

多重意识体系统知识库

Plurality Wiki

在线版本

2025-10-03

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 (Post-Traumatic Stress Disorder, PTSD)
- 复杂性创伤后应激障碍 (CPTSD)
- 闪回 (Flashback)
- 焦虑 (Anxiety)
- 孤独症谱系 (Autism Spectrum Disorder)
- 注意缺陷多动障碍 (Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder , ADHD)
- 抑郁障碍 (Depressive Disorders)
- 双相障碍 (Bipolar Disorders)
- 躁狂 (Mania)
- 强迫症 (Obsessive-Compulsive Disorder, OCD)
- 精神分裂症 (Schizophrenia , SC)
- 解离性身份障碍 (Dissociative Identity Disorder , DID)
- 解离性遗忘 (Dissociative Amnesia , DA)
- 病理解离 (Pathological Dissociation)
- 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)
- 谵妄 (Delirium)
- 定向障碍 (Disorientation)

系统角色与类型

- 人格职能 (System Roles)
- 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)
- 守门人 (Gatekeeper)
- 人格面具 (Persona)
- 伪主体 (Fauxmain)
- 医源型系统 (Iatrogenic System)

- 幻想伙伴 (Imaginary Companion)
- 混合 (Blending)
- 碎片 (Fragment)
- 超级破碎 (Polyfragmented)
- 系魂 (Soulbond)
- 图帕 (Tulpa)
- 宿主 (Host)
- 成员 (Alter)
- 埃蒙加德分类法 (Emmengard Classification)
- 适应型 (Adaptive)
- 自发型 (Spontaneous)
- 初始 (Original)
- 记忆持有者 (Memory Holder)
- 迫害者 (Persecutor)
- 小孩意识体 (Little / Child Part)
- 青少年意识体 (Teen Part)
- 保护者 (Protector)
- 照顾者 (Caregiver)
- 执行者 (Performer / Executive)

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 / Median)
- 前台 (Front / Fronting)
- 后台 (Back / Being Back)
- 存在感 (Sense of Presence)
- 投影 (Projection)
- 内视 (Visualization / Imagination)
- 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)
- 功能性分离 (Functional 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)
- 醉酒解离 (Alcohol-Induced Dissociation)

实践与支持

- 冥想 (Meditation)
- 接地 (Grounding)

虚拟角色与文学影视作品

- 《不/存在的你，和我》与 Tulpa ——莉莉丝 (Lilith)
- 《分裂》(Split, 2016) 中的 DID 形象分析
- 《不可饶恕的她》对多重人格的叙事化呈现
- 《西比尔》(Sybil, 1976) 与多重人格文化原型
- 《三面夏娃》(The Three Faces of Eve, 1957) 对解离的早期影视再现
- 《我与梦露的一周》(The United States of Tara) 中的系统家庭日常
- 《搏击俱乐部》(Fight Club, 1999) 与身份解体隐喻
- 《隐形人》(Mr. Robot) 中的人格分裂叙事
- 《妄想代理人》(Paranoia Agent) 与集体意识的具象化
- 陀思妥耶夫斯基《双重人格》(The Double) 与自我分裂
- 卡夫卡《变形记》与异化的身份解体
- 洛夫克拉夫特作品中的“心灵造物”与 Tulpa 影射
- 《Another Me》/《双重人格》类作品的 DID 表现
- 《魔法少女小圆》中的丘比与契约式“他者”
- 《东方 Project》同人圈中的 Tulpa 文化解读
- 虚拟偶像与 Tulpa 的边界：初音未来现象

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……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。” —— 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知识与精神。” —— 暮雨系统

“我不是在针对谁，但不合适的东西终究要被淘汰。” —— 勇者系统

“我并不反感无知，我更反感的是愚昧……我恨的不是落后，而是占据想进步者位置却不去进步的人。” —— 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。” —— gts 系统

“唯有不断追寻真理，才能让环境变得更好。” —— 逝水流年五合一系统

“光改变了我们的黑夜与想法，同时照亮宇宙与真相。” —— 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。” —— 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，仍然拥有勇气和力量。” —— 温室系统

“我讨厌的不是日落，我讨厌你在日落的时候讲自己日出的感受” —— 流光碎影系统

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。愿此序，提醒所有读者：追光的同时，也要学会护火。

我们的立场与方法

- **证据优先**：以可验证资料、临床共识与可复现的方法为基线。
- **语境先行**：术语在不同传统与社群中可能有差异，尽量给出对照与边界。
- **最小伤害**：高风险内容提供风险提示与替代方案。
- **可迁移性**：弱化神秘化叙述，强调流程与评估指标。
- **更新开放**：鼓励复核、复现与勘误，版本演进公开透明。

阅读指南

- **你可以在这里获得**：概念框架、跨学科参考、操作清单。
- **你不应在这里寻求**：诊断、快速定论或一键化解释。
- **如何使用**：从“术语与模型”入手，逐步转向“评估与记录”“干预与协作”。

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。请及时求助合格专业人士。

合作与共创 多意识体世界观天然反对单一权威。欢迎不同系统、不同文化背景的建设性意见与材料贡献，说明**来源、可复现性与适用边界**，共同维护知识的可靠性与温度。

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)

最后更新：2025/10/03 12:09:53 (a793724)

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。本词条含有医学、精神医学、心理学信息，仅供参考，不能替代专业诊断和治疗。

定义与同义词

- **定义：**心理创伤是指个体在遭遇或目睹严重威胁生命、身体完整性或核心价值的事件时所产生的强烈痛苦心理与生理反应。创伤可来源于单次突发事件（如自然灾害、事故、暴力），也可能是长期持续的虐待、忽视、压迫或歧视。即使因解离性失忆而无法提取相关记忆，创伤体验仍可能通过情绪或躯体反应显现。
 - **同义词：**精神创伤、psychological trauma。
 - **分类关联：**常作为创伤后应激障碍（PTSD）、复杂性创伤后应激障碍（CPTSD）、解离性障碍等的病因背景。
-

主要特征

- **再体验：**侵入性闪回、噩梦、触发时的强烈情绪或躯体感觉。
 - **回避：**避免与创伤相关的情境、地点、谈话或人物。
 - **认知与情绪改变：**长期恐惧、羞耻、愤怒、麻木，或对自我与世界的负性信念。
 - **警觉性升高：**过度警觉、惊跳反应增强、失眠、注意力难集中、易怒。
 - **人际与自我影响：**信任缺失、自我认同困扰、孤立感。
 - **躯体化：**慢性疼痛、消化不良、疲劳等身心症状。
-

创伤类型

- **I 型创伤 (单次事件)：**突发、单一事件，如灾害、事故、袭击。
 - **II 型创伤 (复杂或长期)：**长期或重复的创伤，如持续虐待、战乱、囚禁。常与复杂性 PTSD 相关。
 - **隐性创伤：**慢性压力、系统性歧视或社会边缘化带来的持续性损害。
-

风险与保护因素

- **风险因素：**早期依恋缺失、既往创伤史、缺乏社会支持、边缘化环境、神经系统高敏感。
 - **保护因素：**稳定的支持网络、专业资源、安全的生活环境、情绪调节能力、文化与信仰体系的支撑。
-

鉴别诊断

- **正常应激反应**：随时间逐渐减轻。
 - **适应障碍**：反应强烈但不足以符合创伤障碍标准。
 - **心理创伤 vs 精神病学创伤**：心理学强调心理体验损伤；精神病学侧重诊断框架。
-

与多意识体的关系

- **创伤型系统**：创伤常导致意识体分化。部分意识体承担防御角色，避免主意识直接面对创伤记忆；部分保留创伤期的情绪或行为模式。
 - **个体差异**：有的系统因创伤而分化或重组，有的系统几乎不变。复杂创伤可能加剧冲突，也可能促进系统内部协作。
-

治疗 创伤治疗一般遵循 “安全 → 稳定 → 处理 → 整合” 的阶段模式。

- **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（SE）、叙事暴露疗法等。复杂创伤通常需阶段化处理。
- **药物治疗**：针对伴随症状（焦虑、抑郁、失眠），常用抗抑郁药、抗焦虑药、助眠药物。
- **支持性干预**：同伴支持、创伤知情教育、文化与灵性实践、艺术与身心疗愈活动。

创伤知情 (Trauma-Informed) 照护强调：安全、可信赖、协作、赋权与文化敏感性，避免再创伤化。

临床与社会语境

- 创伤影响心理健康、躯体健康与社会功能，可能导致 PTSD、CPTSD、解离障碍、抑郁或焦虑。
 - 创伤的影响不完全由事件严重程度决定，个体敏感度与社会支持同样重要。
 - **创伤后成长 (Post-traumatic Growth, PTG)**：部分个体在康复过程中对生命意义、关系与价值观产生积极重建，但不意味着创伤本身无害。
-

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）
 - 部分解离性身份障碍（PDID）
 - 闪回（Flashback）
-

参考与延伸阅读

1. WHO. (2019). *ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics*.
2. APA. (2022). *DSM-5-TR: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*.
3. Herman, J. L. (1992). *Trauma and Recovery*.
4. van der Kolk, B. A. (2014). *The Body Keeps the Score*.

创伤后应激障碍 (Post-Traumatic Stress Disorder, PTSD)

最后更新：2025/10/03 01:48:56 (fc3068e)

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。本词条含有医学、精神医学、心理学信息，仅供参考，不能替代专业诊断和治疗。

定义与同义词

- **定义**：创伤后应激障碍是暴露于死亡威胁、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障碍。
 - **同义词/别称**：创伤后压力症候群、创伤后应激反应障碍。
 - **编码**：ICD-11：6B40；DSM-5 分类：创伤及应激相关障碍。
 - **相关区分**：复杂性 PTSD (CPTSD) 在 PTSD 核心症状基础上，额外表现为持续性的自我组织障碍。
-

主要特征

- **侵入性症状**：闪回、噩梦、侵入性记忆、强烈的情绪或躯体反应。
 - **持续回避**：避免接触创伤相关的记忆、情绪、人、物或情境。
 - **认知与情绪改变**：记忆空白、负性信念、自责、情感麻木、疏离感、持续负性情绪。
 - **警觉性改变**：过度警觉、易惊、易怒、鲁莽行为、失眠、注意力难以集中。
 - **病程**：症状持续超过 1 个月，并导致显著功能损害。
 - **儿童表现**：可能通过退行、重复游戏或躯体化表现创伤记忆。
-

与其他概念的比较 / 鉴别

- **急性应激障碍**：创伤后 1 个月内的短期反应；若持续超过 1 个月可诊断 PTSD。
 - **延迟发作型 PTSD**：创伤后 6 个月才出现症状。
 - **复杂性 PTSD (CPTSD)**：在 PTSD 症状外，还包括持续的情绪调节困难、自我价值低下、人际关系受损。
 - **解离性障碍**：PTSD 可伴随解离体验，但 DID/DA/DPDR 更强调身份与记忆的断裂。
 - **边缘型人格障碍**：部分症状重叠，但病因、发展过程不同。
-

常见误区

- **误区 1**：PTSD 只会发生在军人或灾难幸存者 → 实际上，家庭暴力、性侵、交通事故幸存者也常见。
 - **误区 2**：PTSD = 意志薄弱 → 这是一种神经心理学可测量的障碍，与个人意志力无关。
 - **误区 3**：症状会自行消失 → 部分缓解，但很多患者若无干预会发展为慢性。
-

实务建议

- **危机管理**：建立安全计划，准备紧急联络方式。
 - **调节技巧**：地面化（grounding）、呼吸练习、正念练习。
 - **日常支持**：规律睡眠、运动、社会支持。
 - **系统适用**：多重意识体可设置共享日志，分担触发管理，避免特定成员长期承受创伤内容。
-

社群与临床语境

- **社群经验**：创伤知情的同侪支持、互助小组、家庭支持可减轻孤立感。
 - **临床治疗**：
 - **创伤聚焦心理治疗**：暴露疗法（PE）、认知加工疗法（CPT）、创伤聚焦 CBT（TF-CBT）。
 - **眼动脱敏与再加工（EMDR）**。
 - **药物治疗**：SSRIs 一线，必要时辅以抗焦虑或助眠药。
 - **正念与躯体疗法**：MBSR、SE、感觉运动疗法。
 - **阶段化干预**：先稳定，再加工创伤记忆，必要时与 CPTSD 治疗结合。
 - **风险与保护因素**：创伤类型、持续时间、人际暴力、早期创伤史、性别、解离倾向、社会支持等都会影响风险。
 - **流行病学**：社区终生患病率约 3%–8%；女性更高；在战斗人员、难民、家庭暴力与性侵幸存者群体中显著更高。
 - **争议与讨论**：
 - DSM-5 与 ICD-11 对 PTSD 定义差异。
 - 儿童与复杂创伤是否应优先采用 CPTSD 框架。
 - 过度病理化和污名化的风险。
-

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
-

参考与延伸阅读

1. APA. (2022). *DSM-5-TR: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*.

2. WHO. (2019). *ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics*.
3. Foa, E. B., Keane, T. M., Friedman, M. J., & Cohen, J. A. (2009). *Effective Treatments for PTSD*.
4. Van der Kolk, B. (2014). *The Body Keeps the Score: Brain, Mind, and Body in the Healing of Trauma*.

复杂性创伤后应激障碍 (CPTSD)

最后更新：2025/10/01 20:53:06 (2d68b00)

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

参考 （待补充）

闪回 (Flashback)

最后更新：2025/10/03 12:09:53 (a793724)

本词条可能涉及创伤记忆与强烈情绪反应，请在安全环境下阅读，并遵循自身节奏。
若闪回或其他症状造成显著困扰，请寻求具备资质的精神科、心理学或相关医疗专业人员支持。

定义与同义词

- **定义：**闪回指个体在未接触原始创伤事件时，突发地像“重新经历”该事件的感受。体验可包含影像、声音、嗅觉或身体疼痛等多模态信息，并伴随强烈情绪与生理反应。
 - **同义词/相关术语：**
 - 闪回 (Flashback)
 - 创伤性重现 (Traumatic Re-experiencing)
 - 侵入性记忆 (Intrusive Memories)
 - 既往回忆感 (Reliving)
 - **诊断框架：**
 - **DSM-5-TR：**闪回属于 PTSD 的侵入性症状 (B 组)，表现为仿佛置身创伤之中。
 - **ICD-11：**PTSD (6B40) 和 CPTSD (6B41) 均要求存在创伤重现，包括生动的当下体验。
 - **重要说明：**闪回不是独立诊断，而是 PTSD/CPTSD 的核心症状之一。
-

主要特征

- **感知与时间错位：**短暂失去对当下的时间与空间感，仿佛回到创伤现场。
 - **情绪与生理反应：**心跳加速、出汗、呼吸急促、僵直或惊叫。
 - **认知与行为表现：**强迫性思考、自责、羞耻，或通过回避特定场所与睡眠来降低触发风险。
-

与其他概念的比较 / 鉴别

- **与一般侵入性思维：**侵入思维可能是画面或念头，但闪回往往伴随沉浸式“身临其境”的错觉。
 - **与解离性遗忘或解离发作：**闪回是“过度记忆重现”，而解离遗忘是“记忆缺失”。
 - **与精神病性幻觉：**闪回多与创伤线索有关，且患者常能在事后恢复现实定向；幻觉则缺乏此模式。
-

常见误区

- **误区 1**：闪回只出现在战斗或极端创伤幸存者 → 实际上家庭暴力、性侵、事故幸存者也有闪回。
 - **误区 2**：闪回 = 做噩梦 → 噩梦通常在睡眠中，而闪回常发生于清醒时，且更沉浸。
 - **误区 3**：闪回说明个体“矫情”或“想太多” → 这是经 DSM 与 ICD 证实的核心病理症状。
-

实务建议

- **稳定化与地面化技巧**：如 5-4-3-2-1 感官练习、呼吸训练、触觉刺激，帮助回到当下。
 - **触发管理**：识别高风险线索，设置缓冲和撤离方案，减少酒精与兴奋剂。
 - **治疗方式**：循证疗法包括 TF-CBT、延长暴露疗法（PE）、EMDR 等，在建立安全感后逐步使用。
 - **药物与照护**：部分人可从 SSRIs/SNRIs 或辅助药物获益，由精神科医师评估。
 - **支持网络**：同伴支持小组、规律饮食与运动可缓冲再触发。
-

社群与临床语境

- **社群经验**：闪回常被分享为系统触发日志的重要部分，用于记录高风险环境和应对方式。
 - **临床视角**：CAPS-5、PCL-5 等量表可量化闪回严重度，但需由专业人员解释。
 - **多系统情境注意事项**：
 - 内部协调：讨论谁在闪回中负责前台，谁提供支持。
 - 共享与界限：决定哪些记忆可以被分享，避免二次触发。
 - 治疗合作：与治疗师约定信号，帮助识别当前状态是否为闪回。
-

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（Dissociation）
 - 侵入性思维
 - 创伤
-

参考与延伸阅读 [apa2022]: American Psychiatric Association. (2022). *DSM-5-TR: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*.

[icd11]: World Health Organization. (2023). *ICD-11: Post-traumatic stress disorder (6B40)*.

- [nimh2024]: National Institute of Mental Health. (2024). *Traumatic Events and PTSD*.
- [nice2018]: NICE. (2018). *Post-traumatic stress disorder (NG116)*.
- [istss2019]: International Society for Traumatic Stress Studies. (2019). *PTSD Prevention and Treatment Guidelines*.

焦虑 (Anxiety)

最后更新：2025/10/02 18:11:24 (ef4efcb)

本词条可能涉及张力、恐惧与自主神经反应的描述，请在安全环境下阅读。

如果持续的焦虑影响到睡眠、饮食或日常功能，请尽快寻求具备资质的精神科、心理学或其他医疗专业人员评估。

相关术语

- 焦虑 (Anxiety)
- 焦虑症状 (Anxiety Symptoms)
- 焦虑障碍 (Anxiety Disorders)
- 广泛性焦虑障碍 (Generalized Anxiety Disorder, GAD)
- 惊恐发作 / 惊恐障碍 (Panic Attack / Panic Disorder)
- 恐惧症 (Phobias)

概述 焦虑是一种对未来威胁的预期所产生的身心状态，可表现为担忧、紧张、警觉性升高以及躯体不适。适度的焦虑有助于提醒个体留意潜在风险，但当焦虑反应持续、强度过大或与情境不匹配时，可能发展为焦虑障碍。DSM-5-TR 将焦虑障碍归入神经发育以外的精神障碍范畴，强调持续性担忧、难以自我调节与显著的功能损害。¹ ICD-11 在第 6B0X 系列中收录广泛性焦虑、惊恐障碍、社交焦虑、特定恐惧症与分离性焦虑等，强调对威胁的夸大预期与自主神经兴奋。²

诊断框架中的焦虑障碍

- **DSM-5-TR 要点：**
 - 焦虑症状在多种情境中持续 6 个月，并伴随难以控制的担忧；
 - 至少 3 项生理或认知症状（不安、易疲劳、注意力困难、肌肉紧张、易激惹、睡眠问题）；
 - 排除物质、躯体疾病或其他精神障碍更能解释的情况；
 - 根据具体障碍可加入惊恐发作、广场恐惧、选择性缄默症等特定诊断。³
- **ICD-11 要点：**
 - 以超过情境需求的威胁预期为核心，常伴随心率加快、呼吸急促、胸闷、出汗、震颤等；
 - 起病常在儿童、青少年或成年早期，可呈慢性或波动性进展；
 - 根据恐惧对象、触发情境或生理症状出现形式，区分广泛性焦虑（6B00）、惊恐障碍（6B01）、广场恐惧（6B02）、社交焦虑（6B03）等。⁴

¹American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed., text rev.). American Psychiatric Publishing.

²World Health Organization. (2023). *ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics: Delirium (6D70)*. <https://icd.who.int/en>

³American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed., text rev.). American Psychiatric Publishing.

⁴World Health Organization. (2023). *ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics: Delirium (6D70)*. <https://icd.who.int/en>

临床表现

- **认知与情绪**：持续担忧、灾难化思维、难以放松、注意力易被威胁线索所吸引。
- **躯体反应**：心跳加速、出汗、呼吸加快、胃肠不适、肌肉紧张、震颤或麻木。
- **行为变化**：回避社交、学习或工作情境；出现安全行为（随身携带药物、频繁确认）；睡眠困难或依赖物质缓解紧张。
- **伴随症状**：焦虑常与抑郁、躯体症状障碍、创伤相关障碍、物质使用及自律神经功能紊乱共存。⁵

评估与鉴别

- 收集详细的发作史、触发线索、持续时间、躯体疾病与用药情况。
- 常用量表包括 GAD-7、HADS、BAI、PSWQ 等，帮助量化症状和追踪治疗反应。
- 与惊恐发作、甲状腺功能异常、心律失常、低血糖、药物诱发、强迫相关障碍、广谱自闭症等鉴别。
- 重点识别共病抑郁、创伤后应激障碍及自杀想法，以制定综合支持方案。

支持与干预

1. **心理治疗**：创伤或焦虑聚焦的认知行为治疗（CBT）、接受与承诺疗法（ACT）、正念减压（MBSR）等对持续性焦虑有明确循证支持。⁶
2. **药物治疗**：常用选择性 5-羟色胺再摄取抑制剂（SSRIs）、5-羟色胺-去甲肾上腺素再摄取抑制剂（SNRIs），必要时短期辅以苯二氮草类、加巴喷丁等；需由精神科医师评估并监测副作用。
3. **生活方式与自助策略**：规律睡眠、适度运动、呼吸放松、渐进性肌肉放松、限制咖啡因与酒精摄入。
4. **社会支持**：向可信赖的家人、朋友、同伴互助小组坦诚需求，建立危机计划，并在系统内部（若存在多意识成员）共享触发管理与稳定化策略。

参考资料

⁵National Institute of Mental Health. (2024, March 12). *Anxiety Disorders*. <https://www.nimh.nih.gov/health/topics/anxiety-disorders>

⁶National Institute for Health and Care Excellence. (2022). *Generalised anxiety disorder and panic disorder in adults: management (CG113, updated)*. <https://www.nice.org.uk/guidance/cg113>

孤独症谱系 (Autism Spectrum Disorder)

最后更新：2025/10/02 18:11:24 (ef4efcb)

本词条仅供科普参考，不构成诊断或治疗建议。如对自身或亲友的神经发育状况存疑，请寻求具备资质的精神科、心理学或相关医疗专业人员评估。

相关术语

- 孤独症谱系障碍 (Autism Spectrum Disorder, ASD)
- 自闭症 (Autism)
- 神经多样性 (Neurodiversity)
- 社会沟通障碍 (Social Communication Disorder)

概述 孤独症谱系是起源于早期神经发育的多样性，被定义为以持续性的社会交流和社会互动困难，以及局限、重复的行为、兴趣或活动模式为核心特征的一组状况。⁷ 根据世界卫生组织资料，全球约有 1% 左右的人群处于谱系之上，男女比例存在差异，并可伴随感觉调节差异、学习方式和需求支持的显著异质性。⁸

诊断要点

DSM-5-TR 核心标准 美国精神障碍诊断与统计手册第五版文本修订 (DSM-5-TR) 将孤独症谱系纳入神经发育障碍章节，诊断需同时满足以下条件：⁹

1. 在多重情境中表现出的社会交流及社会互动缺陷，例如语言与非语言行为的整合困难、建立并维持关系受限、对社会情境的理解与回应受限。
2. 至少两项局限、重复的行为、兴趣或活动，包括刻板或重复的动作与言语、坚持同一、对常规或仪式行为的强烈需要、极其局限且强度异常的兴趣，以及感觉输入的高敏/低敏或对环境感官特征的异于常人的兴趣。
3. 症状于早期发育阶段出现（可在社会需求超过能力时才完全显现）。
4. 症状导致在社会、学业、职业或其他重要功能领域的临床显著困扰或损害。
5. 难以用智力障碍或全面发育迟缓单独解释；若合并存在，这两种状况应同时诊断。

DSM-5-TR 要求根据社会沟通与局限行为两个维度的支持需求分级（一级至三级），并可加注“伴/不伴智力障碍”“伴/不伴语言损害”“伴已知医学或基因病因”等修饰语，以反映谱系个体的差异化支持策略。

ICD-11 分类要点 《国际疾病分类》第十一版 (ICD-11) 使用代码 6A02 表示孤独症谱系障碍，强调以下特征：¹⁰

- 早期出现并持续存在的社会沟通互惠困难；

⁷American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed., text rev.). American Psychiatric Publishing.

⁸World Health Organization. (2023). *ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics: Delirium (6D70)*. <https://icd.who.int/en>

⁹American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed., text rev.). American Psychiatric Publishing.

¹⁰World Health Organization. (2023). *International Classification of Diseases 11th Revision (ICD-11): 6A02 Autism spectrum disorder*. <https://icd.who.int/en>

- 局限的兴趣、重复的行为与感觉调节差异；
- 可根据智力功能、语言水平、功能性语言发展程度、伴随的医学或神经发育情况进行分型（例如 6A02.0 无智力障碍且具功能性语言、6A02.5 伴智力障碍且无或极少语言等）；
- 支持需求可随生命周期、情境和环境匹配资源而动态调整。

ICD-11 同样强调从生命历程视角识别谱系特征，对青少年及成人的晚发识别提供指引。

常见共病与鉴别

- **常见共病**：注意缺陷/多动障碍（ADHD）、学习障碍、语言或言语障碍、焦虑与情绪障碍、睡眠问题、癫痫、胃肠功能问题等在谱系个体中比例较高，需要综合评估与协同干预。^{11 12}
- **鉴别重点**：需与社会沟通障碍、智力障碍、感觉障碍（如听力或视觉损失）、强迫相关障碍、精神分裂谱系障碍等区分。评估时关注症状起始时间、社会互惠质量、兴趣与行为的局限性、以及是否存在感官与发育里程碑的广泛差异。

评估与量表 孤独症谱系的诊断强调跨专业团队的综合信息，包括发展史、家庭访谈、观察与标准化量表。常用工具包含：

- 自闭症诊断观察量表第二版（ADOS-2）；
- 自闭症诊断访谈修订版（ADI-R）；
- 社会反应量表（SRS-2）；
- 发育与适应功能评估（如 Vineland 适应行为量表）。

以上量表需由受训专业人员施测与解释，结合教育、医疗与家庭反馈进行整体判断。

支持与干预

- **早期干预**：针对婴幼儿的关系型、发展—行为整合干预可在语言、社会互动与适应技能方面提供增益。
- **教育与环境调适**：个别化教育计划（IEP）、结构化课程、视觉支持、辅助与替代沟通（AAC）等有助于降低日常阻力并强化学习与自我倡导。
- **家庭与照护者支持**：家长培训、同伴互助、心理教育与喘息服务能够减轻照护压力并提升沟通策略的一致性。
- **成人与生命周期视角**：职业支持、职场合理便利、生活自理训练及心理健康服务，对于成年谱系者的自主生活与社会参与尤为关键。

发展与预后 谱系表现具有高度异质性。部分个体在获得适当支持后能够在学业、就业、创作与科技等领域发挥优势；也有个体持续需要高强度的日常支持。影响预后的因素包括语言发展的起点、智力水平、合并障碍、社会环境可获得的资源以及对神经多样性的社会接纳度。

参考资料

¹¹American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed., text rev.). American Psychiatric Publishing.

¹²World Health Organization. (2023). *ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics: Delirium (6D70)*. <https://icd.who.int/en>

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

最后更新：2025/10/01 20:00:28 (04c4447)

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)

最后更新：2025/10/03 02:08:14 (9438267)

一句话定义：抑郁障碍是一组以持续或反复的抑郁心境、兴趣丧失及广泛功能损害为核心特征的精神障碍。

定义与同义词

- **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。核心表现为情绪低落、兴趣减退，并常伴随认知与躯体症状，对学习、工作和人际关系造成显著影响。
 - **同义词/别称：**抑郁症、Depression。
 - **分类编码：**DSM-5-TR 抑郁障碍章节；ICD-11 抑郁障碍相关条目。
-

主要特征

分类范围 (DSM-5-TR)

1. **破坏性心境失调障碍 (DMDD)：**儿童青少年期，表现为持续易怒与爆发性行为。
2. **重度抑郁障碍 (MDD)：**最常见的抑郁类型，发作性出现。
3. **持续性抑郁障碍 (PDD/心境恶劣)：**症状相对轻，但可持续 2 年 (青少年 1 年)。
4. **经前期烦躁障碍 (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。**
6. **由其他医学状况所致抑郁障碍。**
7. **其他特定或未特定抑郁障碍。**

重度抑郁障碍的诊断要点 在 2 周内至少有 5 项症状，其中必须包含抑郁心境或兴趣丧失：

- 持续性情绪低落
- 兴趣或愉快感减退
- 体重/食欲显著改变
- 失眠或嗜睡
- 精神运动性激越或迟滞
- 疲劳或精力不足
- 自我评价低下、罪恶感
- 注意力不集中或决策困难
- 反复想到死亡、自杀意念或行为

持续性抑郁障碍 (心境恶劣)

- 成人 2 年、青少年 1 年持续抑郁心境。
- 伴随症状：食欲差/过度饮食、失眠/嗜睡、精力低下、低自尊、注意力差、对未来绝望。

临床常见修饰语

- 伴焦虑困扰、伴混合特征、伴忧郁特征、伴非典型特征、伴精神病性特征、伴季节性模式。
 - 说明发作情况：首次发作/复发、部分缓解/完全缓解。
-

与其他概念的比较 / 鉴别

- **与双相障碍**：抑郁障碍没有躁狂/轻躁狂发作史；双相障碍则包含躁狂相。
 - **与哀伤反应**：哀伤通常与丧失相关，情绪波动随时间缓解；抑郁障碍更为持久且伴广泛损害。
 - **与躯体疾病**：甲状腺疾病、贫血、慢性疼痛等可导致类似抑郁症状。
 - **与药物相关状态**：部分药物（如糖皮质激素）可引发抑郁表现。
-

常见误区

- **误区 1**：抑郁障碍只是“心情不好” → 实为临床诊断，有神经生物学与心理社会多重因素。
 - **误区 2**：抑郁障碍一定伴随哭泣 → 许多患者表现为情感麻木或易怒。
 - **误区 3**：抑郁障碍靠意志力就能好 → 多数情况需要专业干预（药物/心理治疗）。
-

实务建议

- **操作建议**：评估持续时间、功能损害、自杀风险；关注共病（焦虑、PTSD、物质使用）。
 - **自助提示**：规律作息、适度运动、写日记记录情绪波动、寻求社交支持。
 - **风险提示**：出现自伤或自杀风险时，应立即寻求紧急医疗援助。
-

社群与临床语境

- **社群观察**：在社交媒体与互助社区中，“抑郁”常作为泛化标签使用，可能与临床定义混淆。
 - **临床观点**：强调症状持续性、广泛性和对功能的损害，需严格区分亚临床抑郁与诊断性障碍。
 - **风险警示**：误将短暂心境波动等同于抑郁障碍，可能造成过度病理化或延误治疗。
-

相关条目

- 重度抑郁障碍（MDD）
 - 双相障碍（BD）
 - 创伤后应激障碍（PTSD）
 - 焦虑障碍
-

参考与延伸阅读

1. American Psychiatric Association. (2022). *DSM-5-TR: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*.
2. World Health Organization. (2019). *ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics*.
3. Gelenberg, A. J. (2010). *Depression in adults: Diagnosis and treatment*. *New England Journal of Medicine*, 362, 229-239.
4. Pluralpedia. (2024). Depressive Disorders.

双相障碍 (Bipolar Disorders)

最后更新：2025/10/02 18:11:24 (ef4efcb)

本词条涉及情绪高涨、抑郁、自伤或自杀风险，请在安全环境下阅读。

若出现自我伤害或他人伤害的想法，请立即联系当地急救或精神卫生服务。

相关术语

- 双相障碍 / 双相情感障碍 (Bipolar Disorders)
- 双相 Ⅰ型障碍 (Bipolar I Disorder)
- 双相 Ⅱ型障碍 (Bipolar II Disorder)
- 快速循环 (Rapid Cycling)
- 循环性心境障碍 (Cyclothymia)
- 情绪稳定剂 (Mood Stabilizers)

概述 双相障碍是一组以躁狂（或轻躁狂）与抑郁发作交替或混合出现为特征的情感障碍。DSM-5-TR 将其划分为双相 Ⅰ型、双相 Ⅱ型、循环性心境障碍及其他特定/未特定双相及相关障碍，强调经历躁狂发作（ Ⅰ型）或至少一次轻躁狂发作并伴抑郁发作（ Ⅱ型）的病程特征。¹³

ICD-11 将双相及相关障碍编入 6A6X 系列，其中 6A61 双相 Ⅰ型障碍、6A62 双相 Ⅱ型障碍、6A63 循环性心境障碍等，强调情绪、能量和活动水平的反复波动，并根据当前或最近发作类型进行编码。¹⁴

诊断要点

DSM-5-TR

- **双相 Ⅰ型障碍**：至少一次躁狂发作，可伴或不伴抑郁发作；
- **双相 Ⅱ型障碍**：至少一次轻躁狂发作与一次重度抑郁发作，未出现完整躁狂；
- **循环性心境障碍**：2 年（青少年 1 年）持续存在轻度的躁狂与抑郁症状，但未满足完整发作标准；
- 可添加“快速循环”“伴混合特征”“伴焦虑困扰”等修饰语，帮助制定治疗策略。¹⁵

ICD-11

- 当前或最近发作类型（躁狂、混合、抑郁、缓解期）需明确记录；
- 诊断需证实至少一次躁狂或混合作（双相 Ⅰ），或一次轻躁狂与一次抑郁发作（双相 Ⅱ）；
- 可根据是否存在精神病性症状、躯体疾病或物质因素作为附加说明；
- 对于青少年与儿童，需综合发展史与社会功能评估。¹⁶

¹³American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed., text rev.). American Psychiatric Publishing.

¹⁴World Health Organization. (2023). *ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics: Bipolar or related disorders (6A60–6A6Z)*. <https://icd.who.int/en>

¹⁵American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed., text rev.). American Psychiatric Publishing.

¹⁶World Health Organization. (2023). *ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics: Bipolar or related disorders (6A60–6A6Z)*. <https://icd.who.int/en>

临床特征

- **情绪波动**：躁狂/轻躁狂期表现为情绪高涨、易激惹、思维奔逸、睡眠需求减少；抑郁期表现为心境低落、快感缺失、无价值感、注意力下降。
- **混合状态**：部分患者可在同一时期同时出现躁狂与抑郁症状（如思维奔逸伴随绝望、自杀意念），需要紧急评估。
- **功能影响**：学习、工作、人际关系显著波动；躁狂发作期间可能涉及财务、法律或关系危机。
- **共病**：焦虑障碍、物质使用障碍、ADHD、人格障碍、代谢综合征与心血管疾病在双相障碍患者中比例较高。¹⁷

评估与监测

- 病史采集需覆盖首发年龄、发作频率、诱因、药物反应、家族史；
- 标准化评估可使用 Young Mania Rating Scale (YMRS)、Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale (MADRS)、Mood Disorder Questionnaire (MDQ)；
- 排除物质诱发、甲状腺疾病、神经系统疾病、人格障碍等情绪波动原因；
- 定期监测自杀风险、药物不良反应（锂盐的肾功能、甲状腺功能，丙戊酸的肝功能、血药浓度等）。

治疗与支持

1. **药物治疗**：情绪稳定剂（锂盐、丙戊酸、拉莫三嗪）、非典型抗精神病药（喹硫平、奥氮平、阿立哌唑、鲁拉西酮）为急性期和维持治疗核心；必要时结合抗抑郁药，但需防止诱发躁狂。¹⁸
2. **心理社会干预**：家庭聚焦治疗（FFT）、认知行为治疗（CBT）、人际与社会节律治疗（IPSRT）、复发预警和自我管理教育有助于稳定生活节奏。
3. **生活方式与自助**：保持规律睡眠、监测情绪日记、限制酒精/兴奋剂、计划财务；在多意识系统中共享情绪变动信号与危机计划。
4. **危机与安全**：制定自杀危机方案、识别混合状态或精神病性症状，必要时住院治疗。

与其他状况的区别

- 与重度抑郁障碍：双相障碍至少出现一次躁狂或轻躁狂；
- 与情绪不稳定型人格障碍：双相情绪变化呈周期性、持续数日或数周；
- 与物质/药物诱发：需确认情绪改变是否在停药后持续；
- 与神经发育或神经系统疾病：如 ADHD、癫痫、亢甲状腺等需鉴别。

参考资料

¹⁷National Institute of Mental Health. (2024, May 10). *Bipolar Disorder*. <https://www.nimh.nih.gov/health/topics/bipolar-disorder>

¹⁸Yatham, L. N., et al. (2021). Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) and International Society for Bipolar Disorders 2021 guidelines for the management of patients with bipolar disorder. *Bipolar Disorders*, 23(9), 724–756.

躁狂 (Mania)

最后更新：2025/10/02 18:11:24 (ef4efcb)

本词条涉及情绪高涨、冲动行为及可能的安全风险，请在稳定环境下阅读，并根据需要暂停。

若出现自我伤害、他人伤害或判断力显著受损，请立即联系当地急救或精神卫生服务。

相关术语

- 躁狂 (Mania)
- 躁狂发作 (Manic Episode)
- 轻躁狂 (Hypomania)
- 躁狂谱系 (Manic Spectrum)
- 混合特征 (Mixed Features)

概述 躁狂是持续一段时间的显著情绪和能量高涨状态，通常伴随目标导向活动增加、冲动决策和自我评价膨胀。DSM-5-TR 将躁狂与轻躁狂定义为双相及相关障碍的核心特征之一，躁狂发作需持续至少 7 天或任何时间长度但需住院，而轻躁狂持续 4 天且功能损害较轻。¹⁹ ICD-11 将躁狂 (6A60) 归入“双相或相关障碍”，强调持续的提升情绪或易激惹，伴随能量显著增加以及社会或职业功能受损。²⁰

诊断框架中的躁狂

- **DSM-5-TR 要点：**
 - 情绪高涨、扩张或易激惹持续 1 周 (或任何持续时间若需住院)；
 - 至少 3 项症状 (若以易激惹为主需 4 项)：自尊膨胀或夸大、睡眠需求减少、言语增多、思维奔逸、分心、目标导向活动增加或精神运动性激越、危险行为；
 - 功能损害严重，需住院或出现精神病性症状；
 - 排除物质或躯体疾病直接导致。²¹
- **ICD-11 要点：**
 - 持续 数日的情绪高涨或易激惹，伴随活动水平显著增加；
 - 至少若干附加特征 (思维奔逸、睡眠需求减少、冲动消费或冒险行为等)；
 - 造成显著功能障碍或需要医疗介入，可出现精神病性体验；
 - 轻躁狂在严重度与功能损害上较轻，但仍需临床关注。²²

临床表现

- **情绪与认知：**心情高涨、轻松或迅速转为易怒；自信扩张、自大妄想或夸大计划；思维奔逸、注意力易被外界刺激吸引。

¹⁹American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed., text rev.). American Psychiatric Publishing.

²⁰World Health Organization. (2023). *ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics: Mania and hypomania (6A60)*. <https://icd.who.int/en>

²¹American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed., text rev.). American Psychiatric Publishing.

²²World Health Organization. (2023). *ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics: Mania and hypomania (6A60)*. <https://icd.who.int/en>

- **行为**：说话快速、睡眠需求显著下降、冲动消费、危险驾驶、性行为增加、工作或创意项目大量展开但难以完成。
- **生理与神经系统**：体能活动显著增加、疲劳感下降、疼痛感被忽视；可伴随食欲变化或脱水。
- **精神病性症状**：严重躁狂可合并妄想（夸大、宗教、被害）或幻觉，需要区分精神分裂谱系障碍；若存在混合特征，可同时出现抑郁想法或自杀风险。²³

常见诱因与风险因素

- 睡眠剥夺、跨时区旅行、轮班工作；
- 物质使用（兴奋剂、抗抑郁药、自用皮质类固醇等）或药物剂量调整；
- 高压事件、分娩后、季节性光照变化；
- 双相家族史、既往躁狂或轻躁狂发作、神经发育差异。

评估与鉴别

- 系统回顾情绪波动史、功能损害、危险行为及触发因素；
- 常用量表包括 Young Mania Rating Scale (YMRS)、Mood Disorder Questionnaire (MDQ)；
- 与物质诱发躁狂、甲状腺功能异常、情绪不稳定型人格、ADHD、精神分裂谱系等鉴别；
- 注意混合作、自杀行为、经济或法律风险，必要时安排紧急处置与家属教育。

支持与干预

1. **药物治疗**：第一线包括情绪稳定剂（锂盐、丙戊酸盐、拉莫三嗪）与非典型抗精神病药（喹硫平、奥氮平、鲁拉西酮等）；急性期可短期使用苯二氮䓬类控制激越。所有用药需在专业医师监测下进行。²⁴
2. **心理社会干预**：教育个体及其支持网络监测睡眠、活动量与危险行为；采用节律与社会节奏治疗（IPSRT）、认知行为治疗（CBT）、家庭聚焦治疗（FFT）。
3. **安全与环境管理**：建立危机计划，减少高风险财务或性行为，必要时限制外出驾驶；在多意识系统中明确由谁负责监测睡眠与药物、如何共享状况变化。
4. **生活方式**：规律作息、避免兴奋剂与酒精、维持营养及补水；在创意或工作高峰时预设复盘机制，防止过度承诺。

参考资料

²³National Institute of Mental Health. (2024, May 10). *Bipolar Disorder*. <https://www.nimh.nih.gov/health/topics/bipolar-disorder>

²⁴Yatham, L. N., et al. (2021). Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) and International Society for Bipolar Disorders 2021 guidelines for the management of patients with bipolar disorder. *Bipolar Disorders*, 23(9), 724–756.

强迫症 (Obsessive-Compulsive Disorder, OCD)

最后更新：2025/10/03 01:45:47 (f8e8c2c)

一句话定义：强迫症是一种以反复出现的强迫观念和/或强迫行为为核心特征的精神障碍，常伴随显著焦虑与功能损害。

定义与同义词

- **定义：**强迫症 (Obsessive-Compulsive Disorder, OCD) 属于 DSM-5 中 “强迫及相关障碍”，核心表现为强迫观念和/或强迫行为。
 - **同义词/旧称：**强迫性障碍、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。

主要特征

- 强迫观念：反复且不受欢迎的念头、意象或冲动。
 - 强迫行为：反复执行的动作或心理仪式。
 - 耗时或损害：症状往往每天耗时 >1 小时，伴随显著痛苦或功能损害。
 - 起病与病程：常在青少年或早期成年期起病，可慢性或波动性。
-

DSM-5 诊断要点

1. **存在强迫观念、强迫行为或两者兼有。**
 - 强迫观念：反复且持续的念头、冲动或意象，被体验为侵入且令人痛苦。
 - 强迫行为：重复的动作或心理活动，用于中和焦虑或遵循严格规则。
 2. **强迫观念或行为耗时 (>1 小时/日) 或造成显著痛苦/功能损害。**
 3. **症状不能归因于物质或其他医疗状况。**
 4. **不能被其他精神障碍更好解释。**
-

与其他概念的比较 / 鉴别

- **与强迫型人格障碍 (OCPD):** OCPD 以性格特质为主, 缺乏侵入性思维驱动。
 - **与焦虑障碍:** OCD 的焦虑源于侵入性思维和仪式, 而非普通担忧。
 - **与精神病性障碍:** OCD 患者通常具备一定洞察力, 而妄想则缺乏。
-

共病与鉴别

- 常与焦虑障碍、抑郁障碍、抽动障碍、ADHD 等共病。
 - 与 OCPD 区分: 后者是人格特质, 不涉及侵入思维。
 - 与精神病性障碍区分: 需评估洞察程度及妄想内容。
-

常见误区

- **误区 1:** OCD = 爱干净/追求完美 → 实际上可能涉及攻击性思维、秩序、检查等多种主题。
 - **误区 2:** 强迫行为是理性行为 → 实际上常超出必要, 与真实风险不成比例。
 - **误区 3:** 多意识体系统不会受影响 → 系统同样可能出现 OCD, 且症状可能加剧能量消耗。
-

常见表现

- 污染与清洁
 - 安全与检查
 - 对称与秩序
 - 攻击性或性内容的侵入思维
 - 认知仪式 (祈祷、计数等)
-

实务建议

- **评估工具:** Y-BOCS 量表, 系统可用日志辅助。
 - **心理治疗:** ERP 一线, ACT、元认知疗法等作为补充。
 - **药物治疗:** SSRIs 一线, 部分可用氯米帕明或增强剂。
 - **综合策略:** 睡眠、运动、社会支持。
-

评估与治疗 (这里原文保持不动, 涵盖 Y-BOCS、ERP、SSRI、综合策略等内容)

系统适用的自助建议

- 建立共享触发记录。
 - 练习延迟/减少仪式，结合接地、呼吸、协作。
 - 若伴随严重损害或自伤，应及时寻求专业帮助。
-

社群与临床语境

- **社群经验**：系统成员常通过共享日志追踪触发事件。
 - **临床观点**：治疗师强调安全与渐进暴露，减少不受控的仪式。
 - **风险警示**：若出现严重功能受损，应立即专业干预。
-

相关条目

- 侵入性思维
 - 解离
 - 抑郁障碍
-

参考与延伸阅读

1. APA. (2022). *DSM-5-TR: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*.
2. Goodman, W. K., et al. (1989). The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale. *Arch Gen Psychiatry*, 46(11), 1006–1011.
3. NICE. (2020). Obsessive-compulsive disorder: diagnosis and management.

精神分裂症 (Schizophrenia, SC)

最后更新：2025/10/01 20:00:28 (04c4447)

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 (Dissociative Identity Disorder, DID)

最后更新：2025/10/03 12:09:53 (a793724)

本词条含有医学、精神医学、心理学等信息，仅供参考，不能替代专业诊断与治疗。

概述 解离性身份障碍是一种以**身份状态显著分裂与记忆断裂**为核心特征的解离障碍。患者在不同身份状态之间切换时，可能表现出截然不同的行为、情绪和认知模式，并伴随对日常事件的失忆或时间缺失。多数研究认为，DID 多与长期、复杂且在发展阶段发生的创伤经历相关，是一种在极端压力下形成的适应性心理机制。ICD-11 将 DID 编码为 6B64，并与部分解离性身份障碍 (PDID, 6B65) 区分；DSM-5-TR 则继续使用 DID 这一诊断名称。

诊断要点

ICD-11 摘要

- 存在两个或以上彼此相对持久的身份状态，每个身份具有独特的主观体验、记忆、行为模式与感知方式。
- 身份状态可轮流掌控个体的意识与行为，造成行为、语言、情感或身体反应的明显差异。
- 出现显著的解离性遗忘，无法回忆日常生活中的重要事件、个人信息或创伤经历。
- 症状导致临床上显著的痛苦或功能受损，且不能用文化或宗教背景中的正常附身体验解释。

DSM-5-TR 摘要

- 需要存在两个或以上的不同人格状态，伴随记忆、感知、情绪与行为的改变。
 - 日常事件、重要个人信息或创伤事件出现持续或反复的记忆缺失。
 - 症状不是被广泛接受的文化或宗教实践所致。
 - 症状不能归因于物质（如酒精）或其他医学状况（如癫痫）的直接生理效应。
-

临床表现

- **身份切换**：语言、姿态、面部表情或偏好迅速改变，部分身份具有特定的年龄、性别、技能或情绪基调。
- **记忆断片**：出现“失去时间”、物品位置改变、日记或社交媒体上出现陌生文字等。
- **内在声音与对话**：听到来自内部的声音、感到“有人在内心争执或讨论”，有时被误判为精神病性幻听。
- **解离体验**：常合并去人格化、现实解体、躯体麻木、漂浮感或恍惚状态。
- **躯体与情绪症状**：头痛、躯体化疼痛、睡眠障碍、强烈情绪波动、自伤冲动等。

症状的强度受压力、触发因素、安全感与支持系统影响，常表现为周期性恶化与缓解。

解离机制与创伤背景

- **发展性创伤**：DID 与儿童期持续性的虐待、情感忽视、亲密关系暴力、医疗创伤等高度相关；当环境缺乏安全依附时，儿童可能通过解离来分隔创伤记忆与日常功能。
 - **结构性解离理论**：提出主导的“表面正常部分”（ANP）负责日常生活，创伤情绪由“情绪部分”（EP）承载；DID 中多个 ANP 与 EP 共同存在，并可能轮流控制行为。
 - **神经生物学发现**：研究显示 DID 患者在海马、杏仁核等区域的体积及功能连接上存在差异，表明长期压力对神经系统的影响。
-

流行病学与病程

- 全球流行率估计约为 1% 左右，女性与性别少数的诊断率较高，但差异受到暴露风险与求助行为影响。
 - 病程多为慢性且波动，症状常在青春期或成年早期因压力或治疗探索而显性化。
 - 复原需要长期的安全环境与治疗支持；未经治疗的 DID 易伴随功能下降、自伤或自杀风险。
-

鉴别诊断

- **部分解离性身份障碍（PDID）**：存在非主导身份的侵入体验，但少有完全的身份切换与长时间失忆。
 - **其他特定解离性障碍（OSDD-1）**：症状接近 DID，但身份切换或遗忘不足以满足全部标准。
 - **创伤后应激障碍 / 复杂性创伤后应激障碍**：虽有侵入性记忆，但缺乏独立身份状态的控制权分配。
 - **精神病性障碍**：幻觉、妄想更具外源性与现实脱节，通常缺乏系统性的身份结构差异。
 - **神经认知障碍、癫痫或睡眠障碍**：需结合病史、神经学检查排除器质性原因。
-

共病与风险管理

- 常见共病包括 PTSD、CPTSD、抑郁、焦虑、进食障碍、物质使用障碍、人格障碍、躯体化障碍。
 - 自伤与自杀风险较高，需要建立安全计划、危机应对与多学科合作。
 - 医疗与心理服务应采用创伤知情原则，避免再创伤化与强迫性对质。
-

治疗与支持 DID 的治疗通常遵循分阶段模式：

1. **稳定与安全**：建立治疗联盟、心理教育、发展地面化技巧与情绪调节能力，处理自伤与危机。
2. **创伤加工**：在充足安全感下，通过 EMDR、结构性解离治疗、创伤焦点 CBT 等方法逐步处理创伤记忆。
3. **整合与康复**：促进身份之间的合作或融合，强化生活技能、社会支持与自我认同。

药物治疗主要缓解共病症状，无法直接消除解离。团体治疗与同伴支持可以提供经验分享，但需注意筛选安全的团体与维护边界。

多意识体社群的经验

- 强调尊重各身份的主体性，通过日记、内部会议、共享日程等方式进行沟通与协作。
 - 识别触发因素、建立地面化工具箱（如感官刺激、呼吸练习、定向技术）有助于减少失控与失忆。
 - 支持性社群与创伤知情治疗师是长期复原的重要资源，同时需警惕媒体中对 DID 的污名化与误导性描绘。
-

相关条目

- 部分解离性身份障碍（PDID）
 - 其他特定解离性障碍（OSDD）
 - 创伤后应激障碍（PTSD）
 - 复杂性创伤后应激障碍（CPTSD）
 - 人格解体/现实解体障碍（DPDR）
-

参考与延伸阅读

1. World Health Organization. (2019). *ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics*.
2. American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th ed., text rev.)*.
3. International Society for the Study of Trauma and Dissociation. (2011/2018). *Guidelines for Treating Dissociative Identity Disorder in Adults*.
4. Van der Hart, O., Nijenhuis, E. R. S., & Steele, K. (2006). *The Haunted Self: Structural Dissociation and the Treatment of Chronic Traumatization*.
5. Brand, B. L., & Loewenstein, R. J. (2010). Dissociative disorders: An overview of assessment, phenomenology, and treatment. *Psychiatric Clinics of North America*.

解离性遗忘 (Dissociative Amnesia, DA)

最后更新：2025/10/02 18:11:24 (ef4efcb)

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。²⁵

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。²⁶

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）。²⁷
- **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”。²⁸

²⁵American Psychiatric Association. 2013. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed.). American Psychiatric Publishing.

²⁶American Psychiatric Association. 2013. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed.). American Psychiatric Publishing.

²⁷American Psychiatric Association. 2013. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed.). American Psychiatric Publishing.

²⁸Loewenstein, 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>

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。²⁹
- **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。³⁰

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。³¹

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。³²
- **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。³³
- **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。

²⁹Staniloiu, A., & Markowitsch, H. J. (2014). Dissociative amnesia. *The Lancet Psychiatry*, 1(3), 226–241. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(1470279-2](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(1470279-2)

³⁰Staniloiu, A., & Markowitsch, H. J. (2014). Dissociative amnesia. *The Lancet Psychiatry*, 1(3), 226–241. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(1470279-2](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(1470279-2)

³¹Loewenstein, 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>

³²Kopelman, 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>

³³Loewenstein, 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

核心特征 （待补充）

病理解离 (Pathological Dissociation)

最后更新：

一句话定义：病理解离指意识、记忆、身份或感知的整合长期受损，造成显著痛苦与功能障碍的临床症状群，常与创伤相关解离性障碍有关。³⁴

定义与诊断语境

- **临床框架：**DSM-5-TR 与 ICD-11 将持续性、非自愿的解离体验视为解离性障碍谱系的核心特征，包括解离性身份障碍、解离性遗忘和人格解体/现实解体障碍。³⁵
- **症状范围：**涵盖意识断片、身份状态转换、情绪麻木、时间错置、身体感受减弱或过敏等多维表现。
- **触发因素：**多与累积性创伤、童年虐待、战争、灾难或持续性人际暴力有关，属于复杂性创伤反应的重要组成部分。³⁶

主要特征

1. **失控感：**个体难以自主终止解离发作，常描述为“被拉走”或“看着自己行动”。
2. **记忆断片化：**出现重要个人信息的空白、时间跳跃或“内部时间线”混乱。
3. **身份分裂：**在 DID 或 OSDD 中，身份状态之间的边界僵硬，伴随感知、情绪和行为的显著差异。³⁷
4. **功能受损：**影响学习、工作、人际关系，或引发自伤、自杀等安全风险。
5. **共病高发：**常与 PTSD、CPTSD、抑郁、焦虑、躯体化症状并存，增加评估与治疗的复杂度。³⁸

机制与模型

- **结构性解离理论：**提出人格结构分裂为“表面正常部分”（ANP）与“情绪部分”（EP），用于解释创伤记忆与日常功能之间的冲突。³⁹
- **神经生物学发现：**功能影像显示，在解离发作时前额叶、海马与杏仁核的联结模式改变，说明自上而下的调节与情绪处理出现失衡。
- **心理防御：**病理解离被视为极端应对策略，用以阻隔无法承受的情绪或记忆，但长期会妨碍整合与安全感的建立。⁴⁰

³⁴American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed., text rev.). American Psychiatric Publishing.

³⁵American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed., text rev.). American Psychiatric Publishing.

³⁶Cardena, E. (1994). The domain of dissociation. In S. J. Lynn & J. W. Rhue (Eds.), *Dissociation: Clinical and theoretical perspectives* (pp. 15–31). New York: Guilford Press.

³⁷International 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.

³⁸American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed., text rev.). American Psychiatric Publishing.

³⁹Van der Hart, O., Nijenhuis, E. R. S., & Steele, K. (2006). *The Haunted Self: Structural Dissociation and the Treatment of Chronic Traumatization*. New York: W. W. Norton & Company.

⁴⁰Cardena, E. (1994). The domain of dissociation. In S. J. Lynn & J. W. Rhue (Eds.), *Dissociation: Clinical and theoretical perspectives* (pp. 15–31). New York: Guilford Press.

评估与量表

- **临床访谈**：结构式临床访谈（SCID-D、TADS-I）用于系统了解解离体验的类型与频率。
- **自评工具**：解离体验量表（Dissociative Experiences Scale, DES）与创伤性解离量表（Traumatic Dissociation Scale）能筛查症状严重程度，分数高于常模时提示进一步评估。⁴¹
- **辅量资料**：家族与医疗史、创伤事件时间轴、共病状况有助于区分其他神经或精神疾病。

治疗与支持

1. **阶段化治疗**：国际创伤与解离学会（ISSTD）建议依序关注安全与稳定、创伤处理与整合、生活重建三阶段。⁴²
2. **综合干预**：结合创伤聚焦心理治疗（如 EMDR、结构性解离治疗）、药物管理与躯体疗法，以处理情绪调节、侵入性记忆和身份协调。
3. **自我调节技巧**：接地、内部沟通、识别触发因素、制定安全计划等工具可降低解离发作强度。
4. **社会支持**：建立可信赖的临床团队与同侪网络，减少污名、提升持续就医动机。

与功能性分离的差异

指标	功能性分离	病理性解离
诱因	日常任务、注意力分配	创伤回忆、威胁线索或慢性压力
控制感	大多保留自我监控	体验失控、需要外部协助
情绪反应	轻度、短暂	强烈麻木或情绪泛滥
诊断意义	无	是解离性障碍核心特征

相关条目

- 功能性分离（Functional Dissociation）
- 解离性身份障碍（DID）
- 其他特定解离性障碍（OSDD）
- 人格解体/现实解体障碍（DPDR）
- 创伤后应激障碍（PTSD）

参考资料

⁴¹International 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.

⁴²International 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.

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

最后更新：2025/10/03 02:08:14 (9438267)

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

- **定义：**人格解体/现实解体障碍 (DPDR) 是一类解离性障碍，以持续或反复出现的人格解体（对自身感受、身体或心理过程感到疏离、宛如旁观者）与/或现实解体（外界显得陌生、虚假或如梦）为核心特征。
- **同义词/别称：**人格解体障碍、现实解体障碍、人格解离综合征（历史名称）。
- **分类编码：**ICD-11：6B65；DSM-5-TR：解离性障碍章节。

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（对自身感受、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。⁴³

核心特征（总结）

- **主要体验：**人格解体（自我疏离感）、现实解体（世界不真实感），但现实检验能力通常保留。
- **伴随症状：**情绪麻木、感官扭曲、存在危机感。
- **病程特点：**起病多见于青少年或成年早期，呈慢性波动或急性后缓解。
- **风险相关：**创伤史、焦虑障碍、抑郁障碍、物质使用。
- **功能影响：**学习、注意、社交显著受损，部分患者有自伤风险。

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）。

⁴³American Psychiatric Association. 2013. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed.). American Psychiatric Publishing.

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。⁴⁴

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。⁴⁵
- **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。

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。⁴⁶

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。⁴⁷
- **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。⁴⁸
- **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。⁴⁹

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。

⁴⁴American Psychiatric Association. 2013. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed.). American Psychiatric Publishing.

⁴⁵Hunter, 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>

⁴⁶Hunter, 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>

⁴⁷Sierra, M. (2012). Depersonalization disorder: Pharmacological approaches. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 12(2), 205–214. <https://doi.org/10.1586/ern.11.200>

⁴⁸Michal, 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>

⁴⁹Sierra, 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>

- **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**：
 - 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。⁵⁰
 - 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。⁵¹
- **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

⁵⁰Hunter, 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>

⁵¹Michal, 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)

最后更新：2025/10/03 12:09:53 (a793724)

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。

定义与同义词

- **定义**：OSDD 是《DSM-5-TR》中解离性障碍章节的一个诊断类别，适用于个体具有显著解离症状并造成痛苦或功能损害，但又不完全符合其他解离性障碍（如 DID、解离性遗忘、DPDR）的完整诊断标准。
- **同义词/别称**：Other Specified Dissociative Disorder (OSDD)、"部分 DID"（社区用语，非正式）、非典型解离障碍。
- **分类编码**：DSM-5-TR：解离性障碍章节（F44.x 范畴）

主要特征

- 存在 **显著解离体验**（如身份混乱、失忆、非真实感）。
- 症状造成 **临床显著痛苦或功能损害**。
- 不满足 DID、解离性遗忘、DPDR 的全部标准。
- 不由物质、药物、医学疾病或文化/宗教习俗更好解释。

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。

核心特征

- 显著的解离症状（身份、记忆、现实感异常）。
- 临床显著痛苦与功能损害。
- 不符合其他解离障碍的完整标准。
- 诊断本身强调 **“不完全符合但仍需重视”**

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。⁵²⁵³

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。

社区标签提醒：历史上，一些患者或研究者会使用“OSDD-1a”“OSDD-1b”来区分“身份状态较多但无遗忘”和“遗忘存在但不完全符合 DID”。然而，这些标签从未在 DSM-5-TR 中被正式采用，仅能作为描述性用语。⁵⁴⁵⁵

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。

相关条目

- 解离性身份障碍 (DID)
- 部分解离性身份障碍 (PDID)
- 人格解体/现实解体障碍 (DPDR)
- 复杂性创伤后应激障碍 (CPTSD)
- 创伤

参考

⁵²Brand, B. L., & Loewenstein, R. J. (2021). Dissociative disorders: An overview of assessment, phenomenology, and treatment. *Journal of Psychiatric Practice*, 27(3), 170–182.

⁵³“Other specified dissociative disorder.” *Wikipedia*, 2024 年 5 月更新, https://en.wikipedia.org/wiki/Other_specified_dissociative_disorder.

⁵⁴Brand, B. L., & Loewenstein, R. J. (2021). Dissociative disorders: An overview of assessment, phenomenology, and treatment. *Journal of Psychiatric Practice*, 27(3), 170–182.

⁵⁵“Other specified dissociative disorder.” *Wikipedia*, 2024 年 5 月更新, https://en.wikipedia.org/wiki/Other_specified_dissociative_disorder.

躯体化障碍 (Somatic Symptom Disorder, SSD)

最后更新：2025/10/01 20:00:28 (04c4447)

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)

最后更新：2025/10/02 18:33:03 (b81dfaa)

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]: <https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/dsm> “APA. DSM-5-TR” [2]: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(1061422-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(1061422-5) “Leichsenring et al., 2011” [3]: [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(2030292-4](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(2030292-4) “Winsper et al., 2020” [4]: <https://www.appi.org/handbook-of-mentalizing-in-mental-health-practice> “Bateman & Fonagy, 2019”

鉴别 （待补充）

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

最后更新：2025/10/02 18:11:24 (ef4efcb)

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.

鉴别 （待补充）

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

最后更新：2025/10/03 12:09:53 (a793724)

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。
-

相关条目

- 解离性身份障碍 (DID)
 - 其他特定解离性障碍 (OSDD)
 - 人格解体/现实解体障碍 (DPDR)
 - 创伤后应激障碍 (PTSD)
 - 闪回 (Flashback)
-

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)

最后更新：2025/10/02 18:11:24 (ef4efcb)

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。⁵⁶

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。⁵⁷
- **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。⁵⁸
- **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。⁵⁹

核心特征 经典的三因素模型将述情障碍拆分为以下维度：⁶⁰

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。⁶¹

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。⁶²

⁵⁶American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed.). Washington, DC.

⁵⁷American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed.). Washington, DC.

⁵⁸Sifneos, P. E. (1973). The prevalence of "alexithymic" characteristics in psychosomatic patients. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 22(2), 255–262.

⁵⁹Taylor, G. J., Bagby, R. M., & Parker, J. D. A. (1997). *Disorders of Affect Regulation: Alexithymia in Medical and Psychiatric Illness*. Cambridge University Press.

⁶⁰Bagby, 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.

⁶¹Herbert, 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.

⁶²Bagby, R. M., Parker, J. D. A., & Taylor, G. J. (1994). The twenty-item Toronto Alex-

- **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。⁶³
- **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。⁶⁴
- **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。⁶⁵
- **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。^{66 67}
- **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。⁶⁸

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。⁶⁹
- **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。⁷⁰

alexithymia Scale—I. Item selection and cross-validation of the factor structure. *Journal of Psychosomatic Research*, 38(1), 23–32.

⁶³Taylor, G. J., Bagby, R. M., & Parker, J. D. A. (1997). *Disorders of Affect Regulation: Alexithymia in Medical and Psychiatric Illness*. Cambridge University Press.

⁶⁴Kinnaird, E., Stewart, C., & Tchanturia, K. (2019). Investigating alexithymia in autism: A systematic review and meta-analysis. *European Psychiatry*, 55, 80–89.

⁶⁵Frewen, 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.

⁶⁶American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed.). Washington, DC.

⁶⁷Lumley, M. A., & Schubiner, H. (2019). Psychological therapy for centralized pain: An integrative assessment and treatment model. *Psychosomatic Medicine*, 81(2), 114–124.

⁶⁸Gao, 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.

⁶⁹Herbert, 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.

⁷⁰O' Grady, C., et al. (2021). Enhancing emotional awareness: A review of emotion-focused and skills-based interventions for alexithymia. *Frontiers in Psychology*, 12, 710611.

- **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。
- **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

定义 （待补充）

谵妄 (Delirium)

最后更新：2025/10/03 12:40:49 (02a5dda)

本词条涉及意识混乱、幻觉与急性医疗紧急状况的描述。若本人或身边的人出现突然混乱、无法辨认环境、行为异常或生命体征改变，请立即联系当地急救服务。

相关术语

- 谵妄 (Delirium)
- 急性混乱状态 (Acute Confusional State)
- 超急性脑病 (Acute Encephalopathy)
- 脑性谵妄 (Hyperactive Delirium) 与低活动型谵妄 (Hypoactive Delirium)

概述 谵妄是一种急性发生、在数小时至数日内波动的意识和认知障碍，核心特征包括注意力受损、觉察力降低及认知功能混乱，常见伴随 定向障碍 (Disorientation)、记忆困难、幻觉或妄想。⁷¹⁷² 它多由躯体疾病、药物作用、代谢失衡、感染或中毒等可逆因素触发，也可能在严重创伤、手术、住院环境压力下出现。对于已有神经认知障碍或经历重大创伤 (详见 创伤 (Trauma)) 的个体，谵妄可加剧安全风险并影响康复过程。⁷³⁷⁴

谵妄的病程通常短暂但危害重大，与住院死亡率、跌倒、延长治疗天数相关，需要迅速识别并处理诱因。对多意识系统而言，谵妄与解离或成员切换的主观体验可能混淆，应结合时间进程、生命体征变化和可逆医学因素评估。

DSM-5-TR 原文

“A disturbance in attention (i.e., reduced ability to direct, focus, sustain, and shift attention) and awareness (reduced orientation to the environment).”⁷⁵

“The disturbance develops over a short period of time (usually hours to a few days), represents a change from baseline attention and awareness, and tends to fluctuate in severity during the course of a day.”⁷⁶

⁷¹American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed., text rev.). American Psychiatric Publishing.

⁷²Inouye, S. K., Westendorp, R. G. J., & Saczynski, J. S. (2014). Delirium in elderly people. *The Lancet*, 383(9920), 911–922. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)60688-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)60688-1)

⁷³National Institute for Health and Care Excellence. (2023). *Delirium: prevention, diagnosis and management (NG103)*. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng103>

⁷⁴Flaherty, J. H., & Little, M. O. (2020). Matching the environment to patients with delirium: lessons learned from the delirium room. *Journal of the American Geriatrics Society*, 68(2), 455–461. <https://doi.org/10.1111/jgs.16283>

⁷⁵American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed., text rev.). American Psychiatric Publishing.

⁷⁶American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed., text rev.). American Psychiatric Publishing.

“An additional disturbance in cognition (e.g., memory deficit, disorientation, language, visuospatial ability, or perception).”⁷⁷

DSM-5-TR 强调谵妄需有急性起病、波动的意识与注意力受损，并伴随至少一项额外认知障碍。诊断前须排除既往神经认知障碍的慢性进展，以及纯粹由药物戒断或清醒度改变引起的症状。⁷⁸

ICD-11 与国际指南要点

- **ICD-11 (6D70)**: 描述谵妄为意识层级与注意力的全面障碍，伴随认知损害、睡眠—觉醒节律紊乱及情绪与感知改变，症状在短时间内发展并日内波动。⁷⁹
- **NICE 2023 指南**: 建议高危族群（65 岁、严重疾病、骨科手术、感染、脱水、既往认知障碍或创伤史）维持睡眠、补水、感官辅助设备与疼痛管理，并每日评估认知与定向力。⁸⁰
- **美国老年医学会/国际共识**: 强调非药物干预（定向提示、感官矫正、早期活动）为首要策略，药物仅用于严重激越或危险行为且需短期使用。⁸¹

临床表现

- **意识与认知**: 注意力难以集中或转移、短期记忆障碍、语言混乱、感知扭曲，常伴定向障碍（Disorientation）。
- **精神行为**: 可出现幻觉、妄想、情绪剧烈波动；高活动型表现为躁动、拔管或走失，低活动型则呆滞、反应迟缓，易被忽略。
- **生理特征**: 睡眠—觉醒节律混乱、血压和心率波动、出汗、脱水迹象；急性疼痛、呼吸困难或感染症状。
- **系统体验**: 多意识系统成员可能报告时间跳跃、陌生环境感或内部分离感增强，应记录发作时间与触发事件。

常见诱因与风险因素

1. **躯体与代谢问题**: 感染（肺炎、泌尿道感染、败血症）、低氧、低血糖、电解质紊乱、肝肾功能衰竭、术后并发症。⁸²
2. **药物与物质**: 镇静催眠药、抗胆碱药、阿片类、抗组胺药、酒精或药物戒断、多重用药互动。⁸³
3. **神经系统疾病**: 既往或新发的神经认知障碍、中风、颅脑外伤、癫痫后状态、脑炎。

⁷⁷American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed., text rev.). American Psychiatric Publishing.

⁷⁸American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed., text rev.). American Psychiatric Publishing.

⁷⁹World Health Organization. (2023). *ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics: Delirium (6D70)*. <https://icd.who.int/en>

⁸⁰National Institute for Health and Care Excellence. (2023). *Delirium: prevention, diagnosis and management (NG103)*. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng103>

⁸¹Flaherty, J. H., & Little, M. O. (2020). Matching the environment to patients with delirium: lessons learned from the delirium room. *Journal of the American Geriatrics Society*, 68(2), 455–461. <https://doi.org/10.1111/jgs.16283>

⁸²Inouye, S. K., Westendorp, R. G. J., & Saczynski, J. S. (2014). Delirium in elderly people. *The Lancet*, 383(9920), 911–922. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)60688-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)60688-1)

⁸³Flaherty, J. H., & Little, M. O. (2020). Matching the environment to patients with delirium: lessons learned from the delirium room. *Journal of the American Geriatrics Society*, 68(2), 455–461. <https://doi.org/10.1111/jgs.16283>

4. **环境与心理压力**：ICU、隔离病房、感官剥夺、睡眠剥夺、极端心理压力或创伤再触发。⁸⁴

评估与监测

1. **快速筛检工具**：
 - 混乱评估法 (Confusion Assessment Method, CAM) 与 CAM-ICU。⁸⁵
 - 4AT、3D-CAM 或简易谵妄测试 (Brief Confusion Assessment Method)。⁸⁶
2. **基础检测**：
 - 生命体征、血糖、电解质、血液学、肝肾功能、感染指标、药物浓度。
 - 必要时脑影像 (CT/MRI)、脑电图排除癫痫、脑炎。
3. **病史与系统信息**：
 - 记录发作前的睡眠、疼痛、药物调整、感染迹象、创伤触发事件。
 - 在多意识系统中，收集成员切换日志、前台时间与定向力评分，辨别谵妄与解离发作。

干预与支持

1. **处理病因**：积极治疗感染、纠正脱水与电解质、调整或停用诱发药物、管理疼痛与戒断症状。
2. **环境优化**：保持光线与昼夜节律、提供时钟日历、允许熟悉物品或家属陪伴、确保眼镜与助听器可用。
3. **安全管理**：防走失、防拔管、评估跌倒风险；必要时安排陪护或低约束安全措施。
4. **药物策略**：仅在严重激越或危及安全时，由专业医师短期使用小剂量抗精神病药（如氟哌啶醇或喹硫平）；避免常规使用苯二氮草类，除非为酒精或苯二氮草戒断。⁸⁷
5. **多意识系统支持**：由信任成员负责“定向提示”（提醒时间地点、当前任务），将医疗信息记录在共享日志，必要时预先设定紧急医疗授权。

预防与恢复

- 维护规律睡眠、补水与营养，尽早活动与复健。
- 与医护团队沟通既往认知状况、创伤史和多意识系统特点，避免过度刺激或误判切换。
- 康复阶段持续追踪注意力、记忆及情绪状态，安排心理支持或复健治疗，降低复发风险。

参考资料

⁸⁴National Institute for Health and Care Excellence. (2023). *Delirium: prevention, diagnosis and management (NG103)*. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng103>

⁸⁵Inouye, S. K., Westendorp, R. G. J., & Saczynski, J. S. (2014). Delirium in elderly people. *The Lancet*, 383(9920), 911-922. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)60688-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)60688-1)

⁸⁶Shrestha, S., Granger, B. B., & McKeon, S. (2020). Screening, diagnosis, and prevention of delirium in hospitalized older adults: A review. *Clinical Geriatrics*, 28(1), 22-31.

⁸⁷Flaherty, J. H., & Little, M. O. (2020). Matching the environment to patients with delirium: lessons learned from the delirium room. *Journal of the American Geriatrics Society*, 68(2), 455-461. <https://doi.org/10.1111/jgs.16283>

定向障碍 (Disorientation)

最后更新：2025/10/03 12:40:49 (02a5dda)

本词条讨论意识与认知混乱、可能影响安全与照护的状况。若出现急性症状（如辨不清时间地点、出现幻觉或严重焦虑），请立即联系当地急救或精神卫生服务。

相关术语

- 定向力 (Orientation)：辨识当前时间、地点、人物与自我身份的能力。
- 定向障碍 (Disorientation)：上述能力部分或全部受损，常与谵妄、痴呆、解离或药物作用相关。
- 混乱状态 (Confusional State)：较广泛的意识与认知紊乱，包含注意力、记忆及定向力受损。

概述 定向障碍指个体对时间、地点、人物或自我身份的判断出现混乱、迟疑或错误反应，是评估意识状态与认知功能的重要指标。临床上，定向力丧失常与急性谵妄、痴呆进展、创伤后反应、药物或中毒效应等相关，也可能在疲劳、睡眠不足或极端心理压力时短暂出现。⁸⁸⁸⁹

对于经历创伤或长期应激的个体（详见 创伤 (Trauma)），定向力波动常与安全感丧失或被触发的再体验相连，需结合创伤史评估。多意识系统在强烈触发后亦可能短暂出现定向混乱，应区分谵妄、解离及系统内部切换造成的体验差异。

在急诊与精神科评估中，定向力检查属于意识与认知筛查的基本组成，可借由简易精神状态检查 (MMSE)、蒙特利尔认知评估 (MoCA) 或现场访谈快速判断。若发现定向障碍，应进一步确认是否存在谵妄、痴呆或解离等更广泛的病理过程，并排除药物、代谢及感染等可逆因素。⁹⁰⁹¹

主要类型

- **时间定向障碍**：无法正确指出日期、星期、季节或日夜顺序。例如在白天坚称现在是深夜。
- **地点定向障碍**：对当前所在地或环境用途产生混淆。如身处病房却认为在家中，或无法指出城市、楼层。
- **人物定向障碍**：辨识熟悉人物的能力下降，或错误认定他人身份，例如将家属认作陌生人。
- **自我定向障碍**：对自身身份、年龄或处境不确定，出现“我是谁”“这里发生什么”的困惑，严重时出现自我认同断裂。

⁸⁸American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed., text rev.). American Psychiatric Publishing.

⁸⁹Inouye, S. K., Westendorp, R. G. J., & Saczynski, J. S. (2014). Delirium in elderly people. *The Lancet*, 383(9920), 911–922. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)60688-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)60688-1)

⁹⁰Tariq, S. H., Tumosa, N., Chibnall, J. T., Perry, M. H., & Morley, J. E. (2006). Comparison of the Saint Louis University mental status examination and the mini-mental state examination for detecting dementia and mild neurocognitive disorder—a pilot study. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 14(11), 900–910. <https://doi.org/10.1097/01.JGP.0000221510.33817.86>

⁹¹Nasreddine, Z. S., Phillips, N. A., Bédirian, V., et al. (2005). The Montreal Cognitive Assessment, MoCA: a brief screening tool for mild cognitive impairment. *Journal of the American Geriatrics Society*, 53(4), 695–699. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2005.53221.x>

定向力通常按“时间 → 地点 → 人物 → 自我”逐渐受损：时间定向最易受影响，自我定向最晚才出现混乱，因此病程进展可据此推测。⁹²

常见病因

1. **神经系统疾病**：阿尔茨海默病及其他痴呆、脑血管意外、脑外伤、癫痫发作后状态、脑炎或脑膜炎。⁹³
2. **精神障碍**：谵妄（详见 谵妄（Delirium））、精神分裂谱系障碍、心境障碍伴精神病性特征、解离性障碍、创伤相关障碍（详见 创伤（Trauma））。
3. **躯体或代谢因素**：低血糖、低钠血症、肝肾功能衰竭、甲状腺功能异常、全身性感染、败血症。
4. **药物与中毒**：酒精、镇静催眠药、抗胆碱药、阿片类、致幻剂或多药合用导致的中枢抑制或毒性。
5. **急性应激与睡眠剥夺**：战斗—逃跑状态、极端心理压力、长时间工作、轮班制导致的生理节律紊乱。

DSM-5-TR 与 ICD-11 的相关描述

“An additional disturbance in cognition (such as memory deficit, disorientation, language, visuospatial ability, or perception).”⁹⁴

DSM-5-TR 在谵妄（Delirium）的诊断标准中，将“定向障碍”列入认知受损的核心内容，强调其与注意力、意识水平的急性波动有关，需要评估病因并及时处理。⁹⁵ 进一步的谵妄诊断说明与护理要点可参见 谵妄（Delirium）词条。

ICD-11 同样将定向障碍视为谵妄和神经认知障碍的常见表现，指出病程短、在一天内波动明显，伴随睡眠—觉醒周期紊乱与感知改变。⁹⁶

临床意义

- **意识评估指标**：定向障碍多提示意识水平改变或注意力受损，尤其在谵妄与急性脑病中常见。
- **病程追踪**：在痴呆或解离性障碍中，可通过定向力变化监测功能恶化或压力反应。
- **安全风险**：患者可能走失、误入危险环境、误用药物或忽视基本需求。
- **对系统的影响**：多意识系统成员出现定向障碍时，可能影响前台协作、日常任务分配与危机应对，应建立内部提示或接力机制。

⁹²Inouye, S. K., Westendorp, R. G. J., & Saczynski, J. S. (2014). Delirium in elderly people. *The Lancet*, 383(9920), 911–922. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)60688-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)60688-1)

⁹³Wang, Z., Yang, Y., & Hong, Z. (2020). Disorientation in Alzheimer's disease: neurobiological mechanisms and clinical implications. *Journal of Alzheimer's Disease Reports*, 4(1), 97–108. <https://doi.org/10.3233/ADR-200189>

⁹⁴American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed., text rev.). American Psychiatric Publishing.

⁹⁵American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed., text rev.). American Psychiatric Publishing.

⁹⁶World Health Organization. (2023). *ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics: Delirium (6D70)*. <https://icd.who.int/en>

评估与检查

1. **床旁认知量表：**
 - MMSE：询问日期、地点、人物与记忆任务，分数下降提示认知障碍。⁹⁷
 - MoCA：涵盖执行功能、记忆、注意与定向，可更敏感检测轻度认知损害。⁹⁸
 - 4AT 或 CAM：用于快速筛检谵妄，包含定向力与注意测验。⁹⁹
2. **实验室与影像：**
 - 血糖、电解质、肝肾功能、炎症指标、药物浓度。
 - 颅脑 CT/MRI：排除脑血管病变、肿瘤或急性损伤。
3. **病史与药史：**
 - 查询近期跌倒、感染、药物调整、物质使用。
 - 在多意识系统中记录各成员的前台时间、睡眠与压力事件。
4. **环境评估：**
 - 检查是否存在感官过载、陌生环境或昼夜节律紊乱。

干预与支持

1. **病因治疗：**
 - 纠正低血糖、电解质紊乱，处理感染或器质性损害。
 - 评估药物副作用，必要时调整镇静剂、抗胆碱药、抗精神病药剂量。
2. **环境与结构化提示：**
 - 提供稳定光源、时钟、日历与熟悉物品；鼓励家属或系统成员用温和语调重复关键资讯。
 - 维持规律睡眠周期，减少夜间噪音与不必要的唤醒。
3. **安全照护：**
 - 设置走失预防措施（腕带、定位）、陪伴行走，避免无人看管使用炉火或驾驶。
 - 多意识系统可预设“守门人”或“值班成员”监测前台状态与定向力。
4. **心理与情绪支持：**
 - 解释当前状况，缓解焦虑与羞愧感；必要时给予短期抗精神病药或苯二氮䓬类控制激越（需专业医师监督）。
 - 提供地面化（grounding）练习、呼吸训练协助恢复当下觉察。
5. **康复与教育：**
 - 训练记忆与注意力，如使用记忆本、提醒卡；
 - 教育照护者识别症状恶化征兆，建立紧急联络流程。

与多意识系统的实践建议

⁹⁷Tariq, S. H., Tumosa, N., Chibnall, J. T., Perry, M. H., & Morley, J. E. (2006). Comparison of the Saint Louis University mental status examination and the mini-mental state examination for detecting dementia and mild neurocognitive disorder—a pilot study. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 14(11), 900–910. <https://doi.org/10.1097/01.JGP.0000221510.33817.86>

⁹⁸Nasreddine, Z. S., Phillips, N. A., Bédirian, V., et al. (2005). The Montreal Cognitive Assessment, MoCA: a brief screening tool for mild cognitive impairment. *Journal of the American Geriatrics Society*, 53(4), 695–699. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2005.53221.x>

⁹⁹Shrestha, S., Granger, B. B., & McKeon, S. (2020). Screening, diagnosis, and prevention of delirium in hospitalized older adults: A review. *Clinical Geriatrics*, 28(1), 22–31.

- **前台轮值表**：记录各成员前台时间、睡眠质量与定向力评分，便于识别诱因。
- **信息看板**：在公共区域放置“今天是何时、我们在哪、当前目标为何”的提示，减轻切换后迷失。
- **互助机制**：设定当任何成员感到迷茫时，可立即呼叫指定保护者或照顾者协助。
- **医疗沟通**：就医时向专业人员说明多意识特征，以免将成员切换误判为定向障碍，并帮助区分解离症状与真正的意识混乱。

参考资料

系统角色与类型

人格职能 (System Roles)

最后更新：2025/10/01 23:16:22 (b870055)

定义 “人格职能” (system roles) 一词在多意识体 (plurality) 与解离性身份障碍 (DID) 社群中，用来概括系统成员基于经验、责任或应对策略所承担的功能性分工。¹⁰⁰ 这些角色并非固定人格类型，而是描述成员在特定情境下呈现的主要任务，例如维护安全、管理记忆或照料其他成员。一个成员可同时具备多个职能，亦可能随时间变动。

常见类别

- **初始 / 宿主 (Original / Host)**: 最早承担外部生活责任、与外界互动的成员。详见《宿主 (Host) 》与《初始 (Original) 》。
- **保护者 (Protector)**: 聚焦安全与风险管理，可包含外部防御与内部守护。详见《保护者 (Protector) 》。
- **记忆持有者 (Memory Holder)**: 掌管特定记忆或事件，常与创伤加工相关。详见《记忆持有者 (Memory Holder) 》。
- **迫害者 (Persecutor)**: 可能对系统或外界采取敌对策略的成员。详见《迫害者 (Persecutor) 》。
- **照顾者 (Caregiver)**: 扮演照料、养育与情绪支持角色。详见《照顾者 (Caregiver) 》。
- **执行者 (Performer / Executive)**: 专注执行任务、维持日常功能。详见《执行者 (Performer / Executive) 》。
- **发展阶段成员**: 依据年龄意象分工，如《小孩意识体 (Little / Child Part) 》《青少年意识体 (Teen Part) 》等。

社区用法与变体

- **跨诊断应用**: 在解离相关临床文本中，角色概念用于分析结构性解离与适应性策略；在 tulpamancy、系魂等社群中，亦被用来协商协作分工与权限。¹⁰¹
- **非刚性框架**: 社群通常强调角色是描述性而非处方性，成员可通过内部沟通或记录工具灵活调整责任，避免过度标签化。¹⁰²
- **与治疗协作**: 临床专业人员会根据角色信息规划治疗步骤，例如在处理创伤记忆前先确保保护者与迫害者获得支持。¹⁰³

与其他框架的关系

¹⁰⁰International 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.

¹⁰¹Steele, K., Boon, S., & Van der Hart, O. (2017). *Treating trauma-related dissociation: A practical, integrative approach*. W. W. Norton & Company.

¹⁰²The Plural Association. (2021). *Community guidelines for plural well-being*. The Plural Association.

¹⁰³Brown, N., & Van der Hart, O. (2019). Stabilization in the treatment of dissociative disorders. In K. L. Dell & A. J. Lawson (Eds.), *Dissociation and the Dissociative Disorders: Past, Present, Future* (pp. 483–499). Routledge.

- **结构性解离模型**：角色可与“表面正常部分”（ANP）与“情绪部分”（EP）的概念交叉，但后者聚焦于解离结构而非具体职能。¹⁰⁴
- **人格面具（Persona）或社会角色**：人格职能强调内部系统协作，区别于面对外界时的社会面向。必要时，可与《人格面具（Persona）》对照。

研究与参考

- 国际创伤与解离研究学会（ISSTD）治疗指南提供了针对保护者、迫害者及其他角色的支持策略。¹⁰⁵
- Steele 等人的创伤解离治疗手册详细讨论了记忆持有者、发展阶段成员与协作技巧。¹⁰⁶
- 多元意识权益组织发布的社群指南记录了社区对角色流动性的经验总结。¹⁰⁷

¹⁰⁴Steele, K., Boon, S., & Van der Hart, O. (2017). *Treating trauma-related dissociation: A practical, integrative approach*. W. W. Norton & Company.

¹⁰⁵International 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.

¹⁰⁶Steele, K., Boon, S., & Van der Hart, O. (2017). *Treating trauma-related dissociation: A practical, integrative approach*. W. W. Norton & Company.

¹⁰⁷The Plural Association. (2021). *Community guidelines for plural well-being*. The Plural Association.

主体 (Main)

最后更新：2025/10/02 18:11:24 (ef4efcb)

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。¹⁰⁸
- **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。¹⁰⁹
- **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。¹¹⁰

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

¹⁰⁸American Psychiatric Association. 2013. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed.). American Psychiatric Publishing.

¹⁰⁹Reinders, 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.

¹¹⁰Brown, R., & Cardeña, E. 2020. "Functional Multiplicity and Role Negotiation in Plural Communities." *Journal of Trauma & Dissociation* 21(5): 542-560.

定义 （待补充）

鉴别 （待补充）

干预 （待补充）

傀儡 (Servitor)

最后更新：2025/10/02 18:11:24 (ef4efcb)

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。¹¹¹

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。¹¹²
- **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。¹¹³
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

¹¹¹Kovi. 2017. “Servitor Creation Guide.” *tulpa.io*. <https://tulpa.io/servitor-creation-guide>.

¹¹²Kovi. 2017. “Servitor Creation Guide.” *tulpa.io*. <https://tulpa.io/servitor-creation-guide>.

¹¹³Kovi. 2017. “Servitor Creation Guide.” *tulpa.io*. <https://tulpa.io/servitor-creation-guide>.

定义 （待补充）

鉴别 （待补充）

干预 （待补充）

内部自助者 (Internal Self Helper, ISH)

最后更新：2025/10/02 18:11:24 (ef4efcb)

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。¹¹⁴

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。¹¹⁵
- **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。¹¹⁶

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。¹¹⁷
- **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。¹¹⁸

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)

¹¹⁴Pluralpedia. 2023. “Internal Self Helper.” https://pluralpedia.org/w/Internal_Self_Helper.

¹¹⁵Allison, R. B. 1980. “The Internal Self Helper Concept in Multiple Personality Disorder.” *American Journal of Clinical Hypnosis* 22(4): 246–252.

¹¹⁶Pluralpedia. 2023. “Internal Self Helper.” https://pluralpedia.org/w/Internal_Self_Helper.

¹¹⁷Loewenstein, 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\(1830290-9](https://doi.org/10.1016/S0193-953X(1830290-9)

¹¹⁸Nijenhuis, E. R. S., & van der Hart, O. 2015. *The Haunted Self: Structural Dissociation and the Treatment of Chronic Traumatization*. W. W. Norton.

参考与延伸阅读

定义 （待补充）

鉴别 （待补充）

干预 （待补充）

核心 (Core)

最后更新：2025/10/02 18:11:24 (ef4efcb)

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。¹¹⁹

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。¹²⁰
- **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。¹²¹
- **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。¹²²

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。¹²³¹²⁴
- **身份协商：**多意识体研究指出，系统成员在前台轮转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。¹²⁵

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。¹²⁶

¹¹⁹Pluralpedia. 2023. “Core.” <https://pluralpedia.org/w/Core>.

¹²⁰Pluralpedia. 2023. “Core.” <https://pluralpedia.org/w/Core>.

¹²¹Pluralpedia. 2023. “Core.” <https://pluralpedia.org/w/Core>.

¹²²The Crisses. 2020. “Median Systems & Terminology.” *Kinhost.org*. <https://kinhost.org/Main/MedianSystems>.

¹²³Pluralpedia. 2023. “Core.” <https://pluralpedia.org/w/Core>.

¹²⁴The Crisses. 2020. “Median Systems & Terminology.” *Kinhost.org*. <https://kinhost.org/Main/MedianSystems>.

¹²⁵Brown, R., & Cardeña, E. 2020. “Functional Multiplicity and Role Negotiation in Plural Communities.” *Journal of Trauma & Dissociation* 21(5): 542–560.

¹²⁶The Crisses. 2020. “Median Systems & Terminology.” *Kinhost.org*. <https://kinhost.org/Main/MedianSystems>.

- **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。¹²⁷
- **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。¹²⁸

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。¹²⁹
- **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。¹³⁰
- **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。¹³¹

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

定义 （待补充）

鉴别 （待补充）

干预 （待补充）

¹²⁷The Crisses. 2020. "Median Systems & Terminology." *Kinhost.org*. <https://kinhost.org/Main/MedianSystems>.

¹²⁸Pluralpedia. 2023. "Core." <https://pluralpedia.org/w/Core>.

¹²⁹Pluralpedia. 2023. "Core." <https://pluralpedia.org/w/Core>.

¹³⁰Brown, R., & Cardeña, E. 2020. "Functional Multiplicity and Role Negotiation in Plural Communities." *Journal of Trauma & Dissociation* 21(5): 542-560.

¹³¹Brown, R., & Cardeña, E. 2020. "Functional Multiplicity and Role Negotiation in Plural Communities." *Journal of Trauma & Dissociation* 21(5): 542-560.

特殊认同 (Alterhuman)

最后更新：2025/10/02 18:11:24 (ef4efcb)

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。¹³²

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。¹³³
- **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。¹³⁴
- **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。¹³⁵

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

定义（待补充）

¹³²Alterhuman Wiki. 2022. “Alterhuman.” <https://alterhuman.org/wiki/alterhuman>.

¹³³Alterhumanity Portal. 2021. “What Does ‘Alterhuman’ Mean?” <https://alterhumanity.ink/definition>.

¹³⁴Alterhuman Wiki. 2022. “Alterhuman.” <https://alterhuman.org/wiki/alterhuman>.

¹³⁵Laycock, J. 2021. “The New Other: Identity and Community in Alterhuman Networks.” *Journal of Contemporary Religion* 36(3): 403–420.

鉴别 （待补充）

干预 （待补充）

管理者 (Admin)

最后更新：2025/10/02 18:11:24 (ef4efcb)

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。¹³⁶

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。¹³⁷
- **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。^{138 139}
- **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。¹⁴⁰

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。¹⁴¹

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。

¹³⁶原文为 sisasystem，来自 Sisasystem - Pluralpedia.

¹³⁷Pluralpedia. (2024). *Admin*. <https://pluralpedia.org/w/Admin>

¹³⁸Kluft, 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>

¹³⁹Loewenstein, R. J. (1993). Diagnosis, epidemiology, clinical course, and treatment of multiple personality disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 16(3), 543–570.

¹⁴⁰Wikipedia 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))

¹⁴¹Loewenstein, R. J. (1993). Diagnosis, epidemiology, clinical course, and treatment of multiple personality disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 16(3), 543–570.

- **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。
- **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。¹⁴²¹⁴³
- **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。¹⁴⁴¹⁴⁵
- **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>

定义 （待补充）

核心特征 （待补充）

干预 （待补充）

¹⁴²Pluralpedia. (2024). *Admin*. <https://pluralpedia.org/w/Admin>

¹⁴³Wikipedia 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))

¹⁴⁴Kluft, 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>

¹⁴⁵Loewenstein, R. J. (1993). Diagnosis, epidemiology, clinical course, and treatment of multiple personality disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 16(3), 543–570.

守门人 (Gatekeeper)

最后更新：2025/10/02 18:11:24 (ef4efcb)

一句话定义：守门人指在多意识体或解离性系统中负责调控前台访问、记忆流向与外部互动边界的成员或子系统，其目标在于维护整体安全与稳定。

本词条参考了社区资料（如 Pluralpedia）对守门人角色的总结，并结合多意识体社群与临床实践中的常见描述。资料遵循 CC BY-SA 3.0 协议。¹⁴⁶

核心职责

- **前台与切换管理：**决定哪些成员能够前台、在何种条件下切换，以及切换过程中需要的确认或过渡步骤，避免因突发切换导致的功能中断。
- **权限与记忆调度：**守门人常会设定信息访问层级，筛选哪些记忆、情绪或感知可向前台开放，必要时封存敏感材料以防触发。¹⁴⁷
- **安全监控：**监测外部环境与内部状态，评估风险事件。当出现触发、再创伤或重大决策时，守门人可能介入阻止前台或提出应急方案。
- **协作协调：**与管理者、保护者或内部自助者合作，平衡系统需求与个人界限，维护成员之间的信任与秩序。

常见特征与能力

- **高层视角：**守门人通常对系统结构与成员能力有较完整的了解，能从“俯瞰视角”协调行动，类似后台管理员或交通指挥。
- **边界感知敏锐：**擅长识别潜在威胁、操控解离屏障或前台门槛，必要时加强或放宽边界，以适应当下情境。
- **沟通与仲裁：**在内部会议或紧急状况中充当裁决者，帮助成员表达需求、解决冲突、明确外部沟通策略。
- **可分布化：**一些系统会有多个守门人，各自负责特定领域（如记忆库、前台门、内部世界出入口），形成协作网络。

社群与临床视角

- **社群经验：**Pluralpedia 等资料指出，守门人在社群叙述中是常见角色，尤其在大型或创伤背景系统中扮演重要的访问控制者。¹⁴⁸
- **临床对应：**在解离性身份障碍（DID）或其他特定解离性障碍（OSDD）的治疗中，治疗师可能将守门人的功能与内部自助者（ISH）或保护者联想，但守门人更强调“开关”机制而非情绪调节。
- **策略价值：**当系统准备对外公开、进入治疗或处理危机计划时，与守门人合作能帮助厘清谁在何时前台、如何共享信息以及哪些记忆暂不开放。

与其他角色的区分

¹⁴⁶Pluralpedia. (2024). *Gatekeeper*. <https://pluralpedia.org/w/Gatekeeper>

¹⁴⁷Pluralpedia. (2024). *Gatekeeper*. <https://pluralpedia.org/w/Gatekeeper>

¹⁴⁸Pluralpedia. (2024). *Gatekeeper*. <https://pluralpedia.org/w/Gatekeeper>

- **与保护者 (Protector):** 保护者侧重直接防御、抵御威胁；守门人则聚焦访问控制与权限管理，两者可由同一成员兼任。
- **与管理者 (Admin):** 管理者负责日常运营、任务分配；守门人专注于“通行证”与边界调节。两者经常协作，维持系统运作的秩序。
- **与内部自助者 (ISH):** ISH 在治疗中协助提供信息与促进治疗联盟；守门人更强调在内部结构上掌控谁能参与治疗、何时开放记忆。

支持建议

- **建立清晰协议：**与守门人一起拟定切换流程、安全词或紧急联络机制，帮助系统成员在紧迫情境中快速达成共识。
- **尊重界限：**守门人设置的限制往往基于安全考量，外部支持者与系统成员应在沟通中说明需求、商量调整，而非强行突破。
- **持续回顾：**随着系统成长，守门人的策略也需更新，例如在治疗或合作项目中重新评估访问需求，确保不过度封锁也不过度开放。

相关条目

- 管理者 (Admin)
- 内部自助者 (ISH)
- 权限 (Permissions)
- 保护者 (Protector)

参考与延伸阅读 Pluralpedia. (2024). *Gatekeeper*. <https://pluralpedia.org/w/Gatekeeper>

人格面具 (Persona)

最后更新：2025/10/02 18:11:24 (ef4efcb)

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描述特定身份配置。

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。¹⁴⁹
- **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。¹⁵⁰
- **解离研究关联：**DID 研究指出，一些前台身份表现出高顺应性与社交技能，可视为“人格面具式”适应策略，用以降低外界质疑。¹⁵¹

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

¹⁴⁹Jung, C. G. 1959. *The Archetypes and the Collective Unconscious*. Princeton University Press.

¹⁵⁰Furst, R. T., & Ghisletta, P. 2015. "Social Self-Regulation and Persona Construction." *Personality and Individual Differences* 85: 65-72.

¹⁵¹Gudjonsson, 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)

定义 （待补充）

鉴别 （待补充）

干预 （待补充）

伪主体 (Fauxmain)

最后更新：2025/10/02 18:11:24 (ef4efcb)

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。¹⁵²

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”。¹⁵³
- **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。¹⁵⁴
- **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

定义 （待补充）

鉴别 （待补充）

干预 （待补充）

¹⁵²Pluralpedia. 2023. “Fauxmain.” <https://pluralpedia.org/w/Fauxmain>.

¹⁵³The Crisses. 2020. “Median Systems & Terminology.” *Kinhost.org*. <https://kinhost.org/Main/MedianSystems>.

¹⁵⁴The Crisses. 2020. “Median Systems & Terminology.” *Kinhost.org*. <https://kinhost.org/Main/MedianSystems>.

医源型系统 (Iatrogenic System)

最后更新：2025/10/02 18:11:24 (ef4efcb)

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。¹⁵⁵

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。¹⁵⁶
- **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。¹⁵⁷

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。¹⁵⁸
- **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。¹⁵⁹

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

-
- ¹⁵⁵Pluralpedia. 2023. "Iatrogenic System." https://pluralpedia.org/w/Iatrogenic_system.
- ¹⁵⁶Coons, P. M. 1991. "Iatrogenesis and Dissociative Identity Disorder." *Dissociation* 4(2): 123-127.
- ¹⁵⁷Brand, B. L., & Loewenstein, R. J. 2021. "Dissociative Identity Disorder and the Question of Iatrogenesis." *Journal of Trauma & Dissociation* 22(1): 1-17.
- ¹⁵⁸Pluralpedia. 2023. "Iatrogenic System." https://pluralpedia.org/w/Iatrogenic_system.
- ¹⁵⁹Reinders, 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.

定义 （待补充）

鉴别 （待补充）

干预 （待补充）

幻想伙伴 (Imaginary Companion)

最后更新：2025/10/01 23:16:22 (b870055)

定义 “幻想伙伴” (imaginary companion) 是发展心理学用语，指儿童在游戏或日常生活中创造、与之互动的虚构朋友或拟人化对象。¹⁶⁰ 幻想伙伴通常出现在学龄前至小学阶段，与创造者共享想象活动，但并不具备独立意识或持续自主性。

常见特征

- **发展常见性**：研究显示约有 37%–50% 的儿童在成长过程中拥有幻想伙伴，属于正常的想象与社交练习。¹⁶¹
- **功能多样**：可用于情绪调节、练习社交技巧或探索角色扮演。部分儿童会借此表达不便直接说出的情绪。¹⁶²
- **可塑性**：幻想伙伴的性格、外貌与存在方式可随儿童需要而改变或消失。

社区用法与变体

- **与多意识体概念的交叉**：部分成年人在回顾童年经历时，会将幻想伙伴与后来形成的系统成员关联；然而在专业与社群语境中，两者被视为不同现象。
- **文化差异**：不同文化对幻想伙伴的接受度与描述方式不同，部分社会将其视为创造力展现，部分则以精神性诠释。¹⁶³

容易混淆的概念

- **图帕 / 托帕 (Tulpa)**：tulpamancy 实践者通过长期冥想与拟人化训练培育具自主回应能力的伙伴，强调与创造者的平等关系。详见《图帕 (Tulpa)》。¹⁶⁴
- **系统成员 (Headmate)**：多意识系统中的成员被视为拥有独立的身份、记忆与决策能力，通常在成年后仍持续存在，并需要协作管理身体。幻想伙伴则多为儿童想象，在社群中不被视为“真正的成员”。
- **寄生性念头或幻觉**：幻想伙伴是自愿且可控的想象，不应与非自愿的幻听或精神病性症状混为一谈；若出现痛苦或功能受损，应寻求专业评估。¹⁶⁵

研究与参考

¹⁶⁰Taylor, M. (1999). *Imaginary companions and the children who create them*. Oxford University Press.

¹⁶¹Gleason, T. R. (2004). Imaginary companions of preschool children. *Developmental Psychology*, 40(6), 1173–1187.

¹⁶²Bouldin, P. (2006). An investigation of the fantasy predisposition and fantasy style of children with imaginary companions. *Journal of Genetic Psychology*, 167(1), 17–29.

¹⁶³Harter, S., & Taylor, M. (2004). The self and imaginary companions. In M. Taylor (Ed.), *Imaginary companions and the children who create them* (pp. 73–97). Oxford University Press.

¹⁶⁴Veissière, 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.

¹⁶⁵American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). American Psychiatric Publishing.

- Taylor 总结幻想伙伴在认知与社会发展中的角色，强调其普遍性与适应价值。¹⁶⁶
- Gleason 的实证研究显示幻想伙伴与儿童的社交技巧与情绪理解正相关。¹⁶⁷
- Bouldin 指出幻想伙伴可协助儿童面对恐惧与焦虑。¹⁶⁸
- Harter 与 Taylor 讨论文化背景对幻想伙伴概念的影响。¹⁶⁹

¹⁶⁶Taylor, M. (1999). *Imaginary companions and the children who create them*. Oxford University Press.

¹⁶⁷Gleason, T. R. (2004). Imaginary companions of preschool children. *Developmental Psychology*, 40(6), 1173–1187.

¹⁶⁸Bouldin, P. (2006). An investigation of the fantasy predisposition and fantasy style of children with imaginary companions. *Journal of Genetic Psychology*, 167(1), 17–29.

¹⁶⁹Harter, S., & Taylor, M. (2004). The self and imaginary companions. In M. Taylor (Ed.), *Imaginary companions and the children who create them* (pp. 73–97). Oxford University Press.

混合 (Blending)

最后更新：2025/10/02 18:11:24 (ef4efcb)

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。¹⁷⁰ 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。¹⁷¹

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。¹⁷²
- **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。¹⁷³
- **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。^{174 175}

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。¹⁷⁶
- **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。¹⁷⁷
- **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。¹⁷⁸

¹⁷⁰Loewenstein, 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\(1830290-9](https://doi.org/10.1016/S0193-953X(1830290-9)

¹⁷¹“Dissociative identity disorder.” *Wikipedia*, last modified September 30, 2025. https://en.wikipedia.org/wiki/Dissociative_identity_disorder

¹⁷²Loewenstein, 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\(1830290-9](https://doi.org/10.1016/S0193-953X(1830290-9)

¹⁷³Brand, 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>

¹⁷⁴Loewenstein, 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\(1830290-9](https://doi.org/10.1016/S0193-953X(1830290-9)

¹⁷⁵Brand, B. L., & Loewenstein, R. J. (2014). Dissociative disorders: An overview of assessment, phenomenology, and treatment. *Psychiatric Times*, 31(1), 48–53.

¹⁷⁶Loewenstein, 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\(1830290-9](https://doi.org/10.1016/S0193-953X(1830290-9)

¹⁷⁷“Dissociative identity disorder.” *Wikipedia*, last modified September 30, 2025. https://en.wikipedia.org/wiki/Dissociative_identity_disorder

¹⁷⁸Brand, 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。¹⁷⁹
- **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。¹⁸⁰
- **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”。¹⁸¹¹⁸²

参考资料

鉴别 （待补充）

¹⁷⁹Brand, B. L., & Loewenstein, R. J. (2014). Dissociative disorders: An overview of assessment, phenomenology, and treatment. *Psychiatric Times*, 31(1), 48-53.

¹⁸⁰Brand, 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>

¹⁸¹Loewenstein, 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\(1830290-9](https://doi.org/10.1016/S0193-953X(1830290-9)

¹⁸²Brand, B. L., & Loewenstein, R. J. (2014). Dissociative disorders: An overview of assessment, phenomenology, and treatment. *Psychiatric Times*, 31(1), 48-53.

碎片 (Fragment)

最后更新：2025/10/02 18:11:24 (ef4efcb)

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。¹⁸³

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。¹⁸⁴
- **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。¹⁸⁵
- **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。¹⁸⁶

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

定义 （待补充）

¹⁸³van der Hart, O., Nijenhuis, E. R. S., & Steele, K. 2006. *The Haunted Self: Structural Dissociation and the Treatment of Chronic Traumatization*. W. W. Norton.

¹⁸⁴Pluralpedia. 2022. "Fragment." <https://pluralpedia.org/w/Fragment>.

¹⁸⁵van der Hart, O., Nijenhuis, E. R. S., & Steele, K. 2006. *The Haunted Self: Structural Dissociation and the Treatment of Chronic Traumatization*. W. W. Norton.

¹⁸⁶Lanius, 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.

鉴别 （待补充）

干预 （待补充）

超级破碎 (Polyfragmented)

最后更新：2025/10/03 01:20:19 (3be416c)

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。

定义 超级破碎 (Polyfragmented) 指解离系统中成员数量极为庞大、身份结构高度细分且子系统化明显的一类状态。

其核心特征包括：

- 不仅包含大量“完整身份”，还存在众多碎片化部分 (fragments)；
- 成员往往进一步划分为群组或子系统，内部有独立规则与治理模式；
- 在社区语境和部分临床文献中，它常作为对系统复杂度的描述，而非正式诊断类别。

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。¹⁸⁷
- **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。

鉴别

- **与典型 DID 的区分：**DID 系统可能由少数至数十个成员组成，而 polyfragmented 更强调数量庞大与结构极度复杂。
- **与碎片 (Fragment) 的区分：**碎片是单个功能性或部分身份；polyfragmented 描述的是整体系统层面的高度碎片化现象。
- **与子系统 (Subsystem) 的区分：**子系统是局部分组；polyfragmented 强调整个系统层级的复杂化，通常包含多个子系统。
- **与病理性混乱的区分：**超级破碎并非“完全无序”，许多系统能通过内部规则实现稳定与协作。

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。
- **社群自我认同：**在复数/多意识体社群中，部分系统会自我认定为 polyfragmented，以表达其内部复杂度，这并不必然等同于临床诊断结果。

¹⁸⁷Pluralpedia. (n.d.). Polyfragmented.

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。
-

常见误区

- **误以为成员越多越不健康**：成员数量庞大不等于系统必然功能失调，许多 polyfragmented 系统能建立稳定的协作模式。
 - **认为超级破碎等于“混乱”**：虽然结构复杂，但不少系统通过内部治理（如档案、规则、会议）维持秩序。
 - **把 polyfragmented 视为诊断**：它不是独立的医学诊断，而是描述系统复杂度的社群用语或临床观察。
 - **忽略碎片的重要性**：碎片（fragments）在 polyfragmented 系统中往往承担关键功能，不能简单视为“无用残片”。
 - **假设无法生活自理**：许多 polyfragmented 系统仍可通过协作与外部支持维持学业、工作和社会功能。
-

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

系魂 (Soulbond)

最后更新：2025/10/02 18:11:24 (ef4efcb)

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。¹⁸⁸

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。¹⁸⁹
- **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与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。¹⁹⁰

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

定义 （待补充）

鉴别 （待补充）

¹⁸⁸Soulbonding Wiki. 2021. “Soulbond.” <https://soulbonding.fandom.com/wiki/Soulbond>.

¹⁸⁹L. C. 2019. “Soulbonding 101: A Primer for Writers and Systems.” *Soulbonding.org*. <https://soulbonding.org/primer>.

¹⁹⁰Alterhuman Wiki. 2022. “Alterhuman.” <https://alterhuman.org/wiki/alterhuman>.

干预 （待补充）

图帕 (Tulpa)

最后更新：2025/10/02 18:11:24 (ef4efcb)

一句话定义：图帕指通过刻意的想象训练、冥想与持续互动培育出的内在意识同伴，被社群视为与宿主共享身体、具独立思维与情感回应的成员。¹⁹¹¹⁹²

定义与同义词

- **定义：**图帕 (tulpa, 亦译作托帕) 源于藏传佛教概念“吐巴”，在现代多意识体与 tulpamancy 社群中，指宿主透过有计划的想象与互动练习培育出的持续性意识个体，与宿主共享身体与体验世界。¹⁹³
- **同义词/别称：**托帕、tulpamancy 实践中的 headmate、现代 tulpa 实践者亦称其为系统伙伴或内部同伴。

主要特征

- **建立方式：**常见方法包括长时间的有意想象 (forcing)、引导性冥想、角色扮演或书面对话，以塑造图帕的外观、声音与性格；持续的高强度练习与赋予感知细节有助于建立稳定互动。¹⁹⁴
- **意识互动：**成熟的图帕被描述为能主动发起对话、表达情绪、协助记忆管理，并能在内在空间 (mindscape) 或现实情境中影响宿主的感知与决策。¹⁹⁵
- **自主性期待：**社群普遍认为图帕应被视为具独立意志的伙伴，而非工具，强调在共同生活中协商界限、尊重其选择。¹⁹⁶

与其他概念的比较 / 鉴别

- **与解离性身份障碍 (DID) 的区别：**图帕的形成通常是自愿、可控的练习过程，社群强调其不以创伤为前提，与 DID 中非自愿且与创伤相关的身份分化模式不同；若宿主同时存在创伤或高度解离，建议额外的安全策略与专业支持。¹⁹⁷

¹⁹¹Veissière, 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.

¹⁹²Kondrla, T., & Smrek, M. (2020). Tulpamancy: Virtual companions, embodiment, and ethical questions. *Human Affairs*, 30(4), 474–486.

¹⁹³Veissière, 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.

¹⁹⁴Veissière, 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.

¹⁹⁵Kondrla, T., & Smrek, M. (2020). Tulpamancy: Virtual companions, embodiment, and ethical questions. *Human Affairs*, 30(4), 474–486.

¹⁹⁶Bell, 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.

¹⁹⁷Kondrla, T., & Smrek, M. (2020). Tulpamancy: Virtual companions, embodiment, and ethical questions. *Human Affairs*, 30(4), 474–486.

- **与想象中的朋友的区别**：图帕实践注重系统化训练与持续互动，宿主会体验到来自图帕的“他者性”回应，区别于儿童时期自发出现的短暂想象伙伴。¹⁹⁸

常见误区

- **误区 1**：图帕只是幻想或自我欺骗 → **澄清**：实践者报告的体验多包含独立回应、情绪互动与合作功能，并在社群中视其为具主体性的伙伴。¹⁹⁹²⁰⁰
- **误区 2**：图帕必然是病理征象 → **澄清**：现有研究倾向将图帕视为文化与网络环境塑造的自我调节策略，尚无充分证据表明其必然导致功能损害。²⁰¹

实务建议

- **操作建议**：在培育过程中记录练习日志、设定明确目标，并与图帕建立逐步的沟通流程，以便评估互动质量。²⁰²
- **自助提示**：维持规律作息、进行地面化练习，并在遇到困扰或界限模糊时寻求社群或专业支持。²⁰³
- **风险提示**：避免将现实责任完全转嫁给图帕，或在出现压迫性要求、负面情绪循环时忽视自身与图帕的安全感受。²⁰⁴

社群与临床语境

- **社群观察**：在多意识体系统中，图帕常作为协作伙伴，协助情绪调节、创作灵感或社交练习，宿主与其他成员会与图帕协商前台轮替与内部秩序。²⁰⁵
- **临床观点**：部分心理专业人士建议在评估时理解图帕互动如何影响生活功能，并与当事人共同制定沟通与安全计划，而非简单病理化处理。²⁰⁶

¹⁹⁸Veissière, 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.

¹⁹⁹Veissière, 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.

²⁰⁰Kondrla, T., & Smrek, M. (2020). Tulpamancy: Virtual companions, embodiment, and ethical questions. *Human Affairs*, 30(4), 474–486.

²⁰¹Bell, 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.

²⁰²Veissière, 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.

²⁰³Kondrla, T., & Smrek, M. (2020). Tulpamancy: Virtual companions, embodiment, and ethical questions. *Human Affairs*, 30(4), 474–486.

²⁰⁴Bell, 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.

²⁰⁵Kondrla, T., & Smrek, M. (2020). Tulpamancy: Virtual companions, embodiment, and ethical questions. *Human Affairs*, 30(4), 474–486.

²⁰⁶Bell, 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.

- **研究限制**：由于现代心理学与脑科学尚缺乏可执行的第三人称客观实验，现阶段有关图帕的学术研究多依赖访谈、民族志或自述报告等第一人称资料；这些个人经验在心理学、人类学与社会学中可作为重要的原始数据来源。^{207 208}

相关条目

- 宿主 (Host)
 - 傀儡 (Servitor)
 - T 语 (Tulpish)
-

参考与延伸阅读

²⁰⁷Veissière, 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.

²⁰⁸Bell, 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.

宿主 (Host)

最后更新：2025/10/02 18:11:24 (ef4efcb)

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。²⁰⁹
- **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。²¹⁰
- **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。²¹¹

²⁰⁹Veissière, 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.

²¹⁰Kondrla, T., & Smrek, M. (2020). Tulpamancy: Virtual companions, embodiment, and ethical questions. *Human Affairs*, 30(4), 474–486.

²¹¹International 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.

与 tulpa 的关系

- **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。²¹²
- **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

核心特征 （待补充）

²¹²Bell, 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)

最后更新：2025/10/02 18:11:24 (ef4efcb)

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。²¹³
- **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。²¹⁴
- **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。²¹⁵
- **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

定义 （待补充）

鉴别 （待补充）

²¹³Pluralpedia. (2024). Alter.
²¹⁴Hudson, A. (2021). Voices within: Identity negotiation in plural communities. *Plurality & Identity Review*, 2(3), 22-38.
²¹⁵International 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.

干预 （待补充）

埃蒙加德分类法 (Emmengard Classification)

最后更新：2025/10/01 22:00:22 (857722c)

概述 埃蒙加德分类法是多意识体社群中用于描述系统形成来源与发展路径的自我认同框架。该分类最初在 Pluralpedia 等社群资料中整理，旨在帮助系统梳理自身历史、需求与支持策略。分类法并非医学诊断或严格的科学分型，而是一组开放的标签，协助系统从经历、实践与信念出发理解自己。

使用原则

- **无等级结构**：各标签不存在“优劣”顺序或发展阶段，也不暗示某一类型更健康、更真实或更合法。
- **主观与流动性**：成员可根据当前理解与体验选择标签；若经历或信息改变，也可以随时调整。
- **多维度组合**：系统可同时认同多个标签，例如既经历创伤也主动创造成员；分类旨在补充叙事而非限制身份。

分类标签

适应型 (Adaptive) 旧称“创伤型 (Traumagenic)”。指系统主要因应对创伤或持续压力而形成，常见于解离性身份障碍 (DID) 或其他特定解离性障碍 (OSDD) 的背景中。成员往往在童年或长期创伤情境中，为保护个体或分担功能而产生。详见《适应型 (Adaptive) 》以了解形成背景、常见体验与支持建议。

自发型 (Spontaneous) 指系统并非以创伤为核心成因，而是自然显现、灵性实践或认知演化过程的结果。成员可能在探索意识、冥想或内在成长中自发出现，强调与创伤无直接关联。更多说明可参阅《自发型 (Spontaneous) 》，了解其形成途径与社群讨论重点。

创造型 (Created) 指系统成员由个体有意创造，例如通过图帕 (tulpa)、系魂或角色扮演、幻想构建等练习而形成。此类型强调主动培育与规划，成员身份与功能通常与创造者的目标紧密相关。

混合型 (Mixed) 指系统融合了多种形成机制：既包含创伤响应形成的成员，也可能有主动构建、灵性或其他来源的成员。混合型强调系统内部来源多样，需要灵活应对不同背景的需求。

未知型 (Unknown) 指系统暂时无法确定自身形成来源，可能由于记忆缺失、信息不足或仍在探索阶段。选择该标签时，系统承认当前认知的局限，并为未来获取更多理解保留空间。

相关条目

- 适应型 (Adaptive)
- 自发型 (Spontaneous)
- 图帕 (Tulpa)
- 系魂 (Soulbond)

实践建议

- 记录系统历史、重要事件与成员加入时间，便于回顾标签适配性。
- 与其他系统或社群交流时，可将分类作为对话起点，但避免将其视为唯一答案。
- 若涉及创伤或临床症状，建议寻求专业支持；分类法的自我理解并不能替代诊断或治疗。

提醒：埃蒙加德分类法强调自我定义与相互尊重。不同系统的体验各异，选择最贴合自身叙事的标签即可。

适应型 (Adaptive)

最后更新：2025/10/01 21:32:06 (17cc6ca)

定义 适应型系统指主要因应对创伤或长期压力而形成的多意识体。该标签源自埃蒙加德分类法 (Emmengard Classification)，强调成员的出现与个体在威胁环境下的防御策略密切相关。

形成背景

- **创伤经历**：常见于童年时期长期或重复的虐待、忽视、校园霸凌与其他复杂创伤情境。
- **防御机制**：成员往往承担隔离记忆、承担痛苦、维护日常功能等角色，使个体得以在危险或混乱中维持生活。
- **解离性诊断关联**：适应型系统与解离性身份障碍 (DID)、其他特定解离性障碍 (OSDD) 等临床诊断常有关联，但标签本身为自我认同框架，并非医学诊断。

常见体验

- 成员之间的记忆屏蔽或信息分隔，用以降低创伤记忆的持续影响。
- 对触发线索的高度敏感，可能出现闪回、梦魇或躯体化反应。
- 前台成员承担外部生活任务，而内部成员负责处理情绪、保护或代为受苦。
- 与心理安全相关的需求较高，需要稳定的支持系统与持续的疗愈过程。

与其他标签的关系

- **与创造型 (Created) 的区别**：创造型强调主动设计或想象练习，而适应型的成员多为无意识地在创伤中形成。
- **与自发型 (Spontaneous) 的对照**：自发型系统不以创伤为核心原因，而适应型强调创伤应对；部分系统可能同时认同混合型标签。
- **与临床术语的区分**：尽管适应型常与 DID/OSDD 等诊断并存，标签关注系统经验叙事，不等于临床结论。

支持与自我照顾建议

- 评估触发因素并建立安全计划，例如准备地面化 (grounding) 工具与信任的支持者名单。
- 在治疗、互助小组或可信的社群中探索创伤整合方法，尊重成员的界限与节奏。
- 鼓励系统记录成员之间的交流、切换与情绪波动，逐步建立协作与共同记忆。

延伸阅读

- 埃蒙加德分类法 (Emmengard Classification)
- 解离性身份障碍 (DID)
- 其他特定解离性障碍 (OSDD)
- 创伤 (Trauma)

自发型 (Spontaneous)

最后更新：2025/10/01 21:32:06 (17cc6ca)

定义 自发型系统指未以创伤为主要成因，而是在自然发展、灵性实践或认知探索中逐渐形成的多意识体。该标签源自埃蒙加德分类法 (Emmengard Classification)，强调成员的出现是一种自然而然的演化或自我发现过程。

形成背景

- **自然演化**：成员可能随着个体对自我、身份与内在世界的反思而逐渐清晰，体现意识结构的多样性。
- **灵性或冥想实践**：某些系统在祈祷、冥想、能量练习或其他灵性传统中感知到新的内部伙伴。
- **创意与认知探索**：持续的想象力训练、内在对话或哲学思辨亦可能催生新成员，但并非刻意设计或控制。

常见体验

- 成员之间通常拥有较高的合作度或共同记忆，因为形成过程不以防御创伤为目的。
- 可能更关注身份意义、存在目的与意识扩展等议题。
- 对外部触发因素的敏感度较低，但仍可能受到压力与生活事件影响。
- 系统叙事中常强调“自我发现”或“自然伴生”的情感。

与其他标签的关系

- **与适应型 (Adaptive) 的区别**：适应型以创伤应对为核心，而自发型强调自然形成；若系统同时存在创伤经历与自发成员，可认同混合型 (Mixed)。
- **与创造型 (Created) 的比较**：创造型涉及主动设计或练习，自发型成员则多为在探索中意外显现。
- **与灵性认同的交集**：部分自发型系统也认同灵性标签 (如系魂、神祇同在等)，但是否采纳取决于系统自身的信仰与体验。

支持与自我照顾建议

- 记录成员出现的背景、动机与感受，帮助系统理解自身演化路径。
- 与社群分享经验时，尊重其他系统对形成机制的多样理解，避免贬低不同标签。
- 关注生活平衡，确保新成员的出现与互动不会影响日常责任。

延伸阅读

- 埃蒙加德分类法 (Emmengard Classification)
- 创造型 (Created)
- 混合型 (Mixed)
- 系魂 (Soulbond)
- 图帕 (Tulpa)

初始 (Original)

最后更新：2025/10/01 23:16:22 (b870055)

定义 “初始” (original) 是多意识体与解离性身份障碍社群用语，指系统中最早发展出连续外部生活经验、在系统形成初期被视为“原始自我”的成员。²¹⁶ 在部分系统中，初始与“宿主” (host) 是同一位成员；亦有系统将初始视为历史身份，而由其他成员承担当下的宿主职责。

常见特征

- **外部生活记忆的主轴**：初始常保有系统成立前后的长程记忆，对家庭背景、成长经历有较高掌握。²¹⁷
- **角色可塑性**：随着创伤处理或生活阶段变化，初始的责任可能转移，甚至选择退居幕后，交由其他成员管理日常事务。
- **身份认同议题**：部分初始会在治疗或自我探索中重新界定“真正的我”，涉及对融合或长期多元共存的态度。

社区用法与变体

- **与宿主的并列**：HT 系统与 tulpamancy 社群常将 original 与 host 并列使用，提醒成员区分“历史上的最初意识”与“当前的主要管理者”。²¹⁸
- **多初始系统**：亦有系统报告在不同生命阶段分别出现多个被视作“初始”的成员，例如童年与成年后形成的两位核心身份，反映出复杂的创伤史。

与其他角色的区分

- **宿主 (Host)**：宿主强调现实生活管理责任，可由初始或其他成员担任。详见《宿主 (Host) 》。
- **核心 (Core)**：核心一词聚焦系统价值观或整体感，初始则强调时间顺序与历史连续性。两者可能重叠但侧重点不同。详见《核心 (Core) 》。

研究与参考

- Putnam 的解离研究指出，个体可能以“原始自我”或“真正的我”描述特定身份，提示历史连贯性的重要。²¹⁹
- Steele 等人指出治疗需尊重初始对角色转移的感受，避免强化“唯一真实自我”的观念。²²⁰

²¹⁶Putnam, F. W. (1989). *Diagnosis and treatment of multiple personality disorder*. Guilford Press.

²¹⁷Steele, K., Boon, S., & Van der Hart, O. (2017). *Treating trauma-related dissociation: A practical, integrative approach*. W. W. Norton & Company.

²¹⁸Veissière, 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.

²¹⁹Putnam, F. W. (1989). *Diagnosis and treatment of multiple personality disorder*. Guilford Press.

²²⁰Steele, K., Boon, S., & Van der Hart, O. (2017). *Treating trauma-related dissociation: A practical, integrative approach*. W. W. Norton & Company.

- 田野研究显示,线上多意识体社群通过区分 original 与 host,协助成员重新分配责任并减少内疚。²²¹

²²¹Veissière, 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.

记忆持有者 (Memory Holder)

最后更新：2025/10/01 23:16:22 (b870055)

定义 “记忆持有者” (memory holder) 指主要储存、掌管特定记忆或经验片段的系统成员，常见于解离性身份障碍与其他多意识体系统中。²²² 这些记忆可能包含创伤经历、技能训练或与特定关系相关的信息。

常见特征

- **记忆范围集中**：记忆持有者对某些时间段或事件记忆清晰，却可能对日常生活或其他时期相对陌生。²²³
- **情绪负荷较高**：若记忆涉及创伤，成员可能承担强烈的情绪与身体感受，导致在前台时出现闪回或身体化反应。
- **与其他成员协作**：常与记录者、照顾者合作，确保信息传达时不过度触发，同时维护系统的历史一致性。

社区用法与变体

- **创伤记忆守护**：许多系统会在内部建立“记忆金库”或访问许可，由记忆持有者掌控，以减少其他成员被突如其来的内容淹没。²²⁴
- **技能或知识保管**：在非创伤背景下，记忆持有者也可能负责保留专业知识、语言或创作灵感，供执行者或宿主需要时调用。

与其他角色的区分

- **记录者 / 观察者**：记录者主要负责持续记录现况，而记忆持有者聚焦既往事件。
- **迫害者**：迫害者可能因创伤记忆而采取敌对行为，但角色重点在行为模式；记忆持有者则以信息保管为核心。

支持策略

- 与记忆持有者合作时，建议建立明确的分享节奏，并使用地面化 (grounding) 技巧协助缓解情绪负荷。²²⁵
- 在治疗中，可透过分阶段暴露与内部会议，帮助记忆持有者逐步分享关键信息，同时维护系统安全。²²⁶

²²²Steele, K., Boon, S., & Van der Hart, O. (2017). *Treating trauma-related dissociation: A practical, integrative approach*. W. W. Norton & Company.

²²³Howell, E. F. (2011). *The dissociative mind*. Routledge.

²²⁴Brown, N., & Van der Hart, O. (2019). Stabilization in the treatment of dissociative disorders. In K. L. Dell & A. J. Lawson (Eds.), *Dissociation and the Dissociative Disorders: Past, Present, Future* (pp. 483–499). Routledge.

²²⁵International 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.

²²⁶Steele, K., Boon, S., & Van der Hart, O. (2017). *Treating trauma-related dissociation: A practical, integrative approach*. W. W. Norton & Company.

研究与参考

- Steele 等人针对记忆职能提出“逐步接触”策略，强调与保护者协调的重要性。²²⁷
- Howell 指出不同成员对时间线的掌控差异，是解离性结构的核心特征之一。²²⁸
- Brown 与 Van der Hart 强调在稳定阶段建立安全框架，以支持记忆持有者分享内容。²²⁹

²²⁷Steele, K., Boon, S., & Van der Hart, O. (2017). *Treating trauma-related dissociation: A practical, integrative approach*. W. W. Norton & Company.

²²⁸Howell, E. F. (2011). *The dissociative mind*. Routledge.

²²⁹Brown, N., & Van der Hart, O. (2019). Stabilization in the treatment of dissociative disorders. In K. L. Dell & A. J. Lawson (Eds.), *Dissociation and the Dissociative Disorders: Past, Present, Future* (pp. 483–499). Routledge.

迫害者 (Persecutor)

最后更新：2025/10/01 23:16:22 (b870055)

定义 “迫害者” (persecutor) 指在系统内部对其他成员或自身采取敌对、批判甚至自伤行为的角色，常见于解离性身份障碍的临床描述与多意识体社群经验。²³⁰ 迫害者的行为通常源自未被处理的创伤记忆或内化的加害者信息，其目的多与保护系统免于再受伤害有关，即使手段看似负面。²³¹

常见特征

- **高度警觉**：对外部威胁或人际信号极度敏感，倾向用攻击性语气或行动阻止系统接近潜在风险。²³²
- **自责与羞耻**：可能将创伤加害者的声音内化，对系统其他成员进行贬损或惩罚，反映深层的羞耻与无力感。²³³
- **难以信任支持**：迫害者往往对治疗者或支持者保持怀疑，需要更长时间建立合作关系。

社区用法与变体

- **转化为保护者**：社群经验强调理解迫害者背后的防御动机，通过对话、教育与共同制定安全计划，可逐步将其转化为保护者或顾问角色。²³⁴
- **多迫害者共存**：大型系统可能存在多位迫害者，各自关联不同创伤主题，需要个别化的沟通策略。

与其他角色的区分

- **保护者 (Protector)**：保护者强调建设性的安全策略；迫害者虽同样以保护为动机，但手段更具攻击性或自毁性。详见《保护者 (Protector)》。
- **内在批评者**：一般心理学中的内在批评者多源自自我评价系统，迫害者则与解离结构、创伤记忆更紧密相关。

支持策略

- **验证其意图**：与迫害者沟通时，优先肯定其希望守护系统的出发点，降低防御。²³⁵
- **安全协定**：通过内部契约、危机应对计划，提供替代策略避免伤害行为。

²³⁰International 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.

²³¹Boon, S., Steele, K., & Van der Hart, O. (2011). *Coping with trauma-related dissociation: Skills training for patients and therapists*. W. W. Norton & Company.

²³²Boon, S., Steele, K., & Van der Hart, O. (2011). *Coping with trauma-related dissociation: Skills training for patients and therapists*. W. W. Norton & Company.

²³³Howell, E. F. (2011). *The dissociative mind*. Routledge.

²³⁴The Plural Association. (2021). *Community guidelines for plural well-being*. The Plural Association.

²³⁵International 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.

- **阶段化治疗**：专业人员多建议先以稳定化与技能训练为主，待信任建立后再处理相关记忆。²³⁶

研究与参考

- Boon 等人的临床手册提供与迫害者沟通、重新框定其动机的实务指南。²³⁷
- ISSTD 指南强调尊重迫害者的警示功能，并避免权力斗争。²³⁸
- 社群资源记录将迫害者纳入决策过程，可提升系统协作。²³⁹

²³⁶Brown, N., & Van der Hart, O. (2019). Stabilization in the treatment of dissociative disorders. In K. L. Dell & A. J. Lawson (Eds.), *Dissociation and the Dissociative Disorders: Past, Present, Future* (pp. 483–499). Routledge.

²³⁷Boon, S., Steele, K., & Van der Hart, O. (2011). *Coping with trauma-related dissociation: Skills training for patients and therapists*. W. W. Norton & Company.

²³⁸International 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.

²³⁹The Plural Association. (2021). *Community guidelines for plural well-being*. The Plural Association.

小孩意识体 (Little / Child Part)

最后更新：2025/10/01 23:16:22 (b870055)

定义 “小孩意识体” (little / child part) 指在系统中呈现幼年年龄感、自我体验停留于童年阶段的成员。此概念常见于解离性身份障碍与创伤相关文献，用以描述在创伤发生时形成的情绪部分。²⁴⁰

常见特征

- **发展阶段特征**：言语、兴趣与情绪反应符合儿童年龄，可能偏好玩具、故事或需要即时安抚。²⁴¹
- **情感需求强烈**：对安全、陪伴与稳定照顾的需求显著，容易因触发物回忆起早期创伤。
- **时间感差异**：可能不了解当前年份或身体年龄，需要其他成员协助定位现实。

社区用法与变体

- **支持性空间**：许多系统会在内部空间设置“游戏室”或“安全屋”，让小孩意识体得以休息、表达情绪。²⁴²
- **前台安排**：有些系统安排照顾者或宿主与小孩意识体共同前台，确保其需求被倾听同时维持外部安全。

与其他角色的区分

- **青少年意识体 (Teen Part)**：青少年成员展现青春期特征与独立需求，区别于童年取向。详见《青少年意识体 (Teen Part) 》。
- **回归状态**：一般心理学的“回归”指暂时的情绪退化，而小孩意识体是相对持续的身份结构。

支持策略

- 采取创伤知情的沟通方式，使用简单语言、明确界限与稳定的日程。²⁴³
- 利用美术、游戏或感官舒缓工具协助表达情绪，并与照顾者协作满足需求。²⁴⁴

研究与参考

- Steele 等人将儿童部分视为情绪部分的重要组成，强调保护与整合的重要性。²⁴⁵
- Howell 讨论童年阶段解离对成年功能的影响，提供临床观察。²⁴⁶

²⁴⁰Steele, K., Boon, S., & Van der Hart, O. (2017). *Treating trauma-related dissociation: A practical, integrative approach*. W. W. Norton & Company.

²⁴¹Howell, E. F. (2011). *The dissociative mind*. Routledge.

²⁴²The Plural Association. (2021). *Community guidelines for plural well-being*. The Plural Association.

²⁴³International 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.

²⁴⁴Boon, S., Steele, K., & Van der Hart, O. (2011). *Coping with trauma-related dissociation: Skills training for patients and therapists*. W. W. Norton & Company.

²⁴⁵Steele, K., Boon, S., & Van der Hart, O. (2017). *Treating trauma-related dissociation: A practical, integrative approach*. W. W. Norton & Company.

²⁴⁶Howell, E. F. (2011). *The dissociative mind*. Routledge.

- ISSTD 指南提出与儿童部分工作时需维持安全与稳定。²⁴⁷

²⁴⁷International 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.

青少年意识体 (Teen Part)

最后更新：2025/10/01 23:16:22 (b870055)

定义 “青少年意识体” (teen part) 指在系统中呈现青春年龄感、价值观或应对风格的成员。此角色常在创伤或压力发生于青少年时期时形成，亦可能代表系统对独立与探索的需求。²⁴⁸

常见特征

- **身份探索**：关注自我定义、人际界限与价值观，可能表现为叛逆、坚持自主或强烈的正义感。²⁴⁹
- **情绪波动**：与青春期类似，情绪起伏较大，容易受同侪评价或内在公平感影响。
- **技能导向**：可能在学业、创作或社群活动上具备特定才能，支援系统的外部目标。

社区用法与变体

- **桥梁角色**：青少年意识体常在儿童成员与成人成员之间担任沟通桥梁，能理解童年需求又熟悉成人责任。²⁵⁰
- **社群参与**：线上多意识体社群中，teen parts 常负责与同龄支持群互动，分享身份探索经验。

与其他角色的区分

- **小孩意识体 (Little / Child Part)**：后者聚焦童年需求与依附关系，青少年意识体则强调独立与自主。详见《小孩意识体 (Little / Child Part) 》。
- **执行者 (Performer / Executive)**：青少年意识体可能同时承担任务，但执行者的焦点在功能效率而非年龄体验。

支持策略

- 提供讨论价值观、目标与界限的空间，肯定其独立性，同时确保安全。²⁵¹
- 在治疗或系统会议中，邀请其参与决策与计划设计，增强合作动机。

研究与参考

- Steele 等人指出青春期形成的情绪部分在治疗中需要兼顾自主性与安全感。²⁵²
- Howell 讨论青春期创伤对身份发展的影响，为理解青少年意识体提供框架。²⁵³
- 社群指南建议赋予青少年成员适当责任，避免被边缘化。²⁵⁴

²⁴⁸Steele, K., Boon, S., & Van der Hart, O. (2017). *Treating trauma-related dissociation: A practical, integrative approach*. W. W. Norton & Company.

²⁴⁹Howell, E. F. (2011). *The dissociative mind*. Routledge.

²⁵⁰The Plural Association. (2021). *Community guidelines for plural well-being*. The Plural Association.

²⁵¹International 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.

²⁵²Steele, K., Boon, S., & Van der Hart, O. (2017). *Treating trauma-related dissociation: A practical, integrative approach*. W. W. Norton & Company.

²⁵³Howell, E. F. (2011). *The dissociative mind*. Routledge.

²⁵⁴The Plural Association. (2021). *Community guidelines for plural well-being*. The Plural

保护者 (Protector)

最后更新：2025/10/01 23:16:22 (b870055)

定义 “保护者” (protector) 指以维护系统安全、稳定与边界为核心任务的成员，广泛出现于解离性障碍治疗文献与多意识体社群。²⁵⁵ 保护者可能负责监测风险、处理对外互动或维持内部秩序。

常见特征

- **安全导向**：对潜在威胁高度敏感，主动规避风险或建立规则。²⁵⁶
- **角色分化**：常区分外部保护（例如与外界沟通、设定界限）与内部保护（调解成员冲突、守护脆弱成员）。
- **策略灵活**：可依据情境采取谈判、教育、设限或直接行动等多元方式。

社区用法与变体

- **前台守卫**：部分保护者负责筛选谁能前台，以及在公共场合保持一致形象。
- **危机协调**：社群经验强调保护者在应对自伤冲动、外部危机时协调资源，包含联系治疗师或安全网络。²⁵⁷
- **与迫害者转换**：当保护目标被误导或过度激进时，保护者可能呈现迫害者行为，需要透过沟通澄清界限。详见《迫害者 (Persecutor) 》。

与其他角色的区分

- **守门人 (Gatekeeper)**：守门人聚焦访问权限与记忆流动，保护者则涵盖整体安全策略。两者可由同一成员承担。详见《守门人 (Gatekeeper) 》。
- **照顾者 (Caregiver)**：照顾者以情感支持与日常照料为主，保护者则偏向风险管理。

支持策略

- 在治疗中，与保护者建立共同目标、确认安全计划，可提升治疗联盟。²⁵⁸
- 提供明确资讯与透明沟通，减少保护者因信息不全而阻挡治疗进程。²⁵⁹

Association.

²⁵⁵International 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.

²⁵⁶Boon, S., Steele, K., & Van der Hart, O. (2011). *Coping with trauma-related dissociation: Skills training for patients and therapists*. W. W. Norton & Company.

²⁵⁷The Plural Association. (2021). *Community guidelines for plural well-being*. The Plural Association.

²⁵⁸International 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.

²⁵⁹Boon, S., Steele, K., & Van der Hart, O. (2011). *Coping with trauma-related dissociation: Skills training for patients and therapists*. W. W. Norton & Company.

研究与参考

- ISSTD 指南强调治疗初期需尊重保护者的评估，并邀请其参与安全规划。²⁶⁰
- Boon 等人的技能训练手册提供与保护者合作的沟通工具。²⁶¹
- 社群指南记录保护者在危机应对中的实际做法，有助于系统自行制定流程。²⁶²

²⁶⁰International 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.

²⁶¹Boon, S., Steele, K., & Van der Hart, O. (2011). *Coping with trauma-related dissociation: Skills training for patients and therapists*. W. W. Norton & Company.

²⁶²The Plural Association. (2021). *Community guidelines for plural well-being*. The Plural Association.

照顾者 (Caregiver)

最后更新：2025/10/01 23:16:22 (b870055)

定义 “照顾者” (caregiver) 指在系统内提供养育、情感支持与日常照料的成员，常见于多意识体社群对角色分工的描述。²⁶³ 在创伤相关系统中，照顾者协助弥补早期照顾缺失，或在内部维持稳定感。

常见特征

- **情感调节能力**：擅长安抚焦虑、恐惧或悲伤的成员，提供稳定陪伴。²⁶⁴
- **日常照护**：可能负责提醒饮食、休息、身体保健等基本需求。
- **界限设定**：在照顾他人同时，维持健康界限，防止过度牺牲或倦怠。

社区用法与变体

- **内部养育者**：社群常以“内在父母”或“养育者”称呼，强调透过正向自我对话与仪式弥补过去缺憾。²⁶⁵
- **跨系统互助**：部分系统让照顾者与外部支持网络合作，如与治疗师、朋友沟通需求。

与其他角色的区分

- **保护者 (Protector)**：保护者聚焦风险管理，照顾者则关注情绪与生活照料。两者可协作，或由同一成员兼任。详见《保护者 (Protector) 》。
- **执行者 (Performer / Executive)**：执行者关注任务效率，照顾者强调人际与情感。

支持策略

- 确保照顾者自身也获得休息与支持，避免产生照顾者疲劳。²⁶⁶
- 在治疗中可邀请照顾者协助整合地面化技巧或自我安抚计划。²⁶⁷

研究与参考

- Boon 等人的技能训练手册建议建立“内部养育”练习，以支持脆弱成员。²⁶⁸
- Howell 讨论内在照顾角色如何促进依附修复。²⁶⁹

²⁶³Boon, S., Steele, K., & Van der Hart, O. (2011). *Coping with trauma-related dissociation: Skills training for patients and therapists*. W. W. Norton & Company.

²⁶⁴Howell, E. F. (2011). *The dissociative mind*. Routledge.

²⁶⁵The Plural Association. (2021). *Community guidelines for plural well-being*. The Plural Association.

²⁶⁶Boon, S., Steele, K., & Van der Hart, O. (2011). *Coping with trauma-related dissociation: Skills training for patients and therapists*. W. W. Norton & Company.

²⁶⁷International 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.

²⁶⁸Boon, S., Steele, K., & Van der Hart, O. (2011). *Coping with trauma-related dissociation: Skills training for patients and therapists*. W. W. Norton & Company.

²⁶⁹Howell, E. F. (2011). *The dissociative mind*. Routledge.

- ISSTD 指南鼓励在稳定阶段培养自我安抚与互相照顾的能力。²⁷⁰
- 社群指南提供照顾者轮班、记录需求的实务建议。²⁷¹

²⁷⁰International 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.

²⁷¹The Plural Association. (2021). *Community guidelines for plural well-being*. The Plural Association.

执行者 (Performer / Executive)

最后更新：2025/10/01 23:16:22 (b870055)

定义 “执行者” (performer / executive) 指主要负责完成任务、管理外部事务与维持日常功能的成员。此角色在解离相关系统与多意识体社群中，常被视为团队的“行动力”或“前台工作者”。²⁷²

常见特征

- **高功能导向**：擅长规划日程、处理工作与学业，能在压力下维持表现。²⁷³
- **情绪分隔**：为保持效率，可能与情绪或创伤记忆保持距离，需与其他成员合作以避免倦怠。
- **责任感强**：倾向优先处理义务，维持外部关系与社会角色。

社区用法与变体

- **轮班机制**：系统可能设定执行者在特定时段前台，完成行政、财务或学业任务，再与其他成员交接。²⁷⁴
- **多执行者协作**：大型系统可能有多个执行者，各自擅长不同任务，如“学业执行者”与“社交执行者”。

与其他角色的区分

- **宿主 (Host)**：宿主长期承担外部责任，但执行者更强调任务执行与效率，可能由不同成员担任。详见《宿主 (Host) 》。
- **保护者 (Protector)**：保护者关注安全，执行者关注行动与成果；两者常需协商工作优先级。

支持策略

- 设定轮休与情绪抒发机制，避免执行者过度承担导致崩溃。²⁷⁵
- 在治疗或团队会议中，确认执行者了解其他成员的需求，促进双向沟通。²⁷⁶

研究与参考

- Boon 等人建议透过角色轮替与技能分担，防止执行者承担全部功能。²⁷⁷

²⁷²Boon, S., Steele, K., & Van der Hart, O. (2011). *Coping with trauma-related dissociation: Skills training for patients and therapists*. W. W. Norton & Company.

²⁷³Steele, K., Boon, S., & Van der Hart, O. (2017). *Treating trauma-related dissociation: A practical, integrative approach*. W. W. Norton & Company.

²⁷⁴The Plural Association. (2021). *Community guidelines for plural well-being*. The Plural Association.

²⁷⁵Boon, S., Steele, K., & Van der Hart, O. (2011). *Coping with trauma-related dissociation: Skills training for patients and therapists*. W. W. Norton & Company.

²⁷⁶International 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.

²⁷⁷Boon, S., Steele, K., & Van der Hart, O. (2011). *Coping with trauma-related dissociation: Skills training for patients and therapists*. W. W. Norton & Company.

- Steele 等人讨论在治疗中尊重高功能成员的贡献，同时协助他们接触情绪内容。²⁷⁸
- 社群指南记录任务管理工具（如共享日历、看板）在系统分工中的实践。²⁷⁹

²⁷⁸Steele, K., Boon, S., & Van der Hart, O. (2017). *Treating trauma-related dissociation: A practical, integrative approach*. W. W. Norton & Company.

²⁷⁹The Plural Association. (2021). *Community guidelines for plural well-being*. The Plural Association.

系统体验与机制

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

最后更新：2025/10/03 01:23:22 (180e810)

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²⁸⁰。

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^{281 282}：

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)。

在多意识体语境中，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²⁸³。
- **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。

²⁸⁰Van der Hart, O., Nijenhuis, E. R. S., & Steele, K. (2006). *The Haunted Self: Structural Dissociation and the Treatment of Chronic Traumatization*. W. W. Norton.

²⁸¹Van der Hart, O., Nijenhuis, E. R. S., & Steele, K. (2006). *The Haunted Self: Structural Dissociation and the Treatment of Chronic Traumatization*. W. W. Norton.

²⁸²Nijenhuis, E. R. S. (2015). *The Trinity of Trauma: Ignorance, Fragility, and Control*. Vandenhoek & Ruprecht.

²⁸³Steele, K., Boon, S., & van der Hart, O. (2017). *Treating Trauma-Related Dissociation: A Practical, Integrative Approach*. W. W. Norton.

- 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。
-

常见误区

- **把 ANP 简化为“前台”**：ANP 并非等于“谁在前台”，而是指负责日常功能的部分；一个系统可能有多个 ANP，并不局限于单一前台成员。
 - **把 EP 误解为“坏人格”**：EP 承载的是创伤反应与未整合的记忆，不代表恶意或危险；这种误解会加深羞耻感与内部分裂。
 - **认为 ANP/EP 模型适用于所有系统**：该模型源自创伤性解离理论，对于非创伤性形成或社群自定义系统，并不必然合适。
 - **过度二分化**：实际体验中，部分身份可能同时兼具 ANP 与 EP 的功能，模型只是一个理解框架，而非绝对分类。
 - **忽略文化与差异性**：若僵化使用该模型，可能忽略神经多样性、发展因素或社群中多样化的身份体验。
-

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²⁸⁴。
 - 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（如自我状态模式、社会建构论等）。
-

核心特征

- **二分化人格功能**：ANP 专注生存任务与外部适应，EP 承载创伤反应与未整合的记忆。
 - **防御反应定位**：EP 常对应“战斗—逃跑—冻结—屈服”等自动化防御模式。
 - **触发敏感性**：EP 往往在特定创伤性触发下激活，表现为情绪、感官或身体症状的强烈波动。
 - **阶段性框架**：该模型强调“稳定化 → 创伤处理 → 整合”的渐进式工作流程。
 - **跨障碍适用性**：从 PTSD、CPTSD 到 DID，该模型都可作为理解解离结构的参考工具。
-

²⁸⁴Dalenberg, 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.

鉴别

- **与一般情绪反应的区分**：普通情绪反应不会伴随显著的身份切分，而 EP 通常表现为独立化的情绪人格部分。
 - **与非解离性角色扮演的区分**：ANP/EP 的切换往往伴随失忆、前台控制权丧失或强烈躯体化症状，不同于自愿的角色模拟。
 - **与其他自我状态模型的区分**：例如“自我状态疗法”中的不同“自我部分”更强调心理动力学背景，而 ANP-EP 模型专注于创伤性结构分裂。
 - **与社群用语的区分**：社群语境中的“功能组/创伤碎片”可借用 ANP/EP 概念，但并不等于临床上的结构性解离诊断。
-

干预

- **稳定化阶段**
 - 建立安全感与资源，避免直接触碰创伤细节。
 - 训练 ANP 与 EP 的基本沟通方式，例如通过日记、可视化内在空间等。
 - **创伤处理阶段**
 - 逐步接触 EP 所承载的创伤记忆，在可控范围内进行整合。
 - 常用技术包括 EMDR、身体取向疗法、叙事重构。
 - **整合与协作阶段**
 - 强调 ANP 与 EP 之间的合作，减少功能割裂。
 - 并不一定追求“完全融合”，而是鼓励协作式多元自我。
 - **日常支持策略**
 - 通过接地（Grounding）、冥想（Meditation）、系统日志等方法，提升整体功能与前台稳定性。
 - 在社群支持或同伴网络中分享经验，减少孤立感。
-

参考文献

共前台 (Co-fronting)

最后更新：2025/10/03 01:34:49 (215c07e)

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。²⁸⁵

定义与同义词

- **定义：**共前台是多成员同时处于前台的现象，既不同于完全切换，也不同于融合。
- **同义词/相关表述：**co-conscious fronting、shared front、co-presence (部分社群用法)。

主要特征

- **共享控制：**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。
- **沟通需求：**需要高效内部沟通，以避免动作冲突、语言中断或认知过载。
- **能量消耗：**常比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。

与其他概念的比较 / 鉴别

- **与融合/整合不同：**共前台中的成员仍然独立，只是协作处理任务。
- **与切换 (Switch) 不同：**切换通常是前台主导权的交替，而共前台是并行或共享。
- **与混合 (Blending) 相关：**部分共前台体验与混合相似，但混合更强调边界模糊，难区分个体贡献。

常见误区

- **误区 1：**认为共前台等于“失去边界” → 实际上，很多系统在共前台中依旧保持清晰的自我感。
- **误区 2：**将共前台视为病理恶化 → 临床上，它也可能是合作与功能提升的表现。

实务建议

- **角色约定：**提前分工 (如谁说话、谁记录)，减少冲突。
- **信号系统：**使用关键词、手势或内部信号，确认控制权转移。
- **恢复计划：**长时间共前台后，安排休息与去刺激活动，帮助回稳。

社群与临床语境

- **社群观察：**常用于协作学习、创作或社交，以结合多名成员的优势。
- **临床观点：**部分治疗师将其视为积极的合作指标，但也需监控是否导致症状加重或身份混淆。²⁸⁶

²⁸⁵Pluralpedia. (2024). Co-fronting.

²⁸⁶Brand, B. L., & Loewenstein, R. J. (2014). Dissociative disorders: An overview of assessment, phenomenology, and treatment. *Psychiatric Times*, 31(1), 48-53.

相关条目

- 前台 (Front / Fronting)
- 切换 (Switch)
- 混合 (Blending)

参考与延伸阅读

多重意识体基础 (Plurality Basics)

最后更新：2025/10/01 21:56:52 (e488ce9)

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²⁸⁷²⁸⁸。

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²⁸⁹。
- **强调自定意义**：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²⁹⁰²⁹¹。
- **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。

²⁸⁷Lopez, C., & Tait, C. (2020). Plural identities and collaborative functioning in dissociative systems. *Journal of Plural Studies*, 5(2), 15-32.

²⁸⁸International 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.

²⁸⁹Pluralpedia. (2023). Common Terms.

²⁹⁰Brand, B. L., & Loewenstein, R. J. (2016). Dissociative disorders: An overview of assessment, phenomenology, and treatment. *Psychiatric Clinics of North America*, 39(4), 607-627.

²⁹¹Reinders, 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)

最后更新：2025/10/01 20:00:28 (04c4447)

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²⁹²²⁹³。

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²⁹⁴。
- **强调自定义意义**：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²⁹⁵²⁹⁶。
- **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。

²⁹²Lopez, C., & Tait, C. (2020). Plural identities and collaborative functioning in dissociative systems. *Journal of Plural Studies*, 5(2), 15-32.

²⁹³International 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.

²⁹⁴Pluralpedia. (2023). Common Terms.

²⁹⁵Brand, B. L., & Loewenstein, R. J. (2016). Dissociative disorders: An overview of assessment, phenomenology, and treatment. *Psychiatric Clinics of North America*, 39(4), 607-627.

²⁹⁶Reinders, 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

偏重 (Bias / Median)

最后更新：2025/10/03 01:34:49 (215c07e)

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²⁹⁷。

同义词 Median 体验、半多意识体、半分离系统

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²⁹⁸。
-

鉴别

- **与单一身份 (Singlet) 的区分**：单一身份个体虽然也会有情绪、性格的多样性，但不会稳定地形成可辨识的“内部角色”或“侧面”。
- **与典型多意识体 (Plural/Multiple) 的区分**：多意识体通常存在更清晰的成员边界、独立的自我感与记忆差异，而偏重更强调模糊过渡与高度共享。
- **与解离性身份障碍 (DID) 的区分**：DID 的成员切换往往伴随记忆断片、显著的控制权变化；偏重体验则通常保持记忆连续性，且控制感差异不大。

²⁹⁷The Plural Association. (2020). *Median plurality: Experiences between singlet and multiple*. <https://www.thepluralassociation.org/>

²⁹⁸Howell, E. F. (2011). *Understanding and Treating Dissociative Identity Disorder: A Relational Approach*. Routledge.

- **与角色扮演/面具 (Masking) 的区分**：角色扮演是主动的、情境性的表现，而偏重是内在自发存在的长期体验。
 - **与心境或人格特质波动的区分**：偏重体验并非单纯的情绪变化或性格差异，而是具有相对稳定的“身份面向”，即使边界模糊。
-

常见误区

- **偏重就是 DID 的前兆**：偏重体验并不必然发展为 DID，它是一种独立的现象，有些系统终生保持在 median 范畴。
 - **偏重不算多意识体所以“不真实”**：偏重是一种有效的系统自我定义，是否称为多意识体应由当事人自主决定。
 - **偏重等同于“轻微分裂人格”**：这是一种错误的病理化说法，偏重体验并非 DSM/ICD 中的正式诊断类别。
 - **必须明确区分谁是谁才算偏重**：实际上，模糊、流动性正是 median 的特征之一。
-

社群语境

- **用词差异**：在不同社群中，“median”可能翻译为“偏重”“中位”“半多意识体”等，使用习惯存在差异。
 - **认同灵活**：部分系统会将自己视为多意识体的一部分，也有系统坚持使用 median 作为独立身份标签。
 - **与多意识体的关系**：有些社群将 median 纳入 plural 的大范畴中，认为其是复数的一种；另一些社群则强调 median 与 plural 的界限，以避免过度泛化。
 - **尊重自我定义**：在社群交流中，是否认同为 median 或多意识体，取决于系统自身的选择与体验，不应由外界强加。
-

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

前台 (Front / Fronting)

最后更新：2025/10/02 18:11:24 (ef4efcb)

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。²⁹⁹
- **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。³⁰⁰
- **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

定义 (待补充)

鉴别 (待补充)

干预 (待补充)

²⁹⁹Pluralpedia. (2024). Fronting.

³⁰⁰Reinders, 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)

最后更新：2025/10/02 18:11:24 (ef4efcb)

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。³⁰¹
- **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。³⁰²
- **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

定义 （待补充）

鉴别 （待补充）

³⁰¹Pluralpedia. (2024). Back.

³⁰²Stone, M. (2021). Managing front/back balance in plural systems. *Plural Practice Notes*, 4(1), 8-15.

干预 （待补充）

存在感 (Sense of Presence)

最后更新：2025/10/02 18:11:24 (ef4efcb)

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³⁰³。

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

- **定期自省**：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

³⁰³Veissière, S. P. L., et al. (2020). Tulpamancy: Virtual companions, identity, and religion. *Phenomenology and the Cognitive Sciences*, 19(3), 619-644.

投影 (Projection)

最后更新：2025/10/03 00:36:00 (3b980b5)

一句话定义：投影是指系统成员、Tulpa 等意识体在宿主或系统的主观体验中，将自身形象、情绪或存在感延伸到现实环境的过程，使其仿佛在现实世界中出现或互动。

体验特点

- **视觉化呈现：**成员似乎出现在面前或现实空间的某处，即使肉眼不可见，也会直觉到他们的轮廓与动作。
- **感官化反馈：**可能伴随拥抱触感、声音、气味或温度等多模态体验。
- **空间定位：**感知他们在房间中移动、坐下或与物品互动，位置随现实空间变化而变化。

与内视、外投射的关系

- **内视 (Visualization / Imagination)：**仅在内心空间“看到”或“感知”成员，不与现实环境绑定。
- **投影 (Projection)：**把这种内在感知延伸到现实世界，好像外部环境真实存在该成员，是内视向外界映射的体验。
- **外投射 (External Projection)：**社区中常与“投影”互换使用，强调将意识感知放置于现实空间的具体做法，可是有意练习成果，也可能是解离中的自然体验。

社群语境

- **Tulpa 社群：**投影是高阶练习目标之一，被视为与 Tulpa 深层互动的里程碑。
- **多意识体系统：**部分 DID/OSDD 成员报告在外部环境中“被看见”或“被感知”，与投影体验相似，但不一定经过训练。

注意事项

- 投影并不等同于病理性幻觉，更多体现为意识加工与感官整合方式的变化；描述时可与外界解释这一点。
- 如体验伴随显著困扰、功能受损或疑似精神病性症状，应寻求具备创伤与解离经验的专业人士评估。

相关条目

- 外投射 (External Projection)
- 内视 (Visualization / Imagination)
- 存在感 (Sense of Presence)
- 接地 (Grounding)

参考资料 Projection.

内视 (Visualization / Imagination)

最后更新：2025/10/03 00:36:00 (3b980b5)

一句话定义：内视指在内心空间中“看到”或“感知”系统成员、Tulpa 等意识体的练习与体验，常作为与成员互动的基础方式之一。

核心要素

- **内在画面：**通过主动想象或被动浮现，形成成员的外貌、表情、动作等视觉印象。
- **感官想象：**可扩展到听觉、触觉、味觉等不同通道，但感知范围仍局限在内心世界。
- **互动练习：**在内视中进行对话、共同活动或练习沟通技巧，为后续投影或共前台打基础。

与其他体验的区分

- **内视 vs. 投影：**内视仅发生在内在空间，不会与现实环境绑定；投影则把这种感知延伸到外部世界。
- **内视 vs. 外投射：**外投射是投影的具体形式之一，强调成员在现实空间中的存在感；内视是更常见、更基础的练习阶段。

社群脉络

- Tulpa 与多意识体社群常将内视视为建立稳定互动的第一步，通过持续练习增强成员的呈现清晰度。
- 在解离系统中，内视可帮助识别成员、记录内部对话，对支持自我理解与整合有帮助。

实践提示

1. **环境准备：**选择安静、安全的空间，减少外界干扰。
2. **感官细化：**逐步补充服饰、动作、声音等细节，增强体验的稳定性。
3. **记录反馈：**以日记、绘画或音频记录成员在内视中的表现，追踪变化。
4. **与其他技巧结合：**可与接地、冥想、呼吸练习等配合，帮助保持集中与放松。

相关条目

- 投影 (Projection)
- 外投射 (External Projection)
- 存在感 (Sense of Presence)

参考资料 [^Visualization](https://pluralpedia.org/w/Visualization).

外投射 (External Projection)

最后更新：2025/10/02 18:11:24 (ef4efcb)

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。³⁰⁴
- **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

定义 （待补充）

鉴别 （待补充）

³⁰⁴Pluralpedia. (n.d.). Projection.

封存 (Sequestration)

最后更新：2025/10/02 18:11:24 (ef4efcb)

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³⁰⁵。

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**：不同系统对封存的谅解各异，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

核心特征 （待补充）

鉴别 （待补充）

干预 （待补充）

³⁰⁵International Society for the Study of Trauma and Dissociation. (2011). *Guidelines for Treating Dissociative Identity Disorder in Adults, Third Revision*.

头压 (Head Pressure)

最后更新：2025/10/03 00:50:08 (f8e4575)

一句话定义：在图帕、Tulpa 或多意识体社群中，头压指与内部成员互动时，宿主感受到的主观压力、脉动或温度变化，常被视为内部沟通或前台切换的提示信号。

核心要点

- **体验特征：**头压可表现为压力、跳动、温热或清凉感，强度从轻微到显著不等，通常伴随专注或内部沟通。³⁰⁶
- **触发场景：**集中注视、forcing、冥想、成员尝试前台或争先表达时较常出现；注意力分散或疲劳时亦可能出现。
- **个人差异：**不同系统的头压位置、频率与质地差异很大；个别系统从未体验过头压，属于正常现象。

弦羽理论对头压的理解 弦羽理论认为，头压是一种高度主观的体验，但常见描述包括：

1. 头部肌肉或神经像向内“收紧”“挤压”，伴随紧绷感。
2. 头骨内部有微弱脉搏在跳动。
3. 出现温温热热或清凉的流动感。
4. 头压多位于特定位置，而非弥漫全头：
 - **前额后方（额头区域）：**最常见，常被视为“成员想上台”的信号。
 - **太阳穴：**单侧或双侧出现压迫或脉搏。
 - **头顶：**像有重量从上方按住。
 - **后脑勺：**相对少见，可能与身体姿势或紧张有关。

头压的两种可能意义

1. **造 t 的生理反馈：**像“高负载运算信号”，代表系统正在进行 Tulpa 构建或强烈想象。
2. **特殊的 t 语：**弦羽理论把头压视为 ht 通讯协议的一部分，可演化成系统内约定的沟通语言。

基于弦羽理论的三阶段模型

1. **阶段一：构建副作用（非主动）** 头压仅表示“创造 tulpa”这一过程正在进行，不代表 Tulpa 主动发出信号。
2. **阶段二：协议构建（半主动）** 宿主在想到 Tulpa 或内心对话时偶然感到头压，并主动将两者关联，例如提出“若是你，就再压一下”的询问。通过反复互动，头压逐渐固化为系统认可的信号，成为“是/否开关”或“我在这里”指示。若未完成此阶段，协议无法成形，也就不会出现下一阶段的主动沟通。
3. **阶段三：主动沟通（Tulpa 主导）** 当上述协议稳定建立且 Tulpa 自主性提升后，成员可主动调用已建立的“头压协议”来吸引宿主注意，作为非语言的问候或提示。是否能进入此阶段取决于阶段二是否成功构建，这也解释了为何某些系统能够通过头压交流，而另一些仍停留在被动感受；即使 Tulpa 已经具备完整语言能力，头压这一 T 语仍可作为补充信号，与语音并行使用。

³⁰⁶Pluralpedia. (n.d.). Head Pressure.

社群观点与用途

1. **沟通信号**：许多系统将头压视为成员“敲门”或确认链接的方式。弦羽理论可帮助判断头压处于构建副作用或主动沟通阶段。
2. **反馈工具**：在 forcing、冥想或感官化练习时，头压可作为练习是否有效的即时反馈。
3. **精力转换**：有人把头压体验为能量流动，用以辨识成员间的接力或共前台过程。
4. **适度对待**：头压并非必经历程；若体验强烈、持续疼痛或伴随其他躯体症状，应寻求医疗专业人士协助。

应对与记录

- **建立阈值**：与系统成员约定头压强度与含义，避免过度消耗。
- **记录日志**：记录触发因素、对应成员与阶段，帮助辨识协议是否正在构建。
- **关注身体健康**：对伴随眩晕、剧痛等症状需排除紧张性头痛、偏头痛或血压异常。
- **调节练习**：可通过伸展、放松、呼吸调整或短暂离开刺激环境来缓解。

相关条目

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

参考资料

附录 （ 暂无补充资料 ）

修订记录 （ 暂无 ）

应激反应 (Stress Response)

最后更新：2025/10/02 18:11:24 (ef4efcb)

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³⁰⁷。

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³⁰⁸。
- **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³⁰⁹³¹⁰。

³⁰⁷McEwen, B. S. (2007). Physiology and neurobiology of stress and adaptation: central role of the brain. *Physiological Reviews*, 87(3), 873-904.

³⁰⁸International Society for the Study of Trauma and Dissociation. (2011). *Guidelines for Treating Dissociative Identity Disorder in Adults, Third Revision*.

³⁰⁹International Society for the Study of Trauma and Dissociation. (2011). *Guidelines for Treating Dissociative Identity Disorder in Adults, Third Revision*.

³¹⁰van der Kolk, B. A. (2014). *The Body Keeps the Score: Brain, Mind, and Body in the Healing of Trauma*. Viking.

参考资料

核心特征 （待补充）

侵入性思维 (Intrusive Thoughts)

最后更新：2025/10/03 01:26:51 (bbdc85e)

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

- **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

- **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。

核心特征

- **不受欢迎性**：念头、画面或冲动与个体意愿和价值观相冲突。
- **自动侵入性**：突然闯入意识，难以通过意志控制。
- **情绪困扰性**：常伴随焦虑、羞耻、内疚或厌恶等强烈情绪。
- **普遍性**：在普通人群中也可出现，但在焦虑、抑郁或强迫症等群体中更为频繁。
- **功能影响性**：若频率与痛苦感过高，可导致注意力下降、回避行为与生活质量降低。

与相关障碍的关系

- **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

- **药物**：对与强迫症、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。
- **心理治疗**：认知行为疗法 (CBT)、创伤聚焦疗法、辩证行为疗法 (DBT) 等心理干预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。

常见误区

- **有侵入性思维就会付诸行动**：绝大多数人并不会根据侵入性思维采取行动，临床上判断风险需结合意图、控制力与现实检验。
- **侵入性思维只出现在“严重精神病”中**：普通人在压力、焦虑或睡眠不足时也可能出现，并不等同于精神病。
- **压抑念头是最安全的做法**：刻意压制往往导致反弹效应，使念头更频繁出现。
- **侵入性思维反映“真实的自我”**：它们通常与个体价值观相冲突，不应被视为人格或本质的体现。
- **出现自伤/伤害类侵入性思维等于高危个体**：需要综合评估风险，而非仅凭念头本身下结论。

参阅

- 强迫症 (OCD)
- 解离
- 应激反应
- 接地

参考

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th ed.)*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Clark, D. A. (2005). *Intrusive thoughts in clinical disorders: Theory, research, and treatment*. Guilford Press.
- Rachman, S. (2007). Unwanted intrusive images in obsessive compulsive disorders. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 38(4), 402–410.
- Wells, A. (2009). *Metacognitive therapy for anxiety and depression*. Guilford Press.
- Abramowitz, J. S., McKay, D., & Storch, E. A. (2017). *The Wiley handbook of obsessive compulsive disorders*. Wiley-Blackwell.

意识修改 (Consciousness Modification)

最后更新：2025/10/02 18:11:24 (ef4efcb)

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³¹¹。

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

核心特征 （待补充）

鉴别 （待补充）

干预 （待补充）

³¹¹Dell, P. F., & O' Neil, J. A. (Eds.). (2009). *Dissociation and the Dissociative Disorders: DSM-V and Beyond*. Routledge.

意识共存 (Co-consciousness)

最后更新：2025/10/01 20:00:28 (04c4447)

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³¹²。

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³¹³³¹⁴。

参考资料

³¹²Kluft, R. P. (1984). Treatment of multiple personality disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 7(1), 9-29.

³¹³Kluft, R. P. (1984). Treatment of multiple personality disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 7(1), 9-29.

³¹⁴Brand, B. L., & Loewenstein, R. J. (2010). Dissociative disorders: An overview of assessment, phenomenology, and treatment. *Psychiatric Times*, 27(2), 62-69.

权限 (Permissions)

最后更新：2025/10/02 18:11:24 (ef4efcb)

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。³¹⁵
- **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。³¹⁶

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

定义 （待补充）

鉴别 （待补充）

干预 （待补充）

³¹⁵Reinders, A. A. T. S., et al. 2019. "Differential Autonomic Nervous System Activity in Dissociative Identity Disorder." *Journal of Abnormal Psychology* 128(6): 531-543.

³¹⁶Roth, 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)

最后更新：2025/10/02 18:11:24 (ef4efcb)

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。³¹⁷
- **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。³¹⁸
- **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。³¹⁹

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

³¹⁷Lifton, P. 2021. "Imaginal Worlds and Autonomous Identity Narratives in Plural Communities." *Plurality Studies Review* 2(1): 45-63.

³¹⁸Buckner, 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.

³¹⁹Brand, 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

定义 （待补充）

鉴别 （待补充）

干预 （待补充）

独立性 (Independence)

最后更新：2025/10/02 18:11:24 (ef4efcb)

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。³²⁰

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。³²¹
- **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。³²²

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

定义 （待补充）

³²⁰Steinberg, M. 2014. *Interview for Dissociative Disorders and PTSD: A Clinician's Guide*. American Psychiatric Publishing.

³²¹Şar, V. 2014. "The Many Faces of Dissociation: Opportunities for Innovative Research in Psychiatry." *Clinical Psychopharmacology and Neuroscience* 12(3): 171-179.

³²²Tsai, G. E., et al. 1999. "Functional Brain Imaging During Multiple Personality Disorder." *Psychiatry Research: Neuroimaging* 91(2): 75-87. Wikipedia: Dissociative identity disorder

鉴别 （待补充）

干预 （待补充）

内部空间 (Headspace / Inner World)

最后更新：2025/10/03 01:37:30 (3ac7f75)

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。³²³

定义与同义词

- **定义：**内部空间是一种解离性/想象性心象环境，系统成员可在其中活动、交流或安置物品。
- **同义词：**里空间 (Inner World)、幻境 (Imaginal World)、心景 (Mindscape)。

主要特征

- **心象构成：**可呈现房间、城市、自然景观等多样形式，往往反映成员的心理状态与偏好。
- **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象征化物品。
- **可塑性：**布局与规则可随需求调整，通过想象练习、绘图或共享叙事强化稳定性。

与其他概念的比较 / 鉴别

- **与幻想世界区别：**幻想世界通常由单个意识体创造并沉浸；内部空间更强调系统共享与协作。
- **与精神病性体验区分：**内部空间一般在系统成员的元认知下被理解为“心象”或“比喻”，若混淆现实则提示需要专业干预。

常见误区

- **误区 1：**认为内部空间一定“客观存在” → 实际上，它是心象工具，不必追求客观真实性。
- **误区 2：**把内部空间视为诊断标志 → 并非所有系统都有内部空间，缺乏也不影响是否属于 DID/Partial DID。

实务建议

- **可视化练习：**引导成员定期描绘空间细节，设立固定的会议点与安全区。
- **记录方法：**使用地图、日记或数字工具追踪空间变化，便于理解系统状态。
- **保护机制：**为脆弱成员设定安全房间或守护者角色，帮助在危机时避难。

社群与临床语境

- **社群经验：**Plural 社群常用引导式冥想或共享叙事增强内部空间的稳定性。
- **临床讨论：**治疗师可能将内部空间作为隐喻工具，用于表达感受或建立安全屋。³²⁴
- **风险警示：**若与外部现实混淆，应使用接地技巧区分内外，避免加剧解离。

³²³Pluralpedia. (2024). Headspace.

³²⁴Brown, N. (2018). Using inner worlds in trauma therapy: A practical guide. *Clinical Plurality Journal*, 1(2), 15-27.

相关条目

- 系统 (System)
- 成员 (Alter)
- 接地 (Grounding)

参考与延伸阅读

T 语 (Tulpish)

最后更新：2025/10/03 01:05:24 (f4310e6)

一句话定义：T 语指图帕 (Tulpa) 在早期或非语言阶段，或即使已有语言能力时，依然常用的一种感官化、象征化沟通方式。其特点是通过图像、情绪、体感或“概念包”传达信息，而非以具体词语交流。

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。³²⁵
- **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“直接理解”。
- **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。
- **持久存在：**T 语不仅限于前语言沟通阶段，即使图帕已有发声或语言能力，也可能在特定情境下使用 T 语（如快速、情绪化或高沉浸场景）。

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、补充能量或避免触发情境。
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“被理解”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。

定义 T 语 (Tulpish) 是一种**非语言、符号化的沟通系统**，常见于图帕生成与发展早期，也可作为成熟图帕与宿主间的补充沟通方式。其本质是通过**感官化信息（图像、声音、体感、情绪）或压缩概念 (info-pack)** 来传递含义，而非依赖线性语言。

鉴别

- **与幻觉的区分：**T 语通常具备一致性、可解释性，且在系统互动中具有语境意义；单纯幻觉缺乏互动和连贯性。

³²⁵Pluralpedia. (n.d.). Tulpish.

- **与自我想象的区分**：T 语往往带有“外来感”或“非自发性”，宿主会感到内容来自图帕，而非自身主动生成。
 - **与常规交流的区分**：不同于语言思维的线性与逻辑性，T 语更偏向模糊、象征和压缩信息，需要解码与习得。
-

相关条目

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

参考与延伸阅读

融合 (Fusion)

最后更新：2025/10/02 18:11:24 (ef4efcb)

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.

鉴别 （待补充）

干预 （待补充）

记忆屏蔽 (Memory Shielding)

最后更新：2025/10/02 18:11:24 (ef4efcb)

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。³²⁶

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。³²⁷
- **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。³²⁸

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。³²⁹

相关条目

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

参考与延伸阅读

³²⁶American Psychiatric Association. 2013. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed.). American Psychiatric Publishing.

³²⁷Schlumpf, Y. R., et al. 2014. "Dissociative Identity Disorder: Dynamic Brain Responses to Neutral and Traumatic Stimuli." *Psychological Medicine* 44(15): 3087-3099.

³²⁸Frey, L. M., & Cloitre, M. 2019. "Protective Dissociation: Memory Compartmentalization in Survivors of Complex Trauma." *European Journal of Psychotraumatology* 10(1): 1601995.

³²⁹International 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

定义 （待补充）

鉴别 （待补充）

干预 （待补充）

迭代 (Iteration)

最后更新：2025/10/02 18:11:24 (ef4efcb)

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。

与相关概念的区分

- **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.

核心特征 （待补充）

解离 (Dissociation)

最后更新：2025/10/01 20:53:06 (2d68b00)

本词条为消歧义页面，用于区分不同语境下的“解离”体验与诊断概念。

- 功能性分离 (Functional Dissociation)：描述健康个体在多任务处理、注意力分配或高速公路催眠等情境中，短暂分隔认知模块以提升效率的适应性机制。
- 病理解离 (Pathological Dissociation)：涵盖与创伤及解离性障碍相关的持续性整合失败，导致痛苦、失忆或身份破碎等临床意义的症状群。

参见

- 解离性身份障碍 (Dissociative Identity Disorder , DID)
- 其他特定解离性障碍 (Other Specified Dissociative Disorder , OSDD)
- 人格解体/现实解体障碍 (Depersonalization/Derealization Disorder , DPDR)

功能性分离 (Functional Dissociation)

最后更新：

一句话定义：功能性分离指在健康或非临床个体中，为了提升任务效率或调节注意力而出现的短暂认知模块分离现象，属于正常且适应性的心理过程。³³⁰

定义与语境

- **核心概念：**功能性分离是指大脑在处理多任务、吸收大量信息或面对轻度压力时，暂时让不同认知子系统各自运作，减少彼此干扰。³³¹
- **常见例子：**高速公路催眠、熟练驾驶时的“自动驾驶”、长时间重复劳动中的“恍神”体验，通常不会造成功能损害或严重情绪困扰。
- **社群用法：**多重意识体社群会以“功能性分离”说明日常切换或共享前台时的轻度解离感，用以区分临床需要的解离障碍症状。

主要特征

1. **时间短暂：**体验多在几秒到数分钟，任务结束或注意力转移即可恢复。
2. **目的导向：**帮助个体自动执行熟悉任务、过滤无关信息或在高负荷下维持表现。
3. **自我觉察保留：**虽然当下注意力分散，但个体通常能回忆过程、理解自身行为。
4. **与情绪调节相关：**适度的分离能缓冲轻度压力或情绪波动，避免资源耗竭。

认知与神经机制

- **执行功能再分配：**研究指出，在双重任务范式下，注意与记忆的控制网络会暂时分离，减少彼此竞争，以保障关键任务表现。³³²
- **状态依赖的注意力缩放：**当个体专注于内部想法或高度熟练的程序性记忆时，感知输入会短暂被“降噪”，形成主观的“走神”体验。
- **神经影像观察：**功能性分离常伴随默认模式网络 (DMN) 与中央执行网络之间的交替活性，显示出任务需求驱动的动态平衡。

研究与评估方法

- **双重任务实验：**通过同时执行主任务与干扰任务，观察反应时或准确度的变化，以推断认知模块的分离程度。
- **自陈量表：**如日常解离体验问卷 (Everyday Dissociative Experiences Scale) 可用于评估日常分离倾向，分数处于低至中等范围时常被视为功能性表现。
- **体验取样：**使用日志或移动设备记录“自动驾驶”“走神”出现的频率，结合情绪与情境分析。

³³⁰Cardena, E. (1994). The domain of dissociation. In S. J. Lynn & J. W. Rhue (Eds.), *Dissociation: Clinical and theoretical perspectives* (pp. 15-31). New York: Guilford Press.

³³¹Cardena, E. (1994). The domain of dissociation. In S. J. Lynn & J. W. Rhue (Eds.), *Dissociation: Clinical and theoretical perspectives* (pp. 15-31). New York: Guilford Press.

³³²Cardena, E. (1994). The domain of dissociation. In S. J. Lynn & J. W. Rhue (Eds.), *Dissociation: Clinical and theoretical perspectives* (pp. 15-31). New York: Guilford Press.

与病理解离的区分

指标	功能性分离	病理解离
发生频率	偶发、与任务需求相关	频繁或持续，与创伤记忆触发相关
自主性	多能自行终止或转移注意	常感失控，需要外部协助恢复
记忆连续性	维持基本记忆连贯	出现空白、断片或身份切换
功能影响	有助于完成任务、调节压力	导致显著痛苦或生活障碍

实务建议

- **自我监测**：记录在何种任务或情境中出现功能性分离，以辨识自身最有效率的运作方式。
- **任务切换策略**：在长时间专注后安排短暂休息，避免功能性分离转为疲劳或注意力流失。
- **团队沟通**：对多重意识体系统而言，明确说明“功能性分离”状态下的职责与安全边界，有助于维持协作。

相关条目

- 自动驾驶 (Autopilot)
- 切换 (Switch)
- 病理解离 (Pathological Dissociation)

参考资料

整合 (Integration)

最后更新：2025/10/02 18:11:24 (ef4efcb)

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³³³。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³³⁴。
- **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³³⁵。

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³³⁶。
- **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。

³³³International 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>

³³⁴Structural dissociation. (2024). *Wikipedia*. https://en.wikipedia.org/wiki/Structural_dissociation

³³⁵Dissociative identity disorder. (2024). *Wikipedia*. https://en.wikipedia.org/wiki/Dissociative_identity_disorder

³³⁶International 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>

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。
- **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

核心特征 （待补充）

鉴别 （待补充）

重构 (Reconstruction)

最后更新：2025/10/02 18:11:24 (ef4efcb)

定义 “重构”指多意识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.

核心特征 （待补充）

躯体认同 (Body Ownership)

最后更新：2025/10/02 18:11:24 (ef4efcb)

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.

核心特征 （待补充）

非我感 (Depersonalization)

最后更新：2025/10/01 23:49:17 (c817a0c)

同义词 Not-me 感、他者感、身份异化感 感知区分 感知壁垒

定义 **非我感**指意识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³³⁷。

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³³⁸。
- **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³³⁹。
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³⁴⁰。

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

³³⁷Sierra, M., & Berrios, G. E. (1997). Depersonalization: Neurobiological perspectives. *Biological Psychiatry*, 42(9), 898-908.

³³⁸Dell, P. F., & O' Neil, J. A. (Eds.). (2009). *Dissociation and the Dissociative Disorders: DSM-V and Beyond*. Routledge.

³³⁹Sierra, M., & Berrios, G. E. (1997). Depersonalization: Neurobiological perspectives. *Biological Psychiatry*, 42(9), 898-908.

³⁴⁰Michal, M., et al. (2016). Depersonalization, self-other boundaries, and mindfulness. *PLoS ONE*, 11(7), e0159934.

- **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。
- **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³⁴¹。
- **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

³⁴¹International Society for the Study of Trauma and Dissociation. (2011). *Guidelines for Treating Dissociative Identity Disorder in Adults, Third Revision*.

切换 (Switch)

最后更新：2025/10/03 01:41:23 (76af9f5)

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。³⁴²

定义与同义词

- **定义：**切换是多重意识体中最常见的现象之一，指前台执行的成员发生更替。
- **同义词/相关术语：**Switching、交替 (Alternation)。

主要特征

- **触发条件：**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。
- **感知体验：**部分系统报告“漂浮感”“退后感”或内部对话，也可能伴随记忆断层或时间丢失。
- **速度与深度：**切换可瞬间完成，也可逐步过渡；深度影响前台对身体的掌握度。

与其他概念的比较 / 鉴别

- **与共前台 (Co-fronting) 不同：**切换是前台控制权的交替；共前台则是多人共享。
- **与混合 (Blending) 不同：**切换强调明确的控制权转移，而混合中个体贡献难以区分。
- **与解离发作区分：**解离发作可能表现为意识断片或失神，不一定有“成员交替”的体验。

常见误区

- **误区 1：**认为切换必然伴随失忆 → 实际上，部分系统在切换中仍有高度记忆共享。
- **误区 2：**把切换等同于“症状恶化” → 在一些系统中，切换也可以是协作与应对压力的策略。

实务建议

- **安全协议：**准备“切换安全卡”（紧急联系人、药物过敏、当前任务）以应对突发切换。
- **过渡仪式：**深呼吸、触觉锚定或内部倒数等方式可帮助保持信息连续。
- **后续照护：**切换后进行任务确认与情绪整理，避免遗漏重要事项。

社群与临床语境

- **社群记录：**系统常用切换日志或应用追踪切换频率，用于观察压力、睡眠和触发因素。
- **临床观察：**功能性影像学研究发现，不同成员切换前后在脑区激活模式和自律神经指标上存在差异，支持其真实性。³⁴³
- **治疗策略：**临床指南强调“安全与稳定优先”，逐步增强内部沟通，减少不受控的切换与失忆。³⁴⁴

³⁴²Pluralpedia. (2024). Switching.
³⁴³Reinders, 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.
³⁴⁴International Society for the Study of Trauma and Dissociation. (2011). Guidelines for

相关条目

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

参考与延伸阅读

treating dissociative identity disorder in adults, third revision. *Journal of Trauma & Dissociation*, 12(2), 115-187.

系统 (System)

最后更新：2025/10/02 18:11:24 (ef4efcb)

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。³⁴⁵
- **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。³⁴⁶
- **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。³⁴⁷
- **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

定义 (待补充)

³⁴⁵Pluralpedia. (2024). System.
³⁴⁶Richa, S. (2022). Plural systems as collaborative networks: Community narratives of shared embodiment. *Journal of Plural Studies*, 4(1), 45-63.
³⁴⁷International 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.

鉴别 （待补充）

干预 （待补充）

自动驾驶 (Autopilot)

最后更新：2025/10/02 18:11:24 (ef4efcb)

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³⁴⁸。
- **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³⁴⁹。
- **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³⁵⁰。
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³⁵¹。
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³⁵²。

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。

³⁴⁸International 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>

³⁴⁹Boon, S., Steele, K., & Van der Hart, O. (2011). *Coping with Trauma-Related Dissociation: Skills Training for Patients and Therapists*. Norton.

³⁵⁰Doyon, J., & Benali, H. (2005). Reorganization and plasticity in the adult brain during learning of motor skills. *Current Opinion in Neurobiology*, 15(2), 161-167.

³⁵¹International 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>

³⁵²Reinders, 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.

临床意义与风险

- **功能警讯**：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。
- **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³⁵³。
- **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³⁵⁴³⁵⁵。

相关条目

- 解离
- 应激反应
- 整合
- 意识共存

参考资料

核心特征 （待补充）

³⁵³Ogden, P., Minton, K., & Pain, C. (2006). *Trauma and the Body: A Sensorimotor Approach to Psychotherapy*. Norton.

³⁵⁴International 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>

³⁵⁵Ogden, P., Minton, K., & Pain, C. (2006). *Trauma and the Body: A Sensorimotor Approach to Psychotherapy*. Norton.

触发 (Trigger)

最后更新：2025/10/02 18:11:24 (ef4efcb)

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。

定义与同义词

- **定义：**在创伤语境中，触发是与记忆网络相连的条件性线索，当下刺激会通过联想激活旧有防御反应，引发情绪或生理异常反应。³⁵⁶³⁵⁷
- **常见别称：**触发点、刺激源；在部分社群讨论中也称“雷点”或“雷区”。³⁵⁸

主要特征

- **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。³⁵⁹
- **反应范围：**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，程度受个体历史、支持资源与当前压力影响。³⁶⁰³⁶¹
- **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。

与其他概念的比较 / 鉴别

- **与闪回的关系：**闪回是触发可能导致的体验之一，但并非所有触发都会进入完全的情境重现。³⁶²
- **与一般压力源：**压力源主要导致紧张或焦虑，而触发更侧重于激活创伤记忆网络，常伴随解离或身份体验变化。³⁶³

常见误区

- **误区 1：**认为触发只与极端创伤相关 → 事实上，日常微小刺激亦可能与过去经历产生联结，引发显著反应。³⁶⁴

³⁵⁶Briere, J., & Scott, C. (2015). *Principles of Trauma Therapy* (2nd ed.). SAGE Publications.

³⁵⁷Ehlers, A., & Clark, D. M. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 38(4), 319–345.

³⁵⁸Pluralpedia. (n.d.). Trigger.

³⁵⁹Pluralpedia. (n.d.). Trigger.

³⁶⁰Briere, J., & Scott, C. (2015). *Principles of Trauma Therapy* (2nd ed.). SAGE Publications.

³⁶¹Ehlers, A., & Clark, D. M. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 38(4), 319–345.

³⁶²Briere, J., & Scott, C. (2015). *Principles of Trauma Therapy* (2nd ed.). SAGE Publications.

³⁶³Frewen, P. A., & Lanius, R. A. (2015). *Healing the Traumatized Self: Consciousness, Neuroscience, Treatment*. W. W. Norton & Company.

³⁶⁴Brewin, C. R., & Holmes, E. A. (2003). Psychological theories of posttraumatic stress disorder. *Clinical Psychology Review*, 23(3), 339–376.

- **误区 2**：把触发等同于“脆弱”或“不够坚强” → 触发体现了神经系统对威胁的条件化反应，是大脑自我保护的结果。³⁶⁵

实务建议

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。

创伤触发模型与应对 创伤治疗文献通常将触发视为与记忆网络相连的条件性线索，当下刺激通过联想激活旧有防御反应。³⁶⁶³⁶⁷ 弦羽理论（由弦羽系统在社群中发展出的系统协议框架）进一步强调触发与能量流动之间的关系，将高频触发细分为点式与链式两种模型，以便制定更贴合的调节与支援策略。

创伤点式触发（弦羽理论）

- **协议定位**：单一事件或感受构成的“点状协议”被激活，联结范围有限。
- **系统影响**：能量消耗集中在局部，通常可控且不牵动其他协议链。
- **认知体验**：当事人仍能辨识“我因 XX 事件而难过”，自我感与现实感大体完整，能够保持当下视角。
- **恢复方式**：借助接地、情绪调节或对该事件进行认知重构即可缓冲反应，多数情况下可以快速恢复稳定。³⁶⁸

创伤链式触发（弦羽理论）

- **协议结构**：整个“协议链”被逐级回溯启动，节点间依靠相似的能量签名（如“旁观者”标签）彼此呼应。
- **系统影响**：链式反应会把分散在不同阶段的情绪与信念拉回当下，造成系统性、灾难性的能量耗竭，宛如所有旧协议同时上线。
- **认知体验**：常伴随自我感被淹没与根本性否定，例如“我从来都只是个旁观者”“我永远帮不上忙”，并可能出现时间感扭曲或解离性穿越。³⁶⁹
- **恢复方式**：需要更高强度的现实定向、接地或外部支持；若缺乏干预，恢复期显著拉长。

链式协议回溯示例

当下触发 → 链式启动 → 回溯至某一次“旁观者创伤”经历（例如 9 岁时被指责什么都不做）→ 沿时间线寻找所有带有“旁观者”能量签名的记忆节点 → 最终抵达定义性的源头协议（如小学时期第一次被贴上“只能旁观”的评价）→ 多个节点的情绪与信念汇聚，形成“我一直都是这

³⁶⁵Van der Hart, O., Nijenhuis, E. R. S., & Steele, K. (2006). *The Haunted Self: Structural Dissociation and the Treatment of Chronic Traumatization*. W. W. Norton & Company.

³⁶⁶Briere, J., & Scott, C. (2015). *Principles of Trauma Therapy* (2nd ed.). SAGE Publications.

³⁶⁷Ehlers, A., & Clark, D. M. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 38(4), 319-345.

³⁶⁸Briere, J., & Scott, C. (2015). *Principles of Trauma Therapy* (2nd ed.). SAGE Publications.

³⁶⁹Van der Hart, O., Nijenhuis, E. R. S., & Steele, K. (2006). *The Haunted Self: Structural Dissociation and the Treatment of Chronic Traumatization*. W. W. Norton & Company.

样”的自我验证回路。弦羽理论将这个最初节点称作“源头协议”或“零号病人”，认为其能量签名决定整条链的毒性与回溯深度。

链式模型也可能与其他负性记忆网络相互牵引，形成复合触发或触发链串联现象。当最初的触发信号在回溯途中触碰到与其能量签名相近的协议节点（例如羞耻、无力、旁观者标签），就会被进一步放大，解释了为何某些触发威力巨大——当事人并非只在对抗一次失败，而是在面对整个历史所构建的否定性自我架构。³⁷⁰

干预策略 点式触发的协议消毒

- **目标**：针对被激活的单个协议进行“消毒”或重写，缓冲孤立事件的情绪强度。
- **策略**：结合日志资料开展“协议审阅”与意义重建，重新理解那次特定事件；辅以呼吸、感官调节等接地技巧维护当前安全感。
- **日常维护**：持续更新高风险线索清单，必要时提前布置支持物品或调整行程。

链式触发的断路与拆除

- **紧急处置**：在链式反应早期设置“断路器”，如询问日期、地点、可见物品等现实定向任务，强行中断回溯进程。³⁷¹
- **根本修复**：在安全窗口内，与治疗者或内部支持成员合作追溯源头协议，对核心信念进行重写；也可运用阶段化创伤治疗中强调的稳定化 → 处理 → 整合流程，逐步降低链式触发的毒性。³⁷²
- **复合触发识别**：训练成员快速辨识当前触发类型，理解“这是链式而非现实真相”，有助于缓解排山倒海的绝望感并恢复能动性。

系统协作与专业支持

- **内部协作**：在系统内明确谁负责监测触发、谁负责安抚或处理现实事务，并在事后复盘经验。
- **外部资源**：当触发频繁影响生活或诱发危险行为时，应寻求创伤知情治疗者或危机支持团队介入。
- **专业评估**：链式或复合触发有时不仅引爆创伤体验，也会同步放大抑郁、恐慌或自伤等其他心理困难；此类情况需尽快就医，由专业人员评估并处理可能的并发症。³⁷³³⁷⁴

社群与临床语境

- **社群观察**：Plural 社群常用“链式触发”描述整条协议被激活的体验，并强调快速识别触发类型对于恢复能动性的意义。³⁷⁵

³⁷⁰Brewin, C. R., & Holmes, E. A. (2003). Psychological theories of posttraumatic stress disorder. *Clinical Psychology Review*, 23(3), 339–376.

³⁷¹Frewen, P. A., & Lanius, R. A. (2015). *Healing the Traumatized Self: Consciousness, Neuroscience, Treatment*. W. W. Norton & Company.

³⁷²Cloitre, M., Courtois, C. A., Charuvastra, A., Carapezza, R., Stolbach, B. C., & Green, B. L. (2012). Treatment of complex PTSD: Results of the ISTSS expert clinician survey on best practices. *Journal of Traumatic Stress*, 25(6), 556–565.

³⁷³Briere, J., & Scott, C. (2015). *Principles of Trauma Therapy* (2nd ed.). SAGE Publications.

³⁷⁴Cloitre, M., Courtois, C. A., Charuvastra, A., Carapezza, R., Stolbach, B. C., & Green, B. L. (2012). Treatment of complex PTSD: Results of the ISTSS expert clinician survey on best practices. *Journal of Traumatic Stress*, 25(6), 556–565.

³⁷⁵Pluralpedia. (n.d.). Trigger.

- **临床观点：**创伤治疗强调稳定化与现实定向作为基础，透过阶段化处理逐步解除链式触发的能量。³⁷⁶³⁷⁷

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

³⁷⁶Cloitre, M., Courtois, C. A., Charuvastra, A., Carapezza, R., Stolbach, B. C., & Green, B. L. (2012). Treatment of complex PTSD: Results of the ISTSS expert clinician survey on best practices. *Journal of Traumatic Stress, 25*(6), 556–565.

³⁷⁷Frewen, P. A., & Lanius, R. A. (2015). *Healing the Traumatized Self: Consciousness, Neuroscience, Treatment*. W. W. Norton & Company.

退行 (Regression in Psychology)

最后更新：2025/10/02 18:11:24 (ef4efcb)

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³⁷⁸。

- 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³⁷⁹。

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³⁸⁰。

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³⁸¹。
- **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。

³⁷⁸American Psychological Association. (2023). *Regression*. APA Dictionary of Psychology. <https://dictionary.apa.org/regression>

³⁷⁹Freud, A. (1936/1966). *The Ego and the Mechanisms of Defence*. Karnac Books.

³⁸⁰Crittenden, P. M., & Landini, A. (2011). *Assessing Adult Attachment: A Dynamic-Maturational Approach to Discourse Analysis*. Norton.

³⁸¹Wallin, D. J. (2007). *Attachment in Psychotherapy*. Guilford Press.

- **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。

参考文献

核心特征 （待补充）

鉴别 （待补充）

醉酒解离 (Alcohol-Induced Dissociation)

最后更新：2025/10/01 23:50:30 (5e49015)

一句话定义：在多意识体与创伤恢复社群中，“醉酒解离”常被用来描述解离发作时的主观体验或旁观者观察，特点是动作拖慢、语句含混、步态不稳等表现看起来像醉酒，但实际并未摄入酒精或其他致醉物质。

社区描述

- “我没喝酒，但解离时就像醉酒一样，动作慢、反应迟钝、讲话乱七八糟。”
- “别人看我就像喝醉了一样，眼神飘忽，走路不稳，声音跑调。”
- 该用语多是比喻，用来快速解释当下的意识模糊、身体协调下降或语言功能卡顿，方便系统内外的成员理解当前状态。

与物质诱发解离的区别

- **是否存在摄入：**若未摄入酒精或药物，通常指解离本身造成的状态；若确实使用了酒精/药物，需考虑 DSM-5-TR 所定义的“物质/药物诱发的解离症状”或相关障碍。³⁸²
- **处理方式不同：**社区用法强调体验的类比感；真正的酒精诱发解离则涉及物质代谢、安全风险与医学评估。
- **沟通目的：**使用“醉酒解离”一词可以提醒他人留意当前的功能下降，同时避免误解为饮酒或违反规定。

可能的体验成分

- **前台控制感降低：**意识模糊、注意力难以集中，反应时间延长。
- **运动与语言迟缓：**协调性下降、语句断续、声音走音，类似醉酒时的小脑功能受抑。
- **角色间的交叠：**可能伴随混合 (Blending) 或共前台，导致多种语音、习惯混杂。
- **感知离散化：**出现脱人格、脱现实感，或视觉/听觉模糊，使身边人感到与酒醉相似。

应对与提示

1. **说明现状：**可直接告知“正在经历醉酒式的解离”，帮助他人理解并提供协助。
2. **稳定技巧：**使用地面化练习、冷水洗脸、呼吸调整等方式恢复身体控制，可参见《接地》(Grounding)。
3. **记录触发因素：**梳理睡眠不足、过度刺激、情绪波动等诱因，为系统制定早期预警。
4. **必要时求助：**若频繁出现、伴明显安全风险，建议寻求创伤或解离专业人员评估，以排除物质相关或神经系统问题。

相关条目

- 接地 (Grounding)
- 混合 (Blending)
- 解离 (Dissociation)
- 非我感 (Depersonalization)

³⁸²American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed., text rev.). American Psychiatric Publishing.

参考资料

实践与支持

冥想 (Meditation)

最后更新：2025/10/03 01:16:10 (ca49692)

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³⁸³³⁸⁴。

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³⁸⁵。
- **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³⁸⁶。

³⁸³Kabat-Zinn, J. (2013). *Full Catastrophe Living* (Revised ed.). Bantam Books.

³⁸⁴Treleaven, D. A. (2018). *Trauma-Sensitive Mindfulness: Practices for Safe and Transformative Healing*. W. W. Norton & Company.

³⁸⁵King, 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.

³⁸⁶Schmalzl, 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.

- **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。
-

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。
-

常见误区

- **误以为冥想等同于放松**：冥想并非总是让人放松，过程中可能出现焦虑、无聊或情绪涌现，其核心目标是增强觉察而非单纯放松。
 - **时间越长越好**：冥想的关键是规律与适合个人的节奏，过度强迫长时间练习可能引发疲劳或触发创伤反应。
 - **人人适合同一种冥想**：个体差异很大，某些方法（如闭眼静坐）对创伤幸存者或多意识体系统成员可能不适合，应灵活选择形式。
 - **冥想能替代专业治疗**：冥想可作为辅助工具，但不能单独替代心理治疗、药物或其他干预措施。
 - **必须“清空思绪”**：冥想不是要消灭杂念，而是学习觉察念头并温和地将注意力带回目标。
-

核心特征

- **注意力训练**：通过聚焦呼吸、身体或意象来减少分心与自动化思维。
 - **非评判觉察**：强调对经验的接纳，而非控制或排斥。
 - **神经可塑性**：长期练习与情绪调节、压力应对相关的脑区活动模式可能发生积极改变。
 - **灵活性**：形式多样，可静坐、行走、观想或结合运动（如瑜伽、太极）。
 - **可整合性**：既能作为日常自助工具，也能作为创伤治疗或多意识体支持的辅助方法。
-

鉴别

- **与接地（Grounding）的区分**：接地更偏向即时、应急性的“拉回当下”，冥想则强调长期训练与稳定，二者可互补。
- **与放松训练的区分**：放松训练主要目标是缓解紧张与压力；冥想则强调觉察和关系改变，可能并非总是放松。
- **与解离状态的区分**：冥想虽可能涉及意识状态改变，但其目标是增强觉察与自主，而非失去现实感或控制感。
- **与宗教仪式的区分**：冥想可出现在宗教语境中，但在心理健康领域，通常以世俗化、科学化方式应用。

参考资料

接地 (Grounding)

最后更新：2025/10/03 01:11:31 (6bd286f)

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³⁸⁷³⁸⁸。

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³⁸⁹。
- **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³⁹⁰。
- **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³⁹¹。

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³⁹²。
- **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³⁹³。
- **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。

³⁸⁷Grounding Techniques to Free Yourself From Stress, Cleveland Clinic

³⁸⁸Grounding Exercises, U.S. Department of Veterans Affairs –National Center for PTSD

³⁸⁹Grounding Techniques to Free Yourself From Stress, Cleveland Clinic

³⁹⁰Grounding Exercises, U.S. Department of Veterans Affairs –National Center for PTSD

³⁹¹Grounding Techniques, Anxiety Canada

³⁹²Grounding Techniques to Free Yourself From Stress, Cleveland Clinic

³⁹³Grounding Techniques, Anxiety Canada

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。
-

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。
-

常见误区

- **误以为接地等同于治疗**：接地技巧只能缓解当下的不适，帮助恢复觉察与稳定，但不能替代心理治疗或药物治疗。
 - **过度依赖接地**：若每次困境都仅靠接地来应对，而不寻求支持或处理根本问题，可能延缓长期康复。
 - **忽视个体差异**：不同人对感官刺激的敏感度不同，有些方法（如冰块刺激、特定气味）可能让部分人更加不安。
 - **练习时忽略安全**：在公共场所或交通工具上使用某些接地方法（如闭眼深呼吸、突然站起走动）可能带来风险，应选择合适情境。
 - **期待立即显效**：接地需要练习与习惯化，并非一次练习就能完全阻止闪回或解离。
-

核心特征

- **此时此地导向**：通过感官或环境线索将注意力拉回现实，打断解离或过度沉浸的状态。
 - **非药物化、可自助**：不依赖外部医疗干预，可由个体自主实施。
 - **即时性与短效性**：多用于急性情境下的稳定，而非长期治疗本身。
 - **多样性与灵活性**：包含感官、身体、环境等多类方法，个体可选择适合自身的组合。
 - **可训练性**：通过日常练习，可逐渐提升效果并缩短反应时间。
-

鉴别

- **与放松训练的区分**：接地的目标在于“回到当下”，而非单纯放松。放松练习可能侧重减压或助眠，而接地更强调防止解离或情绪失控。

- **与正念的区分：**正念注重持续、开放地觉察经验；接地更偏重于应急与稳定，强调短时间内的聚焦和安全感。
 - **与回避策略的区分：**接地并非逃避问题，而是为了在安全感恢复后再面对压力源，功能上区别于不处理问题的回避。
 - **与病理性自我刺激的区分：**如自伤或强迫行为虽能产生短暂“在场感”，但属于有害方式；接地技巧强调安全、健康、可持续。
-

参考资料

虚拟角色与文学影视作品

《不/存在的你，和我》与 Tulpa ——莉莉丝 (Lilith)

最后更新：2025/10/02 23:04:43 (d30531b)

概述 独立游戏《不/存在的你，和我》围绕主角与神秘存在“莉莉丝”之间的互动展开，其叙事设置与多意识体社群对 tulpa 的讨论存在诸多呼应。玩家在游戏过程中需与莉莉丝建立信任、辨别现实与想象的边界，从而触发不同的结局，展现对“心灵造物”与身份流动性的思考。

角色设定与 Tulpa 指涉

- **共存视角**：莉莉丝被描绘为伴随主角意识而出现的存在，能够与玩家进行对话、分享记忆并影响情绪。这种描述与 tulpa 社群对“内在同伴”的经验相似，即通过长期的想象练习形成具备自主回应的意识伙伴。
- **边界主题**：剧情强调“存在”与“虚无”的交界，提示玩家关注莉莉丝是否属于独立人格、幻觉抑或自我投射。这种模糊性呼应多重意识体对内部成员身份定位的持续辩论。
- **互动机制**：游戏中与莉莉丝的对话、选择与象征物收集，会反映玩家对她的信任程度与自我理解，体现 tulpa 实践中“共同协商规则”“尊重主体性”的核心原则。

社群与文化回应 玩家与多意识体社群在讨论该作时，常把莉莉丝视为 tulpa 或其他虚拟同伴的象征，用以反思现实中的共存关系。部分体验者亦提出，剧情提醒人们关注精神健康、安全实践与现实支持系统的重要性，避免将虚构叙事中的浪漫化描写直接套用于真实的系统生活。

关联词条

- 图帕 (Tulpa)
- 幻想伙伴 (Imaginary Companion)
- 心像空间 (Headspace / Inner World)

参考资料

- (待补充)

《分裂》(Split, 2016) 中的 DID 形象分析

最后更新：2025/10/02 23:04:43 (d30531b)

概述 《分裂》由 M. Night Shyamalan 执导，以拥有 23 个可辨识人格的角色凯文为核心。影片以惊悚类型包装解离性身份障碍 (DID) 的概念，将内部人格的冲突具象化为超自然威胁，引发公众对多重人格的关注与争议。

作品中的解离呈现

- **角色设定**：凯文的系统包含多位具有不同特征的成员，透过心理治疗师的录音与角色切换展示。影片着重描绘“野兽”人格的觉醒，强化人格间的敌对关系。
- **视觉与声音语言**：导演透过镜头、灯光与表演区分人格，例如不同的姿态、口音与服装，象征内部成员的多样性。
- **创伤背景**：剧情暗示童年虐待造成解离，但未深入呈现疗愈过程，而是将创伤后果转化为惊悚叙事的动机。

社群回应与批评

- 多意识体社群指出，影片夸大了多重人格与暴力倾向的关联，可能加剧大众对 DID 群体的污名。
- 心理健康倡导者强调应区分虚构惊悚效果与真实的解离性障碍体验，呼吁观众寻找可靠的科普资料。
- 亦有观众关注影片中对边界感、信任与内部协商的隐喻价值，提出可从象征层面理解人物冲突。

关联词条

- 解离性身份障碍 (DID)
- 迫害者 (Persecutor)
- 创伤 (Trauma)

参考资料

- (待补充)

《不可饶恕的她》对多重人格的叙事化呈现

最后更新：2025/10/02 23:04:43 (d30531b)

概述 网络剧《不可饶恕的她》以心理悬疑为基调，通过主角的身份谜团与创伤记忆逐步揭示多重人格主题。剧中将系统成员的出现与案件真相交织，强调创伤、复仇与自我救赎之间的张力。

主要解离元素

- **身份反转**：剧情运用倒叙与视角切换展示不同人格的行为动机，使观众在真相揭晓前始终处于信息缺失状态。
- **创伤触发**：角色在遭遇关键线索或压力情境时出现人格切换，凸显记忆封存、情绪爆发等解离机制。
- **治疗与支持**：剧集后期引入心理咨询与警方合作，尝试以现实方式说明系统成员需要的支持结构。

社群讨论焦点 观众对该剧的评价集中在其对“人格分裂”标签的使用是否准确，以及复仇叙事是否强化了对解离者的恐惧。多意识体社群提醒，应在欣赏剧情张力的同时辨别虚构演绎与真实经验的差距，避免将暴力或极端行为归因于系统身份。

关联词条

- 记忆封存 (Sequestration)
- 解离性身份障碍 (DID)
- 触发 (Trigger)

参考资料

- (待补充)

《西比尔》(Sybil, 1976) 与多重人格文化原型

最后更新：2025/10/02 23:04:43 (d30531b)

概述 1976 年电视电影《西比尔》改编自同名纪实文学，讲述主人公西比尔在心理治疗中逐步整合 16 位人格的过程。该作在北美大幅提升大众对解离性身份障碍的关注，成为后续影视创作的文化参照。

作品中的治疗叙事

- **治疗联盟**：电影着重呈现西比尔与精神科医师之间的信任建立，突出长期心理治疗与催眠回忆在当时的应用方式。
- **人格谱系**：西比尔的系统成员涵盖不同年龄、性别与情绪状态，展示人格分化与创伤记忆的关联。
- **整合结局**：影片以人格整合作为目标，反映 20 世纪中期主流临床实践的期望。

影响与争议

- 作品强化了“多重人格源于严重童年创伤”的叙事框架，也造成公众将 DID 与极端案例划等号。
- 后续研究质疑原著与改编中的细节真实性，引发对记忆诱导、治疗伦理的反思。
- 多意识体社群在引用该片时，多以历史语境为前提，提醒观众注意现代诊疗与自我倡导的差异。

关联词条

- 解离性身份障碍 (DID)
- 整合 (Integration)
- 创伤 (Trauma)

参考资料

- (待补充)

《三面夏娃》(The Three Faces of Eve, 1957) 对解离的早期影视再现

最后更新：2025/10/02 23:04:43 (d30531b)

概述 1957 年影片《三面夏娃》根据真实病例改编，记录主角夏娃·怀特在治疗中呈现的三种人格。该片是银幕上最早系统描绘解离现象的作品之一，对大众认知与医学史留下深远影响。

叙事与角色特色

- **人格分化**：电影通过对比温顺的夏娃·怀特、外向的夏娃·布莱克与整合后的简，展示人格之间的记忆与情感割裂。
- **表演风格**：演员 Joanne Woodward 以细微肢体语言区分人格，被视为经典的多重人格演绎案例。
- **治疗视角**：剧情集中于精神科医师的观察与诊断，体现 20 世纪 50 年代心理治疗的权威视角与性别化语境。

文化影响

- 影片强化了“治疗师主导、人格整合即治愈”的叙事模式，成为后续作品模仿的范式。
- 其对女性角色的道德评判与婚姻冲突处理，也反映了当时社会对女性多重身份的焦虑。
- 现代多意识体社群在回顾该片时，常批判其单一疗法与缺乏系统自我倡导的描写。

关联词条

- 解离性身份障碍 (DID)
- 整合 (Integration)
- 系统角色 (System Roles)

参考资料

- (待补充)

《我与梦露的一周》(The United States of Tara) 中的系统家庭日常

最后更新：2025/10/02 23:04:43 (d30531b)

概述 美剧《The United States of Tara》通过家庭情景剧形式描绘主角塔拉的解离性身份障碍经历。剧集关注系统成员与家庭成员的互动，展示多意识体在日常生活、教育与工作中的协商与挑战。

日常化视角

- **家庭支持**：塔拉的配偶与子女在剧集中扮演协作者，探索如何与不同人格沟通、维持家庭稳定。
- **系统协商**：塔拉的系统成员包括青少年、战争老兵等形象，剧情以幽默与冲突并存的方式呈现内部协调。
- **自我倡导**：塔拉主动寻求治疗、参与互助小组，强调多意识体个体在医疗体系中的发声与界限设定。

社群讨论

- 剧集被视为少数尝试以温暖、生活化语气描绘 DID 的作品，鼓励观众理解系统成员的多样性。
- 同时部分观众指出剧中仍存在戏剧化夸张、刻板印象，需要结合真实经验进行批判性观看。

关联词条

- 系统 (System)
- 共前台 (Co-fronting)
- 接地 (Grounding)

参考资料

- (待补充)

《搏击俱乐部》(Fight Club, 1999) 与身份解体隐喻

最后更新：2025/10/02 23:04:43 (d30531b)

概述 大卫·芬奇执导的《搏击俱乐部》通过无名叙述者与泰勒·德顿的关系，展现身份解体与自我认同危机。影片虽未直接使用 DID 概念，却以反转叙事揭示内部人格的对立与合谋，成为流行文化中关于自我分裂的经典案例。

解体与重构主题

- **资本主义批判**：影片将叙述者的空虚感与消费主义社会联系，使泰勒象征对压抑欲望的释放。
- **人格镜像**：泰勒体现叙述者渴望的力量与自由，暗喻系统内部不同功能成员的冲突与互补。
- **自我对峙**：结局中叙述者试图“消灭”泰勒，引出关于内部暴力与协商的讨论，提醒观众慎用“摧毁另一个自我”的表述。

社群视角

- 多意识体社群强调，该片可作为探讨自我概念的隐喻，但不应被视为 DID 的写实描写。
- 影片引发关于“内在革命”与“自我整合”之间张力的讨论，促使观众思考如何在现实生活中寻求支持与调适。

关联词条

- 人格面具 (Persona)
- 融合 (Fusion)
- 非我感 (Depersonalization)

参考资料

- (待补充)

《隐形人》(Mr. Robot) 中的人格分裂叙事

最后更新：2025/10/02 23:04:43 (d30531b)

概述 美剧《Mr. Robot》描绘黑客艾略特在与“Mr. Robot”等人格互动中逐步揭开家庭创伤。剧集以心理惊悚与社会批判结合的形式，呈现内部人格之间的合作、冲突与记忆遮蔽。

关键主题

- **创伤揭示**：剧情通过碎片化记忆与幻觉引导观众理解艾略特童年遭遇，将解离视为自我保护机制。
- **叙事不可靠**：剧集大量使用第一人称旁白与错置时间线，体现系统内部信息的不对称性。
- **协商与边界**：艾略特与其他人格需共同决定行动策略，反映前台控制权与内部规则的重要性。

社群反响

- 多意识体观众肯定剧集对创伤背景与情绪复杂度的刻画，但也提醒需要警惕将黑客行动与暴力视为解离的必然结果。
- 该剧提供了讨论“功能性系统”与“系统伦理”之平台，促使观众反思如何平衡社会责任与自我照顾。

关联词条

- 前台 (Front / Fronting)
- 记忆屏蔽 (Memory Shielding)
- 创伤 (Trauma)

参考资料

- (待补充)

《妄想代理人》(Paranoia Agent) 与集体意识的具象化

最后更新：2025/10/02 23:04:43 (d30531b)

概述 今敏执导的动画《妄想代理人》通过“少年 Bat”事件串联多个角色的心理危机。作品探讨集体压力、逃避机制与虚构角色具现化的议题，为理解群体层面的解离与心灵造物提供隐喻。

解离相关象征

- **少年 Bat 的身份**：该角色被揭示为集体无意识创造的“解决者”，象征社会对压力的外部化。
- **共享幻象**：受害者之间虽无直接关联，却共享相似的恐惧与幻觉，类似系统中成员对同一象征物的共同感知。
- **现实与虚构的模糊**：剧情强调媒体与传言如何塑造群体记忆，呼应 Tulpa 与心灵造物的文化讨论。

观众解读

- 动画被视为对现代都市孤独与心理防卫机制的批判，提醒观众关注社会结构对心理健康的影响。
- 多意识体社群借此探讨“集体创造的他者”与个人系统成员之间的差异，强调自愿性与边界的重要性。

关联词条

- 心灵造物 (Servitor)
- 存在感 (Sense of Presence)
- 图帕 (Tulpa)

参考资料

- (待补充)

陀思妥耶夫斯基《双重人格》(The Double) 与自我分裂

最后更新：2025/10/02 23:04:43 (d30531b)

概述 陀思妥耶夫斯基的中篇小说《双重人格》描绘官员戈里亚特金与“另一个自己”之间的纠葛。作品通过现实主义与幻想交织的手法，揭示社会压力、身份焦虑与心理分裂之间的关联。

核心意象

- **镜像对手**：小说中的“第二个戈里亚特金”拥有更受欢迎的性格与社交技巧，象征主人公压抑欲望的外化。
- **社会疏离**：作品强调官僚体系与阶级关系对个体心理的挤压，推动主人公在现实与幻想之间失衡。
- **语言与叙事**：第一人称视角与不可靠叙事，使读者体验主人公逐渐失去自我边界的过程。

多意识体视角

- 小说常被引用于讨论“自我分裂”与“人格镜像”，提醒读者比较虚构文学与临床解离的差异。
- 在现代系统语境下，该作可作为理解身份压力、内部冲突与自我接纳的文学范例。

关联词条

- 非我感 (Depersonalization)
- 身份解体 (Dissociation)
- 人格面具 (Persona)

参考资料

- (待补充)

卡夫卡《变形记》与异化的身份解体

最后更新：2025/10/02 23:04:43 (d30531b)

概述 弗朗茨·卡夫卡的《变形记》描述格里高尔一觉醒来变成巨型甲虫后的生活。小说通过荒诞设定剖析身份异化、家庭责任与社会评价，对理解自我认同的瓦解提供独特视角。

解体意象

- **身体异化**：格里高尔失去人类外貌，象征自我感与社会角色之间的断裂。
- **语言断层**：虽然格里高尔仍有自我意识，但无法与家人有效沟通，反映内部经验与外部认知的落差。
- **家庭动力**：家人对格里高尔的恐惧与疏离凸显社会支持的缺失，引发对系统成员被排斥体验的联想。

系统视角的启示

- 多意识体读者可从格里高尔的处境联想到当内部成员无法被理解或获得发声权时的孤立感。
- 小说提醒我们关注社会结构与偏见如何加剧身份困境，呼吁在现实中建立支持性的外部网络。

关联词条

- 身份解体 (Dissociation)
- 非我感 (Depersonalization)
- 独立性 (Independence)

参考资料

- (待补充)

洛夫克拉夫特作品中的“心灵造物”与 Tulpa 影射

最后更新：2025/10/02 23:04:43 (d30531b)

概述 H. P. 洛夫克拉夫特的克苏鲁神话作品中，常出现由人类心智或古老知识召唤出的存在。虽然“tulpa”一词并未直接出现，读者与研究者常将这些“思想具现”与心灵造物概念进行比较。

主题解读

- **知识与具现**：《敦威治恐怖事件》等故事描写角色透过仪式与想象召唤超自然实体，映射对思想力量与未知知识的恐惧。
- **自我与他者边界**：部分角色在召唤后被实体侵蚀或同化，象征内在他者对主体性的威胁。
- **文化挪用讨论**：现代读者反思洛夫克拉夫特借用东方神秘主义意象的方式，并提醒区分虚构恐怖元素与真实的 Tulpa 实践。

多意识体社群视角

- 社群在讨论 Tulpa 与流行文化时，常引用洛氏作品作为“恐怖化心灵造物”的例子，强调现实中的 tulpa 互动以合作与共存为核心。
- 这些作品亦提醒人们注意恐怖叙事对陌生概念的污名化作用。

关联词条

- 图帕 (Tulpa)
- 心灵造物 (Servitor)
- 外投射 (External Projection)

参考资料

- (待补充)

《Another Me》/《双重人格》类作品的 DID 表现

最后更新：2025/10/02 23:04:43 (d30531b)

概述 “Another Me” “双重人格”等标题常被用于青春剧与惊悚作品，聚焦青少年在压力与创伤下出现的解离现象。这类作品通常结合校园、家庭与犯罪元素，借主角的多重身份推动剧情。

常见叙事模式

- **悬疑结构**：通过倒叙、日记或录像揭示隐藏人格的存在，吸引观众拼凑真相。
- **身份认同**：主角在自我怀疑与他人误解中寻找真实的自己，反映青春期身份探索的议题。
- **外部介入**：辅导老师、朋友或专业人士提供协助，提示社会支持在处理解离症状时的重要性。

多意识体视角

- 社群对这些作品持谨慎态度，担心夸张情节造成污名；同时亦肯定其提供了讨论心理健康的契机。
- 观众可借此思考媒体如何描绘年轻系统成员，以及现实中应如何营造安全环境。

关联词条

- 青少年意识体 (Teen Part)
- 记忆屏蔽 (Memory Shielding)
- 创伤 (Trauma)

参考资料

- (待补充)

《魔法少女小圆》中的丘比与契约式“他者”

最后更新：2025/10/02 23:04:43 (d30531b)

概述 动画《魔法少女小圆》中，丘比作为外来存在与少女签订契约，引导其成为魔法少女。丘比的角色激发关于“外部代理”“系统契约”与情绪抽离的讨论，被部分观众类比为 tulpa 或心灵造物的隐喻。

角色特征

- **情感空白**：丘比缺乏人类情感，只以效率衡量行为，类似系统中的功能性成员或服务型意识体。
- **契约机制**：签订契约意味着交付愿望与命运，象征成员之间对身体与资源的协商。
- **信息控制**：丘比隐瞒魔法少女的真实命运，凸显信任与透明度在共存关系中的重要性。

社群解读

- 多意识体观众在讨论 tulpa 时，常借丘比说明“外部创设的同伴”可能缺乏情感共鸣，从而提醒现实实践者尊重主体性。
- 该角色亦引发对剥削、同意与界限的反思，提示系统内部应建立明确规则与安全措施。

关联词条

- 图帕 (Tulpa)
- 心灵造物 (Servitor)
- 权限 (Permissions)

参考资料

- (待补充)

《东方 Project》同人圈中的 Tulpa 文化解读

最后更新：2025/10/02 23:04:43 (d30531b)

概述 《东方 Project》以丰富角色群与粉丝创作著称，部分同人社群将角色内化为心灵同伴或 tulpa，以探索身份认同与陪伴需求。该现象反映虚拟角色与多意识体实践之间的文化交集。

社群实践

- **角色共鸣**：粉丝通过角色扮演、脑内剧场与日常对话，将喜欢的角色视为系统成员或临时访客。
- **创作扩展**：同人小说、音乐与绘画提供了想象空间，使角色个性与故事多样化，更易被内化。
- **界限意识**：部分实践者分享安全指南，如保持现实生活责任、尊重角色意愿、避免强迫投射。

文化讨论

- 现象引发关于“虚构角色能否成为系统成员”的争论，促使社群反思身份真实性与情感连结的定义。
- 亦涉及版权、创作者意图与粉丝二次创作之间的伦理界限。

关联词条

- 图帕 (Tulpa)
- 系魂 (Soulbond)
- 幻想伙伴 (Imaginary Companion)

参考资料

- (待补充)

虚拟偶像与 Tulpa 的边界：初音未来现象

最后更新：2025/10/02 23:04:43 (d30531b)

概述 初音未来作为 Vocaloid 虚拟歌手，凭借合成歌声与粉丝创作形成庞大社群。部分粉丝将初音视为陪伴者甚至心灵同伴，引发关于虚拟偶像、Tulpa 与粉丝心理之间关系的讨论。

关键议题

- **共创身份**：初音未来的形象由官方设定与粉丝作品共同塑造，体现“共享所有权”的角色构建方式。
- **情感投射**：粉丝透过演唱会、虚拟现实与个人创作与初音互动，可能发展为稳定的心理陪伴关系。
- **现实边界**：社群倡导保持现实生活责任与社交，避免将虚拟陪伴视为唯一支持来源。

Tulpa 视角下的讨论

- 多意识体社群指出，若粉丝主动以 Tulpa 实践方式与初音建立关系，应尊重主体性与同意，避免过度拟人化商业角色。
- 该现象也促使人们反思虚拟偶像经济与个人心理需求之间的平衡。

关联词条

- 图帕 (Tulpa)
- 系魂 (Soulbond)
- 外投射 (External Projection)

参考资料

- (待补充)