

创伤后应激障碍(PTSD)暴露疗法

刘兴华

(首都师范大学教育科学学院心理系,北京 100089)

【摘要】 地震导致的 PTSD 患者的数量庞大,需要科学有效而简单易推广的心理干预方法。国际创伤应激研究学会在制定 PTSD 治疗指南中指出,针对 PTSD 获得最多实证研究支持有效的方法是暴露疗法。文章介绍了 PTSD 的行为理论模型和治疗框架,以及治疗中需要注意的问题。相对于其他疗法,暴露疗法理论及操作简单,容易推广。结合此次四川地震的严峻形式,PTSD 暴露疗法值得心理学专业工作者和研究者关注。

【关键词】 地震;创伤后应激障碍;暴露疗法

中图分类号: R395.5

文献标识码: A

文章编号: 1005-3611(2009)04-0518-03

Exposure Treatment of Posttraumatic Stress Disorder

LIU Xing-hua

Department of Psychology, College of Education, Capital Normal University, Beijing 100089, China

【Abstract】 Earthquakes affect numerous people, among whom many may develop PTSD. Therefore, easily disseminated and effective psychological interventions are urgently needed. The clinical practice guidelines developed by the International Society for Traumatic Stress Studies suggested that exposure therapy was the most empirically supported treatment for PTSD. The present study introduced Behavioral models of Posttraumatic Stress Disorder, major process of Exposure treatment for PTSD and relative problems. Compared with other treatments for PTSD, the theory models and techniques of Exposure treatment of PTSD are easier and readily lend themselves to dissemination. Considering serious situation now and in the future after this earthquake in Sichuan, clinical professionals should pay attention to exposure treatment of PTSD.

【Key words】 Earthquake; PTSD; Exposure treatment

2008年5月12日,我国四川省汶川发生里氏8.0级地震,地震危害的不仅是灾区人民的生命与财产,它给灾区人民带来的心理创伤也是巨大的^[1]。多项流行病学研究均表明,地震灾区幸存者中,约有10%会发展成为创伤后应激障碍(posttraumatic stress disorder, PTSD)^[2]。

震后 PTSD 的心理干预,急需科学有效,特别是容易操作的心理干预方法。国际创伤应激研究学会(International Society for Traumatic Stress Studies, ISTSS)的研究中提出,获得实证研究支持最多的心理疗法是暴露疗法^[3]。来自不同国家、研究小组,针对不同性质创伤致 PTSD 的研究均支持该疗法的疗效^[4-5]。而且,在认知(比如内疚、愤怒等相关认知)的重建上,暴露疗法可与认知行为疗法相媲美^[6]。值得关注的是,暴露疗法相对简单,容易推广,相对于 PTSD 的认知行为疗法^[7]、眼动脱敏再加工^[8]、人际疗法^[9],暴露疗法更容易被临床心理治疗师运用。最近的研究表明,经5天培训,美国硕士水平的心理专业工作者可在治疗中取得理想的效果^[6]。

目前,国内已有少数文章简要介绍 PTSD 的心理干预方法^[10],仅有一篇文章专门介绍了 PTSD 的认知行为疗法^[11],但这些文章未提供可供治疗参考的框架。为了协助国内临床心理学专业人员探索制定适合的治疗方法,本文拟介绍 PTSD 的暴露疗法的理论及治疗框架,希望能对震后 PTSD 患者的治疗提供参考。

1 PTSD 暴露疗法的理论模型

PTSD 的行为主义理论模型,开始于西方研究者对二次

大战后退伍军人 PTSD 患者的研究和治疗^[7]。用于解释 PTSD 症状的行为主义理论则可追溯到 Mowrer 的经典条件反射和操作条件反射结合的二因素理论^[12]。二十世纪八十年代左右,开始有研究者采用该理论来解释 PTSD 症状^[13]。其中,经典条件反射理论被用来解释经历创伤性事件后,一些线索和刺激引发个体创伤记忆的激活和高水平的痛苦和恐惧现象,即刺激(线索、记忆)和反应(恐惧、痛苦)的匹配;操作条件反射被用来解释 PTSD 回避症状的发展,即个体选择回避或者是逃避引发恐惧的线索和刺激,焦虑和恐惧水平暂时下降(或者不会被较高唤起),回避或逃避行为获得收益(负强化)因此表现更多,甚至成为一项 PTSD 的症状。虽然回避和逃避行为暂时缓解了个体的焦虑和恐惧,但这些行为阻止了个体对相关线索和刺激的习惯化,并使得刺激和恐惧反应的反复匹配,增强了其间的条件反射联结,使得个体的恐惧症状加剧。事实上,正常环境中创伤性事件一般不会反复发生,如果患者对创伤性线索或安全的刺激不回避,这些线索和刺激与恐惧之间的联结就会逐渐消失^[13],此原理奠定了暴露疗法的基础。

PTSD 患者的症状之一为创伤记忆反复闯入个体的意识和无意识中。对此,Foa 等人提出信息加工理论,该理论认为 PTSD 的症状源于创伤性事件发生后,幸存者记忆系统中建立起来的一个恐惧网络或图式,该网络可引发患者高度的恐惧,引发患者逃跑或者是回避的行为^[14]。该记忆网络由刺激物、个体的反应和其它的一些元素构成。如果恐惧图式被某些刺激或者是线索激活,相关的信息就会进入意识(闯入性

症状),导致患者极度的痛苦和恐惧。根据信息加工理论,针对 PTSD 的治疗方法需要反复将个体暴露在能够引发个体创伤性记忆并确保安全的环境中(即暴露疗法),将导致个体创伤性记忆所引发的恐惧和痛苦下降,即习惯化,最终达到改变恐惧图式的效果。随着患者痛苦情绪的降低,PTSD 个体就会自动调整自己对刺激所赋予的意义,减少恐惧的泛化^[4]。

2 PTSD 暴露疗法框架

以暴露疗法为基础的 PTSD 行为疗法较多,各疗法之间具有一些细微的差别。本文所介绍的为获得大量实证研究支持的 PTSD 延时暴露疗法的治疗框架(Prolonged Exposure, PE)。为达到可供参考的目标,该治疗框架由多篇文献整理^[6,7,14,15]。延时暴露疗法一般采用个体治疗的形式,整个治疗约 9~12 次,每周 1 次,每次治疗持续的时间大约为 90~120 分钟,每次治疗均以回顾作业开始,以布置新的作业结束。整个治疗过程大致分为初始治疗阶段、暴露治疗阶段和治疗结束阶段。

2.1 初始治疗阶段

初始的治疗阶段在第 1~2 次完成,主要内容在于收集患者资料,讲授暴露治疗的原理,介绍整个治疗程序。在患者资料的收集,中,特别注意采集患者症状的发生发展和严重的过程,包括恐惧症状、认知评价以及回避行为等,以便于下一步可将患病机理与患者自身的症状结合起来,使得病人更加理解治疗原理。在治理原理的介绍中,内容主要包括人对创伤性事件的正常反应,PTSD 症状的描述,结合行为疗法二阶段理论和信息加工理论和患者的情况,向患者介绍 PTSD 症状的发展、恶化及未得到缓解的原因,达到令患者明白治疗的机理,激发患者的治疗动机的目的^[14]。

在患者理解并认同暴露治疗的原理之后,协同患者一起建构现场暴露等级,即恐惧回避等级,该暴露等级中包括患者因为创伤回避的但实际上安全的典型的活动或者情境,按照主观痛苦程度逐级排序,以便于暴露治疗中选择合适的暴露情境和刺激^[7]。在初始的治疗中,还对患者进行呼吸和放松训练,协助患者在日常生活中进行整体的放松。最后向患者介绍整个治理程序,强调参加治疗,完成家庭作业的非常重要性,解释治疗获得进展的根本原因在于配合治疗,完成家庭作业^[6]。

在初始治疗阶段,要注意建立患者与治疗师之间的信任关系。向患者表明治疗方法获得实证研究支持,另外结合病人自己的症状分析病情的发展和缓解,赞赏病人求治的勇气等有助于建立信任关系。

2.2 暴露治疗阶段

在初始治疗阶段结束后,即进入正式的暴露治疗阶段。该阶段从第 3 次开始直到倒数第 2 次,构成整个治疗的主要内容,每次治疗的结构类似,包括 45~60 分钟的想象暴露和 30 分钟的现场暴露指导。

PTSD 的暴露治疗从形式上分为两个部分,想象暴露(imaginal exposure)和现场暴露(vivo exposure)。想象暴露指导病人反复回忆所恐惧的创伤情境和经历,目的在于使得患

者创伤性记忆与恐惧痛苦之间的联结能够习惯化;现场暴露指让病人实际面对所害怕情境或刺激,比如安全的建筑等^[6],目的在于使得患者对外在的安全的刺激和线索达到习惯化。

在想象暴露治疗中,要求病人反复栩栩如生地回忆创伤性的事件,就像该事件正在发生一样,而且大声地用语言将这些创伤性情境和经历描述出来,其目标在于,让患者真正体验到讨论和回忆创伤性事件虽然是让人难受,但并不危险,也不会伤害自己。

想象暴露治疗从患者最困扰的记忆开始,为了达到更好的效果,患者一般需要闭上眼睛,把当时所发生的事件的详情情况,把自己所体验到的所有的想法、感受、躯体感觉和行为都报告出来。为了更好地帮助患者激活其恐惧记忆网络,治疗师还可以问一些问题,来帮助患者报告细节,比如:你现在有什么感受?你看到xx的景象时是脑子里有什么想法?描述一下你闻到了什么气味?尽可能让患者感觉创伤再次发生。在想像暴露的过程中,提问是为了提醒患者更好地再次体验创伤,并对创伤性记忆进行加工从而达到习惯化,而不是与患者进行对话。想象暴露通常的持续时间大约为 45~60 分钟,如果患者主观痛苦缓解程度不理想,可以延长想象暴露治疗的时间^[15]。

在想像暴露治疗的过程中,患者需要每隔 5 分钟报告其主观困扰程度。一次想像暴露需要持续到患者的主观困扰程度从顶点下降 50%为止,此时可停下来,请患者报告对于暴露治疗的体验和想法,然后再次对该记忆进行想像暴露,45~60 分钟的治疗中通常可以进行多次暴露。治疗结束后,请患者将治疗过程中的录音带回,作为家庭作业。对于某个或某段创伤性记忆的想像暴露一直持续到患者再次面对,主观上不觉得困扰为止。然后选择另外一个创伤性记忆进行想像暴露,程序类似^[15]。

与想像暴露不同,现场暴露结合恐惧回避等级表,选择中等恐惧回避程度的刺激或者情境开始,按照循序渐进地进行。每次治疗中现场暴露约 30 分钟,主要用于计划和指导现场暴露。现场暴露任务的安排中,尽可能让患者以最快的速度面对最困难的情境。患者随身携带一个记录本,记录自己在现场暴露之前、中、后的主观困扰程度,记录下自己困扰的起点,最高点和暴露结束后的数据,通常要求患者在现场暴露中坚持一个小时,直到自己的主观困扰程度下降到最高点的 50%为止^[6]。

最后一次治疗为结束治疗阶段,主要内容为回顾和总结治疗的收获,讨论未来症状再次出现以后所需要采取的措施^[6]。

2.3 暴露治疗中的一些具体问题及其处理

PTSD 的暴露治疗往往不会一帆风顺,本文概括总结了研究者提出的一些常见问题及处理方法^[15]。

初始阶段的心理学理论教育非常重要,暴露治疗需要患者的主动配合,其中的大量练习和面对,不可能通过外界力量逼迫而获得成功。逼迫患者暴露,往往会引发患者的极度恐惧,特别是回避行为,从而造成患者创伤性记忆与恐惧等情绪反应的再次匹配,即“二次创伤”。

在初始治疗的心理教育中,通常患者能够理解回避的害

处和暴露治疗的必要性,但是在实际的想象暴露和现场暴露中,回避行为常常出现。对此,治疗师一方面认可回避行为的出现是正常的,一方面再次强调治疗的机理,强调患者要有意和努力减少回避行为。

现场暴露的安排中,如果患者表示,“我已经去过那个地方了”或“我已经试过了,但是效果不好”,那么在这种情况下,治疗师需要澄清偶然的、短时间的暴露和专门的、反复的、长时间的暴露治疗之间的区别。如果病人表示,虽然进行暴露了,但依然恐惧,那么治疗师需要注意在暴露治疗的过程中,患者是否存在细微的回避行为^[15]。

暴露治疗中创伤反应唤起不够,患者虽然叙述其创伤经历,即便是非常详细,但依然让人感觉其与创伤体验是分离的。出现此种情况往往可能是患者因为害怕失去控制而有意无意控制自己的反应。此情况下,治疗师需要再次强调治疗机理,让患者有动机去体验自己的创伤性记忆和反应。

暴露治疗中创伤反应过度唤起,在想像暴露治疗中,如果患者难以有一个安全感,过度焦虑或者恐惧,那么依然需要解释治疗机理。在增强其暴露动机的同时采取一些措施,来增加患者此时此刻的安全感,比如在想像暴露的过程中,睁开眼睛,或者闭眼中,有时睁开眼睛。治疗师还可以和患者采取交谈的方式,以增强患者的安全感和控制感。当患者有足够的安全感后,治疗可以回到患者自己的想像暴露中。

愤怒情绪,在想像暴露和现场暴露中体验和表达愤怒是经常会发生的现象,但愤怒并不能帮助患者获得对创伤记忆的习惯化,产生治疗效果。治疗师需要做的是,认可患者的愤怒,表示愤怒是对创伤的正常反应,也是创伤的一个症状,但强调愤怒会阻止我们对创伤性记忆和线索的加工,然后,将患者的注意焦点转回到令其恐惧的刺激上来。研究表明,单纯处理恐惧可以使得愤怒下降。

暴露治疗与放松、呼吸训练和放松技术只是用于调节患者日常生活中整体的焦虑,但切记不用于暴露治疗过程中,因为暴露中的放松可能会干扰患者对创伤性记忆的习惯化过程,这也是暴露治疗与系统脱敏疗法的最关键的区别。

3 小 结

PTSD的暴露疗法的原理及治理程序相对简单,容易操作及推广,其疗效获得大量的实证研究支持。当然,有研究表明,暴露疗法也存在着脱落率较高(30%左右)的问题^[16]。鉴于我国此次汶川地震后 PTSD 患者数量预计庞大的严峻情况,该疗法值得我国的临床心理学专业工作者关注,以尽快研究制定适合我国震后 PTSD 患者的科学有效而简易的治疗指南,以更好地为灾区 PTSD 患者服务。

参 考 文 献

- 1 罗兴伟,高雪屏,蔡太生,陈晋东,等. 汶川地震亲历者心理健康状况调查. 中国临床心理杂志,2008,16(6):571-573

- 2 汪向东,赵丞智,新福尚隆,张富,等. 地震后创伤性应激障碍的发生率及影响因素. 中国心理卫生杂志,1999,13(1):28-30
- 3 Rothbaum BO, Meadows EA, Resick P, Foy DW. Cognitive-behavioral treatment position paper summary for the ISTSS Treatment Guidelines Committee. Journal of Traumatic Stress, 2000, 13:558-563
- 4 Foa EB, Keane TM, Friedman MJ, et al. Effective treatments for PTSD: Practice guidelines from the international society for traumatic stress studies. New York: Guilford Press, 2000
- 5 Van Minnen A, Arntz A, Keijsers GPJ. Prolonged exposure inpatients with chronic PTSD: Predictors of treatment outcome and dropout. Behaviour Research and Therapy, 2002, 40:439-457
- 6 Foa EB, Hembree EA, Cahill SP, Rauch SA, et al. Randomized trial of prolonged exposure for PTSD with and without cognitive restructuring: Outcome at academic and community clinics. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 2005, 73:953-964
- 7 Barlow DH, 主编. 刘兴华, 黄峥, 徐凯文, 刘鑫, 李波, 译. 心理障碍临床手册. 第3版. 北京: 轻工业出版社, 2004
- 8 Shapiro F, Maxfield L. Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR): Information Processing in the Treatment of Trauma. Psychotherapy in Practice, 2002, 58(8): 933-946
- 9 Bleiberg KL, Markowitz JC. A pilot study of interpersonal psychotherapy for posttraumatic stress disorder. American Journal of Psychiatry, 2005, 162:181-183
- 10 王丽颖, 杨蕴萍. 创伤后应激障碍的研究进展(二). 国外医学精神病学分册, 2004, 31(2):112-115
- 11 李雪英. PTSD 的认知理论及认知行为治疗. 中国临床心理学杂志, 1999, 7(2):125-128
- 12 Mowrer OH. On the dual nature of learning: A re-interpretation of "conditioning" and "problem-solving". Harvard Educational Review, 1947, 17:102-148
- 13 Keane TM, Zimering RT, Caddell J. A behavioral formulation of posttraumatic stress disorder in Vietnam veterans. The Behavior Therapist, 1985, 8:9-12
- 14 Nemeroff C, Bremner J, Foa E, Mayberg H, et al. Post-traumatic stress disorder: A state-of-the-science review. Journal of Psychiatric Research, 2006, 40:1-21
- 15 Hembree EA, Rauch SM, Foa EB. Beyond the manual: The insider's guide to prolonged exposure therapy for PTSD. Cognitive and Behavioral Practice, 2003, 10:22-30
- 16 Clark DA. Cognitive-behavioral therapy for OCD. New York: The Guildford Press, 2004

(收稿日期:2008-12-31)