

· 心理卫生评估 ·

复杂哀伤问卷修订版的信效度*

何丽¹ 王建平^{1,2,3} 唐苏勤¹ 尉玮¹ 谢秋媛¹

(¹ 北京师范大学心理学院, 北京 100875 ² 北京师范大学心理学院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 通信作者: 王建平 wjphh@bnu.edu.cn)

【摘要】目的: 引进复杂哀伤问卷修订版 (ICG-R), 评估其信效度及对延长哀伤障碍 (prolonged grief disorder, PGD) 的筛查价值。**方法:** 采用经双盲翻译的 ICG-R 中文版对 253 名丧亲者进行测试, 运用探索性因素分析考察量表的因素结构; 用延长哀伤问卷 (PG-13) 检验量表的聚合效度; 用创伤后应激障碍症状清单 (PCL-C)、自评抑郁量表 (SDS) 和焦虑自评量表 (SAS) 检验区分效度。应用受试者工作特征曲线 (ROC) 评价 ICG-R 对 PGD 的筛查价值并确定临床分界点。**结果:** 探索性因素分析表明 ICG-R 中文版支持一因子结构; ICG-R 总分与 PG-13、PCL-C、SDS 和 SAS 总分均呈正相关 ($r=0.88、0.74、0.54、0.59$, 均 $P<0.05$); ICG-R 全量表的 Cronbach α 系数为 0.98, 重测信度 (间隔 4 周) 是 0.83。ICG-R 全量表的 ROC 曲线下面积为 99.6% ($P<0.01$); 最佳临床分界点为 102 分, 此时敏感度是 1, 特异性是 0.98, 约登指数为 0.98; ICG-R 与 PG-13 的诊断一致性高 (κ 值为 0.85)。**结论:** 中文版的 ICG-R 具有良好的信效度, 可用于评估丧亲人群失功能哀伤症状的严重程度, 并具有一定的临床筛查价值。

【关键词】 复杂哀伤问卷修订版; 丧亲; 延长哀伤障碍; 持续性复杂哀伤障碍; 信度; 效度

中图分类号: R749.04, B845.67 文献标识码: A 文章编号: 1000-6729 (2013) 012-0937-07

doi: 10.3969/j.issn.1000-6729.2013.12.010

(中国心理卫生杂志, 2013, 27 (12): 937-943.)

Reliability and validity of the Inventory of Complicated Grief-Revised

HE Li¹, WANG Jian-Ping^{1,2,3}, TANG Su-Qin¹, YU Wei¹, XIE Qiu-Yuan¹

¹School of Psychology, Beijing Normal University, Beijing 100875, China ²Beijing Key Lab of Applied Experimental Psychology, School of Psychology, Beijing Normal University, Beijing 100875, China ³Capital Medical University, Beijing 100088, China

Corresponding author: WANG Jian-Ping, wjphh@bnu.edu.cn

【Abstract】Objective: To introduce the Inventory of Complicated Grief-Revised (ICG-R), and evaluate its reliability and validity among Chinese bereaved adults and screening value for prolonged grief disorder (PGD). **Methods:** Totally 253 bereaved persons were asked to complete a battery of structured questionnaires, including the Chinese version of ICG-R, Prolonged Grief Questionnaires (PG-13), PTSD Checklist-Civilian Version (PCL-C), Self-Rating Depression Scale (SDS) and Self-Rating Anxiety Scale (SAS). Receiver Operating Characteristic (ROC) analysis was used to evaluate its screening value and determine the best cut-off score. **Results:** Exploratory factor analysis of the Chinese version of ICG-R fit the one-factor model. For the total score of ICG-R, the correlation coefficients were 0.88 for PGD-symptoms, 0.74 for PTSD symptoms, 0.54 for depression, and 0.59 for anxiety respectively ($P_s < 0.05$). The internal consistencies of the ICG-R was 0.98, and the test-retest reliability (4 weeks interval) was 0.83. The area below of ROC curve of ICG-R was 99.6%. The score of optimal cut-off point of ICG-R was 102; the sensitivity, specificity and the Youden's index were 1, 0.98 and 0.98, respectively. The consistency between ICG-R and PG-13 results was high (with $\kappa = 0.85$). **Conclusion:** It suggests that Chinese Version of

* 基金项目: 北京市教育委员会共建项目 (SYS100270661)

ICG-R has good reliability and validity to assess the severity of dysfunctional grief symptoms and clinical diagnostic value.

【Key words】 Inventory of Complicated Grief-Revised (ICG-R); bereavement; prolonged grief disorder (PGD); persistent complex bereavement-related disorder (PCBD); reliability; validity

(Chin Ment Health J, 2013, 27(12): 937 - 943.)

在各种不幸的生活事件当中, 亲人的离世是最痛苦的体验之一, 然而丧亲又是人类难以逃避的普遍经历。对于大多数人而言, 这些令人痛苦的情绪、想法会在半年或者一年之后逐渐减轻或者消失; 但有少数人, 他们的哀伤反应仍迟迟无法缓解^[1], 十分痛苦, 社会功能受损, 甚至已经满足了一种独特的心理障碍的标准。研究者曾使用过许多术语来描述这类异常的哀伤反应, 如“病理性哀伤”(pathologic grief, PG)^[2]、“创伤性哀伤”(traumatic grief, TG)^[3]和“复杂性哀伤”(complicated grief, CG)^[4-5]。最近, 这类心理障碍又被命名为“延长哀伤障碍”(prolonged grief disorder, PGD)^[6-7]。

精神障碍诊断与统计手册第4版修订版(Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 4th Revision-Text Revision, DSM-IV-TR)^[8]以及国际疾病和相关健康问题统计分类第十版(International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, Tenth Revision, ICD-10)^[9]都没有将失功能的哀伤反应作为一种单独的心理障碍诊断。如今, 许多研究者建议将其纳入新的诊断系统中^[6]。不久将问世的ICD-11决定将延长哀伤障碍放在应激相关障碍的类目下^[10]。而2013年5月问世的DSM-V将“持续性复杂哀伤障碍”(persistent complex bereavement-related disorder, PCBD)纳入到附录当中, 作为需要进一步研究的情况^[11]。持续性复杂哀伤障碍的命名源自延长哀伤障碍及复杂性哀伤障碍的整合, 其诊断标准也是结合了Prigerson等2009年的延长哀伤障碍诊断标准^[6]及Shear等2011年复杂性哀伤障碍的诊断标准^[12], 并增加了一些新的诊断条目。遗憾的是, PCBD的诊断标准缺乏实证的依据及相应的评估工具, 故本研究还是基于实证依据更加充分地延长哀伤障碍的诊断及其评估工具^[13]。

延长哀伤障碍是指在关系亲近的人去世6个月后, 个体对已故者的想念持续弥漫到生活各个方

面, 有关已故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者文化环境不符^[6]。

近年来大量的研究致力于验证延长哀伤障碍是一种独立存在的精神障碍, 并尝试为其制定诊断标准^[6, 10, 14-16]。在诊断标准不断发展的同时, 研究者们也开发了许多延长哀伤障碍的评估工具。其中较为成熟和著名的一个评估工具就是Prigerson等在1995年编制的复杂哀伤问卷(Inventory of Complicated Grief, ICG)^[17], 它是目前使用范围最广的测量失功能哀伤的问卷。共19个项目, 采用0~4点计分, 得分越高, 代表出现的频率越高, 痛苦程度越严重。该量表具有良好的信效度。ICG的内部一致性Cronbach α 系数为0.924, 重测信度为0.80。2001年, Prigerson等又对该量表进行了修订, 扩展到了34个项目, 即复杂哀伤问卷的修订版(Inventory of Complicated Grief-Revised, ICG-R)^[18]。后来, Prigerson又在量表中增加了3个开放性题目, 共37个条目。

近20年来, 国外对失功能哀伤方面的研究非常丰富, 而国内相关研究较少, 这可能与缺乏量化的评估工具有关。因此, 本研究引进ICG-R, 考察其在中国丧亲者中的信效度, 探讨其诊断价值, 并寻找最佳的临床分界点, 为国内丧亲者哀伤反应的研究、哀伤辅导效果评估提供有效的评估工具, 从而推动国内对于丧亲及哀伤方面的研究。

1 对象与方法

1.1 对象

选取年满16周岁、有过重要亲友丧失经历的人。采取以下两种方式招募: ①在研究者及若干合作者所在高校、社区居委会以及医院寻访, 说明研究目的、内容及参与者权利和保护, 邀请符合条件者参与研究。②通过发布网络问卷的链接寻求自愿参与者。在填写问卷之前, 先请受试签署知情同意

书,如果在填写过程中,有任何不适,随时可以暂停或者宣布退出研究。数据收集分为2个阶段:第1轮发放问卷300份,共回收有效问卷253份,其中,男66人,女179人,缺失8人;年龄17岁~79岁,平均年龄(33±13)岁;家庭所在地:农村38人,县城48人,城市162人,缺失5人;受教育程度:小学及以下6人,中学22人,本科及大专153人,硕士65人,博士及以上4人,缺失3人;未婚122人,已婚119人,丧偶及离异11人,缺失1人;与已故者的关系:父母73人,子女7人,配偶11人,祖父母113人,兄弟姐妹8人,其他40人,缺失1人;死亡原因:自然原因211人,非自然原因42人。第2轮在沈阳的一所高校招募了有丧亲经历的大学生39名,在4周后,进行ICG-R重测。重测样本中,男13人,女26人;年龄19~21岁,平均年龄(20±1)岁。

调查覆盖的地区有北京、上海、江苏、四川、山东、辽宁、广东。收到问卷后,对留下联系方式的参与者发送一份对于其调查结果的反馈,包括对测查结果的解释、哀伤的基本理论简介、哀伤平复历程的建议,以及相关书籍、电影和网站的推荐。

1.2 工具

1.2.1 复杂哀伤问卷修订版 (Inventory of Complicated Grief-Revised, ICG-R)^[17-18]

ICG-R是评估延长哀伤障碍的问卷,共37个项目:前33个项目用来评估失功能哀伤反应发生的频率,采用1(少于一次)~5(每天几次)级计分,得分越高代表失功能哀伤反应越严重。项目34(询问距离丧亲发生的时间)、35(询问症状持续的时间)、37(描述哀伤反应的过程)是开放性题目;项目36(症状是否出现明显的波动)为是(=1)、否(=0)计分。本研究中所指的ICG-R全量表总分是前33个项目得分之和。

在征得问卷编制者同意之后,首先由一名研究者独立地将ICG-R英文版翻译为中文,完成后由一名中国的临床心理学教授校正并提出修改意见;然后再由另一名研究者独立地将中文版翻译为英文,完成后由原问卷编制者之一Prigerson教授校正并提出修改意见;最后由两名教授共同确定最终中文版。翻译后的量表保留了原量表的所有项目。

1.2.2 延长哀伤问卷 (Prolonged Grief Questionnaires, PG-13)^[6]

PG-13用于快速诊断延长哀伤障碍。包括13个项目,分为4个方面:分离痛苦(2项)、认知、情绪和行为症状(9项)、病程(1项)、功能受损(1项)。病程和功能受损选项为是非题,其余11项为1(没有)~5(总是)点计分,得分越高,症状越严重。符合PGD诊断的要求是:①事件标准(须经历丧失事件);②分离痛苦(条目1和2必须有至少1项得分≥4分);③认知、情绪和行为症状(条目3~11项中必须有至少5项得分≥4分);④病程标准(条目12必须回答“是”);⑤功能受损标准(条目13必须回答“是”)。

该问卷中文版的双盲翻译由国内一位临床心理学教授和量表制定者Prigerson教授共同主持完成。也是通过严格的双盲翻译的程序。该问卷在本研究中的内部一致性Cronbach α 系数为0.92,采用探索性因素分析发现提取一个因子,方差解释量为57.53%,因素负荷在0.65~0.87之间。

1.2.3 创伤后应激障碍症状清单 (PTSD Checklist-Civilian Version, PCL-C)^[19]

该量表由Weathers等根据DSM-IV中创伤后应激障碍的诊断标准编制,用于评估个体经历某件创伤事件后的症状严重程度。包括17个项目,采用1(没有)~5(总是)点计分,得分越高,症状越严重^[20]。PCL-C中文版具有良好的同质信度(内部一致性系数0.82,分半系数0.65)和重测信度(10天相关系数0.71),并具有与国外一致的因子结构^[20]。该量表在国内的研究中被广泛应用^[21-23],本研究中的内部一致性 α 系数为0.96。

1.2.4 自评抑郁量表 (Self-Rating Depression Scale, SDS)^[24]

包括20个项目,采用1(没有或很少时间)~4(绝大部分或全部时间)点计分,其中有10项反向计分题。总分越高,抑郁程度越高。在本研究中,该问卷的内部一致性 α 系数为0.87。

1.2.5 焦虑自评量表 (Self-Rating Anxiety Scale, SAS)^[25]包括20个项目,采用1(没有或很少时间)~4(绝大部分或全部时间)点计分,其中有5项反向计分题。总分越高,焦虑程度越高。在本研究中,该问卷的内部一致性 α 系数为0.87。

1.3 统计方法

使用SPSS18.0软件。采用描述性统计、方差分析了解量表得分情况;采用Pearson相关考察量

表的聚合效度和区分效度；采用探索性因素分析及受试者工作特征曲线（Receiver Operating Characteristic, ROC）考察量表的结构效度和临床诊断价值。用“ROC曲线下的面积”反映诊断系统的准确性。完全无价值的诊断为0.5，完善的诊断为1。面积越大，诊断价值越好^[26]。

2 结果

2.1 量表得分情况

所有受试（ $n=253$ ）的 ICG-R 总分为（ 53.3 ± 28.0 ）。ICG-R 总分在性别 [（ 34.0 ± 14.6 ） vs. （ 33.0 ± 13.4 ）, $t=0.55$, $P=0.577$]、受教育程度（ $F=0.25$, $P=0.907$ ）、家庭所在地（ $F=0.04$, $P=0.962$ ）上差异均无统计学意义；在婚姻状况上 ICG-R 总分差异有统计学意义（ $F=4.46$, $P=0.012$ ），进一步事后检验发现，丧偶及离异者的 ICG-R 总分（ 28.1 ± 15.5 ）高于未婚者（ 19.4 ± 8.1 ）和已婚者（ 18.0 ± 8.8 ）；在与已故者的关系上 ICG-R 总分差异有统计学意义（ $F=22.62$, $P<0.001$ ）。丧失子女者得分最高（ 41.1 ± 15.7 ），其次是配偶（ 28.4 ± 15.7 ）、兄弟姐妹（ 23.2 ± 4.8 ）和父母（ 19.3 ± 7.0 ）。

表1 ICG-R 的因素负荷及题总相关

项目	因素负荷	题总相关 (r)	项目	因素负荷	题总相关 (r)
1	0.87	0.86**	18	0.69	0.69**
2	0.82	0.80**	19	0.66	0.65**
3	0.80	0.79**	20	0.86	0.85**
4	0.82	0.80**	21	0.81	0.78**
5	0.74	0.73**	22	0.82	0.81**
6	0.62	0.61**	23	0.67	0.58**
7	0.77	0.75**	24	0.88	0.87**
8	0.78	0.75**	25	0.83	0.82**
9	0.77	0.76**	26	0.84	0.84**
10	0.77	0.76**	27	0.81	0.80**
11	0.81	0.79**	28	0.77	0.76**
12	0.61	0.59**	29	0.84	0.83**
13	0.56	0.56**	30	0.84	0.82**
14	0.73	0.70**	31	0.81	0.80**
15	0.77	0.75**	32	0.85	0.83**
16	0.83	0.81**	33	0.74	0.74**
17	0.87	0.85**			

注：** $P<0.01$ 。

2.2 效度

2.2.1 结构效度

采用探索性因素分析探索量表结构。KMO 和 Bartlett 检验结果表明 $KMO=0.94 > 0.5$, $P < 0.01$, 数据适合因素分析。采用主成分分析法抽取特征值 > 1 的因子共 4 个, 特征值分别为 20.15、2.11、1.22、1.01。但一因子模型能更好地代表 ICG-R 的因素结构：①第 1 个因子的方差解释量是 61.07%，剩下的 3 个因子仅增加了 13% 的方差解释量；②碎石图结果提示，1 个因子是最合适的；③在第 1 个因子上，所有项目的因素负荷都高于 0.5（表 1）；④如果提取 1 个以上的潜在因子，很多项目都负荷在多个不同的因子上面。ICG-R 的因素负荷及题总相关见表 1。

2.2.2 聚合效度和区分效度

有研究显示，适应不良的哀伤反应与其他形式的情绪痛苦呈正相关^[27-28]，但其又不同于抑郁、焦虑及其他的症状。为了考察 ICG-R 中文版的聚合效度，本文对 ICG-R 总分与 PG-13 得分进行 Pearson 相关分析。结果，两者的相关系数为 0.88（ $P < 0.01$ ）；为了考察其区分效度，对 ICG-R 总分与 PCL-C、SDS、SAS 总分进行 Pearson 相关分析，结果，ICG-R 总分与 PCL-C、SDS、SAS 总分的相关系数分别为 0.74、0.54、0.58（均 $P < 0.05$ ）。

为了考察 ICG-R 能否有效区分因不同原因丧亲的个体。根据已故者的死因，将受试分为 2 组，第 1 组是因自然原因丧亲组（ $n=211$ ），包括身体疾病和自然死亡；第 2 组是因非自然原因丧亲组（ $n=42$ ），包括交通意外事故、自杀及他杀等。结果，自然原因组的哀伤得分显著低于非自然原因组的哀伤得分 [（ 49.2 ± 22.9 ） vs. （ 79.9 ± 40.3 ）, $t = -5.51$, $P < 0.001$]。

2.3 信度

ICG-R 中文版全量表的 Cronbach α 系数为 0.98；间隔 4 周的重测信度为 0.83。

2.4 诊断价值

本研究将 PG-13 作为诊断工具，确定受试是否患 PGD。结果，253 名受试中有 15 人属于病例组，有 238 人属于对照组（为了确定病例组问卷作答的真实性，对问卷结果呈阳性的 15 名受试进行了电话访谈，访谈结果和问卷作答一致）。病例组 ICG-R 得分显著高于对照组 [（ 136.4 ± 18.2 ）

vs. (48.1 ± 18.8) , $t = 17.72$, $P < 0.001$].

ICG-R 的 ROC 的曲线下的面积为 0.996 (图 1), 说明 ICG-R 是一个比较完善的诊断工具。ICG-R 得分为 102 时, 约登指数 (Youden's index) 最大为 0.98, 因此 102 分是最佳的临床分界点。此时, 灵敏度为 1, 特异性为 0.98。即当 ICG-R 总分 ≥ 102 分时, 符合 PGD 的诊断。而当总分 < 102 分时, 不符合 PGD 诊断。当临床分界点确定为 102 分, 诊断符合率是 98%。ICG-R 与 PG-13 两者的诊断一致性较高 (κ 值 = 0.847)。

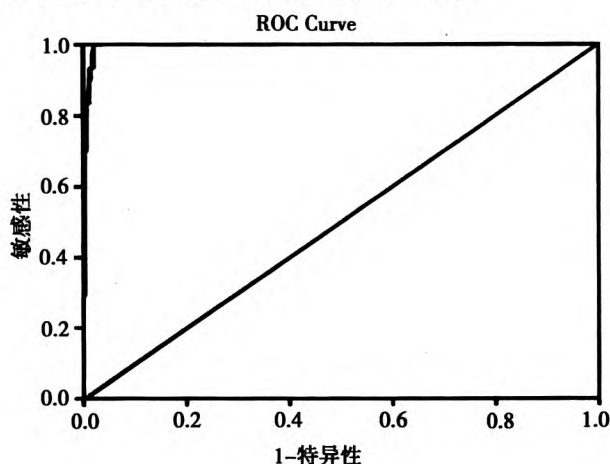


图 1 ICG-R 的受试者操作特征曲线

3 讨论

本研究结果表明, 复杂哀伤问卷修订版中文版支持一因素模型, 可用于评估失功能的哀伤反应症状。尽管 Prigerson 等提出将创伤性哀伤症状分为两类: 分离痛苦及创伤痛苦^[17], 但是在本研究中未得到支持。本研究与很多早期的研究一致^[17, 29-30], 虽然, 分离痛苦和创伤痛苦从现象学的角度的确有着不同的表现^[21], 然而从统计学的角度, 适应不良的哀伤症状会聚集成为一个潜在的因子结构^[26]。本研究发现的单因素结构可以由症状间的高相关来解释。

以往研究表明: 延长哀伤与创伤后应激症状、抑郁症状以及焦虑症状是既相关又有区别的症状群^[31-32]。本文对聚合效度和区分效度的考察与此一致。ICG-R 得分与 PG-13、PCL-C、SDS 及 SAS 得分均呈正相关, 其中与 PG-13 的相关最高。另外, 本研究发现 ICG-R 对于已故者死因的变异非常敏感, 因非自然原因丧亲的个体在 ICG-R 上的

得分会比那些因自然原因丧亲的个体得分更高。

本研究根据 Prigerson 的诊断标准^[6], 借助 PG-13 作为效标, 将所有参与者区分为 PGD 和非 PGD 两组。ROC 分析发现, ICG-R 的曲线下的面积接近 1, 诊断价值较高, 临床分界点为 102 分。

综上所述, ICG-R 中文版具有良好的信效度, 可以用来评估失功能的哀伤反应症状; ICG-R 中文版可以作为研究延长哀伤障碍的流行率、影响因素及干预效果评估等有价值的工具。

4 未来研究方向

由于丧亲经验的独特性, 本研究的样本量有限, 未能做更多的验证。未来可以在不同人群中, 如丧亲青少年、老年人中进一步考察其信效度。另外, 虽然 PG-13 是完全按照诊断标准确定的条目, 但本研究主要采用的还是自陈报告的形式, 没有请有资质的精神科医生进行临床诊断。因此, 为弥补这一不足, 本研究对量表得分呈阳性的受试做了进一步电话访谈。即便如此, 本研究确定的 ICG-R 的临床分界点, 也只是作为诊断的参考和辅助, 该量表的临床效度还需更多的研究进一步验证。

近年来, 新的诊断系统开始纳入关于丧失及哀伤相关障碍的诊断标准, 这既表明该领域过去的研究成果得到了关注和认可, 也将极大地促进该领域未来的研究。由于 DSM-5 没有将延长哀伤障碍纳入诊断, 而只是将持续性复杂哀伤障碍归在附录当中, 作为需要进一步研究的情况, 这一现状也对该领域研究提出了新的挑战 and 更高的要求。未来的研究应该在不同的文化背景、不同群体当中考察该诊断标准的适用性。

参考文献

- [1] Bonanno GA, Kaltman S. The varieties of grief experience [J]. Clin psychol Rev, 2001, 21(5): 705-734.
- [2] Horowitz MJ, Wilner N, Marmar C, et al. Pathological grief and the activation of latent self-images [J]. Am J Psychiatry, 1980, 137(10): 1157-1162.
- [3] Prigerson HG, Bierhals AJ, Kasl SV, et al. Traumatic grief as a risk factor for mental and physical morbidity [J]. Am J Psychiatry, 1997, 154(5): 616-623.
- [4] Boelen PA, van den Bout J. Complicated grief and uncomplicated grief are distinguishable constructs [J]. Psychiatry Res, 2008, 157(1): 311-314.
- [5] Boelen PA, Huntjens RJ, van Deursen DS, et al. Autobiographical memory specificity and symptoms of complicated grief, depression, and posttraumatic stress disorder following loss [J]. J Behav Ther Exp Psychiatry, 2010, 41(4): 331-337.
- [6] Prigerson HG, Horowitz MJ, Jacobs SC, et al. Prolonged grief dis-

- order: psychometric validation of criteria proposed for DSM-V and ICD-11 [J]. *PLoS Med*, 2009, 6(8): e1000121.
- [7] Collier R. Prolonged grief proposed as mental disorder [J]. *Can Med Assoc J*, 2011, 183(8): E439 - E440.
- [8] APA. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV-TR [M]. Washington: American Psychiatric Pub, 2000.
- [9] WHO. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problem, Tenth Revision [M]. Geneva: World Health Organization, 1992.
- [10] Maercker A, Brewin CR, Bryant RA, et al. Proposals for mental disorders specifically associated with stress in the International Classification of Diseases-11 [J]. *Lancet*, 2013, 381(9878): 1683 - 1685.
- [11] Wakefield JC. DSM-5: an overview of changes and controversies [J]. *Clin Soc Work J*, 2013, 41(2): 139 - 154.
- [12] Shear MK, Simon N, Wall M, et al. Complicated grief and related bereavement issues for DSM-5 [J]. *Depress Anxiety*, 2011, 28(2): 103 - 117.
- [13] Boelen PA, Prigerson HG. Commentary on the inclusion of persistent complex bereavement-related disorder in DSM-5 [J]. *Death Stud*, 2012, 36(9): 771 - 794.
- [14] Prigerson HG, Shear M, Jacobs SC, et al. Consensus criteria for traumatic grief. A preliminary empirical test [J]. *Br J Psychiatry*, 1999, 174(1): 67 - 73.
- [15] Jacobs S. Traumatic grief: diagnosis, treatment, and prevention [M]. Philadelphia: Taylor & Francis, 1999.
- [16] Lichtenthal WG, Cruess DG, Prigerson HG. A case for establishing complicated grief as a distinct mental disorder in DSM-V [J]. *Clin Psychol Rev*, 2004, 24(6): 637 - 662.
- [17] Prigerson HG, Maciejewski PK, Reynolds III CF, et al. Inventory of Complicated Grief: a scale to measure maladaptive symptoms of loss [J]. *Psychiatry Res*, 1995, 59(1): 65 - 79.
- [18] Prigerson HG, Jacobs SC. Traumatic grief as a distinct disorder: a rationale, consensus criteria, and a preliminary empirical test [M] // Stroebe MS, Hansson RO, Stroebe W, et al. *Handbook of bereavement research: Consequences, coping, and care*. Washington: American Psychological Association Press, 2001: 637 - 647.
- [19] 杨晓云, 杨宏爱, 刘启贵, 等. 创伤后应激检查量表平民版的效度, 信度及影响因素的研究 [J]. *中国健康心理学杂志*, 2007, 15(1): 6 - 9.
- [20] Weathers FW, Litz BT, Herman DS, et al. The PTSD Checklist (PCL): reliability, validity and diagnostic utility [C]. San Antonio, TX: the 9th Annual Conference of the ISTSS, 1993.
- [21] 赵高锋, 杨彦春, 张强, 等. 汶川地震极重灾区社区居民创伤后应激障碍发生率及影响因素 [J]. *中国心理卫生杂志*, 2009, 23(7): 478 - 483.
- [22] 王相兰, 孙先广, 韩自力, 等. 早期创伤后应激障碍症状清单平民版最佳筛查界值 ROC 分析 [J]. *中华行为医学与脑科学杂志*, 2009, 17(10): 933 - 935.
- [23] 张素玲, 孙月吉, 林春雷, 等. 烧伤创伤后应激障碍的危险因素及预测因素的研究 [J]. *中国行为医学科学*, 2006, 15(8): 766 - 768.
- [24] 舒良. 自评抑郁量表和抑郁状态问卷 (Swif-Rating Depression Scale and Depression Status Inventory) [J]. *中国心理卫生杂志*, 1999, (增刊): 194 - 196.
- [25] 陶明, 高静芳. 修订焦虑自评量表 (SAS-CR) 的信度及效度 [J]. *中国神经精神疾病杂志*, 1994, 20(5): 301 - 303.
- [26] 宇传华, 徐勇勇. ROC 分析的基本原理 [J]. *中华流行病学杂志*, 1998, 19(2): 413 - 415.
- [27] Chen J, Bierhals A, Prigerson HG, et al. Gender differences in the effects of bereavement-related psychological distress in health outcomes [J]. *Psychol Med*, 1999, 29(2): 367 - 380.
- [28] Silverman GK, Jacobs SC, Kasl SV, et al. Quality of life impairments associated with diagnostic criteria for traumatic grief [J]. *Psychol Med*, 2000, 30(4): 857 - 862.
- [29] Boelen, PA, van den Bout J, de Keijsjer J. Traumatic grief as a disorder distinct from bereavement-related depression and anxiety: a replication study with bereaved mental health care patients [J]. *Am J Psychiatry*, 2003, 160(7): 1339 - 1341.
- [30] Boelen PA, van den Bout J. Complicated grief, depression, and anxiety as distinct postloss syndromes: a confirmatory factor analysis study [J]. *Am J Psychiatry*, 2005, 162(11): 2175 - 2177.
- [31] Morina N, Rudari V, Bleichhardt G, et al. Prolonged grief disorder, depression, and posttraumatic stress disorder among bereaved Kosovar civilian war survivors: a preliminary investigation [J]. *Int J Soc Psychiatry*, 2010, 56(3): 288 - 297.
- [32] Prigerson HG, Shear MK, Newsom JT, et al. Anxiety among widowed elders: is it distinct from depression and grief? [J]. *Anxiety*, 1996, 2(1): 1 - 12.

编辑: 靖华

2013-06-20 收稿

附:

复杂哀伤问卷修订版

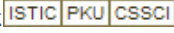
下列描述是人们在经历亲朋好友离世后可能出现的反应。回答没有好坏之分,请您根据自己的实际情况,选择在过去一个月中与您感受最相符的描述,请在每一描述后圈出相应的数值。注:“他/她”代表的是您丧失的那位重要亲友。

条目	少于一次	每月一次	每周一次	每天一次	每天几次
1. 他/她的离世让我不知所措。	1	2	3	4	5
2. 我常想起他/她,这让我难以进行平常所做的事情。	1	2	3	4	5
3. 关于他/她的回忆让我心烦意乱。	1	2	3	4	5
4. 我觉得自己难以接受他/她的离世。	1	2	3	4	5
5. 我渴望见到并怀念他/她。	1	2	3	4	5
6. 我对与他/她有关的地方和事情感到格外亲切。	1	2	3	4	5
7. 我不由自主地对他/她的离世感到愤怒。	1	2	3	4	5
8. 我不相信他/她已经离世。	1	2	3	4	5
9. 我对他/她的离世感到惊讶、茫然和震惊。	1	2	3	4	5
10. 自从他/她离世后,我就难以信任他人了。	1	2	3	4	5
11. 自从他/她离世后,我觉得自己失去了关心他人的能力,或疏远了在意的人。	1	2	3	4	5
12. 在我身体的同一部位体验到了与他/她相似的疼痛和症状;或我觉得自己出现了一些和他/她相同的行为和特征。	1	2	3	4	5
13. 一些我曾在他/她离世前做的事情,现在已经不做了;或曾愿意见的人也不再见了。 如果回答“是”,您觉得不做这些事或不见这些人对您造成了多大的困扰?		是		不是	
14. 我会回避一些与他/她有关的提示线索。	1	2	3	4	5
15. 我会回避一些提醒他/她已经离世的线索。	1	2	3	4	5
16. 有时候,失去挚爱会让人觉得生活难以继续。您在多大程度上觉得自己的生活难以继续(如结交新朋友、培养新兴趣)?	1	2	3	4	5
17. 我觉得没有他/她的生活是空虚、毫无意义的。	1	2	3	4	5
18. 我听到他/她对我说话的声音。	1	2	3	4	5
19. 我看到他/她站在我跟前。	1	2	3	4	5
20. 自从他/她离世后,我觉得自己变得麻木了。	1	2	3	4	5
21. 我觉得他/她离世了而自己还活着,这是不公平的。	1	2	3	4	5
22. 我对他/她的离世感到怨恨。	1	2	3	4	5
23. 我嫉妒那些没有失去挚爱的人。	1	2	3	4	5
24. 我觉得没有他/她的未来是没有意义和目标的。	1	2	3	4	5
25. 自从他/她离世后,我觉得自己很孤单。	1	2	3	4	5
26. 我很难想象没有他/她的生活是美满的。	1	2	3	4	5
27. 我觉得自己的一部分已经随着他/她的离世而死亡了。	1	2	3	4	5
28. 我觉得这次丧失事件改变了我的世界观。	1	2	3	4	5
29. 自从他/她离世后,我就失去了安全感。	1	2	3	4	5
30. 自从他/她离世后,我就失去了控制感。	1	2	3	4	5
31. 我觉得自己的哀伤对社交、职业或其他方面的能力造成了损害。	1	2	3	4	5
32. 丧失事件发生后,我觉得烦躁、紧张不安、易受惊吓。	1	2	3	4	5
33. 丧失事件发生后,我的睡眠受到困扰的程度是:	1	2	3	4	5
34. 这些感觉出现时,距离这次丧失事件有多久?					_____个月
35. 您体验到这些感觉有多久了?					_____个月
36. 您哀伤的强度是否曾出现过明显的波动? 即是否有一段时期您并未体验到强烈的哀伤,在那之后这些感觉又重新出现并困扰您?		是		不是	
37. 您能描述一下自己哀伤的感觉是怎样随时间变化的吗?					

复杂哀伤问卷修订版的信效度

作者: [何丽](#), [王建平](#), [唐苏勤](#), [尉玮](#), [谢秋媛](#), [HE Li](#), [WANG Jian-Ping](#), [TANG Su-Qin](#), [YU Wei](#), [XIE Qiu-Yuan](#)

作者单位: [何丽,唐苏勤,尉玮,谢秋媛,HE Li,TANG Su-Qin,YU Wei,XIE Qiu-Yuan\(北京师范大学心理学院,北京,100875\)](#), [王建平,WANG Jian-Ping\(北京师范大学心理学院,北京100875;北京师范大学心理学院应用实验心理北京市重点实验室,北京100875;首都医科大学,北京100088\)](#)

刊名: [中国心理卫生杂志](#) 

英文刊名: [Chinese Mental Health Journal](#)

年, 卷(期): 2013, 27(12)

本文链接: http://d.g.wanfangdata.com.cn/Periodical_zgxlwszz201312010.aspx