

# 眼动脱敏再加工与自我状态疗法在创伤障碍性疾病治疗中的整合

单敬<sup>1</sup>, 田宝<sup>2</sup>, 冯孟哲<sup>3</sup>

**[摘要]** 创伤后应激障碍(PTSD)一直以临床采用三阶段疗法诊治创伤、分离性及其他障碍性疾病。三阶段疗法整合了眼动脱敏与再加工(EMDR)诊疗标准以及其他技术方法,包括自我状态治疗等。虽然三阶段疗法的机理研究刚刚起步,但是由于对创伤性、分离性障碍疗效显著,已成为目前的标准治疗方法。

**[关键词]** 创伤;创伤后应激障碍;眼动脱敏与再加工;自我状态疗法;三阶段疗法;综述

**Eye Movement Desensitization and Reprocessing Integrating with Ego State Therapy for Clients with Trauma Disorders (review)**  
SHAN Jing, TIAN Bao, FENG Meng-zhe. Harrison International Peace Hospital, Hengshui 053000, Hebei, China

**Abstract:** Post-traumatic stress disorder (PTSD) has long been clinical practice to use a three-part phased model in the treatment of trauma and the dissociative disorders. The phased treatment is an intrinsic element of the model presented throughout this article, which integrates the eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) standard protocol and additional components: ego state therapy, attachment theory, and dissociative disorder treatment interventions. Although the researches on this model are still in its infancy, it is the current standard of care because of its efficacy with traumatized and dissociative-disordered clients.

**Key words:** trauma; post-traumatic stress disorder; eye movement desensitization and reprocessing; ego state therapy; three-part phased model; review

**[中图分类号]** R395.2 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 1006-9771(2011)03-0250-00

**[本文著录格式]** 单敬,田宝,冯孟哲.眼动脱敏再加工与自我状态疗法在创伤障碍性疾病治疗中的整合[J].中国康复理论与实践,2011,17(3):250—252.

复杂精神疾病的患者往往承受着深重的痛苦和折磨。他们错综复杂的内心世界、在各种精神病症以及诸多社会关系中的挣扎无不值得我们同情和关注。即使面对无数次治疗的失败,他们仍奇迹般坚定不移地同疾病抗争<sup>[1]</sup>。

三阶段疗法是一种整合了心理治疗理论、实践和研究的部分内容并用以治疗复杂精神疾病的方法。这种疗法包含眼动脱敏与再加工(EMDR)、自我状态治疗、分离症治疗的一些内容精要<sup>[2]</sup>。我们相信这种疗法会帮助治疗师拓展诊疗的范围,从复杂的精神疾病到广义的社会、生活中存在的心理问题,使治疗师掌握应对问题比较严重的患者的能力。本文对三阶段疗法进行综述。

## 1 精神医学中对创伤障碍性疾病的定义

**1.1 精神医学对创伤的定义** 美国精神病学协会 DSM-IV 将创伤定义为非正常的并危及生命的人类经历。根据 DSM-IV,创伤事件往往在个体经历或目击人身伤害并且由此产生恐惧和无助感的情况下发生<sup>[3]</sup>。然而,这个定义并没有充分解释负性生活事件对人们方方面面所产生的影响。

最近,该领域学者已对此定义过于宽泛而又针对性不强的特点进行重新解释。首先,对一个人具有创伤性的相同事件,其影响和效应并不能与其他人等同<sup>[4]</sup>;其次,对创伤的评估应根据事件本身对个体的影响来定,而不仅仅是创伤事件的可怕程度,例如创伤事件是否导致个体的自残倾向,对事件的回忆是否以再体验的症状出现而不是单纯叙述性等。这些由创伤导致的个体感受将有助于弄清先前创伤的残余效应对患者的影响。但是这种新近的科学解释并没有在实际中广泛应用<sup>[5]</sup>。

Van der Kolk 等提出的新标准中用进展性创伤来阐述普遍

存在的严重创伤。以单次创伤作为大样本人群中的界定标准,终身暴露数据显示,60.7%的男性和 51.2%的女性会经历创伤事件,19.7%的男性和 11.4%的女性会有 3 次以上的创伤暴露,这些人通常有比较严重的临床表现并需要治疗<sup>[6]</sup>。

创伤的后遗效应会有不同的临床表现,通常对生理健康、心理健康、人际关系甚至雇佣关系和个人发展造成负性影响。因此,对创伤进行评估时,有必要把注意力放在创伤经历性质、内容及是否涉及其他人,也就是区分自然灾害和人身伤害所造成的创伤<sup>[7]</sup>。同时也要明确受害者是否得到有效的支持和保护,伤害程度是否很深并再次发生,是否发生在家庭中等。

**1.2 创伤后应激障碍的概念** 创伤后应激障碍(PTSD)是指由异乎寻常的威胁性或灾难性心理创伤导致延迟出现和长期持续的精神障碍。由此可见,PTSD 的心理创伤不是一般的心理刺激。这类创伤,如战争、地震、洪水、意外事故、目睹他人惨死、身受酷刑、强奸、绑架或其他恐怖犯罪活动,几乎能使所有人都产生巨大的痛苦<sup>[8]</sup>。值得注意的是,PTSD 患者既可以是直接受害者,也可以是可怕场面的目睹者或幸免者。因此,在灾害现场救援和从事报道的人员发生 PTSD 也不足为奇。学者们认为,PTSD 的特征有:反复发生闯入性创伤体验的再现(病理性再现)、反复出现惊恐及对类似创伤的情境或线索持续回避。美国精神病学会将 PTSD 归入焦虑障碍,而我国将 PTSD 列入应激相关障碍。PTSD 是延迟出现的,创伤之后要经过数日、数周至数月才出现症状,病程可长达数年,所以,认为灾难性创伤后立即出现大量 PTSD 患者与目前定义的 PTSD 概念不相符。

在现代社会中,各种事故、恐怖犯罪与自然灾害频繁发生,威胁生命安全的心理创伤非常多见。因此,PTSD 也是常见的焦虑障碍,呈慢性、反复发作,对人的功能影响重大,患者发生自杀行为也很多见,可致残。但是,经历这类严重创伤的人并不都会发生 PTSD,只有一小部分人后来发生 PTSD。在美国普通人口中,终生罹患 PTSD 者高达 8%~9%,高危人群如战

作者单位:1. 哈励逊国际和平医院心理科,河北衡水市 053000;2. 首都师范大学心理系,北京市 100048;3. 海军总医院中医科,北京市 100048。作者简介:单敬(1965-),女,河北衡水市人,硕士,副主任医师,主要从事精神卫生医学。通讯作者:冯孟哲。

争退伍士兵和遭受强奸者发生率更高。退伍士兵的 PTSD 发生率为 30%，遭强奸者 PTSD 发生率为 47%。我国对 PTSD 的患病率尚缺乏系统、严谨的流行病学研究。随着对 PTSD 认识的深入，相信以后会有这方面的研究报道<sup>[9]</sup>。

## 2 自我状态疗法的理论及应用

自我状态治疗运用个体、家庭及群体治疗的理论和技术来干预患者的自我状态，以达到缓解临床症状及治愈自我状态系统中的矛盾。将自我状态疗法与 EMDR、分离性障碍干预疗法整合的目标之一是解除当下症状的困扰并使患者走出分离障碍的状态。尤为强调的是要引导患者理解自我内在系统并决心谋求精神和谐。自我状态疗法，通过移情技术建立治疗师与患者的联系，引导患者走进自己的内在自我系统，以此增加自我意识和内在状态系统意识。在实际应用过程中，自我状态疗法常常与其他疗法结合使用，这些疗法包括支持治疗、行为治疗、精神分析治疗、认知治疗、催眠治疗、存在和人文主义治疗等<sup>[10]</sup>。

由于每位患者的自我状态特点各不相同，因此应灵活制订并达到各种治疗目标。在治疗的初期阶段，首要强调的是先缓解分离障碍、病态人格的患者各种长期存在的疾病症状，这也是这些患者亟需的治疗效果。只有当患者与治疗师之间充分建立信任（即患者对治疗的恐惧感完全消除）或部分的自我状态系统得到有效改善后，才能完全暴露自我状态。

有时自我状态改善工作能以非正式的方式进行，如果并没有表现出明显的分离症状，可以在简短的准备后进行创伤修复<sup>[11]</sup>。假如在创伤修复的过程中患者出现相应 PTSD 症状，那么可以应用稳定疏导、自我状态干预的方式对症处理。

## 3 EMDR 理论及应用

EMDR 由 Shapiro 于 1987 年创立，最初仅为眼动脱敏（EMD），1991 年发展为眼动脱敏与再加工，其中眼动脱敏仅是 EMDR 中双侧刺激的一种，而双侧刺激是 EMDR 操作中众多组分的一部分<sup>[12]</sup>。EMDR 是一种整合的心理疗法，它借鉴控制论、精神分析、行为、认知、生理学等多种学派的精华，建构加速信息处理的模式，帮助患者迅速降低焦虑，并且诱导积极情感、唤起患者对内的洞察、观念转变和行为改变以及加强内部资源，使患者能够达到理想的行为和人际关系改变。

EMDR 通过双侧刺激眼动（可选刺激还有交替击双手、交替的滴答声等）来激活存在于大脑内的适应性信息加工系统，使来访者在过去的创伤中形成的非适应性的或功能障碍的信息的各个方面（表象、情绪、认知、躯体不适）转化为适应性的解决方式，形成健康的应急反应模式，接受并适应随之而来的丧失，重新建立同环境的社会和情感联系<sup>[13]</sup>。EMDR 对情感和认知的转变可能比传统形式的心理治疗快得多，故常被用于创伤后早期的心理干预。

EMDR 治疗的疗程可分为 8 个步骤，包括采集一般病史和制定计划、稳定和为加工创伤做准备、采集创伤病史、脱敏和修通、巩固植入、身体扫描、结束、反馈与再评估。关于 EMDR 的实施有一致认可的必要的操作规程。在成功的操作中，治疗师必须做到：使过去的创伤事件意识化，帮助来访者形成目前关于那件事的认知、情感框架；发现目前的扳机点，激化非适应性的症状，使患者脱敏；植入对创伤事件合理有效的认知、情感、行为反应，增加患者的控制感。另外 EMDR 必须由经过专门培训的医师来实行，且要接受足够的督导<sup>[14]</sup>。

## 4 整合 EMDR 与自我状态疗法的分阶段治疗

许多接受过自我状态疗法训练的治疗师在应用自我状态策略治疗诊断明确的一般创伤性障碍的过程中，积累了丰富的经验并进一步丰富了相关疾病的诊疗。在所有创伤性疾病的诊疗中，整合 EMDR 相关技术方法往往能产生良好的诊疗效果。

一直以来临床上采用三阶段疗法诊治创伤、分离及其他障碍性疾病。虽然三阶段疗法的机理研究刚刚起步，但是由于对

创伤性、分离性障碍，特别是分离性身份识别障碍（dissociative identity disorder, DID）疗效显著，已成为目前的标准治疗方法，并被国际分离性障碍研究协会所承认（International Society for the Study of Dissociation, ISSD, 2005）。三阶段疗法整合了 EMDR 诊疗标以及其他技术方法，包括自我状态疗法及其理论原理等。三阶段疗法在学术界的名称定义还没有统一，但是对于每阶段主体诊疗工作已达成一致认识。根据 Herman（1992）的阐述，第 1 阶段的任务是建立安全感，第 2 阶段的任务包括回忆和释怀，第 3 阶段的任务是重建与患者生活的联系。Shapiro（2001）关于 EMDR 的 7 个步骤与 Herman 论述的 3 个阶段类似<sup>[15]</sup>。我们这里用 Van der Kolk（1996）制定的标准来描述三阶段疗法的内容和任务：

第 1 阶段：稳定化，即帮助患者控制其对创伤的反应并作好后续治疗的准备工作；

第 2 阶段：认同并有效应对创伤经历；

第 3 阶段：强化，即消除症状，再建与自体、客体的联系，在生活中充分自控。

在实践中，具体的诸如控制分离症状、改善自控、提高安全感和内部稳定等干预治疗有时需要在多个阶段进行。即使在创伤治疗的过程中已经开始进行第 3 阶段的关系再建与综合巩固，也有必要重新进行第 1 阶段的稳定化处理和安全感建立。

有创伤病史的患者在重新诊疗之前往往经历数年的误诊、误治，他们需要全面、系统、深入的诊疗措施。以下就整合了 EMDR 及自我状态治疗，并被认为对于创伤障碍性疾病最有效的三阶段疗法进行归纳总结。

**4.1 第 1 阶段：稳定化与症状缓解** 本阶段的首要任务是发展自我状态中的自我意识部分，为当前患者的治疗提供方向，同时改善自控。在协助患者建立信心、适应治疗的同时提高他们对创伤经历的掌控能力并以此减少症状。另一个重要目标是给予广泛的病史采集和分离症状评估，从而制定诊断、治疗计划。可以使用的工具包括分离经历量表、分离障碍临床结构访谈量表和多维度分离评估量表。

EMDR 在第 1 阶段的工作包括病史采集、治疗准备以及 EMDR 理论步骤的健康教育，而教育工作应在患者稳定化以后进行。由于患者在接受三阶段治疗的过程中并没有脱离正常的社会生活，因此防止患者在围治疗阶段过分陷入，提高当前社会功能就显得尤为重要。

另外，促进患者内在系统的发展也是这一阶段的一项基础任务，曾有患者称之为“童年的第二堂课”。相比伴随的创伤后遗效应、分离症状而言，自控和人际关系处理等能力的缺失对患者来说更为严重。很多患者描述了在缺乏计划的状况下，恢复人际社会功能的艰难尝试。做好准备阶段的工作需要相当的时间去构建患者内在结构，然而进程中常常被患者的创伤症状、主观的缺失感及不稳定的家庭生活所干扰<sup>[16]</sup>。

改善自我状态和分离障碍干预等治疗都应视患者个体情况而定。充分的准备使患者最终得以安全有效地处理既往创伤历史，并建立对现实生活的良好掌控机制。为了使治疗收效显著，需要辨别每名患者的接受程度和方式。一些患者适合从视觉的角度接受启示，另一些更善于从听觉或触觉的角度感知，还有一些适合多感官联合学习。涵盖具体干预技术、自我状态概念和 EMDR 定义等内容的健康教育，其时间应根据实际情况灵活掌控。

**4.2 第 2 阶段：创伤的诊疗** 本阶段疗法类似于 EMDR 的步骤 3 到步骤 8：采集创伤病史、脱敏和修通、巩固植入、身体扫描、结束、反馈与再评估。在进行 EMDR 之前，首先要确定患者是否已经获取了足够的认知和内在力量去处理创伤。一旦治疗师在治疗过程中察觉患者独自处理创伤为时过早，很有必要退到第 1 阶段将准备工作做好，只有当确认患者准备充分时，再重新开始。

多元化的治疗形式有助于此阶段中目标任务的完成。借助于绘画来描绘目标、用色彩表达感情以及在治疗的过程中聆听音乐都会达到事半功倍的效果。设定任务目标应当基于患者的症结问题和自己的意愿,并根据对患者主要负性认识、信念障碍和自我状态系统的充分理解来选择。这些目标也并不仅仅是非连续的一件件事情,更多的是隔离分离记忆网络的部分工作,同时也涵盖了与当前问题与症状有关的创伤事件、记忆和既往躯体伤害的印象<sup>[17]</sup>。

在治疗过程中,患者的全部自我状态系统无需全部呈现,患者也有权选择参与或拒绝。他们可以保持现状,但有时也需要在治疗的过程中与外界保持隔绝。值得一提的是,患者与治疗师间的一项必要协议是不能自己阻碍并破坏正在进行治疗,如果患者不能做到这一点,那么脱敏工作就无法进行,直到通过沟通使这一问题解决。

随着创伤脱敏与处理的进行,局部与系统的自我状态系统都会有所改善,同时反过来又能进一步促进创伤脱敏与处理。一同实施的多个自我状态治疗之间可以互相观察并支持,也意味着可以同时达到各自不同的目标。长时间、大范围的病情改观往往是结合 EMDR 与自我状态疗法的结果,也带来自我状态的发展和转化。患者本身部分自我状态的正性改变有可能会暂时造成其他部分的负性影响而造成不适,需要自身的勇气和信心来克服<sup>[18]</sup>。

**4.3 第 3 阶段:强化** 这一阶段在治疗师的帮助下,使患者在既往分离的自我状态之间树立起全面的重组与共存意识。由于分离障碍治疗的初始目标并不十分迫切,使得上述结果成为可能,其中分离障碍治疗的初始目标包括割裂、分离曾经让患者深陷其中的创伤经历。如果创伤后印象、自我认知、情感和躯体感觉的负性状况得以缓解,那么患者便有能力去获得自我的完整感知及正性的心理力量,并有效的处理创伤记忆<sup>[19]</sup>。

随着强化阶段的进行,整个治疗进展越发加快,患者的自我状态功能随着与治疗师之间的情感互动而运行良好。患者此时已经有能力独立控制自我状态,并作为一个完整的个体去尝试各种新的方式,因此,在各种情境下都能展现出积极的行为模式。同时在继续体验安全感、抚慰感及实践减压技术、学习控制现实生活新技术的过程中,体验到更大的价值感。

在本阶段治疗的过程中,患者与治疗师会遇到隔离的过分沉浸其中的自我状态,并对其他的部分自我状态缺少关注<sup>[20]</sup>。例如,患者会有这样主诉,“每当我感到愤怒,第二天就羞愧难耐。但是我愤怒的当时,根本不管第二天会羞愧的痛苦”。通常,诸如这些失控的感觉往往有其内在的尚未解除的创伤影响,也只有通过进一步的深究病史方能发现解除。

下面的这项技术对于一部分有分离障碍的患者有时十分有效:当自我状态系统均达成谋求完成与强化的一致时,在实施眼动操作的过程中,给予自我状态以“回归到核心并占据空间,感受自己运动的眼球”的暗示。起初,患者可能感到不适应,但是随着治疗的进行会逐渐产生积极的效果。如果患者没有能力或不愿接受眼动操作及暗示,往往表明确有内部隐藏的创伤影响。

#### [参考文献]

[1] Dilsaver SC, Benazzi F, Akiskal HS, et al. Post-traumatic stress disorder among adolescents with bipolar disorder and its relationship to suicidality[J]. *Bipolar Disord*, 2007, 9(6):649—655.  
[2] 单敬. 对智力残疾适应性的认知行为治疗[J]. *中国康复理论与实践*, 2009, 15(3):246—248.  
[3] Lewin S, Munabi-Babigumira S, Glenton C, et al. Lay health workers in primary and community health care for maternal and child health and the management of infectious diseases[J]. *Cochrane Da-*

*tabase Syst Rev*, 2010, 17(3):CD004015.  
[4] Polusny MA, Erbes CR, Murdoch M, et al. Prospective risk factors for new-onset post-traumatic stress disorder in National Guard soldiers deployed to Iraq[J]. *Psychol Med*, 2010, 12(10):1—12.  
[5] Jahoda A, Pert C, Trower P. Frequent aggression and attribution of hostile intent in people with mild to moderate mental retardation: An empirical investigation[J]. *Am J Mental Retard*, 2006, 111(2):90—99.  
[6] Rodenburg R, Benjamin A, Meijer AM. Eye movement desensitization and reprocessing in an adolescent with epilepsy and mild intellectual disability[J]. *Epilepsy Behav*, 2009, 16(1):175—180.  
[7] Kinzie JD, Cheng K, Tsai J, et al. Traumatized refugee children: the case for individualized diagnosis and treatment[J]. *J Nerv Ment Dis*, 2006, 194(7):534—537.  
[8] Martorell A, Tsakanikos E, Pereda A. Mental health in adults with mild and moderate intellectual disabilities: the role of recent life events and traumatic experiences across the life span[J]. *J Nerv Ment Dis*, 2009, 197(3):182—186.  
[9] Martorell A, Tsakanikos E. Traumatic experiences and life events in people with intellectual disability[J]. *Curr Opin Psychiatry*, 2008, 21(5):445—448.  
[10] Forbes D, Parslow R, Fletcher S, et al. Attachment style in the prediction of recovery following group treatment of combat veterans with post-traumatic stress disorder[J]. *J Nerv Ment Dis*, 2010, 12, 198(12):881—884.  
[11] Ein-Dor T, Doron G, Jolomon Z, et al. Together in pain: attachment-related dyadic processes and posttraumatic stress disorder[J]. *J Couns Psychol*, 2010, 57(3):317—327.  
[12] Lande RG, Williams LB, Francis JL, et al. Efficacy of biofeedback for post-traumatic stress disorder[J]. *Complement Ther Med*, 2010, 18(6):256—259.  
[13] Yang P, Yen CF, Tang TC, et al. Posttraumatic stress disorder in adolescents after Typhoon Morakot-associated mudslides[J]. *J Anxiety Disord*, 2010, 11(5):168—171.  
[14] Nardo D, Högberg G, Looi JC, et al. Gray matter density in limbic and paralimbic cortices is associated with trauma load and EMDR outcome in PTSD patients[J]. *J Psychiatr Res*, 2010, 44(7):477—485.  
[15] Harriet EH. ECEM (Eye Closure, Eye Movements): application to depersonalization disorder[J]. *Am J Clin Hypn*, 2009, 52(2):95—109.  
[16] Rodenburg R, Benjamin A, de Roos C, et al. Efficacy of EMDR in children: a meta-analysis[J]. *Clin Psychol Rev*, 2009, 29(7):599—606.  
[17] Russell MC. Scientific resistance to research, training and utilization of eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) therapy in treating post-war disorders[J]. *Soc Sci Med*, 2008, 67(11):1737—1746.  
[18] Silver SM, Rogers S, Russell M. Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) in the treatment of war veterans[J]. *J Clin Psychol*, 2008, 64(8):947—957.  
[19] Lemke W. Utilizing hypnosis and ego-state therapy to facilitate healthy adaptive differentiation in the treatment of sexual disorders[J]. *Am J Clin Hypn*, 2005, 47(3):179—189.  
[20] Frederick C. Selected topics in Ego State Therapy[J]. *Int J Clin Exp Hypn*, 2005, 53(4):339—429.

(收稿日期:2010-12-28)