

The Discussion about Vicarious Trauma and Posttraumatic Stress Disorder

Qinqin Zhu, Shasha Li

School of Nursing, Huzhou Teachers College, Huzhou
Email: 657607213@qq.com, 270037615@qq.com

Received: Jun. 7th, 2013; revised: Jun. 9th, 2013; accepted: Jun. 25th, 2013

Copyright © 2013 Qinqin Zhu, Shasha Li. This is an open access article distributed under the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

Abstract: This article from the concept, historical origin, measuring tools, symptoms, prediction mechanism and measures to compare the differences and connections between vicarious trauma and post-traumatic stress disorder, it provides the reference for the medical staff to further research and practice in this field.

Keywords: Vicarious Trauma; Posttraumatic Stress Disorder

关于替代性创伤与创伤后应激障碍的讨论

朱琴琴, 李莎莎

湖州师范学院护理学院, 湖州
Email: 657607213@qq.com, 270037615@qq.com

收稿日期: 2013年6月7日; 修回日期: 2013年6月9日; 录用日期: 2013年6月25日

摘要: 本文从概念、历史渊源、测量工具、症状、预测机制和应对措施的角度比较替代性创伤和创伤后应激障碍的区别与联系, 为医护人员进一步开展该领域的研究和实践提供参考。

关键词: 替代性创伤; 创伤后应激障碍

1. 引言

近年来随着灾难性创伤事件的增加, 替代性创伤可消极地改变个人的感情、信仰、价值观和判断, 也影响着人的生存意识、安全性、认知能力、爱和归属感、自尊和自我实现感^[1]。目前, 国内已有学者提出要关注和重视替代性创伤的发生, 然而多数研究者对于替代性创伤的研究多还处于概念及相关理论研究阶段, 概念之间的区别探究尚不明确。藉此, 本文针对替代性创伤与创伤后应激障碍的概念、历史渊源、测量工具、症状、预测机制及应对措施进行综述, 为护理人员在该领域的理论与实践研究提供参考与借鉴。

2. 概念理解

替代性创伤(Vicarious Traumatization 简称 VT)由 Saakvitne 和 Pearlman 于 1996 年做出明确定义^[2], 是指助人者内在经验的转变, 是同理投入于被救者的创伤经历所致的结果, 它并不是患者加诸于助人者, 而是助人者感同身受而获得的^[3]。即指在目击大量残忍、破坏性场景之后, 损害程度超过其中部分人群的心理和情绪的耐受极限, 间接导致的各种心理异常现象^[4]。这些异常现象, 通常都是出于对生还者及其创伤者的同情和共情, 而使自己出现严重的身心困扰, 甚至精神崩溃(替代性创伤概念图^[5], 见图 1)。创伤后应激障碍(Posttraumatic Stress Disorder 简称 PTSD)是少数具

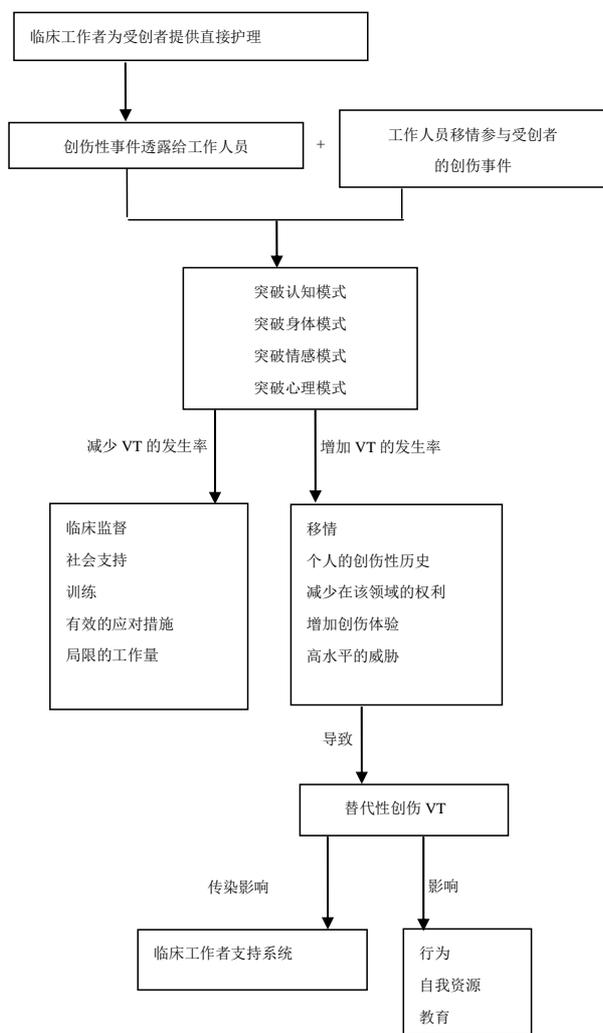


Figure 1. Concept map of vicarious victimization
图 1. 替代性创伤概念图

有相对明确病源的精神障碍之一^[6]。根据《精神疾病诊断与统计手册》(DSM-IV)它是指对创伤等严重应激因素的一种异常精神反应，是一种延迟性、持续性的心身反应，是由于受到异乎寻常的威胁性、灾难性心理创伤，导致延迟出现和长期持续的心理生理障碍。PTSD 的主要症状包括经历的重现，如创伤事件的闪回和噩梦，保护性反应，如情感麻木、失眠和认知回避；还有过度警觉、精神过敏以及悲伤和愤怒等消极情绪和自罪自责的消极认知。

替代性创伤与创伤后应激障碍相比，前者是得知他人创伤经历后发生，后者是直接遭受创伤而引起，两者主要的区别在于替代性创伤发生没有直接经历或目睹暴力行为^[7]。即替代性创伤调查对象是指非直接遭受创伤事件伤害的个体，而继发性创伤后应激是

直接暴露于灾难中的受害者^[8]。

3. 历史渊源

心理学者 McCann 和 Pearlman 在 1990 年，最早提出了“替代性创伤”一词，最初是指专业心理治疗者，因长期接触患者，受到咨访关系的互动影响，而出现了类似病症的现象，即治疗者本人的心理也受到了创伤。最初的定义将替代性创伤的研究对象限定于专业助人者的范围，随着研究的不断拓展，研究对象的范围也在逐步拓宽。广义的替代性创伤可以理解为非直接遭受创伤伤害的人们以任何方式接触到创伤性事件而引起的不适反应。“继发性创伤后应激障碍”第一次被提出于《精神疾病诊断与统计手册》(DSM-III) 第一个被诊断出患有这种疾病的人是越南战争的退伍军人，在过去的 30 年里由于直接暴露于极端的创伤压力，从而造成了心理影响^[9]。

4. 测量工具

有关替代性创伤的测量工具的研究主要集中在近 5 年的研究中，大部分研究在测量替代性创伤时都是采用问卷形式，且关注点集中于生理症状和认知信念方面。常用的问卷有创伤与依恋信念量表(The Trauma and Attachment Belief Scale, TABS)、创伤症状调查(Trauma Symptom Inventory, TSI)、事件影响量表(Impact of Event Scale, IES)。继发性创伤后应激症状的评估工具常见的有 IES、他评 PTSD 量表(The Clinician-Administered PTSD Scale, CAPS)、简式创伤后应激障碍评估量表(Short Post-Traumatic Stress Disorder Rating Interview, SPRINT)、PTSD 筛查量表(Posttraumatic Stress Disorder Checklist-Civilian Version, PCL-C)。

5. 症状比较

研究表明替代性创伤与创伤后应激障碍的症状反应有相似处，具体主要表现为：第一，反复性创伤体验，如感觉创伤事件好像再次发生、反复出现错觉、幻觉、闪回、反复出现噩梦等^[10]。第二，警觉性增高，如易激惹、易受、凉吓、过分警觉、难以集中注意力等。第三，某些生理症状，主要指睡眠和饮食方面，包括入睡困难、易惊醒、无食欲以及饮食过度等，其它共同的生理症状表现，如头痛、胃肠道、呼吸系统

的不适、背痛、肌肉酸痛等。另外，二者症状表现区别也较为明确。首先，创伤后应激障碍所研究的是具体的躯体症状，例如，持续的重现痛苦回忆、持续回避创伤相关的刺激、反应麻木、易唤醒等，不涉及认知图式和自我意识方面的改变，而替代性创伤所涉及的是更为广泛的包括外在的类创伤后应激障碍症状以及内在的认知、情绪等方面的反应和改变。其次，创伤后应激障碍症状程度相对严重，而替代性创伤所描述的心身各方面的反应，相对而言伤无严重程度的界限。

替代性创伤和创伤后应激障碍虽然在症状表现上存在着某些差异，但二者在涉及由于从事助人行业而带来的负面影响方面并无太多不同，主要包括自我身份和专业身份的认知、对世界的看法、自我能力、社交能力、生活信念等，特别涉及到安全、信任、自尊、亲密感和控制感等心理需要的各方面的研究对护理人员尚有建议与启示作用。

6. 预测机制

研究显示，应对方式对个体抑郁的发生有显著的预测作用^[11]。应对方式的选择与个体的身心健康显著相关，积极成熟的应对方式能改变个体的主观认识和提高个体处理问题的能力及改善情绪等作用，而消极不成熟的应对方式则容易导致焦虑。消极应对的医护人员在工作中主动性差，消极被动，以漠然的态度处理问题，内心抑郁，情绪容易受感染，易发生替代性创伤^[12]。因此，护理人员在救助过程中积极主动工作，尽力得到受助者的认可，提高自我接纳和自我和谐程度，保持心情愉悦和精神旺盛，是预防替代性创伤的关键。

对 PTSD 而言，创伤只是必要条件，并不是有了创伤之后就一定发展为 PTSD。有研究证实，护理人员预测 PTSD 可从以下三个方面着手：1) 从主观感受预测 PTSD：小心谨慎地观察和了解病人如何感受事件、如何理解事件本身和事件的后果等都是很重要的线索^[13]。2) 从症状和伴发疾病预测 PTSD：情感麻木、抑郁和分离症状与最初的 PTSD 严重性有关^[14]。3) 从人格特征和认知角度预测 PTSD：某些特殊个体差异可作为风险因素，如智商低、人格品行不良^[15]。美国《精神疾病诊断与统计手册》(DSM-IV)，将 PTSD 分

为三类：1) 急性 PTSD：病期在 3 月之内；2) 慢性 PTSD：病期在 3 月以上；3) 延迟性 PTSD：症状在创伤事件后至少 6 月才发生^[16]。由于 PTSD 发病多数在遭受创伤后数日至半年内出现，护理人员在照顾遭受创伤数日至半年的患者时，尤其要注意 PTSD 的发生，以便能够及时采取有效应对措施，其中，急性期应激反应的处置能有效避免或减轻 PTSD。

7. 应对措施

替代性创伤的应对策略最早可追溯到 1996 年，Saakvitne 和 Pearlman^[17]提出了应对的三个基本原则，即“觉察(awareness)、平衡(balance)和联系(connection)”，而且三者是息息相关的。根据应对的基本原则，护理人员可采用如下具体策略：1) 确定需要进行心理干预的对象；2) 建立专业的替代性创伤心理援助站；3) 制定合理援助工作模式；4) 强化对心理健康促进系统的组织支持。

PTSD 治疗主要包括药物、心理治疗和积极的社会支持。药物治疗主要是利用某些安眠镇静剂和抗焦虑、抗抑郁类等药物对症处理，减轻急性 PTSD 症状，改变患者精神状况，暂时缓解病情发展，减少患者的痛苦体验，通常作为心理治疗的辅助措施，增加患者对心理治疗的依从性^[18,19]。心理治疗主要采用催眠疗法、心理动力学疗法、认知行为疗法、行为疗法等手段，针对 PTSD 慢性病程，从心理、精神角度治疗，取得了令人鼓舞的疗效。在 PTSD 的治疗领域，应用最多的心理治疗方法是认知行为疗法，包括暴露疗法、认知重建疗法和焦虑管理法等。另外，眼动脱敏再处理(EMDR)^[20]是一种可以在短短数次晤谈之后，便可在不用药物的情形下，有效减轻心理创伤程度及重建希望和信心的治疗方法。现有的研究显示 EMDR 在许多方面对 PTSD 的改善均优于认知行为治疗，EMDR 更适于在创伤的早期进行干预，而后者对于慢性 PTSD 的治疗效果更有效^[21]。积极的社会支持对治疗也具有十分重要的作用，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，最好的干预是提供良好的社会支持，在社会支持干预系统中，家庭支持治疗效果最为显著。对护理人员的启示：精神动力学心理治疗有助于解决人际的或内心的冲突，对 PTSD 的本质、严重程

度、症状都有治疗作用,对社会,职业和人际功能而言尤其重要。应用药物和心理治疗的同时为患者提供良好的社会支持(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。

综上所述,替代性创伤和创伤后应激障碍是两个完全不同的概念,但又有相同之处。研究替代性创伤与创伤后应激障碍的区别与联系,为今后护理人员进一步展开相关实证研究提供指导。因此,临床护理人员应采取积极主动的工作态度,避免消极的应对方式,保持心情愉悦和精神旺盛,加强临床监督、社会支持、专业训练,及时采取相应的应对措施,可有效预防 VT 与 PTSD 的产生。

参考文献 (References)

- [1] United States Department of Justice. The community crisis response team training manual, 2007.
<http://www.ojp.usdoj.gov/ovc/publications/infores/crt/chap18.html>
- [2] 李序科. 灾难性事件救助人员替代性及其社会工作救助[J]. 风险管理, 2008, 12(1): 75-78.
- [3] 钟思嘉. 助人者的替代性创伤与应对[J]. 中国社会导刊, 2008, 30: 15-16.
- [4] D. Lerias, M. K. Byrne. Vicarious traumatization: Symptoms and predictors. *Stress and Health*, 2003, 19 (3): 129-138.
- [5] P. D. Tabor. Vicarious traumatization: Concept analysis. *Journal of Forensic Nursing*, 2011, 7(4): 203-208.
- [6] C. R. Brewin, T. Dalgleish and S. Joseph. A dual representation theory of posttraumatic stress disorder. *Psychological Review*, 1996, 103(4): 670-686.
- [7] V. Polin. Help, I'm burnt out! Vicarious victimization, secondary post traumatic stress disorder, compassion fatigue, 1996.
- [8] 杨霞等译. 异常心理学[M]. 北京: 中国轻工业出版社, 2006: 164-167.
- [9] American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Washington DC: Author, 1980.
- [10] N. K. Adams, The risks of treating sexual trauma: Stress and secondary trauma in psychotherapists. In: B. H. Stamm, Ed., *Secondary traumatic stress: Self-care issues for clinicians, researchers, and educators*. Lutherville, MD: Sidran Press, 1995: 37-48.
- [11] K. A. Kirsihon, K. A. Jukkahintik, K. A. Eiaaiuk, et al. Alexithymia and depression. *Psychosomatic Medicine*, 2001, 42(3): 229-234.
- [12] 罗桂河, 路晓雪. 大学生考试焦虑与应对方式的关系研究[J]. 实用心脑血管病杂志, 2010, 18(6): 726.
- [13] J. A. Fairbank, T. A. Brown. Current behavioral approaches to the treatment of posttraumatic stress disorder. *The Behavior Therapist*, 1987, 3: 57-64.
- [14] C. Chemtob, H. L. Roitblat, R. S. Hamada, J. G. Carlson and C. T. Twentyman. A cognitive action theory of posttraumatic stress disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 1988, 2(3): 253-275.
- [15] A. C. McFarlane. The aetiology of post-traumatic morbidity: Predisposing, precipitating, and perpetuating factors. *British Journal of Psychiatry*, 1989, 154: 221-228.
- [16] 沈渔邨等主编. 精神病学(第五版)[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2001: 622-625.
- [17] S. R. Jenkins, S. Baird. Secondary Traumatic Stress and Vicarious Trauma. A Validation Study. *Journal of Traumatic Stress*, 2002, 15(5): 423-432.
- [18] 张勇辉. 创伤后应激障碍[J]. 国外医学: 精神病学分册, 2001, 28(3): 159-162.
- [19] 叶江洪, 王静华, 杨进东等. 健康教育对高血压患者药物治疗依从性的影响[J]. 解放军护理杂志, 2003, 20(4): 18.
- [20] 单敬, 冯孟哲, 田宝. 眼动脱敏再加工与自我状态疗法在创伤障碍性疾病治疗中的整合[J]. 中国康复理论与实践, 2011, 3: 250-252.
- [21] L. Maxfield, L. Hyer. The relationship between efficacy and methodology in studies investigating EMDR treatment of PTSD. *Journal of Clinical Psychology*, 2002, 58(1): 23-41.