

· 抑郁症专题 ·

抑郁症患者急性期治疗后残留症状对生活质量满意度的影响

任小丹 朱雪泉 冯媛

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

通信作者: 冯媛, Email: 19558051@qq.com

DOI: 10.3969/j.issn.1009-6574.2023.04.005

【摘要】目的 探讨抑郁症患者急性期治疗后残留症状对生活质量满意度的影响。**方法** 于 2016 年 5 月至 2017 年 10 月, 选取我国 16 家精神专科医院或综合医院精神心理科已完成 8~12 周急性期抗抑郁药物治疗的 428 例门诊抑郁症患者为研究对象, 开展为期 6 个月的随访调查。采用抑郁症状快速评估量表(QIDS-SR₁₆)、简明幸福与生活质量满意度问卷(Q-LES-Q-SF) 评估患者的残留症状及生活质量满意度。根据 QIDS-SR₁₆ 总分将患者分为症状完全缓解组(QIDS-SR₁₆ ≤ 5 分) 和残留症状组(QIDS-SR₁₆ > 5 分), 两组于第 1、3、6 个月末完成随访并进行组间比较。采用广义线性估计方程分析两组患者的生活满意度在随访期间的变化。**结果** 428 例患者中, 完全缓解组患者 179 例(41.8%), 残留症状组患者 249 例(58.2%)。除睡眠太多外, 基线期完全缓解组患者与残留症状组患者的残留症状比较, 差异有统计学意义($P < 0.01$)。完全缓解组患者的生活满意度高于残留症状组, 差异有统计学意义($Z = -5.57, P < 0.01$)。广义线性估计方程分析结果显示, 随访期两组 Q-LES-Q-SF 总分较基线期升高, 时间效应显著($Z = 2.50 \sim 3.98, P < 0.05$)。单因素分析结果显示, 入睡困难、睡眠不深、早醒、感觉沮丧、食欲/体重改变、注意力受损、消极的自我评价、自杀观念、投入感缺乏、精力丧失、反应迟钝和坐立不安对患者生活满意度存在影响($Z = -8.75 \sim 0.72; P < 0.05$)。多因素分析显示, QIDS-SR₁₆ 中的自杀观念、投入感缺乏、精力丧失、反应迟钝是抑郁症患者的生活满意度的影响因素($Z = 4.03, 2.00, 3.26, 2.26; P < 0.05$)。**结论** 急性期治疗残留症状越明显, 对患者的生活质量满意度造成的不良影响越大。

【关键词】 抑郁症; 残留症状; 生活质量; 满意度**基金项目:** 北京市卫生健康委员会高层次公共卫生技术人才培养计划(学科骨干-1-028)**Effect of residual symptoms on satisfaction with quality of life in patients with depression after acute treatment**

Ren Xiaodan, Zhu Xuequan, Feng Yuan

National Center for Psychological and Mental Diseases Clinical Medical Research, Beijing Anding Hospital, Capital Medical University, Beijing 100088, China

Corresponding author: Feng Yuan, Email: 19558051@qq.com

【Abstract】Objective To discuss the effects of residual symptoms after acute phase treatment on satisfaction with quality of life in Chinese patients with depression. **Methods** From May 2016 to October 2017, a total of 428 outpatients with depression who had completed 8-12 weeks' acute antidepressant treatment were recruited from 16 hospitals. A 6-month follow-up survey was conducted. Brief 16-Item Quick Inventory of Depressive Symptomatology Self-Report (QIDS-SR₁₆), Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire Short Form (Q-LES-Q-SF) were used to assess the residual symptoms and the satisfaction with quality of life. According to QIDS-SR₁₆ scores, the participants were divided into complete remission group (QIDS-SR₁₆ scores ≤ 5) and residual symptom group (QIDS-SR₁₆ scores > 5), follow-up was conducted at the end of 1 month, 3 months and 6 months, and the effects of residual symptoms on patients' life satisfaction were evaluated. Generalized linear estimation equations were applied to analyze the changes in life satisfaction between two groups of patients. **Results** Of the 428 patients, 179 patients (41.8%) were in the complete remission group and 249 patients (58.2%) were in the residual symptoms group. At baseline, except for too much sleep, there were statistically significant differences in residual symptoms between patients in the complete remission group and those in the residual symptom group ($P < 0.01$). Patients in the complete remission group had higher life satisfaction than the residual symptom group, with

a statistically significant difference ($Z=-5.57, P < 0.01$). The results of the generalized linear estimating equation analysis showed that the total Q-LES-Q-SF scores were higher in both groups during the follow-up period compared with the baseline period, with a significant time effect ($Z=2.50-3.98, P < 0.05$). The results of univariate analysis showed that difficulty falling asleep, poor sleep, early awakening, feeling depressed, appetite/weight change, impaired concentration, negative self-evaluation, suicidal ideation, lack of engagement, loss of energy, unresponsiveness and fidgeting had an effect on patients' life satisfaction ($Z=-8.75-0.72, P < 0.05$). Multifactorial analysis showed that suicidal ideation, lack of engagement, loss of energy, and unresponsiveness were factors influencing life satisfaction in depressed patients in QIDS-SR₁₆ ($Z=4.03, 2.00, 3.26, 2.26; P < 0.05$). **Conclusions** The adverse effects on the patients' quality of life satisfaction increased with the residual symptoms in acute treatment.

【Key words】 Depressive disorder; Residual symptoms; Quality of life; Satisfaction

Fund program: Beijing Municipal Health Commission High-level Public Health Technical Personnel Training Program (Academic leader-1-028)

抑郁症作为一种慢性复发性疾病,对患者的功能状态影响较大^[1]。研究显示,经过多次优化的药物治疗试验后,大约 1/3 患者的症状仍然没有缓解^[2]。未缓解的抑郁症患者不同程度地存在残留症状^[3],抑郁急性期治疗后残留症状越多,患者巩固期服药依从性越差^[4],进一步阻碍了患者的症状缓解和功能改善,形成“残留症状多-服药依从性低-症状加重-生活质量降低”的循环。常见的残留症状包括睡眠障碍、注意力受损、精力丧失、认知功能损害,残留症状的影响因素包括性别、饮酒史、工作状态、病程等^[5]。患者的抑郁严重程度越高,其生活质量越差,这种关联在老年人中具有较高的稳定性,使用不同测量工具均能得到较一致的结果^[6],但急性期治疗后患者的残留症状和生活质量满意度受性别的影响程度较大,这一结论仍存在分歧^[7-8]。本研究假设,经急性期治疗(即抗抑郁治疗 8~12 周)^[9]后完全缓解患者的生活满意度优于有残留症状的患者,且残留症状不同,对患者生活满意度的影响也不同。

目前,较多研究关注人口学因素和症状严重程度对抑郁症患者生活质量的影响,较少有研究关注急性期治疗后残留症状对患者生活质量的影响。因此,本研究针对抑郁症患者急性期治疗后残留症状对生活满意度的影响进行研究,探索不同残留症状对患者生活满意度的影响,旨在为提高急性期治疗后抑郁症患者的社会功能、生活质量及服药依从性提供新的思路。

一、对象与方法

1. 研究对象:于 2016 年 5 月至 2017 年 10 月对就诊于首都医科大学附属北京安定医院、北京回龙观医院、首都医科大学附属北京朝阳医院心理科以及我国其他 12 个城市 13 家医院的 428 例门

诊抑郁症患者进行随访调查。纳入标准:(1)年龄 18~81 岁;(2)符合 ICD-10 中抑郁发作(F32)或复发性抑郁障碍(F33)的诊断标准;(3)本次抑郁发作后使用抗抑郁药物治疗 8~12 周;(4)经视觉模拟量表评定,患者认为评估时状态较本次抑郁发作开始时已恢复 $\geq 50\%$;(5)自愿参与本研究并签署知情同意书,能够完成 6 个月的随访。排除标准:既往有轻躁狂或躁狂发作史。本研究经首都医科大学附属北京安定医院伦理委员会审核批准[批号:2016 科研第(37)号]。

2. 研究工具:(1)自制结构化调查问卷。包括性别、年龄、受教育年限、是否为首次发作、总病程、本次病程、合并躯体疾病、精神疾病家族史、服用抗抑郁药物数量、是否服用镇静催眠药物、是否服用抗精神病药物。(2)抑郁症状快速评估量表(Brief 16-item Quick Inventory of Depressive Symptomatology Self-Report, QIDS-SR₁₆)。该量表由美国匹兹堡大学 Rush 等研发,用于评估抑郁症患者的残留症状。该量表包括抑郁情绪、专注力、自我评价、自杀观念、参与度、精力和能力、睡眠、食欲和激越共 9 个维度^[10]。中文版 QIDS-SR₁₆ 包括 13 个条目,采用 0~3 分的 4 级评分法,得分越高,症状越严重。条目得分 ≥ 1 分为存在单个残留症状的标准。该量表的信效度良好^[4,11]。(3)简明幸福与生活质量满意度问卷(Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire Short Form, Q-LES-Q-SF)。该量表由 Endicott 等^[12]编制,为自我评估工具,用于评估患者在各个领域的功能状态及满意度、享受度。中文版 Q-LES-Q-SF 的信效度已在国内成年抑郁症患者中得到验证^[4,13]。量表包含 16 个条目,前 14 个条目反映患者社会关系、生活居住状况以及身体健康的主观满意度,后 2 个条目反映日常医疗水平和生活总体满意度。每个条目采用 5 级评分法,总分为第 1~14 条目的得分之和,得分

越高,生活质量越高^[12,14]。患者完成基线期调查后,分别于第1、3、6个月末进行3次随访。

3. 质量控制方法:对研究人员进行项目的组织、质量控制和研究方案的培训,由各研究中心经过培训的精神科医师筛选患者、采集一般资料并指导患者完成研究的相关评估。

4. 统计学方法:采用SAS 9.4软件对数据进行统计分析。计数资料用频数、百分数(%)描述,组间比较采用 χ^2 检验或Fisher确切概率检验。正态分布的计量资料用均数 \pm 标准差($\bar{x} \pm s$)描述,组间比较采用独立样本 t 检验。采用重复测量的广义线性估计方程分析时间、残留症状对抑郁症患者生活质量的影响,指定重复测量的无结构相关作业矩阵,比较随访6个月时不同结局抑郁症患者在随访期间生活质量评分变化的组间差异。控制性别、年龄、是否首发、首次发病年龄等变量,将单个残留症状或多个残留症状作为自变量,采用重复测量广义线性方程模型分析其与抑郁症患者生活质量的相关性。双侧检验,以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

二、结果

1. 分组及一般资料比较:根据患者基线时QIDS-SR₁₆评分将其纳入残留症状组(QIDS-SR₁₆ > 5分)和完全缓解组(QIDS-SR₁₆ ≤ 5分)^[15]。428例患者中,完全缓解组患者179例(41.8%),残留症状组患者249例(58.2%)。两组患者的一般资料比较,差异均无统计学意义(均 $P > 0.05$),见表1。

2. 两组患者基线期残留症状比较:两组在入睡困难、睡眠不深、早醒、感觉沮丧、食欲/体重改变、消极的自我评价、自杀观念、注意力受损、投入感缺乏、反应迟钝、精力丧失和坐立不安方面比较,差异均有统计学意义(均 $P < 0.01$),见表2。

3. 抑郁症患者生活质量满意度的影响因素分析:基线调查时两组患者的Q-LES-Q-SF总分比较,差异有统计学意义($P < 0.05$)。随访期两组生活质量满意度总分较基线调查时均升高,时间效应显著($P < 0.05$),两组间的变化随着随访时间延长出现变化,交互效应显著($P=0.002$),经急性期治疗后完全缓解组患者的生活质量满意度恢复优于残留症状组,见表3、图1。

表1 两组抑郁症患者的一般资料比较

项目	总样本(n=428)	完全缓解组(n=179)	残留症状组(n=249)	χ^2/t 值	P值
性别[例(%)]					
男	136(31.8)	55(30.7)	81(32.5)	0.16	0.693
女	292(68.2)	124(69.3)	168(67.5)		
年龄(岁, $\bar{x} \pm s$)	44.5 ± 14.3	47.3 ± 13.8	42.5 ± 14.3	3.71	0.054
受教育年限[例(%)]				5.15	0.076
< 10年	154(36.0)	75(41.9)	79(31.7)		
10 ~ 15年	172(40.2)	68(38.0)	104(41.8)		
> 15年	102(23.8)	36(20.1)	66(26.5)		
首次发作[例(%)]				0.60	0.440
是	261(61.0)	113(63.1)	148(59.4)		
否	167(39.0)	66(36.9)	101(40.6)		
总病程[例(%)]				0.13	0.716
≤ 1年	254(59.8)	107(59.8)	147(59.0)		
> 1年	171(40.2)	69(38.5)	102(41.0)		
本次病程[例(%)]				1.84	0.174
≤ 6个月	325(75.9)	130(72.6)	195(78.3)		
> 6个月	103(24.1)	49(27.4)	54(21.7)		
本次病程(周, $\bar{x} \pm s$)	21.1 ± 16.0	21.9 ± 17.3	20.6 ± 15.0	0.83	0.405
合并躯体疾病[例(%)]	125(29.2)	59(33.0)	66(26.5)	2.10	0.147
精神疾病家族史[例(%)]	44(12.0)	16(8.9)	28(11.2)	0.47	0.492
服用抗抑郁药数物量[例(%)]				0.37	0.545
1种	119(27.8)	47(26.3)	72(28.9)		
≥ 2种	309(72.2)	132(73.7)	177(71.1)		
服用镇静催眠药物[例(%)]	254(59.4)	107(59.8)	147(59.0)	0.02	0.878
服用抗精神病药物[例(%)]	162(40.6)	74(41.3)	88(35.3)	1.59	0.207

表2 两组抑郁症患者基线期残留症状比较 [例(%)]

项目	完全缓解组 (n=179)	残留症状组 (n=249)	χ^2 值	P值
入睡困难	57(31.8)	159(63.9)	42.69	< 0.001
睡眠不深	73(41.2)	190(76.6)	54.78	< 0.001
早醒	29(16.2)	112(45.0)	39.04	< 0.001
睡眠太多	73(40.8)	113(45.6)	0.97	0.325
感觉沮丧	38(21.2)	187(75.1)	121.21	< 0.001
食欲/体重改变	70(39.1)	179(71.9)	45.99	< 0.001
消极的自我评价	52(29.1)	211(84.7)	136.33	< 0.001
自杀观念	21(11.7)	158(63.5)	114.50	< 0.001
注意力受损	1(0.6)	65(26.1)	52.11	< 0.001
投入感缺乏	41(22.9)	193(77.5)	125.30	< 0.001
反应迟钝	74(41.3)	205(82.3)	77.10	< 0.001
精力丧失	41(22.9)	173(69.5)	90.35	< 0.001
坐立不安	11(6.2)	106(42.6)	69.56	< 0.001

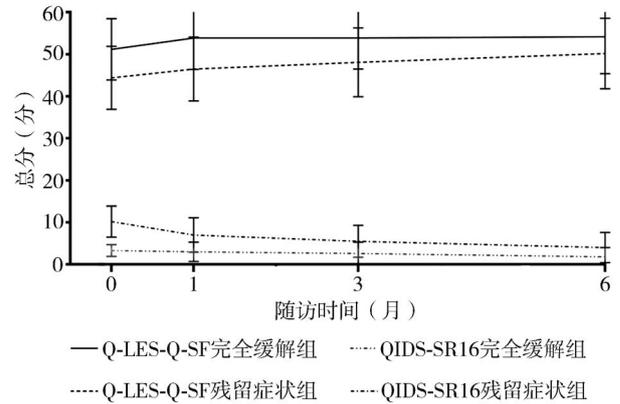
表3 抑郁症患者生活质量满意度影响因素的广义线性估计方程结果

变量	β 值	标准误	Z值	P值
常量	10.04	1.26	7.95	< 0.001
残留症状组(与完全缓解组比较)	-2.20	0.40	-5.57	< 0.001
基线期	0.81	0.02	33.88	< 0.001
第1月末	1.61	0.41	3.98	< 0.001
第3月末	1.83	0.60	3.04	0.002
第6月末	2.19	0.88	2.50	0.012
时间 × 分组	0.63	0.20	3.15	0.002

4. 抑郁症患者残留症状与生活质量满意度的相关性分析: 以 Q-LES-Q-SF 总分为因变量, 以抑郁症患者各残留症状为自变量进行单因素分析, 结果显示, 除睡眠过多外, 其他残留症状均是患者生活满意度的影响因素 ($P < 0.05$)。以 Q-LES-Q-SF 总分为因变量, 以抑郁症患者各残留症状为自变量进行多因素分析, 结果显示, 自杀观念、投入感缺乏、精力丧失、反应迟钝是抑郁症患者生活质量的影响因素 ($P < 0.05$), 见表4。

讨论 本研究结果显示, 完全缓解组患者和残留症状组患者的生活质量比较, 差异有统计学意义, 急性期治疗后的残留症状降低抑郁症患者的生活质量满意度, 与既往研究结果一致^[16-17]。

本研究结果表明, 睡眠障碍包括入睡困难、睡眠不深、早醒, 作为抑郁症患者高发的残留症状, 是抑郁症患者生活质量的影响因素, 与既往研究结果一致^[18]。既往研究显示, 在最常报告的残留症状中, 夜间失眠的发生率为 79.0%; 在中度严重的残留症



注: Q-LES-Q-SF 简明幸福与生活质量满意度问卷; QIDS-SR₁₆ 抑郁症状快速评估量表

图1 完全缓解组(n=179)和残留症状组(n=249)抑郁症患者 Q-LES-Q-SF、QIDS-SR16 总分随时间变化情况

状中, 常见的症状是失眠(59.6%), 其发生频率是任何其他残留症状的 2 倍多^[19]。

本研究结果显示, 感觉沮丧、食欲/体重改变和坐立不安是抑郁症患者生活质量的影响因素。一项国外研究显示, 约 1/3 的中重度抑郁症患者受感觉沮丧、快感缺失的影响, 生活质量较差^[20], 伴自主神经功能紊乱及焦虑特征的某些症状, 如食欲改变、坐立不安等会降低患者的生活质量满意度^[21]。本研究与既往研究均证实上述残留症状对抑郁症患者的生活质量满意度造成不良影响。

消极的自我评价及自杀观念对患者的生活质量满意度存在明显影响。与既往研究发现一致, 自杀观念或自杀企图作为抑郁症患者比较严重的残留症状, 与受损的生活质量相关^[22]。生活质量较差的未缓解抑郁症患者的自杀观念和自杀企图风险较症状缓解者高 2 倍以上^[23]。

本研究结果显示, 投入感缺乏和反应迟钝作为抑郁症急性期治疗后的部分残留症状, 给患者带来的影响也不容忽视^[18]。与本研究结果相似, 精力不足、疲乏等躯体症状的存在与更严重的抑郁症状和更差的生活质量有关^[24-25]。国内郭彤等^[26]针对不同年龄阶段抑郁症患者 PHQ-15 评分的研究显示, 高达 82.6% 的患者躯体症状表现为感到疲劳或无精打采。张旭等^[14]的研究结果表明, QIDS-SR₁₆ 中的“精力丧失”在残留症状组的发生率为 79.0%。精力丧失作为抑郁发作的一个主要症状学标准, 不仅提示疾病的严重程度, 同时作为残留症状的一项重要指标, 对患者的生活质量及生活满意度有较大影响。

本研究存在一定的局限性: (1) 选用主观性较

表 4 抑郁症患者基线期残留症状对生活质量满意度的影响

变量	单因素分析			多因素分析		
	偏回归系数	Z 值	P 值	偏回归系数	Z 值	P 值
入睡困难	-3.95	-5.30	< 0.001	1.04	1.48	0.138
睡眠不深	-3.61	-4.64	< 0.001	1.36	1.86	0.062
早醒	-2.80	-4.42	0.001	-0.92	-1.23	0.218
睡眠太多	0.52	0.80	0.510	-0.29	-0.41	0.684
感觉沮丧	-5.69	0.72	< 0.001	1.31	1.78	0.084
食欲/体重改变	-2.29	-3.04	0.002	-0.62	-0.97	0.333
消极的自我评价	-5.31	-7.35	< 0.001	0.54	0.73	0.464
自杀观念	-7.78	-8.75	< 0.001	3.69	4.03	< 0.001
注意力受损	-5.72	-7.54	< 0.001	1.33	1.74	0.083
投入感缺乏	-6.26	-8.73	< 0.001	1.62	2.00	0.046
反应迟钝	-5.00	-3.57	< 0.001	1.59	2.26	0.024
精力丧失	-5.99	-7.56	< 0.001	2.56	3.26	0.001
坐立不安	-5.41	-6.69	< 0.001	0.98	1.27	0.204

强的自评工具 QIDS-SR₁₆ 和 Q-LES-Q-SF, 评估结果可能与临床医生获得的信息不一致; (2) 被试中合并躯体疾病的抑郁症患者 125 例, 占总调查人群的 29.2%, 这类人群的生活质量是否同时受到躯体疾病的影响未做进一步分析; (3) 本研究未能明确不同发病特征及治疗类型患者的残留症状对生活质量的影 响。因此, 未来关于抑郁症残留症状对生活质量满意度的研究可以考虑设计专门的评估工具。躯体疾病对抑郁症患者治疗结局的影响较为复杂, 为更准确地反映真实世界的治疗状况, 可以在现有研究的基础上开展抑郁症共病躯体疾病患者药物治疗后残留症状以及对生活满意度影响的研究。

本研究针对抑郁症患者急性期治疗后残留症状对生活满意度的影响进行分析, 结果显示, 残留症状组的生活质量满意度较差且残留症状呈多样化, 提示在抑郁症患者中减少残留症状的发生有助于提高患者的生活满意度。此外, 针对患者进行残留症状的个体化评估, 明确不同残留症状与患者生活质量及生活满意度的关系, 有利于更好地为抑郁症患者提供全病程管理及个性化康复方案。

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 论文撰写为任小丹, 数据整理及分析为朱雪泉, 论文修订为冯媛

参 考 文 献

[1] Ferrari AJ, Charlson FJ, Norman RE, et al. Burden of depressive disorders by country, sex, age, and year: findings from the global burden of disease study 2010 [J]. PLoS Med, 2013, 10(11): e1001547. DOI: 10.1371/journal.pmed.1001547.

[2] Rush AJ, Trivedi MH, Wisniewski SR, et al. Acute and longer-

term outcomes in depressed outpatients requiring one or several treatment steps: a STAR*D report [J]. Am J Psychiatry, 2006, 163(11): 1905-1917. DOI: 10.1176/ajp.2006.163.11.1905.

[3] Zajecka J, Kornstein SG, Blier P. Residual symptoms in major depressive disorder: prevalence, effects, and management [J]. J Clin Psychiatry, 2013, 74(4): 407-414. DOI: 10.4088/JCP.12059ah1.

[4] 冯威, 于泽, 王刚, 等. 抑郁症急性期疗效与巩固期服药依从性的多中心队列研究 [J]. 临床精神医学杂志, 2021, 31(5): 342-346. DOI: 10.3969/j.issn.1005-3220.2021.05.002.

Feng W, Yu Z, Wang G, et al. Correlation between treatment outcome in acute stage of depression and medication adherence in consolidation stage: a multicenter cohort study [J]. J Clin Psychiatry, 2021, 31(5): 342-346.

[5] 李欣, 杨惠英, 苏慧珊. 急性期治疗后抑郁症患者残留症状的危险因素分析 [J]. 医学信息, 2021, 34(21): 137-140. DOI: 10.3969/j.issn.1006-1959.2021.21.038.

Li X, Yang HY, Su HS. Risk factors of residual symptoms in patients with depression after acute treatment [J]. Medical Information, 2021, 34(21): 137-140.

[6] Sivertsen H, Bjørkløf GH, Engedal K, et al. Depression and quality of life in older persons: a review [J]. Dement Geriatr Cogn Disord, 2015, 40(5/6): 311-339. DOI: 10.1159/000437299.

[7] Zhao N, Wang X, Wu W, et al. Gender differences in quality of life and functional disability for depression outpatients with or without residual symptoms after acute phase treatment in China [J]. J Affect Disord, 2017, 219: 141-148. DOI: 10.1016/j.jad.2017.05.021.

[8] 赵娜, 王晓红, 师晶晶, 等. 应用抑郁症状快速评定量表评估抑郁症患者急性期治疗后残留症状的性别差异 [J]. 中国心理卫生杂志, 2018, 32(11): 903-909. DOI: 10.3969/j.issn.1000-6729.2018.11.003.

Zhao N, Wang XH, Shi JJ, et al. Using the Quick Inventory of Depressive Symptomatology to assess gender differences in residual symptoms of depressed patients after acute phase treatment [J]. Chinese Mental Health Journal, 2018, 32(11): 903-909.

- [9] 牛雅娟.《中国抑郁障碍防治指南》药物治疗解读[J].临床药物治疗杂志, 2018, 16(5): 6-8. DOI: 10.3969/j.issn.1672-3384.2018.05.002.
Niu YJ. Interpretation of drug therapy of Chinese Guidelines for Prevention and Treatment of Depression[J]. Clinical Medication Journal, 2018, 16(5): 6-8.
- [10] Liu J, Xiang YT, Wang G, et al. Psychometric properties of the Chinese versions of the Quick Inventory of Depressive Symptomatology - Clinician Rating (C-QIDS-C) and Self-Report (C-QIDS-SR) [J]. J Affect Disord, 2013, 147(1/3): 421-424. DOI: 10.1016/j.jad.2012.08.035.
- [11] Rush AJ, Trivedi MH, Ibrahim HM, et al. The 16-Item Quick Inventory of Depressive Symptomatology (QIDS), clinician rating (QIDS-C), and self-report (QIDS-SR): a psychometric evaluation in patients with chronic major depression[J]. Biol Psychiatry, 2003, 54(5): 573-583. DOI: 10.1016/s0006-3223(02)01866-8.
- [12] Endicott J, Nee J, Harrison W, et al. Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire: a new measure[J]. Psychopharmacol Bull, 1993, 29(2): 321-326.
- [13] Lee YT, Liu SI, Huang HC, et al. Validity and reliability of the Chinese version of the Short Form of Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire (Q-LES-Q-SF) [J]. Qual Life Res, 2014, 23(3): 907-916. DOI: 10.1007/s11136-013-0528-0.
- [14] 张旭, 冯威, 王刚, 等. 中国抑郁症患者急性期治疗后残留躯体症状的现状调查[J]. 中华精神科杂志, 2019, 52(1): 76-81. DOI: 10.3760/cma.j.issn.1006-7884.2019.01.007.
Zhang X, Feng W, Wang G, et al. The residual physical symptoms in Chinese patients with major depressive disorder after acute treatment phase: a cross-sectional survey among eleven mental health centers[J]. Chin J Psychiatry, 2019, 52(1): 76-81.
- [15] Kennedy N, Foy K, Sherazi R, et al. Long-term social functioning after depression treated by psychiatrists: a review[J]. Bipolar Disord, 2007, 9(1/2): 25-37. DOI: 10.1111/j.1399-5618.2007.00326.x.
- [16] Romera I, Pérez V, Quail D, et al. Individual residual symptoms and functional impairment in patients with depression[J]. Psychiatry Res, 2014, 220(1/2): 258-262. DOI: 10.1016/j.psychres.2014.07.042.
- [17] Nil R, Lütolf S, Seifritz E. Residual symptoms and functionality in depressed outpatients: a one-year observational study in Switzerland with escitalopram[J]. J Affect Disord, 2016, 197: 245-250. DOI: 10.1016/j.jad.2016.02.062.
- [18] Nierenberg AA, Husain MM, Trivedi MH, et al. Residual symptoms after remission of major depressive disorder with citalopram and risk of relapse: a STAR*D report[J]. Psychol Med, 2010, 40(1): 41-50. DOI: 10.1017/S0033291709006011.
- [19] Israel JA. The impact of residual symptoms in major depression[J]. Pharmaceuticals (Basel), 2010, 3(8): 2426-2440. DOI: 10.3390/ph3082426.
- [20] Gao K, Sweet J, Su M, et al. Depression severity and quality of life of qualified and unqualified patients with a mood disorder for a research study targeting anhedonia in a clinical sample[J]. Asian J Psychiatr, 2017, 27: 40-47. DOI: 10.1016/j.ajp.2017.02.013.
- [21] Petrova NN, Palkin YR, Faddeev DV, et al. Comorbidity of depression and anxiety in clinical practice[J]. Zh Nevrol Psikhiatr Im S S Korsakova, 2021, 121(4): 31-37. DOI: 10.17116/jnevro202112104131.
- [22] Kim JH, Kwon JW. The impact of health-related quality of life on suicidal ideation and suicide attempts among Korean older adults[J]. J Gerontol Nurs, 2012, 38(11): 48-59. DOI: 10.3928/00989134-20121003-01.
- [23] Woo JM, Jeon HJ, Noh E, et al. Importance of remission and residual somatic symptoms in health-related quality of life among outpatients with major depressive disorder: a cross-sectional study[J]. Health Qual Life Outcomes, 2014, 12: 188. DOI: 10.1186/s12955-014-0188-y.
- [24] Bahk WM, Park S, Jon DI, et al. Relationship between painful physical symptoms and severity of depressive symptomatology and suicidality[J]. Psychiatry Res, 2011, 189(3): 357-361. DOI: 10.1016/j.psychres.2011.01.009.
- [25] Lee P, Zhang M, Hong JP, et al. Frequency of painful physical symptoms with major depressive disorder in asia: relationship with disease severity and quality of life[J]. J Clin Psychiatry, 2009, 70(1): 83-91. DOI: 10.4088/jcp.08m04114.
- [26] 郭彤, 张玲, 朱雪泉, 等. 不同年龄阶段伴躯体化症状抑郁症患者的临床特征及相关因素[J]. 神经疾病与精神卫生, 2022, 22(8): 539-546. DOI: 10.3969/j.issn.1009-6574.2022.08.002.
Guo T, Zhang L, Zhu XQ, et al. Clinical characteristics and related factors of somatization symptoms in patients with depression of different ages[J]. Journal of Neuroscience and Mental Health, 2022, 22(8): 539-546.

(收稿日期: 2022-11-21)

(本文编辑: 赵金鑫)