

---

## SOUBORNÉ REFERÁTY

---

# Nedostatek náhledu a nonkompliance a jejich vzájemný vztah u schizofrenie

---

Češková E., Příkryl R., Kašpárek T., Kučerová H.

Psychiatrická klinika LF MU a FN Brno,  
přednostka prof. MUDr. E. Češková, CSc.

---

### SOUHRN

Nedostatek náhledu a nonkompliance jsou u schizofrenní poruchy časté. Na nedostatek náhledu lze pohlížet jako na primární projev onemocnění. Nedostatek náhledu je častý i u prvních epizod schizofrenie a po odeznění psychotické epizody má náhled tendenci se zvyšovat zvláště v průběhu prvního roku. Dostupné údaje ukazují, že nedostatek náhledu souvisí s kognitivním deficitem, nonkompliancí a problémy v sociální oblasti života nemocných. Možnosti ovlivnění nedostatku náhledu jsou malé, psychoedukace, kognitivně behaviorální psychoterapie nejsou příliš úspěšné, pozitivní vliv má spíše biologická léčba. Nonkomplianci lze ovlivnit hlavně správnou individuální volbou antipsychotika a spoluprací s nemocným a jeho nejbližšími.

**Klíčová slova:** schizofrenie, první epizoda, nedostatek náhledu, nonkompliance, volba léčby, psychoedukace.

### SUMMARY

**Češková E., Příkryl R., Kašpárek T., Kučerová H.: Lack of Insight, Non-compliance and Their Mutual Relations in Schizophrenic Disorder**

Lack of insight and non-compliance in schizophrenic patients are often observed. The lack of insight is considered to be a primary symptom of disease. It is also common in first – episode schizophrenia. After the psychotic episode a trend to improvement is seen, especially during the first year. Available data show that lack of insight is associated with cognitive deficit, non-compliance and insufficient social functioning. The possibilities to improve the lack of insight are scarce, psychoeducation and cognitive behavioral therapy are not very successful, positive effect can be rather observed with biological treatment. Non-compliance may be addressed by the right choice of antipsychotic drug and therapeutic alliance between the psychiatrists, patients and their relatives.

Key words: schizophrenic disorder, first-episode schizophrenia, lack of insight, non-compliance, choice of treatment, psychoeducation.

*Čes. a slov. Psychiat., 103, 2007, No. 7, pp. 336–340.*

---

### ÚVOD

Nedostatek náhledu onemocnění je častý a charakteristický příznak psychotické poruchy. Je různě definován a různě hodnocen. Náhled onemocnění je prezentován jako jedna z položek různých hodnotících škál pro stanovení přítomnosti a intenzity příznaků u schizofrenie, např. PANSS (Positive and Negative Syndrome Scale) [27], nebo je detailněji hodnocen jako multidimenzionální konstrukt řadou samostatných škál, např. SUMD (Scale to Assess Unawareness of Mental Disorders) [4], SAI (Schedule of Assessment of Insight) [17], BIS (Birchwood Insight Scale) [9].

Pro klinickou praxi je vhodná definice náhledu onemocnění, tak je i prezentována dvanáctou

položkou ve škále obecné psychopatologie škály PANSS: „Pacient si je vědom toho, že má psychické onemocnění, je si vědom sociálních dopadů svého stavu a potřeby léčby“. V rámci této škály je možné hodnocení 0 – 7, tj. plný náhled až chybění náhledu.

Pokud se týká příčin nedostatku náhledu onemocnění, dominující jsou v popředí dvě extrémně postavené teorie: nedostatek náhledu onemocnění jako důsledek funkčně strukturální mozkové patologie nebo důsledek psychologické obrany [32, 47]. Pravděpodobná eventualita může spočívat v kombinaci těchto faktorů a v dynamice jejich vzájemného podílu v průběhu onemocnění.

V současné době převažuje názor, že nedostatek náhledu nemoci u schizofrenní poruchy je primárním projevem onemocnění. Nedostatek náhledu se

může týkat řady příznaků a také například tardivních dyskinez [5, 6, 7]. Někteří autoři srovnávají nedostatek náhledu s anosognozí u neurologických nemocí.

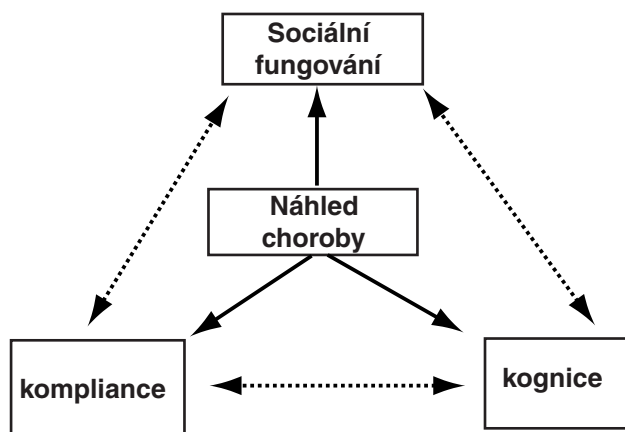
## VÝSKYT

Popírání nemoci psychotickými nemocnými je známo tak dlouho jak nemoc sama. Nedostatek náhledu je nepochybně jeden z nejčastějších příznaků schizofrenie. Dle nedávno provedeného přehledu 50-80 % nemocných trpících schizofrenií poruchou nemá náhled nemoci a toto procento zůstává dlouhodobě stabilní [16].

## KLINICKÝ VÝZNAM

Nedostatek náhledu má značný klinický význam. Je spojován s horší prognózou onemocnění [18], nonkompliancí [41], narušením kognitivních funkcí [3], zejména exekutivní prefrontální dysfunkcí [19, 15, 30]. Spojen bývá také s psychopatologickými fenomény, negativními příznaky [37], snížením celkového objemu mozku nebo prefrontální oblasti [21, 22, 43, 46]. Některé rozdílné výsledky jsou nepochybně dány heterogenitou souborů (délka onemocnění, příznivý či nepříznivý průběh, perzistující příznaky) a metodikou měření náhledu. Spojení mezi nedostatkem náhledu a nonkompliancí je časté zvláště u nemocných se špatnou prognózou [44].

Nedostatek náhledu, kognitivní deficit, nonkompliance a sociální inkompetence spolu vzájemně souvisí (přímo i nepřímo) a charakterizují nemocného se špatnou prognózou [schéma 1].



**Schéma 1.** Vzájemné vztahy mezi náhledem choroby, kompliancí, kognicí a sociálním fungováním.

## NEDOSTATEK NÁHLEDU U PRVNÍCH EPIZOD SCHIZOFRENIE

Relativně málo studií se zabývá problematikou nedostatku náhledu onemocnění u této specifické populace nemocných. Rozmezí výskytu je nepochybně širší než u dlouhodobě nemocných. Nedostatek náhledu u 1. epizod se pohybuje dle dostupných údajů v rozmezí 40-88 % [10, 20, 28, 45]. Tato větší variabilita je do určité míry dána dobou, kdy míru náhledu měříme a samozřejmě jeho dynamikou. Nejvyšší absence náhledu je nepochybně při akutní psychotické epizodě, nižší na konci akutní léčby nebo v dalším průběhu. V našem souboru byl nedostatek náhledu nejčastějším pozorovaným příznakem při přijetí v rámci první hospitalizace pro první epizodu schizofrenie (u 88 %) a při propuštění z indexové hospitalizace (56 %) po 6 týdnech [10].

V průměru se nedostatek náhledu po odeznění 1. psychotické epizody zmírňuje, v tomto se údaje shodují [20, 34, 35], nejvíce v průběhu prvního roku po proběhlé první epizodě [45]. Tento fakt souvisí s předpokladem, že období po odeznění první psychotické epizody je kritické v řadě aspektů pro další průběh. Významnější roli může hrát popření závažného onemocnění a teprve v dalším průběhu je nedostatek náhledu spíše spojen s horším průběhem, kognitivním deficitem a eventuálně se strukturální regionální alterací mozku.

Nedostatek náhledu u 1. epizod byl spojen se zvýšeným počtem suicidálních pokusů před přijetím a přítomností deprese na začátku léčby [35]. Dále byl zjištěn signifikantní vztah s pozitivními, negativními i obecnými příznaky a kognitivním deficitem [28]. Nedávno publikovaná kvantitativní meta-analýza studií publikovaných v anglickém jazyce ukázala mírný negativní vztah s pozitivními a negativními příznaky a malý pozitivní vztah s depresivními příznaky, nicméně na signifikantní úrovni [33, 34].

## NONKOMPLIANCE (NONADHERENCE)

Nonkompliance je multifaktoriální (interakce řady vlivů) fenomén, vysoce významný pro prognózu. Dle starší studie 40 % nemocných se schizofrenií nemá náhled onemocnění [13], dle novějšího přehledu je toto číslo téměř identické [29].

Na základě analýzy 39 publikací zabývajících se touto problematikou byla nonadherence ne zcela konzistentně spojena s nedostatkem náhledu, negativním postojem nebo negativní subjektivní reakcí na medikaci, předchází nonadherenci, špatnou terapeutickou aliancí, abúzem, kratším trvá-

ním choroby, nedostatečným zajištěním léčby po propuštění [29]. Zajímavé byly v této souvislosti subjektivní důvody nemocných. Patřily k nim problémy při přijetí, pochybnosti o užitečnosti léčby a nedostatek náhledu choroby. Důležitý byl vztah k lékaři a zdravotnímu personálu a postoje důležitých neblížších osob k léčbě [31].

### Nonkompliance u prvních epizod

Jde o problém častý, nemocní odmítají antipsychotika, lékař netrvá na léčbě. Coldham [11] udává u prvních epizod schizofrenie první rok 39 % nonkompliantních (a 20 % částečně) nemocných, Kamali [25] udává jednu třetinu po 6 měsících. Nonkompliance byla spojena s výraznými pozitivními příznaky, nedostatkem náhledu onemocnění, negativním postojem k léčbě během akutní fáze a dále abúzem návykových látek [11, 25, 26, 38]. Náhled a postoje k léčbě během první akutní epizody schizofrenie jsou významnými determinanty compliance [36]

Je známo, že podobně jako u chronické schizofrenie, je i u prvních epizod vysazení medikace nejvýznamnější prediktor relapsů [42]. Dvě velké kontrolované studie staršího data ukazují, že relapsy se u nemocných bez aktivní léčby v průběhu jednoho roku po první epizodě vyskytují u více než 60 %, ve srovnání s 46 % na udržovací antipsychotické léčbě [14, 24]. Novější otevřená prospektivní studie ukazuje, že záleží na použité definici relapsu. Pokud byl tento definován na úrovni zhoršení symptomatiky, došlo po jednom roce k relapsu u 78 %, pokud bylo kritérium rehospitalizace, pak u 13 % [23].

### Ovlivnění nedostatku náhledu a nonkompliance

Zatímco co nonkomplianci lze redukovat bezprostředně optimální individuální volbou antipsychotika a vhodnými intervenčními strategiemi, ovlivnění náhledu se jeví jako problematické. Vzhledem k tomu, že postoje k léčbě při akutní léčbě predikují compliance po roce, může být úspěšná a dobře snášená léčba klinicky relevantním nástrojem pro ovlivnění nonkompliance [39].

Psychoedukace nedostatek náhledu významněji neovlivnila [40]. Dle některých autorů psychoedukace může zvýšit nedůvěru, podezřívavost a může dokonce škodit, protože není účinná, kompromituje terapeutickou alianci a zvyšuje izolaci nemocného [1].

Kognitivně behaviorální terapie a tzv. compliance terapie významněji nezmírnily nedostatek náhledu pokud byly aplikovány jako přídatná léčba ke standardní farmakoterapii, nesnížily významně výskyt relapsů a rehospitalizací [8, 12, 39]. Úspěšnější byly přístupy zvyšující motivaci. Zlepšení nedostatku náhledu bylo naopak zrna-

menáno při antipsychotické léčbě a změně typických antipsychotik na atypická [2].

---

## ZÁVĚRY

---

Nedostatek náhledu je velmi častý a závažný příznak schizofrenní poruchy, klinicky relevantní. Je spojován s nonkompliancí, kognitivním deficitem, problémy v sociální oblasti, špatnou prognózou. Zatímco nonkomplianci může ovlivnit individuální volba léčby, ovlivnění nedostatku náhledu je obtížnější. Na základě dostupných údajů není psychoedukace v tomto směru příliš účinná.

*Podpořeno výzkumným záměrem MSMT 0021622404.*

---

## LITERATURA

---

1. **Abadi, S.:** Psychoeducation and schizophrenia: failure of education. *Verte*, 16, 2005, pp. 85-88.
2. **Aguglia, E., De Vanna, M., Onor, M. L., Ferrara, D.:** Insight in persons with schizophrenia: effects of switching from conventional neuroleptics to atypical antipsychotic. *Prog. Neuropsychopharmacol. Biol. Psychiatry*, 26, 2002, pp. 1229-1233.
3. **Aleman, A., Agrawal, N., Morgan, K. D., David, A. S.:** Insight in psychosis and neuropsychological function. Meta-analysis. *Br. J. Psychiatry*, 189, 2004, pp. 204-212.
4. **Amador, X. F., Strauss, D., Yale, S. et al.:** Assessment of insight in psychosis. *Am. J. Psychiatry*, 150, 1993, pp. 873-879.
5. **Amador, X. F., Flaum, M., Andreasen, N. C. et al.:** Awareness of illness in schizophrenia and schizoaffective and mood disorders. *Arch. Gen. Psychiatry*, 51, 1994, pp. 826-836.
6. **Amador, X. F., David, A. S. (eds.):** Insight and psychosis: Awareness of illness in schizophrenia and related disorders (2nd ed.). Oxford University Press, Oxford, 2004.
7. **Arango, C., Adami, H., Sherr, J. D. et al.:** Relationship of awareness of dyskinesia in schizophrenia to insight into mental illness. *Am. J. Psychiatry*, 156, 1999, pp. 1097-1099.
8. **Berly, M. J., Fischer, R., Carmody, T., Rush, A. J.:** A trial of compliance therapy in outpatients with schizophrenia or schizoaffective disorder. *J. Clin. Psychiatry*, 66, 2005, pp. 997-1001.
9. **Birchwood, M., Smith, J., Drury, V. et al.:** A self-report insight scale for psychosis: reliability, validity and sensitivity to change. *Acta Psychiatr. Scand.*, 89, 1994, pp. 62-67.
10. **Češková, E., Příkryl, R., Kašpárek, T., Kučerová, H. et al.:** Psychopathology and treatment responsiveness of patients with first-episode schizophrenia. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 1, 2005, pp. 179-185.
11. **Coldham, E. L., Addington, J., Addington, D.:** Medication adherence of individuals with a first episode of psychosis. *Acta Psychiatr. Scand.*, 106, 2002, pp. 286-290.
12. **Cormac, I., Jones, C., Campbell, C.:** Cognitive behaviour therapy for schizophrenia. *Cochrane Database Syst. Rev.*, 2002, CD000524.
13. **Cramer, J. A., Rosenheck, R.:** Compliance with medication regimens for mental and physical disorders. *Psychiatr. Serv.*, 49, 1998, pp. 196-201.
14. **Crow, T. J., MacMillan, J. F., Johnson, A. L., Johnstono-**

- ne, E. C.: A randomised controlled trial of prophylactic neuroleptic treatment. *Br. J. Psychiatry*, 148, 1986, pp. 120-127.
15. **Cuesta, M. J., Peralta, V., Zarzuela, A., Zandio, M.:** Insight dimensions and cognitive function in psychosis: a longitudinal study. *BMC Psychiatry*, 31, 2006, p. 26.
  16. **Dam, J.:** Insight in schizophrenia: a review. *Nord. J. Psychiatry*, 60, 2006, pp. 114-20.
  17. **David, A. S.:** Insight and psychosis. *Br. J. Psychiatry*, 156, 1990, pp. 798-808.
  18. **David, A., van Os, J., Jones P. et al.:** Insight and psychotic illness. Cross-sectional and longitudinal associations. *Br. J. Psychiatry*, 167, 1995, pp. 621-628.
  19. **Drake, R. J., Lewis, S. W.:** Insight and neurocognition in schizophrenia. *Schizophr. Res.*, 62, 2003, pp. 165-173.
  20. **Fenning, S., Everest, E., Bromet, E. J. et al.:** Insight in first-admission psychotic patients. *Schizophr. Res.* 22, 1996, pp. 257-263.
  21. **Flashman, L. A., McAllister, T. W., Andreasen, N. C., Saykin, A. J.:** Smaller brain size associated with unawareness of illness in patients with schizophrenia. *Am. J. Psychiatry*, 157, 2000, pp. 1167-1169.
  22. **Flashman, L. A., McAllister, T. W., Johnson, S. C. et al.:** Specific frontal lobe sub-regions correlated with unawareness of illness in schizophrenia: a preliminary study. *J. Neuropsychiatry Clin. Neurosci.* 13, 2001, pp. 255-257.
  23. **Gitlin, M., Nuechterlein, K., Subotnik, K. L. et al.:** Clinical outcome following neuroleptic discontinuation in patients with remitted recent-onset schizophrenia. *Am. J. Psychiatry*, 158, 2001, pp. 1835-1842.
  24. **Hogarty, G. E., Ulrich, R. F.:** The limitations of anti-psychotic medication on schizophrenia relapse and adjustment and the contributions of psychosocial treatment. , 32, 1998, pp. 243-250.
  25. **Kamali, M., Kelly, B. D., Clarke, M. et al.:** A prospective evaluation of adherence to medication in first-episode schizophrenia. *Eur. Psychiatry*, 21, 2006, pp. 29-33.
  26. **Kampman, O., Laippala, P., Vaananen, J. et al.:** Indicators of medication compliance in first-episode psychosis. *Psychiatry Res.*, 110, 2002, pp. 39-48.
  27. **Kay, S., Fiszbein, A., Opler, L. A.:** The positive and negative syndrome scale. *Schizophr. Bull.*, 13, 1987, pp. 261-276.
  28. **Keshavan, M. S., Rabinowitz, J., Desmedt, G. et al.:** Correlates of insight in first- episode psychosis. *Schizophr. Res.* 70, 2004, pp. 187-194.
  29. **Lacro, J. P., Dunn, L. B., Doder, C. R. et al.:** Prevalence of and risk factors for medication nonadherence in patients with schizophrenia: a comprehensive review of recent literature. *J. Clin. Psychiatry*, 63, 2002, pp. 892-909.
  30. **Lysaker, P. H., Lancaster, R. S., Daviw, L. W., Clements, C. A.:** Patterns of neurocognitive deficits and unawareness of illness in schizophrenia. *J. Nerv. Ment. Dis.*, 191, 2003, pp. 38-44.
  31. **Loffler, W., Kilian, R., Toumi, M., Angermeyer, M. C.:** Schizophrenia patients subjective reasons for compliance and noncompliance with neuroleptic treatment. *Pharmacopsychiatry*, 36, 2003, pp. 105-113.
  32. **McGorry, P. D., McConville, S. B.:** Insight in psychosis: an elusive target. *Compr. Psych.*, 40, 1999, pp. 131-42.
  33. **Mintz, A. R., Dobson, K. S., Romney, D. M.:** Insight in schizophrenia: a meta-analysis. *Schizophr. Res.*, 61, 2003, pp. 75-88.
  34. **Mintz, A. R., Addington, J., Addington, D.:** Insight in early psychosis: a 1-year follow-up. *Schizophr. Res.* 67, 2004, pp. 213-217.
  35. **Morgan, K. D., Tarrant, J., Dazzan, P. et al.:** Poor insight, diagnosis, symptoms and mode of admission in AESOP first-onset study. *Schizophr. Res.* 58, 2002, p. 48.
  36. **Mutsatsa, S. H., Joyce, E. M., Hutton, S. B. et al.:** Clinical correlates of early medication adherence: West London first episode schizophrenia study. *Acta Psychiatr. Scand.*, 108, 2003, pp. 439-446.
  37. **Nakano, H., Terao, T., Iwata N. et al.:** Symptomatological and cognitive predictors of insight in chronic schizophrenia. *Psychiatry Res.*, 30, 2004, pp. 65-72.
  38. **Novac-Grubic V., Tavcar R.:** Predictors of noncompliance in males with first-episode schizophrenia, schizophreniform and schizoaffective disorder. *Eur. Psychiatry*, 17, 2002, pp. 148-154.
  39. **O Donnell, C., Donhoe, G., Sharkey, L. et al.:** Compliance therapy: a randomised controlled trial in schizophrenia. *BMJ*, 327, 2003, p. 834.
  40. **Pekkala, E., Merinder, L.:** Psychoeducation for schizophrenia. *Cochrane Database Syst. Rev.* 2002, CD002831.
  41. **Perkins, D. O.:** Predictors of noncompliance in patients with schizophrenia. *J. Clin. Psychiatry*, 63, 2002, pp. 1121-1128.
  42. **Robinson, D. G., Woerner, M. G., Alvir, J. M. et al.:** Predictors of treatment response from a first episode of schizophrenia or schizoaffective disorder. *Am. J. Psychiatry*, 156, 1999, pp. 544-549.
  43. **Rossell, S. L., Coakes, J., Shapleske, J. et al.:** Insight: its relationship with cognitive function, brain volume and symptoms in schizophrenia. *Psychol. Med.* 33, 2003, pp. 111-119.
  44. **Rusch, N., Corrigan, P. W.:** Motivational interviewing to improve insight and treatment adherence in schizophrenia. *Psychiatr. Rehabil. J.*, 26, 2002, pp. 23-32.
  45. **Saeedi, H., Addington, J., Addington, D.:** The association of insight with psychotic symptoms, depression and cognition in early psychosis: A 3-year follow-up. *Schizophr. Res.*, 89, 2007, pp. 123-128.
  46. **Sapara, A., Cooke, M., Fannon, D. et al.:** Prefrontal cortex and insight in schizophrenia: A volumetric MRI study. *Schizophr. Res.*, 89, 2007, pp. 22-34.
  47. **Startup, M.:** Insight and cognitive deficits in schizophrenia: evidence for a curvilinear relationship. *Psychol. Med.* 26, 1996, pp. 1277-281.

*Prof. MUDr. Eva Češková, CSc.  
Psychiatrická klinika LF MU a FN Brno  
Jihlavská 20  
625 00 Brno  
e-mail: eceska@med.muni.cz*