

平成 28 年度
【短期研究 2】

日本における複雑性悲嘆の現状分析に関する研究

(要旨)

複雑性悲嘆とは「その文化で通常期待される範囲よりも、悲嘆に関連する症状の強度と持続時間が過度であり、それによって実質的な生活の支障をきたしている状態」と言われている。最近の研究結果からは、心理社会的なケアが必要な状態として捉えられるようになってきており、DSM-5では「持続性複雑性死別障害」として、今後の研究が必要なものと位置づけられている。

しかしながら、複雑性悲嘆に関する研究は端緒についたばかりであり、特に日本ではこれまでの知見が十分に整理されているとは言いがたい。そこで本研究では、目的1) 複雑性悲嘆の疫学、診断、予後、治療法等に関する既存の情報の整理を行うとともに、目的2) 日本における悲嘆の表現形式の特徴や実際に行われている治療的アプローチにどのようなものがあるのかを明らかにする。

研究 1) 日本の複雑性悲嘆に関する文献レビュー

医中誌及び Pubmed などのデータベースで「複雑性悲嘆」「Complicated grief」をキーワードに日本で成された研究論文を検索した。合計 34 編の論文がレビュー対象となった。日本の複雑性悲嘆の有病率は、0.7 - 2.4%であり、うつ病や PTSD とは異なる診断群に属する可能性が示唆され、悲嘆に焦点化した治療プログラムの予備的な有効性が示されていた。複雑性悲嘆の長期的な予後を検討した研究は、非常に少なく今後の研究が必要な分野だと考えられた。また、悲嘆は文化に根付いた反応であるため、日本におけるその特徴を明らかにする必要があると考えた。

研究 2) 複雑性悲嘆に関する事例報告の質的分析

日本の複雑性悲嘆に関する事例報告 10 報 (のべ 21 事例) に関して、質的内容分析を実施し、日本の悲嘆の表出形式の特徴と治療的アプローチを明らかにした。表出としては、うつ病や PTSD に近縁の症状に加えて身体化が特徴的に認められた。治療的アプローチは、精神療法を主に薬物療法が補助的に実施されていた。

研究体制：田中英三郎、亀岡智美、加藤寛

研究1－日本の複雑性悲嘆に関する文献レビュー

緒言

重要他者との死別は人生における最もストレスフルな出来事の1つであり、心身の健康状態に多大な影響を与えうる。死別後に起こってくる心の反応は「悲嘆」と呼ばれ、ショック、無感覚、否認、絶望、無力感、恐れ、不安、悲しみ、思慕、怒り、後悔、自責などが出現しうる。大切な人を喪う悲しみは誰しもが経験することであり、悲嘆反応自体は喪失体験に伴う自然な心の変化と言えるだろう。一般的に悲嘆反応は、周囲に支えられながら喪の過程が進むにつれて次第に和らいでいくと考えられてきた。しかしながら、1990年代以降、老年期の配偶者との死別研究、戦争や災害という外傷体験になりうる死別状況下での遺族研究などから、病的な悲嘆が長期に持続することが明らかになり、遷延性悲嘆障害、複雑性悲嘆、トラウマ的悲嘆などの呼称が提唱されるようになってきた¹⁾。そして、2013年に改訂されたDSM-5では、持続性複雑死別障害 (Persistent Complex Bereavement Disorder) という臨床単位が、新たに検討すべき課題として取り上げられた²⁾。悲嘆が慢性化し病理化した状態を表す用語は、上述の通り様々に提唱されており、未だにコンセンサスは得られていないが、ここではこれまで臨床的に最も幅広く用いられてきた「複雑性悲嘆」を採用することとする。

複雑性悲嘆の研究は端緒についたばかりであり、この臨床概念自体が広く知れ渡っているとは言いがたい状況である。しかしながら、日本でも2000年代以降、複雑性悲嘆に関する疫学研究や介入研究が進みつつある。そこで、研究1では、まず複雑性悲嘆に関する日本のこれまでの研究をレビューし既存の知見の整理を行い、次に収集した研究結果の統合を行い、最終的には今後進めていくべき研究課題を明らかにすることを目的とする。

方法

複雑性悲嘆に関する日本の研究を Pubmed 及び医中誌を用いて検索した。Pubmed では

「"Complicated grief" AND Japan*」を検索式とした。医中誌では「複雑性悲嘆 and 原著論文」を検索式とした。検索で得られた文献リストのタイトルと抄録から複雑性悲嘆に無関係な論文は除外した。残った関連論文のリストを用いて本文が入手可能なものを全て集め論文の内容を精査した。論文中に引用されている複雑性悲嘆に関する論文で、日本の知見にかかるものは適宜ハンドサーチし入手を試みた。

結果

Pubmed 及び医中誌の検索結果を表 1 に示した。前述の検索式で収集できた研究はいずれも 2005 年以降のものであった。日本語論文では、事例報告と疫学調査が多く、英語論文では疫学調査が多かった。以下、研究種類別の結果をまとめる。

表 1. 研究種類別の報告数

	Pubmed (n=13)	医中誌 (n=21)
事例報告	1	9
疫学調査	7	9
介入研究	1	1
診断研究	2	0
総説	2	1
質的研究	0	1

疫学調査

一般人口を対象とした 2 つの疫学調査が存在する。共に、対象者の選定はランダムサンプリングを用い、複雑性悲嘆の評価には Brief Grief Questionnaire を利用しており、1000 名前後が解析対象となった。研究デザイン、規模、実施時期（2010 年と 2012 年）が似通った研究同士であるが、結果は大きく異なった。Fujisawa³⁾らの調査によると、複雑性悲嘆群は 2.4%、閾値以下の複雑性悲嘆群は 22.7%であったが、Mizuno⁴⁾らの調査によると、複雑性悲嘆群は 0.7%で、閾値以下の複雑性悲嘆群は 2.5%であった。この有病率の乖離に大きく寄与している可能性が高い要因が、対象者の年齢ではないかと推測する。Fujisawa らは

40 歳以上を対象としているが、Mizuno らは 18 歳以上を対象としているため、調査集団の平均年齢に大きな違いが生じている。報告されている複雑性悲嘆の危険因子には、配偶者の死、予期せぬ死、ホスピス／ケア施設／自宅での死、死の直前に毎日時間を共に過ごすこと³⁾、女性、死別後の時間経過が短いこと⁴⁾、終末期ケアの質、主たる介護者であること⁵⁾などである。

診断

緒言で述べたとおり、複雑性悲嘆は公認された診断カテゴリーではない。しかしながら、いくつかの研究結果が日本における複雑性悲嘆診断の妥当性を支持している。例えば、Tsutsui らは、東日本大震災を経験した病院職員 82 名を対象に、複雑性悲嘆、PTSD、うつ病の症状を自記式尺度により調査し、それぞれが独立したクラスターを形成することを確証的因子分析で証明している⁶⁾。この知見は、複雑性悲嘆と抑うつにはそれぞれ異なった因子が寄与しているという坂口の報告⁷⁾からも裏付けられるであろう。また、Ito らは疫学調査で汎用されている簡便な 5 項目の自記式尺度である Brief Grief Questionnaire の妥当性を検証している⁸⁾。

治療

海外では複雑性悲嘆に対する何種類かの治療法が研究されている。具体的には、集団療法 (Ogrodniczuk)、対人関係療法と認知行動療法を組み合わせた治療プロトコール (Shear)、インターネットを活用した認知行動療法 (Wagner)、薬物療法 (Reynolds) などである⁹⁾。一方、国内での研究は現在進行中であり、Asukai らが、Shear の複雑性悲嘆に対する治療プロトコールを修正した外傷性悲嘆治療プログラム (Traumatic Grief Treatment Program) の予備的介入研究の結果を報告しているのみである¹⁰⁾。Asukai らのプログラムの構成要素は、心理教育、実生活内曝露、想像曝露、思い出についての話し合い、想像上の会話である。

この予備的研究では、外傷的な悲嘆により PTSD を発症した 15 人の女性を対象に、12-16 週の個別セッションが持たれた。結果、治療前後の比較で、悲嘆、PTSD 症状、抑うつ の 3 つの症状が有意に減少するとともに、治療 12 ヶ月後も治療効果は維持されていた。Asukai らの研究のほかにも、Sear の治療プログラムや Wagner のインターネットを用いた治療プログラムが現在効果検証中である¹¹⁻¹²⁾。

予後

我々が入手しえた複雑性悲嘆に関する日本の疫学研究のほとんどが横断調査であった。そのため、複雑性悲嘆に苦しむ方々が時間と共にどのように変化していくのか、長期的には症状が緩和し、社会機能は改善していくのか、といった疑問に対する答えは現時点では出せない。しかしながら、いくつかの報告が参考となるであろう。例えば、有菌らは事故で家族と死別した遺族 15 名を対象に、約 27 ヶ月後と約 47 ヶ月後の 2 時点で面接調査を実施し、PTSD、うつ状態、複雑性悲嘆を評価している¹³⁾。結果、時間経過とともに PTSD、うつ状態、悲嘆反応のそれぞれの得点は減少傾向を示していた。また、宮井らは、阪神淡路大震災で被災し遺族となった 47 名を対象に、15 年目と 16 年目に複雑性悲嘆、PTSD 症状、抑うつ症状の調査を実施している¹⁴⁾。結果、1 年のフォローアップで、悲嘆反応と PTSD 症状は減少傾向を示しているものの、半数前後が複雑性悲嘆、PTSD、軽症以上のうつ病のハイリスク群であった。

考察

日本の複雑性悲嘆に関する研究の現状を明らかにするため、既存文献のレビューを行った。多くの研究が最近 10 年以内に発表されたものであり、日本では複雑性悲嘆の研究が端緒についたばかりであることが明らかになった。一般人口を対象とした比較的大規模な調査が 2 つ実施されているが、その結果から分かる複雑性悲嘆の有病率は大きくことなる

(2.4/0.7%)。これは調査対象者の年齢の違いが影響している可能性がある。海外の調査では、2.4 - 4.8%程度の有病率が報告されている²⁾。日本の調査はいずれも1000名程度を対象としたものであるため、更なる大規模な疫学調査で複雑性悲嘆の実態を明らかにしていく必要がある。特に、複雑性悲嘆に苦しむ人々を長期的に追跡した研究はほとんどなく、その予後に関しては不明な点が多い。縦断研究で、複雑性悲嘆の長期経過を明らかにする必要があるだろう。

診断に関しては、複雑性悲嘆がうつ病やPTSDとは区別される独立したグループであることを示唆する研究結果が日本でも報告されている。しかしながら、DSM-5では正式な診断カテゴリーとはならず今後の研究のための病態に留まっている。その理由としては、通常の悲嘆反応でも、複雑性悲嘆に見られるような症状が認められることがあり、持続期間12ヶ月という区切りで鑑別することが本当に適当なのかという問題がある。また、悲嘆に診断名を与えることで過剰な医療化につながるという懸念もある。今後、通常の悲嘆反応と複雑性悲嘆を鑑別する症候学的な検討や他の診断価値のある検査所見を集積していく必要がある。さらに、複雑性悲嘆の症状は文化背景を超えてみられると言われているが、悲嘆は文化特異的な様式で現れることも当然ありうる。したがって、日本人にとっての文化標準的な範囲を超えた悲嘆反応がどのようなものであるかを明らかにする必要があるだろう。このように診断カテゴリーがまだ十分に確立されていない病態ではあるものの、海外の知見から治療的に有望な選択肢が報告されつつある。特に悲嘆に焦点を当てた心理療法は、かなりの効果が期待できそうである。日本でも現在いくつかのパッケージ化された悲嘆の心理療法の有効性が検証中である。

以上より、今後の課題をまとめると、1. 複雑性悲嘆に関する長期縦断研究を実施し、複雑性悲嘆と他の診断の鑑別に有用な変数を明らかにするとともに、その長期的予後を調べる必要がある。2. 日本の文化に注意を払った複雑性悲嘆の特徴を明らかにして、日本で実施可能な治療プログラムを開発普及する必要がある、の2点であろう。

研究2：複雑性悲嘆に関する事例報告の質的分析

緒言

研究1（文献レビュー）の結果を踏まえて、我々は日本における複雑性悲嘆の臨床的特徴を明らかにするため、日本の症例報告を収集してその記述内容を質的に分析した。本研究2の目的は、日本では複雑性悲嘆がどのように表出されており、どのような治療的アプローチが有効かを明らかにすることである。

方法

研究1で収集された日本の複雑性悲嘆に関する事例報告9編のうち、フルテキストにアクセス可能であった5編を分析対象とした。さらに、関連文献を検索する目的で、医中誌を用いて「悲嘆 and 症例報告 and 原著論文」、「死別 and 症例報告 and 原著論文」をキーワードに検索を行いフルテキストにアクセス可能な5編の文献を追加で分析対象とした。分析の方法論には、内容分析を用いた。内容分析は、テキストのある特定の属性を客観的・体系的に同定し、推論を行うための方法である。アンケートの自由記述や日記文などのすでに記述されたテキストの分析に適用でき、テキストの中で何が語られているのかを知るために利用できる。本研究でも既に記述された事例報告の文章を解析対象とするため、内容分析が適切であると考えた。まず、「日本では複雑性悲嘆がどのように表出されているか」を明らかにするために、Asukaiら¹⁰⁾の外傷性悲嘆治療プログラムで取り上げられている悲嘆反応(1. 悲しさ、寂しさと思慕、2. 現実と信じられない気持ち、3. 怒り、4. 抑うつと空虚感、5. 自責感と申し訳なさ、6. 再体験と過覚醒の反応、7. 回避、8. 感情麻痺、9. 否定的な考え、10. 人間関係への影響)を援用して演繹的コーディングを行った。また、治療アプローチについては、援用できる日本の理論枠組みが見つけれなかったため帰納的コーディングを行った。ただし、複雑性悲嘆の表出に関しても、データに照らして検討し、データに基づき適宜変更した。

結果

分析対象事例の特徴

分析の対象となった事例はのべ 21 例であった。各事例の臨床的特徴を、表 1 にまとめた。簡単に要約すると、60 代以降の高齢者が 12/21 例 (57%) と半数以上を占め、10 代以下は 2/21 (9%) であった。複雑性悲嘆以外の主診断としては、うつ病／抑うつ状態が最も多く 9/21 例 (43%)、次いで PTSD が 3/21 例 (14%) であった。喪失対象は、配偶者が大半で 15/21 例 (71%) であった。死因は、病死が最も多く 11/21 例 (52%)、次いで自死 4/21 例 (19%) であった。主な治療としては、通常の外来精神療法による対応が最多で 9/21 例 (43%) であった。

悲嘆の表出形式

Asukai らが心理教育で取り上げている悲嘆反応のうち、事例分析で多く認められたものは、抑うつと空虚感、自責感と申し訳なさ (共に 6 例)、悲しさ、寂しさと思慕 (5 例)、回避 (4 例)、再体験と過覚醒の反応 (3 例) であった。また、帰納的コーディングにより新たに生成されたカテゴリーとしては、不眠、不安、食欲低下、気力低下、情緒不安定など抑うつ状態と関連するものや、身体化 (例：めまい、胃部不快感、下腹部痛、口渇、動悸など)、自殺関連事象 (例：自殺念慮、自殺企図、自傷行為)、幻覚及び空想などである。

治療的アプローチ

帰納的コーディングにより、遺族を支援するうえで身に着けておくべき「基本的態度」と呼べるようなカテゴリーが創発してきた。具体的な内容としては、遺族を傷つけない (二次被害を与えない)、見守る、遺族の語りを尊重する、故人の物語を共有する、などである。このような基本的な態度の元に遺族と安定した関係性が築ければ、悲嘆に関する心理教育が次のアプローチとなる。特に、現在の精神症状と死別体験の関連を伝えていくことが重要

であろう。またこういった医療的なケアと並行して、死別後に起こってくる様々な社会的問題への実際的な援助、他の家族との協力、公的支援の導入、自助グループの活用なども治療的アプローチとなる。更に場合によっては、遺族の状態に応じた専門的な精神療法（悲嘆に焦点化した治療プログラム、遊戯療法、行動療法など）、薬物療法、入院治療が必要になることもある。

考察

本研究では、日本での悲嘆の表出形式と一般的に行われている治療的アプローチを明らかにするために、複雑性悲嘆に関する事例報告を用いた内容分析を行った。抑うつ、悲しみ、自責感などうつ病的症状と再体験と過覚醒、回避などの PTSD 的症状がそれぞれ認められたが、うつ病的症状がやや頻度は高かった。また、身体化という形式で悲嘆が体の不調として表出される事例が少なくなかったことは特筆すべき点であろう。身体化症状を遺族からの一種のコミュニケーションと捉える臨床家もあり、特に日本人の悲嘆の表出形式としての特徴であるかもしれない。また、重篤な例では、自殺念慮、自殺企図、自傷行為など自殺関連事象が認められていたことも見逃せない。遺族のケアを行ううえでは、死に関する話題が回避されがちで、自殺の危険性を正しく評価しそこねる可能性がある。治療者自身の回避にも、目を向けていく必要があるだろう。また、少数ではあるが故人にまつわる幻覚やその他の空想が悲嘆の表出となることもある。こういった症状は、遺族自身が他人に話すと変に思われるかもしれないと考えて隠していることが多々あるようだ。真に精神病性の幻覚などとは異なり、悲嘆からの回復を後押ししてくれる効用も認められている。治療的アプローチとして、2次被害を与えないことや環境調整を行うことがもっと重要である。薬物療法より精神療法の方が効果的であるようだが、うつ症状などの強さに応じて適宜薬物療法も選択していく必要がある。

引用文献

- 1) 清水加奈子, 加藤敏 : 持続性複雑死別障害. 臨床精神医学 45 : 285-290, 2016
- 2) 高橋三郎, 大野裕監訳 : DSM-5 精神疾患の診断・統計マニュアル
- 3) Fujisawa, Miyashita M, Nakajima S, et al: Prevalence and determinants of complicated grief in general population. J Affect Disord 127:352-8, 2010
- 4) Mizuno Y, Kishimoto J, Asukai N: A nationwide random sampling survey of potential complicated grief in Japan. Death Stud 36:447-61, 2012
- 5) Miyajima K, Fujisawa D, Yoshimura K, et al : Association between quality of end-of-life care and possible complicated grief among bereaved family members. J Palliat Med 17:1025-31, 2014
- 6) Tsutsui T, Hasegawa Y, Hiraga M, et al : Distinctiveness of prolonged grief disorder symptoms among survivors of the Great East Japan Earthquake and Tsunami. Psychiatry Res 217:67-71, 2014
- 7) 坂口幸弘, 宮下光令, 森田達也, 他 : ホスピス・緩和ケア病棟で近親者を亡くした遺族の複雑性悲嘆、抑うつ、希死念慮. Palliative Care Research 8:203-210, 2013
- 8) Ito M, Nakajima S, Fujisawa D, et al : Brief measure for screening complicated grief: reliability and discriminant validity. PLoS One 7(2):e31209, 2012
- 9) 立野淳子, 山勢博彰, 山勢善江 : 国内外における遺族研究の同行と今後の課題. 日本看護研究学会雑誌 34 : 161-170, 2011
- 10) Asukai N, Tsuruta N, Saito A: Pilot Study on Traumatic Grief Treatment Program for Japanese women bereaved by violent death. J Trauma Stress 24:470-473, 2011
- 11) <http://www.j-cgt.jp/>
- 12) <https://www.j-itcg.jp/>

- 13) 有菌博子, 加藤寛, 煙崎久子: 突然の事故により家族と死別した遺族の経年的な心理状態の変化. 心的トラウマ研究 2:31-39, 2006
- 14) 宮井宏之, 内海千種, 大和田攝子, 他: 阪神・淡路大震災の遺族における心身の健康状態に関する継続調査. 心的トラウマ研究 7:15-23, 2011

表 1. 複雑性悲嘆の症例報告 (のべ 21 事例)

報告者	発表年	雑誌	性別	年齢	悲嘆以外の主診断	喪失対象	死の状況	主な治療
清水, 加藤	2016	臨床精神医学	女性	70代	うつ病	夫	病死	修正型電気けいれん療法、環境調整
清水, 安田, 他	2016	日社精医誌	女性	70代	アルコール依存	夫	心筋梗塞による突然死	入院加療
	2016		男性	60代	うつ病	妻	病死	入院加療
清水, 小林	2016	臨床精神医学	女性	70代	なし	夫	吐血による突然死	入院加療
	2016		女性	60代	全般性不安障害	夫	自死	外来精神療法、環境調整、抗不安薬
	2016		女性	50代	身体表現性障害	長女、夫	自死、難病による病死	外来精神療法
西岡	2015	精神療法	女性	60代	うつ病	夫	病死	EMDR
本島	2015	臨床精神医学	女性	40代	PTSD	夫	事故死	環境調整
			女性	50代	抑うつ状態	子ども	自死	抗うつ薬
			女性	50代	PTSD	夫	自死	睡眠薬
			男性	50代	うつ病	母、妻、父	病死	外来精神療法
			男性	80代	うつ病	妻	?	抗うつ薬
			男性	80代	抑うつ状態	孫	病死	抗うつ薬
			女性	30代	抑うつ状態	恋人	交通事故	外来精神療法
大谷, 高宮	2014	臨床精神医学	女性	10代	境界性パーソナリティ障害	父	飲酒の問題	外来精神療法
			女性	60代	適応障害	夫	病死	外来精神療法
			女性	70代	適応障害	夫	病死	抗うつ薬
黒島, 加藤	2015	精神神経学雑誌	女性	60代	なし	夫	病死	外来精神療法
鈴木, 秋山, 他	2013	分子精神医学	男性	70代	抑うつ状態	妻	津波	外来精神療法
斉藤, 森, 他	2012	児童青年精神医学とその近接領域	男性	10 未満	PTSD	父	テロ	遊戯療法、心理教育
山崎, 堀川, 他	1998	臨床精神医学	女性	60代	統合失調気質	母	病死	外来精神療法