

O *Insight* nos Doentes Esquizofrénicos - Instrumentos de Avaliação

Sandra Almeida*; António Gamito**; Teresa Maia Correia***

Resumo:

É conhecido que os doentes esquizofrénicos apresentam um *insight* pobre relativamente à sua doença. Existem vários estudos que sugerem que este *insight* pobre está etiologicamente relacionado com os défices neuropsicológicos da esquizofrenia e que prediz a adesão ao tratamento e o prognóstico da doença a longo prazo. Os autores apresentam a adaptação portuguesa de duas escalas de avaliação do *Insight*: a SMUD e a ITAQ.

Palavras-chave: *Insight*; Esquizofrenia; Escalas de avaliação

ABSTRACT:

It is frequently reported that schizophrenic patients have poor insight into their illness. Previous research has suggested that poor insight has a neuropsychological aetiology and it may be a predictor of the patient's compliance with treatment plans and long-term outcome. The authors present the portuguese adaptation of two scales for Insight assessment: SMUD and ITAQ.

Key words: *Insight*; Schizophrenia; Assessment scales.

INTRODUÇÃO:

Definição do conceito

É consensual em psiquiatria que a Esquizofrenia é uma doença psiquiátrica que afecta as funções mentais e que a medicação antipsicótica reduz a psicopatologia na maioria dos casos. No entanto, aquilo que observamos na nossa prática clínica é que estes doentes não reconhecem que estão doentes, recusam-se a ser internados nas

exacerbações da doença e negam a necessidade de tomar a medicação.

No nosso trabalho clínico com doentes esquizofrénicos, a negação da doença é tão comum que se torna parte integrante do nosso conceito da doença. Afecta a relação terapêutica e a relação com os familiares no sentido em que os doentes não concordam com as bases do tratamento. Todavia, é frequente o doente aceitar passivamente o tratamento para uma doença que não acredita ter. É esta falta de conhecimento da doença que na literatura é frequentemente descrita como "Falta de *Insight*" ou "*Insight* pobre"^{1,2,3}.

Nos últimos anos o *insight* tem sido definido como um fenómeno complexo e multidimensional. No início dos anos noventa, David sugeriu que o *insight* apresentava pelo menos três dimensões: o conhecimento da doença, a capacidade de descrever as experiências psicóticas como anormais e a adesão ao tratamento⁴.

Posteriormente, esta concepção foi desenvolvida por Xavier Amador que referiu que os pacientes poderiam ter *insight* para alguns sinais e sintomas da doença e não para outros e que para além disso poderiam aceitar os sintomas mas dar "atribuições" erradas, ou seja, explicações incorrectas sobre a sua origem. Este autor distingue também entre o "*insight* retrospectivo" e "*insight* actual" relativamente à diferente sintomatologia. Deste modo, na escala de avaliação do *Insight* que desenvolveu (SMUD), este contempla o *insight* retrospectivo e actual sobre: o conhecimento da

doença mental, a necessidade de tratamento, as consequências da doença mental e o conhecimento sobre os vários sinais e sintomas da doença^{5,6}.

Estudos de prevalência e de *outcome*

Sabemos que na prática clínica é comum observarmos doentes esquizofrênicos que não reconhecem a doença, mas qual será a sua prevalência? Será um sinal específico na esquizofrenia? Terá validade prognóstica?

Alguns estudos^{7,8} apontam para uma prevalência em doentes esquizofrênicos de 81-89%. A falta de *insight* é descrita como o sinal mais comumente observado nestes doentes. São estudos multiculturais o que sugere que a falta de *insight* não é simplesmente resultado de factores sócio-culturais e/ou educacionais.

Existem estudos que comprovam que a falta de *insight* não é específica da esquizofrenia sendo, no entanto, mais frequente nesta e na doença bipolar com sintomas psicóticos do que em outras psicoses, nos episódios agudos^{9,10,11}. Geralmente melhora com a sucessão dos episódios¹². Assim, os doentes com primeiro episódio psicótico têm menos *insight* do que aqueles com múltiplos episódios¹³.

Não será, portanto, difícil conceptualizar que os doentes que melhor reconhecem a doença apresentam uma maior adesão à medicação prescrita e aos cuidados de saúde, estando o grau de *insight* directamente relacionado com adesão e resposta ao tratamento^{14,15,16}.

Para além da adesão à medicação comprovou-se,

posteriormente, que existia uma relação estatisticamente significativa entre o *insight* e as variáveis de *outcome*. Um melhor reconhecimento da doença leva a menos reinternamentos e a um melhor prognóstico a longo prazo^{17,18}.

Relação com a psicopatologia

Os dados são menos concordantes relativamente à relação entre o grau de *insight* e a gravidade da psicopatologia. Amador encontrou uma associação significativa com a gravidade dos sintomas positivos⁹. No entanto estes dados não foram replicados. Tendencialmente os estudos apontam para que nem os sintomas positivos nem os sintomas negativos da doença estejam correlacionados com o grau de *insight*^{19,20,21}.

Este parece estável ao longo do tempo²², assim como os défices neuropsicológicos da doença. Alguns autores encontraram resultados estatisticamente significativos entre o *insight* e a disfunção neurocognitiva nos doentes esquizofrênicos, nomeadamente no que diz respeito à memória de trabalho, função executiva e quociente de inteligência^{23,24,25,26,27}.

Considerações Etiológicas

A hipótese etiológica mais consensual e com resultados científicos mais unânimes tem sido a de Xavier Amador e Gorman²⁸. Estes autores consideraram que a falta de *insight* nos doentes esquizofrênicos teria uma base neurobiológica semelhante a síndrome de Anosognózia observada na disfunção orgânica do lobo frontal, descrita pela primeira vez por Babinski²⁹.

Os doentes anosognósticos apresentam uma falta de reconhecimento de um défice físico, geralmente

uma hemiplegia ou hemianópsia consequentes de uma lesão cerebral orgânica. Gerstmann apresenta a seguinte descrição: "*The hemiplegia is usually on the left side of the body. The patients behaves as though he knew nothing about his hemiplegia, as though it had not existed, as though his paralysed limbs were normal, and insists that he can move them and walk as well as he did before*" [Gerstmann 1942, pp. 891-892].

A falta de reconhecimento da incapacidade física seria resultado de uma alteração neuroanatómica que deixaria o doente incapaz de reconhecer os sinais da doença. Esta lesão neuroanatómica seria preferencialmente do hemisfério direito e do lobo frontal³⁰. Esta falta de insight é muito semelhante àquela observada nos doentes esquizofrénicos e curiosamente os estudos de imagem na esquizofrenia (quer estruturais quer funcionais) apontam para a afectação das mesmas áreas cerebrais. Estudos adicionais estarão indicados para observar qual a implicação da disfunção do lobo frontal na expressão clínica da falta de *insight*.

INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO:

Existem várias escalas de avaliação do insight. As mais utilizadas na literatura são a ITAQ e a SMUD.

A ITAQ (The Insight and Treatment Attitudes Questionnaire) foi desenvolvida por Mc Evoy e colaboradores¹⁹ em 1989. É um questionário simples, com onze itens que avalia de uma forma geral: o reconhecimento da doença mental, a necessidade de cuidados de saúde e de tratamento.

A SMUD (Scale to Assess Unawareness of Mental Disorder) foi desenvolvida posteriormente, em 1993, por Xavier Amador e colaboradores⁵. É

uma escala em forma de questionário, mais complexa e multidimensional. Apresenta uma sub-escala geral de avaliação do reconhecimento da doença e da necessidade de tratamento e outra subescala mais específica que avalia o *insight* para os diversos sintomas positivos e negativos da esquizofrenia e as atribuições (explicações) que o doente dá a cada um desses sintomas, para além de avaliar o *insight* actual e retrospectivo para cada um dos itens. Esta escala está sobretudo direccionada para doentes com esquizofrenia.

Porque achamos que deve fazer parte da nossa prática clínica avaliar o grau de reconhecimento da doença de forma sistemática e porque temos em curso, no nosso serviço, um estudo relacionado com este tema, apresentamos neste artigo a adaptação portuguesa destas duas escalas (em anexo). Estas escalas de avaliação foram adaptadas a partir das escalas originais, nomeadamente a ITAQ que se encontra no artigo "Insight in Schizophrenia. Its Relationship to Acute psychopathology" J. Nerv.Ment. Disease. Vol.177 nº1: 43-47 de McEvoy J. et al (1989) e a SMUD no artigo "Assessment of Insight in Psychosis" Am J Psychiatry 150(6): 873- 879 por Amador F. Xavier et al (1993). A tradução foi efectuada da língua inglesa para a língua portuguesa e aferida a tradução portuguesa novamente para a língua inglesa. Não foram encontradas dificuldades de tradução no que diz respeito ao conteúdo nem à forma linguística do texto.

Propomo-nos posteriormente, realizar a validação semântica e o estudo de fiabilidade para a nossa população.

QUESTIONÁRIO SOBRE O *INSIGHT* E ATITUDES FACE AO TRATAMENTO
(INSIGHT AND TREATMENT ATTITUDES QUESTIONNAIRE)

ITAQ

McEvoy J. et al (1989) "Insight in Schizophrenia. Its Relationship to Acute psychopathology" J. Nerv.Ment. Disease.

Vol.177 nº1: 43-47

Adaptado pelo Serviço de Psiquiatria, Hospital Fernando Fonseca, 2003

Identificação do doente:

Data:

	Bom <i>Insight</i> 2	<i>Insight</i> parcial 1	Sem <i>Insight</i> 0
1. Na altura da entrada neste hospital, tinha algum problema mental (nervos, preocupações) diferente do das outras pessoas? Explicação			
2. Na altura da entrada, necessitava de vir a este hospital? Explicação			
3. Neste momento, tem problemas mentais (nervos, preocupações)? Explicação			
4. Neste momento, precisa de estar neste hospital? Explicação			
5. Depois de ter alta, é possível que possa ter problemas mentais (nervos, preocupações) outra vez? Explicação			
6. Depois de ter alta, acha que necessita de um seguimento (cuidados) por parte de um psiquiatra (Centro de Saúde Mental)? Explicação			

	Bom <i>Insight</i> 2	<i>Insight</i> parcial 1	Sem <i>Insight</i> 0
7. Na altura da entrada, necessitava de ser tratado com medicação para os seus problemas mentais (nervos, preocupações)? Explicação			
8. Neste momento, acha que precisa ser tratado com medicação para os seus problemas mentais (nervos, preocupações)? Explicação			
9. Depois de ter alta, acha que precisa tomar medicação para os seus problemas mentais (nervos, preocupações)? Explicação			
10. Acha que vai tomar a medicação? Explicação			
11. Acha que a medicação lhe está a fazer bem? Explicação			
TOTAL			

Entrevista aberta; As respostas pontuam-se por consenso entre bom insight (2), insight parcial (1) e sem insight (0). Pontuações totais de 0 a 22.

Assinatura do Entrevistador

Copyright © McEvoy e col. 2003; Adaptado pelo Serviço de Psiquiatria do HFF, 2003

ESCALA PARA AVALIAÇÃO DO RECONHECIMENTO DA DOENÇA MENTAL (SCALE TO ASSESS UNAWARENESS OF MENTAL DISORDER)

SMUD

Amador F. Xavier et al (1993) "Assessment of Insight in Psychosis" Am J Psychiatry 150(6) : 873- 879
Adaptado pelo Serviço de Psiquiatria, Hospital Fernando Fonseca, 2003

Identificação do doente:

Data:

Indicações

- Esta escala requer que o sujeito tenha uma doença mental com pelo menos um dos sintomas listados adiante.
- É necessário verificar se o sujeito apresentou o sintoma em causa durante o período de investigação.
- É importante que o sintoma esteja claramente presente; a sua gravidade não é relevante.
- A lista dos sintomas tem de ser preenchida antes do preenchimento da escala, referindo a sua ordem de importância.
- Os Itens gerais (1,2 e 3) são geralmente importantes e têm de ser preenchidos se for o caso.
- Na coluna **ACTUAL (A)** assinale o mais alto nível de reconhecimento do sintoma obtido na altura da sua existência.
- Na coluna **PASSADO (P)** assinale o nível presente de reconhecimento do sintoma que existiu anteriormente (por outras palavras, quando questionado sobre um episódio do passado, o sujeito actualmente refere que estava delirante, com alucinações, etc. na altura?)
- Períodos maiores ou menores podem ser usados para avaliar o reconhecimento e atribuição do sintoma, actual e retrospectivo, consoante o objectivo da investigação.
- Por cada sintoma (Itens 4-20), terá de perguntar ao doente se sabe a causa desse sintoma (ie, atribuição);

NOTA: Para qualquer um dos sintomas, a atribuição só é avaliada se o sujeito obtiver a pontuação de 1 a 3 no reconhecimento do sintoma em causa.

LISTA DOS SINTOMAS

Assinale A para actual e P para passado na linha do item para escolher o sintoma em causa e altura da sua existência.

	Actual	Passado	Sintomas
ITEM 4	A	P	Alucinações
ITEM 5	A	P	Delírio
ITEM 6	A	P	Alterações do pensamento
ITEM 7	A	P	Afectos Inadequados
ITEM 8	A	P	Aparência ou forma de vestir inusual
ITEM 9	A	P	Esteriotipias ou rituais

	Actual	Passado	Sintomas
ITEM 10	A	P	Julgamento social pobre
ITEM 11	A	P	Pobre controlo dos impulsos agressivos
ITEM 12	A	P	Pobre controlo dos impulsos sexuais
ITEM 13	A	P	Alogia
ITEM 14	A	P	Afectos embotados
ITEM 15	A	P	Avolição – Apatia
ITEM 16	A	P	Anedonia – Ausência de sociabilidade
ITEM 17	A	P	Atenção pobre
ITEM 18	A	P	Confusão – desorientação
ITEM 19	A	P	Contacto do olhar inusual
ITEM 20	A	P	Relacionamento social pobre

Copyright © McEvoy e col. 2003; Adaptado pelo Serviço de Psiquiatria do HFF, 2003

PARTE 1 - ITENS GERAIS		
ITEM 1. Reconhecimento da doença mental	Actual	Passado
De uma forma geral, o sujeito acredita que tem uma doença mental, um problema psiquiátrico, dificuldade emocional, etc?		
Não pode ser avaliado	0	0
Reconhece; O sujeito acredita claramente que tem uma doença mental	1 2	1 2
Sem certeza; O sujeito não tem a certeza se tem uma doença mental, mas pode conceber essa ideia.	3 4	3 4
Não reconhece; O sujeito não acredita que tem uma doença mental.	5	5
TOTAL:		

ITEM 2. Reconhecimento dos efeitos da medicação	Actual	Passado
Em que é que o sujeito acredita relativamente aos efeitos da medicação? O sujeito acredita que a medicação reduz a intensidade e frequência dos seus sintomas (se aplicável)?		
Não pode ser avaliado ou item pouco relevante	0	0
Reconhece; O sujeito acredita claramente que a medicação reduz a intensidade e frequência dos seus sintomas.	1 2	1 2
Sem certeza; O sujeito não tem a certeza se a medicação reduz a intensidade e frequência dos seus sintomas, mas consegue conceber essa ideia.	3 4	3 4
Não reconhece; O sujeito não acredita que a medicação reduz a intensidade e frequência dos seus sintomas.	5	5
TOTAL:		

ITEM 3. Reconhecimento das consequências sociais da doença mental	Actual	Passado
Em que é que o sujeito acredita relativamente à razão para a qual foi internado no hospital (internamento voluntário, compulsivo, preso, etc.)?		
Não pode ser avaliado ou item pouco relevante	0	0
Reconhece; O sujeito acredita claramente que as consequências sociais existem por ele ter uma doença mental.	1 2	1 2
Sem certeza; O sujeito não tem a certeza se as consequências sociais existem por ele ter uma doença mental.	3 4	3 4
Não reconhece; O sujeito não acredita que as consequências sociais existem por ele ter uma doença mental.	5	5
TOTAL:		

Copyright © McEvoy e col. 2003; Adaptado pelo Serviço de Psiquiatria do HFE, 2003

PARTE 1 - ITENS DA SUBSCALA		
Reconhecimento do sintoma Item nº...	Actual	Passado
Não pode ser avaliado ou item não relevante.	0	0
Reconhece; O sujeito acredita claramente que tem o sintoma.	1 2	1 2
Sem certeza; O sujeito não tem a certeza se tem esse sintoma, mas pode conceber essa ideia.	3 4	3 4
Não reconhece; O sujeito não acredita que tem esse sintoma.	5	5
TOTAL:		

Atribuição; Como é que o sujeito explica essa experiência?	Actual	Passado
Não pode ser avaliado ou item pouco relevante	0	0
Correcto; O sujeito acredita claramente que essa experiência é explicada pela doença mental	1 2	1 2
Parcial; O sujeito não tem a certeza se essa experiência é explicada pela doença mental, mas consegue conceber essa ideia.	3 4	3 4
Incorrecto; O sujeito não acredita que essa experiência é explicada pela doença mental.	5	5
TOTAL:		

Copyright © McEvoy e col. 2003; Adaptado pelo Serviço de Psiquiatria do HFF, 2003

Bibliografia:

1. Amador XF, et al. *Awareness of illness in schizophrenia*. Schizophrenia Bulletin, 17 no.1, 113-132. 1991.
2. World Health Organization. *Report of the International Pilot Study of Schizophrenia*. Geneva: World Health Organization Press, 1973.
3. Wilson WH, Ban TA, Guy W. *Flexible System Criteria in Chronic Schizophrenia*. Comprehensive Psychiatry, 27:259-65, 1986.
4. David AS. *Insight in psychosis*. British Journal of Psychiatry 156, 798-808.1990.
5. Amador XF. *Assessment of insight in psychosis*. Am J Psychiatry 150, 873-879.1993.
6. Amador XF et al. *Awareness of Illness in Schizophrenia*. Schizophrenia Bulletin, 17: 113-132. 1991.
7. Carpenter WT et al. *Another view of Schizophrenia Subtypes*. Archives of General Psychiatry, 33: 508-516. 1976.
8. Carpenter WT et al. *Use of signs and symptoms for the identification of Schizophrenic patients*. Schizophrenia Bulletin, 11: 37-49. 1974.
9. Amador XF. *Awareness of illness in schizophrenia and schizoaffective and mood disorders*. Arch Gen Psychiatry 51, 826-836. 1994.
10. Pini S. *Insight into illness in schizophrenia, schizoaffective disorder and mood disorder with psychotic features*. Am J Psychiatry 158, 122-125. 2001.
11. Weiler MA, Fleisher MH, McArthur-Campbell D. *Insight and symptom change in schizophrenia and other disorders*. Schizophrenia Research 45, 29-36.2000.
12. Fennig S, et al. *Insight in first admission psychotic patients*. Schizophrenia Research 22, 257-263. 1996.
13. Thompson KN, McGorry and Harrigan SM. *Reduced awareness of illness in first-episode psychosis*. Comprehensive Psychiatry 42, No 6, 498-503. 2001.
14. Lin IH et al. *Insight and adherence to medication in chronic schizophrenics*. J Clin Psychiatry, 430-437. 1979.
15. Kane JM. *Problems of compliance in the outpatient treatment of schizophrenia*,44: 3-6. 1983.
16. Heinrichs DW, Cohen BP, Carpenter WT. *Early insight and management of schizophrenia decompensation*. The Journal of Nervous and Mental Disease. 173: 133-138. 1985.
17. Mc Evoy JP, Freter S, Everett G et al. *Insight and the clinical outcome of schizophrenic patients*. The Journal of Nervous and Mental Disease; 177:48-51.1989.
18. Rossi A et al. *Awareness of illness and outcome in schizophrenia*. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci, 250: 73-75. 2000.
19. McEvoy JP, et al. *Insight in schizophrenia. It relationship to acute psychopathology*. The Journal of Nervous and Mental Disease 177, 43-47. 1989.
20. Cuesta M J, Peralta V, Zarzuela A. *Reappraising insight in Psychosis*. British Journal of Psychiatry 177, 233-240. 2000.
21. Baier M. *The relationship between insight and clinical factors for persons with Schizophrenia*. Archives of Psychiatric Nursing, vol. XIV, no.6, 259-265. 2000.

22. Jørgensen P. *Recovery and insight in schizophrenia*. Acta Psychiatr Scand 92, 436-440. 1995.
23. Smith TE, et al. *Insight, symptoms and neurocognition in schizophrenia and schizoaffective disorder*. Schizophrenia Bulletin 26, 193-200. 2000.
24. Collins AA et al. *Insight, neurocognitive function and symptoms clusters in chronic schizophrenia*. Schizophrenia Research, 27: 37-44. 1997.
25. Sartup M. *Insight and cognitive deficits in schizophrenia: evidence for a curvilinear relationship*. Psychological Medicine, 26; 1277-1281. 1996.
26. McEvoy J et al. *Common Sense, Insight, and Neuropsychological Test Performance in Schizophrenia Patients*. Schizophrenia Bulletin. 22 (4): 635-641, 1996.
27. Young DA, Davila R, Scher H. *Unawareness of illness and neuropsychological performance in chronic schizophrenia*. Schizophrenia Research 10, 117-124. 1993.
28. Amador XF, Gorman JM. *Psychopathology Domains and Insight in Schizophrenia*. Psychiatr Clin Am, 21:27-42. 1998.
29. Babinsky MJ: *Contribution a l'étude des troubles mentaux dans l'hémiplégie organique cérébrale (agnosognosie)*. Revue Neurologique, 12:845-888. 1914.
30. Stuss DT, Benson DF. *The Frontal Lobes*. New York: Raven Press. 1986.