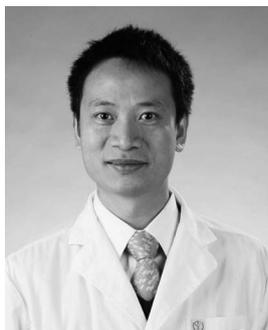


· 论坛 ·



作者简介: 童永胜, 北京回龙观医院主任医师, 博士, 北京大学副教授, 硕士生导师。目前担任北京心理危机研究与干预中心、WHO 心理危机预防研究与培训合作中心、北京回龙观医院心身医学科副主任。中国心理学会人格心理学分会理事, 中国心理卫生协会危机干预委员会委员, 北京医师协会健康管理专家委员会常委。长期从事精神科临床、自杀预防研究与实践、灾难事件心理危机干预工作。主持国家自然科学基金等科研项目十余项, 入选北京市卫生系统高层次卫生技术人才学科骨干, 获得省级科技奖励两项, 实用新型专利一项, 在中外核心期刊发表学术论文 50 余篇。

灾难事件后的心理危机干预

童永胜 殷怡 刘悦 李铃铃

100096 北京回龙观医院(北京心理危机研究与干预中心) WHO 心理危机预防研究与培训合作中心

通信作者: 童永胜, Email: timystong@pku.org.cn

DOI: 10.3969/j.issn.1009-6574.2019.07.002

【摘要】 心理危机干预对灾后幸存者及其周边人群十分必要。现就心理危机的干预对象与表现、心理危机干预的人力组织、干预要点、干预队员的保护以及干预的伦理问题进行了述评, 并对心理危机干预未来的工作进行了展望。

【关键词】 灾难事件; 心理危机; 危机干预; 心理救援

基金项目: 北京市卫生系统高层次卫生技术人才培养计划资助项目(2015-3-111)

Psychological crisis intervention after disasters Tong Yongsheng, Yin Yi, Liu Yue, Li Lingling
Beijing Suicide Research and Prevention Center, Beijing Hui Long Guan Hospital, WHO Collaborating Center for Research and Training in Suicide Prevention, Beijing 100096, China
Corresponding author: Tong Yongsheng, Email: timystong@pku.org.cn

【Abstract】 Psychological crisis intervention is essential for survivors or witnesses after disasters. This paper introduced the object and clinical symptoms of psychological crisis. Then, it provided an overview of practices in coordinating human resources, applying psychological crisis skills, and caring of response workers. Next, it summarized the ethical issues in crisis interventions. Finally, it discussed the challenges in developing evidenced-based national psychological crisis intervention guideline.

【Key words】 Disaster; Psychological crisis; Crisis intervention; Psychological first-aid

Fund program: Beijing Municipal High Rank Health Researcher Training Program (2015-3-111)

灾难是指因自然或人为因素导致的具有严重破坏性后果的各种事件, 如地震、泥石流、洪灾、台风、火山爆发、交通事故、火灾/爆炸、恐怖袭击等。灾难事件, 尤其是重大灾难事件, 破坏力巨大, 波及面广, 往往会造成大量人员伤亡和(或)财产损失。其影响往往超出受灾人群的应对能力, 由此产生了心理危机。心理危机干预是灾难应急救援的一个重要组成部分。灾难事件导致的心理危机不是受灾个体心理危机的简单相加。灾难幸存者和其家属、朋友、

救援人员都可能面临心理危机。此外, 灾难事件后的心理危机干预重在预防和紧急处理, 而不是治疗个体创伤或应激相关障碍。现就灾难事件的心理危机干预的几个方面加以论述, 供同行参考。

一、灾后心理危机的干预对象与表现

遭遇重大灾难事件的人群出现心理问题的比例很高, 并且大多数受灾者的心理异常反应没有被及时识别^[1]。以美国“9·11”事件为例, 绝大多数亲历者至少出现一个应激相关的精神症状或其他心

理异常反应^[2-3]。灾难发生后的急性期,受灾者常见的症状有急性应激症状(如警觉性增高、惊跳反应、闯入、失眠)^[2]、焦虑、抑郁、居丧反应^[3],以及各种适应不良性或病理性或异常生理和行为反应^[4]等。心理危机在灾难事件发生后的数小时内即可出现^[4]。后期的心理危机表现以创伤后应激障碍多见,可迁延一年或者更久,在事件的周年或纪念日仍可能出现较大规模的心理危机反应^[1,4]。

心理危机干预的重点对象包括伤者、死难者家属与关系密切者、灾难幸存者、现场救护人员。距离事件发生地点越近的居民,出现心理危机的比例越高^[5]。如“9·11”事件发生后,世贸中心周边、曼哈顿岛北部其他地区、纽约大都会地区、美国首都华盛顿哥伦比亚特区以及美国其他地区居民出现创伤后应激障碍反应的比例为20%、7.5%、11%、2.7%及3.6%,呈现出距离事发地远近与心理危机发生比例呈负相关的特征^[5-6]。通过电视或其他各种媒体报道而间接暴露于灾难事件的居民^[5]、现场救灾人群^[7]及其亲友也会出现心理危机。

虽然灾后心理危机的发生率极高,但是临床工作者需要注意两点:一是不能给干预对象都贴上“疾病”的标签。不是所有的心理危机反应都符合精神障碍的诊断标准^[1,4,8-9],多数是一过性的安全感缺乏、紧张、愤怒和恐慌等自然的情绪或行为防御反应^[10-11]。二是对于有精神障碍病史的患者,临床工作者需要评估其病情是否出现复发或恶化^[1]。

二、心理危机干预的人力组织

重大灾后的应急救援头绪万千,涉及面广,需要统一协调多方力量来完成。多数国家都是由政府部门牵头组织各项应急救援(包括心理危机干预)^[12]。我国于2018年组建应急管理部来组织、指导和协调应急救援^[13]。心理危机干预则在应急管理部/厅/局的协调下,由卫生行政部门的卫生应急办负责组织和协调^[14]。

在这个组织体系下,精神专科卫生技术人员由于其身份和专业背景的优势,成为我国历次心理危机干预的骨干力量^[15]。其职责是对受灾人群进行评估诊断、精神科专业治疗以及参加对伤员的会诊救治等。

经培训的其他心理工作者和非心理学专业人士也可以参与心理危机干预。例如心理咨询师、现场搜救人员、基层医务人员、宗教人士、学校应急人员、党政和民间团体人员以及社区工作人员^[4,8-9,16-17]。他们可以根据情况为受灾者提供关怀、支持、安慰、

照顾以及协助受灾者获得必要的信息与资源^[4,8-9]。为了提高心理危机干预的效率,他们要主动参与到现有的救援组织体系之中,与各类救援队伍通力合作,不应过于强调自己工作的独立性而自行其是。

作为非专业人员,参加心理危机干预之前应当通过培训掌握的技能包括:倾听、筛查/评估、恰当的心理干预(如情绪稳定或放松技术)、协助获取资源、分诊或转介等^[17-19]。此外,自身身心健康水平和自我照护能力也决定了个体能否胜任现场工作。

三、现场心理危机干预要点

在现场开展心理危机干预时,干预者要注意多看、多听、多连接,保障干预对象的人身安全,稳定其情绪,帮助其获得支持/资源,提升自我效能感,增加希望^[4],从而达到降低心理危机水平之目的。

1. 适用技术:需要牢记在心的是,大多数人的心理危机反应是一过性的,且未达到精神障碍的程度。除了少数已经严重到符合精神障碍诊断标准或者是旧疾复发或恶化的患者需要接受专科治疗之外^[1],大多数人的心理危机在获得安全感、支持和必要的资源和帮助后能够自行缓解^[4,8-9]。在多数情况下,心理危机干预不是提供心理咨询服务,而是协助受困扰者减轻痛苦,促使他们尽快恢复社会功能及减少不必要的伤害^[9]。

与针对长期蒙受既往创伤困扰的个别干预工作策略不同,在重大灾难事件的急性期心理危机干预中,采用询问有关细节、复述灾难事件发生经过、强行挖掘创伤事件或者挑战其防御机制等技术会加深对受灾者的伤害^[4,8-10,20],因此这些技术不适用于心理危机干预。目前世界卫生组织^[9]、美国^[8]和澳大利亚^[4]的指南中,都建议使用心理急救(psychological first aid)技术,强调稳定情绪和社会支持。

2. 时间与地点:尽管有一些不同意见^[20],但多数学者和实践者主张在灾难事件发生后应当尽快开展心理危机干预,协助受灾人群消除负性的心理、生理、情绪、行为反应^[4,8-9]。现场心理危机干预的持续时间一般在4~6周^[1]。因为大多数人的心理危机在1个月左右都能完全缓解^[4,8-9,21],少数仍未缓解的患者可以直接转介精神专科治疗。在地点上,可以选择安全的环境进行,比如受灾现场的安全地带、灾民安置点、医疗机构、学校等^[4,8-9]。

3. 准备:干预者在进入现场之前,需要提前了解相关信息,如灾难性质和严重程度、当地可利用的资源、当地文化背景和风俗习惯、安全保障是否充分。干预者还应评估自身的心理和身体状况是否

适合到现场开展工作^[4,9]。在与受灾者初步接触的时候,干预者不能先入为主地认为所有出现心理危机反应的人都需要并愿意接受干预,更不能强迫其交谈,而应当尊重其决定,礼貌地说明干预者所能提供的帮助。干预者要用尊重、助人、富有同理心的方式,建立彼此的信任,解决当下的需求和关切,为后续沟通“破冰”^[4,8-9,21]。

4. 筛查:虽然有专家认为对受灾者逐一进行筛查评估耗费成本过大^[20],但筛查评估依然是心理危机干预的重要环节。干预者需要识别出受灾者是否严重到符合精神障碍的诊断标准或者是原有精神障碍的复发或恶化,是否有自杀或伤害他人的风险,以及社会功能是否完全丧失^[1]。若出现此类问题,则需要尽快安排专科治疗;若未出现,则进行相应的心理干预。对于非精神科或临床心理学专业人员,需要具备初步识别精神障碍并及时转介到精神专科机构的能力^[1,17]。在筛查评估阶段,干预者要多观察,包括观察场所是否安全,受灾者的认知、情绪和行为等多方面的表现,以及受灾者是否有其他需求^[4,8-9]。在评估的时候,注意不要过多询问事件的有关细节,否则可能导致二次伤害^[1,4,8-9]。评估不需要花过多的时间,尽量采用简洁的量表或工具^[1]。干预者应掌握必要的知识和技能,能够区分个体在急性应激后的心理和生理反应是自然规律还是异常的或过度的反应,并评估心理生理的痛苦程度、认知和智力功能的异常、情感和行为表达的异常、人际和物质资源等方面的需要,以及其他生活与人际交往功能是否受损。

5. 干预:对于少数出现严重精神问题的受灾者,需要根据情况给予相应的专科治疗。为其余多数受灾者提供的心理危机干预不是一种针对精神障碍的干预技术,也不是一种咨询或治疗方法^[4,9]。干预强调安慰、支持、联系各种可及的社会资源、给予受灾者实用的帮助^[8]。在开始干预的时候,注意多倾听受灾者的诉说,而不是急于施展各种心理咨询或治疗技术。倾诉不仅可以让受灾者宣泄情绪,还可以促使他们恢复现实感^[21]。在听的过程中,注意多收集各种信息,包括受灾者的基本需求或诉求。干预者可以通过联络相应的协同机构如交通、公安、民政、医疗等部门,或者联系其亲友或社区,为受灾者寻找到切实的社会支持或资源,给予实用的帮助。

对于情绪稳定的受灾者,可鼓励他们开展互助互救行为,相信自己有能力解决面临的困难,提升自我效能感^[4]。有些受灾者可能会对自己的失眠、

焦虑或情绪低落而感到害怕。干预者可开展有针对性的健康教育,让他们意识到这是受灾后的正常反应,这些反应是一过性的,很快会自行恢复^[4,8]。同时,也需要用通俗的语言提醒他们,如果1个月后,自己仍有侵入性回忆、回避、过度觉醒的状况,就应当到医院寻找心理治疗等医疗服务。有些受灾者会出现严重的情绪反应,如目光呆滞、无法控制的哭泣甚至行为紊乱。干预者需要帮助他们稳定情绪,比如指导受灾者进行腹式呼吸、渐进式放松训练,让他们识别此时此刻周围的人或事物,鼓励谈论此时此刻的感受(注意:不是事件的经过或细节)^[8-9]。此外,干预者应帮助受助者寻求社会资源,引导其与家人、朋友和社区资源建立联结。

灾难事件后的心理危机不仅是个体孤立的反应,而往往具有集体色彩。小到一个家庭,大到一个社区或安置点,乃至更大范围,都会有相应的表现,需要针对处理。对于受灾家庭,需要根据每个成员的家庭角色进行针对性干预^[22]。在社区层面,有一些间接暴露于灾难事件的人,同样需要心理危机干预。因此,可以通过心理健康教育,发动社区居民互相帮助,减轻灾难对居民的心理冲击^[17,23]。在社会层面,媒体舆论和谣言会引起个体对重大灾难事件的不同反应,比如在不同阶段,出现恐慌、愤怒、反思等^[24]。重大事件的心理危机干预的效果也受舆论影响。正式媒体应配合迅速发布官方消息,澄清事实,引导理性诉求,避免发生后续不良事件。

对于有严重精神障碍的受灾者,可以根据情况予以药物干预,一般要在专科医疗机构由专科医生全面评估后决定是否使用药物及使用何种药物治疗。但是在灾难发生后的初期,对应激症状的药物干预效果有限^[20]。

此外,干预者还应警惕有自杀未遂史、重性精神障碍的人群或丧亲者的自杀、自伤或伤人风险。干预者可在必要时联合精神科专业人士、家属和社区的其他人员进行安全计划,预防不良事件的发生。

6. 结束干预:虽然心理危机可能持续很久,但一般而言,灾难发生半个月至1个月后,大规模的心理危机干预工作可以告一段落,后期可开展小规模及针对性的个别干预。在干预者离开之前,要向干预对象解释,并说明将由谁来接替自己,或者提前安排其他服务机构对接,用积极的态度告别^[9,21]。

四、对心理危机干预者的保护

加强对干预队员的心理保健十分必要。因为在干预过程中,心理危机干预队员任务重、压力大,经

常且反复目睹灾难现场,也处于心理危机的高危状态^[4, 25]。自身照料不仅有助于提高干预效果,也可以避免不必要的减员。从组织角度而言,要做好4个方面的准备。首先,要根据候选队员的心理和身体健康以及家庭负担等情况,选择合适的干预队员^[9];其次,在前往工作现场之前,需要对救援技术和能力进行培训,介绍灾情及现场的有关情况;再次,在现场要合理调配人力及安排工作时间,避免干预者工作量过大,减少工作倦怠;最后,要时刻注重团队意识与合作精神,鼓励队员彼此信任、互相合作、支持、帮助^[25]。

参与现场心理危机干预工作的队员可从4个方面自我照料。首先,赴现场之前做好充分的思想准备,包括工作任务重、可能遇到的各种困难以及可能经常面对现场惨烈的情景;其次,保证充分的休息时间,合理膳食,及时补充各种物资,尽快恢复精力和体力;再次,多与队员沟通交流,及时发现自己或队友的心理异常反应,互相支持并进行放松训练;最后,不要试图使用烟草、酒精、咖啡因或者药物来缓解自己的疲惫或压力^[4, 9, 18, 25]。在完成的任务后,要安排充分的时间休息,必要的时候寻求心理督导。

五、心理危机干预的伦理及相关问题

心理危机干预工作时也时常面临伦理困境。从目前的情况来看,有几个方面的问题需要考虑。(1)如何在保护受灾人群的秘密和隐私与公众知情权之间获得平衡?保护干预对象的隐私是基本要求,但是有些事件(如传染病爆发、安全生产事件、恐怖袭击)如果一味保守秘密可能会引起社会的恐慌。但无论如何,应该遵守救灾指挥部的统一命令的前提下,平衡取舍。(2)事件的性质和波及面大小,也会影响到伦理保护原则的制定。如果事件对公众利益影响很大,可能要牺牲个人的隐私权等权益。(3)是否保护了受灾者的尊严和根本利益?灾难可能给有些受灾者带来永久的伤残,甚至失去生命。在生命历程的最后阶段,心理危机干预可能更需要注重保护其生命的尊严。有时候,有些干预者忽略了这些问题,给受灾者带来更大的心理压力,导致严重的二次伤害^[26]。(4)灾难一旦发生,各种资源,包括物资、医疗、社会和心理支持资源都会处于相对不足的状态。如何进行资源分配就涉及伦理问题^[27]。资源分配的原则因具体情况而异,比如有时候考虑优先分配给最需要的人(严重程度原则),有时候可能需要将资源尽量分配给更多的人(普惠原则),有时候考虑分配给弱小者,还有时候就简单根据先来后到原则进

行分配。(5)某些情况下,例如传染病爆发,干预对象可能需要被隔离,那么隔离措施是否权衡了其人身自由受限与公众的利益?(6)在实施心理危机干预的时候,要充分考虑到不同地区不同民族的文化、风俗与信仰问题^[28]。不同地区或民族,有其独特的丧葬习俗及对逝者的哀思方式。干预者应尊重基本差异,适时调整干预技术。

六、小结和展望

汶川地震及此后的多次灾难事件后,政府和公众对于心理危机干预逐步重视,使得我国灾后心理危机干预能力和技术有了长足的发展。在实践中,我国心理危机干预队伍在识别灾后心理危机的临床表现、组建干预队伍、把握干预原则、应用于干预技术和进行自我照料等方面的实践已逐步与国际经验接轨。特别是在干预实践上,我国干预者已普遍认为心理危机和干预不仅仅是创伤后应激障碍的诊断治疗,还包括情绪稳定和资源联结等。

未来,我国心理危机干预者在参与灾后心理危机干预的同时,还应多总结本土经验,为建立全国性的心理危机干预指南提供参考。当前制约心理危机干预发展的难点包括:首先,目前参与到心理危机干预的部门或行业较少,缺乏多方协作与资源整合,特别是合理运用媒体开展全社会范围的干预实践极少。其次,仍需更严谨设计的追踪研究探索心理危机的发生和发展规律。再次,由于伦理限制,干预的效果无法设计对照组以获得循证依据。最后,目前缺乏规范化和系统化的心理危机干预的培训和演练流程。这些问题都有赖于在今后进一步的实践行动加以解决。

利益冲突 文章所有作者共同认可文章无相关利益冲突

作者贡献声明 研究设计、论文撰写、论文审校为童永胜,研究实施、资料收集、论文修订为殷怡、刘悦、李铃铃

参 考 文 献

- [1] North CS, Pfefferbaum B. Mental health response to community disasters: a systematic review[J]. JAMA, 2013, 310(5): 507-518. DOI: 10.1001/jama.2013.107799.
- [2] DiGrande L, Neria Y, Brackbill RM, et al. Long-term posttraumatic stress symptoms among 3, 271 civilian survivors of the September 11, 2001, terrorist attacks on the World Trade Center[J]. Am J Epidemiol, 2011, 173(3): 271-281. DOI: 10.1093/aje/kwq372.
- [3] Pandya A, Katz CL, Smith R, et al. Services provided by volunteer psychiatrists after 9/11 at the New York City family assistance center: September 12-November 20, 2001 [J]. J Psychiatr Pract, 2010, 16(3): 193-199. DOI: 10.1097/01.pra.0000375717.77831.83.

- [4] Australian Psychological Society. Psychological first aid: an Australian guide to supporting people affected by disaster [M/OL]. (2013) [2019-04-30]. <https://docplayer.net/175074-Psychological-first-aid-an-australian-guide-to-supporting-people-affected-by-disaster.html>.
- [5] Schlenger WE, Caddell JM, Ebert L, et al. Psychological reactions to terrorist attacks: findings from the National Study of Americans' Reactions to September 11 [J]. JAMA, 2002, 288(5): 581-588. DOI: 10.1001/jama.288.5.581.
- [6] Galea S, Ahern J, Resnick H, et al. Psychological sequelae of the September 11 terrorist attacks in New York City [J]. N Engl J Med, 2002, 346(13): 982-987. DOI: 10.1056/NEJMsa013404.
- [7] 谢永标, 马弘, 马宁, 等. 汶川震后14个月极重灾区县基层医务人员的心理健康状况 [J]. 中国心理卫生杂志, 2011, 25(11): 819-823. DOI: 10.3969/j.issn.1000-6729.2011.11.005.
- Xie YB, Ma H, Ma N, et al. Psychological health situation of basic medical personnel in severe disaster-stricken areas at 14 months after Wenchuan Earthquake [J]. Chinese Mental Health Journal, 2011, 25(11): 819-823.
- [8] Beyerlein S, Beyerlein M, Johnson D. Psychological First Aid Field Operations Guide. 2nd Edition [J]. National Child Traumatic Stress Network, 2006, 33(7): 391-395. DOI: 10.1111/j.1746-1561.1963.tb00427.x.
- [9] World Health Organization, War Trauma Foundation, World Vision International. Psychological first aid: Guide for field workers [M/OL]. (2011) [2019-04-30]. Retrieved from https://www.who.int/mental_health/publications/guide_field_workers/en/.
- [10] Miller L. Psychotherapeutic interventions for survivors of terrorism [J]. Am J Psychother, 2004, 58(1): 1-16. DOI: 10.1176/appi.psychotherapy.2004.58.1.1.
- [11] 杨菁, 杨梦婷. 重大突发事件中公众安全感的影响因素及治理对策研究 [J]. 探索, 2016(1): 172-179. DOI: 10.1007/5194(2016)01-0172-08.
- [12] 张雪琴. 国外重大灾害心理援助机制和组织方式的研究 [J]. 现代预防医学, 2011, 38(6): 1057-1059.
- Zhang XQ. Research on the psychological assistance mechanism and organization in major disasters overseas [J]. Modern Preventive Medicine, 2011, 38(6): 1057-1059.
- [13] 中华人民共和国应急管理部. 主要职责 [EB/OL]. [2019-04-30]. <http://www.chinasafety.gov.cn/jg/>.
- [14] 中华人民共和国国家卫生健康委员会. 卫生应急办主要职责 [EB/OL]. [2019-04-30]. <http://www.nhc.gov.cn/yjyb/pzyzz/lmtt.shtml>.
- [15] 孙霞, 龙鲸, 李洁, 等. 精神科医师在灾难心理救援工作中的角色定位—天津港爆炸事故后心理救援工作的思考 [J]. 中国心理卫生杂志, 2016, 30(4): 318-320. DOI: 10.3969/j.issn.1000-6729.2016.04.014.
- Sun X, Long J, Li J, et al. Role of psychiatrist orientation in psychological first aid after disaster: rethinking of psychological first aid after Tianjin explosion [J]. Chinese Mental Health Journal, 2016, 30(4): 318-320.
- [16] 童永胜, 庞宇, 杨甫德. 911恐怖袭击后的心理危机干预 [J]. 中国心理卫生杂志, 2016, 30(10): 775-778. DOI: 10.3969/j.issn.1000-6729.2016.10.011.
- Tong YS, Pang Y, Yang FD. Psychological first aids after September 11 terrorist attack [J]. Chinese Mental Health Journal, 2016, 30(10): 775-778.
- [17] Jacobs GA, Gray BL, Erickson SE, et al. Disaster Mental Health and Community-Based Psychological First Aid: Concepts and Education/Training [J]. J Clin Psychol, 2016, 72(12): 1307-1317. DOI: 10.1002/jclp.22316.
- [18] McCabe OL, Everly GS Jr, Brown LM, et al. Psychological first aid: a consensus-derived, empirically supported, competency-based training model [J]. Am J Public Health, 2014, 104(4): 621-628. DOI: 10.2105/AJPH.2013.301219.
- [19] Everly GS Jr, Barnett DJ, Links JM. The Johns Hopkins model of psychological first aid (RAPID-PFA): curriculum development and content validation [J]. Int J Emerg Ment Health, 2012, 14(2): 95-103.
- [20] Bisson JI, Tavakoly B, Witteveen AB, et al. TENTS guidelines: development of post-disaster psychosocial care guidelines through a Delphi process [J]. Br J Psychiatry, 2010, 196(1): 69-74. DOI: 10.1192/bjp.bp.109.066266.
- [21] 西英俊. 合理有效开展心理急救工作 [J]. 中国卫生人才, 2013(6): 56-57.
- [22] Wells ME. Psychotherapy for families in the aftermath of a disaster [J]. J Clin Psychol, 2006, 62(8): 1017-1027. DOI: 10.1002/jclp.20286.
- [23] Gard BA, Ruzek JI. Community mental health response to crisis [J]. J Clin Psychol, 2006, 62(8): 1029-1041. DOI: 10.1002/jclp.20287.
- [24] 丁迈, 罗佳. 心理应激影响下突发性公共危机事件的公众舆论流变—以“昆明暴恐”事件为例 [J]. 现代传播, 2015, 37(2): 50-53. DOI: 10.3969/j.issn.1007-8770.2015.02.010.
- [25] Quevillon RP, Gray BL, Erickson SE, et al. Helping the Helpers: Assisting Staff and Volunteer Workers Before, During, and After Disaster Relief Operations [J]. J Clin Psychol, 2016, 72(12): 1348-1363. DOI: 10.1002/jclp.22336.
- [26] 王建平, 李欢. 芦山地震心理危机干预“二次伤害”的法律控制—以张支蓉叠加性损害的心理援助义务法律化为视角 [J]. 理论与改革, 2014, 6: 150-154. DOI: 10.1006/7426(2014)06-0150-05.
- [27] Leider JP, DeBruin D, Reynolds N, et al. Ethical Guidance for Disaster Response, Specifically Around Crisis Standards of Care: A Systematic Review [J]. Am J Public Health, 2017, 107(9): e1-e9. DOI: 10.2105/AJPH.2017.303882.
- [28] 蓝李焰, 陈昌文. 论民族地区灾后心理危机干预中的跨文化问题 [J]. 内蒙古社会科学, 2011, 32(6): 96-100. DOI: 10.3969/j.issn.1003-5281.2011.06.020.

(收稿日期: 2019-04-06)

(本文编辑: 戚红丹)