

臨床疑問 1

がん等の身体疾患によって重要他者を失った（病因死）18歳以上の成人遺族が経験する、臨床的関与が必要な精神心理的苦痛に対して、非薬物療法を行うことは推奨されるか？

▶ 推奨文

がん等の身体疾患によって重要他者を失った（病因死）18歳以上の成人遺族が経験する、臨床的関与が必要な精神心理的苦痛として抑うつや悲嘆の軽減を目的に、非薬物療法を行うことを提案する。

■ 推奨の強さ：2（弱い）

■ エビデンスの確実性：C（弱い）

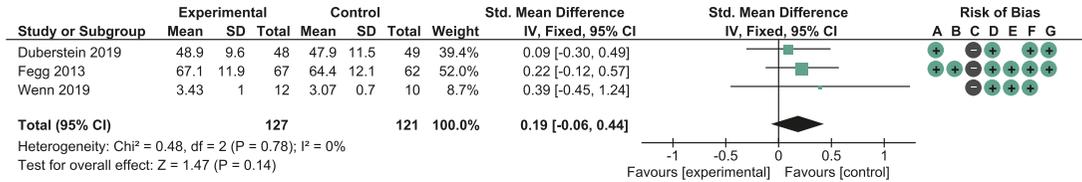
【採用文献の概要】

がん等の身体疾患によって重要他者を失った成人遺族においては、日常生活に支障をきたす抑うつ・不安・悲嘆などの精神心理的苦痛が強く持続する場合があります。本臨床疑問では、薬物療法以外の治療として、精神療法・心理社会的教育・カウンセリング・集団プログラムに加えて、リラクゼーション・心肺蘇生の立ち合い・お悔やみの手紙などの無作為化比較試験から検討されたエビデンスを基に、推奨度を提示した。

非薬物療法における知見はまだまだ乏しく、精神療法のみならず、リラクゼーションや音楽療法、アロマセラピー、運動療法などを含めて幅広く網羅的に検索を行うことで、非薬物療法全体のエビデンスを俯瞰し、遺族の心情や医療現場の状況に幅広く応用できる介入を抽出することを目的としている。実際の検索においては、がん等の身体疾患（病因死）によって重要他者を失った遺族が7割以上とする研究を対象として文献検索を行ったところ、25件¹⁻²⁵⁾の文献が抽出された。

これらを採用文献とし、エビデンス評価を行った。25件¹⁻²⁵⁾のうち、対象者をがん患者の遺族としたものが11件^{4-6,9,12,13,16,17,19,22,24)}、後天性免疫不全症候群（AIDS）患者の遺族としたものが2件^{8,11)}、認知症患者の遺族としたものが1件¹⁰⁾、複数の病因死の患者の遺族としたものが11件（死因が不明確の場合を含む）^{1-3,7,14,15,18,20,21,23,25)}であった。介入時期については、死別前の介入から死別後数年以内であり、介入内容は認知行動療法や死別に焦点を当てた精神療法、心理的サポートを含めた緩和ケアの介入など様々であった。採用論文の概要を一覧表にまとめて示す（表6、P77～80）。

ガイドライン作成グループは本臨床疑問の推奨の判断に重要なアウトカムとして、益である5つのアウトカム〔抑うつの改善、悲嘆の改善、不安の改善、QOL（quality of life：生活の質）の改善、PTG（posttraumatic growth：心的外傷後成長）の獲得〕と、害である1つのアウトカム（脱落率）に対して、各々のエビデンスを評価した。以下にガイドライン作成グループが重要と考えた順に評価結果を記載する。



Risk of bias legend

- (A) Random sequence generation (selection bias)
- (B) Allocation concealment (selection bias)
- (C) Blinding of participants and personnel (performance bias)
- (D) Blinding of outcome assessment (detection bias)
- (E) Incomplete outcome data (attrition bias)
- (F) Selective reporting (reporting bias)
- (G) Other bias

図5 QOLの改善に関するForest plotおよびRisk of Bias

ところ、非薬物療法群と対照群において有意な差を認めなかった(図5)。

これらの結果から、非薬物療法を行うことによる遺族のQOLの改善効果は示されなかった。

5) PTGの獲得〔エビデンスの確実性：評価なし〕

PTGをアウトカムとする論文は認められず、非薬物療法の推奨について判断ができなかった。

6) 脱落率〔エビデンスの確実性：評価なし〕

非薬物療法の忍容性の評価指標として、脱落率を候補としたが、研究ごとに脱落の定義が異なっていたり、あるいは記載が不明瞭であったりしたことから、脱落率のエビデンスの確実性に関する判断はできなかった。

【解説】

本臨床疑問の採用文献において、操作的診断基準に基づき診断された精神疾患をもつ者を対象とした研究は少なく、通常の悲嘆から複雑性悲嘆の診断を満たす悲嘆など、精神心理的苦痛の重症度には大きなばらつきがみられた。また介入の内容、介入時期、アウトカムの指標は多様であり、非薬物療法全体としての結論を出すには異質性が高いことがわかった。このことから、すべての遺族ではなく臨床的関与が必要な精神的苦痛をもつ遺族に対して専門的な介入を行うなど、参加対象者の予測される心理社会的問題や死別後の重症度に合わせて、介入期間や介入方法などを検討することが推奨される。

益と害のバランスをみると、益として、非薬物療法を提供することが、病因死による遺族の抑うつと悲嘆を改善させることが示された。一方、不安やQOLの改善は認められず、PTGや脱落については情報が不十分であった。

最後に、国内で遺族に対する非薬物療法を実施するための臨床適応性について、検討課題を整理する。

今回のシステマティックレビューにおいて、日本国内で実践された研究は採用され

なかった。ただし、無作為化比較試験で有効性が実証された Shear らによる複雑性悲嘆療法^{a)}や Wagner らによる筆記療法^{b)}は、国内実施に向けた研究が実施されつつある。また国内での遺族支援活動として、遺族外来の開設、緩和ケア病棟での手紙送付や追悼会の開催^{c)}などが実施されている。しかし、臨床活動に留まっているものも多く、無作為化比較試験などによる質の高い研究・効果検証が望まれる。日本特有の文化や死生観、患者の死因や遺族の苦痛の重症度に合わせた介入方法の検討、介入方法別の効果の違いの検証、今回の推奨の対象となっていない17歳以下の遺族に対する治療・ケアなどの研究も必要である。

以上より、国内で、遺族に対する非薬物療法を実施していくことの臨床適応性については多くの課題が残されており、本臨床疑問のレビューを踏まえてより効果的な遺族支援のあり方の検討を行うことも必要である（なお、国内で取り組まれている非薬物療法については、II章 総論 2-4「遺族への具体的な支援」、総論 3「遺族とのコミュニケーション」、コラム 2「社会/コミュニティ全体で遺族を支える」、総論 5「患者が生存中からの家族・遺族ケア」、コラム 3「遺族ケアにつながる患者や家族へのケアとは」、III章-5「自死遺族支援」に記載しているため参照されたい）。

これらのことから、本ガイドラインでは、がん等の身体疾患によって重要他者を失った（病因死）18歳以上の成人遺族が経験する重篤な精神心理的苦痛（抑うつ・悲嘆）の軽減を目的に、非薬物療法を行うことを提案する。しかし、前述したように介入のタイプが様々であり、特定の精神療法を推奨するには至らず、今後、どのような心理社会的支援が有効なのかを検証するための質の高い臨床研究が必要であることが示された。

（久保田陽介，竹内恵美，浅井真理子，加藤雅志）

II 文献

- 1) Bryant RA, Kenny A, Joscelyne A, et al. Treating prolonged grief disorder: a randomized clinical trial. *JAMA psychiatry* 2014; 71: 1332-9
- 2) Buck HG, Cairns P, Emechebe N, et al. Accelerated resolution therapy: randomized controlled trial of a complicated grief intervention. *Am J Hosp Palliat Care* 2020; 37: 791-9
- 3) Chow AYM, Caserta M, Lund D, et al. Dual-Process Bereavement Group Intervention (DPBGI) for widowed older adults. *Gerontologist* 2019; 59: 983-94
- 4) Dionne-Odom JN, Azuero A, Lyons KD, et al. Family caregiver depressive symptom and grief outcomes from the ENABLE III randomized controlled trial. *J Pain Symptom Manage* 2016; 52: 378-85
- 5) Duberstein PR, Maciejewski PK, Epstein RM, et al. Effects of the values and options in cancer care communication intervention on personal caregiver experiences of cancer care and bereavement outcomes. *J Palliat Med* 2019; 22: 1394-400
- 6) Fegg MJ, Brandstätter M, Kögler M, et al. Existential behavioural therapy for informal caregivers of palliative patients: a randomised controlled trial. *Psychooncology* 2013; 22: 2079-86
- 7) García JA, Landa V, Grandes G, et al. Effectiveness of "primary bereavement care" for widows: a cluster randomized controlled trial involving family physicians. *Death Stud* 2013; 37: 287-310
- 8) Goodkin K, Blaney NT, Feaster DJ, et al. A randomized controlled clinical trial of a bereavement support group intervention in human immunodeficiency virus type 1-seropositive and -seronegative homosexual men. *Arch Gen Psychiatry* 1999; 56: 52-9
- 9) Guldin MB, Vedsted P, Jensen AB, et al. Bereavement care in general practice: a cluster-randomized clinical trial. *Fam Pract* 2013; 30: 134-41

- 10) Haley WE, Bergman EJ, Roth DL, et al. Long-term effects of bereavement and caregiver intervention on dementia caregiver depressive symptoms. *Gerontologist* 2008; 48: 732-40
- 11) Hansen NB, Tarakeshwar N, Ghebremichael M, et al. Longitudinal effects of coping on outcome in a randomized controlled trial of a group intervention for HIV-positive adults with AIDS-related bereavement. *Death Stud* 2006; 30: 609-36
- 12) Holm M, Årestedt K, Öhlen J, et al. Variations in grief, anxiety, depression, and health among family caregivers before and after the death of a close person in the context of palliative home care. *Death Stud* 2020; 44: 531-9
- 13) Hudson P, Trauer T, Kelly B, et al. Reducing the psychological distress of family caregivers of home based palliative care patients: longer term effects from a randomised controlled trial. *Psychooncology* 2015; 24: 19-24
- 14) Jabre P, Tazarourte K, Azoulay E, et al. Offering the opportunity for family to be present during cardiopulmonary resuscitation: 1-year assessment. *Intensive Care Med* 2014; 40: 981-7
- 15) Kentish-Barnes N, Chevret S, Champigneulle B, et al. Effect of a condolence letter on grief symptoms among relatives of patients who died in the ICU: a randomized clinical trial. *Intensive Care Med* 2017; 43: 473-84
- 16) Lieberman MA, Yalom I. Brief group psychotherapy for the spousally bereaved: a controlled study. *Int J Group Psychother* 1992; 2: 117-32
- 17) Litz BT, Schorr Y, Delaney E, et al. A randomized controlled trial of an internet-based therapist-assisted indicated preventive intervention for prolonged grief disorder. *Behav Res Ther* 2014; 61: 23-34
- 18) MacKinnon CJ, Smith NG, Henry M, et al. Reconstructing meaning with others in loss: a feasibility pilot randomized controlled trial of a bereavement group. *Death Stud* 2015; 39: 411-21
- 19) McCorkle R, Robinson L, Nuamah I, et al. The effects of home nursing care for patients during terminal illness on the bereaved's psychological distress. *Nurs Res* 1998; 47: 2-10
- 20) Nam IS. Effects of psychoeducation on helpful support for complicated grief: a preliminary randomized controlled single-blind study. *Psychol med* 2016; 46: 189-95
- 21) Overbeek A, Korfage IJ, Hammes BJ, et al. Experiences with and outcomes of Advance Care Planning in bereaved relatives of frail older patients: a mixed methods study. *Age Ageing* 2019; 48: 299-306
- 22) Ringdal GI, Jordhøy MS, Ringdal K, et al. The first year of grief and bereavement in close family members to individuals who have died of cancer. *Palliat Med* 2001; 15: 91-105
- 23) Sandler I, Tein JY, Cham H, et al. Long-term effects of the Family Bereavement Program on spousally bereaved parents: grief, mental health problems, alcohol problems, and coping efficacy. *Dev Psychopathol* 2016; 28: 801-18
- 24) von Heymann-Horan A, Bidstrup P, Guldin MB, et al. Effect of home-based specialised palliative care and dyadic psychological intervention on caregiver anxiety and depression: a randomised controlled trial. *Br J Cancer* 2018; 119: 1307-15
- 25) Wenn JA, O'Connor M, Kane RT, et al. A pilot randomised controlled trial of metacognitive therapy for prolonged grief. *BMJ Open* 2019; 9: e021409

■ 参考文献

- a) Shear K, Frank E, Houck PR, et al. Treatment of complicated grief: a randomized controlled trial. *JAMA* 2005; 293: 2601-8
- b) Wagner B, Knaevelsrud C, Maercker A. Internet-based cognitive-behavioral therapy for complicated grief: a randomized controlled trial. *Death Stud* 2006; 30: 429-53
- c) 坂口幸弘, 恒藤暁, 柏木哲夫, 他. わが国のホスピス・緩和ケア病棟における遺族ケアの提供体制の現状. *心身医* 2004; 44: 697-703

表 6 臨床疑問 1 : 採用文献の概要

著者 (国) 年	対象		介入		評価 (尺度, 介入効果)**			
	続柄, CG など	死因*	内容	手段 形態 開始時期	抑うつ	悲嘆	不安	QOL
Bryant (オーストラリア) 2014 ¹⁾	クリニックを受診した PGD の基準を満たす遺族, 80 名	病死 (74%)	悲嘆に焦点を当てた認知行動療法 + 曝露療法 (対照群は, 認知行動療法ののみ実施)	・対面 ・グループ + 個人 ・死別後	BDI-II : CBT + 曝露群が低い	ICG : CBT + 曝露群が低い		WHOQOL-BREF 心理, 社会 : CBT + 曝露群が高い
Buck (アメリカ) 2020 ²⁾	CG または PTSD の診断基準を満たしていたホスピスの介護者, 54 名	ホスピスで死亡	ART	・対面 ・個人 ・死別後	CES-D : 介入群の前後差が大きい	ICG : 介入群の前後差が大きい		
Chow (香港) 2019 ³⁾	配偶者を亡くした遺族 60 歳以上, ICG > 22, 215 名	慢性疾患など (94% が病死)	Dual Process Model を適用した死別グループ (DPBGI) [対照群は喪失志向モデルの死別グループ (LOBGI)]	・対面 ・グループ ・死別後	HADS-D : DPBGI 群が低い	ICG : DPBGI 群が低い	HADS-A : DPBGI 群が低い	
Dionne-Odom (アメリカ) 2016 ⁴⁾	家族介護者, 44 名	がん	The ENABLE CG Caregiver intervention (生前からの遠隔医療介入, 遺族への電話) 早期群 (診断から 60 日以内に介入開始) vs. 遅延群 (診断から 12 週間以上に介入開始)	・電話 ・個人 ・生前・死後	CES-D : 早期群が低い	PG-13 (自己評価) : 早期群が低い		
Duberstein (アメリカ) 2019 ⁵⁾	平均予後予測 9 ~ 12 カ月のステージ 4 の非血液がんまたはステージ 3 がん患者, 204 名	がん	VOICE 介入 : 患者と家族へのコーチング介入, がん治療に関する小冊子の提供とそれに関する疑問への対応, その対応を行うオンラインコーストへのトレーニング (DVD や模擬授業)	・対面 ・患者と家族 ・生前	PHQ-9 : 介入群が低い	PG-13 : 介入群が低い	GAD (7 カ月後) : 介入群が低い	SF-12 : 介入群が高い
Fegg (ドイツ) 2013 ⁶⁾	緩和ケア患者の介護者, 160 名	がん等	実存的行動療法 (EBT) : マインドフルネス, セルフケア, 個人の価値など	・対面 ・グループ ・生前	BSI-D : 介入群が低い		BSI-A : 介入群が低い	SWLS, WHO-QOL-BREF, QOL-NRS : 介入群が高い
Garcia (スペイン) 2013 ⁷⁾	死別後 3 カ月以内の未亡人, 遺族 44 名	自殺と AIDS 以外	トレーニングを受けた家庭医による介入 (PBC)	・対面 ・個人 ・死別後	TRIG および GEI : 介入群が低い			SF36 : 身体機能などは介入群が高い

(つづく)

表6 臨床疑問1：採用文献の概要（つづき）

著者(国) 年	対象		介入			評価(尺度, 介入効果)**			
	続柄, CG など	死因*	内容	手段 形態 開始時期	抑うつ	悲嘆	不安	QOL	
Goodkin (アメリカ) 1999 ⁸⁾	死別した HIV-1 陽性および陰性の男性, 166 名	AIDS	死別支援グループ介入	・対面 ・グループ ・死別後	HRSD: 群間差なし	TIG: 介入群が低い	HARS: 群間差なし		
Guldin (デンマーク) 2013 ⁹⁾	死別した患者の近親者, 402 名	がん	GP/患者双方へのパンフレット送付	・送付 ・個人 ・死別後	BDI-II: 介入群が低い	ICG-R: 介入群が高い			
Haley (アメリカ) 2008 ¹⁰⁾	認知症患者の介護者, 254 名	認知症	カウンセリングとサポートグループ	・対面 ・個人と家族 ・生前	GDS: 介入群が低い				
Hansen (アメリカ) 2006 ¹¹⁾	愛する人と死別した HIV 陽性者, 267 名	AIDS	グループコーピング介入(半構造化認知行動療法+サポートグループ)	・対面 ・グループ ・死別後		GRI: 介入群が低い		FAHI: 介入群が高い	
Holm (スウェーデン) 2020 ¹²⁾	在宅緩和ケアにかかると家族介護者, 117 名	がん等	心理教育と家族介護者のニーズに合わせた支援	・対面 ・個人 ・生前	HADS-D: 群間差なし	TRIG-II: 介入群が低い	HADS-A: 群間差なし		
Hudson (オーストラリア) 2015 ¹³⁾	在宅緩和ケアを受けていたがん患者の遺族, 300 名	がん	生前の家族介入(標準的な緩和ケア+介入マニキュアルに沿った心理教育など) 介入形態によって3群に分類	・対面と電話 ・個人 ・生前	GHQ12(合計): 訪問と電話1回ずつの群が低い				
Jabre (フランス) 2014 ¹⁴⁾	救急医療機関で死別した遺族, 570 名	限定せず	心肺蘇生に立ち会った選択を与える	・対面 ・個人 ・生前	HADS-D: 介入群が低い MINI によるうつ病エピソード評価: 介入群が低い	ICG: 介入群が低い	HADS-A: 介入群が低い		
Kentish-Barnes (フランス) 2017 ¹⁵⁾	ICU で亡くなった患者の遺族, 242 名	病院で死亡	お悔やみの手紙	・手紙 ・個人 ・死別(2週間)後	HADS-D: 介入群が高い	ICG: 介入群が高い			

(つづく)

表6 臨床疑問1：採用文献の概要（つづき）

著者(国) 年	対象		介入		評価(尺度, 介入効果)**			
	続柄, CGなど	死因*	内容	手段 形態 開始時期	抑うつ	悲嘆	不安	QOL
Lieberman & Yaom (アメリカ) 1992 ⁽⁶⁾	配偶者を亡くした 遺族, 105名	がん	喪失初期の簡易グループ心理 療法	・対面 ・グループ ・死別後	Hopkins Symptom Checklist-D: 介 入群の前後差が 小さい	独自のチェック リスト (Guilt, Anger, Grief): 群間差なし	Hopkins Symptom Checklist-A: 介 入群の前後差が 小さい	
Litz (アメリカ) 2014 ⁽⁷⁾	がんセンターで 3, 4カ月前に亡く なった患者の遺族 (PGD有), 87名	がん	セラピストによるオンライン セッション (HEAL)	・Web サイト, E-mail, 電話 ・個人 ・死別後	BDI-II: 介入群 が低い	PG-13: 介入群 が低い	BAI: 介入群が 低い	
Mackinnon (カナダ) 2015 ⁽⁸⁾	通常の悲嘆の遺族 (CG除外), 26名	大学病院で 死亡	意味に基づいたグループカウ ンセリング (MBGC)	・対面 ・グループ ・死別後	CES-D: 介入群 が低い	RGEIおよび HGRC: 介入群 が低い	STAI: 介入群が 低い	
McCorkle (アメリカ) 1998 ⁽⁹⁾	肺がん患者の配偶 者, 46組の夫婦	がん	看護師による OHC (oncology home care), 対照群として, SHC (standard home care) と OC (office care) の2群	・対面 ・患者と配偶者 ・生前	BSI-D: OHC 群 が最も低い		BSI-A: OHC 群 が最も低い	
Nam (韓国) 2016 ⁽²⁰⁾	死別支援センター でリクルートされ た配偶者や友人を 亡くした人, 42名	自然死 (76%)	心理社会的支援+CGに関する 心理教育	・対面 ・個人, 集団 ・死後	CES-D: 介入群 が低い	ICG: 介入群が 低い		
Overbeek (オランダ) 2019 ⁽²¹⁾	虚弱な老年患者, 39名	限定せず	アドバンス・ケア・プランニ ング (ACP)	・対面 ・個人 ・生前	HADS-D: 群間 差なし		HADS-A: 群間 差なし	
Ringdal (ノルウェー) 2001 ⁽²²⁾	終末期のがん患者 の家族, 434名	がん	包括的緩和ケア	・対面 ・個人 ・生前・死後	TRIG: 群間差 なし			
Sandler (アメリカ) 2016 ⁽²³⁾	死別した配偶者と 子供, 131名	病死 (72%)	家族死別プログラム (FBP)	・対面 ・グループ(親と子供) ・死別後	BDI: 介入群が 低い(6年後)	TRIG: 介入群 が低い(6年後)		

(つづく)

表 6 臨床疑問 1：採用文献の概要（つづき）

著者(国) 年	対象		介入		評価(尺度, 介入効果)**			
	続柄, CG など	死因*	内容	手段 形態 開始時期	抑うつ	悲嘆	不安	QOL
von Heymann+Horan (デンマーク) 2018 ⁽²⁴⁾	大学病院の腫瘍科 に通院中の患者と 家族, 258 名	がん	患者・家族のニーズベースの 心理的介入と在宅専門緩和ケ アの促進(Domus intervention)	・対面 ・患者と配偶者 ・生前から死別後	SCL-92 (うつつ 下位尺度): 介入 群が低い	SCL-92 (不安の 下位尺度): 介入 群が低い	不安	
Wenn (アメリカ) 2019 ⁽²⁵⁾	遷延性悲嘆症状を 呈する遺族, 22 名	事故死以外 (83%)	グループメタ認知悲嘆療法 (MCGT)	・対面 ・グループ ・死別後	DASS-D: 介入 群が低い	PG-13: 介入群 が低い	DASS-A: 介入 群が低い	Q-LES-Q-18: 介 入群が高い

* 身体疾患による病因死が 70%以上である文献のみを採用。割合が不明確の場合はレビューアの協議のもとで判断した。

** 注意 1: 測定時期は介入後最も早い時期, 注意 2: 抑うつ, 悲嘆, 不安は低いほど, QOL は高いほど健康, 注意 3: 解析方法は群間比較, 分散分析(群×時間の交互作用など), 効果量な
ど研究により異なる

[尺度用語]

BAI : Beck Anxiety Inventory, BDI (-II) : Beck Depression Inventory (-II), BSI (-A, -D) : Brief Symptom Inventory (-Anxiety, -Depression), CES-D (CESD) : Center for Epidemiologic Studies Depression Scale, DASS21 : The Depression Anxiety Stress Scales-21, DASS (-A, -D) : Depression Anxiety Stress Scale (-Anxiety, -Depression), FAHI : Functional Assessment of HIV Infection, GAD : Generalized Anxiety Disorder, (R) GEI : (Revised) Grief Experience Inventory, GDS : Geriatric Depression Scale, GHQ12 (28) : General Health Questionnaire 12 (28), GRI : Grief Reaction Index, HADS (-A, -D) : Hospital Anxiety and Depression Scale (-Anxiety, -Depression), HARS : Hamilton Anxiety Rating Scale, HGRC : Hogan Grief Reaction Checklist, HRSD : Hamilton Rating Scale for Depression, ICG (-R) : Inventory of Complicated Grief (-Revised), IES-R : Impact of Event Scale-Revised, NRS : Numerical Rating Scale, MINI : Mini-International Neuropsychiatric Interview, PG-13 : Prolonged Grief-13, PHQ-9 : Patient Health Questionnaire, Q-LES-Q-18 : Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire-18, SCL-90-R : The Symptom Check List-90-R, SCL-92 : Symptom Checklist-92, SF-12 (36) : International Quality of Life Assessment Short Form-12 (36), SIGH-AD : The Structured Interview Guide for the Hamilton Anxiety and Depression rating scale, STAI : State-Trait Anxiety Inventory, SWLS : Satisfaction with Life Scale, TIG : Texas Inventory of Grief, TRIG : Texas Revised Inventory of Grief

[プログラム名: 介入方法]

ART (Accelerated Resolution Therapy) : トラウマ・遷延性悲嘆の治療として, 目を左右に動かしながら出てきたストーリーに集中し, イメージの曝露などを行い, 心理的苦痛の軽減や除去を図る介入。
 DPBG (Dual Process model Bereavement Group Intervention) : Stroebe らの「二重過程モデル」(P15 参照) の喪失志向の対処, 回復志向の対処, 揺らぎの 3 要素を扱うグループ介入。対
 照群は LOBGI (Loss-Oriented bereavement group intervention) で喪失志向の対処のみ。

The ENABLE (Educate, Nurture, Advice, Before Life-Ends) CG intervention : 緩和ケア早期からのガイドブックを利用した看護師による情報提供・電話サポート・問題解決療法など。

The VOICE (Values and Options in Cancer Care) intervention : 腫瘍医によるコーチングと電話による医療者とのコミュニケーションを促進する生前からの介入。

EBT (Existential behavioral therapy) : セルフケアの確立と人生の意味を見出すことに焦点を当てたグループ行動療法。

PBC (Primary Bereavement Care) : 標準的な死別の介入方法が書かれたマニュアルを用い, 関係性や心理教育的な支援に重点を置いた対面式の介入。

HEAL (Healthy Experiences After Loss) : インターネットを利用したセラピストによる認知行動療法を用いた複雑性悲嘆の予防的介入。

MBGC (Meaning-Based Grief Counseling) : 死別後の人生がより首尾一貫した目的のあるものになるよう促すグループカウンセリング。

FBP (Family Bereavement Program) : 死別後の親, 子ども, 青年の各集団に対して, グループと個人セッションを組み合わせた介入方法。

Domus intervention : 患者のケアの焦点を病院から自宅や地域社会に移す臨床プログラム。

MCGT (Metacognitive Grief Therapy) : 反芻など無益な思考プロセスに焦点を当て修正を行う長期の CG をかかえる人のためのグループ療法。