in 15 Belgische ziekenhuizen werden verzameld met behulp van de Psychosis Evaluation tool for Common use by Caregivers. De verbanden tussen deze gegevens werden berekend met Spearman's rangcorrelaties.

**RESULTATEN** Dit onderzoek identificeerde een aantal variabelen die het ziekte-inzicht van de patiënt beïnvloeden: IQ, opleidingsniveau en symptomatologie (positieve, negatieve, affectieve en cognitieve symptomen) hebben alle invloed op het ziekte-inzicht. Er is tevens een significante correlatie tussen veranderingen in inzicht en in positieve symptomen en tussen veranderingen in inzicht en in algemene psychopathologie na 12 maanden.

**CONCLUSIE** De onderzoeksresultaten wijzen op een verband tussen ziekte-inzicht en IQ, opleidingsniveau en symptomatologie. Het verband tussen inzicht en positieve symptomen en tussen inzicht en algemene psychopathologie blijft behouden bij een follow-up van 12 maanden. De geobserveerde correlaties zijn echter zeer bescheiden. Andere factoren dan de ernst van de symptomatologie dragen bij tot het gebrek aan ziekte-inzicht. Recente onderzoeken vinden een sterke associatie tussen maten van executieve functies en een gebrek aan inzicht. Verder onderzoek naar de invloed van cognitieve defecten op inzicht met behulp van betrouwbare en valide meetinstrumenten is dan ook noodzakelijk.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 46(2004)9, 589-599]

**TREFWOORDEN** psychose, schizofrenie, symptomen, ziekte-inzicht

Patiënten met schizofrenie vertonen vaak een gebrek aan ziekte-inzicht en dat kan een negatieve invloed hebben op therapietrouw, psychosociaal functioneren en klinisch beloop. Dit gebrek aan inzicht is niet specifiek voor schizofrenie, maar het is wel meer uitgesproken bij patiënten met schizofrenie dan bij patiënten met andere psychiatrische aandoeningen zoals een schizo-affectieve stoornis of een stemmingsstoornis (Cuesta e.a. 2000; Pini e.a. 2001; Robben e.a. 2002). Uit een inter-

nationale pilot study van de World Health Organization (1973) over schizofrenie blijkt dat gebrek aan ziekte-inzicht het meest frequente symptoom is tijdens de acute fase.

De definitie van inzicht heeft tijdens de laatste decennia een grote evolutie doorgemaakt (Amador & David 1998). Aanvankelijk werd inzicht gedefinieerd als een unitair concept: inzicht is een correcte attitude ten overstaan van de morbide verandering in zichzelf. Inzicht werd hierbij ge-

evalueerd als aan- of afwezig. In recente onderzoeken wordt gebrek aan ziekte-inzicht beschouwd als een multidimensionaal concept met verschillende deelaspecten en gradaties (Amador & David 1998; Debowska e.a. 1998; Schwartz 1998). Minstens drie factoren kunnen hierbij onderscheiden worden (Amador e.a. 1991; Amador & David 1998): 'gebrek aan besef een ziekte te hebben', 'gebrek aan besef van de gevolgen van deze ziekte' en 'gebrek aan besef van de noodzaak van behandeling'.

Onderzoeken naar ziekte-inzicht vertonen vaak inconsistente resultaten (Amador & David 1998; Robben e.a. 2002), althans wat betreft de relatie tussen inzicht en demografische variabelen, inzicht en symptomatologie en de evolutie van inzicht op lange termijn. Deze inconsistentie is echter vaak te wijten aan de afwezigheid van een consistente definitie van inzicht en aan een gebrek aan valide en betrouwbare instrumenten (Robben e.a. 2002).

Het hier gepresenteerde onderzoek is opgezet om de kennis over de verschillende factoren die inzicht beïnvloeden te verbeteren door inzicht te bestuderen binnen een grote populatie van patiënten met schizofrenie ( $n = 679$ ). Deze patiënten worden op dit moment gevolgd in een grootschalig langdurig naturalistisch prospectief onderzoek in verschillende Belgische ziekenhuizen. Het doel van dit onderzoek is drieledig: (1) In de eerste plaats concentreert het zich op de relatie tussen inzicht en demografische factoren, zoals geslacht, opleiding en IQ; (2) Daarnaast wordt de relatie tussen ziekte-inzicht en symptomatologie onderzocht; (3) Tot slot wordt de evolutie van ziekte-inzicht over de periode van 1 jaar geëvalueerd.

## METHODE

### Patiënten

In dit onderzoek werden gegevens van 679 met de *Psychosis Evaluation tool for Common use by Caregivers* (PECC) geëvalueerde psychotische patiënten gebruikt. Deze patiënten werden gerekruteerd uit verschillende afdelingen van 15 Belgische

psychiatrische ziekenhuizen die deelnemen aan een naturalistisch follow-uponderzoek. De meerderheid van de patiënten werd meerdere malen met de PECC beoordeeld. Van de patiënten was 59% man. De meesten waren alleenstaand (71,1%) en hadden een sociale uitkering (78,2%). Hun gemiddelde leeftijd was 37,4 (standaarddeviatie (SD) 11,4) en hun gemiddelde ziektegeschiedenis 10,7 (SD 8,7) jaar. Bijna 50% van de patiënten leed aan paranoïde schizofrenie (DSM-IV-diagnose). Een overzicht van de sociaal-demografische en psychiatrische gegevens staat in tabel 1.

## METHODE

Als instrumenten voor het meten van symptomatologie en inzicht bij patiënten werden de PECC en de CGI (*Clinical Global Impression scale*) gebruikt (De Hert e.a. 1998, 2001, 2002). De PECC is een recent ontwikkeld, gestandaardiseerd, gecomputeriseerd, en begrijpelijk beoordelingsinstrument voor de evaluatie en follow-up van psychotische patiënten. De ontwikkeling van de PECC is gebaseerd op het werk van Eva Lindström (Lindström e.a. 1997). Zij ontwikkelde in Zweden de zogenaamde *Checklist for assessment of treatment in schizophrenic syndromes*: een evaluatie-instrument voor symptomatologie, besef van de symptomen en inzicht in de oorzaken van de ziekte, extrapyramidale symptomen, kwaliteit van leven, algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL) en prodromale symptomen. Zo beoordeelt de PECC een veelheid aan klinische en demografische variabelen, symptomen, bijwerkingen van medicatie, ADL, vroege waarschuwingssignalen, psychosociale stressoren, de huidige medicamenteuze en niet-medicamenteuze behandeling enzovoorts. Deze beoordelingen gebeuren op regelmatige en vooraf bepaalde tijdstippen.

Met de PECC worden 20 symptomen beoordeeld die thuishoren in 5 groepen: positieve symptomen (wanen, hallucinaties, megalomane gedachten, ongewone gedachte-inhoud), negatieve symptomen (motorische vertraging, afgevlakt affect, gebrekkig contact, passieve/apathische soci-

TABEL 1 Sociaal-demografische en psychiatrische kenmerken van de onderzoekspopulatie (N = 679)

Kenmerk	n(%)
Gemiddelde leeftijd (n = 679)	37,4 (SD 11,4; spreiding 16-77)
Geslacht (n = 679)	
man	403 (59,3)
vrouw	276 (40,7)
Burgerlijke staat (n = 676)	
alleenstaand	480 (71,1)
gehuwd	65 (9,6)
gescheiden	107 (15,8)
samenwonend	11 (1,6)
weduwe	10 (1,5)
onbekend	3 (0,4)
Inkomen (n = 661)	
geen inkomen	64 (9,7)
loon	74 (11,2)
sociale uitkering	517 (78,2)
onbekend	6 (0,9)
Opleiding (n = 671)	
lager onderwijs of beroeps secundair	182 (27,1)
lager secundair onderwijs	184 (27,4)
hoger secundair onderwijs	210 (31,3)
hoger niet-universitair onderwijs	55 (8,2)
universitair onderwijs	27 (4,0)
onbekend	13 (1,9)
Gemiddeld TIQ (n = 177) 98,4 (SD 16,9; spreiding 51-131)	
Gemiddelde ziekteduur (n = 568) 10,7 jaar (SD 8,7; spreiding 0-43)	
Diagnose (n = 679)	
paranoïde schizofrenie	331 (48,7)
gedesorganiseerde schizofrenie	75 (11,0)
ongedifferentieerde schizofrenie	86 (12,7)
schizofrenie residuele type	16 (2,4)
katatone schizofrenie	5 (0,7)
schizofreniforme stoornis	44 (6,5)
schizo-affectieve stoornis	122 (18,0)
SD = standaarddeviatie	
TIQ = totaal-IQ (met de Wechsler Adult Intelligence Scale (WAIS))	

ale terugtrekking), depressieve symptomen (angst, depressie, schuldgevoelens, somatische preoccupatie), symptomen van opwinding (opgewondenheid, gebrekkige impulscontrole, vijandigheid, onbereidwilligheid) en cognitieve symptomen (moeite met abstract denken, desoriëntatie, conceptuele verwarring, gebrek aan aandacht). Elk

van deze symptomen wordt gescoord op een puntenschaal van 1 tot 7, waarbij: 1 = afwezig; 2 = twijfelachtig – grens normaliteit; 3 = symptoom aanwezig maar weinig frequent – beperkte hinder; 4 = frequent (tot 50%), enige hinder, matige impact op functioneren; 5 = frequent (vanaf 50%), duidelijke hinder, duidelijk impact op functioneren; 6 = frequent (vanaf 50%), uitgesproken hinder, ernstige impact op functioneren; 7 = frequent (vanaf 50%), massale hinder, verstoort alle domeinen van het functioneren.

De PECC beoordeelt tevens twee aspecten van inzicht: inzicht in de symptomen van de ziekte (vermogen om symptomen te beschrijven en te herkennen) en inzicht in de oorzaken van de ziekte (vermogen om een oorzakelijk verband te zien tussen de symptomen en de mentale ziekte waaraan men lijdt). Deze beide variabelen worden gescoord op een puntenschaal van 1 tot 4, waarbij: 1 = inzicht volledig afwezig; 2 = inzicht aanwezig voor de minderheid van de symptomen maar niet voor allemaal; 3 = inzicht aanwezig voor de meerderheid van de symptomen en 4 = goed inzicht.

Een recent onderzoek naar de validiteit van de PECC (De Hert e.a. 2002) resulteerde in een goede interschalvaliditeit van de PECC met de *Positive and Negative Syndrome Scale* (PANSS; Kay e.a. 1987) en de *Extra-Pyramidal Side-Effect Scale* (ESRS; Simpson & Angus 1970) met een Pearson-correlatiecoëfficiënt van meer dan 0,8 (sterke correlatie) voor de meeste PECC-items. Ook de interbeoordelaarsovereenstemming was groot: voor geen enkel symptoom was de overeenkomst tussen de beoordelaars minder dan 80%.

Om het verband tussen inzicht en symptomen en inzicht en demografische variabelen na te gaan, hebben we de correlaties berekend. Omdat het hierbij gaat om ordinale data, hebben we Spearman-correlaties gebruikt. Een Spearman-correlatie werd eveneens berekend om het verband na te gaan tussen veranderingen in symptoomscores en veranderingen in inzicht na verloop van 1 jaar. Om de sterkte van het verband te evalueren, gebruikten we de grenswaarden zoals gedefinieerd door Cohen (1988): < 0,30 is zwak, 0,30-0,50 matig

sterk,  $> 0,50$  sterk. Het verband tussen dichotome variabelen en ordinale data werd getest door middel van een  $\chi^2$ -toets.

## RESULTATEN

Negenenvijftig procent van de patiënten toonde een matige (29%) tot volledige afwezigheid (30%) van inzicht in de symptomen van de ziekte. Het percentage liep op tot 66% (27% matige en 39% volledige afwezigheid) als het ging om inzicht in de oorzakelijke relatie tussen de symptomen en de ziekte. Slechts 18% vertoonde een goed inzicht in de symptomen en 15% in de oorzaken van de ziekte. Deze data bevestigen dat een gebrek aan ziekte-inzicht zeer frequent voorkomt bij psychotische patiënten (Amador & David 1998; World Health Organization 1973).

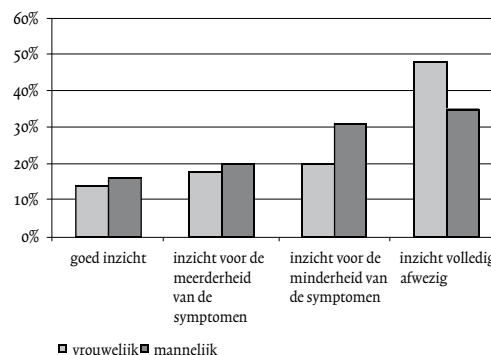
### Inzicht en demografische variabelen

**Inzicht en geslacht** De vrouwelijke patiënten vertoonden significant minder inzicht in de oorzaken ( $p < 0,007$ ) en symptomen ( $p < 0,008$ ) van hun ziekte dan de mannelijke patiënten (figuur 1 en 2). Ook volledige afwezigheid van inzicht kwam frequenter voor bij vrouwelijke patiënten dan bij mannen (48% versus 35% bij oorzaken; 38% versus 25% bij symptomen).

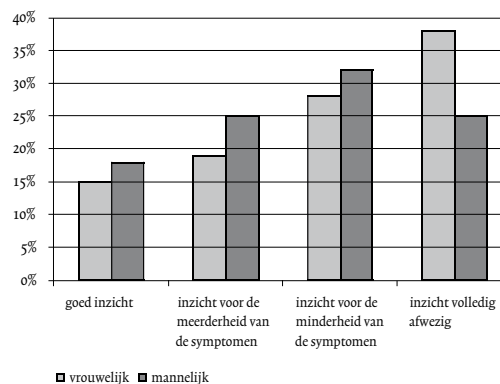
Hoewel de globale ernst van de ziekte zoals gemeten met de CGI niet verschilt tussen mannelijke en vrouwelijke patiënten, is er tussen beide groepen toch een verschil wat betreft hun symptomatologie. De symptomatologie van de vrouwelijke patiënten is licht doch significant ernstiger dan deze van de mannelijke patiënten. Dit draagt mogelijk bij tot de geobserveerde verschillen tussen de twee geslachten.

**Inzicht en opleidingsniveau** Er was een zwakke, maar significante positieve correlatie tussen inzicht in de oorzaken (Spearman's  $r = 0,15$ ;  $p < 0,0001$ ) en inzicht in de symptomen (Spearman's  $r = 0,12$ ;  $p < 0,0009$ ) en opleidingsniveau. Hoe hoger het opleidingsniveau, hoe groter het inzicht.

FIGUUR 1 Inzicht in de oorzaken van de eigen ziekte bij gehospitaliseerde mannen (403) en vrouwen (276) met schizofrenie, zoals gemeten met de Psychosis Evaluation tool for Common use by Caregivers.



FIGUUR 2 Inzicht in de symptomen zelf van de eigen ziekte bij gehospitaliseerde mannen (403) en vrouwen (276) met schizofrenie, zoals gemeten met de Psychosis Evaluation tool for Common use by Caregivers.



**Inzicht en IQ** De geobserveerde correlatie tussen opleidingsniveau en inzicht doet ons verwachten dat ook IQ en inzicht gerelateerd zijn. In onze populatie hebben we de totaalscores van de Wechsler Adult Intelligence Scale (WAIS) verkregen van 177 patiënten. Het gemiddelde totaal-IQ (TIQ) bedroeg 98,4 (SD 16,9) (zie tabel 1).

De geobserveerde correlaties zijn opnieuw laag maar wel significant. Correlatie tussen inzicht in de oorzaken en IQ: Spearman's  $r = 0,22$ ;  $p < 0,0050$ . Correlatie tussen inzicht in de symptomen en IQ: Spearman's  $r = 0,30$ ;  $p < 0,0002$ .

## Inzicht en symptomatologie

Door de beschikbaarheid van symptoom- en inzichtscores kon de relatie tussen symptomatologie en inzicht bestudeerd worden in een grote groep psychotische patiënten in een naturalisti-

sche behandelsetting. De relatie tussen positieve symptomen en ziekte-inzicht kon geëvalueerd worden en meer inzicht kon worden verkregen in andere factoren die het ziektebesef van de patiënt bepalen.

De resultaten bevestigden de bevindingen

TABEL 2 De correlatie tussen ziekte-inzicht en positieve symptomen bij 679 gehospitaliseerde patiënten met schizofrenie			
	Positieve symptomen	Spearman's r	p
Inzicht in oorzaken	Wanen	-0,33	0,0001
	Hallucinaties	-0,15	0,0001
	Groothedsgedachten	-0,20	0,0001
	Ongewone denkinhoud	-0,28	0,0001
	Totaal	-0,31	0,0001
Inzicht in symptomen	Wanen	-0,36	0,0001
	Hallucinaties	-0,16	0,0001
	Groothedsgedachten	-0,25	0,0001
	Ongewone denkinhoud	-0,31	0,0001
	Totaal	-0,34	0,0001
Spearman's r: < 0,30 is zwak; 0,30-0,50 is matig sterk; > 0,50 is sterk			

TABEL 3 De correlatie tussen ziekte-inzicht en negatieve symptomen bij 679 gehospitaliseerde patiënten met schizofrenie			
	Negatieve symptomen	Spearman's r	p
Inzicht in oorzaken	Motorische retardatie	-0,06	0,1398
	Afvlakking	-0,18	0,0001
	Contactarmoede	-0,30	0,0001
	Passieve/apathische sociale teruggetrokkenheid	-0,26	0,0001
	Totaal	-0,26	0,0001
Inzicht in symptomen	Motorische retardatie	-0,09	0,02
	Afvlakking	-0,19	0,0001
	Contactarmoede	-0,30	0,0001
	Passieve/apathische sociale teruggetrokkenheid	-0,26	0,0001
	Totaal	-0,27	0,0001
Spearman's r: < 0,30 is zwak; 0,30-0,50 is matig sterk; > 0,50 is sterk			

TABEL 4 De correlatie tussen ziekte-inzicht en cognitieve symptomen bij 679 gehospitaliseerde patiënten met schizofrenie			
	Cognitieve symptomen	Spearman's r	p
Inzicht in oorzaken	Moelijkheden bij abstract denken	-0,27	0,0001
	Desoriëntatie	-0,23	0,0001
	Conceptuele desorganisatie	-0,28	0,0001
	Gebrekkige aandacht	-0,22	0,0001
	Totaal	-0,32	0,0001
Inzicht in symptomen	Moelijkheden bij abstract denken	-0,31	0,0001
	Desoriëntatie	-0,27	0,0001
	Conceptuele desorganisatie	-0,32	0,0001
	Gebrekkige aandacht	-0,25	0,0001
	Totaal	-0,38	0,0001
Spearman's r: < 0,30 is zwak; 0,30-0,50 is matig sterk; > 0,50 is sterk			

TABEL 5		De correlatie tussen ziekte-inzicht en symptomen van opwinding bij 679 gehospitaliseerde patiënten met schizofrenie	
	Opwindingssymptomen	Spearman's r	p
Inzicht in oorzaken	Opwinding	-0,07	0,05
	Gebrekkige impulscontrole	-0,16	0,0001
	Vijandigheid	-0,18	0,0001
	Gebrek aan coöperatie	-0,20	0,0001
	Totaal	-0,19	0,0001
Inzicht in symptomen	Opwinding	-0,07	0,09
	Gebrekkige impulscontrole	-0,14	0,0003
	Vijandigheid	-0,16	0,0001
	Gebrek aan coöperatie	-0,19	0,0001
	Totaal	-0,17	0,0001

Spearman's r: < 0,30 is zwak; 0,30-0,50 is matig sterk; > 0,50 is sterk

TABEL 6		De correlatie tussen ziekte-inzicht en depressieve symptomen bij 679 gehospitaliseerde patiënten met schizofrenie	
	Depressieve symptomen	Spearman's r	p
Inzicht in oorzaken	Angst	-0,02	0,56
	Depressie	0,07	0,066
	Schuldgevoelens	0,13	0,0009
	Somatische preoccupatie	-0,08	0,0441
	Totaal	0,03	0,50
Inzicht in symptomen	Angst	-0,03	0,40
	Depressie	0,05	0,20
	Schuldgevoelens	0,15	0,0001
	Somatische preoccupatie	-0,08	0,04
	Totaal	0,01	0,71

Spearman's r: < 0,30 is zwak; 0,30-0,50 is matig sterk; > 0,50 is sterk

van andere onderzoekers: hoe ernstiger de positieve symptomen, hoe slechter het inzicht (tabel 2). Er moet wel opgemerkt worden dat de correlaties bescheiden waren. De sterkste correlatie werd gevonden met wanen. De correlaties tussen inzicht en negatieve symptomen, hoewel zwak, zijn significant (zie tabel 3). Uitsluitend de correlatie tussen inzicht in oorzaken en motorische retardatie is niet significant.

Verder gaan meer uitgesproken klinische cognitieve symptomen gepaard met een slechter inzicht (zie tabel 4). En, hoewel laag, alle correlaties met opwindingssymptomen, behalve 'opwinding', zijn significant. Hoe ernstiger de symptomen van opwinding, hoe beperkter het ziekte-inzicht (zie tabel 5). De meeste correlaties tussen inzicht en depressieve symptomen zijn zeer zwak (zie tabel 6). Alleen de correlaties met schuldgevoelens zijn, hoewel laag, duidelijk significant. Uitgesproken

schuldgevoelens gaan gepaard met een beter inzicht.

#### Langetermijnevolutie van inzicht

Naar aanleiding van de significante correlaties tussen de meeste symptomen en inzicht is de relatie tussen verandering in totale symptomatologie en parallele veranderingen in inzicht over de periode van één jaar bestudeerd.

Om meer inzicht te verwerven in deze langetermijnevolutie van ziekte-inzicht zijn de data onderzocht van 233 patiënten die ongeveer 1 jaar (gemiddelde = 344 dagen) gevolgd werden met de PECC. De positieve symptoomscore werd berekend door de scores van wanen, hallucinaties, megalomane gedachten en ongewone gedachte-inhoud op te tellen. Voor een globale symptoomscore werden de scores van alle 20 nagevraagde

symptomen opgeteld. Om de evolutie in symptomatologie te kwantificeren, werden vervolgens verschilcores berekend tussen de symptoomscores bij aanvang van het onderzoek en de symptoomscores na gemiddeld 1 jaar. Deze verschilcores werden dan gecorreleerd met de parallele veranderingen in ziekte-inzicht.

Er was een significante negatieve correlatie tussen veranderingen in positieve symptomen en veranderingen in inzicht in de oorzaken (Spearman's  $r = -0,20$ ;  $p < 0,01$ ) en in de symptomen (Spearman's  $r = -0,31$ ;  $p < 0,0001$ ) van de ziekte. Er was een significante negatieve correlatie tussen globale veranderingen in symptomatologie en inzicht in de oorzaken (Spearman's  $r = -0,23$ ;  $p < 0,0001$ ) en de symptomen (Spearman's  $r = -0,30$ ;  $p < 0,0001$ ) van de ziekte. Dit duidt erop dat een toename in totale pathologie samengaat met een toenemend gebrek aan inzicht. En vice versa tonen de resultaten dat ziekte-inzicht toeneemt naarmate de algemene psychopathologie vermindert.

## BESPREKING

### Inzicht en demografische variabelen

**Inzicht en geslacht** Uit de meerderheid van de onderzoeken is gebleken dat er geen significante correlatie bestaat tussen inzicht en geslacht (Robben e.a. 2002). Alleen Cuffel e.a. (1996) vonden een matige correlatie tussen geslacht en inzicht, waarbij vrouwelijke patiënten minder inzicht vertoonden dan mannelijke patiënten. De resultaten uit het ons onderzoek sluiten aan bij laatstgenoemd onderzoek.

**Inzicht en opleidingsniveau** De onderzoeksresultaten van eerder onderzoek naar de correlatie tussen opleidingsniveau en ziekte-inzicht zijn inconsistent. Sommige onderzoekers (McPherson e.a. 1996b) observeerden een positieve correlatie (hoe hoger het opleidingsniveau, hoe meer inzicht), anderen (Amador e.a. 1994) vonden geen significante correlatie. Ons onderzoek toont een positieve correlatie: hoe hoger het opleidingsni-

veau, hoe hoger de score op de inzichtschaal (= beter inzicht). Dit is een bevestiging van de resultaten van McPherson e.a. (1996b).

**Inzicht en IQ** Onze resultaten stemmen overeen met de meeste andere onderzoeksresultaten (Robben e.a. 2002): hoe hoger het IQ, hoe hoger de score op de inzichtschaal (= beter inzicht). Het verband tussen inzicht en IQ is echter niet lineair: een lager IQ gaat niet gepaard met een evenredige daling van inzicht (David e.a. 1995).

### Inzicht en symptomatologie

**Inzicht en positieve symptomen** In de meeste onderzoeken is een omgekeerde correlatie tussen de ernst van positieve symptomen en de mate van inzicht bij patiënten met schizofrenie geobserveerd (Amador e.a. 1994; Collins e.a. 1997; David e.a. 1992; Debowska e.a. 1998; Kemp & Lambert 1995; Kim e.a. 1997; Lysaker e.a. 1998a; Mintz e.a. 2003): hoe ernstiger de positieve symptomen, hoe minder inzicht. Wij bevestigen dan ook met onze resultaten de bevindingen van voorgaande onderzoeken.

**Inzicht en negatieve symptomen** Het aantal onderzoeken waarin de relatie tussen gebrek aan inzicht en negatieve symptomen bestudeerd wordt, is vrij klein. Deze onderzoeken vertoonden inconsistente resultaten, waardoor nader onderzoek aan te raden is. Onze resultaten bevestigen de bevindingen van Amador e.a. (1994), Kemp & Lambert (1995), Collins e.a. (1997), Kim e.a. (1997), Debowska e.a. (1998), Lysaker e.a. (1998a) en Mintz e.a. (2003) die een matige correlatie vonden tussen negatieve symptomen en inzicht. McCabe e.a. (2002) daarentegen kwamen tot het besluit dat negatieve symptomen en het globale neuropsychologische functioneren geen rol spelen in de variatie in inzicht.

**Inzicht en cognitieve symptomen** Uit literatuuronderzoek (Amador & David 1998; Lele & Joglekar 1998; Robben e.a. 2002; Smith e.a. 2000) blijkt dat

de resultaten van de meeste onderzoeken over ziekte-inzicht en cognitieve symptomen de neuropsychologische hypothese ondersteunen: patiënten met schizofrenie zouden hun ziekte niet kunnen begrijpen ten gevolge van cognitieve beperkingen. De meeste onderzoeken vonden een verband tussen beperkt inzicht en lage scores op de Wisconsin Card Sorting Test (WCST), een maat voor mentale flexibiliteit en executieve functies (Collins e.a. 1997; Lysaker & Bell 1995; Lysaker e.a. 1998b; Lysaker e.a. 2003; Young e.a. 1993; Young e.a. 1998). Deze resultaten doen vermoeden dat het eerder gaat om functiebeperkingen in de (pre)frontale hersengebieden dan om een algemeen cognitief defect. Alleen Cuesta & Peralta (1994), Cuesta e.a. (1995) en McCabe e.a. (2002) vonden geen associatie tussen inzicht en cognitieve beperkingen. Ons onderzoek bevestigt dat meer uitgesproken cognitieve symptomen gepaard gaan met een slechter inzicht, maar het gaat hier uitsluitend om klinische symptomen en niet om beperkingen die zijn vastgesteld door middel van neuropsychologisch onderzoek.

*Inzicht en depressieve symptomen* De invloed van depressie op ziekte-inzicht is onduidelijk. Sommige onderzoeksresultaten duiden op een positief verband (Amador e.a. 1994; Collins e.a. 1997; Kemp & Lambert 1995; Mintz e.a. 2003; Peralta & Cuesta 1994; Smith e.a. 2000) tussen inzicht en depressie (= hoe depressiever, hoe meer inzicht); in andere onderzoeken wordt geen verband gevonden (Kim e.a. 1997; Schwartz 1998). De door ons gevonden correlaties zijn zeer zwak: alleen de correlaties met schuldgevoelens zijn duidelijk significant.

#### *Langetermijnevolutie van inzicht*

De waargenomen correlaties suggereren een associatie tussen de ernst van de symptomen en het besef van ziekte. Als er een dergelijke associatie bestaat, kan men verwachten dat een verbetering in symptomatologie gepaard gaat met een toename in inzicht. Onderzoek naar de langetermijne-

volutie van inzicht vertoont inconsistente resultaten. De meeste auteurs kwamen tot het besluit dat inzicht een stabiele entiteit is die niet gerelateerd is aan psychopathologie. Uitsluitend Birchwood e.a. (1994) vonden een positieve relatie tussen verbetering in positieve symptomen en inzicht. De onderzoeksgegevens van Cuesta e.a. (2000) suggereren een zekere correlatie tussen inzicht en negatieve symptomen en desorganisatie: hoe meer negatieve symptomen en desorganisatie, hoe beperkter het inzicht en hoe minder positieve verandering in attitude ten overstaan van de behandeling. In ons onderzoek vonden we een significante correlatie tussen veranderingen in positieve symptomen en veranderingen in inzicht in de oorzaken en in de symptomen van de ziekte, evenals een significante positieve correlatie tussen globale veranderingen in symptomatologie en inzicht in de oorzaken en in de symptomen van de ziekte.

#### BESLUIT

De resultaten van dit grootschalige, naturalistische onderzoek van psychotische patiënten tonen dat een gebrek aan ziekte-inzicht inderdaad een frequent probleem is bij psychotische patiënten. Er zijn een aantal variabelen geïdentificeerd die het ziekte-inzicht van de patiënt beïnvloeden: IQ, opleidingsniveau en symptomatologie. De geobserveerde correlaties zijn wel bescheiden. Andere factoren dan de ernst van de symptomatologie dragen bij tot het gebrek aan ziekte-inzicht. In andere onderzoeken (Collins e.a. 1997; Lele & Joglekar 1998; Lysaker & Bell 1995; Lysaker e.a. 1998b; Young e.a. 1993; Young e.a. 1998) is een sterke associatie gevonden tussen gebrek aan inzicht en maten voor executieve functies, die verwijzen naar disfuncties in de frontale hersengebieden.

Ons onderzoek vertoont uiteraard enkele beperkingen. Ten eerste bestaat de onderzoekspopulatie uitsluitend uit gehospitaliseerde patiënten. De ernst van de symptomen en de mate van gebrek aan ziekte-inzicht is mogelijk anders bij een ambulante populatie. Tevens zijn de interpretaties betreffende de cognitieve symptomen gebaseerd



op klinische gegevens. Ze werden niet ondersteund door specifieke neurocognitieve testen, zoals de WCST. Tot slot is het aantal mogelijke scores op de inzichtschaal vrij beperkt, waardoor slechts een geringe differentiatie mogelijk is.

Gebrek aan ziekte-inzicht is een belangrijke factor bij schizofrenie omdat het de therapietrouw, het psychosociaal functioneren en het klinische beloop in belangrijke mate bepaalt (Amador & David 1998; Francis & Penn 2001; Robben e.a. 2002). Clinici zouden zich daarvan bewust moeten zijn en binnen de behandeling ook gebruik moeten maken van interventies die ziekte-inzicht in positieve zin beïnvloeden.

Ondanks de beperkte correlaties tussen ziekte-inzicht en symptomatologie, kan een goede symptomatische behandeling inzicht enigszins verbeteren.

Ook het in kaart brengen van cognitieve beperkingen is belangrijk, aangezien zij mogelijk meer verklaren dan symptomen alleen en een belangrijke rol kunnen spelen in therapieprogramma's. Zo toont onderzoek van Lysaker & Bell (1995) aan dat de ernst van de cognitieve beperkingen in sterke mate de verbetering van inzicht bepaalt binnen arbeidsrehabilitatieprogramma's. Hoe meer cognitieve deficits, hoe minder verbetering in inzicht tijdens een dergelijk rehabilitatieprogramma. Voor mensen met ernstige cognitieve beperkingen kan een rehabilitatieprogramma dat zich richt op hun cognitieve beperkingen en waarin stapsgewijs gewerkt wordt een meerwaarde bieden. In een recent onderzoek wijzen Jeste e.a. (2003) op het feit dat cognitieve functies, in het bijzonder conceptualisering en geheugen de belangrijkste voorspellers zijn van therapietrouw. Ze duiden dan ook op de noodzaak van onderzoeken naar behandelingen die deze cognitieve functies kunnen verbeteren.

De invloed van andere psycho-educatieve interventies of rehabilitatieprogramma's op ziekte-inzicht werd slechts in beperkte mate gevalideerd door onderzoek. De compliance-therapie van Kemp e.a. (1998), een kortdurende therapie gebaseerd op de principes van het motivationele interview,

leidde tot een verbetering in inzicht. Ook na een follow-up van 18 maanden bleef dit effect bestaan. Wykes e.a. (1999) kwamen tot eenzelfde vaststelling, echter zonder controlegroep. McPherson e.a. (1996a) merkten een verbetering van inzicht na drie individuele educatiesessies.

#### LITERATUUR

- Amador, X.F., & David A.S. (1998). *Insight and psychosis*. New York: Oxford University Press.
- 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., Strauss, D.H., Yale, S.A., e.a. (1991). Awareness of illness in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 17, 113-132.
- Birchwood, M., Smith, J., Drury, V., e.a. (1994). A self-report Insight Scale for psychosis: reliability, validity and sensitivity to change. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 89, 62-67.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioural sciences*. Hillsdale: Lawrence Erlbaum.
- Collins, A.A., Remington, G.J., Coulter, K., e.a. (1997). Insight, neurocognitive function 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.
- Cuesta, M.J., Peralta, V., & Zarzuela, A. (2000). Reappraising insight in psychosis. Multi-scale longitudinal study. *British Journal of Psychiatry*, 177, 233-240.
- 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 premobid adjustment. *Comprehensive Psychiatry*, 39, 255-260.
- Francis, J.L., & Penn, D.L. (2001). The relationship between insight and

- social skills in persons with severe mental illness. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 189, 822-829.
- Hert, M. de, Bussels, J., Lindström, E., e.a. (1998). PECC, psychosis evaluation tool [for common use by caregivers. Antwerpen: EPO.
- Hert, M. de, Wampers, M., & Mannaert, G. (2001). PECC, psychosis evaluation tool for common use by caregivers. *Psychiatrie en Verpleging*, 77, 5-14.
- Hert, M. de, Wampers, M., Thys, E., e.a. (2002). Validation of PECC, interscale validity and interrater reliability. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 6(3), 135-140.
- Jeste, S.D., Patterson, T.L., Palmer, B.W., e.a. (2003). Cognitive predictors of medication adherence among middle-aged and older outpatients with schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 63, 49-58.
- Kay, S.R., Fiszbein, A., & Opler, L.A. (1987). The positive and negative syndrome scale for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 13, 261-276.
- 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. (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.
- Lele, M.V., & Joglekar, A.S. (1998). Poor insight in schizophrenia: neurocognitive basis. *Journal of Postgraduate Medicine*, 44, 50-55.
- Lindström, E., Ekselius, L., Jedenius, E., e.a. (1997). A checklist for assessment of treatment in schizophrenic syndromes: interscale validity and interrater reliability. *Primary Care Psychiatry*, 3-4, 183-187.
- 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.J., 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.J., 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.
- Lysaker, P.H., Bryson, G.J., Lancaster, R., e.a. (2003). Insight in schizophrenia: associations with executive function and coping style. *Schizophrenia Research*, 59, 41-47.
- McCabe, R., Quayle, E., Beirne, A.D., e.a. (2002). Insight, global neuropsychological functioning, and symptomatology in chronic schizophrenia. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 190, 519-525.
- McPherson, R., Jerrom, B., & Hughes, A. (1996a). A controlled study of education about drug treatment in schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 168, 709-717.
- McPherson, R., Jerrom, B., & Hughes, A. (1996b). Relationship between insight, educational background and cognition in schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 168, 718-722.
- Mintz, A.R., Dobson, K.S., & Romney, D.M. (2003). Insight in schizophrenia: A meta-analysis. *Schizophrenia Research*, 61, 75-88.
- Peralta, V., & Cuesta, M.J., (1994). Lack of insight: Its status within schizophrenic pathology. *Biological Psychiatry*, 36, 559-561.
- Pini, S., Cassano, G.B., Dell'Osso, L., e.a. (2001). Insight into illness in schizophrenia, schizoaffective disorder, and mood disorders with psychotic features. *American Journal of Psychiatry*, 158, 122-125.
- Robben, N., de Hert, M., & Peuskens, J. (2002). Gebrek aan ziekte-inzicht bij schizofrene patiënten. Een literatuuroverzicht. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 44, 313-322.
- Schwartz, R.C. (1998). Insight and illness in chronic schizophrenia. *Comprehensive Psychiatry*, 39, 249-254.
- Simpson, G.M. & Angus, J.W. (1970). A rating scale for extra-pyramidal side effects. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 212(Suppl.), 11-19.
- Smith, T.E., Hull, J.W., Israel, L.M., e.a. (2000). Insight, symptoms, and neurocognition in schizophrenia and schizoaffective disorder. *Schizophrenia Bulletin*, 26, 193-200.
- 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., Baily, 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

C. MATTON is psychiater-psychotherapeute verbonden aan het PC Caritas te Melle en het PSC Sint Alexius te Elsene. Zij is ook verbonden aan het UC Sint-Jozef te Kortenberg.

M. WAMPERS is psychologe en onderzoeker binnen het schizofrenieproject van het UC Sint-Jozef te Kortenberg.

M. DE HERT is psychiater-psychotherapeut en doctor in de medische wetenschappen. Hij is adjunct-kliniekhoofd Psycho-senzorg in het UC Sint-Jozef te Kortenberg en hoofdgeneesheer van het PSC Sint-Alexius te Elsene.

J. PEUSKENS is psychiater en is hoofdgeneesheer en algemeen directeur van het UC Sint-Jozef te Kortenberg, en is als hoogleraar verbonden aan de Katholieke Universiteit Leuven.  
E-mail: celine.matton@pccaritas.be.

Geen strijdige belangen meegegeeld.

Dit onderzoek is mede uitgevoerd met steun van een educational grant van Janssen-Cilag & Organon België.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 3-3-2004.

## SUMMARY

Insight of schizophrenic patients into their disorder – C. Matton, M. Wampers, M. de Hert, J. Peuskens –

**BACKGROUND** Schizophrenic patients often lack awareness of their disorder. This can have a marked influence on their compliance with treatment, psychosocial functioning and the final outcome.

**AIM** To study the relationship between patients' insight into their disorder and demographic variables and between patient's insight and symptoms, and to evaluate how patients' insight evolved over a one-year period.

**METHOD** Demographic variables and data on symptoms and on patients' insight into their disorder were collected for 679 psychotic inpatients in 15 Belgian hospitals by means of the 'Psychosis Evaluation tool for Common use by Caregivers'. Relationships were computed using Spearman correlations.

**RESULTS** This study identified a number of variables that influence patients' insight into their disorder, namely IQ, educational level and symptomatology (positive, negative, affective and cognitive symptoms). All of these variables can affect patients' awareness of their disorder. At the one-year follow-up there was also a significant correlation between changes in insight and changes in general psychopathology.

**CONCLUSION** The results show a correlation between insight into the disorder and IQ, educational level and symptoms. The correlation between insight and positive symptoms and between insight and general psychopathology still existed at the one-year follow-up. However, the observed correlations are very modest. Apparently, factors other than the severity of symptoms contribute to patients' lack of insight. Recent research has revealed a strong association between levels of executive functioning and lack of insight. There is an urgent need for further investigations into the influence that cognitive deficits can have on insight; these will have to be performed using reliable and valid measuring instruments.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 46(2004)9, 589-599]

**KEY WORDS** insight, psychosis, schizophrenia, symptoms