

## • 综 述 •

## 共情能力的作用及其培养\*

解方舟 吴姗姗 杨 平 何成森<sup>△</sup>中国·安徽医科大学医学心理学(安徽合肥) 230032 E-mail:810233084@qq.com <sup>△</sup>通讯作者 E-mail:chengsenhe@sina.com

【摘 要】 本文通过文献研究,国内外研究的现状,认识共情的概念,共情在医学领域的重要性,分析总结国内外共情能力提高的培训方式,将共情能力的改变融入医学教育中,为改善医护人员和培养医学生的共情能力打下良好基础。共情作为重要的心理特质,对缓解当前紧张的医患关系有着重要的作用。

【关键词】 共情;共情训练;医患关系;综述

中图分类号:R395.9 文献标识码:A 文章编号:1005-1252(2016)09-1425-08

doi:10.13342/j.cnki.cjhp.2016.09.037

## The Effect of Empathy and Training

Xie Fangzhou, Wu Shanshan, Yang Ping, et al

Anhui Medical University, Hefei 230032, China

共情自 20 世纪 80 年代被引入医学领域以来,一直被认为是处理医患关系的一个重要的服务理念<sup>[1]</sup>,是医护人员最重要的心理特征之一<sup>[2]</sup>。共情意味着医生需要关注患者的世界,能够体会患者的情绪和想法,理解患者的立场和感受<sup>[3]</sup>,并向患者传达自己的理解,以及患者对医生对自己的理解的觉察和感知<sup>[4]</sup>。共情可以提高亲社会行为的发生几率,也可以抑制攻击行为<sup>[5]</sup>。当前医患关系紧张的现象普遍存在,极端事件的频发使如何改善当前医患关系,提高共情能力,缓解医患冲突成为重要的研究课题。

## 1 国内外研究现状

## 1.1 共情的含义

共情(empathy),又称同理心、同感、神入等<sup>[6]</sup>,是指能够设身处地理解他人,并创造一个互动的交流氛围,使患者感到被理解和不再孤独<sup>[7]</sup>,是一种与我们的日常生活联系相当紧密的心理现象。共情由 Titchener 于 1909 年首次提出,他认为共情是一个把客体人性化的过程,是个体主动地经由内在模拟而形成心理意向的过程<sup>[8]</sup>。Lipps 是将共情引入心理学领域的学者之一,他认为共情是共情者感受到注视共情对象时所发生的体验<sup>[9]</sup>。后由 Rogers 引入至心理治疗及医学领域。他提出共情就是体验他

人的精神世界,如同体验自身精神世界一样,但不失去“如同”这个条件<sup>[10]</sup>。自体心理学的创立者 Kohut 将共情作为其理论体系的一个重要组成部分,他提出替代内省的概念来理解共情,认为治疗师经此来感受来访者的内在体验,是一种思考和感受他人内心的能力<sup>[11]</sup>。在医学领域,共情被定义为医生准确的理解患者的需求的能力<sup>[12]</sup>,以及关怀患者的疾苦,体谅患者的处境的能力<sup>[13]</sup>。

## 1.2 共情的成分

随着共情研究的不断深入,有学者认为共情包括了认知共情和情感共情成分<sup>[14]</sup>,这一共情的两成分理论得到了绝大多数学者的认同。Feshback 认为共情的认知成分是辨识并命名他人情感状态和观点采择他人观点的能力,情感成分是指个体情感的反应能力<sup>[15]</sup>。Gladstein 也认为认知共情就是从认知上接纳了他人的观点,情感共情的作用就是用相同的情感去对另一个人做出相应反应<sup>[16]</sup>。现有研究表明,认知共情是人类特有的功能,是对他人想法的理解,并依次来推测行为,情感共情则是对他人情绪的一种代替性感受。

后来有研究者认为共情的成分不仅只有两种,又提出了共情的多维性。Davis 提出共情包括个人因素和情境因素、发生在共情者身上的过程和共情

(下转第 1426 页)

(上接第 1424 页)

[18] 凌宇,朱翠英,刘文俐. 大学生应对方式与主观幸福感关系[J].

中国公共卫生,2009,25(2):168-170

[19] 尹星,谷广彬,赵小军. 高三学生生活事件、应对方式与主观幸福

感的关系[J]. 中国健康心理学杂志,2010,18(9):1113-1115

(收稿时间:2016-03-25)

<http://www.cjhp.com.cn/>

\* 基金项目:公立医院医患关系风险预警机制及危机应对体系研究(编号:14BGL141)

的情感性及非情感性结果 3 种必要成分<sup>[17]</sup>。之后他以上述观点为基础,更加细致的将共情分为 4 个维度,分别是观点采择、共情关注、想象和个体悲伤。也有研究者倾向于将共情看作是认知、情感和其他成分相互作用的结果<sup>[18]</sup>,比如 Goubert 等人认为,共情的成分包含了情感、认知和行为<sup>[19]</sup>。

根据认知神经科学和发展心理学的理论,Decety 将共情区分为自上而下的动机、意图与自我调节过程以及自下而上的情绪分享过程。具体包括情绪唤醒、情绪意识和理解以及情绪调节 3 个成分<sup>[20]</sup>。在此基础上,通过对心理理论共情的研究,Walter 提出了共情的环路模型,他认为共情的唤醒包括以下两个方面:①具身模仿共情。即低级情绪信息形成的共情形式,自动化程度高,不需要意识的投入与后天学习,是自下而上的情绪信号;②心理理论共情。即高级情绪信息形成的共情形式,需要大量意识的投入及认知加工,包含自上而下的内容和背景信息<sup>[21]</sup>。总而言之,共情比人们想象的要复杂的多,共情的定义至今尚未统一。学者们在对共情的研究中加入诸如性别、人格等相关影响因素,不同的学者从各自的观点出发,对共情的概念提出不同的界定,这使得共情的概念存在许多争论。但正是因为有这样的争论存在,推动着有关共情的研究更加深入。

### 1.3 共情的神经机制

近年来,随着脑成像技术的不断发展,共情被引入认知神经科学领域并成为了研究的焦点之一。越来越多的研究者开始注重共情的脑机制研究,从认知神经科学角度出发,使用 fMRI、ERP、PET 等技术来研究共情的神经机制已取得较为丰硕的成果。

Decety 根据其划分的三大成分,分别阐述共情相应的脑区:①情感唤醒的神经基础主要是杏仁核、海马、下丘脑以及眶额皮质(OFC);②情绪意识和情绪理解负责环境感觉与内环境和社会情况的整合,与内侧前额叶(mPFC)、腹内侧前额叶(vmPFC)和前岛叶(AIC)等脑区的活动有关;③负责情绪调节的脑区包括杏仁核、OFC、mPFC 和背外侧前额叶皮质(dlPFC)等皮质区<sup>[22]</sup>。

有研究者通过共情的两成分理论对情感共情和认知共情的神经机制分别进行研究。

#### 1.3.1 情感共情的神经机制

研究发现,个体感受他人的情感和行为需要激活相应神经表征<sup>[23]</sup>,即通过共享表征产生与他人相同或类似的情感和行为。Preston 和 de Waal 提出知觉-动作模型(PAM),认为共享表征是共情的基础,当个体知觉到他人情绪时,就会激活共享表征,从而体验他人的情绪<sup>[24]</sup>。大量研究指出个体在表

征疼痛、厌恶、焦虑等情绪时会激活左右前脑岛(AI)和背侧前扣带回(ACC)。如 Singer 等人对疼痛共情的研究发现,无论是观察疼痛组的被试还是体验疼痛组的被试都会激活疼痛神经网络(pain matrix)中的 AI、ACC、脑干和小脑<sup>[25]</sup>。他的后续研究也证实了 AI 和 ACC 是疼痛共情的核心神经网络<sup>[26]</sup>。

共享表征证实共情具有镜像特征,镜像神经元的发现为 PAM 提供强力的证明。镜像神经元是大脑折射自我和他人的相关动机、行为意图和动作特征的镜面,最早由 Rizzolatti 等人在猴脑的 F5 区发现<sup>[27]</sup>,后来在人脑的额下回(IFG)、后顶叶皮质(PPC)、顶下小叶(IPL)和颞上沟(STS)等脑区发现镜像神经系统 MNS)。Pfeifer, Iacoboni 等人让儿童观察不同的表情并用 fMRI 扫描其大脑时发现,MNS 与共情的情感成分有显著的正相关关系<sup>[28]</sup>。当前大部分研究都证明了 MNS 对诱发初级共情起到了积极的作用,但是无法解释对高级认知过程参与的共情的神经机制。

#### 1.3.2 认知共情的神经机制

心理理论是指理解他人的心理状态,并与自我相区分的能力,包括认知心理理论和情感心理理论两个部分<sup>[29]</sup>。研究显示,认知共情与心理理论联系较多,情感心理理论与认知共情的含义相似,均是指个体对他人情感的理解。通过脑成像研究发现,心理理论涉及的脑区主要有颞上沟(STS)、颞顶交界处(TPJ)、颞极(TP)和 mPFC 等,这些脑区构成一个可以表征他人以及自己的神经网络,其中 mPFC 在对他人心理状态形成理解和认知的过程中起着非常重要的作用。对大量脑损伤病人的研究表明,认知共情主要激活的脑区是 vmPFC<sup>[30]</sup>。有研究者通过给被试展示与心理理论和共情相关的图片发现,在处理情感信息以及推测他人心理状态时,mPFC 和 TPJ 在两种模式下均被激活<sup>[31]</sup>。

但是,各个脑区并非按照以上的成分严格的划分,作为一种极其复杂的心理现象,共情的产生需要一系列脑区的共同参与才能完成。Raz 等人使用电影片段做唤醒共情的刺激材料,使用 fMRI 记录被试观察不同片段的脑成像,结果发现负责情感共情的 AI 和 ACC 以及负责认知共情的 STS、TPJ 和 mPFC 等脑区均被激活<sup>[32]</sup>。Fan 等人对 fMRI 的研究进行 Mate 分析发现,共情主要激活了以下脑区,分别是中部前扣带回-前扣带回背侧-运动辅助区(aMCC-dACC-SMA)和 AI。其中右侧 dACC、中脑、右部背内侧丘脑(DMT)和右侧 AI 与情感共情有关,而认知共情则与左部内侧眶额叶皮质(OFC)、左侧 DMT 和背侧 aMCC 联系紧密,左侧

AI 被发现在两种共情成分的激活中都有涉及<sup>[33]</sup>。综上研究,说明了各个脑区存在功能上的联系,共情的唤醒需要各个脑区之间的相互协作。

#### 1.4 共情的测量

伴随对共情研究的不断深入,对共情的测量也逐渐多样与深化。测量共情的方法很不一致,每一种方法都有其相应的结构框架和理论基础。Hogan 编制了 Hogan 共情量表(HES),该量表包含 3 个子量表,分别从人际灵敏度、社会灵敏度和观点取代及道德观等认知角度测量被试的共情能力<sup>[34]</sup>。其后,Mehrabian 和 Epstein 从情感角度出发,编制了情感性共情问卷(QMEE)<sup>[35]</sup>,但是该问卷对测量共情的认知成分方面存在缺陷。

目前使用范围较广的是由 Davis 等人编制的人际反应指针量表(IRI)<sup>[36]</sup>和由 Mohammadreza Hojat 博士与其研究小组通过定性和定量的研究方式编制的杰弗逊共情量表(JSPE)<sup>[37]</sup>。IRI 弥补了 HES 和 QMEE 的局限性,量表包括 4 个分量表共 28 个条目,内部一致性系数为 0.71~0.77,重测信度为 0.62~0.71。不过有学者认为 IRI 在测量医患关系中的共情能力方面存在不足<sup>[38]</sup>。JSPE 包含 3 个分量表分别是观点采择、换位思考和情感关怀,目前该量表分为两个版本,分别来测量医生、护士以及学生的共情能力,具有较高的信效度。

国内针对共情方面的研究起步较晚,尚处于初期发展阶段,研究主要集中在心理咨询领域及一般性共情方面<sup>[39]</sup>,对医学领域的共情研究相对较少。在测量工具方面,潘孝富等人编制《大学生共情能力问卷》,该问卷包括 3 个维度和 6 个因子,分别是共情识别、共情理解和共情应对 3 个维度,以及对自己情绪识别、对他人情绪识别、一致性理解、反向理解、正向应对和负向应对 6 个因子。总量表的  $\alpha$  系数为 0.84,具有良好的信效度<sup>[40]</sup>。目前测量共情能力使用较普遍的是人际反应指针量表(IRI-C)和杰弗逊共情量表(JFPE)。其中 IRI-C 是由台湾学者吴静吉和詹志禹修订<sup>[41]</sup>,而 JFPE 由安秀琴等人编译的杰弗逊共情量表医生版(JFPE-HP)供医护人员使用<sup>[42]</sup>,由姜恬等人编译的杰弗逊共情量表医学生版(JFPE-S)供医学生使用<sup>[43]</sup>。各量表均有较高的信效度。

#### 1.5 共情训练

共情训练是指通过专门的指导,提高受训者理解和分享他人情感的能力,共情培训多以团体的方式进行。Ivey 于 1971 年设计出精微技巧训练,该训练拓展了情绪知识,并要求受训者识别他人情绪,并进行情绪反馈。1980 年费尔巴赫教授针对 7~11 岁儿童编订了“学会关心,共情训练方案”,并对其进

行多次修订,该方案通过帮助儿童认识和区别情感、理解和体验别人的观点以及理解和体验自己的情绪来提高他们的亲社会行为。在医学领域方面,早在 1978 年 RW Sanson-Fisher 等人就提出,将共情训练加入到医学教育之中<sup>[44]</sup>,随着医患冲突的不断加剧,近年来国外学者对共情训练也越发重视,角色扮演是训练方式之一。角色扮演可以让被试亲自体验活动,让感受有效的内化。Aleda M H Chen 等人通过使用扮演老年人就诊游戏(GMG)对护生进行共情培训来观察训练前后护生对老年人态度的变化<sup>[45]</sup>。58 名大二年级护生进行 3 个小时的 GMG 游戏,在游戏中,学生通过选择老年人的人格特征、现有疾病和经济状况扮演老年人。研究者分别在实验前后使用 JSPE 和自编共情量表对被试施测,结果发现通过 GMG 游戏,被试对老年人的共情能力有显著的提高。

Andrea Kleinsmith 认为,在医学教育的初期阶段使用虚拟患者对学生共情培训具有更为积极的效果<sup>[46]</sup>。研究者使用模拟游戏的方式对大三年级医学生进行研究。模拟游戏在教导抽象概念方面是一个非常有价值的教学方法,可以让学生积极的参与到教学活动中,该方法的另一个好处是可以让学生有机会体验做出并没有实际后果的反应。通过模拟游戏,可以让学生更加地了解和理解病人,提前获得相应临床经验。实验中研究者要求每名被试对两名标准化患者(演员扮演的患者,SP)和两名虚拟患者(软件模拟,VP)进行问诊,按照问诊顺序的不同将 110 名被试随机分成 SP 组和 VP 组两组。SP 组先对两名 SP 问诊再对 VP 问诊,VP 组顺序相反。结果发现被试对虚拟的患者有更高的共情能力。

Kajua 和同事们以大二年级药专业本科生为被试,同样以模拟游戏的形式设计了一个为期 3 天的短期共情干预<sup>[47]</sup>。40 名自愿参加实验的被试被随机分为干预组和对照组,对照组正常上课,不施加任何干预,干预组需在 3 天内进行以下 3 种模拟活动,每天完成一种并汇报自己的感受。3 种活动如下:①模拟肢体残疾,失去自己的利手(被试被要求用纱布包裹自己的优势手并且禁止使用它);②模拟失明(被试被要求带上眼罩);③模拟失去语言能力(被试只允许使用书写板交流)。研究者分别在干预前(基线水平)、干预后 7 天(后测 1)及干预后 90 天(后测 2)使用 JSPE 测量两组被试的共情能力,通过检验发现在整体模型上,干预组较对照组的共情分数显著提高,事后检验发现在基线水平、干预组的后测 1 和对照组之间的共情得分存在显著差异,但是在对比后测 1 与后测 2 及对比基线水平与后测 2 的

共情得分时并没有发现差异。结果说明了短期共情干预可以有效地提高学生的共情能力,但是这样的有效性不能持续。研究者认为在医学教育中加入共情训练是提高和保持共情能力的必要条件。

Andrew L Turner 等人通过巴林特小组的方式对工作第二年的社区医生进行共情干预,研究者使用随机对照实验的方式将被试分为巴林特组和空白对照组,使用临床心理清单量表(PMI)测量被试的共情能力,经过 9 个月的培训,巴林特组被试的共情能力显著提高<sup>[48]</sup>。巴林特小组是在 20 世纪 50 年代由米歇尔·巴林特组建的,其以客体关系理论为理论基础,旨在以病人为中心,促进医患关系,加强医患理解。成立之初的培训对象仅为临床医生,现发展到护士、医学生、心理咨询师和教师等领域。巴林特小组由 8~12 名成员组成,小组成员采用报告个案的方式,一个成员提供案例,其他成员表达他们的观点和感知,小组主要关注医患之间的关系,并注重在这互动过程中的情绪与感觉的体验。诸多的研究也表明,巴林特小组可以有效地提高医护人员及医学生的共情能力,减少人际交往困难<sup>[49]</sup>。巴林特小组的精髓就在于总是在分享体验并且使得人们能够观察和再思考作为医生其本人与病人的关系。Guillaume Airagnes 等人以大四年级医学生为研究对象,讨论巴林特小组的培训模式是否可以显著提高医学生的共情能力。研究者将被试随机分为实验组和控制组,实验组进行为期 4 个月的巴林特小组培训,控制组不做处理。并且在实验前后,两组被试均使用 IRI 测量他们的共情能力,使用含 8 个项目的自编量表测量被试对两个病例报告材料(其一为一名边缘型人格障碍的女性,并患有糖尿病及早期童年创伤;其二为 1 名患多发性硬化症的女性,因功能性障碍前来就诊)的情感反应。结果显示,通过巴林特小组训练被试的共情能力显著提高,并且研究者发现实验组对第一个案例中边缘型人格障碍女性的共情倾向性有显著提高,拒绝态度因素下降。这也说明了巴林特小组的培训方式有助于提高医学生解决复杂临床病例的能力<sup>[50]</sup>。

除了角色扮演、模拟游戏等培训方式之外,有研究者根据认知神经科学的理论和方法设计了为期 4 周的共情培训,实验人员将来自 6 个医学类专业的 99 名研究生随机分配成两组,即实验组与对照组。培训的目标是:①增强学生在典型和困难的医患沟通中情绪的生理性知识;②提高解码情绪的微表情技能;③教授共情的语言和行为反应以及利用膈式呼吸运动法和正念观想来进行自我调节。研究者发现,实验组被试的共情能力相对提升,并且有关共情的神经科学方面的知识以及对微表情的解码能力也

有较大提升<sup>[51]</sup>。研究证明,将共情的神经科学方面知识融入医学教育会有益于医疗服务质量的提高。

国内学者在共情培训方面的研究主要围绕护士及医学生展开,对这两个群体的共情培训研究关注较多。赵文婷对 70 名护理本科生进行共情干预实验,结果显示经过共情干预的被试在一般共情能力、临床共情能力和临床沟通能力方面有显著的提高,而且研究者发现共情能力与临床沟通能力呈正相关<sup>[52]</sup>。李丽红等人对本科护生进行了类似实验研究,结果也证实了共情干预可以有效的提高护生的共情能力<sup>[53]</sup>。陈晰敏等人使用现象学的研究方法也发现,体验了病人角色的新护士在上岗后能更快的适应工作,提供更全面的照料与看护<sup>[54]</sup>。彭司淼使用案例讨论、情景模拟和角色扮演等共情培训方式对 82 名新上岗护士进行研究发现,共情培训干预可以有效提高新上岗护士的情绪智力及共情能力<sup>[55]</sup>。此外,国内学者同样对巴林特小组进行了类似的研究,结果发现巴林特小组的培训方式可以有效地提高本科医学生<sup>[56]</sup>和新上岗护士的共情与沟通能力<sup>[57]</sup>。

在相关性研究方面,研究表明医护人员及医学生的共情能力受诸多因素的影响。戚秀华等人对 180 名护士进行问卷调查结果发现,影响护士共情的因素由高到低分别是工作压力、职业态度、职务、学历及与其他医务人员的关系<sup>[58]</sup>。付欣以精神科护士为研究对象,采用 JSPE 进行问卷调查发现职业倦怠感对护士的共情能力有较大的影响<sup>[59]</sup>。周金娜也做了相关的研究得到类似的结论,她认为职业兴趣是影响护士共情能力的主要因素,其次是人际关系、倦怠感和护龄等<sup>[60]</sup>。王娟通过问卷调查的方式研究医学生的共情特点结果发现,医学生总体共情水平较高,性别和是否独生等因素对其共情能力没有影响,并且学过心理学课程的学生共情水平高,随着年级的增长,共情水平呈下降趋势<sup>[61]</sup>,这也与国外的研究相一致<sup>[62]</sup>。王钰等人使用大五人格量表(BFI)和 IRI-C 对护理学本科生进行调研,发现人格特征对共情有一定的影响,IRI-C 各维度与 BFI 多数维度相关<sup>[63]</sup>。余皖婉对 603 名临床医学专业本科生进行问卷调查发现,医学生的共情能力在人口学变量上存在显著差异,父母教养方式与人格特征在一定程度上可以预测共情<sup>[64]</sup>。总之,国内对于共情的培训及相关影响因素的研究依然相对较少,近年来虽开展许多研究,但是大部分仍基于国外的研究成果。

## 2 共情在实际工作中的作用

### 2.1 共情在医患关系中的作用

共情可以加强医患之间的沟通,减少矛盾冲突,拉近彼此之间的距离并提高医疗服务质量,促进患者尽快康复<sup>[65]</sup>。有研究显示,医生和患者之间交互作用的质量对患者的病情和康复情况有着相当大的影响<sup>[66]</sup>。如果医患沟通不和谐,医生对患者的心理疏导能力较差等会使得患者疾病的并发症几率提高、心理压力增加并且降低了药物治疗的效果<sup>[67]</sup>。合理的共情对患者的治疗效果有着非常积极的影响,Tabor 等人在研究医生的共情对 HIV 患者的影响时发现,医生对患者较高的共情能力可以有效地提高患者对药物治疗的自我效能感(这是种特别重要的治疗 HIV 的目标,严格的药物治疗依从性是实现较低发病率和死亡率的必要条件)<sup>[68]</sup>。Kim 等人的研究发现共情可以提高医生诊断的准确性和患者的依从性以及满意度<sup>[69]</sup>。翁慧卿等人也发现在医生的共情、自我评价和患者的满意度三者之间存在一个重要的间接关系<sup>[70]</sup>。这也从侧面反映出共情对促进和谐的医患关系有着非常重要的推进作用。

## 2.2 共情在护患关系中的作用

自共情被引入护理领域以来,其在护患关系之中一直扮演着非常重要的角色。在医院的日常工作中,护士是直接面对患者次数最多的一个群体,准确理解患者的心理感受是护士的必备能力之一,大量文献也表明了共情是推进护患关系良好发展的核心成分<sup>[71]</sup>。改善患者症状是护理人员的责任与义务之一,其良好的共情能力可以降低护患纠纷的发生率<sup>[72]</sup>,减轻患者的焦虑与抑郁心理,还可以有助于患者建立积极的情绪体验<sup>[73]</sup>,缓解疾病疼痛。有研究发现,护士的共情能力影响患者的满意度。共情能力高的护士,病人对其的工作满意度也较高<sup>[74]</sup>。对护理人员而言,共情可以增强其主观幸福感和工作效率。一项关于急诊科护士的研究表明,护士的共情能力与其幸福感有正相关性,高共情的护士具有更高的主观幸福感<sup>[75]</sup>。王婷等人使用问卷调查法对护士进行的研究发现,共情在主观幸福感和工作倦怠感中起重要的中介作用<sup>[76]</sup>,共情可以调节二者的关系。

## 2.3 共情在医学教育中的作用

作为未来的医护人员,良好的职业道德与人文素养是医学生必备的能力,其中共情能力的培养是医学专业发展的主要内容,也是一个重要的医学教育课题<sup>[77]</sup>。共情有助于医学生学会关注他人,促进医学生发展爱心、尊重和善解人意等优良品质,提高医学生的共情能力,是预防未来医患之间产生冲突的有效手段。但是大量研究表明,虽然医学教育在不断进步,但医学生的共情能力却呈下降趋势<sup>[78]</sup>。Hojat 等人对共情开展了大量的研究,在他的一项

纵向研究中发现,医学生的共情能力在大一、大二时没有明显的变化,然而在大三至毕业时学生的共情能力显著下降<sup>[79]</sup>。Bellini 等人在临床实习期间对学生进行了 6 次的共情测量,发现学生在实习刚开始时 IRI 的得分最高,之后 IRI 得分逐渐降低直至实习结束<sup>[80]</sup>。Hilary 等人对骨科专业大三的学生研究发现在其实习期间并未展现出共情能力<sup>[81]</sup>。Costa 等人对分别在大一、进入临床实习阶段前期以及完成临床实习阶段 3 个时期对学生实行问卷调查,结果发现医学生的共情能力在大一到进入临床实习前呈上升趋势,但是进入实习期后学生的共情能力并未发生改变<sup>[82]</sup>。教育者担心,医学临床训练可能对学生的共情产生不利影响。因此在当前医学教育中加强对医学生的共情培训对提高医学生共情能力,缓解紧张的医患关系有着非常重要的作用。

## 3 总结与展望

回顾文献不难看出,研究者在共情对推动医患关系良性发展的作用方面看法一致。在研究方法方面,研究者们主要使用实验法(即进行干预实验)以及相关研究;在研究内容方面,国内外的研究者们集中在医疗领域与医学教育方面开展研究,通过各类实验及方法,探讨共情在医学方面的作用及意义;在共情的培养方面,主要是使用模拟游戏、角色扮演、心理剧和巴林特小组等方法以及在人文素质教育中加入共情培训;在共情的脑神经机制方面,根据理论基础的不同有着不同的划分,情感共情主要涉及左右脑岛(AI)、前扣带回(ACC)、脑干和小脑,认知共情涉及颞上沟(STS)和腹内侧前额叶(vmPFC)等脑区,但是各个脑区并非单独工作,他们之间也存在着相互联系。随着认知神经的发展,对共情的研究也正不断的向深度和广度发展。

自共情理论被提出以来,受到国内外诸多学者的关注,研究者们为更加深入的研究共情,对其概念、内涵、发生机制等进行了持久的学术争论,目前对共情的认识仍有很多局限性。未来可以在以下几个方面进行进一步的研究:①共情神经机制的进一步研究与拓展。解析共情的神经机制有助于研究者从根本上了解、认识共情发生发展的规律,目前在神经机制方面的研究多重在对理论的探索和证明之中,今后的研究需要注重如何将理论研究的结果运用到实践中;②强化医学生的人文素养,建立共情培训机制。已有研究表明,加强人文素养可以有效提高学生的共情能力<sup>[83]</sup>,当前的共情培训方法仍在探索之中,现如今的医学教育中并没有一个统一的共情培训模式,角色扮演、模拟游戏等共情培训方法已被证明可以有效的提高医学生、护士等群体共情能

力,但是上述研究说明这些共情培训在短期内具有良好的效果,如何使之长期有效,建立一个系统的且易推广的培训模式是下一步研究的重点;③需要注重方法和内容的创新,如对医学生尤其是医护人员群体开展长期的巴林特小组培训方式等。现有研究已证明医学生的共情能力在临床实习阶段有下降趋势,医务人员和医学生的人格、情绪和主观幸福感等因素与共情存在相关关系,未来的研究需统筹现有研究结果,再深层次的探究国内医学生和医护人员的共情水平及相关因素影响共情的原因。

#### 参考文献

- [1]徐琼,张冬梅,吴叶生.同理心理念下的医患沟通[J].中国医学伦理学,2011,23(3):354-355
- [2]Colliver J A, Conlee M J, Verhulst S J, et al. Reports of the decline of empathy during medical education are greatly exaggerated: A reexamination of the research [J]. Academic Medicine, 2010, 85(4): 588-593
- [3]Hong M, Lee W H, Park J H, et al. Changes of empathy in medical college and medical school students: 1-year follow up study [J]. BMC Medical Education, 2011, 12(1): 1-5
- [4]Maatta S M. Closeness and distance in the nurse-patient relation. The relevance of Edith Stein's concept of empathy [J]. Nursing Philosophy, 2006, 7(1): 3-10
- [5]高晓寒,孙宏伟,高树宏,等.暴力犯罪服刑人员的隐性自恋与共情能力[J].中国健康心理学杂志,2014,22(11):1688-1690
- [6]徐凯文. Empathy: 本源,内涵与译名 [J]. 中国心理卫生杂志, 2010, 24(6): 407-408
- [7]Gallese V. Before and below 'theory of mind': Embodied simulation and the neural correlates of social cognition [J]. Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences, 2007, 362(1480): 659-669
- [8]刘聪慧,王永梅,俞国良,等.共情的相关理论评述及动态模型探索[J].心理科学进展,2009,27(5):964-972
- [9]Wispé L. History of the concept of empathy [J]. Empathy and Its Development, 1987, 2: 17-37
- [10]Roger C R. 当事人中心治疗 [M]. 李孟潮,李迎潮,译.北京:中国人民大学出版社,2004
- [11]陈晶,史占彪,张建新.共情概念的演变[J].中国临床心理学杂志,2008,15(6):664-667
- [12]Hojat M. Empathy in patient care: Antecedents, development, measurement, and outcomes [M]. Springer Science & Business Media, 2007
- [13]Williams B, Brown T, McKenna L, et al. Student empathy levels across 12 medical and health professions: An interventional study [J]. Journal of Compassionate Health Care, 2015, 2(1): 1-
- [14]Gladstein G A. Understanding empathy: Integrating counseling, developmental, and social psychology perspectives [J]. Journal of Counseling Psychology, 1983, 30(4): 467-482
- [15]陈武英,卢家楣,刘连启,等.共情的性别差异[J].心理科学进展,2014,32(9):1423-1434
- [16]吕勤.大学生共情的特点、相关因素及其干预[D].北京:北京师范大学,2004
- [17]Davis M H. Empathy: A social psychological approach [M]. Westview Press, 1994
- [18]Decety J, Jackson P L. The functional architecture of human empathy [J]. Behavioral and Cognitive Neuroscience Reviews, 2004, 3(2): 71-100
- [19]Goubert L, Craig K D, Vervoort T, et al. Facing others in pain: the effects of empathy [J]. Pain, 2005, 118(3): 285-288
- [20]Decety J, Meyer M. From emotion resonance to empathic understanding: A social developmental neuroscience account [J]. Development and Psychopathology, 2008, 20(4): 1053-1080
- [21]Walter H. Social cognitive neuroscience of empathy: Concepts, circuits, and genes [J]. Emotion Review, 2012, 4(1): 9-17
- [22]Decety J. Dissecting the neural mechanisms mediating empathy [J]. Emotion Review, 2011, 3(1): 92-108
- [23]Prinz W. Perception and action planning [J]. European Journal of Cognitive Psychology, 1997, 9(2): 129-154
- [24]Preston S D, De Waal F. Empathy: Its ultimate and proximate bases [J]. Behavioral and Brain Sciences, 2002, 25(1): 1-20
- [25]Singer T, Seymour B, O'Doherty J, et al. Empathy for pain involves the affective but not sensory components of pain [J]. Science, 2004, 303(5661): 1157-1162
- [26]Lamm C, Decety J, Singer T. Meta-analytic evidence for common and distinct neural networks associated with directly experienced pain and empathy for pain [J]. Neuroimage, 2011, 54(3): 2492-2502
- [27]Rizzolatti G, Fadiga L, Gallese V, et al. Premotor cortex and the recognition of motor actions [J]. Cognitive Brain Research, 1996, 3(2): 131-141
- [28]Pfeifer J H, Iacoboni M, Mazziotta J C, et al. Mirroring others' emotions relates to empathy and interpersonal competence in children [J]. Neuroimage, 2008, 39(4): 2076-2085
- [29]Kanske P, Bockler A, Trautwein F M, et al. Dissecting the social brain: Introducing the EmpaToM to reveal distinct neural networks and brain-behavior relations for empathy and Theory of Mind [J]. NeuroImage, 2015, 122(1): 6-19
- [30]Lev-Ran S, Shamay-Tsoory S G, Zangen A, et al. Transcranial magnetic stimulation of the ventromedial prefrontal cortex impairs theory of mind learning [J]. European Psychiatry, 2012, 27(4): 285-289
- [31]刘冰云,陈冰.共情脑机制的研究现状与展望[J].现代生物医学进展,2008,8(12):2538-2541
- [32]Raz G, Jacob Y, Gonen T, et al. Cry for her or cry with her: context-dependent dissociation of two modes of cinematic empathy reflected in network cohesion dynamics [J]. Social Cognitive and Affective Neuroscience, 2014, 9(1): 30-38
- [33]Fan Y, Duncan N W, de Greck M, et al. Is there a core neural network in empathy? An fMRI based quantitative meta-analysis [J]. Neuroscience & Biobehavioral Reviews, 2011, 35(3): 903-911
- [34]Hogan R. Development of an empathy scale [J]. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 1969, 33(3): 307-316
- [35]Mehrabian A, Epstein N. A measure of emotional empathy [J]. Journal of Personality, 1972, 40(4): 525-543
- [36]Davis M H. Measuring individual differences in empathy: evidence for a multidimensional approach [J]. Journal of Personality and Social Psychology, 1983, 44(1): 113-126
- [37]Hojat M, Gonnella J S, Nasca T J, et al. The Jefferson Scale of Physician Empathy: Further psychometric data and differences

- by gender and specialty at item level[J]. Academic Medicine, 2002, 77(10): S58-S60
- [38] Smajdor A, Stockl A, Salter C. The limits of empathy: Problems in medical education and practice[J]. Journal of Medical Ethics, 2011, 37(6): 380-383
- [39] 康丽娟, 张新宇. 共情的研究进展[J]. 全科护理, 2013, 10(35): 3346-3348
- [40] 潘孝富, 孔康, 赵斌强, 等. 大学生共情能力结构及其问卷编制[J]. 心理研究, 2010, 3(5): 73-78
- [41] 詹志禹. 年级、性别角色、人情取向与同理心的关系[D]. 台北: 台湾政治大学教育研究所, 1986
- [42] 安秀琴, 杨辉, 徐建萍, 等. 杰弗逊共情量表的编译及评价[J]. 护理研究, 2008, 22(8): 2063-2064
- [43] 姜恬, 宛小燕, 刘元元, 等. 中文版杰弗逊同理心量表(医学生版)的信度和效度研究[J]. 四川大学学报(医学版), 2015, 7(4): 602-605
- [44] Sanson—Fisher R W, Poole A D. Training medical students to empathize: an experimental study[J]. The Medical Journal of Australia, 1978, 1(9): 473-476
- [45] Chen A M H, Kiersma M E, Yehle K S, et al. Impact of the Geriatric Medication Game on nursing students' empathy and attitudes toward older adults. [J]. Nurse Educ Today, 2015, 35: 38-43
- [46] Kleinsmith A, Rivera—Gutierrez D, Finney G, et al. Understanding empathy training with virtual patients[J]. Computers in Human Behavior, 2015, 52: 151-158
- [47] Lor K B, Truong J T, Ip E J, et al. A randomized prospective study on outcomes of an empathy intervention among second—year student pharmacists[J]. American Journal of Pharmaceutical Education, 2015, 79(2): -
- [48] Turner A L, Malm R L. A preliminary investigation of Balint and non—balint behavioral medicine training[J]. Family Medicine—kansas City, 2004, 36(2): 114-117
- [49] Van Roy K, Vanheule S, Inslegers R. Research on Balint groups: A literature review[J]. Patient Education and Counseling, 2015, 98(6): 685-694
- [50] Airagnes G, Consoli S M, De Morlhon O, et al. Appropriate training based on Balint groups can improve the empathic abilities of medical students: a preliminary study[J]. Journal of Psychosomatic Research, 2014, 76(5): 426-429
- [51] Riess H, Kelley J M, Bailey R W, et al. Empathy training for resident physicians: A randomized controlled trial of a neuroscience— informed curriculum[J]. Journal of General Internal Medicine, 2012, 27(10): 1280-1286
- [52] 赵文婷. 护理本科生共情培训效果及对其临床沟通能力的影响[D]. 长沙: 中南大学, 2012
- [53] 李丽红, 杨培常, 侯睿. 本科护生共情能力的干预效果研究[J]. 医学与哲学(临床决策论坛版), 2013, 34(4): 52-54
- [54] 陈晰敏, 刘英敏, 张云娇, 等. 共情体验对新护士同理心的影响[J]. 护理研究(下旬版), 2014, 28(12): 4329-4330
- [55] 彭司淼, 李乐之, 李亚敏. 共情培训对新上岗护士共情及情绪智力的影响[J]. 中华行为医学与脑科学杂志, 2013, 22(9): 844-847
- [56] 盛鑫, 杭荣华, 张静娴, 等. 巴林特小组对改善大学生共情与沟通能力的影响[J]. 科技视界, 2015, 5(2): 74-75
- [57] 梁红玉. 应用巴林特小组培训模式提高新护士护患沟通能力[J]. 护理学杂志(综合版), 2013, 28(11): 1-3
- [58] 戚秀华, 何燕, 徐瑞杰, 等. 护理人员共情能力及影响因素的研究[J]. 护理学杂志(外科版), 2010, 25(9): 13-15
- [59] 付欣, 任海靖. 精神科护士共情能力和影响因素[J]. 中国健康心理学杂志, 2013, 21(8): 1194-1196
- [60] 周金娜, 张春舫, 李鸿洁. 临床护理人员共情能力及影响因素的调查分析[J]. 河北医药, 2012, 34(1): 129-130
- [61] 王娟, 刘汉龙. 医学生的医学同理心特点[J]. 中国健康心理学杂志, 2013, 21(12): 1906-1907
- [62] Nunes P, Williams S, Sa B, et al. A study of empathy decline in students from five health disciplines during their first year of training[J]. International Journal of Medical Education, 2011, 2: 12-17
- [63] 王钰, 刘革新, 吴建军. 护理本科生共情及与人格的相关性研究[J]. 护理学杂志(综合版), 2010, 25(2): 72-74
- [64] 余婉婉, 汪凯, 梁振. 医科大学生共情能力与父母教养方式的关联探究[J]. 中国学校卫生, 2012, 33(1): 28-30
- [65] Steinhilber S, Ommen O, Thüm S, et al. Physician empathy and subjective evaluation of medical treatment outcome in trauma surgery patients[J]. Patient Education and Counseling, 2014, 95(1): 53-60
- [66] Janssen C, Ommen O, Ruppert G, et al. Patient— and hospital— related determinants on subjective evaluation of medical treatment outcome of severely injured patients[J]. Journal of Public Health, 2008, 16(1): 53-60
- [67] Wang H H, Wu S Z, Liu Y Y. Association between social support and health outcomes: A meta— analysis[J]. The Kaohsiung Journal of Medical Sciences, 2003, 19(7): 345-350
- [68] Flickinger T E, Saha S, Roter D, et al. Clinician empathy is associated with differences in patient— clinician communication behaviors and higher medication self— efficacy in HIV care[J]. Patient Education and Counseling, 2015, 99(2): 220-226
- [69] Kim S S, Kaplowitz S, Johnston M V. The effects of physician empathy on patient satisfaction and compliance[J]. Evaluation & the Health Professions, 2004, 27(3): 237-251
- [70] Weng H C, Steed J F, Yu S W, et al. The effect of surgeon empathy and emotional intelligence on patient satisfaction[J]. Advances in Health Sciences Education, 2011, 16(5): 591-600
- [71] Williams J, Stickley T. Empathy and nurse education[J]. Nurse Education Today, 2010, 30(8): 752-755
- [72] 杨红. 共情在门诊输液室护理中的应用[J]. 中外医学研究, 2011, 9(27): 85-86
- [73] 黄丽, 王惠琴, 王松韬, 等. 护理人员同理心培训策略[J]. 中华护理杂志, 2011, 46(3): 305-307
- [74] 戚秀华. 护士共情能力对病人护理工作满意度影响的研究[J]. 护理研究(下旬版), 2011, 25(5): 1327-1328
- [75] Bourgault P, Lavoie S, Paul— Savoie E, et al. Relationship between empathy and well— being among emergency nurses[J]. Journal of Emergency Nursing, 2015, 41(4): 323-328
- [76] 王婷, 王维利, 洪静芳, 等. 临床护士共情能力对职业倦怠感与主观幸福感间关系的调节作用[J]. 中国护理管理, 2015, 15(3): 280-284
- [77] 唐红珍, 黄丽雪, 颜世俊. 提高高校医学生同理心, 促进和谐医患关系的建立[J]. 内科, 2011, 6(4): 373-376
- [78] Neumann M, Edelhauser F, Tauschel D, et al. Empathy decline and its reasons: A systematic review of studies with medical

## • 综 述 •

## 拟人化、自然共情与亲环境行为

宗 阳 王广新<sup>△</sup>中国·北京林业大学(北京) 100083 E-mail: wgx8868@163.com <sup>△</sup>通讯作者 E-mail: 842995417@qq.com

【摘 要】 拟人化是指给非人类个体赋予人类特征,使其被看作是有感觉和思想的人。自然共情则被定义为理解并共享一个自然个体的情绪体验。以往研究关注拟人化、自然共情和亲环境行为的概念、理论解释并证明了前两者对亲环境行为的促进作用。探讨提升亲环境行为的有效策略、完善自然共情理论,以及关注拟人化、自然共情与亲环境行为之间的复杂关系,是未来的研究方向。

【关键词】 拟人化;自然共情;亲环境行为;综述

中图分类号:R395.9 文献标识码:A 文章编号:1005-1252(2016)09-1432-06

doi:10.13342/j.cnki.cjhp.2016.09.038

Anthropomorphism, Empathy with Nature and Pro-environmental Behavior

Zong Yang, Wang Guangxin

Beijing Forestry University, Beijing 100083, China

## 1 概 述

近年来,在环境心理学领域,关于拟人化(anthropomorphism)、自然共情(empathy with nature)对亲环境行为促进作用的研究不断出现。拟人化与人类的社会认知发展密不可分,它指的是给非生物个体赋予人类特性,使其被看作有生命、有感觉和思想的人<sup>[1]</sup>。自然共情,被广泛定义为理解并分享自然的情绪体验<sup>[2]</sup>。拟人化与自然共情之间存在紧密联系。感知自然有感情、有意图,是自然共情的前提条件。有研究发现当机器人是人形化时,人会对机器人有更多的共情<sup>[3]</sup>。也有研究者指出,当自然环境被拟人化时,人们对自然的共情就不会那么困难<sup>[4]</sup>。

通过对已有文献的系统回顾,本研究对拟人化、自然共情和亲环境行为的概念及关系进行了概述,对这种关系的理论解释进行了梳理,并在此基础上对拟人化、自然共情与亲环境行为的未来研究进行了展望,供研究者参考。

## 1.1 拟人化

拟人化指的是将人类的特征、动机、意图和情感附加于非人类个体想象的或真实的行为<sup>[5]</sup>。这些非人类个体可能是任何有明显独立行为的个体,包括动物、自然力、宗教神灵、机器人和电子设备<sup>[1]</sup>。Xenophanes 是首先使用拟人化术语的人,他在描述上帝和其他超自然个体时,发现这些神灵往往与他们的信仰者有着惊人的物理相似性<sup>[6]</sup>。随着研究的深入,拟人化不仅关注人类化的外表特征,而且开始将人类思想赋予个体。因此,拟人化推理存在两种基本方式。第一种涉及将人类化的物理特征赋予非人类个体(面孔、双手),第二种涉及将人类的思想赋予非人类个体(意图、意识、次级情绪如羞愧或快乐)<sup>[7]</sup>。

## 1.2 自然共情

自然共情则指人们感受并共享自然世界的情绪体验,尤其是困境中的体验。通常,对个体的情感反应既包括消极的情感,也包含积极的情感。通过共

(下转第 1433 页)

(上接第 1431 页)

students and residents[J]. Academic Medicine, 2011, 86(8): 996-1009

[79]Hojat M, Vergare M J, Maxwell K, et al. The devil is in the third year: A longitudinal study of erosion of empathy in medical school[J]. Academic Medicine, 2009, 84(9): 1182-1191

[80]Bellini L M, Shea J A. Mood change and empathy decline persist during three years of internal medicine training[J]. Academic Medicine, 2005, 80(2): 164-167

[81]Caruso H M, Bernstein B. Evidence of declining empathy in third

year osteopathic medical students[J]. International Journal of Osteopathic Medicine, 2014, 17(1): 22-27

[82]Costa P, Magalhaes E, Costa M J. A latent growth model suggests that empathy of medical students does not decline over time[J]. Advances in Health Sciences Education, 2013, 18(3): 509-522

[83]Annerud C R. Is clinical empathy teachable? A medical humanities initiative[J]. Hawaii Medical Journal, 2007, 66(6): 162-169

(收稿时间: 2016-03-19)

<http://www.cjhp.com.cn/>