

「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。

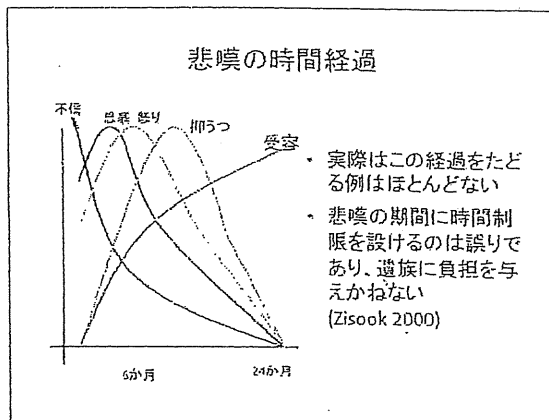
悲嘆反応	
・感情:	抑うつ、絶望、苦悩、不安、罪悪感、怒り、敵意、楽しみの喪失、孤独、思慕、切望、無感覚
・認知:	故人を想うことへの没頭、侵入的、反す、故人の現存感、抑圧、否認、幻覚
・行動:	動揺、緊張、過活動、疲労、探索行動、過く、むせぶ、社会的ひきこもり
・生理的:	食欲不振、睡眠障害、消耗、不定愁訴

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、亡くなっ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・ロスによる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、と言っています。

悲嘆の段階モデル	
古典的な段階モデル	Bowlbyの愛着モデル
<ul style="list-style-type: none"> ・否認 ・怒り ・取引 ・抑うつ ・受容 	<ul style="list-style-type: none"> ・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っくり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。



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。おおよそこ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すので、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
- ・ 故人が側にいる気配を感じる
- ・ 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。これが続く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いますが。

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ヶ月というのは、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ではなく、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して認識され、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こともあります。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えます。

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高い

(Lauer, 1983)

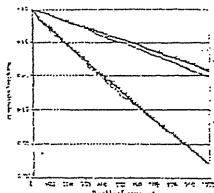
おそらく多要因が絡んでいる可能性

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)	0.64	1.14
急性冠症(大動)	1.62	1.01
急性冠症(肺)	0.65	1.16
急性冠症(血液)	1.68	1.08
脳梗塞	1.05	1.05
大動脈硬脈骨折	1.15	1.11
膵臓癌	1.22	1.28
肺がん	1.19	1.32

Medicareを利用している578,246組の夫婦を対象に配偶者の入院・死亡後159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かとされています。

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	介護者のQOL
QOL(全体)	-0.15 (0.094)	0.06 (0.33)	0.20 (-0.001)
悲嘆反応	-0.12 (0.04)	-0.06 (0.39)	0.17 (0.364)
精神健康	-0.10 (0.05)	0.01 (0.85)	0.14 (0.02)
生活満足	-0.11 (0.05)	0.01 (0.83)	0.13 (0.04)
役割の制限	0.17 (0.066)	-0.03 (0.61)	-0.10 (0.15)
悲嘆反応			
死への準備が十分で 感ぜられた	-0.30 (-0.001)	0.23 (0.05)	0.23 (0.002)
治療	0.17 (0.01)	-0.06 (0.25)	-0.30 (-0.001)
精神健康			
生活満足	2.25 (0.21)	0.87 (0.78)	0.67 (0.10)
うつ病	3.37 (0.03)	0.46 (0.12)	0.66 (0.001)

(Wright, et al., JGIM 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とだと言われます。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、その何がいいのか悪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
(Earlanssen, 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ろうとされています。

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よっとしたら重要なかもしれない、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つ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ませんが。

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はいますが、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が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ませんが。

悲嘆とどのようにむきあうか

“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、あなばいが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、けっ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、けっしてそういうことはありません。介護の観察研究では、淡々と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、けっ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。グリーンワークとして、無理に気持ちを話さないとか、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、死別に適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すが、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
 - 専門家はいらないが、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。たとえばグリーフカードを送るとか、何ヶ月か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、どうしていくのか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、そこが主になることになりすし、医療者がしなければいけないのは、どちらかという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いって、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、たとえば霜取りの場面が、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につかない、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(Szanto 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

- ・ 強い思慕を繰り返す
- ・ 死別を恐怖で、罪深いもので、あつてはならないもの
- ・ 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も感じている
- ・ 羨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良いと思う人は、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良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良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。

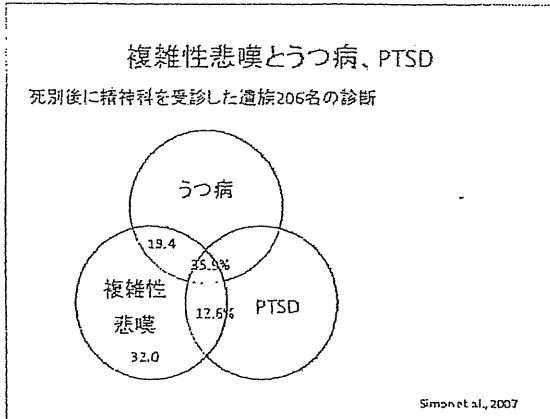
複雑性悲嘆の危険因子

- ・ 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

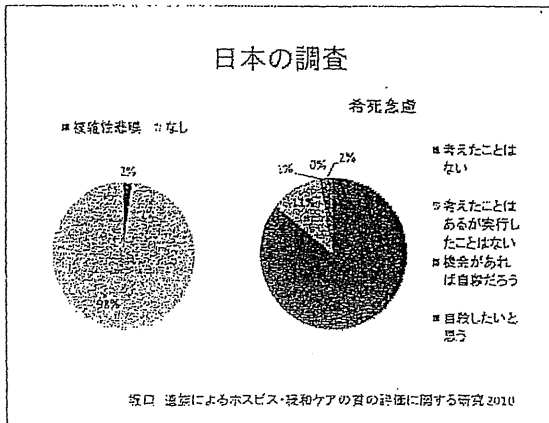
(Shear, Psychiatr Ann 2008)

どういった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良くないようだという点です。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。

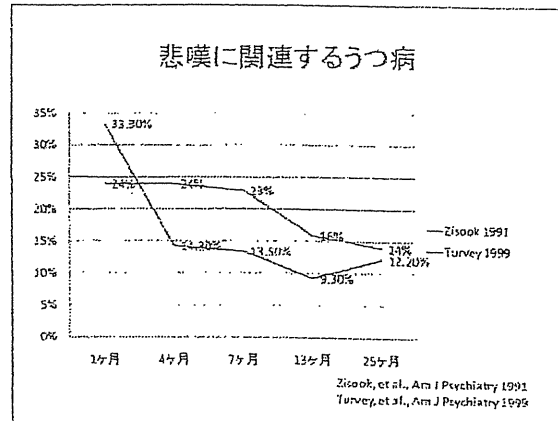


複雑性悲嘆があるのかないのかという議論が続いていますが、複雑性悲嘆とうつ病とは、非常に多く重なっています。複雑性悲嘆とうつ病とPTSDは症状として非常に近く、4割ぐらいがうつ病とPTSDの症状と重なりますので、別の医療がいいのか、あるいは通常悲嘆とうつ病と思って整理してしまう方がいいのか、まだ結論は出ておりません。複雑性悲嘆があるという人は、そのケアについて熱心に語りますが、われわれのように臨床で精神科をやる人は、あまり複雑性悲嘆というのを考えずに、うつ病とすることが多く、その後「うつ病で入院」と語ることが、実は複雑性悲嘆だったりします。難しい点ですが、このあたりはちょっと議論があるんだなと、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%は慢性的うつ病に移行
- 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、間接下のうつ病も社会機能の障害に關係

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いますので、これを見つける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もつとだ、と思ってしまうんですね。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います。

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
 - 記憶が褪せ動きながら、最終的には内面で満足感を伴った感情とともに消えていく
- 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。そういうものがなかなか出てこなくて、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、まずは十分かと思います。

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

Kitsano, 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 1988)
- 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 の反応が改善し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。

Symptom	Pre-treatment		Post-treatment		Pre-treatment		Post-treatment	
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD
Depression	11	12	10	12	10	12	10	12
Generalized Anxiety Disorder	1	1	1	1	1	1	1	1
Major Depressive Disorder	5	10	4	10	5	10	4	10
Posttraumatic Stress Disorder	2	2	2	2	2	2	2	2
Personality Disorder	2	0	1	0	2	0	1	0
Alcohol Problems	2	0	1	0	2	0	1	0
Substance	2	0	2	0	2	0	2	0

Reynolds, et al., Am J Psychiatry 1999

今のところ大事なものは、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繰り返し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我は解放され、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(反すう、忌避)
 - 従序が不明確
 - 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
- (Strobe 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 (Strobe 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・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。

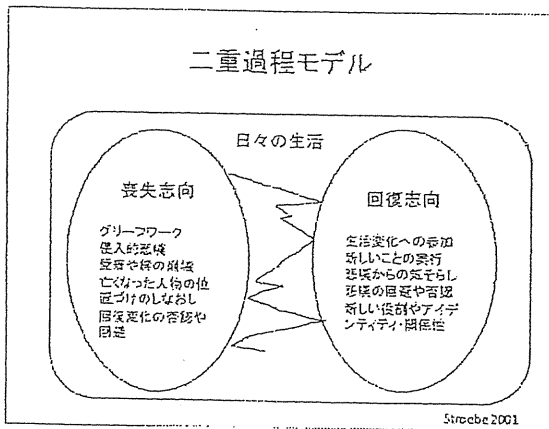
グリーフワーク

- ・ 分離は必要か
 - 絆の放棄の必要性を示す知見はない
 - 一方、絆が続い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 1998)
 - ・ 「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しようが、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: 二次的問題への対応



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、その時その時を生活し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% (Bonanno 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言われています。おそらく、日常生活で時々悲嘆の反応も出るけれども、よき関係というのを持ちこんで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されています。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
(諒澤 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かなと思います。

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。サポートティブケアの提案と、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、ということをお話しました。

- ・ 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
ゾラナックス[®](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、食事少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かせ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日目くらいになると、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、このまま方針を聞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日目く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・しない方がいい、など、絶対ど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しに会ってみるとの話し合いになりました。

そうすると、「娘は雰囲気がいやなのか、居たくない」といって出てしまった。長男は、あまり状況がわからないのか、『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る苦しみ・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分かったの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「ひとつ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。先ほど配慮がいるとお話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、自殺企図など色々と問題があるため、私どもの外来では、看護師のテレフォンプ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また助かったとか、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。自宅の金がなくなるがあった。本人が塗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いく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。どういう方法がいいなどと、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つて専門的なケアが必要になります。通常の悲嘆がどういふものか、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、掘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をお願いします。

【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よね。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のかとか、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。

私がこの事例を振り返って思ったことは、死別後弔間に行ったとき、すごく明るくすっきりした顔をされていました。きっとこの方は自分で介護をやり通したという達成感・満足感があったのだと思います。普段私たちは、特にがんの末期の患者さんの在宅だと時間がありませんので、最後にこんなこともしてあげたかった、あんなこともしてあげたかったと後悔しないように、家族を巻き込むような形でかかわることが多いんですが、それがあまり死別後に影響しないこともあるのかなど思ったことと、それが必ずしも否定はされないんだろうなという気持ちで聞いていたのですが、そのあたりのお話をもう少し聞かせていただけたらと思います。

【小川】本当に重要な点だと思いますし、私の話も少し単純化している面もありますので、ちょっと追加の話をさせていただく機会をいただき、ありがとうございます。

まず、遺族の反応や介護の問題で出てくるのが、自分にとっての時間の問題なんですね。ご家族、そして介護の問題で出てくるものは、アルツハイマーや神経難病でも長期の介護と、がんの短期勝負の介護の場合とでは、ずいぶん質が違うだろうといわれています。どうしても問題になってくるのが、長期に続くような場面です。アルツハイマーの介護などは数年単位ということがあり、その負担感は非常に大きいということがあります。そのあたりが、介護の研究で場所の問題が出てくるということなのだと思います。

がんの場合でご家族に余力があるときには、外からどんどんかかわっていただいて巻き込むのは非常に重要かと思います。そういう場合には、在宅がいいとかホスピスがいいとか、一般病棟はなどという話にはならないのかなと思います。たぶん、いろいろな背景の問題が複雑にあるのだと思いますね。

もうひとつ、少し触れていただいた時期の問題と、もうひとつはご家族をケアに巻き込むところの問題です。もしも病院で、私どものほうでご家族で聞いてもしも何かフィードバックできる話題があるとしたら、どれくらい家族が余裕があるか、ということをごどこかで一度お話していただくのは、とても重要かなと思います。ただ、もともとキャパシティがない家族などは、へとへとになって、そのままうつ病になる方とかもおられるので、無理に役割を期待し

て押し付けるようになってしまうと、確かにご家族の負担になる面は時々あり、そのバランスというのも難しいと思います。

実際には、家で着ていて満足だった方がいる一方で、家での介護は負担だったと言う方もおられます。いろんな選択肢を出して、一番いい方法を選べる機会が何か提供できるような、もう少し病院と在宅との連携がスムーズになったり、移行が短時間でできるというように変わってくればまた違うのかなど、お話を伺って思いました。

平成22年度厚生労働科学研究がん臨床研究成果発表会

がん医療に関する報道の影響を検証

国民の大多数はマスメディアから医療知識を得ており、がんのイメージもマスメディアを通じて形成される。しかし、医療メディアに対する系統的研究は世界的に極めて少ない。がん医療にかかわるメディア報道の影響に関する分析研究の研究代表者で東京大学医科学研究所先端医療社会コミュニケーションシステム社会連携研究部門の松村有子氏は、がん報道は増加傾向にあり、取り上げられるがん種は肺がんや乳がんが多いことなどを、平成22年度厚生労働科学研究がん臨床研究成果発表会で指摘した。

医療漫画が若年代への情報ツール

新聞5紙、週刊誌6誌、テレビ、ウェブ、漫画を対象として報道を検証したところ、新聞のがん報道は増加傾向だが、ポジティブな情報に比べネガティブな情報はほとんど報道されておらず、国民に偏った知識を与える可能性が示唆された。医療過誤という単語が医療事故に置きかわり、医療側の情報発信が記事に影響

を与えた可能性が示唆された。取り上げられるがん種は肺がん、乳がん、胃がん、大腸がん、血液がんの順に多く、特に乳がんは特定患者会が非常に大きくかつ繰り返して報道されていた。子宮頸がんワクチンの記事数がかかり多く、キャンペーンやイベントの影響が考えられた。

週刊誌では初老期男性の罹患率が高い肺がん、前立腺がんの記事が多く、出典不明な治療法の記事が多かった。著名人ががんに罹患あるいは死亡すると、そのがん種の特集記事が数週間にわたり組まれる特徴が認められた。一方、子宮頸がんワクチンなどを対象にウェブ情報を検証した結果、一部の医薬品の有害事象をウェブ情報が未然に食い止めている可能性も示唆された。

松村氏は「漫画での医療の扱いは系統的な研究はないが、医療漫画がジャンルとして確立し、医師側の視点での描写が増えていた。今後、報道担当者の調査などを通じ、報ましい報道の在り方を提議したい」と述べた。

転移性脳腫瘍に対する全脳照射の是非を検証

転移性脳腫瘍への全脳照射後の選発性高次神経機能障害が問題となっていることを受け、「転移性脳腫瘍に対する腫瘍摘出術+全脳照射と腫瘍摘出術+Salvage Radiation Therapyとのランダム化比較試験(JCOG504)」が平成18年から開始された(研究代表者: 国立がん研究センター 薬山孝正総長)。全脳照射後の選発性高次神経障害の前方視的解析を通じて、全脳照射に替わる新規治療レジメを開発し、患者QOLに資することが目的だ。山形大学脳神経外科の佐藤謙哉教授は、

平成22年度11月末現在の登録症例数は161例と報告した。

多くの施設が転移数少ない場合は定位照射を選択

平成22年7月末の登録症例数147例に対する定期モニタリングでは、非小細胞肺癌が70例、乳がん28例、大腸がん22例、その他が27例。転移個数1~2個が90%以上を占めた。72例がA群(全脳照射)、75例がB群(定位照射)に割り付けられた。生存追跡調査を行った142例の生存期間中央値は1.37年、無増悪生存期

間中央値は0.51年だった。

わが国では、多発性の転移性脳腫瘍に対しては全脳照射、3~3.5cmを超え緊急に減圧を要する場合は摘出術が選択されているが、欧米に比べて定位照射が多用されていることが、平成15~17年の調査で明らかになっている。

佐藤教授は「当初平成20年度の終了を目指していたが、必要登録数が期間内に得られず期間が延長になった。今年度、登録症例が135例に達

したので中間解析を実施することができ、臨床試験の継続が認められた。平成22年11月末で登録症例は161例である。欧米は標準治療として術後の全脳照射を推奨しているが、術後の定位照射併用療法とのランダム化比較試験は行われておらず、今回の試験で、全脳照射によって引き起こされる日常生活動作(ADL)低下を抑制できることが示されるものと期待される」と述べた。

化学療法後の緩和ケア技術を開発

近年、化学療法後に認知機能障害が生じる可能性が報告されているが、そのメカニズムは明らかではなく、病態メカニズム解明と効果的な介入方法の開発が求められる。これを受け、厚生労働科学研究の一環として、認知機能の縦断的評価と緩和ケア技術の開発が進められている。研究代表者で国立がん研究センター東病院臨床開発センター精神腫瘍学開発部の小川朝生室長は、乳がん患者を対象に補助化学療法前後の認知機能の評価と、磁気共鳴スペクトロスコピー(MRS)による神経伝達物質濃度の計測研究を開始したと報告した。

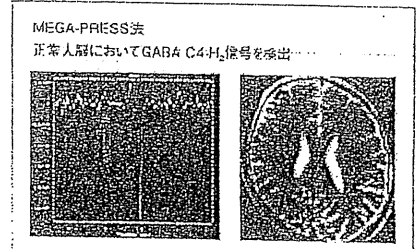
MRSでヒト脳内GABAの選択的検出に成功

小川室長はまず、中枢神経の生化学的変化を非侵襲的に計測するためのシステム開発に取り組んできた。3テスラ(Tesla)高磁場MRI装置を用い、スペクトロスコピー法により抑制性神経伝達物質として知られるγアミノ酪酸(GABA)をヒト脳内で選択的に検出することに成功(図)。まず、12例の健常ヒト脳内でのGABAの定値値を文献値と照合し、MRSでの計測値の妥当性を確認した。成果を基

に、乳がん患者を対象とした術後の化学療法導入前後における脳内GABAの含有量と、認知機能の関連を探る調査を開始した。現在、予定症例80例に対して32例の登録が終了している。

また、がん患者に認知機能障害や抑うつ症状が認められた場合でも、精神科受診に対する抵抗感から有効な治療に結び付かないケースが多いとされる。そこで、精神科受診を促進するための有効な介入法の開発研究にも着手。患者への面接調査を開始しており、現在解析を進めている。同室長は「われわれの研究を通じて、世界で初めてGABAが非侵襲的にin vivo計測可能になった。今後約1年かけて患者調査の結果をまとめ、化学療法と神経伝達物質濃度および代謝産物濃度との関連を明らかにしていきたい」と述べた。

(図) 中枢神経障害の非侵襲的計測



(小川朝生氏提供)

Depression Frontier

2011

Vol. 9 No. 1 別刷

© 医薬ジャーナル社

特集は「第7回日本うつ病学会総会」(2010年6月開催)のシンポジウムを元に構成しています

巻頭言 気分障害の診断— DSMとPID	小島 卓也	3
特集 介護者のメンタルヘルス— コメディカルの連携		
特集にあたって	朝田 隆	5
1. 姉・清水由貴子の死が教えてくれたこと	清水 良子	7
2. 介護者とうつ— 介護殺人事件にみられる介護者の現状と課題—	湯原 悦子	10
3. <死なないで! 殺さないで! 生きよう! メッセージ>の取り組み — 介護心中, 介護殺人をなくしたいと願う, 同じ介護体験者からの呼びかけ—	田部井康夫	18
4. 介護負担としてのうつ病のメカニズム — その背景としての患者の生活障害と精神症状・行動異常—	朝田 隆	23
5. 総 評— 介護者のうつを軽減するには—	野村総一郎	29
トピックス		
うつ病と ω 3系多価不飽和脂肪酸	松岡 豊・浜崎 景	33
リチウム服用と高ナトリウム血症	檀 瑠影・常岡 俊昭・稲本 淳子	42
アミロイド β とうつ病	柴田 辰人	47
介護による疲弊とうつ	湯原 悦子	55
うつ病治療の実践		
うつ病に対して効果的な心理療法— 3stepアプローチ—	鍋田 恭孝	63
うつ病研究における海外の動向		
磁気刺激療法のその後	佐藤 晋爾・朝田 隆	71
うつ病研究における国内の動向		
うつ病の職場復帰と性格傾向の関係 — 「役割」と「対人関係敏感性」の観点からの考察—	小川 哲男・長峯 正典	79
うつ病研究紹介		
Cancer-brainとうつ病	小川 朝生	85
新規抗うつ薬の副作用と遺伝子多型	三浦 淳	93
Depression Care		
認知症当事者の思い、介護者の思い	朝田 隆	101

Cancer-brain とうつ病

小川 朝生*

がんと精神症状との関連を明らかにすることは、適切な精神心理的ケアを患者に提供するために重要である。がんおよびその治療が中枢神経系に与える影響を総称し、cancer-brain と呼ばれ、その解明が求められている。特に、抗がん薬による中枢神経毒性は、がん治療後も長期間にわたり患者の Quality of Life を低下させるため、発症機序とその治療法の開発が必要である。近年、神経心理検査に加えて、MRI を用いた神経画像研究や動物モデルを用いた神経化学的検討が加えられている。病態解明に向けて、複合的なアプローチが求められている。

1. はじめに

がんと精神症状との関連は、サイコオンコロジー(精神腫瘍学)の創生期から常に中心的な問題として取り上げられてきた。当初は、乳がんの術後のボディイメージの変化と適応の問題として取り上げられていたが、近年では、がんの告知や患者の見通しを根底から覆すような「悪い知らせ」と抑うつ状態との関係がよく取り上げられる。

近年のさまざまな分子生物学的な解析法の発展と治療薬の進歩によって、がんの治療は格段に進歩を遂げている。かつてがんの治療と言えば、外科的治療による切除以外に治療は存在しなかった時代もあるが、現在では手術に加えて薬物療法、放射線療法が治療の三大柱として確立している。さらに薬物療法には、種々の殺細胞性の抗悪性腫瘍薬に加えて、ホルモン療法や分子標的薬も開発され、次々と投入されるようになった。

た。今のがん治療はこれら種々の治療法を組みあわせて用いる集学的治療が主体である。その結果、がん治療により身体機能の維持に加えて、予後もより長く期待できるようになった。

治療方法が格段に進歩を遂げた一方、どのような治療にも有害事象(副作用)が生じる。がん治療のなかには、直接の作用に加えて、直接・間接的にさまざまな身体負荷を生じる結果、さまざまな器官に影響を残す。精神・神経系に絞ると、薬物療法は、急性・慢性の末梢神経障害や脳炎・脳症など中枢神経系障害を生じることも報告されている。このような治療に伴う中枢神経系障害を総称して chemo-brain と呼ばれるようになった。特に近年では、悪性腫瘍自体による中枢神経系への影響も含めて広く cancer-brain とも呼ばれるようになってきている。がんが治癒あるいは経過観察中に、がん自体あるいは治療によって生じた生活の質(Quality of Life: QOL)の低下への関心が高まってき

* Asao Ogawa, 国立がん研究センター東病院臨床開発センター精神腫瘍学開発部室長