

複雑性悲嘆に対する認知行動療法：治療プロセスとアウトカム

Cognitive-Behavioral Therapy for Complicated Grief: Its Processes and Outcomes.

伊藤 正哉¹⁾ 中島 聡美¹⁾

Masaya Ito Satomi Nakajima

通常の悲嘆と複雑性悲嘆との違いは最近になって明確に定義され、以前に増して専門家の間でコンセンサスが得られるとともに、実証的な裏付けが示されるようになってきた。本論文では複雑性悲嘆に対する認知行動療法を紹介するが、それに先立ち、複雑性悲嘆という概念が登場する背景を踏まえておくこととする。

複雑性悲嘆という概念

悲嘆に対する心理的介入の有効性

悲嘆に対する心理的介入の有効性に対して、これまでのレビュー論文は消極的な結論を提示している。例えば、死別へのサポートグループ・カウンセリングや心理療法において、一貫した治療効果が認められなかったと結論づけられている⁸⁾。レビュー論文による効果量を見ると、悲嘆への心理的介入について $d=0.11^{14)}$ 、 $0.43^{1)}$ 、 $0.13^{17)}$ との報告がある。一般的な心理療法の効果量とされる $0.80^{28)}$ に比して、悲嘆に対する心理的介入の効果は極めて低いと言わざるを得ない。Schutらは、悲嘆に対する一次予防的介入では効果があるとは言えず、複雑性悲嘆のリスクが高い者への二次予防的介入では弱い効果があり、複雑性悲嘆の症状を発達させている者への三次予防的な介入では全般的に効果が認められるとまとめている²¹⁾。

さらに、Jordan & Neimeyerは死別直後の心理的介入は効果がないばかりでなく、悪影響をもたらす可能性があることを指摘している¹³⁾。愛する

人との死別で遭った8割程度の人は嘆き悲しむ“悲嘆”の時期を経験するが、一定期間それが経過すると悲嘆は自然に解決されていく²⁰⁾。死別直後に心理的介入を行うことは、悲嘆の自然な解決過程を阻害することになりかねない。こうした理由から、Neimeyerは一定の期間を経ても悲嘆が引き続いている場合に限り介入が必要となるという見解を示している。この見解はその後の悲嘆研究に大きな影響を与え、死生学において広く受け入れられているようである¹⁰⁾ 注1。

複雑性悲嘆という概念と測定

では、どのような場合に介入が必要とされるのであろうか？ この問いに答えるように提示され、検討されてきたのが複雑性悲嘆という概念である。この概念について影響力をもった見解を提示したのがHorowitzらのストレス反応理論に基づく診断基準¹²⁾と、Prigersonらによる一連の研究成果であった。両グループは当初異なった診断基準を設けていたが、その後、Prigersonの呼びかけで悲嘆研究の専門家間で診断基準づくりの会議が設けられ、一定のコンセンサスが示されている。フィールドトライアルを経て、現在では遷延性悲嘆障害（Prolonged Grief Disorder; PGD）という呼称で、この診断基準をDSM-Vへと含めるよう提案されている²⁰⁾。PGDは、親密な他者の死を体験し（基準A: 出来事の基準）、それに伴う離別の苦痛があり（基準B: 離別の苦痛）、その他の悲嘆特有の9症状の内5つ以上が該当し（基準C: 認知、情動、行動における症状）、6ヶ月以上の期間その苦痛が持続し（基準D: 期間）、結果とし

1) 国立精神・神経センター 精神保健研究所 成人精神保健部
Department of Adult Mental Health, National Institute of
Mental Health, National Center of Neurology and Psychiatry
〒187-8553 東京都小平市小川東町4-1-1
4-1-1 Ogawa-Higashi, Kodaira, Tokyo 187-8553, Japan

注1. ただし、Neimeyerの主張の根拠について精査したLarson & Hoyt¹⁵⁾は、こうした見解に対する痛烈な批判を展開している。

て社会生活が障害されている基準を満たすことで診断される^{注2}。

PGDは複雑性悲嘆についての最新の診断基準であるが、これまでの研究では、複雑性悲嘆を測定する尺度として複雑性悲嘆質問票 (Inventory of Complicated Grief; ICG) が最も頻繁に使われている¹⁹⁾。ICGの得点が25あるいは30点以上をもって複雑性悲嘆とみなす研究が多い。以下に紹介する2つの認知行動療法は、いずれもICGを複雑性悲嘆の指標として採用している。

複雑性悲嘆への心理療法

本論文で紹介する2つの心理療法はいずれも認知行動療法である。それは本論文が認知行動療法についての特集論文であるというだけでなく、現在のところ無作為割り付け化試験によってエビデンスが提示された対面の心理療法がこれらに限られているという事情にもよる^{注3}。

Shearの複雑性悲嘆治療

複雑性悲嘆に対する心理的介入として、現在最も信頼性のある治療はアメリカのKatherine Shearらの研究グループによって開発された複雑性悲嘆に対する治療 (Complicated Grief Treatment; CGT) であろう²²⁾。この心理療法は、対人関係療法を土台とし、そこに認知行動療法や動機づけ面接法を統合した、複雑性悲嘆に特化した治療法である。CGTでは、複雑性悲嘆を通常の悲嘆プロセスが何らかの理由 (e.g. 回避行動) により干渉され、死別の経験が統合されていない状態と捉える。治療の目標は悲嘆を統合させていくことにあり、通常の悲嘆プロセスが進むような種々の介入を行っていく。統合された悲嘆とは、故人の死を了解し、その状態が永遠に続くことを認識しつつも、負の感情に囚われず生活に興味と関わり合いを回復させている状態である。

通常の悲嘆は、喪失への対処と回復への対処を行き来しつつ生活していくことで、適切に完遂すると考えられている。この見解は二重過程モデル

として提示され²⁶⁾、CGTはこの考えを前提としている。すなわち、現実上での実際的な問題を少しずつこなしていく回復志向コーピング (restoration-oriented coping) と、喪失の悲しみに向き合いつつその現実を受け入れていく喪失焦点コーピング (loss-oriented coping) との両面に配慮した治療モジュールによって構成されている。

治療プロセス

約50分～90分の全16回のセッションからなり、初期・中期・終結期と分かれる。初期は治療の導入や治療関係づくりから始まり、クライアントの対人関係、喪失、悲嘆の歴史の聴取を通してアセスメントを行い、また、患者に対して治療モデルや手順の説明が行われる。中期には、この治療のハイライトである喪失に焦点を当てた感情への取り組みが行われるが、それと平行して回復に焦点を当てた取り組みも行われていく。喪失に焦点を当てたモジュールとしては、故人の死を知った場面について語る“イメージ上の再訪問”、死別以来避けている場所や活動に曝露していく“状況の再訪問”、故人についての“思い出のふり返し”、故人との“想像上の会話”が行われる。回復に焦点を当てたモジュールとしては、“個人的目標”や“状況への再訪問”がある。終結期においては、治療の進展についての話し合いが行われ、それを踏まえて、その進展を強化し継続させる計画について話し合われる。

このように、CGTは対人関係療法の枠組みに基づく、感情に焦点を当てた治療となっている。認知行動療法の技法は非適応的な信念の同定や、悲嘆のモニタリング、そして各種の再訪問として活用される。再訪問 (revisiting) はEdna Foaらのエクスポージャー療法を複雑性悲嘆に対して適用・変更したものである。患者は目をつむって死の物語を話し、そうしている間、セラピストは語りを促進させるとともに、苦痛のレベルを尋ねていく。それらは録音され、患者は次のセッションまで毎日それを聞く。さらに、複雑性悲嘆治療では感情に焦点づけた介入に加え、意味の再構成を狙った治療課題として“思い出のふ

注2. Prigersonは複雑性悲嘆、外傷性悲嘆、複雑性悲嘆、遷延性悲嘆と呼称を変更してきた。本論文では、最も頻繁に使用される複雑性悲嘆という呼称を使用する。

注3. 精神科看護師2名による、自死遺族への複雑性悲嘆予防のための認知行動的家族療法についての無作為割り付け化試験が報告されている⁶⁾。しかし、この研究では介入の効果は認められなかった。

りかえり”や“想像上の会話”が含まれている。“想像上の会話”では、患者は目をつむって、今は亡き愛する人に対して質問したり話しかけ、その後、自分自身がその人の役となり質問に答えるという会話を進めていく。多くの場合、ここで故人や自分自身への肯定的な、暖かい言葉かけや感情が観察されるという。

また、現実生活上での回復に焦点を当てたモジュールとして、動機づけ面接法を適用した“個人的目標”が組み込まれている。ここで患者は、もし悲嘆がそれほど強烈なものでなかったら自分の生活はどのようなものであったかを考えるよう促され、セラピストは患者が人生の目標を見いだすことができるように援助していく。目標が同定されれば、それに至る具体的な計画が協議され、実際に生活で行っていくように促される。このように、治療モジュールの中身をみると、CGTは様々な心理療法の流派や技法を取り込んで複雑性悲嘆に対応しようとする、統合的な心理療法と言えるかもしれない。

治療アウトカム

Shearらは、CGTと対人関係療法（IPT）の有効性を検討した無作為割り付け化試験を発表している²⁴⁾。治療の対象は、ICGが30点以上であり、愛する人との死別から6ヶ月以上経過し、独立評定者によって最も重要な臨床症状が複雑性悲嘆にあると判断された人々である。分析では、Clinical Global Improvement Score（7件法）で1点（非常によく改善した）か2点（かなり改善した）の得点を基準として、治療への反応率が比較された。その結果、Intention-to-treat（ITT；ドロップアウト者も含めたデータ）サンプルにおいて、CGT群で51%、IPTで28%の反応が見られ、両者に有意な差がみられた。Completer（治療を完遂した者のみのデータ）においては、治療反応率はCGTで66%、IPTで32%であった。また、パイロットスタディで報告されたICGについての効果量はITTで1.45、Completerで2.19であった。このように、従来の報告に比して飛躍的に高い治療効果が認められた。ただし、改善の余地が残る点もある。例えば、治療後のICGの得点の低下は、CGTとIPTでともに17前後であり有為な差が認められていない。また、CGTとIPTはともにドロップアウト率が26%前後であった。

Boelenの認知行動療法

Paul Boelenは、認知行動療法の観点から複雑性悲嘆の症状維持メカニズムを概念化しており、この理論に従った認知行動療法を提唱している³⁾。彼による概念化は認知行動療法的なケースフォーミュレーションを複雑性悲嘆に適用した好例と思われ、様々な介入可能性を提案しており、他の研究者から肯定的な反応を得ている^{7,18)}。

治療プロセス

Boelenらは複雑性悲嘆にみられるコアプロセス（core process）として、“死別が自伝的記憶に統合されていない”、“悲嘆にまつわる誤った信念や解釈がある”、“不安的・抑うつ的な回避がある”という3点を指摘し、これらを標的とした介入戦略を提案している。

第1のコアプロセスは“既存の自伝的知識と離別経験の貧しい統合”である。通常の悲嘆においては、記憶システムの中で、喪失の意味あい（meaning）に関連した概念的な処理が自然に行われる。すなわち、離別が不可逆であるという事実情報が自伝的記憶の中に統合されていくことで、故人や死についての情報へのより精緻化した検索ルートが形成される。こうした統合が起きていない場合、すなわち複雑性悲嘆を呈している場合には、死別や故人に関する情報に対して特定の検索ルートが形成されず、記憶ネットワーク上に組み入れられずに浮遊しているような状態になる。そのため、様々な刺激によって死別の記憶が容易に賦活され、故人についての記憶が侵入的・崩壊的な性質を持つと考えられる。

この第1のコアプロセスは、複雑性悲嘆において思慕や愛着反応が持続するメカニズムを説明する。愛着理論によれば、自伝的記憶の一部として、重要な他者の心的表象が形成されると考えられる⁵⁾。この表象は、重要な他者との近接性を維持する機能を持ち、関係が脅威状況に置かれたときには、近接性を維持するための感情反応（e.g. 嘆く）や行動反応（e.g. 重要な他者を探す）が自動的に引き起こされる。通常の悲嘆でもこれらの反応は見られるが、故人の死の不可逆性の情報が記憶システムの他の情報と接続していくことで、徐々に減少していく。複雑性悲嘆においてはこのような接続が貧しいため、重要な他者との近接性を維持するための自動反応が継続すると考えられる。簡単に言えば、故人がもう

いないという現実情報が記憶システムに更新されないことで、いつまでも愛着対象に近づこうとする自動反応が継続すると考えられる^{注4}。

このコアプロセスに対する介入は、喪失について語り、自伝的記憶にその事実を組み入れていく戦略ととられる。すなわち、喪失が本人にとってどのような意味合いを持つのかをふり返り、語り、内的・外的な世界を再整理し、喪失という出来事をうまく説明できるように援助することとなる。具体的な技法としては、フラッシングやPTSDへのエクスポージャーの手続きが挙げられる。

第2のコアプロセスは、ネガティブな全般的信念と、悲嘆反応についての誤解釈 (Misinterpretations of Grief Reactions) である。喪失という経験によって、人生にまつわる全般的信念が覆されることが多々ある。例えば、子どもの死は人生の意味を奪い、もう生きていてもしょうがないという想いを強くさせ、こうしたネガティブな信念が生活機能を障害すると考えられる。また、誤解釈としては、“悲しみ続けている自分はおかしくなってしまった”というような例が挙げられる。こうした誤解は死別経験者によくみられ、喪失への回避行動につながっていく²⁾。

これら第2のプロセスは認知的な概念であり、それ故に、患者が意識した状態で直接的に介入しやすいという点で第1のプロセスとは異なる。このコアプロセスに対しては認知的再構成法が適用される。すなわち、ソクラテス的対話によりネガティブな信念の妥当性や有益性を患者と話し合い、信念の修正を促す。認知日記や行動活性化により、ネガティブな信念の妥当性を検証していくことも役に立つとされる。誤解釈に対しては、エクスポージャーを通して、自分は喪失に向き合うことができ、向き合っても大丈夫であるという経験を得ることが助けとなる。

第3のコアプロセスは不安的・抑うつ性の回避である。不安性の回避 (Anxious Avoidance) とは、喪失という現実と直面しないように、喪失を思い起こさせる状況や人・物事 (e.g. 故人の写真) を避けることを指す。これには行動的な回避だけでなく、認知的な回避も含まれる。例えば、喪失そのものに向き合うよりも、喪失後の自分自身の不甲斐なさや人生の意味のなさを反芻し、責めるような場

合がそれにあたる。抑うつ性の回避 (Depressive Avoidance) とは、活動性のなさや引きこもりといった行動パターンを意味し、社会的・職業的・趣味的な活動を行わないことを指す。抑うつ性の回避によって日常生活が不規則になることで、感情的な不安定さにつながる生物学的な不調が起こる。さらに、引きこもることで故人のいない社会生活の経験を積む機会を逸し、喪失が起こった後も自分が社会的に意味ある形で生きているという知識が自伝的記憶に組み入れられる機会を失うことを意味する。

不安性・抑うつ性の回避のどちらも回避行動という点で共通しているが、前者は内的な感情体験からの回避であり、後者が外的な世界からの回避という点で異なる。これらのコアプロセスに対してもエクスポージャーが効果を発する。他には、思考抑制実験や反応妨害法も有効であると考えられる。抑うつ性の回避に対しては、行動活性化の技法が適用される。例えば、以前は楽しんでいた活動や、達成感が得られやすい活動を計画して行動するよう促される。

以上のように、Boelenらは3つのコアプロセスに注目して認知行動療法の技法を適用していくことを提案している。治療は3つのフェイズに分かれ、まず患者の問題をコアプロセスの観点から概念化し、心理教育を行う。コアプロセスは互いに相互作用しているので、どのプロセスから治療を始めてよいとされるが、経験上、2つのプロセスを同時に意識していくことが推奨されている。治療の中期にはコアプロセスに応じた技法が適用され、治療の後期には治療評価と再発防止に焦点を当てたセッションを実施する。

治療アウトカム

Boelenらは認知行動療法と支持的カウンセリング (SC) を比較した無作為割り付け化試験を報告している⁴⁾。認知行動療法は認知的再構成とエクスポージャーのモジュールから構成され、認知的再構成を先に行った群 (CR + ET) と、その逆順の群 (ET + CR) を設けている。対象は、2ヶ月以上前に死別を体験し、ICGで25点以上であった人々である。治療への反応率はベースライン時のICGの2SD以下の得点 (21点以下) が基準とされ、ITTではCR

注4. 同様に、Shearらは複雑性悲嘆を持続させるメカニズムとして、回避行動と愛着行動を中心として説明する生物行動的モデルを提唱している。

+ ET群で22%、ET + CR群で45%、SC群で0%の反応が見られた。ICGについての効果量は、ITTで順に0.87、1.29、0.47であり、Completerで1.36、1.80、0.65であった。治療効果は6ヶ月後のフォローアップでも認められている。また、治療モジュール別に効果量をみたところ、認知的再構成が0.44、エクスポージャーが0.94であった。中断率はCR + ETで30%、ET + CRで20%、SCで36%であった。これらから、複雑性悲嘆に対して認知行動療法が支持的カウンセリングよりも有効であることが確認された。

まとめ

本論文では、複雑性悲嘆という概念理解を踏まえ、2つの認知行動療法を紹介した。紹介した通り、これらの介入を支持する知見はいくつかあるが、まだ十分なエビデンスが提示されているとは言えず、今後の報告を待つ必要があるだろう。しかしながら、紹介した認知行動療法には、想定する症状維持のメカニズムや介入法に重要な共通点がある。すなわち、喪失という事実を自分の人生・記憶・物語に組み入れていくことが強調され、その方途として想像エクスポージャーといった感情的・認知的な処理課題を適用するとともに、現実生活上での回避についても介入する。認知行動療法の基本的な手法である心理教育の重視や、ネガティブな信念への認知的再構成なども共通している。こうした基本的な考え方を理解しておくだけでも、複雑性悲嘆に対する臨床介入の参考になるであろう^{注5}。

文 献

- 1) Allumbaugh DL, Hoyt WT: Effectiveness of grief therapy: a meta-analysis. *J Couns Psychol* 46: 370-380, 1999.
- 2) Boelen PA, van den Bout J, van den Hout MA: Negative cognitions and avoidance in emotional problems after bereavement: a prospective study. *Behav Res Ther* 44: 1657-1672, 2006.
- 3) Boelen PA, van den Hout MA, van den Bout J: A cognitive-behavioral conceptualization of complicated grief. *Clin Psychol Sci Prac* 13: 109-128, 2006.
- 4) Boelen PA, de Keijser J, van den Hout MA, et al: Treatment of complicated grief: a comparison between cognitive-behavioral therapy and supportive counseling. *J Consult Clin Psychol* 75: 277-284, 2007.
- 5) Bowlby J: Attachment and loss: volume 3. New York: Basic Books.
- 6) De Groot M, de Keijser J, Neeleman J, et al: Cognitive behaviour therapy to prevent complicated grief among relatives and spouses bereaved by suicide: cluster randomized controlled trial. *BMJ* 334: 994, 2007.
- 7) Ehlers A: Understanding and treating complicated grief: what can we learn from post-traumatic stress disorder? *Clin Psychol Sci Prac* 13: 135-140, 2006.
- 8) Forte AL, Hill M, Pazder R, et al: Bereavement care interventions: a systematic review. *BMC Palliat Care* 3:3, 2004.
- 9) Fleming S, Robinson P: Grief and cognitive-behavioral therapy: the reconstruction of meaning. In MS Stroebe, RO Hansson, W Stroebe, et al: *Handbook of bereavement research: consequences, coping, and care*, pp647-669, American Psychological Association, Washington DC, 2001.
- 10) Genevro JL, Marchall L, Miller L: Report on bereavement and grief research. *Death Stud* 28: 491-575, 2004.
- 11) Greenberg LS, Paivio S: *Working with emotion in psychotherapy*. New York: The Guilford Press, 1997.
- 12) Horowitz MJ, Siegel B, Holen A, et al: *Diag-*

注5. 他にも幾つかの心理的介入の適用可能性が報告されていることを最後に記しておく。例えば、電子メールを用いた介入²⁷⁾や、Boelenらとは異なる認知行動的な介入法がある^{9,16)}。認知行動療法以外ではPiperらの力動的集団療法やHorowitzのConfigurational Analysisが、有効性が見込まれる療法として指摘されている²⁹⁾。また、Shearは複雑性悲嘆と物質使用障害を併発している臨床群に対しては、CGTに動機づけ面接と感情焦点化療法¹¹⁾を追加した治療法を開発している³⁰⁾。

- nostic criteria for complicated grief. *Am J Psychiatry* 154: 904-910, 1997.
- 13) Jordan JR, Neimeyer RA: Does grief counseling work? *Death Studies* 27: 765-786, 2003.
 - 14) Kato PM, Mann T: A synthesis of psychological interventions for the bereaved. *Clin Psychol Rev* 19: 275-296, 1999.
 - 15) Larson DG, Hoyt WT: What has become of grief counseling? An evaluation of the empirical foundations of the new pessimism. *Prof Psychol Res Pract* 38: 347-355, 2007.
 - 16) Matthews LT, Marwit SJ: Complicated grief and the trend toward cognitive-behavioral therapy. *Death Stud* 28: 849-863, 2004.
 - 17) Neimeyer RA: Searching for the meaning of meaning: grief therapy and the process of reconstruction. *Death Stud* 24: 541-558, 2000.
 - 18) Neimeyer RA: Complicated grief and the reconstruction of meaning: conceptual and empirical contributions to a cognitive-constructivist model. *Clin Psychol Sci Prac* 13: 141-145, 2006.
 - 19) Prigerson HG, Maciejewski PK, Reynolds CF, et al: Inventory of complicated grief: a scale to measure maladaptive symptoms of loss. *Psychiatry Res* 59: 65-79, 1995.
 - 20) Prigerson HG, Vanderwerker LC, Maciejewski PK: A case for inclusion of prolonged grief disorder in DSM- V. In MS Stroebe, RO-Hansson, H Shut, et al: *Handbook of bereavement research and practice: advances in theory and intervention*, pp165-186, American Psychological Association, Washington DC, 2008.
 - 21) Schut H, Stroebe MS, van den Bout J, et al: The efficacy of bereavement interventions: determining who benefits. In MS Stroebe, RO-Hansson, W Stroebe, et al: *Handbook of bereavement research: consequences, coping, and care*, pp705-737, American Psychological Association, Washington DC, 2001.
 - 22) Shear KM, Frank E: Treatment of complicated grief: integrating cognitive-behavioral methods with other treatment approaches. In VM Follette, R Josef: *Cognitive-behavioral therapies for trauma* 2nd ed, pp290-320, Guilford Press, New York, 2006.
 - 23) Shear KM, Frank E, Foa E, Cherry C, Reynolds III CF, Bilt JV, Masters S: Traumatic grief treatment: a pilot study. *Am J Psychiatry* 158: 1506-1508, 2001.
 - 24) Shear KM, Frank E, Houck PR, Reynolds CF: Treatment of complicated grief: a randomized controlled trial. *JAMA* 293: 2601-2608, 2005.
 - 25) Shear KM, Monk T, Houck P, et al: An attachment-based model of complicated grief including the role of avoidance. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 257: 453-461, 2007.
 - 26) Stroebe M, Schut H: The dual process model of coping with bereavement: rationale and description. *Death Stud* 23: 197-224, 1999.
 - 27) Wagner B, Knaevelsrud C, Maercker A: Internet-based cognitive-behavioral therapy for complicated grief: a randomized controlled trial. *Death Stud* 30: 429-453, 2006.
 - 28) Wampold BE: *The great psychotherapy debate*. Mahwah, NJ: Erlbaum.
 - 29) Zhang B, El-Jawahri A, Prigerson HG: Update on bereavement research: evidence-based guidelines for the diagnosis and treatment of complicated grief. *J Palliat Med* 9: 1188-1203, 2006.
 - 30) Zuckoff A, Shear K, Frank E et al: Treating complicated grief and substance use disorders: a pilot study. *J Subst Abuse Treat* 30: 205-211, 2006.