

青少年双相情感障碍患者的家庭亲密度与适应性特征及影响因素

杨光远 景雅芹 程燕敏 李闻天

430012 武汉市精神卫生中心临床心理科

通信作者: 李闻天, Email: liwentian2018@163.com

DOI: 10.3969/j.issn.1009-6574.2020.11.009

【摘要】目的 探讨青少年双相情感障碍患者的家庭亲密度与适应性特点及影响因素,为患者家庭的临床治疗提供参考。**方法** 使用家庭亲密度与适应性量表(FACES)及家庭功能评定(FAD)量表评估青少年双相情感障碍患者和健康青少年的家庭。家庭亲密度维度得分从低到高依次分为疏远、独立、亲密及纠缠4种不同形式,适应性维度得分从低到高依次分为僵化、结构、灵活及混乱4种不同形式。FAD量表有7个分量表,包括沟通、角色、问题解决、情感反应、情感卷入、行为控制和总功能,每个分量表得分越低表明家庭在此维度上表现越健康。应用SPSS20.0统计软件对患者家庭的亲密度、适应性及家庭类型的影响因素进行多因素Logistics回归分析。**结果** 在亲密度方面,青少年双相情感障碍患者家庭与健康青少年家庭在疏远、独立、亲密及纠缠的分布上差异具有统计学意义($Z=-3.42, P < 0.01$),患者家庭的疏远程度与问题解决($OR=7.24, 95\%CI: 1.79 \sim 29.67$)及角色得分($OR=36.23, 95\%CI: 5.10 \sim 69.56$)相关,问题解决及角色得分越高,家庭疏远越严重。在适应性方面,患者家庭与普通家庭在僵化、结构、灵活及混乱分布上差异具有统计学意义($Z=-4.36, P < 0.01$),僵化程度与年龄($OR=1.36, 95\%CI: 1.09 \sim 1.69$)、农村($OR=0.35, 95\%CI: 0.14 \sim 0.85$)、问题解决($OR=8.08, 95\%CI: 1.73 \sim 37.71$)、角色($OR=58.56, 95\%CI: 6.36 \sim 98.96$)及行为控制($OR=0.15, 95\%CI: 0.03 \sim 0.69$)相关(均 $P < 0.05$);年龄越大,问题解决及角色维度得分高的家庭较得分低的家庭更僵化;城市家庭较农村家庭僵化程度高,行为控制得分高,家庭越倾向于混乱。在家庭类型方面,患者家庭与健康青少年家庭在极端型、中间型及平衡型的分布上差异具有统计学意义($\chi^2=27.39, P < 0.01$),患者极端型家庭与角色($OR=45.49, 95\%CI: 2.50 \sim 82.99$)和情感介入($OR=0.11, 95\%CI: 0.02 \sim 0.74$)相关。**结论** 青少年双相情感障碍患者家庭的亲密度受角色及问题解决影响,家庭适应性受年龄、农村、问题解决、角色及行为控制影响,在心理干预中需考虑这些因素。

【关键词】 青少年; 双相情感障碍; 亲密度; 适应性

基金项目: 武汉市卫生健康委员会科研项目(WX19Y04)

Characteristics and influencing factors of family adaptability and cohesion in adolescents with bipolar disorder

Yang Guangyuan, Jing Yaqin, Cheng Yanmin, Li Wentian
Clinical Psychology Department, Wuhan Mental Health Center, Wuhan 430012, China
Corresponding author: Li Wentian, Email: liwentian2018@163.com

【Abstract】Objective To explore the characteristics and influencing factors of family cohesion and adaptability of adolescent bipolar disorder patients, so as to provide reference for clinical treatment of patients with bipolar disorder. **Methods** The Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale (FACES) and the Family Assessment Device (FAD) were used to evaluate the adolescent patients with bipolar disorder and the ordinary adolescent families. The scores of family cohesion dimension were divided into alienation, independence, intimacy and entanglement from low to high, while the scores of adaptability dimension were divided into fossilization, structure, flexibility and confusion from low to high. FAD has seven subscales, including communication, role, problem solving, emotional response, emotional involvement, behavior control and total function. The lower the score of each subscale, the healthier the family is in this dimension. Multivariate logistic regression analysis was carried out to analyze the influencing factors of family cohesion, adaptability and family type by SPSS 20.0 statistical software. **Results** In terms of cohesion, the distribution

of alienation, independence, intimacy and entanglement between patient families and healthy families was statistically significant ($Z=-3.42, P < 0.01$). The alienation of patient families was associated with problem solving ($OR=7.24, 95\%CI=1.79-29.67$) and role score ($OR=3.86, 95\%CI=1.63-5.56$). The severity of family alienation increases with the scores of problem solving and role. In terms of adaptability, the distribution of fossilization, structure, flexibility and confusion was statistically significant between patient families and healthy families ($Z=-4.36, P < 0.01$). The fossilization of patient families was associated with age ($OR=1.36, 95\% CI=1.09-1.69$), rural area ($OR=0.35, 95\%CI=1.96-0.16$), problem solving ($OR=8.08, 95\%CI=0.55-3.63$), role ($OR=58.56, 95\%CI=0.14-0.85$) and behavioral control ($OR=0.15, 95\%CI=0.03-0.69$). The fossilization of family is more serious when they have higher age and higher scores in problem solving and role dimensions. Compared with rural families, urban families are more rigid and have higher scores of behavior control, and the more likely they are to be confused. In terms of family type, the distribution of extreme, intermediate and balanced type was statistically significant between patient families and ordinary families ($\chi^2=27.39, P < 0.01$). The polarization of patient families was associated with roles ($OR=45.49, 95\%CI=2.50-82.99$) and emotional intervention ($OR=0.11, 95\%CI=0.02-0.74$). **Conclusions** The family cohesion of adolescents with bipolar disorder were affected by role and problem solving, and the adaptability were affected by age, region, problem solving, role and behavior control, which should be considered in psychological intervention.

【Key words】 Adolescence; Bipolar disorder; Cohesion; Adaptability

Fund program: Wuhan Health Commission Scientific Research Project (WX19Y04)

儿童青少年双相情感障碍是以情感高涨为核心症状,与成人相比病程长,倾向于慢性,半数以上患者社会功能损害明显^[1]。研究表明,儿童双相情感障碍发作前常有应激性生活事件,不良的家庭环境会诱发双相情感障碍的发生^[1]。家庭亲密度、适应性和冲突是青少年双相情感障碍情绪症状的有效预测因素^[2]。患病儿童的病程与家庭亲密度呈负相关^[3]。父母抑郁、焦虑、父亲物质使用问题以及与父母关系不佳或家庭内部冲突显著增加了双相情感障碍的风险^[4]。母亲抑郁进一步预示着双相情感障碍的早期发作^[4]。家庭适应性、亲密度和冲突可能是青少年双相情感障碍患者家庭治疗的重要目标^[5]。在患者的治疗中,家庭亲密度适应性起着重要作用,现有的研究主要是比较患者家庭与普通家庭在家庭亲密度方面的差异,而很少对家庭的亲密度、适应性及其影响因素进行分析。本研究旨在对亲密度及适应性的这些特点及影响因素进行探究,对患者的临床治疗与康复提供借鉴。

一、对象与方法

1. 研究对象:研究对象来源于武汉市精神卫生中心2017—2019年诊治的青少年双相情感障碍患者,其入组标准:(1)患者由医院精神科医师依据《ICD-10精神与行为障碍分类》^[6]双相情感障碍的诊断标准进行双相情感障碍诊断。(2)处于康复期,病情稳定,能完成问卷调查。(3)依据青少年早期、中期、晚期年龄的划分,患者年龄11~19岁^[7]。排除标准:有其他精神障碍诊断,脑器质性及躯体疾病,神经系统疾病等。

健康对照组入组标准:2017—2019年在武汉市选取年龄11~19岁的青少年。排除标准:既往或目

前有精神障碍诊断,有脑器质性及躯体疾病,神经系统疾病等。

所有调查对象知晓知情同意,本研究方案通过武汉市精神卫生中心伦理委员会审查批准,项目伦理编号KY2018.53。

2. 研究工具:(1)家庭亲密度与适应性量表(Family Adaptability and Cohesion Scale, FACES)^[8]。本量表共30个项目,每个项目采用1(不是)~5级(总是)评分。包括家庭的亲密度和适应性两个分量表。依据Olson的理论^[9],FACES的家庭亲密度维度得分从低到高依次分为疏远、独立、亲密及纠缠4种不同形式,家庭适应性维度得分从低到高依次分为僵化、结构、灵活及混乱4种不同形式。4种家庭亲密度和4种家庭适应性组成16种家庭形式,16种家庭形式进一步分成3种家庭类型:极端型家庭、中间型家庭及平衡型家庭。(2)家庭功能评定(Family Assessment Device, FAD)量表^[8]。FAD量表用以收集整个家庭系统的各个方面的资料,其可以简单地找到家庭系统中可能存在的问题。量表有7个分量表:沟通、角色、问题解决、情感反应、情感卷入、行为控制和总功能,共60个项目,每个项目采用1(很像)~4(完全不像)级评分。每个分量表得分越低表明家庭在此维度上表现越健康。

3. 统计学方法:使用SPSS 20.0统计软件进行统计分析,性别、家庭所在地、家庭类型等计数资料以例数(%)表示,组间比较采用 χ^2 检验,对两组家庭在4种亲密度形式及适应性形式上的比较采用秩和检验。对患者家庭的亲密度、适应性及家庭类型的影响因素分析采用有序Logistic回归分析, $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。

二、结果

1. 两组青少年的基本资料比较: 两组青少年在性别、所在地、年龄等方面差异均无统计学意义(均 $P > 0.05$)。见表1。

表1 青少年双相情感障碍患者与健康青少年的基本资料比较

组别	例数	性别(例)		年龄 (岁, $\bar{x} \pm s$)	地区(例)	
		男性	女性		农村	城市
健康对照组	103	53	50	16.4 ± 2.2	51	52
双相情感障碍组	103	52	51	16.1 ± 2.1	43	60
χ^2/t 值		0.02		1.00	1.25	
P 值		0.889		0.318	0.263	

2. 青少年双相情感障碍患者家庭的亲密度特点: 用秩和检验比较两组家庭在4种家庭形式上的等级分布, 结果显示差异具有统计学意义($P < 0.05$), 见表2。比较两组在FAD维度上的差异, 结果如表3。以青少年双相情感障碍患者的家庭亲密度为因变量(纠缠=1, 亲密=2, 孤立=3, 疏远=4), 年龄、性别、所在地、FAD维度为自变量, 进行有序Logistic回归分析, 结果显示, 家庭疏远程度与问题解决及角色维度得分相关, 差异均有统计学意义(均 $P < 0.01$), 问题解决及角色得分越高, 家庭疏远越严重。见表4。

表2 青少年双相情感障碍患者与健康青少年的家庭亲密度分布差异[例(%)]

组别	例数	疏远	孤立	亲密	纠缠
健康对照组	103	11(10.7)	41(39.8)	40(38.8)	11(10.7)
双相情感障碍组	103	43(41.7)	21(20.4)	29(28.2)	10(9.7)
Z 值		3.42			
P 值		0.001			

3. 青少年双相情感障碍患者家庭的适应性特点: 以秩和检验比较两组家庭在4种家庭适应形式上的等级分布, 差异具有统计学意义($P < 0.05$), 见表5。以家庭适应性为因变量(混乱=1, 灵活=2, 结构=3, 僵化=4), 年龄、性别、所在地、FAD维度为自

变量, 进行有序Logistic回归分析, 结果显示, 僵化程度与年龄、所在地以及问题解决、角色、行为控制得分相关联, 差异均有统计学意义(均 $P < 0.05$), 年龄、问题解决及角色时家庭僵化的危险性因素, 农村及行为控制是家庭僵化的保护性因素。见表6。

4. 青少年双相情感障碍患者的家庭类型特点: 极端型、中间型、平衡型3组家庭的分类并非有序的, 采用 χ^2 检验比较两组家庭在家庭类型上的分布, 差异具有统计学意义($P < 0.05$), 见表7。以青少年双相情感障碍患者家庭类型为因变量, 以年龄、性别、所在地、FAD的7个维度为自变量, 以平衡型家庭为基准, 比较中间型和极端型家庭的特点, 进行多因素Logistic回归分析, 结果显示, 与平衡型家庭比较, 家庭中端型状态与角色及行为控制相关联, 极端型状态与角色和情感介入相关联。见表8。

讨论 在家庭亲密度方面, 疏远和纠缠都是不健康的家庭特点, 双相情感障碍患者家庭疏远和纠缠的比例高于健康青少年的家庭, 患者的家庭疏远和纠缠占51.4%, 健康青少年家庭占21.4%, 这与杨超等^[10]的研究结果一致, 他们对儿童双相情感障碍患者的家庭环境研究发现, 患者家庭亲密度、情感表达、娱乐性低于健康青少年家庭^[11]。可能的原因是家庭教养方式主要表现为母亲情感温暖、理解低于健康家庭^[11], 呈现出疏离的特点。对患者家庭的回归分析发现, 家庭中问题解决和角色能力越差, 家庭的疏远程度越明显。青年双相情感障碍患者家庭的问题解决和角色功能差于健康家庭^[11], 使得家庭易呈现更多的冲突。且家庭亲密度与冲突有关联, 青少年双相情感障碍患者高冲突家庭的亲密度较差, 低冲突家庭的亲密度高^[12]。当家庭经历一些生活事件, 家庭成员不能采取有效的办法解决时, 负性生活事件便成了双相情感障碍复发的危险因素^[13]。疾病复发、家庭成员自身的状态及执行自身角色的能力影响着亲密度, 父母有情绪障碍病史, 不能很好地承担自身角色功能时, 家庭的组织水平和亲密度较低^[3]。

在家庭适应性方面, 僵化和混乱都是不健康的家庭特点, 双相情感障碍患者家庭僵化和混乱的比

表3 青少年双相情感障碍患者与健康青少年家庭功能差异(分, $\bar{x} \pm s$)

组别	例数	沟通	问题解决	角色	情感反应	情感介入	行为控制	总功能
健康对照组	103	2.19 ± 0.43	1.97 ± 0.32	2.23 ± 0.29	2.37 ± 0.44	2.32 ± 0.33	2.24 ± 0.31	1.93 ± 0.38
双相情感障碍组	103	2.39 ± 0.48	2.06 ± 0.42	2.35 ± 0.36	2.53 ± 0.51	2.54 ± 0.38	2.39 ± 0.38	2.18 ± 0.45
t 值		3.08	1.67	2.73	2.39	4.41	3.19	4.17
P 值		0.002	0.096	0.007	0.018	0.001	0.002	0.001

表4 青少年双相情感障碍患者家庭亲密度的影响因素分析

变量	B值	Wald χ^2 值	P值	OR值	95%CI
年龄	0.13	1.67	0.196	1.14	0.93 ~ 1.37
男性	-0.13	0.09	0.758	0.88	0.38 ~ 2.03
农村	-0.44	1.09	0.297	0.64	0.28 ~ 4.31
沟通	0.76	1.14	0.287	2.14	0.53 ~ 8.58
问题解决	1.98	7.62	0.006	7.24	1.79 ~ 29.67
角色	3.59	12.82	<0.001	36.23	5.10 ~ 69.56
情感反应	-0.86	1.77	0.184	0.42	0.12 ~ 1.51
情感介入	-0.10	0.02	0.882	0.90	0.25 ~ 3.32
行为控制	-0.69	1.03	0.310	0.50	0.13 ~ 1.92
总功能	-0.58	0.43	0.513	0.56	0.09 ~ 3.19

表5 青少年双相情感障碍患者与健康青少年的家庭适应性形式分布差异[例(%)]

组别	例数	僵化	结构	灵活	混乱
健康对照组	103	12(11.7)	45(43.7)	30(29.1)	16(15.5)
双相情感障碍组	103	49(47.6)	23(22.3)	20(19.4)	11(10.7)
Z值			4.36		
P值			<0.01		

表6 青少年双相情感障碍患者家庭适应性影响因素分析

变量	B值	Wald χ^2 值	P值	OR值	95%CI
年龄	0.31	8.07	0.005	1.36	1.09 ~ 1.69
男性	-0.58	1.50	0.220	0.56	0.23 ~ 1.42
农村	-1.06	5.35	0.021	0.35	0.14 ~ 0.85
沟通	0.95	1.22	0.269	2.59	0.48 ~ 13.73
问题解决	2.09	7.07	0.008	8.08	1.73 ~ 37.71
角色	4.07	12.92	<0.001	58.56	6.36 ~ 98.96
情感反应	-1.07	2.08	0.149	0.34	0.08 ~ 1.48
情感介入	-0.71	0.84	0.360	0.49	0.11 ~ 2.25
行为控制	-1.90	5.92	0.015	0.15	0.03 ~ 0.69
总功能	1.70	2.54	0.111	5.47	0.68 ~ 40.44

例高于健康青少年的家庭,患者的家庭僵化和混乱占58.3%,健康青少年家庭占僵化占27.2%,这可能与家庭的行为模式有关。研究表明,双相情感障碍儿童的父母报告的家庭表达力、积极娱乐倾向较低^[3],而患者家庭控制性和矛盾性高于健康青少年家庭^[10]。家庭的高控制性和矛盾性,低表达性和娱乐性,使得家庭容易呈现出僵化和混乱的特点。回归分析表明,男性、农村是家庭僵化程度的保护性因素,李毅坚和张程赅^[14]的研究显示,农村双相情感障碍患者的家庭经济负担高于城市家庭,但家庭娱乐活动、家庭成员心理健康方面较城市家庭好,可能的原因是农村的生活节奏比较慢,农村环境不如城市竞争激烈,羞耻感也相对较低。家庭中问题解决和角色能力越差,家庭的僵化程度越明显,家庭对成员行

表7 青少年双相情感障碍患者与健康青少年家庭类型分布差异[例(%)]

组别	例数	极端型	中间型	平衡型	χ^2 值	P值
健康对照组	103	13(12.6)	24(23.3)	66(64.1)	27.39	<0.01
双相情感障碍组	103	42(40.8)	29(28.2)	32(31.0)		

表8 青少年双相情感障碍患者的家庭类型影响因素分析

变量	B值	Wald χ^2 值	P值	OR值	95%CI
中间型					
年龄	-0.02	0.19	0.879	0.98	0.75 ~ 1.28
男性	0.33	0.32	0.574	1.39	0.44 ~ 4.47
农村	0.29	0.26	0.609	1.35	0.43 ~ 4.24
沟通	-0.49	0.19	0.659	0.62	0.07 ~ 5.27
问题解决	-1.16	1.31	0.252	0.31	0.04 ~ 2.29
角色	2.83	3.87	0.049	16.94	1.01 ~ 28.73
情感反应	0.39	0.19	0.665	1.48	0.25 ~ 8.65
情感介入	-1.42	2.13	0.144	0.24	0.04 ~ 1.62
行为控制	-2.06	4.27	0.039	0.13	0.02 ~ 0.89
总功能	1.68	1.47	0.225	5.36	0.36 ~ 80.65
极端型					
年龄	-0.05	0.16	0.689	0.95	0.73 ~ 1.23
男性	0.44	0.57	0.452	1.56	0.49 ~ 4.96
农村	0.76	1.66	0.198	2.14	0.67 ~ 6.79
沟通	1.13	1.08	0.300	3.10	0.37 ~ 26.33
问题解决	-1.11	1.21	0.272	0.33	0.05 ~ 2.39
角色	3.82	6.66	0.010	45.49	2.50 ~ 82.99
情感反应	-0.26	0.07	0.786	0.77	0.12 ~ 4.91
情感介入	-2.19	5.19	0.023	0.11	0.02 ~ 0.74
行为控制	-1.28	1.53	0.216	0.28	0.04 ~ 2.11
总功能	1.17	0.76	0.382	3.21	0.23 ~ 44.04

为的约束力量越弱,越容易呈现混乱的状态,这可能与家庭的教养方式有关,患者家庭的教养方式父亲倾向于惩罚、严厉和拒绝、否认,母亲倾向于过分干涉和保护、拒绝及否认、惩罚及严厉^[10]。

在家庭类型方面,青少年双相情感障碍患者家庭极端型家庭比例明显高于健康青少年家庭,而平衡型家庭比例明显低于健康青少年家庭。极端型家庭在家庭亲密度和适应性两个方面均处于过低或者过高的极端水平^[6],这些是功能失调的家庭,主要表现为家庭成员间互动过于疏离或纠缠,过于淡漠或依赖,僵化或易冲动,以及家庭间呈现无规则或过度权威等。回归分析表明,家庭角色能力越差,对家庭成员行为的约束力量越强,家庭极端化程度越明显。可能与儿童少年双相情感障碍与成年人在表现上存在差异有关,青少年精神运动性兴奋和社会功能受损少于成年人,而更多表现为行为障碍,倾向于用这些行为来表达情绪,且病前常有一些如

破坏性行为、行为失控等表现^[1],导致家庭更多的约束力量,这可能更容易激发青少年患者内心的情绪不满,继而加剧家庭内的冲突。而家庭的冲突又容易影响到青少年患者的病情,研究表明,青少年近期躁狂症状和情绪失调与家庭冲突呈正相关^[15]。父母冲突的减少也预示着青少年躁狂症状的减少^[2]。这些特点导致患者家庭极端型比例高于健康青少年家庭。

双相情感障碍影响着青少年的人际关系、学习、娱乐及生活满意度^[16],需要及时干预,在干预时需要考虑家庭的矛盾性和控制性,这两个特点是儿童双相情感障碍的危险因素^[10]。在干预的方式方面,家庭心理教育和技能培训可改善双相情感障碍早期阶段的家庭亲密度^[12]。基于儿童和家庭的认知行为治疗可能有助于提高父母应对双相情感障碍的技能和知识,增加青少年的心理社会功能,改善家庭气氛^[17]。本研究不足之处是整体研究样本量较少,使得将量表亲密度与适应性的4种形式在进行多项回归时可能会导致结果的偏倚,进一步的研究可以扩大样本量,提高准确性。本研究是对家庭中的青少年群体进行施测,而家庭中不同的家庭成员对家庭功能的理解存在偏差,有研究表明,患者和家属汇报的家庭功能一致性较差^[18],进一步研究可以比较不同家庭成员汇报的家庭功能特点及其影响因素,从多个被试角度考量家庭功能的特点。研究方法方面,本研究运用的是量化研究方法,进一步的研究可结合质性研究的方法,探讨家庭功能在不同阶段的动态的变化过程。

利益冲突 文章所有作者共同认可文章无相关利益冲突

作者贡献声明 构思与设计为杨光远与李闻天、资料收集与分析、论文撰写为杨光远,文献调研与整理为程燕敏和景雅芹,论文修订为李闻天

参 考 文 献

- [1] 郭兰婷,郑毅.儿童少年精神病学[M].2版.北京:人民卫生出版社,2016:148-149.
- [2] Sullivan AE, Judd CM, Axelson DA, et al. Family functioning and the course of adolescent bipolar disorder[J]. Behav Ther, 2012, 43(4): 837-847. DOI: 10.1016/j.beth.2012.04.005.
- [3] Belardinelli C, Hatch JP, Olvera RL, et al. Family environment patterns in families with bipolar children[J]. J Affect Disorders, 2008, 107(1/3): 299-305. DOI: 10.1016/j.jad.2007.08.011.
- [4] Chen YC, Kao CF, Lu MK, et al. The relationship of family characteristics and bipolar disorder using causal-pie models[J]. Eur Psychiat, 2014, 29(1): 36-43. DOI: 10.1016/j.eurpsy.2013.05.004.
- [5] Sullivan AE, Miklowitz DJ. Family functioning among adolescents with bipolar disorder[J]. J Fam Psychol, 2010, 24(1): 60-67. DOI: 10.1037/a0018183.
- [6] Olson DH. Circumplex model of marital and family systems[J]. J Fam Ther, 2000, 22(2): 144-167. DOI: 10.1111/1467-6427.00144.
- [7] 世界卫生组织. ICD-10精神与行为障碍分类临床描述与诊断要点[M].范肖东,汪向东,于欣,等,译.北京:人民卫生出版社,1993:94-97.
- [8] Smetana JG, Campione-Barr N, Metzger A. Adolescent development in interpersonal and societal contexts[J]. Annu Rev Psychol, 2006, 57(1): 255-284. DOI: 10.1146/annurev.psych.57.102904.190124.
- [9] 汪向东,王希林,马弘.心理卫生评定量表手册[M].增订版.北京:中国心理卫生杂志社,1999:142-152.
- [10] 杨超,张莉,傅岳文,等.双相情感障碍儿童与家庭环境及父母教养方式的关系[J].中国健康心理学杂志,2017,25(2): 182-185. DOI: 10.13342/j.cnki.cjhp.2017.02.007. Yang C, Zhang L, Fu YW, et al. Relationship between children with bipolar disorder and family environment and parental rearing patterns[J]. China Journal of Health Psychology, 2017, 25(2): 182-185.
- [11] Macpherson HA, Ruggieri AL, Christensen RE, et al. Developmental evaluation of family functioning deficits in youths and young adults with childhood-onset bipolar disorder[J]. J Affect Disorders, 2018, 235: 574-582. DOI: 10.1016/j.jad.2018.04.078
- [12] O'Donnell LA, Weintraub MJ, Ellis AJ, et al. A randomized comparison of two psychosocial interventions on family functioning in adolescents with bipolar disorder[J]. Fam Process, 2020, 59(2): 376-389. DOI: 10.1111/famp.12521.
- [13] 余金鸣,张岱威,张建龙,等.生活事件、社会支持与双相情感障碍患者症状复发的相关研究[J].四川精神卫生,2015,28(4): 354-357. DOI: 10.11886/j.issn.1007-3256.2015.04.021. Yu JM, Zhang DW, Zhang JL, et al. Study on the correlation between life events, social support and symptom relapse of bipolar disorder[J]. Sichuan Mental Health, 2015, 28(4): 354-357.
- [14] 李毅坚,张程赫.双相情感障碍II型患者的家庭经济负担和家庭功能分析评价[J].包头医学院学报,2016,32(3): 4-5. DOI: 10.16833/j.cnki.jbmc.2016.03.002. Li YJ, Zhang CC. Analysis and evaluation of family economic burden and family function in patients with type II bipolar affective disorder[J]. Journal of Baotou Medical College, 2016, 32(3): 4-5.
- [15] Timmins V, Swampillai B, Collinger K, et al. Correlates of adolescent-reported and parent-reported family conflict among Canadian adolescents with bipolar disorder[J]. J Psychiatr Pract, 2016, 22(1): 31-41. DOI: 10.1097/PRA.0000000000000118.
- [16] Hower H, Lee EJ, Jones RN, et al. Predictors of longitudinal psychosocial functioning in bipolar youth transitioning to adults[J]. J Affect Disorders, 2019, 246: 578-585. DOI: 10.1016/j.jad.2018.12.108.
- [17] Knutsson J, Bäckström B, Daukantaitė D, et al. Adolescent and family-focused cognitive-behavioural therapy for paediatric bipolar disorders: a case series[J]. Clin Psychol Psychot, 2017, 24(3): 589-617. DOI: 10.1002/cpp.2027.
- [18] Weinstock LM, Wenze SJ, Munroe MK, et al. Concordance between patient and family reports of family functioning in bipolar I disorder and major depressive disorder[J]. J Nerv Ment Dis, 2013, 201(5): 377-383. DOI: 10.1097/NMD.0b013e31828e1041.

(收稿日期:2020-08-19)

(本文编辑:赵金鑫)