

# 延迟性哀伤障碍(PGD)的研究进展

周小东<sup>1,2</sup>, 张翠菊<sup>3</sup>, 王军梅<sup>4</sup>, 王 朋<sup>2</sup>, 胡兴娟<sup>2</sup>, 贾慧贤<sup>2</sup>, 张俊纳<sup>2</sup>, 刘知霞<sup>2\*</sup>

<sup>1</sup>中国人民解放军联勤保障部队第980医院(白求恩国际和平医院)精神心理科, 河北 石家庄

<sup>2</sup>中国融通集团医疗健康管理公司正定二五六医院精神卫生中心, 河北 正定

<sup>3</sup>中国人民解放军联勤保障部队第980医院第四派出门诊部, 河北 石家庄

<sup>4</sup>中国人民解放军联勤保障部队第980医院保健科, 河北 石家庄

收稿日期: 2024年12月27日; 录用日期: 2025年1月21日; 发布日期: 2025年1月30日

## 摘 要

本文概括分析了近些年来, 针对延迟性哀伤障碍(PGD)的研究进展, 主要涉及诊断标准、鉴别要点、易感和影响因素以及可能的发病机制。认为目前ICD-11或DSM-5-TR相应的PGD诊断标准, 还需要考虑文化差异、跨文化因素, 甚至宗教信仰等方面的影响, 以便今后制定出具有较广泛适应性的、可操作性的诊断标准。

## 关键词

延迟性哀伤障碍, 诊断标准, 影响因素

# Research Progress on Postpone Grief Disorder (PGD)

Xiaodong Zhou<sup>1,2</sup>, Cuiju Zhang<sup>3</sup>, Junmei Wang<sup>4</sup>, Peng Wang<sup>2</sup>, Xingjuan Hu<sup>2</sup>, Huixian Jia<sup>2</sup>, Junna Zhang<sup>2</sup>, Zhixia Liu<sup>2\*</sup>

<sup>1</sup>The Department of Psychological Health, The 980<sup>th</sup> Hospital of Joint Support Force of China People's Liberation Army (The Bethune International Peace Hospital), Shijiazhuang Hebei

<sup>2</sup>The Mental Health Center of Zhengding 256 Hospital, The Medical and Health Management Company, The Rongtong Group of China, Zhengding Hebei

<sup>3</sup>The Fourth Outpatient Department, The 980<sup>th</sup> Hospital of Joint Support Force of China People's Liberation Army, Shijiazhuang Hebei

<sup>4</sup>The Health Department, The 980<sup>th</sup> Hospital of Joint Support Force of China People's Liberation Army, Shijiazhuang Hebei

Received: Dec. 27<sup>th</sup>, 2024; accepted: Jan. 21<sup>st</sup>, 2025; published: Jan. 30<sup>th</sup>, 2025

\*通讯作者。

文章引用: 周小东, 张翠菊, 王军梅, 王朋, 胡兴娟, 贾慧贤, 张俊纳, 刘知霞. 延迟性哀伤障碍(PGD)的研究进展[J]. 临床医学进展, 2025, 15(1): 2034-2044. DOI: 10.12677/acm.2025.151270

## Abstract

This article summarizes and analyzes the research progress on postpone grief disorder in recent years, mainly involving diagnostic criteria, differentiation points, susceptibility and influencing factors, as well as possible pathogenesis. It is believed that the current diagnostic criteria for PGD corresponding to ICD-11 or DSM-5-TR still need to consider the influence of cultural differences, cross-cultural factors, and even religious beliefs, in order to develop diagnostic criteria with broad applicability and operability in the future.

## Keywords

Postpone Grief Disorder, Diagnostic Criteria, Influencing Factors

Copyright © 2025 by author(s) and Hans Publishers Inc.

This work is licensed under the Creative Commons Attribution International License (CC BY 4.0).

<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



Open Access

## 1. 引言

2019 年公布的精神医学名词：哀伤反应(grief reaction)，也称悲伤反应。出自《精神医学名词》第一版。书中将其定义为：失去亲人者对于丧亲的一种反应。这种反应可以特征性地从震惊和困惑期开始，经过全神贯注于死者的抑郁期，最后进入逐渐消除时期。偏离这个顺序的情况也是常见的，而且悲伤的病理表现可以构成明显的抑郁性疾病[1]。说明部分抑郁症患者的诱发因素是哀伤事件。

延迟性哀伤障碍(Postpone Grief Disorder，简称：PGD)，有时也称复杂性哀伤，或持续性复杂性丧亲障碍，是一种由亲近的人去世引发的病理性哀伤反应。在经历亲人离世后的前几个月内，复杂性哀伤和正常哀伤有许多相同的体征和症状。然而，正常哀伤的症状通常会随时间流逝逐渐消退，而复杂性哀伤的症状则会持续存在甚至可能加剧。PGD 主要表现为：强烈的忧伤、悲痛、哀思沉思去世的亲人，除了亲人去世外不再关注任何事情；极端关注亲人的遗物或过分回避这些遗物；长期强烈渴望或思念已逝之人；难以接受死亡的事实；或麻木或冷漠；或悲痛欲绝；感觉生活毫无意义或目的；不信任别人；无法享受生活或追思和亲人在一起时的愉快过往。如持续出现以下情况，也应高度怀疑属于 PGD：难以过正常生活；自我隔离并拒绝社交；抑郁、深度忧伤、内疚或自责；认为自己做错事或本来可以阻止死亡；感觉失去爱人后生活毫无意义；希望和爱人一起赴死。目前关于 PGD 患病率的研究结果差异较大，其范围在 3.4%到 20%之间。

由于 PGD 的诊断、鉴别、筛查评估和规范化治疗，仅在近期的 ICD-11 和 DSM-5-TR 出现，本文就近些年来有关 PGD 研究的进展和现况予以概括，便于临床医生早期识别和处理。

## 2. PGD 的临床表现、诊断标准、鉴别、筛查和评估、治疗

Kristin L. Szuhany 等[2](2021)发表了一篇有关 PGD 病程、诊断、评估和治疗的综述性文章，对 PGD 的临床面貌进行了概括。认为失去亲人是人生中最大的应激反应。虽然多数丧亲者在经历急性强烈的哀伤反应并随时间的推移逐渐减轻，但仍有约 10%左右发展成为 PGD。诊断 PGD 需要考虑病程因素，资料回顾发现 PGD 的评估时间需要长达 3 年之久，哀伤反应最严重的时段是在丧亲后的 6 个月左右。哀伤反应持续时间的长短，受宗教和文化的影响。悲伤反应从急性发展到更为复杂、综合心理变化的方向进

行。如果失去多个亲人就可能会因为不同的死亡原因,而经历不同的急性悲伤反应(Acute Grief)。急性悲伤反应持续时间和严重程度受多种因素的影响,比如与死亡者的关系紧密度、特定死亡原因、丧亲者是否全神关注于死者、情绪反应强度以及对死者的想念和回忆程度等。可以导致丧亲者出现一段时间的社会活动减少等变化。对于大多数丧亲者来说,急性严重的悲痛期过后,就是各种心理活动的整合阶段,意味着个体已逐渐适应了这种丧亲应激,此阶段的悲痛反应更多地集中在生活的背景之中,可以有意义地重新参与没有死者的生活中。研究显示,丧亲后 6~12 个月是这一阶段出现的高峰期。PGD 的特征是在失去亲人后出现持续存在的精神痛苦,导致 PGD 出现的原因包括一些适应不良的想法(如自责)、回避行为、情绪管理失控、继发健康和社会地位的变化以及缺乏社会支持等。PGD 与导致多因素死亡的风险具有较高的负面相关,即便是控制了抑郁症和创伤后应激障碍(PTSD)的情况下,PGD 也与自杀意念和行为的风险高度相关,对于自杀幸存者而言,更是如此。研究表明 20%~50%以上的 PGD 存在自杀意念。另外,PGD 也与一般健康问题、癌症以及物质使用障碍之间也存在着一定关联。有关 PGD 的诊断标准只在最近的 ICD-11 标准中出现。而 DSM-5 诊断标准,直到在其修订版(TR)上才被纳入。在此之前,许多相关联的名称,如病理性悲伤(Pathological Grief)、延迟性悲伤(Prolonged Grief)、复杂性悲伤(Complicated Grief)等术语先后出现过。DSM-5-TR 上的名称是持续性的复杂性哀伤障碍(Persistent Complex Bereavement Disorder, PCBD)。如 DSM-5-TR 有关 PCBD 或 PGD 的诊断标准为:

① 至少 12 个月前,有一人死亡,且与患者关系密切(如死亡者是儿童和青少年,至少 6 个月前)。

② 自死亡事件发生以来,丧亲者出现持续性的哀伤反应,存在以下 1 种或多种症状,且多数情况下都持续存在:对死者的强烈思念/渴望;反复对死者的思念和记忆,挥之不去(在儿童和青少年中,关注可能集中在死亡的事件中);上述症状在过去的一个月里,几乎每天都出现。

③ 自死亡事件发生以来的大多数时间中,至少有 3 种以下的症状出现,在临床上有重要意义:身份认同中断(如感觉自己的一部分已经死亡);对死亡有明显的怀疑感(否认);避免提醒对方死亡话题(避免提醒死亡事件)(注:在儿童和青少年中,可能表现为努力避免提醒);与死亡有关的强烈的情感痛苦(如愤怒、苦恼、悲伤);难以重新融入自己的关系和活动圈(如与朋友交往、追求兴趣或规划未来的问题);情感麻木(情感体验缺失或体验明显减少);因为死亡事件,感觉到生活毫无意义;感觉到自己强烈的孤独感。此外,至少在过去的 1 个月里,这些症状几乎天天出现。

④ 上述困扰影响了丧亲者的社会、职业以及其他重要功能,并造成临床上显著的痛苦或其他负面影响。

ICD-11 中有关 PGD 诊断标准与 DSM-5-TR 大体上相似,略有差异体现在前者的诊断更为宽泛。DSM-5-TR 要求 PGD 的诊断是死亡事件要在诊断前的至少 12 个月前发生,而不是 6 个月。是两个诊断标准的最大区别。两者都要求基本症状是持续的渴望与思念以及对死者挥之不去的想念和回忆。而且,DSM-5-TR 要求 3 个基本症状,几乎每天都出现至少 1 个月,说明 DSM 更重视死亡事件的创伤和其他压力事件的影响作用。尽管影响 PGD 预后的因素中,文化差异和宗教信仰有着较为重要的作用,遗憾的是两个诊断标准均未提及。这是未来需要重视的方面。

有关 PGD 鉴别诊断,包括与重症抑郁障碍、PTSD、正常或急性哀伤反应的鉴别。需要指出的是虽然失去亲人的最初的、强烈的情绪反应,并不代表绝大多数人因此就判断为 PGD 的早期阶段。失去亲人后的急性悲痛,尤其是对所爱之人的强烈依恋,是一种正常反应,不能被视为病理化。急性悲伤中出现的症状,与 PGD 的表现会有一些重叠,比如震惊或难以置信的感觉、渴望、一波又一波的悲伤或其他强烈的情绪反应、与他人脱节的感觉和脱离角色或责任的愿望等。值得注意的是在 DSM-5 中,丧亲之痛,不再被列入重度抑郁诊断的排除因素,可见丧亲之痛,仍然作为诊断重度抑郁的标准之一。针对 PGD 的筛查和评估常用工具,作者推荐了几种,可作为临床参考,如简明哀伤问卷(Brief Grief Questionnaire, BGQ)、

复杂哀伤清单(Inventory of Complicated Grief, ICG)、延迟性哀伤障碍量表-13 项(Prolonged Grief Disorder-13, PGD-13)、复杂性哀伤的结构化临床访谈问卷(Structured Clinical Interview for Complicated Grief, SCICG)、临床用 PGD 量表(Clinician-Administered Prolonged Grief Disorder Scale, CAPGD)等。治疗 PGD 的方法,目前主要采用短期干预措施、CBT、支持性团体治疗、对症药物治疗,或综合干预,均可以获得较为理想的结果。

### 3. 有关 PGD 临床研究的相关进展情况

Cristina Peña-Vargas 等[3] (2021),对 PGD 的产生理论基础进行了分析。根据情感反应的神经学理论,哀伤是作为人类生存中最原始的 7 个情绪功能之一。但是,异常哀伤反应可以导致个体生活显著受损,引起心理病理改变,比如重症抑郁性障碍。研究哀伤反应应该转换成生物-心理-社会的综合模式。抛弃过时的模式,比如 Kübler-Ross 理论,这种理论的一致性较差。精神神经免疫学研究显示负性生活事件,如社会性丧失与重症抑郁性障碍显著相关,而且还参与了慢性疾病状态中的炎性反应过程。同样,研究人员在情感神经科学领域也发现延长和持续性激活哀伤神经通路可以导致神经犒赏系统受到抑制,从而出现抑郁症状群。作者使用生物-心理-社会模式的理论分析了哀伤反应导致病理心理学的机制,发现其中社会性丧失与非社会性或象征性丧失的比较,更为突出地体现在与哀伤和抑郁之间的关系之中。但是,有关非社会性或象征性缺失(非死亡相关因素)、哀伤以及生物免疫性标志物意义,研究资料仍然不足。资料显示非死亡相关的丧失性因素与慢性免疫性疾病存在潜在性、持续性的相关影响。患者免疫状态的一系列潜在性变化可能会影响到几种心理丧失的类型,可作为危险因子加以评估。现有文献中有关哀伤的过程、临床表现以及不同心理哀伤类型的差异,原因在于研究人员使用的一些非经验模式和方法,影响了研究结果。所以,最重要的揭示哀伤和心理丧失类型的经验模式需要使用有效的方法,研究所表达的理论要弄明白有关综合手段中的影响因素。作者根据部分研究结果进行了归纳,认为丧失心理是导致重症抑郁症状学和免疫失调的原因之一。然而,进一步的研究显示并表明潜在性的生物、心理和社会因素在哀伤机制发生的过程中,存在着一些特殊的机制。虽然, Kübler-Ross 的哀伤理论被广泛引用,但仍存在着不同看法。比如批评者近几年就提出了许多新的理论,主要观点是基于生物、心理和社会哀伤模式的理论需要持续长时间的观察。正如 Kübler-Ross 所陈述的,抑郁发生在哀伤过程中最后一个阶段也许不是一个巧合。因为研究情感反应的神经科学已经表明哀伤反应和重症抑郁发作之间存在明显的相关性。

另一方面,研究表明,情绪的调节机制在应对哀伤反应和丧失心理之间具有一定的作用。它可以影响到抑郁情绪的预后结果和触发病理心理变化过程。这些变化因素并不能在早期就辨识出与病理心理之间的联系。通过文献复习,也发现情绪的调节功能与哀伤导致的病理心理呈高度相关,也显示出病理心理与哀伤应对机制是相关的。与 Panksepp 氏神经-情感哀伤模式也是一致的。社会关系中的哀伤系统作用可以很好地解释应对模式和情绪调节之间是如何产生关联的。要回答有关哀伤反应、抑郁和躯体健康方面的一些特殊问题,开展实证研究至关重要,尤其是一些免疫问题的患者在这过程中,他们的一些生化免疫指标可以出现显著的、危险性恶化。情感神经科学领域已经确定了主要情绪的关键生理途径,可以有助于我们去理解生物学是如何影响情绪和躯体功能。利用这些有关主要情绪功能的信息可以引导研究人员更好地理解精神病理学的内表型表达。

Carina Heeke 等[4] (2019)进行了一项研究,采用 Meta 分析,了解成年人经历残暴性丧失(如杀人、自杀或事故导致的丧失)后,分析与 PGD 之间是否存在相关性。研究发现两者间呈高度正相关。研究人员通过 PsycINFO、PsycARTICLES、PubMed、Web of Science、Scopus 等资源平台,系统收集相关文献。使用 Pearson 相关性统计分析两者的相关性。结果,收集了符合条件的 2003 年至 2017 年间(N = 5911 例)发表的研究文章 37 篇,其中有 29 篇显示出有潜在性的相关性。多数研究使用的是交叉设计。结果表明

具有显著性差异的共病项目有：精神病性症状( $r = 0.50 \sim 0.59$ )，自杀性( $r = 0.41$ ，95%可信区间，CI: 0.30; 0.52)，和反复思考(rumination,  $r = 0.42$ , 95% CI: 0.31; 0.52)。同时，发现中度相关的项目有创伤性事件的暴露程度和与死者密切关系程度等因素。轻度相关性与当事人的社会学特征、复合性丧失、躯体症状、宗教信仰有关。有 10 份研究显示残暴性丧失与 PGD 之间没有显著性关联。一些异质性和小样本研究评估也明确提示两者存在肯定的关联。本文研究人员认为与心理障碍的关联性可能表明其精神病理学有着共同的发病机制。因此，强烈建议临床医生要仔细评估经历残暴性丧失合并有 PGD 的患者中的自杀观念。也建议需要进一步开展纵向长时段观察，扩大样本，以便弄明白有哪些因素影响 PGD 的转归。

Charlotte E. Hilberdink 等[5] (2023)撰写了一篇综述文章，站在全球的视角上，观察丧亲之痛与 PGD 的关系。认为亲人的死亡，导致的丧亲之痛是一个人类普遍的经历过程，它反映着人类心理健康的一个状态。其实，哀伤反应是指针对丧亲之痛所出现的认知、情绪和行为反应的模式。几乎每个人都会在人生的某个阶段有所经历。哀伤是一个过程，通过这个过程哀伤者开始接受失去亲人的痛苦，想象没有死者的生活情景。尽管大多数丧亲之痛会随着时间的推移而逐渐消退，但还是会有少数人患上近期被确定为的延迟性哀伤障碍(PGD)。尽管丧亲者的哀伤反应在不同文化中普遍存在，但不同文化之间的表达可能存在着一定的差异。特别是在可能容易罹患 PGD 的人群，如难民、移民和冲突幸存者当中出现。目前有关 PGD 的诊断标准主要是基于西方哀伤人群，所以治疗 PGD 的方法存在文化适应性上的限制。针对 PGD 筛查和评估的跨文化观察和验证，对于支持今后有关哀伤反应和 PGD 的进一步研究至关重要，尤其是在非西方背景下，关注未来可能会对 PGD 产生重大影响的全球变化和挑战。针对 PGD 进行的更多的跨文化研究，需要关注文化背景。另外，PGD 还要结合文化上的差异进行症状识别，以选择合适的治疗方案，最终的目的是改善个体健康以及完善医疗保健体系。

Naomi M. Simon 等[6] (2020)纵观有关 PGD 的研究成果后，强烈支持将有关 PGD 的评论意见纳入 DSM 诊断系统之中。亲人的去世是人生面临的最大的压力性事件。大多数丧亲者都会经历一段强烈的哀伤反应，但也会随着时间的推移，逐渐适应失去亲人带来的变化，哀伤的强度也会逐渐减弱。在过去的 40 余年里，有关哀伤反应的研究越来越集中在 PGD 中。而且，越来越多的实质性证据也支持哀伤相关障碍的临床价值，包括诊断标准的建立以及提供相应的靶向治疗的临床意义。ICD-11 已经将 PGD 的诊断纳入其中。DSM-5 将 PGD 称之为持久性、复杂性丧亲障碍(PCBD)，并将其归入第三节中，同时也表示其诊断是有必要的，但还需要进一步研究以确定最佳的标准。在区分它与正常悲伤的最佳阈值和时间框架方面也缺乏一致性。作者认为需要认真研究 PGD 的历史演变、共病以及关键变化指标。强调做出 PGD 诊断时需要关注临床上的相关性。ICD-11 已经将 PGD 列为可以编码的诊断，诊断指南也比较简单和灵活，但是对特定的症状和顺序没有明确的要求。临床医生在使用 ICD-11 时通常习惯于原型匹配方法。尽管过去强调的是将诊断工具侧重于提高标准的规范性和可靠性，但近期则转变为优先考虑临床实用性方面。因为过去的诊断标准往往过于冗长，临床使用也不方便。ICD-11 就比较灵活，医生可以以一种非常符合，更加严格的 PGD 标准进行诊断，也可以用符合复杂性哀伤(CB)诊断的标准在临床上运用。两者的诊断结构重点都在于患者对待死者的渴望和持续性关注程度作为核心症状，同时附加强烈情绪痛苦的症状群，列出了一个包括情绪痛苦在内的系列指标。此外，要求医生辨认出 PGD 患者出现的严重社会心理障碍是否达到 6 个月，同时也超出了个体所允许的，以及预期的社会文化范畴。DSM-5 工作组针对这种情况也给出了相应的建议。在诊断标准中，美国精神病协会建议把 PGD 列入创伤和相关疾病范畴，正式编码为“其他创伤和压力源相关疾病”中的一个子类型。

Satomi Nakajima (2017) [7]发表了一篇有关复杂性哀伤反应的诊断与治疗最新进展的专题文章。他认为在人类中出现针对亲人去世后出现哀伤反应是正常而自然的事，但有一些人反应过重，持续时间过长。上个世纪的 90 年代间，人们把持续存在的、反应强烈的、急性异常的哀伤反应称之为“复杂性哀伤

(complicated grief, CG)”。许多研究显示患有 CG 者,有长期身心健康受损和自杀行为的风险。因此被认为是一种病理状态,需要进行干预和治疗。所以,DSM-5 就将其命名为 PCBD,并作为一种精神障碍看待,与创伤和应激相关障碍相似。近十几年来,也开始考虑为 CG 进行治疗了。随机对照研究表明使用认知行为治疗(CBT)于 CG 患者是有效的,包括针对患者靶症状的暴露。但是,专家们对 CG 的术语和诊断标准仍存在不同意见。在 ICD-11 测试版(草案)中 PGD 的术语和症状的持续时间与 DSM-5 中的 CG 存在着一定的差异。这种差异主要是专家对哀伤反应的核心症状和 CG 患者缺乏生物学基础有关。所以,还需要进一步针对 CG 进行研究,包括生物学指标以及就 CG 的诊断标准达成共识。失去亲人是不可避免的,近些年来,针对哀伤心理,特别是病理性哀伤的研究越来越深入。针对 CG 的研究起始于 20 世纪 90 年代,重点关注其急性哀伤反应且持续时间较长时对生理、心理和社会功能的影响,同时制定了相应的治疗措施。后来,DSM-5 将 CG 命名为 PCBD,并将其纳入精神疾病范畴,也就标志着研究 CG 进入到了一个新的里程碑。CG 在普通人群中的患病率为 2.4%至 6.7%;这一数值意味着有许多人长期受到 CG 的折磨,特别是在受灾害或有冲突的地区中。作者强调开发标准化临床评估工具和实施有效、便捷的治疗方法非常重要。

Andreas Maercker 等[8](2022)认为正逐渐开始使用的 ICD-11 诊断系统中,形成了一组新的与压力特别关联的精神障碍,尤其是该组疾病的诊断特征和文化规范,非常值得注意。PGD 就被归入其中。当然这一组疾病中的代表就是熟知的创伤后应激障碍(PTSD)。说明 PGD 已经引起了研究人员的重视。

Mary-Frances O'Connor 等[9](2022)认为,有关哀伤反应理论模型中的有影响力的认知压力模型应该用认知神经科学的证据来更新。将人类和动物的依恋神经科学理论联合起来分析。作者提出了依恋图示的永恒性的语义知识理论(the semantic knowledge of the everlasting nature of the attachment figure model 或 Gone-But-Also-Everlasting model),这些知识与死亡的自传体记忆、死亡情景是相互冲突的。这种理论也许可以解释哀伤反应的持续时间,以及预测 PGD 出现的可能性。当然,这种理论模型强调哀伤反应是一种习得性,并且需要时间和经验来进行反馈。丧失之前就存在着的困难,比如配偶依赖或海马体积异常(萎缩),则有可能出现习得性行为的时间延长并预测 PGD 出现的可能性较大。回避、消沉、应激诱导的海马体积萎缩等并发症也可能在丧失之后得以发展,从而确立预测 PGD 的功能和结构机制。自 20 世纪 80 年代开始,针对丧亲哀伤理论研究的主要方法是来自于认知压力理论和依恋理论。认知压力理论认为丧亲之痛是一种压力性生活事件,事件所产生的压力超出了一个人应对重大的调整性资源能力。观点聚焦于将这一事件叠加到正在进行的生活目标和行为之中,而不是减轻实现成功目标和行为的自我功能因素,比如爱一个人或依靠一个人的能力。但是,有关人类和动物的丧亲和丧失理论模型表明,认知压力理论还不能完全解释在分离过程中的应激反应的基础神经生物学。在亲人互动期间的依恋编码会在分离过程中产生的应激反应比认知压力反应理论所推测的更加无意识和自动化。

在日常生活中,我们对依恋形象的需求带来的一个问题是,哺乳性生物的社会性属性都是可移动的。所以我们必须反复找到我们的亲人来满足这一需求。依恋依赖于对于对方持久性的预测,因为依恋可以使社会性哺乳动物一天中离去又返回多次的纽带。建立亲情绑定功能是大脑的一项关键功能。比如,在草原田鼠中,就发现伏隔核的体积大小受亲密伙伴的接近而增大,反之亦然。

Fur-Hsing Wen 等[10](2022)研究发现 ICU 中的死者家属成员有合并出现 PGD、PTSD 和抑郁症的风险。但是,由于缺乏相关研究,有关 PGD、PTSD 和抑郁症与时间顺序关系的知识还相当有限。而且,针对 PGD 诊断的时间标准也存在不同的意见。所以,作者进行了一项研究,目的是通过反映 PGD 持续时间标准的评估,确定 ICU 中的死者家属在丧亲后的 2 年中 PGD、PTSD 和抑郁症状之间时间相互关系。方法是采用前瞻性、纵向观察,分别在丧亲后的第 6、13、18 和 24 个月时,使用《PGD-13 项版本》《事件影响量表——修订版》和《医院焦虑和抑郁量表》的抑郁子量表的 11 个条目,对来自于两家教学医院

的 303 名 ICU 中的死者家属进行了 PGD、PTSD 和抑郁症状的调查。采用交叉滞后面板建模(the cross-lagged panel modeling, CLPM)。描述变量之间相互关系的一种纵向数据分析方法)的方法进行数据分析。结果 PGD 症状的自回归系数(autoregressive)为:0.570~0.673; PTSD 是:0.375~0.687; 抑郁症是:0.591~0.655。系数随着时间的推移保持稳定。交叉滞后标准系数(CLSC)结果显示针对失去亲人后的家属, 在第 6 个月所检测出的抑郁症状可以预测第 13 个月时 PGD (0.146)和 PTS (0.208)是否会出现后续症状。但是, PGD 症状就不能预测抑郁症状。PTSD 症状可以预测第 2 年是否会出现抑郁症状(0.175~0.278)。PGD 症状可一致性预测失去亲人后头 2 年中 PTSD 的症状(0.180~0.263)。而 PTSD 的症状只能在丧亲后第二年, 才能预测 PGD 的症状出现与否(0.190~0.214)。PGD 和 PTSD 的症状在丧亲后的第二年间的关系, 呈现双向相关。通过上述的观察, 作者发现 PGD、PTSD 和抑郁症状都可以持续到丧亲后的第 2 个年头。但是, 在失去亲人后的 6 个月, PGD 症状的持续存在会导致 PTSD 随着时间的推移而加剧的风险, PTSD 长期化与失去亲人后第一年出现的抑郁症状和 PGD 症状密切相关。

还是 Fur-Hsing Wen 等<sup>[11]</sup> (2022), 同年进行了另一项研究。目的是观察在 ICU 中, 失去亲人的家人中心理紧张状态与 PGD 之间的关系。在 ICU 中死亡者家属中, 出现一些心理紧张状态, 如焦虑、抑郁和 PTSD。尽管容易辨识, 通常都是独立进行评估的。探索这些心理紧张状态与未来是否发展为 PGD, 却较少研究过。研究人员仔细观察了在 ICU 中死亡者家属, 在丧亲后的第 3 个月和第 6 个月时, 心理紧张状态的反应形式与 PGD 之间的演变关系。方法是收集 319 例丧亲家属进行纵向观察。分别采用医院用焦虑和抑郁量表、修订版的事件影响量表、以及 PGD-13 评定量表中的焦虑和抑郁亚量表, 对他们进行焦虑、抑郁、PTSD 和 PGD 进行症状评估。采用逻辑回归检验方法了解心理紧张状态与 PGD 之间的关系。结果显示丧亲对家属没有产生困扰影响的占 56.3%; 出现严重抑郁/焦虑困扰影响的占 30.5%; 出现严重焦虑/抑郁/PTSD 者占 13.3%。除了无心理困扰的人群外, 那些有心理紧张困扰的丧亲家属, 随着时间的推移, 症状有逐渐减轻的趋势。在丧亲后的第 3 个月时, 每种心理紧张的困惑家属比例是无困惑者占 76.8%; 严重抑郁/焦虑困扰者占 18.6%; 而出现严重焦虑/抑郁/PTSD 困扰者仅占 4.6%。而且, 在丧亲第 3 个月时仍处于严重抑郁/焦虑困扰和严重焦虑/抑郁/PTSD 困扰者的死亡者家属更有可能在丧亲后的第 6 个月时, 患上 PGD(可信区间在 95%时的 OR 分别是 14.58 和 104.50)。由此得出的结论是 ICU 中死亡者家属如果在丧亲之痛早期患有严重抑郁/焦虑困扰和严重焦虑/抑郁/PTSD 时, 他们更有可能在 6 个月后进展成为 PGD。

Richard D. Goldstein 等<sup>[12]</sup> (2019)进行了一项研究, 目的是识别出患 PGD 风险方面的个体因素, 同时推测可能的发病机理。有一种研究方法, 是针对婴儿猝死综合征(Sudden infant death syndrome, 简称 SIDS)时高危女性的。这种方法可以前瞻性了解女性的社会功能以及监测她们的健康怀孕状态。这些母亲是婴儿猝死综合征后处于丧亲阶段中接受观察的人群。收集 12000 名相关孕妇的数据, 分析其中 50 名死于婴儿猝死综合征之后的母亲在 2~48 个月时的悲伤症状和 PGD 的关系, 重点关注婴儿死亡前母亲的焦虑、抑郁、酒精使用、母亲年龄、家中是否还有其他在世的儿童以及之前有无死亡儿童等 6 个风险因素。结果显示存在 4 个因素的母亲罹患 PGD 的风险时间可长达 24 个月之久( $P < 0.003$ ); 存在 2~3 个因素的母亲罹患 PGD 的风险时间可达 12 个月( $P = 0.02$ )。母亲的 PGD 患病率在婴儿死亡后的第二年有所上升, 但是到了第 3 年时, 所有组别的 PGD 患病率有所下降, 并接近 40%。婴儿死亡前母亲患有抑郁症状者与 PGD 的风险呈显著相关。同时, 也发现之前有大量饮酒史和母亲年龄偏大也与 PGD 发生率呈正相关。另外, 母亲在婴儿死亡后的 6~24 个月之间进行 PGD 的风险因素评估, 具有较好的预测作用(C-统计 = 0.83)。研究人员认为一种个人因素的组合方式, 可以预测母亲在丧亲之后 2 年中罹患 PGD 的风险性。同时, 研究还发现丧亲母亲罹患 PGD, 在丧亲后的 2~3 年中有较高的汇集趋势, 即便是低风险的母亲在这段时间中也有增高的现象。总体而言, 个体危险因素对 PGD 的影响存在着差异。

Regina Steil 等[13] (2019)认为 PGD 是丧亲之痛后的、特有的一组临床综合征。它与其他精神障碍有所不同,其特征是深深怀念失去的亲人,同时感受到一种强烈的情绪痛苦或焦虑困扰。感受到剧烈的损失体验是 PGD 发生过程中最主要的风险因素。有关 PGD 的研究已在不同人群当中进行过,主要是集中在小样本中,仅有少数具有代表性。尽管研究已经表明,创伤经历合并与移民有关的挑战使得难民更容易罹患上 PGD,但 PGD 很少在难民群中进行研究。因此,作者根据 Prigerson 及其同事在 2009 年提出的标准,研究了在德国女性难民中的 PGD 的患病率和 PGD 与她们中存在的其它常见精神病理症状,如焦虑、抑郁、躯体化和创伤等之间的关系。方法是收集了 106 名女性难民,并对她们的丧亲之痛和 PGD 进行了评估,其中的 85 名接受了 PGD 量表(PG-13 项)的评估,焦虑和抑郁的评估使用霍普金斯 25 项症状清单(HSCL-25),躯体化的评估采用症状清单-90 (SCL-90)中的躯体化亚量表,目睹和经历创伤的人员采用创伤后诊断量表(PDS/HTQ)分别进行评定。结果 106 名入组者中有 90 名经历过丧亲之痛,她们中又有 9.41%符合 PGD 的诊断。这些 PGD 患者中最常见的症状是痛苦体验、长时间深深思念失去的亲人以及对失去亲人的事实不愿接受。还有,丧亲的悲痛与抑郁、焦虑、躯体化症状以及经历创伤事件的数量都呈显著相关。研究结果显示 PGD 患病率与之前在难民群中的高发率是一致的。高丧亲反应率和 PGD 高发生率凸显了针对难民群进行 PGD 评估和专门定制治疗措施的必要性。而且,PGD 与相伴随的精神病理学特点,进一步强调需要治疗的必要性。

Peter J. Na 等[14] (2023)进行了一项针对美国退伍军人全国代表性样本中有关 PGD 的时点患病率以及相关因素的研究。方法是分析来自于美国退伍军人国立健康与康复力研究项目,收集了其中 2441 名具有代表性的样本。结果查出 158 名退伍军人(7.3%)符合 PGD 诊断标准。其中,PGD 最强的关联因素有不良的儿童经历、女性、亲属中的非自然死亡、知道亲人死于 2019 年新冠疫情影响以及亲属中的死亡人数。在调整了有关社会人口学资料、军事和创伤因素的变量之后,发现退伍军人中患 PGD 后,他们存在的 PTSD、重症抑郁和广泛性焦虑症的可能性是其他人员的 5~9 倍。在调整当前精神病理症状和物质使用障碍因素之后,发现他们的自杀观念和行为的风险性比其他人员的 2~3 倍。研究认为 PGD 可以作为精神疾病和自杀风险性判断的一个非常重要的、独立的靶症状群。因为,爱人或亲密伴侣的死亡是人类最具有压力和普遍性的负性生活经历之一,他们中的个别人会因此罹患上 PGD。PGD 于 2022 年首次作为正式诊断名称被纳入了 DSM-5-TR 范围,并确定了该疾病的特征是持续性的、与丧亲相关的情绪悲痛和哀伤,由此导致临床上显著的紧张痛苦或功能损害。退伍军人又是一个特殊群体,也是 PGD 高风险人群,他们面临着年龄偏高、战斗经历以及高自杀风险等因素,常导致过多死亡现象,从而需要面对丧失的痛苦压力。然而,截止本研究时,还不清楚基于人群的调查,以明确美国退伍军人 PGD 患病率及其相关因素。本研究的结论初步探明了 PGD 在这一人群中存在的基本情况,有一定的借鉴意义。

Julia Tremml 等[15] (2022)考虑到 DSM-5-TR(修订版)已将 PGD 纳入诊断体系,需要了解 PGD 导致的卫生资源负担情况,做出经济和专业力量的相应调整,前提是有必要为 PGD 提供流行病学的相关数据。其重要性在于新的诊断标准与以往旧的标准差异性会干扰该疾病的普遍性特点,从而影响卫生决策。较多的有关 PGD 患者人口学信息会更好地识别出有风险的人群。所以,本研究评估了新的 PGD 案例的诊断标准在具有代表性人群中患病率、诊断要素结构、社会人口学以及丧亲相关因素,同时探讨可能的预测因素有哪些。方法是分析在德国普通人群中的一个代表性样本( $n = 2531$ )中的 1371 例(54.2%),他们报告说一生中经历了重大的丧亲之痛经历。受调查者提供了他们的社会人口学数据和丧亲的相关内容。PGD 的症状使用德国版的延迟性哀伤反应量表(PG-13)和复杂性哀伤量表进行评估。这些项目可以与 DSM-5-TR 的 PGD 标准相比较。结果显示 PGD 的条件性患病率(Conditional Prevalence)为 3.4%。最常见的症状是强烈的情绪痛苦和对死者强烈的思念和渴望。验证性因子分析(the confirmatory factor analysis,

简称 CFA)证实了 PGD 为一种一维度模型。回归分析(Regression analysis)表明死亡后的时间、与死者的关系以及死亡前心理准备不足是 PGD 的重要的三个预测指标。作者认为虽然使用新的诊断标准发现 PGD 的患病率为 3.4%，低于荟萃分析之前发现的患病率(9.8%) [16]，但 PGD 在普通人群中仍然是一种严重的疾病。所以，临床医生要特别关注失去伴侣或孩子的丧亲者，还有对亲人死亡的心理准备不足者，这些高危人群可以增加 PGD 的风险性。

Hannah Comtesse 和 Rita Rosner [17] (2019)进行了一项在德国避难者中的 PGD 与丧亲和居留状态的影响的研究。作者认为避难者人群中除了创伤事件的高概率暴露外，许多到欧洲的难民还经历了巨大的人际损伤。所以，需要了解他们在最近逃离德国集中住宿区，寻求庇护的难民中 PGD 的发生率以及潜在风险因素。方法是收集来自不同国家的三组避难者(n = 99)，分别完成《创伤性哀伤自评清单》(TGI-SR)、《创伤后应激障碍检查表-5》(PCL-5)和《患者健康问卷调查表-9》(PHQ-9)。其中，第 1 组中的个人正在等待庇护决定(n = 29)；第 2 组成员的庇护申请遭到拒绝后(n = 32)并提出了上诉；第 3 组成员被允许持有临时居留身份证(n = 38)。结果显示 92%的参与者报告了失去一个亲人，他们当中有 20%符合 Prigerson 等(2009)提出的 PGD 诊断标准；有 16%符合 DSM-5 持续性复杂丧亲障碍的标准。另外，创伤后应激障碍发生率(45%)和抑郁发生率(42%)均较高。核心家庭成员死亡总数、创伤后应激障碍症状和临时居住状态均与 PGD 症状水平升高有明显关系。作者认为这些结果表明避难者中有较大比例患有 PGD。所以，需要筛查针对欧洲现有难民中存在的有关 PGD 诊治问题。

Eva-Maria Stelzer 等[18] (2020)因为 ICD-11 诊断标准将 PGD 作为一种新型精神障碍纳入，所以有针对性地进行了一项回顾性调查，也可以促进精神病理学的研究。但是，使用不同的诊断标准在跨文化群体中会出现患病率方面的显著差异。还有，这些标准除了北美国家和地区以外，在全球范围内的适用性还值得商榷，主要涉及研究 PGD 统一标准的异质性以及 ICD-11 项目的文化兼容性问题。作者认为：① ICD-11 有关 PGD 诊断标准是根据 WHO 对国际适用性的优先顺序进行概念化的结果；② 以此标准，来推断文化内和跨文化群体中的 PGD 患病率以及建立全球实用性标准而言，还存在着巨大的障碍；③ 目前，统一研究 PGD 存在的困难包括使用不同的诊断版本和计算方法、缺乏对当前 ICD-11 项目中的文化特异性研究等，可导致对患病率存在误判，由此产生的文化危机也会不断演变。作者对亚洲文化进行了回顾，证实了 PGD 的标准存在着全球性的异质性特点和文化方面的危机感。因为许多文化因素在背景上会影响症状的表达、感知、评估以及处理方式。例如，宗教信仰和习俗与文化密切相关，对悲伤体验的解释过程无疑会出现不同的变化。受宿命论等信仰的影响，如“富贵有命，生死在天”，所以，中国人丧亲者很少与他人分享他们的悲伤。当中国人安慰丧亲者时，常说“克制你的悲伤，顺应不可避免的变化(保重节哀)”，也就是说文化冲突和背景对 PGD 的影响是显而易见的。到目前为止，文化差异的重要性并没有在科学范围内加以讨论。临床决策需要实证研究作为基础，所以在概括症状群之前，要验证跨文化的悲伤反应这一点非常重要，特别是在试图为丧亲者提供足够的支持和安慰的时候。作者认为临床医生初次运用诊断标准的早期阶段是非常重要的时期，在多年的实践并使其固化之前，要让医生改变看法就有点困难了。作者强调尽管哀伤是人类的普遍体验，但存在着在表达方面的文化差异，因此在运用诊断标准之前尽早发现这些差异至关重要。近些年来，越来越多的实证研究，特别是中国大陆的研究，都揭示了西方国家以外地区人们的哀伤反应，同时也增加了有关病理性哀伤患病率的知识累计。但是，尽管做出了巨大的努力，还是未能确定适应全球的、通用的 PGD 诊断标准。由于诊断标准在对照患者使用时存在的异质性特点，使得文化群体内和跨文化群体之间的 PGD 患病率不同，这是对文化兼容性的主要挑战。如果研究人员使用不同的诊断方法来评估 PGD 案例，那么有关患病率和跨文化适用性结论的可靠性就会值得怀疑。

## 4. 结论

延迟性哀伤障碍(PGD)作为一组独立的疾病诊断单元,被纳入 ICD-11 和 DSM-5-TR 仅 2~3 年时间,被临床医生和社会上普遍接受还需经受一定时间的考验。由于丧亲之痛是人类正常的认知、情绪和行为反应的综合心理现象。但严重程度、持续时间和对个人生活、社会功能的影响受多方面的干扰,如死亡人员与丧亲者之间的紧密度、感情联系程度、对死亡的预期感受程度以及丧亲者本人心理健康程度等因素。同时,要明确诊断,除了必须与重症抑郁、创伤后应激障碍和急性哀伤反应相鉴别外,还要考虑丧亲者的文化背景、宗教信仰等文化适应性方面的因素。本文所概括的有关 PGD 研究进展,尤其是有关 PGD 的诊断标准、病理机制、影响因素等可以为临床医生提供参考意见。

## 参考文献

- [1] 医学名词审定委员会精神医学名词审定分会委员会. 精神医学名词[M]. 北京: 科学出版社, 2019: 42.
- [2] Szuhany, K.L., Malgaroli, M., Miron, C.D. and Simon, N.M. (2021) Prolonged Grief Disorder: Course, Diagnosis, Assessment, and Treatment. *Focus*, **19**, 161-172. <https://doi.org/10.1176/appi.focus.20200052>
- [3] Peña-Vargas, C., Armaiz-Peña, G. and Castro-Figueroa, E. (2021) A Biopsychosocial Approach to Grief, Depression, and the Role of Emotional Regulation. *Behavioral Sciences*, **11**, Article 110. <https://doi.org/10.3390/bs11080110>
- [4] Heeke, C., Kampisioua, C., Niemeyera, H., et al. (2019) A Systematic Review and Meta-Analysis of Correlates of Prolonged Grief Disorder in Adults Exposed to Violent Loss. *European Journal of Psychotraumatology*, **10**, Article ID: 1583524.
- [5] Hilberdink, C.E., Ghainder, K., Dubanchet, A., Hinton, D., Djelantik, A.A.A.M.J., Hall, B.J., et al. (2023) Bereavement Issues and Prolonged Grief Disorder: A Global Perspective. *Cambridge Prisms: Global Mental Health*, **10**, e32. <https://doi.org/10.1017/gmh.2023.28>
- [6] Simon, N.M., Shear, M.K., Reynolds, C.F., Cozza, S.J., Mauro, C., Zisook, S., et al. (2020) Commentary on Evidence in Support of a Grief-related Condition as a DSM Diagnosis. *Depression and Anxiety*, **37**, 9-16. <https://doi.org/10.1002/da.22985>
- [7] Nakajima, S. (2018) Complicated Grief: Recent Developments in Diagnostic Criteria and Treatment. *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences*, **373**, Article ID: 20170273. <https://doi.org/10.1098/rstb.2017.0273>
- [8] Maercker, A. and Eberle, D.J. (2022) Disorders Specifically Associated with Stress in ICD-11. *Clinical Psychology in Europe*, **4**, 1-16. <https://doi.org/10.32872/cpe.9711>
- [9] O'Connor, M. and Seeley, S.H. (2022) Grieving as a Form of Learning: Insights from Neuroscience Applied to Grief and Loss. *Current Opinion in Psychology*, **43**, 317-322. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2021.08.019>
- [10] Wen, F., Prigerson, H.G., Chou, W., Huang, C., Hu, T., Chiang, M.C., et al. (2022) How Symptoms of Prolonged Grief Disorder, Posttraumatic Stress Disorder, and Depression Relate to Each Other for Grieving ICU Families during the First Two Years of Bereavement. *Critical Care*, **26**, 330-336. <https://doi.org/10.1186/s13054-022-04216-5>
- [11] Wen, F., Chou, W., Huang, C., Hu, T., Chiang, M.C., Chuang, L., et al. (2022) ICU Bereaved Surrogates' Comorbid Psychological-Distress States and Their Associations with Prolonged Grief Disorder. *Critical Care*, **26**, 102-122. <https://doi.org/10.1186/s13054-022-03981-7>
- [12] Goldstein, R.D., Petty, C.R., Morris, S.E., Human, M., Odendaal, H., Elliott, A., et al. (2018) Pre-Loss Personal Factors and Prolonged Grief Disorder in Bereaved Mothers. *Psychological Medicine*, **49**, 2370-2378. <https://doi.org/10.1017/s0033291718003264>
- [13] Steil, R., Gutermann, J., Harrison, O., Starck, A., Schwartzkopff, L., Schouler-Ocak, M., et al. (2019) Prevalence of Prolonged Grief Disorder in a Sample of Female Refugees. *BMC Psychiatry*, **19**, Article No. 148. <https://doi.org/10.1186/s12888-019-2136-1>
- [14] Na, P.J., Fischer, I.C., Shear, K.M. and Pietrzak, R.H. (2023) Prevalence, Correlates, and Psychiatric Burden of Prolonged Grief Disorder in U.S. Military Veterans: Results from a Nationally Representative Study. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, **31**, 543-548. <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2023.02.007>
- [15] Trembl, J., Brähler, E. and Kersting, A. (2022) Prevalence, Factor Structure and Correlates of DSM-5-TR Criteria for Prolonged Grief Disorder. *Frontiers in Psychiatry*, **13**, Article 880380. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.880380>
- [16] Lundorff, M., Holmgren, H., Zachariae, R., Farver-Vestergaard, I. and O'Connor, M. (2017) Prevalence of Prolonged Grief Disorder in Adult Bereavement: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Affective Disorders*, **212**,

- 138-149. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.01.030>
- [17] Comtesse, H. and Rosner, R. (2019) Prolonged Grief Disorder among Asylum Seekers in Germany: The Influence of Losses and Residence Status. *European Journal of Psychotraumatology*, **10**, Article ID: 1591330. <https://doi.org/10.1080/2008198.2019.1591330>
- [18] Stelzer, E., Zhou, N., Maercker, A., O'Connor, M. and Killikelly, C. (2020) Prolonged Grief Disorder and the Cultural Crisis. *Frontiers in Psychology*, **10**, Article 2982. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.02982>