全国高等医学院校应用心理学教材

中国高等医学教育学会医学心理学教育分会
全国中医药高等教育学会中医心理学教学研究会 推荐用书

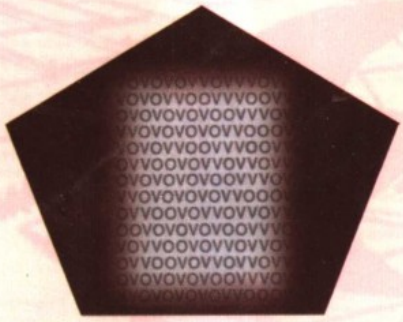
创伤心理学

CHUANG SHANG XIN LI XUE

丛书主编 顾瑜琦 胡佩诚
本书主编 施琪嘉

中国医药科技出版社

全国高等医学院校应用心理学教材与教学参考丛书



QUANGUOGAODENGYIXUEYUANXIAO
YINGYONGXINLIXUEJIAOCAIYUJIAOXUECANKAOCONGSHU

封面设计　同力永正设计事务所

ISBN 7-5067-3501-6

9 787506 735018 >

ISBN 7-5067-3501-6
定价：21.00元

全国高等医学院校应用心理学教材　主编　顾瑜琦　胡佩诚

中国高等医学教育学会医学心理学教育分会
全国中医药高等教育学会中医心理学教学研究会

推荐用书

创伤心理学

丛书主编　顾瑜琦　胡佩诚

本书主编　施琪嘉

中国医药科技出版社

内 容 提 要

本书系统全面地介绍了创伤心理学的理论知识和临床诊疗，包括创伤心理学的研究历史、定义及最新诊疗技术。

全书内容新颖，有一定的学术价值和实用价值，可供医学院校师生及临床医师参考阅读。

图书在版编目（CIP）数据

创伤心理学/施琪嘉主编．—北京：中国医药科技出版社，2006.9

全国高等医学院校应用心理学教材

ISBN 7-5067-3501-6

Ⅰ.创… Ⅱ.施… Ⅲ.医学心理学—医学院校—教材 Ⅳ.R395

中国版本图书馆 CIP 数据核字（2006）第 100456 号

美术编辑 陈君杞
责任校对 张学军
版式设计 郭小平

出版 中国医药科技出版社
地址 北京市海淀区文慧园北路甲 22 号
邮编 100088
电话 010-62244206
网址 www.cspyp.cn www.mpsky.com.cn
规格 787×1092mm 1/16
印张 11½
字数 280 千字
印数 1—4000
版次 2006 年 9 月第 1 版
印次 2006 年 9 月第 1 次印刷
印刷 北京昌平百善印刷厂
经销 全国各地新华书店
书号 ISBN 7-5067-3501-6/G·0532
定价 21.00 元

本社图书如存在印装质量问题请与本社联系调换

顾　问　吕秋云（北京大学精神卫生中心）
主　编　施琪嘉（华中科技大学同济医学院武汉精神卫生中心武汉心理医院）
副主编　童慧琦（美国太平洋心理学研究生院）
徐汉明（华中科技大学同济医学院附属同济医院神经精神科）
盛晓春（上海东方医院心身科）
参　编　谭　红（湖南长沙第一人民医院）
周　娟（华中科技大学同济医学院武汉精神卫生中心武汉心理医院）
王海峰（华中科技大学同济医学院附属同济医院神经精神科）
张宜宏（华中科技大学同济医学院附属同济医院神经精神科）
熊亚敏（华中科技大学同济医学院附属同济医院神经精神科）
陈　静（华中科技大学同济医学院武汉精神卫生中心武汉心理医院）
黄晶晶（华中科技大学同济医学院附属同济医院神经精神科）
吴　江（华中科技大学同济医学院附属同济医院神经精神科）
杨　灿（华中科技大学同济医学院附属同济医院神经精神科）

全国高等医学院校应用心理学教材　编写委员会

主　　编　顾瑜琦（华中现代健康科学研究所）
　　胡佩诚（北京大学医学部）
副 主 编　刘克俭（华中科技大学同济医学院）
　　张　颖（陕西中医学院）
　　樊富珉（清华大学）
　　苗丹民（第四军医大学）
　　游旭群（陕西师范大学）
　　杜文东（南京中医药大学）
秘 书 长　张　颖（陕西中医学院）
编　　委　（按姓氏笔画排序）

马绍斌　马建辉　马海燕　万承龙　于洪鸾　巴莺乔　凤林谱　方　新
毛雪琴　王效道　王　浩　王　丽　王庆华　王庭照　王　燕　王　鹏
王汉荣　王玉荣　王高华　王瑞权　王学碧　王　伟　王　伟*　王凌慧
王旭东　王延松　王　颖　王　刚　王　健　王有权　王家同　王　生
王梦欣　王海峰　王　蓓　王庆雄　王孟林　王顺娟　冯建新　付小卫
付菊芳　付文波　古茂盛　兰继军　卢　宁　卢旨明　乐　玲　付申辽原
田　芯　叶沐镕　叶　波　叶瑞繁　安　芹　关建军　江　虹　吕　航
刘克俭　刘　瑶　刘旭峰　刘练红　刘　旺　刘晓秋　刘　娜　刘新民
刘德祥　刘照蓉　刘　莹　齐　艳　齐建林　任忠文　任景慧　孙　红
孙　凤　孙金荣　孙云峰　孙志浩　孙公凯　孙万平　朱　霞　朱华艳
朱永进　阳　雅　陈国元　陈建伟　陈列书　陈秋生　陈　静　陈荣安
陈伟伟　陈　晶　陈丽梅　邹金利　邹建芳　杜文东　贡京京　何　宁
何金彩　何立新　何　华　李　瑛　李武光　李建明　李　茹　李浩涛
李明德　李　琦　李　虹　李　焰　李晓娟　李春光　李英辉　李永安
李彦章　李长瑾　李红渝　苏　英　宋改敏　李　勤　吴任钢
吴彦文　吴旭东　吴　江　吴均林　吴桂英　吴爱萍　吴玉峰　肖德生
杨世秀　杨　灿　杨克敌　杨志伟　杨敬富　汪　萍　肖　玮　杨少杰
杨　勇　余秀冰　余达林　张重安　张艳颖　杨健身　杨国愉　张婷华
张志如　张　莉　张宜宏　张健康　张　颖　张　奇　杨印德　张仲华
张丽宏　张万英　张岗英　张丽云　张曼华　张俐　张　力　张志群
张明廉　张　鄂　张军瑞　官锐园　金　宇　张银玲　张佼　林　实
林大熙　林榕发　苗丹民　郑立新　郑红燕　罗启发　罗正学　郑　刚
孟　莉　孟宪璋　屈榆生　岳浩宁　易春丽　郑　静　郑晓边　周　娟
周指明　周　强　周艳文　柏鲁东　易晓峰　洪晓净　周晓鸥　胡佩诚
胡丽萍　胡维琼　胡一军　胡卫华　费俊青　洪　炜　侯艳红　金乾群
荆春燕　施琪嘉　姚建伦　晏碧琦　郝　志　侯淑晶　赵　斌　赵建瑜
赵静波　钟　慧　钟天明　顾瑜珂　祝卓宏　赵林国　郭　斌　郭试华
郭丽双　郭　红　贾晓花　倪　娜　高月英　高定芹　涂旭东　唐峥明
唐俊琪　唐　彤　陶金宁　陶芳标　钱国恒　桑志震　徐智策　徐汉明
徐　斌　徐　勇　徐克晶　徐又佳　陶来平　徐雷南　袁国桢　曹明经
曹玉广　黄　晨　黄晶山　黄菊火　徐建雪　徐晋珍　黄永阶　黄方辉
康成星　梁三才　盛晓春　程灶慧　黄储兴　黄尚玉　答　旦　韩智辉
蒋红倡　蒋亚国　蒋　杰　童翠美　谢刚敏　董湘群　曾凡星　曾沁敏
蔡宇昌　解　宁　雷静鹤　路墨春　阚鳌泰　游旭荣　蔡雄鑫　蔡雨祖
樊富珉　管　鹏　潘进芳　廖黄琦　裴毓华　蔡谭红　谭　皓　熊亚承
瞿　玮　黎玉河　霍　钦　霍莉斌　薛卫斌　戴晓阳　鞠　敏

全国高等医学院校应用心理学教材　顾问委员会

特邀顾问　李建华（解放军总后卫生部）
陈学诗（北京安定医院）
刘贻德（皖南医学院）
张厚粲（北京师范大学）
李心天（中国科学院心理研究所）
龚耀先（中南大学湘雅二医院）

顾　　问　（按姓氏笔画排序）

王　栋	王效道	刘华山	刘福源	刘庆生	刘筱娴	朱　琪	陈达光
陈世蓉	李　荫	李国成	李鸣皋	李恢樵	吴振云	杨菊贤	杨德森
杨治良	张志鸿	欧阳仑	岳文浩	周　梅	郑日昌	皇甫恩	胡德辉
姜乾金	赵耕源	徐　斌	徐天民	徐俊冕	夏文家	曹承虔	黄希庭
黄光英	黄南康	梁浩材	梁宝勇	崔以泰	彭京宜	曾洪文	蔡焯基
蔡雄鑫	臧德馨						

全国高等医学院校应用心理学教材　审定委员会

主任委员　胡佩诚（北京大学医学部）
岳文浩（山东大学医学院）

副主任委员　徐　斌（苏州大学医学院）
姜乾金（浙江大学医学院）
樊富珉（清华大学）

委　　员　（按姓氏笔画排序）

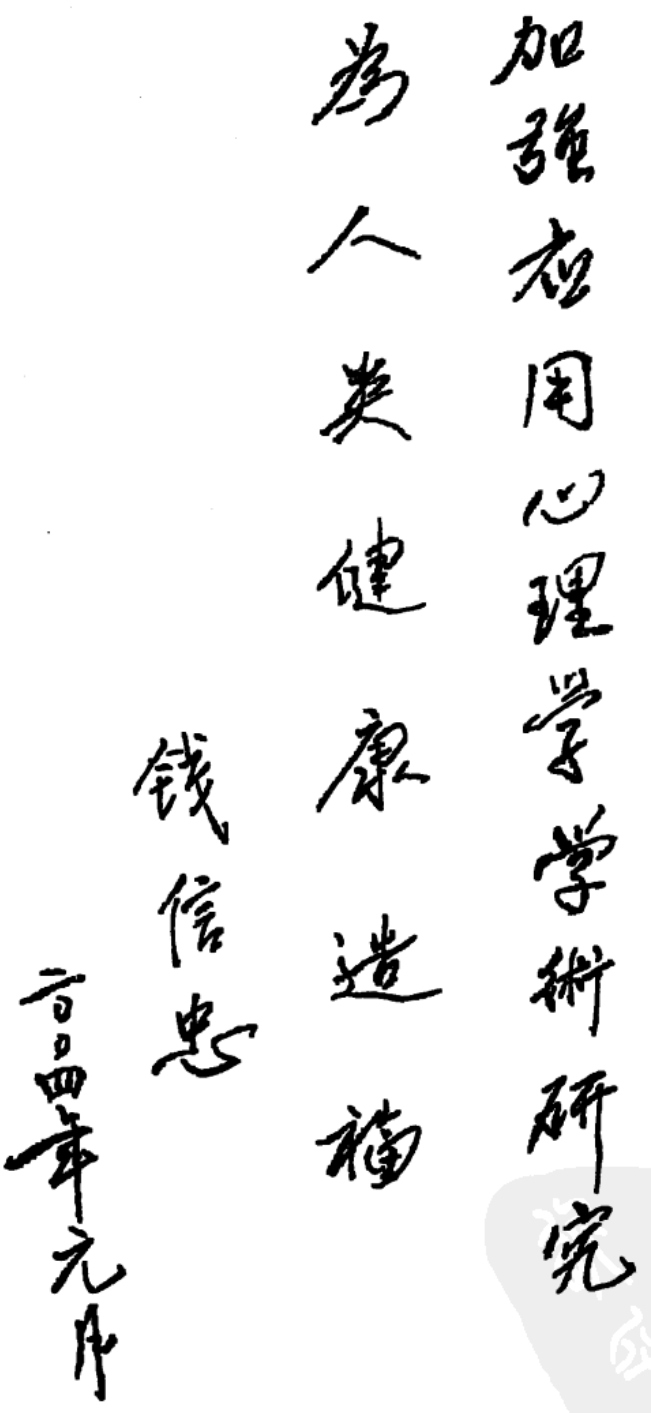
马维祥	马渝根	马绍斌	马建青	马海燕	于　雷	巴莺乔	王效道
王启全	王高华	王景洪	王有权	王　颖	王　生	王家同	邓明昱
白学军	冯正直	古茂盛	卢　莉	卢祖洵	叶挺生	毕希铭	江光荣
刘晓虹	刘德贵	刘　丹	刘新民	刘克俭	刘爱书	吕秋云	齐宝全
任景慧	孙公凯	许秀峰	朱长虹	陈　力	陈汝岗	陈映玲	陈树林
陈　洋	陈祉妍	陈荣安	杜文东	李殊响	李占江	李建明	李巧兰
李凌江	李倬珍	李政江	李永安	邱鸿钟	余双好	宋　霖	吴均林
吴汉荣	吴爱勤	吴任钢	吴绪康	吴江皓	吴和鸣	吴　择	汪　勇
沈瑞莲	肖会军	余毅震	杨大国	杨凤池	杨鑫辉	杨克敌	邹典定
郑晓边	张　颖	张树峰	张伯华	张仲华	张曼华	张重安	张印德
张　佼	张国民	张国辉	张黎明	张丽云	林金洪	罗　健	孟　莉
孟宪璋	苗丹民	岳桂林	周永学	洪　炜	郭　宏	郭志海	郭　丽
郝　志	施琪嘉	俞承谋	姚树桥	赵旭东	赵惠源	柴　多	顾瑜琦
高定国	钱　明	桑志芹	陶功定	陶芳标	唐俊琪	唐其柱	唐　彤
夏东民	徐震雷	徐晋南	徐建平	徐焕章	徐汉民	曹　水	黄光英
黄　晨	黄怀钧	黄尚珍	渠淑坤	戚玉才	章军健	崔俊南	董湘玉
葛慧坤	韩布新	景生保	彭晓辉	解亚宁	游旭群	曾奇峰	曾　颖
甄中科	蔡荣泰	静　进	熊承良	熊盛道	樊富珉	潘　芳	霍莉钦
戴秀英	瞿　玮						

振興中國心理學
事業任重而道遠

韓啓德題



全国人大常委会副委员长韩启德院士为“全国高等医学院校应用心理学教材”和“全国高等医学院校应用心理学教学参考丛书”题词（2004年）



原卫生部部长钱信忠为“全国高等医学院校应用心理学教材”
和“全国高等医学院校应用心理学教学参考丛书”题词

序　言

科学技术的日新月异，给人类带来了富裕与文明，也给人们带来了心理压力，也易产生精神性疾病。据 WHO 统计，在 10 种造成社会沉重负担的疾病中，心理（精神）疾病就占了 4 种。不仅如此，由于人们长期处在紧张、焦虑之中，高血压病、冠心病、癌症、糖尿病等也已成为常见病、多发病，它们被称为“心身疾病”，是一类当今危害健康最严重的疾病。

健康的定义，不仅身体上没病，而且必须保持身体、心理、社会适应的完好状态。所以，要达到健康，必须保持身体和心理、社会适应的完好状态，仅有生物医学手段是不够的，心理学工作者的介入非常重要。

从美国等经济发达国家的心理学发展情况来看，心理医生有着很高的社会地位。在实际应用方面，不少国家的综合性医院里设有心理科，在临床疾病的诊断与治疗中，都会邀请临床心理学家联合会诊，并为病人做心理调整。在美国，每 2000 人中就有 1 个心理工作者，澳大利亚的比例是 4000∶1，以色列投巨资修建一所超豪华儿童医院，给每个病房都配有一名儿童心理学家。而在我国，目前情况很不乐观，据一项统计，我国每百万人口中仅有 2.4 个心理工作者，不能满足社会的需要。

基于此，卫生部在其下发的行政文件中将“设立心理咨询科室”作为等级医院（三级甲等、二级甲等）建设的一项硬性评估指标，有关部委也已在全国范围内试行“心理治疗师”、“心理咨询师”资格考试制度及职业资格认证工作，这些举措对加强我国心理学工作的职业化，规范其市场，以提高人民身心健康水平和生活质量将起到巨大的推动作用。

加强专业人才培养，离不开好的专业书籍。这套由中国高等医学教育学会医学心理学教育分会和全国中医药高等教育学会中医心理学教学研究会推荐的，由国内一些长期奋斗在医学与心理学领域中的专家教授参与编写的全国高等医学院校应用心理学教材与教学参考丛书，填补了我国在这一领域的空白。这套丛书有四大特点：一是“大气”，一套包括了 26 个单本的系列丛书在我国尚属首见，足以表明其气势之大；二是“全面”，涵盖的面较广，不仅有可作为教材使用的系列专著，还附有相关练习册及心理学英汉辞书；三是“新颖”，全书汇集了大量的国内外最新研究资料，反映了当代应用心理学的现状及其发展趋势，并阐释了应用心理学的新概念、新理论、新思想、新经验、新方法；四是“实用”，本系列丛书选题切合实际，既可作为与应用心理学专业配套的教材和教学参考书，又可作为各种心理学资格认证

（如心理咨询师、心理保健师、心理辅导师、心理治疗师等）考试的辅导用书，为各类考生提供科学、规范、准确、有效的复习资料，帮助考生顺利通过心理学考试。从这一点说，也是在同类书籍中前所未有的。

此外，全套教材和参考丛书语言流畅、引证有据，具有较高的理论水平和专业修养。可供在校心理学专业学生、教师、心理学工作者，以及有志于从事心理咨询与治疗的各界人士使用。

本套教材和参考丛书的出版发行必将为加速应用心理学在我国的发展起到重要作用，同时，对加深我们对新的医学模式的认识、促进医学模式转变、促进心理学工作职业化进程，对我国整个医学研究和实践都将起到一定的推动作用。

2004年1月28日

丛书主编的话

随着社会的发展，健康理念的进一步深入人心，心理卫生工作如雨后春笋般在我国蓬蓬勃勃开展起来。为加强心理卫生工作的职业化，提高人民身心健康水平和生活质量，国家有关部委已在全国范围内试行“心理治疗师”、“心理咨询师”、“心理保健师”、“心理辅导师”资格考试制度及职业资格认证工作。卫生部也在其下发的行政文件中将“设立心理咨询科室”作为等级医院建设的一项硬性评估指标。为配合国家的这一系列重大举措，各地纷纷举办各种形式的培训班，许多医学院校（包括综合大学的医学院）更是将心理学专业人才的培养纳入其办学计划中，如北京大学医学部、浙江大学医学院等院校设立心理咨询与治疗专业博士点和硕士点，南京中医药大学、华北煤炭医学院、陕西中医学院等国内数十所医学院校已相继在其本科培养计划中开办了应用心理学（医学心理学）专业（或方向），系统培养心理学应用型高级人才，还有许多医学院校目前正在筹办此类专业。

加强心理学专业人才培养，离不开好的专业书籍。受相关部门的委托，我们从2002年开始筹备，并召集国内医学心理学界的专家学者汇聚海南，就有关“为广大读者奉献一套什么样的心理学专业书籍”进行了研讨。经过充分酝酿与论证，最终确定该系列丛书定位在既是能反映当今心理学相关领域最新学术研究水平的专业著作和教材，又可作为与诸多教材相配套的辅助用书，同时也兼顾到社会上各种心理学资格考试的有关内容。并组成了“全国高等医学院校应用心理学教材编写委员会”，组织和邀请了国内心理学界和医学心理学领域中著名的专家、学者，共同承担《全国高等医学院校应用心理学教材和全国高等医学院校应用心理学教学参考丛书》（以下简称“丛书”）的编撰工作。为了给系列教材的编撰工作把握方向，保证质量，还设立了丛书“顾问委员会”和“审定委员会”，动员并邀请德高望重和著名的老一辈心理学专家和目前国内心理学界的著名的学者及有关方面的专家参与其中，他们既担当某本教材的主编，又应邀为其他教材担任审定或顾问。

从编写内容上来讲，该系列丛书依据全国高等医学院校（含综合大学医学院、药学院）心理学专业教学纲要、国家心理咨询师、心理保健师、心理辅导师、心理治疗师资格考试培训纲要及执业医师资格考试医学心理学部分培训纲要，以心理学专业系列教材、心理咨询师与心理治疗师培训教材及执业医师考试辅导教材为蓝本组织编写。两套丛书共26本单册，包括《医用基础心理学》、《生理心理学》、《社会心理学》、《实验心理学》、《神经心理学》、《人格心理学》、《创造心理学》、《发展心

理学》、《健康心理学》、《职业心理学》、《女性心理学》、《创伤心理学》、《变态心理学》、《护理心理学》、《实用心理测验》、《心理咨询学》、《心理生理障碍——心身疾病》、《心理治疗》、《中医心理学》、《军事医学心理学》、《英汉汉英心理学词汇实用手册》、《催眠术——理论与临床》、《国家心理治疗师考试学习纲要与习题集》、《<医学心理学考试题解集>国家执业医师资格考试应试参考用书（供临床医师、公卫、口腔医师用）》、《<医学心理学考试题解集>国家助理执业医师资格考试应试参考用书（供临床助理医师、公卫、口腔助理医师用）》、《国家心理咨询师考试复习题解集》等书籍。

在该系列丛书的编撰过程中，我们坚持“内容新颖、重点突出、资料翔实、便于操作”等原则，力图突出如下特点：

1．科学性与权威性。科学性是本套丛书的灵魂。书稿从内容到文字都强调其科学性，力求做到内容科学严谨，立论正确，语言表达准确，资料翔实，数据可靠。选用的参考文献，多为国内外权威期刊上发表的文章，或是大型出版社出版的科学专著。在人员组成方面，力邀国内心理学与医学界一批顶尖级人物担当该丛书顾问。主审和各书主编也均具备深厚的理论功底和修养，多是在心理学教学与研究方面有造诣的专家。

2．新颖性与前瞻性。该系列丛书力求突出“新”。各书作者积极关注国内外心理学领域的研究动态，运用其最新资料，力图反映该领域教学与研究的新成果，阐述新见解，介绍新概念、新理论、新思想、新经验、新方法，把握当代相关心理学领域的理论和实践前景、研究水平和发展方向。

3．综合性与针对性。该系列丛书既是全国高等医学院校（含综合大学医学院、药学院）应用心理学专业的配套教材和教学参考书，也是心理咨询师、心理保健师、心理辅导师、心理治疗师等相关资格考试的辅导用书。其内容丰富，涉及面广，资料充实，基本囊括了作为临床心理学及心理卫生工作者必须具备的心理学知识体系，并将其深化，做到点面结合，有重点又兼顾整体，这对把握该领域的总体发展脉络，对反映其分支领域的具体发展态势均具有积极的影响。并且对于普及心理学知识，科学、正确地看待心理学，运用心理学，具有重要意义。在编写上力图贴近学生，贴近教学，启发读者思考，培养其发现问题、解决问题的能力，充分发挥其参考辅导的作用。同时还兼顾到各种心理学资格考试的相关内容，最大程度地满足了读者的需要。从编写体例上讲，丛书的形式多样，不仅有可作为教材使用的系列教材和专著，还附有相关练习册及英汉汉英心理学词汇实用手册，方便读者学习和牢固掌握相关知识结构。

4．实践性和应用性。实践性和应用性是应用心理学最重要的特色，也是该系列丛书的精髓。临床心理学工作与心理卫生工作均具有较强的实践性，这就要求该系

列丛书在内容上必须理论联系实际，重实践、重应用。各书稿在内容的安排上，选题切合实际，应用性强，重点阐述了与实际应用密切结合、尤其是当前该领域的热点和焦点问题。书稿中还列举了大量实例，层层进行分析，有理有据，有方法，有步骤，具有较强的可操作性。有助于实际工作者学习新思路、新方法，探索高效率、高效益的途径。可供多种职业尤其是在校心理学专业学生、教师、心理学工作者，以及有志于从事心理咨询与治疗的各界人士使用。

全国人大常委会副委员长韩启德院士和原卫生部部长钱信忠在得知全国著名专家在编撰本套丛书时，欣然命笔题词："振兴中国心理学事业任重而道远"、"加强应用心理学学术研究，为人类健康造福"。他们的题词是对我们编写工作的殷切期待，更是对我们极大的鼓励与鞭策！

本套丛书的出版，也非常有幸地得到了解放军总后卫生部部长李建华将军的大力支持与热忱指导。李建华部长是一位学者型的首长，对医学心理学、军事心理学有很深的造诣。历年来一直十分重视心理卫生工作，曾对军队的心理卫生工作做过许多重要的指示和决策。早在几年前，我们主编第一本本科生《健康心理学》教材时，李部长就亲自安排总后防疫局李鲁滨局长组织军医大学的教授参编。这次又应邀担任本套丛书的特邀顾问，对我们的工作提出了许多有益的指导性的意见，我们深为感谢。

该系列丛书的出版，得到了特邀顾问和顾问委员会、审定委员会各位专家的鼎力相助。许多老专家对心理学的教学与研究投入了毕生的精力与心血，他们对医学院校中应用心理学专业的诞生难抑兴奋之情，对该套丛书投入的深情关爱是难以用言语表述的。中国心理卫生协会的创始人陈学诗教授以九十多岁的高龄为本套丛书作序。许多老前辈和老专家们对丛书的选题、名称的确定、书稿的撰写以及出版发行等诸多问题均给予了极大的关注，提出许多中肯的意见和建议。在此，我们对各位前辈和专家的工作表示深深的敬意与谢忱。

为保证该系列丛书如期完稿，在2年多的撰写过程中，众多作者克服困难，放弃假日，夜以继日，辛勤投入；编委会与作者间相互信任，精诚合作，表现出了团结、协作的精神风貌；华中现代健康科学研究所办公室胡娟、俞美丽、刘洁、陈莺等同志为本套丛书也做了许多工作，终于使这套丛书得以早日与广大读者见面。

然而对于该系列丛书的编写来说，由于涉及的问题多，内容庞大，加之其他原因，我们虽然尽了最大的努力，还是难免挂一漏万，存有诸多瑕疵。因此，在丛书面世之际，我们不仅满怀喜悦之情，同时也内心忐忑。衷心希望各位同行能不吝赐教，以使其臻于完善，我们将不胜感激。

顾瑜琦　胡佩诚

2005年3月

序　一

创伤的心理治疗与危机干预在我国近几年来受到重视。1994 年 12 月新疆克拉玛依特大火灾后，我第一次介入重大灾难的心理干预，没有经验，没有教科书，也没有人教过如何做灾难后的心理干预，凭借精神科医生的经验，运用心理治疗的基本原则（耐心倾听、准确共情、无条件积极关注和真诚）陪伴受难者度过难关。我们帮助居丧者认识、面对、接受丧失的事实，不加评价地倾听居丧者表达出各种想法。帮助居丧者发现、接受和表达悲哀过程中的各种复杂情感，我们常常会有无能为力的感觉，恨自己无回天之力，但我们意识到我们存在的本身就是对居丧者的一种给予。告诉他们应激反应是怎么回事，帮助居丧者了解自身的悲哀过程，帮助他们了解将要面临的问题。虽然痛苦，他必须面对和经历居丧过程，回避和试图绕过这一阶段是不现实的。

后来我们又经历了张北地震(1998～1999)、长江流域大洪水(1998～1999)、洛阳 12.25 特大火灾（2000～2001)、大连 5.7 空难（2002)、北大山难（2002)、非典型肺炎（2003)、车祸、幼儿园事件等等，经验丰富了，但是更加渴望系统了解创伤的心理治疗与危机干预的理论和技术。这本《创伤心理学》为我们提供了这方面的知识。

1942 年波士顿椰子园音乐厅（cocoanut grove melody lounge）大火烧死 492 人，Lindemann（1944）发现那些没有经历正常悲痛过程或痛苦工作（crier work）的居丧者，将发展严重的精神病理。痛苦工作包括：为失去亲人悲痛、从丧失亲人的不幸中体验到痛苦、接受丧失亲人的现实、适应没有心爱人存在的生活。鼓励人们经历正常悲痛过程可预防丧亲危机所致的负性后果。

居丧者经历痛苦后得到恢复，我们心理工作者经历痛苦工作后得到成长。正像斯拉比（A.E.Slaby）所讲：“不论危机是什么原因引起的，

我们面临的挑战之一是利用危机所提供的机会促进个体的成长和自我实现。假若没有危机，这种成长与发展是不可能的。”

中国心理卫生协会理事
中国心理咨询与心理治疗专业委员会主任委员
吕秋云
2006 年 5 月

序　二

心灵注定要在创伤中前行

在高倍显微镜下，人类受精卵形成的那一瞬间极其壮观。精子仿佛是一条巨龙，用头部穿破卵子的外壁，并且留下了一个巨大的创口。在精子进入之后，这个创口自动愈合，一个伟大的生命就开始慢慢生长了。

我们无法得知精子给卵子造成的“创伤”会对每一个个体的心理造成什么影响，我们只知道，不管从事实还是从象征层面上来说，这一过程都显示，生命是从创伤开始的。

但大多数人认为生命是从出生开始的，因为他们会在每一年的生日庆祝，而不会去纪念阴阳之精华相遇的那个事件。即使是这样，生命也是从创伤开始的，因为生产对母体和胎儿都是巨大的创伤，子宫壁上的创面、婴儿腹部上的伤疤和殷红的鲜血就是明证。某些心理学派用特殊的方法可以让人回忆起出生时经过狭窄产道的挤压感和恐惧感，这更是纯粹的心理的创伤了。

这还仅仅是开始。从子宫温暖、安全的环境中来到这个冷暖不定、灾祸莫测的世界上，创伤简直就是家常便饭。成长的每一步都是由创伤伴随的。或者说，没有创伤就不会有成长。

生命从创伤开始，也会以创伤结束。在肉体的生命的灰烬上，精神的生命也化为一缕青烟而去，世界又回到了没有这一生命出现过的从前；当然也不完全是这样，这一生命也许并没有真正离去，因为他或者她至少部分地会以创伤的形式永远地留在亲友的心中。

与成长伴随的心理的创伤是不可避免的。这是人类的命运，是所有想以生命的形式在这个世界上走上一遭的所有的生物的共同命运。这些创伤本身不一定会制造疾病，我们甚至可以说，经历这些创伤还是形成健康心灵的必要条件。无法想像，完全没有经历创伤的生命会是多么地幼稚、软弱和变态。

但还有一些创伤却是应该被消除和避免的。因为那些创伤会制造疾

病。比如人格上不成熟的父母无意中对孩子的伤害，这样的伤害会在家族的系列中制造一代又一代的不幸；还比如不恰当的社会规则对个体的伤害，这样的伤害直接制造了集体的悲剧。生命本身注定的创伤倒也罢了，命运之外的额外创伤竟然可以更加地无情和惨烈，直教人生不如死甚至不如不生。

能够减少和修复人类命运之外的创伤的良方有很多，其中最重要的一种就是知识，关于创伤的知识，或者说关于在创伤中成长的知识，或者说关于减少创伤的不良后果的知识，说到底，是关于爱的知识。因为真正的爱不仅不会制造创伤，而且还是疗伤的妙药。爱的知识会教会我们如何去爱。

这本《创伤心理学》的教科书，是施琪嘉、童慧琦与其他参编人员怀着博大的悲天悯人的情怀编写而成的。编书的艰辛本身就可以是创伤，更何况是编创伤的书。在书写了如此之多的关于创伤的文字之后，编写者的心灵该会有很多的成长吧。

而读这本书的人呢？相信读这本书的人会是以人的心灵为工作对象的人。读完之后，他们该会更懂得如何保护和修复一颗颗破碎的心灵。

我是在电脑上读完这本书的电子文档的。读完之后我关掉了Word编辑器的窗口，露出了台式电脑的桌面。桌面上是一幅童话般美丽的图画，整个画面白雪皑皑，一个少女身着冬装，牵着一只狗向前走着，在她们身后的雪地上，留下了两串如创伤般刺眼的深深的脚印。

大自然制造的季节在给我们启示：既然创伤不可避免，那就把它们留在身后。读这本《创伤心理学》，我们就有可能把创伤留在书中提到的理论和操作之后。

是为序。

中国精神分析学组秘书长
曾奇峰
2005年冬于武汉

序　三

《创伤心理学》要出版的时候，正值我在旧金山军人医疗中心（San Francisco Veteran's Medical Center，SFVMC）培训1年结束。于是跟主编提出想写篇序，谈谈这一年里做创伤工作的感触。感触很多，主要从两方面谈：一是做为治疗师的体验；二是对中国开展创伤工作的一点思考。

1．治疗师的体验

在SFVAMC一年，都在PTSD临床小组里做PTSD的诊断，评估，个人治疗及小组治疗。这一年，是我进入临床心理学学习的4年里，对我身心影响最大的一年。回头望一望，觉得仿佛从一场大病中走出来。而这场病，既有一般疾病的通性，又不同于一般的疾病。

做创伤工作是个高强度的工作。接触的患者，从上了80岁的二战老兵，到20刚出头从伊拉克回来的还有可能被重新送去伊拉克的年轻人，他们或是有跟战争相关的创伤（War－related trauma）；或是有军中的性创伤（Military sexual trauma），男士兵比女士兵多。又因为我是整个临床小组里惟一的亚裔，也看了好几例华裔和菲裔的老兵。只有一类患者我回避，那就是参加过朝鲜战争的老兵。

刚开始的3个月里，当做完一天的评估或治疗，从医院回到家，直觉得心神很涣散，有大伤元气之感。我必须在四周安静下来后，静坐，渐渐地觉得涣散的心神开始收敛，又回到了自己的中心。

随着工作进展，跟患者的工作联盟建立，患者的回避症状减轻，愿意谈一点跟创伤相关的事情了，于是出现了第二个问题，患者描述的种种，开始进入我的梦境。我开始做枪林弹雨的梦，在梦中感受患者所描述的那份惊恐和无助。这个时候，我希望这一年的培训早点结束。好在，我们一共有4个学生，大家都做着相似的梦，于是我们在接受督导，个人治疗外，4个人之间讨论自己的梦，做起了同侪之间的督导或咨询。PTSD临床小组还专门安排了一个“如何照顾好自己”的讲座，帮助我们度过这个时期。

后6个月的工作变得顺利了。督导老师更明确地说，学生们接手的治疗患者，都是他们认为很难的病例，因为他们相信新治疗师比较愿意尝试新的办法，尽一切的努力，很可能有出奇不意的效果。

治疗都是综合性的，一般的治疗都是帮助患者掌握了放松技巧后，做暴露治疗；而症状减轻后，根据对患者的评估（如患者应对压力的方式，患者的阻抗等），决定是继续结构式的治疗，如认知行为治疗；还是加进其他的治疗，譬如时限动力性心理治疗（Time – limited dynamic therapy，TLDP）。年轻的士兵们因在战场上与死亡直接面对，或者二战士兵面临生命的最后阶段，会有很多有关生命意义的探讨，所以存在主义心理治疗也用得上。面对遭受性暴力的女兵，又有男女两性方面的问题，女性主义心理治疗的一些治疗也很用得上。当然我跟患者在种族文化等方面不同，以及语言上的口音，这些差异同时是挑战也是机遇。患者们很乐意为我解释我不明白的美国习惯用语或是军中常用的术语，他们也很爱听我跟他们讲中国的成语故事，禅中的公案，或是《道德经》中的一些话。他们也很好奇我为什么要做这项工作，我多大年龄，我总是如实作答，我很喜欢 Dr. Yalom 的话："患者和治疗师是同行者"。我知道患者有了解治疗师的权利，也知道在治疗室里谦逊、真诚为人的重要。在最后一次越战小组治疗中，我感恩能够有机会，得以了解他们对越战的看法，他们所遭受的身心两方面的痛苦，并成为他们创伤恢复之途的一部分。

最后一天，离开办公室前，是将所有的笔记，所有的预约安排扔进上了锁的"保密纸"回收箱里，既是为了保密，也是为了"放下"——这些笔记已经不重要了，一切都可以从我身心穿过，留下的已然留下，过去的过去了。

仿佛大病痊愈，精力格外旺盛。尼采说：凡没有将我们打败的，使我们强大。

2. 对中国创伤工作的一点思考

自然或人为的灾难可以给人的心灵带来强烈而持久的影响，PTSD 就是其中之一。自 1980 年，PTSD 进入 DSM – Ⅲ以来，在诊断、治疗和研究三方面都得到了很大的发展。

近几年来，创伤的干预与研究也加入了“全球化”的行列。在中国，创伤的干预与研究正起步之时，已经有了不少国际性的参予。北京有3年的EMDR培训，各大会议也邀请欧美的创伤专家作专题报告，国内的同行也已经走出国门，到美国等地接受与PTSD相关的进修。

在此，想对中国的创伤工作谈一点想法。

(1) 创伤领域是一个充满争议的领域。对PTSD的诊断依旧有争议，譬如诊断标准A中对创伤性事件的理解；在美国，对PTSD治疗的争议更是激烈。尤其是一些具有“品牌性质”的治疗，譬如EMDR。对EMDR的争议集中在“眼动”究竟在治疗中是否起作用。因为EMDR发展至今已经是个综合性的治疗了，当中有暴露，有认知加工，也有非特异性的因素，譬如治疗关系，提供安全感等。发现EMDR有效，当不足为惊奇。从实际的角度来说，在工具很少的现在，应该好好应用EMDR这个工具。与此同时，可以对其疗效进行以及哪些组份在起效等作研究。

(2) PTSD的概念，强调的是人类的脆弱性而非坚韧性。其实，人类的历史可以说是一部人类的创伤史，而我们必须知道的事实是，在每次创伤性事件之后，大多数的人都没有得PTSD。研究提示为孩童提供一个没有暴力的成长环境，以及接受教育都将提高人面对灾难性事件的坚韧性。同时，“创伤后成长”(post - traumatic growth) 一概念也正在创伤研究中得到越来越多关注。这跟中国人的在“逆境中奋进或成长”极其相似。

(3) 心理治疗师的作用。哈佛的McNally在《回应灾难》一书的序言中，曾有很动人的言语：心理学家应该努力强化（社区中）原有的支持系统，而不是去取代它。灾难性事件是人类生存的一部分，在“创伤学运动”开始之前，各种文化、各种社区的人们发展出了应对灾难性事件的方法。在灾难工作中，心理学家应该成为一个无形的协助者 (facilitator)，在灾难后的心理重建过程中，默默地在幕后工作。中国极其需要一支了解社区、能够为社区尤其对老人孩子以及弱势人群提供心理援肋 (Psychological first aid) 工作的队伍。

(4) 重视中国文化中对一些创伤的理解。我常跟美国同事说，我们中国人有“大难不死，必有后福”之言，这样的一种信念，对创伤的体

验和恢复究竟会有什么影响？又如对精神疾病（包括 PTSD）的解释模式，对 PTSD 的恢复也有很重要的影响，譬如是否觉得这是上天的惩罚，是“上辈子作了孽”，等等。同样，在个体层面上，每个人对创伤的理解及一些信念在对创伤性事件的体验和恢复中，有着很重要的意义。

（5）PTSD 的研究。湖南李凌江、武汉施琪嘉等的研究小组对 PTSD 作了出色的神经影像学方面的研究。在心理治疗的疗效方面的研究也应该跟上，而且如果要有本土的治疗方法对中国人的创伤有效则更令人鼓舞。

最后想说的是，这本《创伤心理学》理论充沛，兼顾介绍治疗，值得对创伤工作感兴趣者一读。同时还希望将来能有一本它的姊妹书，更详细地介绍创伤工作中的治疗技术。

美国太平洋心理学研究生院
童慧琦
2006 年 6 月

前　言

不久前，我曾在四川大学作为期3天的创伤心理治疗的培训，在最后一天，大家都急切地等待我给大家作演示。此前，在成都有多个学员参加过一些“操作性”极强的培训，按他们的想法，创伤治疗尤其应该如此——有“出手就能见效”的绝招！对前2天的理论培训，一些学员既迷惑、又怀疑，迫不及待地等待老师抖露出他的“葵花宝典”。一个有丧亲经历的学员主动请缨，要求作为来访者接受创伤治疗。我先请大家停止录像、照相、录音，要求大家不要把听到的内容作为饭后茶余的谈资。我再请她到前台，握手互相介绍，安排她坐定，问她是否坐得舒服，夸她在这多人面前作出这种不容易的、十分有勇气的决定——与他人分享自己的秘密和痛苦。不过，我指出，鉴于我讲完课即将离开成都，所以，如果当天我对她的创伤处理进一步诱发了她的痛苦，她有什么样的途径可以联系到我或在成都的专家。接下来，我们进行了本书（第八章）所描述的EMDR治疗。

演示结束后，在反馈时，她说最让她感到安全和可以放松的印象为治疗师神闲气定的姿态和对她事先所作的解释。

本书虽然介绍了创伤治疗的一些具体操作方法（EMDR、创伤的暴露治疗等），但却在书的前面章节不厌其烦地介绍创伤治疗的历史和一些理论基础。近年来创伤研究的进展显示，这些理论在很大程度上帮助我们了解了创伤形成的不同过程以及我们为何要采取不同的治疗方式，特别是强调稳定化的重要性。2006年5月，在杭州举办的中国心理咨询与心理治疗年会上，应邀而来的著名国际创伤治疗专家施奈德教授（Schnyder）报告了一个有趣的结果，即用不用EMDR的治疗方法在疗效上都没有什么差别。过去3年在北京大学举办的EMDR连续培训项目上，在开始EMDR的技巧训练之前，老师在课程的设置上实际安排了很多其他理论和技术的铺垫（如神经生物学基础、治疗师的自我保健）。这和我在前面所描述的情景以及我想通过此书表达的宗旨有关，即创伤治疗的

疗效主要发生于建立关系的过程之中。

就前面提到的情景以及本人多年来在国内的培训经验来看，心理治疗师有迫切地学以致用、想学几手克敌制胜的新招、绝招的念头完全不奇怪，在我国，有很多人存在着“急功近利”的理念并将之带到创伤治疗中来，总想“创造奇迹”，试图通过某几句“箴言”、某几个奇特的动作获得立竿见影的疗效。这些行为要不是急于摆脱自己无助的心态，就是想通过印证一种理论的正确、证明自己的技巧高明来扮演救世主的角色，而这常常使治疗陷于“二次创伤”的境地，甚至使自己也深陷其中，遭到重创！

创伤治疗师首先不是一个身怀绝技的武功高手，也非一个充满激情、想去说服受害者接受救赎的牧师，他（她）首先应该是一个有着人类最基本功能——悲天悯人，并能去表现之的普通人！他（她）其实就是一个能够接纳一切、适当关怀、提供支持的父母。

董桥曾经描述过一个有留学经验、学富五车、饱经沧桑的朋友归隐田园后的感叹，说他能够内心很平静、很满足地做一介简单的农夫，每天看日升日落，只是……他为自己的儿子感到悲哀——为儿子没有自己那样丰富、有磨难的经历而感到悲哀。

创伤治疗师所扮演的父母角色既是普通父母的角色，也是“专业”父母的角色，他（她）还具备角色转换的功能，既是适宜、理解、敏感的父母，又可在合适的时机变成老师、心理治疗师。更重要的还在于，他（她）对自己可能受到的创伤具备修复的能力。故在本书中还特别在两处提到治疗师的自我保健问题（“能承受负担的治疗师”，“危机干预者的过劳问题”）。

最后，笔者想阐明一个观点就是：没有创伤，就没有成熟；没有处理创伤的能力，就不会真正地长大成人。

望本书能够还原您的作为人的基本功能，能够先对自己的情绪、身体有贴身的体验。这样，您才可能是一名心理治疗师、创伤心理治疗师！

本书 EMDR 部分取自北京大学心理系钱铭怡教授和方新博士组织、盛晓春博士主译受欧洲人类救助计划（HAP）资助举办的心理创伤治疗

连续培训项目的部分内容，在此表示感谢。

本书承蒙德国哥廷根大学（Gsttingen）创伤心理治疗病房主任乌里希萨克舍教授（Ulrich Sachsse）提供具体帮助。北京精神卫生中心吕秋云教授审阅，并提出修改意见，在此表示感谢。本书第十章引用欧洲HAP负责人Joany Spierings及WHO综合医院通科医生培训项目负责人Linda Gask以及北京精神研究卫生研究所汪向东、马弘、吕秋云教授的文章，在此一并致谢。

武汉市心理医院

施琪嘉

2006年6月28日于武汉

中国高等医学教育学会医学心理学教育分会
全国中医药高等教育学会中医心理学教学研究会 推荐用书

全国高等医学院校应用心理学教材与教学参考丛书

主　编　顾瑜琦　胡佩诚

应用心理学教材

1.医用基础心理学　主编　张　颖　顾瑜琦
2.生理心理学　主编　徐　斌
3.社会心理学　主编　王有权
4.实验心理学　主编　游旭群
5.神经心理学　主编　静　进
6.人格心理学　主编　古茂盛
7.创造心理学　主编　刘克俭　张　颖　王　生
8.发展心理学　主编　孟　莉　徐建平
9.健康心理学　主编　顾瑜琦　张　颖
10.职业心理学　主编　刘克俭　顾瑜琦
11.女性心理学　主编　巴莺乔　洪　炜
12.创伤心理学　主编　施琪嘉
13.变态心理学　主编　刘新民
14.护理心理学　主编　王　颖　张银玲
15.心理咨询学　主编　樊富珉
16.心理生理障碍——心身疾病　主编　徐　斌　吴爱勤
17.实用心理测验　主编　解亚宁　戴晓阳
18.心理治疗　主编　胡佩诚
19.中医心理学　主编　杜文东
20.军事医学心理学　主编　苗丹民　王家同

教学参考丛书

1.英汉汉英心理学词汇实用手册　主编　张　颖　刘克俭
2.催眠术——理论与临床　主编　蔡雄鑫
3.国家心理治疗师考试学习纲要与习题集　主编　吴均林　顾瑜琦
4.国家心理咨询师考试复习题解集　主编　岳文浩
5.<医学心理学考试题解集>国家助理执业医师资格考试应试参考用书(供临床助理医师、公卫、口腔助理医师用)　主编　岳文浩　潘　芳
6.<医学心理学考试题解集>国家执业医师资格考试应试参考用书(供临床医师、公卫、口腔医师用)　主编　岳文浩　潘　芳

目　录

第一章　心理创伤研究的历史……（1）
一、从“脊髓通路(railway spine)”到创伤性癔症……（1）
二、创伤与诈病、撒谎和性虐待……（2）
三、脑变性病……（4）
四、性创伤……（4）
五、第一次世界大战以及其他灾难……（5）
六、人类心灵无止境的承受能力……（7）
七、在创伤后应激障碍的路上……（8）
第二章　心理创伤的定义……（10）
一、一般定义……（10）
二、不同的疾病分类系统在创伤障碍方面的不同定义……（10）
（一）ICD－10 有关创伤的定义 ……（11）
（二）DSM－Ⅳ有关创伤的内容 ……（15）
（三）CCMD－3 有关创伤的内容 ……（16）
三、关于创伤在三个不同的分类系统标准间的比较与确定诊断过程中的一些问题
……（18）
（一）ASD 与 PTSD ……（18）
（二）适应障碍与 PTSD ……（19）
（三）创伤性事件的标准 ……（21）
（四）症状和精神检查 ……（22）
（五）创伤过程的时段性诊断——Ⅰ/Ⅱ型创伤与 DESNOS（严重应激障碍——未特定型） ……（25）
（六）创伤诊断和治疗过程中的注意事项 ……（31）
第三章　特殊意识状态——分离状态……（32）
一、理解分离所需的相关基本概念……（33）
（一）意识和意识改变状态 ……（33）
（二）记忆、遗忘、遗忘症 ……（35）
（三）自我同一性、同一性障碍 ……（35）
（四）个人的同一性意识 ……（36）
二、有关分离研究的历史……（36）

三、有关分离的症状学理解……（39）
四、分离性障碍的诊断……（40）
（一）诊断标准和症状评定要点 ……（40）
（二）量表评定 ……（41）
（三）初始访谈中应了解的问题 ……（41）
五、目前分离研究中的热点问题……（42）
第四章　创伤的精神分析理解……（45）
一、真实创伤与幻想……（45）
二、弗洛伊德关于创伤研究的3个阶段……（46）
三、认同与病理性创伤……（47）
四、情感剥夺的体验与创伤……（47）
第五章　心理创伤的神经生物学机制……（49）
一、与创伤所致记忆障碍相关的大脑结构……（49）
（一）陈述性记忆与隐性记忆 ……（49）
（二）冷、热整合系统 ……（50）
（三）长时程突触增强 ……（50）
二、创伤导致的神经内分泌改变——下丘脑－垂体－肾上腺轴系统与创伤……（51）
三、创伤后的神经影像学的改变……（52）
四、创伤的躯体反应过程——疼痛……（55）
（一）精神分析关于疼痛的理解 ……（56）
（二）心理社会因素对疼痛的调整 ……（57）
第六章　创伤治疗的准备……（58）
一、创伤合成与整合……（58）
二、创伤治疗过程中的要素……（59）
（一）正性信息传递——在回忆中反复证实和强化现实 ……（59）
（二）稳定化：情感耐受性训练 ……（59）
（三）停止 ……（68）
（四）共情性陪伴 ……（69）
（五）调节呼吸 ……（69）
（六）释放疼痛 ……（70）
（七）身体接触 ……（70）
（八）见证人及治疗师的性别 ……（71）
（九）安慰 ……（71）
（十）能承受负担的治疗师 ……（71）
三、创伤暴露的技巧……（73）
（一）远程控制训练——遥控器技术 ……（73）

（二）屏幕技术（screen technic）……（73）
第七章　创伤后应激障碍的暴露疗法……（76）
一、暴露疗法（exposure therapy）……（76）
二、理论（theory）……（76）
三、实证文献（empirical literature on exposure therapy）……（77）
四、技术描述（description of techniques）……（77）
（一）想像性暴露（imaginal exposure）……（77）
（二）实际的暴露（live exposure）……（78）
五、临床指南（clinical guidelines）……（78）
第八章　眼动脱敏再处理……（80）
一、精神创伤治疗学基础……（81）
（一）可靠的治疗关系……（81）
（二）分阶段治疗……（84）
二、治疗具体步骤……（85）
（一）阶段 1：采集一般病史和制定计划……（85）
（二）阶段 2：帮助患者稳定（情绪）和进行必要的准备……（86）
（三）阶段 3：采集创伤病史……（86）
（四）阶段 4：脱敏和重新经历……（91）
（五）阶段 5：巩固维持……（91）
（六）阶段 6：躯体测验……（91）
（七）阶段 7：结束……（91）
（八）阶段 8：反馈意见……（92）
三、EMDR 准入标准（草案）……（92）
第九章　儿童时期的创伤及其处理……（94）
一、儿童创伤的心理基础……（94）
（一）神经生理学模式……（94）
（二）发展心理学模式……（94）
（三）深层心理学模式……（96）
（四）行为生物学/人类学模式……（96）
二、重要的创伤因素……（97）
三、儿童心理创伤的临床表现及动力性理解……（97）
四、儿童性虐待及其治疗……（98）
（一）概念……（98）
（二）儿童性虐待在普通人群中的发生率……（99）
（三）儿童性虐待对受害者心理活动的影响……（99）
（四）影响儿童性虐待后果的因素……（106）

（五）儿童性虐待的心理学解释 …… （107）
（六）儿童性虐待受害者的治疗 …… （107）
（七）儿童性虐待侵犯者的治疗 …… （114）
第十章　创伤与危机干预 …… （120）
一、相关的概念和理论 …… （120）
二、公共环境中的危机处理 …… （121）
（一）我国重大灾难事件的相关干预与研究 …… （121）
（二）有关危机反应的理解 …… （123）
（三）危机干预的处理步骤 …… （125）
三、自杀的处理 …… （126）
（一）定义及分类 …… （126）
（二）对自杀的认识误区 …… （127）
（三）自杀的处理 …… （128）
四、有关危机干预工作者的过劳问题 …… （129）
五、危机干预的发展现状 …… （130）
附录一　分离性体验问卷（DES－Ⅱ） …… （134）
附录二　同感创伤自我测验量表 …… （137）
附录三　生活事件冲击量表修订版（ISE－R） …… （141）
参考文献 …… （145）

第一章　心理创伤研究的历史

本书中所讲创伤（trauma）特指能产生严重心理反应的危及生命的重大事件，但近年来的研究表明，那些早年来自照料者的照顾方式的不当，如对孩子生活特别是情感上的疏忽、早期的分离也可导致发育过程中思维、行为异常，在心理创伤史的发展过程中就涉及人们对创伤概念的理解，即创伤是如何从外部的、真实的躯体创伤向内部的、幻想的精神方面转换的。我们就从心理创伤的发展历史开始讲起。

1896年5月14日，《维也纳临床周刊》在其九年进程的第20期的420页写到：神经精神病协会主席埃宾（Hofrath V. Krafft Ebing）于1896年4月21日在维也纳召开会议，秘书斯塔林格博士（Starlinger）描述那晚的第三场报告时说，弗洛伊德（Sigmund Freud）教授关于癔症病因学的报告不同凡响、打破常规，但缺少总结和讨论。关于这场报告的惟一反馈来自弗洛伊德自己，在他报告后的第五天，即1896年4月26日，弗洛伊德给其密友弗利斯（Wilhelm Flies）写信提到："关于癔症病因学的报告在精神协会的会议上受到了冷遇，埃宾只给予了奇特的评论，说它的成功将会是个科学童话……。"

癔症病因的发现很快将弗洛伊德推入到社会舆论的漩涡之中。1896年4月4日，在与弗利斯的书信中，他这样写到："你早就知道，我是个固执的人。现在，到处都是诋毁我的言论，难道周围的人都要孤立我吗?"弗洛伊德不听朋友的劝告，仍坚持在1896年的5月6日的《维也纳临床展望》第22期26期中发表了他的报告（1896，1952；439页）："我坚持我的主张，以每个癔症患者的情况为基础可以发现——通过分析可以重现，尽管相隔十年——这些人在早期的时候都有一次或多次的性经历。"

弗洛伊德的报告和他将癔症病因归结为儿童所受到的性创伤（后来他意识到该论断没有足够的现实基础，将其修改为对性创伤的幻想，而非性创伤本身），这在今天被视为精神创伤的起源，即精神方面的症状可能代表着创伤性经历的结果。其实，在弗洛伊德之前就已经有人提出过这种说法。早在18世纪中期，一些学者曾对癔病"是躯体疾病还是心灵的创伤"、"是器质性疾病还是诈病"等命题进行过讨论。

一、从"脊髓通路（railway spine）"到创伤性癔症

神经病学的进展发现了创伤的神经生理学特点。马迪博士（Maty）于1766年描述了一个交通事故的罗达特个案（Count de Lordat）：5年前，罗达特被一辆旧式的汽车撞伤，刚开始几乎没有什么不适。6个月后，罗达特出现言语障碍，并伴左前臂运动的减弱。1765年3月，也就是车祸后的第四年罗达特因病去世。去世时罗达特患有严重的抑郁，丧失了说话能力。其脑部的尸检显示，在软脑膜下有血液和淋巴积液、延髓髓质扩大、脊髓神经被膜变硬。英国的学者如阿倍克隆比（Abercrombie，1828）、布罗迪爵士（Sir Benjamin Brodie，1837）及斯密（Syme，1862）认为：

脊髓的休克性创伤会导致髓质变软或者脊髓神经功能的丧失。美国学者里德尔（Lidell，1864）及波耶尔（Franzose Boyer，1814）却认为，脊髓神经是基于机体的某种改变而丧失了其功能。

1882 年，伦敦大学医学院的外科教授约翰·埃里克逊（John Eric Erichsen）以“脊髓震荡”为标题的书在当时产生了很大的影响。这本书汇集了他在 1866 年的 6 次讲座及 1875 年的 8 次讲座内容。也在这一年里，医学界对脊髓通路产生了特别的兴趣。

1830 年 9 月 15 日，利物浦到曼切斯特的铁路开通，第一天就发生了一起事故。随着铁路网不断地扩展，交通事故也在不断地增加。埃里克逊对事故罹难者进行了深入研究，他发现由于撞伤后强烈的脊髓刺激，在罹难者中有 14 个人罹患慢性脊髓炎，而且炎症蔓延至脑膜，并有分子结构的改变。于是，克莱芬齐（Clevenger，1889）后来以“埃里克逊病”来命名“脊髓震荡”，托勒忒（de la Tourette）称其工作为“该混乱领域的终结符”。

然而，1885 年，伦敦及西北公司的外科医生海伯特·佩奇（ Herbert Page）提出了与之相反的观点。他发现，在 150 例火车意外事故和幸存者出现了不伴躯体改变的紧张症状，即创伤性癔症。在他看来，癔症和神经衰弱有着类似性。托勒忒则认为，经历过创伤的人有着类似于被催眠时的心理状态。他阐述了一个“癔症性缄默症”的案例，这个案例也曾经被库斯毛尔（Kussmaul）描述过。一位女患者在 13 岁时被车撞伤，当时只有轻度的皮肤损伤，但她却丧失了语言功能。在随后的 13 个月内，对她做了所有可能做的检查，但没有找到原因。有一天，她靠在她妈妈的怀里，轻声地说：“妈妈，我想说话了”。她就这样奇妙地康复了。

今天，我们常作“急性创伤后抑郁”的诊断，这一诊断来源于查尔斯·狄更斯（Charles Dickens）的经典描述。1865 年 6 月 9 日，肯特发生火车意外事故，狄更斯作为当事人，4 天后他给托马斯·米勒（Thomas Miller）写信，描述了他抑郁的感受。

绍尔（Shaw，1870）和克拉克（Le Gros Clark，1870）支持佩奇关于事故结果的心理现象的假说。普特纳（Putnam，1881）也同意他的观点。《波士顿医学和手术周刊》在 1881 到 1883 间，发表了很多有关这一主题的文章。瓦尔通（Walton，1883）建议不仅仅要讲“脊髓通路”，还要提“脑通路”，要将中枢神经损伤和心理改变的联系考虑进来。

1884 年，德国社会事故保险项目出台，它促进了神经科医生对事故后果的评估。神经病学家奥本海姆（Hermann Oppenheim）认为，在“事故神经症患者”中，心理上的“休克”起了很重要的作用，这一观点促进了对“创伤性神经症”概念的理解。不过，奥本海姆的理解为：心理改变为中枢神经系统强烈震荡的结果。格利辛格（Griesinger）则推测，事故震荡和休克的经历可以导致中枢神经系统分子水平的紊乱以及尚未知的脑部改变。格利辛格因反对精神病伦理学家的重要理论而被大家所认识。他强调，“大脑每次都要忍受心理疾病的痛苦，并且这种痛苦在每次的事故中都会出现”。因此，“每个脑部疾病首先都要认识到它是一种心理疾病”。格利辛格从整体出发来考虑这些问题，他提出的一些重要的论点现在仍适用，如“将内心世界作为一个完整的整体”，“人是躯体和心灵的统一体”。

二、创伤与诈病、撒谎和性虐待

舒尔茨（Schutze，1889）和席林格米勒（Seeligmueller，1908）均认为，器官和神经心理的发生只是提供了心理发生的特殊形式。他们推测，许多所谓的创伤性神经症往往仅仅只是伪装，旨

在获得保险赔偿。“这很难令多数人赞同”（de la Tourette，1894）。齐恩（Ziehen，1911）提出，在每一次的创伤中“除机械因素外，休克性的心理因素也会参与反应……会产生慢性的情感障碍。患者会担心事故的后果，并且会卷入金钱斗争中。”根据癔症的病因学，克莱丕林（Kraepelin，1915，1657）指出，可以证明“事件中70%到80%的人患有抑郁症”，特别的是“在这其中，33.4%患者的双亲也有抑郁症史”。此外他还写到：“在导致内在罹难者心理疾病的多种原因中，战争是很特殊的一种……其原因可能是，由于在长久的危害中，患者受到了直指人心的持续的不安刺激……”。

在英国开始的事故性创伤致病的讨论，后来扩展到了美国和德国。在法国，人们也可找到关于儿童虐待和儿童性虐待（乱伦）的争论。塔迪欧（Ambroise Auguste Tardieu）是法国巴黎大学的法医学教授、医学系主任和《医学技术》的主编，他于1860年在《公共卫生和法医年史》上的一篇文章中提到虐待儿童和不当治疗的法医学课题。塔迪欧通过评定发现，儿童——通常是单亲家庭的孩子，常受到残酷的折磨和性虐待，尽管这样的虐待并非致死性的。他曾在1857年到1878年间6次出版《关于奸淫的法医学研究》，并在书中指出，在1858～1869年间，法国有11576人因强奸或强奸未遂而被控告，其中，9125例是针对儿童特别是小女孩的犯罪，但他的研究没有获得其他人的支持，基本上没有专业文献引用他的研究结果。

塔迪欧未将癔症与现实的创伤联系起来，他认为癔症女性有着同样的性格特征：“天生的伪装、无休止撒谎的兴趣，这并非是个人爱好，她们仅仅是为了撒谎而撒谎”。无论是塔迪欧的哪种观点，托勒忒均持反对意见，他说：“大家都知道，这种文章对人们理解癔症的概念带来了多么不好的影响。尽管只有一篇文章将癔症患者描述成有不正常的意识，世人却都知道了……”。

开始，塔迪欧的理论影响了一些人，如里昂大学法医学系的教授亚历山大·拉卡萨齐（Alexandre Lacassagne）、里昂大学法律系的教授加罗奥德（Garraud）及学生本纳尔德（Bernard）。本纳尔德在他的书《对小女孩的猥亵罪》（1886）中指出：在法国，从1827年到1870年，有36176例对15岁以下的孩子犯下的猥亵罪，而对成人的强奸罪只有9653例。

布罗亚德尔（Paul Camille Hippoyte Brouardel）是一位助教，一直追随塔迪欧。在巴黎，通过对患者的细心观察，他积累了很多资料，而且每周要对医学院的学生进行3次公开的演讲。在此基础上，他撰写了《猥亵罪》这本书。不过，该书在他去世以后才发表（1909）。另外，他还写了很多关于乱伦和因性交易而被杀害的儿童案例。他也认为被性骚扰的年轻女孩的证词没有价值，60%到80%关于儿童性骚扰的控告是没有根据的。1905年，他写了一篇关于幼儿撒谎的文章。与此同时，他还发现一些被强暴过的癔症女性的陈述带有性幻想的成分。她们常常歇斯底里发作，往往有撒谎史，而且喜欢撒谎。

他的这些观点受到另外一些学者的影响。福尼尔（Fournier）在1880年的一次“医学技术”的会议上就曾作过题为“儿童性骚扰的伪装”的报告。托勒忒也曾用一个有癔症家族史的个案描述伪装和谎语幻想症（Weygandt，1909），这一观点成了布罗亚尔德（Brouardel）书中的主要命题。1882年，波尔丁（Claude Etienne Bourdin）发表了一篇“撒谎的小孩”的文章。5年之后（1887年），莫泰特（Motet）在“法庭上小孩的错误证词”这篇文章中对波尔丁的观点给予了支持。

这并非某个人的观点，让内（Janet）认为，这类患者所说的一般离事实很远。让内说：“癔

症患者和以上提到的人总在不断地撒谎，重复他们的说法，没有一次让你找到事实真相……但是我想他们所撒的谎并不会比我们所习惯的撒谎更多。15 个人中我只发现一个，该患者因长期撒谎而引人注目。她的这种性格对她而言就是事实，我们的责任就是找到合理的解释……”

三、脑变性病

1885 年，弗洛伊德赴巴黎师从于当时欧洲的神经精神病学领头人沙可（Charcot），旁听了他的讲课。沙可，还有沙可的上级医师和以前的助手布罗亚尔德（Brouardel）及基尔（Gilles）将一位女患者诊断为“脊髓损伤继发扩散性可治愈癫痫”。今天，这会毫无疑问地被诊断为“创伤性癔症……可表现为从局部癫痫发作到跌倒发作”。后来，托勒忒（de la Tourette）这样形容沙可：“在他的讲座里总会同时介绍 5 到 6 个癔症患者，他的听众会听到：‘现在，请你们观察，我请求大家不要探询病源，也不要交头接耳，因为患者都在忍受着疾病和创伤的折磨’，随着演示的发展，创伤扮演了重要的地位……它会影响现有的遗传素质”。

沙可和精神科医生马格南（Valentin Magnan）合写了一篇“情绪颠倒和性欲反常”的文章，在这篇文章中他们引用了塔迪欧（Tardieu）的话。两个作者都推测，一些有奸淫犯罪倾向的男性与心理疾病之间有一定的联系。他们将这些反常的犯罪行为归结为“意识清醒的错误”，他们拥有完整的智力，而心智处于摇摆不定时必须以犯罪来补偿。沙可倾向于布罗亚尔德的理论，即女性癔症患者有撒谎倾向。

在 19 世纪 80 年代末期，投身于沙可关于癔症研究的人有法国神经病学家让内和奥地利的弗洛伊德，以及与弗洛伊德如父子般的朋友布罗伊尔（Mentor Josef Breuer），他们几乎得出同样的结论，其中，让内称为“分离”，而弗洛伊德和布罗伊尔则提到“意识分裂……就像是有两种意识”（1895，1952）。“这种分裂是为了克服难以忍受的性虐待的经历”（1940，1941）。

四、性创伤

约瑟夫·布罗伊尔（Josef Breuer）和弗洛伊德一起通过对女性癔症患者的治疗发展了精神分析技术。弗洛伊德运用催眠治疗这类患者时，在开始阶段能获得成功，但在持续的治疗过程中却无法获得满意的效果。布罗伊尔在其著名的女患者安娜·欧（Anna．O）及后来的女权主义者、社会工作者贝莎·帕本海姆女士（Bertha Pappenheim）身上应用了一种极端的治疗方法，他每天看患者一次，尽量少讲，在 1 个小时里仔细听患者讲了些什么。安娜·欧称此“谈话治疗”为“扫烟囱”，具有净化心灵和增强催眠的效果。

弗洛伊德在 1896 发表演讲后，一些他生活中的重大事件阻止了他的继续研究。先是受到大学冷淡的拒绝，之后他的父亲于 1896 年 10 月底去世，这给弗洛伊德带来了很大的创伤。1897 年夏，他开始尝试给自己做精神分析，包括分析自己的梦。1897 年 9 月，弗洛伊德明显地撤销了他的诱惑理论（Gay，1989；Krueller，1979；Krutzenbichler，1997；Miller1981），并且开始转向对婴儿性发展、内心幻想的力量和俄底浦斯情结的研究。

在进行治疗的过程中，弗洛伊德受到被强暴妇女的指责。她们认为他将她们的秘密昭之于众，侵犯了她们的权益。但女权主义研究者海曼（Judith L．Herman，1993）却对这些斥责持客观的看法：人类非凡的研究者会推动科学的不断发展，但同时也要为了自我价值而捍卫自己的发

现，短时间里新的发现当然会有不成熟之处。

与让内不同，弗洛伊德在自己的论文中表现出前后不一，往往有多种解释。众所周知，他字斟句酌地在他的《性学三论》中指出，诱惑理论和俄底浦斯情结之间并无矛盾，只是两者的分量不同。“最开始起作用的是诱惑，孩子被作为性的客体来对待，并在令人难忘的情况下认识到生殖器官所带来的快感，这让孩子在手淫时感到兴奋，并且以后逐渐被压抑。这种印象可以由成人或者别的孩子引出。我并不承认，我在 1896 年的论文‘癔症病因学’中给其意义过高的评价，但那时我还不知道，正常生活着的个体在童年时也可能有这样的经历。因此在性的构建和性发展中诱惑比其他因素有着更重要的意义。”

同年，弗洛伊德在“性在神经症病源中的角色之我见”中阐明，他过高地估计了“这些事件发生的频率”，承认癔症症状与小时候的性创伤之间没有直接的关联。在“性生活心理”（1912，1943）中，弗洛伊德认为，性诱惑的意义可以通过孩子的父母重新唤醒，至少可以觉察到。他在《自传》（Selbstdarstellung）中写到：“到今天我仍然不认为是我催化了患者具有诱惑性的性幻想”。我们可以看到，弗洛伊德把诱惑理论当成危险的理论，并将俄底浦斯情结视为从这个错误中得到的正确结论。

1933 年，弗洛伊德在《精神分析引论演讲的新进展》中就其患者“乱伦的经历只是单一的错误”的表述进行了讨论：必须认识到有些报道是不真实的（1932，1948）。同年，他催促费朗齐（Ferencz）不要保留、也不要发表他那篇题为“成人和小孩间的言语迷惘”的有关性虐待的稿件。弗洛伊德并不是害怕有关乱伦的病因学研究，而是担心这可能会激怒社会，而让人们反对尚稚嫩的精神分析法。伦敦的伊克斯尔（Exil）表示，不管如何，至少弗洛伊德在《精神分析导论》中有不一样的说法：“我们的注意力会被已知影响的作用所吸引，并不是每一个小孩都会遇到，尽管它广泛的存在，就像成人对小孩的猥亵……”在后来的工作中它发现，本能需要的不断发展和外界生活事件的发生对神经症的形成很有意义，“‘创伤’，特别是有着肯定因素的‘创伤’……正如外界的刺激一样，内心本能的需要也起到了作用。”

普瑞凯尔（Prekaer）认为，弗洛伊德引用了亚布拉罕（Abraham，1907）的名言，他将“在大多数情况下无意识的小孩也会受到性伤害的困扰，我们可以认为这是幼儿性活动的一种形式”作为“创伤病因问题的总的结语”。

直到 70 年代中期，申戈尔德（Leonard Shengold）的研究再次将儿童的性虐待所致创伤提到研究的重点上来。

五、第一次世界大战以及其他灾难

第一次世界大战在 1915～1916 年间导致了一种新的创伤性神经症，英国心理学家将之描述为“战壕神经症”，他们将其归结为，受到巨大的震惊，影响了脊髓的通路所致。这种神经症的出现还有其他的原因：在一战刚开始的时候，战争是以侵略和撤退为主的局部战争，后来渐渐发展成世界大战，战士们守在战壕里，缺乏足够的体力去作战，几乎一个星期就会出现一次物质供应的中断。在物质短缺的情况下，士兵一天的死亡人数比整个美国大桥战役中阵亡的人数还要多。当然，事实上这种物质的中断所带来的后果为：整整一代人直到二战时才出现巨大创伤。

1916 年，德国神经科医生在慕尼黑召开了战争会议，会上高普（Gaupp）和农勒（Nonne）将

战壕神经症归结为克莱丕林病的一种。英国的精神科医生耶南（Yealland）推荐了他在“战争所致的癔症性紊乱”（1918 年）一文中提到的治疗方法：药物治疗、惩罚和侮辱；对精神病症状如缄默或运动障碍则施以电击疗法。患病的士兵彼此都视其为道义性的残疾，而在体格上他们被看成是卑鄙的伪装者和懦夫。

一战结束后，处于危险之中的德国，战争神经症患者领养老金的要求也成了问题。在这种情况下，做出科学的诊断对于制定政治策略十分重要。从战争和交通事故所致神经症患者的统计学和生物学研究中，人们找到了易患病的因素，即曾经有过精神症状、伴有原始性冲动的人格障碍、性变态、反社会的行为方式、癔症特质等均为高发人群（Enke，1929）。这些人在患病前具有轻度神经症和智力发育不全的特征，有心理疾病家族史，以及许多的神经和精神方面的异常（Wagner，1932）。

莱夏特（Reichardt，1928，1932，1942）以是否有预后良好的代偿反应将交通事故所致的轻度神经症症状反应和精神症状反应区分开来。他认为，根本就不存在精神疾病，而是自然心理机制的强烈作用。舍莱特（Seelert，1915，1929，1933）认为，战争性神经症涉及道德败坏和存在不利遗传因素人群的异常反应，他们往往有自我接受和安全的需要。本豪菲等（Bonhoeffer & His，1926）发现，在事故神经症的患者中，无器质性疾病的人一般带有某种目的，如从保险公司、政府或被告那里获得巨大的物质满足。这样的愿望在有孤僻性格者、道德败坏者和轻度神经症患者那儿会得到放大。潘舍（Panse，1925）通过对病历的研究证明：事故神经症患者的精神障碍在其要求被拒绝后会马上重现。

1923 年，德国调整了战争赔偿的主要数目，其中一部分人顺利地得到了赔偿。1926 年 9 月 24 日，保险局出台了一项决议，即在以下情况下，事故不能作为伤者劳动力下降的主要原因：“保险人仅仅是表面上看起来患病，或多或少有下意识的愿望”，或者“事故发生的诱因中有当事人想患病的念头；由现有生活所困而希望得到事故赔偿；通过对赔偿方的不利影响而加强他们的责任”（Venzlaff 1958，5 页）。

反对心因反应障碍的争辩在单绍尔等（Dansauer & Shellworth，1939）的书中达到了巅峰，据理论研究，外界事件发生和内在心理后果之间根本就没有关系，因为原因－作用间的联系只在空间物质关系体系才被考虑。

除德国外，传统的观念仍在不断地发展，但几乎都没有什么结果。瑞士精神科医生斯蒂林（Eduard Stierlin，1909，1911）研究了意大利两次自然灾害的后果：1906 年矿井塌方和 1907 年的地震使美斯娜（Messina）城里 70000 居民成为了灾难的牺牲者。他发现，25％的幸存者患上了创伤后综合征症状：睡眠障碍、梦魇，或表现为精神症状。

在美国，著名的反战军官萨松（Sassoon）在 1917 年时变得具有“激惹性”。萨松曾在战争中因勇敢而获得勋章，并有专门为他而唱的战歌，后来他加入了和平主义者联盟（Fusell，1983）。他的一个战友说，萨松来到战争法庭，让他们对其进行精神病的治疗。神经生理学、心理学和人类发展学教授莱菲尔（W．H．R．Rivers）一直支持以精神分析法为主对这类疾病的治疗。他对萨松进行了一次“谈话治疗”，并获得成功，萨松公开撤销了他的和平宣言，并且重返军队——并非由于劝说，而是出于对战友的忠诚和对其孤独反抗的失望。在战争结束后，萨松在很长时间内都受到战争回忆的折磨。

1921～1922年间，年轻的美国精神科医生卡丁那（Abram Kardiner）在维也纳弗洛伊德那里完成了精神分析的学习。卡丁那在童年时代经历过许多的创伤，如贫穷、饥饿、堕落、家庭暴力和早年丧母，这样，他可以很好地对有着创伤经历的人们加以认同。回美国后，卡丁那在纽约荣军医院工作（Veterans Bureau），致力于战争神经症的治疗，50年来，他对创伤后应激障碍的激素等生理情况进行了研究。1941年，他出版了《战争所致的创伤性神经症》一书。在书中，他认为，“神经症的核心是生理神经症”。

在二战期间，卡丁那和斯皮格（Herbert Spiegel，1947）发展了针对战争神经症患者的治疗策略，这种方法在今天仍然很实用。受创伤的士兵在意识改变的状态下可以发现一个通向创伤记忆的入口，但是这种内心净化的经历不能单独起作用，它必须在谈话中通过工作整合到生活中来。格林克尔（Roy Grinker）和斯皮格（John Spiegel，1945）发展了类似的策略，他们引导患者以“麻醉理论”净化内心。他们的患者同样需要作为一个整体进行谈话。

对以战争单位为主的群体的研究表明，很多人患有创伤后应激障碍。精神科医生和精神分析师，如美国的美林格（Menninger）和英国的比昂（Bion）在对士兵进行集体治疗和建立治疗联盟的过程中积累了大量治疗经验。

1948年，曾颁布针对美国占领区的再赔偿法律。1956年7月29日，在经过了20年的准备后，在德国国庆日颁布了德国国家赔偿法。赔偿法是针对那些身体健康损伤的社会责任赔偿：“当受害者存在着躯体和精神方面的‘非不显著伤害（nicht unerheblich geschädigt）’时，公民可以要求赔偿”（Niederland，1980）。劳动能力下降25%以上就被认为是“非不显著伤害”。而这需要得到专业医生的鉴定。《再赔偿：针对牺牲者的小型战争》这本书就是因此而出版的。

六、人类心灵无止境的承受能力

单绍尔等（Dansauer & Shellworth，1939）的书及施耐德（Kurt Schneide，1946）的提纲都对德国的精神病学的理论构建产生了深远的影响。在施耐德看来，心灵休克和心理负担能诱发异常的生活反应，心理负担消退后一段时间内仍会有症状的持续，而针对持续的生活事件的反应会导致精神病性体质。身体素质足够好的人可以承受所有的心理负担而不会受到持续的伤害。维也纳精神科医生明确地阐述到：人类心灵的承受能力是无限的！1964年，精神分析师爱斯乐（Eissler）提出了一个让人痛苦的问题：“难道为了证明自己具有正常的体质，就要连儿童被残杀也要加以忍受吗?”

想要反对这种方式就需要有广泛的科学鉴定工作。葛亭（Goetting）的研究证明：不同年龄、不同性别、不同的家庭出身和不同人格构造的人会有相同的症状，他将此定义为“经历所致的人格改变（erlebnis bedingter Persönlichkeitswandel）”，临床表现包括人格被强制性转向冷漠、消极情绪状态、胆小害怕、失望和绝望、性感缺失和对创伤性事件的记忆增强。拜尔（Baeyer）在海德堡的研究发现了与科勒（Kolle，1958）和克鲁格（Klug，1958）一致的现象。其他国家的学者也得出类似的结论（Venzlaff，1995），明考夫斯基（Minkowski）在法国于1946年发现了“情感淡漠”，塔高夫纳（Targowla，1955）发现了因放逐而致的严重神经衰弱综合征；巴斯逖安（Bastiaans，1957）于荷兰描述了“创伤性身心虚弱状态”等，尽管他们在研究前并没有互相联系。

七、在创伤后应激障碍的路上

1961 年，在德国巴登－巴登的精神病学会议上，“经历所致的人格改变”的概念作为在长期压力下有疾病意义的有倾向性的心灵改变被接受。60 年代的美国，已经有许多著作、会议以及专题论文集的主题涉及巨大灾害后的结果。1963、1964 和 1965 年，在底特律和密西根会议的一篇论文“Wayne 国立大学的关于巨大心灵创伤的最后结果”启发了关于“急性精神分裂症发作可能是创伤所致的结果”的讨论。今天，人们已经获得共识：严重的创伤可以导致急性精神分裂症。

1965 年，军队精神科医生李富同（Lifton，1968）在底特律会议上展示了他的成果。他研究发现美国战争、朝鲜战争归来者均有脑衰退的表现。成立的老兵机构为老兵提供医院、家庭和门诊治疗，他们认识到，这些患者应该得到足够的治疗，同样，这些机构也为在战争中受到伤害的越南士兵送去经费。这项研究首次在《创伤与苏醒》中发表，后来出版的《创伤应激综合征国际手册》收集了来自全世界的 84 篇文章共 1011 页。书中描述了创伤性生活事件以其强度和急剧性给予主体刺激承受能力外的短时或稍长的过度负荷所引发的神经－生理－激素模式，在面对战争或恐慌的过度应激状态下，哺乳动物可以很快调动这种模式。

无助感是最糟糕的感觉，当动物处于“不可逃避的休克”状态时，不是战斗就是准备逃跑，生活充满危险。人处于身体和生活的危险中时，就会产生无助感。这种状况可在受创后持续 6～12 周，让受害者处于一种应激侵入状态和创伤状态，一方面会出现有“记忆闪回”（flash back），另外一方面，则出现警觉增高（hypervigilance）和回避现象（avoidance）。

几乎在同时，女权主义机构加强了对女性被施暴后果的研究。1975 年，美国心理健康学院的一个研究中心专门致力于妇女被强暴后果的研究，同时也关注家庭内暴力。社会学家鲁舍（Diana Russel，1986）对社会上存在的儿童性虐待进行了研究，其结果被在美国和德国的研究者所证实。海曼（Herman，1993）对父亲和女儿间的乱伦进行了研究，并总结到：“癔症是性别战争的战争神经症”。精神分析师申哥德（Shengold，1979）将对儿童的强暴和疏忽视为“灵魂谋杀”——与尼德兰所说的重大灾难后果一致。

对暴力牺牲者经历的研究显示，可以在他们身上找到精神病理体征和人格障碍。那么童年的创伤是否参与了其形成过程呢？这个问题是以前世界精神科医生和心理治疗的研究中心内容。在美国（Herman，1989）和德国（Dulz u. Schneider 1995，1996；Sachsse et al. 1997；Schneider u. Dulz 1993），人们将兴趣投向了边缘性人格障碍，这包括一个新的诊断群体“多重人格障碍/分离性人格障碍”（Dulz u. Lanzoni 1996；Huber 1995）。越来越多的研究显示，儿童期遭到暴力及性虐待和被严重抑制的小孩有着不同的后果（Egle et al. 1997；Hirsch 1987；Ramin 1993；Wirtz 1989），特别是在美国——并非对精神分析的藐视——对创伤经历的神经生物学改变进行了研究（Rauch et al. 1996；Stein et al. 1994；van der Kolk et al. 1997）。特别重要的冲击来自研究“人造疾病（Artifizielle Erkrankung）”的工作小组 DKPM，由 Eckhardt，Freyberger，Gast，Gieler，Hirsch，Nordmeyer，Paar，Plassmann，Sachsse 和 Willenberg 组成（Hirsch 1989；Plassmann 1994；Sachsse 1994，1996）。

世界卫生组织所属中的 ICD－10（国际疾病分类）系统一直不承认边缘性人格障碍的创伤病因学，该障碍特征被理解为人格障碍，常表现为“重度弥散而不连续的关系模式”。边缘性人格

障碍的诊断在 ICD－10 中并没有被接受，理由为创伤后应激障碍（PTSD）可以在长期的接触过程中患病，也会有持续的人格改变，按照 ICD－10，创伤致病至少有六个月的潜伏期。家庭乱伦和虐待均可导致创伤后应激障碍，长期的这种生活史作为人格改变的原因不只一次被提及，但边缘性人格障碍患者在创伤后和障碍开始之间有很多年可以保持正常。因此，这一过程并非是一种简单的慢性过程。

强暴和虐待在其病因学方面的意义已经为多方所证实，不再需要世界卫生组织研究的认同（见美国精神疾病统计与诊断手册四版－修订）。

诗人埃里希·弗里德（Erich Fried）用诗表达了创伤及其后果之间这场不能彻底解决的、两面的、矛盾的有时甚至是似是而非的相遇。我们用他的诗《也许》作为文章的结尾：

记忆，
也许，
是试图遗忘的
充满痛苦的方式。
也许，
也是减轻苦痛的最好方式！

（施琪嘉　黄晶晶　Ulrich Sachsse）

第二章　心理创伤的定义

一、一般定义

心理创伤在既往常指日常生活中的与精神状态相关的负性影响，常由于躯体伤害或精神事件所导致，它可以事件的当事人为载体，但也可能因目睹事件而诱发。在分类上大致可将这些来源区别为危及生命的“天灾”与“人祸”。前者如自然灾害（洪灾、火灾、旱灾、飓风、地震等），后者如空难、交通事故或战争等，暴力侵犯、被监禁、被折磨、持久被虐待的经历常常遗留心理创伤。目前，十分强调那些看似微小却长期持续的来自家庭内部的对儿童的情感虐待（忽略、照顾不当——如溺爱）所带来的创伤。根据急性创伤的性质和程度，其导致的结果也不一样。大部分受害者（50%～75%）可以自己痊愈（1年内），约有10%～15%的人则多少会遗留心理问题，这主要取决于其过去的经历，同时也与个体的生物特性有关。

与躯体创伤相对应，引起心理创伤的各种因素称为应激源。而当事人在一段时间内所产生的各种障碍和健康问题则可以理解为经历应激所导致的后果，这一过程常常被描述为某种慢性疾病（Post 1997，Fischer & Riedesser 1998）。这种创伤的进程与顽固的伤口感染相似，它既可以通过受伤者的免疫力和外源性帮助而得以愈合，也可能因为这些因素太弱而转变成慢性感染，化脓、挛缩，并由此引发许多其他症状。创口可以出血、化脓、伴发多种病原体感染。它也可能表面上似乎已经愈合，而在深层形成一个感染灶。即使创伤本身可以很好地愈合，但遭受严重创伤患者的远期并发症显然要大得多。因此，一个老练的外科医生不仅会关注创伤后的各种外部表现，同时不会忽视原发的创伤过程。这一创伤过程既是产生一系列突出症状的原因，但更重要的是，它是既可能激发，也可以阻碍愈合和康复的决定性因素。在《精神创伤学》（traumatology）中，创伤过程这一概念具有相通的意味。心理创伤的患者“创口”在不同时期可以有不同的表现，因此，严重心理创伤患者的主要诊断在不同的时期，也是可以变化的（Arne Hofmann，2002）。

二、不同的疾病分类系统在创伤障碍方面的不同定义

在ICD－10、DSM－Ⅳ（精神障碍诊断与统计手册）、CCMD－Ⅲ（中国精神障碍分类与诊断标准）中对创伤的描述均有所不同。根据目前对创伤的理解，三个有关疾病分类的标准中都特定了创伤性的事件。根据病程及反应我们将创伤分为如下的三大类：急性应激障碍（ASD）、创伤后应激障碍（PTSD）和适应障碍。但如果把创伤性事件的范围扩大，则很多患者有着与疾病发生、人格形成相关的既往生活史，在诊断上会出现重叠，特别在对创伤的认识不够时容易出现基于症状的单纯诊断，如焦虑症、抑郁症、严重的人格障碍等，而实际上多数创伤的患者会出现与其他症状相伴的共病。耶胡达对173例遭受创伤事件的人进行了一年的随访，发现74人完全恢复正常（42.77%），单纯诊断为PTSD者为0，伴随抑郁症的PTSD患者有1例，伴随抑郁症、焦

虑症和 PTSD 的患者为 13 人，既符合 PTSD 诊断又符合焦虑症的患者为 19 人，没有发展为 PTSD，但单纯表现为抑郁症者 8 人，单纯表现为焦虑症的为 25 人，有 25 人发展为摄食障碍（Yehuda，1998）。对此，一方面我们必须加强对疾病的认识水平；另一方面，对不完全符合诊断标准的临床综合征被归纳到非典型的创伤后应激障碍（DESNOS）中。

（一）ICD－10 有关创伤的定义

1．严重应激反应及适应障碍

本类目与其他类目的不同在于它包括的障碍不仅可以通过症状和病程，而且可以通过存在着一个或两个其他致病原因来加以识别：即产生急性应激反应的异乎寻常的应激性生活事件，或某一显著的生活改变导致了连续性不愉快环境并造成的适应障碍。虽然不太严重的心理应激（“生活事件”）可以诱发或促使许多可分类的其他障碍的发生，但其在病因学上的重要性并不总是很清楚，并且常常取决于个体的特异性、易感性，换言之，用生活事件解释障碍的发生与形成既非必要也不充分。相反，把这些障碍归在一起的想法是由于它们总是作为一种急性严重应激或连续性创伤的直接后果而发生。应激性事件或持续不愉快的环境是基本的、压倒一切的致病因素，没有它们的影响，障碍就不会发生。障碍可被看作是对严重或持续应激的适应不良性反应，它们妨碍成熟的应对机制发挥作用，进而导致了社会功能的问题。

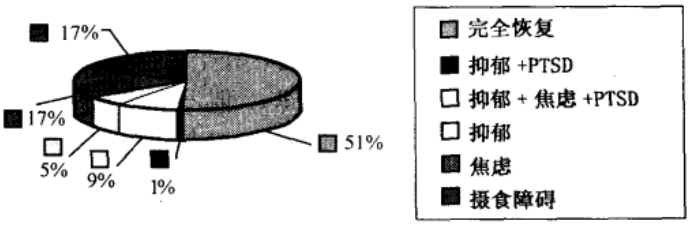


图 2－1　应激导致疾病分类

2．急性应激反应

一种发生于个体的一过性障碍，不伴有任何其他明显对异常躯体和精神应激反应的精神障碍，并常常在几小时或几天内消退。个体易感性和应付能力在急性应激反应的发生和严重程度上有一定作用。症状显示典型的混合及变化相，包括一个“茫然”的初期状态伴有意识范围缩小、注意力狭窄、不能领会外在刺激以及定向错误。伴随这一状态可出现对周围环境进一步的退缩（可达到分离性木僵的程度），也可出现激越性活动过多（逃跑反应或神游）。常存在惊恐性焦虑的自主神经症状（心动过速、出汗、面赤）。症状通常出现在受到应激性刺激或事件的影响后数分钟内，并在两到三天（常在几小时内）消失。对于发作时的情况可有部分或完全的遗忘。如果症状持续的话，则应考虑改变诊断。

3．创伤后应激障碍

这是对一种（短暂或长期的）具有异乎寻常的威胁性或灾难性应激事件或情境发生的延迟或延长性反应。这类事件或情境几乎能使任何人产生弥漫的痛苦。易感因素如人格特质（例如强迫、衰弱）或既往有神经症性疾病的历史，可以降低出现这类综合征发生的阈值或加重其病程，

但用它们解释症状的发生既非必要也不充分。典型特征包括在侵入记忆（“闪回”）、睡梦或噩梦中反复再现创伤场面，在“麻木”感和情感迟钝的持续背景下发生与他人疏远、对周围环境淡漠无反应、快感缺失以及回避易使人联想起创伤的活动和情境。常有自主神经过度兴奋伴有过度警觉，一种增强的惊跳反应和失眠。焦虑和抑郁常与上述症状和体征有关，自杀观念也非少见。从创伤到发病间的潜伏期可从几周到数月不等。病程成波动性，但大多数患者可望恢复。小部分患者可转为慢性，病程超过数年，最后患者可转变为持久的人格改变。

ICD－10 对于创伤后应激障碍有明确的定义、说明和症状标准。与许多人对创伤后应激障碍轮廓的模糊印象相反，我们在阅读 ICD－10 的时候不难发现，诊断标准非常清晰、完整，对于帮助我们理解更多患者的创伤过程很有帮助。特别是由于近年来对 PTSD 的研究结合了精神分析、行为治疗、神经科学等方面的知识形成了极具操作性的治疗手段－眼动脱敏治疗（EMDR），我们将在后面详细介绍相关理论和技术，在此，有必要对 PTSD 的定义作进一步的拓展。

（1）标准 A　对于如何定义精神创伤，至今仍然众说纷纭。如果定义过于严格，某些极有临床治疗价值的患者就会被排除在外（例如烧伤经过临床治疗缓解之后）。但如果定义过于宽泛，则会纳入太多的生活事件（比如一个孩子轻微的摔伤），精神创伤就离临床现实太远而显得不可信。在 ICD－10 的标准 A 中，就明确地定义和罗列了可以称之为精神创伤的范围，是指：“某种由非同寻常的威胁或灾难性事件所引发的精神紧张状态……包括自然灾害、人际争斗、严重的外伤、目睹他人死亡或本身被折磨，以及恐怖、暴力或其他犯罪行为的受害者。”

如果发生上述创伤性事件，受害者陷入或感觉自己正处于生存受到威胁的状态之中。在此情境之中，受害人感到焦虑，有抗争和逃避的冲动，进退两难，并超越了弗洛伊德（S. Freud）称之为“防御机制”能够代偿的范围。DSM－Ⅳ中所提及的 A2 标准（焦虑、无助感、恐惧）的作用及其在障碍产生过程中的意义又重新得到重视。尤其无助感、种种在经历创伤过程中的情感隔离与后期出现的 PTSD 的多种症状有密切的关系。

（2）标准 B　受害者以自身独特的方式重复着创伤性事件的刺激。在所谓“闪回”现象或事后回忆，包括某些被潜抑的梦境中，这些情境不断重现。在典型的“闪回”现象中，创伤性事件不断重现，使受害者感到，仿佛创伤性事件就发生在刚才。这种回忆缺乏时间上的先后关系，因此患者也无法将它体验成“过去”发生的事件。但另一方面，特定的诱因（也称“扳机点”）或情境又可以唤起受害者对受害经历的回忆，引发闪回现象（见图 2－2：碎片式回忆——46 例自己创伤记忆模式的报告：Kolk a. Fizler，1995）。

有些时候，闪回现象找不到明确的诱因，还有些诱因无法被当事人自己察觉。有的时候，闪回现象可以是在经历创伤很久之后，在当事人自己感到紧张恐惧的时候，由某种具有象征性意义的场景激发（比如持续的被害梦境）。还有的时候，这种诱因在一夜之后便无法再被回忆起来，只能从一些零碎的感觉（比如焦虑）以及配偶的描述（夜间的躁动不安）来寻找相关的症状（如标准 D2 里罗列的症状：睡眠障碍）。

（3）标准 C　很多时候，患者为了回避再次引发对创伤的回忆，会在此后尽力避免与创伤性经历有关事物的接触。比如一位严重车祸的受害者，便有可能从此避免乘车或开车。相关恐惧如果泛化，患者可能会避免使用公共交通工具，甚至害怕上街。恐惧对象的泛化可以将日常用品和日常生活场景以最简单的方式与创伤过程同化，从而将创伤性联想与日常联想联系起来。有些暴

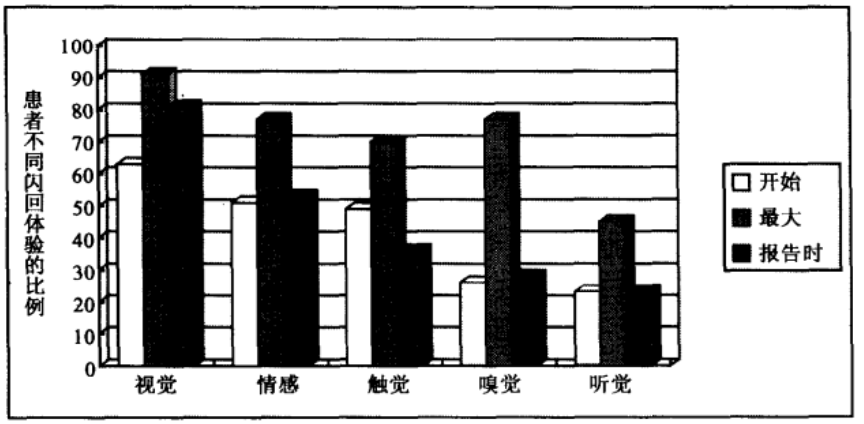


图 2－2　碎片式回忆

视觉印象（树林引发某人曾在树林中遭遇暴力的回忆）
情感（如某种情景突然使某人回忆起一次乘车时始于轻松愉快，止于严重车祸的景象）
触觉（性伴侣的亲近对童年曾被性虐待的女患者）
嗅觉（酒的气味对一位曾被酗酒的父亲虐待的患者）
听觉（直升机螺旋桨的声音对亲身经历越战者）

力侵害的受害人，可能会因为抵制“肮脏的行为”，而对“日常生活里的脏东西”也很恐惧。由于这种泛化，也可以导致患者发展出相应的杜绝自己“被污染”的应对策略（患者在创伤发生以前就有的行为方式当然不包括在内）。

（4）标准 D1　这组症状与患者的“遗忘”有关。

经历创伤之后，部分患者可以“部分或完全不能回忆”创伤时的经历，这种对创伤史的遗忘有时会使得确诊创伤性障碍十分困难。比如一位患者，具有创伤后应激障碍的其他所有症状，但却惟一回忆不起明确的精神创伤。正因为这种对创伤的遗忘并不少见，美国学者依丽约特(Diana

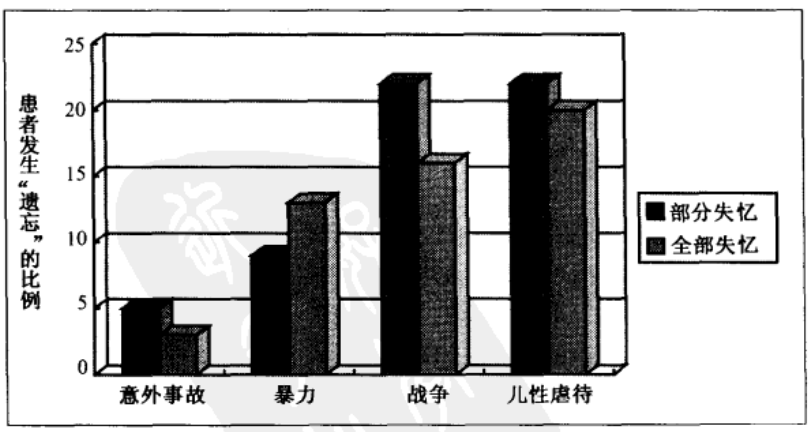


图 2－3　记忆研究

Elliott）在美国人中间做了一个样本数超过 1000 的研究（Elliott，1997）。在研究中，她所关注的第一个问题就是某人是否有过严重的创伤性的生活事件。第二个问题则是患者在经历创伤性事件之后，是否有过一段时间对此完全或部分遗忘（见图 2－3）。

统计结果显示：即使现在没有明确的创伤发生，按照每个人对创伤严重程度的感受排序，可以发现：对创伤的遗忘的程度与创伤的严重程度密切相关。将交通事故、性暴力单独列举出来加以描述。遗忘程度最低的，是那些参加越战时平均年龄 19 岁，并有 9 个月时间生活在有生命威胁环境中的受试。相反，遗忘程度最高的是那些在童年期曾常年遭受性虐待的群体，达到 20%。这一高遗忘率也在一项大样本的研究中得到映证。

威廉姆斯（Williams）对在童年期有确证曾经遭受性暴力的人在 17 年后做了门诊随访。相关的遗忘率也在 20%左右（Williams 1994，1995）。

依丽约特女士还研究了与引发创伤性回忆相关的情况。由媒体，比如电影引发的占 54%；环境事件引发占 37%；由心理治疗引发的对童年期创伤性经历回忆的只占 14%。在我们开始讨论 EMDR 治疗以前，即使没有详细讨论许多关于遗忘的研究数据，引述这些研究结果也应有助于我们了解临床治疗的一些背景。

D1 症状标准还有一个显而易见的问题，就是关于创伤后遗症状的诊断：事实上，D1 标准是一个关于分离性的诊断，亦即关于“分离性遗忘”的诊断标准。将遗忘纳入创伤后综合征的诊断后，在创伤后遗症状中，ICD 和 DSM 在诊断焦虑障碍和分离性障碍之间的分歧就很明显了（Spiegel，1993）。

（5）标准 D2　这组标准描述的是患者与创伤相关的激惹症状群，包括：①睡眠障碍；②易激惹和发作性暴怒（谁会想到创伤受害人会有这样的症状）；③过度警觉，部分患者可能会有听力明显增强；④过分的惊跳反应（可以用“受惊敏感度”量表进行评定）；⑤难以集中注意也是创伤在受害者中并非少见的症状，应在进行鉴别诊断时加以注意。

总体上讲，绝大多数患者会主诉自己有“内心的不安”，而这一点往往难以被精确描述。

（6）标准 E　是关于症状出现的时间范围的标准。

对此，至今众说纷纭。按照 ICD－10 的界定，B、C、D 标准中所罗列的症状应该在“在创伤性事件发生后的 6 个月之内或在某一创伤周期结束之后”出现。“特殊情形下，部分患者的症状可以较晚出现”。而 DSM－Ⅳ则强调，只有在创伤性事件发生 1 个月以后，才能诊断创伤后应激障碍。可以这样讲，在诊断中虽然有明确的时间框架作参考，但也并非是一成不变的。相对于临床标准来讲，时间标准的意义相对较小。

4．适应障碍

为主观痛苦和情绪紊乱的状态，常影响社会活动和行为表现，出现于对重大的生活改变或应激性生活事件的适应期间。应激源可能已经影响了个体社会网络的完整性（居丧、分离）或较广泛的社会支持和价值系统（移民、难民状态），或代表了一种主要的发展中的转化或危机（入学、成为父母、未能实现个人抱有希望的目的、退休）。个人素质或易感性在发病的危险度方面和适应障碍的表现形式方面起着重要的作用，但仍然可以假设，如果没有应激源就不会发生本病。临床表现各式各样，包括抑郁心境、焦虑或烦恼（或这些症状的混和）、无力应付的感觉、无从计划或难以维持现状，以及某种程度的处理日常事务能力受损。品行障碍可为伴随特征，尤其是在

青少年。主要特征可能是短暂的或延长的抑郁反应，或者是其他情绪和品行的障碍。任何症状本身在严重程度和突出程度上都不足以满足更为特定的诊断。起病通常在应激性事件或生活改变发生后1个月内，除长期的抑郁性发作外，症状持续时间一般不超过6个月。如症状持续时间超过这一阶段，诊断则应根据表现的临床相做相应改动。

5．其他严重应激反应

（二）DSM－Ⅳ有关创伤的内容

1．急性应激障碍诊断标准

（1）患者曾遭遇某创伤性事件，并存在①经历、目睹或面对一个或多个事件，它涉及死亡或死亡威胁或严重损伤，或危及自己或他人身体的完整性。②患者有强烈的害怕、无助感或恐惧发应。

（2）可以在经历悲伤性事件的当时或之后，出现以下分离性症状的三项或更多：

①如麻木、与环境脱离或缺乏情绪反应的主观感受。

②对周围环境的觉察能力下降（如处于茫然状态）。

③现实解体（非真实感）。

④人格解体。

⑤分离性遗忘（如不能回忆创伤的重要情节）。

（3）创伤事件至少以以下之一的方式持续地得以重复体验：反复地出现的意象、思想、梦、错觉、闪回发作或体验的再活跃感，或者看到该创伤事件的提醒物时感到痛苦。

（4）极力回避对可以唤起创伤记忆的刺激源（如想法、感情、谈论、活动、地点、人物）。

（5）明显有焦虑或醒觉性增高的症状（如睡眠障碍、易激、注意力难以集中、过度警觉、惊跳反应过强、运动性不安）。

（6）障碍引起具有临床意义的苦恼或社交、职业或其他重要功能的损害，或削弱患者进行一些必要的工作的能力，如将创伤体验告诉家人以取得必要的帮助或动员人力资源。

（7）障碍持续至少2天，最长4个月，并且障碍出现于创伤性事件后4周内。

（8）障碍不时由于物质（例如成瘾药物，处方药物或躯体情况的直接生理效应所致，也不能用短暂精神病性障碍来解释，也不是现存轴Ⅰ、Ⅱ障碍的简单恶化。

2．创伤后应激障碍诊断标准

（1）患者曾遭遇某创伤性事件，并存在①和②：

①经历、目睹或面对一个或多个事件，它涉及死亡或死亡威胁或严重损伤，或危及自己或他人身体的完整性。

②患者有强烈的害怕、无助感或恐惧反应。

（2）创伤事件至少以以下之一的方式持续地得以重复体验：

①反复地和不自主地出现对创伤性事件的痛苦回忆，包括意象、思想或知觉。注意：儿童可能会反复的玩与创伤的主题或内容有关的游戏。

②反复痛苦地梦及创伤性事件。注意：儿童可能有许多不能辨清内容的可怕的梦。

③有仿佛创伤事件正在重现的行动或感觉（包括经历的重新体验感，错觉，幻觉，分离性的闪回发作，在觉醒时或酒醉时发生）。注意：儿童可再扮演与创伤相关的情节。

④当再次暴露于代表或与创伤性事件的某一方面类似的内部或外部线索时，出现明显的生理反应。

（3）长期回避与该创伤相关的刺激，普通反应性的麻木（创伤前没有），可以通过以下的三条或更多得以表现：

①努力的回避与创伤相关的思想、感受或谈话。

②努力回避能唤起创伤性回忆的活动，地点或人物。

③不能回忆创伤的重要方面。

④对于重要活动的兴趣明显下降，参与减少。

⑤与他人的脱离、疏远感。

⑥情感的范围受限（没有爱的感受）。

⑦前途渺茫感（如对工作、婚姻、子女或正常寿限无所期望）。

（4）持续存在醒觉性增高的症状（创伤前没有出现），通过以下两点或更多表明：

①入睡或保持睡眠困难。

②易激惹或暴怒。

③注意力集中困难。

④过度警觉。

⑤惊跳反应过强。

（5）症状（2、3、4项）持续超过1个月。

（6）障碍引起具有临床意义的苦恼或者社交、职业或其他重要功能的损害。

相关的表现：抑郁心境；躯体功能紊乱或性功能障碍；内疚或社会功能减退；出现物质。

3．适应障碍诊断标准

（1）情感或行为的症状的发生有一明确的应激因素，发生在应激源出现的3个月内。

（2）这些症状或行为临床上明显地有以下之一表现：

①明显的苦恼，超出了从遭遇的应激因素所预期的程度。

②社交或职业（学业）功能有显著的损害。

（3）应激相关的紊乱不符合其他特定的轴Ⅰ障碍的诊断标准，也不是已存有的轴Ⅰ、Ⅱ障碍（人格障碍或精神发育迟滞）的恶化。

（4）症状不是丧恸反应。

（5）一旦应激源（或它的结果）结束，症状在6个月内不复存在。

（三）CCMD－3有关创伤的内容

1．应激相关障碍

指一组主要由心理、社会（环境）因素引起异常心理反应，导致的精神障碍，也称反应性精神障碍。决定本组精神障碍的发生、发展、病程，及临床表现的因素有：①生活事件和生活环境，如剧烈的超强精神创伤或生活事件，或持续困难处境，均可成为直接原因；②社会文化背景；③人格特点、教育程度、智力水平，及生活态度和信念等；④不包括癔症、神经症、心理因素所致生理障碍，以及各种非心因性精神病性障碍。

（1）急性应激障碍（急性应激反应）　以急剧、严重的精神打击作为直接原因。在受刺激后

立刻（1 小时之内）发病。表现有强烈恐惧体验的精神运动性兴奋，行为有一定的盲目性；或者为精神运动性抑制，甚至木僵。如果应激源被消除，症状往往历时短暂一般持续数小时至 1 周，通常在 1 个月内缓解。预后良好，缓解完全。

急性应激性精神病（急性反应性精神病）：指一种急性应激障碍的亚型由强烈并持续一定时间的心理创伤事件直接引起的精神病性障碍。以妄想、严重情感障碍为主，症状内容与应激源密切相关，较易被人理解。急性或亚急性起病，经适当治疗，预后良好，恢复后精神正常，一般无人格缺陷。

（2）创伤后应激障碍　由异乎寻常的威胁性或灾难性心理创伤，导致延迟出现和长期持续的精神障碍。主要表现为：①反复发生闯入性的创伤性体验重现（病理性重现）、梦境，或因面临与刺激相似或有关的境遇，而感到痛苦和不由自主地反复回想；②持续的警觉性增高；③持续的回避；④对创伤性经历的选择性遗忘；⑤对未来失去信心。

少数患者可有人格改变或有神经症病史等附加因素，从而降低了对应激源的应对能力或加重疾病过程。精神障碍延迟发生，在遭受创伤后数日甚至数月后才出现，病程可长达数年。符合症状标准至少已 3 个月。

（3）适应障碍　因长期存在应激源或困难处境，加上患者有一定的人格缺陷，产生以烦恼、抑郁等情感障碍为主，同时有适应不良的行为障碍或生理功能障碍，并使社会功能受损。通常在应激性事件或生活改变发生后 1 个月内起病，符合症状标准至少已 1 个月，应激因素消除后，症状持续一般不超过 6 个月。随着时过境迁，刺激的消除或者经过调整形成了新的适应，精神障碍随之缓解。包括：①短期抑郁反应；②中期抑郁反应；③长期抑郁反应；④其他恶劣情绪为主的适应障碍；⑤混合性焦虑抑郁反应；⑥品性障碍为主的适应障碍；⑦心境和品性混合性障碍为主的适应障碍；⑧其他或待分类的应激相关障碍。

2．与文化相关的精神障碍

指一组与特定文化相关的综合征，其特点如下：被特定文化或亚文化范畴所理解接受；病因代表着和象征着这一文化的核心含义及行为模式；诊断依赖于特定的文化知识和概念；治疗的成功与否也取决于本文化的参与者。

（1）气功所致精神障碍　气功是我国传统医学中健身治病的一种方法。通常做法是维持一定体位、姿势，或做某些动作，使注意集中于某处，沉思、默念、松弛，及调节呼吸等，可出现某些自我感觉和体验。气功所致精神障碍系指由于气功操练不当（如每日练习过多），处于气功态时间过长而不能收功的现象，表现为思维、情感及行为障碍，并失去自我控制能力，俗称“走火入魔”。

（2）巫术所致精神障碍。

（3）恐缩症(koro)　是一种与文化相关的害怕生殖器、乳房，或身体某一部分缩入体内导致死亡的恐惧、焦虑发作。

（4）其他或待分类的与文化相关的精神障碍。

三、关于创伤在三个不同的分类系统标准间的比较与确定诊断过程中的一些问题

（一）ASD 与 PTSD

总的说来，这三个诊断系统对应激的基本看法是相同的，认为应激可产生精神疾病；在应激障碍中，强调应激因素是基本要素，在疾病的产生和形成中居于支配和主导地位，没有创伤性生活事件就没有应激障碍的产生；将主要的应激相关障碍大体分为三类，即急性应激障碍、创伤后应激障碍和适应障碍，且对其症状学描述基本相同。就三个诊断系统而言，CCMD－3 兼顾了文化因素，但总体上与 ICD－10 吻合，以描述性诊断为主，同时也兼顾了病因。而 DSM－Ⅳ则完全是描述性诊断。

由于我国的诊断标准 CCMD－3 主要参照 ICD－10，因此在比较中我们也可以发现，CCMD－3 和 ICD－10 在三种应激相关障碍的诊断上，诊断标准基本相同。惟一的区别在于，CCMD－3 强调症状的持续时间，尤其表现在对创伤后应激障碍和适应障碍的诊断上。它强调创伤后应激障碍症状持续至少 3 个月，适应障碍症状持续至少 1 个月。而 ICD－10 在这方面没有严格的规定。

在 DSM－Ⅳ中，关于 PTSD 的诊断，区别仅表现在其对创伤性事件的理解上加入了个体的主观感受，其次只要求症状持续至少 1 个月，另外，对症状学诊断上的描述更为详细与准确。

但在 ASD 的诊断上，则表现出较大的差别。我们知道，ASD 在 DSM－Ⅳ中才成为一个独立的诊断。其产生背景是，人们认识到 PTSD 是一个发病率较高，且具有共病性和慢性化特点。为了能在临床研究中预测 PTSD 的发生，人们提出了 ASD 这一诊断。的确，在研究中发现 ASD 与 PTSD 的发病存在一定的联系。但近来的研究有许多对 ASD 这一诊断提出了质疑，主要是对其预测效能的质疑。谈到 ASD 的预测效能，我们必须先澄清几个概念。首先，作为预测因子而言，其主要的作用是筛查高危人群。因此，必须具有一定的灵敏性和特异性。其中，假阳性率不是主要问题，因为随后的评估可以将其排除在诊断之外。而假阴性则应尽可能地避免，因为不能有效地鉴别出高危人群就意味着紧急处理的不充分和临床实践的不完善。在所有的研究中均可以看到一个现象，那就是在诊断 ASD 的患者中较多地在随后表现出 PTSD，但在表现 PTSD 的患者中却有相当多的最初并不符合 ASD 的诊断。这一现象提示，ASD 未能涵盖急性应激障碍的所有临床谱。

在对 ASD 的预测效能的研究中，克雷默（Creamer）等人的研究显示，尽管所有的 ASD 症状群都有利于预测随后 PTSD 的严重度，但只有重新体验和高唤醒对 PTSD 具有高敏感性，能预示明确的 PTSD 诊断。其中还特别指出分离症状是一组高特异性的症状群，以此作为预测因素，会产生高的假阴性，从而漏诊。

其次将分离症状作为 ASD 的核心症状，它与 PTSD 的关系也一直是人们关注的焦点。研究主要集中在两个方面：①分离症状作为 ASD 的核心症状的合理性；②分离症状对 PTSD 的预测功能。

对分离症状的强调是基于回顾性和前瞻性两方面的研究均显示其与随后产生的 PTSD 有某种关联，但也有人对此提出异议。比如丹库（Dancu）等人发现这种关联在非性暴力幸存者中存在，但在性暴力中则不表现。海维等（Harvey & Bryant，1999）在对最初只表现为 PTSD 的 3 个症状群和最初符合 ASD 诊断的两组患者的随访中发现，二者有相似的 PTSD 发病率。这两项研究均对分

离症状作为 ASD 的核心症状提出了质疑，但是，问题在于如果否定了这一点，那 ASD 和 PTSD 的区别又在哪？难道仅仅是症状的持续时间吗？

克雷默的研究还发现分离症状群出现较少，显示出高特异性和低敏感性，从而产生高假阴性率。而且减少诊断所要求的分离症状数，这个问题并没得到解决。而在这些特殊人群中，对应激障碍的早期发现、早期预防和早期干预非常重要，显然，从这一点来看，ASD 诊断不是一个好的筛查指标。

在 ASD 与 PTSD 的关系的研究中，性别的差异也是人们感兴趣的课题之一。其中比较经典的有布瑞安特（Bryant）等人的研究。其结果显示，女性相对于男性而言，有较高的 ASD 发病率，且在诊断 ASD 的患者中有更高的 PTSD 发病率。就其症状而言，女性更多地报告其对事件的恐惧，觉醒度降低，现实解体，再现的表象，回避交谈、场景及情感，并出现更强的惊跳反应。而且，女性更多地符合标准 C，即具备至少 3 个分离症状。因此，就 ASD 的所有症状和各个症状群而言，女性呈现出较强的阳性预测效能，而对男性，除了标准 C（重体验），均表现出较强的阴性预测效能。也就是说，ASD 可以用于预测女性的阳性 PTSD 率及男性的阴性率。其产生的原因可能有：①由于文化和社会角色，使男性有较低的陈述症状的趋向；②基于女性对药物，比如舍曲林的治疗更有效，提示二者的差别有其神经生物学机制；③女性既往暴露于创伤的可能性更大，比如被忽视，性虐待；④在车祸中，女性较多地处于被动状态；⑤女性出现抑郁的共患率大，从而增加了 PTSD 的患病可能性。

在 DSM－Ⅳ中，关于 ASD 的症状学描述除了其核心症状群——分离症状群外，其余的症状描述与 PTSD 完全相同，这无论从内容还是形式上都使 ASD 和 PTSD 这两个疾病得以统一。但在 ICD－10 和 CCMD－3 中我们看不到这种联系，相反，二者是割裂开的两个相互独立的部分。

（二）适应障碍与 PTSD

适应障碍多由明确的，并非特别或达到灾难性程度的心理社会负担而引发。当这种负担持续或超过 3 个月，超出了“正常应激”范畴的时候，尽管没有出现创伤后障碍的典型表现，但也可能表现出一系列的后果，在所有的适应障碍中，都存在对社会功能和职业生活的明显影响的因素，如：

①或长或短的抑郁反应。麦克法兰（McFarlane）和沙勒富（Shalev）的调查表明，与引发这种反应同样性质的应激源在另外一组患者那里完全可能引发一次全面的创伤后障碍（McFarlaneet al，1997，Sharlev & Yehuda 1998）。此时，对应激源性质的区分意义并不十分明显；

②焦虑症状（但又不符合焦虑症的其他标准），有时会与抑郁症状混合存在；

③情绪障碍和/或（特别在儿童）社会行为障碍（特别在 ICD－10 里罗列了下列症状：紧张、恼怒，儿童会有尿床和吮拇指）。

DSM－Ⅳ把病理性居丧反应（Bereavement）与适应障碍作了区分，并指出这类症状出现在与当事人关系密切的人死亡之后出现。而 ICD－10 却把两者放了在一起。对这类患者，萨皮诺（Shapiro）有自己单独的记录。按照定义，这类适应障碍应该在 6 个月，最迟（在伴有较长时间的抑郁反应时）也应在 2 年内缓解（对这一诊断标准的质疑越来越多）。

已经提到过，创伤的诊断主要是一个病因学诊断。但从麦克法兰（McFarlane）和沙勒富（Shalev）的研究结果来看，创伤性事件的客观的严重程度在诊断的过程中也只是具有相对的意

义。这就引发了一个问题：有没有这样一部分人，他们在遭受了达不到灾难性水平的（创伤性）事件之后，出现某种有限的、部分的、孤立性的创伤状态，以及特殊的（与上述创伤模式不同的）创伤模式，并具有部分创伤性症状？紧接着还有新的问题：有没有两年以后还不能缓解的适应障碍？为帮助大家进行相关思考，在此谨举一个实例：

> 有一位30多岁的女患者，因为一些其他的症状来看病和进行治疗性访谈。谈话的过程中，我（按照常规）问了她一些有关生活史方面的问题。她说，在她5岁的时候，曾经有一次她钻进了一个开放的下水道的管子里并被卡住了，当时只有她一个人。当她说到这里的时候，她流出了眼泪，并开始有轻微的发抖（一次“被孤立的生物学创伤”，当时我对自己这样说。今天我可能会说，这就是“处在创伤状态时的症状”）。她说，在她被救出来以前，大概被卡住了15分钟。我建议她作一次EMDR治疗，她同意了。在做EMDR眼动刺激的时候，她有几分钟反应非常明显，脸色苍白，一直到我最后把患者的SUD（主观负担指数）负担降到了零。当时我们两个人都很茫然，不知道这次治疗的“疗效”何在，但我却坚信，这分明是一个创伤状态的重新经历。第二天一早我就接到这位女患者的告急电话，她希望我能安排一次特殊的谈话。到诊室之后，她对我抱怨说：“我想我快要疯了，好多年来，我一直不敢把被子捂在头上睡觉，因为这会让我感到紧张。但现在，我这样做居然没有一点紧张感！我在电话亭打电话的时候，那个门居然关上了，一般我会对此感到无法容忍的，门总应该留一点缝儿的！而这一次我居然当时没有注意到，一直到出来的时候才发现！我想我是要疯了！”我当时安慰她说，在此之前她还没有详细讲述她的与幽禁恐怖有关的症状，或许与她在5岁的时候那次经历有些关系，不是因为她要疯了。那个女患者没有再提及她的幽禁恐怖就结束了治疗。一年以后，在对女患者的随访中得知，她的症状也没有再次复发。（Arne Hofmann）

这个案例改变了我们对于可以找到明确的心理社会负担，但却还达不到非同寻常或灾难性程度事件所能造成后果的看法。现在可以认为，有一些从时间概念上看可以列入适应障碍的疾病（广义角度上的创伤），因为其症状相对容易被改写，所以对于初学EMDR的治疗师来讲可以说是很好的教材。在EMDR培训课上，我们也可以选择一些回忆内容作为自我体验的材料：心理社会压力中，只有一部分可以经过改写而转化形成创伤后应激障碍（PTSD）。

在适应障碍的诊断上，三类诊断系统都认为，与前面谈到的两类疾病相比，个体的易感性在适应障碍的发生与表现形式上起更大的作用。但同时也假定如果没有应激源，也不会有适应障碍的发生。在症状的持续时间上都认为一旦应激因素或其后果终结，症状在6个月内不复存在。除此之外，三类诊断系统在时间的界定上略有区别，在DSM－Ⅳ要求症状出现在开始有应激因素3个月内；而ICD－10和CCMD－3要求起病在应激性事件或生活改变发生后1个月内，其中CCMD－3还要求症状持续时间至少已1个月。

虽然如此，可以这样讲，在诊断中虽然有明确的时间框架做参考，但也并非是一成不变的。相对于临床标准来讲，时间标准的意义相对较小。

通过对三种与应激相关的精神疾病的诊断标准的比较，我们不难看到它们之间的区别。就

ASD 和 PTSD 而言，其区别在于 ASD 的症状持续时间不能超过 1 个月，而 PTSD 症状持续至少 1 个月。其次，ASD 强调分离症状群的核心地位。就 ASD 和适应障碍而言，两者的应激源不同，导致 ASD 的应激源是对每个个体而言都是灾难性的、危及生命的，且往往是骤然发生的、意料之外的，始料不及的。而导致适应障碍的应激源可以说是一些个人生活中的重大变故，且应激源或其后果的存在是持续性的。在症状学上 ASD 以分离症状为核心症状。另外，在其他症状和有关诊断的时间上的界定也很不一样。就 PTSD 和适应障碍而言，二者常常可以并存，问题是我们必须注意到在诊断适应障碍的同时，不能忽略了 PTSD 的存在。其主要的方法就是学会认识有关 PTSD 的特征性症状，注意寻找适应不良的行为模式后面的动机和个体生活中的创伤性事件。

由于目前关于创伤的研究，较为成熟的结论来源于欧美国家，因此在研究中多采用 DSM－Ⅳ诊断系统。

（三）创伤性事件的标准

在创伤的诊断中，我们首先面临的就是关于创伤性事件的认定问题。关于 PTSD 中创伤性事件在发病中的作用问题，先不妨看看 DSM 诊断系统所经历的一些变化。

DSM－Ⅰ和 DSM－Ⅱ：疾病模式是病前易感素质引起的症状的延续。

DSM－Ⅲ：疾病模式是对非常不利境遇的自然适应过程，与体质易损性无关。

“一个事件超过了人们寻常经验的范围，这个事件可能使几乎任何人都陷入极度的痛苦中。”

DSM－Ⅳ：患者曾遭遇某创伤性事件，并存在：①患者亲身经历或目睹或面对某一事件或一些事件，包括死亡或死亡威胁或严重的损伤，或可能危及自身的或他人的躯体完整性；②患者有强烈的害怕、无助感或恐惧反应。

在对 PTSD 的定义中，不仅规定经历创伤性事件是必须的，而且对事件强烈的恐惧、无助感和恐怖反应也是必不可少的。从中我们可以看到一个倾向，那就是增加了体验到的应激事件的数目，比如交通事故、重大医学事件等都可以导致 PTSD 的产生。近年来，个体的主观反应和发生在所爱之人身上的事件作为导致 PTSD 发生的应激源也得到强调。

ICD－10 中关于创伤性事件的定义：“当事人突然遭遇或持久地陷入异乎寻常的威胁性或灾难性的事件或情境之中，这类事件或情境几乎可使每个人都出现深深的痛苦”（ICD－10，标准 A；F43.1）。

比较看出，对创伤性事件的定义，ICD－10 和 DSM－Ⅲ基本相同，但在 DSM－Ⅳ中有了较大的变化。相对而言，DSM－Ⅳ弱化了创伤性事件的客观性，强调了个体的感受。

总之，这两个标准都反映了目前的认识水平。所描述的都是我们以前曾提到过的可以从生理学层次引发经年不愈的片断性回忆和相关症状的事件。对于这些可以被定义为创伤性事件的描述，我们总是应该将之与事实相比较，因为只有一部分当事人在遭遇这样的事件之后出现（典型的创伤后应激）障碍。而另外有一些人，在遭遇了还远远不够这些标准的事件之后便可以出现相似的症状。例如在被“诊断患有危及生命的疾病”时，这也并非少见和异乎寻常。因此对于是否应该将此情形也列入可以导致创伤后应激综合征的原因长久以来也一直存在激烈的争论。

相当多的人认为我们不应该过分弱化创伤的概念，使经典的创伤后应激障碍的诊断标准被贬值。对于 EMDR 治疗来讲，严格地按照上述对创伤的定义来进行诊断很有必要。我们也可以在此之外就极端的创伤给出一个更广泛的定义，使之与经典的创伤定义相区别。有一点无可争辩，那

就是有些患者在童年期受到某种长年累月的关系的压抑，有与创伤后应激障碍极其相似的生理学变化，但其他人却似乎不会把它描述为经典的严重的应激（Scott & Stradling 1994）。但重要的是，由这类经历所造成的严重后果却与创伤心理学对治疗提出的要求一样，需要寻求 EMDR 之类的治疗（Shapiro 1991a，1993，1994a，1995a，1998a，Shapiro & Silk－Forrest 1998，Manfield 1998）。

对创伤定义的扩大是与创伤心理学的发展以及相关治疗技术的发展有联系的，这也体现在 DSM 关于创伤性事件的定义的变化中。但我们也不应该因此而陷入诊断上的无政府主义，把所有这类事件都理解和评价为极端的创伤。弗洛伊德对创伤的概念曾有过一个经典的定义，他当时是在论述个体的自我处理途径时提到这一定义的：

“我们所称的一种“创伤性”经历，是指某事件作为在较短时间内产生和增加的一种刺激，其强度达到使人无法用一般－普遍的解决和处理的方法释怀，并由此对内驱力产生持久的干扰。”

目前，对创伤的经典定义还有一个很有意义的拓展，表述如下：

“精神创伤是身处的威胁性环境因素与个体防御功能之间失衡（diskrepanz）的经历，伴随着无助和无法防备地付出代价的感受，持久地对个体自身及其周围世界的理解产生动摇作用（Fischer & Riedesser 1998）。”

从诊断的角度讲，对狭义的可以引发 ICD 和 DSM 中所描述的经典的创伤综合征的严重的创伤，和从广义的角度来理解的心理创伤——即使后者不一定会引发一次创伤后应激障碍（PTSD），做出区分和鉴别也是很有意义的，因为它同样可以引发一次创伤过程，而且从某种意义上讲，这一过程也是可以通过创伤治疗的方法进行治疗的。

为鉴别两者，我们试举一例：比如获悉双亲之一死亡，对某人就可以构成精神创伤并引发创伤过程。此时就没必要去追究这一消息是否符合严重创伤的每一条标准。单凭已经出现的症状就可以诊断居丧反应。EMDR 治疗就可以成为创伤治疗的内容之一。

（四）症状和精神检查

许多由狭义和广义的创伤性经历引发的症状——或许是神经生理学原因——可以在 ICD－10 和 DSM－Ⅳ中都可以找到。为了了解详细可靠的病史，我们应该仔细询问当时的情况。无论当时的表现是否完全符合创伤后综合征的标准，都应该寻找与创伤过程相关的症状线索。我们以 PTSD 为例，对其中的典型症状加以分析：

1．PTSD 的 B 组标准

创伤性事件常常会以特殊的方式被重新经历，比如情绪的侵入、持久的回忆，或者闪回等等，其形式可以多种多样：

（1）可以以画面或电影片断式的回忆出现。

（2）可以以其他的与创伤性事件的感知觉有关的形式出现（比如在第一章曾提到过的回忆片断），这些感知觉形式可以是听见噪声或声音（汽车撞击发出的擦声或刮声，受伤者的尖叫声等），气味（如焦糊味或酒精的气味）及（或）其他不适的回忆片断（与经历过的创伤紧密相连，比如：手臂的触觉，就像刚刚发生一样）。

（3）这种经历也可以出现在噩梦中，在这些梦境中可以常年反复出现同样的画面或情景，与其他情形下的情绪袭入很相似（在儿童，即使没有对相关内容的主动回忆，在恶梦中也可以出现相关内容）。

（4）有些情形下，患者的感受和行为看起来就像那一事件刚刚又发生了一样。包括事件发生当时产生过的强烈的感受（常见的是恐惧和无助）以及在分离性走神（trance）状态下浮现出回忆中的画面（比如回忆出已经在意外事故中丧生的同事的形象）。与此同时，患者难以有效地区别过去和现在，甚至可能误以为那位同事就在房间里，会主动去跟他说话或者试图与他联络。这种情况，我们会诊断伴有丧失现实定向的闪回，而产生这一症状，并没有严格意义上的精神病性的问题作为基础。当然，这种闪回自然也并不一定要伴随现实知觉的丧失。因为这种对日常现实定向力的丧失，以及其他被患者担心是否会是“精神病”征象的创伤性症状，往往会带给当事人以羞耻感，所以我们在问病史的时候应当小心。比如可以这样问：“在您脑海里出现这些回忆或者画面的时候，有没有什么时候对您来讲似乎有些难以区别现实和过去?”诊断过程中，有一点对这类患者很重要，那就是明确告知对方，在经历创伤性事件时出现的幻觉是假性幻觉。如果我们把这些理解为经典的幻觉并把这些写进病历，这类患者可能就会被误认为是精神患者。遗憾的是，这种担忧在精神病学界并非空穴来风。

> 一名22岁的女大学生，会经常感到她死去的外婆吊在屋梁上，有时会在她身后拍一下她的肩膀。因而产生恐怖症状。患者有时在大学校园中出现走神，其男友会发现她有时对着路灯发愣，但可唤回神。由于她的学习成绩和同学关系一直很好，与其接触时也未发现思维不连贯或有现实检验不佳。患者自幼不被父母所爱，除了外婆对她十分周到的照顾外，她几乎感受不到来自父母的关爱。她外婆因事意外自杀，当时患者并不在场，感到十分内疚。当她在外婆死后第一次回家时产生以上症状。以后每次当她出现这些症状的时候还会产生剧烈的头痛。（施琪嘉，2004）

对儿童来讲，这种闪回式的情绪和行为方式可以说是创伤情境的有规律的重新上演，一种令诊断者联想到由阿葛兰德所描述的发生在成人身上的所谓“舞台式的诊断”（Argelander，1970），也可以被孩子以他们熟悉的方式用童话般的情景被描述和回忆。如北京某大学幼儿园发生疯汉杀人事件后，劫后余生的孩子对事件过程的描述为：来了一头大灰狼，咬死了很多小白兔，后来，熊妈妈来了，赶跑了大灰狼……。（方新，2005）

（5）扳机点　在引发创伤性回忆的过程中，所谓按钮、扳机点、触发点的作用不可忽视。在遭遇内在的（比如情绪状态）或外在的（比如物件或人）触发物（因为他们通过某种途径与创伤相关，甚至只是具有象征性意义）的时候，就有可能招致强烈的精神负担。这种精神负担可能不仅仅是可以感觉到的情绪反应，还可能是躯体症状（比如面色苍白），有时它的出现也并不一定会伴随心理症状的加重。也就是说，个体对象征或相似创伤性事件某一方面的线索的反应是具有特征性的。创伤性事件的每一个成分——声音、颜色、情景等都可能作为条件性恐惧反应的扳机点，唤醒创伤性记忆或引发再体验。

扳机点又是我们探索与之相关的创伤模式的重要途径，也是我们深入研究与之相关的神经元网络的重要线索。即使在以后的治疗中，也应该对它进行系统的记录，因为它同时能帮助我们了解患者的生活范围是如何因为创伤而被限制缩小的。它像一面镜子，能反映出患者日常生活中哪些范围仍处在中立之中，而回忆以同化的方式扩散到多大的范围，可能危及或者已经损及哪些方

面等等。因此，在创伤治疗的标准记录中，可以看到有专门的部分系统地记录与扳机点有关的信息，创伤模式已经扩散到哪些范围，哪些部分可以重新被解放出来等等。

2．PTSD 的 C 组标准

或许，随着时间的推延以及侵入性症状的困扰，患者会设法回避引发那些会带来压力的回忆和回忆片断。这种回避的表现形式和程度之间可以有很大差别。以下回避策略在问病史时应该受到重视：

（1）回避与创伤有关的谈话、观念、感受。

（2）回避可能令人回想起创伤的地点、活动和人。

（3）对（创伤发生之前）重要活动的兴趣和参与明显减少。

（4）有些可以罗列到“回避”名下的症状也可以被归到分离症状里来，这一症状对于确定进行 EMDR 治疗特别重要。

（5）情感范围局限（比如感受细腻温柔或其他情感的能力缺乏），这也是布朗（Braun，1998）所提出的 BASK 模式（布朗认为，行为－B、情感－A、感觉－S 和认知－K 的宣泄可以减轻创伤事件的影响，此称为 BASK 模式）中可以被理解为分离的症状。明确感觉受限之所以如此重要，是因为在极端情况，在回忆创伤过程时过度的情感释放会妨碍 EMDR 的进行，甚至无法进行。因此，有时只能把对创伤性事件的回忆只限制在认知层面。患者可以说：“我知道这事发生过，而且一定很可怕，但我现在不能把它与情感联系起来”。大多数情况下，患者这样做的原因为防御性的情感隔离。关键是我们应该认识到情感的受限。

（6）与此相似，患者在回忆的过程中也可以有某一方面的回忆障碍，也就是分离性遗忘，有时这种遗忘甚至可以涵盖整个创伤性事件。有关分离的相关内容见本书第三章，这也是 EMDR 治疗的重要指征之一（Elliot & Briere 1995，1997）。在 ICD－10 中，上述症状被列在 D1 症状中而不是在回避策略 B 中。

（7）从发展趋势上看，可能会有对情感刺激的反应（reagibilität）越来越麻木（情感迟钝），这与对所有刺激的回避是一致的。

C 组中的其他两个症状：①可以有分离的感觉或对他人疏远（一种有时在创伤后很快就会出现的感觉）；②可以有对未来的期望值受限的感受（比如患者对事业、婚姻、子女以及达到平均期望寿命都没有太大的期望）。这种变化在经历长期的、严重创伤过程的患者那里表现得最令人印象深刻。

其中部分症状与抑郁症状重叠，比如参与活动或既往认为重要的事情的兴趣丧失；以往正常生活失去了安全感和变得无足轻重，对未来的期望值明显下降。

在回避中往往伴有恐惧对象的泛化，可以将创伤性联想与日常联想联系起来，如将肮脏的行为和日常生活中肮脏的东西联系起来，并可以发展出相应的策略来。比如，不停地反复地洗以应对肮脏。

3．PTSD 的 D 组标准

持续的惊跳症状和敏感性（创伤以前没有）。身体可以说仍持续地处在“警报状态”。遭受创伤的个体似乎不断地在不重要的刺激中区别出危险性刺激。

（1）睡眠障碍（入睡困难、早醒）。

（2）易激惹和情感爆发（冲动控制能力下降在慢性持续的创伤患者身上并不少见，尤其当它源自于童年期时）。

（3）注意力难以集中。

（4）过度警觉（hypervigilance）。这一点可以导致患者的听觉功能明显增强。例如，有一位经历严重慢性创伤的女患者能隔墙听见治疗师和同事在另一个房间里小声的议论，并能部分区分谁是谁的声音以及所说的内容。

（5）夸张的惊跳反应（exaggerated startle response）。在突然面临可能带来危险的刺激时出现的惊跳反应是一种可以用标准方法进行测量的现象（比如我们从背后悄悄接近某人，然后发出“嗯”的声音）。精神创伤会导致患者心理过程的明显改变。很多时候，患者的这种对惊吓反应的变化更多是被周围环境而不是患者本人所注意到。

长期处于警报状态，对个体而言，是相当具有破坏性的。个体的生活因此变得杂乱无章，由于应对这些症状难以适应，而表现出回避和退缩。

正因为基于不同的动机可以出现相同的症状，因此，其评定特别强调个体行为后面的动机，即循因。只有这样，才可能把握症状的准确性。

（五）创伤过程的时段性诊断——Ⅰ/Ⅱ型创伤与 DESNOS（严重应激障碍——未特定型）

有一部分受害人可以在经历创伤一段时间以后自行对以上描述的这种“与情境有关的”片段信息进行处理。这时，创伤会与整个回忆系统进行整合，而相关症状才会有所消退（见图 2－4）。

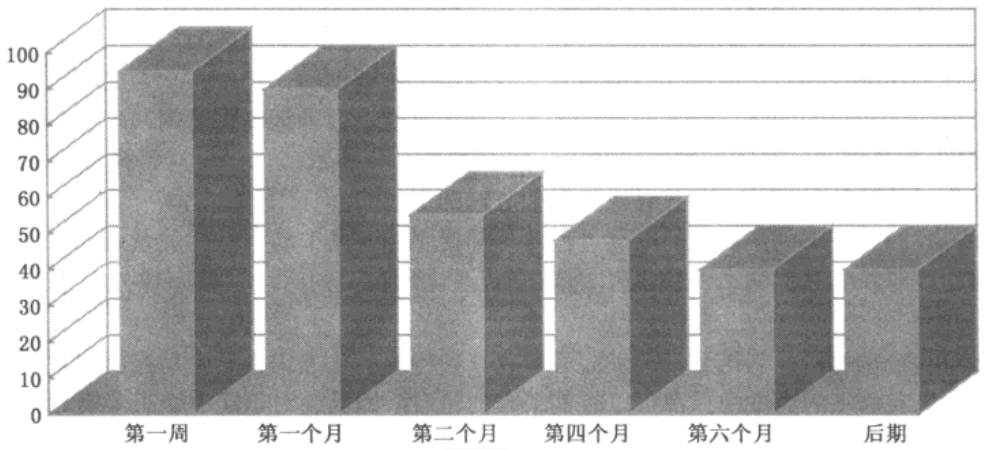


图 2－4　创伤自然恢复过程

但也有一部分患者并非如此。依创伤的严重程度不同，环境中存在的与引发创伤相关的元素，会导致大约 1/4（交通事故）甚至半数（性暴力）受害人长期陷入受到创伤引发的负性情感的侵袭之中。用外科学术语来讲，（心理的）创伤不会自然愈合，常常会遗留很多并发症。

在临床研究中，人们也逐渐发现同样是创伤患者，但由于创伤事件的性质，尤其是经历创伤的年龄的不同，在随后的症状有很大的区别。随着创伤影像学和治疗学的发展，也印证了这一点。因此，现在多采用泰尔分类法（Terr，1989）：将发生在成年期的一次性创伤称为Ⅰ型创伤；

而将略微复杂一点的（持续时间较长的、反复发生的、开始于童年期的）称为Ⅱ型创伤，即复合型创伤。

在Ⅱ型创伤中，现在的创伤事件只是一个“扳机点”。现在的研究表明，两者在症状学、影像学、治疗和预后上都有很大的差别。比如在急性期后，Ⅱ型创伤出现分离症状的频率高，且更多地表现为以内疚、羞愧为主的症状群，常与抑郁紧密相关，可导致缺乏自信和自责，表现出麻木退缩或行为轻率，持续的羞愧也可导致易激惹、愤怒发作和暴力行为。在影像学上，Ⅱ型创伤具备更广泛的功能及病理形态方面的改变（见第五章）。治疗上，比如在创伤的稳定化上两者有根本性区别。预后上，一般Ⅰ型创伤会好于Ⅱ型创伤。

随着时间的推延，创伤状态会渗透进那些没能自行消化创伤经历受害人的主观解释、行为模式、认知模式等方方面面。这种创伤状态可以逐渐形成一种皮亚杰总结的“创伤模式”（Fischer & Riedesser，1998）。

从心理学的角度看，这一创伤模式是一种脱节的模式，很多时候是陷入抗争/逃避的矛盾之中。它既有被其他（认知）结构同化的倾向，也完全有可能被卷进一种慢性的疾病过程。在精神创伤发生时，它也可以延伸到所谓“创伤过程”之中。比如一位性暴力侵害的受害人有强迫性清洗自己的身体或者其他物件的现象，就是因为性暴力很容易让人联想起“玷污”一词，在精神分析中，这是症状原发性获益的来源，也可以用“神经症性的防御机制”来加以理解。

费绍尔等（Fischer & Riedesser，1998）指出：“创伤模式”包括：①精神创伤发生以后有组织的感知觉和行为；②实质为一种抗争/逃避脱节的行为结构；③可以引起大量的感知觉和认知上的歪曲；④有扩散（泛化）到其他精神范畴中的倾向（比如泛化的焦虑）。

与这一创伤模式相对，受害人会从主观上发展出一种“创伤代偿模式”与之相抗衡。其行为方式既可以发生积极的变化（例如通过玩笑来转移注意或谈话来抑制由于闪回现象引发的内心冲突），也可以朝消极的、有问题的方向转化，例如酗酒、药品依赖。提出这一模式的主要用途在于分析创伤后的种种异常状态，并寻找平衡和应对的资源。

因此，我们在考虑创伤复杂的康复过程时，都要想到这两个动力性的关系模式。

需要顺便解释的是，除了 ICD 或者 DSM 诊断系统中相关的时段性诊断以外，还有一点也值得注意：

患者对其特殊的精神创伤及其并发症可以有其独特的消化方式，无论是在创伤发展的过程还是在其试图自我修复的尝试中，都可以有其个人的特点。因此，对于同一个患者有时完全可以套用不同的 ICD 诊断。比如一位严重的车祸受害人，在事发之后可以产生急性应激反应，4 周以后又出现创伤后应激障碍，数月之后出现惊恐障碍。一位在童年期曾遭受性暴力侵害的患者，可以有分离性遗忘，而当她自己的孩子也到了她遭受暴力的年龄时，又出现抑郁。当她又一次被强奸后，她可能先出现躯体化障碍，直到相关的回忆再次浮现后才表现出创伤后应激障碍的症状。

这种模式凸现了与创伤性障碍相关的一个重要观点，即在创伤性疾病中，合并出现其他障碍的情况并非少见。这也反映出一个现实，即在临床工作中，真正意义上的“纯粹的”创伤后障碍并不多见。库尔加（Kulka，1990）在对越南战争幸存者进行了大样本的研究后得出这样的结论：在 50 万人中，只有 5%的人“罹患 PTSD”。而许多生还者患有抑郁、焦虑性障碍、躯体化障碍，或者像多数人一样，有物质依赖的问题。

类似的现象在冯·科克（van der Kolk）和海曼（Herman）等人主持的与 DSM 背景相关的研究中还可以看到，事实上在创伤患者身上实际发生的障碍远比诊断手册中描述的要复杂和多样。于是，他们列出了一个相关的特殊分类，即当患者持久（数月或数年）地被创伤经历完全控制时，便归类为“严重应激障碍——未特定型（DESNOS，Disorders of extreme stress，not otherwise specified）”。这类情况包括：被当作人质、战俘、集中营生还者、某些宗教文化冲突的受害人，经历家破人亡或者不得不忍受有组织的性剥削（包括可能遭遇性暴力）等等。

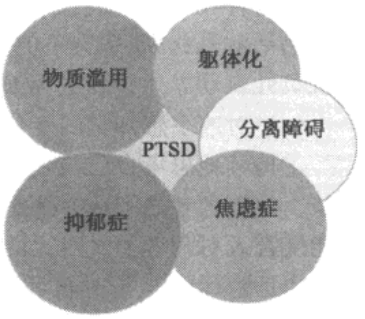


图 2－5　PTSD 的并发症类型

DESNOS 的七大类症状群：

（1）情绪控制障碍和持久的焦虑、烦躁不安

①持续的烦躁不安（有时这会被当成是抑郁症的伴随症状），一种似乎更多见于女性的症状（Werner & Smith 1992）。

②慢性的自杀念头－PTBS 患者实施自杀行动的危险概率是 19%（Davidson & Foa 1993）。在问病史的时候，一定要问及有无自杀企图，包括严重的节食，用成瘾物质“安静的自杀”的情况。

③自残或自虐（对慢性创伤患者一定要主动询问！）。

④暴怒或极端压抑的愤怒（有时交替发生），这一症状尤其在经历创伤后的男性多见，并有可能以某种形式的违法行为表现出来（Werner & Smith 1992）。

⑤强迫性的性行为或极端压抑的性欲（有时交替出现）。

在 EMDR 病史中，一定不要忘记问及上述与愤怒、抑郁、自杀观念、性行为等方面有关的问题。涉及到创伤模式的，可能是“蓄积已久的”情绪和行为问题（有时似乎是与情境相适应的）可能会由于特定的触发物而引发。这种反应有时会在数秒钟内一触即发，并且一开始就会将患者扯到意识障碍的边缘，对于有效的治疗是一种非常有用的资源。所以在暴怒发作以前，可以提醒患者注意自我保护，但也告知他，如果患者并不一定强调要避免这种绝望感的暴露，对于他的治疗也会是值得的。我们可以根据他的需要，在 EMDR 治疗前进行试探和检验。

（2）意识状态改变（分离、情绪侵入）

①与创伤性事件有关的遗忘或记忆增强。

②分离状态。

③人格解体/现实解体。

④回想和思索与创伤过程有关的事件（有时患者能很精细地报告头脑中流过的想法，这些应该记录在案）。

（3）自我意识障碍（比如无助感、羞耻）

①（主动性）晕厥。

②羞耻感、内疚感、反复自责。

③被玷污和被打上烙印的感觉。

④与他人从根本上被区分开的感觉，甚至把自己定位为不再是一个人。这些自我意识的损害

可以同时存在，并在或长或短的时间内被加工或溢于言表。在 EMDR 治疗中，关于自我意识有句重要的话就是："我一文不值"或者"我有罪"。这类表述描绘了许多创伤导致的自恋式的损害，引发负性自动思想，并成为 EMDR 治疗需要处理的核心问题之一。

（4）对凶手感知觉的变化（如尽力美化凶手或持续的复仇心理）

①持续地思考自己与凶手的关系（出现复仇观念较之于治疗初期的昏厥、无力感可算是一种进步，尽管两者之间最终还是有一定的联系）——对凶手的不切实际的估计（尽管海曼警告过，可能受害人对两者力量对比的估计比医生的估计更符合实际情况），这种感知障碍常常（在一开始往往是隐藏的）与对自我的负性认知紧密相连，并且是 EMDR 治疗过程中需要处理的情况之一。

②对凶手的理想化或者不合逻辑的感谢之情。

③对凶手有特别的或"超自然的"关系的感觉。

④接纳凶手的信念系统或对凶手的合理化认同。

后面三种感知障碍显然更加难以动摇，因为在治疗初期，这样显然可以减轻伤痛的压力，曾有一组特殊的综合征对急性应激状况下的这种情形的后果加以描述——"斯德哥尔摩综合征"Stockholm－Syndrom，又有称"赫尔辛基综合征"，指人质将对罪犯产生好的情感并与之发展关系，在极度隔离的情形下甚至会爱上罪犯，这源于 1973 年 8 月 23 日发生在瑞典的一次劫持事件，一名男子身着重武器劫持了斯德哥尔摩的一家银行，将 60 名顾客据为人质时间长达 131 小时，被劫持者对罪犯的信任程度超过了警察，即便在获得自由后他们仍认为是罪犯给了他们新生，电影《007 之黑日帝国》中对此有清楚的描述。

（5）对其他人际关系的影响（如退缩、寻找救助者、无法有效地保护自己）

①孤立或从社会关系中退缩出来。

②亲密关系障碍（关系破裂或建立关系障碍）。

③寻找救星（有时与孤立和退缩交替发生）。

④对他人持续的不信任。

亲密的人际关系的障碍往往是创伤患者寻求治疗的直接原因。所有精神动力学和行为取向的心理治疗方法对于帮助患者解决这些复杂的问题，帮助患者重新恢复既往对人际关系的定位很有必要。EMDR 治疗对这类问题的特殊贡献在于：一个人为什么在亲密的人际关系方面有（意识到或没有意识到的）障碍往往有其充分的理由。从经验的角度看，应该谨慎的原因可能在于——如果在治疗过程中很好地找到了切入点——只有这样才能在运用 EMDR 技术对此进行处理后，才有助于这些障碍的恢复。很多时候，在很好地处理了关系阻碍之后，仍有必要对产生关系阻碍时就随之出现的人际关系范围内的"成长的匮乏"进行处理，使之至少能在受到治疗关系保护的范围内进行补救。

（6）丧失对生活意义和希望的追求

①信念的丧失。

②失望或绝望的感觉。

上述这些对于在英裔美语地区生存下来的，童年期曾遭受严重创伤的人来讲非常重要，尤其在治疗中的整合期更是如此。因为这类患者较少有必须接受外部"信念系统"的压力，而是由患

者自己自由地寻找自己个性的（心灵的）成长之路。很多这一范围的障碍（不少患者把他们当作对抗强烈自杀冲动的平衡力量！）本身可能因为在治疗过程中深入讨论其抑郁和（客体）关系障碍而有所缓解。同样，许多经历了童年精神创伤的生存者可能在治疗中才第一次深入体验“正常的”人际关系，患者在治疗关系中会非常细致地体会我们自己的信念，我们如何生活，我们如何营造相互之间的关系。在此之间的真实感和整体感——无须许多语言——是我们作为治疗师将自己的价值系统带给他们最好的方式。

（7）边缘型人格障碍　当人经历了自己不能忍受的心灵和躯体的创伤，往往会将这种创伤记忆压抑到潜意识里，大量的记忆涌现在潜意识层面可能导致以下三种可能：创伤后应激障碍（PTSD）、分离障碍、边缘型人格障碍。

边缘型人格障碍是近二三十年来渐渐为大家所熟知的一种心理障碍。其主要特点是感觉的摇摆不定，特别是对其他人的情感总是在吸引和憎恨之间快速变换。边缘型人格障碍患者的自我感觉不稳定，他们经常会不明白，为什么自己在某种环境下会那样做。边缘型人格障碍的患者总是苦恼于自己内心的分裂状态。他们不能忍受孤独，但是也不能与其他人保持稳定关系，于是他们总是在吸引和拒绝之间徘徊。

对于边缘型人格障碍的患者而言最难忍受的是内心的分裂状态：为了减轻这种分裂，不少女患者会自我伤害（多数是对自己皮肤的伤害），而男患者往往会转向对外界的攻击。很多边缘型障碍的患者有药物依赖（嗜酒，或者其他）。

边缘型人格障碍的患者往往受过严重创伤。近 10 年的研究显示：60% ~ 90% 的总是自我伤害的患者都是严重躯体暴力（包括性滥用）的牺牲者。这些暴力经历就是潜意识的“创伤事件”，它们导致了严重的心灵伤口，这种伤害只有通过长时间的心理治疗才能痊愈。但是治疗是艰难的：因为边缘型人格障碍的患者只能忍受短时间稳定的关系，尽管他们很需要治疗师的帮助，但是他们还是不能与治疗师保持良好的治疗联盟。

根据这些调查（Zlotnik et al，1997；Zamanian et al，1997；Kennerley，1996；Lanktree et al，1995），患者应该将更多的时间花在心理治疗师那里。

DSM 编写委员会的相关小组在以后的专业讨论中，因为没能把上述草案加入到诊断系统中去，于是就在诊断复杂的、多病共患的慢性创伤性障碍的案例时留下了一个明显的问题，即在临床表现上很难将其与其他疾病鉴别开来。正因为如此，在运用 EMDR 技术治疗创伤性障碍时，首先对 DESNOS 的症状群有一个清楚的表述就显得十分重要。

美国白塞斯塔国立精神卫生研究所的学者珀斯特（Robert Post，1997）提出了一个很好的慢性创伤后障碍的神经生物学模型。在这个草案中考虑到了目前尚未得到足够重视的在精神创伤发生后常常会有的多病共患的问题，因此在诊断纯粹的精神创伤的范围里，其边界显得相对要清晰一些。

这一模型一方面可以很好地解释为什么会有这些林林总总的症状（比如那些感觉和内心的张力），为什么会有易激惹、带来情绪负担的闪回、焦虑的泛化（扩散）、不断加剧的惊恐，以及情绪控制的障碍（如病理性激情和暴怒发作）等等这些创伤的远期效应。有了这样一个模型，我们就很好理解在本章开始的地方所描述的战争生还者们的种种情况。如果有必要，这个模式还可以为我们提供一个代际动力学关系的模式。例如一位有酒依赖和冲动控制障碍的战争生还者在做了

父亲之后，在对待自己的孩子方面还可能有粗暴体罚的倾向。此时，创伤就延续到了自己年幼的孩子——下一代身上。而与成年人相比较，儿童具有更加强烈的分离性防御的可能（详见第五章），在童年期反复遭受虐待会导致儿童在上述模式中较为底层结构（例如对生活的乐趣、感觉的敏感度、对未来的期望、以及社会接触）的“匮乏”。

尽管上述创伤过程的草案仍然存在很多局限性（例如某位患者完全可以在抑郁状态中仍有闪回现象），但它仍然可以在我们治疗精神创伤受害人的过程中，在仍需完善的关于种种创伤引起症状的鉴别诊断方面，在现有的诊断手册之外，即使在对部分患者的长程治疗过程中，都能为我们提供许多重要的思路。在我们关注患者个性化的创伤经历的时候，尤其在运用诸如 EMDR 这类创伤治疗技术的时候，这些思路都极为重要。同时，还应该了解患者是否将所有与创伤有关的情形都描述清楚了，有没有忘掉比如几年之前就有不明显的酒精滥用的问题。在对这样的患者开始进行 EMDR 治疗之前，还应确保患者除了酒以外还有其他的创伤代偿机制，不会因为开始 EMDR 治疗之后而使其酒依赖的压力更大。

在认知学派看来，人体预存的关于世界的信念和模型会介入到创伤经验中，在相容过程中二者相容程度的不同，产生不同的反应。其中，社会认知理论的代表人物之一霍诺韦兹（Horowitz），他关注创伤信息的认知加工，认为其动力来源于完成倾向（completion tendency），即将新的信息整合于现存认知模型或图式的心理需要。他认为，遭遇创伤性事件的个体，初期表现出惊恐喊叫、目瞪口呆。个体处于信息超载状态，此时基于完成倾向，那些未被加工的信息冲破防御，进入意识，出现了闪回、梦魇、强迫思维。与此同时，由于防御机制的运作，个体表现麻木和否认。正是完成倾向与防御机制运作间的冲突，导致了个体在整合创伤信息和现存图式的渐进过程中，不断在强迫回忆思维和否认－麻木两种状态之间摇摆。这个模式极为全面地解释了人们的应激反应，清楚地说明人们对创伤的正常反应如何变成了慢性的病态反应。而布尔曼（Janoff－Bulman）主要关注个体预存模型的性质。他认为，人们之所以出现 PTSD，是因为他们关于世界的基本信念破灭了。这些基本信念包括认为自己不会受到伤害、自己是有价值的、世界是公正合理的等。以布莱维（Brewin）为代表提出了双重表征理论。他们认为创伤经历，如有意识，则形成可回忆的言语知识，相应地形成可回忆的言语记忆；如无意识，则形成可回忆的情境知识，并相应地形成可回忆的情境记忆。人们对创伤事件的情绪加工，包括了条件化的情绪反应和伴随创伤而来的，比如自责自罪、愤怒等次级情绪。其结果有三种：完成整合、持久的情绪加工和情绪加工的过早抑制。这样就可以解释 PTSD 病程的难以预料。也就是说为什么有的人早发，而有的人晚发，甚至迟发；为什么有的在临床痊愈后一段时间症状又再次出现等。在理解共患性问题上，该理论也有其独特之处。它认为 PTSD 与共患的其他疾病间的区别主要在于可回忆情境记忆是否存在，是否处于激活状态。而且它还给出了一个可理解的共患性模式：遭遇创伤性事件的个体，处于焦虑反应状态，出现高警觉，并自发地诱发情绪麻木，这时如果个体处于可逃避情境，则个体出现恐惧或强迫思维；如果个体处于无法逃避情境，则出现躯体焦虑或恐慌；如果个体想恢复自我控制力，则个体表现出物质滥用与依赖。更为有意义的是，它让我们能以新的视角来看待一些早已存在的问题。比如我们不能根据主动性记忆的中断确定个体已成功地整合了创伤，也就是说明显的康复可能有误导性，提示在总结 PTSD 的疗效时，应仔细评定恐惧、逃避和注意、记忆的偏向，是否有情绪加工的过早抑制。并指出存在两类不同的记忆，而现在的量表

没有体现这两者间的区别。

从生理学上讲，那些片段的、与情境有关的回忆片断以及围绕在其周围的创伤模式是在创伤过程种种表现背后的原动力。这也就是为什么美国医生卡丁那（Kardiner，1941）用“生理性神经症”一词来描述创伤后障碍能够得到许多有经验的临床学家首肯的原因之一。对许多运用不同方法取得良好效果的患者采用 Meta 分析的方法进行研究，也都观察到这种创伤后障碍中所谓的“生理性症结”的存在。同时，在创伤后障碍的某些症状如情绪的侵入和回避再次出现时，伴随的抑郁和焦虑症状也显著减少。即使在创伤治疗中没有单独处理这些伴随症状，只是对创伤本身进行治疗时也依然如此（v. Etten，1998）。

总体上讲，从对创伤性障碍患者临床治疗的实践来看，准确了解和把握创伤性障碍的特殊症状，对创伤状态有更多的理解，以及对创伤模式更多的关注，无疑会给治疗带来很多更为有利条件。对在创伤过程中夹杂或衍生其他合并问题的人，对复杂、慢性创伤患者以及有远期并发症的患者，我们尤其不应该忘记这一点。

（六）创伤诊断和治疗过程中的注意事项

在临床研究中，一方面患者由于文化、社会角色的压力。比如重精神轻物质的文化，其中男性与女性相比，更多地表现出症状的低表达，或出现躯体化；另一方面治疗者可能是由于专业受限，也可能是对疾病的敏感度不够，总会出现一些漏诊的情况。因此，对下列一些情况我们也应给予高度地关注：

（1）有睡眠障碍的可疑患者，要了解其做梦的情况，尤其是恶梦的细节。

（2）有社会性退缩的可疑患者，要了解其交往态度、表现，以及与人相处时的情感体验，以确定其有无特征性的回避或一般性迟钝麻木的表现。

（3）有行为问题的可疑患者，要比较事件发生前后的变化，搞清摄食障碍、酒精或药物滥用是否是为了麻醉自己不去回想往事。

（4）有些患者的主诉是一堆模糊的躯体不适，而患者又回避谈论创伤性事件，应想到本病并对精神现状作全面的评定。

（5）经历创伤性事件的儿童其应激障碍发病率与成人基本相同，考虑其症状的陈述方面的问题，其发病率甚至比成人还高。但儿童，尤其是学龄前儿童的表现特殊：包括不断地重复表演创伤性事件，反复地画，无目的的攻击行为，分离性焦虑，表现退行行为如遗尿等。而且，儿童的症状往往不典型、不完整、全部症状出现晚。尤其令人担忧的是这种状态还会影响儿童的发育，因此，需要特别关注。

（施琪嘉　陈　静　盛晓春　Arne Hotmann）

第三章　特殊意识状态——分离状态

分离在创伤患者，特别在复合型创伤的患者和儿童患者中，是一种具有诊断和鉴别诊断意义的重要临床表现。但是，由于分离症状出现的隐蔽性，以及与文化理解有关的“怪异”性（灵魂附体、迷信），有时可能会被简单地视为重症精神病的症状，而被当作精神病进行治疗。

“疾病是时代的产物”，这一观点在当今变得越来越明显。疾病的发生和衍变与经济、文化、生活方式乃至价值观念密切相关。伴随着历史的发展，疾病谱发生了很大的变化，同时，同一疾病的表现形式和人们对它的认识也发生了深刻的改变。

这一观念在精神病领域中表现得尤其突出。在19世纪维多利亚时代，癔症流行，而随着经济的发展，癔症的诊断逐渐让位于“分离性障碍”。可以想像，随着经济的发展，职业的终生制正为雇用制所代替，以互联网为代表的“无须人介入的信息传递系统”也逐渐普及。在这种背景下，一个人很难像过去那样保持稳定的自身身份的同一性。在不同的场合使用不同的人格，然后将不同的人格统一起来的生存方式将在年轻人中逐渐普及。当这种人格的区分与统一出现困难时，便容易出现分离症状和分离性障碍。尤其对生活在这个时代的中国人，在享受经济高速发展带来的物质文明时，我们也感受到了它给我们精神领域带来的巨大冲击，比如我们感受到了文化传承和价值观念的不连续，人格中的不协调也随之产生。

据调查，在普通居民中有超过6%的人有分离障碍（Mulder，1998），其症状表现为选择性的记忆出错或遗忘、情境引发的恍惚状态、极端的昼梦、同一性体验损害、间断性的个人感觉和真实感丧失，在有些情况下，还可以为一过性的假性神经症性症状（无器质性改变的失明、失音症和运动障碍）。

在分离障碍中，遗忘（或者记忆出错）的并不一定是创伤经历，有些遗忘的是在日常生活中经常出现的急性状态，患者很少自己去应对这种状态。分离障碍的核心就是将特定的记忆从意识中分离出去，这种分离可能是通过遗忘，也可能是通过自己意识的改变（昼梦、失神、恍惚）达成的。

近十几年来的研究表明，儿童性虐待在分离障碍的形成过程中有其特殊的病因学意义。国际心理健康研究院（National Institute of Mental Health，NIMH）曾对此做过研究。班杜拉的研究显示，儿童性虐待和成年后的性虐待会导致不同的后果：仅在成年后有被强暴史（儿时没有性虐待史）的妇女往往会产生创伤后应激障碍，而儿时有性虐待史者（无论成年后是否有被强暴史）一般会有分离障碍形成。

莱西（Resch）通过对海德堡198名青年的研究表明：不仅是性创伤，一般的躯体暴力经历对于分离障碍的形成也是有意义的。米尔德等（Mulder & Koll）的调查显示：儿时有躯体暴力经历的人，其分离障碍形成的风险是常人的5倍，而有性暴力经历的人其风险是常人的2.5倍，另外一些关于分离障碍病因学的研究却显示，性暴力于分离障碍的形成具有非常重要的意义（Twe-

icher，1991）。

一、理解分离所需的相关基本概念

（一）意识和意识改变状态

理解分离首先必须区分意识和意识状态。从哲学意义上说，意识相对于存在而言，是人所特有的反映现实的最高形式，是人对现实的一种有意识、有组织的反映。意识使人的心理区别于动物的心理。在心理学领域中，对意识的理解，不同的学派、不同的时代其理解各不相同。

早在19世纪末，以冯特为代表的结构主义，强调意识内容的构成元素，重在对感觉、思维、感情与意志的理解。到了20世纪初，美国行为主义兴起，强调心理学的科学化，主张科学的研究只限于以客观的方法处理客观的资料。因此，在行为主义看来，意识是指能清醒觉察与反应灵敏为特征的行为，以与不能清醒觉察、反应不灵敏的行为相区别。而随着20世纪60年代认知心理学与人本心理学的兴起，意识开始强调其内在历程和主观经验。

意识是一个包括多种概念的集合名词，其涵义系指个人运用感觉、知觉、思考、记忆等心理活动，对自己的身心状态（内在的）与环境中人、事、物变化（外在的）的综合觉察与认识。其中，个人所觉察与认识的经过，就是意识历程，又称意识经验。在意识历程中，当个人对内在与外在变化进行觉察与认识时，常随当时注意程度的不同，而经验到不同的意识层面。其中焦点意识（focal conscious）指个人全神贯注于某事物时所得到的清楚明确的意识经验。如在考试时面对并集中注意于试卷所得的意识，即为焦点意识。边缘意识（marginal conscious）指对注意范围边缘刺激物所获得的模糊不清的意识。凡是刺激强度微弱个人似知未知情形下所得的意识，均属边缘意识。神经生理上来看，焦点意识与特异性上行投射系统有关，边缘意识则与非特异性上行投射系统有关。下意识（subconscious）指在不注意或只略微注意的情形下所得到的意识，实际有些类似于弗洛伊德所说的前意识，但仍属于意识范畴。典型的如鸡尾酒会现象（cocktail - party phenomenon），在众多来宾的酒会上，个人所能接触并获知对方谈话内容者，只限于少数人，对其他多数宾客的言行举止，可能不会留下清楚的意识。

人有各种意识状态，其中，有的是自然的，普遍的，比如睡眠与做梦；有的是人为的，特殊的，比如入静与催眠状态下的意识；另外还有一些经由人为的方法产生的一些特殊的意识状态，如酒醉后的飘飘然，服用迷幻药物后的多感官串连的奇特意识（看到声音或听到颜色）。文献显示在一些民间疗病健身术中存在带有普遍性的“非常意识状态或意识改变状态”（non - ordinary state of consciousness，altered state of consciousness），它们只是在程度和具体内容上有些差别。这类状态与正常的、理性的清醒意识状态不同，具有短时性和自愿性特征的意识状态。它也是一种跨文化现象，世界各民族都有包括心理、药物等在内的诱导非常意识状态的方法，比如静坐、催眠术、气功、布瑞玛、扎普琛、巫术等。

人们在生活中观察到，人在睡眠期间对外界刺激能做选择性的反应，典型的如睡眠中的母亲可以听不到打雷声，但可听到睡隔壁房间婴儿的一点哭声。还有，睡眠时做梦，醒后能回忆，甚至有人在睡梦中思考解决问题，比如苯环分子结构的发现就是当事人从梦中的蛇首尾相连成环状而获得灵感。

对梦的研究主要集中在两个方面，其中之一是梦的精神病理学研究，其代表作就是弗洛伊德

的名著《梦的解析》，其主要观点就是：梦是一种象征性的表达。梦的解析即根据当事人所陈述的显性梦境为起点，进一步探究隐性梦境中所隐含的真正意义。梦的功能表现在梦既可使欲望满足，又可充当睡眠守护者。另一方面的研究主要来自实验心理学研究，其中最有名的当属对睡眠状态下的脑电研究，可以肯定的是快速眼动睡眠的波形出现时表示做梦。

基于现象和研究，现在认为睡眠并非完全失去意识，睡眠只是意识的另一种状态。

催眠（hypnosis）是以催眠术诱起的使人的意识处于恍惚状态的意识范围变窄。“Hypnosis”一词的词根是希腊字－hypnos，意即睡眠。其实催眠并非睡眠，而是注意高度集中。在睡眠和催眠时，虽意识范围缩小，但它们的状态不同。前者是处于散漫状态，后者处于最佳状态。此外，催眠时的脑电图为α－型脑电图，与睡眠时的脑电图迥然不同。根据美国斯坦福大学教授希尔嘉（Hilgard，1965）的实验观察发现，处于催眠状态下的心理特征主要表现为：

（1）主动性反应减低　不主动表现任何活动，倾向于接受催眠师的指示来呈现活动。

（2）注意层面缩窄　对环境中的刺激不再注意，只注意催眠师的指示。

（3）旧记忆还原现象　能陈述其清醒状态下不复记忆的陈年旧事，且以视觉影像为主，甚至以儿童说话的口吻，描述事件发生的经过，俨然回到了童年时所经验的现实。

（4）知觉扭曲与幻觉　错觉是知觉扭曲现象中最明显的例子。错觉是指当事人对周围具体刺激物的失实解释，幻觉（hallucination）则是当事人“无中生有”或“有中变无”的脱离现实的知觉体验。

（5）暗示接受性增高　暗示（suggestion）是指向对方表达一种非强迫性的意见，能使对方在不加怀疑的心态下接受，并在行为上实践。所谓暗示性（suggestibility），在催眠术上讲，是指接受催眠师暗示的程度。现在常用催眠暗示性（hypnotic suggestibility）来表示暗示性的高低。

（6）催眠中的角色扮演　在催眠中，受试可听从催眠师的指示，扮演与其本人原来性格不同的另一角色，并表现出合于该角色的一些复杂行为。

（7）催眠中经验失忆　指受试经由催眠师的暗示，在恢复清醒后，忘却催眠状态中的一切经验，这种现象就是催眠过后失忆（posthypnotic amnesia）。

通过观察，希尔嘉对催眠状态下的心理历程提出了自己的看法，即意识分离论（split consciousness theory），他认为，在催眠状态下，受试的意识状态被解离为两层：第一层的意识是在催眠师的暗示下产生的，其性质可能是失实的，扭曲的；第二层的意识是受试根据自己的感觉产生的，其性质是比较真实的。但第二层意识在催眠时被第一层所掩盖，受试不能经由口语陈述出来。他将在催眠时被掩盖的较为真实的意识称为隐秘观察者（hidden observer）。也就是说，在催眠状态下，受试并不因催眠师的暗示而完全失去自己。

而与此迥异的解释是由美国社会心理学家斯班诺斯（Spanos，1982）提出的社会角色论（social role theory），其与意识分离论的差别在于，该理论认为催眠状态下的行为改变的原因并非完全是催眠师的暗示所致，而是受试在动机、情绪与期待上，认同催眠师所说的催眠境界，主动与之配合，类似演员和导演的关系一样，在催眠师的诱导下，全神贯注，投入到一种“假戏真做”的忘我境界。虽然如此，总的说来，现在一般认为催眠是一种特殊的意识状态。

气功中的入静状态也是一种特殊的意识状态。所谓入静是指逐渐消除一切思维活动的心理过程。值得注意的是，消除思维活动并不等于消除意识活动。入静状态就是恬淡虚无的气功境界，

即是没有思维活动的意识空白状态。它较易与催眠的恍惚状态（trance）混淆。其实，二者的差异很大，入静状态时意识高度清醒，并不恍惚，但不能感受外界的所有刺激。其生理机制可能是大脑皮质并不处于抑制状态，但是阻断了与外界的联系渠道。而催眠下的恍惚状态虽然也切断了与外界的大部分联系，但保留了特定的与外界沟通的渠道，而且，由于其他渠道都已经被切断，这一保留渠道的畅通程度还有所提高。因此，二者在本质上是不同的，相似的只是外观和表面上，脑电研究也提示大脑处于不同的功能状态。但另一方面，入静和恍惚的程度都有深浅，浅层的入静由于没有完全切断与外界的联系，可能类似恍惚，而深层的恍惚由于切断了大部分与外界的联系，可能也类似入静，从这个意义上说，二者的混淆也完全可以理解。

（二）记忆、遗忘、遗忘症

记忆（memory）即人脑对经验的反映。包括识记、保持和再现3个环节。20世纪50年代以后，一些心理学家倾向于用信息加工的观点解释记忆，认为记忆有3个阶段，分属3种类型：感官记忆、短时记忆和长时记忆。记忆的历程中，每一个阶段的记忆，均需经过编码、储存和检索三个步骤。其中长时记忆也称永久记忆，其特征是在时限与容量上均无限制。在人类的长时记忆中，储存着以下两种不同的记忆。程序性记忆（procedural memory），是指对具有先后顺序的活动的一类记忆，主要包括认知与动作技能记忆两部分，它是经由观察学习与实地操作练习而学得的行动性记忆。程序性记忆储存后，经久不忘。其特征之一在于，到了成熟阶段，程序性记忆的检索，将会成为自动出现的方式，刻意留心自己的动作，反而有时会造成错误。陈述性记忆（declarative memory），是指对事实性资料的记忆。其特征是，在需要时可将所记得的事实陈述出来，然后用判断句加以表达。在陈述性记忆内，按记忆对象的不同，又分为以下两类：①经历性记忆（episodic memory），又称自传式记忆（autobiographical memory），是指有关个人生活经验的记忆；②语意性记忆（semantic memory），系指个体对周围世界中一切事物的认识，特别是对代表事物抽象符号意义的了解。与经历性记忆相比，其偏重于一般性知识的记忆。

遗忘（forgetting）是指识记过的内容既不能回忆也不能再认或发生错误的回忆和再认。遗忘是保持的对立面，保持的丧失就意味着遗忘的出现。用信息加工的观点来说，遗忘就是信息提取不出来或提取出现错误。根据遗忘的程度和性质的不同，可分为部分遗忘和完全遗忘；暂时遗忘和永久遗忘。遗忘并不都是不好的，从某种程度上说，它也对个体起保护作用。

遗忘症（amnesia）即严重的遗忘，也就是说只有当一个人明显地忘记了与自己经历密切相关的事件。并影响到当前的工作、生活和学习时方能称为遗忘症。

（三）自我同一性、同一性障碍

“identity”目前在心理学中有三个译法：认同、同一性、身份。认同作用（identification）是一种防御机制，指个体为保护自己、发育过程中有选择地模仿别人某些特质的行为，如模仿他（她）所崇拜或羡慕对象的某些行为。在客体关系理论中，认同有着更为复杂的含义，如认同的成分不再是外显的行为表象，而更多是内心想像层面的表象（客体表象 - object representation）。一些精神患者的特殊表现，如显贵血统妄想，自居为伟人的夸大妄想，也被看作是认同的防御机制。

自我同一性（self - identity），即自体认同，是美国精神分析学家埃里克森（Erikson，1902）人格理论（发展渐成论）中的一个专用术语。他认为，所谓自我同一性是指青少年对自己的本

质、信仰和一生中的重要方面前后一致及较完善的意识，也即个人的内部状态与外部环境的整合和协调一致。12、13岁至17、18岁的年轻人，发展的任务是建立自我同一性和防止自我同一性混乱。在这一时期，身心两方面都发生了很大的变化，个人开始从以下六个方面来思考关于“自我”的问题：①我现在想要什么；②我有何身体特征；③父母如何期望我；④以往成败经验如何；⑤现在有何问题；⑥希望将来如何。

思考的结果，就是试图回答“我是谁”与“我将走向何方”两大问题。一个实现了自我同一性的青少年至少有以下三方面的体验：①自己是独立的、独特的、有自己个性的个体，虽也与别人一起活动，但他是可以和别人分离的；②自我本身是统一的，个人的需要、动机、反应模式是可以整合一致的，而且从时间上看，自我有一种发展的连续感和相同感；③所设想的自我与所觉察到的其他人对自我的看法是一致的，并深信自我所努力追求的目标及为达到目标所采用的手段是被社会所承认的。

与此相反的就是自我弥散或自我同一性混乱。

（四）个人的同一性意识

个人的同一性意识（the sense of personal identity）由詹姆士（James）所提出，卡尔·雅斯贝尔斯（K．Jaspers，1963）将其加以发展，这就是他关于自我察觉的学说。他认为，自我觉察有四个形式上的特征：①自我的主动性：各种心理活动都被体验为属于我和由我发动的；②自我的统一性：不论心理活动多么纷繁复杂，都是由我这个最高统帅在指挥着，这使我感到自我是个统一的整体；③自我的同一性：昨天的我和今天的我是同一个我，也就是说，在时间的流逝中，我始终体验到自我保持同一性；④自我的界限性：我体验到我与非我是截然不同的，彼此分得一清二楚。

在病理情况下，这四个方面都可能出毛病，其中自我主动性障碍有两类不同性质的症状：一类是各种异己体验，患者没有自知力；另一类是人格解体，患者有自知力。自我统一性障碍主要表现为双重自我的体验（the experience of double self）。偶可见于相对健康的人，一般为时短暂，无临床意义。要注意的是，心理冲突不是自我同一性的障碍。自我同一性障碍主要见于精神分裂症。自我界限性障碍可见于病理情况，如精神分裂症、急性中毒的患者，也可见于艺术家和修道的人，他们可以通过想像暂时打破自我的界限，而获得一种使人心旷神怡的体验，有一种打破约束而获得解放的感受。

二、有关分离研究的历史

有关分离的研究可以追溯到19世纪后半叶，早期的资料大都来源于对癔症和催眠的研究。1845年，莫雷·德·图斯（Moreau de Tours）第一次使用了“心理解离”（psychological dissolution），当时他的理解是“想像力降低的失联络”（disconnecting of lowering the strength of association）。类似地，胡林斯·杰克逊（Hughlings Jsckson）基于对神经患者的观察，尤其是对癫痫和失语症患者的研究，也使用了“解离”（dissolution），并提出了“梦样状态”（dreamy state），以说明意识分裂，且正是这种意识分裂导致了遗忘症、人格解体、现实解体、幻觉等症状。稍晚些时候，莫顿·普林斯（Morton Prince）提出了“并存意识”（co－consciousness），认为在癔症患者身上存在两个彼此孤立的意识。马克·德索尔（Max Desoir）发展了这一观点，他认为这两种心理活动就是高级意

识和低级意识。在某些时候，比如催眠状态下，低级意识可得以表现。迈耶（F. Myers）引进了潜在自我（subliminal self）的概念，这个概念后来被威廉·詹姆士（William James）所引用。

在有关分离的研究中，很重要的两个人就是让内（Janet）和弗洛伊德（S Freud），对他们的研究可以发现，他们的观点有着很大的差异，但又互相补充，就像两颗交相辉映的星辰，其观点在不同的时代占据着主导地位。

近代变态心理学有两大思潮：第一个思潮发源于法国，衍生为“巴黎派”和“南锡派”。让内成为“巴黎派”中独树一帜的领军人物。这一流派的学者都看重下意识现象（subconscious）；用意识的“分离作用”（dissociation of consciousness）来解释心理的变态，治疗方面都应用催眠或暗示法。第二个思潮发源于奥地利及瑞士，在奥地利的叫“维也纳派”，在瑞士的叫“苏黎士派”。其中弗洛伊德就是“维也纳派”的开山鼻祖。这一流派的学者大都从潜意识（unconscious）出发；认为变态的根源不在意识分离，而在情与理的冲突，治疗上主张用精神分析。

让内和弗洛伊德生活在同一时代，都曾经师从沙可（J. M. Charcot），因此两人是先后的同门。当弗洛伊德来到巴黎时，让内的著作已初享盛名了。从这个意义上说，弗洛伊德不可避免地受到了让内的影响。

让内是现代法国变态心理学界的泰斗，他毕生致力于癔症的研究，其所有的变态心理学说都来源于对癔症、催眠、暗示和附体现象的临床观察。在观察中，他在癔症患者身上发现了一些互相矛盾的特征：癔症患者的生活由常态和变态交互代替所组成。在变态中，一方面患者专注于一种“固定观念”（fixed idea），而另一方面，对这一观念以外的一切记忆一切感觉都忽略过去。在常态中，患者一方面恢复日常的记忆和感觉，另一方面则忘却了变态中的表现。对这种遗忘现象，让内和弗洛伊德都很重视，但对其解释各不相同。弗洛伊德以潜抑作用（repession）来解释，让内则以分离作用解释。他在《心理自动症》（Psychological Automatism）中第一次提出了“分离”这一概念。

什么是分离？

法国心理学素来强调感觉至上（sensationism），可以将心理看成是由无数感觉组成的。让内无疑也受此影响，他认为人的一切经验都在心中留有观念（idea）。比如走路有走路的观念，能记住这个观念，所以能走路；如果忘了，双腿就会麻木。在健全心理中，各种观念综合成为一个完整系统，其中各部分都受整体的支配。变态心理之所以发生，是由于整体心理系统发生分离，某一观念脱离整体系统而独立，不受其他观念节制，也不能节制其他观念。此时，意识分为两种：一种是常态中的整体心理系统，即主意识；一种是脱离出来的固定观念，即下意识或副意识（subconscious，or secondary consciousness）。这两种意识的分离就是癔症发病的机制。

分离的原因是什么呢？让内认为，分离的根本原因在于耗竭（exhausion），从而使神经力量不足以维持心理功能的整合状态。也就是说，他认为分离是被动的心理过程。在治疗方面，体现让内观点的治疗原则有两点：即所谓精神上的节流与开源（mental economy and income）。

二战后，人们对催眠研究的热情再次燃起，有关分离的研究又产生了一些新的理论。随着精神分析的发展与传播，其理论逐渐占据了主导地位。

弗洛伊德在哲学上是叔本华、尼采、哈特曼一脉相传的继承者，曾师从沙可和般含，与法国派心理学者有很深的渊源，而且，在他所生活的那个时代，人们普遍受到能量守恒定律

和进化论的影响。他的学说也是建筑在癔症的临床观察之上，在对这一类患者的观察中他发现这类患者存在如下特征：①患者只是不动声色地把与病证有关的记忆说出来，治疗不会见效。说的时候，必须有相应的情感反应，好像重新体验以前的所有情绪，病才能痊愈；②患者想把与病证有关的过去经验说出来时，常有一种阻抗，仿佛心中的难言之隐不但不可告人，而且也不可告诉自己；③精神病征最普遍的是退行，患者的记忆常回溯到以前生病时的重要关头，而且大半与性欲有关。

弗洛伊德的学说就建筑在这三点事实的基础上，形成了其意识和人格结构理论，并提出了力比多（libedo）这一非常有特色的概念，带有性的、动力性的、有能量的特点。对癔症病因的认识强调压抑，因为自然欲望大多与性欲有关而为社会所不容，所以快乐原则和现实原则相冲突。虽然抑制欲望以迎合社会是一件痛苦的事，但社会的约束力太强。为了保存自我，只有欲望让步，这就是所谓的压抑。受压抑者存在着有与现实抵触的欲望，可以是观念上的或情感上的欲望。这两个成分被压抑导致不同的结果：观念被压抑时，通过潜抑，它被排除在意识之外，而成固定观念；情感被压抑时，产生三种结果：一是通过感觉神经或运动神经加以转换（conversion），同时情感消失；二是变为异质情感，比如被压抑的情感在未压抑之前是快感，在压抑之后变质成痛感；三是漂浮的情感附着在另一种观念之上。因此，对癔症的核心的理解可以简述为：癔症患者的性心理发展固着于早期阶段，即恋父情结阶段，其性冲动受到阻抑。于是，其精神能量转化为躯体症状，这不仅保护了患者使他不能意识到性冲动的存在，而且这些躯体症状往往是内心冲突的一种象征性表达，从而使患者免于焦虑的困扰（原发性获益）。癔症患者对自己的躯体症状恢复似乎并不关注，而是想保留症状从中获取某种利益（继发性获益）。尽管患者本人通常并未意识到症状与利益之间的内在联系，但转换症状却是由这种无意识动机所促成的。患者由于有了这类症状便有了患者身份，并可享受患者权利，由于有了这些认可，患者就可以不承担工作、学习的责任和过错。患者一旦发现这类症状可以减轻困难处境给自己带来的焦虑，并且使他的依存需要得到满足，那么这些症状就会被强化而持续存在，或在以后遇到困难时再次出现（心理防御机制的不恰当使用）。这也正是我们经常看到的癔症反复发作的发病机制之一。

总之，让内、布洛伊尔之后的人们认为，癔病综合征有一种意识分离的状态，与此相伴随的是心理成分相互分离的形式。但分歧在于意识分离状态的起源为何？意识分离在癔症结构中所起的作用为何（可参考第一章）？

在让内看来，意识分离是癔症心理改变的原发性特征。而布洛伊尔认为意识分离是继发的，获得性的，它之所以出现，是因为在催眠状态中显现的观念断绝了与意识中其他内容的联想性的交流。在这两个问题上，弗洛伊德提出了自己的看法，这体现在他“防御性神经精神病”（1894）一文中 。在这篇文章中，他将癔症分为三类：催眠性癔症、滞留性癔症（retention hysteria）、防御性癔症。对催眠性癔症的认识与布洛伊尔相同；在滞留性癔症中，所发生的事情仅仅只是创伤性刺激的作用没有被表达出来，意识分离所起的作用极小，甚至根本没有；在防御性癔症中，患者在某个时刻，在他们的观念生活中发生了一种不兼容的情形，也就是说，此时他们的自我面对着一种体验、一种观念或一种感受，同时引发了令人痛苦的情感，这种痛苦的情感使得个体决定忘掉这些东西，但遗忘是不成功的，正是这种遗忘导致了各种各样的病理反应。从患者自愿的遗

忘，到症状的发作，患者将想遗忘的观念和相伴随的情感进行了剥离，这样，自我成功地把这个强有力地观念转化为一个较弱的观念，如此一来，较弱的观念就不必通过联想加以表达了。但情感所负载的能量需要在另一种用途中加以处置。在癔症患者身上，由于把这一能量，转化为某种躯体症状，其矛盾观念也就成为一种无害的东西，这就是“转换”（conversion）。因此，癔症的具有特征性的要素并不是意识分离，而是“转换能力”。这与奥本海姆（Oppenheim）和斯特隆派尔（Strumpell）所提出的癔症的定义相同，而与让内的看法相去甚远。

值得注意的是，无论是让内还是弗洛伊德，他们所提出的分离或转换，只是在探索癔症发病的机制，与所谓的“分离型”（以意识、精神症状为主体）和“转换型”（以失音及麻痹等躯体症状为主）相去甚远。随着精神分析学说的兴起，有些人开始认为潜抑引发的下意识动机在癔症发病中的作用被过分强调了。而现代诊断的分类系统强调无理论偏差，将不同医师的诊断一致性作为目标，因此，让内所提出的，作为表示意识分割现象的分离概念重新被人们所注意。“癔症”这一诊断逐渐解体，让位于“分离性障碍”，分离性障碍最早见于 DSM－Ⅲ（1980），随后见于 ICD－10（1992），并在 DSM－Ⅳ中得以细化。在 DSM－Ⅳ中，“转换型”症状均含于躯体形式障碍之中。

三、有关分离的症状学理解

分离“dissociation”由 dis－association 构成，意味着联想水平的降低或中断。作为一种防御机制，它指一部分心理活动或行为过程与其余的心理活动分离。

分离可以发生在意识、记忆、同一性等方面；分离是一种可以观察的现象；分离是一种意识改变状态。

对分离的认识一直存在两种不同的看法，一种认为分离是病理范畴，以让内为代表；而另一种则认为分离是一个广泛存在的连续谱。现在大多数人会接受后一种观点。也就是说，在分离中包括了正常的分离体验，也包括了病态的分离症状，甚至严重的分离性障碍。

常见的分离体验有：①白日梦；②睡眠状态下的梦；③走神（trance）；④入静；⑤催眠状态；⑥超常体验；⑦疲劳状态下的人格解体或现实解体；⑧迷失在电影和书中而不知时间流逝和周围环境的变化；⑨高速公路催眠（highway hypnosia）：是一种走神状态，感觉到似乎是公路本身在移动；⑩白日类催眠状态（daytime parahypnagogia，DPH）。

高速公路催眠是一种走神状态，感觉到似乎是公路本身在移动。DPH 一般在注意力疲劳、从事被动活动时容易出现。当事人可以体验到一种分离的、梦样的、怪诞的但常令人愉快的感受。这种感受是短暂的，瞬间即逝。在这种状态下，常有一过性的表象、思维和创造性直觉，但容易遗忘。个体事后知道曾有过 DPH 体验。与白日梦不同的是，它是非自主的，是自发产生的。因此，这是一种独特的分离体验，是一种意识改变状态。

当分离体验出现的频率增加、持续时间延长、症状加重；分离体验与创伤性经验相联；分离体验伴随其他相关症状时，分离体验就成为分离症状。

分离症状包括五个核心症状群：遗忘症、人格解体、现实解体、同一性混乱、身份转换。

分离症状可以见于多种精神疾病，比如：边缘性人格障碍、摄食障碍、创伤后应激障碍、躯体形式障碍、性功能障碍、抑郁症、物质滥用。但当以分离症状为主时，就成了分离性障碍。

在临床上常可以看到，分离症状常有下列伴发症状：①反复的抑郁；②焦虑、惊恐、恐怖症；③生气和愤怒；④低自尊、感到受到了伤害和（或）无价值感；⑤羞耻感；⑥躯体痛；⑦自我毁灭的想法/行为；⑧物质滥用；⑨摄食障碍；⑩关系和亲密障碍；⑪性功能障碍；⑫有关创伤的闪回、侵入性思维与表象；⑬高警觉；⑭睡眠障碍。

有些观察表明，就分离症状或分离性障碍与上述的伴发症状群之间的关系而言，是分离症状的存在导致了这些伴发症状群，特别是无器质性损害的疼痛、慢性自杀倾向、恐惧和抑郁（Zlotnik et al 1996，Singer et al 1995）。分离障碍对于这些心理障碍的形成似乎是一个“闸门”，也就是说，创伤后的分离障碍形成是导致后续心理障碍形成的一个前提，这可能是由于分离的出现，原来从意识里被分离出去的经历作为心理的再创伤回来了。

由此可见，如果将精神疾病看成一个网络，分离症状就是其中一个很重要的节点（node）。从这个意义上说，分离在精神病学中的地位不亚于焦虑和抑郁。

四、分离性障碍的诊断

（一）诊断标准和症状评定要点

在 DSM－Ⅲ－R 和 DSM－Ⅳ中，分离性障碍是一种同一性、记忆或意识整合功能的障碍或改变。关于其诊断标准，目前有 3 类：CCMD－3、DSM－Ⅳ和 ICD－10。这 3 类诊断系统对分离的诊断都由 3 部分组成，即症状学标准、严重标准和排除标准。这 3 方面的标准基本相同。就严重标准而言，3 个系统基本相同，即主观方面是症状引起具有临床意义的苦恼，或者客观方面是症状引起社交、职业或其他重要功能的损害。在排除诊断方面，主要是要排除物质或躯体情况（如颞叶癫痫）直接生理效应的影响。

在症状评定方面，以 DSM－Ⅳ为例，其评定要点有：

（1）分离性遗忘症（Dissociative Amnesia）　是不止一次地不能回忆个人重要经历，这些经历通常具有创伤或应激性质，并且其内容太广泛不能用一般健忘来解释。

（2）分离性神游（Dissociative Fugue）　患者有遗忘症，同时有到新的地方，表现新的身份，但没有两个或多个身份或人格状态交替控制行为的表现。

（3）分离性身份障碍（Dissociative Identity Disorder，DID）　患者存在两种或多种身份或人格状态，每种身份对自身或环境的感知、关系都有各自恒定的模式，且有两种身份或人格状态交替控制行为的表现。

（4）人格解体障碍（Depersonalization）　人格解体已达到症状的程度，且现实检验能力存在，不是见于其他精神障碍。

（5）不典型的分离性障碍（Dissociative Disorder not other specified，DDNOS）　包括以分离症状为主要特征的障碍，但不符合特定分离性障碍的诊断。其中不典型的 DID 没有不同的人格状态或没有遗忘症；成年人不伴人格解体的现实解体；特殊状态下的分离状态，比如监禁状态下的“洗脑”；分离性恍惚障碍，如附体（possession）是一种鬼神或精灵入侵，入侵者变成了自我或自我的一部分，有文化或地域特征；Ganser 综合征；不能归因的意识丧失、木僵或昏迷。

按诊断的不同系统将一些分离状态的区别列表如下：

表 3－1　分离障碍在不同诊断标准下的比较

CCMD－3	DSM－Ⅳ	ICD－10
解离障碍	分离性遗忘/分离性漫游/分离性身份认同障碍	分离性遗忘/分离性漫游/多重人格障碍
	人格解体	*
	无法界定的分离性障碍	分离性昏迷/迷睡及附体障碍/Ganser 综合征/少儿期及青年期的一过性分离性（转换型）障碍
转换障碍	转换障碍	分离性运动障碍/分离性痉挛/感觉麻痹及感觉脱失/混合性分离性（转换型）障碍

* 含于神经症性障碍中。

（二）量表评定

评定的量表有多种，在此仅介绍两种。

1．分离体验量表（Dissociative Experience Scale，DES）

目前，对主动性分离症状检测效果最好的量表是分离体验量表。该量表由伯恩斯坦（Bernstein－Carlson）和普特纳（F. Putnam，1986）设计。它一共有 22 个条目，并给出了患者出现其中罗列症状的百分率。这个量表的 22 条目有多种翻译版本。该量表形式上是一个自评量表，其性质是筛查而非诊断性量表，因此，其分值高并不能表示就是分离性障碍，但可以提示有分离性障碍的可能。该量表有两大优点：其一是操作简单，受试者可以在 10 分钟内做完，评分可以在 5 分钟内完成。其二是信度和效度都很好，且其在不同的国家使用，评定结果较稳定。

该量表已在德语地区作了超过 1000 位患者和试验者的效度检验（Freyberger & Spitzer 1998）。德文和英文版很好地满足了对测量各项指标的要求。但在应用的过程中，我们不应忘记大约有 20% 的有严重分离症状的患者会在阈值以下而会被漏掉。因此我们建议，在对分离障碍进行排除诊断时，最好常规进行诊断性的临床访谈。在中国，该量表由盛晓春和方新博士翻译，北京大学心理系已完成对其信度和校度的测定。我们建议在每一次 EMDR 治疗前尤其对慢性、复杂的创伤患者进行 DES 量表测量（见附录一）。

2．DSM－Ⅳ的分离障碍的结构性临床访谈量表（The Structured Clinical Interview for DSM－Ⅳ Dissociative Disorders，SCID－D）

该量表的依据是 DSM－Ⅳ关于分离性障碍的诊断标准，是半定式问卷，属诊断用量表，可以用于分离性障碍的诊断，也可用于分离性症状严重程度的评定，可查询相关书籍。

（三）初始访谈中应了解的问题

一般来说，完成初始访谈大概需要 3～4 次的访谈。在初始访谈中，从大体上讲，要从以下几个方面来了解：

（1）生活史　了解在来访者身上发生过什么？

（2）自我意识　现在如何看待自己？

（3）安全感　包括自身安全感、给予别人和从别人那感受到的安全感。

（4）关系困难　包括人际关系不稳定、人际交往困难等。

（5）物质滥用　有无酒精、海洛因、大麻、摇头丸等精神活性物质滥用史。

（6）摄食障碍　有无贪食、节食、暴食表现，体重的增减情况，有无减肥、催吐行为等。

（7）家庭情况　包括出生家庭和现在的家庭。对出生家庭，主要了解其出生和养育史，尤其是养育者的抚养方式，了解早年生活中重要的客体关系，在其成长过程中来访者所经历的重大事件及其感受。对现在的家庭，主要了解其情感交流方式和感受，其中比较重要的还有关于性生活满意度的问题，而这也包括性观念。

（8）社会支持系统　了解社会支持系统是为了更好地了解应激缓冲系统，该系统包括家庭、职业、朋友、相关社团以及其他可用的社会资源。

（9）医疗状况　包括身体状况和治疗情况。

（10）症状　了解来访者有无焦虑、抑郁、高警觉、暴怒、闪回、侵入性回忆、内在声音、遗忘、麻木、梦魇、反复出现的梦境等。

其中，值得注意的是，当来访者有下列情况时，应高度怀疑分离症状或分离性障碍的存在：①短暂的意识丧失或时间缺失；②不能回忆的行为；③神游；④无法解释的附体；⑤无法解释的人际关系变化；⑥无法解释的知识和技能波动；⑦关于生活史的碎片式回忆；⑧自发的恍惚；⑨超常体验；⑩感到自我的其他部分存在。

临床上，为了更好地了解来访者，可以选择性地使用分离的相关量表，但最终都要综合考虑。

五、目前分离研究中的热点问题

目前关于分离的研究，其主题主要集中在：①流行病学调查；②分离与创伤的关系；③分离性障碍的诊断效度问题；④DID 与其他疾病的重叠或相似性问题的探讨。

在流行病学调查中，有以下 3 方面的研究：其一为研究普通人群中分离症状和分离性障碍的发病率。据调查，在普通居民中有超过 6% 的人有分离障碍（Mulder et al，Am. J. Psychiat. 155：806，1998）；其二为研究特殊人群中分离症状和分离性障碍的发病率，比如妓女、暴力倾向和遭受暴力者、吸毒人员等；其三是调查在其他精神疾病中分离症状的发病率。

在分离与创伤的研究中，多数人认为两者关系密切，分离症状或分离性障碍多提示该个体有创伤史，尤其是早年的创伤。现在对人类面临创伤性情境所采取的即刻反应的研究发现，即刻反应的目的就是为了个体保存。该反应常涉及 3 个系统，呈现 5 种反应模式。具体而言，最先启动的是害怕系统，此时遭遇创伤的个体如果足够强壮，他就会选择战斗的模式；如果他的行动足够快，他会选择逃跑。接下来的是惊恐系统，这是个体在对周围的人发出呼救信号，他会选择向人求助。如果这两个系统都失灵，他就会启动冻结或投降系统。在儿童面临创伤情景时，常启动的应对系统有惊恐系统和投降系统，但是因为遭受创伤的儿童常常支持系统也较差，因此，就更多的会采用投降系统，这样就相应地表现为不再对周围、对自己有知觉，对疼痛的敏感性降低，现实感丧失、人格解体，犹如被注射麻醉药物一样等分离症状。由此可见，当儿童面临无法抵抗的创伤打击时，出现心理上的逃跑，即分离就不那么令人奇怪了。研究者和临床工作者都认为分离是应对儿童期创伤常见的、自然出现的防御方式，相对于成人而言，儿童更容易出现分离。但是，当这种分离作为防御方式一直延续到成年期，就可能导致典型的分离性障碍。

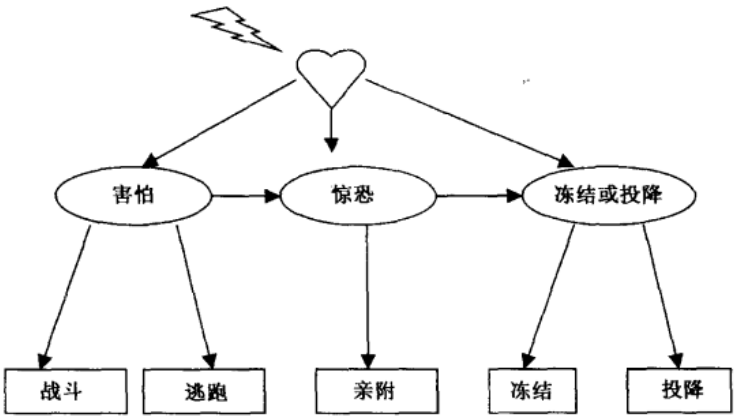


图 3－1　人类面临创伤性情境所采取的即刻反应

研究还发现，同样的创伤性事件，因为出现在个体成长的不同时期，其最终导致的后果不一样。比如，班杜拉（Badura）的研究显示，儿童期性虐待和成年后的性虐待会导致不同的后果，仅在成年后有被强暴史（儿时没有性滥用史）的妇女往往会产生创伤后应激障碍，而儿时有性虐待史者（无论成年后是否有被强暴史）一般会有分离性障碍（Badura et al，Obstetrics Gynecol. 90：405，1997）。在创伤性事件在分离症状或分离性障碍形成的病因学意义上，不同的研究结果不尽相同，其中对性创伤的研究尤其如此。一种意见是性创伤，尤其是童年期性创伤在分离症状或分离性障碍病因学上有特殊的意义，近十几年的一些研究已证实了这一点（Lange et al，J. Nerv. Ment. Dis 187：150，1999；Kaplan et al，Compr. Psychiat. 39：271，1998；Farley et al，Women Health 25：33，1997）。而另一种意见则相反。比如 Resch 通过对 Heidelberg 198 名青年的研究表明：不仅是性创伤，一般的躯体暴力经历对于分离障碍的形成也是有意义的（Brunner et al，J. Nerv. Ment. Dis. 188：71，2000）。

与上面的意见和研究形成鲜明对比的是，也有一部分人对分离性障碍的患者所提供的有关创伤的真实可靠性提出了质疑。这主要基于三点：其一是他们认为童年早期的记忆本身就不等于当时的客观现实，这也可以从弗洛伊德的理论变迁中看到这一点；其二是回顾性的记忆本身也是不可靠的，存在记忆扭曲的现象：其三是他们认为这些分离性障碍的患者本身的暗示性和感受性就比较高，容易出现暗示并表现出分离。因此，他们认为分离性障碍患者的早年创伤是不确定的。

在分离性障碍的诊断效度问题上，争论比较激烈的就是分离性遗忘症和 DID。比如，对分离性遗忘症，可能存在诊断的扩大化，因为有些遗忘可能是一般性遗忘、器质性遗忘、创伤经历的编码不全，或者只是当事人不愿说出创伤，只是很长时间未想所致。对 DID 的研究，一方面认为这是时代的产物，其发病率不断上升，而另一方面则认为这完全是医生暗示出来的一种疾病，甚至对其诊断本身都产生了质疑。

对精神疾病的现象学研究中，人们注意到了一些有趣的现象，比如，DID 和双相情感障碍、边缘性人格障碍存在一些共同点。都可以在很不相同的两极摆动，区别仅在于摆动的主体不同而已。其中双相情感障碍摆动的主体是情感，思维、行为等变化都是继情感变化而产生的。边缘型

人格障碍是近二三十年来渐渐为大家所熟知的一种心理障碍。其主要特点是感觉的摇摆不定，特别是对其他人的情感总是在吸引和憎恨之间快速变换。边缘型人格障碍患者的自我感觉不稳定，他们经常会不明白，为什么自己在某种环境下会那样做。边缘型人格障碍的患者总是苦恼于自己内心的分裂状态。他们不能忍受孤独，但是也不能与其他人保持稳定关系，于是他们总是在吸引和拒绝之间徘徊；而 DID 其摇摆的主体是整个人本身，一个人完全变成了另外不同的人，他们彼此相互独立，对环境和自身的感知、关系或相法都有一套相对恒定的模式。从这个意义上说，这三者有相互重叠或者说相似之处。而这对我们认识疾病的本质，探讨其发病的机制或许有些启示。

（陈　静　施琪嘉）

第四章　创伤的精神分析理解

一、真实创伤与幻想

精神分析麾下的创伤概念具有颠覆性的意义，至少在弗洛伊德生活的时代如此。弗洛伊德在其1897年与布洛伊尔合著的“癔症的研究”一文中提出，性的压抑为造成癔症症状产生的来源。他在“防御性神经精神病”中说到：到此为止，在癔症、恐怖症和强迫症中所发生的过程是相同的；再往下，它们的进程就不一样了。在癔症患者身上，由于把兴奋刺激总量转化为某种躯体上的症状，其矛盾观念也就成为一种无害的东西。我们称这种情形为“转换”（conversion）。转换可以是全部的，也可以是部分的。它沿着感觉神经和运动神经这两条线发展，而这两条线，无论松散还是密切，都与创伤性体验相关联。通过这种方式，自我成功地把自己从矛盾中解脱出来，但作为替代，它以某个记忆象征的方式承载着自己，这个记忆象征在意识中找到了一个落脚点，就像一种寄生虫，它或者呈现为一种无法调和的运动神经方面的障碍，或者表达为某种不断地反复出现的幻觉，这种情形一直持续着，直到在相反的方向上有某个转换发生。因而，被压抑的观念的记忆痕迹终究并未消散，从现在起，它形成了一个次级的心理成分的核心。

产生于青春期的生理上压抑的释放程度如何，取决于其个人早年的生活史，从这个意义上来讲，弗洛伊德隐约见到了早年客体关系对个人成长的影响，不过，他还是更多地强调个人的内在冲突对个人成长的影响。对弗洛伊德来讲，创伤是从出生的过程就开始了，试想，一个在母体内无需费力就可获得各种营养并安全生活在温暖的羊水中的胎儿，需要在子宫收缩的压迫下从阴暗而狭窄的产道中娩出，可能面临脐带绕颈或胎头吸引器的威胁，或娩出后需要自己拼命地呼吸、寻找食物（乳头）、感受温度的改变和在“不安全”的环境中被转移，这必将在精神尚未成形的婴儿心理上造成巨大的恐惧、不信任、焦虑、无助等感觉，此为弗洛伊德所称的“原始性创伤”。尽管在超个人心理学中，有很多人能够进入到出生阶段的幻境中去，但要证实或反驳这一假设仍是件十分困难的事情。这一假设的前提为：幼儿的创伤体验实际上比他们真正经历的生活和比我们的想像要频繁得多。一方面，我们有许多仅仅因幻想而导致癔症的患者，即早年在婴幼时期有“创伤性幻想”的患者；而另一方面，我们也能发现所谓“真正的患者”，即有着真实的创伤情境经历，且这些经历直接导致其发病的患者。这些人不仅是患者，也是受害者，因此他们不仅需要专业的心理咨询和心理治疗，也应该获得相关的社会支持。

就这种二元分类，出现了值得注意的现象，即第一类患者越来越少，而第二类患者却越来越多。在历史上，对第一类患者的诊断曾极大地为女权运动所质疑，弗洛伊德因而就成为“泛性论”的始作俑者而倍受质疑。在实践中发现，虽然在当时，这些患者或受害者几乎总是女人，性侵犯者几乎总是男人，而且，一些公共用语开始得到广泛使用，如不谈“患者”，也不说“受害者”，而以“幸存者”替代之。实际上，人们对弗洛伊德的“泛性”的理解是基于对其理论的一

知半解上。在精神分析发展到其第二阶段时（1887～1900），弗洛伊德就强调了现实与想像的差别，对于患者而言，内心的想像，特别是来自过去的、与重要客体关系的想像就像真正发生过一样，这包括好的、坏的，也充满着爱和性的诱惑。这样，关于癔症和创伤的历史讨论实际上在新的理解下重新开始，除了女性作为受害者外，男性也成为创伤受害的重要对象，除了性侵犯外，暴力虐待及情感虐待也成为创伤体验的重要来源。于是，很多既往被认为是癔症的患者被重新诊断为边缘性人格障碍，而 PTSD 也越来越多地用来取代创伤性神经症。

二、弗洛伊德关于创伤研究的 3 个阶段

韦哈盖尔（Paul Verhaeghe）从拉康学派的观点详细阐述了这一理论：

应该明白，用孤立的方法研究弗洛伊德关于创伤的理论是不可能的。我们的思考至少必须包含 3 个不同的主题：第一个主题为创伤与幻想的关系，此与弗洛伊德的创伤致病理论有关；第二个主题围绕一般意义上的心理功能和特殊意义上的记忆功能，此与弗洛伊德的结构理论有关；第三个主题则涉及治疗目标。

从这 3 个方面去研究弗洛伊德关于创伤的理论——病因、心理结构和治疗目标，我们会发现，弗洛伊德的理论在不断地发展着，在这个体系中只有 3 种观点保持不变：

（1）创伤向语言的转化障碍　此为创伤后最显著的临床特征。现在，神经科学的发展已经证实，创伤患者的言语表达中枢有较正常低的血液供应，而记忆也未能很好地在海马进行整合（见第五章），因此，患者无法在“皮质”层面正确表达。

（2）创伤总是有性的特征　尽管，根据弗洛伊德关于“驱力（Trieb）”的观点，“性”应该被理解为“与驱力有关”，“冲动性的”，临床所见，几乎 100%边缘性人格障碍的患者均有着性的创伤，但在此，性的侵犯只不过是多种强迫性重复的一种，也是很多复合创伤的内容之一。

（3）创伤总是与冲突有关　这涉及到不同的防御机制。在此，弗洛伊德超越了最初的问题，即将重点不再放在究竟创伤事件是发生了没有，而是转移到对结构的理解上去，很明显，创伤的意义在这一新理论中发生了改变。

弗洛伊德在他那个时代对创伤的真实性没有任何怀疑。他所关注的重点为创伤的记忆痕迹为何不能用言语表述。今天，我们知道，这种记忆上的“遗忘”与“表述记忆”的不完整与“隐性记忆”的片面传递有关。弗洛伊德并不怀疑创伤性记忆是可以用言语表述的可能性。催眠实验使他认定：恢复完整的记忆和言语表述应该是可能的。不过，在他的临床实践中，他的患者没有通过治疗恢复完整的言语描述，而是出现了新的联想链，引发对更早创伤的回忆，而且，这些创伤通常带有性的特征，这一发现在 19 世纪的末期相当令人震惊。

弗洛伊德发现，要在患者的故事中在现实与幻想之间做出区分是不可能的。在结构理论下，人人皆存在着“创伤”。外部因素所致的真实创伤不可避免地会与主体的自身驱力所致的结构性创伤发生交互反应。此时，幻想发挥作用，使得在象征中不能找到足够答案的东西得以释放。有现实创伤的创伤性神经症可导致实际症状的产生，如众所周知的心身症状和精神崩溃。

自身驱力所致的结构性创伤在真实创伤的介入下找到一条特殊的防御通路，即最初的内部冲突部分外射，继而泛化，即便今后没有外部创伤存在时，仍以类似的方式应对。所以，每个人不可能逃离内部冲突情境，这其实是投射的根本原因。

这时我们所面临的双重问题为：①幻想作为防御是如何发挥作用的；②内在的创伤因素可以与快乐和满足相关的驱力始终连在一起。

在弗洛伊德对这两个问题的阐述中，我们看到，他对外部需要确定的创伤的注意越来越少，而对内部冲突的注意变得越来多。

1916年，弗洛伊德阐述了创伤的完整观点："我们将'创伤'这一术语应用到一种体验中，这一体验在短时期内造成了精神上太强大，而不能用正常方式加以应付或处理的被放大的刺激，这必然导致了能量运转方式的持续性失调。"

他发展这一理论的方式意味着关于治疗最终目标的新观点。以往的治疗目标相对简单：致力于让患者将其创伤历史——尤其是那些被遗忘的部分——变成言语，即那些因防御机制而被压抑的部分，将这一记忆过程尽可能完整地变成言语表达出来为治疗师的最终目标。在弗洛伊德发现婴儿性欲和随之相关的幻想后，上述观点不再站得住脚。在弗洛伊德1914年的一篇著名的名为"记忆、重复和修通"的论文中，我们可以看到他对治疗目标认识的转变。

该论文近乎完全地削弱了对遗忘过程的分析性意义，其结果是遗忘作为一个重要治疗目标的观点就此消失。取而代之的是分析那些从来没有被忘记的东西。弗洛伊德认为，这来自决定一个人神经症核心的潜意识幻想。在他的临床实践中，弗洛伊德发现许多患者倾向于重复那些给他们带来很多不快乐的事情。创伤性神经症者为什么不得不反复重复他们最初的创伤，尽管只是用一种碎片式的方式？在"超越快乐原则"中，弗洛伊德使用了"强迫性重复"的观点，即为心理组织将创伤同能指（signifiers）结合起来的结果。这一结合过程对随之而来的宣泄很有必要。创伤的特殊特征为与记号联系的缺乏，这就是为何创伤患者不能用言语表达的心理机制。弗洛伊德在他对战争神经症的研究中增加了另一种特征：创伤对躯体上受损的一个人有较少的冲击。看起来好像损伤作为一个同言语释放类似的躯体方面发挥作用。同样的机制可在自杀或自我攻击的有创伤性历史的患者身上发现。可将许多患者的自伤、自我毁灭行为视为释放张力的形式。

三、认同与病理性创伤

当一些人失去对他们有价值的客体时，以后每当遇到痛苦，就会启动退行的过程。如有丧亲创伤的人们经常会模仿失去亲人所具有的特性。在此，认同替代了客体的选择和客体的投注。例如，一个男孩因为失去了小猫感到不愉快，于是他像小猫一样用手和膝盖爬行。

为了转移对丧失客体的情感或力比多的投注，通过吸取客体的一些特性，个体把客体建立在她或他自己的自我当中。以后，自我就被当成是被放弃或失去的客体一样。个体将使他自己承担因不满而受到的痛苦，而这些不满恰恰属于客体。所以，我们说，认同代替了客体的关系。因为，从此"我的朋友并未死去"，因为"我就是那个人"，"他的离去所产生的失望和愤怒将指向我自己"。

四、情感剥夺的体验与创伤

忽略孩子精神体验的父母剥夺了孩子形成主观感觉的基础（Fonagy & Target，1985）。这一观点在精神分析中已被广为接受（Bion，1962；McDougau，1989，p. 169；Winnicott，1956）。可用"镜像"的功能来对此加以描述，镜像功能的缺乏或歪曲可导致内部世界的体验被歪曲。在临床上，

这就意味着，一个缺乏情感回馈并丧失能据此对外界和自己形象加以识别能力的孩子后来会在现实与幻想、物质与精神现实的区分方面出现障碍。这导致他（她）将情感作为操作性工具而非信号（交流性）的应用。对情感的工具性应用指与见诸行动有关的多半是暴力的行为，患者借助躯体行为来表达和应对针对他们自己身体或与他人有关的想法和感受。这实际上是自我表象不全的表现，可表现为针对他人的攻击形式（Fonagy，Moran，& Target，1993；Fonagy & Target，1995）。由于他们缺乏从内部感受自体的能力，他们被迫通过对外部的见诸行动来体验自身。创伤在暴力心理的发生中发挥着重要的作用（如 Johnson，Cohen，Brown，Smailes，& Bernstein，1999）。当儿童遭到亲附性客体的侵犯时，创伤的过程妨碍了以上描述的主体形成自我感受的发展过程。有关这一点的证据可见于严重虐待的儿童：①体验内部现实的心理平衡模式的存留；②持续转换到一个假想模式（pretend mode）的倾向（分离现象）；③对自身精神状态及其客体精神状态反射功能的部分缺陷。

这些思维方式持续到成年，并在被激怒的暴力行为中发挥重要作用。

综上所述，创伤的概念随着精神分析的发展而发展，从真实的事件到内在幻想，从个体的冲突到客体关系的质量，从对性和暴力的焦点到对情感剥夺的关注，它们构成了现今不仅属于精神分析的，也属于所有其他类型心理治疗的基本概念和操作基础。

（张宜宏　施琪嘉）

第五章　心理创伤的神经生物学机制

创伤导致重要的精神、神经与躯体反应，精神上可以表现为焦虑、抑郁情绪，躯体上可表现为失眠、闪回、注意力下降等，躯体反应则有感觉异常（由闪回症状所激发）、异常的疼痛反应，这些，均与大脑的工作机制有关，我们将以创伤后应激障碍（PTSD）为例来说明创伤的脑机制。

创伤后应激障碍（PTSD）的定义已经在第二章描述，美国精神病协会1994年（Amercian Psychiatric Association，1994）又对DSM－Ⅳ进行了修订，将PTSD定义为：经历过严重的创伤事件并具有以下的特征性症状持续1个月以上者：①反复体验创伤事件（包括梦境中重现全部或部分），又称闪回性记忆（flash back）；②回避与事件有关的任何刺激并出现广泛的麻木反应（表现为感觉麻木，情绪麻痹）；③多种形式的情绪性及生理性唤起（各种形式的睡眠障碍最常见，也表现为作业困难，易激惹及紧张，灾难性事件的滞后和或延长反应导致稳态失衡和心身障碍）；④常见于残酷的战争、灾难事故、暴力伤害的身受或目击者。

从PTSD的定义上我们了解到，PTSD的主要特点为：①长时间不能从创伤中恢复；②部分混乱的感官印象和凌乱片段的回忆，表现为反复“闪回”；③分离（dissociation）症状以及躯体化。

这些现象是因为中枢神经系统对应激信息的记忆过程出现了障碍，使条件化的恐惧反应难于抑制或过分抑制所致。

一、与创伤所致记忆障碍相关的大脑结构

（一）陈述性记忆与隐性记忆

讨论PTSD的神经生物学基础时，我们先回顾正常的脑内记忆系统和其工作模式。神经生理学和神经心理学的研究指出，高等哺乳动物脑内至少有两个主要的与记忆相关的系统：一个系统与边缘系统为主要环节，与认知性记忆有关；另一个系统以基底神经节为主要环节，与习惯的获得和适应性反应的记忆有关。前者是陈述性记忆的神经回路，后者是非陈述性（隐性记忆）的神经回路。这两个系统要进入运作状态均需要来自大脑皮质的输入，被感觉刺激激活的大脑皮质感觉区通常充当触发记忆启始的角色，从初级感觉投射区出发至少形成两条通路：一条通向背侧，与额叶的运动系统相连接，另一条通向腹侧，与颞叶的边缘系统相连接。陈述性记忆的神经回路是视觉信号从视网膜经外膝体到达视皮质，在皮质视觉信号需经多级神经元的处理加工才能被识别。除初级皮质V1外，还要经V2，V3和V4等高级的视皮质的整合，再到颞叶以完成更为复杂的视觉信号的识别。然后经颞下回与边缘系统连接进入回忆回路。边缘系统主要包括外嗅和内嗅皮质、杏仁复合体、海马结构和旁海马回。这些内侧颞边缘结构直接发出投射到丘脑内侧核团（包括背内侧核和前部核团的巨细胞部分），同时也可以经终纹的床核和乳头体间接投射到上述丘脑内侧核团。丘脑内侧核团再投射到额叶的腹内侧部分，包括眶额皮质，内侧前额叶以及扣带皮质。边缘系统的这3个部分即内侧颞叶、内侧丘脑和腹内侧额叶是认知性记忆（也就是陈述性记

忆）回路中3个关键性环节。在猿猴上的试验结果证明，损坏其中一个环节，动物即不能完成带有认知性记忆的任务操作。边缘系统的这三个部分又是通向基底前脑胆碱能系统的闸门，而基底前脑胆碱能系统被认为是另一个对认知性记忆十分重要的脑结构。胆碱能系统与边缘系统有双向的联系，并可投射到大脑皮质的广泛区域，这样就形成了一个陈述性记忆的神经回路。

在这个记忆回路中，丘脑是外界感知信息进入大脑的闸门；杏仁体是边缘系统的一部分，与情绪的加工处理和回忆有关。在这里，信息的“重要性”将被评估，并由此激发焦虑、逃跑、抗争等等情绪和行为；海马也是边缘系统的一部分，负责与时间和空间有关信息的摄取和回忆。可以认为它是大脑的资料库，其信息分门别类排列，不带情绪色彩，装载“实质性信息”。额叶主要负责多种信息的整合，以及对未来行为的计划。由于它同时能够提供对过去信息的回忆，因此也是对未来进行计划的平台。

（二）冷、热整合系统

梅塔卡夫（W. J. Jacobs and J. Metcalfe）运用“热系统/冷系统（Hot system/Cool system）”来解释应激压力状态下的记忆工作模式，“冷整合系统”指海马记忆系统的记录和拷贝是客观的、程序化的，以自我传记的形式进行空间和时间的储存；它的整合是完整的、中立的、信息化易于控制的程序，且具有整体性；相反，“热整合系统”指杏仁核工作的直接、快速、非常情绪化且不可逆转、碎片状的特征，此处的记忆在受到刺激时具有被动性和重复性，为一种简单的回应（De Kloet，1993）。研究指出，热系统/冷系统对于逐渐增加的应激反应不同：在冷系统，低水平的应激反应导致海马的盐皮质激素受体产生增加，以适应应激反应；高水平的应激反应导致糖皮质激素受体的持续占有盐皮质激素受体的结合点，导致海马的不反应性，更高的应激反应则导致功能紊乱。而热系统对于不断增加应激反应，表现为简单的反应增加。因此，在创伤压力水平下，冷系统变得功能紊乱，而此时热系统变得高反应，这就意味着内在编码在这种条件下变得碎片状，而不是空间、时间的整合，以实现完整和连贯性。

（三）长时程突触增强

研究表明，正常的记忆印痕形成和学习与长时程突触增强（LTP）有关。在海马的传入纤维及海马的内部环路主要形成三个兴奋性突触连接系统：来自眶回的前穿质（perforant path，PP）→海马齿状回的CA4颗粒细胞；颗粒细胞发出的苔状纤维（mossy fiber）→CA3锥体细胞；CA3锥体细胞发出的Schaffer侧支→CA1锥体细胞。研究发现：在CA4、CA1和CA3神经元附近记录到按刺激强度分级的诱发电位，形成LTP。诱导LTP的两个主要因素是强直刺激的频率和强度，一定强度的刺激可提高单个刺激引起的EPSP的幅度，而一定频率的刺激可使EPSP产生叠加效应，作用的结果使突触后膜的去极化达到一定程度，使位于NMDA受体通道内阻止Ca^{2+}内流的Mg^{2+}移开，这样当递质与NMDA受体结合后，通道打开，Ca^{2+}内流，胞内Ca^{2+}浓度升高，继后触发一系列生化反应，改变膜的性质，导致LTP产生。Ca^{2+}在LTP诱导过程中起着重要作用，在低Ca^{2+}溶液中不能诱导产生LTP效应，高浓度的Ca^{2+}可直接诱导LTP及增强诱导的效果。但是过高的Ca^{2+}浓度会造成海马的损伤，分子生物学的动物实验显示：阈下刺激组实验动物电刺激停止后72小时内海马细胞钙超载。细胞内游离Ca^{2+}浓度持续增高，可促使大量Ca^{2+}沉积于线粒体，导致其氧化磷酸化电子传递链脱耦联，ATP合成障碍，致使神经细胞内离子浓度异常而严重影响神经元兴奋性；同时，细胞内游离Ca^{2+}浓度持续增高还可以通过与Ca^{2+}结合蛋白结合而引

发多种神经毒性作用，而且在突触后兴奋性传导、Ca^{2+}内流诱发的突触活动性改变以及活动依赖性核基因长时程表达调控中有重要意义。因此，当细胞内Ca^{2+}超载导致CaM－CaMKIIa信号途径调控异常时，可触发神经细胞内这些复杂的信号传导链，启动多级核转录因子，特别是依赖性反应元件介导的基因调控路径，引发神经细胞长时程基因表达、调控异常，促使中枢神经系统（CNS）神经可塑性改变，最终导致学习、记忆、行为等认知功能障碍与情绪反应异常。患者在强应激状态下，海马内的Ca^{2+}超载，从而引起应激状态下的不易消退的长时效应或突触形态改变，进而导致创伤性记忆的障碍。

二、创伤导致的神经内分泌改变——下丘脑－垂体－肾上腺轴系统与创伤

下丘脑－垂体－肾上腺轴系统（Hypothalamic－Pituitary－Adrental，HPA）在应激反应调控中有重要作用。促肾上腺皮质激素释放因子（corticotropin－releasing factor，CRF）是调节哺乳动物应激所致内分泌，自分泌和行为反应最重要的神经调质之一。布莱穆勒（Bremner）等通过对比检验患者与正常对照人群脑脊液的CRF含量发现，前者明显高于后者，提示PTSD患者体内存在HPA轴神经内分泌调节功能紊乱。耶胡达（Yehuda，1998）发现，PTSD与其他应激个体有以下不同：①皮质醇的低水平（PTSD的患者可的松水平在尿液和唾液中明显减低）；②糖皮质激素受体的敏感性增加；③较强的负反馈抑制；④下丘脑－垂体轴的各系统变得愈来愈敏感。

另外耶胡达（2003）又发现PTSD患者及其后代的可的松水平均较低。

糖皮质激素系统在HPA轴调控中亦有重要作用，其中皮质醇可能有明显的抗“应激”效应。耶胡达等研究表明，PTSD患者24小时尿平均皮质醇含量明显减少，血浆基础皮质醇水平降低，淋巴细胞内糖皮质激素受体数目增加，地塞米松抑制实验显示患者HPA轴负反馈抑制作用增强，推测急性创伤应激后或慢性应激状态时，持续低皮质醇反应和HPA轴负反馈抑制作用增强。皮质醇低水平可延长中枢和外周对去甲肾上腺素（NE）的利用，这又可能影响对事件的记忆的巩固。因为，动物实验表明，在低皮质醇水平基础上，交感神经活动可促进学习能力；如果这一过程发生于PTSD患者，则对创伤事件的记忆加强巩固，而且伴有强烈的主观痛苦感；这种痛苦可改变人的心理活动（感知、思维尤其对危险相关的感觉以及处理威胁的能力），使得恢复延缓而反应增强，可能通过影响机体整合创伤经历的能力，最终导致PTSD。

在整体的应激心理神经内分泌反应中，肾上腺糖皮质激素是认知状态下一个客观变化指标，在急性应激和慢性应激状态下，糖皮质激素水平都明显提高。海马内比其他脑区集中了更高浓度的肾上腺糖皮质激素受体，即Ⅰ类盐皮质激素受体（MR）和Ⅱ类糖皮质激素受体（GR），因此也是对应激过程特别敏感的一个脑区。当肾上腺皮质激素受体与肾上腺皮质激素结合时，Ⅱ类糖皮质激素受体和极少数结合。而当机体处于应激反应的状态下，肾上腺糖皮质激素的循环浓度提高，Ⅱ类糖皮质激素受体的结合得到加强。电生理研究发现，Ⅰ类盐皮质激素受体可以通过增加LTP而增加海马神经可塑性。而Ⅱ类糖皮质激素受体对LTP起相反作用。因此，长时期应激引起的肾上腺糖皮质激素浓度持续释放，或者长期接受肾上腺糖皮质激素的处理，能导致海马容量减少，海马CA3区树突萎缩，顶突触结构发生改变、大量锥体细胞变薄和脱落，还发现齿状回颗粒细胞的发生受到抑制。一般来说，依赖海马的认知功能失调的量和肾上腺糖皮质激素的急性影响之间呈倒U型关系，慢性应激引起糖皮质激素持续增高引起海马基因表达异常，导致学习和

记忆的能力受损。

三、创伤后的神经影像学的改变

通过正电子发射断层成像技术（PET）研究显示 PTSD 患者在某些区域脑血流严重减少，包括眶额皮质、前扣带回、前额叶正中皮质（Brodmann's areas 2、9）、梭状回/颞叶下皮质，而在后扣带回，左皮质下相关区域及运动皮质的激活性增加，这些区域与记忆环路有关。PET 及功能磁共振成像技术（MRI）证实，杏仁核和前旁边缘区对创伤性刺激的反应性增强；而前扣带回和视前区的反应性降低（这些区域与恐惧反应有关）。莱朵克斯（LeDoux，1998）发现，机体的恐惧反应与杏仁核有关，杏仁核将学习得到的感觉信息结合到适应反应（搏斗或逃跑）中去，使机体作行动的准备（如心输出量从胃肠道转向肌肉，应激激素涌进血流以提供能量）。这些活动发生先于脑的“思维”部分（涉及大脑皮质中的海马）对威胁的估量，说明杏仁核在这里起着“拦路抢劫”（hi - jacked）的作用。因此莱朵克斯（1998）提出杏仁核是躯体表达的陈述部位，它对任何与创伤匹配的远隔问题，不需要经过大脑皮质察觉和做出决定，就可激活恐惧反应。海马负责长期的陈述记忆，并将新的记忆归档（filing away）。海马与杏仁核有联系，故可以对其进行控制。但有两个问题要注意：

（1）从杏仁核到海马的是快速度通道，而返回的另一条通道提示海马对杏仁核的制服并不是经常可能的；同样额叶前正中皮质（一个可以抑制杏仁核功能的结构）的减少，加强了杏仁核的表达，也就增加了创伤记忆的集中和频发。PTSD 患者海马体积减少，可以解释患者的陈述性记忆的缺乏。但是，海马体积的减少是否发生在遭遇创伤以前则需要进一步证实。但这就是 PTSD 的易感因素之一。

（2）林达·卡罗（Linda Carroll，2003）发现 PTSD 患者的前扣带回区（Anterior Cingulate Cortex，ACC）明显小于正常人群，ACC 在脑的情感调制过程中起到帮助患者注意到自身或环境的作用，而 PTSD 患者的 ACC 功能被削弱，还不能表明 PTSD 遭遇创伤前 ACC 就较小，但是一旦发生 PTSD，ACC 部分就会遭到侵袭，这可以帮助我们了解 PTSD 患者临床症状的产生。另外，脑电图研究也表明：PTSD 患者 α 波减少而 β 波增加，β - Ⅰ兴奋增加超过额叶正中皮质平面和左枕部的区域，β - Ⅱ兴奋增加表现在额叶，θ 波范围超过额叶正中区，表明皮质的过度兴奋，延长觉醒时间，额叶对激活的调节失调，增加 θ 波兴奋可以帮助解释海马体积的改变，说明 PTSD 患者发生了神经生物学的改变。

目前认为单光子发射型计算机断层扫描（SPECT）的动态脑功能检查在评价脑的认知功能和心理、精神疾病中有意义，它能够动态的观察脑信息加工过程，而 MRA 能有效地对脑容积和脑代谢（主要是门冬氨酸的波谱）进行测量。从我们所做的一些关于 PTSD 的神经生物学机制的探讨工作中，我们发现不同类型的患者对创伤经历的处理有不同的表现。我们用 SPECT 和 MRA 对 PTSD 患者分别进行创伤事件刺激前后的动态脑功能检查，并检查大脑不同部位的脑容积和脑代谢，发现 PTSD 患者进行创伤事件刺激后的 rCBF 与一般生活事件刺激后的 rCBF 有明显的不同，说明 PTSD 患者的认知整合系统（边缘系统：杏仁核、海马以及相关的额叶，扣带回）在创伤事件相关记忆的处理过程发生紊乱。按临床上对 PTSD 患者的分型，其影像学表现特点如下列图表所示（谭红，施琪嘉，2004）：

表 5－1　不同类型的 PTSD 患者的影像学改变

	PTSD－Ⅰ型	PTSD－Ⅱ型
一般事件刺激下的 SPECT 改变	左右两侧无显著性差异	左右两侧无显著性差异
创伤事件刺激下的 SPECT 改变	主要表现为右侧杏仁核的部位激活明显，而左侧颞叶内侧相当于海马的部位被抑制，部分患者枕叶激活	与Ⅰ型患者改变相似外，还表现为左侧额叶的脑血流量降低明显
波谱改变	大部分患者左侧海马容积结构稀疏，门冬氨酸的代谢率减低	左右海马结构均稀疏，左侧更明显。同时扣带回和直回也有类似改变，相应部位的门冬氨酸代谢率减低

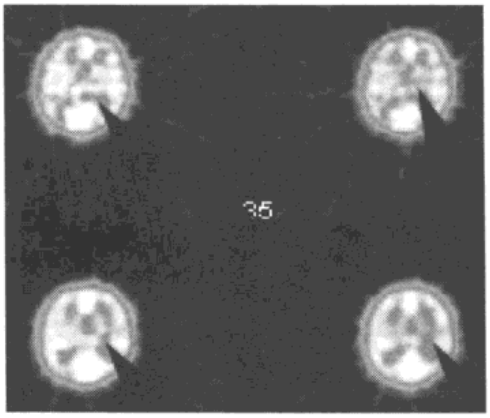


图 5－1　PTSD－Ⅰ型患者刺激前后的 SPECT 改变

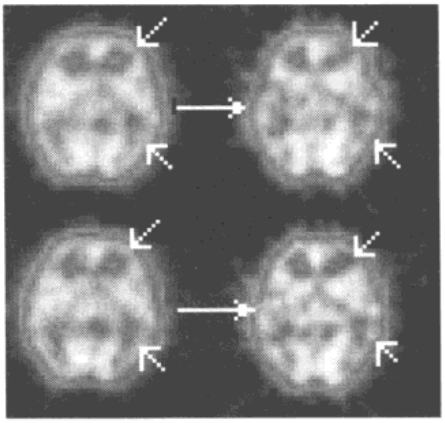


图 5－2　PTSD－Ⅱ型患者刺激前后的 SPECT 改变

上述影像学改变可以显示Ⅰ型 PTSD 患者多有左侧海马容积结构变得稀疏，门冬氨酸代谢所释放的波谱明显减低，表明患者的左侧海马的以及激活状态下左侧海马明显较右侧激活差，这与国外文献的报道是一致的，但是Ⅱ型患者前扣带回的神经元发生萎缩和刺激状态下左侧额叶未激活的现象明显高于Ⅰ型患者，尚未见相关文献报道，是否与幼年的精神创伤有关。有文献报道早期严重的应激反应和治疗处理不当可以产生一连串的神经生物学改变潜在的影响脑发育，这些改变表现在多重水平上，HPA 的结构和功能；白质骈骶体的中央部分和左侧新大脑皮质，海马及杏仁体发育变得稀疏，减低了额叶的电激惹能力和小脑蚓部的兴奋能力。由于眶额回的稀疏，以及前扣带回的稀疏，最后延及杏仁体和海马的功能紊乱。另外发现患者丘脑（自主神经系统中枢）激活的同时，多伴有心率的加快和恐惧感，且患者的生活事件量表也提示患者回避频率增高，提示患者也存在自主神经的调节紊乱。在我们的实验中，发现有患者 MRA 显示双侧海马有萎缩，但是在 SPECT 上却无显著异常，可能与 SPECT 分析方法主要以双侧比较，以小脑为参照值有关。另外Ⅱ型患者的 MRA 表现额叶和前扣带回容积缩小，但在静态刺激时其 SPECT 表现双侧无显著异常，提示患者只是对相关创伤信息的处理存在差别，这与报道是一致的。从神经生物学和心理学角度看，海马负责与时间和空间有关信息的摄取和回忆，它对应激反应是有序的，但是在创伤应激状态下，大量的肾上腺皮质激素的释放，导致海马神经元结构萎缩，使其对相关信

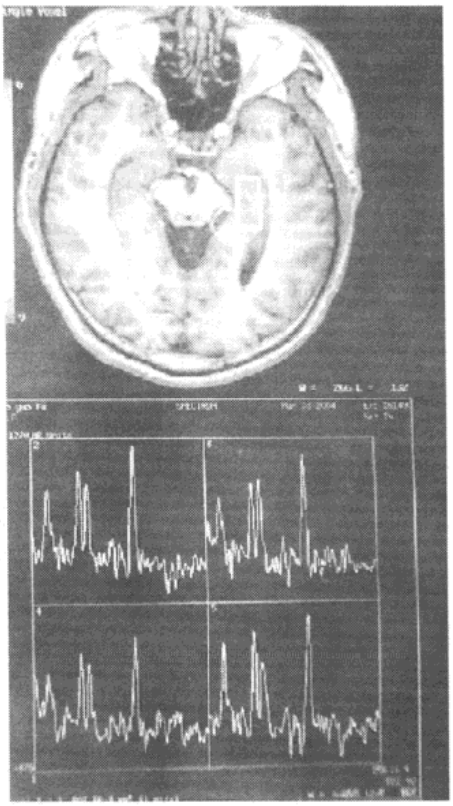


图 5－3　PTSD－Ⅰ型患者左侧海马的结构较右侧明显稀疏，提示左侧海马受累严重

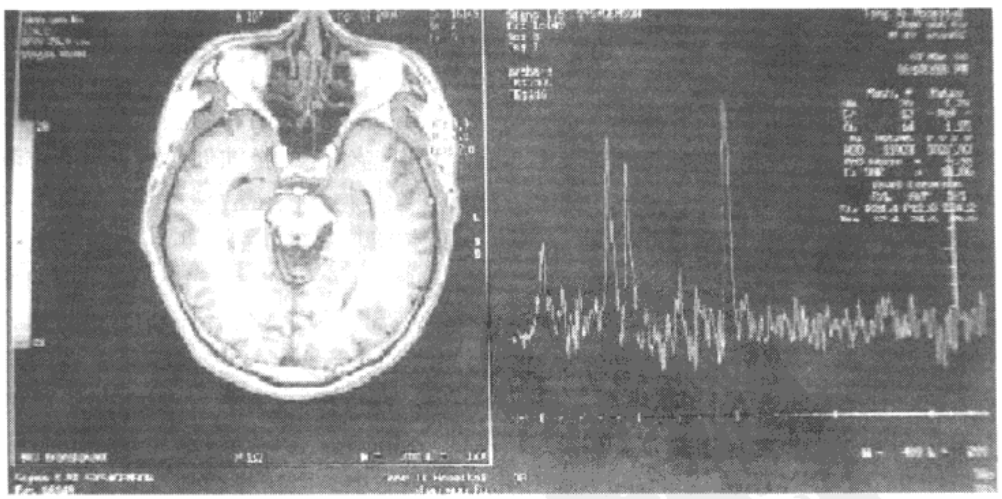


图 5－4　为 PTSD－Ⅱ型左、右侧海马的结构改变及门冬氨酸代谢波谱图，可以显示患者两侧海马均有稀疏的改变，门冬氨酸波谱图示代谢率下降，也支持结构的改变（熊亚敏，施琪嘉，2005）

息的处理在由杏仁体向海马传送的过程出现问题，使患者常出现“闪回”症状。而额叶负责多种信息的整合，以及对未来行为的计划。Ⅰ型患者主要是杏仁到海马这个层面出现问题，而Ⅱ型患者还存在海马到额叶这个层面的处理障碍。因此神经影像学的表现与神经生物学的病理生理改变是一致的。应用神经影像学对患者进行检查分析有助于我们对神经精神疾病加深理解（谭红，熊亚敏，施琪嘉，2005）。

目前的研究已经显示早期的精神创伤可以使个体发生神经生物学改变从而成为 PTSD 的易感者；也探讨了精神应激过于强烈或持久会导致有关记忆环路的损伤和调节中枢兴奋和抑制过程中的神经递质的表达改变，导致形成 PTSD。但是其整个完整的病理机制的脑图谱尚未完全清楚，沿着精神应激记忆印痕的产生过程的探讨，特别是对其神经生物学和神经病理生理学的探讨，也许可以最终揭示其机制。

四、创伤的躯体反应过程——疼痛

疼痛是一种不愉快的知觉和感受的经历，常伴有现存的或潜在的组织损伤。国际疼痛研究学会（IASP）的这一疼痛的定义，包括了现今对疼痛的几个内涵：①疼痛包括躯体感觉和情感体验，两者同等重要；②疼痛是一种主观的感觉，刺激消除后，伴随可察觉的周围损伤一起，可在情感方面遗留相应的反应；③组织损伤与疼痛反应之间虽然存在着因果关系，但组织损伤对于疼痛的发生来讲，既不是必需的条件，也不是足够的条件。

虽然疼痛的定义将疼痛现象从躯体和精神两方面进行了描述，但仍有大多数的人以及为数不少的医生对疼痛的理解仍停留在一种简单的层面，认为，只有刺激才会导致疼痛的感受，而疼痛感知的程度直接取决于刺激的强弱。对于疼痛的这种“刺激－反应”论点，实际上退回到了法国哲学家笛卡尔（Rene Descartes）1644 年的著作《L“homme》一书中所阐述的，直至中世纪仍占统治地位的关于“疼痛”的概念，即疼痛是罪过、赎罪，是上帝的惩罚。基于此的结论为：来自外界的刺激为疼痛产生的必需条件，刺激的强度与成为其基础的组织损伤程度的相关性为 1∶1。即，若没有组织损伤，患者就不可能产生疼痛，不然，疼痛就是自己想像出来的。这种刺激－反应的观念，在很长时间内都无法为精神障碍领域内出现的疼痛现象提供解释模式，特别对于那些遭受创伤后的患者，或那些无法描述内心的痛苦以及躯体疼痛无法述诸于言表时，每遇此际，诈病就为常见的诊断，它还导致了如下的危险：①对正常的变异和偶然的发现做出过于专断的诊断；②在对患者反复进行鉴别诊断时，易导致医源性损伤；③不能识别与躯体症状同时存在的精神症状。

创伤常常伴随巨大的躯体疼痛和由此引发的情绪紧张，疼痛的感受在幼儿那儿，既可能是真实的躯体感受（如胃痛），也可能是由压力所诱发的躯体反应（如儿童因母亲长期疏忽而出现胃痉挛性疼痛或头痛），或因言语发育尚不成熟而以躯体疼痛来作为表达的形式（如因不愿上学而出现的腹痛）；反过来，疾病过程中的心理状态也会导致疼痛的耐受性发生改变，如肿瘤患者在不同的应激水平下对疼痛的感受是不同的，能够面对肿瘤的患者会配合接受种种通常是伴随疼痛的治疗（穿刺、活检、放疗、化疗），而不能很好应对肿瘤的患者常惧怕各种检查和治疗过程中出现的疼痛（敏感性增加）而表现为不良的依从关系，仔细询问病史，这类患者的生活史中或多或少有创伤性的经历。

疼痛的刺激－反应观念的缺陷，主要在于它认为刺激是一种不依赖于机体而存在，但又产生机体行为的结果。

在生物学里，一个生物并非是一种机械性接受刺激、产生反应的简单物理组合，而是通过对食物、性伴侣、温暖等的需求而引发的、对刺激复杂的反应体，因此，这种反应不仅仅是生理性的，也是心理性的；从另外一方面来讲，缺乏刺激，就不会进一步产生用来满足需求的反应，再进一步讲，若连需求的动力都缺乏，则对外界的刺激反应也会缺乏。我们感兴趣的是，一个来自外界的疼痛刺激，在缓慢变化的范围内，是如何被心理的参数所限制，并最终导致反常的疼痛行为，并反作用于疼痛的感受上的。

（一）精神分析关于疼痛的理解

精神分析基于结构理论的模式，提出了“疼痛与躯体化”、“自我和谐”、“固着”及“退行”、“原发和继发性获益”有关概念。

1．躯体化与自我和谐（somatization and ego sytonicity）

婴儿由于在发育的早期无法用言语表达自己的思想，而这一时期又是完全依赖外界、遭受分离、不信任的重要阶段，因此，身体的不适既是他们表达焦虑的方式，也是他们经常体验到的感觉，比如一个饥饿而产生胃部不舒服感觉的婴儿并不能区分胃部的不适是否由于饥饿而产生，还是因为母亲不在身边引起的恐惧而致，这种情景经常发生时（母亲的忽略或经常分离），疼痛就成为婴儿在精神上产生精神病性幻想而伴随出现的经常的躯体感觉。以致于在成年后这些人忘记了当初产生这种躯体反应的原始情景，并将躯体症状作为其适应生活应激情况的主要手段（躯体化），这也是这类患者在临床上十分“纠缠”、病情迁延、慢性化，而且治疗效果不佳的动力性原因，“自我和谐”在此的含义为精神过程与躯体表现合二为一，最后由躯体来自动表达精神的真正想法，在医学中，此可类比于低分化的细胞状态，它的结果总是原始的、恶性的，因而治疗也是棘手的。近年来的研究赋予了童年时期长期的心理创伤以更高的致病意义（Vgl. egle 1997），首当其冲的为情感忽略、体罚、性侵犯等。

2．原发性获益及继发性获益（primary gain and secondary gain）

当躯体表达变成发育时期主要的表达方式时（而言语表达未能发展起来），躯体症状——哪怕是疼痛的感受也会成为患者希望获得满足、建立联系的方式，此时，躯体既有需求，又是媒介，最后它是发泄的对象，此为原发性获益，如一个已经30岁结婚的女性在治疗时对男性治疗师非常敏感，她一方面非常尖刻地指责治疗师不会也不想真正了解她的痛苦，她的丈夫对她百依百顺，但夫妻生活时她从来不能达到高潮，每次房事完后，她就将丈夫赶出屋子，一个人在床上跪着，想像自己幼时为父亲所鞭打的情景，想像父亲鞭打自己时“兴奋的眼神”和鞭子抽到身上的烧灼感，这样，她几乎每次都可以达到高潮。在这个例子中，疼痛变成兴奋和快乐的来源，完全逆转了躯体当时真实的感受（痛觉），它与患者和对父亲的想像（通过被惩罚才能建立与父亲的关系，因而渴望被惩罚）。儿童因惧怕或不愿上学，而不能付诸言语，于是出现腹痛，因为被免除上学，此为继发性获益，在此，疼痛被作为手段以获得好处。

3．固着与退行（fixation and regression）

当处于某一发育阶段遭到挫折时，如来自父母的疏忽，导致孩子经常处于焦虑状态，经常感到胃部不适，在其成年后每当遭到挫折时均会以胃痛作为首要反应，此为症状的固着，疼痛常为

固着的表现。而退行为成年人以儿童或更幼稚的方式应对应激的形式，如被诊断癌症、已经出现腹痛的一个好强的人却完全否认自己有疼痛、不愿接受癌症的诊断（正常的反应为接受事实，接受治疗）。

不过，精神分析对疼痛的认识还需加上一个不同的关于心理调整的疼痛状况的观念和有关的慢性过程。

（二）心理社会因素对疼痛的调整

有过疼痛的人都有体验，即在一定的程度和一段时间内能以特别的形式降低或增强对疼痛的感受（比如分离）。在心身疾病中，对疼痛的心理关注模式为疼痛—注意增加—疼痛加强—更多的注意。

1．恐惧和抑郁

恐惧和抑郁能减轻疼痛的扩大因而使疼痛的感觉加强，对牙医恐惧的患者对同样的医疗处理会感到更多的恐惧。这同样也适用于在抑郁时接受牙科处理的患者。这就是说，本身患有疾病如风湿性关节炎的人，当他处于同样的恐惧和抑郁时，与心身健康的人相比，会感到更多的疼痛，甚至因此提高了他的疼痛中间需求。

继续获得强化，像每个人的体验和行为一样，疼痛也有一个学习的过程。可分为三种：①内部控制观念：患者只想到来自个人有关的帮助；②外部控制观念：患者还寻求其他人的帮助（医生、同伴、母亲等）；③外部宿命论：如果患者觉得疼痛是无法改变的（宿命的），此为慢性过程的先决条件，他坚信没有什么能帮助他。

某些防御机制可能是先兆相似不利的和疼痛加强的，因此，患者灾难想法的趋向是一个不利的冲突，像疾病防御机制，趋向就是在每个发生的同时接受能想到的最坏的。

2．童年和青年的疼痛经历

疼痛可能在被熟知之前经历，也就是以前的疼痛，会通过一个特别的疼痛观念保存，新经历的会与之比较。动物实验表明，在出生后隔离喂养的狗或猿，把它们的腿和脚浸泡在麻醉品中，使其失去疼痛的感觉（Hebb，1967），无麻醉手术的动物与有麻醉的相比，在很多年后还是对外周疼痛刺激有更深的感觉（Taddio u．Mitarib1996）。这同样适用于那些在童年时经常被虐待或性侵害的疼痛患者（scarinci u，Mitarb 1995）。这种形式的心理伤害有着特别的作用，通过这个联合似乎以后可能出现可与之比较的影响，在心理障碍的环境解决相应的困难，这就是对出现的纯粹的心理条件下的疼痛在受虐待和心理严重受伤害的患者的解释模型（Egle，1997）

3．文化因素

文化因素对疼痛的体验的影响在许多研究中被证实，最令人印象深刻的是文化传播研究中的寇福达现象（Couvda），即在各种简单的农业文化中，妇女在生孩子时经常仍在田间劳作，依靠其他妇女帮忙，而其配偶则经常许多天在家卧床休息，并伴随出现产后疼痛（Engel & Hoffmann，1993）。这种现象使人们明显地看到，仅通过想像的脑中枢过程就可以引起与周围刺激所致同样真实的疼痛感受。

（谭　红　熊亚敏　施琪嘉）

第六章　创伤治疗的准备

一、创伤合成与整合

研究表明，未经处理的创伤类似于一个存在于脑中的“记忆脓肿”，虽可与正常组织共存，但也会长大和早晚成为活动性的病变。如前所述，它们会以碎片样的形式存在于大脑之中。这归功于针对创伤的防御机制，如分离或回避，这些手段一方面是为了减少或避免创伤的灾难性影响而存活下来；另一方面也增加了一般的创伤处理过程的困难（Horowitz 1993；Reddemann& Sachsse 1997）。一个人虽然在创伤的环境中通过人格解体（depersonalisation）——身体与精神的分离——很好地保护了自己，但也遗留了混乱的感觉以及大量的主观不适感受：躯体疼痛、强烈不适感、羞耻、仇恨、病态的自责感、躯体陌生感等。因此，对创伤的经历加以暴露，能够提供创伤的拼图，有利于对创伤进行合成，从而实现整合。但这种暴露需要一定的技巧，因为，若非接受过专业的培训，则在有创伤史的患者那儿会在记忆拼接的过程中再次体验到可怕的感受，就是对于引导创伤呈现的治疗师而言也会出现创伤性感受（见第六章同感创伤部分）。前者可见于遭受性暴力的女性，每当取证，被问及详细的细节时，实际上是再创伤的过程，这就可以理解，为何有些受害者每次所讲的内容都会有出入；在后者，以国内一次重大火灾的心理干预工作人员的体验为例，很多人在白天目睹死难者和家属的痛苦后，自己也出现了失眠、做恶梦，以至于不能继续工作，在结束工作后很长的时间内自己还会做噩梦。2004 年 10 月描写南京大屠杀的华裔作家张纯如自杀。她长期从事有关大屠杀的取证工作，自杀前已经患有抑郁症，这未必与揭示创伤历史过程中的残忍没有关系。张纯如自己承认，在写作《南京大屠杀》那段期间，每天都接触到大量日军暴行录，精神上受了很大的创伤，常患失眠和抑郁，掉了很多头发，成书时体重锐减。书中插图都是避重就轻的，唯恐太露骨许多公立图书馆会拒绝把书列于架上，她自己过目的则是另一回事。张女士死时 36 岁，离出书已七载，南京大屠杀也是大半个世纪的陈年旧账。但今日阅读起来仍像一部酷刑百科全书：砍头、活焚、活埋、在粪池中溺淹、挖心、分尸、在肉体上浇硫酸、用军犬咬死、先奸后杀、剖腹取胎、割乳房、割生殖器、用刺刀捅入阴户，以及强迫儿子强奸母亲、父亲强奸女儿、兄强奸其妹、日军奸淫妻子逼令丈夫观看等等（什么杀害了张纯如，孙隆基，2004）。如此频繁地接触非正常行为的证据，对于任何人，特别是对于一个非医学和精神病学背景的女性会造成严重的情绪反应。

冯·科克等（Van der Kolk et al，1996）总结到：“对 PTSD 患者治疗的关键因素在于对不和谐的、不可接受的、可怕和不可理解的情感加以整合”。胡贝尔（Huber，1995）与冯·科克的意见一致，提出“创伤合成”的概念（Huber，1995）。他写到：“创伤体验在受害者那儿是一望无际的灰色，他们不能明白和控制事件是如何发生的以及发生了什么？在治疗师陪伴和帮助下，患者再次经历创伤，并且首次将其以一个整体来感受……这种体验最终成为人格的一部分”。通过回

忆，对创伤的部分进行暴露，创伤性记忆就会在治疗环境中被激活，用词语、图画、情感和躯体感觉加以引导合成，整个事情作为整体被重新呈现出来。此时的体验充满痛苦，就好像亲历创伤一样。创伤合成更多的是单纯对经历加以重复，特别是重复那些在创伤早期时的情感体验，创伤的整合则是通过发展在创伤回忆中从未经历过的部分来完善体验。如此，患者就会有勇气逐步去体验创伤其他的不完整部分，去体验其他未经历过的情感。

显然，这样的治疗需要充分的准备和稳定的治疗联盟。所有有经验的治疗师都应该注意避免准备不充分时就开始创伤的暴露，因为这只会带来再创伤，而非整合（Herman 1994；Huber 1995；Shapiro 1995；Van der Hart et al 1995；Van der Kolk et al 1996）。有关创伤的暴露治疗见本书第八章，本章节重点介绍创伤暴露的概念和要素。

二、创伤治疗过程中的要素

（一）正性信息传递——在回忆中反复证实和强化现实

创伤的心理治疗目的并非在于转变或减弱防御、增强体验，在很多情况下，创伤暴露涉及到如何处理挫败感，这需要反复向患者确认现实的情景。

理想的创伤合成分为两个层面：创伤再体验与中性的观察。认知的理解层面被去掉，将焦点放在处理情感、残余自我及界限化上。创伤合成的体验类似于一次旅行：一方面，让脑中记忆和创伤部分被分离出来；而另一方面又要保持对现实性的控制，在治疗过程中，反复对患者强调如下观点十分重要："我知道，我现在是在医院，一切只是在自动地进行着。我现在在此所忍受的只是过去发生的事"。

通过治疗，患者得到比较正性的信息，这些处理的信息包括创伤的结果、创伤的分离、创伤过程中的躯体改变等。所运用激发创伤和处理这些信息的方法有想像心理治疗、认知行为治疗、催眠治疗等。

也需要向患者提供相关主题的文献、书籍。要反复强调这样的观念：这是在两个成年的有知识、有能力的人——患者和治疗师——之间所进行的对既往创伤过程的处理。

创伤暴露的进行步骤和内容也需要在治疗前对患者解释清楚。

（二）稳定化：情感耐受性训练

及早地、有针对性地教患者学会与相关回忆和感受保持适当距离的技术，也是帮助患者重新恢复对日常生活的掌控以及恰当地与创伤性回忆打交道的良好途径。

如果从表达性－支持性的维度来看待心理治疗中的各种干预，那么治疗者就必须在治疗过程中不断地依据患者的自我功能水平而在表达性－支持性的连续谱上找到一个恰当的平衡点。也就是说，一方面，治疗者要通过支持性干预增强患者的自我功能，维持良好的治疗联盟，即构建稳固的工作平台，这一点对于创伤患者来说尤其重要，因为创伤往往导致患者的自我功能水平严重下降。另一方面，治疗者要在稳固的治疗联盟基础之上通过表达性干预使患者能逐渐自我暴露、呈现和面对问题（节点），并对其进行再加工。在治疗中，治疗者可能要在支持性和表达性之间不断循环游走，而在治疗结束之前往往要以支持性干预结束，以保证患者走出治疗室之后不致因为过度自我暴露而陷入创伤情境难以自拔，从而遭受继发性创伤损害。从这个意义上讲，稳定化应贯穿于治疗的始终。

在经历创伤后，患者通常会通过否认、隔离等防御机制，自己找到一个相对稳定的状态，直接再次面对创伤情景时肯定就要冒破坏现有平衡的危险。因此，治疗者在面对患者的无助的创伤境况时切勿激发出自己内心深处“大救星”的心态而助人心切，以致操之过急、适得其反。PTSD 患者的自我功能通常严重受损，使用表达性过强的干预让一个弱小自我功能的患者直接面对创伤情景，只会使患者再度经历创伤体验，这是极其危险的做法，会严重伤害患者，使情况变得更糟。但是，治疗者往往最终还是必须要针对创伤情景进行工作，尤其是治疗 PTSD－Ⅱ型患者时，所以在直接面对创伤情景进行工作之前，必须保证患者具有足够强的自我功能、一定的社会支持、健康的躯体状况和诚实的治疗意愿。不要让处于以下状态的患者直接面对创伤情景：① 完全孤独、毫无社会支持资源，如一个离婚失业且与父母关系紧张的患者；② 严重躯体疾患；③ 物质滥用；④ 无足够情感忍受力；⑤ 治疗联盟薄弱。

这就可以理解，为何心理创伤治疗中首先要进行的干预是支持性干预——稳定化。通过稳定化增强患者的自我功能，确保其在治疗中只是有限的退行。过度的退行会使患者过快剥离掉已经建立的防御（即使是相对原始的防御）而遭受再一次的创伤体验，可能会使患者或是逃离治疗者，或是对治疗者过度依赖，将治疗者拉入到患者混乱的客体关系之中，无法与治疗者进一步合作进行眼动脱敏等工作，以获得真正地成长。

对创伤暴露的准备可以由好的治疗关系和技巧来巩固。关系包含进入另外的世界和建立与其他人的交流。最好是建立在反映生理（呼吸、姿势、运动），词的选择，语调及其他方面上。埃里克森（Milton H. Erickson）可以在短短几分钟里建立一个很稳固的关系，通过呼吸节奏，姿势，其他人的音调和手势。这种治疗行为叫做跟进法（pacing）。甚至以前从不认识埃里克森的人通过这种方式能很直接地达成和他的信任关系。跟进法特别可在分离状态下用来建立关系，通过引导和一些技巧来阻止分离状态或是激活伴随其他的阻止分离状态的技巧。可参阅里得曼（Reddemann & Sachsse）的治疗案例。

口头交流中词语的节奏显示出非常有帮助，患者所使用的表达体系中的词语选择要适合他所在的地方：人生活在世界中主要使用一种，有时也会使用我们感官的两种表达系统，当您在听描述假期时可以观察到。视觉体验上会描述“美丽的风景，有大片的绿色，五彩的花朵，天空无尽的蓝，和富有画意的城堡”，而听觉体验会有“在熏衣草地里温柔的声音，偶尔被蝉鸣或是天空中孤独的云雀的啼声打断，晚上似乎是从天上传来的教堂的钟声”，运动觉会有“熏衣草地的轻微的晃动，安静的大地的凝固，好像可以到一个自己的地方，突然重新意识到，呼吸到底应该是什么样的”。这是非常有助于认识患者的主要的表达系统是什么。

在想像训练中使用正确的表达系统是治疗成功的前提。在放松阶段引导患者的初级表达系统作用最好。比如在视觉导向中，联系一些词像天空中的云；听觉导向中，一切都很安静和轻微；在运动觉中，一切安静的如同海中的波浪。

1．稳定化练习

即引导想像练习（guided imagery），它实际上只是稳定化干预中的一个部分而已。有证据显示，创伤患者往往具有较高的催眠性而易于接受引导想像练习，所以选择引导想像练习常常能达到较好的稳定效果。在引导想像练习之前，同样必须建立起良好的治疗联盟，即让患者信任治疗师，愿意与治疗师合作，愿意让自己的内心世界听从治疗师的引导。创伤患者的警觉度往往很

高，难以对他人建立基本的信任。所以，在了解病史和评估患者的过程中，治疗者同时要努力与患者建立起强有力的治疗联盟，获取患者的信任。如果在尚未建立良好的治疗联盟之前就仓促实施引导想像练习，那么患者可能会对一个陌生人引导自己的内心想像产生不安全感，就不可能对治疗师的引导有很好的依从，因而无法达到理想的想像强度。

治疗者通过引导想像练习帮助患者在内心世界中构建一个安全的地方，适当远离令人痛苦的情景，但绝非在意识层面与痛苦情景彻底隔离。向患者解释引导想像练习的原理和过程，使患者对治疗有可预测感，以增强其安全感。引导想像练习的基本原理是在于假设人不可能同时既具有强烈的正性体验又具有强烈的负性体验，那么增强患者的正性体验就有助于患者与负性体验保持适当的距离。引导想像练习在具体操作上是从表象（画面）、各种感官感受（视、触、听、嗅、味）、情绪、躯体感觉、认知等多个角度帮助患者建立起强烈具体的正性体验，从而暂时远离负性体验。对难以想像的无实形的负性体验进行工作时，可以将负性体验赋以具体的形式和性质，再加以针对性处理。

除了引导想像练习之外，稳定化还包括以下的策略：

（1）让患者了解创伤后应激障碍发生的过程和机制，对患者的病情和治疗过程作出预测，使患者看到可预测性而感到安全。

（2）共情、关注、容纳患者，使患者感受到支持，并通过治疗师这面镜子看到自己，从而增强患者的自我意识。

（3）展示治疗师能够承受患者承受的能力，以获取信任。

（4）明确治疗师与患者之间的边界，使患者感受到自我边界，增强自我意识。避免患者一味依赖黏附于治疗师，而丧失自我成长的机会。

（5）对患者进行心理学知识的教育，使患者学会对自己的情绪、思维、自我评价、躯体感受等命名，增强自我意识。

（6）当患者情感过度宣泄时，转移患者的注意力，以保证其不致再度遭受伤害。

（7）帮助患者找到并利用社会和家庭的支持。

（8）帮助患者制定日常生活安排，保证患者健康的饮食和作息。

（9）需要立即控制症状时要考虑用药。

2．想像练习

（1）引言　下面将要介绍的绝大部分想像练习，都是由 Luise Reddemann 综合许多观点总结而成的，主要用于对创伤患者的工作。下面这些用于培训的材料从语言上和内容上都通俗易懂，而且这也将是我们和我们的当事人一起工作的方式。此外，我们在原文的基础上，对这些练习的结构作了一些改进，使之更加生动活泼。

做下列想像练习时请记住以下原则：①对练习进行解释（将目的和过程向当事人尽可能详细地解释清楚，直到对方完全明白为止）；②基本准备；③指导练习。

阅读指导：解释性的评论用黑字表示，指导性的语言用蓝字表示。

（2）练习前的一般准备（用于每一次想像练习开始之前）

◆ 请尽量放松，聚精会神，和我们一起开始练习……

◆ 请选择最舒服的体位。你可以躺着，也可以坐着，试试看，直到你找到最舒服的体位为

止……

◆ 练习里会有很多画面，请最好闭上眼睛。如果你愿意睁着，我建议你在房间里找一个点，一直盯在那里……

◆ 你每时每刻，都可以主宰所发生的一切，如果你想确证这一点，可以让一块肌肉绷紧

◆ 请认真考虑，想不想打开内心的知觉……

◆ 如果想，就请跟随我的声音；如果不想，就让我的声音飘散……

完成这一准备之后，紧接着就可以引导进入练习。

（3）放松诱导　下面介绍的两种放松诱导方法，可以用在必做的准备之后和后面的想像练习之前。

①放松诱导 1

◆ 如果你愿意，现在请你按你觉得舒服的方式放松自己的身体，如果你不想放松也没关系。对于想放松，但又不想了解放松技术的人，我有个小的建议……

◆ 把你脑海里的念头，那个越来越清楚的念头，抓过来，就像抓来天上的一朵白云，仔细观察它是怎样平稳地流动……

◆ 把你的注意力放到呼吸上来，它平静、均匀，一呼一吸，身体也随之慢慢在动……

◆ 注意你的胸腔，它缓缓的，一升一降……

◆ 肚皮也在一伸一缩……

◆ 仔细体会，你会发现空气顺着鼻腔的内壁，缓缓流过，摩擦着鼻腔，仔细体会，鼻腔对这种微小的运动有什么感觉……

◆ 体会几秒钟，身体在呼吸的时候的感觉……

◆ 每次呼气都排出一些东西……愿意的话，就想像着，每一次的呼气，都让你从白天的紧张和忙碌中解脱出了一点，并多了一点舒适和安宁……

②放松诱导 2

◆ 如果你愿意，现在就用你觉得舒服的方式放松自己。如果你不想放松也没关系。对于想放松，但又不想了解放松技术的人，我有个小的建议……

（以下指导语是给坐卧混合的小组用的，对于单个的人，或只有坐着或躺着的人，请换用相应的指导语）

◆ 请注意你身体和座椅或地板接触的部位，感受它们怎样被支撑、被托举：

— 感受你的脚怎样接触地板，接触的感觉是什么……

— 双腿怎样被搁在凳子或者地板上……

— 接着体会你的臀部和背部与凳子或地板接触的感觉……

— 然后转到双臂……

— 如果你是躺在地上，请注意你的肩膀和头部与地板接触的感觉……

◆ 你可以稍稍调整你的坐姿或躺着的体位，让自己尽量舒服一点……

◆ 请把注意力，放到身体的各种感觉上来。让你的注意力随着你的身体，慢慢地从上面往下面移动。你可以从头顶开始，让你的注意力滑到脚尖。留心一下，有没有什么部位的感觉特别好……

◆ 从头顶开始……到面部和脑后……到颈部和颈背……到肩部……往下再到双臂和双手

……再来注意你的背部，从颈椎一直到尾骨……慢慢地再从胸部到腹部……再到小腹，和臀部……再到大腿，到小腿，再到脚尖……

◆ 最后，请你将注意力放在刚才全身感觉最舒服的部位，或者感觉比其他部位都要好的地方……

◆ 让注意力在这里多停留一会儿，让这种舒服的感觉或者感受能更清楚一些，让它们所占的位置能更大一些……

(4) 想像练习第一部分：分离技术　分离技术的用处在于，可以对创伤性的内容和不舒服的状态主动进行排挤或将之搁置在适当的距离。

以下我们将会介绍：① 保险箱练习；② 内在的观察者。

① 保险箱练习：这种练习可以看成是想像练习的“第一堂课”，因为第一次接触它就很容易学会，对于帮助当事人学会掌控自己的创伤性经历很有帮助。也可以用它来有意识地对之进行排挤，从而使自己——至少是短时间地，从压抑的念头中解放出来。能够把创伤性材料“打包封存”是患者至少能保留劳动能力的前提条件（Redemann & Sachsse，1997，S．130)。

在保险箱练习中，我们会要求患者将创伤性材料锁进一个保险箱，而钥匙由他自己掌管。并且他可以自己决定，他是否愿意以及何时想打开保险箱的门，来探讨相关的内容。

保险箱练习引导词

◆ 请想像在你面前有一个保险箱，或者某个类似的东西。

◆ 现在请你仔细地看着这个保险箱：

— 它有多大（多高，多宽，多厚)?

— 它是用什么材料做的?

— 是什么颜色的（外面的，里面的)?

— 壁有多厚?

— 这个保险箱里面分了格还是没分格?

— 仔细关注保险箱：箱门好不好打开? 开关箱门的时候有没有声音?

— 你会怎么关上它的门? 钥匙是什么样儿的?

(必要时帮助想像：锁是密码数字，是挂锁，转盘式的还是同时有多种锁型。请注意：特别对年轻的或对技术感兴趣的当事人，应该允许他们对“新型的”锁具比如遥控式的或通过电脑操纵的敞开想像!)

◆ 当你看着这个保险箱，并试着关一关，你觉得它是否绝对牢靠? ……如果不是，请你试着把它改装到你觉得百分之百地可靠。也许你可以再检查一遍，看看你所选的材料是否正确，壁是否足够结实，锁也足够牢实……

◆ 现在请打开你的保险箱，把所有给你带来压力的东西，统统装进去……

有些当事人一点都不费事，有些则需要帮助，因为他们不知道怎么样把感觉、可怕的画面这样一些东西装进保险箱。此时，我们应该帮助患者把心理负担“物质化”，并把它们不费多大力气地放进保险箱。例如：

— 感觉（比如对死亡的恐惧）以及躯体不适（比如疼痛)：给这种感觉/躯体不适设定一个外形（比如巨人、章鱼、乌云、火球等等）尽量使之可以 klitzklein，然后把它们放进一个小盒子

或类似的容器里，再锁进保险箱里。

— 念头：在想像中，（将某种念头，译者注）写在一张纸条上（比如是用某种看不见的神奇墨水，人们只能以后用某种特殊的东西才能使之显形），将纸条放进一个信封封好。

— 图片：激发想像，与图片有关；必要时可以将之缩小、去除颜色、使之泛黄等等，然后装进信封之类的，再放进保险箱。

— 内在电影：将相关内容设想为一部电影录像带，必要时将之缩小、去除颜色、倒回到开始的地方，再把磁带放进保险箱。

— 声音：想像把相关的声音录制在磁带上，将音量调低，倒回到开始处，放进保险箱。

— 气味：比如将气味吸进一个瓶子，用软木塞塞好，再锁好。

— 味觉：将不适的味觉翻译为某种颜色或形状，尽可能使之缩小，然后再放进一个可以密封的罐子或者一个装酱菜的玻璃瓶。

◆ 锁好保险箱的门，想想看，你想把钥匙（根据不同类型的锁：写有密码数字的纸条；遥控器等等）藏在哪儿。从心理卫生的角度讲，最好不要把钥匙或者其他锁具藏在治疗室，也不要把它扔掉或弄丢了，这样，患者就没有了寻找创伤性材料的途径了。

请把保险箱放到你认为合适的地方，这地方不应该太近，而应该在你力所能及的范围里尽可能地远一些，并且在你想去的时候，比如以后什么时候你想和我一起再来看这些东西的时候，就可以去。原则上，所有的地方都是可以的，比如可以把保险箱发射到某个陌生的星球，或让它沉入海底等等。但有一点很重要，就是患者事先要考虑清楚，他怎样能再次找到他的保险箱，比如怎样通过内在的帮助者运用某种魔力或特殊的工具等。不应该把保险箱放在自己的治疗室里，也不应该把他们放在别人能找到的地方，比如某位可怕的邻居家的后院里……

② 内在的观察者：能够有意识地观察自己是一种非常强有力的拉开距离的技术。它传达这样一个信息：我有一种特定的感受，有一种特定的观念等，但我的感受、我的观念不是这样的，因为我无法有意识地察觉到它。以此类推，有威胁的感受和观念并不是控制整个人的某种东西，而是某种可以被控制的东西。

无论从哪个角度讲，引入观察者一点也不复杂。提一个问题便足够："你有没有感觉到过，有些时候似乎有某个内在的观察者，它能客观地观察和评论此时此刻正在发生的事情？"很多咨客会自发地说有。对于说没有的人，可以提更具体的问题："有没有什么时候你在做完某件事情的时候当时就想：老天，你刚才都干了些什么？"。

在对练习进行解释、一般性准备、提供放松诱导之后，可以引导进入下面的练习：

观察者练习引导词

◆ 当你把一部分注意力从外部转向内部时，请你观察一下自己丰富的内心世界，了解一下自己内在的观察者……

◆ 请注意，如果你没有观察自己的能力，就不可能察觉到身体与椅子或地面的接触，也不可能察觉到自己的呼吸……

◆ 请关注你的观察能力，认真仔细地浏览自己的身体，从头顶一直到脚尖。体会一下，身体有没有什么地方疼痛或者紧张……

◆ 请花费几分钟……不断告诉自己：我可以观察我的身体，仅仅身体还不是我的全部……

◆ 也请注意，当你动用观察自己的功能的时候，对你会产生怎样的作用……

◆ 调动一下你的注意力，感受一下，你如何思考问题，观察一下，你如何思考问题，（有些时候，当你要开始观察自己如何思考问题时，你会停止思维，脑子里似乎一片空白。但是不久，你会发现思维还是会继续下去……）

◆ 你可以给自己的思维设定一些规则，以便自己能区分过去、现在、和将来。同时，你也可以因此而注意到，你究竟都在想些什么……

◆ 通过现在的这个练习，你可以对观察自己的能力更加明了……

◆ 所以我想再次邀请你，在你观察自己的的时候，可以让自己明白：我可以观察自己的思维，我的思维还不是我的全部……

◆ 现在我想邀请你，观察自己目前的情绪基调是什么，有没有什么变化，这样可以使自己明白，我可以观察我的情绪，就是说，我的情绪还不是我的全部……

◆ 然后，花一点时间观察自己的感觉，现在都有些什么感觉？……我可以观察自己的感觉，就是说，我的感觉还不是我的全部……

◆ 最后，你终于明白，你也终于观察到，你在观察。观察到我们在观察的这一部分，我们称之为内在的目击者。它是一个中立者，观察着正在发生的现实。你也可以利用这一部分功能。在你觉得自己有些糊涂的时候，你可以在把这种对观察者进行观察的能力请回来，并由此可以与事件本身保持距离，只要你想这么做，就可以做到……

现在请你把注意力在集中到这个房间里来……

（5）想像练习第二部分：安抚技术

◆ 内在的安全岛

内在安全岛是指，你可以自己寻找一个使自己感到绝对舒适和惬意的地方，它可以是在地球上的某个地方，也可以是在一个陌生的星球上，或者任何其他可能的地方。如果可能的话，它应该存在于想像的、并非现实世界里真实存在的某个地方。关键是，这个地方只有你一个人可以进入。当然，如果咨客因此而产生强烈的孤独感的话，也可以找一些有用的、友好的物件带着……

这个地方应该是受到良好的保护、并且有一个边界的地方。它应该被设置为一个咨客绝对可以阻止未受邀请的外来物闯入的地方。真实的人、即使是好朋友，也不要被邀请到这里来，因为与他人的关系也包含有可能造成压力的成分。在内在的安全岛上不应该有任何压力存在，只有好的、保护性的、充满爱意的东西存在……

以下，等到咨客找到自己的安全岛往往需要一点时间。此外，咨询/治疗师可以在咨客寻找适当的画面时与其密切配合，提供帮助。还有一种可能性便是，咨客和咨询/治疗师之间以某种专业协作的方式进行讨论，如何共同构建一个理想的安全岛……

在对练习进行解释、一般性准备、提供放松诱导之后，可以引导进入下面的练习：

内在的安全岛引导词

◆ 现在，请你在内心世界里找一找，有没有一个安全的地方，在这里，你能够感受到绝对的安全和舒适。它应该在你的想像世界里——也许它就在你的附近，也可能它离你很远，无论它在这个世界或者这个宇宙的什么地方……

◆ 这个地方只有你一个人能够造访，你也可以随时离开，可以带上友善的、可爱的陪伴你、

为你提供帮助的东西……

◆ 你可以给这个地方设置一个你所选择的界限，让你能够单独决定哪些有用的东西允许被带进来，真实的人不能被带到这里来……

◆ 别着急，慢慢考虑，找一找这么一个神奇、安全、惬意的地方……

◆ 或许你看见某个画面，或许你感觉到了什么，或许你首先只是在想着这么一个地方……

◆ 让它出现，无论出现的是什么，就是它啦……

◆ 如果在你寻找安全岛的过程中，出现了不舒服的画面或者感受，别太在意这些，而是告诉自己，现在你只是想发现好的、内在的画面——处理不舒服的感受可以等到下次再说。现在，你只是想找一个只有美好的、使你感到舒服的、有利于你康复的地方……

◆ 你可以肯定，肯定有一个这样的地方，你只需要花一点时间、有一点耐心……

◆ 有时候，要找一个这样的安全岛还有些困难，因为还缺少一些有用的东西。但你要知道，为找到和装备你的内心的安全岛，你可以动用一切你想得到的器具，比如交通工具、日用工具，各种材料、当然还有魔力、一切有用的东西……

◆（在个别治疗时使用："当你到达了自己内心的安全岛时，就请告诉我。如果你愿意，你可以向我描述这个地方的样子，如果你希望我对此一言不发，对我也没问题。"）

◆ 当你来到这个地方，请你环顾左右，看看是否真的感到非常舒服、非常安全，可以让自己完全放松。请你用自己的心智检查一下……有一点很重要，那就是你应该感到完全放松、绝对安全、非常惬意。请把你的安全岛规划成这个样子……

（治疗师）在（咨客）描述其内心活动过程中应伴随其左右，通过多次提问而使（画面）更加清晰起来：

◆ 你的眼睛所看见的东西让你感到舒服吗？如果是，就留在那里；如果不是，就变换一下，直到你真的觉得很舒服为止……

◆ 你能听见什么，舒服吗？如果是，就留在那里；如果不是，就变换一下，直到你的眼睛真的觉得很舒服为止……

◆ 气温是不是很适宜？如果是，那就这样；如果不是，就调整一下气温，直到你真的觉得很舒服为止……

◆ 你能不能闻到什么气味？舒服吗？如果是，就保留原样；如果不是，就变换一下，直到你真的觉得很舒服为止……

◆ 如果你在这个属于你的地方还不是不能感到非常安全和十分惬意的话，这个地方还应该作哪些调整？请仔细观察，在这里还需要些什么，能使你感到更加安全和舒适……

◆ 把你的小岛装备好了以后，请你仔细体会，你的身体在这样一个安全的地方，都有哪些感受？

— 你看见了什么？

— 你听见了什么？

— 你闻见了什么？

— 你的皮肤感觉到了什么？

— 你的肌肉有什么感觉？

— 呼吸怎么样？

— 腹部感觉怎么样？

◆ 请你尽量仔细地体会现在的感受，这样你就知道，到这个地方的感受是什么样的……

◆ 如果你在你的小岛上感觉到绝对的安全，就请你用自己的躯体设计一个特殊的姿势或动作，用这个姿势或者动作，你可以随时回到这个安全岛来。以后，只要你一摆出这个姿势或着一做这个动作，它就能帮你在你的想像中迅速地回到你的这个地方来，并且感觉到舒适。你可以握拳，或者把手摊开。这个动作可以设计成别人一看就明白的样子，也可以设计成只有你自己才明白的样子。

◆ 请你带着这个姿势或者动作，全身心地体会一下，在这个安全岛的感受有多好……

◆ 撤掉你的这个动作，回到这个房间里来。

再怎么强调稳定化的重要性其实可能也不为过。对于 PTSD－Ⅰ型患者，有时只作稳定化干预就可达到治愈。而对于 PTSD－Ⅱ型患者，则要稳定、稳定、再稳定，要小心翼翼地渐进地使患者自我暴露并对其进行再加工。

3．设置

正因为上面提到的原因，在确定其他与治疗有关的重要元素包括商讨治疗框架（治疗频度、住院、半住院、门诊式的设置，药物等等）的时候，应该充分考虑患者本人的意见。如果我们接触过很多有过创伤的患者，可能会发现其中有一部分敏感的患者以后在与卫生机构的接触中倾向于表现为就象自己的权力被谁剥夺了一样，而这一点往往就与我们的医疗性设置有关。其结果是，许多创伤患者在“万般无奈”的情况下，在凄苦的心境中投身心理治疗、心身疾病或精神病的治疗）。这倒不是说，在治疗中治疗师不允许将自己个性化的东西带入治疗中（比如她认为哪些可行哪些不可行甚至很危险，她在治疗中哪些可以做到哪些不能做到，等等）。这样做，其结果是同时兼顾到了医患双方两个不同的个体，实现真正意义上的对话，患者也会因此而体会到自己像一个人一样被人感知和尊重。

营造这样一种治疗关系其实也是其他所有流派心理治疗基本原则的要求。可信赖的气氛和可预见性对于严重的、慢性的创伤患者在治疗中是必不可少和极其重要的。从经验的角度看，在治疗的过程中，患者也只有在这样的情况下，才会动摇她对于世界是一个无法预料的、危险的场所的看法，而能否成功地完成治疗相对而言并不那么重要。遇到特别复杂的，源于童年期严重、慢性的创伤的案例时，建议在共同商定明确治疗设置和步骤的基础上，由相关的专业协会签订治疗协议。

在创伤暴露时，要达到情感的宽容与对痛苦的耐受必须具备两个前提：好的治疗联盟与充分的准备。患者在暴露过程中会出现症状加重的表现。单纯创伤的患者（一次创伤，Ⅰ型）经过 1～3 次的治疗就可以收到明显的效果；而复杂性创伤者（长期、多次创伤，Ⅱ型）经历创伤暴露时症状有可能加重。

回忆的过程可视为重新获得正常克服创伤的能力的机会（Horowitz 1993；Reddemann& Sachsse 1997），但是对于严重创伤的患者（Ⅱ型），不经处理的闪回（flash back）和回避伴随情感及躯体上的巨大痛苦无法自行恢复。所以，对这类患者的创伤暴露实际上是一种再创伤的过程。

基于此，在任何情况下，操作都应轻柔地进行，要防止准备不充分的创伤暴露。胡贝尔称之为情感调节训练。林内翰（Linehan，1996）则强调让患者进行对环境冲动控制的训练。我们将此

称为稳定化过程，包括很多可操作性的技巧。对那些有短暂冲动发作，或强烈的情感不能忍受的患者，特别有必要在创伤暴露之前就使用这些技巧，让患者学会自我管理。

例：一个23岁女性患者，有幼年多次创伤的经历，在她日常的工作中，她完全不能忍受同事对她衣着、谈话、办事方式的任何议论，哪怕是她自己主动和别人谈起的，最后均是以她勃然大怒、与别人激烈争论甚至辱骂收场。在家里，一方面，她觉得父亲可怜，而另一方面，她又不断地挑起是非，看不惯父亲所做的每件事，并把自己目前的糟糕状况全部归咎于父亲。

在创伤暴露前，当讨论对“不愉快情绪”的耐受性时，治疗师建议她采用“遥控器”技术来处理不可耐受的情绪和相关回忆。一周后，患者来诊时，对治疗师抱怨到使用“遥控器”仍然不能控制她的“不愉快感”，每次练习时，她会感到出现越来越多的“负性画面”（回忆），感到更加失控。（施琪嘉，2005）

这说明，特别是对于有过多次、严重创伤的患者，好的治疗联盟还不够，还需要教会患者及技巧，如何恰当地运用它。稳定化技术在任何情况下都是有意义的，但特别需要在处理复杂创伤之前的准备阶段就要开始应用。在稳定化阶段与患者探讨“人与痛苦”的主题，要有针对性和操作性。

（三）停止

创伤暴露可诱发症状再现，因此设计随时可中止的技巧可帮助患者回到现实。

停止信号：应该在治疗前就达成一致的协定，即如何让创伤治疗的过程及时停止。当患者无法承受治疗过程的时候，治疗师仅凭患者的言语来确定终止治疗过程并不正确。当患者大叫：“不，不，不！停止！马上停下来！”时，他（她）已经处于创伤情景之中，属于过去，但此时也正好是创伤合成的最好时机，此时立即终止并不正确。

正确的做法为事先向患者申明：“在创伤治疗时，需要在必要的情况下将进行着的过程中断。如果您觉得无法继续忍受，或者感觉快要失去控制了，您就这样做（将两只手举到胸前，手掌向外推一个想像的或实际的东西）。这个手势是当人想反抗或拒绝什么时自然而然的动作。按照这个约定，如果您做了这个手势，我会马上停止创伤暴露而给您支持，让您重新能获得控制。请您注意我不会依据您所讲的话如‘停止’来中止过程，像‘不，停止！’这样的话语属于创伤情景中的，并不意味着此时此刻的创伤工作要中断，而是正好相反。所以，我们将手势约定为特定的停止信号”。

如果患者在创伤暴露中使用了停止信号，接下来的过程为：停止—保持状态—缓和—安定—通过想像和呼吸强化稳定！

治疗师对当时在患者内心所发生的事情当然会十分好奇，不过，可将探寻原因的讨论留到再晚些时候，比如治疗的第二天或第三天进行，也不必对患者是否恰当地运用了停止信号加以质疑。要确认的是，患者才是创伤合成的真正主人，只有在对治疗师完全信任时他们才会应用这个对充满矛盾的、失控的体验的控制。

（四）共情性陪伴

治疗性创伤暴露是对言语、（画面）想像和躯体感觉的综合过程。如在一名来自肛欲期受虐的患者创伤合成里，言语成分为呻吟、辱骂；其画面回忆为床、地面、汽车有节奏的摇晃感；情感上有伤心、屈辱、愤怒等；躯体感受为眩晕、心悸、恶心、肛门疼痛、腹部不适、身体被撕裂感等。患者可出现颤抖、呻吟、咒骂、叫喊、过度换气、出冷汗、抽搐发作、窒息、运动失调等。还可出现“去反应”状态，上述状态可以持续相当长的时间。

如果患者没有给出停止信号，治疗师必须做出共情性的支持和陪伴。

1．共情

总是强调感受是现在的感受。

“请您现在来感觉一下，这个事情那时对您来有多可怕。”

“无法想像，不堪忍受。”

“请再感觉一下，那时怎样承受的。”

也要允许患者有发展自己的控制方式。

例：一名20岁有创伤经历的男性患者，其症状为对周围环境的不真实感，这常导致他出现巨大的惊恐，以至于不敢上街，不敢从事任何社会活动。在一次创伤处理过程中他突然说：我可否站起来，说话时呼吸已经十分急促。我立即点头答应，他站起来，走到我身边，蹲下，用手抓着我手背。少顷，他安定下来，说，我好了。

治疗师知道，患者刚才又处于不真实的创伤情景中，每次他能够抓住周围的人时，就能够确认自己是真实的，治疗师对他来说当然是最安全的能够证实现实的人。这时，我们当然不必拘泥让他继续按程序做下去。（施琪嘉，2005）

共情的口头表达很有帮助，“您并非完全孤独，虽然我不会有您那样深的体验和感觉，但我知道，那时的您非常糟糕。”

2．解释、证实、鼓励

“有时候，必须自己去解决一些事情。有时候，作为成年人去体验当年孩提时期的感觉也不坏。有时候，问题只能一点点地解决，有时候，回忆会带来痛苦，但痛苦也是生命的标志。”

“疼痛是身体在说‘不’的象征。您现在有很强列的痛苦的感觉，那时当您在遭受时，身体在多么强烈的拒绝！”

“我们现在就像走在通往现实的一座桥上：“现在所进行的一切都已经过去了很久，都将成为历史，但我们有必要再次重现和重新处理。所有的让您的生活变得沉重的东西”。

治疗师应该是充满共情的陪伴者，但有清醒的头脑，能作合理而清楚的解释。

（五）调节呼吸

掌握呼吸调节的技巧，通过将注意力全部都转移集中到呼吸上来，对于患者在体验强烈情感时重新获得控制十分有帮助。患者在冥想时，运用这一技巧，将注意力全放到呼吸上，其他的都抛到一边：没有强迫，没有克制！这可以在躯体治疗中专门加以训练。

在创伤暴露时，治疗师可以直接促使患者进行有意识的呼吸：

“好的，深吸一口气！再来一次！”

“有意识地将感到的气引到疼痛的地方！您感觉到，空气怎样溶解内在的化石。当旧的东西流走时，您也许一开始会感到有疼痛，但疼痛也属于生命。”

“每一次屏住呼吸时都会去掉一些疼痛——那些旧时的伤痛。只是一小点。随着时间的流逝，最后都没有了。”

“再来一次，屏住气！对！很好！”

很多患者会感到这样做后原来的感觉会有所减轻。

（六）释放疼痛

释放疼痛的概念原本来自于一个患者。她的定义为，通过屏住呼吸、发抖、呻吟以及其他的一切来“表达”痛苦，使之向外界转移，这包含着放弃与释放。

当我们受着强烈的痛苦煎熬时，将固有的以躯体隐含的症状形式以一些行为上升到意识层面会很有帮助。

通常，我们中的大部分人只是承受痛苦，比如所爱的人死去、与伴侣分手时我们在躯体上会有不适的感觉：如鲠在喉、心如刀绞、胃部发紧、内脏好像着了火、身体像被撕碎了、后背疼痛等；会有很强烈的身体发抖、流泪、愤怒的感觉。我们感到自己像要失去控制。

在治疗过程，我们会鼓励患者感到疼痛从身体各处开始泛滥时，允许叫喊、呻吟、哭泣和抱怨、发抖，极端的情形下会出现抽搐、以手击桌、用身体撞墙。

这种痛苦的蔓延会反复发生，可能会在发泄后减轻，又会重复发作，甚至比前一次更为强烈。这种反复的过程会进行七八次，直到获得最大程度的痛苦释放。以后，这种释放还会数次发生。

屏住呼吸和释放疼痛的持续时间一般在 30 到 60 分钟，多在创伤合成的阶段较早完成。

当患者在遭受创伤后躯体本身就存在的疼痛而与心因性疼痛混合在一起时，治疗需要参照如下原则：①不否认身体上的残疾，并对患者的疾苦给予空间及注意；②对患者理解并接纳；③对存活及战胜疾病所需的（即便是暂时的）防御态度必须予以理解和支持；④对不良的限御态度，例如极端的否认须小心地劝说；⑤制订可实现的治疗目的，并且充满信心，充满希望；⑥对治疗进步给予赞赏及强调；⑦要必须保证一个平行的能胜任的躯体治疗。

（七）身体接触

心理治疗中身体的接触既是个信任问题，又是个与文化背景有关的问题。美国心理治疗师雅罗姆（Yalom，2002）在描述对一个因恶性肿瘤化疗而脱发的女性患者治疗时，说：我觉得您以前一定有过很美的头发，我甚至能够想到用手在抚摸它的感觉，若您不介意，我可以现在这样做吗？

虽然身体接触在特殊情况下可以实施，也与患者与治疗师的年龄和双方所谈的内容有关，很多情况下，身体接触与暴力侵犯或性侵犯的经历有关。所以，需要谨慎对待。有时，言语就能够起到类似的作用。

一个因丧父而多年不能正常回忆父亲的女性患者，非常害怕自己多年来的表现不尽人意而遭到（父亲的）责怪，治疗师问她是否想知道治疗师当时的感受，治疗师说若我是她父亲，我一定会爱怜地将她拥在怀里，患者听后大恸，但从此自己开始能够坦然地讲述有关父亲的事情。

创伤治疗时治疗师会用手有节奏地点击患者的双侧（如膝盖），有时，患者感到恐慌、身体发抖时会要求治疗师握住他们的手。

可在治疗时允许患者的照顾者或是朋友一直按住患者的肩膀或是把手一直放在肩膀上。指导他们时可以这样说："用力按，不要放松！不要变成抚摸！"

如果需要接触患者，需要事先跟患者谈及此点，说：收到停止信号时，我可能会接触您，比如握住手或按肩膀。这样，患者对可以感觉到的触碰不会感到意外，有时患者会反射性地拒绝触碰，治疗师应该接受而不需要作进一步的询问。

（八）见证人及治疗师的性别

男治疗师进行创伤暴露时，应该安排一个护士或是患者的朋友或亲人在场见证。这可以起着对患者和治疗师的双重保护作用。在德国哥廷根（Goettingen），女性治疗师的治疗同样安排一个护士作为见证人和助手，因为也有男性遭到来自女性（母亲或姐妹）的创伤。德国有些地方如比勒菲尔德在男性治疗师治疗时无需第三者在场。

治疗师的性别一般来说不是问题，但对于长期有过暴力或虐待病史的患者而言，治疗师的性别可能成为治疗初期的一个问题。

笔者在奥地利茵斯布鲁克心理医院研修时曾与一个男性治疗师共同接诊一个屡遭其丈夫殴打的女性来访者，患者看见有两个男性医生同时接诊时表现得紧张、戒备，不愿多讲，我们立即联系一个女性治疗师接诊后，患者情绪稳定下来，方能够开始讲述。

在危机干预的早期特别是要强调这种治疗关系，真正处理创伤的过程还未开始时，与患者形成信任的关系至关重要。

（九）安慰

在创伤暴露的结束，患者回到现实，有必要对过去那个想像中的孩子、少年或是成人的自己进行安慰。需要对其加以稳定、接纳处理。如我前面提到的丧父的女患者的例子，在内心中由于丧父之痛而表现为多年来的玩世不恭，她知道自己这个样子不会被父亲接受，总在想像自己如何被一个父亲的角色来狠狠地责骂。在回到现实时，我们要强调：父亲看到这多年来这样生活的她，只有爱怜，不会责难。

（十）能承受负担的治疗师

可以看出，创伤暴露之前不仅是患者需要稳定和作好准备，治疗师也是一样。治疗师要整合好自己的创伤，这样在创伤暴露中她自己不会被激发，被侵入和处于分离状态，不会害怕强烈的情感及躯体的疼痛、呻吟、发抖、报怨、叫喊、窒息、呕吐、愤怒、恨、失去控制以及其他的应激表达方式。否则，患者会认为："治疗师自己都显得不能承受，那我还能怎么样？我该怎么办？"

治疗师受到患者创伤内容的影响，出现创伤反应，称为同感创伤（vicarious traumatization），它可能源于：①创伤引发了治疗师自身的问题（治疗师自己的移情）；②创伤强度如此之大、性质如此严重，以至于突破了治疗师的防御机制；③治疗师没有足够的防御机制和足够的时间来恢复自我功能；④治疗师扮演着救世主的角色。

同感创伤还有许多相似的概念，如继发性创伤应激、耗竭、同感疲劳、反移情等。许多治疗师特别是治疗创伤幸免者的治疗师有着各式各样这样的经历，即该经历已逐渐作为同感创伤而被

认识到。该概念首次由麦克肯（McCann）和皮尔曼（Pearlman）于1990年使用，其定义为“对暴露于创伤经历而幸存的患者进行治疗的治疗师的忍耐性的心理影响力。与幸存者一同工作的人可能会经历复杂的心理效应，该效应具有破坏性，对治疗师来说是痛苦的，可以在与创伤患者工作后仍成年累月地存在”。

同感创伤与耗竭有一定程度的重合，耗竭通常指对工作环境的一种反应，所说的工作环境如此的令人吃力，让人处于紧张应激状态，和（或）没有奖励。同感创伤可能会导致治疗师的耗竭，反过来，心理治疗过程中的治疗师耗竭也导致了同感创伤易感性。

同感创伤与反移情也有着共同的成分，但反移情通常是指在治疗师心里由患者和他（她）的动力唤起的潜意识成分的激活。同感创伤被认为是由于暴露于患者的创伤事件而激起的反移情的特殊形式。

在同感创伤中，治疗师代替了受害者的情感，并可以出现侵入性图像和想法，治疗师的耗竭会导致治疗师精神心理上的不适，也可出现躯体/心身方面的不适如眩晕、假性神经性痉挛发作、严重的感觉障碍、肢体运动障碍、神经性异常眼动（比如左边垂直，右边水平动）等，最终导致治疗师行为的改变和治疗关系的改变。治疗创伤后症状的工作者逐渐意识到他们的工作如战争创伤、严刑拷打、暴力殴打、性侵犯和杀人对个人的危害，一些创伤治疗者组成了一个治疗团体，对治疗出现的反应进行处理。

治疗师可以直接受到创伤事件本身和它的特殊的范围和特征的影响。后期的影响，特别是这些严重的创伤后恶化和急性病情反跳特别令人烦恼。最后，治疗过程，包括治疗关系的质量、幸存者的风格、防御、阻抗、移情、自我资源等等，还有治疗的进程都常常会引发强烈的反应。

创伤治疗通常是严格的，需要治疗师运用自我和关系来提供情感容纳，创伤倾吐的辅助和创伤事件的解决。要求治疗师在忍受患者的创伤事件和伴随的情感的同时，依旧保持对患者的心理支持。创伤事件的处理需要打破麻木和否认的模式，使创伤事件消散并形成创伤的新的意义。要求治疗师紧密地对创伤事件进行工作而又要有一定的限制和界定的界限。

1．同感创伤——治疗师固有模式的破坏

麦克肯和皮尔曼于1990年发展了一个交互模式来解释影响自我对创伤的反应和对他人的反应。明确了七种对创伤所致改变特别易感的模式，它们是：①个体的有关自我与他人的个人参考标准；②安全；③依赖与信任；④力量；⑤尊重；⑥独立；⑦隐私。

2．我们如何意识到同感创伤和耗竭，如何对其加以处理

（1）创伤工作最好不要孤立地进行。

（2）预防同感创伤的措施：包括有关创伤症状与创伤治疗的教育、反应的正常化、创伤信息对个人模式影响的辨识、在可以获得支持的环境中得到自我发泄。

（3）要在个人与专业活动之间进行预防与处理设计以能区分界限：创伤治疗师或许可以考虑仔细地对创伤病例数量的控制，来管理他们的治疗病例数并参与到其他活动中以避免创伤事件的影响。

治疗师在帮助患者在处理创伤后反应中不能完全免除对自己的影响，必须考虑到会受到影响并作为工作的代价，然而，他们也能逐渐地提供一定的保护和减轻来自有破坏性效应的影响。缓

解同感创伤的途径包括好的培训，特别是针对创伤工作的培训，创伤的个人史，治疗师的人际资源。

3．其他注意要点

（1）注意自己的想像、想法、情感、身体感知、行为和关系。

（2）同感创伤的自我测验（Stamm，. B．H.）。

4．同感创伤自测量表（见附录二）

当治疗师觉得自己不够稳定、感觉到不能承受时，需要告诉患者，并安排患者下一次治疗。让患者充分理解，给予安慰是很有必要的，治疗师自己的行为会影响患者：感觉是怎样在我自己身上发生的？为什么我就不能开口说呢？

另外，创伤暴露是戏剧化、强烈的，多数时候是单调的、无聊的、令人讨厌的和重复的。强烈的反应最多只能有15%。对治疗师而言，这属于治疗任务，要充满着责任心、同情心和清醒的头脑才能承受，所以，治疗师需要经常督导。

三、创伤暴露的技巧

在创伤暴露过程中，控制非常重要，既要有呈现的技巧，同时也需要做好准备，使出现的画面、回忆及情感能够得以控制。

（一）远程控制训练——遥控器技术

（1）控制的对象及控制的象征　指患者所涉及的创伤内容，每次工作的内容可能会不同，与不同的记忆碎片有关。用遥控器来象征控制的工具。

例：一个有恐惧症状的患者在描述自己恐惧时，回忆原因为服用迷幻剂，当药性开始出现时产生幻觉，坐在他周围熟悉的朋友的面部出现了扭转、变形，这使他感到世界的不真实感，产生极端恐惧感，于是我们约定工作的内容，用“摇控器”控制恐惧感为治疗目的（虽然后来发现他还有其他的创伤经历），症状很快缓解。

（2）利用知道的内容，并让患者自己去设定和改变　如对一个遥控器的描述为遥控器的颜色、大小、质地、各种按钮的位置及其功能，功能键还可细化到：① 开关的方式；② 黑白增色设定；③ 让图像变得较暗正在消退；④ 让图像变得较清晰正在消退；⑤ 映像变得不鲜明；⑥ 逼退映像；⑦ 关掉声音；⑧ 停止录像的播放；⑨ 转回录像。

（二）屏幕技术（screen technic）

治疗师不要试图去比患者显得更精明和能干，而是根据患者的经历来工作，这就涉及到屏幕技术的使用，该技术属于应用很广的创伤暴露技巧之一（Lorenzer 1984；Stephan 1992），其基本原理十分简单，即将创伤性回忆“闪回”当成“一部电影”，患者和治疗师一起来观看。情感的深浅、体验的强度可通过指导性的联合和分离环境来调解。

“如果是分离的，那么回忆和幻想就像放电影一样。你身处其外在看着它、听到“远处”的说话——这十分重要——能够开始发展将听到看到的事情赋予完全置身度外的感觉，尽管这就是你自己。如果是联合的，你是在用自己的眼睛看这件事。也许看到的是自己的手和身体。在联合

的情形下，你会听到任何的东西，如用自己的耳朵听自己讲的话，用自己的身体去感觉患者在这个环境中所感觉到的疼痛。”（Mohl，1994）。

屏幕技术与行为治疗的脱敏（van der Kolk et al，1996），与催眠治疗的技巧与措施，以及与神经语言学程序（NLP，Tumani）有很密切的联系。班德勒（Bandler，1998）和莫尔（Mohl，1994）写到：有认同障碍的患者或者多重人格的患者适用于用催眠、屏幕技术来治疗（Huber 1995；Putnam 1989）。在创伤治疗中，屏幕技术结合图形想像心理治疗（KIP）实施稳定化过程，后者是用患者内心害怕的图像加以暴露，又称符号面质（Leuner 1955；1994），患者要直面一张害怕的、“坏的”的象征符号，如不同的动物、幻像的怪兽、恐惧的黑洞或是沼泽地、强烈的情感之下歪曲想像的相关的人、童年时代的权威人物、主考官或成人。治疗师一直陪伴并指导这整个过程。

符号面质是创伤暴露的一个很重要的技巧之一。当患者还不能直接面对现实时，需要将他的创伤回忆装饰起来，而以象征性的符号来加以表达（Sachsse & Reddemann 1997；Sannwald 1995）。这类似于儿童心理治疗时图形符号的表达比言语表达更直接和更接近内心真实情况。符号面质能够判断暴露是否有进展，如有时患者会说：“这个画面变得更糟了”（Sachsse 1989），这就说明暴露处理仍存在问题，需要重复这一过程。

屏幕技术要与前面的遥控器技术结合在一起使用，才能达到对图像的控制，它的步骤为：①把映像投射到墙上；②散焦；③在屏幕前视觉范围内放上东西；④运用远程控制；⑤断开录像放映；⑥重回录像，把它驱逐和隐藏到容器中；⑦此时不要谈论它；⑧去安全的地方；⑨对此时此地重新定位；⑩加强他们能够控制的事实。

屏幕技术的量是可掌握的，特别是治疗开始的时候。要合理利用这种技巧来量化创伤合成（Huber，1995），来加速进程，来调节情感，让其按顺序逐一产生，如害怕、羞耻、愤怒、仇恨……也可开始画图画，然后写，最后用言语表达出来。

一些患者能很好地接受这些技巧训练，并试着在出现闪回时自己处理。

使用屏幕技术进行创伤治疗后，治疗师很少不感觉到强烈的情感反应的，患者很难将产生的情感固定地放到内在的保险箱中去。患者还停留在创伤的情景中，不能将其结束。

例：一名Ⅱ型的PTSD女性患者（23岁）在进行屏幕技术时对产生的创伤性画面不能耐受，在用保险箱技术处理这些负性的画面时，患者讲那些坏的画面会不断地出现，甚至以好的画面伪装出现。

在EMDR治疗后，这些情感的强度明显降低（Eschenröder 1997，Shapiro 1995）。在接下来的创伤合成过程中所产生的情感虽然也有类似的强烈程度，但持续时间会更短、耐受性会更好。

屏幕技术的应用会给治疗师造成很大的压力。当患者将真实的创伤呈现在治疗室中时，治疗师会感受到很多患者所描述的对死亡的恐惧、痛苦和怀疑。在开始时，甚至很长一段时间里当治疗师用屏幕技术来进行创伤暴露时，要找出症状的内在联系是非常困难的。治疗师自己的创伤在屏幕技术时也很有可能被激发出来。

在屏幕技巧中，将其他技巧也整合于其中很有必要。当EMDR治疗中画面的内容不带情感色

彩时，或者，当每次将产生重要的画面时它就一闪而过时；或是当患者一开始就对 EMDR 治疗感到害怕时，屏幕技巧会很有帮助（Sachsse，1998）。屏幕技巧对于治疗师和患者来说都比较好学，好掌握，并且有很好的治疗效果。

（施琪嘉　周　娟　王海峰）

第七章　创伤后应激障碍的暴露疗法

最近的一些因子分析研究显示，创伤后应激障碍的症状具有4个维度：重新体验（re-experiencing，如梦魇、闪回），回避（avoidance，如对有关创伤的想法的回避），总体反应性的麻木（numbing of general responsiveness，如情感范围的缩窄）以及警觉性增高（hyperarousal，如夸张的惊吓反应）（Asmundson et al，2000；King，Leskin，King & Weathers，1998）。与PTSD相关的还有诸如抑郁、分离、负罪感和愤怒等症状。

一、暴露疗法（exposure therapy）

暴露疗法用以在治疗环境中，帮助患者直面他们所害怕的记忆和情境，被成功地用于治疗很多种精神疾病，包括恐怖症、惊恐症、强迫症等。近15～20年间，暴露疗法被应用于PTSD的治疗，包括满灌（flooding）、想像的（imaginal）、实体的（in vivo）、延时的（prolonged）或指导下的（directed）暴露。这些不同的暴露治疗技术的共同点在于在治疗的设置中，让患者直面让他（她）感觉恐惧，但事实上安全的刺激，这种刺激一直持续到患者的焦虑减轻，从而减少那些通过负性强化得到维持的逃跑（escape）和回避（avoidance）行为。因其疗效经过很多研究的证实，在PTSD的治疗中，暴露疗法成为评价其他疗法的一个参照（Chambless & Ollendick，2001）。

二、理论（theory）

情绪的加工理论（Emotional－processing theory）认为，PTSD的发生源于在记忆中形成了一个害怕网络（fear network），该害怕网络可以引发逃跑和回避行为（Foa & Kozak，1986；Foa，Steketee，& Rothbaum，1989）。精神上的害怕结构（mental fear structure）包括刺激（stimuli）、反应（response）以及意义（meaning）3个基本部分。任何跟创伤有关的信息都可以激活该结构。而PTSD患者害怕结构中的刺激因素特别的广泛，从而该结构很容易就被激活。PTSD的回避和麻木症状则体现了对该种激活所作的回避性努力（属于另一个PTSD激活的系统——恐惧网络）。情绪的加工理论还提出，成功的治疗在于纠正害怕结构的成分，这种纠正过程是情绪加工的实质所在。

降低害怕需要具备两个条件：①激活害怕结构；②提供新的信息。暴露治疗要求患者直面与创伤相关的信息，从而激活创伤性的记忆。这种激活提供了修正性信息被整合的机会，创伤记忆的病理性成分因而得以修改。研究发现在治疗中激活害怕结构可以促进治疗成功（Foa，Riggs，Massie，& Yarczower，1995）。

一些机制被认为跟PTSD症状改善有关。首先，反复在想像中对创伤进行“再体验”（reliving）可以促进“习惯化”的产生，从而降低跟创伤记忆关联的焦虑，并修正“除非逃跑或回避，焦虑将永远存在”的错误想法；其次，有目的地面对害怕性记忆可以阻断负性强化，因为这种负性强化正是通过认知上对创伤相关的想法和情感加以回避得到维持的；第三，在一个安全

的，支持性的治疗环境中重现（imaginal reliving）创伤有助于将安全信息整合到创伤记忆中去，从而帮助患者认识到回忆起创伤并不危险；第四，长时间地将注意力集中在创伤性记忆上可以帮助患者区分创伤事件和非创伤事件，从而使创伤成为一个特别的事件，而并不代表整个世界都危险和自我的无能；第五，想像中重现创伤帮助改变 PTSD 症状的意义——从个人的无能到个人的能力和勇气；第六，延时的、反复的再体验创伤性事件为患者提供了这样一种机会，患者可以集中想像跟患者的负性评价相关的细节，并修改这些负性评价（Foa，& Rothbaum，1998）。在实体的暴露中，这些机制同样起作用。

三、实证文献（empirical literature on exposure therapy）

在治疗创伤相关的症状上，暴露治疗比起任何其他的治疗具有更多的实证研究表明其有效性（Rothbaum，Meadow，Resick，& Foy，2000）。国际创伤应激研究学会（International Society for Traumatic Stress Studies，ISTSS）的治疗指南中包括了对 12 个研究的综述。所有的研究表明暴露治疗的有效性，并且研究大多数符合临床疗效研究方法学上的金标准，即：①靶症状定义明确；②信度和效度高的测量工具；③不知情的评估者（blind evaluator）；④得到足够培训的测量工具测评员；⑤手册化，可以复制的，以及具有特异性的治疗；⑥随机的治疗安排；⑦治疗依从性的评估（Foa，& Meadow，1997）。

泰勒等（Taylor，Thordarson，Maxfield，Fedoroff，Lovell & Ogrodniczuk，2003）对治疗 PTSD 常用的 3 种方法即暴露疗法，放松训练以及 EMDR 进行了疗效比较。疗效由治疗对 PTSD 症状起效的速度、效果、治疗的不良反应三个方面，以及与 PTSD 相关的其他症状，如抑郁、分离障碍、与创伤相关的负罪感和愤怒等的减轻情况来确定。比较的结果表明：① 3 种治疗在不同程度上对减轻 PTSD 症状都有效；② 3 种治疗在患者脱落，症状恶化，以及对麻木症状和高兴奋性症状的有效性方面，没有区别；③ 跟 EMDR 和放松训练相比，暴露疗法在回避和重新体验症状的减轻幅度方面明显的大；在减少回避性症状时起效快；治疗后，不再符合 PTSD 诊断标准的研究参加者的比例高；④ 跟 PTSD 相关的症状（如抑郁，分离症状，以及与创伤相关的负罪感和愤怒）在 3 种治疗中都得到减轻。

因此，暴露疗法是一个成熟的治疗 PTSD 方法（Chambless & Ollendick，2001），它常被当作其他治疗方法比较的一个参照。

在此之所以提到这个研究有几个原因：一是方法学上该研究符合临床疗效研究金标准；二是该研究中由不同的治疗师进行治疗，从而将治疗师效果从治疗效果中分开了；三是对 EMDR 治疗 PTSD 疗效研究中第一个符合金标准所有条目的研究。

四、技术描述（description of techniques）

暴露技术的共同点在于在一个安全的治疗设置中，让患者面对令人害怕的刺激（记忆的或现实的）直至焦虑降低。习惯化（habituation）——当同一个刺激被反复地呈现时，机体对该刺激的反应性降低——是焦虑降低的最简单和直接的机制。

（一）想像性暴露（imaginal exposure）

在想像性暴露中，患者要面对的是他（她）有关创伤事件的记忆。这类治疗的理由是创伤只

有在情绪上得到加工，或消化，才能够变得不那么痛苦（Foa，& Kozak，1986；Foa，Steketee，& Rothbaum，1989）。很多 PTSD 患者误认为忆及他们的创伤是危险的，所以努力地去避免想跟创伤有关的事情，创伤因而得不到加工。想像中重现（imaginal reliving）创伤否定了这种错误的想法。

（二）实际的暴露（live exposure）

根据患者事先确定的害怕等级，患者选择一个中等度等级的刺激情境开始，循序渐进地，患者到实地（通常需要由治疗师陪伴）、暴露于让他（她）害怕的、想要回避的创伤相关性刺激中，直至患者的焦虑降低。

里查德（Richards）等在 14 个经历不同创伤的 PTSD 患者中，对想像中暴露与实地暴露的研究表明：两者都对症状改善有效，在治疗结束时以及治疗结束一年后的随访中，没有患者符合 PTSD 的诊断。两种暴露方法的惟一区别是：实地暴露对恐怖性回避（phobic avoidance）更有效。

以下介绍两种不同的暴露方法的具体操作，一为福亚（Foa，1991）等应用的暴露治疗；另一个为马克斯（Marks，1998）等应用的暴露治疗。

福亚等发展应用的“延时暴露治疗”（prolonged exposure treatment）包含 9 次每两周一次的个人治疗。头 2 次治疗主要用于收集信息，解释治疗的原理，治疗计划，包括制订实地暴露的害怕等级。另外 7 次治疗，患者在治疗师指导下在他们的想像中重现他们的创伤经历，并作大声的描述，如同就发生在此时此刻。暴露一直持续 60 分钟，并且作录音。这样患者可以在家里边听录音边联系想像中的暴露。同时，治疗师还布置回家作业，让他们按照所列的害怕等级接近他们害怕的但事实上安全的地方或者物体。

在马克斯（Marks）等的研究中，一共有 10 次治疗，每次 90 分钟。第一至第五次是想像暴露，第六至第十次是长时间的实地暴露。在第一次治疗中向患者解释治疗的原理，收集有关信息。在想像暴露中，患者被要求用第一人称现在时来讲述他们的经历，他们的反应，事件对他们意味着什么，他们闻到、听到、看到、感觉到和尝到什么，想像和描述创伤事件的重要部分并且“倒放并停留”（rewind and hold）直至患者的焦虑降低（大约需要 20 分钟），如果患者经历多个创伤，则“重现”造成最大插入（intrusion）的事件。所有的治疗都需录音。在治疗与治疗之间，要求患者每天听一小时的上一次治疗的某些部分的录音，并在日记中对焦虑水平作记录。第六至第十次治疗是按照患者的创伤相关的刺激等级作实地的暴露。对某一刺激的暴露在治疗中重复进行，并通常在治疗师陪同下完成。在治疗与治疗之间的回家作业是每天作实地暴露一小时，并在日记里记录焦虑的水平（Marks，Lovell，Noshirvani，Livanou，& Thrasher，1998）。

不同的治疗/研究中，治疗次数一般在 8～12 次之间，每次的时间在 60～90 分钟不等，可以作单纯的想像治疗或实地暴露，也可以两者结合进行。也有跟认知重建（cognitive restructuring）合并想像暴露进行治疗的，时间每次长达 105 分钟（45 分钟想像暴露，15 分钟休息，45 分钟认知重建），但两者合并进行的疗效并比单纯进行认知重建或想像暴露疗效更好（Marks，Lovell，Noshirvani，Livanou，& Thrasher，1998）。

五、临床指南（clinical guidelines）

（1）患者必须处在暴露情境中足够长的时间，直到他们的焦虑和紧张降低　治疗师可能在觉察到患者有焦虑征象时即行中断暴露，虽然这是出于保护患者的好意，中断治疗却恰恰强化了回

避，阻碍了必须的情感加工过程。在暴露治疗中，患者一开始表现出的一定程度的焦虑和紧张是治疗所期待的，应该告诉患者这是正常的现象。再者，因为创伤记忆本身并不具有危险性，只要给予机会，与创伤相关的情感水平会降低。患者可以理解到他们不必要害怕他们的记忆。而治疗师的工作是帮助患者在一个安全的环境里，减轻和（或）去除焦虑。

（2）应该允许患者按照他们自己的速度进行循序渐进的暴露　虽然有效的治疗必须是足够长的，有足够的重复和足够的细致，按照患者感觉舒适的速度进行极其重要。尤其是在第一次暴露治疗时，患者有可能表现得很情绪化。所以在第一次治疗时，不鼓励逼着患者描述更详细的细节。治疗师还要考虑到个体在习惯化的速度以及对焦虑激发性情境的反应性方面都存在着个体差异。在进入到新的记忆或高一等级的暴露前，必须给予患者足够的时间对当下的刺激（记忆或某等级的实地情境）产生习惯化。如果接近治疗结束时，患者的焦虑没有明显的减轻，必须帮助患者放松和（或）回顾。如果在暴露之后，患者极端焦虑，也必须在治疗结束前帮助他们放松下来。这样有助于他们认识到他们可以想到创伤并体验强烈的情感，但他们的想法和情感是可以加以管理的。

（3）治疗师要鼓励患者尽可能详尽地描述创伤事件，尤其是创伤的最可怕的部分　患者很容易倾向于对创伤最可怕的部分作一个小结或干脆就跳过它。譬如，一个被强奸者，可能会具体地描述是怎么受引诱的，但到描述实际的插入时，她可能会含糊其词地说，“他就这样干了”。这样患者回避了创伤中令她感觉最痛苦或窘迫的部分，从而阻碍了情感的加工过程。

（4）治疗师应该根据患者对暴露的反应做出应对　在暴露治疗中，存在两种极端的情况：一个极端是患者难以沉浸到跟创伤相关的记忆或情感中。创伤受害者通常会对谁值得他们信任感觉迷惑，担心会遭背叛和不公平待遇。这会影响包括医患关系在内的所有的关系。成功的暴露需要患者信任治疗师，能够允许自己投入到让他们长期以来一直在积极回避的记忆中。患者在暴露中表现的回避，有时可以是很不直接，很微妙的。他们可能在形式上遵守暴露治疗的步骤，但在情感上保持距离，用平淡的，事实就是事实的方式来讲述创伤。这时，治疗师可以小心地提醒患者，可以问患者一些更具体的细节，譬如：当他攻击你的时候，你站在哪里？也可以问创伤事件中患者的情感和想法：他那样说的时候，你感觉如何？或者试问一下感知方面的问题：你能闻到他吗？任何可以让记忆更生动的办法都可以帮助患者在情感上更好地投入。另一个极端则是患者被跟创伤相关的情感所淹没。当患者投入到暴露中去，他会忘记在那个时刻他们并没有在真正的创伤中。这种时候，治疗师可以提醒患者他们身处一个安全的环境中，他们正在应付的是他们的记忆。这样可以帮助患者从治疗卷入中稍微地脱离，从而使跟创伤相关的情感变得比较容易掌控。

（童慧琦）

第八章　眼动脱敏再处理

1991 年，眼动脱敏再处理（Eye Movement Desen Reprocessing，EMDR）作为一种新的、在时间上非常经济的心理治疗的技巧开始发展，该技巧主要与创伤性的记忆和症状相关。EMDR 治疗已经有一系列经验性的诊断和临床经验。最近的一项大型荟萃分析显示（Van Etten，Taylor 1998），EMDR 治疗对 PTSD 患者的治疗比药物治疗效果要好。其突出的优点在于省时、简单、效果显著。于是 EMDR 被推荐作为美国老兵 PTSD 的主要治疗方法。

1987 年，EMDR 的创建者，弗兰琴·萨皮诺（Francine Shapiro），在公园里散步时，发现当她的目光跟随着舞动的树叶而动时，一些困扰她的想法得到了缓解。她后来系统地研究了这个自我观察，有意的用眼动来处理暴行或是事故。于是就出现了最初的设置，最后被修改并成为一个详细描述性的手册式心理治疗技术。

EMDR 治疗只是用来作为创伤后应激障碍治疗的基础的，并不是像许多文献所报告的那样，是个孤立而“全能的治疗方法”。

EMDR 治疗的基本工作方式在于，让患者在一个设定好的治疗关系中，通过 EMDR 技术来面对创伤，使之能整合创伤，使得潜意识中蕴积的认知的、情感的和身体的反应、感觉、加工能力能针对创伤再次复苏。也可以说，使得因创伤而导致的分离能通过有效的 EMDR 治疗来抵消。在创伤环境中丧失的感觉、思想、情感和躯体反应的联合能力能再次建立。同时在 EMDR 治疗中也会带来认知性重建，改变对于自我和客体的消极的看法。

对于 PTSD 患者来说，比较重要的表现除了梦魇和闪回以外，还有情感的麻木（numbing），不能参与社会活动，丧失兴趣。通常会有自主神经敏感，惊恐发作，睡眠障碍及注意力不集中。要提到的是在催眠中有可能会有思维障碍。而错误的习惯，就是说在全或无机制下，创伤后应激障碍的患者也很难只用面质认知来治疗。而这最后的一个症状往往提示是一个中心症状，与海马区域，杏仁核和前额叶区域有关（见第五章）。

EMDR 治疗应该由有创伤治疗资格证的治疗师所掌握，这是一个手册式的治疗，相应的对手册的学习要有专门的过程。弗兰琴·萨皮诺给 EMDR 治疗规定了八个阶段（Shapino，1995，1998），通过这些步骤，我们可以对即使较为复杂的精神创伤也有一个基本的把握。我们可以循序渐进，使得患者在相对比较稳定、不太影响其日常生活能力和病房安定的情况下完成治疗。

EMDR 治疗的步骤：①采集一般病史和制定计划；②帮助患者稳定（情绪）和进行必要的准备；③采集创伤病史；④脱敏和修通；⑤巩固维持；⑥躯体测验；⑦结束；⑧反馈意见。

在 EMDR 治疗技术的 8 个步骤中，每一个步骤的使用都依对象的不同而有所区别，所以使用时应该适度，要有很好的计划，否则，其治疗效果会打折扣。

目前，由于德语国家与英裔美语地区对精神创伤的诊断、治疗的条件不同，所以在此提到的萨皮诺方案中，关于 EMDR 治疗阶段的相关信息很有必要。阅读与精神创伤有关的文献或书籍并

不能代替治疗这类患者的实际经验，需要定期接受有资格的 EMDR 治疗师的督导，接受就精神创伤的心理治疗技术和 EMDR 进行的系统培训。

目前，国际上有公认的 EMDR 专业学会。掌握创伤心理学的基础知识、进行专门的培训是准确使用 EMDR 技术的基本前提。

正因为使用 EMDR 的方法常常会使治疗过程加快，所以在临床应用的过程中，更强调必须要有相关的临床经验作为前提。因此，运用 EMDR 技术成功治疗了一例车祸患者并不意味着一定能成功治疗一位因为在童年期被虐待而出现分离症状的患者。

例：一名 20 岁男性，有恐惧症状，起因为服用致幻剂，当药性开始出现时产生幻觉，坐在他周围熟悉的朋友的面部出现了扭转、变形，这使他感到世界的不真实感、恐惧，不敢上街、接触人并出现心慌、失眠等躯体症状，症状持续 1 年，在各大医院用药物及一般支持性心理治疗未见好转，通过 2 次针对不真实感的 EMDR 治疗，患者症状完全消失。半年后患者症状复发，与再次服用致幻剂有关，但当询问患者的详细的过去史时，患者开始讲述带有创伤性质的多个事件，于是 EMDR 的治疗技巧从Ⅰ型向Ⅱ型转换。

为了便于介绍，在以下对治疗的 8 个步骤的阐述中，我们采用泰尔的分类方法，将发生在成年期的一次性的创伤列为Ⅰ型创伤，将略微复杂一点的（持续时间较长的、反复发生的、开始于童年期的）称之为Ⅱ型创伤（Terr，1989）。由于 EMDR 的治疗操作过程简单，使得很多人误以为参加 1～2 次学习班就掌握了技术，可以在临床上随意运用了，殊不知 EMDR 技术发展至今，作为对创伤治疗的一门特殊的方法，已经融合了神经科学、精神分析、行为医学和精神病理等众多学科的知识，也包括最新的各个学科的进展。这样，EMDR 治疗师在欧洲的准入标准也非常苛刻，需要接受专门的资格培训。所以，我们在此只作基本步骤的介绍，详细的治疗过程，特别是对复合型创伤的 EMDR 治疗，可参见 Arne Hofmann 的 EMDR 专著。

一、精神创伤治疗学基础

（一）可靠的治疗关系

可靠的治疗关系是任何一种心理治疗的基础。对于 EMDR 治疗来说，它当然也是疗效的基本保障之一，在前面介绍的创伤的暴露技巧中涉及到的共情和稳定化技术均可作为保证治疗关系的基本技术。

除了下面要介绍的创伤治疗步骤中的几个技术特点之外，任何心理治疗都需要建立良好的治疗关系，对于创伤患者强调此点就更为重要，不仅仅因为在治疗初期建立一种良好、可靠的治疗关系，可使治疗能够继续下去，也在于，发生的负性移情反应，常导致患者的再度创伤。因此，在治疗开始，对治疗期望值作公开的澄清，对在治疗过程中，尤其在对创伤性障碍的治疗进程中可能出现的难以避免的干扰性因素（比如移情和反移情）进行必要的预警非常重要，也必不可少。不过，在处理由创伤引发的感知障碍上，在处理治疗关系时，人们往往会陷入一些误区。因为良好的初衷或从其他角度来看不存在问题的地方而导致治疗失败的例子不少见（Scharrelmann，

1998)。其根本原因就在于，在成年期，创伤同样可以引发强烈的移情，而不一定总是与童年期的创伤有关（Lindy，1993)。

从事创伤障碍的治疗师，若有着学派如精神分析系统学派的取向，需要学会部分放弃以前的“中立式”的基本态度，因为他们所面对的患者是一些特殊的、经历了精神创伤，孤苦伶仃、求助无门，常常无人能理解并反复遭遇创伤的人（这倒不是说，系统式或分析式治疗不能为创伤性障碍患者的治疗提供有价值的意见，而是指在治疗中对患者的基本态度与上述治疗有别)。我们提倡的治疗态度是在治疗之初与患者结成一种有节制的联盟（Fischer & Riedesser 1998)。

“联盟”在此处的含义是全面地“站在患者这一边”，让患者感受到自己被人理解。“节制”是指一种专业的清醒和客观的态度，至少能够避免来自患者或来自治疗师或相互之间的利用（概念的相关含义可见精神分析专著，编者注)。

从治疗关系上讲，这样做有益于彼此之间的真诚和（有步骤地）开放，并在此基础上建立治疗联盟。也只有这样，我们才能在创伤的治疗过程中流畅地、主题突出地进行工作，并且能排除可能出现的移情或其他问题（比如治疗师因为患者的行为而感到自己不得不一直扮演清醒的控制者的角色）给治疗造成的障碍，进而使治疗关系免受干扰。

还有一点对于在创伤治疗过程中建立可靠的治疗关系也非常重要，就是高度尊重其个性和帮助其恢复自主能力。这一原则首先是由专门研究这类受害人心理过程的奥可伯格（Ochberg，1993）所提出。这两个原则似乎适用于所有的受害人，因为创伤过程都会损及他们作为个体的独立性和完整性，因为在此之后，性暴力的受害人在作为性客体、遭抢劫者在感受自己的“富有”、交通事故的受害人在以后轻松地做乘客的能力都会下降。

“为什么我就是那个倒霉蛋”，或者不无负疚感地想“为什么只有我活下来了”，这些念头会长期、反复地折磨受害人。而恰恰这些问题最好应该是在治疗环境中，在充分考虑到受害人的自身特点，及其特殊的环境的同时来展开讨论。这些在治疗创伤患者过程中的重要原则也与不同年龄组、不同创伤类型引发的健康（和社会!）问题的多样性，以及创伤进程和伴随问题的可变性是相吻合的。它也要求治疗师对此给予更多的关注。考虑到患者个体化的差异与体现结盟这一观念有联系，它能使患者真正深入地面对和讨论独立性和完整性被剥夺的痛苦体验，而不至于认为自己在治疗环境中“只是在被技术性地处理”，从而避免并不少见的再次受伤害的感觉。值得指出的是，EMDR 方法存在一个特殊的危险：正因为 EMDR 技术能够在短时间内比较顺利地处理即使很严重的创伤性回忆，所以有人对创伤患者就“只是技术性地”使用 EMDR 方法。也有人在一些情况下（比如遭受创伤的灾害救援人员）会因为他们的“自主性受损较轻”而使用时“在技术上更中立一些”。但我坚信，绝大多数创伤受害人能清楚地感受到这两种方式之间的差异。即使有遭受创伤的灾难救援人员在经过上述技术性处理后很快就临床缓解，也并不意味着大多数慢性的受害人也是如此。许多创伤受害人完全有理由小心翼翼地与人打交道，所以对这一技术浅尝辄止，正如在一部分同行眼里，只是把 EMDR 作为加快创伤修复进程的一种技术来使用，对多数慢性患者显然难以解决更多问题。

治疗中，另一个同样十分重要的原则就是帮助其恢复自主能力。这也是涉及创伤后心理过程的一项基本方略，它可以为患者在遭遇创伤情境，几乎所有受害人都体会到强烈的无助感和丧失对自己的掌控权的痛苦体验之后，塑造一种明显的反差。

在治疗中，如果一个治疗师（或者一家医院）剥夺了创伤患者对其环境的控制力，这不光是从权限的角度讲对患者是又一次的伤害，而且也掠取了治疗中一个基本的起效因素。这一点对于运用 EMDR 治疗创伤患者同样很重要，因为同其他心理治疗一样，特异性的起效因素（比如 EMDR 对于创伤治疗）和非特异性的起效因素（比如在这一章提到过的与治疗关系有关的原则）往往有着非常密切的协同关系。而且到目前为止，这些所谓非特异性的起效因素往往在治疗中有着非常重要的意义（Wallerstein1986，1989）。

这也就意味着，除了我们经常关注的与治疗者有关的因素以外，患者在治疗的计划和实施过程中也有着非常根本的控制作用。

控制技术在创伤治疗过程中非常重要，何时开始或何时还不能开始讨论创伤细节的问题，应该完全由患者自己决定。而且，尤其在何时、怎样讨论控制与失去控制权有关的感受时也应由患者掌握主动权，因为再次回忆创伤会引发很多情感反应。因此，及早地、有针对性地教患者学会与相关回忆和感受保持适当距离的技术是帮助患者重新恢复对日常生活的掌控以及恰当地与创伤性回忆打交道的良好途径。一些控制技术已经在前面“创伤暴露”章节中有所提及。

最后，也是在所有创伤性障碍的治疗中被强调得最多的原则就是正常化（Ochberg，1993）。它也可以说是一种在前面曾经提到过的“神经生理学性的共情”以及（患者自己的）自我共情。因为在强烈的精神创伤发生以后的绝大多数神经生理学现象对患者而言尽管是混乱的和可怕的（比如情绪的涌入、易激惹等），但它们也完全是可以被感同身受式地理解的，与心理上对此进行消化和处理相关的心理现象或者防御机制。我们可以在治疗的过程中，有时甚至在治疗的早期就可以用他们可以理解的语言把这一信息传达给他们，仅此一点就可以明显减轻患者很大的负担（我没有/不会发疯）。许多对创伤患者卓有成效的所谓心理教育措施之所以有效，就是因为有这样或者相似的基础。

在 EMDR 治疗中，帮助患者恢复自我管理，归还患者对自己的控制权显得特别重要。正因为 EMDR 方法可以加速对创伤的处理过程，因此在重新提及与创伤有关的回忆时要特别小心，因为患者可能会担心再次出现对失去自控的恐惧而有意识地回避相关的回忆和处理。所以在进行 EMDR 治疗时，应该将治疗中的每一个步骤所用的方法，包括可能的实施步骤向患者进行详细的解释，并用明确的方式告知其可以在治疗中的任何时候提出中断以及由此可能引起的麻烦（有明确的中止信号，在治疗过程中不断反馈对正常状态的感觉，促成患者的自控）。EMDR 治疗中的第八个步骤关注的目标与此很相似。在反馈意见的过程中，患者可以再次用言语反馈她对本次治疗过程的感受。这样，她可以对有时进行得太快的治疗过程再次进行加工，并对由迄今为止的治疗而获得的关于世界和自身的新的形象进行整合。其实，在这里提到的许多与治疗关系相关的原则，在萨皮诺的手册里都或明或暗地被提到过（Shapiro，1995，1998）。但在德语国家引入和移植上述原则，关注国际上在创伤心理学领域的研究进展只是在最近几年里才受到重视，这也与创伤患者的相关问题越来越突出不无关系。遗憾的是，除了具体的、与特定问题相关的研究外，关于创伤治疗的原则和系统地开展相关治疗的总体规划方面的研究很少。因此，为能消除对 EMDR（和其他治疗创伤的方法）仅仅只是一种可以独立地（技术性地）使用的方法的误解，我们应该融入 EMDR 方法发展的潮流之中，在全球创伤治疗－研究运动的背景下运用这一方法，并做出我们应有的贡献。

（二）分阶段治疗

在关注创伤患者治疗的特定阶段时，有两方面的问题应提醒大家注意：

一是要明确目前患者的精神创伤处在哪一个阶段，也就是说，现在距离特定的创伤发生的时间有多久。对于治疗而言，性暴力发生后3天与在5年甚至25年之后——很令人惋惜但也并不少见，才来寻求治疗，两者有着本质的区别。新近的神经生物学研究显示，精神创伤过程之间的差异非常之大。对Ⅰ型创伤和Ⅱ型创伤的治疗存在着很大的差别。一般说来，经历创伤很久以后才来寻求治疗的情况占大多数，所提出的与治疗有关的问题也更复杂。随着创伤过程的自然发展，在创伤模式中提到的方方面面的情况也有着更多的迁延时间，对相关的社会关系的影响面也就大得多。相关的并发症越多，患者陷入由创伤引发的个人经历和行为方式的变化之中也就越深，客观上要求我们对“EMDR治疗复杂的创伤患者”这一章节给予更多的关注（特别对于在年龄较小患者身上，比如在儿童和青少年时期遭遇性暴力患者身上常常出现的分离性症状）。本书专设有对儿童创伤的治疗。

二是要留意对创伤患者的心理治疗处在哪一个阶段。第一个对这种阶段性有着明确描述的研究者是皮尔·让内（Pierre Janet）。但在他所处的时代却并未受人重视。冯·科克（Van der Kolk）和冯·哈特（Van der Hart）在他们能够影响的范围内帮助人们重新认识了这些观点（Janet 1919，1925，Van der Hart & Friedman 1989，Van der Kolk & Van der Hart 1989，Van der Kolk 1996）。让内观察到，创伤治疗若按照以下3个步骤来发展，常常会有较好的结果：①稳定化；②处理创伤；③重新融入生活。

班得勒认为，不同的自发眼动与内在的同时进行的过程是有系统的联系的。眼动模式提供了认识快速表达系统及内在措施的途径。也有显示，眼动模式只是一种标志而已。在创伤暴露时，眼动可以有助于弄清楚创伤回忆是通过什么感知通路而被回忆起的。如果是创伤情景“固着”（Stuck－State）或“循环”（Lopping）的情况，可以试着在患者身上重新建立这种通路。

强化就是能引起特定反应的刺激。反应的作用与时刻、联系的强度和持续时间相关。我们不能不强化。强化通常是潜意识的：比如你在收音机里听到一首歌，是在你最后的假期或是第一次约会时听到的，那么与这首歌相联系的回忆就被唤醒了。广告总是在做着强化。

在治疗中可以借助于强化来达到形成一个持久的解决机制，那么每当遇到相同的情景或是状况时都会自动地引发解决机制，而不用去思考。

为创伤暴露准备的想像练习最重要的是——内在的安全岛、保险箱、内在的帮助者或建议者以及分离停止的事故箱这样的技巧——与患者一起用所有的表达系统来强化。最快能达到的还是初级表达系统。比如内在地点的强化可以用一个蓝色的冷的石头放在右手，与词“方向（Horido）”相联系起来，在对手中的石头的初级感觉中，也找出内在的地点。

创伤暴露最好能够提供一个特殊的房间，创伤暴露只在这个房间进行。离开了这个房间一切都被抛开，再次集中到日常生活中——一切都留在了这个房间里，留在了想像中的保险箱中。

气味治疗的香氛室就是与好闻的气味相联系的，可以让个体放松。这种强化类似于宗教仪式，给予安全感和支撑。

通过强化可以唤醒积极的或是消极的反应和关联。负性强化可以像扳机点一样激起闪回。如果认识到负性强化是一个扳机点，我们则会与患者一起直到创伤暴露都避免这个强化。如果负性

强化避免不了，我们就通过积极的想像联系来重新定义或是完全去除。

我们在第六章详细地描述过稳定化和处理创伤的一些技巧。在所有处理创伤的新方法中，我们都不难看到这三个阶段的影子。假如一位女患者想要面对和处理创伤性回忆给自己带来的负担，其精神状况必须足够稳定。另一方面，对治疗效果最好的创伤患者进行的研究表明，他们对创伤的处理都是在治疗中的某个时期，在治疗设置的保护下，有结构有步骤地重新面对和处理与创伤性回忆有关的问题，并重新找到（恰当的）应对态度。即使在对创伤经历进行处理以后，许多情况下，治疗的下一个步骤也必不可少：那就是重新融入生活。

很多时候，创伤可能会留下无法复原的后果，并遗留下心理和其他的“疤痕”。这些情况往往会引发严重的伤痛和重新定位的过程，仅仅讨论具体的、与创伤性经历有关的问题是远远不够的（比如在灾害性事件中家人或朋友已经死亡而当事人自己却幸存下来，或者在一次暴力侵害之后留下明显的疤痕）。就算在治疗过程中，与创伤性经历有关的处理始终处在注意力的中心的地位（从患者的角度讲），因为它是成功的创伤性治疗的核心，但如果患者真想从治疗中受益的话，就应该牢牢记住，在有节奏地从稳定阶段过渡到重新融入生活的阶段过程中，有很多重要的治疗工作是必不可少的。

EMDR 治疗的前 3 个步骤（病史、准备和评估）的用途主要在建立明确的诊断，并为创伤工作起到稳定和准备的作用。步骤中的第④、⑤和⑥（脱敏和修通，巩固维持和躯体测验）能提供新的有结构的应对方式，这对于处理创伤性回忆及其对自我意向和自我感知所产生的后果极有意义。EMDR 治疗中有一个特殊的步骤，就是在创伤处理的过程中，对于有积极意义的观念应该给予强化。在步骤⑤中，除了巩固维持以外，还应该对积极的观念再次进行检验和强化。按照萨皮诺的说法，在 EMDR 治疗中设置这些步骤的本质在于对创伤经历的再经历，类似于前面讲的创伤的合成。其中的核心部分就是通过眼球运动进行刺激或称等量刺激。步骤⑦和⑧（结束和反馈）是对整个治疗访谈效果的确证。反馈的意义还在于给患者一个机会，借此能与患者共同探讨双方协商认可的治疗目标以及目前在整个治疗背景下所处的位置。当然也包括为患者重新融入生活，比如重新回到其社会现实中。

二、治疗具体步骤

（一）阶段 1：采集一般病史和制定计划

跟所有的治疗一样，EMDR 治疗要建立信任的治疗关系，评估患者的躯体和心理是否足够稳定，这样才能处理在治疗过程中出现的强烈的感情变化。对于创伤的患者来说，无论如何强调治疗关系的重要性都不为过。在建立一种牢固的治疗关系的同时，要全面评估患者的整体状况（ICD/DSM 诊断，包括个性和社会适应状况的诊断），对具体患者给出尽可能明确的诊断。要注意所回忆的如像环境之类的生活片断，此外，还包括特殊的创伤性问题（创伤过程，特殊的诊断工具等）。在此基础上，应与患者共同讨论和制订治疗计划。这里会给出对于住院治疗和相应的稳定阶段的提示。并在治疗的过程中反复与患者共同检测、修改，使之适应治疗过程的进展。对于共病的一些症状有时需要药物的支持。而对于分离障碍到认同障碍的治疗则要有特殊的方式。当然也要跟患者谈相关的经历。通常在交通事故中会有另外的创伤事件，会通过这次的事件激发出来了。信息加工不正常也要在这时指出。

（二）阶段 2：帮助患者稳定（情绪）和进行必要的准备

要提供给患者对应于他们的语言解释水平的可能的作用方式。这里就会涉及到创伤时在 REM 期（快动眼）对潜意识材料的加工。我们总会补充可能的解释机制，而不用知道确切的回忆的时刻。

针对在回忆中可能触发情绪的不稳定，我们应该事先计划一些相应的稳定情绪的措施（比如用较短的时间段讨论与创伤相关的话题，用较长时间段讨论与植物馆的话题，治疗结束前做比如“安全岛”的练习）。

观察和发现情绪不稳是收集病史过程中的重要环节，如果出现这种情况，至少说明患者此时还缺乏足够的能力用恰当的方式处理与创伤有关的情绪问题。我们应该在采集病史阶段就帮助患者学会控制局面（学习“掌控自己的感受”），使自己平静下来，做到了这一点，我们就是在帮助患者实施治疗中很重要的一个步骤：培养对情绪的耐受性和接纳。

下一步，可以对患者今天在回忆所罗列的 10 件创伤事件所带来的压力进行分级。萨皮诺采纳了由沃普设计的（Wolpe，1990）主观负担指数（Subjektive Units of Distress，SUD）。原始表格采用的是 0 ~ 100 的计分方式，而她则建议采用比较简洁的 0 ~ 10 分。0 表示“我知道这事曾发生过，但它对我不再是负担”；10 表示“这是我能想像的最大的负担”。尽管这一表格具有较大的主观性（取决于患者对负担的想像力），但它对治疗的规划仍具有极大的帮助——以后，它对回忆的重建也极有帮助。

假如类似的回忆太多（比如来自自己兄弟的暴力）如果相似性较大（患者一般都能很好地对此做出判断），可以将之归为所谓“一簇”。从神经生理学角度讲，这一簇信息之间的联系也非常紧密。从治疗上看，也不见得要把一簇中类似创伤中的每次事件的全部过程都重现一遍（比如继父几百次晚上喝醉酒后归家，对自己的养女实施的性侵犯）。似乎有这样一种趋势，即类似事件在历时已久之后，彼此之间有相互融合的倾向，因此也最好将之归为一类。从治疗的角度看，从一簇类似经历中挑选一件“有代表意义”的事件进行详细的陈述可以大大缓和患者的情绪。有时，对一簇经历的概括性的陈述会引发很强的反应，使得对同一簇经历中的另外一些事件的陈述极为困难或根本不可能。因此，从收集病史阶段开始，就应该和患者一起，按照这种方式进行工作。

（三）阶段 3：采集创伤病史

1．几个采集创伤病史前要问自己的问题

（1）是否为最佳时机　创伤历史的采集是个特殊的过程，若不理解患者的症状，可能导致漏诊，但若忽视患者的内心感受，又可能导致再次创伤。因此，弄清患者现时的生活状况十分重要。要了解患者的心理储备和社会支持是否足以支撑创伤治疗？其社会支持系统能否帮助她在治疗过后转换思维或与她讨论有关问题（比如在一个小时紧张的治疗之后）？或者患者非常孤立，只有治疗师才是她最强有力的支持者？

另外，需要对即将开始的创伤治疗的时间框架加以考虑，如果治疗师不能保证连续的治疗时间（如预约已满），或者，患者处于重大的生活转折阶段（如结婚），不能保证治疗，则需要斟酌开始创伤治疗的时间，在这一前提下，是否要采集详细的创伤史也要谨慎考虑。由于在创伤处理过程中有些不确定因素存在，因此无论是患者还是治疗师都要在时间、精力上

适当考虑。

(2) 治疗动机　在问病史的时候，还应了解患者寻求治疗的动机，包括可能的继发性获益也应了解（比如退养、已经启动的赔偿程序等等）。因为这些因素——像其他所有心理治疗一样，即使有很好的前提条件，仍然会受到一些类似因素的阻碍。

对寻求对创伤性回忆进行处理的动机也应进行了解。仅仅为了弄清自己在童年期是否遭遇创伤，为寻找一些失去的记忆本身并不是进行 EMDR 治疗的充分理由。EMDR 不是寻找创伤性回忆的工具。我们常对患者这样讲："患者在特定的时候还意识不到其经历中的特定部分一定有其原因"。这当然不是说，这种时候就没有治疗的指征。但指向创伤的治疗没有最重要的回忆作为基础也很难进行。

(3) 精神稳定性的评定　对患者而言，对创伤的处理本身也是一件有压力的事情。因此对患者心理上承受压力的能力（自我的强度）、在治疗中患者可能如何应对可能出现的强烈的情绪反应（情绪区分能力和调控能力）有一定了解。对其个性、社会资源也应了解。必要时，主要在治疗的第二个阶段应有目的地对之进行强化。一个重要的观察指标是其在采集病史阶段的行为表现。如果患者在提供病史时就表现出情感的极度压抑，或者难以控制地涌现出大量的回忆内容和内心体验就是一种信号，提示我们在接近创伤过程时应小心谨慎。

患者被要求自己总结创伤性的回忆，并描述一幅图，可以表现整个的记忆（主要是创伤的那个时刻的）。所有感觉印象都会问到（嗅觉、听觉、视觉），并联系到躯体感觉和思想观念。这一阶段，患者也会被问到，现在有哪一些消极的想法是与创伤有关的，如很多创伤患者自责"是我不对，我没有用等"的想法。这种持续的消极认知（negative cognition）应尽可能以患者的言语来表达。接下来，患者会被问到，如果现在再来看这个创伤的经历，他（她）对自己会产生什么样的积极的想法（积极认知 – positive cognition），这种积极的认知最好以刚才相对的名词给出，如"不是我不对，是别人对我做了错事，我没有做错什么，我不是无用的，我是有价值的"等。最后要收集患者的感觉通道所产生的消极认知，如主观感觉及由此引起的躯体感觉，即 SUD – 量表（主观负担指数），我们将患者的主观感觉从 0 到 10 分分级：0 分是没有负担，10 分是产生最严重的负担（困扰）。

2．询问创伤史的步骤

对患者病史的了解应包括一般和特殊两方面，借以评价患者的整体精神状况。此外，对于创伤病史的了解还应包括以下几个方面：

① 在创伤发生前后的症状，包括对创伤过程的描述。

② 精神检查，尤其是创伤过程所造成的后果，包括存在的资源、寻求心理治疗的动机以及精神状况的稳定程度。有关创伤性事件的标准及症状和精神检查参阅第二章。

③ 创伤历史，指对目前能够回忆的，包括以前可能发生过的创伤经历的整体描述。

④这些创伤与现时症状之间的联系，目前的诱发因素和回避的模式。

⑤ 应排除可能引起目前症状的严重躯体疾病，确定创伤治疗的适应证和禁忌证。有了原则性诊断之后，在开始对创伤性障碍治疗之前，有些事项应该提醒注意：

a) 颞叶癫痫：在其临床表现中，也可以有分离性症状。因此，在有相关症状和需要与之鉴别时，应该请神经科医生对此加以排除。

b）癫痫：尽管到目前为止，癫痫并非创伤患者进行 EMDR 治疗的绝对禁忌证，也没有关于由 EMDR 治疗引发癫痫大发作的报道，癫痫病还是应该得到较好的（药物）控制，而且相关治疗应该由对此较熟悉的治疗师来做。

c）有时，要把复杂的分离障碍与某些精神疾病鉴别开来还真不容易。可应用一些测量工具加以辅助鉴别。一部分患者在已经经历了多次无效的抗精神病药物治疗后，可能需要长一点的时间重新开放自己。对于疑难的案例，有质量的罗夏测验会有助于鉴别。

d）如果有明显的注意集中障碍则应该请内科和神经科医生会诊。这既可能是多病共患，也有可能就是某种原发的，并非心理治疗所能解决得了的疾病（尽管也肯定有创伤性经历存在）。

e）有一部分患者虽有创伤后障碍存在，但却并不适合或不太适合做 EMDR 治疗，其中包括近期才戒掉的可卡因依赖的患者（Rothbaum，1992）。另外，长期依赖安非他明的患者在做 EMDR 时出现了激惹状态而不得不住院治疗（Shapiro，1995a）。

f）强烈的烦躁不安，要想到慢性感染或甲状腺疾病。当然，有了躯体疾病并不意味着就可以因此而排除精神创伤！实施创伤治疗以前，躯体疾病方面还应该注意排除冠心病（心理负担可以引发心肌梗死），恶性高血压（心理压力可能导致脑血管意外），心功能不全（可能出现肺水肿）。在有严重躯体疾病的情况下，治疗应该在住院情况下，根据实际情况决定是否进行。单纯的生理年龄不是 EMDR 治疗的排除标准！

g）EMDR 治疗中有眼动的机械刺激，因此应该了解患者既往是否有视网膜剥离的病史。在有疑问时，我们的经验是，保险起见，应该与眼科医生进行讨论，并给患者一个恰当的解释（“在心理治疗过程中，尽管有对眼睛的机械刺激，但这不会造成什么问题”）。

h）在 EMDR 眼动治疗过程中如果出现眼部的疼痛，应立即中止治疗。因为可以想见的眼动刺激的确具有现实的危险。曾有报道说，一位患者因为（接受一位未经培训的治疗师）做这一治疗而导致失明。

i）询问既往史之前，应该征求患者律师的意见。在被害人还处在急性创伤期时，有时会涉及到是否还需要去指认凶手。因为有一部分患者在进行 EMDR 治疗后，对创伤的回忆会变得十分困难（因为患者会记不太清凶手的样子了）。但另外一部分人可能会对凶手的样子回忆得更清楚。到目前为止，还无法预测患者会发生什么情况。如果患者来做 EMDR 治疗，又涉及到刑事诉讼案，就一定要在治疗开始前把有关情况解释清楚。同样，如果涉及到赔偿、提出受害人援助申请、退休申请等等，都应该是先就它们对治疗可能产生的影响进行讨论，并最好先做一个鉴定。但治疗师原则上不应该是其当事人的鉴定人。

⑥ 如果可能，应进行心理测量，明确目前症状的结构和强度。

在评估或明确诊断时，必须作与创伤后应激障碍相关的诊断性访谈。两个相关的访谈工具介绍如下：

一是 DSM 结构的临床访谈（SKID－PTSD，Strukturiertes Klinisches Interview für DSM），它是一种用于诊断的访谈，用于确诊创伤后应激障碍。

SKID－PTSD 是由斯皮茨（Spitzer & Williams，1986）设计的访谈。访谈（大约需要 20～30 分钟）中会问及一些涉及到 DSM－Ⅳ对创伤后应激障碍定义的问题，最后根据对方的回答来明确诊断。美国的研究表明，SKID 与有经验的临床家们的诊断具有良好的一致性（Kappa 系数为

0.93），信度和效度也都不错。惟一与其他 PTSD 访谈共同的弱点就是，其敏感度大约只有 80%，因此可能会“漏诊”一部分 PTSD 的患者。如果使用这个工具的临床医生知道这一点，客观地看待它，并在有疑问的案例上合并使用其他工具进行检验，应该说，SKID－PTSD 还是一个简便而且良好的诊断工具。它也被美国的临床医生视为诊断 PTSD 的“金标准”并得到广泛应用。

二是临床创伤后应激障碍评定量表 CAPS（Clinic Administered PTSD Scale），CAPS 由 Blake 等于 1990 年研制发表。德语翻译由 Nyberg 和 Schnyder 完成，并在意外事故受害人群中作了检验。它与事变影响量表（IES，Impact of Event Scale，见附录三）的一致性较好，但这一结果尚未发表（Schnyder，Nyberg & Frommberger）。CAPS 的完整版本中除了包含 DSM－Ⅳ中的 17 个条目以外，另外还有 8 个条目，包括内疚感、丧失幻想、回忆障碍、抑郁、被征服的感觉、行凶的念头等症状的强度和频度。它的完成大约需要 45 分钟，按照对心理测量工具的要求，其美国版本的敏感性和特异性都较好。按照 Blake 的说法，人们对 CAPS 在评估障碍出现的频度和严重程度方面的估计过高，建议在有疑问的情况下由有经验的临床家进行复核。

在临床诊断范围内，我们极力推荐两种自评量表，选取其中之一就足够。它涵盖了不同的创伤症状，应该在治疗的不同阶段做，并应该做好记录。

其他相关的心理测验量表，还有：

事件影响量表 IES（Impact of Event Scale）：这一测量最为人所熟知。与其他美国测量工具不同的是，它被广泛用于其他种族的创伤患者。它由霍罗威茨（Horowitz）等人于 1979 年设计发表，共 15 个条目，涉及回避/昏厥和情绪袭人。其敏感性为 0.91，很不错。特异性为 0.61，稍差一点。也就是说，绝大多数的患者都被找出来了，但并非所有 IES 分值很高的人都有创伤后应激障碍。胡威特（Hütter）曾将这一量表翻译过来，并在 850 个患者（并以医学生作对照组）中做过效度检验。结果表明，符合心理测量标准的要求。

与 DSM－Ⅳ相应，IES－R（R＝修订版）也有一个过度惊跳反应量表。它有 22 个条目（Weiss & Marmar 1996）。它曾在美国的救援人员中作过检测，结果能很好地符合心理测量学标准的要求。麦克尔曾将 IES－R 翻译过来，并在政治犯和刑事案件受害人中做过检验，结果符合要求（Maerker & Schützwohl，1998）。找出大量的 PTSD 患者来（像其他测验一样）做关于诊断信效度等的检验并非易事，因此我们建议只做一个量表。目前还没有其他相关的研究报道。在中国，该量表由方新、盛晓春博士引进，但仍在作其信度和效度的评定工作。

创伤后应激量表 PTSS－10（Post Traumatic Stress Scale－10）：这一问卷只有 10 个问题，由 Raphael 等人于 1989 年发表。主要了解创伤中诸如睡眠障碍、噩梦、情绪波动、与创伤有关的焦虑、易受惊吓等一般症状。这一量表虽非诊断 PTSD 的专用量表，但其症状特点还是很容易让人联想起 PTSD。Schade，Schüffel 和 Schunk（1997）把它译成德文，并在 3000 多士兵和消防队员中作了效果检验。结果表明，作为非特异性的量表，其灵敏性和特异性非常之好。对于更严重的症状，由于德语地区样本数有限，其说服力还不够强。

冯·科克（1995）设计了既往创伤问卷（TAQ，Traumatic Antecedents Questionaire）。TAQ 试图把在不同年龄段发生的尚未解决的创伤以及由此带来的压力和忽略进行量化。还有一个工具就是恩达·福亚（Edna Foa）的 PDS 表格中的既往史部分。

详细了解过去重要创伤史的目的在于完成一份“关于创伤的地图”（如果可能的话还应将资

源包括进去），以便于系统地计划、处理每一件创伤和创伤簇。

除了一系列治疗手段以外，还有一种萨皮诺所描述的方法。对于慢性创伤患者中分离症状不太严重的患者，可以将重要的创伤罗列在一张清单上，请患者将 10 件压力最大的事件（尽可能是“不假思索地”）写下来。因为这类问题本身就可能触发激烈的感受，因此最好小心谨慎。如有必要，也可以专门为此留出一小时时间和患者一起讨论最有压力的 10 件创伤。接下来可以和患者一起把这张清单按照发生的时间顺序以及患者当时的年龄重新排列（这一步骤本身就可以帮助部分患者以相对轻松的方式来处理创伤，使之变得可以把握和理解，并使重新改写成为可能）。对有些患者也可以采用图解的方式，将这 10 件创伤按照时间顺序排列成一条“生活的轨迹”，同时（用另外一种颜色）填写 10 件积极的事件。对于慢性创伤的患者来说，提供专门时间讨论其生活中的资源非常重要。

如一名 25 岁女性的创伤经历，可纪录如下：

3 岁被送走，离开父母	5 岁接回，照顾新出生的弟弟	7 岁被父亲痛殴，因为没照顾好弟弟	12 岁被性侵犯	15 岁被卖，被强迫做性工作者	17 岁被抓，遣返	20 岁开发廊，与一有妇之夫有染，被殴	21 岁与前男友怀孕，被殴打，差点流产，开始接受心理治疗	23 岁生孩子，没有父亲，无亲人在场	25 岁极度抑郁，自杀未遂

当然，上述患者属于复杂型创伤，并非每个患者都有如此典型的创伤经历的，因此在作 SUD 的评分时，我们要选择得分最高（即负担最高）的那一项进行处理。如上述患者 SUD 的最高项为 7 岁被父亲痛殴的情景。

⑦列出相关的共病性障碍（ICD/DSM 诊断）：有时 PTSD 会为焦虑、抑郁和躯体化的症状所掩盖，这就需要我们提高诊断的识别能力。

⑧ 确定治疗计划：在病史结尾处，应该对患者的症状、既往史、（明确的）压力、明显的遗忘、资源和动机，以及打算从那些途径进入患者创伤回忆的网络有一个总结。

在此基础上，应与患者共同讨论治疗计划，告知其治疗的过程和步骤，让患者知情、同意，并努力使整个 EMDR 治疗焦点突出，过程清晰。

如果患者情况稳定、创伤单一（Terr 将其归类为Ⅰ型），治疗过程会相对容易。一般情况下，如果分离障碍不是太强烈（比如对事件大部分已经忘记，治疗过程明显延长），那么在治疗的早期就应该聚焦到创伤性事件上来。如果诊断明确，只有单一的创伤，可以从第二次治疗就开始涉及。创伤情况越复杂，重复进行的稳定措施就应该越早地投入（有时可以借助于药物），而且对治疗的过程应该有更多的监测，必要时应对治疗计划进行调整和减缓。

如何对于复杂案例的治疗计划进行综合平衡，在第 7 章里提到得比较多，包括在应用 EMDR 治疗中如何重复进行稳定性的访谈、如何反复对治疗关系进行反馈等等。

⑨ 寻找进入创伤网络的入口：除了建立治疗关系、明确创伤性经历和记忆的盲点、总结临床症状、确定可能存在问题的范围之外，EMDR 治疗对于病史还有一种特殊的观点，那就是要寻找进入创伤模式的入口，亦即（假设的）神经元网络——我们在 EMDR 治疗中要处理和改变的对象。在问完病史，对其轮廓有一个基本的描绘之后，我们可以有很多触及由许多观

念、感受、回忆和行动趋向构成网络的途径。我们应该有计划地、一步一步地、有系统地来对之进行处理。

（四）阶段 4：脱敏和重新经历

进入第 4 阶段比较有效和可靠的方法有：①借助一幅画、一种负性感受（多半是自我贬低的）和一种躯体感觉来对创伤进行一次完整的回忆；②发现一种伴随躯体感受的强烈的、自我贬低的、负性评价（比如“我什么都不是，没有一点用”）；③寻找一种可能引发不良躯体感受或负性自我评价的触发物（扳机点）；④闪回现象或闪回梦境；⑤在儿童，一幅关于凶手的图画描述就可以作为很好的途径。

手指离开患者的眼睛一段距离，使患者感觉舒服，并看一看，患者的眼睛是否能随着手指各方向动，通常是水平方向动。我们一开始动得比较慢，然后逐渐加快，选择一个合适的速度，使患者能跟得上。在脱敏阶段开始之前，还要确定一个“安全岛”。这个“安全岛”可以是某一个人或某一个让其感到安全的地方，在安全岛上，患者感到自己受到保护、十分安全。很重要的一点是，患者要有很好的控制能力，以便在治疗师用手势示意结束时能明白并能自己结束。

借助于眼动来对创伤性回忆进行工作（每次约 20～30 个眼动），直到主观负担的感觉明显下降为止。预想要达到的分值是 0 到 2 分。每组眼动结束后患者都会被问到，“现在是什么?”当想像的画面、感觉、思想有所改变时，治疗师就要集中到这个新出现的东西上，要求患者注意这个新出现的东西，并开始下一组的眼动。每组眼动结束后，都会要求患者深呼吸，再问他（她）现在出现了什么。可以观察到，在眼动周期中会出现要么是持续的分离和记忆的感觉和画面的改变，要么出现一些相关的回忆，比如其他一些关于创伤性回忆的细节，因而这时可以提高刺激，但在一些患者身上也可以看到创伤的反应。很多时候这种作用有些像自由联想。所有在思想中的情感性的记忆，会通过眼动来被研究，直到刺激作用减少。而这是不可预见的，因而要事先设定一个时间限制，一般是一个半小时到两个小时。

（五）阶段 5：巩固维持

脱敏阶段完成后要问患者另外一个量表（VOC－量表，认知确认量表）。患者会被要求，评价与创伤经历有关的积极的认知观念。一开始的时候大多是 1 分，就是说是错误的不真实的，到 7 分表明患者开始信服。到这时眼动所带给患者内在的积极认知开始稳固起来，这时可以看到患者的信念在增加。那么尽可能使分数达到 6 到 7 分。这里也会产生新的回忆，所以每次治疗结束时都要确定一下下次针对新的东西时候会更好。

（六）阶段 6：躯体测验

要求患者闭上眼睛，在回忆积极的认知过程中时，让自己的感觉从头到脚扫描一遍，重新体验躯体的感觉，区别一下是否和治疗前有差别，是否存在着不熟悉的感觉。很多时候可以发现进一步需要处理的问题，而好的躯体感觉则会通过眼动而被加强和巩固。

（七）阶段 7：结束

给予患者支持，如放松训练、积极的图像或回到安全岛来保持精神上的平衡。这时要对患者说明，在治疗结束后在他们内心的创伤处理的工作还在进行，他们最好将出现的思想、记忆和创伤记录下来，用以下次治疗的准备。

（八）阶段 8：反馈意见

下一次治疗时，需要对 SUD－量表进行再次的评估。如果得分在 3 分以上，则需要再次回到创伤性的回忆中去。如果第一个创伤评价得分较低，则可以进入针对新的记忆的治疗。

这是惟一一个萨皮诺写的非常详细的一个阶段，并保留在手册中。我们在这里也可以看到，这个阶段是由眼动阶段所引导的，可以看为是自由联想，并适合深层心理学为基础的概念，因为有一定的认知性重建。而有些时候发现在患者身上眼动进行不了，这时可以将手放在患者的膝盖上，用手指点击的压力来进行。

目前，还没有就治疗过程产生效果的机制所进行的研究。重要的是，改变刺激是促进功能的一个方法并有助于两半球信息的交流的方式，对创伤经历的回忆导致情感重新激活，并重新被引导（处理和整合）。换句话说，患者学会不再带着创伤的色彩去看这个世界，而是有更好的刺激鉴别能力（Lamprecht，Sack，Lempa 1999）。

我们在本章主要详细地对 EMDR 的治疗过程和要点进行了介绍，但作为创伤治疗的一种特殊的方式，还需要在实际操作中去体会，正如明白筷子的制作过程并不难，但这并不等于你会灵活地使用筷子一样。它需要受到专业人士严格的对过程有控制的有步骤的训练，这也包括对创伤机制知识的传授，本书的结构正反应出这一特点。复合型创伤的 EMDR 治疗涉及到更复杂的症状和机制，在治疗过程上显得更为复杂，尤其需要治疗师具备更多的条件，有关 EMDR 的详细治疗可见相关书籍。

三、EMDR 准入标准（草案）

1．参加培训的准入标准

在其所属国家获得可以提供心理卫生服务的资格，是能够独立提供心理治疗服务的专业人员。

（1）培训标准　得到中国（或欧洲）EMDR 专业结构的承认，获得在自己国家从事心理卫生专业领域的资格。

（2）培训时间　EMDR 培训包括 32 教学单位，和至少 8 个教学单位的实践练习时间（每一教学单位为 45 分钟）。

（3）培训内容　EMDR 基本方案，稳定化技术等。

（4）对违规情况的处理　①对不符合标准的 EMDR 课程不予以承认；②不能获得 EMDR 证书，不被允许加入 EMDR 组织；③违规者将被撤销 EMDR 的成员资格及组织成员的资格；④上述规定同样适用于 EMDR 的实践者和顾问（督导）等。

2．获得心理创伤和 EMDR 治疗师资格证书的条件——国际 EMDR 资格证书（International Certificate－EMDRIA）

（1）完成 EMDR 基本课程的学习。

（2）接受对自己案例的督导（Ⅰ型）并参加督导。

（3）EMDR 进阶课程。

（4）接受 20 小时的督导。

（5）接受案例督导（Ⅰ型和Ⅱ型）。

（6）完成 20 个患者 50 小时的 EMDR 治疗。

（7）提供案例和督导者的推荐（提供治疗计划和 EMDR 的结构情况）。

3．获中国心理创伤和 EMDR 资格证书的条件（暂行条件）

（1）EMDR 基本课程。

（2）参加督导。

（3）EMDR 进阶课程（Advanced course in EMDR）。

（4）能熟练运用 DES 和 IES 测量 20 个案例（DES，IES）。

（5）至少有过两次创伤治疗的自我体验。

（6）提供案例并被督导（Ⅰ型和Ⅱ型）。

（7）1 个完整的 EMDR 治疗案例报告。

（8）督导者的推荐。

（Arne Hofmann　盛晓春　施琪嘉）

第九章　儿童时期的创伤及其处理

一、儿童创伤的心理基础

在理解儿童的创伤前，先了解一下儿童的发育过程，要用最合适理解儿童的行为和思维的方式和障碍的角度为整体观的方法。发展心理学、深层心理学及人类学和神经生理学为获得全面理解的基础，为此，有必要对儿童发展的规律性做出基本的阐释。现已获得公认，人出生后的最初两年对今后的整个人生具有决定性的意义，现代的神经生理学及神经心理学已经证明这一时期为儿童大脑发育关键时期，在这一阶段，大脑形成感觉的整合功能（发展神经病学和发展生理学）、形成口欲期的基本需求（深层心理学），此阶段也是作为生物体的个体受到社会环境的影响的重要阶段（人类学）。

（一）神经生理学模式

大脑在最初的两三年——从胚胎就已经开始——发育得非常快。大部分的神经细胞（神经元）在中孕期就已经形成。为了能发挥它们的功能（在神经细胞物质交换的过程中发挥功能），它们要彼此通过突触和树突联系，而这些连接部分还要进一步成熟。

这种连接的决定性基础从孕二月一直到出生后头两年一直在生长（儿童的大脑极具可塑性），神经网络的联络过程则由外界的刺激所激发和维持，主动的感觉和行为则为此种神经元的连接提供基础，通过对儿童感觉和动作的重复训练进一步巩固了这种神经元的连接与联络。

在学习开始的第一年，脑高速地保持着生长的势头：一岁时大脑是成熟脑重量的50%，3岁时则可达到80%。特定的通路能量供应的灵活性使得我们保持主动的注意力，阻止次要的活动。在这一阶段若出现大脑的发育障碍，则神经元连接（突触）的数目会减少，直接导致必要的生化成熟过程减慢。

（二）发展心理学模式

躯体感觉的建立为等级化的过程。“躯体感官”（Montagu）指：触觉、平衡觉和运动觉，这是其他感觉功能的基础和有目的感觉的前提。Montagu在此不仅仅代表感觉器官，更代表机体能达到的功能。

躯体感官是儿童的重要的首个活动器官。孕七八周时，胎儿就已经有了触觉的感受，孕21周时可有节奏感。在怀孕的后期，胎儿在子宫内可以具备产生原始愿望的能力，如希望在妈妈的子宫里永远能感受到母亲心跳的节奏。在此更早的时候，他（她）听着母亲的心跳，并把母亲的心跳感觉为一种震颤，这体现着他（她）的期望能一直被满足的象征。

随着怀孕的进展，孩子逐渐在子宫内受到限制，他的一些混乱的活动受到阻止，而感觉功能被激活。引导他去感觉母亲的子宫，第一次他有了“自己的感觉”。孩子从子宫壁的形状、力量和对他动作的反应中得到体验。而由于活动的冲突受到阻止，可以有更大的空间来发展感觉，如

他（她）会单纯而有意识地去听，在怀孕的最后几周里识别父母声音、喜欢上某一种特定的声音或音乐，作为反应，他会在母亲的肚子上“跳跃”。我们可以说：孩子与母亲的对话在孕期就已经开始，而它主要是从躯体感官开始的！

孩子在出生前所经历的、所感到的安全，在出生后不应该被认为是中断，通过与父母身体的接触，这种安全的感觉应该向外部世界发展，这与存在于早期梦想中母亲回应他（她）的自然的表达（哭，蹬腿等）、孩子从母亲那儿获得感到与母亲联系在一起的、新的、多种的感觉息息相关。与母亲的联系可以促使孩子正常地继续发展他（她）在子宫里就已经开始发育的感官。他（她）会要求在母亲的胸前吃奶，看着母亲并听她说话，看她怎样模仿它的吧嗒声。孩子感觉母亲，同时尝试着与母亲交流（Baby talk）。这时，孩子还没有对陌生的东西和人给以更多注意的能力，他（她）还只会使用单一的感官功能。

此时开始发展的 4 个阶段：

1．内在模式阶段（感官的综合作用）

运动的促进力与眼睛有关。孩子追逐着物体，无意中发展其他的感官。他会听摇鼓，把它放在嘴里，啃它，尝它的味道，放到鼻子下，闻它的味道。感官的多样性是经由手的运动完成的。

逐渐地手与各种感官之间的合作熟练起来，这时可以小心的让孩子进行模仿活动。通过皮肤的接触，母亲传递着对孩子的爱抚，孩子感受着、听着，感觉愉快并会重复一些动作方式。

2．开始系列阶段（程式加工的阶段）

孩子成熟的能力是随着运动所需的感官发展而发展的。手的成熟是为了牵动身体的！孩子逐渐自己坐，转身，爬和站，要带动他的整个身体，为了能拿到更多的东西。它还会联系到愿望，重复尝试来实现。比如说他拉母亲的头发，并期待着“不——不”。他拉动线偶，以看线偶怎么自己动。他拉桌布，等着母亲说“不——不”，但也希望自己能活动。他开始喜欢找出看不到的东西，喜欢捉迷藏。

在合适的情景下观察生活可以脱离巢中的保护而在一种保护性的关系下进行。“防护”“保护”不是空洞的标识。就是说，保护孩子不受不必要的、使他的理解力混乱的影响。母亲、父亲以及关系亲近的人要筛选一下，让孩子接触什么，要确定对他是基本的、有趣的以及对日常生活有益的东西。

自己逐渐集中的运动能力，在这个阶段孩子会使用他的手去接触周围更多的事物（周围人的嘴和耳，包，抽屉，柜子）。他会用手去摸这些东西，感觉，同时还获得控制——有时可以不用眼睛的控制——运动的能力（触觉的集中作用）。

在这个阶段成熟的模仿会日显成效。孩子现在所模仿的，会以某种方式再次重现：爸爸在门后道别，妈妈会说“再见”，并拿着孩子的手摇晃，当孩子再次看见爸爸在门后，他会自己摇手，虽然他没看见自己的手。

3．联合加工阶段

这个阶段开始启动，且由其躯体感官承担。开始通过运动感觉的所有方面（对事物的了解，模仿，交流）来运用一定的功能，获得观察和思考的能力。为了处理好力量的阻抗和促进作用，这时孩子不仅要使用自己的手，还要想怎样利用物体，也就是开始工具思考。

这时孩子自发或是模仿着试验。他想像妈妈一样把鸡蛋放到打蛋器里，也会尝试用奶嘴和积

木。他会尝试不同的方式来使用他的力量。储存能量并释放。在这样的一些实验中他会得到训练两只手的协调工作。两只手会分工，一只工作一只就休息。但这时手的功能并没有成熟。还有一些很重要的能力是在这个阶段固定的（从 12 个月到 18 个月），可以建立日后的抽象思维能力：孩子会内化联系了。他知道，就是他从母亲的怀里溜出去、跑开，打蛋器和鸡蛋，总是有自己的联系的（所谓的客体固定性）。

在这个阶段孩子对运动的控制能力在成熟，并且将这种过程内化，现在孩子会控制自己的运动，并能模仿那些自己看不到听不到的：鼓腮，咂舌，用嘴鼓泡泡……

4．从“我”到“你”

孩子越来越多的知道“你”。像爸爸妈妈，哥哥姐姐一样优秀。他模仿自己喜欢的，当然如果他没有达到他的目的，他也会有小愤怒。他越来越有意识的生活，在幻想里，他会在游戏中不同的角色来体验“我”并固化。

只有孩子在安全的环境中知道具体的联系他的作用时，他才会发展他的思维，并不会被幻想伤害而得到愉悦。

（三）深层心理学模式

在感觉运动发展的末尾阶段新的能力会被建立起来，相应的，这在深层心理学里意味着肛欲——攻击期的开始。此前的阶段被称为口欲期。换一种表达方法是：小孩子在母亲乳房那里获得一种安全感。

在西格蒙德·弗洛伊德提出这个概念的时候，还不知道孩子在子宫中时，甚至在孕一月时就已经有了吸吮运动了，在母亲的乳房上吸吮并获得饱感是基本的安全需要（Erikson），而吸吮的“喝”的功能本身并不能满足这种安全感（Harlow）。对安全的感受多是通过感觉母亲不会离开而得到。对于孩子的发展了解越多（最近 25 年间），我们也越来越多地知道这种联系的意义，由安全所促生出来的力量。这种力量不仅产生于口，也通过其他的感觉，主要是躯体感官。这种联系是以亲密的人的不可替代性为前提的，并逐渐的扩展。孩子会不断重复出现刺激并注意母亲的反应，希望母亲能满足他的愿望。

在保持与母亲的联系的基础上，孩子会逐渐发展与其他人的关系，比较接近的人，像爸爸，兄弟姐妹，祖父母等。在这些人的保护下，他会发展起对陌生人的好奇。

他也开始认识外面的世界。但他总还是会回到母亲那儿。孩子会第一次尝试脱离“安全地”（妈妈，爸爸等）。就像在系列阶段时，孩子会以一种特别的方式来告诉其他的人，比如他爬到一个坐着的人的腿上，而他会体验到有一些人他是熟悉的，而另外一些则完全是陌生的。如果孩子觉得不安全他会回到父母那去。所有这一切反应的前提是有一个好的“巢”！慢慢的孩子会从与巢共生的状态中脱离出来，他开始区分熟悉的和陌生的。

随着孩子的理解力增加，他可以将联系更加内化，逐渐的有自我意识，开始脱离母亲。孩子会通过愉快的安全感和痛苦的边界体验逐渐知道自己。他会通过打开身体而更知道和更能掌握自己的能量：言语和排泄。会知道自己的能量和作用，并能够承受失望。他还会知道怎样影响别人；他能意识到自己和别人，越来越能区分我和你、“我的”和“你的”。

（四）行为生物学/人类学模式

著名的瑞士人类学家波特曼（A. Portmann）提出一个“非生理早产（unmature birth）”概念。

他认为，人类出生后21个月，才相当于动物新出生的成熟度。这项观察中有趣的是，在这个时候人类的孩子才开始从与母亲的共生期中脱离出来。

行为生物学家哈森斯坦（Bernhard Hassenstein）将人的新生儿归为典型的“小累赘”。因为他在很多情况下是无助的，就像原始的幼兽（比如猫，狗），但是人并不想呆在摇篮中，而是呆在母亲的身上。被抱着被带着的过程中孩子就会体验到一种联系、安全和距离感。这阶段会一直持续到孩子分离有了我的意识。

二、重要的创伤因素

至今在中国，很多人仍认为小孩理所当然是父母的财产，父母有权利任意对待他们。中国的文化强调“棍棒底下出孝子”，至今仍有许多人赞同不打不成才的观点。几百年来，我们一直认同这种占统治地位的价值观念，而今看来这是一种心灵的创伤。

要求过多的环境（过多的所谓早期开发的学前教育），反而会造成儿童自我功能受限，超出儿童现时的承受能力。这些应激不仅仅取决于它们的种类和强度，也和儿童的年龄、自我功能的强度和环境的缓冲作用相关，年龄越小，对应激的耐受能力就越差，客体关系越是疏离，对环境的改变的反应就越是强烈（或冷漠）。应激的产生特别与儿童的期待程度，先前对待的可能性以及成人给予的支持有关。以前对事情的胜任经历可使儿童在心理上产生免疫力，这样，创伤造成的影响能通过有益的方式处理掉。应激多半是主观上的感觉，刺激对所有人来说都有产生压力的作用。对于一个儿童来说，正常的刺激与一系列的“分离”过程有关，如①出生；②断奶；③弟妹出生；④上幼儿园，等等。病理性应激的产生有以下几个因素：①对儿童有意义的客体丧失事件，比如死亡，分离和离婚；②持续地被拒绝，缺少情感支持，被忽略或虐待；③父母患病，特别是精神上的疾病；④长期的不稳定的家庭关系，或者，在不良交流模式下产生的严重的亲密关系障碍；⑤对重大事件，巨大适应功能的需要，比如，妹妹出生，转学；⑥巨大的创伤，如事故、受伤、严重疾病、强奸、无家可归、折磨和战争。

在压力出现时，总经常有寻找保护因素的尝试，这些保护因素能够提供个人缓解压力的途径。同时也意味着，可以有利用的资源或（和）更快的康复。与父母或者兄弟姐妹有比较良好的关系也算作一种支持，良好的关系能够稳定自我的价值感（比如安全，爱，赞赏，成长和发展的喜悦）。阿普雷（Apley，1982）把这些因素称之为情感的维生素。

三、儿童心理创伤的临床表现及动力性理解

心理创伤可导致多种表现形式，在儿童甚至在成人，这些创伤的症状经常不能被辨别。虽然，一些躯体伤害导致的创伤痕迹不会被忽略掉，但更多的时候，心理的伤害只存在于意识的门槛之外，创伤所遗留的情感如愤怒、失望、无助和痛苦缺乏直接可以交流、发泄的渠道，作为前意识或潜意识的活动事件，通过自我潜意识的防御和适应机制，被尽可能地长期地回避。一些情感的暴行也很容易被意识形态、思想内容和教育目标掩盖起来。因此，成人对儿童不公正的运用权力经常是隐而不见的。但一段时间或很长时间之后，压抑的痛苦的体验仍将会产生。年幼的儿童对此并无觉察能力，他们要不以躯体方式表现出来，要不就是以分离形式表现出来，而很难如成人一样以言语对之作精确的描述。

虐待儿童的概念通常包括身体或情感的创伤，情感忽视以及性乱，而且经常以不同的虐待方式存在。严重的心理伤害特别是反复的身体虐待以及性的榨取表明存在着一种持续情感侵犯的关系状况。如果把儿童虐待定义为父母、监护人或另一种罪行对儿童心理和身体的伤害，那么，虐待的过程不应完全以道德的尺度来评估，而应考虑到级别和权限利用以及意识的指向或无意识散在的相互作用模式等因素。有时很难区分攻击行为、忽视、责任缺失和虐待行为之间的差异(Urgin.u.Rost 1996)。

(1) 情绪不稳定　反复，非特异性的和不同的吵闹，在被虐儿童自己的体验中，他们感到的是气恼，坏的，迟钝的和没有爱的价值。他们能够发现自己糟糕的情绪并以更差的方式表达出来，对他们来说生活只有少得可怜的欢乐。经常为焦虑、抑郁、愤怒和嫉妒的情绪所包绕。

(2) 人际关系能力受限　因为缺少基本的信任感，这些儿童的人际关系能力往往是受到限制的。其基本的冲突存在于自身独立情感和行动的需要与适应已给定的虐待环境的必要性。研究表明，这些儿童的父母把自己的儿童时代理想化或者拒绝承认自身的独立性没有得到足够的发展，以及自己在情感学习过程中与祖父母之间不能确认的良好的关系，以一种固执的操纵风格的教育模式用于自己和孩子的关系，来满足自己内心世界分离焦虑的需要和对支配客体的投射。理想化的教育原理将作为自己的情感和一种自动要求的意义的替代被强加于子女身上，最后，儿童会形成一个不正确的自我意象作为对创伤影响的反应。借助于这种形象，儿童不得不为自己被禁止的或针对自己（比如自伤行为），或针对其他人（比如针对其他儿童的攻击行为）的愤怒、无力感、婴儿般的憎恨和自身的破坏性找一个出路。见下与攻击者认同。

(3) 攻击行为——与攻击者的认同　经常遭到暴力虐待或目睹情绪不稳父母争吵的儿童会将此客体及客体关系内化，然后对之加以认同，一方面，可作为其存活下来的手段，另一方面，也最终变成了他们今后应对生活的主要方式。与自身和客体相关的攻击行为显示了动力学无意识的基本特征。这种攻击行为一开始并没有互相区分开，其后通过与自身和客体间的力比多来分离。事实上自身和客体力比多之间的成分最初也未分化开。这些都反应了早期的共生状态。

(4) 躯体功能失调　儿童在不能全部表达他们的感受时，会将身体作为对外沟通的方式，比如表现为慢性的头疼、咽部不适或腹泻等。

(5) 分离状态　具体可见第三章。

（施琪嘉　周　娟　杨　灿　吴　江）

四、儿童性虐待及其治疗

儿童性虐待（childhood sexual abuse）是一种对受害者心理活动具有明显不良影响的创伤性事件。这种行为在我们的周围时有发生，各类媒体对此现象也有过一些报道，如吉林省通化市一小学教师栗锋，在1999年至2002年间，利用其担任班主任的便利，在学校教室、水房及自家居所，多次猥亵、强奸班上19名未满14周岁的女生，其中9名学生被强奸。还有很多性虐待行为发生在家庭内和熟识的人之间。这种行为给受害者和家庭及社会所造成的伤害是非常严重的。

(一) 概念

早在19世纪末，弗洛伊德就发现许多患者在儿童时期遭受过严重的躯体或性的虐待。因此，他认为童年时期的心理创伤是导致一个人成年后出现心理障碍的重要因素。此后，西方很多专家

学者从各个方面对儿童性虐待这一现象进行了广泛深入的研究。

虽然对儿童性虐待这一现象学的研究已经有几十年的历史，但是，由于种种原因，不同的国家、不同的地区和不同的学者对儿童性虐待的定义具有不同的认识和界定。分克霍尔（Finkelhor，1979）将儿童性虐待界定为与儿童发生的任何性活动，包括伴有暴力或暴力威胁的性接触，不论儿童是否同意或是否知道这种接触的性含义。对于发生在儿童之间的性活动是否具有虐待性的问题，学者之间还存在不同的观点。莱恩（Ryan，1991）认为青少年与年幼儿童之间在年龄、发育和体格方面应存在明显的差异，年龄应相差 2～5 岁。也有人认为年龄差异没有意义，如分克霍尔就认为不论侵犯者的年龄大小，只要是与性有关的活动和行为就具有虐待性。的确，在临床工作中，我们常遇到发生于同龄儿童之间的性接触具有虐待性的情况，如性攻击、性游戏等。

在美国的《儿童虐待防治法案》中，儿童性虐待被定义为：雇佣、使用、说服、诱导、怂恿或协迫儿童从事或者协助他人从事任何明确的或模仿性的性行为，以及以强奸、骚扰、卖淫或其他形式对儿童进行性攻击或性剥削的行为，包括与儿童的乱伦。在这里，性剥削是指与色情服务有关的行为或活动，包括卖淫中的交易和被迫参与的色情服务。这个定义从法律的角度界定了儿童性虐待，概念清晰、具体，便于司法操作，但未能包涵一些其他形式的具有虐待性作用的性接触和性活动。

根据性活动的方式，儿童性虐待可分为两个层次：①接触性性活动，包括从抚摸、亲吻到生殖器接触及性交的所有性行为；②非接触性的性活动，如露阴、窥阴、观看色情影视片、目睹成人性交行为等。

依其严重程度则可将儿童性虐待分为 3 个等级：①重度性虐待，包括各种暴力的或非暴力的生殖器或肛门性交，以及对生殖器和肛门的口交，而不论是否成功；②中度性虐待，包括各种暴力或非暴力的手段对生殖器的触摸，或裸体接触乳房等，而不论是试图如此还是业已成功；③轻度性虐待，包括暴力或非暴力的带性色彩的亲吻、抚摸大腿、臀部，或着衣抚摸乳房和生殖器。其实，上面 3 个等级都是接触性的性虐待。

因此，可以认为儿童性虐待就是一种通过暴力的或非暴力的手段与儿童发生接触性的或非接触性的性活动，包括胁迫、引诱儿童观看色情影像或他人性活动的侵犯性行为，而不论儿童是否同意或是否知道这种活动的意义。

（二）儿童性虐待在普通人群中的发生率

在普通人群中，性虐待的确切发生率尚不清楚，各个研究所得到的数据变异范围较大。被调查人群、调查方法、问卷类型及性虐待的定义都对统计数据有影响。

罗塞（Russel，1983）和维特（Wyatt，1985）在美国西海岸的两座城市随机调查了正常的成年妇女，他们分别发现在 18 岁以前有 38% 和 45% 的成年妇女遭到性虐待。如果将非接触性的性侵犯如性胁迫、性器官暴露等计算在内，受害率则分别上升到 54% 和 67%。

分克霍尔等（1990）在一项全国性的成人电话调查中发现，27% 的妇女和 16% 的男性报告他们在 18 岁以前曾受到过接触性的性侵犯。艾黎欧特（Elliott，1995）用随机分层抽样邮寄问卷的方式在全美进行了一次调查，有 32% 的女性和 13% 的男性报告有过性虐待史。

（三）儿童性虐待对受害者心理活动的影响

儿童性虐待对儿童的情感、认知及行为都具有明显的影响，是导致受害者发生各种心理障碍

的主要危险因素。他们会出现焦虑、恐惧、抑郁、愤怒、恐惧和破坏行为，性身份和性行为的紊乱，以及智力、体力和社交发育的缺陷。

1．焦虑障碍

焦虑障碍是儿童性虐待所导致的最常见的症状之一。安德森（Anderson，1981）发现，67%的家庭内性受虐女性存在诸如睡眠紊乱、摄食障碍、恐惧、害怕、抑郁、罪恶、羞耻和愤怒等问题。古温（Goodwin，1985）首次描述了乱伦受害儿童的创伤后应激症状，如惧怕、惊跳、创伤重现、闪回、睡眠紊乱和抑郁症状。与成人强奸受害者相比，性受虐儿童表述的症状更为严重、更持久。姆里尔（Mcleer，1988）发现，40%的受虐儿童符合 PTSD 的诊断标准。在受到亲生父亲和所信赖者虐待的儿童中，分别有 75%和 25%的受虐儿童符合 PTSD 的症状标准，但在遭受年长儿童虐待的儿童中没有一个符合这类诊断。说明侵犯者越亲近，受害者的心灵创伤就越严重。他们后来（1992）又发现许多受虐儿童虽不符合 PTSD 的诊断标准，但表现出 PTSD 的症状。

在有受虐史的成年人中，焦虑和焦虑相关症状如长期紧张不安、睡眠障碍、梦魇和躯体不适，比没有这种经历的人更多见。这些焦虑表现可能是慢性的，相对独立于原先的创伤，或者可能被其他类似的创伤事件加重。林博格（Lindberg，1985）认为这些症状是延迟性 PTSD 的表现。格林纳斯（Gelinas，1983）曾将乱伦引起的持久而长期的负性影响，如梦魇、幻觉、行为重演、分离、抑郁和冲动性等归为慢性创伤性神经症，类似现在的延迟性 PTSD。

近年来，施塔恩（Stein，1996）将符合 DSM－Ⅳ焦虑障碍（惊恐障碍、社交恐怖症、强迫症）标准的 125 例患者与在社区随机抽出的 125 例相匹配的正常人进行了对照比较研究。结果，他们发现患惊恐障碍的女性有 60%存在童年性受虐史，明显高于其他焦虑障碍组的患者（30.8%），而且，在全部病例中，女性患者的童年性受虐发生率为 45.1%，明显比对照组的 15.4%高。隆巴多（Lombardo，2001）发现，在门诊女性患者中，有 71%存在童年性受虐史，她们的症状以焦虑最多见。这些研究资料说明，焦虑障碍，特别是女性惊恐障碍与童年性虐待有关。

案例：肖某，女性，30 岁，已婚，一位年轻貌美的少妇。她在诊室表现得很羞怯，在讲述自己的情况时，总是将眼光斜向一边，很少和治疗师对视，声音也比较微弱。

她说："这段时间感觉很不好，害怕见人，不想和人打交道，不敢正眼看人。一出门就感到心慌，不敢抬头，目光更不敢接触男人的下身。每天都是紧张兮兮的，十分痛苦，工作受到明显的影响。曾到医院看过，说是'社交恐怖症'，医生开了一些药物，但用了一段时间后，情况没有什么变化。此后，我把药物停了。我感到这个病可能要从心理上寻找解决的方法，所以我就到你这里来了。希望你能帮我从痛苦中走出来。"

她出生在一个工人家庭，父母都是普通工人，文化程度不高。在她的记忆中，父母关系不和，经常发生争吵。母亲出口就是骂人的脏话，父亲有时动手打母亲。没完没了的争吵，让她感到心烦。特别是从母亲那张嘴吐出来的话，让人听了无法见人。让她更难接受的是，尽管白天两人吵得不可开交，但晚上却是另一番景象。

由于当时家庭条件差，10 岁以前一直和父母同床睡觉。他们到晚上就不吵了，而且很亲密。两人赤身抱在一起扭动，母亲还不停地哼叫，说些比白天更难听的脏话。她

说："他们可能认为我小，不懂事，或以为我睡着了。其实，我有时根本没有睡着。我从其他人那里多少知道一点大人间的这类事。反正是件不好的事，是件丑事。那时，我认为母亲非常的下贱，不是一个好母亲、好女人。我从心底不喜欢她，有时甚至恨她。我时常在问自己，为什么我的母亲会是这样的呢？所以，我和邻居没有多少来往，也不好意思与周围人接触，因为我担心他们把我看成是和母亲一样不好的女人。我暗暗地下定决心，长大后不能像母亲那样，一定要做个好女人。"

在那段时间里，这种心情和想法对她的影响很大，不仅影响了她与人交往，也影响了她的学习。她总不敢正视别人，总担心别人对她另眼相待。她不想与父母在一起，时常出现离开家去独立生活的冲动。但是，她没有独立生活的条件和机会。

她说："长大后，特别是结婚后，我对男女之间的关系和性行为有了比较清楚的了解。对母亲的看法有了些改变，心情好多了，与人交往也比以前轻松多了。婚后和丈夫的关系也还不错，过了几年比较平静的生活。但是，在和丈夫一起参加一次同事聚会活动后，我的心又开始出现异样的感觉，直到现在这样，无法自控。"

在那次聚会上，她遇到了她丈夫的上司，一个比她丈夫更有魅力的男人。当两人的视线相接触的那一瞬间，她突然一阵心慌，马上觉得面红耳赤，浑身不自在。回家后，她一整夜都没有睡好，思索万千。她开始谴责自己，认为自己不道德，不如自己的母亲。

后来，她又回忆一件在此之前发生的一件事情。有一天，雨下得很大，单位门前被淹，没有办法进门，一位男同事把她背了进去。一件很自然一般的事，但被同事们一番渲染后，她就感到很不自在。男同事说她年轻漂亮，很迷人，谁都想这样帮她。女同事则说她有意媚人，像个狐狸精。这件事对她也有很大影响，但当时她没有太强的反应。

她很痛苦地说道："从这些事之后，长期隐藏在心灵深处的情感和想法又开始出现，而且比以前更强烈。我怎么会成为这样的一个人，一个连我母亲都不如的女人。我感到内疚，感到羞愧。从不敢看男人的下身，发展到不敢见所有的人，甚至不敢面对医生。不知道怎么办，曾想一死了之，但没有勇气。"

不敢看男人的下身这个现象给我们的一个提示就是，她的紧张与害怕可能与性有关。在治疗中，我们证实这个假设。她说："我的目光总是不由自主地会往那个地方移去，并会想起性、想起父母的行为。这些想像让我不安。我担心别人会看出我的表情与脑海中的邪念，认为我是下流的女人。所以，我总是回避看别人，但总是难以完全做到，内心非常痛苦。"

另外，在谈到夫妻性关系时，她说："结婚后，夫妻性生活还可以。但是，在性活动中，我主要是应付，没有自己的要求，也没有性高潮体验。我认为妻子的任务就是让丈夫满足。"然而，丈夫对她不满意，认为她不开放，缺乏主动，没有情趣，没有女人味，像个性用具。对此，她也没有办法，她认为只有放荡的女人才那样做。她不是那样的女人，也不希望自己成为那样的女人。

2．分离障碍

分离反应是一个人对心理创伤的一种原始的防御机制。在性受虐儿童之中，我们可以发现由记忆或身份损害引起的分离或意识改变。儿童的早期分离症状多数是伴有记忆减退的遗忘、过多的幻想和白日梦、梦游症和短暂的意识丧失。林纳（Liner，1989）在儿童精神科门诊发现受虐儿童比未受虐儿童具有更多的分离症状。凯斯（Kisiel，2002）等人在近期的一项以儿童和青少年为对象的研究中发现，性受虐史与分离症状明显相关，与躯体虐待没有相关性。而且，分离症状在性虐待与心理障碍之间起着重要的调节作用。

在成年人中，有性受虐史的人也可出现较多的分离和“灵魂出窍”的体验。布里勒（Briere）和伦茨（Runtz，1985）报道，到危机干预中心寻求治疗的有童年性受虐史的成年女性比没有这种创伤史的同龄人具有更高的分离症状的积分。但是，针对童年性虐待、心理障碍的诊断和分离症状之间的关系等问题，穆勒（Muller，1998）进行了一项大规模的（1028 名成人）半结构式的面对面的随机调查研究。结果显示，在这些普通人群中，许多人都偶有分离症状，其中有 6.3%的人出现过 3 次或更多次的分离症状。所以，他们认为童年性虐待史与成人分离症状之间是否存在直接的关系还值得考虑。

多重人格障碍（MPD）是分离症状最严重的类型，通常只发生于遭受严重躯体或性虐待的儿童。所以，儿童期的创伤，特别是性虐待和（或）躯体虐待被认为是导致多重人格的基本原因。普特曼（Putman，1986）发现 97%的 MPD 患者有童年性受虐经历。昆斯（Coons，1986）在他们的研究中发现 85%的 MPD 患者有童年性受虐遭遇。另外，MPD 的患病率存在性别差异，男女之别为 1:9。这种差异也可能反映女孩受到性骚扰的比例高于男孩。

3．抑郁

抑郁和自卑是性虐待给受害者埋下的最危险的炸弹。在 80 年代以前就有许多关于童年性受虐者出现抑郁症状的描述。Macvicar（1979）报道，性受虐青少年容易发生抑郁。80 年代的一些研究进一步证实性创伤对受害儿童的情感和自尊存在负性影响。三森特－海登（Sansonnet－Hayden，1987）发现，在精神病院住院的性受虐青少年中，重症抑郁的发病率是 71%。卡维亚（Cavaivia）和施弗（Shiff，1988）也发现性受虐青少年的抑郁症状的严重性和自杀企图重于未受虐的患者，而且更多见。当然，由性虐待引起的上述情绪反应或情感障碍也可由其他形式的伤害引起，所以，它们不是特异性症状。

抑郁也是有性受虐史成人最常见的主诉症状。比勒（Birie）等人用霍普金（Hopkin）症状量表检测发现有性受虐史的成人比没有此经历的人表现出更多的抑郁症状。巴雷（Bagley，1985）发现有性受虐史的成人广泛地存在自卑，而且与抑郁症状有关。

此外，还有许多受害者产生过自杀观念或发生自杀行为。布里勒（Briere，1984）报道，51%的有性受虐史的成人曾有过自杀企图，而其他成人为 34%。森尼（Sedney，1984）发现，39%的有性受虐史的学生报告他们曾有过自杀观念，而对照组只有 16%。

还有些童年遭受过性虐待的成人会发生自伤自残行为。罗曼司（Romans，1995）在社区随机调查了 252 例曾遭到过性虐待的妇女和 252 例未受虐的妇女。结果，他们发现童年性虐待与故意自伤行为存在明显的统计学关系。而且，自伤行为在遭受频繁的性虐待者身上最明显。最近，帕克（Parker，1999）也证实童年性虐待史与成人的自残行为密切相关。

4．物质滥用

物质滥用是令社会、家庭和个人头痛的问题，但在滥用者身上也能找到童年性创伤的影子。儿童性受虐者常在青少年和青年时期就开始滥用药物和酒精，因为这些物质可以帮助他们淡忘与受害有关的痛苦记忆与情感体验。

布里勒（1984）报道，分别有27%和21%的童年性受虐者存在滥用药物和酒精。黑曼（Herman）也曾发现35%的女性乱伦受害者滥用药物或酒精。而古德文（Goodwin，1990）发现80%的参加集体心理治疗的有乱伦受害史的妇女滥用药物或酒精。1995年，文德（Windle）等人调查了住院酒精中毒性心理障碍患者的儿童虐待史。他们共调查了802例（女性321例）患者。结果发现，49%的女性患者和12%的男性患者报告他们曾遭到过性虐待。还有23%的女性和5%的男性报告他们遭到过混合虐待（躯体和性虐待同时存在）。

5．边缘人格障碍

边缘人格障碍的人往往表现为情绪不稳，容易走向极端，而内心充满痛苦，缺乏完全感，难以与他人建立稳定的人际关系，常发生自伤、自杀的行为。一般认为，边缘人格障碍与儿童性虐待经历关系密切，常见于成年女性。女性发病率明显多于男性，这与女性的童年性虐待发生率较高有一定关系。

斯通（Stone，1988）在美国、澳大利亚的研究证实，在有童年乱伦史的女性住院患者中，36%～41%的人被诊断为边缘人格障碍。拜尔（Bryer，1987）发现，在住院的边缘人格障碍患者中，有86%的患者在16岁前曾遭受过性虐待。黑曼等人（1989）也发现，边缘人格障碍者的童年性受虐发生率比边缘人格特质和非边缘人格障碍者都高，达68%，而后两者分别为27%和26%。他们认为，边缘人格障碍是一种复杂的创伤后综合征。在这种情况下，患者不能将他们的症状和童年的性经历或遭遇联系起来。受伤害的记忆被整合在整个人格结构之中，并通过愤怒、攻击，或自伤、自杀，或抑郁、情绪不稳等表现出来。这些都是儿童性虐待对受害者的典型影响。

案例：李某，女性，23岁，未婚。就诊前期3个月，她与男友分手。她情绪激动，大量饮酒。前半个月，她开始感到恐慌，并时常突然出现。常在恍恍惚惚之中，感到自己的灵魂离开了躯体。有一次发作时，她深夜在桥上徘徊，被警察拦住送回家。第二天，她能反复听到有人要她从桥上跳下的声音。无奈之下，她跑到单位请求帮助。但单位同事看她那副异常激动的样子和手腕上的新割痕，就把她送到了医院。

门诊时，她蓬头乱发，像个哀求帮助的迷路人。她态度合作，语言连贯，但表情紧张恐惧。她希望医生能帮她，减轻她的痛苦。她说从少年期起她就有孤独感，也有短期的抑郁和焦虑。近来曾幻想用小刀刺伤自己或一个小孩。她说："我不过是个谁都能看透的空壳，没用的东西。"

她在3岁时，父母离异，与外祖母和母亲同住。后来，外祖母去世，只有他们母女俩相依为命。8岁那年，母亲再婚。继父这个人脾气很坏，又喜欢喝酒。他们经常吵架，母亲常挨打。他们的"战争"一爆发，她就心惊肉跳。然而，最大的不幸是从她9岁时开始的。一天，继父趁母亲不在家时摸到她房间里，突然把她摁在床上要与她发生性关系。她先是不从，极力进行反抗，但还是拗不过他的威逼。事后，她整整伤心了一

天。她想告诉母亲，又怕母亲与父亲发生争吵而遭殃。她只好暗暗祈祷，希望不再有下一回。哪知，继父不放过她，只要母亲不在家，他就过来摧残她。2 年后，有一次突然被母亲碰见。她看到那一幕时被震呆了，一句话没有讲就晕倒在地。不久，母亲因精神分裂症住进了医院。

她说："我非常憎恨我自己，也恨透了继父。在母亲生病后，我就住到了我姨妈家，直到我考上大学。"

由于家庭的原因，她在 15 岁以后就喜欢交男朋友，且经常换人。情绪容易激动，和同学的关系时好时坏。在大学期间，她经常与异性约会，有时主动与他们发生性关系，但她说没有什么愉快体验。她与朋友的关系变幻莫测，常常突然结束。只要男友稍微对她不好或让她失望，她就会火冒三丈。而且会马上得出结论，和他们交往，"一开始就不好"。

在学校，她不能和别人建立起稳定的关系，营造出良好的生活氛围。她曾有几位比较好的室友，但因为嫉妒她们与其他人来往，而且想方设法地不让她们结识其他人，结果常和她们发生冲突，关系中断。为此，她非常责怪自己，认为自己是个中看不中用的空壳，没有人喜欢她。因此，她多次割腕自杀未遂。

6．性行为问题

由于儿童性虐待是对儿童的一种性侵犯，因此对受害者的性观念和性行为都会产生很大的影响，以致使受害者出现一系列与性有关的问题。

性行为问题，如性行为增多，是性受虐儿童最显著、最特别的症状，它们可能与性受虐经历有着特殊的关系。性的高度警觉性和性的攻击行为，以及伴随的反复重演的性伤害常见于文献报告之中。穆韦卡（MacVicar，1979）曾报道过受虐女孩发生强迫性手淫，受虐青少年发生乱交的现象。此后，弗里德西（Friedrich，1988）发现，17 岁的受虐男孩比无性虐待史但有品行障碍史的男孩存在更多的性行为问题。另外，性受虐儿童还会发生过早的性行为、性犯罪和同性恋倾向。

大多数临床研究显示，有童年性受虐史的妇女存在各种类型的性问题。一般情况下，有性受虐史的妇女所存在的性问题包括乱交、性欲减退、性回避或不能参与性活动，以及性向改变等。麦斯曼（Meiselman，1978）报道，在童年乱伦受害者的女性中，87% 的人存在严重的性适应问题，对照只有 20%。布里勒（1984）发现，在有童年性虐待遭遇的妇女中，也有 45% 的人存在性适应问题，而对照组为 15%。

案例：刘某，女性，30 岁，已婚，因夫妻矛盾而来咨询。她说，对婚姻她并不感兴趣，所以在很大年龄的时候（28 岁）才结婚，而且是迫于家庭的压力。结婚后，对丈夫要求她观看和抚摸他的阴茎感到特别厌恶与难受，完全不愿意和丈夫做爱。每次夫妻性爱都是强压自己的情绪勉强行事，毫无乐趣可言。"我自己也不明白为什么会是这个样子"，她很惶惑地说。

在治疗中，她有一次突然说："我知道我的问题是怎么产生的了。"她沉思片刻后继

续说："我的叔父是个音乐家，在9～12岁时我曾跟他学过音乐。在学'节律学'时，他总要我按照节拍器的拍子触摸他的阴茎。我非常厌恶做这件事，但出于害怕，我还是按他的要求做了，也没有将此事告诉任何人。12岁那年，我终于设法不学音乐了，离开了那个可怕的'音乐家叔叔'。此后，慢慢就把此事给忘掉了。要不是这次来咨询，恐怕难以记起。我想这可能就是我出现性问题和婚姻危机的原因吧。"

案例：杨某，男性，21岁、大学生。他曾因割腕自杀而被学校送往医院抢救脱险。在家休息期间，他向父母袒言了深藏在心灵深处的秘密。他喜欢一个同班的男同学，两人曾有过一段非常亲密无间的关系，与恋人没有分别。但是，前不久，他的这位好友谈了一位女朋友，突然疏远了他，不再与他来往了。他怎么努力，对方也不能回到他这边来。无望之下，他采取了极端的做法。父母听他这么一说，一下慌了，发现他们根本不了解自己的儿子。他们怎么也不能相信他们可爱的儿子会是个同性恋者。在他们的记忆中，儿子是佼佼者，学习、人品都非常好，很少让他们操心。他怎么会是个同性恋者呢？如果是，那又该如何办呢？他们带着这些问题，把儿子带到了心理门诊。

经过多次接触，我们发现杨某确实是个同性恋者。他成为现在这个样子，与他的童年生活经历有关。

在治疗时他说："在我的记忆中，小时候我对男女没有什么特别的喜欢与不喜欢，好像都是一样的。我也经常反思自己，为什么会与其他男孩不一样呢？我认为有两件事可能与此有关。在我7～8岁时，常和小孩们一起玩耍。在玩伴中有个比我长几岁的女孩（大约11岁），她很会说，也喜欢支配小伙伴。在一次玩游戏的时候，她突然要我骑在她身上，把小鸡鸡掏出来放进她的两大腿之间摩擦，学大人一样做。我不愿意，她就威胁我，最后我只好听她的。现在看来那完全是好玩的游戏，不可能做出什么来，没有什么了不得的事。但是，当时我回去后把这件事告诉了大人，他们把我狠狠地骂了一顿，差点挨棒子。这样一来，我就很讨厌她，也瞧不起她，认为她下贱。"

事过之后，他没有再去想这样件事。但在12岁那年又发生了一件对他影响很深的事。

他说："那一年冬季，我母亲洗澡时把我叫进去了，说是一起洗节约一些，也免得她洗完后还要再帮我洗。就这样，我们母子俩就在一起洗浴，以后又有几次这样的经历。每次看到母亲的裸体就有点不好意思，次数多了就没有什么感觉了。但我对她下身那黑乎乎的阴毛却很厌恶很反感。"

我们问他，"这两件与你目前的状况有什么关系呢？"

他说："这两件事让我感到女人不好，很淫荡。我讨厌不道德的人。在我眼里，女人都是肮脏的，没有男人好。所以，无论多漂亮的女孩，都激不起我的欲望。"

7．其他问题

再次遭受性虐待也是儿童性虐待受害者在以后的生活中常遇到的问题，特别是女性 。鲁瑟（Rusell，1986）发现，在童年性虐待受害者中，33%～68%的人在后来又遭强奸，而其他妇女遭遇强奸的发生率只有7%。除遭强奸外，她们也容易遭到丈夫或其他成年人的虐待。

另外，童年性受虐者也可能在成年后变成另一个性侵犯者，这是个非常令人痛心和悲哀的现象，受害者变成了一个伤害他人、让他人痛苦的侵犯者。尽管在受害者中只有少数人会成为伤害儿童的罪人，但仍是不容忽视的。一项有关女性性犯罪的研究表明，虽然只有14%的针对男孩和6%的针对女孩的性侵犯者是妇女，但在这些女性性犯罪者中有50%～90%的人在童年遭到过性虐待。同样，在男性性犯罪者中，童年性虐待史与其虐待儿童的性犯罪行为有关。郭斯（Groth，1979）报道，80%的强奸犯和儿童性骚扰者在童年有过性受虐的遭遇。斯宏（Seghorn，1987）也发现57%的儿童性骚扰者存在童年性受虐史。

（四）影响儿童性虐待后果的因素

虽然儿童受害者比未受虐的同龄人有更多的问题，但性虐待并不一定使每个人都产生创伤后的反应。研究表明，是否产生与虐待相关的问题可能与下列因素有关。

1．性虐待的严重程度

性虐待越严重，就越可能使受害者产生相关的问题。一般而言，性虐待的严重程度主要受下述因素的影响：

（1）虐待发生时的年龄和发育阶段　年长儿童较年幼儿童更易受到伤害或伤害更重，这与儿童的认识发育水平有一定关系。

（2）儿童先前的个性倾向　个性外向的儿童容易将受害经历掀露出来，从而得到他人及时的支持和帮助，使创伤所致的痛苦减轻或缓解。当然，如果得不到他人及时的支持和帮助，那么就会造成更为严重的伤害。

（3）虐待的时间、方式和次数　时间长、虐待频繁（或次数多）都会加重伤害程度。接触性的性虐待，特别是涉及阴道或肛门插入的性交，比非接触性的性虐待所造成的伤害更严重。

（4）躯体创伤与胁迫的程度　研究表明，儿童性虐待常伴有躯体或情感虐待。在发生这种混合性的虐待时，躯体创伤与胁迫的程度越重，受害者心理受创的程度也就越深。

（5）受虐儿童与虐待者之间的亲密程度　许多研究发现，受虐儿童与虐待者的关系越亲密其受害程度就越重。亲生父母的虐待行为对孩子的伤害比陌生人严重得多。

2．认知评价和应付方式

认知评价和应付方式可能是影响虐待相关问题严重的重要因素。认知功能水平越高，受害者的痛苦越深，即认知水平与痛苦程度相关。这可能是因为年龄较大的儿童或具有较复杂认知功能活动的儿童更能理解被虐待的意义以及对未来的不良影响。他们对被虐待事件的评价通常是负性的、消极的和恐怖可怕的，并力图通过否认、幻想等方式加以应付，以缓解或避免痛苦。

3．家庭因素

来自家庭成员，特别是父母的理解与支持，可以明显地减轻虐待对受害儿童心灵的伤害，减轻他们内心的痛苦。但是，若家庭成员，特别是父母对其施加虐待，那么这种虐待所造成的对受虐儿童心灵的伤害也就更加严重。而且，受害者得到家庭支持的程度也会明显地减少，甚至根本得不到支持。这种情况在乱伦关系中尤其突出。

4．职业性干预

包括治疗、访谈等在内的各种职业性干预对受害者均会产生不同程度的影响。有些干预，如由不同人进行的多次访谈会增加受害者的痛苦。不过，多数研究证实，及时的治疗性干预能缓解

和减轻受害者的痛苦，对维护受害者的心理健康是非常有益的。

（五）儿童性虐待的心理学解释

儿童性虐待是一种具有很强杀伤力的创伤性事件，面对这种强大的心理创伤，受害者会将其与性虐待有关的痛苦内化，或外化。内化则产生情感症状，如焦虑、抑郁等；外化则产生行为问题和人际关系问题。而且，在不同的年龄阶段会表现出不同的症状。在性别方面，尽管有研究表明性虐待对两性成年人的社会适应功能具有长期的影响，但在症状表现上存在性别差异。男性常用外化痛苦的方法应付虐待，如愤怒、攻击他人等；女性则多用内化痛苦的方式应付虐待，如抑郁、自杀等。

童年受害者和有童年性受虐史的成人都可表现出情绪不稳、焦虑、分离等症状。由于时间的关系，受害者对侵犯者的敏感性降低，所以成年人很少意识到他以前的创伤经历。而且，由于成人脱离了最初的受害情景，他们可能就不会有 PTSD 的症状。然而，那些能唤起受害记忆的事件可引发成人出现延迟性的创伤后应激反应。

芬克霍（Finkelhor）和布朗（Browne）（1986）从心理动力学的角度提出了解释儿童性虐待的 4 种创伤动力学模式：

（1）创伤性性化（traumatic sexualization）　由于性虐待对儿童的性刺激和性反应的强化，儿童在受虐过程中也会慢慢地学会使用性行为满足其大量的非性的需要。这是导致受害者发生一些不合适宜的、不成熟的和过早的性活动，甚至于发生性身份和性唤起的变异的主要原因。

（2）无能为力感（powerlessness）　这种状况与性攻击时的无助感有关，会使受害者产生恐惧、焦虑情绪。

（3）耻痕形成（stigmatization）　它是由性骚扰或性虐待对儿童造成的伤害，以及由此受到的来自同龄人和家庭成员的责备强化形成的。它会导致受害者产生自责、自罪和自卑。

（4）信任感丧失（betrayal）　当一个儿童遭到他们所信赖的父母或抚养者的性虐待时，他们期望得到爱和保护的幻想破灭，对他们的信任也随之丧失，并继而泛化到他人。信任感丧失可导致受害者对他人普遍地不信任或敌意与愤怒。

（六）儿童性虐待受害者的治疗

儿童性虐待是发生在一个人儿童时期最为严重的心理创伤，对受害者的正常社会化过程产生明显的干扰，导致自我形象扭曲，自我发展停滞，人格发生偏移或异常。

儿童在成人或年长者面前，他们是弱者，有时不可能逃避被虐待的劫难。当不幸发生后，来自家庭、社会的紧急干预就显得非常的重要。及时的危机干预可以明显减轻受害者的伤害程度，减轻心理上的创伤。

在这个过程中，父母要注意孩子的情绪与行为变化，与孩子建立良好的关系，经常与他们沟通。如果孩子讲出了受害事实，父母应该相信他们讲的是真话，认真对待。来自父母的信任与支持能明显减轻性虐待造成的损害。当侵犯者是孩子的父亲时，母亲的信任、支持和帮助是减轻和减少受害程度的关键。如果不重视孩子讲的事情，或不相信他们所讲的情况，孩子就会遭到长期的虐待，或遭受严重的伤害。

从另方面来看，来自父母或他人的支持和帮助也是促使受害者将后台秘密曝光的外来力量。根据考夫曼的观点，一旦秘密泄露，“剧班”就不会是整板一块，他们就会因冲突而分裂。对于

性侵犯者与性虐待受害者之间的这种特殊剧班来说，演员的分裂就是受害过程的结束。所以家庭是个非常重要的场所，它既可能是性虐待的发生地，也是防止性虐待发生，减轻性虐待所致伤害程度的避风港。

当然，一些社会机构，如学校、社区、法院、医院等也都是很重要的减轻伤害的资源。他们可以为受害者提供道义上的、情感上的、法律上的和医学上的帮助。但是，这些社会机构在帮助受害者时，要注意为受害者保护个人隐私。同时，他们也要尽量避免对受害者产生“二次伤害”。

1．急性期的干预

由受过专门训练的专业人员进行心理危机干预是处理急性心理创伤最好的方法。他们可以帮助受害者尽快从痛苦中走出来，抚平他们内心的创伤，让他们正确地对待自己的不幸遭遇，正确地认识自己，重新走上正常的社会化历程。

干预小组可由多方人员组成，主要解决下列问题：受害儿童或侵犯者与家庭的分离；探访和家庭重建；司法程序等问题。在开始实施治疗计划之前，首先要弄清下列问题：

“受害的孩子是否应该继续和家庭或其他家庭成员生活在一起?”

一般情况下，如果侵犯事件发生在家庭之内，在事情暴露之前，侵犯者是不会离开家庭的。此时此刻，如果母亲不能或不愿意保护和支持受害的孩子，受害者就可能会离家出走。许多专业人士认为，即使侵犯者离开了家庭（如受到刑拘等），受害者也应离开一段时间。当然，受害者是否继续在家里生活要看父母的作用与侵犯者的具体情况。

就侵犯者而言，要看他们的虐待行为的严重程度、他们对性虐待行为所承担的责任有多少、是否还存在其他一些行为问题或心理障碍，如物质滥用、暴力行为、心理疾病和精神发育迟滞等。虐待越重、承担的责任越少、存在的行为问题或心理障碍越严重，受害者就越应该离开家庭一段时间。

对于非侵犯父母来说，他们知道性虐待事件后的反应、与受害者关系的好坏、对侵犯者的依赖程度、是否存在其他行为问题或心理障碍，如物质滥用、暴力行为、心理疾病和精神发育迟滞等，都是判断受害者是否适合于留在家中的因素。

在设计干预方案时，我们可以根据以上情况，选择不同的干预策略。

（1）A类干预策略　当侵犯者和非侵犯者的资料均呈良性时，主要采取家庭治疗的形式，对家庭进行重构。①通过治疗与分离（侵犯者离开家）减少侵犯者再施虐待的风险；②与非侵犯父母和孩子一起治疗；③家庭治疗或夫妻治疗；④重建家庭。

（2）B类干预策略　如果侵犯者的资料不良，但非侵犯者的资料为良性，可以将侵犯者与家庭分离开，并开展下列治疗：①针对儿童的个别治疗；②针对非侵犯父母的个别治疗；③针对非侵犯者的治疗。

（3）C类干预策略　在侵犯者的资料为良性，而非侵犯者的资料不良的情况下，临时安排孩子离开家庭，重点针对父母进行治疗。如果这种治疗成功就可以逐渐重建家庭。①夫妻治疗；②与非侵犯父母和孩子一起治疗；③与侵犯父母和孩子一起治疗。

（4）D类干预策略　若侵犯者和非侵犯者的资料都不良，就要将受害者永久与父母分开，终结父母的权力，重点治疗孩子和新的照顾者。

2．个别治疗

个别治疗主要用于治疗受害者、侵犯者、受害者的母亲、受害者的同胞和存在童年性虐待史的成年人。一般而言，个别治疗最初的和最主要的作用是治疗联盟的建立。所有的人都必须信任治疗师，并相信发生变化是可能的，未来是有希望的。在这个治疗三角关系中，不同的成员承担着不同的治疗责任。性虐待治疗的主要目标是处理性虐待对受害者的影响，并通过对母亲的治疗以减少未来发生性虐待的风险。

（1）针对受害者的治疗　在处理性虐待对受害者的影响方面，对受害者实施个别心理治疗是非常重要的。在治疗中，信任，包括良好的伙伴性的治疗关系是重建受害者信任感的重要条件。在此基础上，逐一处理性虐待所引起的情绪反应，如自责、焦虑与恐惧和其他情绪反应，以及自我感觉的变化和“破鞋”综合征等。

对受害者的行为问题，如过度的或公开的自慰，频繁与他人发生的性行为等性化行为要进行妥善处理，实施适当的行为控制，目的是打破“受害－侵犯”这个恶性循环。也要帮助他们认识和理解其他的一些行为问题，如对人、对动物的攻击性，离家出走，自伤、自杀行为，物质滥用，犯罪活动，活动过多等，可能与性虐待存在一定关系，并帮助他们理解性虐待的含义，防止再次受害。

针对儿童的个别治疗有着长久的和丰富的治疗历史，在解决儿童急性性虐待和性虐待的长期影响方面均具有肯定的作用。但是，由于儿童心理发展水平的差异，并不是所有的受虐待儿童都适合做个别治疗。一般认为，符合下列条件时个别治疗可能会产生比较明显治疗效果：

①有来自一个主要父母的支持：来自父亲或母亲的支持是治疗开始与长期持续的基本保证之一。他们可以是亲生的父母，也可以是养父母。他们不仅对孩子的虐待报告有支持的反应，而且能够认识到接受治疗的重要性。②安全感已经或正在建立，儿童能防止未来受害：缺乏安全感的孩子很难接受个别治疗，或难以与治疗师建立起良好的治疗性关系，也会干扰治疗的进程。此外，评价和分析治疗的效果，孩子是否有进步，有什么妨碍因素有助于建立和增加安全感。③在治疗受害者的同时还有改变整个系统的治疗：正在发生变化的个体需要环境的改变。孩子越小被家庭包得越紧，家庭构成了一个他们共同生活的现实体。在这个共同生活实体中，他们与家庭的每个成员共享家庭所有的自我观念。同时，他们的自我观念也在这种环境中逐渐形成。只有建立了治疗关系，治疗师才能共享这种观念。系统的变化会促进个体的改变，如果其他的家庭成员能转移到新的家庭共同体中来，就会促进受害者的转变。④治疗师技术娴熟、目标明确、概念清楚，乐于用支持性的内容给予指导：咨询者的任务是艰难的。个别治疗是必需的部分，没有经验的治疗师很难成功。⑤儿童能够就虐待进行交流，并能够耐受一定的治疗强度：孩子在整个过程中必须讨论虐待，创伤严重的或言语贫乏的孩子难以做到。治疗一旦开始，言语能力就成了治疗能否成功的关键因素之一。受害儿童可能已经将事件分离，或孩子害怕谈论虐待会招致再受害。在她们心里，谈与做是等价的。因此，治疗的基本原则是孩子不愿意就不要强求。

（2）针对母亲的治疗　在针对儿童性虐待受害者的整个治疗干预过程中，治疗者一定要特别关注母亲，因为母亲在性虐待家庭中扮演的角色非常重要，对性虐待的发生、发展和后果都有很大的影响。在针对母亲的治疗（非侵犯者父母）中，要弄清楚与性虐待相关的一些问题，如“为什么侵犯者是她的配偶或她的亲戚?”，“为什么他们要与孩子发生性关系?”等。要逐渐让她们相

信受害者报告的真实性，并让她们清楚地看到她们在性虐待中的作用，从而调动她们改变家庭结构与关系的动力。

虽然针对侵犯者治疗和其他形式的干预能帮助他们在未来的生活中控制他们的虐待行为，但保护孩子的主要资源还是母亲。所以，在治疗过程中应重视母亲与受害者之间的关系及其相关的问题。母女关系的改善可以促进母亲在日后帮助和保护她们的孩子。开始治疗时，一般先要为母亲做一段时间的个别治疗，而后再做母子二人参与的治疗。这种治疗方案的基本目标是改善母女关系。

在通常情况下，母亲与孩子的关系越好，母亲就越可能保护她的孩子。而且，在治疗过程中，由于治疗师、孩子和母亲在一起工作，经常会就孩子的安全进行特别的交流和讨论。这种治疗不仅能改善母子之间的沟通，促进她们之间的情感交流，帮助母亲对受害者产生共情，而且能促使孩子将虐待事件的真象告诉母亲，从而得到母亲的理解、支持与保护。另外，这种治疗方法能帮助她们解决目前存在的一些实际问题，如就寝时间或家务事的分配等问题。同时，这种治疗中还能为她们创造出一些机会，让她们在相互交流、相互影响中获得愉快的体验。

在治疗中需要特别注意的地方是，不要让孩子与侵犯者单独相处；不要让侵犯者帮孩子洗澡；不许侵犯者对孩子的活动有任何的控制；不给侵犯者处罚孩子的权力。这种隔离的时间长短要依案例情况而定。对于虐待程度严重的案例，治疗者还有必要帮助母亲拟定一个特殊的计划，包括解除婚姻等问题。不过，这个计划一般要与受害者、侵犯者和家庭其他成员一起进行协商讨论。

在家庭内性虐待案例中，母亲必须决定她是否要中断与侵犯者的关系还是想挽救这种关系。有些母亲在事发之时就决定终结这种关系，而有的母亲则想保存这种关系。无论选择那条路都是非常痛苦的，都需要做母亲的面临残酷的现实付出心血、做出努力以适应新的生活。这种时候，治疗师要尽可能地让母亲自己决定怎么做，不要轻率地提出指导或帮母亲做出决定。不过，治疗师要尽可能地让母亲知道侵犯者是否可以通过治疗发生变化，受害者能否留在家里或返回家中生活等情况，帮助她们做出选择或决定。

对于那些不想永远离开侵犯者的母亲来说，如果侵犯者没有接受治疗或不可能通过治疗发生变化，那么她们就应选择与未治疗的或不可治疗的侵犯者生活在一起，以保护孩子的安全。与此同时，要求侵犯者一起参加治疗就很有必要。一般而言，做出这种选择的母亲对侵犯孩子的男人是很依赖的。所以，在这种情况下，帮助她们不那么依赖就显得非常的重要。具体而言，可以鼓励和帮助她们参与家庭外的一些社会活动，通过这些活动提高她们自己的经济地位、增加生活的独立性和自主性。这样，她们就可以在发生冲突时有足够的自信处理家庭发生的性虐待危机，也就可以帮助她们在侵犯者的利益和家庭其他成员的利益发生冲突时更好地寻找到她自己的和孩子的那部分利益，维护孩子和她们自己的权益。如果她们准备离开侵犯者，治疗的目的就要放在帮助她们如何处理未来的一些关系或所要面临的一些问题方面。

在针对母亲的治疗中，治疗者还要处理大量的与母亲有关的目前的与过去的事情。在她们身上普遍存在着自我评价过低的问题，常表现为自卑和缺乏自信。同时还会出现一些其他问题，如物质滥用、暴力行为、依赖性和情绪障碍等。在以往的经历中，最常见的问题是她们自己曾经在儿童时期遭受过性虐待。这样的创伤经历对她们处理其孩子的性虐待问题存在多方面的影响。例

如，在事发之时，由于这种虐待事件会唤醒她们自己过去的痛苦记忆而将她们打倒，以致她们不能很好地及时处理好自己的孩子遭受性虐待这样的事件。在这种情况下，治疗师首先要着手解决她们自己的遭受过性虐待的问题。

(3) 治疗阶段　整个个别治疗过程一般分为 3 个阶段，即建立治疗关系、实施治疗和结束。

①建立关系：良好的治疗关系是必需的，是治疗的开始也是治疗成功的基础。所有的治疗都要有相当大的可塑性以适应不同类型的受害者，不要被系统吞没，要在适应孩子与保持治疗的客观性之间找一块中间地，让自己游刃有余。也就是说要与孩子建立一种建设性的、富有弹性的、感觉轻松的治疗性关系。

② 实施治疗

a) 确定虐待经验的意义：受害者常将自己标定为“坏”，这是一种非常多见的阴性赋义。治疗师不要急于否定孩子的评价，而要向下走一步，认真倾听他们的描述，全面了解在他们身上所发生的事情，然后再分析性虐待对他们的影响。

b) 增加孩子自我意识的正确性：通过分析与探讨，让受害者了解和认识到自己的评价或观点在什么方面存在问题，从而纠正他们的负性的自我意识，帮助孩子更正确地看待自己。

c) 创造安全性：治疗的目标之一是要赋予孩子一个安全的环境与心态，使他们无论做什么都能够感觉到安全，避免或减少在未来再发生伤害的可能性。家庭是创建安全的重要条件，治疗师与家庭一起工作可以降低以后发生性虐待的可能性。

d) 建立新的人际关系网：性虐待事件发生后，受害者对他人的信任感丧失，原有的一些人际关系会变得支离破碎，同时也不能与别人建立新的和良好的关系，甚至害怕与他人交往。他们在社会交往中常常表现为敏感多疑，难与他人建立稳定的关系。治疗师要设法帮助他们重新认识自我和他人，与他人建立起新的人际关系网是治疗过程很重要的一步，它能为孩子提供有意义的和良性的经验，逐步重建信任感。

e) 特殊的行为目标：在治疗中还要积极处理一些特殊的问题，如与抑郁相关的因素等。在事件发生后，家庭会发生许多的变化，受害者可能会因为哀伤家庭完整性的丧失，一个或更多父母的离去，家庭中特殊角色的改变，与他人的隔离和与他人异样的感觉而感到痛苦和失望。他们的痛苦和无望会转化为自杀观念，甚至发生自杀行为。通常情况下，年长儿童的危险性要高。对于这样的受害者，治疗师要认真处理他们的抑郁情绪。

另外，治疗也要注意受害者的外显行为，并设法改变。对于冲动性较强的儿童，可以通过学习提前计划，或通过训练他们的角色扮演的能力来帮助他们减少或控制冲动；对于社交退缩的儿童来说，练习社交技能是很重要的一环；相对而言，存在攻击性的儿童是比较麻烦的。对于他们来说，治疗师与他们一起讨论受害者的情感和内心的痛苦体验很有必要，并要逐渐教会他们有更多的共情能力。

③ 结束：一般而言，受害者接受治疗的平均次数不会超过 18 次。在结束时，治疗师要让受害者相信，在以后的任何时候，只要他们愿意都可以得到治疗师的及时帮助和支持。

3．集体治疗

集体治疗适合于治疗受害者、受害者的同胞。也适合于治疗受害者的母亲、侵犯者及有过童年性虐待遭遇的成年人。一般情况下，通常将集体治疗与其他治疗形式一起进行。在准备做集体

治疗之前，有些咨客需要做个别治疗。而且，少数咨客在集体治疗中可能会很麻烦，有时还可能非常容易冲动，这是需要加以重视的。

集体治疗一般是分成年组与儿童组，有时也将受害者与侵犯者组织在一起。治疗时可以涉及特殊的问题（如性教育、性虐待的预防等），也可以涉及更广泛的一些问题。实践证明集体治疗是有效的。

4．其他心理治疗

（1）亲附（亲附）理论及其治疗技术　亲附理论是现代儿童心理病理学和儿童治疗理论的主要内容。儿童的亲社会性主要受他们与父母关系的好坏影响；同龄人关系的建立，攻击和社交技能的出现是儿童从家庭走向社会的表现。

从生物学的角度来看，亲附是儿童与照顾者之间存在的基本联结。亲附行为能保证孩子与照顾者亲近，以获得照顾者的支持与保护。亲附在儿童人格的形成方面非常重要，和亲附对象的一些早期的经验对他们后来在人际交往所持有的角色期待具有很大的影响。

一般认为儿童的亲附行为有四种形式，其中最健康的是安全的亲附；另外有三种不安全亲附，即阻抗性的、回避性和无组织的亲附。

在那些存在虐待行为的家庭中常有3种主题或不良的行为：第一种是抛弃，这种行为常导致儿童出现回避性亲附。而且，父母童年时期的亲附关系也会影响他们与自己的孩子的亲附关系。抛弃导致的另一个关键后果是有偏见或轻视的父母会选择性地组合孩子的正性的和负性的表达。第二种表现为家长化（parentification）和角色颠倒。也就是说在性虐待家庭中，孩子的角色发生了变化，他们上升到了父母的位置，成为某个家长的替代角色。这种角色的变化或颠倒容易让儿童遭受虐待或得不到他人的支持与帮助。第三种情况是代际传递，主要是指由于父母自己不安全的经历所导致的他们不安全的亲附先于孩子产生。

这种亲附模式能帮助治疗师认识到，父母与孩子之间的关系的起源与差异，对建立治疗关系和社交关系的影响；如果治疗师要改变孩子自己的基本观点就需要改善亲附关系。

它的治疗的目标主要是界限问题、社交技能不足、对他人不信任、关系的性化。另外，不安全的亲附与未来精神病理学的关系强调需要在家庭中解决亲附问题。

在采取个别治疗技术时，治疗师要清楚，他们与受害者或患者的关系比治疗技术更为重要。也就是说，建立治疗联盟是治疗能否产生作用的关键。在治疗过程的早期，通过治疗关系的建立可以帮助受害者重获安全感。让受害者感觉到他们在自己家里生活是安全的，他们的父母支持他们公开被虐待的事实是很重要的，能减轻或消除他们的紧张、恐惧与不安。

在集体治疗时，治疗师要为参加集体治疗的受害者提供良好的环境与设置。在这里，社交能力受到影响的受害者可能会找到新的生活体验或重新找推动了的集体体验，获得一种集体身份，由此建立产生一种集体亲附。这种亲附关系能帮助他们避免孤独与焦虑，有助于他们从受害的痛苦中走出来。要想使治疗产生好的效果，治疗师就要对参加治疗的人进行筛选，保证有一个良好的治疗组合或集体，这是很关键的下一步。当然，在治疗中合理使用协同治疗师也是很重要的。

由于缺乏亲子双向关系、父母对孩子的态度相互矛盾是性虐待家庭的重要特征，所以对这样的家庭实施家庭治疗是非常重要的，事实上也是很有效的。帮助父母理解孩子，对他们的信息或要求做出更为有效的反应；帮助父母认识到他们的需要影响孩子们的认知都是很有必要的。结构

派家庭治疗理论强调，建立新的认知，新的现实和有关家庭与孩子的新的故事是家庭治疗师的三大任务。治疗时要突出孩子的好行为，要将孩子发售给父母。

(2) 失调理论及其治疗技术　行为和情绪调节理论认为，儿童必须学会全面控制行为与情绪，大力发展维持心理平衡的能力，以及区别和应对广泛的正性或负性情绪表达的能力。儿童调节行为和情绪的能力主要表现在他们能抑制与强烈的负性或正性情感有关的不合适行为；能自我平息任何一种强烈情感导致的生理欲望；能集中注意力；能组织协调行动实现自己的目标等几个方面。例如，儿童调整玩耍和处理冲突的能力就直接与他们的交友能力有关。

所有指向儿童的不良对待都会对儿童的这种自我调节能力的发展产生明显的干扰和影响。它们不仅会妨碍儿童情感调节能力的发展，而且会影响儿童调控思维和行为的能力。导致行为和情绪失调的应激因素主要有婚姻冲突、经常搬家、经济损失和重要事情的高度的不可预见性与混乱。

根据这种理论开展的个别治疗主要为接受治疗的人提供结构性与预测性的策略，包括明确的治疗过程，公开性虐待秘密的意义等。有时也用心理教育和教诲方式，如安全和性教育等。

在给受害者做集体治疗之前，治疗师要对孩子进行选择，让那些适合做集体治疗的受害者参与治疗，因为集体治疗可能是一边倒的，功能调节失常的。治疗师既不能将集体治疗机械地用于每一个受害者，也不能把它当作万能药。那些过去人际关系不良的和经常受害的儿童需要先做个别治疗然后再做集体治疗。

在家庭治疗中，治疗师要帮助家庭成员认识到治疗的目的，关注特殊的行为目标，为家庭提供一个成功的手段和一个学会与孩子更一致的机会。另外，在治疗中辅以心理教育的内容，加上一些支持性的言语也是很有用的。

以失调理论为基础的家庭治疗的目标包括愤怒管理、创造家庭互动的机会、学习一致的教养方法等。如果家庭成员感觉不安全，家庭设置本身就会混乱，出现潜在的失调。在这种情况下，为家庭的每个成员创造一个安全的环境与感受就非常关键。

(3) 自我理论及其治疗技术　儿童对他们自己的品质和情绪的了解随着发育过程的变化而改变。在这个过程中，我们要特别重视他们的认知和情感过程的变化。自我观念的一个关键内容就是儿童如何正确地看他们自己。幼儿表现为自我中心，他们的自我评价通常反映的是他们的愿望，不是准确的自我观念。环境的变化会使一个人的判断发生错误，虐待行为就是一种变化。

治疗师要提高受害者的自尊心就要重视他们的自我观念的正确性，而不是知觉的乐观性。不正确的认知存在于所有受害儿童。不正确的认知包括全或无的思维方式、过度概括、极端化等。虽然这些现象可见于正常儿童，但受害儿童可能固着在一个不成熟的自我认知水平上。

尽管在自我的建立中自我观念是关键，但儿童很少有兴趣自我审视。因为他们被深深地包容在家庭母体之中，他们会非常自然地将他们的问题外化。治疗师要改变环境对自我发展的影响(如不良的依恋)，不用去费神地帮他们发展内省。

在个别治疗中，治疗师要帮助受害者纠正他们所存在的不正确的和不成熟的自我认知。第一步就是要学习怎样理解情感，第二步强调需要，治疗师要了解儿童他们自己看他们自己和他们的世界，在治疗师提供指导之前。让儿童能更正确地看待自己。为儿童创造一个富有成就感（成效）的情景也是很重要的。对于较大的儿童，特别是那些对自己情感有一定控制能力的，外化他

们的问题就是非常有用的方法。儿童是自我中心的，他们对许多发生在他们身上的事情采取责备的态度。性受虐儿童就是这样，他们把自己看成是不好的、口是心非的。另外，受虐儿童还可能存在自责、压抑的情感。治疗师不要将重点放在内省力方面，而要特别注意儿童发育方面的问题。

自我观念在一定程度上是在我们对他人看法的理解的基础上形成的，集体治疗能帮助受害者更正确地认识自己。集体治疗形式提供了一个极好的机会，让同龄人的观点能整合到参与治疗的受害者的自我感受之中。另外，这种形式也让受害者有机会听到来自别人的反馈，认识到他们正在逐渐从创伤中恢复。

在做家庭治疗时，治疗师首先要了解父母的情感和其他情况，探索父母的投射，正常化不可接受的情感，也可以给父母赋权。对于存在全或无思维的受害者，要鼓励父母将他们对孩子的投射外化。

（七）儿童性虐待侵犯者的治疗

性侵犯者是制造创伤的来源（性犯罪，sex offense），因此，他们理应受到法律的惩罚，遭到人们的唾弃。惩罚多于宽恕和原谅，这种观点根深蒂固地刻入人们心中。不过，有人认为性犯罪是一种文化行为，是随着社会进化、家庭产生对异性间行为的一种规范。“性犯罪”的类型不仅包括对非自愿被害人的强迫和剥削，也包括无被害人的性行为，在一些国家还将合法的夫妇间的某些行为也列入性犯罪的概念之中，这些包括强奸、儿童性骚扰和家庭内暴力。但有以下情况可能值得我们去思考：① 一些性侵犯者是未成年人，因此，他们的行为有着很大的不受控制性，随意性和偶然性；② 多数性侵犯者有着不幸的家庭生活，在其早年体验中不少人也有过被性侵犯的历史；③ 性侵犯者实际上性功能并不是强于正常人，而是弱于正常人。

弗洛伊德认为，变态的性行为就是儿童的性行为，是由于性心理发育固着于儿童的某个时期所致。性的变异、变异的幻想和冲动都是为了抚平或医治创伤，具有补偿性的。将变异行为见诸于行动具有一种平静和稳定的作用，能使人的心理状态达到重新的平衡，至少在短时间内有这样的作用。在变异行为的表演中，我们可瞥见影响决定性关系的童年的冲突，变异的性行为或症状代表了试图解决这些冲突的编码。因此，治疗的关键在于了解症状。

在变异症状中，焦虑是基本的感受与表现。寻求亲密、温暖、安全、舒适等感受在一些恋童症者身上表现很明显。有些性心理障碍者的变异性性行为是在重新体验婴儿的无所不能，抵抗他们体验到的正在被女性淹灭、吞食和阉割的焦虑。

性化行为是一种防御机制。在人的生活中，性经验具有稳定心态、保持平静的功能。性活动能表达一个人的安慰、信心和骄傲之情，也能平息焦虑、满足各种需要。然而，过度的性化行为从表面上看似乎很正常（像唐簧综合征），是性欲的正常表达或满足，但实质上可能是一种回避强烈内在焦虑的表现。在早期的精神分析研究中，变异的性行为被认为是一种对抗恐惧与焦虑的方法，是一种在俄底帕斯冲突中应对阉割焦虑的策略。

从某种程度上来讲，变异的性化行为有一定的稳定功能，能缓解冲动、减轻焦虑，使自我保持一致性和完整性。变异的性行为可成为一个自己存在的标志：“我体验到愉快，因此我存在。”变异性行为像一种填充物，塞入了性虐待受害者自我发展的空隙里。

一般来说，大多数性侵犯者（或性罪犯）都或多或少地存在一定程度的心理障碍，多见人格

障碍、性心理障碍、成瘾行为（如吸毒、酗酒等）。对于这些麻烦与痛苦的制造者还没有一种非常有效的方法改变他们或治疗他们。如果不是因为他们的行为对他人和社会构成了损害而被法律所制裁，他们一般是不会主动寻求治疗来改变自己的。

1．躯体疗法

在相当一段时间内，对这些性侵犯者实施的治疗主要是躯体治疗。在躯体疗法中，使用得最多的是激素治疗方法，如用抗雄性激素抑制性欲望。抗雄性激素能竞争性地抑制雄性激素受体，在治疗期间能导致力比多或性能量的减少与缺乏。这种治疗反应呈剂量依赖性，并会伴发精子生成的停止、射精和高潮程度的减弱等其他作用。这些作用是治疗者不希望有的，但它们也是可逆的。由于完全没有治疗性的违规、违法的设施，这种方法很受欢迎。很多人认为抗雄性激素是改变这类行为的万能药，曾被广泛地误用和滥用。其实，如果不合并心理治疗，这种治疗方法，特别是使用不当就会使问题复杂化、使症状慢性化。

用手术方法改变性侵犯者存在的心理问题或心理障碍的方法称外科去势法。这种方法使用较多，也有一定的效果，复发率是2%～5%。不过，抗雄性激素治疗开始介入后，手术去势就成了过去的文物。从某种意义上来说，性侵犯者的内心存在有很多与性有关的问题。精神分析理论认为，去势焦虑对人的心理发展具有很大的作用。外科去势就意味着用解剖刀逐步打开这个“伤口”，或者说，如果患者要求手术，外科医生就会使患者的惩罚渴望见诸行为。

立体定向脑外科手术在20世纪70年代曾大量用于治疗性变态。这种方法选择性地切断可能位于两侧大脑中的所谓“性中枢”的连接，以改变性侵犯者的心理状态，解决他们存在的性伦理问题。但是，目前还没有足够的依据证明这种方法是可靠的。而且，这种方法的理论基础还不清楚，作用和不良反应也没有足够的资料，所以，现在已经不用了。现在主张根据不同的情况有选择性地使用心理治疗。

2．性变异的行为治疗

由于有些性侵犯者存在性心理障碍如性变异行为或性变态，所以，在处理儿童性虐待案例时要对他们的这种性心理障碍或行为给予高度重视，设法予以矫正或治疗。社会学习理论认为，性变异行为是后天获得的，并通过行为直接或间接地被强化。在实施行为治疗时，可以对他们采取阴性强化的方法进行矫正。如果侵犯者是个恋物症者，治疗师可用一件内衣或其他能激起侵犯者性兴奋的物品给他一个刺激。当产生性兴奋时就给他一个惩罚性的刺激（如电击等），让内衣与痛苦建立起一种联系，从而消退内衣等物品与性兴奋之间的关联。

（1）厌恶疗法　主要针对症状选择厌恶条件，通过厌恶条件抑制由变异刺激引起的性唤起，例如将电刺激与变异刺激物一起作用。也有将羞辱作为刺激物用于厌恶治疗的情况，这种方式主要用于治疗有露阴症的侵犯者。治疗时，要求他们在女性面前暴露自己的生殖器。此后，治疗师指导“受骚扰”的女性嘲笑他们的行为。这种嘲笑构成一种厌恶刺激。不过这些方法的作用还存在争议，在使用时要慎重选择，并做好各方面的准备。

（2）内隐感受法　这是一种利用想像的情景作为厌恶刺激物，让患者厌恶症状的认知行为疗法。在治疗过程中，治疗师指导患者想像一种情景，在此情景中性变异行为频繁发生，同时想像另外一种与产生变异行为的情景不同的场景，使两种互相排斥的情景建立起联系。厌恶想像成为中断性变异行为链、消除变异刺激引起的性唤起的重要手段。不过，这种方法常与其他方法联合

应用。要求患者在性兴奋或性高潮来临之前想像非变异的性刺激情景，通过这种方法在非变异的性刺激与性唤起之间建立条件联系。

(3) 负性训练法　也称饱和法或厌倦法。由于手淫幻想在维持性变异行为方面起着重要的作用，所以，在治疗时，要求患者连续手淫一个很长的时间。在射精以后，还要他们使用变异的性幻想。在单面镜后观察患者时，要求他们大声地说出他们的幻想。在治疗结束时，我们期望患者没有了变异的性欲望。

(4) 系统脱敏法　对于存在社交恐惧、性爱焦虑的患者，治疗师可以为他们设计一套系统脱敏的治疗方案，逐步消除他们的焦虑与恐惧，使他们能够进行和完成正常的性活动。

(5) 社交技能训练　有些侵犯者发生性侵犯行为的原因是他们不能与异性建立良好的关系，难以找到性伙伴获得正常的性满足。这些人在日常生活中常常缺乏社交能力或社交能力不足，尤其与异性的交往方面，表现在他们可能见到异性就紧张、害怕。因此，对于这类侵犯者，治疗师的重点就是要增强他们的社交能力，而不是性行为本身。

(6) 性治疗与夫妻治疗　如果在与正常性伴侣的性活动中能使正常的性欲得到满足，那么，变异的性欲望、性需要就会减少或因此而失去意义。所以，通过性治疗帮助那些存在性功能障碍或性和谐问题的侵犯者获得和谐与满意的性活动显得非常有意义。成功的治疗可以帮助他们回归正常，不再发生侵害他人的事件。在这种治疗中，夫妻或性伴侣要同时参与。此外，必要时也可选用所谓的“替代性性伴侣”。

3．对侵犯者父亲的治疗

当侵犯者是受害者的父亲时，受害者所承受的打击和痛苦是巨大的。在针对这类侵犯者的治疗过程中，治疗师会遇到一些困难和挑战。一般而言，他们面临的第一个挑战就是要获得罪犯（父亲）的悔过书。这就意味着他要供认受害者事后描述的所有行为。然而，孩子通常不会暴露全部情况，所以，侵犯者的治疗师和孩子的治疗师要密切联系，互通信息。不过，要获得罪犯父亲的悔过不是一件很容易的事情，所以治疗师有时还要主动用受害者和其他人提供的情况与父亲对质。另外，在集体治疗中，观察或聆听其他人悔过也能促使父亲公开全部事实经过，向受害者及其他相关人员认罪、道歉。

对于侵犯者来说，悔过就是他们必须为他们自己的性虐待行为承担相应的责任。也就是说，父亲要收回过去那些为自己行为辩护的对他人的一些指责，如妻子不能给他性满足或那时他喝醉了。也一定不能说那些替自己行为开脱的话，如仅发生了一次、没有插入、她哀求时我就停止了等。治疗过程中要让父亲意识到虐待给受害者、配偶和他自己所造成的伤害，以及可能对其他人的影响，如受害者的同胞、扩展家庭的成员，这是治疗的相关任务。另外，通过信件、VCD 或面对面的一些方式与受害者和侵犯者的妻子交流也是很有用的。在罪犯的配偶与受害者组成的治疗集体中向侵犯者对质可以提高参与治疗的成员的认知。

在侵犯者做了一系列的抱歉之后，还要注意解决那些与虐待相关的一些问题。为了防止以后再发生性虐待行为，治疗师、侵犯者都要了解为什么侵犯者要对孩子实施性虐待，这是相当重要的。因此，在治疗过程中了解侵犯者的性唤起类型，他们为什么会在性唤起时虐待儿童的原因是非常重要的。治疗的重点则是帮助侵犯者能够控制他们的性唤起、控制他们实施性侵犯的冲动或行动。

(1) 性唤起的类型

①单一型：有些侵犯者就是喜欢孩子，孩子是侵犯者主要的性对象，如恋童症者。他们不仅喜欢儿童而且喜欢特定年龄和性别的孩子。为了便于找到合适的对象，他们会主动寻找机会，选择经常能与孩子接触的职业，并且会物色多个儿童。这种类型的性唤起与他们童年时期的性创伤性经历有关。

②混合型：这类侵犯者可能存在多种性变态或异常的性偏好，如露阴症、窥阴症、施虐受虐症和恋兽症等，有时也有正常的性活动。与孩子之间的性接触是他们的性行为特征，但孩子只是侵犯者多个性对象之一，他们还会有其他的一些性行为包括针对成人的强奸，与成人之间的乱交或群体性性活动和兽交等。有些侵犯者可能表现为性瘾。这种类型的性唤起与侵犯者儿童与青少年期的经历有关。

③情景型：这种类型的侵犯者的性欲正常，也不存在变异的性行为与性偏好，在他们身上发生的侵犯儿童的性行为一般只是在特定的情境下被儿童唤起的，孩子是情境性的性对象。性唤起的因素包括性压抑，性的能量缺乏其他的性出路，婚姻或夫妻关系不良，社交能力差，社会适应不良，儿童色情、儿童身体的暴露或接触－性刺激等。虽然初次性侵犯是情境诱导的，但体验可能是非常满意的。临床经验表明，这种经历与刺激可能会增加侵犯者对儿童的性偏好与性渴望。

(2) 实施侵犯行动的倾向　研究显示，男性对儿童产生性唤起的人事实上只有少数。下面一些因素会增加他们实施侵犯行为的可能性。从精神动力学的角度来看，当超我的广泛性不足或超我的局限性不足时就有可能发生侵犯行动。从认知理论的角度来看，认知歪曲是导致他们采取侵犯行动的因素，如“孩子不知道我做的是什么，所以没有害怕”；“每个人都需要性，这是我的方式”；“孩子没有拒绝，她一定喜欢这样做”；“没有插入不是真正的性虐待”；“都是我妻子的错，她拒绝我的性要求”，等等。

冲动控制困难也是一种原因，他们意识到这样做是错误的，但不能控制。这与他们的自我控制能力下降有关，他们控制应激或心理压力、抑郁、焦虑、愤怒的能力不足。由于酒或其他物质滥用会削弱他们的控制能力，存在这些不良行为的人容易成为儿童性虐待者。在体验到儿童的性唤起时，有些精神发育迟滞或脑器质性综合征的患者也有发生性虐待的危险，如有些痴呆老人对儿童实施的猥亵行为。

另外，还有一些因素会影响到性侵犯行为的实施，如儿童自身的行为、母亲的行为和环境因素等。

(3) 治疗策略　治疗的目的主要是防止以后再发生性虐待行为，所以，在制定治疗方案时要着重从性唤起或实施行动的倾向两个方面考虑。

①性唤起：治疗师要努力使用各种治疗或干预方法改变侵犯者变异的性唤起类型。可使用厌恶疗法、内隐模仿法、思维中止法、行为排练法、系统脱敏、认知重建等方法。这些技术常与社交技能训练、共情训练和行为作业联合使用。

虽然儿童时期的性和其他创伤可能在后来的对儿童性唤起中起着作用，但是，在预防未来性虐待方面，了解侵犯者以前的历史与他的性唤起类型之间的关系可能并没有什么用处。事实上，侵犯者常常能控制治疗过程，使过去的历史成为原谅他们罪行的理由。

不过，对于有些侵犯者而言，了解过去与现在行为之间的关系存在一定的风险，但对于弄清

楚不可理解的性行为的起源可能会有帮助，并能更好地处理侵犯行为。而且，这样做还能让侵犯者认识到对孩子的性侵犯与自己童年时同样的经历有关，存在性角色的错误，从而促进他们发展更合适的与自身性角色一致的性行为。

②实施侵犯行动的倾向：控制实施侵犯行动的倾向是防止以后再出现性侵犯行为的关键。在治疗过程中，治疗师可以针对侵犯者存在的超我功能不足的问题采取一些方法来加强他们的超我功能。让侵犯者为他的行为承担责任；让他们认识到这种行为对受害者及其他人的危害性；让他们了解受害者的情感；让他们做出相应的物质与情感上的弥补等方法在一定程度上可以增强侵犯者的超我功能，并减少歪曲的认知。这种做法对于超我局限不足的、认知歪曲的侵犯者有良好效果，但对于超我广泛不足的侵犯者就不一定有效。

另外，当侵犯者缺乏强大的内在超我时，可能还会发生侵犯儿童的行为。这种一再犯错的结果可能就是坐牢、妻子离开等让侵犯者不快的重大事件。这些事件可以成为一种有力的外在超我控制侵犯者的行为，或让侵犯者内省，继而提高内在超我的能量。

(4) 其他问题　与性侵犯有关的暴力行为、法律诉讼、父母社交能力不良、婚姻不和、自我评价低、缺乏教育和失业等问题也是治疗的焦点。这些问题必须很好地处理，因为它们也是以后发生性虐待行为的危险因素。

在治疗侵犯者父亲时，治疗成功的关键是治疗师不要让侵犯者成为旁观者，而要让他们成为治疗的积极参与者。

4. 青春期性侵犯者的治疗

研究表明，大多数性罪犯或性侵犯者在青春期就有犯罪前科。青春期青少年与年幼儿童所进行的性活动不再是性“实验”或性游戏，而是一种严重侵犯对方权利的犯罪行为。这种性侵犯行为对受害者导致的伤害是严重的和痛苦的，影响是久远的，甚至是不可能修复的。

性侵犯行为一般不会是孤立的或一次性的行为，通常代表了一种虐待他人的类型。如果不采取强迫性的干预措施，性侵犯者是不会停止他们的有害的性行为的，因为他们不愿意改变他们的行为，并设法阻碍他们自己参加治疗。更不幸的是，大多数性侵犯者曾是性虐待的受害者。也就是说，今天的受害者也许在明天以后可能成为伤害他人的性侵犯者。所以，在治疗中，第一步就是弄清存在的问题，第二步是中止性攻击行为。

治疗的原则：

(1) 全面明确的评估，确定性侵犯者的危险水平。

(2) 大多数情况下采取集体治疗（或小组治疗）。集体治疗与个别治疗是不同的，它的优点是能使用集体的力量。通过集体治疗，参与治疗的人可以发生许多的变化，并从中得到许多的收益。集体治疗可以促使他们的社会行为出现良性的改变；可以帮助每个参与者认识其违法行为的性质，接受不同人之间存在差别的现实；可以让他们在集体治疗中学会给予，也学会接受支持，以对付情感的隔离；可以让他们有机会与一群平等的人自由地谈论性及性相关问题；可以让他们学会对付他人的操纵行为；还可以让他们获得沟通的技能或社交的能力。

(3) 小组的控制　由于性侵犯者的行为特征和人格问题，如喜欢说谎、否认操纵、逃避责任和其他行为问题等，所以，有性侵犯者参与的治疗小组往往需要一对小组领导，或两个主持人，一个主持人单独对付这些问题有很大的困难。而且，主持治疗的人最好是一男一女。这样就便于

提供一种良好的不同性别间的沟通模式，为他们提供一个与女性谈论性的机会，纠正他们脑中存在的与女性和性有关的不正确或歪曲的认知。另外，设置一男一女的主持人也便于模拟夫妻关系。

(4) 小组的规模　每组大约 5～7 个参与者。

(5) 治疗时间　每周 1 个半小时，18 个月，包括训练期，以达到治疗目的。

（徐汉明）

第十章　创伤与危机干预

一、相关的概念和理论

危机（crisis）的定义概括起来有两种含义，第一种定义认为危机是困难和境遇，这些困难和境遇使得人们无能为力，不能有意识地主宰自己的生活；另一种则强调人们遭遇困难和境遇后的一种“解体状态”，个体在“解体状态”下出现恐惧、害怕和悲伤的感觉。目前将导致前一种情形的刺激称为创伤性事件，导致后一种情形称为危机，由此看出，危机指人在应激环境下的一种状态，而非强调事件。

“祸兮福兮所至，福兮祸兮所埋”。在不同文化中，危机有着两方面的含义，一方面意味着可导致个体严重病态的“危险”；而另一方面则又意味着“机会”，因为它带来的痛苦会迫使当事人寻求帮助。如果当事人能利用这一机会，则它可能成为个体成长和变化的机缘。对遭遇危机的个体而言，危险和机遇并存。

当创伤性事件发生初期，我们所需要做的是危机干预。所谓危机事件（critical incident），又叫创伤事件（trauma event），是指那些危及生命、出乎意料的、让当事人无能为力的一些负性的重大事件。是一种境遇性的危机。在现有的三类诊断标准中，对创伤性事件的认定略有不同。

“当事人突然遭遇或持久地陷入异乎寻常的威胁性或灾难性的事件或情境中，这类事件或情境几乎可使每个人都出现深深的痛苦。”（ICD－10，标准 A，F43.1）“当事人亲身经历或目睹或面对某一事件或一些事件，包括死亡或死亡威胁或严重的损伤，或可能危及自身的或他人的生理完整性，且患者有强烈的害怕、无助感或恐怖反应。”（DSM－Ⅳ，标准 A，309.81；308.3）其中 ICD－10 和 DSM－Ⅲ基本相同。由于我国的诊断标准 CCMD－3 基本参照 ICD－10，因此与 ICD－10 无异。而 DSM－Ⅳ则弱化了创伤性事件的客观性，强调了个体的感受。有关详细区别的论述见本书第二章。

干预（interference）又称应激处理（stress management）。其工作的内容就是对症状的解释，并给出一些应对的建议，告诉当事人怎么去处理，做什么等。它与创伤治疗的区别在于，它是一种急救工作，是预防性的，必须在事件发生的短期内完成，其工作的形式可以是小组也可以是个别。

有关危机干预的对象，早期的对象主要是指遭遇创伤性事件的个体。伴随着经济的发展，人类疾病谱发生了深刻的变化，人们在不断出现的新的疾病面前也显现出无能与无奈。同时，由于物质世界的高度发达，可能使遭遇创伤性事件面不断扩大。从而，使得危机干预的对象扩展到了群体，乃至社会、国家。

有关危机和危机干预的理论有多种，它们从不同的视角、不同的水平提出了自己的观点，现在简单地分述如下。

（1）精神分析理论　通过对个体无意识和过去情绪经历的理解，可以帮助求助者理解其行为的动力和原因。

（2）适应理论　该理论认为，适应不良行为、消极的思想和损害性的防御机制对个体的危机起维持的作用。因此，它假设当适应不良行为改变为适应性行为时，危机就会消退。

（3）人际关系理论　其要点是，如果人们相信自己，相信别人，并且具有自我实现和战胜危机的信心，那么个人的危机就不会持续很长时间。其对危机和危机干预的理解在于，它认为一个人的控制权的外失与他的危机会持续相等的时间。其目的在于将自我评价的权力交回自己的手中。

（4）系统理论　系统论的基本观点认为“对一个生态系统，所有的要素都相互关联，且在任何相互关联水平上的变化都会导致整个系统的改变”。应用于危机和危机干预时，其注意的焦点不是强调处于危机中的个体的内部反应，而是关注人与人、人与事件之间的相互关系和相互影响。常涉及到一个情绪系统、一个沟通系统及一个需要满足系统，且所有属于系统的成员都对别人产生影响，也被别人影响。其最大的突破在于不仅仅从当事人的线性因果关系角度来考察危机，而是从社会和环境的范畴考察危机。因此说危机是复杂的、难以理解的，它不遵守一般的因果关系规律。危机的症状就像一张网，个体环境的所有方面都相互交叉在一起。

与所有其他的心理治疗一样，有关危机和危机干预的理论也呈现出相互融合的整合状态。因此，在危机干预中，我们不仅关注作为当事人个体的反应，也关注到其所处的系统的影响。

危机干预工作的对象，按照创伤性事件发生时所波及的范围，通常可以分为两类：一类是以个体为对象，其所遭受的创伤性事件多为个人生活中的重大灾难性事件，比如，破产、关系破裂、晋升失败、失业、性暴力等；一类是以群体为对象，他们所遭受的创伤性事件多发生在公共场所，比如，洪涝、海啸、重大车祸、恐怖活动等。

有危机体验的人群容易产生心理、情绪上的改变，若为创伤后应激反应则大部分人群可自动恢复，一部分人群可转变为创伤后应激障碍，严重的情况下，当事人出现自杀行为，导致另外的危机情形。因此，我们将危机干预以分为两类：处理公共环境中的危机处理及针对自伤自杀者的危机处理。

二、公共环境中的危机处理

（一）我国重大灾难事件的相关干预与研究

80年代末以来，北京大学精神卫生研究所（北大精研所）与有关单位协作在几次重大的灾难性事件后开展了相关的研究与干预工作（吕秋云，于欣，马弘，1999）。

1．云南澜仓地震

1998年11月6日晚，云南省南部的思茅地区连续发生2次强烈地震，震级为里氏7.6和7.2级。在澜沧死亡629人，重伤2590人，房屋倒塌36万余间。灾民的心理状况调查于地震后3个月进行，灾民组254人，对照组103人。

2．克拉玛依特大火灾

1994年12月8日18时左右新疆克拉玛依市友谊宾馆发生火灾，来自克拉玛依市15所学校的小学三年级至初中二年级参加汇报演出的学生796人在场，火灾造成323人死亡。其中中、小

学生 288 名，重伤住院 130 名，绝大部分亦为中、小学生。北大精研所应邀派人参加了与烧伤等科室共同组成的抢救组，对伤亡者家属的心理危机进行了为期 2 个月的干预工作，同时，较系统地收集分析了临床资料。

3．张北地震

1998 年 1 月，我国河北省张北尚义地区发生里氏 6.2 级地震，13.6 万间房屋倒塌，24.6 万间房屋成为危房，49 人罹难，上万人受伤，4.4 万人在零下 20 多度的严寒季节无家可归。调查组分别于灾后 3 个月、9 个月和 17 个月对灾民的生活质量，地震后急性应激障碍、创伤后应激障碍的发生率、影响因素及其随时间变化的规律进行了研究。

调查组由精神科医生和护士组成，在调查的同时根据需要提供咨询和心理支持。

4．长江流域大洪水

1998 年夏，我国广大地区遭受严重的洪水灾害，长江发生自 54 年以来的全流域性大洪水，松花江、嫩江出现超历史记录的特大洪水。截至 8 月 22 日，受灾人口 2.23 亿人，死亡 3004 人（其中长江流域 1320 人），倒塌房屋 497 万间，各地估计直接经济损失 1666 亿元。

调查小组分别于灾后 3 个月和 9 个月走访长江中下游受洪灾程度不同的两个农村社区：发生决堤的江洲后埂村及被淹的湖口荆桥村（下简称江洲组和湖口组）。

水灾时在现场的共 564 人接受了调查。调查组由精神科医生和护士组成，赴现场前准备了较为充裕的抗焦虑药和抗抑郁药，调查的同时根据需要提供了咨询、心理支持及必要的药物治疗。

5．洛阳 12－25 特大火灾

2000 年 12 月 25 日夜 9 时许，一场发生在河南洛阳东都商厦地下二层的大火，无情地吞噬了在大厦四层进行歌舞娱乐的 309 人的生命。在火灾发生 3 天后，干预第一批成员小组到达现场。

6．大连 5.7 空难

2002 年 5 月 7 日晚上 21 点 24 分，中国北方航空公司的一架客机在大连附近海域失事，带走了 103 名乘客和 9 名机组成员的生命。悲剧发生后第 2 天，干预小组陆续抵达大连，为部分遇难者的亲友提供了服务。

采用 SCL－90 对云南澜沧县地震 3 个月后灾民的心理健康状况调查表明，灾民组心理健康水平明显低于对照组，有亲人伤亡者心理健康水平尤低，主要症状表现为躯体不适、强迫、抑郁、焦虑等。多因素分析表明，影响心理健康水平的主要因素是震前情绪，有无亲人伤亡，对救灾的满意程度、年龄、婚姻状况、文化程度等。

克拉玛依火灾后，49 例一周内急诊就诊者均符合 ICD－10 急性应激反应标准，94 例火灾后 3～5 周就诊者经回顾性调查、结合旁证，有 32 例符合 ICD－10 急性应激反应标准。共计 81 例。81 例急性应激反应病例临床表现分为：极度悲伤状态共 48 例（60%）；激越性活动过多共 17 例（21%）；亚木僵状态共 11 例（13%）；意识模糊状态共 5 例（6%）。

张北地震受灾人群中急性应激障碍（DSM－Ⅳ）的发生率为 6.1%，研究对象随机选自距震中不同距离、受灾程度不同的两个村，两个村相隔 10 公里，人口学资料可比性良好，震前各方面情况相当，差别在于受灾程度和得到的救灾援助。受灾程度重、但灾后得到救援和支持较好的村急性应激障碍发生率为 1.8%，受灾相对较轻、支持较差的组为 12%。

张北地震后 3 个月和 9 个月内 PTSD 的发病率分别为 18.8%和 24.4%。进一步分析发现，受

灾程度重、但灾后得到救援和支持较好的村 PTSD 发病率低，以 DSM－Ⅳ为标准进行诊断，震后 9 个月时两村 PTSD 发病率分别为 19.8% 和 30.3%。

洪水受灾者两个村共 140 人接收 PTSD 临床检查，江洲组发病率 8.2%（8/97），湖口组 7.0%（3/43），江洲组高于湖口组，但统计学无显著性。总体发病率为 7.9%（11/140）。

研究结果表明中国灾后 PTSD 发病率与持续时间与在其他地区研究的结果一致，结合我国自然灾害的发生频度、影响程度以及救灾资源的现实状况，PTSD 显然构成一个不容忽视的重要领域。此外，本研究的一个重要意义在于直接证明受灾程度不是 PTSD 发生的决定性因素，提示我们，通过积极的干预完全有可能降低 PTSD 发生的危险；相反，干预不力或是支持缺乏，可能降低 PTSD 的发生阈值。

在张北地震后的研究表明，受灾群体的生活质量受到不利影响，在心理、生理及环境维度都低于对照组，尤以环境维度的差别最大，社会关系维度 3 个月时受灾组与对照组没有明显差别，但在 9 个月时，出现损害。多元回归分析发现，影响生活质量的主要因素有心理痛苦水平、受教育程度和对物质支持的满意度。

81 例患者均分别接受了职工总院精神科或其他卫生机构的治疗。包括：支持疗法、亚冬眠疗法和苯二氮䓬类药物治疗。意识障碍及亚木僵状态者均在 48 小时内开始缓解；激越性活动过多者经治疗在两周内逐渐安静；极度悲伤状态的患者经治疗症状多缓解不完全（第 5 周末时）。（汪向东，马弘，吕秋云，2002）

（二）有关危机反应的理解

虽然人类经过漫长的进化，从猿演变成了人，但在人身上仍保留了动物活动的核心：个体保存、种族延续。动物世界的所有活动都是围绕着这一主题展开的。当然，人类的心理活动复杂得多，但个体保存和种族延续仍是其基本的准则。

1．幸存反应

在生活中，我们会逐渐形成一些对生活的错觉，之所以说是错觉，是因为这些信念是经不起推敲的。比如，我们常常认为生活是在我们的掌控之中的、生活是可以预测的、生活是公正合理的、生活是有意义的，而我们作为生活的主体是强有力的、我们是不被伤害的。但遗憾的是生活往往不是这样的，比如，当创伤性事件来临时，这些固有的信念几乎会瞬间崩溃。

创伤性事件的特征就在于它是危及生命、出乎意料的负性的重大事件，它势不可挡且让当事人无能为力。当个体遭遇此创伤情境时，作为生物个体的人，其身上作为动物的本性会在这一刻呈现无遗。

通常我们会看到 4 种反应模式：

战斗（fight）——个体处于强者地位；

逃跑（flight）——个体的动作快；

冻结（freeze）——个体处于弱者地位，从而保存完全静止状态；

投降（submission）——这是个体最后的策略，处于假死状态。

我们可以从动物的行为中观察到所有这些本能反应，所以我们称之为基础的原始反应，正是由于有这些反应，动物世界才得以保存和延续下来。我们可以借此来类比当人类遭遇创伤性事件时所出现的即刻反应，常常与动物的最原始本能反应相当，其目的只是为了帮助个体及其亲人活

下来，因此也称“幸存反应”，这种反应与其所受的教育、当事人是什么样的人无关，也无须作任何道德上、价值上的评价。这一理解是我们作为心理工作者在面对当事人需要反复说明的一件事。

幸存反应的一些共同特征是正常的，如痛感及情感缺失，伴随恰当的行为、非常清晰的意识、身体表现出前所未有的强壮和灵活等。这些都是作为生物的个体在面临危险时的必然反应，是脑部出现的自动反应模式。

遭遇创伤性事件的个体，有些损失是可见的、实实在在的。比如钱财损失、肢体残缺，而有些损失则是无形的、秘密的，如曾有的生活信念的破灭，以往的生活信任感的丧失。这种能够保护我们的错觉的中断，导致我们产生新的错觉——危险无处不在、无时不在，生活成了一个大的陷阱。此时，脑部的反应完全处于另一个系统、另一个反应模式之下：生活不能控制、不可预测、不公正、不合理、无意义，对发生的一切有无能为力感。

2．自动痊愈过程

值得庆幸的是，我们的心灵有着自动痊愈的过程，而这个过程的完成，每个个体都有自己内心的节奏。从这个意义上说，作为心理工作者在工作时，要照顾到这个节奏，也就是个体在恢复中的个体差异，不可随意地破坏这种节奏。

我们如何判断个体的恢复程度呢？一方面，我们可以随着时间的推移，观察当事人的症状是增多、还是减少了，程度是加重了、还是减轻了；另一方面，可考察那些曾经有过的“生活的错觉”是否又再次回到我们心中。

遭遇创伤性事件后，作为当事人的个体在自我疗伤的过程中，会在与创伤接触－不接触两者间摇摆，这种摇摆不是我们意识可以控制的。当个体与创伤接触时，其内心的现实是危险的，这就像战场上的士兵。个体会出现恐惧、焦虑、易激惹、惊跳反应、高警觉，与此相伴随的必然会出现注意力不集中、紧张、易疲劳、头疼、脆弱。而当个体远离创伤时，个体可能会出现情感的疏离、隔离、抑郁，甚至遗忘。这就是我们常说的个体的症状在侵入和否认这两极振荡。随着时间的推移，其振荡的波幅会越来越小。其中大约有70%～75%的人会自动恢复。值得一提的是，我们也要关注那些出现的自责、自罪。这常常是对幸存反应的理解不足所致，需要我们给予专业的解释。还有一些人会出现对生活的不信任，他们会认为我也没做什么坏事，为什么会得到这样的报应，这需要我们对生活的错觉作必要的解释。

当这些帮我们疗伤的症状出现时，个体常有一种恐惧——我是不是发疯了？因此，我们应该对当事人说明的是，所有这些都是我们对非常事件的一种正常的健康的反应。这些症状的出现意味着我们在进行自动的工作。

若缺乏上面的理解，我们就会在工作中不自觉地会犯以下的一些错误：① 提出休假的建议：殊不知此时，当事人需要的正是那种生活的可预测性，那种常规化的日常生活对常人而言是令人厌烦的，但对此时的他们则可能是好的选择。治疗师要避免替当事人做出选择，因为他们需要重新恢复那种对生活的控制感。因此，此时我们要做的是，提供一些可能性，让当事人去作选择；② 过快地询问当事人的感受：当创伤性事件还没有结束时，不宜询问当事人的感受，此点尤其值得强调，因为此时的当事人需要停留在幸存反应中以保存个体，而只有当创伤性事件结束时，才能进行恢复工作；③ 责怪患者记忆力差，不能回忆完整的事件经过：若只顾收集病史，而不

注意当事人的感受，甚至对当事人不能完整回忆事件经过感到有所抱怨，均是不理解应激反应过程的表现。

（三）危机干预的处理步骤

危机干预可以分为0～4期。

0期：此时当事人或相关人会与危机中心联系。我们作为危机干预中心的工作者，必须注意当事人此时的情绪是处于无序状态之中，因此，他们可能说话时情绪不稳定，而且不知道什么是应该说的。此时，我们尤其要以热忱的心、冷静的头脑来工作，不论当事人的情绪如何不恰当，我们都应给予接纳。同时，必须问清在哪里、什么时间、发生了什么，对方的联系方式等。这样我们就能知道我们需要多少心理工作者、到什么地方去做什么事情。

1期：是指创伤性事件发生的即刻。此时的工作者充当的是照顾者的角色。由于个体处于惊恐、分离状态，脑部是原始脑在起作用，当事人的反应是反射性的、本能的。因此，干预的方式也是以原始的方式进行。主要就是将混乱的状态结构化，满足当事人最基本的本能的需要，并给予情感上的支持。此时，工作者可以给予其简单的真诚的关心，可以给一些简单清晰的建议，以简短清晰的形式表述出来。让他感觉到我们是为他而存在的，如果允许，可以触碰当事人的身体，要与他的眼光保持接触，喊他的名字，一遍又一遍，并告诉他现在好了，安全了。提供一些实际的帮助，比如提供食物、保暖、帮助其上厕所、提供安全的地方、及时与其家人联系、帮助其找回丢失的财产等。同时，在这一期的后期，我们也应清楚地告诉他们，可能出现的问题和困难，使得症状的出现表现出一种可预见性。并告诉他们我们下一次会在什么时候再来帮助他们。在这一阶段从事危机干预的工作人员也需要其他部门，比如警察、新闻、保险、行政部门进行相关的工作。

在这一期的工作中，要注意保护当事人，对当事人在创伤性事件发生时的行为给予肯定，并尽可能地调动有关的社会支持系统，在合适的时候给予必要的有关创伤和创伤反应的心理教育，同时继续关注当事人下一步可能出现的反应。尤其要注意的是作为工作人员，不要低估和轻视这种伤害，不要借此开些愚蠢的玩笑，也不能为了耸人听闻的新闻而不顾当事人的感受，更不能责备当事人，对当事人进行不公正的猜疑，忽视当事人的感受。

2期：是指创伤性事件发生1～2天后。此时的工作者充当的是教师的角色，主要做解释工作。处于这一期的当事人，就像战场上的士兵，很多的症状开始出现，这也是最初的自我疗伤过程。我们可以将有同样卷入程度的个体组织起来，给其提供足够的食物、饮料，在合适的场所、给予足够的时间。在开始时，我们可以说：那件可怕的事情虽然过去了，可是我们的身体不会真的忘了它，因此我们有必要做一些处理。现在，我想问大家当时发生时，谁是当时最先看到的？其他人呢？能说一下吗？——这个过程正如一个拼图的过程，每个人拿出自己的那个记忆碎片，从而拼成一个完整的图。对那些不想加入、不想回忆的人，我们可以告诉他，他这样做可以帮助其他的人。然后，我们就要给他们进行创伤后个体应激的心理教育工作。主要就是前面谈到的对生活的错觉、创伤性事件的特性、幸存反应和个人自动疗伤的过程。同时，我们也要告诉他们，来自周围的一些人的反应，比如谴责、愚蠢的玩笑、好事者的打听、回避等，所有这些都是他们保护自己、平衡自己内心的焦虑的表现。因此，我们在工作中，要交给当事人一些有用的应对策略，比如，叙述出来、给予某种解释、将自己与别人相比、给害怕危险设定一些边界（工作是危

险的，可是家是安全的）、赋予行为以好的意义、逐步增加的行动计划、寻求社会支持、在与创伤保持联系和保持距离间保持平衡、分散注意力、体育锻炼、放松训练等。

3期：是指创伤事件发生后1～2周后。此时的工作者充当的是心理治疗师的角色。可以让当事人再次叙述事件发生时的情境，其中，我们可以看到其描述的方式，如果他在描述中仍然有很多的细节，则自我修复不好。如果，当事人有一些记忆的空白，这可能是防御性遗忘，也提示自我的修复不好。其次，我们也要做有关创伤症状的检查，在做这项工作时，我们要注意到每个人修复的节奏不同，并在动态中来观察。我们在对扳机点的认识中，可能找到其特殊的“痛点”，而这与其过去的经历有关。同时，我们也应帮助其尽早地重返正常的生活，并对环境做出相应的反应。

至此，有效的危机干预工作可以增加团体凝聚力，降低误工率、减少PTSD症状，同时对PTSD进行早期筛查和转介。

4期：是指创伤性事件发生后1～2月后。此时的工作者充当的角色类似牧师。这一期我们可以看到当事人对事件的叙述细节少了些，而表现得更紧凑。仍然要对症状进行一些评定。关注其生活的重建，将创伤性事件放到生活中去看待，寻找其对生活的意义。同时，也要提醒当事人对周年纪念日的反应等。

在判断当事人创伤处理的水平时有一些标准，成功的创伤处理是指当事人能控制躯体反应，对事件发生的耐受性和心理控制增加，能完成叙事并有恰当的情感反应，恢复自尊，修复人际关系，并重新找到生活的意义。

但和其他心理治疗一样，首先，危机干预的对象都是遭遇人生重大不幸，需要帮助的人，在这一时期的人往往是敏感脆弱的，因此，在提供干预的同时一定要注意给他们以充分的尊重和接纳，不可以高人一等的施予的方式进行工作。比如，如果当事人在一个房间，工作人员进去之前，要先介绍自己，打消当事人的疑虑，然后，要征得当事人的同意后，再进房间，在进到房间后最好不要一下就站在房间的中央，且姿势上也不要让当事人需仰视才见到。其次，危机干预的对象都是作为世界上独一无二的个体，且每个人所遭遇的都是各不相同的。从这个意义上说，危机干预是灵活的。甚至在某种意义上它是一门艺术，有时可以说是妙不可言的。所以，在从事这一工作时，我们不能恪守某种固定的模式。比如，在遭遇同一创伤性事件的人群中，并不都是呈现出同样的症状，然后以同样的节奏康复，也就是说在进行危机干预时，并不是一定遵循这五个阶段。因此，在干预之前，都必须对个体进行必要而准确的评估。危机严重程度的评估包括两方面：当事人的主观感受和工作人员的客观判断。客观评估是基于对当事人认知、情感以及行为三方面的功能方面的评价。

创伤干预的结果是加强了小组凝聚力，更早地恢复工作能力，较少的出现PTSD，对PTSD的早期筛查。

三、自杀的处理

（一）定义及分类

所谓自杀是指自行采取结束自己生命的行为。自杀有三个要素：自杀动机或想死的念头，可能导致本人死亡的行为，死亡的结局。根据三者的存在与否及其严重程度可以区分出以下不同的

情况：

（1）自杀完成（suicide or suicide completed）　有自杀动机，也有可能导致死亡的行为，并且造成了死亡的结局。

（2）自杀未遂（suicidal attempt）　有自杀动机，也有可能导致死亡的行为，但没有造成死亡的结局。

（3）自杀企图（suicidal intent）　有自杀念头，并开始了自杀准备，如蓄药、准备刀具或绳索等，但尚未付诸于行动。

（4）自杀观念（suicidal idea）　有自杀的动机或想死的念头，但没有可能导致死亡的行为，也没有开始自杀的准备。

（5）类自杀（parasuicide）/自杀姿势（suicidal gesture）　不是以结束生命为目的，而以引人注意，达到警告、威胁、使人妥协或求助为目的，有自我伤害，但往往有意采取不足以致死的手段，只做出一种自杀态势。

（6）伪自杀（pseudosuicide）　没有自杀动机或想死的念头，有可能导致死亡的行为，造成或未造成死亡的结局。

（二）对自杀的认识误区

两种不同的理论曾被用于解释自杀行为：弗洛伊德的心理动力理论以及迪尔凯姆的社会学理论。心理动力学观点认为自杀是一个人经历强大的心理刺激时所激发的内部冲突所导致的。这种刺激使个体对他人或社会的敌意进行抑制，致使个体将对别人或社会的攻击转向自身。而迪尔凯姆的社会学理论则认为社会压力与影响是自伤行为的主要决定因素。

在处理这一类对象时，工作者的头脑中常存在着一些错误的信念，如：

（1）自杀无法预知　在中国的农村，自杀者通常是妇女，通常她们所使用的自杀方式为喝农药，农药就用一些可乐饮料瓶子装着放在屋里的床底下，这些妇女在争吵时会当着亲戚的面喝下去，或威胁争吵对方要喝农药，威胁无效则转身回家喝药。可以说，她们自杀的信息说被她们传递得很清楚。还有一些人在自杀前已经可观察到有明显的事件发生、对象有明显的情绪改变，而没人愿意干预。

（2）询问自杀意念会增加自杀的危险性，真正想自杀的人是不会告诉任何人的　在国内，不仅亲人、朋友，还包括医生在内，对向患者传递和询问关于死亡、自杀的消息均感避讳，如笔者在湖北省肿瘤学会作“如何与患者沟通关于自杀和死亡的信息”报告作实例访谈时，不少肿瘤科医生说自己在聆听时感到“心慌、胸闷、不愿再继续听下去和看下去……”。事实上，多数处于无助状态下的人们希望获得人们的关注、帮助，特别是那些想用自杀的话语、行为作为交流的方式来表达情感的人。如前面当着人喝农药的妇女、那些在表皮反复划伤自己及威胁跳楼、让人打电话通知亲人或朋友的青年。

（3）那些自伤的人只是在寻求注意，并不存在自杀的危险　需要对自杀倾向的等级加以甄别，一个在与男友争吵后反复用刀片划伤自己表皮，流一点血，然后上街购物、到学校参加考试的女学生，其自杀的可能性就小于经常弄伤自己、酗酒、开飚车、在街头寻衅并尝试过不止一次自杀的人。

（4）失业和贫穷是自杀的主要原因，我们对此无能为力　这种简单的因果关系并不符合实际

情况。严重的情绪反应在任何人群均可发生。而一些简单的方式就可以防止自杀的发生，如前面所说的农药，有专家在讨论时就提出，是否可以将农药添加一些气味浓、口感差的添加剂，这样自杀者就不会太容易原则喝农药。应该说，只要救助及时，应该生命无虞。这些妇女死亡率高的原因多是因为基层卫生部门急救设备简陋，如缺乏洗胃机，患者往往死于在送往更高一级的医疗机构途中。另外，对于发生应激事件后的人们需要有专业人员对情绪进行评估，需要家属、朋友们具有这样的头脑。世界卫生组织精神卫生培训负责人萨托利斯教授（Satorius）曾讲过这样的一个故事：在巴基斯坦的贫困地区，孩子们在学校上早课前一定要念三句话：精神疾病可以医治、吸烟对身体有害、增加你的忍耐性。结果，当地吸烟人群明显减少，因为孩子见着老师吸烟均会对他们重复第二条，而当地医院癫痫和精神病就诊率大大提高，因为孩子回去会把这三句话念给父母听。同样，预防自杀的观念不仅有赖于与社会健康保障水平的提高，也有赖于人们观念上的改变。

最后，尤其需要指出的是，人们通常认为小孩是不会自杀的，但事实上并非如此。

（三）自杀的处理

1．评估

（1）评估的目的　①澄清现在的问题（所谓现在是指导致危机的自伤性事件后的前48小时内）；②询问有关自杀意图的特殊问题；③探索背景：过去的自杀企图，应对机制；④评估心理疾病的症状确定合适的风险度。

（2）评估的主要内容　探索自杀的危险性。与自杀危险性有关的一些因素有：①无助感（hopelessness）：无助感是自杀危险性最好的纯心理预测因子；②求死感；③明确的自杀计划；④阻止发现的措施；⑤使自杀可能性增加的因素，比如当事人独居并与他人失去联系，有酒精依赖等；⑥使自杀可能性减小的因素，比如有良好的家庭支持系统等。

（3）评估所采用的一般性会谈技巧　①建立和谐的关系；②提问的方式；③寻找言语线索；④寻找非言语线索；⑤表示接纳；⑥澄清模糊；⑦总结。

其中提问的方式有以下两种：

试探性提问：①您是否曾经觉得生活没有意义？②您是否曾觉得宁可逃离所有的这一切？③您曾经想做些伤害自己的事吗？

明确提问：①您想要结束生命吗？您曾经尝试过自杀吗；②您希望用死来逃离所有的这一切吗；③最近您对此是怎么想的；④准确地说您想做什么？您有计划吗；⑤是什么让您没有实施这个计划呢？

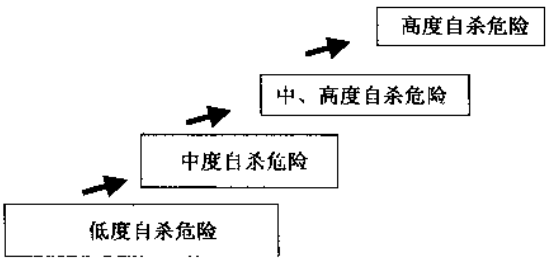


图10－1　自杀危险度分级

我们可以在上述基础上对自杀的危险性做出评估，通常将其分为高度危险性、中－高度危险性、中度危险性和低度危险性（如图 10－1）。

根据自杀危险度的不同，决定对患者的处理方式（见后自杀危机管理章节，Linda Gask，2004）。

2．自杀危机管理

（1）自杀危机管理的目的　①减少自杀的即刻危险；②驱散情感痛苦；③处理即刻问题；④保证安全；⑤提供即刻的支持；⑥确认并采用应对机制。

（2）危机管理的技巧　①在访谈时允许情感释放；②改善无望感；③强化希望和信心；④支持自尊；⑤拿走致死性的工具；⑥确定结构化、合适的支持；⑦联系家庭、朋友和其他专业人士；⑧增加处理问题的效果有效性，即解决问题。

其中尤其需要注意的是要给予当事人合适的支持。因此在操作中要注意：①和当事人所信赖的人进行沟通，并采纳他们的建议；②确定谁能提供这种合适的支持——专家、家人、朋友，还是社区支持网络；③考虑哪些方面由家人、朋友和社区支持网络来做会比专业人士更合适；④保证支持是有效的，而且要是可获得的（其中还要注意考虑周末、公假、晚上等特殊情况）；⑤照看者必须了解自杀的危险性，在情况恶化时能得到指导，并且能得到与危险性相适应的支持；⑥不能依靠青少年和未成年人来照顾成年的自杀者；⑦青少年和儿童的家长很可能因过度保护或偏见而拒绝配合，此时需要其他亲属了解情况。

3．自杀危机预防

在危机预防中经常容易出现的不正确信念有：①危机预防不是我的责任；②危机预防是浪费资源，而这些资源可以更好地运用到其他地方。

危机预防的目的就是制订未来的预防策略，包括：

（1）预警信号（识别痛苦的信号和症状）——ABC 或 BBC　①自发的（Autonomic）——焦虑、抑郁；②生物性的（Biological）——缺乏食欲；③行为上的（Behavioural）——孤立、激越、自我忽视；④认知（Cognition）——无望感、求死。

（2）支持网络　①他们是谁？专家、家人还是朋友；②他们在哪？他们可能住在什么地方；③他们什么时间有空？他们能提供支持的时间是什么；④如何和他们交流信息？注意交流细节。

（3）自我支持（问题解决，应对机制）　总之，危机预防是一项协助性的技术，在对自伤自杀的处理中，要确保即刻危机已经得以处理，注意困难解决了吗？他们可能在短期或者中期再次出现吗？并探索导致现在危机的准确情况、预警信号，确定支持网络，建立自我支持策略。

四、有关危机干预工作者的过劳问题

所谓过劳是一种由于情感上的要求长期得不到满足而导致的包括身体、心理等方面都处在耗竭状态的体验。它常表现为一系列的症状：躯体上的耗竭、情感上的无助无望、幻想破灭、自我否定、对工作对他人以及对生活本身的否定态度。所有这些都表明已超出个体的极限，导致人们适应环境的能力受到严重影响。

现在有关创伤的研究，关注到了更多的人群，并且注意到了他们之间的区别。其中关于创伤受害者的分级理论认为：初级受害者是指亲历了创伤事件的个体；次级受害者是指目击创伤事件

或创伤事件中的帮助者（警察、急救人员、消防队员等）；三级受害者是指遭受创伤事件非直接影响的个体。因此，作为从事创伤干预的工作者，首先要认识到疾病本身有其自身的发展规律，要能接受成功率低，病程迁延这一严峻事实，在从业中不可过于理想化；其次，必须注意自我保护：保护自己的感觉通道免受或少受创伤的侵扰，可以不看的不要去看，可以不听的不要去听等等；还有，避免不必要的伤害；建立必要的设置，有界限，保证必要的休息。同时，危机干预的工作人员也应看到自己也是创伤性事件的参与者，当事人所有的那些症状自己也可能有。还有，在工作中要注意到从业者是一个团体，从而寻求情感支持（见第六章）。

五、危机干预的发展现状

危机干预经历了近200年的历史，尤其是20世纪50年代以来，在3个方向得到了巨大发展。其一，危机干预从主要由志愿者从事的民间运动发展到一门专业化的分支学科；其二，在对不断增长的各种不同危机做出反应的同时，危机干预已进一步发展成积极预防性干预；其三，危机干预的对象已从个体延伸到地区和国家的水平。

在我国，危机干预还处于发展的起步阶段。危机干预的对象多是遭遇创伤性事件的个体。主要由精神卫生专业的工作者来从事这项工作，但精神卫生作为一个特殊专业，常常不被重视。近来，随着突发公共卫生事件的增加，危机干预有了新的发展。

所谓突发公共卫生事件，是指突然发生，造成或者可能造成社会公众健康严重损害的重大事件。中国在以往突发公共卫生事件的救援中，主要侧重于传统的生物医学救援模式，例如1976年的“唐山大地震”和1998年的长江、嫩江、松花江水灾等自然灾害，对受灾人群均未进行精神卫生干预。但在2003年的传染性非典型肺炎（severe acute respiratory syndrome，SARS）的处理中，情况有了变化。初期，在没有精神卫生干预的情况下，SARS患者出现了一系列的心理行为问题。普通人群也表现出普遍的恐慌情绪、抢购行为、听信和传播恐怖的传言。正是在这种情况下，在SARS患者的医疗救治中增加了心理、精神药物干预，同时，通过宣传册、媒体进行心理健康知识宣传等，情况得以明显改善。成功地说明了精神卫生干预是SARS救治的重要组成部分。

但也正是2003年的SARS救治工作，暴露出我国在危机干预中的一些亟待解决的问题。大致有3个方面的问题。

（1）管理模式　精神卫生是公共卫生事业的一个组成部分，它主要涉及的是与公众有关的心理健康问题，实施的是政府的职能，应归属疾病预防和控制的管理机构。但我国现在从事危机干预的人员均来自于从事院内服务的精神病医疗机构，归属医政管理。此外，由于医疗机构之间分属中央、地方不同的卫生管理机构，在应对突发公共卫生事件中难以快捷、高效地集中精神卫生资源，缺乏统一的管理系统。因此，在我国应加强对精神卫生工作的统一管理以适应这一要求。

（2）制定制度　需要将精神卫生救援工作纳入救灾防病和灾后重建工作中；需要积极开展重大灾难后受灾人群心理应激救援工作，评估受灾人群的精神卫生需求，确定灾后精神卫生干预的重点人群，提供现场咨询、门诊咨询、电话咨询等危机干预服务；尤其重要的是，需要制定灾后精神卫生救援预案，从人员、组织和措施上提供保证，降低灾害对受灾人群心理健康的不良影响。

（3）危机干预的人才队伍建设　在我国现阶段不仅表现为人才数量的不足，而且还表现出质量不高，尤其对公众和患者的精神卫生干预的知识所知甚少，从而给防治工作带来了不应有的损失。

值得一提的是，在我国，北京大学精神卫生研究所在此方面的工作起步较早，据他们的研究报告显示，他们直接涉及重大灾难事件的研究工作始于1988年，干预工作始于1994年12月，培训工作始于2000年6月。

北大精研所医生在1994年12月8日克拉玛依特大火灾3周后，作为卫生部医疗队正式介入创伤性事件后心理救援工作。在没有任何可以借鉴的人群干预经验情况下，参考精研所的后援人员紧急从国外找来的相关资料，不断摸索，完成了第一阶段遇难者及受伤者家属干预、伤员干预、救援人员培训及媒体宣传工作，共15天。第二阶段继续干预及深入调查研究准备工作共12天。事后精研所接收当地精神科医生一名专门进修心理治疗6个月。2000年12月25日洛阳东都商厦特大火灾后第四天与卫生部官员一起到达现场，进行了专科医生培训和对善后工作人员的集体干预工作，共5天。2002年5月7日大连空难后以志愿者身份在24小时内到达现场，进行了部分遇难者家属干预、灾难事件相关人员集体晤谈、精神卫生专业人员培训、开发领导及媒体宣传等工作，共5天。

培训工作在WHO的支持下，引进与开发培训教材一套，其中文本材料50万字，录像4集，以及相关的幻灯资料，于2000年6月开办了首次为期3天的全国灾害后应激与心理社会干预讲习班。2001年4月分别在昆明和北京再次举办同样讲习班。总计参加人员近190名。在灾难发生地举办的短时培训班于2001年1月3日在洛阳五院、2002年5月13日在大连七院分别举办两次。每次3小时，共培训人员120名。

三次大规模灾难后的心理干预他们的实践包括：

（1）组织保障　克拉玛依特大火灾后的心理救援工作被救灾领导小组纳入了整个救灾工作当中，精神科与外科、烧伤科医生一起参加每天举行的医疗工作碰头会。及时掌握伤者及家属的精神状况，提出应急措施。当地政府迅速安排了心理救援热线和门诊。每天通过救灾领导小组向医疗队提出需要心理救援的人员名单。共出诊20余家30余次，接待89名前来咨询的人员。给医疗系统参加救援和工会系统参加善后工作的人员集中培训两次。在当地电视台和报纸上宣传与应激有关的精神卫生知识各一次。和当地精神科医生一起基本满足了当时的心理卫生需求。由于是当地政府主动提出申请，精神科医生的介入十分顺利。

目前我国大多数灾难发生后的救援组织工作中，几乎难以见到精神科医生。这和我国目前的救灾备灾预案中还没有明确涉及心理救援有很大关系。值得庆幸的是，2002年4月17日由卫生部、民政部、公安部和中国残疾人联合会联合下发的“中国精神卫生工作规划（2002～2010年）”（以下简称“规划”）中已经将受灾人群列为重点人群，提出“加快制定《灾后精神卫生救援预案》，从人员、组织和措施上提供保证，降低灾后精神疾病发生率”。“建立国家重大灾害后精神卫生干预试点，开展受灾人群心理应激救援工作。到2005年，重大灾害后干预试点地区受灾人群获得心理救助服务的比例达20%；到2010年，重大灾害后受灾人群中50%获得心理救助服务。”

（2）加强相关专业人员的队伍建设　灾后应激干预与日常临床工作有所不同，更多涉及的是

公共卫生服务，以预防出现进一步的精神卫生问题为目的。我们面对的是遭受灾难和处理灾难的健康人群，需要提供的是主动服务，大量工作以集体形式进行。因此除了主动宣传和开发领导之外，加强相关知识的学习和掌握干预技巧对于提高干预质量有很大帮助。仅有服务意识是远远不够的。2002 年 5.7 大连空难干预的实践又一次证明了培训先行的重要性。

精神科医生全国目前仅有不到 15,000 名，相对于平均每年 2 亿以上受到各种应激事件影响的人群，我国能直接提供的服务十分有限。但每次灾后参加善后的工作人员和志愿者队伍都十分庞大。例如今年 5.7 大连空难后众多义工在照料遇难者家属中发挥了很大的作用。如何更好的发挥这些志愿者的作用，使善后工作更科学更人性化是我们专科医生大有可为的地方。应该说提高认识与加强培训是灾难后心理救援工作能够快速启动的基本保证。

在过去的救灾工作中，无论国内组织还是国际机构都主要着眼于满足对住处、食品、卫生和传染病防疫等的基本需要，心理社会需要几乎被彻底忽视。近年来的实践使我们深刻认识到，自然灾害和各种人为灾难带来的心理创伤和痛苦不容忽视，全面推动为受灾人群提供心理社会方面的服务，帮助他们恢复心理平衡，精神卫生专业人员责无旁贷，可以在诸多方面作出贡献：

(1) 政策咨询　在多数发展中国家，灾难的心理社会影响普遍未得到应有的重视，在政策方面几乎处于空白状态，汇集国内外有关信息，总结发达国家的经验教训，为政府有关部门提供咨询意见和决策的依据，促进符合国情切合实际的备灾救灾的精神卫生预案尽早出台是十分迫切而又极为艰巨的任务。

(2) 教育培训　按时间划分，可分为灾前培训，灾后紧急培训和重建阶段的培训，从对象来看，可以针对灾害多发地区的大众、各级各类行政管理人员、各类灾难救援人员。

灾难行为的研究发现，通过救灾培训和教育，人们备灾的程度是良好救灾效果的关键。已证实，培训人们对危险情势的应对，尤其是志愿者的能力，对灾难应激是重要的保护手段。在灾难发生后的紧急阶段，为应付既往缺乏精神卫生培训的局面，也可以展开现场紧急的简要培训 3 小时，首要目标是提高已有的社区能力，需教给社区主要成员灾难精神卫生的基本知识和粗略的危机干预技术。

(3) 实施灾后精神卫生紧急救援　包括对现场和临时居所里的幸存者进行心理分类和评估，确定高危人群；向幸存者提供各种形式的心理社会危机干预。

(4) 促进社区的心理康复　通过多种途径在恢复阶段为社区提供服务和帮助，加快心理康复和整个灾后重建。

(5) 进行有关研究并对灾难相关的精神卫生后果进行信息管理。

中国心理咨询心理治疗专业委员会已于 2005 年 12 月在北京的全国心理咨询与心理治疗及心理卫生联合大会上正式成立中国心理创伤治疗与心理援助专业学组，2006 年 12 月成立的中国综合医院精神卫生联盟也成立了综合医院初级医疗保健的通科医生培训小组，将主要涉及综合医院精神卫生问题的识别与防治（汪向东　马弘　吕秋云，2002）。

结合我国的现状，马辛和李占江认为可能的解决方法有：在现有的医学教育中引进精神卫生干预的教学。同时，成立各地的精神卫生干预网络，定期举办学习班或研讨班，以走出去与请进来相结合的方式提高从业者的业务水平，探讨适应我国国情的危机干预理论、方法和模式。

总之，随着经济的发展，社会发展的不平衡，以及生活方式和价值观念的转变，人们面临应激的可能性不断增加，而且，应激所波及的面也不断扩大。从这个意义上说，危机干预的意义可见一斑。但其发展在专业提高、制度和管理的完善上依然任重而道远。

（陈　静　施琪嘉）

附录一　分离性体验问卷（DES－Ⅱ）

（方新　译，盛晓春　校，钱铭怡　审）

该问卷包含有28个与您在日常生活中可能出现的体验有关的问题。我们想了解您出现这些体验的频率。重要的一点是，在出现这些体验时，您当时没有受到酒精或毒品的影响。

在回答这个问卷时，请思考一下每个问题与您的情况相符合的程度。然后，在符合您目前情况的数字上画圈（完全不符合为0，完全符合为100%）。

例如：

0%　10　20　30　40　50　60　70　80　90　100%

姓名_____日期_____

① 有些人有这样的体验，他们骑着自行车（或开车）走着，突然意识到，怎么自己一点儿也想不起来在整个或部分的行驶过程中发生了什么。请您在所给的百分比数字中选择符合您目前情况的数字上画圈：

0%　10　20　30　40　50　60　70　80　90　100%

② 有些人有时正在听某人说话时突然意识到，自己对刚才所谈内容的全部或者部分好像什么也没听见。请您在所给的百分比数字中选择符合您目前情况的数字上画圈：

0%　10　20　30　40　50　60　70　80　90　100%

③ 有些人有这样的体验，他们突然发现自己到了某个地方，却不知道怎么来的。请您在所给的百分比数字中选择符合您目前情况的数字上画圈：

0%　10　20　30　40　50　60　70　80　90　100%

④ 有些人有这样的体验，他们注意到自己身上所穿的衣服，却想不起来自己是怎么穿上这身衣服的。请您在所给的百分比数字中选择符合您目前情况的数字上画圈：

0%　10　20　30　40　50　60　70　80　90　100%

⑤ 有些人有这样的体验，他们在自己的东西中发现了新的物品，可是这个物品是怎么来的，却回忆不起来。请您在所给的百分比数字中选择符合您目前情况的数字上画圈：

0%　10　20　30　40　50　60　70　80　90　100%

⑥ 有些人有这样的体验，他们并不认识的人朝他们走来，他们却用另外的名字向这些人打招呼或者自称认识这些人。请您在所给的百分比数字中选择符合您目前情况的数字上画圈：

0%　10　20　30　40　50　60　70　80　90　100%

⑦ 有些人有时有这样的感觉，觉得自己像是站在自己旁边，或者看着自己正在干着什么。有时他们会由此产生一种正在看着一个陌生人的印象。请您在所给的百分比数字中选择符合您目

前情况的数字上画圈：

0%　10　20　30　40　50　60　70　80　90　100%

⑧ 有些人被说成是，他们认不出自己的朋友或家人了。请您在所给的百分比数字中选择符合您目前情况的数字上画圈：

0%　10　20　30　40　50　60　70　80　90　100%

⑨ 有些人不记得他们生活中的重要事件了。（例如：婚礼或者毕业典礼。）请您在所给的百分比数字中选择符合您目前情况的数字上画圈：

0%　10　20　30　40　50　60　70　80　90　100%

⑩有些人自己感觉自己肯定没有撒谎，但别人却责备他们在撒谎。请您在所给的百分比数字中选择符合您目前情况的数字上画圈：

0%　10　20　30　40　50　60　70　80　90　100%

⑪ 有些人在照镜子的时候认不出自己了。请您在所给的百分比数字中选择符合您目前情况的数字上画圈：

0%　10　20　30　40　50　60　70　80　90　100%

⑫ 有些人有这样的体验，他们觉得周围的其他人、物和世界不真实。请您在所给的百分比数字中选择符合您目前情况的数字上画圈：

0%　10　20　30　40　50　60　70　80　90　100%

⑬ 有些人有这样的感觉，就好像他们的身体不属于他们自己了。请您在所给的百分比数字中选择符合您目前情况的数字上画圈：

0%　10　20　30　40　50　60　70　80　90　100%

⑭ 有些人在回忆一件早先经历过的事情时有时会产生很强烈的体验，就好像再次经历了这一生活事件似的。请您在所给的百分比数字中选择符合您目前情况的数字上画圈：

0%　10　20　30　40　50　60　70　80　90　100%

⑮ 有些人有时分不清，有些事情是自己真的经历过，还是自己做的梦。请您在所给的百分比数字中选择符合您目前情况的数字上画圈：

0%　10　20　30　40　50　60　70　80　90　100%

⑯ 有些人有时感觉一个自己熟悉的地方变得陌生和不熟悉。请您在所给的百分比数字中选择符合您目前情况的数字上画圈：

0%　10　20　30　40　50　60　70　80　90　100%

⑰ 有些人有这样的体验，当他们看电影太投入时，就感觉不到周围其他事物的存在了。请您在所给的百分比数字中选择符合您目前情况的数字上画圈：

0%　10　20　30　40　50　60　70　80　90　100%

⑱ 有些人在幻想和做白日梦的时候感觉特别强烈，以至于觉得那些就像是真的一样。请您在所给的百分比数字中选择符合您目前情况的数字上画圈：

0%　10　20　30　40　50　60　70　80　90　100%

⑲ 有些人有这样的体验，他们有时候能够感觉不到疼痛。请您在所给的百分比数字中选择符合您目前情况的数字上画圈：

0%　10　20　30　40　50　60　70　80　90　100%

⑳ 有些人有时就呆呆地坐在那儿，既没想任何事情，也感觉不到时间的流逝。请您在所给的百分比数字中选择符合您目前情况的数字上画圈：

0%　10　20　30　40　50　60　70　80　90　100%

㉑ 有些人在独处时出声地跟自己说话。请您在所给的百分比数字中选择符合您目前情况的数字上画圈：

0%　10　20　30　40　50　60　70　80　90　100%

㉒ 有些人发现，他们在不同场合的举止差别很大，以至于感觉自己就像两个人。请您在所给的百分比数字中选择符合您目前情况的数字上画圈：

0%　10　20　30　40　50　60　70　80　90　100%

㉓ 有些人有这样的体验，一些平时感到困难的事情却在特定的情景下能够轻松、自如地完成（如：运动、工作、应对公众场合）。请您在所给的百分比数字中选择符合您目前情况的数字上画圈：

0%　10　20　30　40　50　60　70　80　90　100%

㉔ 有些人有时记不清，某件事情是他们已经做了、还是他们只是想过要去做（如：把一封信投入信箱或者只是想着要投）。请您在所给的百分比数字中选择符合您目前情况的数字上画圈：

0%　10　20　30　40　50　60　70　80　90　100%

㉕ 有些人会从自己身边的一些现象上发现，自己一定是做了些什么，但对此自己却一点儿印象也没有。请您在所给的百分比数字中选择符合您目前情况的数字上画圈：

0%　10　20　30　40　50　60　70　80　90　100%

㉖ 有些人有时候在自己的物品中发现小纸片、图画或者笔记，这些肯定出自自己的手笔，但却怎么也想不起来自己是怎么完成的。请您在所给的百分比数字中选择符合您目前情况的数字上画圈：

0%　10　20　30　40　50　60　70　80　90　100%

㉗ 有些人有时听到自己头脑中有一个声音，这个声音会指示他们应该做什么，或者对自己刚做过的事情加以评论。请您在所给的百分比数字中选择符合您目前情况的数字上画圈：

0%　10　20　30　40　50　60　70　80　90　100%

㉘ 有些人有时感觉自己好像是在透过一层雾在感知着这个世界，所以其他人或物好像离自己很远或者不太清晰。请您在所给的百分比数字中选择符合您目前情况的数字上画圈：

0%　10　20　30　40　50　60　70　80　90　100%

附录二　同感创伤自我测验量表

（王海峰　译，施琪嘉　校）

帮助别人使得您直接与别人的生活接触。由于自己既往经历，您对您所帮助的人的同情可能既有正的方面也有负的方面。这里介绍的同感创伤自我测验量表 Adopted by B.Stamm and included in a chapter in C.R.Figley（Ed.）（in press）.（Treating Compassion Fatigue.Philadelphia.Brunner/Mazel）能帮助您评价您的同情状态：您发生耗竭与同感疲劳的危险程度和给予他人帮助的满意度。

请仔细逐条考虑下面有关您和您目前状态的特点。真实地写下反映您在过去几周经历的相应数字，在自我测验的最后附有评分指南。

0＝从来没有　1＝很少　2＝少数几次　3＝有点经常　4＝经常　5＝十分经常

关于您的条目

① 我很高兴。

② 我发现我的生活令人满意。

③ 我拥有支撑我的信念。

④ 我感到被其他人疏远。

⑤ 我发现从自己关心的人那儿学得新鲜事物。

⑥ 我强迫自己避免某些能使我回忆起可怕经历的想法或情感。

⑦ 我发现自己避免某些能使我回忆起可怕经历的活动或场景。

⑧ 我对有关令人恐惧的事件记忆里存在漏洞。

⑨ 我感到与其他人有联系。

⑩ 我感到平静。

⑪ 我相信在工作和自由支配时间之间有较好的平衡。

⑫ 我有睡眠障碍。

⑬ 微乎其微的刺激也会使我暴怒或易激。

⑭ 我是自己总是想成为的那个人。

⑮ 我很容易受到震惊。

⑯ 当对受害者治疗时，我想到对罪犯使用暴力。

⑰ 我是一个敏感的人。

⑱ 我有与受助者相关联的闪回。

⑲ 当我需要处理非常应激经历时我拥有很好的同事支持。

⑳ 在我的成人生活中曾有与创伤事件有关的第一手的经历。

㉑ 在我的儿童时期曾有与创伤事件有关的第一手的经历。
㉒ 我认为我需要处理一件生活中有创伤性的经历。
㉓ 我认为我需要更多亲密朋友。
㉔ 我认为没有可以倾诉非常应激经历的对象。
㉕ 我得出结论为了自己的利益我工作得那么努力。
㉖ 与我要帮助的人一起工作带给我许多满足。
㉗ 我感到与受助者工作之后很受鼓舞。
㉘ 我害怕受助者对我所说所做的事情。
㉙ 我做了与受助者相似的令人困扰的梦。
㉚ 关于我所帮助的人和我能够如何帮助他们我有许多快乐的想法。
㉛ 我曾经历了与非常困难的受助者相处的侵人性想法。
㉜ 我曾突然并不由自主地回忆到与受助者一起工作时的令人害怕的经历。
㉝ 我被不止一个的受助者事先占据。
㉞ 我由于受助者的创伤经历而失眠。
㉟ 有关如何帮助受助者我有令人欢心的情感。
㊱ 我认为自己或许被受助者的创伤应激感染。
㊲ 我认为或许由于受助者的创伤应激而使自己更能抵御创伤。
㊳ 我想起来自己对于受助者的健康不太关心。
㊴ 我感到自己作为一个帮助者的工作陷人困境。
㊵ 我体验到与受助者一起工作相关的无助感。
㊶ 我感到对各种各样的事有急切的感觉并将此归因于与受助者的工作。
㊷ 我渴望我能够避免与受助者一起工作。
㊸ 与一些受助者一起工作特别令人愉快。
㊹ 与受助者一起工作我处于危险之中。
㊺ 就自己而言，我感到一些受助者不喜欢我。

有关自己是一名帮助者和您的帮助性的环境的条目：

㊺ 我喜欢自己作为一名帮助者的工作。
㊼ 我想我拥有作为帮助者工作所需的工具和资源。
㊽ 作为一名帮助者工作的结果，我感到虚弱、疲劳、状况下降。
㊾ 作为一名帮助者工作的结果，我感到沮丧。
㊿ 我有这样的想法即作为一名帮助者，我是成功的。
(51) 在将患者的求助与个人生活分开方面我是不成功的。
(52) 我对同事很满意。
(53) 当我需要帮助时我依靠同事给予。
(54) 当同事需要帮助时他们也能够依靠我并向我求助。
(55) 我信任我的同事。
(56) 对于大部分的同事我很少感到同情。

㊼ 对于我如何能够跟上用于提供帮助的技术我很高兴。

㊽ 我感到自己工作目的是为了金钱和荣誉超过了个人抱负实现。

㊾ 尽管我不得不做自己不喜欢的文书工作，但我仍有时间与受助者一起工作。

㊿ 我发现将自己个人生活与求助者的生活分开很困难。

(51) 对于我如何能够跟上用于提供帮助的技术和程序我感到很高兴。

(52) 我有一种与我作为一名帮助者的角色相关的无价值感、理想幻灭的感受或愤恨感。

(53) 我有自己是失败的帮助者的想法。

(54) 我有自己在追求生活目标方面不成功的想法。

(55) 在作为帮助者的工作中我不得不处理官僚方面的不重要的事务。

(56) 我打算做一名帮助者工作更长的时间。

自我测验得分评定：

要注意所做的研究是以本表进行的，下面的得分应作为指导而不是千篇一律的信息。

① 确定您回答了所有的问题。

② 为条目做标记以记分：

在下列 26 个题目上做 × 标记：1～3，5，9～11，14，19，26～27，30，35，37，43，46～47，50，52～55，57，59，61，66

在下列 17 个题目上做√标记：17，23～25，41，42，45，48，49，51，56，58，60，62～65

在下列 23 个题目上做○标记：4，6～8，12，13，15，16，18，20～22，28，29，31～34，36，38～40，44

③ 将所标记的每一套题目相应的数字相加，并注释：

您的同情性满意的潜在性（×）：

≥118 = 非常高的潜在性

100～117 = 高的潜在性

82～99 = 好的潜在性

64～81 = 适度的潜在性

≤63 = 低的潜在性

您的耗竭危险性（√）

≤36 = 非常低的危险性

37～50 = 中等的危险性

51～75 = 高危险性

76～85 = 极高危险性

您的同感疲劳危险性（○）

≤26 = 非常低的危险性

27～30 = 低风险性

31～35 = 中等危险性

36～40 = 高危险性

≥41 = 极高危险性

通过圈划合适的得分分类为您所评价的风险水平：

危险水平	耗竭水平	同感疲劳水平	满意水平
高/极高	≥51	≥36	≥82
中等	37～50	31～35	64～81
极低/低	≤36	≤30	≤63

附录三　生活事件冲击量表修订版（ISE－R）

（方新　译，盛晓春　校）

下面所引用的说法，是人们在遭受有压力的生活事件之后表述的。请您阅读每个陈述，然后标出，在最近的7天之内您符合每个表述的频率如何。当您与之不符合时，就请标记“一点没有”。

1. 任何形式的相关回忆，都会再次激发情绪反应。

□	□	□	□
一点没有	很少	有时	经常

2. 我很难入睡或一觉睡到天亮，因为与之有关的画面和想法总出现在头脑中。

□	□	□	□
一点没有	很少	有时	经常

3. 别的东西也会让我想起它。

□	□	□	□
一点没有	很少	有时	经常

4. 我感觉我易受刺激、易怒。

□	□	□	□
一点没有	很少	有时	经常

5. 当想起它或回忆它的时候，我需要压制我的激动。

□	□	□	□
一点没有	很少	有时	经常

6. 即便我不愿意想它时，也会想起它。

□	□	□	□
一点没有	很少	有时	经常

7. 我感觉，它好像不是真的，或者从未发生过。

□	□	□	□
一点没有	很少	有时	经常

8. 我设法远离一切能引起那些回忆的东西。

□	□	□	□
一点没有	很少	有时	经常

9. 有关的画面会侵入我的脑海。

□	□	□	□
一点没有	很少	有时	经常

10. 我感觉紧张，易被惊吓。

□	□	□	□
一点没有	很少	有时	经常

11. 我努力不去想它。

□	□	□	□
一点没有	很少	有时	经常

12. 虽然我知道，我的感觉仍受它的影响，但我并不理会。

□	□	□	□
一点没有	很少	有时	经常

13．我对它的感觉似乎很麻木。

□	□	□	□
一点没有	很少	有时	经常

14．我发现，我无论做事还是感觉，就好像又回到了那个事件中。

□	□	□	□
一点没有	很少	有时	经常

15．我难以入睡。

□	□	□	□
一点没有	很少	有时	经常

16．我因它而有强烈的情感爆发。

□	□	□	□
一点没有	很少	有时	经常

17．我试着把它从我的记忆中消除。

□	□	□	□
一点没有	很少	有时	经常

18．我感觉自己难以集中注意力。

□	□	□	□
一点没有	很少	有时	经常

19．那段记忆引起我躯体上的反应，如，出汗、呼吸困难、眩晕和心跳。

□	□	□	□
一点没有	很少	有时	经常

20. 我曾经梦到过它。

□	□	□	□
一点没有	很少	有时	经常

21. 我发现我自己非常小心谨慎、专注或者反应灵敏。

□	□	□	□
一点没有	很少	有时	经常

22. 我努力不谈到它。

□	□	□	□
一点没有	很少	有时	经常

参 考 文 献

1 Abererombie. J Disease of the brain and spinal cord. 4. Aufl. London: Longmans, 1828

2 Abraham K. Das Erleiden sexueller Traumen als Form infantiler Sexualbetaetigung. Ges. Schriften Frankfurt/M: Fisher, 1907: 165 ~ 179

3 American Psychiatric Association. Diagnostic and statistic manual of mental disorders. 4th edition. Washington DC: American Psychiatric Association, 1994

4 Bancroft J, Vukadinovic Z. Sexual addiction, sexual compulsivity, sexual impulsivity, or what? Toward a theoretical model. J Sex Res, 2004, 41 (3): 225 ~ 234

5 P. Bercherie. Les fondements de la clinique. Histoire et structure du savoir psychiatrique. Paris: Seuil – Navarin, 1980

6 Braun BG. Multiple personality disorder: an overview. Am J Occup Ther, 1990, 44 (11): 971 ~ 976

7 Bryant RA, Harvey AG: Gender differences in the relationship between acute stress disorder and posttraumatic stress disorder following motor vehicle accidents; Australian and New Zealand. Journal of Psychiatry, 2003, 37: 226 ~ 229

8 Cima M, Merckelbach H, Hollnack S, etc. The connection between trauma and dissociation: a critical evaluation. Fortschr Neurol Psychiatr, 2003, 71 (11): 600 ~ 608

9 Creamer M, O'Donnell M, Pattison P. The relationship between acute stress disorder and posttraumatic stress disorder in severely injured trauma survivors. Behaviour Reseach and Therapy, 2004, 42 (3): 315 ~ 328

10 Dancu CV, Riggs D, Hearst – Ikeda D, et al Dissociative experiences and posttraumatic stress disorder among female victima of criminal assault and rape. J Trauma stress, 1996, 9: 253 ~ 267

11 Dulz B, Lanzoni N. Die multiple Personlichkeit als dissoziative Reaktion bei Borderlinestorungen. Pschotherapeut, 1996, 41: 17 ~ 24

12 Eissler KR. Die Ermordung von wievielen seiner Kinder muss ein Mensch symponfrei ertragen koennen, un eine normale Konstitution zu haben?. Psyche, 1963, 17: 241 ~ 291

13 Hall JM. Dissociative experiences of women child abuse survivors: a selective constructivist review. Trauma Violence Abuse, 2003, 4 (4): 283 ~ 308

14 Harvey AG, Bryant RA. The relationship between acute stress disorder and posttraumatic stress disorder: a 2 – year prospective evaluation. J Consult Clin Psychol, 1999, 67: 985 ~ 988

15 Harvey AG, Bryant RA. Memory for acute stress disorder symptoms: a two – year prospective study. J Nery Ment Dis, 2000, 188 (9): 602 ~ 607

16 J. L. Herman. Trauma and recovery. Glasgow: Harper and Collins, 1992

17 Hermannn K. Die psychischen Sympotome des KZ – syndroms. In: Gesundheitsschaeden durch Verfol-

gung und Gefangenschaft. Michel M (Hrsg). Frankfurt/M: Roederberg, 1955, 41 ~ 47

18 Hirsch M. Realer Inzest Psychodynamik des sexuellen Missbrauchs in der Familie. Berlin, Heidelberg, New York: Springer, 1987

19 Hoyersten JG. The berserks: what was wrong with them? Tidsskr Nor Laegeforen, 2004, 124 (24): 3247 ~ 3250

20 Gurstelle EB, de Oliveira JL. Daytime parahypnagogia: a state of consciousness that occurs when we almost fall asleep. Med Hypotheses, 2004, 62 (2): 166 ~ 168

21 Kluft RP. An update on multiple personality disorder. Hosp Community Psychiatry. 1987 Apr; 38 (4): 363 ~ 373

22 Mayou R, Bryant B, Ehlers A. Prediction of Psychological Outcomes One Year After a Motor Vehicle Accident. AM J Psychiatry, 2001, 158: 1231 ~ 1238

22 McNally RJ. Is traumatic amnesia nothing but psychiatric folklore?. Cogn Behav Ther, 2004, 33 (2): 97 ~ 101

23 Meares R, etc. The Contribution of Hughlings Jackson to an Understanding of Dissociation. AM J Psychiatry, 1999, 156: 1850 ~ 1855

24 Moskowitz A. Dissociation and violence: a review of the literature. Trauma Violence Abuse, 2004, 5 (1): 21 ~ 46

25 Myile J, Maes M. Partial posttraumatic stress disorder revisited. J Affect Disord, 2004, 78 (1): 37 ~ 48

26 Nijenhuis e. r. s., Van Dyck R., Spinhoven P., etc. Somatoform Dissociatin Diserkminates among Diagnostic Categories over and above General Psychopathology. Australion and New Zealand Journal of Psychiatry, 1999, 33: 511 ~ 520

27 Petr BOB. Dissociation and Neuroscience: History and Prespectives. Intern J. Neuroscience, 2003, 113: 903 ~ 906

28 Savitz J, Solms M, Pietersen E, etc. Dissociative Identity Disorder Associated with Mania and Change in Handedness. Cogu Behav Neurol, 2004, 17 (4): 233 ~ 237

29 Shalev AY., Freedman S., Peri T., etc. Prospective Study of Posttraumatic Stress Disorder and Depression Following Trauma. AM J Psychiatry, 1998, 155: 630 ~ 637

30 Scheeringa MS, Zeanah CH, Drell MJ, et al Two approaches to the diagnosis of posttraumatic stress disorder in infancy and early childhood. J AM Acad Child Adolesc Psychiatry, 1995, 34: 191 ~ 200

31 Stallard P, Velleman R, Baldwin S. Prospective study of post – traumatic stress disorder in children involved in road traffic accidents. BMJ, 1998, 317 (7173): 1619 ~ 1623

32 P. Verhaeghe. Klinische psychodiagnostiek vanuit Lacans discourstheorie. Gent: Idesça, 1994

33 Winje D, Ulvik A. Long – term outcome of trauma in children. The psychological consequences of a bus accident. J Child Psyxhol Psychiat, 1998, 39: 635 ~ 642

34 Woller W, Kruse J. Personality disorders and psychopathology following trauma. Reflection on diagnostic classification, 2003, 74 (11): 972 ~ 976

35 Burl E. Gilliland & Richard K. James 著，肖水源等译. 危机干预策略. 北京：中国轻工业出版

社，2000
36 贾福军．儿童创伤后应激障碍研究现状．中原精神医学学刊，2000，6（2）：122
37 林长跃．分离性障碍及其检测方法．上海精神医学，1996，8（2）：106～108
38 马辛，李占江．精神卫生干预在突发公共卫生事件中的启动作用．中国临床康复，2004，8（24）：5122～5123
39 世界卫生组织．ICD－10精神与行为障碍分类．北京：人民卫生出版社，1994
40 王丽颖，杨蕴萍．创伤后应激障碍的研究进展（一）．国外医学精神病学分册，2004，31（1）：33～34
41 许又新．精神病理学－精神症状的分析．长沙：湖南科学技术出版社，1998
42 张本，马文友．创伤后应激障碍的研究进展和现代认识．河北精神卫生，1997，10（4）：257
43 张春兴．现代心理学．上海：上海人民出版社，1994
44 张宏根，肖水源，郝伟．精神医学基础训练．长沙：湖南科学技术出版社，2000
45 赵旭东，万文朋．文化进程中民间疗病健身术德文化学讨论．科普论坛学会月刊，2000，1：41～43
46 朱光潜．变态心理学派别．合肥：安徽教育出版社，1997
47 朱智贤．心理学大词典．北京：北京师范大学出版社，1989