

# 精神疾病患者攻击行为非药物管理专家共识

中华护理学会精神卫生专业委员会

通信作者:邵静,北京回龙观医院护理部,北京市100096,E-mail:shaojing0901@163.com

**【摘要】 目的** 总结并建立系统、完善的精神疾病患者攻击风险非药物管理专家共识,为精神疾病患者攻击行为预防及非药物管理提供依据。**方法** 采用共识会议法结合专家咨询法。中华护理学会精神卫生专业委员会组织国内多所精神疾病医院,39名专家共同参与,对精神疾病医院的攻击风险非药物管理进行分析、探讨、总结,并结合相关国家政策、学术指南、期刊文献等制订本专家共识。**结果** 该共识包括精神疾病患者攻击行为的攻击风险评估、预防策略、非药物干预管理等内容。**结论** 该共识通过攻击风险评估、预防策略、非药物管理3个方面指导精神疾病医院进行攻击行为非药物管理,对临床实践有重要指导意义。

**【关键词】** 精神病人; 攻击; 非药物管理; 专家共识

DOI:10.3761/j.issn.0254-1769.2020.S2.026

精神疾病患者的攻击行为多指对自身、他人物品造成威胁和(或)伤害的各种行为,可表现为语言攻击、身体攻击、物品攻击及自我攻击等多种形式<sup>[1]</sup>。攻击行为在精神疾病患者中发生率较高,是很多精神疾病共有的常见行为特征和行为问题,也是此类患者在精神科住院期间最常见的护理问题,属于临床精神科护理的一个重点和难点问题,且攻击行为多具有突发性和不确定性,危害巨大<sup>[2]</sup>。有研究<sup>[3]</sup>表明精神患者攻击发生率明显高于普通人群,高达约45%的精神疾病患者在住院期间有发生攻击行为的危险。精神疾病患者的攻击行为不仅会直接损害患者自身、受攻击者及精神科医护工作者的身心健康,还会导致直接或间接的经济损失,给家庭和社会带来负担和困扰,也进一步加深了大众对精神患者的恐惧和误解,不利于精神疾病患者回归家庭和社会。此外,有研究<sup>[45]</sup>报道医护人员尤其是护理人员是精神疾病患者的主要攻击对象。精神科护理人员在遭受暴力攻击后常常感到恐惧、愤怒、委屈、压抑,引起护士对工作的满意度下降,离职意愿上升,导致护理人员流失,甚至引发不必要的医疗纠纷<sup>[67]</sup>。因此中华护理学会精神卫生专业委员会选取精神专科医疗及护理专家,依据最新的循证医学证据,制订了《精神疾病患者攻击行为非药物管理专家共识》(以下简称《共识》),旨在对精神疾病患者攻击行为的准确评估和及时有效的干预管理。

## 1. 《共识》制订方法与过程

### 1.1 成立《共识》小组

考虑专家成员的学科、专业、地域等,确保专家的构成具有代表性及专家所在医院已开展精神疾病患者攻击风险评估。选取北京市、上海市、重庆市、广东省、山东省、湖南省、江苏省、湖北省、河北省等省市的24名专家组成《共识》小组。专家纳入标准:①从事精神科医疗、护理或教育工作;②工作时间为5年及以上;③中级及以上职称。其中护理部主任及以上14名,科护士长7名;具有副高级及以上职称21名,中级职称3名。小组成员主要职责:①拟订研究主题、查阅国内外文献;②调研临床问题;③遴选专家;④起草《共识》计划书;⑤详细记录《共识》制订的整个过程,并对结果进行汇总及分析;⑥协调《共识》制订的相关事项。

### 1.2 构建临床问题

通过专家访谈法及临床调查,形成精神疾病患者攻击行为非药物管理问题。访谈北京市某三级甲等精神专科医院8名副高级及以上职称的医疗、护理专家。2019年8月—9月通过问卷调查的方式,对31个省市278个城市980余所医院的精神科医护人员进行问卷调查,最终形成包括攻击风险评估、预防策略、非药物干预管理3个方面临床问题。

### 1.3 文献的筛选与评价

共识小组根据形成的临床问题,系统全面地检索万方、中国知网、维普、百度学术、PubMed、Web of Science、CINAHL、PHMC、NICE等数据库中2008年—2019年的文献。检索数据库中相关的系统评价及原始论文,通过对论文的题目、摘要、关键词进行初筛,然后阅读全文进行分析。确定中文检索词为“精神、

攻击、暴力、风险、评估、护理干预/对策”,确定英文检索词为“psychiatric、violence、aggression/assaultive、risk/behavior、assessment、intervention”,共检索中文文献252篇,英文文献123篇。

#### 1.4 形成《共识》

将撰写的《共识》内容通过电子邮件的形式向专家组以外的专家进行函询,专家要求:①副高及以上职称;②具有精神科经验的护理专家、护理管理专家、医疗专家共39名。调研结果:共征集到92条修改意见,其中65条被采纳,整理后形成《共识》。

## 2 《共识》内容

### 2.1 攻击风险评估

**2.1.1 风险筛查** 门诊护士对所有需要住院患者进行攻击风险的初步评估,并与病区做好交接。住院护士在入院后24 h内首先完成攻击风险的筛查,应用住院患者攻击风险筛查表观察或询问患者及照护者,评估并记录存在的风险因素。

**2.1.2 评估工具与结果** 新入院患者:既往有攻击史患者采用住院患者攻击风险筛查表进行评估,评估出高风险患者后,再用中文版布罗塞特暴力风险评估量表<sup>[8]</sup>进行连续、动态评估,直到攻击风险等级降低。

**2.1.3 评估时间** 入院后1周内每日根据对患者行为的观察、与患者的沟通及参阅患者相关医疗护理文件,如护理记录、交班记录、精神科其他相关评估结果等采用他评法进行评估,并在患者症状波动时再次进行评估,直至连续3 d的评估结果均为低风险时,可解除评估或降低评估频次<sup>[9-11]</sup>。

### 2.2 预防策略

**2.2.1 病情观察** 将具有攻击风险的患者置于重点病室,根据患者的精神症状、情绪变化等,重点观察患者的语言和非语言性信息,如患者表情、情绪、行为的异常反应<sup>[12]</sup>,根据具体情况提出目前主要的护理要点,专人看护,重点交班。按要求巡视,到患者床边巡视,2次巡视间隔不超过30 min。及时发现患者的不良情绪或导致不良情绪发作的诱因,快速消除诱因<sup>[13]</sup>。加强医护的有效沟通,及时相互反馈患者的病情动态变化。

**2.2.2 沟通技巧** 护士做好个人情绪的管理,保持冷静,在与患者对话时放慢语速、降低语调,语言清

楚易懂<sup>[14]</sup>。使用患者容易接受的称呼方式,寻找患者感兴趣的话题,建立信任关系。应用支持性心理治疗的技巧,启发、诱导、暗示、解释、说服和安慰患者,并向患者传达安全、尊重和关怀的态度。明确患者出现攻击行为的原因,了解患者诉求,应用共情方式使患者感受到被理解,及时回应患者的诉求,满足患者的合理诉求,对于不合理的诉求做好解释说明,与患者达成共识,不宜作出无法实现的承诺。鼓励患者做出的积极改变,强调改变的积极结果和(或)不改变的消极后果<sup>[15]</sup>。在患者情绪波动时,给予及时介入或进行安抚,宜鼓励患者表达自己的感觉,共同探讨情绪激动的原因并商量解决问题的办法。通过引导患者通过深呼吸、肌肉和意象调节进行放松,转移患者注意力,缓和冲突的氛围。

**2.2.3 环境管理** 病房设置要符合精神专科医院建筑设计规范,病房物品陈设简单、坚固、安全、实用,移除或固定任何可能造成伤害的物品,如移除尖锐的物体等,对床间距及床位数进行合理的设置<sup>[16]</sup>,增加患者的个体空间,减少病房内人数,为工作人员提供方便灵活的出口通道。病房可以设置应急按钮,高危区域设置视频监控。病区内有多例攻击风险患者时,将其分室居住,分开管理,以免相互影响<sup>[17]</sup>。在病区内开展多种形式的健康教育栏,让患者和家属建立信心。

**2.2.4 健康教育** 指导患者配合营造安全环境、遵循安全制度等相关内容,指导患者识别攻击行为的先兆症状及发生攻击行为的后果,并主动寻求护士的帮助<sup>[18]</sup>。指导患者提高控制行为的能力,训练日常生活技能、人际交流、应对挫折的方法、控制情绪、宣泄负性情绪的技巧。指导患者家属对先兆症状的识别及疏导不良情绪的方式。

**2.2.5 行为干预** ①干预强化患者正向行为。根据患者的具体情况和爱好,提供难度适宜且能吸引患者兴趣的活动,尊重患者的参加意愿,不命令或者强迫患者参加,参加后有权随时退出。采用的支持性心理治疗,包括耐压能力训练、自信训练等技巧、社交技巧如社会技能训练、情绪控制训练等替代训练,帮助患者与病友建立良好的关系。可使用护患协作的解决问题模式进行认知行为干预,有困难时给予鼓励,有进步时给予强化<sup>[19-20]</sup>。②行为干预管理负性行为。攻击行为发生时首先采用缓和和技术、环境改造等

非强制性干预措施。应用代币疗法、行为塑造法、松弛训练、自控法、厌恶疗法、暴露疗法以及行为矫正技术等管理负性行为<sup>[21]</sup>。③应用转移注意力的方式改善患者情绪。引导患者参加体育锻炼,开展多元化的工娱治疗活动及健康教育。如使用缓解悲伤、精神症状应对、社会功能训练、正念认知治疗、冥想技术<sup>[22]</sup>及音乐疗法等认知行为治疗技术帮助患者改善心境。

### 2.3 非药物干预管理

**2.3.1 缓和技術** 缓和技術是指也称降级技术,指出现暴力或扰乱医疗秩序的行为时,为减少强制医疗措施、缓和冲突和改善医患关系所采取的系列干预措施,包括维持环境安全、非暴力沟通、风险评估、问题解决导向模式和人文关怀。以团队的形式实施缓和技術,保证环境安全和自身安全<sup>[15]</sup>。缓和技術的实施主要需要注意以下几点。①尊重并允许患者有适当的个人空间,注意倾听患者语言,满足患者的合理需求。②采取其他干预措施时,告知患者并向其解释干预的原因、内容及作用。③不应使用有威胁性或攻击性的语言和行為。④让患者信任的护士使用简单的词语或者句子与其沟通,并与患者界定底线和基本原则。在维持底线和基本原则的基础上,应采用共同决策的方法,让患者主动选择方法解决问题<sup>[23]</sup>。

**2.3.2 脱身法** 患者已发生攻击行为时,护士要保持冷静,果断进行处理,与患者保持有效距离,目光不要直视患者,运用简单、清楚的语言提醒患者终止其行为,转移患者注意力,不应使用过激语言刺激患者<sup>[24]</sup>。保证患者及自身安全,当患者使用危险物品进行攻击时,劝服患者将危险物品放下,不宜抢夺危险物品。可以暂时答应患者的条件,将脱离危险作为首选<sup>[25]</sup>。当有效脱身后及时报告,客观、准确书写护理记录。必要时,使用脱身法的同时,高声呼救,必要时可使用医院紧急呼救系统。

**2.3.3 控制法** 当患者出现伤害自身、危害他人安全或扰乱医疗秩序的行为,应用缓和技術无效时,实施控制法。实施控制法时,团队应默契,动作协调,统一口令,一人发声<sup>[26]</sup>。实施前评估环境及人力资源,尽可能保证人员充足的情况下在宽敞无障碍的环境实施控制法,避免因为人员受伤,必要时可以使用医院紧急呼救系统。另外,实施前应随时保持沟通,了解患者感受,评估患者身体有无外伤、骨折、躯体疾

病、身体质量指数低于正常值、老年人或儿童等,在控制过程中应注意保护,以免给患者造成伤害。采用缓和技術使患者放下手中危险物品,并迅速移走,疏散无关人员和旁观者<sup>[25]</sup>。控制法实施后应及时报告,客观、准确书写护理记录,对情绪不稳、激惹性增高的患者应及时与医生联系处理,有效控制精神症状。

**2.3.4 隔离** 隔离是指将具有攻击风险或行为的患者非自愿的限制在单独的房间或某个特定的区域以阻止其离开,隔离适应证依据《中华人民共和国精神卫生法》规定约束和隔离仅用于以下3种情形:精神障碍患者发生或将要发生自身的伤害;危害他人安全;扰乱医疗秩序,且必须在无其他可替代措施的情况下<sup>[26]</sup>。隔离前获取患者和(或)监护人的知情同意,告知隔离的目的及解除隔离的指征,签署知情同意书。按医生的医嘱实施隔离措施;特殊紧急情况下,可依据医生的口头医嘱实施隔离措施,在患者被紧急隔离后应立即开写医嘱。隔离后应继续实行缓和技術安抚患者。两次巡视间隔应不超过30 min<sup>[27]</sup>。若患者被连续隔离达72 h,应当由具有副主任医师或以上职称的医生对患者进行评估,并对是否需要继续采取隔离措施做出判断。当患者攻击风险降低时,应尽早解除隔离,解除隔离后,回顾和审查隔离事件,持续改进隔离流程。隔离室宜具备良好的通风和室温调节设施、墙壁软包等,工作人员能够密切观察患者,与其沟通。

**2.3.5 保护性约束** 《中华人民共和国精神卫生法》规定约束和隔离仅用于以下3种情形:精神障碍患者发生或将要发生自身的伤害;危害他人安全;扰乱医疗秩序,且必须在无其他可替代措施的情况下<sup>[26]</sup>。①约束前。评估患者的精神症状、攻击风险、意识状态、躯体状况等,保证人员充足,用物准备齐全,环境安静、安全、其他患者及家属安全回避,获取患者和(或)监护人的知情同意,告知患者约束的目的、方式、部位、解除约束的指征,签署知情同意书,按医嘱实施约束<sup>[26-27]</sup>;特殊或紧急情况下,可依据医生的口头医嘱实施约束,在患者被紧急约束后应立即开写医嘱。②约束中。使用最少的约束装置和最短的约束时间,记录约束原因、时间、部位、约束工具使用情况及评估结果,根据患者的情况选择合适的约束方式,再次告知约束原因、在什么情况下可以解除约束,并耐心倾听患者的想法、诉求等。两次巡视间隔不应超



过 15 min, 评估患者的体位、生命体征、约束部位皮肤状况、是否满足基本需求, 持续评估患者的精神症状、攻击风险等, 判断是否需要继续约束<sup>[26-27]</sup>。约束过程中应尊重患者, 持续使用缓和和技术, 安抚患者, 提供人文关怀<sup>[28]</sup>, 如用隔离遮挡患者床单位。患者被连续约束 48 h 后, 应由具有副主任医师及以上职称的精神科执业医师对患者进行评估, 并判断是否需要继续约束<sup>[26]</sup>。约束后应继续进行缓和和技术, 并与主管医生沟通。③约束解除。患者攻击风险降低时, 应尽早解除约束, 与其讨论导致攻击行为的情境或触发因素, 回顾和审查约束事件, 持续改进约束流程<sup>[26, 29]</sup>。

#### 利益冲突声明 专家共识拟定专家声明无利益冲突

**参与编写的专家** (按姓氏汉语拼音排序): 安凤荣 (首都医科大学附属北京安定医院), 陈琼妮 (中南大学湘雅二院), 程良 (首都医科大学附属北京安定医院), 谷嘉宁 (北京回龙观医院), 胡德英 (华中科技大学同济医院附属协和医院), 李拴荣 (河南省精神卫生中心), 李峥 (北京协和医学院), 刘杰 (河北省精神卫生中心), 柳学华 (北京大学第六医院), 马莉 (北京大学第六医院), 孟宪东 (四川大学华西医院), 钱瑞莲 (南京脑科医院), 邵静 (北京回龙观医院), 申文武 (四川大学华西医学院), 施忠英 (上海市精神卫生中心), 王晨 (北京回龙观医院), 吴建红 (武汉大学人民医院), 肖爱祥 (广州医科大学附属脑科医院), 许冬梅 (北京回龙观医院), 杨波 (重庆市精神卫生中心), 姚秀钰 (北京协和医学院), 张海娟 (北京大学第六医院), 张燕红 (南京脑科医院), 钟耕坤 (山东省精神卫生中心)

**执笔:** 邵静, 马莉, 许冬梅, 安凤荣, 钱瑞莲, 李拴荣, 杨波, 李峥

#### 参考文献

- [1] 姚秀钰, 李峥. 国外精神疾病患者攻击行为风险评估对我国的启示[J]. 中华护理杂志, 2010, 45(5): 474-477.
- [2] 张帮峰, 朱要国, 张太栋, 等. 精神科暴力行为风险管理的研究进展[J]. 护理研究, 2018, 32(10): 1516-1521.
- [3] Raja M, Azzoni A. Hostility and violence of acute psychiatric inpatients[J]. Clin Pract Epidemiol Ment Health, 2005, 1: 11.
- [4] 陆沈艳. 住院精神病人暴力行为分析及护理的研究进展[J]. 中外健康文摘, 2011, 8(6): 359-360.
- [5] 邓秋雁, 梁艳, 谢仲英, 等. 精神科住院患者暴力行为分析与防范对策[J]. 护理学报, 2007, 14(10): 34-35.
- [6] 张洪银. 精神科住院精神病人攻击行为的研究现状[D]. 重庆: 重庆医科大学, 2014.
- [7] 姚秀钰. 精神疾病患者攻击行为风险评估的研究[D]. 北京: 北京协和医学院, 2013.
- [8] 施忠英, 郑慧芳, 吴瑛, 等. 中文版暴力风险量表对精神病人暴力行为预测能力的研究[J]. 护理研究, 2014, 28(2): 247-249.
- [9] Almvik R, Woods P, Rasmussen K. Assessing risk for imminent violence in the elderly: the Brøset Violence Checklist. [J]. International Journal of Geriatric Psychiatry, 2007, 22(9): 862-867.
- [10] 姚秀钰, 李峥, 封砚村, 等. 精神科攻击风险评估中的行动研究[J]. 中华护理杂志, 2014, 49(8): 914-918.
- [11] 张洪银, 胡华. 精神科住院患者暴力攻击行为的预测、干预及管理研究现状[J]. 中华行为医学与脑科学杂志, 2014, 23(4): 382-384.
- [12] Zhou JS, Zhong BL, Xiang YT, et al. Prevalence of aggression in hospitalized patients with schizophrenia in China: a meta-analysis[J]. Asia-Pacific Psychiatry, 2016, 8(1): 60-69.
- [13] Holst A, Skär L. Formal caregivers' experiences of aggressive behaviour in older people living with dementia in nursing homes: a systematic review[J]. International Journal of Older People Nursing, 2017, 12(4): e12158.
- [14] 朱仁芳. 精神科住院患者暴力行为原因分析与处置[J]. 中外医疗, 2012, 31(2): 66.
- [15] Richmond JS, Berlin JS, Fishkind AB, et al. Verbal de-escalation of the agitated patient: consensus statement of the American Association for emergency psychiatry project BETA de-escalation workgroup[J]. Western Journal of Emergency Medicine, 2012, 13(1): 17-25.
- [16] Nau J, Dassen T, Needham I, et al. The development and testing of a training course in aggression for nursing students: a pre-and post-test study[J]. Nurse Education Today, 2009, 29(2): 196-207.
- [17] Ulrich RS, Bogren L, Gardiner SK, et al. Psychiatric ward design can reduce aggressive behavior[J]. Journal of Environmental Psychology, 2018, 57: 53-66.
- [18] 刘哲宁, 杨芳宇. 精神科护理学[M]. 4版. 北京: 人民卫生出版社, 2017.
- [19] Hodgins S, Klein S. New clinically relevant findings about violence by people with schizophrenia[J]. Canadian Journal of Psychiatry, 2016, 62(2): 86-93.
- [20] Smeijers D, Bulten E, Buitelaar J, et al. Treatment responsiveness of aggressive forensic psychiatric outpatients[J]. Int J Offender Ther Comp Criminol, 2018, 62(12): 3834-3852.
- [21] Peter Tolisano, Tracey MS, Charles CD. A positive behavioral approach for aggression in forensic psychiatric settings [J]. Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law, 2017, 45(3): 1-9.
- [22] Lee MY, Zaharlick A, Akers D. Impact of meditation on mental health outcomes of female trauma survivors of interpersonal