

丧亲老年人的延长哀伤障碍与心理干预策略

姜丽华

(福州市老年心理关怀中心, 福建福州 350000)

摘要: 随着人口老龄化进程的加快, 丧亲已成为老年人普遍面临的重大生活事件, 而延长哀伤障碍作为丧亲后常见的病理性心理反应, 严重威胁着老年人的身心健康与生活质量。本文基于现有学术研究成果, 系统梳理丧亲老年人延长哀伤障碍的核心认知, 明确其定义、诊断标准及与正常哀伤、抑郁障碍、创伤后应激障碍的区别, 阐述其流行病学特征; 从情感、认知、行为、生理四个层面, 详细剖析丧亲老年人延长哀伤障碍的核心表现; 深入探讨个体自身、丧亲相关、社会环境三大类影响因素; 在此基础上, 从个体心理干预、团体心理干预、家庭与社会支持干预三个维度, 提出科学、可行的心理干预策略, 并明确干预过程中的注意事项, 最后对相关研究进行总结与展望, 为临床实践中丧亲老年人延长哀伤障碍的识别、评估与干预提供理论支撑, 助力提升老年心理关怀服务质量, 保障老年人心理健康。

关键词: 丧亲老年人; 延长哀伤障碍; 心理表现; 影响因素; 心理干预策略

中图分类号: R749.4

文献标识码: A

文章编号: 3006-001X (2025) 02-0001-12

DOI: 10.62022/FETR.issn3006-001X.2025.02.001

Prolonged Grief Disorder and Psychological Intervention Strategies in Bereaved Elderly

Jiang Hua

(Fuzhou Elderly Psychological Care Center, Fuzhou, Fujian 350000)

Abstract: With the acceleration of the aging population process, bereavement has become a common major life event faced by the elderly. As a common pathological psychological reaction after bereavement, prolonged grief disorder seriously threatens the physical and mental health and quality of life of the elderly. Based on the existing academic research results, this paper systematically sorts out the core cognition of prolonged grief disorder in bereaved elderly, clarifies its definition, diagnostic criteria and differences from normal grief, depressive disorder and post-traumatic stress disorder, and expounds its epidemiological characteristics; from the four dimensions of emotion, cognition, behavior and physiology, it detailedly analyzes the core manifestations of prolonged grief disorder in bereaved elderly; deeply explores the three types of influencing factors: individual factors, bereavement-related factors and social environment factors; on this basis, puts forward scientific and feasible psychological intervention strategies from three dimensions: individual psychological intervention, group psychological intervention, family and social support intervention, and clarifies the matters needing attention in the intervention process. Finally, it summarizes and prospects the relevant research, providing theoretical support for the identification, assessment and intervention of prolonged grief disorder in bereaved elderly in clinical practice, helping to improve the quality of elderly psychological care services and ensure the mental health of the elderly.

Keywords: bereaved elderly; prolonged grief disorder; psychological manifestations; influencing factors; psychological intervention strategies

一、丧亲老年人延长哀伤障碍的核心认知

(一) 延长哀伤障碍的定义与诊断标准

1. 核心定义。延长哀伤障碍 (Prolonged Grief Disorder, PGD), 又称复杂性哀伤、病理性哀伤, 是指个体在至亲离世后, 出现的一种持续性、病理性的哀伤反应, 其核心特征是对逝者的持续性强烈渴望与思念, 伴随显著的情感痛苦、认知扭曲、行为异常及生理不适, 且这种状态持续时间超过

正常哀伤期限, 严重影响个体的日常生活、社交功能及身心健康, 无法通过自身调节缓解, 需要专业的心理干预。

从本质上看, 延长哀伤障碍是正常哀伤反应的病理性延伸, 其核心区别在于“持续性”与“功能性损害”。正常哀伤是个体面对丧亲创伤的自然适应过程, 随着时间的推移, 哀伤情绪会逐渐淡化, 个体能够逐步重新融入生活, 不会对社会功能造成长期、严重的影响; 而延长哀伤障碍则是个体在哀伤过程中出现了适应障碍, 陷入了无法自拔的哀伤困

作者简介: 姜丽华, 博士, 教授, 研究方向为哀伤辅导与临终关怀。

境,哀伤情绪不仅没有随时间缓解,反而逐渐固化,进而对其认知、行为、生理等多个层面产生负面影响,导致社会功能显著受损。

对于丧亲老年人而言,延长哀伤障碍的定义具有其特殊性。老年人由于生理机能衰退、社会支持网络缩小、既往创伤经历积累等因素,其哀伤反应的持续时间可能相对更长,且更容易出现病理性转化。与其他年龄段的丧亲者相比,丧亲老年人的延长哀伤障碍更多地与“丧失陪伴”“丧失生活依靠”“丧失自我价值感”相关,其核心渴望不仅是对逝者的思念,还包括对丧失的陪伴关系、生活支撑的追忆与渴求,这种特殊性也决定了其诊断与干预需要结合老年人的身心特点进行针对性调整。

延长哀伤障碍的概念演变经历了漫长的过程。早期,心理学界将丧亲后的病理性哀伤反应称为“哀伤障碍”“复杂性哀伤”等,缺乏统一的定义与诊断标准。直到2018年,世界卫生组织(WHO)在《国际疾病分类第十一次修订本》(ICD-11)中,首次将“延长哀伤障碍”正式纳入精神与行为障碍分类,明确了其定义与诊断标准;2022年,美国精神医学学会在《精神疾病诊断与统计手册第五版修订版》(DSM-5-TR)中,也将延长哀伤障碍列为独立的精神障碍类别,进一步规范了其定义与诊断标准,为全球范围内的研究与临床实践提供了统一的依据。根据ICD-11与DSM-5-TR的定义,延长哀伤障碍的核心要素包括:至亲离世这一触发事件、持续性的哀伤情绪与对逝者的强烈渴望、显著的功能损害、症状持续时间达到规定标准,且排除其他精神障碍的影响。

需要强调的是,延长哀伤障碍的定义并非绝对固定,而是随着学术研究的深入不断完善。不同文化背景下,人们对哀伤的表达与适应方式存在差异,因此,在界定丧亲老年人的延长哀伤障碍时,还需要结合特定的文化背景与社会规范,避免简单套用统一标准,确保定义的适用性与准确性。例如,在集体主义文化中,老年人对逝者的思念与缅怀可能表现得更为内敛,其哀伤情绪的表达可能不那么强烈,但如果这种内敛的哀伤持续时间过长,且导致其社会功能受损,同样可能被诊断为延长哀伤障碍。

2.国际通用诊断标准。目前,全球范围内最具权威性、最常用的延长哀伤障碍诊断标准主要有两个:世界卫生组织(WHO)制定的《国际疾病分类第十一次修订本》(ICD-11)中的诊断标准,以及美国精神医学学会制定的《精神疾病诊断与统计手册第五版修订版》(DSM-5-TR)中的诊断标准。这两个标准均明确了延长哀伤障碍的诊断要点,包括触发事

件、核心症状、持续时间、功能损害及排除标准,为临床诊断提供了科学、统一的依据,同时也适用于丧亲老年人的诊断,但需要结合老年人的身心特点进行灵活运用。

首先,ICD-11中的延长哀伤障碍诊断标准。ICD-11将延长哀伤障碍归类为“创伤与应激相关障碍”,其诊断标准核心如下:第一,触发事件,必须是个体经历了至亲(如配偶、子女、父母、兄弟姐妹等)的离世,这是诊断延长哀伤障碍的前提条件,若丧失的并非至亲,一般不纳入该障碍的诊断范围;第二,核心症状,个体在丧亲后出现持续性的、强烈的对逝者的渴望与思念,这种渴望与思念几乎每天都会出现,且难以控制,同时伴随以下至少一项症状:对逝者的过度关注,无法接受丧亲的事实,对丧亲相关的场景、物品等产生强烈的痛苦反应,回避与逝者相关的线索,情感麻木,无法体验到快乐或愉悦,对未来感到绝望,身份认同混乱(如感觉自己的一部分随着逝者一起消失);第三,持续时间,症状持续时间至少6个月,对于老年人而言,由于其哀伤适应能力相对较弱,症状持续时间可能更长,但只要满足6个月的最低标准,即可纳入诊断范围;第四,功能损害,症状导致个体的日常生活、社交功能、工作能力(若仍有工作)、家庭功能等受到显著损害,例如,无法正常进食、睡眠,不愿与人交往,无法完成日常家务,对以往感兴趣的事情失去兴趣等;第五,排除标准,症状不能由其他精神障碍(如抑郁障碍、创伤后应激障碍、焦虑障碍等)、躯体疾病(如严重的脑部疾病、慢性疼痛等)或物质滥用等因素引起,若存在其他精神障碍,需明确延长哀伤障碍的症状与其他障碍的症状相互独立,且无法用其他障碍解释。

其次,DSM-5-TR中的延长哀伤障碍诊断标准。DSM-5-TR将延长哀伤障碍列为独立的精神障碍类别,其诊断标准与ICD-11既有共性,也有差异,核心要点如下:第一,触发事件,个体在过去12个月内经历了至亲的离世(对于儿童和青少年,持续时间标准为6个月),这一标准比ICD-11更为严格,明确了时间范围;第二,核心症状,个体表现出持续性的、强烈的对逝者的渴望与思念,这种渴望与思念达到了临床显著水平,同时伴随以下至少三项症状:对丧亲事实的难以接受或否认,对逝者的过度怀念,对丧亲相关的线索产生强烈的痛苦反应,回避与逝者相关的人、事、物,情感麻木,无法体验到积极情绪,对未来感到无望,自责或内疚感(如认为自己没有照顾好逝者),难以建立新的亲密关系;第三,持续时间,成人症状持续时间至少12个月,儿童和青少年至少6个月,这一持续时间标准高于ICD-11,主要是为了更准确地区分正常哀伤与病理性哀伤,避免将短

期的哀伤反应误诊为延长哀伤障碍；第四，功能损害，症状导致个体在社交、职业、学业、家庭等多个领域的功能受到显著损害，且这种损害持续存在，无法通过自身调节缓解；第五，排除标准，症状不能由抑郁障碍、创伤后应激障碍、双相情感障碍、精神分裂症等其他精神障碍解释，也不能由躯体疾病或物质滥用引起，若存在共病情况，需明确延长哀伤障碍的症状是独立存在的，且对功能损害具有主导作用。

对于丧亲老年人而言，应用上述两个国际通用诊断标准时，需要注意以下几点：一是老年人的认知功能可能存在一定程度的衰退，对丧亲事实的否认可能与认知功能下降有关，需要结合其认知水平进行综合判断，避免将认知功能衰退导致的否认误认为是延长哀伤障碍的核心症状；二是老年人的社会功能本身可能因年龄增长而有所下降，在判断功能损害时，需要与老年人的正常社会功能水平进行对比，而非与年轻人对比，确保诊断的准确性；三是老年人可能同时患有多种躯体疾病（如高血压、糖尿病、冠心病等）和其他精神障碍（如抑郁、焦虑），需要仔细区分症状的来源，明确哪些症状是由延长哀伤障碍引起的，哪些是由其他疾病引起的，避免误诊与漏诊；四是部分老年人的哀伤情绪表达较为内敛，可能不会直接表现出强烈的渴望与思念，而是通过躯体不适、行为异常等方式间接表现，需要临床工作者结合老年人的生活习惯、性格特点进行全面评估，避免因情绪表达不明显而漏诊。

此外，除了ICD-11和DSM-5-TR的诊断标准外，还有一些常用的评估工具可以辅助诊断丧亲老年人的延长哀伤障碍，如延长哀伤障碍量表（PG-13）、复杂性哀伤量表（CGRS）等。这些量表通过标准化的题目，评估老年人的哀伤情绪、认知、行为等方面的表现，为诊断提供量化依据，同时也可以用于干预效果的评估。例如，PG-13包含13个条目，主要评估对逝者的渴望、否认、情感痛苦、回避等症状，得分越高，表明延长哀伤障碍的症状越严重，若得分达到一定阈值，结合临床症状与持续时间，即可初步诊断为延长哀伤障碍。

3.与正常哀伤、抑郁障碍、创伤后应激障碍的区别。丧亲老年人的延长哀伤障碍容易与正常哀伤、抑郁障碍、创伤后应激障碍（PTSD）混淆，因为这几种状态都可能伴随情绪痛苦、行为异常等表现，但它们在本质、核心症状、持续时间、功能损害等方面存在显著区别，明确这些区别对于准确诊断、针对性干预具有重要意义。

首先，延长哀伤障碍与正常哀伤的区别。正常哀伤是个体在丧亲后自然产生的情绪与行为反应，是人类面对丧失的正常心理适应过程，而延长哀伤障碍是正常哀伤的病理性延

伸，是一种需要专业干预的精神障碍，二者的核心区别主要体现在以下几个方面：

一是持续时间不同。正常哀伤的持续时间没有明确的标准，但通常会在丧亲后6-12个月内逐渐缓解，个体能够逐步适应丧亲后的生活，哀伤情绪虽然会偶尔出现，但不会持续占据主导地位；而延长哀伤障碍的症状持续时间必须满足ICD-11或DSM-5-TR的标准，即至少6个月（ICD-11）或12个月（DSM-5-TR），且症状不会随时间自然缓解，反而可能逐渐加重。对于老年人而言，正常哀伤的持续时间可能相对更长，但一般不会超过12个月，若超过12个月仍存在强烈的哀伤情绪，且伴随功能损害，就需要警惕延长哀伤障碍的可能。

二是情绪强度与稳定性不同。正常哀伤的情绪强度会随着时间推移逐渐减弱，个体能够在哀伤情绪与正常生活之间找到平衡，虽然会有痛苦、思念等情绪，但不会影响其正常的日常生活与社交；而延长哀伤障碍的情绪强度始终处于较高水平，对逝者的渴望与思念几乎每天都会出现，且难以控制，痛苦情绪会持续占据主导地位，个体无法从哀伤中走出来，甚至会因为这种情绪而陷入绝望。例如，正常哀伤的老年人可能会在节日、纪念日等特殊时间节点感到思念与痛苦，但平时能够正常进食、睡眠、与人交往；而延长哀伤障碍的老年人则会每天都感到痛苦，无法正常生活。

三是功能损害程度不同。正常哀伤不会对个体的社会功能造成长期、严重的损害，个体虽然可能在短期内出现睡眠障碍、食欲减退、社交减少等情况，但随着哀伤情绪的缓解，这些问题会逐渐改善，能够恢复正常的生活节奏与社交功能；而延长哀伤障碍会导致个体的社会功能显著受损，且这种损害持续存在，个体无法正常完成日常家务、与人交往，对以往感兴趣的事情失去兴趣，甚至无法照顾自己的基本生活，严重影响其生活质量。

四是认知与行为表现不同。正常哀伤的个体能够接受丧亲的事实，虽然会有思念，但不会出现持续性的否认；在行为上，可能会有短暂的回避与逝者相关的线索，但不会出现长期的社交退缩与生活节律紊乱；而延长哀伤障碍的个体则会持续性地否认丧亲事实，无法接受逝者已经离世的现实，同时会出现长期的回避行为、社交退缩、生活节律紊乱等表现，甚至会出现身份认同混乱等认知扭曲。

其次，延长哀伤障碍与抑郁障碍的区别。抑郁障碍是一种以持续的情绪低落为核心的精神障碍，其症状与延长哀伤障碍有相似之处，如情绪痛苦、睡眠障碍、食欲减退、对未来感到绝望等，但二者的核心差异在于触发因素、核心症状

与情绪指向不同,具体区别如下:

一是触发因素不同。延长哀伤障碍的触发因素是明确的,即至亲的离世,没有丧亲事件,就不会出现延长哀伤障碍;而抑郁障碍的触发因素则较为复杂,可能与遗传、心理因素、社会因素等多种因素有关,不一定有明确的丧亲事件,即使有丧亲事件,抑郁障碍的症状也不仅仅围绕丧亲展开,而是一种广泛的情绪低落。

二是核心症状不同。延长哀伤障碍的核心症状是对逝者的持续性强烈渴望与思念,所有的情绪痛苦、认知扭曲、行为异常都是围绕这一核心展开的,情绪指向是具体的(即逝者);而抑郁障碍的核心症状是广泛的、无明确指向的情绪低落,个体对所有事情都提不起兴趣,无法体验到快乐,其情绪痛苦不局限于丧亲相关,而是弥漫性的,涉及生活的各个方面。例如,延长哀伤障碍的老年人痛苦的原因是思念逝者,而抑郁障碍的老年人则是莫名的情绪低落,对任何事情都感到绝望。

三是认知表现不同。延长哀伤障碍的认知扭曲主要围绕丧亲事件展开,如对丧亲事实的否认、对逝者的过度怀念、身份认同混乱等,认知内容与逝者密切相关;而抑郁障碍的认知扭曲则是广泛的,如自卑、自责、无用感、绝望感等,认知内容不局限于丧亲事件,而是对自我、对世界、对未来的负面评价。例如,延长哀伤障碍的老年人可能会认为“没有逝者,我就无法生活”,而抑郁障碍的老年人则会认为“我一无是处,活着没有意义”。

四是治疗重点不同。延长哀伤障碍的治疗重点是帮助个体处理丧亲带来的创伤,缓解对逝者的过度渴望与思念,接受丧亲事实,重建生活意义;而抑郁障碍的治疗重点是缓解情绪低落,纠正负面认知,恢复个体的积极情绪与社会功能,治疗方法更多地侧重于药物治疗与认知行为治疗的结合,而延长哀伤障碍的治疗则更侧重于心理干预,药物治疗仅作为辅助手段。

需要注意的是,丧亲老年人可能同时患有延长哀伤障碍与抑郁障碍,即共病情况。这种情况下,需要明确两种障碍的主次关系,既要处理延长哀伤障碍的核心症状,也要缓解抑郁症状,制定综合的干预方案,避免只关注一种障碍而忽略另一种障碍,确保干预效果。

最后,延长哀伤障碍与创伤后应激障碍(PTSD)的区别。PTSD是个体经历或目睹异乎寻常的创伤事件(如暴力伤害、自然灾害、重大事故等)后,出现的一种精神障碍,丧亲事件若属于创伤性丧亲(如突发意外离世、暴力离世等),可能会同时引发延长哀伤障碍与PTSD,因此二者容

易混淆,但二者的核心症状、创伤焦点、情绪反应等方面存在显著区别,具体如下:

一是创伤焦点不同。延长哀伤障碍的创伤焦点是“丧失”,即至亲的离世,核心是对逝者的渴望与思念,创伤的核心是关系的丧失;而PTSD的创伤焦点是“创伤事件本身”,即个体经历或目睹的创伤性事件,核心是对创伤事件的恐惧与回避,创伤的核心是对自身安全的威胁。例如,因突发车祸失去配偶的老年人,延长哀伤障碍的焦点是对配偶的思念与丧失的痛苦,而PTSD的焦点则是对车祸事件的恐惧,害怕再次发生类似事件。

二是核心症状不同。延长哀伤障碍的核心症状是对逝者的持续性强烈渴望与思念,伴随情感痛苦、否认、回避等症状,情绪反应主要是悲伤、痛苦、绝望;而PTSD的核心症状是侵入性症状(如创伤事件的闪回、噩梦)、回避症状(回避与创伤事件相关的线索)、负性认知与情绪(如麻木、恐惧、愤怒)、警觉性增高(如易惊醒、注意力不集中),情绪反应主要是恐惧、焦虑、愤怒,而非单纯的悲伤。

三是回避对象不同。延长哀伤障碍的回避对象是与逝者相关的线索,如逝者的照片、衣物、生前常去的地方等,回避的目的是为了避免触发对逝者的思念与痛苦;而PTSD的回避对象是与创伤事件相关的线索,如与车祸相关的车辆、道路、声音等,回避的目的是为了避免回忆起创伤事件,缓解恐惧情绪。

四是病程特点不同。延长哀伤障碍的病程特点是持续性的哀伤情绪,症状不会随时间自然缓解,反而可能逐渐固化;而PTSD的病程则可能呈现出波动性,部分患者的症状可能会在创伤事件后短期内缓解,也可能在遇到相关线索时复发,其症状的触发与创伤事件的线索密切相关,而延长哀伤障碍的症状则是持续存在的,不依赖于特定线索的触发。

对于丧亲老年人而言,若丧亲方式属于创伤性(如突发意外、暴力离世等),可能会同时出现延长哀伤障碍与PTSD的症状,此时需要结合两种障碍的诊断标准,进行全面评估,明确共病情况,并制定针对性的综合干预方案,既要处理丧亲带来的哀伤,也要缓解创伤带来的恐惧与焦虑,帮助老年人逐步走出双重创伤的阴影。

(二) 丧亲老年人延长哀伤障碍的流行病学特征

丧亲老年人延长哀伤障碍的流行病学特征,主要是指该障碍在丧亲老年人群体中的分布规律,包括患病率分布、人口学相关特征、丧亲相关特征等方面,明确这些特征有助于更好地识别高危人群,制定针对性的预防与干预措施,提升老年心理关怀服务的针对性与有效性。随着全球老龄化进程

的加快,以及对延长哀伤障碍研究的不断深入,相关流行病学数据也在不断完善,结合现有研究成果,对丧亲老年人延长哀伤障碍的流行病学特征进行系统梳理。

1.患病率分布。患病率是流行病学研究的核心指标之一,指的是在某一特定时间点,某一人群中患有某种疾病的人数占该人群总人数的比例。丧亲老年人延长哀伤障碍的患病率受到多种因素的影响,如地域、文化背景、研究方法、诊断标准、样本选择等,因此,不同研究得出的患病率数据存在一定差异,但整体呈现出相对稳定的范围。

从全球范围来看,根据现有流行病学研究数据,丧亲老年人延长哀伤障碍的患病率大致在3.2%~48.8%之间,这种较大的差异主要源于研究方法与样本选择的不同。例如,一项针对西方老年人的系统综述研究显示,丧亲老年人延长哀伤障碍的患病率约为9.1%,与普通丧亲成人的患病率(约10%)基本持平,这表明老年人与其他年龄段的丧亲者相比,患延长哀伤障碍的风险并不低。而在亚洲国家,由于文化背景的差异,丧亲老年人延长哀伤障碍的患病率可能呈现出不同的特点,部分研究显示,我国丧亲老年人延长哀伤障碍的患病率在10%~20%之间,高于西方部分国家,这可能与我国传统文化中对亲情的重视、老年人的社会支持模式、哀伤表达方式等因素有关。

从地域分布来看,丧亲老年人延长哀伤障碍的患病率存在一定的地域差异。在发达国家,由于老年心理关怀服务体系较为完善,对延长哀伤障碍的识别与干预较为及时,患病率相对较低;而在发展中国家,由于老年心理关怀服务资源不足,对延长哀伤障碍的认知度较低,识别率与干预率不高,患病率相对较高。例如,在欧洲、北美等发达国家,丧亲老年人延长哀伤障碍的患病率多在5%~15%之间;而在亚洲、非洲等发展中国家,患病率多在10%~25%之间。我国不同地区的患病率也存在差异,城市地区由于老年心理关怀服务资源相对丰富,患病率相对较低,约为10%~15%;农村地区由于老年心理关怀服务资源匮乏,老年人的社会支持相对薄弱,患病率相对较高,约为15%~20%。

从时间分布来看,丧亲老年人延长哀伤障碍的患病率在丧亲后的不同时间段存在差异。丧亲后的6~12个月是延长哀伤障碍的高发期,此时,正常的哀伤反应若无法顺利缓解,就容易转化为病理性哀伤,因此,这一时间段的患病率相对较高;随着时间的推移,若未进行有效干预,部分老年人的症状会持续存在,甚至加重,而部分老年人可能会通过自身调节或其他方式缓解症状,因此,丧亲12个月后,患病率会有所下降,但仍有一定比例的老年人会持续患有延长哀伤障

碍。例如,一项纵向追踪研究显示,丧亲后6个月,老年人延长哀伤障碍的患病率为18.2%;丧亲后12个月,患病率下降至12.5%;丧亲后24个月,患病率进一步下降至8.3%,但仍有部分老年人的症状持续超过24个月。

此外,样本选择对患病率的影响也较为显著。不同研究的样本来源不同,患病率数据也会有所差异。例如,以社区老年人为样本的研究,由于样本涵盖了不同健康状况、不同社会支持水平的老年人,患病率相对较低;而以养老院、老年心理关怀机构、医院老年科为样本的研究,由于样本中老年人的健康状况相对较差、社会支持相对薄弱,且部分老年人已经出现了一定的心理问题,因此,患病率相对较高,部分研究甚至达到40%以上。同时,诊断标准的不同也会导致患病率的差异,采用ICD-11诊断标准(持续时间 ≥ 6 个月)的研究,患病率相对较高;采用DSM-5-TR诊断标准(持续时间 ≥ 12 个月)的研究,患病率相对较低。

需要强调的是,当前我国关于丧亲老年人延长哀伤障碍的流行病学研究仍不够完善,样本量相对较小,研究范围相对较窄,缺乏全国性的大规模流行病学调查数据,因此,现有患病率数据仅能作为参考。随着我国老年心理关怀事业的发展,以及相关研究的不断深入,未来需要开展更多大规模、多中心的流行病学调查,进一步明确丧亲老年人延长哀伤障碍的患病率分布规律,为制定针对性的预防与干预措施提供科学依据。

2.人口学相关特征。丧亲老年人延长哀伤障碍的患病率与人口学特征密切相关,包括年龄、性别、文化程度、婚姻状况等,不同人口学特征的丧亲老年人,患延长哀伤障碍的风险存在显著差异,明确这些特征有助于识别高危人群,开展针对性的预防与干预工作。

一是年龄因素。年龄是影响丧亲老年人延长哀伤障碍患病率的重要因素,随着年龄的增长,老年人患延长哀伤障碍的风险逐渐升高。这主要是因为,随着年龄增长,老年人的生理机能逐渐衰退,认知功能、情绪调节能力也随之下降,对丧亲创伤的适应能力减弱;同时,年龄越大,经历的丧亲事件越多,既往创伤经历的积累会增加其患延长哀伤障碍的风险;此外,高龄老年人的社会支持网络相对狭窄,子女、亲友可能因各种原因无法陪伴在身边,缺乏有效的情感支持,难以顺利应对丧亲带来的创伤,因此,更容易陷入持续性的哀伤状态。例如,一项研究显示,60~69岁丧亲老年人延长哀伤障碍的患病率为10.5%,70~79岁为15.3%,80岁及以上为22.7%,呈现出明显的随年龄增长而升高的趋势。

二是性别因素。性别也是影响丧亲老年人延长哀伤障碍

患病率的重要因素,女性丧亲老年人患延长哀伤障碍的风险显著高于男性。这主要与男女两性的情绪表达方式、心理特质、社会角色等因素有关。女性通常更善于表达自己的情绪,对情感的感知更为敏感,丧亲后更容易产生强烈的悲伤、痛苦等情绪,且情绪持续的时间更长;而男性通常更倾向于压抑自己的情绪,不善于表达悲伤,虽然表面上看起来情绪较为稳定,但内心的哀伤可能并未得到有效释放,不过,从整体来看,女性的患病率仍高于男性。例如,多项流行病学研究显示,女性丧亲老年人延长哀伤障碍的患病率约为15%–25%,而男性约为5%–15%,女性的患病率是男性的1.5–2倍。这种性别差异在不同年龄、不同地域的丧亲老年人群中均存在,是一个较为普遍的流行病学特征。

三是文化程度因素。文化程度与丧亲老年人延长哀伤障碍的患病率呈负相关,即文化程度越高,患延长哀伤障碍的风险越低;文化程度越低,患延长哀伤障碍的风险越高。这主要是因为,文化程度较高的老年人,认知水平相对较高,对丧亲事件的认知更为理性,能够更好地理解死亡的意义,情绪调节能力也相对较强,能够通过多种方式缓解哀伤情绪;而文化程度较低的老年人,认知水平相对较低,对丧亲事件的认知较为片面,容易陷入非理性的思念与痛苦中,且缺乏有效的情绪调节方法,难以顺利应对丧亲带来的创伤,因此,更容易发展为延长哀伤障碍。例如,一项研究显示,小学及以下文化程度的丧亲老年人延长哀伤障碍的患病率为21.3%,初中文化程度为14.8%,高中及以上文化程度为8.7%,呈现出明显的随文化程度升高而降低的趋势。

四是婚姻状况因素。婚姻状况对丧亲老年人延长哀伤障碍的患病率也有显著影响,丧偶老年人患延长哀伤障碍的风险显著高于其他婚姻状况的老年人,而再婚、离异、未婚的丧亲老年人,患病率相对较低。这主要是因为,配偶是老年人晚年生活中最亲密的陪伴者,是其情感支持的主要来源,丧偶意味着老年人失去了最核心的情感依托与生活伴侣,这种丧失带来的创伤更为强烈,且丧偶后老年人的生活节奏被打破,孤独感显著增强,难以适应独自生活的状态,因此,更容易陷入持续性的哀伤中;而再婚老年人有新的配偶陪伴,能够获得一定的情感支持,离异、未婚老年人虽然没有配偶,但可能已经适应了独自生活的状态,丧亲带来的创伤相对较轻,因此,患延长哀伤障碍的风险相对较低。例如,一项研究显示,丧偶丧亲老年人延长哀伤障碍的患病率为18.9%,再婚丧亲老年人9.2%,离异、未婚丧亲老年人7.5%,差异较为显著。

此外,其他人口学特征,如职业、收入水平、居住状况

等,也会对丧亲老年人延长哀伤障碍的患病率产生一定影响。例如,有稳定职业、收入水平较高的丧亲老年人,能够获得更好的生活保障与医疗资源,患延长哀伤障碍的风险相对较低;而无固定职业、收入水平较低的老年人,生活压力较大,缺乏有效的医疗与心理支持,患延长哀伤障碍的风险相对较高。独居的丧亲老年人,缺乏亲友的陪伴与支持,孤独感较强,患延长哀伤障碍的风险显著高于与子女、亲友同住的老年人;而与子女、亲友同住的老年人,能够获得及时的情感支持与生活照料,更容易应对丧亲带来的创伤,患延长哀伤障碍的风险相对较低。

3. 丧亲相关特征。丧亲相关特征是影响丧亲老年人延长哀伤障碍患病率的核心因素之一,主要包括丧亲关系、丧亲方式、丧亲后的未竟事宜与遗憾感等,不同丧亲相关特征的老年人,患延长哀伤障碍的风险存在显著差异,明确这些特征对于识别高危人群、制定针对性的干预措施具有重要意义。

一是丧亲关系。丧亲关系是指逝者与丧亲老年人之间的亲属关系,不同的丧亲关系,带来的创伤程度不同,患延长哀伤障碍的风险也不同。总体而言,与逝者的关系越亲密,丧亲带来的创伤越强烈,患延长哀伤障碍的风险越高。在各类丧亲关系中,配偶、子女离世对老年人的创伤最大,患延长哀伤障碍的风险最高;其次是父母、兄弟姐妹离世;而其他亲属(如孙子女、侄子女、亲友等)离世,带来的创伤相对较轻,患延长哀伤障碍的风险相对较低。

配偶离世是老年人面临的最严重的丧亲事件之一,因为配偶是老年人晚年生活中最亲密的陪伴者、支持者,双方共同生活多年,形成了深厚的情感联结与相互依赖的关系,配偶离世意味着老年人失去了情感依托、生活伴侣与生活支撑,不仅要面对情感上的巨大痛苦,还要适应独自生活的状态,因此,更容易陷入持续性的哀伤中,患延长哀伤障碍的风险最高。多项研究显示,配偶丧亲的老年人,延长哀伤障碍的患病率高达20%–30%,显著高于其他丧亲关系的老年人。

子女离世对老年人的创伤也极为严重,子女是老年人的精神寄托,是其生命的延续,子女离世会给老年人带来巨大的精神打击,让老年人产生强烈的痛苦、自责与绝望感,尤其是失独老年人,由于失去了唯一的子女,情感寄托彻底丧失,生活意义感缺失,患延长哀伤障碍的风险极高,部分研究显示,失独老年人延长哀伤障碍的患病率高达30%–40%,且症状持续时间更长,干预难度更大。

父母、兄弟姐妹离世对老年人的创伤相对较轻,因为随着年龄增长,老年人对父母离世的心理预期相对较高,且与父母的关系虽然亲密,但随着自身组建家庭、子女成长,情

感重心会逐渐转移；而兄弟姐妹之间虽然有一定的情感联结，但通常不会形成像配偶、子女那样的相互依赖关系，因此，丧亲带来的创伤相对较轻，患延长哀伤障碍的风险相对较低，患病率多在10%–15%之间。

此外，逝者与老年人的主观亲密程度，也会影响延长哀伤障碍的患病率。即使是同一类丧亲关系，若老年人与逝者的主观亲密程度较高，情感联结深厚，丧亲带来的创伤也会更为强烈，患延长哀伤障碍的风险更高；反之，若主观亲密程度较低，情感联结较弱，丧亲带来的创伤相对较轻，患延长哀伤障碍的风险相对较低。例如，同样是配偶丧亲，与配偶关系极为亲密、相互依赖的老年人，患延长哀伤障碍的风险显著高于与配偶关系平淡的老年人。

二是丧亲方式。丧亲方式是指逝者离世的原因与过程，不同的丧亲方式，给老年人带来的创伤程度不同，患延长哀伤障碍的风险也不同。总体而言，突发性、创伤性丧亲（如突发意外、暴力离世、自杀等）带来的创伤，显著高于自然离世（如因病离世、年老离世等），因此，经历突发性、创伤性丧亲的老年人，患延长哀伤障碍的风险更高。

自然离世是老年人最常见的丧亲方式，如逝者因年老体衰、慢性疾病等原因离世，这种丧亲方式通常有一定的心理预期，老年人能够提前做好心理准备，逐渐适应丧亲的过程，因此，丧亲带来的创伤相对较轻，患延长哀伤障碍的风险相对较低。例如，逝者因癌症长期患病，老年人在陪伴逝者治疗的过程中，已经逐渐接受了逝者可能离世的事实，因此，在逝者离世后，虽然会感到悲伤，但更容易通过自身调节缓解情绪，患延长哀伤障碍的风险较低，患病率多在10%–15%之间。

突发性、创伤性丧亲，如逝者因车祸、意外事故、暴力伤害、自杀等原因突然离世，这种丧亲方式没有任何心理准备，老年人在毫无预兆的情况下失去至亲，会受到巨大的精神冲击，容易产生强烈的恐惧、痛苦、自责等情绪，且这种创伤会反复浮现，难以缓解，因此，患延长哀伤障碍的风险显著更高。例如，逝者因突发车祸离世，老年人可能会反复回想车祸的场景，产生强烈的自责感（如认为自己没有提醒逝者注意安全），陷入持续性的哀伤中，无法接受丧亲事实，患延长哀伤障碍的患病率高达25%–35%。

此外，丧亲过程的痛苦程度也会影响延长哀伤障碍的患病率。若逝者离世前经历了漫长的痛苦（如严重疾病的折磨），老年人在陪伴过程中也承受了巨大的心理压力与痛苦，这种累积的痛苦会在逝者离世后进一步加剧，增加患延长哀伤障碍的风险；而若逝者离世过程较为平静，老年人的心理

压力相对较小，患延长哀伤障碍的风险也相对较低。

三是丧亲后的未竟事宜与遗憾感。丧亲后的未竟事宜，是指老年人在逝者离世前，未能完成的与逝者相关的事情，如未能与逝者好好告别、未能实现对逝者的承诺、未能解决与逝者之间的矛盾等；遗憾感则是指老年人因这些未竟事宜而产生的自责、懊悔、遗憾等情绪。丧亲后的未竟事宜与遗憾感，是导致老年人陷入持续性哀伤、发展为延长哀伤障碍的重要因素，未竟事宜越多，遗憾感越强，患延长哀伤障碍的风险越高。

老年人由于年龄增长、身体状况等原因，可能会在逝者离世前，因各种因素未能完成与逝者相关的事情，如因生病未能陪伴逝者最后一程、因工作繁忙未能实现与逝者一起旅行的承诺、与逝者之间存在未化解的矛盾等。这些未竟事宜会让老年人产生强烈的自责与遗憾感，反复回想“如果当时我能多陪伴逝者”“如果当时我能与逝者化解矛盾”，这种反复的回想会加剧哀伤情绪，让老年人无法接受丧亲事实，陷入持续性的哀伤中，进而发展为延长哀伤障碍。

例如，与逝者之间存在矛盾的老年人，在逝者离世后，会因为未能与逝者化解矛盾而产生强烈的遗憾感与自责感，认为自己没有机会弥补过错，这种情绪会持续困扰着老年人，无法缓解，进而导致延长哀伤障碍的发生；而没有未竟事宜、遗憾感较轻的老年人，能够更好地接受丧亲事实，哀伤情绪更容易缓解，患延长哀伤障碍的风险相对较低。多项研究显示，存在未竟事宜与强烈遗憾感的丧亲老年人，延长哀伤障碍的患病率高达25%–30%，而没有未竟事宜、遗憾感较轻的老年人，患病率仅为8%–12%，差异极为显著。

此外，丧亲后老年人对逝者的“过度理想化”，也会加剧未竟事宜与遗憾感，进而增加患延长哀伤障碍的风险。部分老年人在逝者离世后，会过度美化逝者，将逝者塑造成完美的形象，同时放大自己的过错与遗憾，认为自己没有好好对待逝者，这种认知会进一步加剧哀伤情绪，让老年人无法走出丧亲阴影。

二、丧亲老年人延长哀伤障碍的核心表现

丧亲老年人延长哀伤障碍的核心表现，是其病理性哀伤反应的具体体现，主要涵盖情感、认知、行为、生理四个层面，这四个层面的表现相互关联、相互影响，共同构成了延长哀伤障碍的完整症状体系。与其他年龄段的丧亲者相比，丧亲老年人的延长哀伤障碍表现具有一定的特殊性，更多地与老年人的生理机能衰退、社会支持薄弱、生活经验积累等因素相关，表现更为内敛、隐蔽，且更容易伴随躯体不适。

系统梳理丧亲老年人延长哀伤障碍的核心表现,有助于临床工作者准确识别该障碍,为后续的评估与干预提供依据。

(一) 情感层面表现

情感层面是丧亲老年人延长哀伤障碍最核心、最突出的表现,主要体现为对逝者的持续性强烈渴望与执念、持续性情感痛苦,以及对生活意义的丧失感与绝望感,这些情感反应持续时间长、强度高,无法通过自身调节缓解,严重影响老年人的身心健康与生活质量。

1.对逝者的持续性强烈渴望与执念。对逝者的持续性强烈渴望与执念,是丧亲老年人延长哀伤障碍最核心的情感症状,也是区别于正常哀伤的关键特征之一。这种渴望与执念并非短暂的思念,而是一种持续的、无法控制的心理状态,几乎每天都会出现,贯穿于老年人的日常生活中,成为其情感生活的主导。

具体而言,这种渴望与执念主要表现为以下几个方面:一是对逝者的强烈思念,老年人会无时无刻不在想念逝者,脑海中反复浮现逝者的面容、声音、言行举止,回忆与逝者在一起的点点滴滴,无论是开心的事情还是难过的事情,都会反复回想,这种思念会让老年人感到无比的痛苦与孤独,甚至会在不经意间流下眼泪,无法控制自己的情绪。二是对与逝者重逢的强烈渴望,老年人会产生一种不切实际的期待,希望逝者能够重新回到自己身边,甚至会出现幻觉、幻听,认为自己听到了逝者的声音、看到了逝者的身影,这种渴望会让老年人无法接受逝者已经离世的事实,陷入自我欺骗的状态。三是对逝者的过度关注与执念,老年人会将所有的注意力都集中在逝者身上,忽略了自己的生活与身边的人,会反复查看逝者的照片、衣物、生活用品等,不愿意让任何人触碰或移动这些物品,仿佛这些物品是连接自己与逝者的唯一纽带,一旦这些物品被触碰或移动,老年人会出现强烈的情绪反应,如愤怒、悲伤等。

对于丧亲老年人而言,这种渴望与执念还具有一定的特殊性。由于老年人的生活节奏相对缓慢,社交活动相对较少,孤独感较强,因此,对逝者的渴望与执念会更为强烈,且持续时间更长。例如,丧偶的老年人,会习惯性地等待逝者回家,会在吃饭时为逝者留出一个位置,会在睡前习惯性地呼唤逝者的名字,这种行为会持续很长时间,即使知道逝者已经离世,也无法改变这种习惯。此外,老年人的认知功能相对衰退,对现实的认知能力有所下降,因此,更容易陷入对逝者的执念中,无法理性地看待丧亲事实,难以从这种渴望中走出来。

需要强调的是,这种渴望与执念并非简单的“思念”,

而是一种病理性的心理状态。正常哀伤的老年人,虽然也会思念逝者,但这种思念会随着时间的推移逐渐淡化,不会影响其正常的生活与社交;而延长哀伤障碍的老年人,这种渴望与执念会持续存在,且强度不会减弱,会严重影响其日常生活,让老年人无法正常进食、睡眠、与人交往,甚至会放弃自己的生活,陷入对逝者的无尽思念中。神经科学研究表明,这种对逝者的强烈渴望,会激活大脑中负责奖赏和渴望的关键区域——伏隔核,与成瘾行为有相似之处,这也解释了为什么部分丧亲老年人会反复重温与逝者相关的记忆,哪怕每一次都带来更深的痛苦。

2.持续性情感痛苦。持续性情感痛苦是丧亲老年人延长哀伤障碍的另一个核心情感表现,这种痛苦是由对逝者的渴望与执念引发的,持续时间长、强度高,涵盖了悲伤、痛苦、孤独、自责、愤怒等多种负面情绪,且这些情绪相互交织,让老年人陷入无尽的痛苦中,无法自拔。

悲伤是最核心的情感痛苦,老年人会因为失去至亲而感到无比的悲伤,这种悲伤并非短暂的情绪波动,而是一种持续的、弥漫性的悲伤,几乎每天都会出现,老年人会在任何场景下触发这种悲伤情绪,如看到与逝者相关的物品、听到与逝者相关的声音、想到与逝者相关的事情等,都会感到撕心裂肺的痛苦,甚至会出现崩溃大哭的情况,且这种悲伤情绪无法通过自身调节缓解,即使在家人、亲友的安慰下,也只能短暂缓解,很快又会陷入悲伤中。

孤独感是丧亲老年人延长哀伤障碍中常见的情感痛苦之一。至亲离世后,老年人失去了最亲密的陪伴者与支持者,生活变得孤独无助,尤其是丧偶、失独的老年人,这种孤独感会更为强烈。老年人会感到自己被世界抛弃,身边没有可以依靠的人,没有人能够理解自己的痛苦,即使有子女、亲友的陪伴,也无法真正感受到温暖与安慰,这种孤独感会让老年人陷入自我封闭的状态,进一步加剧哀伤情绪。

自责与内疚感也是常见的情感痛苦。部分老年人会将逝者的离世归咎于自己,认为自己没有照顾好逝者,没有及时发现逝者的病情,没有在逝者生前好好陪伴逝者,甚至认为自己的某些行为导致了逝者的离世,这种自责与内疚感会持续困扰着老年人,让老年人陷入无尽的自我谴责中,无法原谅自己。例如,逝者因疾病离世,老年人会自责自己没有更好地照顾逝者,没有带逝者去更好的医院治疗;逝者因意外离世,老年人会自责自己没有提醒逝者注意安全,没有保护好逝者。这种自责与内疚感会进一步加剧老年人的情感痛苦,让其无法接受丧亲事实,陷入持续性的哀伤中。

愤怒也是丧亲老年人延长哀伤障碍中可能出现的情感

痛苦。老年人可能会对逝者感到愤怒，愤怒逝者“抛弃”了自己，留下自己独自面对生活的孤独与痛苦；也可能对命运感到愤怒，愤怒命运的不公，让自己失去至亲；还可能对身边的人感到愤怒，愤怒身边的人无法理解自己的痛苦，无法给予自己足够的支持与安慰。这种愤怒情绪通常会以两种方式表现：一种是对外发泄，如对家人、亲友发脾气、抱怨；另一种是对内压抑，将愤怒情绪埋藏在心底，不善于表达，这种压抑的愤怒会进一步加剧情感痛苦，甚至会引发躯体不适。

此外，丧亲老年人的情感痛苦还可能表现为情感麻木。部分老年人在经历了巨大的情感打击后，会出现情感麻木的状态，对任何事情都提不起兴趣，无法体验到快乐或愉悦，仿佛自己的情感被“冻结”了一样。这种情感麻木并非情绪的缓解，而是一种病理性的情感反应，是老年人为了应对巨大的情感痛苦而采取的一种自我保护机制，但这种机制会让老年人陷入更深的痛苦中，无法正常表达自己的情绪，也无法接受丧亲事实，进而加剧延长哀伤障碍的症状。

与正常哀伤的老年人相比，延长哀伤障碍的老年人，其情感痛苦具有持续性、高强度、不可缓解性的特点。正常哀伤的老年人，情感痛苦会随着时间的推移逐渐缓解，能够逐渐接受丧亲事实，重新体验到生活的快乐；而延长哀伤障碍的老年人，情感痛苦会持续存在，且强度不会减弱，甚至会随着时间的推移逐渐加重，无法通过自身调节或家人、亲友的安慰缓解，严重影响其身心健康。

二、丧亲老年人延长哀伤障碍的核心表现

（一）情感层面表现

至亲的离世不仅让老年人失去情感依托，更易使其陷入生活意义的崩塌，产生强烈的绝望感，这是丧亲老年人延长哀伤障碍在情感层面的重要表现。对于老年人而言，配偶、子女等至亲往往是其晚年生活的核心，是生活目标与意义的重要载体，彼此相伴的日常、对家人的照料与期盼，共同构成了其生活的全部价值。当至亲离世，老年人的生活节奏被彻底打破，原有的生活目标不复存在，会陷入“活着没有意义”“不知道为谁而活”的迷茫与空洞中。

这种丧失感会进一步滋生对未来的绝望，老年人会认为生活再也无法回到从前，未来的日子只剩孤独与痛苦，对任何事情都失去期待，甚至否定自己存在的价值。例如，失独老人会因失去生命的延续而觉得人生毫无寄托，丧偶老人会因失去相伴一生的伴侣而认为晚年生活只剩煎熬。这种绝望感并非短暂的情绪低落，而是持续性的认知与情

感体验，会让老年人放弃对生活的追求，甚至出现自伤、自杀的消极念头，成为威胁其生命安全的重要隐患。

（二）认知层面表现

1.对丧亲事实的持续性否认与难以接受

对丧亲事实的持续性否认是认知层面最核心的表现，老年人始终无法接受至亲离世的现实，陷入“逝者只是暂时离开”的自我欺骗中。他们会刻意忽略逝者离世的客观证据，拒绝参加葬礼、不愿整理逝者遗物，甚至会在生活中保留逝者的一切生活痕迹，坚信逝者终会归来。这种否认并非简单的逃避，而是病理性的认知扭曲，是老年人为了逃避丧亲带来的巨大痛苦而产生的心理防御，但这种防御会让其始终无法正视丧失，阻碍哀伤的正常进程，进而加重延长哀伤障碍的症状。

2.身份认同混乱。身份认同混乱表现为老年人因至亲离世而失去自我定位，原本的“丈夫/妻子”“父亲/母亲”等身份因逝者的离开而变得模糊，产生“我是谁”“没有他/她，我还是我吗”的困惑。老年人在长期的亲密关系中，早已与至亲形成相互依存的身份联结，其生活角色与行为模式均围绕这种关系构建。当至亲离世，这种联结断裂，老年人的自我认知会出现偏差，部分人会将自己定义为“被抛弃的人”“无用的人”，甚至感觉自己的一部分随逝者一同消失，这种身份的缺失会让其陷入深深的自我怀疑，进一步加剧心理痛苦。

3.闯入性思维与对丧亲场景的反复回想。老年人的脑海中会反复、不自主地浮现与丧亲相关的画面、场景，尤其是逝者离世的瞬间、最后的相处片段等，这种闯入性思维不受主观控制，会在任何时间、任何场景突然出现，打断老年人的正常思考与生活。例如，因突发意外丧亲的老年人，会反复回想意外发生的细节，脑海中不断重现逝者离开的画面；因病离世的老年人，会反复回忆逝者生前的病痛与最后的话语。这些反复的回想会让老年人再次体验丧亲时的痛苦，如同创伤再次发生，使其始终无法从丧亲的阴影中走出来，同时还会伴随注意力不集中、记忆力下降等认知功能受损的表现。

（三）行为层面表现

1.对与逝者相关线索的回避行为。为了避免触发丧亲带来的痛苦，老年人会刻意回避所有与逝者相关的人、事、物，这是行为层面最典型的表现。他们会回避逝者生前常去的地方、常听的歌曲、常用的物品，甚至回避与逝者相识的亲友，拒绝谈论任何与逝者相关的话题。例如，丧偶老人会刻意绕开曾经与配偶一起散步的公园，会将配偶的

照片收起来不再翻看；失独老人会回避与其他父母谈论子女的话题。这种回避行为虽然能在短期内缓解痛苦，但会让老年人始终无法面对与逝者的联结，阻碍其对丧亲事实的接纳，同时也会让其生活范围不断缩小，加剧社交隔离。

2.社交退缩与社会功能衰退。老年人会主动远离社交活动，拒绝与他人交往，表现为闭门不出、不愿参加亲友聚会、对邻里的交流也刻意回避，原本的社交圈逐渐萎缩，社会功能出现明显衰退。一方面，因持续的情感痛苦，老年人没有精力与兴趣参与社交，认为他人无法理解自己的痛苦，与他人交往会让自己感到更加孤独；另一方面，身份认同的混乱也使其不知如何与他人相处，害怕被问及与逝者相关的问题。长期的社交退缩会让老年人逐渐失去社会支持，进一步加重孤独感与哀伤情绪，形成恶性循环，甚至连基本的社会交往能力也会逐渐退化。

3.生活节律紊乱。丧亲后的痛苦与心理困扰会彻底打乱老年人的正常生活节律，表现为饮食、睡眠、日常作息的严重失调。饮食上，要么毫无食欲、进食量骤减，要么通过暴饮暴食缓解情绪；睡眠上，会出现入睡困难、多梦、易醒、早醒等睡眠障碍，甚至彻夜难眠，脑海中反复回想逝者的相关画面，导致休息不足；日常作息上，昼夜颠倒、不愿起床、懒得打理个人生活，连基本的家务、洗漱等日常行为都变得拖沓或不愿完成。生活节律的紊乱不仅会影响老年人的身心健康，还会让其陷入颓废的生活状态，进一步加重延长哀伤障碍的症状。

（四）生理层面表现

1.持续性躯体不适。延长哀伤障碍引发的心理痛苦会通过躯体症状表现出来，老年人会出现无明确躯体疾病原因的持续性不适，且经医学检查难以发现器质性病变，属于心身反应。常见的躯体不适包括持续性的胸闷、心慌、气短、头晕、头痛，以及胃肠道不适如腹胀、腹痛、恶心、食欲不振等，还有肌肉酸痛、乏力、肢体麻木等表现。这些躯体不适会随着哀伤情绪的加重而加剧，成为老年人痛苦的重要来源，同时也会让其反复就医，却因找不到病因而陷入焦虑，进一步加重心身症状。

2.生理机能衰退的加速表现。长期的心理痛苦、生活节律紊乱与躯体不适，会加速老年人原本的生理机能衰退，使其身体状况明显变差。表现为免疫力显著下降，更容易感冒、感染其他疾病，且患病后恢复较慢；体力与精力大幅减退，稍作活动就会感到疲惫不堪；感官功能如视力、听力的衰退速度加快，行动也变得更加迟缓；部分老年人还会出现血压、血糖波动异常，原有慢性疾病如高血压、

糖尿病、冠心病等病情加重，并发症的发生风险显著升高。生理机能的加速衰退与心理障碍相互影响，形成心身恶性循环，严重威胁老年人的身体健康与生命质量。

三、丧亲老年人延长哀伤障碍的影响因素

丧亲老年人延长哀伤障碍的发生并非单一因素导致，而是个体自身、丧亲相关、社会环境三类因素相互作用、共同影响的结果。各类因素从不同维度作用于老年人的心理与行为，加剧其哀伤反应的病理性转化，明确这些影响因素的作用机制，能为精准识别高危人群、制定针对性干预策略提供关键依据。

（一）个体自身因素

1.心理因素。老年人的情绪调节能力、人格特质是核心影响因素。情绪调节能力较弱的老年人，无法通过合理方式疏导丧亲后的负面情绪，易陷入情绪内耗；而内向、敏感、偏执型人格的老年人，更倾向于压抑情感、过度思虑，难以与他人建立情感联结，哀伤情绪难以得到有效释放。此外，老年人对死亡的认知偏差，如过度恐惧死亡、将逝者离世视为“不可接受的失去”，也会阻碍其对丧亲事实的接纳，增加延长哀伤障碍的发生风险。

2.生理因素。老年人随年龄增长出现的生理机能衰退，是重要的生理诱因。认知功能下降（如记忆力减退、思维迟缓）会让老年人难以理性看待丧亲事件，更易陷入对逝者的执念；躯体健康状况较差，如患有高血压、糖尿病、慢性疼痛等疾病，会让老年人的身心耐受度降低，丧亲带来的心理痛苦更易转化为躯体不适，形成心身恶性循环；而睡眠障碍、免疫力下降等问题，又会进一步削弱其心理调节能力，加剧哀伤反应的持续性。

3.既往经历。老年人的既往创伤经历与丧亲体验，会显著影响其此次丧亲后的心理反应。若老年人曾经历过多次丧亲（如先后失去父母、兄弟姐妹）、童年遭遇过分离创伤，或有过抑郁、焦虑等精神障碍病史，其心理创伤会不断累积，心理防御机制更易受损，面对新的丧亲事件时，更难适应，极易发展为延长哀伤障碍。此外，若老年人既往有过不良的哀伤体验，如未能顺利处理上一次的丧亲情绪，也会让其在此次丧亲后陷入更严重的心理困境。

（二）丧亲相关因素

丧亲相关因素是引发延长哀伤障碍的直接诱因，与前文流行病学特征中的丧亲相关特征相呼应，其对老年人心理的冲击程度，直接决定了哀伤反应的强度与持续时间。

1.丧亲关系。逝者与老年人的亲密程度越高，丧亲带来

的心理创伤越强烈。配偶、子女作为老年人晚年生活的核心情感依托，其离世会让老年人失去最主要的生活支撑与精神寄托，这种丧失带来的痛苦远高于其他亲属离世；而若老年人与逝者之间存在深度的相互依赖，如独居老人依赖子女照料、丧偶老人依赖配偶陪伴，这种关系的断裂会让老年人的生活陷入失控，更易引发病理性哀伤。

2.丧亲方式。突发性、创伤性丧亲比自然离世更易诱发延长哀伤障碍。自然离世有一定的心理预期，老年人能逐步接受丧亲事实，而突发意外、暴力离世、自杀等丧亲方式，会让老年人在毫无准备的情况下遭受巨大精神冲击，易产生强烈的自责、恐惧与困惑，且这种创伤性体验会反复浮现，难以缓解；此外，逝者离世前经历漫长且痛苦的病程，会让老年人在陪伴过程中积累大量心理压力，逝者离世后，这种压力会转化为持续性的哀伤，增加障碍发生风险。

3.丧亲后的未竟事宜与遗憾感。逝者离世前未能完成的事、未化解的矛盾，会让老年人产生强烈的自责与遗憾感，成为其心理上的“心结”。如未能与逝者好好告别、未能实现对逝者的承诺、因争吵与逝者产生隔阂未和解等，这些未竟事宜会让老年人反复陷入“如果当时怎样，结果就会不同”的思维怪圈，无法接受丧亲事实，不断放大自身的痛苦，进而让哀伤情绪持续固化，发展为延长哀伤障碍。

四、丧亲老年人延长哀伤障碍的心理干预策略

针对丧亲老年人延长哀伤障碍的干预，需结合其身心特点、影响因素，从个体、团体、家庭与社会三个维度构建综合干预体系，遵循“接纳哀伤、疏导情绪、重建意义、恢复功能”的核心原则，兼顾干预的科学性、针对性与人文性，同时注重干预过程中的细节把控，确保干预效果。

（一）个体心理干预方法

个体心理干预是针对老年人个性化的心理问题开展的一对一疏导，能精准对接老年人的情感需求与心理困境，是干预的核心环节。

1.认知行为干预。核心是纠正老年人的认知扭曲，引导其建立理性的丧亲认知，同时调整其不良行为模式。通过认知重构，帮助老年人正视丧亲事实，改变“没有逝者就无法生活”“自己应对逝者离世负责”等非理性信念；通过行为激活，引导老年人逐步参与日常活动，打破回避、退缩的行为模式，恢复正常的生活节律，同时通过放松训练、正念呼吸等方式，缓解其焦虑、痛苦等负面情绪。

2.叙事疗法。鼓励老年人讲述自己与逝者的故事，梳理

彼此的情感联结与生活经历，在叙事过程中释放内心的痛苦，同时重新赋予丧亲经历与生活新的意义。治疗师通过倾听与引导，让老年人在回忆中接纳逝者的离开，认识到逝者的爱与记忆会以另一种方式存在，帮助其从“失去的痛苦”转向“珍藏回忆、继续生活”，重建自我身份与生活目标。

3.正念干预。通过正念冥想、身体扫描等训练，引导老年人关注当下，减少对丧亲场景的反复回想与对未来的绝望思虑，缓解闯入性思维带来的痛苦。正念干预能帮助老年人觉察自己的情绪变化，学会与负面情绪和平共处，而非压抑或逃避，同时提升其情绪调节能力与心理接纳度，逐步走出哀伤困境。

4.哀伤辅导。遵循哀伤发展的规律，为老年人提供阶段性的哀伤疏导服务。在丧亲初期，以陪伴、倾听为主，允许老年人自由表达悲伤、愤怒、自责等情绪，避免其压抑情感；在哀伤中期，引导老年人整理逝者遗物、参与纪念活动，逐步接纳丧亲事实；在哀伤后期，帮助老年人探索新的生活方式，重建社交与生活功能，引导其将对逝者的思念转化为生活的动力。

（二）团体心理干预方法

团体心理干预通过搭建同伴支持平台，让丧亲老年人在互动中相互理解、相互支持，打破孤独感，同时在团体中学习他人的哀伤应对经验，提升自身的适应能力。

1.丧亲互助团体干预。组建由同龄丧亲老年人组成的互助团体，由专业心理师带领，定期开展交流活动。老年人在团体中分享自己的丧亲经历与心理感受，能感受到“自己的痛苦被理解”，减少孤独感与被孤立感；同时，通过同伴之间的相互鼓励与经验分享，学习有效的情绪疏导方法与生活适应技巧，逐步建立应对哀伤的信心。

2.团体叙事与意义建构干预。组织团体成员共同开展叙事活动，如“与逝者的温暖回忆”分享、“我的新生活规划”讨论等，在团体互动中，帮助老年人梳理与逝者的情感联结，重新建构生活的意义。团体的氛围能让老年人更勇敢地表达内心的想法，同时从他人的故事中获得启发，打破自我封闭的思维模式，逐步树立继续生活的目标。

3.老年社交技能重建团体干预。针对丧亲后社交退缩的老年人，开展社交技能重建训练，通过角色扮演、社交模拟等方式，帮助老年人恢复社交能力，重新建立与他人的情感联结。团体活动能为老年人提供安全的社交场景，让其在实践中逐步克服社交恐惧，学会与他人沟通、交往，逐步扩大社交圈，恢复社会功能。

（三）家庭与社会支持干预

家庭与社会是老年人生活的重要依托，完善的家庭与社会支持体系，能为个体与团体干预提供坚实的外部保障，推动干预效果的长效化。

1.家庭支持系统指导。为老年人的家属开展专业的指导培训，帮助家属了解延长哀伤障碍的相关知识，掌握科学的陪伴与疏导方法。引导家属避免说“别难过了”“看开点”等否定老年人情绪的话语，而是以倾听、陪伴为主，允许老年人自由表达情绪；同时，指导家属为老年人提供生活上的照料，帮助其恢复正常的生活节律，共同参与纪念逝者的活动，让老年人感受到家庭的温暖与支撑。

2.社区支持体系建设。社区作为基层服务平台，需搭建老年心理关怀服务网络，设立专门的老年心理疏导站点，配备专业的心理师与志愿者，为丧亲老年人提供上门疏导、定期探访、团体活动等服务；同时，整合社区内的养老资源，为独居、失独的丧亲老年人提供生活照料、紧急帮扶等服务，解决其生活上的后顾之忧，让其能更专注地调节心理状态。

3.社会资源整合。整合医院、高校、心理机构、养老机构等多方社会资源，构建“医疗-心理-养老”一体化的干预体系。医院老年科与心理科建立联动机制，及时识别丧亲老年人的病理性哀伤症状，提供专业的诊断与干预；高校与心理机构为基层提供专业的心理师培训与技术支持；养老机构将心理关怀纳入日常养老服务，为院内丧亲老年人提供持续性的心理疏导，实现多方资源协同发力，提升干预的专业性与覆盖面。

五、结束语

丧亲老年人的延长哀伤障碍是人口老龄化背景下亟待关注的老年心理健康问题，其不仅严重损害老年人的身心健康与生活质量，也给家庭与社会带来沉重的负担。本文从核心认知、核心表现、影响因素、心理干预策略四个维度，对丧亲老年人延长哀伤障碍进行了系统梳理，明确了其与正常哀伤、抑郁障碍、PTSD的本质区别，剖析了其情感、认知、行为、生理四层核心表现，厘清了个体、丧亲、社会三类影响因素的作用机制，并构建了“个体-团体-家庭与社会”三位一体的综合干预体系，同时提出了贴合老

年人身心特点的干预注意事项。当前，我国对丧亲老年人延长哀伤障碍的研究仍处于发展阶段，存在流行病学调查数据不足、基层干预能力薄弱、多学科协作机制不完善等问题。未来的研究与实践中，一方面需开展全国性、大规模的流行病学调查，进一步明确我国丧亲老年人延长哀伤障碍的患病规律与高危人群特征，为精准预防提供科学依据；另一方面需加强老年心理关怀服务体系建设，完善基层心理干预网络，提升专业人员的诊疗与干预能力，建立多学科、跨部门的协作机制，推动心理干预与医疗、养老服务的深度融合。同时，还需强化社会对老年丧亲者的关注与理解，摒弃“老年人哀伤是正常现象，无需干预”的错误认知，营造包容、温暖的社会氛围，让丧亲老年人能被看见、被理解、被支持。唯有从理论研究、临床实践、社会支持多方面发力，才能切实提升丧亲老年人延长哀伤障碍的识别率、干预率，帮助老年人顺利度过哀伤期，重建生活意义，保障其心理健康权益，推动我国老年心理关怀事业的规范化、专业化发展，让老年人真正实现“老有所养、老有所心”。

参考文献：

- [1]王建平,陈健芷.哀伤心理学[M].北京:高等教育出版社,2020:89-126.
- [2]世界卫生组织.国际疾病分类第11版(ICD-11)精神与行为障碍分类[M].北京:人民卫生出版社,2019:156-162.
- [3]美国精神医学学会.精神疾病诊断与统计手册第五版修订本(DSM-5-TR)[M].张道龙,译.北京:北京大学出版社,2023:287-295.
- [4]李娟,杨婕.丧亲老年人延长哀伤障碍的患病率及影响因素[J].中国老年学杂志,2022,42(15):3789-3792.
- [5]张艳,王艳玲.认知行为疗法在老年延长哀伤障碍中的应用[J].中国临床心理学杂志,2021,29(03):654-658.
- [6]赵静,李丽.叙事疗法对丧亲老人生活意义感重建的干预研究[J].中国健康心理学杂志,2023,31(07):961-965.
- [7]陈欣,姜乾金.正念干预对心身疾病患者情绪调节能力的影响[J].中华行为医学与脑科学杂志,2020,29(05):478-482.
- [8]刘春艳.丧亲老年人社会支持与延长哀伤障碍的关系[D].济南:山东师范大学,2022.
- [9]王健,张宁.中国老年人心理健康服务体系建设现状与展望[J].中国心理卫生杂志,2021,35(08):635-640.
- [10]吴丽娟,林春霞.社区互助团体对丧偶老年人哀伤情绪的干预效果[J].中国老年保健医学,2023,21(02):102-104.