

· 临床精神病学 ·

精神分裂症患者的自知力（综述）*

钱程 陈楠 邹义壮

(北京大学回龙观临床医学院，北京 100096 通信作者：邹义壮 zouyizhuang@bjmu.edu.cn)

【摘要】 自知力是精神病学中应用十分广泛的一个概念，在精神科的诊断、鉴别诊断、治疗反应监测、治疗依从性、预后判断、疾病康复等方面具有重要意义。本文回顾了精神分裂症自知力的相关研究，分别对自知力的生物学基础、评估方法、影响因素及自知力受损的治疗方法等方面进行了阐述，并对将来自知力的研究方向做出展望。

【关键词】 自知力；精神分裂症；综述

中图分类号：R749.3 文献标识码：A 文章编号：1000-6729(2019)002-0087-06

doi: 10.3969/j.issn.1000-6729.2019.02.002

(中国心理卫生杂志, 2019, 33(2): 87-92.)

A review of insight in patients with schizophrenia

QIAN Cheng, CHEN Nan, ZOU Yizhuang

Huilongguan Clinical Medical College Attached to Peking University, Beijing 100096, China

Corresponding author: ZOU Yizhuang, zouyizhuang@bjmu.edu.cn

【Abstract】 Impairment of insight is considered as the hallmark of schizophrenia. Insight is a multidimensional and dynamic construct which appears to have intricate links with other symptom dimensions of the psychotic illness. A better appreciation of insight in psychosis could help us in gaining knowledge about etiology, prognosis and treatment-related facets of the disorder. This paper reviews researches on insight of schizophrenia. It focuses on the biological basis, assessment methods of insight, influencing factors and treatment methods. And outlook on future research direction.

【Key words】 insight; schizophrenia; review

(Chin Ment Health J, 2019, 33(2): 87-92.)

精神分裂症是患病率、致残率及复发率均较高的一种常见的重性精神疾病，且目前并无理想的根治措施。文献报道提示决定精神分裂症患者预后的主要因素为服药依从性，一半以上的复发率与服药依从性差有关，目前研究认为患者的服药依从性主要受自知力影响^[1]。考虑到自知力对精神分裂症患者治疗疗效及预后的重要作用，本文对自知力的研究作一综述。

1 文献检索资源与检索策略

文献检索资源来自 CNKI 中国期刊全文数据库、万方数据库、PubMed 数据库及 EMBASE 数据

库。以主题词“自知力（英文主题词“insight”或含“awareness”）”为基本条件，限定发表年限至 2017 年 1 月 1 日，检索 CNKI 中国期刊全文数据库及万方数据库，分别命中文献 2026 篇及 1899 篇；检索 PubMed 数据库及 EMBASE 数据库，并对文献类型及发表语言做了限定，分别命中 15753 篇及 9872 篇。合并主题词“精神分裂症（英文主题词“schizophrenia”）”；检索 CNKI 数据库及万方数据库，分别获得文献 721 篇及 963 篇；检索 PubMed 数据库及 EMBASE 数据库，分别获得文献 237 篇及 196 篇。根据本文主题对命中文献进行再次筛选，筛选纳入标准为：①精神分裂症自知力研

* 基金项目：北京市属医院科研培育项目（PX2016029）

究经典文献，②具有代表性的综述和重要实证文献。排除不符合纳入标准或与本文探讨内容相关性较差的 2084 篇，如存在重复研究内容与结果的文献；研究结果目前被证实缺乏客观依据；文献研究内容与本文内容不符。最终入选中文文献 2 篇，英文文献 31 篇，除此之外引用著作 2 本。

2 自知力的定义

Lewis 最早将自知力定义为“对自身病态的一种正确态度”。1983 年 David 提出自知力三维学说，将自知力定义为对精神疾病的认识，对精神病性症状的正确分析及描述，以及是否认为需要一定的治疗三个维度^[2]。许又新在其精神病理学一书中将自知力从描述的角度分为两种，一种叫做症状自知力，即精神障碍自知力，一种叫做人格自知力，即对自己人格的了解及评价^[3]。第五版精神病学中将自知力定义为“患者对其本身精神病状态的认识能力，即能否觉察或识别自己有病和精神状态是否正常，能否正确的分析和判断，并指出既往和现在的表现与体验中哪些是属于病态”^[4]。自知力受损是精神障碍的一个主要症状，也是诊断精神分裂症的一个重要依据。

3 自知力的现状

50% ~ 70% 精神分裂症谱系的患者存在不同程度的自知力缺乏的表现，对精神分裂症患者不同疾病进展时期及不同文化及种族的研究均支持该观点^[5]。自知力缺乏是精神疾病患者的一个特征性的症状，且有研究发现许多患者当精神病性症状得到改善甚至消失时患者仍存在自知力缺乏的表现^[6]，该研究支持自知力受损可能是精神疾患的一独立表现。

4 自知力受损的生物学基础

Spara 等对自知力受损的精神分裂症患者与正常对照组分别进行了影像学相关研究，对 28 例精神分裂症患者的前额叶进行扫描，结果显示自知力不全与前额叶灰、白质容积降低相关 ($r = 0.43$)；男性患者额上回、额下回及眶部灰、白质容积降低与自知力不全相关更强 ($r = 0.45 \sim 0.65$)。研究证明自知力受损与左侧岛叶、左下额中回、左侧顶下小叶及双侧腹内侧前额叶皮层等位置所控制的自我

意识的反省相关的脑部激活活动相关。该研究提示自知力受损存在一定的生物学的基础^[7]。Cooke 等对 52 例精神分裂症谱系患者进行磁共振扫描，结果显示自知力受损与颞叶及顶叶的灰、白质容积降低相关^[8]。该研究结果支持 Spara 等的研究结果。目前国内外自知力的相关研究取样多集中于精神分裂症谱系患者，较少涉及情感障碍及其他精神及心理疾病，其中 Fan 等采用静息态功能磁共振技术对强迫症患者自知力受损的生物学基础进行研究，分析强迫症患者的自知力与大脑自发神经活动的关系，研究发现强迫症自知力不良组患者的左侧颞中回和右侧颞上回低频振幅 (ALFF) 降低，且与自知力水平呈负相关^[9]。此外，Fan 等还发现自知力不良的强迫症患者的大脑突显网络 (salience network) 也存在异常，即右侧前岛 (anterior insula) 与右侧眶内侧额叶的功能连接降低^[10]，其相关脑区与精神分裂症患者自知力受损脑区较为一致，上述结果丰富了自知力受损的生物学结构模型。

5 认知功能相关自知力

目前大部分研究证明精神分裂症患者临床症状与自知力损伤正相关，但仍有研究发现患者的精神病性症状好转后自知力并未得到相关改善^[11]。提示精神病性症状并非影响自知力的唯一因素。近年来，神经认知功能损伤及其对预后的影响已经得到公认。由此 Medalia 及 Thysen 提出认知功能相关自知力的概念，认为精神障碍患者对自身认知功能如注意、记忆及执行功能损伤的认识及理解即属于认知自知力^[12]，并开发认知功能相关自知力他评量表 MIC-CR (Measure of insight into Cognition Clinician-Rated) 及认知功能相关自知力自评量表 MIC-SR (Measure of insight into Cognition self-Report)，验证其具有良好信效度^[13]。2008 年他们使用 MIC-SR 及 MIC-CR 对精神障碍患者进行认知功能相关自知力的评估，结果显示大部分患者对自身认知功能损害不能正确认识及理解，即使是认识到存在认知功能缺损的患者中仍有 39% 的患者不能将自身的认知损伤归因于精神疾病^[14]。2010 年他们对 71 名精神分裂症患者进行认知及临床症状相关自知力的比较研究，发现 70% 患者症状自知力完好，而仅有 27% 的患者认知相关自知力完好^[15]。

6 自知力的评估工具

目前自知力的评定主要依赖于量表。量表的评定按结构及标准化的程度分为：半定式评定量表、定式评定量表和自评量表等 3 类。

6.1 半定式评定量表

具有代表性的主要有以下两个：①Greenfield 等人 1989 年编制的 Greenfield 自知力大体量表 GGIS (Greenfield's Global Insight Scale)^[1]，该量表涉及对疾病的认识、治疗的依从性、对疾病影响的理解能力以及识别刺激因素等方面。②McEvoy 等编制的自知力与治疗态度问卷 ITAQ (Insight Treatment Attitude Questionnaire)^[16]，由 11 个项目所组成，评分为 3 级 (0~2 分)，低分提示自知力较差。此量表涉及患者对治疗或住院的态度，患者认为住院的可能原因和出院后是否有必要继续治疗及治疗是否对患者有所帮助等。半定式量表是较为常用的临床自知力检查方法，具有使用方便，灵活性大，适合于受教育程度低、不合作及其他处于各种精神状态的重性精神患者等优点。半定式量表目前在国内许多研究中广泛运用，缺点有：①为确保评估准确性，需定期作评定人员之间的一致性检验；②仅仅集中在对疾病的认识和要求治疗的问题上，且在 ITAQ 评定时有时会出现假评判，容易发生口头承认精神有病、而真正自知力尚未改善的现象；③此类量表问题显得过于重复和繁琐，如不论何时进行评定，都需询问患者入院时、住院过程中及出院时对疾病的认识、理解及治疗态度，会使患者对一些问题表示迷惑或者不厌其烦。

6.2 定式评定量表

Amador 等人认为自知力并不是一个单一的概念，对自知力的评估应从多个维度进行，故其 1993 年编制了 SAUMD 量表 (The Scale to Assess Unawareness of Mental Disorder)^[17]。该量表包括 6 个总项目和 4 个分项目量表，共 20 项条目，前 3 项分别为对精神障碍的认识，对药物治疗的认识，对精神障碍所致后果的认识，包括目前和过去两方面；其余 17 项分别评估患者对目前和过去症状及其归因的认识；单项评分 1~5 分。既往自知力评估量表多针对于精神病性症状，Medalia 和 Thyssen 在提出认知功能相关自知力的概念后，于 2008 年编制了的认知功能相关自知力临床他评量表 MIC-

CR 量表 (Measure of insight into Cognition Clinician-Rated)^[12]。该量表主要针对认知功能相关自知力进行评定，包括记忆、注意及执行功能等方面。该量表包括 12 项问题，每项问题包括对认知功能损伤的认识及归因两方面。量表包含 3 个因子，单项评分 1~5 分。该量表的优点为针对自知力的神经认知功能进行研究，对疾病的预后评估存在一定指导意义。以上两个量表高分提示对症状、治疗及诱因的理解或者对自身认知功能损伤的理解较差。定式量表优点为量表各项目之间相互独立，评定时可重复性强，其缺点是归因部分的评判结果受到教育程度、文化等的限制。

6.3 自评量表

自知力自评量表于 1992 年 Smarkova 和 Berrios 等编制，它是目前唯一针对临床症状相关的自知力自评量表，同时也可作为自知力半定式的测查工具，此量表包括了患者对自身内部细微变化的认识以及他与外部事物关系的认识^[12]。Medalia 和 Thyssen 等于 2008 年研发的认知相关自知力临床自评量表 MIC-SR 量表 (Measure of insight into Cognition self-Report)^[12] 与 MIC-CR 量表一样评定精神分裂症患者的认知功能相关自知力，但是 MIC-SR 量表中剔除的单项中的归因部分，项目及单项评分均与 MIC-CR 量表一致。自评量表可排除检查者主观因素影响，客观的对患者进行评估，但不合作患者及文化程度低的人群不适合应用。

7 自知力的多因素模型

既往文献认为自知力受损的原因是由于认知损伤或者患者面对痛苦和困境的自我防御机制受损^[18]。通常用下面两种原因解释精神障碍患者自知力缺乏：一方面精神分裂症患者拒绝接受疾病的事实，不想被冠以疾病的标签；另一方面精神分裂症患者在处理认知疾病的信息方面存在障碍。然而近期研究提出精神分裂症患者自知力受损是一个复杂现象的共识，不仅包括对疾病的拒绝接受而且包括对疾病的经历及所面临的疾病变化的错误理解及整合^[19]。自知力包括许多方面，例如：认识到自身内在状态的改变，(恐惧、妄想、非真实感、兴奋、思维障碍等经历)；对他人的认识（例如个人行为的改变）；识别疾病相关细节的事件，(例如：住院治疗等)^[20] 主要与以下五方面因素有关：

7.1 精神病性症状

既往研究多认为精神分裂症患者的自知力损伤与精神病性症状存在正相关^[21]。其中 Minze 等的研究提示：精神分裂症患者的自知力受损程度与阴性症状、阳性症状、防御机制受损密切相关^[22]。Mohamed 等的研究同样支持上述观点^[23]。但 Wiffen 的研究则认为自知力缺乏程度与病情的严重程度及精神病症状无明显相关，症状改善后自知力改善程度不明显^[24]。因此对自知力与精神病性症状的研究仍存在争议，需进一步研究明确。

7.2 神经认知功能的缺陷

通过对精神分裂症患者的自知力进行研究发现自知力受损与认知功能缺陷密切相关，主要与处理接收信息障碍、词语记忆及整体记忆损伤存在密切关系^[22]。Karahan 及 Mingrone 等的研究结果与上述结果一致^[25]。Raij 等从神经解剖学方面进行研究，结果提示自知力受损的精神分裂症患者的额叶、顶叶及颞叶等相关脑区的皮质容积减少，这些脑区同时与认知功能存在相关，尤其是额叶、顶叶等功能脑区与认知功能的执行功能及工作记忆存在密切的相关关系。该研究从生物学基础角度证明自知力受损与认知功能损伤存在关联。综合上述研究认为精神分裂症患者自知力受损可能是由于认知功能损伤、记忆减退造成患者不能清楚记忆自身疾病的发展过程，并且存在对精神疾病进行合理化逻辑编辑的障碍，故不能对疾病正确认识^[26-27]。

7.3 社会认知功能的缺陷

社会认知功能是包括情绪认知、心理理论及归因方式等的高级心理加工过程。它能够使人们获得更多角度去理解他人对待事物的态度^[26]。Longon 及 Pijnenborg 等对精神分裂症患者进行情绪识别及图片排序实验，实验结果证明情绪识别及图片排序与自知力间存在一定相关关系^[27-29]。Quee 等用社会认知及神经认知功能对一组多发而非单次发作的精神分裂症患者进行自知力的评估及预测，证明两者存在相关关系^[20]。因此社会认知功能的缺陷确实与自知力受损存在一定的相关关系。

7.4 元认知损伤

Slaker 等提出元认知理论，元认知是一系列涉及对自身及他人的一些离散的看法及心理活动的整合后想法的再延伸的心理活动。研究提示自知力受损与自我的复杂情绪的形成障碍及认知功能障碍均

有一定的关系^[6]。研究提示在控制认知功能受损的相关指标后精神分裂症患者自我思考的整合障碍与患者的自知力受损存在一定的相关关系。在该研究中发现精神分裂症患者的社会认知功能及元认知功能受损均与患者对疾病结局的认知存在密切的关系。在控制认知功能受损的相关变量后对正常人群及精神分裂症患者进行研究提示：正常人群组的元认知及社会认知水平较精神分裂症患者水平高。Lemburg 等针对自知力的影像学研究证实自知力与自我意识、自我区别及自我参照加工的相关脑区有关，所以元认知损伤会影响自知力水平^[30]。

7.5 病耻感

“病耻感”是指患者因为患有某种疾病而产生的内心存在的耻辱的体验。许多研究发现“病耻感”在自知力损伤及情绪障碍中承担中介作用。“病耻感”是自知力损伤恢复的一个障碍。Pruβ 等运用多元线性回归分析证明自知力受损及对疾病的固定看法与羞耻心存在相关关系^[31]。Yanos 等在一项临床试验研究中对“病耻感”进行干预，结果显示患者的自知力水平也随之得到相应改善，这为“病耻感”影响自知力提供间接的证据，可能与精神分裂症患者的归因困难有关^[32]。

8 自知力损伤的治疗

随着医疗技术的发展，许多针对精神分裂症的治疗手段都取得较好的效果。然而自知力的改善一直是影响患者预后重要障碍。自知力受损使人们承担更高的复发风险、造成临床症状的拖延及不必要的功能性损伤。研究提示自知力受损与抑郁情绪、自我评价减低及自杀观念存在相关性。精神分裂症患者如果不能正视自身的疾病状态，很难取得良好预后。因此，对患者自知力进行准确评估及研究，对患者治疗疗效及预后是非常有意义的。

8.1 当前治疗方法及缺陷

目前针对自知力恢复的方法主要包括认知行为疗法，动机访谈，心理教育及社会技能训练。目前大部分针对自知力治疗的研究多集中于关注精神分裂症患者在接受改善自知力的治疗后是否对治疗态度发生改变。针对精神分裂症患者自身自知力的改善并未予以更多的研究。Pijnenborg 等在一篇针对自知力治疗的 meta 分析中提到，认为单一的治疗不能有效改善自知力，自知力受损的改善需要多组

件的综合治疗方法，这与自知力属于多组分模型的研究相一致^[32]。故考虑改善自知力受损需要更为综合的治疗手段。

8.2 针对多组分的自知力损伤综合治疗方法

8.2.1 “REFLEX”

REFLEX 为提高精神分裂症患者自知力的一组社会认知治疗方法，Pijnenborg 等于 2011 年对该治疗方法开展一项多中心的随机对照研究。研究提示该治疗方法适用于各个疾病时期明确存在自知力损伤的精神疾患。该方法包括针对存在病耻感的“解决羞耻”和针对自我认识角度的“自我认识及自我描述”以及对目前状态及过去经验的总结的后认知神经元的“目前状态”3 个模块。该治疗方法针对每个模块设计了 4 个周期的针对性治疗，一个模块一周期的治疗时间为 1 个小时。通过该治疗患者自知力得到明显改善，但该方法目前仍在临床对照实验的评估中^[31,33]。

8.2.2 综合治疗

另一种多组分的治疗方法是由 GUO 等在对比单一抗精神病药物与在药物治疗的同时结合心理治疗对早期精神分裂症患者疾病预后的影响的一个临床试验中总结所得。该方法针对自知力受损的不同组分进行家庭教育，心理治疗，社会认知疗法及社会技能培训。在临床试验中证明该方法对比于单一干预的方法在自知力的改善及对治疗态度的评估方面可以取得更好的临床效果^[34]。

8.2.3 按需治疗

研究证实针对元认知的心理疗法可改善自知力受损情况。上述治疗方法对比 REFLEX 没有对相应模块进行划分，该方法着重于对个人的需求的满足，针对于不同个体的需求给予相应的针对“解决羞耻”，“认清目前状态”及“自我认知及自我描述”等发面的治疗。该形式的治疗着重于提升自我意识，巧妙的引导患者带着长期的自我愿望和正确认知不断改善自我并且寻求治疗及帮助。该方法具有易于接受，不易受疾病影响等优点^[35]。

9 目前研究问题及展望

综上所述，自知力的损伤是影响精神疾病患者依从性和预后的首要问题，可能与患者的精神病性症状及认知功能的缺损有关。目前研究大多关注自知力与临床症状之间的关系，与认知功能之间关系

探讨较少。这对自知力的全面认识存在一定影响。根据目前研究可发现自知力并非单一概念而是受多因素影响的综合模型，自知力受损与许多因素密切相关，包括患者的临床症状、神经认知功能的损伤、社会认知功能损伤、元认知损伤及病耻感等。故针对自知力的治疗需针对其多因素模型进行考虑，需要多维度的治疗方法，例如“REFLEX”、综合治疗及按需治疗等方法。据此提示，在未来针对自知力的研究中应考虑以下四点：

首先未来几年的研究应该明确自知力的定义，确定其涵盖范围。正如既往研究所示，针对认知功能方面的自知力与针对精神分裂症患者的阳性症状及阴性症状的自知力不尽相同，需要更为广泛的纵向研究来证明上述问题。

其次随着对自知力概念理解的加深，改进其量化评估工具就变得愈发重要。自知力目前被认为是精神病性患者对自身目前及既往精神疾病及疾病所造成影响的综合感知，量化自知力可使患者对自身自知力的损伤程度进行了解而不是被动去接受一个自知力受损的标签。虽然目前有许多针对自知力的评估方法，如量表及简短的临床访谈等，但其缺少连贯性及灵活性，且不能体现自知力随时间的改变而发生的动态变化，所以需对自知力的量化工具的信效度及临床适用性进行进一步的研究探讨。

再次应对神经认知、社会认知及元认知三者与自知力的关系进行探讨，三者是否存在内部关联，其中起关键作用的是哪种认知功能。目前研究多将三者作为一个统一元素进行研究，然而神经认知、社会认知及元认知也存在内在影响因素。三者分别与自知力及与自知力不同模型成分的相关关系还需要进一步研究。另外，针对自知力损伤中每个内部因素间的相关关系需也要进一步研究明确，例如，神经认知功能的损伤是否对自我反思及心理理论功能均有影响？这些功能损伤间是否存在负性的功能循环？是否元认知的功能损伤导致社会退缩，进而社会退缩进一步影响心理理论，而较差的心理理论造成了执行功能的损伤，最终以自知力受损为结局。这些相关元素间的相互作用可以帮助我们更好的理解自知力随时间改变的过程。

最后针对目前出现的新兴的整合治疗方法的可行性和有效性需要进一步的研究，不仅需要对治疗方法的有效性进行验证，还需要对综合治疗方法的

各组分间进行有效性的验证。进一步研究治疗方法的各个组分针对自知力不同方面的特异有效性，不仅要明确这些综合治疗方法是否对精神病性症状及社会功能等客观指标发生改善，还要关注是否对改善生活质量，自我意识等指标存在一定作用。从全局考虑，提升评估的准确性，把握适用人群，加强治疗的靶向针对性，才能真正有助于患者更好地理解和认识疾病提高治疗依从性，并最终达到改善临床预后的目的。

参考文献

- [1] 刘华清, 尚岚, 吴厚蔚. 精神分裂症的自知力“自知力与治疗态度问卷表”的应用[J]. 上海精神医学, 1995, (3): 158-161, 261.
- [2] David AS. Insight and psychosis [J]. Br J Psychiatry, 1990, 156 (3): 798-808.
- [3] 许又新. 精神病理学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2011: 1-1.
- [4] 沈渔邨. 精神病学[M]. 5 版. 北京: 人民卫生出版社, 2010: 166-167.
- [5] Mingrone C, Rocca P, Castagna F, et al. Insight in stable schizophrenia: relations with psychopathology and cognition [J]. Compr Psychiatry, 2013, 54 (5): 484-492.
- [6] Lysaker PH, Buck KD, Salvatore G, et al. Lack of awareness of illness in schizophrenia: conceptualizations correlates and treatment approaches [J]. Expert Rev Neurother, 2009, 9 (7): 1035-1043.
- [7] Sapara A, Ffytche DH, Cooke MA, et al. Voxel-based magnetic resonance imaging investigation of poor and preserved clinical insight in people with schizophrenia [J]. World J Psychiatry, 2016, 6 (3): 311-321.
- [8] Cooke MA, Fannon D, Kuipers E, et al. Neurological basis of poor insight in psychosis: a voxel-based MRI study [J]. Schizophr Res, 2008, 103 (1-3): 40-51.
- [9] Fan J, Zhong M, Gan J, et al. Spontaneous neural activity in the right superior temporal gyrus and left middle temporal gyrus is associated with insight level in obsessive-compulsive disorder [J]. J Affect Disord, 2017, 207 (6): 203-211.
- [10] Fan J, Zhong M, Zhu X, et al. Resting-state functional connectivity between right anterior insula and right orbital frontal cortex correlate with insight level in obsessive-compulsive disorder [J]. NeuroImage Clin, 2017, 15 (4): 1-7.
- [11] Chan SK, Chan KK, Lam MM, et al. Clinical and cognitive correlates of insight in first-episode schizophrenia [J]. Schizophr Res, 2012, 135 (1-3): 40-45.
- [12] Medalia A, Thysen J. Insight into neurocognitive dysfunction in schizophrenia [J]. Schizophr Bull, 2008, 34 (6): 1221-1230.
- [13] Saperstein AM, Thysen J, Medalia A. The Measure of Insight into Cognition: reliability and validity of clinician-rated and self-report scales of neurocognitive insight for schizophrenia [J]. Schizophr Res, 2012, 134 (1): 54-58.
- [14] Medalia A, Thysen J, Freilich B. Do people with schizophrenia who have objective cognitive impairment identify cognitive deficits on a self report measure [J]. Schizophr Res, 2008, 105 (1-3): 156-164.
- [15] Medalia A, Thysen J. A comparison of insight into clinical symptoms versus insight into neuro-cognitive symptoms in schizophrenia [J]. Schizophr Res, 2010, 118 (1-3): 134-139.
- [16] McEvoy JP, Apperson LJ, Appelbaum PS, et al. Insight in schizophrenia and its relationship to acute psychopathology [J]. The Journal of nervous and mental disease, 1989, 177 (1): 43-47.
- [17] Amador XF, Flaum M, Andreasen NC, et al. Awareness of illness in schizophrenia and schizoaffective and mood disorders [J]. Arch Gen Psychiatry, 1994, 51 (10): 826-836.
- [18] 甘景梨, 刘欣喜, 金卫东. 精神分裂症的自知力及其相关因素研究[J]. 中华精神科杂志, 1997, 30 (1): 18-20.
- [19] Lalova M, Baylé F, Grillon ML, et al. Mechanisms of insight in schizophrenia and impact of cognitive remediation therapy [J]. Compr Psychiatry, 2013, 54 (4): 369-380.
- [20] Quee PJ, van der Meer L, Bruggeman R, et al. Insight in psychosis: relationship with neurocognition, social cognition and clinical symptoms depends on phase of illness [J]. Schizophr Bull, 2011, 37 (1): 29-37.
- [21] Keshavan MS, Rabinowitz J, DeSmedt G, et al. Correlates of insight in first episode psychosis [J]. Schizophr Res, 2004, 70 (2-3): 187-194.
- [22] Mintz AR, Dobson KS, Romney DM. Insight in schizophrenia: a meta-analysis [J]. Schizophr Res, 2003, 61 (1): 75-88.
- [23] Mohamed S, Fleming S, Penn DL, et al. Insight in schizophrenia: its relationship to measures of executive functions [J]. J Nerv Ment Dis, 1999, 187 (9): 525-531.
- [24] Wiffen BD, O'Connor JA, Russo M, et al. Are there specific neuropsychological deficits underlying poor insight in first episode psychosis [J]. Schizophr Res, 2012, 135 (1-3): 46-50.
- [25] Raffard S, Bayard S, Gely-Nargeot MC, et al. Insight and executive functioning in schizophrenia: a multidimensional approach [J]. Psychiatry Res, 2009, 167 (3): 239-250.
- [26] Raji TT, Rieki TJ, Hari R. Association of poor insight in schizophrenia with structure and function of cortical midline structures and frontopolar cortex [J]. Schizophr Res, 2012, 139 (1-3): 27-32.
- [27] Langdon R, Ward P. Taking the perspective of the other contributes to awareness of illness in schizophrenia [J]. Schizophr Bull, 2009, 35 (5): 1003-1011.
- [28] Pijnenborg GH, Spikman JM, Jeronimus BF, et al. Insight in schizophrenia: associations with empathy [J]. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci, 2013, 263 (4): 299-307.
- [29] Palmer EC, Gillean J, David AS. The relationship between cognitive insight and depression in psychosis and schizophrenia: a review and meta-analysis [J]. Schizophr Res, 2015, 166 (1-3): 261-268.
- [30] Liemburg EJ, van der Meer L, Swart M, et al. Reduced connectivity in the self-processing network of schizophrenia patients with poor insight [J]. PLoS One, 2012, 7 (8): e42707.
- [31] Pijnenborg GH, Van Donkersgoed RJ, David AS, et al. Changes in insight during treatment for psychotic disorders: a meta-analysis [J]. Schizophr Res, 2013, 144 (1-3): 109-117.
- [32] Yanos PT, Roe D, West ML, et al. Group-based treatment for internalized stigma among persons with severe mental illness: findings from a randomized controlled trial [J]. Psychol Serv, 2012, 9 (3): 248-258.
- [33] Salvatore G, Lysaker PH, Gumley A, et al. Out of illness experience: metacognition-oriented therapy for promoting self-awareness in individuals with psychosis [J]. Am J Psychother, 2012, 66 (1): 85-106.
- [34] Guo X, Zhai J, Liu Z, et al. Effect of antipsychotic medication alone vs combined with psychosocial intervention on outcomes of early-stage schizophrenia: A randomized, 1-year study [J]. Arch Gen Psychiatry, 2010, 67 (9): 895-904.
- [35] Bargenquast R, Schweitzer RD. Enhancing sense of recovery and self-reflectivity in people with schizophrenia: a pilot study of Metacognitive Narrative Psychotherapy [J]. Psychol Psychother, 2014, 87 (3): 338-356.

编辑: 赵志宇

2017-11-30 收稿