

# 国内外创伤后成长的临床干预研究进展

曾秋霞<sup>1</sup>, 刘 蕾<sup>1</sup>, 何海燕<sup>1</sup> 综述, 曾登芬<sup>2△</sup> 审校

(1. 陆军军医大学大坪医院野战外科研究所护理部, 重庆 400042; 2. 解放军总医院第一附属医院护理部, 北京 100048)

**[摘要]** 本文对国内外创伤后成长的临床干预方法包括认知行为疗法、正念减压疗法、情绪表达疗法、陪伴者应对疗法、意义疗法及共情 6 种心理疗法进行了归纳与总结, 并对成长的干预对象及效果评价工具进行了概述。同时, 对我国创伤后成长干预研究的开展提出思考与展望。

**[关键词]** 创伤后成长; 干预方法; 心理护理

**[中图分类号]** R471

**[文献标识码]** A

**[文章编号]** 1671-8348(2018)10-1380-04

生活中的重大负性事件(如重症疾病、意外事故等)对个体而言是一种影响巨大的创伤经历, 研究者曾更多地关注患者焦虑、抑郁、创伤后应激障碍等负性心理体验对身心健康的消极影响<sup>[1]</sup>。直到 20 世纪 90 年代, TEDESCHI 等<sup>[2]</sup>发现个体在遭受急性应激事件或生活危机的打击后, 会出现心理成长, 即创伤后成长(post-traumatic growth, PTG), 人们才逐渐关注 PTG 对疾病康复的重要作用。PTG 与个体正常的成长发展不同, 它强调的是自我恢复和自我更新的能力<sup>[3]</sup>。有研究表明, PTG 越高的患者表现出了更多的积极情绪<sup>[4]</sup>, 更高的心理适应能力和生存质量<sup>[5]</sup>, 其创伤后应激水平、焦虑及抑郁等负性情绪均较低<sup>[6]</sup>。国外研究者对 PTG 干预及其效果进行了大量的实证研究, 表明 PTG 的干预措施可促进患者身心健康的恢复, 而国内在这方面的研究相对较少, 较为匮乏。因此, 本文着重对国内外 PTG 的干预方法进行综述, 以期为我国临床护理人员构建科学、全面、适用性强的 PTG 心理干预方案提供借鉴和参考。

## 1 PTG 干预对象多集中于癌症领域

PTG 的研究对象最初是针对具有创伤经历的大学生, 随后, 其焦点转移到了意外伤害、自然灾害等急性创伤事件。直到近十年, 研究才转而涉及临床疾病患者 PTG<sup>[7]</sup>。ANTONI 等<sup>[8]</sup>于 2001 年首次对乳腺癌患者进行了一项临床试验研究, 并证实心理治疗对促进患者进行益处发现具有可行性和有效性。COLLINS 等<sup>[9]</sup>对前列腺癌患者的研究也表明, 个体心理调适能力和成长水平的提高可依赖于心理干预得以实现。近几年来, 研究者还证实, PTG 的心理干预方法同样适用于意外事故人员, 有创伤经历的大学生及艾滋病患者等人群<sup>[10]</sup>。有学者发现, 见证别人的疾病导致替代的痛苦体验同样可引发个体产生 PTG, 其干预研究亦逐步应用于慢性疾病患者的家属<sup>[11]</sup>。PTG 的干预研究虽已受到人们的关注与重视, 但其干预对象大多聚集于以乳腺癌、前列腺癌为主的各类癌症患

者<sup>[10]</sup>。因此, PTG 的干预领域还需进一步的拓展及深化。

## 2 PTG 的干预方法具有各自的显著特性

PARK 等<sup>[12]</sup>指出, PTG 的临床实践可基于各种消极心理干预疗法, 融入 PTG 等积极心理学理念, 以促进患者发生成长。现有的 PTG 心理干预技术主要有认知行为疗法(cognitive-behavioral therapy, CBT)、正念减压法(mindfulness-based stress reduction, MBSR)、情绪表达法(emotional expression, EE)、意义疗法和共情等多种经典成熟的心理疗法, 但其理论依据、作用机制、干预形式及干预效果却各有差异。

**2.1 CBT 可提高个体 PTG 水平** CBT 是一类基于个体认知在情感和行为的變化中起主导作用的理论假设, 通过改变个人非适应性思维来纠正歪曲的认知, 以消除不良情绪和行为的心理疗法<sup>[13]</sup>。PARK 等<sup>[12]</sup>指出, 患者对其创伤经历进行再评价和认知重建这一过程, 是实现积极心理调适的重要机制。CBT 主要包括: 认知和信念重建、想象暴露、放松训练及情绪管理等技术。GROARKE 等<sup>[14]</sup>对乳腺癌患者进行了 5 周认知行为压力管理的随机对照研究, 干预的重点在于建立适应性思维, 树立正确的认知; 辅以想象暴露(患者描述癌症确诊及化疗时的痛苦回忆)、深呼吸、冥想放松、渐进性肌肉放松等训练。结果显示, 干预组患者益处发现水平显著提高, 压力和焦虑水平降低, 其生存质量亦得到较大程度的改善。我国学者巩树梅等<sup>[15]</sup>首次将团体 CBT 干预应用于意外创伤人群, 通过制订放松训练、行为训练、团体游戏、心理支持、经验分享及家庭作业 6 个单元的专业性督导, 为期 6 周, 1 次/周, 80~100 分钟/次。结果显示, 干预组的个体表现出了更多积极乐观的心理品质, PTG 水平显著升高。CBT 对 PTG 的积极效应虽已被广泛证实, 但不同疾病患者的创伤体验存在差异, 针对患者的创伤特点开展 CBT 或许更有帮助。护理人员在纠

正患者认知偏差和不良行为的同时,也可对其正确的认知行为予以肯定和鼓励,以增强其疾病应对的信心和能力,达到强化 CBT 干预的效果。

**2.2 MBSR 可降低身心压力水平** MBSR 是指个体通过东方禅宗冥想的方式,有意识地觉察、活在当下、坦然接受。其作用机制:以正念为基础的集中式训练,可唤醒个体内在的专注力,实现对压力和负面情绪的调节<sup>[16]</sup>。MBSR 包括静坐冥想、行走冥想、身体感受冥想、瑜伽、3 min 呼吸空间这 5 项基本训练技术。SARENMALM 等<sup>[17]</sup>对乳腺癌患者开展了为期 8 周,每周 2 h 的团体 MBSR 治疗,干预过程由一名专业的正念减压导师进行督导,主要内容包括温和的哈达瑜伽及冥想训练,重点检查患者的日常练习情况,MBSR 练习日记本(记录其练习的频率、时间、感受等)。3 个月的随访结束时,干预组患者 PTG 水平和生活应对能力显著提高;体内 T 淋巴细胞数量增多,NK 细胞活性提高,免疫能力增强。近年来,有学者通过实时网络教学的方式进行 MBSR 治疗,具有灵活方便、高参与率等特点,在一定程度上解决了地理环境和疾病因素等实际问题<sup>[18]</sup>。但 HENDERSON 等<sup>[19]</sup>则指出,MBSR 对身体活动的控制较为严格,可能会影响到呼吸、血压的变化;MBSR 网络教学也无法动态地获取到患者身体变化和内心感受,还需进一步考察和探究。MBSR 是心理学研究的热点之一,它可温和减压,促使人们重新认识生命,这与 PTG 的理念是一致的。在我国,由于干预者 MBSR 实施水平参差不齐、干预方案缺乏针对性和特异性,研究还处于起步阶段<sup>[16]</sup>。因此,应依据我国文化背景和风俗习惯来构建治疗方式,并与 PTG 等积极心理学评价指标相结合,以促进身心最佳康复。

**2.3 EE 可减少消极情绪** EE 又名谈话疗法(talking cure),是一种基于情绪宣泄及认知-加工理论,让个体以说或写的方式来表露情感和想法,以重新认识创伤事件,从而减少负性情绪困扰的心理疗法<sup>[20]</sup>。EE 包括消极情绪和积极情绪两种表达方式,目前国内以外以书写消极情绪的研究多见。SMYTH 等<sup>[21]</sup>对有创伤经历的个体进行研究,主要指导患者以日记的方式书写创伤后的感受和情绪,并以文字的方式发泄情绪,为期 6 周,2 次/周。结果显示,干预组患者创伤相关的神经内分泌(皮质醇)反应减弱,PTG 水平显著提高。然而,当 LANCASTER 等<sup>[22]</sup>将其应用于有创伤经历的军校学员却发现,书写式表达法并不能提高研究对象的 PTG 水平。这可能与研究对象的生活阅历少,经历的创伤事件严重程度较小有关。有学者指出,干预策略的效果受表露主题和时间的影响,结合患者的个性特征,将时间控制在 30 分钟/次,1 次/周,持续 4 周以上效果较佳<sup>[23]</sup>。目前有关情绪表达的研究结论并非一致,且大多研究侧重消极情绪的书写,若增加积极情绪的书写效果是否会更显著,尚需更多

实证研究加以论证。

**2.4 陪伴者应对疗法(couple-based copying)**可增强患者的疾病应对能力 陪伴者应对疗法是指对患者及其陪伴者同时进行心理支持,并指导陪伴者适时支持、鼓励及引导患者,以促进患者心理正向发展<sup>[24]</sup>。其作用机制:陪伴者可分担患者的痛苦体验,减少反刍性思维和不良情绪的刺激。陪伴者应对疗法包括心理教育、社交技能训练、情感表达技巧训练、经验分享等。HEINRICHS 等<sup>[25]</sup>对妇科肿瘤患者及其配偶进行干预,通过训练双方的沟通和倾听技能,重点指导配偶纠正患者的认知偏差,结果发现,4 周干预结束时,干预组夫妻双方对疾病恐惧和回避反应减少,PTG 水平显著提高。16 个月后的随访结果表明,两组 PTG 水平差异仍有统计学意义。在临床工作中,陪伴者是患者有效社会支持的一部分,可发展利用医护人员、心理治疗师的帮助和支持;同时,鼓励 PTG 水平高的个体讲述从创伤经历中体验到的积极感受,去激发感化其他患者成长的发生。

**2.5 意义疗法(logotherapy)**可促进患者应对和解决问题 意义疗法由奥地利著名精神学家弗兰克尔于 20 世纪 30 年代提出,是指为失去目标信念的人找到生命的价值和意义,让其重塑希望,并积极寻找解决问题的方法<sup>[26]</sup>。目前,国外临床研究主要有意义干预措施、生命回顾及群体生命意义心理疗法这 3 种干预措施。ANDO 等<sup>[27]</sup>对癌症晚期患者进行意义疗法的干预研究,实施者先以访谈形式让患者回忆叙述生命中的重要时刻、历程和成就,再将访谈内容整理并制作成纪念册,供患者翻阅回忆,以寻找生命的意义。干预结束时,患者 PTG 水平显著升高,自尊感和安全感亦得以提升,均安详地度过了余生。意义疗法挖掘了患者潜在的积极力量,通过寻找存在的意义而治愈心灵创伤,促进成长,尤以针对疾病终末期患者是一种值得推广的方法。

**2.6 共情(empathy)能力与 PTG 水平呈正相关** 共情亦称同理心、通情、共感,是指医务人员能够理解并分担患者心理负荷的能力<sup>[28]</sup>。共情可使患者感受到被理解和被关爱,有助于深入的沟通交流,从而减轻患者心理压力。共情的实施包含 3 个步骤,即理解患者的精神世界、表达共情、患者感受到共情。我国学者占青等<sup>[29]</sup>将共情式心理护理查房技术用于癌症术后患者,干预过程包括 3 个阶段:第 1 阶段为感知患者痛苦;第 2 阶段为对患者产生共情,帮助其倾诉痛苦;第 3 阶段为帮助其减轻困扰,促进成长。为期 7~14 d。结果显示,干预组患者 PTG 得分除人际关系维度外,其余各维度均发生了显著的提高。这可能与患者手术后长时间处于病房这一相对封闭的环境,难以感受到人际关系的改变有关。但 BLOOM 等<sup>[30]</sup>却指出,共情是非中立的、有偏见的,它或许会干扰医护人员对事物正确的认知和判断,导致做出非理性抉择。

目前共情对促进 PTG 的作用尚未统一结论,需深入探索并验证共情对促进 PTG 的原理及作用机制。

### 3 PTG 干预效果评价工具受地域文化的影响

PTG 的干预效果评价需要借助科学的评价工具完成,至今国外学者已开发出了 PTG 评定量表(post-traumatic growth inventory,PTGI)、益处发现评定量表(benefit finding scale,BFS)、应激相关成长评定量表(SRGS)、益处感知评定量表(PBS)等一系列量化测评工具,其中,国内外研究以 PTGI、BFS 两个量表最为常用<sup>[31]</sup>,介绍如下。

**3.1 PTGI** 1996 年,由 TEDESCHI 等<sup>[2]</sup>研发的 PTGI 是应用最广泛的心理成长评定量表,具有 5 个维度,21 个条目,量表总 Cronbach's 为 0.90,各分量表 Cronbach's 为 0.67~0.85。2011 年,我国汪际等<sup>[32]</sup>将该量表引进并修订,删减了精神维度中“我更坚定我的宗教信仰”这一条目,形成 20 条目的简体中文版本 PTGI,具有良好的信效度。PTGI 包含自我观念、人际关系和生活哲理 3 个主题的改变,较为全面详尽<sup>[33]</sup>。其主要应用于创伤人群,虽有学者发现癌症、心脏病、HIV/AIDS 等临床疾病患者亦同样适用,但缺乏特异性和针对性。

**3.2 BFS** 2001 年,ANTONI 等<sup>[8]</sup>研发的 BFS 也常用于个体心理成长的测量,具有 1 个维度,17 个条目,量表总 Cronbach's 为 0.95。2004 年,TOMICH 等<sup>[34]</sup>对该量表进行了完善,形成单维度 20 条目,量表总 Cronbach's 为 0.92。BFS 多关注家庭内部关系及日常活动的变化,与 PTGI 的侧重点不同。目前,BFS 主要应用于以乳腺癌为主的各类癌症患者,具有一定的针对性,但适应范围相对较窄,心理成长的维度较为单一。

## 4 思考与展望

**4.1 PTG 评价工具需进一步优化** 我国虽已将 PTGI 引进,但它更适用于一般性创伤患者,目前尚缺乏具有疾病特异性的成长量表,如癌症成长量表、HIV/AIDS 成长量表等。目前,PTG 的研究大多采用量性研究,这有可能无法覆盖个体所获得成长的所有内涵,而质性研究可深入分析、探究个体创伤后的心路变化历程<sup>[35]</sup>。建议先采用质性访谈法,让患者客观、全面、真实地反映患病后的积极感受,并对访谈内容提炼出关于成长的不同主题;再结合国外多个成熟的成长测评工具,进行对比研究,从而对 PTGI 的条目及因子结构进行相应的调整和统一。制订适合我国本土文化、针对不同人群、不同疾病的 PTGI 是进行干预效果评价的金标准,这将极大地推动我国 PTG 干预研究的发展。

**4.2 PTG 干预方案的制订需以系统理念为指导** 国外关于 PTG 的干预研究较为广泛而深入,而国内则相对欠缺,如何制订及完善我国不同疾病 PTG 的干预方案是亟待解决的难题。现有的各种心理疗法虽

已初显成效,但它们的理论依据、作用机制、干预途径、评价指标等方面均有差异,因此,在借鉴他人的研究成果时,笔者提出了以下建议。

**4.2.1 PTG 干预实施需加强专业人才培养和多学科协作** 心理治疗是一门复杂的专业性技术。从科学的角度来看,PTG 的干预需由专业的心理治疗师来实施,且其效果在一定程度上受治疗师专业知识和咨询经验的影响<sup>[16]</sup>。国外 PTG 干预大多由经过专业训练,并取得资质证书的人员执行<sup>[14,17,21,27]</sup>。我国尚未明确规定 PTG 干预者的资质或培训经历。由于干预者的实施水平存在一定差距,因此,需加强专业性人才的规范化培训、建立多学科协作模式、促进学科交叉互动及发展,使患者得到专业、规范的心理治疗。

**4.2.2 PTG 干预策略框架构建要突出干预重点和阶段目标** 个体 PTG 的发生主要基于成长的内部机制,且受个人因素和社会环境因素的多重影响<sup>[12]</sup>。国外已深入地研究了 PTG 相关理论,并以此作为构建干预策略的依据<sup>[10]</sup>。我国在本土化研究的过程中,应先将 PTG 的理论模型作为研究基础,重点探索促进成长的机制和关键成分,充分调动个人资源(如认知重建、心理韧性)和社会资源(如家人、朋友等提供的情感支持),形成重点突出、层次分明的 PTG 干预策略框架。该干预策略框架应明晰疾病的不同阶段、不同 PTG 水平的干预目标,针对 PTG 较多的早期癌症患者可发展其高水平、深层次的干预目标,针对 PTG 较少者可给予较容易发展到的目标和简单的应对策略,以促使患者身心最大程度获益。

**4.2.3 PTG 干预方案细化要注重干预方式和长期效果** 国外对 PTG 干预方案的设计较为科学严谨,细化了干预时间、频次、周期和形式;重点评估了患者的依从性及长期随访结果;在评价指标中加入了生物化学指标,增加了研究的可信度<sup>[14,17,21]</sup>。国内有关 PTG 的干预研究尚未系统地评价患者对心理治疗的依从性,这无法真实地反映患者的练习情况和掌握情况。目前,我国正处于研究的起步阶段,需借鉴国外 PTG 干预方案,结合患者的疾病特征,合理地把握干预时机和方式,并纳入疾病的临床指标,提高研究的科学性和可信性。目前,大多心理治疗在短期内有效,但对于长期效果却不得而知<sup>[15,23,29]</sup>,故建议采用纵向干预研究法并长期随访患者的 PTG 水平,以及时调整治疗方案,从而推进国内 PTG 干预研究的发展。

## 5 小结

PTG 对疾病的预后具有较高的临床实用价值,可帮助患者树立信心和希望,充分调动患者的积极情绪,促进身心的最佳康复。虽然 PTG 的心理干预研究日益增多,但在疾病的不同状态下、采取何种干预措施效果最佳,这是未来研究的重点。目前,随着心、脑、肾等各类慢性病发病率的不断上升,患者的心理状况也备受关注,PTG 的干预对象还可扩展到冠心

病、脑卒中等疾病领域,以促进 PTG 心理干预技术的逐渐成熟和全面应用。国内研究者应结合本土化特色,挖掘 PTG 的产生机制,探索行之有效的干预模式,来提高患者的生活质量,促进积极心理学在我国护理领域的蓬勃发展。

## 参考文献

- [1] ONO M,DEVILLY G J,SHUM D H. A meta-analytic review of overgeneral memory: the role of trauma history, mood, and the presence of posttraumatic stress disorder [J]. *Psychol Trauma*,2016,8(2):157-164.
- [2] TEDESCHI R G,CALHOUN L G. The posttraumatic growth inventory: measuring the positive legacy of trauma [J]. *J Trauma Stress*,1996,9(3):455-471.
- [3] KILMER R P,GIL-RIVAS V,GRIESE B, et al. Posttraumatic growth in children and youth: clinical implications of an emerging research literature [J]. *Am J Orthopsychiatry*,2014,84(5):506-518.
- [4] YU Y J,PENG L,TANG T, et al. Effects of emotion regulation and general self-efficacy on posttraumatic growth in Chinese cancer survivors: assessing the mediating effect of positive affect [J]. *Psychooncology*,2014,23(4):473-478.
- [5] SIM B Y,LEE Y W,KIM H, et al. Post-traumatic growth in stomach cancer survivors: prevalence, correlates and relationship with health-related quality of life [J]. *Eur J Oncol Nurs*,2015,19(3):230-236.
- [6] SHAKESPEARE-FINCH J,LURIE-BECK J. A meta-analytic clarification of the relationship between posttraumatic growth and symptoms of posttraumatic distress disorder [J]. *J Anxiety Disord*,2014,28(2):223-229.
- [7] DE RIDDER D,GEENEN R,KUIJER R, et al. Psychological adjustment to chronic disease [J]. *Lancet*,2008,372(9634):246-255.
- [8] ANTONI M H,LEHMAN J M,KILBOURN K M, et al. Cognitive-behavioral stress management intervention decreases the prevalence of depression and enhances benefit finding among women under treatment for early-stage breast cancer [J]. *Health Psychol*,2001,20(1):20-32.
- [9] COLLINS A L,LOVE A W,BLOCH S, et al. Cognitive existential couple therapy for newly diagnosed prostate cancer patients and their partners: a descriptive pilot study [J]. *Psychooncology*,2013,22(2):465-469.
- [10] ROEPKE A M. Psychosocial interventions and posttraumatic growth: a meta-analysis [J]. *J Consult Clin Psychol*,2015,83(1):129-142.
- [11] BUTCHER H K,GORDON J K,KO J W, et al. Finding meaning in written emotional expression by family caregivers of persons with dementia [J]. *Am J Alzheimers Dis Other Dement*,2016,31(8):631-642.
- [12] PARK C L,HELGESON V S. Introduction to the special section: growth following highly stressful life events--current status and future directions [J]. *J Consult Clin Psychol*,2006,74(5):791-796.
- [13] THOMA N,PILECKI B,MCKAY D. Contemporary cognitive behavior therapy: a review of theory, history, and evidence [J]. *Psychodyn Psychiatry*,2015,43(3):423-461.
- [14] GROARKE A,CURTIS R,KERIN M. Cognitive-behavioural stress management enhances adjustment in women with breast cancer [J]. *Br J Health Psychol*,2013,18(3):623-641.
- [15] 巩树梅,颜婷婷,刘晓虹. 团体认知行为干预对意外创伤者创伤后成长的效果研究 [J]. *护理学杂志*,2015,30(22):74-77.
- [16] 陈志红,雷俊,颜萍平,等. 正念减压疗法在乳腺癌患者护理中应用的研究进展 [J]. *中国护理管理*,2016,16(10):1331-1335.
- [17] SARENMALM E K,MARTENSSON L B,ANDERSSON B A, et al. Mindfulness and its efficacy for psychological and biological responses in women with breast cancer [J]. *Cancer Med*,2017,6(5):1108-1122.
- [18] ZERNICKE K A,CAMPBELL T S,SPECA M, et al. A randomized wait-list controlled trial of feasibility and efficacy of an online mindfulness-based cancer recovery program: the therapy for cancer applying mindfulness trial [J]. *Psychosom Med*,2014,76(4):257-267.
- [19] HENDERSON V P,MASSION A O,CLEMOW L, et al. A randomized controlled trial of mindfulness-based stress reduction for women with early-stage breast cancer receiving radiotherapy [J]. *Integr Cancer Ther*,2013,12(5):404-413.
- [20] KALLAY E. Physical and psychological benefits of written emotional expression review of meta-analyses and recommendations [J]. *Eur Psychol*,2015,20(4):242-251.
- [21] SMYTH J M,HOCKEMEYER J R,TULLOCH H. Expressive writing and post-traumatic stress disorder: effects on trauma symptoms, mood states, and cortisol reactivity [J]. *Br Health Psychol*,2008,13(1):85-93.
- [22] LANCASTER S L,KLEIN K P,HEIFNER A. The validity of self-reported growth after expressive writing [J]. *Traumatology*,2015,21(4):293-298.
- [23] 巩树梅,郑真,董超群,等. 意外创伤者临床心理干预的研究现状及启示 [J]. *护理研究*,2014,28(10):1160-1163.
- [24] HAGEDOORN M,SANDERMAN R,BOLKS H N, et al. Distress in couples coping with cancer: a meta-analysis and critical review of role and gender effects [J]. *Psychol Bull*,2008,134(1):1-30.
- [25] HEINRICHS N,ZIMMERMANN T,HUBER B, et al. Cancer distress reduction with a couple-based skills training: a randomized controlled trial [J]. *Ann Behav Med*,2012,43(2):239-252.
- [26] MAHDIZADEH M,ALAVI M,GHAZAVI Z. The effect of education based on the main concepts of logotherapy approach on the quality of life in patients after coronary artery bypass grafting surgery [J]. *Iran J Nurs Midwifery Res*,2016,21(1):14-19.
- [27] ANDO M,MORITA T,AKECHI T, et al. Efficacy of short-term life-review interviews on the spiritual(下转第 1386 页)

- constipation and constipation-predominant IBS: separate and distinct disorders or a spectrum of disease? [J]. *Gastroenterol Hepatol (N Y)*, 2016, 12(3):171-178.
- [5] YU T, QIAN D, ZHENG Y P, et al. Rectal hyposensitivity is associated with a defecatory disorder but not delayed colon transit time in a functional constipation population [J]. *Medicine (Baltimore)*, 2016, 95(19):e3667.
- [6] LEE T H, LEE J S, HONG S J, et al. Rectal hyposensitivity and functional anorectal outlet obstruction are common entities in patients with functional constipation but are not significantly associated [J]. *Korean J Intern Med*, 2013, 28(1):54-61.
- [7] WIJFFELS N A, ANGELUCCI G, ASHRAFI A, et al. Rectal hyposensitivity is uncommon and unlikely to be the central cause of obstructed defecation in patients with high-grade internal rectal prolapse [J]. *Neurogastroenterol Motil*, 2011, 23(2):151-154.
- [8] 童卫东, 王李. 提高慢性便秘的手术疗效: 从临床到基础研究 [J]. *中华胃肠外科杂志*, 2016, 19(12):1335-1337.
- [9] 李元君, 涂经楷. 松弛性出口梗阻型便秘 57 例手术治疗分析 [J]. *重庆医学*, 2012, 41(21):2174, 2178.
- [10] 张世民, 侯春林. 骶神经对盆底器官的选择性支配 [J]. *中国临床解剖学杂志*, 2000, 18(1):85-86.
- [11] CHAN C. The challenges and future direction of the treatment of chronic constipation [J]. *Dis Colon Rectum*, 2017, 60(3):253-255.
- [12] VANNER S, GREENWOOD-VAN M B, MAWE G, et al. Fundamentals of neurogastroenterology: basic science [J]. *Gastroenterology*, 2016;S0016-5085(16)00184-0.
- [13] 杨新庆. 出口梗阻型便秘的外科治疗 [J]. *中华胃肠外科杂志*, 2016, 19(12):1442-1443.
- [14] KOH D, LIM J F, QUAH H M, et al. Biofeedback is an effective treatment for patients with dyssynergic defaecation [J]. *Singapore Med J*, 2012, 53(6):381-384.
- [15] CHIARIONI G. Biofeedback treatment of chronic constipation: myths and misconceptions [J]. *Tech Coloproctol*, 2016, 20(9):611-618.
- [16] HEYMEN S, JONES K R, SCARLETT Y, et al. Biofeedback treatment of constipation: a critical review [J]. *Dis Colon Rectum*, 2003, 46(9):1208-1217.
- [17] RAO S S, BENNINGA M A, BHARUCHA A E, et al. ANMS-ESNM position paper and consensus guidelines on biofeedback therapy for anorectal disorders [J]. *Neurogastroenterol Motil*, 2015, 27(5):594-609.
- [18] ZHANG Y, WANG Z N, HE L, et al. Botulinum toxin type-A injection to treat patients with intractable anismus unresponsive to simple biofeedback training [J]. *World J Gastroenterol*, 2014, 20(35):12602-12607.
- [19] MARIA G, CADEDDU F, BRANDARA F, et al. Experience with type A botulinum toxin for treatment of outlet-type constipation [J]. *Am J Gastroenterol*, 2006, 101(11):2570-2575.
- [20] CARRINGTON E V, EVERS J, GROSSI U, et al. A systematic review of sacral nerve stimulation mechanisms in the treatment of fecal incontinence and constipation [J]. *Neurogastroenterol Motil*, 2014, 26(9):1222-1237.
- [21] ZERBIB F, SIPROUDHIS L, LEHUR P A, et al. Randomized clinical trial of sacral nerve stimulation for refractory constipation [J]. *Br J Surg*, 2017, 104(3):205-213.
- [22] 中华医学会消化病学分会胃肠动力学组, 中华医学会外科学分会结直肠肛门外科学组. 中国慢性便秘诊治指南 (2013, 武汉) [J]. *胃肠病学*, 2013, 18(10):605-612.
- [23] LU M, YANG B, LIU Y, et al. Procedure for prolapse and hemorrhoids vs traditional surgery for outlet obstructive constipation [J]. *World J Gastroenterol*, 2015, 21(26):8178-8183.
- [24] REN X H, YASEEN S M, CAO Y L, et al. A transanal procedure using TST STARR Plus for the treatment of obstructed defecation syndrome: a mid-term study [J]. *Int J Surg*, 2016(32):58-64.
- [25] PESCATORI M, GAGLIARDI G. Postoperative complications after procedure for prolapsed hemorrhoids (PPH) and stapled transanal rectal resection (STARR) procedures [J]. *Tech Coloproctol*, 2008, 12(1):7-19.
- [26] 张洋, 郑刚. TST 治疗出口梗阻型便秘疗效分析 [J/CD]. *中华结直肠疾病电子杂志*, 2015, 4(2):139-143.
- [27] 郑毅, 崔金杰, 杨新庆. 耻骨直肠肌全束部分切断+自体闭孔内肌移植术治疗盆底痉挛综合征的临床效果评价 (附 42 例分析) [J]. *临床外科杂志*, 2016, 24(6):427-430.

(收稿日期:2017-09-22 修回日期:2017-12-21)

(上接第 1383 页)

- well-being of terminally ill cancer patients [J]. *J Pain Symptom Manage*, 2010, 39(6):993-1002.
- [28] SULZER S H, FEINSTEIN N W, WENDLAND C L. Assessing empathy development in medical education: a systematic review [J]. *Med Educ*, 2016, 50(3):300-310.
- [29] 占青, 张平, 宋旭红. 共情式心理护理查房对癌症术后患者创伤后成长的影响 [J]. *护理学报*, 2013, 20(1):71-73.
- [30] BLOOM P. Empathy and its discontents [J]. *Trends Cogn Sci*, 2017, 21(1):24-31.
- [31] 汪际, 王艳波, 刘晓虹. 创伤后成长相关测评工具的研究进展 [J]. *中华护理杂志*, 2010, 45(8):758-760.
- [32] 汪际, 陈瑶, 王艳波, 等. 创伤后成长评定量表的修订及信效度分析 [J]. *护理学杂志*, 2011, 26(14):26-28.
- [33] 王一晓, 史铁英. 乳腺癌患者创伤后成长影响因素与干预研究进展 [J]. *护理学杂志*, 2015, 30(8):99-102.
- [34] TOMICH P L, HELGESON V S. Is finding something good in the bad always good? Benefit finding among women with breast cancer [J]. *Health Psychol*, 2004, 23(1):16-23.
- [35] SALICK E C, AUERBACH C F. From devastation to integration: adjusting to and growing from medical trauma [J]. *Qual Health Res*, 2006, 16(8):1021-1037.

(收稿日期:2017-09-28 修回日期:2017-12-26)