·专家论坛·

伴混合特征双相障碍自杀风险的评估、管理与治疗建议

贾艳滨*，钟舒明，赖顺凯

（暨南大学附属第一医院，广东 广州 510632

*通信作者：贾艳滨，E-mail：tjyb@jnu.edu.cn）

【摘要】 本文目的是了解伴混合特征双相障碍自杀的现状，以期为临床工作带来启发和帮助。文章对伴混合特征双相障碍自杀相关文献进行总结归纳，从自杀风险的评估、管理与治疗等方面进行阐述。

【关键词】 双相障碍；混合特征；自杀风险

中图分类号：R749.4 文献标识码：A doi：10.11886/scjsws20200927002

Assessment, management and treatment recommendation for suicide risk of bipolar disorder with mixed features

Jia Yanbin, *Zhong Shuming*, *Lai Shunkai*

(*First Affiliated Hospital of Jinan University*, *Guangzhou* 510632, *China*

**Corresponding author*: *Jia Yanbin*, *E-mail*: *tjyb@jnu.edu.cn*)

【**Abstract**】 The purpose of this article is to provide references for understanding the current provision of bipolar disorder with mixed features as well as future efforts in clinical practice. The article is to review the profile of assessment, management and treatment of suicide risk in bipolar disorder with mixed features. And this review also provides a theoretical framework toward future targeted therapeutic interventions and guidance for bipolar disorder with mixed features.

【**Keywords**】 Bipolar disorder; Mixed features; Suicide risk

双相障碍是一类严重的、具有反复发作性特征的重性精神障碍，全球有2%~3%的个体受到双相及相关障碍的困扰。2019年黄悦勤教授在Lancet Psychiatry报道我国双相障碍加权年患病率为0.5%，加权终生患病率为0.6%[1]。世界卫生组织报告指出，双相障碍是最常导致永久性残疾的十种疾病之一，预计到2030年将上升为全球疾病负担第六位。双相障碍患者自杀风险是普通人群的10倍，约56%的双相障碍患者有自杀意念或企图，25%~50%的双相障碍患者有过自杀行为，其中15%~19%的患者死于自杀[2]。双相障碍患者在一生中可能出现多种情绪发作的表现形式，包括典型的抑郁和躁狂/轻躁狂发作、混合状态、精神病性症状以及发作的快速交替循环等。《精神障碍诊断与统计手册（第5版）》（Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders，fifth edition，DSM-5）提出以躁狂/轻躁狂发作伴混合特征和抑郁发作伴混合特征取代DSM-Ⅳ-TR中的混合发作亚型[3]。大量临床研究和实践证实，伴混合特征双相障碍患者的临床表现复杂，抑郁躁狂情绪的混合发作将双相障碍患者推向了更高的自杀风险，其自杀风险高于健康人群至少120倍[4]。自杀风险的评估与自杀干预是相当艰巨的任务，常有较高的复杂性与模糊性，尤其是当前对于伴混合特征双相障碍的研究不足，临床工作更具难度和挑战性。

1 自杀风险的评估

自杀风险评估的框架通常是一致的，主要包括对患者个体的评估和外部因素的评估两方面[5]。

1.1 对患者个体的评估

对患者个体的评估包括患者内心体验、自杀意念和态度、自杀的意愿、自杀的方式及对自杀后果的认识；同时还要对患者既往的自杀风险信息、当前的自杀想法和计划、关于自杀计划的完整程度、制定自杀计划所耗费的时间以及决定实施自杀行为的条件等进行评估；评估患者的精神症状、心理

基金项目：国家自然科学基金（项目名称：抑郁症工作记忆损伤的Gamma神经振荡网络与Atp7a基因多态性相关机制研究，项目编号：81671351）；国家自然科学基金（项目名称：Gamma神经振荡异常与决策认知损伤影响双相障碍自杀行为的机制研究，项目编号：81801347）；广东省科技计划项目（项目名称：基于虚拟现实的抑郁症认知功能检测平台及眼动脱敏和再加工干预系统的开发，项目编号：2017B020227011）

状态(绝望、压力、冲动、自控能力)以及准备采用的高致死性方法和保护性因素等方面。

1.1.1 自杀意念的评估

自杀行为是以自杀意念开始直至施行自杀行为的渐进发展的动态过程。自杀想法的形成到实施自杀行为从几分钟到几年时间长短不一,进程中的各个环节都有机会进行干预。自杀意念的早期识别是减少自杀行为发生风险的有效控制因素。评估自杀风险的第一步是确定患者有无自杀意念(自杀想法),包括意念的内容和持续时间。临床推荐使用贝克自杀意念量表(Beck Scale for Suicide Ideation,SSI)和哥伦比亚-自杀严重程度量表(Columbia-Suicide Severity Rating Scale,C-SSRS)[6]。SSI包含19项临床询问条目,除了患者死亡意愿、生存意愿以及自杀意念的持续时间和强度,每一项采用0~2分3级评分,总评分为0~38分。该量表在不同人群中已经建立自杀行为的临界值和风险比,并且有多种语言版本,适用于初始评估和随后的改善评估。C-SSRS用于评估患者当前的自杀倾向和过去的自杀行为。临床执行初始评估版本——"自上次访问"版本和自我报告版本。C-SSRS是敏感、特定、反映患者自杀态度变化的量表。此外,根据患者自杀情况来制定适合的风险评估工具,结合一系列量化评估工具与质性化的结构式或半结构式的访谈以更有效地预测患者自杀态度、自杀意念和认知因素。

1.1.2 人格特质的评估

对于双相障碍患者而言,边缘型人格特质的存在及其严重程度与双相障碍病程显著相关,共病B类群/边缘型人格障碍可使自杀未遂风险显著升高。最新研究显示,可使用边缘型人格严重度长期评估问卷(Borderline Evaluation of Severity over Time,BEST)对双相障碍患者的边缘型人格特质进行评估[7]。BEST是一个包含12个条目的自评量表,用于评估12种边缘型人格特质,包括对被遗弃的恐惧、对他人观念的剧烈变化、自我感知的极端变化、严重心境不稳、偏执、愤怒感、空虚感、自杀倾向、预防被遗弃的极端行为、自伤/自杀未遂、冲动行为及愤怒造成的问题。每个条目评分范围为1~5分,评分越高提示该特质越强。

1.1.3 自伤行为的评估

自伤与自杀行为之间常常重叠。对伴混合特征双相障碍自杀风险的评估应包括非自杀性自我伤害和自杀企图。目前评定非自杀性自伤(non-suicidal self-injury,NSSI)行为权威性较好的工具主要有[8]:自伤评定清单(Inventory of Statements About Self-Injury)、自伤清单(Self-Harm Inventory)、自伤功能评定量表(Functional Assessment of Self-Mutilation)、渥太华自伤调查表(Ottawa Self-injury Inventory)。此外,还有一些结构性访谈表用以评定NSSI行为,如自伤想法和行为访谈表(Self-Injurious Thoughts and Behaviors Interview)。

1.2 对患者外部因素的评估

患者的外部因素包括人际关系和应激因素、可能促使自杀行为发生的危险因素以及可能降低自杀风险的支持性因素。在实施评估的过程中,医师与患者建立治疗联盟是非常重要的,临床医师和患者可以共同参与,并深入探讨患者的自杀观念和应对策略。

2 自杀风险的管理

在早期识别出有自杀风险的患者,并对患者进行自杀风险程度的评估至关重要。建立适合患者的治疗和保护环境,确定科学的治疗计划并实施临床干预来确保个体安全,最终目标是阻止自杀行为的发生,并减少未来自杀行为发生的风险。可用策略包括制定书面安全计划、简短的自杀观念心理干预、技能训练、手段限制以及其他可用于住院及出院后的系列设置。在帮助患者避免自杀行为的过程中,医生应讨论安全计划,详细说明患者将来应如何应对再次出现的自杀冲动,商定可用于消除患者自杀想法的应对策略和健康活动,或将患者的注意力从自杀想法上转移。此外,让患者家属或与其关系亲密的其他人定期监测患者,限制患者获得致命性自杀工具,直到其人身安全得到进一步稳定。

3 伴混合特征双相障碍自杀的治疗建议

3.1 药物治疗

尽管双相障碍患者发生自杀的风险很高,但几乎全部发生于急性发作期间。因此,缩短患者混合发作的持续时间至关重要。国际双相障碍协会(International Society for Bipolar Disorders,ISBD)工作组建议,双相障碍患者心境发作伴混合特征时,停用抗抑郁药物是降低自杀风险的第一步。目前的循证依据只支持锂盐有预防自杀的作用[9],而其

他心境稳定剂可能也有较微弱的预防自杀的作用。抗精神病药物与抗抑郁药物预防自杀的作用循证依据非常有限，如氯氮平已被证实可降低精神分裂症患者的自杀相关行为[10]，对于双相障碍混合特征自杀预防及其他新型抗精神病药物的治疗作用有待进一步研究。早期证据表明，氯胺酮可以有效预防自杀，机制可能与通过N-甲基-D-天冬氨酸（N-Methyl-D-aspartate，NMDA）神经递质系统来促进重要神经递质变化的生理机制有关。最新研究显示，静脉输注氯胺酮注射液可以改善包括伴混合特征重性抑郁障碍患者和双相障碍患者的自杀意念[11-12]，有研究也显示，输注氯胺酮后4小时内即可迅速发挥抗自杀效果[13]。但有关氯胺酮对自杀影响的数据还是很有限的，未来的研究将有望回答这些重要问题。

3.2 物理治疗

物理治疗是指使用包括声、光、冷、热、电、力（运动和压力）等物理因子进行治疗，针对人体局部或全身性的功能障碍或病变，采用非侵入性、非药物性的治疗来恢复身体原有的生理功能。精神科常用物理治疗方式包括电休克治疗（electroconvulsive therapy，ECT）及重复经颅磁刺激（repetitive transcranial magnetic stimulation，rTMS）治疗对双相障碍伴混合特征具有一定的疗效，但研究报道不多[14]，对于自杀意念改善的效果仍有待进一步观察。Liang等[15]报道ECT对双相障碍躁狂发作和伴混合特征患者并未显示明显的自杀意念改善作用。2018年一项研究显示，高频rTMS对青少年自杀意念有显著的改善作用[16]，这为rTMS应用于双相障碍伴混合特征的患者自杀意念的改善提供了可借鉴的方向。光照治疗指利用不同颜色、波长和强度的光按照特定的方法照射一定时间，以刺激人类自主神经系统和脑干网状结构，从而调节生理周期、内分泌等功能，以改善特定症状的一种物理治疗方法，对双相障碍急性发作具有一定的治疗效果[17-18]。近年研究表明，生物节律的改变与双相障碍II型抑郁发作伴混合特征自杀风险密切相关[19]，能否通过光照治疗调整患者生物节律进而降低患者自杀风险值得期待。

3.3 心理治疗

当前单独使用社会心理干预方法治疗双相障碍伴混合特征患者自杀的效果证据尚不充分，建议与药物联合使用。但是通过心理教育帮助患者认识和监测症状、应激管理和问题解决，建立积极的应对方式、健康的生活习惯以及提高药物治疗依从性，有助于降低自杀风险。此外，其他的心理社会干预方式包括认知行为治疗、人际社会节奏疗法等均有助于降低情感症状的发作、稳定情绪，同时促进患者的社会功能恢复，提高治疗依从性。对于存在高自杀倾向及情绪调节障碍的患者，推荐辩证行为疗法（dialectical behavioral therapy，DBT）[14,20-21]，有助于患者面对自杀观念的挑战，并发展出行之有效的应对策略，更好地减轻痛苦。

4 小　　结

临床工作中应加强预防伴混合特征双相障碍患者的自杀，已形成了广泛的共识。但随着DSM-5诊断系统更新，尚缺乏针对符合DSM-5伴混合特征双相障碍患者自杀的临床相关研究数据，例如混合状态中的哪些表现与自杀观念和自杀行为最密切，诊断及症状评估工具也存在严重不足，针对伴混合特征双相障碍患者的最优治疗方法仍有待深入探索，这些未知因素增加了伴混合特征双相障碍患者临床自杀预防和干预工作的难度。因此，积极使用一切可利用的资源，更好地诊断及监测混合状态，有效管理双相障碍混合特征的症状，重视对伴混合特征双相障碍患者自杀意念和行为的评估，寻找有循证医学依据的自杀预防手段，并建立良好的医患治疗联盟，有助于降低伴混合特征双相障碍患者的自杀风险，改善功能预后。未来应进一步优化诊断及症状评估工具，并探索出可靠及可行的行为学或生物标记物，有助于带来更好的治疗手段及自杀干预方法。

参考文献

[1] Huang Y, Wang Y, Wang H, et al. Prevalence of mental disorders in china: a cross-sectional epidemiological study[J]. Lancet Psychiatry, 2019, 6(3): 211-224.

[2] Miller JN, Black DW. Bipolar disorder and suicide: a review[J]. Curr Psychiatry Rep, 2020, 22(2): 6.

[3] Chakrabarty T, Keramatian K, Yatham LN. Treatment of mixed features in bipolar disorder: an updated view[J]. Curr Psychiatry Rep, 2020, 22(3): 15.

[4] Pallaskorpi S, Suominen K, Ketokivi M, et al. Incidence and predictors of suicide attempts in bipolar I and II disorders: a 5-year follow-up study[J]. Bipolar Disord, 2017, 19(1): 13-22.

[5] Bolton JM, Gunnell D, Turecki G. Suicide risk assessment and intervention in people with mental illness[J]. BMJ, 2015, 351: h4978.

[6] Oquendo MA, Bernanke JA. Suicide risk assessment: tools and challenges[J]. World Psychiatry, 2017, 16(1): 28-29.

[7] Saunders KEA, Jones T, Perry A, et al. The influence of borderline personality traits on clinical outcomes in bipolar disorder[J]. Bipolar Disord, 2020.
[8] 张芳，程文红，肖泽萍. 青少年非自杀性自伤行为研究现状[J]. 中华精神科杂志，2014，47(5)：308-311.
[9] Smith KA, Cipriani A. Lithium and suicide in mood disorders: updated meta-review of the scientific literature [J]. Bipolar Disord, 2017, 19(7): 575-586.
[10] Tondo L, Baldessarini RJ. Suicidal behavior in mood disorders: response to pharmacological treatment[J]. Curr Psychiatry Rep, 2016, 18(9): 88.
[11] McIntyre RS, Lipsitz O, Rodrigues NB, et al. The effectiveness of ketamine on anxiety, irritability, and agitation: implications for treating mixed features in adults with major depressive or bipolar disorder[J]. Bipolar Disord, 2020.
[12] Wilkinson ST, Ballard ED, Bloch MH, et al. The Effect of a single dose of intravenous ketamine on suicidal ideation: a systematic review and individual participant data meta-analysis [J]. Am J Psychiatry, 2018, 175(2): 150-158.
[13] Zheng W, Zhou YL, Liu WJ, et al. Rapid and longer-term antidepressant effects of repeated-dose intravenous ketamine for patients with unipolar and bipolar depression [J]. J Psychiatr Res, 2018, 106: 61-68.
[14] 方贻儒. 双相障碍伴混合特征临床诊治指导建议[J]. 中华精神科杂志，2018，51(2)：83-89.
[15] Liang CS, Chung CH, Ho PS, et al. Superior anti-suicidal effects of electroconvulsive therapy in unipolar disorder and bipolar depression[J]. Bipolar Disord, 2018, 20(6): 539-546.
[16] Croarkin PE, Nakonezny PA, Deng ZD, et al. High-frequency repetitive TMS for suicidal ideation in adolescents with depression [J]. J Affect Disord, 2018, 239: 282-290.
[17] 石秀秀，李峥. 光照治疗在精神疾病患者中的研究进展[J]. 中国全科医学，2020，23(11)：1344-1348.
[18] Zhou TH, Dang WM, Ma YT, et al. Clinical efficacy, onset time and safety of bright light therapy in acute bipolar depression as an adjunctive therapy: a randomized controlled trial [J]. J Affect Disord, 2018, 227: 90-96.
[19] Palagini L, Cipollone G, Moretto U, et al. Chronobiological dis-rhythmicity is related to emotion dysregulation and suicidality in depressive bipolar II disorder with mixed features[J]. Psychiatry Res, 2019, 271: 272-278.
[20] 陈胡丹，及若菲，黄国平. 辩证行为疗法及其临床应用的最新进展[J]. 四川精神卫生，2016，29(5)：477-481.
[21] DeCou CR, Comtois KA, Landes SJ. et al. Dialectical behavior therapy is effective for the treatment of suicidal behavior: a meta-analysis[J]. Behav Ther, 2019, 50(1): 60-72.

（收稿日期：2020-09-27）
（本文编辑：吴俊林）

·读者·作者·编者·

关于《四川精神卫生》杂志投稿相关信息的声明

为维护广大读者和作者的权益以及《四川精神卫生》杂志的声誉，防止非法网站假冒本刊网站诱导作者投稿、骗取相关费用非法获利，现将《四川精神卫生》杂志投稿相关信息公布如下，请广大作者加以甄别。

1. 投稿网址

《四川精神卫生》杂志网站（http://www.psychjm.net.cn）首页的“作者登陆”。作者注册账号成功后即可投稿，并可随时查看稿件处理情况。

2. 费用支付

《四川精神卫生》杂志视具体情况，按照有关规定，酌情收取稿件审理费与版面费。稿件审理费在作者投稿时支付，版面费为该稿通过专家审稿并决定刊用后才收取，作者可在投稿系统中查看稿件相关费用的情况。

3. 编辑部联系方式

编辑部地址：四川省绵阳市剑南路东段190号（邮编：621000）
编辑部邮箱：scjsws@163.com
联系电话：0816-2285679
特此声明。