

## 遷延性悲嘆症の概念および治療の近年の動向

メタデータ	言語: Japanese 出版者: 武蔵野大学認知行動療法研究所 公開日: 2021-04-09 キーワード: 複雑性悲嘆, 遷延性悲嘆症, ICD-11, JCGT, ENERGY 作成者: 中島, 聡美 メールアドレス: 所属:
URL	<a href="https://mu.repo.nii.ac.jp/records/1544">https://mu.repo.nii.ac.jp/records/1544</a>

## ■ 特集

## 遷延性悲嘆症の概念および治療の近年の動向

Recent Trends in the Concept and Treatment of Prolonged Grief Disorder

中島聡美

武蔵野大学人間科学部 / 大学院人間社会研究科

悲嘆は本来自然で正常な反応であるが、突然死や暴力死などにおいて悲嘆が長期に持続し、機能障害をきたすことがある。このような悲嘆は1995年頃から複雑性悲嘆 (complicated grief) と呼ばれ、心身の不良な健康やQOLの低下と関連していることが報告されてきた。これらの研究をふまえ、ICD-11(2019)において遷延性悲嘆症 (prolonged grief disorder) として診断基準とともに精神障害に位置付けられた。遷延性悲嘆症の治療についての研究は現在増加しつつあるが、薬物療法における有効性は報告されておらず、遷延性悲嘆症に特化した精神療法が有効であるとされている。本稿では、遷延性悲嘆症の概念の変遷と治療の動向について概括する。

キーワード：複雑性悲嘆、遷延性悲嘆症、ICD-11、JCGT、ENERGY

### 1. はじめに

2020年に私たちは、かつてみない新型コロナウイルス (以下COVID-19) によるパンデミックという事態を経験している。2020年12月の段階で、COVID-19感染症による死者はすでに世界では150万人を越え (新型コロナウイルス感染症 (COVID-19) WHO公式情報特設ページ [https://extranet.who.int/kobe\\_centre/ja/covid](https://extranet.who.int/kobe_centre/ja/covid) 2020年12月14日付)、日本でも2500人を超えている (厚生労働省公表 [https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000164708\\_00001.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000164708_00001.html) 2020年12月14日付)。大切な人を失うことはその死因に限らず遺族に悲嘆をもたらすが、COVID-19感染症による死は、家族が看病や病院での面会が難しく、亡くなる場合も看取りができないことが多い。そのため、悲嘆が長期化するリスクが高くなることが懸念されている<sup>9, 36)</sup>。悲嘆は過去には、正常なものとなされ、医療の対象ではなかった。しかし、2019年にWHOが公表したICD-11<sup>35)</sup>では、遷延性悲嘆症 (prolonged grief disorder; 現在訳語で公式のものではなく、遷延性悲嘆症は著者の訳である) として、長期化した悲嘆は、精神障害に位置付けられることとなった。日本の精神医療の現場で遷延性悲嘆の概念や治療についてはおそらくまだ知られていない段階であろう。しかしJ-HOPE研究<sup>11)</sup>など緩和ケアの現場では、遺族の悲嘆について従来から研究がなされており、今後緩和ケアの分野を中心として悲嘆のケアのみならず、遷延性悲嘆の治療のニーズは高くなっていくと考えられる。

本稿では、遷延性悲嘆の概念と近年の治療の動向についてまとめた。

## 2. 遷延性悲嘆症の概念の変遷

悲嘆は本来は死別後の悲嘆は、病的ではないとされていた。Freudはその著書「喪とメランコリー」の中でこのように述べている「喪には正常な生活態度からのなほはだしい逸脱がともなうにもかかわらず、わたしたちは喪を病的な状態とみなして医師の治療に委ねようとなどとは少しも思わない。わたしたちは、喪は一定の時間がたてば克服されると信じており、喪の邪魔をすることは役に立たないばかりか有害でさえあると考えていた。」<sup>7)</sup>。しかし、Lindemann<sup>13)</sup>やParkes<sup>16)</sup>などその後の悲嘆の研究者らは、悲嘆には通常の悲嘆とは異なる反応や経過をたどる場合（遅発悲嘆、過剰な悲嘆、仮面悲嘆など）があることを明らかにしてきた。1995年以降、悲嘆反応の強度と持続期間が通常予期されるより長く、社会的・職業的・その他の領域における障害を引き起こしている状態は、複雑性悲嘆（complicated grief）と名付けられてきた<sup>32)</sup>。Prigersonらが、複雑性悲嘆の診断基準を定め、評価尺度を開発したことで、複雑性悲嘆についての研究は飛躍的に進むようになった<sup>21, 22)</sup>。研究の進展の中で、複雑性悲嘆は悲嘆反応が長期に続くだけでなく、心疾患やがんのリスクの増大<sup>15) 20)</sup>、自殺行動の増加<sup>3)</sup>、QOLの低下<sup>3) 29)</sup>と関連しており、予後が不良であることが明らかになった。Shearら<sup>28)</sup>は複雑性悲嘆を精神障害とするべき理由として、以下の項目をあげている。：①行動、心理レベルにおいて通常の悲嘆を超えた反応である、②通常のストレス反応の範囲には収まらない反応が見られる、③心身の機能障害がみられる、④文化や宗教的背景を超えて存在する、⑤予後、生物学的研究、薬物・精神療法反応性において診断的妥当性が存在する、⑥診断・治療における臨床的有用性がある、⑦うつ病や、PTSDなど他の精神障害と区別される、⑧潜在的な有害性（ラベリング、スティグマ化）より診断されるメリットの方が大きい。複雑性悲嘆を精神障害とすることに対しては、正常な悲嘆を病理化し、スティグマを与えるという意見もあったが<sup>31)</sup>、Prigersonら<sup>23)</sup>は、スティグマを与えるかどうかのはっきりしたデータはないことや、遷延性悲嘆症に該当した対象者では、多くの患者がむしろ精神疾患だとわかって安心した（例：「気が狂うわけではないとわかってほっとした（87.5%）」、「認知された問題だとわかってほっとした（93.8%）」、「家族が自分の状態を理解する助けになると思う（100%）」）ことを報告している。こういった研究者の意見を踏まえて、DSM-5<sup>1)</sup>では、「他の特定のトラウマおよびストレス因関連障害」（309.89）の中に、“Persistent Complex Bereavement Disorder（持続性複雑死別障害）：重度で持続する悲嘆および喪の反応”として含まれるようになった。しかし、DSM-5<sup>1)</sup>では診断基準は正式には定められず、今後の研究のための病態としてとりあげられているため、今後も診断基準は変化する可能性があり、臨床的には適応しにくい状況であった。その後、2019年に改訂されたICD-11<sup>35)</sup>では、遷延性悲嘆症として診断要件が明示された。

遷延性悲嘆症の診断要件として以下の項目<sup>35)</sup>が挙げられている

- a パートナーや親、子ども、その他の親しい人を喪った後に表れる障害である。
- b 故人への嘆き求めと持続的な故人へのとらわれを中心とした持続的で広範は悲嘆反応を示す。
- c 悲嘆反応は、強い情動的苦痛（例えば；悲しみ、罪悪感、怒り、否認、非難、死を受け入れることの困難、自分の一部が失われたような感覚、肯定的感情の体験ができない、情動麻痺、社会やその他の活動に参加することの困難）を伴う。
- d 症状の持続期間は、死別から最低6か月持続している。

- e 症状の持続期間や反応は症状は明らかにその人の所属する社会や文化、宗教的背景において正常とみなされる状態より過剰である。
- f この症状の存在によって、その人の個人、家族、社会、学業、就労、その他の重要な側面で重篤な機能障害が引き起こされている。

遷延性悲嘆症は、この診断要件が示すように、愛着理論に基づいており、急性期であれば正常の悲嘆反応が長期化している状態である。主要な症状である“故人への嘆き求め”と“持続的な故人へのとらわれ”は愛着対象との分離の苦痛の反応を示している。遷延性悲嘆症は、持続性複雑死別障害とはいくつかの点で異なっている。まず持続性複雑死別障害は、“悲嘆”という用語を用いておらず、愛着理論に限定されない症状も含まれている。一番大きな違いは、症状の持続期間であり、持続性複雑死別障害では12か月以上の症状の持続を診断の条件としている。この症状の持続期間については、実証性に乏しいという批判があった<sup>4)</sup>。一方、先行研究において、ICD-11の遷延性悲嘆症のもととなったと考えられる Prigerson ら<sup>23)</sup>が提唱した遷延性悲嘆症の診断基準は、死別から6か月の時点の症状が、12-24か月後の予後（精神障害、自殺念慮、機能障害、低いQOL）を予測していたことが報告されている。こういった実証研究に基づき、ICD-11では症状の持続期間を6か月としたと考えられる。しかし、同一集団におけるICD-11の遷延性悲嘆症（12.7%）と持続性複雑死別障害（14.2%）の有病率はそれほど大きな差がなく<sup>14)</sup>、臨床現場においては診断時期以外では診断基準による差はあまりないと考えられる。また、ICD-11の遷延性悲嘆症の診断基準の症状はやや明確性を欠いている。例えば、“否認”と“死を受け入れることの困難”、“罪悪感”と“非難”の違いについての解釈は研究者によって異なる。現在は、ICD-11の診断要件に準拠した標準化された評価尺度がないため、有病率の評価などはまだ一致しているとはいえ、今後の尺度の開発が待たれる。

### 3. 遷延性悲嘆症の薬物療法

遷延性悲嘆症の薬物療法は初期に行われた三環系抗うつ薬（Nortriptyline）の少数のサンプルでの前後比較試験では有効性が示されなかった<sup>17)</sup>。その後、選択的セロトニン再取り込み阻害薬での前後比較試験がいくつか行われ、escitalopram<sup>10) 30)</sup>、paroxetine<sup>37)</sup>の有効性が示唆されていた。しかし、Shear ら<sup>27)</sup>が行ったcitalopramを用いた無作為化比較試験ではcitalopramは自殺念慮など抑うつ症状には効果があったが、遷延性悲嘆症状に対して有効性は認められなかった。このような研究結果から、現状において遷延性悲嘆症に対する薬物療法のエビデンスは乏しいと言える。

### 4. 遷延性悲嘆症の精神療法

一方精神療法については現在までに2つのメタアナリシス<sup>34) 12)</sup>が報告されており、そのいずれにおいても遷延性悲嘆症に焦点化した精神療法の有効性が報告されている。

Wittouck ら<sup>34)</sup>の2011年のメタアナリシスでは、分析の対象となった遷延性悲嘆症の心理療法の研究（無作為化比較試験のみ）は、14であった。この分析では、予防的研究においては有効性は示されず、遷延性悲嘆症の治療において治療後およびフォローアップにおいて有意な改善がみられた。遷延性悲嘆症を対象とした5つの治療研究のうち3つが個人を対象とした認知行動療法<sup>2) 25) 33)</sup>であり、2つは洞察的心理療法によるもの<sup>18) 19)</sup>であった。Piper ら<sup>18) 19)</sup>のプログラムは週1回

12回の集団療法で、悲嘆に関連する葛藤やトラウマに焦点をあてており、曝露の要素は含まれていない。この研究では介入群の効果は対象群（支持的精神療法）に比べて有意ではなかった。3つの認知行動療法は、いずれも曝露の要素をもつ認知行動療法であった。Wagnerら<sup>33)</sup>のプログラムは、インターネットを利用した認知行動療法であり、治療者とクライアントはEメールを用いて筆記した課題をやりとりすることになる。このプログラムでは、死に直面した状況についてその時の感情を含めて詳細に記載するという曝露の要素が含まれており、対照群（待機群）と比較して有意な遷延性悲嘆症状の改善を示していた。Boelenら<sup>2)</sup>は、遷延性悲嘆症の症状の発展・維持のコアプロセスに、“死別体験の自伝的記憶への統合の不良”、“自己や人生、未来に対する否定的な認知”と“非適応的な回避”があるとしており、自叙伝的記憶への統合および回避の曝露（記憶への曝露は語りによって、人や場所などの曝露については実際にそれを行う）を用いている<sup>5)</sup>。Boelenら<sup>2)</sup>は、曝露と認知再構成の要素の効果の違いを調べており、曝露の要素が認知再構成より効果量が大きく、また治療全体を通して曝露を先に行うほうが効果的であることを報告している。曝露の要素が治療において重要であることは、Bryantら<sup>6)</sup>によっても検証されており、遷延性悲嘆症において、死の認識と、自叙伝的記憶への統合において曝露が重なる役割を果たしていることがわかる。

Shearら<sup>25)</sup>が開発した複雑性悲嘆治療（complicated grief treatment, CGT）は、対人関係療法と曝露の要素を含む認知行動療法、サイコドラマの要素を組み合わせたパッケージの治療であり、二重過程モデルをベースに喪失志向、回復志向に対応したモジュールを有している。Shearらは、CGTの対照群として対人関係療法を用いており、2005年の研究では、CGT群は治療完遂者における分析では対人関係療法より有意な遷延性悲嘆症状の改善を示した<sup>25)</sup>が、ITT分析（割付重視の解析）においては有意差がみられなかった。しかし、その後高齢者を対象として行われた無作為化比較試験では、治療反応性、遷延性悲嘆症状の重症度においてCGTが有意な改善を示したことが報告されている。CGTの治療要素については後述するが、曝露の要素として、PTSDの治療である持続曝露療法から取り入れた、過去の体験を視覚化し現在おこっているかのように語る形をとっている<sup>26)</sup>。Shearら<sup>26)</sup>は、遷延性悲嘆症は、大切な人の死という体験が内的作業モデルの中に組み入れられることが阻害された状態であると述べており、死のストーリーに対する曝露は、この過程を促進するものであるとしている。

Witouckら<sup>34)</sup>のメタアナリシスで対象とされた研究は1990年から2007年に発表されたものであり、この時期では遷延性悲嘆症がまだDSM-5やICD-11において精神疾患と認められていなかった。2013年にDSM-5で持続性複雑死別障害が採択されて以降、遷延性悲嘆症についての治療研究も増加し、2019年のJohansenら<sup>12)</sup>のメタアナリシスでは、32の無作為化比較試験が解析の対象となっていた。これらの32の研究の介入のうち、13が集団療法であり、8つが認知行動療法に該当していた。このメタアナリシスの対象となった研究は、Witouckら<sup>34)</sup>のメタアナリシスに比べて多様性があり（集団療法、家族療法、インターネットベースの治療、ソーシャルサポートや心理教育に焦点化など）、治療後のアセスメントでは、治療後の悲嘆症状に対する効果量(Hedges' g)は中等度ではあるが、やや小さくなっていた(Witouckらの研究<sup>34)</sup>, 0.58; Johansenらの研究<sup>12)</sup>, 0.41)。Johansenらのメタアナリシスからは、遷延性悲嘆症に対する心理療法では個人療法であること、評価尺度でICG(R) (Inventory of Complicated Grief (-Revised))あるいはPG-13 (Prolonged Grief - 13)

を用いていること、対象者が死別から6か月以上経過していること、対象者の治療前の遷延性悲嘆症状が高いこと、研究の質が良いことが有意な効果量に関連していた。しかし、このメタアナリシスでは認知行動療法が他の治療より有効であるという結果は示されなかった。

Johansen ら<sup>12)</sup>も述べているように、今までの研究はそもそも診断基準や尺度がまちまちであったために、同一に評価することが難しい状況にあった。遷延性悲嘆症の診断基準ができたことで、共通した診断尺度が開発されることやより多くのサンプルに対する質の高い研究が実施されることで精神療法が進展することが期待される。

## 5. 武蔵野大学認知行動療法研究所における遷延性悲嘆症の治療の取り組み

現在筆者は、武蔵野大学認知行動療法研究所において、遷延性悲嘆症に関する2つの治療研究を行っている。1つは個人を対象にした治療（日本版複雑性悲嘆治療；Japanese version of Complicated Grief Treatment、J-CGT）であり、もう一つは集団療法（複雑性悲嘆の集団認知行動療法；悲しみとともに生きる Enhancing Natural Emotional Recovery for Enduring Grief and Yearning (ENERGY)) である。

### 1) J-CGT の開発と効果検証

もともと筆者らは、Shear ら<sup>25)</sup>が開発したCGTについて日本人を対象とした効果研究を行っていた。予備研究の段階で米国と死生観や弔いの儀式の文化が異なる日本人においても高い効果量(1.50, Glass' s  $\Delta$ )を得ることができた<sup>39)</sup>。この予備研究の結果から、多くの遺族において死を防げなかった罪悪感が強いことが明らかになり、それに対する積極的な治療モジュールを加えることでより効果が高まるのではないかと考えられた。そこで、我々は、心的外傷後ストレス障害(Posttraumatic Stress Disorder, PTSD)に対する治療である認知処理法(Cognitive Processing Therapy, CPT)<sup>24)</sup>の手法を用いた認知再構成の要素を取り入れた。具体的には、罪悪感や他者や自己、世界に対する否定的な認知をこころのひっかかり(スタックポイント)として同定し、現実検討や他者であればどのように考えるかなどの客観的視点を取り入れるようにしたモジュールを加えた。原法であるCGTは、このような認知再構成は想像再訪問(imaginal revisiting)の振り返りの中で自然に行っていくことをすすめているが、このようなやり方は、認知行動療法にかなり習熟している必要がある。日本での臨床適応を考慮し、認知行動療法にまだ十分な習熟がない治療者でも実施できるように、より構造化されたモジュールとした。また、予備施行の中で、遺族が自分自身をケアすることに対して強い罪悪感があることや、また故人以外の他者との関わりを促進することが難しいことが明らかになってきた。CGTでは、悲嘆のモニタリングを行う中で、悲嘆を低くする活動を見出したり、状況再訪問(situational revisiting)で自分自身をケアする課題に取り組むようになっていく。著者の研究チームはCPTのコンプリメント(ワークでは“(心の)ほっこり”)をモニタリング日誌に取り入れ、日々の生活の中で人と関わり、暖かい思いを感じたりまた相手に提供することを実践できるようにした。

J-CGTにおける治療要素は以下である。

- ① 導入：複雑性悲嘆を扱うことを明らかにするとともに、動機付け面接の手法を用いて対象者にプログラムに参加する目的と理由を明確化させる。

- ② 心理教育：悲嘆反応の一般と、悲嘆が機能しなくなる理由、複雑性悲嘆症状についてパンフレットおよびスライドを用いて説明し、理解できるようにする。また、悲嘆のモニタリング（悲嘆に関連する感情を同定し、その強さをSUDsを用いて評価する）を行う。
- ③ 個人的な目標の設定：社会生活の再統合を図るために、死別によって中断したあるいはそれ以前から持っていた現実的な目標を設定しそれに取り組む。
- ④ 重要な他者との面接：対人関係療法の要素を取り入れ、対象者の現在の生活にとって重要であり、またプログラムを援助してくれる他者に面接に参加してもらう。プログラムへの援助を得ると共に、対象者が故人以外の他者とつながりをもつことを支援する。
- ⑤ 死の物語の再訪問：喪失を受容し、喪失の想起に関連する苦痛を軽減する目的で行う。これは、PTSDに対する持続曝露療法の要素を取り入れたものである。死別の前後の状況について目を閉じて想起してもらい繰り返し語りてもらい、またこれをテープにとり自宅で宿題として聞く。
- ⑥ 状況の再訪問：死別の苦痛によって回避している状況に段階的に直面できるようにする。不安階層表を作成し避けている状況、場所等に実際に赴き不安や苦痛への馴化をはかる。
- ⑦ スタックポイント（心のひっかかり）の同定と見直し：複雑性悲嘆の回復を妨げているスタックポイント（主に罪悪感）の再訪問を通して、同定し考え直しのシートを用いて認知の再構成をはかる。
- ⑧ 思い出フォーム：故人に対する良い思い出やネガティブな思い出について記入シートを用いて振り返ることで、内的対象としての故人のイメージを確立するとともに、故人に対する葛藤した思い出を処理する。
- ⑨ 想像上の会話：故人に対して質問をなげかけ、対象者自身が故人のつもりで回答する。故人との葛藤特に罪悪感に関する葛藤を処理し、故人との永続的な絆を強化する。
- ⑩ J-CGT 終結と治療後の対応について話し合う。個人の目標の再設定を行う。

J-CGT の実施は、特に地方など受診が難しい地域や就労している人への配慮等から毎週ではなく、2週間に1回での治療も許容した。現在、J-CGT は前後比較試験により多施設効果研究を実施している（「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> 令和2年度－4年度 科学研究費助成事業(科学研究費補助金)(基盤研究(B))「遷延性悲嘆障害の多層的治療技法の開発と効果検証および生物学的基盤の解明」(研究代表 中島聡美), UMIN000002565)。

## 2) 複雑性悲嘆の集団認知行動療法 (ENERGY) の開発と効果検証

Fujisawa ら<sup>8)</sup>の研究から遺族における遷延性悲嘆症の有病率が24%であるのに比し、閾値下の遷延性悲嘆症の人は約10倍の22.7%存在していることが明らかになった。これらの閾値下の遷延性悲嘆症の遺族が医療機関を受診することはあまりないと想定されることから、医療機関や心理専門機関で行われるような個人療法はあまり有用ではない。一方で、自死や犯罪被害等をはじめとする遺族のサポートグループには多くの遺族が参加していることから、同じような体験をした人々が気持ちを共有できる集団療法がよりアクセスしやすいことを考え、集団認知行動療法の開発を行った。また、日本では災害による死別も多い。被災地では、精神医療資源が乏しいことと、

ステイグマ化を恐れる気持ちから精神科医療機関への受診にためらいがあるであろうことを踏まえて、保健所や心のケアセンター、精神保健福祉センターにおいて心理職以外の保健師、看護師、精神保健福祉士などが実施できる集団療法プログラムが有用ではないかと考えた。そこで、筆者らの研究チームでは6回の集団認知行動療法プログラム（ENERGY: Enhancing Natural Emotional Recovery for Enduring Grief and Yearning, 悲しみとともに生きる）を開発し、有用性、安全性についての検証を行った。

ENERGYは、CGT、CPTをもとに、遺族のサポートグループで行われている集団力動を加味して策定した。プログラムは、Step1（集団で実施する心理教育プログラム）とStep2（集団認知行動療法プログラム）で構成されている。Step2は、2週間に1回、1回2時間、全5回、1グループの構成人数は6人を上限とし、クローズドで実施するものとした。プログラムの概要は以下である。

Step1：悲嘆の愛着理論と悲嘆反応、悲嘆の過程とそれを妨げるもの、セルフケアについての心理教育

Step2：

第1回 悲嘆の感情の共有、悲嘆のモニタリング、個人の目標への取り組みの導入

第2回 悲嘆の過程を妨げるスタックポイントの同定

第3回 スタックポイントについての認知再構成および現在の生活の困難と対応

第4回 故人の思い出の共有

第5回 困難な時への対処、プログラムの振り返り、今後の取り組みの検討

Step2では、集団での悲嘆の共有が行われるため、個人療法では得られない人と共有する安心感、孤独感の軽減が得られる。ENERGYの有効性についての予備研究は現在も実施している（「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> 令和2年度－4年度 科学研究費助成事業(科学研究費補助金)(基盤研究(B))「遷延性悲嘆障害の多層的治療技法の開発と効果検証および生物学的基盤の解明」(研究代表 中島聡美), UMIN000035161)が、一部は終了しており有効性、安全性があることが検証されている<sup>38)</sup>。

## 5. まとめ

従来複雑性悲嘆と呼ばれていた長期に持続し機能障害をきたす悲嘆は、ICD-11において遷延性悲嘆症の診断名で精神障害に位置付けられた。悲嘆を疾患として位置づけることについては研究者の中にも反対する意見はあったが、現在の遷延性悲嘆の研究の発展、特に、精神療法の開発と効果検証の研究が急増している現状を見ると、臨床現場における遷延性悲嘆治療の問題は深刻であり、治療の開発に対するニーズは高いものであったことがうかがわれる。

しかし、日本の精神科・心理臨床の現場では、まだ遷延性悲嘆症の概念や治療について十分に理解されているとは言えない現状、である。遷延性悲嘆症の治療の前に、まず遺族の心理、悲嘆の理解やグリーフケアの普及が必要かもしれない。しかし、今までの研究から遷延性悲嘆症に対しては、そこに特化した精神療法の必要性が示されている。著者らが開発、検証を行っているJCGTやENERGYについても、無作為化比較試験の実施によって有効性に対する十分なエビデンス

スを提供し、一般臨床への普及・啓発を行うことが重要である。

## <引用文献>

- 1) American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fifth edition. Washington, DC: American Psychiatric Publication, 2013.
- 2) Boelen, P.A., de Keijser, J., van den Hout, M.A., et al.: Treatment of complicated grief: a comparison between cognitive-behavioral therapy and supportive counseling. *Journal of consulting and clinical psychology*, 75; 277-84, 2007.
- 3) Boelen, P.A., Prigerson, H.G.: The influence of symptoms of prolonged grief disorder, depression, and anxiety on quality of life among bereaved adults: a prospective study. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*, 257; 444-52, 2007.
- 4) Boelen, P.A., Prigerson, H.G.: Commentary on the inclusion of persistent complex bereavement-related disorder in DSM-5. *Death Stud*, 36; 771-94, 2012.
- 5) Boelen, P.A., van den Bout, J., van den Hout, M.A.: Negative cognitions and avoidance in emotional problems after bereavement: a prospective study. *Behav Res Ther*, 44; 1657-72, 2006.
- 6) Bryant, R.A., Kenny, L., Joscelyne, A., et al.: Treating Prolonged Grief Disorder: A 2-Year Follow-Up of a Randomized Controlled Trial. *J Clin Psychiatry*, 78; 1363-8, 2017.
- 7) Frued, S.: Trauer und melancholie. *Internationale zeidschrift fur arzriche. Psychoanalyse* 4:288-301, 1917 (新宮一成他訳: 喪とメランコリー, フロイト全集14, 岩波書店, p274, 2010)
- 8) Fujisawa, D., Miyashita, M., Nakajima, S., et al.: Prevalence and determinants of complicated grief in general population. *J Affect Disord*, 127; 352-8, 2010.
- 9) Goveas, J.S., Shear, M.K.: Grief and the COVID-19 Pandemic in Older Adults. *Am J Geriatr Psychiatry*, 28; 1119-25, 2020.
- 10) Hensley, P.L., Slonimski, C.K., Uhlenhuth, E.H., et al.: Escitalopram: an open-label study of bereavement-related depression and grief. *J Affect Disord*, 113; 142-9, 2009
- 11) 「遺族によるホスピス・緩和ケアの質の評価に関する研究」運営委員会編集: 遺族によるホスピス・緩和ケアの質の評価に関する研究 J-HOPE. (財)日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団, 東京, 2010.
- 12) Johannsen, M., Damholdt, M.F., Zachariae, R., et al.: Psychological interventions for grief in adults: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *J Affect Disord*, 253; 69-86, 2019.
- 13) Lindemann, E.: Symptomatology and management of acute grief. 1944. *Am J Psychiatry*, 151;

155-60, 1994.

- 14) Maciejewski, P.K., Maercker, A., Boelen, P.A., et al: "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 Psychiatry*, 15; 266-75, 2016.
- 15) Ott, C.H.: The impact of complicated grief on mental and physical health at various points in the bereavement process. *Death Studies*, 27; 249-72, 2003.
- 16) Parkes, C.M.: *Bereavement -Studies of Grief in Adult life*. Routledge, London, 1996.
- 17) Pasternak, R.E., Reynolds, C.F., 3rd, Schlernitzauer, M., et al: Acute open-trial nortriptyline therapy of bereavement-related depression in late life. *J Clin Psychiatry*, 52; 307-10, 1991.
- 18) Piper, W.E., McCallum, M., Joyce, A.S., et al: Patient personality and time-limited group psychotherapy for complicated grief. *Int J Group Psychother*, 51; 525-52, 2001.
- 19) Piper, W.E., Ogrodniczuk, J.S., Joyce, A.S., et al: Group composition and group therapy for complicated grief. *Journal of consulting and clinical psychology*, 75; 116-25, 2007.
- 20) Prigerson, H.G., Bierhals, A.J., Kasl, S.V., et al: Traumatic grief as a risk factor for mental and physical morbidity. *Am J Psychiatry*, 154; 616-23, 1997.
- 21) Prigerson, H.G., Frank, E., Kasl, S.V., et al: Complicated grief and bereavement-related depression as distinct disorders: preliminary empirical validation in elderly bereaved spouses. *Am J Psychiatry*, 152; 22-30, 1995.
- 22) Prigerson, H.G., Maciejewski, P.K., Reynolds, C.F., 3rd, et al: Inventory of Complicated Grief: a scale to measure maladaptive symptoms of loss. *Psychiatry Res*, 59; 65-79, 1995.
- 23) Prigerson, H.G., Vanderwerker, L.C., Maciejewski, P.K., et al: A case for inclusion of prolonged grief disorder in DSM-V; in *Handbook of bereavement research and practice: Advances in theory and intervention*. Edited by Stroebe M, Hansson R, Schut H, et al. American Psychological Association, Washington, 2008.
- 24) Resick, P.A., Schnicke, M.K.: Cognitive processing therapy for sexual assault victims. *Journal of consulting and clinical psychology*, 60; 748-56, 1992.
- 25) Shear, K., Frank, E., Houck, P.R., et al: Treatment of complicated grief: a randomized controlled trial. *Jama*, 293; 2601-8, 2005.
- 26) Shear, M.K.: Complicated grief treatment: the theory, practice and outcomes. *Bereave Care*, 29; 10-4, 2010.
- 27) Shear, M.K., Reynolds, C.F., 3rd, Simon, N.M., et al: Optimizing Treatment of Complicated Grief: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Psychiatry*, 73; 685-94, 2016.
- 28) Shear, M.K., Simon, N., Wall, M., et al: Complicated grief and related bereavement issues for

- DSM-5. *Depress Anxiety*, 28; 103-17, 2011.
- 29) Silverman, G.K., Jacobs, S.C., Kasl, S.V., et al.: Quality of life impairments associated with diagnostic criteria for traumatic grief. *Psychological medicine*, 30; 857-62, 2000.
  - 30) Simon, N.M., Thompson, E.H., Pollack, M.H., et al.: Complicated grief: a case series using escitalopram. *Am J Psychiatry*, 164; 1760-1, 2007.
  - 31) Stroebe, M., Schut, H., Finkenauer, C.: The traumatization of grief? A conceptual framework for understanding the trauma-bereavement interface. *Isr J Psychiatry Relat Sci*, 38; 185-201, 2001.
  - 32) Stroebe, M., Schut, H., Stroebe, W.: Health outcomes of bereavement. *Lancet*, 370; 1960-73, 2007.
  - 33) Wagner, B., Knaevelsrud, C., Maercker, A.: Internet-based cognitive-behavioral therapy for complicated grief a randomized controlled trial. *Death Stud*, 30; 429-53, 2006.
  - 34) Wittouck, C., Van Autreve, S., De Jaegere, E., et al.: The prevention and treatment of complicated grief a meta-analysis. *Clin Psychol Rev*, 31; 69-78, 2011.
  - 35) World Health Organization: ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics (Version : 04 / 2019) <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http%3a%2f%2fid.who.int%2fcd%2fentity%2f1183832314>. WHO, Geneva, 2019.
  - 36) Yahya, A.S., Khawaja, S.: Bereavement and Grief During the COVID-19 Pandemic. *Prim Care Companion CNS Disord*, 22, 2020.
  - 37) Zygmunt, M., Prigerson, H.G., Houck, P.R., et al.: A post hoc comparison of paroxetine and nortriptyline for symptoms of traumatic grief. *J Clin Psychiatry*, 59; 241-5, 1998.
  - 38) 黒澤美枝, 佐々木志帆子, 上田光他: 【複雑性悲嘆の治療】複雑性悲嘆の集団認知行動療法(ENERGY)の実践. *トラウマティック・ストレス*, 16; 17-23, 2018.
  - 39) 中島聡美, 伊藤正哉, 白井明美他: 日本における複雑性悲嘆の認知行動療法(CGT)の有効性についての予備的研究. *精神神経学雑誌*, S463, 2017.

# Recent Trends in the Concept and Treatment of Prolonged Grief Disorder

Graduate School of Human and Social Sciences,  
Faculty of Human Sciences, Musashino University  
Satomi Nakajima

Grief is a natural and normal response, however, in case of sudden and violent deaths, it can be prolonged and dysfunctional. Since around 1995, this type of grief has been termed complicated grief and reported to be associated with poor mental and physical health and low level of quality of life (QOL). Based on these reports, ICD-11 (2019) classified it as a mental disorder with diagnostic criteria as prolonged grief disorder. Although there is a growing body of research on the treatment of this disorder, the efficacy of pharmacotherapy has not been reported. Instead psychotherapy specific to prolonged grief disorder is considered effective. This article explores the evolution of the concept and treatment of prolonged grief.

Key words: complicated grief, prolonged grief disorder, ICD-11, JCGT, ENERGY