

緩和ケア病棟で家族を亡くした遺族における 悲嘆症状の体験：持続性複雑死別障害，遷延性 悲嘆障害，複雑性悲嘆に含まれる症状からの検討

伊藤 正哉*

サマリー

さまざまな研究者が悲嘆に関連した病態としての概念や操作的定義を提示し、それらの臨床的な有用性が議論されている。本研究では、精神疾患として悲嘆を定義する代表的な診断基準（持続性複雑死別障害、遷延性悲嘆障害、複雑性悲嘆）の各症状を測定できる複雑性悲嘆質問票を用いて、緩和ケア病棟において家族らを亡くした遺族が体験している症状の体験状況を検討した。緩和ケア施設に関する遺族 1,087 名に調査票が発送

され、671 名より回収された（回収率 61.7%）。各診断に含まれる項目の体験割合を算出したところ、①各診断基準の B 基準に含まれる症状は他の症状に比較して体験されやすいこと、② C 基準に含まれる症状にはばらつきがあり、特に複雑性悲嘆の診断では幅広い臨床症状が含まれていること、③診断基準に記載されていない悲嘆症状にも臨床的な留意が必要なこと、が示唆された。

目 的

強い悲嘆反応の持続は遺族の生活上の支障につながる。死別後一定期間経過しても持続し、臨床的関与が必要である強い悲嘆反応は、複雑性悲嘆（Complicated Grief；以下、CG）と呼ばれ研究されてきた。米国精神医学会による「精神疾患の診断・統計マニュアル（DSM-5）」では持続性複雑死別障害（Prolonged Complex Bereavement Disorder；以下、PCBD）が研究用の診断基準として提示さ

れ¹⁾、世界保健機関による国際疾病分類（ICD-11）では精神疾患として遷延性悲嘆障害（Prolonged Grief Disorder；以下、PGD）の診断基準の導入がされた。PGD と CG の診断基準の有用性については長らく議論があり、DSM-5 の PCBD は PGD と CG の診断基準を折衷するようなかたちで作成された。PCBD や PGD 基準では生活に支障を来す患者の多く（約 50%）が見過ごされると指摘される²⁾。一方で、CG 概念を PCBD や PGD 基準とは異質なものとして批判するデータも提

*国立精神・神経医療研究センター（研究担当者）

示されている³⁾。このような背景から、CozzaらはPCBD、PGD、CGというすでに提案されている診断基準における症状を網羅的に測定できるように、複雑性悲嘆質問票（Complicated Grief Questionnaire；以下、CGQ）を作成している。本報告書では、緩和ケア病棟において家族らを亡くした遺族を対象としてCGQを用いた調査により、さまざまな診断基準に含まれる症状がどの程度遺族において体験されているのかを検討することとした。

結 果

本付帯研究においては、緩和ケア施設に関する遺族1,087名に発送され、671名より回収された（回収率61.7%）。以降の解析では、各項目に回答されたすべてのデータを用いた。回答者の平均年齢は62.02歳（ $SD = 12.03$ ）であり、男性355名、女性316名であった。遺族との関係では、自身の子ども（240名、35.8%）、配偶者（226名、33.7%）、婿・嫁（33名、4.9%）、兄弟姉妹（32名、4.8%）、自身の親（12名、1.8%）、その他（15名、2.2%）、欠測（113名、16.8%）であった。

表1には、複雑性悲嘆質問票の各項目と、それらの項目に対応すると考えられる各診断基準の項目、本調査によって得られた遺族の平均値、標準偏差、該当割合（5件法のうち3点以上と答えた割合）を示した。該当割合をみると、項目1「大切なその人を強く慕い、会いたいとおもい焦がれる強い気持ち」では約75%、項目2「大切な人が亡くなったことによる強い悲しみと感情的な痛み」では約65%の遺族がこれらを体験しており、最も割合が高かった。ほかにも、PCBDやCG基準においてB基準に含まれる項目5「大切な人が亡くなったことによる強い孤独感」、項目3「大切な人についての思考やイメージで、それによりなにかをしたり、他のことを考えることが難しくなる」でもそれぞれ50%、31.7%と比較的体験割合が高かった。

一方で、各診断基準においてC基準に含まれる項目は総じて体験割合が低い傾向にあった。最

も割合が高かったのは31.4%の項目8「死にまつわる出来事についての困難な考え（例えば、大切な人がなくなった経過、理由、時期についての考え）」であり、最も低かったのは6.2%の項目24「故人がもっていたのと似たようなからだの痛みや症状を感じる、故人の声が聞こえたり、故人が目に見える」であった。

どの診断基準にも含まれていない項目として、項目6「大切な人が亡くなった後の人生についての不公平感、意味のなさ、耐えられなさ」、項目23「大切な人とともに、自分の一部も失ったような気持ち」もそれぞれ体験割合が上位に位置していた（それぞれ33.0%、27.9%）。

主観的苦痛度を問う項目27「この1カ月で、全体として、悲嘆はどの程度苦痛に感じましたか？」の平均値は1.81（ $SD = 0.91$ 、該当割合20.4%）、生活上の機能障害を問う項目28「この1カ月、生活に支障を与えるくらいの悲嘆の症状をどのくらいひんぱんに体験しましたか？」の平均値は1.57（ $SD = 0.88$ 、該当割合12.5%）であった。また、上記2項目のどちらにも該当した遺族は52名（9.5%）であった。

考 察

本研究では、精神疾患としての悲嘆を定義するさまざまな診断基準（持続性複雑死別障害、遷延性悲嘆障害、複雑性悲嘆）の各症状を測定できる複雑性悲嘆質問票を用いて、緩和ケア病棟において家族らを亡くした遺族が体験している症状に関して検討した。その結果、各診断基準においてB基準に含まれる項目（故人への思慕、悲嘆の痛み）は遺族全般において、他の症状に比較して体験されていることが示された。

一方で、C基準に含まれる項目には体験割合が6%から30%までばらつきが見られた。持続性複雑死別障害や遷延性悲嘆障害では15%～22%の体験割合に収まる症状がC基準に含まれている。一方で、複雑性悲嘆においてはC基準の中でも項目25「故人を近くに感じれるようなものを見たり、聞いたり、匂いを嗅いだりしたいという気

表1 複雑性悲嘆質問表の各項目とそれに対応する各診断基準の項目、および遺族の平均値と標準偏差 (SD)

項目	PCBD	PGD	CG	平均値	標準偏差	該当%
1 大切なその人を強く慕い、会いたいとおもい焦がれる強い気持ち	B 1	B 1	B 1	3.07	1.04	74.9
2 大切な人が亡くなったことによる強い悲しみと感情的な痛み	B 2	B 1		2.88	1.05	65.4
3 大切な人についての思考やイメージで、それによりなにかをしたり、他のことを考えることが難しくなる	B 3		B 4	2.15	0.94	31.7
4 大切な人やその死に関連する、繰り返される嫌な夢				1.63	0.82	13.3
5 大切な人が亡くなったことによる強い孤独感			B 2	2.59	1.25	50.0
6 大切な人が亡くなった後の人生についての不公平感、意味のなさ、耐えられなさ				2.10	1.09	33.0
7 大切な人を見つけ、一緒にいたいと思って、自分も死にたくなる	C 7		B 3	1.42	0.77	9.7
8 死にまつわる出来事についての困難な考え（例えば、大切な人が亡くなった経過、理由、時期についての考え）	B 4		C 1	2.05	1.09	31.4
9 信じられない気持ち、または、大切な人が本当に亡くなったのだという現実を受け入れられない気持ち	C 1	C 2	C 2	2.11	1.08	31.3
10 死についてのショック、ぼう然、感情的な麻痺がいまもある	C 2	C 7, C 9	C 3	1.73	0.93	19.7
11 大切な人とのよかった記憶を思い出すことが難しい	C 3			1.72	0.91	15.5
12 喪失に対する苦々しい気持ちや怒り	C 4	C 5	C 4	1.86	0.99	22.2
13 大切な人やその死に関連した、自分に対する否定的な考え（例えば、故人を失望させている、故人なしにはなにもできない）	C 5		C 1	1.82	0.94	21.1
14 大切な人やその喪失を思い出させるものにたいする強い身体的・感情的な反応			C 7	1.88	0.93	23.4
15 大切な人やその喪失を思い出させるものを避けたいという強い気持ち	C 6	C 3	C 8	1.83	0.92	21.0
16 以前はふつうにしていたことで、故人なしにそれをしたくない、その人の死以来つらすぎるという理由で、なにか物事をしなくなった	C 6	C 3	C 8	1.84	1.02	22.4
17 喪失のために、他の人を信頼したり気にかけることが難しくなった	C 8	C 4	C 5	1.59	0.80	11.5
18 同じような喪失を体験したことがない人たちへの強いうらやみ			C 5	1.45	0.79	8.9
19 喪失のために、ひとりぼっちと感じ、他の人たちとのつながりを感じられない	C 9			1.67	0.93	16.8
20 大切な人なしには、人生は意味がなく、むなしという気持ち	C10	C 8	B 2	1.85	1.08	21.9
21 故人なしには自分にはなにもできず、生活できないという気持ち				1.65	0.93	14.3
22 大切な人を亡くして以来、人生における自分の役割や、自分が何者であるかについての混乱	C11	C 1		1.72	0.92	18.2
23 大切な人とともに、自分の一部も失ったような気持ち				2.05	1.11	27.9
24 故人がもっていたのと似たようなからだの痛みや症状を感じる、故人の声が聞こえたり、故人が目に見える			C 6	1.42	0.68	6.2
25 故人を近くに感じれるようなものを見たり、聞いたり、匂いを嗅いだりしたいという気持ち			C 8	1.87	1.04	23.6
26 大切な人を亡くしたことによる、楽しいことをしたり、将来の計画を立てることの困難	C12	C 6		1.93	1.09	26.0
27 この1カ月で、全体として、悲嘆はどの程度苦痛に感じましたか？				1.81	0.91	20.4
28 この1カ月、生活に支障を与えるくらいの悲嘆の症状をどのくらいひんばんに体験しましたか？				1.57	0.88	12.5

注) それぞれの診断基準への該当は Cozza, et al.(2016) をもとに作成

略語 PCBD: 持続性複雑死別障害, PGD: 遷延性悲嘆障害, CG: 複雑性悲嘆

持ち」や項目14「大切な人やその喪失を思い出させるものにたいする強い身体的・感情的な反応」といった比較的体験割合の高い症状（それぞれ23.6%, 23.4%）から、項目18「同じような喪失を体験したことがない人たちへの強いうらやみ」や項目24「故人がもっていたのと似たようなか

らだの痛みや症状を感じる、故人の声が聞こえたり、故人が目に見える」といった体験割合に低い症状（それぞれ8.9%, 6.2%）までを含んでいた。これらから、持続性複雑死別障害や遷延性悲嘆障害に比して、複雑性悲嘆はさまざまな臨床症状を多様に含む基準であることが確認できる。言い換

えると、遷延性悲嘆障害や持続性複雑死別障害の
ほうが診断に必要な項目が限定されており、その
結果として複雑性悲嘆よりも該当割合が低くなる
という先行研究の知見と一貫するものと捉えられ
る。

どの診断基準にも該当しない項目（6, 23）で
も一定程度の体験割合が認められた。このことか
ら、遺族の悲嘆症状を理解するためには、診断基
準に明記されている以外の症状にも注意を向ける
必要があると考えられる。

最後に参考として、悲嘆症状による全般的苦痛
度（項目 27）と機能障害（項目 28）の双方に該
当したのは 9.5%であった。どの基準でも両項目
は必須となるため、どの診断基準を採用したとし
ても、この値が最大での有病割合として見積もら
れる。

まとめ

本調査から、緩和ケア病棟において家族らを亡
くした遺族における悲嘆に関連する症状の体験状
況について、一定の示唆が得られた。すなわち、
①各診断基準の B 基準に含まれる症状は他の症
状に比して体験されやすいこと、② C 基準に含
まれる症状にはばらつきがあり CG 基準には幅広
い臨床症状が含まれていること、③診断基準に記
載されていない悲嘆症状にも臨床的な留意が必要

なこと、である。本研究では Cozza らの定義に
従って分類²⁾したが、今後はその後に修正提案さ
れている遷延性悲嘆障害の基準も含め、それぞれ
の診断アルゴリズムを比較する必要がある。

文 献

- 1) American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual-5*. Washington DC : American Psychiatric Association. (2013)
- 2) Cozza SJ, Shear MK, Reynolds CF, et al. Optimizing the clinical utility of four proposed criteria for a persistent and impairing grief disorder by emphasizing core, rather than associated symptoms. *Psychological Medicine* 2016 ; 1-8.
- 3) Maciejewski PK, Maercker A, Boelen PA, Prigerson HG. "Prolonged grief disorder" and "persistent complex bereavement disorder", but not "complicated grief", are one and the same diagnostic entity : an analysis of data from the Yale Bereavement Study. *World Psychiatric Association (WPA)* 2016 ; 15 (3) : 266-275.

〔付帯研究担当者〕

中島聡美（武蔵野大学）、藤澤大介（慶応義塾大学）、
竹林由武（福島県立医科大学）、Angela Ghesquiere
（Hunter College of the City University of New York）