孕期丧失女性创伤后应激障碍的研究现状

张慧,王莉,何雪花

摘要: 对孕期丧失女性创伤后应激障碍的特征与表现、影响因素、测评工具及心理干预方式进行综述,其中心理干预方式主要涵盖认知行为疗法、眼动脱敏与再加工、家庭支持计划及表达性书写等。提出应形成有针对性的干预方案,减少孕期丧失女性创伤后应激障碍。

关键词: 孕期丧失; 创伤后应激障碍; 心理干预; 认知行为疗法; 家庭支持; 表达性书写; 综述文献

中图分类号: R473.71 **DOI:** 10.3870/j.issn.1001-4152.2024.13.017

Post-traumatic stress disorder in women with pregnancy loss: a review Zhang Hui,

Wang Li, He Xuehua. School of Nursing, Zhejiang Chinese Medical University, Hangzhou 310053, China

Abstract: This paper presents a comprehensive review of the post-traumatic stress disorder (PTSD) in women who have experienced pregnancy loss, including the characteristics, manifestations influencing factors, assessment tools, and psychological interventions, in which the psychological interventions mainly cover the cognitive-behavioral therapies, eye movement desensitization and re-processing, family support programs, and expressive writings and so on. It is proposed that targeted intervention programs should be developed to reduce PTSD in women with pregnancy loss.

Keywords: pregnancy loss; post-traumatic stress disorder; psychological intervention; cognitivebehavioral therapy; family support; expressive writing; reviv

孕期丧失是指由各种原因导致的自然流产、异位妊娠、胎儿异常或死胎而终止妊娠的丧失胎儿事件^[1]。据统计,全球每年发生约 550 万例孕期丧失病例,而超过 39% 的女性在经历孕期丧失后可能出现创伤后应激障碍(Post Traumatic Stress Disorder, PTSD)^[2]。PTSD 是指个体暴露于应激源后延迟出现和持续存在的一种精神障碍,临床表现包括反复出现的创伤体验、持续的高警觉状态和回避等典型症状^[3],可能引发患者行为改变、噩梦、易怒、社交回避及自杀等。孕期丧失女性相较于遭受其他应激事件的患者被诊断为 PTSD 的可能性约高出 7 倍,且症状可能持续到下次妊娠,甚至延续多年^[4]。及时有效的干预可以预防并缓解孕期丧失女性 PTSD 所带来的一系列恶性后果。国外对孕期丧失女性 PTSD 的研究较早,包括对定义、临床表现、危害及影响因素的探究,国内近年来也开始关注这一群体。本文对孕期丧失女性 PTSD 的特征与表现、影响因素、测量工具及心理干预方式进行综述,旨在为临床有效评估及应对提供参考。

1 孕期丧失女性 PTSD 特征与表现

PTSD 具有明确的特征与表现,主要包括:重复的创伤体验;警觉性增高;易激惹、突然暴怒、过激行为;持续回避创伤相关刺激等。研究表明,孕期丧失引发的 PTSD 症状在高侵入和低回避方面与其他因

素引发的 PTSD 症状相似,但孕期丧失导致的 PTSD 还包括对未来怀孕的极度焦虑和担忧^[5];自责和内疚,认为自己对胎儿的丧失负有责任;对生命的失控感,无法掌控或改变发生的事情可能成为心理创伤的根源,引发与创伤事件有关的认知及心境的消极改变,进而导致或加重 PTSD。然而,目前尚不确定孕期丧失与其他因素导致的 PTSD 在病因学上是否相似,以及是否适用相似的治疗方法。孕期丧失 PTSD 症状在孕期丧失事件发生后的第 1 个月较为显著,可能同时拥有主要情绪(如恐惧)和次要情绪(如羞愧或内疚)^[6],但由于症状具有延迟性,不同个体的症状达到最高水平的时间可能存在差异,目前研究结果主要集中于孕期丧失发生后的 1 个月至 1 年^[7],并强调应在早期关注并及时干预。

2 孕期丧失女性 PTSD 的影响因素

2.1 产前易感因素 孕期丧失女性 PTSD 的产前易感因素与其他导致 PTSD 的因素相似,主要易感因素包括处于弱势地位的人群(如年轻、经济困难、未婚产妇等)以及其他预先存在的因素(如社会支持水平、精神心理疾病史、未经历生育、焦虑性格特质、性创伤史等)^[8]。其中,社会支持是孕期丧失女性心理健康的重要保护性因素,良好的社会支持可显著减轻应激反应,同时,社会支持不足可预测精神疾病的发生,且越严重的精神疾病所对应的社会支持越不充分^[9]。此外,不同文化和社会背景下的孕期女性可能承受着不同的社会文化压力。相较于其他群体,对于可能面临孕期丧失风险的女性而言,进行文化敏感性评估至关重要。

2.2 分娩危险因素 孕期丧失女性 PTSD 的分娩危

作者单位:浙江中医药大学护理学院(浙江 杭州,310053)

张慧:女,硕士在读,主管护师,708948557@qq.com

通信作者:何雪花,3202055@zju.edu.cn

科研项目:浙江省医药卫生科技计划项目(2023KY814)

收稿:2023-12-16;修回:2024-03-24

险因素包括妊娠合并症、产科因素、分娩主观创伤等^[8]。其他分娩相关的因素包括医护人员的忽视、分娩的无力感、信息告知不充分、缺乏知情同意、过多的医疗干预、缺乏同伴支持等^[8]。Hollander 等^[10]对 2 192 名产妇的调查显示,产妇倾向于将创伤性分娩经历归因于缺乏甚至失去控制感,沟通不良或缺乏情感支持。并且她们认为在大多数情况下,她们的创伤本可以通过一些方法来减少或者避免,这些方法包括和照顾者更好地沟通,获得支持,以及自己能够要求或者拒绝某些干预。研究显示,相较于其他群体,孕期丧失女性 PTSD 的重要影响因素为分娩疼痛和新生儿健康问题甚至是死胎,其可能同时经历悲伤、愤怒、无助、自责等复杂的情感体验,感到失去对家庭和未来的控制,甚至可能会对生育能力产生长期的心理影响等,这种深刻的创伤体验可能会加剧孕期丧失女性的 PTSD 风险^[11-12]。需要注意的是,这些影响因素的严重程度可能因个体差异而异。对于经历死胎的孕期女性,提供专业的心理支持和适当的干预可能有助于减轻悲伤和预防 PTSD 的发生。

3 孕期丧失女性 PTSD 测评工具

3.1 围生期悲伤评估

3.1.1 围生期悲伤量表 (Perinatal Grief Scale) 该量表用于评估围生期不良妊娠事件(流产、死胎、新生儿死亡等)对孕妇及家庭的影响^[13],共 33 个条目,涵盖现存悲伤、应对困难和绝望 3 个方面。采用 Likert 5 级评分,1 表示“非常同意”,5 表示“非常不同意”。总分 33~165 分,得分越高表示悲伤反应越严重,总分高于 91 分视为产妇及其家庭高度悲痛的标准。该量表的中文版由徐彬彬^[14]翻译,其信度和效度得到了验证。张国春等^[15]采用该量表进行调查显示,因胎儿畸形等导致孕期丧失产妇的悲伤评分显著高于非计划妊娠产妇。

3.1.2 围生期悲伤强度量表 (Perinatal Grief Intensity Scale) 该量表用于识别和预测围生期丧失后产妇悲痛强度和随访需求^[16]。包括 3 个维度共 14 个条目,现实(6 个条目)用于评估产妇对怀孕和婴儿的感知现实;一致(4 个条目)用于评估产妇是否可以接受实际的丧失体验;面对他人(4 个条目)用于评估产妇在危机中寻求帮助的能力。该问卷具有较好的信度,Cronbach's α 值为 0.800~0.982^[16],目前尚缺乏相关中文版量表。

3.2 产后 PTSD 评估

3.2.1 创伤性事件量表 (Traumatic Event Scale, TES) 该量表用于评估分娩后创伤应激的特异性^[17],共包括 6 个方面的标准。标准 A 是对创伤应激源的评估。标准 B、C、D 是对产后 PTSD 症状频率进行评估,重点聚焦于分娩相关问题,共包括 17 个症状。每个条目采用 4 级评分,0 分代表“从不或完全没有”,3 分代表“经常”。总分 0~51 分,以 ≥ 30 分作

为判断存在产后 PTSD 的标准。同时标准 B、C、D 也可以用来评估产后 PTSD 症状出现的个数,每项采用有或无来评价,总分 0~17 分。标准 E 用来评估 17 个产后 PTSD 症状出现的时间。标准 F 用来评估 17 个症状的严重性及受到的影响程度,采用 0~10 级进行评分,0 级代表“无干扰”,10 级代表“最高程度的干扰”。该量表具有良好的信度,Cronbach's α 值为 0.92,尚缺乏中文版。

3.2.2 创伤后分娩压力量表 (Posttraumatic Childbirth Stress Inventory, PTCS) 该量表用于产后 PTSD 严重程度的评估,属于患者自评量表。共 15 个条目,每个条目采用 Likert 5 级评分,总分 15~75 分。该量表可以反映一系列围生期创伤症状的数量和程度,但是尚缺乏确切的诊断临界值^[18]。其在各项研究中心理计量学指标表现良好,并且可与诊断性访谈进行交叉验证,Cronbach's α 值为 0.93。

3.2.3 城市分娩创伤量表 (The City Birth Trauma Scale, CBTS) 该量表为创伤应激源的评估,是用于衡量分娩相关产后 PTSD 的特异性评估工具。共 29 个条目,在对产后 PTSD 3 类核心症状(再现体验、回避和麻木、过度警觉)评估的基础上,增加了对第 4 类症状(负性认知和心境)的评估,同时也评估了症状的持续时间和对功能的影响。Cronbach's α 值为 0.92^[19]。该量表具有较好的临床应用前景,目前尚缺乏中文版量表。

4 孕期丧失女性 PTSD 心理干预方式

心理干预孕期丧失女性 PTSD 的原理主要包括认知重建、情绪表达及建立支持体系、应对技能训练等。目前,国内外对孕期丧失女性 PTSD 的心理干预方式主要包括认知行为疗法(Cognitive Behavioral Therapy, CBT)、眼动脱敏与再加工(Eye Movement Desensitization Reprocessing, EMDR)、同情心训练等。国外主要由专业心理治疗师或心理医生实施,而国内则多由护士、医生或研究团队组建的多学科研究组进行。干预频率及时间目前尚缺乏统一的标准,通常会根据研究对象的具体情况、接受程度及干预过程中的效果进行调整。虽然干预对象主要是孕期丧失女性,但研究趋势及相关研究结果建议纳入家属,特别是配偶一同进行,以期实现更好的交互作用,进一步提升干预效果。

4.1 认知重建

认知重建着眼于重新审视和调整个体对孕期丧失的认知和思维方式,干预方式主要包括认知行为疗法和眼动脱敏与再加工。

4.1.1 认知行为疗法 认知行为疗法可为孕期丧失女性提供情感和心理支持,通过鼓励积极回忆与显性情绪反应有关的创伤事件促进情感处理^[20]。分为短期(产后 3 个月)、中期(产后 3~6 个月)和长期(产后 6 个月以上)3 个阶段。Nieminen 等^[21]构建互联网为

载体的认知行为疗法治疗方案,包含暴露应激情源、叙事、认知重评、创伤焦点、焦虑应对方法、心理教育,通过网络招募 56 例有孕期丧失经历且从未接受过心理治疗的女性,随机分为对照组和试验组各 28 例,治疗周期为 8 周,每周 1 个治疗主题(包括治疗方案和家庭作业),参与者通过网络每周完成 1 个治疗主题,治疗师线上随时提供专业支持与帮助,研究结果表明该干预可减轻 PTSD 症状及其影响。

认知行为疗法应用于孕期丧失女性关注的焦点是帮助女性外化思想和感受,识别孕产妇对分娩相关创伤事件的感受和想法,同时允许她们体验完整的情感反应创伤性事件,专注于识别那些可能让人难以接受或需要重新处理的无益想法及感受,为女性探索与分娩相关的想法和感受提供机会。但是,结合暴露应激情源、重新体验和认知重评的认知行为疗法适用于病因明确的病例,且直面应激情源前需要准确评估孕期丧失女性的承受能力,前期强调知情同意并取得配合。Katri 等^[21]研究过程中也发现,较多孕期丧失女性在面对应激情源时存在逃避面对行为。认知行为疗法针对此人群的普适性相对欠缺,因此需要专业资质的人员进行心理治疗,护理和助产人员不建议独立进行干预,需要根据不同文化背景进行调整。考虑到多数孕期丧失女性可能同时拥有主要情绪和次要情绪,主要情绪对暴露技术更敏感,而次要情绪对认知重评技术反应更好,因此,认知行为疗法的治疗方案应根据个体差异、经验和需求,灵活应用。

4.1.2 眼动脱敏与再加工 眼动脱敏与再加工是孕期丧失女性 PTSD 常用的治疗方案之一,特别关注急性分娩创伤,通过眼动、脱敏和再加工的方式协助孕期丧失女性恢复大脑信息加工系统的平衡,诱导积极情感,唤醒内在洞察、观念转变和行为改变的认知^[22]。相较于认知行为疗法,眼动脱敏与再加工主要侧重于缓解心理创伤和其他危及生命经历导致的消极生活体验而产生的心理和身体症状,适用于不同类型创伤导致的应激障碍,特别是与创伤性记忆有关的情况,且由于患者有孕期丧失经历,其负性认知主要与死胎事件相关,因此可以选择一种合适的积极认知进行替代,例如构建她们将拥有一个健康且富有生命力的婴儿,并采用眼动等辅助患者进行脱敏与强化^[23]。眼动脱敏与再加工对孕期丧失女性 PTSD 的治疗步骤包括:建立基本工作联盟;简要信息收集(如一般资料、怀孕史和创伤史);通过积极可实现的方式强化治疗的动机和目标;准备,稳定(如接地技术),通过连续的叩击(使用触觉双边刺激),使用眼球运动刺激的外伤性分娩创伤脱敏和再处理,降低触发行为的敏感度^[22]。Starmrod 等^[24]在孕期丧失后并发 PTSD 女性的第二次妊娠期间进行眼动脱敏与再加工干预,患者积极回顾了 2 次妊娠的经历,并表达了对即将到来的分娩更为自信的态度,显著减轻了其

PTSD 症状。Zolghadr^[25]对 30 例有孕期丧失经历并发 PTSD 的二次自然妊娠女性分娩前进行 90 min 眼动脱敏与再加工干预,显著改善了患者的 PTSD 症状。这主要归因于眼动脱敏与再加工加速了创伤性记忆的信息处理系统,逐步减轻了创伤事件对患者的负面影响,并以适应性方式进行认知重建,进一步改善了 PTSD 症状。但眼动脱敏与再加工对专业引导的依赖性较强,不太适用于自助或非专业环境。

4.2 情绪表达及建立支持体系

情绪表达有助于个体理解和处理内心的矛盾情感,促进情感的健康释放。同时重视社会支持和人际关系的建立,以增强个体在面对创伤后的困境时的韧性。通过加强社交网络和与亲友的联系,个体能够感受到来自周围环境的理解、支持和关爱。

4.2.1 家庭支持计划 基于心理应激理论,社会支持对个体创伤有着关键的缓冲作用。在社会支持群体中,家庭作为一个重要组成部分,而伴侣则是最常见的情感支持来源之一,对缓解孕期丧失女性的焦虑和心理创伤起到有效的作用^[26]。因此,当前的研究大多侧重于通过伴侣、直接照顾者或社交网络为孕期丧失女性提供适当的支持。Sun 等^[27]将 124 名孕期丧失女性随机分配到接受为期 6 周的家庭支持计划的干预组或仅接受常规护理的对照组。家庭支持计划的内容包括基于微信平台的信息支持、家庭支持教育、产后指导、在线实时引导和通信,以及跟进和咨询。研究结果显示,与对照组相比,干预组伴侣关系、家庭功能显著改善,而产后抑郁和 PTSD 症状显著降低。泰国的研究者也进行了孕期丧失女性的支持计划,干预内容包括对患者的评估、问题和需求分析、情感支持、电话支持及电话访谈^[28],研究结果显示,参与者的悲伤评分有所下降。

家庭支持计划强调家庭成员的支持、理解与陪伴,适用于关系健康且和谐的家庭,需要家庭成员的共同参与,对家庭的积极环境及属性要求较高。在亚洲女性中,她们可能认为因胎儿异常而终止妊娠是可耻的,感到内疚且不愿意与他人谈论此种情况,因此得到的理解和支持相对较少^[29]。朋友和亲戚的拜访可能会引发她们的负面情绪波动,如悲伤、焦虑和抑郁。因此,医护人员应根据孕期丧失女性的需求提供支持,包括提供关于引产的信息,了解亲友何时以及如何探访,以满足她们的需求,减少可能产生的有害影响。

4.2.2 表达性书写 表达性书写是一种围绕压力性或应激创伤性事件表达内心情感的方法,通过书写来揭示个体情绪,旨在改善情感状态并促进身心健康^[30]。先前的研究已证实表达性书写有助于降低创伤性应激水平,改善心理状况,并提高生活质量^[31]。通常,表达性书写在孕期丧失女性中的干预频率为连续 3~4 d,每次书写时间为 15~20 min,写作的主题

可以是积极或消极的。Qian 等^[30]先通过对 14 例孕期丧失女性的质性访谈,探讨了表达性书写在她们中的有效性和适用性,以及在写作过程中的体验。在随后的研究中,Qian 等^[31]将 100 例孕期丧失女性随机分为干预组和对照组,对照组予以常规健康教育,干预组在对照组的基础上予以表达性书写干预,在安排人工流产手术的入院当日以及分娩后的第 1 天和第 2 天书写 3 篇关于她们与胎儿畸形经历的文章,研究人员全程陪同并观察其在整个写作过程中的情绪变化。结果显示,与对照组相比,干预组的创伤后成长水平显著升高,而 PTSD 症状水平显著降低。

表达性书写主要通过书写来释放、抒发患者的积极或消极情绪,适用于 PTSD 症状较轻且愿意配合的患者,可与家庭支持计划联合使用。相较于其他干预方法,表达性书写可保护参与者隐私,有更强的自我控制感,成本较低,可通过电话、网络等进行,且有利于干预者根据文本的内容和特征追踪干预效果,但不易处理复杂情绪,不适用于所有患者,如不愿书写或产生抵触创伤想法者。在目前的研究中,表达性书写的干预效果已经得到证实,通过书写可以帮助女性表达情感,从而促进反刍思维。积极的写作主题有助于加速疾病获益感进程,提高创伤后成长水平。一项 Meta 分析结果显示,表达性书写可减少妊娠相关的 PTSD^[32]。因此,医护人员可以通过对女性的创伤后成长进行评估,以积极心理学为指导,为孕期丧失女性提供未来指向性的规划。

4.3 应对技能训练

应对技能训练强调培养个体更有效的应对策略,以面对创伤后的压力和挑战。包括情绪调节、问题解决和应对焦虑的技能。通过系统训练,个体能够提高对创伤后症状的自我管理能力。

4.3.1 同情心训练 (Compassion-Focused Therapy, CFT)

同情心训练是一种综合的多模式干预方法,旨在通过同情心训练培养个体的温暖、安全和舒缓的内心体验^[33]。该方法整合了人类心理教育和情绪调节系统,包括威胁/自我保护系统、驱动-奖励系统以及附属/抚慰系统^[33]。近年来,学者对同情心训练进行了广泛研究,证实其在减轻抑郁、焦虑、羞愧和自我批评等问题上具有可行性、可接受性和有效性^[34-35]。在孕期丧失女性 PTSD 的干预中,同情心训练通常为 8~16 周,每周 1~2 次,每次 60~120 min,由临床心理医生主导,可采取个体和团体形式。具体干预内容包括对他人的帮助和同情,对他人的帮助和同情持开放态度,以及对自己发展一种鼓励、支持和同情的态度。整个干预分为 4 个阶段:心理教育、同情心练习、正念练习和意象练习。Mitchell 等^[36]在一项为期 1 个月的同情心训练干预研究中,通过帮助孕期丧失女性理解自我同情的概念,提升自我同情的技巧,并进行有引导的自我同情可视化练习,研究结果显示可

改善孕期丧失女性的 PTSD 症状。然而,该研究存在着干预时间较短、未设对照组等局限性。

4.3.2 其他 除了前述提到的干预方式外,还有其他一些已经被证实对孕期丧失女性 PTSD 具有积极作用的方法,如创伤汇报^[37]、应激心理咨询^[38]等。这些方法可以单独使用,也可以与其他干预方式结合。具体应根据干预的目的、个体的需求以及人群的特征选择。在制定干预计划时,需综合考虑个体差异和干预的综合效果。

5 小结

丧失胎儿是一项巨大的心理挑战,孕期丧失女性面临高发 PTSD 的风险,因此亟需引起足够的关注。在降低孕期丧失女性 PTSD 发生率方面,积极的心理行为因素发挥着重要作用。未来的研究可以借鉴既往的研究经验,结合中国国情,形成规范的、有针对性的干预方案,更有效地减少孕期丧失女性 PTSD 的发生。

参考文献:

- [1] Hanish K K, Margulies I, Cogan A M. Evaluation of an occupation-based retreat for women after pregnancy or infant loss[J]. *Am J Occup Ther*, 2019, 73(5):73053450 30p1-p6.
- [2] Fernández-Ordoñez E, González-Cano-Caballero M, Guerra-Marmolejo C, et al. Perinatal grief and post-traumatic stress disorder in pregnancy after perinatal loss: a longitudinal study protocol[J]. *Int J Environ Res Public Health*, 2021, 18(6):2874.
- [3] World Health Organization. ICD-11: mortality and morbidity statistics [EB/OL]. (2021-04-02) [2023-07-16]. <https://icd.who.int/browse/2024-01/mms/en>.
- [4] Fernández Ordóñez E, Rengel Díaz C, Morales Gil I, et al. Post-traumatic stress and related symptoms in a gestation after a gestational loss: narrative review[J]. *Salud Ment*, 2018, 41(5):237-243.
- [5] James S. Women's experiences of symptoms of posttraumatic stress disorder (PTSD) after traumatic childbirth: a review and critical appraisal[J]. *Arch Womens Ment Health*, 2015, 18(6):761-771.
- [6] Farren J, Jalmbrent M, Falconieri N, et al. Posttraumatic stress, anxiety and depression following miscarriage and ectopic pregnancy: a multicenter, prospective, cohort study [J]. *Am J Obstet Gynecol*, 2020, 222(4):361.e1-367.e22.
- [7] Krosch D J, Shakespeare-Finch J. Grief, traumatic stress, and posttraumatic growth in women who have experienced pregnancy loss[J]. *Psychol Trauma*, 2017, 9(4):425-433.
- [8] 刘颖,郭娜菲,张兰,等. 女性分娩创伤及其影响评估工具研究进展[J]. *中国护理管理*, 2020, 20(8):1253-1257.
- [9] Wang J, Mann F, Lloyd-Evans B, et al. Associations between loneliness and perceived social support and outcomes of mental health problems: a systematic review [J]. *BMC Psychiatry*, 2018, 18(1):156.
- [10] Hollander M H, van Hastenberg E, van Dillen J, et al.

- Preventing traumatic childbirth experiences: 2192 women's perceptions and views[J]. *Arch Womens Ment Health*, 2017, 20(4): 515-523.
- [11] Garthus-Niegel S, Ayers S, von Soest T, et al. Maintaining factors of posttraumatic stress symptoms following childbirth: a population based, two year follow up study [J]. *J Affect Disord*, 2015, 172: 146-152.
- [12] 代玲, 曾铁英, 袁梦梅, 等. 女性分娩创伤的研究进展[J]. *中华护理杂志*, 2019, 54(2): 311-315.
- [13] Toedter L J, Lasker J N, Alhadeff J M. The Perinatal Grief Scale: development and initial validation[J]. *Am J Orthopsychiatry*, 1988, 58(3): 435-449.
- [14] 徐彬彬. 中文版围产期悲伤量表在不良妊娠孕妇中应用的信效度研究[J]. *中华现代护理杂志*, 2014, 20(19): 2323-2326.
- [15] 张国春, 李海云, 孙琳琳, 等. 终止妊娠产妇悲伤现状及影响因素研究[J]. *护理学杂志*, 2022, 37(13): 84-86.
- [16] Hutti M H, Armstrong D S, Myers J. Evaluation of the Perinatal Grief Intensity Scale in the subsequent pregnancy after perinatal loss[J]. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*, 2013, 42(6): 697-706.
- [17] Wijma K, Söderquist J, Wijma B. Posttraumatic stress disorder after childbirth: a cross sectional study[J]. *J Anxiety Disord*, 1997, 11(6): 587-597.
- [18] Sorenson D S. Healing traumatizing provider interactions among women through short-term group therapy[J]. *Arch Psychiatr Nurs*, 2003, 17(6): 259-269.
- [19] 聂小菲, 刘昕宇, 祁雨帆, 等. 产后创伤后应激障碍评估工具的研究进展[J]. *护理学杂志*, 2021, 36(11): 98-101.
- [20] Bastos M H, Furuta M, Small R, et al. Debriefing interventions for the prevention of psychological trauma in women following childbirth[J]. *Cochrane Database Syst Rev*, 2015(4): CD007194.
- [21] Nieminen K, Berg I, Frankenstein K, et al. Internet-provided cognitive behaviour therapy of posttraumatic stress symptoms following childbirth: a randomized controlled trial[J]. *Cogn Behav Ther*, 2016, 45(4): 287-306.
- [22] 蒋国路, 李奉玲, 蒋莉, 等. 女性分娩心理创伤评估工具及干预的研究进展[J]. *中国计划生育学杂志*, 2022, 30(10): 2406-2414.
- [23] Chiorino V, Cattaneo M C, Macchi E A, et al. The EMDR Recent Birth Trauma Protocol: a pilot randomised clinical trial after traumatic childbirth [J]. *Psychol Health*, 2020, 35(7): 795-810.
- [24] Stramrood C A I, van der Velde J, Doornbos B, et al. The patient observer: eye movement desensitization and reprocessing for the treatment of posttraumatic stress following childbirth[J]. *Birth*, 2012, 39(1): 70-76.
- [25] Zolghadr N. The effect of EMDR on childbirth anxiety of women with previous stillbirth[J]. *J EMDR Pract Res*, 2019, 13(1): 10-19.
- [26] 陈丹丹, 周临, 张晶, 等. 产妇对以家庭为中心的群组式围生期保健的体验[J]. *护理学杂志*, 2022, 37(14): 9-12.
- [27] Sun S, Li J, Ma Y, et al. Effects of a family-support programme for pregnant women with foetal abnormalities requiring pregnancy termination: a randomized controlled trial in China[J]. *Int J Nurs Pract*, 2018, 24(1): e12614.
- [28] Allahdadian M, Irajpour A, Kazemi A, et al. Social support: an approach to maintaining the health of women who have experienced stillbirth[J]. *Iran J Nurs Midwifery Res*, 2015, 20(4): 465-470.
- [29] Hollins Martin C J, Reid K. A scoping review of therapies used to treat psychological trauma post perinatal bereavement[J]. *J Reprod Infant Psychol*, 2023, 41(5): 582-598.
- [30] Qian J L, Yu X Y, Sun S W, et al. Expressive writing for Chinese women with foetal abnormalities undergoing pregnancy termination: an interview study of women's perceptions[J]. *Midwifery*, 2019, 79: 102548.
- [31] Qian J L, Yu X Y, Sun S W, et al. Effects of an expressive writing intervention in Chinese women undergoing pregnancy termination for fetal abnormality: a randomized controlled trial[J]. *Midwifery*, 2021, 103: 103104.
- [32] Qian J L, Zhou X L, Sun X S, et al. Effects of expressive writing intervention for women's PTSD, depression, anxiety and stress related to pregnancy: a meta-analysis of randomized controlled trials [J]. *Psychiatry Res*, 2020, 288: 112933.
- [33] James M M, Zoe T, Sarah W, et al. Compassion focused therapy groups: evidence from routine clinical practice[J]. *Behav Change*, 2018, 35(3): 167-173.
- [34] Sommers-Spijkerman M, Trompetter H, Schreurs K, et al. Pathways to improving mental health in compassion-focused therapy: self-reassurance, self-criticism and affect as mediators of change[J]. *Front Psychol*, 2018, 9: 2442.
- [35] Beaumont E A, Jenkins P, Galpin A J. 'Being kinder to myself': a prospective comparative study, exploring post-trauma therapy outcome measures, for two groups of clients, receiving either cognitive behaviour therapy or cognitive behaviour therapy and compassionate mind training[J]. *Couns Psychol Rev*, 2012, 23(1): 31-43.
- [36] Mitchell A E, Whittingham K, Steindl S. Feasibility and acceptability of a brief online self-compassion intervention for mothers of infants [J]. *Arch Womens Ment Health*, 2018, 21(5): 553-561.
- [37] Meades R, Pond C, Ayers S, et al. Postnatal debriefing: have we thrown the baby out with the bath water? [J]. *Behav Res Ther*, 2011, 49(5): 367-372.
- [38] Asadzadeh L, Jafari E, Kharaghani R, et al. Effectiveness of midwife-led brief counseling intervention on post-traumatic stress disorder, depression, and anxiety symptoms of women experiencing a traumatic childbirth: a randomized controlled trial[J]. *BMC Pregnancy-Childbirth*, 2020, 20(1): 142.