

自杀未遂急诊患者再自杀风险干预研究进展

刘玉娥¹, 胡德英², 刘义兰², 周依³, 滕芬², 喻婷³, 毛世清⁴

Advances in suicide risk intervention for emergency department patients who attempt suicide Liu Yu'e, Hu Deying, Liu Yilan, Zhou Yi, Teng Fen, Yu Ting, Mao Shiqing

摘要: 对自杀未遂急诊患者及时有效的风险评估与干预是减少和防范患者再自杀的关键。通过对自杀与自杀未遂相关概念、自杀未遂急诊患者流行病学特征及主要影响因素、国内外自杀未遂急诊患者的风险评估与干预现状进行综述, 以期构建和完善我国自杀未遂急诊患者的评估和干预机制提供参考与借鉴, 预防患者再自杀。

关键词: 自杀未遂; 急诊; 再自杀; 风险评估; 干预; 综述文献

中图分类号: R473.5 **文献标识码:** A **DOI:** 10.3870/j.issn.1001-4152.2020.03.102

自杀是一项严重的全球性公共卫生与社会问题。WHO 2014 年发布报告指出, 全球每年约有 80 万人死于自杀, 平均每 40 秒就有 1 人死亡^[1]。中国是世界上自杀绝对人口数较多的国家之一^[2], 我国每年至少有 200 万人自杀未遂^[3]。美国的 1 项调查显示, 救治自杀和自杀未遂患者所承担的经济负担高达数百亿美元^[4]。有自杀未遂史者再次自杀的危险性是正常人群的 20~40 倍^[5]。对此美国自杀预防资源中心 (Suicide Prevention Resource Center, SPRC) 提出要对自杀未遂急诊患者实施全面的自杀风险评估并采取干预措施, 基于急诊科的干预措施可以将每年因自杀死亡的人数减少 20%^[6]。我国综合医院每年收治大量的自杀未遂患者, 但其中获得精神心理评估或干预治疗的患者不到 1%^[7]。《“健康中国 2030”规划纲要》要求“预防和减少自杀”。自杀死亡虽不可逆, 但对于自杀未遂急诊患者, 科学、及时、合理地评估和干预, 可有效降低患者再自杀的风险。目前我国尚未广泛开展对自杀未遂急诊患者全面系统的评估和干预。本研究对国内外自杀未遂急诊患者流行病学及影响因素、评估和干预进行综述, 旨在为构建和完善我国自杀未遂急诊患者评估和干预方案提供借鉴与参考。

1 自杀与自杀未遂的相关概念

1.1 自杀 WHO 将自杀定义为故意杀死自己的行为。国内学者肖水源等^[8]将自杀定义为在自杀死亡意愿支配下, 故意危害自己生命的行为, 并将自杀行为分为自杀意念 (suicidal ideation)、自杀计划 (suicidal plan)、自杀准备 (suicidal preparation)、自杀未遂 (suicide attempt) 和自杀死亡 (completed suicide)。

1.2 自杀未遂 自杀未遂是指个体在主观上存在或产生死亡的想法或愿望即自杀意念之后, 实施了结束自己生命的行动/行为, 并造成自身一定程度的躯体损害, 但该行动/行为最终没有导致死亡^[8]。自杀未

遂是自杀死亡的重要预测因素^[9], 自杀死亡者中有自杀未遂史者约占 50%^[10], 因此从自杀预防的角度考虑, 对于自杀未遂患者, 不管自杀愿望的强烈程度如何, 只要存在主观死亡的意念或行为, 都应高效地采取评估和干预措施, 减少和预防患者再自杀, 挽救患者生命。

2 自杀未遂急诊患者的流行病学特征及主要影响因素

2.1 自杀未遂急诊患者的流行病学特征 ①年龄。自杀未遂急诊患者多为青年至中年人群^[11-12], 年龄 15~44 岁, 平均 33.2 岁, 是自杀未遂行为发生的高峰年龄^[13]。随着社会经济高速发展, 中青年人群面临学习、工作、生活、家庭、婚恋及人际交往等各方面压力, 多方矛盾与压力重叠时易使人陷入困境, 如果不能及时采取正确有效的解决方法, 容易选择自杀。②性别。女性多于男性。有调查发现, 自杀未遂急诊患者女性高于男性^[11-12], 男女比约为 1:2^[13], 这可能与女性心理防御机制较低, 敏感且脆弱, 女性更易遭受家庭暴力和婆媳矛盾, 易受负性生活事件的影响有关, 加之现代社会对女性的要求越来越高, 除了承担男性会面临的压力, 还承受妊娠、分娩事件。③文化程度及职业。我国自杀未遂急诊患者多数为农民, 且文化程度相对较低^[13], 致死意念并不强烈; 这主要与我国为农业大国, 农民经济基础薄弱, 知识水平有限, 面临各方面困境或压力时容易冲动有关。④自杀方式及时间。国外最常见的自杀方式为药物中毒, 其次为枪刺刀割伤, 男性多选择暴力方式^[11,14]; 我国自杀方式多以服药为主, 主要为口服农药^[13,15], 其次为服用镇静药物^[16], 自杀地点多发生在家中, 农村 4~6 月有集中趋势^[13]。这主要与我国农村夏季使用农药频繁, 容易获得药物有关。但随着农药管控及农村人口城镇化, 镇静药物滥用导致这一比例有所增加。

2.2 自杀未遂急诊患者的主要影响因素

2.2.1 内部因素 ①精神及躯体疾病。国外研究显示, 自杀未遂急诊患者绝大多数患者有精神障碍、抑郁症^[11-12]。与国外不同的是, 我国自杀未遂急诊患者

作者单位: 1. 武汉轻工大学医学技术与护理学院 (湖北 武汉, 430022); 华中科技大学同济医学院 2. 附属协和医院 3. 护理学院; 4. 长江大学医学部 刘玉娥, 女, 硕士在读, 主管护师

通信作者: 胡德英, hudeying2006@126.com

科研项目: 国家自然科学基金项目 (71673100)

收稿: 2019-07-12; 修回: 2019-11-04

多数不符合精神障碍的诊断标准,多为冲动性自杀^[15]。②物质滥用。自杀未遂患者常伴有酒精或药物滥用^[11-12]。③自杀未遂史。自杀未遂史、家族自杀史是自杀未遂发生的危险因素^[13],自杀现象有其“传染”效应,往往会影响到其最亲近的人,导致其发生自杀行为。④绝望心境和冲动性格。高绝望水平、高冲动评分也是导致自杀未遂发生的危险因素^[13]。

2.2.2 外部因素 ①负性生活事件。失业、家庭矛盾、婚恋受挫、暴力经历、躯体疾病与职场冲突等也是导致患者自杀未遂的主要影响因素^[11-15,17],频繁的负性生活事件会使人陷入困境,若不能有效处理易产生绝望而选择自杀。②缺乏支持系统。在面临身心疾病、家庭矛盾或社会冲突等多重问题时,缺乏良好家庭社会支持时,没有正确解决问题的途径和方法而选择冲动性自杀。自杀行为涉及社会因素、家庭环境、精神心理状态及躯体疾病等多方面影响,必须明确自杀未遂患者的主要影响因素,才能为针对性实施评估和干预提供有力的指导与依据。

3 自杀未遂急诊患者的风险评估

3.1 评估工具

3.1.1 自杀未遂急诊患者的筛查量表 根据自杀未遂的定义,自杀意念是自杀未遂的必要但不充分条件,确定自杀未遂急诊患者必须先筛查其自杀意念。美国急诊医师学会(ACEP)等推荐采用患者安全筛查量表(Patient Safety Screener, PSS-3),该量表由抑郁、自杀意念、自杀未遂 3 个条目组成,用来评定患者过去两周有否抑郁、自杀意念及有无自杀未遂史,快速方便且能很好地判断患者的自杀意念及自杀风险^[18]。Boudreaux 等^[19]对该筛查量表与贝克自杀意念量表(Beck Scale For Suicide Ideation, BSSI)进行校标效度检验,证明该量表具有良好的效度。改良版 Sad Persons Scale(MSPS)可评估自杀未遂患者自杀意念及再自杀行为,Hockberger 等^[20]运用 MSPS 对自杀未遂急诊患者进行自杀行为评估时,可快速获得所必需的客观信息并提出治疗决策依据,敏感性为 94%。针对急诊科患者进行自杀意念的筛查可明确真正的自杀未遂患者,排除误服、误伤者,能保证准确高效开展风险评估,还可优化利用服务资源。

3.1.2 自杀未遂急诊患者的风险评估量表 由美国 SPRC 等多机构研制的自杀风险五步评估分级法(Suicide Assessment Five-step Evaluation and Triage, SAFE-T)包括识别自杀危险与保护因素、询问自杀相关情况、确定自杀风险等级和干预措施等,通过标准化表格收集相关信息^[21],急诊共识指南指出,SAFE-T 适用于急诊科患者自杀风险的评估^[22],哥伦比亚自杀严重程度评定量表(Columbia Suicide Severity Rating Scale, C-SSRS)是由美国哥伦比亚大学研制,适用于急诊科,用于评估有过自杀行为的患者是否存在自杀意念及自杀严重程度,有较好的特异度和灵敏度^[23]。BSSI 已被广

泛应用于评估门急诊和精神病住院患者自杀相关行为的态度、行为、计划及强度,是为数不多的具有自杀死亡预测有效性的评估工具之一^[24]。自杀风险五步评估分级法全面且深入,为评估自杀风险提供了系统框架,也为临床干预及护理决策的制定提供了标准。C-SSRS 在国外应用比较广泛,但由于量表内容比较直接且词汇相对敏感,在使用中不易被我国患者所接受,且评估者必须接受培训,在一定程度上阻碍了本土化及应用。

北京回龙观医院北京心理危机研究与干预中心在参与世界卫生组织多国自杀干预项目(Multisite Intervention Study on Suicide Behaviors, SUPREMISS)项目时,对项目使用的量表进行翻译修订并汉化,对自杀未遂急诊患者采用健康自我评价量表、Beck 抑郁自评量表、冲动性行为特征量表、自杀强度量表,评估患者健康自我评价、抑郁情绪、冲动行为及自杀强度等特征^[25]。目前国内尚未在急诊科广泛开展在自杀风险筛查,对自杀未遂急诊患者进行风险评估时,主要采用多个量表综合评估,缺乏对评估内容系统全面的标准化评估工具。

3.2 自杀未遂急诊患者风险评估内容及流程

3.2.1 风险评估内容 自杀未遂患者的评估是在筛查的基础上全面收集患者的临床信息,深入了解患者的自杀及再自杀风险,主要通过访谈患者本人、家人和朋友获取资料。一般包括自杀意念、自杀动机、自杀计划、自杀未遂史、对自杀的态度、精神疾病史、物质滥用史、健康状况、社会关系、人际压力及应对技巧等^[26]。国内学者肖水源^[27]将评估内容归纳为自杀意念(意念的频度、强度、持续时间,随后一两周内自杀的可能性)、个人特征(躯体健康、精神健康和个性特征)和社会文化特征(社会联系、社会支持、文化对自杀行为的态度等)3 个方面。

3.2.2 风险评估流程 自杀风险五步评估分级法(SAFE-T)^[21]为风险评估提供了流程框架:①识别自杀危险因素,包括自杀行为史,精神障碍、家族自杀史、人际关系及应对方式等;②评估自杀保护因素,包括外部及内部因素;③询问自杀相关信息,包括意念、计划、行为和意图;④明确自杀风险等级和干预措施,根据风险评估分高、中、低自杀分险等级,并给与自杀干预预防、制定危机计划或门诊转诊等措施;⑤通过标准化表格收集相关信息(包括治疗计划和后续计划等)。加拿大推荐的自杀风险评估流程主要为:①初步筛查风险,即确定患者是否有可能存在自杀风险;②全面评估并整合风险因素,通过全面评估患者的保护、危险及潜在危险因素,收集并进行整合,确定风险等级;③监督和重新评估,对于自杀未遂急诊患者,需要在短时间内进行监测和重新评估风险等级的变化^[28]。

国内对自杀未遂急诊患者多是通过量表对患者的自杀意念和自杀行为进行评估,然后由有经过培训的医护人员或精神科医师对患者实施干预措施,尚未

形成综合性的评估流程及方案。

4 自杀未遂急诊患者的干预

4.1 国外自杀未遂急诊患者的干预 为自杀未遂患者提供精神卫生服务的必要性已达成共识,美国开展的急诊科安全性评估和随访干预(Emergency Department Safety Assessment and Follow-Up Evaluation, ED-SAFE),由急诊科医护人员进行二次自杀风险筛查、提供出院资源、出院后电话随访干预,自杀未遂患者再自杀率显著降低^[21]。基于急诊科的简要自杀预防干预,包括简要患者教育、安全计划、致命性手段咨询、快速转介及关怀性联系,可改善自杀未遂患者治疗结果^[19]。Mann等^[29]提供的7个类别干预措施,包括对公众和专业人员进行教育和提高认识、为高危人群提供筛查工具、精神障碍的治疗、自杀相关行为的治疗、限制获得致命手段、负责任的媒体报道和其他适应性手段,可降低自杀未遂急诊患者的自杀风险。Dekker等^[30]研究表明,面对面谈、低成本、移动性的短信、电话或邮件的干预策略可降低成人自杀未遂后再自杀风险,提高门诊心理治疗的依从性,可普及到更为广泛的患者。

国外对自杀未遂患者的干预策略相对较成熟,其中以预防自杀为目标的认知治疗模式(Cognitive Therapy for Suicide Prevention, CT-SP)^[5]采用辨证行为疗法^[31]与针对性的靶向治疗原则,可以提高青少年自杀未遂患者家属对自杀预警信号的识别及应对,有效减少自杀行为^[32]。同时,自杀风险的综合评定和管理(Collaborative Assessment and Management of Suicide Risk, CAMS)应用较多,是一种用于评估和管理自杀未遂门急诊患者的干预策略,强调患者协作参与评估及自我管理,能快速有效的解决患者的自杀心理健康问题^[33]。目前针对自杀未遂急诊患者的干预强调除急诊医务人员及患者参与外,家庭照顾者,社区医务人员、媒体及社会公众也都应积极参与。

4.2 我国自杀未遂急诊患者的干预 国内学者给予社会心理治疗、认知行为治疗、放松训练等综合心理干预,联合精神及其他药物治疗等,研究显示对自杀未遂者有一定效果^[34]。另有研究发现,对家属进行自杀前常识培训,使家属能早期识别自杀意念、纠正患者不正当认知行为、家庭环境并对自杀未遂者进行随访及心理干预,可改善自杀未遂急诊患者的不良心理状态,降低患者再自杀风险^[35]。毕波^[36]对综合医院急诊科出院的自杀未遂患者分别进行专业医生干预、家庭社会支持干预,后者包括为家属提供自杀教育讲座,向患者定期发送慰问卡、明信片、电话慰问等,研究表明家庭社会支持干预能够有效降低自杀未遂患者重复自杀未遂的发生。且发送电子邮件和明信片,为患者出院后提供持续关怀性联系与专业指导,效果显著且经济实惠^[37]。

综上所述,国外针对自杀未遂急诊患者的筛查、评估及干预已经逐步形成了比较完善的体系,而国内目前针对自杀未遂急诊患者的评估和干预相对比较零散,尚未形成完整成熟的体系。科学有效的评估与干预(涉及患者的生心社灵4个层面)需全社会全人群共同参与;对自杀未遂急诊患者应广泛开展心理健康促进及自杀三级预防普及工作。因此,建议今后的研究结合我国患者特点及急诊科现状,分析解决障碍因素,组建以急诊科为中心的自杀干预团队,研制出具有我国特色的自杀未遂急诊患者的评估与干预模式及管理策略,最大限度地预防患者自杀及再自杀。

参考文献:

- [1] World Health Organization. Preventing suicide: a global imperative[R]. 2014.
- [2] Värnik P. Suicide in the world[J]. Int J Environ Res Public Health, 2012, 9(3): 760-771.
- [3] 殷大奎. 齐心协力脚踏实地全面推进新世纪精神卫生工作——全国第三次精神卫生工作会议报告[J]. 中国心理卫生杂志, 2002, 16(1): 4-8.
- [4] Shepard D S, Gurewich D, Lwin A K, et al. Suicide and suicidal attempts in the United States: costs and policy implications[J]. Suicide Life Threat Behav, 2016, 46(3): 352-362.
- [5] Brown G K, Ten Have T, Henriques G R, et al. Cognitive therapy for the prevention of suicide attempts: a randomized controlled trial[J]. JAMA, 2005, 294(5): 563-570.
- [6] Claassen C A. Reducing the burden of suicide in the U. S.: the aspirational research goals of the National Action Alliance for Suicide Prevention Research Prioritization Task Force[J]. Am J Prev Med, 2014, 47(3): 309-314.
- [7] Phillips M R, Li X Y, Zhang Y P. Suicide rates in China, 1995—1999[J]. Lancet, 2002, 359(9309): 835-840.
- [8] 肖水源, 周亮, 徐慧兰. 危机干预与自杀预防(二)——自杀行为的概念与分类[J]. 临床精神医学杂志, 2005, 15(5): 298-299.
- [9] Klonsky E D, May A M, Saffer B Y. Suicide, suicide attempts, and suicidal ideation[J]. Annu Rev Clin Psychol, 2016, 1(12): 307-330.
- [10] Kutcher S, Chehil S. Suicide risk management: a manual for health professionals[M]. Oxford: Blackwell Publishing Ltd, 2007: 16-17.
- [11] Canner J K, Giuliano K, Selvarajah S, et al. Emergency department visits for attempted suicide and self harm in the USA: 2006-2013[J]. Epidemiol Psychiatr Sci, 2018, 27(1): 94-102.
- [12] Sung-Man B. The influence of strain due to individual risk factors and social risk factors on depressive symptoms and suicidality—a population-based study in Korean adults: a STROBE-compliant article [J]. Medicine (Baltimore), 2018, 97(27): e11358.
- [13] 陈武朝. 急诊室自杀未遂就诊患者自杀行为相关特征及危险因素研究[D]. 长沙: 中南大学, 2014.

- [14] Joubert L, Petrakis M, Cementon E. Suicide attempt presentations at the emergency department: outcomes from a pilot study examining precipitating factors in deliberate self-harm and issues in primary care physician management[J]. Soc Work Health Care, 2012, 51(1): 66-76.
- [15] 胡德英,柳丽茗,邓先锋,等. 568 例急诊科自杀未遂患者特征分析与对策[J]. 护理学杂志, 2018, 33(18): 15-17.
- [16] 王军怀. 急诊就诊自杀患者特点及自杀方式的变化[J]. 临床医药实践, 2014, 23(12): 913-915.
- [17] 吕军城,王莹莹,卓来宝,等. 急诊及住院自杀未遂者危险因素的病例对照研究[J]. 中国心理卫生杂志, 2019, 33(2): 81-86.
- [18] Miller I W, Camargo C A Jr, Arias S A, et al. Suicide prevention in an emergency department population: the ED-SAFE Study[J]. JAMA Psychiatry, 2017, 74(6): 563-570.
- [19] Boudreaux E D, Jaques M L, Brady K M, et al. The Patient Safety Screener: validation of a brief suicide risk screener for emergency department settings[J]. Arch Suicide Res, 2017, 21(1): 52-61.
- [20] Hockberger R S, Rothstein R J. Assessment of suicide potential by nonpsychiatrists using the Sad Persons Score[J]. J Emerg Med, 1988, 6(2): 99-107.
- [21] Boudreaux E D. The Emergency Department Safety Assessment and Follow-up Evaluation (ED-SAFE): method and design considerations[J]. Contemp Clin Trials, 2013, 36(1): 14-24.
- [22] Emergency Nurses Association. Clinical practice guideline: suicide risk assessment[R]. Desplains (IL): Emergency Nurses Association, 2012.
- [23] Viguera A C, Milano N, Laurel R, et al. Comparison of electronic screening for suicidal risk with the Patient Health Questionnaire Item 9 and the Columbia Suicide Severity Rating Scale in an outpatient psychiatric clinic [J]. Psychosomatics, 2015, 56(5): 460-469.
- [24] Beck A T, Kovacs M, Weissman A. Assessment of suicidal intention: the Scale for Suicide Ideation[J]. J Consult Clin Psychol, 1979, 47(2): 343-352.
- [25] 徐东,王绍礼,李献云,等. 重复自杀行为众多影响因素分析[J]. 中国神经精神疾病杂志, 2012, 38(3): 173-177.
- [26] Silverman M M, Berman A L. Suicide risk assessment and risk formulation. Part I: a focus on suicide ideation in assessing suicide risk[J]. Suicide Life Threat Behav, 2014, 44(4): 420-431.
- [27] 肖水源. 个体自杀预防工作相关的几个问题[J]. 中华行为医学与脑科学杂志, 2018, 27(3): 193-196.
- [28] Barker P, Buchanan-Barker P. The Tidal Model: a guide for mental health professionals[R]. New York: Routledge, 2005.
- [29] Mann J J, Apter A, Bertolote J, et al. Suicide prevention strategies: a systematic review [J]. JAMA, 2005, 294(16): 2064-2074.
- [30] Dekker W P H, Vergouwen A C M, Buster M C A, et al. Acceptance of guidance to care at the emergency department following attempted suicide[J]. BMC Psychiatry, 2017, 17(1): 332-340.
- [31] Linehan M M, Comtois K A, Murray A M, et al. Two-year randomized controlled trial and follow-up of dialectical behavior therapy vs therapy by experts for suicidal behaviors and borderline personality disorder[J]. Arch Gen Psychiatry, 2006, 63(7): 757-766.
- [32] Asarnow J R, Hughes J L, Babeva K N, et al. Cognitive-behavioral family treatment for suicide attempt prevention: a randomized controlled trial[J]. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 2017, 56(6): 506-514.
- [33] Jobes D A, Wong S A, Conrad A K, et al. The collaborative assessment and management of suicidality versus treatment as usual: a retrospective study with suicidal outpatients[J]. Suicide Life Threat Behav, 2005, 35(5): 483-497.
- [34] 徐东,张学立,李献云,等. 社会心理干预对自杀未遂者的效果[J]. 中国心理卫生杂志, 2012, 26(1): 24-29.
- [35] 陈瑶. 自杀未遂患者的心理干预方法分析[J]. 中国社区医师, 2017, 33(30): 135, 137.
- [36] 毕波. 沈阳市综合医院急诊室自杀未遂患者干预的一年随访研究[D]. 沈阳: 中国医科大学, 2010.
- [37] 周依,胡德英,滕芬,等. 综合医院住院患者自杀预防的最佳证据总结[J]. 护理学杂志, 2019, 34(4): 54-57.

(本文编辑 王菊香)

(上接第 89 页)

- [11] 中国营养学会. 中国居民膳食营养素参考摄入量[J]. 营养学报, 2001, 23(3): 193-196.
- [12] Lennie T A. Anorexia in response to acute illness[J]. Heart Lung, 1999, 28(6): 386-401.
- [13] Anker S D, Negassa A, Coats A J, et al. Prognostic importance of weight loss in chronic heart failure and the effect of treatment with angiotensin-converting-enzyme inhibitors: an observational study[J]. Lancet, 2003, 361(9363): 1077-1083.
- [14] Payne-Emerson H, Lennie T A. Nutritional considerations in heart failure[J]. Nurs Clin North Am, 2008, 43(1): 117-132.
- [15] Ogawa K, Tashima A, Sadakata M, et al. Appetite-enhancing effects of vanilla flavours such as vanillin[J]. J Nat Med, 2018, 72(3): 798-802.
- [16] Jacobsson A, Pihl-Lindgren E, Fridlund B. Malnutrition in patients suffering from chronic heart failure: the nurse's care[J]. Eur J Heart Fail, 2001, 3(4): 449-456.
- [17] 刘娟. 慢性心衰患者运动功能康复的全病程个案管理[J]. 护理学杂志, 2017, 32(23): 98-100.
- [18] 韩雅玲. 遵循新指南: 优化心衰患者的诊断、治疗和管理[J]. 中华心血管病杂志, 2018, 46(10): 753-755.
- [19] 文杰,马琳琳,黄砚萍,等. 心衰病中医护理方案临床实施效果分析[J]. 护理学杂志, 2015, 30(5): 9-11.

(本文编辑 王菊香)