

## 双相障碍专题

## 双相障碍早期识别的诊断和评估工具的开发与应用

李晓虹

(首都医科大学附属北京安定医院四病区,北京 100088)

通信作者:李晓虹 E-mail: lxshy2002@163.com)

**【摘要】** 双相障碍以反复出现的躁狂或抑郁发作为典型特点,但其临床表现复杂,病程演变多样,起病初期与单相抑郁难以区分,易造成临床诊断困难。该病共患病多,自杀风险高,预后不良,严重的社会负担使其日益受到重视,如何早期识别双相障碍是国内外研究的热点之一。近年来,随着对双相障碍临床现象学研究的不断深入,具有临床早期识别和诊断价值的评估工具相继问世,有效地提高了临床医生对双相障碍的早期识别能力,为后续规范化治疗、改善预后提供了有力保障。针对双相障碍的早期识别,本文对新近开发的一些具有较高临床应用价值的诊断与评估工具进行介绍与评述。

**【关键词】** 双相障碍; 早期识别; 评估工具

中图分类号: R749

文献标识码: B

doi: 10.11886/j.issn.1007-3256.2016.01.001

**Development and clinical application of diagnosis and assessment tools  
for early identification of bipolar disorder**

LI Xiao-hong\*

(The Fourth Ward Beijing An Ding Hospital of Capital Medical University, Beijing 100088, China)

\*Corresponding author: LI Xiao-hong, E-mail: lxshy2002@163.com)

**【Abstract】** Bipolar disorder is generally characterized by recurrent manic episodes or depressive episodes. However, because of complicated manifestations of bipolar disorder and varied progress, similar symptoms of initial onset with unipolar depression, led to difficulty in clinical diagnosis and delayed best treatment moments of patients. Furthermore, bipolar disorder is usually with high comorbid, high risk of suicide rate and poor progress. It has received more and more attention for the huge social burden of this disease. How to identify in early stage of this disease has been developing one of the research hotspots. In recent years, with the phenomenological investigations of bipolar disorder moved forward, a number of assessment tools valuable in early identification and diagnosis have been developed. They effectively assist clinicians to improve the ability of early diagnosis of bipolar disorder, strongly supporting the following standard treatment and improving the prognosis of bipolar disorder. Aiming to early identification of bipolar disorder, we reviewed a number of diagnostic and assessment tools recent developed and found some of them are clinical useful for diagnosis and gave a introduction and statement in this article.

**【Key words】** Bipolar disorder; Early identification; Assessment tools

双相障碍以反复出现的抑郁或躁狂/轻躁狂发作为典型临床表现,而实际上,目前临床上很多患者的症状不具有典型特征,特别是双相 II 型抑郁,在病情发展过程中,抑郁时间相对较长,轻躁狂与正常愉悦的心境状态之间边界不清,加之常常伴有焦虑、强迫、精神病性症状等,不易早期识别,在相当长的

时间里被误诊为单相抑郁或其他疾病而加以治疗,造成临床治疗的困境。随着对双相障碍研究的不断深入,发现其在症状形成初期有部分具有鉴别意义的症状特点,在病情发展过程中存在与单相抑郁不同的临床特征,为尽早甄别出这些特征性症状,提高双相障碍早期识别与诊断的正确性,需要对患者进行全面而准确的评估。而定式临床访谈问卷如 SCID、MINI 因条目繁琐、耗时太长难以广泛应用。近年来,国内外研究者围绕双相障碍前驱期症状、特征性症状,特别是躁狂、轻躁狂症状、心境波动等气质特征进行研究,陆续开发了用于早期识别、诊断的

项目基金: 国家科技支撑计划临床医学研究协同网络建设示范应用研究(二)(2015BAI13B00);首都临床特色应用研究与成果推广(Z151100004015042);北京市科技计划(D12100005012003);北京市科技成果转化和产业化项目(Z12110000611)

评估量表与筛查工具,其中部分评估工具和量表相对操作简单,用于双相障碍的早期识别、诊断和筛查的效果较好而逐渐获得认可,具有较高的临床应用价值与前景,本文对此加以介绍与评述。

## 1 双相障碍前驱期症状筛查量表

早在二十世纪八十年代,临床学家就开始对双相障碍的前驱期症状进行探索与研究。1992年澳大利亚的 Smith 和英国的 Tarrier 首次提出了用于双相障碍前驱期症状筛查的量表——40项症状条目检查表(40-Item Symptom Checklist)<sup>[1]</sup>,该量表的开发源于当时对双相障碍和精神分裂症临床症状的现状研究,并在此基础上归纳总结而成<sup>[2-3]</sup>。40项症状条目分为抑郁症状组、躁狂症状组各15项,每亚组均包含7项躯体/行为症状和8项心理症状,另有一组混合症状,共10项,包括2项躯体/行为症状和8项心理症状。此外,40项症状条目中有8项涉及精神病性症状的条目,如“感到特别虔诚”或者“感觉进入了另一个世界”等。研究者采用40项症状条目检查表对36例双相障碍患者进行调查,最终有20例合格患者完成研究,结果显示,85%的抑郁发作患者和75%的躁狂发作患者可以识别前驱期症状,躁狂前驱期(28.9d)相对长于抑郁前驱期(18.8d)<sup>[1]</sup>。此后,Ryu等<sup>[4]</sup>采用该量表对门诊83例双相I型稳定期患者进行调查,发现在不伴精神病性症状组患者中,前驱期症状以精力旺盛和活动过度最为常见,伴精神病性症状组的前驱期症状以害怕发疯和幻听居多。躁狂前驱期症状中以情绪高涨、精力旺盛、活动增多、思维奔逸、话多和睡眠相关症状等较为常见。该量表首次较为全面地探索了双相障碍的前驱期症状,但对于症状的严重程度、频率和其他相关影响因素未做考察,降低了结果的诊断价值和准确性。

为了提高早期识别的正确性,研究者进一步对症状维度进行扩充。2007年,美国的 Correll 等<sup>[5]</sup>开发出双相障碍前驱症状量表-回顾版(the Bipolar Prodrome Symptom Scale - Retrospective, BPSS - R),探索双相障碍躁狂发作/轻躁狂发作、抑郁发作的前驱期症状。该量表为半结构式访谈工具,根据 DSM - IV 诊断标准、儿童和成人双相障碍以及抑郁障碍等量表,在前期研究结果的基础上编制而成。BPSS - R 包括39项症状条目(抑郁、躁狂/轻躁狂、精神病性症状),按照症状维度分为5个因子,包括:躁狂因子、抑郁因子、一般情况因子、精神病性因子和 BPSS - R 总因子。除了症状维度,还纳入了症状的

持续时间、严重程度和频率等。所有前驱期症状都根据出现时间、严重程度、出现频率、与物质滥用的关系等进行定量评估,从而使前驱期症状评估的系统性、可靠性和准确性大大增强。Correll 等<sup>[6]</sup>采用 BPSS - R 对52例儿童青少年双相障碍患者、照料者和42例成年双相障碍患者躁狂或抑郁发作前的前驱期症状进行研究,结果显示约88.5%的患者出现前驱期症状,约59.6%的患者缓慢起病,约28.8%的患者快速加重,而起病急骤、迅速恶化的只占10%左右。常见的前驱期症状包括:学习或工作能力下降(65.4%),易激惹(61.5%),思维加速(59.6%),精力旺盛(50.0%),心境波动(57.7%),抑郁心境(53.8%),注意力不集中(51.9%)等。抑郁前驱期比躁狂前驱期持续时间长,50%以上的患者前驱期症状存在1年以上(1年以上的占51.9%,1~12个月的占44.2%);心境波动和生物节律紊乱可能作为双相障碍首次抑郁或躁狂发作前的重要特征,用于预测双相障碍的第一次发作。此后,陆续有学者对前驱期症状进行的调查与研究显示,前驱期持续时间与 Correll 等的研究结果更接近,如 Ratheesh 等<sup>[7]</sup>对416名精神疾病的高危群体随访观察4~13年,最终有16名被观察者发展成为双相情感障碍,这些患者从出现前驱期症状到被明确诊断的平均潜伏期为8.2年。Howes 等<sup>[8]</sup>回顾既往的相关文献发现,在双相情感障碍患者被明确诊断前通常需要几个月甚至几年的时间,提示双相情感障碍的前驱期相对较长。因此,相比起单一症状维度的调查问卷,BPSS - R 在前驱期症状筛查的深度和广度上具有优势。

除了 BPSS - R 对双相障碍躁狂/轻躁狂发作或抑郁发作的症状进行全面评估的工具之外,还有学者针对双相障碍某一亚型、某一发作形式或发作特征开发相关的评估问卷。如2010年瑞士的 Conus 等<sup>[9]</sup>对首发躁狂早期症状进行探索,使用了首发躁狂前驱期症状问卷(the Initial Mania Prodrome Questionnaire, IMPQ),该问卷由 Janine Ward 等<sup>[10]</sup>基于文献回顾编制而成,为半结构式访谈问卷,该问卷将前驱期症状划分为三个维度:(1)睡眠节律紊乱;(2)情感症状:又分为躁狂亚综合征症状、抑郁亚综合征症状和精神病亚综合征;(3)一般症状。Conus 等<sup>[9]</sup>使用 IMPQ 评估了18例患者,结果显示前驱期平均持续时间为20.9周。94%的患者在首发躁狂前1年内经历过至少一个重大生活事件,平均有3.86个生活事件,74.1%的事件为消极生活事件。多数患者有一级亲属家族史,但是双相障碍家族史

的患者比例并不高。从研究结果可以看出,与早期的横断面症状筛查量表相比,IMPQ 的设计更加严谨,结果的可靠性更高。

此外,一些气质问卷也被用于双相障碍前驱期筛查,如孟菲斯、比萨、巴黎和圣迭戈气质自评问卷(Temperament Evaluation of Memphis, Pisa, Paris and San Diego - Auto Questionnaire Version, TEMPS - A)<sup>[11]</sup>。该问卷评估抑郁、环性、易激惹和情感旺盛型气质,此后又增加了焦虑气质,每个分量表都包括情感活动、认知、心理行为、生物节律和社会行为特点几部分。最初的版本共 110 个条目,此后精简到 39 个条目<sup>[12]</sup>,其缩减版已在中国人群中进行了信效度检验<sup>[13]</sup>,其中某些分量表,如环性气质量表,对于双相障碍人群的前驱期探索性研究具有一定价值。2009 年德国的 Ozgürdal 等<sup>[14]</sup>参考 TEMPS - A 气质问卷中环性心境的条目编制了半结构性心境波动问卷(semi-structured interview for mood swings),该问卷将“心境波动(mood swings)”作为主要症状特征进行评估。除了询问患者在发病前是否经历了频繁的“上上下下”的心境波动,是否感到新的/不同的心境波动等主观体验外,问题还包括症状出现的特定时间、持续多久、频率、性质和强度,以及主观体验到的负担感等。以及在发病前是否有其他任何变化,包括心境和行为(例如,行为、社交活动的改变等)变化以及主观表现(例如自我贬低对自负)等。Zeschel 等<sup>[15]</sup>后续研究显示,相当多的患者在双相障碍前驱期经历了心境波动。与环性气质和易激惹等气质特征相比,心境波动是更具有双相障碍前驱期特性的症状。

## 2 双相障碍诊断和筛查问卷

双极性指数评估表(Bipolarity Index, BPX)<sup>[16-17]</sup>包含了躁狂发作特征、发病年龄、病程/相关特征、治疗反应和家族史等五个维度,是对双相障碍临床特征的综合量化评估表。国外研究显示,BPX 分界值为 44 分,即可以区分双相障碍和单相抑郁。郭小兵等<sup>[18]</sup>对 108 例双相障碍患者和 68 例单相抑郁患者进行评估,将划界定为 44 分,结果 BPX 灵敏度为 92%,特异度为 93%,与国外研究结果一致<sup>[16-17]</sup>。何洪珍等<sup>[19]</sup>采用 BPX 对 60 例双相障碍患者和 60 例单相抑郁患者进行评估,结果划界分为 44 分时,BPX 灵敏度为 93.7%,特异度为 100%。将划界分降至 38.5 分,BPX 的灵敏度(98.3%)和特异度(100%)进一步升高。此外,李志营等<sup>[20]</sup>运用德尔菲法评价 BPX 对我国双相障碍患者诊断的适用性,

征询了国内 8 家三级甲等医院的 16 名精神科专家的意见,结果显示专家对 BPX 各条目的意见一致,协调性好,均认为 BPX 适用于中国双相障碍患者。上述研究表明 BPX 是一个有效的双相障碍临床筛查和辅助诊断工具,可以有效提高临床检出率,降低漏诊率。

心境障碍问卷(Mood Disorder Questionnaire, MDQ)由 Hirschfeld 等<sup>[21]</sup>编制,于 2000 年正式发表。MDQ 根据 DSM - IV 标准制定,是具有诊断价值的筛查问卷,主要用于筛查双相 I 型障碍和双相 II 型障碍,由于简便易行,近几年在临床上的应用逐渐增多。该问卷属自评量表,目前国内已有中文版,适用于小学以上受教育程度者。该量表共三部分:第一部分包含 13 个问题,主要询问躁狂/轻躁狂症状;第二部分了解症状数量,记录第一部分中 2 个及 2 个以上的症状同时发生数目;第三部分评估功能损害程度(无影响、轻微影响、中度影响及重度影响)。同时满足三部分者提示“双相情感障碍”诊断。MDQ 划分标准:第一部分:≥7 个问题回答“是”;第二部分:2 个及 2 个以上症状同时发生;第三部分:至少中度或重度的功能受损<sup>[21]</sup>。国外研究显示,MDQ 可以较好地地区分单、双相障碍,其灵敏度为 61.3%~68%,特异度为 63%~87.5%<sup>[22-23]</sup>。当 MDQ 划界分为 7 分时,能较好地区分双相 I 型障碍。杨海晨等<sup>[24]</sup>对 1487 例单相抑郁和双相障碍患者的大规模研究显示,仅使用 MDQ 中文版第一部分,MDQ 划界分为 7 分,可以较好地地区分双相障碍和单相抑郁(敏感性 0.66,特异性 0.88)。而加上 MDQ 的二、三部分,则敏感性降低至 0.22,提示 MDQ 能够从抑郁患者中筛查 BD 患者,但在国内临床中使用需要进一步调整。

32 项轻躁狂症状清单(32-item hypomania checklist, HCL - 32)由杨海晨等<sup>[25]</sup>于 2005 年编制,为自评问卷,国内已有中文版本,适用于小学以上受教育程度者。HCL - 32 分为两个因子群,因子一为精力充沛/心境高涨,因子二为冒险/易激惹。不同划界分用于区分单相抑郁、双相 I 型和双相 II 型患者。如划界分为 14 分可以区分单相抑郁和双相抑郁(灵敏度为 80%,特异度为 51%)<sup>[26]</sup>。一项对 300 例双相障碍患者和 156 例单相抑郁患者的研究也得出相似的结论<sup>[26]</sup>。张旭等<sup>[27]</sup>使用中文版 HCL - 32 对综合医院门诊抑郁患者进行筛查,发现该量表可以检出一定比例既往有躁狂或轻躁狂症状的患者。国内外研究均显示,HCL - 32 的信效度良好,可以作为双相障碍筛查的辅助工具。尽管 HCL - 32 条

目已相当精简,但相对于国内门诊的现实情况,在每位就诊者只有 6~10 分钟的评估时间内难以操作,临床实践中,其中部分条目患者难以在有限的时间内可靠回忆,这些都造成其临床应用受限。因此,最近国内引进了更简化的 15 项轻躁狂症状清单(15-item hypomania checklist, HCL-15)<sup>[28]</sup>。HCL-15 是 HCL-32 的缩减版,He 等<sup>[28]</sup>采用 HCL-15 对 623 例抑郁发作患者(包括双相 I 型 115 例,双相 II 型 159 例,单相抑郁 349 例)进行评估,结果显示 HCL-15 区分双相 II 型障碍的灵敏度为 0.78,特异度为 0.9。提示 HCL-15 可用于双相 II 型障碍的临床筛查,是一项降低临床误诊率的有效筛查工具。此外,新近开发的双相谱系诊断量表(Bipolar Respectrum Diagnostic Scale, BSDS)是基于“难治性抑郁”的“软双相症状”而设计,共 19 个条目,包括两部分。对于双相谱系障碍的划界分为 13 分。用于发现可能的软双相症状,如患者有抑郁发作史,并有 1~2 次发作时出现情感高涨或精力增加,但只持续 1~3 天。对于双相 II 型障碍的筛查效果较好(灵敏度为 0.79,特异性为 0.85)。该量表由美国的 S Nassir Ghaemi 等在 Ronald Pies 的双相障碍临床量表的基础上开发,目前尚未大规模推广。有学者使用中文版 BSDS 对台湾地区的 200 例双相障碍患者进行研究,其检测双相 II 型障碍的敏感性和特异性分别为 0.79 和 0.68<sup>[29]</sup>。另有研究者对 53 例双相障碍患者和 50 例单相抑郁患者分别采用 HCL-32 与 BSDS 进行评估,结果发现 HCL-32 敏感度为 77.4%,略高于 BSDS(75.5%),两者临床应用效果相当<sup>[30]</sup>。Lee 等<sup>[31]</sup>联合 MDQ 对抑郁发作患者进行筛查,发现联合应用升高了检出率,能够筛查出更多的双相障碍患者,临床应用的量表敏感性和特异性进一步升高。

### 3 结 语

近三十年来,围绕着双相障碍,特别是双相 II 型的早期诊断,为了提高早期识别率,降低误诊率,尽早给予双相障碍患者及时正确的治疗,促进功能恢复,临床学家们开发了众多的临床筛查和诊断工具。对于前驱期症状,症状筛查的范围、维度和广度可提高其早期识别的正确性,避免漏诊和误诊。然而,过于详细和繁琐的问卷,尽管可以全面收集信息,但费时费力,临床可操作性降低,更适用于临床研究。面对目前国内大量门诊患者的诊疗现状,针对性强、短小精悍、浓缩要点的特征性评估工具无疑更具有广泛的临床应用前景和推广价值。

### 参考文献

- [1] Smith JA, Tarrrier N. Prodromal symptoms in manic depressive psychosis[J]. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol, 1992, 27(5): 245-248.
- [2] Molnar G, Feeney MG, Fava GA. Duration and symptoms of bipolar prodromes[J]. Am J Psychiatry, 1988, 145(12): 1576-1578.
- [3] Birthwood M, Smith J, Macmillan F, et al. Predicting relapse in schizophrenia: the development and implementation of an early signs monitoring system using patients and families as observers, a preliminary investigation[J]. Psychol Med, 1989, 19(3): 649-656.
- [4] Ryu V, Song DH, Ha R, et al. Prodromes and coping types in bipolar patients with nonpsychotic or psychotic mania[J]. Compr Psychiatry, 2012, 53(6): 732-739.
- [5] Correll CU, Penzner JB, Frederickson AM, et al. Differentiation in the preonset phases of schizophrenia and mood disorders: evidence in support of a bipolar mania prodrome[J]. Schizophr Bull, 2007, 33(3): 703-714.
- [6] Correll CU, Hauser M, Auther AM, et al. Research in people with psychosis risk syndrome: a review of the current evidence and future directions[J]. J Child Psychol Psychiatry, 2010, 51(4): 390-431.
- [7] Ratheesh A, Lin A, Nelson B, et al. Neurocognitive functioning in the prodrome of mania - an exploratory study[J]. J Affect Disord, 2013, 147(1-3): 441-445.
- [8] Howes OD, Falkenberg I. Early detection and intervention in bipolar affective disorder: targeting the development of the disorder[J]. Curr Psychiatry Rep, 2011, 13(6): 493-499.
- [9] Conus P, Ward J, Lucas N, et al. Characterisation of the prodrome to a first episode of psychotic mania: results of a retrospective study[J]. J Affect Disord, 2010, 124(3): 341-345.
- [10] Conus P, Ward J, Hallam KT, et al. The proximal prodrome to first episode mania - a new target for early intervention[J]. Bipolar Disord, 2008, 10(5): 555-565.
- [11] Akiskal HS, Akiskal KK, Haykal RF, et al. TEMPS - A: progress towards validation of a self-rated clinical version of the Temperament Evaluation of the Memphis, Pisa, Paris, and San Diego Autoquestionnaire[J]. J Affect Disord, 2005, 85(1-2): 3-16.
- [12] Akiskal HS, Mendlowicz MV, Jean-Louis G, et al. TEMPS - A: validation of a short version of a self-rated instrument designed to measure variations in temperament[J]. J Affect Disord, 2005, 85(1-2): 45-52.
- [13] Yuan C, Huang J, Gao K, et al. Validation of the Chinese Version of the Short TEMPS - A and its application in patients with mood disorders[J]. J Affect Disord, 2015, 170(1): 178-184.
- [14] Ozgürdal S, vanHaren E, Hauser M, et al. Early mood swings as symptoms of the bipolar prodrome: preliminary results of a retrospective analysis[J]. Psychopathology, 2009, 42(4): 337-342.
- [15] Zeschel E, Correll CU, Haussleiter IS, et al. The bipolar disorder prodrome revisited: Is there a symptomatic pattern? [J]. J Affect Disord, 2013, 151(2): 551-560.
- [16] Sach GS. Strategies for improving treatment of bipolar disorder in-

- tegration of measurement and management [J]. Acta Psychia Scand, 2004 ( 422 ): 7 - 17.
- [17] Sachs GS, Thase ME, Otto MW, et al. Rationale, design, and methods of the systematic treatment enhancement program for bipolar disorder ( STEP - BD) [J]. Biol Psychiatry, 2003, 53( 11 ): 1028 - 1042.
- [18] 郭小兵, 薛红霞, 丰雷, 等. 中文版双极性指数评估表临床信效度研究 [J]. 中国医药导报, 2014, 11( 24 ): 119 - 123.
- [19] 何洪珍, 孙静, 朱荣鑫, 等. 双极性指数对双相障碍的识别效能 [J]. 临床精神医学杂志, 2014, 24( 1 ): 8 - 10.
- [20] 李志营, 于欣, 马燕桃, 等. 运用德尔菲法对双极性指数评估表适用性的调查 [J]. 中国神经精神疾病杂志, 2014, 40( 2 ): 102 - 105.
- [21] Hirschfeld RM, Williams JB, Spitzer RL, et al. Development and validation of a screening instrument for bipolar spectrum disorder: the Mood Disorder Questionnaire [J]. Am J Psychiatry, 2000, 157( 11 ): 1873 - 1875.
- [22] Zimmerman M, Galione JN. Screening for bipolar disorder with the Mood Disorders Questionnaire: a review [J]. Harv Rev Psychiatry, 2011, 19( 5 ): 219 - 228.
- [23] Leão IA, Del Porto JA. Cross validation with the mood disorder questionnaire ( MDQ) of an instrument for the detection of hypomania in Brazil: The 32 item hypomania symptom check - list, first Revision ( HCI - 32 - RI) [J]. J Affect Disord, 2012, 140( 3 ): 215 - 221.
- [24] Yang HC, Liu TB, Rong H, et al. Evaluation of Mood Disorder Questionnaire ( MDQ) in Patients with mood disorders: a multi-center trial across China [J]. PLoS One, 2014, 9( 4 ): e91895.
- [25] 杨海晨, 苑成梅, Jules Angst, 等. 中文版 32 项轻躁狂症状清单信度与效度 [J]. 中华行为医学与脑科学杂志, 2010, 19( 8 ): 760 - 762.
- [26] Forty L, Smith D, Jones L, et al. Identifying hypomanic features in major depressive disorder using the hypomania checklist ( HCL - 32) [J]. J Affect Disord, 2009, 114( 1 - 3 ): 68 - 73.
- [27] 张旭, 陆峥, 吴文源, 等. 两种自评问卷筛查综合医院诊断抑郁障碍患者的既往躁狂症状 [J]. 中国行为医学与脑科学杂志, 2011, 20( 7 ): 658 - 660.
- [28] He H, Xu G, Sun B, et al. The use of 15 - point hypomanic checklist in differentiating bipolar I and bipolar II disorder from major depressive disorder [J]. Gen Hosp Psychiatry, 2014, 36( 3 ): 347 - 351.
- [29] Chu H, Lin CJ, Chiang KJ, et al. Psychometric properties of the Chinese version of the Bipolar Spectrum Diagnostic Scale [J]. J Clin Nurs, 2010, 19( 19 - 20 ): 2787 - 2794.
- [30] Smith DJ, Forty L, Barnes ED, et al. Screening for bipolar disorder: comparing the performance of the Hypomania Checklist ( HCL - 32) and the Bipolar Spectrum Diagnostic Scale ( BSDS) in a UK sample [J]. Bipolar Disord Suppl, 2009, 11( Suppl 1 ): 81 - 82.
- [31] Lee D, Cha B, Park CS, et al. Usefulness of the combined application of the Mood Disorder Questionnaire and Bipolar Spectrum Diagnostic Scale in screening for bipolar disorders [J]. Compr Psychiatry, 2013, 54( 4 ): 334 - 340.

( 收稿日期: 2016 - 02 - 18 )

( 本文编辑: 吴俊林 )



## 双相障碍专题——李晓虹博士简介

李晓虹, 女, 38 岁, 医学博士, 精神科副主任医师。首都医科大学附属北京安定医院四病区( 中西医结合病房) 病房主任。中国女医师协会心身医学与临床心理学专业委员会副秘书长, 北京医学会精神病学分会委员会委员, 北京医学会精神病学分会青年委员会委员, 北京药理学临床药理专业委员会青年委员。

曾先后参加国际精神分析协会( IPA) 与北京安定医院合办的北京精神分析取向心理治疗师连续性培训项目, 中国 - 挪威心理动力学督导班暨提高班连续培训项目, 中德家庭

治疗连续性培训项目, 认知行为治疗、危机干预和认知心理测验等培训。

2007 年 5 月 - 9 月在美国阿拉巴马大学伯明翰分校进行有关情感障碍研究的系统临床评估和试验培训。研究方向为情感性精神障碍的生化基础研究和综合治疗。主要开展情感性精神障碍的治疗学、精神药理学研究以及新药 II 期 - IV 期临床试验。先后参加首都医学发展基金、首都特色基金、国家十五攻关项目、国家十一五科技部支撑计划等多项首都及国家级科研项目。作为第一作者先后在国内外核心期刊发表学术文章十余篇, 参编专著 4 部, 参加国家级精神科年会分会发言 2 次, 参加国际会议 2 次。获优秀论文奖 2 次。先后在报刊杂志发表科普文章数十篇, 多次参加北京市及国家级心理危机干预和救援工作。