

延长哀伤障碍的诊断评估与治疗研究进展

熊婉婷¹, 吴和鸣¹, 陈静^{2,1}

摘要 延长哀伤障碍是一种由挚爱的亲人去世引发的病理性哀伤反应,即丧亲发生6个月后,个体对逝者持续哀伤,伴随着剧烈的情感痛苦,且社会功能受损。本文主要从延长哀伤障碍概念的提出及后续发展、其独立的诊断标准和评估工具、不同诊断系统与评估工具的区别与联系和其治疗方法的理论思考和实证研究等方面进行综述,并指出未来可考察相关概念的统一性、诊断评估的跨文化适用性及丰富治疗方法的理论研究。

关键词 延长哀伤障碍;诊断评估;治疗方法;综述

中图分类号 R741;R741.05;R749 **文献标识码** A **DOI** 10.16780/j.cnki.sjssgncj.20210852

自新型冠状病毒肺炎(以下简称“新冠肺炎”)爆发以来,人们的躯体、行为、情绪、认知等多方面的身心健康受到了巨大的影响^[1],其中最严重的伤害是死亡。截至2021年8月30日,全球因新冠肺炎死亡人数累计已逾450万例。多项研究表明,突然地或暴力地失去亲人会对丧亲者的精神健康产生不良影响,除增加多种精神障碍的患病风险外,有些人难以从悲痛中走出,出现了延长哀伤反应^[2]。因疫情产生的突发性丧亲者是一个不容忽视的群体。

延长哀伤障碍(prolonged grief disorder, PGD)是一种由挚爱的亲人去世引发的病理性哀伤反应。《国际疾病分类(第11版)》(International Classification of Disorders, ICD-11)将其定义为:在丧亲至少6个月后,丧亲者对逝者长期持久的哀伤,表现为愤怒、难以接受、情感麻木、社交回避等,这些反应与其所处的文化和宗教传统不相符;此外,个体剧烈的情感痛苦已经严重损害了社会功能^[3]。我国有关PGD的研究还处在起步阶段,相关研究主要包括流行病学调查以及对其评估工具的修订和验证^[4-7],新冠肺炎疫情也增加了提供干预的困难。因此,本研究将对PGD的概念提出及发展做简要回顾,综述其诊断评估和治疗等方面的研究成果,以期帮助心理卫生工作者更准确地评估和诊断新冠肺炎疫情后潜在的哀伤患者,并选择合适的疗法进行干预。

1 PGD的概念发展

哀伤是面对丧亲的自然反应,通常不会持续很长时间;但有一小部分人的哀伤迟迟无法消退。这种异常哀伤反应是持续的、难以缓解的,伴随与丧失相关的痛苦和损害,包括情感痛苦、孤独和无意义感、自杀意念、社交功能减退等^[8,9]。

随着研究不断丰富,这种状况也有了不同的名称,如病理性哀伤(pathological grief, PG)、创伤性哀伤(traumatic grief, TG)和复杂性哀伤(complicated grief, CG)等,其中复杂性哀伤是文献中最常用的术语。《精神障碍诊断统计手册(第五版)》(DSM-5)引入了另一个名称——持续性复杂丧亲障碍(persistent

complex bereavement disorder, PCBD)。近年来,PGD这一术语开始流行起来,研究者们认为“延长的(prolonged)”一词更能准确反映这类异常哀伤反应持久性的特点^[10],并被ICD-11纳入其中。本文选择使用“延长哀伤障碍”或“PGD”。因为将不同的名称互换使用会造成混淆,PGD更全面的囊括了这种病理性哀伤反应的特征,对其评估诊断和治疗方面的发展历程更具总结性。

2 PGD的诊断评估

2.1 诊断标准

近20年来,大量研究致力于论证PGD独立于其他精神障碍,并尝试为其制定诊断标准。

Horowitz等^[11]对70例丧亲者进行了追踪研究,并于1997年提出了复杂性哀伤(CG)诊断标准:共有7项症状(闯入3项、回避2项、适应不良2项),个体至少需要满足其中3项,且遭遇丧亲至少14个月,才能被诊断为复杂性哀伤。Prigerson等^[12]于1999年提出了创伤性哀伤(TG)诊断标准:共有12项症状(分离痛苦4项、创伤痛苦8项),个体至少需要满足分离痛苦中的3项和创伤痛苦中的4项,且症状至少持续2个月,才能被诊断为创伤性哀伤。Forstmeier和Maercker在2007年对这2个诊断系统进行比较后发现,尽管有着一些共同的特点,如都强调引起功能损害,都强调个体的严重表现和痛苦体验,但两者的诊断一致性仍然较差。原因可能是:这2个诊断系统存在明显不同的症状持续时间标准,且各自包含一些独特的症状。Horowitz等^[13]的标准(1997)更具有包容性,可以在研究的人群样本中发现更高的发病率。因此,他们认为未来研究应整合现有诊断系统,致力于为PGD制定国际适用的诊断标准。

2009年,Prigerson和Horowitz的2个工作组联合起来,共同完成了ICD-11中关于PGD诊断标准的提案,从症状、病程、严重程度和鉴别4个方面界定这种障碍,个体需满足以下5种标准才能考虑PGD诊断:经历丧亲;出现分离痛苦;出现至少5种认知、情感和行为症状;丧亲至少6个月;出现功能受损^[14]。

作者单位

1. 中国地质大学(武汉)心理科学与健康研究中心
武汉 430074

2. 武汉市精神卫生中心
武汉 430012

基金项目

2018年武汉市卫生和计划生育委员会面上重点项目(WX18B07)

收稿日期

2021-12-06

通讯作者

陈静

jingchenphd@

21cn.com

虽然 DSM-5 并未直接采纳 PGD 这一术语及其诊断标准,但在附录中新增了持续性复杂丧亲障碍(PCBD)的诊断。

对于这种疾病的不同名称和提出的症状标准是否一致,研究者们仍然存在争论。Maciejewski 等^[15]的研究结果表明,PGD 和 PCBD 的诊断一致性较高,因此二者为同一诊断实体,仅在语义上存在差异。也有研究者认为,两者最明显的不同在于症状的数量。Lenferink 用统计中的组合算法对 2 个诊断系统进行比较,发现有 37650 种可能性均能满足 PCBD 的诊断,而满足 PGD 的诊断标准的组合只有 48 种^[16]。即症状数量显著地影响患病率,当诊断 PGD 所需的症状数量增加时,PGD 患病率下降,与 PCBD 的诊断一致性上升^[17]。研究者们普遍认为,无论是从临床效用还是国际适应性来看,ICD-11 中的 PGD 的标准都更具优势,而 PCBD 的标准还存在局限^[18-20]。

此外,Shear 等^[21]于 2011 年还制定了一个新的复杂性哀伤(CG)诊断标准提案。在达到 CG 标准的患者中,自杀的想法和行为显著升高,这表明 CG 会增加自杀意念的易感性,这一症状是 CG 诊断系统中特有的,临床医生可以借此做更全面的风险评估。

2.2 评估工具

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,共 19 个条目,采用 5 点计分,用于测量分离痛苦和创伤痛苦的程度,得分>25 分可作为诊断 CG 的指标。

Horowitz 等于 1997 年编制的《复杂性哀伤量表》(Complicated Grief Module, CGM)是一个结构化的访谈提纲,有 3 个维度,共 30 个条目,分别为:哀伤性的闯入思维(12 项)、回避哀伤情绪的应激行为(6 项)和丧亲后很难或无法适应生活(12 项)。

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 个条目,其中 4 项为分离痛苦症状,11 项为创伤痛苦症状。

Prigerson 和 Maciejewski 根据 PGD 的诊断标准提案编制了《延长哀伤障碍问卷》(Prolonged Grief Disorder Questionnaire, PG-13),这是一个极简短的诊断工具,有 4 个维度:分离症状、认知情感和行症状、病程、功能受损,共 13 个条目,前 11 项采用 5 点计分,后 2 项为是非题,分数越高表示 PGD 症状越严重,得分>36 分表示出现 PGD 症状。该量表在多个国家都得到了良好的验证和适用^[22,23],戈新等^[7]也修订了中文版 PGD 问卷,对其信效度进行了验证。

此外,Boelen 等于 2005 年编制的《哀伤认知问卷》(Grief Cognition Questionnaire, GCQ)也是被广泛使用的量表。该量表具有良好的信效度,且作为唯一的哀伤认知评估工具,在哀伤认知研究领域起到了非常重要的作用。

3 PGD 的治疗

3.1 药物治疗

一些病例研究表明,5-羟色胺再摄取抑制剂的抗抑郁药可

能有助于治疗 PGD^[24];而另一项随机对照试验发现,三环类抗抑郁药对于减轻哀伤不起作用,即使它对丧亲者主要的抑郁症状有着强大的影响^[25]。药物治疗在治疗 PGD 中的效用仍不清楚,需要进一步研究。一些专家建议,药物治疗应该作为心理治疗的一项有效辅助手段^[26]。

3.2 心理治疗

3.2.1 个体治疗 ①心理动力学疗法。心理动力学疗法治疗 PGD 患者的目标一般包含以下 3 点:个体能保持自己的能力和自我价值感,并重拾生活希望;个体能维持原有人际关系,并开发和适应新的关系;尽管存在不可避免的丧失,丧亲事件仍能作为个体成长的机会。Horowitz 等^[27]发现这种治疗疗程短,针对性强的干预对治疗经历过丧亲的患者十分有效。心理动力学疗法实际上是精神分析的派生物,精神分析为丧亲者提供了特别的哀伤过程,与祭奠仪式有类似的心理功能^[28]。

②复杂性哀伤疗法。Shear 等^[29]于 2005 年提出了 1 种针对 PGD 的治疗方法(Complicated Grief Treatment, CGT),其疗程分为 3 个阶段,共经历约 16 次会谈:第 1 步,治疗着重于哀伤的心理教育;第 2 步,患者练习讲述所爱之人的死亡,即“重访(revisiting)”；第 3 步,讨论和探索丧失后的个体角色转变,从哀伤中恢复。Shear 等^[29]比较了 CGT 与人际心理治疗(IPT)的疗效,把 95 位患者随机分配接受 CGT(n=49)或 IPT(n=46),结果发现 2 组 PGD 症状均有减轻,与接受 IPT 的患者相比,接受 CGT 的患者表现出良好治疗反应的比例更大,且 PGD 症状减少得更快。在 1 项随机对照试验中,评估 CGT、抗抑郁药物和安慰剂治疗 PGD 的疗效,结果证明了 CGT 是治疗 PGD 的首选方法^[30]。

③认知行为疗法。针对 PGD 的认知行为疗法(Cognitive Behavioral Therapy, CBT)结合了暴露疗法和认知重组。暴露疗法基于“回避是维持 PGD 的关键症状”的观念,目的是逐渐增加患者与现实的对抗;认知重组着重于识别、挑战和改变消极认知。在荷兰的 1 项对丧亲者的研究中,54 例 PGD 患者被随机分配到 3 个治疗组,分别先接受 6 周暴露疗法、再接受 6 周认知重组,先接受 6 周认知重组、再接受 6 周暴露疗法,或者接受 12 周支持性咨询。与对照组相比,2 个实验组都表现出了更大的改善,说明 CBT 对于治疗 PGD 具有显著疗效;而认知行为条件的比较表明,暴露疗法比认知重组更有效,这表明鼓励 PGD 患者面对丧失和完成哀悼很重要,比改变思维模式更有帮助^[31]。基于此,Rosner 等^[32]设计了一个整合性的认知行为疗法(CG-CBT)用于治疗 PGD。除认知行为治疗外,CG-CBT 还包含了其他治疗流派的技术,如放松技术、格式塔治疗、焦点解决短期疗法、代际家庭疗法和意象工作等。一项试验证明了 CG-CBT 对 PGD 的疗效。

④基于互联网的 PGD 疗法。另一种能有效缓解 PGD 的治疗方式基于互联网,患者与治疗师通过电子邮件交流。在 1 组因丧子而患 PGD 的父母样本中(n=55),与对照组相比,那些得到电子邮件干预的患者 PGD 症状大量减少^[33]。18 个月后的随访调查结果显示,治疗效果得到了很好的维持^[34]。

3.2.2 团体治疗 在 1 项涉及共病 PGD 精神病住院患者的试

验中,给1组患者在常规治疗的基础上增加每周2次、持续9周的团体治疗,与对照组相比,该组患者的PGD症状大幅减少。这证明团体形式的干预对于改善PGD症状有效果,且这种干预是高度特异性的,对其他症状(如抑郁、焦虑等)不起作用^[35]。

另外2项研究也为团体治疗对PGD的疗效提供了证据,使用的疗法基于Shear(2005)的CGT。Supiano等^[36]以PGD老年患者为研究对象,比较了PGD团体治疗(n=16)与常规治疗(n=18)的疗效。尽管2组患者在PGD指标上都有改善,但PGD团体治疗组患者的改善明显更大。此外,在1项为期10周的团体治疗试验中,患者的PGD症状明显减轻^[37]。

与大多数PGD治疗采用认知行为疗法不同,Piper等比较了解释性心理动力团体疗法与支持性团体疗法,以139例PGD患者为研究对象,进行了1项为期12周的随机对照试验。解释性治疗侧重于增强患者对丧失和冲突模式的理解,支持性治疗的核心则是赞扬患者当前的努力。研究发现2种疗法的结果相似,2组患者的改善程度并无明显差异。第2次110例PGD患者参与的试验也获得了类似的结果^[38,39]。

4 展望

尽管在PGD的诊断标准和治疗研究中已经取得了大量成果,在该领域仍不乏值得继续深入探索的内容,未来的研究还需要在以下方面推进。①在循证基础上统一PGD的概念定义与诊断标准。未来的研究应致力于解决相关争议,提出标准化的概念界定及一系列诊断指南。②诊断评估的跨文化适用性。国内未来的研究应对诊断标准和评估工具进行本土化,结合中国文化和宗教背景探索更具适应性的评估工具。③治疗方法开发与完善。首先,目前使用的疗法大多基于认知-行为取向,其他的理论流派还有大量研究空间。其次,目前的疗法不具有特异性,忽略了个性特征和症状差异,未来的研究应该从提高治疗的普适性和特异性方面继续开展研究。最后,PGD的治疗可以与其他新的方向相结合,比如在暴露疗法中结合虚拟现实技术;另外,可以进一步发展和传播基于互联网的干预措施。目前疫情在全球范围内仍在流行,面对面的诊疗形式在一定程度上受到影响,在线形式的干预措施还有待进一步完善。

参考文献

[1] 葛传惠,赵婷婷,马猛弟,等.新型冠状病毒肺炎疫情期间大众心理健康状况调查[J].蚌埠医学院学报,2020,45:159-162.
[2] Kristensen P, Weisæth L, Heir T. Bereavement and mental health after sudden and violent losses: a review[J]. Psychiatry, 2012, 75: 76-97.
[3] Mauro C, Reynolds CF, Maercker A, et al. Prolonged grief disorder: clinical utility of ICD-11 diagnostic guidelines[J]. Psychol Med, 2019, 49: 861-867.
[4] 何丽,王建平,尉玮,等.301名丧亲者哀伤反应及其影响因素[J].中国临床心理学杂志,2013,21:5-9.
[5] 尉玮,王建平,何丽,等.哀伤认知问卷在中国丧亲者样本中的修订[J].中国临床心理学杂志,2014,22:6-10.
[6] 徐慰,何丽,符仲芳,等.重大疾病丧亲者的延长哀伤症状及预测因素[J].中国临床心理学杂志,2015,23:4-7.
[7] 弋新,高静,吴晨曦,等.中文版延长哀伤障碍问卷的信效度验证[J].重庆医学,2016,4:4-7.
[8] Eisma MC, Schut HA, Stroebe MS, et al. Adaptive and maladaptive

rumination after loss: A three-wave longitudinal study[J]. Br J Clin Psychol, 2015, 54: 163-180.
[9] Mitchell AM, Kim Y, Prigerson HG, Mortimer MK. Complicated grief and suicidal ideation in adult survivors of suicide[J]. Suicide Life Threat Behav, 2005, 35: 498-506.
[10] Wagner B, Maercker A. The Diagnosis of Complicated Grief as a Mental Disorder: A Critical Appraisal[J]. Psychologica Belgica, 2010, 50: 27-48.
[11] Horowitz MJ, Siegel B, Holen A, et al. Diagnostic criteria for complicated grief disorder[J]. Am J Psychiatry, 1997, 154: 904-910.
[12] Prigerson HG, Shear MK, Jacobs SC, et al. Consensus criteria for traumatic grief. A preliminary empirical test[J]. Br J Psychiatry, 1999, 174: 67-73.
[13] Forstmeier S, Maercker A. Comparison of two diagnostic systems for Complicated Grief[J]. J Affect Disord, 2007, 99: 203-211.
[14] 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: e1000121.
[15] Maciejewski PK, Maercker A, Boelen PA, et al. "Prolonged grief disorder" and "persistent complex bereavement disorder", but not "complicated grief", are one and the same diagnostic entity: an analysis of data from the Yale Bereavement Study[J]. World Psychiatry, 2016, 15: 266-275.
[16] Lenferink LIM, Eisma MC. 37,650 ways to have "persistent complex bereavement disorder" yet only 48 ways to have "prolonged grief disorder" [J]. Psychiatry Res, 2018, 261: 88-89.
[17] Boelen PA, Lenferink LIM, Nickerson A, et al. Evaluation of the factor structure, prevalence, and validity of disturbed grief in DSM-5 and ICD-11[J]. J Affect Disord, 2018, 240: 79-87.
[18] Cozza SJ, Fisher JE, Mauro C, et al. Performance of DSM-5 Persistent Complex Bereavement Disorder Criteria in a Community Sample of Bereaved Military Family Members[J]. Am J Psychiatry, 2016, 173: 919-929.
[19] Bonanno GA, Malgaroli M. Trajectories of grief: Comparing symptoms from the DSM-5 and ICD-11 diagnoses[J]. Depress Anxiety, 2020, 37: 17-25.
[20] Kilikelly C, Maercker A. Prolonged grief disorder for ICD-11: the primacy of clinical utility and international applicability[J]. Eur J Psychotraumatol, 2018, 8: 1476441.
[21] Shear MK, Simon N, Wall M, et al. Complicated grief and related bereavement issues for DSM-5[J]. Depress Anxiety, 2011, 28: 103-117.
[22] Delalibera M, Coelho A, Barbosa A. Coelho and A. Barbosa, Validation of prolonged grief disorder instrument for Portuguese population [J]. Acta Med Port, 2011, 24: 935-942.
[23] Schaal S, Jacob N, Dusingizemungu JP, et al. Rates and risks for prolonged grief disorder in a sample of orphaned and widowed genocide survivors[J]. BMC Psychiatry, 2010, 10: 55.
[24] Bui E, Nadal-Vicens M, Simon NM. Pharmacological approaches to the treatment of complicated grief: rationale and a brief review of the literature[J]. Dialogues Clin Neurosci, 2012, 14: 149-157.
[25] Reynolds CF 3rd, Miller MD, Pasternak RE, et al. Treatment of Bereavement-Related Major Depressive Episodes in Later Life: A Controlled Study of Acute and Continuation Treatment With Nortriptyline and Interpersonal Psychotherapy[J]. American Journal of Psychiatry, 1999, 156: 202-208.
[26] Simon NM. Treating complicated grief[J]. JAMA, 2013, 310: 416-423.
[27] Horowitz MJ, Kaltreider NB. Brief treatment of post - traumatic stress disorders[J]. New Directions for Mental Health Services, 1980, 1980: 67-79.
[28] 贾晓明.从民间祭奠到精神分析-关于丧失后哀伤的过程[J].中国心理卫生杂志,2005,19:67-69.
[29] Shear K, Frank E, Houck PR, Reynolds CF 3rd. Treatment of complicated grief: a randomized controlled trial[J]. JAMA, 2005, 293: 2601-2608.
[30] Shear MK, Reynolds CF 3rd, Simon NM, et al. Optimizing Treatment of Complicated Grief: A Randomized Clinical Trial[J]. JAMA

Psychiatry, 2016, 73: 685-694.

[31] Boelen PA, de Keijser J, van den Hout MA, et al. Treatment of complicated grief: a comparison between cognitive-behavioral therapy and supportive counseling[J]. J Consult Clin Psychol, 2007, 75: 277-284.

[32] Rosner R, Pfoh G, Kotoučová M. Treatment of complicated grief[J]. Eur J Psychotraumatol, 2011, 2: 45-47.

[33] Wagner B, Knaevelsrud C, Maercker A. Internet-based cognitive-behavioral therapy for complicated grief: a randomized controlled trial[J]. Death Stud, 2006, 30: 429-453.

[34] Wagner B, Maercker A. A 1.5-year follow-up of an Internet-based intervention for complicated grief[J]. J Trauma Stress, 2007, 20: 625-629.

[35] Rosner R, Lumbeck G, Geissner E. Effectiveness of an inpatient group therapy for comorbid complicated grief disorder[J]. Psychother Res,

2011, 21: 210-218.

[36] Supiano KP, Luptak M. Complicated grief in older adults: a randomized controlled trial of complicated grief group therapy[J]. Gerontologist, 2014, 54: 840-856.

[37] Maccallum F, Bryant RA. Autobiographical memory following cognitive behaviour therapy for complicated grief[J]. J Behav Ther Exp Psychiatry, 2011, 42: 26-31.

[38] Piper WE, Ogrodniczuk JS, Azim HF, et al. Prevalence of loss and complicated grief among psychiatric outpatients[J]. Psychiatr Serv, 2001, 52: 1069-1074.

[39] Piper WE, Ogrodniczuk JS, Joyce AS, et al. Group composition and group therapy for complicated grief[J]. J Consult Clin Psychol, 2007, 75: 116-125.

(本文编辑:唐颖馨)