

## グリーフケア

河合千恵子\*

### **A brief outline of theories and approaches to caring of the bereaved**

Chieko KAWAII: Tokyo Metropolitan Institute of Gerontology

abstract

For most people, bereavements are painful experiences and the needs for care that mitigates grief for the bereaved is in high demand. However there are not enough CARE systems for the bereaved in Japan. The purpose of this paper is to review theories that support bereavement care and approaches to caring of the bereaved.

There are three theories in explaining the mechanism of reactions the bereaved have. They are the stage model, the task model and the model derived from cognitive behavioral theory of depression.

There are four approaches to care of bereavement. One of them is grief counseling in which counselors help clients in overcoming his/her grief over the bereavement. The second approach is grief counseling in group. By sharing their bereavement experiences in groups, a normal grief process can be promoted and interaction within the group members contributes the grief mitigation. The third approach is grief therapy, in which therapists find out and exclude the obstacles that are preventing the mourning process and facilitate the process of mourning. The last is the educational approach. By offering the bereaved an educational program about bereavement, the grief can be mitigated.

キーワード

死別 bereavement

グリーフカウンセリング grief counseling

グリーフセラピー grief therapy

---

\*東京都老人総合研究所

## I はじめに

喪失の悲嘆はほとんどの個人にとって辛い体験であるが、このことが社会問題として取り上げられるようになったのはそう古いことではない。航空機事故や地震災害などが起こるたびに被害者の遺族がクローズアップされ、グリーフケアへのニーズは高まりをみせる。しかし一般的にはグリーフケアについてはまだ社会的認知が得られているとは言い難い。どこへ行けば、どのようなケアがどのように行われているのかという情報すら入手するのは難しい。

しかしながら、ターミナルケアではケアの対象を患者の家族を含めて考える視点が提起されるようになれば、ターミナルケアの現場で働く医療保健従事者は、家族に対するグリーフケアを視野に入れたケアが求められるようになり、そこから本格的なグリーフケアが発展する可能性は大きい。

ところで、グリーフというのは、重要な対象を喪失することによる悲しみの感情を中心とする一連の心理過程を指す。それは必ずしも死別による悲嘆だけを意味するわけではないが、グリーフケアと表現される場合には、死別した人々の悲嘆を癒す援助を指している。具体的には心の専門家によるカウンセリングや心理療法、また自助グループの活動などであるが、臨終の場での医療スタッフや葬祭ディレクターによる遺族への心遣いなども含まれるであろう。

欧米では、ホスピスケアや自助グループなど死別した人々のニーズを認め、ケアするシステムを発展させた社会運動の歴史がある。とくにアメリカでは人々の移動が激しく、従来行われていた家族やコミュニティからのサポートが得られにくい状況があり、そのなかから援助を提供し合うことによってグリーフケアを行う自助グループの活動が盛んになった。

本稿は日本ではまだ萌芽の段階にあるグリーフケアについてその理論的背景

を述べ、グリーフケアの方法と実際について検討する。

## II グリーフケアの理論的背景

近親者との死別後に経験する反応のメカニズムを説明するために様々な理論が提唱されている。数ある死別の理論からグリーフケアの理論的背景となると思われる理論を3つに要約した。

### 1. 段階モデル

死別に関する理論で、もっともよく知られているのは段階モデルであろう。多くは3つから5つの段階から構成されているが12段階を提唱する研究者もいる。Lindemann(1944)はショック、絶望、回復という3段階を、Parks(1970)は感覚麻痺、思慕、抑うつ、回復の4段階を、Sanders(1989)はショック、喪失の自覚、引きこもり、転換期、再生の5段階を提起している。いずれも悲嘆の始まり、苦悩、立ち直りからなるプロセスを基本としている。段階モデルでは死別した遺族の悲嘆のプロセスを直感的に把握できるが、隣り合う段階は重なり合い、段階を厳密に区別することは難しく、しかも必ずしも段階を順序正しく進むとは限らないと指摘されている。このモデルにおけるグリーフケアは悲嘆のプロセスが完了するのを妨げないように援助し、病的な悲嘆を予防することである。

### 2. 課題モデル

課題モデルは悲嘆のプロセスを完了するためには、課題に取り組み、適応に向けて努力する必要があるとする。Worden(1991)は喪失への適応には、①喪失の事実を受容する、②悲嘆の苦痛を乗り越える、③死者のいない環境に適応する、④死者を情緒的に再配置し生活を続ける、の4つの課題を提起し、これに取り組むことが必要だとしている。この課題への取り組みにはある程度の順序はあるが、逆転したり、繰り返したり、複数の課題が同時に進行する場合も

あるという。段階モデルが受け身的であるのに対し、課題モデルは積極的に悲しみに向き合い、自分からその事態に対処することの重要性を強調する。課題に取り組むことによって悲嘆のプロセスが完了することを示すモデルは希望を抱かせる。このモデルにおけるグリーフケアは悲嘆の課題を上手に克服できるように援助することである。

### 3. 認知行動理論からのモデル

近親者と死別すると通常は誰でもこの体験をネガティブだと評価し、落ち込み、抑うつ的になってゆく。しかし、このような体験をしても多くの人はやがて立ち直ることができるのであるが、抑うつ症状がひどく病的悲嘆に移行する人もいる。どのような人が病的悲嘆に陥り、どのような人がそうならないか、またいかにして病的悲嘆に移行していくのか、認知行動理論からのアプローチはそのような病的悲嘆に落ち込むメカニズムを説明しようとする。

認知行動理論では死別というネガティブなライフイベントがストレスとなり抑うつ症状を引き起こす引き金となるとみるが、ライフイベントと抑うつ症状との間を媒介する認知的な過程を想定している。この抑うつ認知に Beck (1976) は抑うつ素因が、Seligman ら (1979) はネガティブな出来事の原因を内的、安定的、全般的と帰属する抑うつ的な原因帰属が影響するとした。Teasdale (1985) は一度抑うつ状態になると、抑うつ的な認知処理のパターンが活性化され、これと抑うつ気分がフィードバックしあって増強し、抑うつ気分が強まっていくモデルを提起している。ひとたびこの抑うつ的な認知処理のパターンが活性化されると認知的処理パターンが変化し、ネガティブな記憶が思い出されやすく、また体験がネガティブに解釈されるようになる。認知行動理論から提出されたモデルは、ライフイベントと病的悲嘆の間に様々な媒介過程を導入することによって、どこの過程にターゲットを置いてグリーフケアを行えば効果的かが明白に示される。

### III グリーフケアの方法と実際

#### 1. グリーフカウンセリング

悲嘆反応を緩和したり、今後病的な悲嘆が予測される危険性の高い人々に対して病的悲嘆反応を予防するために、グリーフカウンセリングが有効である。グリーフ専門に扱うカウンセラーは頼りになる存在であるが、通常のカウンセリングのなかでもカウンセラーはニーズに応じて悲嘆の問題を適切に扱えることが大切である。悲嘆の問題を無視したり、軽く扱うことがないように、悲嘆を扱うカウンセリングの技法について教育訓練が行われる必要がある。

グリーフカウンセリングのプロセスは、クライアントの問題とそのバックグラウンドとを探索し、カウンセリングの目標や期間についてクライアントと相互に話し合い、カウンセリング関係を確立することから始まるのは通常のカウンセリングと同じであるが、グリーフカウンセリングの固有のやり方については Worden が詳しくまとめている。そこに示されているグリーフカウンセリングの原則は、Worden が提唱した課題モデルにそのまま対応している。すなわち、カウンセラーはクライアントが死別の悲嘆を乗り越える課題に取り組めるように援助することである。とりわけ「感情を認め表現することを援助する」という原則はグリーフカウンセリングにとって中核の部分を構成する。悲しみ、怒り、罪悪感、絶望感といった死別を体験した人々が経験しがちな感情に焦点をあて、うまく処理できるように援助するのである。

しかしグリーフカウンセリングの臨床経験から、山本（1997）は通常悲嘆についてのカウンセラーの役割は、クライアントの悲しみを受け取る「器」になりながら援助的なコミュニケーションを進めることであると述べ、悲嘆の課題を無理に課すことを戒めている。

患者との間に葛藤があった家族は、患者の死後に悲嘆のプロセスが正常に進まない場合がある。ターミナルケアの現場では、カウンセラーは事前に家族の

和解に向けて調整することで、病的悲嘆を予防することができる。

## 2. グループによるグリーフカウンセリング

グループによるグリーフカウンセリング（以下グループカウンセリングと記す）は、死別の体験を分かち合うことによって正常な悲嘆のプロセスを促進するきわめて効果的な方法で、メンバーの相互作用が悲嘆の緩和に大きな効果をもつ。

死別した人同士が互いに助け合う自助グループではグループカウンセリングが行われている場合が多い。

グループカウンセリングを行うには、カウンセラーが悲嘆の緩和という目標に向かって適合するようなグループを準備する必要がある。グループ開催の期間、所要時間、セッションの回数、グループの大きさ、オープンにするかクロードか、メンバー構成をどうするかなどの枠組みはグループのプロセスを規定する重要な要素である。グループカウンセリングには自殺やエイズのように特殊な死に方をした人の遺族がそれに対応できるように援助することを目的にしているものもあり、そのグループが目指す目標によってメンバー構成は異なってくる。グループの作り方とその手順については Vinogradov & Yalom (1989) に詳述されている。

河合 (1997a) は配偶者と死別した中高年の男女について週1回、8セッションのグループカウンセリングを実施した。各セッションでは配偶者との死別にかかわるテーマ（①体験を語る、②死の否定とお葬式、③怒り、④罪悪感、⑤抑うつ感、⑥対人関係とその変化、⑦これからの生き方、⑧受容）が設けられ、それに基づいて話し合いが進められた。セッションの開始時と終了時に死別反応尺度を測定し、効果の評価を行ったが、顕著な改善が認められた。

グループカウンセリングが効果的なのは、死別の体験を分かち合うことが悲嘆のプロセスを促進させるからである。また同じ問題を共有する体験者と交流することによって、自分だけが苦しんでいるのではないことに気づき、安心感が得られることも大きい。さらに家族や友人のネットワークが乏しい場合には、

グループは体験を分かち合う場となるだけでなく、ソーシャルサポートを発展させるチャンスをも提供する。

### 3. グリーフセラピー

グリーフセラピーの目標は、悲嘆のプロセスの達成を阻んでいる問題を解決し、悲嘆のプロセスを促進することである。

たとえば、罪の意識で悩んで抑うつ的になっているクライアントに Worden は現実吟味 (reality testing) の技法を用いる。自分のしたことがその死を招いたと思ったり、あるいは十分なことをしなかったことで、罪の意識を感じるということはよくあることであるが、それが思い込みによることも多い。そこでその罪悪感が事実に基づくのかどうかをクライアントと一緒に検討する。十分なことをしてやれなかったことで罪悪感を感じているクライアントに「どんなことをしましたか」と次々に尋ね、その時にしたことを1つずつ具体的に思い出してもらう。重ねて尋ねられるうちに、その時にやれる最善のことをしたのだと思えるようになれば罪悪感で悩むことはなくなる。

行動療法や認知行動療法からのアプローチは抑うつ症状や病的悲嘆に的をしぼり、なぜそのような症状が生じるのかについてそれぞれの理論から導かれた分析に基づいて技法を駆使する。

たとえば Mawson ら (1981) は悲哀誘導法 (guided mourning) と呼ぶ行動療法のアプローチを死別から1年以上経過し、なお病的な悲嘆の徴候を示していた患者に試みた。死別を思い起こす手がかりに直面するという課題を含む行動療法を、死別に結びついた感情が消えるまで繰り返した。加えて亡くなった人について、毎日少なくとも1ページ以上書くということに基づいた宿題を課した。この療法の治療目標は、避けていた辛い記憶を思い起こさせ、死別と結びついた感情を追体験することであった。6回のセッションで顕著な効果が認められ、この効果は28週後も維持されていた。喪失に関連したことを避けるように強化を受けたコントロール群では改善が認められなかったことから、死別の事実と向き合う行動を奨励することが、慢性的な悲嘆を訴えるクライアント

を取り扱うポイントであることがわかる。

#### 4. 教育的アプローチ

悲嘆のプロセスについての教育プログラムを死別体験者に提供することによって、死別の悲嘆を緩和させることができる。教育的アプローチはカウンセリングやセラピーに比べて抵抗感が少なく、接近しやすい。

河合 (1997b) は、配偶者と死別した中高年の男女を対象に悲嘆の心理やその対処技術を学習させることを目的に 8 回からなる連続講座を開催した。その効果を測定したが、受講者の 70% が精神的健康の改善を示した。受講者に連続講座についての評価を求めたところ、87% から肯定的回答を得、受講後は悲嘆が緩和され、新しいことを始める気になったとする回答が 7 割以上を占めていた。

死の準備教育は予防的観点から死や死別についての教育プログラムを提供する。わが国では死や悲嘆をテーマにした講演会やセミナーが時々開催されているにすぎないが、体系的な取り組みが行われるためには、公的教育や、生涯学習で取り扱われることが望ましい。このような教育が普及すれば、いざ自分が大切な人と死別した際に、自分の心と身体に何が起こっているのかを理解しやすいし、また家族や友人が死別を体験した際に、彼らの感じていることを理解でき、それを受け止めることでサポートできる。またそれは自分と身近な人の死への心準備のきっかけとなるかもしれない。

ターミナルケアの現場で、死と直面している患者とその家族とかかわる医療保健従事者に向けてグリーフケアの教育プログラムを提供することは、職業教育の一環としてとらえられる。医療保健従事者は遺された家族の悲嘆に最初にかかわる専門家である。家族の言葉の背後にある感情やニーズをよく理解できるように傾聴し、共感的に理解することをねらいとしたワークショップでの訓練は役に立つであろう。そして遺族の適応を妨げる手がかりに敏感になり、必要に応じて心を扱う専門家に紹介できるようにネットワークを準備することも必要であるかもしれない。



#### IV おわりに

ターミナルケアにおいては、患者と家族を一体のものとしてケアし、患者の死亡後もグリーフケアが行われることが望ましい。今後さらにターミナルケアの重要性が認識されれば、グリーフケアに本格的に取り組むことができるであろう。ターミナルケアの現場で、死別の悲嘆を扱うカウンセラーやセラピストがおり、医師、看護婦、ソーシャルワーカー、ボランティアなどが、悲嘆の問題についてより理解し、感受性を磨き、援助の実践的活動にあたることが望ましい。まずは死別の悲嘆に関する知識を提供する冊子を発行したり、相談機関や自助グループ、悲嘆を扱う心の専門家のリストなどを配布するような情報提供はグリーフケアの大切な出発点となるであろう。

#### 引用文献

- 1) 河合千恵子 (1997a) 配偶者と死別した中高年者の悲嘆緩和のためのミーティングの実施とその効果の検討。老年社会科学, 19(1), 48-57.
- 2) 河合千恵子 (1997b) 配偶者と死別した中高年者の連続講座による介入とその効果, 心理臨床学研究, 15(5), 461-472.
- 3) 山本力 (1997) 喪失の様態と悲哀の仕事, 心理臨床学研究, 14(4), 403-414.
- 4) Beck, A.T.(1976) Cognitive therapy and the emotional disorders. International university press.
- 5) Lindemann, E.(1944) Symptomatology and management of acute grief. American Journal of Psychiatry, 101, 141-148.
- 6) Mawson, D., Marks, I.M., Ramm, L., and Stern, R.S.(1981) Guided mourning for morbid grief: a controlled study. British Journal of Psychiatry, 138, 185-193.
- 7) Parks(1970) The first year of bereavement: A longitudinal study of the reaction of London widows to death of husbands. Psychiatry, 33, 444-467.
- 8) Sanders, C.M.(1989) Grief: The mourning after dealing with adult

bereavement. John Wiley & Sons.

9) Seligman, M.E.P., Abramson, L.Y. Semmel, A. and von Baeyer, C.(1979) Depressive attribution style. Journal of abnormal psychology, 88, 242-247.

10) Teasdale, J.D.(1985) Psychological treatments for depression : How do they work? Behavior research and therapy 23, 157-165.

11) Worden. J.W.(1991) Grief counseling & grief therapy : A handbook for the mental health practitioner. Second edition, Springer Publishing Company.

／鳴澤實監訳大学専任カウンセラー会訳(1993), グリーフカウンセリング：悲しみを癒すためのハンドブック, 川島書店.

12) Vinogradov, S. and Yalom, I.D. Concise guide to group psychotherapy.

1989 American psychiatric press.／川室優訳(1991)グループサイコセラピー：ヤールムの集団精神療法の手引き, 金剛出版.

---