

论著·临床研究 doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2016.18.014

眼动脱敏和再加工与 CBT 治疗创伤后应激障碍的随机对照试验*

王新燕¹, 张桂青^{2△}, 胡敏², 梁霞², 陈玲³

(1. 宿州市立医院神经内科, 安徽宿州 234000; 2. 石河子大学医学院第一附属医院康复心理科, 新疆石河子 832008; 3. 石河子大学医学院护理系, 新疆石河子 832002)

[摘要] **目的** 探讨眼动脱敏和再加工(EMDR)与认知行为疗法(CBT)对创伤后应激障碍(PTSD)的疗效。**方法** 将符合纳入标准的 81 例研究对象随机分为 EMDR 组、CBT 组及对照组(各组 $n=27$), 采用临床 PTSD 诊断量表(CAPS)、汉密顿焦虑量表(HAMA)、汉密顿抑郁量表(HAMD), 在治疗前、后对 3 组患者 PTSD 症状及焦虑、抑郁情绪进行评估。**结果** EMDR 组、CBT 组、对照组患者的脱落率分别为 29.63%、7.41%、7.41%; EMDR 组在 CAPS 再体验症状评分低于 CBT 组, 差异有统计学意义($P=0.036$)。**结论** EMDR 和 CBT 均是治疗 PTSD 较为有效的心理治疗方法, EMDR 在改善 PTSD 再体验症状较 CBT 更为有效, 未来的研究应注重稳定化技术的应用以降低 EMDR 的脱落率。

[关键词] 创伤后应激障碍; 眼动脱敏和再加工; 认知行为疗法; 随机对照试验**[中图分类号]** R749.5**[文献标识码]** A**[文章编号]** 1671-8348(2016)18-2494-04

Randomized control trail of eye movement desensitization and reprocessing versus cognitive behavior therapy for treating posttraumatic stress disorder*

Wang Xinyan¹, Zhang Guiqing^{2△}, Hu Min², Liang Xia², Chen Ling³

(1. Department of Neurology, Suzhou Municipal Hospital, Suzhou, Anhui 234000, China; 2. Department of Rehabilitation and Psychology, First Affiliated Hospital, Medical College, Shihezi University, Shihezi, Xinjiang 832008, China; 3. Department of Nursing, Medical College, Shihezi University, Shihezi, Xinjiang 832002, China)

[Abstract] **Objective** To investigate the effects of eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) versus cognitive behavior therapy (CBT) for treating adult posttraumatic stress disorder (PTSD). **Methods** A total of 81 patients with PTSD conforming to the including standard were randomly allocated to the EMDR group, CBT group, and control group, 27 cases per group. The PTSD symptoms, anxiety and depression moods in 3 groups were assessed before and after treatment by adopting the Clinician-administered PTSD Scale (CAPS), Hamilton Anxiety Scale (HAMA) and Hamilton Depression Scale (HAMD). **Results** The drop-out rates were 29.63% for the EMDR group, 7.41% for the CBT group and 7.41% for the control group respectively; the re-experience symptoms score of CAPS in the EMDR group was lower than that in the CBT group with statistical difference ($P=0.036$). **Conclusion** Both EMDR and CBT are the effective psychological therapeutic method, EMDR has more effective than CBT in the re-proving the re-experience symptoms of PTSD. The future studies should pay more attention to the application of stabilization technologies for reducing the dropout rate of EMDR.

[Key words] posttraumatic stress disorder; eye movement desensitization and reprocessing; cognitive behavioral therapy; randomized control trail

当今社会, 突发公共事件、自然和人为灾害的发生越来越频繁, 可以说创伤后应激障碍(posttraumatic stress disorder, PTSD)是伴随着时代变化催生的产物。PTSD 是经历创伤事件后延迟出现的一种精神障碍, 主要的症状表现为: 创伤性体验反复再现(闪回)、回避跟创伤事件有关的人物或场景(回避行为), 以及过度警觉和失眠(易激惹)^[1]。PTSD 已成为人类最常见的精神障碍之一, 拥有约 5.7% 的终生患病率^[2], 且多数情况合并有抑郁症和(或)焦虑障碍^[3]。国际指南推荐以创伤为中心的心理治疗作为 PTSD 患者的首选治疗方法^[4], 包括以创伤聚焦的认知行为疗法(trauma-focused cognitive behavioral therapy, TF-CBT)与眼动脱敏和再加工(eye movement desensitization and reprocessing, EMDR)。多项 Meta 分析表明, TF-CBT 是最为有效的治疗 PTSD 一线干预方式^[5-7], EM-

DR 是否与 TF-CBT 有同等的疗效, 目前的结论尚不统一^[8]。本研究以 Koucky 等^[9]对 PTSD 的 CBT 手册为蓝本, 制订了针对 PTSD 三大核心症状的 CBT 干预方案, 对诊断为 PTSD 的人群进行 EMDR 和 CBT 治疗的比较, 分析两种治疗方法疗效的优劣性, 为临床实践提供指导依据。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择 2013 年 1~12 月就诊于石河子大学医学院第一附属医院康复心理科的经历创伤事件的住院及门诊患者, 以及目睹亲人经历重大创伤或突然亡故的家属, 共纳入 81 例患者。筛选标准: (1) 意识清楚, 愿意配合接受各类量表调查者; (2) 按照《国际精神障碍分类与诊断标准(第十版)》(International Classification of Diseases, ICD-10)^[10], 由主治医师及以上职称的临床心理科医生通过诊断性访谈对创伤事件

暴露者进行 PTSD 诊断;(3)如果服用药物,稳定剂量至少 6 周,且在研究过程中持续治疗;(4)年龄在 18~65 岁,性别不限;(5)研究对象知情同意。排除标准:(1)精神分裂症患者;(2)存在较严重的躯体疾病的患者;(3)正在接受其他心理治疗者;(4)在过去 6 个月内有乙醇或药物滥用史;(5)有眼部疾患不宜做 EMDR 治疗者。本研究通过石河子大学医学院第一附属医院伦理委员会审批,所有研究对象在入组前均签署知情同意书。

1.2 方法

1.2.1 患者分组及调查内容 本研究共纳入 81 例患者,研究对象签署知情同意书后按入组先后顺序随机分为(随机数字表法)EMDR 组、CBT 组、对照组,每组各 27 例。对研究对象进行一般情况调查,内容包括:患者年龄、性别、受教育程度、婚姻状况。除此之外,还评估应激事件的类型、创伤类型(I 型创伤、II 型创伤)、PTSD 病程、是否合并焦虑和(或)抑郁、是否正接受药物治疗。以上所有变量 3 组患者组间比较,差异均无统计学意义($P < 0.05$)。

1.2.2 临床用 PTSD 诊断量表(Clinician-administered PTSD Scale, CAPS)^[11]检测 由临床医生评估,该量表根据精神障碍诊断与统计手册第 4 版(diagnostic and statistical manual of mental disorders, DSM-IV)^[12]关于 PTSD 症状的标准制订,根据频率和强度对患者过去 1 周的情况进行评估。采用(0~4 分)5 级评分法对 17 个条目的频率和强度进行评分,17 个条目根据 PTSD 症状分为 3 个分量表:CAPS-B(再体验)、CAPS-C(回避)和 CAPS-D(高觉醒)。

1.2.3 汉密尔顿焦虑量表(Hamilton Anxiety Scale, HAMA)^[13]检测 HAMA 共 14 个项目,采用(0~4 分)5 级评分法。各级的标准为无、轻、中等、重、极重。总分大于 29 分,可能为严重焦虑; $>21 \sim 29$ 分,肯定有明显焦虑; $>14 \sim 21$ 分,肯定有焦虑; $7 \sim 14$ 分可能有焦虑; <7 分,为无焦虑症状。

1.2.4 汉密尔顿抑郁量表(Hamilton Depression Scale, HAMD)^[14]检测 共 24 个项目。采用(0~4 分)5 级评分法。各级的标准为无、轻、中等、重、极重。总分大于 35 分,可能为严重抑郁; $>20 \sim 35$ 分,可能是中等程度的抑郁; $8 \sim 20$ 分,可能是轻度抑郁; <8 分,为无抑郁症状。

1.2.5 EMDR 组干预方案 根据 EMDR 操作标准,治疗师通过处理来访者的创伤性记忆,对来访者痛苦的情绪进行脱敏、对创伤事件相关的认知进行重构,从而使得伴随的生理警觉性下降,创伤性记忆得到适应性的处理。EMDR 治疗方案:(1)病史采集,采集病史,提供 EMDR 信息,识别潜在的治疗目标;(2)准备期,准备好让患者接受 EMDR 治疗;(3)评估期,通过激发记忆的原始部分,进入 EMDR 需要加工的目标;(4)脱敏期,加工体验形成适应性解决;(5)植入期,检查原始阳性认知的效度值,完全整合阳性情绪,和原始目标事件联结;(6)身体扫描,完成和目标事件相联系的残余的创伤/痛苦材料的加工;(7)关闭期,保证在每次 EMDR 会面结束时患者的稳定性;(8)重新评估,在下次治疗,治疗师进行重新评估。

1.2.6 CBT 组干预方案 CBT 是一组治疗方法的总称,包括认知疗法和行为治疗技术。CBT 强调认知在心理和行为问题的发生及转归中起着重要的作用,通过纠正患者引起疾病的认知来达到治疗的目的。本研究 CBT 干预方案根据已有研究^[9,15]及专家意见修订而来, CBT 治疗方案:(1)建立关系,收

集患者资料,倾听患者讲述创伤事件经过,初步建立治疗关系;(2)认知、行为分析与评估,对患者存在的认知偏差及行为问题进行评估,介绍 CBT 治疗原理;(3)商定治疗目标,进一步巩固信任关系,启发患者利用现有资源,认识自我,建立信心,与患者协商治疗目标及计划;(4)制订治疗方案及技术,对患者的 PTSD 症状运用针对性的治疗技术,制订合适的治疗方案(再体验症状为注意力转移技术,回避症状为认知家庭作业,易激惹症状为心理教育、渐进式放松训练),与创伤事件有关的不合理信念,运用合理情绪疗法进行认知重建;(5)维持、巩固治疗效果,回顾治疗经过,总结取得的进步,讨论仍存在的问题及今后努力方向。

1.2.7 对照组干预方案 对照组的患者由 1 名主治医师每周行 PTSD 病情评估,为期 2 个月,必要时给予相关药物治疗,如若需联合其他形式的心理治疗则该患者退出试验。基于伦理学原则,为了使对照组的 PTSD 患者同样有机会接受到积极地治疗,在患者入组 2 个月之后,根据患者病情及其意愿给予 EMDR 或 CBT 干预。

1.2.8 质量控制及评估 EMDR 治疗由受过 EMDR 培训、具有国家二级心理咨询师资质者承担,对于在治疗过程中遇到的难点及时邮件或电话请教 EMDR 督导师。CBT 由一位已有 8 年 CBT 治疗经验的精神科主治医师承担,精神科主治医师每周对其进行一次治疗督导。两位治疗师对治疗效果没有特殊期望。所有的量表评估均由一位不知道分组结果、不参加心理治疗的心理测量师完成,以保证盲法的有效性。在治疗前、治疗后对所有患者行 CAPS、HAMA、HAMD 评估。

1.3 统计学处理 应用 SPSS13.0 软件进行统计分析。计数资料用百分数、频数表示,计量资料用 $\bar{x} \pm s$ 表示。疗效比较采用意向性分析。重复测量数据进行组别 \times 时间(治疗前、治疗后)单因素重复测量方差,3 组各自干预前、后测得分差异的比较采用配对样本 t 检验。全部检验均采用双侧检验,以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 干预完成情况 EMDR 组患者平均接受(4.5 \pm 0.9)次治疗, CBT 组患者平均接受(4.7 \pm 1.0)次治疗,两组治疗次数比较差异无统计学意义($t = -0.67, P = 0.506$)。81 例患者中,12 例患者脱落,69 例患者完成治疗,总脱落率为 14.81%。EMDR 组中 8 例(29.63%)患者脱落, CBT 组中 2 例(7.41%)患者脱落,对照组中 2 例(7.41%)患者脱落。EMDR 组患者脱落率明显高于 CBT 组、对照组($\chi^2 = 6.08, P = 0.045$)。

2.2 3 组患者治疗前、后各个量表得分比较 EMDR 组、CBT 组患者治疗后回避、易激惹、CAPS 总分、HAMA 及 HAMD 评分均低于治疗前($P < 0.05$);对照组治疗前、后比较,差异无统计学意义($P > 0.05$),见表 1。

2.3 重复测量方差分析结果比较 在 CAPS 再体验、CAPS 易激惹、CAPS 总分方面,分组效应、时间效应及分组和时间的交互效应均有统计学意义($P < 0.05$),结合数据进一步两两分析发现:EMDR 组 CAPS 再体验、CAPS 易激惹、CAPS 总分的评分下降趋势比对照组快(分别为 $P = 0.013; P = 0.028; P < 0.001; P = 0.004$);CBT 组在 CAPS 易激惹评分下降趋势比对照组快($P = 0.023$);EMDR 组 CAPS 再体验评分下降趋势比 CBT 组快($P = 0.036$)。HAMA、HAMD 评分组间比较,差异无统计学意义($P > 0.05$),见表 2。

表 1 3 组患者治疗前后各量表得分($\bar{x} \pm s, n=27$, 分)

量表	EMDR 组		CBT 组		对照组	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
CAPS 回避	25.7±3.6	19.7±5.0 ^a	26.7±2.7	20.4±5.6 ^a	25.1±3.8	24.7±6.0
CAPS 易激惹	17.8±4.1	11.5±5.3 ^a	18.1±4.1	14.9±4.8 ^a	18.9±3.9	19.2±5.5
CAPS 总分	61.3±10.4	44.0±12.8 ^a	62.7±9.9	51.4±13.1 ^a	60.8±8.6	60.6±14.0
HAMA	23.3±8.0	12.0±8.6 ^a	21.2±7.2	17.1±6.7 ^a	20.1±8.2	18.6±6.9
HAMD	24.7±10.9	15.1±9.1 ^a	22.8±9.9	16.0±9.3 ^a	20.4±6.6	21.3±7.2

^a: $P < 0.05$, 与治疗前比较。

表 2 3 组患者各量表的重复测量方差分析结果比较

量表	变异源		平方和	自由度	均方	F	P
	差异效应	因素					
CAPS 再体验	组间	分组	139.11	2	69.56	3.71	0.029
	组内	时间	146.40	1	146.40	20.42	0.000
		分组×时间	261.38	2	130.69	18.23	0.000
CAPS 回避	组间	分组	135.42	2	67.71	2.53	0.086
	组内	时间	722.00	1	722.00	46.79	0.000
		分组×时间	295.44	2	147.72	9.57	0.000
CAPS 易激惹	组间	分组	524.78	2	262.39	7.96	0.001
	组内	时间	373.56	1	373.56	35.08	0.000
		分组×时间	296.93	2	148.46	13.94	0.000
CAPS 总分	组间	分组	1 775.05	2	887.53	4.52	0.014
	组内	时间	3 717.14	1	3 717.14	50.78	0.000
		分组×时间	2 044.53	2	1 022.27	13.97	0.000
HAMA	组间	分组	94.78	2	47.39	0.58	0.563
	组内	时间	1 289.19	1	1 289.19	37.61	0.000
		分组×时间	675.94	2	337.97	9.86	0.000
HAMD	组间	分组	60.49	2	30.25	0.25	0.781
	组内	时间	1 068.25	1	1 068.25	27.13	0.000
		分组×时间	803.90	2	401.95	10.21	0.000

3 讨 论

EMDR 作为一种见效快、所需治疗次数少的创伤治疗技术,一直备受争议^[16]。目前为止,国内还少见 EMDR 与 CBT 应用于 PTSD 患者的文献报道,本研究发现,两种治疗方法均能有效降低患者的 PTSD 症状及焦虑、抑郁情绪。将两种治疗方法作比较,EMDR 在改善 PTSD 易激惹症状优于 CBT。本研究中 3 组患者用药人数分布均衡,基本能排除药物作用对研究结果的影响。

有研究均报道,创伤记忆及与创伤有关的负面评价是 PTSD 的核心所在^[17-18],由此推论,PTSD 治疗效果的好坏取决于该治疗是否能有效处理患者的创伤性记忆。关于 EMDR 的起效机制,有研究学者提出假说,认为患者在眼球定向运动的同时,将注意力集中在创伤性记忆,能增强大脑两半球之间的联系^[19],使患者与创伤有关的记忆完全或部分被抑制,当唤起创伤体验的刺激再次呈现时,创伤反应和刺激材料之间的联系便会被削弱,患者警觉性降低,创伤体验亦减少^[20-21]。本研究 EMDR 的操作方案正是基于这样的机制假说,与 CBT 相比,其疗效在 PTSD 再体验症状(即创伤性事件不断被回忆、重现)的优越性,同时也支持了这一假说。值得注意的是,在 PTSD 的药物治疗中,抗抑郁剂使用得最为广泛,因为这类药

物除了改善睡眠、焦虑、抑郁症状外,还能减少闯入和回避症状^[22],比如单胺氧化酶抑制剂和三环类抗抑郁剂对闯入性回忆与恶梦疗效显著^[23],选择性五羟色胺再摄取抑制剂则对回避和麻木的效果较好^[24]。

本研究中 EMDR 组存在较高脱落率(29.63%),其他关于 EMDR 治疗 PTSD 患者的研究有同样的问题存在,如 Power 等^[25]的研究报道了 30.8%的脱落率,Nijdam 等^[26]的研究报道了 28.6%的脱落率,除了 Power 等^[25]仅提及以暴露为基础的心理治疗存在较高脱落率,两项研究均未对脱落率进一步分析与治疗有关的具体原因。本研究比较了 EMDR 组脱落的患者与完成治疗的患者的一般情况及创伤有关情况有显著差异。分析 EMDR 组脱落率高的原因可能为:(1)暴露敏感是 EMDR 治疗的核心组成部分,而以创伤暴露为基础的心理治疗方法存在较高的脱落率^[27]。(2)EMDR 治疗师从事创伤治疗工作仅 2 年,不排除由于 EMDR 治疗师工作经验的不足,导致稳定化技术未能很好运用,造成患者脱落。应注意的是,EMDR 治疗的确可以在较少的治疗会谈后就见效,如文献^[28]的研究进行了 1 次 EMDR 治疗患者自觉症状好转,本研究 EMDR 治疗组中 2 例患者经过 2 次治疗后 PTSD 症状自觉症状好转而脱落,此种情况不应被视作治疗失败。

本研究的局限性在于,首先,样本量偏小,可能使得组间差异被低估;其次,EMDR 组的高脱落率提示,在进行以暴露为基础的心理治疗时,更加注重稳定化技术的应用。未来的研究宜采用大样本的随机对照试验,对本研究的结论进行验证。

志谢:感谢曼陀罗心理诊所的臧海龙医师对本研究的 EMDR 治疗进行培训与督导。

参考文献

- [1] Hyman SE. The diagnosis of mental disorders: the problem of reification[J]. *Annu Rev Clin Psychol*, 2010, 6(6): 155-179.
- [2] Kessler RC, Petukhova M, Sampson NA, et al. Twelve-month and lifetime prevalence and lifetime morbid risk of anxiety and mood disorders in the United States[J]. *Int J Methods Psychiatr Res*, 2012, 21(3): 169-184.
- [3] Goenjian AK, Steinberg AM, Najarian LM, et al. Prospective study of posttraumatic stress, anxiety, and depressive reactions after earthquake and political violence[J]. *Am J Psychiatry*, 2000, 157(6): 911-916.
- [4] Ursano RJ, Bell C, Eth S, et al. Practice guideline for the treatment of patients with acute stress disorder and posttraumatic stress disorder[J]. *Am J Psychiatry*, 2004, 161(11 Suppl): 3-31.
- [5] Bisson JI, Ehlers A, Matthews R, et al. Psychological treatments for chronic post-traumatic stress disorder. Systematic review and meta-analysis[J]. *Br J Psychiatry*, 2007, 190(2): 97-104.
- [6] Bradley RG, Follingstad DR. Group therapy for incarcerated women who experienced interpersonal violence: a pilot study[J]. *J Trauma Stress*, 2003, 16(4): 337-340.
- [7] Watts BV, Schnurr PP, Mayo L, et al. Meta-analysis of the efficacy of treatments for posttraumatic stress disorder[J]. *J Clin Psychiatry*, 2013, 74(6): e541-550.
- [8] Forbes D, Creamer M, Bisson JI, et al. A guide to guidelines for the treatment of PTSD and related conditions[J]. *J Trauma Stress*, 2010, 23(5): 537-552.
- [9] Koucky EM, Dickstein BD, Chard KM. Cognitive behavioral treatments for posttraumatic stress disorder: empirical foundation and new directions[J]. *CNS Spectr*, 2013, 18(2): 73-81.
- [10] Vukasinovic M, Djukic V, Stankovic P, et al. International statistical classification of diseases and related health problems[J]. *Encyclopedia Clin Neuropsychol*, 1992, 2(3): 107-110.
- [11] Blake DD, Weathers FW, Nagy LM, et al. The development of a Clinician-Administered PTSD Scale[J]. *J Trauma Stress*, 1995, 8(1): 75-90.
- [12] American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-IV-TR[M]. 4th. Washington DC: American Psychiatric Association, 2000.
- [13] 黄为, 江婷战, 张波. 汉密顿焦虑量表在失眠患者中的应用[J]. *中西医结合心脑血管病杂志*, 2008, 6(7): 792-793.
- [14] 许丽智, 李文波, 贾福军. 汉密顿抑郁量表的因素结构研究[J]. *中国行为医学科学*, 2006, 15(3): 277.
- [15] Capezzani L, Ostacoli L, Cavallo M, et al. EMDR and CBT for cancer patients: comparative study of effects on PTSD, anxiety, and depression[J]. *J EMDR Practice Res*, 2013, 7(3): 134-143.
- [16] Schubert S, Lee CW. Adult PTSD and its treatment with EMDR: A review of controversies, evidence, and theoretical knowledge[J]. *J EMDR Practice Res*, 2009, 3(3): 117-132.
- [17] Dalgleish T. Cognitive approaches to posttraumatic stress disorder: the evolution of multirepresentational theorizing[J]. *Psychol Bull*, 2004, 130(2): 228-260.
- [18] Ehlers A, Ehling T, Kleim B. Information processing in posttraumatic stress disorder. In J. G. Beck, & D. Sloane (Eds.), *The Oxford handbook of traumatic stress disorders*[M]. New York: Oxford University Press, 2012: 119-218.
- [19] Christman SD, Garvey KJ, Propper RE, et al. Bilateral eye movements enhance the retrieval of episodic memories[J]. *Neuropsychology*, 2003, 17(2): 221-229.
- [20] Maxfield L, Melnyk WT, Hayman GC. A working memory explanation for the effects of eye movements in EMDR[J]. *J EMDR Practice Res*, 2008, 2(4): 247-261.
- [21] Barrowcliff AL, Gray NS, Freeman TC, et al. Eye-movements reduce the vividness, emotional valence and electrodermal arousal associated with negative autobiographical memories[J]. *J Forensic Psychi Ps*, 2004, 15(15): 325-345.
- [22] 翟金国, 赵靖平. 创伤后应激障碍药物治疗新进展及临床评价[J]. *中国医院用药评价与分析*, 2005, 5(2): 85-88.
- [23] 刘屏. 抗抑郁药物的发展及其国内目前的基础研究概况[J]. *中国药物应用与监测*, 2004, 1(3): 1-3.
- [24] 王晓情, 李德英. 文拉法辛的研究现状[J]. *中华医药杂志*, 2006, 6(10): 1084-1086.
- [25] Power K, Mcgoldrick T, Brown K, et al. A controlled comparison of eye movement desensitization and reprocessing versus exposure plus cognitive restructuring versus waiting list in the treatment of post-traumatic stress disorder[J]. *Clin Psychol Psychother*, 2002, 9(5): 299-318.
- [26] Nijdam MJ, Gersons BP, Reitsma JB, et al. Brief eclectic psychotherapy v. eye movement desensitisation and reprocessing therapy for post-traumatic stress disorder: randomised controlled trial[J]. *Br J Psychiatry*, 2012, 200(3): 224-231.
- [27] Imel ZE, Laska K, Jakupcak M, et al. Meta-analysis of dropout in treatments for posttraumatic stress disorder[J]. *J Consult Clin Psychol*, 2013, 81(3): 394-404.
- [28] Lytle RA, Hazlett-Stevens H, Borkovec TD. Efficacy of eye movement desensitization in the treatment of cognitive intrusions related to a past stressful event[J]. *J Anxiety Disord*, 2002, 16(3): 273-288.