

悲 嘆

Grieving

A Ray

Harvard Medical School and Dana-Farber Cancer Institute, Boston, MA, USA

H Prigerson

Dana-Farber Cancer Institute, Harvard Medical School, and Brigham and Women's Hospital, Boston, MA, USA

© 2007 Elsevier Inc. All rights reserved.

This article is a revision of the previous edition article by S Noaghiul and H Prigerson, volume 2, pp 289-296, © 2000, Elsevier Inc.

勝野 とわ子〔訳〕

首都大学東京健康福祉学部看護学科

序 論

複雑性悲嘆の診断

複雑性悲嘆の結果と危険因子

治 療

用語解説

複雑性悲嘆

喪失体験から6カ月以降におよぶ消耗性悲嘆症状の経験。

分離不安

第1次的な愛着をもつ人からの分離の脅威によって生ずる恐怖と不安。

序 論

悲嘆は愛着をもっていた人を失うことに伴う感情的な状態を示すものである。死別反応は人生の自然な一部であり、悲嘆の正常プロセスは限定された過程を経て、普通は、臨床的な関心が必要となる原因とはならない。このことにもかかわらず、過去の研究は死別が人生経験の中で最も難しい出来事の1つであり、死別を経験した人々は、集団として、死亡率と病的状態のより高いリスクをもっていることを示している。この増加したリスクは主に少数の悲嘆のプロセスが圧倒的になる、異常に長期間にわたって悲嘆や生活の中断を引き起こしている人々によるものと考えられる。複雑性悲嘆のこれらのケースでは、臨床的な関心を払う必要があり適切な介入が求められるのは理にかなったことである。

正常な悲嘆

死別を経験した大多数の人々は、正常か複雑ではない

悲嘆 (uncomplicated grief) を経験する。正常な悲嘆は、はじめは痛みが伴い生活の障害となるものであるが、最後には死別を経験した遺族は、喪失を現実のものとして受け入れ (受容)、人生を進むことができる。彼らは、日常生活機能を行って、次第に余暇活動を楽しみ始めることができる。

専門職者や一般の人々の間で最も知られている正常な悲嘆の解決モデルの1つは、Kubler-Rossの段階理論である。この理論は、次のような段階を通して順序だった (悲嘆の) 進行を提示している。疑いまたはショック、切望、怒りと不当感、抑うつ、そして最終的な喪失の受容。この理論の検証を試みた最近の研究は、複数の段階が同時に存在することを示唆している。明確に区分された段階ではなく、平均して、死別を経験した人の悲しみは徐々に受容が増大するに従って減少する。

喪失後はじめの2, 3カ月の間は、複雑ではない悲嘆の症状は、複雑性悲嘆のそれらと区別するのが困難である。しかし、6カ月後には、死別を経験した大部分の人は、受容のあるレベルに到達し、生産的な楽しい活動に従事することができ、そして新しい関係をつくりながら他者とつながることができる。死別後6カ月後に、適応障害、例えば自殺の思考と言動、大うつ病性障害 (major depressive disorder : MDD)、心的外傷後ストレス障害 (posttraumatic stress disorder : PTSD) を経験している遺族、また持続的な悲嘆を経験している遺族には、臨床的な関心を払う必要がある。

死別に対する回復反応

何人かの死別を経験した人々は、喪失後ほとんどあるいは全く苦悩を示さない。死別反応の専門家たちはこの原因について議論している。ある人は、悲嘆の症状が少ないことは、死去した人に対するより表面的な愛着を意味すると示唆している。他の研究者は、重要な個人的喪失後の低い苦悩レベルは、不適応性の、感情的に疎遠な人のサインであると示唆している。伝統的な見方は、悲嘆の欠如を否認または正常な悲嘆プロセスの抑制と考える。したがって、これらの死別を経験した人々は、潜在的な悲嘆の解決を援助するために助言を受けてきた。しかし、過去の研究は、これらの何人かは、喪失に対して健康的な回復力を持ち、彼らの生活機能にほとんど影響なく回復することを明らかにしている。この考えによれば、回復力のある対象者は、悲嘆カウンセリングからほとんど利益を受けない。なぜなら彼らは喪失体験によって内的に苦闘しているという証拠をほとんど示さないからである。ただし、回復力の印として悲嘆の欠

如を用いることは、論争の余地が残る。悲嘆の強さは、死去した人に対する愛着の直接的な割合を示すものなので、悲嘆の欠如は、死去した人に対する愛着が非常に強い場合のみ真に回復力の印といえる。このことは、しばしばアセスメントすることが困難である。しかし、悲嘆に苦悶している人々がこれらの成功したコーピング方略を活用できるよう回復力のある反応についてより理解を深めることは、意味があることである。

複雑性悲嘆の診断

記述的な特徴

複雑性悲嘆は、病理的悲嘆、異常悲嘆、非定型悲嘆、そして病理的な喪と相互互換的に使用されてきた。一時、トラウマになる悲嘆もまた用いられていたが、2001年9月11日の事件ののち、この用語は、外傷的な事件の後の心理的反応、そしてそのような事件で人の死を経験した後の悲嘆を表わすものとされている。複雑性悲嘆は現在第一義的には自然の原因によって人を失う経験を記述するために用いられている。

複雑性悲嘆は、慢性的な喪の状態として表わされる。あとに残された遺族は、喪失の現実を受け入れることができず、結果として、人生においていかなる適応をすることに対しても抵抗を示す。心理的苦痛は、亡くなった愛する人に対する強い切望によって特徴づけられる。亡くなった人に対する持続的な集中は、関係を維持、形成していく上で障害となる。このことは、死別を経験した人が感じる孤立感を強める結果となる。このような悲嘆の状態は、大うつ病性障害(MDD)など交絡的な診断に加えて、自殺の考えや観念化の危険因子として知られている。

診断基準

Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

(5th edn; DSM-V)によって提示されている複雑性悲嘆の診断基準は表1のとおりである。この診断は、死別を経験した人が日常生活に支障がでるほどに亡くなった人を持続的に切望することを要件とする。加えて、以下の8症状のうち4つの症状が苦痛がありまた障害となる程度に経験されていることが必要である(例:1日に何度も、社会的または職業的機能に支障をきたす)。死を受容することの困難さ、喪失体験後他者を信頼することができないこと、死に関する過度の苦々しさ、人生を前進することに対する心地悪さ(落ち着きなさ)、以前親密だった他者と疎遠になること、亡くなった人なくして人生は無意味だと感じる事、亡くなった人なくして、将来は満足する希望をもてないと感じること、死以来、興奮していること。また前にも述べたとおり、症状の重さと数は、喪失に関連していつ起こったとしても最低6カ月以上続いているなければならない。このことは診断に慢性的なタイプと遅延するタイプの悲嘆を含めることを可能にしている。

複雑性悲嘆の診断をする際、6カ月の遅延を支持する証拠がある。異常に落ち込んでいる人々を見極めるために正常な悲嘆症状が消失する時間をとることは重要である。これは、複雑な悲嘆を診断する際に、より保守的な閾値となり、症状が自然にいつかなくなる疑陽性の患者を含めることが少なくなる。また、6カ月時点でまだ症状を経験している患者は、自然の悲嘆解決を経験しにくく、喪失後13~23カ月に悪い結果を経験しやすい。

鑑別診断

死別反応は多数の他の精神疾患によって複雑となる可能性がある。大うつ病性障害(MDD)は愛する人との死別後に認められる第一の疾患である。しかし、複雑性悲嘆症状は、抑うつや不安に関連した症状群とは明確に異なる症状群を形成している。抑うつ性の症状は、抑うつ気分、精神運動遅滞、そして低下した自尊感情を含む。

表1 DSM-Vで提示されている複雑性悲嘆の基準^a

基準A	亡くなった人に対する願望、切望、また求めること。願望は過去1カ月間毎日経験している、または苦痛を感じるか、障害となる程度でなければならない。
基準B	過去1カ月間、以下の8症状のうち4症状を強く、対処不可能な程度に、または極端に経験していなければならない。 死を受け入れる困難さ 死以来他者を信頼することができない 死についての過剰な苦々しさまたは怒り 人生に前向きに進んでいくことに対する心地悪さ(例:新しい関係を形成する困難さ) 死以来感情がなくなったりまたは他者から疎遠に感じる事 亡くなった人なくして人生は空虚で意味がないと感じること 亡くなった人なくして将来は意味無く、満足する見込みは無いと感じること 死以来興奮した、飛びたくなる、またはがけっおちにいると感じること
基準C	症状障害が際立って社会的、職業的または重要な領域における機能障害を引き起こしていること
基準D	症状障害が少なくとも6カ月以上続いていること

^aPrigerson, H. G., Vanderwerker, L. C. and Maciejewski, P. K. (in press). Chapter 8. In: Stroebe, M., Hansson, R., Schut, H. & Stroebe, W. (eds.) *Handbook of bereavement research and practice: 21st century perspectives*. New York: American Psychological Association Press, より。

複雑性悲嘆は特に死についての切望、不信、分離、苦しさ、怒りと関連している。特に、もし死亡がトラウマ的な事件に関係しているとしたら、PTSDは、死別反応に関連するもう1つの併存症である。しかし、過去の研究は、PTSDと異なり自然死に対する反応である複雑性悲嘆は、自己と他者に対する暴力的な危害に対する恐怖、不眠、または恐怖を生み出す刺激からの逃避を伴っていない。複雑性悲嘆はもちろん愛する人の暴力的な死の状況においてはPTSDと共に起こりうる。事実、複雑性悲嘆は、しばしばMDD、そして、またはPTSDに加えて起こるのである。しかし、多くの複雑性悲嘆のケースは、現在DSM-IVに示されている精神疾患診断のガイドラインに基づくために見逃されている。

複雑性悲嘆が、大うつ病とPTSDと異なることを示す他の要因は、危険因子、結果、そして治療に対する反応である。

複雑性悲嘆の結果と危険因子

身体的および心理的結果

複雑性悲嘆を有する死別を経験した人々は、無数のネガティブな結果に苦しんでいることが知られている。長期にわたる苦痛状態と機能障害は、このことの原因となる可能性がある。複雑性悲嘆は、癌、高血圧、心疾患、そして自殺念慮（希死念慮）の高いリスクと関連がある。それはまた障害、機能不全（社会的、家族性、そして職業的機能障害）、入院、そして低下した生活の質と関連がみられている。複雑性悲嘆をもつ人々はよりアルコールやタバコといったより不健康な行動に関連しやすい。心理的には、複雑性悲嘆をもつ患者はより抑うつ性の症状と大うつ病エピソードといった併存症を伴う状態を起こしやすい。複雑性悲嘆に関連するネガティブな健康結果に関する相対的リスクは表2に要約されている。

表2 喪失後6カ月時点で複雑性悲嘆と診断された死別経験者の陰性健康指標の相対的危険度^a

健康結末（影響率）	相対的危険度	信頼区間（95%）
喪失後13カ月時点での高収縮期血圧	1.11	1.02-1.20
喪失後13カ月時点での抑うつ	2.72	0.84-8.81
喪失後13カ月時点での喫煙の変化	16.7	0.86-320.4
喪失後13カ月時点での食事の変化	7.02	1.62-30.6
喪失後25カ月時点での心臓の不調（心疾患）	1.15	1.04-1.27
喪失後25カ月時点でのアルコールの問題	1.25	0.98-1.63

^aEl-Jawahri, A. and Prigerson, H. G. (in review). Evidence-based guidelines for the diagnosis and treatment of complicated bereavement. *Journal of Palliative Medicine*, より。

危険因子

治療されない複雑性悲嘆のネガティブな結果を考えると、リスクのある個人を見極めることは臨床医にとって優先されるべきである。複雑性悲嘆を生じさせる複数の可能性のある危険因子が研究で示されている。1つの重要な危険因子は、遺族と死者の関係の親密さである。依存的で、信頼し、親密だった関係は、最も不十分な死別反応適応に通じる。事実、もともと葛藤のある関係では、死別反応障害の発生がより低い。複雑性悲嘆は基本的に愛着障害であるという考えは、複雑性悲嘆の危険因子として小児期の親との弱い絆が確認されたことによって支持される。小児期の虐待、激しいネグレストによって、安心感が脅かされている死別を経験する人々は、成人になって複雑性悲嘆を経験するより高いリスクをもつ。小児期の分離不安もまた、危険因子として明らかになっている。さらに、一般的にいかなる変化（例えば、ライフスタイルの変化）も嫌う人々は、より複雑性悲嘆を経験しがちである。複雑性悲嘆のリスクを減少させることが知られている2つの因子は、死と強力なサポートネットワークのための事前準備である。

このように、要約すると、もともと愛着障害があり、死と死後において、準備できていない、そしてサポートされていないと感じている患者は複雑性悲嘆を経験するより高いリスクがある。このことは、家族介護者に対して、愛する人の差し迫った死について準備させるような介入、同時に他者と安心し代わりとなる関係を結ぶことを促進する介入が持続的な悲嘆症状の治療において有効であることを示唆する。

治療

前述したように、愛する人の死に対する準備の欠如と喪失後の複雑性悲嘆の発現には強い関連がみられる。したがって、喪失前に実施される介入は、死別を経験した遺族の複雑性悲嘆のリスクを軽減する可能性が高いと考えられる。緩和ケアを提供する臨床医は、死にゆく患者の家族に働きかけ、彼らが、別れを告げ、迫りくる死を受容することを励ます。これは、人生の終わり（論争と複雑さを伴う問題）を予測する上で大きな慰め（安心感）となろう。

医師の係わりとコミュニケーションが介護者の死への準備の可能性を高めるように、ホスピスに登録することは、大うつ病性障害のリスクを減少させることが示されている。これは、ホスピスへの登録は、普通6カ月以内に死がおとづれることを受容すること、すなわち家族介護者が準備状態に入ることを暗示することであるので矛盾しない。オランダでは、ある研究において安楽死によって死んだ癌患者の介護者は、愛する人が自然死した介護

者より障害となる悲嘆症状の発現が低いと報告している。これも、安楽死が介護者における患者の予後のより大きな受容を意味すると考えるならば理にかなったことである。

介護者が喪失に対して準備することを支援する実際の介入は、彼らが“可能な限り最大の希望をもち、最悪に備えて計画する”ことを先行して支援することを中心とする。伝統的には、個人のもろもろの事柄を整理することは、患者を訪問する努力をし、遅すぎる前に感謝、後悔、そして安心（自信、元気づける）を表わすことを含む。加えて、ヘルスケアの専門職は、必要性がはっきりしたときには、ホスピスや緩和ケアサービスを勧めることを躊躇すべきではない。ホスピスへのより早期の紹介は、安らかな死を推進し、介護者の苦痛を減少させる上で利益があることが知られている。

前述したように、喪失後、ほとんどのケースにおいて悲嘆は対処可能なもので、自然に解決し専門的な介入を必要としない。死別介入は、特にリスクが高い人、または喪失後絶え間ない重篤な障害となる悲嘆症状を6カ月示している人に対してより適切である。

研究は、うつ症状の治療に効果的であった。nortriptyline（ノルトリプチリン）と対人関係療法といった介入は悲嘆症状を治療する上では有効でないことを示している。現在まで、悲嘆症状の重さを減じる薬物のランダム化比較試験は行われていない。選択的セロトニン再取り込み阻害薬のオープントライアルが実施され、これらと類似した薬物が複雑性悲嘆症状の重さを軽減する上で有効である可能性を示唆している。しかしそれらの薬物が複雑性悲嘆症状の改善に有効であるとより確定した結論がいただけるためには、ランダム化プラセボ比較試験が必要である。

今後治療薬の選択肢もまた、現在行われている機能的神経解剖学の進行中の研究からできるようになる可能性がある。ある研究では、悲嘆が続いている研究対象者は亡くなった人を想起させる視覚的そして言語的刺激を与えられた。その刺激は、後帯状皮質、小脳と内側／上前頭回の領域に活性化を導いた。したがって、悲嘆は感情処理、視覚心像、自律神経系の調節、記憶想起、懐しい顔の処理、そしてこれらの機能の調整／整合を含む複雑なネットワークを通して調整されている。悲嘆に関する長期的な健康結果についての新しい知見は療法と同様に神経化学的応答を調節することから得られる可能性がある。

以前にも述べたように、ソーシャルサポートの欠如は複雑性悲嘆を発現する重要な危険因子である。したがって、ソーシャルネットワークがない死別した人は集団療法や支援グループによって非常に助けられる可能性がある。研究は、ソーシャルサポートの知覚は抑うつを減少させることを示し、複雑性悲嘆に対する集団療法は知覚

されたサポートの増大を導くことを示している。

特に複雑性悲嘆のために開発された1つの療法は、複雑性悲嘆治療として知られている。これは、正常な悲嘆と複雑性悲嘆についての心理教育、喪失と満足する人生を回復することに適応することの2つに焦点化すること、そして適切な人生の目標をたてるための動機づけ療法を含む多様な複数のアプローチを組み合わせたものである。この療法は、複雑性悲嘆をもつ患者に対して対人関係療法より、より短期間で効果があることがわかった。しかし、治療の折衷的な性質を考えると、その中でどの内容が利益をもたらしているかを見極めるのは困難である。悲嘆がトラウマとして概念化されているモデルを用いると、療法は、死去した人と空想の中で会話することを通しての脱感作、死の場面を再び話すこと、そして死んだ人の写真を見ることもまた含む。しかしながら、非トラウマ性の死では、治療のこの側面は愛着、分離、喪失、そして再愛着の問題を扱うよりも重要性は低い。

更なる研究が、抗しがたい悲嘆症状に苦しむ死別経験者への最も効果的な療法についての洞察を生み出すといえよう。最も重要なことは、複雑性悲嘆の理解が、臨床家が死期のせまった患者の家族を対象に彼らの喪失に対して準備することを支援することを励ますことといえる。喪失前に適切な資源を提供することは、正常な悲嘆と悲嘆の解決をより促進し、遺族がより上手く適応し機能的な楽しい生活を取り戻すことを確かにするのである。

参考文献

- Bowlby, J. (1980). *Attachment and loss. Vol. 3: Loss: sadness and depression*. New York: Basic Books.
- Brown, G. W. and Harris, T. O. (1989). Depression. In: Brown, G. W. & Harris, T. O. (eds.) *Life events and illness*, pp. 49-94. New York: Guilford Press.
- Clayton, P. J. (1990). Bereavement and depression. *Journal of Clinical Psychiatry* 51, 34-38.
- El-Jawahri, A. and Prigerson, H. G. (in review). Evidencebased guidelines for the diagnosis and treatment of complicated bereavement. *Journal of Palliative Medicine*.
- Freud, S. (1953-1974). Mourning, melancholia (1917). In: *Strachey, J. (ed.) Standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud*, (vol. 14), pp. 239-258. London: Hogarth Press and the Institute of Psychoanalysis.
- Jacobs, S. (1993). *Pathologic grief: maladaptation to loss*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Kubler-Ross, E. (1969). *On death and dying*. New York: Macmillan.
- Parkes, C. M. and Weiss, R. S. (1983). *Recovery from bereavement*. New York: Basic Books.
- Prigerson, H. G., Bierhals, A. J., Kasl, S. V., et al. (1997). Traumatic grief as a risk factor for mental and physical morbidity. *American Journal of Psychiatry* 154, 616-623.
- Prigerson, H. G., Frank, E., Kasl, S. V., et al. (1995). Complicated grief and bereavement-related depression as distinct disorders: preliminary empirical validation in elderly bereaved spouses. *American Journal of Psychiatry* 152, 22-30.

- Prigerson, H. G. and Jacobs, S. C. (2001). Perspectives on care at the close of life. caring for bereaved patients: "all the doctors just suddenly go." *Journal of the American Medical Association* **286**, 1369-1376.
- Prigerson, H. G., Maciejewski, P. K., Reynolds, C. F., III, et al. (1995). Inventory of complicated grief: a scale to measure maladaptive symptoms of loss. *Psychiatry Research* **59**, 65-79.
- Prigerson, H. G., Vanderwerker, L. C. and Maciejewski, P. K. (in press). Chapter 8. In: Stroebe, M., Hansson, R., Schut, H.&Stroebe,W. (eds.) *Handbook of bereavement research and practice: 21st century perspectives*. New York: American Psychological Association Press.
- Shear, M. K., Frank, E., Houck, P., et al. (2005). Treatment of complicated grief: a randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association* **293**, 2601-2659.
- Zisook, S. and Shuchter, S. (1993). Uncomplicated bereavement. *Journal of Clinical Psychiatry* **54**, 365-372.

関連サイト

National Cancer Institute. <http://www.nci.nih.gov>.