

主编 施琪嘉

人的一生中，伴随着成长，
都会经历“创伤事件”，
随之引起的心理创伤或多或少地影响着我们的生活。
本书从专业角度详细阐述心理创伤的历史、发展、评估和治疗。

Trauma psychology

创伤心理学



 人民卫生出版社

014015794

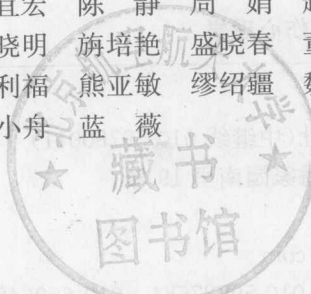
R395.1
17

创伤心理学

主 编 施琪嘉
 副主编 余 萍 周 娟
 顾问 贾晓明 童慧琦 程文红 盛晓春
 编 委 (按姓氏笔画排序)

龙 迪 邬晓燕 江瑞芳 杨 灿 杨丽娟 余 萍
 张宜宏 陈 静 周 娟 赵建平 赵莹莹 施琪嘉
 贾晓明 旗培艳 盛晓春 董乐芳 程文红 童慧琦
 鄢利福 熊亚敏 缪绍疆 魏 虹

编委秘书 陈小舟 蓝 薇



R395.1
17

人民卫生出版社



北航

C1703268

图书在版编目(CIP)数据

创伤心理学/施琪嘉主编. —北京:人民卫生出版社,2013. 11
ISBN 978-7-117-18026-9

I. ①创… II. ①施… III. ①医学心理学 IV. ①R395

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2013)第 245412 号

人卫社官网 www.pmph.com 出版物查询, 在线购书
人卫医学网 www.ipmph.com 医学考试辅导, 医学数
据库服务, 医学教育资
源, 大众健康资讯

版权所有, 侵权必究!

创伤心理学

主 编: 施琪嘉

出版发行: 人民卫生出版社(中继线 010-59780011)

地 址: 北京市朝阳区潘家园南里 19 号

邮 编: 100021

E - mail: pmph@pmph.com

购书热线: 010-59787592 010-59787584 010-65264830

印 刷: 三河市双峰印刷装订有限公司

经 销: 新华书店

开 本: 710×1000 1/16 印张: 19 插页: 1

字 数: 362 千字

版 次: 2013 年 11 月第 1 版 2013 年 11 月第 1 版第 1 次印刷

标准书号: ISBN 978-7-117-18026-9/R · 18027

定 价: 40.00 元

打击盗版举报电话: 010-59787491 E-mail: WQ@pmph.com

(凡属印装质量问题请与本社市场营销中心联系退换)

前言

“没有无创伤的人”，“也不要失去一次危机给你带来的机会”。

上述两句话似乎可以作为现代对创伤及其所造成的危机的注脚。本人从事创伤研究与治疗工作多年，逐渐形成如下观点：

创伤可导致心理障碍，也可促使人成长，多数人成长了。

经历创伤后成长了的人们，内心里不仅有了经验，也有了资源。

创伤来自过去，而生活基于当下，面向未来。

创伤的心理治疗不能改变过去已经发生的事实，但能改变此时和今后当事人对人对事的主观体念。

创伤的心理治疗有风险，心理治疗师须谨慎，须接受专业创伤心理学的培训与督导。

本书系统地介绍了创伤心理的理论和临床诊疗，包括创伤心理学的研究历史、定义及最新诊疗技术等。近十五年来对创伤之后的危机干预以及心理治疗有了更为成熟的发展，越来越多的人开始关注创伤治疗领域，本书也为临床上特别针对心理创伤的治疗提供更为详尽的参考。

全书共 15 章，第一～六章基本理论，讲述了心理创伤历史与临床应用密切相关的“内在孩子”的工作原理。第一章：心理创伤研究史；第二章：心理创伤的定义与诊断；第三章：心理创伤的神经生物学基础；第四章：创伤的转归和时序性；第五章：心理创伤、解离与精神分析；第六章：创伤“内在孩子”与“内在客体”的工作；第七章：创伤的心理治疗。心理治疗实践为本书的重点章节，以创伤的心理治疗原则为基础进行编排，虽然没有囊括创伤治疗的所有方式，但对目前常用的适合于临床运用的创伤心理治疗方法进行了详细介绍，如认知加工治疗、延时暴露治疗和人际心理治疗。第八～十一章，特殊人群的心理创伤，文化与创伤，创伤的代际传递，以及哀悼、丧失与创伤章节帮助更深层次理解创伤。第十二章：创伤治疗师的耗竭与自我保健，第十三章：创伤后应激障碍的临床药物治疗，以及第十四章：心理创伤的评估及其量表的应用，极具临床参考价值。第十五章：国内外创伤后应激障碍研究现状，探讨了目前以及今后创伤研究的总体方向。

目 录

第一章 心理创伤研究史	1
一、18 世纪初早期的心理创伤研究	1
二、世界大战后的心理创伤研究	3
三、20 世纪 50 年代至 70 年代的心理创伤研究	4
四、近现代心理学理论与创伤研究的结合	5
五、现代心理创伤诊断的演变	7
第二章 心理创伤的定义与诊断	11
一、心理创伤的定义	11
二、创伤的分型	14
三、创伤反应及反应模式	15
四、创伤障碍诊断	17
五、创伤评估与精神检查	18
六、创伤障碍的鉴别诊断	23
第三章 心理创伤的神经生物学基础	27
一、PTSD 与记忆	27
二、PTSD 的神经递质研究现状	30
三、PTSD 的脑结构和功能变化	35
四、PTSD 的遗传因素	40
五、PTSD 的神经生物学展望	41
第四章 创伤的转归和时序性	45
一、创伤的转归和时序性的含义	45
二、创伤的转归和时序性的相关研究	46
第五章 心理创伤、解离与精神分析	55
一、理解解离所需的基本概念	55



二、有关解离研究的历史	60
三、有关解离的理解	64
四、解离的测量	66
五、解离性障碍的诊断	67
六、目前研究中的热点问题	72
第六章 创伤“内在孩子”与“内在客体”的工作	77
一、“内在孩子”的文献综述	77
二、“内在孩子”和“内在客体”的理论基础	79
三、“内在孩子”的表现	82
四、针对“内在孩子”的工作	86
五、总结	92
第七章 创伤的心理治疗	95
一、创伤心理治疗概述	95
二、稳定化阶段治疗	98
三、回忆与哀悼阶段治疗	102
四、重新联结阶段的治疗	110
五、其他治疗与技术	115
第八章 特殊人群的心理创伤	139
一、儿童创伤	139
二、女性与心理创伤	148
三、男性创伤	153
四、老年创伤	156
五、器质性疾病导致的创伤	167
第九章 文化与创伤	179
一、文化、跨文化因素与创伤易感性	179
二、移民与创伤	191
第十章 创伤的代际传递	209
一、研究现状分析	209
二、影响创伤代际传递的因素	210
三、创伤传递的内容	212

四、创伤代际传递的解释模型	214
五、创伤代际传递的诊断与治疗	216
六、研究的问题与启示	217
第十一章 丧失、哀悼与创伤	225
一、丧失	225
二、丧失后的哀伤反应	227
三、哀悼仪式的心理修复功能	230
四、丧失与创伤	233
五、哀伤心理咨询与治疗	237
第十二章 创伤治疗师的耗竭与自我保健	245
一、耗竭	245
二、耗竭何以可能	246
三、如何应对耗竭	250
第十三章 创伤后应激障碍的临床药物治疗	253
一、根据 PTSD 三大主症状群的药物治疗	253
二、PTSD 用药指南	265
第十四章 心理创伤的评估及其量表的应用	275
一、PTSD 的典型特征	275
二、诊断标准	276
三、评估量表的应用	277
第十五章 国内外创伤后应激障碍研究现状	287
一、流行病学研究	287
二、评估以及症状的影响因子研究	287
三、神经生物学研究	288
四、有关心理治疗的研究	289
英中文名词对照	293

第一章

心理创伤研究史

一、18 世纪初早期的心理创伤研究

18 世纪初,已经开始出现有关心理创伤的研究,不同的各种研究结果彼此间存在很多争论,其中一个争论的焦点集中在是器质性病变还是内在的心理根源导致个体出现非常多的创伤反应症状,这些症状本身就是癔症,还是为了骗取保险金额而故意诈病,对此不同的研究者指出不同观点。

(一) 创伤发生症状是器质性病变还是内在心理根源的后果

18 世纪,神经病学领域的一项研究促使更多的研究者开始探索人们遭遇创伤事件后的神经生理学特征。1766 年,Maty 博士向大家描述了罗达特(Lordat)个案:五年前,他被一辆旧式汽车撞伤,刚开始几乎没有不适。六个月后,罗达特出现言语障碍,并伴左前臂运动减弱。四年后罗达特因病去世,去世时罗达特患有严重的抑郁并已丧失说话能力,其脑部尸检显示,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。针对这一个案,英国学者如 Abercrombie、Sir Benjamin Brodie、Syme 等认为,脊柱的休克性创伤导致了髓质变软或者脊髓神经功能的丧失。而美国学者 Lidell、Franzose Boyer 则认为,机体的某种改变导致了脊髓神经的丧失。

1830 年英国利物浦到曼彻斯特的铁路开通后,交通事故不断增加,伦敦大学外科教授 John Eric Erichsen 对 150 例事故罹难者进行了深入研究。他发现罹难者由于撞伤后产生强烈的脊髓刺激,其中 14 个人罹患慢性脊髓炎,并且炎症蔓延至脑膜,导致分子结构的改变。后来他以“脊髓震荡”为标题著书,该书指出灾难性创伤幸存者的各种心理问题由器质性病变产生,此书在当时产生了很大的影响。因此,同年医学界对脊髓通路产生了特别的兴趣。

面对铁路事故罹难者,1885 年 Erichsen 的同事外科医生 Herbert Page 却提出了与之完全相反的观点,即“脊髓震荡”源于内在的心理根源,他发现 150 例火车意外事故幸存者出现了不伴随躯体改变的紧张症状,即创伤性癔症。Page 认为癔症跟神经衰弱有着类似性。另外一人 Torries 认为,经历过创伤的人会



出现类似于被催眠时的心理状态。他阐述了一个“癡症性缄默症”的案例，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。

1889 年，德国神经病学家 Herman Oppenheim 首次设立“创伤神经症”这一概念，神经系统的强烈震荡导致了他们的心理改变。Griesinger 推测，事故震荡和休克的经验可能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。大脑每次要忍受心理疾病的痛苦，并且这种痛苦在每次事故中都会出现，因此对于脑部疾病，首先要认识到它是心理疾病。不过，英国军医 Charles Samuel Myer 最初用“炮弹休克”定义士兵在战争中的症状，后来他继续进一步发现即使没有暴露在战争场景下的士兵也会出现炮弹休克，因此他认为创伤事件并不是对生理而是对心理造成较大的影响。

1926 年，第一次世界大战结束后，德国精神病学家 Bonhoeffer 等成立一个学派，他们坚持认为创伤神经症是个体为了次级获益产生的，创伤神经症患者希望从保险公司、政府或被告那里获得巨大物质赔偿满足。1925 年，Panse 通过对病例的研究表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，因而直到现在德国军队的赔偿条件要比其他国家严得多。

(二) 癡症与创伤

自精神病学开始变成一门科学，研究者们已经发现心理创伤与癡症之间始终存在某种联系。

1859 年，法国精神病学家 Briquet 阐述童年创伤史与癡症的症状如躯体化、强烈的情绪反应、分离和神游症有联系，501 个癡症患者中有 381 个报告曾经遭遇过创伤事件。1887 年，Jean Martin Charcot 在巴黎 Salpetriere 医院里首次直接指出癡症来自创伤。19 世纪 80 年代末期，投身于癡症研究的人还有法国神经病学家 Pierre Janet 和奥地利 Sigmund Freud、Mentor Josef Breuer，他们几乎得出同样的结论。

1887 年 Pierre Janet 在 Salpetriere 医院建立心理学实验室，开始解释癡症的病因，癡症患者在遭遇创伤事件后已经无法进入自身适应行为的内在过程，患者自身对过去经历的意识 and 环境的准确感知决定了创伤事件的反应。他详细地描述分离是癡症病因的中心要素，患者遭遇创伤事件后产生强烈的情绪，内心已经无法处理刚产生的认知图式，结果创伤记忆就一直无法进入意识，创伤记忆开始与意识和自主控制进行分裂，只要创伤记忆无法转换为意识，它就会一直以恐惧和强迫的想法和躯体再体验的方式继续闯入。患者努力地阻止碎片般的创伤记忆进入意识，这种努力使得他们失去心理能量。具体来讲，患者整合创伤经历和个人意识失败后，他们开始变得“依附”于创伤，同时他们也失去整合与创伤无



关的新经历的能力。Pierre Janet 的临床发现被许多临床精神病学家接受,其大量工作和有关创伤的正确学说对当代和后代的精神病学产生了深远的影响。

1893年,Sigmund Freud 和 Josef Breuer 共同发表了一篇文章,文章指出患者癔症发作的本质是早期创伤经历的心理状态,后来进一步指出癔症患者始终表现出固着于创伤的状态。一战期间 Sigmund Freud 重新开始对创伤神经症关注,他认为混乱的癔症记忆不是新信息整合到已存在的图式结构的失败结果,而是被压抑的性和攻击想法的唤醒,冲动主要集中在5岁的俄狄浦斯期。但遭遇战争后,Sigmund Freud 重新认同了 Pierre Janet 的观点,认为强烈的情绪是创伤神经症的根源,并开始对 Pierre Janet 的创伤的强迫性重复非常感兴趣。1917年,《精神分析导论》一书中指出强迫性重复是压抑本身的功能,防范意识是癔症压抑的主要特征。

二、世界大战后的心理创伤研究

1905年,第一次世界大战爆发后,大量参战士兵出现了各种不同的精神症状,很多精神病学家开始对士兵采取干预,但对精神病学的干预仍然微乎其微,其中美国精神科医生 Abram Kardiner 是例外。Abram Kardiner 于1921—1922年期间在维也纳 Sigmund Freud 那里完成了精神分析的学习。童年时代的他经历过许多创伤,如贫穷、饥饿、坠落、家庭暴力和早年丧母。回美国后,Abram Kardiner 在纽约荣军医院工作,致力于治疗美国士兵的战争神经症。起初他试图在精神分析的理论基础上构建战争神经症理论。第二次世界大战开始后,Abram Kardiner 开始重新整理他的临床资料,并发表文章《战争神经症(The Traumatic Neuroses of War)》,文章中他指出创伤与当前表现的症状有重要的联系,包括癔症、装病和癫痫。他对患者表现出来的症状进行了详细的描述,创伤事件暴发后患者会发展出持久的警觉,始终表现得像最初的创伤场景一直存在,需要他们不断地调动保护机制,对环境威胁的敏感性增强。他认为战争神经症的核心就是躯体神经症,这些特殊的躯体症状也成为患者保存创伤记忆的适应方式之一,不过这种方式的创伤记忆被概括化并容易被一系列的经历激活。此外,Abram Kardiner 认为战争不仅仅导致了患者躯体的改变,还让患者产生了“病理性创伤综合征”,创伤改变了患者对外在世界和自我概念的认知,这些改变后的自我概念伴随着长期易怒情绪、惊吓反应和易攻击性反应,这些症状始终固着于创伤上,并且会持续存在且无法改变。

同时,Abram Kardiner 和 Herbert Spiegel 发展了专门针对战争神经症患者的心理治疗策略,通过心理治疗将士兵的创伤记忆整合到生活中来,这样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。后来,Abram Kardiner 意识到虽然心理治疗对创伤具有恢复作用,但是谈论创伤同样也存在



较高的危险性,所以后来争论的焦点在于治疗创伤神经症的治疗师什么时候才可以帮助患者将无意识的创伤转化为意识。

第二次世界大战爆发后, Abram Kardiner 的发现得到了有效地运用,并推动精神病学进入临床实践阶段,并且出现很多心理治疗有效性的研究,比如培训、团体凝聚力、领导力、动机和士气。其他的精神病学家如 Walter Menninger 和 Bion 等人发现,战争像其他灾难一样,对人类精神造成毁灭性影响。因而团体治疗而不是个体治疗成为了心理研究和治疗的中心,开始发起战争神经症的团体治疗和社区治疗模式。

三、20 世纪 50 年代至 70 年代的心理创伤研究

(一) 集中营幸存者的研究

第二次世界大战后, Eitinger 和 Strom 对第二次世界大战期间遭遇集中营禁闭和大屠杀的幸存者进行长期研究。他们发现集中营的幸存者可以成为一个代表性样本,与战前相比躯体疾病和精神疾病的发病率大大增加,后来这个结果形成“集中营综合征”,它不仅仅指现在诊断手册介绍的创伤后应激障碍症状,而且还涉及永久的人格改变。Askevold 认为毁灭性和长期的应激状态会导致个体相应的躯体问题,很多经历过集中营生活的个体都在以后的生活中表现出无法处理心理和躯体应激事件的现象。

精神分析家 Henry Krystal 在 1968 年、1978 年和 1988 年对曾在集中营生活的幸存者进行长达三十年的追踪研究,发现幸存者的核心创伤主题是放弃、接受死亡和毁灭时产生的无助。最后他总结出两个发现:第一,创伤反应中被卷入的有关警觉的焦虑导致情绪和行为的抑制,这一发现与 Pierre Janet 和 Kardiner 的发现一致;另一发现是创伤导致个体无法分化情绪,慢性创伤患者的主要心身症状就是心境障碍。通常,健康成长的儿童可以通过学习得知身体是情绪的重要线索并导引随后的行为,但慢性创伤患者却丧失了理解身体语言的能力,很少通过躯体感受来体验情绪反应,也无法判别当前的感受,无法将愤怒情绪从心身反应中分化,并无法对环境进行适应性回应。

(二) 妇女和儿童的创伤心理

经过长时间的发展,创伤事件对社会及个体的心理和生理的影响已经获得了深入的整合和理解。1895 年到 1974 年期间,精神病学家的研究对象集中于男性,忽视了两大创伤人群——妇女和儿童。Sandor Forenczi 曾向精神分析大会上递交《儿童与成人语言的混乱》一文,他指出当成人利用儿童的脆弱获得性满足的时候,被害儿童会产生无助感。与以前的精神病学家相比,Forenczi 发现遭遇人际暴力的儿童会产生强烈的无助感和恐惧感,之后他提出关键概念“与攻击者认同”,认为“与攻击者认同”是创伤儿童主要的有效防御机制。不过当时精



神分析大会委员会并没有同意这一论文的发表,在1949年即Forenczi死后17年,该论文才得以发表。

1974年,Ann Burgess和Linda Holstrom开始对“强奸创伤综合征”进行详细的描述,遭受强奸的妇女不停闪回恐惧的场景和画面,并出现噩梦症状,这两大症状与战争创伤神经症非常相似。与此同时,1978年Kempes等人开始研究受虐儿童,并出版了首次系统地研究创伤和家庭暴力的著作。1981年Judith Herman开始发表众多遭受性虐待的儿童因为创伤而带来的毁灭性影响,并对父亲和女儿间的乱伦进行了研究,并总结出“癔症是性别战争的战争神经症”。

四、近现代心理学理论与创伤研究的结合

(一) 行为理论

19世纪,俄国生理学家Ivan Pavlov(伊万·巴甫洛夫)在研究消化现象时,观察了狗的唾液分泌,他把食物给狗并测量其唾液分泌。在这个过程中,他发现如果随同食物反复给一个铃响,最终狗会在铃响却没有食物的情况下分泌唾液。因此他提出经典性条件反射,一个中性刺激与一个原来就能引起某种反应的刺激相结合,而使动物学会对那个中性刺激做出反应。经典条件反射理论及刺激的泛化等行为学说理论可以用来理解创伤后心理症状的出现和保持机制。

20世纪中叶,Burrhus Frederick Skinner发现了操作性条件反射,任何与个人需要相联系的环境刺激,只要反复出现在某一种行为之后,都可能对这种行为产生影响,操作性条件反射重视行为结果对行为本身的作用。操作性条件反射同样可以用来理解创伤后应激障碍症状的保持机制,比如“回避”现象。具体来说,一方面“回避”方式降低了个体的焦虑促成了负强化行为,另一方面“回避”抑制了个体暴露在创伤环境中自然出现的条件反射,从而维持了习得的焦虑。

之后,Orval Hobart Mowrer根据经典性条件反射和操作性条件反射提出二阶段学习理论。该理论认为,第一个阶段,动物或人首先通过经典条件反射习得恐惧;第二个阶段,他们通过操作性条件反射学习到逃避原情境的行为可降低恐惧。当他们从事这些行为时,恐惧的降低增强了逃避,所以通过操作性条件反射他们迅速习得逃避行为。Kilpatrick、Veronen、Resick尝试二阶段学习理论用于理解创伤后个体的持续反应,后来Foa、Kozak等人将二阶段学习理论用于解释创伤后应激障碍的发生和维持。在第一阶段,经典条件反射解释了创伤后反应的起源,与创伤事件相关的刺激引起了个体的情绪、认知和行为反应,因此即使在没有创伤场景下,各种刺激比如电影出现的强奸场景,各种声音、气味等都会引起反应。泛化解释了个体对创伤的反应已经扩散到与创伤事件无关的场景,比如对于摩托车事故的幸存者来说,任何的交通工具都会引起与创伤相关的



心理和身体反应。另一方面,操作性条件反射解释了个体创伤反应的维持。恐惧情绪和回避行为保持和促进了不良适应行为。回避是创伤个体的典型行为,他们回避创伤事件刺激,而不是与其他人开放地讨论创伤事件。

(二) 认知理论

1957年, Noam Chomsky(诺姆·乔姆斯基)对 Skinner(斯金纳)的《言语行为》进行评述,语言中的很多现象并不能通过刺激-反应得以解释,认知心理学开始发展。其实,认知学作为一门学科可以追溯到古希腊哲学家的思考,苏格拉底采用了一种特殊的方法“苏格拉底式发问”来增强内省并获得知识。20世纪60年代后随着计算机技术和方法学快速发展,人类的认知也开始被认为是可以发现和测量的。1958年英国心理学家 Bartlett 首次提出“图式”,认为个体的经历、文化和知识构建成理解和记忆信息的心理结构。1962年 Jean Piaget 发现了图式的处理包含了同化和顺应两部分。1993年 Resick 和 Schnicke 具体地运用同化和顺应解释创伤的内容怎样整合到已存在的信念结构,创伤事件后个体修改了原有的信念结构,但是由于他们过度调整图式与他们的在外信息保持一致,从而导致和保持创伤后应激障碍。Lang 指出认知结构信息的意义性,认为创伤后反应的恐惧结构与创伤事件比如创伤的场景、各种生理和行为的恐惧反应、个体以及遭到威胁的意义有非常大的关系。总的来说,认知理论对创伤后应激障碍的贡献在于他们不仅聚焦于焦虑的情绪,还涉及难过,悲痛,愤怒,内疚和羞耻等一系列情绪。他们认为创伤后反应并不仅仅出现焦虑症,并能够导致扭曲的情绪障碍,阻碍着个体经历的意义性,并且破坏了个体对自我、他人和世界的信念。

当然,认知理论不仅帮助我们去理解创伤事件发生后人们的各种心理反应,还利用了各种理论进行创伤后的心理治疗。Joseph Wolpe 被认为是第一个发展了系统脱敏法的治疗师,主要治疗焦虑行为。19世纪70年代发明了想象暴露治疗,使受害者暴露在最糟糕的事件和恐惧刺激中,直到焦虑去除。Fairbank、Keane 和 Kaloupek 最先将暴露治疗应用在参加越战的士兵,让士兵暴露在有些害怕而安全的想象刺激中。系统脱敏和暴露治疗的结合可以被系统地运用于创伤的受害者,它教会患者焦虑管理的技术,这些技术能够减少回避行为,最终促进了创伤后症状的消失,特别是对性创伤的个体有效。

创伤后应激障碍的认知干预是创伤后应激障碍认知理论发展的结果。认知治疗的主要目标是改变个体被创伤事件破坏的核心概念和基本假设。在这个阶段,与此同时 Francine Shapiro 发展了 EMDR(眼动脱敏再处理),涉及认知重建和个人关于创伤内容的分配。Shapiro 认为该方法导致了生理机制的变化,促发认知加工过程,后来神经生理学和心理生理学的实验也证明了 EMDR 的有效性。



五、现代心理创伤诊断的演变

1952年,美国精神病学会精神障碍诊断与统计手册第一版(Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders),后来称之为DSM-I,首次提出了与心理创伤有关的诊断分类概念“总体应激反应”,为遭遇严重创伤后正常个体对应激源出现症状的人进行诊断。在越南战争期间,精神障碍诊断与统计手册第三版(DSM-III)突然取消总体应激反应这一分类,后来的精神病学家推测这可能跟当时的政治动机有关。

1970年左右,美国展开了一系列妇女解放运动和反对虐待儿童运动。Landmark的学生Gray、Schmitt、Walker等各自对受虐儿童,遭受强暴和家庭暴力的妇女进行研究,发现他们对创伤的反应与参加越南战争士兵的表现几乎一样。19世纪70年代中期,四项关键成就促使精神病学家将战争创伤与日常生活遭受的创伤联系在一起。第一,Mardi Horowitz建立了有效的应对急性生命威胁事件的心理治疗模式,并在Erich Lindemann发现的基础上定义了对创伤的双相反应是闯入和麻木症状交互出现,并针对急性创伤的愤怒作心理动力治疗。其次,Lenore Terr指出创伤对心理功能的影响是动态的焦点。再次,Crius的论文《创伤和情绪(trauma and affects)》指出创伤对内在体验言语化的能力起作用,并最终导致躯体化和象征化能力损伤。最后,一名越战士兵Charles Figley编著了《越南战争创伤》一书。由于很多成果当时未能及时加入DSM-III对PTSD的定义里面,因此,DSM-III-R纳入了一部分新的研究成果。1980年美国精神病学会开始将各种各样的综合征——强奸创伤综合征、受虐妇女综合征、越南战士综合征和受虐儿童综合征等全部归入到新的创伤后应激障碍诊断标准里面。创伤后应激障碍定义为人对多种诸如战争、火灾、集中营和自然灾害等不同类型的灾难性应激源所产生的一种共同的、最终的反应结果。很多研究发现个体在遭遇创伤事件后短时间里表现出症状和痛苦是普遍的,因此在1984年DSM-III-R中,创伤后应激障碍的诊断标准最重要的变化是增加了症状的最低持续时间,即要求症状表现必须至少持续30天。

1994年,DSM-IV的诊断标准增加了急性应激障碍这一条目,急性应激障碍的诊断标准将会在事件后一个月内鉴别出那些可能在事件发生一个月后符合PTSD诊断标准的个体。另外,DSM-IV对引发急性应激障碍和创伤后应激障碍的“创伤性事件”进行新的定义和要求,理解创伤性事件创伤强度的异乎寻常性时,不仅要关注事件本身的客观性质,而且要意识到创伤事件对当事人的主观意义。

一位诗人Erich Fried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!

本章小结

本章主要以时间发展为线索,总结了创伤研究在精神病学和心理学领域的整个发展过程。这个过程从最初创伤心理的根源争端开始,癔症、战争神经症、强奸神经症、受虐妇女综合征等的相继发现,最终促使形成了创伤心理症状的诊断标准“创伤后应激障碍”。不同学派的心理学理论和实证研究,提供了对创伤后心理症状产生和维持机制以及创伤对情绪、记忆、人格等影响的理解,这些从临床实践中发展出来的创伤心理学理论逐渐发展为系统的创伤心理治疗技术,再次指导于临床实践。

(杨丽娟 黄晶晶 施琪嘉)

参考文献

- [1] Askevold F. War sailor syndrome Psychotherapy and Psychosomatics, 1976, 27: 133-138.
- [2] Bartlett, F. Thinking: An experimental and social study. Basic Books, 1958.
- [3] Breuer J, Freud S. On the psychical mechanisms of hysterical phenomena, preliminary communication. The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud. London: Hogarth Press, 1955.
- [4] Breuer J, Freud S. Studies on hysteria. The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud. London: Hogarth Press, 1895.
- [5] Strachey J. The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud. London: Hogarth Press, 1962.
- [6] Briquet P. Clinical and therapeutic aspects of hysteria. Paris: Ballere, 1859.
- [7] Burgess AW, Holstrom L. Rape trauma syndrome. American Journal of Psychiatry. 1974: 131, 981-986.
- [8] Charcot JM. Lessons on the illness of the nervous system held at the Salpêtrière. Paris: Progress Medical en A. Delahaye & E. Lecrosnite, 1887.
- [9] Etinger L. Concentration camp survivors in Norway and Israel. Oslo: Universitetsforlaget, 1964.
- [10] Erichsen JE. On railway and other injuries of the nervous system. London: Walton &



- Maberly, 1866.
- [11] Fairbank JA, Keane TM. Flooding for combat-related stress disorders: Assessment of anxiety reduction across traumatic memories. *Behavior Therapy*, 1982, 13: 499-510.
- [12] Freud S. The aetiology of hysteria// Strachey J. The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud. London: Hogarth Press, 1896a: 189-221.
- [13] Freud S. Heredit and the aetiology of the neuroses// Strachey J. The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud. London: Hogarth Press, 1896b: 142-156.
- [14] Freud S. Inhibitions, Symptoms and anxiety// Strachey J. The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud. London: Hogarth Press, 1926.
- [15] Foa EB, Kozak MJ. Emotional processing of fear: Exposure to corrective information. *Psyanyxiety disorders*// Safran JD, Greenberg LS. *Emotion, psychotherapy, and change*. New York: Guilford Press, 1986: 21-49.
- [16] Grinker RR, Spiegel JP. *Men under stress*. Philadelphia: Blakiston, 1945.
- [17] Herman JL. *Trauma and Recovery*. New York: Basic Books, 1992.
- [18] Herman JL. *Father-daughter incest*. Cambridge, MA: Harvard University Press, 1981.
- [19] Janet P. Lamneste et la dissociation des souvenirs par emotion. *Journal de Psychologie*, 2007, 1: 417-453.
- [20] Kardiner A. *The traumatic neuroses of a war*. New York: Hoeber, 1941.
- [21] Krystal H. *Massive psychic trauma*. New York: International Universities Press, 1968.
- [22] Keane TM, Zimering RT, Caddell JM. A behavioral formulation of posttraumatic stress disorder in veterans. *Behavior Therapist*, 1985, 8: 9-12.
- [23] Lang PJ. Imagery in therapy: An information processing analysis of fear. *Behavior Therapy*, 1977, 8: 862-886.
- [24] Lang PJ, Melamed BG, Hart J. A psychophysiological analysis of fear modification using an automated desensitization procedure. *Journal of Abnormal Psychology*, 1970, 76: 220-234.
- [25] Lindemann E. Symptomatology and management of acute grief. *American Journal of Psychiatry*, 1944, 101: 141-148.
- [26] Myers GS. A contribution to the study of shell shock. *Lancet*, 1915: 316-320.
- [27] Page H. Injuries of the spine and spinal cord without apparent mechanical lesion and nervous shock in their surgical and medico-legal aspects. London: Churchill, 1883.
- [28] Resick PA, Schnicke MK. *Cognitive processing therapy for rape victims: A treatment manual* Newbury Park, CA: Sage, 1993.
- [29] Ferenczi S. The confusion of Tongues Between Adults and Children: The language of Tenderness and of Pssion. In *Final contributions to the problems and methods of psychoanalysis*. New York: Basic Books, 1955.
- [30] Shapiro F. Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR): Basic principles, protocols, and procedures. *Journal of Behavior Therapy and Experiment Psychiatry*, 1989,