

青少年非自杀性自我伤害行为现状、影响因素及干预

黄任之¹, 丁立平¹, 黄敏²

(1.湖南第一师范学院教科系,长沙410205;2.四川邻水二中,广安635300)

【摘要】近十年来,非自杀性自我伤害行为(Non-suicidal Self-Injury, NSSI)日益受到研究者的关注。对NSSI和自杀的关系,理论界存在两种不同的假设。NSSI起源于青少年,非常隐蔽而具有极大的危险性,与许多精神疾病和异常行为相关,不断增高的发生率促使研究者对其进行特征、成因、早期评估和治疗等方面的探索。未来的研究还需要进一步地精细其定义和提高相关的研究技术。

【关键词】青少年;非自杀性自我伤害;干预

中图分类号: R395.2 文献标识码: A 文章编号: 1005-3611(2013)06-0965-03

The Synopsis, Influential Factors and Intervention of the Non-suicidal Self-injury Behavior among the Adolescents

HUANG Ren-zhi, DING Li-ping, HUANG Min

Department of Teaching Science, Hunan First Normal University, Changsha 410205, China

【Abstract】 Non-suicidal Self-injury(NSSI) is the socially unacceptable, direct, deliberate destruction of one's own body tissue in the absence of suicidal intent. It is thought as a widespread yet often hidden problem in adolescents and young adults. Just as emerging evidence suggests that NSSI and suicide are distinct yet related clinical phenomena, and that NSSI may increase suicide risk. This study examined prevalence rates, correlates, methods, injury positions, motivation and an interpersonal model of NSSI. Those engaged in NSSI were more likely to report having schizophrenia, bipolar disorder, impulse-control disorders, depression, anxiety, body image, risky sexual behavior, cigarettes and substance use, and pathological eating patterns, etc. Future research directions on NSSI are also discussed.

【Key words】 Adolescence; Non-suicidal self-injury; Intervention

非自杀性自我伤害(Non-suicidal self-injury, NSSI)行为是一种不会造成直接致命后果的自我损伤行为。Menninger最先从精神科病样中认识到了NSSI的重要性,并将其定义为“避免完全性自杀的部分形式的自杀”^[1]。学者们普遍认为, NSSI是“不为社会接受的、直接的,不含自杀意图、故意伤害自己身体组织的行为”。最近十年,研究者先后使用了多个词汇来描述此类行为,如self-injury(自我伤害), deliberate self-harm(故意的自我伤害), self-mutilation(自我毁损), cutting(切割), self-inflicted violence(自我暴力), parasuicide(准自杀)和auto-aggression(自我攻击)。有些词汇因语义模糊而不再使用,但大部分词汇都没有区分NSSI与自杀的区别。Walsh认为学界存在着两种假设:假设1认为NSSI和自杀完全不同,自杀是为了“永久地丧失意识”,而NSSI则是“提高意识和减轻压力,以使更好地活着”。假设2认为NSSI位于自我伤害的连续谱上,连续实施NSSI使个体逐渐脱敏,最终导致自杀,所以在青少年中,自伤人数是自杀成功人数的40-100倍^[2]。

1 青少年NSSI的现状

1.1 自伤的年龄特征

青少年期是自伤想法和行为产生的高风险期。加拿大

青少年自伤的平均首发年龄为15.2岁,美国则为13-15岁^[3],首发于12-14岁,12岁是一个警戒值,12-15岁自伤率从3%骤增到13%。英国学生,从初中起萌发了自我伤害^[4]。57%的武汉中学生的首发年龄是12-15岁^[5]。结合相关研究发现, NSSI在青春前期发生率较低,在青春期显著增加,成年后会出现下降的趋势,但缺少纵向研究的数据支持。

1.2 发生率

社区青少年样本的发生率为13%-45%,临床青少年样本为40%-60%^[6]。白人青少年的报告率最高,同性恋和受性取向困扰的青少年也报告了较高的NSSI发生率。不同国家的青少年的发生率也有很大差异,加拿大为17%、以色列为9.1%、澳大利亚为6.2%^[3]。发生率的差异主要是由于大规模的流行病学调查没有包括这种行为,研究者只能通过小规模、地区性的调查来估计发生率。此外,自我伤害的定义的外延宽泛,增大了发生率。方法学上,使用等级量表比访谈评估出的发生率更高,在访谈中,自我伤害的频率需要达到一定的标准才能确定为自我伤害行为。最后,样本的特征和取样方式也会影响发生率,比如通过广告招募的心理学研究生样本的发生率就比普通人群样本高。

1.3 自伤方式

自伤主要是青少年自己实施的,或受他人影响而习得。Young等^[7]总结了使用最广泛的自伤方式为:过量服药、轻微服毒、自我切割、其他形式的自我毁损如咬伤、自我射击、上

【基金项目】 国家精品课程(教高函200720号118);湖南教育厅科研项目(12C0610);湘一师自科[2013];湘高心教委[2013]
通讯作者:黄任之

吊和跳楼。83%的青少年只使用了一种自伤方法,分别是切割(41%)、碰撞(33%)、撞墙(18%)、捏挤(7%)、抓伤(5%)、撕咬(5%)或烫伤(3%),尤其是切割皮肤,在不同国家(地区)都是持续存在的:美国(26-37%)、加拿大(83%)、澳大利亚(59%)、挪威(74%)和台湾(80%)^[3]。NSSI会导致需要医疗救助的严重受伤、感染、永久性的疤痕和未来的自杀,损害的部位是胳膊、腿、前胸以及其他最容易触及的部位。张安慧等人调查发现,躯体各部分受伤的比率分别是上肢(31.4%)、头部(25.6%)、手指或脚趾(16.5%)、皮肤(19%)、眼(0.9%)^[8]。

1.4 自伤的性别差异

有人认为自我伤害行为的发生率具有跨性别的一致性,但Deleo发现,以色列男女的自伤比例分别是4.3%和13.9%,而澳大利亚男女的自伤比例分别是为3.2%和11.1%^[9]。Hawton等发现,女孩的蓄意自伤率(11.2%)明显高于男孩(3.2%),几乎是男孩的4倍^[10]。

2 青少年实施NSSI的影响因素

NSSI可能受精神疾病或一些异常行为的影响,已证实,NSSI与性虐待史、抑郁、焦虑、述情障碍、敌意、吸烟、人格瓦解、冲动控制、刻板行为、自杀意念、自杀行为都相关。在20世纪70年代,Bancroft和Marsack^[11]排出了原因清单,包括:想死,逃离无法忍受的痛苦,逃避现状,对某人绝望,改变他人的行为,报复他人/让他人感到愧疚,寻求帮助等。

Klonsky^[12]提出有证据支持的整合理论模型,认为严重的负面情绪出现在NSSI之前;NSSI之后,降低了负面情绪;大多数自伤的目的在于减轻负面情绪。在实验室环境下,实施自伤行为,负面情绪和生理唤醒的确减轻了。因此,远端易感因素如儿童期虐待,导致了一些如自我管理(高的负性情绪和认知,低的压力耐受性)等内省和人际交往问题,随着时间延长和压力的增加,内省和人际关系问题就会交织着一些NSSI特有的易感因素(如自我惩罚、镇痛和自我身份确认),从而诱发NSSI的发生和反复持续,藉此实现有效地管理负性情绪和人际交往失败等功能。根据两个维度上的二分法,可形成自我伤害行为的四个不同的功能:自伤行为的强化是正性的或负性的,是自动发生(如个体内)或社会性的(如跨人际的)。具体来说,在自动负性强化下实施的自我伤害,是为了获得降低负性的内心状态,自动正性强化下实施的自我伤害,是为了获得增加喜欢的内心状态;相反,在社会负性强化下实施的自我伤害,是为了减少一些外在的负性事件,而社会正性强化下实施的自我伤害,是为了增加一些喜爱的社会事件的可能性。研究证实,四功能模型的信度和效度良好^[13]。

总之,虽然多个因素与NSSI相关,但没有一种因素对NSSI有特别的意义。病因学证据显示,需要整合其他许多心理的(如自我批判的认知风格)、生物的(如5-羟色胺失调)和环境因素(如传媒、社会模型)来更好地解释自我伤害的演变和持续的原因。

3 干 预

干预之前,需要对青少年自我伤害行为进行评估。在现

有的精神障碍分类系统下,自我伤害被归为边缘型人格障碍大类之下,但临床上大部分实施NSSI的青少年并没有边缘型人格障碍,而更像是一种不明确的冲动控制障碍。常见的评估工具多为一些量表,如筛查问卷(Screening Questionnaire)、自我毁损的功能评估(the Functional Assessment of Self-Mutilation)、自我伤害想法和行为晤谈(Self-Injurious Thoughts and Behaviors Interview)^[14-16]等。

目前主要有三类干预手段:一是药物干预。有研究发现,青少年患者在服用了盐酸纳曲酮阿片拮抗剂后,自我伤害行为发生了或短或长的变化。80%被试认为服用纳曲酮期间,自伤行为有改善;47%被试认为改善程度达到50%或以上。当纳曲酮的剂量精确到毫克时,男性比女性更容易做出反应^[17]。

二是有氧锻炼。只要产生自伤冲动时,就进行有氧锻炼,锻炼期中NSSI的频率显著下降。有氧运动有助于管理情绪和刺激beta内啡肽的分泌,最终降低NSSI的频率^[18]。

三是心理治疗。辩证行为疗法(dialectical behavior therapy, DBT)是一种包含了行为疗法、认知疗法、咨客中心疗法和其他疗法的复杂治疗方法,Miller等^[19]开发了住院青少年用的DBT版本,需要进行16周的治疗。临床医生要帮助病人确认自伤行为的前后状况和目标行为,以便他们能够更好地理解和改进这些行为,找出不兼容自伤行为的其他行为来取代自伤行为。每周的主要治疗目标包括:减少威胁生命的行为;减少需要治疗干预的行为;减少影响生活质量的行为;增加行为技巧。青少年咨客需要家庭成员一起,参加每周的群体性的技能培训,包括:留意和关注;情绪管理;人际交往的有效性;容忍压力;“走中间路线”的技巧。DBT最初用于治疗边缘型人格障碍的妇女,后来用在其他临床试验上也取得了良好的效果。DBT最近也被用于青少年样本,降低了住院青少年和门诊青少年的自杀和非自杀性自伤行为。Miller等人后来开发一个更简短的治疗程序,青少年只需要集中参加4周,每周5次,每天4小时的团体治疗。

参 考 文 献

- 1 Menninger KA. Man against himself. Oxford, England: Harcourt, Brace, 1938. 497
- 2 Walsh B. Treating self-injury: A practical guide. New York: The Guilford Press, 2006
- 3 Donald EG, Daniel S. Deliberate self-harm and suicide in adolescents. The Keio Journal of Medicine., 2009, 58(3): 144-151
- 4 Matsumoto T, Imamura F, Chiba Y, Katsumata Y, et al. Prevalences of lifetime histories of self-cutting and suicidal ideation in Japanese adolescents: Differences by age. Psychiatry and Clinical Neurosciences, 2008, 62(3): 362-364
- 5 郑莺,江光荣. 武汉市中学生自我伤害行为流行病学调查及其功能模型. 华中师范大学硕士学位论文,2006
- 6 Plener PL, Libal G, Keller F, et al. An international comparison of adolescent nonsuicidal self-injury(NSSI) and suicide

- attempts: Germany and the USA. *Psychological Medicine*, 2009a, 39: 1549-1558
- 7 Young LD, Feinsilver DL. Male genital self-mutilation: Combined surgical and psychiatric care. *Psychosomatics: Journal of Consultation Liaison Psychiatry*, 1986, 27(7): 513-517
 - 8 张安慧,陶芳标,苏普玉. 儿童青少年自我伤害行为及影响因素. *中国公共卫生*, 2008, 24(11): 1303-1305
 - 9 De Leo D, Evans R, Neulinger K. Hanging, firearm, and non-domestic gas suicides among males: A comparative study. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 2002, 36(2): 183-189
 - 10 Hawton K, Fagg J, Simkin S, Bale E, Bond A. Deliberate self-harm in adolescents in Oxford, 1985-1995. *Journal of Adolescence*, 2002, 23: 47-55
 - 11 Bancroft J, Marsack P. The repetitiveness of self-poisoning and self-injury. *The British Journal of Psychiatry*, 1977, 131: 394-399
 - 12 Klonsky ED. The functions of deliberate self-injury: A review of the evidence. *Clinical Psychology Reviews*, 2007, 27(2): 226-39
 - 13 Nock M, Favazza A. Nonsuicidal self-injury: definition and classification. In: Nock M, editor. *Understanding nonsuicidal self-injury: origins, assessment and treatment*. Washington, DC: American Psychological Association, 2009. 9-18
 - 14 Gillian R, Sam W. Research report: Self-harming behaviour: from lay perceptions to clinical practice. *Counseling Psychology Quarterly*, 2003, 16(4): 305-329
 - 15 Lloyd-Richardson EE, Perrine N, Dierker L, Kelley ML. Characteristics and functions of nonsuicidal self-injury in a community sample of adolescents. *Psychological Medicine*, 2007, 37: 1183-1192
 - 16 Nock MK, Holmberg EB, Photos VI, Michel BD. The self-injurious thoughts and behaviors interview: Development, reliability, and validity in an adolescent sample. *Psychological Assessment*, 2007, 19: 309-317
 - 17 Symons FJ, Thompson A, Rodriguez MC. Self-injurious behavior and the efficacy of naltrexone treatment: A quantitative synthesis. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews*, 2004, 10(3): 193-200
 - 18 Matthew BW, Matthew KN. Physical exercise as a treatment for non-suicidal self-injury: Evidence from a single-case study. *American Journal of Psychiatry*, 2007, 164(2): 350-351
 - 19 Miller AL, Rathus JH, Linehan MM. *Dialectical behavior therapy with suicidal adolescents*. New York: Guilford Press, 2007

(收稿日期:2012-02-23)

(上接第949页)

- 13 Yolanda Van ERC, Chope PM, Kamp E. Bowlby and bowen: Attachment theory and family therapy. *Counseling and Clinical Psychology Journal*, 2006, 3(2): 81-110
- 14 Skowron E, Friedlander M. The differentiation of self Inventory: Development and initial validation. *Journal of Counseling Psychology*, 1998, 45(3):
- 15 Elizabeth A, Skowron AK, Dendy. Differentiation of self and attachment in adulthood: Relational correlates of effortful control. *Contemporary Family Therapy*, 2004, 26(3): 337-357
- 16 Thorberg FA, Lyvers M. Attachment, fear of intimacy and differentiation of self among clients in substance disorder treatment facilities. *Addict Behav*, 2006, 31(4): 732-737
- 17 Demidenko N, Giorgio A, Tasca, et al. The mediating role of self-concept in the relationship between attachment insecurity and identity differentiation among women with an eating disorder. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 2010, 29(10): 1131-1152
- 18 司天梅,舒良,党卫民,等. 简明国际神经精神访谈中文版的临床信效度. *中国心理卫生杂志*, 2009, 7: 493-497
- 19 Peleg O. Bowen theory: A study of differentiation of self. *Social Anxiety and Physiological Symptoms*, 2002, 24(2): 355-369
- 20 Skowron EA, Schmitt TA. Assessing interpersonal fusion: Reliability and validity of a new DSI fusion with others subscale. *J Marital Fam Ther*, 2003, 29(2): 209-222
- 21 窦斌. 中国成年人自我分化与婚姻质量的关系研究. 陕西师范大学, 2011
- 22 钱铭怡,李文利. 状态特质焦虑量表中国大学生常模修订. *北京大学学报(自然科学版)*, 1995, 1: 108-112
- 23 谢玲. 强迫症的依恋关系及述情障碍研究. 四川大学, 2007
- 24 Bowen M. *Family therapy in clinical practice*. Northvale NJ: Jason Aronson
- 25 刘春艳,刘衍玲,王鑫强. 大学生自我分化与依恋类型关系. *中国公共卫生*, 2011, 9: 1091-1092

(收稿日期:2012-11-23)