

人际社会节奏治疗在双相情感障碍患者中的应用进展

秦拂晓 陈巧灵

116001 大连大学护理学院(秦拂晓); 116023 大连市第七人民医院精神科(陈巧灵)

通信作者: 陈巧灵, Email: chenql2008@126.com

DOI: 10.3969/j.issn.1009-6574.2021.11.013

【摘要】 人际社会节奏治疗作为心理治疗方案新的组成部分, 在国外已较为广泛地应用于双相情感障碍的治疗和预防, 并取得显著成效, 而国内还很缺乏将人际社会节奏治疗应用于双相情感障碍的研究。现从双相情感障碍的定义、临床表现及人际社会节奏治疗的理论基础、实施过程、应用效果等方面展开综述, 以期国内双相情感障碍患者的心理治疗提供借鉴。

【关键词】 双相情感障碍; 人际社会节奏治疗; 理论基础; 应用效果; 综述

Progress of the application of interpersonal and social rhythm therapy in patients with bipolar disorder

Qin Fuxiao, Chen Qiaoling

School of Nursing, Dalian University, Dalian 116001, China (Qin FX); Psychiatry Department, Dalian Seventh People's Hospital, Dalian 116023, China (Chen QL)

Corresponding author: Chen Qiaoling, Email: chenql2008@126.com

【Abstract】 As a new component of psychotherapy, interpersonal and social rhythm therapy has been widely used in the treatment and prevention of bipolar disorder abroad, and achieved remarkable results. However, there is still a lack of research on the application of interpersonal and social rhythm therapy in bipolar disorder in China. This paper reviews the definition and clinical manifestation of bipolar disorder, together with the theoretical basis, implementation process and application effect of interpersonal and social rhythm therapy, in order to provide reference for the psychotherapy of patients with bipolar disorder in China.

【Key words】 Bipolar disorder; Interpersonal and social rhythm therapy; Theoretical basis; Application effect; Review

双相情感障碍(bipolar disorder, BD)也称双相障碍,是兼有轻度躁狂或躁狂和抑郁的慢性精神性疾病,具有高自杀率、高致残率、高漏诊率及高复发率的特点^[1]。BD的病因和发病机制目前尚不清楚,大量研究提示,遗传因素、神经生化因素和心理社会因素等对该疾病的发生有明显影响^[2]。BD一般呈发作性病程,躁狂和抑郁常以反复循环、不规则或混合等多样形式出现^[3]。BD躁狂发作时,表现为情感高涨、兴趣与动力增加、过度自信、健谈、易怒、睡眠需求减少等;而抑郁发作时则出现情绪低落、兴趣减少、疲乏、思维行为迟滞等核心症状^[4]。

BD几乎终生以循环方式反复发作,是一种难以治愈的疾病^[2]。BD的治疗目前以精神类药物治疗为主,心理干预、电抽搐治疗、康复训练为辅^[5]。虽然药物治疗的效果确切,但由于诸多客观的影响因

素,例如物质滥用、社会支持少、服药依从性差等,使得BD的治疗难度较大,预后仍较差^[6-9]。当面临仅靠单纯的药物治疗无法解决BD患者治疗依从性差、复发率高、社会功能缺损等现实问题时,临床中多给予患者辅助性心理社会干预,且临床实践和研究也表明,药物联合心理治疗较单独用药更有效^[10]。目前,对于BD已有多种心理治疗方案,包括认知行为治疗、家庭治疗、叙事疗法、接纳承诺疗法、人际社会节奏治疗(interpersonal and social rhythm therapy, IPSRT)、正念认知疗法和辩证行为疗法等。不同的心理治疗方法针对BD的不同方面,多数心理治疗方案通过情绪调节、正念和人际效能等技巧对BD患者进行心理干预;而IPSRT较突出的特点是基于BD的时序生物学模型,不仅关注影响BD患者心理状况的社会心理因素,还关注了生物学因素,保持

BD患者生物节律和社会节律的一致性,改善BD患者的人际关系,增强对生活事件的应对能力^[11]。

一、IPSRT概述

1. IPSRT的提出及其特点:IPSRT是一种模块化的、以手册为基础的心理治疗方法,是由Ellen Frank于2005年为BD患者开发的干预措施^[12]。IPSRT的干预侧重于4个领域——悲伤、角色行为冲突、角色紊乱和人际关系缺陷,并结合改善社会和昼夜节律的策略,目的是帮助患者管理应激性生活事件,稳定患者的社会和昼夜节律,提高对疾病的接受度,并提高对药物的依从性^[12-14],同时提高患者的人际关系质量和对社会角色的满意度^[15]。

2. IPSRT的理论基础:IPSRT是一种专门为BD患者开发的治疗方法,是从BD的“时间生物学模型”发展而来,该模型假设BD患者具有昼夜节律和睡眠-觉醒周期异常的遗传倾向,无论是消极的还是积极的生活事件都可能破坏患者的社会节律,进而扰乱昼夜节律和睡眠-觉醒周期,导致BD症状的发展^[16]。

Frank将IPSRT的建立总结于以下3个相关理论的基础之上,即Goodwin和Jamison提出的BD的“不稳定模型”、关于社会和环境因素促进或破坏昼夜节律完整性的理论^[17]、Klerman和Weissman提出的人际心理治疗(interpersonal psychotherapy, IPT)原则^[18]。

(1)不稳定模式。1990年,Goodwin和Jamison定义了BD不稳定模式的3条相互关联的发作路径,即负担生活事件、药物不依从性和社会节律紊乱^[18]。“不稳定模式”表明BD患者的生物学水平易受到昼夜节律中断的影响,心理社会应激源可以反向与这种生物脆弱性相互作用,导致症状。该模式认为帮助患者形成定期服药的习惯,维持有序的生活,使患者学会如何有效地解决人际问题,将促进患者昼夜节律的完整性,并可能将其复发风险降至最低。IPSRT即专注于解决这3条途径的问题,以达到稳定情绪的目的^[18]。

(2)“时代分子”和“授时因子”。1988年,Ehlers等将“时代分子”(zeitgebers)定义为具有生物节奏的人际关系、社会需求或任务,与“时代分子”相反,“授时因子”(zeitstörers)被定义为扰乱生物钟的物理、化学或心理社会事件^[18]。该理论表示,生活压力会扰乱个人的社交习惯,进而扰乱其生物昼夜节律,从而导致情绪波动^[19]。例如,1名家长原本每天下午5点要去幼儿园接孩子,现在需暂停这项活动,即她失去了这个“时代分子”,可能会通过导致

生物节律失调从而引发BD复发;而关于“授时因子”的理解,例如,引起时差的“一次旅行”则代表“授时因子”,具体分析是因为该次旅行导致光照时间、休息时间和睡眠时间的突然改变,由此可能会导致BD复发。IPSRT则是建立在帮助患者调节社会节奏(即调节“时代分子”和“授时因子”)的基础之上。

(3)人际心理治疗。IPT是20世纪70年代由Klerman等为了治疗单相抑郁障碍而发展起来的一种心理治疗,其关注的是患者当前的人际环境与抑郁症状之间的关系^[18]。治疗师应用IPT解决人际关系困难,减少紧张的人际关系事件对日常生活的影响。在IPSRT中,治疗师使用IPT策略解决人际关系中的问题,减少紧张的人际关系事件对日常生活的影响。IPT策略鼓励患者对失去的希望、破碎的关系和错过的机会表达痛苦的感受,鼓励患者发展新的人际关系,建立新的、更实际的目标,并放眼于未来。

3. IPSRT的实施过程(四个阶段):(1)起始阶段。初始阶段的持续时间在不同的研究中差别很大,从2周至2个月,具体取决于患者当前症状的严重程度,在此期间,患者和治疗师每周会面45 min^[16,18]。患者无论是在急性期还是缓解期首次就诊,治疗的初始阶段都是以病史记录开始,目的是确定应激性生活事件和情感发作之间的关系。治疗师除了评估BD患者的症状外,还要协同精神科医生优化患者的药物治疗方案,并开展关于BD风险的心理教育,向患者介绍BD的生物心理社会模型。此外,治疗师通过收集患者完成的社会节奏度量表(Social Rhythm Metric, SRM),评估患者的社交习惯的规律性^[20]。最后,治疗师和患者共同从IPT的四个问题领域中共同选择一个领域作为人际焦点作为接下来治疗的初始焦点^[15]。(2)中间阶段。中间阶段通常持续几个月,每周进行1次治疗会议,此阶段的干预目标是增强患者社会节奏的规律性,并在选定的人际问题领域进行干预^[18]。每周复查1次SRM,根据SRM的评估结果,寻找社会节律异常的证据,与BD患者共同制订调整睡眠模式和稳定日常节律的策略。此阶段治疗师需进一步优化药物治疗,并和患者共同继续密切监测病情^[21]。(3)维护阶段。维护阶段的治疗频率通常从每周1次逐渐减少到每月1次,这一阶段持续2年或更长时间,患者对结束维持性治疗的决定也十分重要^[18]。维护阶段的目标是巩固治疗成果,此阶段的任务是帮助患者识别对维持BD

稳定的潜在威胁,防止复发,帮助患者建立使用治疗早期所学技术的信心,保持正常的社交节律,并保持或进一步改善人际关系^[21]。(4)结束阶段。结束阶段一般是非常渐进的终止过程,分4~6个月进行^[18]。结束阶段的目标是回顾目标和进展,回顾患者治疗成功的经验,确定未来管理人际问题和社交节奏的策略,创建管理突发情绪症状的计划。

二、IPSRT应用效果

1.改善BD患者躁狂和抑郁症状: Hoberg等^[22]采用标准化过程模式(normalization process model, NPM)对BD患者进行了2周团体人际社会节律干预(social rhythm therapy group, IPSRT-G)和12周随访。研究发现,在第2周和第12周, BD患者的贝克抑郁量表(Beck Depression Inventory, BDI)评分显著改善,并且BD患者对IPSRT-G干预的满意度较高。通过对治疗结果、IPSRT-G治疗依从性的评估,发现在大型三级医疗中心,为BD患者提供2周的IPSRT-G计划是可行的,心理治疗小组可以很好地将IPSRT应用于BD患者。Steardo等^[14]的研究对BD患者进行了为期6个月的IPSRT干预,干预后BD患者的精神负担减轻,躁狂评定量表(Mania Rating Scale, MRS)、抑郁症状自评量表(Self-Report Inventory of Depressive Symptomatology, IDS-SR)、蒙哥马利·阿斯伯格抑郁评定量表(Montgomery Asberg Depression Rating Scale, MADRS)、汉密尔顿焦虑量表(Hamilton Rating Scale for Anxiety, HAMA)、BD研究对象长期治疗反应的回顾性标准评分均显著改善,情感发病率指数(Affective Morbidity Index, AMI)也发生了显著改善,IPSRT干预得到了BD患者的广泛好评。Crowe等^[23]对1例15岁的青少年BD患者进行了单一案例研究,该患者在18个月里参加了30次IPSRT治疗。研究显示,经过干预,患者学会了将人际策略应用到日常生活中,更有自信去表达自己,更愿意尝试与陌生人建立新关系,并能更好地管理自己的情绪症状。Swartz等^[24]的研究则测试了IPSRT作为双相II型障碍患者单一疗法的可行性,共17例患者接受了为期12周的IPSRT治疗以及8周随访。研究发现,干预后,双相II型障碍患者的17项汉密尔顿抑郁量表(Hamilton Depression Scale, HAMD-17)和临床总体印象量表(Clinical Global Impressions Scale, CGI)评分均显著改善。Hlastala等^[25]的研究中,有12例青少年BD患者参加了为期20周的青少年IPSRT(interpersonal and social rhythm therapy for adolescents, IPSRT-A),共进行了16~18次治疗会

议。经过20周的治疗后,患者的一般精神症状明显减轻,MRS、BDI量表、儿童全球评估量表(Children's Global Assessment Scale, CGAS)评分也得到了显著改善。Inder等^[26]的研究分别对两组青少年BD患者进行78周的IPSRT和专业支持治疗(specialist supportive care, SSC),结果显示,虽然两种疗法在治疗效果方面差异无统计学意义,但总体上两组患者的症状都显著改善,干预后患者的MADRS量表、青年躁狂评定量表(Young Mania Rating Scale, YMRS)评分显著改善。此外,国内学者盛秋萍^[27]的研究采用干预组-对照组前后测的准实验设计,联合药物治疗组在常规药物治疗的基础上接受IPSRT治疗,经过12周的治疗后,联合药物治疗组的HAMD-17量表、YMRS量表、SRM量表评分均显著改善,且联合药物治疗组后测的睡眠状况显著改善,睡眠质量、入睡时间及睡眠时间维度分数显著低于单纯接受药物治疗组。

2.减少复发: BD是一个重要的公共卫生问题,近年来其诊治问题引起精神科的高度重视,预防复发是治疗该疾病的主要治疗目标之一^[28-29]。BD以周期性情绪紊乱为特征,与严重的心理社会残疾、高药物滥用率和高自杀风险有关,急性发作期间的治疗目标是控制症状以维持稳定的心理社会功能,但经常复发的BD患者治疗难度大大增加^[30-31]。

Frank等^[32]采用交叉设计,在4周急性期和2年维持治疗期间,对双相I型障碍患者进行了IPSRT和强化临床治疗(intensive clinical management, ICM)的比较,研究结果显示,若患者在急性期接受IPSRT治疗,其存活时间更长;在急性期治疗结束时,其社会节律规律性高于ICM组;且在更长的时间内无新的躁狂或抑郁发作。在Inder等^[26]的队列研究中, BD患者经过78周的IPSRT干预和78周的随访,发现有47%的BD患者无复发,患者的精神症状总体上有所减轻。Marie等^[33]的研究将双相I或II型障碍的患者随机分配到IPSRT联合药物治疗组或常规治疗组,历时18个月,结果表明,虽然IPSRT联合药物治疗组未显著改善BD患者复发问题,但是其再住院率明显低于常规治疗组,其社会适应量表(Social Adjustment Scale, SAS)评分与对照组相比也有明显改善。与慢性疾病的自我管理类似,IPSRT联合药物治疗的干预重点也包括促进患者疾病的自我管理,指导患者如何有效地应对疾病的突发情况,所以这种干预可能有助于降低BD患者的再住院率和改善其社会心理功能。

3.降低自杀率:BD是一种慢性复发性疾病,伴随着高自杀率、自杀未遂(suicide attempts, SAs)和非自杀性自伤(nonsuicidal self-injury, NSSI)^[34]。流行病学研究报告显示,23%~26%的BD患者试图自杀^[35]。BD个体的自杀率远高于普通人群,高达60倍左右,BD患者中NSSI与SAs的比率(约1:3)远高于普通人群(约1:30),表明BD患者自杀行为的高致死性^[36]。

Esposito-Smythers等^[37]调查了432例儿童及青少年BD患者NSSI的患病率,发现约22%的儿童和22%的青少年在新近的情绪发作过程中报告了NSSI。Inder等^[38]的研究对100例BD患者(15~36岁)进行了IPSRT治疗和SSC两种辅助心理治疗,并随访78周。随访结束时,自杀未遂率从基线的11%下降到1%,自我伤害从基线的15%降低为7%。由此可见,BD患者在接受IPSRT或SSC辅助性心理治疗结合药物治疗后,SA和NSSI都明显下降,因此在临床实践中应该考虑此类干预措施的实施。鉴于BD患者SA和NSSI的高发病率,确定有效的治疗方法减少这些行为对于减少自杀死亡以及与SA和NSSI相关的痛苦和损害非常重要。Rucci等^[39]的研究也证实了IPSRT干预对有强烈自杀意念的BD患者产生了积极影响,使患者的SA的发病率显著降低,患者在急性治疗阶段的SA减少了3倍,在维持治疗期间下降了17.5%。研究期间观察到的5次SA事件中,有4次发生在接受ICM治疗的受试者中,表明IPSRT治疗可能对BD患者自杀行为的积极影响超过了ICM治疗。

4.改善高BD罹患风险青少年的生活节律:有来自家族、孪生子和寄养子的研究证据表明,BD是最易遗传的精神疾病之一,父母一方患有BD的儿童和青春期子女的BD患病率为5%~15%,健康父母的子女中BD的发病率为0~2%。另有研究表明,双亲患有BD的子女的患病率接近30%^[20,40]。Goldstein等^[20]的研究针对有阳性家族史的BD罹患风险的青少年进行了IPRST治疗,结果显示,青少年及其父母对IPSRT治疗的满意度很高,治疗后,青少年的睡眠/昼夜节律模式发生了显著的积极变化,使青少年周末睡眠不足和过度睡眠的情况得到改善。因此,对有BD罹患风险的青少年实施IPRST干预,有助于稳定其日常节律和人际关系。关于尽早实施IPRST干预是否有助于预防或延迟有阳性家族史的BD罹患风险,今后还需要进行更多纵向随访的对照试验。

5.提高和维持职业功能:Frank等^[21]的研究将I型BD患者随机分为4组,急性期和维持性期治

疗策略分别为IPSRT/IPSRT、ICM/ICM、IPSRT/ICM和ICM/IPSRT。在基线、急性治疗结束时、维持治疗1年和2年后,研究者采用UCLA社会成就量表测量了患者的职业功能。研究结果显示,在维持治疗时期对两种心理干预的分配方式对BD患者的职业功能无影响;但在维持治疗结束时,各组BD患者的总体职业功能均有显著改善;而且最初被分配到IPSRT治疗的患者较最初被分配到ICM治疗的BD患者显示出更快的职业功能改善。值得注意的是,女性的改善相较于男性更为突出。

三、小结

综上所述,IPSRT与传统心理治疗模式不同,其更加关注生活事件在患者社会和生理节律中的作用。IPSRT能够帮助患者认识到人际关系问题和疾病的相互作用,解决由于悲伤、角色行为冲突、角色紊乱和人际关系缺陷所造成的人际关系问题。目前,国外已有较多研究证实了IPSRT在BD治疗和预防复发等方面的作用,并且帮助部分患者实现比单药治疗更全面和更稳定的康复。但国外研究的干预时长和干预次数均没有相对较为统一的标准,甚至有的研究之间相差颇大,干预时长为20周~2年,干预次数为6~44次^[25,32];而制定干预时长和干预次数的较统一的标准范围不仅有益于研究团队的规范化培训,还可以尽可能避免干预时间过长造成的医疗卫生资源浪费,或过短达不到治疗效果。此外,国外对于团体IPSRT在BD患者方面的研究开展较少,但通过团体方式的治疗,BD患者的病情明显好转,所以关于团体IPSRT的单独研究,以及团体IPSRT和IPSRT两者在BD患者应用中的优劣势还值得进一步探讨^[22]。

目前,国内仅有盛秋萍^[27]的研究将IPSRT应用于BD患者,且取得较好的研究结果。王明进等^[41]的研究将IPSRT联合药物治疗方案应用于失眠症患者,结果显示该联合方案可有效改善失眠患者的睡眠质量,提高患者的生活质量。范秋瑾等^[42]的研究将IPSRT联合认知行为治疗、药物治疗方案应用于抑郁症患者,发现该联合治疗方案有利于消除抑郁症患者的不良行为和焦虑、抑郁情绪,其中IPSRT部分的作用不容忽视。因此,在BD患者病程复杂,社会功能残疾和自残、自杀率、复发率较高的情况下,且国外关于此疗法在BD方面的应用已取得较好成效的基础上,国内有必要探索将IPSRT应用于BD患者的效果,去证实IPSRT在国内的应用是否也能够成为一种有效的治疗方法。

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 文章设计、收集资料、文章撰写为秦拂晓, 文章构思为陈巧灵, 修订、质量控制及审校为陈巧灵、秦拂晓

参 考 文 献

- [1] 谢晓颖, 蔡靓, 冯虹. 综合个性化护理干预在双向情感障碍抑郁发作中的应用[J]. 中华全科医学, 2017, 15(6): 1083-1085. DOI: 10.16766/j.cnki.issn.1674-4152.2017.06.051.
Xie XY, Cai L, Feng H. Application of comprehensive individual nursing intervention on bipolar of depressive episode affective disorder[J]. Chinese Journal of General Practice, 2017, 15(06): 1083-1085.
- [2] 郝伟, 陆林. 精神病学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2018: 120.
- [3] 汪作为, 马燕桃, 陈俊, 等. 中国双相障碍防治指南: 基于循证的选择[J]. 中华精神科杂志, 2017, 50(2): 96-100. DOI: 10.3760/cma.j.issn.1006-7884.2017.02.003.
- [4] Carvalho AF, Firth J, Vieta E. Bipolar disorder[J]. N Eng J Med, 2020, 383(1): 58-66. DOI: 10.1056/NEJMr1906193.
- [5] 赵媛媛. 双相情感障碍患者康复的心理社会治疗模式介入研究[D]. 杨凌: 西北农林科技大学, 2018.
- [6] Lagerberg TV, Ickick R, Aminoff SR, et al. Substance misuse trajectories and risk of relapse in the early course of bipolar disorder[J]. Front Psychiatry, 2021, 12: 656912. DOI: 10.3389/fpsy.2021.656912.
- [7] Rizkallah É, Bélanger M, Stavro K, et al. Could the use of energy drinks induce manic or depressive relapse among abstinent substance use disorder patients with comorbid bipolar spectrum disorder?[J]. Bipolar Disord, 2011, 13(5/6): 578-580. DOI: 10.1111/j.1399-5618.2011.00951.x.
- [8] Johnson L, Lundström O, Åberg-Wistedt A, et al. Social support in bipolar disorder: its relevance to remission and relapse[J]. Bipolar Disord, 2003, 5(2): 129-137. DOI: 10.1034/j.1399-5618.2003.00021.x.
- [9] 王育梅, 宋美, 王冉, 等. 情感气质对双相障碍服药依从性影响的调查[J]. 神经疾病与精神卫生, 2016, 16(4): 392-395. DOI: 10.3969/j.issn.1009-6574.2016.04.005.
Wang YM, Song M, Wang R, et al. Influence of emotional temperament on medication compliance in patients with bipolar disorder[J]. Journal of Neuroscience and Mental Health, 2016, 16(4): 392-395.
- [10] Crowe M, Inder M. Staying well with bipolar disorder: a qualitative analysis of five-year follow-up interviews with young people[J]. J Psychiatr Mental Health Nurs, 2018, 25(4): 236-244. DOI: 10.1111/jpm.12455.
- [11] McMahon K, Herr NR, Zerubavel N, et al. Psychotherapeutic treatment of bipolar depression[J]. Psychiatr Clin North Am, 2016, 39(1): 35-56. DOI: 10.1016/j.psc.2015.09.005.
- [12] Bouwkamp CG, De Kruiff ME, Van Troost TM, et al. Interpersonal and social rhythm group therapy for patients with bipolar disorder[J]. Int J Group Psychother, 2013, 63(1): 97-115. DOI: 10.1521/jgpp.2013.63.1.97.
- [13] Goldstein TR, Merranko J, Krantz M, et al. Early intervention for adolescents at-risk for bipolar disorder: a pilot randomized trial of Interpersonal and Social Rhythm Therapy (IPSRT) [J]. J Affect Disord, 2018, 235: 348-356. DOI: 10.1016/j.jad.2018.04.049.
- [14] Steardo L, Luciano M, Sampogna G, et al. Efficacy of the interpersonal and social rhythm therapy (IPSRT) in patients with bipolar disorder: results from a real-world, controlled trial[J]. Ann Gen Psychiatry, 2020, 19: 15. DOI: 10.1186/s12991-020-00266-7.
- [15] Frank E. Interpersonal and social rhythm therapy: a means of improving depression and preventing relapse in bipolar disorder[J]. J Clin Psychol, 2007, 63(5): 463-473. DOI: 10.1002/jclp.20371.
- [16] Frank E, Swartz HA, Kupfer DJ. Interpersonal and social rhythm therapy: managing the chaos of bipolar disorder[J]. Biol Psychiatry, 2000, 48(6): 593-604. DOI: 10.1016/S0006-3223(00)00969-0.
- [17] Ehlers CL, Frank E, Kupfer DJ. Social zeitgebers and biological rhythms: a unified approach to understanding the etiology of depression[J]. Arch Gen Psychiatry, 1988, 45(10): 948-952. DOI: 10.1001/archpsyc.1988.01800340076012.
- [18] Power M. Mood disorders: a handbook of science and practice[M]. Manhattan: John Wiley & Sons, 2004.
- [19] Grandin LD, Alloy LB, Abramson LY. The social zeitgeber theory, circadian rhythms, and mood disorders: review and evaluation[J]. Clin Psychol Rev, 2006, 26(6): 679-694. DOI: 10.1016/j.cpr.2006.07.001.
- [20] Goldstein TR, Fersch-Podrat R, Axelson DA, et al. Early intervention for adolescents at high risk for the development of bipolar disorder: pilot study of Interpersonal and Social Rhythm Therapy (IPSRT) [J]. Psychotherapy, 2014, 51(1): 180. DOI: 10.1037/a0034396.
- [21] Frank E, Soreca I, Swartz HA, et al. The role of interpersonal and social rhythm therapy in improving occupational functioning in patients with bipolar I disorder[J]. Am J Psychiatry, 2008, 165(12): 1559-1565. DOI: 10.1176/appi.ajp.2008.07121953.
- [22] Hoberg AA, Ponto J, Nelson PJ, et al. Group interpersonal and social rhythm therapy for bipolar depression[J]. Perspect Psychiatr Care, 2013, 49(4): 226-234. DOI: 10.1111/ppc.12008.
- [23] Crowe M, Inder M, Joyce P, et al. A developmental approach to the treatment of bipolar disorder: IPSRT with an adolescent[J]. J Clin Nurs, 2009, 18(1): 141-149. DOI: 10.1111/j.1365-2702.2008.02571.x.
- [24] Swartz HA, Frank E, Frankel DR, et al. Psychotherapy as monotherapy for the treatment of bipolar II depression: a proof of concept study[J]. Bipolar Disord, 2009, 11(1): 89-94. DOI: 10.1111/j.1399-5618.2008.00629.x.
- [25] Hlastala SA, Kotler JS, McClellan JM, et al. Interpersonal and social rhythm therapy for adolescents with bipolar disorder: treatment development and results from an open trial[J]. Depress Anxiety, 2010, 27(5): 457-464. DOI: 10.1002/da.20668.
- [26] Inder ML, Crowe MT, Moor S, et al. Three-year follow-up after psychotherapy for young people with bipolar disorder[J]. Bipolar Disord, 2018, 20(5): 441-447. DOI: 10.1111/bdi.12582.
- [27] 盛秋萍. 人际与社会节奏疗法的本土化修订及其对双相障碍患者的干预效果研究[D]. 广州: 南方医科大学, 2020.
- [28] 李春阳, 陈超, 苗国栋, 等. 精神科专科医院双相障碍住院患者 263 例用药分析[J]. 实用医学杂志, 2014, 30(17): 2863-2864. DOI: 10.3969/j.issn.1006-5725.2014.17.064.
- [29] Degenhardt EK, Gatz JL, Jacob J, et al. Predictors of relapse or recurrence in bipolar I disorder[J]. J Affect Disord, 2012, 136(3): 733-739. DOI: 10.1016/j.jad.2011.09.051.

- [30] Macfadden W, Adler CM, Turkoz I, et al. Adjunctive long-acting risperidone in patients with bipolar disorder who relapse frequently and have active mood symptoms[J]. BMC Psychiatry, 2011, 11(1): 171. DOI: 10.1186/1471-244X-11-171.
- [31] Macfadden W, Alphs L, Haskins JT, et al. A randomized, double-blind, placebo-controlled study of maintenance treatment with adjunctive risperidone long-acting therapy in patients with bipolar I disorder who relapse frequently[J]. Bipolar Disord, 2009, 11(8): 827-839. DOI: 10.1111/j.1399-5618.2009.00761.x.
- [32] Frank E, Kupfer DJ, Thase ME, et al. Two-year outcomes for interpersonal and social rhythm therapy in individuals with bipolar I disorder[J]. Arch Gen Psychiatry, 2005, 62(9): 996-1004. DOI: 10.1001/archpsyc.62.9.996.
- [33] Crowe M, Porter R, Inder M, et al. Clinical effectiveness trial of adjunctive interpersonal and social rhythm therapy for patients with bipolar disorder[J]. Am J Psychother, 2020, 73(3): 107-114. DOI: 10.1176/appi.psychotherapy.20190035.
- [34] Wilcox HC, Fullerton JM, Glowinski AL, et al. Traumatic stress interacts with bipolar disorder genetic risk to increase risk for suicide attempts[J]. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 2017, 56(12): 1073-1080. DOI: 10.1016/j.jaac.2017.09.428.
- [35] Schaffer A, Isometsä ET, Tondo L, et al. Epidemiology, neurobiology and pharmacological interventions related to suicide deaths and suicide attempts in bipolar disorder: Part I of a report of the International Society for Bipolar Disorders Task Force on Suicide in Bipolar Disorder[J]. Aust N Z J Psychiatry, 2015, 49(9): 785-802. DOI: 10.1177/0004867415594427.
- [36] Baldessarini RJ, Pompili M, Tondo L. Suicide in bipolar disorder: risks and management[J]. CNS Spectr, 2006, 11(6): 465-471. DOI: 10.1017/s1092852900014681.
- [37] Esposito-Smythers C, Goldstein T, Birmaher B, et al. Clinical and psychosocial correlates of non-suicidal self-injury within a sample of children and adolescents with bipolar disorder[J]. J Affect Disord, 2010, 125(1/3): 89-97. DOI: 10.1016/j.jad.2009.12.029.
- [38] Inder ML, Crowe MT, Luty SE, et al. Prospective rates of suicide attempts and nonsuicidal self-injury by young people with bipolar disorder participating in a psychotherapy study[J]. Aust N Z J Psychiatry, 2016, 50(2): 167-173. DOI: 10.1177/0004867415622268.
- [39] Rucci P, Frank E, Kostelnik B, et al. Suicide attempts in patients with bipolar I disorder during acute and maintenance phases of intensive treatment with pharmacotherapy and adjunctive psychotherapy[J]. Am J Psychiatry, 2002, 159(7): 1160-1164. DOI: 10.1176/appi.ajp.159.7.1160.
- [40] Birmaher B, Axelson D, Monk K, et al. Lifetime psychiatric disorders in school-aged offspring of parents with bipolar disorder: the Pittsburgh Bipolar Offspring study[J]. Arch Gen Psychiatry, 2009, 66(3): 287-296. DOI: 10.1001/archgenpsychiatry.2008.546.
- [41] 王明进, 张俊青, 李娜, 等. 人际关系-社会节律干预联合药物治疗对失眠患者睡眠质量与生存质量的影响[J]. 中华行为医学与脑科学杂志, 2018, 27(8): 753-757. DOI: 10.3760/cma.j.issn.1674-6554.2018.08.016.
- Wang MJ, Zhang JQ, Li N, et al. Effect of interpersonal and social rhythm therapy combined drugs on sleep quality and quality of life in patients with insomnia[J]. Chin J Behav Med & Brain Sci, 2018, 27(8): 753-757.
- [42] 范秋瑾, 高勤, 王佳慧. 人际关系-社会节律与认知行为治疗在抑郁患者中的临床应用价值[J]. 中国医药导报, 2021, 18(11): 121-124.
- Fan QJ, Gao Q, Wang JH. Clinical application value of interpersonal and social rhythm therapy and cognitive behavior therapy in patients with depressive disorder[J]. China Medical Herald, 2021, 18(11): 121-124.

(收稿日期: 2021-05-27)

(本文编辑: 赵金鑫)

· 消息 ·

《神经疾病与精神卫生》杂志在线采编系统启用公告

为了更好地服务于广大读者、作者及审稿专家,方便查询论文信息、投稿、询稿及审稿,提高杂志工作效率,《神经疾病与精神卫生》编辑部已开通期刊采编系统。系统入口位于我刊官方网站(www.ndmh.com)首页。作者投稿,请首先在本刊网站在线注册账号,以该账号登录稿件采编系统投稿,并可随时了解稿件编审进度。如您在操作中碰到任何问题,请与编辑部联系(010-83191160)。

本刊编辑部