

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

G.H.M. PIJNENBORG, A. ALEMAN

ACHTERGROND Een beperkt ziekte-inzicht komt voor bij een meerderheid (50-80%) van de mensen met schizofrenie en heeft een negatieve invloed op relevante uitkomstmaten. Er is tot op heden geen universeel model dat beperkt ziekte-inzicht bij schizofrenie verklaart. Daarnaast is er een gebrek aan interventies die het inzicht verbeteren.

DOEL Aan de hand van de literatuur inventariseren van kennis over ziekte-inzicht en beschrijven van een nieuw model voor behandeling.

METHODE Overzicht geven van de literatuur over ziekte-inzicht bij schizofrenie. Hierbij gaan wij achtereenvolgens in op de correlaten (zowel ziektevariabelen als uitkomstmaten) van ziekte-inzicht bij schizofrenie, theoretische modellen voor ziekte-inzicht en bestaande behandelmethoden.

RESULTATEN Aan de hand van de literatuur introduceren wij een nieuw geïntegreerd theoretisch model voor een behandeling om het ziekte-inzicht te verbeteren. Op basis van de in het model gespecificeerde precondities voor inzicht, te weten stigmagevoeligheid, perspectief nemen, mentale flexibiliteit en zelfreflectie, is een nieuwe training (REFLEX) ontwikkeld om het inzicht bij mensen met schizofrenie te verbeteren. De effectiviteit van deze training wordt thans geëvalueerd.

CONCLUSIE Ziekte-inzicht is een complex concept dat door meerdere factoren wordt bepaald en ook verschillende belangrijke uitkomstmaten beïnvloedt. Gezien de relatie van ziekte-inzicht met relevante uitkomstmaten in het dagelijkse leven zou het verbeteren ervan een essentieel deel uit moeten maken van de behandeling van mensen met schizofrenie.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 52(2010)12, 825-835]

TREFWOORDEN behandeling, schizofrenie, stigma, ziekte-inzicht

Amador (2007) beschrijft een man die op een dag naar huis wandelt om, daar aangekomen, de weg versperd te vinden door familieleden en burens. Zij maken hem eerst vriendelijk, maar al snel steeds dwingend, duidelijk dat zijn huis momenteel onbewoonbaar is en dat hij daar dus niet langer meer kan wonen. Hij gelooft hen niet en protesteert. Immers, vanmorgen was dit nog zijn huis, dus waar hebben ze het over? Als hij blijft protesteren en uit pure frustratie begint te schreeuwen

van woede, wordt hij plotseling opgehaald door de politie en naar een psychiatrisch ziekenhuis gebracht. Op ongeveer deze wijze illustreert Amador, in een boekje voor familieleden van patiënten, hoe het moet zijn om psychotisch te worden zonder daar zelf inzicht in te hebben.

Voor veel mensen met schizofrenie is het onbegrip van de patiënt uit dit bevreemdende scenario realiteit. Geschat wordt dat 50 tot 80% van de mensen met schizofrenie een verminderd ziekte-

inzicht heeft (Dam 2006). Doorgaans worden drie dimensies van ziekte-inzicht bij schizofrenie onderscheiden: het besef een aandoening te hebben, het labelen van symptomen als gevolg van deze aandoening en therapietrouw (David 1990). Inzicht op deze dimensies kan onafhankelijk van elkaar fluctueren. Zo kan iemand therapietrouw zijn zonder werkelijk te beseffen dat bepaalde klachten het gevolg van een psychose zijn, of kan iemand beseffen schizofrenie te hebben zonder actuele symptomen als zodanig te herkennen. Hoewel in de meeste studies inzicht op deze of vergelijkbare wijze wordt geoperationaliseerd, zijn er ook auteurs die een bredere opvatting hanteren. Zo vatten Berrios en Marková (2004) en Gillet (1995) inzicht op als zelfkennis. Inzicht kan fluctueren over tijd, bij sommige patiënten wordt het inzicht beter naar verloop van tijd, terwijl het bij anderen onveranderd blijft of zelfs verslechtert (Buchy e.a. 2010). Een verminderd ziekte-inzicht is niet specifiek voor schizofrenie, bij andere psychiatrische aandoeningen, zoals de bipolaire stoornis, komt eveneens een verminderd inzicht voor. Ook bij neurologische aandoeningen kan verminderd inzicht optreden (Amador & David 2004).

Het concept 'ziekte-inzicht' werd voor het eerst gedetailleerd beschreven door Karl Jaspers (1997). Jaspers zag ziektebesef (het besef te zijn veranderd en te leiden aan een ziekte) als een voorwaarde voor inzicht. Voor volledig inzicht is volgens hem naast ziektebesef ook het bewustzijn van symptomen van de aandoening en de aard en de ernst van de aandoening nodig. Jaspers beschouwde inzicht als een dichotome variabele: iets wat een patiënt wel of niet kan hebben. Tot aan het begin van de vorige eeuw was beperkt ziekte-inzicht onlosmakelijk verbonden met het concept 'krankzinnigheid' en was een beperkt ziekte-inzicht per definitie aanwezig als er sprake was van een waan (Berrios 1994). Inzicht werd derhalve niet beschreven als een variabele die over tijd en tussen patiënten kan variëren en was hierdoor niet zo interessant voor onderzoekers.

Rond 1900 deed het concept 'gedeeltelijk ziekte-inzicht' opgeld, waardoor het mogelijk

werd krankzinnigheid met intact bewustzijn van de aandoening te diagnosticeren. Deze veranderde zienswijze heeft het wetenschappelijke onderzoek naar ziekte-inzicht zonder twijfel gestimuleerd (Berrios & Marková 2004).

Een verminderd ziekte-inzicht heeft belangrijke consequenties voor het dagelijkse leven van mensen met schizofrenie. Diverse modellen belichten ziekte-inzicht vanuit verschillende theoretische kaders. Er is tot op heden geen model dat deze verschillende zienswijzen integreert.

In dit artikel geven wij eerst een overzicht van de literatuur over ziekte-inzicht bij schizofrenie en stellen we aan de hand van een nieuw model een behandeling om het ziekte-inzicht te verbeteren voor.

CORRELATEN VAN ZIEKTE-INZICHT

Vaak neemt men intuïtief aan dat een beperkt ziekte-inzicht een negatief effect heeft op de prognose van schizofrenie. Het ligt bijvoorbeeld voor de hand te veronderstellen dat mensen die weinig inzicht hebben in hun symptomen ook minder therapietrouw zullen zijn. Drie jaar geleden werd een systematische review van de literatuur over de correlaten van ziekte-inzicht bij psychose gepubliceerd (Lincoln e.a. 2007a). Hieruit blijkt inderdaad dat er in cross-sectionele studies een positief verband wordt gevonden tussen ziekte-inzicht en therapietrouw, terwijl dit effect in longitudinale studies beperkt is tot mensen zonder verslavingsproblematiek.

Ook andere belangrijke ziektevariabelen en uitkomstmaten blijken een relatie met inzicht te hebben. Zo gaat beter ziekte-inzicht samen met minder symptomen (Mintz e.a. 2003), minder terugval en minder opnames (Drake e.a. 2007). Ook voorspelt ziekte-inzicht voorafgaande aan cognitieve gedragstherapie de mate waarin een patiënt profiteert van de behandeling (Schwartz e.a. 1997). Recentelijk werd aangetoond dat een beter ziekte-inzicht samengaat met hogere GAF-score (Stefanopoulou e.a. 2009) en betere geobserveerde kwaliteit van leven en beter sociaal functioneren

(Drake 2008). Ten slotte is er een verband gevonden tussen ziekte-inzicht en gewelddadig gedrag bij mensen met schizofrenie: patiënten met een slechter inzicht lijken gewelddadiger te zijn (Buckley e.a. 2004). Er zijn echter ook studies gepubliceerd waarin dit verband niet wordt aangetroffen (Drake 2008).

Hoewel het verband tussen ziekte-inzicht en ziektevariabelen en uitkomstmaten vaak is aangetoond, wordt in een aantal studies geen verband gevonden (Lincoln e.a. 2007a). Aangezien deze negatieve studies een minderheid vormen, concluderen Lincoln e.a. op basis van de resultaten van hun review dat inzicht een belangrijke rol speelt in het herstelproces van mensen met schizofrenie. Volgens hen zou het een behandeldoel moeten zijn om het inzicht van patiënten te verbeteren.

Een belangrijke vraag is of er mogelijk nadelige effecten zijn van de behandeling van ziekte-inzicht. Verbeterd inzicht zou wellicht samen kunnen hangen met een toename van sombere gevoelens. Hoewel er enige aanwijzingen zijn uit een aantal studies dat depressie en ziekte-inzicht correleren, is dit verband slechts klein (Lincoln e.a. 2007a). Omdat het hier veelal om cross-sectionele studies gaat, is het niet mogelijk de richting van dit verband vast te stellen. Uiteraard kan het zo zijn dat een verbeterd inzicht somber stemt, maar evengoed kan het zijn dat sombere patiënten met schizofrenie een realistischer kijk hebben op hun eigen functioneren. Ook een causale relatie tussen een verbetering in ziekte-inzicht en suïcide is niet gevonden (Lincoln e.a. 2007a). Kortom, het verband tussen somberheid en inzicht is complex.

Bovendien lijkt verinnerlijkt stigma een belangrijke rol in deze relatie te spelen. Vooral patiënten die geloven dat stigmatiserende opvattingen over mensen met schizofrenie van toepassing zijn op henzelf worden somber van meer inzicht (Lysaker e.a. 2005). Daarnaast zijn patiënten met een goed inzicht die er weinig stigmatiserende opvattingen over schizofrenie op na houden beter af dan patiënten met slecht inzicht en patiënten met een goed inzicht die wél veel stigmatiserende opvattingen hadden (Staring e.a.

2009). Eerstgenoemden hebben een hogere kwaliteit van leven, meer zelfvertrouwen en een betere stemming dan beide andere categorieën.

Al met al lijkt behandeling die zich richt op het verbeteren van ziekte-inzicht bij mensen met schizofrenie geïndiceerd, mits stigmagevoeligheid meegenomen wordt. Het gaat er dan om het inzicht te verbeteren, zonder dat de hoop voor de toekomst verloren gaat (Lysaker e.a. 2005).

MEETINSTRUMENTEN

Er zijn in de afgelopen twee decennia verschillende instrumenten ontwikkeld om ziekte-inzicht betrouwbaar te meten. De meest gebruikte in het Engelse taalgebied zijn: de *Schedule for the Assessment of Insight (SAI)* (David e.a. 1990), de *SAI-Expanded (SAI-E)* (Kemp e.a. 1996), de *Insight Scale* (Birchwood e.a. 1994), de *Scale to assess Unawareness of Mental Disorder (SUM-D)* (Amador e.a. 1993), de *Beck Cognitive Insight Scale* (Beck e.a. 2004) en een specifiek item (G12) van de *Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS)* (Kay e.a. 1987). De SAI, de SAI-E, de SUM-D en de PANSS zijn (semi)gestructureerde interviews en de *Insight Scale* en de *Beck Cognitive Insight Scale* zijn zelfrapportagelijsten. Nederlandse vertalingen zijn beschikbaar voor de PANSS, de *Birchwood Insight Scale*, de SAI-E, de SUM-D en de *Beck Cognitive Insight Scale*.

Een methodologisch probleem bij het meten van ziekte-inzicht is dat de meeste instrumenten uitgaan van het klassieke medische model: patiënten dienen hun klachten te beschrijven met dezelfde termen als hun psychiater. Hiermee gaat men voorbij aan de ziektebeleving en attributies van de patiënten. Patiënten kunnen hun klachten bijvoorbeeld labelen als een uiting van overspannenheid of kwetsbaarheid. Hoewel deze beleving volgens de meeste meetinstrumenten zou duiden op een gebrek aan ziekte-inzicht, ligt er wel degelijk een vorm van zelfinzicht ten grondslag aan deze klachtenbeschrijving. De *Beck Cognitive Insight Scale* vormt een uitzondering op deze benadering. Met deze zelfbeoordelvingsvragenlijst worden het vermogen tot zelfreflectie en de mate van

overtuiging van de eigen opvattingen in kaart gebracht.

THEORETISCHE MODELLEN

In de loop der jaren zijn verschillende modellen voor ziekte-inzicht voorgesteld en onderzocht. In de literatuur worden meestal de volgende modellen onderscheiden (Cooke e.a. 2005): het klinische, het neuropsychologische en het psychologische afweermodel.

In het *klinische model* wordt een beperkt ziekte-inzicht gezien als een primair symptoom (in termen van Bleuler) van schizofrenie. Primaire symptomen zijn volgens Bleuler een direct gevolg van de ziekte, terwijl secundaire symptomen een reactie zijn op primaire symptomen. Hoewel in de literatuur wel een verband gevonden wordt tussen ziekte-inzicht en symptomen, zijn de effectgroottes van dit verband vaak bescheiden (Mintz e.a. 2003). Ziekte-inzicht lijkt dus relatief onafhankelijk te zijn van andere symptomen van schizofrenie.

In het *neuropsychologische model* veronderstelt men dat een beperkt inzicht wordt veroorzaakt door cognitieve functiestoornissen, waarbij het verband tussen de prestatie op de *Wisconsin Card Sorting Test* (WCST) en inzichtproblemen waarschijnlijk het vaakst is onderzocht. Een meta-analyse (Aleman e.a. 2006) laat zien dat de prestatie op deze taak van de onderzochte cognitieve maten de sterkste voorspeller is. Ook werd een significant verband gevonden tussen IQ-scores en executief functioneren (inclusief WCST) enerzijds en inzicht anderzijds. Tussen geheugen en inzicht bleek geen significante relatie te bestaan wanneer alle psychotische aandoeningen mee werden genomen; voor patiënten met schizofrenie alleen is er wel een significant verband. De effectgroottes van de gevonden verbanden zijn echter bescheiden; andere factoren moeten daarom ook een rol spelen in de variaties in ziekte-inzicht.

Studies naar het neuropsychologische model expliciteren vaak niet hoe het verband tussen cognitieve functiestoornissen en een beperkt ziekte-

inzicht precies in elkaar zit (Cooke e.a. 2005). Hierdoor blijft het onduidelijk hoe cognitieve functiestoornissen zich precies verhouden tot een beperkt inzicht. Een mogelijkheid is dat verminderde cognitieve vermogens in het algemeen het moeilijker maken voor een patiënt om ingewikkelde overwegingen te maken, zoals de vraag of hij of zij een psychische stoornis heeft of niet. Dit hangt immers af van de context en is zelfs voor professionals niet altijd eenvoudig te beantwoorden.

Een andere mogelijkheid is dat er een specifiek cognitief proces dat belangrijk is voor inzicht, verstoord is. In dit verband wijzen de meeste auteurs op mentale flexibiliteit (Morgan & David 2004), zoals met de WCST gemeten kan worden (aantal perseveraties). Een gebrek aan mentale flexibiliteit zou impliceren dat een patiënt moeilijk eigen doen en denken in perspectief kan plaatsen. Drake en Lewis (2003) speculeren dat het vermogen om abstracte representaties als het ware 'online' te houden (actief in het werkgeheugen) en te vergelijken met de daadwerkelijke situatie nodig is om de eigen percepties en gedragingen te vergelijken met semantische kennis over de aandoening.

Er zijn ook aanwijzingen dat metacognitief reflecteren over de cognitieve functies een betere voorspeller is dan de testprestatie op zichzelf. Een studie van Koren e.a. (2004) laat namelijk zien dat het inschatten of een gegeven antwoord op de WCST goed of fout was sterker samengaat met ziekte-inzicht dan de daadwerkelijke kwaliteit van de prestatie. Metacognitie zou dus een mediator tussen cognitief functioneren en ziekte-inzicht kunnen zijn. Meer van dergelijk onderzoek is nodig om de precieze aard van het verband tussen ziekte-inzicht en cognitief functioneren helder te krijgen.

In het *psychologisch afweermodel* wordt beperkt ziekte-inzicht geconceptualiseerd als weerstand tegen het hebben van een ernstige psychiatrische aandoening, die bovendien wordt geassocieerd met een zwaar stigma.

Ten slotte is er een vierde theoretisch model: dat van de ‘missende sociale dimensie’ (Johnson & Orrell 1995). Dit model is gebaseerd op het idee dat het inzicht beïnvloed wordt door de sociale context van het individu. Volgens dit model zal een clinicus een gebrek aan inzicht als ernstiger beoordelen naarmate zijn eigen sociale context meer afwijkt van die van zijn patiënt. Wetenschappelijke onderbouwing voor dit model ontbreekt echter (Cooke e.a. 2005).

De verklaringen die voortkomen uit de verschillende modellen sluiten elkaar niet uit. Zo vindt Startup (1996) dat het ziekte-inzicht bij patiënten met executieve beperkingen hooguit middelmatig is, terwijl bij patiënten zonder executieve beperkingen ziekte-inzicht over het gehele bereik kan variëren. De variatie is dan afhankelijk van de mate van psychologische afweer van een patiënt.

GEÏNTEGREERD MODEL VOOR ZIEKTE-INZICHT

Wij werken momenteel aan een model waarin aspecten vanuit de verschillende modellen worden geïntegreerd (figuur 1). In dit model wordt de aard van het verband tussen cognitieve functiestoornissen en een beperkt ziekte-inzicht nader bepaald. In het model specificeren wij de precon-

dities van ziekte-inzicht, waarbij wij veronderstellen dat mensen met weinig ziekte-inzicht ten onrechte vasthouden aan het beeld van zichzelf dat ze vóór de aandoening hadden. Doordat zij hun zelfbeeld niet aanpassen aan de veranderende omstandigheden, gaan ze ervan uit dat hun persoonlijke eigenschappen en hun toekomstperspectief hetzelfde zijn als voordat zij ziek werden. Met andere woorden: er treedt te weinig zelfcorrectie op.

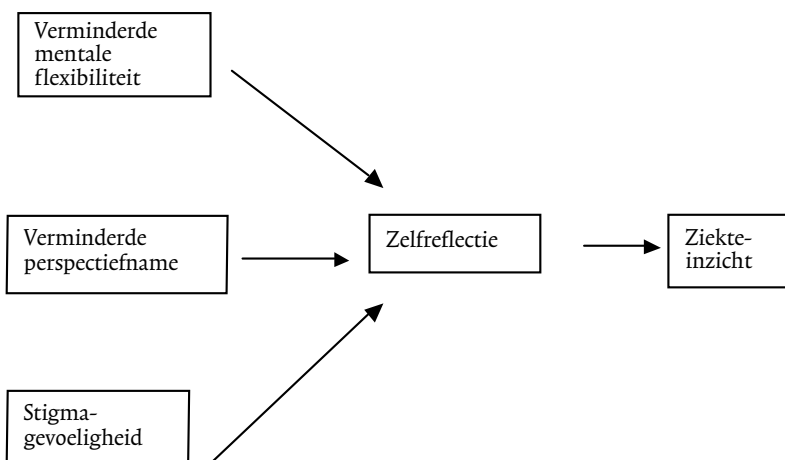
Een aantal factoren lijkt hieraan ten grondslag te liggen. Om het zelfbeeld aan te passen aan veranderende omstandigheden is zelfreflectie nodig.

Hierbij moeten we opmerken dat het zelfbeeld in termen van persoonlijke eigenschappen dient te worden onderscheiden van een zelf in existentiële zin. Bij dit laatste gaat het om een positie kiezen in een morele ruimte; om oriëntatie op levenswaarden (zie Taylor 1989). Het existentiële zelf laten wij hier verder buiten beschouwing.

Zelfreflectie

Onder zelfreflectie verstaan we het bewust nadenken over de eigen gedachten, gevoelens en gedragingen in het hier en deze te relateren aan persoonlijkheidskenmerken en de eigen levensgeschiedenis.

FIGUUR 1 Model van ziekte-inzicht bij schizofrenie



Deze bewuste verwerking van zelfgerelateerde informatie (zelfreflectie) leunt zwaar op drie processen die bij mensen met schizofrenie aangedaan zijn. Deze zijn achtereenvolgens mentale flexibiliteit, perspectief kunnen kiezen en gevoeligheid voor stigmatisering.

Voor het bijstellen van het zelfbeeld is in de eerste plaats mentale flexibiliteit vereist. Men moet kunnen switchen van bestaande kennis over zichzelf naar nieuwe informatie. Voor een verandering in het zelfbeeld is het nodig dat iemand afstand doet van overtuigingen die door feiten zijn achterhaald en nieuwe informatie inpast. Bij een meerderheid van de mensen met schizofrenie is er sprake van een verminderde mentale flexibiliteit, waardoor het inpassen van nieuwe informatie in het zelfbeeld bemoeilijkt wordt. Dit zou een verklaring kunnen zijn voor het verband tussen ziekte-inzicht en mentale flexibiliteit dat eerder werd aangetoond (Aleman e.a. 2006). Ons model veronderstelt dat dit verband gemedieerd wordt door zelfreflectie.

Behalve door mentale flexibiliteit wordt zelfreflectie ook beïnvloed door het perspectief op onszelf; hoe we omgaan met reacties van anderen. Aubrey Lewis (1934) stelde al aan het begin van de vorige eeuw dat zelfinzicht ontstaat door vanuit het perspectief van een ander naar onszelf te kijken: 'to see ourselves as others see us'. Om jezelf daadwerkelijk te zien zoals anderen jou zien, is het nodig om je in te kunnen leven in de mentale toestand van de ander. Meer specifiek: je moet het perspectief in kunnen nemen van een ander om in te schatten wat de opvattingen van deze persoon zijn over jouw mentale toestand. Dit proces wordt ook wel 'second order theory of mind' genoemd en het is aangedaan bij veel patiënten met schizofrenie (Brune 2005).

Dit inschattingsproces gaat verder dan het kennismaken van de mening van anderen en deze incorporeren in je zelfbeeld. Het gaat erom afstand te kunnen nemen van het eigen perspectief en je af te vragen wat een ander zou vinden van jouw mentale toestand. Hiervoor hoeft een ander zijn mening niet expliciet uit te spreken en hoeft hij zelfs niet fysiek aanwezig te zijn. Patiënten met

schizofrenie blijken goed in staat te zijn symptomen bij andere patiënten te herkennen (Startup 1997).

Daarom nemen wij aan dat patiënten met schizofrenie ook hun eigen symptomen beter herkennen als ze vanuit het perspectief van een ander naar zichzelf kijken. Recent onderzoek ondersteunt dit gedeelte van het model: recente studies laten zien dat er een verband bestaat tussen *theory of mind* en ziekte-inzicht bij patiënten met schizofrenie (Bora e.a. 2007; Langdon & Ward 2008). Ook Dimaggio e.a. (2008) toonden een verband aan tussen zelfreflectie en *theory of mind*. Volgens de auteurs zijn beide processen sterk aan elkaar gerelateerd. Zij vinden dat patiënten met schizofrenie die zich beter in kunnen leven in de mentale toestand van anderen ook beter op zichzelf kunnen reflecteren.

Ten slotte speelt ook stigmagevoeligheid een belangrijke rol. Negatieve stereotiepe opvattingen die bestaan over mensen met schizofrenie hebben ertoe geleid dat er een zeer negatief stigma aan de aandoening kleefte. Voor sommige mensen kan het hebben van een ernstige psychiatrische aandoening zo bedreigend zijn dat zij het bestaan ervan ontkennen. Een deel van de mensen met schizofrenie blijkt de aandoening te ontkennen om zo de bedreiging van hun zelfbeeld het hoofd te bieden (Dickerson e.a. 2002; Goldbeck 1997; Subotnik e.a. 2005). Het lijkt aannemelijk dat een dergelijke vorm van ontkenning zelfreflectie en daarmee ziekte-inzicht in de weg staat. Hiermee is stigmagevoeligheid de laatste preconditionie voor zelfreflectie in het model.

Hoewel zelfreflectie in ons model een belangrijke mediator is tussen cognitieve functiestoornissen, stigma en ziekte-inzicht, is er echter nog maar weinig onderzoek gedaan naar de relatie tussen de kwaliteit van zelfreflectie en schizofrenie. Uit verschillende studies (Park e.a. 2008; Schmitz e.a. 2006; Taylor e.a. 2007) komt naar voren dat hersengebieden die betrokken zijn bij zelfreflectie (onder andere de ventromediale en de dorsolaterale prefrontale cortex), mogelijk aangedaan zijn bij mensen met schizofrenie. Daarnaast werd met

kwalitatief gedragsmatig onderzoek aangetoond dat patiënten met schizofrenie meer moeite hebben dan personen uit een controlegroep met het genereren van persoonlijke narratieven (Lysaker e.a. 2007).

Behandelingen

Er bestaan diverse behandelingen voor een verminderd ziekte-inzicht bij schizofrenie. Atypische antipsychotica lijken een licht positief effect te hebben op ziekte-inzicht, maar ook na medicamenteuze behandeling kunnen nog ernstige tekorten bestaan (Woodward e.a. 2005).

Naast medicamenteuze interventies zijn ook enkele psychologische behandelingen ontwikkeld om het ziekte-inzicht te vergroten. Studies naar de effecten van psycho-educatie laten wisselende resultaten zien (Henry & Ghaemi 2004). Psycho-educatie leidt niet zonder meer tot een toename van kennis over de aandoening (Boczkowski e.a. 1985) en heeft geen aantoonbaar effect op de therapietrouw (Dolder e.a. 2003; Lincoln e.a. 2007b). Twee psychoanalytisch georiënteerde studies (Gunderson e.a. 1984; May 1968) laten geen verbetering van het inzicht zien.

Daarnaast zijn enkele interventies beschreven die specifiek ontwikkeld zijn voor het vergroten van ziekte-inzicht. De meeste zijn gericht op het verbeteren van de therapietrouw, bijv. in de vorm van medicatiemanagement (Eckman e.a. 1990). In andere zijn elementen uit de cognitieve gedragstherapie opgenomen. Turkington e.a. (2002) ontwikkelden bijvoorbeeld een behandelprogramma bestaande uit psycho-educatie over de effecten en het gebruik van medicatie, cognitief gedragstherapeutische interventies gericht op het uitdagen van de psychotische gedachten. De therapietrouw en het labellen van symptomen als onderdeel van de aandoening verbeterden door de interventie en deze verandering was een jaar na de interventie nog steeds meetbaar. Kemp e.a. (1998) lieten zien dat de therapietrouw en het inzicht in symptomen verbeterden na een kortdurende interventie op basis van motiverende gespreksvoe-

ring. Ook anderen onderzochten deze interventie, met wisselend succes (Byerly e.a. 2005; O'Donnell e.a. 2003; Tay 2007). Het cochrane-review (McIntosh e.a. 2006) over dit onderwerp meldt dan ook dat er meer gerandomiseerd onderzoek nodig is om uitspraken te kunnen doen over de effectiviteit van deze interventie. Ten slotte werd in twee kleine studies aangetoond dat het confronteren van patiënten met video-opnames van zichzelf kan leiden tot een verbetering van ziekte-inzicht (Davidoff e.a. 1998; Muzekari 1974).

Kortom, er is een aantal behandelmethoden beschreven om het ziekte-inzicht bij mensen met schizofrenie te verbeteren. Psycho-educatie en motiverende gespreksvoering zijn het meest onderzocht en leiden niet zonder meer tot een verbetering van inzicht. Psychoanalytische therapie blijkt geen effect te hebben op inzicht. Werkzame bestanddelen van bestaande therapieën lijken vooral cognitief gedragstherapeutische principes te zijn. Ook confrontatie met zichzelf met behulp van video-opnames heeft een positief effect op het inzicht. Gezien het kleine aantal studies naar de effectiviteit van dergelijke interventies lijkt de tijd rijp voor nader onderzoek.

EEN NIEUWE INTERVENTIE: ZELFREFLECTIETRANING

Op basis van ons model voor ziekte-inzicht hebben we een nieuwe behandelvorm ontwikkeld. Het gaat om een zelfreflectietraining (REFLEX) bestaande uit drie modules. Deze modules zijn gebaseerd op de variabelen van het model. In de eerste module staat *stigmagevoeligheid* centraal, terwijl de tweede en derde module gericht zijn op het verbeteren van de zelfreflectie door het vergroten van de *mentale flexibiliteit* en het innemen van het *perspectief van een ander*. Dit gebeurt door respectievelijk het reflecteren op persoonlijke eigenschappen en veranderingen na het ontstaan van de aandoening en reflectie op het denken, voelen en handelen in het hier en nu. Gedurende de hele training werken we aan het integreren van een psychische aandoening in het zelfbeeld. Hierbij

wordt de beschrijving van de persoon nadrukkelijk losgekoppeld van stigmatiserende opvattingen die er over mensen met schizofrenie bestaan. We stimuleren deelnemers steeds om het perspectief van anderen hierbij te betrekken en zodoende onderscheid te maken tussen feiten en meningen. De training dient groepsgewijs te worden aangeboden. Zodoende maken patiënten al in de trainingssessies kennis met andere perspectieven en leren zij van de feedback van medepatiënten op hun ervaringen.

In de stigmamodule bespreken we bijvoorbeeld aan de hand van andere gestigmatiseerde groepen hoe weinig stereotiepe opvattingen zeggen over iemand als individu en hoe belangrijk het is voor de persoonlijke ontwikkeling om deze stereotypen los te laten. De rationale van deze module is dat het vermogen om betekenis te geven aan de ziekte beter wordt naarmate men er meer in slaagt onderscheid te maken tussen de eigen gevoelens en gedachten over de aandoening en de in de maatschappij heersende stereotypen (Lysaker e.a. 2008). Uiteindelijk worden ook stereotiepe opvattingen over mensen met psychische klachten en de gevolgen daarvan voor het zelfbeeld besproken.

In de tweede module gebruiken we oefeningen zoals het reconstrueren van het eigen levensverhaal en het in kaart brengen van veranderingen na de start van de behandeling. In de derde module gebruiken we *experience sampling*, een techniek waarbij mensen in hun dagelijkse leven een aantal malen per dag na het ontvangen van een signaal, bijvoorbeeld een piepje op een speciaal horloge, de antwoorden op een paar korte vragen in een dagboekje noteren (Myin-Germeys e.a. 2009). Bij het beantwoorden van deze vragen dienen patiënten steeds vanuit het perspectief van een ander naar de inhoud van hun eigen gedachten te kijken. In de wekelijkse groepsessie bespreekt men de dagboekjes.

Wij evalueren deze interventie gedurende twee jaar in een gerandomiseerde gecontroleerde trial waaraan verschillende instellingen in Nederland deelnemen. De resultaten van dit onderzoek worden medio 2011 verwacht.

CONCLUSIE

Ziekte-inzicht is een complex concept dat door meerdere factoren wordt bepaald en ook verschillende belangrijke uitkomstmaten beïnvloedt. Gezien de relatie van ziekte-inzicht met relevante uitkomstmaten in het dagelijkse leven zou het verbeteren van ziekte-inzicht een essentieel deel uit moeten maken van de behandeling van mensen met schizofrenie. In de praktijk blijkt dit echter geen sinecure, aangezien er nauwelijks effectieve interventies beschikbaar zijn. Waarschijnlijk is de complexiteit van het begrip hier debet aan.

Wij hebben getracht zowel de effecten van cognitieve functiestoornissen, als de gevolgen van ontkenning van de aandoening te integreren om tot een compleet model van ziekte-inzicht te komen en het begrip inzichtelijker te maken. Op basis van dit model stellen we een behandeling voor die hopelijk bij zal dragen aan het ziekte-inzicht van mensen met schizofrenie.

LITERATUUR

- Aleman A, Agrawal N, Morgan KD, David AS. Insight in psychosis and neuropsychological function: meta-analysis. *Br J Psychiatry* 2006; 189: 204-12.
- Amador X. 'I am not sick I don't need help!' How to help someone with mental illness accept treatment. (2de druk). New York: Vida Press; 2007.
- Amador XF, David AS. *Insight and Psychosis*. Oxford: Oxford University Press; 2004.
- Amador XF, Strauss DH, Yale SA, Flaum MM, Endicott J, Gorman JM. Assessment of insight in psychosis. *Am J Psychiatry* 1993; 150: 873-9.
- Beck AT, Baruch E, Balter JM, Steer RA, Warman DM. A new instrument for measuring insight: the Beck Cognitive Insight Scale. *Schizophr Res* 2004; 68: 319-29.
- Berrios GE. Delusions: selected historical and clinical aspects. In: Crichtley EMR, red. *The neurological boundaries of reality*. Londen: Farrand Press; 1994. p. 251-68.

- Berrios GE, Marková IS. Insight in the psychosis: a conceptual history. In: Amador XF, David AS, red. *Insight and psychosis: awareness of insight in schizophrenia and related disorders*. Oxford: Oxford University Press; 2004. p. 31-50.
- Birchwood M, Smith J, Drury V, Healy J, Macmillan F, Slade M. A self-report Insight Scale for psychosis: reliability, validity and sensitivity to change. *Acta Psychiatr Scand* 1994; 89: 62-7.
- Boczkowski JA, Zeichner A, DeSanto N. Neuroleptic compliance among chronic schizophrenic outpatients: an intervention outcome report. *J Consult Clin Psychol* 1985; 53: 666-71.
- Bora E, Sehittoglu G, Aslier M, Atabay I, Veznedaroglu B. Theory of mind and unawareness of illness in schizophrenia: is poor insight a mentalizing deficit? *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2007; 257: 104-11.
- Brune M. 'Theory of mind' in schizophrenia: a review of the literature. *Schizophr Bull* 2005; 31: 21-42.
- Buchy L, Bodnar M, Malla A, Joobar R, Lepage M. A 12-month outcome study of insight and symptom change in first-episode psychosis. *Early Interv Psychiatry* 2010; 4: 79-88.
- Buckley PF, Hrouda DR, Friedman L, Noffsinger SG, Resnick PJ, Camlin-Shingler K. Insight and its relationship to violent behavior in patients with schizophrenia. *Am J Psychiatry* 2004; 161: 1712-4.
- Byerly MJ, Fisher R, Carmody T, Rush AJ. A trial of compliance therapy in outpatients with schizophrenia or schizoaffective disorder. *J Clin Psychiatry* 2005; 66: 997-1001.
- Cooke MA, Peters ER, Kuipers E, Kumari V. Disease, deficit or denial? Models of poor insight in psychosis. *Acta Psychiatr Scand* 2005; 112: 4-17.
- Dam J. Insight in schizophrenia: a review. *Nord J Psychiatry* 2006; 60: 114-20.
- David AS. Insight and psychosis. *Br J Psychiatry* 1990; 156: 789-809.
- David AS, Buchanan A, Reed A, Almeida O. The assessment of insight in psychosis. *Br J Psychiatry* 1990; 161: 599-602.
- Davidoff SA, Forester BP, Ghaemi SN, Bodkin JA. Effect of video self-observation on development of insight in psychotic disorders. *J Nerv Ment Dis* 1998; 186: 697-700.
- Dickerson FB, Sommerville J, Origoni AE, Ringel NB, Parente F. Experiences of stigma among outpatients with schizophrenia. *Schizophr Bull* 2002; 28: 143-55.
- Dimaggio G, Lysaker PH, Carcione A, Nicolo G, Semerari A. Know yourself and you shall know the other... to a certain extent: multiple paths of influence of self-reflection on mindreading. *Conscious Cogn* 2008; 17: 778-89.
- Dolder CR, Lacro JP, Leckband S, Jeste DV. Interventions to improve antipsychotic medication adherence: Review of recent literature. *J Clin Psychopharm* 2003; 23: 389-99.
- Drake RJ. Insight into illness: impact on diagnosis and outcome of nonaffective psychosis. *Curr Psychiatry Rep* 2008; 10: 210-6.
- Drake RJ, Lewis SW. Insight and neurocognition in schizophrenia. *Schizophr Res* 2003; 62: 165-73.
- Drake RJ, Dunn G, Tarrrier N, Bentall RP, Haddock G, Lewis SW. Insight as a predictor of the outcome of first-episode nonaffective psychosis in a prospective cohort study in England. *J Clin Psychiatry* 2007; 68: 81-6.
- Eckman TA, Liberman RP, Phipps CC, Blair K. Teaching medication management skills to schizophrenic patients. *J Clin Psychopharmacol* 1990; 10: 33-8.
- Gillet G. Insight, delusion and belief. *Philos Psychiatr Psychol* 1995; 1: 227-37.
- Goldbeck R. Denial in physical illness. *J Psychosom Res* 1997; 43: 575-93.
- Gunderson JG, Frank AF, Katz HM, Vannicelli ML, Frosch JP, Knapp PH. Effects of psychotherapy in schizophrenia. II. Comparative outcome of two forms of treatment. *Schizophr Bull* 1984; 10: 564-98.
- Henry CS, Ghaemi N. Insight in psychosis: a systematic review of treatment interventions. *Bipolar Disord* 2004; 37: 194-9.
- Jaspers K. *General psychopathology*, Vol 2. Baltimore: Johns Hopkins University Press; 1997. p. 419.
- Johnson S, Orrell M. Insight and psychosis: a social perspective. *Psychol Med* 1995; 25: 515-20.
- Kay S, Fiszbein A, Opler L. The Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) for schizophrenia *Schizophr Bull* 1987; 13: 261-76.
- Kemp R, David AT. Insight and compliance. In: Blackwell B, red. *Treatment compliance and the therapeutic alliance*, Newark: Gordon & Breach; 1996.
- Kemp R, Kirov G, Everitt B, Hayward P, David A. Randomised controlled trial of compliance therapy. 18-month follow-up. *Br J Psychiatry* 1998; 172: 413-9.
- Koren D, Seidman LJ, Poyurovsky M, Goldsmith M, Viksman P, Zichel S, e.a. The neuropsychological basis of insight in first-episode schizophrenia: a pilot metacognitive study. *Schizophr Res* 2004; 70: 195-202.
- Langdon R, Ward P. (2008). Taking the perspective of the other contributes to awareness of illness in schizophrenia. *Schizophr Bull* 2008; 35: 1003-11.
- Lewis A. The psychopathology of insight. *Br J Med Psychology* 1934; 14: 332-48.
- Lincoln TM, Lullmann E, Rief W. Correlates and long-term conse-

- quences of poor insight in patients with schizophrenia. A systematic review. *Schizophr Bull* 2007a; 33: 1324-42.
- Lincoln TM, Wilhelm Y, Nestriuc Y. Effectiveness of psychoeducation for relapse, symptoms, knowledge, adherence and functioning in psychotic disorders: A meta-analysis. *Schizophr Res* 2007b; 96: 232-45.
- Lysaker PH, Buck KD, Taylor AC, Roe D. Associations of metacognition and internalized stigma with quantitative assessments of self-experience in narratives of schizophrenia. *Psychiatry Res* 2008; 157: 31-8.
- Lysaker PH, Campbell K, Johannesen JK. Hope, awareness of illness, and coping in schizophrenia spectrum disorders: evidence of an interaction. *J Nerv Ment Dis* 2005; 193: 287-92.
- Lysaker PH, Dimaggio G, Buck KD, Carcione A, Nicolo G. Metacognition within narratives of schizophrenia: associations with multiple domains of neurocognition. *Schizophr Res* 2007; 93: 278-87.
- May PRA. Treatment of schizophrenia: a comparative study of five treatment methods. New York: Science House; 1968.
- McIntosh AM, Conlon L, Lawrie SM, Stanfield AC. Compliance therapy for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev* 2006; 3: CD003442.
- Mintz AR, Dobson KS, Romney DM. Insight in schizophrenia: a meta-analysis. *Schizophr Res* 2003; 61: 75-88.
- Morgan KD, David AS. Neuropsychological studies of insight in patients with psychotic disorders. In: Amador XF, David AS, red. *Insight and psychosis: awareness of illness in schizophrenia and related disorders* (2de druk) Oxford: University Press; 2004. p. 177-93.
- Muzekari LH. Videotape self-confrontation among chronic schizophrenics. *J Clin Psychol* 1974; 30: 99-100.
- Myin-Germeyns I, Oorschot M, Collip D, Lataster J, Delespaul P, van Os J. Experience sampling research in psychopathology: opening the black box of daily life. *Psychol Med* 2009; 39: 1533-47.
- O'Donnell C, Donohoe G, Sharkey L, Owens N, Migone M, Harries R, e.a. Compliance therapy: a randomised controlled trial of schizophrenia. *BMJ* 2003; 327: 834.
- Park IH, Park HJ, Chun JW, Kim EY, Kim JJ. Dysfunctional modulation of emotional interference in the medial prefrontal cortex in patients with schizophrenia. *Neurosci Lett* 2008; 440: 119-24.
- Schmitz TW, Rowley HA, Kawahara TN, Johnson SC. Neural correlates of self-evaluative accuracy after traumatic brain injury. *Neuropsychologia* 2006; 44: 762-73.
- Schwartz RC, Cohen BN, Grubaugh A. Does insight affect long-term inpatient treatment outcome in chronic schizophrenia? *Compr Psychiatry* 1997; 38: 283-8.
- Staring AB, van der Gaag M, Van den Berge M, Duivenvoorden HJ, Mulder CL. (2009). Stigma moderates the associations of insight with depressed mood, low self-esteem, and low quality of life in patients with schizophrenia spectrum disorders. *Schizophr Res* 2009; 115: 363-9.
- Startup M. Insight and cognitive deficits in schizophrenia: evidence for a curvilinear relationship. *Psychol Med* 1996; 26: 1277-81.
- Startup M. Awareness of own and others schizophrenic illness. *Schizophr Res* 1997; 26: 203-11.
- Stefanopoulou E, Lafuente AR, Saez Fonseca JA, Huxley A. Insight, global functioning and psychopathology amongst in-patient clients with schizophrenia. *Psychiatr Q* 2009; 80: 155-65.
- Subotnik KL, Nuechterlein KH, Irzhevsky V, Kitchen CM, Woo SM, Mintz J. Is unawareness of psychotic disorder a neurocognitive or psychological defensiveness problem? *Schizophr Res* 2005; 75: 147-57.
- Tay SE. Compliance therapy: an intervention to improve inpatients' attitudes toward treatment. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv* 2007; 45: 29-37.
- Taylor C. Sources of the self: the making of modern identity. Harvard: Harvard University Press; 1989.
- Taylor SF, Welsh RC, Chen AC, Velander AJ, Liberzon I. Medial frontal hyperactivity in reality distortion. *Biol Psychiatry* 2007; 61: 1171-8.
- Turkington D, Kingdon D, Turner T. Effectiveness of a brief cognitive-behavioural therapy intervention in the treatment of schizophrenia. *Br J Psychiatry* 2002; 180: 523-7.
- Woodward ND, Purdon SE, Meltzer HY, Zald DH. A meta-analysis of neuropsychological change to clozapine, olanzapine, quetiapine, and risperidone in schizophrenia. *Int J Neuropsychopharmacol* 2005; 8: 457-72.

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 Psychosecircuit 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.

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 2-6-2010.

SUMMARY

Awareness of illness in patients with schizophrenia: theoretical insights and a proposal for treatment – G.H.M. Pijnenborg, A. Aleman –

BACKGROUND The percentage of persons with schizophrenia who have only a limited insight into their illness is rather large (50–80%); this has a negative impact on specific outcomes. Up till now there has not been a universal model that can explain this limited insight. Furthermore, there is a lack of treatment options and interventions likely to improve patients' insight into their illness. **AIM** To provide an overview of the literature on insight of patients into their illness and suggest a model for treatment.

METHOD In this essay we review the literature dealing with the insight of patients with schizophrenia and thereafter we discuss the correlates of insight (illness variables as well as outcomes), theoretical models of insight and current treatment of options.

RESULTS On the basis of the literature we propose a new theoretical model which incorporates factors from earlier models and which aims to improve patients' insight into their illness. Using the preconditions for insight specified in our models (namely, sensitivity to stigma, seeing the illness in perspective, mental flexibility and self-reflection) we have developed a new treatment (REFLEX) for improving the insight of persons with schizophrenia.

CONCLUSIONS The treatment will be evaluated in the course of the next two years at eight centres in the Netherlands providing treatment for persons with schizophrenia; the evaluation should tell us whether the proposed treatment is effective in increasing patient's insight into their illness.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 52(2010)12, 825-835]

KEY WORDS insight into illness, schizophrenia, stigma, treatment