

## 丧子父母的精神障碍及临床干预研究进展

申晓艳 李涵贵 刘铁榜

518020 深圳市康宁医院 深圳市精神卫生中心

通信作者: 刘铁榜, Email: liutbsz@126.com

DOI: 10.3969/j.issn.1009-6574.2019.07.016

**【摘要】** 子女的丧失被认为是父母生活中压力最大的事件之一, 以往研究表明丧子父母在子女死亡后的一段时间内罹患精神障碍的风险提高, 尤其是复杂性哀伤。现回顾丧子父母的精神障碍问题及临床干预措施, 旨在为开展丧子父母精神障碍患者临床干预提供一定的理论依据。

**【关键词】** 精神障碍; 丧子父母; 临床干预; 复杂性哀伤; 综述

**Research progress of mental disorders and clinical intervention of the bereaved parents** Shen Xiaoyan, Li Hangui, Liu Tiebang

Shenzhen Kangning Hospital, Shenzhen Mental Health Center, Shenzhen 518020, China

Corresponding author: Liu Tiebang, Email: liutbsz@126.com

**【Abstract】** The loss of children is considered to be one of the most stressful events in the lives of parents. Previous studies have shown that the risk of mental disorders in parents who have lost their children for a period of time after their death, especially complexity grief. This article reviews the mental disorders of bereaved parents and clinical interventions, aiming to provide a theoretical basis for the clinical intervention of patients with bereaved parents.

**【Key words】** Mental disorders; Bereaved parents; Clinical intervention; Complicated grief; Review

- 
- [ 49 ] Soff C, Sotnikova A, Christiansen H, et al. Transcranial direct current stimulation improves clinical symptoms in adolescents with attention deficit hyperactivity disorder[J]. J Neural Transm (Vienna), 2017, 124(1): 133-144. DOI: 10.1007/s00702-016-1646-y.
- [ 50 ] Rios DM, Correia Rios M, Bandeira ID, et al. Impact of Transcranial Direct Current Stimulation on Reading Skills of Children and Adolescents With Dyslexia[J]. Child Neurol Open, 2018, 5: 2329048X18798255. DOI: 10.1177/2329048X18798255.
- [ 51 ] Costanzo F, Rossi S, Varuzza C, et al. Long-lasting improvement following tDCS treatment combined with a training for reading in children and adolescents with dyslexia[J]. Neuropsychologia, 2019, 130:38-43. DOI:10.1016/j.neuropsychologia.2018.03.016.
- [ 52 ] Lee JC, Lewis CP, Daskalakis ZJ, et al. Transcranial Direct Current Stimulation: Considerations for Research in Adolescent Depression[J]. Front Psychiatry, 2017, 8: 91. DOI: 10.3389/fpsy.2017.00091.
- [ 53 ] Palm U, Segmiller FM, Epple AN, et al. Transcranial direct current stimulation in children and adolescents: a comprehensive review[J]. J Neural Transm (Vienna), 2016, 123(10): 1219-1234. DOI: 10.1007/s00702-016-1572-z.
- [ 54 ] Milev RV, Giacobbe P, Kennedy SH, et al. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) 2016 Clinical Guidelines for the Management of Adults with Major Depressive Disorder: Section 4. Neurostimulation Treatments[J]. Can J Psychiatry, 2016, 61(9): 561-575. DOI: 10.1177/0706743716660033.
- [ 55 ] Lefaucheur JP, Antal A, Ayache SS, et al. Evidence-based guidelines on the therapeutic use of transcranial direct current stimulation (tDCS) [J]. Clin Neurophysiol, 2017, 128(1): 56-92. DOI: 10.1016/j.clinph.2016.10.087.

(收稿日期: 2019-05-30)

(本文编辑: 戚红丹)

丧亲对于个体来说,是一生当中经历的最有压力的事件之一。已有研究表明,与丧偶者或失去父母的成年人相比,丧子父母会有更强烈的、更持久的悲痛反应<sup>[1]</sup>。因子女死亡而导致的丧亲之痛与丧子父母的身体健康状况不佳以及死亡率上升有关<sup>[2]</sup>。失去子女的父母往往长期面临罹患精神障碍的风险,对丧亲父母的心理健康、生活质量、社会功能、职业发展以及经济状况造成不良的影响<sup>[3]</sup>。上述风险自丧子时起可持续长达15年之久<sup>[4]</sup>。

子女可能因为各种不同的原因死亡,但是对于任何一个家庭的父母来说子女的丧失都可能是一次灾难性的经历。对丧亲群体的研究表明,不管亲人的死亡是突发的还是可预期的,暴力致死还是非暴力死亡的,都会对丧亲者造成不同的心理后果。这种后果差异性的内在机制可能取决于丧亲者如何看待和理解死亡的意义<sup>[5]</sup>。过去几十年里,已经对丧亲家庭的临床干预效果进行了检验,然而几乎没有研究单独探讨对丧子父母的干预措施效果如何。现对丧子父母中存在的精神障碍以及相应的临床干预措施进行综述。

### 一、丧子者的精神障碍

丧子者常见的精神障碍有重度抑郁障碍(major depressive disorders, MDD), 焦虑障碍, 创伤后应激障碍(post-traumatic stress disorders, PTSD), 复杂性哀伤(complicated grief, CG) 以及物质滥用障碍(substance use disorders, SUD) 等精神障碍。

1. MDD: 已有研究表明, 抑郁症状是丧亲父母在子女死亡后最常见的心理反应之一, 尤其是MDD, 在丧子者中的发生率高达10%~30%<sup>[6]</sup>。目前, 在丧失亲人的情况下, 对丧亲者进行MDD的诊断存在一些争议<sup>[7]</sup>。但是, 现有的DSM-5<sup>[8]</sup>和ICD-10<sup>[9]</sup>的诊断标准, 并不排除丧亲者存在MDD的可能性。已有研究表明, 在个体一生的各个年龄阶段, 所爱之人的意外死亡均可增加罹患MDD的风险<sup>[10]</sup>。Onrust和Cuijpers<sup>[11]</sup>的一篇有关丧偶和精神健康问题之间关系的综述中, 系统评价纳入的11项研究, 探讨和比较了3481名丧偶者和4685名未丧偶对照组被试者抑郁症的患病率和发病率。结果表明, 在丧亲的第一年, 有22%的丧偶者被诊断患有MDD。Bolton等<sup>[12]</sup>调查了1996—2008年加拿大曼尼巴托省的因机动车碰撞导致子女死亡的父母( $n=1458$ ), 结果发现, 在校正了几项可能的混杂因素(已有医生诊断的精神疾病和身体疾病, 社会因素以及治疗利用率)后, 在子女死亡的2年内, 丧子父母的抑郁障

碍发生率为31%, 是非丧子匹配组父母的3倍之多。不过也有一些研究表明, 与丧亲有关的MDD的严重程度较低, 复发情况较少<sup>[13-14]</sup>。

2. 焦虑障碍: 焦虑是丧亲悲伤的一个非常常见的特征, 但是经常被忽视。丧亲后的焦虑是个体附属系统与亲人分离后的自然反应, 在成人和儿童中都可以看到<sup>[15]</sup>。Bolton等<sup>[12]</sup>调查了因机动车碰撞引起子女死亡的父母的焦虑障碍情况, 发现丧子父母的焦虑障碍的发生率高达22%, 比非丧子匹配组父母要高70%。Jalmsell等<sup>[16]</sup>调查了患有绝症儿童在去世前一个月内的焦虑障碍状况和该儿童去世4~9年后其父母患有焦虑障碍的相关程度, 研究发现孩子在患绝症期间同时患有焦虑障碍及因焦虑导致的睡眠障碍, 其父母在孩子去世后4~9年间患有焦虑障碍的风险在不断增加。Wikman等<sup>[17]</sup>调查了132例癌症治愈儿童的父母和37例因患癌死亡儿童父母的焦虑障碍相关患病率情况。研究结果发现, 在儿童癌症治愈或儿童死亡5年后, 有20%的癌症治愈儿童的父母患有焦虑障碍, 而患癌死亡儿童的父母的焦虑障碍患病率则高达30%以上; 且在癌症治愈儿童的父母中, 母亲的焦虑比例比父亲的更大, 而在患癌死亡儿童父母中, 未发现父母的焦虑水平存在差异。另外, 还发现7%~11%的癌症治愈儿童父母和14%~24%的因患癌死亡儿童的父母报告了抑郁障碍和PTSD的共病症状。

3. PTSD: 对于丧子父母的PTSD的识别和治疗是很重要的, 除了PTSD本身的影响外, 患有PTSD的母亲再次怀孕后, 晚期的妊娠反应往往会增加, 而且后续出生的婴儿也更容易出现紊乱的依恋模式<sup>[18]</sup>。一项研究报道称, 在婴儿死亡后的1个月大约17%的父母患有PTSD<sup>[19]</sup>。这种精神障碍的发病率在丧子后的3~12个月降至9%。丧子父母两次的PTSD评分均显著高于非丧子对照组父母。同样的, Christiansen等<sup>[20]</sup>调查了634名丧子父母在婴儿死亡后的18年内慢性PTSD症状和潜在相关因素, 研究发现PTSD患病率为12.3%, 但是婴儿死亡的时机(产前、产中和产后)对PTSD严重程度没有任何影响, 但是丧子时孕龄越低的母亲PTSD症状越明显, 丧子的时长、父母的性别、依赖类型、应对方式和社会支持系统满意度等都是PTSD发展和维持的重要因素。一篇综述系统回顾了31项有关婴儿丧生后父母罹患PTSD的研究, 发现丧子父母的PTSD患病率存在显著的差别<sup>[21]</sup>。丧子母亲的PTSD患病率高达39%, 而丧子父亲的PTSD患病率则为0~15.6%。

另外还发现,丧子母亲在丧子后的7个月至16年间的再次怀孕期间,其报告的PTSD患病率升高,在孩子出生后则随之下降。而丧子父亲的PTSD患病率未随着配偶再次怀孕出现变化。

4. CG: 虽然亲人的死亡往往给个体带来很大压力,但是大多数人最终还是适应亲人的丧失。然而,部分丧亲者会出现复杂性哀伤,这是一种有别于正常悲伤体验和其他精神障碍的综合症状<sup>[22]</sup>。复杂性哀伤症状包括对死者的强烈思念,对死亡的怀疑感、愤怒和痛苦,经常沉浸在对死者的回忆,对亲人已故的事实难以置信或无法接受,以及难以想象没有死者的未来的意义性<sup>[23]</sup>。Morris等<sup>[24]</sup>系统回顾了42项有关子女死亡后父母哀伤体验的研究,发现不管子女因何种原因死亡,父母都有严重或长期的哀伤症状。父母哀伤的强度归因于孩子的寿命长短、挫败感以及原本稳定的家庭结构的崩塌<sup>[25]</sup>。Goodenough等<sup>[26]</sup>对孩子死于医院的父母( $n=20$ )进行分层研究,并与孩子在家里去世的父母( $n=30$ )对比,采用复杂性哀伤量表(Inventory of Complicated Grief, ICG)评估丧子父母的复杂性哀伤水平,发现那些孩子在医院去世的父母更有可能达到复杂性哀伤的诊断标准。而且,相比于母亲,孩子在住院期间去世的父亲的复杂性哀伤与抑郁、焦虑和压力有更为显著的相关性。Meert等<sup>[27]</sup>发现孩子在儿科重症监护室(PICU)死亡的父母在孩子死亡6个月出现了高水平的复杂性哀伤症状。Meert等<sup>[28]</sup>继续调查了这些父母在孩子死于PICU后的6~18个月复杂性哀伤症状严重程度的变化情况,结果发现有1~2个幸存子女的丧子父母比膝下无子的丧子父母,复杂性哀伤症状可得到较好的改善。但是,有3个或更多在世子女的父母改善程度低。

5. SUD: 丧亲之痛也会引发丧亲者物质滥用障碍。一项基于匈牙利全国4 457例人口样本的丧亲者和酒精依赖情况的流行病学研究<sup>[29]</sup>,采用酒精依赖疾患识别测试(Alcohol Use Disorders Identification Test, AUDIT),对丧亲者在亲人死后3年内的酒精使用特征进行调查,结果发现丧亲男性在亲人死亡后第1年和第2年酒精依赖患病率分别为18.4%和29.8%,而同期的非丧亲男性的酒精患病率仅为12.9%。然而,第3年两者的酒精使用患病率无显著差异。丧亲女性与非丧亲女性在3年内的酒精使用特征未发现任何差异。一项研究检查了婴儿死亡(死亡原因分别为死胎、新生儿死亡和婴儿猝死综合征)后2个月丧子父母的药物和酒精摄入行为,发现所

有类别(特别是婴儿猝死症)的丧子母亲使用镇静药物和酒精的比例明显较高;而丧子父亲对镇静药物和酒精的使用仅在婴儿猝死症引起的丧子组中显著提高<sup>[30]</sup>。Li等<sup>[31]</sup>调查了丹麦失去孩子的父母首次精神障碍住院治疗的情况,发现丧子母亲和父亲在药物滥用情况下,住院治疗的风险比率显著高于非丧亲母亲和父亲,分别是2.16倍和1.46倍。

除上述提到的精神障碍外,现有研究还发现丧子父母中可能还伴有躁狂<sup>[10]</sup>、精神病性障碍<sup>[31]</sup>、进食障碍<sup>[32]</sup>、睡眠障碍<sup>[33]</sup>等其他精神障碍。

## 二、临床干预措施

1. 支持小组(support group): 近几十年来,支持小组一直被用于服务精神疾病患者或其家人的心理健康,支持小组给具有类似经历的个人,提供问题讨论和经验分享的平台。小组内社交网络的激活被视为是精神疾病患者护理和康复的必要组成部分,支持小组的干预效果的变化很大程度取决于社交网络的强度,例如,经常参与支持小组的人往往比参与频率较少的人的生活质量更高,且更少使用医疗资源<sup>[34]</sup>。Seeböhm等<sup>[35]</sup>在探讨支持小组对心理健康的贡献时,通过比较参与者在开始参与支持小组之前和之后的心理健康情况,发现心理健康的核心保护因素是:(1)加强自我控制;(2)提高心理弹性和社区归属感;(3)增进参与感和促进包容性。这些心理健康保护因素也被用来衡量支持小组的效果,而且这些因素确实符合个体改善心理健康的经验评价。

专家权威所提供的社会影响已经被证实为决定小组成员获得帮助感知的一个主要因素。Murphy<sup>[36]</sup>在一项有关261名丧子父母干预研究中,将这些父母分为干预组和对照组,在干预组中由心理学家、护士和家庭治疗师担任支持小组领导,提供为期10周的二级干预,而对照组则只提供3次延迟干预,结果发现,干预组专家的干预措施在减少丧子父母的精神痛苦方面有一定的效果。

互联网为支持小组提供了另一种社交媒介。虽然互联网不能取代卫生专业人员和其他传统的心理教育方法,但是互联网可作为传统支持小组的有用辅助手段。特别对于子女自杀身亡或胎儿死产的丧子父母来说,这类丧子事件已被外界高度污名化,他们更喜欢互联网在线环境,而不是面对面的方式寻求支持小组的帮助<sup>[37]</sup>。

2. 心理咨询(counseling): 虽然当前没有证据表明丧子者一定会发生严重的精神疾病,但是丧子父

母的哀伤过程可能需要外界帮助来完成自己独特的丧子旅程。医务人员专门给丧子者提供心理咨询干预措施,利用丧子者自身的力量来提高他们应对丧子之痛的能力。父母在孩子去世后最初表现出震惊和怀疑,其次是强烈的情绪反应、躯体症状、社交互动困难以及对生命意义的怀疑。子女的死亡也可能使父母重新认识他们自身的力量和资源,以重建生命意义并实现个人成长<sup>[38]</sup>。

Aho等<sup>[39]</sup>认为医疗保健人员的干预措施以及同伴支持者的社会支持可以减少丧子父母在子女死后的哀伤反应,并可以促进完成正常的丧亲哀伤过程。Aho的研究小组给干预组父母制定的干预计划,包括3个互补的部分:(1)提供一个支援服务包;(2)获得同伴支持;(3)获得医护人员支持。结果发现干预组父母表现出更少的哀伤反应及更强的个人成长。另外,还发现医疗人员提供了比同龄人更多的信息支持,而同伴提供了比医疗人员更多的情感支持。

一项旨在确定心理咨询对胎儿死产母亲的PTSD症状影响的研究,研究人员将100名最近胎儿死产的母亲分为干预组( $n=50$ )和对照组( $n=50$ ),干预组母亲在2周内接受医院专业人士4次丧子心理咨询,而对照组仅接受常规的产后护理,结果发现干预组母亲PTSD的严重程度,相对于对照组母亲显著下降( $P < 0.01$ )<sup>[40]</sup>。该结果表明心理咨询干预对于快速改善丧子哀伤阶段的PTSD症状至关重要。

3. 心理治疗(psychotherapy):与大多数心理治疗相反,丧亲干预通常更多地作为预防性辅助手段而不是明确定义的心理疾病或其他特定生活问题的治疗方法。虽然丧亲问题的预防性方法的首要目标是减少未来发生心理或医疗问题的可能性,但治疗干预措施旨在立即缓解这些困难。

丧子父母的心理治疗方法常见的有认知行为疗法、暴露疗法、人际关系疗法、家庭治疗等,可有效改善丧亲之痛。Kersting等<sup>[41]</sup>实施了一项基于互联网的针对流产母亲的认知行为治疗,研究对象随机分配到5周的网络治疗干预组和5周等待状态的对照组,5周后和3个月后的随访结果发现干预组母亲相对于对照组母亲,在PTSD、复杂性哀伤、抑郁和一般精神病理学上有明显的改善。Kersting等<sup>[42]</sup>另外一项基于互联网技术的暴露疗法和认知行为疗法的干预研究,探讨心理治疗对减少流产丧子后父母的PTSD和延长哀伤障碍的影响。研究人员将228名参与者随机分配到干预治疗组( $n=115$ )和等待状

态组( $n=113$ )。治疗组接受为期5周的心理治疗,包括3个治疗阶段:(1)自我对抗;(2)认知重组;(3)社交分享。结果发现,相对于等待状态组,干预治疗组父母表现出PTSD、延长哀伤障碍、抑郁和焦虑症状显著减轻。12个月后的随访还发现PTSD和延长哀伤障碍所有的症状得到进一步的显著改善。该结果表明基于互联网的心理治疗干预措施已证明可减少流产母亲的PTSD、延长哀伤障碍、抑郁、焦虑症状。

人际关系心理治疗(interpersonal psychotherapy, IPT)是一种短期的、针对抑郁症及其他精神障碍的聚焦疗法。IPT认为,人的情感和人际关系是密切关联的,而人际关系问题往往是抑郁症及其他精神障碍发病的触发点。患有MDD的丧子母亲往往缺乏社会支持,以及面临人际关系方面的挑战。IPT的最大作用在于增加个体的社会支持和解决人际关系挑战。

一项针对围产期丧子后患有MDD的女性进行IPT治疗效果的研究,研究人员将过去18个月内经历围产期丧子的50名女性,随机分配到IPT干预组和CWD(coping with depression)干预组,评估治疗前、治疗第4周和第8周,以及治疗后3个月和6个月随访的MDD水平。结果发现,在整个的治疗过程中,IPT干预组治疗的满意度得分显著高于CWD干预组( $P=0.001$ )<sup>[43]</sup>。IPT除了减少MDD、PTSD和复杂性哀伤症状外,还改善了该组女性的社会支持状况。

4. 危机干预(crisis intervention):个体在突然遭受丧子事件时,生活状况会发生明显的变化,尤其是出现了用现有的生活经验和条件无法克服的困难,以致丧子父母陷于丧亲之痛中,以及出现躯体化症状和行为障碍。心理危机干预可以给处于心理危机状态的丧亲父母及时提供适当的心理援助,使之尽快摆脱困难。个体在危机状态下非常容易受到他人的影响,危机干预人员的介入可以用较少的努力,获得受干预者最大程度的持久反应。

Williams和Polark<sup>[44]</sup>在一项研究中,给予亲人突然死亡的家庭成员实施危机干预服务,并与2个对照组进行效果比较。研究人员选取了204个失去亲人的家庭和158个未丧亲的家庭。其中,丧亲家庭分为危机干预组和丧亲对照组C1,危机干预组接受为期1~10周,每个家庭大约5次的干预服务,而丧亲对照组C1和未丧亲对照组C2则不接受任何干预服务。结果表明,在亲人死后6个月内,干预组和C1对照组,相对于C2对照组,有更多的抑郁和躯体

症状,以及更高的社交成本。但是,在6~18个月后的随访发现,干预组和C2组只在财务状况方面有显著差异,而在其他方面则差异不显著;C1组比干预组在家庭决策方面,表现得更为专制。

### 三、总结和展望

综上所述,已有研究证实了丧子父母在子女死亡后的一段时间内,存在罹患精神障碍的高风险。不过研究人员和医护人员更多的是关注丧子后的抑郁和焦虑,以及PTSD,对于丧子父母中存在的复杂性哀伤的测量和界定上关注较少。DSM-5已将复杂性哀伤作为一种新的诊断方法,纳入其诊断和统计手册中。虽然复杂性哀伤常共病的精神障碍有抑郁障碍、焦虑障碍和PTSD,其症状包括悲伤、内疚、功能减退和自杀风险,与MDD患者的症状会存在重合,但是复杂性哀伤是一种截然不同的诊断。复杂性哀伤的特点是对死亡的渴望,内疚感,与死者相关的思维反刍,并且无法避免回忆死者的症状至少持续6个月。后续研究应该更关注诊断患有复杂性哀伤的丧亲人群的干预。另外,复杂性哀伤和正常悲痛之间的区别可能成为干预措施选择的标准之一。

目前的研究还不能很清晰地给医务工作者和丧亲干预研究人员做出指导。后续的研究需要重点解决下列关键问题:(1)一种干预措施是否适合所有类型的丧子父母;(2)不同类型的丧子原因,是否提供不一样的干预措施;(3)如何界定丧子父母是否需要什么样的支持;(4)所有的丧亲父母都需要专业的干预措施。

总之,随着丧子父母精神障碍的研究逐步深入,将干预措施集中到更细分的人群中,才能获得高质量的定性和定量的证据,以促进丧子父母的精神障碍的治疗和康复。

**利益冲突** 文章所有作者共同认可文章无相关利益冲突

**作者贡献声明** 论文撰写为申晓艳,论文修改为李涵贵,刘铁榜审校

### 参 考 文 献

[1] Middleton W, Raphael B, Burnett P, et al. A longitudinal study comparing bereavement phenomena in recently bereaved spouses, adult children and parents[J]. Aust N Z J Psychiatry, 1998, 32(2): 235-241. DOI: 10.3109/00048679809062734.

[2] Li J, Precht DH, Mortensen PB, et al. Mortality in parents after death of a child in Denmark: a nationwide follow-up study[J]. Lancet, 2003, 361(9355): 363-367. DOI: 10.1016/S0140-6736(03)12387-2.

[3] Rosenberg AR, Baker KS, Syrjala K, et al. Systematic review of psychosocial morbidities among bereaved parents of children with cancer[J]. Pediatr Blood Cancer, 2012, 58(4): 503-512. DOI: 10.1002/pbc.23386.

[4] Dyregrov A, Dyregrov K. Long-term impact of sudden infant death: a 12- to 15-year follow-up[J]. Death Stud, 1999, 23(7): 635-661. DOI: 10.1080/074811899200812.

[5] Lichtenthal WG, Neimeyer RA, Currier JM, et al. Cause of death and the quest for meaning after the loss of a child[J]. Death Stud, 2013, 37(4): 311-342. DOI: 10.1080/07481187.2012.673533.

[6] Lichtenthal WG, Nilsson M, Kissane DW, et al. Underutilization of mental health services among bereaved caregivers with prolonged grief disorder[J]. Psychiatr Serv, 2011, 62(10): 1225-1229. DOI: 10.1176/ps.62.10.pss6210\_1225.

[7] Zisook S, Pies R, Iglewicz A. Grief, depression, and the DSM-5 [J]. J Psychiatr Pract, 2013, 19(5): 386-396. DOI: 10.1097/01.pra.0000435037.91049.2f.

[8] American psychiatric association. Diagnostic and statistical manual of mental disorder (DSM-5) [M]. Washington: American Psychiatric Pub, 2013.

[9] World Health Organization (WHO). The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: diagnostic criteria for research[M]. Geneva: WHO, 1993.

[10] Keyes KM, Pratt C, Galea S, et al. The burden of loss: unexpected death of a loved one and psychiatric disorders across the life course in a national study[J]. Am J Psychiatry, 2014, 171(8): 864-871. DOI: 10.1176/appi.ajp.2014.13081132.

[11] Onrust SA, Cuijpers P. Mood and anxiety disorders in widowhood: a systematic review[J]. Aging Ment Health, 2006, 10(4): 327-334. DOI: 10.1080/13607860600638529.

[12] Bolton JM, Au W, Walld R, et al. Parental bereavement after the death of an offspring in a motor vehicle collision: a population-based study[J]. Am J Epidemiol, 2014, 179(2): 177-185. DOI: 10.1093/aje/kwt247.

[13] Mojtabai R. Bereavement-related depressive episodes: characteristics, 3-year course, and implications for the DSM-5 [J]. Arch Gen Psychiatry, 2011, 68(9): 920-928. DOI: 10.1001/archgenpsychiatry.2011.95.

[14] Wakefield JC, Schmitz MF. Recurrence of depression after bereavement-related depression: evidence for the validity of DSM-IV bereavement exclusion from the Epidemiologic Catchment Area Study[J]. J Nerv Ment Dis, 2012, 200(6): 480-485. DOI: 10.1097/NMD.0b013e318248213f.

[15] Shear MK, Skritskaya NA. Bereavement and anxiety[J]. Curr Psychiatry Rep, 2012, 14(3): 169-175. DOI: 10.1007/s11920-012-0270-2.

[16] Jalmsell L, Kreicbergs U, Onelöv E, et al. Anxiety is contagious-symptoms of anxiety in the terminally ill child affect long-term psychological well-being in bereaved parents[J]. Pediatr Blood Cancer, 2010, 54(5): 751-757. DOI: 10.1002/pbc.22418.

[17] Wikman A, Mattsson E, von Essen L, et al. Prevalence and predictors of symptoms of anxiety and depression, and comorbid symptoms of distress in parents of childhood cancer survivors and bereaved parents five years after end of treatment or a child's death[J]. Acta Oncol, 2018, 57(7): 950-957. DOI: 10.1080/0284186X.2018.1445286.

[18] Hughes P, Turton P, Hopper E, et al. Assessment of guidelines for good practice in psychosocial care of mothers after stillbirth: a cohort study[J]. Lancet, 2002, 360(9327): 114-118. DOI: 10.1016/S0140-6736(02)09410-2.

[19] Jind L, Elklit A, Christiansen D. Cognitive schemata and

- processing among parents bereaved by infant death[J]. *J Clin Psychol Med Settings*, 2010, 17(4): 366-377. DOI: 10.1007/s10880-010-9216-1.
- [20] Christiansen DM, Elklit A, Olf M. Parents bereaved by infant death: PTSD symptoms up to 18 years after the loss[J]. *Gen Hosp Psychiatry*, 2013, 35(6): 605-611. DOI: 10.1016/j.genhosppsych.2013.06.006.
- [21] Christiansen DM. Posttraumatic stress disorder in parents following infant death: A systematic review[J]. *Clin Psychol Rev*, 2017, 51: 60-74. DOI: 10.1016/j.cpr.2016.10.007.
- [22] Prigerson HG, Horowitz MJ, Jacobs SC, et al. Prolonged grief disorder: Psychometric validation of criteria proposed for DSM-V and ICD-11 [J]. *PLoS Med*, 2009, 6(8): e1000121. DOI: 10.1371/journal.pmed.1000121.
- [23] Shear MK. Clinical practice. Complicated grief[J]. *N Engl J Med*, 2015, 372(2): 153-160. DOI: 10.1056/NEJMc1315618.
- [24] Morris S, Fletcher K, Goldstein R. The Grief of Parents After the Death of a Young Child[J]. *J Clin Psychol Med Settings*, 2019, 26(3): 321-338. DOI: 10.1007/s10880-018-9590-7.
- [25] Hendrickson KC. Morbidity, mortality, and parental grief: a review of the literature on the relationship between the death of a child and the subsequent health of parents[J]. *Palliat Support Care*, 2009, 7(1): 109-119. DOI: 10.1017/S1478951509000133.
- [26] Goodenough B, Drew D, Higgins S, et al. Bereavement outcomes for parents who lose a child to cancer: are place of death and sex of parent associated with differences in psychological functioning[J]. *Psychooncology*, 2004, 13(11): 779-791. DOI: 10.1002/pon.795.
- [27] Meert KL, Donaldson AE, Newth CJ, et al. Complicated grief and associated risk factors among parents following a child's death in the pediatric intensive care unit[J]. *Arch Pediatr Adolesc Med*, 2010, 164(11): 1045-1056. DOI: 10.1001/archpediatrics.2010.187.
- [28] Meert KL, Shear K, Newth CJ, et al. Follow-up study of complicated grief among parents eighteen months after a child's death in the pediatric intensive care unit[J]. *J Palliat Med*, 2011, 14(2): 207-214. DOI: 10.1089/jpm.2010.0291.
- [29] Pilling J, Thege BK, Demetrovics Z, et al. Alcohol use in the first three years of bereavement: a national representative survey[J]. *Subst Abuse Treat Prev Policy*, 2012, 7: 3. DOI: 10.1186/1747-597X-7-3.
- [30] Vance JC, Najman JM, Boyle FM, et al. Alcohol and drug usage in parents soon after stillbirth, neonatal death or SIDS[J]. *J Paediatr Child Health*, 1994, 30(3): 269-272. DOI: 10.1111/j.1440-1754.1994.tb00632.x.
- [31] Li J, Laursen TM, Precht DH, et al. Hospitalization for mental illness among parents after the death of a child[J]. *N Engl J Med*, 2005, 352(12): 1190-1196. DOI: 10.1056/NEJMoa033160.
- [32] Forman M, Davis WN. Characteristics of middle-aged women in inpatient treatment for eating disorders[J]. *Eat Disord*, 2005, 13(3): 231-243. DOI: 10.1080/10640260590932841.
- [33] Stahl ST, Schulz R. Changes in routine health behaviors following late-life bereavement: a systematic review[J]. *J Behav Med*, 2014, 37(4): 736-755. DOI: 10.1007/s10865-013-9524-7.
- [34] Heller T, Roccoforte JA, Hsieh K, et al. Benefits of support groups for families of adults with severe mental illness[J]. *Am J Orthopsychiatry*, 1997, 67(2): 187-198. DOI: 10.1037/h0080222.
- [35] Seeborn P, Chaudhary S, Boyce M, et al. The contribution of self-help/mutual aid groups to mental well-being[J]. *Health Soc Care Community*, 2013, 21(4): 391-401. DOI: 10.1111/hsc.12021.
- [36] Murphy SA. A bereavement intervention for parents following the sudden, violent deaths of their 12-28-year-old children: description and applications to clinical practice[J]. *Can J Nurs Res*, 1997, 29(4): 51-72.
- [37] Gold KJ, Normandin MM, Boggs ME. Are participants in face-to-face and internet support groups the same? Comparison of demographics and depression levels among women bereaved by stillbirth[J]. *Arch Womens Ment Health*, 2016, 19(6): 1073-1078. DOI: 10.1007/s00737-016-0657-x.
- [38] Aho AL, Tarkka MT, Astedt-Kurki P, et al. Fathers' grief after the death of a child[J]. *Issues Ment Health Nurs*, 2006, 27(6): 647-663. DOI: 10.1080/01612840600643008.
- [39] Aho AL, Astedt-Kurki P, Tarkka MT, et al. Development and implementation of a bereavement follow-up intervention for grieving fathers: an action research[J]. *J Clin Nurs*, 2011, 20(3/4): 408-419. DOI: 10.1111/j.1365-2702.2010.03523.x.
- [40] Navidian A, Saravani Z, Shakiba M. Impact of Psychological Grief Counseling on the Severity of Post-Traumatic Stress Symptoms in Mothers after Stillbirths[J]. *Issues Ment Health Nurs*, 2017, 38(8): 650-654. DOI: 10.1080/01612840.2017.1315623.
- [41] Kersting A, Kroker K, Schlicht S, et al. Efficacy of cognitive behavioral internet-based therapy in parents after the loss of a child during pregnancy: pilot data from a randomized controlled trial[J]. *Arch Womens Ment Health*, 2011, 14(6): 465-477. DOI: 10.1007/s00737-011-0240-4.
- [42] Kersting A, Dölemeyer R, Steinig J, et al. Brief Internet-based intervention reduces posttraumatic stress and prolonged grief in parents after the loss of a child during pregnancy: a randomized controlled trial[J]. *Psychother Psychosom*, 2013, 82(6): 372-381. DOI: 10.1159/000348713.
- [43] Johnson JE, Price AB, Kao JC, et al. Interpersonal psychotherapy (IPT) for major depression following perinatal loss: a pilot randomized controlled trial[J]. *Arch Womens Ment Health*, 2016, 19(5): 845-859. DOI: 10.1007/s00737-016-0625-5.
- [44] Williams WV, Polak PR. Follow-up research in primary prevention: a model of adjustment in acute grief[J]. *J Clin Psychol*, 1979, 35(1): 35-45. DOI: 10.1002/1097-4679(197901)35:1<35::aid-jclp2270350103>3.0.co;2-o.

(收稿日期: 2019-05-21)

(本文编辑: 戚红丹)