

创伤后应激障碍的民族差异问题*

刘寅^{1,2} 陈正根^{1,2} 张雨青¹ 张宁^{1,2}

(¹中国科学院心理研究所, 北京 100101) (²中国科学院研究生院, 北京 100049)

摘要 创伤后应激障碍(PTSD)的民族差异主要体现在少数民族 PTSD 的发生率较高和症状反应与症状结构的差异。以美国代表的西方国家的研究表明, 这些差异主要是源于暴露水平、少数民族的社会地位以及不同的文化背景。汶川地震后, 有研究也发现羌族 PTSD 发生率高于汉族, 然而对于羌汉民族间症状反应的具体差异及其原因, 还并不十分明确。因此, 有必要在中国进行 PTSD 民族差异系统深入的研究, 这既有助于灾后心理援助工作更加有针对性的开展, 也能够为从东方文化视角下理解 PTSD 提供理论依据。

关键词 创伤后应激障碍(PTSD); 民族差异; 本土化

分类号 R395

创伤后应激障碍(Posttraumatic Stress Disorder, PTSD)是指突发性、威胁性或灾难性生活事件导致个体延迟出现和长期持续存在的精神障碍(中华医学会精神科分会, 2001), 其典型症状有重复性体验(re-experience)、回避(avoidance)、麻木(emotional numbing)、高警觉(hyperarousal)。已有的研究表明, 战争(Kulka et al., 1990; Hobfoll et al., 2008)、自然灾害(如飓风、地震)(Neria, Nandi, & Galea, 2008)、公共突发事件(如恐怖袭击)(Neria et al., 2008)、意外事故(如车祸、空难)(Chossegros et al., 2011)以及遭受暴力袭击、强奸、受虐等个人的重大生活事件(Roth, Newman, Pelcovitz, van der Kolk, & Mandel, 1997; Kingston, & Raghavan, 2009)都会使人们出现 PTSD 症状。PTSD 的发生率为 3.7%~60% 不等(Neria et al., 2008), 受一些因素如性别、年龄、民族、职业等人口统计学变量以及初始暴露水平, 受灾者的社会支持程度、应对方式等多方面因素的影响(Brewin, Andrews & Valentine, 2003)。

民族作为影响 PTSD 发生的一个重要因素, 一直受到创伤研究者的高度关注。国外的研究发现灾难性事件后不同民族(种族)的 PTSD 发生率存在显著差异并且具有各自的症状特点(见 Kulka et al., 1990; Perrilla, Norris, & Lavizzo, 2002; Hobfoll et al., 2008)。那么这样的差异是否稳定出现? 是否存在可循的规律? 导致这些差异的原因是什么? 是否存在共同的根本的原因? 这些都是值得深入探讨的。一方面, 民族差异的研究对跨文化心理研究的领域具有理论贡献。关于文化整体观(culture-general)与文化特异观(culture-specific)的两种不同的研究视角与方法(Osterman & de Jong, 2007), 一直被心理学家所争论。PTSD 的临床工作者以及研究者也一直在探讨这样的问题: 究竟应该寻求一种统一的、适用于各种文化背景的 PTSD 的诊断与治疗模式, 还是根据不同民族的文化特点分别制定诊断标准开展治疗。以上问题的解决都首先需要将不同民族 PTSD 的症状特点、反应模式以及民族间的共性与差异探求清楚。另一方面, 民族差异的研究也有助于指导临床心理工作者根据不同民族 PTSD 的发生特点与症状特征, 对受灾人群实施有效的干预措施以及为不同民族 PTSD 患者提供有针对性的治疗方案。

因此, 本文将系统回顾有关 PTSD 民族差异的研究, 在梳理总结目前 PTSD 民族差异的表现

收稿日期: 2011-03-02

* 中国科学院心理研究所发展基金项目“震后心理应激反应的民族差异及其社会心理模式”(O9CX154015); 国家自然科学基金面上项目“自然灾害幸存者的创伤后成长”(Y0JJ453C01)。

通讯作者: 张雨青, E-mail: zhangyq@psych.ac.cn

及其产生的原因等的基础上,分析其中存在的问题并为国内未来更好地开展相关研究提供参考。

1 民族间 PTSD 的差异表现

1.1 民族间 PTSD 的发生率不同

有关 PTSD 的研究发现,在经历灾难事件之后,不同民族 PTSD 的发生率存在差异,一般来说,一个国家(或一个地区)的少数民族相对于该国(或该地区)的主流民族更容易发生 PTSD 或呈现更加严重的 PTSD 症状。

在美国,研究显示:与白种人(Caucasians)相比,非洲裔美国人(African Americans)和拉丁美洲人(Latinos)在灾难性事件如战争、自然灾害、恐怖袭击等之后 PTSD 的发生率更高。例如, Kulka 等人(1990)在全美范围内通过概率抽样(representative study)调查了 1173 名越战老兵(NVVRs, the National Vietnam Veterans Readjustment Study),结果发现非洲裔(20.6%)和拉美裔(27.9%)的 PTSD 发生率均高于欧裔(13.7%),在控制了暴露水平及其他影响因素后,仍然呈现这样的结果。Green, Grace, Lindy 和 Leonardo (1989)的研究也发现非洲裔的越南老兵 PTSD 发生率高于欧裔(前者 72%, 后者 42%)。Perrilla 等人(2002)在安德鲁飓风发生之后 6 个月,对于非洲裔美国人、拉丁美洲人和欧裔美国人 PTSD 发生率进行了比较研究,结果显示欧裔美国人群 PTSD 的发生率最低(15%),而非洲裔美国人(23%)和拉丁美洲人(38%)的 PTSD 发生率都较高。2001 年美国“911”恐怖袭击之后的 5~8 周, Galea 等人(2002)在 911 恐怖袭击之后进行了一项调查研究,多元回归分析的结果显示,民族是影响 PTSD 的一个显著因素,主要表现在西班牙裔 PTSD 的发生率显著高于其他民族。

在美国以外的其他国家和地区,尽管类似的研究比较少,但是仅有的几项研究同样发现,少数民族相对于主流民族更容易发生 PTSD。在恐怖袭击频频发生的以色列,阿拉伯人 PTSD 的发生率较犹太人高(Hobfoll et al., 2008; Somer, Maguen, Or-Chen, & Litz, 2009; Hamama-Raz, Solomon, Cohen, & Laufer, 2008); 一项对新西兰越战老兵的调查比较了土著毛利人与非毛利人之间 PTSD 的差异(MacDonald, Chamberlain, & Long, 1997),结果显示,毛利人比非毛利人的 PTSD 严重程度

更高;阿富汗难民中,塔吉克族家庭的孩子相对于普什图人的孩子更容易产生 PTSD (Mghir & Raskin, 1999)。

1.2 民族间 PTSD 症状反应及结构差异

根据 DSM-IV-TR (APA, 2000), PTSD 的典型症状包括重复性体验(re-experience)、回避(avoidance)、高警觉(hyperarousal)3 个维度的 17 条基本症状,西方国家使用的很多 PTSD 自评量表(如 PCL)都是根据这 17 条症状编制的,它也是临床诊断的依据。然而,事实上,不同民族的症状结构并不仅仅表现为这 17 条症状,而且,对不同民族因素分析结果显示,不同民族的症状结构也并不相同。Palinkas, Petterson, Russell 和 Downs (2004)在 Exxon Valdez 漏油事故之后使用 DIS (Diagnostic Interview Schedule) PTSD 分量表对原住阿拉斯加人与欧裔两民族进行测试,并对问卷结果进行探索性因素分析,原住阿拉斯加人与欧裔美国人两个群体得到了不同的结构,虽然均探索得到了 5 个因素,但每个因素包含的条目并不相同,并且原住阿拉斯加人比欧裔美国人更多的报告“不愉快的记忆”、“噩梦”、“回避与创伤性事件有关的想法”、“很难集中注意力”以及“生理反应”。Norris, Perilla 和 Murphy (2001)对拉美人与非拉美人进行了 PTSD 各维度症状差异的研究,结果显示拉美被试在闯入与回避两个症状群组的得分高于非拉美被试,而非拉美的被试则在高唤醒症状群组得分较高。Norris 等学者(2001)在墨西哥及美国南部进行的一项针对墨西哥灾难幸存者的质性研究就发现,DSM-IV 中回避与高唤醒两个维度上的一些症状很少或者从未被受访者提及,同时很多受访者谈到的症状反应无法归类到诊断标准中去。

由此可以看出,不同民族在 PTSD 上的差异不仅仅体现在表面的发生率以及问卷分数所表示的症状严重程度,而更深刻的体现在建构出外在 PTSD 发生率的各内在症状结构上的差异。然而,由于不同的民族,其文化各具特色,目前对于不同民族的结构差异规律还并不十分明确,还需要更多的实证研究的参与。

2 对 PTSD 民族差异的解释

2.1 创伤暴露水平

创伤暴露水平是影响 PTSD 发生率及其严重

程度的一个重要因素(Brewin et al., 2003)。经历同一创伤事件, 暴露水平(严重程度)的差异有可能是造成民族间 PTSD 发生率差异的原因。在同一创伤事件中, 即使不同民族目睹到和所经历的过程、伤亡程度等客观创伤源相同, 他们在心理上感受到的伤害程度可能是不同的, 因此主观体验到的创伤的暴露程度就可能有所不同。Green 等人(1989)通过回归分析发现, 黑人 PTSD 的严重程度高于白人是源于越南战争中黑人比白人感受到更高层次的压力(stressor)。Dohrenwend, Turner, Turse, Lewis-Fernandez 和 Yager (2008)在 NVVRS 的调查数据中随机抽取样本进行分析, 发现黑人与西班牙裔较高的 PTSD 发生率都与他们较高的暴露水平(即所在部队伤亡比例大)有关。Perrila 等人(2002)在 Andrew 飓风后的研究也发现, 暴露水平的不同可以部分解释拉丁裔和非洲裔相对较高的 PTSD 发生率。

2.2 少数民族地位

少数民族往往是一个社会的弱势群体, 他们的社会经济地位低, 收入水平低、教育程度低、占有的各种社会资源少, 而这些都有可能是导致少数民族 PTSD 发生率较高的原因。Dohrenwend 等人(2008)在研究中发现, 拉丁裔越南老兵较高的 PTSD 发生率除了与较高的暴露水平相关, 还与较低教育程度和参加战争时年龄偏小相关。此外, 由于少数民族的弱势地位以及历史和政治因素, 他们还常常遭受歧视。一方面, 长期遭受歧视使得少数民族的对创伤易感性(vulnerability)升高(Cannon & Locke, 1997), 因而在经历创伤事件之后, 他们更容易产生 PTSD 或 PTSD 症状更为严重。研究表明, 感受到的歧视与 PTSD 症状的严重程度呈现相关关系(Pole, Best, Metzler, & Marmar, 2005)。Ruef, Litz 和 Schlenger (2000)进行的一项研究显示, 那些感受到比非洲裔受到更严重歧视的拉丁裔越南老兵, 他们 PTSD 的症状更加严重。另一方面, 这种歧视本身也可能成为创伤性事件(Jones, Brazel, Peskind, Morelli, & Raskind, 2000), 从而影响经历其他创伤性事件的 PTSD 症状的严重程度。

2.3 文化差异

每个民族都具有各自独特的文化, 主要体现在民族的核心价值观、民族信仰、传统观念等方面, 进而反映在风俗、习惯以及个体的行为方式

等方面。因此, 某种文化背景下特有的观念或信仰有可能影响到人们处理创伤事件的能力, 他们的信仰和价值观指导着他们如何看待与应对创伤, 这种处理方式的差异有可能影响 PTSD 的发生及严重程度。

PTSD 通常是通过精神科医生问诊或自评量表进行诊断的, 这两种方法都需要灾难幸存者自我报告他们的症状表现, 这就会存在高报(过分或夸张报告症状)或低报(不报或隐瞒症状)的现象。有学者认为, 报告方式的差异有可能导致表现出的 PTSD 发生率的差异, Ortega 和 Rosenheck (2000)在研究中发现, 拉丁裔比欧裔报告了更多的 PTSD 症状, 但实际上他们并没有受到更严重的功能损伤, 由此可以推想拉丁裔较高的 PTSD 发生率是由过度报告所导致。但是, 这样的解释并没有得到科学的证实, 甚至有学者得到与之相悖的结论。Norris 等人(2001)发现, 即使统计学上对报告问题进行控制后, 拉丁裔与非拉丁裔之间的差异仍然存在。Pole 等人(2005)认为报告方式并不能解释拉丁裔 PTSD 发生率高的现象, 因为他们以警察为对象的研究显示, 拉丁裔警察非但过多报告, 反而更少的报告了 PTSD 症状, 但拉丁裔警察的 PTSD 症状仍然表现的最为严重。由此, 不难看出, 报告方式的差异是否可以解释 PTSD 发生率的民族差异, 尚无定论, 仍需要进一步的研究。

文化传统还会影响人们对创伤性事件的应对方式——如何面对灾难、处理负面情绪, 不同的应对方式也可能影响 PTSD 的发生。一项关于美国“9·11”恐怖袭击的研究表明, 非洲裔更倾向通过祈祷、宗教活动等精神方式应对创伤性事件(Torabi & Seo, 2004), 然而这样的方法并不能充分的预防或减少 PTSD 的发生(Maercker & Herrle, 2003)。Pole 等人(2001)的研究发现, 拉丁裔警察在受创伤之后更多的采用一种祈祷(wishful thinking)和自我责备的方式应对创伤事件, 而这种应对方式是被动的、且具有外部控制的特点, 并不能有助于减少创伤事件对心理的影响, 因而拉丁裔警察表现出更高层次的 PTSD。

总之, 不同的民族群体, 在各自不同甚至迥异的民族文化熏陶下, 他们的认知和行为方式都或多或少地标记了本民族的文化烙印, 这些都可能使他们在面对灾难性事件时, 出现特定的反应,

而恰恰是不同的这些反应造成 PTSD 发生率或是症状反应的差异。

2.4 文化适应的解释

文化心理学研究者常常使用文化适应 (acculturation) 这一概念来解释两种文化间的冲突, 当人们进入另一种文化下生活 (如移民者), 或者另外一种文化入侵一个民族原有的社会文化生活时 (如原著民族), 两种文化总会在社会价值观、民族信仰、行为准则、传统习俗等方面表现出不一致, 甚至发生冲突, 这些文化冲突使处于非主流地位的少数民族的人群感到不被接受、不被认同, 原有的信念被动摇了, 使他们在心理上产生一种文化不适应, 即文化适应压力 (Acculturative Stress; Anderson, 1991), 文化应激的产生使少数民族对创伤的易感性升高, 因而在遭受灾难时他们更容易发生 PTSD。已有的研究证明, 文化适应水平低的人更容易出现 PTSD。一项在 Katrina 飓风后进行的研究结果表明, 那些文化适应较低的越南裔表现出更严重的 PTSD 症状 (Norris, Vanlandingham, & Vu, 2002)。在中国台湾地区对原住布农族居民的研究也发现, 文化适应是 PTSD 的影响因素 (Lee et al. 2009)。那么, 在灾难性事件发生后, 由于该地区少数民族身上可能存在文化适应的问题, 使得少数民族的 PTSD 发生率更高。Perilla 等人的 (2002) 研究证实, 文化适应压力 (Acculturative Stress) 可以部分解释民族间 PTSD 发生率的差异。

2.5 资源保存理论的解释

资源保存理论 (Conservation of resources, COR) 认为应激 (stress) 是人们面临或遭受资源损失的结果, 这种资源损失不仅仅指物质 (material, 比如住房) 方面的损失, 也包括心理文化 (psychosocial, 比如社会支持) 方面的损失 (Hobfoll, 1989, 1998)。一般而言, 遭遇到的损失越大, 其应激也相对更严重。从物质资源的角度看, 少数民族由于社会、历史、政治等方面的原因, 占有的资源相对较少, 当发生灾难的时候, 同样的损失对于少数民族而言却相对更多, 因此他们的应激也相对更严重些。从心理社会资源的角度看, 少数民族由于人口少且相对集中, 一旦发生灾难, 对其社会支持系统的破坏将更严重。Hobfoll 等学者 (2008) 在对以色列的遭遇恐怖袭击的阿拉伯人和犹太人的研究中发现, 知觉到经济和心理资源

损失少和社会支持系统损失小的犹太人比阿拉伯人的创伤后应激症状相对更轻。Wang 等人 (2009) 在中国汶川地震的研究中, 分析羌族幸存者的 PTSD 症状更严重时指出, 羌族幸存者遭受损失 (亲属损失更多及其带来的社会支持系统的削弱更强和历史文化遗产的惨重损失) 更多可能是其中的原因之一。

3 国内 PTSD 民族差异研究的展望

目前, 有关 PTSD 民族差异的研究主要集中在美国地区, 针对欧裔、非洲裔以及拉美人群展开, 而其他种族或民族以及其他国家或地区有关这方面的研究还是比较少见。因此, 针对中国人群进行 PTSD 民族差异的研究是十分有价值的, 一方面有助于从东方文化背景下理解 PTSD 的民族差异; 另一方面, 这也将为灾后对不同民族采取区别化的有针对性的措施提供理论依据。

3.1 未来国内研究的方向

在中国进行 PTSD 民族差异的研究可以从两个视角出发。一方面, 将中国人群作为一个整体, 从东方文化视角下研究 PTSD, 同时与西方文化视角下的研究结果进行跨文化的比较, 寻找东西方人群的共性与差异, 挖掘导致差异背后的深层次的原因, 为更加透彻全面的了解 PTSD 提供实证依据, 在更深远意义上, 也为回答“文化整体观”还是“文化特异观”这一长期争论的问题提供实证支持。

另一方面, 针对我国不同民族进行民族 PTSD 差异的研究, 考察同在东方文化背景下的这些少数民族与汉族间 PTSD 的差异。⁵¹² 汶川地震发生后, 有研究者发现, 北川羌族幸存者地震后三个月 PTSD 的发生率显著高于当地汉族幸存者 (Wang et al., 2009; Kun, Han, Chen, & Yao, 2009)。然而对于羌汉民族间 PTSD 症状的具体差异及其产生原因还有待进一步的研究。这也将为对重大灾难过后的心理援助工作具有实践指导意义, 可以根据不同民族的特点有针对性的开展心理干预。

3.2 国内 PTSD 民族差异研究亟待解决的问题

首先, PTSD 诊断工具的文化适用性问题。目前对 PTSD 的诊断一般以 *DSM-IV-TR* (APA, 2000) 标准进行临床诊断, 或是通过基于 *DSM-IV* 制定的自评量表进行判断 (如 IES, PCL, HTQ 等)。然而,

以西方文化为背景制定的诊断标准的文化适用性问题还需要进一步验证。Jenkins (1996)曾指出 DSM-IV 并不完全适用于拉丁美洲人。Norris 等人 (2001)在对墨西哥的飓风灾难进行访谈研究时发现,在 DSM-IV 的有关 PTSD 的 17 个症状中,有三条症状“感到自己的生命因此而缩短(Sense of foreshortened future)”、“很难集中注意力(Difficulty concentrating)”和“过度的惊吓反应(Exaggerated startle response)”并没有人提及到,而且有多人提到了一些并不包含在诊断标准中的症状反应。我国有关 PTSD 的研究一直使用的是西方编制的测评工具,那么对于这些工具的中国文化适用性的问题也是值得商榷的。因此,未来还需要我们更全面深入的了解中国人经历创伤事件后症状反应的特点,对国外量表进行校正,以更好的适应中国人群,或者开发本土化的量表,对 PTSD 做出更加准确的诊断。

其次,开展追踪研究,了解不同民族 PTSD 的发生发展特点。曾有研究者对张北地震后受灾群众的 PTSD 发生情况的研究中发现,震后 9 个月的 PTSD 发生率高于震后 3 个月时的发生率(Wang et al., 2000),这可能意味着汉族人群的 PTSD 发病时间相对较为迟缓。因此,尽管 Wang 等人(2009)发现了羌汉民族间 PTSD 发生率的差异,但这一结果是在地震后 3 个月时测查得到的,这种差异是否有可能是汉族和羌族 PTSD 的发生和发展上的差异造成的,也就是说,相对于汉族幸存者,羌族幸存者 PTSD 发病时间更早。当然,这些都只是理论上的推测,未来可能需要通过对两个民族进行有价值的追踪研究,在灾难后的几个时间点分别测查两个民族 PTSD 的发展情况,建立各自的发展曲线,从而比较民族间 PTSD 发生发展的特点。

再次,寻求差异的原因。虽然西方已经有些研究试图解释民族之间 PTSD 差异产生的原因,但这些解释还有待完善。另外,我国的民族具有自身的特点——民族融合时间较长,民族间的社会地位平等,并且我国的少数民族又具备一些鲜明的特点,如性格热情奔放,能歌善舞,因此,未来需要更丰富深入的研究,从民族文化、民族性格的视角解释民族间 PTSD 的差异。

3.3 我国 PTSD 民族间差异研究的两点注意

首先,民族(文化)认同感的控制。民族(文化)

认同感指的是对自己民族及其文化背景的认同程度(Ford, 2008)。即使来自不同的民族,但是有些民族由于长期与另一民族共同繁衍生息,民族间的文化差异可能已经不复存在,因此,对这一变量的控制,可以更好的理解表现出的民族差异是否真实的由民族及其背后的文化差异所致。

其次,客观变量的引入。目前所做 PTSD 民族差异的研究,大部分都是由做答 PTSD 自评量表等自我报告的方式进行。然而,自我报告一直存在过于主观的问题。而对自我报告的偏差也只能使用统计学的方法对其进行控制,但是如果可以引入客观变量(如生理学指标)来客观的反应民族间的差异,可以使研究结果更加具有说服力。

参考文献

- 中华医学会精神科分会. (2001). *中国精神障碍分类与诊断标准 (CCMD-3)* (第 3 版). 山东: 山东科学技术出版社.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., rev.). Washington, DC: Author.
- Anderson, L. P. (1991). Acculturative stress: A theory of relevance to black Americans. *Clinical Psychology Review*, 11(6), 685-702.
- Brewin, C. R., Andrews, B., & Valentine, J. D. (2003). Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(5), 748-766.
- Cannon, M. S., & Locke, B. Z. (1977). Being black is detrimental to one's mental health: Myth or reality? *Phylon*, 38(4), 408-428.
- Chossegros, L., Hours, M., Charnay, P., Bernard, M., Fort, E., Boisson, D., et al. (2011). Predictive factors of chronic post-traumatic stress disorder 6 months after a road traffic accident. *Accident Analysis and Prevention*, 43(1), 471-477.
- Dohrenwend, B. P., Turner, J. B., Turse, N. A., Lewis-Fernandez, R., & Yager, T. J. (2008). War-related posttraumatic stress disorder in Black, Hispanic, and majority White Vietnam veterans: The roles of exposure and vulnerability. *Journal of Traumatic Stress*, 21(2), 133-141.
- Ford, J. D. (2008). Trauma, posttraumatic stress disorder, and ethnoracial minorities: Toward diversity and cultural competence in principles and practices. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 15(1), 62-67.
- Galea, S., Ahern, J., Resnick, H., Kilpatrick, D., Bucuvalas, M., Gold, J., et al. (2002). Psychological sequelae of the

- September 11 terrorist attacks in New York City. *New England Journal of Medicine*, 346(13), 982–987.
- Green, B. L., Grace, M. C., Lindy, J. D., & Leonard, A. C. (1989). Race differences in response to combat stress. *Journal of Traumatic Stress*, 3(3), 379–393.
- Hamama-Raz, Y., Solomon, Z., Cohen, A., & Laufer, A. (2008). PTSD Symptoms, forgiveness, and revenge among Israeli Palestinian and Jewish adolescents. *Journal of Traumatic Stress*, 21(6), 521–529.
- Hobfoll, S. E. (1989). Conservation of resources: A new attempt at conceptualizing stress. *American Psychologist*, 44(3), 513–524.
- Hobfoll, S. E. (1998). *Stress, culture and community: The psychology and philosophy of stress*. New York: Plenum.
- Hobfoll, S. E., Canetti-Nisim, D., Johnson, R. J., Palmieri, P. A., Varley, J. D., & Galea, S. (2008). The association of exposure, risk, and resiliency factors with PTSD among Jews and Arabs exposed to repeated acts of terrorism in Israel. *Journal of Traumatic Stress*, 21(1), 9–21.
- Jenkins, J. (1996). Culture, emotion, and PTSD. In A. Marsella, M. Friedman, E. Gerrity, & R. Scurfield (Eds.), *Ethnocultural aspects of Posttraumatic Stress Disorder: Issues, research, and clinical applications* (pp. 165–182). Washington, DC: APA.
- Jones, L., Brazel, D., Peskind, E. R., Morelli, T., & Raskind, M. A. (2000). Group therapy program for African-American veterans with posttraumatic stress disorder. *Psychiatric Services*, 51(9), 1177–1179.
- Kingston, S., & Raghavan, C. (2009). The relationship of sexual abuse, early initiation of substance use, and adolescent trauma to PTSD. *Journal of Traumatic Stress*, 22(1), 65–68.
- Kulka, R. A., Schlesenger, W. E., Fairbank, J. A., Hough, R. L., Jordan, B. K., Marmar, C. R., et al. (1990). *Trauma and the Vietnam War generation: Report of Findings from the National Vietnam Veterans Readjustment Study*. New York: Brunner/Mazel.
- Kun, P., Han, S. C., Chen, X. C., & Yao, L. (2009). Prevalence and risk factors for post-traumatic stress disorder: A cross-sectional study among survivors of the Wenchuan 2008 earthquake in China. *Depression and Anxiety*, 26(12), 1134–1140.
- Lee, C. S., Chang, J. C., Liu, C. Y., Chang, C. J., Chen, T. H. H., Chen, C. H., et al. (2009). Acculturation, psychiatric comorbidity and posttraumatic stress disorder in a Taiwanese aboriginal population. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 44(1), 55–62.
- MacDonald, C., Chamberlain, K., & Long, N. (1997). Race, combat, and PTSD in a community sample of New Zealand Vietnam war veterans. *Journal of Traumatic Stress*, 10(1), 117–124.
- Maercker, A., & Herrle, J. (2003). Long-term effects of the Dresden bombing: Relationships to control beliefs, religious belief, and personal growth. *Journal of Traumatic Stress*, 16(6), 579–587.
- Mghir, R., & Raskin, A. (1999). The psychological effects of the war in Afghanistan on young Afghan refugees from different ethnic backgrounds. *International Journal of Social Psychiatry*, 45(1), 29–36.
- Neria, Y., Nandi, A., & Galea, S. (2008). Post-traumatic stress disorder following disasters: A systematic review. *Psychological Medicine*, 38(4), 467–480.
- Norris, F. H., Perilla, J. L., & Murphy, A. D. (2001). Postdisaster stress in the United States and Mexico: A cross-cultural test of the multicriterion conceptual model of posttraumatic stress disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 110(4), 553–563.
- Norris, F. H., Vanlandingham, M. J., & Vu, L. (2002). PTSD in vietnamese Americans following hurricane Katrina: Prevalence, patterns, and predictors. *Journal of Traumatic Stress*, 22(2), 91–101.
- Norris, F. H., Weisshaar, D. L., Conrad, M. L., Diaz, E. M., Murphy, A. D., & Ibañez, G. E. (2001). A qualitative analysis of posttraumatic stress among Mexican victims of disaster. *Journal of Traumatic Stress*, 14(4), 741–756.
- Ortega, A. N., & Rosenheck, R. (2000). Posttraumatic stress disorder among Hispanic Vietnam veterans. *American Journal of Psychiatry*, 157(4), 615–619.
- Osterman, J. E., & de Jong, J. T. V. M. (2007). Cultural issues and trauma. In M. J. Friedman, T. M. Keane, & P. A. Resick (Eds.), *Handbook of PTSD: Science and practice*. (pp. 425–448). New York & London: The Guilford Press.
- Palinkas, L. A., Petterson, J. S., Russell, J. C., & Downs, M. A. (2004). Ethnic differences in symptoms of post-traumatic stress after the Exxon Valdez oil spill. *Prehospital & Disaster Medicine*, 19(1), 102–112.
- Perilla, J. L., Norris, F. H., & Lavizzo, E. A. (2002). Ethnicity, culture, and disaster response: Identifying and explaining ethnic differences in PTSD six months after Hurricane Andrew. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 21(1), 20–45.
- Pole, N., Best, S. R., Metzler, T., & Marmar, C. R. (2005). Why are Hispanics at greater risk for PTSD? *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*, 11(2), 144–161.
- Pole, N., Best, S. R., Weiss, D. S., Metzler, T., Liberman, A. M., Fagan, J., et al. (2001). Effects of gender and ethnicity on duty-related posttraumatic stress symptoms among urban police officers. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 189(7), 442–448.

- Roth, S., Newman, E., Pelcovitz, D., van der, Kolk, B., & Mandel, F. S. (1997). Complex PTSD in victims exposed to sexual and physical abuse: Results from the DSM-IV field trial for posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress, 10*(4), 539–555.
- Ruef, A. M., Litz, B. T., & Schlenger, W. E. (2000). Hispanic ethnicity and risk for combat-related posttraumatic stress disorder. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology, 6*(3), 235–251.
- Somer, E., Maguen, S., Or-Chen, K., & Litz, B. T. (2009). Managing terror: Differences between Jews and Arabs in Israel. *International Journal of Psychology, 44*(2), 138–146.
- Torabi, M. R., & Seo, D.-C. (2004). National study of behavioral and life changes since September 11. *Health Education & Behavior, 31*(2), 179–192.
- Wang, L., Zhang, Y. Q., Wang, W. Z., Shi, Z. B., Shen, J. H., Li, M., et al. (2009). Symptoms of posttraumatic stress disorder among adult survivors three months after the Sichuan earthquake in China. *Journal of Traumatic Stress, 22*(5), 444–450.
- Wang, X. D., Gao, L., Shinfuku, N., Zhang, H. B., Zhao, C. Z., & Shen, Y. C. (2000). Longitudinal study of earthquake-related PTSD in a randomly selected community sample in north China. *American Journal of Psychiatry, 157*(8), 1260–1266.

Ethnic Differences of Posttraumatic Stress Disorder

LIU Yin^{1,2}; CHEN Zheng-Gen^{1,2}; Zhang Yu-Qing¹; ZHANG Ning^{1,2}

(¹ Institute of Psychology, Chinese Academy of Sciences, Beijing 100101, China)

(² Graduate University of Chinese Academy of Sciences, Beijing 100049, China)

Abstract: The evidence for differences in prevalence and symptom structure of posttraumatic stress disorder (PTSD) in western countries, especially U.S., was reviewed. We tried to summarize the explanation of the differences in terms of trauma exposure, socioeconomic status (SES) and cultural context. Some studies have found higher rate of PTSD among victims of Qiang than their Han counterparts after the 2008 Sichuan earthquake in China. Deepgoing and systematic studies are essential, in order to provide targeted interventions for different ethnic groups, as well as to gain a understanding of PTSD from the background of China.

Key words: PTSD; ethnic differences; indigenous