

外傷性悲嘆とトラウマ

金 吉晴

外傷性悲嘆は1990年代後半にPrigersonによって主張されたが、その後、遷延性悲嘆、複雑性悲嘆などの概念に取って代わられた。病理としては愛着対象の喪失が重視される傾向にあるが、喪失の出来事がPTSDの出来事基準を満たすようなトラウマ的性質をもっている場合にはトラウマ的性質については忘却を、故人については追想を願うという矛盾した心理が生じ、臨床的にもトラウマ反応の視点を取り入れた格別の配慮が求められる。DSM-5の持続性複雑死別障害の診断基準においても外傷性死別が下位項目として挙げられているゆえんである。外傷性死別に続発する場合を特に外傷性悲嘆として意識する必要がある。しかし、臨床カテゴリーとしての意義については治療反応性、病態についての今後の研究を待たなくてはならない。

<索引用語：悲嘆, トラウマ, PTSD>

はじめに

生死にかかわるトラウマ的出来事に続発する疾患としてPTSDがDSM-IIIに登場したのは1980年であり、DSM-5では不安障害(不安症)からは独立したトラウマ性疾患としての診断カテゴリーまで設けられた。当初は疾患概念の妥当性、賠償神経症との異同等を疑問視する向きもあったが、これは19世紀の鉄道脊髄症、20世紀の第一次世界大戦におけるシェルショック、戦争神経症、外傷神経症などについて生じた議論とほぼ同列である。しかし、著者が経験しているのは補償交渉などとは全く無縁で苦痛に満ちた生活を送り、ようやく治療を求める患者たちであり、過剰な補償要求への警戒のあまり、こうした患者の治療希求を無視することは適当とは思われない。

PTSDはトラウマ出来事の恐怖記憶が形成され、非意図的な侵入性想起とともに過覚醒、回避麻痺症状、認知と感情の歪みを生じる病態である。DSM-5からは侵入性想起が解離症状である

ことが明確となり、侵入症状の本態はトラウマ的出来事についてのフラッシュバックと悪夢であると考えられている。DSM-IVまでは意志に反して想起する、考える、ということが侵入性想起と見なされていたため、被害感情などによって体験を考えるだけでもPTSDの診断がつきかねず、一部に混乱を生じていたと思われるが、その点はほぼ解決されたものと思われる。またトラウマ的出来事の定義も、DSM-IVの定義が抽象的であったのに対してDSM-5では具体的に明示されており、この点も診断の輪郭を明確にする上では有利である。ちなみにDSM-5では評定者間の一致率の低さがしばしば問題となっているが、PTSDに関しては0.69と比較的高い値が報告されている。これは出来事基準が明確化したことと、再体験症状が解離性のフラッシュバック、悪夢を中心として整理され、DSM-IVでみられていた「(トラウマ的出来事についての)思考」という表現が削除されたこと、また出来事後の反応に関するA2基準が削

除されたことが大きい。

ただし、この PTSD 診断基準の中にもなお診断的輪郭の曖昧な点が残っており、それが PTSD という概念の広がりを示すのか、あるいは鑑別診断の不徹底を表しているのかはまだ判然としない。そのような診断として重要なものには児童期のトラウマ体験に起因する成人の PTSD としての複雑性 PTSD と、通常の悲嘆が遷延、重症化した複雑性悲嘆がある。複雑性 PTSD、複雑性悲嘆とも、DSM-5 では正式の診断基準としては採用されていないが、ICD-11 のドラフトには含まれており、これらの診断的独立性はなお議論の途上であることを示しているものの、臨床的な重要性を認める見解は増大しつつあるといえる。

I. DSM-5 に至る複雑性悲嘆の変遷

DSM-5 では「今後の研究のための病態」として持続性複雑死別障害の診断概念が呈示されているが、その基本症状は故人と死別状況へのとらわれ、死についての、あるいは亡くなった故人についての肯定的な受容の困難、悲観的認知を伴う現実感覚の混乱であり、これらが6ヵ月続くことが要件とされている。これは通常の悲嘆反応、すなわち一時的に苦痛をもたらすとしても時間経過とともに軽快し、社会生活への再適応の過程を歩むという悲嘆反応ではなく、時系列的にみれば12ヵ月を超える慢性化を特徴とする病的な反応と考えられている。症状面では量的には当然気分症状や解離などの重症化が想定されるものの、さらにその特徴を明確にするために、研究者によっては故人の幻覚、故人の苦痛などを身体に感じることを含めることもある。

この病態は当初、Horowitz によって死別後抑うつ (grief after the death)²⁾、病的悲嘆 (pathological grief)³⁾、外傷性悲嘆 (traumatic grief)⁴⁾として提唱され、死別体験に関する侵入症状と、その記憶の回避が特徴であるとされた。1995年に Prigerson はアタッチメント理論を元に悲嘆の成因としての故人への愛着を重視し、死別による分離不安と、死別に関するトラウマ的苦痛という症

状の2軸を指摘した⁵⁾。Prigerson らは1997年からは外傷性悲嘆という用語を用いるようになった⁶⁾が、これはそれまでの議論を踏まえて、故人の追想があたかもトラウマによる再体験症状のように鮮明に、苦痛を伴って生じるということ、死別体験のもつトラウマ的性質を重視したためである。実際、この頃に治療や研究の対象となったのは、PTSD の出来事基準に相当するような出来事によってこの病態を生じた人々が多く、例えば親の事故死を目撃した子どもなどが対象となっていたことがあり、悲嘆の原因となる出来事が PTSD と同じような意味でトラウマ的であるという側面を強調して外傷的という用語が自然に用いられたという面もある。その場合には PTSD と悲嘆反応が合併することもあった。

しかしながら研究が進むにつれて必ずしも PTSD の出来事基準に合致しない形で死別を体験した人々にも同様の病態が出現することが示され、Prigerson らは2009年頃から遷延性悲嘆障害 (prolonged grief disorder) という名称を用いるようになった⁷⁾。しかし、2011年に Shear ら⁸⁾は DSM-5 の診断カテゴリーの候補として再び複雑性悲嘆という用語を提唱し、こうした名称の混乱がこの病態の研究の適切な評価、診断を妨げてきた面は否めない。そのため DSM-5 においても公式な診断としては認められず、「心的外傷およびストレス因関連障害群」の「他の特定される心的外傷およびストレス因関連障害」の中に、PTSD には該当しないが臨床的に意味のある苦痛、社会的機能障害を引き起こす場合の例として呈示されているにすぎない。ただし「今後の研究のための課題」として「持続性複雑死別障害」が認められている。これは死別の後、12ヵ月を超えてもなお故人を強く思慕して追い求め (longing)、死別に関連した深い悲しみを経験し、故人のことが頭から離れることがない preoccupation という状態である (呈示した英語部分は DSM-5 邦訳では「あこがれ、とらわれ」と訳されているが、悲嘆とは違った感情が連想されることのないように注意が必要である)。これに加えて死別の事実を否認し、

回避するとともに、死別に関する怒り、自責などの陰性の強い感情が生じている。また、故人と一緒にいるために自殺を思い、他人や自分自身の生活からの隔絶感などを生じる。さらに、特定すべき事項として「外傷性死別」が挙げられており、これは PTSD の出来事基準に相当するような体験、および殺人、自殺による死別が含まれる。

以前の外傷性悲嘆という用語は現在ではあまり用いられないことがないが、この外傷性死別に続発する複雑な悲嘆反応を示す用語としてはなお臨床的な意義を失っていないと思われるので、以下にその特徴を示したい。

II. 外傷性悲嘆

この障害の成因としてはやはり以前の Prigerson のように愛着が向けられていた対象の喪失による分離不安、恐怖と、死別の出来事のもつトラウマ的性格による恐怖が重要であると思われる。特に後者の要因は外傷性悲嘆においては顕著であり、また外傷性死別においては PTSD を併発することが少なくないため、両者に共通する要因として出来事の衝撃を考察することが重要と思われる。これに対して持続性複雑死別障害へと至る一連の議論の中では、むしろ死別という出来事のトラウマ的性格はこの病態の中心的な特徴としては次第に重要性を失っており、故人との関係、死別の意味づけ、社会との現実的ななかかわりの方に概念的な比重が移っている。しかし、PTSD の側から考察すると、PTSD の遷延化の要因であるトラウマ記憶への回避に関して特殊な病状を形成しており、独立して論じるべき価値のある病状と思われる。

PTSD では自分自身が有責者であるなどの場合を除き、基本的にはトラウマ体験は本来何度も想起する必要のない記憶であり、当然トラウマ体験の忘却を願い、その体験に関連した加害者などの状況に関する情報も積極的に想起しようとは思わない。このような形での回避が行きすぎると、自然の回復過程が妨げられ、慢性的な PTSD につながると考えられている。すなわち、回避のために

トラウマ記憶の処理が妨げられ、体験を整理し、感情内容に馴化 (habituation) して、一般記憶の中に組み込むことが困難になっているとされている。回避は意図的なこともあるが、解離反応による非意図的な場合もあり、そのような場合には回避していることの自覚も困難となり、さらに回復が阻害される。

ところが、外傷性悲嘆の場合にはトラウマとしての側面については忘却を望むが、悲嘆の対象となっている死別した故人に対しては思慕の念があり、事態は複雑化している。PTSD において再体験は短期的には回復のための反応であるとしても、中長期にわたった場合は病的な症状であると考えられ、患者もこれを苦痛に思うのが常であるが、外傷性悲嘆の場合は再体験症状において永続的に記憶し、またたとえ再体験の形であっても故人に出会うことを願いつづけることがある。したがって、故人への思慕の感情によって再体験が誘発されることがありうる。とはいえ、外傷体験の整理、馴化に至るような修正的な想起ができないことを考えると、中核的な部分への回避は残っており、それが病的に作用するという構図は変わらない。

加えて患者には生存者としての罪責感 (survivor's guilt) があることも多く、その場合には罪悪感のために一層、故人を忘却することが困難となり、故人の存在を忘却することは望まない。したがって、同一の記憶の中に想起を嫌悪する部分と積極的に想起を望む部分が混在することになり、このことが患者にとって記憶の整理を著しく困難にしている。

PTSD の慢性化要因として回避のメカニズムが考えられることはすでに述べた通りであるが、外傷性悲嘆の場合に故人との内的な関係によって思慕の情が生じるとすると、これは回避に対して拮抗的に働くのではないか、それではなぜ慢性化するのか、ということが臨床的には疑問となる。これに対しては思慕の情によって想起される内容は、再体験症状と同様に記憶の外形的な部分であり、圧倒的な陰性感情にふれると停滞してしま

い、記憶の整理に必要な中核部分に入ることができないためではないかと考えられる。再体験症状が病因的な回避に対しては拮抗的に働かず、むしろ不安、恐怖を高めて回避を強化するのと同様に、思慕の念によって苦痛な場面に想起されることはかえって病因的に作用し、回復を長引かせるものと考えられる。

実際に患者の多くが望むことは故人との関係の再建であり、生前の故人との肯定的な関係を維持することであって、死別が生じた悲劇的な場面を想起することではない。しかし、外傷性悲嘆が慢性化した患者においてはこの両方の想起内容が混同されており、個人との関係の再建とトラウマ的記憶からの回復の両方が停滞していることが少なくない。外傷性悲嘆ではPTSD症状が重複しているので、故人についての現実感のある再体験はPTSDモデルで考えることも可能である。アタッチメントに依拠した病理概念に加えて、トラウマ体験における青斑核からの過剰なノルエピネフリンの放出が海馬扁桃体を興奮させ、トラウマ体験についての記憶処理を妨げ、海馬依存性記憶を持続させるというモデルも該当する部分が多い。

Ⅲ. 治療上の示唆

複雑性悲嘆の治療においては選択的セロトニン再取り込み阻害薬 (selective serotonin reuptake inhibitor : SSRI) による治療研究がいくつか行われているが、その効果は限定的であり、併発するうつ病の改善なのか、複雑性悲嘆の改善なのかも必ずしも明確ではない。これに対して認知行動療法の有効性はいくつかの研究で指摘されており、今後有望な治療選択であると考えられ、日本では中島らによる治療研究が進行中であり、その結果が待たれる。複雑性悲嘆についての認知行動療法の特徴は故人の肯定的な記憶との結びつきを深めることである。この課題は外傷性悲嘆の場合にはより複雑となる。複雑性悲嘆一般に対する認知行動療法の目標の1つでもある。

悲嘆とPTSDとの近縁関係はすでに述べてきた通りであるが、出来事基準をめぐる概念の変遷を

みたときに大きな相違がある。PTSDでは出来事基準を満たすことがまず求められているが、何をトラウマ的と見なすのかについては議論があり、DSM-5では半年後の症状と関連の強いものに限定された。またこの出来事基準を満たさず、かつ症状が出た場合にはPTSDではなく適応障害と診断される。これに対して複雑性悲嘆においては、出来事の性質として死別とトラウマ的という2つの要素があり、トラウマ的性質についてはそれに該当しない場合でも診断からは除外されない。死別という出来事が外れないのは当然であるが、それを前提とした場合に、トラウマ的死別によるPTSD的反応と、そうではない適応障害的な反応があるとも考えられる。前者においては出来事の衝撃が、後者においては故人とのアタッチメント関係、すなわち本人の心理的要因が強く関与すると考えられるかもしれない。

複雑性悲嘆のこれまでの治療研究ではこの両者を必ずしも区別していないが、死別体験を扱う認知行動療法への治療反応性の相違、遺伝的脆弱性、脳画像所見などについては今後の研究が待たれるところである。なおPTSDの持続エクスポージャー療法 (prolonged exposure therapy : PE)¹⁾でも悲嘆を扱っているが、著者の印象としては外傷性悲嘆のモデルが適合すると感じている。その要点は、トラウマについての追体験を行いながら、死別体験に直接関係した認知を修正することである。PEを学んだShearがこれをもとに、故人との関係の再構築などを取り入れた認知行動療法を開発し、これが現時点では最も効果的な複雑性悲嘆の心理療法とされている。彼女がトラウマ治療モデルから出発したことは重要であるが、PEで重視されている馴化と認知処理 (cognitive processing) のうち、後者への依拠を深めた治療となっている。

おわりに

以上述べたように、複雑性悲嘆ないしDSM-5による持続性複雑死別障害は外傷性死別による外傷性悲嘆と、適応障害的性質の悲嘆が混在してい

る。PTSD 治療に関して行われてきた議論から敷衍して考えると、外傷性死別の関与が強い症例においては死別体験に焦点化した治療が、一般的な死別によるものについてはそれまでの愛着や患者の価値観などに焦点をあてた認知療法的な介入が有効ではないかと推測されるが、死別という大きな体験の前ではこうした区別の説明力がどこまで大きいのかは判然としない。悲嘆の治療専門家の間ではこの区別は重視されていないが、治療研究の進展とともにこの点がどのように取り組みられていくのか、興味深いところである。今後、この概念が普及するとともに、病態の解明と治療が進展することを期待したい。

なお、本論文に関連して開示すべき利益相反はない。

文 献

- 1) Foa, E., Hembree, E., Rothbaum, B. : Prolonged exposure therapy for PTSD. Oxford University Press, New York, 2007 (金 吉晴, 小西聖子訳: PTSD の持続エクスポージャー療法, 星和書店, 東京, 2009)
- 2) Horowitz, M. J. : Depression after the death of a spouse. *Am J Psychiatry*, 149 ; 579-580, 1992
- 3) Horowitz, M. J., Bonanno, G. A., Holen, A. : Pathological grief : diagnosis and explanation. *Psychosom Med*, 55 ; 260-273, 1993
- 4) Horowitz, M. J., Siegel, B., Holen, A., et al. : Diagnostic criteria for complicated grief disorder. *Am J Psychiatry*, 154 ; 904-910, 1997
- 5) 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
- 6) 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 ; 616-623, 1997
- 7) Prigerson, H. G., Horowitz, M. J., Jacobs, S. C., et al. : Prolonged grief disorder : Psychometric validation of criteria proposed for DSM-V and ICD-11. *PLoS Med*, 6 ; e1000121, 2009
- 8) Shear, M. K., Simon, N., Wall, M., et al. : Complicated grief and related bereavement issues for DSM-5. *Depress Anxiety*, 28 ; 103-117, 2011

Traumatic Grief and PTSD

Yoshiharu KIM

National Center for Neurology and Psychiatry

The concept of traumatic grief was once maintained by Prigerson in the late 1990s to be soon replaced by various concepts such as persistent grief or complicated grief, to cause a confusion of diagnostic criteria, the common element across those concepts being the psychological disturbance caused by the loss of a beloved one. Most contemporary psychotherapy for complicated grief put an emphasis upon the cognitive restructure of the meaning of the loss reflecting the prevailing understanding that the basis of the pathogenesis of the disorder is the loss of attachment and that the intrusion symptom is actually the yearning for the deceased. In those cases, however, where the loss of attachment is complicated by the comorbid symptoms of PTSD, caused by the death due to accident or murder, contradictory psychological processes are generated by the desire to forget the traumatic nature of the event but to maintain the vivid image of the deceased. The trauma-focused treatment is often necessary for those cases and the concept of traumatic grief, grief caused by trauma, would be clinically beneficial and should be further verified through clinical practice and research.

<Author's abstract>

<**Keywords** : grief, trauma, PTSD>
