

## 通常の悲嘆とその支援

### 1 通常の悲嘆の理解

死別は人生における最も困難なライフイベントの一つであり、愛する人を失った時に初めて、人は死別がどんなにつらい体験であるかを知ることが多い。そのような死別の悲しみは、愛する対象を失った時の自然な反応であり、多くの人々は時間の経過とともに少しずつ自分の気持ちに折り合いをつけ、亡き人のいない生活に適応し、新たな人生を歩みだす。数週間から数カ月（場合によっては1年～数年）を経て自然に収束していく死別反応は「通常の悲嘆（または正常悲嘆）」と呼ばれ、そのような自然な反応は疾患（治療すべきもの）として扱われるべきではない。遺族の約85%は、個人の回復力や支えてくれる人などのリソース（資源）で死別に対処し、通常の悲嘆の経過をたどることが報告されている<sup>1)</sup>。一方で、遺族の一部は、通常ではない悲嘆の経過、いわゆる複雑性悲嘆やうつ病などのメンタルヘルスの問題が生じて、日常生活に支障をきたす場合があり、ケアの提供者は遺族の悲嘆反応を十分に理解し、対応することが求められる<sup>2)</sup>。本項では主に病死による死別に焦点を当て、終末期から死別後まで、どのような死別のケアが求められるかを考えてみたい。

### 2 通常の悲嘆の推移

悲嘆反応の詳細については「悲嘆の概念と理論」の項で述べたので、ここでは割愛するが、遺族の悲嘆のプロセスは、ある程度予測可能な行程をたどることが知られている<sup>3)</sup>。図2は通常の悲嘆の悲嘆反応の推移を示しており、Prigersonら<sup>4)</sup>は、悲嘆反応（grief）の中核となる思慕（yearning）や悲しみ（sadness）などは、死別後しばらくが最も強く、その後、時間をかけて少しずつおさまっていき、それに伴い受容（acceptance）が進むと述べた。

一方、死別後の悲嘆は、死の状況や亡き人との関係性、その時の遺族の年齢（発達段階）や性別などの個人特性、家族機能、ソーシャルサポート、社会的文化的要因などにより、実際は、悲嘆反応として出現する症状やその強さ、持続期間などにかなりバリエーションがあることもわかっている<sup>5,6)</sup>。死別後は、死別による悲しみだけでなく、家族や周囲との関係性や生活・環境の変化などのストレスが加わることも多く、遺族の苦悩は必ずしも悲嘆反応の強さだけでは表すことができない。そのため、社会的状況も含めた遺族のストレスレベルの評価が役立つことも多い。例えば、図3では、縦軸をストレスレベルの高さ、横軸を時間軸とし、死別という出来事からその後のストレスレベルの推移を模式的に表した。

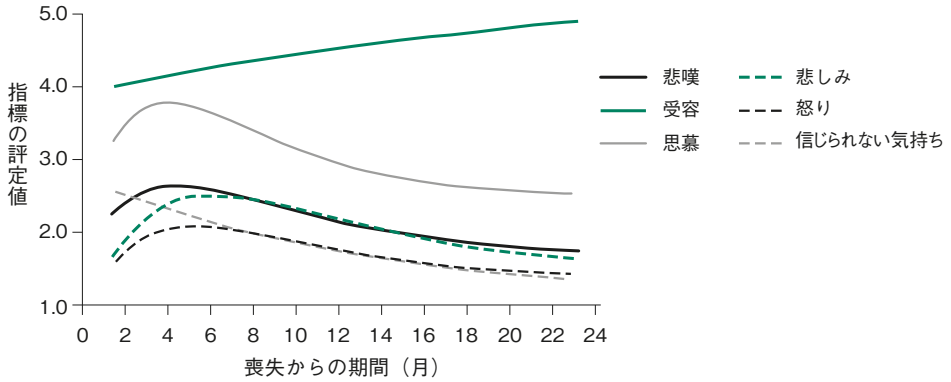


図2 悲嘆と死の受容

[Prigerson, HG, et al. Grief and acceptance as opposite sides of the same coin: setting a research agenda to study peaceful acceptance of loss. Br J Psychiatry 2008; 193: 435-7 より引用改変]

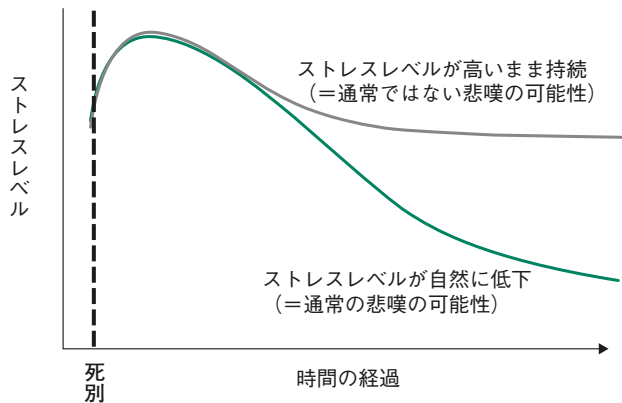


図3 死別後のストレスレベルの推移 (筆者作成)

縦軸、横軸共に、ストレスレベルの高さや持続期間は個人差が大きい

また、死別に伴うストレスは、死別の時点を境にして、終末期と死別後では大きく「質」が異なる。終末期はまだ喪失が確定しておらず、予想される死に対する気持ちの落ち着いたさや死別を予期した時に起こる悲しみ（予期悲嘆）以外にも、看病や付き添い、治療やケアの意思決定、患者・家族間や医療スタッフなどとのコミュニケーション、経済的問題への不安など、さまざまな要因により、家族には多大なストレスがかかる<sup>7)</sup>(II章 総論4「ケアの対象としての患者の家族」参照)。また、病院、施設、在宅など、どの場所で看取りが行われるのか、そのなかで家族が介護者としてどのような役割を果たすかによっても、その家族の負担やストレスは大きく異なる<sup>8)</sup>。

一方、死別後は、看病や治療の意思決定などに関連したストレスはなくなるものの、愛する人が本当にいなくなり、もう二度と戻ってくることはないという現実と悲しみに直面し、その人のいない生活に適応するという新しい人生の課題が、新たなストレスとなってクローズアップされる。死別後しばらくは、葬儀などの供養儀式や死別後の手続きで、慌ただしく日々が過ぎていくが、それが過ぎた頃に、介護をしていた時

の疲れが出たり、寂しさや悲しさが募ったりする。悲嘆反応の強さは個人差があるが、その頃に自分の感情をコントロールできなくなるほどの強い悲嘆反応が出現したり、起き上がれないほどの倦怠感に襲われたりする場合も少なくない。また、この時期は、行き場のない怒りが、残された家族やごく親しい人に向けられるなど、人間関係の葛藤が生じる場合もしばしばある。

悲嘆反応が時間の経過とともに収束していくと、家族や周囲の人たちとの葛藤も次第におさまり、全体として遺族のストレスレベルは、通常、個人単位においても家族単位においても減じていく。一方で、通常の悲嘆の経過をたどらず、強い悲嘆反応が持続したり、周囲の人との関係性の悪化やそれによる強い葛藤が持続したり、新たに別の大きなストレスが加わったりすると、ストレスレベルも下がらず、心身の不調などで日常生活に支障をきたす場合がある。このように、死別は遺族の情緒面以外にも、さまざまな問題を引き起こすことがあるため、個人の症状だけでなく、喪失による家族の力動の変化や、社会的状況を含めたストレス要因などを総合的にアセスメントすることが重要である。

### 3 遺族への支援時期

死別の支援を提供する場合も、ケア提供者は遺族の時間軸を心にとめておくことが大切である。どの時点で関わったとしても、遺族には関わり始めた時点より前の経過とその後に起こりうる変化があり、現在の遺族の状況を評価し、支援を考える場合には、その双方を考慮する。

図4に示すように、死別前のA、死別直後のB、死別後しばらく経過したCでは、遺族の悲嘆反応の大きさやストレスの質、必要とされるアセスメントや支援の内容が異なる。そのため、ケア提供者は、自分自身がどの時点で家族や遺族に関わっているのかを意識しておくことが重要となる。また、AやBの時点で「通常の悲嘆」と「通常ではない悲嘆」を明確に予測したり、区別したりすることは難しい。AやBの時点でケア提供者が心配であると感じる遺族には、何が心配と感じる要素であるのか、リスクアセスメントをしっかりと行ったうえで、その後の遺族の心身の状態や症状、悲嘆反応、社会状況も含めた推移を、慎重に見守る必要がある（Ⅱ章総論4「ケアの対象としての患者の家族」参照）。

また、同じCの時点で支援を提供する場合においても、遺族自身が専門的な支援を希求して専門家を訪ねた場合と、闘病・療養中に故人（患者）や家族に関わった医療者が相談にのる場合とでは、遺族自身が支援する相手に期待する事柄が異なる。後者の医療者による支援では、亡き人との思い出を共有することなどが、遺族の大きな支えになることも多い。

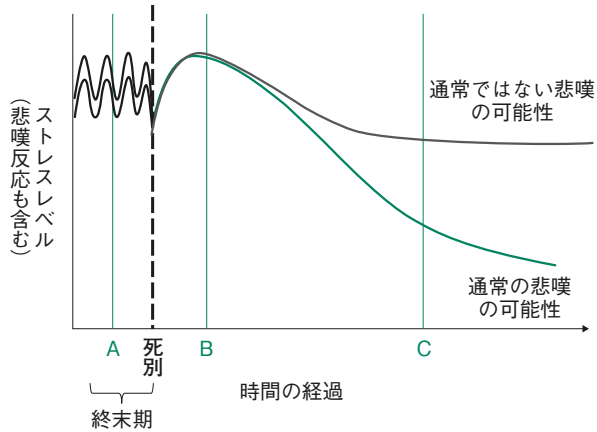


図4 ケア提供者が関わる時期（筆者作成）

- A は死別前（闘病中）に関わるケア提供者
- B は死別直後に関わるケア提供者
- C は死別後しばらく経過した時期に関わるケア提供者

## 4 遺族への具体的な支援

### 1) 基本原則

死別後の遺族の支援は、国際的には「ビリーブメントケア (bereavement care)」という用語が一般的に使われるが、日本では「グリーフケア (grief care)」という用語が使われることが多い<sup>3)</sup>。ビリーブメントケアやグリーフケアは、通常の悲嘆を含めた遺族のケアを指し、そのケアの担い手は、遺された家族同士、友人や近隣の人など遺族の周囲にいる人たち、医療者（医師、看護師、その他のコメディカルスタッフなど）、地域の精神保健従事者、ピアサポート団体や遺族会、葬儀社など幅広い。

一方、通常の悲嘆の経過をたどらない場合には、「グリーフセラピー (grief therapy)」<sup>9)</sup>や「グリーフカウンセリング (grief counseling)」<sup>10)</sup>、あるいは「悲嘆に焦点を当てた認知行動療法」や「家族療法 (family therapy)」<sup>11)</sup>といった介入や治療が必要となることがある。これらの介入の担い手は、診断や治療を熟知している精神保健の専門家になるが、日本では遺族が専門的治療を受けることができる医療機関や人材がまだ非常に少ない（Ⅲ章参照）。しかし、世界的にはさまざまな遺族への介入プログラムが開発されつつあり、日本にも少しずつ導入されている（臨床疑問 1, Ⅲ章-6「複雑性悲嘆の認知行動療法」参照）。

通常の悲嘆が否かにかかわらず、どのような場合においても、遺族支援を行う際には、ケア提供者は基本原則として表4の3点を常に心にとめておく必要がある<sup>12)</sup>。

先に述べたように、本来、死別の悲しみは自然な反応であり、今、目の前にいる人がどんなに深い悲しみにくれているても、多くの遺族は自分自身で悲しみから回復する力や、悲しみを通して成長する力をもっている。その力は近年、「レジリエンス (resilience)」や「心的外傷後成長 (posttraumatic growth)」という言葉で表されている<sup>3,13)</sup>。

支援においても、遺族の悲しみを解釈することよりも、丁寧な傾聴、遺族のレジリ

表4 遺族支援における基本原則

1	ほとんどの遺族は、死別から回復する力をもっている
2	遺族のニーズを十分に配慮すること、効果的で思いやりのあるコミュニケーションをとることが、支援の基盤となる
3	文化や多様性に配慮した柔軟さが重要である

[MDHB Palliative Care District Group. Palliative Care Bereavement Support Guidelines. 2015 より引用改変]

エンスを育む姿勢、そして思いやりのあるコミュニケーションが基盤となる。また、死別後の悲嘆反応は、多くの遺族に共通する反応と、その人固有の反応があり、回復のプロセスも文化的・社会的背景など多くの要因に影響されるため、ケア提供者はそのような多様性に配慮できる柔軟さが求められる。

もう1つ大切な点として、愛する人を失った遺族が、死別後に再び生きる意味や自分の存在価値を見出すためには、亡き人との物語を「語り直す作業」が必要となる。その作業は心のなかで行っても、何かに書き記しても、誰かに語ることで構わない。そのような語りを通してこそ、これからもその人は見守ってくれている、その人の分も生きていくという「新たなこれからの人生の物語」を紡ぐことができる<sup>14)</sup>。悲嘆過程は、愛する人のいない世界でどのように生きていくかという実存的な問いに向き合うプロセスであり、死別の支援では、そのようなスピリチュアルな側面が重要な要素として含まれることを忘れてはならない。

## 2) 支援の方法

闘病・療養期間がある場合、死別の支援は死別前から始まっている<sup>15)</sup>。終末期は、患者と家族は1つの「ケアの単位」としてみなされるべきであり、家族間のコミュニケーションや交流を促し、終末期にできるだけ家族として良い期間が過ごせるように支援すること、家族の状況や体調を気遣うこと、家族が患者のケアを安全にできるように支援することなどは、家族の心配や心残りを軽減する可能性がある<sup>16)</sup>。家族の終末期の状況は、終末期のケア提供者（医療者）の態度、患者への良いケア、コミュニケーション、得られる情報などに大きく影響される<sup>17,18)</sup>。看取り後は、家族が死別後の処置に参加したり、通夜や葬儀といった儀式のなかで故人にゆかりのある人から慰められたりすることが、遺族の悲嘆過程に重要な役割を果たす。また、最近では、死別後に起こりやすいことや相談できる窓口の情報が書かれたリーフレットを渡したり、電話や近況を伺う手紙を送ったりするなど、死別後も遺族のフォローを検討している医療機関や施設が増えつつある<sup>3,19)</sup>。

死別後においては、通常の悲嘆の人たちは、本人が望まなければ、特別な死別の支援サービスは不要である。その人たちは、お墓参りをする、仏壇の前で手を合わせる、亡き人に語りかける、思い出の場所を訪問するなど、自分なりの「喪の作業」を行い、少しずつ亡き人のいない状況に適応していく。その際、遺族の気持ちを理解し、故人のことを安心して話すことができる場や、そっと寄り添う人がそばにいることが、悲

嘆過程の大きな支えになる。一方、死別のサポートを必要とする人たちの支援は、いわゆるサポートグループのような自助的な支援と、死別に詳しい専門職や専門家による支援に大別される。

死別後に遺族とお会いした際には、まず遺族にねぎらいやお悔やみの言葉を伝え、死別後の状況を確認し、遺族の話に共感的に耳を傾ける。一方、心配な様子の遺族には、その人の思いやニーズを十分に伺ったうえで、遺族自身がその困り事をどのようにしていきたいのか、今のストレスを下げる方策としてどのようなことができそうかを一緒に整理することが助けになる場合もある<sup>20)</sup>。例えば、サポートグループや相談できそうな専門家など、近隣にサポート資源があるかどうかを遺族と一緒に探すことなどから始めるのも1つの方法である。また、遺族が非常に心配な状態が続く場合には、専門家へのリファー（紹介）を考えるだけでなく、ケアを担う人が専門家と相談できる体制を整えていくと安心である。

ケア提供者は、遺族の症状レベルの問題が低減し、日常生活が問題なく送れるようになったとしても、愛する人を失った悲しみが消えるわけではないことを、決して忘れてはならない。また、闘病・療養中の自責感や後悔が癒えるには時間がかかる。海外の遺族支援では、「living with grief（悲しみとともに生きる）」という言葉が使われるが、この言葉に象徴されるように、死別の支援は悲しみを取り去るために行われるものではなく、悲しみをかかえながらも希望を見出し、人生を再出発するために行われるものである<sup>21)</sup>。

（瀬藤乃理子）

## II 文献

- 1) Bonanno GA, Kaltman S. The varieties of grief experience. *Clin Psychol Rev* 2001; 21: 705-34
- 2) Moayediddin B, Markowitz JC. Abnormal grief: should we consider a more patient-centered approach? *Am J Psychotherapy* 2015; 69: 361-78
- 3) 坂口幸弘. 悲嘆学入門: 死別の悲しみを学ぶ. 昭和堂, 京都, 2010
- 4) Prigerson HG, Maciejewski PK. Grief and acceptance as opposite sides of the same coin: setting a research agenda to study peaceful acceptance of loss. *Br J Psychiatry* 2008; 193: 435-7
- 5) Stroebe M, Schut H, Stroebe W. Health outcomes of bereavement. *Lancet* 2007; 370: 1960-73
- 6) Rando TA. *Grief, Dying, and Death: Clinical Interventions for Caregivers*. Research Press, Illinois, 1984
- 7) Kristjanson LJ, Aoun S. Palliative care for families: remembering the hidden patients. *Can J Psychiatry* 2004; 49: 359-65
- 8) Burrige L, Winch S, Clavarino A. Reluctance to care: a systematic review and development of a conceptual framework. *Cancer Nurs* 2007; 30: E9-19
- 9) Neimeyer RA, ed. *Techniques of Grief Therapy*. Routledge, London, 2012
- 10) Worden JW. *Grief Counseling and Grief Therapy: A Handbook for the Mental Health Practitioner*. 4th edition, Springer Pub Co, New York, 2008
- 11) Kissane DW, Parnes F, ed. *Bereavement Care for Families*. Routledge, London, 2014.
- 12) MDHB Palliative Care District Group. *Palliative Care Bereavement Support Guidelines*. 2015
- 13) Tedeschi RG, Shakespeare-Finch J, Taku K, et al. ed. *Posttraumatic Growth*. Routledge, London, 2018
- 14) Hedtke L, Windslade J. *The Crafting of Grief*. Routledge, London, 2016
- 15) Rando TA, ed. *Clinical Dimensions of Anticipatory Mourning: Theory and Practice in Working With the Dying, Their Loved Ones, and Their Caregivers*. Research Pr Pub, 2000

- 16) Hudson P. A conceptual model and key variables for guiding supportive interventions for family caregivers of people receiving palliative care. *Palliat Support Care* 2003; 1: 353-65
- 17) Hudson PL, Aranda S, Hayman-White K. A psycho-educational intervention for family caregivers of patients receiving palliative care: a randomized controlled trial. *J Pain Symptom Manage* 2005; 30: 329-41
- 18) Andershed B. Relatives in end-of-life care\_part 1: a systematic review of the literature the five last years. *J Clin Nurs* 2006; 15: 1158-69
- 19) Mather MA, Good PD, Cavenagh JD, et al. Survey of bereavement support provided by Australian palliative care services. *Med J Aust* 2008; 188: 228-30
- 20) Boss P. *Loss, Trauma, and Resilience: Therapeutic work with ambiguous loss*. W. W. Norton & Co Inc, New York, 2006
- 21) Doka KJ. *Living With Grief: At Work, At School, At Worship*. Routledge, London, 2019