

• 论 著 •

# 服毒自杀未遂患者心理体验的质性研究

金拼拼<sup>1</sup>, 何子豪<sup>2</sup>, 吴莉娜<sup>3</sup>, 徐胜蕊<sup>3</sup>, 何春雷<sup>3</sup>

**摘要:**目的 探讨服毒自杀未遂患者的心理体验,为制订服毒自杀的预防和支持策略提供参考。方法 采用目的抽样选取12例服毒自杀未遂患者进行半结构式访谈,运用Colaizzi 7步分析法分析资料。结果 服毒自杀未遂患者的心理体验可归纳为3个主题:负性情绪的累积,自杀冲动的触发因素,自杀未遂后的心理反应。结论 服毒自杀未遂患者存在不同程度的心理创伤,自杀未遂后部分患者能够正视矛盾,部分患者仍存在再自杀风险。需建立医院-社区-家庭三元联动机制,减少再自杀风险。

**关键词:**服毒; 自杀未遂; 心理体验; 质性研究; 再自杀; 心理护理

**中图分类号:**R473.74 **DOI:**10.3870/j.issn.1001-4152.2026.05.106

## A qualitative study on the psychological experiences of patients who lived through a suicide attempt by poisoning

Jin Pinpin, He Zihao, Wu Lina, Xu Shengrui, He Chunlei. Department of Infectious Diseases, The First Affiliated Hospital of Wenzhou Medical University, Wenzhou 325015, China

**Abstract: Objective** To gain an in-depth understanding of the psychological experiences of patients who have non-fatal suicidal behavior by poisoning, and to provide a reference for formulating prevention and support strategies for suicide by poisoning. **Methods** Twelve patients who lived through a suicide attempt by poisoning were deliberately chosen through purposive sampling for semi-structured interviews. The data were analyzed using Colaizzi's seven-step phenomenological analysis method. **Results** Three themes were identified: the accumulation of negative emotions, triggers for suicidal behaviors, and psychological reactions after the suicide attempt. **Conclusion** Patients who attempted suicide by poisoning suffer from varying degrees of psychological trauma. While some patients are able to confront their conflicts after the attempt, others still remain at risk of re-attempts. It is necessary to establish a tripartite linkage mechanism involving hospitals, communities, and families to reduce the risk of repeated suicide attempts.

**Keywords:** poisoning; suicide attempted; psychological experience; qualitative research; repeated suicide; psychological care

自杀未遂是指有意自我伤害但未致死的行为,其造成的心理创伤、身体损害、社会影响恶劣而持久<sup>[1-2]</sup>。根据世界卫生组织2019年的报告,全球每年约有80万人死于自杀,而自杀未遂的人数更是这一数字的10~20倍<sup>[3]</sup>。据估计,我国每年仅前往医疗机构就医的自杀未遂患者就接近100万,且这些患者中绝大多数会就诊于综合医院的急诊科<sup>[4]</sup>。其中服用过量药物、农药是最常见的自杀方式,造成医疗资源浪费,给社会 and 经济发展造成了沉重负担<sup>[5]</sup>。服毒自杀未遂患者入院后通常经过洗胃、血液灌流等治疗,在此过程中一系列的生理和心理应激会影响患者预后,甚至出现院内再次自杀的行为<sup>[6]</sup>。研究表明,虽然服毒自杀未遂患者大多数治愈出院,但其再自杀风险为正常人群的40~100倍,尤其是出院后的1年内<sup>[7]</sup>。有自杀未遂史的精神病患者普遍承受着显著的心理痛苦,他们渴望改变当前的身心状态<sup>[8-10]</sup>。同时,在恢复阶段这些患者往往存在不良心理体验和

对自杀事件的偏见认知,加之受抑郁情绪的影响,这些因素共同阻碍其康复进程<sup>[11]</sup>。目前,对服毒自杀未遂患者的研究多关注急性中毒的治疗,缺乏对患者自杀行为体验的深入探讨。证据表明,生物、心理和社会因素共同作用于身心健康的病因和治疗<sup>[12]</sup>。本研究通过现象学研究,探讨患者自杀行为体验,了解家庭环境、生理疾病、社会心理应激等因素对自杀行为的影响,旨在为制订针对性措施提供参考。

### 1 对象与方法

**1.1 对象** 采用目的抽样法,选取2023年11月至2025年7月于我院急诊科就诊的服毒自杀未遂患者为研究对象。纳入标准:①自服农药、药物或其他物质进行自杀未遂者;②情绪和病情稳定;③同意参与本研究。样本量以达到资料饱和为标准<sup>[13]</sup>,最终纳入12例服毒自杀未遂患者。12例中男2例,女10例;P1~P12年龄分别为30、16、42、67、53、26、15、16、78、67、30、15岁;文盲1例,小学1例,初中4例,高中6例;已婚8例,未婚4例;无子女4例,有1个子女2例,有2个及以上子女6例;服用药物中毒9例,农药中毒3例;P1~P12自杀次数分别为3、4、2、1、2、2、3、3、2、1、1、2次;存在抑郁状态2例,焦虑状态3例,双向情感障碍3例。本研究已通过医院医学伦理委员会审查(KY2024-046)。

作者单位:温州医科大学附属第一医院 1. 感染内科 3. 急诊科

(浙江 温州, 325015); 2. 广西中医药大学赛恩斯新医药学院

通信作者:何春雷, 412808357@qq.com

金拼拼:女, 硕士, 主管护师, m13957785714\_1@163.com

科研项目:浙江省医药卫生健康科技计划项目(2022KY885)

收稿:2025-10-08;修回:2025-12-19

## 1.2 方法

**1.2.1 确定访谈提纲** 根据访谈目的,通过查阅文献初步拟定访谈提纲。在对 3 例患者进行预访谈后,结合 2 名精神卫生科医生和 1 名心理咨询师意见后进行再次修订。最终确定的访谈提纲内容包括:①您目前身体恢复得怎么样?②您愿意告诉我发生了什么吗?③您怎么看待自己的这种行为?④该行为使您的生活发生了什么变化(经济、人际交往、家庭关系、事业)?⑤接下去准备采取什么方式应对?⑥您希望得到医院、家人和朋友怎样的帮助?

**1.2.2 资料收集方法及质量控制** 由 2 名具备心理咨询师资格证、从事急诊临床护理工作 20 余年、具有访谈经验与技巧的研究人员进行访谈。研究人员收集受访者信息,告知患者及家属访谈目的与意义,签署知情同意书,保证访谈内容保密。访谈地点选择在医院访谈室,以确保没有干扰。在征得患者同意后进行录音。在提出话题后,研究人员采取倾听和回应等积极措施,鼓励受访者阐述他们的观点和经历,在有疑问时及时提出问题。此外,观察并记录受访者的面部表情和肢体语言。每例患者访谈 30~60 min,直至无额外或新颖信息提供。

**1.2.3 资料分析方法** 访谈内容在 24 h 内逐字转录,并由 2 名研究人员检查存档。访谈内容按照时间顺序编码,每个案例独立建档。采用 Colaizzi 7 步分析法<sup>[14]</sup>中的步骤对数据进行系统处理。编码工作采用人工标注与 Nvivo12 软件辅助相结合的方式进行。在资料转录完毕后,邀请 2 名未参与本研究、具备质性研究经验和对该领域较熟悉的研究生独立审阅转录材料并进行主题提取,以保障研究过程的客观性与可信度<sup>[2]</sup>。如主题判断存在分歧,则由参与访谈的 2 名研究者共同讨论后达成一致。

## 2 结果

### 2.1 负性情绪的累积

**2.1.1 长期缺乏家人关爱留下心理创伤** 长期缺乏家人关爱让患者感受到持续的情感空缺,久而久之容易形成自我价值感低下、对亲密关系的恐惧与不信任。这样的心理创伤往往在成年后表现为孤独感、焦虑或抑郁,需要通过专业的心理辅导和积极的社会支持来逐步修复与重建。P1:“(我)小时候爸妈天天吵架,还打架,叫他们离婚又不离,我妈说是为了我不能离,但他们天天吵也很烦。”P2:“爸爸出轨,妈妈也出轨。我 6 岁时被猥亵了,没有和爸爸妈妈说,(这件事)使我产生了阴影。”P3:“隔壁邻居说我是领养的,不是我妈妈亲生的。我妈妈经常说我,也不抱我,我哥哥也对我不好。这样(觉得)自己好像是孤儿一样。”P8:“爸爸妈妈关系不好,我四年级开始就一直心情不好。(我)不指望他们,因为对他们失望。”P12:“以前我爸妈就一直吵架,听到他们吵架的声音就想吐,现在他们分开了,还好,安静一些。但是我一打电

话给我妈,她又要说爸爸什么的,烦死了。”

**2.1.2 寻求专业治疗但收效甚微** 大部分患者因精神或情绪方面的原因曾试图自救,但现有的支持系统(包括专业心理干预)未能有效回应其需求,未能与心理咨询师建立足够的信任关系。P1:“之前医生让我住院,我说我不住,说自己拿药吃就好。”单纯的药物治疗效果不佳或出现不良反应,是导致患者放弃专业治疗的重要原因。P2:“在那家医院治疗,规定的量吃了还是心里不舒服。”P3:“医生说这个药好,怎么好啊?吃进去很难受的,脚都走不动,而且吃药后都不能睡觉啊。”P5:“吃药后心情不好,然后整个人提不起精神。黛力新吃了,难受,我就去吃度洛西汀,然后吃进去也难受的,脚都走不动。”很多患者潜意识里排斥心理咨询,将心理咨询和精神病相等同。P7:“医生也建议我做心理咨询,一直没有做,就只是在门诊开药吃。”P12:“没有(心理疏导),就吃药,吃完了去开(药),开(药)的时候会看(心理问题)。”

**2.1.3 负性情绪体验后的消极应对** 当患者无法用语言表达或无处宣泄其内在痛苦时会选择尝试自杀和自伤行为,这是一种终止难以忍受的精神痛苦的手段。P1:“小时候有件事很生气,都要气死了。然后吞了小小的一瓶药,但是第二天起来没事,我就继续上学。”“我划了大腿,因为比较深,去医院缝了几针。我妈居然说我是跟别人网上聊天,别人给我钱,让我划大腿给他看。”P7:“因为吃药(服药物自杀),这是第二次进 ICU。真是想死。”P12:“(曾服药过量)在家里吐了,睡觉了,后来没有和爸爸说,一直吐,就好了。”

**2.1.4 无处宣泄情绪后的自我承受** 大部分患者缺乏健康的情绪调节策略和社会支持网络。当情绪转向内部,会通过自我攻击(自责、自伤、自杀念头)来应对。P6:“我儿子从出生到现在,一个晚上要醒三四次,我整个人精神状态很不好,非常焦虑,不知道该找谁诉说。”P7:“最近要考试,我特别焦虑。”P8:“跟同学关系不好,我都一个多月没去学校了。”P12:“不想说,没力气说。他(爸爸)很忙,回家就躺着看手机,我不想同他说话。他们(同学)聊得没意思,我也不想听。”

**2.2 自杀冲动的触发因素** 生活、学习压力及紧张的人际关系常常会成为自杀的催化剂,激化了本就存在的负性情绪(如悲伤、愤怒、焦虑),导致患者冲动自杀。P1:“舅舅走了(去世),情绪上来了,控制不住。”P2:“休学到下半年,下半年要去读书了,怕读书。”P3:“他们说我的脑子有问题,所以我很生气,就吃药了。”P5:“我主要是给那个股票搞的,就是这样引起焦虑呢。”P6:“这个月吵得比较多。其实就是我当时一下子,可能因为前面本来是没有那个想法,是因为喝了白酒。”P9:“这个瘘(血透患者动静脉内瘘)已经在医院做了,做了以后狭窄,换了一只手(做造瘘)也不行,怎么弄也不行。他们说再做造瘘会很痛苦,烦都烦死了。”农村患者因文化程度相对较低,自我情绪管

理能力薄弱,在与他人争吵或者情绪起伏的时候可能会选择一些不恰当的方式,且他们更易得到农药,故导致了主动中毒的情况。P4:“今年茶叶收成不好,也没人要(买)。两个儿子还没有娶媳妇,我心里真的不舒服,老婆还骂我,我就一下就喝(农药)进去了。”

### 2.3 自杀未遂后的心理反应

**2.3.1 正视矛盾,重塑自我** 自杀未遂后,部分患者能勇敢面对内心的冲突与痛苦,审视导致危机的根源,能在他人帮助与自我觉察的双重支持下,重新构建价值观与生活目标,实现自我重塑与积极转变。

P1:“接下来打算去散散心,叫上朋友或闺蜜。”P2:“希望朋友也可以帮助(我)。”濒死体验或重大危机常常促使个体进行深刻的人生回顾和意义重构,患者开始直面之前逃避的核心冲突,产生了内在的改变动机,主动进行心理重建。P6:“这次这个事情以后啊,我想开了,可能以前就是因为想太多了啊。”P10:“我这次想通了,就想早点出院就好了。”P11:“以后做事不能这样冲动,也要控制着点,现在想想其实也没什么大事。”

**2.3.2 打开心结,向外求助** 在危机之后,专业的干预(无论是医疗还是心理)再次被引入,部分患者和家属的重视程度、配合度以及“求生”的意愿都会更强。P1:“我想过了,还不开心就去医院看看。”P2:“还是要去找那个专业的医生,还是要聊一下。”自杀的严重性可以重建家庭需求系统。家人的反思和陪伴让患者多年来渴望却得不到的“关爱”初步兑现,这开始为其修复外部安全感,是康复中最关键的社会支持因素。P1:“(以前)我跟他(老公)讲了,我说我好像不是很舒服,叫他带我去看,他不带我去,说我闲得慌。现在他(主动)要陪我去看,他也开始关心我了。”P5:“我老公有时候在家脾气那个(急),其实这次他真的很细心啊,这次真的很好。”

**2.3.3 再自杀风险** 自杀行为本身及其可能伴随的精神疾病诊断,会招致社会污名和歧视,破坏患者人际网络,进一步加剧其社会隔离和心理痛苦,从而极大地增加了再次自杀的风险。P2:“不希望(和爸爸妈妈聊),害怕去上学,给目前的生活状态打分0分。”当被问及如何看待这种行为时,P7:“想死,真是想死,感觉很差(身体和心理上)。”P9:“我活着累啊,我不需要那样长寿了,再活下去就是累。”

## 3 讨论

### 3.1 构建信任的医患关系,帮助患者疗愈心理创伤

本研究发现,童年时期的心理创伤是许多服毒自杀未遂者难以逾越的情感障碍。受访者普遍提及童年时期遭受的家庭冲突、情感忽视,甚至虐待与猥亵,这些经历使其长期处于安全感缺失和自我价值感低下的状态。这与 Chang 等<sup>[15]</sup>的研究结果一致,即童年逆境经历是成年后自杀行为的重要预测因子。这类创伤往往内化为深刻的“存在性痛苦”,使个体在面临

压力时,更容易将自杀视为解脱的唯一途径。因此,医护人员应在充分了解患者创伤经历前提下实施针对性干预,以减少患者心理创伤症状、预防再创伤<sup>[16]</sup>。医护人员在接触患者时,需意识到其当前行为可能是过去创伤的再现,避免机械追问自杀细节,而应优先关注其当下的情绪安全感,如询问“此刻什么能让你感觉更安全”<sup>[17]</sup>。通过建立安全的治疗关系,帮助患者理解当前危机与过往创伤的联系。同时,应加强急诊护理人员与自杀患者沟通能力和创伤照护专项培训<sup>[16,18]</sup>,提升危机干预的理论与技术水平。

**3.2 加强压力管理与情绪调节技能训练** 生活压力事件(如家庭矛盾、经济困境、学业压力、疾病困扰)在本研究中扮演了“催化剂”的角色,它激化了由心理创伤埋下的负性情绪,个体的情绪调节能力在面对持续压力时被耗尽,陷入情绪困扰的恶性循环,最终导致情绪调节系统的崩溃。患者普遍缺乏健康的情绪宣泄途径和解决问题的策略,转而将痛苦内化,通过自我攻击(自伤)来应对。护士在评估患者后,可尝试减轻其压力源,创造温馨轻松的环境,并以理解和接纳的态度面对患者的痛苦感受<sup>[19]</sup>。干预措施包含实用的压力管理与情绪调节技能训练。在患者病情稳定后,可引入正念练习、情绪日记、问题解决疗法等<sup>[20-21]</sup>,帮助其学会识别情绪早期信号,用建设性方式替代冲动行为,从而切断从压力到崩溃的危机链条。

**3.3 建立医院-社区-家庭三元联动机制** 尽管自杀行为是极端的,但本研究也捕捉到了危机中蕴含的转机。部分患者在经历濒死体验后,感受到了关注与爱意,懂得了生命的珍贵,开始重新审视生命的意义和人际关系,并表现出强烈的向外求助意愿。这正是进行积极干预的黄金窗口。然而,这种“正视矛盾”的动机若得不到及时、有效的系统支持,极易消退,再次被绝望淹没。部分患者在访谈中仍表现出强烈的死亡意愿,凸显了后续支持的紧迫性。因此,不能将急诊救治视为终点。转介和随访是自杀未遂急诊患者再自杀的风险管理中的重要一环<sup>[22]</sup>。为患者提供跨专业的协助,将患者转介到专业的心理治疗机构进行系统的治疗,能有效帮助患者走出出院后照护中断的困境。通过建立系统性的随访机制,可以动态评估患者的情绪状态、服药依从性及社会支持网络的变化,从而对再自杀风险进行早期识别与主动干预。本研究中,“家庭失能与情感支持的匮乏”作为一个突出主题,凸显了家庭在自杀危机中的重要地位。无论是长期的家庭冲突、情感忽视,还是成员间的无效沟通,都构成了患者难以承受的“存在性痛苦”。这与国内外研究结果一致,即功能不良的家庭是青少年自杀行为最主要的风险因素之一<sup>[23-24]</sup>。因此须建立医院-社区-家庭无缝衔接的三元联动机制。对自杀未遂者的干

预应采取家庭系统治疗的视角,帮助家庭成员识别并改变不良的互动模式,学习有效的情感表达和沟通技巧,重建家庭的支持系统,是预防再自杀的关键环节。医院应在患者出院前完成向社区心理健康服务的精准转介;社区需提供持续的心理咨询、同伴支持小组及家庭治疗,改善导致患者痛苦的家庭互动模式;家庭则需被赋能,成为稳定的情感支持源。这种系统性的支持网络,能将患者“正视矛盾”的瞬间动机,转化为可持续的康复动力。

#### 4 结论

本研究显示,服毒自杀未遂患者存在不同程度的心理创伤,因生活压力激化负性情绪,服毒自杀后出现行为冲动后正视矛盾的行为。急诊医护人员应重视自杀未遂患者的情绪体验,鼓励正确应对,干预策略必须整合医疗救治、心理疏导与社会支持,实现从“治病”到“治人”的转变。结合家庭力量与社会支持,共同改善患者的情绪障碍,最大限度降低其再次自杀的风险,助力患者提升生存质量。本研究仅纳入温州一所三甲医院服毒自杀患者为对象,研究结果可能受当地文化、医疗资源、社会支持体系等因素影响。本文提出的干预策略在不同地区、不同人群(如不同年龄段、不同社会经济背景)中的适用性和可复制性仍需进一步探讨。

#### 参考文献:

[1] 滕芬,胡德英,周依,等. 自杀标准化术语及分类的发展与应用进展[J]. 中华护理杂志, 2019, 54(11): 1740-1745.

[2] 刘玉娥,胡德英,滕芬,等. 急诊医护人员接诊自杀未遂患者心理体验的质性研究[J]. 中华护理杂志, 2021, 56(8): 1133-1137.

[3] WHO. Suicide in the world[EB/OL]. (2019-09-09)[2025-05-10]. <https://www.who.int/publications/i/item/suicide-in-the-world>.

[4] Tong Y S, Phillips M R, Yin Y, et al. Relationship of the high proportion of suicidal acts involving ingestion of pesticides to the low male-to-female ratio of suicide rates in China[J]. *Epidemiol Psychiatr Sci*, 2020, 29: e114.

[5] 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应对策略[J]. 护理学杂志, 2018, 33(18): 15-17.

[6] Rasimas J J, Smolcic E E, Sinclair C M. Themes and trends in intentional self-poisoning: perspectives from critical care toxicology[J]. *Psychiatry Res*, 2017, 255: 304-313.

[7] Geulayov G, Casey D, Bale L, et al. Suicide following presentation to hospital for non-fatal self-harm in the Multicentre Study of Self-harm: a long-term follow-up study[J]. *Lancet Psychiatry*, 2019, 6(12): 1021-1030.

[8] Sher L. Resilience as a focus of suicide research and prevention[J]. *Acta Psychiatr Scand*, 2019, 140(2): 169-180.

[9] 刘红丽,李艳华,李楠. 急性有机磷农药中毒患者洗胃术

后心理状况的调查[J]. 中华现代护理杂志, 2014, 20(13): 1524-1526.

[10] Ducasse D, Holden R R, Boyer L, et al. Psychological pain in suicidality: a meta-analysis[J]. *J Clin Psychiatry*, 2018, 79(3): 16r10732.

[11] 王晓宁,缪群芳,王建女,等. 抑郁症伴自杀未遂青少年恢复心理体验及需求的质性研究[J]. 健康研究, 2024, 44(5): 548-552.

[12] Bolton D. Looking forward to a decade of the biopsychosocial model[J]. *BJPsych Bull*, 2022, 46(4): 1-5.

[13] 叶铭惠,胡颖颖,何春雷,等. 青少年服毒自杀患者心理体验的质性研究[J]. 中华护理杂志, 2021, 56(2): 250-254.

[14] Sousa D. Validation in qualitative research: general aspects and specificities of the descriptive phenomenological method[J]. *Qual Res Psychol*, 2014, 11(2): 211-227.

[15] Chang Y W, Buerke M, Galfalvy H, et al. Childhood trauma is associated with early-onset but not late-onset suicidal behavior in late-life depression[J]. *Int Psychogeriatr*, 2024, 36(5): 371-384.

[16] 何凌霄,陈美茹,吕娟,等. 国外创伤知情照护教育研究进展[J]. 中华医学教育探索杂志, 2025, 24(2): 250-255.

[17] Clua-García R, Casanova-Garrigós G, Moreno-Poyato A R. Suicide care from the nursing perspective: a meta-synthesis of qualitative studies[J]. *J Adv Nurs*, 2021, 77(7): 2995-3007.

[18] 刘秋平. 急诊护理人员与自杀未遂患者沟通能力的培训和效果研究[D]. 武汉: 武汉轻工大学, 2020.

[19] 王晨,许冬梅,邵静,等. 精神科住院抑郁症患者自杀预防及护理干预措施专家共识[J]. 中华护理杂志, 2022, 57(18): 2181-2185.

[20] Hatcher S, Heisel M J, Ayonrinde O, et al. The BEACON study: an update to the protocol for a cohort study as part of an evaluation of the effectiveness of smart-phone-assisted problem-solving therapy in men who present with intentional self-harm to emergency departments in Ontario[J]. *Trials*, 2022, 23(1): 849.

[21] Munetsi E, Simms V, Dzapasi L, et al. Trained lay health workers reduce common mental disorder symptoms of adults with suicidal ideation in Zimbabwe: a cohort study[J]. *BMC Public Health*, 2018, 18(1): 227.

[22] 李乐橙,胡德英,杨晓雨,等. 自杀未遂急诊患者再自杀风险管理的最佳证据总结[J]. 护理学杂志, 2025, 40(5): 68-73.

[23] Yang Q, Hu Y Q, Zeng Z H, et al. The relationship of family functioning and suicidal ideation among adolescents: the mediating role of defeat and the moderating role of meaning in life[J]. *Int J Environ Res Public Health*, 2022, 19(23): 15895.

[24] Alvarez-Subiela X, Castellano-Tejedor C, Villar-Cabeza F, et al. Family factors related to suicidal behavior in adolescents[J]. *Int J Environ Res Public Health*, 2022, 19(16): 9892.