

· 专家论坛 ·

警惕“高功能陷阱”——双相抑郁患者的过度状态期望

杨 浩, 马 辉, 张 宁*

(南京医科大学附属脑科医院, 江苏 南京 210029)

*通信作者: 张 宁, E-mail: zn6360@126.com)

【摘要】 维持病情长期稳定是双相障碍治疗的关键, 而准确判断患者的疾病状态是维持治疗的重点和难点。过度状态期望常见于双相抑郁患者, 通过影响患者对自身疾病状态的判断, 最终干扰临床决策, 此现象应当引起高度关注。本文就双相障碍患者过度状态期望的现象和可能的机制进行探讨, 为有关诊疗和研究提供思路。

【关键词】 双相障碍; 双相抑郁; 过度状态期望; 病理性高功能体验

中图分类号: R749.4

文献标识码: A

doi: 10.11886/scjsws20231116005

Beware of the "high functioning trap" – excessive status expectations in patients with bipolar depression

Yang Hao, Ma Hui, Zhang Ning*

(The Affiliated Brain Hospital of Nanjing Medical University, Nanjing 210029, China)

*Corresponding author: Zhang Ning, E-mail: zn6360@126.com)

【Abstract】 Maintaining long-term stability of patient's condition is crucial in the treatment for bipolar disorder, while accurately assessing the patient's disease status is important and challenging in maintaining treatment. Excessive status expectation is common in patients with bipolar depression, which would warp the patient's perception of his or her own disease status and, thus, ultimately interfere with clinical decisions. Heightened vigilance should be given to such phenomenon. This paper explores the phenomenon and potential mechanisms of excessive status expectation in patients with bipolar disorder, providing ideas for related diagnosis, treatment and research. [Funded by Jiangsu Provincial Science and Technology PProject (number, BE2015609)]

【Keywords】 Bipolar disorder; Bipolar depression; Excessive status expectations; Pathological high-functioning experience

双相障碍是一种具有高复发风险的致残性精神疾病, 患者在较长时间内受双相障碍临床或亚临床症状的困扰^[1]。疾病复发严重影响患者生活并导致疾病慢性化, 严重影响患者预后, 并对患者家庭和社会造成沉重负担^[2-4]。长期的科学管理是降低双相障碍复发风险的有效手段, 而准确把握患者的疾病状态在此过程中发挥着重要作用^[5]。

在对病情相对稳定的缓解期双相障碍患者的临床评定中, 虽然患者的主观体验是主要的评定依据之一, 但也仍需慎重。缓解期双相障碍患者对其正常情绪的感受和识别仍可能存在异常。一项对 100 例杨氏躁狂评定量表 (Young Manic Rating Scale, YMRS) 评分 ≤ 6 分且汉密尔顿抑郁量表 17 项版 (Hamilton Depression Scale-17 item, HAMD-17) 评分 ≤ 8 分的缓解期双相障碍患者的研究显示, 患

者贝克抑郁量表 (Beck Depression Inventory, BDI) 总评分为 (9.9 ± 5.3) 分, 最高 25 分^[6]。根据 BDI 评分 ≥ 10 分为可能存在抑郁症状^[7], 这一判断标准提示处于缓解期的双相障碍患者主观上仍可能感受到较明显的抑郁症状。情绪和状态体验的偏差可能使患者拒绝接受其当下的健康状况, 对其健康状态产生过度期望。这种现象在缓解期双相障碍患者中普遍存在, 虽然心境稳定剂联合抗抑郁药物在双相障碍维持治疗期并不被优先推荐^[5-8], 但有研究结果显示, 在缓解期, 约有 1/3 的患者选择联用抗抑郁药^[9], 而在老年患者中, 这一比例甚至高达 50%^[10]。

结合临床观察和既往研究^[6,9-10], 本文将这种情绪和状态体验的偏差及患者对其健康状态的过度期望的现象定义为过度状态期望。过度状态期望提高了患者对其健康状态的要求, 即使已处于缓解期, 患者主观的情绪和功能体验仍不理想, 认为自身可能仍处于抑郁状态。过度状态期望导致患者

基金项目: 江苏省科技项目 (项目名称: 基于脑成像技术的抑郁症康复指标研究, 项目编号: BE2015609)

对疾病状态的错误判断,一方面影响患者的主观感受,另一方面也可由此影响医师的临床决策。

1 过度状态期望概述

过度状态期望是指缓解期双相障碍患者拒绝接受其当下的情感和功能体验,而追求更轻松积极的心境体验和高功能状态。

为更好地描述过度状态期望,将 YMRS 和 HAMD-17 评分范围分别作为纵轴的正半轴和负半轴。用 YMRS 评定患者躁狂症状时, YMRS 评分 ≤ 5 分为心境正常范围, 8~14 分为亚临床躁狂^[11];用 HAMD-17 评定患者抑郁症状时, HAMD-17 评分 ≤ 7 分为心境正常范围, 8~14 分为亚临床抑郁^[11]。由于暂缺乏对双相障碍缓解期的划分标准^[12],根据量表评分标准,患者处于缓解期时的正常心境波动范围应满足 HAMD-17 评分 ≤ 7 分且 YMRS 评分 ≤ 5 分。

在过度状态期望的影响下,患者虽然处于缓解期,但其认为的心境基线水平实际上高于正常状态的范围,如 YMRS 评分 >5 分。此外,患者对良好功能表现和情感体验的追求总是位于亚临床躁狂状态附近。当患者存在较轻的躁狂症状,即使实际上功能受损,但主观感受仍然较好^[13-14],亦不会对社会造成明显的不良后果^[15],故患者往往难以准确判断自身的疾病状态。但当患者躁狂症状进一步加重后,如 YMRS 评分 >14 分,且存在明显的功能受损,躁狂症状往往对其生活、工作、人际交往等产生破坏性影响,此时,患者或许能够意识到自己处于“过度兴奋状态”。因此,双相障碍患者的过度状态期望总是超过正常心境范围,但又位于明显的躁狂状态下。由于暂缺乏相关研究证据,本文以 5 分 $<$ YMRS 评分 <14 分表示患者的过度状态期望。见图 1。

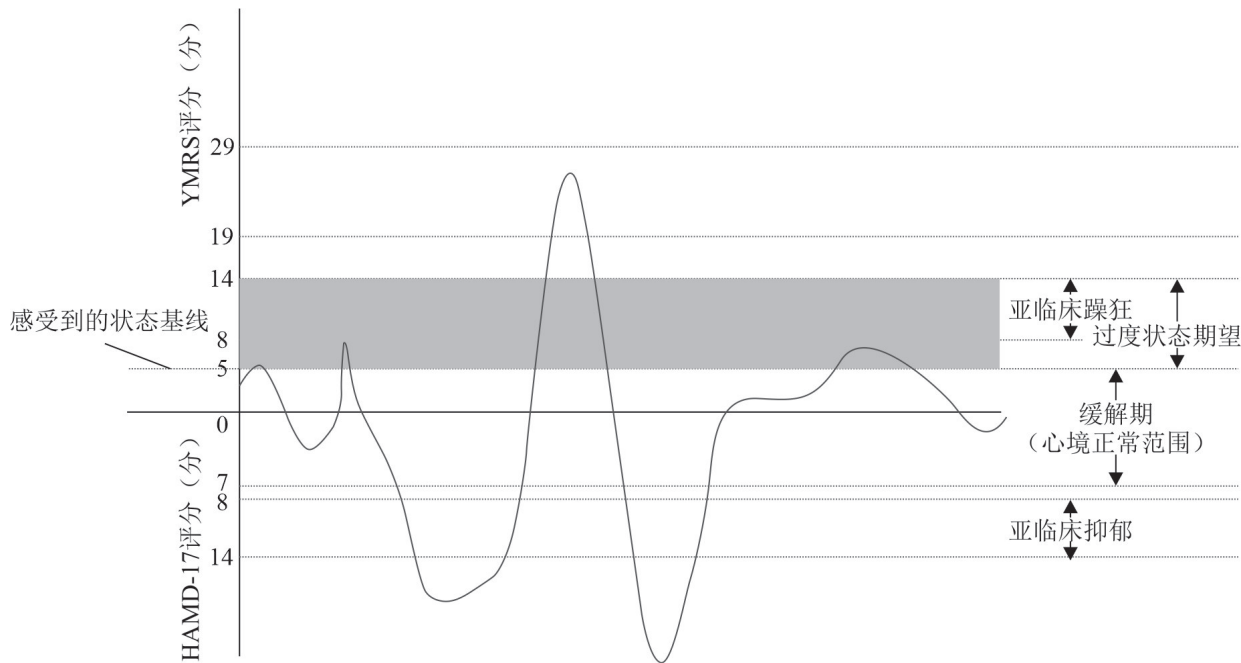


图1 双相障碍患者心境曲线示意图

Figure 1 Schematic diagram of mood curve in patients with bipolar disorder

2 过度状态期望形成的可能机制

2.1 过度状态期望与病理性高功能体验的关系

过度状态期望可能与患者的病理性高功能体验有关。病理性高功能体验主要出现在轻躁狂发作的双相障碍患者中。Benazzi^[16]研究表明, 73.6% 的双相障碍 II 型患者曾经历过病理性高功能体验。病理性高功能体验能够给患者带来更好的功能表现和愉悦的情绪感受。Hantouche 等^[15]根据患者功能表现将轻躁狂发作划分为“Sunny”型和“Dark”型,

其中“Sunny”型患者在对社会积极和有利的方面表现出更好的功能。Piccinni 等^[13]指出,与亚临床抑郁和完全缓解 1 个月的双相障碍患者相比,处于亚临床躁狂状态的双相障碍患者对自身状况的感受更好,包括更好的躯体功能和心理功能。在评价自身疾病状态时,除了特征性情感症状外,功能状态也是个体进行评价的主要指标之一^[17]。病理性高功能体验作为患者评价自身健康状况的参照标准,可能具有一定的误导性。

2.2 感知异常及行为模式改变与过度状态期望的关系

患者对正性或负性刺激的感知异常及行为模式的改变也可能导致过度状态期望的出现。既往研究表明,躁狂发作可能影响患者对积极信息和消极信息的感知功能,这种感知功能的异常可持续到缓解期^[18-20]。双相障碍的行为趋近系统(behavioral approach system, BAS)理论也指出,双相障碍患者可出现持久的行为模式改变,患者对正向反馈更敏感,倾向于将注意力集中在实现个人目标的部分,在决策时易忽视可能的风险并开展更冒险的活动^[21]。即使患者了解病理性高功能状态的潜在风险,受 BAS 失调的影响,患者仍可能坚持追求过度的“积极”状态。除了对积极刺激的感受增强外,缓解期双相障碍患者对负性刺激的感知也存在异常, Martino 等^[22]研究显示,82%的缓解期双相障碍患者对既往发作次数存在回忆偏差,相比于对躁狂发作的回忆,患者往往低估了既往抑郁发作的次数。Kauer-Sant’anna 等^[23]研究表明,缓解期双相障碍患者对负性情感记忆的回忆能力受损。对既往负性刺激的感知异常可能使患者忽视以往的转相经历,结合 BAS 失调理论,患者对此前经历的病理性高功能状态中的“积极”体验过分乐观,同时对负性体验和潜在风险的判断不足,从而出现对自己健康状况的过高期望和追求。

感知异常相关的记忆偏差也深刻影响缓解期双相障碍患者的正常心境状态和体验。在健康状态下,个体能够维持对自身和外界的积极认知,保持精力和快乐的感受^[20],同时也存在正常范围的低落情绪^[24]。存在过度状态期望的患者即使处于缓解期,其感受到的精力、功能及情绪状态与过度强化的既往病理性高功能体验存在相对落差;同时,对正常范围低落情绪的回忆偏差也可能加强患者对目前自身处于“抑郁状态”的判断。

感知功能异常影响患者的主观体验,而其他方面的功能受损则是缓解期患者体验不佳的客观原因。双相障碍 I 型患者在心境正常时仍然存在执行功能、注意广度以及词汇记忆等认知功能受损^[25]。认知功能受损严重影响双相障碍患者的生活质量^[26]。客观上功能的不完全恢复或可进一步增大患者在缓解期的情感和功能体验与既往病理性高功能体验之间的相对落差,这种落差也迫使患者过度追求“积极状态”。

3 过度状态期望引发的临床问题

对双相障碍患者进行持续管理以维持病情稳定,是促进患者功能恢复的关键^[27]。与过度状态期望有关的临床问题主要出现在末次发作为双相抑郁的患者中。

躁狂症状带来的愉悦体验无法持续,患者所期望的过度状态本身就存在风险。Lam 等^[19]指出,患者过度的积极自我感受是双相障碍复发的预测因素。根据国际共识,当患者出现心境和活力的显著改变(连续 2 天每天持续超过 4 个小时)且 YMRS 评分 > 8 分,即可认为患者处于有可能的转相(likely switch)阶段;当患者出现两项及以上躁狂症状(连续 2 天每天持续超过 12 个小时)且 YMRS 评分 > 12 分,即可认为患者为可能的转相(possible switch)^[11]。Birmaher 等^[28]研究还指出,在有亚临床躁狂症状的患者中,40.7%(57/140)的患者在 5 年内发展为双相障碍 I 型或 II 型。

在过度状态期望的影响下,为了追求更好的情绪和功能体验,部分患者可能认为自己的抑郁症状尚未充分缓解,因而要求使用更高剂量的抗抑郁药物或拒绝抗抑郁药物减量^[29];部分患者则可能认为心境稳定剂对其情绪状态有“抑制”作用而拒绝继续使用心境稳定剂^[30-31]。以上两种行为均不利于病情的好转。一项对 197 例双相障碍患者的观察性研究提示,短期联用抗抑郁药物安全有效,但长期联用则可能增加转相风险^[32]。一项荟萃分析指出,联用抗抑郁药物致双相抑郁患者转相的发生率为 18.8%^[33]。除增加转相风险外,联用抗抑郁药物还可能引发患者情绪不稳定以及药物所致的焦虑和烦躁等。因此,在双相抑郁维持治疗期,应谨慎联用抗抑郁药物。Kishi 等^[34]对稳定期双相障碍患者停用心境稳定剂后的复发风险的 Meta 分析结果显示,相比于维持治疗组,停药组停用 1 个月时复发风险高出 41%。提示过度状态期望导致的持续服用抗抑郁药和(或)停用情感稳定剂可能导致患者预后不良。

对过度状态期望的追求还可使患者与临床医生之间产生分歧。研究表明,医患间对症状判断的不一致可能影响患者的服药依从性^[35],而未能识别的低依从性可导致不必要的药物加量、药源性转相或联合用药等问题^[36]。另外,有研究表明,双相抑郁患者当前发作期越长,其抑郁症状自评与他评的结果差距越大^[37]。因此,某次发作期治疗时间越长,患者对改善自身“抑郁状态”的强烈诉求也越可

能影响医生的判断。在双相抑郁患者的持续管理中,过度状态期望可将临床决策导向病情不稳、疾病慢性化的方向,应引起充分关注。

4 应对策略

对患者过度状态期望的警惕并不意味着拒绝患者对积极状态的追求,积极的情绪反应和幸福感仍然是双相障碍患者和临床医生共同追求的目标^[38]。强调避免过度状态期望,旨在维持患者病情的长期稳定,以实现患者功能和健康状况的持续改善。

临床医生应针对双相障碍患者过高的状态期望进行反复及充分的疾病健康教育,使患者明确在缓解期可接受正常范围的低落情绪和功能受损的事实^[39]。在对患者当前疾病状态的识别上,医生应告知患者对自身心境状态进行自我监测的方法,如通过定制的手机应用程序^[40],采用32项轻躁狂症状清单(Hypomania Checklist-32 items, HCL-32)^[41]及BDI^[7]等自评工具进行日常记录。在每次面诊时,临床医生应结合患者的心境状态自我监测情况及患者的生活、学习、生活情况与患者进行讨论,作出共同的判断和决策。如仍有疑问,还可向与患者共同生活的家人、朋友及长期工作的同事征得信息。同时,临床医生应当反复告知患者尽量避免更换随访医师,并强调进行持续讨论和干预的重要性。

参考文献

- [1] Judd LL, Akiskal HS, Schettler PJ, et al. The long-term natural history of the weekly symptomatic status of bipolar I disorder[J]. Arch Gen Psychiatry, 2002, 59(6): 530-537.
- [2] Vázquez GH, Holtzman JN, Lolic M, et al. Recurrence rates in bipolar disorder: systematic comparison of long-term prospective, naturalistic studies versus randomized controlled trials[J]. Eur Neuropsychopharmacol, 2015, 25(10): 1501-1512.
- [3] McIntyre RS, Alda M, Baldessarini RJ, et al. The clinical characterization of the adult patient with bipolar disorder aimed at personalization of management[J]. World Psychiatry, 2022, 21(3): 364-387.
- [4] Ferrari AJ, Stockings E, Khoo JP, et al. The prevalence and burden of bipolar disorder: findings from the Global Burden of Disease Study 2013[J]. Bipolar Disord, 2016, 18(5): 440-450.
- [5] Yatham LN, Kennedy SH, Parikh SV, et al. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) and International Society for Bipolar Disorders (ISBD) 2018 guidelines for the management of patients with bipolar disorder[J]. Bipolar Disord, 2018, 20(2): 97-170.
- [6] Kim EY, Hwang SS, Lee NY, et al. Intelligence, temperament,

- and personality are related to over- or under-reporting of affective symptoms by patients with euthymic mood disorder[J]. J Affect Disord, 2013, 148(2-3): 235-242.
- [7] Beck AT, Ward CH, Mendelson M, et al. An inventory for measuring depression[J]. Arch Gen Psychiatry, 1961, 4: 561-571.
- [8] Wang D, Osser DN. The psychopharmacology algorithm project at the Harvard South Shore Program: an update on bipolar depression[J]. Bipolar Disord, 2020, 22(5): 472-489.
- [9] Dell'Osso B, Arici C, Cafaro R, et al. Antidepressants in bipolar disorder: analysis of correlates overall, and in BD-I and BD-II subsamples[J]. J Affect Disord, 2021, 292: 352-358.
- [10] Baldessarini RJ, Leahy L, Arcona S, et al. Patterns of psychotropic drug prescription for U.S. patients with diagnoses of bipolar disorders[J]. Psychiatr Serv, 2007, 58(1): 85-91.
- [11] Tohen M, Frank E, Bowden CL, et al. The International Society for Bipolar Disorders (ISBD) task force report on the nomenclature of course and outcome in bipolar disorders[J]. Bipolar Disord, 2009, 11(5): 453-473.
- [12] Léda-Rêgo G, Bezerra-Filho S, Miranda-Scippa Â. Functioning in euthymic patients with bipolar disorder: a systematic review and meta-analysis using the Functioning Assessment Short Test[J]. Bipolar Disord, 2020, 22(6): 569-581.
- [13] Piccinni A, Catena M, Del Debbio A, et al. Health-related quality of life and functioning in remitted bipolar I outpatients[J]. Compr Psychiatry, 2007, 48(4): 323-328.
- [14] Benazzi F. Bipolar II disorder: epidemiology, diagnosis and management[J]. CNS Drugs, 2007, 21(9): 727-740.
- [15] Hantouche EG, Angst J, Akiskal HS. Factor structure of hypomania: interrelationships with cyclothymia and the soft bipolar spectrum[J]. J Affect Disord, 2003, 73(1-2): 39-47.
- [16] Benazzi F. Level of functioning in hypomania of bipolar II disorder[J]. Can J Psychiatry, 2004, 49(3): 214-215.
- [17] Harvey PD. Defining and achieving recovery from bipolar disorder[J]. J Clin Psychiatry, 2006, 67(Suppl 9): 14-18.
- [18] Linke J, Sönnekes C, Wessa M. Sensitivity to positive and negative feedback in euthymic patients with bipolar I disorder: the last episode makes the difference[J]. Bipolar Disord, 2011, 13(7-8): 638-650.
- [19] Lam D, Wright K, Sham P. Sense of hyper-positive self and response to cognitive therapy in bipolar disorder[J]. Psychol Med, 2005, 35(1): 69-77.
- [20] Ahearn EP, Cassidy F, Kelley L, et al. Dimensions of self-rated mood in depressed, manic, and normal subjects[J]. Compr Psychiatry, 2001, 42(3): 196-201.
- [21] Urošević S, Abramson LY, Harmon-Jones E, et al. Dysregulation of the behavioral approach system (BAS) in bipolar spectrum disorders: review of theory and evidence[J]. Clin Psychol Rev, 2008, 28(7): 1188-1205.
- [22] Martino DJ, Marengo E, Igoa A, et al. Accuracy of the number of previous episodes reported by patients with bipolar disorder[J]. Compr Psychiatry, 2016, 65: 122-127.
- [23] Kauer-Sant'anna M, Yatham LN, Tramontina J, et al.

- Emotional memory in bipolar disorder [J]. *Br J Psychiatry*, 2008, 192(6): 458–463.
- [24] Tebeka S, Pignon B, Amad A, et al. A study in the general population about sadness to disentangle the continuum from well-being to depressive disorders [J]. *J Affect Disord*, 2018, 226: 66–71.
- [25] Bostock ECS, Kirkby KC, Garry MI, et al. Systematic review of cognitive function in euthymic bipolar disorder and pre-surgical temporal lobe epilepsy[J]. *Front Psychiatry*, 2017, 8: 133.
- [26] Cullen B, Ward J, Graham NA, et al. Prevalence and correlates of cognitive impairment in euthymic adults with bipolar disorder: a systematic review[J]. *J Affect Disord*, 2016, 205: 165–181.
- [27] Pascual-Sánchez A, Jenaro C, Montes-Rodríguez JM. Quality of life in euthymic bipolar patients: a systematic review and meta-analysis[J]. *J Affect Disord*, 2019, 255: 105–115.
- [28] Birmaher B, Merranko JA, Goldstein TR, et al. A risk calculator to predict the individual risk of conversion from subthreshold bipolar symptoms to bipolar disorder I or II in youth [J]. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 2018, 57(10): 755–763.
- [29] Kessing LV, Hansen HV, Demyttenaere K, et al. Depressive and bipolar disorders: patients' attitudes and beliefs towards depression and antidepressants[J]. *Psychol Med*, 2005, 35(8): 1205–1213.
- [30] Levin JB, Krivenko A, Howland M, et al. Medication adherence in patients with bipolar disorder: a comprehensive review [J]. *CNS Drugs*, 2016, 30(9): 819–835.
- [31] Kessing LV, Hansen HV, Bech P. Attitudes and beliefs among patients treated with mood stabilizers [J]. *Clin Pract Epidemiol Ment Health*, 2006, 2: 8.
- [32] Tundo A, Musetti L, Del Grande C, et al. Is short-term antidepressant treatment effective and safe in bipolar depression? Results from an observational multicenter study[J]. *Hum Psychopharmacol*, 2021, 36(3): e2773.
- [33] Fornaro M, Anastasia A, Novello S, et al. Incidence, prevalence and clinical correlates of antidepressant-emergent mania in bipolar depression: a systematic review and meta-analysis [J]. *Bipolar Disord*, 2018, 20(3): 195–227.
- [34] Kishi T, Matsuda Y, Sakuma K, et al. Recurrence rates in stable bipolar disorder patients after drug discontinuation v. drug maintenance: a systematic review and meta-analysis[J]. *Psychol Med*, 2021, 51(15): 2721–2729.
- [35] Kassis IT, Ghuloum S, Mousa H, et al. Treatment non-compliance of psychiatric patients and associated factors: are patients satisfied from their psychiatrist? [J]. *Br J Med Med Res*, 2014, 4(2): 785–796.
- [36] Velligan DI, Weiden PJ, Sajatovic M, et al. Assessment of adherence problems in patients with serious and persistent mental illness: recommendations from the expert consensus guidelines [J]. *J Psychiatr Pract*, 2010, 16(1): 34–45.
- [37] Suzuki M, Dallaspesia S, Locatelli C, et al. Discrepancy between subjective and objective severity as a predictor of response to chronotherapeutics in bipolar depression [J]. *J Affect Disord*, 2016, 204: 48–53.
- [38] Fava GA, Bech P. The concept of euthymia [J]. *Psychother Psychosom*, 2016, 85(1): 1–5.
- [39] Bond K, Anderson IM. Psychoeducation for relapse prevention in bipolar disorder: a systematic review of efficacy in randomized controlled trials[J]. *Bipolar Disord*, 2015, 17(4): 349–362.
- [40] Tseng YC, Lin EC, Wu CH, et al. Associations among smartphone app-based measurements of mood, sleep and activity in bipolar disorder[J]. *Psychiatry Res*, 2022, 310: 114425.
- [41] Angst J, Adolfsson R, Benazzi F, et al. The HCL-32: towards a self-assessment tool for hypomanic symptoms in outpatients [J]. *J Affect Disord*, 2005, 88(2): 217–233.

(收稿日期:2023-11-16)

(本文编辑:吴俊林)