

# 地震后儿童创伤后应激障碍的症状及其治疗

刘贵浩, 郭 丽

(中山大学公共卫生学院, 广东 广州 510080)

**摘 要:** 地震灾害作为一种心理应激源与身心健康的关系早已引起了人们的广泛关注。在汶川大地震发生后, 本文作者在广东省心理卫生协会心理咨询师专业委员会的组织下, 赴四川什邡妇幼保健院进行了为期 20 d 的儿童心理干预, 亲身感受到经历地震灾害后的儿童产生了不同程度的创伤心理应激反应。纵观国内外有关儿童创伤后应激障碍的研究, 此类儿童若得不到及时诊断与治疗, 必然会导致长远的负面影响, 有的到成年期甚至终生伴有一系列的心理障碍。因此, 对创伤后应激障碍的儿童及时诊断并实施心理咨询和治疗显得尤为重要。本文结合自身赴川进行心理干预的体验对地震后儿童创伤后应激障碍的流行病学、症状表现及其治疗进行概述。

**关键词:** 地震; 儿童; 创伤后应激障碍

中图分类号: R74

文献标识码: A

文章编号: 1672-3554(2008)06-0649-05

## Symptoms and Treatment of Children Post-traumatic Stress Disorder after Earthquake

LIU Gui-hao, GUO Li

(School of Public Health, SUN Yat-sen University, Guangzhou 510080, China)

**Abstract:** Earthquake as a source of psychological stress, its relationship with physical and mental health attracted wide attention. After Wenchuan earthquake, the authors went to Sichuan Shifang Maternal and Child Health Care Hospital organized by Guangdong Province Mental Health Association of Professional Psychological Consultant Committee, and carried out a 20-day psychological intervention treatment for the children. The authors found that these children had varying degrees of psychological trauma stress. After a panoramic view of children post-traumatic stress disorder research at home and abroad, if these children have no access to diagnosis and treatment might lead to long-term negative effects, and some even grow up to adulthood with a series of life-long mental disorders. As a result, it is especially important for children with post-traumatic stress disorder to diagnose in a timely manner and to give implementation of psychological counseling and treatment. In this paper, the authors conducted their own psychological experience and reviewed the epidemiology, symptoms, and treatment of the children with post-traumatic stress disorder after earthquake.

**Key words:** earthquake; children; post-traumatic stress disorder

[J SUN Yat-sen Univ(Med Sci), 2008, 29(6):649-653]

人的心理活动包括感知、情感和意志行为等相互影响的各部分, 是统一协调活动的有机整体。当遇到强烈威胁或巨大灾难时必然会打破原有的平衡状态。2008 年 5 月 12 日中国汶川发生里氏 8.0 级地震, 作为一种巨大的自然灾害, 在对人们的生命和躯体带来直接伤害的同时, 也给人们的

心理、精神造成严重创伤, 导致一系列负面效应, 其中创伤后应激障碍最为常见。创伤后应激障碍 (posttraumatic stress disorder, PTSD) 是指遭受强烈的威胁性、灾难性心理创伤, 导致延迟出现和长期持续性的精神障碍, 以反复重现创伤性体验, 持续的警觉性增高, 持续的回避为特征性临床表现<sup>[1]</sup>。

收稿日期: 2008-10-06

作者简介: 刘贵浩 (1984-), 男, 山东临沂人, 在读硕士研究生, 主要研究方向为儿童青少年心理卫生、心理咨询与治疗, E-mail: liugh424@163.com; 郭丽, 通讯作者, E-mail: guoli@mail.sysu.edu.cn

简而言之, PTSD 是一种创伤后心理失衡状态。随着时间的推移, 相当比例的创伤后应激障碍患者的症状会逐渐缓解, 少数患者的创伤状态会渗透进其认知模式和行为模式, 产生长远的负面影响, 可持续数年甚至延续终生, 尤其是儿童经历的精神创伤可引起诸多心理变化, 有的到成年期可导致一系列的心理障碍。与许多其他疾病一样, 儿童 PTSD 的研究也远远落后于成年人, 因此人们对儿童 PTSD 的认识就更为有限<sup>[2]</sup>。鉴于此, 本文结合自身赴川进行心理干预的体会对震后儿童 PTSD 的流行病学、症状表现及治疗方面的研究现状进行概述。

## 1 震后儿童 PTSD 的流行病学

PTSD 在一般群体中的终生患病率大约为 1% ~ 14%, 高危人群患病率为 3% ~ 58%<sup>[3-4]</sup>。Pynoss 等<sup>[5]</sup>报告, 亚美尼亚地震后 1.5 年, 对 231 名 8 ~ 16 岁青少年进行调查研究, 发现 PTSD (DSM-III-R, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) 发生率为 69%; 赵丞智等<sup>[6]</sup>对受灾青少年的研究发现, 地震后 17 个月, 青少年 PTSD (DSM-IV) 发生率为 9.4%; 张本等的研究表明<sup>[7]</sup>, 唐山大地震后 22 年孤儿心理创伤后应激障碍的现患率高达 23%; 汪向东等对张北地震受灾人群的调查表明, 急性应激障碍 (acute stress disorder, ASD) 的发病率为 6.1%, 3 个月内 PTSD 的发生率为 18.8%, 震后 3 个月的患病率为 7.2%<sup>[1]</sup>。患创伤后应激障碍的儿童有 50% ~ 75% 症状会延续到成年<sup>[8]</sup>。本次汶川大地震后, 关念红、王相兰等<sup>[9-10]</sup>调查得到当地和异地治疗病人 PTSD 分别为 14.1% 和 16.22%, 其中有儿童病人, 但未能单独计算儿童 PTSD。从现有文献来看, 地震后儿童创伤后应激障碍的发生率相当不一致, 差异比较大。这可能与地震强度、文化背景的差异、研究时间的不同、取样不同以及使用不同的 PTSD 诊断工具等因素有关<sup>[11]</sup>。

## 2 震后儿童 PTSD 的症状表现

PTSD 症状往往在创伤后立即出现, 若症状在 3 月内逐渐消失, 称为急性 PTSD, 超过 3 月以上仍未消失, 则称为慢性 PTSD。令人担忧的是, 慢性

PTSD 若是处理不当, 将可能持续数年或数十年, 甚至影响受创者的一生。此外, 还需注意的是, 部分患者的症状并非一开始就会显现, 有时会在受创半年或更长的时间后症状才开始出现。

PTSD 的症状主要有<sup>[2, 12]</sup>: ①反复重现创伤性的体验, 即对创伤事件的重复体验或梦魇。尽管患者对经历的事件极不愿想起, 但却不自觉的反复回忆当时的痛苦体验, 或反复发生错觉、幻觉, 形成创伤事件重演的生动体验 (如“闪回”即“flash back”)。②回避与创伤事件有关的活动。主要以社会生活退缩症状为主, 患者努力回避能唤起创伤的一切活动或处境, 如与旁人疏远, 与亲人的感情变得淡漠, 对未来失去希望, 觉得活着没有意义等。③持续的警觉性增高。常伴有神经兴奋、对细小的事情过分敏感、注意力集中困难、失眠或易惊醒、激惹性增高、焦虑、抑郁、自杀倾向等表现, 也可引起人格改变。

但是, 儿童与成人的临床表现不完全相同, 且年龄愈大, 重现创伤体验和易激惹症状也越明显。成人大多主诉与创伤有关的噩梦、梦魇; 儿童由于大脑语言表达、词汇等功能发育尚不成熟等因素的限制常常无法叙述清楚噩梦的内容, 时常从噩梦中惊醒、在梦中尖叫, 也可主诉头痛、胃肠不适等躯体症状<sup>[13]</sup>。Wilfred 认为儿童重复玩某种游戏是闪回或闯入性思维的表现之一<sup>[8]</sup>。

Catherine 认为不同年龄阶段的儿童, 其 PTSD 的反应分别为: 学前儿童的反应: 急躁、呆滞、睡眠失调与畏惧夜晚、发展退化、粘人; 学龄儿童的反应: 拒绝上学、在家或学校出现攻击行为、在同伴中退缩、注意力下降、成绩下降、胃痛、头痛、害怕睡觉、粘人; 前青少年期与青少年期的反应: 自我伤害的行为、有自杀的念头、问题行为、分离症状、丧失现实感、物质滥用<sup>[2]</sup>。赵丞智等<sup>[6]</sup>研究指出, 患有 PTSD 的青少年出现频率较高的症状有: 重现创伤感受、警觉性过高、强烈的生理反应、强烈的心理痛苦和烦恼及反复闯入的痛苦回忆, 出现较少的症状是情感麻木与回避。而作者赴川进行儿童心理干预过程中最常见到的创伤反应有: 伴有创伤体验的噩梦、粘人 (尤其是父母及与其亲近的人员)、表现出与年龄不相称的退缩行为、害怕黑夜、易激惹等。

值得注意的是, 目前 PTSD 还没有一个完全统一的诊断系统, 而且儿童的症状常常不完整, 有些

病例呈慢性过程,全部症状出现得较晚,这势必会阻碍儿童日后独立性和自主性等健康心理的发展。因此,注意询问所有三组症状群,并在即使症状不完全符合诊断标准时就考虑给予治疗就显得十分重要。

### 3 震后儿童 PTSD 的治疗

PTSD 的首选治疗尚无一致意见,比较肯定的是心理治疗合并药物治疗的效果更佳。对各种应激障碍,心理治疗至为重要。个体对心理社会应激源的估价和认识,与反应的强度及持续程度颇有联系,随着时过境迁,应该淡化消除,如应激过程持续下去,应求助于心理咨询或精神科医生<sup>[14-15]</sup>。

#### 3.1 药物治疗

在儿童 PTSD 的症状不易缓解时,药物治疗可作为一种辅助手段。是否用药、用什么药以及用多长时间取决于特殊症状和疾病阶段。在选择药物时还应考虑其共患疾病。

最近的药物治疗主要集中在选择性 5-羟色胺再摄取抑制 (serotonin-selective reuptake inhibitor, SSRI)类抗抑郁药物,舍曲林是第一个由 FDA 批准的治疗 PTSD 和其导致的慢性疾病状态的药物,其他 SSRI 包括帕罗西汀、氟西汀等。SSRI 治疗不仅能改善 PTSD 症状影响的总体功能,而且对 PTSD 的共患疾病和相关症状也有治疗作用,在疗效和安全性方面被认为是最理想的 PTSD 治疗药物<sup>[12,16]</sup>。

国外近年的研究表明,苯二氮草类药物起效快,应激早期应用可预防 PTSD 的发生<sup>[12]</sup>,但有的研究认为,PTSD 患者应避免或慎用苯二氮草类,随机双盲试验发现慢性 PTSD 患者与安慰剂组比较,阿普唑仑(佳静安定)无明显效果,创伤性事件后立即用阿普唑仑或氯肖西洋与安慰剂组比较也无效果<sup>[17]</sup>。国内有关 PTSD 的药物研究报道较少,李忠义做了 1 项中西药联合治疗 PTSD 的对照研究,对 62 例 PTSD 患者进行了为期 12 周的治疗研究,结果发现阿米替林合并滋阴安神的中药煎剂治疗 PTSD 疗效好,起效快,不良反应少,依从性好<sup>[12]</sup>。

由于各种药物的作用机制不同,所作用的症状群也不同,一种治疗无效可选用其他药物治疗,并给予合适的疗程和剂量。PTSD 对药物治疗起效是相对较慢的,治疗 2 周无效,不能说明该药物无效,4 周时只有 50% 有效,8 周或更长的疗程才更

能体现药物的真正疗效,甚至更长的疗程才能获得最佳疗效<sup>[18]</sup>。如果一种药物有显著疗效,应至少维持 12 个月以上,直到痊愈。当治疗的不良反应已较严重时,应考虑停用。

#### 3.2 心理治疗

3.2.1 认知-行为治疗 认知-行为治疗(cognitive-behavioral therapy, CBT)是最常用的心理治疗方法,对成人 PTSD 的治疗效果有大量严格的控制研究。但时至今日,只有很少的关于儿童 PTSD 的研究<sup>[19]</sup>。Perrin 认为<sup>[20]</sup>经过评估与家长、孩子的治疗联盟后,治疗可以分成四个部分:①教育和目标设定。向父母和儿童提供关于创伤对个人各方面影响的信息,重点放在使儿童的反应正常化上;在咨询师、儿童、父母相互同意的基础上建立清晰地目标。②发展应对技能。训练儿童识别焦虑的“触发器”以增加他们的控制感和减少回避行为,但不应在儿童相应的替代应付机制建立之前鼓励儿童停止所有的回避策略,此时应教给儿童多种应付技能(如放松、积极的自我对话、问题解决等)。③暴露。CBT 的核心是应用想象的或可视化的暴露来促进创伤记忆的情感平息,在安全、信任的环境中治疗者帮助儿童回忆创伤事件和重新经历所有相关的想法和情感,通过这种方式痛苦能被控制而不是被放大。④结束和再次干预。当治疗接近结束时,治疗师应要求儿童确定在治疗中学到了什么和描述他们将怎样应付未来日子里出现的创伤唤起以及任何长期的影响。另外,Metin 等<sup>[21]</sup>进行的一项随机等待列表对照临床试验表明,修订后的主要涉及自我暴露的简版行为治疗对大部分灾难幸存者来说是一项非常有用和有效地干预。

对儿童 PTSD 的 CBT 治疗,主要建立在经典条件反射和操作条件反射与焦虑的认知模型相结合的基础上,认知理论结合学习理论可解释为什么感受的威胁比实际存在的威胁更容易触发 PTSD。鉴于此,在作者赴川进行儿童心理干预时,与德国专家一起和孩子们玩“生命线”游戏:先在地上画一条线(代表人的整个生命历程),要求孩子用鲜花(代表过去拥有的快乐)和石子(代表过去所有的悲伤)放在这条线上,然后回顾总结自己已经走过的人生。并让孩子们懂得此次地震只是人生中的一个悲伤事件,还有很多很多快乐的经历。这种治疗的目的是减少孩子们的创伤反应,发展积极的应对技能,增加个人的控制感和保持良

好的状态。

3.2.2 暴露治疗 暴露治疗要求患儿集中描述创伤体验的细节和创伤事件中对其影响最大的方面,在描述的时候就如创伤事件正在发生一样。梦也是一种暴露治疗,有关创伤体验或重复创伤体验的噩梦是 PTSD 中主要的、令人烦恼的症状,它可加重 PTSD 的病情。噩梦的出现可延续创伤和干扰睡眠,而其他形式的梦可作为治疗性质的暴露,在这种情况下可以帮助做梦者从创伤中恢复<sup>[16]</sup>。

3.2.3 集体治疗 当较多儿童遭遇创伤时,常使用集体治疗方法。它可使受害者认识症状,对病程与年龄进行相适当的合理解释。与遭遇相同或相似经历的同伴共同分担体验可消除患儿的疑虑,也为从帮助别人过程中获得满足提供了机会。同时也可识别出需要个别强化帮助的儿童。集体治疗也有不利因素,并非所有的儿童在集体中都感到轻松自在,集体治疗可通过对自己或别人经历的再次体验,而有使儿童再受创伤的潜在危险。儿童的愤怒和攻击言行可能对别人产生负面影响,而且在完整检查之前也可能采用别人并不成熟的应对方式。如出现这种情况则需个别治疗。

3.2.4 精神动力学治疗 Horowitz 提出了应激反应的 3 个阶段:①初始阶段,主要是对事件感到痛苦,和强烈的愤怒、悲伤。②否认阶段,作为对创伤性事件闯入记忆的防御,受害者表现对事件的记忆受损或对使人想起事件的情景或物品注意力下降,使用幻想抵消对现实事件的感知。③闯入阶段,有过度警觉,加强的惊跳反应,睡眠障碍,闯入的和反复的与创伤相关的想法。如果这些阶段没有得到很好的疏通,会发展为 PTSD。Horowitz 提出一个简短的精神动力学治疗模型,治疗针对患者的适应阶段,特别是针对否认阶段和闯入阶段。有效的治疗依赖于对创伤事件的重新解释、改变破坏性的归因方式和发展更现实的解释<sup>[16]</sup>。

3.2.5 眼动脱敏与再加工 眼动脱敏与再加工(Eye Movement Desensitization and Reprocessing, EMDR)是一种针对 PTSD 的心理治疗,目前已有 16 项随机临床试验为其提供了理论支持,并且被美国精神卫生协会重点推荐。EMDR 并不需要患者口头揭露创伤经历的细节或者在治疗阶段完成家庭作业,它要求患者双目睁开,眼睛跟着治疗者的手指方向两侧快速移动,与此同时,要求患者想象看到创伤时的情景,同时有与创伤相关的认知

和情感的言化,伴有持续的眼扫视运动。Shapiro 提出 EMDR 加速了信息处理,导致了创伤性记忆的适应性解决,其提出在 EMDR 治疗中产生了一种神经生物状态,这与快速动眼相睡眠很类似,这种状态可减轻由海马调节的关于创伤性事件的记忆发作强度,同时也可减轻相关的记忆和负性情感。EMDR 和催眠治疗整合在一起可加强自我强度和加速治疗性的改变<sup>[16,22]</sup>。

最好的心理治疗是认知治疗合并行为治疗,而精神动力学治疗、对焦虑的处理和集体治疗也可产生短期的症状减轻。想象中的对创伤记忆的暴露更多影响 PTSD 的闯入症状,认知和精神动力学方法对情感麻木和回避症状有良好作用,而 EMDR 也正越来越受到人们的关注。

### 3.3 积极的社会支持

研究证实应激性事件的强度不是 PTSD 发生的决定性因素,只是 PTSD 发生的影响因素之一。而某些干预可能是有害的,最好的干预是提供良好的社会支持:患者及其家属应当获取信息和支持,用以鉴别异常症状和无效干预;临床医生在其自然恢复的过程中既可不予干预,也不能过度干预,而且为了及时发现有共患疾病风险的患者必须进行随访。这种干预策略可能比服用苯二氮草类药物或进行单项心理干预更加有效<sup>[23]</sup>。这就提示我们,良好的社会支持(包括家庭、学校、社区、自助团体等)在 PTSD 的治疗中显得十分必要。

社会支持干预系统中,家庭支持治疗效果最为显著,治疗者应当正确评估当事人的家庭支持能力,并帮助其强化这些能力,以减少儿童无理性的恐惧。学校是促使创伤儿童康复,将症状减少到最低程度且适应儿童发育水平的合适环境,因此,学校干预也显得特别重要。回顾作者赴川时作为一个志愿者团体,为了缓解孩子们震后的创伤反应与体验,开展了折纸、绘画、音乐、捏橡皮泥、手工制作以及一些简便有趣地团体游戏等活动。在活动进展中,孩子们逐渐变得活泼好动,能够开放自己,能与他人建立亲密感,一些症状也逐渐缓解。这种寓治疗于游戏活动的做法作为一种社会支持也是非常有益的。

## 4 小 结

创伤后应激障碍(PTSD)自 1980 年在美国精

神障碍诊断与统计手册(DSM-Ⅲ)中首次引入后,就成为心理学研究的焦点之一,迄今也积累了相当丰富的资料。有关儿童 PTSD 的研究取得了不少进展,但是许多学者的研究结果不尽一致甚至相互矛盾,而且 PTSD 这一诊断概念本身也在不断地变化与更新,其诊断标准得到了不断地修订与扩充,如 1987 年的 DSM-Ⅲ-R(第 3 版修订本)和 1994 年的 DSM-Ⅳ。中国精神障碍诊断与分类标准第 3 版(CCMD-Ⅲ)用创伤后应激障碍替换了 CCMD-2-R 的延迟性应激障碍,在症状标准方面与 DSM-Ⅳ 大致对应,但时间标准不尽相同。

国外在儿童 PTSD 干预方面进展较快,我国在儿童 PTSD 的干预研究方面仍处于初步阶段,缺乏系统的专业训练,干预模式大多是借鉴国外的现有模式,少有根据国内实际情况、结合儿童自身发展的特点而制定的具有可操作性的干预模式,应用过程中难免会出现差错。因此,如何在理论上把握 PTSD 的本质、编制一些信效度较好的且使儿童感兴趣的诊断量表,以及怎样评估各种治疗方法的疗效并建立符合我国实际的儿童 PTSD 干预模式,这些都是迫切需要解决的问题。

#### 参考文献:

- [1] 张义,党海红.创伤后应激障碍社会心理学危险因素[J].临床心身疾病杂志,2008,14(2):186-192.
- [2] 李成齐.儿童创伤后应激障碍的症状表现与干预策略[J].中国特殊教育,2006,6:88-91.
- [3] 贾福军.儿童创伤后应激障碍研究现状[J].中原精神医学学刊,2000,6(2):122-125.
- [4] 代娟,张定梅,陆家海.地震后预防传染病流行的策略[J].中山大学学报:医学科学版,2008,29(5):506-511.
- [5] Goenjian AK, Najarian LM, Pynoos RS, et al. Posttraumatic stress disorder in elderly and younger adults after the 1988 earthquake in Armenia[J]. Am J Psychiatry, 1994,151(6):895-901.
- [6] 赵丞智,李俊福,王明山,等.地震后 17 个月 PTSD 及其相关因素[J].中国心理卫生杂志,2001,15(3):145-147.
- [7] 张本,王学义,孙贺祥,等.唐山大地震所致孤儿心理创伤后应激障碍的调查[J].中华精神科杂志,2000,33(2):111-114.
- [8] Lamberg L. Psychiatrists explore legacy of traumatic stress in early life[J]. JAMA, 2001,286(5):523-526.
- [9] 关念红,王昆,魏钦令,等.汶川地震异地治疗伤员创伤后应激症状及影响因素分析[J].中山大学学报:医学科学版,2008,29(4):361-366.
- [10] 王相兰,陶炯,温盛霖,等.汶川地震灾民的心理健康状况及影响因素[J].中山大学学报:医学科学版,2008,29(4):367-371.
- [11] Metin B, Cengiz K, Ebru S, et al. Prevalence of posttraumatic stress disorder and comorbid depression in earthquake survivors in Turkey: an epidemiological study[J]. J Traumatic Stress, 2004,17(2):133-141.
- [12] 王志阳,汤月芬,施慎逊.创伤后应激障碍国内研究现状[J].上海精神医学,2006,18(6):372-374.
- [13] 秦虹云,季建林. PTSD 及其危机干预[J].中国心理卫生杂志,2003,17(9):614-616.
- [14] Khouzam HR, Donnelly NJ. Posttraumatic stress disorder, safe, effective management in the primary care setting[J]. Postgrad Med, 2001,110(5):60-78.
- [15] Celano M, Rothbaum BO. Psychotherapeutic approaches with survivors of childhood trauma[J]. Semin Clin Neuropsychiatry, 2002,7(2):120-128.
- [16] 王丽颖,杨蕴萍.创伤后应激障碍的研究进展(二)[J].国外医学精神病学分册,2004,31(2):112-115.
- [17] 何跃,张洪涛.创伤后应激障碍的心理学效应和心理康复[J].中国临床康复,2003,7(16):2346-2347.
- [18] 刘庆海,王贵山.创伤后应激障碍的治疗进展[J].国外医学精神病学分册,2003,30(3):191-192.
- [19] Michael SS, Alison S, Ruth AA, et al. Feasibility and effectiveness of cognitive-behavioral therapy for posttraumatic stress disorder in preschool children: two case reports[J]. J Traumatic Stress, 2007, 20(4):631-636.
- [20] Perrin S, Smith P, Yule W. Practitioner review: the assessment and treatment of post-traumatic stress disorder in children and adolescents[J]. J Child Psychol Psychiat, 2000,41(3):277-289.
- [21] Metin B, Ebru S, Maria L, et al. Single-session behavioral treatment of earthquake-related post-traumatic stress disorder: a randomized waiting list controlled trial[J]. J Traumatic Stress, 2005,18(1):1-11.
- [22] Konuk E, Knipe J, Eke I, et al. The effects of eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) therapy on posttraumatic stress disorder in survivors of the 1999 Marmara, Turkey, earthquake[J]. Int J Stress Manag, 2006,13(3):291-308.
- [23] Zohar J, Juven-Wetzler A, Myers V, et al. Post-traumatic stress disorder: facts and fiction[J]. Curr Opin Psychiatry, 2008,21(1):74-77.