

网络出版时间: 2018-8-2 09:40 网络出版地址: <http://kns.cnki.net/kcms/detail/34.1065.R.20180731.1310.028.html>

住院抑郁症患者自我怜悯水平与其共情能力的关系

王本红¹, 李晓骝^{1,2,3}, 谢雯^{2,3}, 夏海森^{2,3}, 穆菁菁^{2,3}, 耿峰^{2,3}

摘要 目的 探讨抑郁症患者自我怜悯和其共情能力之间的关系。方法 采用中文版自我怜悯量表(SCS-C)、中文版人际反应指针量表(IRI-C)和汉密尔顿抑郁量表(HAMD-17)对54例住院抑郁患者和59例正常对照者进行评估,分析抑郁患者自我怜悯水平与其共情缺陷之间的关系。结果 抑郁患者组SCS-C总分及其自我友善、普遍人性和正念各因子分均低于对照组($P < 0.001$);患者组观点采择分低于对照组($P < 0.01$),个人痛苦分高于对照组($P < 0.001$);患者组SCS-C总分及其各因子分与抑郁程度呈负相关性($P < 0.01$, $P < 0.05$),与观点采择分呈正相关性($P < 0.01$, $P < 0.05$),与个人痛苦分呈负相关性($P < 0.01$);正念与观点采择、普遍人性与个人痛苦之间有线形回归关系($P < 0.01$)。结论 抑郁患者自我怜悯水平较低、与其共情缺陷存在相关和线性回归关系。

关键词 自我怜悯; 共情; 抑郁症

中图分类号 R 749.42

文献标志码 A 文章编号 1000-1492(2018)09-1453-04

doi: 10.19405/j.cnki.issn1000-1492.2018.09.028

抑郁症是最常见的精神疾病之一,且常常以复发的形式为特征^[1],估计8%~20%的人一生中经历至少一次抑郁发作^[2]。而抑郁症的治疗不仅需要抑郁症状的减轻,也还需要怜悯和共情能力等社会认知功能的恢复^[3]。自我怜悯是对自己困难时期的理解和接纳的一种适应性行为,而共情是能够理解和准确认同他人的感受的一种更复杂的人际关系结构,包括情感共情和认知共情^[4-5]。研究^[6-7]表明抑郁患者有着低自我怜悯水平以及共情缺陷。

正常人群中的研究^[8]显示,自我怜悯能改善人际功能并与共情能力相联系。然而,抑郁患者中,

其自我怜悯水平与其共情缺陷之间的联系却尚不清楚。本研究将调查住院抑郁患者自我怜悯水平与其共情缺陷以及抑郁症状的关系和影响。

1 材料与方法

1.1 病例资料

1.1.1 住院抑郁患者组 选取2016年9月~2017年4月安徽省精神卫生中心开放病区住院抑郁患者作为研究组。入组标准:①符合国际疾病与相关健康问题统计分类(ICD-10)中抑郁发作或复发性抑郁的诊断标准;②年龄16~50岁,初中及以上文化,有足够的阅读理解能力;③排除严重躯体疾病、精神活性物质滥用和其他精神疾病。入组患者共54例,其中男19例,女35例;年龄16~49(27.65 ± 8.52)岁;受教育年限9~19(13.43 ± 2.81)年;病程0.5~168(31.36 ± 40.06)个月;其中首发与复发性抑郁除病程外($t = -6.868$, $P < 0.001$),余差异均无统计学意义;用药情况:单一用抗抑郁药物31例,联合用药23例;汉密尔顿抑郁量表(Hamilton depression scale, HAMD)评分为(19.35 ± 4.071)分,汉密尔顿焦虑量表(Hamilton anxiety scale, HAMA)评分为(14.00 ± 4.443)分。

1.1.2 正常对照组 选取本中心所在社区正常健康者作为正常组,排除患有严重躯体疾病、精神疾病、精神活性物质滥用及精神疾病家族史。共59例,男21例,女38例;年龄16~40(26.07 ± 4.25)岁;受教育年限9~19(14.14 ± 2.856)年。

1.2 研究方法 由2名及以上精神科主治医师诊断疾病,采用HAMA、HAMD-17对被试评估焦虑抑郁程度,发放中文修订版自我怜悯量表(Chinese version of revised self-compassion scale, SCS-C)、人际反应指针量表(interpersonal reactivity index-C, IRI-C),所有量表按统一的指导语对被试者做出说明,并由被试者独立完成。所有参加本研究的被试知情同意。本研究通过安徽医科大学伦理委员会审核批准。

1.2.1 SCS-C量表 该量表由Neff编制,为自评量表,共26个条目,包括3个因子:自我友善、普遍人

2018-04-10 接收

基金项目: 国家科技支撑计划(编号:2015BAI13B02); 合肥市科技攻关计划项目(编号:合科[2015]163号-49)

作者单位: ¹ 安徽医科大学医学心理学系, 合肥 230032

² 安徽省精神卫生中心, 合肥 230032

³ 国家精神心理疾病临床研究中心, 长沙 410011

作者简介: 王本红, 男, 硕士研究生;

李晓骝, 男, 主任医师, 硕士生导师, 责任作者, E-mail: lixi-aosi888@126.com

性和正念。自我友善: 即当个体遇到困难、失败或感到不适时, 对自我的一种温暖和理解; 普遍人性: 即能够认知到人类状态并非完美, 并非仅仅有困苦; 正念: 直面痛苦思想和情绪, 把苦恼看作无需压抑和回避的事。量表采用 1~5 级评分, 得分越高表示自我怜悯水平越高^[8]。

1.2.2 IRI-C 量表 该量表是由 Davis 编制的自评量表, 本研究采用詹志禹^[8]修订的 IRI-C 量表, 有 4 个因子, 分别为观点采择、共情性关心、想象力、个人痛苦。共 22 个条目, 采用 0~4 级评分, 各因子得分越高, 说明该因子所对应的共情能力越高。

1.2.3 HAMA、HAMD 量表 HAMA、HAMD 量表是由 Hamilton 所编制的目前临床上评定焦虑抑郁常用的量表^[10-11]。本研究采用的是 17 项的 HAMD, 用以评估临床抑郁症状严重程度。

1.3 统计学处理 采用 SPSS 16.0 软件进行分析。采用 t 检验和 χ^2 检验比较研究组与对照组间年龄、性别及受教育年限的差异, 采用独立样本 t 检验比较两组间 SCS-C、IRI-C 得分差异。采用 Pearson 相关分析和线性回归分析 SCS-C 评分和 IRI-C 评分之间的联系。

2 结果

2.1 住院抑郁症患者与正常对照组之间比较 患者组与对照组间年龄 ($t = 1.389, P = 0.168$)、性别 ($\chi^2 = 0.250, P = 0.803$) 和受教育年限 ($t = -1.332, P = 0.186$) 差异均无统计学意义。独立样本 t 检验分析显示, 患者组 SCS-C 总分及其各个因子分均低于对照组。IRI-C 量表中患者组个人痛苦得分高于对照组 ($P < 0.001$); 患者组观点采择得分低于对照组 ($P < 0.01$), 见表 1。

表 1 患者组与对照组 SCS-C、IRI-C 总分及其各个因子分比较(分, $\bar{x} \pm s$)

项目	患者组($n=54$)	对照组($n=59$)	t 值	P 值
自我友善	26.28 ± 6.85	34.61 ± 4.82	-7.829	<0.001
普遍人性	20.80 ± 5.45	26.71 ± 4.52	-6.513	<0.001
正念	20.46 ± 6.26	28.07 ± 4.94	-7.388	<0.001
SCS-C 总分	67.54 ± 16.72	89.39 ± 12.85	-8.092	<0.001
观点采择	9.57 ± 5.05	11.93 ± 3.71	-2.816	0.006
想象力	10.20 ± 5.42	10.12 ± 3.76	0.160	0.873
共情性关心	11.24 ± 3.21	11.07 ± 2.41	0.391	0.697
个人痛苦	11.24 ± 5.16	7.97 ± 3.84	3.956	<0.001
IRI-C 总分	42.26 ± 13.70	41.08 ± 9.90	0.633	0.528

2.2 住院抑郁症患者首发与复发性抑郁症 SCS-

C、IRI-C、HAMA、HAMD 因子分比较 结果显示住院抑郁症患者中首发组($n = 25$)与复发组($n = 29$) SCS-C 及其各个因子分, IRI-C 及其各个因子分、HAMA、HAMD 差异均无统计学意义。

2.3 住院抑郁症患者 SCS-C 评分与 IRI-C、HAMA、HAMD 评分间的相关分析 住院抑郁症患者 SCS-C 总分及其各个因子分与观点采择呈正相关性, 与抑郁程度和个人痛苦呈负相关性, 抑郁程度和焦虑程度均与个人痛苦呈正相关性, 且相关性均具有统计学意义($P < 0.05, P < 0.01$), 见表 2。

表 2 住院抑郁症患者 SCS-C 评分与 IRI-C、HAMA、HAMD 评分间的相关分析($r, n = 54$)

项目	自我友善	普遍人性	正念	SCS-C 总分	个人痛苦
观点采择	0.298*	0.460**	0.528**	0.470**	-
个人痛苦	-0.548**	-0.624**	-0.528**	-0.626**	-
HAMD	-0.355**	-0.386**	-0.343*	-0.400**	0.299*
HAMA	-	-	-	-	0.296*

* $P < 0.05$, ** $P < 0.01$

2.4 住院抑郁症患者自我怜悯水平与共情线性回归分析 以患者组自我怜悯水平中普遍人性和正念作为自变量, 以观点采择和个人痛苦作为因变量进行回归分析。结果显示普遍人性与个人痛苦、正念与观点采择之间均有线性回归关系($P < 0.01$), 见图 1。从决定系数 R^2 数值和图 1 来看引入相关有一定的效果, 说明正念对观点采择以及普遍人性对个人痛苦具有一定的影响作用, 见表 3。

表 3 患者组自我怜悯水平与共情的线性回归($n = 54$)

自变量	因变量	B	R^2	ADR^2	F 值	P 值
正念	观点采择	0.471	0.320	0.279	7.843	0.007
普遍人性	个人痛苦	-0.445	0.425	0.391	12.334	0.006

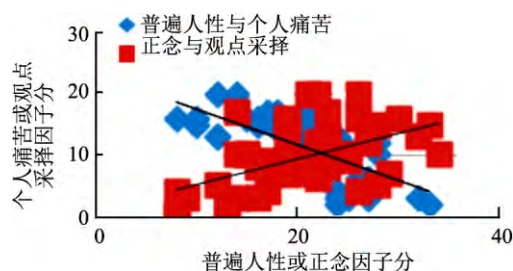


图 1 患者组自我怜悯水平与共情的线性回归($n = 54$)

3 讨论

本研究显示抑郁症患者 SCS-C 总分及其各个

因子分均较对照组低,观点采择分较对照组低,个人痛苦分较对照组高。表明抑郁症患者自我怜悯能力和共情能力的受损,这与既往研究^[12-13]结果相符。抑郁症患者自我怜悯能力低表明其可能会因缺乏自我友善而不能自我温暖和理解,缺乏普遍人性而不能准确认识到人是不完美的,缺乏正念而难以直面自己的消极思想和情绪以至于过分认同。然而结果显示自我怜悯水平与抑郁程度呈负相关性,进一步支持该观点;抑郁症的共情缺陷可能是其社会功能受损的原因^[1],观点采择是一种理解他人观点并能在解决问题时考虑这些观点的能力,属于认知共情^[14]。患者观点采择能力低,表明患者可能会将重点放在自己而不是他人身上,表明其认知共情缺陷;个人痛苦属于情感共情,是当他人遇到困难痛苦时,可能会情绪传染、退缩并产生面向自我的回应,形成共情压力^[14]。患者个人痛苦较高,表明患者会产生面向自己而不是面向他人的回应,表明其情感共情缺陷。另结果显示抑郁程度与个人痛苦分呈正相关性,进一步表明随着抑郁程度的加重,其个人痛苦愈加明显,共情压力水平越高,进而更加退缩并回避类似场景。个人痛苦也会产生厌恶和焦虑的情绪反应^[15],本研究显示 HAMA 分数与个人痛苦分呈正相关性,亦进一步支持了此观点。

本研究显示抑郁症患者自我怜悯水平与观点采择分呈正相关性,表明住院抑郁症患者自我怜悯水平越高,在面对困难和不足时,越容易表现出对自己足够的温暖和接纳,从精神上走出自身,在面向自我和他人的经验观点时会更多地采用观点采择;自我怜悯水平与个人痛苦因子分呈负相关性,表明患者自我怜悯水平越高,在对别人遇到困难痛苦产生感受时,不过分认同,越少地退缩和情绪传染,越少地产生面向自我的回应,个人痛苦所产生的共情压力越低。可能怜悯心有安抚自己的倾向,通过友善、正念去接受消极的感受,阻止了与他人痛苦的认同,并相对地平衡共情能力,且调节由共情压力所引起的消极情绪。

本研究线性回归分析的结果显示,正念对观点采择的解释量为 32.0%,普遍人性对个人痛苦的解释量为 42.5%。表明自我怜悯水平对抑郁症患者的观点采择及个人痛苦有一定的预测能力。研究^[14]表明自我怜悯可以被看作是一种情绪调节策略,能增强认知重评,降低抑郁情绪并将其转化为积极情绪。普遍人性对个人痛苦能力有很好的预测作用,普遍人性可能使人们认识到人是不完美的,人们

并不孤单于自己的痛苦中,不能永远作为自己想成为的人,通过普遍人性的训练可能会降低患者的个人痛苦,改善情感共情缺陷;另一结果显示,正念对观点采择能力有一定的预测作用,通过正念来直面自己的消极思想和情绪,不过分认同,更多地理解他人的观点,并化为己用,表明通过正念训练可能会增加患者的观点采择能力,从而改善认知共情缺陷。既往有研究^[17]显示,基于正念的认知治疗减少了认知反应性(即倾向于用抑郁的思维对悲伤的情绪作出反应)和抑郁复发之间的联系,结合本研究研究组首发与复发性抑郁症患者均具有自我怜悯及共情能力的受损,这表明提高自我怜悯能力可能是改变习惯性思维模式的关键,以及改善共情缺陷,然而由于样本量的限制,目前难以进一步讨论。

本研究结果证实了抑郁症患者存在自我怜悯及共情能力的缺陷,抑郁症患者的自我怜悯水平与其共情缺陷、抑郁程度存在联系,提示自我怜悯能力的训练可能会改善抑郁症患者的共情能力,改善抑郁症状,并提高社会功能,以及可能缩短住院周期和增效心理治疗。

本研究的不足之处在于研究的总样本量偏小,首发和复发性抑郁症患者组样本量亦小,研究采用的工具简单,住院抑郁症患者病情普遍较重,开放式病房不收住伴有严重消极自伤行为的患者,对伴有精神病症状的重度抑郁患者的影响未能考虑,未能排除药物治疗等的影响,未来将扩大样本量,进一步深入研究抑郁症患者社会认知功能的缺陷以及探讨自我怜悯与共情功能对抑郁症的形成和复发的可能影响,探寻抑郁症形成的可能机制并为临床治疗提供理论参考。

参考文献

- [1] Bockting C L, Hollon S D, Jarrett R B, et al. A lifetime approach to major depressive disorder: the contributions of psychological interventions in preventing relapse and recurrence [J]. *Clin Psychol Rev*, 2015, 41: 16-26.
- [2] Koster E H W, Hoorelbeke K, Onraedt T, et al. Cognitive control interventions for depression: a systematic review of findings from training studies [J]. *Clin Psychol Rev*, 2017, 53: 79-92.
- [3] Kupferberg A, Bicks L. Social functioning in major depressive disorder [J]. *Neurosci Biobehav Rev*, 2016, 69: 313-32.
- [4] Neff K D. The development and validation of a scale to measure self-compassion [J]. *Self Identity*, 2003, 2(3): 223-50.
- [5] Sinclair S, Beamer K, Hack T F, et al. Sympathy, empathy, and compassion: a grounded theory study of palliative care patients' understandings, experiences, and preferences [J]. *Palliat Med*,

- 2017,31(5):437-47.
- [6] Krieger T, Berger T. The relationship of self-compassion and depression: cross-lagged panel analyses in depressed patients after outpatient therapy [J]. *J Affect Disord*, 2016, 202: 39-45.
 - [7] Schreier S, Pijnenborg G H. Empathy in adults with clinical or subclinical depressive symptoms [J]. *J Affect Disord*, 2013, 150(1): 1-16.
 - [8] Neff K D, Pommier E. The Relationship between self-compassion and other-focused concern among college undergraduates, community adults, and practicing meditators [J]. *Self Identity*, 2013, 12(2): 160-76.
 - [9] 詹志禹. 年级, 性别角色, 人情取向与同理心的关系 [M]. 台湾: 台湾政治大学教育研究所, 1987: 155-6.
 - [10] Snaith R P, Baugh S J, Clayden A D, et al. The clinical anxiety scale: an instrument derived from the hamilton anxiety scale [J]. *Br J Psychiatry*, 1982, 141: 518-23.
 - [11] Gjerris A, Bech P, Bøjholm S, et al. The Hamilton anxiety scale. Evaluation of homogeneity and inter-observer reliability in patients with depressive disorders [J]. *J Affect Disord*, 1983, 5(2): 163-70.
 - [12] 岳君思, 耿峰, 董毅, 等. 抑郁症患者自我怜悯水平及其与快感缺失的关系 [J]. *安徽医科大学学报*, 2016, 51(7): 1058-61.
 - [13] Domes G, Spenthof I, Radtke M, et al. Autistic traits and empathy in chronic vs episodic depression [J]. *J Affect Disord*, 2016, 195: 144-7.
 - [14] Germer C K, Neff K D. Self-compassion in clinical practice [J]. *J Clin Psychol*, 2013, 69(8): 856-67.
 - [15] Hoffmann F, Banzhaf C, Kanske P, et al. Empathy in depression: egocentric and altercentric biases and the role of alexithymia [J]. *J Affect Disord*, 2016, 199: 23-9.
 - [16] Diedrich A, Hofmann S G, Cuijpers P. Self-compassion enhances the efficacy of explicit cognitive reappraisal as an emotion regulation strategy in individuals with major depressive disorder [J]. *Behav Res Ther*, 2016, 82: 1-10.
 - [17] Kuyken W, Watkins E, Holden E, et al. How does mindfulness-based cognitive therapy work? [J]. *Behav Res Ther*, 2010, 48(11): 1105-12.

The relationship between self-compassion and empathy in patients with depression

Wang Benhong¹, Li Xiaosi^{1,2,3}, Xie Wen^{2,3}, et al

(¹Dept of Psychology, Anhui Medical University, Hefei 230032; ²Anhui Mental Health Center, Hefei 230032; ³National Clinical Research Center on Mental Disorders, Changsha 410011)

Abstract Objective To explore the relationship between self-compassion and empathy in patients with depression. **Methods** 54 cases of depressive patients and 59 healthy subjects were assessed with Chinese version of revised self-compassion scale (SCS-C), Chinese version of interpersonal reactivity index (IRI-C) and Hamilton depression scale (HAMD-17), and to analyze the relationship between self-compassion and empathy deficits in depressive patients. **Results** The scores of total SCS-C, self-kindness, common humanity and mindfulness were lower in the patients with depression than those of healthy subjects ($P < 0.001$). Patients with perspective taking scores were lower than healthy subjects ($P < 0.01$) and personal distress score were higher than healthy subjects ($P < 0.001$). The scores of total SCS-C and its factors were negatively correlated with the degree of depression ($P < 0.01$, $P < 0.05$), positively correlated with the perspective taking score ($P < 0.01$, $P < 0.05$) and negatively correlated with personal distress scores ($P < 0.01$) in the depressive patients. Finally there was a linear regression relationship between mindfulness and perspective taking, common humanity and personal distress ($P < 0.01$). **Conclusion** Patients with depression have self-compassion and empathy deficits, and there is a correlation and linear regression relationship between self-compassion and empathy.

Key words self-compassion; empathy; depression