

无意义感独立于抑郁？大学生仅无意义感、仅抑郁症状及两者共症或全无的发生率和解释偏向差异*

王鑫强^{1,2}, 曹 灿¹, 卢思宇³

(1. 江西师范大学心理学院, 南昌 330022; 2. 江西师范大学心理健康教育研究中心, 南昌 330022; 3. 四川省南充高级中学, 南充 637000)

摘 要:基于心理健康双因素模型, 选用生命意义感问卷的拥有分量表、流调中心抑郁量表和解释偏向问卷对 2596 名大学生进行问卷调查, 考察仅无意义感、仅抑郁症状、共症组(无意义感且有抑郁症状)、健康组(有意义感且无抑郁症状, 也即抑郁症状和无意义感两者全无)四种状态的发生率及四组在解释偏向上的差异。结果发现: (1) 仅无意义感组占比 3.04%, 仅有抑郁症状组占比 5.82%, 共症组占比 7.70%, 健康组占比 22.07%, 症状不明确的其他组占比 61.36%; (2) 在积极解释偏向上, 仅抑郁症状组与仅无意义感组差异不显著, 都显著高于共症组及显著低于健康组; (3) 在消极解释偏向上, 仅抑郁症状组和共症组显著高于仅无意义感组, 且都显著高于健康组; (4) 在中性解释偏向上, 仅无意义感组显著高于仅抑郁症状组和共症组, 健康组显著高于共症组。以上结果为无意义感和抑郁症状两者是相对独立的症状提供了证据。

关键词:无意义感; 抑郁症状; 解释偏向; 拥有生命意义感; 心理健康双因素模型

中图分类号:B848

文献标志码:A

文章编号:1003-5184(2026)05-0425-07

1 引言

以生命意义感缺失(也称为生命无意义感或人生无意义感, 简称无意义感)为核心特征的“空心病”受到了学者们的广泛关注(倪旭东, 唐文佳, 2018; 杨浩, 2025; 张自慧等, 2022), 它是否与抑郁存在区别并独立存在是一个日渐凸显的临床心理学问题(徐凯文, 2016; Schnellet al., 2018), 亟待实证证据来解答。无意义感指的是个体感到自己的生活缺少意义、价值、目标和方向感(Bergner, 1998), 具体表现为个体拥有生命意义感的缺失(倪旭东, 唐文佳, 2018), 属于拥有生命意义感的反面状态。拥有生命意义感(presence of meaning in life, PML)相比生命意义感的其他成分(诸如寻求生命意义感), 能够稳定预测个体心理健康(He et al., 2023; Ouyang et al., 2026)。据此, 研究者也常用拥有生命意义感指标来衡量个体的生命意义感水平(Kealy et al., 2022; Ward et al., 2023)。

抑郁症状则是一种心理问题, 通常由量表评估判定, 因其症状条目数量达不到临床上抑郁症的诊断标准, 又被称为阈下抑郁(Crockett et al., 2020), 主要表现为自我憎恨、孤独、悲伤和悲观等负性心理

状态(Mullarkey et al., 2019)。无意义感与抑郁症状两者都是预测个体自杀倾向的最好指标之一(Alahri et al., 2023; Huguet Cuadrado et al., 2023)。中国国民心理健康发展报告(2021~2022)显示只有 46.7% 的大学生处于拥有人生意义的状态(陈祉妍等, 2023), 也有研究显示高达 40% 的大学新生认为活着没有意义(倪旭东, 唐文佳, 2018)。元分析研究发现我国大学生抑郁症状的检出率为 24.71%(王蜜源等, 2020)。

通常情况下人们认为无意义感与抑郁是共同存在的, 无意义感只是抑郁的一个症状, 但也有研究者认为无意义感有可能独立于抑郁症而存在(Schnell et al., 2018)。徐凯文(2016)指出以生命无意义感为核心症状的“空心病”大学生在精神科门诊中很容易被误诊为抑郁症, 但是药物治疗效果不佳。心理健康双因素模型认为心理健康的消极指标(例如抑郁症状)和积极指标(例如拥有生命意义感)可以相互独立, 并将消极心理健康的缺失和积极心理健康的拥有界定为完全心理健康(Brailovskaia et al., 2024; 王鑫强, 张大均, 2011)。因此, 从理论上来看, 可能存在仅无意义感、仅抑郁症状、共症组(无意义

* 基金项目: 江西省社会科学基金重点项目(26JY03)。

通信作者: 王鑫强, E-mail: xinqiangw101@163.com。

感且有抑郁症状)、健康组(有意义感且无抑郁症状,也即抑郁症状和无意义感两者全无)这四种心理健康状态。然而,当前这四种状态在大学生群体中的发生率尚缺乏调查,对他们四者在认知加工过程中的差异更是缺乏研究,这非常不利于抑郁症状和无意义感的鉴别、诊断以及防治。

根据认知加工理论,“解释”是形成“意义”的关键环节(Brown, Collins, & Duguid, 1989)。解释偏向(interpretation bias)是个体以某一类解释系统的偏好方式对模糊信息进行积极、中性或是消极阐释的倾向(Goyer et al., 2022)。以往的研究表明,有抑郁症状的个体存在消极解释偏向(Lee et al., 2016; Everaert et al., 2018)。也有研究发现抑郁症状的个体可能缺乏积极解释偏向(张晋, 冯正直, 2016)。因此提出假设 1:相比于健康组大学生,有抑郁症状的大学生存在消极解释偏向和缺失积极解释偏向。

同时,已有研究发现,相比于高拥有生命意义感的大学生,低拥有生命意义感的大学生具有消极解释偏向,且缺乏积极解释偏向(陈倩, 2021; 卢思宇, 2024)。无意义感的筛选标准比低生命意义感更为严格,是拥有生命意义感的缺失。因此提出假设 2:相比于健康组大学生,无意义感的大学生存在消极解释偏向和缺失积极解释偏向。

此外,有理论研究者认为无意义感并非心理障碍,也不同于抑郁症(陈旭日, 徐献军, 2024)。Huo 等人(2021)通过眼动实验发现虽然无意义感大学生可能存在消极情绪图片的偏爱,但更倾向选择中性情绪图片。张姝玥和许燕(2014)认为生命意义感低拥有者对消极图片的敏感性高于积极图片,并非源于其对消极图片的高注意偏向,而是缘于其对积极图片的回避。因此提出假设 3:相比于仅抑郁症状的大学生,仅无意义感大学生的消极解释偏向显著较低,中性解释偏向显著更高。

基于以上论述,研究将聚焦大学生群体,旨在调查仅无意义感、仅抑郁症状、共症组、健康组这四种状态上的发生率,并检验这四种状态大学生在解释偏向上的认知加工差异,探寻无意义感独立存在于抑郁症状之外的证据。

2 对象与方法

2.1 被试

在江西省的五所高校的全校公选通识课程中,开展了整群方便抽样的问卷调查,获得有效问卷 2596 份。被试来自各学校的各个专业方向,其中男

生 926 人,占比 35.67%;女生 1670 人,占比 64.33%;大一学生 632 人,占比 24.35%;大二学生 1259 人,占比 48.50%;大三及以上学生共 705 人,占比 27.16%;年龄最大的是 29 岁,最小的为 15 岁,平均年龄为 19.41 岁($SD = 1.07$)。

2.2 研究工具

(1)生命意义感问卷的拥有分量表。该分量表源自 Steger 等人(2006)编制的生命意义感量表,由王鑫强等人(2016)中文修订,共计 5 个题项,从 1(完全不符合)到 7(完全符合)进行七级评分。得分越高,意味着个体拥有生命意义感的水平越高;得分越低,则生命意义感缺失越严重(Wang et al., 2016)。有研究发现该分量表与存在无意义量表的相关为 -0.58 (汪李玲等, 2025),在本次研究中其 α 系数为 0.89。

(2)流调中心抑郁量表。该量表由张明园翻译并修订(引自戴晓阳, 2010),共有 20 个条目,从 0(少于 1 天)到 3(5~7 天)进行四点计分,得分越高表明抑郁症状程度越高。该量表在本次研究中 α 系数为 0.92。

(3)解释偏向问卷。该问卷由杨剑霞(2011)翻译并修订。此问卷一共有 22 个带有模糊情境的句子,而且每个句子都存在三种不同类型的解释,分别是消极解释、中性解释以及积极解释。测试对象要对这三种解释的真实性做出评估,并且针对每种解释分别给出从 1 到 5 的评分,其中 1 意味着极不可能,而 5 则表示完全可能。在本次的研究当中,积极解释偏向分量表、消极解释偏向分量表和中性解释偏向分量表对应的 α 系数依次为 0.89、0.90 和 0.88。

2.3 分组标准

根据被试在拥有生命意义感分量表和流调中心抑郁量表上的得分进行分组。以往关于生命意义感研究大多在回收的样本数据中根据平均数加减上下 1 个标准差或高低 30% 分组方法对被试的生命意义感水平进行分组(张姝玥, 许燕, 2014; Huo et al., 2021),但这样的高低分组方式非常受该样本数据特征的影响,其结果在推论的时候应当谨慎。因此,按照拥有生命意义感分量表(MLQ-P)的 7 级评分标准(1 = 完全不符合, 2 = 很不符合, 3 = 稍不符合, 4 = 不确定, 5 = 稍符合, 6 = 很符合, 7 = 完全符合)进行分组更适合研究的需要(Wang et al., 2016)。即,以 MLQ-P 均分大于或等于 5 分, MLQ-P 总分

≥25 为有生命意义感组;以 MLQ - P 均分小于或等于 3 分,MLQ - P 总分≤15 分为无生命意义感组;以 15 < MLQ - P 总分 < 25 为生命意义感不明确组。流调中心抑郁量表(CES - D)的得分 < 16 为无抑郁症状,16 ≤ CES - D 得分 ≤ 19 分为可能有抑郁症状,CES - D 得分 ≥ 20 分为肯定有抑郁症状(戴晓阳,2010)。

在上述基础上,仅无意义感等四种状态具体的分组及分组标准如下:(1)健康组:MLQ - P ≥ 25,同时 CES - D < 16;(2)仅抑郁症状组:MLQ - P ≥ 25,同时 CES - D ≥ 20;(3)仅无意义感组:MLQ - P ≤ 15,同时 CES - D < 16;(4)共症组:MLQ - P ≤ 15,同时 CES - D ≥ 20;(5)症状不明确的其他组(生命意义感不明确,或者只是可能有抑郁症状,亦或者生命意义感不明确同时可能有抑郁症状的人均归为其他组):15 < MLQ - P < 25 或 16 ≤ CES - D ≤ 19。

2.4 数据分析

选用统计软件 SPSS 23.0 进行数据分析。方差分析中效应量标准分别为 0.01(小效应量)、0.06(中效应量)、0.14(大效应量),依据此标准对效应量大小进行分析(Cohen,1988)。

3 研究结果

3.1 共同方法偏差检验

采用 Harman 单因素方法对所有项目进行共同方法偏差检验,未旋转前特征根大于 1 的因子有 15 个,第一个因子解释了总变异的 15.76%,小于 40%的临界值。因此,不存在明显的共同方法偏差问题。

3.2 各组的发生率

调查发现,仅抑郁症状组占比 5.82%(151 人),仅无意义感组占比 3.04%(79 人),共症组占比 7.70%(200 人),健康组占比 22.07%(573 人),症状不明确的其他组占比 61.36%(1593 人)。

3.3 仅无意义感、仅抑郁症状、共症组和健康组的解释偏向差异

为了考察仅无意义感、仅抑郁症状、共症组和健康

康组这四类状态的大学生在解释偏向上的认知加工差异。进行 4(组别:仅无意义感组、仅抑郁症状组、共症组、健康组) × 3(解释偏向类型:积极、消极、中性)的重复测量协方差分析,其中组别为被试间变量,解释偏向为被试内变量,协变量为性别、年龄、家庭来源。因 Mauchly 球形检验显著($p < 0.001$),采用 Greenhouse - Geisser 法校正主体内效应的自由度($\epsilon = 0.71$)。结果表明:解释偏向的主效应显著, $F(1.41, 1407.64) = 5.496, p = 0.01, \eta^2 = 0.005$,未达到小效应量;组别的主效应显著, $F(3, 996) = 4.50, p = 0.004, \eta^2 = 0.013$,属于小效应量;解释偏向和组别的交互作用显著, $F(4.24, 1407.64) = 111.30, p < 0.001, \eta^2 = 0.25$,属于大效应量。

进一步的简单效应表明,积极解释偏向的简单效应显著, $F(3, 996) = 38.64, p < 0.001, \eta^2 = 0.10$,属于中等效应量。具体来说,仅抑郁症状组与仅无意义感组的积极解释偏向差异不显著($p = 0.824$),两者都低于健康组($p < 0.001, p = 0.016$),高于共症组(均 $p < 0.001$);共症组低于健康组($p < 0.001$)。

消极解释偏向的简单效应显著, $F(3, 996) = 113.40, p < 0.001, \eta^2 = 0.26$,属于大效应量。具体来说,仅抑郁症状组高于健康组($p < 0.001$)和仅无意义感组($p < 0.001$),与共症组差异不显著($p = 0.74$);仅无意义感组高于健康组($p = 0.001$),并低于共症组($p < 0.001$);共症组高于健康组($p < 0.001$)。

中性解释偏向上的简单效应显著, $F(3, 996) = 5.39, p = 0.001, \eta^2 = 0.02$,属于小效应量。具体来说,仅抑郁症状组分别与共症组、健康组差异不显著($p = 0.15, p = 0.23$),但低于仅无意义感组($p = 0.03$);仅无意义感组分别高于仅抑郁症状组($p = 0.03$)和共症组($p < 0.001$),但与健康组差异不显著($p = 0.09$);共症组低于健康组($p = 0.001$)。假设 1、2 和 3 均成立。详情见表 1。

表 1 三类解释偏向上四组的得分 ($M \pm SD, F$)

变量	健康组①	仅抑郁 症状组②	仅无意 义感组③	共症组④	F	事后检验
积极解释偏向(1)	69.00 ± 14.34	64.48 ± 13.54	64.90 ± 14.45	56.85 ± 12.50	38.64***	① > ②***、③*、④***; ②、③ > ④***
消极解释偏向(2)	40.48 ± 11.35	55.82 ± 14.83	45.63 ± 11.92	56.42 ± 13.99	113.40***	② > ①***、③***; ③ > ①***; ④ > ①***、③***

续表 1

变量	健康组①	仅抑郁症状组②	仅无意义感组③	共症组④	<i>F</i>	事后检验
中性解释偏向(3)	74.36 ± 12.95	72.98 ± 12.60	76.65 ± 13.05	71.10 ± 12.43	5.39**	①>④**;③>④***;③>②*
<i>F</i>	1327.59***	139.04***	203.10***	304.74***		
事后检验	(1)>(2)*** (3)>(1)*** (3)>(2)***	(1)>(2)*** (3)>(1)*** (3)>(2)***	(1)>(2)*** (3)>(1)*** (3)>(2)***	(3)>(1)*** (3)>(2)***		

注: * $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$ 。

此外,组内的方差分析的结果表明(表1):四组的消极解释偏向和积极解释偏向都显著低于中性解释偏向(均 $p < 0.001$);健康组、仅抑郁症状组、仅无意义感组均是积极解释偏向显著高于消极解释偏向(均 $p < 0.001$),但共症组的消极解释偏向和积极解释偏向得分没有显著差异($p > 0.05$)。

4 讨论

从经验上来看人们往往将无意义感视为抑郁症的一个症状(Schnell et al., 2018),前人的研究也表明个体生命意义的水平越低,抑郁症状越严重(Chen et al., 2021; Xue et al., 2023)。此次调查研究首次发现,仅抑郁症状组占比 5.82%,仅无意义感组占比 3.04%,共症组占比 7.70%。这表明无意义感可以独立于抑郁症状而存在,并不一定共存于抑郁症状之中(无抑郁症状的仅无意义感大学生占比 3.04%);抑郁症状也可以独立于无意义感而存在,并不一定共存于无意义感之中(有意义感的仅抑郁症状大学生占比 5.82%)。如果来访者主诉无意义感,但睡眠、食欲、精力、自我评价均未达到抑郁诊断阈值,不应硬贴抑郁症标签,更不应急于进行抑郁症的药物治疗,而要先让无意义感本身作为一级症状被看见、被评估,从而减少被误诊为抑郁后过度用药、休学、标签化的二次伤害。同样,如果来访者心理测试无抑郁症状,也建议加测一份生命意义感量表,从而警惕“空心病”和存在性危机,转介存在主义取向、意义取向的心理治疗(陈旭日,徐献军, 2024)。另一方面,该结果也显示仅抑郁症状或仅无意义感的占比并不高,而两者共症的占比相对更多,这说明抑郁症状和无意义感多数情况下的确常共症出现,这也为以生命无意义感为核心症状的“空心病”为什么在精神科门诊中很容易被误诊为抑郁症提供了直观的解释(徐凯文, 2016),也揭示了一个在心理临床工作中极易被忽视、却又至关重要的灰色地带。即,当抑郁症状与无意义感叠加时,病人更可能来求助,而门诊则会优先诊断和药物治

疗抑郁这一侧,而忽视了无意义感和存在性危机的心理治疗。

研究发现,在积极解释偏向上,仅抑郁症状组与仅无意义感组差异不显著,两组都显著高于共症组,并显著低于健康组。这说明相较于健康组来说,无意义感组、共症组、仅抑郁症状组存在较少的积极解释偏向;共症组相对于抑郁症状组和无意义感组来说,存在更少的积极解释偏向。仅抑郁症状组存在积极解释偏向的缺失,这与前人的研究一致(张晋,冯正直, 2016)。卢思宇(2024)的研究表明低生命意义的大学生的积极解释偏向得分显著低于高生命意义的大学生的积极解释偏向得分,这与此次研究中无意义感组在积极解释偏向的得分显著低于健康组的结果相互印证,这说明抑郁症状和无意义感都会降低个体对模糊信息做出积极解释偏向的能力。组内方差分析发现共症组的积极解释偏向和消极解释偏向的得分没有显著差异,但仅抑郁症状组、仅无意义感组、健康组都是积极解释偏向高于消极解释偏向,并且简单效应表明仅抑郁症状组与共症组的消极解释偏差无显著差异,上述这些结果最可能的综合解释是共症组在积极解释偏向上的缺失最为严重,这说明当个体同时存在抑郁症状和无意义感时,会伴随更严重的积极解释偏向的缺失。

在消极解释偏向上,仅抑郁症状组与共症组差异不显著,两者都显著高于仅无意义感组和健康组;仅无意义感组显著低于抑郁症状组与共症组,但显著高于健康组。这说明相较于健康组来说,仅无意义感组、仅抑郁症状组都有着更多的消极解释偏向;相对于共症组和仅抑郁症状组来说,无意义感组的消极解释偏向相对较少。共症组和仅抑郁症状组均存在消极解释偏向,这说明有抑郁症状的人就存在消极解释偏向,这与前人的研究一致(Lee et al., 2016; Everaert et al., 2018)。同时,无意义感组同样存在消极解释偏向,只是比共症组和仅抑郁症状组程度较轻。陈倩(2021)的研究表明低生命意义的

大学生在消极解释偏向的得分显著高于高生命意义的大学生,这与此次研究中无意义感组相较于健康组在消极解释偏向上的得分更高的研究结果相互印证,据此推测个体的生命意义的水平越低,更倾向于对模糊信息做出消极的解释。仅无意义感组在消极解释偏向的得分低于仅抑郁症状组和共症组,这可能说明:虽然存在无意义感和抑郁症状的个体都存在消极解释偏向,但存在抑郁症状的个体相较于存在无意义感的个体,其消极解释偏向更为严重。

在中性解释偏向上,健康组显著高于共症组,仅无意义感组也显著高于仅抑郁症状组和共症组,而仅抑郁症状组与健康组、共症组之间的差异均不显著。这说明相对于健康组,共症组存在中性解释偏向的缺失,而仅抑郁症状组和仅无意义感组并不存在中性解释偏向缺失,因此,不能简单地认为只要有抑郁症状就会导致中性解释偏向的缺失,这种缺失主要体现在抑郁症状与无意义感共病时。而仅无意义感在中性解释偏向上的得分组显著高于仅抑郁症状组,这说明仅无意义感组相比于仅抑郁症状组有着更多的中性解释偏向,这进一步支持了无意义感与抑郁症状是相对独立的症状。值得注意的是,各组在中性解释偏向上的差异属于小效应量,所以在使用该研究结果进行推论时需要谨慎。

总之,研究发现仅抑郁症状与仅无意义感是相对独立的症状,两者之间有着不同的解释偏向特点。相比于仅抑郁症状的群体,仅无意义感群体有着更少的消极解释偏向和更多的中性解释偏向,这为无意义感不同于抑郁症而存在提供了认知加工差异的证据。这也启示临床工作者要对无意义感和抑郁症状加以辨别,避免把无意义感的群体误诊为抑郁症。

不过,对此次研究结果进行推广时,也需要考虑如下局限:首先,研究只选择了江西省内的高校大学生作为研究对象,被试样本的代表性存在局限,研究结果能否推广到其他省份高校的大学生或其他群体还有待进一步研究。未来的研究可以考虑纳入不同省份不同群体的被试进一步研究。其次,研究采用量表的测评结果作为分组依据,可能会存在一定程度的由主观因素影响所导致的结果偏差,未来研究可以考虑采用深度学习等技术(穆易等,2026),来提高抑郁症状或无意义感的识别精准度。第三,该研究的解释偏向也是通过问卷来测量,未来的研究可以加入更加客观和精确的指标(例如事件相关电位、眼动等数据)来考察仅抑郁症状和仅无意义感

大学生的认知加工特点及其差异。此外,研究采用生命意义感问卷来测量无意义感,未来也可以采用基于生命意义三因子模型编制的存在无意义量表来测量无意义感(汪李玲等,2025),进一步检验本研究的结果。

5 结论

在江西省高校大学生的调查中,仅无意义感占比3.04%,仅抑郁症状占比5.82%,无意义感和抑郁症状两者共症占比7.70%,有意义感和无抑郁症状的健康组占比22.07%,症状不明确的其他组占比61.36%。仅抑郁症状、仅无意义感、共症组、健康组这四类状态的大学生在解释偏向上存在显著的差异;相比于仅抑郁症状的大学生,仅无意义感大学生的消极解释偏向显著较低,中性解释偏向显著更高。这些为无意义感和抑郁症状两者是相对独立的症状提供了证据。

参考文献

- 陈旭日,徐献军.(2024).意义治疗对现代“空心病”的启示.《医学与哲学》,45(13),49-54.
- 陈倩.(2021).大学生拥有生命意义感的解释偏向机制以及干预研究(硕士学位论文).江西师范大学.
- 陈祉妍,郭菲,方圆,蔡济民.(2023).2022年我国不同人群人生意义感与心理健康状况调查报告.见傅小兰,张侃(主编),《中国国民心理健康发展报告(2021~2022)》(pp.222-245).北京:社会科学文献出版社.
- 戴晓阳.(2010).常用心理评估量表手册.人民军医出版社.
- 卢思宇.(2024).解释偏向与生命意义、抑郁症状的关系及特点研究(硕士学位论文).江西师范大学.
- 穆易,李强,黄鑫,孟祥寒.(2026).社交网络中抑郁风险特征的识别:深度学习的方法.《心理学探新》,46(1),50-57.
- 倪旭东,唐文佳.(2018).生命意义的缺失与追寻.《心理学探新》,38(6),497-503.
- 汪李玲,付军军,陈羿君.(2025).存在无意义量表在中国大学生群体中的修订.《心理学探新》,45(3),273-280.
- 王蜜源,韩芳芳,刘佳,黄凯琳,彭红叶,黄敏婷,赵振海.(2020).大学生抑郁症状检出率及相关因素的meta分析.《中国心理卫生杂志》,34(12),1041-1047.
- 王鑫强,张大均.(2011).心理健康双因素模型述评及其研究展望.《中国特殊教育》,(10),68-73.
- 王鑫强,游雅媛,张大均.(2016).生命意义感量表中文修订版在大学生中的信效度及与心理素质的关系.《西南大学学报(自然科学版)》,38(10),161-167.
- 徐凯文.(2016).“时代空心病”解读.《陕西教育(综合版)》,(11),58-60.
- 杨浩.(2025).空心病心理机制的同一性三维结构解读.《医

- 学与哲学,46(11),37-41.
- 杨剑霞.(2011).社交焦虑青少年解释偏向的实验研究(硕士学位论文).西南大学.
- 张姝玥,许燕.(2014).不同生命意义寻求和体验程度个体的注意偏向研究.《中国临床心理学杂志》,22(1),28-31,95.
- 张晋,冯正直.(2016).基于不同自我相关条件下抑郁情绪个体解释偏向的特点研究.《第三军医大学学报》,38(6),647-651.
- 张自慧,依力亚,黄利金.(2022).青年“躺平”背后的意义缺失与精神危机.《哲学分析》,13(1),89-101,198.
- Alahri, M. B., Kianimoghadam, A. S., Khesali, M., Mohammadi, N. Z., & Masjed - Arani, A. (2023). Predicting suicidal ideation based on meaning in life: Investigating the mediating roles of interpersonal needs and depression in patients with Multiple Sclerosis (MS). *Medical Science*, 27 (140), e369ms3233.
- Bergner, R. M. (1998). Therapeutic approaches to problems of meaninglessness. *American Journal of Psychotherapy*, 52(1), 72-87.
- Brailovskaia, J., von Brachel, R., van Hall, F., Teismann, T., Hirschfeld, G., & Margraf, J. (2024). A dual - factor model perspective on depressed inpatients: Examining the dynamics of mental health and therapy outcomes. *Frontiers in Psychiatry*, 14, 1295032.
- Brown, J. S., Collins, A., & Duguid, P. (1989). Situated cognition and the culture of learning. *Educational Researcher*, 18(1), 32-42.
- Chen, Q., Wang, X. Q., He, X. X., Ji, L. J., Liu, M. F., & Ye, B. J. (2021). The relationship between search for meaning in life and symptoms of depression and anxiety: Key roles of the presence of meaning in life and life events among Chinese adolescents. *Journal of Affective Disorders*, 282, 545-553.
- Crockett, M. A., Martínez, V., & Jiménez - Molina, À. (2020). Subthreshold depression in adolescence: Gender differences in prevalence, clinical features, and associated factors. *Journal of Affective Disorders*, 272, 269-276.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral Sciences* (2nd ed.). Lawrence Erlbaum Associates.
- Everaert, J., Bronstein, M. V., Cannon, T. D., & Joormann, J. (2018). Looking through tinted glasses: Depression and social anxiety are related to both interpretation biases and inflexible negative interpretations. *Clinical Psychological Science*, 6(4), 517-528.
- Goyer, M. S., McKee, L. G., & Parent, J. (2022). Positive and negative interpretation biases in the relationship between trait mindfulness and depressive symptoms in primarily white e-merging adults. *Mindfulness*, 13(5), 1258-1270.
- He, X. X., Wang, X. Q., Steger, M. F., Ji, L. J., Jing, K., Liu, M. F., & Ye, B. J. (2023). Meaning in life and psychological distress: A meta - analysis. *Journal of Research in Personality*, 104, 104381.
- Huguet Cuadrado, E., Fernández - Arias, I., & Larroy, C. (2023). Presence and predictors of suicide ideation in a clinical outpatient context. *Ansiedad y Estrés*, 29(1), 10-17.
- Huo, J. Y., Wang, X. Q., Ge, Y., Wang, Y. C., Hu, X. Y., Liu, M. F., & Ye, B. J. (2021). Chinese college students' ability to recognize facial expressions based on their meaning - in - life profiles: An eye - tracking study. *Journal of Personality*, 89(3), 514-530.
- Kealy, D., Ben - David, S., & Cox, D. W. (2022). Early parental support and meaning in life among young adults: The mediating roles of optimism and identity. *Current Psychology*, 41(6), 3865-3872.
- Lee, J. S., Mathews, A., Shergill, S., & Yiend, J. (2016). Magnitude of negative interpretation bias depends on severity of depression. *Behaviour Research and Therapy*, 83, 26-34.
- Mullarkey, M. C., Marchetti, I., & Beevers, C. G. (2019). Using network analysis to identify central symptoms of adolescent depression. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 48(4), 656-668.
- Ouyang, W. H., Wang, X. Q., Cai, J. Y., Pan, S. Y., & Li, J. Y. (2026). A three - level meta - analysis of the relationship between meaning in life and depression. *Journal of Affective Disorders*, 398, 121045.
- Steger, M. F., Frazier, P., Oishi, S., & Kaler, M. (2006). The meaning in life questionnaire: Assessing the presence of and search for meaning in life. *Journal of Counseling Psychology*, 53(1), 80-93.
- Schnell, T., Gerstner, R., & Krampe, H. (2018). Crisis of meaning predicts suicidality in youth independently of depression. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 39(4), 294-303.
- Wang, X. Q., He, X. X., Yang, F., & Zhang, D. J. (2016). Structure and levels of meaning in life and its relationship with mental health in chinese students aged 10 to 25. *Journal of Pacific Rim Psychology*, 10(e10), 1-12.
- Ward, S., Womick, J., Titova, L., & King, L. (2023). Meaning in life and coping with everyday stressors. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 49(3), 460-476.
- Xue, L., Yan, Y., Fan, H., Zhang, L., Wang, S., & Chen, L. (2023). Future self - continuity and depression among college students: The role of presence of meaning and perceived social support. *Journal of Adolescence*, 95(7), 1463-1477.

Meaninglessness Independent of Depression? Prevalence and Interpretive Bias Differences Among College Students with Meaninglessness – Only, Depression Symptoms – Only, Comorbid Meaninglessness and Depressive Symptoms, and Neither

Wang Xinqiang^{1,2}, Cao Can¹, Lu Siyu³

(1. School of Psychology, Jiangxi Normal University, Nanchang 330022;

2. Center of Mental Health Education and Research, Jiangxi Normal University, Nanchang 330022;

3. Nanchong Senior High School of Sichuan Province, Nanchong 637000)

Abstract: Based on the dual – factor model of mental health, a total of 2,596 college students completed the Presence of Meaning in Life Questionnaire, the Center for Epidemiologic Studies Depression Scale, and the Interpretation Bias Questionnaire. This study examined the prevalence of four statuses—meaninglessness – only, depressive symptoms – only, comorbid meaninglessness and depressive symptoms, and complete health (i. e. , lacking both meaninglessness and depressive symptoms, characterized by a high presence of meaning in life and no clinically significant depressive symptoms)—and compared the four groups’ interpretation biases. The results revealed that: (1) Regarding prevalence, 3.04% of the sample reported only meaninglessness, 5.82% reported only depressive symptoms, 7.70% reported comorbid meaninglessness and depressive symptoms, and 22.07% were classified as complete health; the remaining 61.36% presented other combinations. (2) For positive interpretation bias, the meaninglessness – only and depressive symptoms – only groups showed non – significant differences; both groups were significantly higher than the comorbid group and significantly lower than the complete healthy group. (3) For negative interpretation bias, the depressive symptoms – only and comorbid groups scored significantly higher than the meaninglessness – only group, but all three groups scored significantly higher than the complete health group. (4) Regarding neutral interpretation bias, the meaninglessness – only group scored significantly higher than the depressive symptoms – only and comorbid groups, whereas the complete health group scored higher than the comorbid group. The above results provide evidence that meaninglessness and depressive symptoms are relatively independent manifestations.

Key words: meaninglessness; depressive symptoms; interpretation bias; presence of meaning in life; dual – factor model of mental health