

認識兒童創傷後壓力症候群

創傷後壓力症候群 (Post-traumatic syndrome disorder) ，在眾多精神科診斷中，是較常被一般人所提到的疾病；但其實他是到 30、40 年前在處理經歷越戰的軍人時，戰後出現許多焦慮、身體症狀、侵入性思考等症狀，在治療中才逐步形成的新的疾病概念。早期對本疾病的臨床特徵、治療療效等實證資料，多是成人的資料，在兒童的部分卻相對少見。因而在早期，對於兒童是否會有創傷後壓力症候群，曾有相當的疑惑。但若以美國的流行病學來看，遭受重大災變的兒童中，有 30-60% 的孩童之後發展出創傷後壓力症候群，在社區調查中，有接近 40% 的孩童有遭遇過某種家庭或社區暴力、3-6% 的兒童青少年，符合創傷後壓力症候群的診斷。從上述的流病資料可知，受到重大災害、遭遇各類暴力、甚至因此受苦的孩童，遠比想像地多。

當一個孩童遭受、或親眼目睹極嚴重的創傷壓力事件後，容易出現創傷後壓力症候群的症狀。創傷後壓力症候群牽涉到的症狀相當多，在臺灣常用的診斷標準

DSM-V，共分四個主要症狀群：侵入性的災難經驗、畏避症狀、負面認知改變與在與災難相關的警醒反應不正常提高等。在細項症狀上，考慮到 6 歲以下的認知發展有局限，此診斷標準在 6 歲以上或 6 歲以下症狀有部分的不同。侵入性的災難經驗其實是「杯弓蛇影」的概念，不但自己無法停止想到與災難相關的事情外，甚至患者會再想到、看到局部與創傷場景相似的物品，就激發強烈的生理反應；畏避症狀指的是患者會努力躲避與創傷相關的記憶、事件；負面認知改變是指患者會對自己

有全面性的自我否定；警醒反應不正常提高指的則是，病人會有容易生氣、睡眠易中斷、過度警醒、過度驚嚇的反應等等。

綜上，創傷後壓力症候群是個在症狀上明顯地橫跨身、心兩端的症候群。近期研究也逐漸了解創傷後症候群的病人的腦部會有變化，在兒童的腦部研究也出現腹內前額葉（vmPFC）容積較小、在功能影像上也發現前額葉與邊緣核的功能性連結較差等等。這些生物性的持續改變更是提醒我們，在受過各種重大創傷後，不要輕易地跟孩子說：過了就沒事了、你忘不了是你的問題等等。

碰到受過巨大創傷的兒童時，當請孩童描述其內在經驗時，往往受限於他認知發展而無法表達清楚。實務上，會根據對病人的行為觀察，對應其是否與症狀描述的部分可以吻合，同時搜集與創傷事件相關的成年人描述，來建立診斷與治療計劃。要注意的是，兒童除會出現上述四種症狀群的症狀外，相對於成年人族群，病童較容易出現喪失近期發展的生活能力（退行症狀）、心身症狀如肚子痛、魯莽行為、分離焦慮等等。

兒童至成年，情緒、認知的發展會隨著年齡增長而有劇烈變化。譬如對於死亡概念、性與親密接觸的認知等。因此，在表達與性暴力、生命威脅等概念時，兒童的表達往往會有相當大的變異。此外，兒童青少年的人格尚未穩定，易受外在環境如學校、同學團體、當時流行文化等影響他的情緒表達與認知發展。因此，在評估受重大創傷的兒童時，需動態地評估病人在該年紀水準所呈現的認知水準，再去評估創傷造成的情緒認知症狀。另外，常見的兒童精神疾病，如自閉症類群疾患等，在未來成長過程中，有較高的機率會碰到不當對待，這也是兒童精神科醫師在診療時需要特

別注意的神經發展因子。

與其他兒童精神疾病類似，治療創傷後壓力症候群兒童時，需要多系統、多角度的介入。首先要先確認其壓力源是否已經解除，這往往需要聯商社工端、學校端介入。在非藥物治療部分，專在兒童年齡層的實證研究較少，其中認知心理治療的實證資料較多，舞蹈治療、遊戲治療、動力式心理治療等在臨床上也是考慮選項。藥物如 Clonidine、Inderal 被認為對交感神經過度興奮的身體症狀 (Sympathetic hyperarousal) 有改善；選擇性血清素受器抑制劑 (SSRI) 如百憂解，在各類的症狀都有效果；抗焦慮劑的長期效益並不明顯，目前主要是在急性症狀上，短期使用為主。

另外，值得特別提出的是，與很多人想像的不同，在遭遇急性創傷事件時，因為病人當下的心理狀況往往極度不穩定，立刻的深談反而會對於病人的身心健康造成危害，當下的治療原則應是給予在環境上、心理上足夠安全的支持，酌量給予適當的藥物治療。處理創傷後症候群，必須謹慎地考量心理治療的時間點與治療方向，避免造成病人身心的二度傷害。

總結來說，考慮到實證的安全性與效果，不論是非藥物、藥物的兒童實證資訊仍需進一步累積；但目前已有相當多元的治療選擇，並在臨床上相當有效。不論是醫療人員、教育單位、家人都可以協助任何遭遇到創傷的兒童，給予即時評估與各項支持，以讓後續的治療更加順利。

NTUHF