

# 精神障碍非自愿住院患者胁迫体验及其影响因素

袁丽娜 詹清和 李东菊 邵阳

200030 上海交通大学医学院附属精神卫生中心心理学专业硕士研究生(袁丽娜、詹清和、李东菊), 司法鉴定室(邵阳)

通信作者: 邵阳, Email: sawyer2002@163.net

DOI: 10.3969/j.issn.1009-6574.2020.09.002

**【摘要】目的** 初步调查精神障碍非自愿住院患者在入院过程以及住院期间的胁迫体验感知, 并探讨其影响因素。**方法** 选择 2017 年 3—8 月于上海交通大学医学院附属精神卫生中心徐汇院区的 6 个封闭病房内根据《精神卫生法》第三十条要求入住的 254 例精神障碍非自愿住院患者, 在入院后的第 3 周采用自编的基本情况调查表、简明精神病量表(BPRS)、MacArthur 入院体验主观胁迫分量表(MPCS)、胁迫体验问卷(CES)进行问卷调查。根据本次入院前是否征求过本人意见将所有患者分为征求意见组(115 例)与未征求意见组(139 例)。应用 SPSS 22.0 软件进行统计学分析, 组间比较采用独立样本 Mann-Whitney 检验或 Kruskal-Wallis 检验、 $\chi^2$  检验, 采用 Bonferroni 法校正显著性水平的事后两两比较。采用相关分析了解 MPCS、CES 与 BPRS 症状得分的相关性, 采用回归分析探索胁迫体验得分的影响因素。**结果** (1) 相对精神科的封闭环境, 患者的胁迫体验更多源于自我选择和决定权的受限。(2) 入院时未征求意见组患者较征求意见组患者在 MPCS 总分 [ 4.00(2.00, 5.00) 分比 1.00(0, 2.00) 分,  $Z=8.592$ ,  $P<0.01$  ]、CES 量表总分 [ 52.00(39.00, 81.00) 分比 44.00(34.00, 56.00) 分,  $Z=3.236$ ,  $P<0.01$  ] 及维度分 [ 权利限制 13.00(9.00, 27.00) 分比 9.00(9.00, 15.00) 分,  $Z=3.746$ ,  $P<0.01$ ; 被动 14.00(10.00, 24.00) 分比 12.00(9.00, 18.00) 分,  $Z=2.861$ ,  $P<0.01$ ; 负性环境 9.00(6.00, 13.00) 分比 8.00(6.00, 10.00) 分,  $Z=2.000$ ,  $P<0.05$ ; 负性反应 4.00(2.00, 6.00) 分比 3.00(2.00, 5.00) 分,  $Z=2.706$ ,  $P<0.01$  ] 上得分更高。(3) 入院前未征求意见、公安机关送诊、教育程度高是 MPCS 总分的影响因素 ( $F=25.076$ ,  $P<0.01$ ), 经历约束措施、BPRS 思维障碍严重和入院时胁迫体验高是 CES 总分的影响因素 ( $F=5.135$ ,  $P<0.01$ )。**结论** 精神障碍患者在入院和住院过程中存在一定胁迫体验, 这种主观负性体验与多种因素有关, 临床上应多加关注, 并采取针对性措施降低患者对胁迫的感知。

**【关键词】** 精神障碍; 非自愿住院; 胁迫体验; 相关因素

**基金项目:** 上海市科学技术委员会科研项目(19411950800); 上海市精神心理疾病临床医学研究中心(19MC1911100)

**Perception of coercion and its influencing factors of involuntary inpatients with mental disorders** Yuan Lina, Zhan Qinghe, Li Dongju, Shao Yang

Master of Psychology, Shanghai Mental Health Center, Shanghai Jiao Tong University School of Medicine, Shanghai 200030, China (Yuan LN, Zhan QH, Li DJ); Department of Forensic Science, Shanghai Mental Health Center, Shanghai Jiao Tong University School of Medicine, Shanghai 200030, China

Corresponding author: Shao Yang, Email: sawyer2002@163.net

**【Abstract】Objective** To investigate the perceived coercion of involuntary inpatients with mental disorders in the process of admission and during hospitalization, and to explore its influencing factors. **Methods** A total of 254 involuntary inpatients with mental disorders were selected from 6 closed wards of Xuhui district branch of Shanghai Mental Health Center affiliated to Shanghai Jiao Tong University School of Medicine, from March to August 2017 according to Article 30 of the "Mental Health Law". During the third week after admission, self-compiled basic information questionnaire, Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS),

MacArthur Perceived Coercion Scale (MPCS), and Coercion Experience Scale (CES) were used to investigate the enrolled inpatients. All the patients were divided into two groups according to whether they had solicited their opinions before admission. There were 115 cases in solicitation group and 139 cases in non-solicitation group. SPSS 22.0 software was used for statistical analysis. Independent sample Mann-Whitney test, Kruskal-Wallis test and Chi-square test were used for inter group comparison. Bonferroni method was used to correct the post event pairwise comparison of significance level. Correlation analysis was used to understand the correlation between MPCs, CES and BPRS symptom score, and regression analysis was used to explore the influencing factors of coercion score. **Results** (1) Compared with the environmental limitations of psychiatric wards, the patients' perception of coercion was more due to the restriction of right to make choice and decision by themselves; (2) For patients who had not been asked for their opinions at admission, the total score of MPCS [ 4.00(2.00, 5.00) vs. 1.00 (0, 2.00),  $Z=8.592, P<0.01$  ], total score of CES [ 52.00(39.00, 81.00) vs. 44.00 (34.00, 56.00),  $Z=3.236, P<0.01$  ] and dimension score [ limitation of rights 13.00(9.00, 27.00) vs. 9.00(9.00, 15.00),  $Z=3.746, P<0.01$  ] were significantly higher than those in the solicitation group at admission; The passive score was 14.00(10.00, 24.00) vs. 12.00(9.00, 18.00),  $Z=2.861, P<0.01$ ; The negative environment score was 9.00(6.00, 13.00) vs. 8.00(6.00, 10.00),  $Z=2.000, P<0.05$ ; The score of negative reaction was 4.00(2.00, 6.00) vs. 3.00(2.00, 5.00),  $Z=2.706, P<0.01$ , which were all higher than those in the solicitation group. (3) Lack of consent before admission, public security agency delivery, and higher education level were positive influencing factors of MPCS total score ( $F=25.076, P<0.01$ ). Experienced restraint protection, severe BPRS thinking disorder and high coercion experience at admission were positive influencing factors of CES total score ( $F=5.135, P<0.01$ ). **Conclusions** Coercion experience is common in patients with mental disorders during admission and hospitalization. This subjective negative experience is related to various factors. More attention should be paid to this experience in clinical practice, and targeted measures should be taken to reduce patients' perception of coercion.

**【 Key words 】** Mental disorders; Involuntary hospitalization; Coercion experience; Relevant factors

**Fund programs:** Science and Technology Commission of Shanghai Municipality Project (19411950800); Shanghai Clinical Research Center for Mental Health (19MC1911100)

严重精神障碍患者的非自愿入院和治疗普遍存在<sup>[1]</sup>。由于急性发作期的精神障碍患者往往缺乏现实检验能力和自我控制能力,在幻觉、妄想等精神病性症状的影响或支配下,常会发生冲动、毁物、伤人或自伤等危险性行为。为了减少患者的痛苦并改善他们的健康状况,保障患者和他人的人身财产安全,精神卫生护理人员可能违背患者的意愿,采取一些带有强制性的措施,如隔离、约束、强迫用药等。

从长远来看,这些强制性措施最终对患者有益,但在这个过程中不可避免地会在一定程度上限制患者的行为,使患者感觉无助、屈辱和羞耻,这些负面体验通常被称为胁迫体验<sup>[2]</sup>。国外研究表明,精神障碍患者在非自愿住院过程中的胁迫体验可能破坏治疗关系,降低治疗满意度<sup>[3]</sup>,导致周期性住院和“旋转门”患者<sup>[4]</sup>,甚至与患者出院后自杀未遂的风险增加有关<sup>[5]</sup>。

我国非自愿住院的比例(81.5%)高于西方国家<sup>[6]</sup>,患者多反映在非自愿入院后自我价值和自尊感降低<sup>[7]</sup>。因此,有必要对他们在非自愿住院过程中的经历和感受给予更多的关注。本研究在国内对精神障碍住院患者的胁迫体验现状进行调查,使用科学有效的工具分别对患者非自愿入院和强制性治疗感知到的胁迫进行评估,比较入院时征求意见和未征求意见

患者的胁迫体验感知差异,分析可能的影响因素,以期为实现精神障碍患者的人身自由与他人安全、治疗利益的合理平衡提供些许参考。

## 对象与方法

### 一、研究对象

研究于2017年3—8月在上海交通大学医学院附属精神卫生中心徐汇院区的6个封闭病房进行,选择此期间内根据《精神卫生法》第三十条要求入住的非自愿患者,由研究团队成员在其入院第3周进行访谈与问卷调查。本研究获得上海市精神卫生中心伦理委员会批准(伦理号:2017-09),所有参与对象获得本人与监护人的书面知情同意。

入组标准:(1)年满18周岁;(2)患者入院后病情缓解,2周内无伤人或自伤行为<sup>[8]</sup>,经评估后冲动风险和消极风险低,能配合完成问卷。

排除标准:(1)排除患有智力低下、器质性脑疾病、痴呆、发育障碍、阅读障碍的患者;(2)在研究过程中,研究者认为被试者因病情等原因无法合作完成研究,可让该被试者退出研究;(3)被试者在研究过程中因施测时间长等原因不能完成研究,要求退出研究。

## 二、方法

1. 研究工具: (1) 基本情况调查表: 用于调查患者的社会人口学资料和疾病特征资料, 由研究者自行设计, 依据相应病历资料和被试回答填写。主要内容如下: ①一般资料, 包括性别、年龄、受教育程度、婚姻、共同生活者等; ②本次入院情况, 包括送诊者、第几次入院、总病程、ICD-10疾病诊断<sup>[9]</sup> [本研究中, 精神分裂症、分裂型和妄想性精神障碍编码为“F20~F29”; 情感性精神障碍(心境障碍)编码为“F30~F39”; F00~F99中除这两大类外的精神和行为障碍均编码为“其他”]以及本次入院前是否征求过本人意见等信息; ③本次住院治疗情况, 重点在是否被使用过约束措施、接受注射药物以及接受过改良电休克治疗。(2) 简明精神病量表(Brief Psychiatric Rating Scale, BPRS): BPRS量表共18项, 所有项目采用1~7分的李克特评分, 总分越高, 病情越重。BPRS具有良好的信度和效度, 其联合检查一致性 $r$ 为0.787~0.970<sup>[10]</sup>。本研究中, 由经过训练的研究团队成员根据患者的表述和观察情况, 对其参与研究前1周的情况进行评分, 以了解患者当前精神病性症状的严重程度。(3) 麦克阿瑟感知胁迫量表(MacArthur Perceived Coercion Scale, MPCCS): 该量表共5项, 为入院体验问卷(Admission Experience Survey, AES)的分量表之一。原量表共16道判断题, 分为主观胁迫、负性压力、过程排斥和情感反应4个维度, 得分越高, 体验越消极。在实际操作时, 一些研究者直接使用MPCCS评估患者进入医院的自由、选择权、主动性、控制力和影响力, 故本研究也主要采用傅子健医师2008年修订的MPCCS<sup>[11]</sup>评估患者入院时的负性感受, 中文版MPCCS的Cronbach's  $\alpha$ 系数为0.74。(4) 胁迫体验问卷(Coercion Experience Scale, CES): 量表由Bergk等<sup>[12]</sup>于2010年编制, 英文版共35个条目, 中文修订版<sup>[13]</sup>剔除第35题, 分为权利限制、被动、负性环境、躯体不良影响、负性反应和害怕6个因子。题项1、2测量患者对强制性措施的整体压力, 在0~100之间单独评分, 3~34题测量强制性干预期间对人权的限制及强制性措施造成的压力因素, 采用1~5级评分, 得分越高表明在该因子上感受越负性。CES中文版Cronbach's  $\alpha$ 系数为0.965<sup>[13]</sup>。本研究用中文修订版CES评估患者在住院过程中, 特别是在遭遇强制性措施后的胁迫体验。

2. 调查方法及分组: 由经过训练的调查员进行调查, 调查前说明调查目的和注意事项。自评量表

由研究对象自愿填写, 研究人员从旁协助, 态度保持客观中立, 鼓励研究参与者如实填答, 如在进行CES评估时, 向研究对象解释一下胁迫的意思是指“受到威胁和强迫的感觉”。他评量表由研究人员统一进行评定, 其余数据从医院的病史信息系统中收集。为了避免研究者效应造成结果偏倚, 所有研究人员不参与患者的临床治疗。根据本次入院前是否征求过本人意见将所有患者分为征求意见组与未征求意见组。

3. 统计学方法: 采用Epidata软件双人核对录入数据, 采用SPSS 22.0软件进行统计分析。对连续变量采用Kolmogorov-Smirnov方法进行正态性检验, 采用Levene  $F$ 方法进行方差齐性检验, 符合正态分布的计量资料以均数 $\pm$ 标准差( $\bar{x} \pm s$ )表示, 进行独立样本 $t$ 检验或方差分析; 不符合正态分布的计量资料以中位数和四分位数 $[M(P_{25}, P_{75})]$ 表示, 组间比较进行独立样本Mann-Whitney检验或Kruskal-Wallis检验, 采用Bonferroni法校正显著性水平的事后两两比较。分类变量以例数和百分比(%)表示, 组间比较采用 $\chi^2$ 检验。采用相关分析了解MPCCS、CES与BPRS症状得分的相关性, 采用回归分析探索胁迫体验得分的影响因素。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

## 结 果

1. 一般人口学资料及疾病特征: 研究期间, 共有749例非自愿住院患者入住, 最终符合纳排标准且自愿参与研究并有效完成问卷者共254例(33.9%), 其中115例(45.3%)表示在入院时被征求过对本次住院的意见并得到家人或工作人员的解释。

如表1所示, 相较于征求过意见的患者, 未征求过意见的患者诊断为精神分裂谱系障碍的比例更高, 更可能由公安机关送来医院, 住院期间更多接受过约束措施, 目前的思维障碍和敌对猜疑症状也更明显(均 $P < 0.05$ )。

2. 不同特征精神障碍住院患者的胁迫体验比较: 全部患者的MPCCS总分得分在0~5分, 中位评分为2.00(1.00, 4.00)分; CES总分得分在32~160分, 中位评分为47.00(35.75, 68.00)分, 二者呈现出弱相关( $r=0.285, P < 0.01$ )。分条目分析, MPCCS得分为0(无胁迫体验)者占18.5%(47/254), 4~5分者占33%(84/254); CES量表各条目均分在1.41~2.14分, 各条目选择1分“无不愉快”的被试者占47.2%(120/254)~81.5%(207/254), 但CES量表权利限制因

表1 入院时征求意见和未征求意见的非自愿精神障碍患者的人口学资料及临床特征比较

因素	总例数(n=254)	征求意见组(n=115)	未征求意见组(n=139)	$\chi^2/Z/t$ 值	P值
一般情况					
年龄(岁, $\bar{x} \pm s$ )	33.21 ± 11.41	33.29 ± 12.21	33.14 ± 10.74	0.107	0.915
性别[例(%)]					
男	133(52.4)	64(55.7)	69(49.6)	0.912	0.340
女	121(47.6)	51(44.3)	70(50.4)		
受教育程度[例(%)]					
初中及以下	39(15.4)	23(20.0)	16(11.5)	4.168	0.244
高中	76(29.9)	32(27.8)	44(31.7)		
大学	124(48.8)	55(47.8)	69(49.6)		
研究生及以上	15(5.9)	5(4.3)	10(7.2)		
婚姻[例(%)]					
在婚	72(28.3)	37(32.2)	35(25.2)	1.563	0.458
未婚	148(58.3)	64(55.7)	84(60.4)		
其他(丧偶、离婚、分居等)	34(13.4)	14(12.2)	20(14.4)		
共同生活者[例(%)]					
配偶	65(25.6)	35(30.4)	30(21.6)	2.278	0.131
父母	168(66.1)	72(62.6)	96(69.1)	1.793	0.181
子女	50(19.7)	29(25.2)	21(15.1)	3.733	0.053
其他亲属和朋友	28(11.0)	11(9.5)	17(12.2)	0.507	0.477
独居	17(6.7)	8(7.0)	9(6.5)	0.016	0.900
医疗保险[例(%)]	185(72.8)	84(73.0)	101(72.7)	0.005	0.946
精神疾病家族史[例(%)]	32(12.6)	14(12.2)	18(12.9)	0.034	0.853
入院情况					
本次送诊者[例(%)]					
配偶	50(19.7)	27(23.5)	23(16.5)	1.759	0.185
子女	6(2.4)	3(2.6)	3(2.2)	0.047	0.828
父母	171(67.3)	74(64.3)	97(69.8)	1.194	0.274
兄弟姊妹	33(13.0)	16(13.9)	17(12.2)	0.124	0.724
其他人	15(5.9)	4(3.5)	11(7.9)	11.171	0.514
公安机关	20(7.9)	2(1.7)	18(12.9)	11.119	0.001
住院次数[次, $M(P_{25}, P_{75})$ ]	2.00(1.00, 3.00)	2.00(1.00, 3.00)	2.00(1.00, 2.50)	-1.129	0.259
总病程[年, $M(P_{25}, P_{75})$ ]	5.21(0.72, 11.14)	5.89(0.82, 11.78)	4.48(0.55, 11.06)	-0.727	0.467
本次诊断编码[例(%)]					
F20 ~ F29	148(58.3)	53(46.1)	95(68.3)	13.890	0.001
F30 ~ F39	89(35.0)	54(46.9)	35(25.2)		
其他	17(6.7)	8(7.0)	9(6.5)		
住院治疗情况[例(%)]					
使用过约束措施	120(47.2)	43(37.4)	77(55.4)	8.185	0.004
使用过肌肉注射药物(如镇静剂)	53(20.9)	18(15.7)	35(25.2)	3.460	0.063
接受过改良电休克治疗	118(46.5)	51(44.3)	67(48.2)	0.376	0.540
当前精神症状[分, $M(P_{25}, P_{75})$ ]					
BPRS总分	29.00(24.00, 35.25)	29.00(23.00, 34.00)	29.00(24.00, 36.00)	-0.902	0.367
焦虑忧郁	8.00(5.75, 10.00)	9.00(6.00, 11.00)	8.00(5.00, 10.00)	-1.698	0.089
缺乏活力	6.00(4.00, 8.00)	6.00(4.00, 8.00)	6.00(4.00, 8.00)	-1.276	0.202
思维障碍	5.50(4.00, 8.00)	5.00(4.00, 7.00)	6.00(4.00, 8.00)	-2.204	0.027
激活性	4.00(3.00, 5.00)	4.00(3.00, 5.00)	4.00(3.00, 6.00)	-0.812	0.417
敌对猜疑	4.00(3.00, 6.00)	4.00(3.00, 5.00)	5.00(3.00, 7.00)	-2.767	0.006

注: BPRS 简明精神病量表

子的所有条目选择5分“非常多/极其不愉快”的比例均超过10%，选择4分“很多/非常不愉快”以上的比例在18.5%(47/254)~28.4%(72/254)，而在其他因子(被动、负性环境、躯体不良影响、负性反应和害怕)条目中选择4和5分的比例在4.7%(12/254)~18.5%(47/254)。其中，得分高的6个项目依次为：14“我的自尊被践踏了”、17“我得听从别人的命令”、10“被逼迫”、20“别人替我做决定”、4“被限制与他人联系”和31“我的意愿不被关注”。见表2、3。

表2 非自愿精神障碍患者MPCS与CES总分分值分布情况

量表	例数	百分比(%)	累积百分比(%)
MPCS总分(分)			
0	47	18.5	18.5
1	40	15.7	34.3
2	41	16.1	50.4
3	42	16.5	66.9
4	43	16.9	83.9
5	41	16.1	100.0
CES总分(分)			
32~70	194	76.4	76.4
71~160	60	23.6	100.0

注：MPCS 麦克阿瑟感知胁迫量表；CES 胁迫体验问卷

3. 入院时的胁迫体验比较：在入院过程的体验方面，入院时未征求意见、由公安机关送来医院的患者更容易感知到胁迫(均 $P < 0.01$ )。患者的受教育程度在MPCS上得分差异有统计学意义( $\chi^2=11.020$ ,  $P < 0.05$ )，采用 Bonferroni 法校正显著性水平的事后两两比较发现，受教育程度为初中及以下的患者较研究生及以上(调整后 $P < 0.05$ )的患者评分更低，其他组之间差异均无统计学意义(均 $P > 0.05$ )。患者的婚姻状况在MPCS上的得分差异有统计学意义( $\chi^2=14.957$ ,  $P < 0.01$ )，采用 Bonferroni 法校正显著性水平的事后两两比较发现，在婚状态的患者相对于未婚(调整后 $P < 0.01$ )的患者对入院体验的消极评分更低。此外，患者本次的疾病诊断编码在MPCS得分差异上也呈现出统计学意义( $\chi^2=10.249$ ,  $P < 0.01$ )，诊断为F20~F29的患者较F30~F39的患者感知到的胁迫体验更强烈(调整后 $P < 0.01$ )。见表4。

4. 住院期间的胁迫体验比较：在住院治疗过程的体验方面，入院时未征求意见、由公安机关送来医院、经历过约束保护的患者对胁迫的感知更高(均 $P < 0.05$ )。患者受教育程度的不同在CES得分上差异有统计学意义( $\chi^2=12.934$ ,  $P < 0.01$ )，采

用 Bonferroni 法校正显著性水平的事后两两比较发现，受教育程度为初中及以下的患者较高中(调整后 $P < 0.01$ )、大学(调整后 $P < 0.05$ )的患者评分更低，其他组之间差异无统计学意义(均 $P > 0.05$ )。见表4。

5. 当前精神症状与胁迫体验的相关性：如表5所示，BPRS总分及各因子分与CES总分不存在相关性(均 $P > 0.05$ )，仅BPRS缺乏活力因子与CES害怕因子呈正相关( $P < 0.01$ )。

6. 影响精神障碍住院患者胁迫体验的多因素分析：以MPCS总分为因变量，将单因素分析中差异有统计学意义的一般情况及入院情况项目作为自变量，建立多元线性回归模型。表6显示，本次入院前未征求过本人意见、公安机关送诊、受教育程度高是MPCS的独立影响因素(均 $P < 0.05$ )。

以CES总分为因变量，单因素分析有意义的项目为自变量进行分层回归分析。第1步将一般情况、入院情况、治疗情况放入回归模型，第2步将目前病情放入回归模型，第3步将MPCS总分放入回归模型。表7显示，最终模型纳入约束措施、BPRS思维障碍和MPCS总分3个变量，可解释CES总分变异的17.6%，具有统计学意义( $P < 0.01$ )。

## 讨 论

本研究在国内对精神障碍非自愿住院患者的胁迫体验进行了分析，MPCS总分和CES总分整体上可以代表研究环境中非自愿住院患者的综合感受。

与国外研究[MPCS总分(3.72 ± 1.98)分<sup>[2]</sup>，CES总分(64.00 ± 30.00)分<sup>[12]</sup>]相比，本研究中患者在入院时及住院期间感受到的胁迫体验得分相对偏低。虽然不能直接比较，但这可能与文化差异有关，在东方的集体主义文化中，人们从小被教育要听话和顺从，所以当患者被要求做一些违背自己意愿的事时，他们可能并未意识到这是一种胁迫。值得注意的是，Bergk等<sup>[12]</sup>认为，CES总分超过70分临界点的患者出现创伤后应激障碍的风险会增加，本研究在分值总体更低的情况下，仍然有60例(23.6%)CES总分在临界点以上，这显然在临床上需要加以关注，对这些患者提供更多的心理支持和干预，以改善预后。

进一步分析条目内容，可以发现患者的选择呈现出两极化，不同压力源给患者带来的感受并不一样。有相当比例的患者在住院期间体验的各条目上选择了1分，表明即便是封闭病房的患者，他们对于病房环境、治疗措施、医护人员的服务总体上是认可的。但是也有相当数量的患者表示治疗让他们感

表3 254例非自愿精神障碍患者CES各条目回答项的描述统计

题项	评分(分, $\bar{x} \pm s$ )	分值分布[例(%)]				
		1分	2分	3分	4分	5分
<b>权利限制维度</b>						
3. 限制人格尊严	1.78 ± 1.50	199(78.3)	0(0)	0(0)	22(8.7)	33(13.0)
4. 限制联系他人-经历	1.96 ± 1.59	185(72.8)	0(0)	0(0)	33(13.0)	36(14.2)
5. 限制走动-经历	1.90 ± 1.58	190(74.8)	0(0)	0(0)	27(10.6)	37(14.6)
6. 被胁迫-经历	1.66 ± 1.40	207(81.5)	0(0)	0(0)	21(8.3)	26(10.2)
7. 限制自由-经历	1.91 ± 1.57	188(74.0)	0(0)	0(0)	32(12.6)	34(13.4)
8. 限制联系他人-延伸	1.74 ± 1.46	201(79.1)	0(0)	0(0)	24(9.4)	29(11.4)
9. 限制走动-延伸	1.76 ± 1.47	199(78.3)	0(0)	0(0)	27(10.6)	28(11.0)
10. 被胁迫-延伸	2.00 ± 1.62	182(71.7)	0(0)	0(0)	33(13.0)	39(15.4)
11. 限制自由-延伸	1.91 ± 1.57	189(74.4)	0(0)	0(0)	29(11.4)	36(14.2)
<b>被动</b>						
17. 我得听从别人的命令	2.02 ± 1.24	120(47.2)	63(24.8)	35(13.8)	18(7.1)	18(7.1)
20. 别人替我做决定	1.98 ± 1.29	132(52.0)	55(21.7)	28(11.0)	18(7.1)	21(8.3)
25. 我不能自由移动	1.81 ± 1.15	143(56.3)	58(22.8)	25(9.8)	15(5.9)	13(5.1)
29. 我感觉自己像动物一样被对待	1.74 ± 1.23	166(65.4)	39(15.4)	17(6.7)	14(5.5)	18(7.1)
30. 我害怕那些措施会一直持续下去	1.83 ± 1.22	146(57.5)	54(21.3)	22(8.7)	14(5.5)	18(7.1)
31. 我的意愿不被关注	1.94 ± 1.31	141(55.5)	49(19.3)	25(9.8)	17(6.7)	22(8.7)
32. 我被工作人员关了起来	1.74 ± 1.20	163(64.2)	39(15.4)	23(9.1)	13(5.1)	16(6.3)
33. 我得吃我不想吃的药	1.76 ± 1.21	156(61.4)	51(20.1)	19(7.5)	8(3.1)	20(7.9)
34. 我的功能被药物的副作用妨碍了	1.81 ± 1.15	142(55.9)	57(22.4)	28(11.0)	14(5.5)	13(5.1)
<b>负性环境</b>						
12. 我担心没有充足的空气	1.50 ± 0.94	176(69.3)	50(19.7)	13(5.1)	8(3.1)	7(2.8)
15. 我没法睡好	1.90 ± 1.24	134(52.8)	65(25.6)	20(7.9)	16(6.3)	19(7.5)
16. 房间的布置或灯光让人不舒服	1.73 ± 1.14	154(60.6)	55(21.7)	20(7.9)	10(3.9)	15(5.9)
18. 房间太冷或太热了	1.65 ± 1.04	161(63.4)	50(19.7)	24(9.4)	10(3.9)	9(3.5)
22. 我不知道该期待什么	1.77 ± 1.21	151(59.4)	59(23.2)	15(5.9)	9(3.5)	20(7.9)
28. 屋里空气质量很差	1.58 ± 0.97	164(64.6)	55(21.7)	19(7.5)	9(3.5)	7(2.8)
<b>躯体不良影响</b>						
21. 排尿或排便让人羞耻	1.51 ± 0.99	183(72.0)	39(15.4)	14(5.5)	10(3.9)	8(3.1)
23. 排尿或排便是不舒服的	1.43 ± 0.86	188(74.0)	39(15.4)	15(5.9)	8(3.1)	4(1.6)
24. 我不明白自己为什么被那样对待	1.81 ± 1.15	140(55.1)	62(24.4)	28(11.0)	8(3.1)	16(6.3)
26. 得在工作人员的监督下洗漱	1.48 ± 0.98	188(74.0)	36(14.2)	13(5.1)	8(3.1)	9(3.5)
<b>负性反应</b>						
13. 我遭受疼痛	1.77 ± 1.09	143(56.3)	59(23.2)	29(11.4)	13(5.1)	10(3.9)
14. 我的自尊被践踏了	2.14 ± 1.36	121(47.6)	48(18.9)	38(15.0)	22(8.7)	25(9.8)
<b>害怕</b>						
19. 我担心自己被杀害	1.41 ± 0.97	202(79.5)	25(9.8)	10(3.9)	8(3.1)	9(3.5)
27. 我担心自己会死	1.42 ± 0.92	196(77.2)	31(12.2)	14(5.5)	5(2.0)	8(3.1)

注: CES 胁迫体验问卷

受到明显压力,他们对病房的负性环境(影响睡眠、灯光、温度、通风)和对躯体的不良影响(如料理个人卫生、使用厕所)相对容易接受,但对自己的意愿是否得到尊重,以及自己有无选择权和决定权更加关心。当他们的个人权利(个人自由、自主做决定)被限制时,就容易感觉自己的人格尊严受到损害并引发不快。患者对自我决定权的关注超过对客观环境关注的模式也与国外同类研究的结果相类似<sup>[14]</sup>。

与之相应的,本研究发现45.3%的受访者表示自己在入院时被征求过意见,虽然他们从法律程序上属于非自愿住院,但在实际住院评估流程中仍有一定机会表达自己的主张,这些患者对入院流程和之后住院期间的胁迫体验强度的感受水平更低,这与先前的发现一致<sup>[15]</sup>,进一步说明患者自主决定权的重要性。当然,未征求意见的患者更多被诊断为精神分裂谱系障碍,往往敌对猜疑症状严重,在入

表4 影响精神障碍非自愿住院患者胁迫体验的单因素分析[分,  $M(P_{25}, P_{75})$ ]

项目	例数	MPCS总分	CES总分	权利限制	被动
全部患者征求意见	254	2.00(1.00, 4.00)	47.00(35.75, 68.00)	9.00(9.00, 21.00)	13.00(9.75, 20.25)
是	115	1.00(0.00, 2.00)	44.00(34.00, 56.00)	9.00(9.00, 15.00)	12.00(9.00, 18.00)
否	139	4.00(2.00, 5.00)	52.00(39.00, 81.00)	13.00(9.00, 27.00)	14.00(10.00, 24.00)
Z值		-8.592	-3.236	-3.746	-2.861
P值		< 0.001	0.001	< 0.001	0.004
受教育程度					
初中及以下	39	1.00(0, 3.00)	36.00(32.00, 50.00)	9.00(9.00, 9.00)	10.00(9.00, 15.00)
高中	76	3.00(1.00, 4.00)	51.00(40.00, 72.50)	12.50(9.00, 22.50)	14.00(10.25, 24.75)
大学	124	2.00(1.00, 4.00)	47.00(37.00, 69.75)	12.00(9.00, 24.00)	13.50(10.00, 20.00)
研究生及以上	15	4.00(2.00, 5.00)	52.00(40.00, 74.00)	12.00(9.00, 24.00)	15.00(13.00, 33.00)
$\chi^2$ 值		11.020	12.934	12.780	15.100
P值		0.012	0.005	0.005	0.002
婚姻					
在婚	72	1.00(0, 3.00)	44.00(34.00, 64.75)	9.00(9.00, 17.75)	13.00(9.00, 18.00)
未婚	148	3.00(1.25, 4.00)	47.50(36.00, 71.00)	12.00(9.00, 22.75)	14.00(10.00, 22.00)
其他(丧偶、离婚、分居等)	34	2.50(0, 4.00)	48.50(35.75, 65.25)	10.50(9.00, 19.50)	12.00(9.00, 19.00)
$\chi^2$ 值		14.957	1.641	2.219	1.933
P值		0.001	0.440	0.330	0.380
公安机关送诊					
是	20	4.00(3.00, 5.00)	63.50(43.50, 104.75)	17.00(9.00, 40.00)	18.50(13.25, 35.00)
否	234	2.00(1.00, 4.00)	46.00(35.00, 65.75)	9.00(9.00, 19.00)	13.00(9.00, 19.00)
Z值		3.591	2.511	2.218	2.753
P值		< 0.001	0.012	0.027	0.006
本次诊断编码					
F20~F29	148	3.00(1.00, 4.00)	47.00(35.25, 70.25)	9.00(9.00, 21.00)	14.00(9.25, 22.00)
F30~F39	89	2.00(0, 4.00)	46.00(37.00, 69.50)	12.00(9.00, 22.00)	13.00(9.00, 20.00)
其他	17	3.00(1.00, 3.50)	44.00(34.00, 64.00)	9.00(9.00, 16.00)	12.00(10.00, 17.50)
$\chi^2$ 值		10.249	0.893	0.852	1.228
P值		0.006	0.640	0.653	0.541
使用过约束措施					
是	120	-	55.00(39.00, 83.75)	15.00(9.00, 25.00)	16.00(10.00, 26.00)
否	134	-	43.50(35.00, 57.00)	9.0(9.00, 15.00)	12.00(9.00, 17.00)
Z值		-	-3.388	-4.304	-3.467
P值		-	0.001	< 0.001	0.001
项目	例数	负性环境	躯体不良影响	负性反应	害怕
全部患者征求意见	254	8.00(6.00, 12.00)	5.00(4.00, 7.00)	3.00(2.00, 5.00)	2.00(2.00, 3.00)
是	115	8.00(6.00, 10.00)	5.00(4.00, 6.00)	3.00(2.00, 5.00)	2.00(2.00, 2.00)
否	139	9.00(6.00, 13.00)	5.00(4.00, 8.00)	4.00(2.00, 6.00)	2.00(2.00, 3.00)
Z值		-2.000	-1.866	-2.706	-1.850
P值		0.046	0.062	0.007	0.064
受教育程度					
初中及以下	39	7.00(6.00, 10.00)	5.00(4.00, 6.00)	2.00(2.00, 4.00)	2.00(2.00, 2.00)
高中	76	8.00(6.00, 12.00)	5.50(4.00, 8.00)	4.00(2.00, 5.00)	2.00(2.00, 3.00)
大学	124	9.00(7.00, 12.00)	5.00(4.00, 7.75)	3.00(2.00, 5.00)	2.00(2.00, 3.00)
研究生及以上	15	8.00(7.00, 12.00)	5.00(4.00, 8.00)	4.00(3.00, 6.00)	2.00(2.00, 4.00)
$\chi^2$ 值		6.522	3.850	6.706	2.503
P值		0.089	0.278	0.082	0.475
婚姻					
在婚	72	8.00(6.00, 12.00)	5.00(4.00, 7.00)	3.00(2.00, 5.00)	2.00(2.00, 3.00)
未婚	148	9.00(6.00, 12.00)	5.00(4.00, 7.00)	3.00(2.00, 5.00)	2.00(2.00, 2.75)
其他(丧偶、离婚、分居等)	34	8.50(7.00, 12.00)	4.50(4.00, 8.00)	4.00(2.00, 5.00)	2.00(2.00, 4.00)
$\chi^2$ 值		1.022	0.362	2.464	3.828
P值		0.600	0.835	0.292	0.147

续表 4

项目	例数	负性环境	躯体不良影响	负性反应	害怕
公安机关送诊					
是	20	9.50(8.00, 13.50)	6.00(4.00, 8.75)	5.00(2.25, 6.00)	2.00(2.00, 2.75)
否	234	8.00(6.00, 12.00)	5.00(4.00, 7.00)	3.00(2.00, 5.00)	2.00(2.00, 3.00)
Z值		1.587	1.257	2.034	0.543
P值		0.113	0.209	0.042	0.587
本次诊断编码					
F20~F29	148	8.00(6.00, 12.00)	5.00(4.00, 7.00)	3.00(2.00, 5.00)	2.00(2.00, 4.00)
F30~F39	89	9.00(7.00, 12.00)	5.00(4.00, 7.50)	3.00(2.00, 5.00)	2.00(2.00, 2.00)
其他	17	9.00(6.00, 12.00)	4.00(4.00, 6.00)	4.00(2.00, 5.50)	2.00(2.00, 2.50)
$\chi^2$ 值		0.304	1.363	0.157	7.108
P值		0.859	0.506	0.925	0.029
使用过约束措施					
是	120	9.00(6.25, 13.00)	6.00(4.00, 8.75)	4.00(2.00, 6.00)	2.00(2.00, 3.00)
否	134	8.00(6.00, 10.00)	5.00(4.00, 6.00)	3.00(2.00, 5.00)	2.00(2.00, 2.25)
Z值		-1.733	-2.849	-2.544	-1.439
P值		0.083	0.004	0.011	0.150

注: MPCs 麦克阿瑟感知胁迫量表, CES 胁迫体验问卷;“-”因约束措施发生在入院后,故不分析是否使用约束措施对 MPCs 评分的影响;本表只呈现 MPCs 总分和 CES 总分阳性结果部分,其余阴性结果(性别、年龄、是否独居、有无医保、有无精神疾病家族史、住院次数、总病程、是否接受过药物注射和改良电休克治疗)未列入

表 5 精神障碍非自愿住院患者各量表评分的相关性(r 值)

项目	CES 总分	权利限制	被动	负性环境	躯体不良影响	负性反应	害怕
MPCS 总分	0.285 <sup>a</sup>	0.286 <sup>a</sup>	0.281 <sup>a</sup>	0.160 <sup>b</sup>	0.170 <sup>a</sup>	0.212 <sup>a</sup>	0.096
BPRS 总分	0.033	-0.018	0.053	0.054	0.036	0.017	0.109
焦虑忧郁	0.010	0.013	-0.005	0.059	-0.031	0.022	-0.035
缺乏活力	0.060	-0.027	0.101	0.071	0.075	0.019	0.213 <sup>a</sup>
思维障碍	-0.048	-0.090	-0.012	-0.025	-0.030	-0.033	0.070
激活性	0.006	-0.013	0.004	0.024	0.019	0.025	0.017
敌对猜疑	0.095	0.069	0.100	0.048	0.114	0.031	0.115

注: MPCs 麦克阿瑟感知胁迫量表, BPRS 简明精神病量表; CES 胁迫体验问卷; <sup>a</sup> $P < 0.01$ (双尾), <sup>b</sup> $P < 0.05$ (双尾)

表 6 精神障碍非自愿住院患者 MPCs 总分影响因素的多元回归分析

项目	B 值	S.E.	$\beta$ 值	t 值	P 值
常量	-1.103	0.545	-	-2.026	0.044
受教育程度	0.233	0.110	0.111	2.123	0.035
婚姻	0.235	0.146	0.086	1.613	0.108
公安机关送诊	0.790	0.340	0.124	2.327	0.021
本次诊断编码	-0.109	0.150	-0.039	-0.728	0.468
未征求意见	1.724	0.188	0.497	9.152	0.000

注:  $R^2=0.338$ ,  $\Delta R^2=0.324$ ,  $F=25.076(P < 0.001)$ ; MPCs 麦克阿瑟感知胁迫量表; - 无数据

院前存在攻击或暴力,被家属或警察在周围都是熟人的地方胁迫转运至医疗中心,入院和住院过程中遭到更多的客观强制措施,而他们本身又缺少对强制入院和治疗背后法律意义的了解,倾向于认为自己的人身自由被限制,而临床医师在进行知情同意告知时也可能相对忽视这类患者的意见,从而使他们感知到更多的负性压力、过程排斥和主观胁迫<sup>[11]</sup>。

进一步地,单因素分析结果表明,入院前是否征求过本人意见、受教育程度、婚姻、公安机关送诊、本次诊断编码会影响入院过程的胁迫体验,入院前是否征求过本人意见、受教育程度、公安机关送诊、约束措施会影响住院期间的胁迫体验;多因素回归却表明,这两阶段胁迫体验的影响因素均不同。在被试特征方面,与既往研究<sup>[2, 16]</sup>一致,受教育程度



表7 精神障碍非自愿住院患者CES总分影响因素的分层回归分析

项目	模型1			模型2			模型3		
	B值	$\beta$ 值	t值	B值	$\beta$ 值	t值	B值	$\beta$ 值	t值
常量	48.668		5.511 <sup>a</sup>	46.977		4.578 <sup>a</sup>	46.620		4.575 <sup>a</sup>
受教育程度	4.152	0.128	2.137 <sup>b</sup>	4.603	0.142	2.343 <sup>b</sup>	3.890	0.120	1.965
公安机关送诊	11.426	0.116	1.895	13.461	0.136	2.236 <sup>b</sup>	11.526	0.117	1.907
约束措施	-11.006	-0.206	-3.394 <sup>a</sup>	-11.115	-0.208	-3.412 <sup>a</sup>	-10.261	-0.192	-3.149 <sup>a</sup>
未征求意见	8.661	0.162	2.602 <sup>a</sup>	8.279	0.155	2.445 <sup>b</sup>	4.351	0.081	1.134
BPRS焦虑忧郁	-	-	-	0.561	0.073	1.071	0.671	0.087	1.284
BPRS缺乏活力	-	-	-	0.320	0.034	0.487	0.363	0.038	0.556
BPRS思维障碍	-	-	-	-2.109	-0.233	-2.747 <sup>a</sup>	-1.952	-0.216	-2.549 <sup>b</sup>
BPRS激活性	-	-	-	-0.323	-0.021	-0.279	-0.412	-0.027	-0.358
BPRS敌对猜疑	-	-	-	1.905	0.167	2.089 <sup>b</sup>	1.764	0.155	1.944
MPCS总分	-	-	-	-	-	-	2.392	0.155	2.124 <sup>b</sup>
R <sup>2</sup>	0.126			0.160			0.176		
$\Delta R^2$	0.112			0.129			0.141		
F	8.926 <sup>a</sup>			5.130 <sup>a</sup>			5.135 <sup>a</sup>		
$\Delta F$	8.926 <sup>a</sup>			1.954			4.511 <sup>b</sup>		

注: CES 胁迫体验问卷, BPRS 简明精神病量表, MPCS 麦克阿瑟感知胁迫量表; - 无数据; <sup>a</sup> $P < 0.01$ , <sup>b</sup> $P < 0.05$

低(初中及以下)的患者较其他学历的患者对胁迫体验的感知更低,受教育程度高者往往社会经济地位较高,维权意识更强,一旦感知到自己的个人权益被侵犯,胁迫体验就会非常强烈。已婚的患者对入院体验的感知更积极,这或许是因为婚姻状态良好的患者有更好的社会支持。在临床特征方面,由公安机关送诊的患者报告了更强烈的胁迫体验,因为他们会更强烈地认为入院这件事情未征得他们的同意,抵触情绪就会更高。在治疗措施方面,国外研究表明,患者对身体约束和强制用药的接受度均很低<sup>[17]</sup>,本研究中,经历过约束保护的患者感知到更多的胁迫体验,但并未发现药物注射和改良电休克治疗对胁迫体验的影响,这侧面说明了患者可能对不同类型治疗措施的体验不同<sup>[18]</sup>,相对来说,药物注射和改良电休克治疗更具有治疗属性,给患者带来的胁迫体验较小,而身体约束很难被患者认为是一种治疗,因此胁迫体验更高。在症状严重程度方面,不同于之前的研究结果<sup>[19]</sup>,多元回归方程将BPRS思维障碍因子纳入其中,表现为患者思维障碍越严重,胁迫体验越强烈。BPRS量表中,思维障碍因子包括概念紊乱、夸大、幻觉和不寻常的思维内容4个条目,患者对于现实的感知异于不存在思维障碍的患者,他们容易自我中心,联想散漫,更不容易被满足,换言之,他们对于胁迫体验的感知阈限会更低,所以可能更多地表达主观体验不良。此外,症状表现不同,患者可能会接受不同类型的治

疗,从而产生不同的主观体验。对于思维障碍明显的患者,要考虑使用一些有针对性的支持和治疗措施来降低其胁迫体验。最后,研究发现患者入院时的胁迫体验一定程度上可以预测其住院期间的胁迫体验。尽管随着治疗的持续进行,患者的症状减轻,对疾病的了解增加,胁迫体验可能会减少甚至消失。但本研究实际观察到患者在入院最初2周由于病情不稳定,遭受约束、注射等强制性干预的情况时有发生,这可能促使其胁迫体验一直持续下去。考虑到胁迫体验的动态性,未来可通过前瞻性和随访性的研究加以探索。

综上,本研究提示对于精神科非自愿住院患者,医疗机构不仅要改善客观住院环境条件,还要考虑在可能的范围内给予患者更多知情和选择的权利,让他们有机会参与到与自身权益相关决策之中<sup>[20]</sup>,工作人员需要多倾听、多沟通,充分尊重、理解和共情<sup>[21]</sup>,这不仅仅是医学伦理的要求,更重要的是可能有助于降低患者的胁迫体验,并间接改善治疗关系和治疗效果。临床工作中,在应对兴奋躁动患者时,尽量减少使用“硬性”措施(如身体约束),而是更多考虑用相对“柔性”的措施(如物理上的单间隔离、药物注射等)替代<sup>[22]</sup>。对于高学历、婚姻状态不佳、由公安机关送诊、诊断为精神分裂谱系障碍、经历过约束措施的患者要格外留心,给予必要的心理支持和疏导。

本研究也存在一些不足。首先是样本量和收集数据的范围较小,代表性不足,因此研究未对疾病

诊断信息做更多的分析;其次是研究中部分信息是通过回顾性方式得到,可能存在回忆偏倚;另外,很多因素都可能影响患者的胁迫体验,但本研究并未完全涵盖。考虑到患者胁迫体验的主观性和复杂性,有必要做进一步的补充研究,以更有把握确定胁迫体验的影响因素,为改善患者的主观体验提供依据,在临床接诊和干预时对特定社会背景和病情的患者给予关注。

**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** 资料收集为詹清和、李东菊,论文撰写为袁丽娜,构思与设计、论文修订为邵阳

### 参 考 文 献

- [ 1 ] Davidson L. A key, not a straitjacket: the case for interim mental health legislation pending complete prohibition of psychiatric coercion in accordance with the convention on the rights of persons with disabilities[J]. *Health Hum Rights*, 2020, 22(1): 163-178.
- [ 2 ] Gowda GS, Noorthoorn EO, Kumar CN, et al. Clinical correlates and predictors of perceived coercion among psychiatric inpatients: A prospective pilot study[J]. *Asian J Psychiatr*, 2016, 22: 34-40. DOI: 10.1016/j.ajp.2016.04.004.
- [ 3 ] Nytingnes O, Ruud T, Rugkåsa J. 'It's unbelievably humiliating'-Patients' expressions of negative effects of coercion in mental health care[J]. *Int J Law Psychiatry*, 2016, 49(Pt A): 147-153. DOI: 10.1016/j.ijlp.2016.08.009.
- [ 4 ] Chieze M, Hurst S, Kaiser S, et al. Effects of seclusion and restraint in adult psychiatry: a systematic review[J]. *Front Psychiatry*, 2019, 10: 491-491. DOI: 10.3389/fpsy.2019.00491.
- [ 5 ] Jordan JT, McNeil DE. Perceived coercion during admission into psychiatric hospitalization increases risk of suicide attempts after discharge[J]. *Suicide Life Threat Behav*, 2020, 50(1): 180-188. DOI: 10.1111/sltb.12560.
- [ 6 ] 潘忠德, 谢斌, 郑瞻培. 我国精神障碍者的入院方式调查[J]. *临床精神医学杂志*, 2003, 13(5): 270-272. DOI: 10.3969/j.issn.1005-3220.2003.05.007.  
Pan ZD, Xie B, Zheng ZP. A survey on psychiatric hospital admission and relative factors in China[J]. *Journal of Clinical Psychiatry*, 2003, 13(5): 270-272.
- [ 7 ] Akther SF, Molyneaux E, Stuart R, et al. Patients' experiences of assessment and detention under mental health legislation: systematic review and qualitative meta-synthesis[J]. *BJPsych Open*, 2019, 5(3): e37-e37. DOI: 10.1192/bjo.2019.19.
- [ 8 ] 全国人大常委会法制工作委员会行政法室. 中华人民共和国精神卫生法解读[M]. 北京: 中国法制出版社, 2012: 94.
- [ 9 ] 范肖冬, 汪向东, 于欣, 等. ICD-10精神与行为障碍分类-临床描述与诊断要点[M]. 北京: 人民卫生出版社, 1993.
- [ 10 ] 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: 263-267.
- [ 11 ] Fu JC, Chow PP, Lam LC. The experience of admission to psychiatric hospital among Chinese adult patients in Hong Kong[J]. *BMC Psychiatry*, 2008, 8(1): 86. DOI: 10.1186/1471-244X-8-86.
- [ 12 ] Bergk J, Flammer E, Steinert T. "Coercion Experience Scale"(CES)- validation of a questionnaire on coercive measures[J]. *BMC Psychiatry*, 2010, 10: 5. DOI: 10.1186/1471-244X-10-5.
- [ 13 ] 范丹华, 詹清和, 吴志国, 等. 胁迫体验问卷中文版修订和信效度检验[J]. *精神医学杂志*, 2018, 31(4): 241-244.  
Fan DH, Zhan QH, Wu ZG, et al. Revision, reliability and validity of coercion experience scale-Chinese version[J]. *Journal of Psychiatry*, 2018, 31(4): 241-244.
- [ 14 ] Mielau J, Altunbay J, Lehmann A, et al. The influence of coercive measures on patients' stances towards psychiatric institutions[J]. *Int J Psychiatry Clin Pract*, 2018, 22(2): 115-122. DOI: 10.1080/13651501.2017.1383437.
- [ 15 ] O'Donoghue B, Roche E, Shannon S, et al. Perceived coercion in voluntary hospital admission[J]. *Psychiatry Res*, 2014, 215(1): 120-126. DOI: 10.1016/j.psychres.2013.10.016.
- [ 16 ] Miedema N, Hazewinkel MC, Hoeken DV, et al. A study of the connection between coercive measures used in a closed acute psychiatric ward and the socio-demographic and clinical characteristics of the patients involved[J]. *Tijdschr Psychiatr*, 2016, 58(6): 434-445. PMID: 27320507.
- [ 17 ] Frueh BC, Knapp RG, Cusack KJ, et al. Patients' reports of traumatic or harmful experiences within the psychiatric setting[J]. *Psychiatr Serv*, 2005, 56(9): 1123-1133. DOI: 10.1176/appi.ps.56.9.1123.
- [ 18 ] Georgieva I, Mulder CL, Wierdsma A. Patients' preference and experiences of forced medication and seclusion[J]. *Psychiatr Q*, 2012, 83(1): 1-13. DOI: 10.1007/s11126-011-9178-y.
- [ 19 ] Lay B, Kawohl W, Rössler W. Predictors of compulsory re-admission to psychiatric inpatient care[J]. *Front Psychiatry*, 2019, 10: 120. DOI: 10.3389/fpsy.2019.00120.
- [ 20 ] Burn E, Conneely M, Leverton M, et al. Giving Patients Choices During Involuntary Admission: A New Intervention[J]. *Front Psychiatry*, 2019, 10: 433. DOI: 10.3389/fpsy.2019.00433.
- [ 21 ] Tingleff EB, Bradley SK, Gildberg FA, et al. "Treat me with respect". A systematic review and thematic analysis of psychiatric patients' reported perceptions of the situations associated with the process of coercion[J]. *J Psychiatr Ment Health Nurs*, 2017, 24(9/10): 681-698. DOI: 10.1111/jpm.12410.
- [ 22 ] Allison R, Flemming K. Mental health patients' experiences of softer coercion and its effects on their interactions with practitioners: a qualitative evidence synthesis[J]. *J Adv Nurs*, 2019, 75(11): 2274-2284. DOI: 10.1111/jan.14035.

(收稿日期: 2020-08-07)

(本文编辑: 赵金鑫)