

# 災難精神醫療急救

周煌智醫師

高雄市立凱旋醫院醫療副院長

美和科技大學兼任副教授

# Preface (1)

Disasters, both **natural** and **man-made**, affect millions of people around the world every year.

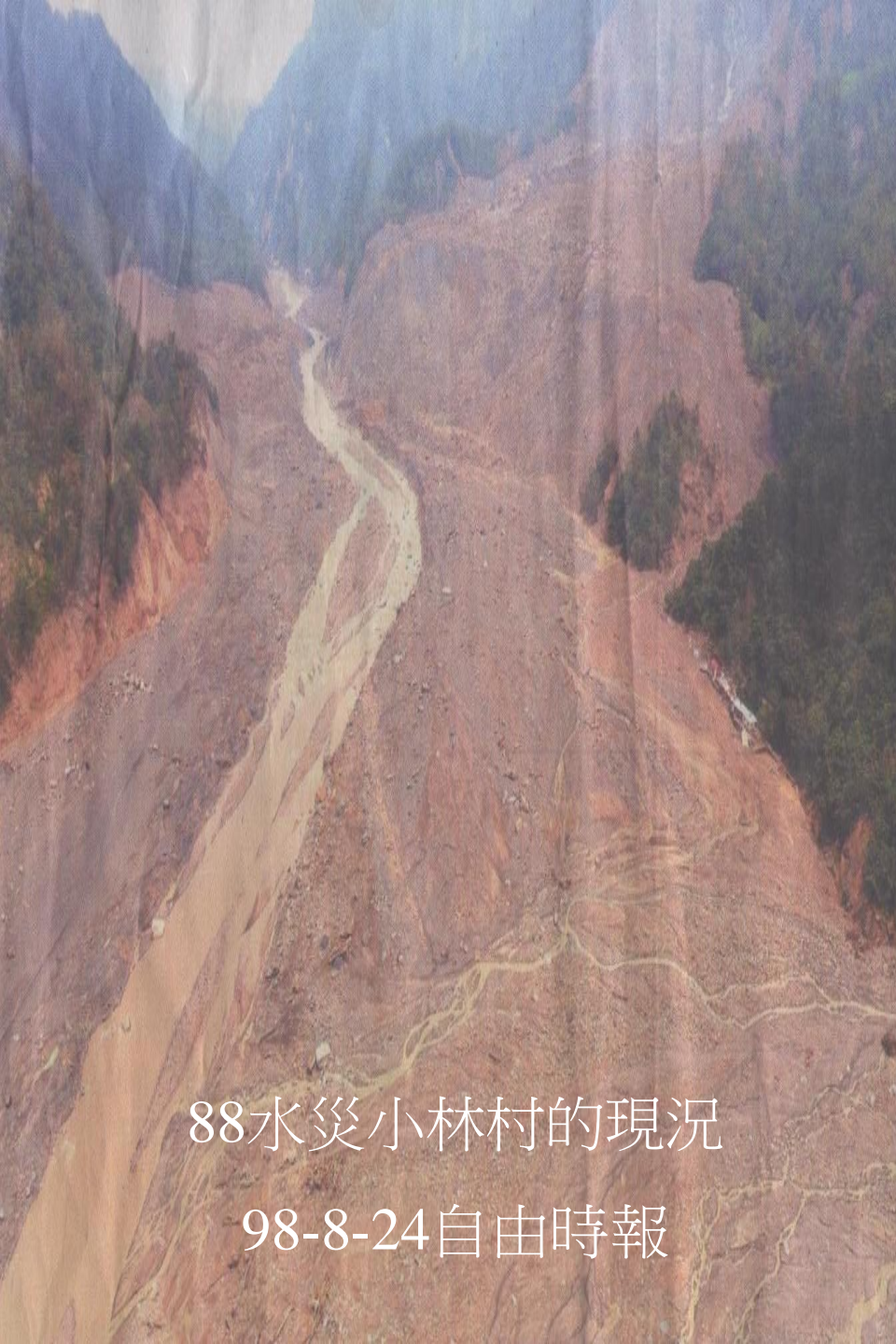


## Disaster

1. **man made** as *intentional* (rape, murder, war, child abuse, kidnapping etc.) and *unintentional* (transportation and technological accidents, fires)
2. **nature** as **weather** (typhoon, flooding, tornado and hurricanes) , and **non-weather** (earthquake, volcanic eruption, etc.).

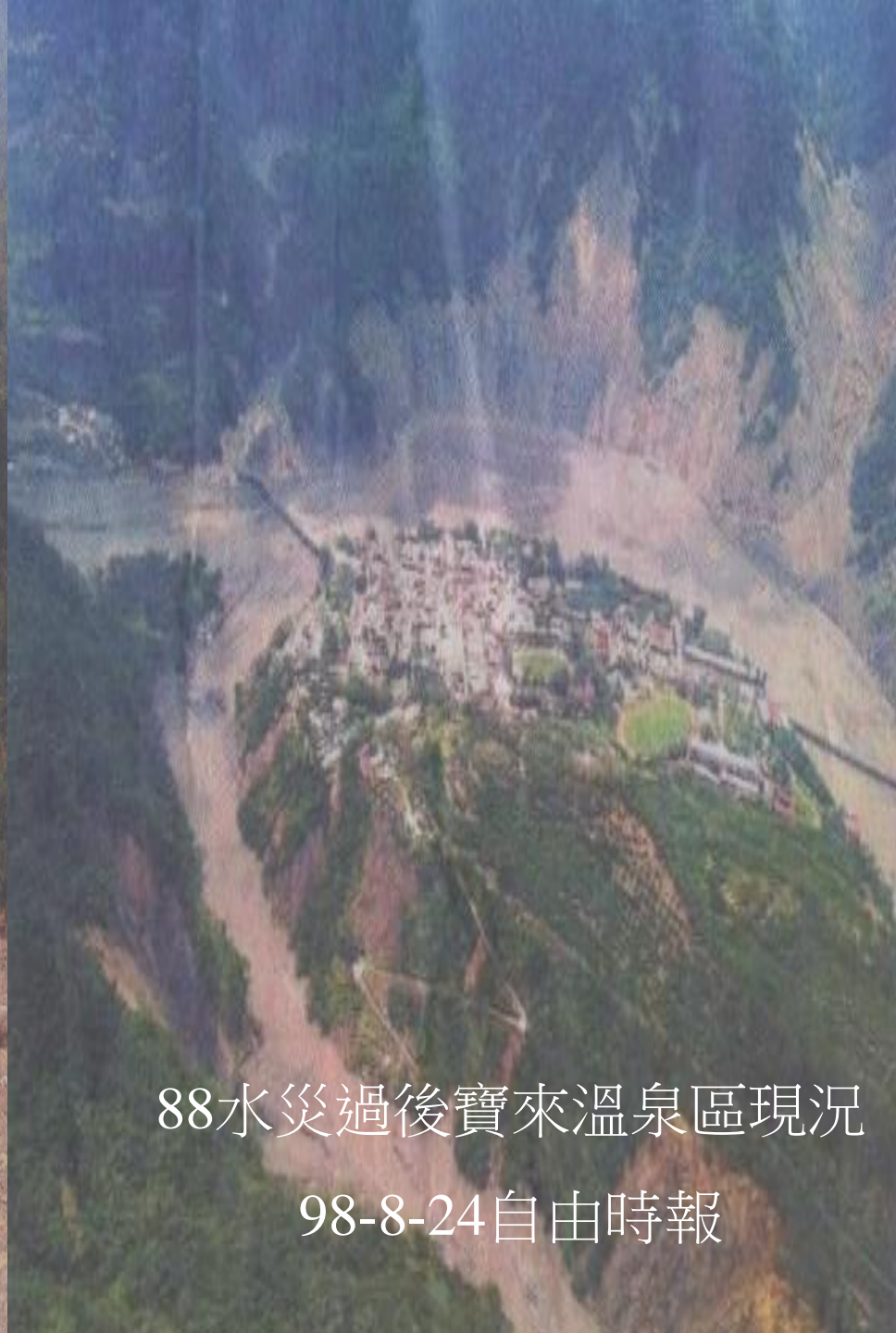
# 1959八七水災





88水災小林村的現況

98-8-24自由時報



88水災過後寶來溫泉區現況

98-8-24自由時報

# Preface (2)

## The Importance of Disaster Psychiatry in the Word

- Earthquake

- In the lately 20th century, man-made as 911 terrorist attack and natural disasters induced as Hanshin-Awaji earthquake in Japan and several earthquakes include Armenia earthquake .

- Tsunami

- In the early 21st century, a catastrophic earthquake in the Indian Ocean, registering 9.0 on the Richter scale, triggered a **tsunami** that resulted in the deaths of several hundred thousand people in South and Southeast Asia, reminding us of the **importance of disaster psychiatry**.

- 911 terrorist attack

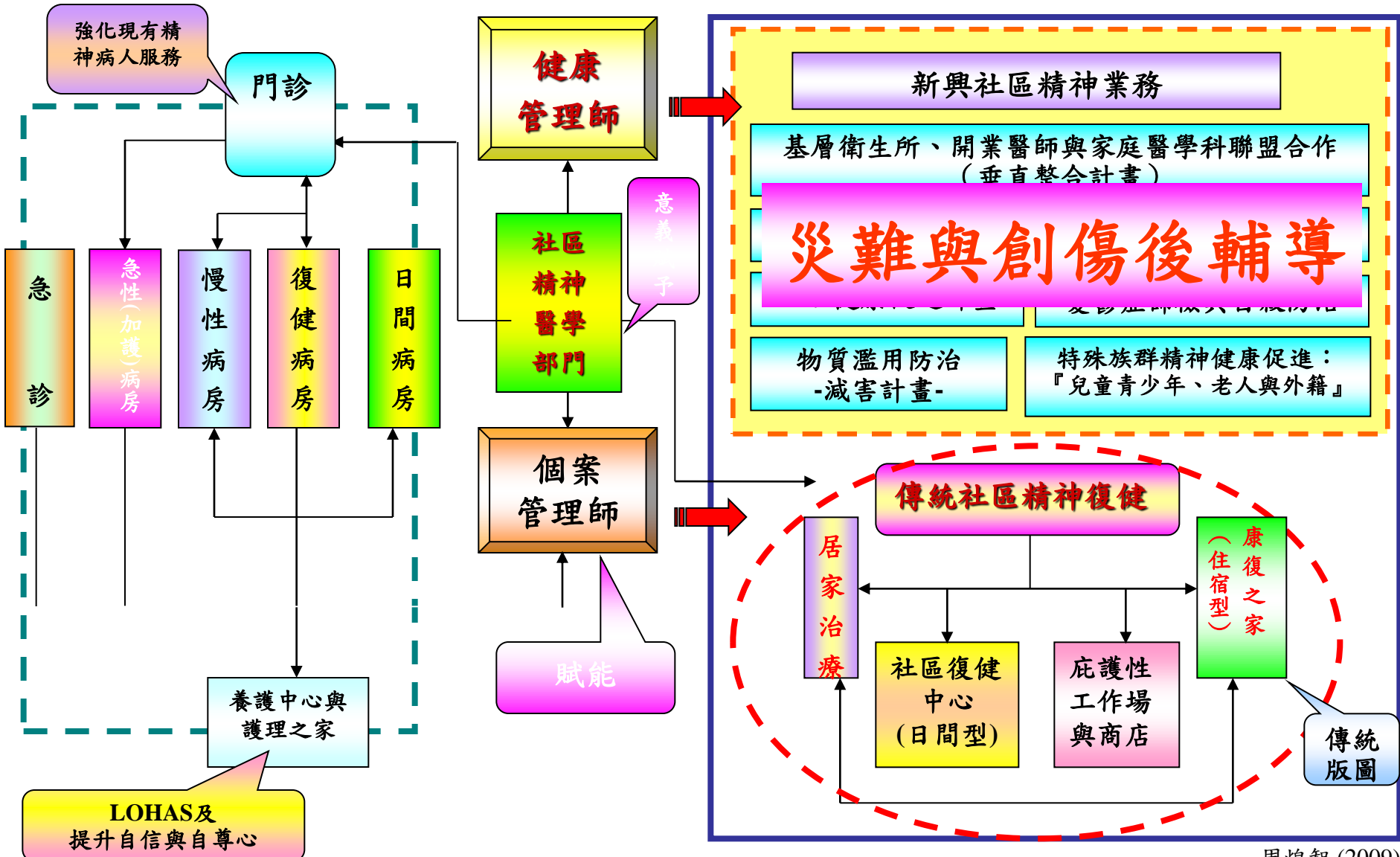
# 地震、颱風、河岸水患事件發生週期 及事件之比較

時間	假設性天然災害		
	地震	颱風	河岸水患
潛伏期或週期	150年	5年	100年
發生前之預兆期	無	20分鐘	15小時
強烈破壞時間	100秒	5分鐘	36小時
	災後之危機期間		
與外界隔離	8-48小時	2小時	2小時
搜尋與救難	2-7天	12小時	3天
基本服務修復	4星期	3星期	5星期
	長期影響		
修復-重建	12年	2年	4年
發展-重建	25年	3年	12年

# 二十一世紀社區精神醫學藍圖-高雄都會區

以醫院為基礎

以社區為基礎-修正版



# 災難發生後精神醫學的提早與積極介入

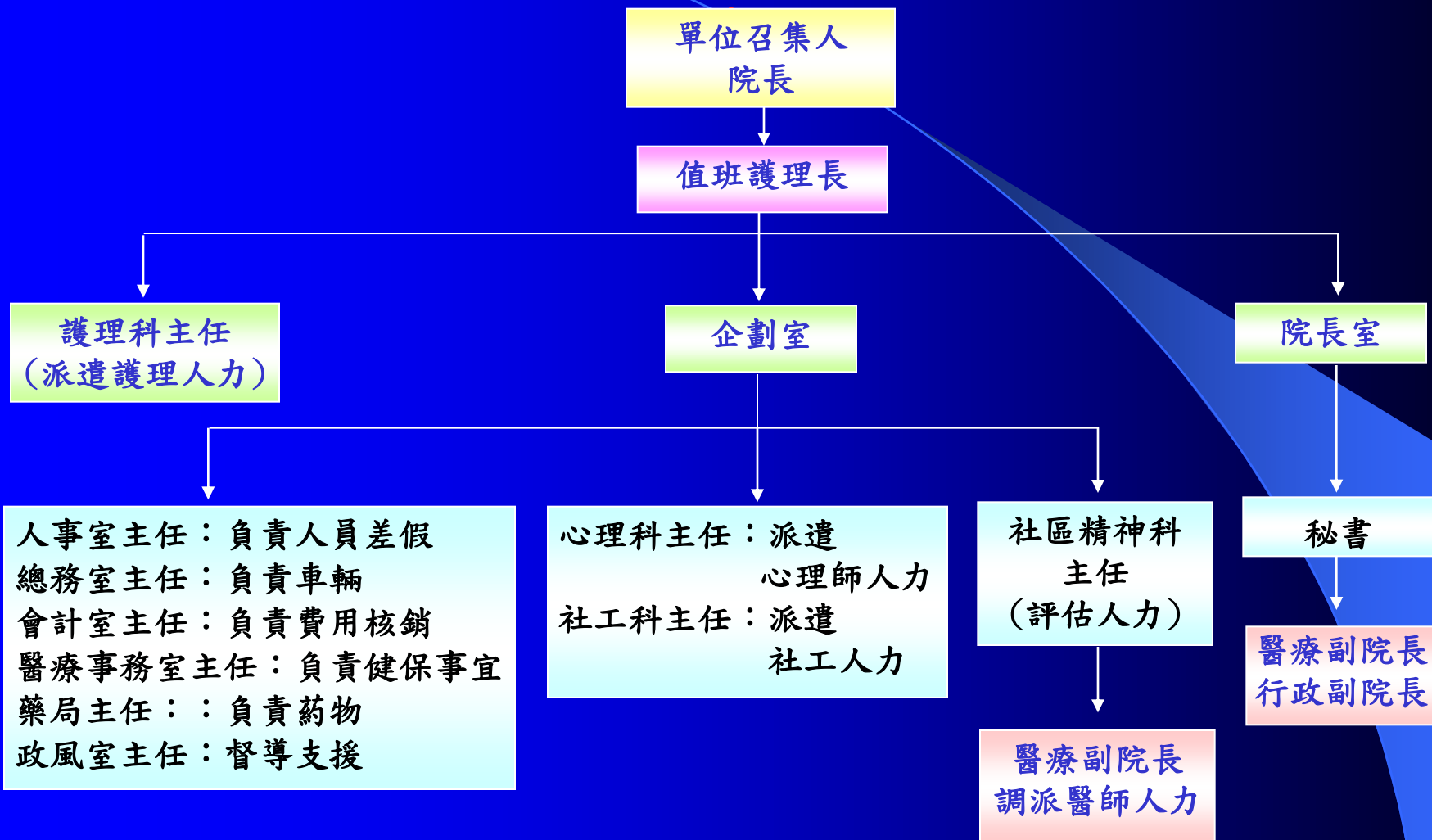
- 面對大規模的災難應變措施，精神醫療界有必要建立一套應變機制，在第一時間有效率且有系統的介入，而在災難經過約一至三月後，進行心理復健的工作。



# 一、因應重大災難應變工作小組

- 1. 災難事件發生時各責任醫院動員。
  - 當有災難發生時各醫院應該迅速因應，並提供人力。
  - 召開緊急會議，瞭解目前現況，並進行危機處理。
  - 現有人力調配
    - 各責任醫院可先暫停原訂優先順序較低之業務及休假，或利用週六週日停止休假加班，派出至少一組人員（醫、護、社、心各一員）支援災難。

# 緊急應變啟動流程—以凱旋醫院



※配合院內緊急召回流程規劃

# 救難醫療團隊的決心與準備

- 準備好所有的物資、
- 『一切自理』生活
- 先導隊伍應該瞭解狀況、紀錄  
(含照片、路況、物資、救難資源)，並報告。

## 二、運作模式

- 運作上，依照事件的大小及影響程度，總共分為三級的運作機制（疫災時啟動機制與一般的緊急醫療事件類似）：
  - 一級啟動（Code Red，紅色）：重大危機或災難，必須全國總動員。
  - 二級啟動（Code Yellow，黃色）：危機或災難規模較大，需要跨縣市的相互支援。
  - 三級啟動（Code Green，綠色）：局部地區的緊急事件，以縣市的資源可自行處理。

# 三、平時訓練

## ● (一) 建立精神衛生醫療站

### 1. 有效指揮。

- 建立並維持中心之運作，負責動員災難緊急應變小組。
- 各組人員集結後，做事件發生簡報及行前教育。
- 做工作任務分配，並指定各小組負責人。
- 督導現場工作人員之工作及確實執行業務。
- 督導新加入成員之報到，並做工作指派。
- 處理現場突發狀況。

## 2. 整合資源

- 轄區內支援資源彙總及建立各項資源運用的優先順序。

## 3. 整合性協調

- 進行院內跨單位、跨院及跨縣市溝通協調。
- 督導院內、外之通報，以及外界建立良好的關係。

## 4. 災情及需求評估

- (二) 熟悉評估量表使用

如附件DRPST/SF-12

- (三) 訓練提供災民及救災人員適當處遇服務

## 四、災難服務臨床指引

- (一)請醫療網動員單位，投入救災
- (二)建立有效的服務模式
- (三)進行精神疾病篩選
- (四)建立長期的精神衛生服務處遇計畫



# (一)請醫療網動員單位，投入救災

- 1. 動員機制：

- 各責任醫院制訂緊急應變啟動流程(如緊急應變啟動流程)。

- 2. 行前交班事項(以30分鐘為限)

- (1)災難之情勢、簡介災區及相關之資源：其所造成之損害及損失、統計結果、天氣預測或狀況報導、影響所及區域之劃分、可能的危險及參與因應的單位，其人口統計資料、種族，以及簡單描述相關的服務(工作點的設置、組織及需向誰報到等)及資源簡介。

- (2) 溝通：在指揮流程中該報告的內容、何時、及方式，需向上級報告之統計資料、聯絡日誌等。
- (3) 交通：說明到指派區域的交通方式。若是工作人員自行開車前往，則附上地圖，標出開放及封閉的通路，並指示危險區域。

## (二) 建立有效的服務模式

1. 學習災民風俗習慣、文化、禁忌與建立信任關係。
2. 整合宗教及其他治療處遇方式。
3. 建立以社區模式為基礎的心理衛生服務。
4. 災情及需求評估。
5. 建立有效的溝通管道：並盡量廣納災民的意見，同時尋找意見領袖，尋求支持。

## (三)進行精神疾病篩選

1. 兩階段的篩選，以受過訓練的當地人進行篩選為原則。
2. 大規模的災難以簡易版的DRPST為問卷量表。
3. 篩檢出來的個案進行危險分級，分別給予個案適當專業人員進行相關處遇。

## (四) 建立長期的精神衛生服務 處遇計畫

- 本階段需要結合專家、當地意見領袖與團隊的經驗進行整合，並與衛生主管機關密切配合，方開展服務。

# 災難後精神心理衛生重建計畫-I

- 心理重建一般分成三個階段：
  - 急性期（一個月內，可延伸至三個月）
  - 亞急性期（半年至一年內）
  - 長期（一至五年）

後續的長期心理重建與追蹤服務  
才是我們的重點。

# 災難後精神心理衛生重建計畫-II

- 亞急性期：

- 延續急性期服務，並做量表篩檢找出PTSD與憂鬱症患者，提供有效的服務，並定期檢討作為長期服務的參考

- 長期：

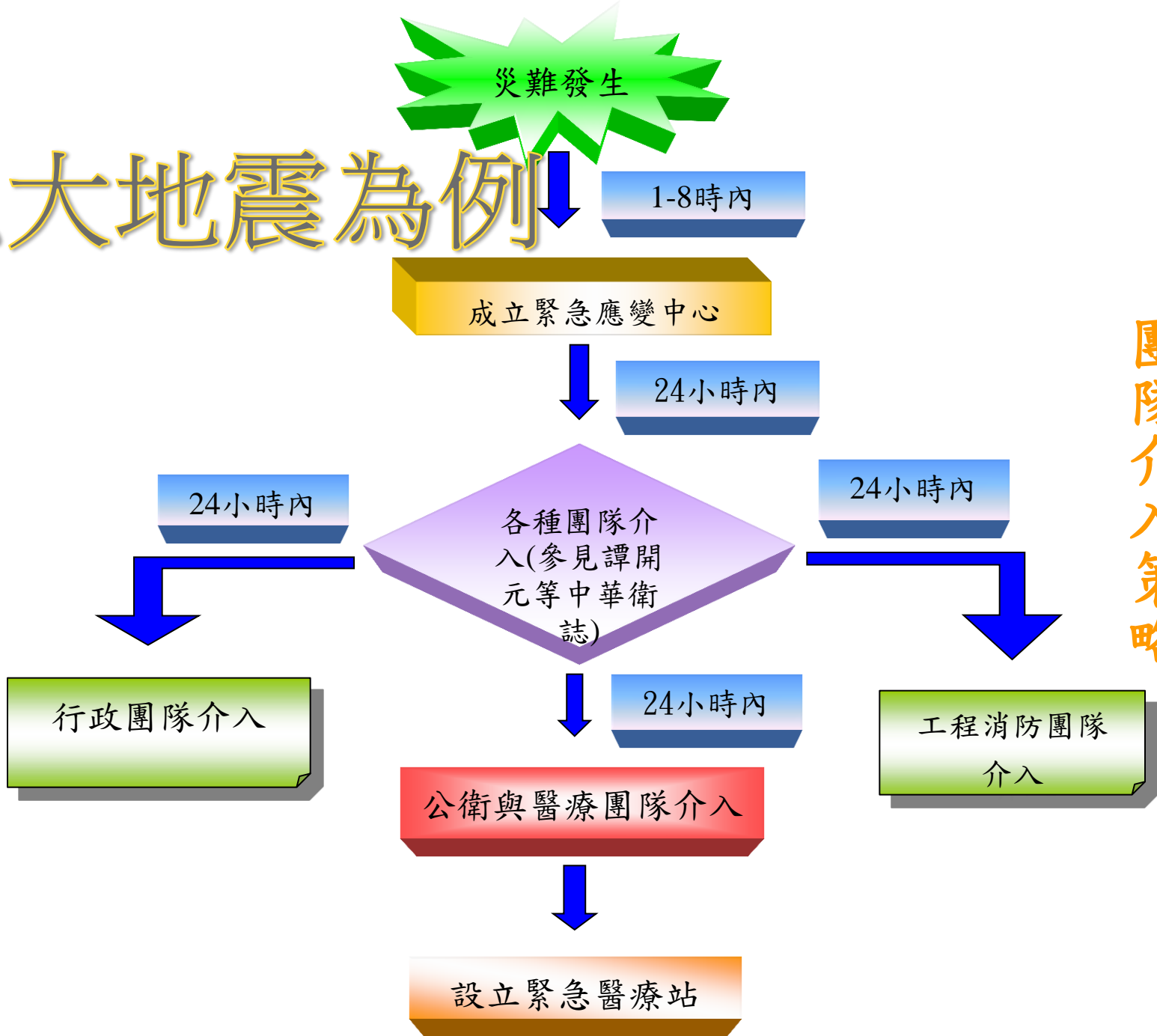
- 後續的追蹤服務：有效轉銜為正常精神心理醫療體系
- 延伸重點：自殺與物質濫用防治



# 大規模天然災難精神心理團隊 的介入模式



# 以大地震為例



流程圖一：面對大災難精神醫療  
團隊介入策略

設立緊急醫療站

一天~一週

公衛防疫體系  
(參見涂醒哲等  
中華衛誌)

內、外科等  
醫療團隊

臨時精神醫療團隊

一月內

在醫療站  
篩檢就醫  
民眾

一月~三月內

政府介入與  
各式宗教法  
會協助慰民

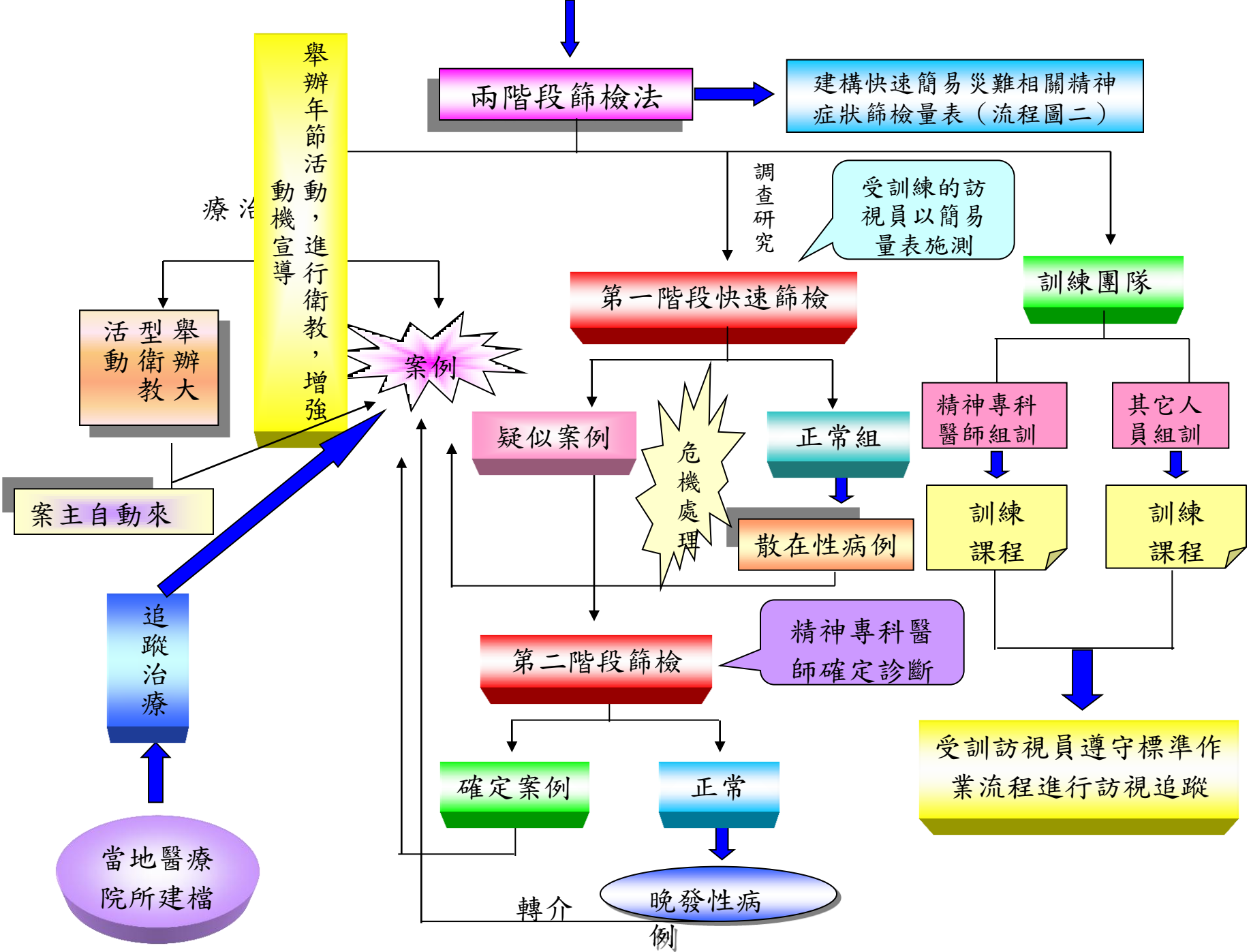
一月內

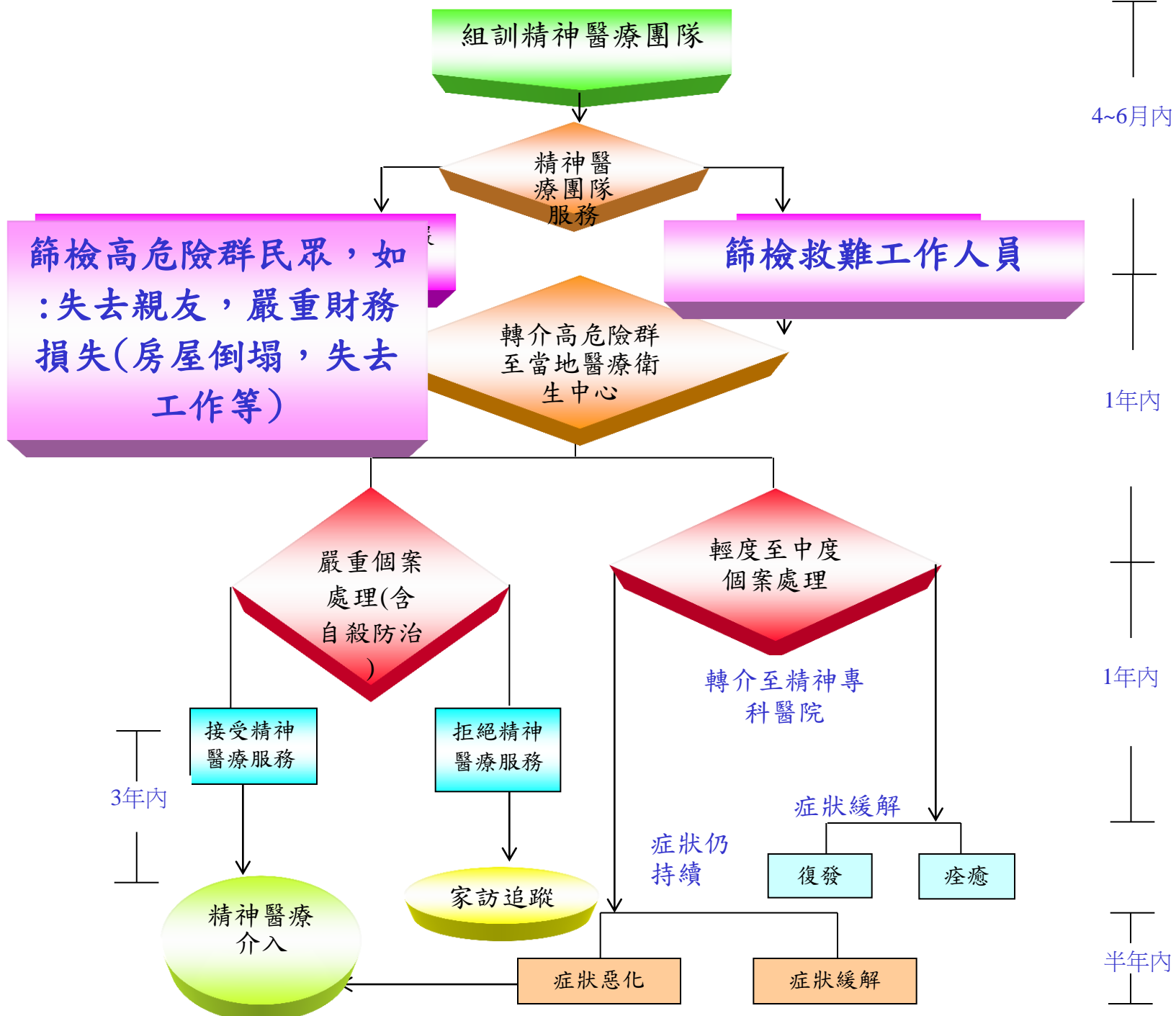
組訓精神醫療  
團隊

一週~一個月

簡易計算急性  
壓力反應比例  
評估投入人力

連續性災難：發生餘  
震、土石流





## 急性期（一週內）

- 精神醫療團隊可以依附在醫療站裡，視部分民眾的需要主動關懷災民並爭取時間，擬定來介入處置的策略；例如可以藉由在醫療站裡簡易篩檢，心理障礙的比例來決定需要投入精神醫療人力的比例，以及建立良好的互動，以做為後續的長期心理重建的醫病關係。

## 亞急性期：組訓團隊

- 在一個月內並需要儘快的組訓精神醫療團隊，加強創傷後壓力症候群、憂鬱症與恐慌症治療的能力，以便於前往災區時不至於手忙腳亂。
- 最重要的是，因地制宜（localized）聘熟悉當地風土民情之助理。

# 災後心理重建計畫的必要性

- Krause (1987)：探究壓力源發生與初始症狀發展之間的時間間隔必須小心謹慎。
- 資源保存理論(conservation of resources theory (COR), Hobfoll 1989)，對於壓力造成之生理心理**資源損失扮演了相當重要的角色**。
- 這音吐茲復害事件 (traumatic event) 應該且**傷害事件 (traumatic event) 應該是事件本身與個體的過去歷史、現實生活、以及未來期望，同時也與生物學的易致因子相關的複雜互動所致**。

- 大部分個體，感情、行為、思考與生物因子失衡是暫時的，但相對地，有些心理傷害的被害人這種改變會持續較久，而且影響深遠(Chou, 2003, Perkonigg, Kessler, Storz, & Wittchen, 2000)。

- 心理重建為生活重建重要的一環，需要有完整的計畫，過程漫長而艱辛，執行方式不同亦會產生不同的效果



- 面對大災難，無論男女皆有比平時較高的精神疾病或症狀發作，亟需關懷與治療。
- 設計一份可以讓非專業人員運用於災難的成人精神疾病篩檢量表，作為兩階段調查法的第一階段調查問卷，可以有助於篩檢出高危險群，並作為心理重建持續追蹤的群體，在精神醫療人力缺乏的情況下無疑是一個有效的節省人力的方法。
- 同時，面對災難的衝擊，調查其心理失衡狀態與精神疾病盛行率及其危險因子，有助於日後的復原。

# 正視另類心理醫療在災難急性期扮演的角色 與宗教界結合共同扮演安心的角色

- 處在災難初期的混亂階段，某種形式的另類心理醫療（Alternative therapy）似乎也可以做為短暫的處置。
- 在這段急性災難期（三個月內），人心惶惶期，各式宗教法會的舉辦，可以有有效的穩定民心，或許可稱為”集體團體治療”的安心團體。

# 整合所有資源

- 依據資源保存理論(conservation of resources theory (COR), Hobfoll, 1989), 對於壓力造成之生理心理疾病, 資源損失扮演了相當重要的角色。
- 災民不只是因問暴露在重大災難中而喪失其功能, 同時其每日社交經濟環境也遭受重大破壞(Morrow, 1999, Hutton, & Haque, 2004)。

## 災後的重建主要的困難包括

- 1.無效的指揮中心；
- 2.直向橫向溝通不良；
- 3.缺乏地方政府及軍方共同協力合作；
- 4.延遲的到院前照護；
- 5.超乎醫療體系負擔的傷患量；
- 6.不適切的工作人員；
- 7.管理不善的公衛體系(Chan et al., 2006)。

- 臨床的服務經驗提供我們許多寶貴的線索。例如各個不同團體間重複的問卷，將使得民眾排斥、拒絕更近一步的評估及轉介。
- 由於精神疾病的標籤因素及災民搬離家園等因素，使得長期追蹤更為困難。有效整合各方資源確實是一份艱鉅且困難的任務。

- 度過了急性期，許多災民可以從傷痛、驚恐中恢復過來，然而也有一定比例的居民存有嚴重程度不等的障礙，需要進一步的精神心理處置。此時，進行兩階段篩檢法在精神專業人力缺乏的情況下無異是一個不錯的選擇。

# 影響心理衛生危險因子

- 1、**持續性的餘震**：九二一地震迄今，餘震已超過萬餘次，鄉民早期的順口溜（台語）：「吃飽等地震，無地震就虎爛。」以及最近的問候語：「你還沒死呀。」可視為對地震的無奈與無助，由於地震使得土質鬆動，加上山坡亂墾...等等因素造成土石流更惡化了災民居住的環境。

- 2、**社交網絡的改變**：地震震毀家園，同時也震毀鄉民原有的社交網絡，住進組合屋的民眾需要重新適應新的鄰居，就地搭建在檳榔樹下的民眾，必須忍受居家環境品質明顯低落與隱私權的喪失。



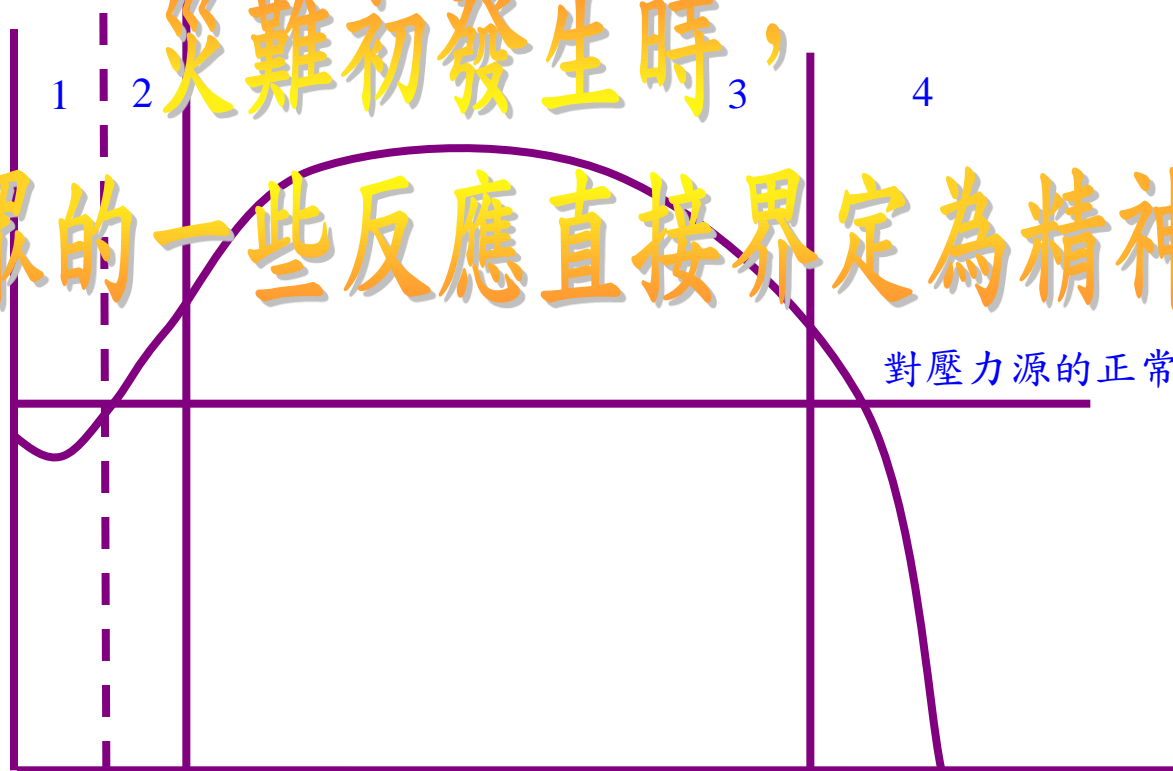
- 3、**經濟問題**：幾乎公認是目前最重要亟需解決的問題。在從事心理重建時，常有居民反應只要民生問題解決，他的病就好了一大半。然而經濟來源無外乎開源節流，災區的經濟活動以農業與觀光業為主。

# 災難發生後的反應

# Selye (1956)：一般適應症狀模式



災難初發生時，  
不宜將民眾的一些反應直接界定為精神疾病



Key：1. 休克

2. 反休克

3. 抵抗

4. 崩潰

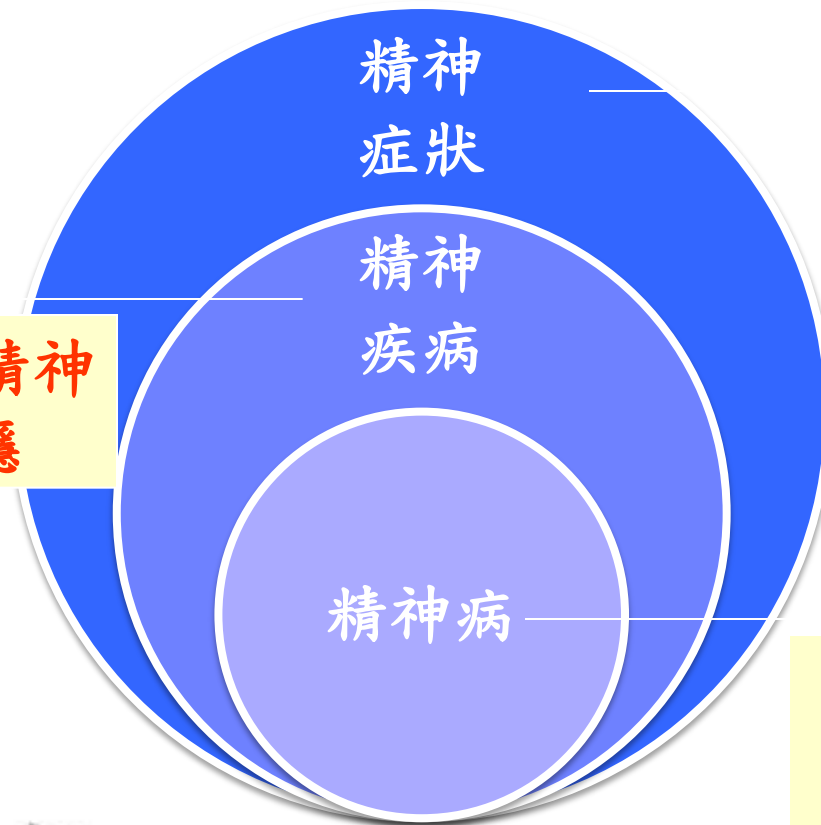


Kaohsiung Kai-Suan Psychiatric Hospital

# 災難後常見（重大事件）的情緒反應

- 驚慌與無助
- 怨恨與憤怒
- 悲傷與罪惡感：特別是親人喪生者
- 自責與自我傷害
- 不信任與矛盾：對人、對政府、對關心者

# 精神病與精神疾病簡易示意



失眠、生氣

輕型憂鬱症、精神  
官能症、藥酒癮

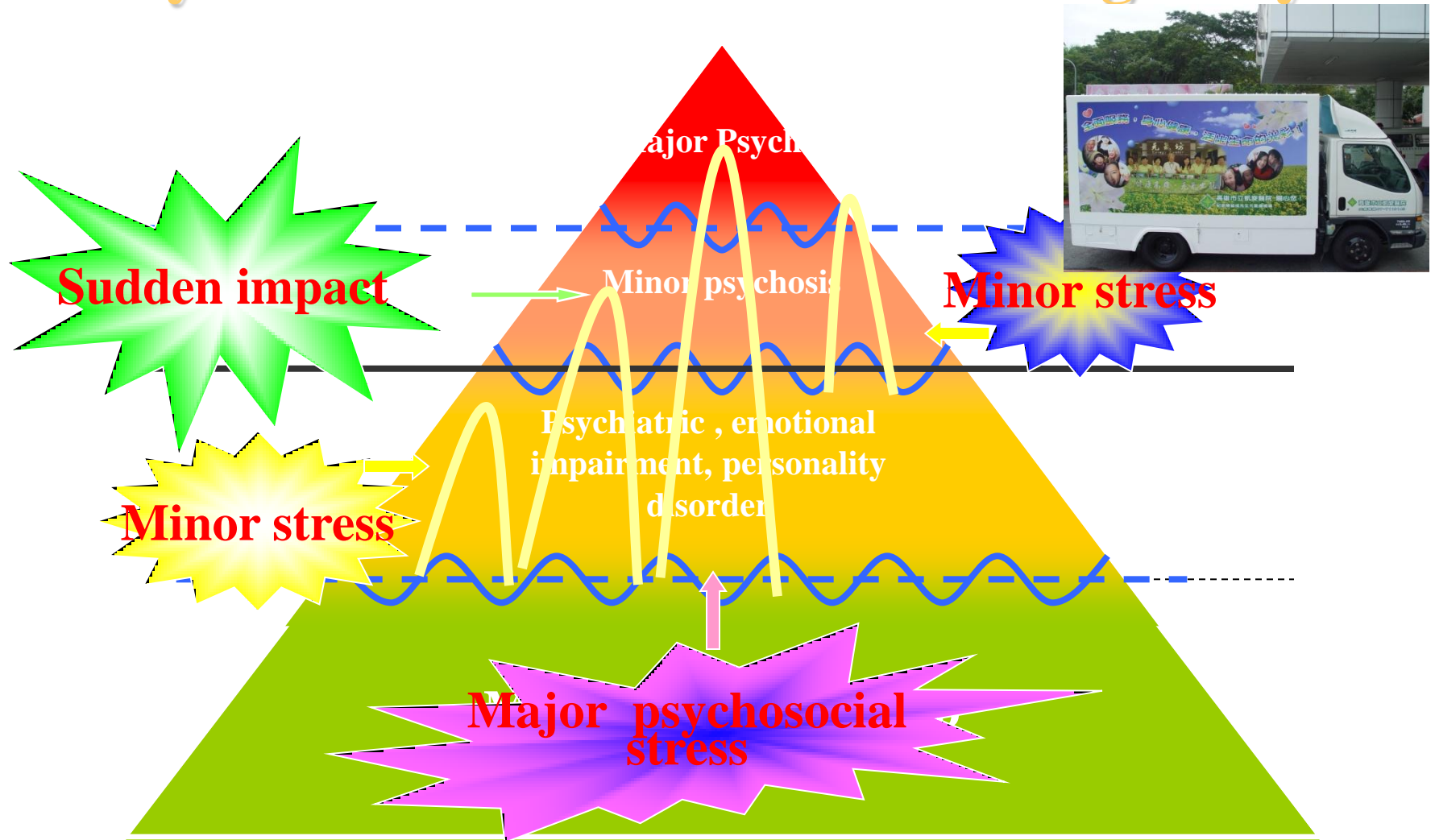
可能是思考有  
障礙、幻聽

# 精神症狀與心理反應- 頻病邊緣

- 夢魘
- 木訥
- 不語
- 失眠
- 坐立難安
- 焦慮
- 反覆回想....等等
- 對未來沒有期望有想死的念頭，甚至有罪惡感
- .....

# The Tips of Ice Mountain

The psychological status of individual is dynamic. **So Need Examination Regularly.**



# 災難後最常見的精神疾病

- 急性壓力反應 (acute stress reaction)
- 創傷後壓力症候群 (posttraumatic stress disorder, PTSD)
- 重鬱症 (Major Depression) :含其他各種憂鬱症
- 睡眠障礙 (sleep disorder) : 含暫時性失眠等。
- 恐慌焦慮(panic or anxiety)
- 物質濫用 (含酒精與物質濫用)
- 行為舉止異常，甚至產生人格特質改變



# 精神科診斷

- 症狀持續時間是一個很重要的因素
- 急性壓力反應
  - 發生在七天內，有上述類似症狀，但是持續於一週（ICD）至一個月（DSM）
- 睡眠障礙
  - 同前述症狀，但時間較長
- 憂鬱症
  - 因定義的不同而有不同名稱的憂鬱症，但當持續兩週符合DSM-IV的診斷的重鬱症是較常見
- 創傷後壓力症候群（PTSD）
  - 一週（ICD）一個月（DSM）

# 情緒反應-VS精神症狀發展成精神疾病

- 驚慌或憤怒反應：精神科醫師可能會比較少用，而心理師或諮商師會比較常用，從媒體來看我們的災民會有很多的表現，是一個憤怒的反應。
- 在這一階段尚不能稱為精神疾病，而是一個情緒反應。

• 當這些的反應持續未來有可能會發展成各種的精神疾病，包括PTSD、Major Depression、panic disorder或是其它精神疾患。

# 創傷後壓力症候群（PTSD）

曾經歷過一種創傷事件，同時具備下列兩項：

1. 曾經驗到，目擊，或被迫面對一或多種事件，這些事件牽涉到實際發生或威脅的死亡或嚴重身體傷害，或威脅自己或他人的身體完整性

2. 當事人的反應包含強烈的害怕，無助感，或恐怖感受

- 這些症狀大約可以分為三大群：（一）痛苦經驗再現（persistent reexperience of the traumatic event）；（二）逃避反應麻木（persistent avoidance and numbing）；（三）過度警覺（persistent symptoms of increased arousal）

## 表一、根據DSM-IV的PTSD的診斷準則

- A. 一個人經歷了超過個人尋常經驗的事件,而這個事件是明顯對任何人都會有明顯的的窘迫或傷害
- B. 此創傷事件以一種(或一種以上)下列方式持續被再度體驗:
1. 反覆帶著痛苦讓回憶闖入心頭, 包含影像、思想、或知覺等方式。
  2. 反覆帶著痛苦夢見此事。注意:在兒童可能為無法了解內容的惡夢。
  3. 彷彿此創傷事件又再度發生的行動或感受  
[包含再經歷當時經驗的感覺、錯覺、幻覺、或是解離性瞬間經驗再現(Flashback), 不論當時警醒或正處於物質中毒皆算在內]
  4. 暴露於象徵或類似創傷事件的內在或外在某相關情境時, 感覺強烈心理痛苦。
  5. 暴露於象徵或類似創傷事件的內在或外在某相關情境時, 有著生理反應。

C.持續逃避與此創傷有關的刺激，並有著一般反應性麻木（創傷事件前所無）可由下列三項（或三項以上顯示）：

- 1.努力逃避與創傷有關的思想、感受、或談話。
- 2.努力逃避會引發創傷回憶的活動、地方或人們。
- 3.不能回想創傷事件的重要部份。
- 4.對重要活動顯著降低興趣或減少參與。
- 5.疏離的感受或與他人疏遠。
- 6.情感範圍侷限(如不能有愛的感受)
- 7.對前途悲觀(如不期待能有事業、婚姻、小孩、或正常壽命)。

D.持續有警醒度增加的症狀(創傷事件前所無)，由下列兩項(或兩項以上)顯示:

- 1.難入睡或難保持睡著。
- 2.易怒或爆發憤怒。
- 3.難保持專注。
- 4.過份警覺(hypervigilance)。
- 5.容易受驚嚇 (startle response) 。

# 凱旋團隊訪視個案小結



# 訪視個案



98年/月份	訪視人次	藥物治療人次	兒童團體人次
8月	249	51	0
9月	169	21	42
10月	59	7	130
11月	45	4	131
12月	35	10	107
98年總計	557	93	410

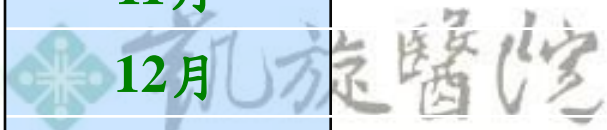
醫院



# 訪視個案



99年/月份	小林訪視人次 (男/女)	小林藥物治療人次	兒童團體人次
1月	16	5	0
2月	14(6/8)	13	0
3月	26(6/20)	17	0
4月	24(6/18)	18	0
5月	22(10/12)	12	0
6月	20(7/13)	11	0
7月	18(8/10)	7	0
8月	18(10/8)	14	0
9月	13(6/7)	4	0
10月			
11月			
12月			
99年總計	171	101	0



# 篩檢量表的使用時機

- **原則：**

- 在急性期來講，在一定的信效度前提下，愈少的問卷問題愈好。
- 當初在921大地震的時候，大概就只有10題而已。評估PTSD和Major Depression，可以配合自殺防治來做。

- 找到願意合作的關鍵人物（effective key person），千萬不要只有自己親自去。

# 第一階段：急性期

- 急性期：一個月
- 評估有哪些地方是我們需要服務，日後怎麼改變，可以**配合年節活動、有獎問答的大眾衛教**去做到宅式篩檢（outreach screen），用非常簡單的量表去screen。
- 問卷要非常的簡單、清楚，甚至於我們在跟災民談的時候，我們就是多聽少說，運用技巧，在會談當中，把這幾題很簡單的問完，而不用民眾去填問卷。

## 第二階段--亞急性期

- 三個月至半年甚至到長期復健兩至三年。
- 問卷可能會比較長一點，包括完整的精神症狀、資源流失、原有問題的探討等等。



# 救難人員

- 面對重大災難：面對千穿百孔，面對挖掘的大體，救難人員也是人，心理也有許多的創傷，甚至發病，這跟治療人員的『替代性創傷』最不一樣的地方，就是他們直接面對災難，而有直接創傷反應，更需要精神治療與心理輔導。
- 但如何輔導？

—分類與評估是第一步驟

—贏得信任與治療有效的開展

# 問卷篩檢後的大量潛在個案處理

- 大部份的災民具有急性壓力者在急性期過後，會逐漸康復，以衛教為主，鼓勵注意精神健康保健---**-5Q新生活**
- 延遲型或是在急性期尚未達到精神疾病診斷，可由第二階段的篩檢量表篩檢出來，或是由公共衛生護士、社工發覺有異，而轉介到精神醫療團隊做進一步的處理。

# 何謂5Q

疏  
壓

增  
強  
抗  
壓

一、EQ (生活習性管理)

二、EQ (情緒管理、認知改變)

三、PQ (鍛鍊身體，增強抵抗力)

四、IQ (增長個人專業知識)

五、AQ (增強抗壓能力)

2004 10 3

周焯智 (2007) 憂鬱症



# 長期心理重建

- 自殺與物質濫用防治
  - 資源流失問題的呈現：失業、家庭問題、性暴力、物質濫用、憂鬱症與自殺。
- 轉銜為正常精神心理醫療體系的運作
  - 精神科醫療網絡醫院服務
  - 社區心理衛生中心
  - 憂鬱症共同防治網
  - 自殺防治中心
  - 毒品防治中心
  - 家庭暴力及性侵害防治中心

The End