

走過 SARS 創傷

對抗SARS的第一線醫護人員，
遭受的心理創傷有多嚴重？
而受到性侵害的人，心理的情緒反應
又有什麼不同？

撰文／蘇東平、周煌智

引發心理創傷的經歷有許多種，產生的反應也可能不盡相同。被害人受到創傷後常發生的反應與症狀，都有很明顯的共通性，這個共通性就稱為創傷後壓力失調（PTSD）症候群。

人的一生中，至少會遭逢一次巨大的壓力創傷事件，這些事件包括戰爭、恐怖事件、暴力、性侵害、車禍或天然災害等。根據研究，美國男性約有60.7%的人有這樣的經歷，女性則為51.2%。然而大部份暴露於重大壓力下的人們並沒有發展成PTSD，也就是說在重大壓力下，並不一定每個人都會受到創傷。所謂的創傷事件一定要造成強烈的情緒反應才能成立，例如害怕、無助或恐懼。根據美國《精神疾病診斷統計手冊》第四版，惟有對重大壓力事件出現強烈情緒反應的人，才能判定這些人受到了創傷，因而構成PTSD的基本診斷條件（詳見第114頁〈PTSD的診斷依據〉）。

依據此定義，美國僅有8%的人在一生中的某些時候發展成PTSD。如果不加以治療，此症候群可能持續數十年，例如二次世界大戰或納粹大屠殺集中營之倖存

者，其PTSD可能持續50年以上。再者，如大地震、印尼海嘯、卡崔娜風災等天災，美國911事件、伊拉克戰爭等人禍，以及全世界數以百萬計的孩童或成人暴露於性侵害、家暴、犯罪、恐怖事件及集團屠殺的暴力下，都使PTSD成為全球性的公共衛生議題，如何找出有效的心理治療和預防策略是極度迫切的。

大部份的人在遭遇創傷事件後，會有心理或情緒障礙的表現，其中某些人會出現急性、短暫性的壓力反應，而且會暫時性失能；然而對另一些人而言，卻可能發展成一種嚴重、慢性並長期失能的精神疾病的早期徵兆。

這兩種人在壓力事件之後的數天或數星期內，均會出現不同程度的反應，包括情緒反應、認知反應、身體反應，以及人際關係反應，嚴重時甚至會發展成明顯的臨床症狀，例如憂鬱、恐慌、類似PTSD的症候群，或是類似頓失親人或財產的傷慟反應。

因此，在重大壓力事件發生後的早期，如何區別出哪些人較脆弱、容易受傷，而哪些人具彈性、恢復能力強，並給予不同的治療，將是精神醫學研究的重要課題。

臨床上，我們是否可以由重大事件引發的急性壓力反應中，去預測哪一種危險因子會導致日後發展成PTSD呢？或其預後如何？因為仍缺乏足夠的實證數據，答案仍未可知。雖然有限的研究結果指出，70~80%罹患急性壓力反應的個案會發展成PTSD，然而PTSD的病患中，也幾乎有

關於作者



蘇東平（左）為陽明大學醫學院精神學科教授，並擔任台北榮民總醫院精神部主任。周煌智（右）為陽明大學公共衛生研究所流行病學博士，現任高雄市立凱旋醫院副院長。



60%在創傷事件後並未出現這些急性壓力反應，使急性壓力反應和慢性PTSD之間的相關性更加複雜。

在台灣，創傷後壓力失調症候群這個名詞，從921地震災後才逐漸為人所知。事實上，最近10年來，有多種創傷事件也造成一些PTSD個案，包含土石流和颱風等天然災害、2003年SARS的流行，以及蘆洲大火、飛航事件等人為災難，甚至是性侵害。從921大地震開始，台灣精神醫學界、心理與公共衛生學界均投入研究，記錄了民眾在大災難後的種種身心變化和環境互動的關係。921大地震讓我們了

解天災造成的PTSD（請見2002年9月號〈921震殤後〉），而近年來研究SARS帶給醫護人員的衝擊，以及性侵害暴力對家庭、社會及個人身心的影響，使我們對PTSD有更深一層的認識。

SARS對醫護人員的衝擊

2003年3月，SARS侵襲台灣，導致1萬3000人遭到隔離、356人受到感染，其中73人死亡。SARS的流行起於台北，之後又傳播到高雄，當時台灣民眾聞之色變，經過各界的努力之後，疫情才在7月初獲得控制。

2003年台灣的醫護人員歷經SARS風暴後，儘管身心俱疲，仍要面對下一波挑戰（圖為抗疫期間在台大醫院急診室待命的護理人員）。

創傷後的反應

大部份的人遭遇創傷事件後，在數天或數星期內會出現不同程度的反應，包括：

- **情緒反應：**害怕、傷慟、生氣、憤怒、罪惡感、慚愧、無助、無望及麻木。
- **認知反應：**混亂、方向感失真、無法下決心、無法集中注意力、失意、自責及不愉快之記憶。
- **身體反應：**緊張、疲倦、失眠、驚嚇、心跳加速、噁心、胃口下降與性功能降低。
- **人際關係反應：**不信任感、易被激怒、社交退縮、被排斥感或被放棄感、與人疏離、易批判或過度控制他人。

這些反應嚴重時，才會發展成如憂鬱、恐慌、類似PTSD等臨床症狀。

受到SARS疫病影響最大的首推醫療護理人員，他們除了身體上可能受到感染的威脅之外，在心理精神層面也會出現災難後經常見到的精神疾病，包括PTSD、重度憂鬱症、恐慌、害怕以及失眠症。我們以台北榮民總醫院的醫護人員為研究對象，將接觸SARS的程度定義為不同劑量，以劑量效應（Dose-Response）的方式來探討其身心問題，劑量最低的是被隔離的醫護人員，中度劑量的是直接照顧SARS病患者，重度劑量的則是罹患SARS的醫護人員。

我們追蹤了107位劑量最低的醫護人員，並發現有5-17%的人在SARS流行被隔離時發生了精神症狀，其中以失眠、恐慌症、憂鬱、焦慮症狀以及PTSD為主；在SARS過後的第三個月，發生率下降一半；六個月時，幾乎完全消失，僅有一位有憂鬱症，少數幾位仍有較輕微的恐慌、焦慮症狀及失眠。

在SARS盛行期間，這些被隔離者很擔心他們的親人也會遭到感染，在工作、社交與家庭上的互動關係上，受到中等程度的干擾。然而研究也發現，家庭的支持提供了保護因子，可以降低受隔離者的身心壓力。特別的是，在SARS後的六個月，我們發現這107位被隔離者的身心狀態，比對照組的122位醫護人員來得健康，顯

示小劑量的壓力，可能使心理、精神相對增強。

第二個研究是在SARS盛行時，針對在SARS病房（分為一般病房與ICU重症病房）直接照顧病患的70位醫護人員，進行為期一個月的身心狀態評估。同時以非SARS病房（亦分為一般病房與ICU重症病房）的32位醫護人員做為對照組。結果發現，SARS病房的憂鬱症發生率，比非SARS病房高出13倍，而失眠的發生率則高出4倍。

此外，在SARS病房與非SARS的一般病房，具PTSD症狀者平均為29.7%，而在非SARS的ICU病房工作者卻僅有11.8%，表示後者在SARS盛行時，極少有機會被調至SARS病房工作，因而害怕、恐懼、噩夢及驚嚇等PTSD症狀相對減少。

進一步的觀察發現，SARS病房的醫護人員在工作一個月之後，對SARS的知識和經驗逐漸增加，其情緒、失眠及對SARS的負面感受也隨之降低，在心理層面上漸漸適應，血液中的壓力激素「皮質醇」（cortisol）濃度也在一個月後逐漸恢復正常。顯然在疫病流行時，有組織的工作環境和條理分明的照護步驟是避免感染、增加安全保護的最佳良方。此外，直接與SARS病患接觸的照護者，應該盡量降低其危險因子，例如避免讓有精神疾病

PTSD的診斷依據

創傷後壓力失調症候群（PTSD）是當一個人暴露於重大創傷事件中，例如戰爭、天災、地震、性侵害、車禍或親人死亡，因為生命受到嚴重的威脅而產生極度害怕、無助、恐懼的狀態。

根據美國精神醫學會的《精神疾病診斷與統計手冊》第四版定義，PTSD是指在經歷過一種嚴重創傷事件後，病患出現嚴重、持續或有時延遲發生的壓力，並且持續超過一個月

以上。若症狀持續不到三個月稱為急性，達三個月以上者稱為慢性，若是在創傷事件後六個月以上才發生者稱為延遲型。這些症狀大約可以分為三大群：

- **痛苦經驗再現：**創傷事件的影像、思考和感受屢次重複出現在腦海和噩夢中（包括五個症候群）。
- **逃避反應麻木：**持續避免接觸與創傷有關的事物，並且無法回憶創傷事件的重要片段（包括七個症候

群）。

- **過度警覺：**產生過度警覺的反應，以致無法入眠、注意力不能集中且容易發怒，這些症狀的持續將導致個人社交、家庭和工作功能重大失衡（包括五個症候群）。

診斷準則除了須符合上述嚴重創傷事件與時間外，尚須符合症候群中的第一群至少有一個，第二群至少有三個，第三群至少要有兩個以上，方能定義為PTSD。

史、年紀較輕以及對SARS持有負面感受的工作同仁參與。無可諱言的是，正向、樂觀的對應態度，和社會與家庭的強力支持，可以增強醫護照顧者對抗急性壓力的侵襲。

第三個研究是針對22位在照顧SARS病患時受到感染的倖存者，進行一年半及四年半的追蹤研究，內容包括精神症狀、認知功能、壓力激素及腦造影（腦神經細胞活動的測量）。結果發現，在SARS盛行時，2/3以上的個案都得到急性PTSD及重度憂鬱症；一年半之後降低至1/3左右；四年半後僅3-4位仍有輕微的殘餘症狀。而原本在SARS盛行時發生的害怕及恐慌症狀，於一年半及四年半追蹤時均已消失，然而少數個案的精神症狀卻變得十分脆弱，對媒體的災難報導十分敏感，導致症狀復發，有兩位個案甚至出現短暫的躁鬱症。

而認知功能的測驗則發現，患者的語言記憶在四年半後仍較對照組差。在壓力系統的挑戰試驗亦顯示，罹患SARS的醫護人員在注射皮質醇挑戰試驗後，相較於對照組，有功能失調的現象，而且其左側海馬迴的神經細胞活動力也比對照組低。

這些結果更進一步證實，罹患SARS的病患長期處於低氧狀態、使用大量類固醇以及精神嚴重創傷的聯合效應，在四年半後，腦部的海馬迴及杏仁體仍有殘留損傷，這種腦神經的脆弱禁不起生活壓力衝擊，容易導致精神症狀再度發作。然而，他們的生活機能、人際關係以及生活品質，在四年半後大致均已恢復正常。

性侵害暴力 造成身心嚴重創傷

性侵害的被害人，也是常見的PTSD患者。大多數受到性侵害的婦女，會在身體上或心理上受到極大的傷害與影響。

身體傷害或許較容易恢復，但心理上的傷害卻可能需要更多的關注與協助，通常



被害人的內心狀態可能處於害怕、焦慮、混亂、無結構和不確定之下，但外在卻可能表現出冷靜、理性、平穩的口氣，面談時經常不願提及受性侵害的經驗。

他們經常有揮之不去的生理和心理創傷，受到箝制的心靈不斷被侵害的事件啃噬，腦海中不斷縈繞著可怕的歷程，從他們的身體、行為、情緒、人際關係等種種跡象可以發現，他們需要醫療上的協助。

暴力犯罪受害者最顯著的情緒反應常是「恐懼」，而性侵害被害人則是「羞恥」，尤其如果受害者是在暴力威脅下遭到性侵害，常會引發強烈的罪惡感與羞恥感，使得受害人傾向於不合理的自我責備，也會出現強烈的憤怒與失落，雖然被害的種類、嚴重度，或者被害人的人格各有不同，但他們會比一般人表現出較多的心理障礙甚或精神疾病。許多被害人會開始出現精神心理反應，包括反覆回想強暴事件、易怒、驚慌失眠等現象，短時間內可稱為急性壓力反應，持續一段時間後則會演變為PTSD。

這類創傷事件的症狀通常極為複雜，往

性侵害受害者，最顯著的情緒反應是「羞恥」，甚至伴隨著罪惡感，持續一段時間後則會引發創傷後壓力失調症候群。

由於精神疾病的診斷不易，若能找到可精確診斷不同病症的生物標記，將有很大的幫助。

往需要醫療的協助與治療，包括精神科醫師、社工人員和心理師共同來處理。在治療中，必須先給予病患安全感和信任感，陪伴他們走過痛苦，同理他們的感受，鼓勵他們打破沉默，說出真相即是復原的第一步，但復原是條漫長的路，常需多年時間才能撫平內心的傷口。

受害者的家庭也會受到很大的衝擊，在傳統觀念中，遭受性侵害不僅是受害人的名譽受損，連家屬也會感到這是不名譽的事；當受害者鼓起勇氣揭露被性侵的事實時，家屬可能不願相信，質疑事實的真實性或置之不理，這些反應加深了受害者的罪惡感與無助，進而影響其自我概念與人際網絡。

而社會大眾與親友的典型反應，如責備、懷疑及不諒解，常加深受害者的社會孤立感，他們認為自己是沒有價值的、不完美的。有的受害者因為不信任及害怕親密關係，也會出現對性行為感到厭惡或疼痛，可能造成夫妻性關係不協調。

幼年遭受性侵害者比較容易染上藥癮或毒癮，這可能是因為想藉由藥物以及酒精，來降低或解除與性侵害有關的壓力與記憶。另一研究顯示，幼年遭受性侵害，以後從事賣淫的比率比較高。也有研究指出，受性侵的小男孩及非裔美國青少年，比較不會向他人道出被性侵害的事實。一旦遭受性侵害的事實沒有說出來，醫療的協助就無法介入，最後將導致許多不良的身心影響。

利用生物標記做精確診斷

如〈釐清創傷後壓力失調〉一文所述，80%以上的PTSD病患常與其他精神疾病共同發生，特別是情感性精神症，例如憂鬱

症及躁鬱症等，如果能找到PTSD診斷的生物標記，這個問題可迎刃而解。最近有研究發現，在憂鬱症患者的腦皮質內，蛋白質P11的濃度下降了，然而在過世的PTSD患者腦前額葉中卻發現，P11濃度是增高的，這兩種相反的結果，可能可以用轉譯出P11的mRNA表現量加以區分。再者，P11濃度亦受「糖皮質素」(GC，一種壓力激素)的調控而增加，如果給予GC受體的拮抗劑Ru486，則GC下降，P11亦下降。如果我們能從血液中的白血球測量P11 mRNA和GC mRNA的濃度，則有機會找出PTSD的生物標記。

據此，我們收集了病患的白血球，包括PTSD 13人、憂鬱症24人、躁鬱症24人、精神分裂症12人以及對照組14人，經過處理後，比較各組的P11 mRNA和GC mRNA濃度，結果發現PTSD組的濃度比其他各組都低，且P11 mRNA的濃度與創傷症狀成正比。雖然這個機制尚在尋找中，不過以P11 mRNA濃度做為PTSD的可能生物標記已經露出曙光。

雖然各種創傷造成的PTSD症狀十分相似，但是其內容、壓力事件、嚴重程度、創傷時間長短以及病程長短，均十分不同。舉例而言，地震是非常短暫的創傷，卻有長遠的影響；而越戰、伊拉克戰爭中的士兵，長期暴露於血腥中，造成的影響又不同；長期受到家暴及性侵害的個案，其身心的受創又極為深遠。這其中不僅是PTSD疾病本身的問題，又牽涉到社會、法律、軍隊制度等層面，因此在美國，為了補償問題，可能使軍人的PTSD發生率提高。

在台灣因創傷原因不同，亦有不同種類的PTSD發生，而且其預後也可能不同。困難的是這些個案經常隱藏在憂鬱症、躁鬱症、焦慮症等情感性疾病中，建議第一線的家醫科醫師及精神科醫師應將此病常放心，才能做出正確診斷，讓病人及早獲得適當的治療。

SA

延伸閱讀

Prevalence of psychiatric morbidity and psychological adaptation of the nurses in a structured SARS caring unit during outbreak: a prospective and periodic assessment study in Taiwan. Su TP, Lien TC, Yang CY, Su YL, Wang JH, Tsai SL, Yin JC in *Journal of Psychiatric Research*, 41(1-2):119-30, 2007.

《性侵害犯罪防治學-理論與臨床實務運用》第二十章：性侵害犯罪被害人的創傷與治療(周煌智、文榮光等編著，五南出版社)。

《台灣精醫》雜誌2006年20(2)期〈災難與創傷後壓力症候群〉，周煌智、蔡冠逸、吳泓機、蘇東平、周碧慧撰文。

P11 is up-regulated in the forebrain of stressed rats by glucocorticoid acting via two specific glucocorticoid response element in the p11 promoter. Zhang L, Su TP, Barker JL, Maric D, Fullerton CS, et al. in *Neuroscience*, 153:1126-34, 2008.

Levels of the potential biomarker p11 in peripheral blood cells distinguish patients with PTSD from those with other major psychiatric disorders. TP Su, L Zhang, MY Chung, YS Chen, YM Bi, YH Chou, et al. in *Journal of Psychiatric Research*, 2009 (in press)