

接纳承诺疗法治疗创伤后应激障碍综述

陈玥^{1,2,3}, 祝卓宏^{1,2,3}

(1.中国科学院心理研究所,北京100101;2.中国科学院大学,北京100049;
3.中国科学院心理健康重点实验室(中国科学院心理研究所),北京100101)

【摘要】 接纳承诺疗法(Acceptance and Commitment Therapy,ACT)是认知行为疗法第三浪潮中的代表性疗法,它以提高患者心理灵活性为最终目的,帮助患者依据自己的价值方向采取有效行动。这些过程非常适合治疗以闪回、回避、情感性木僵和高应激状态为主要特征的创伤后应激障碍(Posttraumatic Stress Disorder,PTSD)。本文首先对ACT的基本含义、哲学背景以及理论基础简单阐述,之后介绍了PTSD的病因、临床特点和现存的治疗方法,并指出了ACT治疗PTSD的优势,通过查阅文献,简单说明了用ACT治疗PTSD的过程,临床已经取得的部分效果,以及未来研究方向和需要注意的问题。

【关键词】 接纳承诺疗法;创伤后应激障碍;心理灵活性;经验性回避

中图分类号:R395.5

DOI: 10.16128/j.cnki.1005-3611.2018.01.044

Acceptance and Commitment Therapy for Posttraumatic Stress Disorder: A Review

CHEN Yue^{1,2,3}, ZHU Zhuo-hong^{1,2,3}

¹Institute of Psychology, Chinese Academy of Sciences, Beijing 100101, China; ²University of Chinese Academy of Sciences, Beijing 100039, China; ³CAS Key Laboratory of Mental Health, Institute of Psychology, Beijing 100101, China

【Abstract】 Acceptance and commitment therapy (ACT), whose ultimate goal is improve psychological flexibility, is a representative treatment in the third wave of cognitive-behavior therapy, it can help clients take effective actions according to their value. These processes are very suitable for the treatment of posttraumatic stress disorder (PTSD), which characterized by re-experiencing, avoidance, numbing and hyperarousal. This paper elaborates the meaning, philosophy background and the limitation of existing treatments of ACT, state as well as the advantage of using ACT to treat PTSD. Then, based on the past literatures, the paper makes a brief description of ACT in the treatment of PTSD, as well as pointing out future research directions and problems that need to be paid attention to.

【Key words】 Acceptance and commitment therapy (ACT); Posttraumatic Stress Disorder (PTSD); Psychological flexibility; Experiential avoidance

接纳承诺疗法是认知行为疗法第三浪潮中的代表性疗法,上世纪末由Steven C.Hayse及其同事创立并应用于各种心理疾病,在临床上取得良好治疗效果。根据美国精神病学会(American Psychiatry Association, APA)在2013年5月出版的第五版《精神疾病诊断与统计手册》(The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-5)的定义,创伤后应激障碍是指在接受一个或多个创伤性事件之后所发展出的特征性症状。在2008年的5·12汶川大地震之后,创伤后应激障碍受到国内广泛关注,许多学者做了相关的研究^[1,2]。以往对PTSD的治疗以传统的暴露疗法和药物治疗为主。这些治疗方法取得了一定的成效但也存在一些不足。ACT作为一种治疗PTSD的新方法,已经在临床上取得了一些不错的效果,而且患者对ACT的接纳程度和满意程度普遍比较高^[3,4]。

1 接纳承诺疗法概述

1.1 接纳承诺疗法概述的哲学背景和理论基础

接纳承诺疗法(Acceptance and Commitment Therapy,ACT)

是认知行为疗法“第三浪潮”中具有代表性的经验性行为主义心理治疗^[5],强调语言是人类心理痛苦的根源。ACT的哲学背景是功能性语境主义,是一种基于语境主义和实用主义的现代科学哲学流派。它的核心内容包括:①关注整个语境;②觉察在理解某事件的本质和功能时语境的作用;③强调实用主义真理标准;④应用这一事实标准的具体的科学目标^[6,7]。功能性语境主义认为,心理事件的功能即个体与所处情境之间的相互作用是治疗师所关注的焦点。所有的行为都应该被看作是一个整体,只在它的语境中有意义。此外,功能性语境主义的实用主义取向使得ACT咨询师会鼓励患者热情投入与自己价值观相一致的生活,实现自己的生活目标,而不是去追求空泛的理论^[8,9]。

ACT以关系框架理论(Relational Frame Theory,RFT)作为理论基础。RFT认为,人类语言和认知的核心是给事物建立任意的联系,并且改变相关事物的原有功能^[10]。RFT具有三个定义特征:相互推衍(mutual entailment)、联合推衍(combinatorial entailment)和刺激功能的转换(transformation of the stimulus function)^[7,11]。通过揭示相关网络的性质,关系框架理论指出语言如何给人类带来痛苦:由于联结过程的容易性和随意性,刺激情景可以改变相关网络及其功能,使得不相关的情景也引发负性思维和情绪。而试图改变或压制某种

【基金项目】 北京科技计划项目(项目编号:D151100002315003)

通讯作者:祝卓宏,Email:zhuzh@psych.ac.cn

思维与情绪的联结,反而会加强非理性的联系的强度^[12]。

1.2 ACT的病理模型和治疗模型

在ACT框架模型下,痛苦是因为语言将发生在过去的痛苦事件带到了当下,甚至带到了对未来的期许中,语言可以在原本经历的基础上建立关系网络,痛苦随之就可以与更广泛的刺激相连^[13]。在这样的理论前提下,ACT的病理模型包括经验性回避,认知融合,概念化自我,价值不清,无效行动以及局限性的自我认知。这六部分的核心是因为心理僵化,即个体因为语言和认知的作用,无法根据情景的改变而继续采取相应的有效的行为。

因此,ACT的核心目标是帮助患者觉察早已存在的想法和感觉,而不是陷于自己对他们的描述中,并且帮助患者带着自己的过去的经历和自动产生的反应,继续朝着自己的价值方向前行^[10],基于此,ACT通过强调正念,强调不评价的接纳个人事件和身体感觉来减少对困难体验的回避以及个体的认知混乱,提高患者的心理灵活性^[5]。心理灵活性是ACT治疗模型中的核心概念,指能够灵活的、不做无谓抗争的接触当下和接纳自己内在经验,坚持符合自己价值的行为,或者调节自己的行为使其符合价值^[10]。为了达到提高心理灵活性的目标,ACT治疗模型中包含6个治疗过程:接纳,接触当下,以己为景,认知解离,澄清价值和承诺行动。

2 创伤后应激障碍概述

2.1 创伤后应激障碍的定义与临床表现

创伤后应激障碍(Post-traumatic Stress Disorder, PTSD)指对创伤等严重应激因素的一种异常的精神反应,它是一种延迟性、持续性的身心反应。DSM-5中指出,PTSD的主要临床症状有“创伤性体验的反复重现”,“持续的警觉性增高”,“持续回避与创伤性事件相关的刺激”,以及“和创伤事件有关的认知和心境方面的消极改变”。一般认为,应激源严重程度、暴露在精神创伤情境中的时间长短,威胁生命的密切程度以及人格特点、个人经历、社会干预与支持、躯体素质等是影响PTSD发病与病程的重要因素^[14]。另外,PTSD常常存在共病现象,最常见的共病障碍包括抑郁症,焦虑症,物质滥用等^[15,16]。

2.2 目前对PTSD的治疗方法及其局限

目前临床对PTSD的治疗方法主要有心理治疗和药物治疗,这两种治疗都被证实有效,但各自有优势和不足。心理治疗在PTSD中被广泛应用,最常用最有效的是认知-行为治疗(cognitive-behavioral therapy, CBT)^[17,18]。CBT中治疗PTSD的方法包括暴露疗法(prolonged exposure, PE),压力接种训练(stress inoculation training, SIT),认知疗法(cognitive therapy, CT)和眼动脱敏再加工(eye movement desensitization and reprocessing, EMDR),其中最有效的是暴露疗法^[18]。该疗法在临床上获得了良好的治疗效果,反复的暴露可以使患者认识到他所害怕和回避的场所已经不再危险,假如患者能够坚持足够长的时间不逃避,害怕的情绪就会逐渐消退^[14]。但使用暴露疗法的一大挑战是暴露过程中,患者会将回避作为应对创伤相关情绪的首要策略^[19]。而且,由于重复的刻意暴露

于创伤情境中,给患者带来了极大痛苦,因此暴露疗法中患者退出率比较高,临床测得的有效率也仅60%左右^[19]。

目前,5羟色胺再摄取抑制剂(Selective Serotonin Reuptake Inhibitors, SSRIs)在减轻PTSD症状及预防其复发方面取得了良好的成效,是治疗PTSD的一线药物^[20,21],但是会有一些副作用,例如会减少唤醒度,刺激肠胃,减少性快感等,因此不仅在临床使用上用药要遵循限制,各国批准用于PTSD治疗的药物也存在差异^[22,23]。

3 使用ACT治疗PTSD

3.1 ACT治疗PTSD的优势

ACT病理模型中的经验性回避是指个体避免接触自己的某段特定经历并采取行为改变这些经历出现的形式、频率和相关情境^[24]。RFT的观点认为,经验性回避之所以会带来痛苦,是因为它是建立在人类的语言和认知的基础上的,因此人类无法像动物一样,通过回避以往的痛苦情境及其相关因素就可以摆脱痛苦,人类通过语言建立的关系框架会使痛苦无处不在^[7]。经验性回避是PTSD的核心症状之一,PTSD诊断标准中主要症状特点之一就是试图回避或逃离与创伤事件有关的想法、感觉和情境。创伤事件发生后,回避创伤事件相关线索的人更容易患PTSD,且症状表现会更强烈,持续时间更长^[25,26]。有研究显示,通过减少经验性回避的程度,就能够减少PTSD其他的症状以及降低患者的抑郁程度^[27,28]。临床结果显示,ACT在焦虑、抑郁、职业倦怠、体重管理、疼痛、污名等心理疾病的治疗中,都能够有效减少经验性回避的现象^[10]。ACT通过正念接纳的方式让患者接触当下,接纳会引发内部经验的情境,减少对自身内部经验的控制和调节^[29],用开放的而不做评判的态度去看待创伤经历,能够有效帮助患者减少甚至杜绝经验性回避。

其次,ACT的最终目标不是减轻患者的临床症状,而是通过提高患者心理灵活性,提高患者采取与自己价值相一致的行动的能力,这样往往也会带来症状的减轻^[30,31]。这样患者可以在澄清了自身价值的基础上,学会一种合理有效的应对不良情绪与想法的策略,因此即使患者共病其他类型心理障碍,仍然可以有效减轻他的症状^[32]。而且在结束咨询离开咨询室以后,患者也可以通过掌握的有效应对方式来应对不良情绪,采取符合自己价值的行为。这样从根本上解决心理问题,不会出现语境改变,症状再次复发的情况。

除此之外,ACT不拘泥于理论观点,更多的是依据隐喻故事和经验性的练习,从而减少了患者受教育水平在咨询中的作用^[33],因此几乎可以适合于任何特点的PTSD患者,以及个体咨询和团体咨询等不同的咨询形式。

临床研究表明,ACT在治疗PTSD共病物质滥用^[3],饮食障碍^[34],以及精神障碍初期共病PTSD时^[4],均取得了良好的效果,在治疗群体中,ACT对军人^[3],青少年^[35]以及有过创伤经历的女性^[36,37]都有良好的治疗效果,而且Thompson等人于2013年通过临床治疗发现,ACT中的一些方法可以帮助人们更加愿意去接纳暴露疗法,而且ACT本身的一些方法可以让人们不用经过刻意的持续的暴露就能减轻回避^[19]。以上说

明,将ACT应用于治疗PTSD确实有很大的价值。

3.2 ACT的治疗过程

ACT以心理灵活性为中心包含6个治疗过程:接纳,认知解离,以己为景、承诺行动、明确价值和活在当下。ACT的六个核心治疗过程不存在先后关系,是相互联系,相互依靠的。在治疗过程中,并不是要将六个过程依次全部使用才可以,在一次咨询中,可以只使用一个过程,也可以六个过程全部涉及。

3.2.1 接纳与接触当下 当代精神病理学的行为理论已经逐渐意识到经验性回避在人类的痛苦中发挥的作用,因此接纳已经逐渐成为行为疗法发展和改革的主题^[38]。接纳意味着以开放的态度为各种痛苦情感、感受、冲动和情绪腾出空间,接纳它们本来的面目^[39]。但是接纳并不意味着忍受,接纳的目标是提高个体心理灵活性,摆脱过去事件对自己的桎梏。用接纳来代替经验性回避,能够提高个体采取与自己价值相统一的行为的能力^[33,10]。

接触当下是指持续的、不带有任何评价的接触自己心理的和外界环境中发生的事件^[10]。对当下的觉察能够提高个体对周围环境的敏锐性与反应,从而加强对自我的管理并且能够有效应对对周围的刺激^[40]。DSM-5中提到,PTSD有一个最突出的症状就是在重大创伤事件发生后,患者常常以非常清晰的、极端痛苦的方式,反复发生闯入性、创伤性体验重现(病理性重现),包括错觉、幻觉、梦魇等。这个症候群就是因为对当下的脱离。ACT一般使用正念和集中控制的练习来锻炼患者与当下专注的、自发的和灵活的接触^[33]。让患者接触当下,关注于当前的感受和此时此刻,将思维和行为从重现的过去的情境中解脱出来。当个体以正念的态度看待自身和周围的世界时,能够更加无条件的接受自己^[35]。

3.2.2 认知解离 各种心理疾病的患者都会存在认知融合的现象,认知融合指把想法的文字含义看作事物的本质^[32],创伤患者经常会有“我糟糕透了”“我被毁灭了”等消极的想法。针对这个现象,就需要帮助患者进行认知解离,将思维内容的文字含义与实际意义区分开,不改变这些消极想法出现的频率和形式,而是改变这些想法的功能^[10,41],让患者能够把“我糟糕透了”的念头转变为“我认为我糟糕透了”。ACT中有许多隐喻和练习可以帮助患者进行认知解离,比如可以使用“带着思维散步”这个隐喻,咨询师扮演患者的想法,跟在患者身后提出一些他不可能做到的不切实际的要求,让患者体验与思维的分隔^[41]。

3.2.3 澄清价值,承诺行动 ACT中的价值是指生活中人们关心的,促使自己采取某种行为的原因,是人们自己选择的,是一种永远无法达到的行为目标,但是可以通过不断的行动逐步变具体、变得实例化。ACT使用许多练习帮助患者在生活的许多方面做出选择^[10,29]。PTSD诊断标准中,有一个明显的症状群就是“情感性木僵”。从外观上看,患者给人以木然、淡漠的感觉,与人疏远、不亲切、害怕、罪恶感或不愿意与别人有情感的交流^[4]。可以通过隐喻故事帮助患者澄清价值,使他们重新找到生命的动力和意义。例如可以使用墓志铭隐喻,让患者设想自己去世后希望自己的墓碑上写些什

么,通过澄清价值的练习帮助患者重建人生价值,使他意识到自己余下的人生中希望按照怎样的价值生活,并将其作为最终目标,承诺在以后的生活中采取与之一致的行动。

4 总 结

与传统治疗PTSD的方法相比,ACT具有许多独特的优点,而且可以处理不同的共病状况和患病程度。不过目前使用ACT治疗不同类型PTSD患者的临床研究主要还是在海外,国内相关研究还十分有限。而且,目前使用ACT对PTSD的临床治疗的研究中,以个案和小团体治疗为主,很少有针对团体治疗与辅导的。团体治疗可以同时帮助较多的患者,而且可以为团体内的成员提供更多的情感支持。例如自然灾害后受到创伤的人群较广,如果以个案或小团体的形式进行心理援助会费时费力。因此如何有效的在团体中使用ACT治疗PTSD是未来的研究方向之一。

另外注意的是,ACT与其他治疗方法相比,六个治疗过程的使用更加灵活,因此很难制定具体的治疗指导手册^[10]。PTSD患者遭受的创伤事件的性质不同,思维内容就会存在差异,治疗方案就会有所区别。此外,创伤事件发生的年龄对患者的影响也会有差别。青少年时期是个体价值观形成的关键时期,如果在这个时候遭遇创伤事件,可能会影响个体价值观的形成,在帮助这样的患者澄清价值的时候,需要注意他们的价值是否对其自身和社会具有消极意义。

参 考 文 献

- 1 彭树增,李凤珍,颜小焰,等.汶川地震幸存者创伤后应激反应的症候结构.中国临床心理学杂志,2011,19(3):303-305
- 2 吴坎坎,张雨青,张宁,等.震后极重灾区幸存者创伤后应激障碍症状的结构探析.中国临床心理学杂志,2010,18(1):60-62
- 3 Hermann BA, Meyer EC, Schnurr PP, et al. Acceptance and commitment therapy for co-occurring PTSD and substance use: a manual development study. Journal of Contextual Behavioral Science, 2016, 5(4): 225-234
- 4 Jansen JE, Morris EMJ. Acceptance and commitment therapy for posttraumatic stress disorder in early psychosis: a case series. Cognitive & Behavioral Practice, 2017, 24(2): 187-199
- 5 Hayes SC, Strosahl KD, Wilson KG. Acceptance and commitment therapy: an experiential approach to behavior change. Encyclopedia of Psychotherapy, 1999, 9(1): 1-8
- 6 Hayes L, Hayes SC, Reese H. varieties of scientific contextualism. Oakland, CAL: New Harbinger Publications, 1993. 11-27
- 7 Hayes SC. Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. Behavior Therapy, 2004, 35(4): 639-665
- 8 张琦,王淑娟,祝卓宏.接纳与承诺疗法的心理病理模型

- 和治疗模式. 中国心理卫生杂志, 2012, 26(5): 377-381
- 9 Hayes SC, Levin ME, Plumbvildardaga J, et al. Acceptance and commitment therapy and contextual behavioral science: examining the progress of a distinctive model of behavioral and cognitive therapy. *Behavior Therapy*, 2013, 44(2): 180-198
- 10 Hayes SC, Luoma JB, Bond FW, et al. Acceptance and commitment therapy: model, processes and outcomes. *Behaviour Research & Therapy*, 2006, 44(1): 1-25
- 11 王淑娟, 张琦, 祝卓宏. 关系框架理论: 接纳与承诺治疗的理论基础(述评). 中国心理卫生杂志, 2012, 26(11): 877-880
- 12 曾祥龙, 刘翔平, 于是. 接纳与承诺疗法的理论背景、实证研究与未来发展. *心理科学进展*, 2011, 19(7): 1020-1026
- 13 Mclean C, Follette VM. Acceptance and commitment therapy as a nonpathologizing intervention approach for survivors of trauma. *Journal of Trauma & Dissociation*, 2016, 17(2): 138-150
- 14 邓明昱. 创伤后应激障碍的临床研究新进展(DSM-5新标准). *中国健康心理学杂志*, 2016, 24(5): 641-650
- 15 Sareen J. Posttraumatic stress disorder in adults: impact, comorbidity, risk factors, and treatment. *Can J Psychiatry*, 2014, 59(9): 460-467
- 16 Breslau N. The epidemiology of trauma, PTSD, and other posttrauma disorders. *Trauma Violence & Abuse*, 2009, 10(3): 198-210
- 17 江开达, 主审. 郝伟, 于欣, 主编. *精神病学第七版*. 北京: 人民卫生出版社, 2016. 159-166
- 18 Follette V, Ruzek J. *Cognitive-Behavioral Therapies for Trauma: Second Edition*. New York: Guilford Press, 2006. 65-95
- 19 Thompson BL, Luoma JB, Lejeune JT. Using acceptance and commitment therapy to guide exposure-based interventions for posttraumatic stress disorder. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 2013, 43(3): 133-140
- 20 Davidson J, Rothbaum BO, Tucker P, et al. Venlafaxine extended release in posttraumatic stress disorder: a sertraline- and placebo- controlled study. *J Clin Psychopharmacol*, 2006, 26(3): 259-267
- 21 E. Önder, Ü. Turala. A comparative study of fluoxetine, moclobemide, and tianeptine in the treatment of posttraumatic stress disorder following an earthquake. *European Psychiatry*, 2006, 21(3): 174
- 22 Steckler T, Risbrough V. Pharmacological treatment of PTSD-established and new approaches. *Neuropharmacology*, 2012, 62(2): 617
- 23 Baker DG, Lerman I, Espejo EP, Mclay R. Treatments for post-traumatic stress disorder: pharmaceutical and electrophysiologic considerations. *Current Treatment Options in Psychiatry*, 2015, 2(1): 73-85
- 24 Hayes SC, Wilson KG. Experiential avoidance and behavioral disorders: a functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 1996, 64(6): 1152-1168
- 25 Orcutt HK, Pickett SM, Pope EB. Experiential avoidance and forgiveness as mediators in the relation between traumatic interpersonal events and posttraumatic stress disorder symptoms. *Journal of Social & Clinical Psychology*, 2005, 24(24): 1003-1029
- 26 Pemberton JR. Act-based parenting group for veterans with PTSD: development and preliminary outcomes. *American Journal of Family Therapy*, 2015, 43(1): 57-66
- 27 Salcioglu E, Metin Basoglu M, Livanou M. Effects of live exposure on symptoms of posttraumatic stress disorder: the role of reduced behavioral avoidance in improvement. *Behaviour Research & Therapy*, 2007, 45(10): 2268-2279
- 28 Sripada RK, Rauch SAM, Liberzon I. Psychological mechanisms of PTSD and its treatment. *Current Psychiatry Reports*, 2016, 18(11): 99
- 29 Twohig MP. Introduction: the basics of acceptance and commitment therapy. *Cognitive & Behavioral Practice*, 2012, 19(4): 499-507
- 30 Atjak JGL, Davis ML, Morina N, et al. A meta-analysis of the efficacy of acceptance and commitment therapy for clinically relevant mental and physical health problems. *Psychotherapy & Psychosomatics*, 2015, 84(1): 30
- 31 Dimidjian S, Arch JJ, Schneider RL, et al. Considering meta-analysis, meaning, and metaphor: a systematic review and critical examination of "third wave" cognitive and behavioral therapies. *Behavior Therapy*, 2016, 47(6): 886
- 32 Orsillo SM, Batten SV. Acceptance and commitment therapy in the treatment of posttraumatic stress disorder. *Behavior Modification*, 2005, 29(1): 95-129
- 33 Hayes SC, Pistorello J, Levin ME. Acceptance and commitment therapy as a unified model of behavior change. *Counseling Psychologist*, 2012, 40(7): 976-1002
- 34 Woidneck MR, Morrison KL, Twohig MP. Acceptance and commitment therapy for the treatment of posttraumatic stress among adolescents. *Behavior Modification*, 2013, 38(4): 451-476
- 35 Carson SH, Langer EJ. Mindfulness and self-acceptance. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 2006, 24(1): 29-43
- 36 Burrows CJ. Acceptance and commitment therapy with survivors of adult sexual assault: a case study. *Clinical Case Studies*, 2013, 12(3): 246-259
- 37 Twohig MP. Acceptance and commitment therapy for treatment-resistant posttraumatic stress disorder: a case study. *Cognitive & Behavioral Practice*, 2009, 16(3): 243-252