

家族は何をすればよいでしょうか？

- ・ 尊厳を傷つけない。
食事、入浴、トイレは患者さんに決めてもらう
(例・意思決定への参加を促す)。
- ・ ご家族の方も、心の直下型大地震の被災者です。
「第二の患者」です。週に1度は介護休暇を取って、弱音や気持ちを打ち明けられる相談者を作りましょう。

ご家族に「何をすればいいですか?」「何を話したらいいんでしょう?」と聞かれた場合の参考として、サイコオンコロジー学会でよく使うスライドを用意しました。基本はそばにいろいろなお話を一緒に聞いていただくのがいいということ、無理に励ます必要はないということです。その中で、患者さんの自己決定を支えるための方法を一緒に考えていきましょうと、ご家族に安心感をもっていただくことがポイントになるかと思います。

介護者の精神心理的ケアの利用状況

精神心理的ケアに関するサービス	全体	精神科診断あり	精神科診断なし
皆知依に利用あり	51 (75.5%)	12 (45.2%)	9 (22.4%)
精神療法	19 (37.4%)	3 (25%)	5 (41%)
抗うつ薬	18 (35.3%)	7 (58.3%)	11 (28.2%)
抗不安薬	14 (27.5%)	3 (25%)	11 (28.2%)
サポートグループへの参加	7 (13.7%)	1 (8.3%)	6 (15.4%)
デイ・ホスピタル	1 (2%)	0	1 (9.6%)
入院	1 (2%)	0	1 (9.6%)

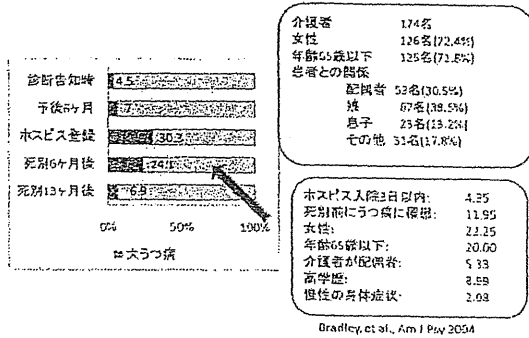
Vanderwerker, et al., JCO 2005

では次に、ケアが進んでいる海外でもなかなかうまくいっていないという面もご紹介しておきたいとします。

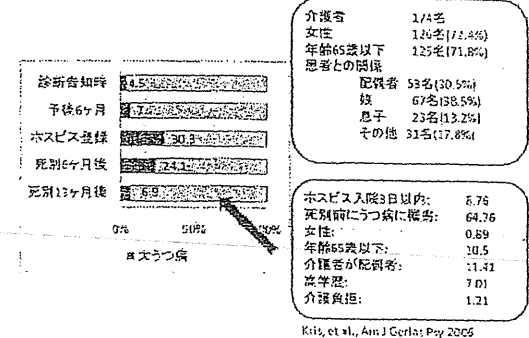
先ほどお話ししたように、実はご家族も4人に1人ぐらいは何らかの精神的診断がつくという現状がある中で、海外ではサービスやいろいろなプログラムを使っているようなイメージがありますが、実はまだあまり普及はしていません。最近では、デイホスピタルやサポートグループなどが強調されています。特に、拠点病院の相談支援センターは相談を受けるだけでなく、サポートグループも作らなければいけないというプレッシャーがかかっている、その

中でやらなければと不安になっている方も多々あります。しかし実際は、海外でもサポートグループを使う方は決して多くはありません。ニーズはまったくないわけではないのですが、それが毎日とか、すべての患者さんに提供されるほどまでには用意されていないし、そこまで使われるものでもありません。まず、日常の臨床の中でサポートできる場所をしていただき、その中で自助グループが必要な方には、いろいろなソーシャルサポートのネットワークを使ってかかわっていくことが多いので、その部分を支えていただくのがよいかと思います。

介護者のうつ病



介護者のうつ病



次に、ご家族とご遺族の問題に移っていきます。ここで大事なことは、先ほど述べたように、うつ病を早くに見つけていただきたいという点です。

治療中のご家族へのケアやサポートが、遺族になった後にも効果があるのかどうかを、私たちとしても知りたいところです。願わくば、家族ケアやホスピスケアが提供され、それが遺族となった後でも何らかの点でいい面が残っていてくれればと思います。

このような研究は非常に少ないんですが、これは、介護者のうつ病について、ご家族のときから追跡し

てみたものです。たとえば死別後6ヶ月のところでは、うつ病の率はだいたい5人に1人から4人に1人ぐらいに増えますが、ご家族がうつ病になるリスクは、死別時にうつ病だった方はやはり高く、特に女性と若年者がリスクになるといわれています。これは海外の研究ですので、日本で一般化できるかはわからないのですが、ホスピスに入院して3日以内、あるいは自宅で急変し、看取りのために入院した場合も、どうもあまり適応はよくないようだということが示唆されています。この研究では、最期にホスピスケアというものがあ程度提供されるのは重要なことなのかなということが指摘されています。

死別後6ヶ月というと、死別から割合近い段階でまだ悲嘆が混じっているため、長期的にはどうかということも追跡されています。死別前にうつ病のある方は死別後もずっと遷延しており、患者さんが亡くなられた後でもうつ病が影響してきますので、やはり早めにうつ病を見つけ、ご家族にサポートを提供するというのも、ぜひご協力いただければと思います。

2. 家族ケアと遺族ケア

死別の遺族への影響

- ✓ 死亡率が高い (Mulliken, Am J Pt. 1998; Erdanson et al. Age Ageing 2004)
 - 心筋梗塞 (J et al. Circulation 2002)
 - 脳血管疾患
 - 肺炎
 - 自殺(死別後半年~1年以内、男性)
 - アルコール関連疾患
 - 交通事故
- ✓ 罹患率が高い
 - 喫煙関連がん (Hemminki, 2003; Li et al. 2002)
 - 精神疾患(うつ病10-10%など Clayton et al. 1971; Zisook et al. 1993; Remstein et al. 1973)
 - 受診率が高い (Parkes CM, 1970)

今は、家族と遺族とは別物ではなく一緒に考えると考えますが、それぞれを分けて研究が進んでいたという歴史的経緯から、今でもちよつとつながらず段差があるという面があります。

ご遺族には非常に身体的な負担がかかる、と繰り返し言われてきました。配偶者を失ったあとに、心筋梗塞や循環系の疾患が多くなると言われていますし、自殺・後追いといわれるようなこともリスクと

して高く、特に男性の場合は社会適応が悪く孤立し、その中で自殺を選ぶ方もおられますので、自殺対策も重要になってきます。また、いろいろと身体的な不調を訴えたり、先ほども述べたように、うつ病ということで社会的に引きこもる方も出てきますので、このような遺族を支える方法を考えることが、われわれの役割かと思います。

悲嘆へのアプローチ

- 昔より、多くの医療者が患者の悲嘆を記述し、悲嘆は患者を精神的に狂わせると信じてきた

20世紀～

- Freud: 悲哀(mourning)の記述
- Lindemann: グリーフワークの記述
- Bowlby: アタッチメント、悲嘆の段階モデル
- Parkes: 調査データに基づく分析

これらは、悲嘆・グリーフという言葉で昔から研究されてきました。18・19世紀頃から、多くの医療者が患者の悲嘆という反応を記述してきて、これが患者を精神的に狂わせるということをずっと述べてきています。

フロイトやリンデマンといわれる初期のグリーフワークの研究では、悲哀とか mourning というように、惜しみあい嘆き悲しむ中で、もう一回それを整理して、新しい人生に向き合うというようなことが強調されていました。その後、精神分析の流れの中で「悲嘆」という語が進んできて、ボウルビーのアタッチメント・愛着理論の中で、悲嘆の段階という話が出てきます。ただ、精神分析はどちらかという臨床に即した話ではなく、抽象的なモデルとして語が進んできているため、あまり現実の臨床には貢献してこなかった面があります。そのような反省に立って、パークスや、特に最近90年代以降の遺族の研究は、より実証的な臨床的な流れになってきています。日本では、遺族ケアを専門的にする人が少ないこともあって、今進んでいるいろいろな情報が入ってきておらず、愛着やグリーフワーク・グリーフケアの話もこんがらがって入ってきてしまい、いったいどれが本当なのかと現場を悩ませることもあるかと思います。

言葉について

- ・ 死別(bereavement)
死によって重要な人を失った後に直面する客観的な状況
- ・ 悲嘆(grief)
親密な関係にある人を失った体験に対しての情動的・感情的な反応の過程
- ・ 服喪(mourning)
悲嘆の行動面を指すことが多い

簡単に言葉の整理をします。よく死別(bereavement)と悲嘆(grief)とが混乱されることが多いので、この二つは違うということを押さえていただければ幸いです。

死別(bereavement)という言葉は、大切な人を失った後に直面する客観的な状況、つまり経済的な面や社会的な面など、外に出てくるいろいろな面を記述しています。一方、悲嘆(grief)という言葉は、亡くなったという状況や体験に対する情動的・感情的な反応の過程を強調して使います。また、「mourning work」といいますが、この「mourning」という言葉は、よく「喪に服す」といわれるように、情動というよりも行動が強調されます。日本でも海外でも、griefと同じような意味で使われることがあります。mourningとgriefという言葉は、亡くなった後の情動的な反応をだいたい同じように示していると覚えていただければいいかと思います。

もうひとつ、「悲嘆」という言葉は「grief」の日本語訳として使ってよいのかどうか、ということがあります。「grief」という場合、喪って悲しいとか、亡くなった方を恋しく思うとか、どちらかという嘆き悲しむ面が強調されます。しかし、英語で言う「grief」の意味には、そのような嘆き悲しむ面だけではなく、亡くなった人とのいい関係が持ててよかったとか、その中で自分はこのふうな遺志を引き継いでやっていこうなどと、そのあとの達成感や満足感といったポジティブなものを含んでいます。日本語の「悲嘆」のようなマイナス面のイメージだけではないことを知っておくと、海外の文献を読む際の参考になるかと思います。

もうひとつ、兼ね合いとして難しいものに「予期悲嘆」という言葉があります。特にホスピスや緩和

予期悲嘆(anticipatory grief)

- ・ 患者と家族が感じる予期された死に対する認知反応、情動反応、文化的反応および社会的反応の総体 (Knott, Anticipatory Grief 1986)
- ・ 特徴
 - 抑うつ
 - 死にゆく患者に対する高まる懸念
 - 死のリハーサル
 - 死という結果に適応しようとする試み

ケア病棟などで熱心に取り組まれている方は、この言葉にあちこちで触れられているかと思います。

この言葉のイメージとしては、患者さんが亡くなるといわれて、それに対して患者さんとご家族がお互いに泣いて今後どうしたらいいかと途方に暮れる、といったことが語られることが多いと思います。特徴としては、抑うつや、死にゆく患者さんに対する不安と受け容れ、少しポジティブなものを含めると、死のリハーサルなのだとする人もいます。最終的には患者さんが亡くなるという経過に適応しようとする試みなのだ認め、その中で取り組もうとされている方が多いのではないかなと思います。ただ、この予期悲嘆についていろいろと誤解されている面がありますので、それをいくつかご紹介します。

予期悲嘆と悲嘆の差異

1. 患者と家族の両者が体験する
2. 死によって必ず終わる
3. 時間が経つにつれて増大する
4. 否認される傾向がある
5. 希望を含む

(Aldrich 1974)

まず、「予期悲嘆」と「悲嘆」とは違うという点です。当たり前ですが、「悲嘆」はご家族の体験であり、「予期悲嘆」は患者さん自身が体験します。それから「予期悲嘆」は必ず死によって終わるという点。そして「悲嘆」の場合は、時間と共に軽くなったり少々変化していきますが、時間が経つにつれ症状が強くなっていくのが「予期悲嘆」といわれます。ま

た、否認される傾向があるといわれます。また、「予期悲嘆」の中には希望が含まれるという点でも違うということがあります。

予期悲嘆をめぐる注意点

- ・ 予期悲嘆は予後・今後の見通しを知ることへの反応である
→ 予期悲嘆は分離不安である
- ・ 予期悲嘆は、死亡後の悲嘆が早く始まったものである
→ 死別後の悲嘆とは異なる
- ・ 予期悲嘆を経験すれば、適応が良くなる
→ 予期悲嘆の有無と適応の良否との関係は一定の見解が得られていない

予期悲嘆とは基本的には「分離不安」、要するに、別れること・自分が独りになることへの不安であり、予後告知や今後の見通しの話をしたことで予期悲嘆が起こるものではないということです。それから、悲嘆が早く始まったものが予期悲嘆だと捉える方が多いのですが、「悲嘆」と「予期悲嘆」とは全く別物です。さらにもうひとつは、予期悲嘆を経験すれば、後々悲嘆が軽くなるという誤解がありますが、予期悲嘆があってもなくても悲嘆は変わらず、予期悲嘆がないから悲嘆が重くなるとか、そういうものではないという点もご確認いただきたいと思います。

予期悲嘆は必要か

- ・ 治療的な意味を認める研究がある
(Vachon 1982, Sanders 1988)
- 近年は疑問視する意見がある
- ・ 家族は通常、患者が死を迎えるまで親密な関係を続けている。予期悲嘆はめったに生じない
(Corr 1997)
- ・ 早く告知しても、悲嘆で認められる受容と回復の過程が生じない
- ・ 家族は患者を見捨てたとの自責感を持つ
- ・ 患者が過剰な悲嘆を経験して社会的孤立を来す

昔は、精神分析医療の影響が非常に強かった面もあり、予期悲嘆が絶対に必要だとか治療的に重要だとか言われていましたが、最近では疑問視する意見が非常に有力です。臨床的な観察から、予期悲嘆は決して一般的な反応ではないとされます。どのようなご家族でも、患者さんが亡くなるまで親しみをもっているし、やれることを一緒に考えていきたいと

思っており、別れることに対してあらかじめ嘆き悲しむ予期悲嘆のような反応はそれほど見られないといわれるようになってきました。同じように、告知を早くしても、悲嘆が軽くならないという点も臨床で指摘されています。一方、予期悲嘆があると、ご家族は患者さんを見捨てたという自責感を抱くことが多く、予期悲嘆があると患者さんがかえって引きこもってしまうとQOLが下がるとも言われており、あえて直面化させる必要はない、ということです。予期悲嘆がないと、このご家族は本当に今の状況が分かっているのだろうかとか不安になりますが、決してそういうものではないということです。

予期悲嘆への対応

- ・ 予期悲嘆を生じさせようと、無理に向き合わせるのは有害無益であろう
- ・ 家族が患者の状態を見つめ、自分たちの役割を自ら果たす事を支援する

情緒的サポートと社会的支援が重要

予期悲嘆を無理に生じさせるものではないということと、ご家族がどういうことをしたいと思っているかを一緒に考え、それを支えていくサポーターとしてわれわれが動くことが大事です。患者さんのつらさと同時に、ご家族のつらさも支える情緒的なサポートと、そのためにどういうことができるかという情報提供や社会的支援を提供するという2点に尽きます。予期悲嘆について特殊に考える必要はないと思っただければと思います。

悲嘆(grief)

喪失に対するさまざまな心理的・身体的症状を含む情緒的反応

語源：ラテン語のgravis(重い)

- ・ 情動麻痺、不信感
- ・ 別離の苦痛と生じる不安
- ・ 抑うつ症状を伴う行動面での一連の変化
- ・ 最終的には回復・適応

Jacobs, Pathologic Grief 1993より一部改変

「悲嘆」は、心が重くなるというラテン語の gravis が語源だといわれています。悲嘆に入る内容として、親愛な人を喪って感情が麻痺したように感じる、周りの社会的なものに対して信じられなくなる、別れることに対する不安が生じる、気分の落ち込みや引きこもりのような症状が一時的に出てくる、最終的には、そういう中から立ち直りまた日常生活に戻っていく、というように言われるものがあります。

悲嘆反応

- 感情: 抑うつ、絶望、苦悩、不安、罪悪感、怒り、敵意、楽しみの喪失、孤独、思慕、切望、無感覚
- 認知: 故人を想うことへの没頭、侵入的反すう、故人の現存感、抑圧、否認、幻覚
- 行動: 動揺、緊張、過活動、疲労、探索行動、過く、むせぶ、社会的ひきこもり
- 生理的: 食欲不振、睡眠障害、消耗、不定愁訴

大事な点としては、気持ちの上では抑うつとか絶望、苦悩、不安というイメージが強調されますが、そのほかにポジティブな幸福感や満足感が出てきます。認知に関しては、幻視や幻聴のように亡くなった人のそばにいるような感じがするとか、声を掛けられたような気がするというようなことを、亡くなられた直後に言うことが多いのですが、これは非常に一般的な反応です。実際にこういうことがあると、自分がおかしくなったのではないかと不安を持たれるご遺族が多いのですが、決してそういうものではないということを、ぜひどこかの機会でご伝えていただければと思います。行動に関しては、緊張したり泣いたり、社会的に一時的な引きこもりになることはあるけれども、徐々に適応していきます。生理的な面では、睡眠障害や体重減少などが起こってくると、さすがに身体に影響がでてきますので、こういう点がないかどうか観察することがケアの上で重要になってきます。

右上のスライドに代表的なモデルを提示しました。左が、広く使われてきたキューブラー・ロスの古典的な段階モデルです。一方、これを受けてボウルビーは、最初はやっぱり情動が麻痺して周りが信じられなくなり苦痛を感じるが、そのものの過程を通して最終的には回復していく、と述べています。

悲嘆の段階モデル

古典的な段階モデル

- 否認
- 怒り
- 取引
- 抑うつ
- 受容

Bowlbyの愛着モデル

- 麻痺-不信
- 別離の苦痛
- 抑うつ-服喪
- 回復

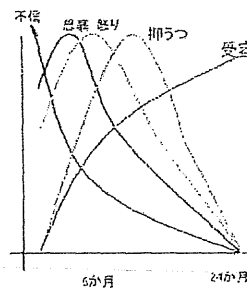
末期がん患者が自分の死を意識した場合の反応に焦点をあてられているが、経験的支持は得られていない

臨床的にフェーズを追って悲嘆が進むことは観察されていない
人間と動物の幼児の反応に同一のプロセスを想定している問題点

死別を経験した人がどの段階にいなければならないとは規定できない

どちらのモデルも昔はよく使われてきましたが、残念ながら臨床の場面でこれにそぐような形が認められていないということがあります。実はグリーフというのはプロセスで、この段階を追って進むのではなく、行ったり来たりしながら、徐々に個人個人の体験が進んでいきます。またこの愛着モデルに関しては、子供の発達段階を踏まえたモデルで、成人の反応として適当ではないという点などから、ひとつの参考意見としてみていただくのがいいだろうといわれています。

悲嘆の時間経過



- 実際はこの経過をたどる例はほとんどない
- 悲嘆の期間に時間制限を設けるのは誤りであり、遺族に負担を与えかねない (Zisook 2000)

このほかに時間経過を追ったモデルもありますが、こんなにきれいに反応が変わっていくものではなく、非常に個体差が大きく、個人の経験などでも変わってきます。おおよそそのような経過を取る人がいるという程度に思っただけであればよく、何ヵ月後でこれだからおかしいなどとご遺族にプレッシャーをかけるのは害になりますので、そこだけ注意していただければと思います。

悲嘆はプロセスである

1. 悲嘆は段階を追うものではなくプロセスである
2. 悲嘆は死の現実に向き合ったときから始まる
3. 悲嘆の影響は情動、認知、社会、行動面等に広く渡る
4. 悲嘆は多くの人にとって完結しない
5. 悲嘆とは故人との別離だけではない、故人との新しく切れることのない意味ある関係を見つけることでもある

(Zisook, et al., World Psychiatry 2005)

このように、悲嘆とはいくつかのものが同時に進んでいくプロセスだと考えていただくのがいいと思います。先ほども言いましたように、気持ちの上での変化がありますし、社会的な面の変化や行動的な変化もあります。気持ちだけを追っていくのではなく、日常生活や社会生活がどうなのかということなどを含めてフォローすることが大事になります。

もうひとつ大事な点ですが、モーニングワークとかグリーフワークといった時、「ワーク」ということから、完結させて完全に回復させなければいけないようなイメージがありますが、決してそういうものではありません。たいていの人にとって、悲嘆の反応は多かれ少なかれ長年にわたり続くもので、新しい環境に徐々に慣れていくという流れの中で見てもらえばいいと思います。

段階モデル、特にボウルビーの愛着理論においては、回復して完全に個人との関係・絆を断ち切り新しい環境をつくりなさい、というようなイメージで語られることが多いですが、決してそういうものではありません。たいていの方は、何らかの絆というものを長年にわたり持ち続けて、現実にはそういう関係はないけれども、心の中でどういうふうにしていくのかバランスを考えてやっていきますので、断ち切らなければ・終わらせなければというイメージで関わる必要はないことだけ押さえていただければと思います。

悲嘆のプロセスは、現実には亡くなってしまったということと、でも実際にその中で自分が今までしてきたこと・関係をもっているということとのバランスをとる作業ということになります。確かに、最初はいろいろな反応を示します。ご遺族は、亡くなっ

悲嘆のプロセス

内界と親密な人が亡くなったという現実のバランスを取る作業

- ・ 親密な人を亡くなったとして受け入れる過程
- ・ 現実には失った関係を、現実や象徴的なもの、内面、想像上の関係に変化させていく

例

- ・ 故人の夢を見る
- ・ 雲に故人の横顔を見る
- ・ 故人が倒れている気配を感じる
- ・ 故人が見守っている感じを受ける
- ・ 昔の会話を繰り返す
- ・ 故人に話しかける

た人の夢を見るとか、あるいは自分のそばでその人がずっと見守ってくれている感じを受ける、などといったことをよく述べられます。よく、仏壇でお話しするというお年寄りがおられると思いますが、これは現実を確認しつつも心の中での関係を続けるために行っている行動です。これが続から異常だとか病気になるなどというのではなく、こういうのは誰にでもあることですよと伝えていただくと、非常に安心されるかと思えます。

悲嘆のプロセス

- ・ Acute griefにおいて、故人に関係する幻視・幻聴はしばしばある
- ・ 故人との関係を、衣服や筆記具、お気に入りの小物、指輪などを通して維持しようとする
- ・ 遺言や故人の遺志、記憶、受け継いだ特徴を見て関係を維持することもある
- ・ 墓参り、ろうそくを見つめるなど

幻視・幻聴や、亡くなった人との関係を実際に目の前で確認したいということで、故人の衣服とか大事にしていたものをそばに置くということは、決して異常なことではありません。そういった中で、故人の遺志を継いだり記憶がよみがえったりすることも当然ありますし、受け継いだ特徴、具体的には子供に故人の似ているところを見て関係を思い出す、ということもあります。複雑性悲嘆の場合には、逆にそういう中で怒りなどが子供に向いてしまう場合もあるため注意が必要ですが、通常は、特にこのような反応を気にする必要はありません。

臨床的な分類

- 急性期の悲嘆(acute grief)
死別直後の強い苦痛
感情・行動の乱れ、混乱、言葉にならない感情
集中困難、日常生活の混乱
- 持続する悲嘆(integrated grief)
故人のことを何かにつけて思い出す
acute griefのように、心のすべて埋め尽くし、日常生活を乱すことはない
悲しさ、恋しさ

臨床的には、急性期の混乱の状態と、ゆっくり長く続く維持期とが分かれることがあります。急性期の場合は、非常に強い苦痛があり、社会的にも一時的に機能が落ちることがありますが、平均して2ヶ月ぐらいの間にだいたい収まってくると言われています。2ヶ月というの、ひとつの参考までの数値です。その後は徐々に、何かにつけて亡くなった方のことを思い出すことがあっても、日常生活がすべてそれで埋め尽くされてしまうということはなく、時々ふとしたきっかけで思い出すけれど、それが過ぎればまた普段の生活が行えるようになる、となっていくのが通常の悲嘆の反応だといわれています。

急性期の悲嘆の症状

- 失望、喪失感、怒り、不安、恐れ
- 罪責感、孤立
- 抑うつ
- 圧倒された感覚、日常生活の崩壊
- 脱人格化
- 幻覚(故人に関係する)

苦痛を伴う体験ばかりではなく
• 救済、平穏、平和、幸福感など

急性期に関して少し詳しくみると、一時的には、虚脱や圧倒された感覚、脱人格化といって社会的にやや逸脱したと思えるような反応が出るときもありますが、たいていは収まっていきます。もうひとつ重要なことは、このように揺れ動くところがあっても必ずポジティブな感情が入るということです。この人と一緒にいられてよかった・無事に送られてよかったとか、満足感といったプラスの感情が、必ずどこかに入ってきます。そういう感情の有無は、病的

悲嘆と見分けるうえでのポイントとなります。

Acute griefからintegrated griefへの移行

- Acute griefからintegrated griefへの移行は通常死別後数ヶ月の間に徐々に生じる
- 死別は現実のものと認識され、死別は幸福で満たされた関係の中に取り込まれる
- 故人を忘れることはなく、悲しみも寂しさ、恋しさもやむことはない

移行期間は、通常1カ月から数年というところですので、あまり時間関係を気にする必要はありません。最終的には、悲しみや寂しさや抑えているものが少しずつ日常生活の中に混じっていき、それを完全に取りきる必要はなく、何らかの機会に思い出しながら、かといって一方では満足感や幸福感などの複雑な感情を交えながら過ごしていくのが一般的な反応である、と見ていただければよいと思います。

悲嘆と介護

- 介護は死別後の適応に影響しない
 - 患者の死は介護負担の終わりを意味する
 - 死や死後への準備が可能
 - 家族内の支援体制が構築される(Schulz 1997)
- 一方、介護時の抑うつ・不安は不適応の予測因子であるので注意が必要

悲嘆を扱ううえで、何をしたらいいのか・いけないのかが気になるところかと思いますが、そのあたりをいくつかご紹介したいと思います。

まず、悲嘆とその介護ですが、これは一般的に死別後の適応には影響しないといわれています。確かに、介護をすることで、現実には目の前で患者さんの様子が変わっていくのを知り、準備するという意味もありますが、一方で知ることが介護負担にもなります。患者さんの死が介護負担の終わりを意味するというでもあります。その中で、家族内での患者さんの支援体制は徐々に構築されるということで、介護するのがいいのか悪いのかということを無理に

考える必要はない、とされています。

ただ、介護の負担が非常に重く、うつ病が出るとか不安が強くなるという場合には、その後に尾を引く可能性があり、早めの対応が必要です。最初は情緒的なサポートでけっこうですし、明らかにうつ症状が出てきて介護も十分できないような面があれば、一時的にレスパイトなども含めて負担を減らす、あるいはご家族に専門家を受診していただくことも重要になるかと思います。

悲嘆と療養場所

・結論が出ていない

- 自宅で看取った配偶者のほうが、精神的健康度が低い

(Addington-Hall, 2000)

- 子供を亡くした親は、自宅で看取ったほうが適応度がよい

(Lauer, 1983)

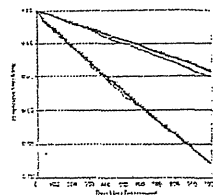
おそらく多要因が絡んでいる可能性

療養場所も気になりますが、これは結論が出ておりません。自宅で看取ったほうが満足度は高いのではと思ったりしますが、かえっていろいろあって負担になるという報告もあります。子供を亡くした方だと自宅のほうが適応がよいという報告がありますが、おそらく介護負担や家族関係、社会的な状況というような療養サポートの問題がからんでいるので、どちらが良いとか悪いとかは言えないという結論なのかもしれません。

ホスピス・ケアと遺族

米国の夫婦: 199,553組
ホスピス・ケアを受けたか否かで比較

死別後18ヶ月以内の死亡
受けた 受けない
妻: 4.9% 5.4%
夫: 13.2% 13.7%



良いケアは、遺族の健康にも良い影響を及ぼす可能性がある

Christakis, et al., Soc Sci Med 2003

アメリカの疫学研究で、ホスピス・ケアを受けたほうがいいのかどうかということで、その後の遺族の身体状況を比べたものがあります。実際に、ホス

ピス・ケアを受けた人のほうが死別後の1年半での死亡率が少なかったということで、よいケアが遺族の健康にもよい影響を及ぼすのではないかという報告もあります。

配偶者の入院・死亡の影響

	配偶者(男性)	配偶者(女性)
急性冠症(狭心)	0.54	1.14
急性冠症(大動脈)	1.02	1.01
急性冠症(脳)	0.86	1.18
急性冠症(血液)	1.08	1.08
脳梗塞	1.06	1.05
大腿骨頭骨折	1.15	1.11
認知症	1.22	1.28
精神疾患	1.19	1.32

Medicareを利用している578,240組の夫婦を対象に配偶者の入院・死亡後9年間の死亡率を評価

Christakis, et al., N Eng J Med 2006

これも病気によってずいぶん違います。脳梗塞や認知症などのように長期的に介護負担がかかる場合は、家族にいろいろな悪影響を及ぼすけれど、がんの場合にはそれほど入院期間が長くないためか、影響が出てこないのではないとも言われています。

End of Life Careと介護者のQOL

介護者の死別反応	積極的治療	ホスピス・ケア	遺族のQOL
QOL(全体)	-0.15 (0.004)	0.06 (0.31)	0.20 (<0.001)
自己評価	-0.12 (0.04)	-0.06 (0.30)	0.17 (0.004)
身体機能	-0.10 (0.05)	0.01 (0.85)	0.14 (0.02)
精神機能	-0.11 (0.05)	0.01 (0.63)	0.13 (0.04)
役割の制限	0.17 (0.006)	-0.03 (0.62)	-0.10 (0.15)
悲嘆反応			
死への準備が十分でないと感じた	-0.30 (<0.001)	0.13 (0.05)	0.23 (0.002)
悲嘆	0.17 (0.01)	-0.08 (0.25)	-0.30 (<0.001)
精神疾患			
認知症	2.25 (0.21)	0.87 (0.78)	0.67 (0.10)
うつ病	3.37 (0.03)	0.46 (0.12)	0.26 (0.09)

(Wright, et al., JAMA 2008)

ご家族の QOL が、積極的治療とホスピス・ケアとで変わるのかということも調べられています。積極的な治療の後に介護者の許容力が落ちてきて、その後の悲嘆反応にもどうもあまりいい影響はないようだと言われます。ホスピス・ケアを受けたらいいかということも出なかったということです。つまり、積極的な治療や人工呼吸器をつけるといったような状況は、後の遺族の反応としてはよくない面があるかもしれないが、ホスピス・ケアの質が上がりその期間が伸びたから、遺族の悲嘆が減るのか、といったことまでは、どうもよくわからないのが現状です。

- ・ホスピスの利用は悲嘆と関係ない
(Ringdal, 2001)
- ・ホスピスの利用は適応を悪化させる
(Greer, J Chronic Dis 1986)

ホスピス・ケアの何が遺族にとって良いのかは
さらなる検討が必要

昔から議論されていますが、ホスピスの利用は悲嘆と関係ないという意見と、逆にホスピスの利用が適応を悪化させるという話もあり、まだ結論は出ていません。たぶんこれは、ホスピス・ケアということが非常に広い範囲を含んでいるためであり、その何が悪いのか良いのかということと、あとは、ご家族・ご遺族も含めて積極的に使うと思っているのか、最終的に結果として使わざるを得なくて使ったのかといった、それを使う状況も関わってきますので、一概に言えないのではないかと。その中でどういうケアが本当にいいのかをより細かく検討することが重要なのだろう、というのが現時点での見解です。

悲嘆と個人の要因

- ・性別:
配偶者に関しては男性のほうが問題が大きい
- 死別後1年以内の男性の自殺率は15倍
(Earlansen, 2004)
- 54歳以上の男性は死亡率が40%上昇
(Parkes, 1964)

ソーシャル・サポートの弱さが原因?

個人的な問題のうち臨床で大事なものは、男性が残されると問題が多いという点です。これはなぜかというと、ソーシャルサポートの弱さだろうといわれています。海外で言われていることですが、女性の場合は割合コミュニティや身近なところに支えてくれるネットワークがあり、情緒的な支えだけでなく、たとえば食事や経済的な面も含めて助けてくれます。しかし男性の場合はどうしても仕事関係でのつながりが多く、奥さんを亡くすと地域との密着さ

がなくなり、その結果すぐにサポートを得られずにいろいろな身体疾患が起こると言われています。

悲嘆と個人の要因

- ・年齢: 一般に若年者のほうが不適応
- 死別に伴うストレス、社会・経済的問題が重なる年齢であるからと考えられている
- ・宗教: ソーシャル・サポートに関連
- ・仕事: 男性にとってはソーシャル・サポートを受ける意味でも重要かもしれない

年齢に関しては、どうも若年者のほうが悪そうだといえます。これは若いから経験がないといった意味ではなく、子育てや仕事の上で色々重要な問題を抱えているとか、経済的にも仕事をしないと安定しないとか、そのような社会的なハンディが大きいのではないかとされています。

また、宗教を持つ方が悲嘆は少ないのではないかととも言われたりしますが、実際に重要なのは、信仰心よりもソーシャルサポートのようだとされています。海外の場合、教会は地域のコミュニティとの関係が非常に強く、そういう地域でのネットワーク、周りから支えてくれるという関係が、恐らく遺族の反応にとってもいいのだらうとされています。

男性の場合、仕事仲間からのサポートを受けられるというほうがひょっとしたら重要なものかもしれない、ということが指摘されています。悲嘆反応の時には、仕事を十分に休んでくださいということをよく言いますが、男性でそのような対応で孤立する場合には、少し考えたほうがいいのかもかもしれません。

故人との関係と悲嘆

- ・一定の見解が得られていない
- ・過去には、依存的な関係は不適応の危険因子
(Parkes 1983)
- ・夫婦関係の葛藤が大きいほど、死別後の思慕は少なかった
(Carr 2003)
- ・夫婦間の葛藤が大きいほど、再婚への意欲は低い
(Carr 2004)

また、亡くなった方との関係というのも同じように重要といわれていますが、一定の見解は得られていません。家族の問題というのは非常に難しく、人間関係のいい悪いとか、その濃さというのもありますので、家族関係をどう取り扱うかについてはこれがいいという結論は出ていません。過去には、病的な依存関係になっているとその後の悲嘆が強いなどと言われたことがあります。それは一概に言えないということです。夫婦関係の葛藤が大きいほど、実は死別後の思慕は少なかったとも言われていますので、関係性が悪いから・いいから、悲嘆にすぐつながる、というものではないのかもしれない。

悲嘆と心の準備

- 過去には突然の死は、死別後の不適応の予測因子とみなされてきた
(Lindermann, 1944)
- 関連を否定する報告も出てきており、一致しない
- 背景には定義の問題がある
 - 客観的に予測できない突然の死かどうか
 - 予測することと心の準備をすることの差

また、突然死や事故は死別後の不適応の予測につながると言われていますが、これも一致しないとされています。この背景には、予測しないという問題はどのようなものなのか、心の準備というのは何かはまだわかってないということがあります。後に出てきますが、「レジリエンス」といって、どのような状況にも対応できる心構えをもっている人が大半おられて、そういう方の場合、突然死などはすぐに悪影響を及ぼすことはないのかもしれない。

悲嘆とどのように向きあうか

“悲嘆は病気であろうか？”

(Engel, 1961)

- 悲嘆は身体疾患の要素を持つ
(死亡率の上昇、身体疾患との関連)
- 同じようなパターンが認められる
- 社会的機能の低下を来す
- たいていの人は回復するが、必ずしも全員が回復するものではない

われわれは悲嘆とどう向き合っていくのがいいのでしょうか。悲嘆の一部は引きこもりを起こすので、そういう人への助けは必要ですが、たいていの人はその中で回復するので、あんなに難しいということはありません。特に悲嘆は、「何かあったらどうしたらよいか」ととられがちで、悲嘆を病的に思われる方が多いけれども、決してそういうことはないという点を押えておいていただきたいと思います。

悲嘆の抑圧・悲嘆のないことは問題か

- 悲嘆のない家族を医療者は病的ととらえがちである
(Deutch 1937)
 - 死別早期に取り乱した家族は、時間が経過しても取り乱している。一方、悲嘆のないことがその後問題になることはなかった。
(観察研究の知見)
(Wortman 1989)
- 感情を表出しないことは病的ではない
→親しい人の死に関連した情動や気持ちを話すことは必要なものでもないし、有益でもない

死別後取り乱した家族と、冷静に受け入れている家族がいたとき、冷静なほうが後で変なことが起こるのではないかと不安になったりしますが、決してそういうことはありません。介護の観察研究では、徐々に状況を受け入れられた方のほうが後々安定していたという結果で、決して悲嘆が出たからすべてがいいということではない、ということです。グリーフワークとして、無理に気持ちを話しなさいとか、どんどん気持ちを出した方がいいですなどということが一時期進みましたが、それは決して必要ではなく、すべての人にそれが有益というものではないので、個々のケースによるということを押えておいていただきたいと思います。

悲嘆への対応

- 当たり前のことではあるが、大半の悲嘆は通常の反応であり、専門的介入を必要としない。
- 大半の人は、死別に対応する能力を有しており、喪失体験直後に悲嘆を促進する介入の有効性は示されていない。
- 通常持っているソーシャルサポート(友人、家族、医療従事者、地域の人など)が使えない場合に、サポートグループは意味があるかもしれない。

大事なことは、悲嘆というのは当たり前のことであり、大半の人にとっては専門的な介入を要しないということです。たいていの方は、日常生活を送っていればそのまま適応できるということです。悲嘆を進めるような介入の有効性は示されていません。

では、遺族ケアがどういうところで必要になってくるかということですが、大事な点は、通常のソーシャルサポートを持っていない人にとってどうか、ということです。支えてくれるご家族、あるいは友達や仲間がいるという場合には、たぶんそのソーシャルサポートが有効ですし、その人はそのソーシャルサポートをうまく使い分けて適応していきませんが、どこもつながりが切れていたり、そういうソーシャルサポートが有効に機能しない場合には、サポートを提供することが何らかのプラスになるのではないかなと思います。遺族ケアの第一歩として、そういう方を見つけることが重要になってきます。

悲嘆への対応

- ・ 一次予防:
 - 直面化や無理な曝露はむしろ有害
 - 遺族が望む場合には有益
- ・ 二次予防:
 - 危険性の高い遺族を判別することができればおそらく効果的
- ・ 三次予防:
 - 複雑性悲嘆、うつ病への治療的介入

すべての人に無理やり何かをするのではなく、必要な人に必要なケアを届けるということが大事です。全員に無理に直面化させる必要はなく、たとえば全員がサポートグループや遺族会に参加しなさいなどと決め付けるものではないです。ただし、そういうものを望む方には、そのようなケアが提供されれば歓迎されますし満足度も高く、おそらく悲嘆にとっても有効であろうと思います。

さらに大事なのは、社会的につながらない家族を見つけるということです。孤立して周りにつながりを求めず、その中で困っている方がおられたら、そこに対して適切なケアを提供しなければいけない。それが二次的な予防ケアや三次的なケアということになります。

NICEのケアモデル

- ・ 1段階
 - 悲嘆は正常な反応であり、ほとんどの人は専門家による介入を要しない。
 - 「死別」とはどのような体験なのか情報を提供
 - サポートが必要な場合のアクセスの方法
- ・ 2段階
 - 専門家は必要ないが、死別体験を振り返る機会を必要とする人がいる
 - 自助グループ、コミュニティグループなど
- ・ 3段階
 - 専門家の介入

NICE 2004

これは、イギリスの NICE (ナイス) という支持療法・緩和療法のモデルで、今までお話したことと同じようなことを述べています。ご家族にとって大事なのは、「死別」とはどのような体験なのか、今後の見通しという情報を提供するという点や、もしご遺族がサポートを望むのであれば、それをどうしたら得られるのかアクセス方法を伝えるという点です。たとえばグリーンカードを送るとか、何ヶ月経ったとき電話をかけるということなどをつなげるとか、情報提供の意味で重要になってくると思います。

またその中で、死別体験を振り返る機会を要する方も一部にはあるかもしれませんが、医療者がすべてを提供する必要はなく、自助グループや、海外であれば地域のコミュニティーがこういう機能を持っていると思います。今の日本では、あまり地域でのコミュニティーがないので、どうしていくのが問題になりますが、おそらく何らかのネットワークができてくれば、そこが主にすることになりますし、医療者がしなければいけないのは、どちらかというところ三段階目の専門的な介入と、これらの一連の見落としを防ぐという点になるのかもしれない。

複雑性悲嘆

- ・ 悲嘆の約10%に生じる
- ・ 急性期から持続期の悲嘆への移行に失敗したものと考えられている
- ・ 臨床的には、死を受け入れることができない苦痛をともなう別離心的外傷症状が6ヶ月を経ても続いている

専門的なケアについてお話しします。「複雑性悲嘆」という言葉の定義は難しく、またこの複雑性悲嘆があるのかないのかという議論は今でも続いています。ただ、知っておいていただきたいのは、おそらく10人に1人ぐらいは難しい悲嘆反応を経験する方があり、一番のポイントは長く続いているという点です。臨床的には、死を受け入れることができないとか、ずっと苦痛を感じ続けていて、先ほど出たような幸福感とか満足感といったポジティブな体験が出てこない、あるいは心的外傷とって、フラッシュバックや悪夢などの症状が半年以上も続き、日常生活に支障をきたすような場面では、こういう問題を取り上げたほうがいいだろうということです。

複雑性悲嘆の特徴

- ・ 急性期の症状が持続
- ・ 苦痛に満ちた感情が持続
- ・ 強い思慕
- ・ 故人のことでいっぱいになり他のことが考えられない
- ・ 外傷症状(死を受け入れられない、怒り、苦痛、死に関連する侵入症状、回避症状)

複雑性悲嘆の症状を少し詳しく述べますと、急性期の症状が半年たっても続いていたり、故人のことでいっぱいになって先のことが考えられなかったりする。それから死に関連するような場面、たとえば看取りの場面が、何ヶ月経っても急に何かの機会に目の前によみがえってきて、それが出てくると息がしづらくなって何も手がつかない、といったような症状が残ると問題になります。

複雑性悲嘆

- ・ 睡眠障害(Germain J Trauma Stress 2005)
- ・ 日常生活への支障(Monk Death Stud 2006)
- ・ 自殺率の上昇(Szento J Clin Psychiatry 2006)
- ・ 自殺した青年の友人では、複雑性悲嘆を経験している人のほうが、うつ病を合併した人より4.12倍希死念慮が高かった

実際に、日常生活などに支障が出たり、ひどくなると自殺率の上昇に影響してくると言われており、専門的な介入が必要になってきます。

複雑性悲嘆とうつ病との差

- ・ 強い思慕を繰り返し
- ・ 死別を恐怖で、罪深いもので、あってはならないもの
- ・ 自分の人生はすでに終わってしまったと感じ、この苦痛は未来永劫終わることはないと感じ、また終わってはいけないと感じている
- ・ 楽しみは故人に申し訳ないと感じる
- ・ 周囲との関係は疎遠になる
- ・ 故人との関係はゆがんだ形で適応する一方、過度の回避症状も伴う

これは議論があるので参考までに聞いていただきたいのですが、複雑性悲嘆があるという人と、そのような悲嘆はなくこれはすべてうつ病である、という人との意見がまだ対立しています。その中で、これを分けて考えたほうがいいと思う人は、この二つを分ける点として、まず死別を罪深いものだと思っていることを挙げています。「自分にとって罰なんだ」などと思うことが続くようなら、これは複雑性悲嘆というよりうつ病と思ったほうがいいという人もいます。あるいは、周りの人に「ちょっと外に出ましょう」などと声をかけていただいても、行くのは亡くなった人に申し訳ないというような気持ちが続いている場合は、うつ病として扱ったほうがいいと言われています。実際にそのようになると、日常生活に支障をきたしていますので、専門的に介入が必要だとみていただければと思います。

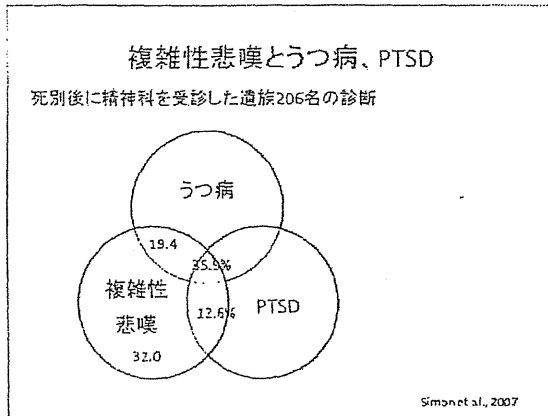
複雑性悲嘆の危険因子

- ・ 明確には判明していないが、以下の場合に起こりやすいとの報告がある
- ・ 初期の人間関係の構築に失敗
- ・ 故人との関係が非常に深い場合
- ・ 気分障害(うつ病)の既往
- ・ 複数の死別を連続して経験した場合
- ・ Social supportがうすい場合
- ・ 低所得

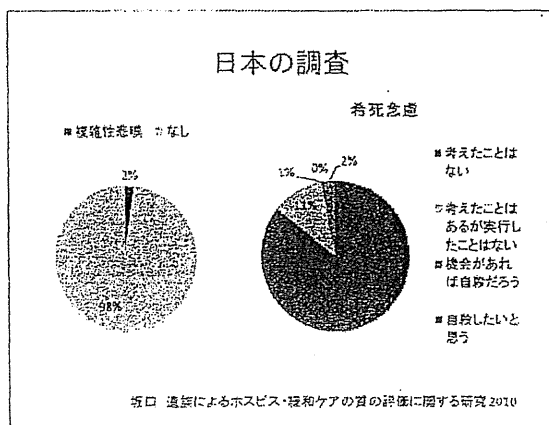
(Shear, Psychiatr Ann 2008)

どうの方が複雑性悲嘆になりやすいかは、あまり分かっていない面が多いのですが、知っておいて

いただきたいのは、ソーシャルサポートの弱い人は手薄になりがちだという点と、過去にうつ病の既往がある人は、やはり反応が非常によくはないよという点です。故人との関係が云々とか、人間関係などというのは、あまり強くは影響しないかもしれませんが、参考までにみていただければと思います。

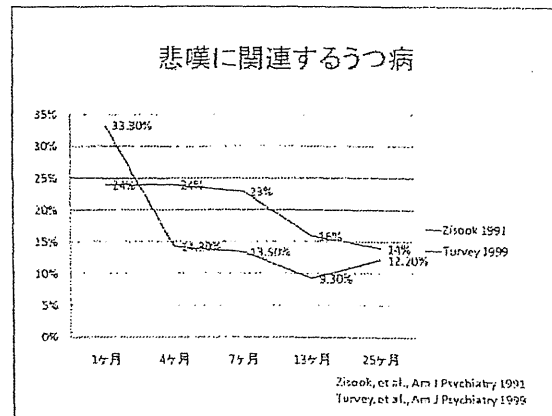


複雑性悲嘆があるのかなのかという議論が続いていますが、複雑性悲嘆とうつ病とは、非常に多く重なっています。複雑性悲嘆とうつ病とPTSDは症状として非常に近く、4割ぐらいがうつ病とPTSDの症状と重なりますので、別の医療がいいのか、あるいは通常悲嘆とうつ病と思って整理してしまう方がいいのか、まだ結論は出ておりません。複雑性悲嘆があるという人は、そのケアについて熱心に語りますが、われわれのように臨床で精神科をやる人は、あまり複雑性悲嘆というのを考えずに、うつ病と思うことが多く、その後「うつ病で入院」と語ることが、実は複雑性悲嘆だったりします。難しい点ですが、このあたりはちょっと議論があるんだなと、参考までにみていただければと思います。



実際に、日本で複雑性悲嘆についての調査を坂口

先生がされています。複雑性悲嘆はだいたい2%ぐらいで、自殺を考えるとという人は1割強というデータが出ています。2%というのはさすがに少し低いのですが、たぶんこれはアンケート調査の影響で、本当に悩んでいる人や困っている人はアンケートを返送しませんので、数字が下がってしまったのかもしれない。



- 7%は慢性のうつ病に移行
 - 危険因子は
 - 若年(65歳未満)
 - 死別前のうつ病の既往
 - 身体的健康度が低い
 - 大うつ病だけではなく、閾値下のうつ病も社会機能の障害に関係
- Zisook, et al., Am J Psychiatry 1991

複雑性悲嘆と非常に議論が重なっているうつ病ですが、死別後半年ぐらいは、約3割の方がこのような抑うつ症状を呈します。1年たっても16%ぐらいの方がうつ症状を呈し、数年たっても平均7%ぐらいの方がうつ病の症状を残すということです。これを複雑性悲嘆と思うかうつ病と思うかというのは別として、何らかの専門的なケアを提供したほうがいいかと思しますので、これを見つけていくことがポイントになります。

危険因子はまだはっきりと定義できていませんが、おそらく若年で死別前からうつ病があり、身体的健康度が低い方がなりやすいということです。うつ病の症状が全部揃わなくても、ひきこもりなどを起こすことがあるので、早めに気づくことが大事です。

悲嘆とうつ病

- 多くの医療者が概念を混同している
- その結果、うつ病の多くが見落とされている

原因

- 死別が大きいストレスであること
- 悲嘆の一部の項目はうつ病の症状と重なる (気分の落ち込み、悲しさ、社会的な引きこもり)

われわれが気づかなくてはいけない点として、現実にはうつ病が見落とされていることが多いということがあります。遺族の悲嘆反応は、大事な方を亡くして落ち込むのは当たり前だろう、と心理的にわかりやすく、実際に嘆き悲しみ、気分が落ち込み、眠れず食べられないのもっともだ、と誤ってしまわうんですね。その中で、通常の悲嘆反応には揺れながらもポジティブな幸福感や満足感が必ず入ってきますが、そういうポジティブなものが出てこなくて、ずっと罪責感を抱いているような場合にはうつ病を疑っていただくということが、臨床的には一番確実な判断方法になるかと思えます。

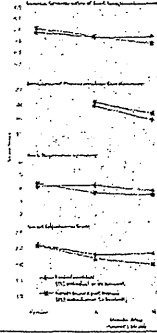
悲嘆とうつ病

- 悲嘆
 - 満足感、幸福感などの正の感情を含む複雑な体験
 - 苦痛、悲しさは故人を思い出させる体験に関連して生じるが、外部からの承認・確認を必要とせず収束していく
 - 認識が理れ動きながら、最終的には内面で満足感を伴った感情とともに治まっていく
- うつ病
 - 正の感情を伴わず、自立的・自動的に認識が進行しない
 - 衰弱
 - 気分の落ち込み、引きこもり、社会機能の低下の他、身体機能の低下もある

悲嘆とうつ病との差ですが、悲嘆の場合はプラスの反応というのがありますが、そういうものがないか出てこないで、ずっと嘆き悲しんでいて日常生活に支障をきたす場合には、うつ病や複雑性悲嘆を疑っていただければ、まずは十分かと思えます。

複雑性悲嘆は非常に扱いが難しく、海外ではグループセラピーなど色々な専門療法が言われていますが、まだこれといった決め手はありません。うつ病

グループ療法



- 家族志向グループ療法を232名53家族に実施
- Brief Symptom Inventoryは有意な減少を示した
- 抑うつ症状、社会機能、家族機能には有意差なし
- ハイリスクの家族に対しては、有用かもしれない

Fissano, et al., Am J Psychiatry 2005

個別の心理療法

- 複雑性悲嘆、悲嘆に関連する適応障害、抑うつ症状を対象とした心理療法の試みがある (Zisook 1988,1990; Yalom 1983)
- 前向き研究で、介入の有効性が示されたのは1件しかなく、積極的な介入の意味は疑問
- 教育的な関わりが重要 (症状が6ヶ月以上遷延する場合には専門家を受診する等)

であれば抗うつ薬の治療が有効ですが、少し PTSD の反応がかぶさったような方になると、これはよく効くというものはまだわかっておりません。色々な心理療法も個別に試みられていますが、これがいいとか重要だといった決め手がないということです。

- 悲嘆に関連するうつ病に対して、抗うつ薬と精神療法の併用療法は抑うつ症状を改善した。

Outcome	Cognitive Behavioral Psychotherapy (n=15)			Medication (n=15)			Psychotherapy + Medication (n=15)			Psychotherapy + Medication + Family Therapy (n=15)		
	N	%	CI	N	%	CI	N	%	CI	N	%	CI
Remission	11	73	45-92	11	73	45-92	11	73	45-92	11	73	45-92
Response and remission	11	73	45-92	11	73	45-92	11	73	45-92	11	73	45-92
No responder	4	27		4	27		4	27		4	27	
Partial responder	4	27		4	27		4	27		4	27	
Nonresponder	2	13		2	13		2	13		2	13	
Dropouts	2	13		2	13		2	13		2	13	
Total effect	2	13		2	13		2	13		2	13	

Reynolds, et al., Am J Psychiatry 1999

今のところ大事なのは、おそらくうつ病は確実にあるといえますので、抗うつ薬の服用などで救えるということです。PTSD の症状がある場合は、PTSD の治療法を提供しつつ対応できる面があります。

グリーフワーク

- Lindemannが提唱 (Freudのmourning workに対応)
- 愛する対象がもはや存在しないという現実に戻り向き合うことによって悲哀の仕事が完了したとき、失われていた対象に向けられた自らは解放され、再び自由になる
- 死別への適応には必要で病的悲嘆はその失敗と見なされていた

グリーフワークへの批判

- グリーフワークを支持する実証的な根拠がない
 - 概念の問題
 - 悲嘆反応との違いが不明確 (反する、忌避)
 - 機序が不明確
 - 回避、抑圧などの機能を考えていない
 - 故人との分離は必ずしも必要がない
 - 文化を越えた普遍性がない
- (Stroebe 1992, Bonanno 1999)

グリーフワーク

- 直面化は必要か
 - 回避と抑うつとの関連性は認められない (Stroebe 1991)
 - 「全ての遺族がグリーフワークを行う必要があるとの見方は過度の単純化である」
- 感情の表出は必要か
 - 社会生活を営む上で、否定的な感情のコントロールは必要であり、コントロールをした方がソーシャル・サポートは得やすい

グリーフワークも、そんなに専門的に考える必要はありません。以前は、グリーフワークを完結させなければならないなどと非常に積極的に進める文脈で述べられることが多かったのですが、そのような実証的な根拠はありません。大事な点は、このようなグリーフワークが批判されてきた点と、このような反応は悲嘆反応と割合似ているので、あえて無理にさせるものではないのでは、という点です。また、故人との分離は必ずしも必要なく、たいいていの方は何らかの絆を持ち続けており、関係を断ち切るとい

うことは文化的に一貫性がないということが言われています。

繰り返しになりますが、グリーフワークは望む人に提供されればよく、すべての遺族に提供される必要はありません。無理に感情を出す必要もなく、全部出さなければ悪くなるというものでは決してありません。

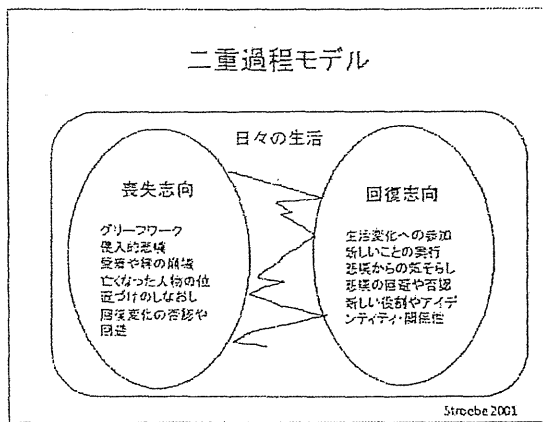
グリーフワーク

- 分離は必要か
 - 絆の放棄の必要性を示す知見はない
 - 一方、絆が継続しても適応を促す知見もない
 - 多くの遺族は絆を保持 (retaining bonds) している (Klass 1992)
 - 「故人と一緒にいる感覚」は一般的である
 - 13ヶ月後: 63% (Zisook 1993)
 - 4ヶ月後: 81%が亡き親との関係を保持 (Silverman 1993)
- 関係性の変容が重要らしいがはっきりした知見はない

よく、故人との関係を持っていると、それを切らなきゃだめですよとか、新しい生活を頑張らなきゃいけないですよなどと話される方がおられますが、無理に絆を放棄する必要はありません。たいいていの方は、そういう感覚を常に持ち続けており、それはそれとしてご本人の中で大事にしていきたいということです。分離とか、つながりを持つ・持たないというものではなくて、その関係性の変容、何らかの質の変化ということがおそらく重要なのですが、それについては今の段階ではまだうまく記述されていません。

より優れたモデルを求めて

- グリーフワークの限界の指摘
- 認知的ストレス理論 (Lazarus 1984)
 - ストレスは2つの評価で定まる
 - 一次的評価: 刺激がどの程度の脅威なのか
 - 二次的評価: 対処が可能かどうか
- 二重過程モデル (Stroebe 1999)
 - 喪失志向コーピング: 従来のグリーフワーク
 - 回復志向コーピング: 2次の問題への対応



残念ながら、従来のグリーフワークのモデルは今の臨床にあまりそぐわないのではないかとされています。その中で、「二重過程モデル」といわれるものを簡単にご紹介します。

遺族は、他者を亡くしたという点と、その中で新しい生活に適応しなければいけないという二つの課題を持っており、その間を揺れ動いています。そして、そのバランスを取りながら、その時その時を生きているということで、スライドにあるこの2点をおさえて支援するのがいいのではないかとされています。

悲嘆も必要か

- ・ 過去には、死別後に悲嘆を示さないことは否認や抑圧として病的悲嘆と扱われていた
- ・ 死別後の心理的苦痛は不可避であること、心理的苦痛を示さないことの問題を示す知見はない (Wortman 1989)

従来、死別後に悲嘆を示さないのは否認だとか抑圧だとか、何か悪いもののように思われていたが、そういう反応を示さないことは必ずしも不健康ではない、とされています。

レジリエンス

- ・ 死別前から抑うつが低く、死別後も変わらない一群の存在
- ・ 縦断調査で45.9% (Bonnano 2004)
 - 日常生活に支障を来さない程度の思慕や苦痛を感じる
 - 故人との良き思い出に安らぎを感じている
 - 生前の夫婦関係も良好
 - 喪失体験を消化できるだけの世界観をすでに持っており、あらためて意味の探求をする必要がない
 - 悲嘆や苦痛を示さないことは不適応とは限らない

まだ結論までは出ていない新しいことなのですが、「レジリエンス」という言葉があります。これは回復力のようなもので、ストレスに対する適応の強さです。病気になりにくいとか、ストレスが加わってもそれに打ち克つだけの力があるという、免疫に近いような意味の言葉とだけ思っていたらいいかと思えます。

そういう方の中には、死別前から抑うつやストレス反応が低く、亡くなった後も死別の反応を示さない方がみられます。実は、4割以上の方がそうではないかとされています。おそらく、日常生活で時々悲嘆の反応も出るけれども、よき関係というのもちやんと持っているという方は、失う体験を消化できるだけの世界観や価値観をすでに持っていて、そこで改めて意味の探求や適応などをしなければいけないものに直面していないのではないかと、いわれています。悲嘆や苦痛がないと、すぐ否認などと言って病気のように思いがちですが、そういうものではなく、こういうことにすぐ打ち克つだけの力を持っている人が多いということであり、われわれが無理に構える必要はないのではないかと、ということです。

われわれがしなければならないことは

- ・ 情緒的サポート
- ・ 社会的支援:
 - 心的外傷への対応でも言われることであるが、まず求められるのは、カウンセリングではなく日常生活の支援
- ・ 専門的治療:
 - 薬物療法を含めた専門的対応

繰り返しになりますが、こういう情緒的なサポートと社会的な支援とを常につなげていくということが大事な点です。うつ病の場合には専門的な治療ということで、まず大半の方の場合には、このような当たり前のサポートを提供することが重要です。

二次被害への注意

- ・ 二次被害:
被害に付随してもたらされる追加的苦痛
友人、親戚、医療者、司法等による間違った扱いによって生じる
(諸澤 1998)
- ・ 医療者のアドバイスが逆効果になることがある
「見た目より元気」
「あなたががんばらないとだめ」
(大西 2010)

そのうえで大事な点は、10人に1人ぐらいですが、「見た目より元気ですね」とか「がんばらないとだめですよ」という医療者のちょっとした一言がトラウマや心的外傷体験になる方もおられます。言葉を掛ける場合には、少しご配慮いただくことが大事な点だと思います。

症例

最後に簡単な症例をいくつか挙げさせていただいて、このようなイメージで語っているんだということが伝わればと思います。

<症例 1>

症例

- ・ 45歳 男性 技術職
妻、子供2人(男、女)の4人暮らし

妻(42歳)が上顎がん再発で治療、がん性リンパ管症、胸水にて呼吸困難感が増悪し、症状緩和目的にて入院。肺炎を合併。

化学療法を行ったところ発熱、それにともない今後のことが不安になり、精神症状緩和目的にて緩和ケアチームが介入。

45歳の男性で、奥さんと子供二人の4人暮らしで

した。奥さんは、上顎がんの再発のため呼吸困難があり、入院して化学療法をがんばってしていましたが、症状の改善はなく、緩和ケアチームの紹介があり介入しました。サポートタイプケアの提案と、対症療法としてステロイドの実施や、症状が落ち着いたら転院という話までされた中で、奥さんは非常に揺れ動いていました。

ご主人は技術職で、私どもの外来に来院されました。男性からはこんな話がよく出るのですが、ずっと休む暇がないとか、子供の世話をしながら自分がケアするつらさなどをいろいろとおっしゃいました。実母に子供の世話を手伝ってもらっているが、いつまでも頼めるわけではなく、仕事をしながら子供の世話もして正直言って疲れてしまう。まだ妻がいてこのような生活をしていて、でもそれが崩れていくという現実が信じられない。緩和ケアチームからは、自分がまだ現状を受け入れられていないことが問題だ、と言われた。これから自分がどうなるのかも周りに確認する作業なんだけれども、悪いものが待っているんだろうとか、現実には妻がいてこのように生活しているのが崩れていくことがやっぱり信じられない、ということを述べました。

- ・ 身体症状:
不眠、食欲不振、自律神経症状(ふらつき、めまい、呼吸困難感)
- ・ 診断: 適応障害
- ・ 薬物療法: ドグマチール® 100mg
ソラナックス®(0.4mg) 1T ふらつく時

このような中で、カウンセリングなどを使う方法もあるのですが、不眠や食欲不振、実際に仕事に行けないくらいのふらつきが出てきたため、薬物療法を含めて環境調整を外来で行いました。診断としては適応障害ということで、薬物療法をしながら緩和ケアチームと連携を取りご主人をサポートしました。

健康な方は、少し環境を調整するだけで調子が改善してきます。この方は、4日目ぐらいには朝のつらさもましになってきて、食事もし喉を通るようになりました。「悲しむよりもやるべきことがあるん

じゃないかと言いつつ聞きながら頑張っている」、そして「隣人に相談できるわけでもないし、つらさを共有する人がいないのがつらい、なかなかサポートがない」と男性の現状を語ってくださいました。

9日目ぐらいになると、残念ながら奥さんの病状が悪くなってきました。病院側からの話もあり、その後混乱しているとのことで、「自分の気持ちもだが、やるべきことが多くて混乱していると思う」と言っていました。その一つは、家族や親にも伝えなければいけないが、その中でも奥さんになかなか言葉をかけられないと言っていました。奥さんのことも、精神状態は大丈夫なのかと色々気にされていました。「妻と話をしているけど、病気のことや今後のことをどう考えているか話題に出ない、それを知りたいがどう話しかけていいかわからない、このまま方針を開けないで終わるのは、さすがに自分は寂しい」というようなことをおっしゃいました。ご本人なりに、少しずつですが必死で課題をこなそうとしている現状で、それをサポートするようにチームと連携をとるよう、ナースに伝えました。

14日目ぐらいになると末期状態に進み、子供はどうしたらいいのかということをご悩んでいました。特にこの方の場合、子供がアスペルガー障害といてコミュニケーションに障害を持っており、普通に話をすると顔を叩いたりしてパニックになってしまうんですね。そうすると、看取りの場面に合わせるのがあるのか、後から伝える方がいいのか、悩んでしまうということでしたので、それに対して専門的な対応をしました。

子どもを看取りに立ち合わせるべきだ・しない方がよい、など、絶対こうした方がいいという方針はないのですが、状況を説明したり、その後のフォローをお父さんが出来る気持ちがあれば、してみてもいいのではないかとのお話になりました。少し落ち着いた状態の時に、子供たちを連れて試みに会ってみるとの話合いになりました。

そうすると、「娘は雰囲気がいやなのか、居たくないと言って出てしまった。長男は、あまり状況が分からないのか、『どうしたの？どうしたの？』と繰り返しており、このまま子供を看取りに立ち合わせるのもどうかと疑問に思った。子供を実家に預けて自分は病院の近くに泊まりケアするようにしている」ということでした。

奥さんのほうは、セデーションがかかっていて苦しみ・悲しみから開放されているようであり、奥さんが子供たちへのメッセージを残していることがなかったことで自分としては安心している、とのことでした。そして精神的に楽になって、ご主人は「ひとだけやらせてもらいたい」と、奥さんを抱きかかえたりされました。こういうことを支えた例で、ご主人なりのひとつの結論を出されたのかなと思います。

<症例2>

- ・ 40代 女性
- ・ 夫が膵がんで治療中、閉塞性黄疸に対してPTCD挿入したが、その後も全身状態は悪化、せん妄も出現した。
- ・ 緩和ケアへの移行が伝えられた頃より、息苦しさ、胃の不快感、落ち着かなくなり、病棟スタッフの勧めで受診。

これは、奥さんやご家族のコミュニケーションと社会的な課題を持った例です。複雑性悲嘆についても参考までにお見せします。

膵がんでご主人が入院し、化学療法がそれほど著効しなかったという中で、緩和ケアに移行の話が出たときに色々つらさが出てきたということで、スタッフから精神腫瘍科に紹介がありました。

社会環境が非常に複雑で、ご家族も別居の状態でした。実は別の関係を持っておられた女性がいて、入院中に現れて病室でばったり会ってしまったということで、それはすごい心的外傷体験になってしまい、後々尾を引いたという例です。家族に話しても、夫がこんな状況なのだから夫を支えてくれと言われて誰も分かってくれず、周りの支援が得られない状況でした。

・ 3週間後

- 調子が悪い。叫んだり、机をたたいてしまう。子供に夫の姿をみてしまい「おまえなんかいない」と当たってしまった。
- 全てを否定された気がする。
- 眠れない。夢に悔しい思いをさせられた相手が出てきて戦っている。
- 食べられない。
- 生きていても仕方がない。

うつ病として薬物療法を開始、診察の間をtelephone follow up

亡くなった後の反応が非常におかしく、子供の姿に夫と似ているところを見て、反応してしまったりしました。先ほど配慮があるとお話ししたのがこういうところなんです、理由もなく子供に当たってしまったり、亡くなった人が出てきて、自分を今でも苦しめている、という反応をしてしまいます。うつ病とPTSDが混じったような症状なので、SSRIを中心とした薬物療法をしました。こうなってくると、自殺企図など色々問題があるため、私どもの外来では、看護師のテレフォンフォローアップと連携して、診察が1週間とか2週間空く間には、1回家での様子を電話で聞いたりしてサポートしていました。

食欲の問題や、仕事に就こうと思ってもなかなか就けないとか、イライラすると周りにあたってしまうような不適応が出たりしました。また、人間関係を整理したいという意味で、その関係を持っていた相手の人に会いに行き、逆に興奮してしまったりしました。その後も「自分が死ぬ」と包丁を取り出したりと家の中で色々あって、奥さんのことをお母さんが必死で支えたという経緯がありました。

・ 13週後

- 家にいたくないのでバイトに出た。
- 息子が反抗期で大変。夫の姿と重なって苦しい。

・ 16週後

- 祖母が亡くなった。葬儀を思い出して調子が悪い。
- 死んでもまだ苦しめられるのか、と思うと腹が立って、位牌やら写真やらを庭に投げ捨てた。母はおまえの気が済むならそれでいいと言ってくれた。母が黙って拾ってくれた。

そのあと、16週くらい経つ中で少しずつ戻ってきましたが、時々こういう非常に複雑な反応を示して、位牌を庭に投げ捨ててしまい、それをお母さんがこっそりと拾って押入れにしまっておいてくれたということでもた助かったとか、そのように揺れ動きながら徐々に適応されていきました。

・ 20週後

- 体調がよくない。めまいがしたり、吐き気がする。
- 仕事中に涙が出て止まらない。
- いやな夢ばかり見て眠れない。
- 夫の実家が目と鼻の先にあるのが原因かと思っている。転居したい。
- 納骨できない。

・ 11ヶ月後

- 転居してよかったが、急に入院の場面がよみがえってくるようになった。
- (弟より)姉と同居している。自宅の金が無くなることがあった。本人が盗っているようでどうしたらよいか困っている。

20週ぐらいになると、仕事に徐々に戻り何とかやっているという状況でした。ただ、夫の実家が目の前にあるので、引越したいということで、それはそれでありかなと思う、とお話しました。何とか1年経って良くなってくるかなと思ったのですが、今度はご家族の物を取ってしまったり、色々社会的逸脱反応が出てしまいました。このような非常に複雑な例もあります。

複雑性悲嘆などは非常に難しい面があります。どうい方法がいいなどと、なかなかひとつの結論が言えないのですが、10人に1人ぐらいこのような反応があって専門的なケアが必要になります。通常の悲嘆がどういうものか、プラスの反応があるのかなのかということから、そういう人は早めに見つけていただきたいと思います。

長くなりましたが、ご清聴ありがとうございました。

質疑応答

【質問者1】貴重なお話ありがとうございました。大学病院に勤めております。私の担当の方ですが、30代の娘さんがいる女性の患者さんで、脳転移で急に意識障害が出て緊急入院されました。それまでは化学療法が効き、とてもいい生活をされていました。娘さんと二人暮らしで、その中で自分が亡くなったときのことを色々準備をしていたんですが、拠り所になる当てにしていた方たちが、がんで亡くなったり、その方たちがちょっとあてにならないという状況の中で緊急入院となってしまいました。入院してから少し意識は戻ったんですが、日毎に意識障害がまた強くなっている状況で、今はどのあたりまで生活の整理ができているのかも確認できないまま、意識の疎通があまり図れない状態になってしまいました。

娘さんにはうつ病の既往があり、今は職がない状態で、患者さんは自分が亡くなった後のことをとても心配されているところまでは分かっていました。その娘さんは、うつ病をもともと持っているということと社会的なサポートがないというところでは、先ほどの複雑性悲嘆のリスクに挙げられていることとまさに同じ状況だなと思いました。

お母様から情報が得られなかった分、娘さんが何かお母様から聞いているかどうかとか、少し関係性ができたところでお話を伺ってみたのですが、そのタイミングがちょっと失敗だったなと思っています。今まではうまく関係性を保っていたと思っていたんですが、その話をしたとたん、ちょっと言葉をつぐんでしまったところがあって、「あ、これは踏み込みすぎたのかな」と思いました。

ソーシャルワーカーさんとも相談して、院内ではそういうソーシャルワーカーや、生活や今後のことを相談するようなサポートや相談窓口があるということだけを情報として伝えて、後はご本人がその気になったときにすぐに手続きができるよう門戸を開けるような形で待っているというのが今の状況です。

もう、たぶん週単位で死を迎えることが予測されるので、そのときに少しでも娘さんにいい状態で、可能な限り精神的に安定な状態を保っていたいと思っています。何か看護側としてやれることがあるか、それとも今は待つべきなのか、もう少し積極的にし

たほうがいいのか、何かアドバイスがあればよろしくお願いします。

【小川】どうもありがとうございます。すごく難しい事例を経験されているんだなと思いました。

今、核家族で一人暮らしも本当に多いですね。実際に、娘さんがうつ病で引きこもりでというのがあります。そのような場合、個別の対応はたいへんになってきて一般にどこまで通じるかわかりませんが、まず、可能であれば娘さんの今の主治医にもコンタクトを取らせていただいて、そちらの治療がどうなっているかとか、そちらの主治医のところをサポートがどれくらいあるのか、連携がどれだけ取れるのかというのを聞いてもいいのかなと思います。

というのは、精神科のクリニックのなかにはPSW、精神科ソーシャルワーカーが居るところもあつたりしますし、二人暮らしの場合、福祉のネットワーク、たとえば生活保護の関係で福祉の人などの支援が入っていたりなど色々あります。自分たちだけではなくできるだけ多くの人がかかわり、どこかのネットワークで必ず拾い上げてつながっている、というような形のチームで対応するのが良いかなと思います。

あと、病院でわれわれが特に気をつけているのは、付き添いの問題です。うつ病の方は、付き添いで眠れなくなり急に調子が悪くなる方がおられます。たとえば、どれくらいまで夜に付き添うことが許されるのかといったことは、娘さんの主治医と相談しながらサポートするのがいいかなと思います。ご参考になればと思います。

【質問者2】ご講演ありがとうございました。訪問看護ステーションに勤務しています。

介護は死別後の適応に影響しないというお話がありました。これはがんの患者さんではなかったんですが、少し前に足掛け8年介護した患者さんが亡くなり、ご家族のところに弔問に伺いました。お母さんを介護していた娘さんでしたが、「お母さんの介護するのは私だ！」という強い気持ちで一心不乱に頑張っていました。娘さんは最初全部抱え込むような形でやっていたのですが、長い経過があったこともあり、途中から「これじゃ自分がつぶれてしまう」ということで、介護保険制度もかなり活用して、いわゆるソーシャルサポートをたくさん受けてやり通したという経過がありました。