

· 学术交流 ·

# 心境障碍问卷和32项轻躁狂症状清单在抑郁症患者中的应用

付兆燕 毛珍 孙悦 李峰 李田 王传跃 薄奇静

100088 首都医科大学附属北京安定医院 国家精神心理疾病临床医学研究中心 精神疾病  
诊断与治疗北京市重点实验室 北京脑重大疾病研究院精神分裂症研究所;100069 北京,  
首都医科大学人脑保护高精尖创新中心

通信作者:薄奇静, Email: bqj718@163.com

DOI: 10.3969/j.issn.1009-6574.2022.08.004

**【摘要】**目的 分析心境障碍问卷(MDQ)和32项轻躁狂症状清单(HCL-32)在精神病专科医院抑郁症患者中筛查轻躁狂/躁狂症状的检出率差异、阴性与阳性患者临床特征的差异。**方法** 选取2014年9月至2015年12月于首都医科大学附属北京安定医院住院或门诊就诊的105例抑郁症患者为研究对象,使用MDQ和HCL-32调查患者既往轻躁狂/躁狂症状,其中MDQ总分 $\geq 7$ 分、HCL-32总分 $\geq 14$ 分为既往轻躁狂/躁狂症状阳性,比较2个量表的阳性检出率、阳性与阴性患者的临床特征。采用Cronbach's  $\alpha$ 系数检验量表信度。**结果** MDQ的Cronbach's  $\alpha$ 系数为0.784(95%CI: 0.718~0.840,  $P < 0.01$ ), HCL-32的Cronbach's  $\alpha$ 系数为0.943(95%CI: 0.926~0.958,  $P < 0.01$ )。MDQ筛查的阳性率为15.24%(16/105),低于HCL-32筛查的40.95%(43/105),差异有统计学意义( $P < 0.01$ )。2个量表的一致性较低,差异有统计学意义( $Kappa=0.281$ ,  $P < 0.01$ )。MDQ筛查阳性的患者中,伴有自杀观念、企图或行为者占7/16,伴不典型抑郁症状者占6/16,高于阴性患者的29.21%(26/89)和13.48%(12/89),差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。**结论** HCL-32对抑郁症患者既往轻躁狂/躁狂症状的检出率高于MDQ,并且筛查阳性的抑郁症患者的自杀风险高,伴不典型抑郁特征。

**【关键词】** 抑郁症; 双相障碍; 躁狂; 心境障碍问卷; 32项轻躁狂症状清单**基金项目:** 国家自然科学基金项目(81901355)

**Application of Mood Disorder Questionnaire and 32 Item Hypomania Checklist in patients diagnosed as major depressive disorder** Fu Zhaoyan, Mao Zhen, Sun Yue, Li Feng, Li Tian, Wang Chuanyue, Bo Qijing  
The National Clinical Research Center for Mental Disorders and Beijing Key Laboratory of Mental Disorders and Beijing Institute for Brain Disorders Center of Schizophrenia, Beijing Anding Hospital, Capital Medical University, Beijing 100088, China; Advanced Innovation Center for Human Brain Protection, Capital Medical University, Beijing, 100069, China

Corresponding author: Bo Qijing, Email: bqj718@163.com

**【Abstract】 Objective** To investigate difference between Mood Disorder Questionnaire (MDQ) and 32 Items Hypomania Check List (HCL-32) in screening manic/hypomanic symptoms in patients with depressive disorders in psychiatric hospitals and detection rate, as well as the difference in clinical characteristics between negative and positive patients. **Methods** A total of 105 patients with depressive disorders in the inpatient department and outpatient of Beijing Anding Hospital Affiliated to Capital Medical University from September 2014 to December 2015 were selected as the research subjects. MDQ and HCL-32 were applied to investigate previous hypomanic/manic symptoms. The total score of MDQ  $\geq 7$  and the total score of HCL-32  $\geq 14$  were positive for previous hypomanic/manic symptoms. The positive detection rate of the two scales and the clinical characteristics of positive and negative patients were compared. The reliability of the scale was tested by Cronbach's  $\alpha$ . **Results** The Cronbach's  $\alpha$  of the MDQ was 0.784 (95%CI=0.718-0.840,  $P < 0.01$ ); the Cronbach's  $\alpha$  of the HCL-32 was 0.943 (95%CI=0.926-0.958,  $P < 0.01$ ). The positive rate of MDQ screening was 15.24% (16/105), which is lower than that of HCL-32 screening positive rate 40.95% (43/105), and the difference was statistically significant ( $P < 0.01$ ). The consistency of the two scales is low,

and the difference is statistically significant ( $Kappa=0.281, P < 0.01$ ). Among the positive patients screened by MDQ, 7/16 was accompanied by suicidal ideas, attempts or behaviors, and 6/16 was accompanied by atypical depressive symptoms, which was higher than 29.21% (26/89) and 13.48% (12/89) of the negative patients, and the difference was statistically significant ( $P < 0.05$ ). **Conclusions** The detection rate of previous hypomania/mania symptoms in patients with depression by HCL-32 is higher than that of MDQ, and depression patients with positive screening have a high risk of suicide, accompanied by atypical depression characteristics.

**【Key words】** Depressive disorder; Bipolar disorder; Manic; Mood disorder questionnaire; 32 items hypomania check list

**Fund program:** National Natural Science Foundation of China (81901355)

轻躁狂/躁狂发作是区别单相抑郁与双相抑郁的重要依据。躁狂发作容易识别,但轻躁狂发作与正常状态差异并不显著。很多抑郁症患者并不认为既往的轻躁狂状态是病态的,从而造成漏诊。国外研究显示大约40%的双相障碍患者在起病初期可能被误诊,得到正确的诊断可能需要几年时间<sup>[1]</sup>。也有报道表明,40%~50%的双相障碍Ⅱ型患者曾被误诊为抑郁症,接受不恰当的治疗方法<sup>[2]</sup>。国内研究也曾报道,从单相抑郁患者中筛查出20.8%的双相障碍患者<sup>[3]</sup>。心境障碍问卷(Mood Disorder Questionnaire, MDQ)和32项轻躁狂症状清单(32 Items Hypomania Check List, HCL-32)是目前临床最常用的双相障碍筛查量表,已被翻译成多种语言在不同国家开展使用<sup>[4-10]</sup>,大量临床研究及荟萃分析结果显示这2个量表有较好的信效度<sup>[11-13]</sup>。国内开展的有关中文版MDQ、HCL-32的临床研究也证实了这2个量表可在综合医院或专科医院中筛查双相障碍<sup>[14-20]</sup>。本研究使用中文版MDQ和HCL-32调查精神病专科医院抑郁症患者既往存在轻躁狂/躁狂症状的情况,比较2个量表检出率的差异,并进一步分析筛查阳性与阴性患者的临床特征差异,以期提高对具有潜在双相特质患者的识别能力,为临床诊治提供循证医学证据。

### 一、对象与方法

1. 研究对象: 选取2014年9月至2015年12月于首都医科大学附属北京安定医院住院或门诊就诊的抑郁症患者为研究对象。入组标准:(1)符合DSM-IV抑郁症的临床诊断标准;(2)年龄16~55岁;(3)初中及以上文化(受教育年限 $\geq 9$ 年);(4)近3个月未接受无抽搐电休克治疗;(5)受试者和(或)受试者家属、监护人自愿参加本研究并签署知情同意书。排除标准:(1)合并脑器质性疾病或伴有严重的不稳定性躯体疾病;(2)继发的抑郁症状(躯体疾病、药物或其他精神疾病);(3)伴严重的药物不良反应且急需处理;(4)有严重自杀企图;(5)处于妊娠期。所有

入组患者由经过培训的临床医师使用DSM-IV临床定式访谈(Structured Clinical Interview for DSM-IV, SCID)进行访谈。本研究已通过北京安定医院伦理委员会批准(批准号:2013-10)。

2. 研究方法:(1)收集一般人口学资料及疾病相关资料。收集患者一般人口学资料,包括性别、民族、婚姻状况、受教育程度;同时收集患者的疾病相关资料,包括发病年龄、总病程、首次发病年龄、家族史、是否伴有物质滥用、是否伴有自杀(自杀观念、自杀企图或自杀行为)、是否具有不典型抑郁特征、是否伴有精神病性症状等。(2)研究工具。使用中文版MDQ和HCL-32评估患者既往可能存在的轻躁狂/躁狂症状。2个量表均为自评量表,由患者本人完成。MDQ包含13项轻躁狂/躁狂症状条目,回答“是”计1分,最后相加得出总分,总分 $\geq 7$ 分评定为阳性<sup>[19]</sup>。HCL-32包括32项反映既往轻躁狂体验的条目,回答“是”计1分,最后相加得出总分,总分 $\geq 14$ 分评定为阳性<sup>[20]</sup>。

3. 统计学方法: 采用SPSS 23.0统计学软件对数据进行分析。对计量资料进行正态检验,符合正态分布用均数 $\pm$ 标准差( $\bar{x} \pm s$ )描述;不符合正态分布则用中位数及四分位数 $[M(P_{25}, P_{75})]$ 描述,组间比较采用秩和检验;计数资料用频数、百分数(%)描述,组间比较采用 $\chi^2$ 检验或Fisher精确检验。采用Cronbach's  $\alpha$ 系数检验量表信度,采用配对 $\chi^2$ 检验比较2个量表检出率的差异,采用Kappa一致性检验比较2个量表检出结果的一致性。双侧检验,以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

### 二、结果

1. 患者一般人口学资料及疾病相关资料: 共筛查118例抑郁症患者,9例患者被排除(5例患者不同意参与研究,3例患者不符合入组标准,1例患者因其他原因未参与),4例患者因填写数据缺失较多被剔除,故纳入统计分析的患者共105例。105例患者的一般人口学资料和疾病相关资料见表1。

表1 105例抑郁症患者一般人口学资料及疾病相关资料

项目	抑郁症患者
男性[例(%)]	52(49.52)
年龄(岁, $\bar{x} \pm s$ )	34.72 ± 10.96
已婚[例(%)]	47(44.76)
病程[月, $M(P_{25}, P_{75})$ ]	48.00(18.00, 93.50)
受教育年限[年, $M(P_{25}, P_{75})$ ]	12.00(11.00, 16.00)
首次发病年龄[岁, $M(P_{25}, P_{75})$ ]	29.00(19.00, 38.00)
有精神疾病家族史[例(%)]	26(24.76)
伴自杀观念、企图或行为[例(%)]	35(33.33)
伴物质滥用[例(%)]	6(5.71)
伴不典型抑郁症状[例(%)]	18(17.14)
伴精神病性症状[例(%)]	12(11.43)

2. MDQ和HCL-32的内部一致性信度: MDQ的Cronbach's  $\alpha$ 系数为0.784(95%CI:0.718 ~ 0.840,  $P < 0.001$ ); HCL-32的Cronbach's  $\alpha$ 系数为0.943(95%CI:0.926 ~ 0.958,  $P < 0.001$ )。

3. MDQ和HCL-32的阳性检出率比较及一致性检验: MDQ以7分为划界分, 检出阳性患者16例, 阴性患者89例, 阳性检出率为15.24%; HCL-32以14分为划界分, 检出阳性患者43例, 阴性患者62例, 阳性检出率为40.95%。HCL-32的检出率高于MDQ, 差异有统计学意义( $P < 0.001$ )。2个量表筛查均为阳性患者13例, 均为阴性患者59例, HCL-32筛查阳性而MDQ筛查阴性患者30例, HCL-32筛查阴性而MDQ筛查阳性患者3例。HCL-32和MDQ的一致性检验结果显示,  $Kappa$ 值为0.281(95%CI:0.124 ~ 0.444), 一致性较低, 差异有统计学意义( $P < 0.001$ )。

4. MDQ和HCL-32筛查阳性患者与阴性患者的临床特征比较: MDQ筛查阳性的患者中, 伴自杀观念、企图或行为者比例和伴不典型抑郁症状者比例高于阴性患者, 差异有统计学意义( $P < 0.05$ ), 见表2。

讨论 本研究在精神病专科医院门诊及住院患者中开展, 2个量表的Cronbach's  $\alpha$ 系数较高, 可信度较好; 本研究使用SCID诊断评估工具筛选入组患者, 但使用MDQ和HCL-32仍可在抑郁症患者中检出既往存在轻躁狂/躁狂症状。原因可能是患者否认既往的轻躁狂症状, 未主动报告。另外, 也可能与本研究使用的DSM-IV诊断标准有关, 其具有良好的特异度, 但诊断标准较严格, 灵敏度低<sup>[21]</sup>。DSM-IV要求轻躁狂发作时间不少于4 d, 同时排除了药源性躁狂, 故导致双相障碍的诊断率降低。DSM-5对上述问题做了新的划分, 对有抑郁症而又满足轻躁狂症状标准但持续时间不足4 d的患者, 或者轻躁狂症状未达到诊断标准但持续时间在4 d以上的患者, 划分在“其他特定双相障碍或相关障碍”中, 也将抗抑郁治疗中出现的躁狂或轻躁狂作为双相障碍的诊断标准。

本研究MDQ的检出率低于既往国内研究结果。曹岚等<sup>[22]</sup>以MDQ得分 $\geq 5$ 分为标准在既往诊断为单相抑郁的门诊和住院患者中进行筛查, 结果显示双相障碍的阳性率高达34.5%。本研究的MDQ检出率偏低可能与划界分为7分有关。一项有关MDQ的荟萃分析显示, 划界分为7分时诊断准确性较好; 但在抑郁症患者中使用MDQ时灵敏度由0.76下降到0.37, 故建议调整划界分提高灵敏度<sup>[13]</sup>。国内研究也提出, MDQ可以区分双相障碍II型、单相抑郁, 但最佳划界分应降至5分, 若仍以7分为划界分将会漏掉约一半的双相障碍II型患者<sup>[23]</sup>。HCL-32的检出率与既往国内研究结果差异较小。孙静等<sup>[24]</sup>对1 487例在精神科门诊和住院部连续诊疗的抑郁症患者中采用HCL-32进行评估, 诊断为双相障碍的患者为532例, 检出率为35.80%。

表2 MDQ和HCL-32筛查阳性与阴性抑郁症患者的临床特征比较

组别	例数	首次发病年龄 [岁, $M(P_{25}, P_{75})$ ]	有精神疾病家族 史[例(%)]	伴自杀观念、企图 或行为[例(%)]	伴物质滥用 [例(%)]	伴不典型抑郁症 状[例(%)]	伴精神病性症状 [例(%)]
MDQ阴性	89	29.00(20.00, 38.50)	20(22.47)	26(29.21)	4(4.49)	12(13.48)	9(10.11)
MDQ阳性	16	23.50(15.25, 31.50)	6(6/16) <sup>a</sup>	7(7/16) <sup>a</sup>	2(2/16) <sup>a</sup>	6(6/16) <sup>a</sup>	3(3/16) <sup>a</sup>
$Z/\chi^2$ 值		-1.459	0.936	4.461	0.470	3.946	0.328
$P$ 值		0.145	0.333	0.035	0.493	0.047	0.567
HCL-32阴性	62	30.00(21.00, 40.25)	14(22.58)	23(37.10)	3(4.83)	7(11.29)	4(6.45)
HCL-32阳性	43	26.00(17.00, 35.00)	12(27.91)	12(27.91)	3(6.98)	11(25.58)	8(18.60)
$Z/\chi^2$ 值		1.687	0.387	0.965	-	3.651	2.601
$P$ 值		0.069	0.647	0.401	0.687	0.068	0.107

注: MDQ心境障碍问卷; HCL-32 32项轻躁狂症状清单; <sup>a</sup>分母小于20, 以分数表示; - 使用Fisher精确检验

本研究结果显示, HCL-32较MDQ检出率高, 既往国内开展的研究也支持此结果。孙玉军等<sup>[25]</sup>的研究结果显示, HCL-32的阳性筛检率(72%)高于MDQ(33%); 张旭等<sup>[26]</sup>使用MDQ和HCL-32对在综合医院门诊就诊的102例抑郁症患者进行测评, 报告阳性比例分别为10.80%和13.70%。但哪种量表更有优势可能需要结合量表的心理学测量指标及使用条件进一步探索。本研究结果显示, 2个量表筛查轻躁狂/躁狂症状的一致性较低, *Kappa*值为0.281, 与张旭等<sup>[26]</sup>的研究结果相近。

本研究结果显示, MDQ筛查阳性的患者较阴性患者伴自杀观念、企图或行为者比例高, 伴不典型抑郁特征者比例高, 差异有统计学意义。目前, 自杀未遂史被作为双相障碍的预测因子之一<sup>[27]</sup>。既往的调查研究显示, 双相障碍患者的自杀率较单相抑郁患者高<sup>[28]</sup>, 25%~50%的双相障碍成人患者在一生中至少尝试过1次自杀, 自杀成功者占8%~19%<sup>[29]</sup>。此外, 不典型抑郁症状也被认为是识别双相障碍的一个较特异指标<sup>[30]</sup>。

然而, MDQ和HCL-32是筛查双相障碍的量表, 并不能作为诊断工具。量表筛查阳性提示医生要提高识别双相障碍的意识, 但是否能达到双相障碍的诊断标准, 仍需进一步深入采集病史并进行精神检查。目前, 随着对双相障碍的不断认识, 过度诊断又成了新的问题, 尤其是针对儿童青少年患者以及患者症状缺乏特异性时。一项大样本研究对11 261例双相障碍患者进行7年随访, 双相障碍诊断一致率为71.9%<sup>[31]</sup>; 一项纳入了全球37项研究的荟萃分析结果显示, 双相障碍的平均前瞻性一致性为77.4%<sup>[32]</sup>。

综上所述, MDQ和HCL-32均可在精神病专科医院抑郁症患者中筛查出既往轻躁狂/躁狂症状, HCL-32检出率高于MDQ。筛查阳性的抑郁症患者自杀风险高、伴不典型抑郁特征。本研究还存在不足之处: 首先, 本研究纳入的样本量偏小, 未对双相障碍患者进行分型, 下一步研究可扩大样本量, 并对双相障碍患者进行分型后再进一步探索验证。另外, 本研究为横断面研究, 尚无法明确假阳性率, 对MDQ和HCL-32筛查阳性的抑郁症患者需进一步追踪随访, 明确患者疾病诊断的变化。

**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** 试验设计为王传跃, 研究实施、资料收集为李峰、毛珍、孙悦、李田, 论文撰写为付兆燕, 论文修订、审校为薄奇静

## 参 考 文 献

- [1] Ghaemi SN, Ko JY, Goodwin FK. "Cade's disease" and beyond: misdiagnosis, antidepressant use, and a proposed definition for bipolar spectrum disorder[J]. *Can J Psychiatry*, 2002, 47(2): 125-134. DOI: 10.1177/070674370204700202.
- [2] Angst J, Sellaro R, Stassen HH, et al. Diagnostic conversion from depression to bipolar disorders: results of a long-term prospective study of hospital admissions[J]. *J Affect Disord*, 2005, 84(2/3): 149-157. DOI: 10.1016/S0165-0327(03)00195-2.
- [3] Hu C, Xiang YT, Wang G, et al. Screening for bipolar disorder with the Mood Disorders Questionnaire in patients diagnosed as major depressive disorder - the experience in China[J]. *J Affect Disord*, 2012, 141(1): 40-46. DOI: 10.1016/j.jad.2012.02.035.
- [4] Carta MG, Hardoy MC, Cadeddu M, et al. The accuracy of the Italian version of the Hypomania Checklist (HCL-32) for the screening of bipolar disorders and comparison with the Mood Disorder Questionnaire (MDQ) in a clinical sample[J]. *Clin Pract Epidemiol Ment Health*, 2006, 2: 2. DOI: 10.1186/1745-0179-2-2.
- [5] Vieta E, Sánchez-Moreno J, Bulbena A, et al. Cross validation with the Mood Disorder Questionnaire (MDQ) of an instrument for the detection of hypomania in Spanish: the 32 item hypomania symptom check list (HCL-32)[J]. *J Affect Disord*, 2007, 101(1/3): 43-55. DOI: 10.1016/j.jad.2006.09.040.
- [6] Meyer TD, Hammelstein P, Nilsson LG, et al. The Hypomania Checklist (HCL-32): its factorial structure and association to indices of impairment in German and Swedish nonclinical samples[J]. *Compr Psychiatry*, 2007, 48(1): 79-87. DOI: 10.1016/j.comppsy.2006.07.001.
- [7] Hardoy MC, Cadeddu M, Murrù A, et al. Validation of the Italian version of the "Mood Disorder Questionnaire" for the screening of bipolar disorders[J]. *Clin Pract Epidemiol Ment Health*, 2005, 1: 8. DOI: 10.1186/1745-0179-1-8.
- [8] Twiss J, Jones S, Anderson I. Validation of the Mood Disorder Questionnaire for screening for bipolar disorder in a UK sample[J]. *J Affect Disord*, 2008, 110(1/2): 180-184. DOI: 10.1016/j.jad.2007.12.235.
- [9] González A, Arias A, Mata S, et al. Validation of the Spanish version of the Mood Disorder Questionnaire to detect bipolar disorder type II inpatients with major depression disorder[J]. *Invest Clin*, 2009, 50(2): 163-171. DOI: 10.3892/ijmm\_00000197.
- [10] Jon DI, Hong N, Yoon BH, et al. Validity and reliability of the Korean version of the Mood Disorder Questionnaire[J]. *Compr Psychiatry*, 2009, 50(3): 286-291. DOI: 10.1016/j.comppsy.2008.07.008.
- [11] Wang YY, Xu DD, Liu R, et al. Comparison of the screening ability between the 32-item Hypomania Checklist (HCL-32) and the Mood Disorder Questionnaire (MDQ) for bipolar disorder: a meta-analysis and systematic review[J]. *Psychiatry Res*, 2019, 273: 461-466. DOI: 10.1016/j.psychres.2019.01.061.
- [12] Carvalho AF, Takwoingi Y, Sales PM, et al. Screening for bipolar spectrum disorders: a comprehensive meta-analysis of accuracy studies[J]. *J Affect Disord*, 2015, 172: 337-346. DOI: 10.1016/j.jad.2014.10.024.
- [13] Wang HR, Woo YS, Ahn HS, et al. The validity of the mood disorder questionnaire for screening bipolar disorder: a Meta-

- analysis[J]. *Depress Anxiety*, 2015, 32(7): 527-538. DOI: 10.1002/da.22374.
- [14] Feng Y, Wang YY, Huang W, et al. Comparison of the 32-item Hypomania Checklist, the 33-item Hypomania Checklist, and the Mood Disorders Questionnaire for bipolar disorder[J]. *Psychiatry Clin Neurosci*, 2017, 71(6): 403-408. DOI: 10.1111/pcn.12506.
- [15] Yang HC, Liu TB, Rong H, et al. Evaluation of Mood Disorder Questionnaire (MDQ) in patients with mood disorders: a multicenter trial across China[J]. *PLoS One*, 2014, 9(4): e91895. DOI: 10.1371/journal.pone.0091895.
- [16] Wu YS, Angst J, Ou CS, et al. Validation of the Chinese version of the hypomania checklist (HCL-32) as an instrument for detecting hypo(mania) in patients with mood disorders[J]. *J Affect Disord*, 2008, 106(1/2): 133-143. DOI: 10.1016/j.jad.2007.06.004.
- [17] Chung KF, Tso KC, Chung RT. Validation of the Mood Disorder Questionnaire in the general population in Hong Kong[J]. *Compr Psychiatry*, 2009, 50(5): 471-476. DOI: 10.1016/j.comppsy.2008.10.001.
- [18] 杨海晨, Angst J, 廖春平, 等. 中文版32项轻躁狂症状清单在双相 I 型障碍患者中的应用[J]. *中国行为医学科学*, 2008, 17(10): 950-952. DOI: 10.3760/cma.j.issn.1674-6554.2008.10.035.
- Yang HC, Angst J, Liao CP, et al. Preliminary study of the Chinese version of the 32-item hypomania checklist in patients with bipolar I disorder[J]. *Chin J Behav Med Sci*, 2008, 17(10): 950-952.
- [19] 杨海晨, 苑成梅, 刘铁榜, 等. 中文版心境障碍问卷的效度与信度[J]. *中华精神科杂志*, 2010, 43(4): 217-220. DOI: 10.3760/cma.j.issn.1006-7884.2010.04.008.
- Yang HC, Yuan CM, Liu TB, et al. Validity and reliability of the Chinese version Mood Disorder Questionnaire[J]. *Chin J Psychiatry*, 2010, 43(4): 217-220.
- [20] 杨海晨, 苑成梅, Angst J. 中文版32项轻躁狂症状清单效度与信度[J]. *中华行为医学与脑科学杂志*, 2010, 19(8): 760-762. DOI: 10.3760/cma.j.issn.1674-6554.2010.08.033.
- Yang HC, Yuan CM, Angst J. Validity and reliability of the Chinese version of the 32 items hypomania checklist[J]. *Chin J Behav Med & Brain Sci*, 2010, 19(8): 760-762.
- [21] Angst J, Gamma A, Benazzi F, et al. Diagnostic issues in bipolar disorder[J]. *Eur Neuropsychopharmacol*, 2003, 13 Suppl 2(4): S43-S50. DOI: 10.1016/s0924-977x(03)00077-4.
- [22] 曹岚, 苑成梅, 李则攀, 等. 中文版心境障碍问卷在心境障碍患者中的应用[J]. *上海交通大学学报(医学版)*, 2011, 31(11): 1509-1512. DOI: 10.3969/j.issn.1674-8115.2011.11.001.
- Cao L, Yuan CM, Li ZZ, et al. Application of Chinese version of Mood Disorder Questionnaire in patients with mood disorder[J]. *Journal of Shanghai Jiaotong University (Medical Science)*, 2011, 31(11): 1509-1512.
- [23] 杨海晨, 苑成梅, 刘铁榜, 等. 心境障碍问卷区分不同类型心境障碍患者[J]. *临床精神医学杂志*, 2012, 22(2): 122.
- [24] 孙静, 张宁, 司天梅, 等. 32项轻躁狂症状清单划界分高低人群的临床特征[J]. *临床精神医学杂志*, 2012, 22(6): 361-364.
- Sun J, Zhang N, Si TM, et al. Clinical characteristics for depressive patients with high or low cutoff point according to 32 Items Hypomania Checklist[J]. *J Clin Psychiatry*, 2012, 22(6): 361-364.
- [25] 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. DOI: 10.3969/j.issn.1009-6574.2013.06.021.
- Sun YJ, Fang HY, Sha DX, et al. Application of HCL-32 for diagnosis of bipolar disorder in psychiatric outpatient[J]. *Journal of Neuroscience and Mental Health*, 2013, 13(6): 616-617.
- [26] 张旭, 陆峥, 吴文源, 等. 两种自评问卷筛查综合医院诊断抑郁障碍患者的既往躁狂症状[J]. *中华行为医学与脑科学杂志*, 2011, 20(7): 658-661. DOI: 10.3760/cma.j.issn.1674-6554.2011.07.029.
- Zhang X, Lu Z, Wu WY, et al. Screening reported mania symptoms by two self-rating questionnaires from outpatients with depressive disorders in a general hospital[J]. *Chin J Behav Med & Brain Sci*, 2011, 20(7): 658-661.
- [27] Inoue T, Inagaki Y, Kimura T, et al. Prevalence and predictors of bipolar disorders in patients with a major depressive episode: the Japanese epidemiological trial with latest measure of bipolar disorder (JET-LMBP) [J]. *J Affect Disord*, 2015, 174: 535-541. DOI: 10.1016/j.jad.2014.12.023.
- [28] 易利, 何燕玲. 单双相抑郁障碍鉴别及诊断研究进展[J]. *神经疾病与精神卫生*, 2018, 18(11): 775-778. DOI: 10.3969/j.issn.1009-6574.2018.11.005.
- Yi L, He YL. Advances in the identification and diagnosis of unipolar depression and bipolar depression[J]. *Journal of Neuroscience and Mental Health*, 2018, 18(11): 775-778.
- [29] 张玲, 马辛. 精神卫生系列讲座: 双相障碍的表现、诊断和特征[J]. *中华健康管理学杂志*, 2016, 10(4): 326-328. DOI: 10.3760/cma.j.issn.1674-0815.2016.04.016.
- Zhang L, Ma X. Lecture series of mental health: symptoms, diagnosis and clinical features of bipolar disorders[J]. *Chin J Health Manage*, 2016, 10(4): 326-328.
- [30] Peng DH, Huang YQ, Jiang KD. Atypical features and bipolar disorder[J]. *Shanghai Arch Psychiatry*, 2016, 28(3): 166-168. DOI: 10.11919/j.issn.1002-0829.216002.
- [31] Hung YN, Yang SY, Kuo CJ, et al. Diagnostic consistency and interchangeability of schizophrenic disorders and bipolar disorders: a 7-year follow-up study[J]. *Psychiatry Clin Neurosci*, 2018, 72(3): 180-188. DOI: 10.1111/pcn.12629.
- [32] Cegla-Schwartzman FB, Ovejero S, López-Castroman J, et al. Diagnostic stability in bipolar disorder: a narrative review[J]. *Harv Rev Psychiatry*, 2019, 27(1): 3-14. DOI: 10.1097/HRP.000000000000187.

(收稿日期: 2022-03-29)

(本文编辑: 赵金鑫)