

創傷後壓力疾患與團體心理治療

葉美玉*

Posttraumatic stress disorder and group psychotherapy

Mei-Yu Yeh

摘要

本文旨在探討創傷後壓力疾患的定義、評估與介入策略，並列舉三種團體心理治療模式。試圖藉由國外成功的團體心理治療經驗，協助吾人預防創傷後壓力，作為國內本土化創傷後壓力疾患治療策略發展的參考。

關鍵字：創傷後壓力疾患、團體心理治療、評估、介入

Abstract

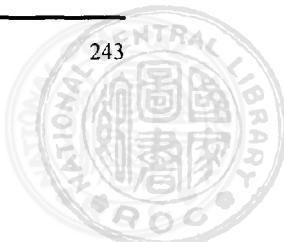
This paper focuses on the current definition of Posttraumatic Stress Disorder (PTSD), assessment and intervention. The review suggests that group psychotherapeutic models, including interactive pscho-education group therapy, life-review group therapy, and psychodynamic group treatment. The article can be as a reference to provide professions in order to develop strategies of PTSD.

Key words: posttraumatic stress disorder, group psychotherapy, assessment, intervention

一、前言

創傷後壓力疾患(post-traumatic stress disorder, PTSD)一詞，最早出現於1980年代精神疾病診斷手冊第三版(American Psychiatry Association, APA, 1994)。當時係因大批參加越戰的美國軍人，在回到美國本土後，出現顯著的創傷壓力症候群，美國精神醫學會為避免社會輿論，無情的責備這群身心皆遭受重創的受難者，於是提出「創傷後壓力」的概念，及精神疾病診斷的操作性定義，併入焦慮障礙的分類中。1992年世界衛生組織的國際疾病分類(inter-

*國立臺灣師範大學教育博士，現任長庚技術學院助理教授



national classification of disease, ICD)，對此亦提出相同的觀點。目前國際間對「創傷後壓力疾患」採行的診斷標準即以精神疾病診斷手冊第四版或ICD-10為依據(Ohayon,1998; Turnbull, 1998; Foa & Meadows, 1997; Boudewyns, 1996)。

根據文獻，所謂創傷後壓力所指的壓力源，主要係來自：天災(natural disaster)、重大意外事件(serious accident)、遭受攻擊(violent attack)，如強暴(rape)、被俘擄(being held captive)、性或身體虐待(sexual or physical abuse)、被綁架(kidnapping)或戰爭(combat exposure)等(Foa, Davidson, & France, 1999 ; APA, 1994; National Institute of Health, NIH, 1995)。

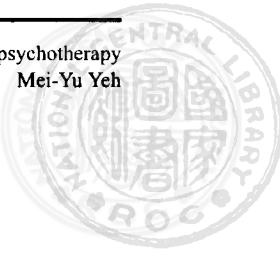
由最近的流行病學調查顯示，創傷後壓力疾患的盛行率以女性較高，約10至12%，男性較低，約為5%。不分性別之終生盛行率為7.8%。在所有創傷後壓力疾患中，至少有三分之一的患者，其創傷後壓力的症狀持續多年，其中以被強暴的患者最為嚴重，約有60%至80%將會發展為慢性創傷後壓力疾患。除此之外，80%以上的創傷後壓力疾患，可能會罹患精神疾病，或同時伴隨著婚姻、職業與健康相關之問題(Yehuda,1999; Simon, 1999 ; Solomon & Davidson, 1997)。

文獻報告，創傷後壓力疾患的介入，主要以心理治療為主(Foa, et al.,1999)。多位學者指出多種心理治療方法中，以團體進行的心理治療模式最具經濟效益(Lubin, Loris, Burt, & Johnson, 1998 ; Snell & Padin-Rivera,1997)。Foa等人(1999)與 Clark(1997)認為運用心理治療時，首應協助個案認識創傷後壓力症狀，與之建立信任感關係，討論並鼓勵其回憶創傷的情境經驗，對創傷事件的想法與感覺，支持、傾聽並接受其哀傷反應，協助確認創傷後壓力反應，強化個人處理創傷後壓力症狀的能力，鼓勵個案參與支持性團體。

為協助創傷壓力的受害者儘早擺脫創傷事件的陰影，作者乃著手蒐集整理近期之研究論文，並以創傷後壓力疾患與團體心理治療為題，說明創傷後壓力疾患的主要症狀、分類、評估與治療，並列舉三種團體心理治療模式，期能對這群不幸的患者略盡棉薄之力。

二、創傷後壓力疾患

所謂創傷後壓力疾患的疾病診斷標準，係指個體經驗到或目擊一個事件，此事件相當緊急，有生命威脅或嚴重損傷，甚或威脅本身及他人身體之完整性，個人有極為害怕無助與恐慌的感受，有以下描述之主要症狀，超過一個月以上，且明顯影響患者的社會功能(APA, 1994)。創傷後壓力疾患主要的症狀，包括 1.重複浮現創傷經驗(re-experiencing of traumatic event)：對受創當時的記憶印象，會無預警地，且不自主反復在生活及睡夢中呈現。個案也會經常伴隨著強烈的情緒反應，如哀傷、罪惡感、生氣與悔恨等情緒。2.逃避與麻木情緒(avoidance and emotional numbing)：個案會過度避免觸及，任何會使他憶起創傷的人、事、物，或地，甚至麻痺自己，使無法憶起創傷事件的重要訊息。感覺麻木、對事物失去興趣，



進而影響人際關係與日常生活。3.過度警覺(increased arousal)及出現睡眠困難：對自己與周遭的人易動怒，注意力不集中，過度警戒與驚嚇反應(APA, 1994; NIH, 1995)。

Foa等人(1999)指出，創傷後壓力反應共可分為五類：1.中度或短暫壓力反應：創傷發生後立即出現的症狀屬之。2.急性壓力反應：壓力症狀發生於創傷後一個月以內者。上述中度、短暫與急性壓力反應，並未達到創傷後壓力疾患的診斷標準。因此，並不屬於創傷後壓力疾患。3.急性創傷後壓力疾患：當急性壓力反應，持續一至三個月時稱之。4.慢性創傷後壓力疾患：創傷後壓力症狀持續三個月以上時屬之。5.延遲型的創傷後壓力疾患：其壓力症狀可能在創傷後壓力源出現後的幾個月或幾年才發生。研究發現，造成急性、慢性，與延遲型創傷後壓力症候群之危險因子，包括：過度且嚴重之創傷、時間維持較久的創傷、較危險之創傷、多次的創傷、他人造成之創傷，或親朋好友對創傷事件的經驗給予負面回饋等。除上述外，創傷後壓力疾患極易伴隨恐慌症發作(panic attacks)，即嚴重恐懼感，可能的生理反應有心跳過速、呼吸急促、冒汗、發抖、胸痛、頭昏眼花、麻木或哽噎等。患者對他人或社會間產生強烈疏離感，甚至出現不信任感、背叛感，或內疚、罪惡感與挫敗感等憂鬱情緒。這些感覺極可能導致患者出現自殺的念頭，或嚴重的社會功能障礙，或甚至以吸菸、飲酒或藥物濫用來轉移這些痛苦的情緒。

三、創傷後壓力疾患的評估與介入

Friedman(1996)與Finnegan(1998)指出：創傷後壓力疾患的評估，應包括：從過去至接受創傷評估前的所有創傷經驗，導致創傷事件的性質，發生的時間、過程、次數與持續時間，創傷後壓力症狀、嚴重程度、持續時間、是否伴隨其他創傷後壓力的共病現象，以及創傷後壓力疾患的家人，與親朋好友對創傷事件的看法與評價。由於創傷後壓力對於個人的自我心像、人際關係、家庭，工作與社會功能等三方面，都會產生嚴重的衝擊。因此，在創傷發生的早期提供預防性的介入措施是必要的。預防性的介入應包括，協助瞭解創傷後短暫的痛苦是正常現象，提供急性壓力反應與創傷後壓力患者及家屬教育手冊，鼓勵討論創傷經驗與感受，以同理與傾聽的態度，容忍患者的情緒反應，減低不合理的內疚，轉介至同儕的支持團體輔導諮商，必要時，亦應考慮短期的藥物治療(Simon, 1999; Rose, 1998)。

創傷後壓力心理治療介入的主要目標，必須以改善羞愧之負向自我概念、缺乏信任感與親密關係的人際問題、無價值感，與社會隔離等方面為主。主要策略包括：1.焦慮管理：包括放鬆訓練、緩慢腹式深呼吸的訓練、正向內在對話的自我教導訓練、自我肯定訓練，與中斷非現實、消極、引發焦慮防衛等不良想法的思考中斷法。2.認知心理治療：教導患者以理性的認知替代非理性之想法。3.運用想像與現實之探索治療(exposure therapy, exposure in the imagination and exposure in reality)：如以角色扮演、空椅子對話、想像等技巧協助患者反復



喚起創傷記憶，教導訓練患者練習以放鬆技巧減低焦慮。4.遊戲治療(play therapy)：對於兒童或年齡較小的少年患者以遊戲或繪畫方式協助表達情緒。5.運用心理衛生教育諮詢及支持性諮詢(education and supportive counseling other types of psychotherapy)：協助患者發展適應性技巧，減低逃避，協助自我的統整。至於團體心理治療的主要目的，在於協助個案探討創傷後的壓力症狀，透過成員此時此地的相互支持的互動，營造團體凝聚力，提供一個安全與支持性的人際互動環境，主要過程在引導成員探討及演練健康的人際互動技巧(Yehuda,1999; Mental Health Net, 1998a; Clark, 1997; Foa, 1997; Lubin & Johnson, 1997)。

除上述心理治療外，當創傷後壓力患者憂鬱情緒明顯，且影響睡眠與日常生活時，應輔以藥物治療。使用藥物治療時，宜選擇安全性高，副作用少之非傳統型抗憂鬱劑，如：選擇性血清素再吸收劑(selective serotonin reuptake inhibitors, SSRI)。若上述SSRI類藥物出現副作用，未能明顯改善時，可考慮服用其他抗憂鬱劑或三環抗憂鬱劑。又如患者出現嚴重憤怒時，則考慮服用情緒穩定劑。焦慮症狀明顯時，則應給予抗焦慮劑，以減輕情緒困擾 (Foa, et al., 1999; Foa, et al., 1997; Mental Health Net, 1998b; Rose & Bisson, 1998)。

四、團體心理治療模式

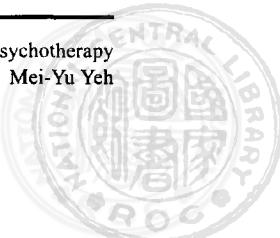
團體心理治療是創傷後壓力疾患介入較具經濟效益的治療模式。因此，以下茲說明三種團體治療模式的實際運作，以為精神衛生工作者發展本土化介入策略之參考。

(一)互動式心理教育團體治療(interactive psycho-educational group therapy)

Lubin等人(1998)以暴力犯罪的受害者、遭受身體暴力或性暴力的18至65歲女性，且願意參與團體心理治療的個案為對象，藉由互動式心理教育團體治療模式，協助其瞭解創傷後壓力的概念，及經由創傷事件的再度表達，導引個案認識與表達負向感覺，包括羞愧感、社會隔離、身體心像的曲解及無價值感等，並透過團體間人際互動引導，教導團體成員對過去創傷事件的瞭解，重新體認自己的生命意義與價值。

治療者由女性精神科醫師及臨床心理師擔任，每週進行一次的教育治療團體，每次進行90分鐘，共計十六週。每次的團體治療包括15分鐘創傷後壓力認知演講，之後再進行60分鐘的團體互動，最後15分鐘強調教育的內容。每位成員都發給認識創傷手冊，將內容的重點寫於治療室的白板上，及指定家庭作業。

互動式心理教育團體治療共分三階段進行，第一階段先協助參與的個案瞭解其本身對創傷的感覺，如：羞愧感、信任感、女性的性別認同感，及創傷事件對個人的影響。第二階段認識創傷事件不良的調適策略，及探討創傷事件對個人人際關係的影響，如：困難建立人際間的親密與依賴關係，及性功能障礙(sexual dysfunction)。第三階段為探索個人生命的意義與價值，瞭解社會支持的重要性，運用團體間人際互動，協助



個案將過去創傷的烙印與目前連結，並剖析治療模式。此項治療的評價包括，明顯改善創傷後壓力的症狀，如減少創傷事件的重複浮現、逃避行為與過度警覺。另外也改善成員的負面自我心像、增進人際關係、增加社會所屬感，改善憂鬱與解離(dissociative)的精神症狀(Lubin et al., 1998)。

(二)生命回顧團體治療(life-review group therapy)

Snell 與 Padin-Rivera (1997)針對參加韓戰創傷後壓力的老兵進行團體治療。主要的過程，包括：1.介紹心理治療的目的。2.教導老兵認識創傷後壓力疾患的症狀及老年相關的議題。3.協助老兵瞭解戰爭對創傷的影響並給予正向的迴饋。4.提供安全的環境，讓老兵有機會再次體驗與經歷戰爭造成的創傷。5.教導壓力減輕之認知及行為策略。6.協助老兵認識生理、認知與行為三層面的憤怒徵兆，以協助緊張情緒的調適。7.表達戰場上尚未解決的失落與憂傷，並協助其建立支持性網路。8.生命的回顧。

在團體治療前，為鼓勵老兵們參與，研究者安排過去曾接受創傷後壓力團體治療的老兵，與之分享治療開始前的害怕經驗。整個治療過程，分兩階段十六週進行，第一階段目的在情緒支持及建立團體規範，主要在營造無威脅的團體氣氛及團體凝聚力，介紹如何增進自我調適技巧，於團體過程中，強調老兵願意改變的約定，學習肯定自我，練習無貶抑感的求助，減少不信任感，及社會隔離的感覺。其次在分享創傷後壓力的症狀、問題，以及戰後的經驗，討論壓力及緊張情緒下的身體反應。之後，介紹過去因戰爭導致的創傷後壓力疾患的發生率，及治療成效。在此同時為避免老兵中途退出團體治療，教導老兵尋找一位在生活中值得其認同的人物，再邀請這些對老兵深具影響力的人物，參與治療者安排的教育團體四週，內容包括創傷後壓力及團體治療計畫方案。

除此之外，以國中程度的閱讀能力編輯團體工作手冊，及治療計畫目錄，提供每位成員參考，鼓勵每位老兵閱讀，並且鼓勵老兵與受老兵認同，應老兵邀請而來的人物共同分享。另外也在團體治療室中設立一小型圖書館，館中準備創傷後壓力及老年相關的錄音帶、錄影帶及書籍，鼓勵老兵在每個章節結束後反復練習，演練指定之活動。

第二階段運用生命回顧，鼓勵老兵接受自己特殊的生命經歷，運用自傳式的剪貼簿，或錄影帶分享討論戰爭期間家人的紀念品及照片。同時並鼓勵進行減除壓力管理的活動，如運動、嗜好、旅遊、參與公益活動等。學習憤怒處理，如辨識早期徵兆、練習深呼吸、發展非暴力行為的方法達成目標。學習運用問題解決法去面對及處理問題，鼓勵成員彼此分享及迴饋。鼓勵表達與分享過去戰爭期間朋友與家人生離死別的憂傷與失落的經驗與感覺。

(三)心理動力團體治療(psychodynamic group treatment)

此團體主要治療的對象為孤獨、無助、有罪惡感的越戰老兵。治療目標在提供安全性的環境，且透過支持性人際關係，強化老兵的自我功能，調整老兵原有僵化刻板

的不適應行為及逃避的適應策略，並以重現老兵的生活意義與價值為最終的治療目標。整個治療計十六週，每次90至120分鐘，開始進行治療前，須先與成員建立團體治療的契約。

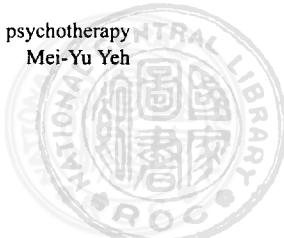
團體開始首先討論與越戰爭有關的創傷經驗及其老兵的創傷壓力症狀。進行的過程中除強調疏離感，與倖存的罪惡感外，須促使成員彼此分享經驗，相互支持與協助。接下來共同討論老兵在面對真實世界時所面臨的種種問題，藉由成員反映老兵自己本身改變的需要，且能對日常生活負起責任，允許老兵以自己熟悉的詞彙，描述戰時與戰後的真實世界。同時也鼓勵老兵採用健康的防衛機轉，藉由再一次表達的經驗，面質不良的防衛機轉。最後要強化老兵對本身情緒行為的認識，並運用此議題，喚醒所有團體成員的共鳴(Koller, Marmar, & Kanas, 1992)。

五、結語

創傷後壓力的烙印，對個人身心健康影響至鉅，是以發展有效的治療模式，協助受害者撫平內心的傷痛，早日擺脫創傷的陰影，是一重要的課題。本文敘述的三種創傷後壓力疾患的治療模式，雖然人物不同，導致創傷壓力的事件亦不同，但對受創的個體而言，創傷所造成的壓力、衝擊與負面影響，其烙印形成的內在傷痕卻是相同的。所謂他山之石，可以攻錯，前述三種介入模式的時空背景不盡相同，然吾人應可擷取前述介入策略的優點，作為發展本土化治療策略之參考，共同協助這群在生命旅途中，不幸遭遇重創的患者早日走出悲情的世界。

參考文獻

- American Psychiatric Association (1994). Diagnostic and statistical manual of mental disorder. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Boudewyns, P.A. (1996). PTSD: Conceptualization and treatment. Progress in Behavior Modification, 30, 165-189.
- Clark, C.C. (1997). Posttraumatic stress disorder: How to support healing. American Journal of Nursing, 97(8), 27-32.
- Finnegan, A.P. (1998). Clinical assessment for posttraumatic stress disorder. British Journal of Nursing, 7(4), 212-8.



- Foa, E.B., Davidson, J.R., & France, A. (1999). Expert consensus treatment guidelines for post-traumatic stress disorder: A guideline for patient and family. Journal of Clinical Psychology, 60 Suppl (16), 7-17.
- Foa, E. B., & Meadows, E.A. (1997). Psychosocial treatment guidelines for posttraumatic stress disorder: A critical review. Journal of Clinical Psychology, 48, 449-480.
- Friedman, M. J. (1996). Posttraumatic stress disorder diagnosis and treatment for mental health clinicians. Community Mental Health Journal, 32(2), 173-189, 191-193.
- Koller, P., Marmar, C.R., & Kanas, N. (1992). Psychodynamic group treatment of posttraumatic stress disorder in Vietnam veterans. International Journal of Group Psychotherapy, 42(2), 225-246.
- Lubin, H., Loris, M., Burt, J., & Johnson, D. R. (1998). Efficacy of psychoeducational group therapy in reducing symptoms of posttraumatic stress disorder among multiply traumatized women. American Journal of Psychiatry, 155 (9), 1172-1177.
- Lubin, H., & Johnson, D. R. (1997). Interactive psycho-educational group therapy for traumatized women. International Journal of Group Psychotherapy, 47(3), 271-290.
- Mental Health Net. (1998a). Psychotherapy helps patients recover from posttraumatic stress. [http://mentalhelp.net/articles/ ptsd2.htm](http://mentalhelp.net/articles/ptsd2.htm).
- Mental Health Net. (1998b). PTSD. [http://mentalhelp.net/ disorders/sx32.htm](http://mentalhelp.net/disorders/sx32.htm).
- National Institutes of Health, NIH (1995). National Institutes of Mental Health, NIH Publication No. 95-3879.
- Rose, S. & Bisson, J. (1998). Brief early psychological interventions following trauma: A systematic review of the literature. Journal of Traumatic Stress, 11(4), 697-710.
- Simon, R.I. (1999). Chronic posttraumatic stress disorder: A review and checklist of factors influencing prognosis. Harvard Review of Psychiatry, 6 (6), 304-12.
- Snell, F.I., & Padin-Rivera, E. (1997). Group treatment for older veterans with posttraumatic stress disorder. Journal of Psychosocial Nursing, 35(2), 10-16.
- Solomon, S.D., & Davidson, J.R. (1997). Trauma: Prevalence, impairment, service, use, and cost. Journal of Clinical Psychiatry, 58 Suppl (9), 5-11.
- Turnbull, G.J. (1998). A review of posttraumatic stress disorder, part two: Treatment. Injury, 29 (3), 169-75.
- Yehuda, R. (1999). Managing anger and aggression inpatient with posttraumatic stress disorder. Journal of Clinical Psychiatry, 60 Suppl (15), 33-37.

