

PTSD
Effective Treatments for PTSD

创伤后 应激障碍的治疗

著者 Edna B. Foa
Terence M. Keane
Matthew J. Friedman

主译 谭庆荣 张樟进



人民军医出版社

PEOPLE'S MILITARY MEDICAL PRESS

DEPTD
Effective Treatments for PTSD

创伤后 应激障碍的治疗

主编 詹姆斯·M·福勒
詹姆斯·M·福勒
詹姆斯·M·福勒
詹姆斯·M·福勒

人民卫生出版社
People's Health Press

创伤后应激障碍的治疗

Effective Treatments for PTSD

著者 Edna B. Foa
Terence M. Keane
Matthew J. Friedman

主译 谭庆荣 张樟进

译者 (以姓氏笔画为序)

马雪 王中恒 王化宁 王百忍
王志忠 王怀海 邝芳 吕军
乔昱婷 刘玲 何宏 张雅红
张瑞国 张樟进 陈云春 罗晓星

R641

F574



人民军医出版社

PEOPLE'S MILITARY MEDICAL PRESS

北京

图书在版编目(CIP)数据

创伤后应激障碍的治疗/(美)夫尔(Fuhr, E.)等著;谭庆荣,张樟进译. —北京:人民军医出版社,2010.1

ISBN 978-7-5091-3399-6

I. ①创… II. ①大… ②谭… ③张… III. ①创伤—心理应激—研究 IV. ①R641

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2009)第 241897 号

© Guiford Publications, Inc. All Rights Reserved.

著作权合同登记号:图字:军-2009-037 号

策划编辑:张怡泓 文字编辑:张文辉 责任审读:吴 然

出版人:齐学进

出版发行:人民军医出版社

经销:新华书店

通信地址:北京市 100036 信箱 188 分箱

邮编:100036

质量反馈电话:(010)51927290;(010)51927283

邮购电话:(010)51927252

策划编辑电话:(010)51927285

网址:www.pmmp.com.cn

印、装:三河市春园印刷有限公司

开本:787mm×1092mm 1/16

印张:13.25·彩页1面 字数:318千字

版、印次:2010年1月第1版第1次印刷

印数:0001~3000

定价:52.00元

版权所有 侵权必究

购买本社图书,凡有缺、倒、脱页者,本社负责调换

著者简介

Edna B. Foa, PhD

Pennsylvania 大学教授, 临床精神病学、心理学专家, 是在国际上享有盛誉的焦虑障碍治疗和研究中心主任。主要研究方向为艺术治疗及其内在机制, 在此领域造诣颇深并建立了有广泛影响的新的治疗方法, 并由此成为创伤后应激障碍治疗方面的国际权威专家。著有多部专著, 发表论文 200 余篇, 并在全球许多国家都进行过专题讲座。她也是 DSM-IV 中 PTSD 工作组的首席专家。Foa 教授因为在专业领域的卓越贡献, 被美国心理学会评为“杰出专家”, 同时也被国际创伤应激学会授予“终身成就奖”。

Terence M. Keane, PhD

Boston 大学教授, 精神卫生研究所副主任。美国国家 PTSD 研究中心退伍军人康复协会主任。国际创伤应激研究学会前任主席。研究方向为 PTSD 的评估和治疗, 并在此领域发表了许多有重要影响的著作, 至今发表论文 130 余篇。因其杰出的贡献, 被国际创伤应激研究学会授予“Robert Laufer”奖, 同时还被美国心理学会及 Binghamton 大学授予多种荣誉、奖励。

Matthew J. Friedman, MD, PhD

Dartmouth 医学院教授, 美国退伍军人事务处创伤后应激障碍防治中心执行主席。从事精神科临床工作 25 年, 在创伤后应激障碍等方面有着丰富的临床经验, 从临床角度发表众多重要论文, 提出了需要对临床现象的病因、诊断和治疗进行重新审视的观点, 引起广泛关注, 从此学者们的目光开始更多地关注创伤后应激障碍的生物精神病学、精神药理学等方面, 也使大家对抑郁症、焦虑症、精神分裂症和物质依赖等问题的预后给予了更多关注。Friedman 教授还针对应激的神经生物学基础等方面编著多部著作。被国际创伤应激学会授予“终身成就奖”, 获得“美国最好医生”等多项荣誉称号。

内 容 提 要

本书在国际上被公认为迄今为止最具权威性的创伤后应激障碍的专著。由创伤应激研究国际学会(ISTSS)组织欧美众多著名精神病学家和心理学家共同撰写。本书以循证医学为基础,引用大量 PTSD 治疗相关研究数据,深入浅出地对 PTSD 各个方面,包括评估、诊断、治疗(药物、心理等)进行了翔实的论述,既有既往经验总结又有该领域研究的新进展。本书有很强的科学性和临床实用性,可供从事精神科医师、心理医师及相关医务工作者阅读参考。

序 一

当今世界,在社会经济迅速发展、科学技术日新月异的同时,时有发生灾难事故、恐怖袭击、冲突战争造成了大批人员伤亡,继发于重大应激后的心理障碍、生理疾病对人类社会生活、身心健康产生了极大的影响。如何有针对性地开展科学有效的医学干预和治疗,使受害者早日走出梦魇、恢复健康,是广大卫生工作者面临的现实挑战,也是现代医学的重大课题。

第四军医大学谭庆荣教授在借鉴国际创伤应激研究学会 30 多年临床研究经验的基础上,组织翻译了《创伤后应激障碍的临床治疗》一书,系统介绍国际上在治疗创伤后应激障碍方面的研究进展和成果,以翔实的案例、科学的循证,为准确识别诊断、有效预防和治疗创伤后应激障碍提供了有益的参考。全书分为两部分,第一部分是对一些重要文献的回顾研究,理论价值较高;第二部分是临床治疗的指导,实用指南跨越多个学科,帮助临床工作者针对患者进行个体化的最佳治疗,有重要的临床意义。

它山之石,可以攻玉。虽然我们开展此类疾病的研究起步较晚,但通过学习和借鉴国外经验来优化治疗方案、创新理论研究,是一条迅速缩小差距的有效捷径。相信本书的出版将会对我国创伤后应激障碍的诊治起到很好的推动作用。

古人云:善医者先医其心,而后医其身,其次医其病。希望广大卫生工作者,特别是军队卫生系统人员,秉持“以人为本”的核心理念,不断探索精神疾病防治的新理论、新方法,努力开拓我国、我军创伤后应激障碍及同类疾病的预防和诊断的新领域。

总后勤部卫生部部长

張作云

2009 年 3 月

序 二

为更好地为军服务,我校积极组织精心实施了面向基层官兵的“五百”工程。即从心理检测、心理防御、精神障碍防治、口腔健康服务和特殊地区疾病流行病学调查等五个方面展开了全方位的持续的为军健康服务工作。全校上下把工作思路向军事医学聚焦,工作内容向军事医学调整,工作重点向军事医学突出,从而使这一系列工程不断丰富并深入。在此过程中,大家认识到只有踏踏实实做好“为兵”服务,才能切切实实体现“姓军”这一宗旨。在为兵服务中,首先要了解我们的兵到底需要什么卫生服务,我们能为他们做些什么。在这方面,我校负责实施了总后勤部指令的多项调研任务,全军部队官兵精神障碍调查便是其中之一。通过调研,不但了解了部队官兵的精神疾病谱,还发现了一些基层治疗中的问题。

在这个精神疾病谱中,创伤后应激障碍(posttraumatic stress disorder, PTSD)是一个较为突出的问题,特别是经历重大自然灾害之后,这一问题会逐渐凸显出来;另一方面,在对其的防治上还缺少科学的循证医学证据,缺少操作性强的指导规范。它山之石,可以攻玉。在防治研究相对落后的现实面前,需要我们积极地学习和借鉴外国的先进经验。

由我校谭庆荣教授组织编译的这部专著《创伤后应激障碍的治疗》,是由“创伤应激研究国际学会”中的“PTSD 治疗指南编写委员会”组织完成的,汇集了过去几年里国际上在此领域的系列研究。此书中,对 PTSD 的研究方法、研究结果甚至是研究中存在的问题都有详细的介绍。无论是一线的临床工作者还是研究者,读后都会有所教益。

本书的翻译,虽始于为军服务,但我希望它能服务于更多的医务工作者。修理一部汽车,需要各种各样的工具,扳手、起子、螺丝刀样样都不可少。诊治一位患者,其难度远胜于修理汽车,而对 PTSD 患者的治疗更是十分棘手的技术活,各种顺手的工具更是必不可少的。如果这本书能成为大家在临床上处置创伤后应激障碍的一个工具,即便是发挥一颗螺丝钉的作用,我想这些译者也会感到莫大的欣慰。

第四军医大学校长

樊代明

2009年2月

译者前言

创伤后应激障碍(PTSD)这一概念产生于19世纪70年代,1980年美国精神病协会编写的《美国精神障碍诊断与统计手册》首次定义了PTSD这一概念并确立了其诊断标准。近几十年,不论是基础方面还是临床方面有关PTSD的研究一直是精神疾病领域的热点之一。

由于PTSD与战争密切相关,PTSD在军事医学领域一直备受关注。国外同行尤其是美国学者对此开展的研究相对较多,而国内最近几年才开始关注PTSD。目前,国内还没有一本系统介绍PTSD治疗的专著。为此,作为一名军队精神卫生医务工作者,我一直以来想把国外有关PTSD的研究进行一下梳理,将其介绍给国内特别是军内同行。因囿于琐事,此想法虽早已付诸行动却进展缓慢。汶川地震的发生,使我们的工作中心迅速转移到了抗震救灾上来。灾后的重建过程中,一个重要的重建内容就是心灵的重建。而在这个过程中,PTSD肯定是我们面对的一个重要挑战。

基于上述原因,我们加紧了本书的翻译过程。本书的三位原著者都是国际上很有影响的精神医学专家。他们长期从事该领域的实践和研究工作,不但有丰富的实践经验,更有着严谨的科研态度。本书全面回顾了PTSD的临床和研究性文献,并简要介绍了创伤应激研究国际学会(ISTSS)组织编写的相关指南。通过阅读本书,既可以对PTSD症状有进一步的理解,也可以学习到针对不同PTSD患者的最佳治疗方法。如何制定治疗策略,如何选择药物,如何进行心理治疗,这些大家关心的问题在书中都有相应介绍,对于临床有很好的指导意义。

尽管PTSD与社会文化有着一定的联系,但是国外的理论和方法不一定完全适合中国,然而在我们自己的系统的理论和方法形成以前,翻译介绍相关的国外优秀著作,不仅可以为目前精神卫生医务工作者提供可借鉴的理论和方法,也必然会促进我们自己的理论和方法的研究和发展。

本书的译者既有第四军医大学相关领域造诣颇深的老专家,又有才华初露的年轻学者,他们为使本书尽早面世,付出了艰辛。然而,由于译者文字水平和专业知识的局限,加上时间仓促,书中存在的问题和错误敬请读者指正。

谨以此书献给奋斗在汶川地震灾后重建一线的精神卫生工作者!

谭庆荣

2009年1月于西安

目 录

第1章	导言	(1)
第2章	诊断和评估	(11)
第3章	心理报告	(18)
第4章	认知行为疗法	(28)
第5章	药物治疗	(43)
第6章	儿童与青少年的治疗	(58)
第7章	眼动脱敏和重建治疗	(74)
第8章	团体治疗	(83)
第9章	精神动力学治疗	(95)
第10章	住院治疗	(106)
第11章	心理社会康复	(119)
第12章	催眠治疗	(130)
第13章	婚姻和家庭治疗	(144)
第14章	创造性艺术治疗	(154)
第15章	心理报告操作指南	(160)
第16章	认知行为疗法操作指南	(162)
第17章	药物治疗操作指南	(166)
第18章	儿童与青少年的治疗操作指南	(169)
第19章	眼动脱敏和重建治疗操作指南	(171)
第20章	团体治疗操作指南	(173)
第21章	精神动力学治疗操作指南	(175)
第22章	住院患者的治疗操作指南	(177)
第23章	心理社会康复操作指南	(180)
第24章	催眠治疗操作指南	(182)
第25章	婚姻和家庭治疗操作指南	(185)
第26章	创造性艺术治疗操作指南	(187)
第27章	总结	(189)

第 1 章 导 言

本书所提供的治疗指南是由创伤应激研究国际学会(the international society for traumatic stress studies, ISTSS)于 1997 年 11 月成立的 PTSD 治疗指南编写委员会完成的。我们的目标是通过全面回顾此领域专家的临床和研究性文献来服务于治疗指南的编撰。本书包括两部分:第一部分主要是一些重要文献的回顾;第二部分是治疗指南的简要介绍。指南试图告诉临床工作者:PTSD(posttraumatic stress disorder)患者的最佳治疗方法是什么。PTSD 是一种继发于创伤事件经历后的严重精神障碍。PTSD 的典型症状包括患者对创伤事件及其恐惧成分的再度体验,与事件相关的思绪、记忆、人物和场所的回避,情感麻木和警觉性增高等。由于往往伴有其他精神疾病,PTSD 患者多呈明显的病态、残疾和生活质量受损等状况。

在这些实践指南研究过程中,编写委员会深知创伤经历可能导致数种疾病的发生,包括重型抑郁障碍、特殊恐怖症、复杂创伤后应激障碍(disorders of extreme stress not otherwise specified, DESNOS)、人格障碍(如边缘焦虑障碍以及惊恐性障碍)。为避免混淆,该指南着重介绍美国精神病学学会编的第 4 版《精神障碍诊断和统计手册》(DSM-IV, 1994)所限定的 PTSD 及其症状的治疗。

我们也认识到,PTSD 的诊断也存在很多缺陷,这在那些幼年时遭受性身体侵犯的人群尤为突出。曾有这些经历的人会出现与亲友或其他人之间交往的问题,进而导致痛苦的生活甚至精神残疾。这个现象有时被称为 DESNOS。迄今为止,对具有这些创伤经历患者的治疗还束手无策。根据现有的经验,目前临床上倾向于认为具有这些经历的患者需要长期、持续的、多种形式的干预。

编写委员会也认为,PTSD 常伴有一些其他心理问题,这些共病情况需要临床医师在诊断和治疗全程中予以特别关注和评估。需要特别警惕的、经常伴发的障碍是药物滥用和抑郁症。对表现出多种障碍的患者,在制定治疗计划时可参阅相关疾病的治疗指南及本书第 27 章的综述和小结。

本指南为患有 PTSD 的成年、青年和儿童所设计,其目的是帮助临床工作者对这些个体进行更加科学、有效的治疗。实际上是为具有不同专业背景的临床工作者对 PTSD 提供精神治疗,因而该指南跨越多个学科。心理学家、精神科医生、社会工作者、创造性艺术治疗师和婚姻指导者等均参与了该指南的制定,因此该指南适用于参与 PTSD 治疗的多方面的临床工作者。

编写委员会明确地排除了对那些目前仍然处于暴力之中或受虐环境中的个体的治疗方案。这些个体,包括仍然与施虐人住在一起的儿童、仍是家庭虐待和暴力目标的男人或女人或

那些仍生活在战争中的群体,他们虽然可能非常符合 PTSD 的诊断标准,但是对他们的治疗以及治疗本身所带来的法理和道德问题,从本质上不同于那些已不再经受创伤性事件的个体。从临床工作者的角度来看,这些正处于事件中的个体需要予以特殊考虑。与其相关的操作指南需要另行制定。

对于发展中国家的 PTSD 的治疗目前还知之甚少。对 PTSD 的研究和学术论著主要来自西方较为发达的国家。编写委员会深知文化差异的存在。越来越多的人认为,PTSD 是一种在多元文化和社会下对暴露于创伤事件的普遍反应。为此,更需要系统性地进行研究,以决定哪些在西方社会证明有效的心理和精神心理治疗措施在非西方国家也有效。

最后还需指出,使用该指南的临床工作者不必拘泥于这些技术和方法,在优化治疗方案时鼓励创造性地结合已在其他场合被证明有用、具有成熟理论基础的新方法。

一、指南形成的过程

本指南的编写过程如下述。编写委员会由目前运用这些疗法和手段治疗 PTSD 的主要学校的专家组成。而当新的相关疗法问世后,编写委员会也随之扩大。因此,编写委员会包含了横跨方法、理论导向、专科疗法和专业训练的专家。指南的焦点和程式由编写委员会通过一系列的会议讨论而决定。

专家委员会共同主持了来自专家委员会成员的关于主要的治疗方向和手段的文章修订。每篇文章由指派的成员编写,并得到其他成员和他们挑选的临床学家的帮助。文章介绍包括关于研究及临床实践的文献综述。

每个题目的文献综述包括在线文献检索如《在创伤性应激方面发表的国际文献》(published international literature on traumatic stress, PILOTS)、联机医学文献分析与检索系统(medical literature analysis and retrieval system on line, MEDLINE)和心理学文献库(psychological literature, PsycLIT)的使用。每篇文章的书写均按一定的体例并有篇幅限定。每位作者均复习所分配编写领域的文献,描述临床发现,复习支持该方法的关键科学证据,然后将文章呈交给主席。然后,全部文章将分给编写委员会的所有成员,听取意见,集思广益。这些过程使文章得到进一步修改、完善,最终成为本书的章节之一。

在论文介绍和仔细研读文献综述的基础上,我们制定了每个治疗方法简要的操作指南的草稿,即第二部分。在这些指南中,各种治疗方式按照其效能的证据强度排序。该排序按照美国卫生决策与研究管理局(the agency for health care policy and research, AHCPR; 美国健康和人类服务部公共健康机构)的编码系统进行标准化。下面列举的编码系统体现了我们依据科学证据而对临床工作者的操作选择所作的建议顺序。

该指南由所有编写委员会的专家审阅并获得赞同,然后提供给 ISTSS 指导委员会,在更广泛的范围内进行评阅,并在 ISTSS 的年会上的公共讨论会上进行评阅,还被放在 ISTSS 网站上接受会员们的评价。从这些反馈中获得的有益建议将在指南中予以采纳。

毋庸讳言,本书中的 PTSD 和其他精神障碍的科学文献存在一些局限性。特别是多数研究中运用了“包含”和“排除”标准来决定适当的人组研究对象。因而,每个研究可能并不全代表寻求治疗的全部患者。譬如说,在 PTSD 治疗研究中通常排除了有主动物质依赖、急性自杀倾向、神经心理障碍、退化或患心血管病的患者。因而,这些文献结果的泛推及指南在这些

群体的应用将是不合适的。

二、临床问题

(一) 创伤类型

大多数随机的临床试验结果显示,对战争(如越南战争)退伍军人的临床疗效比有其他创伤经历(如性骚扰、事故、自然灾害等)的非退伍军人 PTSD 患者的疗效要差。因此,一些专家认为,战争退伍军人 PTSD 患者比其他创伤所致的 PTSD 患者对治疗反应差。这个结论还不是很成熟,因为退伍军人 PTSD 患者和其他 PTSD 患者的不同可能与他们的 PTSD 的严重性和慢性化程度不同有关,并不能简单归因于战斗创伤本身。另外,在退伍军人出现治疗效果差别可能是由于样本误差,因为目前在退伍军人医院中接受治疗的患者可能仅仅是自愿进行治疗的具有多种损害的慢性患者群体。简言之,目前还无肯定证据说明:一些特定形式创伤后的 PTSD 的治疗反应较差。

(二) 单次和多次创伤

目前还没有相关的临床研究证明是否可通过患者以前所受创伤的次数来预测其治疗的预后。由于多数治疗性研究是在军队退伍人员或受到性骚扰的成年女性所作的(她们多数有受到多次骚扰的经历),因而目前关于治疗效果的大多数经验主要适用于曾经受两次以上创伤的人群。对经历单次和多次创伤者进行比较研究,以发现是否如所预期的前者对治疗更加敏感,将是一个非常有意义的研究。但是,这个研究的患者招募是非常困难的,因为实验设计中必须控制 PTSD 的严重性和慢性化程度及共病情况,而这些因素比创伤经历次数更具预测性。

(三) PTSD 的慢性化

目前在临床治疗中大家往往更加强调预防、危险因素、PTSD 的早期识别以及急性干预等。这是源于对多数医学和精神疾病的如下认识:如果尽早进行临床干预,将获得较好的预后。但是,迄今为止的资料并不支持这个观点。另一方面,有大量证据表明,发生 PTSD 的许多人持续患有不确定的疾病。虽然还不了解 PTSD 慢性化本质上是否与急性临床表现不同,但一般认为慢性 PTSD 较难治疗。

一些患有慢性 PTSD 的患者会发生持续性功能损害的精神疾病,其特征是有严重的不可忍受的症状;婚姻、社交和职业能力低下,以及过度应用精神病治疗和社区设施。这些患者可能从个人救助和心理社会康复这些社会干预中获得比从心理和药物治疗更大的益处(见第 11 章)。

(四) 性别

虽然女性的 PTSD 终身患病率是男性的 2 倍(10.4%:5%),并且当暴露于同等创伤后女性患 PTSD 的机会是男性的 4 倍,但对治疗反应是否有性别差异还没有系统的研究。因此,我们无法从性别预测预后。这需要引起我们的注意,因为如像早先注意到的那样,治疗文献的粗略回顾提示女性比男性对治疗反应性更好。然而在进一步的审视之后,应注意到男性和女性的治疗研究本身有一些差别,使其无法进行直接比较。首先,所研究的女性 PTSD 通常由(童年和成年)性侵害导致,而男性研究通常为战争退伍军人。其次,由于对非退伍军人的男性仅有极少研究,我们不能将关于退伍军人的研究成果推广至那些具有其他创伤经历的 PTSD 人群。最后,在得出疗效有性别差异之前,其他因素如治疗模式、PTSD 的严重性及慢性化程度

或共病情况将需要在未来的研究中系统性地予以控制。简言之,目前还不能得出性别对治疗反应有影响的结论。

(五)年龄

关于年龄对预后的影响有两个问题:①创伤发生时的年龄对预后是否有影响;②治疗开始时的年龄对预后是否有影响。这两个问题都没有系统地研究过,因此关于这些问题尚没有结论性的数据。成年人和儿童对某些治疗有反应,有些人则没有。从目前所发表的研究结果来看,创伤时的年龄尚不能预测预后。

(六)儿童

儿童在评估和治疗时呈现出诸多的特点和难点,本书中将用一个完整的章节来讨论儿童 PTSD 的治疗。其中,发育水平特别重要,因为它不仅影响 PTSD 的临床表现,而且也影响治疗方法的选择。另外,对儿童进行治疗时,还需要考虑他们父母的因素。如果药物疗法可能奏效的话,发育生物学因素也会影响到药物的选择,而发育认知因素也可影响治疗策略和心理治疗方法的选择。

(七)老年人

PTSD 在人的一生中任何时间点都可以发生。它可以持续几十年甚至到老年时加重。老年人独有的因素可影响到老年人当中 PTSD 的易感性。这些包括因病产生的一种无助的感觉、机体减退的功能或能力、被社会的边缘化等。爱人的死亡能够触发创伤性丧失的侵入性回忆,由此使几十年来缓解的 PTSD 症状一下子复发。退休和对老年生活的回顾过程也能够增加 PTSD 恶化或复发的危险性。发育因素可影响药物治疗时药物和药物推荐剂量的选择,而认知状态可影响到对老年 PTSD 患者的评估和心理治疗。

(八)治疗策略的影响因素

目前几乎没有什么经验性的数据能说明如何来决定 PTSD 的具体治疗策略。但是有一些临床经验性的探讨,对此我们将在本书的第 27 章进行讨论。

(九)治疗目标

指南中出现的所有治疗方法都有支持者声称它们对 PTSD 患者有临床疗效。但每一种治疗的目标却又不尽相同。有些治疗(如认知行为治疗、药物治疗、眼动脱敏和重建)是以减轻 PTSD 症状为主要临床结果来判断疗效的。另外一些治疗(如催眠术、艺术疗法,可能还有精神分析)强调评估和治疗过程的能力而不是改善 PTSD 的症状。还有一些治疗(如精神社会康复)强调功能的改善而忽略 PTSD 症状减轻与否。还有一些干预性措施(如入院、物质滥用的强制治疗)主要关注严重的破坏性行为或 PTSD 治疗本身开始之前必须处理的共病问题。

(十)PTSD 的治疗

PTSD 的治疗是指南中评价所有临床实践的主要标准。有些治疗似乎减轻了所有 PTSD 症状组群,而其他的只能减轻一组 PTSD 症状[如再体验(B),回避/麻木(C)或激越(D)症状]而对其他症状无效。第 2 章讨论了现有方法对评估 PTSD 症状严重性的作用。有些专家并不赞同在评价各种治疗方法时只关注特殊症状的做法,认为能够全面治疗 PTSD 而不是减轻某一特殊症状的治疗才是临床疗效的最好标尺。但是在指南中,减轻 PTSD 症状仍是疗效的主要标准,但在有临床的全面改善的情况下也会做简要说明。

(十一)共病

和其他精神疾病一样,PTSD 患者通常会合并有其他的精神障碍。的确,美国流行病学研

究发现,PTSD患者中80%终身患有抑郁症、其他的焦虑障碍或药物滥用或依赖。好的临床实践表明,最佳的治疗效果应该能够同时改善PTSD和共病的症状。于是,共病的出现促使临床医生选择一个针对性的个体化治疗措施。这个问题将在第27章详细讨论。但是必须再次强调,对PTSD的治疗是评价所有临床实践的主要标准。

(十二)自杀

自杀和冲动行为,虽然不是PTSD症状的核心,而只是被看作这个疾病的相关问题,但其却深刻影响着临床的处置方式。因此,对所有表现为PTSD的患者的常规评估都应包括对其目前自杀心理和自杀企图的仔细评估。另外还应评估自杀的风险因素,比如目前的抑郁状态和物质滥用等。如果患者有显著的自杀倾向,必须首先对之进行处理。如果通过门诊不能解决问题,就应该考虑入院治疗。如果自杀是继发于抑郁和(或)药物滥用,在开始治疗PTSD之前,临床上应该首先处理上述问题。

(十三)物质滥用或依赖

PTSD患者酒精滥用或依赖的终身患病率在男性和女性分别约为52%和28%,而药物滥用或依赖终身患病率分别为35%和27%。合并这些问题,不仅使治疗复杂化,而且在有些情况下加重PTSD病情。此外,一些管制的物质,如尼古丁、咖啡因以及拟交感药物(例如解除鼻腔充血药物)可能会干扰治疗,因而对PTSD患者应慎用。大多情况下,如有显著的物质滥用或依赖,应在PTSD治疗开始之前予以处理。

(十四)其他并发症

越来越多的证据表明,受过应激创伤的人似乎有更高的患病风险。有报道显示,比起未受应激创伤的人,创伤受害者会更容易出现内科症状,使用更多的医疗服务,在体检时检出更多的疾病并表现出更高的病死率。有几项研究提示,这些不利的医学后果可能是由PTSD所致。这让人们开始关注筛查患者的应激创伤病史和PTSD症状。但是,这项工作尚处于初始阶段,还没有关于寻求内科或手术治疗的患者首先诊治PTSD的数据。

(十五)生活或社会功能损害

PTSD患者之间症状的严重性、急慢性、复杂性、相关症状和功能减弱等方面差别极大。这些差异可能影响治疗的选择和临床治疗目标。对某些慢性PTSD患者,功能改善可能远比症状减轻重要得多。另一些患者(特别是那些遭受长期的儿童性虐待或折磨的受害者)临床干预常需首要关注分离症状、冲动、情感责任、躯体化、人际交往困难或自我认定中的病理改变。因此,虽然指南主要强调减轻PTSD核心症状,临床医生可能会发现,对于有些患者功能改善是最重要或最恰当的临床治疗目标。

(十六)入院治疗的适应证

下列情况应考虑入院治疗:当个体有自伤或伤人倾向或行为时;病情不稳定或旧病复发时;处于重大应激的强烈痛苦中;和(或)虽处于安全环境但需要特殊观察和评价时。对特殊患者选择性入院治疗的问题将在本书第10章进行详细讨论。总的建议是,入院治疗必须与门诊治疗相结合,入院治疗需制定长期治疗计划。我们的原则是,关注目前的创伤只是为了将来能创造新的生活以摆脱目前的困境。

(十七)有关治疗问题

创伤相关治疗已经广泛地讨论了一百多年。丰富的文献为我们提供了很多的临床经验和智慧。在过去的二十多年里,几种PTSD治疗已经得到实验和统计学研究的验证。于是,目

前我们就有了临床和科研两方面的知识:什么样的治疗模式可以帮助有创伤后问题患者。相应地,指南包括了已经用于治疗患有创伤相关症状的创伤受害者的各种心理疗法和药物疗法。对于这些疗法的疗效和减轻 PTSD 及相关症状的临床和科研证据千差万别。但是,PTSD 疗效的研究与其他精神疾病相比仍处于初始阶段,指南中既包括了经过很好对照研究证明有效的疗法,也包括了那些长期积累的经验性的、尚未经检测的疗法。

三、临床研究内容

(一)什么是很好的对照研究

人们在减轻 PTSD 方面做了很多确定各种治疗疗效的研究,只有相当少的几项研究采用了严格的研究方法。我们认为一项好的对照研究应具有如下特征:

1. 有清楚界定的目标症状 仅仅经历过应激创伤不是治疗或干预的指征。只有存在显著的创伤相关症状(如 PTSD 或抑郁)才适合进行治疗。无论什么样的症状或综合征,都应有清楚地界定以便采用相应的措施去评价改善情况。另外,除了明确诊断,还应指定一个症状严重性的阈值作为治疗入选标准。

和目标症状有关的一个问题是纳入和排除标准的重要性。纳入-排除标准的描述能够帮助评定预后和进行疗效评价以及研究的推广。如果治疗有效无论样本差异如何,该治疗应看作较为实用的一种治疗。

2. 可信度和有效性的测量 一旦确定目标症状和研究对象,就应该采用良好的心理测量工具(见对测量工具的讨论)。在诊断过程中,应该进行结构性诊断评估和症状严重性的评估。

3. 盲评者的使用 早期受创伤个体的治疗研究主要依靠治疗师和患者的报告去评价疗效并在评价体系中引入期待和需求偏差。盲评者的使用是目前可信的治疗结果研究所必须的。保持评价者盲态有 2 个做法:首先,评价者不能同为施治者;第二,训练患者在评价过程中不显示治疗情况以便不干扰盲评者鉴定等级。

4. 评价者训练 评估的可信度和有效性很大程度上依赖评价者的技巧,那么,评价者的训练就是至关重要的。应对评价者也有标准性的要求。这包括明确评价人之间的可信度和校准研究全程的评价过程,以防止评价者有所倾向。

5. 手册化、可重复、特异的治疗计划 所选择的治疗是为解决由入选标准定义的目标问题而设计,这一点也很重要。所以,如果针对 PTSD 进行目标症状的治疗,采用专门为 PTSD 而建立的治疗方法将是最恰当的。详细的治疗手册在评价疗效时是最为重要的,因为它们有助于在患者之间和治疗师之间保持治疗的一致性,并获得治疗的可重复性以便推广。

6. 无偏差分配到治疗中 为了降低一种可能的误差来源,无论是患者还是治疗师都应该被允许选择患者的治疗条件。相反,患者应该被随机地分配到治疗条件中,或经过一种策略化的抽样方法来分配。这有助于保证所观察到的治疗方法的差异或相似性是由于所采用的技术而不是外界因素。为了分开疗效和治疗师,每种治疗应由至少 2 名治疗师来实施,而患者应该在各自的条件下被随机地分配给不同的治疗师。

7. 治疗连续性 研究的最后一个要素是使用连续性等级治疗。这些等级显示治疗是否按照计划实施了,以及是否一个治疗条件转移到另外一个了。

(二)对照研究的局限性

虽然对照研究对评价某一治疗方法是必要的,但是这样的研究得出的数据也不是没有问题的。这些研究的严格要求往往会导致样本的代表性不强;因此,其结果的推广就受到了限制。例如研究要求的随机分配包括了安慰剂组,有些患者会接受而另一些就不能,而导致研究对象入选这些研究的因素可能是与对治疗反应的好坏密切相关的。在评价一个已经完成的研究时,研究对象的脱落也是需要仔细考虑的一个问题。有些研究因为它们特殊的研究内容可能与患者的期待不一致,从而会导致研究对象的中途退出,进而影响到结果。

对照研究的另一个偏差是治疗方法之间的差异,不同的研究往往采取不同的适合的干预方法。比如短期的结构化治疗,像认知行为疗法和药物治疗,就比长期的或结构化较差的更适合于对照试验。作为结果,前者的疗效就会比后者“显得”更有用。

(三)治疗效果的评价

治疗效果的评价有很多种方法。其中一种是通过检查有多少接受治疗的人不再符合以前的诊断。另一种办法是计算治疗前到治疗后或随访时症状的严重程度下降了多少,我们把它称为效应大小,它从根本上来讲是一种统计学方法,是以一个标准的模式来估计,某一给定治疗计划对目标症状的严重程度在平均水平上降低了多少。使用效应大小使我们能够比较各个研究之间不同类型治疗的疗效。本书里所讨论的所有经验研究都是应用的该种方法。

为了加强文献之间的可比性,计算和表述效应大小的程序用2个办法进行了标准化。第一,采用一个单独的效应大小统计;人们所知道的 Hedges 无偏差的 g ,是效应大小估计者 Cohen 的 d 家族的一个成员。像 Cohen 的 d 一样,Hedges 无偏差的 g 很容易被概念化。它是标准化2个均值之间的差异为基础的,典型做法是治疗样本均值减去比较样本除以两样本共有标准差的商。所以,每个完整的数字都代表一个脱离比较样本均值的标准差。比如如果 $g = 0.5$,治疗样本均值就将被估计为标准差的一半在比较样本之上。Cohen 的 d 在样本较小时会系统过度估计,而 Hedges 无偏差的 g 与之不同的是,它包括了对小样本偏差的数学校正。为使比较更容易,效应大小的符号调整为正的永远代表结果比比较组更好。第二,采用等级分级评定。这样做是基于以下考虑:即使采用了相同的效应大小统计,使用不同的比较组也会产生不可直接比较的效应大小。如果一篇文章有足够的研究样本,采用了比较组诸如等待序列或非特异对照治疗,那么使用其他类型比较组的研究就不应再包括在内。如果“未给予治疗”对照研究样本的数量不足以得出结论,使用“安慰剂”比较组的研究就需要被包括在内,这样从这些研究计算出的效应大小在比较中往往会偏小,即使治疗是同样有效的。只有当任何一种类型的研究样本都不够多,没有包括比较组在内的纯样本设计才能用。在这样的设计中,计算标准差异效应大小的唯一办法是用治疗组治疗前的分数来估计比较组的分数。因为这些估计的分数是不独立的,这些计算得出的效应大小与另外2个对比组类型得出的效应大小是偏大的,不应该直接和它们进行比较。

(四)PTSD 的治疗进展

20 世纪 80 年代早期,随着 DSM-III 将 PTSD 作为一种独立的诊断单元,关于治疗 PTSD 疗效的研究就开始了。从那时起,病例报道和相关研究就不断被报道。可以说,这些研究从方法学的严谨性上差别很大,因此,从这些不同治疗得出的结论的可靠性就不尽相同。总的来说,心理治疗(特别是认知行为治疗)和药物疗法(特别是选择性 5-羟色胺再摄取抑制剂)都显示出很好的疗效。我们应该注意,技术或方法证据的缺乏并不意味着其不起作用,只是还没有