

1 例直肠癌自杀未遂患者的心理危机干预

黄燕华¹, 潘攀²

Psychological crisis intervention for an attempted suicide patient with rectal cancer Huang Yanhua, Pan Pan

摘要: 根据危机干预模式对 1 例直肠癌自杀未遂患者进行心理危机干预, 即加强安全防范以保障患者安全、与患者建立同盟关系、开展问题探索以确定危机、提供相关支持、帮助患者以积极方式应对危机、重新建立自我控制、获得承诺和随访。住院期间患者接受 2 次心理危机干预, 出院接受 1 次随访。实施危机干预后, 患者情绪稳定, 未再萌生自杀念头; 能积极配合治疗、护理和康复指导, 能按期返院接受化疗, 生活完全自理。

关键词: 直肠癌; 自杀意念; 自杀行为; 自杀未遂; 心理危机; 心理干预

中图分类号: R47; R749.055 **文献标识码:** B **DOI:** 10.3870/j.issn.1001-4152.2019.17.063

危机是一种对事件和情境的认知或体验, 当个体所面临的困难事件或情境超过现有的资源和应对机制, 如果得不到缓解, 可能导致严重的情绪、行为和认知功能障碍, 甚至导致当事人或者他人出现伤害或致命行为^[1]。癌症是威胁人类生命健康最严重疾病之一, 在治疗和康复过程中患者承受着生理、心理和精神上的巨大压力。研究显示, 癌症患者是自杀的高危群体, 自杀死亡率为 1%~25%^[2], 其自杀的危险度高出常人 1.3~2.8 倍^[3]。心理危机干预是对危机状态下的个体给予关怀、支持及使用一定的心理咨询与治疗予以援助, 使其情绪、认知、行为恢复到危机前的稳定或平衡状态^[4]。2018 年 12 月, 我院收治的 1 例直肠癌患者发生自杀未遂, 对其进行心理危机干预, 报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 男, 30 岁。患者 3 个月前无明显诱因出现大便不成形, 次数增多, 偶有便血, 于 2018 年 12 月 21 日收入院。入院后行各种检查, MRI 示直肠中下段癌, 侵犯全层至周围系膜, 下缘距肛门 4.0 cm, 两侧肛提肌受累可能; 周围系膜内微血管受累可能; 直肠周围系膜及骶前多发淋巴结, 部分考虑转移。行腹腔镜下直肠癌根治术(Dixon)+肠黏连松解术+末端回肠造瘘术。术后病检结果显示: 直肠中分化腺癌(黏液腺癌约占 60%, 中分化管状腺癌约占 40%), 侵及肠壁全肌层达直肠旁脂肪组织(pT3)。脉管癌栓(-), 神经侵犯(+), 切缘干净。淋巴结可见癌转移 3/22(肠系膜下动脉根部淋巴结 0/2, 中间淋巴结 1/12, 肠旁淋巴结 2/8), 淋巴结旁纤维脂肪组织中可见多灶浸润。术后行腹腔引流、抗感染、肠外营养等治疗。术后造口通畅, 生命体征正常。患者为自由职业者, 善于表达, 自尊心强; 已婚, 育有一子, 在上幼儿园。父亲在其年幼时因病去世, 住院期间主要

照顾者是妈妈和妻子。患者本人是家庭经济支柱, 付费方式为湖北省居民医保。

1.2 患者自杀原因及自杀未遂情况 患者是家庭经济的主要来源, 可身患重病, 手术费用主要是借款, 觉得自己成了家人的负担, 自尊心严重受损。加之与妻子之间关系一直不融洽, 缺乏妻子的情感支持, 住院期间也经常有争执, 觉得妻子对自己不够关爱。患者术后第 3 天开始失眠、多梦, 表情淡漠, 沉默寡言, 对周围的事情不感兴趣, 觉得未来没有希望, 偶有自杀念头。术后第 8 天, 患者因无钱交住院费又与妻子发生口角, 加重了自杀念头, 当天下午, 患者趁家人暂时离开, 自行下床, 行至本病区 7 楼阳台爬上护栏准备跳楼, 被医护人员及时发现, 并成功阻止自杀行为。

1.3 结果 心理咨询师与患者首次会谈(自杀未遂 1 h 内)结束后, 患者承诺不再自杀, 情绪平稳, 对心理咨询师表达感谢。自杀未遂后第 3 天, 通过会谈评估患者情绪、行为和认知状况, 患者表示这几天睡眠很好, 能有意识控制自己的情绪, 精神和食欲好转, 后悔自己有自杀行为, 表示会与家人一起面对困难; 管床医生和护士反馈患者积极配合治疗和护理工作, 主动与医护人员交流, 表达自己的意愿。自杀未遂后第 15 天, 患者精神食欲可, 手术伤口愈合, 情绪平稳, 遵医嘱出院, 住院 34 d。

2 心理危机干预

2.1 制订并实施心理危机干预计划 事件发生后, 护士长立即报告本院心理工作室, 由心理工作室负责, 迅速成立以科主任、管床医生、护士长、责任护士、心理咨询师及社工为核心成员的 6 人危机干预小组。小组成员依据 James 等^[1]提出的危机干预模式制定干预计划, 并对患者进行心理危机干预, 即保障安全、与患者建立同盟关系、确定危机、提供支持、帮助患者以积极方式应对危机、重新建立自我控制、获得承诺和随访。危机干预小组分工协作, 科主任及管床医生根据患者病情动态调整治疗计划; 护士长及责任护士落实各项安全保障措施, 观察患者病情变化和情绪、

作者单位: 湖北省肿瘤医院 1. 腹部肿瘤内科 2. 胃肠外科(湖北 武汉, 430079)

黄燕华, 女, 硕士, 副主任护师, 科护士长, 786721252@qq.com

收稿: 2019-04-21; 修回: 2019-06-09

行为状态,出现异常及时报告给心理咨询师;心理咨询师负责评估患者的心理、情绪和行为状态,给予心理干预;社工对患者提供经济救助等社会支持,帮助患者解决实际困难。

2.2 加强安全防范以确保患者安全 加强安全防范可降低危机事件对危机当事人的生命威胁^[5]。在患者自杀行为发生后,立即启动安全保障措施,第一时间将患者转移到单人病房,通向病区阳台的大门上锁,窗户限开,上卫生间时避免房门反锁。移除绳索、刀具等危险物品,排除所有不安全因素。护士长联系到家人立即赶赴病房,告知事情经过及当前情况,并与家人积极沟通,了解患者近期状态及可能的诱发性事件。与患者妻子沟通,避免与之争吵等不良刺激。家属 24 h 轮流守护患者,护士每 15~30 分钟巡视 1 次病房,密切观察患者病情及情绪状态,必要时陪伴患者,了解并满足合理需求,做好交接班。住院期间,持续动态评估患者的自杀风险,落实安全护理措施,预防患者再次自杀,确保患者生命安全。

2.3 与患者沟通交流以建立同盟关系 根据患者心理状态,由心理咨询师对患者实施 2 次心理干预,分别在自杀未遂后的 1 h 内和第 3 天。第 1 次干预重点是建立同盟关系,进行紧急自杀危机干预评估,时间 65 min。心理咨询师到病房主动介绍自己,并运用基本的倾听技术(共情、真诚和无条件积极关注)与患者沟通,以建立信任关系,促使患者做好与危机干预者一起面对危机的心理准备。第 2 次干预重点是确认自杀原因,帮助患者以积极的方式应对危机,制定行动计划,用时 45 min。每次干预结束后,心理咨询师将需要危机干预小组其他成员配合完成的事项报告给小组成员,并督促落实。

2.4 问题探索以确定危机 基本危机理论认为,在危机时期,重点在于帮助人们认识和改正危机中由创伤事件引起的暂时性情绪、行为和认知扭曲,把握诱发患者自杀的主要因素进行干预,解燃眉之急,其他的问题可以在危机解决后进一步讨论^[1]。运用基本的倾听技术与患者沟通,了解患者自杀的原因。本例患者自杀的主要原因是自己是家里的顶梁柱,可身患重病,借款住院,家庭负担较重,自尊心严重受损。其次是与妻子之间关系不融洽,加之经济压力与妻子发生口角。因此,确定危机阶段的主要干预措施一是帮助患者缓解经济压力,二是调和患者和妻子之间的关系。

2.5 提供支持

2.5.1 心理支持 由心理咨询师对患者进行一对一心理干预。对患者自杀行为和所处的境况给予积极的关注、理解和支持,避免责备或评价他的言语、感受或行为。让患者感受到周围的人关心他的,值得信任的,如“我很关心你的安全,并且愿意帮助你。”“你再次出现情绪低落时及时联系我,好吗?”在患者谈到自杀的原因之一是可以减轻家人负担时,共情其对家

庭的愧疚感和肯定其自杀是为了减轻家庭压力的担当,如“你得了重病造成家里负债累累,你很内疚和自责,想通过这种方式减轻家人的负担,从这个角度讲,我感受到你作为一个男人的担当。”接下来引导患者用积极的方式去应对当下的困难和自己活着对于家人的意义,如“到现在,你觉得这种方式可以减轻家人的压力吗,还能想到其他更好解决问题的方法吗?”“你觉得你还能妈妈或女儿做些什么?”等。同时,心理咨询师指导病区医护人员在日常的医疗护理工作中与患者保持良好的医患沟通,关注和满足患者的合理需求,让患者能感受到一种无时不在的尊重、理解和支持,建立对治疗和康复的信心与希望。

2.5.2 经济支持 物质支持是危机之中对患者最基本和实际的支持。在了解到患者的焦点问题是经济困难后,为患者提供通过疾病众筹筹款的信息。患者同意后,立即联系本院社工部工作人员与其商议筹款事项,筹款过程中,鼓励其参与到筹款准备事宜当中去,让其感受到自己仍然是有能力重新整理思维和参与决策的,引导其重新回到积极主动的、解决问题的模式。在患者自杀未遂次日,所在病区医护人员积极为患者组织募捐活动,将善款送到患者手中,让患者感受到来自医护人员的支持。

2.5.3 社会支持 在危机发生后,提供支持者不仅是危机干预人员,更重要的是激活患者日常主要的支持系统,如家庭、朋友、同事等^[6-8]。本例患者发生自杀行为后,医护人员密切关注患者的生理、心理变化,为患者及时控制生理上的不适症状,提供疾病和治疗的各种信息,评估患者的身心社灵的需求,制定并落实个性化的治疗和护理计划。本院社工部持续为患者提供筹款相关的支持和帮助。患者的主要照顾者是支持系统中的重要角色,对其母亲和妻子分别单独进行 2 次心理辅导,一方面减轻主要照顾者的心理压力,另一方面促进她们与患者的情感交流。患者出院前预留我院心理服务热线和心理康复门诊的电话,以提供长期的心理和社会支持资源。

2.6 帮助患者以积极方式应对危机 采用问题解决疗法把患者从已处绝境的认知模式带入到问题解决模式当中^[9],训练患者把解决当前的问题作为应对压力的技巧。围绕危机的焦点问题,采用开放式提问引导患者进入解决问题的情景和思维模式,如“虽然你现在身患重病,但你觉得可以自己做些什么让你的亲人感到安慰一些?”“当你和妻子的意见不一致时,有没有可以避免争执的一些办法?”找到应对困境的内外资源、启发其整合资源、探索解决问题的方法,促使患者体验成功解决问题的能力,重获对生活的控制感和平衡状态^[10]。

2.7 重新建立自我控制 由心理咨询师与患者一起讨论制定切实可行的行动计划,帮助患者建立可控感。针对患者的 2 个焦点问题制定计划,一是解决当

前经济压力的计划,配合疾病众筹工作人员完成各项准备工作,尽快筹集住院费;遵从医生和护士的营养、康复等指导,积极配合治疗,争取早日康复出院,降低住院费用。二是促进与其妻子有效沟通的计划,站在妻子的角度考虑问题,理解妻子的担心和焦虑;当面对妻子的不满时用平和的语气表达自己的想法和感受;看到妻子的优点并及时反馈给妻子,表达欣赏;表达对妻子陪伴和照顾的感激。

2.8 获得承诺 承诺的目的是让患者能够用明确、积极、有目的行动步骤来恢复自身的平衡状态。计划制定后,询问患者对执行计划有无疑问和困难,在患者认可后让其重述计划和目标,并承诺执行。本例患者在第 1 次面谈结束前与心理咨询师握手确认承诺不再自杀,并且执行治疗护理计划。医护人员和家属对其计划进展予以配合和必要的提醒,对其改变和进步及时给予强化和鼓励。

2.9 随访 自杀未遂是之后发生致死性自杀行为重要的风险因素^[11]。需对此类患者加强随访。于患者自杀后 1 个月由心理咨询师进行电话随访,询问患者精神、饮食、睡眠、活动、人际交往和身体恢复状态等,综合评估患者的心理健康状况,同时告知患者心理咨询师仍然会陪伴他、关心他。随访过程顺利,患者感谢心理咨询师对他的持续关注,积极与心理咨询师沟通交流。患者生活完全自理,在家帮助家人做力所能及的家务,按期返院接受化疗,重拾了生活信心与希望,未再萌生自杀念头。

3 小结

危机干预模式是一种动态评估来访者状态和酌情干预的过程^[1],确保安全贯彻在危机干预的始终。本例患者因经济压力、家庭关系等原因导致自杀行为,采用危机干预模式对患者进行心理危机干预后,

患者情绪稳定,积极配合治疗和护理工作,生活自理、家庭关系良好、社会功能恢复,没有再次自杀的意念和行为。医疗机构应做好科学规范的危机干预预案,提高医护人员对自杀危机的敏感意识,提高医护人员沉着冷静应对自杀危机的能力,以有效防止癌症患者自杀事件的发生。

参考文献:

- [1] James R K, Gilliland B E. 危机干预策略[M]. 肖水源,译. 北京:中国轻工业出版社,2017:11-62.
- [2] 黄丽,罗健. 肿瘤心理治疗[M]. 北京:人民卫生出版社,2000:196-199.
- [3] 曾莉,胡德英,刘义兰,等. 经历患者自杀事件护士的心理干预[J]. 护理学杂志,2014,29(15):78-80.
- [4] 浦晓珍,张建娟,施俊峰. 自杀未遂患者心理干预研究进展[J]. 护理学杂志,2010,25(19):87-90.
- [5] 胡德英,刘义兰,邓先锋,等. 大型综合医院住院患者自杀引发的思考[J]. 护理学杂志,2014,29(7):61-63.
- [6] 施剑飞,骆宏. 心理危机干预实用指导手册[M]. 宁波:宁波出版社,2016:93-97.
- [7] Myer R A, Lewis J S, James R K. The introduction of a task model for crisis intervention[J]. J Mental Health Counsel,2013,35(2):95-107.
- [8] Krout J A. Rural versus urban differences in health dependence among the elderly population[J]. Int J Aging Hum Dev,1989,28(2):141-156.
- [9] Olazarán J, Reisberg B, Clare L, et al. Nonpharmacological therapies in Alzheimer's disease: a systematic review of efficacy[J]. Dement Geriatr Cogn Disord,2010,30(2):161-178.
- [10] 姚林燕,朱红芳,冯锐. 1 例乳腺癌化疗后截肢患者的危机干预[J]. 中华护理杂志,2016,51(1):113-116.
- [11] 陈素坤,周英. 临床护理心理学教程[M]. 北京:人民军医出版社,2007:141-146.

(本文编辑 李春华)

(上接第 59 页)

参考文献:

- [1] 陈飞,钟竑. 欧美创伤急救体系的发展与现状[J]. 创伤外科杂志,2014,16(2):170-172.
- [2] 王飒,陈水红,金静芬. 急诊创伤团队的护理时效分析[J]. 中华护理杂志,2016,51(7):811-814.
- [3] 王海燕,何梅,李希西,等. 规范化培训护士岗位管理实践[J]. 中国卫生质量管理,2019,26(1):61-65.
- [4] 张波,桂莉. 危急重症护理学[M]. 4 版. 北京:人民卫生出版社,2017:99-115.
- [5] Campbell J E, Alson R L. International trauma life support for emergency care providers——国际创伤生命支持教程[M]. 8 版. 国际创伤生命支持分部,译. 北京:科学出版社,2018:1-227.
- [6] 李小寒,少尚梅,王春梅,等. 基础护理学[M]. 北京:人民卫生出版社,2017:215-216.
- [7] 中华人民共和国卫生部. 临床护理实践指南[M]. 北京:人民军医出版社,2011:227-236.

- [8] 陈丽丽,李红,王小芳,等. 初级创伤救治工作坊在护士急救培训中的应用评价[J]. 创伤与急诊电子杂志,2014,2(4):41-43.
- [9] 许臻晔,徐艳丽,史霆,等. ETC 创伤医疗课程模式对于院内急诊创伤医护团队培训成效的分析[J]. 临床急诊杂志,2016,17(4):253-256.
- [10] 仇海燕,武翌. 思维导图及情景模拟培训提高新人职护士沟通能力[J]. 护理学杂志,2017,32(23):19-22.
- [11] 张志刚,侯宇颖,张珺,等. 7 种教学方法对护理专业学生评判性思维能力影响的网状 Meta 分析[J]. 中华护理杂志,2016,51(8):960-966.
- [12] 马双双,田敬,徐辰,等. 急诊科护士评判性思维现状调查与分析[J]. 中国护理管理,2013,13(2):80-82.
- [13] 方雪梅,谭玉婷,易霞,等. 思维导图在《医院感染预防与控制》护理教学中的应用[J]. 护理学杂志,2017,32(4):60-63.

(本文编辑 李春华)