

グリーフケアの実践と展望

宮林幸江¹⁾、坂口幸弘²⁾、田子久夫³⁾

キーワード：研究動向、グリーフケア、4タイプのケア、病的悲嘆

要 旨

悲しみとグリーフケアについては現在の日本ではまだ、議論しにくい分野である。そこでまずグリーフ研究の動向の実際を確認した。国外では既にピーク時を過ぎ現在は横ばい状態にあるが、国内の場合は増加傾向にある。次にケアの方法論的課題についての留意点をあげ、研究者に求められる視点について言及した。次に今後の展望として、ケアニーズと提供者についてふれた。ケアは情動的、道具的、情緒的そして治療的介入に分類できるが、医療者による提供は、主に情緒的と情動的サポートとなる。共感を持って接すること、緊急度合を見分ける知識と他機関の紹介が主となる。またケアの実際の基本では感情の表出を促し、悲嘆に寄り添って行くことである。最後に病的悲嘆についてのべた。病的悲嘆とは基本的には、程度の強さと期間の長さの異常により社会・生活機能の障害が認められた場合とされる。本来、悲嘆とは正常悲嘆であるが、対人相互の関係と高度な記憶認知の機能が関与し、さらに精神身体機能や社会システムによる影響が付加し、病的な状態に発展する。よって、抱括的に把握して対処して行くことが治療の基本となる。

A View on Grief Care Studies and Practice

Sachie Miyabayashi¹⁾, Yukihiro Sakaguchi²⁾, Hisao Tago³⁾

Key words : research trend, grief care, 4types of care, pathological grief

Abstract :

The number of grief care studies has been increasing in Japan in contrast to other countries, but it is not sufficient enough to discuss the issue yet. In this paper, we point out problems in methodology and refer to the necessary attitude in grief care research. Grief care may be classified into four types, which are informational, instrumental, emotional and therapeutic care. The most important thing in grief care is to get the patient to express the sorrowful and complicated emotion to the point of "katharsis" and to identify ourselves with the bereaved person. They expect some knowledge to distinguish normal grief from abnormal grief of medical person. Though grief is a natural reaction to bereavement, but pathological grief is abnormal in the length of time and the level of seriousness. Therapeutic intervention should be conducted in a comprehensive manner.

1) 宮城大学看護学部
2) 関西福祉科学大学
3) 福島県立医科大学

Miyagi University School of Nursing
Kansai University of Welfare Sciences Faculty of Health Sciences
Fukushima Medical University School of Medicine

緒言

宮林幸江

現代日本人の意識構造の変化には著明なものがあり、それにつれてグリーフケア (grief care) や遺族ケア (bereavement care) という言葉を見聞する機会が増えてきている。事実この数年間の間に一般書の形態をとって自らのグリーフ (深い悲しみ/悲哀/悲嘆) について出版する形も散見される。我々が人生の様々な局面で幾度か経験する愛着や依存の対象を失う体験は、小此木によって対象喪失 (Object loss)¹⁾ と名称され、紹介された。当初は近親者の死亡、失恋をはじめとする愛情依存の対象の死や別離のみならず、住み慣れた環境の喪失、自己の誇りや理想、所有物の喪失までを含む広範囲な対象喪失が包含されていたが、最近では身近な人々の死別喪失に対するさまざまな心理的・身体的症状を含む情動的反応を指し、悲嘆と呼称されるのが一般的になりつつある。

日本健康心理学会第19大会 (2006/9/9) に於いてシンポジウムの主題の一つとして「グリーフケアの実践と展望」が取り上げられ²⁾、研究家と実践家により議論が交わされた。本論文は当日の議論の中から宮林、坂口の二人の研究者による死別悲嘆に関する研究とそれに基づく実践への展望をまとめた。更にケアに欠かすことの出来ない精神医療の臨床研究者の見解を田子がとりまとめたものである。悲しみというテーマは議論しにくい分野である。かねてから松井³⁾はその理由として、対象者の否定的感情を喚起する研究であり、倫理上の限界があること、悲しみの測定はむずかしいこと、更に悲嘆関連の研究は不快であるため、研究者にとっても回避したい側面を有することを挙げていた。家族分野の変動に関して、戦後の日本の社会では、大きな変化が2回あったというのが社会学の定説である⁴⁾。社会の変動に伴って物質文化の変化は早い、基層にある意識や文化的な行為・行動に変化が顕著になるまでには時間差があるとも言われている。核家族の増加、少子高齢化、施設死の増加など人をめぐる社会環境の変化は周囲にめまぐるしい程のスピードで起こりつつあり、人々の伝統的な価値観、生活規範に大きな変化が現れつつある。その一つが死別悲嘆のテーマである。今、医療者、心理学者、宗教家と

死者祭祀に携わる実務家の間に、悲嘆とそのケアは静かな関心が広がりつつあり、これらの関係者が一堂に会して議論を交わす機会が持たれるようになった。このような現象は一般のニーズをやや先取りした感がなきにしもあらずであったが、地方都市においても自助グループ、自治体、病院、いのちの電話などの諸団体が非営利活動として、一斉に取り組みを始めた事実も現れるに至っては一過性の浮ついた現象とは言い切れない。

本論文はシンポジウムの中で取りあげられた、これまで研究と実践を通じて得られたそれぞれの視野からの成果について合意が得られた論点について記し、今後のグリーフケア研究者、実践者の展開に資しようとするところにある。

I. グリーフケアに関する研究の実際

坂口幸弘

1. 研究の動向

アメリカ国立医学図書館が提供する医学文献データベースであるPubMedを用いて、“bereave*”を検索語として、1955年から2005年までの死別悲嘆、グリーフケアに関する論文を検索した。年次別での全文献数に占める該当文献数の割合を、図1に示す。それによると、1975~79年以降着実に増加し、1995~99年をピークに横ばい状態にある。一方、国内での死別悲嘆研究の動向を明らかにするため、国内の医学及び関連領域の文献情報のデータベースである医学中央雑誌を用いて、検索語を「死別or遺族」として、「原著」のみを検索した。図2は、年次別での全文献に占める該当文献の割合である。それによると、1999年頃までは、その割合は小さかったが、2000年代に入り、少しずつ伸びてきている。わが国のグリーフ

全文献に占める割合 (%)

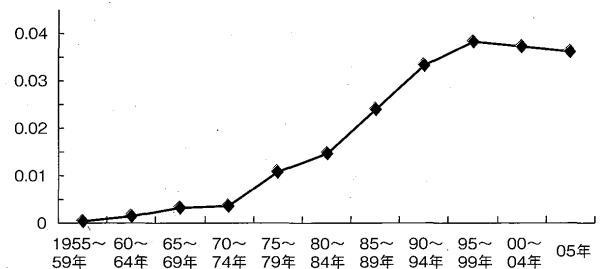


図1 海外での死別悲嘆研究の動向

全文献に占める割合 (%)

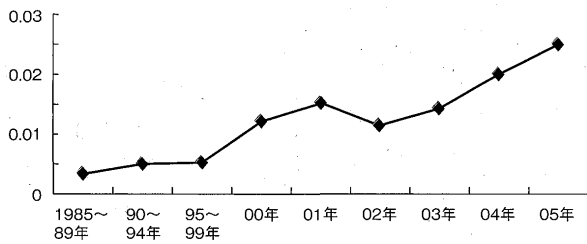


図2 国内での死別悲嘆研究の動向

ケアへの関心は、論文数の伸びだけでなく、学会や学術雑誌の特集記事においても見て取ることができる。表1は、死別悲嘆やグリーフケアに関する学会でのシンポジウム等の開催状況を示す。表2は、学術雑誌での特集記事の一覧である。

2. グリーフケア研究の方法論的課題

グリーフケア研究、特に遺族を対象とした研究を行うにあたって、さまざまな方法論的課題に留意する必要がある。第一に共同研究者・調査協力者の確保は、データを得るためには不可避の過程であり、グリーフケア研究において最も困難な課題と言っても過言ではない。協力を得るためには、研究の成果が、臨床の場に、そして研究対象である遺族にどのように還元されるのかを明確にすることが大切である。ともすれば研究者は自らの学問的関心事を押し付けがちであるが、協力者の関心事やニーズを取り込みながら、研究を進めていくことが重要であり、そのことが信頼関係の構築につながるであろう。

表1 死別悲嘆及びグリーフケアに関する学会・研究会でのシンポジウム等の開催

日本心理学会	1997年	ラウンドテーブル
日本保健医療行動科学学会	1999年	シンポジウム
日本死の臨床研究会	1999年	シンポジウム
日本ホスピス・在宅ケア研究会	2003年	シンポジウム
日本サイコロジック学会	2004年	ワークショップ
日本トラウマティック・ストレス学会	2005年	シンポジウム
日本死の臨床研究会	2006年	パネルディスカッション

第二に、遺族に関するデータ収集の課題が挙げられる。収集方法には、新聞や雑誌での広告、住民登録台帳からの抽出、医療機関からの紹介、市民団体からの紹介などが考えられるが、いずれも一長一短がある。例えば医療機関からの紹介の場合、死別前後からの継時的データや対象者以外からの付加的情報を得やすい利点がある一方で、個人情報保護の立場から施設からの調査協力を得ることが非常に困難である。特にホスピスからの紹介の場合には、一般サンプルとしての代表性に欠ける点に留意する必要がある。一方、市民団体からの紹介では、同様の体験をした遺族からの一定数のデータを得ることが可能であり、また比較的特殊な死別体験者を対象とすることができるかもしれない。ただし、市民団体の活動への参加者というバイアスは避けられない。

第三に、調査拒否者の問題もある。調査拒否者の割合によって、結果変数への死別の影響が過小に評価されたり、過大に評価されたりする可能性が考えられる。例えば、Stroebe & Stroebe (1989-

表2 死別悲嘆及びグリーフケアに関する学術雑誌での特集記事

現代のエスプリ	1988年	悲しみへの援助 - グリーフ・ワーク
ターミナルケア	1991年	死別とグリーフ・ワーク - 悲嘆への援助
家族心理学年報	1992年	家族の離別と再生
助産婦雑誌	1994年	赤ちゃんの死のケア
日本保健医療行動科学学会年報	2000年	グリーフケアの行動科学
ターミナルケア	2001年	大切な人を亡くした方を支える
助産婦雑誌	2002年	死産・流産のケア
生活教育	2002年	家族に対するグリーフケア-地域ケアシステムの構築に向けて
ネオネイタルケア	2002年	赤ちゃんの死と家族のケア
ペリネイタルケア	2004年	流産・死産・新生児死を経験した母親とその家族へのケア
緩和ケア	2005年	遺族のためのグリーフケア - 私たちにできること
家族看護	2006年	遺族に対するケア

90) ⁵⁾ の研究報告によると、男性の非協力者は、男性の協力者に比べ抑うつ傾向が強く、一方で女性の非協力者は、女性の協力者に比べ抑うつ傾向が弱かった。調査拒否者の割合を少なくするため、調査協力にかかる負担をなるべく小さくすることはもちろん、依頼状の文言や依頼の時期、再度の依頼状の送付など、細やかな配慮を行う必要がある。

最後に、遺族を調査対象とするにあたっては、

倫理面への最大限の配慮を行わなければならない。それは対象者が非常に傷つきやすい状態にあり、調査が彼らに苦痛を与える危険性があるためである。具体的には、例えばParkes (1995) ⁶⁾ が提示した遺族調査の倫理的基準に関するチェックリスト (表3) のような、一定のガイドラインを設けておく必要がある。

表3 遺族調査が満たすべき倫理的基準のチェックリスト(Parkes, 1995)

I	調査の提案は全て、然るべき倫理委員会によって認可される。
II	調査への参加を依頼された遺族は全て、以下のことを記した文書を受け取る。
A.	調査の目的や方法を説明する。
B.	調査者の資格や誠実さを保証する。
C.	調査が特定の倫理委員会によって認可されていることを知らせる。
D.	調査の実施の後援をしている組織を明らかにする。
E.	インタビューの手はずを決めるために連絡を取る人を紹介する。
F.	出版物やレポートにおいて匿名性を保証して引用されるとの予防処置を説明する
G.	彼らについてのどんな記録へも接近できる彼らの権利を説明する
H.	調査から手を引く権利や、どんなときでも記録機材のスイッチを切るように求めることができる権利を保証する
I.	調査への参加を取り消すことをどのような理由で望んでも罰せられないことを保証する
J.	企画の代表者の名前、住所、電話番号を与え、もし質問、批評、批判があれば、連絡を取るよう求める
K.	文書のコピーにサインすることを求め(文書が読まれたことを保証するために)、彼らがその代わりにのコピーを受け取ることを知らせる。
III	もし子供や精神障害者が調査の対象であるならば、IIで詳細に示したのと同様の情報を親や保護者に与え、彼らが同意しなければならない。たいいていの場合、親や保護者との対面のインタビューは、子供や精神障害者と接触する試みの前になされるべきである。調査者は対象者自身に、彼らの年齢や精神状態に見合った言葉で調査の説明を行い、参加に関する彼らの考えを重く受け取らなければならない。
IV	予定された対象者に金銭的な誘因や他の圧力を与えない
V	調査の目的のために遺族にインタビューをしようとする人は、害を与えないことを保証するためにカウンセリングに関する十分なトレーニングを受けておく。インタビュアーは、高レベルのトレーニングを受け、遺族へのカウンセリングを経験している人からの定期的なスーパービジョンを受ける。
VI	対象者が苦しんだとき、インタビュアーはインタビューを中断するかどうかの決定において、回答者と自分自身の理解によって導かれる。もしテープレコーダーやビデオテープが用いられるならば、それらを要求通り消すことができることを対象者に念を押しておく。
VII	調査者は特定の調査結果から金銭的な利益を得ない、また商業的な圧力から独立する。ケアの質や効果の評価はケアを与える人々によって行われるべきではない。
VIII	情緒的なサポートを与えるのは別として、インタビュアーは自分自身を調査に制限し、改宗させたり、宣伝したり、特定の治療を主張したりしない。一方で、援助が必要と思われるとき、インタビュアーは公平な評価や助言を与えてくれる可能な源を遺族に示すことができるだろう。
IX	もし対象者のビデオテープを公表するつもりならば、機密性を保つことができないことへの対象者の認識を確実にすることや、テープを示すことへの同意が自由に与えられたと対象者自身が納得できるようにすることに特に注意する。
X	調査の目的はやりがいがあり、提案された方法で果たされる見込みのあるものである。
XI	礼儀として、企画の代表者が感謝の手紙を書き、全ての対象者に謝意を表する。

3. 研究者に求められる視点

グリーフケア研究を行う上で、研究者に求められる視点として、第一に臨床への還元を意識することが挙げられる。研究者は、その研究がどのように遺族の利益につながるのかについて常に考えておく必要がある。自己満足の死別研究に終始することのないよう、研究者は臨床に根ざした問題意識を持つことが大切であろう。基礎的研究が、直接、遺族の助けとなることは少ないかもしれないが、臨床を見据えた研究を蓄積することで、研究者はグリーフケアの発展に寄与し、結果として、悲しみにくれる多くの人々の助けとなれるはずである。

第二に、学問領域の枠にとらわれないことである。グリーフケアに関しては、医学・看護学・心理学・社会福祉学・宗教学・文化人類学・教育学などさまざまな学問領域からのアプローチが可能であり、これらを含む学際的見地からの包括的理解が求められる。そして将来的に、遺族へのケア体制の構築に向けて、多方面からの議論が行われることが期待される。

第三に、欧米の知見に安易に追従しないことである。他のさまざまな研究と同様、グリーフケア研究でも欧米の知見に対する研究者の姿勢が問われている。グリーフケア研究は海外では以前から盛んに行われ、多くの知見が蓄積されている。また、様々な書籍も出版されており、その幾つかは日本語に翻訳されている。しかし、死別後の適応過程における、文化的な違いは十分に予想される。それゆえ欧米の文献のみに頼ることなく、日本人遺族に応じたグリーフケアのあり方を模索していかなければならない。

II. グリーフケアの実践と展望 宮林幸江

1. 死別の反応とグリーフケア

悲嘆には悲しみや不眠、閉じこもりなどの特徴的な心的、身体的、行動的症状があるが、絶対的な反応はない。個人差があり、同様の喪失体験であっても人によって反応は異なる可能性があり、経時的に変化する傾向がある。死別後にみられる心身の不調の多くは一時的な反応であり、不適応症状ではない。その反面、心身の不調を訴え、医

療機関を訪れることも少なからずあり、疾病発症の誘因ともなっている。このような例の発生頻度についての考察は全国的には未だ行われておらず課題の一つとなっている。宮林は既存の尺度や質問紙に頼らず、悲嘆回復ワークショップに参加した人々の記述や参加観察法を用いて、日本人に特有の悲嘆反応を調査した⁷⁾。また、記述集から作成した質問紙による調査も行った。その結果、記述集の内容分析により取り出されたコアカテゴリーの一つが「思慕」であり、質問紙で取り出された第一因子も「思慕と空虚」であったため⁸⁾、これを日本人の死別反応の特徴と位置づけた。さらに、予後はさほど悪いとは言えないにせよ、欧米文献と比較して長期化する傾向が認められた⁸⁾。

死別を原因として、日常生活の不調に苦しむ人々に対応する試みがグリーフケアであり、その目標は悲嘆を疾患として捉える治療モデルまたは正常反応と捉える場合でも、元の正常な身体的心理社会的機能を取り戻すことが「回復」または「再生」でありグリーフケアの最終目標となる。回復とは、坂口は⁹⁾ 死別体験は遺族に変化をもたらし、遺族は決して死別前と同一の自分に戻るわけではなく、遺族の中には、生への感謝やライフスタイルの変化など人間的な成長を示す者も少なくないとし、単なる回復を目指すだけではなく、新たな出発や成長を促す観点からもグリーフケアに取り組むことが望ましいと考えている。これに付け加え宮林は²⁾、大きな喪失を味わう時、人々は既存の価値観の変換を迫られ、例えば物欲の喪失や、それまでの人生での感動対象物が変わるとか、人のために役立ちたいなどのいわば透明な新たな自意識を習得していくと考えている。この変遷過程で「悲しみに寄り添う」ことがグリーフケアと考えている。

2. グリーフケアのニーズと提供者

グリーフケアに対する遺族のニーズは多岐に及び、潜在的なニーズも多いと思われる。したがって遺族のニーズに応じたケアを提供するため、グリーフケアの多様化が求められる一方で、これは大事なことであるが、援助希求にためらいがある

遺族に対する働きかけは検討すべき最大の課題である。

グリーフケアは坂口が言うように、1. 情緒的サポート 2. 道具的サポート 3. 情動的サポート 4. 治療的介入に分類できる⁹⁾。そして、情緒的・道具的・情動的サポートが十分なされれば、治療的介入は最小限に抑えられるであろう。先述したように、グリーフは個別性の極めて強いものであり、経時的な変化を必ず伴う。サポートは連動したシステムティックなものが望ましく、本来は家族、親族、友人知人のような身近な人々が担うのが最もふさわしく、産業化社会の到来までは身近な人と仏教を代表とする宗教の力によって解決されていたのであろう。核家族化や都市化が進む日本では、密着した人間関係志向はこの30年の間に急速に低下しつつあり、宗教に対する関心は、墓参りを中心とした生活慣習の色彩のみが残っているにすぎない。何らかの代替的な考え方や行動が必要であろう。

1) グループケア

これまでのケアの形としては、現在グループの形をとる死別経験者が寄り添う「セルフヘルプグループ(以下SHG)」が大方を占める。さらに同じくSHGの形を取りつつ、悲嘆の整理に有用と考えて考案したプログラムをも取り入れたワークショップ形式によるグリーフケアがある。グループ療法が基本であるが、よりシステムティックに感情表出と開放のほか死生観を育み、言い残し・遣り残しを認識していく。また故人との生活の歴史を振り返る(ライフレビュー)をしていくことで故人との関わり、思い出や思慕想起の整理などを意図的に行えるようプログラムを組み、宮林は「ワークショップ」の形としている¹⁰⁾。

2) 日本の医療における悲嘆のケア

歴史は浅いが、これまでの日本の医療における悲嘆ケアは、ホスピスや緩和ケア病棟において、それぞれが悲嘆のケアを行ってきた。しかし医療費削減を迫られている現在、一般病院・中間施設等の多くは、必要は察しつつも一歩が踏み出せない状態である。また在宅における悲嘆ケアは、季羽¹¹⁾が在宅ホスピスケアの普及を

見越し、悲嘆ケアの一端を担うべきと提唱して久しいが、最近ようやく悲嘆のケアについて学びたいという声が訪問看護ステーションの人々から聞かれるようになった。参考までに現在の日本では、全死亡数のうち、病院等の施設での死亡が80%を越え、がんに限ると90%以上が病院等施設死であるとされている。

これに対し、悲嘆を何とか乗り越えたいと切に思う一般市民から「悲嘆で起こること」「悲嘆に寄り添う」「介護予防としての悲嘆」などのテーマの依頼を、筆者が受けるにつけ、関心が高まりつつあることを実感している。一般市民のニーズと医療機関の関心には多少ズレを感じているが、何れにしても「悲嘆をケアする/ケアしてもらう」という考えが定着していく兆しを感じる。

医療におけるグリーフケアについては、なぜ医療者が関わるべきなのかをまずのべたい。次いでどの時期がよいのかについてのべる。死別後の間もない頃より、遺族は「生前の故人について知り、かつ心置きなく話ができる誰か」を探している。最も身近な他人としては、医療関係者が該当するので、可能であれば、話を聴く形のケアが欲しい。よって、病院/訪問看護ステーションの窓口などに「遺族ケア相談」などの形で相談の機会を設置することが理想である。ここでは情緒的なサポートの提供を行う。従って、生前からのケアを通し遺族との関係性がある程度保たれていること(ラポールの形成)が必要であろう。次にどの程度まで関わるのがよいのかについては、情動的サポート役となり、悲嘆で起こり得る反応と注意点などの知識の提供やSHGなどの紹介。緊急度に応じてケアを行っている機関の紹介などができれば良いであろう。より長期にわたる継続的なサポートを、個々の医療者が対象者に行うことには慎重であるべきと考える。院内スタッフの教育の徹底、悲嘆尺度(宮林, 2003)⁸⁾ハイリスク遺族の評価法(坂口, 2005)¹²⁾などの活用、他団体とのネットワークの構築そして信頼できるバックアップ役の医師の確保などを優先するべきである。

Ⅲ. 精神医学の領域における悲嘆と病的悲嘆

田子久夫

1. 精神医学上の悲嘆とは

グリーフは、死別など対象の喪失による一連の心理過程で経験される。通常の状態で見られる正常な心理反応であり、落胆や絶望の情緒体験を伴う。悲嘆の作業によって新たな心理状態になり、変化した環境や境遇に適応していく。悲嘆は感情の変化であり、悲哀と同意義に用いられ、精神疾患でもうつ病ではしばしば認められる。正常の場合は、予想される定まった段階をたどり、最も懸念される期間は半年から1年ほどであろう。精神医学的関与を必要とするのは「病的悲嘆」である。

病的悲嘆とは正常な悲嘆の過程が抑圧され、悲嘆の作業が充分に行われないうちの状態といわれる。悲嘆の程度が通常範囲を超えており、社会的機能が障害されているので臨床介入が必要になる。状態に応じて、遷延的悲嘆、慢性悲嘆、回避的悲嘆、遅発性悲嘆、誇張的悲嘆、複雑性悲嘆、仮面的悲嘆、外傷性悲嘆などの呼称がある。

病因論としての位置づけは心因あるいは環境因に属し、性格や素因、身体状況に影響される。強い喪失体験が契機となり、二次的に感情面では悲哀が顕著で、思考面では混乱をきたすことを言う。他の精神疾患が続発あるいは合併することが多い。自律神経系や内分泌系の調節系を介して、身体症状を呈することも多く、心身症を呈したり、身体合併症の悪化や新たな身体疾患の誘発を見たりする¹³⁾。

2. 病的悲嘆の経過と治療

病的悲嘆の経過には、体験の反復想起で情動の変化をきたして身体化し、これらの身体症状による情動の変化が加わり悪循環となり、症状の増悪、遷延が認められることもある。

悲嘆そのものは正常な心理反応である限り精神医学的な治療の対象とはならない。之に対し、治療が開始される目安は、「通常レベルを超えてその程度が強く期間が長引き、社会機能・生活機能の障害がでる」とされる。具体的には以下のような場合である。1) 苦痛を伴い自力で回復できず

援助を求めている場合。次に2) 他覚的に増悪・遷延傾向があり生活機能を損ねている。さらに3) 二次的な精神症状や身体症状がある場合などがあげられる。

3. 治療の方針と対処法について

治療を行うには症状と環境・境遇の関連性を充分把握して、喪失体験やそれによる精神症状など原因に近い上位の要因を中心にして対処するが、それよりも下位で身体症状など続発した要因であっても苦痛の大きいものや生命に関わる要因は優先される。よって時には喪失体験など上位に位置する要因には直接触れられないこともある。このような場合は心理内面への急激な介入は避けるべきである。危機回避をしながら時期を待ち、身体症状や不安・抑うつ・不眠などの当面の苦痛の除去を行っていく。

以下に各状態の治療や対処法について上位の要因からまとめる¹⁴⁾。

- 1) 異常精神状態；悲嘆を増悪させている随伴精神症状には、抑うつ・不眠・不安・恐怖・錯乱などがある。これらの治療は薬物が主体となるが、併せて支持的な精神療法を行う。
- 2) 続発精神疾患；悲嘆が通常以上に遷延して回復しにくい場合や、内因性のうつ病・急性ストレス障害・PTSDなどの精神疾患に移行してしまい異形化を起こす場合がある。これらに対しては、病名に応じた治療を行う。
- 3) 合併身体疾患；高血圧症、消化性潰瘍、喘息、糖尿病などは合併しやすい身体疾患であり、罹患していた場合は悪化することが多い。結果として社会機能の低下をきたすため放置できない。関連する専門医への紹介による連携で治療することが多い。
- 4) 社会不適応；家族関係の悪化、地域・学校・職場環境への不適応があり、引きこもりなどの問題行動に至る。環境調整を行い、家庭・学校・職場などへの再適応の促進をはかる。そして下位の病態の改善は、原因となる上位の病態に依存する。症状が下位にある場合は、直接治療するだけでなく、常に上位の病態の改善を図ることが求められる。

最後にまとめとして、悲嘆は本来正常な心理反応であるべきだが、異常たり得るのは人間としての特徴かも知れない。そこには、対人相互の関係と高度な記憶・認知の機能が関与しており、これに精神身体機能や社会システムによる影響も加わって病的なものに発展しているものと思われる。治療にはこれらを包括的に把握して対処する必要がある¹⁵⁾。

引用文献

- 1) 小此木啓吾：対象喪失，中公新書，1999.
- 2) 宮林幸江，坂口幸弘，田子久夫，成田智信，米虫圭子：日本健康心理学会 第19回大会発表論文集，京都市，s13-s14，2006.
- 3) 松井豊，小此木啓吾，河合千恵子：悲嘆の心理，サイエンス社，137-167，249-251，1998.
- 4) 井上治代：配偶者喪失と核家族の死者祭祀－遺骨との対話が「生きがい」－，生きがい研究 Health & Active Aging，財団法人長寿社会センター，10，2004.
- 5) Stroebe, M. S., & Stroebe, W. : Who participates in bereavement research? : A review and empirical study. Omega, 12, 1-29. 1989-1990.
- 6) Parkes, C. M. : Guidelines for conducting ethical bereavement research. Death Studies, 19, 171-181. 1995.
- 7) 宮林幸江：日本人の死別悲嘆反応－グループ療法の場合を活用した記述の分析－日本看護科学誌，25（3），83-91，2005.
- 8) 宮林幸江：悲嘆反応に関する基礎的反応，－死別悲嘆の下部構造の明確化とそのケア－，お茶の水医雑誌，51（3・4），51-69，2003.
- 9) 坂口幸弘：グリーフケアの考え方をめぐって，緩和ケア，15（4），276-279，2005.
- 10) 宮林さちえ：ながれるままに涙をながしましょう，ソニーマガジズ，2002.
- 11) 季羽倭文子：ホスピスケアのデザイン，三輪書店，1988.
- 12) 坂口幸弘：坂口・遺族のリスク評価法，死の臨床，28（1），87-93，2005.

参考文献

- 13) 瀬藤乃理子，丸山総一郎，村上典子：死別後の病的悲嘆の診断をめぐる問題－DSMの診断基準を中心に－，心身医，45（11），p834-842，2005.
- 14) 張 賢徳，広瀬徹也：“死別と精神障害の予防” 家庭の精神保健と精神障害の予防，臨床精神医学講座S3精神障害の予防（小椋力，倉知正佳編），中山書店，東京，p297-310，2000.
- 15) 土橋功昌，辻丸秀策，千葉起代：病的悲嘆はPTSDといい得るか，精神医学，47(3)，p305-312，2005.