

内在家庭系统疗法 在一例大学生情绪困扰个案咨询中的应用

葛欣欣

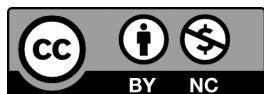
徐州医科大学大学生心理健康教育与研究中心，徐州

摘要 | 为探讨内在家庭系统疗法（Internal Family Systems, IFS）在大学生复杂情绪困扰中的应用价值，本文报告一例因梦魇恐惧、情绪周期性波动、暴食、自我否定及人际回避而求助的大学生个案。来访者伴有早期家庭情感回应不足、同伴排斥及亲人离世等经历，并形成“我是不好的”“我这样的家庭成长出来的孩子不可能正常”等负性核心信念。咨询中，咨询师基于IFS理论，将其症状概念化为不同内在“部分”之间的冲突，包括回避睡眠的恐惧部分、通过暴食压制痛苦的救火员部分，以及承载羞耻、悲伤和无助体验的被放逐部分等。咨询围绕IFS的核心工作步骤展开，逐步促进来访者激活“真我（Self）”的平静、好奇、慈悲等资源，并与各“部分”建立非评判性关系。结果显示，来访者对自身症状的病理解理解减弱，能够逐步识别和理解不同部分的保护功能，睡眠恐惧和暴食行为有所缓解，情绪波动周期缩短，自我接纳水平有所提升。后续随访及再次预约情况提示，该类个案的改变呈反复和渐进特点。该案例表明，IFS可为高校心理咨询中伴有创伤背景、情绪失调和自我认同冲突的学生提供一种整合性的理解与干预路径。

关键词 | 内在家庭系统疗法；大学生；情绪困扰；个案咨询；创伤；真我

Copyright © 2026 by author (s) and SciScan Publishing Limited

This article is licensed under a [Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/). <https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>



1 引言

大学阶段是个体自我认同整合、亲密关系探索及社会角色过渡的重要发展时期。处于这一阶段的学生不仅面临学业竞争、职业选择和人际适应等现实压力，还可能在发展任务推进过程中激活早年未被整合的情绪经验与关系创伤。因此，大学生常见的心理困扰并不局限于焦虑、抑郁或睡眠问题等单一症状，而可能呈现为情绪波动、自我否定、关系退缩、进食失调、躯体化反应及自我认同混乱等多重问题交织的状态（McLean et al., 2022）。尤其对于伴有童年情感忽视、同伴排斥、羞耻体验或丧失创伤的大学生

作者简介：葛欣欣（1991-），女，江苏徐州人，徐州医科大学心理专职教师，硕士，研究方向：大学生心理健康教育、心理咨询案例研究。

文章引用：葛欣欣. (2026). 内在家庭系统疗法在一例大学生情绪困扰个案咨询中的应用. *心理咨询理论与实践*, 8(3), 149-160.

<https://doi.org/10.35534/tppc.0803020>

而言，其当前困扰往往带有复杂性创伤的特征，即痛苦不仅体现在单一症状本身，更体现为持续性情绪失调、负性自我图式、关系不安全感及内部冲突（van der Kolk, 2014; Karatzias et al., 2023）。

传统高校心理咨询实践中，对于睡眠困难、暴食、自我否定等问题，常见的干预路径包括认知行为训练、情绪调节指导和支持性谈话。这些方法在缓解部分表层症状方面具有一定效果，但对于兼具创伤背景、人格脆弱性和内部冲突的个案而言，若仅聚焦于“纠正错误认知”或“消除不良行为”，可能难以触及症状背后深层的保护性意义与发展性根源（Paris, 2015）。近年来，越来越多研究强调，应从创伤的视角理解来访者的症状表现，将其视为个体在既往环境中，为维持心理生存状态而形成的适应性策略，而非单纯病理化的异常行为（Subica et al., 2021; Karatzias et al., 2023）。

内在家庭系统疗法（Internal Family Systems, IFS）由施瓦茨（Schwartz）提出，认为个体内部由多个“部分（parts）”构成，不同部分承担着管理、防御、压抑、逃避或承载痛苦等功能；与此同时，个体还拥有一个能够体现平静、清晰、好奇、慈悲与连接感的“真我（Self）”核心（Schwartz, 1995; 施瓦茨, 2022）。IFS疗法的核心观点在于：即使看似极端、冲动或失调的症状性部分，其深层动机通常仍是为了保护个体免于接触更难承受的创伤体验与情感负荷（Sweezy & Ziskind, 2013）。这种理论框架为理解创伤后复杂情绪、内在冲突、自我攻击行为及人际关系回避提供了较强的整合性分析思路。

近年研究显示，IFS疗法在复杂性创伤干预、情绪调节困难及依恋受损等领域具有较好的应用前景。研究发现，IFS干预可显著改善与创伤相关的情绪困扰、抑郁情绪及自我关系模式（Hodgdon et al., 2022）。也有研究指出，IFS疗法在促进个体提升内在慈悲、自我接纳和情绪调节灵活性方面具有独特优势，尤其适用于那些具有较强反思能力、但内部自我冲突突出的来访者。在国内，IFS理论及技术近年开始被用于青少年原生家庭创伤辅导和复杂情绪个案工作，并初步显示出较好的本土适配性（李丹阳, 2024）。然而，现有研究总体上仍以理论介绍或一般应用性讨论为主，针对高校情境下、兼具梦魇恐惧、暴食行为、自我否定、关系退缩与哀伤创伤的复杂个案，缺乏较为细致的过程性案例报告。

基于此，本文报告一例大学生情绪困扰个案，尝试从IFS视角对其进行系统概念化，并呈现咨询过程中的关键干预步骤、阶段性变化及后续反思。本文旨在证明：对于具有创伤背景、内在冲突显著且长期以症状维持心理平衡的大学生来访者，IFS疗法不仅能够帮助咨询师更细致地理解症状的保护功能，也有助于来访者发展对自我的非评判态度，促进内在整合与更稳定的自我调节。这一案例可为高校心理咨询中复杂情绪困扰个案的识别与干预工作，提供一定实践参考。

2 个案资料与初始评估

2.1 一般资料

来访者，女，某高校医学专业本科生，自主预约心理咨询。来访时未报告明确自伤、自杀意念，无精神病性症状表现。

2.2 主诉

来访者主诉近期反复从梦中惊醒，伴随难以言明的强烈恐惧感，不敢入睡，担心自己“不正常”或“会

垮掉”；在情绪烦躁或低落时，常通过多吃食物缓解情绪，短期内体重增加；长期存在明显自我否定倾向，对自身状态感到困惑，故前来咨询求助。

2.3 首次印象

咨询师首次接触时观察到，来访者思维较敏锐，表达条理较清晰，能快速理解谈话意图，但情感表达存在明显抑制，尤其较少表达愤怒情绪。着装整洁，眼神接触较少，偶有回避目光接触，整体呈现出既希望被理解、又对暴露内在体验保持谨慎的特点。

2.4 成长经历与重要事件

来访者来自农村家庭，父母主要从事务农，文化程度均为高中，家庭经济条件相对困难。来访者提到，与父亲关系尚可，父亲在生活和学习上给予一定关心；与母亲关系一般，既感受到其照顾，又体验到母亲性格固执和情感压迫感。关于童年，她一方面描述“童年挺好”，另一方面又提到“童年家庭氛围不太好”，呈现出对早期成长经历的矛盾表述。其成长过程中的情感回应状态与家庭互动模式相关，与地域环境和经济背景无直接关联。

成长过程中，来访者经历过多重负性生活事件：早年曾遭遇同伴威胁、群体排斥及校园欺凌，曾因身体异味问题受到身边同学孤立；后又经历弟弟离世的重大丧失创伤。已有研究指出，早期人际排斥、羞耻体验及家庭情感回应不足，常与个体持续性负性自我认知、关系敏感及情绪失调有关（van der Kolk, 2014）。上述负性经历，使来访者长期处于被评价、被排斥、被忽视和失去的重要情感体验。

来访者反复报告梦境体验，如被丧尸追赶、不断逃跑，以及身处闭塞且仿佛无法离开的空间；其中最恐惧的梦境是“回到家，却发现家里空荡荡的”。这些梦境主题与其内在的失控感、孤独感、被抛弃感和无人回应体验具有较高一致性，与创伤相关梦境常以象征形式，重复呈现未整合情绪记忆的观点相符（van der Kolk, 2014）。

2.5 当前功能状态

学习方面，来访者自评学习效率一般，近期主要压力与考试相关。人际方面，与同学、宿舍成员表面相处尚可，但在建立深层关系时常退缩，担心自己不能给予他人足够的情感支持，或会成为他人的负担。情绪方面，自述存在较明显的周期性波动，情绪亢奋、平静和烦躁交替出现：亢奋期较为活跃、热情，愿意主动社交；烦躁期则倾向于卧床、逃离人群、玩单调游戏，或通过进食压抑负面情绪。她还提到自己经常发呆，对身体不适和危险信号的感知较迟钝，但对他人的反应和评价较为敏感。相关研究认为，创伤背景下的个体，情绪调节困难常伴随行为回避、解离样体验及身体感知觉受损（van der Kolk, 2014）。

2.6 专科评估与临床理解

第4次咨询时，经双方沟通，安排来访者前往精神专科医院接受专家评估。精神专科专家结合其临床表现，给出初步临床观察意见为：存在持续性情绪低落表现及人格发展的脆弱性倾向，无明确精神科

诊断结论，建议继续开展心理咨询，必要时结合药物治疗。来访者对精神科的会谈模式适应困难，主观上感受到较强的专业权威压迫感，评估过程中未能充分表达自身感受，在评估中对个人核心体验有所保留。后续因担心经济负担、药物相关病耻感及他人知晓等，对药物治疗表现出一定抗拒。有关研究指出，大学生对精神科就诊及药物治疗的抗拒，往往与污名化、经济压力和自我身份认同威胁有关（郑希付，2021）。综合持续观察，来访者现实检验能力基本完整，语言表达清晰，具备较好自我反思能力，社会功能总体尚可，但伴随明显的情绪困扰、创伤相关体验、回避与解离样应对方式，形成了较稳定的负性自我表征。

2.7 伦理说明

本案例报告已对来访者个人信息进行匿名化和适度改写处理，案例整理与研究性呈现遵循知情同意与保密原则，符合心理咨询专业伦理要求。

3 IFS 视角下的个案概念化

3.1 核心信念与内在主题

在咨询过程中，来访者逐渐呈现出较稳定的负性核心信念，包括“我是不好的”“我这样的家庭成长出来的孩子不可能正常”“如果我不够好，别人对我不好是理所应当的”“我不能垮”。这些信念与其长期处于被忽视、被排斥、被羞辱和承受丧失的经历有关，是其持续性自我否定和高度自我要求的内在基础。

来访者梦境中反复出现的“逃跑”“空荡的家”“无法离开的封闭空间”，可以理解为内心失控感、被遗弃感、无助感和孤立体验的象征性表达（van der Kolk, 2014）。

3.2 内在“部分”的识别

基于 IFS 理论，来访者的内在心理系统可初步概念化为以下几类（Schwartz, 1995；施瓦茨，2022）。

（1）管理者部分（Managers）：主要包括回避睡眠的“恐惧部分”、维持理性和表面正常的“合理化部分”、主动避免冲突和被讨厌的“讨好部分”。这些部分通过控制、回避和自我约束来尽力维持功能稳定，防止更深层痛苦被激活。

（2）救火员部分（Firefighters）：主要包括“暴食部分”“发呆抽离部分”“幻想对话部分”“隔离回避部分”。当内心烦躁、悲伤、羞耻或空虚感被激活时，这些部分会通过进食、抽离、内在幻想、卧床或切断社交联结等方式，迅速缓解痛苦张力。

（3）被放逐部分（Exiles）：承载与校园排斥、家庭情感缺位、亲人离世相关的悲伤、羞耻、孤独、无助和负罪感。这些部分常被压抑在意识边缘，却会通过梦魇、莫名哭泣、身体不适、情绪低落和人际关系回避间接显现。

（4）负担（Burdens）：主要表现为“我不正常”“我不值得被爱”“我必须压住自己”“享受会

带来愧疚”等极端化信念和情绪负荷。

3.3 真我的遮蔽

来访者具备较强的感受力、观察力和语言表达能力，但长期处于不同部分相互拉扯的状态：一部分渴望被理解和建立深层情感联结，另一部分又警惕情感依赖、担心失望和再次受伤。由于长期依赖压抑情绪、合理化认知、主动回避和意识抽离维持心理稳定，其“真我”具备的平静、好奇、清晰和慈悲等资源，在咨询初期较难发挥主导作用（Schwartz, 1995；施瓦茨, 2022）。

4 咨询目标与设置

4.1 咨询目标

结合来访者困扰特点和咨询进展，设定以下目标。

- （1）缓解梦魇引发的睡眠恐惧及失控感；
- （2）识别情绪波动中的触发因素及应对模式，减少暴食、社会隔离等极端调节方式；
- （3）帮助来访者理解不同内在部分的保护功能，降低对自身症状的病理性认知和抵触心理；
- （4）提升情绪感知、身体觉察与人际交往能力，增强自我接纳水平和现实适应能力。

4.2 咨询设置

前期咨询以每周1次、每次约50分钟的面谈形式进行，法定节假日顺延；后期因学业进度与实习安排，部分咨询转为线上形式，每次约50分钟。个案经历了阶段性结束和再次预约，整体呈现出持续性和反复性特点。

4.3 干预原则

本案以IFS疗法为主要工作框架，同时结合支持性心理干预、情绪觉察、身体扫描、哀伤陪伴及稳定化技术（van der Kolk, 2014）。咨询过程中遵循以下原则。

- （1）优先建立安全的咨访关系，稳定来访者现实功能；
- （2）不过早进入创伤细节，尊重来访者可承受的情绪节奏；
- （3）将症状理解为保护性策略，而非单纯病理性异常表现；
- （4）必要时持续建议来访者定期精神科复诊及开展躯体症状评估（郑希付, 2021）。

5 咨询过程与干预

5.1 初始阶段：建立咨询关系，识别主要部分

前3次咨询主要聚焦于了解基本情况、澄清心理困扰和建立咨询关系。来访者最初将心理咨询体验

视为一种“飘无”的存在，后续逐渐将其理解为类似“止痛剂”的情绪缓冲空间，提示其既希望借助咨询缓解痛苦，又对深度心理改变存在防御和迟疑。

在这一阶段，咨询师主要通过温和提问、共情式回应、适时沉默和具身体验探索，帮助来访者从抽象情绪描述过渡到具体体验（郑希付，2021）。例如，当来访者描述“害怕”时，咨询师邀请其进一步体验这种感觉在身体的位置和性质。来访者逐步将其描述为“像有铁块压在胸口”“很空、很冷、不敢睡”。在梦境讨论中，她开始意识到，被追赶、空荡的家和封闭空间并非随机意象，而与自己内在长期存在的无助感、丧失感和无人回应的体验相关（van der Kolk, 2014）。

随着关系逐渐稳定，来访者开始识别几个较突出的内在部分：不让自己睡觉的害怕部分，烦躁时拼命吃东西的部分，总告诉自己要理智、要正常、不要失控的部分，以及知道很多痛苦但不敢碰的部分。这一转变，使她从“我是不是有问题”，逐步过渡到“也许是我内在有不同部分正在用各自方式保护我”，这也是IFS疗法开展工作的重要起点（Schwartz, 1995；施瓦茨，2022）。

5.2 评估节点与重大丧失事件的介入

第4次咨询时，来访者完成精神专科评估。虽然评估意见提示其存在持续性情绪问题和人格发展脆弱性，但来访者对精神科诊断标签和药物治疗持明显抵触态度，担心自己被“定义”为不正常，也担心治疗会增加经济负担。咨询师在此阶段避免就服药问题与其形成直接对立，而是强调精神科评估和心理咨询可以并行，帮助其从非病耻化角度，理解医学支持的意义（郑希付，2021）。

第5次咨询前两天，来访者遭遇弟弟去世的重大事件，其悲伤情绪、责任感和失控体验显著增强，也使咨询关系迅速进入更深层的哀伤和隐秘内心体验。有关哀伤辅导研究认为，经历重大丧失事件后，来访者常同时伴随悲伤、内疚、空虚感和功能维持压力，需要首先获得稳定性陪伴与情绪承接（van der Kolk, 2014）。在此次咨询中，来访者能较明显表达对弟弟的心疼、对父母的责任感和面对现实生活的沉重感。她提到自己“像带着秘密生活”，而咨询室是少数可以暂时卸下伪装、被看见的地方。此阶段咨询师主要提供情感陪伴与稳定支持，而非急于进行解释和分析。

5.3 中期阶段：激活真我，建立与部分的关系

在咨询关系稳定后，工作重点逐步转向IFS疗法的“与部分建立关系”。咨询师通过情绪标注、身体扫描、想象对话和部分区分技术，帮助来访者建立“自我”与“某个部分”之间的观察距离（Schwartz, 1995；施瓦茨，2022）。

例如，在讨论烦躁期“除了吃就是睡”“脑袋空空的，手里不停摸东西”时，咨询师邀请她关注：那个想吃东西的部分，最着急在帮自己做什么。起初，来访者倾向于将暴食理解为“坏习惯”或“控制不住”。经过持续探索，她逐渐意识到，暴食并非单纯意志薄弱，而是在空虚、烦躁、想哭却不能哭、又无法向他人表达时，帮助自己迅速压低情绪张力的一种方式。这与IFS疗法关于救火员部分通过快速行为缓解情绪泛滥的观点一致（Schwartz, 1995；施瓦茨，2022）。

对“恐惧睡眠部分”的工作也经历了类似过程。来访者最初只感到其阻碍生活、令人痛苦，多次探索后，她第一次能较平静地理解这一部分：“它可能是怕我再掉进那种很黑、很空、没有人能帮我的地方，

所以宁愿不让我睡。”这表明，她已经开始从对抗症状转向理解部分的保护意图。

在此基础上，咨询师尝试协助其接触“真我”状态的体验。例如，在一次想象练习中，咨询师邀请来访者将注意力放在“安静看着这一切、但不评判的自己”上。来访者描述仿佛看到一个温和、沉静的自己，在看着那个害怕的自己、拼命吃东西的自己和总要维持正常的自己。这一体验虽短暂，却为其后续以更慈悲、更稳定的心态，与内在部分相处奠定了基础（Schwartz, 1995）。

5.4 探索部分的恐惧与保护意图

随着来访者部分识别能力增强，咨询进一步聚焦于各保护性部分究竟在害怕什么，以及为何要采取如此极端的方式。

对“恐惧睡眠部分”的探索显示，其最担心的是来访者再次接触到弟弟离世相关的空洞感、无力感和失控体验。梦中的被追赶、空荡的家和逃不出的地方，像是在不断提醒她“不要松懈，否则那些最可怕的感觉会回来”。在咨询师的引导下，来访者首次尝试向该部分表达感谢——感谢它一直以来努力让自己不至于再次坠入无法承受的痛苦。此时，来访者出现明显的情绪松动并落泪，提示其开始从“讨厌症状”转向“承认症状背后的保护意图”的视角（Schwartz, 1995）。

对“暴食部分”的工作中，来访者逐渐意识到：它并非真的想伤害自己，而是在烦躁、低落、愧疚或情感空转时，提供最快速、最具身体触感的安抚方式。她开始能够说：“我以前总觉得这是坏毛病，现在好像知道，它是在帮我不要那么难受。”这种理解使她对自己的攻击性评价有所下降，也为后续寻找替代性调节方式创造了条件。

与此同时，咨询也触及“合理化部分”和“讨好部分”。这些部分长期帮助来访者在他人面前维持得体、敏锐和懂事，避免冲突与形象羞耻，却也让她越来越难识别自己的愤怒和真实需求。她会为父母的局限、霸凌者的行为、自己遭遇的不公表现出过度理解，却很难承认“我其实受伤了”“我其实会生气”。当她开始说出“有些玩笑其实让我不舒服”“我不是真的不在意，只是不敢表现出来”时，意味着其与被压抑的真实感受建立了初步连接。

5.5 后期阶段：从对抗症状走向协商与整合

在后期咨询中，来访者逐步形成新的内在工作方式：她不再简单地区分“好的我”和“坏的我”，而是开始识别不同状态出现的背景和功能。例如，在睡眠恐惧出现时，她不再完全与之对抗，而尝试与害怕部分“商量”，从完全拒绝入睡，调整为先闭眼几分钟、逐步延长休息时间；在烦躁并想暴食时，开始尝试延缓、呼吸、休息或记录当下感受，识别究竟是空虚、愤怒、悲伤还是疲惫在主导。这种从对抗转向协商的变化，符合IFS疗法强调真我领导下内在合作的路径（Schwartz, 1995；施瓦茨, 2022）。

咨询中也持续讨论她在人际关系中的矛盾：既渴望真挚、稳定和有回应的情感，又害怕依赖、担心自己不能回馈对方，也担心暴露不够好的自己后被拒绝。IFS视角来看，这并不是简单的“性格缺陷”，而是来访者内在一部分在渴望联结，另一部分在尽力防止再次受伤。随着这种理解增加，来访者在人际上的绝对退缩未发生明显改变，但她对自己的困惑感和羞耻感有所下降。

6 咨询效果评估

6.1 来访者主观反馈

咨询阶段性结束时，来访者表示，自己对“害怕”的理解与最初已有明显不同，不再单纯将其视为异常或崩溃的标志。她对梦魇的恐惧虽未完全消失，但已不再像初始阶段那样，因害怕而完全拒绝睡眠。她开始意识到内在存在多个“声音”，而这些声音很多时候是在用不成熟但熟悉的方式保护自己。暴食行为仍会出现，但较之前更能觉察其发生前的情绪线索和心理背景。她对“自己必须始终正常”的苛求有所减弱，对自身局限性的接纳有所增加。这种变化与 IFS 疗法所强调的由自我敌意转向自我理解和接纳的治疗方向一致（Schwartz, 1995；施瓦茨, 2022）。

6.2 咨询师观察

从咨询过程来看，来访者由初期的抽象表达、情感压抑和过度合理化，逐步转向能够描述具体身体体验、识别主要部分，并在咨询中表达悲伤、无助及一定程度的愤怒。其情绪波动仍存在，但烦躁和失控体验的持续时间较前缩短；睡眠恐惧和暴食虽未完全消失，但已不再是唯一和自动化的应对方式。其对咨询关系的使用也从单纯寻求缓冲，逐渐发展为自我理解和练习新应对方式的空间（郑希付, 2021）。

6.3 随访与反复情况

在第一次咨询结束、即将外出实习时，来访者对他人评价自己“冷漠”已有新的理解，不再像以往那样完全受其影响；同时开始有意识调节饮食和体重，并尝试更现实地看待自身局限与未来方向。此后近两年内，来访者再次预约咨询，提示其困扰具有反复性。再次来访时，其情绪状态、注意力水平和认知体验仍有波动，但有求助意识，对自身内在冲突的理解较前更深入。随访过程中，来访者持续与精神科保持间断性沟通，其人格发展的脆弱性倾向随内在部分的整合有所改善，无明显人格偏差行为表现，精神科专家评估后认为无需药物干预，继续以心理咨询为主要干预方式。该特点提示，伴有创伤背景和人格脆弱性的情绪困扰个案，心理改变往往呈螺旋式推进态势，而非线性改善（van der Kolk, 2014）。

7 讨论

7.1 IFS 对本案的适用性及理论解释

本案来访者的主要困扰涉及梦魇恐惧、睡眠回避、暴食行为、自我否定、人际回避、哀伤反应及一定程度的解离样应对，呈现出多重问题并存、症状相互牵连的特点。从临床上看，这类个案若仅从单一症状出发进行干预，往往容易陷入“问题—控制—反复”的循环，即症状短暂缓解后又以其他形式重新出现。IFS 疗法的适用性恰恰体现在，它不将症状仅仅视为需要被压制或消除的对象，而是将梦魇、暴食、回避和发呆等理解为不同“部分”为保护个体而采取的策略（Schwartz, 1995；施瓦茨, 2022）。这种

理论视角,使来访者能够逐步从“我有问题”“我不正常”的病理化自我理解,转向“我内部有一些受伤的部分和一些正在努力保护我的部分”的系统性理解。

这一点对于本案尤其重要。来访者长期处于对自我体验的羞耻和敌意,不仅痛苦于症状本身,也痛苦于“为什么我会这样”的自我指责。IFS疗法提供的“部分化”理解,降低了来访者对症状的道德化和病理化评价,使其能够在更安全的心理距离中面对自己的梦魇恐惧、暴食冲动及依恋矛盾等问题。既有研究也指出,IFS在创伤心理治疗中的重要价值,在于帮助来访者建立与内部体验之间更具慈悲性的关系,从而减少自我攻击行为、增强内部稳定性(Hodgdon et al., 2022)。

7.2 本案中的关键干预机制

结合本案过程来看,IFS疗法发挥作用的机制主要体现在以下几个方面。

第一,对症状进行“保护功能重释”。来访者最初将睡眠恐惧、暴食和发呆等表现,理解为失控、异常和软弱的表现,而在咨询过程中逐步意识到,这些症状实际上是在帮助自己避免接触更深层的空洞感、无助感、羞耻感与丧失感。症状意义的重新解释,不仅减轻了其羞耻感,也提升了其对自身复杂情绪体验的容纳能力。创伤知情理论同样强调,对症状进行功能性理解,是帮助来访者脱离病理化叙事的重要路径(Subica et al., 2021; Karatzias et al., 2023)。

第二,建立“真我一部分”的观察距离。在咨询中,来访者逐渐能够从“我就是害怕”“我就是控制不住”,转向“我有一个害怕的部分”“我有一个很想用吃来让我缓下来的部分”。这种语言和体验上的转变,意味着其开始形成较稳定的观察者位置。IFS疗法理论认为,这种“去融合”状态,是个体获得内部领导力的重要前提(Schwartz, 1995)。对于本案而言,这一改变使其能够从自动化卷入情绪,过渡到对情绪和冲动进行觉察、命名和协商。

第三,在安全咨访关系中渐进接近被放逐的痛苦体验。本案中,来访者承载的被放逐部分,涉及校园排斥、羞耻体验、亲人离世后的丧失和孤独感。这些内容若被过快激活,可能导致其进一步回避、抽离或加重失控体验。因此,咨询并未急于进入创伤叙事,而是在稳定关系、增强资源和识别保护性部分之后,才逐渐接触底层悲伤与无助感。该路径符合复杂性创伤干预工作中“先稳定、后加工、再整合”的基本原则(van der Kolk, 2014; Karatzias et al., 2023)。

第四,促进自我慈悲与自我接纳的发展。本案的显著变化,并不只是症状减少,更体现在来访者能说出“它是在帮我”“我以前太讨厌自己了”等表述。这说明其内部关系正在发生改变。近年来研究认为,自我慈悲的增强与创伤恢复、情绪调节改善和自我批评下降显著相关,而IFS疗法恰好为这一心理转变过程,提供了结构化实施路径(Neff, 2023)。

7.3 对高校心理咨询实践的启示

本案对高校心理咨询实践工作有以下几点启示。

其一,高校学生的表层主诉背后,常隐藏更复杂的发展性与创伤性议题。学生可能因“睡不好”“总烦躁”“控制不住吃东西”“不想和人接触”等现实困扰前来求助,但咨询师若仅停留在症状管理层面,可能忽略其背后的依恋创伤、长期羞耻体验和未被加工的丧失事件。因此,在高校心理咨询工作中,需

重视对早年关系经验、同伴处境、自我认同和重大生活事件的综合评估。

其二，IFS 疗法为高校复杂个案提供了较强的非污名化干预语言。许多大学生对“人格障碍倾向”“精神问题”“吃药”等标签较为敏感，容易因担心被定义、被区别对待而抗拒进一步求助。IFS 疗法使用“部分”“保护”“真我”等语言，有助于降低来访者对自我的排斥，提高其对咨询的投入意愿。这种语言系统在高校环境中具有较好的可接受性，尤其适合认知能力较强、但情绪接触困难的学生来访者群体。

其三，高校咨询需在支持性工作、创伤知情视角与医疗协作之间保持平衡。本案提示，对于伴有持续性情绪波动、明显创伤反应、解离样体验或人格脆弱性的学生，仅靠短程支持性会谈可能不足；但若过早推进深层暴露，也可能加重来访者的心理不稳定状态。因此，咨询师既要关注咨询关系中的安全性与节奏合理性，也要在必要时建议精神科评估、药物干预和家庭支持系统联动，形成整合式工作框架（郑希付，2021）。

7.4 研究局限与未来展望

本文为单一个案报告，研究结论的外推性有限。首先，本文主要依据咨询记录、来访者主观反馈及咨询师临床观察，缺乏症状量表、创伤量表及过程评估工具的系统支持，因此尚难以对干预疗效变化作出更精确的量化描述。其次，由于案例工作以真实咨询情境为基础，干预过程中并非纯粹使用单一 IFS 技术，而是同时结合了支持性干预、哀伤陪伴及稳定化工作，因此难以对“IFS 疗法单独发挥的作用”进行严格区分。最后，本案虽呈现出阶段性积极变化，但后续再次预约也提示，伴有创伤背景与人格脆弱性的大学生个案，往往需要更长期、反复和阶段化的支持。

未来研究可从以下方面推进：一是增加 IFS 在高校学生复杂情绪困扰中的个案数量与案例比较研究；二是结合干预前后测量表、咨询联盟评估和追踪随访，提高干预效果的证据强度；三是进一步探索 IFS 与认知行为疗法、正念训练、哀伤辅导及校园危机干预的整合式应用，以形成更适合高校场域需求的分层干预模式（Hodgdon et al., 2022; Mclean et al., 2022）。

8 结论

本案例表明，内在家庭系统疗法能够为大学生复杂情绪困扰提供具有整合性的理解视角与干预思路。通过识别来访者内在不同“部分”的功能，帮助其从“对抗症状”转向“理解保护”，并逐步激活真我蕴含的平静、好奇与慈悲资源，来访者的梦魇恐惧、暴食、自我否定和情绪波动均得到一定程度的缓解。对于伴有创伤背景、哀伤负荷和人格脆弱性的高校学生而言，IFS 疗法具有一定的实践价值；但在具体应用中，仍需结合精神科专业评估、现实支持系统及长期随访追踪，形成更稳妥的整合式干预模式。

参考文献

- [1] McLean, C. P., Zang, Y., Zandberg, L., Bryan, C. J., Gay, N., Yarvis, J. S., & Foa, E. B. (2022). Predictors of suicidal ideation among college students with trauma-related distress. *Journal of American College Health*, 70(8), 2401–2408.

- [2] van der Kolk, B. A. (2014). *The body keeps the score: Brain, mind, and body in the healing of trauma*. New York: Viking.
- [3] Karatzias, T., Cloitre, M., Maercker, A., Bisson, J. I., Brewin, C. R., Roberts, N. P., ... & Shevlin, M. (2023). PTSD and complex PTSD: ICD-11 updates on concept and measurement in clinical practice and research. *European Journal of Psychotraumatology*, 14(2), 2241236.
- [4] Paris, J. (2015). *The intelligent clinician's guide to the DSM-5* (2nd ed.). Cambridge: Oxford University Press.
- [5] Subica, A. M., Rodriguez, M. A., Grills, C. T., Douglas, J. A., & Villanueva, S. (2021). Trauma-informed care: Evidence, implementation, and future directions. *Current Psychiatry Reports*, 23(11), 79.
- [6] Schwartz, R. C. (1995). *Internal family systems therapy*. New York: Guilford Press.
- [7] 施瓦茨. (2022). *部分心理学*. 北京: 机械工业出版社.
- [8] Sweezy, M., & Ziskind, E. (Eds.). (2013). *Internal family systems therapy: New dimensions*. New York: Routledge.
- [9] Hodgdon, H. B., Anderson, F. G., Southwell, E., Hrubec, M., & Schwartz, R. C. (2022). Internal family systems (IFS) therapy for posttraumatic stress disorder among survivors of multiple childhood and adult trauma: A pilot effectiveness study. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 31(6), 701-718.
- [10] 李丹阳. (2024). 内在家庭系统疗法在初中生原生家庭创伤辅导中的应用. *心理月刊*, 19(6), 203-208.
- [11] 郑希付. (2021). *心理咨询原理与方法*. 北京: 人民教育出版社.
- [12] American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington: American Psychiatric Publishing.
- [13] Neff, K. D. (2023). Self-compassion: Theory, method, research, and intervention. *Annual Review of Psychology*, 74, 193-218.

Application of Internal Family Systems Therapy in a College Student With Emotional Distress: A Case Report

Ge Xinxin

Center for College Students' Mental Health Education and Research, Xuzhou Medical University, Xuzhou

Abstract: This paper reports a counseling case of a college student who sought help for nightmare-related fear of sleep, cyclical emotional fluctuations, binge eating, self-denial, and interpersonal avoidance. The client had experienced insufficient emotional responsiveness in her family, peer rejection, and the death of a close family member, and gradually developed negative core beliefs such as “I am not good” and “A child from my family cannot be normal”. From the perspective of Internal Family Systems (IFS) therapy, the counselor conceptualized the client’s difficulties as conflicts among multiple internal parts, including a fearful part that avoided sleep, a firefighter part that suppressed distress through binge eating, and exiled parts carrying shame, grief, loneliness, and helplessness. The intervention followed the core procedures of IFS and aimed to help the client gradually access the qualities of the Self, such as calmness, curiosity, clarity, and compassion, while establishing nonjudgmental relationships with her internal parts. The results showed that the client’s pathological interpretation of her symptoms was reduced, her awareness of the protective functions of different parts increased, and her fear of sleep, binge eating, emotional instability, and self-rejection were alleviated to some extent. Follow-up and later re-engagement in counseling suggested that change in such cases tends to be gradual, recurrent, and nonlinear. This case indicates that IFS may provide an integrative framework for understanding and intervening in college students with emotional distress associated with trauma history, affect dysregulation, and conflicts in self-identity. It also suggests that IFS can be meaningfully applied in university counseling settings when combined with trauma-informed care, supportive interventions, and psychiatric collaboration when necessary.

Key words: Internal Family Systems Therapy; College student; Emotional distress; Counseling case; Trauma; Self