

· 健康促进与健康教育 ·

抑郁症合并焦虑症患者自杀态度调查及其与病情、应对方式的关系探讨

李鸿¹, 吕钦谕², 易正辉²

1. 上海市宝山区精神卫生中心三病区, 上海 201999; 2. 上海市精神卫生中心 L3 病房, 上海 200030

摘要: **目的** 调查抑郁症合并焦虑症患者的自杀态度, 并探讨其与病情、应对方式的临床关系。 **方法** 选取 2015 年 6 月—2018 年 6 月上海市宝山区精神卫生中心收治的 1 000 例抑郁症合并焦虑症患者为合并组, 另单纯抑郁症、单纯焦虑症患者各 600 例, 为抑郁组和焦虑组。采用自杀态度调查问卷(QSA)、简易应对方式问卷(SCSQ)、抑郁自评量表(SDS)、焦虑自评量表(SAS)对患者进行调查。对比 3 组自杀态度、病情、应对方式得分, 分析合并组自杀态度与病情、应对方式的相关性。 **结果** 合并组各维度自杀态度调查评分[(19.43 ± 2.01)分、(20.07 ± 2.11)分、(11.06 ± 2.01)分、(11.01 ± 1.85)分]、积极应对评分[(17.12 ± 2.07)分], 均明显低于抑郁组和焦虑组(均 $P < 0.05$); 合并组 SDS[(65.85 ± 3.95)分]和 SAS[(65.38 ± 3.37)分]评分均高于抑郁组和焦虑组(均 $P < 0.05$), 合并组消极应对评分[(13.56 ± 1.50)分]高于抑郁组和焦虑组(均 $P < 0.05$); 合并组中 F1、F2、F3 和 F 维度自杀态度与 SDS、SAS、消极应对均存在负相关性(均 $P < 0.05$), 而上述维度自杀态度与积极应对均存在正相关性(均 $P < 0.05$)。 **结论** 抑郁症合并焦虑症患者对自杀行为性质的认识、对自杀者的态度、对自杀者家属的态度、对安乐死的态度排斥不明显, 且与病情、应对方式呈明显相关性。

关键词: 抑郁症; 焦虑症; 自杀态度; 病情; 应对方式

中图分类号: R395.5 **文献标识码:** A **文章编号:** 1674-4152(2019)12-2069-04

DOI: 10.16766/j.cnki.issn.1674-4152.001129

Investigation of suicide attitudes and its relationship with illness conditions and coping styles in patients with depression combined with anxiety disorder

LI Hong, LYU Qin-yu, YI Zheng-hui

Shanghai Baoshan District Mental Health Center, Shanghai 201999, China

Abstract: **Objective** To investigate the suicide attitudes in patients with depression combined with anxiety disorder, and to explore the relationship with illness conditions and coping styles. **Methods** One thousand depressive patients with depression combined with anxiety disorder from June 2015 to June 2018 were selected as the combination group. In addition, 600 patients with depression and 600 patients with anxiety were selected as depression group and anxiety group. All the patients were investigated with QSA, SCSQ, SDS and SAS. The scores of suicide attitudes, illness conditions and coping styles among the 3 groups were compared. Pearson correlation analysis was used to explore the correlation between suicide attitudes, illness conditions and coping styles in the combination group. **Results** The scores of suicide attitudes and positive coping in the combination group (19.43 ± 2.01, 20.07 ± 2.11, 11.06 ± 2.01, 11.01 ± 1.85, 17.12 ± 2.07) were significantly lower than those in the depression group and the anxiety group (all $P < 0.05$). The SDS (65.85 ± 3.95) and SAS (65.38 ± 3.37) in the combination group were lower than those in the depression group and the anxiety group (all $P < 0.05$). The negative coping score (13.56 ± 1.50) in the combination group was higher than those in the depression group and the anxiety group (all $P < 0.05$). There were negative correlations between suicidal attitudes in F1, F2, F3 and F dimensions with SDS, SAS and negative coping (all $P < 0.05$). There were positive correlations between the above dimensions of suicide attitudes and positive coping (all $P < 0.05$). **Conclusion** Understanding of suicidal behavior, attitude toward suicide, attitude toward suicide family members, and attitude rejection toward euthanasia of depressive patients with anxiety disorder are not obvious, which are significantly correlated with illness conditions and coping styles.

Key words: Depression disorder; Anxiety disorder; Suicide attitudes; Illness conditions; Coping styles

抑郁症和焦虑症均是临床常见的精神障碍性疾病,前者以显著而持久的心境低落为主要临床特征,后者以焦虑情绪体验为主要特征,二者均具有患病率高、

症状交互作用的特点。据统计^[1-2],世界范围内抑郁症的患病率为 3.01% ~ 5.00%,焦虑症的发生率约为 4.00% ~ 6.50%,在我国抑郁症和焦虑症的患病率分别为 4.06% 和 4.98%,均呈逐渐增长趋势。随着抑郁症和焦虑症的发生率不断增加,抑郁症合并焦虑症的发生人数也越来越多。有研究^[3]显示,在抑郁症患者

基金项目: 国家自然科学基金面上项目(81671326)

通信作者: 吕钦谕, E-mail: lvqinyu_louis@163.com

中自杀率高达 15.00%，在焦虑症患者中自杀率约为 8.30%，由于 2 种疾病具有症状交互作用，因而推测抑郁症合并焦虑症患者的自杀率更高。既往研究^[4-5]发现，无论是抑郁症还是焦虑症，自杀行为均是自杀态度的外在表现，而自杀态度与病情、应对方式等均存在紧密的关联，因此推测在抑郁症合并焦虑症患者中自杀态度也很可能与病情、应对方式有所关联，但是仍需要进一步探讨。而调查此类患者的自杀态度，并探讨其与病情、应对方式的关系有助于指导临床医生积极控制病情，改善患者的应对方式和自杀态度，降低自杀率。鉴于此，本研究特选取抑郁症合并焦虑症、单纯抑郁症、单纯焦虑症患者展开临床试验，现报道如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料 选取医院精神科门诊 2015 年 6 月—2018 年 6 月收治的 1 000 例抑郁症合并焦虑症患者记为合并组，另分别选取同时间段收治的单纯抑郁症、单纯焦虑症患者各 600 例，记为抑郁组和焦虑组。合并组中共有男性 535 例，女性 465 例；年龄 18~60 岁，平均(37.48±5.69)岁；抑郁症病程 8 个月~24 年，平均(5.75±1.61)年；焦虑症病程 6 个月~22 年，平均(5.60±1.32)年；学历：小学 210 例，初中 585 例，高中及以上 205 例。抑郁组共有男性 318 例，女性 282 例；年龄 18~60 岁，平均(37.56±5.30)岁；病程 6 个月~20 年，平均(5.40±1.52)年；学历：小学 132 例，初中 318 例，高中及以上 150 例。焦虑组共有男性 330 例，女性 270 例；年龄 18~60 岁，平均(37.59±5.32)岁；病程 6 个月~21 年，平均(5.45±1.58)年；学历：小学 120 例，初中 306 例，高中及以上 174 例。组间临床资料经对比差异无统计学意义(均 $P > 0.05$)。纳入标准：合并组、抑郁组和焦虑组均分别符合《实用临床精神病学》中的抑郁症合并焦虑症、抑郁症、焦虑症的诊断标准^[6]；年龄均 18~60 岁，病程≥6 个月者，近 1 个月内均未服用抗精神病药物患者。排除标准：合并血管性痴呆、脑梗死后认知障碍等，双相障碍患者，存在眼盲、耳聋、口吃等沟通障碍者，难以理解问卷内容无法配合完成调查者，近 1 个月内遭受车祸、家属去世等重大打击者，伴有恶性肿瘤、急危重症等可能会影响患者自杀态度的疾病者。本研究经过医院医学伦理委员会批准，所有患者对本次研究知情同意。

1.2 评价方法 所有受试者均在纳入研究的次日完成自杀态度调查、病情和应对方式评价。

自杀态度调查：以自杀态度调查问卷(suicide attitude questionnaire, QSA)^[7]为工具，共包括 29 个条目、4 个维度，分别为对自杀行为性质的认识(F1, 第 1、7、12、17、19、22、23、26 条目，共 9 个)、对自杀者的态度

(F2, 第 2、3、8、9、13、14、18、20、24、25 条目，共 10 个)、对自杀者家属的态度(F3, 第 4、6、15、28、10 条目，共 5 个)、对安乐死的态度(F, 第 5、11、16、21、27 条目，共 5 个)。29 个条目均分为完全赞同、赞同、中立、不赞同、完全不赞同，分别对应 1 分、2 分、3 分、4 分、5 分，其中第 1、3、7、8、10、11、12、14、15、18、20、22、28 条目为反向计分。得分越高表明对对应维度的排斥态度越明显；该量表 4 个维度的 Cronbach(α)分别为 0.709, 0.639, 0.537, 0.835；结构效度分析各因子与总分之间的相关系数 0.77~0.86。

病情评价：以 Zung 抑郁自评量表(self-rating depression scale, SDS)^[8]、焦虑自评量表(self-rating anxiety scale, SAS)^[9]为工具，均各自包含 20 个条目，每个条目均包括没有或很少时间、小部分时间、相当多时间、绝大部分或全部时间，均分别对应 1 分、2 分、3 分、4 分，理论得分范围均为 20~80 分，且评分越高表示抑郁和(或)焦虑病情越严重；SAS 信度分析 Cronbach(α)为 0.826；效度分析，ROC 曲线下面积 0.76；SDS 信度分析 Cronbach(α)为 0.850，ROC 曲线下面积 0.77。

应对方式评价：以简易应对方式问卷(simple coping style questionnaire, SCSQ)^[10]为工具，包括积极应对和消极应对 2 个维度，其中积极应对包含条目为 1~12，消极应对包含条目为 13~20，每个条目均分为不采取、偶尔采取、有时采取和经常采取，分别对应 0 分、1 分、2 分和 3 分，得分越高表示采用对应应对方式的可能性越大；SCSQ 问卷维度 Cronbach(α)为 0.811；效度分析各项目得分与所属维度相关系数在 0.415~0.706 之间。

1.3 观察指标 ①对比 3 组自杀态度调查结果；②对比 3 组 SDS 和 SAS 评分；③对比 3 组应对方式评分；④分析合并组中自杀态度与病情和应对方式的相关系数(r)。

1.4 统计学方法 运用 SPSS 25.0 统计学软件进行分析，计数资料以率(%)表示，比较采用 χ^2 检验；计量数据资料以 $\bar{x} \pm s$ 描述，多样本间差异采用单因素方差分析，并以 SNK- q 检验两样本间差异。采用 Pearson 相关性分析法明确合并组中自杀态度与病情、应对方式的 r 值。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 3 组自杀态度调查结果比较 3 组 F1、F2、F3 及 F 维度自杀态度调查评分对比差异均有统计学意义(均 $P < 0.05$)，且合并组各维度自杀态度调查评分均明显低于抑郁组和焦虑组(均 $P < 0.05$)，抑郁组和焦虑组各维度自杀态度调查评分对比差异均无统计学意义(均 $P > 0.05$)，见表 1。

表1 3组患者自杀态度调查结果比较($\bar{x} \pm s$,分)

组别	例数	F1	F2	F3	F
合并组	1 000	19.43 ± 2.01	20.07 ± 2.11	11.06 ± 2.01	11.01 ± 1.85
抑郁组	600	24.42 ± 2.41 ^a	26.65 ± 2.62 ^a	14.90 ± 2.10 ^a	13.98 ± 2.07 ^a
焦虑组	600	24.50 ± 2.50 ^a	26.80 ± 2.65 ^a	14.93 ± 2.15 ^a	14.02 ± 2.08 ^a
F值		1 346.668	2 079.336	942.648	624.591
P值		<0.001	<0.001	<0.001	<0.001

注:与合并组比较,^a $P < 0.05$ 。

2.2 3组SDS和SAS评分比较 3组SDS和SAS评分比较差异均有统计学意义(均 $P < 0.05$),且合并组评分均高于抑郁组和焦虑组(均 $P < 0.05$),且抑郁组SDS评分高于焦虑组($P < 0.05$),焦虑组SAS评分高于抑郁组($P < 0.05$),见表2。

表2 3组患者SDS和SAS评分比较($\bar{x} \pm s$,分)

组别	例数	SDS	SAS
合并组	1 000	65.85 ± 3.95	65.38 ± 3.37
抑郁组	600	60.69 ± 4.05 ^a	52.47 ± 3.68 ^a
焦虑组	600	51.43 ± 3.82 ^{ab}	61.07 ± 4.11 ^{ab}
F值		2 508.903	2 325.959
P值		<0.001	<0.001

注:与合并组比较,^a $P < 0.05$;与抑郁组比较,^b $P < 0.05$ 。

2.3 3组应对方式评分比较 3组积极应对和消极应对评分比较差异均有统计学意义(均 $P < 0.05$),且合并组积极应对评分低于抑郁组和焦虑组($P < 0.05$),消极应对评分高于抑郁组和焦虑组(均 $P < 0.05$),抑郁组和焦虑组积极应对、消极应对评分比较差异均无统计学意义(均 $P > 0.05$),见表3。

表3 3组患者应对方式评分比较($\bar{x} \pm s$,分)

组别	例数	积极应对	消极应对
合并组	1 000	17.12 ± 2.07	13.56 ± 1.50
抑郁组	600	20.33 ± 2.06 ^a	10.02 ± 1.38 ^a
焦虑组	600	20.35 ± 2.08 ^a	9.95 ± 1.44 ^a
F值		659.938	1 654.122
P值		<0.001	<0.001

注:与合并组比较,^a $P < 0.05$ 。

2.4 合并组中自杀态度与病情、应对方式的相关性分析 合并组中F1、F2、F3和F维度自杀态度与SDS、SAS、消极应对均存在负相关性($r < 0$,均 $P < 0.05$),而上述维度自杀态度与积极应对均存在正相关性($r > 0$,均 $P < 0.05$),见表4。

表4 合并组中自杀态度与病情、应对方式的相关性分析(r 值/ P 值)

病情及应对方式	F1	F2	F3	F
SDS	-0.530/0.004	-0.675/0.012	-0.414/0.002	-0.492/0.007
SAS	-0.511/0.002	-0.638/0.002	-0.408/0.004	-0.491/0.009
积极应对	0.458/0.007	0.514/0.008	0.415/0.026	0.458/0.012
消极应对	-0.512/0.011	-0.698/0.013	-0.436/0.011	-0.486/0.005

3 讨论

目前人们对抑郁症合并焦虑症的发生原因和机制

认识均尚浅,有研究^[11-12]显示,抑郁症的发生与生物、心理及社会环境均有紧密关系,常见的生物学因素主要涉及遗传、神经内分泌、神经生化及再生;焦虑症常见的诱因有个性特点、遗传因素、生化因素及躯体疾病等。由此可知,上述因素均可增加抑郁症合并焦虑症的发生风险。另有研究显示^[13],不良生活事件和巨大打击也是导致抑郁症/焦虑症的重要危险因素,因而造成抑郁症合并焦虑症的原因多种多样。随着2种疾病的发生率均暴增,其自杀态度和自杀行为逐渐成为人们普遍关注的问题。考虑到抑郁症和焦虑症能够相互加重,对患者的危害更为严重,因此本研究特重点探讨抑郁症合并焦虑症患者的自杀态度及其与病情、应对方式的相关性。

本次研究显示,F1、F2、F3和F维度自杀态度比较,合并组评分均最低,且抑郁组和焦虑组评分均相近,提示抑郁症合并焦虑症患者对各方面自杀行为的排斥态度均不显著,甚至有部分患者持有容忍、可以理解态度,而单纯抑郁症和单纯焦虑症患者对各方面自杀行为的排斥态度比抑郁症合并焦虑症患者更为明显。既往关于抑郁症合并焦虑症患者的自杀态度调查报道尚少,但是国内外研究均证实焦虑症患者、抑郁症患者对各维度自杀态度的评分均明显低于国际常模、健康志愿者^[14-16]。结合本次研究结果和上述报道,可知抑郁症合并焦虑症患者的自杀态度有待改善,需要对此类患者积极实施干预,以免向更为严重的程度发展。此外,本研究中SDS和SAS评分结果对比显示,合并组的评分均最高,抑郁组的SDS评分次之,SAS评分最低,焦虑组的SAS评分次之,SDS评分最低,可知抑郁症合并焦虑症患者的抑郁程度明显比单纯抑郁症患者更为严重,且其焦虑程度明显比单纯焦虑症患者更为严重,证实抑郁和焦虑具有相互作用,二者可以共存并且可相互加重彼此的严重程度,也证实抑郁症合并焦虑症患者更应当引起重点关注。本研究中对3组患者应对方式的对比结果显示,合并组积极应对评分最低,消极应对评分最高,提示抑郁症合并焦虑症患者相较于单纯抑郁症和单纯焦虑症患者更倾向于以消极的方式应对,也是亟待解决的问题。

在本研究相关性分析结果中显示,合并组各维度自杀态度与SDS、SAS和消极应对评分均呈现明显负相关性,而与积极应对评分均呈现明显的正相关性,可知在抑郁症合并焦虑症患者中,对各方面自杀行为的排斥态度越轻,提示患者的病情越重,消极应对的倾向越明显;而对各方面自杀行为的排斥态度越严重,提示患者的病情越轻,积极应对的倾向越明显。既往关于抑郁症、焦虑症自杀态度与病情、应对方式的关系报道^[17-19]也显示,病情越严重,对自杀行(下转第2134页)

(11):793-796.

[9] 孙悦,闫清秀,梁秀琴. 急诊护士预检分诊能力调查及影响因素的分析[J]. 实用临床护理学电子杂志,2017,2(35):149-150.

[10] 谢咏湘,李映兰,石莲桂,等. 急诊预检分诊护士核心能力评价指标体系的构建[J]. 中国护理管理,2018,18(5):641-646.

[11] 丁玲芳,陈俊国,贾亚平. 危机管理模式在急诊科护理管理中应用的有效性探究[J]. 中华全科医学,2016,14(8):1402-1404.

[12] 吴家旺. 急诊预检分诊准确性的影响因素及对策[J]. 安徽卫生职业技术学院学报,2017,16(2):15-17.

[13] 郑若菲,林羽,简钢仁. 急诊预检分诊信息系统对危重患者病情分级的效果研究[J]. 护理学杂志,2015,30(24):5-7.

[14] 孙茜,孙春霞,孙晓阳. 探讨医疗失效模式与效应分析在危重症患者院内转运流程中的应用研究[J]. 中国全科医学,2018,21

(32):4022-4027.

[15] 赵源源,王玉清,王俊艳,等. 三级甲等医院急诊分诊护士预检分诊决策能力现状及相关因素研究[J]. 护理管理杂志,2017,17(11):793-796.

[16] 姜鲜银,许贵如,张莹,等. 急诊分诊护士分诊能力研究现状[J]. 齐鲁护理杂志,2015,21(9):59-62.

[17] 牟丹辉. 急诊科重症患者医院感染发生情况及危险因素调查[J]. 中华全科医学,2017,15(8):1447-1448.

[18] 徐彩虹. 急诊科护理人员共情能力及其影响因素的调查分析[J]. 护理实践与研究,2016,13(7):86-88.

[19] 吴燕霞. 急诊危重症患者护理中实施护理质量指标管理的有效性探究[J]. 中华全科医学,2015,13(12):2060-2062.

(本文编辑:赵瑞)

收稿日期:2019-04-12

(上接第2071页)

为的排斥越轻,消极应对的可能性越高,反之亦然,与本研究报道的结果相符合,证实在对此类患者进行干预时应当积极减轻病情,鼓励患者积极面对自身的缺陷和生活中的不如意,才能逐渐端正自杀态度,减少自杀行为。结合上述分析和既往报道资料,提出针对抑郁症合并焦虑症的以下干预建议以改善其自杀态度,减少自杀行为:①鼓励患者按时服用抗抑郁和抗焦虑药物,提醒家属监督,以保持良好效果;②由专业的精神科医师及时为患者疏导负性情绪,减轻抑郁、焦虑程度,改善患者的睡眠和生活质量,并鼓励患者不断放松心情,以减轻焦虑、抑郁程度;③采用引导式干预法,暗示并鼓励患者以积极的态度面对自身缺陷和生活中的挫折与不如意之事,逐渐学会情绪减压,提高解决问题的效率^[20];④对于存在明显的自杀倾向者加强监管,保证患者的人身安全。

综上所述,抑郁症合并焦虑症患者的对各方面自杀行为的排斥并不严重,其抑郁程度比单纯抑郁患者更为严重,焦虑程度比单纯焦虑症患者更为严重,采用消极应对方式的可能性更高,且自杀态度与病情、应对方式均存在紧密的相关性,需要积极进行有效干预以减轻病情,改善应对方式和自杀态度,减少自杀行为。

参考文献

[1] 王玲. 中国老年抑郁症流行病学研究现状[J]. 临床心身疾病杂志,2016,22(6):121-123.

[2] 任成军,田亮,韩金祥. 某市城乡结合部精神性疾病流行病学调查[J]. 中国卫生产业,2016,13(20):91-93.

[3] 夏海森,孙业恒,程林,等. 重症精神障碍患者自杀行为的危险因素分析[J]. 安徽医学,2016,37(2):147-151.

[4] 唐任之慧,刘学军,付文彬,等. 2014-2016年湖南省“国家严重精神障碍信息系统”中在管重症精神障碍患者的自杀死亡分析[J]. 公共卫生与预防医学,2017,28(6):41-44.

[5] PATRICK S, ROBERTSON S. Mental health and wellbeing: focus on

men's health[J]. Br J Nurs,2016,25(21):1163-1169.

[6] 师建国. 实用临床精神病学[M]. 北京:科学出版社,2009:207-212.

[7] 赵永萍,韦敏,梅明秋,等. 重庆市中小学生学习孤独情绪体验和自杀态度的特点与关系[J]. 中国健康心理学杂志,2017,25(1):117-121.

[8] 冀春萍,周向昭,冯冬梅,等. 心理干预联合药物治疗中重度天疱疮继发心理障碍51例[J]. 山东医药,2015,55(23):76-78.

[9] 余秋燕. 藏区慢性心力衰竭患者家属焦虑状况及影响因素分析[J]. 河北医药,2019,41(4):624-626,629.

[10] 罗鸣春,高俊,李功雨,等. 应对方式量表民族成人版的信度与效度研究[J]. 社区心理学研究,2017,4(2):151-167.

[11] 陈秀文,杨荣蓉,张磊,等. 抑郁症患者的自主神经异常与电生理表现[J]. 中国心理卫生杂志,2016,30(8):635-640.

[12] 廖节凤,CHRIS C,曹红宝,等. 基于文献数据挖掘分析的焦虑症遗传网络研究[J]. 国际精神病学杂志,2018,30(3):196-200.

[13] 丁晓焯,国文利,刘亚超. 北京市顺义区农村2015年严重精神障碍患者死亡原因调查[J]. 医学综述,2018,24(1):198-201.

[14] 李会,穆喜术,李春素,等. 抑郁症患者自杀态度与自我接纳的相关性研究[J]. 河北医科大学学报,2016,37(9):1006-1009.

[15] KATTIMANI S, SUBRAMANIAN K, SARKAR S, et al. History of Lifetime suicide attempt in bipolar I disorder: its correlates and effect on illness course[J]. Int J Psychiatry Clin Pract,2017,21(2):118-124.

[16] 穆燕. 正念认知疗法干预对抑郁症患者心理状态及自杀意念的影响[J]. 海军医学杂志,2017,38(6):530-533.

[17] 付佳林,李鸣. 认知行为治疗对抑郁症患者外显、内隐自杀态度的影响[J]. 神经损伤与功能重建,2016,11(6):526-528.

[18] RIZVI S L, HUGHES C D, THOMAS M C. The DBT Coach mobile application as an adjunct to treatment for suicidal and self-injuring individuals with borderline personality disorder: a preliminary evaluation and challenges to client utilization[J]. Psychol Serv,2016,13(4):380-388.

[19] 袁勤,陆红英,王爱华,等. 上海市浦东新区南汇地区抑郁障碍患者自杀态度及影响因素[J]. 职业与健康,2017,33(23):3264-3267.

[20] 付佳林,李鸣. 认知行为治疗对抑郁症患者外显、内隐自杀态度的影响[J]. 神经损伤与功能重建,2016,11(6):526-528.

(本文编辑:陈子康)

收稿日期:2019-04-21