

DOI: 10.16781/j.0258-879x.2021.09.1056

• 海洋军事医学 •

战场心理急救: 6C 模型及应用进展

占毅楠¹, 刘涛生^{1,2*}

1. 海军军医大学(第二军医大学)心理系精神医学教研室, 上海 200433

2. 海军军医大学(第二军医大学)长征医院医学心理科, 上海 200003

[摘要] 军人在执行危险任务时会经历急性应激反应并伴随短暂的功能受损, 这不仅危害整个团队的安全, 还容易导致战斗任务失败。然而, 从事战斗应激控制的心理卫生分队距离战斗任务现场尚有距离, 难以在第一时间提供心理援助。为了填补这一空缺, 以色列军队开发了只有 5 个步骤的干预(YaHaLOM), 适用于普通士兵在战斗现场对伤员进行即时的心理救援。YaHaLOM 是建立在 6C 模型的基础上, 6C 模型强调激发伤员的认知交流, 以及将伤员无助被动的感觉转变为主动有效应对的感觉。YaHaLOM 具备操作简单、明确和培训成本低等优势, 其有效性也得到了初步验证, 对我军的战斗应激控制具有一定的启示作用。

[关键词] 战斗应激控制; 心理急救; 急性应激反应; 6C 模型

[中图分类号] R 395.1; R 821 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0258-879X(2021)09-1056-06

Combat psychological first aid: the Six Cs model and application

ZHAN Yi-nan¹, LIU Tao-sheng^{1,2*}

1. Department of Psychiatry, Faculty of Psychology, Naval Medical University (Second Military Medical University), Shanghai 200433, China

2. Department of Medical Psychology, Changzheng Hospital, Naval Medical University (Second Military Medical University), Shanghai 200003, China

[Abstract] Military personnel in high-risk mission may experience acute stress reaction and temporary functional damage, which not only endangers the safety of the whole team, but also easily leads to the failure of combat mission. However, the mental health team engaged in combat stress control is far away from the combat mission scene, so it is challenging to provide immediate psychological first aid (PFA). To address this gap, the Israel Defense Forces developed a 5-step intervention (YaHaLOM), which allows ordinary soldiers to provide immediate PFA to the wounded at the scene of combat missions. YaHaLOM is based on the Six Cs (6Cs) model, which stimulate the cognitive communication and shifting the sense of helplessness and passivity to a sense of active and effective functioning among the wounded. YaHaLOM has the advantages of simple and straightforward operation and low training cost, and its effectiveness has also been preliminarily verified, which has a particular enlightening effect on combat stress control of our army.

[Key words] combat stress control; psychological first aid; acute stress reaction; the Six Cs model

[Acad J Sec Mil Med Univ, 2021, 42(9): 1056-1061]

现代战争中, 心理损伤已成为战斗力损失的一个主要原因。以色列对战争伤员的统计发现, 军人生理损伤与心理损伤的比例为 1 : (4~8)^[1]。在海湾战争中, 战前多国部队的战斗应激发生率达 39%, 开战后更是逐步上升^[2]。我军的相关记录显

示, 抗美援朝战争后期我军的心理损伤占战伤总数的 25%, 对越自卫反击战中我军心理损伤的占比达到 20.7%^[3]。由此可见, 心理损伤是对军队战斗力和军人心理健康的重大威胁, 对心理损伤的及时、有效干预有利于保存军队的战斗力、维护军人的心

[收稿日期] 2020-12-04 **[接受日期]** 2021-04-06

[基金项目] 海军 2020 年军事理论科研计划(202058-80), “十三五”军队重点学科专业建设项目——教学名师培育(SZC01)。Supported by Naval Military Theoretical Research Program in 2020 (202058-80) and Construction Project of Key Disciplines and Specialties in the Army During the “13th Five-Year” Plan — Cultivation of Excellent Teachers (SZC01).

[作者简介] 占毅楠, 助教。E-mail: 15700080172@163.com

*通信作者(Corresponding author). Tel: 021-86871691, E-mail: liutaosheng@smmu.edu.cn

理健康。目前, 战场前线的主要心理干预方法为心理急救。心理急救可以在创伤事件发生后立刻实施, 其目的在于减轻创伤事件带来的痛苦, 并且提升伤员的适应功能和应对技能^[4]。本文梳理了战场心理急救的发展脉络, 并介绍了其理念在近年来的重大转变, 以期为我军战斗应激的控制提供新的思路和方法。

1 战场心理急救的理念与实践

1.1 战场心理急救的起源 军人在战争或其他非战争军事行动中面对强烈应激源时容易产生短暂的生理、心理失调反应, 通常被称为战斗应激反应 (combat stress reaction) 或战斗与行动应激反应 (combat and operational stress reaction)^[5]。这类反应在精神科诊断系统中被归类为急性应激反应 (acute stress reaction)^[6]。急性应激反应是在遭受到恐怖袭击或自然灾害等急性创伤事件后产生的一系列短暂的情绪、认知、行为和生理反应, 大多数数人能够快速恢复, 因此急性应激反应不属于疾病或障碍^[7]。

对于战场上的急性应激反应, 西方军队普遍采用的干预原则是就近 (proximity)、立刻 (immediacy)、期望 (expectancy), 简称 PIE。就近指心理干预靠近前线; 立刻指干预愈早越易恢复; 期望则强调发生急性应激反应的军人可以快速恢复, 重返战斗岗位^[8]。研究显示在战场前沿收治伤员时运用战斗应激控制的 PIE 原则能够使 70% 的心理损伤人员在 72 h 内返回战场, 有效保障了战斗力^[8]。遵守 PIE 原则能够有效减少士兵的应激症状和其他精神病症状, 并且具有累积效应, 即战时心理干预遵守的 PIE 原则越多士兵恢复的状况越好^[9]。

为了满足 PIE 原则, 靠近战场、快速实施的心理干预尤为重要, 心理急救的价值在此凸显。心理急救最初起源于民用的灾难救援和危机干预。心理急救在民用领域经过一段时期的积累后, Hobfoll 等^[10]在 2007 年确立了用于指导心理急救工作的五条原则: 建立安全感、促使冷静、激发自我效能和集体效能感、建立社会联结和培育希望。之后, 在 Hobfoll 等确立的五条原则基础上, 美国儿童应激中心和美国创伤后应激障碍中心开发了心理急救的具体操作, 并在世界范围内得到应用和

认可^[4]。同样基于 Hobfoll 等确立的五条原则, 美军又根据军事环境的特点开发了战斗与行动应激心理急救 (combat and operational stress first aid, COSFA), 用于指导战时心理应激的分类、救助及管理。COSFA 是一套战时心理应激的管理体系, 需要指挥官参与到各个环节。COSFA 的核心是分类管理 4 个不同的应激程度——预备 (ready)、反应 (reaction)、受伤 (injured)、疾病 (ill), 以及 7 个核心操作——检查 (check)、合作 (coordinate)、保护 (cover)、冷静 (calm)、联接 (connect)、胜任 (competence)、信心 (confidence)^[11]。

1.2 战场心理急救的理念转变 心理急救一般由专业或半专业的医护人员实施, 军人出现急性应激反应后需要撤离到一级救护所才能获得干预。然而, 在紧迫的军事行动中, 产生急性应激反应的军人会有功能损害或失控反应, 这不仅阻碍了军事任务的完成, 还会对自己和战友的安全带来威胁。对此, 以色列军队卫生部门开发了非常简单的心理急救模式, 用于教会普通士兵对产生急性应激反应的战友实施即时的、现场的救援。军人产生急性应激反应后可以在战友的帮助下当场恢复, 不需要后撤即可重新投入战斗或其他军事行动。

最初, 以色列军队卫生部门开发的是 Magen 计划。Magen 计划的要点是训练前线士兵对产生急性应激反应的战友进行心理急救, 具有“及时” (第一时间的现场心理急救) 和“简单” (操作性的步骤, 不需要专业人士) 的特点。然而, 以色列军队在具体实施中发现 Magen 计划培训需要的时间过长, 并且需要专业的心理健康军官 (mental health officer) 进行培训, 难以大规模推广。之后, 以色列军队针对 Magen 计划中的缺点进行改进, 推出了更加简易的 YaHaLOM 培训。

YaHaLOM 培训将心理急救浓缩为 5 个步骤, 只需要 30~60 s 即可完成干预。这 5 个步骤是: (1) 建立最初的联系。看、听、反应——“看着我! 你叫什么名字? 抓紧我的手”。该步骤是为了让士兵集中注意力, 与施救者建立联结。(2) 提供承诺。“你不是一个人, 兄弟!” “我和你在一起!” 等。该步骤是为了打破士兵的隔离感。(3) 询问事实 (关于士兵本身, 关于事件)。“你的指挥官是谁? 谁跟你一起? 你的任务是什么?”。该步骤是为了启动大脑前额叶参与的认知活动。(4) 核

实事件的顺序。刚刚发生了什么→正在发生什么→将要发生什么。该步骤的目的是帮助士兵在时间上定位,建立事件发展的顺序。(5)发出指令促使士兵开展有目的性的行动。该步骤的目的是帮助士兵克服无助感、获得掌控感^[12]。之后,美军在YaHaLOM培训5个步骤的基础上,增加了“识别急性应激反应”步骤,构建了iCOVER培训^[13]。在实操训练中,部分扮演伤员的士兵会表现出“静止不动”“空洞地凝视”等急性应激反应的症狀,接受培训的士兵需要首先识别出这些需要心理急救的伤员^[13],然后再展开YaHaLOM培训的5个心理急救步骤。

心理急救从一项需要严格培训才能掌握的技术转变为一个简单实用的“技巧”。这个技巧简单易行,突破了大家对于心理干预需要“坐下来好好谈”的认知。普通士兵也能够掌握,突破了大家对于心理干预需要专业人士实施的认知。在对904名以色列士兵的调查中,76%的士兵报告他们接受过YaHaLOM培训^[12]。YaHaLOM培训不仅将心理急救推进至战斗的最前线,而且在以色列军人中达到近2/3的普及率。这种理念转变带来的成果非常明显,值得我军的心理救援工作借鉴。

1.3 我军相关的心理救援工作 改革开放以来我国和平发展,未发生战事,军队心理救援的实践工作主要集中在灾难救援等非战争军事行动。2008年汶川特大地震后,军队开展了抗震救灾这一重大的非战争军事行动。其间,我军的心理工作者开展了大量心理救援的实践^[14-15],并提出相关的对策、模型和思考^[16-19]。在“东方之星”沉船救援的军事行动中,马骏等^[20]发现,官兵的心理应激主要表现为救援前的焦虑,救援过程中的急性应激反应、过度紧张和耗竭,以及救援后的心理疲劳和心理应激迟滞反应。李权超和马骏^[21]从此次沉船事件探析了我军心理救援的现状,并初步介绍了以色列军队YaHaLOM培训心理急救的步骤。在最近的新型冠状病毒肺炎疫情中,解放军960医院全军心理卫生指导中心采取“前线+后方”的心理救援模式:少量人员在一线开展筛查、访谈、举办讲座等工作,后方团队利用网络对一线进行充分支持,达到了较高的效能^[22]。

在军事心理救援的卫勤保障领域,张燕等^[23]设计了在师级救护所建设心理救治室的方案,赵欣

等^[24]进一步探讨了如何将军队医院的心理卫生力量配属到更接近战场的团营级救护所。另外,我军基层心理卫生建设的专业程度较低,需要组建专业的心理救援分队。对此,方海亮等^[25-26]开展了军队机动心理救援力量建设的相关研究,确立了建设的指标体系,提出机动心理救援分队由10人组成(6名心理咨询师,2名精神科医师,2名精神科护士),采用“预编”的形式从军队医院和军医大学心理系的人员中抽组。与陆军不同,海军以舰艇为战斗单位,且面临船只颠簸、长远航等特殊的高压环境,需要设计新的心理卫勤模式。在这一领域,王云霞等^[27]制定了长远航心理卫生保障工作提纲,总结了“晕车晕船史”“人际关系较差或被孤立”等危险因素,并提出要针对新奇适应期、压力反应期、放松脱控期、活跃波动期4个不同时期进行阶段性的心理维护。

总体而言,我军对心理救援的研究和建设主要在卫勤保障领域,对心理救援的具体干预措施研究较少。战场心理急救作为较新的心理干预模式,目前我军对此的相关研究极少。另外,我军战场心理急救培训的相关研究也处于空白阶段。

2 6C模型(the Six Cs model)

2.1 6C模型的提出 以色列军队卫生部门开发Magen计划和YaHaLOM培训的最初源头是Farchi等^[1]建立的6C模型。YaHaLOM培训与6C模型的理论背景相同,不同之处在于YaHaLOM培训的操作步骤更为简单、明确。

与以往心理急救的指导意见不同,6C模型认为“诸如提供舒适、安全感等带有过多的同情与怜悯色彩的行为会增加消极和无助感”^[1]。因此,6C模型强调坚毅和积极主动,这也和军队文化更加契合。另外,以往的心理急救原则或方法针对的是专业的或受过细致培训的人员,仍然过于复杂,在非专业群体中的培训成本和难度高。救援人员与创伤现场存在距离,难以对发生急性应激反应的人员进行即时、现场的干预。针对以上问题,Farchi等^[1]开发了6C模型。6C模型是一个简易的心理急救方法,它包含几个具体措施和丰富的理论背景。6C模型在开发之初并不区分民用与军用,其针对的是应激现场的快速急救,面向的培训人群是没有医学或心理学基础的非专业人士。

6C模型认为, 创伤事件对于一部分人会引发急性应激反应, 对另一些人则不会; 其更多的是一种主观知觉, 即个体把某一事件知觉为是创伤性事件(perceived traumatic event)^[28]。把某一事件知觉为是创伤性事件需要满足2个条件: 存在的威胁(existential threat)和无助感^[29]。个体首先知觉到存在的威胁——例如发现一辆大卡车快要撞到自己, 然后是无助感, 无论怎么办都无法摆脱被撞的命运——个体才会产生创伤性事件。由于无助感是一种主观知觉, 个体如果以一种积极行动的态度面对存在的威胁, 那么就不会将事件知觉为是创伤性事件^[29]。因此, 帮助伤员从“无助感”到“积极有效地应对”成为6C模型的出发点。

2.2 6C模型的具体内涵 6C指认知交流(cognitive communication)、挑战和控制(challenge & control)、承诺(commitment)、连续(continuity), 分别对应边缘系统的过度激活、无助感、隔离感、困惑4种不同的急性应激反应症状^[1,30]。

(1) 边缘系统的过度激活。创伤性事件的毁灭性和突发性往往导致大脑杏仁核的过度唤起, 进而抑制前额叶皮质的认知调节功能^[31]。这会使个体失去调动资源应对危机的能力, 产生无助感, 而无助感又会加重创伤性事件, 进而形成恶性循环^[29]。既往研究发现, 通过认知聚焦的干预或者重新解释能够减少应激反应, 并减少杏仁核的过度唤起^[32]。6C模型建议通过简单的认知交流——例如询问简单的问题(你在这儿多久了? 大约有多少人受伤?)——激活前额叶、抑制杏仁核, 从而使个体恢复应对危机事件的认知调节能力, 并且减少生理上的过度唤醒。

(2) 无助感。6C模型指导下的心理急救通过提高个体的自我效能感和控制来降低无助感。自我效能感是指个体对自身能否运用所拥有的知识技能去改变环境的自信程度^[33]。既往研究发现, 在灾难后发生急性应激反应的个体中, 那些自我效能感更高的个体感受到的精神痛苦更少^[34]。6C模型建议通过挑战个体、让其完成简单的任务(如“请把你的物品收入背包, 确保没有重要的东西遗漏”)提高其自我效能感。控制指个体通过自己的能力做出选择, 努力保持对事件的掌控, 而不是陷入消极与无助; 另外, 控制是将威胁转变为成长机会的重要因素^[35]。6C模型建议提供几个简单的选项供个体

选择, 以增强其控制感。

(3) 隔离感。隔离感是个体在遭受急性应激后容易出现的症状, 其阻碍了个体恢复正常的功能, 对此的应对措施是承诺。承诺是指想要融入人群、事物和环境的意愿, 是坚毅的要素之一, 能够帮助个体应对当前的威胁^[35]。6C模型建议施救者承诺自己会一直陪伴对方直到应激事件的结束, 以消除对方的隔离感。

(4) 困惑。经历应激事件的个体有时难以意识到应激事件的结束, 因而持续承受痛苦并且容易产生侵入性思维。6C模型依据心理一致感(sense of coherence)理论, 认为对于事件的“可理解(comprehensibility)”“可掌控(manageability)”“有意义(meaningfulness)”构成个体的心理一致感, 这种一致感能够帮助个体抵御应激事件^[36]。6C模型认为施救者通过向个体叙述事件的来龙去脉并且强调应激事件已经结束, 使其能够按时间发展顺序组织应激事件的记忆并且意识到应激事件的结束。这一过程能够让个体获得心理一致感, 从而减少应激事件带来的危害。

2.3 6C模型的实践 基于6C模型的心理急救的有效性获得了一些证据支持。对战时遭受火箭弹袭击的以色列居民进行6C模型的心理急救干预, 发现这种干预能即刻减轻他们的焦虑症状^[1]。在高中生群体中的一项随机对照试验显示, 基于6C模型的心理急救培训能够提高其自我效能感和心理韧性, 并且降低知觉到的应激^[1]。

总体来说, 6C模型将更具有宏观指导意义的原则细化为具体操作, 虽然减少了干预的灵活性, 但是能够减少人为判断的失误, 并且拥有简洁、易掌握、易培训的优点, 更适用于非专业群体。

3 启示与展望

地震、海啸、飓风等自然灾害, 恐怖袭击等人为灾难, 以及大规模疾病传染均能引发大规模心理创伤。例如新型冠状病毒肺炎暴发1个月后, 我国武汉市居民创伤后应激症状的患病率约为7%^[37]。美国卡特里娜飓风灾害期间, 经红十字会培训的数千名心理急救人员仍然是杯水车薪; 美国应急管理署的培训项目在灾害发生后1个月才启动(由于时间滞后, 这个培训被批评为基本无用)^[38]。大规模的心理创伤警示了现有心理急救人员的不足。从以

往危机事件发生后大量存在急性应激反应的伤员涌向医疗点可以看出,灾难波及人数越广泛,越需要专业人士的早期干预^[39],从而快速区分需要初级心理健康服务和专业心理救护的人群,使医护人员免于崩溃。

大规模战争带来的人员伤亡远高于自然灾害,产生急性应激反应的伤员将冲击战时医疗系统,而目前的心理急救人员数量远远不够,战时再培训则来不及。解决方式之一是教给所有官兵简单的心理急救技能,使其能够在战场一线对产生急性应激反应的战友进行心理急救,缓解大部分急性应激反应,从而保障战斗任务的完成并减少需要后送的心理应激伤员。

心理卫生专家开发的心理急救培训并不少,但它们的共同点是培训内容复杂且对培训师的专业要求高,导致其没有获得大规模推广。从以色列军队的实践来看,他们最初开发的 Megan 计划已经非常简单,但由于其需要实施培训的心理卫生军官稀缺,因此难以大规模推广。改良后的 YaHaLOM 培训更加简便,不再需要心理卫生军官实施。从以色列军人中近 2/3 的普及率来看, YaHaLOM 培训是成功的。我军也缺少训练有素的心理卫生军官,在开发类似的心理急救培训时,可以尝试以基层干部为补充进行深入培训,然后让他们担任教官培训所在单位的其他人员;另一种可能的方案是借鉴网络课程的方式进行大规模统一培训。

习近平主席曾谈到“现代战争,对一线救治时效性要求越来越高,白金 10 分钟、黄金 1 小时成为战伤救治的重要法则”。现代灾难医学和创伤救治学科中,作为紧急救援的组成部分,心理急救日益受到重视。随着我军转型发展和周边海域安全形势的恶化,执行远航和守礁任务及开展实训备战的一线官兵面临多重压力(包括创伤性事件),出现急性战斗应激反应的概率日趋增加。为减缓相关官兵急性应激反应、防范安全事故发生,针对我军任务特点开展心理急救技术及培训的相关研究具有重要的理论价值和实践意义。

[参 考 文 献]

- [1] FARCHI M, HIRSCH-GORNEMANN M B, WHITESON A, GIDRON Y. The SIX Cs model for immediate cognitive psychological first aid: from helplessness to active efficient coping[J]. *Int J Emerg Ment Health*, 2018, 20: 1-12.
- [2] LAURENCE J H, MATTHEWS M D. 牛津军事心理学[M]. 杨征,译.北京:科学出版社,2014:18.
- [3] 王晓军,孙家荣.基层部队心理服务工作[M].西安:西北工业大学出版社,2012:197.
- [4] PEKEVSKI J. First responders and psychological first aid[J]. *J Emerg Manag*, 2013, 11: 39-48.
- [5] U.S. Department of Defense. Maintenance of psychological health in military operations (DoDI 6490.05)[EB/OL]. (2011-11-22)[2021-04-06]. <http://www.esd.whs.mil/Portals/54/Documents/DD/issuances/dodi/649005p.pdf>.
- [6] World Health Organization. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines[EB/OL]. [2021-04-06]. https://www.who.int/substance_abuse/terminology/ICD10ClinicalDiagnosis.pdf.
- [7] MAERCKER A, BREWIN C R, BRYANT R A, CLOITRE M, VAN OMMEREN M, JONES L M, et al. Diagnosis and classification of disorders specifically associated with stress: proposals for ICD-11[J]. *World Psychiatry*, 2013, 12: 198-206.
- [8] 邓光辉,刘伟志.美军战场心理救治及其进展[J].*解放军医院管理杂志*,2007,14:592-593.
- [9] SOLDATOS C R, PAPARRIGOPOULOS T J, PAPPAS A, CHRISTODOULOU G N. Early post-traumatic stress disorder in relation to acute stress reaction: an ICD-10 study among help seekers following an earthquake[J]. *Psychiatry Res*, 2006, 143: 245-253.
- [10] HOBFOLL S E, WATSON P, BELL C C, BRYANT R A, BRYMER M J, FRIEDMAN M J, et al. Five essential elements of immediate and mid-term mass trauma intervention: empirical evidence[J]. *Psychiatry*, 2007, 70: 283-369.
- [11] WESTPHAL R. Combat and operational stress first aid: responder training manual 2011[EB/OL]. [2021-04-06]. https://www.researchgate.net/publication/323692844_Combat_and_Operational_Stress_First_Aid_Responder_Training_Manual_2011.
- [12] SVETLITZKY V, FARCHI M, BEN YEHUDA A, START A R, LEVI O, ADLER A B. YaHaLOM training in the military: assessing knowledge, confidence, and stigma[J]. *Psychol Serv*, 2020, 17: 151-159.
- [13] ADLER A B, START A R, MILHAM L, ALLARD Y S, RIDDLE D, TOWNSEND L, et al. Rapid response to acute stress reaction: pilot test of iCOVER training for military units[J]. *Psychol Trauma*, 2020, 12: 431-435.
- [14] 震后灾区紧急心理救援:解放军 261 医院抗震救灾纪实[J].*中国心血管病研究*,2008:475-476.
- [15] 海军医学研究所政治部.海军医学研究所心理救援小分队奔赴抗震救灾一线[J].*中华航海医学与高气压*

- 医学杂志, 2008, 15: 165.
- [16] 黄伟灿. “5. 12”抗震救灾卫勤保障的实践与思考[J]. 解放军医院管理杂志, 2008, 15: 501-503.
- [17] 李君, 丁艳玲, 董冰媛, 李晶, 周仁清. 地震灾害心理救援工作模式总结[J/CD]. 灾害医学与救援(电子版), 2012, 1: 32-33.
- [18] 周学君, 杨俊, 罗显荣, 刘成勇, 黄昭明. 特大地震灾害军队医院医学救援的实践与思考[J]. 解放军医院管理杂志, 2008, 15: 1103-1105.
- [19] 王进礼, 张月娟. 军队心理救援工作的定位及专家工作模型的建构[J]. 武警医学院学报, 2009, 18: 913-914, 921.
- [20] 马骏, 孟宪勇, 李权超. “东方之星”沉船救援中官兵心理应激及心理干预分析[J]. 中华灾害救援医学, 2015, 3: 369-371.
- [21] 李权超, 马骏. 从“东方之星”沉船事件探析我军心理救援现状及对策[J]. 中华灾害救援医学, 2015, 3: 362-364.
- [22] 李君, 黄伦论, 孙军, 周洪光, 赵扬, 韩晓琳, 等. 新型冠状病毒肺炎疫情期间新型综合军人心理应激救援保障模式的应用[J]. 第二军医大学学报, 2020, 41: 420-423.
- LI J, HUANG L L, SUN J, ZHOU H G, ZHAO Y, HAN X L, et al. Application of a new comprehensive military mental stress rescue mode during the outbreak of coronavirus disease 2019[J]. Acad J Sec Mil Med Univ, 2020, 41: 420-423.
- [23] 张燕, 周世伟, 郑然. 在师救护所合理构建心理救治室的研究[J]. 西南国防医药, 2008, 18: 445-446.
- [24] 赵欣, 董均杰, 刘雁冰, 杨和平. 军队医院在战场紧急救治卫勤支援力量建设中构建心理救治模块的探讨[J]. 解放军预防医学杂志, 2017, 35: 1476-1478.
- [25] 方海亮. 军队机动心理救援力量建设研究[D]. 重庆: 第三军医大学, 2015.
- [26] 方海亮, 游海燕, 曹惺国, 陈统, 代康, 黄朝晖. 军队机动心理救援分队建设方案设计[J]. 解放军医院管理杂志, 2014, 21: 1040-1042.
- [27] 王云霞, 刘涛生, 吕伟, 魏存, 余鸿璋, 张婷. 长远航任务官兵心理卫生卫勤保障工作初探[J]. 中华航海医学与高气压医学杂志, 2020, 27: 676-679.
- [28] VAN WINGEN G A, GEUZE E, VERMETTEN E, FERNÁNDEZ G. Perceived threat predicts the neural sequelae of combat stress[J]. Mol Psychiatry, 2011, 16: 664-671.
- [29] HANTMAN S, FARCHI M. From helplessness to active coping in Israel: psychological first aid[M]// Transformative Social Work Practice. 2455 Teller Road, Thousand Oaks California 91320: SAGE Publications, Inc., 2016: 467-484.
- [30] LEVY E, FARCHI M, GIDRON Y, SHAHAR E. Psychological first aid through the ‘SIX Cs model’—an intervention with migrants on the move[J/OL]. Intervention, 2019. DOI: 10.4103/INTV.INTV_51_18.
- [31] ARNSTEN A F, RASKIND M A, TAYLOR F B, CONNOR D F. The effects of stress exposure on prefrontal cortex: translating basic research into successful treatments for post-traumatic stress disorder[J]. Neurobiol Stress, 2015, 1: 89-99.
- [32] GOLDIN P R, MCRAE K, RAMEL W, GROSS J J. The neural bases of emotion regulation: reappraisal and suppression of negative emotion[J]. Biol Psychiatry, 2008, 63: 577-586.
- [33] BANDURA A. Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change[J]. Psychol Rev, 1977, 84: 191-215.
- [34] BENIGHT C C, HARPER M L. Coping self-efficacy perceptions as a mediator between acute stress response and long-term distress following natural disasters[J]. J Trauma Stress, 2002, 15: 177-186.
- [35] MADDI S R. The story of hardiness: twenty years of theorizing, research, and practice[J]. Consult Psychol J: Pract Res, 2002, 54: 173-185.
- [36] ANTONOVSKY A. The structure and properties of the sense of coherence scale[J]. Soc Sci Med, 1993, 36: 725-733.
- [37] LIU N Q, ZHANG F, WEI C, JIA Y P, SHANG Z L, SUN L N, et al. Prevalence and predictors of PTSS during COVID-19 outbreak in China hardest-hit areas: gender differences matter[J/OL]. Psychiatry Res, 2020, 287: 112921. DOI: 10.1016/j.psychres.2020.112921.
- [38] JAMES R K, GILLILAND B E. 危机干预策略[M]. 肖水源, 周亮, 等, 译校. 7版. 北京: 中国轻工业出版社, 2017: 591.
- [39] FARCHI M U. (A12) from a helpless victim to a coping survivor: innovative mental health intervention methods during emergencies and disasters[J/OL]. Prehosp Disaster Med, 2011, 26: s3. DOI: 10.1017/S1049023X11000252.

[本文编辑] 杨亚红