

延长哀伤障碍的概念、流行病学和病理机制*

唐苏勤¹ 何 丽¹ 刘 博¹ 王建平^{1,2,3}

(¹北京师范大学心理学院;²应用实验心理北京市重点实验室, 北京 100875)

(³首都医科大学, 北京 100088)

摘 要 延长哀伤障碍是一种由亲近的人去世引发的病理性哀伤反应, 即死亡发生 6 个月后, 个体对死者的想念影响到了生活各方面, 且社会功能受损, 其最近 20 年才开始受到临床心理学研究者关注和探讨。本文首先回顾了概念提出及后续发展, 并讨论了其与持续性复杂哀伤相关障碍的区别与联系。随后, 本文综述了其独立的诊断标准、评估工具和流行病学调查, 以及与正常哀伤、抑郁症和创伤后应激障碍的区别。接下来, 本文对其病理机制的理论思考和实证研究进行了讨论。最后, 本文指出未来可考察诊断标准的跨文化适用性、丰富病理机制的理论与研究。

关键词 延长哀伤障碍; 诊断评估; 流行病学; 病理机制

分类号 R395

延长哀伤障碍(prolonged grief disorder, PGD)是一种由亲近的人去世引发的病理性哀伤反应。将于 2015 年发布的《国际疾病分类(第 11 版)》(International Classification of Diseases, ICD-11; World Health Organization, 2013)目前的草案将其定义为, 在关系亲近的人去世 6 个月后, 个体对死者的想念持续弥漫到生活各个方面、有关死者的一切总是萦绕心头, 而这些反应已经严重损害了个体的社会功能; 此外, 个体还表现出难以接受死亡、愤怒、内疚等特点, 且哀伤反应与其所处的社会或文化环境不符(Maercker et al., 2013)。丧失和哀伤是非常私密的经历和体验, 人们往往不愿让陌生人接近这段记忆、甚至也很少让自己再去触碰, 因此关注丧亲人群哀伤情绪的研究步履维艰。直到最近 20 年, 这个缺口才被慢慢打开。国内学者对延长哀伤障碍这个术语可能比较陌生, 但国外病理性哀伤领域的研究和讨论已涌现出了大量有意义的成果, 其中以延长哀伤障碍为主题的实证研究成果最为丰富。因此, 本文将对延长哀伤障碍的概念提出及发展做了简要回顾, 从诊

断评估、鉴别、流行病学研究和病理机制研究等方面进行综述, 并简述当前研究者对病理性哀伤相关概念的争议, 为国内研究者呈现该领域前沿研究动态。

1 延长哀伤障碍的概念发展

1.1 概念提出

经历亲人和朋友去世后, 哀伤是一种很常见的体验。50%~85%的人们会在事件发生后最初几周甚至几个月内体验到强烈的哀伤情绪(Bonanno & Kaltman, 2001), 并伴随出现各种各样的哀伤反应, 如过度怀念、有关死者的闯入性想法和画面、烦躁不安、认知混乱等, 社会和职业功能也会受到一定的损害, 并可能出现其他健康问题(Bonanno & Kaltman, 2001; Prigerson, Vanderwerker, & Maciejewski, 2008)。对大部分人来说, 这些令人痛苦的情绪、想法和行为会随着时间的推移逐渐减轻或消失; 但在另一小部分人(10%~20%)身上, 哀伤反应却迟迟无法缓解。Bonanno 和 Kaltman 将第二年仍未缓解的哀伤反应统称为慢性哀伤(chronic grief), 如果不及及时治疗, 更会给个体带来持久的伤害(Prigerson et al., 2008; Stroebe, Schut, & Stroebe, 2007), 而这部分人的确也很难获得心理健康服务(Lichtenthal et al., 2011)。

收稿日期: 2013-05-28

* 北京市教育委员会共建项目(SYS100270661)资助。

通讯作者: 王建平, E-mail: wjphh@bnu.edu.cn

在提出“延长哀伤障碍”这一术语前,研究者们曾使用过其他术语来描述这类异常的哀伤反应,如病理性哀伤(pathologic grief; 如 Horowitz, Bonanno, & Holen, 1993)、创伤性哀伤(traumatic grief, TG; 如 Prigerson et al., 1999)和复杂性哀伤(complicated grief, CG; 如 Horowitz et al., 1997; Prigerson et al., 1995)等,其中创伤性哀伤与复杂性哀伤使用频率最高,研究者们对究竟使用什么词语来描述这类反应也进行过一些讨论。

以往研究发现,出现异常哀伤反应的个体所经历的死亡事件往往是不可预料或影响重大的事件,这种丧失(loss)对个体来说是一种创伤(truma),因此研究者认为“创伤的”(traumatic)一词能很好地体现出经历死亡事件后哀伤反应的特点(Zhang, El-Jawahri, & Prigerson, 2006)。美国9·11事件发生后,为与创伤后应激障碍(posttraumatic stress disorder, PTSD)中的哀伤症状相区别,研究者们又提出使用“复杂性哀伤”这一说法(Zhang et al., 2006)。在使用过程中,研究者们发现“复杂的”(complicated)一词含义比较笼统、难以理解和解释,并不能很好地概括这种丧失综合征的特点。而“延长的”(prolonged)一词则可以反映其持久性特点(Wagner & Maercker, 2010),所以最终确定在即将面世的 ICD-11 中使用延长哀伤障碍这一术语来指代这种病理性的哀伤反应(Prigerson et al., 2009; Maercker et al., 2013)。

1.2 概念发展

延长哀伤障碍这一术语提出后,研究者们对病理性哀伤的探索并没有结束。在2013年5月18日正式公开出版的美国《精神疾病与诊断手册(第5版)》(DSM-5; American Psychiatric Association, 2013)的附录中,新增了两个与病理性哀伤相关的诊断:持续性复杂哀伤相关障碍(Persistent Complex Bereavement-Related Disorder, PCBRD)和与哀伤相关的适应障碍(Adjustment Disorder Related to Bereavement)。虽然没有直接采纳延长哀伤障碍这一术语及其诊断标准,但持续性复杂哀伤相关障碍借鉴了 Prigerson 等(2009)对延长哀伤障碍、以及 Shear 等(2011)对复杂性哀伤的定义和标准,足以说明研究者对病理性哀伤现有实证研究的重视。

同时,也有研究者对此提出了质疑,他们认

为新诊断标准存在以下问题(Boelen & Prigerson, 2012)。

(1)同一个诊断手册中出现了两个与病理性哀伤相关的诊断标准,而这两个诊断标准有一定矛盾,适应障碍的诊断较 PCBRD 宽松,只需要满足一个症状标准及病程标准即可诊断,可能会造成高误诊率。

(2) PCBRD 的诊断标准缺乏实证依据。在病程方面,PGD 中规定的6个月具有实证依据,该病程最能够预测未来的身心功能受损;而 PCBRD 中的12个月并无实证研究支持。又如,PCBRD 症状分为反应痛苦(Reactive Distress)和社交/认同受损(Social/Identity Disruption)两类,但现有研究已证明与哀伤相关的所有症状都归属于单一维度。

(3)满足 PCBRD 诊断的群体可能具有极端异质性。用统计中的组合算法对两个诊断系统进行对比,发现有37650种可能性均可满足诊断,而满足延长哀伤障碍诊断标准的组合只有256种可能性。

(4) PCBRD 与正常哀伤界线不清晰。PCBRD 中有一些延长哀伤障碍中没有的症状,如因为死亡事件感到孤独,这些条目似乎更像是正常哀伤的组成部分、而非功能不良的哀伤反应。

(5) PCBRD 诊断标准的出现让临床实践和研究无法连贯。延长哀伤障碍及之前的研究已经开展了20多年,累积了大量流行病学、影响因素、治疗效果的实证证据,这些研究大都采用了《复杂性哀伤量表》作为研究工具,而这一量表并不包括 PCBRD 所提及的新条目。也就是说,过去所有的研究成果都难以为 PCBRD 服务,这不利于研究和实践的连续性。

当然,虽然 DSM-5 中有关病理性哀伤的诊断可能的确存在一些问题,但制定诊断标准的工作组 (Anxiety, Obsessive-Compulsive Spectrum, Posttraumatic, and Dissociative Disorders Work Group)也经过了10年的考量才决定使用该诊断标准,未来研究将致力于探索基于该诊断的评估工具、以及其对临床工作的指导意义。

本综述旨在反映病理性哀伤实证研究的学术动态,因此选择实证研究最丰富的延长哀伤障碍为主题进行回顾,同时呈现病理性哀伤研究领域观点的多样性,促进国内研究者参与研究与讨论。

2 延长哀伤障碍的诊断评估

2.1 诊断标准

在《国际疾病分类(第10版)》(ICD-10)和《精神障碍诊断与统计手册(第4版修订版)》(DSM-IV-TR)中,并不存在延长哀伤障碍及相应的诊断标准,因而一些异常的哀伤反应往往归属于其他的障碍类型。在ICD-10中,这类哀伤反应通常可被诊断为适应障碍,考虑为延长抑郁反应(prolonged depressive reaction, F43.21)。而在DSM-IV-TR中,如果个体在重要他人死亡后出现的抑郁症状持续2个月以上,并伴有内疚、自杀意念或精神运动性阻滞,则可以考虑将其诊断为重性抑郁症(major depression disorder) (Maercker, 2007)。

近20年来,大量研究开始致力于论证延长哀伤障碍独立于其他精神障碍,并尝试为其制定诊断标准。在此探索过程中,出现了两个较为完整的诊断系统:Horowitz等于1997年提出的复杂性哀伤诊断标准和Prigerson等于1999年提出的创伤性哀伤诊断标准。在Horowitz等(1997)的标准中,共有7项症状(闯入3项,回避2项,适应不良2项),个体至少应满足其中3项,且距离死亡事件至少14个月。而在Prigerson等(1999)的标准中,共有12项症状(分离痛苦4项,创伤痛苦8项),个体至少应满足分离痛苦中的3项和创伤痛苦中的4项,且距离死亡事件至少6个月。不难发现,这两个诊断系统都从诱发事件、症状和病程方面进行了规定,但二者在具体症状分类及病程要求上差异较大。

Forstmeier和Maercker在2007年对这两个诊断系统进行了比较,发现二者的诊断一致性较差,原因可能是Horowitz等(1997)的标准不如Prigerson等(1999)的标准严格、其所包含的情况更多,二者对功能受损重要性的看法及对需要满足症状的界定并不一致。尽管定义不尽相同,他们还是发现二者都有一些共同的特点:过度怀念和寻找死者、不相信或无法接受死亡、与丧失相关的令人痛苦的闯入想法、孤独、空虚、麻木和回避等。因此,他们认为未来研究应整合现有诊断系统,致力于为延长哀伤障碍制定国际适用的诊断标准(Forstmeier & Maercker, 2007)。

2009年,Prigerson、Horowitz等来自世界各地

的哀伤研究者对291名丧亲者进行问卷调查和临床访谈,基于项目反应理论对数据进行分析,首先选出了包含信息最多且无偏(即不随个体性别、年龄、受教育程度等人口统计学因素变化)的症状,随后根据所选症状在接受者操作特征曲线(Receiver Operating Characteristic Curve, ROC)上呈现出的特点,最终确定敏感性和特异性均高的症状作为诊断标准中应该包含的症状,共同完成了ICD-11中关于延长哀伤障碍诊断标准的提案(表1),从症状、病程、严重程度和鉴别四个方面界定这种障碍(Prigerson et al., 2009)。这一标准提案发表后,越来越多的研究者开始使用,并沿用至今(Maercker et al., 2013)。

2.2 评估工具

与诊断标准的发展轨迹相仿,延长哀伤障碍的评估工具也经历了从零散到统一的发展过程。Prigerson等于1995年编制的《复杂性哀伤量表》(Inventory of Complicated Grief, ICG)是自陈量表,采用5点计分,用于测量创伤痛苦和分离痛苦出现的频率。后又对该量表进行了修订,从19个项目扩展到35个项目(Prigerson et al., 2009)。

Horowitz等于1997年编制的《复杂性哀伤模块》(Complicated Grief Module, CGM)是一个结构化临床访谈提纲,共30个问题:哀伤相关的闯入想法12项、回避哀伤情绪的应激行为6项、难以或无法适应生活12项。他们选择了其中7个问题来诊断复杂性哀伤,其中3项为闯入症状、2项为回避症状、2项为适应不良。Langnera和Maercker(2005)将这7个问题改为自我报告的项目,并采用7点计分。

Prigerson等于1999年编制的《创伤性哀伤问卷》(Inventory of Traumatic Grief, ITG)也是自陈量表,共15个项目,其中分离痛苦症状有4个项目,创伤痛苦症状11个项目;后扩展到32个项目(Prigerson & Jacobs, 2001)。

随着使用Horowitz等(1997)和Prigerson等(1999)这两个诊断系统的研究者越来越少,以上3个量表渐渐淡出研究者的视线,只有ICG有时还会被作为效标使用。Prigerson和Maciejewski最近根据诊断标准提案编制了《延长哀伤障碍问卷》(Prolonged Grief Disorder Questionnaire, PG-13),这是一个简短的诊断工具。该问卷也具有德语(Schaal, Jacob, Dusingizemungu, & Elbert, 2010)和

意大利语版本(Chiambretto, Moroni, Guarnerio, & Bertolotti, 2008)。诊断标准提案发表后,该领域的研究者逐渐开始采用这个基于诊断标准编制的问卷,为论证其科学性和可用性提供了重要数据。

3 延长哀伤障碍与相关情况的鉴别

哀伤是经历亲朋好友去世后一种普遍的情绪,这也给延长哀伤障碍的鉴别诊断带来了一定的困难,所以区别其与正常哀伤、抑郁症和 PTSD 症状群之间的区分点十分必要。有关鉴别诊断区分点的研究最初来源于临床观察与个案报告,近 5 年以问卷调查为主,实验研究偏少。

3.1 与正常哀伤的鉴别

顾名思义,延长哀伤障碍与正常哀伤最明显的区别在于哀伤反应的持续时间:正常哀伤反应通常在半年内可以自行缓解(Bonanno & Kaltman, 2001),但延长哀伤则至少持续 6 个月(Prigerson et al., 2009)。二者在对心理健康相关因素上的预测作用也有所区别,延长哀伤症状水平可以预测焦虑、抑郁、社会功能受损、心理健康、疲劳、自杀意念、生活中角色受限等后果,正常哀伤则与这些因素不相关(Boelen & Van den Bout, 2008)。此外,正常哀伤与延长哀伤障碍的区别关键在于最后是否能接受死亡事实(Lichtenthal, Cruessa, & Prigerson, 2004)。

3.2 与抑郁症的鉴别

虽然研究表明延长哀伤障碍与抑郁症的共病率较高,但有关哀伤症状群的主成分分析均发现二者具有不同的症状特点(Boelen & Prigerson, 2007; Boelen & Van den Bout, 2005; Boelen, Van de Schoot, Van den Hout, de Keijser, & Van den Bout, 2010; Boelen, Van den Bout, & de Keijser, 2003; Dillen, Fontaine, & Verhofstadt-Deneve, 2009):过度怀念在哀伤因素上载荷最大,而悲伤在抑郁因素上载荷最大。在睡眠方面,抑郁症患者睡眠多导图 EEG 在睡眠效率和睡眠长度上都有所改变,但这些改变与哀伤无关(McDermott et al., 1997)。从病因方面看,延长哀伤与个体童年分离焦虑相关较高,但这些因素与抑郁症状的相关并未达到显著水平(Vanderwerker, Jacobs, Parkes, & Prigerson, 2006),抑郁症与童年期创伤关系更为密切(e.g., Kaltman, Green, Mete, Shara, & Miranda, 2010; Mcquaid, Pedrelli, McCahill, & Stein, 2001);

个体对死者情感上的依赖与延长哀伤障碍的症状严重程度有关,与抑郁却无关(Johnson, Vanderwerker, Bornstein, Zhang, & Prigerson, 2006);fMRI 研究也发现伏隔核神经束与延长哀伤的核心症状过度怀念相关,但是与抑郁等消极情感无关(O'Connor et al., 2008)。从治疗方面看,三环类抗抑郁药物去甲替林能够改善丧亲后的抑郁症状,对延长哀伤症状却效果甚微(Hensley, 2006);使用新一代 5-羟色胺再摄取抑制剂艾司西酞普兰 12 周后,有 83% 的丧亲者抑郁症状得到改善,而只有 45% 的人延长哀伤症状有所好转(Hensley, Slonimski, Uhlenhuth, & Clayton, 2009);当然,目前还需要更多的随机对照试验来考察抗抑郁药物对延长哀伤障碍的效果(Bui, Nadal-Vicens, & Simon, 2012)。

3.3 与创伤后应激障碍的鉴别

延长哀伤障碍与 PTSD 的共病率也较高,而且都具有烦躁不安、闯入、回避的症状,但有关哀伤症状群的主成分分析却发现二者具有相互独立的症状群(Barnes, Dickstein, Maguen, Neria, & Litz, 2012; Boelen & Prigerson, 2007; Boelen, Van de Schoot, Van den Hout, de Keijser, & Van den Bout, 2010; O'Connor, Lasgaard, Shevlin, & Guldin, 2010; Golden & Dalgleish, 2010; O'Connor et al., 2008)。首先,虽然两种障碍的患者都会烦躁不安,但形式并不一样:延长哀伤障碍患者体验到的主要是分离痛苦,伴随的情绪主要是悲伤;而 PTSD 患者害怕的是与创伤事件相关的危险(Prigerson et al., 2009)。

其次,二者在闯入这一症状上也有所区别:(1)闯入内容方面,延长哀伤障碍患者脑海中往往浮现的是死者形象,一般是积极的(Boelen, Van den Hout, & Van den Bout, 2006),PTSD 患者的闯入画面一般是作为警告信号的创伤事件或线索碎片,通常是消极的(Ehlers et al., 2002);(2)闯入时伴随的感受也随闯入内容的不同而有差异,延长哀伤障碍患者体验到的是舒适和怀念,而 PTSD 患者体验到的则是焦虑和害怕(Lichtenthal et al., 2004);(3)生理反应也与之息息相关,延长哀伤障碍患者在想起死者时心率降低,而 PTSD 患者在回忆创伤事件时心率会增加(Bonanno et al., 2007)。

第三,二者在回避这一症状上的行为表现也存在差异:延长哀伤障碍患者会努力寻找与死者

之间的美好回忆及死者留下的点点滴滴, 而 PTSD 患者则时刻回避创伤记忆及相关线索 (Boelen, Van den Bout, & Van den Hout, 2006)。

此外, 两种障碍严重程度的重要预测因素有所不同: 对延长哀伤障碍患者来说, 与死者的关系越亲密、严重程度越高, 而对 PTSD 患者来说, 创伤事件越严重、症状水平往往越高 (Kersting et al., 2009)。

4 延长哀伤障碍的流行病学

4.1 患病率

关于延长哀伤障碍患病率的报道都来自西方国家, 各国、各人群中延长哀伤障碍的时点患病率见表 2, 目前尚未查阅到终身患病率的报道。从表中可以看到, 一般丧亲人群的延长哀伤障碍时点患病率为 3.7%~12.8%, 美国较欧洲其他国家高。而在一些特殊群体中, 时点患病率往往更高, 如难民、参战老兵等。

由于缺乏亚洲国家的数据, 难以评估文化因素对时点患病率可能造成的影响; 从现有数据中也未能发现其在测查时间、样本量和测查工具上的差异。

4.2 共病

从延长哀伤障碍概念的发展过程中不难看出, 它是从各种已明确存在的精神障碍中逐步分离并

独立出来的。在这一领域, 研究者发现延长哀伤障碍与适应障碍、抑郁症、焦虑障碍均存在共病, 其中研究得最多的是其与重性抑郁症和 PTSD 的共病情况。

Simon 等 (2007) 使用《DSM-IV 结构化临床访谈》(Structured Clinical Interview for DSM-IV, SCID-IV) 对 206 名美国延长哀伤障碍患者进行了轴 I 诊断, 发现 55.34% 患重性抑郁症, 而 62.62% 患焦虑障碍, 其中 PTSD 为 48.54%、广泛性焦虑障碍为 18.45%、惊恐障碍为 13.59%、社交焦虑障碍为 7.77%、强迫症为 6.31%、不伴惊恐的场所恐怖症为 0.97%。

Newson 等 (2011) 发现, 在 277 名德国老年患者中, 9.7% 目前患有重性抑郁症 (对《流调中心用抑郁量表》得分 ≥ 16 分的患者进行半结构化的 DSM-IV 临床访谈), 而 17.2% 患焦虑障碍 (诊断标准为慕尼黑版综合国际诊断访谈, M-CIDI), 均高于该研究中一般人群样本 ($N=5741$) 的患病率: 重性抑郁症为 2.3%, 焦虑障碍为 8.4%。Maercker 等 (2008) 对瑞士苏黎世年龄为 65~96 岁的老年患者进行《DSM-IV 结构化临床访谈》, 发现延长哀伤障碍与适应障碍、重性抑郁症和 PTSD 中至少 1.9 种障碍共病, 与抑郁症状的共病情况最多。

Kersting 等 (2009) 发现在 70 名有丧失经历的抑郁症患者中, 18.6% 符合延长哀伤障碍的诊断标

表 2 延长哀伤障碍时点患病率*

研究者	国家	样本	时点患病率	样本量
Kersting, Brähler, Glaesmer, & Wagner, 2011	德国	一般丧亲人群	3.7%	2520
Goldsmith, Morrison, Vanderwerker, & Prigerson, 2008	美国	一般丧亲人群	12.8%	537
Maercker et al., 2008	瑞士	老年丧亲人群	4.2%	1225
Kersting et al., 2011	德国	死亡事件严重的丧亲人群	6.7%	1445
Schaal et al., 2010	德国	经历卢旺达种族灭绝的孤儿、丧偶者	8.0%	400
Kersting et al., 2007	德国	流产妇女	13.7%	62
Guarnerio, Prunas, Della Fontana, & Chiambretto, 2012	意大利	植物人照顾者	15%	40
Schulz, Boerner, Shear, Zhang, & Gitlin, 2006	美国	痴呆患者照顾者	20%	217
Goldsmith et al., 2008	美国	丧亲非裔美国人	21%	66
Newson, Boelen, Hek, Hofman, & Tiemeier, 2011	荷兰	正处于哀伤状态的老年丧亲人群	25.4%	1089
Momartin, Silove, Manicavasagar, & Steel, 2004	澳大利亚	波斯尼亚难民	30%	126
Morina, Rudari, Bleichhardt, & Prigerson, 2010	美国	科索沃参战老兵	38.3%	60

注: *Schaal 等 (2010) 和 Guarnerio 等 (2012) 使用的测量工具为 PG-13, 其他研究使用的均为 ICG 及其在各国的修订版。

准。Morina 等(2010)则报告在 60 名参加了科索沃战争的老兵中,同时患延长哀伤障碍、PTSD 和重度抑郁症的老兵占 20%。

5 延长哀伤障碍的病理机制

本文将从危险因素、生理机制和心理机制三方面介绍延长哀伤障碍病理机制。危险因素以问卷调查为主、采用相关及回归分析;生理机制以实验研究为主;而心理机制早期偏重理论思考、近期出现大量问卷调查和实验研究。

5.1 危险因素

近 10 年来的研究在人口学变量与延长哀伤障碍的关系上得到了较为一致的结果。易患延长哀伤障碍的高风险群体有:女性(Forstmeier & Maercker, 2007; Kersting et al., 2011; Kersting & Kroker, 2010)、老年人、家庭收入较低者、受教育程度较低者(Boelen et al., 2010; Kersting et al., 2011; Newson et al., 2011)、非优势种族/民族如非裔美国人(Goldsmith et al., 2008)。

个体这段丧失经历的某些特征也与延长哀伤障碍存在相关。如果死亡事件具有突发性或不可预料性,那么经历该事件的个体更可能发展出延长哀伤障碍(Goldsmith et al., 2008)。距离死亡事件发生时间越近,延长哀伤的严重程度也越高(Boelen et al., 2010; Kersting et al., 2011; Newson et al., 2011)。很多研究将关注点放在个体与死者关系对延长哀伤障碍的影响上:与死者关系越亲密(特别当死者为配偶或子女时)(Boelen et al., 2010; Kersting et al., 2011; Newson et al., 2011)、死者在世时婚姻关系越好(Van Doorn et al., 1998),个体越患上延长哀伤障碍的可能性越大。

当然,延长哀伤障碍还与个体自身特点有关。认知受损(Newson et al., 2011; Schulz et al., 2006)、不安全型依恋风格(Shear & Shair, 2005)、缺乏社会支持(Zhang et al., 2006)、有抑郁症病史(Kersting et al., 2009)等都对延长哀伤障碍症状水平的严重程度具有预测作用。

5.2 生理机制

目前仅有的几项延长哀伤障碍的生理学证据均来源于 fMRI 研究。一项研究通过向 8 名丧亲者呈现不同词语和图片来了解各脑区的激活程度,实验为词语×图片的两因素被试内设计,词语分为与哀伤相关和中性两个水平,图片分为死者和

陌生人两个水平,实验同时对被试进行 fMRI 扫描,发现可能与哀伤相关的脑区包括后扣带皮层、小脑和内侧额叶回这 3 个中心区(Gundel, O'Connor, Littrell, Fort, & Lane, 2003)。O'Connor 等(2008)随后对 23 名丧亲妇女进行研究,同样也是为她们呈现不同词语和图片,并扫描大脑。该实验为被试类型×词语×图片的三因素混合设计,其中延长哀伤障碍患者 11 人,非延长哀伤障碍患者 12 人,词语和图片的设置与上一个研究相同。研究发现,在回忆死者时,延长哀伤障碍患者表现出了位于伏隔核的奖赏区域的过度激活,而伏隔核神经束往往与怀念相关,与情感的积极与否无关。另一项研究则在 20 名表现出闯入症状和回避症状的丧亲者完成情绪 Stroop 任务的同时进行扫描,任务中的词语同样分为与死者相关和中性两类,发现对死者相关词语的注意偏向与杏仁核、脑岛和背外侧前额叶相关;而闯入症状与腹侧杏仁核和前扣带回前缘相关,回避症状与背侧杏仁核和背外侧前额叶相关(Freed, Yanagihara, Hirsch, & Mann, 2009)。

5.3 心理机制

虽然目前关于延长哀伤障碍的心理病理机制研究不多,但研究主题较为丰富。一些研究者通过探讨重要他人对个体的意义来而了解丧亲后哀伤反应的发生发展过程,以美国研究者 Shear 和 Shair 提出的基于依恋的模型(attachment-based model; Shear et al., 2005)为代表;另一些研究者借鉴较为成熟的 PTSD 研究领域开始对延长哀伤障碍的认知特点进行研究,如认知内容、自传体记忆、注意偏向和自传体记忆进行研究。当然,还有研究者开始对这些研究成果进行总结和提取,并构建出更为系统的病理机制模型,以 Boelen 等提出的认知-行为概念化模型(cognitive-behavioral conceptualization; Boelen et al., 2006)为代表。

5.3.1 Shear 和 Shair 的依恋模型

该模型的提出借鉴了 Hofer (1996)基于其对母婴分离的系列研究后形成的对哀伤的观点和 Bowlby (1982)对依恋与丧失之间的看法,主要用于解释延长哀伤障碍中的回避症状群。

在自我定义(self-define)中,个体会形成与重要他人关系的心理表征,以保持与这些人的亲近。当关系受到威胁时,这些心理表征会引发情绪(如绝望)和行为反应(如寻找),以维持亲近和

“安全感”。当依恋对象死亡时,心理表征需要发生变化、以适应变化了的环境。当然,这个过程不会太快,这也说明了为什么大部分人都需要一段居丧期来进行过渡。之后,安全型依恋风格的个体开始发展新的依恋关系、更新旧的依恋图式;而那些不安全型依恋风格的个体却由于未能充分地处理好丧失带来的情绪过程,依恋图式难以获得更新,他们会继续感知到死者在世、回避那些提示死者已不在人世的线索、对外部世界失去兴趣,且社会功能受损(Shear & Shair, 2005)。

Shear等(2007)随后对128名报名参加治疗的延长哀伤障碍患者的回避行为进行测查,发现患者回避的线索主要有三方面:地点和事物、活动、与疾病和死亡有关的引发同情的场景。而且,在控制了延长哀伤障碍的其他症状后,回避提示线索这一症状群可以解释患者的功能受损(Shear et al., 2007)。

5.3.2 Boelen 等的认知-行为概念化模型

目前最具系统性的心理机制理论是Boelen等于是2006年提出的认知-行为概念化模型(cognitive-behavioral conceptualization; Boelen et al., 2006)。

Boelen等(2006)认为,在延长哀伤障碍发展和维持的过程中,有3个至关重要的加工过程:(1)丧失经历与自传信息库整合不充分,(2)负面信念和对哀伤反应的错误解释,和(3)焦虑和抑郁的回避策略;这些加工过程可以用来解释延长哀伤障碍症状为何出现,而它们之间的交互作用则是症状明显和持续存在的关键。

第一个核心加工过程源于PTSD的认知理论,患者并不认为死亡事件是“真实的”,此时,患者对自我、死者、外部世界和死亡事实的心理表征就出现了不协调,这种原有心理表征和死亡事实之间的矛盾会让患者产生更多的闯入性想法和对死亡事件的注意。随后,研究者让24名延长哀伤障碍患者和25名非延长哀伤障碍患者完成了情绪 Stroop 任务,任务中的词语分为与死亡相关和中性两类,结果发现延长哀伤障碍患者对死亡相关词语的色词命名需要花费更长时间,对丧失存在注意偏向(Maccallum & Bryant, 2010a)。另一些研究证明延长哀伤障碍患者的自传体记忆存在损伤(Boelen, Huntjens, Van Deursen, & Van den Hout, 2010; Maccallum & Bryant, 2010b)。Boelen等(2010)对109名丧亲者进行自传体记忆测试

(Autobiographical Memory Test, AMT),给被试呈现5个正性线索词和5个负性线索词,让他们针对每个线索词进行回忆任务,每个回忆任务用时30秒、口头报告并录音;研究者对所有被试的所有回忆内容进行编码,分为特异和非特异、与死亡及死者相关和无关四类,结果发现延长哀伤水平较高的被试在记忆特异性上不如水平较低者,而回忆内容更多设计死亡及死者。Maccallum 和 Bryant (2010b)对24名延长哀伤障碍患者和21名非延长哀伤障碍丧亲者进行了自传体记忆测试,也发现患者会更倾向于回忆与丧失相关的内容,在负性线索条件下更为明显。此外,对符合诊断标准和不满足诊断标准丧亲者的个人目标认知进行对比,发现两类人群在个人目标的形式和内容两方面均存在一定差异:在形式上,患者的目标特异性较低、对实现目标的控制感减少、并认为的目标实现的可能性更小;在内容上,患者的目标更多关于丧失、情感状态,而有关工作或学业、亲密关系的内容较少(Boelen, 2011)。同时,延长哀伤障碍患者也表现出更低的自我概念清晰度(Boelen, Keijsers, & Van den Hout, 2012)。

在第二个核心加工过程中,死亡事件的发生,验证或再度激活了个体原有的对自我、生活和未来的负面信念。Boelen 将患者的这些想法汇总起来,编制了《哀伤认知问卷》(Grief Cognitions Questionnaire, GCQ),为今后在哀伤认知方面的研究提供了测量工具(Boelen & Lensvelt-Mulders, 2005)。

第三个核心加工过程中的两种策略都包含行为和认知两部分。焦虑的回避策略在行为上表现为回避所有诱发因素,在认知上表现为压抑和沉思(rumination),以达到避免承认死亡事件、逃离相关情绪的目的。抑郁的回避策略在行为上表现为退缩和限制活动,在认知上则表现为对事件影响和自身处理能力的负面期待。虽然都是回避策略,但前者主要是处理与丧失相关的内部情绪体验,指向过去和丧失;而后者主要是逃离丧失相关的外部环境,指向未来和适应。

一项追踪研究选取了丧亲不超过5个月的个体作为追踪对象,并在初测6个月和9个月后进行随访和测查,结果发现,上面提到的大部分负面认知和回避策略可以预测延长哀伤障碍的症状水平(Boelen et al., 2006)。

该模型承认,在延长哀伤障碍形成过程中会受到个体易感因素(如先入信念、智力受损)、丧失经历特征(如与死者的关系、死亡方式)、丧失后遗问题(如社会环境的反应、二级丧失)等背景因素的影响,但这些因素需要经过3个核心加工过程的中介才能起作用(Boelen & Klugkist, 2011)。

虽然探讨延长哀伤障碍心理机制的实证研究较为分散,但Boelen等提出的认知-行为概念化模型可以很好地将各个角度的研究纳入同一个系统,在解释病因时既全面又不失针对性,同时也是开发认知行为治疗方案的指南针。

6 未来研究展望

延长哀伤障碍是最近20年才进入临床心理学家视野的研究主题,在其诊断标准、鉴别要点和流行病学研究中也已经取得了大量的成果,可见研究者对其充满了兴趣,临床实践从该领域的研究中获益颇多。但在这个新兴的研究领域里,还有很多未知等待着研究者去探索。

第一,概念和诊断标准的适用性。目前提出概念、验证和使用诊断标准的均为欧洲、美国、澳大利亚研究者,来自其他国家和种族的数据极少,国内研究也处于萌芽阶段。考虑到死亡和哀伤与个体所处文化环境息息相关,对诊断标准进行本土化是非常必要的。例如,中国人忌讳死亡,谈及死亡时往往用其他词语来代替(“走了”、“不在了”等),因此在考察延长哀伤障碍回避症状时,如果直接套用国外的诊断性访谈问题,则无法确定个体表现出的回避症状是受文化因素的影响还是主动采用回避的策略。由此可见,国内的未来研究应结合中国文化背景探索更具针对性的诊断标准和评估工具,提供来自中国的实证数据。

第二,特殊群体的延长哀伤障碍状况。据媒体报道,中国目前已经有100多万“失独”家庭,而且每年以7.5万的速度增加。在国内后续研究中,除关注一般丧亲者的患病率外,调查失独人群等特殊群体流行病学状况的研究将会很有意义。

第三,病理机制研究的丰富和深入。首先,生理病理机制方面还有大量研究空间,可以从生物遗传学角度进行探讨。其次,心理病理机制方面主要是认知-行为取向的观点和研究,我们也希望听到来自其他理论流派的声音。再次,从Boelen

等的认知-行为概念化模型中可以看到,个体的认知加工过程在延长哀伤障碍的发生发展中起着关键作用,但什么因素、怎样的行为会促进或阻碍个体认知加工过程,已有研究并不能回答这个问题。例如,中国人有独特的丧葬文化,基督教有自己对死亡的理解,这些仪式和意义解读的作用机制值得探讨。准确地进行诊断和评估、理解症状发展和维持的机制,都将为建立更适合延长哀伤障碍的心理治疗方法服务,这也是该领域研究的最终目的。

参考文献

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-the fifth version (DSM-5)*. <http://www.dsm5.org/Pages/Default.aspx>
- Barnes, J. B., Dickstein, B. D., Maguen, S., Neria, Y., & Litz, B. T. (2012). The distinctiveness of prolonged grief and posttraumatic stress disorder in adults bereaved by the attacks of September 11th. *Journal of Affective Disorders*, 136(3), 366–369.
- Boelen, P. A. (2011). Personal goals and prolonged grief disorder symptoms. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 18(6), 439–444.
- Boelen, P. A., Huntjens, R. J. C., Van Deursen, D. S., & Van den Hout, M. A. (2010). Autobiographical memory specificity and symptoms of complicated grief, depression and posttraumatic stress disorder following loss. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 41(4), 331–337.
- Boelen, P. A., Keijsers, L., & Van den Hout, M. A. (2012). The role of self-concept clarity in prolonged grief disorder. *Journal of Nervous & Mental Diseases*, 200(1), 56–62.
- Boelen, P., & Klugkist, I. (2011). Cognitive behavioral variables mediate the associations of neuroticism and attachment insecurity with Prolonged Grief Disorder severity. *Anxiety, Stress and Coping*, 24(3), 291–307.
- Boelen, P. A., & Lensvelt-Mulders, G. J. L. M. (2005). Psychometric properties of the grief cognitions questionnaire (GCQ). *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 27(4), 291–303.
- Boelen, P. A., & Prigerson, H. G. (2007). The influence of symptoms of prolonged grief disorder, depression, and anxiety on quality of life among bereaved adults: A prospective study. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 257(8), 444–452.
- Boelen, P. A., & Prigerson, H. G. (2012). Commentary on the inclusion of persistent complex bereavement-related disorder in DSM-5. *Death Studies*, 36(9), 771–794.

- Boelen, P. A., Van de Schoot, R., Van den Hout, M. A., de Keijser, J., & Van den Bout, J. (2010). Prolonged grief disorder, depression, and posttraumatic stress disorder are distinguishable syndromes. *Journal of Affective Disorders*, 125(1-3), 374-378.
- Boelen, P. A., Van den Bout, J., & de Keijser, J. (2003). Traumatic grief as a disorder distinct from bereavement-related depression and anxiety: A replication study with bereaved mental health care patients. *American Journal of Psychiatry*, 160(7), 1339-1341.
- Boelen, P. A., Van den Bout, J., & Van den Hout, M. A. (2006). Negative cognitions and avoidance in emotional problems after bereavement: A prospective study. *Behaviour Research and Therapy*, 44(11), 1657-1672.
- Boelen, P. A., & Van den Bout, J. (2005). Complicated grief, depression, and anxiety as distinct postloss syndromes: A confirmatory factor analysis study. *American Journal of Psychiatry*, 162(11), 2175-2177.
- Boelen, P. A., & Van den Bout, J. (2008). Complicated grief and uncomplicated grief are distinguishable constructs. *Psychiatry Research*, 157(1-3), 311-314.
- Boelen, P. A., Van den Hout, M. A., & Van den Bout, J. (2006). A cognitive-behavioral conceptualization of complicated grief. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 13(2), 109-128.
- Bonanno, G. A., Neria, Y., Mancini, A., Coifman, K. G., Litz, B., & Insel, B. (2007). Is there more to complicated grief and depression and posttraumatic stress disorder? A test of incremental validity. *Journal of Abnormal Psychology*, 116(2), 342-351.
- Bonanno, G. A., & Kaltman, S. (2001). The varieties of grief experience. *Clinical Psychology Review*, 21(5), 705-734.
- Bowlby, J. (1982). Attachment and loss: Retrospect and prospect. *American Journal of Orthopsychiatry*, 52(4), 664-678.
- Bui, E., Nadal-Vicens, M., & Simon, N. M. (2012). Pharmacological approaches to the treatment of complicated grief: rationale and a brief review of the literature. *Dialogues in Clinical Neurosciences*, 14(2), 149-157.
- Chiambretto, P., Moroni, L., Guarnerio, C., & Bertolotti, G. (2008). Italian validation of the prolonged grief disorder questionnaire (PG-12). *Giornale Italiano di Medicina del Lavoro ed Ergonomia*, 30(1 SA), A105-A110.
- Dillen, L., Fontaine, J. R. J., & Verhofstadt-Deneve, L. (2009). Confirming the distinctiveness of complicated grief from depression and anxiety among adolescents. *Death Studies*, 33(5), 437-461.
- Ehlers, A., Hackmann, A., Steil, R., Clohessy, S., Wenninger, K., & Winter, H. (2002). The nature of intrusive memories after trauma: the warning signal hypothesis. *Behaviour research and therapy*, 40(9), 995-1002.
- Forstmeier, S., & Maercker, A. (2007). Comparison of two diagnostic systems for complicated grief. *Journal of Affective Disorders*, 99(1-3), 203-211.
- Freed, P. J., Yanagihara, T. K., Hirsch, J., & Mann, J. J. (2009). Neural mechanisms of grief regulation. *Biological Psychiatry*, 66(1), 33-40.
- Golden, A. M., & Dalgleish, T. (2010). Is prolonged grief distinct from bereavement-related posttraumatic stress? *Psychiatry Research*, 178(2), 336-341.
- Goldsmith, B., Morrison, R. S., Vanderwerker, L. C., & Prigerson, H. G. (2008). Elevated rates of prolonged grief disorder in African Americans. *Death Studies*, 32(4), 352-365.
- Guarnerio, C., Prunas, A., Della Fontana, I., & Chiambretto, P. (2012). Prevalence and comorbidity of prolonged grief disorder in a sample of caregivers of patients in a Vegetative State. *Psychiatric Quarterly*, 83(1), 65-73.
- Gundel, H., O'Connor, M., Littrell, L., Fort, C., & Lane, R. D. (2003). Functional neuroanatomy of grief: an fMRI study. *The American Journal of Psychiatry*, 160(11), 1946-1953.
- Hensley, P. L. (2006). Treatment of bereavement-related depression and traumatic grief. *Journal of Affective Disorders*, 92(1), 117-124.
- Hensley, P. L., Slonimski, C. K., Uhlenhuth, E. H., & Clayton, P. J. (2009). Escitalopram: An open-label study of bereavement-related depression and grief. *Journal of Affective Disorders*, 113(1-2), 142-149.
- Hofer, M. A. (1996). On the nature and consequences of early loss. *Psychosomatic Medicine*, 58(6), 570-581.
- Horowitz, M. J., Bonanno, G. A., & Holen, A. (1993). Pathological grief: Diagnosis and explanation. *Psychosomatic Medicine*, 55(3), 260-273.
- Horowitz, M. J., Siegel, B., Holen, A., Bonanno, G. A., Milbrath, C., & Stinson, C. H. (1997). Diagnostic criteria for complicated grief disorder. *American Journal of Psychiatry*, 154(7), 904-910.
- Johnson, J., Vanderwerker, L., Bornstein, R., Zhang, B., & Prigerson, H. (2006). Development and validation of an instrument for the assessment of dependency among bereaved persons. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 28(4), 261-270.
- Kaltman, S., Green, B. L., Mete, M., Shara, N., & Miranda, J. (2010). Trauma, depression, and comorbid PTSD/depression in a community sample of Latina immigrants. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 2(1), 31-39.
- Kersting, A., Brähler, E., Glaesmer, H., & Wagner, B.

- (2011). Prevalence of complicated grief in a representative population based sample. *Journal of Affective Disorders*, 131(1-3), 339-343.
- Kersting, A., Kroker, K., Horstmann, J., Ohrmann, P., Baune, B. T., Arolt, V., ... Suslow, T. (2009). Complicated grief in patients with unipolar depression. *Journal of Affective Disorders*, 118(1-3), 201-204.
- Kersting, A., Kroker, K., Steinhard, J., Lüdorff, K., Wesselmann, U., Ohrmann, P., ... Suslow, T. (2007). Complicated grief after traumatic loss: A 14-month follow up study. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 257(8), 437-443.
- Kersting, A., & Kroker, K. (2010). Prolonged grief as a distinct disorder, specifically affecting female health. *Archives of Women's Mental Health*, 13(1), 27-28.
- Langner, R., & Maercker, A. (2005). Complicated grief as a stress response disorder: Evaluating diagnostic criteria in a German sample. *Journal of Psychosomatic Research*, 58(3), 235-242.
- Lichtenthal, W. G., Cruess, D. G., & Prigerson, H. G. (2004). A case for establishing complicated grief as a distinct mental disorder in DSM-V. *Clinical Psychology Review*, 24(6), 637-662.
- Lichtenthal, W. G., Nilsson, M., Kissane, D. W., Breitbart, W., Kacel, E., Jones, E. C., & Prigerson, H. G. (2011). Underutilization of mental health services among bereaved caregivers with prolonged grief disorder. *Psychiatric Services*, 62(10), 1225-1229.
- Maccallum, F., & Bryant, R. A. (2010a). Attentional bias in complicated grief. *Journal of Affective Disorders*, 125(1-3), 316-322.
- Maccallum, F., & Bryant, R. A. (2010b). Impaired autobiographical memory in complicated grief. *Behaviour Research and Therapy*, 48(4), 328-334.
- Maercker, A. (2007). When grief becomes a disorder. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 257(8), 435-436.
- Maercker, A., Brewin, C. R., Bryant, R. A., Cloitre, M., Reed, G. M., Van Ommeren, M., ... Saxena, S. (2013). Proposals for mental disorders specifically associated with stress in the International Classification of Diseases-11. *The Lancet*, 381(9878), 1683-1685.
- Maercker, A., Forstmeier, S., Enzler, A., Krüsi G., Hörler E., Maier, C., & Ehler, U. (2008). Adjustment disorders, posttraumatic stress disorder, and depressive disorders in old age: Findings from a community survey. *Comprehensive Psychiatry*, 49(2), 113-120.
- McDermott, O. D., Prigerson, H. G., Reynolds, C. F., Houck, P. R., Dew, M. A., Hall, M., ... Kupfer, D. J. (1997). Sleep in the wake of complicated grief symptoms: An exploratory study. *Biological Psychiatry*, 41(6), 710-716.
- Mcquaid, J. R., Pedrelli, P., McCahill, M. E., & Stein, M. B. (2001). Reported trauma, post-traumatic stress disorder and major depression among primary care patients. *Psychological Medicine*, 31(7), 1249-1257.
- Momartin, S., Silove, D., Manicavasagar, V., & Steel, Z. (2004). Complicated grief in Bosnian refugees: Associations with posttraumatic stress disorder and depression. *Comprehensive Psychiatry*, 45(6), 475-482.
- Morina, N., Rudari, V., Bleichhardt, G., & Prigerson, H. G. (2010). Prolonged grief disorder, depression, and posttraumatic stress disorder among bereaved Kosovar civilian war survivors: A preliminary investigation. *International Journal of Social Psychiatry*, 56(3), 288-297.
- Newson, R. S., Boelen, P. A., Hek, K., Hofman, A., & Tiemeier, H. (2011). The prevalence and characteristics of complicated grief in older adults. *Journal of Affective Disorders*, 132(1-2), 231-238.
- O'Connor, M., Lasgaard, M., Shevlin, M., & Guldin, M. (2010). A confirmatory factor analysis of combined models of the Harvard trauma questionnaire and the inventory of complicated grief-revised: Are we measuring complicated grief or posttraumatic stress? *Journal of Anxiety Disorders*, 24(7), 672-679.
- O'Connor, M., Wellisch, D. K., Stanton, A. L., Eisenberger, N. I., Irwin, M. R., & Lieberman, M. D. (2008). Craving love? Enduring grief activates brain's reward center. *NeuroImage*, 42(2), 969-972.
- Prigerson, H. G., Horowitz, M. J., Jacobs, S. C., Parkes, C. M., Aslan, M., Goodkin, K., ... Maciejewski, P. K. (2009). Prolonged grief disorder: Psychometric validation of criteria proposed for DSM-V and ICD-11. *PLoS Medicine*, 6(8), 1-12.
- Prigerson, H. G., Maciejewski, P. K., Reynolds, C. F., Bierhals, A. J., Newsom, J. T., Fasiczka, A., ... Miller, M. (1995). Inventory of complicated grief: A scale to measure maladaptive of loss. *Psychiatry Research*, 59(1-2), 65-79.
- Prigerson, H. G., Shear, M. K., Jacobs, S. C., Reynolds, C. R., Maciejewski, P. K., Davidson, J. R., ... Zisook, S. (1999). Consensus criteria for traumatic grief. A preliminary empirical test. *The British Journal of Psychiatry*, 174(1), 67-73.
- Prigerson, H. G., Vanderwerker, L. C., & Maciejewski, P. K. (2008). Prolonged grief disorder: A case for inclusion of prolonged grief disorder in DSM-V. In M. S. Stroebe, R. O. Hansson, & H. Schut (Eds.), *Handbook of bereavement research and practice: Advances in theory and intervention*. Washington, DC, US: American Psychological Association.

- Prigerson, H. O., & Jacobs, S. C. (2001). Traumatic grief as a distinct disorder: A rationale, consensus criteria, and a preliminary empirical test. In M. S. Stroebe, R. O. Hansson, W. Stroebe, & H. Schut (Eds.), *Handbook of bereavement research: Consequences, coping, and care* (pp. 613–645). Washington, DC, US: American Psychological Association.
- Schaal, S., Jacob, N., Dusingizemungu, J., & Elbert, T. (2010). Rates and risks for prolonged grief disorder in a sample of orphaned and widowed genocide survivors. *BMC Psychiatry*, 10(1), 1–9.
- Schulz, R., Boerner, K., Shear, K., Zhang, S., & Gitlin, L. N. (2006). Predictors of complicated grief among dementia caregivers: A prospective study of bereavement. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 14(8), 650–658.
- Shear, K., Monk, T., Houck, P., Melhem, N., Frank, E., Reynolds, C., & Silowash, R. (2007). An attachment-based model of complicated grief including the role of avoidance. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 257(8), 453–461.
- Shear, K., & Shair, H. (2005). Attachment, loss, and complicated grief. *Developmental Psychobiology*, 47(3), 253–267.
- Shear, M. K., Simon, N., Wall, M., Zisook, S., Neimeyer, R. A., Duan, N., ... Keshaviah, A. (2011). Complicated grief and related bereavement-issues for DSM-5. *Depression and Anxiety*, 28(2), 103–117.
- Simon, N. M., Shear, K. M., Thompson, E. H., Zalta, A. K., Perlman, C., Reynolds, C. F., Silowash, R. (2007). The prevalence and correlates of psychiatric comorbidity in individuals with complicated grief. *Comprehensive Psychiatry*, 48(5), 395–399.
- Stroebe, M., Schut, H., & Stroebe, W. (2007). Health outcomes of bereavement. *The Lancet*, 370(9603), 1960–1973.
- Van Doorn, C., Kasl, S. V., Beery, L. C., Jacobs, S. C., & Prigerson, H. G. (1998). The influence of marital quality and attachment styles on traumatic grief and depressive symptoms. *Journal of nervous and mental disease*, 186(9), 566–573.
- Vanderwerker, L. C., Jacobs, S. C., Parkes, C. M., & Prigerson, H. G. (2006). An exploration of association between separation anxiety in childhood and complicated grief in late-life. *Journal of Nervous and Mental Disorder*, 194(2), 121–123.
- Wagner, B., & Maercker, A. (2010). The diagnosis of complicated grief as a mental disorder: A critical appraisal. *Psychologica Belgica*, 50(1-2), 27–48.
- World Health Organization. (2013). *International Classification of Diseases-11th version (ICD-11) Beta Draft*. <http://apps.who.int/classifications/icd11/browse/f/en>
- Zhang, B., El-Jawahri, A., & Prigerson, H. G. (2006). Update on bereavement research: Evidence-based guidelines for the diagnosis and treatment of complicated bereavement. *Journal of Palliative Medicine*, 9(5), 1188–1203.

Prolonged Grief Disorder: Concept, Epidemiology, and Pathological Mechanism

TANG Suqin¹; HE Li¹; LIU Bo¹; WANG Jianping^{1,2,3}

(¹ School of Psychology, Beijing Normal University, Beijing 100876, China)

(² Beijing Key Lab of Applied Experimental Psychology, School of Psychology, Beijing Normal University, Beijing 100875, China)

(³ Capital Medical University, Beijing 100088, China)

Abstract: Prolonged grief disorder (PGD) is a disturbance in which, following the death of a person close to the bereaved, there is persistent and pervasive yearning or longing for the deceased that extends beyond 6 months after the loss and that is sufficiently severe to cause significant impairment in the person's functioning. This kind of pathological grief reactions didn't draw clinical psychologists' attention until recent two decades. We begin with the development of PGD, as well as discussions on diagnosis of Persistent Complex Bereavement-Related Disorder (PCBRD). By distinguishing PGD from normal grief, depression and posttraumatic stress disorder, researcher developed distinct diagnostic criteria, assessment, and epidemiology for PGD. We then review both theoretical and empirical studies on pathological mechanism, aiming at integrating intervention suggestions. Finally, we outline directions for further studies on cross-cultural validation of diagnostic criteria, theories and research of mechanism.

Key words: prolonged grief disorder; diagnosis and assessment; epidemiology; pathological mechanism