

# 有攻击行为的双相障碍 II 型患者认知功能特点

武伟敏 邹韶红

**【摘要】** 目的 探讨有攻击行为双相障碍 II 型患者的认知功能特点。方法 采用自编一般情况问卷、轻躁狂症状自评量表(HCL-32)、修订版 Barratt 冲动量表(BIS-11)、修改版外显行为攻击量表(MOAS)及威斯康星卡片分类测验(WCST)对新疆维吾尔自治区人民医院临床心理科愿意接受研究的 60 例双相障碍 II 型患者进行调查,根据 MOAS 分为攻击组和非攻击组,各 30 例。结果 两组患者 HCL-32 得分差异无统计学意义;攻击组运动冲动性评分高于非攻击组,WCST 测验中完成第一个分类所需应答数高于非攻击组,差异均有统计学意义( $P < 0.05$ )。结论 有攻击行为的双相障碍患者表现出更明显的运动冲动性;但在执行功能方面与无攻击行为患者差异不明显,攻击行为不能作为预测认知功能进一步损害的外在因素。

**【关键词】** 双相情感障碍; 攻击行为; 认知功能

doi: 10.3969/j.issn.1009-6574.2017.01.005

**Characteristics of cognitive function in bipolar disorder II patients with aggressive behavior** WU Weimin, ZOU Shao-hong. Shihezi University, Shihezi 832002, China

**【Abstract】 Objective** To explore the cognitive function of bipolar disorder II patients with aggressive behavior. **Methods** Sixty bipolar disorder II patients in Department of Clinical Psychology, People's Hospital of Xinjiang Uygur Autonomous Region were enrolled. Self-compiled inventory, Hypomania Check List (HCL-32), Barratt Impulsivity Scale-11 (BIS-11), Modified Overt Aggression Scale (MOAS) and Wisconsin Card Sorting Test (WCST) were tested. Patients were divided into aggressive group ( $n=30$ ) and non-aggressive group ( $n=30$ ) according to scores of MOAS. **Results** There was no significant difference in HCL-32 score between aggressive group and non-aggressive group. The scores of motor impulsiveness aspect in BIS-11 and the first classification in WCST of aggressive group were significantly higher than non-aggressive group ( $P < 0.05$ ). **Conclusion** Bipolar disorder patients with aggressive behavior show more obvious motor impulsive, but similar executive function with patients without aggressive behavior. Aggressive behavior can't be regarded as an external factor to predict further damage of cognitive function.

**【Key words】** Bipolar disorder; Aggressive behavior; Cognitive function

双相情感障碍(Bipolar Disorder, BPD)是一种具有多种临床表现的多因素疾病,以早年起病、频繁复发与慢性结局为特点,并与严重的功能损害、死亡率及自杀风险相关。根据美国精神障碍诊断与统计手册第 5 版(DSM-5),双相障碍 II 型是指包含一次或以上重性抑郁发作以及至少一次轻躁狂发作的双相障碍,没有躁狂发作或混合发作<sup>[1]</sup>。国内研究显示双相障碍 II 型轻躁狂相、抑郁相显著多于双相 I 型,此外,76.9% 的双相 II 型以抑郁相为首发相,提示抑郁相是双相 II 型的主要临床相<sup>[2]</sup>。目前,针对攻击行为与认知功能损害的严重程度有关的临床研究甚少,本研究拟探讨攻击行为是否会进一步加重双相障碍 II 型患者认知功能的损害。为认知功能损害的预防及干预提供科学依据。

## 1 对象与方法

**1.1 研究对象** 选择 2015 年 11 月~2016 年 6 月新疆维吾尔自治区人民医院临床心理科住院患者 60 例。入组标准: (1) 均符合美国的精神障碍诊断与统计手册 DSM-5 双相情感障碍的诊断标准。经 2 名以上临床医生共同诊治已确诊为双相障碍 II 型患者。(2) 所有入组者均告知研究目的并签署知情同意书。排除标准: (1) 器质性疾病、精神活性物质所致的精神障碍患者。(2) 合并有神经系统疾病、糖尿病、甲亢等急、慢性疾病;有严重的肝、肾等脏器并发症者。(3) 智力障碍、严重精神病性症状者。根据修改版外显行为攻击量表(MOAS)评分分为攻击组和非攻击组,其中攻击组标准为 MOAS 加权总分  $\geq 5$  分,且表中“体力攻击”项  $\geq 1$  分;非攻击组为 MOAS 表中“体力攻击”项 = 0 分。

**1.2 方法** 本研究为横断面研究,采用问卷调查、量表评估等。研究者本人担任调查及评估员。在收集资料前进行了方法论学习和系统、细致而严格的培训,征得医院伦理委员会批准后,于 2015 年 11 月~2016 年

基金项目: 国家自然科学基金项目(31360239)

作者单位: 832002 石河子大学(武伟敏); 新疆维吾尔自治区人民医院(邹韶红)

通讯作者: 邹韶红 Email: zoushaohong@126.com

6月收集资料。采用一对一面谈的方式,取得被试者同意。调查员用统一指导语向每一个被试说明量表的填写注意事项、答卷方式,并强调保密原则,确保被试完全正确理解,根据个人的实际情况如实、独立完成填写及评估。对病情严重无法完成调查者,待其病情缓解后评定。回收问卷后,先检查量表的填写情况,有无遗漏、重复项目、填写方式是否正确,然后将有效问卷的原始数据录入分析。本次研究共发放问卷63份,收回有效问卷60份,其余因填写项目不全等原因无法纳入统计,问卷回收有效率为95.2%。具体采用的量表如下。

1.2.1 一般情况调查表 一般资料调查使用研究者自编的一般情况调查表,包括双相障碍患者姓名、年龄、性别、民族、文化程度、职业、婚姻状态、宗教信仰等。

1.2.2 轻躁狂症状自评量表(HCL-32)<sup>[3]</sup> 该量表是由瑞士苏黎世大学的精神科教授Jules Angst编制的一种自评性轻躁狂症状问卷,由32项条目(内容为轻躁狂症状)组成,被试回答“是”或“否”即可。中国台湾Lu将HCL-32翻译为中文,并报告中文版HCL-32具有高度内部一致性,以14分(或更高)为界识别双相情感障碍及抑郁障碍的敏感度为82%,特异度为67%。

1.2.3 修订版Barratt冲动量表(Barratt Impulsivity Scale-11, BIS-11)<sup>[4]</sup> BIS-11中文版共有26个条目,采用1~4分四级评分法(几乎没有/从不、偶尔、经常和几乎总是/一直),26个条目中有11个为反向评分条目(以\*标记),量表的统计量为总分和各维度得分,得分越高说明冲动性越高。

1.2.4 MOAS 该量表共有4个项目,包括语言攻击、对财产的攻击、自身攻击和体力攻击。量表按照不同的严重程度进行0~4分五级评分,按照言语攻击×1,对财产的攻击×2,自身攻击×3,体力攻击×4分别计算各自加权分,总分为所有加权分之和。各类攻击行为得分越高表明该类攻击性越强,总分越高表明总体攻击性越强。经过效度和信度测试,该量表具有优良的品质,是研究精神病人危险行为及其预测的一个很有用的工具<sup>[5]</sup>。

1.2.5 威斯康星卡片分类测验(WCST)<sup>[6]</sup> 测验在计算机上完成。共128张卡片按照颜色(红、黄、绿、蓝)、形状(三角形、十字形、圆形、五角星形)和圆形数量(1~4)的不同绘制。首先在屏幕上出现1个红三角、2个绿五角星、3个黄十字和4个蓝圆形的4张模板,然后要求被试根据4张模板对128张卡片进行分类。操作时不把分类的原则告诉被试者,告诉每一个选择是正确的或错误的,是研究执行功能的转换的范式。观察指标为完成分类数、不能维持完整分类数、总应答数、正确应答数、完成第一个分类所需应答数、错误应答数。该测验测量了概念性思维和心理灵活性,是目前广泛使用的一种检测额叶执行功能的测验。

1.3 统计学方法 采用SPSS 17.0软件进行统计学分析,符合正态分布的计量资料以均数±标准

差( $\bar{x} \pm s$ )表示,组间比较采用t检验;不符合正态分布的计量资料以M(P<sub>25</sub>, P<sub>75</sub>)表示,组间比较采用Wilcoxon秩和检验;计数资料的比较采用 $\chi^2$ 检验。以P<0.05为差异有统计学意义。

## 2 结果

2.1 两组患者一般资料比较 见表1。两组患者各30例,两组间的性别、年龄、文化程度、职业、婚姻状态等一般人口学资料及发作类型和病程的临床资料比较,差异均无统计学意义(P>0.05)。

表1 两组双相障碍II型患者一般资料的比较

项目	攻击组 (n=30)	非攻击组 (n=30)	t/ $\chi^2$ 值	P值
年龄(岁, $\bar{x} \pm s$ )	36.8 ± 11.8	26.1 ± 11.3	3.529	0.760
病程(月, $\bar{x} \pm s$ )	49.36 ± 62.11	64.35 ± 85.36	-1.029	0.306
发作类型(例)				
首发	18	19	0.071	0.791
复发	12	11		
性别(例)				
男	15	11	1.086	0.297
女	15	19		
受教育程度(例)				
大专及以下	18	18	-	-
本科及以上	12	12		
职业(例)				
无业(学生)	7	17	7.167	0.280
职工	20	12		
离退休	3	1		
婚姻状况(例)				
已婚	19	8	8.654	0.130
未婚	9	20		
其他	2	2		

2.2 两组患者HCL评分比较 攻击组HCL评分为19.0(15.5, 22.3)分,与非攻击组18.5(16.8, 24.0)分比较,差异无统计学意义(Z=-0.512, P=0.609)。

2.3 两组患者BIS-11评分比较 见表2。结果显示,在运动冲动性方面攻击组明显高于非攻击组,两组比较差异有统计学意义(P<0.05)。

表2 两组双相障碍II型患者BIS-11评分比较(分,  $\bar{x} \pm s$ )

组别	例数	注意力冲动性	运动冲动性	无计划冲动性
攻击组	30	16.30 ± 3.19	21.30 ± 4.07	28.63 ± 5.09
非攻击组	30	15.07 ± 3.78	19.03 ± 2.62	26.13 ± 5.24
t值		1.367	2.565	1.874
P值		0.177	0.013	0.066

2.4 两组患者WCST测验结果比较 见表3。两组患者WCST测验仅在完成第一个分类所需应答数方面差异有统计学意义(P<0.05)。

## 3 讨论

既往研究结果显示,无论在急性发作期,还是在

稳定缓解期, BPD患者均存在认知功能损害<sup>[7]</sup>。认知功能损害已成为BPD患者的主要症状之一, 也是影响患者社会功能康复和疾病预后的重要因素<sup>[8-9]</sup>。国内外研究发现BPD患者认知功能损害主要表现在选择性注意、反抑制功能、工作记忆和认知灵活性等执行功能缺陷和任务加工处理速度减慢两方面<sup>[10-11]</sup>。而WCST是目前广泛使用的能够较敏感反映额叶执行功能的神经心理测验工具。

在临床实践中发现, BPD患者无论在发病期还是缓解期攻击行为时常发生。有研究显示<sup>[12]</sup>双相躁狂攻击行为发生率为27.9%, 仅次于精神分裂症。而BPD患者的冲动攻击行为, 不仅对患者本人及其他人造成伤害, 也增加社会和家庭心理、经济负担, 增加人们对精神疾病的恐惧及歧视。认知功能的损害会对患者的远期预后及治疗的依从性带来不利影响, 若能通过预防和改善攻击行为而减少认知功能损害, 将产生积极的意义。两者相辅相成, 通过改善认知功能而减少冲动攻击行为的发生, 同样对患者及家属带来益处。而正确评估BPD患者神经认知功能损害与冲动攻击行为之间的关系将会尤为重要。

崔伟等<sup>[13]</sup>研究显示BPD患者如果伴有精神病性症状, 或存在神经心理功能缺陷, 或共病物质滥用/依赖及人格障碍, 将进一步增加攻击行为的发生风险。甚至有学者提出神经心理功能的缺陷, 可以作为BPD患者攻击行为的预测因素。Swann等<sup>[14]</sup>用瞬时记忆任务(IMT)和单键冲动范式(SKIP)测验, 发现BPD患者在反应速度、辨别能力和获取奖赏方面与对照组之间存在差异, 提示执行功能存在缺陷, 并发现患者的行为更具有冲动攻击性。

然而, 本研究发现, 攻击组虽然比非攻击组更具运动冲动性, 但在执行功能上差异无统计学意义。这一结论与Powers等<sup>[15]</sup>的研究结果相同, 即BPD患者的冲动攻击行为与神经认知功能之间无显著联系。多元分析发现, 患者年龄大、抑郁症状、既往混合发作次数及既往住院次数这4个变量可作为社会功能损害的预测指标<sup>[16]</sup>。

本研究限于样本量及研究限制无法再做深入研究。入组患者大部分存在服药的情况, 可能对认知功能产生不同程度的影响。在以后的研究中应注意排除患者合作性及病情等混杂因素对认知评定的影

响, 并扩大样本量, 进行社会心理因素、共病及情感分析, 以便评估双相情感障碍的冲动攻击行为。但目前的研究尚不足以证明BPD患者攻击行为与认知功能损害的因果关系。

#### 参 考 文 献

- [1] American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders[M]. 5th ed. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing, 2013: 55-78.
- [2] 陈晓东, 李洁, 苏敬华, 等. 双相 I 型与双相障碍 II 型临床特征比较分析[J]. 精神医学杂志, 2010, 23(2): 94-97.
- [3] 孙玉军, 方海燕, 沙东想, 等. HCL-32在精神科门诊双相障碍诊断中的应用[J]. 神经疾病与精神卫生, 2013, 13(6): 616-617.
- [4] Patton JH, Stanford MS, Barratt ES. Factor structure of the Barratt impulsiveness scale[J]. J Clin Psychol, 1995, 51(6): 768-774.
- [5] 谢斌, 郑瞻培. 修订版外显攻击行为量表(MOAS)[J]. 中国行为医学科学, 2001, 10(增刊): 195-196.
- [6] Heaton RK. Wisconsin card sorting test manual [M]. Florida: Psychological Assessment Resources, Inc. Odessa, 1998: 39-52.
- [7] Bora E, Yucel M, Pantelis C. Cognitive endophenotypes of bipolar disorder: a meta-analysis of neuropsychological deficits in euthymic patients and their first-degree relatives [J]. J Affect Disord, 2009, 113(1/2): 1-20.
- [8] Harvey PD, Wingo AP, Burdick KE, et al. Cognition and disability in bipolar disorder: lessons from schizophrenia research [J]. Bipolar Disord, 2010, 12(4): 364-375.
- [9] Sole B, Bonnin CM, Torrent C, et al. Neurocognitive impairment across the bipolar spectrum [J]. CNS Neurosci Ther, 2012, 18(3): 194-200.
- [10] 蒋泽宇, 叶碧瑜, 苗国栋, 等. 稳定期双相障碍患者认知功能损害特点及相关因素分析[J]. 神经疾病与精神卫生, 2015, 15(5): 478-480; 484.
- [11] Mora E, Portella MJ, Forcada I, et al. Persistence of cognitive impairment and its negative impact on psychosocial functioning in lithium-treated, euthymic bipolar patients: a 6-year follow-up study [J]. Psychol Med, 2013, 43(6): 1187-1196.
- [12] Amoo G, Fatoye FO. Aggressive behaviour and mental illness: a study of in-patients at Aro Neuropsychiatric Hospital, Abeokuta [J]. Niger J Clin Pract, 2010, 13(3): 351-355.
- [13] 崔伟, 王学义, 严保平. 双相障碍患者的攻击行为[J]. 临床精神医学杂志, 2015, 25(1): 65-66.
- [14] Swann AC, Lijffijt M, Lane SD, et al. Severity of bipolar disorder is associated with impairment of response inhibition [J]. J Affect Disord, 2009, 116(1/2): 30-36.
- [15] Powers RL, Russo M, Mahon K, et al. Impulsivity in bipolar disorder: relationships with neurocognitive dysfunction and substance use history [J]. Bipolar Disord, 2013, 15(8): 876-884.
- [16] Rosa AR, Reinares M, Franco C, et al. Clinical predictors of functional outcome of bipolar patients in remission [J]. Bipolar Disord, 2009, 11(4): 409-412.

表3 两组双相障碍 II 型患者 WCST 测验结果比较 [分,  $M(P_{25}, P_{75})$ ]

组别	例数	完成 分类数	不能维持完整 分类数	总应 答数	正确 应答数	完成第一个分类所 需应答数	错误 应答数
攻击组	30	2.00(1.00, 4.00)	3.50(2.00, 5.00)	111.0(102.0, 125.0)	62.0(55.8, 67.8)	20.0(12.8, 123.3)	51.0(32.3, 63.8)
非攻击组	30	3.00(2.00, 4.25)	4.00(3.75, 5.00)	102.0(97.0, 116.0)	65.0(61.0, 70.0)	13.5(11.0, 19.3)	41.0(28.5, 53.3)
Z值		-1.813	-1.483	-1.333	-1.325	-2.31	-1.641
P值		0.070	0.138	0.183	0.185	0.021	0.101

(收稿日期: 2016-07-30)