

· 论著·临床·

# 住院双相障碍与精神分裂症患者自知力水平的保护性因素

苏敬华<sup>1</sup>, 范 誉<sup>1</sup>, 谭文艳<sup>2</sup>, 陈夕圆<sup>1</sup>, 杨 宁<sup>1</sup>, 陈晓东<sup>1\*</sup>

(1. 广州医科大学附属脑科医院, 广东 广州 510370;

2. 广东省精神卫生中心, 广东 广州 510120

\*通信作者: 陈晓东, E-mail: 1980exd@163.com)

**【摘要】目的** 探讨住院双相障碍与精神分裂症患者自知力水平及其保护性因素。**方法** 在广州市4家精神科住院部连续入组符合《国际疾病分类(第10版)》(ICD-10)双相障碍或精神分裂症诊断标准的患者465例。采用自编人口学及临床特征问卷、自知力与治疗态度问卷(ITAQ)进行调查,比较不同自知力水平患者的人口学和临床特征,采用两分类Logistic回归分析探讨自知力的保护因素。**结果** 年龄小( $OR=0.977$ )、男性( $OR=1.705$ )、曾经结婚或同居( $OR=1.677$ )、诊断为双相障碍( $OR=2.185$ )、最近一个月有悲观厌世( $OR=2.663$ )、每天睡眠时间 $\geq 7$ 小时( $OR=1.620$ )、每周运动1~2次( $OR=1.770$ )是住院双相障碍和精神分裂症患者自知力的保护因素。**结论** 住院双相障碍和精神分裂症患者自知力水平与多种人口学特征及临床特征相关。

**【关键词】** 精神分裂症; 双相障碍; 自知力; 睡眠; 运动

开放科学(资源服务)标识码(OSID):



微信扫描二维码

听独家语音释文

与作者在线交流

中图分类号: R749

文献标识码: A

doi: 10.11886/scjsws20200522001

## Protective factors of insight of inpatients with bipolar disorder or schizophrenia

Su Jinghua<sup>1</sup>, Fan Yu<sup>1</sup>, Tan Wenyan<sup>2</sup>, Chen Xiyuan<sup>1</sup>, Yan Ning<sup>1</sup>, Chen Xiaodong<sup>1\*</sup>

(1. The Affiliated Brain Hospital of Guangzhou Medical University, Guangzhou 510370, China;

2. Mental health Center of Guangdong Province, Guangzhou 510120, China

\*Corresponding author: Chen Xiaodong, E-mail: 1980exd@163.com)

**【Abstract】 Objective** To investigate the insight level and its protective factors in hospitalized patients with bipolar disorder or schizophrenia. **Methods** A total of 465 inpatients with bipolar disorder or schizophrenia in psychiatric department of 4 hospitals in Guangzhou who met the diagnostic criteria of the International Classification of Diseases (ICD-10) were enrolled. A self-designed questionnaire was used to collect their demographic and clinical features. Then the insight levels were assessed by Insight and treatment attitude questionnaire (ITAQ). Binary logistic regression analysis was performed to discuss the protective factors of insight. **Results** Young age ( $OR=0.977$ ), male ( $OR=1.705$ ), married or unmarried cohabitation ( $OR=1.677$ ), bipolar disorder ( $OR=2.185$ ), pessimistic mood in the last month ( $OR=2.663$ ), sleep time no less than 7 hours a day ( $OR=1.620$ ) and exercise frequency of 1 or 2 times a week ( $OR=1.770$ ) were protective factors of insight for inpatients with bipolar disorder or schizophrenia. **Conclusion** The insight of patients with bipolar disorder or schizophrenia is associated with a variety of demographic and clinical features.

**【Keywords】** Schizophrenia; Bipolar disorder; Insight; Sleep; Exercise

自知力是指患者对其自身精神疾病状态的认识能力,能否察觉或识别自身精神状态是否正常,能否正确地分析和判断,并指出目前和既往的表现与体验中哪些是属于病态<sup>[1]</sup>。自知力受损是重性精神障碍的一个特征性症状,有50%~70%的精神分裂症患者存在不同程度的自知力缺乏表现<sup>[2]</sup>,双相障碍患者自知力损害同样严重,可达45%~90%<sup>[3]</sup>。

自知力缺损是患者对治疗不依从的主要原因,而依从性差是重性精神障碍迁延不愈重要原因之一。探讨自知力的相关影响因素对于重性精神障碍患者的治疗依从性、疗效及预后评价均有重要临床意义。既往关于自知力的研究多聚焦在探讨自知力水平与患者阳性症状和阴性症状之间的关系,结果并不一致。有研究显示,自知力和精神病性症状相关<sup>[4]</sup>,也有研究提示自知力是独立于精神病性症状之外的临床症状<sup>[5-6]</sup>。此外,国内外的研究多集中于

基金项目:广东省医学科学技术研究基金(项目名称:严重精神障碍基本药物全额保障可行性研究,项目编号:C2018026)

精神分裂症谱系患者<sup>[7]</sup>,较少涉及双相障碍。这两种疾病均是复发率高、预后差的重性精神障碍,患者往往反复发作、长期住院、社会功能严重受损,造成沉重的家庭及社会负担。自知力恢复程度是判断患者病情轻重和疾病转归的重要指标,也是判断患者能否出院的重要因素<sup>[7]</sup>。既往研究多探讨自知力缺损的危险因素<sup>[8-10]</sup>,较少考虑自知力改善的保护因素,而后者有助于临床医师判断患者能否出院,一定程度上可避免患者长期滞留医院。因此,本研究探讨住院精神分裂症和双相障碍患者自知力的保护性因素,为进一步临床决策、进行有针对性的干预提供方向。

## 1 对象与方法

### 1.1 对象

采用分层随机方法从广州市 8 家精神病专科医院和 16 家有精神科住院部的综合医院中各抽取 2 家医院。其中两家精神病专科医院为广州医科大学附属脑科医院和广州市民政局精神病院,有精神科病房的综合医院为广东省人民医院和中山大学第三附属医院。以上四家医院的精神科床位数占 2019 年末全市精神科床位总数的 45.2%。连续纳入 2019 年 3 月在以上医院精神科住院的精神分裂症和双相障碍患者。入组标准:①符合《国际疾病分类(第 10 版)》(International Classification of Diseases, tenth edition, ICD-10)精神分裂症或双相障碍诊断标准;②能理解并配合完成本研究的量表评定。排除标准:①合并精神发育迟滞;②存在明显的认知功能损害。本研究共筛查住院患者 523 例,最终纳入符合入组标准且不符合排除标准的患者 465 例(88.9%)。患者或家属均签署知情同意书。本研究获得广州医科大学附属脑科医院伦理委员会批准。

### 1.2 评定工具及方法

采用自编问卷收集患者的年龄、性别、婚姻状况、受教育水平、病程、住院次数、睡眠时间、运动频率、诊断、近一个月存在的临床症状。其中,婚姻状况分为:曾经结婚或同居(包括已婚/同居、离婚、丧偶),从未结婚或同居(包括单身未婚、从未同居)两类;受教育程度分为:高中及以上,初中及以下;睡眠时间分为:每天大于等于 7 小时,小于 7 小时;运动频率分为:不运动,每周运动 1~2 次,每周运动 3 次及以上。

采用自知力与治疗态度问卷(Insight and Treatment Attitude Questionnaire, ITAQ)评定患者自知力水平。该量表为他评量表,共 11 项,总评分范围为 0~22 分,评分越高代表自知力越好。由具有 5 年以上工作经验、经过一致性培训的精神科医师进行评定。ITAQ 评估组内相关系数(ICC)为 0.92。本研究以 ITAQ 评分中位数为标准,将患者划分为两组:ITAQ 评分大于中位数者为高自知力组,小于等于中位数者为低自知力组。

调查在各住院病区安静的会议室进行。各施测者统一宣读指导语,确保患者了解研究内容后再进行评定。每个患者所需时间约为 20 min。

### 1.3 统计方法

采用 SPSS 22.0 进行统计分析。采用 *t* 检验、 $\chi^2$  检验比较不同自知力水平的患者人口学和临床特征。采用两分类 Logistic 回归进行多因素分析。以 ITAQ 分组为因变量,年龄、性别、婚姻状况为控制变量,以单因素分析结果  $P < 0.10$  的变量为自变量并纳入回归分析。检验水准  $\alpha = 0.05$ ,均为双侧检验。

## 2 结果

### 2.1 研究对象一般特征

入组患者年龄(48.0±15.6)岁,男性 253 例(55.1%),237 例(51.0%)受教育程度为高中或以上,194 例(41.7%)曾经结婚或同居,平均病程(22.6±14.5)年,ITAQ 评分为(9.1±5.7)分,ITAQ 评分中位数=9。高自知力组共 229 例,ITAQ 评分为(13.8±3.4)分;低自知力组共 236 例,ITAQ 评分为(4.5±3.4)分。

### 2.2 自知力水平的单因素分析

低自知力水平组和高自知力水平组患者的年龄、受教育程度、病程、运动频率、睡眠时间、诊断、最近一个月怪异行为、兴奋话多、悲观厌世比较差异均有统计学意义( $P < 0.05$  或 0.01)。见表 1。

### 2.3 自知力水平保护性因素的多因素分析

以年龄、性别、婚姻状况为控制变量,两分类 Logistic 回归分析显示,住院双相障碍患者和精神分裂症患者自知力保护因素有:年龄小( $OR = 0.977$ )、男性( $OR = 1.705$ )、曾经结婚或同居( $OR = 1.677$ )、诊断为双相障碍( $OR = 2.185$ )、最近一个月表现悲观厌世( $OR = 2.663$ )、每天睡眠时间 $\geq 7$ 小时( $OR = 1.620$ )、

每周运动 1~2 次 ( $OR=1.770$ )。回归 Nagelkerke R Square 系数=0.22。见表 2。

表 1 不同自知力水平的住院双相障碍和精神分裂症患者人口学资料及临床特征比较

项 目	低自知力 (n=236)	高自知力 (n=229)	$t/\chi^2$	P
年龄(岁)	52.5±14.9	43.8±15.9	-6.100	<0.010
性别			1.423	0.233
男性	122(51.7)	131(57.2)		
女性	114(48.3)	98(42.8)		
受教育程度			6.075	0.014
高中及以上	107(45.3)	130(56.8)		
初中及以下	129(54.7)	99(43.2)		
婚姻状况			1.969	0.161
曾经结婚或同居	91(38.6)	103(55.0)		
从未结婚或同居	145(61.4)	126(45.0)		
病程(年)	26.2±14.4	19.0±13.8	-5.446	<0.010
住院次数	3.7±2.8	4.0±3.2	1.382	0.168
运动频率			20.963	<0.001
不运动	140(59.6)	88(38.4)		
每周 1~2 次	53(22.6)	83(36.2)		
每周 3 次或以上	42(17.9)	58(25.3)		
睡眠时间			6.605	0.010
<7 小时/天	126(53.4)	95(41.5)		
≥7 小时/天	110(46.6)	134(58.5)		
诊断			41.809	<0.010
精神分裂症	200(84.7)	132(57.6)		
双相障碍	36(15.3)	97(42.4)		
最近一个月存在的症状				
幻觉	56(23.7)	55(24.0)	0.005	0.942
偏执	70(29.7)	53(23.1)	2.537	0.111
喜怒无常	29(12.3)	37(16.2)	2.508	0.258
行为怪异	62(26.3)	37(16.2)	7.095	0.008
兴奋话多	19(8.1)	45(19.7)	13.176	<0.010
伤人毁物	14(5.9)	9(3.9)	0.991	0.320
悲观厌世	11(4.7)	42(18.3)	21.536	<0.010

表 2 住院双相障碍与精神分裂症患者自知力水平相关因素分析

变 量	B	Wald $\chi^2$	P	OR	95% CI
年龄	-0.023	7.362	0.001	0.977	0.961~0.994
性别(男性)	0.534	6.205	0.013	1.705	1.120~2.595
婚姻(曾结婚或同居)	0.517	5.196	0.023	1.677	1.075~2.160
诊断(双相障碍)	0.782	7.460	0.006	2.185	1.247~3.828
睡眠时间(≥7小时/天)	0.483	5.133	0.023	1.620	1.067~2.460
悲观厌世	0.980	6.299	0.012	2.663	1.239~5.724
运动(与不运动相比)					
每周 1~2 次	0.571	5.372	0.020	1.770	1.092~2.868
每周 3 次及以上	0.472	3.092	0.079	1.603	0.947~2.712

### 3 讨 论

本研究结果表明,每周运动 1~2 次、每天睡眠时间≥7 小时是自知力好的保护因素。此外,双相障碍患者自知力水平高于精神分裂症患者,而最近一个月表现悲观厌世者自知力也更好。男性、年轻、曾经结婚或同居均为自知力的保护性因素。而年龄减小 1 岁,处于高自知力水平的患者比例增加 2.3%,原因可能是年龄越轻意味着患者的病程更短、慢性化程度更低。曾经结婚或同居意味着患者一度有较好的社会功能和社会支持系统。良好社会支持有助于患者自知力恢复<sup>[11]</sup>。因此,对于住院患者尤其是长期住院患者,应鼓励家人定期探望。在控制人口学因素、病程和近一个月症状后,双相障碍患者的自知力水平高于精神分裂症患者( $OR=2.185$ ),与 Braw 等<sup>[12]</sup>研究结果一致。近年来,多项研究表明,自知力受损与认知功能缺陷存在关联,认知功能的损伤造成患者不能清楚记忆自身疾病的进展过程,不能正确认识疾病症状或疾病本身<sup>[7,13]</sup>。与精神分裂症相比,双相障碍患者认知损害程度较轻、自知力较好<sup>[14]</sup>。既往研究表明,睡眠时间不足可能损害认知功能<sup>[15]</sup>,本研究得出与此一致的结论,即每天睡眠时间≥7 小时的患者自知力相对更好。临床上,自知力水平往往是医生判断患者能否出院的重要指标<sup>[16]</sup>,结合本研究结果,双相障碍患者自知力优于精神分裂症患者。因此,与精神分裂症患者相比,双相障碍患者可能只需较短的住院时间。此外,保证足够的睡眠时间可能有助于患者自知力的恢复,最终有利于康复出院。

本研究中,最近一个月的精神病性症状和自知力水平不存在关联,而悲观厌世是自知力好的独立相关因素。可能是因为随着患者对自身症状和疾病的认识改善,逐渐意识到未来生活可能存在的各种限制,这些难以负荷的压力成为患者悲观厌世的原因之一。多个研究支持上述推测,如 Ampalam 等<sup>[9]</sup>研究结果表明,自知力水平高的患者情绪更低落;另有研究显示,患者自知力的改善可能导致生活质量下降和自杀风险升高<sup>[17-18]</sup>。因此,即使对自知力较好住院患者,也不能放松对情绪症状的观察识别和自杀的预防。

本研究结果表明,每周运动一到两次的患者自知力水平高于不运动者。可能原因是运动的患者通常有较好的锻炼身体动机、体质或认知功能,从而有更好的自知力。此外,本研究未发现每周运动



三次以上的患者与不运动的患者自知力水平存在差异,这提示对于住院精神病患者来说,过多的运动对自知力恢复或无明显帮助,也可能是由于样本量原因未能发现每周运动三次及以上对改善自知力的好处。今后可通过开展干预性研究探讨运动与住院精神障碍患者自知力恢复之间的关系。

综上所述,本研究结果表明,适量的运动和睡眠可能是住院双相障碍和精神分裂症患者自知力水平的保护性因素,患者自知力水平的差异与多种人口学特征及临床特征有关,应根据相关特点进行有针对性干预,如鼓励适量运动、保证足够睡眠等,以提高患者治疗依从性、改善预后。本研究局限性在于:①本研究为横断面研究,无法探讨变量间的因果关系;②未涉及认知功能指标的测量,无法直接分析自知力和认知功能改变之间的关系,可在以后的研究中进行优化,如增加认知功能相关量表评定及生物学相关指标的检测等。

## 参考文献

- [1] 陆林. 沈渔邨精神病学[M]. 6版. 北京: 人民卫生出版社, 2017: 182-183.
- [2] Mingrone C, Rocca P, Castagna F, et al. Insight in stable schizophrenia: relations with psychopathology and cognition[J]. Compr Psychiatry, 2013, 54(5): 484-492.
- [3] Varga M, Magnusson A, Flekkøy K, et al. Insight, symptoms and neurocognition in bipolar I patients [J]. J Affect Disord, 2006, 91(1): 1-9.
- [4] Chan SK, Chan KK, Hui CL, et al. Correlates of insight with symptomatology and executive function in patients with first-episode schizophrenia-spectrum disorder: a longitudinal perspective[J]. Psychiatry Res, 2014, 216(2): 177-184.
- [5] Silva RAD, Mograbi DC, Camelo EVM, et al. Clinical correlates of loss of insight in bipolar depression [J]. Trends Psychiatry Psychother, 2017, 39(4): 264-269.
- [6] Bressi C, Porcellana M, Marinaccio PM, et al. The association between insight and symptoms in bipolar inpatients: an Italian prospective study[J]. Eur Psychiatry, 2012, 27(8): 619-624.
- [7] 钱程, 陈楠, 邹义壮. 精神分裂症患者的自知力(综述)[J]. 中国心理卫生杂志, 2019, 33(2): 87-92.
- [8] Chan SK, Chan KK, Lam MM, et al. Clinical and cognitive correlates of insight in first-episode schizophrenia[J]. Schizophr Res, 2012, 135(1-3): 40-45.
- [9] Ampalam P, Deepthi R, Vadaparty P. Schizophrenia - insight, depression: a correlation study[J]. Indian J Psychol Med, 2012, 34(1): 44-48.
- [10] Wiffen BD, Rabinowitz J, Lex A, et al. Correlates, change and 'state or trait' properties of insight in schizophrenia [J]. Schizophr Res, 2010, 122(1-3): 94-103.
- [11] Kaiser SL, Snyder JA, Corcoran R, et al. The relationships among insight, social support, and depression in psychosis[J]. J Nerv Ment Dis, 2006, 194(12): 905-908.
- [12] Braw Y, Sitman R, Sela T, et al. Comparison of insight among schizophrenia and bipolar disorder patients in remission of affective and positive symptoms: analysis and critique [J]. Eur Psychiatry, 2012, 27(8): 612-618.
- [13] 及若菲, 欧娜, 吴俊林, 等. 精神分裂症患者认知自知力受损的神经影像学研究进展[J]. 四川精神卫生, 2018, 31(2): 180-183.
- [14] Bora E, Pantelis C. Social cognition in schizophrenia in comparison to bipolar disorder: a meta-analysis [J]. Schizophr Res, 2016, 175(1-3): 72-78.
- [15] 张折折, 陈贵海, 王芳. 慢性失眠患者认知功能改变的研究进展[J]. 中国临床医生杂志, 2019, 47(8): 908-910.
- [16] 张杰, 王治华, 周燕玲, 等. 首发及慢性精神分裂症患者自知力影响因素分析[J]. 临床精神医学杂志, 2017, 27(1): 35-37.
- [17] Schwartz-Stav O, Apter A, Zalsman G. Depression, suicidal behavior and insight in adolescents with schizophrenia [J]. Eur Child Adolesc Psychiatry, 2006, 15(6): 352-359.
- [18] Karow A, Pajonk FG, Reimer J, et al. The dilemma of insight into illness in schizophrenia: self- and expert-rated insight and quality of life[J]. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci, 2008, 258(3): 152-159.

(收稿日期:2020-05-22)

(本文编辑:陈霞)