

暴力经历对双相障碍患者生活满意度及社会功能的影响

黄娟 吕楠 赵茜 付冰冰 张玲

100088 首都医科大学附属北京安定医院 国家精神疾病医学中心 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(黄娟、吕楠、赵茜、付冰冰、张玲);

100069 北京,首都医科大学人脑保护高精尖创新中心(赵茜、张玲)

通信作者:张玲, Email: zhangling@ccmu.edu.cn

DOI: 10.3969/j.issn.1009-6574.2023.09.002

【摘要】目的 分析双相障碍发作前6个月内的暴力经历对患者生活满意度及社会功能的影响。**方法** 选取2014年6月至2017年6月在首都医科大学附属北京安定医院就诊,经过12周急性期有效治疗的240例双相障碍患者为研究对象。采用自编一般资料调查表收集人口学资料、临床资料。采用性和躯体暴力问卷收集此次发作前6个月内遭受的暴力情况。在基线期、3个月、6个月分别采用17项汉密尔顿抑郁量表(HAMD-17)、杨氏躁狂量表(YMRS)评估患者的残留症状,采用席汉残疾量表(SDS)、世界卫生组织生活质量测定量表简表(WHOQOL-BREF)评估患者的社会功能及生活满意度。**结果** 发作前6个月内有38.8%(93/240)的患者遭受过暴力,其中28.0%(26/93)的患者遭受过性暴力,72.0%(67/93)的患者遭受过躯体暴力,80.6%(75/93)的患者遭受过性暴力和躯体暴力。有暴力经历与无暴力经历患者的婚姻状态、自杀观念、自杀计划、近3年总发作次数比较,差异有统计学意义($P < 0.05$)。3个月随访时纳入分析194例患者,6个月随访时纳入分析171例患者。有暴力经历与无暴力经历患者基线期、3个月随访时的HAMD-17总分比较,差异有统计学意义($Z = -2.24, -1.99; P < 0.05$),6个月随访时的HAMD-17总分比较,差异无统计学意义($Z = -1.28, P > 0.05$)。两组患者3个时间点的YMRS总分比较,差异均无统计学意义($Z = -0.81, -1.13, -1.00; P > 0.05$)。有暴力经历患者基线期、3个月随访时WHOQOL-BREF中的心理、社会关系、环境领域得分低于无暴力经历患者,差异有统计学意义($Z = -3.65 \sim -2.16; P < 0.05$),其中社会关系领域得分在6个月随访时仍低于无暴力经历患者,差异有统计学意义($Z = -2.28, P < 0.05$)。有暴力经历患者3个月随访时的工作/学习、社交生活、家庭生活受损例数占比高于无暴力经历患者,差异有统计学意义($\chi^2 = 4.22 \sim 6.63; P < 0.05$);两组基线期、6个月随访时的工作/学习、社交生活、家庭生活受损情况比较,差异无统计学意义($\chi^2 = 0.06 \sim 1.78; P > 0.05$)。**结论** 本次发作前6个月内有暴力经历对双相障碍患者急性期治疗后3个月内的生活满意度及社会功能影响显著,6个月后影响逐渐减弱。

【关键词】 双相情感障碍; 暴力经历; 生活满意度; 社会功能

基金项目: 北京市医院管理中心临床医学发展专项“扬帆”计划临床技术创新项目(XMLX202128); 北京市属医院科研培育计划(PX2022076)

Influence of violence experience on life satisfaction and social function in patients with bipolar disorder Huang Juan, Lyu Nan, Zhao Qian, Fu Bingbing, Zhang Ling

Beijing Key Laboratory of Mental Disorders, National Clinical Research Center for Mental Disorders & National Center for Mental Disorders, Beijing An Ding Hospital, Capital Medical University, Beijing 100088, China (Huang J, Lyu N, Zhao Q, Fu BB, Zhang L); Advanced Innovation Center for Human Brain Protection, Capital Medical University, Beijing 100069, China (Zhao Q, Zhang L)

Corresponding author: Zhang Ling, Email: zhangling@ccmu.edu.cn

【Abstract】Objective To explore the influence of violence experience within 6 months prior to onset of bipolar disorder on life satisfaction and social function. **Methods** A total of 240 bipolar disorder patients

who underwent 12 weeks of effective treatment in the acute phase from June 2014 to June 2017 at Beijing Anding Hospital affiliated with Capital Medical University were selected as the research subjects. A self-designed general data questionnaire was applied to collect demographic and clinical data. The Sexual and Physical Violence Questionnaire was applied to collect the violence experience within 6 months prior to the onset this time. Residual symptoms were assessed by 17-items Hamilton Depression Rating Scale (HAMD-17) and Young Mania Rating Scale (YMRS) and life satisfaction and social function were assessed by WHO Quality of Life-BREF (WHOQOL-BREF) and Sheehan Disability Scale (SDS) at baseline, 3 months and 6 months.

Results Within 6 months prior to the onset, 38.8% (93/240) of patients experienced violence, of which 28.0% (26/93) had experienced sexual violence, 72.0% (67/93) had experienced physical violence, and 80.6% (75/93) had experienced sexual and physical violence. There is a statistically significant difference in marital status, suicidal attitudes, suicide plans, and total number of episodes in the past three years between patients with and without violent experiences ($P < 0.05$). A total of 194 patients were included in the analysis at a 3-month follow-up, and 171 patients were included in the analysis at a 6-month follow-up. There was a statistically significant difference in the total HAMD-17 score between patients with and without violent experiences at baseline and 3-month follow-up ($Z = -2.24, -1.99; P < 0.05$), while there was no statistically significant difference in the total HAMD-17 score at 6-month follow-up ($Z = -1.28, P > 0.05$). There was no statistically significant difference in the total YMRS scores between the two groups of patients at three time points ($Z = -0.81, -1.13, -1.00; P > 0.05$). Patients with violent experiences had lower scores in the psychological, social relations, and environmental fields in WHOQOL-BREF at baseline and 3-month follow-up compared to patients without violent experiences, with a statistically significant difference ($Z = -3.65-2.16; P < 0.05$). Among them, the scores in the social relations field were still lower than those in patients without violent experiences at 6-month follow-up, with a statistically significant difference ($Z = -2.28, P < 0.05$). The proportion of cases of work/study, social life, and family life damage in patients with violent experiences at 3-month follow-up is higher than that in patients without violent experiences, and the difference is statistically significant ($\chi^2 = 4.22-6.63; P < 0.05$). There was no statistically significant difference in the work/study, social life, and family life damage between the two groups at baseline and 6-month follow-up ($\chi^2 = 0.06-1.78; P > 0.05$).

Conclusions The experience of violence within 6 months prior to this episode had a significant impact on the life satisfaction and social function of bipolar disorder patients in the acute phase within 3 months after treatment, and the impact gradually disappeared after 6 months.

【Key words】 Bipolar disorder; Violence experience; Life satisfaction; Social function

Fund programs: "YANGFAN" Clinical Technology Innovation Project of Beijing Hospitals Authority Clinical Medicine Development Program (XMLX202128); Research and Cultivation Program of Beijing Municipal Hospitals (PX2022076)

双相障碍是临床上常见的一种精神疾病,主要表现为抑郁发作和(轻)躁狂发作,病程波动迁延,导致患者功能损害和生活质量下降。双相障碍与高自杀率和暴力事件有关^[1]。童年不良经历(躯体虐待、性虐待、情感忽视)、PTSD等是双相障碍患者缓解期残留症状、疾病复发、社会功能受损及生活质量下降的危险因素^[2-4]。童年创伤经历多、程度严重的双相障碍患者常具有发病年龄早、易反复发作以及伴自杀行为、药物滥用和躯体疾病的特点^[5-6]。也有研究报道过去一年的负性事件中,人际关系不稳定和经济困难是患者躁狂复发的预测因素^[7]。我国关于双相障碍患者暴力经历对其疾病特征、残留症状及预后影响的研究较少,现通过收集双相障碍患者本次发作前6个月内的暴力经历情况,分析其对患者缓解期残留症状、社会功能及生活满意度的影响。

一、对象与方法

1. 研究对象: 选取2014年6月至2017年6月在

首都医科大学附属北京安定医院就诊的急性期治疗有效的双相障碍患者为研究对象。纳入标准:(1) 年龄18~65岁;(2) 符合DSM-IV中双相障碍I型或II型的诊断标准^[8];(3) 最近一次发作后已经过12周的有效治疗;(4) HAMD-17评分 ≤ 14 分且杨氏躁狂量表(Young's Mania Scale, YMRS)评分 ≤ 12 分^[9];(5) 患者自愿参与本研究并签署知情同意书。排除标准:(1) 不能理解量表内容;(2) 合并重大慢性躯体疾病或有重大脑外伤史;(3) 处于妊娠期或哺乳期。本研究已获得首都医科大学附属北京安定医院伦理委员会审批[伦理号:(2015)科研第(106)号-2015120FS-2]。

2. 研究方法: 采用单中心、前瞻性随访调查法,在基线期(参加研究当日)、3个月、6个月分别对研究对象进行评估。评估工具如下:(1) 自编一般资料调查表。用于收集患者的人口学资料(性别、受教育年限、婚姻状态、工作情况等)和临床资料(双相

障碍分型、此次发作类型、首次发病年龄、家族史、病程、近3年发作次数、近6个月内是否有暴力经历等)。(2)HAMD-17。共包含17个条目,分数越高,提示抑郁症状越重。总分 ≤ 7 分为正常,8~17分为可能有轻度抑郁^[10]。(3)YMRS。共包含11个条目,其中第1、2、3、4、7、10、11条目计0~4分,第5、6、8、9条目计0~8分,总分60分,分数越高提示躁狂/轻躁狂症状越重。总分 ≤ 5 分为正常,6~12分为可能有躁狂/轻躁狂^[10]。(4)性和躯体暴力问卷。为自编问卷,用于评估患者发作前6个月内遭受的暴力经历情况。该问卷包括性和躯体暴力2个维度,分别评估患者是否遭受过言语、肢体暴力等信息。经历过性或躯体暴力中的任意一种为有暴力经历。(5)自杀情况问卷。为自编问卷,使用3个标准化的问题询问患者这一生中是否存在自杀观念、自杀计划及自杀行为。(6)席汉残疾量表(Scale Disability Sheehan, SDS)。包含家庭生活、工作/学校、社交生活3个维度,每个维度计0~10分,得分 ≥ 5 分表示该维度的功能受损^[10]。(7)WHO生活质量测定量表简表(the World Health Organization Quality of Life-BREF, WHOQOL-BREF)。由26个条目组成,用于评估患者对生理、心理、社会关系以及环境领域4个维度的满意程度。每个条目采用5级评分法,分数越高表示满意度越高^[10]。

3. 资料收集方法:按照连续入组的方式,临床评估由经过量表一致性培训合格的研究者操作(组内相关系数=0.8)。采用查阅病历资料、直接向患者及至少1名患者的直系亲属当面解释及询问相结合的方法对有关资料进行详细记录。所有患者在医生指导下完成评估。本研究共发放问卷242份,回收有效问卷240份,有效回收率为99.2%。

4. 统计学方法:采用SPSS 22.0统计软件进行数据分析。计数资料采用频数、百分数(%)表示,组间比较采用 χ^2 检验。采用Kolmogorov-Smirnov检验进行正态性检验,不符合正态分布的计量资料以中位数和四分位数 $[M(P_{25}, P_{75})]$ 表示,组间比较采用Mann-Whitney *U*检验。双侧检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

二、结果

1. 发作前6个月内有暴力经历的双相障碍患者的暴力事件发生情况:240例患者中,93例(38.8%)遭受过暴力,具体情况见表1。

2. 有暴力经历患者与无暴力经历患者的一般资料比较:发作前6个月内有暴力经历患者与无暴力

表1 发作前6个月内遭受过暴力经历的双相障碍患者的暴力事件发生情况

项目	例数	百分率(%)
性暴力 ^a	26	28.0
性暴力攻击	7	7.5
带有身体接触的性骚扰	9	9.7
言语的性骚扰	19	20.4
躯体暴力 ^a	67	72.0
被打	18	19.4
被骂	61	65.6
遭受性暴力和躯体暴力	75	80.6
遭受性暴力或躯体暴力后留下心理阴影	41	44.1

注:^a可多选

经历患者的婚姻状态、自杀观念、自杀计划、近3年总发作次数比较,差异有统计学意义($P < 0.05$),见表2。

3. 发作前6个月内有暴力经历患者与无暴力经历患者的残留症状与功能比较:3个月随访时有12例患者复发,34例患者脱落,纳入分析194例患者;6个月随访时有6例患者复发,23例患者脱落,纳入分析171例患者。两组患者基线期、3个月随访时的HAMD-17总分比较,差异有统计学意义($P < 0.05$),6个月随访时的HAMD-17总分比较,差异无统计学意义($P > 0.05$)。两组患者3个时间点的YMRS总分比较,差异均无统计学意义(均 $P > 0.05$)。有暴力经历患者基线期、3个月随访时WHOQOL-BREF中的心理、社会关系、环境领域得分低于无暴力经历患者,差异有统计学意义($P < 0.05$),其中社会关系领域得分在6个月随访时仍低于无暴力经历患者,差异有统计学意义($P < 0.05$)。有暴力经历患者3个月随访时的工作/学习、社交生活、家庭生活受损例数占比高于无暴力经历患者,差异有统计学意义($P < 0.05$);两组基线期、6个月随访时的工作/学习、社交生活、家庭生活受损情况比较,差异无统计学意义($P > 0.05$)。见表3。

讨论 本研究结果显示,38.8%的双相障碍患者在此次发作前6个月内遭受过暴力,其中28.0%的患者遭受过性暴力,72.0%的患者遭受过躯体暴力。精神障碍患者是弱势群体,其遭受暴力的风险是同龄、同性别的兄弟姐妹的3~4倍^[11]。本研究结果显示,此次发作前6个月有暴力经历患者的已婚例数占比高于无暴力经历患者,差异有统计学意义。国外研究报道严重精神障碍患者在亲密关系中遭受暴力的发生率高于其他关系,因为在经济上对

表2 有暴力经历和无暴力经历的双相障碍患者一般资料比较

项目	总例数(n=240)	有暴力经历(n=75)	无暴力经历(n=165)	χ^2/Z 值	P值
女性[例(%)]	134(55.8)	41(54.7)	93(56.4)	0.06	0.89
已婚[例(%)]	75(31.3)	26(34.7)	49(29.7)	5.09	0.03
受教育年限[例(%)]					
≤9年	9(3.8)	4(5.3)	5(3.0)		
>9年	231(96.2)	71(94.7)	160(97.0)	0.76	0.47
有固定工作[例(%)]	178(74.2)	55(73.3)	123(74.5)	0.04	0.87
有监护人	194(80.8)	62(82.7)	132(80.0)	0.24	0.73
双相障碍阳性家族史[例(%)]	80(33.3)	28(37.3)	52(31.5)	0.79	0.38
首发年龄[例(%)]					
<18岁	61(25.4)	25(33.3)	36(21.8)		
≥18岁	179(74.6)	50(66.7)	129(78.2)	3.61	0.08
双相障碍临床分型[例(%)]					
I型	189(78.8)	55(73.3)	134(81.2)		
II型	51(21.2)	20(26.7)	31(18.8)	1.91	0.18
此次发作类型[例(%)]					
抑郁发作	102(42.5)	34(45.3)	68(41.2)		
躁狂发作	138(57.5)	41(54.7)	97(58.8)	0.36	0.58
有自杀观念[例(%)]	107(44.6)	43(57.3)	64(38.8)	7.18	0.01
有自杀计划[例(%)]	68(28.3)	29(38.7)	39(23.6)	5.74	0.03
有自杀行为[例(%)]	63(26.3)	26(34.7)	37(22.4)	3.99	0.58
年龄[岁, $M(P_{25}, P_{75})$]	32.0(26.0, 43.0)	30.0(24.0, 40.0)	32.0(26.5, 43.5)	-1.42	0.16
近3年总发作次数[次, $M(P_{25}, P_{75})$]	2.0(2.0, 3.0)	3.0(2.0, 4.0)	2.0(1.0, 3.0)	-2.56	0.01
病程[年, $M(P_{25}, P_{75})$]	7.0(3.0, 12.0)	5.7(2.0, 12.0)	8.0(3.0, 12.0)	-1.26	0.20

伴侣的依赖、精神疾病的自我认同、受传统文化的影响、社交孤立及病耻感等原因,使患者在家庭及社交活动中急于取悦他人,易处于不平等、不健康的关系,从而更容易遭受暴力事件^[12-13]。本研究结果显示,此次发作前6个月内有暴力经历患者和无暴力经历患者的性别比较,差异无统计学意义,这与国外报道的女性是遭受暴力的高危群体不同^[14],这可能与两个研究调查的时间范围不同有关,本研究仅调查此次急性发作前6个月内的暴力经历,而国外研究报道的是童年时期的暴力经历;也可能与国内外文化背景不同,对暴力事件的定义不同有关。本研究结果显示,此次双相障碍发作前6个月内有暴力经历与无暴力经历患者的双相障碍类型比较,差异无统计学意义,这可能与本研究纳入的I型患者较多有关。但真实世界中II型患者有更多、更长时间的抑郁发作,而I型患者有严重的躁狂发作,因此需要进一步分析不同类型双相障碍患者遭受暴力的差异。

既往研究表明,9%~20%的双相障碍患者死于自杀^[15]。本研究结果显示,此次发作前6个月内有暴力经历患者的自杀观念、自杀计划较无暴力经历

者严重,高压的环境是导致双相障碍抑郁发作、出现自杀企图的危险因素,过去1年内暴露于创伤(包括欺凌、性虐待和家庭暴力)与自杀企图相关^[16]。与近6个月无暴力经历患者比较,有暴力经历患者近3年疾病发作次数多、病情不稳定。无论是童年时期的不良经历还是过去一年暴露于高压的环境下,均是疾病复发的高危因素^[7]。既往关于双相障碍患者童年虐待的对照研究发现,相比于单相抑郁患者、健康对照者,双相障碍患者呈现出更高的炎症水平,较低的BDNF水平^[17-18]。

有不良经历的双相障碍患者存在更严重的疾病进程、精神病性症状及功能损害^[5-6]。本研究结果显示,此次发作前6个月内有暴力经历患者在经过有效治疗后的基线期、3个月随访时残留的抑郁症状严重。既往研究报道残留的抑郁症状对双相障碍患者各方面功能影响较为显著,也是疾病复发的预测因素^[19]。国外研究报道,有童年不良经历的双相障碍患者成年期社会功能受损严重^[20]。本研究结果显示,此次发作前6个月内有、无暴力经历患者在急性期治疗后社会功能无差异,3个月随访时有暴力经历者社会功能较差,在6个月随访时两组差异

表3 有暴力经历和无暴力经历的双相障碍患者残留症状及社会功能比较

项目	基线期(n=240)				3个月(n=194)			
	有暴力经历 (n=75)	无暴力经历 (n=165)	Z/ χ^2 值	P值	有暴力经历 (n=59)	无暴力经历 (n=135)	Z/ χ^2 值	P值
HAMD-17 [分, $M(P_{25}, P_{75})$]	3.0(1.0, 6.0)	2.0(0, 5.0)	-2.24	0.03	1.0(0, 4.0)	2.0(0, 5.0)	-1.99	0.04
YMRS [分, $M(P_{25}, P_{75})$]	1.0(0, 3.0)	0(0, 2.0)	-0.81	0.42	0(0, 0)	0(0, 1.0)	-1.13	0.26
SDS [例(%)] ^a								
工作/学习受损	36(48.0)	72(43.6)	0.40	0.58	16(27.1)	23(17.0)	4.22	0.04
社交生活受损	32(42.7)	57(34.5)	1.78	0.19	16(27.1)	22(16.3)	4.53	0.04
家庭生活受损	28(37.3)	53(32.1)	0.76	0.46	17(32.2)	21(15.6)	6.63	0.01
WHOQOL-BREF [分, $M(P_{25}, P_{75})$]								
生理领域	14.0(12.0, 15.0)	14.0(13.0, 15.0)	-1.52	0.13	13.0(11.0, 15.0)	15.0(13.0, 16.0)	-3.30	0.01
心理领域	14.0(12.0, 15.0)	15.0(13.0, 16.0)	-2.74	0.01	13.0(11.0, 15.0)	15.0(13.0, 16.0)	-3.65	<0.01
社会关系领域	13.0(12.0, 15.0)	15.0(12.0, 16.0)	-3.36	0.01	15.0(12.0, 16.0)	15.0(13.0, 16.0)	-2.28	0.02
环境领域	14.0(12.0, 15.0)	14.0(13.0, 16.0)	-2.16	0.03	14.0(12.0, 16.0)	15.0(14.0, 16.0)	-2.34	0.02
	6个月(n=171)							
	有暴力经历(n=54)	无暴力经历(n=117)	Z/ χ^2 值	P值				
HAMD-17 [分, $M(P_{25}, P_{75})$]	0(0, 3.0)	1.0(0, 3.0)	-1.28	0.20				
YMRS [分, $M(P_{25}, P_{75})$]	0(0, 1.0)	0(0, 1.0)	-1.00	0.92				
SDS [例(%)] ^a								
工作/学习受损	11(20.4)	27(23.1)	1.13	0.34				
社交生活受损	9(16.7)	18(15.4)	0.06	1.00				
家庭生活受损	10(18.5)	15(12.8)	0.45	0.50				
WHOQOL-BREF [分, $M(P_{25}, P_{75})$]								
生理领域	15.0(13.0, 16.0)	14.0(13.0, 15.0)	-0.12	0.91				
心理领域	14.0(13.0, 16.0)	14.0(13.0, 15.0)	-0.42	0.67				
社会关系领域	15.0(12.0, 16.0)	15.0(13.0, 16.0)	-2.28	0.02				
环境领域	14.0(13.0, 15.0)	14.0(13.0, 16.0)	-0.26	0.80				

注: HAMD-17 17项汉密尔顿抑郁量表; YMRS 杨氏躁狂量表; SDS 席汉残疾量表; WHOQOL-BREF 世界卫生组织生活质量测定量表简表; ^a可多选也可不选

无统计学意义。这可能与急性期多数患者因病情波动住院而不能承担其相应的社会功能有关,而急性期有效治疗后3个月的随访中,患者的病情得到了缓解,开始在工作、学习、社交、家庭中承担相应的社会职责。有暴力经历患者的社会功能受损严重,随着缓解期延长至6个月时,暴力经历对双相障碍患者的社会功能影响消失。本研究结果显示,此次发作前6个月内有暴力经历的患者,其基线期、3个月随访时的生活满意度较差;在6个月随访时,仅社会关系的满意程度较差,而过去一年的人际关系不稳定对双相障碍患者是个慢性刺激,对其造成压力,容易造成疾病复发^[7]。

本研究的局限性:本研究的样本来自一家精神专科三甲医院,受试者的招募可能存在偏倚,结果可能不适用于所有双相障碍患者。患者的疾病特征、受暴力经历均需患者回忆后汇报,尽管本研究实施过程中规定需1名了解患者病情的监护人共同参与

评估,但仍存在回忆偏倚的可能。同时,受中国传统文化的影响,患者暴力经历可能不太愿意暴露,最终纳入分析的数据较真实世界存在偏倚。此外,本研究未能采集童年不良经历的情况,无法排除童年创伤对目前的影响。未来需要开展多中心、前瞻性、大样本的研究,在结合童年不良经历的情况下,来观察验证本研究。

综上所述,此次双相障碍发作前6个月内有暴力经历对双相障碍患者急性期治疗后、3个月内的生活满意度及社会功能影响显著,6个月后影响逐渐消失。对于双相障碍患者的治疗与管理,近期的暴力经历可以作为干预的策略,通过社会支持、早期干预及其他措施(如认知行为治疗、辩证行为疗法),减少患者的自杀意念和情感不稳定情况的发生^[21-22],延长其疾病缓解期,促进社会功能恢复,提高生活质量。

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 研究实施、资料收集为黄娟、赵茜、付冰冰,论文撰写为黄娟,论文修订为吕楠,试验设计、审校为张玲

参 考 文 献

- [1] Kessing LV, Vradi E, Andersen PK. Life expectancy in bipolar disorder[J]. *Bipolar Disord*, 2015, 17(5): 543-548. DOI: 10.1111/bdi.12296.
- [2] Arts B, Jabben N, Krabbendam L, et al. A 2-year naturalistic study on cognitive functioning in bipolar disorder[J]. *Acta Psychiatr Scand*, 2011, 123(3): 190-205. DOI: 10.1111/j.1600-0447.2010.01601.
- [3] Gignac A, McGirr A, Lam RW, et al. Course and outcome following a first episode of mania: four-year prospective data from the Systematic Treatment Optimization Program (STOP-EM) [J]. *J Affect Disord*, 2015, 175: 411-417. DOI: 10.1016/j.jad.2015.01.032.
- [4] Jaworska-Andryszewska P, Rybakowski JK. Childhood trauma in mood disorders: neurobiological mechanisms and implications for treatment[J]. *Pharmacol Rep*, 2019, 71(1): 112-120. DOI: 10.1016/j.pharep.2018.10.004.
- [5] Li XB, Li QY, Liu JT, et al. Childhood trauma associates with clinical features of schizophrenia in a sample of Chinese inpatients[J]. *Psychiatry Res*, 2015, 228(3): 702-707. DOI: 10.1016/j.psychres.2015.06.001.
- [6] Jaworska-Andryszewska P, Rybakowski J. Negative experiences in childhood and the development and course of bipolar disorder[J]. *Psychiatr Pol*, 2016, 50(5): 989-1000. DOI: 10.12740/PP/61159.
- [7] Gilman SE, Ni MY, Dunn EC, et al. Contributions of the social environment to first-onset and recurrent mania[J]. *Mol Psychiatry*, 2015, 20(3): 329-336. DOI: 10.1038/mp.2014.36.
- [8] APA. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* [M]. 4th ed. Washington: American Psychiatric Association, 1994.
- [9] 黄娟, 张玲, 王刚. 双相障碍缓解期残留症状的研究进展[J]. *神经疾病与精神卫生*, 2016, 16(4): 478-481. DOI: 10.3969/j.issn.1009-6574.2016.04.029.
Huang J, Zhang L, Wang G. Research progress in residual symptoms of bipolar disorder in remission phase[J]. *Journal of Neuroscience and Mental Health*, 2016, 16(4): 478-481.
- [10] 肖乐, 丰雷, 朱雪泉, 等. 中国抑郁症患者急性期治疗后残留症状的现况调查[J]. *中华精神科杂志*, 2017, 50(3): 175-181. DOI: 10.3760/cma.j.issn.1006-7884.2017.03.005.
Xiao L, Feng L, Zhu XQ, et al. A national survey of residual symptoms in Chinese depressive patients after acute phase treatment[J]. *Chinese Journal of Psychiatry*, 2017, 50(3): 175-181.
- [11] Sariaslan A, Arseneault L, Larsson H, et al. Risk of subjection to violence and perpetration of violence in persons with psychiatric disorders in Sweden[J]. *JAMA Psychiatry*, 2020, 77(4): 359-367. DOI: 10.1001/jamapsychiatry.2019.4275.
- [12] Gearon JS, Bellack AS. Women with schizophrenia and co-occurring substance use disorders: an increased risk for violent victimization and HIV[J]. *Community Ment Health J*, 1999, 35(5): 401-419. DOI: 10.1023/a: 1018778310859.
- [13] Friedman SH, Loue S, Goldman Heaphy EL, et al. Intimate partner violence victimization and perpetration by Puerto Rican women with severe mental illnesses[J]. *Community Ment Health J*, 2011, 47(2): 156-163. DOI: 10.1007/s10597-009-9270-z.
- [14] Hosang GM, Fisher HL, Hodgson K, et al. Childhood maltreatment and adult medical morbidity in mood disorders: comparison of unipolar depression with bipolar disorder[J]. *Br J Psychiatry*, 2018, 213(5): 645-653. DOI: 10.1192/bjp.2018.178.
- [15] Medici CR, Videbech P, Gustafsson LN, et al. Mortality and secular trend in the incidence of bipolar disorder[J]. *J Affect Disord*, 2015, 183: 39-44. DOI: 10.1016/j.jad.2015.04.032.
- [16] 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.
- [17] Bai YM, Su TP, Li CT, et al. Comparison of pro-inflammatory cytokines among patients with bipolar disorder and unipolar depression and normal controls[J]. *Bipolar Disord*, 2015, 17(3): 269-277. DOI: 10.1111/bdi.12259.
- [18] Kauer-Sant' Anna M, Tramontina J, Andreazza AC, et al. Traumatic life events in bipolar disorder: impact on BDNF levels and psychopathology[J]. *Bipolar Disord*, 2007, 9 Suppl 1: 128-135. DOI: 10.1111/j.1399-5618.2007.00478.x.
- [19] Bonnin CM, Martínez-Arán A, Torrent C, et al. Clinical and neurocognitive predictors of functional outcome in bipolar euthymic patients: a long-term, follow-up study[J]. *J Affect Disord*, 2010, 121(1/2): 156-160. DOI: 10.1016/j.jad.2009.05.014.
- [20] Sala R, Goldstein BI, Wang S, et al. Childhood maltreatment and the course of bipolar disorders among adults: epidemiologic evidence of dose-response effects[J]. *J Affect Disord*, 2014, 165: 74-80. DOI: 10.1016/j.jad.2014.04.035.
- [21] Post RM, Altshuler LL, Leverich GS, et al. Role of childhood adversity in the development of medical co-morbidities associated with bipolar disorder[J]. *J Affect Disord*, 2013, 147(1/3): 288-294. DOI: 10.1016/j.jad.2012.11.020.
- [22] Goldstein TR, Fersch-Podrat RK, Rivera M, et al. Dialectical behavior therapy for adolescents with bipolar disorder: results from a pilot randomized trial[J]. *J Child Adolesc Psychopharmacol*, 2015, 25(2): 140-149. DOI: 10.1089/cap.2013.0145.

(收稿日期: 2023-03-12)

(本文编辑: 赵金鑫)

· 消息 ·

《神经疾病与精神卫生》杂志关于启用新域名的通知

《神经疾病与精神卫生》杂志网站新版本已正式上线, 现已启用新域名(www.jnmh.cn), 原域名(www.ndmh.com)已停止使用。欢迎通过新域名访问我刊官方网站(<http://www.jnmh.cn/>)。如有疑问请致电: (010) 83191160、83191161。

本刊编辑部