

服刑人员创伤后应激障碍与心理健康问题的共病类型

冷俊辉¹, 曾婉霜¹, 罗 晖², 刘翠松², 何 幽², 张 满³, 张洁婷^{1*}

(1. 深圳大学心理学院, 深圳 518060; 2. 广东省女子监狱, 广州 510545; 3. 深圳市心为文化科技有限公司, 深圳 518000)

摘 要:目的:采用潜在剖面分析服刑人员创伤后应激障碍(PTSD)与心理健康问题的潜在共病类型,并探讨创伤类型对潜在类别的影响。方法:采用 PTSD 筛查量表和一般健康问卷对 692 名服刑人员进行调查。结果:(1) PTSD 与心理健康问题的共病类型可分为四类,即“高 PTSD – 高健康问题”、“回避 – 一般健康问题”、“低 PTSD – 高健康问题”和“低 PTSD – 低健康问题”;(2) 相比于无创伤个体,遭遇创伤个体产生心理健康问题的风险更高,部分个体还有可能产生 PTSD 症状;而且,遭受人际创伤还更可能导致“回避 – 一般健康问题”(3) 男性服刑人员较高的创伤率可能导致其在“低 PTSD – 高健康问题”和“回避 – 一般健康问题”的发生风险更高。

关键词:创伤后应激障碍;共病;创伤类型;潜在剖面分析

中图分类号:B848

文献标识码:A

文章编号:1003 – 5184(2023)06 – 0542 – 08

1 前言

创伤后应激障碍(Post – Traumatic Stress Disorder, PTSD),是指个体由于经历、目睹或遭遇超常的威胁性、灾难性创伤,而延迟出现和长期持续的心理障碍,主要症状包括创伤性体验的反复重现、持续性回避、认知和心境的消极改变以及持续的警觉性增高(邓明显,2016)。与普通人群相比,服刑人员的创伤暴露的比例较高,其罹患 PTSD 的比例较普通人群高(Komarovskaya et al., 2011)。此外,服刑人员的精神疾病发病率(如精神病、抑郁、人格障碍等)也高于普通人群,更可能导致自伤自杀、狱中暴力、再犯等问题(Fazel et al., 2016)。

PTSD 通常与其他精神疾病发生共病(Comorbidity),如抑郁(Djelantik et al., 2020; Flory & Yehuda, 2015)、焦虑(Geng et al., 2019; Itzhaky et al., 2017)、社会功能障碍(Collimore et al., 2010)和躯体化疾病(Itzhaky et al., 2017)等。共病会将 PTSD 的消极影响加以放大,可能导致自杀风险升高(Galatzner – Levy et al., 2013; Sareen, 2014)。PTSD 的症状越严重,个体越容易出现共病(Marshall et al., 2001; Murphy et al., 2019)。在治疗中,存在共病的 PTSD 患者治疗效果也往往不如无共病者。Murphy 和 Smith 发现(2018),共病焦虑和抑郁会增加 PTSD 患者抵抗治疗的可能性,从而降低疗效。综上所述,PTSD 较易与其他精神疾病发生共病,导致严重的消

极影响,有必要对不同共病类型及其影响因素进行探索,为共病的识别和治疗提供参考信息。

以往大多数关于服刑人员共病的研究都使用心理测量的方法来定义 PTSD 和各种心理问题的存在与否及其严重性(Fazel et al., 2016; Komarovskaya et al., 2011)。这些方法从流行病学的角度对相关症状的发生率或严重程度进行推断,但无法对不同的症状表现及其组合模式进行更深入的研究。以个体为中心的潜在剖面分析(Latent Profile Analysis, LPA)则可以解决这一问题,LPA 可以对具有不同特征的个体进行分类,通过确定不同被试所属的亚群或类别,使同一类别内的差异最小化,而不同类别则在症状的严重程度和性质上存在异质性。研究表明,PTSD 与心理健康问题之间可能存在平行共病类别(Armour et al., 2015; Itzhaky et al., 2017)或非平行共病类别(Cao et al., 2015; Contractor et al., 2017):平行共病类别表明 PTSD 和其他症状的严重程度相当,分为低共病、中等、严重共病。例如,Itzhaky 等(2017)对长期生活在威胁环境中群体的研究发现,PTSD 与抑郁、焦虑症状的潜在类别可分为轻度、中度和重度共病三种平行的潜在类别。非平行共病类别表现为以其中一类症状为主,另一类症状较轻。例如,在遭受地震创伤的群体中发现了低症状组,抑郁症状组,PTSD 症状组和 PTSD – 抑郁结合组这四种非平行的潜在类别(Cao et al.,

* 通讯作者:张洁婷, E – mail: jenny121@126.com。

2015)。

创伤经历是导致 PTSD 的主要因素之一,深入地理解不同创伤经历在 PTSD 共病中的作用并有针对性地介入,有助于共病的康复。创伤经历根据来源可分为非人际创伤和人际创伤。非人际创伤主要指遭受自然灾害或意外事故,人际创伤则包括任何类型的由他人所引起的创伤事件,如虐待、强奸、殴打等。人际创伤违背了个体基本的安全和情感需要,会引发个体的不信任、过度警惕等不良图式(Karatzias et al., 2016),产生不合理的信念,认为周围环境是危险的、自己仍会成为受害者等。与非人际创伤的受害者相比,遭受人际创伤的受害者报告了更严重的 PTSD 和抑郁症状(Contractor et al., 2018; Park et al., 2016)。此外,共病情况也与性别有关, Tyler 等人(2019)发现女性服刑人员的共病率显著高于男性服刑人员。在共病类型上,女性更多表现出焦虑和抑郁症状,而男性则多为物质滥用(Galatzer - Levy et al., 2013; Müller et al., 2014)。因此,服刑人员的 PTSD 共病类型与创伤类型、性别的关系还有待研究。

在服刑人员 PTSD 共病的研究中,大多仅涉及对症状的发生率和严重程度的研究,尤其较少关注对服刑人员的共病模式问题。同时,较少共病模式研究考虑社会功能障碍和躯体障碍作为分类指标。基于以上研究,本文通过 LPA 这种以个人为中心的方法,探讨中国服刑人员群体中四种 PTSD 症状(即侵入、回避、认知和情绪负性改变、唤起与反应性改变)与四种心理健康问题(即躯体障碍、焦虑失眠、社会功能障碍、重度抑郁)的共病模式,并探索创伤经历类型和性别与共病模式的关系。该研究结合社会功能和躯体障碍进行 LPA 分析,拓展了 PTSD 共病模式的特征描述,并更深入理解 PTSD 共病模式在高风险人群中的表现,为该人群的甄别提供测量模型依据,并有针对性地介入治疗。进一步探讨共病模式在创伤经历类型和性别上的差异,则有助于及时识别和预防潜在的高风险人群。从实践应用上,本研究能为监狱开展心理辅导工作以及更有效识别和治疗精神障碍的服刑人员提供参考。

2 研究方法

2.1 被试

以广东某男子监狱和女子监狱 692 名服刑人员为被试,其中男性 299 名(43.2%),女性 393 名(56.8%),平均年龄为(37.17 ± 9.31)岁。数据收

集工作由监狱工作人员完成,每名被试在完成测试后获得一本笔记本作为报酬。研究获得深圳大学心理学院伦理委员会的审批。

2.2 工具

2.2.1 创伤后应激障碍筛查表第五版(PTSD Checklist for DSM - 5, PCL - 5)

该量表依据 DSM - 5 标准编制,且在我国被试样本中具有良好的内部一致性和重测信度(Wang et al., 2015)。量表由 20 个条目构成(如“不由自主地产生那些关于创伤的不安的回忆”),包含侵入症状、回避症状、认知和情绪负性改变症状、唤起与反应性改变症状 4 个维度。各条目五点计分(0 表示“从不”,4 表示“非常严重”),并以 33 分为筛查阳性的划界分数。本次测量中该量表总体内部一致性系数为 0.95。

2.2.2 一般健康问卷(The General Health Questionnaire - 28, GHQ - 28)

采用 Goldberg 和 Hillier(1979)编制的一般健康问卷。该问卷共 28 个条目(如“感觉精疲力竭?”),由躯体症状、焦虑失眠、社会功能障碍和重度抑郁 4 个维度组成。各条目以四级评分,分数越高,表明症状越严重,当维度分大于 14 或总分大于 56 时视为有健康问题(赵玉娟等,2006)。本次测量中该量表总体内部一致性系数为 0.95。

2.3 数据分析

采用 Mplus7 软件进行潜在剖面分析。首先,以 4 个 PTSD 症状维度和 4 个心理健康问题维度作为外显变量建立潜在剖面模型。从初始模型开始逐步增加潜在类别的数目,进行各模型的参数估计,同时进行适配性检验以决定最佳模型。然后,使用卡方检验,对潜在类别与创伤类型进行交叉列联表分析,并进一步以潜在类别作为因变量,性别和创伤类型作为自变量建立多元 Logistic 回归模型,探讨创伤类型与潜在类别的关联。

模型适配的检验指标主要有 Akaike information criterion(AIC)、Bayesian information criterion(BIC)、样本校正的 BIC(aBIC)、信息熵(Entropy)、Lo - Mendell - Rubin(LMR)似然比检验和基于 Bootstrap 的似然比检验(BLRT)等。一般来说,较低的 AIC、BIC、aBIC 往往代表更好的模型拟合程度(Muthén & Muthén, 2017)。对于似然比检验,小概率值($p < 0.05$)则表明 k 类模型显著优于 k - 1 类模型。熵通常用来评估潜在分类的精确程度,取值区间为[0,

1],较高的熵值表示较好的拟合程度,当熵值大于 0.80 时,表明分类的准确率较高。此外,为保证分类的效力和可靠性,所得的最小分类样本数应占总样本的 5% 以上(Marsh et al., 2009)。

3 结果分析

3.1 PTSD 与健康问题的共病类型

在潜在剖面分析中,分别抽取 1-6 个潜在类别模型,各项拟合优度指标如表 1 所示。随着分类数目的增多,AIC、BIC、aBIC 不断减小,且减小的趋势在四类模型后逐渐趋于平缓。四类至六类模型的信

息熵均大于 0.80。从 LMR 指标来看,四类和六类模型均达到显著水平,表明四类模型优于三类模型,六类模型优于五类模型,而五类模型并未优于四类模型。此外,六类模型的最小分类为 3.2% ($n = 22$),分类的统计功效较小(Marsh et al., 2009)。综上,选择四类模型作为最佳模型,即服刑人员的 PTSD 和健康问题的共病模式可分为 4 种潜在类别,每个类别中的服刑人员归属于每个潜在类别的平均概率分别从 92.0% 到 96.1% (表 2),反映分类准确性较高。

表 1 探索性 LPA 模型的拟合优度指标

Model	K	AIC	BIC	aBIC	Entropy	LMR <i>p</i> -value	BLRT <i>p</i> -value	最小分类 (%)
1	16	11342.08	11414.713	11363.911	—	—	—	—
2	25	9768.890	9882.380	9803.001	0.871	<0.001	<0.001	37.7
3	34	8999.171	9153.517	9045.562	0.899	0.128	<0.001	8.8
4	43	8429.260	8624.462	8487.930	0.910	0.029	<0.001	7.2
5	52	8168.848	8404.907	8239.798	0.905	0.177	<0.001	3.3
6	61	8008.734	8285.649	8091.964	0.897	0.009	<0.001	3.2

注: k 为自由估计的参数数目。 $n = 692$ 。

表 2 各潜在类别被试的平均归属概率

	C1 (%)	C2 (%)	C3 (%)	C4 (%)
C1	96.1	0.3	3.5	0.0
C2	0.2	93.6	1.8	4.4
C3	1.8	3.6	92.0	2.7
C4	0.0	3.1	1.0	95.9

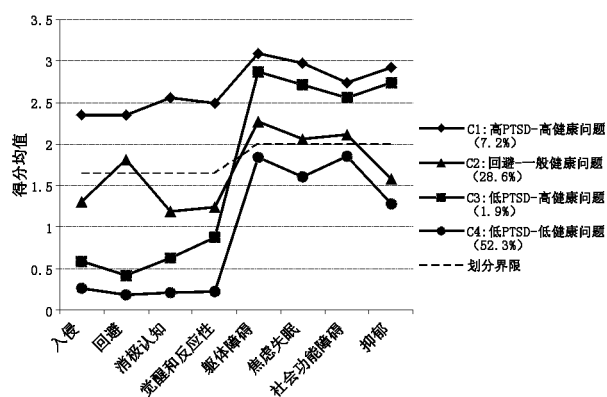


图 1 四类模型中各类型分布图

由图 1 可知,C1 类型在 PTSD 和心理健康问题的各维度上得分都比较高,命名为“高 PTSD - 高健康问题”,该类占总体的 7.2%。C2 类型在 PTSD 的回避症状达到划分界限,且在健康问题维度上的得分有 3 个维度超过划分界限,命名该类为“回避 - 一般健康问题”,该类占总体的 28.6%。C3 在 PTSD 的四个症状上得分均未达到划分界限,但在健康问题的各维度上得分都比较高,命名为“低 PTSD

- 高健康问题”,该类占总体的 11.9%。C4 类型在 PTSD 和健康问题各维度上得分最低,且均未满足划分标准,命名为“低 PTSD - 低健康问题”,该类占总体的 52.3%。

3.2 创伤经历、性别与 PTSD - 健康问题潜在共病类型的关系

创伤经历和性别在各类型上的频数分布见表 3。卡方检验结果表明,创伤经历与性别存在显著关联($\chi^2 = 197.30, p < 0.001$):女性中非人际创伤(33.8%)和无创伤者(47.6%)占比较大,男性中人际创伤(70.2%)的比例较大,而非人际创伤占比较少(19.1%)。对有创伤类型(非人际创伤和人际创伤)与各共病类型(即 C1, C2, C3 vs C4)进行列联表分析发现,人际创伤个体比非人际创伤个体更可能产生有问题的类型(即 C1 ~ C3, $\chi^2_s > 5.05, ps < 0.025$)。进一步发现,两种有创伤经历类型与有问题共病类型之间存在显著关联($\chi^2 = 8.38, p = 0.015$):相比于遭受非人际创伤者,在遭受人际创伤者中,C2“回避 - 一般健康问题”的发生率高于 C3“低 PTSD - 高健康问题”($\chi^2 = 8.38, p = 0.004$)。

以共病的潜在类型作为因变量(C4“低 PTSD - 低健康问题”型为参考类别),创伤经历和性别作为自变量进行无序多分类 logistic 回归。结果如表 4 所示,结果表明,相比于无创伤个体,遭受人际创伤

或非人际创伤的个体出现 C1“高 PTSD - 高健康问题”和 C3“低 PTSD - 高健康问题”的风险更高 (ORs > 1, p s < 0.01); 遭受人际创伤还更容易出现 C2“回

避 - 一般健康问题”(OR = 5.33, p < 0.001)。男性在 C2“回避 - 一般健康问题”和 C3“低 PTSD - 高健康问题”的发生风险更高 (ORs > 1, p s < 0.01)。

表 3 创伤经历和性别在各共病类型上的频数分布

创伤经历	性别	C1 高 PTSD - 高健康问题	C2 回避 - 一般健康问题	C3 低 PTSD - 高健康问题	C4 低 PTSD - 低健康问题	总计
非人际创伤	男性	3	13	18	23	57
	女性	11	26	12	84	133
人际创伤	男性	22	117	29	42	210
	女性	10	12	13	38	73
无创伤	男性	2	10	0	20	32
	女性	2	20	10	155	187
总计	男性	27	140	47	85	299
	女性	23	58	35	277	393
总计		50	198	82	362	692

表 4 创伤经历和性别对共病类型的 Logistic 回归分析

		C1 高 PTSD - 高健康问题			C2 回避 - 一般健康问题			C3 低 PTSD - 高健康问题		
		OR	95% CI	p	OR	95% CI	p	OR	95% CI	p
创伤经历	非人际创伤	5.55	1.62 - 19.05	0.006	1.83	0.92 - 3.67	0.087	5.08	2.08 - 12.43	<0.001
	人际创伤	15.01	4.24 - 53.05	<0.001	5.33	2.91 - 9.77	<0.001	6.60	2.63 - 16.43	<0.001
性别	男	1.88	0.90 - 3.92	0.091	5.30	3.24 - 8.67	<0.001	3.06	1.60 - 5.89	0.001

注:参照组为 C4“低 PTSD - 低健康问题”。OR 指 Odd - Ratio 系数;CI 指置信区间;Confidence interval。

4 讨论

4.1 服刑人员 PTSD 与心理健康问题关系的共病类型

通过潜在剖面分析,服刑人员的 PTSD 与心理健康问题的关系可分为 4 个潜在类别,分别为“高 PTSD - 高健康问题”、“回避 - 一般健康问题”、“低 PTSD - 高健康问题”和“低 PTSD - 低健康问题”。总体上看,这与发现非平行的潜在类别的研究相似 (Cao et al., 2015; Contractor et al., 2017),表明服刑人员在 PTSD 症状和健康问题症状上的分布存在异质性,PTSD 与健康问题症状的严重程度并不是一致变化的。这与发现平行模式的研究结果不一致 (Armour et al., 2015; Itzhaky et al., 2017),这可能由于研究对象(服刑人员与普通人群、退伍军人等)和评估时间点(近期创伤与早期创伤)的差异。

“低 PTSD - 高健康问题”类型(占总体的 11.9%)下的服刑人员以较严重的心理健康问题为主要特征,而 PTSD 症状相对较轻。这与人研究结果相似(Cao et al., 2015),表明 PTSD 与心理健康问题如抑郁等症状对于某些遭受创伤的群体来说可能是相互独立的症状。该类服刑人员 PTSD 症状较轻,但可能由于在封闭的环境中进行劳动改造,生活单调,缺乏正常的社交生活和他人的关爱,出现了较

高的身心健康问题。因此,针对该类人群的身心健康问题可从服刑环境的适应等方面进行心理健康教育 and 训练。

“高 PTSD - 高健康问题”类型(占总体的 7.2%)与过往得到的高度共病类型的研究结果相似 (Armour et al., 2015; Itzhaky et al., 2017),即 PTSD 可能同时与多种心理健康问题发生共病。PTSD 与其他精神疾病共病的原因可能是这些症状彼此相互影响,并导致症状的延续 (Stander et al., 2014)。例如,在经历汶川地震后的学生样本中发现,个体震后 6 个月的抑郁、广泛性焦虑和分离性焦虑症状可以预测的其震后 18 个月的 PTSD 症状,而震后 6 个月的 PTSD 症状又预测了广泛性焦虑和惊恐症状的增加 (Geng et al., 2019)。此类个体属于整体样本中最为严重的一类,在 PTSD 和身心健康问题上都为最严重,这种心理共病很可能阻碍心理治疗的进程或效果 (Murphy & Smith, 2018),或提高自杀行为的风险 (Galatzer - Levy et al., 2013; Saareen, 2014)。因此,需要对此类个体给予密切关注和优先干预。在心理干预或治疗中要关注身心症状的心理创伤病因,通过各种创伤疗法(如生物反馈、眼动疗法, Lancaster et al., 2016)帮助其处理之前的心理创伤。同时,建议将这部分人群列为狱内自伤

自杀的重点预防干预对象。

“回避 - 一般健康问题”类型(占总体的 28.6%)的主要症状是高回避,即长期或持续性地回避与创伤经历有关的事件、情境等,拒绝参加有关的活动。虽然回避可以减轻一些创伤带来的不良后果,但为回避创伤而付出精力可能导致应对额外压力的能力减弱,使个体出现更多的精神健康问题(Galatzer - Levy et al., 2013; Müller et al., 2014; Silverstein et al., 2016)。此外,研究者将未能完全符合 PTSD 诊断标准的个体被称作阈下 PTSD (Sub-threshold PTSD, Marshall et al., 2001; McLaughlin et al., 2015),其共病率仍较普通人群要高(Cukor et al., 2010),且个体的抑郁共病与自杀意念风险随着阈下症状数量的增加而增加。“回避 - 一般健康问题”类个体虽未完全达到 PTSD 的诊断标准,但其各个症状的得分仍高于健康类型,可认为属于阈下 PTSD。阈下 PTSD 个体的症状并不会自行缓解,若不加以治疗可能会发展成完全 PTSD(Cukor et al., 2010)。这部分潜在风险人群在各类问题人群中占比最大,在日常的监狱心理健康管理中不容忽视,需密切关注其共病的发展趋势,并予以相应的干预。

4.2 创伤经历、性别与服刑人员共病类型的关联

与无创伤经历者相比,非人际创伤个体和人际创伤个体均更可能出现“高 PTSD - 高健康问题”和“低 PTSD - 高健康问题”,而人际创伤也更可能出现“回避 - 一般健康问题”。这表明,任何的创伤类型都可能导致心理健康问题,部分个体还可能产生 PTSD 症状;而且遭受人际创伤更可能导致高回避症状。人际创伤个体会产生不信任、孤立、认为自己易受伤害等适应不良图式(Karatzias et al., 2016),进而采用回避型的应对方式,而这种应对方式又会进一步导致抑郁(Silverstein et al., 2016)和加重 PTSD 症状(Krause et al., 2008; Orcutt et al., 2005)。一方面,服刑人员处于被监管的状态,可能容易对他人(尤其是狱警)产生敌对或戒备心;另一方面,早期形成的回避应对方式,可能使得这类服刑人员更容易对他人产生不信任感而长期处于孤立状态,从而导致其他心理问题。此外,《国际疾病分类(第 11 版)》(ICD - 11)提出复杂性 PTSD (Complex PTSD) 这一疾病分类,即指长期暴露于无法逃脱的人际创伤后产生的精神障碍,其症状包括 PTSD 症状中的再体验、回避、威胁感、人际关系问题等(Brewin et

al., 2017)。“高 PTSD - 高健康问题”和“回避 - 一般健康问题”共病类型与复杂性 PTSD 的症状特征相似,均具有 PTSD 症状且存在自我组织的障碍问题(焦虑和抑郁和社会功能障碍)。Cloitre 等(2013)基于潜在类别分析所发现的复杂性 PTSD 类遭受人际创伤数量最高,且在社会功能受损方面的问题更加严重。这与本研究所发现相似,说明人际创伤很可能引发与社交功能障碍,这可能与其不良的社会应对方式(如回避)有关,未来可进一步验证。对于遭受人际创伤产生共病的个体,在心理干预中可借助侧重社交能力培养的治疗方法,如人际关系疗法或认知行为疗法等(Karatzias et al., 2016; Murphy et al., 2019),帮助其重新建立与他人和环境的信任感、安全感,培养其积极的应对方式,减少回避症状。

男性服刑人员在“回避 - 一般健康问题”和“低 PTSD - 高健康问题”这两个类型中发生风险更高,而在“高 PTSD - 高健康问题”上不存在差异。这可能是由于遭受创伤情况存在性别差异:在遭受创伤的数量上,男性报告遭受创伤事件的数量高于女性(Komarovskaya et al., 2011; Tolin & Foa, 2006),在此次研究中同样发现男性服刑人员创伤经历(尤其是人际创伤)比例高于女性。遭受人际创伤会产生复杂性 PTSD(Brewin et al., 2017; Cloitre et al., 2013),且由人际创伤引起的回避症状也会加重 PTSD(Orcutt et al., 2005),导致“回避 - 一般健康问题”的发生风险上升。然而,有创伤经历未必会发展为 PTSD,但对于个体的心理健康仍有负面影响(McLaughlin et al., 2015),这可能使得创伤发生率更高的男性群体在“低 PTSD - 高健康问题”的风险相对较高。同时,尽管女性遭受创伤经历的总体概率较低,女性的 PTSD 患病率较高,在相同程度的创伤经历下,女性更可能患上严重的 PTSD(Tolin & Foa, 2006)。因而,女性服刑人员更可能受创伤经历影响发展为完全 PTSD(即完全符合 PTSD 症状诊断标准)及产生较为严重的共病。这或许能解释在创伤发生率低于男性的情况下女性的“高 PTSD - 高健康问题”类型发生率不低于男性。

5 研究不足与展望

研究的不足之处有以下几点:第一,此次研究只包括广东的服刑人员样本,并不能代表整个中国的服刑人员群体,结论在推广前需在更广泛的样本中进行探索和验证。第二,研究为横断面研究,未能揭

示共病及其影响因素之间的因果关系,未来研究可采用纵向研究,进一步确定共病可能的因果机制。第三,研究仅对部分心理健康问题和创伤类型进行探索,未来研究可进一步探讨 PTSD 与其他症状(如物质使用障碍、人格障碍等)的共病模式以及不同创伤类型的影响。最后,本研究使用自我报告的形式,可能存在记忆偏差,且不排除被试在作答时存在隐瞒创伤经历或相关症状的情况,在未来研究中有必要结合其他客观测评方法(如临床专家诊断、行为记录、内隐实验范式等)获取相关信息。

6 结论

通过潜在剖面分析,服刑人员的创伤后应激障碍和心理健康问题的共病潜在类型有四类,分别是“高 PTSD - 高健康问题”、“回避 - 一般健康问题”、“低 PTSD - 高健康问题”和“低 PTSD - 低健康问题”。其中,相比于无创伤个体,无论是遭受非人际创伤还是人际创伤,均会使个体有更大的风险成为有严重身心健康问题的类型,甚至部分受创伤个体还形成“高 PTSD - 高健康问题”的共病类型;而遭受人际创伤还更可能导致“回避 - 一般健康问题”。此外,男性服刑人员较高的创伤率可能导致其“低 PTSD - 高健康问题”和“回避 - 一般健康问题”的发生风险更高。可见,有必要结合监狱这一特殊环境,对每种共病类型的服刑人员根据其诱因提出针对性的干预方案。

冷俊辉和曾婉霜为共同第一作者。

参考文献

- 邓明显. (2016). 创伤后应激障碍的临床研究新进展(DSM-5 新标准). *中国健康心理学杂志*, 24(5), 641 - 650.
- 赵玉娟, 邓黎华, 蒋艳华, 文永均, 郝丽琼. (2006). 97 名肿瘤专科护士心理健康状况及相关因素的调查分析. *四川肿瘤防治*, 4, 268 - 270.
- Armour, C., Contractor, A., Elhai, J. D., Stringer, M., Lyle, G., Forbes, D., & Richardson, J. D. (2015). Identifying latent profiles of posttraumatic stress and major depression symptoms in Canadian veterans: Exploring differences across profiles in health related functioning. *Psychiatry Research*, 228(1), 1 - 7. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2015.03.011>
- Brewin, C. R., Cloitre, M., Hyland, P., Shevlin, M., Maercker, A., Bryant, R. A., Humayun, A., Jones, L. M., Kagee, A., Rousseau, C., Somasundaram, D., Suzuki, Y., Wessely, S., van Ommeren, M., & Reed, G. M. (2017). A review of current evidence regarding the ICD - 11 proposals for diagnosing PTSD and complex PTSD. *Clinical Psychology Review*, 58, 1 - 15. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.09.001>
- Cao, X., Wang, L., Cao, C., Zhang, J., Liu, P., Zhang, B., Wu, Q., Zhang, H., Zhao, Z., Fan, G., & Elhai, J. D. (2015). Patterns of DSM - 5 posttraumatic stress disorder and depression symptoms in an epidemiological sample of Chinese earthquake survivors: A latent profile analysis. *Journal of Affective Disorders*, 186, 58 - 65. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.06.058>
- Cloitre, M., Garvert, D. W., Brewin, C. R., Bryant, R. A., & Maercker, A. (2013). Evidence for proposed ICD - 11 PTSD and complex PTSD: A latent profile analysis. *European Journal of Psychotraumatology*, 4, 20706. <https://doi.org/10.3402/ejpt.v4i0.20706>
- Collimore, K. C., Carleton, R. N., Hofmann, S. G., & Asmundson, G. J. G. (2010). Posttraumatic Stress and Social Anxiety: The Interaction of Traumatic Events and Interpersonal Fears. *Depression and Anxiety*, 27(11), 1017 - 1026. <https://doi.org/10.1002/da.20728>
- Contractor, A. A., Brown, L. A., & Weiss, N. H. (2018). Relation between lifespan polytrauma typologies and post - trauma mental health. *Comprehensive Psychiatry*, 80, 202 - 213. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2017.10.005>
- Contractor, A. A., Roley - Roberts, M. E., Lagdon, S., & Armour, C. (2017). Heterogeneity in patterns of DSM - 5 posttraumatic stress disorder and depression symptoms: Latent profile analyses. *Journal of Affective Disorders*, 212, 17 - 24. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.01.029>
- Cukor, J., Wyka, K., Jayasinghe, N., & Difede, J. (2010). The nature and course of subthreshold PTSD. *Journal of Anxiety Disorders*, 24(8), 918 - 923. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2010.06.017>
- Djelantik, A. A. M. J., Robinaugh, D. J., Kleber, R. J., Smid, G. E., & Boelen, P. A. (2020). Symptomatology following loss and trauma: Latent class and network analyses of prolonged grief disorder, posttraumatic stress disorder, and depression in a treatment - seeking trauma - exposed sample. *Depression and Anxiety*, 37(1), 26 - 34. <https://doi.org/10.1002/da.22880>
- Fazel, S., Hayes, A. J., Bartellas, K., Clerici, M., & Trestman, R. (2016). Mental health of prisoners: Prevalence, adverse outcomes, and interventions. *Lancet Psychiatry*, 3(9), 871 - 881. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)30142-0](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30142-0)
- Flory, J. D., & Yehuda, R. (2015). Comorbidity between post - traumatic stress disorder and major depressive disorder: Alternative explanations and treatment considerations. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 17(2), 141 - 150.

- Galatzer – Levy, I. R. , Nickerson, A. , Litz, B. T. , & Marmar, C. R. (2013). Patterns of lifetime PTSD comorbidity: A latent class analysis. *Depression and Anxiety*, 30(5), 489 – 496. <https://doi.org/10.1002/da.22048>
- Geng, F. , Zhou, Y. , Liang, Y. , Zheng, X. , Li, Y. , Chen, X. , & Fan, F. (2019). Posttraumatic Stress Disorder and Psychiatric Comorbidity among Adolescent Earthquake Survivors: A Longitudinal Cohort Study. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 47(4), 671 – 681. <https://doi.org/10.1007/s10802-018-0462-2>
- Goldberg, D. P. , & Hillier, V. F. (1979). A scaled version of the General Health Questionnaire. *Psychological Medicine*, 9(1), 139 – 145. <https://doi.org/10.1017/s0033291700021644>
- Itzhaky, L. , Gelkopf, M. , Levin, Y. , Stein, J. Y. , & Solomon, Z. (2017). Psychiatric reactions to continuous traumatic stress: A Latent Profile Analysis of two Israeli samples. *Journal of Anxiety Disorders*, 51, 94 – 100. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2017.06.006>
- Karatzias, T. , Jowett, S. , Begley, A. , & Deas, S. (2016). Early maladaptive schemas in adult survivors of interpersonal trauma: Foundations for a cognitive theory of psychopathology. *European Journal of Psychotraumatology*, 7(1), 30713. <https://doi.org/10.3402/ejpt.v7.30713>
- Komarovskaya, I. A. , Booker Loper, A. , Warren, J. , & Jackson, S. (2011). Exploring gender differences in trauma exposure and the emergence of symptoms of PTSD among incarcerated men and women. *Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 22(3), 395 – 410. <https://doi.org/10.1080/14789949.2011.572989>
- Krause, E. D. , Kaltman, S. , Goodman, L. A. , & Dutton, M. A. (2008). Avoidant coping and PTSD symptoms related to domestic violence exposure: A longitudinal study. *Journal of Traumatic Stress*, 21(1), 83 – 90. <https://doi.org/10.1002/jts.20288>
- Lancaster, C. L. , Teeters, J. B. , Gros, D. F. , & Back, S. E. (2016). Posttraumatic Stress Disorder: Overview of Evidence – Based Assessment and Treatment. *Journal of Clinical Medicine*, 5(11), 105. <https://doi.org/10.3390/jcm5110105>
- Marsh, H. W. , Lüdtke, O. , Trautwein, U. , & Morin, A. J. S. (2009). Classical Latent Profile Analysis of Academic Self – Concept Dimensions: Synergy of Person – and Variable – Centered Approaches to Theoretical Models of Self – Concept. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*, 16(2), 191 – 225. <https://doi.org/10.1080/10705510902751010>
- Marshall, R. D. , Olfson, M. , Hellman, F. , Blanco, C. , Guardino, M. , & Struening, E. L. (2001). Comorbidity, impairment, and suicidality in subthreshold PTSD. *The American Journal of Psychiatry*, 158(9), 1467 – 1473. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.158.9.1467>
- McLaughlin, K. A. , Koenen, K. C. , Friedman, M. J. , Ruscio, A. M. , Karam, E. G. , Shahly, V. , Stein, D. J. , Hill, E. D. , Petukhova, M. , Alonso, J. , Andrade, L. H. , Angermeyer, M. C. , Borges, G. , de Girolamo, G. , de Graaf, R. , Demyttenaere, K. , Florescu, S. E. , Mladenova, M. , Posada – Villa, J. , ... Kessler, R. C. (2015). Subthreshold posttraumatic stress disorder in the world health organization world mental health surveys. *Biological Psychiatry*, 77(4), 375 – 384. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2014.03.028>
- Müller, M. , Vandeleur, C. , Rodgers, S. , Rössler, W. , Castela, E. , Preisig, M. , & Ajdacic – Gross, V. (2014). Factors associated with comorbidity patterns in full and partial PTSD: Findings from the PsyCoLaus study. *Comprehensive Psychiatry*, 55(4), 837 – 848. <https://doi.org/10.1016/j.comppsych.2014.01.009>
- Murphy, D. , Ross, J. , Busuttil, W. , Greenberg, N. , & Armour, C. (2019). A latent profile analysis of PTSD symptoms among UK treatment seeking veterans. *European Journal of Psychotraumatology*, 10(1), 1558706. <https://doi.org/10.1080/20008198.2018.1558706>
- Murphy, D. , & Smith, K. V. (2018). Treatment Efficacy for Veterans With Posttraumatic Stress Disorder: Latent Class Trajectories of Treatment Response and Their Predictors. *Journal of Traumatic Stress*, 31(5), 753 – 763. <https://doi.org/10.1002/jts.22333>
- Muthén, L. K. , & Muthén, B. O. (2017). *Mplus User's Guide* (Eighth Edition). Muthén & Muthén.
- Orcutt, H. K. , Pickett, S. M. , & Pope, E. B. (2005). Experiential Avoidance and Forgiveness As Mediators in the Relation Between Traumatic Interpersonal Events and Posttraumatic Stress Disorder Symptoms. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 24(7), 1003 – 1029. <https://doi.org/10.1521/jscp.2005.24.7.1003>
- Park, S. – C. , Kim, D. , & Jang, E. Y. (2016). Prevalence and symptomatic correlates of interpersonal trauma in South Korean outpatients with major depressive disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 66, 46 – 52. <https://doi.org/10.1016/j.comppsych.2015.12.006>
- Sareen, J. (2014). Posttraumatic stress disorder in adults: Impact, comorbidity, risk factors, and treatment. *Canadian Journal of Psychiatry. Revue Canadienne De Psychiatrie*, 59(9), 460 – 467. <https://doi.org/10.1177/070674371405900902>
- Silverstein, M. , Kistin, C. , Bair – Merritt, M. , Wiltsey – Stirman, S. , Feinberg, E. , Diaz – Linhart, Y. , Sandler, J. , Chen, N. , & Cabral, H. (2016). Avoidance as an obstacle to preventing depression among urban women at high risk for violent

- trauma. *Archives of Women's Mental Health*, 19(1), 63 – 70. <https://doi.org/10.1007/s00737-015-0521-4>
- Stander, V. A., Thomsen, C. J., & Highfill – McRoy, R. M. (2014). Etiology of depression comorbidity in combat – related PTSD: A review of the literature. *Clinical Psychology Review*, 34(2), 87 – 98. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2013.12.002>
- Tolin, D. F., & Foa, E. B. (2006). Sex differences in trauma and posttraumatic stress disorder: A quantitative review of 25 years of research. *Psychological Bulletin*, 132(6), 959 – 992. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.132.6.959>
- Tyler, N., Miles, H. L., Karadag, B., & Rogers, G. (2019). An updated picture of the mental health needs of male and female prisoners in the UK: Prevalence, comorbidity, and gender differences. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 54(9), 1143 – 1152. <https://doi.org/10.1007/s00127-019-01690-1>
- Wang, L., Zhang, L., Armour, C., Cao, C., Qing, Y., Zhang, J., Liu, P., Zhang, B., Wu, Q., Zhao, Z., & Fan, G. (2015). Assessing the underlying dimensionality of DSM – 5 PTSD symptoms in Chinese adolescents surviving the 2008 Wenchuan earthquake. *Journal of Anxiety Disorders*, 31, 90 – 97. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2015.02.006>

Comorbidity of Post – Traumatic Stress Disorder and Mental Health Problem in Incarcerated Individuals

Leng Junhui¹, Zeng Wanshuang¹, Luo Hui², Liu Cuisong², He You², Zhang Man³, Zhang Jieting¹

(1. Department of Psychology, Shenzhen University, Shenzhen 518060;

2. Guangdong Women's Prison, Guangzhou 510545;

3. Shenzhen Xinwei Technology Co., Ltd., Shenzhen 518000)

Abstract: Objectives: This study aims to identify possible comorbidity types of Post – Traumatic Stress Disorder (PTSD) and mental health problems among incarcerated individuals. This study also explores comorbidities' links with trauma types. Methods: 692 incarcerated individuals were investigated with The PTSD Checklist for DSM – 5, General Health Questionnaire – 28. Results: (1) There were four latent profiles, namely “High PTSD and mental health problems”, “Avoidance and moderate mental health problems”, “Low PTSD and high mental health problems” and “PTSD and mental health problems”. (2) Compared to those without trauma experience, individuals who have experienced trauma had a higher risk of mental health problems, some may even have PTSD symptoms. Further, interpersonal trauma induced higher prevalence of “Avoidance and moderate mental health problems”. (3) The higher trauma rate among incarcerated males may lead to higher prevalence of “Low PTSD and high mental health problems” and “Avoidance and moderate mental health problems”.

Key words: Post – Traumatic Stress Disorder; Comorbidity; Trauma Types; Latent Profile Analysis