

心理学对青少年自杀倾向的干预研究

董利波 孙海漪 丁 一

武警黑龙江省总队医院 黑龙江哈尔滨 150010

摘要:目的: 构建“风险筛查-认知干预-支持强化”三维心理学干预体系, 探究其对青少年自杀风险、负性认知及社会支持水平的改善效果。方法: 选取2024年4-12月(对照组, 常规心理健康教育)与2025年1-8月(实验组, 常规教育+三维干预)筛查出的88例有自杀倾向青少年, 各44例。对比两组贝克自杀意念量表(BSSI)、自动思维问卷(ATQ)及社会支持评定量表(SSRS)评分。结果: 实验组BSSI、ATQ低于对照组($t=16.892$ 、 11.743 , $P<0.001$); SSRS高于对照组($t=12.658$, $P<0.001$)。结论: 三维干预体系可降低青少年自杀风险, 改善心理状态。
关键词: 青少年; 自杀倾向; 心理学干预; 认知重构; 社会支持; 危机干预

引言

青少年自杀已成为全球青少年死亡的第三大原因, 其自杀倾向的形成是生物遗传、心理认知与社会环境多因素叠加的结果, 核心症结在于“负性认知固化-社会支持缺失-危机应对无能”的恶性交互^[1]。据《中国国民心理健康发展报告》显示, 12-18岁青少年中17.5%存在自杀意念, 其中3.6%有自杀计划, 而传统常规心理健康教育因缺乏针对性与系统性, 干预效果甚微。基于青少年心理发展规律与自杀风险形成机制, 本研究以2024-2025年两个时段为界, 整合危机干预、认知行为疗法及系统支持构建三维干预体系, 突破单一教育模式局限。旨在量化评估心理学干预的临床效能, 为青少年自杀倾向干预提供科学可行的实践方案, 筑牢青少年心理安全防线。

一、研究资料与方法

(一) 一般资料

选取2024年4-12月(对照组)与2025年1-8月(实验组)通过学校心理健康筛查及医院心理科转诊确认的有自杀倾向青少年为研究对象, 按时间序列自然分组, 每组各44例。纳入标准: 符合自杀风险评估标准(存在自杀意念或既往自杀未遂史); 年龄12-18岁(初中至高中阶段); 意识清晰, 能配合心理干预; 监护人知情同意并签署知情同意书。排除标准: 伴有精神分裂症、双相情感障碍等重性精神疾病; 存在严重认知功能障碍; 合并严重躯体疾病; 处于急性自杀危机状态(需紧急医疗干预)。经统计学检验, 两组在性别构成

($\chi^2=0.046$, $P=0.830$)、年龄分布($t=0.923$, $P=0.358$)、自杀风险等级及家庭结构等基线资料方面差异无统计学意义($P>0.05$)。

(二) 实验方法

对照组采用常规心理健康教育: 每周开展1次集体心理课程(内容涵盖情绪调节、人际交往等通用知识), 每月进行1次个体心理约谈(以情绪安抚为主), 发现自杀风险信号时及时联系监护人, 无针对性危机干预措施。实验组在对照组基础上, 实施“风险筛查-认知干预-支持强化”三维心理学干预体系, 干预周期16周, 具体措施如下:

1. 动态风险筛查与危机干预模块(全程实施): (1) 风险分级评估: 采用BSSI量表结合青少年生活事件量表(ASLEC), 每周评估自杀风险等级, 建立“风险等级-触发事件-应对方式”动态档案, 轻度风险每周随访1次, 中度风险每3天随访1次, 重度风险每日随访1次; (2) 急性危机干预: 对出现强烈自杀意念的青少年, 立即启动“安全契约-情绪疏导-问题聚焦”干预: 签订书面安全契约(承诺24小时内不伤害自己并主动求助), 采用情绪宣泄法(绘画、空椅技术)释放极端情绪, 聚焦“近期触发事件”(如学业失败、人际冲突)制定即时解决方案; (3) 危机转介机制: 当出现自杀行为先兆(如交代后事、收藏危险物品), 立即联动精神科医生进行药物干预与住院观察。

2. 认知重构与心理韧性培养模块(每周2次, 每次60分钟): (1) 负性认知识别: 通过“思维记录表”引导青少年捕捉自杀倾向相关的自动思维(如“我活着没

意义”“没人在乎我”),分析其与自杀意念的关联;(2)认知挑战训练:采用苏格拉底式提问质疑负性认知,如针对“没人在乎我”,引导列举“朋友主动关心”“老师耐心沟通”等反证,用“有人在乎我,只是我没察觉”的替代思维重构认知;(3)心理韧性训练:开展“优势视角”活动,帮助青少年发现自身特长(如运动、绘画),通过完成“小目标任务”(如参加体育比赛、完成绘画作品)积累成功体验,强化“我有能力应对困难”的积极认知;(4)情绪管理技能培训:教授“情绪温度计”自我监测法,当情绪评分 ≥ 8 分(极端负面)时,采用“深呼吸-情绪命名-合理宣泄”三步法调节,避免情绪失控引发自杀冲动。

3.家庭-学校-社会协同支持模块(每周1次,每次90分钟,监护人、班主任参与):(1)家庭系统干预:通过家庭治疗改善不良亲子互动模式,引导家长避免“指责否定”(如“你真没用”)与“过度保护”,学习“共情倾听”技巧(如“我知道你现在特别痛苦”),共同制定“家庭支持契约”(如固定亲子沟通时间、避免提及敏感话题);(2)学校支持强化:培训班主任成为“心理支持联络员”,定期反馈青少年在校表现,调整教育方式(如对学业压力大的学生减少成绩批评,增加进步鼓励),营造包容的班级氛围;(3)同伴支持小组:组织6-8名无自杀风险的积极青少年组成支持小组,开展“互助游戏”“经验分享”等活动,帮助有自杀倾向的青少年重建人际连接,感受归属感;(4)社会资源链接:为单亲、重组家庭青少年链接社区心理服务资源,提供免费心理咨询与成长辅导,弥补家庭支持不足。

4.全程跟踪与巩固模块:(1)干预效果评估:每4周采用BSSI、ATQ量表评估干预效果,根据结果调整干预重点;(2)预防复发训练:干预后期(12-16周)开展“危机情景模拟”,让青少年在安全环境中演练应对自杀冲动的方法,强化应对技能;(3)长期支持计划:干预结束后建立6个月随访机制,每月1次线上心理支持,预防风险复发。

(三) 观察指标

1.自杀风险:采用BSSI量表评估,评分越高自杀风险越高, < 5 分为低风险。

2.负性认知:采用ATQ量表评估,评分越高负性认知越严重。

3.社会支持:采用SSRS量表评估,评分越高社会支持水平越好。

(四) 研究计数统计

采用SPSS 26.0分析,计量资料(BSSI、ATQ、SSRS评分)以 $(x \pm s)$ 表示,组间比较采用t检验;计数资料(低风险率)以 $[n(\%)]$ 表示,组间比较采用 χ^2 检验。 $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。

二、结果

(一) 两组BSSI、ATQ评分比较

表1 两组干预16周后BSSI、ATQ评分对比

指标	对照组 (n=44)	实验组 (n=44)	t值	P值
BSSI评分 (分, $x \pm s$)	10.56 \pm 2.18	4.23 \pm 1.35	16.892	<0.001
ATQ评分 (分, $x \pm s$)	82.31 \pm 9.57	58.67 \pm 8.24	11.743	<0.001

由表1可知,实验组干预后BSSI、ATQ评分均显著低于对照组, $(P < 0.001)$ 。实验组自杀低风险率86.36%(38/44),对照组为31.82%(14/44),组间差异显著($\chi^2=32.059, P < 0.001$),表明三维干预体系可有效降低自杀风险与负性认知。

(二) 两组SSRS评分比较

表2 两组干预16周后SSRS评分对比

指标	对照组 (n=44)	实验组 (n=44)	t值	P值
SSRS评分 (分, $x \pm s$)	28.91 \pm 4.82	42.58 \pm 5.36	12.658	<0.001

由表2可见,实验组干预后SSRS评分显著高于对照组, $(t=12.658, P < 0.001)$,说明三维干预体系可显著提升青少年社会支持水平。

三、讨论

本研究构建的“风险筛查-认知干预-支持强化”三维心理学干预体系,通过靶向干预自杀风险的关键环节,实现了从“被动应对”到“主动预防”、从“单一干预”到“系统支持”的转型,其显著成效背后是对青少年心理发展规律与自杀风险机制的深度契合。

BSSI评分的大幅降低与高自杀低风险率,核心在于动态风险筛查模块实现了“危机的精准预警与及时干预”。实验组通过每周1次的风险分级评估,建立了青少年的个性化风险档案,如“学业压力大的高中生在考试前风险升高”“单亲家庭初中生在家庭冲突后情绪极端”,这种精准定位使干预能够“提前介入、靶向发力”;急性危机干预则为处于自杀冲动中的青少年提供了“安全缓冲”,安全契约通过“承诺与求助”的双重约束降低了

即时风险，情绪宣泄法释放了极端负面情绪，问题聚焦干预则解决了触发危机的具体事件，避免了“只谈情绪不谈问题”的无效安抚；危机转介机制则构建了“心理干预-医疗干预”的衔接桥梁，确保重度风险青少年得到全方位保障，这与研究证实的“动态风险监测可使青少年自杀未遂率降低60%以上”的结论高度一致^[2]。

ATQ评分显著降低，体现认知重构模块对“负性认知-自杀意念”关联的根本性破解。青少年自杀倾向的核心是负性认知固化——将暂时性挫折视为永久性失败、局部否定扩大为全面自我否定，相关认知链条直接催生自杀意念。实验组通过思维记录表帮助青少年捕捉自动负性思维，明晰“触发事件-自动思维-情绪反应”，实现认知透明化；以苏格拉底式提问引导其自主质疑认知偏差，用具体事实打破负性认知固化；再通过心理韧性训练，让青少年在完成小目标中积累积极认知，逐步替代自我否定。这种“认知-行为-体验”的联动重构，从根本上瓦解了自杀意念的心理基础^[3]。

社会支持水平显著提升，是协同支持模块对“个体-环境”互动关系的正向重塑，也是预防自杀风险复发的关键。青少年自杀倾向的强化源于社会连接断裂，家庭、学校、同伴层面的支持缺失会放大负性认知，形成“认知负性-支持缺失-风险升高”的恶性循环。实验组通过家庭系统干预，让家长学会共情倾听而非指责说教，修复核心支持系统；通过学校支持强化，将班主任转化为一线支持力量，帮助青少年获得校园归属感；同伴支持小组凭借同龄人的理解分享，有效缓解其孤独感与被排斥感；社会资源链接则为弱势家庭青少年提供补充支持，最终形成“家庭核心-学校主导-同伴辅助-社

会补充”的全方位支持网络^[4]。

结论

本研究证实，“风险筛查-认知干预-支持强化”三维心理学干预体系联合常规心理健康教育，在青少年自杀倾向干预中具有显著优势，可有效降低自杀风险等级与负性认知水平，大幅提升社会支持质量，其临床效能远超单纯常规心理教育。该体系通过动态筛查实现危机预警，认知重构破解负性思维，协同支持构建安全网络，形成“风险防控-心理重塑-环境保障”的完整干预链条。在青少年心理健康服务中推广应用，可有效预防自杀危机发生，促进青少年心理韧性发展，符合青少年心理发展规律与自杀风险干预需求，具有极高的临床价值与社会意义。

参考文献

- [1] 吴月红, 王谨敏. β -内啡肽与青少年非自杀性自伤行为关系的研究进展[J]. 中国现代医药杂志, 2024, 26(12): 87-91.
- [2] 郭巧云, 袁勇贵. 青少年非自杀性自伤的心理特征及其心理干预研究进展[J]. 心理学通讯, 2023, 6(4): 225-232.
- [3] 袁睿, 杨燕贻, 王梓懿, 等. 青少年心理韧性与非自杀性自伤行为的关系: 有调节的中介模型[J]. 中国临床心理学杂志, 2024, 32(4): 843-849.
- [4] 常淑莹, 樊富珉, 张红梅, 等. 积极心理学理论的非自杀性自伤青少年团体干预方案构建与应用[J]. 中国健康心理学杂志, 2025(8).