

· 综述 ·

## 精神病性强制干预及患者胁迫体验的研究进展

王新语 张希 盛青青 蔡春风

430071 武汉大学健康学院

通信作者: 蔡春风, Email: 1660433132@qq.com

DOI: 10.3969/j.issn.1009-6574.2021.02.012

【摘要】强制干预主要包括非自愿入院、隔离、约束、强制用药等,这是精神病学领域广泛讨论的一个话题。临床实践证据表明,强制干预在给患者提供及时治疗、保护患者和他人安全的同时,也给患者带来了胁迫、焦虑、害怕等体验。许多国家在减少强制干预的使用、改善患者的胁迫体验等方面付出了很大的努力。现对精神病性强制干预的种类、胁迫体验的影响因素、评估工具、后果以及改善措施等方面进行综述,旨在为未来相关政策的制定和实施提供参考。

【关键词】精神障碍; 强制干预; 胁迫体验

### Research progress of psychotic compulsive intervention and coercive experience in psychiatric patients

Wang Xinyu, Zhang Xi, Sheng Qingqing, Cai Chunfeng

School of Health Sciences, Wuhan University, Wuhan 430071, China

Corresponding author: Cai Chunfeng, Email: 1660433132@qq.com

【Abstract】Compulsive intervention mainly includes involuntary hospitalization, isolation, restraint, compulsory medication, etc. This is a widely discussed topic in the field of psychiatry. Clinical evidence shows that compulsive intervention not only provides patients with timely treatment and protects the safety of patients and others, but also brings patients with stress, anxiety, fear and other experiences. Many countries have made great efforts to reduce the use of compulsory intervention and improve the coercion experience of patients. This article reviews the types of psychotic compulsive intervention, as well as the influencing factors of coercive experience, together with their assessment tools, consequences and improvement measures. It tends to provide a reference for the formulation and implementation of relevant policies in the future.

【Key words】Psychotic disorders; Compulsive intervention; Coercion experience

强制(coercion)指强迫患者以不符合其自身意愿的方式行事的任何行为或威胁行为<sup>[1]</sup>。由于大多数精神病患者缺乏自知力,且具有攻击性或自伤性,在许多国家,强制干预被用来作为确保患者自身或他人安全的最后手段<sup>[2]</sup>,通常包括非自愿入院、隔离、约束、强制用药等<sup>[3]</sup>。然而,由于强制干预限制了患者的自由和自主性,可能会给患者带来一系列的负面体验,如胁迫、焦虑、耻辱等<sup>[4]</sup>,其中最相关的是胁迫体验(coercion experience)。胁迫体验是个体在遭受违背其意愿的特定干预之后产生的主观内在体验<sup>[5]</sup>。许多文献表明,精神病患者感知到的胁迫程度对患者的医疗服务满意度和预后的影响较强制干预本身更消极<sup>[6]</sup>。有鉴于此,胁迫体验应被视为精神科护理和治疗评估中的一项重要结果衡量标准。本文主要对精神病性强制干预的种类、胁迫体验的影响因素、评估工具、后果以及改善措施等方面进行综述。

### 一、强制干预的种类

虽然世界范围内使用了许多种类的强制干预,但主要包括非自愿入院、隔离、约束、强制用药等。在大多数研究中,通常将医疗保护入院和强制入院统称为非自愿入院。前者指因精神障碍严重,医生提出住院治疗建议,而患者本人不愿住院时,由监护人同意而实施的入院;后者指因精神障碍患者存在伤害自身、他人或社会的危险行为时,由监护人、公安部门、单位等强制送入院<sup>[7-8]</sup>。已有许多研究探究了非自愿入院的影响因素,如男性、单身、没有工作等增加了非自愿入院的风险<sup>[9]</sup>,受教育年限长、有良好的疾病自知力、入院前接受过门诊治疗则被认为是非自愿入院的保护因素<sup>[10]</sup>。不同国家报告的非自愿住院率差异很大,我国为42%<sup>[10]</sup>,西方国家则很少超过20%<sup>[11]</sup>。

隔离(seclusion)是将一个人禁闭在一个房间或区域内<sup>[12]</sup>。约束(restraint)主要包括机械约束

(mechanical restraint) 和身体约束(physical restraint)。机械约束指使用安全带、手铐等限制患者的行动或完全阻止患者移动; 身体约束是指通过人力(通常是训练有素的工作人员)应用特殊技术固定患者<sup>[13]</sup>。由于各个国家的传统、态度和可用资源的不同, 强制措施的实施在国家之间甚至在国家内部都有很大的不同。比如, 丹麦不允许使用隔离, 而在荷兰, 同样的措施却是首选<sup>[14]</sup>。不同种类的强制措施使用的频率也不相同, Eunomia项目评估和比较了10个欧洲国家精神科住院设施中强制措施的使用, 强制用药(56%)是使用最多的强制干预, 然后是约束(36%)、隔离(8%)<sup>[15]</sup>。但目前缺乏系统地比较不同强制干预的整体有效性的研究。

## 二、患者对强制干预的看法及胁迫体验

1. 患者对强制干预的看法: 虽然大多数经历过强制干预的精神障碍患者报告了共同的经历<sup>[16]</sup>, 但其对强制干预的看法各不相同。一些人体验到了一种避难感, 意识到强制干预对于维护自己或他人的安全是有必要的, 并为其提供了在安全的地方康复的机会, 使自我意识得以保全<sup>[17]</sup>。另一些人则描述为失常和失去独立意识的经历, 导致自尊和自我效能的丧失, 增加了痛苦, 阻碍了康复<sup>[18]</sup>。也有些患者持矛盾的观点, 认为其需要急性治疗, 但可以通过较少的强制性社区干预或较短期的自愿住院解决<sup>[16]</sup>。此外, 一些患者的情绪也会随着时间的推移波动, 如偏执-接受-解脱-正常<sup>[17]</sup>。

2. 胁迫体验的评估工具: 目前, 胁迫体验的评估工具侧重于患者对自身所经历的强制干预的主观评价, 包括麦克阿瑟胁迫感知量表(McArthur Perceived Coercion Scale, MPCs)、胁迫阶梯(coercion ladder, CL)以及胁迫体验量表(Coercion experience scale, CES)。尚无明确的测量胁迫体验的客观标准。MPCs为麦克阿瑟入院体验调查(Admission Experience Survey, AES)的1个分量表, 经常被单独用来测量患者对入院过程中强制措施的看法, 已被证明在心理测量学方面是合适的, 其由5个对错项目组成, 分数为0~5分<sup>[19-20]</sup>。MPCs已被翻译成不同的语言, 中文版的MPCs已被验证具有较好的内部一致性<sup>[21]</sup>。由于MPCs只测量患者在入院时感知到的胁迫, 因此可与CL联合使用, 测量患者在医院整个治疗过程中所经历的胁迫程度。CL最初改编自Cantril阶梯, 是一种视觉模拟工具, 要求患者在1~10的范围内标记感知到的胁迫程度, 具有良好的重测信度<sup>[22]</sup>。CES是一个评估并可比较患者在

住院期间经历各种强制干预后的体验的工具, 由35个条目组成, 包含6个因子, 具有良好的信效度<sup>[23]</sup>。范丹华等<sup>[5]</sup>对CES进行了汉化修订, 中文版CES也由6个因子组成, 经验证信度和效度较好, 可以在国内用于精神科住院患者胁迫体验的相关研究。

3. 胁迫体验的影响因素: 许多学者从不同方面探究了胁迫体验的影响因素, 国外研究发现, 患者的入院方式、治疗关系、强制干预的既往经历、精神障碍的特征、认知能力和一些社会人口学变量对患者的胁迫体验有不同方向和不同程度的影响。

有研究表明, 精神障碍患者感知到的胁迫水平与入院方式(自愿或非自愿)密切相关, 在非自愿住院的患者中感受到胁迫的可能性是自愿住院患者的8倍<sup>[24]</sup>。然而, 感知到的胁迫水平与入院方式也并不等同, 有研究表明, 22%的自愿入院患者感受到的强迫程度与大多数非自愿入院患者相似<sup>[25]</sup>。相反, 一些非自愿患者没有感到被胁迫, 认为有必要住院<sup>[26]</sup>。

在文献中, 治疗关系被广泛地定义为患者与参与患者治疗的任何临床医生之间的关系。当患者消极地评价其与住院医生的关系时, 即使是自愿的住院治疗也被视为更具强迫性<sup>[27]</sup>。也有学者指出, 对患者而言, 与临床医务人员关系的性质较自由或存在选择的限制与否更重要<sup>[28]</sup>。

研究表明, 患者对疾病和治疗系统的适应以及先前强制干预的经历可影响患者对强制干预的感知。Hoekstra等<sup>[29]</sup>发现, 患者对早期隔离或约束的适应、接受、积极应对和控制有助于形成积极的胁迫体验。然而, 也有研究得出了相反的结论, 有过非自愿住院史的患者, 在当前的住院中可能会感到频繁地接受治疗, 导致对治疗中的主观或真实胁迫更加敏感<sup>[30]</sup>。

精神障碍的特征与患者的胁迫体验存在一定的关系。神经性厌食症和神经性暴食症的特征是专注于节食和对肥胖的过度恐惧, 因此患者面临旨在中断节食行为或增加体重的入院治疗通常会产生矛盾心理或抵制, 从而在巨大的强制性入院压力下产生较高水平的胁迫体验<sup>[31]</sup>。强迫症患者通常试图保持对自己事务的控制权, 当其身体受损不得不失去控制权, 被迫接受治疗时, 将会导致较高水平的胁迫体验<sup>[32]</sup>。

患者的认知能力也可影响对胁迫的感知。首先, 由于大多数精神障碍患者存在认知障碍, 可能夸大、淡化、否认或以其他方式歪曲强制事件; 其次, 由于

强制是一种道德化的结构,即使事件被准确地理解,个体也可能对其是否应该被视为强制做出不同的判断<sup>[26]</sup>,或者患者可能会对强制干预利弊的关注侧重点不同,而产生不同的胁迫体验<sup>[33]</sup>。

此外,印度的一项研究表明,临床和社会人口学特征会影响患者的胁迫体验。胁迫水平因女性、核心家庭、穆斯林和基督教信仰、低收入和抑郁障碍而增加,因既往强迫行为、法医病史(与警方或法院有过接触)和病程的延长而降低<sup>[1]</sup>。

### 三、强制干预的后果

强制干预对临床结果和预后的影响涉及多个方面,现主要介绍较常报道的关于治疗依从性、服务满意度、主观生活质量等方面的结果。

在依从性方面,有研究表明,强制干预可对患者的治疗依从性产生强烈的负面影响<sup>[34]</sup>。而另一项研究却发现,非自愿入院对接受社区治疗的患者有积极影响,能够使患者的心理社会结果和门诊治疗动机有更多的改善<sup>[35]</sup>。也有学者发现感知到的胁迫对精神病患者出院后坚持服药或使用治疗服务的情况无影响<sup>[36]</sup>。因此,关于强制干预对患者治疗依从性的影响还需要进一步的研究。

在满意度方面,研究已经证实,强制干预是精神障碍患者对住院医疗服务不满的潜在来源。比如,住院期间经历联合强制干预患者的满意度低于经历单一强制干预患者<sup>[37]</sup>。同样,非自愿入院患者的满意度明显低于自愿入院的患者<sup>[38]</sup>。Strauss等<sup>[39]</sup>也指出,当前非自愿入院、入院期间感到胁迫与较低的满意度呈独立相关。

在主观生活质量方面,由于强制干预会给患者带来一系列的负面体验,有人可能会认为其会损害患者的生活质量,但有研究发现,经历隔离或约束与主观生活质量改善有关,所有患者在医院护理结束时都比较认可其药物治疗和生活安排<sup>[40]</sup>。

### 四、改善措施

由于强制干预的实施受国家传统、文化背景等的影响,在临床实践过程中也涉及许多复杂的方面,因此在制订减少强制干预的方案时,应该考虑政策环境、组织因素等,从患者、亲属、医疗人员、相关工作人员、领导等多方着手。

共享决策(shared decision-making, SDM)是医生向患者提供关于其治疗的明确而完整的信息,而患者提供关于其治疗偏好的信息的过程。积极参与决策过程可以减少患者的胁迫体验,对患者的治疗满意度、治疗依从性、生活质量等方面都有显著的积

极影响<sup>[41]</sup>。类似地,临床医生可以和患者发展和保持非特定的治疗联盟,为患者提供强制干预某些方面的选择,如药物类型,并设定现实的联合目标,有助于提高患者对治疗的满意度、增加对生活的控制感,促进康复<sup>[17]</sup>。此外,有学者提出了精神病学预先指令,允许患者在精神健康危机之前(最好是在需要住院之前)主动创建危机计划并表达具体的治疗偏好,可以有效地减少强制干预的使用和增强患者的自主性<sup>[42]</sup>。

挪威于2005年引入了精神障碍患者自控入院制度,遵循了以患者为中心的照顾、康复和授权的理念。通常情况下,患者会通过电话联系病房,并安排预约。入院后,患者的期望和个人需求都会会在医院的资源范围内尽可能得到满足,但1年内患者自控入院的次数有限且时间短暂<sup>[43]</sup>。评估患者自控入院结果的研究发现,强制措施的使用和住院时间有减少的趋势<sup>[44]</sup>。

Lay等<sup>[45]</sup>提出了一种预防性监测计划,旨在及早识别复发和预防强制再住院,提升慢性精神障碍患者的自我管理技能,包括个性化的心理教育、编制个人检查表(涵盖复发的个人风险因素、个人和社会资源、精神卫生服务使用情况)以及出院后24个月根据检查表对精神健康状况进行监测,如果有复发的危险,则提醒患者启动个人行动计划(出院前制订),并联系常规治疗师或其他精神卫生保健服务。干预结果表明,参与计划12个月后,每个患者登记的强制再住院次数明显减少,患者感受到的胁迫程度也较低。鉴于目前的分析集中在患者的主观评估方面,有效性需在未来的研究中重复验证。

### 五、小结

强制干预作为控制患者危险性行为的最后手段普遍存在于精神病学环境中,是精神病机构古老且固有问题。由于不同国家之间传统、文化、态度的不同,使用强制干预的种类也各不相同,主要包括非自愿入院、隔离、约束和强制用药。尽管强制干预有时被描述为给患者带来了控制感和安全感,但患者对其的体验通常是负面的,而这种体验也受到很多因素的影响。个人康复已逐步发展为精神卫生保健的核心概念,以康复为导向的精神卫生服务要求患者有参与管理的个人能力和尊严<sup>[46]</sup>,为与这种康复取向达到一致,最大限度地减少胁迫体验,许多国家将减少强制干预的使用作为精神病医疗服务的首要目标<sup>[47]</sup>。虽然患者的胁迫经历得到了广泛的研究,也提出了减少胁迫体验的措施,但目前强

制干预仍然被广泛使用,这是一个值得被重视的问题。未来的研究需要深入探索客观的强制干预与主观胁迫体验之间的关系,开发统一、有效的工具评估和比较强制干预的整体有效性、安全性,分析将改善措施融入实践的障碍以及如何克服这些障碍,更好地探索、理解这些问题可能会为减少强制干预的使用、改善患者的胁迫体验提供依据,并为相关政策的制定提供参考。

**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** 论文撰写为王新语,构思与设计为王新语、张希、盛青青,论文修订为蔡春风

### 参 考 文 献

- [ 1 ] Raveesh BN, Pathare S, Lepping P, et al. Perceived coercion in persons with mental disorder in India: a cross-sectional study[ J ]. *Indian J Psychiatry*, 2016, 58 Suppl 2: S210-S220. DOI: 10.4103/0019-5545.196846.
- [ 2 ] Hui A, Middleton H, Völlm B. The uses of coercive measures in forensic psychiatry: a literature review[ M ]. Springer International Publishing, 2016: 151-184. DOI: 10.1007/978-3-319-26748-7\_9.
- [ 3 ] Gooding P, McSherry B, Roper C, et al. Preventing and reducing 'coercion' in mental health services: an international scoping review of English-language studies[ J ]. *Acta Psychiatr Scand*, 2020, 142(1): 27-39. DOI: 10.1111/acps.13152.
- [ 4 ] 詹清和, 邵阳, 谢斌, 等. 精神障碍非自愿住院的患方主观体验[ J ]. *国际精神病学杂志*, 2018, 45(1): 29-32. DOI: 10.13479/j.cnki.jip.2018.01.009.
- [ 5 ] 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. DOI: 10.3969/j.issn.2095-9346.2018.04.001.  
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.
- [ 6 ] Prebble K, Thom K, Hudson E, et al. Service users' experiences of voluntary admission to mental hospital: a review of research literature[ J ]. *Psychiatry Psychol Law*, 2015, 22(3): 327-336. DOI: 10.1080/13218719.2014.959156.
- [ 7 ] 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 ]. *J Clin Psychol Med*, 2003, 13(5): 270-272.
- [ 8 ] 黄国光, 罗树群. 精神障碍患者的入出院程序与相关法律问题探讨[ J ]. *神经疾病与精神卫生*, 2004, 4(1): 48-50. DOI: 10.3969/j.issn.1009-6574.2004.01.026.
- [ 9 ] Mosele PH, Figueira GC, Filho AA, et al. Involuntary psychiatric hospitalization and its relationship to psychopathology and aggression[ J ]. *Psychiatry Res*, 2018, 265: 13-18. DOI: 10.1016/j.psychres.2018.04.031.
- [ 10 ] Zhou J, Xiang Y, Zhu X, et al. Voluntary and involuntary psychiatric admissions in China[ J ]. *Psychiatr Serv*, 2015, 66(12): 1341-1346. DOI: 10.1176/appi.ps.201400566.
- [ 11 ] Eytan A, Chatton A, Safran E, et al. Impact of psychiatrists' qualifications on the rate of compulsory admissions[ J ]. *Psychiatr Q*, 2013, 84(1): 73-80. DOI: 10.1007/s11126-012-9228-0.
- [ 12 ] Busch AB, Shore MF. Seclusion and restraint: a review of recent literature[ J ]. *Harv Rev Psychiatry*, 2000, 8(5): 261-270. DOI: 10.3109/hrp.8.5.261.
- [ 13 ] Parkes J, Carson RJ. Sudden death during restraint: do some positions affect lung function?[ J ]. *Med Sci Law*, 2008, 48(2): 137-141. DOI: 10.1258/rsmmsl.48.2.137.
- [ 14 ] Mierlo T, Bovenberg F, Voskes Y, et al. Werkboek HIC: high en intensive care in de psychiatrie[ M ]. Utrecht: De Tijdstroom, 2013.
- [ 15 ] Raboch J, Kalisova L, Nawka A, et al. Use of coercive measures during involuntary hospitalization: findings from ten European countries[ J ]. *Psychiatr Serv*, 2010, 61(10): 1012-1017. DOI: 10.1176/ps.2010.61.10.1012.
- [ 16 ] Katsakou C, Rose D, Amos T, et al. Psychiatric patients' views on why their involuntary hospitalisation was right or wrong: a qualitative study[ J ]. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 2012, 47(7): 1169-1179. DOI: 10.1007/s00127-011-0427-z.
- [ 17 ] Seed T, Fox JR, Berry K, et al. The experience of involuntary detention in acute psychiatric care. A review and synthesis of qualitative studies[ J ]. *Int J Nurs Stud*, 2016: 61: 82-94. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2016.05.014.
- [ 18 ] Hughes R, Hayward M, Finlay WM, et al. Patients' perceptions of the impact of involuntary inpatient care on self, relationships and recovery[ J ]. *J Ment Health*, 2009, 18(2): 152-160. DOI: 10.1080/09638230802053326.
- [ 19 ] Lidz CW, Hoge SK, Gardner W, et al. Perceived coercion in mental hospital admission: pressures and process[ J ]. *Arch Gen Psychiatry*, 1995, 52(12): 1034-1039. DOI: 10.1001/archpsyc.1995.03950240052010.
- [ 20 ] Golay P, Semlali I, Beuchat H, et al. Perceived coercion in psychiatric hospital admission: validation of the French-language version of the MacArthur Admission Experience Survey[ J ]. *BMC Psychiatry*, 2017, 17(1): 357-357. DOI: 10.1186/s12888-017-1519-4.
- [ 21 ] Fu JC, Chow PP, Lam LC, et al. The experience of admission to psychiatric hospital among Chinese adult patients in Hong Kong[ J ]. *BMC Psychiatry*, 2008, 8(1): 86-86. DOI: 10.1186/1471-244X-8-86.
- [ 22 ] Hoyer G, Kjellin L, Engberg M, et al. Paternalism and autonomy: a presentation of a Nordic study on the use of coercion in the mental health care system[ J ]. *Int J Law Psychiatry*, 2002, 25(2): 93-108. DOI: 10.1016/S0160-2527(01)00108.
- [ 23 ] Bergk J, Flammer E, Steinert T, et al. "Coercion Experience Scale" (CES) - validation of a questionnaire on coercive measures[ J ]. *BMC Psychiatry*, 2010, 10(1): 5. DOI: 10.1186/1471-244X-10-5.
- [ 24 ] Newtonhowes G, Stanley J. Prevalence of perceived coercion among psychiatric patients: literature review and meta-regression modelling[ J ]. *Psychiatrist*, 2012, 36(9): 335-340. DOI: 10.1192/pb.bp.111.037358.
- [ 25 ] Odonoghue B, Roche E, Lyne J, et al. Service users' perspective of their admission: a report of study findings[ J ]. *Ir J Psychol Med*, 2017, 34(4): 251-260. DOI: 10.1017/ipm.2016.13.
- [ 26 ] Golay P, Morandi S, Silva B, et al. Feeling coerced during psychiatric hospitalization: impact of perceived status of admission

- and perceived usefulness of hospitalization[J]. *Int J Law Psychiatry*, 2019, 67: 101512. DOI: 10.1016/j.ijlp.2019.101512.
- [27] Sheehan K, Burns T. Perceived coercion and the therapeutic relationship: a neglected association[J]. *Psychiatr Serv*, 2011, 62(5): 471-476. DOI: 10.1176/ps.62.5.pss6205\_0471.
- [28] Mielau J, Altunbay J, Gallinat J, et al. Subjective experience of coercion in psychiatric care: a study comparing the attitudes of patients and healthy volunteers towards coercive methods and their justification[J]. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*, 2016, 266(4): 337-347. DOI: 10.1007/s00406-015-0598-9.
- [29] Hoekstra T, Lendemeijer HH, Jansen MG, et al. Seclusion: the inside story[J]. *J Psychiatr Ment Health Nurs*, 2004, 11(3): 276-283. DOI: 10.1111/j.1365-2850.2003.00710.x.
- [30] Jaeger S, Pfflner C, Weiser P, et al. Long-term effects of involuntary hospitalization on medication adherence, treatment engagement and perception of coercion[J]. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 2013, 48(11): 1787-1796. DOI: 10.1007/s00127-013-0687-x.
- [31] Schreyer CC, Coughlin JW, Makhzoumi SH, et al. Perceived coercion in inpatients with anorexia nervosa: associations with illness severity and hospital course[J]. *Int J Eat Disord*, 2016, 49(4): 407-412. DOI: 10.1002/eat.22476.
- [32] Johnson RS, Fowler JC, Jani S, et al. A systematic analysis of treatment effects on depressive symptom severity by level of coercion[J]. *Psychiatr Q*, 2017, 88(1): 39-46. DOI: 10.1007/s11126-016-9433-3.
- [33] 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]. *B J Psych Open*, 2019, 5(3): e37. DOI: 10.1192/bjo.2019.19.
- [34] Swartz MS, Swanson JW, Hannon MJ, et al. Does fear of coercion keep people away from mental health treatment? Evidence from a survey of persons with schizophrenia and mental health professionals[J]. *Behav Sci Law*, 2003, 21(4): 459-472. DOI: 10.1002/bsl.539.
- [35] Kortrijk HE, Staring AB, Van Baars AW, et al. Involuntary admission may support treatment outcome and motivation in patients receiving assertive community treatment[J]. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 2010, 45(2): 245-252. DOI: 10.1007/s00127-009-0061-1.
- [36] Rain SD, Williams VF, Robbins PC, et al. Perceived coercion at hospital admission and adherence to mental health treatment after discharge[J]. *Psychiatr Serv*, 2003, 54(1): 103-105. DOI: 10.1176/appi.ps.54.1.103.
- [37] Guzmán-Parra J, Aguilera-Serrano C, García-Sánchez JA, et al. Experience coercion, post-traumatic stress, and satisfaction with treatment associated with different coercive measures during psychiatric hospitalization[J]. *Int J Ment Health Nurs*, 2019, 28: 448-456. DOI: 10.1111/inm.12546.
- [38] Woodward S, Berry K, Bucci S. A systematic review of factors associated with service user satisfaction with psychiatric inpatient services[J]. *J Psychiatr Res*, 2017, 92: 81-93. DOI: 10.1016/j.jpsychires.2017.03.020.
- [39] Strauss JL, Zervakis J, Stechuchak KM, et al. Adverse impact of coercive treatments on psychiatric inpatients' satisfaction with care[J]. *Community Ment Health J*, 2013, 49(4): 457-465. DOI: 10.1007/s10597-012-9539-5.
- [40] Soininen P, Putkonen H, Joffe G, et al. Does experienced seclusion or restraint affect psychiatric patients' subjective quality of life at discharge?[J]. *Int J Ment Health Syst*, 2013, 7(1): 28. DOI: 10.1186/1752-4458-7-28.
- [41] Fiorillo A, Barlati S, Bellomo A, et al. The role of shared decision-making in improving adherence to pharmacological treatments in patients with schizophrenia: a clinical review[J]. *Ann Gen Psychiatr*, 2020, 19: 43. DOI: 10.1186/s12991-020-00293-4.
- [42] James R, Maude P, McGrath I. Advance statements within the victorian mental health setting: a contextual and legislative global comparison[J]. *Issues Ment Health Nurs*, 2020, 41(4): 355-365. DOI: 10.1080/01612840.2019.1652871.
- [43] Thomsen CT, Benros ME, Hastrup LH, et al. Patient-controlled hospital admission for patients with severe mental disorders: study protocol for a nationwide prospective multicentre study[J]. *BMJ Open*, 2016, 6(9): e013088. DOI: 10.1136/bmjopen-2016-013088.
- [44] Strand M, Von Hausswolff-Juhlin Y. Patient-controlled hospital admission in psychiatry: a systematic review[J]. *Nord J Psychiatry*, 2015, 69(8): 574-586. DOI: 10.3109/08039488.2015.1025835.
- [45] Lay B, Drack T, Bleiker M, et al. Preventing compulsory admission to psychiatric inpatient care: perceived coercion, empowerment, and self-reported mental health functioning after 12 months of preventive monitoring[J]. *Front Psychiatry*, 2015, 6: 161. DOI: 10.3389/fpsy.2015.00161.
- [46] Ash D, Suetani S, Nair J, et al. Recovery-based services in a psychiatric intensive care unit-the consumer perspective[J]. *Australas Psychiatry*, 2015, 23(5): 524-527. DOI: 10.1177/1039856215593397.
- [47] Bowers L, Ross J, Nijman HL, et al. The scope for replacing seclusion with time out in acute inpatient psychiatry in England[J]. *J Adv Nurs*, 2012, 68(4): 826-835. DOI: 10.1111/j.1365-2648.2011.05784.x.

(收稿日期: 2020-08-18)

(本文编辑: 赵金鑫)