

· 指南 · 共识 ·

【编者按】 双相障碍是一种既有躁狂发作又有抑郁发作的精神障碍，无论是诊断还是治疗的难度均远超抑郁症。随着双相障碍患病率的不断升高，其已成为一种常见、严重的精神障碍。2011年MERIKANGAS教授在Arch Gen Psychiatry上发表的世界双相障碍流行病学调查结果显示，我国深圳市的双相障碍终身患病率已达1.5%。2018年3月，加拿大抑郁和焦虑治疗网络（CANMAT）和国际双相障碍学会（ISBD）一同颁布了《2018版CANMAT/ISBD双相障碍管理指南》，其涵盖了双相障碍的诊断、治疗和管理各个方面，在最新的循证依据支持下对2013版指南进行了重大更新。本刊特邀ISBD常务理事、亚洲区主席陈俊博士对该指南进行分析解读，旨在为广大临床医生更快、更好地理解指南的更新，从而更规范合理地进行双相障碍的诊断、治疗和管理，更好地为患者提供规范化的医疗服务。

《2018版加拿大抑郁和焦虑治疗网络/国际双相障碍学会双相障碍管理指南》的更新重点解读

陈俊，方贻儒*，徐一峰*

【摘要】 随着社会的发展和对精神卫生的重视，双相障碍对患者的影响越来越受到社会关注。如何做到正确诊断和合理治疗是每个临床医生所面对的重大难题。本文对《2018版加拿大抑郁和焦虑治疗网络/国际双相障碍学会双相障碍管理指南》重点内容进行分析解读，主要内容包括指南总体亮点、疾病管理基础、药物治疗、心理社会干预的作用和推荐，以期为广大临床工作者提供新的指导方针。

【关键词】 双相情感障碍；诊断；治疗；慢病管理；抑郁发作；躁狂发作；轻躁狂发作

【中图分类号】 R 749.4 【文献标识码】 A DOI: 10.12114/j.issn.1007-9572.2018.00.408

陈俊，方贻儒，徐一峰.《2018版加拿大抑郁和焦虑治疗网络/国际双相障碍学会双相障碍管理指南》的更新重点解读[J].中国全科医学,2019,22(2):123-127.[www.chinagp.net]

CHEN J, FANG Y R, XU Y F. Update focus interpretation: CANMAT/ISBD 2018 guidelines for the management of patients with bipolar disorders [J]. Chinese General Practice, 2019, 22 (2) : 123-127.

Update Focus Interpretation: CANMAT/ISBD 2018 Guidelines for the Management of Patients with Bipolar Disorders

CHEN Jun, FANG Yiru*, XU Yifeng*

Shanghai Mental Health Center, Shanghai 200030, China

*Corresponding author: FANG Yiru, Professor, Doctoral supervisor; E-mail: yirufang@aliyun.com

XU Yifeng, Professor; E-mail: hyyyb@gmail.com

【Abstract】 With the development of society and the increase of priority given to mental health, the impact on patients caused by bipolar disorders is brought into focus. How to make a correct diagnosis and treatment is a big challenge to every psychiatrist. In this review, key content and changes for the CANMAT/ISBD 2018 guidelines for the management of patients with bipolar disorders are addressed. The main contents include the general highlights of the guidelines, the basis of bipolar disorders management, drug treatment and the role and recommendation of psychosocial intervention, hoping to give a hand to clinicians to better understand the new guidelines.

【Key words】 Bipolar disorder; Diagnosis; Treatment; Chronic disease management; Depressive episode; Manic episode; Hypomanic episode

自2005年加拿大抑郁和焦虑治疗网络（Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments, CANMAT）发布第1版双相障碍管理指南以来^[1]，期间历经了3次重大更新（2006、2009、2013版指南）^[2-4]。

在YATHAM教授的带领下，CANMAT双相障碍管理指南从无到有、从默默无闻到广为关注，经历了飞速发展。尤其在2009年CANMAT与国际双相障碍学会（International Society for Bipolar Disorders, ISBD）达成了战略合作，联合发表了CANMAT/ISBD双相障碍管理指南，使得CANMAT/ISBD双相障碍管理指南不仅成为了加拿大最重要的双相障碍管理指南，也

200030 上海市精神卫生中心

*通信作者：方贻儒，教授，博士生导师；E-mail: yirufang@aliyun.com 徐一峰，教授；E-mail: hyyyb@gmail.com

成为了全球范围内更新最快、影响最广、最具权威性的双相障碍管理指南之一。

2018年3月,ISBD官方杂志 *Bipolar Disorders* 全文刊发了《2018版CANMAT/ISBD双相障碍管理指南》(以下简称为2018版指南)^[5],是继2013版指南后的一次重大的、全面地指南更新和修订,在CANMAT与ISBD充分合作的基础上对近年新增的循证依据进行了全面评估,提出了新的临床推荐。鉴于CANMAT/ISBD双相障碍管理指南对于我国双相障碍临床和研究的重要作用 and 影响力,本文对2018版指南的更新进行概要解读,以期能帮助广大临床工作者更好地理解最新的循证依据和指南变化,促进规范化的临床实践。

1 2018版指南总体亮点

2018版指南总体包括8个部分,依次为背景、疾病管理基础、双相躁狂的急性期管理、双相抑郁的急性期管理、双相障碍的维持期治疗、双相障碍Ⅱ型:急性期和维持期治疗、特殊人群、安全性和监测。

1.1 更严格的循证等级界定 作为二次研究,2018版指南的编制基于循证医学,而对于循证等级的界定是一项至关重要的内容。为配合美国精神病学协会的《精神障碍诊断与统计手册(第5版)》^[6](DSM-5)的众多更新,2018版指南提高了对文献循证等级划分的标准,与2013版指南比较,2018版指南将置信区间狭窄、病例数少的双盲随机对照试验和非对照试验的循证等级均进行了下调。

1.2 循证依据与专家经验的有机结合 2018版指南的另一大亮点是充分尊重了专家组的经验和意见。每一种治疗干预方式首先需要满足高的循证等级分级,其次需要通过专家组的评估,只有当循证证据标准足够高,同时专家组又认可其在临床上的疗效和安全性后,才会在2018版指南中作为最终的治疗推荐。在治疗推荐中,“不推荐”是一种非常特殊的存在。基于对每一种“不推荐”治疗方案的负责态度,2018版指南规定只有具备证实无效的1级或2级证据时,才可将此种治疗方案定义为“不推荐”。

1.3 重点关注安全性、耐受性和转相风险 随着近年来关于疾病负担和疾病对患者预期寿命影响研究的深入,更多的学者将注意力集中到治疗所伴随的不良反应方面^[7]。2018版指南中另一个新的变化是特别关注治疗的安全性、耐受性和转相风险。在后续具体治疗推荐中,着重对每种治疗的风险进行了评估,以期能够提醒临床工作者更多地权衡治疗和安全性的问题。

2 疾病管理基础

从命名上可以发现,2018版指南强调双相障碍的疾病管理,而不仅是治疗。因此,在疾病管理基

础部分中,不仅介绍了疾病相关的流行病学、诊断和评估,也着重分析了双相障碍的共病问题、自杀风险和慢病管理。

2.1 共病问题 双相障碍的共病很常见,其中尤其以物质使用障碍、冲动控制障碍、焦虑障碍以及人格障碍(尤其是B类人格障碍)多见^[8]。共病会使双相障碍更加复杂,明确诊断也会变得困难。为了与其他精神障碍进行鉴别诊断,需要排除其他原因所导致的情绪症状,如人格障碍、躯体疾病或神经疾病、物质滥用。

2.2 自杀风险 自杀是双相障碍最常见的死亡原因,6%~7%的双相障碍患者死于自杀,因此,对双相障碍患者进行自杀观念和风险评估尤其重要^[9]。ISBD双相障碍自杀协作组专家共识提出,当患者出现某些社会人口学和临床危险因素(包括女性、早期起病、首次发病抑郁表现明显、复发或本次发作抑郁表现明显、共病焦虑障碍、共病物质使用障碍、共病B类人格障碍、一级亲属中有自杀家族史以及既往曾出现自杀企图)时,更需要关注自杀企图,但在自杀死亡的相关风险因素中,仅女性和一级亲属中有自杀家族史有显著性意义^[9-10]。因此,全面地评估治疗过程中的自杀风险就显得非常重要。2018版指南指出,目前的循证依据只支持锂盐有预防自杀的作用^[11],而心境稳定剂可能也有较微弱的自杀预防作用,但抗精神病药物与抗抑郁药物的预防自杀作用循证依据非常有限。

2.3 慢病管理 由于双相障碍是一种慢性、复发性疾病,因此就需要长期的、综合的慢病管理。在WAGNER^[12]的慢病管理模式中提出了自我管理支持、决策支持、社区项目参与、服务投送系统设计、临床信息系统以及健康系统等重要原则,以加强患者及其家属的长期疾病管理。此外,稳固的治疗联盟对于改善患者的治疗依从性和预后相当重要^[12]。医生除需要随访、监测患者的各方面情况外,也应教会患者如何监测自身的情绪症状和生活质量^[13]。对于慢病管理,如果能由健康管理团队负责是最理想的。这样的团队除了有精神科医生外,最主要的成员是精神科护士,可以为患者提供心理健康教育、持续的监测、心理社会支持以及协助转介社会资源。

3 药物治疗的作用和推荐

3.1 双相躁狂急性期治疗 双相躁狂急性期治疗总体上较2013版指南没有太大变化,主要的一线治疗推荐分为两大类:第一类是心境稳定剂或第二代抗精神病药物单药治疗;第二类是心境稳定剂联合第二代抗精神病药物治疗。两者孰优孰劣还难以明确,一般对于首发患者尽量选择从单药治疗开始,对于严重发作或疗效不佳者可以考虑联合治疗。相较于于

2013版指南,2018版指南将卡利拉嗪单药治疗作为新的一线治疗推荐,而将奥氮平和齐拉西酮降为二线治疗推荐。卡利拉嗪进入一线治疗推荐是因为有充分的1级证据可以证明其对双相躁狂急性期的治疗作用,一项合并分析的研究结果显示,来自6项研究、1033例双相躁狂患者经卡利拉嗪治疗后临床总体印象-严重度量表(CGI-S)评分情况显著改善^[14]。而奥氮平和齐拉西酮降为二线治疗推荐主要是由于其安全性和耐受性问题,如代谢综合征风险和QTc间期延长。不推荐的药物包括别嘌醇、艾司利卡西平、利卡西平、加巴喷丁、拉莫三嗪、 ω -3脂肪酸、托吡酯、戊诺酰胺和唑尼沙胺。

双相躁狂急性期治疗中另一个重要问题是如何尽快地控制患者的兴奋激越,对此2018版指南也进行了界定。激越是双相躁狂尤其是混合特征患者的常见症状^[12]。控制兴奋激越的关键在于预防或降低其发作程度。如果患者能够配合口服药物,尽快口服抗躁狂药物是首选;如果患者不能依从或者口服药物效果不显著,就应当考虑肌肉注射制剂^[12]。

3.2 双相抑郁急性期治疗 双相抑郁的诊断和治疗是极富挑战的内容。首先,双相抑郁的误诊和诊断延误现象十分普遍,因为回顾疾病病史时,躁狂或轻躁狂常被忽略,容易被误诊为抑郁症。因此,临床医生应尽可能详细询问疾病病史,尤其是躁狂或轻躁狂症状,充分使用筛查工具提高检出率^[12]。其次,双相抑郁的自杀观念和 risk 处理非常重要,超过70%的自杀企图和自杀死亡发生在这一阶段^[12]。因此,临床医生必须评估患者的危险因素,并且对于任何风险均应该选择合适的治疗方式,应鼓励有自杀风险的患者写下安全计划,列举在危机状况下的应对方式和支持资源。再次,双相抑郁所伴随的认知和功能损害也不容小觑,因为这会导致患者的心理社会功能损害^[15]。虽然目前对于改善认知和功能的研究不够充分,但至少在双相抑郁的处理中,临床医生应该避免使用可能会进一步加重认知功能损害的药物^[16]。

在治疗方面,双相抑郁的药物治疗一直以来均是争论的焦点。自从2013版指南发布以来,对于是否需要使用抗抑郁药物以及是否需要长期使用等问题均存在争议。ISBD于2013年关于该问题进行了专家调研,达成谨慎使用抗抑郁药物的共识^[17]。随着近年来相关研究的深入,一些高质量的循证证据对该问题提供了更好的循证依据。2016年,MCGIRR等^[18]发表的Meta分析认为,第二代抗抑郁药物作为辅助治疗时可以改善双相抑郁患者的抑郁症状,但效果较弱;在急性期转躁率方面与安慰剂比较无差异($P=0.753$),但在超过半年以上的维持治疗中会显

著增加转躁风险($P=0.043$)。由此可见,双相抑郁急性期应谨慎使用第二代抗抑郁药物,因此2018版指南将其降级为二线治疗推荐,是一个非常重要的改变,如果需要长期使用抗抑郁药物,就必须评估抗抑郁作用和转躁风险的平衡。这一改变与大多数临床医生的临床经验不太一致,与我国现行的《中国双相障碍防治指南(第二版)》^[19]也不一致。在高等级循证证据下,临床医生需要换个角度来审视抗抑郁药物使用对于双相障碍的利与弊。

2018版指南推荐的双相抑郁急性期治疗药物与双相躁狂相比较少。一线治疗推荐包括拉莫三嗪单药或联合治疗、锂盐单药治疗、鲁拉西酮单药或联合治疗、喹硫平单药治疗,其中拉莫三嗪联合治疗、鲁拉西酮单药或联合治疗是此次新增的治疗推荐。二线治疗推荐包括抗抑郁药物联合治疗、卡利拉嗪单药治疗、双丙戊酸单药治疗、 ω -3脂肪酸联合治疗、奥氟合剂治疗,其中除双丙戊酸单药治疗外均为新增的治疗推荐。

对于双相障碍II型抑郁发作,2018版指南仅把喹硫平单药治疗作为唯一的一线治疗推荐。由于针对此类患者群体研究的不足,大多数药物的循证等级较薄弱。锂盐单药治疗、拉莫三嗪单药治疗、安非他酮联合治疗、电抽搐治疗(ECT)等作为二线治疗推荐。不推荐的治疗包括抗抑郁药物单药治疗、阿立哌唑、拉莫三嗪联合叶酸治疗、米非司酮联合治疗、齐拉西酮单药治疗、左乙拉西坦联合治疗、美金刚联合治疗、吡格列酮联合治疗、孕烯醇酮联合治疗、利鲁唑单药治疗、利培酮联合治疗。

3.3 双相障碍维持期治疗 双相障碍维持期治疗内容与2013版指南相比,改变并不明显,2018版指南将心境稳定剂或第二代抗精神病药物单药治疗均列为一线治疗推荐,第二种一线治疗推荐的方式是心境稳定剂联合第二代抗精神病药物治疗。新的变化主要包括将帕利哌酮缓释剂作为二线治疗推荐,将阿塞那平单药治疗或联合治疗作为三线治疗推荐。双相障碍II型抑郁发作的维持治疗选择则更少,2018版指南只将喹硫平单药治疗、锂盐单药治疗、拉莫三嗪单药治疗作为一线治疗推荐。

4 心理社会干预的作用和推荐

药物治疗是成功治疗双相障碍的基础,但联合心理社会干预同样可以有效地帮助患者。2018版指南强调了心理社会治疗对于双相抑郁或双相躁狂的治疗作用,主要体现在预防复发和恢复患者及其家属的生活质量方面^[20],并非在急性期治疗阶段。

目前有循证证据支持可以作为一线治疗推荐的心理社会干预方式是心理健康教育,聚焦于帮助双相障碍患者认识和监测症状、应激管理、问题解决、消除歧

视、健康生活方式以及提高药物治疗依从性^[21]。核心问题是如何建立个人应对方式,从而更好地预防心境复发。二线治疗推荐的心理社会干预方式还包括认知-行为治疗(CBT)和家庭取向治疗(FFT),三线治疗推荐包括人际关系和社会节律治疗(IPSRT)、同伴支持。其他的心理社会干预方式目前尚缺乏足够的证据来支持其对双相障碍的预防复发作用。

4.1 心理健康教育 从广义上讲,心理健康教育包括向患者及其家属提供疾病病程、治疗和关键应对措施的信息。对于双相障碍患者来说,重要的是教育其如何识别和管理抑郁与躁狂的前驱症状、应激管理、问题解决、病耻感处理以及加强药物治疗依从性和发展健康生活方式^[16]。

4.2 CBT 虽然CBT对于抑郁症疗效的证据十分充分,但是对于双相障碍却不太一样。一项阳性结果的随机对照研究(RCT)未能排除药物混杂因素的影响^[22],而另一项复发预防的研究结果在更大样本的RCT中未获得证实^[23-24]。而根据大多数已发表的CBT操作手册提示,针对双相障碍的治疗应该设定为至少持续6个月、20次以上的治疗。

4.3 FFT FFT的理论基础建立在双相障碍患者家属的支持能够强化治疗效果,尤其适用于高情感暴露的家庭。有效的FFT需要经过9个月、21次以上的治疗;一些强化的FFT(超过30次治疗)显示疗效更优^[25]。但与CBT相同,FFT的循证证据还不够充分,因此也只能作为与药物治疗联合的二线治疗推荐。

5 小结

双相障碍的临床特征决定了其复杂性和难治性,相较于抑郁症,双相障碍的识别、诊断和治疗均更加困难。在目前病因未明、生物学标志物尚不明确的环境下,更需要从规范化的角度对双相障碍进行筛查、诊断和个体化治疗。因此,基于循证的指南是目前临床工作者手中的利器,充分领会指南的精神将有助于临床实践,也有助于改善患者的预后。

2018版指南是继2013版指南后的一次重大而全面的更新,更高的循证等级要求、更全面的文献回顾、更全面的专家经验决定了这将是一个里程碑式的指南更新。对于2018版指南仍存争议的方面也是今后研究的方向,希望在更多的循证证据指引下,可以有更多客观的依据提供临床工作者参考。

作者贡献: 陈俊进行文章的构思与设计,可行性分析,文献/资料收集,文献/资料整理,撰写论文;方贻儒进行文章指导,论文的修订;徐一峰负责文章的质量控制及审校,对文章整体负责,监督管理。

本文无利益冲突。

参考文献

[1] YATHAM L N, KENNEDY S H, O'DONOVAN C, et al. Canadian

Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) guidelines for the management of patients with bipolar disorder: consensus and controversies [J]. *Bipolar Disord*, 2005, 7 (Suppl 3): 5-69. DOI: 10.1111/j.1399-5618.2005.00219.x.

[2] YATHAM L N, KENNEDY S H, O'DONOVAN C, et al. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) guidelines for the management of patients with bipolar disorder: update 2007 [J]. *Bipolar Disord*, 2006, 8 (6): 721-739. DOI: 10.1111/j.1399-5618.2006.00432.x.

[3] YATHAM L N, KENNEDY S H, SCHAFFER A, et al. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) and International Society for Bipolar Disorders (ISBD) collaborative update of CANMAT guidelines for the management of patients with bipolar disorder: update 2009 [J]. *Bipolar Disord*, 2009, 11 (3): 225-255. DOI: 10.1111/j.1399-5618.2009.00672.x.

[4] YATHAM L N, KENNEDY S H, PARIKH S V, et al. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) and International Society for Bipolar Disorders (ISBD) collaborative update of CANMAT guidelines for the management of patients with bipolar disorder: update 2013 [J]. *Bipolar Disord*, 2013, 15 (1): 1-44. DOI: 10.1111/bdi.12025.

[5] YATHAM L N, KENNEDY S H, PARIKH S V, 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. DOI: 10.1111/bdi.12609

[6] American Psychiatric Association, DSM-5 Task Force. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5™ (5th ed.) [M]. Arlington: American Psychiatric Publishing, 2013.

[7] FERRARI A J, CHARLSON F J, NORMAN R E, et al. Burden of depressive disorders by country, sex, age, and year: findings from the global burden of disease study 2010 [J]. *PLoS Med*, 2013, 10 (11): e1001547. DOI: 10.1371/journal.pmed.1001547.

[8] MERIKANGAS K R, AKISKAL H S, ANGST J, et al. Lifetime and 12-month prevalence of bipolar spectrum disorder in the National Comorbidity Survey replication [J]. *Arch Gen Psychiatry*, 2007, 64 (5): 543-552. DOI: 10.1001/archpsyc.64.5.543.

[9] SCHAFFER A, ISOMETSA E T, TONDO L, et al. Epidemiology, neurobiology and pharmacological interventions related to suicide deaths and suicide attempts in bipolar disorder: part I of a report of the International Society for Bipolar Disorders Task Force on Suicide in Bipolar Disorder [J]. *Aust N Z J Psychiatry*, 2015, 49 (9): 785-802. DOI: 10.1177/0004867415594427.

[10] MARANGELL L B, BAUER M S, DENNEHY E B, et al. Prospective predictors of suicide and suicide attempts in 1,556 patients with bipolar disorders followed for up to 2 years [J]. *Bipolar Disord*, 2006, 8 (5 Pt 2): 566-575. DOI: 10.1111/j.1399-5618.2006.00369.x.

[11] SMITH K A, CIPRIANI A. Lithium and suicide in mood disorders: updated meta-review of the scientific literature [J]. *Bipolar Disord*, 2017, 19 (7): 575-586. DOI: 10.1111/bdi.12543.

[12] WAGNER E H. Chronic disease management: what will it take to improve care for chronic illness? [J]. *Eff Clin Pract*, 1998, 1 (1): 2-4.

[13] MICHALAK E E, MURRAY G, Collaborative Research Team to Study Psychosocial Issues in Bipolar Disorder (CREST-BD).

- Development of the QoLBD: a disorder-specific scale to assess quality of life in bipolar disorder [J]. *Bipolar Disord*, 2010, 12 (7): 727-740. DOI: 10.1111/j.1399-5618.2010.00865.x.
- [14] DURHAM S, EARLEY W, LU K, et al. Global improvement with cariprazine in the treatment of bipolar I disorder and schizophrenia: a pooled post hoc analysis [J]. *Int J Clin Pract*, 2017, 71 (12). DOI: 10.1111/ijcp.13037.
- [15] MORA E, PORTELLA M J, FORCADA I, et al. Persistence of cognitive impairment and its negative impact on psychosocial functioning in lithium-treated, euthymic bipolar patients: a 6-year follow-up study [J]. *Psychol Med*, 2012, 43 (6): 1-10. DOI: 10.1017/S0033291712001948.
- [16] KOZICKY J M, TORRES I J, BOND D J, et al. Comparison of neuropsychological effects of adjunctive risperidone or quetiapine in euthymic patients with bipolar I disorder [J]. *Int Clin Psychopharmacol*, 2012, 27 (2): 91-99. DOI: 10.1097/YIC.0b013e32834e3bea.
- [17] PACCHIAROTTI I, BOND D J, BALDESSARINI R J, et al. The International Society for Bipolar Disorders (ISBD) task force report on antidepressant use in bipolar disorders [J]. *Am J Psychiatry*, 2013, 170 (11): 1249-1262. DOI: 10.1176/appi.ajp.2013.13020185.
- [18] MCGIRR A, VOHRINGER P A, GHAEI S N, et al. Safety and efficacy of adjunctive second-generation antidepressant therapy with a mood stabiliser or an atypical antipsychotic in acute bipolar depression: a systematic review and meta-analysis of randomised placebo-controlled trials [J]. *Lancet Psychiatry*, 2016, 3 (12): 1138-1146. DOI: 10.1016/S2215-0366 (16) 30264-4.
- [19] 于欣, 方贻儒. 中国双相障碍防治指南 (第二版) [M]. 北京: 中华医学电子音像出版社, 2015.
- YU X, FANG Y R. Guidelines for the prevention and treatment of bipolar disorder in China (2nd edition) [M]. Beijing: Chinese Medical Multimedia Press, 2015.
- [20] REINARES M, SANCHEZ-MORENO J, FOUNTOLAKIS K N. Psychosocial interventions in bipolar disorder: what, for whom, and when [J]. *J Affect Disord*, 2014, 156: 46-55. DOI: 10.1016/j.jad.2013.12.017.
- [21] GONZÁLEZ ISASI A, ECHEBURÚA E, LIMINANA J M, et al. Psychoeducation and cognitive-behavioral therapy for patients with refractory bipolar disorder: a 5-year controlled clinical trial [J]. *Eur Psychiatry*, 2014, 29 (3): 134-141. DOI: 10.1016/j.eurpsy.2012.11.002.
- [22] MIKLOWITZ D J, OTTO M W, FRANK E, et al. Intensive psychosocial intervention enhances functioning in patients with bipolar depression: results from a 9-month randomized controlled trial [J]. *Am J Psychiatry*, 2007, 164 (9): 1340-1347. DOI: 10.1176/appi.ajp.2007.07020311.
- [23] SCOTT J, PAYKEL E, MORRIS R, et al. Cognitive-behavioural therapy for severe and recurrent bipolar disorders: randomised controlled trial [J]. *Br J Psychiatry*, 2006, 188: 313-320. DOI: 10.1192/bjp.188.4.313.
- [24] LAM D H, WATKINS E R, HAYWARD P, et al. A randomized controlled study of cognitive therapy for relapse prevention for bipolar affective disorder: outcome of the first year [J]. *Arch Gen Psychiatry*, 2003, 60 (2): 145-152.
- [25] MIKLOWITZ D J, CHUNG B. Family-focused therapy for bipolar disorder: reflections on 30 years of research [J]. *Fam Process*, 2016, 55 (3): 483-499. DOI: 10.1111/famp.12237.
- (收稿日期: 2018-12-03; 修回日期: 2018-12-14)
(本文编辑: 张晓晓)

· 全科医生工具箱 ·

Australian Journal of General Practice 2018 年 12 月目次选登

- Preventive healthcare: a core component of Australian general practice
预防保健是澳大利亚全科医学的重要内容之一
- Preventing alcohol-related harm in Aboriginal and Torres Strait Islander communities: the experience of an Aboriginal Community Controlled Health Service in Central Australia
澳大利亚中部地区原住民社区健康服务项目之一: 澳大利亚本土居民和托雷斯海峡群岛社区居民用于预防酒精对人体的危害的全科医学干预措施
- Primary care prevention of the cardiovascular health crisis for people with severe mental illnesses: the elephant in the room
重度精神病患者心血管疾病的一级预防不容忽视
- Preventive healthcare: a core component of Australian general practice
预防保健是澳大利亚全科医学的重要内容之一
- A young man with progressive worsening dyspnoea
年轻男性慢性矽肺伴进行性呼吸困难一例报道
- Colorectal cancer screening in Australia: an update
澳大利亚结肠直肠癌筛查最新进展
- Black salve in a nutshell
“黑色药膏”治疗皮肤癌的风险简介
- Could an online or digital aid facilitate discussions about sexual health with older Australians in general practice?
澳大利亚全科医学工作者采用网络和数字化工具能改善对老年患者进行的性健康教育状况吗?
- Preconception care and contraceptive use among Australian women with diabetes mellitus
澳大利亚女性糖尿病患者的妊娠前保健状况和避孕方法的调查研究
- Critical caveats in using product information/pregnancy categories for pregnant or breastfeeding patients
医务人员对孕妇或母乳喂养的产妇进行药物治疗的关键注意事项的研究
- Evidence-based medicine from a social science perspective
社会科学视角下的循证医学
(详细内容见 <https://www1.racgp.org.au/ajgp/2018/december>)
(本刊编辑部整理)