



Ⅲ章

精神心理的苦痛が強い 遺族への治療的介入

■ はじめに ■

—精神心理的苦痛の強い遺族の診断、治療に関する現在の問題点—

本章では、主として心理士や精神科医、心療内科医など、臨床的に積極的な介入が望まれる遺族に対してケアや治療を提供する専門職を念頭に記載している。具体的には精神心理的苦痛が強い遺族への治療的介入について扱うが、現時点においても強い悲嘆やそれに対する治療に関して複数の問題点と限界が存在するため、概説しておきたい。

第一点目に本章を読み進めていくと理解していただけると思うが、診断基準自体が混乱している現状に関する問題点である。つまり、通常ではない悲嘆に対して、現在の医学界の考え方自体が収斂されておらず、診断基準自体も異なっているのである。より具体的には従来、複雑性悲嘆と呼称されていた状態を、そもそも独立した疾患単位として取り上げるべきなのか、取り上げるとしたら、診断基準に含めるべき症状や持続期間はこういったものが適切なのかといった基本的な点に合意がされていないのである。実際、米国精神医学会（DSM）とWHO（ICD）が作成している各診断基準で、これらの点に差異が認められる。現時点では、どちらが正しいともいえないため、本ガイドライン上も、この矛盾を前提とした記載しかできていない。また、死別反応の際に強いうつ状態を呈した場合の扱いに関して、DSM-IVで死別反応とされていたものが、DSM-5では削除されたことは記憶に新しい。しかし、これについても多くの反論があり、議論は現在も続いている。

第二点目として、診断基準が明確に定まっていないことも深く関係するが、精神心理的苦痛が強い遺族に対して、エビデンスが確立した、いわゆる標準的な治療法が存在しない点が挙げられる。上記の診断概念の混乱もあいまって、治療に関する適切な臨床研究が十分に進んでいない。したがって、本ガイドラインにおいても、現時点では限られた知見をシステムティックレビューによりまとめた状態に留まっている点に留意していただきたい。今後の研究の必要性については、ガイドラインの別項にもまとめてあるので参照していただきたい。

第三点目として、特に薬物療法の適応になりにくい複雑性悲嘆の治療における医療環境の乏しさに関する問題点である。複雑性悲嘆の治療に対しては十分にトレーニングされた専門的な精神保健の専門家が治療、ケアにあたることが望まれるが、現時点ではそういった医療機関や人材は極めて乏しく、確立された教育システムも構築されていない。これら医療環境の整備や人材育成に関しては、本ガイドラインの役割を超える内容であるため、特に言及していないが、潜在的なニーズの大きさを考慮すると極めて重要な課題である。

(明智龍男)

1

診断と評価

死別は、精神障害の発症または悪化を引き起こす主要なストレス要因の一つである¹⁾。多くの遺族が通常の悲嘆反応を示し、臨床的介入を必要としないが、少数の遺族はうつ病、適応障害、複雑性悲嘆（complicated grief）などが生じ、強い精神心理的苦痛や機能障害を引き起こす²⁾。

複雑性悲嘆とは、死別の急性期にみられる強い悲嘆反応が長期的に持続し、社会生活や精神健康など、重要な機能の障害をきたしている状態と定義される³⁾。複雑性悲嘆をかかえる個人は、健康状態に悪影響を与える可能性が高く、自殺のリスクと、うつ病や心的外傷後ストレス障害（posttraumatic stress disorder：PTSD）などの併存する可能性のある疾患について、適切な診断および評価を行い、治療を検討する必要がある^{2,4)}。

複雑性悲嘆の用語や診断基準化は死別研究の専門家によって見解が異なり、実証的研究に基づいたさらなる研究が必要とされている。診断基準化に関する最大の課題は、複雑性悲嘆を正しく評価し、適切に治療する方法を確立することである⁵⁾。複雑性悲嘆をかかえる人々が効果的な治療を受けられるようにするためには、診断評価、スクリーニングが必要不可欠であり、エビデンスに基づく指針が重要な役割を担っている。

1

診断基準化

これまで、悲嘆の研究者は実証的研究に基づいて、通常ではない悲嘆を精神障害として定義すべきであるという診断基準化の必要性を提唱し⁴⁾、診断基準化に向けて検討が重ねられてきた。また、死別後は、抑うつ的な症状を示す人や、回避や侵入的思考などのPTSDに類似した症状や、不安障害などの徴候がみられることもあるため、複雑性悲嘆が大うつ病性障害（major depressive disorder：MDD）やPTSD、適応障害などの他の精神疾患と異なるものかどうかの議論が行われてきた⁶⁾。現在、複雑性悲嘆の特徴として、6カ月以上の期間を経ても強度に症状が継続していること、故人への強い思慕やとらわれなど、複雑性悲嘆特有の症状が非常に苦痛で圧倒されるほど極度に激しいこと、それらにより日常生活に支障をきたしていること、の3点が重要視されている⁷⁾。さらに、複雑性悲嘆と他の精神疾患は本質的には異なるものと考えられており、複雑性悲嘆は、MDDやPTSD、適応障害とは独立した疾患概念として診断基準化の検討が加えられてきた。

以下に、米国精神医学会（American Psychiatric Association：APA）が定める精神疾患の診断・統計マニュアル（Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders：DSM）

と世界保健機関 (World Health Organization : WHO) が定める国際疾病分類 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems : ICD) における複雑性悲嘆の診断基準化の変遷を示す。

1) DSM (精神疾患の診断・統計マニュアル : APA)

DSM-III (1980) では、死別後の悲嘆に関する病態は、精神疾患のカテゴリーには含まれず、「単純な死別反応 (uncomplicated bereavement)」として、「精神障害には起因しないが医学的関与または治療の対象となる状態のための V コード」のなかに位置づけられた⁸⁾。さらに、DSM-III-R (1987) では、「単純な死別反応」のカテゴリーに、「喪失に対する反応は、直ちに起こるとは限らないが、2, 3 カ月後に起こることはまれである。“正常”な死別反応の持続期間は、異なった文化圏の間でかなりの差がある」ことが明記された⁹⁾。

DSM-IV (1994) では、コード名から「単純な」という用語が省かれ、「死別反応 (bereavement)」として、「臨床的関与の対象となることのある他の状態」のなかに位置づけられた¹⁰⁾。「死別反応」のカテゴリーでは、「大うつ病性障害の診断は、喪失後 2 カ月経ってもまだ症状が存在しなければ下されない」と明記された。また、大うつ病エピソードの診断基準では、「死別反応の除外」基準が設定され、この基準によって、死別から 2 カ月未満の人は、自殺念慮など特別な症状がない限り、大うつ病性エピソードの診断は下されることはなかった。DSM-IV-TR (2000) では、DSM-IV と同様に、大うつ病性エピソードの診断基準において「死別反応の除外」基準が明記され、死別反応と大うつ病エピソードの鑑別に焦点が当てられている¹¹⁾。

DSM-5 (2013) では、大うつ病性エピソードの診断における「死別反応の除外」基準が削除された¹²⁾。その理由の 1 つ目は、死別反応は典型的には 2 カ月以内しか持続しないという誤った解釈を除くことである¹³⁾。2 つ目は、脆弱な個人において死別は大うつ病エピソードを引き起こしうる心理社会的ストレス因であり、多くの場合死別直後に始まると認識されたことである¹³⁾。3 つ目は、死別に関連するうつと死別に関連しないうつが、さまざまな共通点をもっていることである¹⁴⁾。「死別反応の除外」基準を削除することで、大うつ病性エピソードが見落とされることを防ぎ、うつ病の早期治療など、適切な治療を受けられる機会を提供することができる。また、悲嘆に関する大きな変更として、死別に伴う重度かつ持続的な悲嘆反応によって特徴づけられる「持続性複雑死別障害 (persistent complex bereavement disorder : PCBD)」* という新たな疾患概念が提案された。PCBD は、「心的外傷およびストレス因関連障害群」のカテゴリーのなかに位置づけられた。DSM-5 における診断基準の確定にあたっては、根拠となるデータが不十分であり、公式な精神疾患の診断基準としての採用は見送られたが、セクション III での「今後の研究のための病態」において診断基準案が提示された (表 1)。診断基準案は、A 基準 (親しい他者の死)、B 基準 (分離の苦痛 : 故人への持続的な思慕/あこがれ、死に反応した深い悲しみと情動的苦痛、故人へのとらわ

* : DSM-5-TR (2022) の診断基準は P119 参照。

表1 持続性複雑死別障害 (PCBD) 基準 (DSM-5, 2013)

A. 親しい関係にあった人の死を経験
B. その死以来、以下の症状のうち少なくとも1つが、そうである日の方が、ない日より多く、臨床的に意味のある程度、残されたのが成人の場合は少なくとも12カ月、子どもの場合は少なくとも6カ月続いている。 ①故人への持続的な思慕/あこがれ。年少の子どもでは、思慕は、養育者や他の愛着をもつ人から離れまた再会するような行動を含む、遊びや行動として現れるかもしれない ②死に反応した深い悲しみと情動的苦痛 ③故人へのとらわれ ④その死の状況へのとらわれ。子どもでは、故人へのこの傾倒は遊びや行動の主題を通して表されるかもしれない、身近な人達の死の可能性へのとらわれに及ぶかもしれない
C. その死以来、以下の症状のうち少なくとも6つが、そうである日の方が、ない日より多く、臨床的に意味のある程度、残されたのが成人の場合は少なくとも12カ月、子どもの場合は少なくとも6カ月続いている 死に反応した苦痛 ①死を受け入れることの著しい困難。子どもでは、これは死の意味と永遠を理解する能力に左右される ②喪失を信じようとしない、または情動的な麻痺を経験 ③故人を肯定的に追憶することの困難 ④喪失に関連した苦しみまたは怒り ⑤故人や死に関して、自分自身に対して不適応な評価をすること (例: 自己非難) ⑥喪失を思い出させるものからの過剰な回避 (例: 故人に関連した人, 場所, 状況の回避; 子どもでは、故人について考えることや感じることの回避も含むかもしれない) 社会性/同一性の混乱 ⑦故人と一緒にいたいために死にたいと願うこと ⑧死以来、他人を信用できない ⑨死以来、孤独である、または他人から切り離されていると感じる ⑩故人なしでは人生は無意味で空虚と感じるか、故人なしでは機能することができないと信じる ⑪人生における自分の役割に対する錯乱、または自己の同一性が薄まる感覚 (例: 自分の一部分が故人とともに死んだと感じる) ⑫喪失以来、興味を追求したり、将来の計画を立てたりすることが困難である。または気が進まない (例: 交友関係, 活動)
D. その障害は、臨床的に意味のある苦痛、または社会的、職業的、または他の重要な領域における機能の障害を引き起こしている
E. その死別反応は、文化、宗教、年齢相応の標準に比して不釣り合いである、または矛盾している

[日本精神神経学会 日本語版用語 監修、高橋三郎、大野裕 監訳。DSM-5 精神疾患の診断・統計マニュアル。医学書院、2014: pp781-2 より作成]

れ、死の状況へのとらわれ)、C基準(死に反応した苦痛、社会性/同一性の混乱)、D基準(臨床的に意味のある苦痛、機能障害)、E基準(文化・宗教・年齢相応の標準を超えている)の症状によって構成される。B~E基準の症状が死別から12カ月以上持続することでPCBDと診断される。なお、2022年3月に出版されたDSM-5-TRにおいてはPCBDが削除され、prolonged grief disorderが独立した診断として採用された(P119参照)。

2) ICD (国際疾病分類: WHO)

ICD-10 (1992) では、「F43.2 適応障害」のなかで、「当の個人の属する文化にふさわしい程度の、そして通常6カ月を超えない期間の正常な死別反応」は、「健康状態および保健サービスの利用に影響を及ぼす要因」(Zコード)として記録すべきであるとされた¹⁵⁾。死別反応は、正常な反応として疾患や障害とはみなされずに、「Z63.4 家族

の失踪あるいは死」に位置づけられた。そして、「いかなる持続期間の悲嘆反応であっても、その形式や内容から異常と考えられる」場合や、「6カ月以上経過しても依然強度で持続している」場合は、適応障害に分類された。

ICD-11 (2019) では、長期にわたる悲嘆障害として、遷延性悲嘆症 (prolonged grief disorder : PGD) が提案された¹⁶⁻¹⁸⁾。PGD は、PTSD や適応障害と並び、「ストレス関連障害」カテゴリーのなかの一疾患として位置づけられた。PGD の診断基準は、A 基準 (親しい他者の死)、B 基準 (分離の苦痛)、C 基準 (認知、情動、行動における症状 : ①悲しみ、②自責の念、③怒り、④亡くなった事実を否認する、⑤自己あるいは他者への非難、⑥死別の事実を受け入れることの困難、⑦自分の一部を失ってしまった感覚、⑧明るい気分になることができない、⑨感覚の麻痺、⑩社会活動参加の困難)、D 基準 (期間 : 分離の苦痛が6カ月以上の期間持続)、E 基準 (社会生活の障害) である。

3) DSM-5 と ICD-11 の診断基準の相違

複雑性悲嘆、PCBD、PGD の診断基準は、故人への持続的なとらわれや思慕、感情的な痛み (罪悪感、怒り、拒否、死の受け入れ難さ、自己の一部を失った感情) など、いずれも分離苦痛を中核症状としている¹⁹⁾。ただし、これらの診断基準の最も重要な違いは症状の持続期間である。PCBD の診断基準では、複雑性悲嘆や PGD の6カ月と比較して、少なくとも12カ月を超える持続的な症状を条件としている。しかし、6カ月時点での診断がその後の不良な予後を予測することから、死別後6カ月での診断が提唱されており²⁰⁾、12カ月とする根拠がないという指摘がある²¹⁾。用語と症状の持続期間の相違は、中核症状の生物学的根拠の不十分さから生じていることから、診断基準についてコンセンサスに達するには、生物学的根拠を含む将来の研究が必要とされている¹⁹⁾。

2 診断基準化の必要性和懸念

複雑性悲嘆は慢性化し、治療せずに放置すると苦痛が続く傾向がある。複雑性悲嘆の診断基準化は、適切な診断を制度化し、患者が適切に治療を受けられることを可能にする⁵⁾。診断基準化するメリットとして、治療の充実や保険や補償の拡大が挙げられる²²⁾。日本では、精神疾患と診断されない限り、医療保険の適用となる精神的な問題として認められない。複雑性悲嘆が PTSD のような精神疾患の一つとして含まれていれば、患者の治療費の負担は軽減されることになる¹⁹⁾。また、複雑性悲嘆と診断されることで、遺族にスティグマを与える可能性が示唆されているが²³⁾、このスティグマに関しては、複雑性悲嘆と診断された海外での遺族の意識調査の結果、回答者の90%以上が複雑性悲嘆という疾患名があり、治療可能であることを知って安心したという報告がある²⁴⁾。治療が死別関連の苦痛の重症度を軽減するのに効果的である場合、複雑性悲嘆の特定は、スティグマを減らす可能性がある²⁴⁾。

一方、診断基準化に対する懸念として、通常の悲嘆と通常ではない悲嘆の境界があ

いまいであり、正常の悲嘆反応が精神病理の領域に入れられてしまうという危険性がある²³⁾。DSM-5 (2013) では、MDD の注釈に、過剰診断しないように、重大な喪失（親しい者との死別など）に対する正常の反応に加えて、抑うつエピソードの存在も入念に検討すべきであることや、悲嘆と抑うつエピソードを鑑別する点が補足説明された¹²⁾。

臨床医は、通常の悲嘆反応と複雑性悲嘆との相違や、他の精神疾患との併存や相違を見極めて、適切な診断・治療を提供する必要がある。

3 有病率

複雑性悲嘆は、世界中の人口の約 2~3% に影響を及ぼす³⁾。日本では、一般人口における死別後 10 年以内の複雑性悲嘆の有病率は 2.4% である²⁵⁾。また、ホスピス・緩和ケア病棟で患者を亡くした遺族の複雑性悲嘆の有病率は 2.3% であった²⁶⁾。最近のメタアナリシス研究では、一般人口における PGD の罹患率は、死別後 6 カ月から 10 年以内の者で、9.8% と報告されている²⁷⁾。

複雑性悲嘆と評定された患者の他の精神疾患の生涯有病率は 84.5% であり、最も一般的な併存症はうつ病 (71.8%) である²⁸⁾。

4 他の精神疾患との併存と相違

1) 抑うつや PTSD との併存

複雑性悲嘆と評定された遺族（死別後平均 2.4 年）に対し、Inventory of Complicated Grief (ICG) や Impact of Event Scale (IES) などの尺度を用いて、悲嘆や PTSD、抑うつ、不安、睡眠などの調査を行った結果、25% は DSM-IV の I 軸のどの精神疾患にも該当しなかったが、一方で、MDD の併存は 55%、PTSD の併存は 49%、MDD と PTSD の両方の併存が 36% にみられた (図 1)²⁸⁾。

複雑性悲嘆は、MDD や PTSD と合併することもあるため、介入の際には各々の疾患の症候の違いを念頭において評価し、介入や治療のあり方を検討することが重要となる。例えば、明らかに MDD がある場合は、MDD の治療ガイドラインに沿うこと²⁹⁾や、うつ病の症状がない場合に、臨床医は複雑性悲嘆もないと想定してはならないことが示唆されている³⁰⁾。

2) 抑うつや PTSD との相違

複雑性悲嘆は、深刻な分離苦痛が続くこと、および悲嘆プロセスを複雑にする喪失に関連した思考、感情または行動の機能不全が特徴である⁵⁾。複雑性悲嘆は、その主要な症状と治療への反応の両方で、通常の適応的な悲嘆や MDD、PTSD と区別できる¹⁹⁾。以下、複雑性悲嘆と MDD、PTSD との症状による鑑別ポイントを示す^{3,19)}。

- ・思慕：複雑性悲嘆では中核症状であるが、MDD、PTSD では通常存在しない。
- ・とらわれ：複雑性悲嘆の中核症状であり、故人に関する思考と記憶が焦点である。

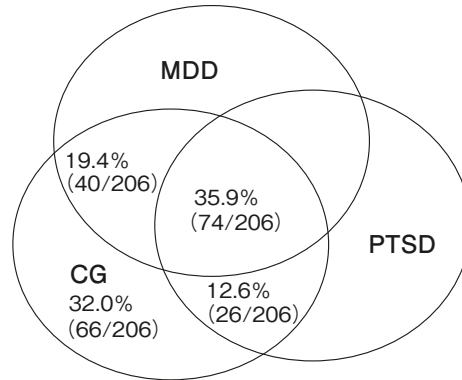


図1 複雑性悲嘆 (CG), 大うつ病性障害 (MDD), 心的外傷後ストレス障害 (PTSD) の併存と相違

[Simon NM, et al. The prevalence and correlates of psychiatric comorbidity in individuals with complicated grief. *Compr Psychiatry* 2007; 48: 395-9 より引用]

MDD, PTSD でも存在する可能性があるが, MDD では否定的な考えが焦点であり, PTSD では心的外傷的な出来事に関連した否定的で誇張され歪んだ考えにとらわれる。

- ・ 侵入的想起と回避：複雑性悲嘆, PTSD でみられるが, 複雑性悲嘆は故人に関する内容に限定されるのに対して, PTSD では出来事に関連している。PTSD ではトラウマを思い出させるものを恐れ, 出来事に関連した状況や記憶に近づくことはない。
- ・ 反芻：複雑性悲嘆では一般的であり, 死の状況に関連した怒りや後悔, または罪悪感に焦点が当てられている。故人と密接に結びついていることが幸福であるという信念のために, 他の人と疎遠になることがある。一方, PTSD では, 恐怖の記憶に関連している。
- ・ 自殺念慮：複雑性悲嘆では故人と再会したいという願望に関連づけられるが, うつ病では, 通常生きる価値がないという考えや耐え難い状況に終止符を打ちたいという願望などと関連している³¹⁾。

複雑性悲嘆と MDD では, 悲しみ, 罪悪感, 自殺念慮, 興味の喪失, 社会的孤立など共通する症状がみられる。MDD ではこれらが生活全般でみられる一方, 複雑性悲嘆では故人に関連したことで引き起こされる¹⁹⁾。鑑別診断では, 複雑性悲嘆と抑うつ症状の発症時期や喪失との関連, 気分障害または双極性障害の既往の有無などに留意することが重要である²⁸⁾。

5 評価とスクリーニング

1) 評価

先に述べたように, 多くの遺族は通常の悲嘆の経過をたどり, 臨床的介入を必要としないが, 複雑な悲嘆が生じ, 喪失に関連する苦痛や機能障害を引き起こす場合や,

遷延した抑うつ状態により生活に支障をきたす場合がある。遺族にとって負担となる抑うつや複雑性悲嘆などを、いつどのように評価すればよいだろうか。英国、オーストラリアのガイドラインによると、終末期ケアにおいて医療者は家族のサポートも行い、患者が亡くなる前の家族の状態を評価することが推奨されている^{32,33}。また、亡くなった3~12週後に遺族へ手紙などで連絡を取り、遺族の話を伺いニーズを把握すること、死別前の家族の状態、亡くなり方、遺族のニーズ/現状から死別ケアの計画を立てることも推奨している。

まず家族、遺族の話を伺うことが最も重要なことであるが、そのなかで抑うつや複雑な悲嘆、PTSDについて評価するには、診断基準や評価尺度を用いる方法が考えられる。診断基準については前述した。次にわが国でも使用可能な評価尺度について概説する。

2) 評価尺度

(1) 抑うつ

抑うつの評価尺度は様々あるが、Beck Depression Inventory (BDI) 短縮版では遺族(255名、女性のみ)を対象とし評価尺度の妥当性/信頼性が確認されている³⁴。死別後の遺族に対する抑うつの評価には、BDIの他、Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D)などが用いられている³⁵。配偶者を亡くした遺族のうつ病の有病率に関するシステマティックレビューによると、死別からの時間経過におけるうつ病の有病率は、1カ月以内に最も高く38.2%、1カ月~3カ月後では25.0%、3カ月~6カ月後では23.1%、6カ月~12カ月後では19.4%、12カ月~18カ月後では11.1%、18カ月~24カ月後では15.2%、24カ月~60カ月後では最も低く10.5%であった³⁶。配偶者の喪失後、時間の経過とともに有病率は低下するが、一般的な地域社会でのうつ病の有病率と比較して、うつ病の有病率は高いため、初期のリスクグループの特定とうつ病の症状の個々の経過に焦点を当てる必要があると指摘されている。

BDI, CES-Dの他、日本語版の妥当性/信頼性とも確認されている自記式の抑うつの評価尺度について表2^{35,37-43}に示す。

(2) 悲嘆、複雑性悲嘆 (表3)

複雑性悲嘆を測定する尺度として最も使用頻度が高いのは、1995年にPrigersonらによって開発された複雑性悲嘆質問票 (Inventory of Complicated Grief: ICG) であるが (P60, 資料参照)、持続性複雑死別障害 (DSM-5) や遷延性悲嘆症 (ICD-11) で提唱されている診断基準に合致しているものではない^{44,45}。その他、悲嘆を測定する伝統的な尺度としてTexas Revised Inventory of Grief (TRIG)^{46,47}が使用されてきたが、通常の悲嘆を測定する尺度として扱われることもある。また、より簡便な評価尺度としては、Shearらが開発した5項目の簡易版悲嘆尺度 (Brief Grief Questionnaire: BGQ) が挙げられる^{48,49}。これらいずれの悲嘆、複雑性悲嘆に関する尺度も日本語版の妥当性/信頼性とも確認されている。

表2 抑うつの評価尺度

尺度	項目	日本語版	内容	評価
Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D) Radloff, et al. 1977	20項目4件法(短縮版11項目3件法)	島ら, 1985	過去1週間の状態について尋ねる。 うつ気分, 身体症状, 対人関係, ポジティブ気分を測定する。 地域集団中のハイリスク群を同定することに重きを置いている。	0~60点で評価。 高得点であるほど, 抑うつの水準が高い。 カットオフ値15/16点(短縮版は0~22点で評価。カットオフ値8/9点)
Beck Depression Inventory-Second Edition (BDI-II) Beck, et al. 1996	21項目4件法	Kojima et al. 2002	過去2週間の状態について尋ねる。 DSM-IVの診断基準に基づく, 抑うつ症状の有無とその程度の指標として開発された。	カットオフ値13/14点。 大うつ病と診断される患者の重症度を判別する際の基準; 0~10点: 正常範囲 11~16点: 軽いうつ状態 17~20点: 臨床的なうつ状態との境界 21~30点: 中等度のうつ状態 31~40点: 重度のうつ状態 41点以上: 極度のうつ状態
Patient Health Questionnaire 9 (PHQ-9) Kroenke, et al. 2001	9項目4件法	村松, 2014	過去2週間の状態について尋ねる。 DSM-5では, うつ病性障害の症状レベルの重症度を測定する評価尺度としてPHQ-9が推奨されている。	0~4点: 症状なし 5~9点: 軽度 10~14点: 中等度 15~19点: 中等度~重度 20~27点: 重度の症状レベル
Kessler 6 scale (K6) Kessler, et al. 2002	6項目5件法	Furukawa et al. 2008	過去1カ月間の状態について「神経過敏に感じましたか」「絶望的だと感じましたか」など6つの質問を尋ねる。	合計得点13点以上: ハイリスク

(3) PTSD

出来事インパクト尺度 (Impact of Event Scale : IES) は, PTSD の診断基準である再体験, 回避, 覚醒亢進を測定する尺度で, Horowitz らによって開発された⁵⁰⁾。改訂出来事インパクト尺度日本語版 (IES-R) は, 侵入症状 (8項目), 回避症状 (8項目), 過覚醒症状 (6項目) の計22項目で構成されており, 過去1週間の症状の強さを5件法 (0~4点) で評価する⁵¹⁾。得点が高いほど PTSD 症状が強いことを示し, PTSD のハイリスク群をスクリーニングする目的では24/25をカットオフ値として用いることが推奨されている。日本語版の妥当性/信頼性とも確認されている。

表3 悲嘆・複雑性悲嘆の評価尺度

原著	項目数	日本語版	内容	評価
Texas Revised Inventory of Grief (TRIG) Faschingbauer. 1981	26 項目 5 件法	鈴木. 1997	死別直後の悲嘆を回想的に測定する 8 項目 (Part I), 現在の悲嘆を測定する 13 項目 (Part II), 故人との続柄, 親密度, 死別からの経過期間などを尋ねる 5 項目から構成される。 日本語版は, 配偶者を亡くした遺族を対象に妥当性/信頼性が確認されている。	死別直後と現在の悲嘆を評価する。 通常の悲嘆を測定する尺度として扱われることもある。
Inventory of Complicated Grief (ICG) 複雑性悲嘆質問票 Prigerson, et al. 1995	19 項目 5 件法	中島ら. 2010	死別後 6 カ月以降の複雑性悲嘆の重症度を評価する。 日本語版は死別を経験した成人を対象に妥当性/信頼性が確認されている。	合計得点 26 点以上が複雑性悲嘆に該当する。 診断にあたっては過去 1 カ月間での症状を評価することが勧められている。治療などで重症度の変化をみる場合には過去 1 週間において評価することも可能である。使用にあたって, 目的に応じて, 評価の期間を提示する必要がある。
Brief Grief Questionnaire (BGQ) 簡易版悲嘆質問票スクリーニング尺度 Shear, et al. 2006	5 項目 3 件法	Ito et al. 2012	「患者の死を受け入れる大変さ」「悲嘆による生活での支障の程度」「死別時の光景や考えによって悩まされる程度」「死別や故人に関連した物事への回避の程度」「他者から切り離されたり距離を感じる程度」から構成される。 日本語版は死別を経験した成人を対象に妥当性/信頼性が確認されている。	スクリーニングにあたっては過去 1 カ月間での症状を評価することが勧められている。 1~4 点: 可能性が低い 5~7 点: 可能性あり 8 点以上: 複雑性悲嘆の可能性が高い

(岡村優子, 篠崎久美子)

文献

- 1) Shear MK, Skritskaya NA. Bereavement and anxiety. *Curr Psychiatry Rep* 2012; 14: 169-75
- 2) Simon NM. Treating complicated grief. *JAMA* 2013; 310: 416-23
- 3) Shear MK. Clinical practice. Complicated grief. *N Engl J Med* 2015; 372: 153-60
- 4) Shear MK, Simon N, Wall M, et al. Complicated grief and related bereavement issues for DSM-5. *Depress Anxiety* 2011; 28: 103-17
- 5) Zisook S, Simon NM, Reynolds CF 3rd, et al. Bereavement, complicated grief, and DSM, part 2: complicated grief. *J Clin Psychiatry* 2010; 71: 1097-8
- 6) 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* 2005; 45: 833-42
- 7) 瀬藤乃理子, 丸山総一郎, 加藤寛. 複雑性悲嘆 (CG) の診断基準化に向けた動向. *精神医* 2008; 50: 1119-33
- 8) American Psychiatric Association. Quick Reference to the Diagnostic Criteria from DSM-III. American Psychiatric Publishing, Washington, DC, 1980 (高橋三郎, 花田耕一, 藤縄昭 訳. DSM-III

- 精神障害の分類と診断の手引. 医学書院, 東京, 1982)
- 9) American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, Third edition revised (DSM-III-R). American Psychiatric Publishing, Washington, DC, 1987 (高橋三郎 訳. DSM-III-R 精神障害の診断・統計マニュアル. 医学書院, 東京, 1988)
 - 10) American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, Fourth edition (DSM-IV). American Psychiatric Publishing, Washington, DC, 1994 (高橋三郎, 大野裕, 染矢俊幸 訳. DSM-IV 精神疾患の診断・統計マニュアル. 医学書院, 東京, 1996)
 - 11) American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, Fourth edition Text Revision (DSM-IV-TR). American Psychiatric Publishing, Washington, DC, 2000 (高橋三郎, 大野裕, 染矢俊幸 訳. DSM-IV-TR 精神疾患の診断・統計マニュアル (新訂版). 医学書院, 東京, 2004)
 - 12) American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, Fifth edition (DSM-5). American Psychiatric Publishing, Washington, DC, 2013 (高橋三郎, 大野裕 監訳. DSM-5 精神疾患の診断・統計マニュアル. 医学書院, 東京, 2014)
 - 13) American Psychiatric Association. DSM-5 development: Highlights of Changes from DSM-IV-TR to DSM-5.
 - 14) 宮島加耶, 藤澤大介. 死別反応の除外, 悲嘆. 精神 2014; 24: 43-8
 - 15) World Health Organization. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines. 1992 (ICD-10 精神および行動の障害: 臨床記述と診断ガイドライン (新訂版). 融道男, 中根允文, 小見山実, 他 監訳. 医学書院, 東京, 2005)
 - 16) World Health Organization. ICD-11 for mortality and morbidity statistics 2018 version <http://icd.who.int/browse11/l-m/en> (2020年9月30日閲覧)
 - 17) Treml J, Kaiser J, Plexnies A, et al. Assessing prolonged grief disorder: a systematic review of assessment instruments. J Affect Disord 2020; 274: 420-34
 - 18) 清水加奈子, 加藤敏. 死別関連精神障害の研究動向 診断学と精神病理学の周辺から. 精神誌 2019; 121: 329-43
 - 19) Nakajima S. Complicated grief: recent developments in diagnostic criteria and treatment. Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci 2018; 373: 20170273
 - 20) Prigerson HG, Horowitz MJ, Jacobs SC, et al. Prolonged grief disorder: psychometric validation of criteria proposed for DSM-V and ICD-11. PLoS Med 2009; 6: e1000121
 - 21) Boelen PA, Prigerson HG. Commentary on the inclusion of persistent complex bereavement-related disorder in DSM-5. Death Stud 2012; 36: 771-94
 - 22) Marwit SJ. DSM-III-R, grief reactions, and a call for revision. Professional Psychol Res Practice 1991; 22: 75-9
 - 23) Stroebe M, Schut H, Finkenauer C. The traumatization of grief? A conceptual framework for understanding the trauma-bereavement interface. Isr J Psychiatry Relat Sci 2001; 38: 185-201
 - 24) Johnson JG, First MB, Block S, et al. Stigmatization and receptivity to mental health services among recently bereaved adults. Death Stud 2009; 33: 691-711
 - 25) Fujisawa D, Miyashita M, Nakajima S, et al. Prevalence and determinants of complicated grief in general population. J Affect Disord 2010; 127: 352-8
 - 26) 坂口幸弘, 宮下光令, 森田達也, 他. ホスピス・緩和ケア病棟で近親者を亡くした遺族の複雑性悲嘆, 抑うつ, 希死念慮. Palliat Care Res 2013; 8: 203-10
 - 27) Lundorff M, Holmgren H, Zachariae R, et al. Prevalence of prolonged grief disorder in adult bereavement: a systematic review and meta-analysis. J Affect Disord 2017; 212: 138-49
 - 28) Simon NM, Shear KM, Thompson EH, et al. The prevalence and correlates of psychiatric comorbidity in individuals with complicated grief. Compr Psychiatry 2007; 48: 395-9
 - 29) Prigerson HG, Jacobs SC. Perspectives on care at the close of life. Caring for bereaved patients: "all the doctors just suddenly go". JAMA 2001; 286: 1369-76
 - 30) Ogrodniczuk JS, Piper WE, Joyce AS, et al. Differentiating symptoms of complicated grief and depression among psychiatric outpatients. Can J Psychiatry 2003; 48: 87-93
 - 31) Kristensen P, Dyregrov K, Dyregrov A. What distinguishes prolonged grief disorder from depression? Tidsskr Nor Lægeforen 2017; 137: 538-40
 - 32) Allen K, Buckle R, Oakes S, et al. Guidelines for Bereavement Support. 2017
 - 33) Hudson P, Remedios C, Zordan R, et al. Guidelines for the psychosocial and bereavement support of family caregivers of palliative care patients. J Palliat Med 2012; 15: 696-702

- 34) Leahy JM. Validity and reliability of the Beck Depression Inventory-Short Form in a group of adult bereaved females. *J Clin Psychol* 1992; 48: 64-8
- 35) Radloff LS. The CES-D Scale: a self-report depression scale for research in the general population. *Appl Psychol Meas* 1977; 1: 385-401
- 36) Kristiansen CB, Kjær JN, Hjorth P, et al. The association of time since spousal loss and depression in widowhood: a systematic review and meta-analysis. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2019; 54: 781-92
- 37) 島悟, 鹿野達男, 北村俊則, 他. 新しい抑うつ性の自己評価尺度について. *精神医* 1985; 27: 717-23
- 38) Beck AT, Steer RA, Brown GK. Manual for the Beck Depression Inventory-II, Psychological Corporation, San Antonio, Texas, 1996
- 39) Kojima M, Furukawa TA, Takahashi H, et al. Cross-cultural validation of the Beck Depression Inventory-II in Japan. *Psychiatry Res* 2002; 110: 291-9
- 40) Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *J Gen Intern Med* 2001; 16: 606-13
- 41) 村松公美子. Patient Health Questionnaire (PHQ-9, PHQ-15) 日本語版および Generalized Anxiety Disorder-7 日本語版-up to date-. *新潟青陵大学大学院臨床心理学研究* 2014; 7: 35-9
- 42) Kessler RC, Andrews G, Colpe LJ, et al. Short screening scales to monitor population prevalences and trends in non-specific psychological distress. *Psychol Med* 2002; 32: 959-76
- 43) Furukawa TA, Kawakami N, Saitoh M, et al. The performance of the Japanese version of the K6 and K10 in the World Mental Health Survey Japan. *Int J Methods Psychiatr Res* 2008; 17: 152-8
- 44) Prigerson HG, Maciejewski PK, Reynolds CF 3rd, et al. Inventory of Complicated Grief: a scale to measure maladaptive symptoms of loss. *Psychiatry Res* 1995; 59: 65-79
- 45) 中島聡美, 伊藤正哉, 石丸径一郎, 他. 遷延性悲嘆障害の実態と危険因子に関する研究—罪責感の与える影響およびソーシャルサポートの役割を中心に—. *明治安田こころの健康財団研究助成論文集* 2010; (45): 119-26
- 46) Faschingbauer, TR. Texas revised inventory of grief manual. Honeycomb Publishing, Houston, Texas, 1981
- 47) 鈴木志津枝. 日本語版悲嘆の測定用具の信頼性・妥当性の検証研究. *日看科会誌* 1997; 17: 366-7
- 48) Shear KM, Jackson CT, Essock SM, et al. Screening for complicated grief among Project Liberty service recipients 18 months after September 11. *Psychiatr Serv* 2006; 57: 1291-7
- 49) Ito M, Nakajima S, Fujisawa D, et al. Brief measure for screening complicated grief: reliability and discriminant validity. *PLoS One* 2012; 7: e31209
- 50) Horowitz M, Wilner N, Alvarez W. Impact of Event Scale: a measure of subjective stress. *Psychosom Med* 1979; 41: 209-18
- 51) Asukai N, Kato H, Kawamura N, et al. Reliability and validity of the Japanese-language version of the Impact of Event Scale-Revised (IES-R-J): four studies on different traumatic events. *J Nerv Ment Dis* 2002; 190: 175-82

資料

 Inventory of Complicated Grief (ICG) 複雑性悲嘆質問票 日本語版

氏名 _____ 日付 _____ 年 _____ 月 _____ 日

	以下の質問で、今の自分の気持ちを最もよくあらわしていると思う番号に○を付けて下さい。	まったく ない	めったに ない	時々 ある	よく ある	いつも ある
1	その人（亡くなった人）のことをあまりにも考えてしまうため、普段していることをするのが難しくなる。	0	1	2	3	4
2	亡くなった人を思い出すと、動揺してしまう。	0	1	2	3	4
3	その人が亡くなってしまったことを受け入れられないと感じる。	0	1	2	3	4
4	亡くなった人に会いたいという慕 ^{した} い求める気持ちを感じる。	0	1	2	3	4
5	亡くなった人にゆかりのある場所や物に引き寄せられるように感じる。	0	1	2	3	4
6	その人の死について、怒りを感じずにいられない。	0	1	2	3	4
7	愛する人が亡くなったことが信じられないと感じる。	0	1	2	3	4
8	愛する人が亡くなったことについて愕然としたり、ぼう然としてしまう。	0	1	2	3	4
9	その人が亡くなってから、人を信じるのが難しい。	0	1	2	3	4
10	その人が亡くなってから、他の人を気遣うことができなくなったり、気遣おうとしてもその人と距離があるように感じてしまう。	0	1	2	3	4
11	亡くなった人がそうだったのと同じ身体の場所が痛くなったり、同じ症状があらわれたりする。	0	1	2	3	4
12	亡くなった人を思い出させるようなものをあえて避けるようにしている。	0	1	2	3	4
13	亡くなった人なしには、人生は空虚 ^{くうきよ} だと感じる。	0	1	2	3	4
14	亡くなった人が自分に話しかけている声が聞こえる。	0	1	2	3	4
15	亡くなった人が自分の前に立っているのが見える。	0	1	2	3	4
16	その人が亡くなっているのに、自分が生き続けているのはおかしいと感じる。	0	1	2	3	4
17	その人の死がとてつらく感じる。	0	1	2	3	4
18	親しい人を失ったことがない人たちをうらやましく思う。	0	1	2	3	4
19	その人が亡くなってから、かなりの時間をさみしいと感じている。	0	1	2	3	4

合計 _____ 点

※各項目の回答を、0→0点、1→1点、2→2点、3→3点、4→4点として、合計点を算出して下さい

この日本語版は Elsevier 社の許可を得て作成したものです

 原版論文：Prigerson HG, Maciejewski PK, Reynolds CF 3rd, et al. Inventory of Complicated Grief: a scale to measure maladaptive symptoms of loss. *Psychiatry Res* 1995; 59: 65-79

原版（英語版）：Holly Prigerson, Ph. D., Mark Miller, M. D., Charles F. Reynolds, III, M. D., Ellen Frank, Ph. D.

日本語版作成：中島聡美、伊藤正哉、白井明美、金吉晴

ICGの使用にあたって

複雑性悲嘆質問票（Inventory of Complicated Grief：ICG）は、Prigersonら（1995）によって開発された複雑性悲嘆の重症度を評価する尺度である（19項目5件法）。複雑性悲嘆研究において最も使用頻度の高い尺度である。しかし、持続性複雑死別障害（DSM-5）や遷延性悲嘆症（ICD-11）で提唱されている診断基準に合致しているものではない。

Prigersonらは、26点以上が複雑性悲嘆に該当するとしている。

診断にあたっては過去1カ月間での症状を評価することが勧められている。治療などで重症度の変化をみる場合には過去1週間において評価することも可能である。使用にあたって、目的に応じて、評価の期間を提示する必要がある。