

青少年精神障碍患者非自杀性自伤体验的质性研究

张小梅¹, 韩利², 张红¹, 吴雅萍³, 米滢³, 石艳³

摘要:目的 深入了解青少年精神障碍患者住院期间非自杀性自伤的心理感受,为制订针对性护理干预提供参考。方法 采用目的抽样法选取住院期间发生非自杀性自伤行为的青少年精神障碍患者 18 例,对其进行半结构化访谈收集资料。采用 Colaizzi 7 步分析法提炼主题。结果 提炼出 4 个主题,即难以应对的负性情绪,受症状支配,自我矛盾心理,求助动力不足。结论 护理人员需关注青少年精神障碍患者非自杀性自伤的心理感受,重视患者情绪变化,加强社会支持,提供个性化心理护理,以防止自伤事件发生,保障患者安全。

关键词:青少年; 精神障碍; 非自杀性自伤; 负性情绪; 行为方式; 护理需求; 质性研究

中图分类号:R473.73 **文献标识码:**A **DOI:**10.3870/j.issn.1001-4152.2022.02.071

Experience of non-suicidal self-injury among adolescent mental disorder patients: a qualitative study Zhang Xiaomei, Han Li, Zhang Hong, Wu Yaping, Mi Ying, Shi Yan. Early Intervention Ward, Wuhan Mental Health Center, Wuhan 430050, China

Abstract: **Objective** To deeply understand the psychological experience of non-suicidal self-injury in adolescent mental disorder patients during hospitalization, so as to provide reference for developing targeted nursing intervention. **Methods** Eighteen adolescents with mental disorders who conducted non-suicidal self-injury (NSSI) during hospitalization were selected using purposive sampling method, then semi-structured interview was conducted with them to collect data. The topic was extracted using Colaizzi's 7-step analysis method. **Results** Four themes were identified, namely, unmanageable negative emotions, controlled by symptoms, self-ambivalence, and lack of motivation for seeking help. **Conclusion** Nursing staff should pay attention to the psychological feelings of adolescent mental disorder patients with non-suicidal self-injury and their emotion changes, strengthen social support, and provide personalized psychological nursing, so as to prevent non-suicidal self-injury and ensure the safety of patients.

Key words: adolescents; mental disorder; non-suicidal self-injury; negative emotion; behavioral style; nursing needs; qualitative study

非自杀性自伤(Non-Suicidal Self Injury, NSSI)是指在无自杀意图的情况下蓄意伤害自己身体的行为,常见的非自杀性自伤有切割、灼伤、刺伤、击打、过度摩擦等^[1]。非自杀性自伤通常首发于青春早期,在青春中期达到峰值。据文献报道,2020 年估计 1 360~3 000 万青少年出现非自杀性自伤行为^[2],非自杀性自伤已经成为影响青少年健康的重要问题。有关研究表明,非自杀性自伤与多种精神障碍相关,精神障碍与非自杀性自伤相互作用,不仅严重影响个体身心健康,也给家庭、社会带来极大的疾病负担^[3]。目前,国内对精神障碍患者非自杀性自伤行为的研究以现状调查和影响因素分析为主^[4],干预性研究尤其是临床随机对照研究较少。青少年精神障碍患者住院期间由于疾病原因及特殊住院环境影响,非自杀性自伤事件发生率居高,且不易预防,给病房安全带来极大隐患,日益成为护理安全管理难点,是亟待解决的临床问题。相关研究已表明,情绪失调与自伤之间存在显著的关联^[5],因此了解非自杀性自伤患者内心

感受尤为重要。本研究对青少年精神障碍住院患者非自杀性自伤体验进行质性研究,以探讨非自杀性自伤患者内心感受,为精神科儿少病房非自杀性自伤行为的预防管理提供参考。

1 对象与方法

1.1 对象 2020 年 8~12 月,采用目的抽样法选取武汉市精神卫生中心儿少病区发生非自杀性自伤行为的精神障碍患者为访谈对象。纳入标准:符合 CC-MD-3 中国精神疾病诊断标准;年龄 12~18 岁;住院期间发生非自杀性自伤行为≥1 次;理解力正常,能正常沟通和充分表达自身感受;访谈时情绪、病情稳定,意识清楚;知情同意,自愿参加本研究。排除标准:严重消极,有自杀意图;躁狂症、自闭症、智力障碍或边缘性人格障碍等不能配合访谈;严重脑、躯体疾病及精神活性物质滥用。样本量以信息饱和为原则,最终纳入有非自杀性自伤行为的青少年精神障碍患者 18 例,男 8 例,女 10 例;年龄 12~17(14.28±1.41)岁。文化程度:初中 14 例,高中 4 例。疾病诊断:抑郁发作 11 例,通常在童年和青少年期发病的行为和情绪障碍 4 例,双相障碍 1 例,社交焦虑障碍 1 例,强迫性障碍 1 例。精神障碍病程 1~3(1.44±0.62)年。院内自伤次数 1~4(2.17±0.86)次。

1.2 方法

1.2.1 资料收集方法 2 名访谈者(1 名有 10 年工

作者单位:武汉市精神卫生中心 1. 早期干预病区 2. 护理部 3. 儿少病区 (湖北 武汉, 430050)

张小梅:女,硕士,主管护师

通信作者:石艳,2357578226@qq.com

科研项目:武汉市卫健委 2020 年度医学科研项目(WG20D12)

收稿:2021-08-11;修回:2021-10-20

作经验的精神专科护士、1 名精神科护理硕士研究生)在访谈前系统学习质性访谈相关内容及访谈技巧。采用现象学研究方法对患者进行半结构式访谈。研究者在文献分析基础上结合专家咨询,并根据研究目的制订访谈提纲,正式访谈前对 2 例患者进行预访谈,对访谈提纲内容进行修订和完善。提纲内容:① 您能详细描述自伤事件的经过吗?② 自伤前后您的身体感受是怎样的?③ 自伤前后您有哪些心理感受及情绪变化?④ 关于自伤您是否求助?是如何求助的?⑤ 您希望得到怎样的帮助?访谈在患者发生非自杀性自伤后、情绪恢复平静且经询问管床医生无异议即开始进行。访谈前向受访对象详细说明本研究的目的和方法,取得同意后签署知情同意书。为保护受访对象隐私,将患者以编号 A1~A18 代替。访谈地点设在科室心理治疗室,访谈时间 30~40 min。征得受访对象同意后,全程访谈同步录音,记录关键信息。

1.2.2 资料分析方法 访谈结束后 24 h 内将访谈录音转录为文字。采用 Colaizzi 7 步分析法分析资料,即仔细阅读全部访谈资料,摘录有意义的陈述并进行编码,汇总编码内容,写出完整的描述,提炼关键词并升华主题概念,再次与研究对象核实求证。

2 结果

2.1 主题 1:难以应对的负性情绪

2.1.1 住院带来压力 精神科病区通常采取封闭管理制度,杜绝患者与外界接触及实施保护性约束等,这些措施容易激发患者不满、自尊受损^[6]。精神障碍患者住院周期通常较长,住院生活相对刻板单调,患者年龄较小,长时间与家人分离,容易产生孤独、抑郁感,为了排解这种情绪患者会选择自伤。A1:“自伤前,我特别想家,想我的狗,可我又不能回家,不能见到他们,我只能自伤。”A3:“我待在医院感觉特别压抑,心情不好,控制不住自己。”A4:“我很无聊,不知道该干啥,所以划手。”

2.1.2 抑郁情绪 心境障碍患者抑郁发作时,往往比一般人体验到更多的消极情绪^[7],常陷入对痛苦事件的回忆、反刍,不能自拔而产生自伤念头及行为。A5:“我心情不好,莫名其妙的烦,想到很难过的事情,控制不住自己。”A18:“我想到了妈妈说的一些话和行为,我非常难过,就用牙齿咬手腕了”。A16:“我想起以前不好的事情,莫名其妙心情不好,我特别讨厌自己,哭了。”

2.1.3 沟通不畅所致情绪爆发 青少年精神障碍患者情绪稳定性差、敏感多疑,即使经受一些微小刺激也可能导致情绪爆发,常因情绪失控导致自伤。A7:“刚刚好友删我微信了,我不知道他为什么这样做,我心情不好、郁闷。”A17:“我想出院,打电话给爸爸,爸爸不同意,我们大吵了一架。”

2.1.4 寻求归属感 封闭的住院环境将患者与原有

社会支持系统隔绝,患者迫切需要交友,建立新的社交网络,以获得归属感。然而精神障碍患者往往社交能力不足,在好奇心和从众心理的驱使下,他们会模仿彼此的行为,以期获得认同感,求得关注。A2:“我莫名烦躁,我看到病房其他病友把口罩里的铁丝拿出来划手,我也想试试。”A4:“我看到同病室患者在划手,我想跟他们一起玩,我划手的话她们就会喜欢我,和我做朋友。”

2.2 主题 2:症状支配 精神障碍患者常伴有幻觉妄想等精神症状,在症状支配下会出现自伤行为。A9:“突然一下有个念头,特别想做有攻击性的事情。”A17:“我出现了幻听,有个声音让我喝洗发水,我也不知道自己为什么要这样”。

2.3 主题 3:自我矛盾心理

2.3.1 自伤行为不受控制 部分自伤患者并不认可自伤行为,但却不能控制自己,希望有人能阻止他们的自伤行为。A1:“我自己也不想发生,但是手控制不住,自己不能阻止,希望别人阻止。”A12:“我有点控制不住,怕被约束,但不能控制自己。”A3、A10 认为自伤行为很蠢,一时冲动,但控制不了,担心被人发现和留下痕迹。A5:“我不担心其他的,就是怕医生发现了我出不了院,但我控制不住自己。”

2.3.2 自伤带来愧疚与身体不适 自伤时患者注意力集中在心理体验,躯体常无疼痛感或疼痛感较弱,自伤发泄后消极情绪有所释放,但常伴头晕、胸闷等不适,会感到后悔、愧疚与担忧。A2:“割手时手一直在抖,我感觉很累,不开心,我没有感觉到疼痛,割手后我感觉烦躁的心情平复了,但我担心造成不好的影响。”A9:“自伤前我心情特别差,想哭、想打人,自伤之后我感觉头昏,喘不过气来,胸闷,我想我为什么要做这件事;担心别人知道后说我,担心身体受到伤害,担心如果真的成功之后家人怎么办。”

2.4 主题 4:求助动力不足

2.4.1 求助意识淡薄 部分患者将自伤作为自我情绪处理的优先方式,忽略了外部支持力量,求助意识淡薄。A1:“只有口罩里的铁丝可以划,划得不明显,又快乐又不明显,不需要帮助。”A6:“自伤之后我很快乐,我不需要医护人员的帮助。”A8:“我心里烦,就是想划,快点划,血流出来有快感,有一点痛,划手后我感觉很平静,我不需要帮助。”A3:“我没有寻求过帮助,最多转移下注意力,和同伴说下话,我父母强制送我过来的,我不需要医护人员帮助。”

2.4.2 缺乏求助方法和行动 患者有求助意愿,但通常因为对医护人员不够信任及不知道如何求助而未实施求助行为。A5:“我没有寻求过帮助,但是希望得到医护人员的帮助,让我断掉自残的念头。”A17:“我想得到医护人员帮助,但我不敢说,希望医生护士能够开导一下我,我不想一直这样伤害自己,但是我不敢和别人说。”A13:“我觉得自己很傻,但还

是忍不住,我不愿意告诉别人,我希望得到帮助,希望能有人陪我聊聊天,希望能控制自己。”

2.4.3 担心被惩罚 患者因担心自伤行为受到惩罚而不敢告诉医护人员。A2:“我对自伤这件事并不担心,我觉得不会对自身有很大的伤害,但有点担心护士会约束我。”A5:“我不担心其他的,就是担心医生不让我出院。”

3 讨论

3.1 需重视青少年精神障碍患者负性情绪所致的非自杀性自伤 研究表明,负性生活事件和情绪难以调节是自伤行为发生的主要影响因素^[7]。青少年情绪调节能力差,对消极感受敏感度高,情绪管理失调是导致非自杀性自伤高发的主要原因^[8]。大部分自伤者往往存在不同程度的情绪问题^[9],非自杀性自伤是其释放、表达或传递情绪感受的方式。由于青少年生理发展与心理发展不同步,呈现半成熟、半幼稚的特征,因而容易出现心理失衡,出现轻或重的矛盾心理问题^[10],而当个体不能正确处理消极情绪时,非自杀性自伤行为就成了发泄不良情绪的出口^[11]。医护人员应正视精神障碍患者非自杀性自伤发病率高的客观事实,持续关注患者情绪,及时识别非自杀性自伤高风险患者。定期对患者进行评估,对于高风险患者增加巡视频率,评估患者情绪状态,及时捕捉异常信号,并给予护理干预;加强病情监测,若患者病情不稳出现幻觉、妄想,及时制订应对策略,尽快控制精神症状;加强环境和物品安检,及时排除安全隐患;在特殊时段(如患者集中使用手机时段)加强人员配置,如发现患者争吵、哭泣等情绪不稳等现象及时干预,以保障患者安全。

3.2 需加强对青少年精神障碍患者的社会支持 家庭成员的情感支持是青少年独立与自主发展的重要积极因素,积极的沟通能够提高青少年社交和解决问题的能力^[12-13]。护士有必要及时指导家属与患者有效沟通的技巧,如注意倾听、理解、接纳患者,避免激惹患者,通过恰当的方式给予患者更多支持和关爱。家属适时探视对患者也是一种重要的心理支持,因此在条件允许情况下,病房应适时启动探视制度,建立合理的探视流程,在保障病房安全的前提下满足患者家庭支持需要,避免消极情绪累积。此外,研究表明,青少年尤其注重他人对自己的认知,希望得到他人认可,人际关系更为敏感,为释放压力或者博得他人关注所致的非自杀性自伤增加^[14]。护士应意识到患者归属感和社交需要,在工作中充当引导者角色,教会患者社交技巧,帮助患者与病友建立相互信任关系。同时,在护理过程中护士应重视人文关怀理念,改进沟通技巧,真诚主动为患者服务,消除患者对病区的恐惧和陌生感;陪伴患者,接纳患者的思维、行为、情感紊乱状态,倾听患者心声,耐心做好引导,降低其病耻感;鼓励其勇敢说出内心的感受;及时回应患者的

合理诉求,让患者感受到更多的温暖和支持。充分发挥工娱疗活动作用,充实患者住院生活,释放其不良情绪,避免自伤行为的发生。

3.3 需对青少年精神障碍患者加强心理干预 访谈结果显示,非自杀性自伤患者内心非常矛盾,他们虽然意识到自伤的危害性,但却不能控制自伤行为;在享受非自杀性自伤带来的短暂快感同时,又担心后续身心伤害;既想求助于医护人员又担心因此受到惩罚。研究表明,患者求助意愿及求助行为与非自杀性自伤呈负相关^[15]。Watanabe 等^[16]研究发现,专业的求助对象、方式能够降低非自杀性自伤发生的风险,说明求助行为是预防非自杀性自伤事件的重要环节。医护人员应重视患者诉求,鼓励患者任何时候都可以向医护人员求助。护士接到患者求助信息后及时为患者提供心理支持,帮助其解决困惑,渡过难关,并逐步引导患者以合理的方式发泄不良情绪。同时,对于患者的求助行为给予肯定,对于非自杀性自伤患者谨慎使用约束、批评教育等惩罚手段,尽可能在理解他们感受、接纳他们处境的基础上给予正确引导。可应用正念减压疗法技术和阶梯护理模式等^[17-18]对患者进行有计划的个体或团体心理干预训练,诱导患者产生积极应对的内在动机,形成积极思维,以平和心态看待生活中的负性事件,减轻身心负担,避免陷入心理困扰,不再以消极自伤来平复内心冲突^[19]。在健康教育中对患者积极引导,宣传自伤诱因、机制、危害和预防方法,帮助患者分析自伤原因与后果,鼓励患者说出内心的感受,教会患者情绪管理办法,避免发生非自杀性自伤。

4 小结

本研究结果显示,青少年精神障碍患者院内非自杀性自伤事件与难以应对的不良情绪有关,自伤同时伴随着自我矛盾感,且患者求助动力不足。青少年精神障碍患者院内非自杀性自伤反映了患者对情绪调节、有效沟通、社交支持、心理干预的需要。护理人员应关注青少年精神障碍患者非自杀性自伤感受与护理需求,不断改进服务模式,理解患者感受、接纳患者不成熟的行为方式,加强患者情绪观察与评估,争取家庭社会支持,提供个性化心理护理,以减少非自杀性自伤发生率,实现保障患者安全的目标。

参考文献:

[1] 胡知仲,胡茂荣.非自杀性自伤与接纳承诺疗法的多维解析[J].医学与哲学,2020,41(5):48-51,56.
[2] Batejan K L, Jarvi S M, Swenson L P. Sexual orientation and non-suicidal self-injury: a meta-analytic review[J]. Arch Suicide Res, 2015, 19(2): 131-150.
[3] 蒙孙,史战明,陈登国,等.非自杀性自伤与精神障碍关系研究进展[J].国际精神病学杂志,2020,47(1):11-13, 24.
[4] 张培,梁旻璐,王纯,等.心境障碍科青年人群住院患者非自杀性自伤行为的回顾性分析[J].临床精神医学杂