

心理急诊科普：突发心理危机如何科学应对与干预？

张凌云

上海市嘉定区江桥医院，上海市，201803；

摘要：目的：探讨突发心理危机的科学应对体系与干预路径，为急诊科医护人员、公众提供可操作的科普指导。方法：结合急诊科临床案例，梳理突发心理危机的界定标准、常见诱因与临床表现，基于心理危机干预理论构建“识别-评估-干预-随访”四阶段应对模型，并设计科普传播策略。结果：突发心理危机具有突发性、紧迫性、危害性特征，主要诱因包括创伤事件、人际关系冲突、重大变故等，临床表现涉及情绪、认知、行为多维度异常；四阶段干预模型可有效提升应对效率，配合多元化科普传播能增强公众危机应对能力。结论：建立科学的突发心理危机应对与干预体系，结合精准科普传播，是降低危机危害、保障公众心理健康的关键，需医护人员、社会机构、公众协同推进。

关键词：心理急诊；突发心理危机；危机干预；科普传播；急诊科护理

DOI：10.69979/3029-2808.26.02.037

引言

随着社会节奏加快与压力加剧，突发心理危机事件发生率逐年上升，急诊科作为医疗救援的前沿阵地，已成为心理危机干预的重要场景^[1]。突发心理危机指个体在遭遇突发或难以承受的应激事件后，心理状态急剧失衡，超出自身调节能力，若未及时干预，可能引发自杀、自伤、暴力攻击等极端行为，严重威胁个体生命安全与社会稳定^[2]。然而，当前公众对突发心理危机的认知不足，应对方式缺乏科学性，部分急诊科医护人员也存在干预技能欠缺的问题。因此，开展心理急诊科普，明确突发心理危机的科学应对与干预方法，具有重要的临床价值与社会意义。本文结合临床实践与相关研究，系统阐述突发心理危机的应对体系与干预路径，为临床工作与公众科普提供参考。

1 突发心理危机的界定与临床特征

1.1 界定标准

突发心理危机的核心界定需满足三个条件：一是存在明确的应激源，如突发创伤（交通事故、暴力伤害）、重大丧失（亲人离世、失业）、人际关系破裂等，且事件发生时间在1个月内；二是个体出现明显的心理失衡表现，无法通过自身调节恢复正常状态；三是伴随功能损害，如日常生活、工作学习能力下降，或出现自伤、伤人等危险行为倾向^[3]。需注意与普通心理问题区分，普通心理问题多无明确突发应激源，症状较轻且不影响社会功能，而突发心理危机具有紧急性与危害性，需紧急干预。

1.2 临床特征

1. 情绪维度：主要表现为极度焦虑、恐惧、抑郁、愤怒、麻木等，患者可能出现情绪失控、频繁哭泣、易怒、对事物失去兴趣等症状。例如，创伤事件幸存者可能持续处于恐惧状态，担心类似事件再次发生；亲人突然离世者可能陷入极度抑郁，甚至出现绝望感。

2. 认知维度：存在注意力不集中、思维混乱、记忆力下降、认知扭曲等表现，患者可能难以理性分析问题，出现灾难化思维，如“我什么都做不好，活着没有意义”，或对事件细节产生强迫性回忆。

3. 行为维度：常见回避行为，如回避与危机相关的场景、人群；冲动行为，如酗酒、飙车、暴饮暴食；以及自伤、自杀未遂等危险行为。部分患者还可能出现社交隔离，不愿与他人沟通，或表现为过度依赖他人。

4. 生理维度：伴随一系列生理反应，如失眠、多梦、头痛、头晕、心慌、胸闷、食欲不振等，这些生理症状又会进一步加重心理失衡，形成恶性循环。

2 突发心理危机的常见诱因与高危人群

2.1 常见诱因

1. 创伤性事件：包括自然灾害（地震、洪水、台风）、人为灾害（交通事故、工伤事故、暴力袭击、性侵犯）、公共卫生事件（疫情、重大传染病）等，这类事件具有突发性与破坏性，易引发急性应激反应。

2. 重大生活变故：如亲人突然离世、婚姻破裂、离婚、失业、重大疾病诊断（癌症、重症慢性病）等，打破个体原有生活秩序，导致心理承受能力突破极限。

3. 人际关系冲突：如亲密关系破裂、家庭矛盾激化、

职场霸凌、校园欺凌等，长期积累的负面情绪在某一点爆发，引发心理危机。

4. 其他因素：如学业或事业压力过大、经济负担过重、药物滥用、精神疾病急性发作等，也可能诱发突发心理危机。

2.2 高危人群

1. 近期遭遇重大应激事件者：如刚经历创伤事件、亲人离世、婚姻破裂等人群，是突发心理危机的核心高危群体。

2. 精神疾病患者：尤其是抑郁症、精神分裂症、双相情感障碍等患者，病情不稳定时易受外界刺激引发危机。

3. 长期处于高压状态者：如高压职业人群（医护人员、警察、消防员）、学业繁重的青少年、经济压力巨大的成年人等，心理韧性长期被消耗，易出现危机状态。

4. 社交孤立者：如独居老人、留守儿童、异地务工人员等，缺乏有效的社会支持系统，遭遇应激事件时难以获得及时帮助，易陷入心理危机。

5. 有自伤或自杀史者：这类人群再次发生心理危机时，出现极端行为的风险更高。

3 突发心理危机的科学应对核心原则

3.1 生命至上原则

应对突发心理危机的首要原则是保障个体生命安全，若发现患者有自伤、自杀或伤人倾向，需立即采取紧急措施，如控制危险物品、安排专人监护、联系警方或急救人员，优先阻止极端行为发生^[4]。

3.2 及时干预原则

突发心理危机的干预具有“黄金时间窗口”，通常在事件发生后的 24-72 小时内，及时介入可有效缓解症状，降低后续心理障碍的发生率。因此，需快速识别危机信号，第一时间启动干预流程。

3.3 共情接纳原则

应对过程中需保持共情态度，理解患者的痛苦与感受，避免评判、指责或否定，如“你太脆弱了”“这没什么大不了的”等表述，应给予患者充分的接纳与支持，建立信任关系，为后续干预奠定基础。

3.4 循序渐进原则

心理危机干预不可急于求成，需根据患者的心理状态与接受程度，逐步推进干预措施。避免在患者情绪极度激动时强制进行深度心理干预，先通过简单的情绪安

抚、支持性沟通稳定其状态，再逐步深入。

3.5 协同合作原则

突发心理危机的应对需要多方面力量协同，包括急诊科医护人员、心理治疗师、社会工作者、家属、社区组织等，形成联动机制，为患者提供全方位的支持与干预。

4 突发心理危机的分阶段干预策略

结合急诊科临床实践与心理危机干预理论，构建“识别 - 评估 - 干预 - 随访”四阶段干预模型，具体实施路径如下：

4.1 第一阶段：快速识别（0-2 小时）

1. 识别危机信号：急诊科医护人员在接诊时，需关注患者的情绪、行为与言语表现，如情绪极度激动、哭泣不止、沉默不语、言语中透露绝望感、有自伤动作等，同时询问家属或陪同人员，了解患者近期是否遭遇应激事件，快速判断是否存在心理危机。

2. 初步沟通建立信任：以温和、共情的语气与患者沟通，如“我能感受到你现在非常痛苦，愿意和我说说发生了什么吗？”，避免追问敏感细节，重点表达关心与支持，让患者感受到被理解、被重视。

4.2 第二阶段：风险评估（2-6 小时）

采用标准化评估工具，如《急性应激障碍量表（ASDS）》《自杀风险评估量表》，从危机严重程度、自杀/自伤风险、社会支持系统、应对能力等方面进行全面评估，明确患者的危机等级（低、中、高），为后续干预提供依据。对于高风险患者，需立即启动紧急干预流程，24 小时专人监护；中风险患者需制定针对性干预计划，定期随访；低风险患者可给予支持性干预与科普指导。

4.3 第三阶段：精准干预（6-72 小时）

根据评估结果，采取差异化干预措施，核心包括支持性干预、情绪疏导、认知调整、行为干预等。

1. 支持性干预：为患者提供生理与心理支持，如保障充足的休息、饮食，陪伴患者度过情绪低谷，帮助患者联系家人、朋友或社区资源，构建临时社会支持系统。

2. 情绪疏导：采用倾听、共情、宣泄等方式，引导患者表达内心的痛苦与感受，释放负面情绪。例如，鼓励患者倾诉事件经过与内心想法，对其情绪给予肯定，如“你的感受是正常的，遇到这样的事，每个人都会痛苦”。

3. 认知调整：针对患者的认知扭曲，如灾难化思维、

自责自罪,采用简单易懂的方式进行认知重构,帮助患者客观看待事件,纠正不合理信念。例如,“这件事不是你的错,你已经尽力了,我们可以一起想想接下来该怎么做”。

4. 行为干预:指导患者采取积极的应对行为,如深呼吸放松训练、正念冥想、适度运动等,帮助患者缓解焦虑、失眠等症状;对于有回避行为的患者,逐步引导其面对现实,避免过度逃避。

5. 专业转介:对于中高风险患者,或经初步干预后症状无改善者,及时转介至心理科、精神科或专业心理危机干预机构,进行进一步的系统治疗,如认知行为治疗、药物治疗等。

4.4 第四阶段:随访巩固(72 小时后)

建立随访机制,通过电话、微信、门诊复查等方式,对患者进行持续跟踪,了解其情绪、认知、行为变化,调整干预方案。随访周期根据危机等级确定,高风险患者初始每周 1-2 次,逐步延长至每月 1 次;中低风险患者每 2-4 周 1 次,持续 3-6 个月,确保患者逐步恢复心理平衡,降低复发风险。

4.5 干预流程图

```
graph TD
    A[接诊患者] --> B{识别危机信号}
    B -->|是| C[初步沟通建立信任]
    B -->|否| D[常规诊疗+科普指导]
    C --> E[风险评估]
    E -->|高风险| F[紧急干预+24h 监护+专业转介]
    E -->|中风险| G[针对性干预计划+定期随访]
    E -->|低风险| H[支持性干预+科普指导]
    F --> I[随访巩固(每周 1-2 次)]
    G --> I
    H --> I
    I --> J{症状改善}
    J -->|是| K[逐步终止干预]
    J -->|否| L[调整干预方案/重新评估]
```

5 急诊科临床实操案例分析

5.1 案例概况

患者男性,32 岁,因“与妻子离婚后情绪失控,割腕自杀未遂”被送至急诊科。查体:腕部有浅表划伤,生命体征平稳;精神检查:情绪极度抑郁,沉默寡

言,偶尔哭泣,言语中透露“活着没有意义”,拒绝与他人沟通,经《自杀风险评估量表》评估为高风险。

5.2 干预过程

1. 识别与初步沟通:接诊医生发现患者腕部伤口与抑郁状态,初步判断为突发心理危机,以“我知道你现在心里非常难受,离婚对你的打击很大”共情表达切入,避免追问离婚细节,仅表达关心与陪伴,患者逐渐愿意简单回应。

2. 风险评估:通过与陪同家属沟通,了解患者离婚仅 1 天,无精神疾病史,平时性格内向,社交圈较窄,本次因离婚引发极端行为,评估为高自杀风险。

3. 精准干预:立即安排专人监护,移除患者身边危险物品;心理治疗师介入,采用情绪疏导与支持性干预,引导患者表达对离婚的痛苦与不甘,释放负面情绪;同时联系患者父母到场,构建家庭支持系统;24 小时后转介至心理科,制定认知行为治疗计划。

4. 随访巩固:出院后每周电话随访 1 次,患者情绪逐渐稳定,1 个月后改为每 2 周随访 1 次,3 个月后恢复正常工作与社交,未再出现自伤倾向。

5.3 案例启示

突发心理危机干预需快速响应、精准评估,同时注重社会支持系统的构建;急诊科作为首诊机构,需具备初步干预能力,及时衔接专业心理服务,形成“急诊-心理科-社区”联动干预模式。

6 心理急诊科普的实施路径

6.1 针对公众的科普

1. 多元化传播渠道:利用短视频平台(抖音、快手)、微信公众号、微博等新媒体,发布心理危机识别、应对技巧等科普内容,如“突发心理危机的 5 个信号”“如何帮助身边有心理危机的人”;结合社区讲座、校园科普、企业培训等线下活动,开展面对面科普指导。

2. 科普内容通俗化:避免专业术语过多,采用案例分析、图文结合、动画演示等形式,让公众易于理解;重点普及“求助不是软弱”“及时寻求专业帮助是科学应对方式”等理念,消除公众对心理问题的 stigma。

3. 提供求助渠道:在科普内容中明确心理危机求助方式,如全国心理危机干预热线(400-161-9995)、当地精神卫生中心电话、急诊科 24 小时接诊信息等,方便公众在需要时快速获取帮助。

6.2 针对急诊科医护人员的科普培训

1. 专项技能培训:将心理危机识别、评估、初步干

预纳入急诊科医护人员继续教育内容,通过案例教学、模拟演练等方式,提升医护人员的实操能力,如如何与危机患者沟通、如何进行自杀风险评估、如何实施紧急情绪疏导等。

2. 建立协作机制:加强急诊科与心理科的协作,定期开展联合查房、病例讨论,让急诊科医护人员了解心理危机的系统治疗流程,提升转介效率;同时为急诊科配备兼职心理治疗师或心理咨询师,提供即时专业支持。

6.3 针对高危人群的精准科普

针对青少年、高压职业人群、独居老人等高危群体,开展定制化科普服务。例如,面向青少年开展校园心理危机科普,重点关注学业压力、校园霸凌等问题;面向医护人员、警察等高压职业人群,开展心理调适技巧培训;面向独居老人,通过社区网格员、志愿者上门服务,普及心理危机应对知识,建立紧急联系机制。

7 结论

突发心理危机的科学应对与干预是一项系统工程,需要急诊科医护人员、专业心理工作者、社会机构与公众的共同参与。急诊科作为心理危机干预的第一道防线,需建立“识别-评估-干预-随访”四阶段应对模型,提升初步干预能力;同时通过多元化科普传播,增强公众对心理危机的认知与应对能力,消除 stigma,

引导公众在遭遇心理危机时及时求助。未来,还需进一步完善“急诊-心理科-社区”联动干预机制,加强心理危机干预资源的整合与优化,为公众心理健康提供更全面、更高效的保障。

参考文献

- [1]王陇德,马晓伟。中国心理健康蓝皮书[M].北京:人民卫生出版社,2020:123-135.
- [2]杨甫德,费立鹏。心理危机干预与创伤后应激障碍[J].中华精神科杂志,2019,52(3):151-155.
- [3]中国心理学会。心理危机干预指南[M].北京:科学出版社,2021:45-62.
- [4]李献云,费立鹏,张艳萍。自杀未遂者的心理危机干预与随访研究[J].中国心理卫生杂志,2018,32(7):537-542.
- [5]陈向一,刘铁榜。急诊科心理危机干预的临床实践与思考[J].医学实践与研究,2022,19(11):34-37.
- [6]张明园。精神科评定量表手册[M].长沙:湖南科学技术出版社,2017:201-205.
- [7]世界卫生组织。心理危机干预操作指南[M].北京:人民卫生出版社,2020:78-89.
- [8]黄悦勤。中国精神障碍流行病学调查[J].中华流行病学杂志,2019,40(9):1053-1057.