

灾后人员安抚——以创伤后应激障碍为例

兰 岚

重庆师范大学教育科学学院应用心理学重点实验室, 重庆

收稿日期: 2023年12月1日; 录用日期: 2024年1月18日; 发布日期: 2024年1月25日

摘 要

综合近年的灾后人员心理健康问题及治疗的相关研究, 以创伤后应激障碍为例, 对诊断、早期心理干预、治疗方法、创新技术应用及应对策略进行综述, 以期对创伤后应激障碍的预防、诊断及治疗提供参考。

关键词

创伤后应激障碍, 早期干预, 治疗方法, 应对措施

Post-Disaster Reassurance: A Case Study of Post Traumatic Stress Disorder

Lan Lan

Key Laboratory of Applied Psychology, School of Education Science, Chongqing Normal University, Chongqing

Received: Dec. 1st, 2023; accepted: Jan. 18th, 2024; published: Jan. 25th, 2024

Abstract

Based on recent studies on mental health problems and treatment of post-disaster personnel, taking post-traumatic stress disorder as an example, this article reviews the diagnosis, early psychological intervention, treatment methods, innovative technology applications, and coping strategies of post-disaster personnel's psychological health issues and treatment in recent years. The aim is to provide reference for the prevention, diagnosis, and treatment of post-traumatic stress disorder.

Keywords

Post Traumatic Stress Disorder, Early Intervention, Treatment, Countermeasures



1. 灾后心理问题——创伤后应激障碍

人们在生活中总会面对一些突发事件，如果这些突发事件带来很大刺激，人们可能无法接受，甚至表现出强烈的情绪状态，这种情绪状态则被称为应激。每个人的健康状况、性格特点、生活环境以及认知都不同，所以每个人的应激反应和应对方法也各有不同。一些人受到强烈刺激反而会激发无限潜力去做出更好的应对行为，但一些人则会产生消极情绪，甚至做出恐慌行为。强烈的消极情绪还会使个体做出极端行为，从而破坏应急措施，还会导致个体封闭自我，隔绝一切社会关系。

根据调查结果发现，灾害后，灾区人民会感到恐惧，甚至失眠或噩梦连连，严重的还会对事物表现出麻木或精神不集中或者进行极端行为，更甚者还会自杀。这些现象在有的人中还可能持续很长的时间，几十年甚至一生都有可能。吸烟、酗酒、服用镇静药物也是许多灾区人民通常选择的排解内心苦痛的方法。以上现象被精神科医生称为“创伤后应激障碍”(post traumatic stress disorder, PTSD)。“创伤后应激障碍”会使人们再次体验创伤情境(脑海中不停重现创伤事件的场景、再次感到精神痛苦或者生理再次出现应激反应)、一直保持高度的警惕(对声音敏感、容易被吓到、出现入睡困难)、始终保持高度回避(始终回避与创伤情境有关的人、物、环境；对一些活动明显失去兴趣；不愿与外界交往，出现情感冷淡、性格孤僻等情况)、人生观和价值观发生改变，并有显著的功能损害。如果对“创伤后应激障碍”不能即时进行有效的药物和心理治疗，“创伤后应激障碍”会对患者的日常生活甚至是人生产生重大的影响(郑亚楠, 2021)。以多重记忆系统的观点为基础，创伤后应激障碍的双重表征理论(dual representation theory of PTSD, DRT)认为特定加工通路(即视觉加工腹侧通路和背侧通路)在侵入性表象形成和提取中有重要作用。DRT认为，言语任务和视觉空间任务这两种性质不同的竞争性认知任务分别占用了特定加工通路的认知资源，进而影响创伤信息加工和创伤记忆再巩固(王铭, 江光荣, 2016)。

将灾难发生后需要进行心理干预的易感人群分为四类：灾害幸存者：这类易感人群的主要特征是：注意集中困难，容易出现非常夸张的反应，容易被吓到。灾害遇难者家属：在很多遇难者家属心中，虽然灾难结束了，但属于他们的灾难才正式开始。遇难者家属注意力开始难以集中、时常感觉没有希望并觉得麻木、灾难就算不去想也不时出现在脑海里，也会频繁感到头痛、劳累、甚至过敏等。灾害救援人员：救援人员在灾难现场进行了长时间的停留，并与恐怖景象进行了长久持续的接触，救援人员也非常容易形成创伤后应激障碍。最后一类人群：各种途径可以使人们接触到灾难，尤其应该注意幼儿和老人。

2. 创伤后应激障碍的相关研究

有研究对汶川地震后青少年的心理状态进行了为期 10 年的追踪，结果发现影响创伤后心理反应的因素可以分为以下四种：直接诱发因素(如创伤暴露程度)、个体稳定型因素(即关于个体不可改变的因素)、个体状态型因素(如思维)、环境因素(如来自社会支持)(王文超等, 2018)。女性、受教育程度低、有抑郁症以及家庭功能不良都能显著预测癌症儿童家长的 PTSD 症状(史蕾, 2016)。

对退伍军人的研究发现 PTSD 症状与自杀风险呈正相关(McKinney et al., 2017)。可以看出，创伤后应激障碍与多种因素相关。

3. 帮助手段

患者在受灾初期还只是感到震惊，他们还没有恢复情绪和意识，“灾难重现”这个方法对于处于崩

溃边缘的患者没有一定的心理承受能力去进行。“灾难重现”是心理干预的一个重要办法，每一种灾后心理干预几乎在都可以用到它。所以，当患者有足够的心理承受能力后才能进行心理干预。通常来说，灾难发生后，“幸存反应”会出现在幸存者身上，大脑做出防御措施，患者有时会回忆创伤情境，有时又会逃避回忆创伤情境，但是随着时间的逝去，一般来说70%~75%的人会恢复正常走出伤痛。心理咨询师要根据“幸存反应”确定心理介入的时间和程度。

对他们实施心理干预可以通过向这两类人群发放心理测评工具，例如“创伤后应激障碍”自评量表，根据量表的结果筛选高危人群，确定心理干预的人数、范围及干预方法。主要对受灾者进行两方面的评估：评估受灾者的临床表现。方法有心理晤谈，自己的观察，以及简易的心理测验及量表。评估对象是个体的情绪(在受灾情境中情绪如何)、认知(是否过于沉浸受灾情境，记忆是否退化，识别能力是否降低，是否自我否定)、行为(是否退缩，是否依赖他人，是否不能正常学习工作，是否觉得前途黑暗，是否无视他人关心和帮助，是否做出破坏举动)以及躯体(心慌、头痛等)。评估灾难造成的危机的严重程度。包括评估个体有无生命危险，个体有无自杀、有无冲动攻击、或者有无遭遇他杀的可能，以及评估个体是否丧失了基本社会能力，是否逃避或逃离原先所处的环境。

“创伤后应激障碍”的整个治疗过程可能会有很长的一段时间，甚至持续12周。时间和时机的把握对心理危机的干预非常重要，需要在合适的时间给予合适的帮助，心理危机干预不是一两天就能完成，在不同的时间段需要采用不同的干预方法。心理危机干预的时间一般在危机发生后的几个小时、几天或几周进行。各个时间段需要干的事情都是不一样的。有一些种类的创伤后应激障碍在短时间内不会表现，比如延迟性的创伤后应激障碍，它需要随时掌握临床表现以进行干预。人群的不一样，干预的时间也不一样。选择干预时机还要考虑受灾者的严重程度。

4. 治疗方法

对灾后人们的心理干预可以从两方面入手。一方面，从心理援助工作者的角度入手。“助人自助”这一理念应该贯穿整个治疗过程，并在开展心理干预工作中一直坚持。具体情况具体对待，而不是一直死板的用同一种方法，需要分清情形，不能因为一种方法有效就认为它可以解决所有的问题。另一方面，从受灾者自己救助入手。首先，帮助受灾者对自己的情绪要有一个正确的认识，最少就要明白合理的情绪是哪些，而过度的情绪是哪些。其次，帮助受灾者利用一定的空间和时间，了解接受自身的情绪反应，受灾者只要能勇敢面对痛苦，他们也就走向心理康复。反而故意不让他们去谈自身的情绪感受，很有可能起到不好的作用。最后，帮助受灾者自己回到正常的生活中，去合理地安排、重新规划日常生活，从自己能够做到的事情开始，找到对生活的信心和控制感。如果能将这三方好好结合，全方面进行行动，一定能增强灾区群众重建自我的信心和能力。

“痛”和“通”在心理干预中非常重要。“痛”为在灾害中受创伤导致的精神烦恼与心理紊乱，“痛”的表现还有神经症，这是由情绪障碍和人格变态导致，打乱了正常情绪和工作生活，致使心理出现危机，甚至精神崩溃；“通”为精神烦恼和变态行为经过心理干预得到缓解和矫正。心理干预一定要做到“三通”：首先要通晓障碍者痛苦的源头是什么。克服心理不适与情绪障碍的关键是要全面深入地了解；其次是使障碍者分清灾难与现实；最后是打通应激障碍者的症结。这是一个有秩序的过程。心理干预的实施者需要静静倾听不评判对错。具体的步骤是：1、通过倾听通晓应激障碍者的痛苦是什么，并给予适当的方式让障碍者进行宣泄。让障碍者的精神得到解脱，进而提高障碍者面对困难的信心和勇气。心理干预实施者认识患者心理不适与精神障碍的有效途径是宣泄，宣泄增进障碍者和实施者彼此认识，二者能得到有效的情感交流。2、在了解症结的基础上，对痛苦的主客观原因进行全面深入的分析，运用心理治疗技术等方法，帮助障碍者区分灾难与现实，帮助他们回归现实。3、逐步减少高强度干预次数，延长间

隔时间,打通创伤后应激障碍的症结,让障碍者走出痛苦的内心世界,接受事实,并从负性情绪中解脱。

还要激发患者自己的调节能力。患者应该不停采用自我心理疗法重建健康心理,例如清除思绪、“白日梦”法、肌肉放松、自我暗示等。

心理急救是灾难事件发生后心理干预首先考虑使用的办法,它是一种系统化的技术,也是在灾害事故出现后对受害者立即实施的支持性保护措施。心理应急诊断的理论基础是,如果严重的身心功能障碍还没有在灾后幸存者身上出现,经过心理救助者的及时支持与关怀,受灾者早期心理反应就能够获得合理调控,从而促使其短时间和长时间内适应性功能的正常恢复(何立群,张涛,2008)。治疗首先需要与受助者建立理解信任关系,让受助者的心理感到有安全感并且情绪得到放松,然后需要收集受助者的信息,依托心理学技术对他们进行心理救助并教授应激应对技术,最后联系社会支持系统帮助他们。

心理晤谈通过系统的引导受助者谈论应激事件以此来减轻他们的心理压力。它采取的形式主要是结构化小组讨论,在自愿参加的前提下单独或集体进行(马淑琴,田瑞琪,2008)。治疗的基础是让受助者相互支持和安慰,在认知和情感上淡化创伤经历。“晤谈理想时间”是“灾难发生后24~48小时”,若超过这段时间效果就会不理想(潘光花,2013)。治疗首先需要向受助者明确目标和程序,再让受助者讲述自己经历的事件并描述感受、反应以及身心症状,此时救助者需要向受助者解释其身心反应是正常的,并提供应激应对策略,最后对于无法帮助的受助者需要建议转到其他服务机构。

虚拟现实暴露疗法(virtual reality-based exposure therapy, VRET)将个体暴露在可能引发创伤记忆的安全环境中。在这个过程中,个体需要变得习惯并提高他们适应和容忍能力。由创伤性记忆引起的恐惧和痛苦逐渐减少,恐惧图式得到改变,恐惧的泛化也得到了减少。它结合了虚拟现实技术的想象性、交互性、沉浸感三大特点。治疗过程中,患者通过设备传递的视觉、听觉和各种感觉信息构建的虚拟情境,更加容易“进入”暴露环境,从而达到治疗效果。对接受虚拟现实暴露疗法及传统治疗或等待组的创伤后应激障碍患者的随机对照实验进行Meta分析,相较于传统暴露疗法及等待治疗,发现VRET能有效改善创伤后应激障碍患者的创伤症状严重程度。VRET可复刻不可控的暴露因素(例如自然灾害、飞行恐惧等),降低暴露过程的时间成本和空间成本,且有效帮助患者克服参与传统疗法过程中对创伤记忆的回避,同时中途退出率相较于传统疗法也相对更低(徐书琦等,2021)。

认知行为疗法(Cognitive behavior therapy, CBT)是一种基础疗法,包括认知技术和行为技术。CBT强调认知、行为、情绪和生理因素相互作用,通过认知和行为治疗等技术,个体可以改变其非适应性的思维和行为模式,减少情绪和行为失调,并实现精神症状和非适应性认知和行为模式的改善(焦凯丽等,2019)。它主要针对受助者在创伤后的自我评价,帮助病人控制异常的想法与行为。许多研究发现,CBT对创伤早期的急性应激障碍有很好的治疗效果(杜建政,夏冰丽,2009)。

眼动脱敏再加工疗法(Eye Movement Desensitization and Reprocessing, EMDR)的基础是暴露疗法,主要通过视觉、听觉以及触觉上的感官刺激,促进大脑内神经系统积极运作,将患者负面的、沉重的创伤性记忆转化为适应性、正常记忆,使个体重构创伤事件以及对负性认知进行再加工。EMDR虽然具有见效快、易操作、治疗次数少的优点,但还是一直存在争议。眼动脱敏再加工疗法能有效降低患者的创伤后应激障碍症状,特别是在创伤后应激障碍易激惹症状改善方面显示出优越性。治疗首先需要对受助者进行病史检验和评估,根据检验评估结果制定治疗目标,再帮助受助者掌握应对情绪波动的放松技术,以及操作用眼逐步消除创伤体验并向受助者传授正确的观念,用新而正确的观念对抗创伤经验,最后治疗结束后向受助者说明预后情况并对治疗目标和疗效进行评估。

5. 心理危机干预工作的问题

与在心理咨询室进行的传统咨询相比,受灾地情况困难复杂,对受灾人员开展早期干预很难,因为

心理咨询师对受灾者的了解很少。心理干预人员也是远远不够的，甚至有些还缺乏相关的咨询经历。心理问题具有复杂性和持续性，需要长久的时间恢复，但大多数心理干预人员是临时的，救援工作结束后就会离去，无法提供长期帮助，降低心理干预的效果。而且中国的大多数心理干预是在国外研究的基础上进行的，但国内外的基本国情、文化背景不同，出现水土不服的情况。符合中国国情的理论创新和技术研究缺少，没有形成符合中国国情的系统化的援助办法。

6. 改进方向

我国心理危机干预的现状是起步晚，缺乏相关研究，没有成套研究体系，研究方法不成熟。因此，我们科学技术研究需要进一步展开，拓展多方面相结合的互动模式，从多样的方式方法开展理论与实践相结合的探索，找到解决方法，为心理干预提供科学支撑。要加强心理危机干预的专业研究，加强人才培养，组建专业队伍，重视基层心理救援工作站建设。

参考文献

- 杜建政, 夏冰丽(2009). 急性应激障碍(ASD)研究述评. *心理科学进展*, 17(3), 482-488.
- 何立群, 张涛(2008). 震后早期心理辅导探讨. *西南交通大学学报(社会科学版)*, (4), 28-34.
- 焦凯丽, 王纯, 张宁(2018). 创伤后应激障碍的认知行为治疗. *四川精神卫生*, 31(2), 97-100.
- 马淑琴, 田瑞琪(2008). 团体心理辅导在灾后心理援助中的具体应用. *西南交通大学学报(社会科学版)*, (4), 19-23.
- 潘光花(2013). 灾后心理危机干预技术研究. *实用预防医学*, (7), 896-897.
- 史蕾(2016). *癌症儿童家长心理创伤模型的建构研究*. 硕士学位论文, 广州: 南方医科大学.
- 王铭, 江光荣(2016). 创伤后应激障碍的双重表征理论及其检验. *心理科学进展*, 24(5), 753-764.
- 王文超, 伍新春, 周宵(2018). 青少年创伤后应激障碍和创伤后成长的状况与影响因素——汶川地震后的 10 年探索. *北京师范大学学报(社会科学版)*, (2), 51-63.
- 徐书琦, 万瑾凌, 王学义, 王冉(2021). 虚拟现实暴露疗法治疗创伤后应激障碍的 meta 分析. *中国心理卫生杂志*, 35(9), 745-750.
- 郑亚楠(2021). 加强灾后心理援助不容忽视. *协商论坛*, (8), 49.
- McKinney, J. M., Hirscha, J. K., & Brittonb, P. C. (2017). PTSD Symptoms and Suicide Risk in Veterans: Serial Indirect Effects via Depression and Anger. *Journal of Affective Disorders*, 214, 100-107.
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.03.008>