

【研究と報告】

悲嘆反応と外傷反応 — 外傷的死別研究を踏まえて —

Grief, Trauma and Traumatic Bereavement

山田幸恵 中島聡美

Sachie Yamada

Satomi Nakajima

はじめに

一般に「悲嘆 (grief)」とは、「強い結びつきがある誰か（あるいは何か）を「喪失 (loss)」したことに伴う極めて強い感情状態 (An intense emotional state associated with the loss of someone (or something) with whom (or which) one has had a deep bond)」³⁹⁾である。喪失には具体的なものから抽象的なものまで様々な種類があるが、これまでの精神医学あるいは臨床心理学の研究においては、喪失の中でも最も大きな影響を及ぼす、近親者の死に関する研究が主に行われてきた。そこで、本論では「家族あるいは大切な人との死別」による悲嘆に焦点をあてて論じることとする。

家族あるいは大切な人との死別は、多くの人が経験する出来事であり、人生の中で最も苦痛な出来事の一つである。そして死別直後の何日かは多くの人が、悲しみや、怒り、分離の苦痛、日常活動への興味の減退、フラッシュバック、侵入思考などといった広範囲の心理的症状を経験する⁵⁾。またうつ症状、外傷後ストレス障害 (PTSD) 症状、その他の不安症状、怒り、罪責感なども認められる⁷⁾。これらの症状を経験した人の多くは自然に悲嘆から回復するが、一部の人は回復することができず持続的な精神的苦痛を経験することもある。さらに死別経験は、免疫機能の低下¹⁶⁾や、通院頻度の増加²⁹⁾、身

体的健康の低下²²⁾、飲酒や喫煙の増加¹²⁾、自殺の増加⁴⁷⁾、死亡率の増加¹⁷⁾、のリスクファクターであるとされている。しかしながら、死別による悲嘆は正常な反応としての見方が強く、精神医学の中で疾病として取り上げられておらず、DSM-IVでは「臨床的関与の対象になることがある他の状態」という付録的な扱いに留まっている²⁾。

悲嘆が通常を超えた場合には、うつ病などの他の診断名を与えられていることが多いが、それは悲嘆に併存する疾患にすぎず、悲嘆そのものの内容を反映したものではない。近年では、通常を超えた悲嘆は他の精神疾患と区別されるべき病態であることが明らかにされてきている。そこで本論では、①死別による悲嘆、と、②通常を超えた悲嘆、について展望し、特にこの両者の問題が反映されている「外傷的死別」に焦点をあてて考察をしていく。

死別による悲嘆

これまでの研究から、死別による悲嘆は症状が変遷推移するプロセスであることが示されている。このプロセスは、死別の後に症状が始まり徐々に消えていくといった一連のまとまった症候群ではなく、互いに交じり合い置き換わる臨床像の連続体である³³⁾。そしてこのプロセスに含まれる各要素は死別に対する自然な反応であり、その反応には全て機能あるいは意味がある³¹⁾。各研究者がそれぞれに悲嘆のプロセスを示している (Table 1)。例えば Bowlby と Parks による悲嘆の4段階モデルは、死に対する否認の別の形として、圧倒された感覚を持つ「無感覚」の段階、故人への思いに没頭し、故人を「思慕、探求」する段階、死別経験の苦痛や混乱、絶望を感じる「無秩序と絶望」の段階、そして正常な機能と

国立精神・神経センター精神保健研究所 成人精神保健部
Division of Adult Mental Health, National Institute of Mental Health, National Center of Neurology and Psychiatry

〒187-8553 東京都小平市東小川町 4-1-1

4-1-1 Higashiogawa-cho, Kodaira, Tokyo, 187-8553, Japan

(別刷請求先: 山田幸恵)

行動に回復する「再建」の段階を提示している³⁵⁾。また、Worden⁴⁶⁾は夫あるいは妻との死別を経験した遺族の研究から、悲嘆のプロセスが完了されるために達成されるべき悲哀の4課題を示した (Table 1)。さらに、Kubler-Ross²⁴⁾も悲嘆の段階には、「否認」、「怒り」、「交渉」、「抑うつ」、「受容」の5段階があるとしている (Table 1)。

死別に伴う悲嘆研究の端緒となったのは、Freud¹¹⁾が1917年に発表した“Mourning and Melancholia”であり、ここでは精神分析的臨床観察から、メランコリーは、亡くなった人との関係が自己愛的で両面的 ambivalent な状況下での死別によって生じるとされた。

その後の死別に伴う悲嘆研究は、大きく2つに分けられる¹⁹⁾。1つは、Lindeman から Bowlby と Parkes につながる愛着行動を源とした悲嘆研究の

流れであり、もう1つが、Adler から Horowitz につながるトラウマあるいはストレス関連障害としての悲嘆研究の流れである¹⁹⁾。

前者の流れとして、1944年にLindemanはBostonのCoconut Grove fire (ナイトクラブ火災)の遺族の研究を行い、悲嘆の特徴として、亡くなった人への切望、喪失へのとらわれ、号泣、追慕、さらに身体的反応や罪責感、敵意、行動の変化を記載した²⁶⁾。その後、Bowlbyは分離不安の概念から⁴⁾、Parkesは経験主義的研究³³⁾から、いずれも愛着行動の破綻としての悲嘆の特徴を論考した。

他方、Adlerは、同じCoconut Grove fire (ナイトクラブ火災)の遺族の臨床経験から、死別という側面だけではなく火災事故という外傷的な側面に着目し、侵入症状と回避症状伴う、PTSDと類似した特徴を持った不安神経症として捉えた¹⁾。

Table 1 悲嘆のプロセスの比較

BowlbyとParkesの4段階モデル ³⁵⁾	Wordenの4課題 ⁴⁶⁾	Kubler-Rossの5段階 ²⁴⁾
無感覚の段階 死を否認する	課題1 喪失という現実を受け止めること	否認と孤独 事実を受け入れない
思慕と探求の段階 故人への思いに没頭する	課題2 悲嘆の苦痛を乗り越えること	怒り なぜ自分にこのようなことがおこったのか、という怒死を認めるものの、もし
無秩序と絶望の段階 抑うつや、目的の喪失といった症状に代表される	課題3 故人がいない、新しい環境に慣れること	交渉 もっと生きていてくれたら、と交渉しようとする
再建の段階 新しい人生を始める	課題4 感情を転換して人生を先に進めること	抑うつ 死を受け入れたことにより抑うつ状態になる
		受容 事実を変えようがないと受け入れる

Table 2 一般的な悲嘆反応(文献3より引用)

身体的な反応	情動的反応	認知的反応	行動的反応
頭痛	悲哀	記憶障害	亡くなった人の服を着る
吐き気	恐怖	集中困難	泣く
食欲不振	不安	物事を決められない	亡くなった人の部屋をそのままにしておく
息切れ	罪責感	混乱	亡くなった人の写真や物を身につけている
同期	怒り	幻聴あるいは幻覚	放心状態になる
胸部痛	安堵	亡くなった人を感じる	他の人から距離をおく
運動機能の喪失	麻痺		日常的な出来事に興味を失う
めまい	解放感		
不眠	無力感		
疲労	倦怠感		
息苦しさ	孤独感		
筋衰弱	思慕		
口内乾燥症			
腹部の空虚感			

死別による悲嘆の種類

死別による悲嘆は人類に普遍の経験であり、すべてが治療的介入の対象となる現象ではない。悲嘆反応には、身体的、情動的、認知的、行動的側面がある³⁾ (Table 2)。しかしながら、正常な悲嘆のプロセスの途中で留まってしまう場合、あるいは課題を乗り越えることができない場合や、苦痛の程度や期間が通常の範囲を超える場合に、うつ病、PTSD、その他の不安障害といった精神医学的診断基準にあてはまることがある。さらに、これらの既存の診断基準には合致しないが、通常の範囲を超えた悲嘆に特徴的な症状を示す場合もある。これらの通常の範囲を超えた悲嘆反応については研究者ごとに様々な名前 (prolonged, chronic, absent, distorted, exaggerate, delayed, excessive, unsolved, layered, concomitant, pathological, morbid, complicated, traumatic) がつけられている。そして、様々な研究から死別経験者のうち約20%がこのような通常の範囲を超えた悲嘆反応を発現することが示唆されている¹⁸⁾。ちなみに、死別の後に見られる、通常の範囲を超えた悲嘆反応のリスクファクターとして考えられているのが、人口統計学的変数 (eg. 年齢、性別)、先行する要因 (eg. 亡くなった人との関係性、死の形態)、などである⁴⁴⁾。

死別による悲嘆の認知的側面

これまで、不適応的な反応を引き起こす死別による悲嘆の認知的メカニズムについてはあまり言及されてこなかった。しかしながら、死別による悲嘆において認知の変化が重要な役割を果たす可能性が示されている¹⁰⁾。

これまでの研究から悲嘆において主に以下の4つの認知が関連していると想定されている⁵⁾。

- ①遺族が自分自身や世界、人生や未来に対して持つ全体的に否定的な信念³⁴⁾：全体的に否定的な信念は、悲しみや抑うつ、不安といった感情を引き起こしやすく、遺族が喪失という現実を回避するコーピング方略をとり続けることと連動する。それによって感情的な処理が滞ってしまうのである⁵⁾。
- ②自己非難に関する否定的な認知⁵⁾：この認知は死別後の適応に重要な役割を果たしていると考え

えられており⁹⁾、抑うつと自責感に関連がある⁵⁾。

- ③他の人々の反応の仕方に関する否定的な認知³⁷⁾：トラウマ研究では、トラウマティックな出来事の後には周りの人々が肯定的あるいは支持的に振舞うことに失敗することが、大きな影響を及ぼすことが示されている⁸⁾。
- ④遺族が自分自身の悲嘆反応に対して持つ否定的な認知²⁸⁾：この認知は思考の抑圧や注意散漫、喪失に関連する手がかりの回避といった症状と関連している⁶⁾。

悲嘆に関する否定的な解釈は、死別後の苦痛を生起、維持させる傾向がある。これらの否定的な認知は死別体験を苦痛なものとして経験させ、かつ回避という対処方法をとる人は、悲嘆からの回復が遅れ、症が悪化する傾向があることも示されている⁶⁾。また、自身の悲嘆反応に対する否定的な意味づけは、通常の範囲を超えた悲嘆反応や抑うつ症状の予測変数となる可能性も示唆されている⁶⁾。

通常の範囲を超えた悲嘆

前述した様に通常の範囲を超えた悲嘆に関しては、研究者により異なった言葉を用いて研究が行われてきた。代表的なものとしては「pathological grief (病的悲嘆; Horowitz)」、「complicated grief (複雑性悲嘆; Prigerson)」あるいは「traumatic grief (外傷性悲嘆; Jacobs)」があげられる。しかしながら1990年代後半からは、主に「complicated grief (複雑性悲嘆)」あるいは「traumatic grief (外傷性悲嘆)」が用いられることが多い。現在ではPrigersonやHorowitzが複雑性悲嘆を用い、Jacobsらが外傷性悲嘆という言葉を用いている。

Horowitzら¹⁵⁾は、配偶者との死別を経験した遺族との面接調査から、複雑性悲嘆の診断基準を示した (Table 3)。この診断基準で特徴的なことは、ストレス関連障害として悲嘆を捉え、侵襲的的症状と、回避と不適応という2つの軸で悲嘆を捉えていることである。また、PrigersonやJacobs¹⁹⁾もそれぞれ、配偶者との死別を経験した遺族の研究から診断基準を示した (Table 3)。さらに、Prigerson & Jacobs³⁶⁾の診断基準も併記する (Table 3)。これは、Pittsburgh大学で行われた専門家会議で、共通の診断基準の作成について話し合った結果として提案された新たな診断基準である¹⁹⁾。この会議で専門家たちは、以下

の理由から外傷性悲嘆という名称を採用した¹⁹⁾。その理由とは、①外傷性悲嘆という名称は、否定的な名称を持つ以前の言葉 (pathologic, neurotic, morbid) との混同を防ぐことができる、②障害の2つの重要な次元である「分離の苦痛による症状」と「外傷的な苦痛から生じる症状」を正確にかつ具体的に捉えている、等である¹⁹⁾。しかしながら、Prigersonは、外傷性悲嘆が外傷的死別を伴うものに限定される、と誤解されることが増えたため、現在では複雑性悲嘆という名称に戻して使用している¹³⁾。

死別による悲嘆反応と外傷反応の比較

上記より、死別による悲嘆反応において心的外傷を考慮することが重要であることが示された。心的外傷により生じる代表的な疾病はPTSDである。実際、死別による悲嘆反応とPTSDの類似点は多い。それは、悲嘆反応の原因となる死別それ自体に外傷的要因が含まれることがあるためであると考えられる。両者の主症状を比較するとTable4の通りである³⁸⁾。例えば侵入症状については、悲嘆では亡くなった人の記憶であり思慕と関連しているが、PTSDで

は本人の意思に反して出来事の苦痛な場面が想起され、それは恐怖と関連する。つまり、悲嘆においては忘れたくないものを思い出すことによる症状であり、PTSDにおいては忘れたくないものを思い出してしまうことによる症状なのである。また回避症状については、悲嘆では亡くなった人の不在を思い出させるものを避けるが、PTSDでは出来事を思い出させるものを避ける。つまり、悲嘆では亡くなった人へのとらわれがあるにもかかわらず、不在を回避するというアンビバレントな反応が中心である。さらに過覚醒症状については、悲嘆では亡くなった人に関連する過敏さであるのに対し、PTSDでは危険や恐怖を避けるための覚醒亢進である。また過覚醒による行動的側面は、悲嘆では亡くなった人を捜し求める探索行動が主であるが、PTSDでは驚愕反応が多い。

このように死別による悲嘆反応とPTSDは原因となった対象のイメージが繰り返されることや、思い出させる手がかりとなる刺激に過敏になる、周囲への興味が薄れるなどの共通点が多いものの、その質は明らかな相違があり、悲嘆反応をPTSDの枠組みで考えることには無理がある²³⁾。

Table 3 外傷性(あるいは複雑性)悲嘆の診断基準の比較

Horowitzら ¹⁵⁾ により提案された診断基準	Prigersonら ³⁹⁾ によって提案された診断基準	Jacobs ¹⁹⁾ によって提案された診断基準
A. 出来事の基準/反応期間の基準 死別反応(配偶者、その他の近親者あるいは親密なパートナーの喪失)で、14ヶ月以上前であること(記念日反応などがあるため12ヶ月という基準は避けられた)	A軸 重要な他者の死を経験した人で、以下の4つの症状のうち最低でも3つを、毎日あるいは隔立った度合いで示している <ol style="list-style-type: none"> 1. 亡くなった人に関する侵入的な思考 2. 亡くなった人を求める 3. 亡くなった人を探す 4. 死以降の過度の孤独感 	基準A: <ol style="list-style-type: none"> 1. 大切な人の死を経験した 2. 故人に関する侵入的で苦痛な没頭を伴う反応(例: 思慕、切望、探索)
B. 兆候と症状の基準 この1ヶ月で、以下の7つの症状のうち3つの症状が、日常生活の妨げになる程度に存在したこと	B軸 死への反応として、以下の11の症状のうち最低でも6つを、毎日あるいは隔立った度合いで経験している。 <ol style="list-style-type: none"> 1. 未来に対して、あてもない、むなししい感覚 2. 麻痺や切り離された、あるいは感情的反応が失われたような、主観的な感覚 3. 死を認めることができない(信じることができない) 4. 人生が空虚だ、あるいは意味がないと感じる 5. 自分の一部が死んだと感じる 6. 崩壊した世界観(安全感、信頼感、コントロール感の喪失) 7. 亡くなった人の、あるいは関連すると推測する、症状あるいは害のある行動をする 8. 死に関連する過度のイライラ感、敵意、怒り 9. 喪失を思い出させるものを回避する 10. 喪失により、呆然とする、ショックを受けている、ボーっとしている 11. 亡くなった人なしでは人生が満たされない 	基準B: 死への反応として、以下の症状が認められる <ol style="list-style-type: none"> 1. 故人を思い出させるものの常習的な回避(例: 思考、感情、活動、人、場所) 2. 将来の目的がない、あるいは、未来など意味がないと感じる 3. 主観的な麻痺、疎離感、感情的反応の欠如 4. 圧倒された感情、放心状態である、感情的反応の欠如 5. 死を受入れることができない(信じられない) 6. 人生は空虚だ、あるいは、人生など意味がないと感じる 7. 故人なしの充実した人生をイメージすることが難しい 8. 自分の一部が死んでしまったと感じる 9. 崩壊した世界観(安全感、信頼感、コントロール感の喪失) 10. 故人あるいは故人に関連すると推測される、症状、あるいは有害な行動をする 11. 死に関連する過度のイライラ感、敵意、怒り
侵入症状 <ol style="list-style-type: none"> 1. 失った関係に関連する思い出したくないのに思い出してしまう記憶や侵入的ファンタジー 2. 失った関係に関連する強い感情や発作的な苦痛 3. 亡くなった人がここにいればいいのに、という苦痛な思慕と願い 		
回避と不適応 <ol style="list-style-type: none"> 4. 非常な孤独感と空虚感 5. 過剰に、亡くなった人を思い出させる人や場所、活動から離れていること 6. 異常な睡眠障害 7. 仕事や社会的、創造的、あるいは余暇的な活動への不適応な程の興味喪失 		
	C軸 この障害(リストにある症状)が最低でも6ヶ月継続している	基準C: 障害(上記症状)は最低でも2ヶ月続いている
	D軸 この障害は、社会的、職業的、その他の重要な機能に、臨床的に重大な機能不全をもたらしている。	基準D: この障害は、社会的、職業的、その他の重要な機能に、臨床的に重大な機能不全をもたらしている

外傷的死別

PTSDのA基準にあてはまるような外傷的死別では、悲嘆反応と外傷反応の発現が混じりあっており、判断が難しいことが推測される。これまでの悲嘆研究あるいはトラウマ研究でも、はっきりと区別されておらず、概念や名称も渾然としている。例えば、van der Hart⁴⁵⁾は、外傷的出来事に重複して死別を経験した場合の悲嘆反応を示して traumatic

grief (外傷性悲嘆) という言葉を使用していた。しかし、JacobsやPrigersonなどは同じ traumatic grief (外傷性悲嘆) という言葉を用いているが、死別そのものを外傷として捉えており²⁰⁾、その死別状況に外傷的出来事を必要としていない。一方で、Raphaelら³⁸⁾やStroebeら⁴⁴⁾は、外傷的要素を含んだ死別反応を traumatic bereavement (外傷的死別反応) とよんでいる。つまり、van der Hartのいう外傷性悲嘆と Raphaelらのいう外傷的死別反応は同じ概念であると考えられる。このような、概

Table 4 外傷反応と悲嘆反応の比較 (文献38より引用, 著者訳)

外傷反応	悲嘆反応
認知と感情	
認知のプロセス	
<ul style="list-style-type: none"> ・トラウマ場面の侵入症状 (例: 死ぬところ) 思慕・切望感とは無関係 イメージの苦痛・不安と関連する ・トラウマ的出来事やその状況に対するとらわれ ・一般的にトラウマ的場面の記憶 ・出来事の脅威的な場面を再体験すること 	<ul style="list-style-type: none"> ・ (望むと望まざるとにかかわらず) 故人の面影が絶えず偲ばれること 思慕・切望感と関連する 故人がいないという苦痛 ・故人やその愛しい面影に対するとらわれ ・故人の思い出に関連する感情 (通常肯定的である) ・故人がまだ存在しているかのように再体験されること (例: 幻聴・幻触・幻視)
感情的反応	
不安	
<ul style="list-style-type: none"> ・不安が主な感情である 全般性であり、脅威によってもたらされる 脅威/危険を怖れる リマインダーや侵入症状によって喚起される 	<ul style="list-style-type: none"> ・あるとすれば分離不安である 具体的であり、故人との分離により生じる 喪失後の将来を予期することで生じる 故人が戻らないことで喚起される
思慕・切望感	
<ul style="list-style-type: none"> ・目立つ特徴はない 人を対象とするものではない もし生じる場合には、以前と同じ物ごとのあり様が強く望まれる-「無実の死」あるいは個人の万全感の回復を切望する 	<ul style="list-style-type: none"> ・故人に対する思慕 強力で、苦痛に満ち、深い 故人を偲ばせるものによって喚起される 故人が戻ることを切望する
悲しみ	
<ul style="list-style-type: none"> ・悲しみは一般的に描写されない ・出来事を懐かしむことはない 	<ul style="list-style-type: none"> ・悲しみは頻繁に起こり、深い悲しみである ・解雇の気持ちは一般的であり持続的である
回避	
<ul style="list-style-type: none"> ・出来事 (場所を含む) に関連したリマインダーの回避 ・感情を押し殺す試み: 麻痺, 全般的な感情の鈍磨 ・回避している間は出来事を語ることが困難を極めるかもしれないが、普段は経験について話さずにはいられないかもしれない ・他人から引きこもる (自己の防衛) 	<ul style="list-style-type: none"> ・親しみのある場所や大切なもの (関連する対象, 写真, 象徴) を探し求めるかもしれない ・故人の不在を思い出させるものを避けようとするかもしれない ・気晴らしなどして、一時的に苦痛をやわらげようとすることもあるが、普段から悲しみを表現しようとするかもしれない ・失われた関係や故人について話さずにはいられないかもしれない ・他人に援助を求めたり、故人の話をしようとしたりするかもしれない
過覚醒	
<ul style="list-style-type: none"> ・脅威や危険に関連付けられている ・危険や恐怖に対する全般的な注意や覚醒 ・極端な驚愕反応 (例: 些細な脅威に対する反応) ・トラウマ関連刺激に対する過剰な反応 	<ul style="list-style-type: none"> ・故人に関連したもの ・故人やその面影を求めて環境に注意を向ける ・探索行動 ・故人の面影に対する過剰な反応

念や名称の混乱は、これまでの死別研究が、悲嘆という切り口からの研究とトラウマという切り口からの研究に分かれて行われてきたことが原因であるといえる。

Rynerson⁴⁰⁾は、疾病による死などの自然な死と比較して、殺人などの暴力的な死である場合、悲嘆反応が病的になる割合が高いことを示した。また、突然の死別を経験した遺族の精神的疾患の罹患率が高いことも示されている²⁷⁾。これらのことから、死が暴力的であること、また突然であることが、精神的健康を悪化させる要因であるといえるだろう。つまり死別に伴う出来事自体がPTSDのA基準にあてはまる場合を外傷的死別と捉えることが可能であり⁴⁴⁾、PTSD症状²¹⁾を呈しやすく、悲嘆症状も重篤であるといえる。

こうした議論を展望する上では、Stroebeら⁴⁴⁾や白井ら⁴³⁾の言うように、トラウマ、死別、外傷的死別といった概念を区別する必要がある。その上で上述の研究を大別すると、自然な死別による悲嘆反応の病的な形態である「complicated grief (複雑性悲嘆)」と、外傷的要素を含んだ死別による悲嘆反応である「traumatic bereavement(外傷的死別)」の二系列に分けることが可能である。ただしこの点は、今後さらに検討を要する。

外傷的死別とPTSD

外傷的死別をもっとも生起しやすい出来事は、犯罪である。これまでの犯罪による遺族の心理に関する研究は、主に交通事故による被害者遺族を中心に研究が行われてきた。その結果、同居していた子どもの死、娘の死、出生順位の早い子の死、子どもとのアンビバレントな関係にあった親、母親などといった要因がリスクファクターとしてあげられた⁴²⁾。また、これらの被害者遺族は、事故から4～7年経っても家族を失った悲しみから回復できていないことが明らかにされている²⁵⁾。わが国の研究においては、交通事故で父親を失った家庭の多くでは経済的な危機に直面し、ほとんどの母親が心理的問題を体験していることが報告されている³²⁾。

中井ら³⁰⁾が犯罪、災害、事故などの外傷的死別によって近親者を失った遺族を対象に行った調査の結果、全員がPTSDのA基準を満たしており、PTSD症状の中でも活動の減退、関心の減退、感情

範囲の縮小、孤立、疎隔感などの回避症状および侵入的想起と不眠などの症状の頻度が高いことがわかった。これらの症状は外傷的死別の症状としても重複するものであり、逆に外傷的死別では出現しにくい症状の頻度が低かった³⁰⁾。これまでの遺族研究から、遺族のPTSD罹患率は非常に高いことが示されている³⁰⁾が、これは外傷的死別の診断基準が存在しないことだけではなく、先に述べたようなPTSDと悲嘆の類似した反応の質的な差異が、既存の診断方法では明確に区別できないことがひとつの要因であると考えられる。例えば、現在PTSDの診断に用いられているClinician-Administered PTSD Scale for DSM-IV (CAPS)やImpact of Event Scale-Revised (IES-R)は、侵入症状やそれに伴う苦痛の程度は評価しているが、その時に想起される内容までは評価していない。また苦痛の質については言及しない点も上げられる。PTSDと外傷的死別は重複して生じやすい疾患であると考えられるが、その違いについて更なる研究の必要性がある⁴⁴⁾。

Greenら¹⁴⁾は、外傷的死別においてはトラウマの影響を悲嘆に優先して扱うとしているが、一方でRubinら⁴¹⁾は、トラウマと悲嘆を2重焦点的に扱い、必要に応じては悲嘆反応に先に焦点をあてる重要性を示している。外傷的死別は、死の目撃という点では外傷反応を引き起こし、死別という点では悲嘆反応を引き起こす。そのため、出来事自体は自身にも恐怖をもたらす思い出したくない(回避)体験であるが、故人は思い出したい(思慕)というアンビバレントな状況に陥る。治療によって病像が変化することに伴い、この状況も変化する。そのため、治療におけるトラウマと悲嘆の扱い方に関しては、今後さらなる研究を積み重ねる必要性があるだろう。

おわりに

これまでの悲嘆研究の流れは、大きく死別研究とトラウマ研究に分かれており、別々に進められてきた。しかしながら、今後2つの流れの統合も必要であると考えられる。さらに外傷的死別を考えると、トラウマと悲嘆が交じり合った出来事によって生起する反応が、純粋に悲嘆反応あるいは外傷反応で捉えることが可能なのかどうかは疑問が残る点である。白井ら⁴³⁾にもあるように、今後PTSDと悲嘆反応の関連を考えていくには死別時の状況に外傷的要素を

含む対象に絞った研究を行い、その差異を明らかにする必要があるだろう。

またもう一つの問題点は、外傷的死別反応が疾病としてICDやDSMの診断基準の中に組み込まれていない為、本来であれば外傷的死別反応として診断治療されるべき病態が、PTSDあるいはうつ病と診断されてしまう点である。効果的な介入を考える場合両者の弁別は必要不可欠であることから、外傷的死別の研究をさらに積み重ね検討することが望まれる。

文 献

- 1) Adler A: Neuropsychiatric complications in victims of Boston's Coconut Grove disaster. *Journal of American Medical Association*. 123: 1098-1101, 1943.
- 2) American Psychiatric Association: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4th ed. Washington, DC, 1994.
- 3) Archer J: *The nature of grief: The Evolution and Psychology of Reactions to Loss*. Routledge, 1998.
- 4) Bowlby J: Grief and mourning in infancy and early childhood. *The Psychoanalytic Study of the Child*. 15: 9-52, 1960.
- 5) Boelen PA, van den Bout J and van den Hout MA: The role of cognitive variables in psychological functioning after the death of a first degree relative. *Behavior Research and Therapy*. 41: 1123-1136, 2003.
- 6) Boelen PA, van den Bout J & van den Hout MA : The role of negative interpretations of grief reactions in emotional problems after bereavement, *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*. 34: 225-238, 2003.
- 7) Bonanno GA, & Kaltman S: The varieties of grief experience. *Clinical Psychology Review*. 21: 705-734, 2001.
- 8) Dunmore E, Clark DM, Ehlers A. Related Articles, Links A prospective investigation of the role of cognitive factors in persistent posttraumatic stress disorder (PTSD) after physical or sexual assault. *Behavior Research and Therapy*. 39: 1063-84, 2001.
- 9) Field NP & Bonanno GA: The role of blame in adaptation in the first 5 years following the death of a spouse. *American Behavioral Scientist*, 44:764-781, 2001.
- 10) Fleming S & Robinson PJ: Grief and cognitive behavior therapy: the reconstruction of meaning. (In) Stroebe MS, Hansson RO, Stroebe W, & Schut HAW (Eds.) *Handbook of bereavement research: Consequences, coping, and care*. American Psychological Association Press, Washington, DC, pp. 647-670, 2001.
- 11) Freud S Trauer und Melancholie. *Internationale Zeidshcift fur arzriche. Psychoanalyse*, 4, 288-301, 1917. (井村恒郎, 小此木啓吾ほか訳:フロイト著作集6 自我論・不安本能論. 人文書院, 東京, pp137-149, 1970.)
- 12) Glass TA, Prigerson HG, Kasl SV et al: The effects of negative life events on alcohol consumption among older men and women. *The Journals of Gerontology. Series B, Psychological Sciences and Social Sciences*. 50: S205-S216, 1995.
- 13) Gray, M., Prigerson, H., & Litz, B.: Conceptual and definitional issues in complicated grief. In B. Litz (ED.), *Early Intervention for Trauma and Traumatic Loss in Children and Adults*. New York, NY: Guilford, 2004.
- 14) Green, BL, Grace MC & Gleser GC Identifying survivors at risk; Long-term impairment following Beverly Hills Supper Club Fire. *Journal of consulting and clinical psychology*. 53 : 672-678, 1985.
- 15) Horowitz MJ, Siegel B, Holen A et al: Diagnostic criteria for complicated grief disorder. *American Journal of Psychiatry*, 154, 904-910, 1997.
- 16) Irwin M, Daniels M, ET Bloom et al: Life events, depressive symptoms, and immune function. *American Journal of Psychiatry*.

- 144: 437-441, 1987.
- 17) Jones IH: Helping hands. Living after loss. Nursing Times. 83: 45-6, 1987.
- 18) Jacobs SC: Pathological Grief: Maladaptation to Loss. Washington, DC, American Psychiatric Press, 1993.
- 19) Jacobs S: Traumatic Grief: Diagnosis, Treatment, and Prevention. Philadelphia, Brunner/Mazel, 1999.
- 20) Jacobs S & Prigerson H: Psychotherapy of traumatic grief: A review of evidence for psychotherapeutic treatments. Death Studies. 24: 479-495, 2000.
- 21) Kaltman S, Bonanno GA: Trauma and bereavement: examining the impact of sudden and violent deaths. Journal of Anxiety Disorder. 17: 131-47, 2003.
- 22) Kaprio J, Koskenvuo M, Langinvainio H, et al: Genetic influences on use and abuse of alcohol: a study of 5638 adult Finnish twin brothers. Alcoholism, Clinical and Experimental Research. 11: 349-356, 1987.
- 23) 金 吉晴: 心因反応とPTSD. Japanese Journal of Traumatic Stress. 2: 35-41, 2004.
- 24) Kubler-Ross E: On Death and Dying, Macmillan, 1969. (川口正吉訳: 『死ぬ瞬間—死にゆく人々との対話』, 読売新聞社 東京)
- 25) Lehman DR, Wortman CB & Williams AF: Long-term effects of losing a spouse or child in a motor vehicle crash. Journal of Personality and Social Psychology. 52: 218-231, 1987.
- 26) Lindemann E Symptomatology and management of acute grief. Am. J. Psychiatry, 101, 141-148, 1944.
- 27) Lundin T: Morbidity following sudden and unexpected bereavement. British Journal of Psychiatry 144: 84-88, 1984.
- 28) Malkinson R & Ellis A: The application of rational-emotive behavior therapy (REBT) in traumatic and non-traumatic loss. (In) Malkinson R, Rubin S & Witzum E (Eds): Traumatic and non-traumatic loss and bereavement, Psychological Press, Madison, CT, pp. 173-195, 2001.
- 29) Mor V, McHorney C and S Sherwood: Secondary morbidity among the recently bereaved. American Journal of Psychiatry. 143:158-163, 1986.
- 30) 中井久雄・加藤寛・藤井千太: 犯罪, 事故などにより, 家族, 肉親を失った遺族の心理的影響とケアのあり方に関する研究. (財) 21世紀ヒューマンケア研究機構こころのケア研究所, 神戸.
- 31) Neimeyer R: Lessons of loss: A guide to coping. McGraw-Hill, New York, 1998.
- 32) 大和田囁子: 犯罪における死別と被害者遺族の心理: 犯罪者学及び死生学の視点から, 人間科学研究 3: 95-111, 2001.
- 33) Parks CM: Bereavement studies of grief in adult life. Taylor & Francis, Washington, DC, 1986. (桑原治雄, 三野善央訳: 改訂 死別—遺された人たちを支えるために. メディカ出版, 東京, 1993.)
- 34) Parks CM: Bereavement as a psychological transition: processes of adaptation to change. Stroebe MS, Stroebe W, & Hansson RO (Eds), Handbook of bereavement. Theory, research, and intervention, Cambridge University Press, Cambridge, pp. 91-101, 1993.
- 35) Parks CM & Weiss RS: Recovery from bereavement. Basic Books, 1983. (池辺明子訳: 死別からの恢復. 図書出版社, 東京, 1987.)
- 36) Prigerson HG, Jacobs SC: Traumatic grief as a distinct disorder: a rationale, consensus criteria, and preliminary empirical test. Stroebe, MS, Hansson RO, Stroebe W et al.(eds); Handbook of bereavement research: consequences, coping, and care. Washington, American Psychological Association, pp.613-645; 2001.
- 37) Rando TA: Treatment of Complicated mourning. Research Press, Champaign, IL, 1993.
- 38) Raphael B & Martinek N: Assessing traumatic bereavement and posttraumatic

- stress disorder (ed.) Wilson J & Keane T: Assessing psychological trauma and PTSD, Guilford Press, New York, 1997.
- 39) Reber AS, Reber ES: The Penguin Dictionary of Psychology. Penguin Reference Books, New York, 1995.
- 40) Rynearson EK: Psychotherapy of bereavement after homicide: Be offensive. In Session. Psychotherapy in Practice. 2: 47-57, 1996.
- 41) Rubin SS, Malkinson R, Witztum E: Trauma and bereavement: conceptual and clinical issues revolving around relationships. Death Study. 27: 667-90, 2003.
- 42) Shanfield SB & Swain BJ: Death of adult children in traffic accidents. The Journal of nervous and mental disease, 172: 533-8, 1984.
- 43) 白井明美・小西聖子: PTSDと複雑性悲嘆との関連－外傷的死別を中心に－. Japanese Journal of Traumatic Stress. 2: 21-27, 2004.
- 44) Stroebe M, Schut H, Finkenauer C: The traumatization of grief? A conceptual framework for understanding the trauma-bereavement interface. The Israel journal of psychiatry and related sciences, 38: 185-201, 2001.
- 45) Van der Hart O, Brown P & Turco RN: Hypnotherapy for traumatic grief: Janetian and modern approaches integrated. American Journal of Clinical Hypnosis, 32: 263-271, 1990.
- 46) Worden JW Grief Counseling and Grief Therapy. 2nd Edition. Springer Publishing, New York, 1991. (鳴澤實監訳: グリーフカウンセリング. 川島書店, 東京, 1993.)
- 47) Zisook S & Lyons LE: Predictors of psychological reactions during the early stages of widowhood. The Psychiatric clinics of North America. 10: 355-68, 1987.