

精神科自杀风险评估工具研究进展

张大伟 吴伟

100096 北京回龙观医院

通信作者: 张大伟, Email: zhangdawei011120@sina.com

DOI: 10.3969/j.issn.1009-6574.2018.10.015

【摘要】 自杀已成为第5大死因, 在自杀的人群中, 患有精神疾病的人群占比较高, 对这类人群进行灵敏的自杀风险评估是保证患者安全的关键环节。现对应用于精神疾病人群中自杀风险评估工具进行综述, 旨在为临床医护人员选择合适的评估工具及患者安全管理提供依据。

【关键词】 自杀; 精神疾病; 风险评估; 综述

Research progress in suicide risk evaluation tools in psychiatric department Zhang Dawei, Wu Wei

Beijing Huilong Guan Hospital, Beijing 100096, China

Corresponding author: Zhang Dawei, Email: zhangdawei011120@sina.com

【Abstract】 Suicide has been listed as the fifth cause of death. Patients who have been stricken with mental diseases are making up a higher proportion to the suicide population. Therefore, suicide risk evaluation among such population is of vital importance to safeguarding the security of patients. Comprehensive introductions to suicide risk evaluation tools for patients with mental diseases were made in the paper. This way, it aims to open up ideas for the choice of suitable evaluation tools and patient safety management by clinical medical staff.

【Key words】 Suicide; Mental diseases; Risk evaluation; Review

自杀是指主体故意或自愿采取各种手段导致死亡的行为^[1], 自杀已成为第5大死因, 我国每年约有28.7万人自杀^[2]。有数据显示在所有自杀事件中, 5.0%~6.5%发生于医院, 其中3.0%~5.5%发生于精神病医院^[3]。在大多数自杀死亡的人群中, 约有90%患有精神障碍^[4], 精神病患者的自杀率是一般人群的10~30倍^[5]。由于精神疾病的特殊性、自杀观念的隐蔽性^[6], 一些自杀行动前的危险信号很难被发现, 从而错过最佳干预时间, 给患者及家庭带来严重后果。故对该类人群进行自杀风险评估至关重要, 可提示医护人员重视对高危人群的照护, 早期采取进行干预保证患者安全, 促进社会稳定。目前国内外尚无统一的针对精神科患者自杀风险的评估工具, 不同评估工具的应用人群、方式及效果均存在差异。因此, 现将适用于精神科患者自杀风险评估的使用现状进行综述, 旨在为临床选择评估工具提供依据。

一、自杀相关精神障碍测量工具

1. 无望感: 贝克无望感问卷(Beck Hopelessness Scale, BHS) 常用来测量受试者的无望感, 该自评问

卷由美国学者Beck于1974年编制, 可测量受试者近1~2周内对现实和未来抱悲观预期的程度, 含20个条目, 以“1, 0”计分, 有9个反向计分条目, 总分为0~20分, 评分越高意味着无望程度越高; 0~3分为正常, 4~8分为轻度无望, 9~14分为中度无望, >14分为重度无望^[7]。BHS在精神科住院和门诊患者中的研究较为广泛, 其对于自杀的预测精准度较高。尽管它在部分研究中的特异度较低, 一项Meta分析纳入了10项研究, 结果显示BHS的敏感度为78%~80%, 特异度仅为42%^[8], 但其仍被认为是一种有效的针对精神病患者的自杀筛查工具^[9]。

2. 抑郁程度: (1) 贝克抑郁问卷II (Beck Depression Inventory II, BDI-II)。BDI是国内外应用较为广泛的评估成人抑郁得分及程度的问卷。BDI-II是1996年Beck等在第一版的基础上修订形成的, 包含两个主要因子: 躯体化-情感因子与认知因子, 共21个条目, 每一条目反映一个症状-态度类型, 采用0~3分的4级评分法。由受试者根据两周内的感觉进行作答, 分数越高提示抑郁情绪越重, 0~13分为无抑郁, 14~19分为轻度抑郁, 20~28分为中

度抑郁, 29~63分为重度抑郁^[10]。在 Beck 研究中显示问卷的奇偶分半信度系数为 0.86, 重测信度系数为 0.70~0.80。BDI-II 在中国人群中应用的 Cronbach's α 系数为 0.94, 各条目间的相关系数为 0.18~0.71, 各条目与 BDI-II 总分死亡相关系数为 0.56~0.82, 重测相关系数为 0.55^[11]。(2) 汉密尔顿抑郁量表(Hamilton Depression Scale, HAMD)。由 Hamilton 于 1960 年编制, 是目前临床实践中评定抑郁状态的普适量表, 分 17 项、21 项和 24 项 3 种版本, 主要包括 7 类因子结构: 焦虑/躯体化、体重、认识障碍、日夜变化、迟缓、睡眠障碍、绝望感。大部分项目采用 0~4 分的 5 级评分法, 分数越高表明抑郁程度越重。24 项 HAMD 的评分标准为总分 < 8 分为无抑郁, 8~19 分为轻度抑郁, 20~34 分为中度抑郁, > 35 分为重度抑郁。该项量表一般由两名经过培训的评定者进行联合检查, 用以评价病情的严重程度及治疗效果^[12]。其总分评定的 Cronbach's α 系数为 0.88~0.99^[12]。

3. 焦虑程度: (1) 贝克焦虑问卷(Beck Anxiety Inventory, BAI)。该问卷由 Beck 等于 1985 年编制而成, 评定受试者最近 1 周内或目前因焦虑困扰的程度, 含躯体焦虑和精神焦虑两个分量表共 21 个条目, 采用 1~4 分的 4 级评分法, 从无至重度。依据总分换算取整数后, 即得焦虑标准总分, 标准总分 ≥ 45 分作为具有临床意义的焦虑判断标准, 在 Beck 的研究中测定的敏感度为 91.66%, 特异度为 91.25%^[14]。该问卷在心理门诊、精神科门诊或精神科住院患者中均可使用, 能协助临床医师了解受试者近期心境体验或疾病治疗期间焦虑症状的变化趋势。在我国应用的信度为 0.88^[15]。(2) 汉密尔顿焦虑量表(Hamilton Anxiety Scale, HAMA)。由 Hamilton 于 1959 年编制, 用于评定神经症及精神病患者焦虑症状的严重程度, 在精神科临床中具有普遍应用。本量表含 14 项反映受试者焦虑症状的条目, 分为躯体性焦虑和精神性焦虑两个分量表。采用 0~4 分的 5 级评分法, 从无症状至严重症状。判断标准为总分 > 29 分, 可能为严重焦虑; 总分 > 21 分, 肯定有明显焦虑; 总分 > 14 分, 肯定有焦虑; 总分 > 7 分, 可能有焦虑; 总分 < 7 分, 表示无焦虑^[14]。该量表总分评定的信度系数为 0.93, 单项症状评分的信度系数在 0.83~1.00^[16]。

二、自杀意念、态度、行为测量工具

1. 自杀意图量表(Suicide Intent Scale, SIS): 由 Beck 等人于 1974 年为自杀未遂者编制, 通过了解自

杀未遂行动前、当时和以后的相关内容, 评定有此企图时本人求死的心理意向。SIS 共 20 个条目, 1~9 条目反映有自杀意图的周边环境; 10~15 条目反映自杀未遂行为发生时本人的意图和期望; 16~20 条目不计分, 用于描述自杀行为相关内容, 如危险因素、自杀未遂者在尝试自杀时的感觉、对死亡的想法等^[17]。该量表在国内外应用时均具有较好的信效度^[18]。然而 Stefansson 等^[19]评估了 81 例存在自杀倾向的精神疾病患者, 取分界值为 16 分时, 对自杀判断的灵敏度高达 100%, 但特异度仅为 52%, 在精神疾患者人群中采用该量表可能存在较高比例的误判表现。

2. 贝克自杀意念量表(Beck Scale for Suicide Ideation, SSI): 由 Beck 等人于 1979 年编制, 后由北京心理危机研究干预中心修订, 用于评估受试者自杀意念的强度和风险度, 共 19 个条目, 询问受试者过去一周的真实感受。采用 1~3 分的 3 级评分法, 从不会到会, 自杀意念强度根据量表的 1~5 项判定, 得分在 0~100 分, 分数越高, 自杀意念的强度越大。自杀危险是依据量表 6~19 项判断有自杀意念的受试者真正实施自杀的可能性大小^[20]。分数越高, 自杀的风险越高。甘窈^[21]采用该量表评估了 121 例精神科门诊患者, 结果显示约 42% 的患者表示自己在过去 1 周内有过自杀念头, 其中抑郁症患者的自杀意念出现率高于焦虑障碍和精神分裂的患者^[22]。在抑郁症人群中应用的 Cronbach's α 系数为 0.944, 自杀意念和自杀危险程度分别为 0.866 和 0.933, 分半信度为 0.926。

3. 自杀可能问卷(Suicide Probability Scale, SPS): 由 Cull 和 Gill 于 1982 年提出、1988 年编制而成, 包括 4 个维度: 绝望感、自杀意念、消极自我评价和敌对, 共 36 个自评条目, 采用 1~4 分的 4 级评分法, 从没有或很少有时间到大部分或全部时间。Valadez 等^[23]提出的判断标准为 SPS 总分 ≥ 80 分提示有明显的自杀倾向, 70~79 分提示应对受试者进行随访, 60~69 分提示自杀风险增加, 50~59 分提示自杀风险低, < 50 分提示无自杀风险。SPS 总体 Cronbach's α 系数为 0.93, 分量表为 0.68~0.89, Eltz 等^[24]采用该量表评估青少年精神病患者的自杀风险情况, 结果显示 SPS 具有较高的信效度。SPS 在中国成人样本中同样具有良好的适用性, 各维度的内部一致性系数为 0.701~0.889, 重测信度为 0.623~0.848, 表明 SPS 具有较好的稳定性^[25], 在抑郁症、精神疾病、人格障碍人群中的应用效果还需进一步的验证。

4. 生存理由问卷(Reasons for Living Inventory, RFL): 由Linehan团队于1983年研制而成,由6个维度48个条目组成的自评量表,用于评估潜在的不自杀的信念和期望,可以区别自杀意念、自杀未遂及无自杀者,具有较高的内部一致性,总量表Cronbach's α 系数为0.89,各子维度的Cronbach's α 系数为0.72~0.92^[26]。该量表主要评估自杀的保护因素,最初在学生群体中进行应用,后在精神疾病患者中的作用也得到了证实。Strosahl等^[27]的研究显示该量表中的生存和应对信念量表能很好的筛查出有新近自杀未遂人群的自杀企图水平。

5. 自杀评估量表(Suicide Assessment Scale, SUAS): Stanley等于1986年编制了自杀评估量表,用于评估个体的自杀风险。为提高该量表的内部一致性,Niméus等^[28]对其进行了修订。修订后的量表包括5方面:感知、控制和应对、身体状况、情绪反应及自杀想法和行为,共20个条目,采用0~4分的5级评分法。Waern等^[29]检验了该量表的预测效度,以精神科急诊患者为样本,该研究发现当界值分为24分时,SUAS能够显著预测患者的重复自杀行为。但该量表以访谈作为调查方式,较为费时,对评定者的要求也较高,不适合作为常规的筛查工具,但其具有较高的效度,被认为能用于精神科住院患者中^[30]。

6. 自杀态度问卷(Suicide Attitude Questionnaire, QSA): 由我国学者肖水源等人于1999年编制。该问卷包括29个条目,分4个维度:F1对自杀行为性质的认识(9项);F2对自杀者的态度(10项);F3对自杀者家属的态度(5项);F4对安乐死的态度(5项)。采用1~5分的5级评分法,从完全赞同到完全不赞同。根据每个维度的均分对自杀态度进行划分: ≤ 2.5 分为对自杀持肯定、认可、理解和宽容的态度;2.6~3.4分为矛盾和中立的态度; ≥ 3.5 分为对自杀持反对、否定、排斥和歧视态度,各维度可单独使用。该量表具有较好的信效度,各维度的Cronbach's α 系数在0.527~0.835^[31]。甘窈^[21]的研究表明我国有自杀意念的精神病患者对自杀行为的认识和对安乐死的认识,明显比无自杀意念的精神病患者持更理解、同情的态度,故在临床工作中,QSA量表中F1, F4比F2, F3对于筛选可能自杀的精神病患者可能更有意义。

7. 护士用自杀评估风险量表(Nurses' Global Assessment of Suicide Risk, NGASR): NGASR是在循证医疗需要的大背景下,由英国学者Cutcliffe和Barker

^[32]于2004年基于精神科临床实践中建立的自杀风险综合评估护理量表。由15项自杀风险预测因子组成。根据个体实际状况进行评分, ≤ 5 分为低自杀风险、6~8分为中自杀风险、9~11分为高自杀风险、 ≥ 12 分为极高自杀风险。该量表有较好的表面效度和内容效度^[33]。陈月新^[34]采用该工具测量了86例住院精神分裂症的患者,其内部一致性Cronbach's α 系数为0.815,平均条目-总分相关系数为0.367。将其用于抑郁症人群的Cronbach's α 系数为0.667,重测信度为0.988^[35]。van Veen等^[36]也认为在精神病急救服务中容易使用,并可能有助于识别风险因素,以及更完整的评估自杀风险。

8. 曼彻斯特自我伤害规则(Manchester Self-Harm Rule): 由Cooper等^[37]于2006年基于多中心的自我伤害监测研究数据构建的自我伤害危险分层模型,从50项变量里最终确定了4项:是否有自我伤害史?既往是否接受过精神疾病治疗?目前是否正在接受精神疾病治疗?是否存在服用苯二氮草类药物过量?以上任一问题的答案为“是”则可认为该患者是自我伤害的高危人群。该规则对于6个月内的自我伤害或自杀鉴别的敏感度为97%^[37],但在不同的研究中敏感度和差异度的差异较大,Quinlivan等^[38]的研究显示该评估工具在临床的应用较为局限。

9. 哥伦比亚自杀严重程度量表(Columbia-Suicide Severity Rating Scale, C-SSRS): 由哥伦比亚大学的研究团队于2007年编制,用于评估患者的自杀意念和自杀行为^[39]。C-SSRS含严重程度、强度、行为和死亡4个分量表:(1)严重程度量表用于评估受试者自杀想法的严重程度,采用0~5分的6级评分法,从个体否认有自杀观念至有自杀计划;(2)强度量表用于评估受试者的自杀观念强度,细分为频率、持续时间、控制力、震慑因素和有自杀观念的理由5项,采用0~5分的6级评分法;(3)行为量表用于评估受试者自杀行为;(4)死亡量表用于评估真实的自杀行为。Mundt团队^[40]进行了一项包含3 776例抑郁和应激障碍患者的研究,结果表明该量表预测未来自杀行为的敏感度和特异度分别为67%、76%。该量表在国外临床实践、初级护理机构、研究机构中应用较为普遍,但在国内的研究较为缺乏。

三、评估工具的使用及局限性

自杀这种现象十分复杂,影响其发生的影响因素也较为复杂,因此没有一个量表能涵盖全部的危险因素,也没有一个量表能应用于所有人群、满足不同需求。因此应针对不同的评估需求和期望,选

择合适的评估工具。自杀风险评估一般从询问患者的自杀意念开始,SSI因信效度高可作为较优选择之一。评估现有自杀未遂证据及程度是筛查高危人群的重要部分,SIS主要针对的就是自杀未遂人群,然而该工具在精神疾病患者中误判比例较高;SUAS在精神科中应用的效度高,可考虑采用该工具。自杀行为的评估可通过了解患者是否存在准备实施自我暴力行为来筛查出处于自杀高风险中的患者,曼彻斯特自我伤害规则是一种极其简便的工具,可以用于初筛;若需了解更深入的状况,可联合C-SSRS及访谈来指导临床实践,以便及时控制风险。若需对急救服务中的精神患者进行快速、全面的自杀风险评估,则可选择NGASR更好地防范自杀行为。

尽管国内外已发展出数十种自杀风险评估工具,但在我国的应用中仍存在一定局限:(1)我国应用于临床实践的自杀风险评估工具多为直接翻译国外问卷或缺乏信效度检验的自设问卷,良好的本土化的自杀评估工具较为缺乏,给评估及预防治疗工作带来了困难^[41]。有部分学者采用严谨的量表编制方法形成了适合于我国精神科患者的自杀评估量表,但缺乏足够的外部验证,能否推广应用仍是亟待研究的内容;(2)缺乏适合我国国情的自杀理论,导致在开展相关工作时缺乏坚实的理论基础;(3)主要关注的是影响自杀的风险因素,未重视自杀的保护性因素的重要作用;(4)部分量表对评定人员的要求较高,目前对评定者评估知识和评估的培训尚不完善,可能导致量表的应用效果受限或出现偏移。因此,医务人员应重视以上方面的问题,可考虑构建符合我国文化特色的自杀理论及完善现有的知识培训框架,针对性地选择自杀评估工具,以实现工具效用的最大化。

四、小结

我国死亡登记资料为依据的数据显示,精神疾病患者约占全部自杀者的1/3^[42],因此对这类人群进行自杀风险评估非常有必要。由于精神疾病的特殊性 & 分类多样性,不同的自杀评估量表在不同的精神疾病人群中应用的效果差异较大,因此医护人员应根据针对抑郁、情感障碍、精神分裂症等不同的精神疾病类型,选择合适的评估量表。筛选出自杀高危风险人群只是第一步,下一步应早期采取科学、有效的干预方案,如辩证行为疗法和认知行为疗法等,及时预防患者自杀的意念和行为,提高患者安全管理质量。

利益冲突 文章所有作者共同认可文章无相关利益冲突

作者贡献声明 构思与设计、论文修订为张大伟,资料收集及论文撰写为张大伟、吴伟

参 考 文 献

- [1] Hawton K, van Heeringen K. Suicide[J]. Lancet, 2009, 373(9672): 1372-1381. DOI: 10.1016/S0140-6736(09)60372-X.
- [2] 望运丹,胡德英,刘义兰,等.某三级甲等医院住院患者自杀环境安全因素分析及管理对策[J].护理学报,2017,24(18): 9-12. DOI: 10.16460/j.issn1008-9969.2017.18.009.
Wang YD, Hu DY, Liu YL, et al. Environmental Safety Factors on Suicidal Behavior of Hospitalized Patients in a Class III Grade I Hospital and Its Management[J]. Journal of Nursing, 2017, 24(18): 9-12.
- [3] Martelli C, Awad H, Hardy P. In-patients suicide: epidemiology and prevention[J]. Encephale, 2010, 36 Suppl 2: D83-91. DOI: 10.1016/j.encep.2009.06.011.
- [4] Katz C, Yaseen ZS, Mojtabai R, et al. Panic as an independent risk factor for suicide attempt in depressive illness: findings from the National Epidemiological Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC) [J]. J Clin Psychiatry, 2011, 72(12): 1628-1635. DOI: 10.4088/JCP.10m06186blu.
- [5] Tuan NV, Dalman C, Thiem NV, et al. Suicide attempts by poisoning in Hanoi, Vietnam: methods used, mental problems, and history of mental health care[J]. Arch Suicide Res, 2009, 13(4): 368-377. DOI: 10.1080/13811110903266657.
- [6] 李鹏程,罗媛,杨玲.自杀危险性评定量表的初步编制[J].现代预防医学,2012,39(6): 1427-1429.
Li PC, Luo Y, Yang L. The Development of the Suicide Risk Rating Scale[J]. Modern Preventive Medicine, 2012, 39(6): 1427-1429.
- [7] Beck AT, Weissman A, Lester D, et al. The measurement of pessimism: the hopelessness scale[J]. J Consult Clin Psychol, 1974, 42(6): 861-865.
- [8] McMillan D, Gilbody S, Beresford E, et al. Can we predict suicide and non-fatal self-harm with the Beck Hopelessness Scale? A meta-analysis[J]. Psychol Med, 2007, 37(6): 769-778. DOI: 10.1017/S0033291706009664.
- [9] Bolton JM, Gunnell D, Turecki G. Suicide risk assessment and intervention in people with mental illness[J]. BMJ, 2015, 351: h4978.
- [10] Beck AT, Steer RA, Brown GK. Beck Depression Inventory: second edition manual [M]. San Antonio (TX): The Psychological Corporation, 1996.
- [11] 王振,苑成梅,黄佳,等.贝克抑郁量表第2版中文版在抑郁症患者中的信效度[J].中国心理卫生杂志,2011,25(6): 476-480. DOI: 10.3969/j.issn.1000-6729.2011.06.014.
Wang Z, Yuan CM, Huang J, et al. Reliability and validity of the Chinese version of Beck Depression Inventory- II among depression patients[J]. Chinese Mental Health Journal, 25(6): 476-480.
- [12] Hamilton M. Development of a rating scale for primary depressive illness[J]. Br J Soc Clin Psychol, 1967, 6(4): 278-296.
- [13] 史伟.综合医院精神科异质性团体心理治疗的实践研究[D].太原:山西医科大学,2011.
- [14] 汪向东,王希林,马弘.心理卫生评定量表手册(增订版)[M].

- 北京:中国心理卫生杂志社,1999:191-194,253-256.
- [15] 金雯.浙江某高校大学生抑郁焦虑流行现状及相关因素的横断面研究[D].杭州:浙江大学,2014.
- [16] 李润琴,杨建林.护理干预对甲亢患者生活质量及焦虑状况的影响[J].国际护理学杂志,2012,31(9):1669-1670. DOI: 10.3760/cma.j.issn.1673-4351.2012.09.065
- [17] Beck AT, Schuyler D, Herman I. Development of suicidal intent scales[M]. Philadelphia: Charles Press Publishers, 1974.
- [18] Zhang J, Jia CX. Validating a short version of the Suicide Intent Scale in China[J]. Omega (Westport), 2007, 55(4): 255-265. DOI: 10.2190/OM.55.4.a.
- [19] Stefansson J, Nordström P, Jokinen J. Suicide Intent Scale in the prediction of suicide[J]. J Affect Disord, 2012, 136(1-2): 167-171. DOI: 10.1016/j.jad.2010.11.016.
- [20] Zhang J, Brown GK. Psychometric properties of the scale for suicide ideation in China[J]. Arch Suicide Res, 2007, 11(2): 203-210. DOI: 10.1080/13811110600894652.
- [21] 甘窈.精神科门诊病人自杀意念,态度及应对方式的调查[D].重庆:重庆医科大学,2009.
- [22] 申彦丽.抑郁症患者自杀意念影响因素研究[D].太原:山西医科大学,2011.
- [23] Valadez A, Juhnke GA, Coll KM, et al. The Suicide Probability Scale: A means to assess substance abusing clients' suicide risk[J]. J Profess Counsel Prac Theor Res, 2009, 37(1): 51-65.
- [24] Eltz M, Evans AS, Celio M, et al. Suicide probability scale and its utility with adolescent psychiatric patients[J]. Child Psychiatry Hum Dev, 2007, 38(1): 17-29. DOI: 10.1007/s10578-006-0040-7.
- [25] 梁瑛楠,杨丽珠.自杀可能性量表的信效度研究[J].中国健康心理学杂志,2010,18(2):225-227.
Liang YN, Yang LZ. Study on Reliability and Validity of the Suicide Probability Scale. China Journal of Health Psychology, 2010, 18(2): 225-227.
- [26] Linehan MM, Goodstein JL, Nielsen SL, et al. Reasons for staying alive when you are thinking of killing yourself: the reasons for living inventory[J]. J Consult Clin Psychol, 1983, 51(2): 276-286.
- [27] Strosahl K, Chiles JA, Linehan M. Prediction of suicide intent in hospitalized parasuicides: reasons for living, hopelessness, and depression[J]. Compr Psychiatry, 1992, 33(6): 366-373.
- [28] Niméus A, Alsén M, Träskman-Bendz L. The suicide assessment scale: an instrument assessing suicide risk of suicide attempters[J]. Eur Psychiatry, 2000, 15(7): 416-423.
- [29] Waern M, Sjöström N, Marlow T, et al. Does the Suicide Assessment Scale predict risk of repetition? A prospective study of suicide attempters at a hospital emergency department[J]. Eur Psychiatry, 2010, 25(7): 421-426. DOI: 10.1016/j.eurpsy.2010.03.014.
- [30] 黄俊峰,刘果,高柏慧,等.国外自杀风险评估量表研究进展[J].国际精神病学杂志,2015,42(3):135-138.
- [31] 肖水源,董群惠.自杀态度问卷的编制及信度与效度研究(自杀系列研究之一)[J].中国心理卫生杂志,1999,13(4):250-251.
- Xiao SY, Dong QH. The Development, Reliability and Validity of Suicide Attitude Inventory[J]. Chinese Mental Health Journal, 1999, 13(4): 250-251.
- [32] Cutcliffe JR, Barker P. The Nurses' Global Assessment of Suicide Risk (NGASR): developing a tool for clinical practice[J]. J Psychiatr Ment Health Nurs, 2004, 11(4): 393-400. DOI: 10.1111/j.1365-2850.2003.00721.x.
- [33] 库奇.自杀风险管理手册[M].北京:人民卫生出版社,2011:163-164.
- [34] 陈月新,叶敏捷,季显琼,等.护士用自杀风险评估量表(NGASR)在住院精神分裂症患者中应用的信效度研究[J].中国民康医学,2011,23(3):271-273. DOI: 10.3969/j.issn.162-0369.2011.03.005.
Chen YX, Ye MJ, Ji XQ, et al. Validity and reliability of Nurses Global Assessment of Suicide Risk(NGASR) for schizophrenia inpatients[J]. Medical Journal of Chinese People Health, 2011, 23(3): 271-273.
- [35] 萧素媚,杨海晨,曾志强,等.中文版NGASR应用于住院抑郁症患者的信度和效度研究[J].齐鲁护理杂志,2017,23(6):23-25. DOI: 10.3969/j.issn.1006-7256.2017.06.011
Xian SM, Yang HC, Zeng ZQ, et al. Validity and reliability of Nurses Global Assessment of Suicide Risk(NGASR) in depressed patients[J]. Journal of Qilu Nursing, 2017, 23(6): 23-25.
- [36] van Veen M, van Weeghel I, Koekoek B, et al. Structured assessment of suicide risk in a psychiatric emergency service: Psychometric evaluation of the Nurses' Global Assessment of Suicide Risk scale (NGASR)[J]. Int J Soc Psychiatry, 2015, 61(3): 287-296. DOI: 10.1177/0020764014543311.
- [37] Cooper J, Kapur N, Dunning J, et al. A clinical tool for assessing risk after self-harm[J]. Ann Emerg Med, 2006, 48(4): 459-466. DOI: 10.1016/j.annemergmed.2006.07.944.
- [38] Quinlivan L, Cooper J, Meehan D, et al. Predictive accuracy of risk scales following self-harm: multicentre, prospective cohort study[J]. Br J Psychiatry, 2017, 210(6): 429-436. DOI: 10.1192/bjp.bp.116.189993.
- [39] Posner K, Brown GK, Stanley B, et al. The Columbia-Suicide Severity Rating Scale: initial validity and internal consistency findings from three multisite studies with adolescents and adults[J]. Am J Psychiatry, 2011, 168(12): 1266-1277. DOI: 10.1176/appi.ajp.2011.10111704.
- [40] Mundt JC, Greist JH, Jefferson JW, et al. Prediction of suicidal behavior in clinical research by lifetime suicidal ideation and behavior ascertained by the electronic Columbia-Suicide Severity Rating Scale[J]. J Clin Psychiatry, 2013, 74(9): 887-893. DOI: 10.4088/JCP.13m08398.
- [41] 高正亮,童辉杰.自杀的理论 and 风险评估[J].中国心理卫生杂志,2009,23(12):863-867. DOI: 10.3969/j.issn.1000-6729.2009.12.008
- [42] 沈渔邨.精神病学[M].5版.北京:人民卫生出版社,2009:779.

(收稿日期:2018-03-07)

(本文编辑:赵静妹)