

· 论著·临床·

未治疗抑郁障碍患者自杀风险与 认知情绪调节策略的关系

徐海婷, 刘嫣然, 吕 婧, 刘丹妮, 张亚兰, 李子玉, 芦滢竹, 陈景旭*

(北京回龙观医院, 北京 100096)

*通信作者: 陈景旭, E-mail: chenjx1110@163.com)

【摘要】目的 探讨具有自杀风险的抑郁障碍患者在认知情绪调节策略方面的特征及其影响因素, 以早期识别具有自杀风险的患者, 有针对性地给予干预。**方法** 选取 117 例来自北京回龙观医院门诊、经简明国际神经精神访谈(MINI)5.0 中文版筛查符合抑郁障碍诊断标准的未治疗抑郁障碍患者, 根据 MINI 5.0 中文版自杀模块的访谈结果, 将患者分为自杀风险组($n=52$)和无自杀风险组($n=65$)。采用认知情绪调节问卷(CERQ-C)进行认知调节策略的测评, 采用汉密尔顿抑郁量表 17 项版(HAMD-17)评定抑郁症状的严重程度。**结果** 抑郁障碍患者自杀风险发生率为 44.4%(52/117)。与无自杀风险组相比, 自杀风险组患者更多见于女性、未婚、平均年龄更小、发病年龄更早、HAMD-17 总评分更高、伴精神病性症状率较高, 自杀风险组自我责难、接受、沉思、灾难化 4 个认知调节策略维度及消极认知情绪调节评分均高于无自杀风险组(P 均 <0.05)。Logistic 回归分析显示, 女性($OR=3.539, 95\% CI: 1.383\sim 9.057$)、发病年龄($OR=0.931, 95\% CI: 0.895\sim 0.968$)、HAMD-17 总评分($OR=1.207, 95\% CI: 1.063\sim 1.370$)和灾难化($OR=1.143, 95\% CI: 1.002\sim 1.305$)与抑郁障碍患者自杀风险相关(P 均 <0.05)。**结论** 女性、发病年龄早、抑郁症状严重和灾难化可能为未治疗抑郁障碍患者自杀风险的危险因素。

【关键词】 抑郁障碍; 自杀风险; 认知情绪调节策略

开放科学(资源服务)标识码(OSID):  微信扫码二维码
听独家语音释文
与作者在线交流

中图分类号: R749.4

文献标识码: A

doi: 10.11886/scjsws20191209002

Association between suicide risk and cognitive emotion regulation strategies in untreated depressive disorder patients

Xu Haiting, Liu Yanran, Lyu Jing, Liu Danni, Zhang Yalan, Li Ziyu, Lu Yingzhu, Chen Jingxu*

(Beijing Huilongguan Hospital, Beijing 100096, China)

*Corresponding author: Chen Jingxu, E-mail: chenjx1110@163.com)

【Abstract】 Objective To explore the characteristics of cognitive emotion regulation strategies and influencing factors of cognitive emotion regulation strategies among depressive disorder patients at risk of suicide, so as to provide basis for the targeted intervention at early stages. **Methods** A total of 117 outpatients with untreated depressive disorder from Beijing Huilongguan Hospital who met the diagnostic criteria for depression disorder in Chinese version of Mini International Neuropsychiatric Interview 5.0 (MINI 5.0) were enrolled. According to the suicidality module of MINI 5.0, patients were divided into the suicide risk group ($n=52$) and non-suicide risk group ($n=65$). Then the Cognitive Emotion Regulation Questionnaire-Chinese Version (CERQ-C) and Hamilton Depression Scale-17 item (HAMD-17) were used to evaluate the cognitive emotion regulation strategy and the severity of depressive symptoms. **Results** The suicide risk in patients with depressive disorder was 44.4% (52/117). Compared with non-suicide risk group, patients in the suicide risk group were mostly female, unmarried, with earlier onset age, lower average age, higher HAMD-17 score, and higher complication rate of psychotic features. Moreover, the scores of self-blame, acceptance, rumination, catastrophization and negative cognitive emotion regulation strategies were also higher in suicide risk group ($P<0.05$). Logistic regression analysis showed that female ($OR=3.539, 95\% CI: 1.383\sim 9.057$), onset age ($OR=0.931, 95\% CI: 0.895\sim 0.968$), HAMD-17 scores ($OR=1.207, 95\% CI: 1.063\sim 1.370$) and catastrophization ($OR=1.143, 95\% CI: 1.002\sim 1.305$) were associated with suicide risk in patients with depressive disorder ($P<0.05$). **Conclusion** Female, early onset, severity of depressive symptoms and catastrophization may be the main risk factors for suicide risk in untreated patients with depressive disorder.

【Keywords】 Depressive disorder; Suicide risk; Cognitive emotion regulation strategy

基金项目: 首都卫生发展科研专项(项目名称: 双相障碍自我管理评估量表的开发及其效果评价, 项目编号: 2018-3-2132)

抑郁障碍是最常见的精神科疾病,因为身体健康状况差和自杀,被 WHO 统计为全球疾病负担最大的疾病之一^[1]。在我国,抑郁障碍在死亡原因中位列第五,并且是 13~34 岁人群的主要死因^[2]。15% 的抑郁障碍患者在病情反复发作中有自杀行为^[3],抑郁障碍患者中自杀行为的比例远高于普通人群^[4]。有一半完成自杀行为的人符合抑郁障碍诊断标准,自杀与抑郁障碍密切相关^[5]。情绪调节障碍这一概念最早由荷兰科学家提出,主要指个体在处理负性生活事件时所采取的认知应对策略。情绪调节越来越多地被纳入精神病理学的模型中,抑郁也被广泛视为情绪调节困难的结果^[6],情绪障碍在抑郁障碍患者中广泛存在^[7]。有理论假设认为,有情绪调节缺陷的人更倾向于使用危险行为来减少负性情绪^[8],情绪调节困难会增加自杀的风险^[9]。提示:在广泛存在情绪调节障碍的抑郁障碍患者中,情绪调节障碍对自杀风险可能存在预测作用。本研究以未治疗抑郁障碍患者为研究对象,分析伴与不伴自杀风险的患者认知情绪调节特征,以早期识别有自杀风险的抑郁障碍患者,从而有针对性地给予干预,降低总体自杀率。

1 对象与方法

1.1 对象

来自 2019 年 2 月-8 月北京回龙观医院门诊的抑郁症患者。入组标准:①通过简明国际神经精神访谈(Mini International Neuropsychiatric Interview, MINI)5.0 中文版^[10]评估,符合抑郁障碍的诊断标准;②性别不限,年龄 18~65 岁;③汉族;④初中及以上受教育程度;⑤从未接受过任何精神科药物治疗或 ECT 治疗。排除标准:①有严重躯体疾病及脑器质性疾病史者;②其他精神疾病继发或伴发的抑郁障碍患者;③沟通理解困难,难以完成评估者。符合入组标准且不符合排除标准共 117 例。入组患者均签署知情同意书,本研究获得北京回龙观医院伦理委员会批准。

1.2 评定工具

通过临床晤谈及自制调查问卷收集患者社会人口学资料及临床资料,包括年龄、性别、婚姻状况、受教育年限、发病年龄、是否伴精神病性症状、精神障碍家族史等。

采用汉密尔顿抑郁量表 17 项版(Hamilton De-

pression Scale 17-item, HAMD-17) 评定患者抑郁症状严重程度。在 HAMD-17 中,条目 3 本身就是评估自杀,为避免该条目的干扰,既往许多研究在探讨自杀风险与抑郁症状严重程度的相关性时,常常剔除条目 3^[11]。因此,在计算 HAMD-17 总评分时,不包括第 3 个条目评分。

采用认知情绪调节问卷中文版(Cognitive Emotion Regulation Questionnaire-Chinese Version, CERQ-C)^[12] 评估患者认知调节策略。CERQ-C 共 36 个条目,包括 9 个分量表:接受、积极重新关注、理性分析、积极重新评价、积极重新计划、责难自己、责难他人、灾难化、沉思。前 5 种属于适应性策略,后 4 种属于非适应性策略。采用 1(从不)~5(总是)分 5 级评分。某个分量表评分越高,表明个体在应对负性生活事件时更倾向于使用这个特定的认知调节策略。该量表 Cronbach's α 系数为 0.81,9 个分量表的 Cronbach's α 系数为 0.48~0.91;全量表的重测信度为 0.56,9 个分量表的重测信度 0.36~0.69^[12]。

根据 MINI 5.0 中文版自杀模块判断患者有无自杀风险,共 6 个条目,总分 0~33 分。总分 <6 分为无自杀风险,总分 ≥ 6 分为有自杀风险^[13]。

1.3 评定方法

在安静、独立的访谈室内进行访谈,注意保护患者的隐私。所有量表均由经过一致性培训的精神科主治医师采用半定式检查方法进行评定,共耗时约 2 h。完成资料收集后,将资料交由质控人员进行量表质控,最后进行数据录入分析。

1.4 统计方法

应用 SPSS 20.0 进行数据分析。自杀风险组及非自杀风险组患者的年龄、发病年龄、受教育年限、HAMD-17 总评分、认知调节策略评分符合正态分布,两组比较采用独立样本 t 检验;婚姻状况、精神障碍家族史、伴精神病性特征等二分类变量比较采用 χ^2 检验。以有/无自杀风险为因变量,将单因素分析差异有统计学意义的变量纳入多因素 Logistic 回归,分析自杀风险的危险因素,采用 Stepwise 方法筛选变量。变量赋值:无/否=0,是/有=1。检验水准 $\alpha=0.05$,双侧检验。

2 结 果

2.1 抑郁障碍患者一般资料及临床特征

117 例抑郁障碍患者中,男性 45 例,女性 72 例;

年龄 18~65 [(31.74±12.57) 岁]。其中 52 例 (44.4%) 患者有自杀风险, 65 例 (55.6%) 无自杀风险。两组受教育年限、精神障碍家族史差异无统计学意义 (P 均 >0.05)。与无自杀风险组相比, 自杀风险组患者平均年龄更小 ($t=-3.45, P<0.05$)、发病年

龄更早 ($t=-3.99, P<0.05$)、HAMD-17 总评分更高 ($t=3.67, P<0.05$)、女性 ($\chi^2=5.27, P<0.05$)、未婚 ($\chi^2=8.04, P<0.05$)、伴精神病性症状 ($\chi^2=5.82, P<0.05$) 者更多见。见表 1。

表 1 抑郁障碍患者一般资料及临床特征

组别	年龄(岁)	发病年龄(岁)	性别[n(%)]		婚姻状况[n(%)]	
			男性	女性	已婚	未婚
自杀风险组(n=52)	27.46±11.26 ^a	24.81±11.14 ^a	14(31.10)	38(52.80) ^b	13(28.30)	39(54.90) ^b
无自杀风险组(n=65)	35.17±12.59	33.78±12.83	31(68.90)	34(47.20)	33(71.70)	32(45.10)

组别	受教育年限(年)	HAMD-17总评分(分)	精神障碍家族史[n(%)]		伴有精神病性症状[n(%)]	
			阳性	阴性	有	无
自杀风险组(n=52)	15.21±2.49	23.65±4.44 ^a	6(54.50)	46(43.40)	11(73.30) ^b	41(40.20)
无自杀风险组(n=65)	14.31±2.90	20.91±3.66	5(45.50)	60(56.60)	4(26.70)	61(59.80)

注:^a与无自杀风险组比较,经独立样本 t 检验, $P<0.05$; ^b与无自杀风险组比较,经 χ^2 检验, $P<0.05$; HAMD-17, 汉密尔顿抑郁量表 17 项版

2.2 抑郁障碍患者 CERQ-C 评分

自杀风险组 CERQ-C 自我责难 ($t=3.82, P<0.01$)、接受 ($t=2.07, P=0.04$)、沉思 ($t=2.26, P=0.03$)、灾难化 ($t=3.99, P<0.01$) 4 个认知调节策略分量表及

消极认知情绪调节评分 ($t=4.28, P<0.01$) 均高于无自杀风险组。两组积极重新关注、积极重新评价、积极重新计划、理性分析、责难他人及积极认知情绪调节评分差异均无统计学意义 (P 均 >0.05)。见表 2。

表 2 抑郁障碍患者 CERQ-C 评分比较 ($\bar{x}\pm s$, 分)

组别	CERQ-C 评分					
	自我责难	接受	沉思	积极重新关注	积极重新计划	积极重新评价
自杀风险组(n=52)	15.08±2.74	14.42±2.98	14.77±3.54	10.89±3.08	14.00±4.00	11.79±3.67
无自杀风险组(n=65)	12.77±3.61	13.15±3.53	13.25±3.68	10.75±3.43	13.08±3.34	12.12±3.37
t	3.82	2.07	2.26	0.21	1.37	0.51
P	<0.01	0.04	0.03	0.83	0.17	0.61

组别	CERQ-C 评分				
	理性分析	灾难化	责难他人	积极认知情绪调节	消极认知情绪调节
自杀风险组(n=52)	11.44±2.22	12.96±3.95	11.00±3.58	62.54±9.78	53.81±8.51
无自杀风险组(n=65)	10.59±2.79	10.19±3.56	10.17±3.28	59.69±11.50	46.37±9.96
t	1.80	3.99	1.31	1.42	4.28
P	0.07	<0.01	0.19	0.16	<0.01

注: CERQ-C, 认知情绪调节问卷中文版

2.3 抑郁障碍患者自杀风险的危险因素分析

多因素 Logistic 回归分析显示, 女性、发病年龄小、灾难化评分高、HAMD-17 总评分较高与抑郁障

碍患者自杀风险正向关联。该模型似然比卡方检验结果 = 42.228, $P<0.01$, Cox-Snell 法及 Nagelkerke 法测定伪 R^2 分别为 0.303、0.406。见表 3。

表 3 抑郁障碍患者自杀风险的多因素 Logistic 回归分析

影响因素	回归系数	标准误	Wald χ^2	P	OR	95% CI
女性	1.264	0.479	6.949	0.008	3.539	1.383~9.057
发病年龄	-0.072	0.020	12.646	0.000	0.931	0.895~0.968
灾难化	0.134	0.067	3.972	0.046	1.143	1.002~1.305
HAMD-17 总评分	0.188	0.065	8.426	0.004	1.207	1.063~1.370

注: HAMD-17, 汉密尔顿抑郁量表 17 项版

3 讨 论

为了避免服用抗抑郁药物可能对抑郁障碍患者自杀风险的影响^[14-15],本研究选择未用药的抑郁障碍患者进行研究。本研究中,抑郁障碍患者的自杀风险检出率为 44.4%,与已有研究结果中自杀发生率为 42.8%~55.4% 相似^[16]。抑郁障碍自杀组中,女性占比相对较高,并且是自杀的独立危险因素,与朱海兵等^[17]研究结果相似。自杀风险组的未婚率高于无自杀风险组,但婚姻状况并非自杀的独立危险因素,与已有的类似研究结果一致^[18-19]。Gournellis 等^[20]的 Meta 分析结果表明,伴有精神病性症状是抑郁障碍患者自杀的独立危险因素。本研究中,自杀风险组的抑郁障碍患者伴精神病性症状的比例高于无自杀风险组,差异有统计学意义,但 Logistic 回归分析表明,伴有精神病性症状并非抑郁障碍患者自杀的独立危险因素。本研究显示,发病年龄较早是抑郁障碍患者自杀的独立危险因素,与 Baldessarini 等^[21]研究结果一致。本研究与国内开展的许多关于抑郁障碍患者自杀危险因素的研究结果一致,自杀风险组和无自杀风险组之间受教育年限、精神障碍家族史差异无统计学意义^[16,18],但也有研究结果支持精神障碍家族史是自杀的独立危险因素^[22]。因此,这些因素对自杀是否存在影响尚需大样本的研究验证。

Ribeiro 等^[23]的 Meta 分析结果表明,抑郁症状的严重程度与自杀风险密切相关,本研究得出与此一致的结论:自杀风险组 HAMD-17 评分高于非自杀风险组,且 Logistic 回归表明 HAMD-17 评分是抑郁障碍患者自杀的独立危险因素。

研究表明,自杀行为与情绪调节不良有关^[24]。CERQ 是基于情绪调节情境应对理论编制的、用于评估个体在特定情境下或应对一般性应激生活事件时所使用的认知方面的情绪调节策略,即从研究认知的角度加以考虑,评定个体具有的稳定认知情绪调节方式偏好^[25]。近年来,利用该量表研究自杀风险因素的相关结果尚少。关于消极的认知情绪调节策略方面,研究表明,重复出现的负性想法与自杀观念增加有关^[26],而沉思和灾难化与重复出现的负性想法密切相关,沉思会增加绝望感和自杀观念^[27-28]。Forkmann 等^[29]研究表明,积极重新评价与自杀观念未见明显相关,而 Kudinova 等^[30]研究则表明,有自杀观念的人较少使用积极重新评价这一策略。本研究中,自杀风险组的抑郁障碍患者自我责难、接受、沉思、灾难化的评分高于无自杀风险组,

但是未发现两组之间积极重新关注、积极重新评价、积极重新计划、理性分析、责难他人评分存在差异。进一步分析显示,只有灾难化进入自杀风险的预测模型,且其预测作用独立于抑郁症状严重程度、性别和发病年龄之外。

综上所述,女性、起病年龄早、更多使用灾难化的情绪调节策略、抑郁症状严重的未治疗抑郁障碍患者自杀风险更高。临床工作中应对具有以上特点的患者做好自杀风险的评估与干预,尤其对于早年发病、抑郁症状严重、灾难化特点突出的女性抑郁障碍患者,应详细做好自杀的评估,及时进行干预。本研究样本量小且均来自同一医院,存在样本的偏倚。研究设计方面,仅为横断面的研究,对危险因素的预测具有局限性。进一步的研究中可进行更加深入的大样本、前瞻性、全国多中心的研究,以获得更全面的关于自杀预防、干预的信息。

参考文献

- [1] Li H, Luo X, Ke X, et al. Major depressive disorder and suicide risk among adult outpatients at several general hospitals in a Chinese Han population [J]. *PLoS One*, 2017, 12 (10): e0186143.
- [2] Jianlin J. Suicide rates and mental health services in modern China [J]. *Crisis*, 2000, 21(3): 118-121.
- [3] Whiteford HA, Degenhardt L, Rehm J, et al. Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the Global Burden of Disease Study 2010 [J]. *Lancet*, 2013, 382(9904): 1575-1586.
- [4] Dong M, Wang SB, Li Y, et al. Prevalence of suicidal behaviors in patients with major depressive disorder in China: a comprehensive meta-analysis [J]. *J Affect Disord*, 2018, 225: 32-39.
- [5] Kessler RC, Borges G, Walters EE. Prevalence of and risk factors for lifetime suicide attempts in the National Comorbidity Survey [J]. *Arch Gen Psychiatry*, 1999, 56(7): 617-626.
- [6] Garnefski N, Kraaij V, Spinhoven P. Negative life events, cognitive emotion regulation and emotional problems [J]. *Pers Individ Dif*, 2001, 30(8): 1311-1327.
- [7] Joormann J, Stanton CH. Examining emotion regulation in depression: a review and future directions [J]. *Behav Res Ther*, 2016, 86: 35-49.
- [8] Weiss NH, Sullivan TP, Tull MT. Explicating the role of emotion dysregulation in risky behaviors: a review and synthesis of the literature with directions for future research and clinical practice [J]. *Curr Opin Psychol*, 2015, 3: 22-29.
- [9] Khurana A, Romer D. Modeling the distinct pathways of influence of coping strategies on youth suicidal ideation: a national longitudinal study [J]. *Prev Sci*, 2012, 13 (6): 644-654.

- [10] 司天梅, 舒良, 党卫民, 等. 简明国际神经精神访谈中文版的临床信效度[J]. 中国心理卫生杂志, 2009, 23(z1): 30-36.
- [11] Lin JY, Huang Y, Su YA, et al. Association between perceived stressfulness of stressful Life events and the suicidal risk in Chinese patients with major depressive disorder[J]. Chin Med J (Engl), 2018, 131(8): 912-919.
- [12] 朱熊兆, 罗伏生, 姚树桥, 等. 认知情绪调节问卷中文版(CERQ-C)的信效度研究[J]. 中国临床心理学杂志, 2007, 15(2): 121-124, 131.
- [13] Chen L, Liu YH, Zheng QW, et al. Suicide risk in major affective disorder: results from a national survey in China[J]. J Affect Disord, 2014, 155: 174-179.
- [14] Weitz E, Hollon SD, Kerkhof A, et al. Do depression treatments reduce suicidal ideation? The effects of CBT, IPT, pharmacotherapy, and placebo on suicidality [J]. J Affect Disord, 2014, 167: 98-103.
- [15] KoKoAung E, Cavenett S, McArthur A, et al. The association between suicidality and treatment with selective serotonin reuptake inhibitors in older people with major depression: a systematic review[J]. JBI Database System Rev Implement Rep, 2015, 13(3): 174-205.
- [16] 李伟, 冀成君, 杨甫德, 等. 重性抑郁障碍患者认知功能对自杀意念的影响[J]. 中华行为医学与脑科学杂志, 2019, 28(9): 827-831.
- [17] 朱海兵, 王丹逢, 高云, 等. 未用药抑郁症自杀者的临床特征与HPA轴功能分析[J]. 中国神经精神疾病杂志, 2016, 42(10): 596-600.
- [18] 辛立敏, 陈林, 杨甫德, 等. 伴忧郁特征抑郁症患者自杀未遂的危险因素[J]. 中国神经精神疾病杂志, 2019, 45(1): 15-19.
- [19] Pawlak J, Dmitrak-Węglarz M, Skibińska M, et al. Suicide attempts and clinical risk factors in patients with bipolar and unipolar affective disorders[J]. Gen Hosp Psychiatry, 2013, 35(4): 427-432.
- [20] Goumellis R, Tournikioti K, Touloumi G, et al. Psychotic (delusional) depression and suicidal attempts: a systematic review and meta-analysis[J]. Acta Psychiatr Scand, 2018, 137(1): 18-29.
- [21] Baldessarini RJ, Tondo L, Pinna M, et al. Suicidal risk factors in major affective disorders[J]. Br J Psychiatry, 2019: 1-6.
- [22] 周雪莹, 易军, 王黔艳, 等. 有精神疾病家族史抑郁症患者自杀未遂的危险因素[J]. 中国神经精神疾病杂志, 2019, 45(8): 488-491.
- [23] Ribeiro JD, Huang X, Fox KR, et al. Depression and hopelessness as risk factors for suicide ideation, attempts and death: meta-analysis of longitudinal studies[J]. Br J Psychiatry, 2018, 212(5): 279-286.
- [24] Ward-Ciesielski EF, Winer ES, Drapeau CW, et al. Examining components of emotion regulation in relation to sleep problems and suicide risk[J]. J Affect Disord, 2018, 241: 41-48.
- [25] 李红娟, 李洁, 徐海婷, 等. 青少年的抑郁情绪和认知情绪调节策略方式[J]. 中国心理卫生杂志, 2019, 33(1): 47-51.
- [26] Selby EA, Anestis MD, Joiner TE. Understanding the relationship between emotional and behavioral dysregulation: emotional cascades [J]. Behav Res Ther, 2008, 46(5): 593-611.
- [27] Law KC, Tucker RP. Repetitive negative thinking and suicide: a burgeoning literature with need for further exploration [J]. Curr Opin Psychol, 2018, 22: 68-72.
- [28] Flores-Kanter PE, Garcia-Batista ZE, Moretti LS, et al. Towards an explanatory model of suicidal ideation: the effects of cognitive emotional regulation strategies, affectivity and hopelessness[J]. Span J Psychol, 2019, 22: E43.
- [29] Forkmann T, Scherer A, Böcker M, et al. The relation of cognitive reappraisal and expressive suppression to suicidal ideation and suicidal desire [J]. Suicide Life Threat Behav, 2014, 44(5): 524-536.
- [30] Kudinova AY, Owens M, Burkhouse KL, et al. Differences in emotion modulation using cognitive reappraisal in individuals with and without suicidal ideation: an ERP study [J]. Cogn Emot, 2016, 30(5): 999-1007.

(收稿日期:2019-12-09)

(本文编辑:陈霞)