

## 关注助人者的心理健康：共情疲劳的涵义、结构及其发生机制<sup>\*</sup>

孙炳海<sup>1</sup> 楼宝娜<sup>1</sup> 李伟健<sup>1</sup> 刘宣文<sup>2</sup> 方侠辉<sup>1</sup>

(<sup>1</sup> 浙江师范大学心理系, 金华 321004) (<sup>2</sup> 浙江传媒学院, 杭州 310018)

**摘 要** 共情疲劳是心理咨询师、消防战士、急救医护人员等助人者救助受创伤人员后出现的特有的心理健康问题。共情疲劳的二因素模型含二次创伤与职业倦怠, 三因素模型还包括共情满足。共情疲劳的临床症状与创伤后应激障碍、二次创伤、替代(间接)性创伤、倦怠相似, 但上述概念并不等同于共情疲劳。共情疲劳是助人者在间接接触创伤性事件并向他人共情的前提下, 产生共情压力, 降低了对他人共情的兴趣与能力, 出现二次创伤症状, 产生工作倦怠感。同时, 助人者人口统计学特征(如婚姻状况、学历、工作年限、个人创伤史等)、接触或暴露于创伤事件的程度、个人心理资源都会影响共情疲劳发生的过程。

**关键词** 助人者; 心理健康; 共情疲劳

**分类号** R395

受创伤人员一直是心理危机干预工作关注的重要对象, 而帮助受创伤人员的助人者(如心理咨询师、消防战士、急救医护人员等)的心理健康问题却很少得到研究者的关注(Figley, 1995)。直到上世纪 90 年代, 助人者的心理健康才成为国际心理危机干预领域的一个新焦点。在汶川地震以后, 我国助人者的心理健康引起了心理学家的普遍重视。有研究者提出要关注救助人员的心理健康(时勘, 秦弋, 王燕飞, 陈阅, 2008; 伊丽, 武国城, 万憬, 陈松, 汪志勇, 2009), 要处理好救助人员过分卷入与自我保护的关系(李辉, 舒姝, 李红, 2009)。另外, 我国学者还针对汶川地震后的各类救助人员开展了一系列有关助人者心理健康的实证性研究(冯正直 等, 2010; 马强 等, 2008; 宋梓祥, 李光耀, 李宁, 张理义, 2010; 许思安, 杨晓峰, 2009)。其中, 有研究发现(马强 等, 2008), 四川地震救助人员在救援后出现不同程度的烦躁情绪, 并且工作兴趣下降。我国学者把助人者出现

的这种心理问题称为二次创伤(Secondary Trauma, ST)或替代性(间接)创伤(Vicarious Trauma, VT), 这与国外早期研究者对该现象的命名相似。然而, Figley (1995, 2002) 提出使用“共情疲劳”(Compassion Fatigue, CF)<sup>1</sup>一词替代二次创伤或替代性创伤, 认为共情疲劳是助人者“关爱的代价(cost of caring)”。

### 1 共情疲劳与相关概念的关系

“共情疲劳”一词最早出现在 Joinson (1992) 有关护士倦怠的报告中, 当时资深危机咨询员 Chase 将共情疲劳作为倦怠的一种特殊形式进行阐述。随后, 创伤学家(Figley, 1995, 2002; see also Adams, Figley, & Boscarino, 2008)将共情疲劳引入助人者心理健康领域, 并将其作为二次创伤的

收稿日期: 2011-04-18

<sup>\*</sup> 浙江省哲学社会科学规划课题(10CGJY02ZQ)、教育部人文社科规划项目(09YJAXLX024)资助。

通讯作者: 李伟健, E-mail: xlxh@zjnu.cn

<sup>1</sup> compassion fatigue: 产生 compassion fatigue 的前因是共情压力, 症状亦表现为对受害者共情的兴趣与能力降低。所以尽管有研究将 compassion fatigue 译为“同情心疲劳”或“慈悲疲倦”, 但我们认为根据 compassion fatigue 的前因与症状, 将 compassion fatigue 现象称为“共情疲劳”更为确切。

最佳替代词, 用其描述助人者因向受创伤人员提供服务而出现消极影响的不良现象。在以往的研究中, 尽管研究者对共情疲劳的概念有了比较明确的界定, 然而共情疲劳有时会与二次创伤或替代(间接)性创伤作为同义词描述助人者的心理健康问题(Bride, Radey, & Figley, 2007; Beck, 2011; Devilly, Wright, & Varker, 2009; Stewart, 2009); 甚至有时还与创伤后应激障碍(Post-traumatic Stress Disorder, PTSD)、职业倦怠(Job Burnout, JB)等概念相混淆(Adams, Boscarino, & Figley, 2006; Bride et al., 2007; Conrad & Kellar-Guenther, 2006)。因此, 探讨共情疲劳与相关概念的关系不仅可以促进人们对共情疲劳本质特征的认识和理解, 而且还将有助于人们更加重视助人者的心理健康问题。

### 1.1 共情疲劳与创伤后应激障碍

创伤后应激障碍在 1980 年被列入精神障碍诊断与统计手册(第三册)(American Psychiatric Association, 1980)时, 它的发生主体不仅包括受害者及其家属、朋友, 还包括救助职业中的专业人员。PTSD 最初主要用于描述美国越战退伍士兵战后出现的心理问题, 如反复体验创伤性事件(侵入性回忆和反复出现噩梦等)、保护性反应(如回避与创伤相关的刺激和情感麻木等)以及高度警觉的症状(惊跳反应和过度警觉等), 后来也用于描述遭受性侵害、地震、交通事故等灾难的受害者所出现的精神症状(李璐寰, 童辉杰, 2008)。90 年代后, 随着咨询师、消防战士、儿童保护工作者、护理人员和社会工作者等助人者的心理健康问题得到心理危机干预研究者的普遍关注(Figley, 1995), 还有研究者使用 PTSD 直接描述助人者出现的不良心理现象。然而, 已有研究表明 PTSD 与共情疲劳存在明显的区别。

共情疲劳与 PTSD 的相通之处在于临床症状的具体表现。很多学者将助人者的不良心理现象直接描述为 PTSD。Epstein, Fullerton 和 Ursano (1998)在研究空难事件医疗救援人员的心理问题时, 用 PTSD 描述救援人员表现出的不良反应; Fullerton, Ursano 和 Wang (2004)在俄克拉荷马爆炸事件 34 个月后对救援人员进行精神病理学的研究中, 同样使用 PTSD 术语进行描述。惠武利、施旺红、徐德忠、王家同和门可(2001)调查了烟台海难救援军人(包括海军官兵、陆军官兵和海军医

务人员)的心理健康状况, 使用 PTSD 进行诊断, 并评估 PTSD 的发生率。这些研究都表明助人者确实出现了 PTSD 症状, 并以 PTSD 的评估结果反映助人者的心理健康状况。

共情疲劳与 PTSD 的不同之处在于接触创伤事件的方式。Figley (2002)以及 Salston 和 Figley (2003)在探讨心理咨询师的共情疲劳时, 明确指出两者之间的最大区别在于 PTSD 与个体自身经历危害情境有关, 即它的发生主体为直接接触创伤性事件的受害者; 共情疲劳则与在治疗和互动中知晓他人体验创伤事件有关, 即它的发生主体为间接接触创伤性事件的助人者。Jenkins 和 Baird (2002)也持相同观点, 认为受害人员将会出现 PTSD, 而知晓创伤事件的人将会出现共情疲劳。该观点还得到了众多相关研究的支持(Elwood, Mott, Lohr, & Galovski, 2011; Meadors, Lamson, Swanson, White, & Sira, 2009-2010)。

### 1.2 共情疲劳与二次创伤

在 Figley 引入共情疲劳之前, 有研究者也使用二次创伤描述助人者的心理健康问题。1978 年, Figley 提出, 受害者的亲人、朋友及其护理人员因对创伤事件的受害者投入共情而易出现创伤压力; 此后, 很多学者提出在帮助受创伤人员的助人者身上可以诊断出创伤压力症状; 创伤学家称此类现象为二次创伤(Cornille & Meyers, 1999)。然而, Figley 发现有些健康护理专业人员认为二次创伤术语带有贬义(Figley, 1995; see also Beck, 2011)。因此, 在后续的研究中, 他们选用共情疲劳代替二次创伤。尽管很多研究将共情疲劳与二次创伤看成是一对可以互换使用的术语, 然而近年来也有研究指出两者之间不可互换。

共情疲劳与二次创伤的相似性不仅在于临床症状, 还在于发生的间接性。与共情疲劳一样, 二次创伤的临床表现也类似于 PTSD, 研究者将其称为二次创伤应激障碍(Secondary Traumatic Stress Disorder, STSD)。Peebles-kleiger 认为间接接触创伤性事件的人员都有可能出现二次创伤, 如听到创伤性事件或者照顾经历创伤性事件的受害者(Meadors et al., 2009-2010)。可以说, 间接性是产生共情疲劳与二次创伤共有的前提条件。尽管有研究强调助人者的心理健康问题用“共情疲劳”一词表达更确切, 但目前仍有许多研究将其与二次创伤互换使用。Deighton, Gurriss 和 Traue

(2007)在研究心理咨询师的倦怠和共情疲劳时提到,“共情疲劳等同于人们众所周知的二次创伤”。

共情疲劳与二次创伤的不同之处在于,共情疲劳产生之前主体存在主动付出共情的过程,该付出可能是现实的、隐含的或想像的。Meadors等人(2009-2010)指出,共情疲劳包含了“共情(compassion)”,即“切身关注他人的遭遇并给予同情,同时想对其做些事情”,而二次创伤则不包含这个过程。White(2006)概括了共情疲劳与二次创伤的区别,认为两者存在现象学差异,二次创伤描述的是类似PTSD的症状,而共情疲劳则是个体接触受害者并给予共情的后果。因此,二次创伤并不能简单等同于共情疲劳,两者不可相互替换,二次创伤是共情疲劳的主要成分之一。

### 1.3 共情疲劳与替代性创伤

替代性(间接)创伤这个术语由McCann和Pearlman于1990年提出,最初特指专业心理咨询师在帮助他人以后出现的心理创伤(马君英,2010)。许思安和杨晓峰(2009)在研究报告中提到,以往研究广泛使用替代性创伤描述救援人员、救火队员、家庭受害者等群体的心理不适现象。Pearlman和Saakvitne于1995年将其定义为助人者对受创伤者给予共情,从而出现认知图式和信念系统的转变(Bride et al., 2007)。总之,替代性创伤在创伤类文献中,也用于描述助人者在提供服务后出现的不良心理后果,与共情疲劳存在高度的关联。

共情疲劳与替代性创伤的关联性不仅在于发生的间接性,而且还在于两者都不否认个体出现心理健康问题前有一个主动付出的过程。Pearlman和Saakvitne认为替代性创伤是助人者在为受害者提供服务的过程中其内在经验的改变,是助人者对受创伤人员感同身受的不良结果(引自许思安,杨晓峰,2009)。刘军认为替代性创伤是助人者在目击大量残忍、破坏性场景之后,遭受的心理损害超过了心理耐受极限,出现了各种心理异常现象;他还指出,这些异常现象通常都源于助人者对受创伤人员的共情,最终表现为严重的身心困扰,甚至精神崩溃(引自马君英,2010)。创伤事件的间接接触以及共情的主动付出是共情疲劳和替代性创伤产生的共同前提条件。

共情疲劳与替代性创伤的差异性主要表现在临床症状和理论基础方面。替代性创伤强调的主

要症状是助人者的认知图式受到侵扰,如“意义感、关系感、认同感、世界观,以及情感宽容、心理需要、对自身和他人的信仰、人际关系、感觉记忆的重大破坏”(Bride et al., 2007; Salston & Figley, 2003);而共情疲劳的突出症状为助人者对受害者的共情能力或兴趣降低(Elwood et al., 2011)。其次,研究者基于建构主义的自我发展理论提出替代性创伤,而基于症状学提出共情疲劳,这表明两者在理论上存在差异(Jenkins & Baird, 2002)。

### 1.4 共情疲劳与倦怠

倦怠由Freudenberger于1974年提出。Maslach认为,倦怠是心理学家用来描述人类服务工作者以及心理健康工作者在职业工作中出现的情感衰竭、去个性化与低成就感的表现(Jenkins & Baird, 2002)。从倦怠的发生后果来看,共情疲劳与其存在高度相关。然而,倦怠的应用领域不断扩大,发生主体不限于助人者。因此,广义上的倦怠与共情疲劳存在差异。

大量研究发现共情疲劳与倦怠两者间存在重叠性(Baird & Kracen, 2006; Figley, 2002; Jenkins & Baird, 2002)。Jenkins和Baird(2002)将两者的共同之处概括为三个方面:第一,发生主体都是助人者;第二,发生原因都是助人者长期接触压力源;第三,最终结果都是助人者出现心理障碍,其症状主要表现在情感衰竭、工作成就感降低以及核心价值观转变等方面。总之,有研究者(Rudolph, Stamm, B. H., & Stamm, H. E., 1997)认为,共情疲劳和倦怠都是助人者在为受害者提供服务过程中导致的结果,具体表现为助人者工作能力与兴趣降低,企图离开工作岗位。

Pines和Aronson将倦怠定义为“个体长期处于情感性要求的环境中从而引起身体、情感和精神耗竭的状态”,而不是因为接触特殊患者的创伤和遭遇而引起的(Beck, 2011)。从定义上看,倦怠与工作环境中的长期压力有关,而与接触人员的具体问题(如创伤)相关不大。Brief和Weiss发现倦怠所表现的大多数精神压力与组织(如行政机构、管理者、文书工作、详细说明等)有关,而与工作内容(如应对受害者、危险、创伤等)无关(Meadors et al., 2009-2010);而共情疲劳恰恰相反。从发生范围来看,Elwood等人(2011)认为倦怠会在任何职业中发生,而不局限于为受害者提供

服务的助人行业,其发生群体要比共情疲劳更广。从概念的理论来源来看,Valent (2002)认为,共情疲劳的起因是援救-照顾反应,而倦怠则来自自信-目标成就反应。他推论当不能将受害者从危险中援救或挽救时个体就会产生共情疲劳,助人者还会伴随内疚和痛苦;倦怠则是个体在不能实现他/她的目标时所出现的后果,并导致“挫折、失控感以及斗志减少”。还有研究(Figley, 1995; Rudolph et al., 1997; Salston & Figley, 2003)发现,倦怠的发生和缓解都较缓慢,而共情疲劳的出现则是突然的且恢复也更快。

## 2 共情疲劳的涵义及其临床表现

### 2.1 共情疲劳的涵义

通过上述相关概念之间的比较可以发现,尽管共情疲劳的临床表现与其它相关概念的症状存在相似之处,但其在本质上是不同的。主要表现为:第一,助人者出现类似创伤后应激障碍的症状,但其本人并没有经历灾难本身(如失去亲人或生理、财产等的直接损失),助人者通过接触受创伤个体而不是直接接触创伤事件本身所产生的不良心理后果;第二,助人者是在向他人提供生理援助和情感支持等救助过程中,由于主动付出(如物质、生理或心理上的援助)而遭遇压力并出现心理不适,即助人者的共情反应不足或过度对自身造成了共情压力。总之,无论是二次创伤、替代(间接)性创伤,还是创伤后应激障碍或职业倦怠,它们都与共情疲劳存在密切关系,但都不能简单等同于共情疲劳。

鉴于以上论述,我们支持 Figley 的理论观点,认为共情疲劳是指救助人员在向救助对象提供物质或生理援助的过程中,以对现实的、想象的或隐含的救助对象共情为前提,遭受二次创伤,降低了对救助对象共情的兴趣和能力,产生救助工作的倦怠感,甚至改变了原有的工作价值观,同时伴随一系列心理不适症状(Adams et al., 2006; Figley, 1995)。

### 2.2 共情疲劳的临床表现

在早期的研究中(Epstein et al., 1998),研究者发现助人者在救助他人后会表现出很多类似 PTSD 症状。有研究(James & Gilliland, 2005/2009)表明,巡警、急救医护人员、消防战士在社会支持性团体活动中表现出大量的替代性创伤症状。

在有关共情疲劳的研究报告中,大量学者对其临床表现进行了详细地描述。

Figley (1995)通过与助人者(尤其是咨询师)交流,发现他们在帮助受害者后会出现悲伤、沮丧、睡眠障碍、广泛性焦虑等与创伤工作有关的不良现象。Inbar 和 Ganor (2003)关注犹太族救助人员(如 ZAKA 成员、医护人员及其志愿者等)在提供助人服务后出现的精神创伤,提出共情疲劳的症状包括沮丧、焦虑、疏远、睡眠紊乱、不能胜任感或排斥感等。他们还认为当助人者长期处于压力境况时,个体心理问题会逐步恶化,从而进一步削弱助人者的有效机能,加大他们与受害者的距离,限制他们自身的精力与能力,增加其对他人的敏感性。这些症状在其它相关研究中不断得到证实(Ruysschaert, 2009; Beck, 2011)。Hooper 等人(2010)在研究护士的共情疲劳中发现,护士会出现心理困扰(如受挫、沮丧、急躁、无望感等)、身体疾病以及酒精药物滥用等不良后果,且在工作中会经常缺席、绩效降低(如给予患者的共情和关爱减少、患者的不满意感增加等)、失误增加、离职等。陈美琴(2004)探讨台湾 9.21 震灾助人群体的心理援助时,调查了部队人员、医院的社工人员、护士、志愿者以及临床与心理咨询师等助人者的心理健康状况,发现他们在救助过程中出现心理疲倦、身体疲劳、情绪不稳定、心情忧郁、灾难影像不自主出现、睡眠不稳、梦中惊醒等不良反应。

综合以往研究(Adams et al., 2008; Bride, 2007; Beck, 2011; Figley, 1995, 2002; Rudolph et al., 1997),我们认为共情疲劳的临床症状主要体现在以下几个方面:情感上出现了压抑、沮丧、衰竭等异常症状;原有认知与行为改变,如怀疑原有价值观、世界观以及表现出过激的行为,在行为上也可能过度集中于工作,但其工作的满意度与有效帮助他人的能力则有所降低,在救助过程中做出不良的专业判断,如误诊、制定不佳的救助计划等;若个体具有严重而持久共情疲劳症状,其日常生活会受到影响,并对工作产生强烈的倦怠感以致于不得不选择离开工作岗位等。

## 3 共情疲劳的结构

在探讨理论概念的基础上,不同的研究者对共情疲劳结构开展了大量研究。目前,共情疲劳

结构的二因素模型和三因素模型分别在不同研究中得到了检验。

### 3.1 共情疲劳的二因素模型

共情疲劳的二因素模型由二次创伤和职业倦怠构成。Figley (1995)基于临床经验提出共情疲劳的二因素模型,研发了共情疲劳自我测验量表(Compassion Fatigue Self Test, CFST)(包括共情疲劳和倦怠两个分量表)。Gentry, Baronowsky 和 Dunning (2002)认为共情疲劳由疲劳和倦怠两个因素构成,在 CFST 的基础上删减项目,将其修订成共情疲劳量表-修订版本(Compassion Fatigue Scale-Revised, CFS-R)。Boscarino, Figley 和 Adams (2004)运用 CFS-R 评估美国 9.11 事件社会工作者的共情疲劳,再次对量表进行修订,将共情疲劳和倦怠命名为二次创伤和职业倦怠,形成最终版的共情疲劳简短量表(CF-Short Scale)。Adams 等人(2006)专门检验了共情疲劳简短量表的信效度,结果显示该量表不仅具有良好的信度,还具有良好的结构效度、同时效度和预测效度。二因素模型也得到了其他研究者的支持,Rudolph 等人(1997)提出共情疲劳是助人者接触创伤受害者并给予共情的后果,认为倦怠是共情疲劳的一个主要威胁因素;Jenkins 和 Baird (2002)认为共情疲劳除了具有二次创伤压力症状外,还包括情感耗竭特征;Adams 等人(2006, 2008)也提出二次创伤和职业倦怠是共情疲劳主要的和决定性的临床特征。

### 3.2 共情疲劳的三因素模型

共情疲劳的三因素模型由共情满足、二次创伤和职业倦怠构成。Figley (1995, 2002)认为共情疲劳产生的前提条件是,助人者在帮助受害者的同时心理上存在一个共情反应的过程。然而,在现实生活中,助人者往往因帮助他人时没有达到预期效果,而对自身产生不满,从而导致共情满足水平降低,最终表现出各种共情疲劳症状。Stamm 和 Figley 于 1996 年通过分析共情疲劳自我测验量表的题项发现,该量表具有明显的消极趋向(Bride et al., 2007)。为了避免测验对被试产生负面影响,他们认为需要增加一些积极题项以弥补原量表的不足,即共情疲劳还应包括共情满足。因此,他们提出了共情疲劳的三因素模型(二次创伤和倦怠代表消极趋向,共情满足代表积极趋向),修订了共情疲劳自我测验量表。Stamm (2005)在

共情疲劳自我测验修订版(1996)的基础上做了进一步的修订,将其命名为救助人员生活质量量表(Professional Quality of Life Scale, Pro-QOL)。该量表由共情满足、二次创伤和职业倦怠三个分量表组成。心理测量学结果表明,Pro-QOL 具有良好的信效度,得到了大量研究的支持和运用。Hooper 等人(2010)在探讨急救护士的生活质量水平时,选用 Pro-QOL 进行测评,结果发现急救护士的倦怠和共情疲劳存在中等程度以上的风险,且共情满足较低;Lauvrud, Nonstad 和 Palmstierna (2009)也使用该量表测量法学精神病学安全部门护理人员的生活质量水平。

## 4 共情疲劳的发生机制

共情疲劳的发生机制一直是创伤心理学家关注的一个重点(Figley, 1995, 2002)。早期研究通过分析助人者的创伤后应激障碍、二次创伤或替代性创伤,探讨助人者心理健康问题的发生机制(Bride, 2007; Figley, 1995)。Figley (1995)认为助人者产生二次创伤(即 Figley 提出的共情疲劳)至少有以下四个原因:第一,共情反应是助人者帮助他人的主要资源,也是产生共情疲劳的根源;第二,助人者经历了压力事件(如暴露在受创伤环境中);第三,助人者个人过往创伤在救助情境中被激活;第四,助人者存在童年创伤更易出现共情疲劳。Beck (2011)在探讨护士共情疲劳的研究中提出,共情反应与接触创伤性事件是产生共情疲劳的两个主要原因。综合各类研究可以发现,导致共情疲劳发生的因素至少可以归纳为以下几种类别。

第一,包括婚姻状况、工作年限、学历、个人创伤史等在内的助人者人口统计学特征。Adams 等人(2008)和 Boscarino 等人(2004)在探讨参与 9.11 事件社会工作者的共情疲劳时都发现,未婚助人者的共情疲劳发生率较高。Boscarino 等人(2004)还发现,工作年限越高,共情疲劳的发生率越低。Rudolph 等人(1997)的研究结果表明,硕士学历者产生共情疲劳的风险最高,博士学历者次之,本科学历者最低。他们还认为个人创伤史具有双重性——有个人创伤史的护理人员因知晓更多创伤事件而易出现共情疲劳;另一方面,个人创伤史也是一种保护因子,它使护理人员具有相关的经验和积极的应对策略,可

以抑制共情疲劳的产生。如 Adams 等人(2008)的研究发现, 共情疲劳的产生与个人创伤史有关, 消极生活事件和创伤性事件会增加共情疲劳的发生率。

第二, 助人者接触或暴露于创伤事件的程度。Deighton 等人(2007)以咨询师为被试, 发现每周接触的患者数量与共情疲劳的发生有关。Brick (2002)同样发现, 咨询师每周的工作量与共情疲劳之间存在正相关。Yoder (2010)在探讨护士的共情疲劳时发现, 照顾患者(患者的病情、表现、要求等)、体制问题(患者数量及其严重性、工作任务与时间等)和个人问题(经验不足、精力不充沛等)会引发共情疲劳。还有研究(Adams et al., 2008; Boscarino et al., 2004)发现, 工作卷入程度和服务对象受创伤程度可以预测共情疲劳的发生情况。

第三, 助人者的个人心理资源。Beck (2011)和 Figley (1995, 2002)都提出, 共情反应是共情疲劳出现的重要原因之一。多项研究(Adams et al., 2006, 2008; Boscarino et al., 2004)发现, 社会支持、工作信息量、控制感与共情疲劳存在负相关。Jacobson (2006)在研究员工心理援助工作者(Employee Assistance Professionals)的共情疲劳时发现, 在遇到工作压力时采用积极策略(包括获得

情感支持、听取他人意见、采取相应行动扭转局势等)的人报告更多共情满足及更少共情疲劳。有研究(Katz, 2007)认为, 以往提出的各种可能因素在影响助人者共情疲劳的过程中会受到其自身心理能量的影响。在有关一线救灾人员的复原力研究中(Pietrantonio & Prati, 2008), 他们发现复原力可以预防一线救灾人员的心理不适。

Figley (2002)对影响共情疲劳的各种因素进行了系统描述, 提出了共情疲劳的发生机制(见图 1)。首先, 共情疲劳产生的第一个前提条件是接触受创伤人员(Exposure to Client)。第二, 共情关注(Empathy Concern)和共情能力(Empathy Ability)是助人者对受创伤人员产生共情反应的基础, 而共情反应是共情疲劳产生的第二个前提条件。第三, 共情反应后出现剩余的情感能量, Figley (2002)将其称为共情压力。当共情压力积累到一定程度, 它会对助人者产生消极影响。在这个过程中, 共情满足/成就感(satisfaction)和保持距离(disengagement)是两种可以减轻共情压力的途径。第四, 残留的共情压力和其它消极影响因素(即模型中的长期接触、创伤回忆和生活干扰程度)同时存在会直接导致共情疲劳的出现。

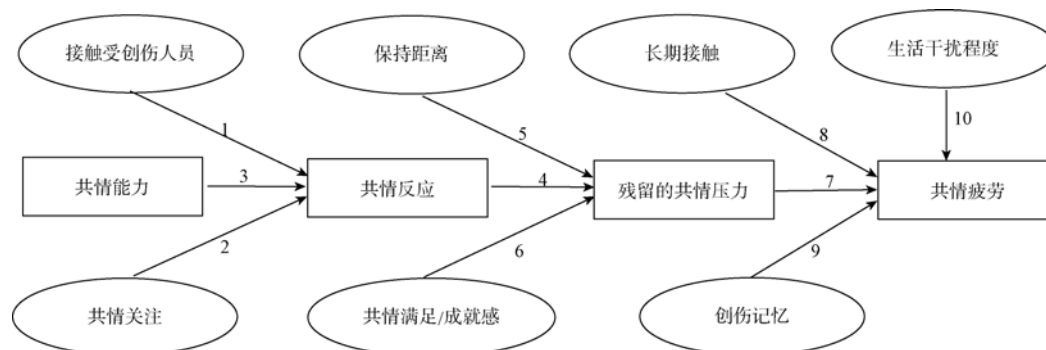


图 1 共情压力与疲劳模型(Figley, 2002)

然而, 共情疲劳的研究新进展(Adams et al., 2006, 2008; Boscarino et al., 2004; Katz, 2007)进一步提出了心理能量对共情疲劳的抑制作用。在共情疲劳的发生过程中, 外部因素都需要通过心理能量(如自我复原力)的中介作用才能对个体产生影响。复原力是心理能量中最重要的资源(Siu et al., 2009), 是个体在逆境中正向适应的能力, 也是个体在困难、挫折和不幸的环境中很快恢复和

调整过来的动力过程(Brymer et al., 2006/2007)。它可以促使个体利用自身有利条件与资源应对风险, 并支持个体发展新的内部工作模型以应对未来可能的威胁(Kravits, McAllister-Black, Grant, & Kirk, 2010), 还可以促使个体在不同时间应对不同情境压力, 以及调动其它心理资源应对当前与未来的压力和威胁(Henley, 2010)。因此, 若个体的复原力良好或恢复较快时, 个体将有能力抑制

或克服共情疲劳的产生。

## 5 总结与展望

共情疲劳是助人者特有的心理健康问题,是助人行业(如心理咨询师、急救医护人员、消防战士等)固有的风险之一。国外研究报告,有15%的救助人员会出现共情疲劳(Bride, 2007), 19%的救助人员在从事救助服务后出现与共情疲劳有关的抑郁症状(Siebert, 2004)。帮助助人者克服共情疲劳不仅是维护助人者心理健康的需要使然,而且对提高救灾效益具有重要意义。国外上世纪90年代后开始全面关注助人者的心理健康问题,而我国对该问题的研究尚属起步阶段。当前,共情疲劳现象已经引起了我国专业人士的重视。今后,研究者可以围绕共情疲劳的涵义、结构、发生与预防等问题开展深入研究。

第一,深入解析共情疲劳的涵义,明晰共情疲劳的结构。以往研究在讨论共情疲劳现象时,还存在将共情疲劳与其它相关概念混淆使用的情况,这就需要人们更清晰地认识共情疲劳的本质涵义。目前,关于共情疲劳的结构还存在分歧,二因素模型(二次创伤、职业倦怠)和三因素模型(共情满足、二次创伤和职业倦怠)都得到了实证研究的支持。我们认为两种模型间存在融通的可能性:共情满足是共情疲劳中的一个成分,共情满足低下是共情疲劳的重要症状之一;共情满足也有可能是共情疲劳的极端反向表现,同属一类、两者互为消长。有关共情疲劳的不同结构还需进一步研究。

第二,全面分析共情疲劳的发生机制,实证检验心理能量的特殊作用。综合以往研究发现,助人者人口统计学特征(如婚姻状况、学历、工作年限、个人创伤史等)、接触或暴露于创伤事件的程度、个人心理资源都是产生共情疲劳的重要影响因素。然而,这些影响因素的关系以及这些因素导致共情疲劳的路径、方式还有待进一步明晰。复原力作为个体心理能量的核心要素,它对共情疲劳发生过程的影响值得今后研究者们深入探究。

第三,研究共情疲劳的预防与干预模型,探寻有效实用的预防与干预途径。克服或消除助人者的共情疲劳是进行共情疲劳理论研究的根本目的。已有研究提出了诸如自我关爱技术(Inbar &

Ganor, 2003; Pfifferling & Gilley, 2000; Ruyschaert, 2009)、绘画疗法(Kravits et al., 2010)、压力管理、自我管理、增强复原力、拥有资源(Ruyschaert, 2009)、心理疏导(Inbar & Ganor, 2003)、无害化处理(Boscarino et al., 2004)等干预方法。根据共情疲劳的发生机制,如何从助人者自身与助人职业组织两方面开展预防与干预共情疲劳的途径将是广大研究者今后深入探讨的一个重点。

## 参考文献

- 陈美琴. (2004). 921 助人者之替代性创伤与照顾——谈救灾经验整合. *辅仁医学期刊*, 2(增刊), 89-99.
- 冯正直, 杨国愉, 李敏, 汪涛, 戴琴, 王立菲, 等. (2010). 汶川地震早期救援官兵心理应激特点及相关因素. *解放军预防医学杂志*, 28(1), 23-26.
- 惠武利, 施旺红, 徐德忠, 王家同, 门可. (2001). 烟台海难援救军人创伤后应激障碍发生者 SCL-90 分析. *第四军医大学学报*, 22(19), 1818-1820.
- 李辉, 舒姝, 李红. (2009). 灾后心理援助应处理好的几个关系. *云南师范大学学报 (哲学社会科学版)*, 41(3), 118-122.
- 李璐寰, 童辉杰. (2008). 创伤后应激障碍研究进展. *社会心理科学*, 23(1), 100-108.
- 马君英. (2010). 替代性创伤研究述评. *医学与社会*, 23(4), 91-93.
- 马强, 陈云爽, 张术佳, 马林林, 卓莉, 张树庚, 等. (2008). 地震救援人员烦躁情绪及工作兴趣调查分析. *华南国防医学杂志*, 22(6), 35-37.
- 时勘, 秦弋, 王燕飞, 陈阅. (2008). 地震救援人员的压力管理. *宁波大学学报 (人文科学版)*, 21(4), 15-19.
- 宋梓祥, 李光耀, 李宁, 张理义. (2010). 抗震救灾对救援官兵心理健康的影响及其干预性研究. *精神医学杂志*, 23(1), 54-55.
- 许思安, 杨晓峰. (2009). 替代性创伤: 危机干预中救援者的自我保护问题. *心理科学进展*, 17(3), 570-573.
- 伊丽, 武国城, 万憬, 陈松, 汪志勇. (2009). 抗震救灾官兵心理健康状况及相关因素分析. *心理科学进展*, 17(3), 567-569.
- Adams, R. E., Boscarino, J. A., & Figley, C. R. (2006). Compassion fatigue and psychological distress among social workers: A validation study. *American Journal of Orthopsychiatry*, 76, 103-108.
- Adams, R. E., Figley, C. R., & Boscarino, J. A. (2008). The compassion fatigue scale: Its use with social workers following urban disaster. *Research on Social Work Practice*, 18(3), 238-250.
- American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed.). Washington, DC: Author.
- Baird, K., & Kracen, A. C. (2006). Vicarious traumatization

- and secondary traumatic stress: A research synthesis. *Counselling Psychology Quarterly*, 19(2), 181–188.
- Beck, C. T. (2011). Secondary traumatic stress in nurses: A systematic review. *Archives of Psychiatric Nursing*, 25(1), 1–10.
- Boscarino, J. A., Figley, C. R., & Adams, R. E. (2004). Compassion fatigue following the September 11 terrorist attacks: A study of secondary trauma among New York City social workers. *International Journal of Emergency Mental Health*, 6(2), 1–10.
- Brick, A. (2002). Secondary traumatization and burnout in professionals working with torture survivors. *Traumatology*, 7(2), 85–90.
- Bride, B. E. (2007). Prevalence of secondary traumatic stress among social workers. *Social Work*, 52, 63–70.
- Bride, B. E., Radey, M., & Figley, C. R. (2007). Measuring compassion fatigue. *Clinical Social Work Journal*, 35, 155–163.
- Brymer, M., Jacobs, A., Layne, C., Pynoos, R., Ruzek, J., Steinberg, A., et al. (2007). *Psychological First Aid: Field Operations Guide, 2<sup>nd</sup> Edition*. USA: National Child Traumatic Stress Network and National Center for PTSD. (Original work published 2006)
- [布莱姆, M., 傑考伯斯, A., 莱恩, C., 派努斯, R., 路瑟克, J., 史坦伯格, A., 等. (2007). *心理急救操作手册第二版* (陈淑惠, 龚怡文, 潘元健, 刘于涵 译). 台北: 台湾大学心理系.]
- Conrad, D., & Kellar-Guenther, Y. (2006). Compassion fatigue, burnout, and compassion satisfaction among Colorado child protection workers. *Child Abuse & Neglect*, 30, 1071–1080.
- Cornille, T. A., & Meyers, T. W. (1999). Secondary traumatic stress among child protective service workers: Prevalence, severity and predictive factors. *Traumatology*, 5(1), 1–16.
- Deighton, R. M., Gurriss, N., & Traue, H. (2007). Factors affecting burnout and compassion fatigue in psychotherapists treating torture survivors: Is the therapist's attitude to working through trauma relevant? *Journal of Traumatic Stress*, 20(1), 63–75.
- Devilly, G. J., Wright, R., & Varker T. (2009). Vicarious trauma, secondary traumatic stress or simply burnout? Effect of trauma therapy on mental health professionals. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 43, 373–385.
- Elwood, L. S., Mott, J., Lohr, J. M., & Galovski, T. E. (2011). Secondary trauma symptoms in clinicians: A critical review of the construct, specificity, and implications for trauma-focused treatment. *Clinical Psychology Review*, 31, 25–36.
- Epstein, R. S., Fullerton, C. S., & Ursano, R. J. (1998). Posttraumatic stress disorder following an air disaster: A prospective study. *American Journal of Psychiatry*, 155(7), 934–938.
- Figley, C. R. (1995). Compassion fatigue as secondary traumatic stress disorder: An overview. In C. R. Figley (Ed.), *Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized* (pp. 1–20). New York: Brunner-Rutledge.
- Figley, C. R. (2002). Compassion fatigue: Psychotherapists' chronic lack of self care. *Journal of Clinical Psychology*, 58, 1433–1441.
- Fullerton, C. S., Ursano, R. J., & Wang, L. M. (2004). Acute stress disorder posttraumatic stress disorder, and depression in disaster or rescue workers. *The American Journal of Psychiatry*, 161, 1370–1376.
- Gentry, J. E., Baranowsky, A. B., & Dunning, K. (2002). ARP: The accelerated recovery program (ARP) for compassion fatigue. In C. R. Figley (Ed.), *Treating compassion fatigue* (pp. 123–137). New York: Brunner-Rutledge.
- Henley, R. (2010). Resilience enhancing psychosocial programmes for youth in different cultural contexts: evaluation and research. *Progress in Development Studies*, 10(4), 295–307.
- Hooper, C., Craig, J., Janvrin, D. R., Wetsel, M. A., Reimels, E. (2010). Compassion satisfaction, burnout, and compassion fatigue among emergency nurses compared with nurses in other selected inpatient specialties. *Journal of Emergency Nursing*, 36(5), 420–427.
- Inbar, J., & Ganor, M. (2003). Trauma and compassion fatigue: Helping the helper. *Journal of Jewish Communal Service*, 79, 109–111.
- Jacobson, J. M. (2006). Compassion fatigue, compassion satisfaction, and burnout: Reactions among employee assistance professionals providing workplace crisis intervention and disaster management services. *Journal of Workplace Behavioral Health*, 21(3–4), 133–152.
- James, R. K., & Gilliland, B. E. (2009). *Crisis Intervention Strategies*. Cengage Learning. (Original work published 2005)
- [詹姆斯, R. K., 吉利兰, B. E. (2009). *危机干预策略第五版* (高申春等 译). 北京: 高等教育出版社.]
- Jenkins, S. R., & Baird, S. (2002). Secondary traumatic stress and vicarious trauma: A validation study. *Journal of Traumatic Stress*, 15, 423–432.
- Joinson, C. (1992). Coping with compassion fatigue. *Nursing*, 22(4), 116–121.
- Katz, M. (2007). On playing a poor hand well: Recent advances in our understanding of human resilience and of the limits of emotional endurance. From <http://www.learningdevelopmentservices.com>
- Kravits, K., McAllister-Black, R., Grant, M., & Kirk, C. (2010). Self-care strategies for nurses: A



- psycho-educational intervention for stress reduction and the prevention of burnout. *Applied Nursing Research*, 23, 130–138.
- Lauvrud, C., Nonstad, K., & Palmstierna, T. (2009). Occurrence of post traumatic stress symptoms and their relationship to professional quality of life (ProQoL) in nursing staff at a forensic psychiatric security unit: A cross-sectional study. *Health and Quality of Life Outcomes*, 7(31), 1–6.
- Meadors, P., Lamson, A., Swanson, M., White, M., & Sira, N. (2009-2010). Secondary traumatization in pediatric healthcare providers: Compassion fatigue, burnout, and secondary traumatic stress. *Omega*, 60(2), 103–128.
- Pfifferling, J., & Gilley, K. (2000). Overcoming compassion fatigue. *Family Practice Management*, 7, 39–45.
- Pietrantonio, L., & Prati, G. (2008). Resilience among first responders. *African Health Sciences*, 8(Suppl.), 14–20.
- Rudolph, J. M., Stamm, B. H., & Stamm, H. E. (1997). Compassion fatigue: A concern for mental health policy, providers, & administration. In Poster presentation at the 13<sup>th</sup> Annual Meeting of the International Society for Traumatic Stress Studies. Montreal: PQ, CA.
- Ruysschaert, N. (2009). (Self) Hypnosis in the prevention of burnout and compassion fatigue for caregivers: theory and induction. *Contemporary Hypnosis*, 26(3), 159–172.
- Salston, M., & Figley, C. R. (2003). Secondary traumatic stress effects of working with survivors of criminal victimization. *Journal of Traumatic Stress*, 16(2), 167–174.
- Siebert, D. C. (2004). Depression in North Carolina social workers: Implications for practice and research. *Social Work Research*, 28, 30–40.
- Siu, O. L., Hui, C. H., Phillips, D. R., Lin, L., Wong, T. W., & Shi, K. (2009). A study of resiliency among Chinese health care workers: Capacity to cope with workplace stress. *Journal of Research in Personality*, 43, 770–776.
- Stamm, B. H. (Ed.). (2005). *The Professional Quality of Life Scale: Compassion satisfaction, burnout, & compassion fatigue/secondary trauma scales*. Baltimore, MD: Sidran Press.
- Stewart, D. W. (2009). Casualties of war: Compassion fatigue and health care providers. *MEDSURG Nursing*, 18(2), 91–94.
- Valent, P. (2002). Diagnosis and treatment of helper stresses, traumas and illnesses. In C. R. Figley (Ed.), *Treating compassion fatigue* (pp. 17–37). New York: Brunner-Routledge.
- White, D. (2006). The hidden costs of caring: What managers need to know. *The Health Care Manager*, 25, 341–347.
- Yoder, E. A. (2010). Compassion fatigue in nurses. *Applied Nursing Research*, 23, 191–197.

## Attention for the Mental Health among the Helpers: the Connotation, Structure and Mechanism of Compassion Fatigue

SUN Bing-Hai<sup>1</sup>; LOU Bao-Na<sup>1</sup>; LI Wei-Jian<sup>1</sup>; LIU Xuan-Wen<sup>2</sup>; FANG Xia-Hui<sup>1</sup>

(<sup>1</sup> Department of Psychology, Zhejiang Normal University, Jinhua 321004, China)

(<sup>2</sup> Zhejiang University of Media and Communications, Hangzhou 310018, China)

**Abstract:** Compassion fatigue (CF) is a peculiar mental health problem for the helpers (e.g., Psychotherapist, fire fighter and paramedic) who helped the traumatic client. The two-factor model of CF includes the secondary trauma (ST) and job burnout (JB), and the three-factor model of CF includes the compassion satisfaction (CS) besides the ST and JB. The clinical symptoms of CF are similar with post-traumatic stress disorders (PTSD), ST, vicarious trauma (VT) and burnout, while none of them could represent CF. Empathy for others and indirect exposure to traumatic events are preconditions of CF which brings about compassion pressure and reduces the capacity and interest in being empathic. And the second traumatic symptoms and the feeling of job burnout are the consequences of CF. Simultaneously, the helper's demographics (e.g., marital status, education background, years working and personal traumatic history), the degree of exposure to traumatic events and personal psychological resources would affect the generating course of CF.

**Key words:** helper; mental health; compassion fatigue