

多重意识体系统知识库

Plurality Wiki

2025-10-01

脸脸系统

目录

前言

- 前言 (Preface)

诊断与临床

- 创伤 (Trauma)
- 创伤后应激障碍 (PTSD)
- 复杂性创伤后应激障碍 (CPTSD)
- 闪回 (Flashback)
- 孤独症谱系 (ASD)
- 注意缺陷多动障碍 (Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder , ADHD)
- 抑郁障碍 (Depressive Disorders)
- 强迫症 (OCD)
- 精神分裂症 (Schizophrenia , SC)
- 解离性身份障碍 (DID)
- 解离性遗忘 (Dissociative Amnesia , DA)
- 人格解体/现实解体障碍 (Depersonalization/Derealization Disorder , DPDR)
- 其他特定解离性障碍 (OSDD)
- 躯体化障碍 (Somatic Symptom Disorder , SSD)
- 边缘性人格障碍 (Borderline Personality Disorder , BPD)
- 自恋型人格障碍 (Narcissistic Personality Disorder , NPD)
- 部分解离性身份障碍 (Partial Dissociative Identity Disorder , PDID)
- 述情障碍 (Alexithymia)

系统角色与类型

- 主体 (Main)
- 傀儡 (Servitor)
- 内部自助者 (Internal Self Helper , ISH)
- 核心 (Core)
- 特殊认同 (Alterhuman)
- 管理者 (Admin)
- 人格面具 (Persona)
- 伪主体 (Fauxmain)
- 医源型系统 (Iatrogenic System)
- 混合 (Blending)
- 碎片 (Fragment)
- 超级破碎 (Polyfragmented)
- 系魂 (Soulbond)
- 图帕 (Tulpa)
- 宿主 (Host)
- 成员 (Alter)

系统体验与机制

- ANP-EP 模型 (Apparently Normal Part-Emotional Part Model)
- 共前台 (Co-fronting)
- 多重意识体基础 (Plurality Basics)
- 多意识体 (Plurality)
- 偏重 (Bias)
- 前台 (Front / Fronting)
- 后台 (Back / Being Back)
- 存在感 (Sense of Presence)
- 外投射 (External Projection)
- 封存 (Sequestration)
- 头压 (Head Pressure)
- 应激反应 (Stress Response)
- 侵入性思维 (Intrusive Thoughts)
- 意识修改 (Consciousness Modification)
- 意识共存 (Co-consciousness)
- 权限 (Permissions)
- 独有记忆 (Exomemory)
- 独立性 (Independence)
- 内部空间 (Headspace / Inner World)
- T 语 (Tulpish)
- 融合 (Fusion)
- 记忆屏蔽 (Memory Shielding)
- 迭代 (Iteration)
- 解离 (Dissociation)
- 整合 (Integration)
- 重构 (Reconstruction)
- 躯体认同 (Body Ownership)
- 非我感 (Depersonalization)
- 切换 (Switch)
- 系统 (System)
- 自动驾驶 (Autopilot)
- 触发 (Trigger)
- 退行 (Regression in Psychology)

实践与支持

- 冥想 (Meditation)
- 接地 (Grounding)

前言

前言 (Preface)

“我接触多重人格已三年有余，期间圈子大小冲突不断，没有一天安稳日子，每天看着圈子里不断有新人加入，也不断的有人离开，自己曾经的朋友一个个的离去..当然对我这种货色来说，所谓的友谊似乎不值一提。我不会把矛盾冲突的原因归咎于某些个体。其实，从 19 世纪末世界上第一个多重人格案例出现后，欧美的多重人格圈子就一直乱成一锅粥，也许今天的状况只是 100 年前混乱的延续，没人能逃离这个怪圈，也不可能有人独善其身，人们只能成为这场永无止境大乱斗的牺牲品。这几年我见证了无数强大的对手，也遇到了数不清的优秀人才，但没有一个对手真正被我锤死，也没有一个队友和我走到最后，他们都是被我熬死的。”——别-伊势系统

“我愿意做新时代的普罗米修斯。知识不能只掌握在少数人手中，否则与中世纪高坐宝座的罗马教廷又有何异？”——脸脸系统

“有些知识，在文明尚未准备好承担其重量之前，知晓本身就是一场灾难。我们的使命或许并非充当引信的点火者，而是守护这些知识的沉默守望者，直至文明在心智上成长到足以承受它们的那一天。”——弦羽系统

“我们所做的，不是为了名利，而是为了帮助所有能够在这里得到启示的人，是为了继承先辈们的璀璨知识，是为了将这一份无私的精神传给下一代！”——暮雨系统

“我不是在针对谁，但不合适的东西终究要被淘汰，错误的不需要被留下。我不憎恨你们愚昧无知，我只憎恨你们封建落后，还甘之如饴！”——勇者系统

“我并不反感无知，我更反感的是愚昧，这两者看似没有区别，但是前者只是渴求者无法得到救赎，但后者确实有知者不去尝试救赎。我恨的并不是落后，我恨的是占据想进步者的位置而不去进步者”——FRT 系统

“所谓出圈，一定会经历社会的磨合，当有歧义时，我们一定要积极共度难关，解释圈外人误解，带来外人对精神疾病患者的重新认知与尊重理解”——gts 系统

在长时间的时光长河中，人们对原因和真理的追求从未停止过，而如今在学法以及某些一些情况，社会环境的影响下，很多事情的沟通了解以及探索受到的阻碍，我们应当不断的追寻真正的真理和其中的缘由，并且做出我们自己的选择，只有这个样子才能够让我们的环境变得更好，这让我想起了以前 12 岁，朴实无华的梦（让世界因和平而美好），我们并不希望与谁谁谁对立，但是为了真理，我们勇往直前。——逝水流年五合一系统

人是个很奇怪生物，他看不见的东西就以为是不存在的，但是否不存在呢？未必，因为光还没有扫到，它只是你视觉上的盲点，而不代表它真的不存在。但是光改变了这一切：它照亮了我们的黑夜，改变了我们陈旧的想法；同时，光也照亮了包裹着我们的这个冷寂的，幽深的，广袤的宇宙。光明所到之处，黑暗弥散，真相大白。——夜行者系统

希望所有多意识体都可以得到应有的尊重和理解，希望知识可以平等地流向每一个人。——Peter Griffin

真理掌握在少数人手中，但知识应该用来服务大众-闲雨系统

交朋友会降低我作为人类的强度-黑仪系统

努力的意义是，当你面对命运的重压时，你仍然拥有面对它的勇气和力量——温室系统

正因这些看似对立却彼此牵制的声音并存，我们才得以在**求知与审慎**之间找到必要的张力：一方面坚定拆除知识的高墙，让有价值的经验与方法可及、可懂、可用；另一方面在需要时为尚未成熟的真相暂时拉起帷幕，避免伤害与误用。愿此序，提醒所有读者：追光的同时，也要学会护火。

本 wiki 并不为某一类“标准读者”而作。它面向所有愿意同时拥抱**好奇与自省**的人——研究者、来访者、同伴支持者、临床工作者、以及正努力理解自我与他人之心智多样性的你。我们相信：知识的价值不只在于“**知道了什么**”，更在于“**如何知道**”“**何时该说**”“**对谁有益**”。当传播速度远超理解速度，作者与读者需要共同承担一种新的伦理：让知识既**可达**、亦**可用**，并且**可负责地实践**。

我们的立场与方法

- **证据优先**：尽量以可验证资料、临床共识与可复现的方法为基线；主观经验须清晰标注为经验性材料。
- **语境先行**：同一术语在不同传统与社群中可能指向不同概念；本书尽力给出术语对照、来源与边界。
- **最小伤害**：涉及可能引发风险的技术与练习，提供风险提示与替代方案，必要时选择“少讲一步”。
- **可迁移性**：强调流程、工具与评估指标，弱化神秘化叙述，使知识可迁移至多种情境与学科。
- **更新开放**：鼓励复核、复现与勘误；版本演进公开透明，保留历史记录。

阅读指南

- **你可以在这里获得**：概念框架、常见现象的观察维度、跨学科参考、干预与自助的流程化提示、伦理与风险评估清单。
- **你不应在这里寻求**：对任何个体的快速定论、替代临床的诊断建议、对复杂经历的一键化解释。若涉及健康与安全，请第一时间求助合格专业人士。
- **如何使用**：从“术语与模型”入手建立共同语言，再转向“评估与记录”“干预与协作”，最后阅读“案例与争议”。每一部分都提供“可操作清单”和“进一步阅读”。

边界与免责声明 本书旨在增进理解，而非提供诊疗、法律或危机处置建议。任何涉及身心健康或人身安全的议题，请遵循当地法律法规与专业指引，并及时与持证专业人士合作。

合作与共创 多意识体世界观天然反对单一权威。我们欢迎不同系统、不同学派、不同文化背景的建设性意见与材料贡献。请在提案中说明**来源、可复现性、适用边界与潜在风险**，以便共同维护这部公共知识工程的可靠性与温度。

愿你在此处获得的不仅是信息，更是**理解的工具、合作的语言与行走的勇气**。如果有一天，你在别处点起了新的火种，请记得：光不属于任何人，但每一个守火者，都会彼此看见。

诊断与临床

创伤 (Trauma)

警告！ 本词条内容可能含有触发因素。

* 如有触发风险，请谨慎阅读本词条。 —

这个词条需要进一步的编辑。

我们邀请任何愿意为此词条做出贡献的多意识体进行编辑。

同义词 精神创伤，trauma

定义 创伤（心理创伤）是指个体面对或目睹极端威胁生命、身体完整性或价值体系的事件时所产生的痛苦心理反应。创伤源可以是突发事件（如灾害、事故、暴力），也可能是长期持续的压迫、忽视、虐待等生活环境。即使当事人因解离性失忆而无法提取相关记忆，创伤体验仍可能通过躯体反应或情绪反应显现。创伤反应在创伤源结束后仍持续，通常至少超过一个月。

主要症状群

- **再体验**：在并非刻意回忆时，创伤事件仿佛再次发生。表现为侵入性闪回、噩梦、与创伤提示物相关的强烈情绪或躯体感觉。
- **回避**：主动回避与创伤相关的情境、地点、人物或谈话，以避免痛苦记忆被触发。
- **认知与情绪的负性改变**：持续的恐惧、羞耻、愤怒、麻木等情绪，或对自己、他人、世界的长期负性信念，记忆空白，或无法体验积极情绪。
- **警觉性升高**：过度警觉、惊跳反应增强、睡眠困难、易怒或爆发、难以集中注意力等。

这些症状群在不同个体身上可能呈现不同组合或强度，长期存在会明显干扰个人、家庭、社交、学业与工作功能。

创伤类型

- **I 型创伤（单次事件）**：通常是突发、单一、时间较短的事件，如严重事故、自然灾害、突发袭击等。部分经历者可能发展出创伤后应激障碍（PTSD），详见《创伤后应激障碍》词条。
- **II 型创伤（复杂或长期事件）**：重复或长时间发生，常见于长期虐待、战乱、被囚禁等情境。复杂创伤更容易导致广泛的情绪调节困难、人际功能受损和自我感破碎，与复杂性创伤后应激障碍（CPTSD）的核心描述密切相关，可参阅《复杂性创伤后应激障碍》词条。

有些理论也将未被充分看见的慢性压力、系统性歧视等视为 **隐性创伤**，指出其同样会对个体安全感与自尊造成长期侵蚀。长期或重度创伤亦与解离性障碍（如《解离性身份障碍》《部分解离性身份障碍》词条所述）高度相关。

简介 创伤反应往往具有以下特点：

- **重新经历**：闪回、不受控回忆、触发时的情绪与躯体体验等。
- **回避与麻木**：躲避提示物、情绪麻木、与现实切断感。
- **持续的安全感缺失**：夸大的威胁感、难以放松、对未知持续担忧。
- **人际与自我影响**：信任他人困难、自我责备或羞耻、身份认同混乱。

- **躯体化表现：**慢性疼痛、睡眠问题、消化不适等。

创伤反应可能延迟出现。个体在遭受创伤多年后仍可能突然被触发而出现强烈反应，这与当下环境提示物、发展阶段变化或再次受压有关。

创伤的影响具有跨领域性——不仅影响心理健康，也会对躯体健康、社会关系、学习与工作造成负担。部分个体因创伤经历而出现创伤后成长，表现为对生命意义、价值观和人际关系的重新建构，但这并不意味着创伤体验本身是必要或有益的。

风险与保护因素

- **风险因素：**早期发展阶段的依恋缺失、既往创伤史、缺乏支持系统、持续性的歧视或边缘化环境、神经系统高敏感等。
- **保护因素：**稳定的社会支持网络、可及的专业资源、安全的生活环境、具备情绪调节和问题解决能力、文化和信仰体系的支撑。

鉴别

- **与正常的界限：**常人在经历创伤性事件时感到恐惧等不良反应是正常的，在事件结束后不良反应会随时间减退。
- **应激反应：**应激反应是个体适应外界压力环境变化的结果，可提升个体警觉性，增强应对能力，或造成较轻微的负面影响（如焦虑，注意力涣散），在个体脱离压力环境后应激反应会随时间减退。
- **适应障碍：**
- **心理创伤：**特指心理学领域定义的创伤，需要注意的是，心理学的创伤与精神病学的创伤在定义和后续影响上有很大的不同，心理创伤通常定义为由某种强烈的情绪伤害所造成的心理损伤或经历超出个体一般经验的事件所造成的心理损伤，心理创伤不一定会造成创伤后应激障碍，但会使个体产生应对此类伤害的基础防御机制（如否认，合理化）。

多意识体

创伤型系统 创伤通常是创伤型系统的成因之一，系统内不同意识体与特定创伤记忆或功能有联系。有的意识体承担防御角色，避免主意识直接面对创伤记忆；有的意识体保留创伤期的情绪或行为模式。

对多意识体的影响 创伤对多意识体现象的影响具有高度个体差异。有的系统在创伤后出现意识体分化或角色重组，有的系统则几乎没有变化。复杂创伤历史可能加剧意识体之间的冲突、断裂和功能分配压力，也可能促成系统间更紧密的协作以维持生存。

治疗方法 创伤治疗遵循「安全—稳定—处理—整合」的原则，强调先建立安全感与稳定的生活基础，再逐步处理创伤记忆，并支持个体整合经验。

- **心理治疗：**创伤焦点认知行为疗法（TF-CBT）、眼动脱敏与再处理（EMDR）、躯体经验疗法（Somatic Experiencing）、叙事暴露疗法等。复杂创伤往往需要阶段化治疗，先关注稳定化（情绪调节、地面化技巧）再进入创伤加工。

- **药物治疗**：对伴随出现的焦虑、抑郁、睡眠障碍等症状进行药物辅助，常用抗抑郁药、抗焦虑药、镇静助眠药等，应由专业医师评估。
- **支持性介入**：同伴支持、创伤知情的教育与社会资源、文化或灵性实践、艺术与身心疗愈活动等。

治疗过程中，尊重个体节奏与界限至关重要。创伤知情（Trauma-Informed）框架提醒服务提供者注意避免再创伤化，强调安全、可信赖、协作、赋权与文化敏感性。

补充 多数人在经历创伤事件后会经历一段短期的急性应激反应，随后逐渐恢复。但对于有脆弱性因素或缺乏支持的个体，创伤反应可能演变为长期问题，如创伤后应激障碍（PTSD）、复杂性 PTSD、解离性障碍、抑郁或焦虑障碍等。

创伤并非完全由事件客观严重程度决定。看似日常或「微小」的事件也可能构成创伤，尤其对于高敏感特质、发展期儿童或长期处于不安全环境中的人。创伤工作的目标是帮助个体恢复安全感、重新建立自我与人际连结，而非否认或淡化其经历。

创伤后成长（Post-traumatic Growth）指有些人在处理创伤后，对生命价值、关系或自我理解产生积极的改变。成长并不意味着创伤无害，而是在充分支持下，人们可能找到新的意义。

创伤后应激障碍 (PTSD)

警告！ 本词条内容可能含有 **[触发]** 因素。

如有触发风险，请谨慎阅读本词条。

本词条含有许多与医学、精神医学、心理学以及相关衍生方面的信息。

仅供参考，**不能**替代专业医师的诊断和治疗方案。如果有就诊需求请立即联系相关医师。

同义词 Post-Traumatic Stress Disorder (简称 PTSD)

创伤后压力症候群、创伤后应激反应障碍

ICD-11 代码：6B40；DSM-5 章节：创伤及应激相关障碍

定义 创伤后应激障碍是暴露于实际或威胁性死亡、严重伤害或性暴力等创伤事件后，持续出现侵入性体验、回避、认知情绪改变和警觉性改变等症状，并造成显著功能损害的一组综合征。其核心特征是创伤记忆持续扰动和对威胁的高度警觉，即便事件已经结束。PTSD 可发生于任何年龄，常与复杂性创伤后应激障碍 (CPTSD) 区分：后者在 PTSD 核心症状之外还表现出持续的自我组织障碍。

诊断要点

- **创伤暴露**：亲身经历、亲眼目睹或得知重大创伤，或反复暴露于创伤细节（如应急救援人员）。
- **侵入性症状**：闪回、噩梦、侵入性记忆、强烈心理或躯体反应。
- **持续回避**：回避与创伤相关的记忆、情绪、人物、场所或情境。
- **认知与情绪改变**：记忆空白、持续负性信念、自责、情感麻木、疏离、持续负性情绪。
- **警觉性和反应性改变**：易受惊吓、过度警觉、易怒、鲁莽行为、睡眠或注意困难。
- **病程要求**：症状持续超过 1 个月，并导致显著痛苦或生活、社会、职业功能损害。

临床表现

- 闪回、噩梦或突然陷入创伤回忆，伴随强烈情绪和躯体感受。
- 避免谈论创伤、远离触发线索，或试图通过物质使用等方式压抑感受。
- 情绪麻木、解离体验、持续的罪恶感或羞耻感。
- 对潜在危险过度警觉，出现睡眠障碍、注意力难以集中、惊吓反应强烈。
- 儿童可能表现为退行行为、重复游戏或躯体化症状。

亚型与病程

- **急性应激反应**：创伤后 1 个月内的短期症状，如持续存在并超过 1 个月可诊断为 PTSD。
- **延迟发作型**：创伤后至少 6 个月才出现充分症状，常见于长期压抑或持续压力环境。
- **儿童青少年 PTSD**：诊断标准允许侵入性体验以重复游戏或行为呈现，警觉性改变可表现为逆反或攻击行为。

共病情况 PTSD 与抑郁障碍、焦虑障碍、物质使用障碍、解离性障碍、躯体化障碍、慢性疼痛、睡眠障碍和自杀风险显著相关。与复杂性创伤后应激障碍、边缘性人格障碍等有高度症状重叠，需要详细鉴别。

风险与保护因素

- **创伤特征**：事件强度、持续时间、是否为人际暴力（如性侵、家庭暴力、战争）显著影响风险。
- **个体差异**：既往创伤史、童年逆境、女性性别、精神健康史、解离倾向均可增加易感性。
- **环境与社会支持**：缺乏支持网络、持续处于威胁环境会加重症状；及时的创伤知情支持、稳定关系和安全环境有助恢复。

治疗

- **创伤聚焦心理治疗**：持续暴露疗法（PE）、认知加工疗法（CPT）、创伤聚焦认知行为疗法（TF-CBT）。
- **眼动脱敏与再加工（EMDR）**：通过双侧刺激促进创伤记忆加工。
- **药物治疗**：以选择性 5-羟色胺再摄取抑制剂（SSRI）为一线，可辅以抗焦虑、助眠药物处理特定症状。
- **身体与正念疗法**：正念减压（MBSR）、躯体经验疗法（SE）、感觉运动心理治疗等帮助调节觉察与身体反应。
- **阶段化干预**：重视安全稳定、情绪调节技能，再逐步加工创伤记忆，必要时与 CPTSD 治疗策略整合。

自助与支持

- 建立安全计划与支持网络，识别触发因素并准备应对策略。
- 运用地面化（grounding）、呼吸训练、正念练习等调节技术。
- 参与创伤知情的同侪支持、家庭治疗或支持小组，减少孤立感。
- 记录睡眠、情绪与触发状况，与专业团队协作调整治疗。

流行病学 社区人群终生患病率约 3%–8%，在战斗人员、难民、家庭暴力与性侵幸存者中显著更高。女性诊断率通常高于男性。早期干预与社会支持可减少慢性化风险。

争议与讨论

- PTSD 诊断标准在 DSM-5 与 ICD-11 间存在差异，是否应进一步细分亚型仍在研究。
- 对儿童、复杂创伤幸存者的诊断是否应采用 CPTSD 框架仍在讨论。
- 过度病理化和污名化风险提醒临床工作者需强调创伤知情和文化敏感。

相关条目

- 创伤
- 复杂性创伤后应激障碍
- 解离性身份障碍
- 解离性遗忘
- 人格解体/现实解体障碍

- 应激反应
- 躯体化障碍

复杂性创伤后应激障碍 (CPTSD)

警告！ 本词条内容可能含有 **[触发]** 因素。

如有触发风险，请谨慎阅读本词条。

本词条含有许多与医学、精神医学、心理学以及相关衍生方面的信息。

仅供参考，**不能**替代专业医师的诊断和治疗方案。如果有就诊需求请立即联系相关医师。

同义词 Complex Post-Traumatic Stress Disorder (简称 CPTSD)

复杂性 PTSD、复杂性创伤后压力症候群

ICD-11 代码：6B41

定义 复杂性创伤后应激障碍是《ICD-11》新增的创伤及压力相关障碍诊断，描述长时间或反复暴露于极端威胁、难以逃离的人为创伤（如童年期虐待、囚禁、酷刑等）后形成的一组症状。其核心既包含标准创伤后应激障碍（PTSD）的重现体验、回避、持续的高度警觉，也包含“人格结构性损害”相关的自我组织障碍（Disturbances in Self-Organisation, DSO）。

ICD-11 诊断特征 ICD-11 将 CPTSD 的症状分为两大部分：

1. PTSD 核心症状：

- 持续重现创伤记忆、噩梦或解离性闪回，伴随强烈情绪和躯体反应。
- 回避与创伤相关的想法、记忆、人物、情境或触发线索。
- 持续的“威胁感”或高度警觉，包括过度惊吓反应、睡眠困难、警戒行为等。

2. 自我组织障碍 (DSO)：

- **情绪调节困难**：情绪反应过度、持续的羞耻或怒气、解离性麻木等。
- **负性的自我概念**：持续感到自己失败、低人一等、内疚或羞耻，常伴有无望感。
- **人际关系困难**：难以建立与维持亲密关系，倾向疏离、过度依附或对他人保持高度防备。

诊断要求上述两部分症状均持续至少数月，并导致显著的功能损害。若仅符合 PTSD 核心症状而无持续 DSO，宜诊断为 PTSD 而非 CPTSD。

临床表现

- 长期的情绪波动、情绪麻木或突然爆发。
- 自我价值感低下，对自身存在持续的羞耻与内疚。
- 亲密关系中的回避、极端依附、情感麻木或反复冲突。
- 经常出现解离症状、人格解体感、慢性空虚感。
- 身体化投诉、睡眠障碍、自伤或自杀意念等问题常见。

共病情况 CPTSD 与抑郁障碍、焦虑障碍、物质使用障碍、解离性障碍、边缘性人格障碍、进食障碍等高度共病。长期创伤史亦增加慢性疼痛、心血管疾病等身心疾病的风险。

病因与风险因素

- **创伤类型**：持续时间长、难以逃离、往往由照顾者或权威人士施加的创伤（如童年虐待、家庭暴力、战俘经历、人口贩运等）最具风险。
- **发展阶段**：儿童早期经历复合创伤更易影响人格与依附发展。
- **社会支持**：缺乏安全庇护、社会资源不足或持续处于威胁环境会加重病程。
- **保护因素**：及时介入、创伤知情支持网络、稳定的依附关系有助于降低 CPTSD 的发生与严重度。

鉴别诊断

- 创伤后应激障碍 (PTSD)：仅具 PTSD 核心症状且无长期 DSO 表现者，更适合诊断为 PTSD。
- 边缘性人格障碍：两者都可见情绪不稳与人际困难，但 CPTSD 强调创伤暴露史、闪回及回避，且 DSO 更聚焦于创伤导致的自我概念与关系损害。
- 解离性障碍：若以解离性失忆、身份转换为主，应考虑解离性身份障碍或其他解离性疾病。
- 情感障碍与焦虑障碍：需注意创伤触发与综合症状的关联。

治疗

- **阶段化创伤治疗**：强调建立安全、情绪调节技能，再逐步处理创伤记忆，最终巩固生活目标与关系。
- **创伤聚焦认知行为疗法 (TF-CBT)、持续暴露疗法 (PE)、认知加工疗法 (CPT)** 等经修订后用于 CPTSD，并结合情绪调节训练。
- **眼动脱敏与再加工 (EMDR)**：在创伤知情框架下应用，处理复杂创伤记忆。
- **躯体与正念疗法**：如感觉运动心理治疗、身体经验疗法 (SE)、正念减压 (MBSR) 等，用于提升身体觉察与情绪调节。
- **药物治疗**：目前无特异性药物，常针对共病抑郁、焦虑、睡眠问题等症状使用抗抑郁药、抗焦虑药、镇静催眠药。

康复与自助

- 建立稳定的生活结构与安全计划，逐步恢复对人际关系的信任。
- 运用地面化 (grounding)、呼吸、正念等技巧管理触发反应。
- 参与创伤知情的支持团体、同侪互助网络或家庭治疗，改善孤立感。
- 记录情绪与触发，配合专业治疗制定个性化应对策略。

流行病学

- CPTSD 的正式诊断在《ICD-11》实施后逐渐普及，社区研究显示终生患病率约为 1% 左右，但在难民、战俘、家庭暴力幸存者中显著更高。
- 女性、早年遭受复合虐待或缺乏社会支持的群体被诊断的概率较高。

争议与讨论

- 学界仍在讨论 CPTSD 与边缘性人格障碍、复杂性解离障碍之间的界限及诊断稳定性。
- 一些研究者强调，CPTSD 有助于凸显长期创伤造成的情绪与人格损害，从而指导更全面的治理；也有人担心诊断重叠导致治疗路径混淆。

- 随着 ICD-11 在不同国家的推广，各地对 CPTSD 的识别率与治疗资源仍存在差异，需持续教育与政策支持。

相关条目

- 创伤后应激障碍
- 解离性身份障碍
- 解离性遗忘
- 人格解体/现实解体障碍
- 边缘性人格障碍

闪回 (Flashback)

触发提示：本词条涉及创伤记忆与身心反应的描述，请在安全情境下阅读。

一句话定义：闪回指个体在未接触原始创伤事件的情况下，突然重新经历该事件的感官、情绪或身体反应，好似事件再次发生。

核心特征

- **重新经历：**可表现为影像、声音、气味、触觉或情绪的瞬间涌现，通常伴随强烈恐惧、惊恐或无助感。¹
- **时间错位：**当事人可能短暂失去时间感与现实感，仿佛回到事件发生时的场景，难以分辨当下与过去。
- **触发因素：**气味、声音、光线、日期、身体姿势或内部记忆碎片都可能引发闪回；也可能在睡眠不足、压力过大时自发出现。
- **持续时间：**从数秒到数分钟不等，严重时可持续更久，并对日常功能造成显著影响。

风险与并发

- **解离反应：**闪回常伴随解离、人格解体、现实解体或情绪麻木等反应，严重时可能切换成员或失去部分记忆。
- **生理反应：**心跳加速、出汗、震颤、呼吸急促、肌肉紧张等压力反应常同时出现。
- **行为风险：**为避免闪回，个体可能采取回避、物质使用或自伤等策略，进一步降低生活品质。

自助与支持策略

1. **地面化技巧：**使用 5-4-3-2-1 感官练习、握住具有安抚意义的物品、调整呼吸节奏，将注意力带回当下。
2. **触发记录：**建立日志记录触发线索、情绪强度与应对方法，协助识别模式并与治疗者讨论。
3. **安全计划：**与可信赖的成员、同伴或专业人员设计应对计划，包括预警信号、支持联系人与紧急措施。
4. **逐步暴露（在专业指导下）：**透过创伤焦点治疗（如 CPT、EMDR）在安全环境中处理创伤记忆，降低闪回频率与强度。

系统情境下的考虑

- **内部协作：**闪回可能由特定成员承载的记忆触发，需要建立内部沟通与交接流程，确保前台成员能在需要时接手或提供支持。
- **资源分配：**在多成员系统中，记录哪些成员对特定触发更敏感，评估是否需要保护者或守门人协助。
- **后续整合：**闪回后进行复盘，确认事件、安全程度与所学策略，并给予经历闪回的成员情绪支持与休息。

相关条目

- 创伤后应激障碍（PTSD）
- 复杂性创伤后应激障碍（CPTSD）

¹Pluralpedia. (n.d.). Flashback.

- 解离 (Dissociation)

参考与延伸阅读

孤独症谱系 (ASD)

这个词条需要进一步的编辑。

我们邀请任何愿意为此词条做出贡献的多意识体进行编辑。

本词条含有许多与医学、精神医学、心理学以及相关衍生方面的信息。

仅供参考，**不能**替代专业医师的诊断和治疗方案。如果有就诊需求请立即联系相关医师。

相关词汇 孤独症谱系障碍 (Autism Spectrum Disorders)

自闭症 (Autism Spectrum)

神经多样性 (neurodiversity)

定义 孤独症谱系障碍是一种神经发育障碍，核心症状是社交困难和刻板行为。

简介 孤独症谱系障碍 (Autism Spectrum Disorders)，是一种神经发育障碍，其特征是社交互动困难、言语或非言语交际有缺陷，以及重复行为与局限兴趣。

根据 DSM-V 的标准，孤独症谱系障碍指在多种场合下，社交交流和社交互动方面存在持续性的缺陷，包括社交互动中的缺陷、在社交互动中使用非语言交流行为的缺陷，以及发展、维持和理解人际关系技能的缺陷，同时存在局限、重复的行为模式、兴趣或活动。症状随发育而变化，且可能被代偿机制所掩盖，但是目前的临床表现必须引起显著的损害。

分类

DSM-V DSM-V 对孤独症谱系障碍的分类

DSM-5 将 ASD 定义，其所分类的 ASD，包含了先前诊断为阿斯伯格综合征、儿童期崩解症、待分类的广泛性发展障碍 (PDD-NOS)，以及泛称为自闭症的相关疾病，并用维度方法来进行甄别，统一纳入自闭症谱系障碍之诊断类别。

借由症状严重程度及相关特征（即发现额外的疾病或因素很可能导致自闭症症状、其他的神经发育障碍或精神障碍、智力障碍或语言障碍）这两个维度来区分每个个案。

谱系模型 谱系模型

孤独症谱系障碍是神经发育障碍，而个案间差异极大。可以想成是涵盖广泛且深浅不一的光谱，因此个体间的症状相当不同。而谱系模型所支持的是非线性连续的，由症状严重程度划分的统一体，而是每个孤独症谱系人士不同症状不同维度的集合体。

样态与表征 通常来说，孤独症谱系障碍包含以下三个核心特征：

- 社交障碍。
- 刻板行为。
- 狭隘兴趣或对变化的抗拒。

出现下列样态，通常会在适当时候加以评估：

- 就学或就业上遭遇问题。
- 难以建立或维持社交关系。
- 寻求心理健康或学习障碍相关服务时。

有神经发育障碍（如学习障碍及注意力缺陷与多动障碍）或心境障碍的病史。ASD 有许多相关迹象，但是症状差异很大。自闭症谱系障碍的常见症状如下：

- 避免目光接触。
- 婴儿时几乎没有牙牙学语。
- 对于指定对象不感兴趣。
- 语言技能迟缓（例如词汇比同龄者少，或难以表达自我）。
- 对其他孩子或照护者较不感兴趣，可能反而对物品更感兴趣。
- 难以进行互惠游戏（例如躲猫猫）。
- 对事物的气味、质感、声音、味道或外观，过度敏感、过度低敏或反应异常。
- 抗拒改变常规。
- 重复、局限或以其他不寻常方式使用玩具（例如排列玩具）。
- 重复单词或短语（模仿言语）。
- 重复动作或行为（包括自我刺激）。

有多种疾病可产生类似的现象，临床诊断时通常会以较为早期的症状为准，即使长大后症状消失了。

常见共病

- ADHD
- 学习障碍（比如阅读障碍，计算障碍等）
- 述情障碍
- 睡眠障碍
- 抽动障碍

注意缺陷多动障碍 (Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder, ADHD)

本词条含有许多与医学、精神医学、心理学以及相关衍生方面的信息。

仅供参考，不能替代专业医师的诊断和治疗方案。如果有就诊需求请立即联系相关医师。

同义词

- 注意力缺陷/多动症
- Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD)
- 儿童多动症 (历史用语，已不限于儿童)

定义 注意缺陷多动障碍是一种神经发育障碍，主要表现为持续的注意力不足、过度活跃和冲动控制困难。症状通常在儿童期出现，并可能持续到青少年或成人阶段，对学业、工作、人际关系及日常功能造成广泛影响。

DSM-5-TR 诊断要点 DSM-5-TR 对 ADHD 的诊断包括以下核心要求：

1. **症状类型与数量**：在注意力不足与多动/冲动两大领域中，各列出 9 项核心症状。儿童需在任一领域出现 6 项症状 (成人 5 项)，并持续至少 6 个月且与发展水平不相称。
 - 注意力不足领域常见表现包括：难以维持注意力、容易犯粗心错误、难以组织或按时完成任务、在指令或作业中常常分心或遗忘、抗拒需要持续心智投入的任务、日常活动中经常丢失物品等。
 - 多动/冲动领域常见表现包括：手脚不停或在需要坐着时离座、在不适宜的场合奔跑或攀爬、难以安静参与游戏或活动、说话过多、脱口而出答案、难以等待轮次、打断或干扰他人等。
2. **起病年龄**：若干症状在 12 岁之前已经出现，可由本人或知情者的发展史佐证。
3. **情境广泛性**：症状出现在两个或以上环境中 (如家庭、学校、工作、社交场合)，并在多方观察或报告中得到证实。
4. **功能损害**：症状导致社会、学业或职业功能的显著干扰或质量下降，或需额外支持才能维持原有表现。
5. **排除因素**：不能更好地由精神分裂谱系、情绪障碍、焦虑障碍、人格特质或物质/躯体疾病解释。

DSM-5-TR 允许注明表现类型：以注意力不足为主、以多动/冲动为主、混合表现，并可描述当前严重程度 (轻度、中度、重度) 及缓解状态。

ICD-11 诊断特征 ICD-11 使用“注意缺陷多动障碍”分类，关键特征包括：

- 年龄不相符的注意力维持困难、冲动和过度活动水平；
- 症状持续存在并导致明显的功能损害；
- 症状需在多个场合出现，且不能用发育水平或其他心理/神经障碍解释；
- 可按表现主要为注意缺陷、主要为多动/冲动或混合型进行说明，并可添加共病学习障碍或品行问题等修饰语。

评估与共病

- 评估应综合访谈、量表、教师或照护者反馈以及发展史，排除听力损害、焦虑、抑郁、睡眠障碍等其他原因。
- 常见共病包括学习障碍、发育协调障碍、品行或对立违抗障碍、焦虑与抑郁障碍等。

治疗与支持

- **药物治疗**：兴奋剂（如哌甲酯、安非他明类）和非兴奋剂药物（如原酮西汀、胍法辛）是循证治疗手段，需要专业医师评估与监测。
- **行为与心理干预**：行为管理训练、认知行为治疗、时间管理与组织策略训练有助于改善功能。
- **教育与家庭支持**：提供课堂 accommodations、家庭教育指导与多学科合作，可增强症状管理效果。

参考资料

1. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed., Text Revision), 2022.
2. World Health Organization. *International Classification of Diseases 11th Revision*, 2022.
3. "Attention deficit hyperactivity disorder" —Wikipedia, the free encyclopedia. Accessed 2024.

抑郁障碍 (Depressive Disorders)

本词条含有许多与医学、精神医学、心理学以及相关衍生方面的信息。

仅供参考，不能替代专业医师的诊断和治疗方案。如果有就诊需求请立即联系相关医师。

同义词 抑郁症, Depressive Disorders

定义 抑郁障碍 (Depressive Disorders) 是情绪障碍的一大类诊断，涵盖重度抑郁障碍、破坏性心境失调障碍、持续性抑郁障碍等疾病谱系。核心表现为持续或反复的情绪低落、兴趣与快感减退，并常伴随躯体与认知功能的广泛变化，对学习、工作、人际关系等领域造成显著影响。

分类范围 (DSM-5-TR) 按照《精神障碍诊断与统计手册》第五版文本修订 (DSM-5-TR)，抑郁障碍章节主要包含以下诊断：

1. **破坏性心境失调障碍** (Disruptive Mood Dysregulation Disorder, DMDD)：多见于儿童或青少年，特征是持续性强烈易怒和频繁的行为爆发。
2. **重度抑郁障碍** (Major Depressive Disorder, MDD)：临床上最常见的抑郁症形式，呈发作性出现。
3. **持续性抑郁障碍** (Persistent Depressive Disorder, PDD，又称心境恶劣障碍)：症状相对轻但持续时间长，可达数年。
4. **经前期烦躁障碍** (Premenstrual Dysphoric Disorder, PMDD)：与月经周期密切相关的周期性抑郁症状。
5. **物质/药物所致抑郁障碍**：由滥用物质、药物治疗或戒断过程引发的抑郁表现。
6. **由其他医学状况所致抑郁障碍**：躯体疾病直接导致的抑郁症状。
7. **其他特定或未特定抑郁障碍**：不完全满足上述诊断标准但临床上具有抑郁特征的情况。

重度抑郁障碍的诊断要点 重度抑郁障碍的典型发作要求在同一 2 周内出现至少 5 项症状，并且其中至少包括抑郁心境或兴趣/愉快感丧失。常见症状包括：

- 几乎每天大部分时间情绪低落；
- 对几乎所有活动失去兴趣或愉快感；
- 体重或食欲的明显改变；
- 睡眠困难或嗜睡；
- 精神运动性激越或迟滞；
- 疲劳感或精力不足；
- 自我评价低下或过度、不适当的罪恶感；
- 注意力难以集中或决策困难；
- 反复想到死亡、自杀意念或自杀企图。

症状还需造成临床显著的痛苦或社会/职业功能损害，且不能用物质影响、其他医学疾病或以往的躁狂/轻躁狂发作来解释。

持续性抑郁障碍（心境恶劣） 持续性抑郁障碍的特征是在成年人中抑郁心境持续至少 2 年（青少年为 1 年），在多数日子里症状持续存在。常见伴随表现包括：食欲差或过度饮食、失眠或嗜睡、精力低下、低自尊、注意力不集中或决策困难、对未来感到绝望。尽管单个症状可能轻于重度抑郁发作，但长期持续的影响同样显著。

临床常见修饰语 DSM-5-TR 允许在确立抑郁障碍诊断后加上修饰语，以描述症状群或病程特征：

- **伴焦虑困扰**：合并明显的焦虑紧张感。
- **伴混合特征**：在抑郁发作同时出现部分躁狂症状。
- **伴忧郁特征**：表现为完全快感缺乏、晨间加重、早醒等。
- **伴非典型特征**：情绪对积极事件反应较好、体重增加、嗜睡等。
- **伴精神病性特征**：出现妄想或幻觉，可能与心境一致或不一致。
- **伴季节性模式**：发作与特定季节高度相关。
- **发作情况说明**：例如首次发作或复发、部分缓解或完全缓解。

这些修饰语有助于临床评估病程、功能损害和治疗策略。

评估与治疗提示 抑郁障碍的诊断与治疗需要由专业的精神卫生人员完成。评估时应关注症状持续时间、诱发事件、自杀风险、物质使用情况以及共病（如焦虑障碍、创伤相关障碍等）。治疗方案通常包括药物治疗、心理治疗、生活方式调整与社会支持。出现自伤或他伤风险时，应立即寻求紧急医疗援助。

强迫症 (OCD)

概述 强迫症 (Obsessive-Compulsive Disorder, OCD) 属于《精神障碍诊断与统计手册》第五版 (DSM-5) 中的“强迫及相关障碍”。其核心特征为反复出现的强迫观念、强迫行为或两者兼有, 伴随显著的痛苦感与功能损害。强迫观念多为不受欢迎、引发焦虑的念头、意象或冲动; 强迫行为则是个体为减轻焦虑或预防担忧结果而反复执行的行为或心理仪式。

强迫症常在青少年或早期成年阶段起病, 也可于儿童期出现。症状若未及时干预, 往往呈慢性迁延或呈波动性发作。对多重意识体系统而言, 侵入性思维与重复行为可能进一步消耗日常运行资源, 影响角色协作与生活节奏。

DSM-5 诊断要点 DSM-5 对强迫症的诊断标准包括以下要素:

- 存在强迫观念、强迫行为或两者兼有。**
 - 强迫观念指反复且持续的念头、冲动或意象, 被体验为侵入且令人痛苦; 个体会试图忽视、抑制或以其他念头或行为中和之。
 - 强迫行为指重复的动作 (如洗手、排列、检查) 或心理活动 (如祈祷、计数、默念), 个体感到被驱使执行以回应强迫观念, 或依照严格的规则执行。
- 强迫观念或行为耗时 (例如每天超过一小时), 或造成临床显著的痛苦或社会、职业功能损害。**
- 症状无法归因于物质或其他医疗状况的生理效应。**
- 症状不能被其他精神障碍更好地解释 (例如创伤后应激障碍中的侵入记忆、进食障碍中的饮食关注等)。**

DSM-5 还要求临床人员标明洞察程度 (良好/一般、差、缺乏洞察/妄想式信念) 以及是否伴随抽动障碍。儿童或发展性个体可能难以描述强迫观念, 需要综合行为观察与照护者报告。

常见表现

- 污染与清洁主题:** 反复担心被细菌、毒素或宗教污秽污染, 常见行为包括洗手、淋浴、清洁仪式。
- 安全与检查:** 担心门窗未锁、器具未关闭或可能造成灾难, 导致不断检查或寻求安慰。
- 对称与秩序:** 需要物品保持特定排列或感觉“刚刚好”, 伴随整理、计数或重复动作。
- 攻击性或性内容的侵入性思维:** 担心伤害自己或他人、出现不符合价值观的性念头, 从而进行避免或祈祷等仪式。
- 认知仪式:** 包括默数、反复祈祷、回忆或心理中和, 以减轻焦虑或预防灾难。

共病与鉴别

- 常与焦虑障碍、抑郁障碍、抽动障碍、注意力缺陷多动障碍等共病。
- 需要与强迫型人格障碍 (OCPD) 区分, 后者强调性格特质与完美主义, 而非侵入性思维驱动仪式。
- 与精神病性障碍区分时, 需评估洞察程度及是否存在其他妄想内容。

评估与治疗

- 评估工具:** 耶鲁-布朗强迫量表 (Y-BOCS) 等量表有助于量化症状严重程度; 多重意识体系统可结合内部日志或同伴反馈, 记录触发因素与应对方式。

- **心理治疗**：暴露与反应预防（ERP）是认知行为疗法中被广泛验证的核心方法；元认知疗法、接受与承诺疗法等也可提供支持。
- **药物治疗**：以选择性 5-羟色胺再摄取抑制剂（SSRI）为首选，部分病例可辅以氯米帕明或增强剂。需由精神科医生评估潜在药物交互。
- **综合策略**：睡眠、运动、压力管理与社会支持可缓冲症状；对于系统成员，可制定共识化的仪式调节方案，避免触发内部分裂或冲突。

系统适用的自助建议

- 建立共享的触发记录，辨识侵入性思维与强迫行为的高风险情境。
- 在可控范围内练习逐步延迟或减少仪式次数，结合接地、呼吸练习或内部协作机制。
- 若强迫症状伴随自伤冲动、严重回避或影响日常功能，应及时寻求专业协助，并准备安全计划与紧急联络方式。

参阅

- 侵入性思维
- 解离
- 抑郁障碍

精神分裂症 (Schizophrenia, SC)

本词条含有许多与医学、精神医学、心理学以及相关衍生方面的信息。

仅供参考，**不能**替代专业医师的诊断和治疗方案。如果有就诊需求请立即联系相关医师。

同义词

- 思觉失调
- Schizophrenia (SC, SZ)
- 精神分裂病 (历史用语)

定义 精神分裂症是一种严重的精神障碍，核心特征为思维、知觉、情感与行为的显著紊乱，常见表现包括妄想、幻觉、言语思维混乱、行为失序以及情感与意志活动减退。症状通常在青少年后期至成年早期起病，可呈慢性或复发缓解的病程，对学习、工作与社会功能造成显著影响。

DSM-5-TR 诊断要点 DSM-5-TR 将精神分裂症归入“精神分裂谱系及其他精神病性障碍”。诊断需满足以下条件：

1. **特征性症状**：在 1 个月内（或治疗后更短）的大部分时间里出现以下 5 项症状中的 2 项（或更多），且至少包括妄想、幻觉或言语思维紊乱之一：
 - 妄想；
 - 幻觉；
 - 言语思维紊乱；
 - 明显的行为紊乱或紧张症行为；
 - 阴性症状（如情感淡漠、语贫、意志缺乏、行为迟缓或快感缺乏）。
2. **社会/职业功能受损**：自病程开始以来，主要功能领域（工作、人际、学习等）显著下降。
3. **持续时间**：连续存在至少 6 个月，其中至少 1 个月为符合第一条的活动期症状，可含前驱期或残留期表现。
4. **排除因素**：不能由分裂情感性障碍、心境障碍伴精神病性特征、物质/药物影响或其他医学情况更好解释。
5. **发展障碍共病**：若既往符合自闭谱系或沟通障碍诊断，必须额外出现显著的妄想或幻觉。

ICD-11 诊断特征 ICD-11 对精神分裂症的诊断强调以下要点：

- 持续至少数周的大多数时间内出现两个或以上核心症状群，包括妄想、幻觉、思维/语言紊乱、明显的行为失调或紧张症、阴性症状。
- 症状需导致显著的功能损害并无法以其他精神障碍、物质使用或躯体疾病解释。
- 允许依据主要症状形式（如以幻觉为主、以阴性症状为主等）添加修饰语，同时可描述急性或多次发作的病程。

病程与共病

- 发病常呈渐进式，部分个体经历前驱期的社交退缩、兴趣减退或功能下降。
- 常见共病包括抑郁障碍、焦虑障碍、物质使用障碍与代谢综合征；需在评估与治疗中同步关注。
- 自杀风险显著升高，主动筛查自伤意念与安全风险十分重要。

治疗与支持

- **药物治疗**：第二代抗精神病药物为一线治疗；需监测代谢、副作用与治疗依从性。难治性病例可考虑氯氮平。
- **心理社会干预**：个案管理、家庭干预、社交技能训练、认知行为治疗等有助于改善复发率与功能。
- **康复与支持**：提供职业康复、社区支持、早期干预与复发预警教育，帮助个体维持生活品质。

参考资料

1. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed., Text Revision), 2022.
2. World Health Organization. *International Classification of Diseases 11th Revision*, 2022.
3. "Schizophrenia" —Wikipedia, the free encyclopedia. Accessed 2024.

解离性身份障碍 (DID)

警告！ 本词条内容可能含有 **[触发]** 因素。

如有触发风险，请谨慎阅读本词条。

本词条含有许多与医学、精神医学、心理学以及相关衍生方面的信息。

仅供参考，**不能**替代专业医师的诊断和治疗方案。如果有就诊需求请立即联系相关医师。

同义词 Dissociative Identity Disorder (简称 DID)

多重人格障碍 (历史名称，已较少使用)

解离性身份障碍 (ICD-11 代码：6B64)

定义 解离性身份障碍 (DID) 是解离性障碍的一种，主要特征是在同一个体身上出现两个或更多持续存在的身份状态 (identity state) 或人格部分，这些身份之间在记忆、情感、意向、感知和行为方式上存在显著差异，并反复出现对重要个人信息的失忆。身份状态的转换常与情绪压力、创伤线索或环境触发物相关。

分类历史

- **DSM 演变**：1980 年《DSM-III》首次以“多重人格障碍” (Multiple Personality Disorder) 列为独立诊断；1994 年《DSM-IV》将名称更改为“解离性身份障碍”，强调记忆与身份整合的破裂。《DSM-5-TR》继续沿用该名称，并在文化语境中允许“附身式”表现。
- **ICD 标准**：《ICD-10》以 F44.81 编码描述多重人格障碍；《ICD-11》将其纳入“解离性障碍”章节下的 6B64，并强调个体体验到“多个身份状态”以及显著的记忆中断。

诊断要点

- 存在两个或以上可辨识的身份状态，可能在言谈、举止、记忆、感受或生理反应上呈现差异。
- 身份状态交替时伴随显著的记忆空缺，包括对日常事件、重要个人信息或创伤事件的遗忘，不能以一般遗忘解释。
- 症状导致显著痛苦或社会、职业、家庭等功能受损，且并非文化、宗教或广泛认可的实践。
- 不能归因于物质或药物的直接作用、癫痫等神经系统疾病或其他医学状况。

DSM-5 诊断标准

A. 身份状态的分裂 存在两个或以上不同的身份状态，在某些文化中可能表现为被附身的体验。

- 每个身份都有相对独立的感知、自我感或行为方式。
- 这些差异可以通过观察到的行为、他人的报告或当事人的主观描述体现。

B. 反复的记忆空白 个体无法回忆日常事件、重要的个人信息或创伤事件，这些失忆不能以一般遗忘解释。

C. 功能受损 症状引起临床上显著的痛苦，或在社交、职业或其他重要功能领域造成损害。

D. 文化与宗教排除 这些紊乱不是广泛文化或宗教实践的一部分。

- 对儿童而言，不应仅通过虚构玩伴或幻想游戏来解释。

E. 排除其他原因 症状不能归因于物质（如酒精、药物）或其他医学状况（如癫痫）的直接作用。

临床表现

- **身份转换**：可能由创伤提醒、强烈情绪或身体应激引发。表现既可以是外显的言谈、姿态变化，也可以是内部的认知与情绪转移。
- **解离性失忆**：常见时间“断片”、记忆空缺，甚至在陌生地点醒来或发现完成了自己不记得的行为。
- **自我感破碎**：患者常描述自己像“许多人共享一个身体”，伴随内在对话或争执。
- **伴随症状**：焦虑、抑郁、睡眠障碍、现实解体/人格解体、躯体化症状、自伤或自杀意念等。

共病与相关障碍 DID 与创伤后应激障碍（PTSD）、复杂性创伤后应激障碍（CPTSD）、抑郁障碍、焦虑障碍、物质使用障碍、边缘性人格障碍等存在高度共病。部分个体亦符合部分解离性身份障碍、解离性遗忘症或躯体化障碍的诊断标准。

病因与风险因素

- **童年期慢性创伤**：包括长期身体、情绪、性虐待或严重忽视，被认为是最重要的风险因素。
- **依附破裂与照顾缺失**：缺乏稳定的养育者与情感支持，使儿童无法整合自我经验。
- **神经生物学研究**：影像学显示前额叶、海马、杏仁核等区域在不同身份状态下功能连接改变；皮质醇调节异常与压力反应过度亦被报道。
- **文化与社会因素**：不同文化中对“附身”或灵体体验的解释不同，影响识别与诊断。

鉴别诊断

- 其他解离性障碍（如部分解离性身份障碍、解离性遗忘症）
- 人格障碍（尤其是边缘性人格障碍）
- 精神病性障碍（需区分幻听性质与身份转换）
- 神经系统疾病（如复杂部分性癫痫、脑部损伤）
- 物质或药物引起的意识状态改变

治疗

- **阶段化治疗模式**：常以三个阶段推进——建立安全与稳定、处理创伤记忆、整合身份与康复。
- **心理治疗**：心理动力学/创伤聚焦疗法、结构性解离模型指导下的治疗、认知行为疗法、眼动脱敏与再加工（EMDR）的改良方案等。
- **药物治疗**：针对共病症状（如抑郁、焦虑、睡眠问题）使用抗抑郁药、抗焦虑药或情绪稳定剂，目前无特异性药物。
- **支持性干预**：地面化技巧、安全计划、支持性团体与创伤知情照护。

流行病学

- **患病率**：社区样本估计约 1%；在精神科住院或创伤幸存者群体中显著增高。

- **性别差异**：女性被诊断的概率通常高于男性，但研究结果受文化与方法学影响较大。
- **诊断延迟**：许多个体经历数年甚至十余年才获得正式诊断，期间常被误诊为其他障碍。

争议与误解

- DID 的诊断有效性与诱发性在学界存在争论，部分学者认为暗示、媒体呈现或治疗诱导可能影响症状表现。
- 主流创伤模型强调解离是儿童在极端压力下的适应性策略，支持通过创伤治疗与整合过程促进康复。
- 流行文化中夸张的“人格互相争斗”形象与多数患者的日常体验差异甚大，后者往往更加隐蔽且以内部体验为主。

支持与自助

- 建立理解 DID 的支持网络，包括家人、朋友、同伴互助团体或创伤知情的支持组织。
- 规律作息、情绪调节训练、地面化（grounding）技巧与安全计划有助于降低触发与自伤风险。
- 在专业治疗指导下练习身份间沟通、日记记录与共享记忆，可逐渐提升整体功能。

相关条目

- 部分解离性身份障碍
- 解离性遗忘
- 复杂性创伤后应激障碍
- 创伤后应激障碍
- 人格解体/现实解体障碍

解离性遗忘 (Dissociative Amnesia, DA)

警告！ 本词条内容可能含有 [触发] 因素。

如有触发风险，请谨慎阅读本词条。

本词条含有许多与医学、精神医学、心理学以及相关衍生方面的信息。

仅供参考，**不能**替代专业医师的诊断和治疗方案。如果有就诊需求请立即联系相关医师。

同义词 Dissociative Amnesia (简称 DA)

解离性失忆、心因性遗忘、分离性遗忘 (历史称谓)

ICD-11 代码：6B62

定义 解离性遗忘是一种以无法回忆重要的自传式信息为特征的解离性障碍，这类记忆缺失通常与创伤性或高度压力事件相关，程度超出普通遗忘所能解释。症状导致显著痛苦或功能损害，不能归因于神经系统疾病、物质/药物或其他精神障碍。²

DSM-5-TR 诊断标准 A. 一个或多个无法用普通遗忘解释的、对重要自传信息（通常为创伤或压力相关）的遗忘事件。遗忘可能局限于特定事件、特定时期，或涉及个体身份的各方面。³

B. 症状造成临床上显著的痛苦或社会、职业等重要功能领域的损害。

C. 症状不能归因于物质/药物、神经系统或其他医学状况（如脑损伤、癫痫）。

D. 症状不能被分离性身份障碍、创伤后应激障碍、急性应激障碍、躯体症状障碍或主要/轻度神经认知障碍更好地解释。

临床表现

- **遗忘模式**：可表现为局灶性（针对特定事件）、选择性（部分记忆缺失）、广泛性（涉及身份史的大范围遗忘）、持续性（持续无法形成新记忆）或系统化（围绕特定类别信息）。⁴
- **自我困惑**：个体常为遗忘本身感到焦虑、羞耻，或察觉生活出现“空档”“跳跃”。
- **情绪与躯体反应**：头痛、胃肠不适、解离性麻木、人格解体体验等伴随症状常见。
- **解离性漫游**：少数病例会伴随突然离家、漂泊到陌生地点并出现身份混乱，称为“解离性漫游”。⁵

²American Psychiatric Association. 2013. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed.). American Psychiatric Publishing.

³American Psychiatric Association. 2013. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed.). American Psychiatric Publishing.

⁴American Psychiatric Association. 2013. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed.). American Psychiatric Publishing.

⁵Loewenstein, R. J. (2018). Dissociation debates: Everything you know is wrong. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 20(3), 229–242. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2018.20.3/roewenstein>

病因与风险因素

- **严重创伤史**：童年期虐待、家庭暴力、战争、灾难等与发病相关。创伤时的高解离反应被认为是形成遗忘的关键。⁶
- **累积压力与情绪冲突**：重大生活转折、亲密关系冲突、突发损失可能诱发症状。
- **人格与解离特质**：高度解离倾向、想象力丰富、催眠受暗示性高的个体更易出现。
- **生物与神经机制**：功能影像学提示海马、前额叶调节异常，压力反应系统过度或不足激活可能影响记忆编码。⁷

共病情况 解离性遗忘常与创伤后应激障碍、复杂性创伤后应激障碍、解离性身份障碍、抑郁障碍、焦虑障碍、物质使用障碍、边缘性人格障碍等共病。共病的存在可能延长病程、增加自伤或自杀风险。⁸

鉴别诊断

- **脑部损伤或神经退行性疾病**：需要排除癫痫、头部外伤、阿尔茨海默病等；神经影像、神经心理评估可协助鉴别。⁹
- **物质或药物作用**：酒精、苯二氮䓬类、抗胆碱药等可造成遗忘，应追溯用药史。
- **普通压力相关遗忘**：一般遗忘不会成块消失，也不围绕创伤信息系统化缺失。
- **装病或伪装**：需评估次级获益，使用结构化访谈、心理测验与他人佐证资料。
- **其他精神障碍**：若以身份分裂、漫游或其他解离症状为主，应评估 DID、部分解离性身份障碍等。

评估与检查

- **临床访谈与生涯时间线**：以创伤知情态度探查记忆空白、发病时程与触发因素。
- **结构化工具**：解离体验量表（DES）、SCID-D 有助量化解离程度与排除其他解离障碍。
- **神经学评估**：必要时安排脑影像、脑电图、神经心理测验，以排除器质性原因。
- **风险评估**：关注自伤、自杀意念与安全计划。

治疗与支持

- **阶段化治疗**：遵循安全稳定 → 创伤加工 → 整合与重建功能的步骤，避免过早深入创伤记忆。¹⁰
- **心理治疗**：创伤聚焦认知行为疗法、眼动脱敏与再加工（EMDR）、躯体经验疗法等在创伤知情框架下应用；催眠或想象暴露需谨慎、避免诱导记忆。

⁶Staniloiu, A., & Markowitsch, H. J. (2014). Dissociative amnesia. *The Lancet Psychiatry*, 1(3), 226–241. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(14\)70279-2](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(14)70279-2)

⁷Staniloiu, A., & Markowitsch, H. J. (2014). Dissociative amnesia. *The Lancet Psychiatry*, 1(3), 226–241. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(14\)70279-2](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(14)70279-2)

⁸Loewenstein, R. J. (2018). Dissociation debates: Everything you know is wrong. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 20(3), 229–242. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2018.20.3/rloewenstein>

⁹Kopelman, M. D. (2000). Focal retrograde amnesia and the attribution of causality: An exceptionally critical review. *Cognitive Neuropsychiatry*, 5(2), 135–157. <https://doi.org/10.1080/135468000395781>

¹⁰Loewenstein, R. J. (2018). Dissociation debates: Everything you know is wrong. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 20(3), 229–242. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2018.20.3/rloewenstein>

- **支持性干预**：地面化技巧、日记记录、建立安全网络、恢复日常结构，有助应对遗忘造成的生活混乱。
- **药物治疗**：无特异性药物，常针对共病抑郁、焦虑、睡眠问题给予药物支持。
- **危机应对**：若存在解离性漫游或安全风险，需制定紧急联系与医疗介入计划。

预后 多数病例在数周至数月内部分或完全恢复记忆，但也可能残留持久空白。反复发作与严重共病会降低恢复速度。建立稳定支持系统、接受创伤知情治疗与持续自我照护有助改善功能。

相关条目

- 创伤
- 创伤后应激障碍
- 复杂性创伤后应激障碍
- 解离性身份障碍
- 人格解体/现实解体障碍

参考与延伸阅读

人格解体/现实解体障碍 (Depersonalization/Derealization Disorder, DPDR)

警告！ 本词条内容可能含有 [触发] 因素。

如有触发风险，请谨慎阅读本词条。

本词条含有许多与医学、精神医学、心理学以及相关衍生方面的信息。

仅供参考，**不能替代**专业医师的诊断和治疗方案。如果有就诊需求请立即联系相关医师。

同义词 Depersonalization/Derealization Disorder (简称 DPDR)

人格解体障碍、现实解体障碍、人格解离综合征 (历史名称)

ICD-11 代码：6B65

定义 人格解体/现实解体障碍是一类以持续或反复出现的人格解体（对自我感受、身体或心理过程感到疏离、宛如旁观者）与/或现实解体（外界环境显得陌生、虚假或如梦）体验为核心特征的解离性障碍。个体在发作期间的现实检验能力通常保持完整，但症状会引发显著的痛苦或功能损害，且不能用物质、神经系统疾病或其他精神障碍更好地解释。¹¹

DSM-5-TR 诊断标准 A. 持续或反复出现的人格解体、现实解体或两者兼有：

- **人格解体**：体验到自身的思维、感受、身体或行动与“自我”脱节，仿佛是局外人或自动化地运作。
- **现实解体**：感知外部世界时出现非真实感，环境被描述为朦胧、无生气或像在梦中。

B. 在体验期间，现实检验能力保持完整。

C. 症状造成临床上显著的痛苦或社会、职业等重要功能领域受损。

D. 症状不能归因于物质或药物（如致幻剂、酒精）或其他医学状况（如癫痫）。

E. 症状不能被其他精神障碍更好地解释，如精神分裂谱系障碍、急性应激障碍、创伤后应激障碍、重度抑郁障碍、惊恐障碍或其他解离性障碍。¹²

临床表现

- **持续的非真实感**：描述为“像在电影中”“仿佛身体是机器”“声音像隔着玻璃”。
- **情绪麻木与体感改变**：情绪反应迟钝、身体感觉钝化或失真，甚至伴有视觉深度、时间感的扭曲。¹³
- **高度觉察**：多数人意识到体验的异常，但难以摆脱，对这一状态产生恐惧或绝望。
- **功能影响**：注意力与工作效率下降，回避高度刺激或引发症状的环境；严重者可能出现持续的存在危机或自伤念头。

¹¹American Psychiatric Association. 2013. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed.). American Psychiatric Publishing.

¹²American Psychiatric Association. 2013. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed.). American Psychiatric Publishing.

¹³Hunter, E. C. M., Sierra, M., & David, A. S. (2004). The epidemiology of depersonalisation and derealisation: A systematic review. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 39(1), 9-18. <https://doi.org/10.1007/s00127-004-0701-4>

触发因素与病程

- **急性压力或创伤线索**：情绪或人际冲突、睡眠剥夺、慢性焦虑可能诱发或加剧症状。
- **物质使用**：大麻、致幻剂、摇头丸等可诱发急性去人格化体验，少数人发展为持续性 DPDR。
- **发病年龄**：多数在青少年或成年早期起病，病程可为慢性波动或急性发作后缓解。¹⁴

共病与风险因素

- **创伤相关障碍**：PTSD、CPTSD、解离性障碍常与 DPDR 共病，症状可能在创伤回忆时加剧。
- **情绪与焦虑障碍**：重度抑郁、惊恐障碍、强迫症患者中去人格化体验发生率较高。¹⁵
- **人格因素**：高解离特质、完美主义、过度自我监控与对内感线索的过度关注可能增加脆弱性。¹⁶
- **神经生物学**：研究提示前额叶对边缘系统的“抑制”导致情绪脱离感，视觉与体感皮层连接异常亦被观察到。¹⁷

鉴别诊断

- **精神病性障碍**：DPDR 个体通常保留现实检验能力，不会出现固有妄想；如存在幻觉、妄想需考虑精神分裂谱系。
- **惊恐障碍与焦虑发作**：惊恐发作可伴短暂人格解体，但若去人格化体验仅限于发作期间、以惊恐症状为主，应诊断惊恐障碍。
- **重度抑郁障碍**：抑郁相关的情感麻木需与非真实感区分。
- **神经系统疾病**：颞叶癫痫、偏头痛、脑炎等可引发相似体验，需进行神经学评估。
- **物质/药物诱发状态**：近期物质使用或戒断期产生的症状需先排除。

评估工具

- **Cambridge Depersonalization Scale (CDS)**：评估症状频率与强度的自评量表。
- **Dissociative Experiences Scale (DES)**：筛查广泛解离体验。
- **结构化访谈**：如 SCID-D，有助与其他解离性障碍区分。

治疗策略

- **心理治疗**：

¹⁴Hunter, E. C. M., Sierra, M., & David, A. S. (2004). The epidemiology of depersonalisation and derealisation: A systematic review. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 39(1), 9–18. <https://doi.org/10.1007/s00127-004-0701-4>

¹⁵Sierra, M. (2012). Depersonalization disorder: Pharmacological approaches. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 12(2), 205–214. <https://doi.org/10.1586/ern.11.200>

¹⁶Michal, M., Pfaltz, M. C., Koschorke, P., Schächinger, H., & Schillings, G. (2016). A systematic review of the evidence for psychological treatments in depersonalisation-derealisation disorder. *European Journal of Psychotraumatology*, 7, 31890. <https://doi.org/10.3402/ejpt.v7.31890>

¹⁷Sierra, M., & David, A. S. (2011). Depersonalization: A selective impairment of self-awareness. *Consciousness and Cognition*, 20(1), 99–108. <https://doi.org/10.1016/j.concog.2010.10.018>

- 以认知行为疗法 (CBT) 为基础的专门方案，通过识别灾难化思维、减少症状监控与回避行为来降低非真实感。¹⁸
- 创伤知情治疗、阶段化解离治疗框架适用于与创伤共病的个体。
- 正念、接受承诺疗法 (ACT) 与身体觉察训练帮助恢复感官连结。
- **药物治疗**：尚无特异性药物。小样本研究探索选择性 5-羟色胺再摄取抑制剂 (SSRI)、丙米嗪、纳曲酮、拉莫三嗪等，但证据有限，应聚焦共病症状。¹⁹
- **生活与支持**：规律作息、减少物质使用、运用接地 (grounding) 技巧、建立社会支持网络，可缓解症状波动。

相关条目

- 解离
- 非我感
- 创伤后应激障碍
- 复杂性创伤后应激障碍
- 解离性身份障碍

参考与延伸阅读

¹⁸Hunter, E. C. M., Sierra, M., & David, A. S. (2004). The epidemiology of depersonalisation and derealisation: A systematic review. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 39(1), 9–18. <https://doi.org/10.1007/s00127-004-0701-4>

¹⁹Michal, M., Pfaltz, M. C., Koschorke, P., Schächinger, H., & Schillings, G. (2016). A systematic review of the evidence for psychological treatments in depersonalisation-derealisation disorder. *European Journal of Psychotraumatology*, 7, 31890. <https://doi.org/10.3402/ejpt.v7.31890>

其他特定解离性障碍 (OSDD)

这个词条需要进一步的编辑。

我们邀请任何愿意为此词条做出贡献的多意识体进行编辑。

本词条含有许多与医学、精神医学、心理学以及相关衍生方面的信息。

仅供参考，**不能**替代专业医师的诊断和治疗方案。如果有就诊需求请立即联系相关医师。

总体要求

- 出现 **显著的解离症状**（如记忆缺失、身份混乱、人格分裂感、现实感丧失等）。
- 症状导致 **临床显著的痛苦** 或 **社会/职业功能受损**。
- 不符合 **解离性身份障碍、解离性遗忘、人格解体/现实解体障碍** 的完整标准。
- 不能更好地用 **物质/药物、医学疾病或文化习俗** 来解释。

常见的 OSDD 类型 (DSM-5 示例) DSM-5 与 DSM-5-TR 在文字说明中给出了几个典型的“例子”，帮助临床人员理解哪些情况会被诊断为 OSDD；它们并非正式的亚型或独立分类。

历史上，部分作者与同侪支持社区曾使用“OSDD-1a”“OSDD-1b”等非正式标签，来指代以下几个例子中的不同表现。但在最新版的 DSM-5-TR 中，这些编号从未被列为正式诊断或说明语，仅能作为个案描述的便捷说法。为了避免误导，本词条不再把它们当作独立类别。²⁰²¹

1. **慢性或反复性混乱 / 交替的身份状态**
 - 但 **没有显著遗忘**（即不符合 DID 的记忆缺失要求）。
 - 常见于一些 DID 倾向者，但缺乏核心“健忘”症状。
2. **解离性遗忘伴随长期、广泛的遗忘**
 - 但 **不符合解离性遗忘的典型模式**（例如没有清晰的创伤性事件诱发）。
3. **身份改变和附体体验**
 - 出现类似“被控制”“被灵体附身”的体验。
 - 但这种现象并不在文化或宗教习俗允许的范围内。
4. **急性解离反应**
 - 突发性的解离症状，通常持续 **不到 1 个月**。
 - 但临床影响明显。
5. **混合性解离症状**
 - 存在多种解离症状，但无法归入某一个确切类别。

²⁰Brand, B. L., & Loewenstein, R. J. (2021). Dissociative disorders: An overview of assessment, phenomenology, and treatment. *Journal of Psychiatric Practice*, 27(3), 170–182.

²¹“Other specified dissociative disorder.” *Wikipedia*, 2024 年 5 月更新, https://en.wikipedia.org/wiki/Other_specified_dissociative_disorder.

与其他障碍的区别

- **解离性身份障碍 (DID)**: 必须存在两个或以上身份状态, 并伴随反复的记忆缺失。
- **OSDD 个案**: 可能在身份状态、遗忘或附体体验上表现出 DID 的部分特征, 但症状强度或频率不足以满足 DID 的全部标准。
- **人格解体 / 现实解体障碍**: 核心是与自我或现实脱节, 而非身份混乱。

躯体化障碍 (Somatic Symptom Disorder, SSD)

本词条含有许多与医学、精神医学、心理学以及相关衍生方面的信息。

仅供参考，**不能**替代专业医师的诊断和治疗方案。如果有就诊需求请立即联系相关医师。

同义词

- 躯体症状障碍 (Somatic Symptom Disorder, SSD)
- 躯体化障碍 (Somatization Disorder, 历史用语)
- 躯体形式障碍 (历史诊断范畴)

定义 躯体化障碍指个体经历一个或多个持续存在的躯体症状，并伴随与这些症状相关的显著痛苦、功能损害及过度的思想、情感或行为反应。与以往强调“无医学依据”的躯体化概念不同，DSM-5-TR 的诊断更关注症状带来的心理行为影响，即使存在可解释的躯体疾病，也可能同时符合此诊断。

DSM-5-TR 诊断要点 DSM-5-TR 将躯体症状障碍归入“躯体症状及相关障碍”章节。诊断需满足以下特征：

1. 一个或多个困扰性的躯体症状，并造成日常生活的显著扰乱。
2. 与躯体症状相关的过度思想、情感或行为，至少具备以下之一：
 - 对症状严重性的持续且不成比例的想法；
 - 持续的高水平焦虑或关注；
 - 花费过多时间和精力在症状或健康忧虑上。
3. 尽管单个躯体症状可能并非持续存在，但症状状态通常是持续性的（一般超过 6 个月）。

DSM-5-TR 允许按照症状持续时间（急性 < 6 个月；慢性 ≥ 6 个月）及是否伴有以疼痛为主的表现等进行说明。

ICD-11 诊断特征 在 ICD-11 中，对应的诊断为 **躯体痛苦障碍 (Bodily Distress Disorder)**。其核心表现为持续困扰性的躯体症状，以及对这些症状过度的关注和重复的医疗寻求行为。ICD-11 强调症状体验与心理行为反应之间的恶性循环，并允许按主要症状领域（如心血管、胃肠道、疼痛或混合型）进行说明。

评估与鉴别

- 评估时需结合详细的病史、体格检查和必要的医学评估，排除急性、危及生命的躯体疾病。
- 鉴别诊断包括疾病焦虑障碍、转换障碍、躯体症状伴抑郁或焦虑障碍以及物质/药物所致症状等。
- 共病常见于焦虑障碍、抑郁障碍、创伤相关障碍与人格特质问题，系统化评估可帮助制定治疗方案。

治疗与支持

- **心理教育与医患联盟**：解释身心交互机制、设定现实期望，建立稳定的随访关系。
- **心理治疗**：认知行为治疗 (CBT)、正念干预、应对技能训练等有助于调整不良认知与行为。
- **药物治疗**：若合并抑郁或焦虑症状，可考虑抗抑郁药物；应避免过度使用止痛药或镇静药。

- **综合照护**：鼓励规律生活、运动与社会支持，必要时与躯体科、康复、精神卫生团队协作。

参考资料

1. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed., Text Revision), 2022.
2. World Health Organization. *International Classification of Diseases 11th Revision*, 2022.
3. "Somatic symptom disorder"—Wikipedia, the free encyclopedia. Accessed 2024.

边缘性人格障碍 (Borderline Personality Disorder, BPD)

触发提示：本条目包含关于自伤、创伤与精神症状的描述，请自行斟酌阅读。

本文涉及医学与心理健康信息，仅供教育用途，不能替代专业诊断或治疗，如有需要请及时就医。

同义词

- Borderline Personality Disorder (BPD)
- 情绪不稳定型人格障碍（部分国际分类使用）

定义 边缘性人格障碍 (BPD) 是人格功能长期且广泛受损的状态，核心表现为情绪调节困难、人际关系高度不稳定、自我概念与身份认同摇摆，以及冲动控制受损，常伴有自杀或自伤行为。BPD 归类于人格障碍 B 组（戏剧化、情绪化、不稳定）障碍，发病高峰通常位于青少年至成年早期阶段。[1]

核心要点

- **稳定的不稳定：**情感、认知、自我感及行为模式高度波动，常在理想化与贬低之间快速转换。[1]
- **高度风险行为：**冲动性表现为自伤、自杀企图、物质滥用、危险性行为、暴饮暴食等，常以“情绪调节”或“回避空虚”为目的。[2]
- **对被抛弃的强烈恐惧：**真实或想象中的被遗弃情境即可触发强烈焦虑、愤怒或解离体验，可能诱发分裂性思维或控制性行为。[1]
- **共病负担显著：**抑郁障碍、焦虑障碍、创伤相关障碍、饮食障碍与物质使用障碍的共病率高；BPD 患者自杀死亡风险约为普通人群的 50 倍。[2]

DSM-5-TR 诊断标准概述 DSM-5-TR 将 BPD 定义为在人际关系、自我形象与情感上的广泛不稳定及显著冲动，起病不晚于成年早期，并在多种情境下出现 5 项症状：

1. 极力避免真实或想象中的被遗弃（不包括自伤/自杀行为）。
2. 不稳定且激烈的人际关系，夹杂理想化与贬低的极端转变。
3. 明显且持续的不稳定自我形象或自我感。
4. 至少两个领域存在可能自我伤害的冲动行为（消费、性行为、物质滥用、危险驾驶、暴食等）。
5. 反复的自杀行为、自杀姿态/威胁或自伤行为。
6. 情绪高度反应性导致的情感不稳定（强烈烦躁、易激惹或焦虑发作性波动，持续数小时，很少超过数天）。
7. 持续的空虚感。
8. 难以控制、强烈且不恰当的愤怒（频繁发脾气、持续愤怒、反复斗殴）。
9. 与应激相关的短暂偏执观念或严重解离症状。

诊断需排除其他人格障碍、情绪障碍或物质/躯体因素导致的情绪不稳定，评估时应结合发展史、功能损害及文化背景。[1]

机制与证据

- **生物-心理-社会模型：**遗传易感性、幼年逆境（虐待、忽视）、依恋破裂以及无效化环境是主要风险因素；BPD 的遗传力估计约 40%–60%。[2][3]

- **情绪调节与解离**：前额叶-边缘系统调节不足与杏仁核过度反应相关，解释了对情绪线索的高度敏感与冲动行为；在急性应激下可出现解离或现实解体体验。[3]
- **身份与自我功能缺陷**：心理化（mentalization）能力受损，自体与他人表征不稳定，使得人际互动易出现分裂化、理想化-贬低循环。[4]
- **共病与区分**：需与双相情感障碍、复杂性 PTSD、自恋型人格障碍及解离性障碍区分——双相障碍情感波动持续时间更长；复杂性 PTSD 更强调持续性创伤史与过度警觉；BPD 的身份紊乱与冲动性更为突出。[1][2]

临床管理与干预

- **心理治疗为核心**：辩证行为疗法（DBT）、心理化取向治疗（MBT）、移情焦点心理治疗（TFP）、图式疗法等被证实可降低自伤、自杀风险并改善功能。[2][4]
- **药物治疗**：无特效药；按症状靶向使用 SSRIs、情绪稳定剂或抗精神病药以缓解情绪不稳、冲动或认知-感知症状，需评估滥用风险与药物间作用。[1]
- **危机处理**：建立安全计划、加强社会支持、识别触发因素与预警信号；短期住院仅用于严重自杀风险或失控行为且在危机干预框架下进行。[1][2]
- **长期策略**：强化情绪觉察与调节技能、改善依恋模式、支持创伤处理与身份整合；与多重意识体/解离系统工作时应区分人格解离与人格障碍，避免标签化。[4]

实务与观察

- **评估工具**：常用结构化访谈（SCID-5-PD）、人格评估问卷（PAI）、边缘性评估量表（MSI-BPD）等；记录自伤/自杀行为、情绪波动触发事件与人际冲突模式。
- **合作要点**：保持一致、明确的治疗界限；验证来访者感受同时引导其识别思维偏差；对可能的分离或角色转换保持敏感并提前制定危机应对流程。
- **自助方向**：DBT 技能（情绪调节、痛苦容忍、人际效能、正念）、安全计划与支持网络地图，可作为系统内协作与自我监测工具。

相关条目

- 创伤后应激障碍（PTSD）
- 复杂性创伤后应激障碍（CPTSD）
- 解离性身份障碍（DID）
- 其他特定解离性障碍（OSDD）
- 抑郁障碍（Depressive Disorders）

参考与延伸阅读 [1] American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th ed., text rev.)*. Washington, DC: APA Publishing. [2] Leichsenring, F., Leibing, E., Kruse, J., New, A. S., & Leweke, F. (2011). Borderline personality disorder. *The Lancet*, 377(9759), 74–84. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)61422-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)61422-5) [3] Winsper, C., Bilgin, A., Thompson, A., Marwaha, S., Chanen, A. M., Singh, S. P., & Wang, A. (2020). The prevalence of personality disorders in the community. *The Lancet Psychiatry*, 7(10), 924–940. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30292-4](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30292-4) [4] Bateman, A. W., & Fonagy, P. (2019). *Handbook of Mentalizing in Mental Health Practice* (2nd ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association Publishing.

自恋型人格障碍 (Narcissistic Personality Disorder, NPD)

本词条含有许多与医学、精神医学、心理学以及相关衍生方面的信息。

仅供参考，**不能**替代专业医师的诊断和治疗方案。如果有就诊需求请立即联系相关医师。

同义词

- Narcissistic Personality Disorder (NPD)
- 夸大型人格障碍 (部分译名)

定义 自恋型人格障碍属于人格障碍谱系，特征是持续的夸大、自我关注和对他人赞赏的渴求，同时伴随缺乏同理心、脆弱的自尊与对批评的高度敏感。人际关系往往呈现利用性或剥削性模式，且当自我形象受威胁时容易出现羞愧、愤怒或抑郁反应。

DSM-5-TR 诊断要点 DSM-5-TR 将自恋型人格障碍归入 B 组人格障碍，其诊断标准强调以下特征：

- 自我重要性的夸大（夸大成就、期待无相称的赞誉）；
- 沉迷于无限成功、权力、才智、美貌或理想爱情的幻想；
- 相信自己“特殊而独特”，只能被同样特殊的人理解或与之交往；
- 需要过度的赞赏；
- 特权感，期待他人自动顺从其意愿；
- 人际关系中常利用他人以达成自身目的；
- 缺乏同理心，难以识别或体会他人感受与需要；
- 嫉妒他人或认为他人嫉妒自己；
- 表现出傲慢、高高在上的态度或行为。

诊断需在多种情境下持续表现上述特征，并造成显著的社会、职业功能损害或痛苦，且起始于成年早期前后。DSM-5-TR 要求满足至少 5 项。

ICD-11 诊断特征 ICD-11 将人格障碍划分为单一诊断并通过严重程度与特质修饰语描述。自恋型特质主要归入“自我中心/反社会特质”与“负性情感”范畴，特点包括夸大、寻求钦佩、缺乏共情和对他人需求的漠视。在确立人格障碍严重程度（轻度、中度、重度）后，可添加“以自恋特质为主”等修饰语以描述临床表现。

临床关注点

- 自恋防御通常掩盖脆弱的自尊，遇到失败或批评时可能出现羞愧、抑郁或愤怒爆发。
- 可与边缘型、表演型人格特质或物质使用障碍共病，也常伴随焦虑、抑郁或双相障碍。
- 在评估过程中需要留意个体对治疗的期望、依从性与潜在的剥削性互动。

治疗与支持

- **心理治疗**：以心理动力学取向、认知行为治疗或图式治疗等方式，协助个体识别防御模式、发展同理心与稳定自尊。
- **界限与合作**：治疗关系中需建立清晰界限，鼓励现实反馈与自我反思。
- **共病处理**：若存在情绪障碍、冲动控制或物质问题，应同步给予相应的药物与心理干预。

参考资料

1. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed., Text Revision), 2022.
2. World Health Organization. *International Classification of Diseases 11th Revision*, 2022.
3. "Narcissistic personality disorder" —Wikipedia, the free encyclopedia. Accessed 2024.

部分解离性身份障碍 (Partial Dissociative Identity Disorder, PDID)

本词条含有许多与医学、精神医学、心理学以及相关衍生方面的信息。

仅供参考，不能替代专业医师的诊断和治疗方案。如果有就诊需求请立即联系相关医师。

概述 部分解离性身份障碍是 ICD-11 在“解离障碍”章节中新设的诊断。它描述了一种自我感和能动性出现明显断裂的状态：个体拥有一个负责日常功能的主导身份，同时存在一个或多个非主导身份（常被理解为不同的心理状态或意识成分）。这些非主导身份不会像典型解离性身份障碍（DID）那样频繁掌控行为，但会以侵入方式打断感知、记忆、情绪和运动，造成显著痛苦或功能受损。该诊断被认为位于解离连续谱的中间地带，高于一般的解离体验，却未达到完整 DID 的程度。

ICD-11 将解离障碍单列，包括解离性遗忘、恍惚 / 附身障碍、解离性身份障碍、部分解离性身份障碍以及去人格化-现实解体障碍等。部分解离性身份障碍的提出，旨在为临床上常见、但未达到 DID 严重程度的身份解离提供明确的诊断框架。

诊断要点 (ICD-11 摘要)

1. **身份结构**：存在一个维持日常生活的主导身份，以及一个或多个非主导身份 / 身份状态。
2. **侵入体验**：非主导身份以侵入形式影响思维、情感、感知、运动或行为，常伴随不受欢迎的情绪、冲动或感官体验。
3. **接管行为的频率**：非主导身份极少完全接管控制。即使出现接管，通常短暂、限于特定情境（如极端情绪波动、自伤冲动或特定触发事件）。
4. **排他性诊断**：症状不能由物质作用、神经系统疾病或睡眠相关障碍解释。
5. **临床显著性**：症状导致持续性痛苦或社会、职业、家庭等领域的功能损害。

ICD-11 强调，诊断需考虑文化背景与宗教实践，以避免将正常的灵媒或仪式性体验误判为病理性解离。

常见临床表现

- **情绪与感受的突入**：突然体验到强烈的恐惧、愤怒、羞耻或悲伤，主导身份感到“这不是我该有的反应”。
- **身体或动作的失控感**：出现非自愿动作、姿态或短暂的运动抑制，有时伴随“旁观者”式的意识状态。
- **内在对话与声音**：能够感知内部不同观点、声音或对话，但未必外显为听觉幻觉。
- **记忆空白或时间重叠**：出现短暂的记忆断片、情节模糊或“仿佛自己在远处观看”式的体验。
- **身份相关的象征性体验**：非主导身份在书写、绘画、使用社交媒体或日记时短暂浮现，留下不同风格的内容。

这些体验通常与创伤事件、强烈压力、人际冲突或特定触发线索（如气味、声音、场景）相关，可能伴随解离性恍惚、去现实感、睡眠障碍、自伤冲动等共病问题。

与解离性身份障碍 (DID) 的关系

- **控制权分配**：DID 中多个表面正常部分 (ANP) 可轮流接管行为控制；部分解离性身份障碍通常只有一个主导 ANP，其他身份多为情绪部分 (EP)，以侵入或共存的方式干扰。
 - **记忆缺失的程度**：DID 常出现长时段、全局性的记忆空白；部分解离性身份障碍通常以片段性或情境性的遗忘为主。
 - **社会功能受损**：两者都可能造成显著困扰，但部分解离性身份障碍的日常功能受损较 DID 为轻，且更容易在特定压力下加剧。
 - **发展轨迹**：临床观察认为，部分解离性身份障碍可能在持续创伤或缺乏支持的情况下进展为 DID；及时的支持与治疗有助于稳定在部分解离水平并逐渐整合。
-

流行病学与病程

- **致病背景**：大多数个案与持续性或发展阶段的复杂创伤（如儿童期虐待、忽视、亲密暴力）相关，也可见于反复的医疗创伤、被迫离散或战争经历。
 - **起病时间**：症状可在童年即有迹象，但多在青少年或成人阶段（尤其是面对压力事件）达到临床显著性。
 - **性别与文化**：女性及性别少数群体的诊断率较高，但可能受求助倾向与社会期望影响。某些文化中，解离性体验可能以宗教或灵性形式表达，需区分是否伴随痛苦与功能受损。
 - **病程特点**：症状常随压力波动，出现缓解与复发。合并 PTSD、抑郁、焦虑、人格障碍及躯体症状障碍并不少见。
-

鉴别诊断

- **DID (6B64)**：多主导身份轮换控制、自主性记忆空白更显著。
- **恍惚 / 附身障碍**：以短暂恍惚状态与文化相关的附身体验为主，通常缺乏持续的身份结构分裂。
- **创伤后应激障碍 (PTSD / CPTSD)**：虽然常见侵入性记忆，但不表现为具有自主意志的身份状态。
- **精神病性障碍**：幻觉、妄想更具外源性、与现实脱节，缺乏解离身份的结构性特征。
- **人格障碍 (如边缘型人格障碍)**：自我感不稳定、情绪波动显著，但缺乏非主导身份的持久存在和侵入控制。
- **神经认知障碍与癫痫**：需排除器质性病变、癫痫发作或解离性癫痫。

临床上通常结合详细病史、心理测验、脑部 / 神经检查及创伤评估来进行排除。

评估与筛查工具

- **DES-II (Dissociative Experiences Scale)**：自评量表，用于筛查解离体验。
- **MID (Multidimensional Inventory of Dissociation)**：覆盖身份状态、内在声音、解离性症状等多维度。

- **SCID-D (Structured Clinical Interview for Dissociative Disorders)**：半结构化临床访谈，帮助区分 DID、部分解离性身份障碍及其他解离性障碍。
- **TADS-I、A-DES 等儿童量表**：评估青少年和儿童的解离症状。

评估时需同时关注创伤史、共病精神症状、功能水平、支持系统和风险（如自伤、自杀念头）。

治疗与支持 部分解离性身份障碍的治疗多采用创伤知情的分阶段模式：

1. **稳定与安全阶段**：建立治疗联盟，进行心理教育，发展情绪调节、地面化（grounding）与危机应对技能。
2. **创伤处理阶段**：在安全的前提下，逐步处理创伤记忆，减少侵入性体验。常见方法包括 EMDR、结构性解离理论指导下的阶段性治疗等。
3. **整合与康复阶段**：促进身份间合作，增强自我感的一致性，巩固社会功能与人际支持。

药物治疗主要用于处理抑郁、焦虑、睡眠障碍等共病症状，无法直接消除解离。团体治疗、自助组织与同伴支持能够提供经验交流，但需注意安全界限。

日常应对与社群经验

- **触发管理**：识别并记录触发因素，准备具体的地面化技巧（如呼吸、触觉刺激、环境转换）。
- **内在沟通**：通过日记、绘画、语音等方式与内部身份状态合作，协商日常安排与自护策略。
- **社会支持**：寻找理解创伤与解离的治疗师、同伴社群；向可信赖的亲友解释症状、设定界限。
- **风险应对**：若出现自伤 / 自杀冲动或身份状态失控，及时求助专业机构或紧急服务。

多意识体社群强调，部分解离性身份障碍虽然不一定伴随明显“切换”，但内部体验同样真实且消耗巨大，获得安全、尊重与专业的支持尤为重要。

与 DSM-5 的对应 DSM-5 未单列部分解离性身份障碍，临床上通常归入 **OSDD-1 (Other Specified Dissociative Disorder)**：

- **OSDD-1a**：具备 DID 的核心特征，但身份转换或遗忘不足以满足完整标准。
- **OSDD-1b**：存在显著身份中断，但缺乏足够证据表明不同身份轮流控制行为。

因此，ICD-11 的部分解离性身份障碍大致对应 DSM-5 的 OSDD-1a / 1b。跨诊断系统沟通时，可通过描述症状特征和功能受损情况来对应。

ICD-10 与 ICD-11 的变化

- **ICD-10**：使用 F44.81 “多重人格障碍”描述较广泛的身份解离。
- **ICD-11**：拆分为 DID (6B64) 与部分解离性身份障碍 (6B65)，明确了身份控制权与侵入体验的差异，并补充文化说明。

- **修订意义：**帮助临床识别更多未完全符合 DID 但具有严重身份解离的个案，改进服务获取与研究分类。
-

延伸阅读与资源

- 国际解离性障碍协会 (ISSTD) 发布的《成人解离障碍治疗指南》。
- 结构性解离理论 (Onno van der Hart 等) 相关著作, 如《创伤与解离的自我保护系统》。
- 多意识体社群提供的自助资源、危机热线及创伤信息平台。

述情障碍 (Alexithymia)

一句话定义：述情障碍指个体持续呈现的情绪觉察、区分与表达能力受限的人格特质或维度，而非独立的精神障碍。²²

同义词 情感表达不能，情感难言症，述情困难，alexithymia

诊断定位

- **分类现状：**述情障碍不被《精神障碍诊断与统计手册》第五版 (DSM-5) 或《国际疾病分类》第十一版列为正式诊断，而是在躯体症状及相关障碍、创伤后应激障碍等章节中作为常见的情感加工困难被讨论。²³
- **概念演化：**该术语由精神科医生 Peter Sifneos 在 1970 年代提出，用以描述以躯体化就医的来访者在情绪觉察与描述方面的显著困难。²⁴
- **维度化理解：**当代研究倾向将述情障碍视为跨诊断 (transdiagnostic) 的情绪处理维度，可能随时间、环境和干预而改变。²⁵

核心特征 经典的三因素模型将述情障碍拆分为以下维度：²⁶

1. **难以识别情绪 (Difficulty Identifying Feelings, DIF)：**无法区分不同情绪体验或将情绪体验与身体唤醒区分开来。
2. **难以描述情绪 (Difficulty Describing Feelings, DDF)：**难以以语言向他人准确表述自身的情绪体验。
3. **外向性思维 (Externally Oriented Thinking, EOT)：**倾向聚焦于外部事实与行动，对内在情绪与想象的关注不足。

除三因素模型外，研究还观察到情感想象力贫乏、情绪调节策略有限、内感受觉察 (interoception) 受损等特征。²⁷

测评与评估

- **量表工具：**多使用多伦多述情障碍量表 (Toronto Alexithymia Scale-20, TAS-20)，涵盖 DIF、DDF、EOT 三个分量表，分数越高代表述情困难越明显。²⁸

²²American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed.). Washington, DC.

²³American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed.). Washington, DC.

²⁴Sifneos, P. E. (1973). The prevalence of "alexithymic" characteristics in psychosomatic patients. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 22(2), 255–262.

²⁵Taylor, G. J., Bagby, R. M., & Parker, J. D. A. (1997). *Disorders of Affect Regulation: Alexithymia in Medical and Psychiatric Illness*. Cambridge University Press.

²⁶Bagby, R. M., Parker, J. D. A., & Taylor, G. J. (1994). The twenty-item Toronto Alexithymia Scale—I. Item selection and cross-validation of the factor structure. *Journal of Psychosomatic Research*, 38(1), 23–32.

²⁷Herbert, B. M., Herbert, C., & Pollatos, O. (2011). On the relationship between interoceptive awareness and alexithymia: Is interoceptive awareness related to emotional awareness? *Journal of Personality*, 79(5), 1149–1175.

²⁸Bagby, R. M., Parker, J. D. A., & Taylor, G. J. (1994). The twenty-item Toronto Alexithymia Scale—I. Item selection and cross-validation of the factor structure. *Journal of Psychosomatic Research*, 38(1), 23–32.

- **补充工具**：儿童述情障碍量表（CAM）、柏林述情障碍量表（BVAQ）等适用于不同年龄或研究情境。²⁹
- **评估要点**：采集躯体症状历史、情绪词汇使用习惯、社会功能与人际反馈，并结合精神科共病筛查；对于多意识体，可区分不同意识单元之间的情绪觉察差异以避免过度概化。

临床与共病

- **自闭症谱系（ASD）**：系统综述指出，ASD 群体的述情障碍水平显著高于对照组，且与社交沟通困难、情绪识别缺陷关联紧密。³⁰
- **创伤及应激障碍**：在创伤后应激障碍（PTSD）与复杂性 PTSD 人群中，述情障碍与重度症状、情绪麻木及解离体验相关，也可能影响创伤聚焦治疗的成效。³¹
- **躯体症状及慢性疾病**：DSM-5 提到述情特质在躯体症状障碍患者中常见，与求诊动机及症状放大有关；研究亦发现其与功能性躯体疾病、心血管疾病患者的自我管理困难相联系。^{32,33}
- **情绪与睡眠问题**：述情障碍常与抑郁、焦虑及睡眠质量下降共存，可能通过情绪觉察不足而增加生理唤醒。³⁴

机制与影响

- **情绪加工路径**：述情障碍被认为涉及前岛叶、前扣带皮层等情绪与内感受网络功能降低，导致生理唤醒与情绪标签之间的匹配受阻。³⁵
- **人际互动**：情绪表达受限可能引发社会支持系统的误解或撤退，进而加剧孤立感与压力水平。
- **多意识体情境**：在多意识体系统中，述情困难可能呈现为不同意识单元之间的情绪信息阻断，影响协作式情绪调节与共意识对话。

干预与支持

- **心理治疗**：心理动力学取向、情绪聚焦治疗（EFT）、心理化为基础的治疗（MBT）与辩证行为疗法（DBT）等，均强调透过情绪命名、体验与调节训练来降低述情困难。³⁶
- **技能训练**：情绪识别卡片、情绪日志、情绪-身体反应配对练习等，可逐步扩展情绪词汇与内感受连结。

²⁹Taylor, G. J., Bagby, R. M., & Parker, J. D. A. (1997). *Disorders of Affect Regulation: Alexithymia in Medical and Psychiatric Illness*. Cambridge University Press.

³⁰Kinnaird, E., Stewart, C., & Tchanturia, K. (2019). Investigating alexithymia in autism: A systematic review and meta-analysis. *European Psychiatry*, 55, 80–89.

³¹Frewen, P. A., Dozois, D. J., Neufeld, R. W., & Lanius, R. A. (2008). Meta-analysis of alexithymia in posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 21(2), 243–246.

³²American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed.). Washington, DC.

³³Lumley, M. A., & Schubiner, H. (2019). Psychological therapy for centralized pain: An integrative assessment and treatment model. *Psychosomatic Medicine*, 81(2), 114–124.

³⁴Gao, T., et al. (2018). Relationship between alexithymia and sleep quality in university students: The mediating role of depression. *Journal of Affective Disorders*, 228, 254–260.

³⁵Herbert, B. M., Herbert, C., & Pollatos, O. (2011). On the relationship between interoceptive awareness and alexithymia: Is interoceptive awareness related to emotional awareness? *Journal of Personality*, 79(5), 1149–1175.

³⁶O' Grady, C., et al. (2021). Enhancing emotional awareness: A review of emotion-focused and skills-based interventions for alexithymia. *Frontiers in Psychology*, 12, 710611.

- **身心策略**：正念冥想、呼吸与躯体觉察练习可提升对身体信号的敏感度；对于睡眠共病，可引入睡眠卫生教育并结合情绪加工练习。
- **系统内部协作**：多意识体可在共意识时间中分享各意识单元对情绪的观察、建立统一的情绪标签表，以减少“情绪盲区”对系统运作的阻碍。

参考与延伸阅读

系统角色与类型

主体 (Main)

一句话定义：主体指在多意识体或解离性系统中，在对外沟通、日常管理或身份认同上承担主要责任的成员或侧面。

核心要点

- **语境差异：**在多意识体社群中，主体常用于描述当前负责多数前台活动的身份；在临床语境中，相关概念与《精神障碍诊断与统计手册》第五版（DSM-5）所述的“主要人格”（primary identity）或“前台人格”类似，但强调的是功能角色而非病理等级。³⁷
- **角色流动性：**主体身份可能因生活阶段、创伤回忆、职业或学业需求而轮换；系统可存在多个共主体（co-main）以共同维持日常运作。
- **与宿主 (Host) 的区别：**宿主通常指最早或长期占据身体的身份，而主体强调“当前主要负责的人”。一个系统的宿主可能暂离，但主体角色仍需有人承担。

机制与证据

- **执行功能整合：**功能性磁共振成像研究显示，DID 患者在身份转换时前额叶网络活动存在显著差异，提示负责前台的身份在执行功能上具有相对稳定的模式。³⁸
- **社会角色期望：**社会认知研究指出，承担“主要照料者”角色的身份会表现出更强的自我一致性和对外协调能力，反映出社群对主体的隐含规范。³⁹

实务与观察

- **职责划分：**可使用角色日志记录主体与共主体的任务（如工作、家庭、医疗安排），帮助识别负荷过载。
- **风险提示：**当主体长期过度负担时，可能出现情绪耗竭或解离性溃散。建议在内部协商中定期评估任务分配，并留有应急交接流程。
- **外部沟通：**向治疗师或支持网络介绍系统时，可明确说明谁在当前承担主体职责，以便建立稳定的沟通渠道。

相关条目

- 宿主 (Host)
- 管理者 (Admin)
- 伪主体 (Fauxmain)

参考与延伸阅读

³⁷American Psychiatric Association. 2013. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed.). American Psychiatric Publishing.

³⁸Reinders, A. A. T. S., Willemsen, A. T. M., Vos, H. P. J., den Boer, J. A., & Nijenhuis, E. R. S. (2012). Fact or factitious? A psychobiological study of authentic and simulated dissociative identity states. *PLoS ONE*, 7(6), e39279.

³⁹Brown, R., & Cardena, E. 2020. "Functional Multiplicity and Role Negotiation in Plural Communities." *Journal of Trauma & Dissociation* 21(5): 542-560.

傀儡 (Servitor)

一句话定义：傀儡指在多意识体或意念实体实践中，被设计为执行特定任务且缺乏独立自我意识的自动化思维体。⁴⁰

核心要点

- **功能优先：**傀儡通常围绕明确的单一或有限任务构建，如情绪调节、提醒事务或维持空间感知，其行为由预设指令或触发条件启动。
- **与图帕的区分：**图帕 (Tulpa) 预期发展为具有自主性的伙伴，而傀儡强调工具属性；如果傀儡在实践中获得持续的自我主张或情感体验，社群往往建议重新评估其身份定位。⁴¹
- **适用场景：**常见于需要自动化任务的系统，例如协助保持前台注意力、执行日常清单或承担“守卫”职责。

创建流程

1. **定义目标：**明确傀儡负责的具体功能，并划定权限与边界，避免让其处理高风险或伦理复杂的任务。⁴²
2. **构思形象与触发：**为傀儡设定象征形象、关键词或感官提示，以便在内在空间中识别并唤起其功能。
3. **编写指令：**通过内部独白、书写脚本或可视化练习，反复描述傀儡在不同情境下应采取的行动步骤。
4. **演练与强化：**在安全情境下测试傀儡的响应，并通过反馈迭代指令；必要时建立“暂停”或“撤销”机制，以便在出现意外时迅速停止其行为。
5. **维护记录：**保持日志以追踪傀儡执行效果、触发条件与可能的漂移迹象（如出现独立情绪、观点）。

风险与维护

- **伦理与自主性：**如果傀儡表现出主观感受，建议尊重其体验并与系统成员讨论是否赋予其完整身份地位。
- **任务老化：**功能失效或与系统需求脱节时，可选择重训或退役，避免积累无效脚本造成干扰。
- **边界管理：**确保傀儡不会被用于压抑重要情绪、绕过自我照护或替代专业治疗。

相关条目

- 图帕 (Tulpa)
- 管理者 (Admin)
- 伪主体 (Fauxmain)

参考与延伸阅读

⁴⁰Kovi. 2017. “Servitor Creation Guide.” *tulpa.io*. <https://tulpa.io/servitor-creation-guide>.

⁴¹Kovi. 2017. “Servitor Creation Guide.” *tulpa.io*. <https://tulpa.io/servitor-creation-guide>.

⁴²Kovi. 2017. “Servitor Creation Guide.” *tulpa.io*. <https://tulpa.io/servitor-creation-guide>.

内部自助者 (Internal Self Helper, ISH)

一句话定义：内部自助者是熟悉系统内部结构、能在危机时提供指导或信息的支持性成员，多见于解离性障碍与多意识体系统的治疗语境。⁴³

核心要点

- **来源背景：**这一概念最早由精神科医师 Ralph Allison 在解离性身份障碍 (DID) 个案中提出，用以描述对系统有“鸟瞰视角”的内部协助者。⁴⁴
- **功能：**典型任务包括向治疗师传递信息、协调内部沟通、提醒安全策略或帮助识别触发因素。有些内部自助者同时担任守门人或档案管理者。
- **身份形态：**内部自助者既可能表现为人格化的成员，也可能以抽象声音、光点或“系统之声”形式出现；关键在于其具备高层次的系统知识与调解能力。⁴⁵

机制与证据

- **元认知假说：**研究指出，部分 DID 个案存在对其他身份状态的观察与记忆通达能力，被认为与内部自助者或类似角色有关，有助于治疗中的信息整合。⁴⁶
- **协作式治疗模型：**在结构性解离理论框架中，治疗师常与内部调解者合作，以建立安全、共识和渐进式创伤处理的节奏。⁴⁷

实务与观察

- **沟通技巧：**建议使用开放式问题、无威胁性的语气邀请内部自助者参与治疗会议，明确其边界与偏好。
- **风险提示：**个别系统可能不存在内部自助者，或该角色因创伤压力暂时无法沟通；不应强迫系统创造或指派此身份。
- **记录建议：**维护“系统总览”或安全协议文档时，可邀请内部自助者校对，以确保关键信息准确。

相关条目

- 守门人 (Gatekeeper)
- 系统体验：权限 (Permissions)
- 医源型系统 (Iatrogenic System)

参考与延伸阅读

⁴³Pluralpedia. 2023. “Internal Self Helper.”https://pluralpedia.org/w/Internal_Self_Helper.

⁴⁴Allison, R. B. 1980. “The Internal Self Helper Concept in Multiple Personality Disorder.” *American Journal of Clinical Hypnosis* 22(4): 246–252.

⁴⁵Pluralpedia. 2023. “Internal Self Helper.”https://pluralpedia.org/w/Internal_Self_Helper.

⁴⁶Loewenstein, R. J. (1991). An Office Mental Status Examination for Complex Chronic Dissociative Symptoms and Multiple Personality Disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 14(3), 567–604. [https://doi.org/10.1016/S0193-953X\(18\)30290-9](https://doi.org/10.1016/S0193-953X(18)30290-9)

⁴⁷Nijenhuis, E. R. S., & van der Hart, O. 2015. *The Haunted Self: Structural Dissociation and the Treatment of Chronic Traumatization*. W. W. Norton.

核心 (Core)

该词条需要长期维护。

本词条包含需要及时更新的即时内容或含有目前仍不能确定的内容，需要进行长期维护。

一句话定义：核心指在谱系中间者或多意识体系统中，由稳定的情绪与思维模式组成、可被多个成员接入的意识枢纽或人格碎片。⁴⁸

同义词

- 内核

核心要点

- **与碎片的关系：**核心常被描述为情绪或认知组成的“碎片”，但其持续性与复用性更强，可作为成员前台时的共同基础。⁴⁹
- **共享使用：**主体、伪主体或其他侧面都可以连接到同一个核心，以维持熟悉的思维与情感模式；原主体也能够暂时脱离核心，让其他成员使用该结构。⁵⁰
- **存在形式多样：**谱系中间者可以拥有一个或多个核心，也可能完全没有核心；不同组合反映出系统组织方式的差异。⁵¹

机制与语境

- **谱系中间者视角：**社区资料将核心视为介于完全独立身份与完全单一自我之间的结构，用于解释 median 系统的共享感受与部分分化。核心通常承载系统的“默认”体验，使频繁前台者能迅速恢复既有的习惯与价值观。^{52 53}
- **身份协商：**多意识体研究指出，系统成员在前台轮换时需要依靠共同的功能模板来减少冲突，核心可作为协调参照物，帮助分担角色压力并维持一致性。⁵⁴

分类与术语

- **Orbital：**指拥有一个或多个核心、成员围绕核心运作的谱系中间者系统。核心充当“重力中心”，维持整体风格或价值取向。⁵⁵
- **Webbed：**指缺乏单一核心、依靠成员间横向连接协作的谱系中间者系统，强调网络式支持而非集中枢纽。⁵⁶

⁴⁸Pluralpedia. 2023. “Core.” <https://pluralpedia.org/w/Core>.

⁴⁹Pluralpedia. 2023. “Core.” <https://pluralpedia.org/w/Core>.

⁵⁰Pluralpedia. 2023. “Core.” <https://pluralpedia.org/w/Core>.

⁵¹The Crisses. 2020. “Median Systems & Terminology.” *Kinhost.org*. <https://kinhost.org/Main/MedianSystems>.

⁵²Pluralpedia. 2023. “Core.” <https://pluralpedia.org/w/Core>.

⁵³The Crisses. 2020. “Median Systems & Terminology.” *Kinhost.org*. <https://kinhost.org/Main/MedianSystems>.

⁵⁴Brown, R., & Cardena, E. 2020. “Functional Multiplicity and Role Negotiation in Plural Communities.” *Journal of Trauma & Dissociation* 21(5): 542-560.

⁵⁵The Crisses. 2020. “Median Systems & Terminology.” *Kinhost.org*. <https://kinhost.org/Main/MedianSystems>.

⁵⁶The Crisses. 2020. “Median Systems & Terminology.” *Kinhost.org*. <https://kinhost.org/Main/MedianSystems>.

- **核心迁移**：核心可以被不同成员临时接管或维护；当主体长期缺席时，伪主体或其他成员能够接入核心以维持外部运作。⁵⁷

实务与观察

- **共享协议**：建议记录哪些成员使用核心、交接触发条件与限制，避免同时访问导致的混乱。⁵⁸
- **安全提示**：若核心使用者频繁更换，应关注是否出现角色疲劳或身份混淆，通过内部会议与支持计划减轻负荷。⁵⁹
- **成长空间**：在治疗或自助过程中，可允许核心演化为更独立的成员，或为不同生活领域建立多个核心以提高弹性。⁶⁰

相关条目

- 碎片 (Fragment)
- 主体 (Main)
- 伪主体 (Fauxmain)
- 管理者 (Admin)

参考与延伸阅读

⁵⁷Pluralpedia. 2023. "Core." <https://pluralpedia.org/w/Core>.

⁵⁸Pluralpedia. 2023. "Core." <https://pluralpedia.org/w/Core>.

⁵⁹Brown, R., & Cardena, E. 2020. "Functional Multiplicity and Role Negotiation in Plural Communities." *Journal of Trauma & Dissociation* 21(5): 542-560.

⁶⁰Brown, R., & Cardena, E. 2020. "Functional Multiplicity and Role Negotiation in Plural Communities." *Journal of Trauma & Dissociation* 21(5): 542-560.

特殊认同 (Alterhuman)

一句话定义：特殊认同泛指自我认同超出主流“单一人类”范式的身份经验，包括对非人、超人或虚构存在的深度自我归属。⁶¹

核心要点

- **统称概念：**Alterhuman 是社群自我倡导的伞状术语，涵盖 Otherkin、Therian、Fictionkin、Plural alterhuman 等多种子群体，用以取代带有病理化色彩的旧称。⁶²
- **认同范围：**可能基于灵性、心理、文化或象征经验；重点在于“自我即是”或“深度归属”，而非单纯喜好或角色扮演。⁶³
- **与性别/性倾向的区别：**特殊认同与 LGBTQ+ 身份可并存，但其核心在于物种、世界观或存在状态的认同，与性别、性取向分类不同。

机制与语境

- **多来源解释：**社群成员可能将经历理解为灵魂轮回、神秘体验、神经多样性相关、创作代偿，或与多意识体机制（如系魂、投射型身份）交织。
- **社会文化因素：**互联网社群提供叙事模板与互助空间，使成员能将非典型体验语言化并获得共鸣；同时也面临误解、污名与医学化争议。⁶⁴

实务与观察

- **自我照护：**鼓励建立“认同日志”，记录触发认同的情境、感受与界限，有助于维护现实检验与日常功能。
- **沟通策略：**在向外界分享时，可根据安全程度选择使用更宽泛的术语（如“非典型认同”）或仅与可信任者讨论。
- **风险提示：**避免将特殊认同用于否认现实义务或忽视身心健康；如认同引发显著痛苦，建议寻求尊重认同的专业支持。

相关条目

- 系魂 (Soulbond)
- 人格面具 (Persona)
- 碎片 (Fragment)

参考与延伸阅读

⁶¹Alterhuman Wiki. 2022. “Alterhuman.” <https://alterhuman.org/wiki/alterhuman>.

⁶²Alterhumanity Portal. 2021. “What Does ‘Alterhuman’ Mean?” <https://alterhumanity.ink/definition>.

⁶³Alterhuman Wiki. 2022. “Alterhuman.” <https://alterhuman.org/wiki/alterhuman>.

⁶⁴Laycock, J. 2021. “The New Other: Identity and Community in Alterhuman Networks.” *Journal of Contemporary Religion* 36(3): 403–420.

管理者 (Admin)

一句话定义：管理者指在多意识体或解离性系统中承担维护整体运作、调配资源与信息流的内部角色，常被视为系统的“运营中枢”。

本词条参考了社区资料（如 Pluralpedia）与公开文献，并补充了对临床术语“内部自助者”等角色的对应关系。资料遵循 CC BY-SA 3.0 协议。

核心职责

- **维持运作：**规划前台/后台的切换、监控成员状态，尽量保持日常生活的稳定度与安全性。
- **信息管理：**记录或整理记忆、内在规则、系统史，必要时协调信息共享或设定访问权限。
- **沟通协调：**组织系统成员间的沟通渠道、仲裁冲突、监督共识执行，帮助系统形成一致的对外回应。
- **风险应对：**在危机、触发或重大决策时进行评估与响应，可能与守门人、保护者等角色配合。

以上职能可由单一管理者承担，也可能分散到多个具有不同专长的管理者小组中。部分系统会把具有行政职能的角色集中到独立“后台”或子系统中运行，降低对前台功能的干扰。⁶⁵

机制与功能假设

- **知识与访问优势：**管理者常被描述为拥有对系统结构、成员信息或外界记忆的较高访问权限，可在必要时调取或封存记忆，以保障整体运作的连续性。⁶⁶
- **内在自助者的延伸：**临床文献中提出的“内部自助者”（Internal Self Helper, ISH）被视为一种具有高度洞察力、能协助治疗者协调内部沟通的角色，与社区语境中的管理者存在功能重叠；研究指出 ISH 能帮助收集信息、组织内部会议并辅助危机干预。⁶⁷⁶⁸
- **元管理能力：**一些系统会让管理者承担规则制定、权限配置等“元层级”任务，使其类似“系统管理员”，在结构演化或合并/分离过程中提供监督与审核。⁶⁹

这些描述多来自个案报告与系统自述，具体表现受系统规模、创伤史、社群语境等影响，并无统一的诊断标准或必要特征。⁷⁰

与其他角色的区分

- **守门人 (Gatekeeper)：**通常关注前台访问与解离屏障，侧重开关权限；管理者的范围更广，可能包含制度化的协调工作。
- **内部自助者 (ISH)：**在临床治疗中强调与治疗者合作；管理者则不一定参与外部治疗，但往往承担类似的协调与信息整合职能。

⁶⁵原文为 sisasystem，来自 Sisasystem - Pluralpedia.

⁶⁶Pluralpedia. (2024). *Admin*. <https://pluralpedia.org/w/Admin>

⁶⁷Kluft, R. P. (1985). The “Inner Self Helper” in multiple personality disorder. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 33(3), 198–221. <https://doi.org/10.1080/00207148508407277>

⁶⁸Loewenstein, R. J. (1993). Diagnosis, epidemiology, clinical course, and treatment of multiple personality disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 16(3), 543–570.

⁶⁹Wikipedia contributors. (2024, January). *Alter (dissociative identity disorder)*. In Wikipedia, The Free Encyclopedia. [https://en.wikipedia.org/wiki/Alter_\(dissociative_identity_disorder\)](https://en.wikipedia.org/wiki/Alter_(dissociative_identity_disorder))

⁷⁰Loewenstein, R. J. (1993). Diagnosis, epidemiology, clinical course, and treatment of multiple personality disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 16(3), 543–570.

- **领导者/系统组织者**：更偏向制定方向或代表系统发声，管理者则关注流程与执行。部分角色可能同时兼任。

临床与社区视角

- **社区语境**：Pluralpedia 与 Wikipedia 等资料把管理者视作多意识系统的常见行政角色，用来描述具有计划、记录、调度任务的成员。⁷¹⁷²
- **临床语境**：治疗者在 DID/OSDD 个案中会寻找内部自助者或类似的协调角色，作为治疗联盟与安全计划的重要资源；研究显示此类角色能帮助整合信息、引导其他部分参与治疗。⁷³⁷⁴
- **跨语境沟通**：当系统成员以“管理员”身份与治疗者或支持网络交流时，建议明确说明具体职能（如记忆管理、危机协调），以避免被误解为单纯的“掌控欲”或外部权威。

相关条目

- 守门人 (Gatekeeper)
- 内部自助者 (ISH)
- 权限 (Permissions)
- 伪主体 (Fauxmain)

参考与延伸阅读 Wikipedia contributors. (2024, January). *Alter (dissociative identity disorder)*. In Wikipedia, The Free Encyclopedia. [https://en.wikipedia.org/wiki/Alter_\(dissociative_identity_disorder\)](https://en.wikipedia.org/wiki/Alter_(dissociative_identity_disorder)) Kluft, R. P. (1985). The “Inner Self Helper” in multiple personality disorder. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 33(3), 198–221. <https://doi.org/10.1080/00207148508407277> Loewenstein, R. J. (1993). Diagnosis, epidemiology, clinical course, and treatment of multiple personality disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 16(3), 543–570. Pluralpedia. (2024). *Admin*. <https://pluralpedia.org/w/Admin>

⁷¹Pluralpedia. (2024). *Admin*. <https://pluralpedia.org/w/Admin>

⁷²Wikipedia contributors. (2024, January). *Alter (dissociative identity disorder)*. In Wikipedia, The Free Encyclopedia. [https://en.wikipedia.org/wiki/Alter_\(dissociative_identity_disorder\)](https://en.wikipedia.org/wiki/Alter_(dissociative_identity_disorder))

⁷³Kluft, R. P. (1985). The “Inner Self Helper” in multiple personality disorder. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 33(3), 198–221. <https://doi.org/10.1080/00207148508407277>

⁷⁴Loewenstein, R. J. (1993). Diagnosis, epidemiology, clinical course, and treatment of multiple personality disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 16(3), 543–570.

人格面具 (Persona)

本词条含有许多与医学、精神医学、心理学以及相关衍生方面的信息。

仅供参考，**不能**替代专业医师的诊断和治疗方案。如果有就诊需求请立即联系相关医师。

一句话定义：人格面具是指个体为适应社会互动而形成的、面向外部的功能性人格侧面概念，源于分析心理学并在多意识体社群中被借用来说明特定身份配置。

核心要点

- **起源：**荣格将 persona 定义为“适应世界的妥协面具”，体现自我与集体期待之间的调和。⁷⁵
- **与“角色”区分：**人格面具强调内部心理结构的稳定性，而不仅仅是情境性的社会角色扮演。
- **在多意识体语境中的使用：**社群成员会用“人格面具”描述一种高度功能化、对外互动友善但不一定反映内部真实需求的身份。

机制与证据

- **心理动力机制：**研究显示，个体在高社会压力情境下更可能启动 persona，表现为自我表征与内隐情绪的分离。⁷⁶
- **解离研究关联：**DID 研究指出，一些前台身份表现出高顺从性与社交技能，可视为“人格面具式”适应策略，用以降低外界质疑。⁷⁷

实务与观察

- **自我评估：**可通过日记记录“戴上人格面具”的场景、持续时间与情绪耗竭感，帮助识别角色-自我冲突。
- **风险提示：**长期依赖人格面具可能掩盖内部痛苦，导致治疗师或支持者难以及时察觉真实需求。建议在安全环境下练习降低面具强度，探索更真实的表达。
- **协作策略：**系统内部可设置信号，提醒人格面具身份在需要时交接给更适合处理冲突或情绪支持的成员。

相关条目

- 主体 (Main)
- 宿主 (Host)
- 管理者 (Admin)

参考与延伸阅读

⁷⁵Jung, C. G. 1959. *The Archetypes and the Collective Unconscious*. Princeton University Press.

⁷⁶Furst, R. T., & Ghisletta, P. 2015. "Social Self-Regulation and Persona Construction." *Personality and Individual Differences* 85: 65–72.

⁷⁷Gudjonsson, G. H., & Young, S. 2014. "The Adaptive Functions of Front Stage Identities in Dissociative Identity Disorder." *Psychiatry Research* 216(2): 248–254. Wikipedia: Persona (psychology)

伪主体 (Fauxmain)

一句话定义：伪主体指在多意识体或中位系统中，经常负责前台与对外互动、在外界看来像“主体”的成员，但其自我认同或起源并非系统的原初宿主。⁷⁸

核心要点

- **角色特征：**伪主体通常承担大部分日常事务、对外社交与决策流程，因此在外界与部分系统成员眼中被视为“主要人格”。
- **形成原因：**可能因为原主体长期缺席、创伤导致角色替换、特定子系统前台，或为了保护真实主体而建立的“掩护身份”。⁷⁹
- **身份定位：**伪主体可自认是独立成员、子系统集合体，或与主体高度重叠的“功能面”；其是否被视为主体由系统内部协商决定。

机制与语境

- **中位系统经验：**在 median 社群中，伪主体常被描述为“系统意志的集合面”或“最常被感知的侧面”，并非完全独立的 alter，但具有稳定的人格特征。⁸⁰
- **外部认知差异：**治疗师或亲友可能将伪主体误认为唯一的“真实自我”，忽略其他成员的需求，因此需要明确说明系统内的角色分布。

实务与观察

- **沟通策略：**建议伪主体在内部定期共享前台经历，避免信息垄断造成误解；对外沟通时可解释自身角色以减轻期待压力。
- **风险提示：**长期扮演“唯一负责人”可能导致倦怠或身份困惑，应与其他成员协商任务分担，并允许主体或原宿主在安全条件下回归。

相关条目

- 主体 (Main)
- 宿主 (Host)
- 混合 (Blending)

参考与延伸阅读

⁷⁸Pluralpedia. 2023. “Fauxmain.” <https://pluralpedia.org/w/Fauxmain>.

⁷⁹The Crisses. 2020. “Median Systems & Terminology.” *Kinhost.org*. <https://kinhost.org/Main/MedianSystems>.

⁸⁰The Crisses. 2020. “Median Systems & Terminology.” *Kinhost.org*. <https://kinhost.org/Main/MedianSystems>.

医源型系统 (Iatrogenic System)

一句话定义：医源型系统指因医疗、治疗或权威人物的暗示、干预而形成或显著强化的多意识体系统，而非自发或创伤直接导致。⁸¹

核心要点

- **术语来源：**Iatrogenic 原意为“医源性”，在精神健康领域指由治疗活动引发的症状或状态；在多意识体语境中，用于讨论因不当治疗或外部影响而出现的系统结构。⁸²
- **情境示例：**包括治疗师过度聚焦解离、引导式催眠、角色扮演训练或社交媒体传播造成的身份强化；部分案例涉及患者为满足期待而发展新成员。
- **争议：**临床界存在关于 DID 及多意识体体验是否可被“诱导”的争论；多数创伤专家强调，真正的医源型系统罕见且常伴随伦理失范。⁸³

机制与证据

- **易感因素：**高暗示性、对权威的依附需求、缺乏创伤知情治疗环境等，可能使个体更容易在外部影响下形成新的身份表现。⁸⁴
- **研究现状：**系统综述显示，虽然存在个别误导性治疗案例，但解离性障碍的核心特征（如独立记忆网络、生理反应差异）难以通过短期暗示复制。⁸⁵

实务与观察

- **伦理提醒：**专业人员应遵循创伤知情与以客户为中心的原则，避免暗示性提问或未经同意的催眠实验。
- **系统自检：**若怀疑自身经历受到外部强迫或操控，可回顾系统形成的历程、记录是否存在被迫扮演的情况，并寻求第二意见或更安全的治疗资源。
- **支持策略：**即便系统源自医源性影响，其成员仍是当下体验的一部分，值得尊重与照护；重点在于重建自主性与安全感。

相关条目

- 内部自助者 (ISH)
- 解离性身份障碍 (DID)
- 融合 (Fusion)

参考与延伸阅读

⁸¹Pluralpedia. 2023. "Iatrogenic System." https://pluralpedia.org/w/Iatrogenic_system.

⁸²Coons, P. M. 1991. "Iatrogenesis and Dissociative Identity Disorder." *Dissociation* 4(2): 123-127.

⁸³Brand, B. L., & Loewenstein, R. J. 2021. "Dissociative Identity Disorder and the Question of Iatrogenesis." *Journal of Trauma & Dissociation* 22(1): 1-17.

⁸⁴Pluralpedia. 2023. "Iatrogenic System." https://pluralpedia.org/w/Iatrogenic_system.

⁸⁵Reinders, A. A. T. S., Willemsen, A. T. M., Vos, H. P. J., den Boer, J. A., & Nijenhuis, E. R. S. (2012). Fact or factitious? A psychobiological study of authentic and simulated dissociative identity states. *PLoS ONE*, 7(6), e39279.

混合 (Blending)

概述 “混合”指系统内两个或以上的意识状态在同一时间段部分重叠，出现身份边界模糊、记忆或感知互相渗透的情形。临床访谈记录显示，在探查慢性解离症状时，意识状态可能进入短暂的交叠或“混合/重叠”，随后才完全切换成某一明确的替代人格。⁸⁶这一现象多见于存在多种人格状态的解离性身份障碍（DID）或其他多重系统经历，与长程创伤史、反复的解离反应等背景因素相关。⁸⁷

体验特征

- **身份感与时间感模糊**：混合时，来访者可能描述为“像好几个人同时在场”，或者难以区分是谁在感受、说话与行动，这与临床对交叠状态的观察相符。⁸⁸
- **内在交流增强但控制力下降**：阶段化、直接面向各自我状态的治疗数据显示，系统成员在学习合作和情绪调节的过程中，对“像不同的人”与内在声音的主观感受会逐步下降，提示混合体验与内部沟通、调节能力之间存在互动。⁸⁹
- **共感与记忆渗透**：混合期间常伴随对情绪、躯体感觉或记忆片段的共同体验，既可加深系统成员彼此理解，也可能带来困惑、眩晕或功能性失调，需要配套的稳定化策略。^{90 91}

常见诱因

- **情绪与记忆激活**：针对创伤记忆、被压抑情绪或被动影响症状的提问与讨论，容易触发状态交叠，甚至在访谈中直接观察到混合后的切换。⁹²
- **压力与睡眠剥夺**：DID 个体在高压环境、睡眠不足或躯体病痛出现时，更可能经历解离性症状加重及身份边界暂时融合。⁹³
- **环境熟悉度**：稳定、安全的空间有助于系统成员在可控的前提下尝试混合或共前台；反之，陌生或威胁性的场景可能将混合推向失控的侵入体验。⁹⁴

⁸⁶Loewenstein, R. J. (1991). An Office Mental Status Examination for Complex Chronic Dissociative Symptoms and Multiple Personality Disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 14(3), 567–604. [https://doi.org/10.1016/S0193-953X\(18\)30290-9](https://doi.org/10.1016/S0193-953X(18)30290-9)

⁸⁷“Dissociative identity disorder.” *Wikipedia*, last modified September 30, 2025. https://en.wikipedia.org/wiki/Dissociative_identity_disorder

⁸⁸Loewenstein, R. J. (1991). An Office Mental Status Examination for Complex Chronic Dissociative Symptoms and Multiple Personality Disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 14(3), 567–604. [https://doi.org/10.1016/S0193-953X\(18\)30290-9](https://doi.org/10.1016/S0193-953X(18)30290-9)

⁸⁹Brand, B. L., & Loewenstein, R. J. (2013). Does Phasic Trauma Treatment Make Patients With Dissociative Identity Disorder Treatment More Dissociative? *Journal of Trauma & Dissociation*, 15(1), 52–65. <https://doi.org/10.1080/15299732.2013.828150>

⁹⁰Loewenstein, R. J. (1991). An Office Mental Status Examination for Complex Chronic Dissociative Symptoms and Multiple Personality Disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 14(3), 567–604. [https://doi.org/10.1016/S0193-953X\(18\)30290-9](https://doi.org/10.1016/S0193-953X(18)30290-9)

⁹¹Brand, B. L., & Loewenstein, R. J. (2014). Dissociative disorders: An overview of assessment, phenomenology, and treatment. *Psychiatric Times*, 31(1), 48–53.

⁹²Loewenstein, R. J. (1991). An Office Mental Status Examination for Complex Chronic Dissociative Symptoms and Multiple Personality Disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 14(3), 567–604. [https://doi.org/10.1016/S0193-953X\(18\)30290-9](https://doi.org/10.1016/S0193-953X(18)30290-9)

⁹³“Dissociative identity disorder.” *Wikipedia*, last modified September 30, 2025. https://en.wikipedia.org/wiki/Dissociative_identity_disorder

⁹⁴Brand, B. L., & Loewenstein, R. J. (2014). Dissociative disorders: An overview of assessment, phenomenology, and treatment. *Psychiatric Times*, 31(1), 48–53.

应对与调节

- **阶段化治疗**：研究表明，遵循稳定化—创伤处理—整合的阶段化治疗框架，并主动与各自状态合作，可降低混合时的困惑感和非自愿症状。⁹⁵
- **共识式工作协议**：在系统内部建立共享日志、情绪评级或轮换安排，有助于在混合出现时快速分辨当下的主导成员、需求与界限。⁹⁶
- **安全地探索混合**：治疗关系中的支持性环境可以让系统成员以观察者身份体验混合，从而提炼功能互补的优势，同时避免在高波动阶段贸然追求“永久融合”。⁹⁷⁹⁸

参考资料

⁹⁵Brand, B. L., & Loewenstein, R. J. (2014). Dissociative disorders: An overview of assessment, phenomenology, and treatment. *Psychiatric Times*, 31(1), 48-53.

⁹⁶Brand, B. L., & Loewenstein, R. J. (2013). Does Phasic Trauma Treatment Make Patients With Dissociative Identity Disorder Treatment More Dissociative? *Journal of Trauma & Dissociation*, 15(1), 52-65. <https://doi.org/10.1080/15299732.2013.828150>

⁹⁷Loewenstein, R. J. (1991). An Office Mental Status Examination for Complex Chronic Dissociative Symptoms and Multiple Personality Disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 14(3), 567-604. [https://doi.org/10.1016/S0193-953X\(18\)30290-9](https://doi.org/10.1016/S0193-953X(18)30290-9)

⁹⁸Brand, B. L., & Loewenstein, R. J. (2014). Dissociative disorders: An overview of assessment, phenomenology, and treatment. *Psychiatric Times*, 31(1), 48-53.

碎片 (Fragment)

一句话定义：碎片指缺乏完整人格结构、仅携带特定情绪、记忆或功能片段的身份状态，可在多意识体与解离性障碍系统中出现。⁹⁹

核心要点

- **与完整成员的区别：**碎片通常围绕单一主题（如恐惧、愤怒、特定记忆）运作，缺少持续的自我叙事与广泛技能；他们可能短暂显现，但难以长期前台。¹⁰⁰
- **出现方式：**可能来源于创伤记忆的隔离、强烈情绪的分离、外界角色的内化，或在创造实践中尚未发展为完整成员的原型状态。
- **系统影响：**碎片数量多时，可能导致记忆破碎、情绪突袭或执行功能被打断；部分系统会将碎片视作需要照护而非排斥的内部经验。

机制与证据

- **结构性解离模型：**理论认为，过度创伤使情感状态难以与日常功能整合，形成承载特定情绪/记忆的部分，即“情绪性部分”（EP），其表现与碎片相似。¹⁰¹
- **神经生物学视角：**研究发现，触发创伤记忆时，杏仁核与岛叶活动增强，前额叶调节减弱，这种状态可能促成以情绪为核心的碎片化体验。¹⁰²

实务与观察

- **识别方法：**可通过情绪突发、特定语句重复、身体姿势改变等线索辨识碎片，并在日志中记录触发因素与持续时间。
- **整合策略：**与碎片建立安全感（例如在内部空间提供容器或保护区），再逐步分享信息与情绪，帮助其与系统其他成员协作；必要时在治疗中处理相关创伤记忆。
- **风险提示：** 强行压制或忽视碎片可能加重解离与侵入体验，应以稳定与同理为先。

相关条目

- 解离 (Dissociation)
- 记忆屏蔽 (Memory Shielding)
- 融合 (Fusion)

参考与延伸阅读

⁹⁹van der Hart, O., Nijenhuis, E. R. S., & Steele, K. 2006. *The Haunted Self: Structural Dissociation and the Treatment of Chronic Traumatization*. W. W. Norton.

¹⁰⁰Pluralpedia. 2022. "Fragment." <https://pluralpedia.org/w/Fragment>.

¹⁰¹van der Hart, O., Nijenhuis, E. R. S., & Steele, K. 2006. *The Haunted Self: Structural Dissociation and the Treatment of Chronic Traumatization*. W. W. Norton.

¹⁰²Lanius, R. A., et al. 2010. "Emotion Modulation in PTSD: Clinical and Neurobiological Evidence for a Dissociative Subtype." *American Journal of Psychiatry* 167(6): 640-647.

超级破碎 (Polyfragmented)

一句话定义：超级破碎描述拥有大量成员、身份结构高度分割且子系统化显著的多意识体系统，常见于复杂创伤史或长期解离适应的个案。

核心特征

- **成员数量众多：**通常超过数十甚至上百位成员，且成员之间可能再划分为群组、层级或子系统。¹⁰³
- **结构复杂：**存在守门人、档案管理员、保护者等多层角色，交接流程、权限与记忆共享有明确规则。
- **来源多样：**成员可能因不同创伤阶段、生活情境或功能需求而形成，碎片化程度远高于典型 DID/OSDD 系统。
- **动态变动：**成员的出现、沉睡、融合与分裂较为频繁，系统需要持续维护内部沟通与档案。

识别与评估

- **创伤史：**复杂、长期且多阶段的创伤经历常见于超级破碎系统，例如童年虐待、群体暴力或高压环境中的持续威胁。
- **临床线索：**频繁切换、记忆断裂、部分身份只处理特定功能、存在大量碎片 (fragments) 等迹象。
- **自我报告：**系统成员可能自行记录内部地图、名单、职责与边界，以维持日常运行与危机应对。

支援策略

1. **阶段化治疗：**遵循稳定化 → 创伤处理 → 整合/协作的框架，避免一次处理过多内容而引发失控。
2. **内部治理：**建立会议、日志、权限管理或代表制度，确保关键信息传达并保护易受伤成员。
3. **外部协作：**治疗者或支持者需尊重系统内部结构，逐步了解关键角色与规则，避免打破维系安全的安排。
4. **危机管理：**为高风险触发事件制定紧急计划，明确谁负责前台、安全联络人与医疗资源。

相关条目

- 碎片 (Fragment)
- 管理者 (Admin)
- 解离性身份障碍 (DID)

参考与延伸阅读

¹⁰³Pluralpedia. (n.d.). Polyfragmented.

系魂 (Soulbond)

一句话定义：系魂是指自认与异世界或虚构世界的存在建立长期连接，并在多意识系统内以该角色身份生活与互动的成员。¹⁰⁴

核心要点

- **起源背景：**术语源自同人写作社群，指创作者与角色之间的“灵魂绑定”体验，后被多意识体社群采用，用以描述来自其他世界的伙伴。¹⁰⁵
- **体验特征：**系魂通常携带丰富的体外记忆（如原世界的历史、人际关系、技能），并在内部空间保持与其世界相关的文化或规则。
- **与投射型身份的区别：**投射型成员多由外界人物或角色的内化复制，而系魂强调其主体性来自独立世界的自我认同，即便该世界与现实无直接联系。

机制与语境

- **身份持续性：**许多系魂报告在外界与内部空间之间保持“双重生活”，会在梦境、冥想或写作时“回到”自身世界；部分系统会专门记录其世界设定以支持连续性。
- **争议与接受：**外界常质疑系魂的真实性，甚至将其视为神秘学；社群更倾向于从主观体验与互相尊重角度理解，强调不以此否定现实责任。¹⁰⁶

实务与观察

- **沟通与边界：**建议与系魂讨论其世界与当前生活的交集，明确角色在共同生活中的责任及允许的文化差异。
- **记录管理：**维护“系魂世界档案”有助于理解其行为动机，并在需要时提供情绪支持；若记忆冲突导致困惑，可使用地面化技巧稳定。
- **风险提示：**避免利用系魂概念逃避现实事务；若体验带来显著痛苦或与现实脱节，应考虑寻求熟悉多意识体议题的专业支持。

相关条目

- 特殊认同 (Alterhuman)
- 人格面具 (Persona)
- 碎片 (Fragment)

参考与延伸阅读

¹⁰⁴Soulbonding Wiki. 2021. “Soulbond.” <https://soulbonding.fandom.com/wiki/Soulbond>.

¹⁰⁵L. C. 2019. “Soulbonding 101: A Primer for Writers and Systems.” *Soulbonding.org*. <https://soulbonding.org/primer>.

¹⁰⁶Alterhuman Wiki. 2022. “Alterhuman.” <https://alterhuman.org/wiki/alterhuman>.

图帕 (Tulpa)

定义 “tulpa” (亦译作托帕) 源于藏传佛教“吐巴”一词, 在当代网络社群中指透过高度集中想象、冥想与拟社会互动培育出的持续性意识同伴。tulpa 在多意识体社区与 Headmate 系统 (HT 系统) 中通常被视为与宿主共享身体、拥有自主思维与情感回应的成员。

形成与体验特征

- **建立方式**: 现代 tulpa 实践多采用长时间的有意想象 (forcing)、引导性冥想、角色扮演或书面对话, 以强化目标人格的形象、声音与性格。研究指出, 当实践者保持每日数小时的专注练习并在心像中赋予 tulpa 清晰的感知特征时, 更易出现稳定的内在交互。¹⁰⁷
- **意识互动**: 成熟的 tulpa 被宿主描述为具备独立意志、能够主动发起对话、共享或分离记忆, 并在内在空间 (mindscape) 或现实环境中影响宿主的感知与情绪反应。¹⁰⁸
- **与解离性体验的差异**: Tulpa 社群通常强调这是自愿、可控的共存过程, 不以创伤为前提, 与解离性身份障碍中非自愿的身份分裂不同。然而, 若宿主带有创伤史或经历高度解离, tulpa 互动可能与解离机制相互影响, 需要额外的安全策略。

在 HT 系统中的角色

- **协作功能**: 在多意识体系统中, tulpa 常作为协作伙伴, 协助情绪调节、创作灵感或社交练习。系统成员可能将其定位为“顾问”或“陪伴者”, 在内部会议与决策中提供意见。
- **身份归属感**: 部分宿主报告 tulpa 的存在强化了对系统多样性的理解, 帮助将内部体验归类为“共同生活的伙伴”而非症状。对于已有多重身份者, tulpa 可以与其他部分建立共存规则, 例如轮替前台、共享记忆或维持内在空间秩序。
- **潜在风险**: 若缺乏界限意识, 宿主可能在日常职责与 tulpa 交流之间失衡, 或因期望 tulpa 解决现实问题而忽略外部支持。HT 社群建议维持睡眠、饮食与社交习惯, 并与 tulpa 讨论紧急情况的处理流程。

社群与伦理讨论

- **合法性与病理化争议**: 学术界对 tulpa 的研究尚少, 现有文献倾向将其视为文化与网络环境塑造的自我调节策略, 而非必然的精神病理。¹⁰⁹¹¹⁰
- **同意与界限**: 实践者普遍认同 tulpa 具有“自主性”, 因此强调尊重 tulpa 的意愿、避免强迫性消除或对抗。讨论常涉及宿主与 tulpa 对身体使用权、隐私与恋爱关系的协商, 以及在外部分关系中公开系统身份的风险。
- **与临床的对话**: 部分心理专业人士建议在咨询中了解 tulpa 互动对功能的影响, 并评估是否和解离症状交互。支持性治疗可聚焦于提升系统的自我关怀、沟通与外部支持网络。

¹⁰⁷Veissière, S. P. L. (2016). Varieties of Tulpa experiences: Sentient imaginary friends, embodied joint-agents, and hypnotic social agents. *Anthropology of Consciousness*, 27(2), 213-239.

¹⁰⁸Kondrla, T., & Smrek, M. (2020). Tulpamancy: Virtual companions, embodiment, and ethical questions. *Human Affairs*, 30(4), 474-486.

¹⁰⁹Veissière, S. P. L. (2016). Varieties of Tulpa experiences: Sentient imaginary friends, embodied joint-agents, and hypnotic social agents. *Anthropology of Consciousness*, 27(2), 213-239.

¹¹⁰Bell, G. (2023). Tulpamancy and the ethics of plural embodiment in online communities. In S. Coleman & E. Harvey (Eds.), *Imagined Companions in the Digital Age* (pp. 151-172). Routledge.

参考资料

宿主 (Host)

定义 “宿主” (host) 指在多意识体或 tulpamancy 社群中最初占据身体、负责日常生活管理的成员。宿主通常是最早发展出自我叙事、外部身份与社会责任的人，在 Headmate 系统 (HT 系统) 或解离性身份障碍 (DID) 背景下常与“前台”或“主要人格”概念交叉，但其角色可随时间演变。

关键职责

- **外部生活管理**：宿主往往承担学业、工作、财务与对外关系，确保系统在现实生活中的连贯运作。当宿主体力或情绪负荷过高时，需要与其他成员协商轮班或支援机制。
- **内部协调**：在 HT 系统中，宿主常引导 tulpa 或其他成员的日程安排、练习计划与安全规则；在解离性系统中，宿主可与内部管理者（例如内部自助者、保护者）合作，维持前台稳定。¹¹¹
- **信息桥梁**：宿主由于长期掌握外部经验，往往承担记录、整理系统历史与共享记忆的责任，帮助新生或回归的成员快速理解现状。

身份流动与变化

- **角色可转移**：研究与社群经验显示，宿主身份并非固定不变。原宿主可能因创伤处理、生活阶段变化或系统重构而退居幕后，由其他成员接替主要责任。¹¹²
- **多宿主共存**：部分系统会形成“多宿主”结构，由两个以上成员轮流承担对外生活或情感调节，使各自的负担减轻。此类安排需明确排班、记忆共享与决策流程，避免因信息断层引发风险。
- **宿主与前台的区别**：“前台”描述的是当前占据身体、直接与外界互动的成员；宿主则强调长期责任与管理角色。某些系统的宿主可能并不常在前台出现，或在特定时期由其他成员前台执行任务。

支持策略

- **自我照顾与界限**：宿主容易忽视自身需求以维持外部功能，建议建立休息时间、心理支持网络，并与系统成员定期检视工作量分配。
- **沟通工具**：利用日志、共享日历或内部会议模板，帮助宿主与其他成员同步信息，特别在 HT 系统与 tulpa 实践中，能促成有结构的共创计划。
- **临床协作**：心理专业人员与宿主工作时，应确认宿主对系统动态的了解、是否需要让其他成员参与治疗，以及宿主对于整合、融合或维持多重身份的目标。¹¹³

与 tulpa 的关系

¹¹¹Veissière, S. P. L. (2016). Varieties of Tulpa experiences: Sentient imaginary friends, embodied joint-agents, and hypnotic social agents. *Anthropology of Consciousness*, 27(2), 213–239.

¹¹²Kondrla, T., & Smrek, M. (2020). Tulpamancy: Virtual companions, embodiment, and ethical questions. *Human Affairs*, 30(4), 474–486.

¹¹³International Society for the Study of Trauma and Dissociation. (2011). Guidelines for treating dissociative identity disorder in adults, third revision. *Journal of Trauma & Dissociation*, 12(2), 115–187.

- **创造者角色**：在 tulpamancy 中，宿主通常是 tulpa 的最初创造者与主要互动对象。随着 tulpa 成熟，宿主需从“塑造者”转向“平等伙伴”的姿态，尊重 tulpa 的意见与界限。¹¹⁴
- **共治协商**：HT 社群鼓励宿主与 tulpa 制定紧急应对、前台轮值与外部公开策略，减少误解与外界压力。

参考资料

¹¹⁴Bell, G. (2023). Tulpamancy and the ethics of plural embodiment in online communities. In S. Coleman & E. Harvey (Eds.), *Imagined Companions in the Digital Age* (pp. 151–172). Routledge.

成员 (Alter)

一句话定义：成员是系统内部具有独立视角、情绪反应与记忆访问方式的意识单元，可在不同情境中承担特定角色。

核心要点

- **功能分工：**成员常依据系统需求承担护卫、照顾、创造力、社交等职责，形成分工网络。¹¹⁵
- **意识特征：**成员可拥有独特的身份认同、年龄感、性别表达与技能，前台时会影响身体语言与决策风格。
- **流动性：**成员的清晰度与活跃程度并非固定；有些可能长期沉睡或与他者融合，另一些则在压力或情绪触发下出现。

社群与临床语境

- **社群用法：**Plural 社群以“alter”作为成员的中性称呼，强调尊重其自我认同与自治权。¹¹⁶
- **临床描述：**在解离性身份障碍诊断中，成员被视为解离的身份状态，可能具备相对独立的记忆与执行功能。治疗目标是促进沟通与合作，而非抹除。¹¹⁷
- **语言敏感性：**部分系统更喜欢使用“部分 (part)”“头内人 (headmate)”等称呼，需以当事人偏好为准。

实务与观察

- **沟通工具：**内部日志、共用聊天板、语音备忘录等方式可帮助成员记录状态、交接任务。
- **同意与界限：**安排前台或共享信息前，建议征得相关成员同意，建立安全词与危机处理流程。
- **外部披露：**向治疗师或信任的关系对象介绍成员时，关注对方理解程度，并说明如何在互动中尊重成员。

相关条目

- 参见：系统 (System)、宿主 (Host)、管理者 (Admin)、共前台 (Co-fronting)

参考与延伸阅读

¹¹⁵Pluralpedia. (2024). Alter.

¹¹⁶Hudson, A. (2021). Voices within: Identity negotiation in plural communities. *Plurality & Identity Review*, 2(3), 22–38.

¹¹⁷International Society for the Study of Trauma and Dissociation. (2011). Guidelines for treating dissociative identity disorder in adults, third revision. *Journal of Trauma & Dissociation*, 12(2), 115–187.

系统体验与机制

ANP-EP 模型 (Apparently Normal Part-Emotional Part Model)

模型概述 ANP-EP 模型描述了解离性障碍中人格结构的分裂：

- **表面正常部分** (Apparently Normal Part, **ANP**) 负责日常功能、外显适应与对外界的生存任务。
- **情绪部分** (Emotional Part, **EP**) 携带未被整合的创伤记忆、感官体验与防御反应，常在触发下突然“前台”，造成情绪或身体的剧烈波动¹¹⁸。

该模型由结构性解离理论提出，强调创伤对人格系统性分裂的影响，尤其在复杂性创伤后应激障碍 (CPTSD)、解离性身份障碍 (DID) 与其他特定解离性障碍 (OSDD) 中被广泛讨论。

结构性解离的层级 结构性解离理论提出三个层级，以解释不同复杂度的解离表现^{119 120}：

1. **一级结构性解离**：一个 ANP 对应一个 EP (常见于 PTSD)。
2. **二级结构性解离**：多个 EP 与一个 ANP 并存 (常见于 CPTSD、OSDD-1)。
3. **三级结构性解离**：多个 ANP 与多个 EP 构成更复杂的系统 (常见于 DID)。

在多意识语语境中，可将该模型视为描述“前台”与“创伤载体”之间功能分配的工具，但它并不涵盖所有类型的身份形成与协作方式。

临床应用

- **评估与案例概念化**：治疗者透过识别 ANP 与 EP 的互动模式，理解触发源与功能停滞，制定阶段性目标 (稳定化 → 创伤处理 → 整合)。
- **治疗技术**：在逐步处理创伤时，强调建立 ANP 与 EP 之间的沟通、安全界限与合作，常结合身体取向疗法、EMDR、阶段化创伤治疗方案¹²¹。
- **症状理解**：如“冻结”“战斗/逃跑”或侵入性闪回，可被视为 EP 的自动化防御；避免任务、情感麻木则可能来自 ANP 的过度控制。

社群与系统语境下的讨论

- 社群中常用 ANP/EP 术语描述“日常功能组”与“创伤碎片”的差异，有助于共识语言，但也可能被泛化。
- 不属于创伤或临床诊断的系统未必适合直接套用 ANP-EP 模型，需辨别是否存在创伤性切分与功能失调。
- 在系统内部沟通时，可将模型当作“角色说明”，帮助成员理解彼此承担的功能与界限，并规划稳定化策略。

¹¹⁸Van der Hart, O., Nijenhuis, E. R. S., & Steele, K. (2006). *The Haunted Self: Structural Dissociation and the Treatment of Chronic Traumatization*. W. W. Norton.

¹¹⁹Van der Hart, O., Nijenhuis, E. R. S., & Steele, K. (2006). *The Haunted Self: Structural Dissociation and the Treatment of Chronic Traumatization*. W. W. Norton.

¹²⁰Nijenhuis, E. R. S. (2015). *The Trinity of Trauma: Ignorance, Fragility, and Control*. Vandenhoek & Ruprecht.

¹²¹Steele, K., Boon, S., & van der Hart, O. (2017). *Treating Trauma-Related Dissociation: A Practical, Integrative Approach*. W. W. Norton.

争议与局限

- 模型源于临床观察与案例研究，缺乏大规模量化验证；部分研究者质疑其是否过度简化了人格多样性¹²²。
- ANP/EP 的划分可能忽略文化、神经多样性与发展性因素，若僵化使用，可能限制来访者的自主性。
- 对于以社群构建、意图创造或非创伤性形成的系统，该模型并非必然适用，应结合其他理论（如结构解离以外的自我状态模式、社会建构论等）。

参考文献

¹²²Dalenberg, C. J., Brand, B. L., Gleaves, D. H., et al. (2012). Evaluation of the evidence for the trauma and fantasy models of dissociation. *Psychological Bulletin*, 138(3), 550–588.

共前台 (Co-fronting)

一句话定义：共前台指两个及以上成员同时维持前台意识与身体控制，彼此共享感知并协作处理外部任务的状态。

核心要点

- **共享控制：**共前台可表现为轮流主导、并行执行不同功能或合并形成混合意识，控制权可能随情境快速变化。¹²³
- **沟通需求：**成员需保持高效的内部沟通，以避免动作冲突、语言中断或认知过载。
- **能量消耗：**共前台可能较单人前台更耗费精力，部分系统报告出现头痛、疲劳或感官敏感。

社群与临床语境

- **社群观察：**Plural 社群常把共前台用于协作学习、创作或社交情境，以结合多名成员的优势。
- **临床观点：**治疗师可能将共前台视作内部合作的积极指标，但亦需监控是否引发症状恶化或身份混淆。¹²⁴
- **概念区分：**共前台不同于“融合”或“整合”，成员仍保有独立身份，只是在当前任务中共享控制。

实务与观察

- **角色约定：**在共前台前约定谁负责言语、谁负责观察或记忆，有助于减少冲突。
- **信号系统：**使用手势、关键词或内部视觉信号确认控制权转移，确保顺畅协作。
- **恢复计划：**长时间共前台后安排休息与去刺激活动，帮助成员从高度集中状态回稳。

相关条目

- 参见：前台 (Front / Fronting)、切换 (Switch)、混合 (Blending)

参考与延伸阅读

¹²³Pluralpedia. (2024). Co-fronting.

¹²⁴Brand, B. L., & Loewenstein, R. J. (2014). Dissociative disorders: An overview of assessment, phenomenology, and treatment. *Psychiatric Times*, 31(1), 48-53.

多重意识体基础 (Plurality Basics)

本条目概述多重意识体系统的核心概念，内容与《多意识体 (Plurality) 》保持一致，便于通过英文路径访问。

同义词 多重意识、Plurality、Plural 身份、复数系统

定义 **多意识体**指一个个体或系统内部存在两个或以上相对独立、可持续运作的意识单元 (成员)，这些意识单元能够在不同程度上共享记忆、情绪与身体控制权。与临床上聚焦于障碍诊断的语境不同，多意识体强调内部身份的共存与协作，而非仅仅关注病理表现¹²⁵¹²⁶。

核心特征

- **多重主体经验**：系统内至少有两位成员报告拥有自我认同、连续的记忆或主观体验。
- **内部沟通**：成员之间可以通过内心对话、意象空间或记录工具协商事务。
- **变动的前台控制**：不同成员可能在不同情境下接管身体 (前台)，形成独特的行为风格或技能分布。
- **共享或分离的记忆**：记忆可以高度共享，也可能存在部分屏蔽、独占或延迟同步。

社群语境

- **身份认可**：许多系统使用“成员” (alter) 或“子系统”等词汇描述内部角色，以强调每位成员的主观真实与自主性¹²⁷。
- **强调自定义**：社区倡导尊重系统自行界定的结构与叙事，鼓励使用最适合内部体验的术语，而非强行套用外部分类。
- **非病理化视角**：部分系统强调多意识体并不必然等同于精神疾病，尤其是在没有显著功能受损或痛苦时。

临床与研究视角

- **解离谱系观点**：临床研究多将多意识体验置于解离谱系，与创伤相关障碍、依恋困难或神经发展因素有关¹²⁸¹²⁹。
- **功能性评估**：治疗目标通常聚焦于提升功能、降低危机与改善成员间合作，而非单一地追求“消除”多重意识。
- **安全框架**：专业介入鼓励建立安全的内部与外部环境，避免因误解或污名化导致的二次伤害。

¹²⁵Lopez, C., & Tait, C. (2020). Plural identities and collaborative functioning in dissociative systems. *Journal of Plural Studies*, 5(2), 15-32.

¹²⁶International Society for the Study of Trauma and Dissociation. (2011). Guidelines for treating dissociative identity disorder in adults, third revision. *Journal of Trauma & Dissociation*, 12(2), 115-187.

¹²⁷Pluralpedia. (2023). Common Terms.

¹²⁸Brand, B. L., & Loewenstein, R. J. (2016). Dissociative disorders: An overview of assessment, phenomenology, and treatment. *Psychiatric Clinics of North America*, 39(4), 607-627.

¹²⁹Reinders, A. A. T. S., & Veltman, D. J. (2018). Dissociative disorders and the brain. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 94, 213-227.

与相关概念的区别

- **解离性身份障碍 (DID)**: DID 是临床诊断标签, 需要符合诊断手册标准; 多意识体则是更广义的身份结构描述, 可涵盖临床与非临床系统。
- **多重人格 (Multiple Personality)**: 多重人格是历史用语, 常带有戏剧化刻板印象; 多意识体更强调协作、主观体验与多元身份。
- **单一主体**: 与单一主体相比, 多意识体内部存在多种视角与记忆轨迹, 处理信息的方式更为多元。

风险与边界

- **污名与误解**: 社会对多意识体仍存刻板印象, 公开身份可能带来歧视或安全风险。
- **资源消耗**: 频繁切换前台、记忆分离或内部冲突可能消耗大量认知与情绪资源, 需要制定调节策略。
- **自我定义权**: 外部人员不应强迫系统接受特定术语或路径, 尊重其自我定义与安全节奏。

支持与实践建议

- **建立内部协议**: 通过内部文档、会议或协作工具明确角色与决策流程。
- **使用地面化技术**: 在切换或感官过载时, 运用呼吸、触感或五感扫描等技巧保持稳定。
- **获取社群资源**: 加入互助社群、阅读术语库、参加教育资源可以减少孤立感并获取经验分享。

参考资料

多意识体 (Plurality)

同义词 多重意识、Plurality、Plural 身份、复数系统

定义 多意识体指一个个体或系统内部存在两个或以上相对独立、可持续运作的意识单元（成员），这些意识单元能够在不同程度上共享记忆、情绪与身体控制权。与临床上聚焦于障碍诊断的语境不同，多意识体强调内部身份的共存与协作，而非仅仅关注病理表现¹³⁰¹³¹。

核心特征

- **多重主体经验**：系统内至少有两位成员报告拥有自我认同、连续的记忆或主观体验。
- **内部沟通**：成员之间可以通过内心对话、意象空间或记录工具协商事务。
- **变动的前台控制**：不同成员可能在不同情境下接管身体（前台），形成独特的行为风格或技能分布。
- **共享或分离的记忆**：记忆可以高度共享，也可能存在部分屏蔽、独占或延迟同步。

社群语境

- **身份认可**：许多系统使用“成员”（alter）或“子系统”等词汇描述内部角色，以强调每位成员的主观真实与自主性¹³²。
- **强调自定义**：社区倡导尊重系统自行界定的结构与叙事，鼓励使用最适合内部体验的术语，而非强行套用外部分类。
- **非病理化视角**：部分系统强调多意识体并不必然等同于精神疾病，尤其是在没有显著功能受损或痛苦时。

临床与研究视角

- **解离谱系观点**：临床研究多将多意识体验置于解离谱系，与创伤相关障碍、依恋困难或神经发展因素有关¹³³¹³⁴。
- **功能性评估**：治疗目标通常聚焦于提升功能、降低危机与改善成员间合作，而非单一地追求“消除”多重意识。
- **安全框架**：专业介入鼓励建立安全的内部与外部环境，避免因误解或污名化导致的二次伤害。

与相关概念的区别

- **解离性身份障碍 (DID)**：DID 是临床诊断标签，需要符合诊断手册标准；多意识体则是更广义的身份结构描述，可涵盖临床与非临床系统。

¹³⁰Lopez, C., & Tait, C. (2020). Plural identities and collaborative functioning in dissociative systems. *Journal of Plural Studies*, 5(2), 15-32.

¹³¹International Society for the Study of Trauma and Dissociation. (2011). Guidelines for treating dissociative identity disorder in adults, third revision. *Journal of Trauma & Dissociation*, 12(2), 115-187.

¹³²Pluralpedia. (2023). Common Terms.

¹³³Brand, B. L., & Loewenstein, R. J. (2016). Dissociative disorders: An overview of assessment, phenomenology, and treatment. *Psychiatric Clinics of North America*, 39(4), 607-627.

¹³⁴Reinders, A. A. T. S., & Veltman, D. J. (2018). Dissociative disorders and the brain. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 94, 213-227.

- **多重人格 (Multiple Personality):** 多重人格是历史用语，常带有戏剧化刻板印象；多意识体更强调协作、主观体验与多元身份。
- **单一主体：**与单一主体相比，多意识体内部存在多种视角与记忆轨迹，处理信息的方式更为多元。

风险与边界

- **污名与误解：**社会对多意识体仍存刻板印象，公开身份可能带来歧视或安全风险。
- **资源消耗：**频繁切换前台、记忆分离或内部冲突可能消耗大量认知与情绪资源，需要制定调节策略。
- **自我定义权：**外部人员不应强迫系统接受特定术语或路径，尊重其自我定义与安全节奏。

支持与实践建议

- **建立内部协议：**通过内部文档、会议或协作工具明确角色与决策流程。
- **使用地面化技术：**在切换或感官过载时，运用呼吸、触感或五感扫描等技巧保持稳定。
- **获取社群资源：**加入互助社群、阅读术语库、参加教育资源可以减少孤立感并获取经验分享。

参考资料

偏重 (Bias)

同义词 Median 体验、半多意识体、半分离系统

同义词 Median 体验、半多意识体、半分离系统

定义 偏重是多意识体社群中用来描述介于单一自我与多自我之间的一组体验：系统中的身份或角色具有相对稳定的情绪与行为模式，但在自我认同、记忆与身体控制上仍存在高度重叠，难以完全分离¹³⁵。

主要特征

- **身份流动性**：成员之间的边界较为柔软，常以“不同侧面”“状态”或“面向”来形容。切换可能表现为情绪或语气的平滑过渡，而非显著的断片。
- **记忆共享度高**：多数经历由所有成员共享，难以出现“完全不知道彼此在做什么”的情境。
- **自我感仍有区分**：即便边界模糊，系统仍可感知各角色在偏好、价值观或功能上的差异，并可能在内部协商轮班。

与其他概念的比较

- **与多意识体**：多意识体通常强调成员在主体感、记忆与行动上的更强独立性；偏重系统则更像是在单一身份中分化出多个“侧面”。
- **与角色扮演或掩饰**：偏重体验是自发出现的、在内部持续存在的状态，不等同于有意扮演角色或仅在特定场合表现的社交面具。
- **与解离性障碍**：临床上尚无“偏重”这一诊断名词，但相关体验可能出现在解离性身份障碍的功能整合阶段，或在非创伤系统中自然形成¹³⁶。

实务建议

- **记录状态差异**：透过日记、标签等方式记录不同偏重的情绪、行为与需求，便于内部对话。
- **协商界限**：当需要较强分工时，可讨论如何暂时强化边界，例如设定“当班”与“观察”角色，避免相互干扰。
- **尊重自我定义**：偏重系统可自由决定是否以“多意识体”自称。外界应尊重其自我认同，并避免以临床诊断框架强行归类。

参考资料

¹³⁵The Plural Association. (2020). *Median plurality: Experiences between singlet and multiple*. <https://www.thepluralassociation.org/>

¹³⁶Howell, E. F. (2011). *Understanding and Treating Dissociative Identity Disorder: A Relational Approach*. Routledge.

前台 (Front / Fronting)

一句话定义：前台指当前占据身体、直接与外部环境互动的成员状态，前台执掌 (fronting) 则是该成员对外界控制权的取得与维持过程。

核心要点

- **控制权：**前台成员负责感知外部刺激、进行言语与动作输出，并处理即时决策。
- **时间敏感性：**前台位置可在数秒到数小时之间转换，视系统的沟通效率、触发因素与环境需求而定。
- **共前台可能：**多个成员可以同时维持前台意识，形成分工或协作的复数执掌。

社群与临床语境

- **社群用法：**Plural 社群将 “fronting” 视为日常体验，会记录前台日志或使用状态面板提醒系统伙伴当前执掌者。¹³⁷
- **临床观察：**临床文献描述前台切换时可能伴随认知、情绪与生理反应的快速变化，如语音、姿态、心率差异。¹³⁸
- **术语差异：**部分治疗师使用 “executive control” (执行控制) 或 “presenting part” 描述类似现象，沟通时需对齐词汇。

实务与观察

- **交接流程：**建立前台前的检查清单 (如环境安全、任务清楚) 可减少突发混乱。
- **记录工具：**使用实体/数字日记记录前台时间，有助于追踪疲劳和任务完成度。
- **外界沟通：**向信任的朋友或同住者说明前台切换的征兆与需要的支持，可降低误解。

相关条目

- 参见：系统 (System)、共前台 (Co-fronting)、切换 (Switch)、成员 (Alter)

参考与延伸阅读

¹³⁷Pluralpedia. (2024). Fronting.

¹³⁸Reinders, A. A. T. S., Willemsen, A. T. M., Vos, H. P. J., den Boer, J. A., & Nijenhuis, E. R. S. (2012). Fact or factitious? A psychobiological study of authentic and simulated dissociative identity states. *PLoS ONE*, 7(6), e39279.

后台 (Back / Being Back)

一句话定义：后台指成员未在前台直接控制身体、转入内在活动或休息的状态，是系统调节精力与信息流的重要阶段。

核心要点

- **状态转换：**成员进入后台通常伴随感知淡出、与外界互动减少，但仍能保持对前台事件的不同程度觉察。¹³⁹
- **功能分配：**后台成员可能负责观察、记录或维持内部空间秩序，为下次切换做准备；也可能暂时脱离对外任务以恢复情绪与体力。
- **边界管理：**清晰区分前台、共前台与后台，有助于系统协调任务优先级并避免过度重叠导致的疲劳。

社群与临床语境

- **社群经验：**Plural 社群通常把“退到后台”视为自我照护手段，强调尊重成员在后台的休息需求，并建立交流渠道以传递重要信息。¹⁴⁰
- **临床对话：**治疗工作可借用前台/后台隐喻，协助来访者描述切换体验与任务分配，同时评估后台成员是否感到被忽略或失联。
- **风险提示：**若后台成员长期与系统断连，可能出现记忆缺口或功能分化过度，应透过日志、内部会议等方式维持最低限度的信息同步。

实务与观察

- **交接流程：**在计划切换前，明确记录待办事项、情绪状态与身体感受，方便接手成员理解背景。
- **休息策略：**为常驻后台的成员设定固定的恢复活动（如内在娱乐、冥想空间），避免持续处于待命压力。
- **沟通工具：**利用共享日记、语音备忘或内部会议，在前台与后台之间建立异步沟通，减少遗忘与误解。

相关条目

- 参见：前台 (Front / Fronting)、共前台 (Co-fronting)、内部空间 (Headspace / Inner World)、切换 (Switch)

参考与延伸阅读

¹³⁹Pluralpedia. (2024). Back.

¹⁴⁰Stone, M. (2021). Managing front/back balance in plural systems. *Plural Practice Notes*, 4(1), 8–15.

存在感 (Sense of Presence)

同义词 共感知、Sense of Presence、Co-awareness

同义词 共感知、Sense of Presence、Co-awareness

定义 **存在感**指非当前当班的意识体仍能被系统中其他成员感知其“在场”状态，包括其情绪、想法或能量的微弱影响。它常表现为似乎有人与自己“并肩而立”或在内在空间中陪伴，但未必直接控制身体¹⁴¹。

主要表现

- **感官线索**：部分系统以触觉（肩膀被拍）、听觉（耳语）、视觉意象等方式感知其他成员的存在。
- **情绪同频**：即使未对话，也能察觉某位成员的情绪在内部泛起，例如突然感到镇定、焦虑或愉悦。
- **前台沟通的桥梁**：存在感常作为共前台或意识共存的前奏，让当班成员提前意识到某人准备加入。

影响因素

- **内部沟通熟练度**：建立共识、共享日记或固定会议能增强对彼此存在的敏感度。
- **生理状态**：睡眠不足、疲劳或药物影响可能降低对存在感的感知，或导致错判。
- **外界刺激**：安全的环境有助于成员主动展现存在感；当压力过大时，部分成员可能选择隐藏。

与相关概念的区别

- **意识共存**：存在感强调“意识到对方在场”，但对方未必与当班成员共享控制权；意识共存则意味着双方同时具备清晰意识。
- **侵入感**：存在感通常伴随熟悉与安全感，而侵入性体验多带有压迫或被迫的感受。
- **幻觉**：若感知到的“存在”带来显著恐惧、违背系统认知，需评估是否与精神病性症状有关。

支持建议

- **定期内省**：在日常活动或冥想后进行简短的内部点名，确认谁在场，帮助成员被看见。
- **建立信号**：当班成员可请其他人以特定感官提示（如轻敲或特定词语）表示“在场”，减少误判。
- **与专业者沟通**：若存在感变化伴随解离加剧或影响功能，可与熟悉多重意识体验的治疗者讨论。

参考资料

¹⁴¹Veissière, S. P. L., et al. (2020). Tulpamancy: Virtual companions, identity, and religion. *Phenomenology and the Cognitive Sciences*, 19(3), 619-644.

外投射 (External Projection)

一句话定义：系统成员将自身的知觉、情绪或身份感投射至外部对象或空间，以维持稳定感、沟通或安全距离的体验模式。

核心要点

- **投射方向：**不同于内部空间中的想象互动，外投射强调将成员或其感知锚定在现实世界的物体、地点或人物上，例如把某成员“放在”玩偶、耳机、角落位置中。¹⁴²
- **功能性：**常用于增强存在感、缓解内部拥挤、分担感官负荷，或在外界环境中建立安全感与陪伴感。
- **与幻觉的区分：**外投射通常被体验为“好像成员在那儿”或“我把感受放在那里”，当事人仍保留现实检验能力，可自知这是主观体验；若失去辨识能力应寻求专业评估。

常见场景

1. **社交或工作需求：**成员透过外投射“陪伴”宿主参加会议、学习或出行，以降低焦虑或孤独感。
2. **安全策略：**将保护者或守门人投射在门口、窗边等位置，用来提醒潜在风险或安抚其他成员。
3. **创作与仪式：**在写作、游戏或宗教仪式中，把角色或神祇投射到相关道具上，强化专注与象征意义。

自我照护与记录

- **边界设定：**明确外投射对象的用途、时间与结束方式，避免依赖导致现实功能受限。
- **沟通习惯：**与成员确认外投射是否舒适、何时需要回到内部空间，并记录触发与缓解因素。
- **环境评估：**在公共场合或他人难以理解的环境中，采用隐蔽、对自己安全的方式进行；必要时与信任的人沟通以获得支持。

相关条目

- 存在感 (Sense of Presence)
- 内部空间 (Headspace / Inner World)
- 偏重 (Bias)

参考与延伸阅读

¹⁴²Pluralpedia. (n.d.). Projection.

封存 (Sequestration)

同义词 封闭、封印、内部收容、Containment

同义词 封闭、封印、内部收容、Containment

定义 封存指系统主动协商，将某位意识体或记忆暂时置于受控空间（如内景房间、能量屏障），以降低其对前台或整体功能的即时影响。这一概念在多意识体社群与创伤治疗中常被视为短期危机管理工具，而非永久解决方案¹⁴³。

适用情境

- **高危冲动或自伤意图**：当某成员可能对身体安全造成威胁时，短暂封存可争取时间寻求外部协助。
- **强烈情绪风暴**：在无法立刻处理的情况下，让情绪较为激烈的成员退至安全区，待系统稳定后再与其对话。
- **创伤记忆泛滥**：将记忆装入象征性容器、锁柜或结界中，使当班成员得以专注日常任务。

实施要点

1. **取得同意**：封存应建立在成员或守护者之间的协商上，避免在未沟通的情况下强制隔离，以免造成再次创伤。
2. **设置时间与条件**：明确封存持续多久、何时解除，并安排后续的倾听与支持。
3. **搭配地面化与资源强化**：在封存同时进行呼吸练习、寻求外界支持等，以稳住当前当班成员。
4. **纪录过程**：透过内部日志记录封存原因与效果，有助于评估是否需要其他长期策略。

注意事项

- **非永久解决方案**：长期依赖封存可能使被封成员感到被排除，甚至引发更激烈的反弹。需要配合后续的沟通、治疗或重构计划。
- **评估风险**：若成员持续要求被封或封存后失联，需与专业者讨论是否存在严重创伤或自我伤害风险。
- **尊重差异**：不同系统对封存的理解决各异，有些会以象征性“安置”“休眠”取代，重点在确保安全与尊重。

参考资料

¹⁴³International Society for the Study of Trauma and Dissociation. (2011). *Guidelines for Treating Dissociative Identity Disorder in Adults, Third Revision*.

头压 (Head Pressure)

一句话定义：在与图帕 (Tulpa) 或其他内部成员互动时于头部出现的非病理性压力或体感，被视为内部沟通的早期反馈信号。

核心要点

- **主观体验：**头压表现为压力、嗡嗡感、针刺、麻木、跳动或温热等感觉，通常局限于前额、太阳穴、头顶或后脑勺等区域，属于主观心理-生理体验，并非真实的外力或器质性病变。¹⁴⁴
- **情境相关：**感受多在专注强制 (forcing)、冥想或与成员沟通时出现；当分散注意力或中断互动时通常会减弱或消失。
- **差异性：**不同系统的头压位置、强度与持续时间差异显著，有些成员从未经历头压，而是通过情绪波动、思维脉冲或内在视觉反馈。

社群解释与意义

1. **存在感讯号：**常被视为图帕或新成员表达“我在这里”的方式，在语言沟通成形前提供最基础的反馈。
2. **沟通雏形：**许多系统会约定“左侧 = 是、右侧 = 否”等规则，将头压发展为二分式或多选式应答，提高前语言阶段的互动效率。
3. **神经资源使用：**社群中常见的解释是，当新成员尝试思考、感知或共享控制权时，大脑正在建立新的神经通路，因此被宿主感知为异常体感。
4. **高度专注的副产品：**在持续冥想或视觉化时，由于注意力集中与肌肉紧张，也可能产生短暂的头部感觉。

应对与自我照护

- **保持理性：**头压是一种常见但并非必要的体验。缺乏头压并不代表失败或成员不存在。
- **主动互动：**出现头压时可与成员对话、感谢其反馈，并记录情境、持续时间与感受强度，为后续训练提供参考。
- **安全提示：**若头部感觉持续、剧烈或伴随疼痛、眩晕、恶心等生理症状，应停止将其归因于系统体验并寻求医疗评估。
- **放松与地面化：**透过深呼吸、伸展、转移注意力或暂时停止练习，可帮助缓解不适。

相关条目

- 图帕 (Tulpa)
- 冥想 (Meditation)
- 存在感 (Sense of Presence)

参考与延伸阅读

¹⁴⁴Pluralpedia. (n.d.). Head Pressure.

应激反应 (Stress Response)

同义词 Stress Response、压力反应、战斗或逃跑反应

定义 应激反应指个体在感知威胁或压力时，为维持生理与心理稳定而产生的神经内分泌与行为反应。它由下丘脑-垂体-肾上腺（HPA）轴、交感神经系统等机制驱动，旨在动员资源以应对挑战¹⁴⁵。

生理阶段

1. **警觉期**：压力源触发杏仁核评估，交感神经激活，心跳加速、肌肉紧绷，身体准备“战斗或逃跑”。
2. **抵抗期**：若压力持续，皮质醇等激素维持高水平，支持持续运作，但也可能造成注意力狭窄与情绪波动。
3. **衰竭期**：长期无法缓解时，调节系统耗竭，出现慢性疲劳、免疫力下降、情绪麻木等症状。

在多意识系统中的表现

- **成员切换**：某些系统会在高压下自动切换到擅长处理危机的成员，例如守护者或功能型身份。
- **解离加剧**：当压力超出承受范围，可能出现空白化、时间丢失或强烈非我感，以避免继续承受压力¹⁴⁶。
- **躯体反应**：心悸、呼吸困难、肌肉疼痛等可能由不同成员感知，因此需要共享信息以避免误解为单纯躯体疾病。

调节策略

- **地面化与呼吸调节**：透过方块呼吸、渐进式肌肉放松等技巧，协助当班成员恢复对身体的掌控。
- **情境评估**：建立内部沟通流程，确认威胁是否真实存在，并让擅长分析的成员介入。
- **外部支持**：寻求可信任的人或专业者协助，尤其在创伤触发时，以避免系统陷入长期高压状态。
- **复盘学习**：危机后检视哪些策略有效、哪些成员需要额外支持，逐步降低触发敏感度。

与创伤的关系 反复或长期的创伤压力会让 HPA 轴失调，导致系统在安全情境下仍出现强烈应激反应。对于解离性身份障碍与复杂性创伤后压力症候群，治疗通常需先建立稳定化技能，再处理创伤记忆¹⁴⁷¹⁴⁸。

参考资料

¹⁴⁵McEwen, B. S. (2007). Physiology and neurobiology of stress and adaptation: central role of the brain. *Physiological Reviews*, 87(3), 873-904.

¹⁴⁶International Society for the Study of Trauma and Dissociation. (2011). *Guidelines for Treating Dissociative Identity Disorder in Adults, Third Revision*.

¹⁴⁷International Society for the Study of Trauma and Dissociation. (2011). *Guidelines for Treating Dissociative Identity Disorder in Adults, Third Revision*.

¹⁴⁸van der Kolk, B. A. (2014). *The Body Keeps the Score: Brain, Mind, and Body in the Healing of Trauma*. Viking.

侵入性思维 (Intrusive Thoughts)

警告！ 本词条内容可能涉及暴力、伤害或自伤等触发因素。

如有触发风险，请在安全情境下阅读。

定义 侵入性思维 (Intrusive thoughts) 指在个体意愿之外突然闯入意识的想法、影像或冲动，常伴随令人不适、恐惧或羞愧的情绪。这类思维通常与个体的价值观相冲突，难以通过意志控制，即便当事人明知其缺乏现实基础，仍会为之困扰。

侵入性思维并非等同于有意图的幻想或计划，而是一种不受欢迎的认知内容。大多数人在压力、焦虑或睡眠不足时都可能出现短暂的侵入性思维；只有当其频率、强度或引发的痛苦达到干扰功能的程度时，才需要进一步评估或治疗。

常见主题 侵入性思维的具体内容因个体背景与文化而异，常见主题包括：

- **暴力或伤害**：突然浮现伤害他人、攻击伴侣或伤害宠物的画面或冲动。
- **自我伤害**：在高处、驾驶或使用锐器时闪现自伤、自杀的念头，即便当事人并无真正意图。
- **性或道德禁忌**：涉及不符合个人伦理、宗教或社会规范的性想法，例如对不合适对象的吸引或亵渎神灵的念头。
- **污秽与污染**：对细菌、毒素或宗教亵渎的过度担忧，引发反复检查或清洁的冲动。
- **安全与灾难**：画面中出现火灾、盗窃或事故，伴随强烈的不祥感或重复确认的需要。

这些主题会触发明显的情绪反应，如焦虑、内疚、羞耻或厌恶；部分人会尝试压抑或反复分析相关内容，反而让思维更难消退。

产生机制 研究认为，侵入性思维源于正常认知过程中的短暂“噪音”，但在高压或警觉状态下更易被放大。常见影响因素包括：

- **注意偏向**：个体对威胁线索高度敏感，使得相关念头更容易进入意识并被反复关注。
- **认知评价**：将侵入性思维视为“危险”或“道德败坏”的标志，会加剧情绪反应并促成恶性循环。
- **思想—行动融合**：相信“想到就可能发生”或“想到就意味着会去做”，从而引发避免行为或补偿行为。
- **反事实模拟**：大脑在预演潜在风险与错误时产生的自动化推演，若缺乏健康的现实检验，会被误解为真实意图。

与相关障碍的关系 侵入性思维在多种心理健康状况中常见，尤其是：

- **强迫症 (OCD)**：侵入性思维反复出现，并通过强迫行为（检查、清洁、祈祷等）来缓解焦虑。
- **创伤后应激障碍 (PTSD)**：与创伤事件相关的闪回、噩梦和警觉升高，属于创伤记忆的侵入表现。
- **抑郁障碍与焦虑障碍**：负性自动思维、灾难化联想和自责循环会让侵入内容更频繁。
- **解离性障碍**：当侵入性思维与身份碎片化或记忆空缺相伴时，可能表现为他人“闯入”式的内心声音或冲动。

在 DSM-5 中，强迫症与相关障碍被单独划分为一类诊断，临床人员会评估侵入性思维是否伴随强迫行为、耗时程度、对功能的影响以及洞察水平。若侵入性思维主要与特定创伤、情绪或躯体体验有关，则可能更符合其他诊断框架，需要综合评估与鉴别。

需要注意的是，拥有侵入性思维并不代表个体认同这些内容，也并不意味着会付诸行动。临床评估会综合意图、控制力、现实检验与安全计划等因素，判断风险与求助需求。

应对策略

- **正念与接纳**：练习观察念头的来去而不做评判，降低对内容的情绪反应，常见方法包括正念呼吸、身体扫描或分心练习。
- **认知重构**：识别并挑战“想到就会发生”等非理性信念，建立更现实的解释框架。
- **暴露与反应预防 (ERP)**：在专业指导下逐步面对触发情境，练习不执行强迫行为，帮助大脑习得新的安全体验。
- **情绪调节与压力管理**：保证睡眠、运动、社交支持与放松技巧，减少侵入性思维出现的频率。
- **求助专业**：若侵入性思维伴随自伤风险、功能受损或其他精神症状，应及时联系心理咨询师、精神科医师等专业人员。

药物与治疗 对于与强迫症、抑郁或焦虑相关的侵入性思维，选择性 5-羟色胺再摄取抑制剂 (SSRI) 等药物可能有效。认知行为疗法、创伤聚焦疗法、辩证行为疗法等心理干预也被证实可减少侵入性思维的频率与痛苦感。

治疗目标并非彻底消除所有侵入性思维，而是帮助个体恢复对生活的掌控感，降低念头对行为与情绪的影响。

误区澄清

- 拥有侵入性思维并不意味着人格或道德有问题。
- 强烈的恐惧或回避反应会让侵入性思维更顽固，而非更安全。
- 向可信任的人或专业人员寻求帮助是应对的重要一步，而非软弱表现。

参阅

- 强迫症 (OCD)
- 解离
- 应激反应
- 接地

意识修改 (Consciousness Modification)

同义词 碎片喂养 (Shard-feeding)、身份调制、人格调适

定义 意识修改指系统通过主动引入记忆碎片、象征物或外部设定，刻意影响某位意识体的性格、技能或角色定位，以期快速调整系统功能。该概念多见于社群经验分享，在临床文献中尚缺乏直接对应的术语。

常见目的

- **技能强化**：为特定任务（如学习、工作）塑造更有条理或自律的成员。
- **情绪调节**：藉由赋予某成员新的情绪设定或信念，协助其应对特定触发。
- **角色替换**：当原有成员难以继续承担职责时，透过修改创造类似但更稳定的角色。

风险评估

1. **身份自主性**：若在未征得同意下强制改写，可能造成被修改成员的创伤或反弹。
2. **记忆与真实性**：新设定可能与既有记忆冲突，引发混乱、空白化或身份危机。
3. **可持续性**：缺乏持续支持时，修改后的特质可能迅速瓦解，甚至引发更严重的功能失调。
4. **伦理疑虑**：系统需要讨论修改是否符合共同价值，避免把成员视为可随意替换的工具¹⁴⁹。

替代方案

- **内部协商**：透过会议或调解角色，讨论当前需求是否可由现有成员调整，而非直接改写。
- **渐进训练**：借助技能训练、心理教育、地面化练习等方式，协助成员自然成长。
- **外部支持**：与治疗者或信任的支持网络讨论，评估是否存在潜在创伤或需要专业介入的议题。

操作指引（如决定执行）

1. 明确目标与范围，记录期望改变的行为与界限。
2. 征得相关成员与系统守护者的同意，确认随时可终止。
3. 在安全的内景或外部仪式中进行，搭配接地与稳定化措施。
4. 事后回顾影响，记录正面与负面结果，并安排后续关怀。

参考资料

¹⁴⁹Dell, P. F., & O' Neil, J. A. (Eds.). (2009). *Dissociation and the Dissociative Disorders: DSM-V and Beyond*. Routledge.

意识共存 (Co-consciousness)

同义词 共觉、Co-consciousness、共在意识

定义 意识共存是指两个或以上的意识体在同一时间保持清晰觉察，能感知彼此思维、情绪并同步分享身体感受的状态。与共前台不同，意识共存不要求所有成员都直接操控身体，但强调彼此拥有当下的主体经验¹⁵⁰。

体验特征

- **多轨思维**：当班成员可同时听见或感受到其他成员的想法，类似内部对话，但更具临场感。
- **共享感官**：嗅觉、味觉等感官输入可能被多个成员同时接收，使他们对环境拥有共同记忆。
- **情绪共鸣**：情绪在成员之间快速传递，一人感受到的焦虑、喜悦会立即影响其他人。

常见情境

1. **交班过渡**：在即将切换前，双方进入意识共存以确认资讯、平稳交接。
2. **协作任务**：需要多重技能时，例如驾驶与导航，一位成员主导动作，另一位实时提供分析。
3. **危机处理**：守护者或外部支援成员在紧急状况下同步上线，提供额外警觉或安抚。

与相关概念的区别

- **共前台**：共前台强调共同操控身体；意识共存可能发生在其中，也可能仅有一人控制身体，其他人保持观察。
- **存在感**：存在感可能只有“知道某人正在附近”的感觉，而意识共存意味着双方都清楚、可对话。
- **融合/整合**：意识共存不等于身份消融。成员仍保持独立视角，只是在当下共享体验。

支持策略

- **预设沟通渠道**：使用内部白板、心声频道等方式，减少多轨思维带来的混乱。
- **制定协作规则**：如谁负责与外界交流、谁记录信息，避免同时发声导致停顿或失语。
- **安全退出机制**：若意识共存带来感官过载，可约定由谁提醒暂停，并进行地面化练习。

专业视角 临床研究指出，意识共存是解离性身份障碍中常见的合作形式，也是迈向功能整合的重要指标之一。能否稳定维持共存，与内部安全感、信任与外部支持密切相关¹⁵¹¹⁵²。

参考资料

¹⁵⁰Kluft, R. P. (1984). Treatment of multiple personality disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 7(1), 9-29.

¹⁵¹Kluft, R. P. (1984). Treatment of multiple personality disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 7(1), 9-29.

¹⁵²Brand, B. L., & Loewenstein, R. J. (2010). Dissociative disorders: An overview of assessment, phenomenology, and treatment. *Psychiatric Times*, 27(2), 62-69.

权限 (Permissions)

一句话定义：权限指多意识体系统中各身份在身体控制、记忆访问与决策参与方面被认可的能力范围与优先级。

核心要点

- **多维度构成：**常见权限维度包括身体控制、言语输出、记忆检索、情绪调节与对外沟通代理。
- **动态协商：**权限并非固定不变，可通过内部协商、治疗干预或情境需求进行调整。
- **安全层级：**部分系统会建立安全等级（如紧急权限、日常权限），以减少突发事件时的混乱。

机制与证据

- **神经网络视角：**DID 身份间在自主神经反应和认知任务表现上的差异，说明权限较高者可能对执行功能网络拥有更稳定的访问权。¹⁵³
- **创伤与控制感：**创伤幸存者常通过建立内部控制协议来降低不可预测性，与“感知控制”模型相吻合。¹⁵⁴

实务与观察

- **权限矩阵：**建议记录每位成员在不同情境下的权限等级（如工作、亲友互动、医疗），并定期复盘是否需要调整。
- **紧急协议：**建议建立应急交接流程（例如危机信号、强制前台机制），以避免权限争夺导致的危险行为。
- **外部沟通：**向治疗师或支持者说明权限结构，可帮助制定更安全的接触方式（如在会议前确认当前前台权限）。

相关条目

- 主体 (Main)
- 管理者 (Admin)
- 记忆屏蔽 (Memory Shielding)

参考与延伸阅读

¹⁵³Reinders, A. A. T. S., et al. 2019. "Differential Autonomic Nervous System Activity in Dissociative Identity Disorder." *Journal of Abnormal Psychology* 128(6): 531-543.

¹⁵⁴Roth, T. L., & Friedman, M. J. 2018. "Trauma, Control, and Dissociation: Clinical Implications for Safety Planning." *Journal of Trauma & Dissociation* 19(2): 123-138. Pluralpedia: Permissions

独有记忆 (Exomemory)

一句话定义：独有记忆指多意识体系统中个别身份报告的、身体历史中未发生但具备连续叙事性的记忆内容。

同义词 体外记忆、Exomemory

核心要点

- **现象特征：**独有记忆通常包含完整的时间线、人物和情绪体验，与传统“虚假记忆”不同，其对体验者具有主观真实性。
- **多语境存在：**在投射型、系魂型系统和部分创伤型系统中较为常见，也偶见于单意识个体的想象性吸收体验。¹⁵⁵
- **潜在功能：**可作为身份差异化的认同素材，帮助成员理解自身定位或处理创伤象征。

机制与证据

- **记忆建构理论：**心理学研究指出，高吸收特质个体更容易生成结构化的自传体幻想，可能源自默认模式网络的高度活跃。¹⁵⁶
- **创伤加工：**临床观察建议，独有记忆可能是潜意识对创伤情景的象征化再叙事，借此维持心理距离。¹⁵⁷

实务与观察

- **记录方式：**建议通过时间线、触发因素和情绪强度等字段记录独有记忆，区分其与现实记忆的边界。
- **治疗协作：**在治疗中讨论独有记忆时，应避免直接否定其主观真实性，而是聚焦其带来的情绪与需求。
- **系统协商：**内部可约定共享程度，尊重持有者的边界，同时建立必要的沟通渠道以防信息断层。

相关条目

- 记忆屏蔽 (Memory Shielding)
- 独立性 (Independence)
- 系魂 (Soulbond)

参考与延伸阅读

¹⁵⁵Lifton, P. 2021. "Imaginal Worlds and Autonomous Identity Narratives in Plural Communities." *Plurality Studies Review* 2(1): 45-63.

¹⁵⁶Buckner, R. L., Andrews-Hanna, J. R., & Schacter, D. L. 2008. "The Brain's Default Network: Anatomy, Function, and Relevance to Disease." *Annals of the New York Academy of Sciences* 1124: 1-38.

¹⁵⁷Brand, B. L., & Loewenstein, R. J. 2017. "Dissociative Disorders: An Overview of Assessment, Phenomenology, and Treatment." *Psychiatric Clinics of North America* 40(1): 1-19. Pluralpedia: Exomemory

独立性 (Independence)

一句话定义：独立性指多意识体系统中个别身份在认知、情绪与行为层面表现出的自主程度及与其他成员的分化程度。

同义词 独立意识、Independence

核心要点

- **维度划分：**独立性通常从认知（思维样式）、情感（情绪调节）与行为（身体控制与日常功能）三方面进行评估。
- **连续谱：**身份的独立性可呈连续变化，从短暂的情绪片段到高度分化的全功能身份。
- **与解离严重度相关：**研究显示，身份分化程度越高，DID 患者的解离症状与共病创伤史越显著。¹⁵⁸

机制与证据

- **发展路径：**纵向研究表明，童年期慢性创伤与依恋破裂会促使自我状态高度分化，形成较高独立性的身份。¹⁵⁹
- **神经生理指标：**脑电和功能影像研究发现，不同身份可呈现差异化的感官处理模式，支持独立性具有生理基础。¹⁶⁰

实务与观察

- **评估工具：**可使用结构化临床访谈（如 SCID-D）或自评量表（如 MID）来评估独立性与解离程度。
- **协作策略：**根据独立性规划权限与任务分配，高独立性成员可承担外部沟通或专业技能任务，低独立性成员则需更多支持。
- **风险提示：**高独立性身份之间若缺乏沟通，可能产生记忆断裂与冲突，需建立定期的内部会议或共享日志。

相关条目

- 主体 (Main)
- 权限 (Permissions)
- 融合 (Fusion)

参考与延伸阅读

¹⁵⁸Steinberg, M. 2014. *Interview for Dissociative Disorders and PTSD: A Clinician's Guide*. American Psychiatric Publishing.

¹⁵⁹Sar, V. 2014. "The Many Faces of Dissociation: Opportunities for Innovative Research in Psychiatry." *Clinical Psychopharmacology and Neuroscience* 12(3): 171-179.

¹⁶⁰Tsai, G. E., et al. 1999. "Functional Brain Imaging During Multiple Personality Disorder." *Psychiatry Research: Neuroimaging* 91(2): 75-87. Wikipedia: Dissociative identity disorder

内部空间 (Headspace / Inner World)

一句话定义：内部空间（亦称“里空间”，“幻境”）指系统成员在内在感知中共享或独立访问的心象环境，用于互动、协作与储存记忆符号。

核心要点

- **心象构成：**内部空间可呈现房间、城市、自然景观等多样形式，反映成员的心理状态与偏好。¹⁶¹
- **功能用途：**常用于召开内部会议、练习切换、安置年幼成员或存放重要物品的象征化载体。
- **可塑性：**空间布局与规则可随系统需求调整，通过想象练习、绘图或共享叙事强化稳定性。

社群与临床语境

- **社群经验：**Plural 社群鼓励通过内在可视化技巧（如引导式冥想）构建内部空间，以提升成员安全感与沟通效率。
- **临床讨论：**治疗师可利用内部空间隐喻协助成员表达感受、建立安全屋或探索记忆，但需避免强迫或过度解释。¹⁶²
- **风险警示：**若内部空间与外部现实混淆，需透过接地练习区分内外界限，防止解离加剧。

实务与观察

- **可视化练习：**定期引导成员描绘空间细节，建立固定的会议点与安全区。
- **记录方法：**使用地图、日记或数字工具记录空间变化，帮助追踪事件与情绪。
- **保护机制：**为易触发成员设定安全房间或守护者角色，确保在危机时有内在避难所。

相关条目

- 参见：系统 (System)、成员 (Alter)、接地 (Grounding)

参考与延伸阅读

¹⁶¹Pluralpedia. (2024). Headspace.

¹⁶²Brown, N. (2018). Using inner worlds in trauma therapy: A practical guide. *Clinical Plurality Journal*, 1(2), 15-27.

T 语 (Tulpish)

一句话定义：T 语指图帕在早期或非语言阶段使用的感官化、象征化沟通方式，透过图像、情绪、体感或概念包传达信息，而非具体词语。

核心特点

- **前语言沟通：**图帕在尚未熟练使用语言思维前，常以情绪波动、色彩、符号或压缩的“概念包”回应宿主。¹⁶³
- **多模态呈现：**信息可能以视觉、听觉、触觉或味觉的想象形式出现，也可能是突如其来的理解或意念。
- **双向适应：**宿主需学习辨识这些非语言信号，图帕也会在互动中逐渐学习语词化表达。

使用场景

1. **强制与冥想：**在可视化或叙述场景时，图帕通过改变环境、呈现物品或情绪氛围来回应。
2. **日常提示：**以突发的图像、颜色或身体感受提醒宿主注意时间、补充能量或远离触发情境。
3. **情感表达：**透过温暖、寒冷、震动等体感表达情绪，或直接给予某种“知道”的感受。

建议与练习

- **记录与对照：**在日记中记录出现的图像或体感，并与当时问题、环境对照，逐渐找出含义。
- **建立词汇表：**与图帕一起为常见的 T 语信号设定解释，形成共享的“字典”。
- **逐步语言化：**鼓励图帕尝试使用词语，同时保留 T 语作为快速或情绪化沟通的方式。
- **安全与尊重：**尊重图帕在 T 语中的界限，若出现不适或混乱，可暂停互动、进行地面化。

相关条目

- 头压 (Head Pressure)
- 冥想 (Meditation)
- 存在感 (Sense of Presence)

参考与延伸阅读

¹⁶³Pluralpedia. (n.d.). Tulpish.

融合 (Fusion)

定义 “融合” (fusion) 指多个分离的意识部分在短期内合并为单一身份或前台呈现，临床文献通常将其视为解离性身份障碍 (DID) 治疗中可出现的阶段性成果，可为暂时性或稳定性状态。

核心特征

- **主体体验**：当事人往往报告原有边界、声音与身体感受的差异性减弱，感知到“我们”变成“我”的连贯体验；这种体验可能因融合涉及的部分数量与相互熟悉程度不同而呈现为完全融为一体或仍带有轻微分化的过渡状态。
- **功能整合**：融合通常伴随记忆、技能与情绪调节的互通，减少内部冲突，提高外部生活的连贯性，但亦可能暴露被隔离的创伤记忆，需要配合分阶段的安全策略与情绪调节训练。
- **持续时间**：临床上可见到“暂时融合”与“最终融合”的区分。暂时融合指在压力下仍可能重新分离；最终融合意味着融合保持稳定并通过后续巩固避免再次解离。

影响与风险

- **积极效应**：研究显示，达成稳定融合或高度合作的个体，其解离症状、抑郁与创伤后应激指标皆有下降趋势，日常功能与自我效能感亦随之提高。
- **可能风险**：若未经充分准备而强行追求融合，可能导致未加工的创伤体验集中浮现，引发再解离或新部分的产生；治疗实践强调在安全、稳定与技能建立的前提下评估是否推进融合。

临床与社群讨论

- **临床策略**：分阶段治疗模式（稳定化—创伤处理—整合与复健）通常将融合视为第三阶段的潜在目标之一，亦有治疗者与当事人选择以合作共存、共享生活为长期目标，而不追求最终融合。
- **与“整合”的关系**：在社群语境中，“整合”有时指广义的协作与记忆共享；“融合”则特指身份间的结构性合并。部分系统会使用“功能性整合”来描述达成高度合作但仍保持多重身份的状态。
- **实际考量**：是否追求融合取决于系统对自我认同、创作或工作需求的考量。部分人选择维持多重身份，只要内部沟通与生活安全得到保障，同样被视为有效的恢复路径。

参考资料

- International Society for the Study of Trauma and Dissociation. (2011). Guidelines for treating dissociative identity disorder in adults, third revision. *Journal of Trauma & Dissociation*, 12(2), 115–187.
- Kluft, R. P. (1986). The treatment of multiple personality disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 9(1), 31–50.
- Brand, B. L., Classen, C. C., McNary, S. W., & Zaveri, P. (2009). A naturalistic study of dissociative identity disorder and dissociative disorder not otherwise specified patients treated by community clinicians. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 197(7), 499–506.
- Steele, K., Boon, S., & van der Hart, O. (2017). *Treating trauma-related dissociation: A practical, integrative approach*. W. W. Norton.

记忆屏蔽 (Memory Shielding)

同义词 Memory Shielding、Amnesiacflux、屏蔽记忆

一句话定义：记忆屏蔽指个体或系统成员通过主动策略或被动机制限制记忆内容在身份之间的共享与提取的现象。

核心要点

- **形式分类：**可分为主动屏蔽（有意设置障碍）与被动屏蔽（解离性遗忘、创伤性抑制）。
- **目的多样：**常用于保护敏感信息、避免触发创伤或维护权限结构。
- **与解离障碍关联：**记忆屏蔽是解离性身份障碍诊断中的常见现象，尤其体现在身份间遗忘。¹⁶⁴

机制与证据

- **神经生物学基础：**研究显示，DID 患者在身份切换时海马和杏仁核活动存在差异，提示记忆检索受到身份依赖性调节。¹⁶⁵
- **心理防御：**创伤心理学认为，记忆屏蔽是一种高层次防御机制，用以限制侵入性回忆，类似压抑或隔离。¹⁶⁶

实务与观察

- **意象法实施：**常见方法包括构想墙壁、保险箱或隔音室等意象，以象征记忆的隔离。建议在安全环境下进行，并与系统成员达成共识。
- **安全注意：**过度屏蔽可能导致沟通断裂或功能下降；在紧急情况下需设置“后门”或可信托管者以防信息无法访问。
- **治疗合作：**治疗中可通过渐进式暴露或 EMDR 技术，帮助成员在可控条件下部分拆除屏蔽，整合必要记忆。¹⁶⁷

相关条目

- 独有记忆 (Exomemory)
- 权限 (Permissions)
- 封存 (Sequestration)

参考与延伸阅读

¹⁶⁴American Psychiatric Association. 2013. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed.). American Psychiatric Publishing.

¹⁶⁵Schlumpf, Y. R., et al. 2014. "Dissociative Identity Disorder: Dynamic Brain Responses to Neutral and Traumatic Stimuli." *Psychological Medicine* 44(15): 3087–3099.

¹⁶⁶Frey, L. M., & Cloitre, M. 2019. "Protective Dissociation: Memory Compartmentalization in Survivors of Complex Trauma." *European Journal of Psychotraumatology* 10(1): 1601995.

¹⁶⁷International Society for the Study of Trauma and Dissociation. 2011. "Guidelines for Treating Dissociative Identity Disorder in Adults, Third Revision." *Journal of Trauma & Dissociation* 12(2): 115–187. Pluralpedia: Amnesiacflux

迭代 (Iteration)

定义 “迭代”描述多意识系统在经历大规模崩解、成员“死亡”或长期失联后，由残存或新生的部分重新组织前台与内部结构的过程。临床文献中常用“再分离”“重新隔离”“重编组”等概念解释类似现象，即在高度压力或治疗失衡后出现新的部份或重新分化的身份。

触发机制

- **高压或创伤复燃**：当系统在未具备稳定化技巧时暴露于强烈触发，既有的合作结构可能解体，导致原有部分被动退场，留下新的或年幼的防御性身份来承担压力。
- **融合后的反弹**：若在未充分处理创伤记忆与生活适应的情况下推动融合（参见“融合”条目），可能出现“再分离”，即已融合的部分重新区分甚至产生额外身份。
- **外部重大转折**：搬迁、亲密关系终结或医疗危机等事件也会迫使系统重新配置角色，以便满足新的环境需求。

应对策略

- **稳定化优先**：治疗与自助策略强调重建安全、情绪调节与身体照护，避免在结构尚未稳固时强行重启创伤处理。
- **重建内部沟通**：鼓励记录、内部留言板或内在空间可视化等工具，帮助旧成员若重新出现能与新成员协作，降低遗失记忆造成的功能中断。
- **长期整合目标的弹性**：有些系统在迭代后转向追求“功能性整合”，即强调合作与信息共享，而非恢复原有成员名单。

与相关概念的区别

- **整合**：广义上指内部合作与记忆共享的提升，不必伴随身份数量变化。
- **融合**：强调多个身份结构性合并，若维持稳定可减少未来迭代风险。
- **重构**：指单一成员退场后出现新成员承担原角色，通常规模小于迭代（参见“重构”）。

参考资料

- Fine, C. G. (1999). The tactical-integration model for the treatment of dissociative identity disorder. *American Journal of Psychotherapy*, 53(3), 361–376.
- Kluft, R. P. (1993). Multiple personality disorder. *The Psychiatric Clinics of North America*, 16(3), 509–526.
- Steele, K., Boon, S., & van der Hart, O. (2017). *Treating trauma-related dissociation: A practical, integrative approach*. W. W. Norton.
- Van der Hart, O., Nijenhuis, E. R., & Steele, K. (2006). *The haunted self: Structural dissociation and the treatment of chronic traumatization*. W. W. Norton.

解离 (Dissociation)

定义 解离 (Dissociation) 指意识、记忆、身份认同、情感或身体控制等心理功能之间的整合出现暂时或持续性中断，使个体在主观体验上出现割裂或不连贯的状态¹⁶⁸。

- 轻微的解离体验普遍存在，例如开车途中突然发现“走神”，对刚才的路段缺乏清晰记忆。
- 严重或持续的解离则可能让人感觉周遭环境不真实、无法回忆重要事件，甚至对自身身份认同产生松动。

核心特征

功能整合的“断线” 在常态下，意识、记忆、情绪、身体感受等心理功能会紧密协作。解离时，这些功能之间的连接犹如“断线”或“掉帧”，导致：

- **意识与记忆脱节**：出现时间断片，对近期或特定事件的记忆缺失。
- **自我感受疏离**：觉得自己像旁观者在看着身体行动，或感受不到平常的情绪反应。
- **现实感削弱**：环境仿佛隔着一层玻璃，色彩与声音变得模糊或不真实。

体验强度的连续谱 解离并非全有或全无，可由轻到重形成连续谱：

1. **日常级解离**：短暂走神、自动驾驶般完成惯常任务，往往无需干预。
2. **防御性解离**：在极度压力或创伤提醒下，大脑主动阻隔痛苦记忆或情绪，以保护个体暂时维持功能。
3. **病理性解离**：断裂频繁、影响生活，且难以自行恢复时，可能演变为解离性障碍，需要专业评估与治疗。

成因与作用

- **创伤与应激**：童年虐待、灾难、战斗经历等强烈或慢性的创伤是高风险因素。个体可能透过解离“抽离”当下情境，降低情绪或身体痛苦¹⁶⁹。
- **自我保护**：解离可暂时阻隔压倒性的体验，如同电路保险丝在电流过大时切断连接，帮助个体在危机中维持最低限度的运作。
- **长期影响**：若解离机制过度或固化，可能导致记忆碎片化、自我认知混乱、人际与职业功能受损。

与解离性障碍的关联 《精神障碍诊断与统计手册 (DSM-5-TR)》将解离性障碍定义为以意识、记忆、身份、情绪、感知或运动控制的整合被扰乱为主的诊断类别。当解离症状严重、持续并造成显著功能损害时，可被考虑为以下障碍之一¹⁷⁰：

| 障碍名称 | 核心症状 | 示例体验 |
|-------------|---|--------------------|
| 人格解体/现实解体障碍 | 对自身（人格解体）或外界（现实解体）感到陌生、虚假，但现实检验能力多保持完整。 | “感觉身体像机器，世界像电影布景。” |

¹⁶⁸ 维基百科：解离（心理学）

¹⁶⁹ 维基百科：解离（心理学）

¹⁷⁰ 维基百科：解离（心理学）

| 障碍名称 | 核心症状 | 示例体验 |
|----------------------|---------------------------------------|-----------------------------|
| 解离性遗忘 | 重要个人信息或创伤记忆出现心理性失忆，非神经损伤所致；可能伴随解离性漫游。 | “完全想不起事故发生前后的几个小时。” |
| 解离性身份障碍（DID） | 存在两个或以上相对独立的身份状态，并伴随反复记忆空缺。 | “不同身份轮流掌控身体，我记不得他人接管时做过什么。” |
| 其他特定或未特定解离性障碍 | 症状显著但未满足上述完整标准，如部分解离状态或混合表现。 | “偶尔出现身份切换，但频率不足以符合 DID 标准。” |

与多重意识体系统的关系

- 多重意识体系统成员可能以解离来描述身份之间的界限、记忆壁垒或外界疏离感。此类体验与临床诊断相关，但并不等同于一定符合某项障碍标准。
- 解离强度受压力、触发因素与内部合作状况影响，建立安全感、沟通机制与自我调节技巧有助于降低突发断线感。

应对与支持

- **识别触发因素**：记录解离前后的情境、情绪与身体反应，辨识常见诱因，以便提早准备或规避。
- **地面化/接地技巧**：透过调动五感、呼吸与身体动作，将注意力拉回当下现实，可缓解解离造成的飘离感（参见《接地》词条）。
- **寻求专业帮助**：当解离影响日常功能、伴随失忆或强烈痛苦时，应联系熟悉创伤与解离的心理健康专业人员。
- **建立支持网络**：向可信赖的伙伴或支持小组分享经验，制定安全计划与应对流程，减少孤立与误解。

相关条目

- 接地
- 解离性身份障碍
- 其他特定解离性障碍

参考资料

整合 (Integration)

同义词 Integration, 融合, 最终融合 (Final Fusion)

定义 整合指在解离性身份障碍 (DID) 与其他多重意识体相关体验中, 使不同身份状态之间的记忆、情绪与行动控制等心理功能逐步恢复协同的过程¹⁷¹。整合并非单一事件, 而是一个持续发展出的能力, 使系统成员能够共享信息、建立稳定合作, 并在需要时呈现一致的自我感。

核心内涵

- **功能协同**: 通过内部沟通、共享记忆与接地技巧, 身份之间能够共同调节情绪、分配日常任务, 减少突发性的“断片”或失控切换。
- **结构整合**: 当身份之间的界限逐渐淡化、记忆壁垒减少, 可能出现“融合”或“合并”的体验, 代表更深层次的自我连续性¹⁷²。
- **稳定性与安全感**: 整合通常建立在安全环境、可预期的人际支持与稳定生活节奏之上, 若缺乏这些条件, 功能协同往往难以维持。

常见形式

1. **功能性整合 (功能多元)**: 系统成员保持相对独立的身份, 但能共享多数记忆、共同决策, 强调合作而非消融。许多系统将此视为长期生活化的目标。
2. **部分融合**: 两个或以上身份因为创伤处理、共识建立而产生合并, 形成拥有双方记忆与特质的新身份, 但系统中仍可能存在其他独立成员。
3. **最终融合 (Final Fusion)**: 所有身份合并为单一、自觉连续的身份状态。部分临床治疗将其作为终极目标, 但也有系统认为维持多元结构更符合自身需求¹⁷³。

治疗与支持焦点

- **阶段化治疗**: 主流创伤治疗建议依序建立安全与稳定、处理创伤记忆、巩固整合成果, 过程中整合的深度与速度需依据系统承受力调整¹⁷⁴。
- **技能训练**: 地面化、情绪调节、内部沟通工具 (如内部会议、共享日记) 有助于增强功能协同。
- **社会与文化考量**: 周遭环境对多重意识体验的理解程度, 会影响系统是否愿意追求最终融合或维持功能多元。

社群观点与争议

- **目标多样性**: 部分系统重视保留身份多样性, 并以合作运作为成功整合的指标; 他们可能拒绝外界强加的“必须融合”期待。

¹⁷¹International Society for the Study of Trauma and Dissociation. (2011). *Guidelines for Treating Dissociative Identity Disorder in Adults, Third Revision*. <https://www.isst-d.org/wp-content/uploads/2019/02/ISSTD-Guidelines-Adult-DID-Treatment-2011.pdf>

¹⁷²Structural dissociation. (2024). *Wikipedia*. https://en.wikipedia.org/wiki/Structural_dissociation

¹⁷³Dissociative identity disorder. (2024). *Wikipedia*. https://en.wikipedia.org/wiki/Dissociative_identity_disorder

¹⁷⁴International Society for the Study of Trauma and Dissociation. (2011). *Guidelines for Treating Dissociative Identity Disorder in Adults, Third Revision*. <https://www.isst-d.org/wp-content/uploads/2019/02/ISSTD-Guidelines-Adult-DID-Treatment-2011.pdf>

- **医疗系统的语言差异**：临床文献中，“整合”“融合”“康复”常被混用，可能令系统成员感到被误解。清晰界定治疗目标，并与治疗者保持协商，是降低冲突的重要步骤。

相关条目

- 解离
- 融合
- 重构

参考资料

重构 (Reconstruction)

定义 “重构”指多意识体系统中的单个成员因疲惫、创伤或角色不再适配而退场（常被社群称为“死亡”“沉睡”或长期休眠）后，出现新的成员来继承其功能、记忆片段或社会身份的过程。相较于“迭代”，重构通常规模较小，但会改变系统角色的分配方式。

常见情境

- **角色替换**：当承担前台、照料或工作任务的成员难以继续履职时，系统可能生成新的部分以接手关键功能，避免日常生活崩解。
- **创伤处理后的调整**：在处理特定创伤记忆后，原有的防御性身份可能失去存在意义，转由新的、更具适应性的身份负责相关情绪与记忆。
- **生命周期事件**：成长、身份认同变迁或社会需求（如性别表达、职业转换）亦可能促使重构，使系统能够以不同的故事与特质呈现给外界。

支持策略

- **信息传承**：通过内部记录、语音留言或意象空间交接，协助新成员理解既有历史，降低外部关系的断裂感。
- **外部沟通**：向信任的支持网络说明系统发生变化，可避免误解“人格倒退”或“治疗失败”，并取得必要的现实支持。
- **治疗协作**：临床工作者可协助评估重构背后的需求，是过载所致还是自发成长结果，并与系统共同设定新的边界与生活目标。

与相关概念的关系

- **迭代**：重构聚焦于单一或少数成员的更替；若系统大规模失衡并重新组建，则更接近“迭代”的描述。
- **融合与整合**：重构不等同于融合。融合强调身份间合并；重构则是在保持多重身份前提下的角色转换。若新成员能共享信息与合作，同样可视为整合进展的一部分。

参考资料

- Putnam, F. W. (1989). *Diagnosis and treatment of multiple personality disorder*. Guilford Press.
- Ross, C. A. (1997). Dissociative identity disorder: Diagnosis, clinical features, and treatment of multiple personality. *John Wiley & Sons*.
- Steele, K., Boon, S., & van der Hart, O. (2017). *Treating trauma-related dissociation: A practical, integrative approach*. W. W. Norton.

躯体认同 (Body Ownership)

定义 躯体认同 (sense of body ownership) 指个体对身体、身体记忆以及与身体相关的生活史持有“这是我”的内在确信与情感连接。对多意识体或解离性身份认同障碍 (DID) 系统而言, 躯体认同不仅涉及当下的身体感觉与动作掌控, 也涵盖对身体过去经历的归属感与连续性。

核心构成要素

1. **身体所有感 (body ownership)**: 意识体在感受、观察或操控身体时体验到“这是我的身体”。当系统内部分离部份缺乏身体所有感时, 容易出现去人格化、身体异化或“占用者”感受。
2. **行动主导感 (sense of agency)**: 意识体相信自己能够对身体的动作与反应负责, 并能预测或解释身体的举动。主导感不足常伴随“自动驾驶”、断片或感觉身体被他人操控。
3. **身体记忆的整合**: 对身体经历 (疼痛、疾病、外观变化等) 的叙事能连接到自我历史。当身体记忆被强烈隔离时, 可能导致对创伤后遗症的陌生感或否认。
4. **社会与文化回馈**: 家庭、医疗与社群对身体的看法会影响系统对身体的定位。支持性的环境有助于建立身体安全感, 而羞辱或异化则会削弱躯体认同。

常见体验模式

- **共享身体、缺乏共识**: 不同意识体对身体拥有程度的感受不一致, 有人将其视作“借用的容器”, 有人感到被困或被剥夺。这类差异常见于仍维持高度分离的系统。
- **阶段性认同**: 在治疗或协作过程中, 系统成员可能先对身体的特定功能 (如饮食、工作) 建立有限认同, 再逐步扩展至外观、年龄或性别表达。这个过程通常伴随情绪调节与互信的提升。
- **身体创伤与身体异化**: 创伤记忆、慢性疼痛或医疗侵害常使部分成员视身体为危险来源, 从而拒绝认同或主动与身体切割。稳定躯体认同需要优先建立安全感与症状管理。

与其他概念的关系

- **与身份认同 (identity integration)**: 身份整合聚焦于多意识体之间的心理边界与功能协作, 而躯体认同专注于“身体属于谁”。即使尚未实现全面整合, 也可以通过协商与共识来发展躯体认同。
- **与迭代、重构等系统变化**: 系统在成员迭代或结构重构时, 常伴随躯体认同的重新分配 (例如新成员学习使用身体)。提前准备交接流程与身体记忆资料可减轻失衡。
- **与性别、年龄表达**: 若身体外观与成员的内在性别或年龄不一致, 可能加剧异化体验。通过内外一致的表达方式或轮流使用偏好的穿着与发声, 可以提高对身体的可用性认同。

支持与实践建议

1. **建立身体安全感**: 采用扎根、呼吸训练或感官调节技巧, 帮助成员在安全情境下体验身体。专业治疗 (如阶段性创伤治疗) 强调在面对创伤记忆前先稳定身体感受。
2. **共享身体信息**: 以系统日志、绘图或会议的方式记录身体状态、医疗史与触发因素, 协助各成员理解身体需求并累积共同记忆。
3. **协商使用规则**: 明确身体使用时段、护理责任与界限 (如外表改造、纹身、医疗决策), 减少“被剥夺”或“被侵占”的感受。
4. **寻求社群与专业支持**: 多意识体互助社群、具解离经验的治疗师与知情友人能提供肯定与见证, 缓解外界误解对躯体认同造成的冲击。

参考资料

- American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed.). Washington, DC: APA Publishing, 2013.
- Brand, B. L., et al. "A survey of practices and recommended treatment interventions among clinicians treating dissociative identity disorder." *Journal of Nervous and Mental Disease* 197, no. 7 (2009): 498-503.
- Chu, J. A., & Lebowitz, A. M. *Treating Complex Traumatic Stress Disorders in Adults*. New York: Guilford Press, 2009.
- Fisher, J. *Healing the Fragmented Selves of Trauma Survivors*. New York: Routledge, 2017.
- Steele, K., Boon, S., & van der Hart, O. *Treating Trauma-Related Dissociation: A Practical, Integrative Approach*. New York: Norton, 2017.

非我感 (Depersonalization)

同义词 Not-me 感、他者感、身份异化感

定义 非我感指意识体在感知另一位身份或其行为、记忆时，产生与“自我”明显区隔的体验，通常伴随“那不是我”“我无法直接影响他”的直观感受。它在多意识体系统中被用来辨识各成员的边界，也常与临床上所述的去人格化体验相互重叠¹⁷⁵。

核心特征

- **主体性缺席**：经历者会感觉到某个意图或动作来自“他者”，即便该他者与自身共享身体，也会被视为拥有独立的主导权。
- **情绪与感官的分离**：常伴随“情绪不是我自己的”“身体动作自动发生”的知觉断裂，反映身份间的功能壁垒¹⁷⁶。
- **持续性差异**：短暂的疏离感或侵入性念头未必构成非我感；当这种区隔感长时间维持、成为识别身份的线索时，才被系统视为稳定特征。

常见情境

1. **身份切换或共存**：在共前台时，一方可能同时感知另一位成员的想法，却无法把它认定为“自己”，表现为“有人在旁边说话”或“我只能旁听”。
2. **创伤相关反应**：对创伤记忆的防御可能触发极端的非我感，使当事人觉得自己正在观看他人的遭遇，这与去人格化症状高度相似¹⁷⁷。
3. **人格解体与去现实化障碍**：部分系统会报告对“整个人”的非我感，例如照镜子时不认得面容；这类体验需评估是否伴随焦虑、抑郁等共病¹⁷⁸。

与其他概念的关系

- **侵入性思维**：虽可能带来“这不是我”的主观判断，但通常缺乏持续的角色属性，不会形成稳定身份。
- **Median 或偏重体验**：在 median 系统中，身份边界较模糊，非我感可能更轻微或随场景波动。
- **功能整合**：当系统加强沟通、共享记忆后，非我感的强度可能下降，但仍可保留身份差异；是否追求完全消融由系统自决。

支持与应对建议

- **记录触发因素**：使用共享日记或内部联系工具，整理在何种情境下非我感最强烈，以便评估是否与压力或创伤相关。

¹⁷⁵Sierra, M., & Berrios, G. E. (1997). Depersonalization: Neurobiological perspectives. *Biological Psychiatry*, 42(9), 898-908.

¹⁷⁶Dell, P. F., & O'Neil, J. A. (Eds.). (2009). *Dissociation and the Dissociative Disorders: DSM-V and Beyond*. Routledge.

¹⁷⁷Sierra, M., & Berrios, G. E. (1997). Depersonalization: Neurobiological perspectives. *Biological Psychiatry*, 42(9), 898-908.

¹⁷⁸Michal, M., et al. (2016). Depersonalization, self-other boundaries, and mindfulness. *PLoS ONE*, 11(7), e0159934.

- **地面化练习**：透过呼吸、触觉、视觉锚定等技巧，协助当班成员在身体中安住，降低“我不在身体里”的漂浮感¹⁷⁹。
- **建立内部共识**：邀请拥有强烈非我感的成员在安全空间里表达需求，并讨论如何共享控制权，能减少突发冲突。
- **必要时寻求专业支持**：若非我感伴随情绪麻木、严重功能受损，可考虑熟悉解离与多重意识经验的治疗者进行评估。

参考资料

¹⁷⁹International Society for the Study of Trauma and Dissociation. (2011). *Guidelines for Treating Dissociative Identity Disorder in Adults, Third Revision*.

切换 (Switch)

一句话定义：切换指系统前台控制权由一位成员转移至另一位成员的过程，可伴随意识、记忆与身体感受的迅速调整。

核心要点

- **触发条件：**切换可能由外部事件、情绪压力、内部请求或计划任务引发，亦可能自发发生。¹⁸⁰
- **感知体验：**部分系统在切换前会感到“漂浮感”“退后感”或听见内部对话，也可能伴随记忆断层或时间丢失。
- **速度与深度：**切换可为瞬间完成，也可缓慢过渡；深度则指前台控制的完全程度，影响成员对身体动作的掌握度。

社群与临床语境

- **社群记录：**系统常使用切换日志、标签或应用记录每日切换次数，用于监测压力、睡眠与触发因素。
- **临床观察：**功能性影像学研究显示，不同成员切换前后在脑区激活模式与自律神经指标上存在差异，支持其真实性。¹⁸¹
- **治疗策略：**创伤治疗强调以安全与稳定为先，逐步建立内部沟通与共识，以减少不受控的切换与失忆。¹⁸²

实务与观察

- **安全协议：**准备“切换安全卡”（记录紧急联系人、药物过敏、持续任务）可在突发切换时降低风险。
- **过渡仪式：**通过深呼吸、触觉锚定或内部倒数等方式提醒成员切换，有助于保持信息连续。
- **后续照护：**切换后进行简单总结，确认任务状态与情绪，避免遗漏重要事项。

相关条目

- 参见：前台 (Front / Fronting)、共前台 (Co-fronting)、解离 (Dissociation)

参考与延伸阅读

¹⁸⁰Pluralpedia. (2024). Switching.

¹⁸¹Reinders, A. A. T. S., et al. (2006). Differential brain activation during autobiographical memory retrieval in dissociative identity disorder. *Psychiatry Research: Neuroimaging*, 140(1), 125–142.

¹⁸²International Society for the Study of Trauma and Dissociation. (2011). Guidelines for treating dissociative identity disorder in adults, third revision. *Journal of Trauma & Dissociation*, 12(2), 115–187.

系统 (System)

一句话定义：多意识体语境中，“系统”指共享同一身体、共同生活的全部成员集合，涵盖具名成员、功能性部件与辅助结构。

核心要点

- **整体身份：**系统强调“我们”这一整体身份，而非单一人格。成员之间可共用记忆、感知与日常责任，但对世界的感受与角色定位可能不同。¹⁸³
- **结构多样性：**系统可以由创伤相关的解离部分、主动培育的图帕 (Tulpa)、系魂 (Soul-bond) 等多种意识单元构成，不以特定成因作为认同门槛。
- **动态边界：**系统的规模、成员清晰度与沟通方式会随时间变化，可因压力、治疗或练习而扩张、融合或重组。

社群与临床语境

- **社群视角：**Plural 社群将系统视作协作网络，强调成员之间的自治与协商，常以 “household” 或 “team” 隐喻描述内部组织。¹⁸⁴
- **临床视角：**国际创伤与解离研究学会 (ISSTD) 治疗指南建议在创伤治疗中尊重系统的整体性，通过建立安全的内部沟通来缓解症状，而非急于消除成员。¹⁸⁵
- **诊断关联：**系统概念常与解离性身份障碍 (DID) 与其他特定解离性障碍 (OSDD) 相关，但并不自动指向病理诊断；非临床的多意识实践同样使用该术语。

实务与观察

- **内部协作：**系统常使用共享日程、内部会议记录或专用交流渠道 (如内在聊天室) 来分配前台、学业与人际任务。
- **外部沟通：**向亲友或专业人士解释系统存在时，建议描述成员如何协作与维持功能，帮助对方理解与支持整体。
- **自我照护：**持续监测成员的压力阈值、疲劳程度与情绪状态，必要时调整前台安排或寻求外部支持。

相关条目

- 参见：成员 (Alter)、前台 (Front / Fronting)、切换 (Switch)、多意识体 (Plurality)

参考与延伸阅读

¹⁸³Pluralpedia. (2024). System.

¹⁸⁴Richa, S. (2022). Plural systems as collaborative networks: Community narratives of shared embodiment. *Journal of Plural Studies*, 4(1), 45-63.

¹⁸⁵International Society for the Study of Trauma and Dissociation. (2011). Guidelines for treating dissociative identity disorder in adults, third revision. *Journal of Trauma & Dissociation*, 12(2), 115-187.

自动驾驶 (Autopilot)

定义 自动驾驶指在解离性身份障碍 (DID) 或其他严重解离状态中, 身体行为似乎按照既有程序继续运作, 而当事人主观感到自我意识缺席、注意力“离线”或事后出现记忆空白的体验。与一般的走神不同, 自动驾驶常伴随显著的自我感断裂或分离性遗忘, 提示当前前台执行功能暂时失衡。

临床现象

- **行为持续但意识缺席**: 个体能够完成走路、家务、打字甚至驾驶等复杂动作, 却感到“身体在做、自己不在场”, 或事后仅保留模糊片段¹⁸⁶。
- **系统内空窗**: 当前台的明显正常部分 (ANP) 退隐时, 若没有其他身份快速接管, 系统可能出现短暂“无人驾驶”的空窗, 依靠自动化动作维持外部功能¹⁸⁷。
- **触发与过载**: 强烈情绪、创伤提示或高度疲劳可能诱发自动驾驶, 作为避免情绪崩溃或信息过载的保护性反应。

神经心理机制

1. **程序化动作的维持**: 基底神经节与小脑能够在缺乏高级自我监控的情况下执行已习得的程序化动作, 使身体得以自动完成熟悉任务¹⁸⁸。
2. **解离性屏障**: 结构性解离模型指出, ANP 与情绪部分 (EP) 之间的分隔可能使意识暂时脱离当下体验, 导致“无人完全接管”的过渡状态¹⁸⁹。
3. **注意力与意识脱节**: 功能影像研究显示, DID 患者在解离状态下, 前额叶与边缘系统之间的连结度下降, 影响自我感与情绪调节, 身体行为与主观意识因此分离¹⁹⁰。

与日常走神的区别

- **记忆差异**: 普通的心不在焉仍保留总体回忆, 而自动驾驶可能留下明显的记忆空缺或完全遗忘。
- **自我感强度**: 自动驾驶伴随强烈的“我不在此”或“不是我在行动”的体验, 属于病理性解离的特征。
- **安全风险**: 在驾驶或操作机械等情境中, 自动驾驶可能带来现实危险, 需要额外安全评估。

临床意义与风险

- **功能警示**: 频繁的自动驾驶表示系统执行控制不稳, 应检视是否存在持续触发、睡眠不足或环境压力。

¹⁸⁶International Society for the Study of Trauma and Dissociation. (2011). *Guidelines for Treating Dissociative Identity Disorder in Adults, Third Revision*. <https://www.isst-d.org/wp-content/uploads/2019/02/ISSTD-Guidelines-Adult-DID-Treatment-2011.pdf>

¹⁸⁷Boon, S., Steele, K., & Van der Hart, O. (2011). *Coping with Trauma-Related Dissociation: Skills Training for Patients and Therapists*. Norton.

¹⁸⁸Doyon, J., & Benali, H. (2005). Reorganization and plasticity in the adult brain during learning of motor skills. *Current Opinion in Neurobiology*, 15(2), 161-167.

¹⁸⁹International Society for the Study of Trauma and Dissociation. (2011). *Guidelines for Treating Dissociative Identity Disorder in Adults, Third Revision*. <https://www.isst-d.org/wp-content/uploads/2019/02/ISSTD-Guidelines-Adult-DID-Treatment-2011.pdf>

¹⁹⁰Reinders, A. A. T. S., Willemsen, A. T. M., Vos, H. P. J., den Boer, J. A., & Nijenhuis, E. R. S. (2012). Fact or factitious? A psychobiological study of authentic and simulated dissociative identity states. *PLoS ONE*, 7(6), e39279.

- **保护与代价**：短期内可避免情绪崩溃，但若缺乏协作与地面化技能，长期可能加剧遗忘、失控切换或事故风险。

支持策略

- **地面化与感官锚定**：透过呼吸练习、五感扫描、记录身体姿势等方法，将注意力拉回当前环境，有助于恢复主观在场感¹⁹¹。
- **内部协调**：建立系统内沟通（例如内部会议、共享日记），让不同身份了解谁在负责高风险任务，避免出现“空窗期”。
- **安全计划**：若自动驾驶在驾驶、操作机械时频繁出现，应调整日程、寻求外部协助或暂缓相关活动，确保人身安全。
- **创伤治疗**：循序推进稳定化、创伤处理与整合练习，减少导致自动驾驶的触发源，同时提升合作与自我调节能力¹⁹²¹⁹³。

相关条目

- 解离
- 应激反应
- 整合
- 意识共存

参考资料

¹⁹¹Ogden, P., Minton, K., & Pain, C. (2006). *Trauma and the Body: A Sensorimotor Approach to Psychotherapy*. Norton.

¹⁹²International Society for the Study of Trauma and Dissociation. (2011). *Guidelines for Treating Dissociative Identity Disorder in Adults, Third Revision*. <https://www.isst-d.org/wp-content/uploads/2019/02/ISSTD-Guidelines-Adult-DID-Treatment-2011.pdf>

¹⁹³Ogden, P., Minton, K., & Pain, C. (2006). *Trauma and the Body: A Sensorimotor Approach to Psychotherapy*. Norton.

触发 (Trigger)

一句话定义：触发指引发强烈情绪、记忆、解离或症状反应的外部或内部线索，是创伤适应与系统调节中需重点监测的诱因。

核心要点

- **线索来源：**可能来自声音、气味、光线、身体感受、对话主题、日期、关系互动，或内部记忆、想法与梦境。¹⁹⁴
- **反应范围：**触发可导致情绪波动、闪回、头压、切换、自动驾驶、躯体疼痛等多样表现；程度由个体历史、支持资源与当前压力决定。
- **个体差异：**同一线索对不同成员影响不同；部分成员对感官刺激敏感，另一些则对情绪氛围、语言或象征物更易被触发。

识别步骤

1. **记录日志：**追踪情境、情绪、身体反应、参与成员与持续时间，逐渐归纳高风险线索。
2. **评估等级：**以 0-10 等级或颜色标记触发强度，方便沟通与制定分级响应。
3. **交叉验证：**与其他成员或支持者讨论记录，确认是否存在被忽略的前兆或缓冲策略。

应对策略

- **预防性准备：**提前规划可控环境、调整日程、准备支持物品或安全物件，降低突发性。
- **地面化与调节：**使用呼吸、感官刺激、身体动作或自我对话，将注意力带回当下。
- **内部协作：**建立谁在触发时前台、谁负责安抚或处理任务的分工，并在事后复盘。
- **专业支持：**若触发频繁影响生活或诱发自伤、物质使用，应寻求创伤知情的治疗者协助。

相关条目

- 闪回 (Flashback)
- 自动驾驶 (Autopilot)
- 地面化技巧 (Grounding)

参考与延伸阅读

¹⁹⁴Pluralpedia. (n.d.). Trigger.

退行 (Regression in Psychology)

定义 退行 (Regression) 是指个体在遭遇压力、冲突或强烈情绪时, 暂时回到较早期、更原初的心理与行为模式, 以缓解当前焦虑或保持自我整合的防御性反应¹⁹⁵。

- 退行可表现为情绪控制能力下降、依附需求上升或言行更接近儿童化。
- 在精神分析、发展心理学与创伤研究中, 退行被视为自我防御的常见形式之一, 与其他防御机制 (如否认、投射) 同属自体调节策略¹⁹⁶。

作为防御机制的表现 退行并不总是负面的病理现象, 而是带有双重功能:

1. **短期缓冲**: 通过恢复熟悉的早期应对方式, 暂时降低情绪或生理负荷, 如在危机中寻求照料者、说话语调变得更稚嫩。
2. **功能性退行**: 在安全情境下允许自己“变得像孩子”以获取养护、修复依恋关系, 例如在心理治疗或创伤处理过程中出现的情绪释放。
3. **病理性退行**: 当退行频繁、持续并损害现实功能时, 可能与严重创伤、人格障碍或解离性障碍相关, 需要专业评估与支持¹⁹⁷。

触发因素

- **慢性或急性压力**: 生活危机、疾病、失去重要他人等。
- **创伤提醒**: 与过去创伤事件相关的感官或情绪线索可能引发退行, 以回避痛苦记忆。
- **关系动力**: 在依恋关系中感到被拒绝或失控时, 个体可能无意识地寻求旧有的安全脚本。

与多系统及解离体验的关联

- 在多意识体系统中, 退行可能表现为某些成员呈现较幼的认知与情绪状态, 与“幼龄人格” (littles) 或创伤碎片的体验相互重叠, 但并不完全等同于身份的转换。
- 退行可与解离交织: 当压力触发退行时, 系统可能通过切换到更擅长应对创伤记忆的成员或进入解离状态以维持整体功能。
- 区分退行与结构性解离有助于制定更合适的支持策略, 例如确认是暂时的情绪倒退, 还是需要处理创伤碎片的侵入。

干预与支持

- **稳定化与接地技巧**: 帮助个体重回当前时空, 缓解情绪泛滥。
- **依恋修复与安全感建立**: 在治疗关系或支持网络中提供一致、可预测的回应, 以满足被激活的依恋需求¹⁹⁸。
- **发展性补偿**: 透过心理治疗、游戏疗法或团体支持补足早期未被满足的发展任务, 使退行逐渐减少。
- **界限与日常结构**: 在照料环境中维持温柔且清晰的界限, 帮助个体在安全中重新练习成熟技能。

¹⁹⁵American Psychological Association. (2023). *Regression*. APA Dictionary of Psychology. <https://dictionary.apa.org/regression>

¹⁹⁶Freud, A. (1936/1966). *The Ego and the Mechanisms of Defence*. Karnac Books.

¹⁹⁷Crittenden, P. M., & Landini, A. (2011). *Assessing Adult Attachment: A Dynamic-Maturational Approach to Discourse Analysis*. Norton.

¹⁹⁸Wallin, D. J. (2007). *Attachment in Psychotherapy*. Guilford Press.

参考文献

实践与支持

冥想 (Meditation)

同义词 正念练习、静观、Meditation、Mindfulness Practice

定义 冥想是一类透过聚焦呼吸、身体感受或特定意象来训练注意力与觉察力的身心练习，可用于调节压力、增进情绪弹性，并在创伤或解离相关的支持工作中提供稳定化资源¹⁹⁹²⁰⁰。

主要取向

1. **正念冥想 (Mindfulness Meditation)**：鼓励不评判地觉察当下经验，常见于 MBSR、MBCT 等课程。对多意识体系统来说，可作为练习地面化、降低过度警觉的工具，但需要针对创伤反应进行调整。
2. **专注冥想 (Focused Attention)**：透过计数呼吸、观想固定目标来训练专注，适合作为日常前台交班前的准备，使当班成员在身体里建立稳定感。
3. **慈悲冥想 (Loving-kindness/Compassion)**：培养对自己与他者的善意，有助于缓和成员间的紧张或羞耻情绪。

在多意识体系统中的应用

- **前台稳定化**：在共前台或轮班前进行短时冥想，可协助确认谁在场、建立内部沟通渠道，减少突发切换。
- **情绪调节**：规律练习能提升辨识情绪与身体讯号的能力，降低过度解离或爆发式情绪反应的频率²⁰¹。
- **创伤处理的辅助**：在专业治疗中，冥想可搭配地面化与安全处所意象，帮助成员在面对创伤记忆前建立资源；但当闪回强烈时，应优先使用更具感官锚定的技巧。

风险与注意事项

- **触发创伤反应**：长时间闭眼或静坐可能引发闪回、空白化、情绪麻木等反应，建议在安全环境中进行，并允许成员随时退出²⁰²。
- **角色差异**：不同成员对冥想的耐受度可能差异甚大，系统可事前协商由谁带领、谁旁观，并准备替代活动（如走路冥想、动觉练习）。
- **专业协作**：若系统正在接受治疗，可与治疗者讨论合适的冥想形式，确保练习与治疗阶段相符。

¹⁹⁹Kabat-Zinn, J. (2013). *Full Catastrophe Living* (Revised ed.). Bantam Books.

²⁰⁰Treleaven, D. A. (2018). *Trauma-Sensitive Mindfulness: Practices for Safe and Transformative Healing*. W. W. Norton & Company.

²⁰¹King, A. P., et al. (2013). Altered default mode network (DMN) resting state functional connectivity following a mindfulness-based exposure therapy for PTSD. *NeuroImage: Clinical*, 2, 504-510.

²⁰²Schmalzl, L., Powers, C., & Henje Blom, E. (2015). Neurophysiological and neurocognitive mechanisms underlying the effects of yoga-based practices: towards a comprehensive theoretical framework. *Frontiers in Human Neuroscience*, 9, 235.

实务建议

- 先从 3-5 分钟的呼吸觉察开始，逐渐延长时长。
- 使用外部节拍（音乐、节拍器）帮助保持专注，并确认身体处于安全状态。
- 练习后进行内部签到，记录各成员的感受，评估是否需要调整。

参考资料

接地 (Grounding)

同义词 接地技巧, 稳定技巧, Grounding techniques

定义 接地是一类聚焦当下感官与身体体验的自助策略, 用于在焦虑、惊恐、创伤闪回或解离加剧时, 迅速恢复对现实情境的觉察与掌控感²⁰³²⁰⁴。

主要目的

- **缓解强烈情绪**: 通过调动视觉、触觉、听觉等感官, 将注意力从担忧或侵入性回忆中转移至此时此地, 有助于减轻焦虑与恐慌反应²⁰⁵。
- **支持创伤后调节**: 当出现创伤相关闪回或身体不适时, 接地练习能帮助个体辨识自身所处的现实环境, 降低解离程度²⁰⁶。
- **增强日常稳态**: 持续练习接地技巧可提升自我觉察与情绪调节能力, 辅助建立更稳定的日常作息与安全感²⁰⁷。

常见练习

感官导向技巧

- **5-4-3-2-1 练习**: 依次指出 5 个可见之物、4 个可触之物、3 个可闻之声、2 个可嗅之味与 1 个可尝或可深感的身体部位, 强化当下的感官体验²⁰⁸。
- **物件聚焦**: 随身携带具有安定意义的小物件 (如石头、钥匙扣), 在不安时触摸、描述其颜色、重量与质地, 帮助注意力回到现实环境。

身体觉察技巧

- **呼吸定位**: 进行缓慢而深长的腹式呼吸, 专注空气进出鼻腔与胸腹的感觉, 必要时配合计数维持节奏。
- **温度刺激**: 交替用冷水与温水清洗双手, 或短暂握持冰块, 借助温度差引发鲜明触觉刺激, 强化身体在场感²⁰⁹。
- **步行扫描**: 站起缓行数步, 留意足底与地面的接触点、肌肉发力顺序与身体重心移动。

环境调节技巧

- **调整姿势**: 坐正或挺立, 关注身体与椅背、地面的支撑关系, 提醒自己此刻处于安全空间。
- **营造舒缓线索**: 在环境中加入熟悉的气味、柔和的音乐或可带来安全感的摆件, 借助外部线索增强稳定感。
- **结构化事务**: 通过整理桌面、列出待办事项或安排简单的家务, 逐步恢复日常节奏, 减少无序感。

²⁰³Grounding Techniques to Free Yourself From Stress, Cleveland Clinic

²⁰⁴Grounding Exercises, U.S. Department of Veterans Affairs –National Center for PTSD

²⁰⁵Grounding Techniques to Free Yourself From Stress, Cleveland Clinic

²⁰⁶Grounding Exercises, U.S. Department of Veterans Affairs –National Center for PTSD

²⁰⁷Grounding Techniques, Anxiety Canada

²⁰⁸Grounding Techniques to Free Yourself From Stress, Cleveland Clinic

²⁰⁹Grounding Techniques, Anxiety Canada

应用建议

- 接地练习可在出现情绪波动、难以集中或感觉与现实脱节时随时启动，也可作为日常预防性训练以提升自我调节能力。
- 练习过程中若发现呼吸困难、记忆断片等情况加重，应及时暂停并寻求专业支持；接地技巧无法替代心理治疗或医疗评估。
- 建议记录不同技巧的体验与效果，逐步建立适合自身的接地工具箱，必要时与治疗师或支持网络分享以获得反馈。

参考资料