

Supplement bij Neuron 2007; Vol 12 (Nr 7)



Schizofrenie, ziekte-inzicht en antipsychotica

B Gillain, A Masson, A De Nayer, B Delatte,
O Pirson, MA Domken, V Dubois, M Floris,
L Mallet, E Stillemans, J Detraux

INHOUDSTAFEL

1. Inleiding	3
2. Terminologie	3
3. Definitie	3
3.1. Categoriele benadering	3
3.2. Dimensionale benadering	4
3.2.1. Multidimensionaal concept	4
3.2.2. Continu concept: evolutie doorheen de tijd	4
4. Evaluatie van het ziekte-inzicht	5
5. Prevalentie	5
6. Klinische betekenis van ziekte-inzicht	6
6.1. Ziekte-inzicht en sociaaldemografische factoren	6
6.2. Ziekte-inzicht en de ernst van de psychopathologie	6
6.3. Ziekte-inzicht en een gunstige evolutie	6
6.4. Ziekte-inzicht en schizofrenie vs. schizoaffectieve stoornissen	7
6.5. Ziekte-inzicht, depressie en zelfmoord	7
6.6. Ziekte-inzicht en agressie	7
6.7. Ziekte-inzicht en levenskwaliteit	7
6.8. Ziekte-inzicht en therapietrouw	8
7. Verklaringsmodellen voor ziekte-inzicht en schizofrenie	8
7.1. Het klinische model: ziekte-inzicht, een psychische toestand of een kenmerkend symptoom?	8
7.2. Het model van ontkenning	8
7.3. Het neuropsychologische model of het anosognosiemodel	8
8. Ziekte-inzicht en antipsychotica	9
9. Therapeutische werking	9
9.1. Het LEAP-model	9
9.2. Het ARTEH-model (het Belgische model)	10
10. Conclusie	10

1. Inleiding

'Gebrek aan ziekte-inzicht', een veelvoorkomend symptoom van schizofrenie, is een multidimensionaal fenomeen dat evolueert doorheen de tijd.

Het onderzoek over ziekte-inzicht kent sinds 20 jaar een grote bloei binnen de domeinen van dementie (vooral dementie van het Alzheimerstype), en psychotische stoornissen (meer specifiek binnen het domein van de schizofrenie) (2, 4).

Het zich niet bewust zijn van zijn aandoening, ook 'afwezigheid van ziekte-inzicht' of 'anosognosie' genoemd, is kenmerkend voor schizofrenie, op zijn minst door zijn frequentie (6-13). Volgens Cuesta & Peralta (8) is het gebrek aan ziekte-inzicht het meest voorkomende symptoom van schizofrenie. Amador heeft in een studie die in 1994 werd gepubliceerd, vastgesteld dat bijna 60% van de mensen met schizofrenie zich totaal niet bewust is van het feit dat men ziek is (9).

Ziekte-inzicht is het vermogen zichzelf als patiënt te erkennen, de sociale gevolgen van de aandoening te erkennen en te aanvaarden dat zorgverlening noodzakelijk is (1,9,14). Het is geen zwart-witverschijnsel (inzicht/geen inzicht), maar een multidimensionaal fenomeen dat evolueert doorheen de tijd. Het kan worden beschouwd als een psychologisch verdedigingsmechanisme, een kenmerkend, bijna pathognomonisch symptoom van schizofrenie (6-12), of nog als een neuropsychologisch deficit (anosognosie), gekoppeld aan een frontale disfunctie.

De vraag naar het ziektebesef heeft wegens de diagnostische en therapeutische gevolgen opnieuw de aandacht van de psychiaters getrokken. Een betere kennis van dit complexe fenomeen verhoogt het inzicht in deze aandoening en maakt het ook mogelijk om de zorgverlening te optimaliseren. Gebrek aan ziekte-inzicht is ook een factor die regelmatig wordt vermeld als een van de oorzaken van een gebrekkige therapietrouw (15-17). Terwijl gebrek aan therapietrouw (rechtstreeks verband) een duidelijk vastgestelde en bepalende factor is voor een ongunstige evolutie van de aandoening, is gebrek aan ziekte-inzicht (indirect verband) misschien minder bepalend voor die evolutie.

Anderzijds kan een gebrek aan ziekte-inzicht er echter toe leiden dat de patiënt het nut van de behandeling niet inziet. Voor een geslaagde behandeling is het dus primordiaal dat patiënten en hun omgeving de aandoening aanvaarden.

2. Terminologie

Zich niet bewust zijn van de aandoening, gebrek aan ziekte-inzicht, anosognosie. Al die termen verwijzen, al is het maar gedeeltelijk, naar het Angelsaksische *lack of insight*.

In het Angelsaksische onderzoek wordt de uitdrukking *insight into illness* (vb. 5, 9, 18-21) of eenvoudigweg de Engelse term *insight* vaker gebruikt dan *awareness of mental disease* of ook *awareness of illness* (vb. 9, 23-26). De term insight draagt de idee in zich van naar binnen kijken, zien met de ogen van de geest of de innerlijke of verborgen aard van de dingen lezen (22). Deze term werd ingevoerd in het Franse psychopathologische lexicon. De Franse taal spreekt echter ook van *conscience de la maladie* (het Franse equivalent voor consciousness) (vb. 27), *conscience morbide, introspection* (het vermogen om de stap te zetten naar zichzelf te kijken), en *anosognosie*.

Volgens Bourgeois (28) is de term 'insight' een tamelijk slechte term om het bewustzijn te vertalen dat de patiënt kan hebben over zijn aandoening omdat "*insight niet alleen refereert naar zijn innerlijke leven, de afwijkingen en vervormingen van zijn gedachten, zijn beoordelingsfouten en zijn gedragsafwijkingen, maar ook gaat over alles wat de uitwendige wereld uitmaakt – gedachten, emoties, gevoelens en intenties tegenover anderen – en over het cognitieve-intellectuele aspect, de mechanismen van de materiële wereld en de technieken.*" De gekozen terminologie is niet onschuldig en verwijst naar het etiologische model dat de voorkeur wegdraagt van de auteur. De term 'insight' verwijst naar het psychoanalytische jargon of naar die van de cognitivisten, maar heeft hier echter niet dezelfde betekenis. De term 'anosognosie' verwijst dan weer naar een neurologisch deficit.

3. Definitie

Ziekte-inzicht is geen tweedelig fenomeen maar blijkt multidimensionaal en vatbaar voor verandering te zijn.

De term 'ziekte-inzicht' is ambigu. De overzichten van David (29) en Amador et al (30) (twee auteurs die zich met hart en ziel hebben toegelegd op het onderzoek rond ziekte-inzicht) brachten hen tot de vaststelling dat het concept ziekte-inzicht zo duister is en zo slecht gedefinieerd blijft dat we het niet langer zouden mogen gebruiken. Toch wordt de term vaak gebruikt in de klinische praktijk. Deze conceptuele verwarring hangt nauw samen met het begrip zelf omdat het te maken heeft met zelfkennis, de aard van de realiteit en vooral verschillende psychologische interpretaties (22). Volgens dezelfde auteurs tonen anderzijds enkele studies aan dat het niet onverstandig is om patiënten een zekere mate en/of een zekere vorm van ziekte-inzicht toe te dicht. Daartegenover staat dan weer dat er nog steeds geen conclusies kunnen worden getrokken over de diagnostische specificiteit van het gebrek aan ziekte-inzicht bij schizofrenie, of over het verband met de ernst of het evolutieve stadium van de aandoening (zie punt 6). Het is daarenboven evenmin mogelijk om de etiologische mechanismen van ziekte-inzicht te preciseren (zie punt 7). Er worden twee benaderingen gebruikt om het ziekte-inzicht te bestuderen: een **categoriale** en een **dimensionale**.

3.1. Categoriale benadering

De categoriale benadering bestudeert het fenomeen ziekte-inzicht in termen van verschillende onderscheiden categorieën. In dat geval wordt beoogd om **de aan- of afwezigheid** van ziekte-inzicht vast te stellen. Het aantal gehanteerde categorieën kan variëren gaande van de eenvoudigste dichotomie (inzicht/geen inzicht) (vb. 31) tot een systeem met verschillende categorieën (variatie tussen geen, gedeeltelijk en volledig ziekte-inzicht) (4). Verschillende auteurs wijzen erop dat een dergelijke indeling niet absoluut noodzakelijk is. In plaats van

inzicht te behandelen als ging het om een duidelijke en definitieve dichotomie, zou het beter zijn stil te staan bij de componenten, niveaus en graden van bewustzijn alsook bij de overgangen tussen de verschillende componenten, niveaus, of graden.

3.2. Dimensionale benadering

Volgens de huidige opvattingen vormt ziekte-inzicht geen unitair maar een complex fenomeen (3-5). Verschillende auteurs (1, 29, 30, 32, 33) bekritisieren de categoriale benadering van ziekte-inzicht en raden aan om ziekte-inzicht als **een multidimensionaal en continu concept** te gebruiken. Ziekte-inzicht omvat verschillende componenten en er wordt erkend dat tussen de stadia 'inzicht' en 'geen inzicht' een eindeloze reeks bestaat volgens een continue en evolutieve gradatie. De al te strikte opdeling tussen twee psychische werelden, vreemden voor elkaar, is weinig werkbaar.

Ziekte-inzicht is geen binair fenomeen, een tweedelig zwart-witverschijnsel, maar een multidimensionaal fenomeen, dat evolueert in de tijd en gedeeltelijk afhangt van de klinische en cognitieve toestand van de patiënt.

3.2.1. Multidimensionaal concept

Volgens Amador et al (30) bestaat ziekte-inzicht binnen het domein van de schizofrenie uit minstens 4 dimensies:

- het inzicht in de tekens, symptomen en gevolgen van de aandoening;
- de algemene attributies m.b.t. de aandoening en de specifieke attributies m.b.t. de symptomen en hun gevolgen;
- de vorming van het zelfconcept;
- het psychologische verdedigingsmechanisme.

De huidige literatuur maakt in dit complexe fenomeen meestal onderscheid tussen de 5 volgende dimensies (2-5):

- **1. het inzicht ziek te zijn;**
- **2. het inzicht dat de verschillende symptomen pathologisch zijn;**

- **3. het inzicht dat een behandeling noodzakelijk is;**
- **4. het inzicht in de gevolgen van de aandoening (vooral de psychosociale gevolgen);**
- **5. de oorzakelijke attributie.**

Beck et al (3) onderscheiden twee soorten inzicht: **het klinische inzicht en het cognitieve inzicht**. Het klinische inzicht gaat over het inzicht ziek te zijn. Het cognitieve inzicht of het vermogen tot introspectie is de kennis die iemand heeft over zijn manier van denken. Als hij die kennis heeft, kunnen daarmee de verstoorte gedachten en de verkeerde interpretaties worden geëvalueerd en gecorrigeerd.

3.2.2. Continu concept: evolutie doorheen de tijd

De graad van *insight* die iemand ervaart, kan ook variëren doorheen de tijd (positieve of negatieve evolutie). Ziekte-inzicht kan afwezig, gedeeltelijk of volledig aanwezig zijn. Dat begrip maakt het mogelijk om patiënten te plaatsen op een continuüm gaande van zij die onvoorwaardelijk weigeren om elke huidige of vroegere psychiatrische aandoening te erkennen tot zij die het idee aanvaarden dat ze op een bepaald moment aan een psychiatrische aandoening lijden.

We stellen ook 'inzichtsgaten' vast. Bijvoorbeeld: een patiënt met schizofrenie kan zich bewust zijn van bepaalde symptomen en andere symptomen volledig negeren. Op dezelfde manier kan iemand aanvaarden dat hij een behandeling nodig heeft en de diagnose van de hand wijzen.

De graad van ziekte-inzicht kan variëren doorheen de tijd, aanwezig of afwezig zijn voor bepaalde aspecten van de aandoening en de behandeling en/of aanwezig zijn voor bepaalde symptomen.

Dat alles neemt niet weg dat andere cognitieve functies normaal werken en vooral dat het IQ bewaard blijft (5, 34).

Om de complexiteit die de multidimensionale modellen opleggen, te vermijden wordt in de meeste empirische studies over ziekte-inzicht

Tabel 1: Voorbeeld van intensiteit, PANSS zwak oordeel en inzicht (*lack of judgment and insight*) (35, 36).

A12. Zwak oordeel en inzicht. De patiënt is zich maar gedeeltelijk bewust van zijn eigen psychiatrische toestand en levenssituatie. Dat blijkt uit zijn onvermogen om vroegere of actuele geestesziekten of symptomen te herkennen, het feit dat hij de noodzaak van zijn hospitalisatie of behandeling niet inziet, beslissingen die worden genomen zonder dat hij voldoende rekening houdt met de mogelijke gevolgen ervan, en onrealistische planning op korte en lange termijn. Beoordelingsbasis: de gedachteninhoud die tijdens het interview wordt uitgedrukt.

- **afwezig** – de definitie is niet van toepassing.
- **minimaal** – twijfelachtige pathologie, kan bij de bovengrens van de normale limieten liggen.
- **licht** – de patiënt erkent dat hij een psychiatrische aandoening heeft, maar onderschat duidelijk de ernst ervan, de therapeutische implicaties of het belang om voorzorgen te nemen tegen een nieuwe instorting. Zijn toekomstplannen zijn mogelijk maar zwak uitgewerkt.
- **matig** – de patiënt erkent zijn aandoening slechts vaag of oppervlakkig. Hij kan een wisselend besef van zijn ziekte hebben of zich weinig bewust zijn van opvallende symptomen (waanvoorstellingen, ongestructureerd denken, achterdochtigheid, asocialiteit...). De patiënt kan de noodzaak van behandeling rationaliseren ("Bij mij moeten enkel onbelangrijke symptomen worden behandeld, zoals angst, spanning of slaapproblemen").
- **matig - ernstig** – de patiënt erkent de vroegere, maar niet de actuele psychiatrische aandoening. Als hem ernaar gevraagd wordt, geeft hij mogelijk de aanwezigheid van enkele niet verwante of onbelangrijke symptomen toe, die worden weggeredeneerd door een volledig verkeerde interpretatie of waanvoorstellingen. Hij erkent de noodzaak van psychiatrische behandeling niet.
- **ernstig** – de patiënt ontkent ooit een geestesstoornis te hebben gehad. Hij loochent vroegere of actuele psychiatrische symptomen. Hoewel hij vriendelijk blijft, ontkent hij de noodzaak van behandeling en hospitalisatie.
- **extreem** – empathische ontkenning van vroegere of actuele psychische stoornissen. De patiënt verklaart zijn huidige hospitalisatie via waanbeelden (straf voor misdaden, vervolging door belagers...). Hij kan weigeren met de therapeut mee te werken, de medicatie in te nemen of andere aspecten van de therapie te volgen.

echter gekozen voor een *single-item* meting van het ziekte-inzicht zoals het specifieke A12 item van de PANSS (zie **Tabel 1**). Dit item draagt dus de voorkeur weg om ziekte-inzicht te analyseren (4, 5). Het item op zich is nochtans ook een dimensionale meting.

Andere voorbeelden van een *single-item* meting zijn de *Present State Examination* (PSE) (item 104), en de *Hamilton Depression Rating Scale* (HDRS) (item 17).

4. Evaluatie van het ziekte-inzicht

De evaluatie van ziekte-inzicht berust op multidimensionale metingen.

Op dit moment kan het ziekte-inzicht worden geëvalueerd met behulp van meetinstrumenten die echter onderling sterk van elkaar verschillen. Dit weerspiegelt de problemen om dit innerlijke abstracte concept om te zetten in een empirisch instrument. Het feit dat het verband tussen een hoog niveau van ziekte-inzicht en therapietrouw in de literatuur wordt erkend, toont aan dat het belangrijk is om over een valide meetinstrument te beschikken, waarmee professionele gezondheidswerkers het ziekte-inzicht bij hun patiënten kunnen evalueren.

Er werden verschillende instrumenten ontwikkeld om het ziekte-inzicht te meten. Ze berusten elk op een specifieke opvatting van ziekte-inzicht of op specifieke doelstellingen. Alle instrumenten die in dit deel worden besproken, zijn multidimensionale meetinstrumenten. De belangrijkste items van de schalen die zo goed mogelijk de omvang van het ziekte-inzicht proberen te omvatten, berusten op het feit dat de patiënt zich ervan bewust is dat hij een geestesstoornis heeft, dat hij bepaalde fenomenen (wanen, hallucinaties) als pathologisch kan beschouwen en dat hij aanvaardt of weigert dat een behandeling noodzakelijk is (29). **Tabel 2** geeft een overzicht van deze schalen (zie ook **de bijlage**).

De bekendste en meest gebruikte schaal in het onderzoeksdomein van ziekte-inzicht is de *Scale to assess Unawareness of Mental Disorder* (SUMD). Deze evaluatieschaal werd door Amador in twee

Tabel 2: Instrumenten om het ziekte-inzicht te meten

<i>Drug Attitudes Inventory</i> (DAI) (37)
<i>Insight and Treatment Attitude Questionnaire</i> (ITAQ) (38)
<i>Schedule for the Assessment of Insight</i> (SAI) (SAI-E, version extensive) (29)
<i>Insight Scale</i> (IS) (39, 40)
<i>Scale to Assess Unawareness of Mental Disorder</i> (SUMD) (1, 9)
<i>Self-report Insight Scale</i> (SIS) (41)
<i>Insight Q8</i> (27, 42)
<i>Beck Cognitive Insight Scale</i> (BCIS) (3)

opeenvolgende versies gepubliceerd (1, 9). De eerste versie bevat 4 schalen (die het huidige inzicht, het retrospectieve inzicht, de huidige attributie en de retrospectieve attributie tegenover de aandoening meten), 17 mogelijke symptomen (vb. hallucinaties, wanen) en 3 algemene items (het huidige en retrospectieve inzicht in de aandoening, de effecten van de geneesmiddelen en de sociale gevolgen van de aandoening) (1, 43, 44). De tweede versie werd ingekort tot 9 items en behield alleen de schaal voor het huidige ziekte-inzicht, de effecten van de geneesmiddelen, de gevolgen van de aandoening en slechts 6 symptomen of symptomatische groepen (9).

Over het algemeen zijn de metrologische kwaliteiten van deze instrumenten nagegaan. Merkwaardig genoeg tonen de factoranalyses soms een oplossing voor één factor niettegenstaande de meeste meetinstrumenten aanspraak maken op een multidimensionale visie (41, 45). Bovendien correleren de scores van deze instrumenten dikwijls sterk met elkaar, hoewel ze verschillende concepten over ziekte-inzicht vertalen (46).

5. Prevalentie

Volgens de *Etude Pilote Internationale sur la Schizophrénie* (EPIS) van de Wereldgezondheidsorganisatie (WGO) uit 1973 is het gebrek aan ziekte-inzicht (gemeten met de *Present State Examination*) het meest voorkomende symptoom bij mensen voor wie de diagnose van schizofrenie het meest zeker is. Deze grootschalige studie identificeerde, op basis van een clusteranalyse, slechts 29 van de 573 mensen (zijnde 5,1%) als *insightful* (47).

Het was pas vanaf 1990 dat er studies uitgevoerd werden die aantoonde dat, in tegenstelling tot

patiënten met angst- of depressieve stoornissen, meer dan 60% van de patiënten met schizofrenie en ongeveer 25% van de patiënten met een schizo-affectieve stoornis zich er wezenlijk niet van bewust zijn ziek te zijn. Een groot percentage daarvan heeft geen inzicht in de symptomen van de aandoening die ze hebben. Als ze er zich dan al van bewust zijn en beseffen dat sommige van hun gedragingen, percepties en overtuigingen vreemd zijn, beschouwen ze die toch niet als symptomen van de aandoening. De enige studie uit de jaren '90 die op een groot aantal mensen berustte, is de studie van Amador et al uit 1994 (412 mensen van wie 221 beantwoordden aan de criteria van schizofrenie). Bij de patiënten met schizofrenie (de percentages betreffen een ernstig gebrek aan ziekte-inzicht) heeft 57%, in matige of ernstige wijze, geen inzicht in het feit dat ze een geestesstoornis hebben, terwijl 41% wel inzicht heeft. 31,5% heeft geen inzicht in de sociale gevolgen van hun aandoening, 22% erkent het effect van de geneesmiddelen helemaal niet. Voor wat de afwezigheid van inzicht in specifieke symptomen bij de 221 patiënten met schizofrenie betreft, variëren de percentages van een ernstig gebrek aan inzicht tussen 28% voor sociale terugtrekking en 58% voor waanideeën (9). Het gebrek aan ziekte-inzicht is een symptoom dat eveneens vaak aangetroffen wordt bij patiënten met een eerste episode. Keshavan et al stelden zo vast dat 75% van de patiënten met een eerste episode (N = 535) zich er hoofdzakelijk niet van bewust zijn (licht, matig of ernstig) ziek te zijn (48).

Zeldzame studies hebben de longitudinale evolutie van ziekte-inzichtsscores onderzocht. De recentste stelde over een periode van 6 maanden tot 2 jaar een lichte verbetering vast van het retrospectieve ziekte-inzicht, maar geen enkele verbetering van het huidige inzicht in de problemen (43).

Onder de supervisie van Peuskens en Linkowski werd in 2004 een naturalistische studie, de zogenaamde ADHES-studie (*ADHerencia ESquizofrenia*), uitgevoerd. Dit onderzoek had tot doel om de perceptie van artsen over de therapietrouw van hun patiënten te kennen en de factoren (gekoppeld aan patiënten en hun omgeving) te evalueren die de therapietrouw beïnvloeden. De onderzochte groep bestond uit 610 patiënten. Uit het onderzoek kwam naar voren dat 71% van

de Belgische artsen denkt dat hun patiënten een gebrek aan ziekte-inzicht vertonen of op een bepaald moment hebben vertoond.

Nochtans weten heel wat schizofrene patiënten op een of andere manier dat er iets niet goed loopt.

6. Klinische betekenis van ziekte-inzicht

Het verband tussen ziekte-inzicht en de ernst van de psychopathologie is verre van overtuigend. Hetzelfde geldt voor het verband tussen ziekte-inzicht en prognose.

Een van de thema's in de literatuur is de klinische betekenis van ziekte-inzicht. Dit betreft hoofdzakelijk de psychiatrische diagnose, de evolutie, het zelfmoordrisico of geweld. Gebrek aan ziekte-inzicht werd met diverse factoren gecorreleerd: ernst en prognose van de aandoening, subtypes van schizofrenie, leeftijd bij aanvang van ziekte, zelfmoord, negatieve en positieve symptomen, intelligentiequotiënt, opleidingsniveau, therapietrouw, neuropsychologische stoornissen, beeldvorming van de hersenen enz.

6.1. Ziekte-inzicht en sociaaldemografische factoren

Verschillende auteurs hebben zich over de invloed van diverse sociaaldemografische variabelen op het ziekte-inzicht gebogen. Over het algemeen blijkt er geen invloed van leeftijd, geslacht, of opleidingsniveau op het ziekte-inzicht te zijn (4).

6.2. Ziekte-inzicht en de ernst van de psychopathologie

Volgens verschillende auteurs is het gebrek aan ziekte-inzicht een simpele weergave van de ernst van de aandoening of nog het equivalent van een symptoom net zoals waanideeën of affectieve verflakking. Om op die vraag te antwoorden hebben onderzoekers het verband onderzocht tussen de

mate van ziekte-inzicht en de ernst van de symptomatologie, die meestal wordt gemeten d.m.v. een algemene score op een schaal zoals de *Brief Psychiatric Rating Scale* (BPRS) of de *Positive and Negative Syndrome Scale* (PANSS).

Algemeen gesteld, lijkt het dat de literatuur geen afdoend antwoord kan geven op de vraag over een mogelijk verband tussen ziekte-inzicht en ernst van de psychopathologie (Tabel 3).

Anderen hebben een verband proberen te leggen tussen het gebrek aan ziekte-inzicht en de ernst van bepaalde specifieke symptomatische dimensies (positief, negatief, primair negatief) of de ernst van bepaalde specifieke symptomen (vb. desorganisatie) (Tabel 4).

6.3. Ziekte-inzicht en een gunstige evolutie

Opent een goed ziekte-inzicht de weg naar een gunstige evolutie of vormt ze een obstakel voor remissie?

De studies van Heinrichs et al (31), McEvoy et al (72) en Amador et al (1) hebben een positief verband vastgesteld tussen de aanwezigheid van ziekte-inzicht en een gunstige evolutie: patiënten met een beter ziekte-inzicht evolueren gunstiger. Eisen et al (73) daarentegen vonden geen verband tussen ziekte-inzicht en een gunstige evolutie.

Een van de grootste moeilijkheden aan deze vraag is de evaluatie van de prognose zelf. Het meetinstrument voor ziekte-inzicht evenals de gekozen parameters om de evolutie te beoordelen zijn heel variabel: aantal opnames, duur van de opnames, kwaliteit van het sociale leven of van de beroepsintegratie enz. Bijgevolg wordt een grote variabiliteit vastgesteld in verband met het begrip *outcome* en is de vergelijking tussen studies dikwijls moeilijk geworden. Bovendien is het aantal personen vaak beperkt en is de methode zelden prospectief (4). De literatuur lijkt de klinische intuïtie dat een goed ziekte-inzicht positief is voor de prognose dus niet te bevestigen.

Tabel 3: Studies die al dan niet een verband vermelden tussen de mate van gebrek aan ziekte-inzicht en de algemene klinische ernst (8, 23, 45, 49-10).

Positief verband tussen de mate van gebrek aan ziekte-inzicht en de algemene klinische ernst	Geen verband tussen de mate van gebrek aan ziekte-inzicht en de algemene klinische ernst
David et al, 1992	McEvoy et al, 1993a
Takai et al, 1992	McEvoy et al, 1993b
Young et al, 1993	Cuesta & Peralta, 1994
Kemp & Lambert, 1995	Lysaker & Bell, 1994
Fennig et al, 1996	David et al, 1995
Young et al, 1998	Lysaker & Bell, 1995
Rossell et al, 2003	McEvoy et al, 1996
	Flashman et al, 2000

Tabel 4: Studies die een positief verband vermelden tussen het gebrek aan ziekte-inzicht en de ernst van bepaalde specifieke symptomatische dimensies (11, 18, 43, 48, 61-71).

De ernst van positieve symptomen	De ernst van negatieve symptomen	De ernst van positieve en negatieve symptomen
Almeida et al, 1996	MacPherson et al, 1996	Keshavan et al, 2004
Collins et al, 1997	Cuesta et al, 2000	Mintz et al, 2004
Kim et al, 1997	Laroi et al, 2000	
Lysaker et al, 1998a	McCabe et al, 2002	
Lysaker et al, 1998b		
Schwartz, 1998a		
Schwartz, 1998b		
Carroll et al, 1999		
Buckley et al, 2004		

De gegevens van de PECC over patiënten in remissie in vergelijking met patiënten die niet in remissie zijn in de studie van De Hert (74), tonen aan dat de patiënten in remissie zich meer bewust zijn van hun aandoening en van de symptomen ($p < 0,0001$). Volgens dezelfde studie functioneren de patiënten in remissie beter dan de patiënten die niet in remissie zijn. Dit functioneren werd bepaald aan de hand van diverse criteria: de persoonlijke levensstijl, huishoudelijke en beroepsmatige activiteiten ($p < 0,0001$). De voorlopige resultaten van een Zweedse studie (Helldin et al, persoonlijke mededeling) gaan in dezelfde richting.

Algemeen lijkt de literatuur de klinische intuïtie dat een goed ziekte-inzicht positief is voor de prognose, niet te kunnen bevestigen.

6.4. Ziekte-inzicht en schizofrenie vs. schizoaffectieve stoornissen

Enkele studies besluiten dat de afwezigheid van ziekte-inzicht vaker voorkomt en ernstiger is bij patiënten met schizofrenie dan bij patiënten die beantwoorden aan de criteria van een schizoaffectieve stoornis of een depressie met of zonder psychotische symptomen (9, 19). De resultaten van de studies van Cuesta et al (43) en van Smith et al. (75) tonen geen enkel verschil tussen schizofrene patiënten en patiënten met een schizoaffectieve stoornis. Sanz et al (46) van hun kant vinden bij de schizofrene patiënten een beter ziekte-inzicht dan in de groep van patiënten met een schizoaffectieve stoornis.

6.5. Ziekte-inzicht, depressie en zelfmoord

Dezelfde tegenstrijdigheid is terug te vinden in de resultaten van onderzoeken die het verband tussen de mate van ziekte-inzicht en depressieve symptomen hebben onderzocht. Smith et al (76) hebben aangetoond dat depressie samenhangt met een beter inzicht in de huidige symptomen. Dit resultaat stemt overeen met bijvoorbeeld de

studies van Peralta et Cuesta (77) en van Kemp et Lambert (50), maar staat dan weer haaks op die van Amador et al (1) en van Collins et al. (62).

Niettemin hebben de meeste studies aangetoond dat een depressie bij patiënten met schizofrenie samenhangt met een beter ziekte-inzicht (50, 66, 71, 76-80). Enkele longitudinale studies die het ziekte-inzicht en de depressieve symptomen op verschillende momenten van de aandoening hebben geëvalueerd, houden meer rekening met de tijdsdimensie van het verband tussen het ziekte-inzicht en de aandoening.

Verschillende studies (81, 82) wijzen op een verband tussen bepaalde aspecten van ziekte-inzicht (meer bepaald het inzicht van waanideeën te hebben, het inzicht in de sociale terugtrekking, de affectieve vervlakking en de anhedonie) en zelfmoordgedachten of -handelingen in grote steekproeven van schizofreniepatiënten. Schwartz & Petersen (83) vonden een verband tussen het zelfmoordrisico en het inzicht dat een behandeling nodig is, maar niet met het inzicht ziek te zijn of het inzicht in de sociale gevolgen van de aandoening. Een syndroom ziekte-inzicht-moedeloosheid-depressie-zelfmoordrisico werd aangehaald (82).

6.6. Ziekte-inzicht en agressie

Volgens een recente studie (67) vertonen psychotische mensen ($N = 115$) die gewelddadig zijn geweest, een significant duidelijker tekort aan ziekte-inzicht dan psychotische mensen die dat niet zijn geweest ($N = 111$). De twee groepen onderscheiden zich echter nog door andere verschillen (druggebruik, positieve symptomen, psychosociaal functioneren).

6.7. Ziekte-inzicht en levenskwaliteit

De literatuur geeft twijfelachtige resultaten over het verband tussen ziekte-inzicht en levenskwaliteit. Volgens sommige studies (19, 63, 69, 77, 84), die verschillende metingen van het concept 'levenskwaliteit' en van functioneren hanteren, vertonen patiënten met een verminderd ziekte-inzicht een verarming van sociaal functioneren en levenskwaliteit. Andere studies (8, 40, 64, 65, 85) hebben geen enkel verband vastgesteld tussen ziekte-inzicht en levenskwaliteit. In de meeste van die studies werden de patiënten klinisch geëvalueerd met de GAS (*Global Assessment Scale*) of de GAF (*Global Assessment of Functioning*).

Er bestaan verschillende redenen voor het gebrek aan consensus over het verband tussen ziekte-inzicht en levenskwaliteit. Levenskwaliteit is een ruim concept dat op een complexe manier de lichamelijke gezondheid, de psychische toestand, het niveau van onafhankelijkheid, de sociale relaties en de relatie met belangrijke elementen in de omgeving integreert. Dat heeft geleid tot de ontwikkeling van een grote diversiteit van schalen die berusten op theoretische begrippen en verschillende definities. Dat maakt het moeilijker om studies te vergelijken en eensluidende conclusies te trekken (4). Bovendien zijn de meningen verdeeld over de vraag hoe we kunnen weten of schizofrene patiënten in staat zijn om hun levenskwaliteit op een betrouwbare manier te evalueren (86).

De invloed van ziekte-inzicht op de levenskwaliteit is niet erg duidelijk.

Tabel 5: Ziekte-inzicht vs. gebrek aan therapietrouw (26).

N = 300	Geen ziekte-inzicht (N = 97)	Ziekte-inzicht (N = 203)	p
Periode van gebrek aan therapietrouw (weken)	16	7	0,014
Volledig gebrek aan therapietrouw op een bepaald moment (%)	78	64	0.021
Ernstige positieve symptomen tijdens gebrek aan therapietrouw (%)	70	48	< 0.001
Opname na gebrek aan therapietrouw (%)	52	34	0.002

6.8. Ziekte-inzicht en therapietrouw

Tot de factoren die de evolutie beïnvloeden, behoort vanzelfsprekend de therapietrouw. Slechte therapietrouw verhoogt het aantal opnames (87) en verergert de symptomen (88).

Loochening van de aandoening leidt dikwijls tot een actieve weigering van de behandeling. Gebrek aan ziekte-inzicht leidt ertoe dat de patiënt het nut van de behandeling niet inziet (15, 16, 17). De meeste studies tonen aan dat een goed ziekte-inzicht gepaard gaat met een betere medicamenteuze therapietrouw bij schizofrenie (4). Olfson et al (26) hebben in een studie bij 300 patiënten met schizofrenie een omgekeerd verband aangetoond tussen gebrek aan therapietrouw met antipsychotica en het niveau van ziekte-inzicht (**Tabel 5**).

Volgens Waintraub (22) is het inzicht een aandoening of ook bepaalde symptomen te hebben mogelijk minder bepalend dan een vroegere ervaring dat de behandeling een goed effect heeft.

Gebrek aan therapietrouw (rechtstreeks verband) is een duidelijk vastgestelde en bepalende factor in de ongunstige evolutie van de aandoening. Het gebrek aan ziekte-inzicht (onrechtstreeks verband) is misschien minder bepalend voor deze evolutie.

7. Verklaringsmodellen voor ziekte-inzicht en schizofrenie

Hoewel het vanzelfsprekend is geworden dat we de perceptie, het geheugen of de taal kunnen bestuderen en beschrijven, bestaat dezelfde unanimitie niet voor de buitengewoon subjectieve activiteit van het bewustzijn. Het belangrijkste probleem is op de eerste plaats te weten wat wordt bedoeld met ziekte-inzicht (zie hoger).

Drie modellen worden voorgesteld om het gebrek aan ziekte-inzicht bij psychische aandoeningen te verklaren:

- 1. **Het klinische model:** het gebrek aan ziekte-inzicht als primair symptoom dat rechtstreeks met de psychische aandoening te maken heeft.

- 2. **Het model van ontkenning:** het gebrek aan ziekte-inzicht als verdedigings- of aanpassingsmechanisme.
- 3. **Het neuropsychologische model:** het gebrek aan ziekte-inzicht is vergelijkbaar met neurologische anosognosie.

7.1. Het klinische model: ziekte-inzicht, een psychische toestand of een kenmerkend symptoom?

De afwezigheid van ziekte-inzicht, kenmerkend voor schizofrenie, minstens door zijn frequentie, vormt voor verschillende auteurs (8-12) een essentieel element, een trek of een karakteristiek symptoom, bijna pathognomonisch, van de diagnose schizofrenie, een element dat op die manier als bijna onherleidbaar wordt beschouwd. Deze auteurs beschouwen ziekte-inzicht als een onafhankelijke symptomatische dimensie. Marková (4) bekritiseert deze mening in haar boek *'Insight in Psychiatry'*. Volgens haar is ziekte-inzicht een psychische toestand die losstaat van de aandoening zelf, maar door verschillende factoren kan worden beïnvloed en de psychische processen kan aantasten, waarbij de aandoening dus een rol kan spelen.

7.2. Het model van ontkenning

Dit model gaat ervan uit dat het gebrek aan ziekte-inzicht bij schizofreniepatiënten het resultaat is van een psychologisch verdedigingsmechanisme, ontkenning, in plaats van een disfunctie van de hersenen zelf. Smith et al. (89) bijvoorbeeld suggereren dat het gebrek aan ziekte-inzicht een mechanisme kan zijn om angst en depressie te verminderen. Nochtans stellen, volgens Julia (90), sommigen alternatieve verklaringen voor het positieve verband tussen depressie en ziekte-inzicht voor. We zouden bijvoorbeeld kunnen veronderstellen dat patiënten met depressieve tekens een uitgebreidere psychologische zorgverlening zouden krijgen of dat depressies eenvoudigweg het resultaat zijn van een verbetering los van het ziekte-inzicht, gevolgd door een pessimistische visie over hun toekomst omwille van het hebben van een belangrijke psychiatrische aandoening. Het is belangrijk dat psychiaters zich

bewust zijn van het verhoogde risico op depressie dat lijkt op te treden bij een verbetering van het ziekte-inzicht en dat men de verzorging van depressieve symptomen opneemt in een volledig behandelingsprogramma.

Ontkenning is niet altijd pathologisch. Ontkenning maakt bijvoorbeeld de eerste fase van het rouwproces uit, bijvoorbeeld nadat men iemand verloren heeft. Het is een min of meer intense periode waarin de emoties bijna afwezig lijken te zijn. Ontkenning is een fase waarin het overlijden van de dierbare nog niet is verwerkt (Het is niet waar, dat kan niet...). Die fase duurt tamelijk kort. Op het moment dat men deze korte rouwfase verlaat, dringt de realiteit van het verlies door. Het gebeurt nochtans dat mensen blijven vastzitten in deze toestand, die dan pathologisch wordt (91).

7.3. Het neuropsychologische model of het anosognosiemodel

Deze hypothese ziet de afwezigheid van ziekte-inzicht als de expressie van een neuropsychologisch deficit dat is gebaseerd op het anosognosiemodel van hemiplegische patiënten. Anosognosie is een term uit het Grieks (*a* = het ontkenkende voorvoegsel *alfa*, *nosos* = ziekte en *gnosis* = kennis) die voor het eerst werd beschreven door Babinski in 1914 (5). Het betekent dat de patiënt zijn tekorten of zijn aandoening niet erkent. Dit fenomeen is al lang bekend bij neurologen die tussen hun rechtshandige patiënten mensen met een verlamming van de linkerzijde hebben als gevolg van een cerebrovasculair accident dat schade heeft veroorzaakt in hun contralaterale [motorische en] somatosensibele hersencortex (hemiplegie). Sommigen van deze patiënten zijn zich niet bewust van hun verlamming: ze erkennen ze niet en kunnen ze zelfs koppig ontkennen ondanks het voor iedereen duidelijke bewijs. Amador et al (1, 34) hebben een parallel getrokken tussen het gebrek aan ziekte-inzicht bij de schizofreniepatiënten en de anosognosie die werd vastgesteld bij neurologische aandoeningen waarvan de symptomen op een gebrek aan inzicht lijken. Volgens een heel recent overzicht van Shad et al (5) tonen de meeste studies (21 van 34) een duidelijk verband tussen een gebrek aan ziekte-inzicht en

kenmerkende verminderde resultaten op cognitieve tests die vooral in verband zijn gebracht met de werking van de prefrontale cortex. Een groot deel van de literatuur heeft consistent een daling van de resultaten op de WCTS (de meest gebruikte test in deze studies) aangetoond. Onderzoekers hebben specifiek een verband vastgesteld tussen ziekte-inzicht en 2 componenten van de WCTS: het aantal ingevulde categorieën (positieve correlatie) en het aantal persisterende fouten (negatieve correlatie). Deze resultaten suggereren dat ziekte-inzicht te maken zou hebben met het vermogen om een conceptuele flexibiliteit aan de dag te leggen (het vermogen om cognitieve instellingen te genereren, te behouden en te veranderen) en het vermogen om verbale feedback te gebruiken om fouten te verbeteren. Shad et al. (5) besluiten dat ziekte-inzicht vooral gemedieerd wordt door specifieke cognitieve deficits, die zich in de corticofrontale structuren (vb. de dorsolaterale prefrontale cortex en het rechterdeel van de mediale orbitofrontale cortex) en de parietale frontale lob bevinden. Zij benadrukken dat er geen correlatie is met het IQ, een algemene cognitieve indicator.

Functionele en structurele gegevens wijzen erop dat ziekte-inzicht bij schizofrenie vooral te maken heeft met twee executieve functies, namelijk het vermogen om een conceptuele flexibiliteit aan de dag te leggen en het vermogen om verbale feedback te gebruiken om fouten te corrigeren, afhankelijk van de corticofrontale structuren en de frontoparietale lob. Niettemin blijft het 'ziekte-inzicht-anosognosie' model preliminair.

8. Ziekte-inzicht en antipsychotica

Er bestaan heel weinig studies die het effect van antipsychotica op het ziekte-inzicht evalueren (92). Aguglia et al (93) hebben het niveau van ziekte-inzicht bestudeerd voor en na de overgang van een conventioneel neurolepticum naar een anti-

Follow-up van een behandeling op basis van risperidone met een langdurende werking laat een duidelijke verbetering zien van het ziekte-inzicht. Bepaalde programma's zoals het ARTEH-model streven ernaar om deze met elkaar gecorreleerde aspecten te versterken.

psychoticum van de tweede generatie. In de studie werden 22 schizofrene patiënten opgenomen. Alle patiënten kregen haloperidol tijdens de rekruteringsperiode. Bij 8 patiënten werd overgeschakeld op clozapine, bij 3 op risperidone en bij 11 op olanzapine. Het ziekte-inzicht nam toe na toediening van antipsychotica van de tweede generatie. Volgens de auteurs veranderde het cognitieve effect van de antipsychotica van de tweede generatie het niveau van ziekte-inzicht.

Gharabawi et al (94) stelden in een post-hoc analyse van 50 weken bij 314 stabiele schizofreniepatiënten vast dat risperidone met een langdurende werking (RIS L.W.) significant gecorreleerd was met een verbetering van het ziekte-inzicht. Deze verbetering hing evenzeer samen met een verbetering van de PANSS en van de levenskwaliteit. Ze toonden bovendien een duidelijke correlatie aan tussen ziekte-inzicht, duur van de behandeling en sociaal functioneren.

9. Therapeutische werking

Bevordering van therapietrouw blijft de kerngedachte.

Heel wat patiënten (tot 50-70%) lijken te geloven of zijn er zelfs van overtuigd dat ze het goed maken en dat ze geen enkele behandeling nodig hebben.

Amador (34), coauteur van het boek: *'I Am Not Sick, I Don't Need Help! How to Help Someone with Mental Illness Accept Treatment'*, is van mening dat verschillende mensen vastzitten in een soort tijdsvervorming waardoor ze niet kunnen zien hoe sterk de aandoening hen heeft veranderd. Hun zelfperceptie is verward in de tijd – in de periode voordat de aandoening duidelijk werd. Dat syndroom is volgens Amador de belangrijkste reden

waarom mensen met schizofrenie hun medicatie niet nemen.

Amador (34) waarschuwt tegen enkele heel gevaarlijke mythen die het tijdperk hebben overleefd waarin de psychoanalyse als keuzebehandeling voor psychotische stoornissen werd beschouwd. Een mythe die families vaak deelden, was 'als iemand zo erg ziek is, kan de bewustwording ervan dodelijk zijn'. Veel mensen denken dat het waarschijnlijk beter zou zijn om 'slappende honden niet wakker te maken'. Recente onderzoeken geven een antwoord op die vraag. Ze tonen het erg positieve effect dat een vroegtijdige en volgehouden behandeling kan hebben op het verloop van de aandoening.

Er werden een reeks onderzoeken gewijd aan de ontwikkeling van methodes om het ziekte-inzicht te verhogen. Deze methodes zijn gebaseerd op de hoop om op deze manier therapietrouw en daardoor ook de evolutie te verbeteren. Zo werd bijvoorbeeld in een gecontroleerd experiment aangetoond dat het gebruik van video-opnames van patiënten tijdens hun meest symptomatische fase een gunstig kan hebben (95).

Tabel 6: Het LEAP-model.

Listen (Luisteren)

Geef de patiënt tijd, luister aandachtig naar hem en geef hem het gevoel dat u hem begrijpt.

Neem tijd voor de patiënt – preciezer het dagschema – verken de visie van de patiënt en zijn perspectief over zijn aandoening, zijn overtuigingen, waarden, meningen en frustraties – reageer niet – laat tijd om te luisteren – reflecteer gewoon – zet alles op papier

Empathy (Empathie)

Probeer de frustraties, angsten, en wensen van de patiënt te begrijpen – luister al reflecterend.

Agree (Instemming)

Normaliseer de ervaring – probeer om enkel de waargenomen problemen of symptomen te bespreken – corrigeer misverstanden – weeg de voor- en nadelen van de behandeling tegen elkaar af – help de patiënt zich ervan bewust te worden dat de voordelen ruimschoots opwegen tegen de nadelen – aanvaard niet-aanvaarding.

Partnership (Deelgenootschap)

Sta realistische doelstellingen toe – wees duidelijk over de elementen van de overeenkomst – vermijd om te zeggen: 'luister naar mij, ik weet beter dan u wat goed is voor u' – vermijd een burn-out.

9.1. Het LEAP-model

Clinici buigen zich over de middelen die de periode waarin de patiënt niet erkent dat hij ziek is mogelijk

kunnen verkorten. Amador (34) stelt in zijn boek zowel voor gezinnen als voor geestelijke gezondheidswerkers een methode voor om de perceptie van de aandoening en de nood aan een behandeling bij de patiënt te verbeteren. Zijn strategie garandeert niet voor honderd procent dat de patiënt zijn aandoening beter zal waarnemen of zijn behandeling niet zal weigeren, maar ze zou kunnen helpen en op een positieve wijze een verschil kunnen uitmaken. Amador maakt gebruik van wat hij 'motivatiegesprekken' noemt, om patiënten te helpen zich bewust te worden van de voordelen van de inname van geneesmiddelen. Hierbij worden allerlei soorten vragen gesteld waardoor de patiënt uiteindelijk de behandelende arts om zijn mening zal vragen. Deze techniek is geïnspireerd op een aanpak die wordt gebruikt bij de behandeling van verslaafden die zich er slechts heel zelden van bewust zijn dat ze een probleem hebben (*Motivational Interview*). Deze methode is gericht op het verkrijgen van een inzicht in het standpunt van de patiënt en vermijdt elke vorm van veroordeling. Men dient zich op het niveau te stellen waarop mensen zich bevinden. Ziekte-inzicht is niet de eerste doelstelling. De sleutel is de patiënt ertoe te brengen een verband te leggen tussen wat hij wil en wat de behandeling hem kan opleveren. Amador & Johanson (34) hebben het LEAP-model ontwikkeld: een toepassing van het motivatiegesprek op het ziekte-inzicht (**Tabel 6**).

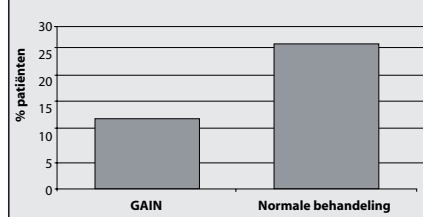
Op basis van het LEAP-model werd het GAIN-programma ontwikkeld (*Goal-setting, Action, Initiation of treatment, Nurturing motivation*). Dit heeft als doelstelling een vruchtbaarder gesprek te bevorderen over het al dan niet opstarten van een behandeling met een antipsychoticum van de tweede generatie met een langdurende werking. De validiteit van GAIN wordt op dit ogenblik getest in het START-project (*Schizophrenia Treatment Acceptance Response Trial*) (96). De prospectieve studie van Urioste et al (96) heeft in het licht kunnen stellen dat het gebruik van GAIN de therapietrouw kan verbeteren bij patiënten die een antipsychoticum van de tweede generatie met een langdurende werking gebruiken (**Figuur 1**).

9.2. Het ARTEH-model (het Belgische model)

Op basis van de LEAP- en GAIN-modellen heeft een Belgische denktank een programma ontwikkeld om een vruchtbaarder gesprek in de hand te werken

over het al dan niet opstarten van een antipsychoticum van de tweede generatie met een langdurende werking, en dat niet alleen om de medicamenteuze behandeling gemakkelijk en in goede omstandigheden op te starten, maar ook om de therapeutische relatie met de patiënt te versterken. Hoewel het programma werd ontwikkeld om een gesprek te voeren over medicatie met een langdurende werking, kan het ook dienen als model voor andere therapeutische doelstellingen zoals de bevordering van een beter ziekte-inzicht. Het programma bestaat uit 5 verschillende fasen en veronderstelt dat de patiënt zelf voor het programma kiest (97).

Figuur 1: % patiënten in de groepen 'Gain' en 'Normale behandeling' dat Risperdal® CONSTA weigerde (96).



1. **Conceptualisering van de huidige problemen en doorneming van de ziektegeschiedenis uitgaande van het verhaal van de patiënt.** Het gaat hier niet om de eenvoudige opmaak van een lijst van symptomen van de patiënt, maar eerder om de verkenning van zijn visie en zijn perspectief van de problemen, zijn overtuigingen, waarden en meningen, moeilijkheden en sterke punten, frustraties met anderen en met de medicamenteuze behandeling, zijn houding en angsten.

2. **Bepaling van doelstellingen met betrekking tot zijn leven en de behandeling die moet worden gevolgd/opbouwen van motivatie.** Men dient binnen een empathische sfeer, terwijl men luistert naar de patiënt, trachten te ontdekken wat de patiënt wil en wenst. Tijdens het gesprek met de patiënt kan men proberen gradaties en prioriteiten op te stellen en meer aandacht te besteden aan de objectieve realistische dan aan de onrealistische of 'psychotische' doelstellingen.

3. **Introductie van het antipsychoticum van de tweede generatie met een langdurende werking.** Deze fase heeft als doel de patiënt te doen begrijpen wat een antipsychoticum van de tweede generatie met een langdurende werking is, en wat de voordelen zijn van dit soort geneesmiddel met een langdurende werking in vergelijking met andere soorten geneesmiddelen.

4. **Opstart van de behandeling.** De ervaring met de eerste injectie en de context waarin die wordt toegediend, zijn beslissend voor de toekomst. Er moet ernstig rekening worden gehouden met de individuele waarden, prioriteiten en doelstellingen van de patiënt en de behandeling moet ook gebaseerd worden op de capaciteiten, de voorkeuren en wensen van de patiënt in kwestie.

5. **Stimulering van de motivatie.** Het doel van deze fase is om de hoop op de toekomst, een geest van samenwerking en een wederzijds respect te bewaren en de patiënt aan te sporen om een beter leven te leiden. De follow-up van een langetermijnbehandeling gaat gepaard met spanningen en vereist om de toediening van het geneesmiddel regelmatig opnieuw te bekijken en aan te moedigen teneinde de motivatie van de patiënt te behouden.

10. Conclusie

Ziekte-inzicht is geen unitair, maar een complex fenomeen, dat meestal de 5 volgende dimensies onderscheidt:

- het inzicht ziek te zijn;
- het inzicht dat de verschillende symptomen pathologisch zijn;
- het inzicht dat een behandeling nodig is;
- het inzicht in de psychosociale gevolgen;
- de oorzakelijke attributie.

De onderzoeksresultaten over de klinische betekenis van ziekte-inzicht blijven doorgaans niet doorslaggevend, hoewel werd aangetoond dat een goed ziekte-inzicht gepaard gaat met een betere medicamenteuze therapietrouw bij schizofrenie.

Het onderzoek om de mechanismen van ziekte-inzicht op te helderen heeft evenzeer tot op dit ogenblik nog geen overtuigende resultaten opgeleverd. Niettemin wijzen functionele en structurele gegevens erop dat ziekte-inzicht bij schizofrenie te maken zou hebben met executieve functies, die afhankelijk zijn van de corticofrontale structuren en van de frontopariëtale lob. Toch blijft het 'ziekte-inzicht-anosognosie-model' preliminair.

De medicamenteuze behandeling in de acute en onderhoudsfase bij patiënten met schizofrenie is een belangrijke doelstelling om na te streven. De inwerking op het ziekte-inzicht van patiënten en hun omgeving is een element om dat te kunnen bereiken en dus een middel om te gebruiken.

Lexicon (1-5)

Français

Conscience morbide

Phénomène multidimensionnel, évolutif dans le temps, dépendant en partie de l'état clinique et cognitif du patient. On distingue le plus souvent les 5 dimensions suivantes:

1. Prise de conscience d'être malade
2. Prise de conscience des différents symptômes comme pathologiques
3. Prise de conscience de nécessiter un traitement
4. Prise de conscience des conséquences (en particulier psychosociales) du trouble
5. Attribution causale.

Conscience clinique

Prise de conscience d'avoir une maladie.

Introspection

Le savoir que la personne a sur sa façon de penser, et qui lui permet d'évaluer et de corriger des pensées perturbées et des interprétations erronées.

Perception de/Conscience de

La plus simple perception ou jugement direct d'une condition particulière chez un individu; une notion employée par les neurosciences. La conscience morbide, une notion employée par la psychiatrie, fait référence à des jugements plus complexes et divers par l'individu concernant la condition considérée.

Anosognosie

L'absence de conscience morbide considérée comme déficit neurologique, particulièrement lié aux déficits cognitifs de fonctionnement du lobe frontal et pariétal.

Bijlage

Drug Attitudes Inventory (DAI) (37)

De bekendste schaal binnen het onderzoeksdomein van de therapietrouw is de *Drug Attitude Inventory* (DAI-30). Hogan et al. (37) hebben een betrouwbaarheidsanalyse uitgevoerd op een steekproef van 150 schizofrene patiënten. De interne consistentie was goed voor de 30 items (rond 0,93) en de test-hertestbetrouwbaarheid bijna 0,80. De resultaten toonden een goede voorspellende waarde aan van de therapietrouw (89% van de mensen werd correct geclassificeerd). Deze vragenlijst werd in het Frans vertaald. Volgens de studie van Bonsack et al. (98) heeft de Franse versie van de DAI-30 een vergelijkbare structuur en vergelijkbare psychometrische eigenschappen als de originele versie. Tien items (DAI-10) werden geselecteerd op basis van hun vermogen om therapietrouwe mensen te onderscheiden van de mensen die dat niet waren (44). Er werden verschillende kritieken opgeworpen over de kwaliteiten van de DAI. De arbitraire dichotome classificatie 'therapietrouw versus niet-therapietrouw' vertrekkende vanuit de scores die met de DAI werden verkregen, houdt geen rekening met de complexe aard van therapietrouw dat niet als een zwart-witfenomeen mag worden begrepen. Tot slot evalueert de DAI de houding van de patiënten tegenover het geneesmiddel en verwaarloost het de gedragscomponent die gepaard gaat met het fenomeen therapietrouw.

Insight and Treatment Attitude Questionnaire (ITAQ) (38)

De ITAQ concentreert zich op 2 aspecten van de definitie van McEvoy. Voor McEvoy et al. (38), beschouwen patiënten met ziekte-inzicht sommige van hun waarnemingservaringen, hun cognitieve processen, emoties, gedragingen als pathologisch op dezelfde wijze als geestelijke gezondheidswerkers ze beschouwen en denken ze dat ze een psychiatrische behandeling nodig hebben die eventueel een verblijf in een ziekenhuis en een medicamenteuze behandeling kan omvatten (4,38). De ITAQ is een vragenlijst bestaande uit 11 items met 3 terugkerende thema's: de houding tegenover de psychische aandoening, de behandeling en de geneesmiddelen.

English

Insight

A multidimensional phenomenon, evolving throughout time, partly dependant upon the patient's clinical and cognitive state.

The following 5 dimensions are mostly included:

1. Recognition that one has a mental illness
2. Recognition that symptoms are pathological
3. Recognition that one needs treatment
4. Recognition of the consequences of illness
5. Attribution (explanations about the cause of symptoms of illness).

Clinical insight

Recognition of having a mental illness.

Cognitive insight

Patient's beliefs about manner of thinking, to evaluate and correct distorted beliefs and misinterpretations.

Awareness

The simplest perception or direct appraisal of a particular state in an individual; a concept employed within the neurosciences disciplines. Insight, a concept employed within psychiatry, refers to more complex and diverse judgements made by an individual concerning the perceived state.

Anosognosia

Impaired insight conceived as aetiologically linked with impaired, particularly frontal and parietal, neurocognitive lobe functioning.

Schedule for the Assessment of Insight (SAI) (SAI-E, version extensive) (29)

David (29) heeft een heterogeen instrument voorgesteld (6 gestandaardiseerde vragen + 1 item over de innamen van de behandeling) in overeenstemming met elk van de 3 dimensies die volgens hem het ziekte-inzicht uitmaken (de erkenning van een psychische aandoening, de therapietrouw en het vermogen om ongewone psychische evenementen als pathologisch te identificeren (hallucinaties en waanideeën)) (4, 29, 44, 99)

Insight Scale (IS) (39, 40)

Marková en Berrios (39, 40) verdedigen in de *Insight Scale* (IS) een ruim concept van ziekte-inzicht, namelijk als een vorm van zelfkennis die de patiënt bezit over zijn aandoening en de manier waarop die het vermogen om te functioneren in en te interageren met de omgeving kan aantasten.

Scale to assess Unawareness of Mental Disorder (SUMD) (1, 9)

De bekendste en meest gebruikte schaal in het onderzoeksdomein van ziekte-inzicht is de *Scale to assess Unawareness of Mental Disorder* (SUMD). Deze evaluatieschaal werd door Amador in twee opeenvolgende versies gepubliceerd (1, 9). De eerste versie bevat 4 schalen (die het huidige inzicht, het retrospectieve inzicht, de huidige attributie en de retrospectieve attributie tegenover de aandoening meten), 17 mogelijke symptomen (vb. hallucinaties, wanen) en 3 algemene items (het huidige en retrospectieve inzicht in de aandoening, de effecten van de geneesmiddelen en de sociale gevolgen van de aandoening) (1, 43, 44). De tweede versie werd ingekort tot 9 items en behield alleen de schaal voor het huidige ziekte-inzicht, de effecten van de geneesmiddelen, de gevolgen van de aandoening en slechts 6 symptomen of symptomatische groepen (9).

Self-report Insight Scale (SIS) (41)

Birchwood et al (41) wilden een vragenlijst hebben die snel kan worden afgenomen om de veranderingen op het moment van herstel bij een acute psychotische episode te meten.

Nederlands

Ziekte-inzicht

Een multidimensioneel fenomeen, evoluerend doorheen de tijd, gedeeltelijk afhankelijk is van de klinische en cognitieve status van de patiënt.

Meestal onderscheidt men de volgende 5 dimensies:

1. Erkenning een mentale ziekte te hebben
2. Erkenning dat symptomen pathologisch zijn
3. Erkenning dat een behandeling vereist is
4. Erkenning van de gevolgen van de ziekte
5. Causale attributie (verklaringen omtrent de oorzaak van de symptomatologie).

Klinisch inzicht

Erkenning dat men lijdt aan een mentale ziekte.

Cognitief inzicht

De kennis van de patiënt omtrent zijn wijze van denken, dat hem in staat stelt gestoorde denkwijzen en verkeerde interpretaties te evalueren en te corrigeren

Bewust zijn van

De meest eenvoudige perceptie of onmiddellijke beoordeling van een specifieke toestand in een individu; een concept gehanteerd binnen de neurowetenschappelijke disciplines. Ziekte-inzicht, een concept gehanteerd binnen de psychiatrie, verwijst naar meer complexe en verscheiden beoordelingen, gedaan door een individu betreffende de beschouwde toestand.

Anosognosie

Gebrekkig ziekte-inzicht opgevat als een etiologisch concept, gekoppeld aan een verstoord neurocognitief functioneren, in het bijzonder aan een verstoord functioneren van de frontale en pariëtale lob.

Insight Q8 (27, 42)

Deze Franse evaluatieschaal voor ziekte-inzicht is een heterovragenlijst met 8 open vragen om de evaluatie van het ziekte-inzicht te kunnen plaatsen. Voor elk van de vragen beslist de onderzoeker om een cijfer toe te kennen: 0 duidt aan dat er geen onderscheidingsvermogen aanwezig is, 1 duidt op minstens een gedeeltelijke perceptie van een psychopathologisch probleem en zijn gevolgen. De patiënten worden in drie groepen verdeeld:

Score < 2: geen ziekte-inzicht

Score 3-5: middelmatig of tussenliggend ziekte-inzicht

Score 6-8: goed ziekte-inzicht

De hoogste score geeft een perfect ziekte-inzicht weer, een goede kennis van de aandoening en van het verminderde aanpassingsvermogen, het psychische lijden, het verlangen naar en de hoop op genezing en gespecialiseerde hulp.

1. Waarom bent u hier?
2. Hebt u de indruk dat u ziek bent?
3. Welke aandoening hebt u?
4. Waaraan is dat te wijten?
5. Lijdt u psychisch of geestelijk?
6. Bent u gehandicapt in uw beroeps-, gezins- of sociaal leven?
7. Wat kunnen we voor u doen?
8. Denkt u dat u kunt genezen?

Beck Cognitive Insight Scale (BCIS) (3)

De score op de Beck Cognitive Insight-schaal (BCIS) maakt het mogelijk om het niveau van het cognitieve inzicht te bepalen. De geëvalueerde dimensies zijn: het vermogen om na te denken over buitengewone ervaringen, het vermogen om verkeerde beoordelingen te corrigeren en de zekerheid over verkeerde beoordelingen (3). Over het algemeen zijn de metrologische kwaliteiten van deze instrumenten nagegaan. Merkwaardig genoeg tonen de factoranalyses soms een oplossing voor één factor niettegenstaande de meeste meetinstrumenten aanspraak maken op een multidimensionale visie (41, 45). Bovendien correleren de scores van deze instrumenten dikwijls sterk met elkaar, hoewel ze verschillende concepten over ziekte-inzicht vertalen (46).

Referenties

1. Amador XF, Strauss DH, Yale SA, Flaum MM, Endicott J, Gorman JM. Assessment of insight in psychosis. *Am J Psychiatry* 1993;150(6):873-9.
2. Mintz AR, Dobson KS, Romney DM. Insight in schizophrenia: a meta-analysis. *Schizophr Res* 2003;61(1):75-88.
3. 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(2-3):319-29.
4. Marková IS (2005). *Insight in psychiatry*. Cambridge University Press.
5. Shad MU, Tamminga CA, Cullum M, Haas GL, Keshavan MS. Insight and frontal cortical function in schizophrenia: a review. *Schizophr Res* 2006;86(1-3):54-70.
6. Kraepelin E. (1913). *Die endogenen Verblödungen*. Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte. Achte, vollständig umgearbeitete Auflage. III. Band. Klinische Psychiatrie. II. Teil. Barth Verlag, Leipzig.
7. Bleuler M (1950). *Dementia praecox or the group of schizophrenias*. Edinburgh: International universities press Inc (U.S.A.: Tenth Printing, 1987).
8. Cuesta MJ, Peralta V. Lack of insight in schizophrenia. *Schizophr Bull* 1994;20(2):359-66.
9. Amador XF, Flaum M, Andreasen NC, Strauss DH, Yale SA, Clark SC, Gorman JM. Awareness of illness in schizophrenia and schizoaffective and mood disorders. *Arch Gen Psychiatry* 1994;51(10):826-36.
10. Cuffel BJ, Alford J, Fischer EP, Owen RR. Awareness of illness in schizophrenia and outpatient treatment adherence. *J Nerv Ment Dis* 1996;184(11):653-9.
11. Kim Y, Sakamoto K, Kamo T, Sakamura Y, Miyaoka H. Insight and clinical correlates in schizophrenia. *Compr Psychiatry* 1997;38(2):117-23.
12. Mohamed S, Fleming S, Penn DL, Spaulding W. Insight in schizophrenia: its relationship to measures of executive functions. *J Nerv Ment Dis* 1999;187(9):525-31.
13. Marks KA, Fastenau PS, Lysaker PH, Bond GR. Self-Appraisal of Illness Questionnaire (SAIQ): relationship to researcher-rated insight and neuropsychological function in schizophrenia. *Schizophr Res* 2000;45(3):203-11.
14. Amador XF, Strauss DH. Poor insight in schizophrenia. *Psychiatr Q* 1993;64(4):305-18.
15. Fleischhacker WW, Oehl MA, Hummer M. Factors influencing compliance in schizophrenia patients. *J Clin Psychiatry* 2003;64 (Suppl. 16):10-3.
16. Olfson M, Mechanic D, Hansell S, Boyer CA, Walkup J, Weiden PJ. Predicting medication noncompliance after hospital discharge among patients with schizophrenia. *Psychiatr Serv* 2000;51(2):216-22.
17. Healey A, Knapp M, Astin J, Beecham J, Kemp R, Kirov G, David A. Cost-effectiveness evaluation of compliance therapy for people with psychosis. *Br J Psychiatry* 1998;172:420-4.
18. Lysaker PH, Bell MD, Bryson G, Kaplan E. Neurocognitive function and insight in schizophrenia: support for an association with impairments in executive function but not with impairments in global function. *Acta Psychiatr Scand* 1998;97(4):297-301.
19. Pini S, Cassano GB, Dell'Osso L, Amador XF. Insight into illness in schizophrenia, schizoaffective disorder, and mood disorders with psychotic features. *Am J Psychiatry* 2001;158(1):122-5.
20. Chen KC, Chu CL, Yang YK, Yeh TL, Lee JH, Chen PS, Lu RB. The relationship among insight, cognitive function of patients with schizophrenia and their relatives' perception. *Psychiatry Clin Neurosci* 2005;59(6):657-60.
21. Dam J. Insight in schizophrenia: a review. *Nord J Psychiatry* 2006;60(2):114-20.
22. Waintraub L. Insight et schizophrénie. *Interpsy* 2005;4:7-12.
23. Young DA, Davila R, Scher H. Unawareness of illness and neuropsychological performance in chronic schizophrenia. *Schizophr Res* 1993;10(2):117-24.
24. Subotnik KL, Nuechterlein KH, Irzhevsky V, Kitchin CM, Woo SM, Mintz J. Is unawareness of psychotic disorder a neurocognitive or psychological defensiveness problem? *Schizophr Res* 2005;75(2-3):147-57. Epub 2005 Jan 20.
25. 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(5):287-92.
26. Olfson M, Marcus SC, Wilk J, West JC. Awareness of illness and nonadherence to antipsychotic medications among persons with schizophrenia. *Psychiatr Serv* 2006;57(2):205-11.
27. Bourgeois ML, Koleck M, Roig-Morrier R. Mesure de la conscience du trouble chez 100 malades hospitalisés en psychiatrie. *Ann Med Psychol* 2002;160: 444-450.
28. Bourgeois M. Le regard de l'expert: insight et conscience du trouble en psychopathologie. *Interpsy* 2005;4:13-6.
29. David AS. Insight and psychosis. *Br J Psychiatry* 1990;156:798-808.
30. Amador XF, Strauss DH, Yale SA, Gorman JM. Awareness of illness in schizophrenia. *Schizophr Bull* 1991;17(1):113-32.
31. Heinrichs DW, Cohen BP, Carpenter WT Jr. Early insight and the management of schizophrenic decompensation. *J Nerv Ment Dis*. 1985 Mar;173(3):133-8.
32. Wciorka J. A clinical typology of schizophrenic patients' attitudes towards their illness. *Psychopathology* 1988;21(6):259-66.
33. Greenfield D, Strauss US, Bowers MB, Mandelkern M. Insight and interpretation of illness in recovery from psychosis. *Schizophr Res* 1989;15(2):245-52.
34. Amador X, Johanson A-L (2007). *I'm not sick, I don't need help*. Vida Press, New York.
35. Kay SR, Opler LA, Fiszbein A (1986). *Echelle des syndromes positifs et négatifs (ESP) manuel d'évaluation*. Département de Psychiatrie, Albert Einstein College of Medicine Montefiore Medical Center, et Unité de Recherche sur la Schizophrénie, Bronx Psychiatric Center, 1500 Waters Place, Bronx, N.Y. 10461.
36. Kay SR, Opler LA, Fiszbein A (1986). Handleiding voor het scoren op de schaal voor positieve en negatieve symptomen (PANSS). Departement Psychiatrie, Albert Einstein College of Medicine/Montefiore Medical Center, en Onderzoeksgroep Schizofrenie, Bronx Psychiatric Center, 1500 Waters Place, Bronx, N.Y. 10461.
37. Hogan TP, Awad AG, Eastwood R. A self-report scale predictive of drug compliance in schizophrenics: reliability and discriminative validity. *Psychol Med* 1983;13:177-83.
38. McEvoy JP, Freter S, Everett G, Geller JL, Appelbaum P, Apperson LJ, Roth L. Insight and the clinical outcome of schizophrenic patients. *J Nerv Ment Dis* 1989;177(1):48-51.
39. Markova IS, Berrios GE. The meaning of insight in clinical psychiatry. *Br J Psychiatry* 1992;160:850-60. Erratum in: *Br J Psychiatry* 1992 Sep;161:428.
40. Markova IS, Roberts KH, Gallagher C, Boos H, McKenna PJ, Berrios GE. Assessment of insight in psychosis: a re-standardization of a new scale. *Psychiatry Res* 2003;119(1-2):81-8.
41. 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(1):62-7.
42. Bourgeois ML, Koleck M, Jais E. Validation de l'échelle d'insight Q8 et évaluation de la conscience de la maladie chez 121 patients hospitalisés en psychiatrie. *Ann Med Psychol* 2002;160:512-7.
43. Cuesta MJ, Peralta V, Zarzuela A. Reappraising insight in psychosis. Multi-scale longitudinal study. *Br J Psychiatry* 2000;177:233-40.
44. McEvoy JP (2003). Substance use rating scales (pp. 76-79). In: *Guide to assessment scales in schizophrenia*. Science Press.
45. David A, Buchanan A, Reed A, Almeida O. The assessment of insight in psychosis. *Br J Psychiatry* 1992;161:599-602.
46. Sanz M, Constable G, Lopez-Ibor I, Kemp R, David AS. A comparative study of insight scales and their relationship to psychopathological and clinical variables. *Psychol Med* 1998;28(2):437-46.
47. Organisation Mondiale de la Santé (1977). *La schizophrénie: étude multinationale: résumé de la phase d'évaluation initiale de l'étude pilote internationale sur la schizophrénie*. Cahiers de santé publique, n°63, Genève, OMS, 164 pp.
48. Keshavan MS, Rabinowitz J, DeSmedt G, Harvey PD, Schooler N. Correlates of insight in first episode psychosis. *Schizophr Res* 2004;70(2-3):187-94.
49. Takai A, Uematsu M, Ueki H, Sone K, Kaiya H. Insight and its related factors in chronic schizophrenic patients: a preliminary study. *Eur J Psychiatry* 1992;6:159-70.
50. Kemp RA, Lambert TJ. Insight in schizophrenia and its relationship to psychopathology. *Schizophr Res* 1995;18(1):21-8.
51. Fennig S, Everett E, Bromet EJ, Jandorf L, Fennig SR, Tanenberg-Karant M, Craig TJ. Insight in first-admission psychotic patients. *Schizophr Res* 1996;22(3):257-63.
52. Young DA, Zakzanis KK, Bailey C, Davila R, Griese J, Sartory G, Thom A. Further parameters of insight and neuropsychological deficit in schizophrenia and other chronic mental disease. *J Nerv Ment Dis* 1998;186(1):44-50.
53. Rossell SL, Coakes J, Shapleske J, Woodruff PW, David AS. Insight: its relationship with cognitive function, brain volume and symptoms in schizophrenia. *Psychol Med* 2003;33(1):111-9.
54. McEvoy JP, Freter S, Merritt M, Apperson LJ. Insight about psychosis among outpatients with schizophrenia. *Hosp Community Psychiatry* 1993;44(9):883-4.
55. McEvoy JP, Schooler NR, Friedman E, Steingard S, Allen M. Use of psychopathology vignettes by patients with schizophrenia or schizoaffective disorder and by mental health professionals to judge patients' insight. *Am J Psychiatry* 1993;150(11):1649-53.
56. Lysaker P, Bell M. Insight and cognitive impairment in schizophrenia. Performance on repeated administrations of the Wisconsin Card Sorting Test. *J Nerv Ment Dis* 1994;182(11):656-60.
57. David A, van Os J, Jones P, Harvey I, Foerster A, Fahy T. Insight and psychotic illness. Cross-sectional and longitudinal associations. *Br J Psychiatry* 1995;167(5):621-8.
58. Lysaker P, Bell M. Work rehabilitation and improvements in insight in schizophrenia. *J Nerv Ment Dis* 1995;183(2):103-6.
59. McEvoy JP, Hartman M, Gottlieb D, Godwin S, Apperson LJ, Wilson W. Common sense, insight, and neuropsychological test performance in schizophrenia patients. *Schizophr Bull* 1996;22(4):635-41.
60. Flashman LA, McAllister TW, Andreasen NC, Saykin AJ. Smaller brain size associated with unawareness of illness in patients with schizophrenia. *Am J Psychiatry* 2000;157(7):1167-9.
61. Almeida OP, Levy R, Howard RJ, David AS. Insight and paranoid disorders in late life (late paraphrenia). *Int J Geriatr Psychiatry* 1996;11:653-8.
62. Collins AA, Remington GJ, Coulter K, Birkett K. Insight, neurocognitive function and symptom clusters in chronic schizophrenia. *Schizophr Res* 1997;27(1):37-44.
63. Lysaker PH, Bell MD, Bryson GJ, Kaplan E. Insight and interpersonal function in schizophrenia. *J Nerv Ment Dis* 1998;186(7):432-6.
64. Schwartz RC. Insight and illness in chronic schizophrenia. *Compr Psychiatry* 1998;39(5):249-54.
65. Schwartz RC. Symptomatology and insight in schizophrenia. *Psychological Reports* 1998;82:227-33.
66. Carroll A, Fattah S, Clyde Z, Coffey I, Owens DG, Johnstone EC. Correlates of insight and insight change in schizophrenia. *Schizophr Res* 1999;35(3):247-53.
67. 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(9):1712-4.
68. MacPherson R, Jerron B, Hughes A. Relationship between insight, educational background and cognition in schizophrenia. *Br J Psychiatry* 1996;168(6):718-22.
69. Laroi F, Fannemel M, Ronneberg U, Flekkoy K, Opjordsmoen S, Dullerud R, Haakonsen M. Unawareness of illness in chronic schizophrenia and its relationship to structural brain measures and neuropsychological tests. *Psychiatry Res* 2000;100(1):49-58.
70. McCabe R, Quayle E, Beirne AD, Anne Duane MM. Insight, global neuropsychological functioning, and symptomatology in chronic schizophrenia. *J Nerv Ment Dis* 2002;190(8):519-25.
71. Mintz AR, Addington J, Addington D. Insight in early psychosis: a 1-year follow-up. *Schizophr Res* 2004;67(2-3):213-7.
72. McEvoy JP, Apperson LJ, Appelbaum PS, Orlip P, Brecosky J, Hammill K, Geller JL, Roth L. Insight in schizophrenia. Its relationship to acute psychopathology. *J Nerv Ment Dis* 1989;177(1):43-7.
73. Eisen JL, Rasmussen SA, Phillips KA, Price LH, Davidson J, Lydiard RB, Ninan P, Piggott T. Insight and treatment outcome in obsessive-compulsive disorder. *Compr Psychiatry* 2001;42(6):494-7.
74. De Hert M, Wampers M, Kane J, Peuskens J. Remission criteria for schizophrenia evaluated in a large naturalistic cohort. Poster presented at the ECNP 2005, Amsterdam.
75. Smith TE, Hull JW, Israel LM, Willson DF. Insight, symptoms, and neurocognition in schizophrenia and schizoaffective disorder. *Schizophr Bull* 2000;26(1):193-200.
76. Smith TE, Hull JW, Santos L. The relationship between symptoms and insight in schizophrenia: a longitudinal perspective. *Schizophr Res* 1998;33(1-2):63-7.
77. Peralta V, Cuesta MJ. Lack of insight: its status within schizophrenic psychopathology. *Biol Psychiatry* 1994;36(8):559-61.
78. Moore O, Cassidy E, Carr A, O'Callaghan E. Unawareness of illness and its relationship with depression and self-deception in schizophrenia. *Eur Psychiatry* 1999;14(5):264-9.
79. Iqbal Z, Birchwood M, Chadwick P, Trower P. Cognitive approach to depression and suicidal thinking in psychosis. 2. Testing the validity of a social ranking model. *Br J Psychiatry* 2000;177:522-8.
80. Drake RJ, Pickles A, Bental RP, Kinderman P, Haddock G, Tarrier N, Lewis SW. The evolution of insight, paranoia and depression during early schizophrenia. *Psychol Med* 2004;34(2):285-92.
81. Amador XF, Friedman JH, Kasapis C, Yale SA, Flaum M, Gorman JM. Suicidal behavior in schizophrenia and its relationship to awareness of illness. *Am J Psychiatry* 1996;153(9):1185-8.
82. Schwartz RC, Smith SD. Suicidality and psychosis: the predictive potential of symptomatology and insight into illness. *J Psychiatry Res* 2004;38(2):185-91.
83. Schwartz RC, Petersen S. The relationship between insight and suicidality among patients with schizophrenia. *J Nerv Ment Dis* 1999;187(6):376-8.
84. Lysaker P, Bell M, Milstein R, Bryson G, Beam-Goulet J. Insight and psychosocial treatment compliance in schizophrenia. *Psychiatry* 1994;57(4):307-15.
85. Schwartz RC. Self-awareness in schizophrenia: its relationship to depressive symptomatology and broad psychiatric impairments. *J Nerv Ment Dis* 2001;189(6):401-3.
86. Vandendriessche F, Lecomte D, De Bleeker E, Janssen F, Peiskens J, De Hert M, Wampers M. La qualité de vie dans la psychose schizophrénique. *Neurone* 2006 (Suppl):11(1).
87. McEvoy JP, Howe AC, Hogarty GE. Differences in the nature of relapse and subsequent inpatient course between medication-compliant and noncompliant schizophrenic patients. *J Nerv Ment Dis* 1984;172(7):412-6.
88. Docherty JP, Grogg AL, Kozma C, Lasser R. Antipsychotic maintenance in schizophrenia: partial compliance and clinical outcome. Poster presented at the ACNP, 2002, San Juan, Puerto Rico.
89. Smith TE, Hull JW, Huppert JD, Silverstein SM, Anthony DT, McCloud JF. Insight and recovery from psychosis in chronic schizophrenia and schizoaffective disorder patients. *J Psychiatry Res*. 2004;38(2):169-76.
90. Julia D. The neurological basis for impaired insight in schizophrenia: a review of the research. <http://www.schizophrenia.com/insightbio.htm>
91. Kübler-Ross E (1998). *Accueillir la mort*. Rocher.
92. Buckley PF, Wirshing DA, Bhushan P, Pierre JM, Resnick SA, Wirshing WC. Lack of insight in schizophrenia: impact on treatment adherence. *CNS Drugs* 2007;21(2):129-41.
93. Aguglia E, De Vanna M, Onor ML, Ferrara D. Insight in persons with schizophrenia: effects of switching from conventional neuroleptics to atypical antipsychotics. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 2002;26(7-8):1229-33.
94. Gharabawi GM, Lasser RA, Bossie CA, Zhu Y, Amador X. Insight and its relationship to clinical outcomes in patients with schizophrenia or schizoaffective disorder receiving long-acting risperidone. *Int Clin Psychopharmacol* 2006;21(4):233-40.
95. 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(11):697.
96. Urioste R, Bossie C, Lasser R, Gharabawi G. Does constant therapy infer optimal efficacy in schizophrenia? Moving to an advanced pharmacotherapeutic option. Poster presented at the American Psychiatric Association 156th Annual Meeting, May 17-22, 2003, San Francisco, California.
97. Fernandez I, Peuskens J, Gillain B. *Projet ARTEH: Antipsychotique Retard Therapy Early during Hospitalisation. Stratégie thérapeutique par antipsychotiques de deuxième génération à action prolongée (ADGAP)*.
98. Bonsack CH, Conus PH, Philippoz R, Bovet J, Spagnoli J, Dufour H. La perception subjective de l'effet des neuroleptiques chez des patients schizophrènes ambulatoires: une étude transversale. *L'Encéphale* 1998, XXIV, IV:315-23.
99. Kemp R, David A. Psychological predictors of insight and compliance in psychotic patients. *Br J Psychiatry* 1996;169(4):444-50.

The work of the Belgian Discussion Board on AntiPsychotic Treatment is supported by an unrestricted educational grant from Janssen-Cilag.