

创伤聚焦单元干预听力障碍和智力障碍儿童心理应激障碍的研究

何胜晓

【摘要】 目的 研究创伤聚焦单元(TF-CBT)干预听力障碍、智力障碍儿童心理应激障碍(PTSD)的疗效。**方法** 选取符合纳入标准的听力障碍、智力障碍儿童资料 104 例,按随机数字表法分为苏南听障组 28 例、苏南智障组 26 例、苏北听障组 24 例、苏北智障组 26 例,分别给予 TF-CBT 干预,并于干预 1 个月和干预 3 个月后评估各组儿童干预疗效并进行比较。**结果** 各组儿童 TF-CBT 干预 1 个月或干预 3 个月后显效率均超过 60%,其中听障组内苏北儿童干预 3 个月后的显效率较苏南儿童明显增加($P<0.05$),智障组内苏南儿童干预 3 个月后显效率较干预 1 个月后者亦明显增加($P<0.05$)。**结论** TF-CBT 干预听力障碍和智力障碍儿童 PTSD 有效,听障儿童中苏北儿童干预 3 个月后较苏南儿童疗效更好,苏南智障儿童则干预 3 个月较干预 1 个月疗效更优。

【关键词】 听力残疾; 智力残疾; 创伤后; 儿童; 心理应激障碍

基金项目:江苏高校哲学社会科学研究基金项目(2017SJB0640)

Trauma-focused cognitive behavioral treatment helps hearing-impaired and mentally disabled children with post-traumatic stress disorder He Shengxiao. College of Rehabilitation Sciences, Nanjing Normal University of Special Education, Nanjing 210038, China

Corresponding author: He Shengxiao, Email: hsx_198@163.com

【Abstract】 Objective To study the efficacy of trauma-focused cognitive behavioral treatment (TF-CBT) in treating post-traumatic stress disorder (PTSD) among hearing-impaired or mentally-disabled children. **Methods** One hundred and four children with PTSD who were either hearing-impaired or mentally disabled were randomly divided into a hearing-impaired Sunan group ($n=28$) and a hearing-impaired Subei group ($n=24$). The mentally-disabled children were similarly divided into Sunan ($n=26$) and Subei ($n=26$) groups. All of the groups were given TF-CBT, and the effects were compared after one and three months of intervention. **Results** After one and three months the effectiveness rate was over 60% for all four groups. After 3 months the efficacy in the hearing-impaired Subei group was significantly better than in the Sunan group. In the mentally-disabled Sunan group the treatment was more effective after 3 months than after one month. **Conclusion** Trauma-focused cognitive behavioral treatment is effective for hearing-impaired and mentally disabled children with post-traumatic stress disorder. For hearing-impaired children, the effect of Sunan is significantly better that of Subei. Mentally disabled children improve gradually for at least 3 months.

【Key words】 Hearing loss; Mental disability; Post-traumatic stress; Cognitive therapy

Fund program: The Philosophy and Social Science Fund of Jiangsu Province (grant 2017SJB0640)

心理应激障碍(post traumatic stress disorder, PTSD)是指直接或间接接触各类创伤事件的受害者、幸存者、目击者及救援者所出现的症状^[1-3]。近年来各种灾害和突发性事件不断,对公众心理产生巨大冲击,导致各种心理障碍^[4-5]。儿童心理尚处于发展阶段,这些突发事件尤易产生 PTSD^[6]。创伤聚焦单元(trauma focused cognitive behavioral treatment, TF-CBT)是由 Cohen 等^[7-8]创立,为创伤儿童设计的一种心理应激干预

方法。在美国“911”事件中,该方法得到一定规模的实践。

听力障碍和智力障碍儿童在我国常被分类整体独立安置于特殊学校(聋校和培智学校)内,与其他儿童一样,经历创伤事件也会产生 PTSD。Cohen 等^[8]研究表明,TF-CBT 在干预儿童 PTSD 时,团体干预有效,团体干预要求儿童具有相似发展水平。而听力障碍(简称听障)和智力障碍(简称智障)儿童个体发展差异较大,且 TF-CBT 干预 PTSD 强调文化调适,即文化因素影响 PTSD 症状的表现和干预模式,中外文化差异显著,即使在我国同一省份内,文化差异有时也很显著,

如苏南和苏北^[9],本研究旨在研究 TF-CBT 干预听力障碍和智力障碍儿童 PTSD 的疗效及文化调适。

对象与方法

一、研究对象及分组

入选标准:①符合美国精神疾病诊断与统计手册(Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)第 5 版 PTSD 诊断标准^[10];②年龄 6~12 岁;③听力障碍和智力障碍分类标准参照中华人民共和国国家标准《残疾人残疾分类和分级》^[11];④符合听力残疾 3 级、4 级标准的听障儿童以及符合智力残疾 3 级、4 级标准的智障儿童;⑤患儿家属均签署知情同意书。

排除标准:①听力和智力残疾达到 1 级、2 级标准;②患有听力障碍和智力障碍同时达到听力残疾或者智力残疾 4 级以上;③伴其它严重并发症影响研究正常开展;④不能配合研究的患儿。

选取 2013 年 3 月至 2016 年 12 月江苏省内特殊学校在校儿童经历创伤事件评估后符合上述标准的 PTSD 儿童纳入研究,根据苏南和苏北地区的不同,将听力障碍和智力障碍儿童按入组顺序随机分为苏南听障组、苏南智障组、苏北听障组、苏北智障组,并进行相互对照,最终江苏省 9 所特殊学校共 104 例儿童纳入研究,其中听障组 52 例,苏南 28 例,苏北 24 例;智障组 52 例,苏南 26 例,苏北 26 例。4 组儿童的性别、年龄等一般资料经统计学分析比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性,详见表 1。

表 1 4 组儿童一般资料

组别	例数	性别(例)		平均年龄 (岁, $\bar{x}\pm s$)
		男	女	
苏南听障组	28	15	13	6.98±0.63
苏南智障组	26	13	13	7.03±0.73
苏北听障组	24	12	12	6.82±0.77
苏北智障组	26	12	14	6.82±0.71

二、干预方法

对本研究中的 TF-CBT 治疗师进行标准统一的培训和考核,其中网络培训^[12]必须合格;研究开始前统一进行 2 d 训练体验,并设立专家团队,提供对复杂问题的解决方案。具体干预方法如下。

1. TF-CBT 干预:TF-CBT 治疗师按心理教育、教养技巧、放松技术、情绪表达与调适、认知三角(包括监护者的认知三角和强化安全感)、创伤叙事(包括儿童创伤叙事和与监护者共享创伤叙事)、处理创伤体验(包括探索并纠正不正确且无益的认知和与监护者一同处理儿童创伤)、创伤暗示、共同会谈治疗、未来的安全与发展十个单元进行干预^[13]。

2. 文化调适:根据美国南卡诺林娜医学院 TF-CBT

单元文化调适^[12],TF-CBT 干预 PTSD 儿童过程中,儿童的理解和执行至关重要,这与儿童的文化背景差异有关,核心因素有地点、言语、表情、动作、情绪、思维、社交技巧,文化调适的内容选取以上内容。具体干预过程中,治疗师在地点、言语、表情、动作、情绪、思维、社交技巧方面充分考虑相关儿童的文化背景,采取相应适合儿童的文化调适措施。

三、干预效果评估

根据各组干预效果的显效率评估干预效果。干预前后,干预对象的应激障碍症状计分方法采用加州大学洛杉矶分校(University of California-Los Angeles, UCLA)创伤后应激障碍反应指数儿童修改版(post-traumatic stress disorder reaction index, PTSD-RI)^[14]第 2 部分 20 条项目计分,采用 0~4 点计分,0 表示从来没有,1 表示很少,2 表示有时,3 表示很多,4 表示总是。

根据项目平均得分制订评估标准:①显效——干预前后障碍明显减轻,均分下降超过 1 分;②有效——干预前后障碍减轻,均分下降超过 0.5~1 分;③无效——均分下降小于 0.5 分。

四、统计学方法

使用 SPSS 22.0 版统计软件包对数据进行统计学分析处理,计量资料以($\bar{x}\pm s$)表示,计量资料比较采用 t 检验,计数资料采用 χ^2 检验。 $P<0.05$ 认为差异有统计学意义。

结 果

一、PTSD 听力障碍、智力障碍儿童创伤事件出现频率及障碍表现

家庭暴力、亲人去世、恐怖场景和画面、动物伤害、父母离异、身体伤害事件在引起 PTSD 的原因中占比居前,而家庭暴力、亲人去世、恐怖场景和画面这三种事件最易导致 PTSD。详见表 2。

表 2 创伤事件及出现频率表

组别	例数	车祸	暴雨	身体伤害	动物伤害	家庭暴力
听障组	52	2	3	5	5	14
智障组	52	1	0	6	8	8

组别	例数	父母离异	亲人去世	恐怖场景和画面	疾病	课堂突发事件
听障组	52	5	8	5	2	3
智障组	52	6	10	8	1	4

经历创伤应激事件后,各组儿童先后出现常见的障碍表现详见表 3,听障组和智障组儿童的 PTSD 临床表现以重复体验(错觉、幻觉、梦境)、回避、情感麻痹、激惹为主,尤其是回避表现极为突出,而部分儿童可以表现为睡眠障碍、焦虑、抑郁、物质依赖。

表 3 创伤应激障碍表现

组别	例数	错觉和幻觉	梦境(梦魇)	回避(包括选择性失忆)	情感麻痹
听障组	52	38	40	51	25
智障组	52	30	23	48	18

组别	例数	睡眠障碍	激惹	焦虑	抑郁	物质依赖
听障组	52	13	28	10	6	5
智障组	52	6	13	7	5	3

与干预 3 个月比较,显效率增加,且差异无统计学意义($P=0.126$);苏南智障组和苏北智障组分别于干预后 1 个月及干预 3 个月同时时间点比较,差异均无统计学意义($P=0.773, P=0.442$)。详见表 6。

表 6 听障组和智障组苏南苏北地区儿童的 TF-CBT 干预效果比较

组别	例数	干预 1 个月				干预 3 个月			
		显效(例)	有效(例)	无效(例)	显效率(%)	显效(例)	有效(例)	无效(例)	显效率(%)
听障组									
苏南	28	18	9	1	64.29	21	7	0	75.00
苏北	24	20	4	0	83.33	23	1	0	95.83 ^a
智障组									
苏南	26	17	6	3	65.38	23	1	2	88.46 ^b
苏北	26	16	6	4	61.54	21	2	3	80.77

注:与苏南听障组比较,^a $P<0.05$;苏南智障组内干预 3 个月与 1 个月比较,^b $P<0.05$

二、PTSD 听力障碍、智力障碍儿童 TF-CBT 干预情况

治疗师较好地每例 PTSD 儿童按照规定单元进行干预,大多数儿童需要整个单元干预,只有极少数儿童接受部分单元干预,如表 4 所示。

表 4 TF-CBT 干预中各单元文化调适情况(例)

组别	单元 1	单元 2	单元 3	单元 4	单元 5	单元 6	单元 7	单元 8	单元 9	单元 10
听障组	52	40	48	51	52	52	51	50	52	48
苏南	28	22	26	27	28	28	27	26	28	26
苏北	24	18	22	24	24	24	24	24	24	22
智障组	52	37	50	50	50	52	51	51	50	47
苏南	26	21	27	26	26	26	26	26	27	24
苏北	26	16	23	24	24	26	25	25	23	23

2 组儿童在文化调适中显示出较为一致的结果,不论是调适的具体内容,还是在各干预单元中,言语、表情、动作、情绪、思维方面运用比例较高,显示这几方面的调适不仅必须而且重要。听障组与智障组相比,听障组患儿更需要文化调适;而听障组和智障组的组内比较,苏南儿童比苏北儿童更需要文化调适,如表 4 和表 5 所示。

表 5 TF-CBT 干预文化调适措施(例)

组别	地点	言语	表情	动作	情绪	思维	社交技巧
听障组	18	52	51	50	51	52	36
智障组	16	52	51	46	46	48	28

三、各组干预后的显效率比较

从 TF-CBT 干预效果看,不论是听障儿童还是智障儿童,不论是苏南还是苏北,干预都是有效的,且干预后显效率均增加。苏南听障组内干预 1 个月与干预 3 个月比较,显效率增加,差异无统计学意义($P=0.383$);苏北听障组内干预 1 个月与干预 3 个月比较,显效率增加,差异亦无统计学意义($P=0.156$);苏南听障组和苏北听障组组干预后 1 个月显效率比较,差异无统计学意义($P=0.123$);苏南听障组和苏北听障组干预 3 个月比较,显效率差异有统计学意义($P=0.038$)。苏南智障组内干预 1 个月与干预 3 个月比较,显效率增加,且差异有统计学意义($P=0.048$);苏北智障组内干预 1 个月

讨 论

本研究中,听力障碍、智力障碍儿童创伤事件多由家庭暴力、亲人去世、恐怖场景和画面、动物、父母离异、身体伤害等原因引起,临床表现以重复体验(错觉、幻觉、梦境)、回避、情感麻痹、激惹为主,尤其是回避表现极为突出,部分儿童可以表现为睡眠障碍、焦虑、抑郁、物质依赖。当相关儿童经历上述事件,并出现相关表现,需要高度警惕儿童的 PTSD。

本研究结果显示,TF-CBT 各单元在干预听力障碍、智力障碍儿童的 PTSD 时效果肯定,大多数儿童需要完整的单元干预,但也有少数儿童只接受部分单元干预。原因可能是:①部分儿童效果较好,不需要接受每一个单元的干预,跳过该单元;②部分儿童和家长没有配合该单元治疗,这时干预效果也会受到影响,这些现象符合 TF-CBT 方法^[13]的预期。

TF-CBT 干预时,进行文化调适可提高干预效果,这种调适与民族文化传统等密切相关,反映患儿对于干预措施的理解和执行上,否则干预措施容易失去效果或误解。以言语为例,在苏南和苏北 PTSD 儿童进行 TF-CBT 干预时,治疗师的语音和语调需要根据听力障碍、智力障碍儿童的文化背景进行调整,这就是语言的调适。文化调适与地区、民族、文化、种族等相关,本研究分组地区在江苏省内,在文化上有一定差异,而国内其它地区差异可能会更大,调适的方式更需要深入研究。

综上所述,TF-CBT 疗法有效,但认知疗法受文化等影响较大,故在我国这样一个多民族、文化差异大的国家能否大范围推广尚有待于进一步研究。

参 考 文 献

[1] Fazel M, Reed RV, Panter-Brick C, et al. Mental health of displaced and

- refugee children resettled in high-income countries; risk and protective factors[J]. *Lancet*, 2012, 379 (9812): 266-282. DOI: 10.1016/s0140-6736(11)60051-2.
- [2] Panagioti M, Gooding PA, Tarrier N. A meta-analysis of the association between posttraumatic stress disorder and suicidality: the role of comorbid depression[J]. *Compr Psychiatry*, 2012, 53 (7): 915-930. DOI: 10.1016/j.comppsy.2012.02.009.
- [3] Trick D, Siddaway AP, Meiser-Stedman R, et al. A meta-analysis of risk factors for post-traumatic stress disorder in children and adolescents[J]. *Clin Psychol Rev*, 2012, 32(2): 122-138. DOI: 10.1016/j.cpr.2011.12.001.
- [4] Boscarino JA. Post-traumatic stress disorder and cardiovascular disease link: time to identify specific pathways and interventions[J]. *Am J Cardiol*, 2011, 108 (7): 1052-1053. DOI: 10.1016/j.amjcard.2011.07.003.
- [5] Haugen PT, Evces M, Weiss DS. Treating Posttraumatic stress disorder in first responders; a systematic review[J]. *Clin Psychol Rev*, 2012, 32 (5): 370-380. DOI: 10.1016/j.cpr.2012.04.001.
- [6] Mehta S, Ameratunga SN. Prevalence of post-traumatic stress disorder among children and adolescents who survive road traffic crashes: a systematic review of the international literature[J]. *J Paediatr Child Health*, 2012, 48 (10): 876-885. DOI: 10.1111/j.1440-1754.2011.02076.x.
- [7] Strawn JR, Keeshin BR, DelBello MP, et al. psychopharmacologic treatment of posttraumatic stress disorder in children and adolescents[J]. *J Clin Psychiatry*, 2010, 71 (7): 932-941. DOI: 10.4088/jcp.09r05446blu.
- [8] Cohen JA, Mannarino AP, Knudsen K. Treating childhood traumatic grief: a pilot study[J]. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 2004, 43 (10): 1225-1233. DOI: 10.1097/01.chi.0000135620.15522.38.
- [9] 夏海勇, 邢燕. 苏南苏北农村生育文化的比较研究[J]. *人口学刊*, 2003(140): 50-56. DOI: 10.16405/j.cnki.1004-129x.2003.04.010.
- [10] American Psychiatric Association. Posttraumatic stress disorder. diagnostic and statistical manual of mental disorders[M]. Fifth ed. Arlington VA: American Psychiatric Publishing, 2013: 271-280.
- [11] 全国残疾人康复和专家设备标准化技术委员会. GB/T 26341-2010 残疾人残疾分类和分级[S]. 北京: 中国标准出版社, 2011.
- [12] Medical University of South Carolina. A course for trauma-focused cognitive behavioral therapy[EB/OL]. [2012-10-20]. <https://tfcbt.musc.edu/>.
- [13] Cohen JA, Mannarino AP, Deblinger E. Treating trauma and traumatic grief in children and adolescents[M]. New York: Guilford Press, 2006: 57-168.
- [14] Steinberg AM, Brymer MJ, Decker KB, et al. The University of California at Los Angeles post-traumatic stress disorder reaction index[J]. *Curr Psychiatry Rep*, 2004, 6(2): 96-100.

(修回日期: 2018-08-28)

(本文编辑: 汪玲)

· 外刊撷英 ·

Exercise following resolution of post-concussive symptoms

BACKGROUND AND OBJECTIVE For children and adolescents, guidelines for return to play following concussion recommend a gradual increase in activity, with monitoring for post-concussive symptoms. The authors examined the effect of exercise on PCS and cognition in children and adolescents following the resolution of symptoms post-concussion.

METHODS This study included 41 males and 39 females, ranging in age from eight to 18 years, each of whom had been diagnosed with a concussion at an emergency room visit, (CON group). Healthy controls, (HC group), were also recruited, comprising non-injured adolescents, matched for age and cognitive function.

At day two following symptom resolution, the subjects completed an exercise protocol (the McMaster All-Out Progressive Continuous Cycling Test) and post-exercise tests of post-concussive symptoms, using the Cog Sport Symptom Scale (CogSport SS) and a computer-based assessment of cognitive efficacy (the CogSport).

RESULTS Results of the CogSport SS demonstrated that the HC group reported an average increase of three symptoms from pre-to post-exercise, while the CON group reported an average decrease by nearly 1.5 symptoms. For the CogSport SS composite, the CON group demonstrated faster reaction times than did the HC group, with this effect more pronounced on the more demanding tasks.

CONCLUSION This study of children and adolescents, ranging in age from eight to 18 years, found that exercise did not result in a cognitive decline or greater symptom emergence, as compared with healthy controls.

【摘自: Anderson V, Manikas V, Babl FE, et al. Impact of moderate exercise on post-concussive symptoms and cognitive function after concussion in children and adolescents, compared to healthy controls. *Int J Sports Med*, 2018, 39(9): 696-703.】