

6

複雑性悲嘆の認知行動療法

複雑性悲嘆 (complicated grief) とは、死別後急性期にみられる激しい悲嘆が長期に持続し、強い心理的苦痛や社会機能の障害をきたしている状態である。ICD-11 (2019) や DSM-5-TR (2022) で、遷延性悲嘆症 (prolonged grief disorder)¹⁾として精神障害に位置づけられたことから、今後は医療での治療のニーズが高まることが予想される。

複雑性悲嘆の治療では、本ガイドラインの臨床疑問をみるとわかるように、現在のところ薬物療法は十分な有効性が示されておらず、複雑性悲嘆に焦点化した認知行動療法が有効であることが報告されている²⁾。これらの認知行動療法では、個人の対面の治療^{3,4)}や集団療法と個人療法を組み合わせたもの⁵⁾やインターネットを利用したプログラム⁶⁾などがある。

ここでは、代表的なプログラムとして米国の Shear らが開発した複雑性悲嘆の認知行動療法 (complicated grief treatment : CGT)⁴⁾を紹介する。CGT は、対人関係療法、曝露療法、動機づけ面接の要素を含む治療で、悲嘆の愛着理論と二重過程モデル (dual process model) に基づいている。二重過程モデルは、悲嘆のプロセスにおいて、悲しみに向き合うこと (喪失過程) と新しい生活に取り組むこと (回復過程) の2つを行き来しつつ生活することが重要であるとしている⁷⁾。

CGT の実施前に治療者は、患者について複雑性悲嘆が主な問題であることと、他に優先治療すべき重篤な精神疾患や生活上の問題をかかえていないかを確認する必要がある。複雑性悲嘆を有する人では75.2%がうつ病や心的外傷後ストレス障害 (PTSD) などの併存疾患をかかえているとされている⁸⁾。自殺行動を伴うなどの重度のうつ病や、侵入症状が著しい PTSD がある場合には悲嘆の治療に取り組むことは困難であるため、まずこれらの精神疾患の治療を行う必要がある。複雑性悲嘆の症状の評価では、重症度の評価が可能な自記式の評価尺度である Inventory of Complicated Grief (ICG)* を用いることで治療の効果を確認することができる。

CGT は週1回、計16回のセッションで、1回の実施時間は50~90分である。セッション1~3では、まず治療者と患者の信頼関係をしっかり形成することが大切となる。CGT における治療者と患者の関係は、「共に歩む関係」であり、治療者は患者が自ら治療に取り組めるように温かく伴走する。そのためには、患者の過去の愛着関係、故人との関係、死別の状況、死別後の生活についてしっかり把握する必要がある。また、悲嘆について理解すること (心理教育)、自分の悲嘆の変動やそのきっかけを知ること (悲嘆のモニタリング日誌)、故人のいない生活のなかで自分の目標を見つけるこ

* : ICG は Prigerson ら⁹⁾によって作成された19項目5件法の自記式の尺度である。日本語版 (P60 参照) は筆者らによって作成され、右記のウェブサイトから入手できる (http://plaza.umin.ac.jp/~jcgf/pages02_3/index.html)。Shear らは30点以上を治療対象としている。

と（目標ワーク）について学び、プログラムを通してこれらを実践する。複雑性悲嘆の患者は故人のことに没頭するあまり、他の愛着・養育関係にある人との関係が希薄になっていたり、また周囲の人から理解が得られていない場合がある。セッション3ではこのような重要な他者を招いて、複雑性悲嘆と治療について理解してもらい、共に歩む関係者になってもらう。

セッション4～9では、CGTの中核的な要素である再訪問（revisiting）が実施される。複雑性悲嘆の患者は、悲嘆のつらさから死の現実を受け入れることや死別にまつわる苦痛から回復することに対して回避しており、再訪問はそのような回避していることに自ら向き合ってもらうプログラムである。想像の再訪問（imaginal revisiting）は、亡くなったことを知った時のことを視覚的に想起してもらい、セッションのなかで語り、その録音を自宅で繰り返し聞いてもらう。このことによって、つらいことではあるけれども亡くなった事実を気持ちのうえでも認められるようになる。また、繰り返すことで激しい悲嘆の苦痛は徐々に和らいでいく。複雑性悲嘆の患者では故人のアルバムや遺品に触れることができなかつたり、お墓参りにも行けないということがある。状況再訪問（situational revisiting）は、このような避けていることの階層表を作成し、1つずつ取り組んでいくことで、大切な人の思い出に触れることができるようにする。また、自分をいたわったり楽しい感情を味わうことを回避している人も多いため、例えば、好きな喫茶店に行くなど、喜びや楽しみを味わうことにも取り組んでもらう。悲嘆が統合された形になるためには、故人との永続的な絆を形成することが重要だと考えられているが、それを促進するものとして、想像上の会話（imaginal conversation）がある。想像上の会話では、故人に伝えたいことを話し、故人だったらどう言うだろうかということ想像して、故人になったつもりで答えてもらう。このエクササイズは、遺族が苦しむことが多い罪悪感を考え直すうえでも有用である。「助けられなくて申し訳ない」という気持ちを故人に伝える人が多いが、故人になって考えることで、故人は自分を責めてはいないということに気づくことができる。セッション10で治療の経過や変化について振り返りを行い、後半にどのようなプログラムを実施していくか決めていく。

CGTは、前述した二重過程モデルに準拠した要素を構造化した形で組み入れた治療である。死別の苦痛に向き合うことは非常につらいことだが、回数が限定され構造化されたプログラムであるからこそ遺族は向き合うことができる。この治療は悲嘆のプロセスが進むことを助けるもので、そのため治療終了時には、回避していた悲しみをより強く感じることもある。しかし、悲しむことが病的なわけではない。故人だけでなく、周囲の大切な人とのつながりを回復し、自分の人生の意味を見出すことで、悲しみと共に前に進めるようになる。

（中島聡美）

■ 文 献

- 1) 金 吉晴. ICD-11におけるストレス関連症群と解離症群の診断動向. 精神誌 2021; 123: 676-83
- 2) Wittouck C, Van Autreve S, De Jaegere E, et al. The prevention and treatment of complicated

- grief: a meta-analysis. *Clin Psychol Rev* 2011; 31: 69-78
- 3) Boelen PA, de Keijser J, van den Hout, et al. Treatment of complicated grief: a comparison between cognitive-behavioral therapy and supportive counseling. *J Consult Clin Psychol* 2007; 75: 277-84
 - 4) Shear K, Frank E, Houck PR, et al. Treatment of complicated grief: a randomized controlled trial. *JAMA* 2005; 293: 2601-8
 - 5) Bryant RA, Kenny L, Joscelyne A, et al. Treating prolonged grief disorder: a randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry* 2014; 71: 1332-9
 - 6) Wagner B, Knaevelsrud C, Maercker A. Internet-based cognitive-behavioral therapy for complicated grief: a randomized controlled trial. *Death Stud* 2006; 30: 429-53
 - 7) Stroebe M, Schut H. The dual process model of coping with bereavement: rationale and description. *Death Stud* 1999; 23: 197-224
 - 8) 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
 - 9) 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

■ 参考文献

- 1) <https://prolongedgrief.columbia.edu/professionals/manual-tools/>
(CGTのマニュアルは本稿執筆時点で翻訳中であり、英語版を上記から入手できる)
- 2) キャサリン・シア著、伊藤正哉、中島聡美訳。遷延性悲嘆障害に対する複雑性悲嘆治療(CGT)。ウルリッヒ・シュニーダー、マリリン・クロワトル編。前田正治、大江美佐里監訳。トラウマ関連疾患心理療法ガイドブック-事例で見る多様性と共通性。誠信書房、東京、2017
(CGTについてのより詳しい説明は上記を参考にされたい)
- 3) 長引く悲嘆に悩んでいる方へ 複雑性悲嘆のための心理療法 (J-CGT, ENERGY) ウェブサイト <http://plaza.umin.ac.jp/~jcgt/index.html>
(日本でのCGTの研修や研究については上記を参考にされたい)

コラム 6

公認心理師によるグリーフケアの実践

グリーフとは、日本語で「悲嘆」を意味し、大切な人との死別などの喪失体験に基づいた深い悲しみなどのさまざまな感情の反応を指しています。悲嘆反応は、誰にでも起こりうる自然な反応ですが、人によっては感情の反応だけではなく、身体症状や社会的機能の障害として表れ、表現型は多様です。また、この反応は喪失対象との親密さと関連し、親密さがより大きいほど、より強いものと感じられたり、個人のなかで時間経過とともに感じ方が変化していくため、個別性が非常に高いことが知られています。

名古屋市立大学病院（以下、当院）では、悲嘆に関して苦悩する人が気持ちのつらさに関して相談することができる「グリーフケア外来」を2020年11月に開設しました。本コラムでは、当院におけるグリーフケア外来での経験について紹介します。

グリーフケアとは悲嘆に苦悩する人へ寄り添い支援することであり、喪失体験に接する機会がある全医療者に共通する普遍的な支援です。当院のグリーフケア外来では、公認心理師（以下心理師）がグリーフケアに従事しており、完全予約制の自由診療で行われています。このグリーフケア外来は、病院ホームページで広報されており、死因を問わず大切な人を亡くし、気持ちのつらさをかかえている遺族が自由にアクセスすることができる体制を整えています。

外来を受診した遺族に、まず心理師が悲嘆に関する苦悩を自由に語ってもよいことを伝え、遺族の感情表出を促すとともに、遺族の語りを丁寧に聴きながら、主訴やこれまでの経緯を確認します。心理師はできるだけ遺族の語りを妨げないよう心がけて聞いていきますが、遺族の経験した喪失体験を完全に追体験することは困難であるため、遺族の気持ちを察し、その方に寄り添い支える姿勢を大切に臨んでいます。また、心理師は、遺族の語る感情や認知体験が、誰にでも起こりうる自然な反応であることや、悲嘆と向き合うには時間を要することを保証し、その人なりの悲嘆への取り組み方について話し合っていきます。遺族にとっては、自身の体験している悲嘆を語るプロセスが、深い悲しみの渦中にある言葉にならない喪失体験を見つめ直し、気持ちを整理していく時間につながっています。

一方で、グリーフケアが提供されたとしても、遺族にとって喪失体験が心的な外傷体験として知覚され、言葉にすることで空虚感や罪責感、憤りなどの感情に直面し、一時的に遺族の苦悩を助長することがあります。そのため、当院での支援では、遺族の心理的な安全が確保された空間の提供と同時に、そのなかでその人自身の悲嘆と向き合うペースを尊重し、ケアを提供することを大切にしています。

また、グリーフケア外来を受診する人のなかには、「新しい自己を見つけ出したい」「故人とのつながりについて新しい意味を見つけ出したい」などと、故人との関係性を語るなかから、遺族自身の悲嘆に関わる課題に主体的に取り組みたいと考える遺族もいます。こうした遺族には、遺族自身の課題の対処に焦点を当て、遺族が大切な人を失った世界でそ

の人なりに生きていくことを共に考える、カウンセリングの場も提供しています。カウンセリングでの具体的な営みはグリーフケアで行われている関わりと変わりませんが、遺族の変容のプロセスには長い月日を要するため、遺族と課題や目的を再共有し進めていくことになります。心理師は、遺族が悲嘆を見つめ直し、深い悲しみの世界と日常生活の現実世界を行き来しながら、その人なりの生きていく価値を再構築していくことを支えていきます。

心理師が行っているこうしたグリーフケアにおいて、精神症状とその治療の必要性に関して、精神医学的な評価も併せて、継続的に行っています。遺族の希死念慮が切迫していたり、強い抑うつ症状を呈している場合、または複雑性悲嘆反応が遷延している場合には、遺族に精神症状の治療を受ける必要性を説明し、当院精神科で治療が受けられるよう調整を行っています。精神科医と定期的に連携を図りながら、薬物療法や入院治療などが必要な遺族を見落とさず、適切な治療を受けることができるよう常に心がけ支援に従事しています。

当院で心理師が行っているグリーフケアの実践について紹介しました。遺族のなかには悲嘆に関する苦悩を自由に表出することができる場が限られている人がいます。医療者は遺族の心理的な安全が確保され、遺族のペースで悲嘆を自由に語ることができる環境を提供することが求められています。医療者は長期にわたり寄り添い支えていく心構えをもち、それと並行して、遺族のニーズや精神症状を評価しながら支援することが大切であると考えています。

(伊藤嘉規)