

University of Groningen

## The subjective experience of negative symptoms

Selten, Jean-Paul Constant Jeroen

**IMPORTANT NOTE: You are advised to consult the publisher's version (publisher's PDF) if you wish to cite from it. Please check the document version below.**

*Document Version*

Publisher's PDF, also known as Version of record

*Publication date:*

1995

[Link to publication in University of Groningen/UMCG research database](#)

*Citation for published version (APA):*

Selten, J-P. C. J. (1995). *The subjective experience of negative symptoms*. s.n.

**Copyright**

Other than for strictly personal use, it is not permitted to download or to forward/distribute the text or part of it without the consent of the author(s) and/or copyright holder(s), unless the work is under an open content license (like Creative Commons).

The publication may also be distributed here under the terms of Article 25fa of the Dutch Copyright Act, indicated by the "Taverne" license. More information can be found on the University of Groningen website: <https://www.rug.nl/library/open-access/self-archiving-pure/taverne-amendment>.

**Take-down policy**

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

*Downloaded from the University of Groningen/UMCG research database (Pure): <http://www.rug.nl/research/portal>. For technical reasons the number of authors shown on this cover page is limited to 10 maximum.*

*Zuster Immaculata die al vier en dertig jaar  
verlamde oude mensen wast, in bed verschoont  
en eten voert,*

*zal nooit haar naam vermeld zien.*

*Maar elke ongewassen aap die met een bord: dat hij  
vóór dit, of tegen dat is, het verkeer verspert,  
ziet savonds reeds zijn smoel op de teevee.*

*Toch goed dat er een God is.*

*Gerard Reve, Verzamelde gedichten, 1973.*

## SAMENVATTING

### Inleiding

Dit proefschrift is een onderzoek naar de subjectieve beleving van negatieve symptomen bij schizofrenie. Negatieve symptomen zijn tekenen van verminderd psychisch functioneren. Emotionele vervlakking, spraakarmoede, apathie, slechte zelfverzorging en gebrek aan interesse voor sociale contacten zijn voorbeelden van negatieve symptomen. Het onderzoeksinstrument is een zelfbeoordelingsschaal, die drie aspecten van de subjectieve beleving beoogt te meten: besef van de aanwezigheid van deze symptomen, de mening van de patiënt over de oorzaken van deze symptomen, en de mate waarin de patiënt er onder lijdt. Discrepanties tussen de zelfbeoordeling (subjectieve scores) en de beoordeling door een psychiater ("objectieve" scores) zouden een maat kunnen zijn voor het ziektebesef voor negatieve symptomen.

Het proefschrift bestaat uit vijf delen. Het eerste deel biedt een overzicht van de bestaande literatuur over negatieve symptomen (hoofdstuk 1) en ziektebesef bij schizofrenie (hoofdstuk 2).

Het tweede deel is het verslag van een onderzoek naar de betrouwbaarheid van het instrument (hoofdstuk 3).

Het derde deel doet verslag van het hoofdonderzoek bij 86 schizofrene patiënten (hoofdstukken 4 t/m 10). De discrepantie tussen subjectieve en

"objectieve" scores bleek erg groot.

Om te onderzoeken of deze discrepantie specifiek was voor schizofrenie verrichtte ik een soortgelijk onderzoek bij patiënten met een ernstige depressie. Hiervan wordt verslag gedaan in het vierde deel van dit proefschrift (hoofdstuk 11). De bevindingen worden kritisch besproken in deel 5 (hoofdstuk 12).

### Hoofdstuk 1. Schizofrenie en negatieve symptomen

Het eerste hoofdstuk geeft een overzicht van de literatuur over negatieve symptomen. "Schizofrenie" is waarschijnlijk niet een duidelijk af te grenzen ziektebeeld, maar een verzamelnaam voor meerdere psychiatrische stoornissen, gekenmerkt door een aantal syndromen. De Britse psychiater Crow veronderstelde de aanwezigheid van twee syndromen, een positief en een negatief syndroom. Het positieve syndroom zou bestaan uit positieve symptomen, het negatieve syndroom uit negatieve symptomen. Wanen en hallucinaties zijn voorbeelden van positieve symptomen. Recent onderzoek van met name Liddle heeft aangetoond dat deze tweedeling geen recht doet aan de gecompliceerde werkelijkheid. Het positieve syndroom is heterogeen van samenstelling en valt uiteen in het werkelijkheidsvervalsings-syndroom ("reality distortion syndrome") en het desorganisatie-syndroom ("desorganisation syndrome"). Symptomen van het desorganisatie-syndroom zijn o.a. formele denkstoornissen, inadequaat affect en chaotisch gedrag. Het negatieve syndroom is bij nader onderzoek intern valide gebleken.

Desalniettemin stelde de Amerikaanse psychiater Carpenter een tweedeling voor in primaire en secundaire negatieve symptomen. Primaire negatieve symptomen zijn van onbekende oorzaak en van groot belang voor het schizofrenie-onderzoek, secundaire negatieve symptomen daarentegen worden verklaard door bekende oorzaken van verminderd functioneren: depressie, ontmoediging, het gebruik van psychofarmaca, sociaal isolement, positieve symptomen, zelfbeschermingsgedrag. Naar mijn mening is het onderscheid tussen beide soorten negatieve symptomen in de praktijk niet betrouwbaar te maken.

Het negatieve syndroom is op meerdere wijzen gevalideerd. Het negatieve syndroom is hardnekkiger dan het positieve syndroom en reageert minder goed op medicatie. In vergelijking met positieve symptomen zijn negatieve symptomen sterker geassocieerd met slecht premorbide functioneren, slechte schoolprestaties, slecht beroepsmatig functioneren, de aanwezigheid van abnormale onwillekeurige bewegingen en cognitieve dysfuncties. Indien

negatieve  
ongunstig  
negatieve  
prefrontale  
duidelijk  
de hersenen  
symptomen  
en dopa-  
precieze

### Hoofdstuk 2

Dit hoofdstuk  
heeft aandacht  
automatisering  
symptomen  
begrip ziekte  
van de aandoening  
stoornis. Het  
medewerkend  
dimensionaal  
uitsluitend  
voordoelen.

Zowel voor  
voor het  
ziektebeeld  
alleen, schizofrenie  
afweermiddel  
schizofrenie  
aanwendbaar  
gebeurtenis  
Loocheni  
stand. Gevoel  
lang bestaand  
dan ook

negatieve symptomen na de eerste episode blijven bestaan voorspellen ze een ongunstig beloop van de ziekte. Hulponderzoek heeft bij patiënten met negatieve symptomen een verminderde doorbloeding van de dorsolaterale prefrontale cortex aangetoond bij het uitvoeren van prefrontale taken. Een duidelijke relatie tussen negatieve symptomen en structurele afwijkingen van de hersenen is niet aangetoond. De oorzaken van primaire negatieve symptomen zijn onbekend. Dysfuncties van basale kernen, frontale kwabben en dopaminerge banen zijn in dit verband genoemd, maar inzicht in de precieze oorzaak intbreekt.

## Hoofdstuk 2. Schizofrenie en ziekte-inzicht

Dit hoofdstuk gaat over ziekte-inzicht bij schizofrene stoornissen. Onderzoek heeft aangetoond dat inzicht in het ene symptoom van schizofrenie niet automatisch betekent dat de patiënt ook inzicht heeft in het andere symptoom. Met andere woorden: ziekte-inzicht is modaliteits-specifiek. Het begrip ziekte-inzicht omvat bovendien tenminste twee dimensies: het besef van de aanwezigheid van de stoornis en de correcte attributie voor deze stoornis. Desgewenst kan men hier aan derde aan toevoegen: bereidheid tot medewerking aan de behandeling. Ziekte-inzicht is dus een multi-dimensioneel construct. Tenslotte is het van belang dat ziekte-inzicht niet uitsluitend aanwezig of afwezig kan zijn, maar zich in allerlei gradaties kan voordoen. De dimensies zijn dus geen dichotome maar continue grootheden.

Zowel organische als psycho-dynamische verklaringsmodellen zijn belangrijk voor het begrijpen van gestoord ziektebesef. Theorieën die gestoord ziektebesef verklaren op basis van psychologische afweermecanismen alleen, stuiten op belangrijke bezwaren: (i) Indien het gebruik van afweermecanismen de enige oorzaak was van gestoord ziektebesef bij schizofrenie, dan zou men verwachten dat patiënten dezelfde mechanismen aanwenden bij de verwerking van andere ernstige ziekten en traumatische gebeurtenissen. De klinische ervaring leert dat dit vaak niet het geval is. (ii) Loochening is geen sterk afweermecanisme en houdt meestal niet lang stand. Gestoord ziektebesef bij schizofrenie daarentegen blijft vaak een leven lang bestaan. (iii) Sommige symptomen zijn weinig reden tot schaamte. Er is dan ook relatief weinig reden om deze symptomen te loochenen.

model van Andreasen. Andreasen's model van ziekte-inzicht is gebouwd uit vijf dimensies: affectvervlaking, -algie (verarming van het



### Hoofdstuk 3. De Subjectieve Beleving van Negatieve Symptomen: een zelfbeoordelingsschaal

De zelfbeoordelingsschaal voor negatieve symptomen heet SENS (Subjective Experience of Negative Symptoms). De items van de SENS zijn ontleend aan de SANS (Scale for the Assessment of Negative Symptoms; Andreasen, 1989), een door psychiaters veel gebruikte schaal voor het meten van negatieve symptomen. De definities van SENS en SANS items zijn vrijwel identiek, opdat subjectieve en "objectieve" scores met elkaar vergeleken kunnen worden. Omdat veel patiënten niet in staat zijn om zelfstandig een vragenlijst in te vullen moet de SENS worden afgenomen in een vraaggesprek. Een interviewer stelt een voorgeschreven aantal vragen aan de patiënt en noteert diens antwoorden. De interviewer vraagt eerst of het symptoom aanwezig is. Hij vraagt bijvoorbeeld: "Hoeveel energie heeft U?" De patiënt kan dan kiezen uit vijf antwoorden die vermeld staan op een antwoordkaart: "heel weinig", "weinig", "gemiddeld", "veel", "heel veel". Als de patiënt het symptoom rapporteert door te antwoorden "weinig" of "heel weinig", stelt de interviewer aanvullende vragen. Vraag 2: "Hoe komt het dat u weinig energie heeft?". Het antwoord van de patiënt wordt verbatim genoteerd. Vraag 3a: Heeft U daar last of hinder van?" en bij een bevestigend antwoord vraag 3b: "Hoeveel last heeft u ervan?" De patiënt kan kiezen uit vijf antwoordcategorieën ("heel weinig", "weinig", "tamelijk veel", "veel", "heel veel"), vermeld op een tweede antwoordkaart.

De betrouwbaarheid van de SENS werd onderzocht bij 50 schizofrene patiënten. De interne consistentie van het instrument bleek hoog en de test-hertest betrouwbaarheid over een interval van vijf tot zeven dagen was ruim voldoende.

### Hoofdstuk 4. Vraagstelling van het onderzoek

Het onderzoek tracht een antwoord te geven op de volgende vragen: (1) Hoe groot is de discrepantie tussen de beoordeling van negatieve symptomen door een psychiater en de beoordeling door de schizofrene patiënt zelf? (2) Hoe veranderlijk is deze discrepantie in de tijd? (3) Is de grootte van de discrepantie voorspelbaar? De voorspellende waarde van een groot aantal variabelen zal worden onderzocht. (4) Welke verklaringen geven schizofrene patiënten voor hun negatieve symptomen? (5) In welke mate lijden ze er onder? (6) Is de ernst van het lijden voorspelbaar?

abnormale onwillekeurige bewegingen en cognitieve dysfuncties, hoewel

Hoof

De

Den

DSM

deel

86 p

44,4

dage

assis

Man

item

behu

schiz

breng

psych

een s

mijn

verple

voor

maand

Ve

beoor

Neder

ruim

voor

voor

voor

voor

Hoofd

Een v

sympto

negatie

structu

conseq

SANS

gecorre

modell

model

opgebo

**ve Symptomen:**

SENS (Subjective  
SENS zijn ontleend  
ptoms; Andreasen,  
r het meten van  
items zijn vrijwel  
elkaar vergeleken  
om zelfstandig een  
genomen in een  
antal vragen aan de  
raagt eerst of het  
energie heeft U?"  
held staan op een  
", "heel veel". Als  
"weinig" of "heel  
"Hoe komt het dat  
t wordt verbatim  
an?" en bij een  
?" De patiënt kan  
", "tamelijk veel",

bij 50 schizofrene  
hoog en de test-  
dagen was ruim

vragen: (1) Hoe  
symptomen door  
ent zelf? (2) Hoe  
grootte van de  
een groot aantal  
even schizofrene  
mate lijden ze er

**Hoofdstuk 5. Patiënten en methoden**

De patiënten waren opgenomen in het Psychiatrisch Centrum Rosenberg te Den Haag of in het Psychiatrisch Centrum Joris te Delft en voldeden aan de DSM-III-R criteria voor schizofrenie. Eenendertig patiënten weigerden deelname, meestal op basis van achterdocht. De onderzoeksgroep bestond uit 86 patiënten, 60 mannen en 26 vrouwen met een gemiddelde leeftijd van 44,4 jaar. De patiënten kregen twee gesprekken met een interval van 1-2 dagen. In het ene gesprek werd de SENS afgenomen door een onderzoeks-assistent. In het andere gesprek nam ik de volgende schalen af: de SANS, de Manchester scale, de Montgomery-Asberg beoordelingsschaal voor depressie, item 104 van de Present State Examination en item G12 van de PANSS. Met behulp van de Manchester schaal kan men de belangrijkste symptomen van schizofrenie (o.a. wanen en hallucinaties) in een kort tijdsbestek in kaart brengen. Het PSE item 104 en het PANSS item G12 meten het besef aan een psychiatrische aandoening te lijden. Verpleegkundigen vulden de REHAB in, een schaal voor de beoordeling van psychiatrische invaliditeit. Ik baseerde mijn scores voor negatieve symptomen mede op de REHAB scores van de verpleegkundigen, die de patiënt vaak goed kenden. De patiënten waren blind voor mijn scores en ik was blind voor de scores van mijn patienten. Na twee maanden werden alle metingen herhaald.

Voordat ik aan het onderzoek begon onderzocht ik mijn tussen-beoordelaarsbetrouwbaarheid met de psychiater die de SANS in het Nederlands heeft vertaald (dr.T.Kuipers). De mate van overeenstemming was ruim voldoende. Dit gold niet alleen voor de scores op de SANS, maar ook voor de overige instrumenten.

**Hoofdstuk 6. Analyse van de factorstructuur van de SANS**

Een vergelijking van subjectieve en "objectieve" scores voor negatieve symptomen mag niet blijven steken op itemniveau en moet het gehele negatieve syndroom omvatten. Daarom onderzocht ik de onderliggende structuur van het negatieve syndroom. Het zou immers belangrijke consequenties voor de dataverwerking hebben indien mocht blijken dat de SANS zou zijn opgebouwd uit meerdere factoren die onderling zwak gecorreleerd zijn. Met behulp van confirmerende factoranalyse werden twee modellen getoetst: (a) een unidimensioneel model en (b) het vijfdimensionele model van Andreasen. Andreasen veronderstelt dat het negatieve syndroom is opgebouwd uit vijf dimensies: affectvervlakking, alogie (verarming van het

denken), apathie (initiatiefverlies), asocialiteit-anhedonie, (verminderde belangstelling voor sociale contacten en onvermogen om van dingen te genieten), en aandachtstekort.

Deze modellen werden getoetst op twee groepen patienten: op de groep van het hoofdonderzoek (n=86) en op schizofrene patiënten in Assen (Psychiatrisch Centrum "Licht en Kracht") en Amsterdam (Academisch Medisch Centrum). Deze tweede groep (n=120) was onderzocht door de heer M.Appelo, psycholoog. Beide modellen bleken bij toetsing goed te voldoen.

Bij toetsing van het unidimensionele model bleken de items uit de subschaal aandachtstekort zwak te laden op de onderliggende factor. Het vijfdimensionele model voldeed significant beter. Deze resultaten waren bij beide groepen patiënten soortgelijk. De belangrijkste consequentie voor het onderzoek is dat bij een vergelijking van subjectieve en "objectieve" scores voor het negatieve syndroom de items voor het meten van aandachtsstoornissen moeten worden weggelaten.

#### **Hoofdstuk 7. Prevalentie en beloop van symptomen**

Aan een vergelijking tussen subjectieve en "objectieve" scores dient een onderzoek naar de prevalentie en het beloop van symptomen vooraf te gaan. Er was een grote spreiding in de REHAB scores. Alle gradaties van psychiatrische invaliditeit waren in de onderzoeksgroep vertegenwoordigd. Ongeveer de helft van de patiënten was psychotisch. Omdat bijna alle patiënten neuroleptica slikten moet een groot deel van de groep als therapieresistent worden beschouwd. Alle patiënten konden de vraag naar hun leeftijd correct beantwoorden, een opmerkelijk verschil met de bevindingen in Groot-Brittannië en de USA. Mijn scores voor symptomen, uitgebracht op het eerste en het tweede meetmoment, waren matig sterk tot sterk met elkaar gecorreleerd. Zelfbeoordelingen voor negatieve symptomen bleken over dit interval van twee maanden matig sterk gecorreleerd. De subjectieve beleving van negatieve symptomen lijkt dus nogal veranderlijk.

#### **Hoofdstuk 8. Relatie tussen subjectieve en "objectieve" scores voor negatieve symptomen**

In dit hoofdstuk tracht ik de eerste drie onderzoeksvragen te beantwoorden. De volgende aspecten van de relatie tussen subjectieve en "objectieve" scores voor negatieve symptomen werden onderzocht: overeenstemming, correlatie

en discrepantie. Het niveau van overeenstemming tussen subjectieve en "objectieve" scores was gering en bleek voor de meeste items statistisch niet significant. Patiënten bleken het voorkomen van vrijwel alle negatieve symptomen ernstig te onderschatten. Het enige symptoom dat ze vaak rapporteerden was "verminderde seksuele interesse en activiteit". Het symptoom dat ze het minst frequent rapporteerden was "slechte zelfverzorging en hygiëne".

Subjectieve en "objectieve" scores waren in zeer geringe mate aan elkaar gecorreleerd. Voor ieder item en voor iedere patiënt berekende ik een discrepantiescore, een maat voor het onderschatten van de ernst van negatieve symptomen. Wanneer patiënten een negatief symptoom niet rapporteerden werd bij de berekening van de discrepantiescore rekening gehouden met de ernst van het negatieve symptoom. Patiënten met ernstige negatieve symptomen kregen dan hogere discrepantiescores toegekend dan patiënten met lichte negatieve symptomen. Discrepantiescores werden voor alle items bij elkaar opgeteld opdat voor iedere patiënt op beide meetmomenten een Totale Discrepantie Score (TDS) beschikbaar was. De veranderlijkheid van TDS over een interval van twee maanden was matig. TDS op de meetmomenten 1 en 2 waren matig sterk aan elkaar gecorreleerd ( $r=.68$ ).

Met behulp van bivariate regressie-analyse werd aangetoond dat de hoogte van TDS positief geassocieerd was met de ernst van de negatieve symptomen, de hoogte van de REHAB-scores, de duur van de opname, en met de aanwezigheid van een ernstige vorm van schizofrenie (het Kraepeliniaanse type). Met behulp van multiële regressie-analyse werd aangetoond dat de combinatie van drie variabelen de omvang van de discrepantie het meest efficiënt voorspelde. De combinatie van hoge scores voor negatieve symptomen en angst en lage scores voor depressie voorspelde een hoge TDS.

### Hoofdstuk 9.      **Attributies voor negatieve symptomen bij schizofrenie**

In dit hoofdstuk tracht ik een antwoord te geven op de vierde onderzoeksvraag. Slechts weinig patiënten schreven negatieve symptomen toe aan een psychiatrisch probleem (2,8% van alle attributies bij de eerste meting). Het meest frequente antwoord op de vraag naar de oorzaak van het symptoom was: "Ik weet het niet" (20,0%). Vaak genoemde oorzaken waren psychofarmaca (6,7%), (andere) negatieve symptomen (bijv: "Ik doe weinig, omdat ik geen energie heb"; 10,5%), positieve symptomen (bijv: "De



stemmen ontnemen me iedere energie"; 5,4%), het verblijf in een psychiatrisch ziekenhuis (bijvoorbeeld: "Ik kan hier niet aan sex doen"; 3,2%) of andere externe factoren (9,7%). Soms werden negatieve symptomen als ego-syntoon beleefd ("Zo ben ik nou eenmaal"; 11,9%). De symptomen hadden soms een plaats gekregen binnen een waansysteem ("Ik ben God en heb geen tijd voor hobby's"). Slechts zelden werd gerapporteerd dat negatieve symptomen een plaats hadden gekregen in het kader van een zelfbeschermings-strategie (0,8%). Bij de tweede meting kwam een soortgelijk attributie-patroon naar voren.

#### **Hoofdstuk 10. Hinder en leed toegeschreven aan negatieve symptomen bij schizofrenie**

In dit hoofdstuk presenteer ik de antwoorden op de vijfde en zesde onderzoeksvraag. Wanneer patiënten gevraagd werd of het negatieve symptoom hinder of leed veroorzaakte was het antwoord vaker ontkennend dan bevestigend. Hoge scores voor de ernst van hinder en leed werden vooral toegekend aan items in de subschaal "apathie". Voor iedere patiënt werd een somscore voor hinder en leed berekend. Deze somscore was niet gerelateerd aan de ernst van de negatieve symptomen of aan de mate van psychiatrische invaliditeit. Uit multiële regressie-analyse kwam naar voren dat het meest efficiënte model voor de predictie van de somscore voor hinder en leed uit twee variabelen bestond. De combinatie van hoge scores voor depressie (Montgomery-Asberg beoordelingschaal voor depressie) en lage Totale Discrepantie Scores voorspelde een hoge somscore voor hinder en leed.

#### **Hoofdstuk 11. De subjectieve beleving van negatieve symptomen bij ernstige depressies: een vergelijking met schizofrenie**

De studie waarover ik rapporteerde in de hoofdstukken 4 t/m 10 gaf aanwijzingen voor een grote discrepantie tussen subjectieve en "objectieve" scores voor negatieve symptomen bij schizofrene patiënten. Maar de discrepantie bij schizofrene patiënten kan pas "groot" of "klein" worden genoemd als ze kan worden afgezet tegen een zelfde maat in een referentie-groep. Daarom besloot ik het onderzoek te herhalen bij patiënten met een depressie in engere zin (DSM-III-R criteria). Het betrof 20 patiënten die waren opgenomen in Psychiatrisch Centrum Bloemendaal of in Psychiatrisch Centrum Rosenburg. De negatieve symptomen bij deze depressieve patiënten



bleken ongeveer even ernstig als bij de schizofrene patiënten. De subjectieve beleving van deze symptomen was echter sterk verschillend. De gemiddelde Totale Discrepantie Score was bij de depressieve patiënten slechts half zo hoog als bij schizofrene patiënten. De gemiddelde somscore voor hinder en leed was drie keer zo hoog als bij schizofrene patiënten. Deze verschillen bleven significant na correctie voor verschillen tussen beide groepen in opnameduur, ziekte duur, ernst van negatieve symptomen en samenstelling qua geslacht. De depressieve patiënten zagen hun negatieve symptomen ook veel vaker als het gevolg van een psychiatrische stoornis (32,8% van alle attributies).

## Hoofdstuk 12. Beschouwing

Dit hoofdstuk is een kritische reflectie op de twee studies beschreven in de hoofdstukken 4 t/m 11. Tevens vergelijk ik de resultaten met de uitkomsten van eerdere studies, bespreek ik de consequenties voor theorie en praktijk en geef ik enkele aanbevelingen voor verder onderzoek.

**Patiënten:** De meeste schizofrene patiënten die aan het onderzoek deelnamen leden aan een ernstige vorm van de ziekte die langdurige opname noodzakelijk maakte. De subjectieve beleving van negatieve symptomen bij beter functionerende patiënten zou minder afwijkend kunnen zijn.

**Instrumenten:** De resultaten van het onderzoek ondersteunen de criteriumvaliditeit van de SENS. Deze vorm van validiteit blijkt uit het vermogen van het instrument om patiënten met een ernstige depressieve episode te onderscheiden van patiënten met een schizofrenie. De resultaten van het onderzoek bieden vooralsnog weinig aanknopingspunten voor de constructvaliditeit van het instrument. Toekomstig onderzoek zou dit type validiteit kunnen afleiden uit relaties tussen enerzijds de SENS en anderzijds neuropsychologische afwijkingen en het gebruik van het afweermecanisme loochenen.

**Bronnen van discrepantie:** De voornaamste bronnen van discrepantie tussen subjectieve en "objectieve" scores zijn informatie- en observatie-variantie. Informatie-variantie houdt in dat de patiënt en ik verschillend scoorden, doordat een ieder andere informatie tot zijn beschikking had. Observatie-variantie betekent dat wij dezelfde stimuli op verschillende wijze interpreterden.

Informatie-variantie kan een rol hebben gespeeld bij items die innerlijke gemoedstoestanden of sociale dysfuncties representeren, bijvoorbeeld de items "gevoelsarmoede" of "onvermogen om intimiteit en nabijheid te voelen". Ik stond hier voor het probleem dat ik me een oordeel moest vormen over zaken die zich geheel of gedeeltelijk aan mijn directe waarneming onttrokken. Mijn scores voor deze items kunnen enigszins zijn vertroebeld door gebrek aan valide informatie.

Discrepanties bij items die observeerbaar zijn voor zowel de patiënt als de psychiater, bijvoorbeeld spraakarmoede en lichamelijke inactiviteit, berusten echter voornamelijk op observatie-variantie. Zowel de zelfobservaties van de patiënt als mijn observaties kunnen door een reeks van factoren zijn beïnvloed. De scores van de patiënt zullen vooral zijn beïnvloed door gebrek aan ziektebesef en, wellicht, door de neiging om zich sociaal wenselijk te presenteren. Het grote aantal mannen dat seksuele dysfuncties rapporteerde pleit echter tegen de aanwezigheid van een sterke neiging om sociaal wenselijke antwoorden te geven.

Voorspelbaarheid van discrepantie: het model beschreven in hoofdstuk 8 hield in dat de combinatie van hoge scores voor negatieve symptomen en angst en lage scores voor depressie de meest efficiënte voorspelling opleverde voor een hoge Totale Discrepantie Score (TDS). Is dit model verenigbaar met plausibele hypothesen ter verklaring van gestoord ziektebesef? De twee meest plausibele hypothesen houden in dat ziektebesef wordt verstoord door respectievelijk (i) neuropsychologische dysfuncties, en (ii) defensief loochenen (afweer).

Welnu, de associatie tussen negatieve symptomen en TDS suggereert dat het besef van negatieve symptomen negatief geassocieerd is met hun ernst. Dit is verenigbaar met beide bovengenoemde hypothesen. Ernstige negatieve symptomen zijn immers geassocieerd met cognitieve dysfuncties die het vermogen tot oordelen van de patiënt negatief beïnvloeden. Ernstige negatieve symptomen vormen echter ook een bedreiging voor het gevoel van eigenwaarde en kunnen bij de patiënt sterke afweer mobiliseren.

De negatieve associatie tussen depressie en TDS kan betekenen dat inzicht tot depressie leidt. Het is ook mogelijk dat depressieve mensen zichzelf realistischer beoordelen dan niet-depressieve mensen (de "depressive realism hypothesis"). Het is niet aannemelijk dat de aanwezigheid van depressie het neuropsychologisch functioneren verbetert.

De positieve associatie tussen angst en TDS lijkt de afweerrhypothese te steunen. Men zou echter ook kunnen redeneren dat mensen die erin slagen om de onaangename werkelijkheid te loochenen dientengevolge minder

## REFERENCES

angstig zouden moeten zijn.

Het model is dus tot op zekere hoogte verenigbaar met de genoemde hypothesen over oorzaken van gestoord ziektebesef, maar geeft geen uitsluitsel over de vraag welke van de twee hypothesen de voorkeur verdient.

Attributies: patiënten gaven zelden correcte attributies voor negatieve symptomen. Dit lijkt voor een belangrijk deel te worden verklaard door onwetendheid over negatieve symptomen. Sommige attributies lijken een afweerfunctie te hebben.

Hinder en leed: schizofrene patiënten schreven veel minder leed toe aan negatieve symptomen dan depressieve patiënten. In navolging van Babinski zou men hier kunnen spreken van een "anosodiaphorie", een onverschilligheid ten opzichte van de "laesie".

Opmerkingen over enkele items: Aangezien subjectieve scores voor seksueel functioneren niet of nauwelijks samenhangen met opnameduur, ziekteduur of medicatiegebruik bestaat de mogelijkheid dat hyposexualiteit een symptoom is van een chronische schizofrenie. Hyposexualiteit komt ook voor bij temporale epilepsie. Aangezien er bij schizofrenie vaak anatomische afwijkingen worden gevonden in de temporale kwab, is de hyposexualiteit wellicht het gevolg van een temporale laesie. Het gebrekkige besef van slechte zelfverzorging bij schizofrenie wordt ook beschreven bij slechte zelfverzorging in het kader van een "neglect" syndroom in de neurologie.

Vergelijking met eerdere studies: alle tot op heden verrichte studies verschaften aanwijzingen voor een gestoord besef van negatieve symptomatologie. Gedetailleerde studies naar de subjectieve beleving van negatieve symptomen waren echter niet verricht. In eerdere studies over het seksuele functioneren van schizofrene patiënten werd ook gerapporteerd dat zij vaak een geringe seksuele interesse en activiteit aan de dag leggen.

Consequenties voor de theorievorming over schizofrenie: de uitkomsten van de studie verlenen steun aan de hypothese van Frith over een defect in metarepresentatie bij schizofrenie. Metarepresentatie is als volgt te begrijpen. U leest op dit moment een tekst. Op het moment dat u erbij stilstaat dat u aan het lezen bent, is er sprake van een representatie van een representatie, dus van metarepresentatie. Frith ziet een defect in metarepresentatie als de fundamentele stoornis bij schizofrenie. Een intacte metarepresentatie is waarschijnlijk afhankelijk van een goede samenwerking tussen de prefrontale cortex en hersendelen belast met de primaire representatie. De theorie lijkt

veelbelovend, doch behoeft nadere uitwerking.

Consequenties voor de klinische praktijk: bij de moeilijke differentiële diagnostiek tussen depressieve en negatieve syndromen verdient het aanbeveling om de drie aspecten van de subjectieve beleving te exploreren (besef, attributie, leed).

De belangrijkste implicatie voor de therapie is een waarschuwing: gering inzicht en geringe lijdensdruk kunnen van nadelige invloed zijn op revalidatie-programma's.

Psycho-educatie zou hier een nuttige rol kunnen vervullen. Het geringe besef van "slechte zelfverzorging en hygiëne" moet ook juridische consequenties hebben. Een patiënt die niet beseft hoezeer hij zichzelf verwaarloost kan niet in vrijheid oordelen en moet tegen zichzelf beschermd worden.

Suggesties voor verder onderzoek: toekomstige studies met de SENS zouden nadere informatie kunnen verschaffen over de neiging om sociaal wenselijke antwoorden te geven. Hoe sterk is deze neiging bij schizofrene patiënten? Het is ook wenselijk dat deze studies de relatie onderzoeken tussen enerzijds de subjectieve beleving van negatieve symptomen en anderzijds de aanwezigheid van bepaalde neuropsychologische stoornissen en het gebruik van bepaalde afweermechanismen.

Een belangrijke onderzoeksvraag is ook: heeft psycho-educatie een gunstig effect op de subjectieve beleving van negatieve symptomen?