

局部改造、资源重组等方面具有独特优势,因此直接或间接提升了卫勤分队科学管理水平^[4]。

3.4 模块化卫勤力量的高效发挥有赖于高超的领导指挥艺术 卫勤分队领导平时要加强对反恐、维稳、处突、维和、各类抢险救灾等卫勤保障理论研究,切实理顺指挥协调机制,对不同样式行动卫勤保障的特点和规律认识不够清楚,应急预案过于原则性、概念性、通用性,针对性、实用性、操作性不够强,组织指挥协同机制不够顺畅等^[5]。短板弱项要加以克服。受领任务后要立即组织深入分析,只有将任务分析清楚才可能实现模块优化组合,才可能精确判定救援方位,制定明确的救援方案,确保优质高效的救治效果。展开行动时要严密动态监控,及时调整方案。要灵活开放,在实战中不拘泥于模块组合局限,加强与友邻部队和地方力量的协同配合,灵活使用各种力量,根据当前具体情况创新组织形势和保

障模式,充分发挥军队卫勤领导的战术意识和指挥艺术^[6]。

参考文献

- [1] 陈文亮.现代卫勤前沿理论[M].北京:军事医学科学出版社,2006:9.
- [2] 程洪海,陈文亮.战伤救治时间与效果关系的分析[J].武警医学,2006,17(9):715-716.
- [3] 孟全来,鱼敏,王海林,等.新时期机动卫勤分队模块化建设探析[J].东南国防医药,2008,10(3):234-236.
- [4] 曹文献.着眼有效履行非战争军事行动任务 努力提高抗震救灾卫勤综合保障能力[J].东南国防医药,2008,10(5):I-IV.
- [5] 张雁灵.汶川抗震救灾卫勤保障回顾与思考[J].解放军医院管理杂志,2008,15(11):IV-VIII.
- [6] 陈文亮,杜国福.卫勤分队应急救援的组织指挥[J].解放军医院管理杂志,2008,15(11):1006-1008.

(收稿日期:2009-03-04)

(本文编辑:孙军红)

心理战伤特点及心理卫生支援分队建设的必要性

熊富先,陈志斌,袁水平,吴金花

(解放军第92医院,福建南平 353000)

[摘要] 现代高技术条件下的心理战,使心理战伤的发生大大升高,给未来作战行动中心理卫勤保障提出了新需求。本文分析了心理战伤的特点,并论述了成立心理卫生支援分队的必要性,对未来作战行动中的心理卫勤保障提出了思考。

[关键词] 心理战伤;心理卫生支援分队;建设

中图分类号: R395.6 文献标识码: C 文章编号: 1672-271X(2009)03-0279-03

心理战伤是指在战争应激下参战者所表现出的异常言行,这些异常使参战者部分或全部丧失战斗力^[1]。第2次世界大战期间,美军大约有100万人遭到心理杀伤,其中有45万人因患精神病而退伍,占美军因伤病退伍人员总数的40%。随着世界军事科学技术的飞速发展,高技术战争条件下的心理战,已成为“现代‘一体化战场’上区别于陆战、空战、海战的第4种作战形式”,对参战者所造成的心理战伤呈现出全时空、超立体,全领域、高强度,全方位、高技术的杀伤^[2],心理战伤的发生率将会显著升高,给未来作战行动中心理卫勤保障提出了新的要求和任务。

1 心理战伤的特点

1.1 战前心理伤特点 主要表现在:①自我保全意识增强。在接到作战信息后,参战者感到危险来临,生命受到威胁,产生了一种本能的趋安避险心理,适度的自我保全有一定的积极意义,能促使军人在极端危险的环境下始终保持较高的警觉。②紧张、恐惧心理加剧。军人由和平时期转入战争状态,难免产生紧张、恐惧心理,这种心理随着战事的接近会越来越重,可表现为认知、情感和行为能力下降,对自己的能力缺乏信心。

1.2 战时心理伤的特点 在作战过程中最易发生

基金项目:南京军区科研基金资助项目(07M060)

作者简介:熊富先(1969-),男,江西余江人,医学学士,副主任医师,从事精神疾病及军事心理学临床和研究工作。

战斗应激,战场环境的紧张危险、残酷性和复杂性,以及血与火的环境使参战者的心理受到强大的冲击,一般新参加战斗25天内最易发生战斗心理伤,然后有一适应期,约经过100天的持续战斗后,战斗心理伤发生率又可大大增加。急性战斗心理伤可在参加战斗后数小时内突然发生,慢性战斗心理伤指长时间(数周、数月、数年)处于战斗紧张状态,导致生理、心理机能失代偿而出现以负性情绪和既往技能减退为主的心理生理障碍。①急性紧张综合征增多。战时情绪过度紧张、智力感知觉功能失调以致思维紊乱、判断失误、看到战友负伤流血感到恐惧。有时听到枪炮声就会颤抖、四肢无力、不能正确完成战术动作甚至出现无目的动作。严重的会面色发白、呼吸急促、神情呆滞等。②心理疲劳综合征突显。特别是在连续作战或处于防守状态,或战斗环境艰苦,战斗失利,失去外援等不利因素下,参战者的心理压力持续不减,再加之体力消耗过大,睡眠不足,饮食不周等多因素作用下出现恐怖面容,易激动,夸大的惊骇反应、凝视、发呆、四肢发冷、疲倦、注意力不集中、无目的动作、理解和执行命令困难等。③心身疾病发病率增加。战斗中紧张、恐惧会产生无法排解的巨大压力,往往导致机体的生理保护机制失调,而发生如胃痛、头痛、眩晕、麻木、腹痛等心身疾病。这些症状往往随压力的减轻而减轻。

1.3 战后心理障碍的特点 作战结束后,特别在战争结束初期,参战者往往还沉浸在战斗的体验中,在一部分对战争体验过于强烈者中往往会产生特殊的战后心理障碍。①战后适应不良。参战者从炮火连天的战场回到平静的军营,往往在生活、习惯、行为方式上都感到不习惯,主要表现为心烦意乱、焦躁易怒、睡眠减少、爱吵闹、好争斗,一些人甚至有酗酒、暴力行为;有些人对配偶施以暴力,离婚率上升。随着逐渐的适应,绝大多数参战者能很快解决这些问题,不会留下长期的不良影响。②创伤后应激障碍。1991年伊拉克战争结束后陆军基地周围新区的离婚率猛升,海军陆战队的家庭暴力增加,大约有15%老兵因战争而导致了心理问题如紧张综合征,抑郁症、焦虑、酗酒或吸毒。据对第二次世界大战参战者的追踪调查表明,这种反应较集中地出现在战后15年间,尤其在家庭遇到变故、生活受到挫折、失业等不利因素作用下,易再一次感受到战争的恐惧,从而导致一系列心身反应,严重影响其工作和生活。

2 心理战伤类型

2.1 战斗应激反应 是指参战者对战斗场景的反

应。有资料表明^[1],战斗应激与战伤的比例平均约为1:3,如美军在第二次世界大战的冲绳岛战役中为1:2,在欧洲战场为1:3,在1982年以色列陆军中,战斗应激与战伤发生的比例为1:1。战斗越激烈、越持久,战斗应激发生率越高,新参加战斗25天最易发生,以军在1973年和1982年的中东战争中的经验,大量发生的战斗应激可使一些部队战斗力减少90%,急性战斗应激是在参加战斗后几个小时突然发生,慢性战斗应激是指长时间处于应激状态。

2.2 战争神经症 是发生在战时又基本符合平时神经症特征的一组以大脑功能失调的疾病总称,占心理战伤的50%以上^[4];包括癔症、焦虑症、神经衰弱、恐惧反应等。

2.3 战时精神病 是在战时出现的精神活动不协调,思维、情感、行为等方面的障碍;包括精神分裂症、抑郁症、颅脑损伤性精神病、躯体伤后致精神病、反应性精神病等,占心理战伤的30%~50%^[2]。

3 成立心理卫生支援分队的必要性

3.1 充分体现“及时、就近和期望”原则,最大限度地减少心理战伤 成立战时心理卫生支援分队能在第一时间内及时对心理战伤进行救护,充分体现心理战伤“及时、就近和期望”原则,能有效减少心理战伤导致的非战斗减员。如自越战以后,西方各国尤其是美国,战争状态下,组建战斗应激反应救治分队^[5],在海湾战争,索马里、海地、关塔那摩,波斯尼亚、科索沃和伊拉克战争及维和行动中,美军都派遣了战斗应激反应救治分队,他们切实有效完成了战斗应激反应及其他心理疾病的救治任务。资料表明^[5],美军10年来在重大军事行动中配备战斗应激反应救治分队是非常必要的,也证明战时心理卫生服务可大大减少战斗应激导致的伤亡。

3.2 参与处置突发事件,进行心理干预 在重大自然灾害、事故、反恐斗争等各种突发事件中,幸存者和遇难者亲属所遭受的心理打击是空前的,由其引发的社会问题愈来愈受到人们的普遍关注。如2006年“龙王”号台风袭击福州地区,福州某部新学员参训驻地发生泥石流,导致大量人员伤亡;事件发生后,上级立即组织部队应急救援,同时指派数名心理专家参与心理干预。由于积极有效的应急救援和心理干预使幸存者和遇难者亲属得到了广泛的社会心理支持,虽然事件残酷,但幸存者和遇难者亲属的心理没有崩溃。5.12汶川地震发生后,灾区幸存者、遇难者亲属以及参与救灾的广大官兵都不同程度

度出现了心理问题。因此,成立心理卫生支援分队,既是新时期军事斗争心理卫勤保障的要求,也是参与处置突发事件,进行心理干预的需要。

3.3 机动性强,能与作战官兵融洽在一起 由于心理卫生支援分队人员少,配备心理卫生服务车,灵活机动,在接到命令后可立即出发,到达现场后即可展开心理救护工作。心理卫生支援分队与作战官兵融洽在一起,对参战人员进行集体心理干预、集体心理宣教,通过教育和培训使部队意识到心理卫生服务的存在和心理支持,能有效降低心理战伤的发生。

4 心理卫生支援分队的组成

心理卫生支援分队应以精神科或心理科专业人员组成,设队长1名,心理医师3名,技术员1名;工作内容包括战斗应激事件防治工作协调、心理干预指导、战斗应激预防控制技术指导、战斗应激源收集调查分析等^[6]。配备便携式全军心理设施防治中心研制的军人心理测评仪2台;笔记本电脑2台;投影仪1台;经过专业改装的心理服务车1台;心理量

表若干;适量的抗精神疾病药物;营医疗箱组1套;以及必要的通信器材等^[7]。

参考文献

- [1] 赵汉清. 心理战伤防治[M]. 上海:第二军医大学出版社, 2004:1-14.
- [2] 毛允杰,李青锋,朱兵. 高技术战争条件下心理战杀伤的分类[J]. 人民军医,2000,43(12):684-685.
- [3] 赵汉清. 战斗应激反应控制手册[M]. 上海:第二军医大学出版社,2006:21-24.
- [4] 王焕林. 部队心理医生培训教材[M]. 北京:解放军出版社, 2000:412-413.
- [5] 张理义,徐毅. 军事医学心理学[M]. 北京:人民军医出版社,2005:68-85.
- [6] 熊富先,袁水平,等. 战时精神障碍防治体制及应对措施[J]. 解放军卫勤杂志,2008,10(1):47-49.
- [7] 熊富先,黄圣排,袁水平,等. 战时心理卫生支援分队的任务和 workflows[J]. 人民军医,2008,51(4):190-191.

(收稿日期:2009-02-23)

(本文编辑:孙军红)

· 简 讯 ·

南京军区召开第十届药学专业委员会 全体委员(扩大)工作会议

2009年3月5日-6日,南京军区第十届药学专业委员会全体委员(扩大)工作会议在福州召开,军区联勤部卫生部吴志成副部长出席会议并作重要讲话,军区药学专业委员会全体委员、医院、疗养院药剂(械)科主任、药材供应站站长及部分药材分库主任共60人参加了会议。会议回顾了“十一五”以来军区药学工作取得的成绩,分析了当前药材工作中存在的主要问题和矛盾,提出了下一步工作的具体要求。与会代表还就人才培养与学科建设、临床药学与合理用药、制剂生产与质量控制、药品安全监管、药学科研究与教学等工作进行了交流发言。这次会议,统一了思想,交流了经验,找准了差距,既是学术会议,又是工作会议,达到了以工作带学术、以学术促工作的目的,对于推动军区药学工作再上新台阶具有积极意义。

(赵斌、周传华供稿)