

有关创伤后应激障碍的研究综述与展望

金星星

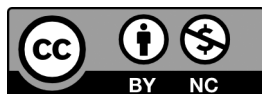
新疆师范大学，乌鲁木齐

摘要 | 创伤后应激障碍（Post-traumatic stress disorder, PTSD）是指机体在遭遇异乎寻常的威胁或灾难后延迟出现并长期持续的精神障碍，其临床表现以病理性重现、持续的警觉性增高、持续的回避、对创伤性经历的选择性遗忘为主要特征。创伤后应激障碍病程迁延，严重影响患者的心理和社会功能。在竞争日益激烈的现代社会，突发性应激事件日趋增多，PTSD 的发生呈明显的上升趋势。因此，如何防治 PTSD 的发生，特别是如何预防 PTSD 的发生，显得尤为重要。本文重点介绍了创伤后应激障碍的心理学机制、创伤后应激障碍的治疗以及研究展望。

关键词 | 创伤后应激障碍；治疗；机制

Copyright © 2023 by author (s) and SciScan Publishing Limited

This article is licensed under a [Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/). <https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>



1 引言

20 世纪 70 年代越南战争后，美国反对战争的精神病专家们认为，许多退伍军人在返回家后长时间遭受严重的应激症状。还有的是在恢复平民生活之初显得调整得较好，但在几个月或几年后会发展为延迟性的应激症状。因为当时还没有慢性或延迟性应激症状的诊断系统存在，在这些精神病专家们的提议下，即将在 1980 年出版的《精神疾病诊断和统计手册》第三版（DSM-III）通过了“越战后综合症”的诊断标准。他们认为，这场战争的一些特征，例如：关于敌军及其残暴行为很难向朋友们描述、战争目标的不清晰性，都很可能引起长期持续的精神疾病。DSM-III 的编写者们不愿意使一个诊断标准专门地与一个历史事件相联系，但是退伍军人的倡议者们说同样的应激症状也出现在其他创伤性事件的幸存者中，诸如：强奸、自然灾害或在集中营中的监禁。最终将创伤后应激障碍（Post-traumatic stress disorder, PTSD）列为一个正式诊断名称，对 PTSD 的定义中包含了共同的创伤症状，它把 PTSD 界定为：对几乎所有人都能造成巨大悲伤的应激源出现时的反应综合症^[1]。2000 年，《精神疾病诊断和统计手

册》第四版（DSM-IV）中创伤后应激障碍的定义被更新为经历异乎寻常的威胁性或灾难性应激事件（情境）而导致延迟出现和长期存在的精神障碍^[2]。与第三版相比，这一定义补充了 PTSD 发生的时间特点。PTSD 通常在遭受创伤数日、数周甚至数月后才出现，且症状持续时间视患者状况不同而有所差异，短则一月，长则达数年之久。

PTSD 严重损害个体的身体、心理和社会功能，甚至威胁到个体的生存。有研究显示，1/3 的患者终生不愈且丧失劳动能力，1/2 的患者常伴有抑郁和焦虑等情绪障碍并有药物和酒精滥用行为，更为严重的是，PTSD 患者的自杀率是普通人群的 5 倍^[3]。儿童期创伤由于常被忽略而缺乏干预，会导致长大后 PTSD 的重复出现或产生成人期的心理问题，如焦虑症、边缘型人格障碍、多重人格等^[4]。因此，如何防治 PTSD 的发生，特别是如何预防 PTSD 的发生，显得尤为重要。本文重点介绍了创伤后应激障碍的心理学机制、创伤后应激障碍的治疗以及研究展望。

2 创伤性后激障碍的临床表现

重复体验：创伤性体验的重复体验是指创伤性事件反复地、侵入性地在患者头脑中重现，也称为闪回（Flash Back）。该症状持续时间从数秒到几天不等，把患者完全带回到创伤性事件发生的情境中，与情境相关的痛苦、恐惧等各种负性情绪也随之重现。

持续的回避：持续性回避症状是 PTSD 的核心特征。在创伤事件后，患者持续回避与创伤相关的各种因素，如与创伤相关的具体场景、情境、想法、感受等。患者对负性刺激回避过度会导致分离症状。分离是由于个体意识和记忆正常联结过程的隔阂而对创伤经历保持无意识的一种机制，是个体试图远离创伤而进行自我保护的表现。

认知和心境的消极改变：在遭遇创伤性事件后，许多患者出现了认知和心境方面的消极改变。他们对任何事情都失去了兴趣，对别人的爱和关心也无动于衷，对未来感到心灰意冷。严重时甚至万念俱灰以至于出现自杀倾向。

过度警觉：PTSD 患者会出现持续性过度警觉症状，如难以入睡或易醒、易受惊吓、易发怒、易激惹、注意力难以集中等。过度警觉通常还会伴有自主神经症状，如心慌，气短等。另外，儿童 PTSD 的临床表现与成人不尽相同。Yule（2001）认为儿童会出现解离式的重现经验、睡眠困扰、噩梦、焦躁易生气、对特定事物的害怕、语言表达困难、注意力涣散与记忆困难。儿童受到大脑功能不成熟、语言表达能力不足等因素的制约，常常不能清楚地描述自己的体验。成人可以通过儿童某些不寻常的表现来评估 PTSD，如时常从噩梦中惊醒、在噩梦中尖叫；时常出现头痛、胃肠不适等躯体症状；常常重复玩某种消极的游戏（这是闪回或闯入性回忆的表现）等^[5]。

3 创伤后应激障碍的心理学机制

3.1 精神分析理论

弗洛伊德认为，持续的创伤反应反映了创伤事件与童年时期被压抑的冲突之间的一种联系，并且表现为个体努力防止在意识上觉知这些事件。遭受的创伤愈强烈，一个人愈加无法从意识上表达它，而个

体的无准备性又导致了这些刺激对机体防御机制的冲击和破坏。埃里克森则认为, 创伤摧毁了个体的安全感, 其持续时间的长短受重新认知和理解创伤所需时间的制约。假如个体能有效地将创伤在意识中整合、认知和重构, 积极回归现实生活, 心理危机就能得以解决。现代精神分析理论认为, 受创伤者的发展水平和可利用的自我资源, 对于他或她体验创伤的方式以及会产生哪些症状都非常关键。

3.2 认知理论

认知理论认为个体在头脑中存在一套关于整个世界和社会的模型及信念, 诸如: 死亡和疾病不会轻易降临在自己头上; 自身在社会中的地位不可动摇; 自己有能力实现生活目标等^[6]。然而, 创伤经历所提供的信息与这些模型和信念不一致, 因此个体试图同化这些与预存模型不一致的新信息。当新的信息整合进已存在的模型, 则产生成功的信息加工; 若整合不成功, 则会导致病理性创伤后反应, 即 PTSD。认知理论对 PTSD 的解释又有几种不同的观点: Horowitz 认为认知加工的原动力是一种完形倾向, 将新信息整合进预存的认知模型是一种心理需要^[7]。Horowitz 认为, 经历创伤后, 起初是“大哭”(Crying out), 然后是信息超载。此时关于创伤经历的记忆、想法和表象都不能与当前的图式相融合, 使一些心理防御机制发生作用, 把创伤信息压抑到无意识中去, 个体经历一段麻木和否认事实时期。但是, 完形倾向却力图使与创伤有关的信息保护在激活记忆中, 以达到与预存模型的整合, 于是导致心理防御机制崩溃, 促使创伤信息重新进入意识层面, 其表现形式为闪回、噩梦等。这种信息加工的失败意味着部分创伤信息依然保持在激活记忆中, 没有完全整合, 这就会导致顽固性的创伤后反应, 即 PTSD。Foa 等人认为经历创伤后, 记忆中形成了一个恐惧网络, 这个网络是由如下信息组成的: 创伤事件的刺激信息; 创伤在认知、行为和生理上的反应信息; 刺激与反应联系起来的信息^[8]。诱发性刺激(创伤的遗留物)会激活恐惧网络, 使网络信息进入意识。这就解释了 PTSD 的侵入记忆症状。逃避反应症状群的出现是力图压抑和避免这种网络激活的结果。只有将恐惧网络成功整合进已有的记忆结构中, 才能够解决这种创伤问题。在这种整合过程中, 才能够解决对恐惧网络的激活, 从而对其进行修正。但有一些因素会使整合出现麻烦, 如创伤事件的不可预测性和不可控制性使恐惧网络难以整合进预存模型; 事件的严重程度会干扰创伤发生时的认知过程, 这种干扰会使恐惧网络变得支离破碎, 很难整合进有组织的模型。创伤事件经过情绪性加工后, 会产生三种结果: (1) 整合成功, 创伤记忆表征与个体以往关于自身和世界的预存模型完全整合; (2) 顽固的情绪加工, 创伤信息与预存模型不能整合。在这种情形下, 认知加工偏差, 高度唤醒和负性情绪会顽固地持续下去; (3) 对情绪加工的不成熟的抑制。创伤受害者竭力避免思考创伤情境, 并发展成一套逃避模型以监控感觉输入, 表面上看起来已从创伤中恢复, 但未经加工的记忆在某些情况下仍会被激活。

3.3 认知—行为理论

认知—行为理论最初受到学习理论的影响。恐惧是通过经典性条件作用而习得的, 即一个中性刺激通过与厌恶刺激相结合使人产生恐惧。用此理论解释创伤后应激障碍意味着创伤时存在的中性刺激物通过与被刺激后的反应之间建立的联系引发了恐惧, 并且由于泛化作用和次级条件作用, 凡是与受创时存在的刺激相似的其他刺激也能引发恐惧。回避行为是通过操作性条件作用而建立, 即一个人能够学会使

用回避或逃避行为,不再对刺激感到恐惧,从而降低与创伤有关的焦虑。

4 创伤后应激障碍的治疗

4.1 心理治疗

应激免疫训练(SIT):一种灾后预防PTSD的认知行为治疗技术,最初是由Mei Chenbaum及其同事提出的^[9]。应激免疫训练分为三个阶段,分别是概念阶段、技能获得和复述阶段,以及应用及完成阶段。该疗法通过教给患者一些应对方法,帮助其更好地应对负性事件、改善恐惧情绪。研究表明,SIT能够有效缓解PTSD的再现和回避症状。

延长暴露和视觉暴露治疗:延长暴露和视觉暴露治疗是将个体直接暴露于其所害怕的情境或创伤性记忆中。Foa等人从情绪加工的角度解释了暴露法降低恐惧感的作用原理:暴露期间,个体通过对情绪进行加工而矫正了错误认知^[8]。延长暴露和视觉暴露治疗必须采用个体治疗形式,每次治疗持续90分钟,两周一次,总共9次。前两次,治疗师的主要任务是收集信息,做出诊断,在此基础上和来访者共同制定治疗计划,治疗师要确保来访者了解和理解治疗的科学依据。随后的7次治疗主要使用想象暴露的方法,让来访者多次重新体验创伤情境以降低焦虑。在整个治疗过程中,治疗师应随时关注来访者的情绪变化并及时进行指导和帮助,以确保每一次会谈或治疗都能缓解个体症状。

认知加工治疗:认知加工治疗的理论依据是信息加工模型,该模型的潜在假设是旧的认知图式和新信息之间的冲突引发了PTSD。认知加工治疗的关键在于识别出这些冲突并对其进行调整。在治疗的过程中,患者回忆创伤情境以及从事发到现在的行为、想法和感受,治疗师帮助其认识到自己的不合理信念是导致PTSD的根源。在治疗师的启发下,患者通过改变自己的错误认知来减轻自责、愤怒等症状,降低回避行为和闯入性记忆的发生频率等。

音乐治疗:音乐同步脱敏再加工(Music Entrainment Desensitization and Reprocessing, MEDR)是治疗师通过各种音乐体验的形式引导患者调整情绪和认知的治疗方法^[10]。该疗法的理论依据是音乐能够影响和改变个体对某个记忆所含视觉意象的内在情绪体验。整个治疗过程包括稳定化、创伤的处理和哀悼、重建/整合三个阶段。治疗师要和患者建立良好的互信关系,随之一起选定创伤情境中最令人痛苦的视觉画面,治疗师需要选择匹配的背景音乐。患者从该画面开始想象并随时描述想象内容,其痛苦的情绪被重新唤起,治疗师通过不断改变音乐来引导患者充分宣泄和表达情绪,使患者随着音乐逐渐从惊恐悲痛到平静放松再到美好。针对儿童的治疗方法有别于成人,主要采用游戏和团体疗法,并且要注意,在儿童的PTSD治疗过程中,要避免使儿童再度陷入创伤情境而产生强烈负面情绪。

游戏疗法:游戏可以宣泄儿童内心的恐慌,暴露儿童的创伤记忆、体验等信息。儿童游戏有很多种,常用的有自然媒介游戏、象征性游戏、规则游戏、艺术游戏以及必须使用言语的游戏等。

团体治疗:团体治疗使儿童有机会与有相同遭遇或类似经历的同伴分担创伤性体验,从而帮助其减轻症状,并使儿童通过帮助他人而获得满足感。团体治疗也有利于治疗者识别出需要强化帮助的个体。

4.2 药物治疗

临床经验表明5-羟色胺再摄取抑制剂类抗抑郁药物能够较为有效地缓解PTSD的某些症状,如抑郁、焦虑、睡眠障碍等。药物治疗能够增加患者对心理治疗的依从性,因此药物治疗配合心理治疗能够获得较好的疗效。另外,对于创伤者而言,来自家庭、亲友、援助者和社会各界的关心、支持和帮助比任何药物都更加有效;政府开展的灾后重建等措施对缓解受灾者的PTSD、增强其抗击灾难的希望和信念均有重要作用^[11]。

5 研究展望

随着有关PTSD研究的不断拓展,将会有更多PTSD涉及相关心理方面的研究,如自我意识等。而我们研究的最终目的是能够对PTSD进行早期预测,进而为不同PTSD群体找到更好的心理干预及重建方式。从创伤后成长这一视角进行PTSD的相关研究是帮助PTSD患者进行心理重建的新思路,值得研究者进一步关注与探讨。未来,学者们可以加强对PTSD的发病特点、影响因素以及神经生理机制的深入研究;展开对儿童PTSD患者的追踪研究,探查PTSD随时间变化发展的规律以及不同生命阶段PTSD对患者的综合影响;还可以从积极心理学的角度开展对PTSD的预防与干预研究,关注个体创伤后成长。

参考文献

- [1] American Psychiatric Association, Diagnostic and Statistical Manual (DSM III) [M]. 3rd ed. Washington, D. C. : American Psychiatric Association, 1980.
- [2] American Psychiatric Association, Diagnostic and Statistical Manual (DSM-IV) [M]. 4rd ed. Washington, D. C. : American Psychiatric Association, 2000.
- [3] 于少萍,游永恒,徐华春. 慢性创伤后应激障碍教师群体的抑郁症状及其影响因素[J]. 中国健康心理学杂志, 2013, 21(7): 1025-1027.
- [4] 扶长青,张大均. 儿童创伤后应激障碍研究现状[J]. 中小学心理健康教育, 2008(20): 9-11.
- [5] Yule W. Post-traumatic stress disorder in children and adolescents [J]. International Review of Psychiatry, 2001, 13(3): 194-200.
- [6] Black J L, Bruce B K. Behavior therapy: A clinical update [J]. Psychiatric Services, 1989, 40(11): 1152-1158.
- [7] Horowitz M J. Stress-response syndromes: A review of posttraumatic and adjustment disorders [J]. Psychiatric Services, 1986, 37(3): 241-249.
- [8] Foa E B. Psychosocial treatment of posttraumatic stress disorder [Supplement 5] [J]. The Journal of Clinical Psychiatry, 2000, 61(5): 43-48.
- [9] Meichenbaum D. Cognitive-Behavior Modification [M]. New York: Springer US, 1977.
- [10] 高天. 音乐治疗对地震幸存者的心理危机干预[J]. 音乐探索, 2011, (4): 35-38.
- [11] 郑裕鸿,范方,喻承甫,等. 青少年感恩与创伤后应激障碍症状的关系: 社会支持和心理弹性的中介作用[J]. 心理发展与教育, 2011, 27(5): 522-528.

Review and Prospect of Research on Post-traumatic Stress Disorder

Jin Xingxing

Xinjiang Normal University, Urumqi

Abstract: Post traumatic stress disorder (PTSD) refers to the mental disorder that occurs and persists for a long time after the body encounters an unusual threat or disaster. Its clinical manifestations are mainly characterized by pathological recurrence, continuous increased alertness, continuous avoidance and selective forgetting of traumatic experience. The course of PTSD is prolonged, which seriously affects the psychology and society of patients function. In the increasingly competitive modern society, sudden stress events are increasing day by day, and the occurrence of PTSD shows an obvious upward trend. Therefore, how to prevent the occurrence of PTSD, especially how to prevent the occurrence of PTSD, is particularly important. This paper focuses on the psychological mechanism, treatment of post-traumatic stress disorder and research the prospect.

Key words: Post-traumatic stress disorder; Treatment; Mechanism