

悲嘆反応に関する基礎的研究

— 死別悲嘆の下部構造の明確化とそのケア —

宮 林 幸 江

要 旨：死別悲嘆の反応には文化差があり、日本人の悲嘆反応の研究には独自の調査が求められている。本研究は死別による悲嘆反応に経時的な変化が認められる時期を確認し、次にこの変化点迄の対象者にて悲嘆反応の下部構造を明らかにすることを目標とした。構造分析には、Grief Workshop (n=52, 全 8 回) の開催により収集された悲嘆記述集を基に作成した宮林悲嘆尺度 (MGM) の質問紙回答を因子分析に用いた。変化点の探索では 13 回忌迄を対象者とした (n=272)。その結果、変化点は 4 年半程度と判明し、先行研究と比べ遷延する傾向 prolonged grief が認められた。そこで 5 年未満 (n=124) を対象に分析を実施し、構造確認の因子分析を行った。その結果 4 因子 26 項目即ち、悲嘆継続を示唆する 3 因子「F1 思慕と空虚」「F2 疎外感」「F3 鬱的な不調」と喪失の受容を示す 1 因子「F4 適応の努力」が確認された (累積 63.3%, $\alpha = .93$, 並存的妥当性 $r = .41 \sim .63$, $p < .01$)。追加分析の群比較では、F1~4 に性差はなく、一般健康状態 GHQ (正常と非正常群) や死因 (病死と事故・自殺群) では、非正常群や事故・自殺群において F1~3 の否定的因子が他の群より有意に高かった。以上のことにより、グリーフケアの介入時期は直後から凡そ 4 年目位迄が適切と示唆された。

Key words : 悲嘆反応, 悲嘆尺度, 悲嘆の遷延, グリーフケア

I. 緒 言

日本において、死別の場が大きく変化し 1970 年迄には在宅死が 77.3% を占めていたが、約 30 年後の 1999

年には、大半の人が在宅死を望んでいたにも拘らず 82.5%¹⁾が病院・診療所で死を迎えた。核家族化現象、少子高齢化社会の到来がもたらした社会、人生観、家族の変容に基づく現象と言えよう。ターミナルにおける看取りの場の構築と喪失者の遺族のケアは今、医療が担わざるを得ない重要な課題になりつつある。

元来死別ケアの役目を担っていたのは宗教であり、家族の絆であり、伝統的な地域、職域コミュニティであった。現在宗教は“喪の作業”としての意味を残しているが“癒し機能”を充分には果たしていない。家族の機能にしても、分散し孤立する生活様式のためかつての連帯感・愛他的行動は制限されつつある。地域コミュニティの代表であった「村落共同体」は、生産性活動の変化により放棄され、日本独自の強い連帯感の拠りどころであった「会社社会」も、デフレ経済の圧力下で崩壊しつつある。社会全体に共感が得にくくなり、さらには自分以外には、無関心、無反応な社会へと拍車がかかりつつある。高齢化社会の実現によって、大半の人々は、生存を当然のこととして受け止めるようになり、思ってもいなかった老後の人生を現実としている世代は、医療に“看取りへの配慮”を求めはじめている。広井²⁾は生命という最も複雑な現象を対象とする医学の分野は、今までの認識よりも、さらに“複雑”系として捉える必要をあげ、心理的なサポートが疾病治療に果たす役割を強調している。しかし、医療の中で無形のサポートに関する評価はなく、社会科学的に体系づけられ、そして蓄積されたデータもなく、今後の展開が求められる領域である。

ここで悲嘆研究の先行研究を概観する。死別悲嘆に関する欧米の研究は、Freud が亡き父に抱いた“悲哀”の啓示的な報告 (1917) に始まり、Lindemann (1944)³⁾ は急性悲嘆について報告し、近親者との死別体験について、系統的に取り上げて記述し、正常悲嘆と病的悲嘆に分類した。Bowlby (1969)⁴⁾ は小児の行動を観察することにより、親密な愛着対象の欠落が、不安感、危機への怯えなどの主観的な感情に繋がることを指摘した。Bowlby と共同研究者であった Parks (1996)⁵⁾ は、悲嘆とその反応について、“心理社会的推移”の概念を提

Substructure of Japanese Grief Reaction and Grief-Care

Sachie Miyabayashi

東京医科歯科大学大学院保健衛生学研究科総合看護学専攻博士課程高齢者看護・ケアシステム開発学 (高崎絹子研究室内)

Doctoral Nursing Course, Graduate School of Allied Health Sciences, Tokyo Medical and Dental University
〒113-8519 東京都文京区湯島 1-5-45

平成 15 年 2 月 12 日 受付

案し、喪失体験の心情を説明し、悲嘆を精神医療の対象として、取り上げる努力をしている。Sanders (1992)⁶⁾は、タンパ市調査により、悲しみのプロセス論を展開した。Worden (1991)⁷⁾は、悲嘆を克服すべき人生の課題として捉え、悲嘆介入のあり方を詳細に説明している。

一方、日本における悲嘆の研究は遅く、日系人の Yamamoto ら (1969)⁸⁾が日本人の喪について記し、文化・宗教的な背景差により悲嘆が異なることを示唆したのが、初期の唯一の研究である。共同研究者であった小此木 (1979)⁹⁾は、喪失悲嘆について、自験症例や文芸上の登場人物を取り上げ、概括的かつ正確な解説を行い、これが日本人の喪失研究のガイダンスとなった。1980年代の後半、日本でも悲嘆の持つ諸様相についての研究が始まり、河合 (1998)¹⁰⁾は老年期の死別者が受ける死の衝撃と心理的反応について、フィールド調査を報告し、小島 (1988)¹¹⁾は死別を危機として捉え、危機介入理論を導入した。その後行われた研究は詳細ではあるが対象者が少数例で、悲嘆のある限定された場面での記述であり、俯瞰的な研究は少ない。

悲嘆研究の第一人者である河合¹⁰⁾は、実証的な研究は少なく、実態の解明は不十分と述べる。また Parkes⁵⁾は、英国での調査結果が、そのまま日本人に適用可能とは考えないと著書の序文で警告し、異質文化の相互理解のためにも、その国独自の研究に期待を寄せている。

死別は、当事者にとって耐えがたい精神的かつ肉体的な痛みをもたらす、社会的な活動は阻害され、時によっては憂慮すべき重大な疾患をも誘発する。このような背景から欧米では悲嘆介入には積極的であり、末期の在宅医療と死別後の家族のグリーフケアを一本化して、医療援助としている国も見られる^{12,13)}。季羽 (1988)¹⁴⁾は、特に在宅医療に関わる医療者は、何らかの悲嘆への援助の一端を担うべく、ガイド的な役割を取る立場にあると提唱してきたが、遺族へのケアを行う考えは、日本では依然として定着していない。

悲嘆反応が終わる時期についての明確な定義はないが、文献上では、回復の兆しの発現は McCrae ら (1993)¹⁵⁾は1~1.5年であるとし、死別後の変化がみられるのは Zinsook (1986) ら¹⁶⁾は2.5年とするが、Osterweis ら¹⁷⁾ (1984)は、1~3年では必ずしも終わらない例外があるとのべている。生活が落ち着く迄には3~4年かかるとする説 Parkes (1972)¹⁸⁾もある。医療報酬制度に組みこまれた米国の場合、メディケア Medicare では死別後1年を援助期間としている。いずれにしても長期の縦断的な研究は少なく時が癒すという“日薬 time alleviation”¹⁹⁾の通念は東西に共通した概念として残ってい

る。

日本では、死別悲嘆を疾患とみなしておらず、疾病症状が具体化しない限り、医療保険の給付対象にはならない。しかし米国の精神疾患診断統計マニュアル (DSM-IV, 1994)⁹⁾では、死別悲嘆を「“臨床的関与の対象となり得る状態”追加」の群に入れた。このことにより、あえて診断名がなくとも、死別者には一定の医療サービスが認められている。このような悲嘆の取り扱い上での差は、年月をかけ体系化された研究データの累積差や医療に対する宗教の影響の違いによるものであろう。このため医療の現場に携わる一員である、本研究者は「日本人の死別悲嘆とは、どのような悲しみなのか、どのような構成要素から成るのか」についての調査が、まず優先すると考えた。小此木⁹⁾が指摘するように、死別悲嘆の本質は“どんなに捜し求めても、その対象がこの世にいない”こと、“人生の絶対的な有限性への直面”に起因するのであり、この普遍性の確認が生前の依存性・愛着度、親密度などや、故人との人間関係、死因、過去の喪失体験の有無など、いわゆる「悲しみの要因」とされる個別的問題よりも重要と考えられる。

本研究の目的は、基礎的かつ実証的なデータとして、日本人の死別者を対象に悲嘆の構造を確認し、次に悲嘆の経時的変化を明らかにすることにより、今後の家族へのケアの必要性、ケア介入の時期と期間への示唆を得ることとする。

具体的な研究目標は以下の通りである。

1. 既存の諸尺度を用いて悲嘆の経時的な変化を観察し、死別当初と比べ変化がみられる時期を確認する。
2. 上記1から得られた時期までについて因子分析を試み、悲嘆の下部構造を確認する。
3. 追加分析として、1,2.の確認内容を基に、変化時点以降の悲嘆の構造について対照分析を行う。また遺族の健康状態の良し悪し、性別そして死因別について比較する。

以上より適切な悲嘆介入の時期と方法について考察する。

II. 概念枠組み

1. 悲嘆の概念枠組みと悲嘆介入

死別喪失を経験すると、喪失により変化した環境 (心理社会的推移 PST: Psychosocial Transition)⁵⁾にさらされ、ストレスや情緒危機などが重なり、一連の心理過程を辿る。特に心的な反応には特徴がみられる。例えば「狼狽、怒りと不公平感、罪責、孤独感と不安、無関心、悲しみにくれる、幻想、思慕など」である。「死

した例が多く計量的な分析に耐えられないと判明した。そこでまず、日本での遺族分ち合いへの参加、悲嘆援助への参加を試み、次いで米国での悲嘆回復研修セミナーの受講をした。また更に米国での悲嘆研修の講義や、悲嘆援助への参加や見学を経たのちに、精神科領域における集団精神療法²³⁾にヒントを得て、グループ形式の悲嘆回復の研修会(以下「ワークショップ」と記す)を日本で開催した²⁴⁻²⁶⁾。ここでのフィールドへの参与で悲嘆の質的理解を試み十分な知識を得た。この上で質問紙を作成した。

ii. 予備調査

a. 予備調査1

ワークショップは1回10時間、2日間にわたる研修会とした(プログラムは資料に掲載)。期間は2001年8月から「悲嘆回復ワークショップ」として全8回を開催し計52名が参加した。参加者には、自由記述法 Twenty Statement Test (TST)²⁷⁾を応用し悲嘆に関連した記述を願った。記述上の依頼指示は「今、あなた自身に悲しみに関連して起こっている事柄を全て記してください」とし、寄せられた記述を収集した(Grief Twenty Statement Test: 以下 G-TST と記す)。記述数が484ヶで飽和に達したと判断し、本調査用の質問紙作成での基礎とした²⁸⁾。ワークショップには“信管はずし defusing 効果”²⁹⁾があり、参加者との十分なラポール形成がなされ単に情報収集のみならず、「真実の悲嘆の様子」が反映されているか否かが把握でき、記述情報のもつ意味をさらに深めかつ補完ができ、研究をすすめる上で不可欠の方法であった。484ヶ収集記述については、ワークショップのボランティア10名の協力を得て内容の分析を行い、分類を実施した。分類に従い質問紙50項目を作成し、海外文献にのみみられる³⁰⁻³⁴⁾30項目を追加し最終的には80項目からなる「質問紙原案」を作成した。

b. 予備調査2

質問紙原案80項目を用いて主に病院関係者からなる死別体験者78名を対象にプレテストを行い、ワーディングや分布のチェックを行った。平均が上方(天井効果)あるいは下方に偏った(床効果)項目、分散の大き過ぎる項目、尖度・歪度が正規分布から著しく逸脱した項目は不良項目とした。その後、主成分分析によりカテゴリ中の項目の要約を行った(同時複数項目削減主成分分析法 reduction)³⁵⁾。主成分分析では第二成分以下に含まれた項目は除外した。プレテストの結果58項目に削減され、この質問紙を本調査に使用することにした。

項目の構成：質問紙を構成する16カテゴリーとは、

「思慕(11項目)」「対処・希望(14)」「悲しみ(3)」「鬱(3)」「喪失(5)」「矮小(4)」「身体(2)」「孤独・不安(3)」「悲嘆回想過程(3)」「人間関係(2)」「怒り(2)」「運命(1)」「自責・罪悪感(2)」「ショック(1)」「非受容(1)」「スティグマ(1)」から成る。以後この質問紙を宮林悲嘆尺度 Miyabayashi Grief Measurement (MGM と記す)と仮称する。

iii. 本調査

悲嘆の研究方法では、全く悲嘆の経験がない人を対照群と設定して比較するのは無意味である。このため因子尺度の構造確認は“クライテリオン群比較法”(明らかに特徴が顕著となる群とその反対の低いと推定される群とを比較し、差があることを示す方法)³⁶⁾の原理に基づいてすすめた。

本調査の対象者は、配偶者、子供、親などを失った死別体験者であり、自助グループの構成メンバー、宗教関連の法話会への参加者、新聞・雑誌のメディアから情報を得て参加した有志者であり、自主的に調査に参加された合計340名であった。まず死別期間からみた対象者の設定は直後から14年まで(宗教関連行事13回忌を考慮し13年の1.10倍)とした。これは日本においては命日反応 anniversary reaction³⁷⁾の影響が基礎ならびに予備調査を通じてかなり長期にわたると推定されたこと、医療上のサポートが死別後約一年と限定されている欧米ですら、より長期をカバーする必要性を唱えていることなどを考慮に入れたものである。欠損などによる無効回答7名と今回の調査目的には不適切な回答61名(15年以上経過した者)を除く272名を分析の対象に悲嘆反応が続く期間を算定することとした。算定後の年月によりさらに因子分析の該当者を二群に分けた(図2)。

iv. 本調査の全質問紙の内容

本調査では、以下の内容を含む質問紙を準備した。

a. 宮林悲嘆尺度 Miyabayashi Grief Measurement (MGM)

本研究の予備調査にもとづいて作成された質問紙58項目を5件法で尋ねた。

b. フェイスシート

回答者の基本的属性に関する項目を、フェイスシートで尋ねた。本研究では使用していない質問項目も含まれた。

c. 一般的健康尺度 General Health Questionnaire (GHQ と記す)

GHQは「精神健康調査票」とも称す。2件法28項目の尺度で、英国のGoldbergが非器質的・非精神病性の障害を判別する為に開発した尺度である。「身体症状」

表 1 使用した全尺度とその内容

| 本文の略称 | 使用尺度 | 項数 | α / r | 配点 | 評価方法と配点 |
|----------------|------------------------------|----|----------------------|-----------|--|
| a MGM | 宮林悲嘆尺度 MGM | 58 | | 0-290 | 配点 0, 1, 2, 3, 4, 5, 高 点程症状強し |
| c GHQ | 一般健康尺度 GHQ (下位尺度個別使用可能) | 28 | $\alpha = 0.89$ | 0-28 | 得点が高いほど症状が強い 弁別点: 海外手引 4-5, 日 本手引 5-6, |
| | 身体症状 (Somatic Symptoms) | 7 | $\alpha = 0.62$ | 0-7 | 配点 0, 1 |
| | 不安と不眠 (Anxiety & Insomnia) | 7 | $\alpha = 0.72$ | 0-7 | 配点 0, 1 |
| | 社会的活動障害 (Social Dysfunction) | 7 | $\alpha = 0.77$ | 0-7 | 配点 0, 1 |
| | うつ症状 (Severe Depression) | 7 | $\alpha = 0.81$ | 0-7 | 配点 0, 1 |
| d SRQ-D | 気分障害 SRQ-D: 軽症鬱・仮面鬱の検出用尺度 | 18 | $\alpha = 0.82$ | 0-36 | 配点 0, 1, 2 高 点程症状強し, 弁別点 11-15 |
| e GEI | 死別尺度 GEI: 死別の悲しみ自己診断表 | 24 | $\alpha = 0.95$ | 0-24 | 配点 0, 1 高 点程症状強し, 弁別点 8/25 項中 |
| f 悲しみ補助尺度 | 主観的な評価法 (個人内の評価法の絶対評価尺度) | | | | |
| 1) 悲尺度: VAS-G | 1) 死別後の最も悲しい時を 10 点とし今を問う | 1 | $\gamma = .48^{**}$ | 0-10 | 高得点ほど悲しみが強い |
| 2) 幸福尺度: VAS-H | 2) 死別を経験し, 今の幸福度を問う | 1 | $\gamma = -.53^{**}$ | 負 10-正 10 | 高得点ほど幸福感強い |

α : 信頼性係数, γ : 相関係数, $**p < .01$

そして最後に結果についての問い合わせに答えることを約束している。以上についての確認を行った上で、質問紙への回答をもって同意とした。

IV. 結 果

1. 回収結果

調査の回答法は、郵送の他、講義・講演会の後、もしくは休憩時間に記入を願う形をとった。講義・講演会は要請に応じて何度か行った。回収率は郵送法が 80.1%、講演会を利用した場合が 94.5%、回答所要時間が十数分から 30 分と短い質問紙ではなかったが、回収率は全体では 87.3%であった。

272 人の回答者の死別後経過年数は平均 5.70 ± 4.26 (±は標準偏差) 年、性別は男 48 人 (18%) 女 224 人 (82%)、回答者の年齢は平均 57.32 ± 13.33 歳、死別者の続柄は親 57 人 (21%)、配偶者 145 人 (53%)、子供 51 人 (19%)、その他祖母・義父母など 19 人 (7%)、享年は平均 54.33 ± 23.73 歳、死因は病死 210 人 (77%)、事故死 25 人 (9%)、自殺死 21 人 (8%)、その他には個人的理由で無記入を希望した 16 人 (6%) が含まれた。宗教については、特に信じている宗教の有無を問い、有

るが 119 人 (43.9%)、無しが 153 人 (56.1%) であった。

2. 死別悲嘆反応の経時的変化

i. 死別時から 14 年間の変化・諸尺度の変化にみる悲しみの状況

3つの諸既存尺度一般健康尺度 (GHQ)・気分障害尺度 (SRQ-D)・死別尺度 (GEI) と 2つの主観的評価尺度 (悲尺度・幸福尺度) の変化

a. 3つの諸既存尺度による変化

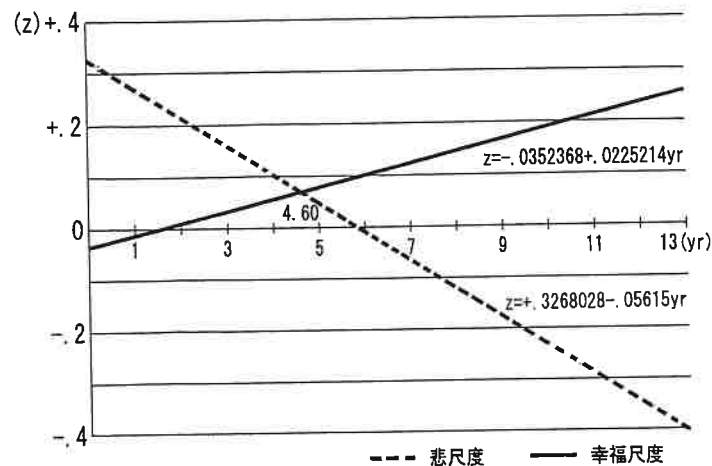
3つの諸既存尺度の平均値を死別後の経過年別に示す (図 3)。このグラフは横断的研究方法のため、個人の経年変化ではなく、回答者を年毎に分けた経年変化を示している。GHQ の平均は 5.38 ± 5.39 、SRQ-D の平均は 11.64 ± 8.51 、GEI の平均は 9.64 ± 7.54 であった。GHQ や、SRQ-D の得点は弁別点よりわずかに上にある。また GEI での問題ない水準を 8 以下と想定していることを考えると、対象者は死別の悲嘆反応を持ち合わせ、完全に回復しているとはいえない。概観すると既存の 3 尺度 (GHQ, SRQ-D そして GEI) が極めて類似するパターンを示した (図 3)。類型的照合論⁴⁵⁾の観点からみると、偶然性の問題だけではないと考える。さらに何

表 2 線形対比による変化時期の確認

| 経過年 | 0年 | 1年 | 2年 | 3年 | | | 4年 | | | 5年 | | 6年 | | | |
|-----------|----|----|----|----|--------------|--------|----|--------------|--------|----|--------------|---------|----|--------------|--------|
| | p | p | p | n | 平均(SD) | p | n | 平均(SD) | p | n | 平均(SD) | p | n | 平均(SD) | p |
| GHQ | ns | ns | ns | 20 | 8.00 (6.16) | .023* | 18 | 5.33 (5.16) | .026* | 16 | 4.44 (4.37) | .045* | 25 | 5.28 (5.09) | ns |
| SRQ-D | ns | ns | ns | 19 | 17.37 (9.49) | .004** | 16 | 11.25 (7.83) | .008** | 16 | 11.50 (8.29) | .005** | 24 | 14.13 (5.80) | .003** |
| GEI | ns | ns | ns | 12 | 12.83 (7.22) | .013* | 11 | 13.45 (6.53) | .001** | 14 | 6.93 (6.45) | .006** | 20 | 11.20 (7.54) | .020* |
| 悲尺度VAS-G | ns | ns | * | 19 | 5.68 (2.54) | .005** | 18 | 4.96 (2.16) | .008** | 16 | 6.75 (2.73) | .000*** | 23 | 4.52 (2.54) | .001** |
| 幸福尺度VAS-H | ns | ns | ns | 18 | -1.13 (5.64) | .034* | 18 | 1.03 (5.30) | .032* | 15 | 0.90 (3.81) | .026* | 24 | 0.75 (5.30) | .015* |

p:有意確率 ns:有意差無し * p<.05 ** p<.01 *** p<.000

悲・幸福尺度得点移動平均の回帰直線



:尺度測定値の直線あてはめを実施

図 4 悲尺度・幸福尺度の直線

の混入を避けるためである。基準の設定によって該当する対象者の数は124人となった。

この124人の性別は、男20人(16%)女104人(84%)、回答者の平均年齢は56.1±13.19歳、死別者続柄は親33人(26%)、配偶者64人(52%)、子供27人(22%)であった。死因は病死90人(73%)、事故死13人(10%)、自殺死14人(11%)、個人的理由を含む無記入希望7人(6%)であった。これは死後14年後までの272人の標本と殆ど変わらない比率である。死別後経過年数は平均2.0±1.3年である。享年の平均は全体が56.95±25.4歳、親が73.6歳、配偶者が62.4歳、子供が19.5歳であった。

ii. 尺度の標準化

プレテストを経て残された58項目から、不適切な分布をとる項目を除外した。すなわち天井効果、床効果が認められる項目や、尖度、歪度の大きい項目、項目内部での相関が低く($r = .5$ 以下)整合性を損なうおそれのある項目を除外し、26項目を因子分析の対象とした。

iii. MGMの因子分析(死別直後~5年未満)

主成分分析法により4因子が抽出され、バリマックス回転による因子分析の結果、表3の因子パターンを得た。4因子が抽出された。26項目において明確な構造が認められた。それぞれの因子(Factor:Fと記す)は「F1 思慕と空虚(12項目)」、主体的な自己を喪失し、体験する焦燥、孤独・孤立、不安などの漠然とした複合感情をさす⁴⁾「F2 疎外感(5項目)」、「F3 鬱的な不調(5項目)」、「F4 適応の努力(4項目)」と命名した。累積寄与率は63.3%であった。

iv. 信頼性・妥当性の検証

a. 内的整合性の確認

26項目の内部一貫性係数(Cronbachの信頼性係数 α)は全体で.928と基準を満たした。因子毎のCronbachの α は「F1 思慕と空虚」が.953、「F2 疎外感」が $\alpha = .881$ 、「F3 鬱的な不調」は.869、「F4 適応の努力」が.833であった。いずれも整合性のある下位尺度と認められた。折半法でもGuttman法($r = .82$)とSpearman-Brown法($r = .83$)にて信頼性が確認された。

表 4 MGM と他の尺度との相関

Pearson の相関係数 n=124

| | MGM | 一般健康 (GHQ) | 気分障害 (SRQ-D) | 死別 (GEI) | 悲尺度 (VAS-G) | 幸福尺度 (VAS-H) |
|--------------|----------|---------------|-----------------|-------------|----------------|-----------------|
| MGM | 1.000 | 0.484** | 0.630** | 0.550** | 0.410** | -0.489** |
| 一般健康 (GHQ) | 0.484** | 1.000 | 0.816** | 0.601** | 0.178* | -0.470** |
| 気分障害 (SRQ-D) | 0.630** | 0.816** | 1.000 | 0.649** | 0.384** | -0.579** |
| 死別 (GEI) | 0.550** | 0.601** | 0.649** | 1.000 | 0.184 | -0.364** |
| 悲尺度 (VAS-G) | 0.410** | 0.178* | 0.384** | 0.184 | 1.000 | -0.464** |
| 幸福尺度 (VAS-H) | -0.489** | -0.470** | -0.579** | -0.364** | -0.464** | 1.000 |

*p<.05 **p<.01

併存的妥当性では既存の尺度（一般健康 GHQ・気分障害 SRQ-D・死別 GEI）とこの他、主観的な尺度（悲尺度 VAS-G・幸福尺度 VAS-H）との相関係数を算出し併存的妥当性の確認を行った。すべての尺度の測定値との間に相関が認められ ($.41 < r < .63$; $p < .01$), 併存的な妥当性が確認できた (表 4)。

4. 確認された 4 因子と追加分析

i. 悲嘆反応の構造内容の変化 (死別後 5 年以上)

悲嘆の下部構造がどう変化するかの確認のため、クライテリオン群比較法に従い、5 年以降 14 年までの対象者 144 名に対し、参考までに同様の因子分析を行った (表 5)。主成分分析法により因子が抽出され、バリマックス回転による因子分析の結果、表 5 に示す因子パターンを得た。因子数は 3 因子に減った。因子負荷量 .50 以上を採用した 28 項目において、やはり明確な構造が認められた。表 3 の F3 鬱的な不調は、表 5 で消失し、(f1) と (f2) に取り込まれた。それぞれの因子は「(f1) 孤独感と疎外感 14 項目」, 「(f2) 思慕 10 項目」, 最後は表 3 の F4 因子と全く同一項目からなる「(f3) 適応の努力 4 項目」であった。累積寄与率は 58.77% であった。

28 項目の内部一貫性係数 (Cronbach の信頼性係数 α) は全体で .935 と基準を満たした。各因子毎の Cronbach は「(f1) 孤独感と疎外感」が $\alpha = .953$, 「(f2) 思慕」が $\alpha = .923$ で, 「(f3) 適応の努力」は $\alpha = .768$ であった。特に因子負荷量が低すぎる理由で削除された項目はなく, ここでも整合性のある下位尺度と認められた (表 5)。

ii. 属性などの群の比較 (GHQ, 性別, 死因)

MGM の尺度としての精度が保障され, 死別悲嘆の構造が確認されたため, 追加分析として各下位尺度の得点が一般健康感 GHQ の高低で異なるか, 性別そして死

因によって異なるかの 3 点を検討した。対象者は, 4 因子を抽出した時と同じく, 死別直後から経過年数 5 年以内の回答者 124 人に限定した。

a. 一般健康尺度 GHQ (正常群と非正常群) と 4 下部構造の比較

GHQ の弁別点を 5 と設定し, 回答者を GHQ の正常群 72 人, GHQ の非正常群 52 人に分け, それぞれの群について「F1 思慕と空虚」「F2 疎外感」「F3 鬱的な不調」「F4 適応の努力」の平均得点を算出した (表 6)。t 検定の結果各 4 因子の全てに有意差がみられた。

一般的な健康状態の正常範囲の人々は, 死別で起こる様々な反応である思慕と空虚感, 疎外感, 鬱的な不調が軽いことがわかる。一方, 適応の努力に関しては, 非正常群は点が低く有意差がみられた。

b. 性別と 4 下部構造の比較

回答者を性別によって群分けし, 平均得点を算出し比較した (表 7)。男性は 20 人, また女性は 104 人であった。t 検定の結果各 4 因子の全てに有意差がみられなかった。悲嘆の継続を示すネガティブな F1, F2, F3 因子の得点は女性が高いが有意な差ではなく, 喪失の受容または対処を示すポジティブ因子 F4 もやはり女性が高いが同じく有意な差ではなかった。

c. 死因 (病死と事故・自殺死) と 4 下部構造の比較

回答者を死別者の死因によって群分けし, 平均得点を算出し比較した (表 8)。病死群は 90 人, また事故死群には, 何らかの事故による死と自殺死群を合わせた 27 人であった。この二群比較の結果, t 検定により 4 因子の全てに有意差がみられた。事故死群は, 病死群と比較し, ネガティブな F1, F2, F3 因子が有意に高く, ポジティブな F4 因子 (適応の努力) がやはり有意に低い。

表 6 一般健康尺度 GHQ の二群と F1-F4 比較

| | | n | 平均値 | 標準偏差 | t 値 |
|----------|------|----|------|------|----------|
| F1 思慕と空虚 | 正常群 | 72 | 2.43 | 0.96 | -8.70*** |
| | 非正常群 | 52 | 3.90 | 0.96 | |
| F2 疎外感 | 正常群 | 72 | 1.65 | 0.76 | -6.25*** |
| | 非正常群 | 52 | 3.20 | 1.14 | |
| F3 鬱的な不調 | 正常群 | 72 | 1.90 | 0.71 | -6.12*** |
| | 非正常群 | 52 | 3.44 | 0.89 | |
| F4 適応の努力 | 正常群 | 72 | 3.75 | 0.93 | 5.57*** |
| | 非正常群 | 52 | 2.87 | 1.18 | |

弁別値 : GHQ 5 点 \geq 正常群, 5 点 < 非正常群 ***p < .000

表 7 性別と F1-F4 比較

| | | n | 平均値 | 標準偏差 | t 値 |
|----------|---|-----|-----|------|---------|
| F1 思慕と空虚 | 男 | 20 | 3.0 | 1.2 | -0.3 ns |
| | 女 | 104 | 3.1 | 1.2 | |
| F2 疎外感 | 男 | 20 | 2.1 | 1.1 | -0.7 ns |
| | 女 | 104 | 2.3 | 1.2 | |
| F3 鬱的な不調 | 男 | 20 | 2.2 | 0.9 | -1.5 ns |
| | 女 | 104 | 2.6 | 1.1 | |
| F4 適応の努力 | 男 | 20 | 3.2 | 1.1 | -0.8 ns |
| | 女 | 104 | 3.4 | 1.1 | |

表 8 死因別の二群と F1-F4 比較

| | 死因 | n | 平均値 | 標準偏差 | t 値 |
|----------|--------|----|------|------|--------|
| F1 思慕と空虚 | 病死 | 90 | 2.99 | 1.1 | -2.7** |
| | 事故・自殺死 | 27 | 3.66 | 1.1 | |
| F2 疎外感 | 病死 | 90 | 2.11 | 1.0 | -3.4** |
| | 事故・自殺死 | 27 | 3.08 | 1.3 | |
| F3 鬱的な不調 | 病死 | 90 | 2.44 | 1.0 | -3.6** |
| | 事故・自殺死 | 27 | 3.23 | 1.0 | |
| F4 適応の努力 | 病死 | 90 | 3.47 | 1.0 | 2.4* |
| | 事故・自殺死 | 26 | 2.91 | 1.2 | |

*p < .05 **p < .01

本的に日本人では、できれば故人を慈しみ心の片隅に残しておきたい願望が込められている。この点の見解が欧米文献と異なり、これを“病的悲嘆”とは解釈できない。思慕を表現する語感に差があり思慕の持つ意味合いが異なると考えられる。日本では、悲嘆の初期の一時期を除いて、exploring, longing, yearning, deep attachmentなどの語感よりも、回想、懐古 reminiscenceを根底に秘めた観念といえる。つまり探索には1.知覚と2.行動が含まれるが、日本においては知覚上の探索が主であると考えられる。

「F2 疎外感」(表3: m12, m 30, m40)に関しては、本調査では死別後5年未満の群とそれ以上の群の両群に疎外感がみられ、一見すると自信の低下にも見えるが、しかし、これはFreudが指摘しているように、鬱では自分自身が貧しく虚しくなるのと比較し、悲嘆では外界が虚しくなるという解釈があてはまる。事実、記述全体を文脈的に戻し捉えなおすと、一人で買い物する人は自分だけのように思う。また外食をしている時に、昨日とは人の見る目が変わったように思われる。近隣人がいやによそよそしく感じられる。しかし、時の経過と共に、冷静に見ることができるようになり、一人で買い物をする人は多々見受けられ自分だけが目立つわけではないことや、隣人は単に、一時期遠慮をしてくれたのかもしれないと判断ができるようになる。自己の認知能力における軽度の歪みが生じたことに起因するといえよう。因子の意味としては、対象が生きていて、家族としての構成単位を保持している時、人はあまりその真価を確認したり、意識したりしない。しかし、対象の存在はマズローの欲求段階説による基本的欲求(生理的欲求、安全の欲求)から愛情の欲求まで、ほどほどに満たし、さらに尊厳の欲求までも満たしていると感じさせている。このため、死別後は何事にも自信が無くなるとか、自己の矮小化、セルフエスティームの低下が起り、疎外感として感じられると考える。

「F3 鬱的な不調」に関しては、Klerman⁵⁰⁾は、多くの抑うつは喪失によって引き起こされると記載し、笠原⁵¹⁾は、悲哀反応による鬱(鬱分類のV型)とした。医療者が対応する限り、細心の注意を払う必要のある事象である。Parksは、死別体験の心的反応をどう分類するかと尋ねられれば、多くの精神科医が「反応性の鬱」と診断するとしており、死別体験における抑鬱は、共通の症状であると記載している。平井・柏木⁵²⁾によると、日本人の30~40%は鬱反応を示し、40%は何らかの意味で医療機関を訪れていると報告している。

注意すべき点の一つとして、鬱的な不調は常時存在す

るとは限らないことであり、表面的な対話の中ではしばしば見落とされがちである。本調査で使用したような感度が高く、死別者にとって抵抗感の少ない適度に簡易な尺度を準備する必要がある。因子F1, F2, F3とF4は対極的であり、アンビバレントな状態(ネガティブ因子とポジティブ因子)ともとれる。両者の均衡が保てず、強烈なストレスとして死別喪失者に作用する。

最後の因子F4は、再生への希求、対処の努力を示す「適応の努力」であった。死別悲嘆反応はある意味で正常な反応である。Freudの、「自我はいわば失われた対象と運命を共にすることを望むのかどうかの決定を迫られ、生きていれば得られる自己愛的な満足全体を考えて、亡くなった対象との絆を断ち切ろうとする」という解釈に尽きる。本調査の4年迄の群とそれ以上の群の両者にこの因子のみが一貫していた。坂口⁵³⁾は対処法について因子分析し、3因子を抽出しているが、その中の「生活・人生志向」にあたると考えられる。さらに対処法のなかでは、「回避」、「故人との絆保持」を抽出し、故人と共にこれからの人生に取り組もうとする対処パターンが日本人には特徴的であると推定している。

2. 経時的な変化について

遷延性傾向の悲嘆 prolonged grief

悲嘆は何時終わるのか?。本研究結果では、悲嘆は1年では済まず、悲嘆反応は4年程持続することがわかった。しかしShuchter⁵⁴⁾やWordenら⁷⁾は、2年前後、Parkes⁵⁾は3~4年としている。通常1年で区切る理由としては、欧米といえども研究上の理由として縦断的な研究の集積が充分でないことや、実践上の理由として、援助介入するための社会的資源には限界があり、“費用対効果”を考慮した上での“割り切り”という理由が考えられる。事実、Burnellら⁵⁵⁾は、大幅な個人差があることを認識しておく必要を説いている。調査の結果では、GHQ, SRQ-D, GEIでは死別から3~5年で変化がみられ、そして“信頼係数”に従うと、4年と判断され、主観尺度の悲尺度と幸福尺度からは4.6年と推測できた。この年数をみると、明らかに先行研究よりも長く遷延性 prolonged Griefが窺えた。ただし欧米文献で病的悲嘆として記載されている遅発性悲嘆 delayed griefと混同してはならない。

3. 属性などの群比較(GHQ, 性別, 死因)追加分析の群比較の結果

i. GHQで分けた二群

一般健康状態GHQの下位尺度は、身体症状・不安と不眠・社会的活動・鬱からなるが、GHQの二群(正常群と非正常群)で比較すると、GHQの非正常群は「F1

医療者への悲嘆に関する概括的な知識の提供であり，“死別者と医療機関は患者の死後も，尚，より良い関係を維持する必要がある”という意識の導入である。看護者が悲嘆に関わるのに最適な条件が幾つか挙げられる。まずターミナルでの日常のケア活動を通して，看護師は家族の中でのギーパーソンの識別・家族関係の構成，経済的な側面を含めた情報を持っていること，このためターミナルの時点で，“死別後の悲嘆の援助が必要な家族かどうか”のアセスメントができる立場にある。死別後の一時的な危機的状況は，誰にも免れ得ないことであり，プライマリケアとしてのサポート体制は必要である。受け皿作りとして，看護師による悲嘆窓口の設置などを期待したい。そこでは，リエゾン医療の一環としての情報や援助の流れもスムーズに整理できるであろう。元来，看護師はこころのケアを非常に重要であると考えている事実からも期待できる。サポーターのこの時のポイントは，悲嘆者はF4 因子適応の努力に代表されるように，悲嘆の中にあっても，かなり早期から自我（自己愛）意識を保持し，再生への萌芽を持ち合わせていることを知りえたので“余計なことを説教された”とならないように基本知識を持って接することである。悲嘆者は，身内に死別者をだしたことで，F2のように社会からの疎外感を募らせているため，特に自分に共感性を持つかどうかを瞬時に嗅ぎわけ，同時に意思表示をする特徴的な行動をとるからである。初期悲嘆の段階が長引くケースなどは，同時に鬱的な不調の程度をもアセスメントを行ったうえで，本人の同意を得て同じ悩みを抱く人々の紹介・または必要であれば精神科への紹介役も重要な役割の一つである。医療機関から，私信の形で死別悲嘆の経過の問い合わせや悲嘆窓口の設置を行うことは，“いつでも，必要な時には窓口がある”状態を作るという意味で重要である。また，最近では地域別のリエゾン医療研究会を開催し，学際的に心身医学を研究する傾向にあり，外来中心のストレスクリニックの開設が進んでいる。精神科受診を忌避する人にストレス科受診をすすめると容易に応じる事実は参考になろう。また，若い宗教家の中には，悲嘆ケアを課題として取り上げる動きが認められ，連携への努力を試みるべきである。

その半面，最近心の問題の解決にあたって他人に依存し，自ら困難にじっくりと対面することなしに手っ取り早く解決したいとする安易な風潮の芽生えが指摘されつつある。自らの問題は新しい人間関係を通して，生活の再構築を目指す中で，解決すべきという毅然としたスタンスも大事であることを医療者は忘れてはならない。

研究の限界と今後の課題

1. 対象者の8割は，悲嘆の回復を目指す自助グループ所属者であり，グループ内での性差比率がそのまま回答率の結果に反映した。この差の事実は多くの文献に共通しており，平均寿命から見て配偶者喪失では圧倒的に女性が多くなること，また子供の喪失者では，時間的余裕のある母親の回答率が上がることに起因し，性差と年代に偏りを示す。この様に偏る理由は存在するが，さらに重点的に少数者に目をむけることが今後の研究テーマとなるであろう。

2. 本研究では，悲嘆継続年数を横断的に取らざるをえなかった。現在の日本において，医療機関の参加協力のもとに縦断的な悲嘆研究が容認される風潮には至っていないからである。提案としては，ターミナルの時点から十分なラポールを保ちうる縦断的な分析へ繋げる研究の集積により達成を図ることである。チームの編成によるなど，共同研究の形が現実的であろう。

3. 本研究の主要な目的は，日本人の悲嘆の本質把握にあり，悲嘆要因の分析には至っていない。基礎的な知見を踏まえ更なる解明へと進める必要がある。

4. 悲嘆は本来，心的，行動，身体の反応から成りたっている。記述式，調査紙方式での研究方法では身体に関する客観的な臨床データは取りにくい。臨床での今後の研究は，この側面にも視野を広げていく必要がある。

5. 対象者は全員死別体験者であった。ノーマルサンプルで回答を得ても，比較の意義に乏しいことと，社会的制約があり，悉皆調査の実施は不可能と判断したためである。追加分析で死後5年以上の対象者の因子構造についての確認を行ったのは，ノーマルサンプルに近いとみなして行ったものである。結果は予想以上に長期化する悲嘆だった。自助グループに参加している人の特異性なのか否かは不明であり，今後の課題である。

結 論

本研究を通じて以下のことが明らかになった。

1. 5つの尺度を使用し，死別後の変化時期は3～5年目であり悲尺度・幸福尺度の2平均直線の交点では4.6年と判断できた。これにより悲嘆の遷延化傾向が示唆された。

2. 4年迄（5年未満）の悲嘆構造が明確になった。思慕と自信喪失を主軸とする4つの下部構造が認められた。詳しくは「F1 思慕と空虚」「F2 疎外感」「F3 鬱的な不調」「F4 適応の努力」であった。

3. MGMの悲嘆尺度としての，信頼性と妥当性が

- 文集, 238-239, 2002.
- 29) Write B: Sudden Death A Research Base for Practice, Churchill Livingstone, N.Y., 1996. 若林正訳, 突然の死, 医歯薬出版株式会社, 182-221, 2002.
- 30) Potvin L, Lasker JN, Toedter LJ: Measuring Grief: A Short Version The Prenatal Grief Scale, *J of psychopathology Assessment*, 11(1), 1989.
- 31) Toedter LJ, Lasker JN, Janssen HJEM: International Comparison of Studies Using the Prenatal Grief Scale: A decade of Research on Pregnancy Loss, *Death Studies*, 25, 205-228, 2001.
- 32) Horgan NS, Greenfield Schmidt LA: Development and Validation of the Horgan Grief Reaction Checklist, *Death Studies*, 25, 1-32, 2001.
- 33) Bailey SE, Dunham K, Kral M: Factor Structure of the Grief Experience Questionnaire, *Death Studies*, 24, 721-738, 2000.
- 34) Benight GC, Flores J, Tashiro TY: Bereavement Coping Self-Efficacy in Cancer Widows, *Death Studies*, 25, 97-125, 2001.
- 35) 田中 敏: 実践心理データ解析, 新曜社, 304-305, 316-318, 320-325, 1998.
- 36) 堀 洋道, 松井 豊: 心理測定尺度集Ⅲ, サイエンス社, 397-408, 2001.
- 37) 河合千恵子: 夫・妻の死から立ち直るためのヒント集, 三省堂, 28-30, 1996.
- 38) Goldberg DP, Hiller VF: A scale of the General Health Questionnaire, *Psycho Med*, 139-145, 1979.
- 39) Goldberg DP, 中川泰彬, 大坊郁夫: 日本版 GHQ 精神調査票, 日本文化科学社, 1985.
- 40) 精神科臨床評価マニュアル, 臨床精神医学 増刊号, アークメディア, 10-19, 1999.
- 41) 河野友信, 末松弘行, 新里里春: 心理テスト, 朝倉書店, 37, 238, 1999.
- 42) 成田智拓, 佐藤哲哉, 平野茂樹, 他: 笠原のうつ病スケール (KDI) の信頼性と妥当性, 臨床精神医学, 28(5), 555-562, 1999.
- 43) 小沢利男, 江藤文夫, 高橋龍太郎: 高齢者生活機能評価ガイド, 56-58, 312-322, 1999.
- 44) 松林公蔵, 木村茂昭, 岩崎智子, 他: "Visual Analog Scale" による老年者の「主観的幸福度」の客観的評価: 一標準的うつ尺度との関連-, 日本老年医学会雑誌, 29, 811-816, 1992.
- 45) 大島正光, 開原成允: 医学用語大辞典, 日外アソシエーツ, 3994, 1990.
- 46) 石村貞夫: 時系列分析の手順, 東京図書, 2001.
- 47) 下中 弘: 新版心理学辞典, 平凡社, 531-532, 1991.
- 48) Prigerson HG: Inventory of Complicated Grief, *American Journal of Psychiatry Research*, 59, 65-79, 1995.
- 49) Horowitz MJ, Siegel B, Holen A, et al: Diagnostic Criteria for Complicated Grief Disorder, *American Journal of Psychiatry*, 154(7), 904-910, 1997.
- 50) Klerman GL, Izen J: The effects of bereavement and grief on physical health and general well-being, *Advances in Psychosomatic medicine*, 9, 63-104, 1977.
- 51) 笠原 嘉, 木村 敏: うつ状態の臨床分類に関する研究, 精神経誌, 77, 715-735, 1975.
- 52) 平井孝男, 柏木哲夫: 喪失と喪失反応, 臨床精神医学, 12(5), 549-557, 1983.
- 53) 坂口幸弘, 柏木哲夫, 恒藤 暁: 配偶者喪失後の対処パターンと精神健康との関連, 心身医学, 41(6), 439-445, 2001.
- 54) Shuchter SR, Zinsook S: Treatment of spousal bereavement: A multidimensional approach, *Psychiatric Annals*, 16, 295-305, 1986.
- 55) Burnell MG, Burnell LA: "Clinical Management of Bereavement: A Handbook for Healthcare Professionals, Human Science Press, New York, 1989. 長谷川浩, 川野雅資監訳, 死別の悲しみの臨床, 医学書院, 1994.
- 56) Heyman DK, Gianturco DT: Long-term Adaptation by the Elderly to Bereavement, *Journal of Gerontology*, 28(3), 359-362, 1973.
- 57) 安 克昌: 心の傷を癒すということ, 角川書店, 226-231, 2001.