

面向儿童青少年的创伤聚焦的认知行为治疗:干预模型与实践启示

姜帆¹, 安媛媛², 伍新春¹

(1.北京师范大学心理学院,北京 100875;2.南京师范大学心理学院,南京 210097)

【摘要】 认知行为治疗是一种结构化的、有效的心理干预方法,在创伤后心理干预领域得到了广泛应用,且在发展过程中开始聚焦于创伤事件。本文重点介绍了面向儿童青少年的创伤聚焦的认知行为治疗(Trauma-focused Cognitive-behavioral Therapy, TF-CBT)的干预模型,包括心理教育与亲职训练、放松训练、情绪调控训练、认知应对训练、创伤复述与对创伤经验的认知加工、创伤线索暴露、亲子联合治疗、促进安全与未来发展轨迹等八个步骤和要素。在创伤后心理干预领域,这种方法相对于非指导性心理治疗、心理动力治疗、催眠疗法和压力管理等方法,对缓解创伤后应激障碍、焦虑和抑郁等症状有更显著的效果。本文在回顾前人研究的基础上,提出了对我国创伤后心理干预研究与实践的建议。

【关键词】 创伤; 认知行为治疗; 创伤聚焦的认知行为治疗

中图分类号: R395.5 文献标识码: A 文章编号: 1005-3611(2014)04-0756-05

Trauma-focused Cognitive-behavioral Therapy for Children and Adolescent

JIANG Fan¹, AN Yuan-yuan², WU Xin-chun¹

¹School of Psychology, Beijing Normal University, Beijing 100875, China;

²School of Psychology, Nanjing Normal University, Nanjing 210097, China

【Abstract】 Cognitive-behavior therapy(CBT) is a structural and effective approaches for post-trauma intervention. Recently, focusing on the trauma itself has been highlighted in this psycho-therapy. This article aimed to introduce the intervention model of trauma-focused cognitive-behavioral therapy(TFCBT), consisting with eight elements, such as psycho-education, and training on parenting skills, relaxation skills, affective modulation skills and cognitive coping skills, trauma narrative and cognitive processing trauma experiences, in vivo mastery of trauma reminders, conjoint parent-child sessions, enhancing safety and future development trajectory. In the field of posttraumatic psychological intervention, TFCBT is more effective than nondirective therapy, psychodynamic therapy, hypnotherapy and stress management on the post-trauma stress disorder, anxiety and depressive symptoms. This study reviewed the works of former researchers and provided advice for future research and intervention practice in China.

【Key words】 Trauma; Cognitive-behavior therapy; Trauma-focused cognitive-behavioral therapy

强烈威胁或巨大灾难会打破个体原有的平衡状态,有关创伤事件的研究和实践表明,创伤事件的经历者会表现出创伤后应激障碍(posttraumatic stress disorder, PTSD)、抑郁、焦虑等心理问题。国内外对于创伤后心理问题的首选治疗尚无一致意见,不过大多数研究者都认可心理治疗与药物治疗共同工作的效果更佳。而对各种应激障碍,心理治疗在其中所起的作用至为重要。其中,认知行为治疗(Cognitive-behavioral therapy, CBT)因具有结构化、短程、高效等特点而得到了广泛应用。在研究和实践的发展过程中, CBT逐渐应用于创伤领域,并成为诸多创伤后干预的一种有效方法^[1]。

1 对创伤的认知行为治疗

CBT强调来访者的认知及未来行动和改变,并且针对症

【基金项目】 教育部人文社会科学重点研究基地重大项目(11JJD190006)

通讯作者:伍新春

状来教授应对技巧^[2]。根据 PTSD 的认知理论^[3],受创伤的个体倾向于用灾难性的方式来解释侵入性回忆,这种灾难性的解释可能会强化 PTSD 症状。在应用 CBT 的时候,治疗师会针对来访者对侵入性思维的灾难性解释和创伤线索的回避行为进行干预^[4]。针对创伤人群的 CBT 通常包括心理教育、创伤暴露、认知重构、应对技能、压力管理、放松训练等成分^[1,4-7]。

许多研究证明了 CBT 对于创伤后人群干预的有效性。一项对于 90 名遭受性侵犯的女性的研究发现,接受短程 CBT 的实验组被试比接受支持性咨询的控制组被试报告了更少的 PTSD 症状和更低的焦虑倾向^[8]。一项对于难民的 PTSD 的干预研究将 CBT 与暴露疗法(Exposure Therapy)进行比较,发现它们对于 PTSD 症状、焦虑、抑郁均有较为显著的缓解作用,而且疗效保持了六个月以上,但两者的效果没有发现显著差别^[9]。也有研究者探究了 CBT 的跨文化适应性,结果证实了其有效性^[9-12]。

随着实践的发展,应用于创伤领域的CBT由一般的认知重构、技能训练逐渐聚焦于创伤事件,形成了创伤聚焦的认知行为治疗(Trauma-focused cognitive-behavioral therapy, TF-CBT),并且成为了目前应用最为广泛的创伤心理干预的方法之一^[13]。

2 创伤聚焦的认知行为治疗

创伤聚焦(trauma-focused)是指心理干预主要集中于对创伤记忆及其意义的探讨^[7]。TF-CBT作为CBT应用于创伤领域的进一步发展,与眼动脱敏与再加工(Eye Movement Desensitization and Reprocessing,以下简称EMDR)一样,得到了最多的证据支持^[14]。

2.1 创伤聚焦认知行为治疗的干预模型

目前结构性最完整的TF-CBT治疗方法是由Cohen等人提出的,他们将其主要运用于儿童和青少年的创伤后干预。Cohen等人提出的TF-CBT是一种短程治疗,一般进行12至18次,每次60至90分钟,主要的治疗内容包括心理教育与亲职训练、放松训练、情绪调控训练、认知应对训练、创伤复述与对创伤经验的认知加工、创伤线索暴露、亲子联合治疗、促进安全与未来发展轨迹等八个方面^[15]。Cohen等人的TF-CBT是先前由Cohen、Mannarino以及Deblinger团队提出的面向儿童的创伤聚焦的干预方法的综合和扩展^[13]。那些早期的创伤聚焦的干预方法均具有CBT的本质,但与CBT仍有一些差别,如鼓励探讨对于创伤事件起因的理解,聚焦于探索创伤事件对于整个家庭的影响,为经历创伤的儿童培养自我效能感等。

Cohen等人认为TF-CBT能帮助来访者处理创伤记忆,克服有问题的思维和行为,发展有效的应对和人际技能。研究发现,TF-CBT之所以能取得这样的效果,是因为它具有以下四个特点:首先,TF-CBT的认知治疗成分主要针对个体的感知和思维尤其是产生歪曲观点的思维模式进行工作,以达到改变行为的目的;其次,TF-CBT中的行为治疗强调对创伤情境或刺激的习惯化行为反应的修正;再次,TF-CBT还将其他家庭成员纳入治疗中,以解释和改变家庭成员的互动模式,使家庭成员能更好应对孩子的情绪痛苦、更好地支持孩子;最后,TF-CBT注意引导经历创伤的个体站在终生发展的框架上(“这件事发生前……”、“发生时……”、“发生后……”)来看待创伤事件^[16]。

在干预实践的过程中,Cohen等人根据TF-CBT组成成分的英文首字母,将其流程总结为PRACTICE。

P:心理教育与亲职训练(Psycho-education and Parenting component)。在TF-CBT的起始阶段,治疗师为遭受创伤的来访者和家庭成员介绍创伤的常见知识和典型的情绪行为反应,为来访者灌注希望,提供关于症状、诊断和治疗流程的信息,使受害者和其家人对处境正常化,消除耻辱感。同时,家长需要学习一些基本的亲职技能,学会管理孩子的问题行为,如运用表扬、选择性注意、恰当使用隔离、安全预案增强计划等。在这一环节,治疗师与家长合作制定个性化的治疗方案,探讨对孩子行为的管理策略以及与孩子的有效交流方

式,为家长成为治疗的重要支持者做准备。

R:放松训练(Relaxation skills)。生理上的高唤醒是PTSD的一个主要症状表现,因此学习放松技术的目的在于缓解因创伤事件而引起的生理高唤醒状态,帮助来访者获得对主观体验的控制感,从而增强来访者对发生改变的信心。这一阶段的主要内容是教授各种放松的方法,如集中在自己的呼吸上,渐进肌肉放松和思维停止训练,吹气泡(对更小的孩子)、正念练习(对于更大的孩子或青少年)、瑜伽、听音乐、体育运动、编织(衣物等)、唱歌、读笑话、祈祷等。

A:情绪调控训练(Affective modulation skills)。许多经历创伤的孩子会出现情感退缩的现象,治疗师可以帮助他们提升对感受的觉察、拓展情绪的表达。治疗师首先需要确定孩子在情绪方面是否有困难,是否对负面情绪线索存在过度反应,是否对正面情绪线索缺乏有效回应,是否需要社会技能或问题解决技能的特别训练等。在此基础上,治疗师还需要帮助受创的孩子及其父母调控自己面对创伤线索时的情绪反应,提高他们表达情绪和自我舒缓的能力。

C:认知应对训练(Cognitive Coping Skills)。在此阶段,治疗师帮助父母和孩子学习认知应对技术,发现思维、感受与行为之间的联系,引导孩子和家长找到与负性事件相关的思维,评估这样的思维是不是准确和有益的,分析这种思维会产生什么样的感受,并导致何种行为。治疗师鼓励孩子和家长对各种事件形成更多可选的认知,并且探索这些可选的思路会导致什么样的感受和行为,这些新的感受和行为是否比原来更好。通过这样的练习,孩子和家长可以学会控制自己的思维,进而控制自己的感受和行为,有利于在面对创伤线索、负性事件时进行自我舒缓。

T:创伤复述与对创伤经验的认知加工(The trauma narrative and cognitive processing trauma experiences)。这一阶段的目的在于帮助来访者克服对创伤记忆的回避。治疗师在听来访者用自己的方式重述创伤事件时,可以寻找其中的认知扭曲(如自责、羞耻、低自尊等),促使来访者站在终生发展的框架上来看待创伤事件。孩子对创伤事件的复述,可以使用语言、写作或其他象征性表达(如玩具、游戏、艺术、舞蹈、唱歌等)方式来进行。在孩子同意的情况下,可以同父母分享其复述的内容,使其做好日后联合治疗的准备。在这一阶段,治疗师会鼓励来访者使用之前掌握的认知应对技巧。

I:创伤线索暴露(In vivo mastery of trauma reminders)。许多经历创伤的来访者具有警觉增高的症状表现,他们对于无害的创伤线索也具有泛化性的回避倾向,这可能会影响其正常的社会功能的发挥。为此,治疗师在这一阶段可逐渐引入非威胁性的创伤线索以进行暴露,让孩子学会控制自己的情绪反应。例如在厕所遭受性侵犯的儿童,可能会害怕所有的厕所,进而无法在学校使用厕所,最终导致拒绝上学。这样的孩子需要在本阶段认识到并不是所有的厕所都是危险的,学校是一个安全的地方。本阶段的治疗符合渐进的暴露疗法的一般原则。

C:亲子联合治疗(Conjoint parent/child sessions)。TF-CBT可以单独给孩子实施,但作为重要他人的家长参与后,

孩子会有更多的获益。在这一部分,治疗师帮助孩子与父母分享创伤经历的各种信息,讨论创伤经历的各个方面。父母通过治疗师提供的指导和示范,可以学会鼓励孩子讨论持续的恐惧感和不合理的信念。

E:促进安全与未来发展轨迹(Enhancing safety and future developmental trajectory)。经历创伤的孩子特别需要某些技能,以保证他们未来的安全。此时,可适当进行个人安全技能、人际沟通技巧的教育和训练,并鼓励他们使用这些新技能来应对未来的压力源和创伤线索。

总之,从TF-CBT干预模型的思路来看,一个完整的TF-CBT干预包括以下几个环节。首先,应该由对整个家庭的心理教育引入,为这个家庭建构应对创伤的技能,包括家长管理与支持孩子的技能、与孩子有效交流的技能以及孩子自身的放松技能、情绪调控技能,并让这个家庭理解认知对情感和行为的作用,提供认知应对技能。其次,通过复述和暴露的方法处理创伤,寻找不合理的信念,学会跳出创伤看生活,减少对创伤线索的回避,并鼓励孩子和家长运用之前学到的技能,使得创伤聚焦的阶段产生情绪和行为问题时不至于无法应对。与家长分享孩子的创伤复述时,各种家长可能出现的情绪反应可以在这个阶段得到处理,为家庭系统面对创伤的互动做好准备。最后,进入家庭对创伤的总结性讨论,巩固父母学会在创伤后支持孩子的能力以及孩子在创伤后寻求父母帮助的能力,咨询师可给予增进安全、促进未来成长的建议,如安全技能、应急预案等,并鼓励来访者继续运用在治疗中学到的技巧,以达到在结束治疗后保持治疗效果的目的。

不过,随着实践的发展,研究者发现死板套用TF-CBT的既定框架并不是解决一切创伤症状的最佳方法。例如,TF-CBT暴露环节的目的在于减少对创伤线索的恐惧反应,但对于持续经历创伤的儿童来说,这种脱敏可能会降低他们对于真正危险的反应^[17]。因此,TF-CBT对于持续经历创伤(ongoing trauma)的来访者来说可能并不完全合适。在这类来访者能够真正区分过去的危险、现在的危险以及过度泛化的创伤线索之前,他们难以成功使用应对策略。

对于持续经历创伤的青少年来说,PRACTICE干预模型必须做出一定的调整:首先,儿童的父母和治疗师需要确定孩子的安全能否得到保证。对于那些经历一次性创伤的来访者,治疗师可以直接告诉来访者,他们现在的环境不再危险;而在来访者经历持续创伤的情况下,治疗师必须考虑安全因素,需在治疗开始阶段帮助儿童和父母建立突发事件应急措施。其次,在孩子经历持续创伤的情况下,父母的情绪反应可能更加激烈,并更有可能带有防御情绪,因而需要治疗师在治疗开始的时候注重与家长建立良好的连结,并在与其分享孩子的创伤复述内容时,使其认识到孩子的处境,并做好向社会保障机构报告的准备。最后,持续受到创伤的孩子难以用简单的创伤复述来消除不合理认知,因为那种认知随时可能被强化,因此在创伤复述的时候,需要帮助孩子认识到什么是真正的危险,什么是无害的创伤线索^[17]。

尽管并非所有使用TF-CBT的研究都完全依照PRAC-

TICE模型,但它们均包括对创伤记忆的处理、认知重构、复原导向的应对策略、放松技术、焦虑管理技术、想象或现场的创伤暴露以及结束时的对干预外生活情境的迁移等^[18-20],其主要内容是基本一致的。

2.2 创伤聚焦认知行为治疗的干预效果

PRACTICE模型的效果得到了一系列研究的证实。许多研究^[13,17,21,22]考察了TF-CBT的效果,并与其他治疗方法进行了比较,结果均证明TF-CBT是对于创伤后儿童青少年的最有效的干预方法之一。

Scheeringa等人招募了64名3-6岁具有创伤经历的儿童,对干预组的40名被试实施了TF-CBT的干预,结果显示与控制组相比,PTSD症状在干预后有显著的改善^[23]。Jongh等人对184名经历过交通事故、年龄在18岁以上的被试实施了干预,其中125名被试接受了TF-CBT,另外59名被试接受了EMDR+暴露疗法(in vivo exposure),结果显示在干预后两组被试均有显著的症状下降,但与“EMDR+暴露”组相比,TF-CBT组被试的交通焦虑水平更低^[20]。其他一些研究也证明,不论在何种环境下,不论针对何种民族,TF-CBT在帮助儿童和青少年克服人为创伤经历所带来的症状方面都是有效的^[15,16,24-28]。

有的研究者对于CBT的作用是否会受到来访者的人际关系的影响感兴趣,却意外发现了人际关系与TF-CBT的创伤聚焦部分的关系。Monson等人的一项研究^[6]为了比较TF-CBT和技能聚焦的CBT的疗效,他们对具有战争创伤经历的美国老兵实施了这两种治疗方法,结果发现尽管PTSD症状和酒精滥用方面的改变没能达到统计显著,但仍在暴力行为方面得到了显著改善,且这两种CBT的疗效没有显著差异。不过,在TF-CBT中,感知到的亲密关系与暴力行为之间的负向相关显著大于在另一组中的情况,显示了两者在作用机制上可能存在差异:TF-CBT与个人内心更为相关,集中于个体的内部过程,需要更为深层的暴露。

Bisson和Andrew的元分析^[4]比较了TF-CBT、压力管理、非指导性治疗、心理动力学疗法、催眠疗法、EMDR等对于PTSD症状、焦虑和抑郁的作用。结果显示TF-CBT对临床评估的PTSD症状、自我报告PTSD症状、抑郁、焦虑有显著减轻作用,并且TF-CBT比非指导性治疗、心理动力学疗法和催眠疗法更有效,比压力管理有更好的持续效果,与EMDR的疗效相当。

3 未来研究与实践展望

客观地说,创伤聚焦与非创伤聚焦的干预在效果上是否有区别,虽然进行了大量研究,但双方均有证据支持,并未达成一致的认识。事实上,在治疗的实践中并没有非黑即白的界限,有学者因而批评研究者为了研究哪种方法更有效而刻意把治疗中的一些元素排除在外,将其作为人造的控制组进行比较,这样得出的结果往往是缺乏实际意义的^[29]。创伤聚焦与技能训练均是干预中不可缺少的部分。除了某些研究情境,在实际工作中运用CBT对创伤后人群进行干预时,并没有不包含技能训练的创伤聚焦的CBT,也很少有不处理

创伤记忆仅仅教授技能的CBT。

从TF-CBT的干预模型来看,治疗师在实践过程中需要特别注意,聚焦于创伤的内容最好放在技能建构部分之后,因为来访者只有具备了相应的应对技能,才能有效面对创伤复述和暴露。对于接受TF-CBT治疗的来访者,他们的首要困扰应当是创伤症状,而不是精神病性症状、品行障碍,即使他们表现出来某种行为问题也应当是由创伤经历引起的^[6]。否则,在实施TF-CBT治疗的同时,应当与针对相应的其他症状的疗法配合使用。

更为重要的是,创伤复述与暴露是一把双刃剑,需要正确对待。研究表明,TF-CBT中创伤复述、线索暴露等创伤聚焦的阶段具有打破来访者的回避应对的作用。虽然从长期来看,回避应对将使个体形成一种习惯反应模式,会有产生负面心理后果的危险;而近年来有越来越多的研究证明回避在短期内却与降低情绪痛苦有关^[9]。因此,治疗师应该根据来访者所处的创伤反应阶段来选择复述与暴露的时机。在个体还处于需要回避的阶段时应进行关系的建立,不应剥夺个体合理使用回避策略保护自身的权利,此时不宜进行创伤复述。此外,暴露必然带来痛苦,这可能会造成来访者放弃治疗。有研究发现与包含创伤复述的TF-CBT相比,不包含创伤复述的CBT治疗后的儿童显示出更少的外化行为问题,然而经历了创伤复述的来访者有更少的情绪问题、焦虑以及恐惧^[21]。因此,在创伤后的情绪与行为问题的治疗可能拥有不同的机制,在TF-CBT中,创伤复述如何最优化地使用,还需要更深入的研究。

此外,目前有关TF-CBT的研究主要探讨的是其对儿童青少年在经历人为创伤事件(如性虐待、家庭暴力、校园欺凌)后的干预效果,至于它对于经历自然灾害(如地震、洪灾)后的儿童青少年适用性如何,目前的研究还很少,值得进一步探索。

最后,TF-CBT的跨年龄、跨文化的适用性需进一步验证。目前国外关于TF-CBT的研究与实践,多是基于青少年群体,针对成年人的TF-CBT该如何使用,也需要进一步研究和实践。尽管有的研究者验证了TF-CBT跨文化的效果,但其使用的被试仍缺乏亚洲群体。因此,当TF-CBT运用于中国创伤后人群时,其效果仍有待验证。

总之,虽然对于TF-CBT本身以及疗效的研究尚在发展和演变之中,不过相比较其他创伤治疗方法而言,TF-CBT的证据已经较为成熟和完备。在社会越来越频繁地发生灾难和人为创伤事件的今天,我们应当对TF-CBT有更多的认识和研究,以便把它作为对创伤后人群进行心理干预的一种重要选择。

参 考 文 献

- 1 Harvey AG, Bryant RA, Tarrrier N. Cognitive behavior therapy for posttraumatic stress disorder. *Clinical Psychology Review*, 2003, 23(3): 501-522
- 2 Schottenbauer MA, Arnkoff DB, Glass CR, et al. Psychotherapy for PTSD in the community: reported prototypical treat-

- ments. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 2006, 13(2): 108-122
- 3 Ehlers A, Steil R. Maintenance of intrusive memories in posttraumatic stress disorder: A cognitive approach. *Behavioral and Cognitive Psychotherapy*, 1995, 23(3): 217-249
- 4 Paunovic N, Öst LG. Cognitive-behavior therapy vs exposure therapy in the treatment of PTSD in refugees. *Behaviour Research and Therapy*, 2001, 39(10): 1183-1197
- 5 Ponniah K, Hollon SD. Empirically supported psychological treatments for adult acute stress disorder and posttraumatic stress disorder: A review. *Depression and Anxiety*, 2009, 26(12): 1086-1109
- 6 Monson CM, Rodriguez BF, Warner R. Cognitive-behavioral therapy for PTSD in the real world: Do interpersonal relationships make a real difference? *Journal of Clinical Psychology*, 2005, 61(6): 751-761
- 7 National Collaborating Centre for Mental Health. Post-traumatic stress disorder: The management of PTSD in adults and children in primary and secondary care. In *Health NC-CfM. National Clinical Practice Guideline. Vol 26*. London: Gaskell and the British Psychological Society, 2005. 70
- 8 Foa EB, Zoellner LA, Feeny NC. An evaluation of three brief programs for facilitating recovery after assault. *Journal of Traumatic Stress*, 2006, 19(1): 29-43
- 9 Hinton DE, Rivera EI, Hofmann SG, et al. Adapting CBT for traumatized refugees and ethnic minority patients: Examples from culturally adapted CBT(CA-CBT). *Transcultural Psychiatry*, 2012, 49(2): 340-365
- 10 Hinton DE, Pham T, Tran M, et al. CBT for Vietnamese refugees with treatment-resistant PTSD and panic attacks: A pilot study. *Journal of Traumatic Stress*, 2004, 17(5): 429-433
- 11 Hinton DE, Hofmann SG, Rivera E, et al. Culturally adapted CBT(CA-CBT) for Latino women with treatment-resistant PTSD: A pilot study comparing CA-CBT to applied muscle relaxation. *Behaviour Research and Therapy*, 2011, 49(4): 275-280
- 12 Hinton DE, Chhean D, Pich V, et al. A randomized controlled trial of cognitive-behavior therapy for Cambodian refugees with treatment-resistant PTSD and panic attacks: A cross-over design. *Journal of Traumatic Stress*, 2005, 18(6): 617-629
- 13 Cary CE, McMillen JC. The data behind the dissemination: A systematic review of trauma-focused cognitive behavioral therapy for use with children and youth. *Children and Youth Services Review*, 2012, 34(4): 748-757
- 14 Bisson J, Andrew M. Psychological treatment of post-traumatic stress disorder(PTSD)(Review). *Wiley*, 2007. 18-21
- 15 Cohen JA, Deblinger E, Charles WM, et al. Trauma-focused

- cognitive behavioral therapy: Addressing the mental health of sexually abused children. Children's Bureau, U.S. Department of Health and Human Services, 2007
- 16 Cohen JA, Mannarino AP. Trauma-focused cognitive behavioral therapy for children and parents. *Child and Adolescent Mental Health*, 2008, 13(4): 158-162
 - 17 Cohen JA, Mannarino AP, Murray LK. Trauma-focused CBT for youth who experience ongoing traumas. *Child Abuse and Neglect*, 2011, 35(8): 637-646
 - 18 Feather JS, Ronan KR. Therapy for abused children with posttraumatic stress disorder: A pilot study. *New Zealand Journal of Psychology*, 2006, 35(3): 174-194
 - 19 Feather JS, Ronan KR. Trauma-focused CBT with maltreated children: A clinic-based evaluation of a new treatment manual. *Australian Psychologist*, 2009, 44(3): 174-194
 - 20 Jongh A, Holmshaw M, Carswell W, et al. Usefulness of a trauma-focused treatment approach for travel phobia. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 2011, 18(2): 124-137
 - 21 Deblinger E, Mannarino AP, Cohen JA, et al. Trauma-focused cognitive behavioral therapy for children: Impact of the trauma narrative and treatment length. *Depression and Anxiety*, 2011, 28(1): 67-75
 - 22 Cohen JA, Berliner L, Mannarino A. Trauma focused CBT for children with co-occurring trauma and behavior problems. *Child Abuse and Neglect*, 2010, 34(4): 215-224
 - 23 Scheeringa MS, Weems CF, Cohen JA, et al. Trauma-focused cognitive-behavioral therapy for posttraumatic stress disorder in three-through six year-old children: A randomized clinical trial. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 2011, 52(8): 853-860
 - 24 Cohen JA, Mannarino AP. A treatment outcome study for sexually abused preschool children: Initial findings. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 1996, 35(1): 42-50
 - 25 Cohen JA, Mannarino AP. Factors that mediate treatment outcome of sexually abused preschool children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 1996, 35(10): 1402-1410
 - 26 Deblinger E, Stauffer LB, Steer RA. Comparative efficacies of supportive and cognitive behavioral group therapies for young children who have been sexually abused and their nonoffending mothers. *Child Maltreatment*, 2001, 6(4): 332-343
 - 27 Cohen JA, Deblinger E, Mannarino AP, et al. A multisite, randomized controlled trial for children with sexual abuse-related PTSD symptoms. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 2004, 43(4): 393-402
 - 28 Cohen JA, Mannarino AP. Intentions for sexually abused children: Initial treatment outcome findings. *Child Maltreatment*, 1998, 3(1): 17-26
 - 29 Wampold BE, Imel ZE, Laska KM, et al. Determining what works in the treatment of PTSD. *Clinical Psychology Review*, 2010, 30(8): 923-933
 - 30 Sumner JA. The mechanisms underlying over-general autobiographical memory: An evaluative review of evidence for the CaR-FA-X model. *Clinical Psychology Review*, 2012, 32(1): 34-48

(收稿日期:2014-02-17)

(上接第733页)

参 考 文 献

- 1 Cassidy J, Asher SR. Loneliness and peer relations in young children. *Child Development*, 1992, 63(2): 350-365
- 2 黎亚军,高燕,王耘. 青少年网络交往与孤独感的关系:调节效应与中介效应. *中国临床心理学杂志*, 2013, 21(3): 490-492
- 3 邹泓. 中学生的同伴关系——发展特点、功能及其影响因素. 北京:北京师范大学出版社, 2003. 66
- 4 李瑶,余苗,张妩,钱铭怡. 高孤独感儿童的社会认知偏差. *中国临床心理学杂志*, 2013, 21(1): 119-121
- 5 Parkhurst JT, Asher SR. Peer rejection in middle school: Subgroup differences in behavior, loneliness, and interpersonal concerns. *Developmental Psychology*, 1992, 28(2): 231-241
- 6 赵景欣. 养育者行为监控与农村留守儿童的孤独、反社会行为. *中国临床心理学杂志*, 2013, 21(3): 500-507
- 7 Asher SR, Hymel S, Renshaw PD. Loneliness in children. *Child Development*, 1984, 55 (4): 1456-1464
- 8 Locke J, Ishijima EH, Kasari C, London N. Loneliness, friendship quality and the social networks of adolescents with high-functioning autism in an inclusive school setting. *Journal of Research in Special Educational Needs*, 2010, 10(2): 74-81
- 9 Armsden GC, Greenberg MT. The inventory of parent and peer attachment: Individual differences and their relationship to psychological well-being in adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, 1987, 16: 427-451
- 10 李晓巍,邹泓,曲可佳. 青少年社会适应的聚类分析. *中国临床心理学杂志*, 2008, 16(6): 566-570
- 11 琚晓燕,刘宣文,方晓义. 青少年父母、同伴依恋与社会适应性的关系. *心理发展与教育*, 2011, 2: 174-180
- 12 周宗奎,赵冬梅,等. 童年中期儿童社交地位、社交自我知觉与孤独感的关系研究. *心理发展与教育*, 2003, 19(4): 70-74

(收稿日期:2014-01-25)