



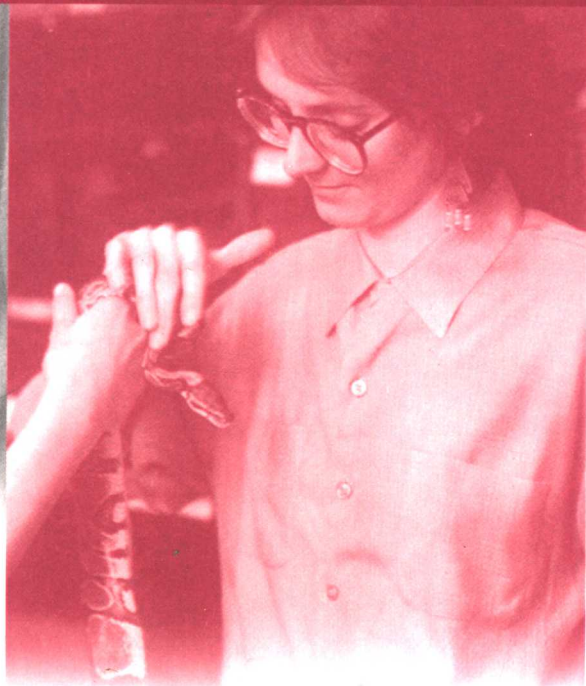
8

调适治疗卷

- 处理应激的策略
- 情绪调节
- 冲动的控制
- 积极的错觉
- 自我康复人格
- 体力活动与心理健康
- 幽默和心理健康
- 人一生中的心理控制
- 认知疗法
- 行为疗法



ENCYCLOPEDIA OF MENTAL HEALTH



中文版

心 理 健 康 百 科 全 书



中 文 版

调适治疗卷

李 维 张诗忠 主编



上海教育出版社

图书在版编目 (CIP) 数据

心理健康百科全书. 第8卷, 调适治疗卷 / 李维主编.
上海: 上海教育出版社, 2004. 12
ISBN 7-5320-9098-1

I. 心... II. 李... III. ①心理卫生—百科全书
②精神疗法 IV. R395.6-61

中国版本图书馆CIP数据核字 (2004) 第137868号

心理健康百科全书

调适治疗卷

李 维 张诗忠 主编

上海世纪出版集团 出版发行
上海教育出版社

易文网: www.ewen.cc

(上海永福路 123 号 邮政编码: 200031)

各地新华书店经销

商务印书馆上海印刷股份有限公司印刷

开本 787×1000 1/16 印张 23.75 插页 5 字数 429,000

2005 年 1 月第 1 版 2005 年 1 月第 1 次印刷

印数 1-5,000 本

ISBN 7-5320-9098-1/Z·0031 定价: 38.00 元

前 言

科学和代表人类理性的一些发展趋势已经集聚起来,正在深刻地改变着我们对心理健康的认识。我们关于心理健康和心理障碍的理解在不断开拓,从而能够从遗传、生物、个体发展、人际关系、社会和文化的角度,总结有关人类生存的新知识。这套《心理健康百科全书》开创性地将上述正在形成中的趋势展现在世人的面前,它所描绘的心理健康图景确实有点让人感到激动和惊讶。

这种发展趋势具体表现在哪些地方呢?首先,我们的认识已经远远超出了原来人为的天性与教养的二元观。我们对心理状态和行为的生物学基础了解得较多,而且还较透彻地知道,上述这种生物学的认识态势是怎样在家庭、社会和文化环境中逐渐显露的。其次,我们的活动已经超出原来那种“精神”与“物质”(即“心理”与“躯体”)的二分法。我们的健康、反应敏捷,我们的认知、心境,以及精神快乐,彼此之间存在着密切的互动关系,这在以前是很难想象的。第三,专家们越来越意识到,预防和治疗这两者必须互为补充。治疗精神“疾病”的一个简单模式是,如果没有相关的预防与之相配合,那么治疗往往不会取得成效,同样如果忽视有效的治疗,那么预防也不能为人所察觉。第四,现在我们十分强调要推进一级精神卫生或心理健康的工作,也就是要重视与心理健康相关联的结构、环境、家庭以及与心理健康相关联的文化氛围。在健康的环境中,心理障碍的发生率和由此造成的消极后果会减少。第五,目前有一些目光远大的学者指出,人的年龄、性别、文化习俗、出生家庭和社会等方面的许多变量也对心理健康具有重要的意义。那就是说,为了深刻理解和促进个体的心理健康,我们必须知道一个人的生物结构和个体性格,还必须知道其年龄、家庭、工作和他或她在社会中所处的位置。

关于本书的内容

鉴于上述变化,《心理健康百科全书》进行了全方位多层面的剖析:从个体的分子和生物的水平,到人际关系和家庭,直至文化水平。因此,我们关注的视线

覆盖心理健康的主要领域,而不仅仅停留在传统的一些研究课题上。显而易见,我们在书中列入的课题既包括抑郁、精神分裂症、心境障碍、智力迟钝、痴呆、分裂症、强迫症、癫痫、阿尔茨海默氏症、恐惧症、生物反馈,以及有关治疗的课题,例如认知疗法、行为疗法、精神分析疗法和建构主义者的心理疗法等,同时还考察与之紧密相关的行为医学、健康心理学和有关身体健康的其他课题。让人感兴趣的是,我们增加了精神病诊断的效度问题(如《精神病统计与诊断手册》第四版),具体包括心理治疗的标准、正常状态模式和精神病的流行病学。

人们已日益认识到,应激是个体、周围环境、社会支持结构和文化之间的一种复杂互动。因而书中的不少主题谈到与应激有关的心理健康问题,比如:应对、创伤后应激、心血管反应、上下班、不育、强奸、癌症、心力疲惫、支持团体、垂死、悲痛、丧亲、宗教影响、社会支持和社会网络。与应激相关联,神经病学位于身体健康和心理健康的交汇处,因而下面的一些题目正好匹配这些方面,它们包括孤独、头痛、疼痛、注意缺陷、失语症和失读症、大脑可塑性、生物节律与生物钟、身体意象,以及心理健康的进化基础等。

除了在遗传和分子水平上有着突破性进展外,或许当前最感兴趣的是在家庭和个体发展的背景下考察心理健康和心理障碍。我们异乎寻常和全面地汇集了各类相关的问题,具体包括专家论述的心理社会发展、童年期的应激、儿童性虐待、认知的发展、儿童康乐、为人父母、婚姻健康、离婚、夫妻疗法、父亲、儿童照料、日托、扩展的大家庭、家庭疗法、合作和竞争、依恋、收看电视,以及人一生中如何促进心理健康的内容。这些主题对父母、教师、律师、儿科医生、社会工作者,以及涉及儿童和家庭心理健康的各界人士,毋庸置疑是很有参考价值的。当然,它们对于跨入中年和老年的人们来说,也很值得关注。

我们倾注了较大的注意力讨论人的正常动机和异常动机,讨论了习惯和情绪(愤怒),讨论了内部驱动力、情绪调节、耐性、赌博、吸烟、酗酒、物品滥用、冲动控制、犯罪行为、依赖、冲突的解决、主观幸福,以及自尊等问题。

在现代工业化国家,人们需要记忆大量的信息和竭尽全力地工作,这就势必牵涉身体意象、锻炼、饮食,所以我们就须拓展开去讨论体力活动、锻炼、厌食症和贪食症、食物和营养、肥胖症、摄食的生理调节等。关于激素变化与社会文化方面之间影响的关系,本书也作了深入浅出的描述,它具体反映在心理健康的性别差异、妊娠、经前期综合征和绝经期等主题中。

随着人们对心理健康之理论、结构、文化和社会基础及其影响的认识越来越透彻,专家们相应撰写出具有借鉴意义的文章,比如精神病院和病人出院运动、精神病患者住院的法律问题、无家可归、社会经济地位、失业、城市生活与心理健

康、健康的环境、人际影响(社会原因)、种族主义与心理健康、种族地位与心理健康、同性恋、保健管理、心理健康服务研究、伦理与心理健康研究。需要指出的是,诸如此类的因素对于人们深刻理解心理健康具有特殊的作用,可常常被人们所忽略。

最后,我们不能无视下面一些格外吸引人的现象,这些现象一般不认为是精神病态,似乎更多地被理解为心理健康问题,比如内疚、欺骗、创造力、游戏、孤独、自我实现预言、心理调节、积极的错觉、拖延、乐观主义、非语言交流、人机互动、个人魅力、幽默和智慧。正如所介绍的那样,我们还可读一下催眠与心理健康。要真正认识什么是心理健康,就必须熟悉和了解这些引人注目的现代观点。

总之,《心理健康百科全书》特别与众不同的一个地方是,它已超出了一般病态的范畴,而是特别致力于强调构成心理健康的方方面面。我们格外重视“心理健康”的“健康”部分。只要有可能,字里行间就会明确表达要促进心理健康的意图。当然,我们也知道,用现代的观点综合地概述心理健康也不是处处可以奏效的。

关于本书的作者

在编委会出色的协助下,本书的撰写得到了为数众多著名学者和杰出心理健康实践者的大力支持。本书的作者有不少是这个领域的开拓者和奠基者,可谓享有盛名。而且,许多撰稿者代表了心理健康学者中才华横溢的新生一代。尤其要指出的是,我勉励这些作者撰写的正是他们较为熟悉和较为重要的内容。因而,我们在书中提及的研究工作,立足于现在和面向未来,而不是纯粹拘泥于概念和题目的词语。

关于读者

《心理健康百科全书》旨在面向广大的社会各界读者,具体包括:大学生,研读健康专业的学生,从事普及工作的作家和记者,全体专业人士如律师、社会工作者和全体研究人员,以简要形式围绕自己感兴趣的有关专题进行攻读的教育工作者。本书的重点是强调简明、易读和可接受性。

我要感谢学术出版社不可多得的编辑尼基·利维(Nikki Levy)先生和提供热情帮助的巴尔巴·梅金特(Barb Makinster)女士,他们的出色工作使本书的出版成为现实。自然,我还得感谢许许多多才华出众的科学家和临床医生,他们献出

自己宝贵的时间竭尽全力为本书撰稿。

我感到非常自豪和高兴，在大家的辛勤劳动下，堪称标志性工程的《心理健康百科全书》终于面世。我自信，《心理健康百科全书》的出版，在心理健康和行为科学领域，将为我们所有的人——学者、从业人员、学生和非专业的普通大众——提供有价值的心理健康的信息资源。

霍华德·弗里德曼
(Howard S. Friedman)

丽莎·杰科克斯

埃德娜·福阿

(Lisa H. Jaycox

and Edna B. Foa)

阿勒格尼健康科学大学

(Allegheny University

of the Health Sciences)

创伤后应激

Posttraumatic Stress

- 一、对创伤事件的反应
- 二、创伤后应激障碍的测量
- 三、创伤后应激障碍的流行率
- 四、易感因素和恢复因素
- 五、创伤带来的问题
- 六、关于创伤后应激障碍的发展及其维持的理论
- 七、心理和药理方面的干预

唤起 创伤后应激障碍的征候群，包括注意力不集中、愤怒、过度的惊跳反应、睡眠易惊醒和过分警惕。

回避 创伤后应激障碍的征候群，包括行为回避和心理回避，诸如回避思想、情感，回忆创伤事件，情感麻木，对活动失去兴趣，与别人断绝联系，心因性失忆，以及对前途丧失信心等。

《精神疾病诊断与统计手册》(DSM) 一种由心理健康专业人员使用的参考手册，内容涉及精神疾病的描述和诊断标准。

再经历(再体验) 创伤后应激障碍的征候群，包括以恶梦、再现、直觉、痛苦思维等形式重新体验受创的情境，情绪上变得极端烦恼，或者面对致伤的暗示产生生理性唤起。

创伤 亲眼看到或亲身经历某事件，事件涉及死亡、受伤或躯体缺损，个体对这些事件感到恐怖、反感或无助。

创伤后应激是遭遇创伤经历后产生的一组心理上和生理上的症状。在有些情况下，这些症状可能会比当初受伤时的结果更为严重，致使引发创伤后应激障碍。创伤后应激障碍是一种焦虑障碍，包括唤起、回避和重新经历等征候群，持续时间超过一个月，引起社会活动或职业活动明显受损。本文讨论伴随创伤而出现的应激症状，介绍创伤后应激障碍及其流行率。关于这些症状发展和维持的理论，结合创伤后应激障碍的治疗和疗效一起讨论。

一、对创伤事件的反应

心理学家和医生长期以来就对极端压力下个体的易感因素和恢复因素感兴趣。早先关于创伤后反应的描述主要集中在因果关系上。1980年，创伤后应激障碍一词被列为精神病诊断的正式术语，受此鼓舞，人们对这一现象的许多方面进行了实验研究。

在美国精神病协会1994年刊布的《精神疾病诊断与统计手册》第四版中，创伤被定义为亲身经历或亲眼看到某事件，它涉及死亡或严重伤害的威胁，并且令人感到恐怖、反感或无助。照此陈述，诸如预期某个所爱之人的死亡、失业或离

婚等事件，都不符合这里所说的创伤。世界卫生组织于1992年出版的《国际疾病分类》(International Classification of Diseases, 简称ICD-10)将创伤事件描述为特别具有威胁性或灾难性的事件，例如格斗、性强暴、儿童性虐待、违法杀人、拷打、不幸事故和自然灾害等，这些创伤事件可能使任何人引起弥漫性的悲痛。[参见《精神疾病诊断与统计手册》第四版(DSM-IV)]

(一) 急性反应

若干躯体的和精神的症状是创伤后个体直接表现出来的值得注意的共性反应。许多受创伤者报告说，受到伤害后，会感到晕头转向和焦虑不安，带有难以入睡和注意力不能集中等症状。受创伤者往往不愿谈论备受伤害的经过，或者经过沉思后默认为曾有一事。尽管如此，遭受伤害的记忆仍会经常闯入他们的思想中。为了识别受伤后很快表现出来的那些严重压抑和心理功能失常，1994年出版的《精神疾病诊断与统计手册》第四版采择了一种新的诊断分类称作急性应激障碍(Acute Stress Disorder, 简称ASD)的方法。急性应激障碍的特征是思维分裂，其症状诊断标准是在如下各项表现中至少具有三项：感觉麻木、思想断断续续、缺乏情绪反应、环境意识下降(例如，头昏眼花)、丧失现实感、人格解体和断续性失忆。此外，正如创伤后应激障碍的标准所界定的那样，还存在重新体验受伤经历、回避、唤起等现象。至于急性应激障碍的诊断，在下列情况下可予确诊：受到伤害后一个月内出现症状，这些症状持续两天至一个月，同时，对其日常活动造成明显的困扰。

(二) 创伤后应激障碍

正如《精神疾病诊断与统计手册》第四版所描述的那样，创伤后应激障碍表现出一组症状，它们伴随受伤而出现，并且至少持续一个月。这些症状分成下列三类：第一类，个体必定以下述一种方式重新体验受伤过程，例如恶梦、再现，提起此事时感到痛苦和抑郁，或者想到此事时伴有强烈的情绪抑郁或生理反应；第二类，个体具有以下三种回避症状：回避与受伤事件有关的情感和感触，回避受伤事件的暗示物，心因性失忆，情感麻木，思想断断续续，疏远他人，对休闲娱乐活动失去兴趣，感到前途渺茫；第三类，个体在以下唤起症状中至少具有两种唤起症状：难以入睡或难以保持熟睡状态，注意力不集中，脾气急躁，容易暴怒，过分警惕或过度的惊跳反应。若要符合创伤后应激障碍的诊断标准，这些症状还必须对个体的日常活动造成明显的损害。上述标准为诊断创伤后应激障碍提供了可操作的定义，因为它们描述了在大多数病例中可察觉的各种症状。其实，这三

类症状的界限还不是十分明确，例如，目前尚不清楚回避行为和情感麻木这两种症状是类似的还是属于同一个类别。

《国际疾病分类》对创伤后应激障碍的诊断标准也包括某些重新经历的症状（恶梦、再现、遇到创伤事件暗示时感到抑郁等），回避创伤事件的暗示物，不能回忆起受伤时的重要情节，心理敏感和唤起（睡眠易惊醒、过分警惕、注意力难以集中等）。为了作出诊断，这三类标准必须在受伤后6个月内全部出现才行。

上述两种界定之间存在如下区别：首先，《精神疾病诊断与统计手册》第四版规定了作出诊断所需观察到的症状最低数目，而《国际疾病分类》则给临床判断留下了较大的余地。前者的优点在于它使用了明确而有效的创伤后应激障碍的概念，缺点是较刻板，以及根据一种症状往往难以确诊。其次，《国际疾病分类》并不考虑情感麻木这一症状，而在《精神疾病诊断与统计手册》第四版中，情感麻木与再现、恶梦一起被认为是创伤后应激障碍的最基本的症状。再次，在《国际疾病分类》中，唤起的症状是可供选择的诊断项目，而在《精神疾病诊断与统计手册》第四版中，则是必要的参考项目。有关创伤后应激障碍的临床观察和理论研究均支持了这些症状对于诊断的重要性，并且认为《国际疾病分类》的诊断标准尚欠充分。

（三）创伤后应激障碍的病程

创伤后应激反应的病程是变化的，对于大多数患者来说，其症状是在受伤害后很快就表现出来，当然有些人的反应略微迟缓一些。在受伤后3个月内出现该症状，被称作急性创伤后应激障碍，而慢性创伤后应激障碍则被定义为症状表现持续时间超过3个月。在整个创伤后应激障碍的诊断过程中，症状表现可能波动，有些会达到诊断标准，少数则会无症状。许多因素会影响患者创伤后应激障碍的康复，具体包括患者本人的知觉、患者所处的环境条件、实际的社会支持、生活压力、患者应对方式，以及人格。

二、创伤后应激障碍的测量

迄今为止，已经开发出许多测量方法可用来评价创伤后应激障碍，具体包括各种临床访谈 and 自陈测量工具。这些测量方法因靶症状、监控时间，以及用来确定心理特征的样本而异。下面，我们将讨论针对成人的测量工具。虽然，专司儿童的测量方法也已创制出来，但它已超出本文讨论的范围。〔参见《临床评价》

(Clinical Assessment)]

(一) 访谈

按照《精神疾病诊断与统计手册》的看法,有组织的临床访谈是应用最广的一种诊断方法。然而,其主要缺点是,它没法提供对一种症状严重程度的评估。除了临床访谈外,其他一些访谈方法则提供了诊断状态和症状严重程度的信息。有两种访谈方法已被广泛用于创伤后应激障碍的研究。第一种方法是利用“临床医生—管理者的创伤后应激障碍量表”(Clinician-Administered PTSD Scale,简称CAPS),借以分别给每一症状的发作频率和严重程度进行评分。这种访谈方法的缺点在于实施时间较长,而且它只对部队老兵有效。第二种访谈方法是借助“创伤后应激障碍症状量表调查”(PTSD Symptom Scale Interview,简称PSS-I),包括对《精神疾病诊断与统计手册》第四版所载的17种创伤后应激障碍症状分别作出综合发作频率和严重程度的评定,由此作出诊断和持续严重程度评定这两种结论。PSS-I与CAPS不同,前者只占用实施者15~20分钟的时间,而且也适用遭受强奸的女性受伤害者。

(二) 自陈测量

已有几种自陈量表被开发用来评价创伤后应激障碍的症状。第一种量表是“事件影响量表修订本”(Revised Impact of Events Scale,简称RIES),它归纳为两个因素:闯入和回避。该量表的修订本增加了过度唤起的项目,但在信度研究方面结果混杂。而且,像早先的自陈量表一样,它与《精神疾病诊断与统计手册》第四版关于创伤后应激障碍的症状界定并不完全相同。“密西西比量表”(Mississippi Scale)和“宾夕法尼亚调查”(Penn Inventory)这两种评定方法虽然列出了有关老兵样本的心理测量特性,但却没有提供诊断状态的有关资料,因为它们与《精神疾病诊断与统计手册》第四版所界定的症状并不完全相同。

“创伤后应激障碍的症状自陈量表”(PTSD Symptom Scale-Self-Report,简称PSS-SR)及其继后的“创伤后应激障碍诊断量表”(PTSD Diagnostic Scale,简称PDS),提供了有关《精神疾病诊断与统计手册》第四版界定的17种创伤后应激障碍症状的相应信息,既提供了诊断信息,也提供了严重程度的信息。PDS是唯一对《精神疾病诊断与统计手册》第四版中全部有关标准进行评价的自陈量表,包括创伤事件性质和干扰功能的信息,以及创伤后应激障碍的诊断和症状严重程度的信息。它适用于受伤害范围较广的样本,并被证明具有可靠的心理测量

特性，能用于各种创伤人群的研究。

三、创伤后应激障碍的流行率

一般人群中创伤后应激障碍的终生流行率约为9%，其中约三分之一属慢性创伤后应激障碍。在创伤受害者中，该终生流行率较高，估计可达24%。然而，这个创伤后应激障碍的比率视不同创伤类型而发生变化。例如，对那些参加过越南战争的老兵来说，其创伤后应激障碍的终生流行率约在27%—65%之间；对那些遭遇恐怖主义折磨的城市人群来说，其创伤后应激障碍的流行率约在33%—54%之间；对那些曾遭暴力强奸的受害者来说，其创伤后应激障碍的流行率约在35%—94%之间，相比之下，意外事故和自然灾害所导致的创伤后应激障碍的流行率则较低，约为4.6%—59%。就事件的性质和遭遇的程度而言，有些人即便遭受很少甚或完全未受伤害，也可能发生创伤后应激障碍，这种现象主要归因于所谓的“波及”效应（涟漪式地向外扩散）。重要的是，某些职业存在患创伤后应激障碍的风险，因为，从事这类职业可能会增加反复遭遇创伤的几率。警察、护士、救火队员等人，由于工作性质需对所经历的应激原作出反应，因此，导致患创伤后应激障碍的可能性就大（这个比率约在9%—26%之间）。

一些易患此病的人群，其流行率要比一般人群高，据推测是因为他们身处较易招致伤害的环境中。这些人包括正在寻求心理治疗的人，以及正在药物滥用门诊部就诊的人。女性要比男性更易患上创伤后应激障碍，其比率分别为10.4%和5%。另外，经历过严重伤害的人（诸如从集中营里逃出来的人，或者大屠杀的幸存者），其情感障碍的流行率尚未作过系统的研究。[参见《精神病的流行病学》（Epidemiology: Psychiatric）]

四、易感因素和恢复因素

综合创伤后反应的众多因素，可以将其归为三大类别：创伤前变量、与创伤本身有关的变量和创伤后变量。

人口统计学关于创伤前的变量研究未曾发现这样的患者，即他们的慢性创伤后应激障碍肯定起因于创伤前变量。但是，有一个例外：即遭遇类似的创伤以后，女性要比男性较易患创伤后应激障碍。相比之下，创伤前心理活动和社会活动能力较差的人，好像容易患慢性创伤后应激障碍。例如，我们发现那些住院治疗并有药物滥用史的人，以往往往有严重的创伤后反应。同样，在童年时期或成年时

期经历过创伤事件的人，可以预见他们对新的创伤会有较严重的反应。

创伤属于什么样的性质似乎也对康复有影响。首先，各种创伤在招致创伤后应激障碍的可能性方面是互不相同的，例如，强奸要比自然灾害更易导致慢性创伤后应激障碍。其次，遭受某种特定的伤害（例如强奸），并且觉察到死亡的威胁，这样的创伤会造成严重而又持久的反应。[参见《强奸》(Rape)]

业已发现有几种创伤后因素会加重症状。受到伤害后马上出现分离症状（情感麻木、记忆丧失、人格解体等），会妨碍康复。一般说来，强奸受创者对伤害会有严重的初始反应，以后还会继续显示较多的症状。相似的伤害给受创者造成多大的影响程度，在人与人之间是有差别的，而且他们的初始反应也与后来的心理病理相联系。

研究发现，社会支持究竟对康复起着促进作用还是妨碍作用，目前尚不清楚。来自他人的消极反应，诸如责难等，似乎会加重创伤后心理病理的症状。而且，遗憾的是，来自他人的积极反应并不表现出所期望的积极作用。伤害后过度的愤怒或疚愧，同样会阻碍受创者的再调适。看来，我们需要对促进创伤恢复的因素进行另外的追踪研究。

五、创伤带来的问题

受创伤的个体不仅表现出急性的应激障碍（或创伤后应激障碍）的症状，而且还会伴随出现抑郁、物品滥用、焦虑、分离，以及身体受损等问题。

受过创伤的人要比一般人在药物、酒精、尼古丁等的服用程度和滥用率上表现更差。对此发现，至少有两种解释：一种认为，受伤害者可能通过加大物品用量来应付这些症状；另一种认为，物品滥用会增加患者继续遭受创伤的风险。[参见《物品滥用》(Substance Abuse)]

许多人报告说，他们在遭遇创伤事件后会出现抑郁症状，诸如忧虑、乏力、对文娱活动失去兴趣、悲观失望、失眠和食欲不振等。虽然，这些症状中有些症状与创伤后应激障碍的界定症状相重叠（例如，活动兴趣明显下降），但这两种障碍是各自独立演变的，它们都是受伤害者对创伤体验所作出的反应。[参见《抑郁(症)》(Depression)]

在创伤后应激障碍患者中，同时发作焦虑症的比率也有提高。例如，在患有创伤后应激障碍的越南战争老兵身上，会同时患终生惊恐症，其中女性为21%，男性为8%；而在一般人群中，惊恐症的发病率约为1.5%—3.5%。至于创伤后应激障碍患者同时有强迫症的终生流行率，女性为13%，男性为10%；相比之下，强

迫症在一般人群中的发病率约为2.5%。[参见《强迫症》(Obsessive-Compulsive Disorder),《惊恐发作》(Panic Attacks)]

就机体健康问题而言,受创伤者的发病率也要比一般人群高,特别在那些患有慢性创伤后应激障碍的人群中,情形更是如此。受创伤者的胃肠疾病、骨盆疾病、腹痛等也时常出现,而且,与一般人群相比,受创伤者求医的次数较多。强奸和儿童性虐待所造成的后果是导致妇科疾病和性心理问题,诸如阴道收缩、痛经、性交困难、阴道痉挛,以及骨盆疼痛等,这都有记载。

六、关于创伤后应激障碍的发展及其维持的理论

创伤反应长期以来一直吸引着心理病理学家的关注。雅内(Janet)在1889年提出的关于创伤反应的理论,不仅对早年形成的概念具有影响,而且对现代的认识也产生影响。雅内指出,当一个人面临一种困扰自己的伤害事件时,或者说当一个人面临他或她难以承受的思想和情感时,由于无法整合这些太多或太强烈的刺激,他或她就会选择逃避该伤害,转到与伤害无关的思想和情感上去。于是,与该伤害有关的观念就被撇开,或与正常的意识相脱离,成为“固着的观念”。这些“固着的观念”虽然越出了意识,但仍存留在受创伤者的观念范围中,并以某种再现伤害片断的方式(诸如视觉意象、躯体状态、情绪条件或行为重演)继续对他或她的思想、心境和行为施加影响。

(一) 精神分析理论

弗洛伊德(Freud)曾致力于研究伤害经历对个体心灵的影响。他的早期著述曾受到雅内关于情绪反应强度理论的影响。在雅内看来,情绪反应的强度是由创伤体验产生的,它迫使受创者固着于该伤害上。后来,弗洛伊德放弃了其与意识相脱离的观点,提出这样的假说,即持续的创伤反应反映了创伤事件与童年时期被压抑的冲突之间的一种联系,并且表现为个体努力防止意识上觉知这些事件。为此,他杜撰出“重复强迫”的概念,用以解释创伤的再现。在弗洛伊德看来,一个人由于要将创伤体验排除出意识,他或她就会被迫再现创伤的有关方面,将它作为现时的一个体验,而不是作为一种记忆。受到第一次世界大战的影响,弗洛伊德开始把视线转向外部现实,把创伤引发的情绪剧变看作是创伤性神经症的根源(这一点体现了雅内的精神)。他认为,遭受的创伤愈强烈一个人愈加无法从意识上表达它,而且,个体的无准备性导致了这些刺激对机体防御机制的冲击和破坏。现代理论认为,

受创伤者的发展水平和有用的自我资源,对于他或她体验创伤的方式以及产生哪些症状方面是非常关键的。例如,一个情绪容易外泄的幼儿在遭遇创伤时常会手足无措,而一个成年人则可能以情感麻木和认知压抑的方式来应对它。精神分析理论家和开业医生关注的是如何帮助受创伤者认识和忍耐伤害及其所造成的心理损伤,创造发展适宜的应对机制,比如使受创伤者对伤害的记忆不再与自己现时的体验联系起来。

(二) 认知的和行为的理论

某些思想学派激励着创伤后应激障碍的认知—行为理论,首先是学习理论,它将创伤后应激障碍的症状解释为经典性条件作用和工具性条件作用。直接影响认知—行为疗法(cognitive-behavioral treatments,简称CBT)的学习模型是莫勒(Mowrer)的二因素说,该理论的目标旨在降低焦虑。首先,莫勒指出,恐惧是通过经典性条件作用而习得的。这里,一个中性刺激通过与厌恶刺激相结合,会让人产生恐惧。将此理论用于解释创伤后应激障碍,意味着创伤时存在的中性刺激物(例如超级市场),通过与危险刺激(例如枪响)的联系,引发了恐惧。由于泛化作用和次级条件作用,与受伤害时存在的那些刺激相似的某个刺激也能引发恐惧。例如,若要刺激所有的单身男人,“强奸”一词就足以引起他们焦虑。其次,在莫勒看来,回避行为是通过操作性条件作用的过程而被建立起来的。这就是说,一个人能学会通过回避或逃避令其恐惧的刺激而降低与创伤有关的焦虑。回避或逃避的行为因为消除了厌恶的恐惧状态而被动地得到强化。[参见《行为疗法》(Behavior Therapy)]

创伤后应激障碍的认知—行为疗法也同样受到认知理论的影响。认知理论认为,正是一个人对事件的解释而非事件本身,构成了情绪反应的基础。照此观点,人们之间由于解释一个事件的方式不同,结果可能引发不同的情绪。贝克(Aaron Beck)及其同事认为,具有持续焦虑的创伤受害者往往不能区分安全信号和不安全信号,结果他们的思想易被恐惧的知觉所支配。贝克等人还指出,创伤性恐惧也可能因为当事人感到无力处理应激事件而被长久保留着。

其他一些认知理论家认为,认知图式在遭受创伤后被破坏了。图式是一种对输入的信息进行知觉、组织和解释的意义结构。这些理论的共同特征是,假定创伤的体验需要认知加以矫正,这样的矫正可以通过同化和顺应来实现。由此,受创者或是将创伤体验同化到原有的图式中去,或是改变图式以顺应该创伤体验。布尔曼(Janoff Bulman)在其1992年刊布的一书中认为,人们常常抱有这样的假设:“这个世界是与人友善的,这个世界是充满意义的,自我是最有价值的”。问