

残留症状对缓解期双相情感障碍患者心理社会功能的影响

刘云斐 李伊沙 李伟 王小敏 李娜 王朝敏 史少霞 宋美

050000 石家庄, 河北医科大学第一医院精神卫生科 河北省精神卫生研究所 河北医科大学精神卫生中心 河北省脑老化与认知神经科学实验室 河北省脑科学与精神心理疾病重点实验室

通信作者: 宋美, Email: onionlucky@163.com

DOI: 10.3969/j.issn.1009-6574.2021.11.006

【摘要】目的 探讨残留症状对缓解期双相情感障碍患者心理社会功能的影响。**方法** 采用横断面研究, 选取2019年11月至2020年12月就诊于河北医科大学第一医院门诊的81例纳入符合ICD-10诊断的缓解期双相情感障碍患者, 对其进行人口统计学调查, 采用24项汉密尔顿抑郁量表(HAMD)、轻躁狂量表(HCL-32)、汉密尔顿焦虑量表(HAMA)测量双相情感障碍患者的残留情绪症状, 采用霍普金斯词汇学习测验-修订版(HVLT-R)、简易视觉空间记忆测验-修订版(BVMT-R)、连线测试A(TMT-A)部分实验、数字广度测试评估残留的认知症状, 使用功能大体评定量表(GAF)评估心理社会功能。根据功能大体评定量表评分将患者分为GAF=9组(27例)和GAF<9组(54例)。采用SPSS 22.0统计软件对数据进行分析。**结果** GAF<9组的女性[40.7%(22/54)]明显多于GAF=9组[33.3%(9/27)], 受教育年限[12.00(9.00, 13.00)年]明显少于GAF<9组[16.00(12.00, 16.00)年], 无职业者[40.7%(22/54)]明显多于GAF=9组[18.5%(5/27)], 抗精神病药物使用剂量[(10.48±5.40)mg]明显高于GAF=9组[(7.99±5.65)mg], HAMD评分[6.00(3.75, 10.00)分]明显高于GAF=9组[3.00(0, 6.00)分], BVMT-RT1评分[4.00(1.00, 8.00)分]明显低于GAF=9组[6.00(3.00, 10.00)分], BVMT-RDR评分[7.50(3.00, 11.25)分]明显低于GAF=9组[11.00(8.00, 12.00)分], DST评分[14.00(12.00, 16.00)分]低于GAF=9组[15.00(13.00, 18.00)分]。两组患者的性别、受教育年限、婚姻、职业、吸烟、饮酒、既往史、心境稳定剂、抗抑郁药、苯二氮草类药物的使用、HAMD评分、DST评分、BVMT-RT1评分、BVMT-RDR评分比较, 差异均有统计学意义($P < 0.05$)。双相情感障碍患者缓解期的整体功能与受教育年限($r = -0.34$, 95%CI: $-0.53 \sim -0.12$, $P < 0.01$)、HAMD评分($r = 0.37$, 95%CI: $0.16 \sim 0.56$, $P < 0.01$)、BVMT-RT1评分($r = -0.23$, 95%CI: $-0.41 \sim -0.02$,

- [15] Reich R, Gilbert A, Clari R, et al. A preliminary investigation of impulsivity, aggression and white matter in patients with bipolar disorder and a suicide attempt history[J]. J Affect Disord, 2019, 247: 88-96. DOI: 10.1016/j.jad.2019.01.001.
- [16] Megirr A, Renaud J, Bureau A, et al. Impulsive-aggressive behaviours and completed suicide across the life cycle: a predisposition for younger age of suicide[J]. Psychol Med, 2008, 38(3): 407-417. DOI: 10.1017/S0033291707001419.
- [17] Wetherall K, Cleare S, Eschle S, et al. From ideation to action: differentiating between those who think about suicide and those who attempt suicide in a national study of young adults[J]. J Affect Disord, 2018, 241: 475-483. DOI: 10.1016/j.jad.2018.07.074.
- [18] Bender TW, Gordon KH, Bresin K, et al. Impulsivity and suicidality: the mediating role of painful and provocative experiences[J]. J Affect Disord, 2011, 129(1/3): 301-307. DOI: 10.1016/j.jad.2010.07.023.
- [19] Wang W, Zhou Y, Wang J, et al. Prevalence, clinical correlates of suicide attempt and its relationship with empathy in patients with schizophrenia[J]. Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry, 2020, 99: 109863. DOI: 10.1016/j.pnpbp.2020.109863.
- [20] Listabarth S, Vyssoki B, Glahn A, et al. The effect of sex on suicide risk during and after psychiatric inpatient care in 12 countries-an ecological study[J]. Eur Psychiatry, 2020, 63(1): e85. DOI: 10.1192/j.eurpsy.2020.83.
- [21] Dai QL, Wang DM, Wang JS, et al. Suicide attempts in Chinese Han patients with schizophrenia: cognitive, demographic, and clinical variables[J]. Braz J Psychiatry, 2020, 43(1): 29-34. DOI: 10.1590/1516-4446-2020-0900.
- [22] Lange S, Koyanagi A, Rehm J, et al. Association of tobacco use and exposure to secondhand smoke with suicide attempts among adolescents: findings from 33 countries[J]. Nicotine Tob Res, 2020, 22(8): 1322-1329. DOI: 10.1093/ntr/ntz172.

(收稿日期: 2021-06-09)

(本文编辑: 赵金鑫)

$P=0.04$)、BVM T-RDR 评分($r=-0.24$, $95\%CI: -0.45 \sim -0.02$, $P=0.03$)、数字广度测验总分($r=-0.23$, $95\%CI: -0.42 \sim -0.01$, $P=0.04$)、抗精神病药物($r=0.23$, $95\%CI: 0.02 \sim 0.44$, $P=0.04$)之间存在显著的相关性。缓解期的双相情感障碍患者残留抑郁症状($\chi^2=5.33$, $OR=1.58$, $95\%CI: 1.07 \sim 2.33$, $P=0.02$)、使用抗精神病药物($\chi^2=4.77$, $OR=1.37$, $95\%CI: 1.03 \sim 1.82$, $P=0.03$)是其心理社会功能损害的危险因素;受教育年限长是其保持良好心理社会功能的保护因素($\chi^2=5.31$, $OR=0.34$, $95\%CI: 0.14 \sim 0.85$, $P=0.02$)。结论 缓解期双相情感障碍患者心理社会功能的损害危险因素包括残留抑郁症状、使用抗精神病药物,保护因素包括受教育年限长。

【关键词】 双相情感障碍; 残留症状; 心理社会功能; 情绪; 认知

基金项目: 河北医科大学第一医院“星火”青年科研项目(XH201709)

Impact of residual symptoms on psychosocial function of patients with euthymic bipolar disorder

Liu Yunfei, Li Yisha, Li Wei, Wang Xiaomin, Li Na, Wang Chaomin, Shi Shaoxia, Song Mei

Department of Psychiatry, the First Hospital of Hebei Medical University, Mental Health Institute of Hebei Province, Mental Health Center of Hebei Medical University, Hebei Brain Ageing and Cognitive Neuroscience Laboratory, Hebei key laboratory of Brain science and Psychiatric-Psychologic Disease, Shijiazhuang 050000, China
Corresponding author: Song Mei, Email: onionlucky@163.com

【Abstract】 **Objective** To explore the impact of residual symptoms on psychosocial function of patients with euthymic bipolar disorder. **Methods** A cross-sectional study was conducted. A total of 81 patients with euthymic bipolar disorder diagnosed by ICD-10, who were admitted to the outpatient clinic of the First Hospital of Hebei Medical University from November 2019 to December 2020, were enrolled in this study. The demographic survey was conducted. The residual mood symptoms were measured by Hamilton Depressive Scale 24 items (HAMD-24), Hypomania Check List (HCL-32) and Hamilton Anxiety Scale (HAMA). Hopkins Verbal Learning Test revised (HVLT-R), Brief Visuospatial Memory Test revised (BVM T-R), Trail Making Test A(TMT-A) and Digit span task (DST) were used to assess the residual cognitive symptoms. The Global Assessment Function (GAF) was used to evaluate the psychosocial function. The patients were divided into two groups according to the score of GAF: high social function group (GAF=9) with 27 cases and low social function group (GAF < 9) with 54 cases. All the data were analyzed by SPSS 22.0. **Results** Compared with the GAF=9 group, the GAF < 9 group had more female [40.7% (22/54) vs 33.3% (9/27)], lower level of education [12.00(9.00, 13.00) vs 16.00(12.00, 16.00)], more unemployed [40.7% (22/54) vs 18.5%(5/27)], higher dosage of antipsychotics [(10.48 ± 5.40) vs (7.99 ± 5.65)] mg, higher HAMD score [6.00(3.75, 10.00) vs 3.00 (0, 6.00)], lower BVM T-RT1 score [4.00(1.00, 8.00) vs 6.00(3.00, 10.00)], lower BVM T-RDR score [7.50 (3.00, 11.25) vs 11.00(8.00, 12.00)] and lower DST score [14.00(12.00, 16.00) vs 15.00(13.00, 18.00)]. The differences in gender, education, marriage, profession ($\chi^2=9.00$, $P=0.03$), smoking history, drinking history, past history, the use of mood stabilizers, antidepressant, benzodiazepines, the score of HAMD, DST, BVM T-RT1, BVM T-RDR were statistical significant ($P < 0.05$). The overall function of patients with euthymic bipolar disorder was correlated with education level ($r=-0.34$, $95\%CI=-0.53- -0.12$, $P < 0.01$), HAMD ($r=0.37$, $95\%CI=0.16-0.56$, $P < 0.01$), BVM T-RT1 ($r=-0.23$, $95\%CI=-0.41- -0.02$, $P=0.04$), BVM T-RDR ($r=-0.24$, $95\%CI=-0.45- -0.02$, $P=0.03$), DST ($r=-0.23$, $95\%CI=-0.42- -0.01$, $P=0.04$) and the use of antipsychotics ($r=0.23$, $95\%CI=0.02-0.44$, $P=0.04$). In patients with euthymic bipolar disorder, the residual depressive symptoms ($\chi^2=5.33$, $OR=1.58$, $95\%CI=1.07-2.33$, $P=0.02$) and the use of antipsychotics ($\chi^2=4.77$, $OR=1.37$, $95\%CI=1.03-1.82$, $P=0.03$) were the risk factors of psychosocial function impairment, and high level of education was a protective factor ($\chi^2=5.31$, $OR=0.34$, $95\%CI=0.14-0.85$, $P=0.02$). **Conclusions** The risk factors of psychosocial function impairment in patients with euthymic bipolar disorder include residual depressive symptoms and use of antipsychotics. The protective factor for maintaining psychosocial function in patients with euthymic bipolar disorder is high level of education.

【Key words】 Bipolar disorder; Residual symptoms; Psychosocial function; Mood; Cognition

Fund program: "Spark" youth scientific research program of the first hospital of Hebei Medical University (XH201709)

双相情感障碍(bipolar disorder, BD)是一种严重的精神障碍,特征是抑郁和(轻)躁狂反复发作,全球1%~4%的普通人群患病^[1],造成严重的心理社会功能损害^[2-3]。即使处于临床缓解期,仍有一定数量的患者受到残留症状的困扰^[4]。BD缓解期的

残留症状包括抑郁症状^[5]、认知损害^[6-7]、睡眠和睡眠节律紊乱^[8-10]和情绪不稳定^[11]等,这些残留症状将影响BD的自然病程,是能够预测患者长期预后的潜在因素^[12-13]。

BD的功能障碍是一个严重的问题,Rosa等^[14]

的研究结果显示,60%的BD患者出现心理社会功能障碍,而健康对照组仅有13%出现功能障碍。研究证据表明,50%的BD患者在缓解期也会出现社交、职业和人际关系障碍^[15-17]。

目前,虽然有研究证实BD患者抑郁症状和(或)躁狂症状的严重程度均与功能障碍密切相关^[18]。但是既往大部分研究仍仅限于BD患者心理社会功能与抑郁症状之间的研究,且对于(轻)躁狂症状、认知症状与心理社会功能的关系研究中,不同的研究得出了不一致的结论。针对缓解期BD患者的残留症状与心理社会功能之间关系,除了残留的抑郁症状外,并不是所有的研究都发现了残留(轻)躁狂症状、认知症状与心理社会功能之间的直接联系^[14]。此外,目前对缓解期BD患者药物的治疗与心理社会功能的影响也不明确,故本文通过对缓解期BD患者的残留症状及心理社会功能进行调查,明确BD患者残留症状的特征及对缓解期患者的心理社会功能的影响,旨在为临床更好地认识缓解期BD患者的预后情况和功能恢复提供参考。

一、对象与方法

1.研究对象:选取2019年11月至2020年12月就诊于河北医科大学第一医院门诊的BD患者。纳入标准:(1)符合ICD-10中BD缓解期诊断标准^[19];(2)年龄18~65岁;(3)无其他严重精神障碍疾病及重大躯体疾病;(4)近6个月内未接受物理治疗;(5)受教育年限 ≥ 9 年。排除标准:(1)有重大医疗或神经疾病;(2)有重大药物/乙醇滥用;(3)孕妇;(4)有严重自杀念头或自杀企图;(5)无法理解和参与量表评估。本研究经过河北医科大学第一医院伦理委员会审核批准(批准号:20210744)。所有受试者均签署知情同意书。

2.方法:(1)采用自行设计的调查问卷,包括研究对象的社会人口信息、生活居住方式。社会学信息包括年龄、性别、民族、受教育年限、婚姻、职业、吸烟和饮酒情况。其中吸烟定义为一生中连续或累积吸烟6个月以上者,每天吸烟至少1支;饮酒定义为平均每日饮白酒量(酒精含量50%以上)100 ml,持续6个月以上;已戒烟或已戒酒指符合吸烟或饮酒条件者,在调查时已经至少连续6个月不吸烟或不饮酒^[20]。(2)患者的疾病情况调查。包括发作特征、用药情况(心境稳定剂、抗精神病药、镇静催眠药、抗抑郁药、其他),抗精神病药物剂量换算采用世界卫生组织(World Health Organization, WHO)药物统计方法合作中心研发的限定日剂量(defined

daily dose, DDD)法^[21],将所有抗精神病药物换算为氟哌啶醇的剂量,剂量单位为毫克(mg)。所有患者近6个月内均未接受物理治疗。(3)残留症状评估。①24项汉密尔顿抑郁量表(Hamilton Depressive Scale 24 items, HAMD-24):其由Hamilton于1960年编制,包括24条项目^[22],总分 ≥ 4 分为有残留抑郁症状^[11];②14项汉密尔顿焦虑量表(Hamilton Anxiety Scale 14 items, HAMA-14):总分 ≥ 7 分为有残留焦虑症状^[23];③轻躁狂自评量表(Hypomania Check List-32, HCL-32):得分 ≥ 1 分为可能有残留躁狂症状^[24];④霍普金斯词汇学习测验-修订版(Hopkins Verbal Learning Test Revised, HVLT-R):其由3个自由回忆学习试验、1个延迟回忆试验和1个再认任务组成,并产生了一些原始和计算的分数,包括总回忆分数、延迟回忆分数、保留百分比和再认判别指数^[25-26];⑤简易视觉空间记忆测验-修订版(Brief Visuospatial Memory Test-Revised, BVMT-R):其可用于测试记忆功能、视觉空间记忆,当前的研究中使用原始分数比较试验前后患者的表现^[27];⑥连线测试A(Trail Making Test, TMT-A):其提供了视觉搜索、注意力、处理速度、心理灵活性和执行功能方面的信息^[28-29];⑦数字广度测试(Digit Span Task, DST):其用于评估受试者的瞬时记忆、短时注意力,倒背可以测试受试者的工作记忆^[30]。(4)功能的评估。采用功能大体评定量表(Global Assessment Function, GAF)评估,用于客观评估受试者的心理、社会和职业功能。GAF是数字量表,得分为1~90分,每10分为1个区间,划分为1个等级,共包括1~9个等级,受试者得分越高,等级越高,表示功能越好^[31]。根据GAF评分将患者分为功能较好和功能较差两组,GAF等级为9为功能较好组,GAF等级 < 9 为功能较差组。

3.统计学方法:采用SPSS 22.0统计软件进行数据分析,符合正态分布的计量资料以均数 \pm 标准差($\bar{x} \pm s$)表示,采用独立样本的 t 检验;偏态分布的计量资料以 $M(P_{25}, P_{75})$ 表示,采用Mann-Whitney U 检验;计数资料以频数或百分率(%)表示,采用 χ^2 检验;将自变量与功能进行Spearman相关性分析,对影响功能的因素进行二元Logistic回归分析。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

二、结果

1.两组患者的一般状况比较:两组患者的性别、受教育年限、婚姻、职业、吸烟、饮酒、既往史,以及心境稳定剂、抗抑郁药和苯二氮草类药物的使用比

较, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表1。

2. 两组患者的残留症状比较: 两组患者的HAMD评分(残留抑郁症状)、数字广度测验、BVMTRT1评分、BVMTRDR评分比较, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表2。

3. 缓解期BD患者心理社会功能的影响因素的相关性分析: BD患者缓解期的整体功能与受教育年限、残留抑郁症状(HAMD评分)、残留认知症状(BVMTRT1评分)、残留认知症状(BVMTRDR评分)、抗精神病药剂量、数字广度测验总分之间存在显著相关性($P < 0.05$)。见表3。

4. 心理社会功能影响因素的二元Logistic回归分析: 缓解期BD患者的残留抑郁症状、使用抗精神药物是其心理社会功能损害的危险因素, 受教育年限长是其保持良好心理社会功能的保护因素($P < 0.05$)。见表4。

讨论 本研究发现, 残留抑郁症状对BD患者的心理社会功能存在显著的消极影响。残留抑郁症状一直被认为是功能障碍的可能预测因素, 显著影响着疾病的进展^[32]。Rosa等^[18]的研究发现, 抑郁症状较轻躁狂症状导致更大的功能障碍。在大多数研究中均发现残留抑郁症状一直与功能不良相关^[13, 33-35]。

表1 两组缓解期双相情感障碍患者的一般状况比较

项目	GAF < 9组(n=54)	GAF=9组(n=27)	Z/ χ^2 值	P值
性别[例(%)]				
男	32(59.3)	18(66.7)	4.46	0.04
女	22(40.7)	9(33.3)		
年龄[岁, $M(P_{25}, P_{75})$]	33.50(25.75, 43.75)	31.00(28.00, 42.00)	-0.27	0.79
受教育年限[年, $M(P_{25}, P_{75})$]	12.00(9.00, 13.00)	16.00(12.00, 16.00)	-2.99	< 0.01
婚姻[例(%)]				
未婚	20(37.0)	11(40.7)	17.56	< 0.01
已婚	25(46.3)	15(55.6)		
其他	9(16.7)	1(3.7)		
职业[例(%)]				
有	32(59.3)	22(81.5)	9.00	< 0.01
无	22(40.7)	5(18.5)		
吸烟[例(%)]				
吸烟	9(16.7)	8(29.6)	48.22	< 0.01
已戒烟	6(11.1)	2(7.4)		
不吸烟	39(72.2)	17(63.0)		
饮酒[例(%)]				
饮酒	8(14.8)	6(22.2)	32.43	< 0.01
已戒酒	5(9.3)	4(14.8)		
不饮酒	41(75.9)	17(63.0)		
既往史[例(%)]				
有	13(24.1)	8(29.6)	14.52	< 0.01
无	41(75.9)	19(70.4)		
抗精神病药剂量(mg, $\bar{x} \pm s$) ^a	10.48 ± 5.40	7.99 ± 5.65	-1.93	0.06
苯二氮草类[例(%)]				
有	18(33.3)	0(0)	25.00	< 0.01
无	36(66.7)	27(100.0)		
抗抑郁药[例(%)]				
有	12(22.2)	7(25.9)	22.83	< 0.01
无	42(77.8)	20(74.1)		
心境稳定剂[例(%)]				
锂盐	6(11.1)	6(22.2)	11.89	< 0.01
丙戊酸盐	23(42.6)	10(37.0)		
锂盐+丙戊酸盐	13(24.1)	5(18.5)		
未使用	12(22.2)	6(22.2)		

注: ^a等量替换为氟哌啶醇剂量; GAF功能大体评定量表

表2 两组缓解期双相情感障碍患者的残留症状比较(分)

项目	GAF < 9组(n=54)	GAF=9组(n=27)	t/Z值	P值
HCL-32($\bar{x} \pm s$)	11.56 ± 6.25	9.52 ± 5.99	-1.40	0.17
HAMD-24[<i>M(P₂₅, P₇₅)</i>]	6.00(3.75, 10.00)	3.00(0, 6.00)	-3.32	< 0.01
HAMA-14[<i>M(P₂₅, P₇₅)</i>]	6.00(2.75, 11.00)	5.00(1.00, 8.00)	-1.17	0.24
HVLT-RT1[<i>M(P₂₅, P₇₅)</i>]	5.00(7.00, 4.00)	7.00(4.00, 8.00)	-1.00	0.32
HVLT-RT2[<i>M(P₂₅, P₇₅)</i>]	8.00(5.00, 9.00)	8.00(5.00, 10.00)	-0.88	0.38
HVLT-RT3[<i>M(P₂₅, P₇₅)</i>]	8.00(5.00, 10.25)	10.00(8.00, 12.00)	-1.58	0.12
HVLT-RDR[<i>M(P₂₅, P₇₅)</i>]	6.00(4.00, 9.00)	9.00(6.00, 10.00)	-1.87	0.06
BVMT-RT1[<i>M(P₂₅, P₇₅)</i>]	4.00(1.00, 8.00)	6.00(3.00, 10.00)	-2.02	0.04
BVMT-RT2[<i>M(P₂₅, P₇₅)</i>]	6.00(3.00, 10.00)	10.00(4.00, 12.00)	-1.61	0.11
BVMT-RT3[<i>M(P₂₅, P₇₅)</i>]	8.00(4.00, 11.00)	10.00(6.00, 12.00)	-1.86	0.06
BVMT-RDR[<i>M(P₂₅, P₇₅)</i>]	7.50(3.00, 11.25)	11.00(8.00, 12.00)	-2.15	0.03
DST-A($\bar{x} \pm s$)	9.11 ± 2.03	9.92 ± 1.69	1.79	0.08
DST-B[<i>M(P₂₅, P₇₅)</i>]	5.00(4.00, 6.00)	5.00(4.00, 8.00)	-1.55	0.12
DST[<i>M(P₂₅, P₇₅)</i>]	14.00(12.00, 16.00)	15.00(13.00, 18.00)	-2.06	0.04
TMT-A[<i>M(P₂₅, P₇₅)</i>]	49.00(36.00, 65.00)	49.00(30.70, 66.00)	-0.85	0.40

注: HCL-32 轻躁狂自评量表; HAMD 汉密尔顿抑郁量表; HAMA 汉密尔顿焦虑量表; HVLT-R 霍普金斯词汇学习测验-修订版; BVMT-R 简易视觉空间记忆测验-修订版; DST 数字广度测试; TMT 连线测试; GAF 功能大体评定量表

表3 缓解期双相情感障碍患者心理社会功能的影响因素的相关性分析

项目	r _s 值	P值	95%CI
受教育年限	-0.34	< 0.01	-0.53 ~ -0.12
HAMD	0.37	< 0.01	0.16 ~ 0.56
BVMT-RT1	-0.23	0.04	-0.41 ~ -0.02
BVMT-RDR	-0.24	0.03	-0.45 ~ -0.02
DST	-0.23	0.04	-0.42 ~ -0.01
抗精神病药 ^a	0.23	0.04	0.02 ~ 0.44

注: HAMD 汉密尔顿抑郁量表; BVMT-R 简易视觉空间记忆测验-修订版; DST 数字广度测试; ^a等量替换为氟哌啶醇剂量(mg)

Baş等^[36]的研究分析了亚临床抑郁症状,结果显示即使患者的抑郁和躁狂症状非常低,依然发现汉密尔顿抑郁量表与功能评估量表得分之间存在显著相关。Rosa等^[14]的结果也表明,即使在汉密尔顿抑郁量表得分较低的患者中,抑郁症状与多个功能领域之间也有很强的关系,这与本研究结果一致。这些研究结果均显示了即使在BD缓解期,轻微的残留抑郁症状对患者的心理社会功能也有一定程度的损害,但是关于残留的躁狂症状对缓解期BD患者心理社会功能的影响目前研究结论各异,需要进一步探讨。

本研究未发现缓解期BD患者残留的认知症状对心理社会功能的影响。Martinez-Aran等^[37]和Alonso-Lana等^[38]的研究表明,在抑郁的BD患者中,GAF量表评估的认知表现和功能之间未观察到相关性^[37-38]。在一项对44例缓解期BD患者的横断面研

究中,也报道了GAF评分与认知功能之间缺乏相关性^[39]。这些研究结果与本研究所观察到的结果一致,考虑可能是GAF量表将症状测量和整体功能的测量结合在同一量表中有所缺陷,这意味着功能测量可能会因症状的严重程度而产生偏差,而且GAF量表可能由于抑郁或躁狂症状严重程度的降低给予异常高的功能测量,导致GAF未能正确捕捉到的持续功能缺陷,产生掩盖效应^[40-41]。

本研究发现抗精神病药物的使用对心理社会功能有显著消极影响,考虑可能与患者的经济负担、病耻感和药物的不良反应有关。虽然评估并分析了患者的目前用药,但由于本研究未对可能影响功能结果的因素如患者的初始病情严重程度、患者的既往用药进行控制,所以这可能影响了对研究结果的解释。

本研究发现,受教育年限对缓解期BD患者的心理社会功能有着积极的影响,考虑可能是患者受教育年限越长,自主功能越强,财务问题越少。但是由于未分析患者初始病情的严重程度,并且受教育年限越长、初始病情越轻,患者的自知力和服药依从性越好,这可能会对缓解期患者的功能也有一定的影响,可能导致对结果的解释有一定的局限性。

本文是横断面小样本研究,研究中所有患者在评估时均接受药物治疗,虽然评估并分析了患者的目前用药,但未分析患者既往用药,未统计患者的病程及住院次数(即发作次数),未将诊断细分I型、II型、混合型发作;研究评估了整体功能,但未考虑

表 4 缓解期双相情感障碍患者心理社会功能影响因素的二元 Logistic 回归分析

项目	偏回归系数	标准误	Wald χ^2 值	P 值	OR 值	95%CI
受教育年限	1.07	0.47	5.30	0.02	0.34	0.14 ~ 0.85
HAMD	-0.46	0.20	5.33	0.02	1.58	1.07 ~ 2.33
BVMT-RDR	-0.17	0.19	0.86	0.36	1.19	0.83 ~ 1.71
DST	0.49	0.27	3.31	0.07	0.61	0.36 ~ 1.04
抗精神病药 ^a	-0.31	0.14	4.77	0.03	1.37	1.03 ~ 1.82
使用抗抑郁药	1.17	2.40	0.24	0.63	0.31	0.00 ~ 33.89

注: HAMD 汉密尔顿抑郁量表; BVMT-R 简易视觉空间记忆测验-修订版; DST 数字广度测试; ^a等量替换为氟哌啶醇剂量(mg)

最佳功能的具体领域。本研究中未控制可能影响功能结果的因素,如心理干预、家庭背景因素和人格特征、社会认知等。研究中未发现残留认知障碍对功能障碍的直接影响,可能本研究为小样本横断面研究,并且采用的是 GAF 量表,对结果的解释有一定局限性,未来需要对残留认知障碍与心理社会功能之间的关系进行进一步的研究。

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 选题设计为宋美,数据收集为刘云斐、李伊沙、李伟、王小敏、李娜、王朝敏、史少霞,论文撰写为刘云斐,论文修订为宋美

参 考 文 献

- [1] Merikangas KR, Akiskal HS, Angst J, et al. Lifetime and 12-month prevalence of bipolar spectrum disorder in the National Comorbidity Survey replication[J]. Arch Gen Psychiatry, 2007, 64(5): 543-552. DOI: 10.1001/archpsyc.64.5.543.
- [2] Soreca I, Frank E, Kupfer DJ. The phenomenology of bipolar disorder: what drives the high rate of medical burden and determines long-term prognosis[J]. Depress Anxiety, 2009, 26(1): 73-82. DOI: 10.1002/da.20521.
- [3] Vieta E, Popovic D, Rosa AR, et al. The clinical implications of cognitive impairment and allostatic load in bipolar disorder[J]. Eur Psychiatry, 2013, 28(1): 21-29. DOI: 10.1016/j.eurpsy.2011.11.007.
- [4] Samalin L, Reinares M, de Chazeron I, et al. Course of residual symptoms according to the duration of euthymia in remitted bipolar patients[J]. Acta Psychiatr Scand, 2016, 134(1): 57-64. DOI: 10.1111/acps.12568.
- [5] Judd LL, Schettler PJ, Akiskal HS, et al. Long-term symptomatic status of bipolar I vs. bipolar II disorders[J]. Int J Neuropsychopharmacol, 2003, 6(2): 127-137. DOI: 10.1017/S1461145703003341.
- [6] Boume C, Aydemir O, Balanza-Martinez V, et al. Neuropsychological testing of cognitive impairment in euthymic bipolar disorder: an individual patient data Meta-analysis[J]. Acta Psychiatr Scand, 2013, 128(3): 149-162. DOI: 10.1111/acps.12133.
- [7] Mann-Wrobel MC, Carreno JT, Dickinson D. Meta-analysis of neuropsychological functioning in euthymic bipolar disorder: an update and investigation of moderator variables[J]. Bipolar Disord, 2011, 13(4): 334-342. DOI: 10.1111/j.1399-5618.2011.00935.x.
- [8] Geoffroy PA, Boudebessé C, Bellivier F, et al. Sleep in remitted bipolar disorder: a naturalistic case-control study using actigraphy[J]. J Affect Disord, 2014, 158: 1-7. DOI: 10.1016/j.jad.2014.01.012.
- [9] Mondin TC, Cardoso TA, Souza L, et al. Mood disorders and biological rhythms in young adults: a large population-based study[J]. J Psychiatr Res, 2017, 84: 98-104. DOI: 10.1016/j.jpsychires.2016.09.030.
- [10] Sylvia LG, Dupuy JM, Ostacher MJ, et al. Sleep disturbance in euthymic bipolar patients[J]. J Psychopharmacol, 2012, 26(8): 1108-1112. DOI: 10.1177/0269881111421973.
- [11] Streljevič SA, Martino DJ, Murru A, et al. Mood instability and functional recovery in bipolar disorders[J]. Acta Psychiatr Scand, 2013, 128(3): 194-202. DOI: 10.1111/acps.12065.
- [12] Samalin L, Boyer L, Murru A, et al. Residual depressive symptoms, sleep disturbance and perceived cognitive impairment as determinants of functioning in patients with bipolar disorder[J]. J Affect Disord, 2017, 210: 280-286. DOI: 10.1016/j.jad.2016.12.054.
- [13] 王永良,王育梅,高媛媛,等.双相障碍残留症状的研究现状[J].神经疾病与精神卫生,2017,17(6):381-383. DOI: 10.3969/j.issn.1009-6574.2017.06.001.
Wang YL, Wang YM, Gao YY, et al. Research progress of residual symptoms of bipolar disorder[J]. Journal of Neuroscience and Mental Health, 2017, 17(6): 381-383.
- [14] Rosa AR, Reinares M, Franco C, et al. Clinical predictors of functional outcome of bipolar patients in remission[J]. Bipolar Disord, 2009, 11(4): 401-409. DOI: 10.1097/YIC.0000000000000211.
- [15] Levy B, Manove E. Functional outcome in bipolar disorder: the big picture[J]. Depress Res Treat, 2012, 2012: 949248. DOI: 10.1155/2012/949248.
- [16] Elgie R, Morselli PL. Social functioning in bipolar patients: the perception and perspective of patients, relatives and advocacy organizations - a review[J]. Bipolar Disord, 2007, 9(1/2): 144-157. DOI: 10.1111/j.1399-5618.2007.00339.x.
- [17] Macqueen GM, Young LT, Joffe RT. A review of psychosocial outcome in patients with bipolar disorder[J]. Acta Psychiatr Scand, 2001, 103(3): 163-170. DOI: 10.1371/journal.pone.0176849.
- [18] Rosa AR, Reinares M, Michalak EE, et al. Functional impairment and disability across mood states in bipolar disorder[J]. Value Health, 2010, 13(8): 984-988. DOI: 10.1111/j.1524-4733.2010.00768.x.

- [19] 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]. 范肖冬, 译. 北京: 人民卫生出版社, 1993: 90-105.
- [20] 何权瀛, 高莹慧. 关于吸烟问题若干名词定义 [J]. 中华结核和呼吸杂志, 2009, 32(1): 56. DOI: 10.3760/cma.j.issn.1001-0939.2009.01.008.
- [21] Leucht S, Samara M, Heres S, et al. Dose equivalents for antipsychotic drugs: the DDD method [J]. Schizophr Bull, 2016, 42 Suppl 1: S90-S94. DOI: 10.1093/schbul/sbv167.
- [22] Hamilton M. A rating scale for depression [J]. J Neurol Neurosurg Psychiatry, 1960, 23(1): 56-62. DOI: 10.1136/jnnp.23.1.56.
- [23] Maier W, Buller R, Philipp M, et al. The Hamilton anxiety scale: reliability, validity and sensitivity to change in anxiety and depressive disorders [J]. J Affect Disord, 1988, 14(1): 61-68. DOI: 10.1016/0165-0327(88)90072-9.
- [24] Angst J, Gamma A, Benazzi F, et al. Diagnostic issues in bipolar disorder [J]. Eur Neuropsychopharmacol, 2003, 13 Suppl 2: S43-S50. DOI: 10.1016/s0924-977x(03)00077-4.
- [25] Fong TG, Hshieh TT, Wong B, et al. Neuropsychological profiles of an elderly cohort undergoing elective surgery and the relationship between cognitive performance and delirium [J]. J Am Geriatr Soc, 2015, 63(5): 977-982. DOI: 10.1111/jgs.13383.
- [26] Ryan J, Woods RL, Murray AM, et al. Normative performance of older individuals on the Hopkins Verbal Learning Test-Revised (HVLT-R) according to ethno-racial group, gender, age and education level [J]. Clin Neuropsychol, 2021, 35(6): 1174-1190. DOI: 10.1080/13854046.2020.1730444.
- [27] Ghiasi F, Farhang S, Farnam A, et al. The short term effect of nicotine abstinence on visuospatial working memory in smoking patients with schizophrenia [J]. Nord J Psychiatry, 2013, 67(2): 104-108. DOI: 10.3109/08039488.2012.687765.
- [28] Reitan RM, Wolfson D. The Trail Making Test as an initial screening procedure for neuropsychological impairment in older children [J]. Arch Clin Neuropsychol, 2004, 19(2): 281-288. DOI: 10.1016/S0887-6177(03)00042-8.
- [29] Zakzanis KK, Mraz R, Graham SJ. An fMRI study of the trail making test [J]. Neuropsychologia, 2005, 43(13): 1878-1886. DOI: 10.1016/j.neuropsychologia.2005.03.013.
- [30] Monaco M, Costa A, Caltagirone C, et al. Forward and backward span for verbal and visuo-spatial data: standardization and normative data from an Italian adult population [J]. Neurol Sci, 2013, 34(5): 749-754. DOI: 10.1007/s10072-012-1130-x.
- [31] Luo X, Zhu Y, Lu D, et al. Subjective cognitive dysfunction in patients with bipolar disorder: the prevalence, related factors and effects on predicting psychosocial functioning and suicidal ideation [J]. Psychiatry Res, 2020, 284: 112669. DOI: 10.1016/j.psychres.2019.112669.
- [32] Serafini G, Vazquez GH, Gonda X, et al. Depressive residual symptoms are associated with illness course characteristics in a sample of outpatients with bipolar disorder [J]. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci, 2018, 268(8): 757-768. DOI: 10.1007/s00406-018-0875-5.
- [33] Fagiolini A, Kupfer DJ, Masalehdan A, et al. Functional impairment in the remission phase of bipolar disorder [J]. Bipolar Disord, 2005, 7(3): 281-285. DOI: 10.1111/j.1399-5618.2005.00207.x.
- [34] Altshuler LL, Post RM, Black DO, et al. Subsyndromal depressive symptoms are associated with functional impairment in patients with bipolar disorder: results of a large, multisite study [J]. J Clin Psychiatry, 2006, 67(10): 1551-1560. DOI: 10.4088/jep.v67n1009.
- [35] Bonnin CM, Jimenez E, Sole B, et al. Lifetime psychotic symptoms, subthreshold depression and cognitive impairment as barriers to functional recovery in patients with bipolar disorder [J]. J Clin Med, 2019, 8(7): 1046. DOI: 10.3390/jcm8071046.
- [36] Baş TÖ, Poyraz CA, Baş A, et al. The impact of cognitive impairment, neurological soft signs and subdepressive symptoms on functional outcome in bipolar disorder [J]. J Affect Disord, 2015, 174: 336-341. DOI: 10.1016/j.jad.2014.12.026.
- [37] Martinez-Aran A, Vieta E, Colom F, et al. Neuropsychological performance in depressed and euthymic bipolar patients [J]. Neuropsychobiology, 2002, 46 Suppl 1: 16-21. DOI: 10.1159/000068016.
- [38] Alonso-Lana S, Goikolea JM, Bonnin CM, et al. Structural and functional brain correlates of cognitive impairment in euthymic patients with bipolar disorder [J]. PLoS One, 2016, 11(7): e158867. DOI: 10.1371/journal.pone.0158867.
- [39] Mur M, Portella MJ, Martinez-Aran A, et al. Influence of clinical and neuropsychological variables on the psychosocial and occupational outcome of remitted bipolar patients [J]. Psychopathology, 2009, 42(3): 148-156. DOI: 10.1159/000207456.
- [40] Goldman HH, Skodol AE, Lave TR. Revising axis V for DSM-IV: a review of measures of social functioning [J]. Am J Psychiatry, 1992, 149(9): 1148-1156. DOI: 10.1176/ajp.149.9.1148.
- [41] Lee EJ, Hower H, Jones RN, et al. Course of longitudinal psychosocial functioning in bipolar youth transitioning to adults [J]. J Affect Disord, 2020, 268: 109-117. DOI: 10.1016/j.jad.2020.03.016.

(收稿日期: 2021-04-27)

(本文编辑: 赵金鑫)