

# 重大灾害后老年人心理状况研究进展

韩布新<sup>1</sup> 王 婷<sup>1</sup> 黄河清<sup>1</sup> 王绪梅<sup>1</sup>

(中科院心理所心理健康院重点实验室老年心理研究中心, 北京 100101)

〔关键词〕 灾害; 老年人; 心理康复力; 年龄; 追踪比较

〔中图分类号〕 R395.6 〔文献标识码〕 A 〔文章编号〕 1005-9202(2009)12-1543-05

本文综述了近五年国内外关于重大灾害后老年人心理应激的相关研究结果, 主要关心的是: (1) 灾难后老年人的各类心理应激与人群中其他年龄段人群是否有差异? 在资源与优势、康复倾向、生命与财产损失等方面有什么特点? (2) 针对老年人群的 (特别是表现出长期倾向的) 灾后心理障碍预防与应对措施。 (3) 目前研究关注的焦点问题、主要研究技术与形式、存在的问题以及进一步研究需要与应用建议。

## 1 灾难对老年人造成的身心危害

灾难发生后, 幸存者都会情绪低落、自信心不足、悲伤哀恸。这是对非常态环境短暂的正常反应。创伤适应过程中的身心反应, 大多自然、适度而非病态, 除非持续太久、停滞或明显影响日常的功能。

**1.1 灾难后急性期心理应激症状** 灾难发生时, 老年人因不愿迁移、身体虚弱、生活变动、适应性相对较差等原因易受到伤害。汶川地震后 1 w 内, 德阳市人民医院统计老年死者占死亡人数的 29.7%, 老年伤者占总受伤人数 26.9%; 震后 50 天内, 140 名老年患者占总患者数 27.5%<sup>[1]</sup>。35 位高龄创伤性骨折患者 (80~103 岁) 入院时经常不由自主地回想地震经历、反复做恶梦、不能入睡、呼唤亲人的名字, 无安全感, 感到强烈的恐惧和无助, 异常暴躁。因患者年龄大主要采用心理干预而非强烈镇静药。18 例创伤后应激障碍 (Posttraumatic stress disorder, PTSD) 老人, 经心理治疗后病情稳定<sup>[2]</sup>。这种针对性的心理干预方法值得提倡。

四川极重灾区 780 名群众 1 w 后急性应激障碍 (acute stress disorder, ASD) 发生率为 30.9%; 12~18 岁、18~45 岁、45~65 岁、65 岁以上组的检出率分别为 11.5%、48.9%、22.3% 和 17.3%, 有无 ASD 两组年龄差异显著<sup>[3]</sup>。灾民 1 w 后各年龄组 SRQ、PTSD 检查单平民版 (PCL-C)、汉密尔顿抑郁量表 (HRSD) 总分差异皆显著, 其中 56~65 岁灾民各项均分最高, 36~55 岁次之。心理干预应注重中老年人、有绝望感、遇坏天数多和烦扰程度重者<sup>[4]</sup>。

**1.2 灾难对老年人心理健康的直接影响** 灾难无法预期, 故心理状况的前后对照研究极少, 而这是研究灾难直接影响的最佳途径。荷兰公民都有一位注册家庭医生, 并须记录电子医学档案。因此, 追踪 Enschede 市烟花仓库爆炸后 (2000 年 5 月 13 日, 死亡 18 位居民、4 位消防员, 伤 1 000 余人, 安置 1 200 人) 5 年内 3 164 位当地居民的应激反应状况, 并与灾前一年记录直接比较, 结果灾后第一年 5~14 岁、15~24 岁、25~44 岁、45~64 岁、65 岁以上各年龄段应激反应、焦虑和抑郁情绪问题或障碍、睡眠问题等显著增加, 对家庭医生的需求显著增多; 第 2 年只有 2 个中年组居民较多寻求家庭医生帮助; 25 岁以上 3 个年龄组到第 3 年还有较多心理问题; 而 3 164 位对照居民则没有这些问题。这不同于“年轻人易受心理创伤”、“老年人心理康复力强”, 可能因为后两者来自大规模自然灾害研究, 没有 (或无法) 进行灾难前后对照、对照组对照的缘故; 建议特别关注灾前有心理问题或心理障碍者、灾后前 3 年异地安置者、财产受损较严重者<sup>[5]</sup>。

荷兰一项大型全国性健康调查项目开始后一年发生空难 (1992 年 10 月 4 日, 一架波音 747 货机撞两栋居民楼致 39 位居民死亡)。前后数据比较, 离失事地点最近的 39 位老年人行动能力有所下降, 但日常生活功能或自评健康无显著改变, 认知能力还稍有提高<sup>[6]</sup>。我们利用独特的比较机会, 发现<sup>[7]</sup>四川灾区老年人的心理健康状况因地震而显著下降。

**1.3 灾后抑郁、PTSD 等精神病症** PTSD 是在强烈的精神创伤后发生的一系列心理、生理的应激反应, 表现为创伤体验持续性重现、回避与情感麻木和持续性警觉增高。PTSD 是灾后常见心理应激反应, 共病抑郁患者的自杀危险性也增加<sup>[8]</sup>。张北尚义地震 3 个月和 9 个月后 PTSD 的发生率分别为 18.8% (现患率 7.2%) 和 24.2%。这种增高可能缘于离震中较远处人群虽暴露少但灾后社会支持少<sup>[9]</sup>。

追踪研究大多证明 PTSD 发病率随时间推移而下降。我们在灾区的调查表明地震半年后四川重灾区老年人的 PTSD 症状仍较严重<sup>[10]</sup>。

Amen 地震 (1988 年 12 月 7 日, 里氏 6.9 级, 死 10 万人) 后 1 年半, 当地老年人与中年人的 PTSD 得分无差别, 但老年人的警觉 (arousal) 得分高而闪回 (intrusion) 得分低, 且震时居住地离震中越近得分越高<sup>[11]</sup>。自然人群中老年人半年内 PTSD 发生率为 0.9%, 13.1% 有症状但未达诊断标准。易感因素为神经质和幼年不幸经历<sup>[12]</sup>。1995~1999 年湖南遭受过严重洪涝灾害的 438 个村 (生产队) 29 926 人中, 7 个年龄组 (16 岁、

基金项目: 中国科协“汶川大地震灾民心理援助中长期规划”项目 (11300H369)、科技部 863 重点项目“5·12 地震灾区社区心理救援与心理调控模式研究” (2008AA022604)。

<sup>1</sup> 中国科学院研究生院

第一作者: 韩布新 (1966-), 男, 研究员, 博士生导师, 主要从事心理健康研究。

20、30、40、50、60、70岁以上)的 PTSD 检出率分布为 26.7%、29.3%、34.1%、37.3%、36.5%、33.0%、40.3%，最后一组最高，组间差异显著；而且所有检测的 20 个应激症状都有显著的组间差异；但是进入回归方程的 5 个变量分别是洪灾类型、曾被洪水围困等待救援、曾亲眼看见别人被洪水淹死、有和水中死人呆在一起的经历和对支持的满意度，没有年龄<sup>[13]</sup>。

我国老年人自杀率高，且随增龄迅速上升，农村尤为明显(图 1)<sup>[14]</sup>。60 岁以上农村老年人平均自杀率超过 1‰<sup>[15]</sup>。汶川大地震极重灾区 10 县市受灾人口 428.68 万，按四川老年人口占 11.39% (2000 年) 计算，老年人口近 50 万。灾后心理援助工作是长期而艰巨的。

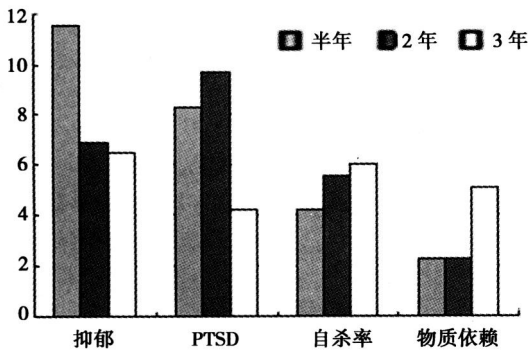


图 1 9·21 地震后灾民心理应激与行为变化

各国研究皆表明老年人群自杀率最高，但中国农村老年人自杀率是城市老年人的四倍多，且随增龄急剧上升。这可能是由于中国文化中无宗教信仰或法律禁止自杀，或因为社会支持不足而冲动性自杀<sup>[15]</sup>。四川灾区老年人绝大多数居住在农村甚至偏僻山区，关注灾后老年人群的自杀问题有重要的现实意义。目前，还没有针对性的研究报告。鉴于老年人自杀率随增龄上升，且大地震导致心理应激有 30 年以上的远期效应，且可强化自杀风险；针对地震重灾区老年幸存者的心理应激特征及其转归开展研究十分迫切。

如何发挥老年人的心理优势，及时补充其身体、社会资源等方面的不足，避免其心理创伤迁延、加重甚至自杀等是研究、干预的主要目的。灾后重建工作中，老年人容易被忽视。日本 Hanshin-Awaji 大地震 (1995 年 1 月 17 日 5:46 am, 里氏 7.3 级, 死伤分别为 6 434 和 43 792 人) 后, 7 年内每年都有 60 余位老年人在各安置点孤独地去世<sup>[16]</sup>。针对老年人的情绪、认知与行为、躯体反应具体措施如表 1 所列。

1.4 灾难对老年人的中长期心理创伤 地震对风险人群有长期心理后效，需要特别关注。灾后年龄效应没有单一模式，因其作用受社会、经济、文化和历史等多种因素影响。对一般灾难性事件的情绪反应持续半年，对洪水、配偶去世等的应激反应则持续 2 年以上<sup>[17]</sup>。

831 位灾区居民在雨果飓风 (Hurricane Hugo) 1 年、1 年半、2 年后，心理应激受灾难经历的影响最大。无亲身经历时，年轻人的应急症状最多；亲身经历多者，中年人最强。飓风 1 年后，50~64 岁组抑郁、焦虑、躯体化、一般应急、灾难应急等个别症状和总体精神症状与受伤、生命威胁、财产损失、灾难经历等 4

个维度皆显著相关；35~49 岁组主要在受伤维度、65 岁以上组主要在生命威胁和灾难经历上显著相关；而 18~34 岁组皆不相关。据此提出“负担”假设-不同年龄组的婚姻、抚养、赡养、经济、职业、环境、躯体负担不同，统计数据表明 5 个方面都是 50~64 岁组最高，只有较年轻组的婚姻压力、较老年组的躯体压力最高<sup>[18]</sup>。

表 1 老年人灾后心理表现及应对措施

分类	表现	干预
行为	退缩、孤立、不愿离家、不愿报告全部损失 受伤 / 健康问题、拖延就医、回避社会 / 政府援助、保险利用率低、行动受限、难以适应安置	仔细评估 (不断观察、筛查问卷、家访、与亲友沟通) 灾害影响以免漏诊或低估受害情况、抢救财产、预约交通短工 饮食 家访 陪伴 家庭健康、组织自救与互助
身体	慢性病加重、躯体症状增加、因免疫功能下降易感传染病、身体加快衰退、低烧或高热、身体和感觉 (特别是视觉和听觉) 限制抑制受伤或影响恢复	及时介绍情况、帮助其通过每日情况通报尽快熟悉新环境、组织医疗、给予住宿 健康 经济帮助、克服接受帮助的身心障碍、参与重建、落实防灾措施
情绪与认知	抑郁、哀伤、多疑、困惑或迷乱、记忆问题、激惹、易怒、淡漠、害怕住院、陌生环境焦虑、羞于接受帮助或救济	不断安慰、特别关注临时安置点、找到其亲友或熟人、鼓励诉说经历 表达情绪、重新开始 (设计庭院、替换家具、共享板房)、帮助其联系家人和朋友

1980~2000 期间发表的 68 篇主要研究表明，预测灾害后是否出现 PTSD 的最重要因素是灾难时心理解离 (peritraumatic dissociation)，其次是灾难中自觉生命危险、灾后社会支持、灾害情绪反应，而家族心理障碍史、先前灾害经历、过去心理调适等的预测作用最小<sup>[19]</sup>。

震后老年人 PTSD 的发病率随诊断工具、年龄分组、追踪时间及样本不同差异很大。在亚美尼亚地震后 2 年，23.2% 老年人患 PTSD<sup>[20]</sup>。台湾 9·21 地震后 2 年，6 412 位房屋震毁的幸存者 20.9% 现患 PTSD，其风险因素有女性、现住板房、教育水平低、眼见家产被毁；采用中国人健康量表 (CHQ-12) 证实 39.8% 有精神症状，特别是那些女性、老年人、教育水平低、仍住板房者。9·21 地震后第 3 年，灾区民众抑郁症状、PTSD 发病率下降 (4.2%)，但自杀率 (6.0%)、物质依赖 (5.1%) 的比例却上升 (图 2)<sup>[15]</sup>。这说明抑郁、PTSD 及自杀等心理应激反应有不同的机制。在临床检测指标随时间推移大幅度下降的同时实际伤害性行为比例却显著增加。在 3 年追踪期间，丧亲之痛是 PTSD 最大危险因素，其次是经济负担 (半年时)、睡眠障碍 (2 年时) 和社会网络变化 (3 年)；而长期 (2 年、3 年) 睡眠障碍则是抑郁的最大危险因素<sup>[14]</sup>。9·21 地震后 3 年，1% 65 岁以上老人患 PTSD<sup>[21]</sup> 尽管 PTSD 人群发生率随时间推移而下降，但灾难对高危人群的影响仍然存在<sup>[22]</sup>。这些人应是灾后针对性心理援助与干预的重点关注人群。

唐山地震幸存者 (如孤儿) 仍有 12% 的 PTSD 现患率；而且幸存者的心理量表得分显著低于对照组<sup>[23]</sup>。30 年后，亲人伤

亡程度、个体损伤情况、住房恢复状况仍是对灾民心理恢复力影响较大的 3 个因子<sup>[24]</sup>。PTSD 患者 30 年后仍难以摆脱创伤的痛苦记忆,身心健康受到严重影响。这从另一角度证明了重大自然灾害心理创伤影响的长期效应。唐山大地震过去去已经 33 年,迄今尚无一篇专门针对老年幸存者心理特点的研究。当年的中年人,今天已经是老年人。研究他们现在的心理健康状况对于四川灾区中老年群众 30 年后的心理健康状况有特殊的指导意义。

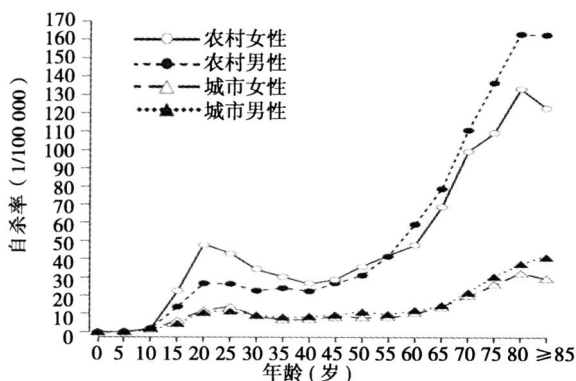


图 2 1995~1999 年中国人群自杀率

## 2 老年人灾难后心理状况的解释

### 2.1 老年人对灾难应激的“免疫说”

老年人资源相对缺乏,如离退休后的社会角色转换、感觉(视、听、嗅、味、触)功能退化、对气候冷热变化的抵抗力弱、应激情绪影响血压和血糖等带来的体弱多病,羞于求助或(因身、心、信息渠道少或不畅等原因)求助少、晚年丧偶、同龄亲友相继死亡引起的社会支持体系的弱化等。这些都是破坏老人幸福晚年的不稳定因素<sup>[17]</sup>。大规模自然灾害后,老年人受财产损失、亲友伤亡的打击更大,且身心恢复比较慢。

另一方面,家庭作为重要的社会支持网络节点,在灾难创伤恢复中有至关重要的作用。无论是同居还是分开居住,传统大家庭(两代或三代)中老年人的决策能力、智慧与经验都是有利稳定的因素<sup>[17]</sup>。老年人作为家庭的核心,有权威、有经验,熟知社会规范和日常生活中各类应对策略,对灾区重建具有积极作用。老年人因有较多灾害应对阅历与智慧(成熟说, maturation hypothesis),面对灾难时能更好地调整情绪(免疫说, inoculation hypothesis 或称应激免疫理论, Theory of stress inoculation),运用与环境相适应(问题中心而非情绪中心)的应对策略,因此愤怒等负面情绪比年轻人少<sup>[17, 25]</sup>。

“负担说(Burden perspective)”从另一个角度解释中年人(55~64岁)为何最易受心理创伤。一是这个年龄层的人仍然是上有老、下有小,生活、经济、精力、心理、社会负担重;二是即将或已经退休者,因灾害而致财产大量损失,“蓄谋已久”的退休计划无法实现。三是在所有的灾后重建与恢复过程中,这一组的付出最大<sup>[17, 18, 26]</sup>。

灾害后的心理恢复力(resilience 或称心理弹性)指没有或只有一个 PTSD 症状、抑郁情绪或物质依赖行为轻。911 恐怖袭击半年后,2752 名纽约居民,发现 65 岁以上老年人的心理

恢复力是 18~24 岁年轻人的 3 倍,亚裔的心理恢复是白人的 3 倍,而受过大学以上教育者的心理恢复力不如高中未毕业生。老年人的心理恢复力比其他年龄人群好,主要影响因素有性别、年龄、种族/民族、教育水平、灾害经历、收入变化、社会支持、近期过去的生活事件、慢性躯体疾病等<sup>[27]</sup>。老年人尽管健康状况不如年轻人,但心理恢复力很好<sup>[6]</sup>。

### 2.2 意义寻求

意义寻求是面对灾难时人类重获希望的主要动机。创伤事件破坏了人们的世界良善、可预期、自我生活有意义等基本信念。不同种类灾难中人们的意义寻求概率不同。比如,50% 以上因丧亲而哀伤的老年人、68% 失去住在养老院中的亲人者会寻求意义<sup>[28]</sup>。大灾难严重威胁幸存者的安全与保障意识、控制感,意义寻求对其适应灾害、恢复安全感有非常重要的作用,并有助于制止反复考虑灾难场景。这种意义寻求在年轻人和老年人一样普遍,而年轻时遇到灾难对人生的负面影响很大;但是只有“寻得”意义者恐惧减少、PTSD 症状减轻;老年人因生活阅历更容易寻得意义<sup>[29]</sup>。

世善论(world benevolence belief)者相信世界以良善为主导,而此种信念对个人康宁(wellbeing)至关重要。国外研究表明,世善观随年龄显著增强,老年人的世善观与康宁的相关比年轻人的高<sup>[30]</sup>。

宗教信仰对灾后心理应激反应的作用与意义寻求相关。英国人的宗教卷入比美国人低,所以后者更容易从信仰中寻得意义<sup>[31]</sup>。有宗教信仰的幸存者,在丧亲后的追思仪式过程中,能从宗教群体和相关仪式中得到安慰;但是在归因思维中,面临灾难现实、虔诚持守与善恶因果报应信念的冲突,容易导致心理失衡<sup>[17, 32]</sup>。

### 2.3 记忆模型

DSM-IV 对 PTSD 单纯依据症状学进行诊断,忽略了影响当事人个性化反应的重要心理特征(比如年龄、性别、经历、性格特征等),从而导致应对的医药化倾向。PTSD 的记忆模型认为灾难记忆的遗忘与强化可直接预测 PTSD 发生率<sup>[33]</sup>。老年人的情境记忆能力显著下降<sup>[34]</sup>,其对灾难情境的情绪反应是否也会相应减弱?这是否老年人 PTSD 发生率比同龄对照低的原因?这可能正是诊断指标下降而危害行为上升的根本原因<sup>[14]</sup>。这既涉及情绪记忆、情境记忆的理论机制,亦关系到灾后对不同年龄人群实施的心理援助策略。

## 3 目前研究存在的问题及进一步研究建议

上述研究证实灾害后老年人的 ASD 发病率、PCL-C 得分与年轻人、中年人无显著差异,且其 PTSD 发病率低、应对与适应能力强,但是也存在下列问题。

### 3.1 年龄及其分组间隔问题

大部分灾害应激研究不关注年龄因素(横向比较不同年龄人群的心理应激状况),也没有针对老年人人群的横断、追踪研究,更谈不上对全人群的长期追踪研究,因为“象性别、教育水平和民族等人口学因素在灾难心理反应过程中的作用不值一提”<sup>[19]</sup>。所以,无法确切回答 PTSD 发生率如何随时间推移而下降、晚发性 PTSD 是否存在等问题<sup>[22]</sup>。

多数涉及年龄因素的研究,分组标准不一,依据不明。最典型的是混淆中年与老年前期,将 40~64 岁<sup>[5]</sup>、45~64 岁<sup>[3]</sup>、

50~64岁<sup>[18]</sup>、55~64岁<sup>[4,27]</sup>划分为一组,不符合心理发展规律。心理运动反应(选择反应时)、语义记忆和情境记忆的老化临界点是60岁。记忆(特别是情境记忆)、注意等认知能力在55岁以后衰老速度加快,10年内会发生质的变化,所以国外认知老化追踪研究的间隔不会超过5年<sup>[34]</sup>。灾后心理应激的追踪研究,更是以月为间隔单位。尽管心理应激模式相对稳定,但横断比较研究中10年~25年的年龄跨度,会混淆或丢失很多信息。比如,经济收入、社会关系、身体状况在10~25年中变化很大,而这些都是影响ASD、PTSD的重要因素。这样观察到的年龄差异对于分析心理健康、PTSD等的发展特点及其转归机制科学价值有限。当然,灾害后方便取样多、群体随机抽样难以实施和分组过细则单元内样本过少是现实所迫。设计周密的大样本追踪调查研究可以避免类似问题。

WHO根据历龄划分的年龄组是青年(18~44岁)、中年(45~59岁)、年轻老年人(60~74岁)、标准(或常态、富龄)老年人(75~89岁)、长寿老人(90岁以上)。联合国的年龄分类是少年(14岁及以下)、青年(15~24岁)、劳动年龄(25~59岁)和老年(60岁以上),其中老年人又分少老年(60~69岁)、中老年(70~79岁)和老老年(80岁以上,即第四年龄)<sup>[35]</sup>。其他根据生物年龄、心理年龄或社会年龄的功能性划分个体差异较大,在研究这些功能的时候,显然不宜作为分组依据。唯有历龄唯一、无个体差异、无歧义。建议今后研究予以注意。非如此,不同年龄人群灾难后应激特点及针对性干预不能真正开发出来。当然,确定年龄划分间隔既要考虑具体观察指标的发展特点,亦需平衡实验设计和统计要求,以及平衡在时间、物力、人力各方面的开销。

**3.2 研究工具问题** 工具不同,结论各异。传统测查老年人心理健康一般采用症状自评量表SCL-90康奈尔医学量表CMS、老年抑郁量表GDS、焦虑自评量表SAS、健康调查量表SF-36、应激反应问卷(Stress reaction questionnaire SRQ-20)、事件影响量表修订版(Impact of event scale IES-R)、PTSD检查清单平民版(PTSD check list - civilian version, PCL-C)等。这些量表为我国心理学临床研究者广泛应用,包含广泛的精神病症状学内容(如躯体化症状、强迫症状、人际关系敏感、易激惹、退缩、焦虑、敌对、恐怖、偏执、精神病性等),适合临床心理障碍、精神疾病的筛查、诊断,但不适于测评普通老年人的心理健康水平。

**3.3 病理化倾向** 不同年龄人群因心理发展阶段、应付能力、自我认同与社会资源的不同,面对灾难时有不同的心理应激反应。目前对灾后人(包括老年人)抑郁、PTSD等精神病研究多,而对涉及全体老年人的社会支持状况<sup>[35]</sup>与生活质量、主观幸福感<sup>[36,37]</sup>、心理健康及其影响因素、随时间进程的转归特点等研究少。汶川地震后已发表的研究多侧重于临床精神障碍(如ASD、PTSD)的发病率,较少关注受灾民众灾后心理健康水平发展变化的机制。对于心理健康的测评,多采用SCL-90、抑郁量表等躯体症状量表或单一指标。实际上心理健康是多维度的概念,体现了个体或人群日常健康行为习惯和日常功能的有效水平,应包括认知功能、情绪、自我评价、人际交往、适应能力等五个方面。对其长期影响尚需有组织、有计划地开展系统的追踪研究与干预措施。

所以,我们在中国科协和科技部的支持下,于2008年8月、10月、12月,依托中科院心理所灾区心理援助工作站,分别在汶川、茂县、北川、安县、绵阳、德阳、成都等地区围绕灾区老年人的社会支持、心理健康、幸福感、PTSD症状发生率、宗教信仰的影响、地区差异等几个主题,对当地老年居民进行心理健康追踪调查。初步研究结果已在本刊“5·12大地震一周年”专栏(2009年第9~12期)分专题汇报,以求教于方家。中科院心理所危机干预中心正在实施中长期灾区心理援助。现在我们只能根据国内外文献报道和自己的短期研究进行综述,相信3年后,我们将能对综述中所涉及的关键问题给出自己的答案。

#### 4 参考文献

- 1 杨戎,刘平,吴振云.从汶川地震看灾难中老年人的弱点及救灾和重建策略[J].中国老年学杂志,2009,29(1):123-5.
- 2 刘艳,于秀,金丽.35名高龄地震骨折患者的心理反应及护理干预[J].西南军医,2008,10(5):32-3.
- 3 赵高锋,杨彦春,张树森.汶川地震极重灾区780名受灾群众心理状况调查[J].中国循证医学杂志,2008,8(10):815-9.
- 4 王相兰,陶炯,温盛霖,等.汶川地震灾民的心理健康状况及影响因素[J].中山大学学报(医学科学版),2008,29(4):369-71.
- 5 Soeteman RJ, Yzemaans CJ, Spreuwerberg P. Changes in the pattern of service utilization and health problems of women, men and various age groups following a destructive disaster: a matched cohort study with a pre-disaster assessment[J]. BMC Fam Pract, 2008, 9(48): 1-9.
- 6 Deeg DJ, Huizink AC, Comijs HC, et al. Disaster and associated changes in physical and mental health in older residents[J]. Eur J Public Health, 2005, 15(2): 170-4.
- 7 王婷,杨惠琴,李娟,等.汶川地震前后绵阳受灾老年人心理健康状况[J].中国老年学杂志,2009,29(9):1134-7.
- 8 Blnenthal SJ. Suicide: a guide to risk factors, assessment, and treatment of suicidal patients[J]. Medical Clinic of North America, 1988, 72(4): 937-71.
- 9 Wang XD, Gao L, Shinfuku N, et al. Longitudinal study of earthquake related PTSD in a randomly selected community sample in north China[J]. Am J Psychiatry, 2000, 157(8): 1260-6.
- 10 黄河清,杨惠琴,韩布新.汶川地震后灾情不同地区老年人 PTSD 发病率[J].中国老年学杂志,2009,29(10):1275-7.
- 11 Goenjian AK, Najarian LM, Pynoos RS, et al. Posttraumatic stress disorder in elderly and younger adults after the 1988 earthquake in Armenia[J]. Am J Psychiatry, 1994, 151(6): 895-901.
- 12 Zelt WH, Beus ED, Beekman AT, et al. Prevalence and risk factors of posttraumatic stress disorder in older adults[J]. Psychother Psychosom, 2003, 72(6): 333-42.
- 13 伍志刚,刘爱忠,谭红专,等.洪灾区成人 PTSD 及其危险因素的研究[J].中国临床心理学杂志,2003,11(3):173-5.
- 14 Chou FH, Wu HC, Chou P, et al. Epidemiologic psychiatric studies on postdisaster impact among ChiChi earthquake survivors in Yu-Chi Taiwan[J]. Psychiatry Clin Neurosci, 2007, 61(4): 370-8.
- 15 Phillips MR, Li XY, Zhang YP. Suicide rates in China 1995-99[J]. Lancet, 2002, 359: 835-40.
- 16 Fujita Y, Inoue K, Seki N, et al. The need for measures to prevent secondary deaths after large earthquakes based on current conditions following

- the great Hanshir Awaji earthquake[J]. *J Forensic Legal Med*, 2008; 15(8): 527-8.
- 17 Myers D, David F. Special populations in disaster. In *Disaster Mental Health Services*[J]. New York: Routledge, 2005: 43-70.
- 18 Thompson MP, Norris FH, Hanacek B. Age differences in the psychological consequences of Hurricane Hugo [J]. *Psychol Aging*, 1993; 8(4): 606-16.
- 19 Ozer EJ, Best SR, Lipsey TL, et al. Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults: a meta-analysis [J]. *Psychol Bull*, 2003; 129(1): 52-73.
- 20 Armenian HK, Morikawa M, Melkonian AK, et al. Loss as a determinant of PTSD in a cohort of adult survivors of the 1988 earthquake in Armenia: implications for policy [J]. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 2000; 102(1): 58-64.
- 21 Wu HC, Chou P, Chou HH, et al. Survey of quality of life and related risk factors for a Taiwanese village population 3 years post-earthquake [J]. *Aust N Z J Psychiatry*, 2006; 40(4): 355-61.
- 22 Neria Y, Nandi A, Galea S. Post-traumatic stress disorder following disasters: a systematic review [J]. *Psychol Med*, 2008; 38(4): 467-80.
- 23 张本, 张凤阁, 王丽萍, 等. 30年后唐山地震所致孤儿创伤后应激障碍现患率调查 [J]. *中国心理卫生杂志*, 2008; 6(6): 964-8.
- 24 陈静, 杨旭光, 王静爱. 巨灾后幸存者心理恢复力初步探究——以 1976年唐山地震为例 [J]. *自然灾害学报*, 2008; 1(1): 77-82.
- 25 Yeung DY, Fung HH. Age differences in coping and emotional responses toward SARS: A longitudinal study of Hong Kong Chinese [J]. *Aging Mental Health*, 2007; 11(5): 579-87.
- 26 Seplaki CL, Gokman N, Weinstein M, et al. Before and after the 1999 ChiChi earthquake: Traumatic events and depressive symptoms in an older population [J]. *Social Sci Med*, 2006; 62: 3121-32.
- 27 Bonanno GA, Galea S, Bucciarelli A, et al. What predicts psychological resilience after disaster? The role of demographics, resources, and life stress [J]. *J Cons Clin Psychol*, 2007; 75(5): 671-82.
- 28 Updegraff JA, Silver RC, Holman EA. Searching for and finding meaning in collective trauma: results from a national longitudinal study of the 9/11 Terrorist Attacks [J]. *J Pers Social Psychol*, 2008; 95(3): 709-22.
- 29 Krause N. Traumatic events and meaning in life: exploring variations in three age cohorts [J]. *Ageing & Society*, 2005; 25: 501-24.
- 30 Poulin M, Silver RC. World benevolence beliefs and well-being across the life span [J]. *Psychol Aging*, 2008; 23(1): 13-23.
- 31 Norris FH, Friedman MJ, Watson PJ, et al. 60000 disaster victims speak part I. An empirical review of the empirical literature, 1981-2001 [J]. *Psychiatry*, 2002; 65: 207-39.
- 32 王婷, 韩布新. 佛教信仰与地震灾区老年人的心理健康状况 [J]. *中国老年学杂志*, 2009; 29(10): 1272-4.
- 33 Rubin DC, Bemtzen D, Bohm MK. A memory-based model of Posttraumatic stress disorder: evaluating basic assumptions underlying the PTSD diagnosis [J]. *Psychol Rev*, 2008; 115(4): 985-1011.
- 34 韩布新. 中老年心理健康与咨询 [M]. 北京: 林业出版社, 2002: 5.
- 35 王绪梅, 王婷, 杨惠琴, 等. 震后茂县羌族老年人的社会支持与心理健康状况 [J]. *中国老年学杂志*, 2009; 29(11): 1406-9.
- 36 李海峰, 况伟宏, 杨惠琴, 等. 四川老年人灾后主观幸福感状况 [J]. *中国老年学杂志*, 2009; 29(9): 1130-4.
- 37 吴胜涛, 李娟. 痛并快乐着: 灾区老人的抑郁和生活满意度 [J]. *中国老年学杂志*, 2009; 29(11): 1404-6.

[2009-04-10收稿 2009-05-30修回]

(编辑 胡国义)

## 老年性抑郁症患者预后的影响因素

许开宁 蒋陆平 韩天明 黄胜 徐行建<sup>1</sup> 田少利<sup>1</sup> (海南省安宁医院, 海南 海口 571100)

〔关键词〕 抑郁症; 老年; 预后

〔中图分类号〕 R749.1 〔文献标识码〕 A 〔文章编号〕 1005-9202(2009)12-1547-02

抑郁症是影响老年人生活质量的重要公共卫生问题。美国调查发现, 有 13% ~ 27% 老年居民存在不同程度的抑郁症状<sup>[1]</sup>, 邢凤妹等报道, 老年人抑郁率为 20.2% ~ 31.7%<sup>[2]</sup>, 李雪莹等报告, 天津市老年人抑郁率为 37.01%<sup>[3]</sup>。随着人口寿命的延长, 老年期抑郁障碍患病率呈逐年上升趋势, 老年期抑郁的疗效和预后, 日渐引起精神医学专业的重视, 本文对老年抑郁症患者经住院治疗出院后 2 年的结局进行调查, 并分析影响预后的诸多因素, 旨在更好地配合临床治疗及为出院后的社区康复提供依据。

1 洛阳市精神卫生中心

第一作者: 许开宁 (1968-), 男, 副主任医师, 主要从事临床精神医学研究。

### 1 对象与方法

1.1 对象 2005年 5月~2006年 10月的住院老年抑郁患者共 85例, 均符合《中国精神障碍分类与诊断标准》第 3版 (CCMD-3) 抑郁发作诊断标准, 排除器质性抑郁状态、分裂情感性精神病分裂症后抑郁、适应障碍及其他神经症。随访 2年中迁居 3例、病故 3例、自杀 3例、实际分析 76例。其中男 37例, 女 39例, 入院时年龄 60~80(平均 66.10±5.36)岁。病程 1~24(平均 8.6±5.4)个月。平均受教育年限 (6.46±2.53)年。已婚 46例, 未婚 5例, 离婚及再婚 25例。农民 35例, 工人 20例, 其他 21例, 有阳性家族史 24例。

1.2 研究工具 ①自制资料调查表, 包括一般人口学资料, 临床资料及某些观察指标; ②Hamilton抑郁量表 (HAMD) 24项; ③社会支持量表; ④艾森克个性问卷 (EPQ); ⑤生活事件量表;