pair[J]. J Invest Dermatol, 2007, 127(3): 526-537.
[4] Kuperwasser C, Chavarria T, Wu M, *et al*. Reconstruction of functionally normal and malignant human breast tissues in mice[J]. Proc Natl Acad Sci U S A, 2004, 101(14): 4966-4971.
[5] Dang T T, Prechtl A M, Pearson G W. Breast cancer subtype-specific interactions with the microenvironment dictate mechanisms of invasion[J]. Cancer Res, 2011, 71(21): 6857-6866.
[6] Bailey K M, Wojtkowiak J W, Hashim A I, *et al*. Targeting the metabolic microenvironment of tumors[J]. Adv Pharmacol, 2012, 65: 63-107.
[7] Ward C, Langdon S P, Mullen P, *et al*. New strategies for targeting the hypoxic tumour microenvironment in breast cancer[J]. Cancer Treat Rev, 2013, 39(2): 171-179.
[8] 彭琼乐, 孙艳, 赵浏阳, 等. 人乳腺癌相关成纤维细胞的原代培养及其生物学特性[J]. 中国生物制品学杂志, 2012, 25(10): 1368-1372.
[9] 张茜, 金若敏. 细胞共培养技术的研究进展[J]. 中国药理学与毒理学杂志, 2011, 25(3): 330-332.
[10] Liu M, Sakamaki T, Casimiro M C, *et al*. The canonical NF-kappaB pathway governs mammary tumorigenesis in transgenic mice and tumor stem cell expansion[J]. Cancer Res, 2010, 70(24): 10464-10473.
[11] De-Wever O, Demetter P, Mareel M, *et al*. Stromal myofibroblasts are drivers of invasive cancer growth[J]. Int J Cancer, 2008, 123(10): 2229-2238.
[12] Micke P, Ostman A. Exploring the tumour environment: cancer-associated fibroblasts as targets in cancer therapy[J]. Expert Opin Ther Targets, 2005, 9(6): 1217-1233.
[13] Orimo A, Weinberg R A. Stromal fibroblasts in cancer: a novel tumor-promoting cell type[J]. Cell Cycle, 2006, 5(15): 1597-1601.
[14] Bremnes R M, Donnem T, Al-Saad S, *et al*. The role of tumor stroma in cancer progression and prognosis: emphasis on carcinoma-associated fibroblasts and non-small cell lung cancer[J]. J Thorac Oncol, 2011, 6(1): 209-217.
[15] Koyama H, Kobayashi N, Harada M, *et al*. Significance of tumor-associated stroma in promotion of intratumoral lymphangiogenesis: pivotal role of a hyaluronan-rich tumor microenvironment[J]. Am J Pathol, 2008, 172(1): 179-193.

(**收稿**:2013-06-06;**修回**:2013-07-28)
(编辑 汪勤俭)

短篇论著

文章编号:1000-5404(2013)23-2592-03

双相障碍患者家庭功能及亲密度适应性情况调查

张旭静[1,2,3],史占彪[1,2],徐夏菲[3],戴 茜[3],张彦恒[3],张金凤[1,2] (100101 北京,中国科学院心理研究所[1];100049 北京,中国科学院大学应用心理学[2];071000 河北 保定,河北省第六人民医院临床七科[3])

[**摘要**] **目的** 了解双相障碍患者与正常人群的家庭功能及亲密度和适应性的差异。**方法** 采用家庭功能量表(Family Assessment Device,FAD)及家庭亲密度与适应性量表中文版(Family Adaptability and Cohesion Scale Ⅱ-Chinese Version, FACESⅡ-CV),对40例双相障碍患者(患者组)及40例健康志愿者(对照组)进行调查。**结果** 患者组家庭功能在问题解决(13.78±3.22)、角色(25.45±3.49)、行为控制(21.45±3.19)和总的功能(26.35±5.33)等方面的评分显著高于正常对照组($P<0.05$),患者组的家庭适应性评分显著低于正常对照组(44.33±7.74 *vs* 47.50±5.29,$P<0.05$),家庭亲密度评分略低于正常对照组,但两者无显著性差异(66.08±9.57 *vs* 67.21±6.06,$P>0.05$)。实际家庭类型两组存在显著性差异($P<0.05$)。**结论** 双相障碍患者的家庭功能状况较差,提示在疾病治疗及康复过程中,可以有针对性的加强家庭心理治疗干预。

[**关键词**] 双相情感障碍;家庭功能;亲密度;适应性
[**中图法分类号**] R195.4; R749.4 [**文献标志码**] A

双相障碍(bipolar disorder,BP)也称双相情感障碍,是一组常见的重性精神疾病,指既有躁狂发作或轻躁狂发作,又有抑郁发作的一类心境障碍。与抑郁障碍相比,双相障碍的临床表现更复杂,治疗更困难,预后更差,自杀风险更大,是一种严重危害人们心身健康的精神障碍,给患者及家属带来沉重的负担[1]。双相障碍已经成为目前精神医学的一个研究热点。双相障碍发病的原因尚不十分清楚,目前倾向认为,遗传与环境因素在其发病过程中均有重要作用。家庭是环境因素中的一个重要方面,家庭功能对青少年情绪问题有一定预测作用[2]。双相障碍的患者的复发和恢复受环境的影响。国外无论是横断面还是纵向研究都发现,家庭环境的功能属性,尤其是疾病发作后的家庭功能与双相障碍及重度抑郁的症状严重程度有关;在合并药物治疗的情况下进行系统的家庭治疗对稳定抑郁

[**通信作者**] 史占彪,E-mail: shizb@psych.ac.cn
[**优先出版**] http://www.cnki.net/kcms/detail/51.1095.R.20130914.1456.002.html (2013-09-14)

症状,延缓双相障碍的复发是有效的[3]。本研究对双相障碍患者家庭功能以及家庭亲密度和适应性情况进行分析,为双相障碍的发病及复发提供家庭环境因素方面的实证支持,为双相障碍的家庭治疗提供参考。

1 对象与方法

1.1 研究对象

收集2012年4月至2013年5月在河北省第六人民医院住院的双相障碍患者40例(患者组)临床资料,总病程1/6~35(Md=5.0)年。包括男性24例,女性16例,年龄17~57(Md=27.5)岁,其中未婚10例(25.0%),已婚21例(52.5%),离婚7例(17.5%),分居2例(5.0%)。一级亲属有情感障碍家族史者1例,其他精神障碍家族史者8例。入组标准:①符合国际疾病分类第10版(ICD-10)双相情感障碍诊断标准;②年龄≥16岁;③小学以上文化程度,能配合完成问卷;④无严重躯体疾病以及物质或药物依赖史;⑤签署知情同意书。依据便利取样原则选取同期社区健康志愿者40例为对照组,包括男性24例,女性16例,年龄17~50(Md=26.5)岁。入组标准:①无精神疾病史,排除精神发育迟滞、物质滥用、严重器质性疾病;②年龄≥16岁;③小学以上文化程度,能配合完成问卷;④自愿参加本研究。两组年龄、性别等人口学变量无显著性差异($P>0.05$)。

1.2 方法

所有被调查者完成以下3项调查,由被调查者根据问卷内容按照自己实际情况和自我感受完成问卷,整套问卷用时20~30 min。

1.2.1 一般资料 包括被调查者的年龄、性别、民族、家族史、病程、住院次数等人口学变量。由调查人员详细询问患者及家属或主管医师后填写。对照组选择适合的人口学变量,自行填写。

1.2.2 家庭功能量表[4](family assessment device, FAD) 家庭功能的测量采用McMasetr家庭功能评定量表,评定家庭系统中的相互作用,共60个条目,7个分量表:问题解决、沟通、角色、情感反应、情感介入、行为控制及总的家庭功能。采用1~4级评分法,每个条目有4个答案供选择,其评分为:很像我家=1,像我家=2,不像我家=3,完全不像我家=4。对不健康的条目来说,其评分为5-实际得分。对所有条目1分代表健康,4分代表不健康。各分量表总分越低代表相应家庭功能越好。其理论基础是"Mcmaster家庭功能模式",所测定家庭功能的范围与临床关系较密切,又具有良好的信效度,在临床工作和研究中可以帮助我们对家庭功能进行较客观地评定。该量表在本研究中的一致性系数为0.875。

1.2.3 家庭亲密度与适应性量表中文版[4](Family Adaptability and Cohesion Scale Ⅱ--Chinese Version, FACESⅡ-CV) 主要用于评价家庭在亲密度和适应性2个方面的功能:①亲密度:即家庭成员之间的情感联系;②适应性:即家庭体系随家庭环境和不同发展阶段而改变的能力。为自评量表,共有30个条目,每个条目采用1~5分的5级计分方式;亲密度和适应性分别进行统计。本调查要求受试者按照家庭目前的实际状况回答。量表以实际亲密度的分数高低分为4个类型:缠结(亲密度>71.9)、亲密(71.9≥亲密度≥63.9)、自由(63.9>亲密度≥55.9)、松散(亲密度<55.9);按实际适应性分数划为4个类型:无规律(适应性>57.1)、灵活(57.1≥适应性≥50.9)、有规律(50.9>适应性≥44.7)、僵硬(适应性<44.7)。根据Olson家庭"拱极模式",用FACESⅡ-CV的家庭亲密度与适应性这2个分量表的分数可将家庭区分成16种家庭类型,这16种类型又归为三大类型:无规律-松散型、无规律-缠结型、僵硬-松散型和僵硬-缠结型4种属于极端型;灵活-自由型、灵活-亲密型、有规律-自由型和有规律-亲密型4种属于平衡型;无规律-自由型、无规律-亲密型、灵活-松散型、灵活-缠结型、有规律-松散型、有规律-缠结型、僵硬-自由型和僵硬-亲密型8种属于中间型。该量表在本研究中的一致性系数为0.862。

1.3 统计学分析

采用SPSS 17.0统计软件,对计量资料进行描述性统计,量表得分的差异行独立样本t检验,家庭类型的差异行χ^2检验。

2 结果

2.1 两组家庭功能评分比较

患者组在问题解决、角色、行为控制及总的功能等维度的评分显著高于对照组($P<0.05$,$P<0.01$),在沟通、情感反应及情感介入维度两组无显著性差异($P>0.05$)。见表1。

表1 两组家庭功能评分比较($n=40$,$\bar{x}\pm s$)

维度	患者组	对照组	t值	P值
问题解决	13.78±3.22	12.58±1.53	2.127	0.038
沟通	20.18±4.20	18.95±2.21	1.633	0.108
角色	25.45±3.49	23.43±2.29	3.072	0.003
情感反应	13.93±3.56	13.93±3.13	0.000	1.000
情感介入	16.93±3.54	15.48±3.33	1.887	0.063
行为控制	21.45±3.19	19.85±2.37	2.544	0.013
总的功能	26.35±5.33	23.98±3.45	2.366	0.021

2.2 两组家庭亲密度与适应性评分比较

患者组家庭适应性显著低于对照组($P<0.05$),亲密度略低于对照组,但差异无统计学意义($P>0.05$)。见表2。

表2 两组家庭亲密度与适应性(FACESⅡ-CV)评分比较($n=40$,$\bar{x}\pm s$)

维度	患者组	对照组	t值	P值
亲密度	66.08±9.57	67.21±6.06	-0.670	0.505
适应性	44.33±7.74	47.50±5.29	-2.142	0.035

2.3 两组"拱极模式"家庭类型比较

患者组与对照组"拱极模式"家庭类型间存在显著性差异($P<0.05$)。患者组以中间型为主,对照组以平衡型为主。见表3。

表3 患者组与对照组家庭"拱极模式"类型比较[$n=40$,例(%)]

组别	平衡型	中间型	极端型	χ^2	P
患者组	13(32.5%)	21(52.5%)	6(15.0%)	6.307	0.043
对照组	22(55.0%)	17(42.5%)	1(2.5%)		

3 讨论

双相障碍是一种家族聚集性的疾病,除遗传因素外,其家庭因素在双相障碍的发病、复发及预防复发中起重要的作用[5]。本研究探讨了双相障碍患者和正常人群的家庭功能之间的差异,结果显示双相障碍患者家庭在解决问题能力方面比健康对照家庭的能力低;在角色分工、角色任务等行为模式方面也较对照组家庭差,可能表现为角色模糊或不能较好完成角色任务;在行为控制模式方面的功能较差,提示双相障碍家庭组较健康对照组家庭在家庭规则及原则方面的行为控制力差。由于以上几个方面的问题,可能导致双相障碍患者总体家庭功能较差。而在语言信息沟通方面,对刺激事件的情感反应方面及家庭成员之间关心和重视程度方面与对照组无显著差异。这与国外学者Miklowitz等[5]的研究结果类似。McMaster家庭功能模式理论认为[6]:家庭的基本功能是为家庭成员生理、心理、社会性等方面的健康发展提供一定的环境条件,因此如果家庭的基本功能出现问题,家庭成员的生理、心理健康就会受到损害。本研究发现双相障碍患者的家庭功能与正常人群之间的差异也可能作为患者发病的危险因素,导致患者的发病或复发。患者的发病也可能对于其家庭功能产生影响,这有待于进一步的研究。

本研究关于双相障碍患者家庭亲密度适应性的结果显示,双相障碍患者的家庭适应性与对照组相比有显著偏差,表明家庭体系在问题情境下适应性显著偏差;双相障碍患者家庭亲密度稍低,但差异不显著。该结果可能与患者患病后家庭对患者的关注反而增加,家庭的亲密感未降低有关,但由于患者的疾病因素,家庭对于重大改变的适应能力可能下降,引起家庭适应性下降。国外研究也证实,与健康儿童的家庭或者正常人群相比,双相障碍患者的家庭有较低水平的家庭亲密度和适应性[7]。郭丽华等[8]研究发现抑郁障碍患者家庭亲密度分数高于国内常模,适应性分数低于国内常模,提示心境障碍患者家庭亲密度与适应性的状况可能存在类似情况。双相障碍患者在平衡型、中间型和极端型3种家庭类型上与对照组存在差异,正常家庭以平衡型为主,双相家庭以中间型为主,与平衡型家庭功能有利于家庭功能稳定有关。这与张凯等[10]研究发现双相障碍患者组与对照组实际的家庭类型比较无统计学差别的结果不一致,有待进一步大样本的研究验证。临床研究证明,在亲密度和适应性方面表现为极端型的家庭,如家庭成员关系疏远、情感淡漠、家庭角色混乱、没有稳定规则等,特别容易出现家庭成员适应不良等行为现象,而且对家庭成员的心理健康也都会产生很大影响,尤其是对于青少年的影响更加明显[10]。因此,极端型的家庭类型的患者,更有必要进行家庭心理治疗,改善家庭沟通模式。平衡型家庭类型可能有利于患者疾病的恢复及减少复发,这些还有待于长期纵向研究进一步证实。

由于家庭功能以及家庭亲密度和适应性存在多方面的影响因素,如家庭文化背景、家庭环境、经济状况、家庭结构、家庭关系、重大家庭生活事件等,本研究未对此进行详细的探讨,并且家庭功能是否因双相障碍患者的发病而发生改变,以及如何改变等机制并不清楚,在今后的研究中,可以针对这些方面开展更为系统深入的分析。

总之,双相障碍患者的家庭功能状况较差,表现在问题解决、角色、行为控制及总的功能方面。家庭的适应性下降,亲密度水平影响较小。双相障碍家庭以中间型为主,与对照组家庭存在显著性差异。本调查可以为双相障碍的治疗提供实证性支持。改善家庭功能对于精神疾病患者尤为重要[10],家庭成员的互动和态度影响精神疾病的发展及病程,所以更应该改善基本的家庭行为和交流模式。在临床药物治疗的同时,可以有针对性地对患者的家庭功能缺陷进行家庭心理治疗,从而达到改善患者的家庭功能,提高适应性,增加家庭成员之间的情感联系的作用。

参考文献:

[1] 沈其杰. 中国双相障碍防治指南[M]. 北京: 北京大学医学出版社, 2007: 1-5.

[2] 徐洁, 方晓义, 张锦涛, 等. 家庭功能对青少年情绪问题的作用机制[J]. 心理发展与教育, 2008(2): 79-85.

[3] Sullivan A E, Judd C M, Axelson D A, *et al*. Family functioning and the course of adolescent bipolar disorder [J]. Behav Ther, 2012, 43(4): 837-847.

[4] 汪向东, 王希林, 马宏. 心理卫生评定量表手册[M]. 增订版. 北京: 中国心理卫生杂志社, 1999: 142-152.

[5] Miklowitz D J, Johnson S L. Social and familial factors in the course of bipolar disorder: basic processes and relevant interventions [J]. Clin Psychol (New York), 2009, 16(2): 281-296.

[6] 王丹. 青少年情绪-行为问题、家庭功能、认知性情绪调节策略及其关系研究[D]. 上海: 华东师范大学, 2011.

[7] Belardinelli C, Hatch J P, Olvera R L, *et al*. Family environment patterns in families with bipolar children[J]. J Affect Disord, 2008, 107(1/3): 299-305.

[8] 郭丽华, 官锐园, 马莉, 等. 抑郁障碍患者与家属家庭亲密度适应性和情绪状况的研究[J]. 中国健康心理学杂志, 2008, 16(3): 308-311.

[9] 张凯, 吴瑜, 贾杰, 等. 双相情感障碍患者家庭亲密度与适应性的调查[J]. 上海精神医学, 2003, 15(1): 13-14.

[10] 俞超. 大学生人性观与父母养育方式、家庭亲密度和适应性的关系研究[D]. 马鞍山: 安徽工业大学, 2011.

(**收稿**:2013-06-03;**修回**:2013-07-20)

(编辑 王小寒)