



急性悲嘆の徴候とその管理

メタデータ	言語: jpn 出版者: 公開日: 2010-03-08 キーワード (Ja): キーワード (En): 作成者: リンデマン, エーリック, 桑原, 治雄 メールアドレス: 所属:
URL	https://doi.org/10.24729/00003350

《資 料》

急性悲嘆の徴候とその管理

エーリック リンデマン著

桑原 治雄訳

Symptomatology and Management of Acute Grief

Erich Lindemann

American Journal of Psychiatry, 101, 141-148, 1944.

リンデマンのこの著名な急性悲嘆の論文は、第2次大戦中も戦争神経症の存在を認めようとしなかった軍部がその態度を変える契機にもなり、また、ボストンのココナットグローヴナイトクラブ —ここは大学対抗のフットボールの試合終了後に応援や見物に來た人たちが集まってパーティをするための会場であった— の火災で死別を体験した人たちの悲嘆反応を明確に記述し、死別反応を含めた悲嘆反応の研究分野を開拓した。また、クライシス理論の基礎を確立し、クライシス介入および精神科救急の今日の発展の基盤を作った。また、リンデマンは、ハーバード大学公衆衛生学部地域精神医学部門をジェラルド・キャプランと共に設立し、このクライシス理論により母子の精神衛生の推進をはかり、ボストン市郊外のWellesley地区で予防精神医学の壮大な実験を行った。この詳細は、下記キャプランの「予防精神医学」*に記載されている。最近、精神疾患への予防活動が注目され、リンデマンのこの論文が再度高く評価されている**。部分的に引用されることが多いが、この論文全体の翻訳は無いので、ここに訳出した。

* Gerald Caplan (1964) Preventive Psychiatry. New York: Books.
訳本が1970年に朝倉書店より、キャプラン著、予防精神医学の原理、が出版されたが、現在は絶版である。

** Jennifer Newton (1988) Preventing Mental Illness. Routledge.
C.M.Parkes (1996) Bereavement-Studies of Grief in Adult Life-Penguin.

はじめに

急性悲嘆とは、この言葉を一見して、文字通りの意味にとるなら、医学や精神医学の疾患ではなくて、むしろ、苦しみ悩む状況への正常な心的反応と受け取られよう。しかし、これを外傷体験に対する心的反応として理解することが、確定的な神経症であろうとなかろうと、その患者を担当する精神科医にとって、これまでになく重要な課題になってきている。なかでも、死別、つまり、対人交流の突然の断絶は、心身症の心理的要因とされて、しばしば、引用されており、特に関心が払われている。

そして、戦闘犠牲者により誘発された遺族らの悲嘆反応の異常な増加のために、私たち国民全体の精神的・身体的健康に及ぼす悲嘆反応の影響を明らかにすることが求められている。

この論文で取り扱う論点は以下の主張である。

1. 急性悲嘆は、心理的・身体的徴候を持つ、ひとつの確固とした症候群である。
2. この症候群は、生活史上の危機に引き続き現れる場合もあるし、遅れて後になって現れる場合もある。また、この症候群が誇張されている場合や外見には現れていない場合もある。
3. 典型的な症候群の代わりに、様々に歪曲された病像が現れることがあるが、それらの病像は、それぞれに、悲嘆症候群のある特定の側面を現している。
4. 適切な技法により、これらの歪曲した病像を、正常な悲嘆に変えて、解決することができる。

私たちの所見は、101例の事例に基づくものである。それらの事例には、(1) 治療の中に身内の者を亡くした精神神経症患者、(2) 当病院で死亡した患者の親族、(3) (ボストンのココナットグローヴクラブの火事で) 死別した犠牲者の遺族とその近親者、および(4) 軍人の遺族が含まれている。

この調査・研究は一連の精神医学的面接により行われた。この面接の日時

と内容は記録された。これらの面接記録は、その後に、報告された症候群と、一連の面接過程が進むにつれ観察された精神状態の変化の点から分析された。調査を担当した精神科医は、面接を受けた患者の症候群の病像と、無意識的に現れた心的反応の特性が、面接記録で明白になるまでは、一切の意見や解釈を避けた。また、身体的な病訴が客観的な研究に役立つ重要な手懸かりを与えてくれた。念を入れて、検査室での調査では、肺活量等の呼吸器系と消化器系および代謝系の検査も行っており、それは別途報告する予定である。それ故、この論文では、心理学的所見についてのみ述べることになる。

正常な悲嘆の症候群

急性悲嘆状態の人々が示す病像は、全く均一で変わらない点で際だっている。以下に述べる症候群は、全ての急性悲嘆状態に共通している。身体的苦痛の感覚は、一度起こると波状に20分から1時間続くもので、咽喉がつまり、息が切れて窒息しそうになり、溜息をつかずにおれないし、下腹に力が入らず空虚感がつり、筋肉の力が抜けてしまい、緊張感あるいは精神的苦痛と記述されるような強い主観的苦痛がある。患者は、この苦痛の波が、見舞いの訪問を受けたり、死者が話題になったり、弔意を受けたりすることで誘発されやすいことに、すぐに気付くのである。

そして、この症候群を、いかなる犠牲を払っても避けようとして、しばしば訪問を拒否したり、死者に関連するあらゆることを故意に考えまいとする傾向があらわれる。

よく目立つ特徴は、(1) 溜息のような息づかいが目立ち、この呼吸の仕方は、患者が自分の悲嘆を話題にしなければならない場合には、もっとも顕著になる。(2) 力が出なくなり疲労困憊すると訴え、「階段を上がることもできないのです」「何か持ち上げようとしても、ひどく重く感じるのです」「ちょっとでも頑張ろうとするとへとへとになるのです」「疲れてしまうので、隣のブロックまで歩くことも出来ないのです。」(3) 次のような消化についての症状がある。「食べ物は砂を嚙むみたい。」「食欲なんかまったくありません」

「何か食べなければならぬので、詰め込んでいるだけなんです。」「唾が枯れてしまったみたい。」「下腹や胃に力が入らない。」「食べたものの全部が胃に溜まっているみたい。」

死別反応者の感覚は、通常、若干変容する。一般に、軽い非現実感、他者との感情的距離が大きくなり（時には、他者は影のようになりたり奇妙に小さくなることもある）、死者のイメージに強く心を奪われるのである。ココナット・グローブ火災で娘を失ったある患者は、電話ボックスから自分に呼びかける娘の姿が見えてきて、その時の娘が自分の名を呼ぶ声の大きさに大変に悩んでいた。あまりありありと娘の声や姿に引き込まれるので、自分の周りの状況を忘れてしまうほどだった。ある若い海軍のパイロットが自分の親友を失った。この友達の面影は、宗教的な死後の魂としてでなく、友のイメージとして、彼の心像にありありと残っていた。このパイロットは、イメージの友と一緒に食事し、自分の問題について彼と相談していた。たとえば、陸軍航空部隊に転属することを決めるについても彼と話し合っていた。この研究で面接する時まで、つまり、友と死別後6ヶ月間たっても、彼はこの友達はいないのだという事実を否定していた。患者の中には、自分たちの悲嘆反応のこういった側面について大変心配して自分は間違いに成るのではないかと思った者もあった。

もう一つの、心を強く占有することは、罪悪感である。死別反応者は、自分が死者に適切に対応しなかったという失敗の証拠を、死去以前の時期に探そうとするのである。死別反応者は、自分の不注意を責め、些細な手拔かりを誇張する。あの火災の後に、私たちが面接をしたある若い夫人は、口喧嘩のあと夫が出かけて死去したということで自分を責め続けていたし、ある若い男は妻が死去したのは、自分があまりにもあっけなく気を失って救えなかったためだと自分を責め続けていた。

さらに、死別者は、他者との人間関係で、他者をまごつかせるような温かさの消失を示し、友人や親族が友好的な関係を保とうと、とりわけて努力を払っていても、焦燥感と怒りのしぐさで応じようとするのがたびたびあった。

これらの敵対感情は、患者にとっても説明の付かない驚くべきことであり、患者たちを悩ませ、自分たちが狂気に近づいているサインとして受け取ることが少なくなかった。患者たちは、このような感情を何とか解決しようとして多大な努力を払ったが、形式的な堅苦しい物腰での社会的交流に終わる場合が多かった。

はげしい悲しみに遭遇した死別者は、死別の当日は、しっかりと行動しているようでも、目に留まるほどの変化を示した。行動と会話での抑制はなく、かえって死者に関する会話を求める傾向すらある。落ち着きが無く、じっと座っておれないで、何かすべきことを探して絶えず動き回っている。しかし、同時に組織的な行動パターンを開始し維持する能力には痛ましい欠除が認められる。やらなければならないことは、あたかも日常生活での行為を行うかのように情熱を欠いて行われる。死別者は通常の日常生活の慣習にしがみつ়くが、それらの行為は、正常の日常生活を特徴づけている自動的で自立したやりかたで進行してゆかない。葬儀の作業は、あたかも日常行為が断片化して、それぞれ特別の努力の対象の行為となっているかのように見える。死別者は、自分の日常慣習的な行為が、死者との間に大きな意味のある接触を持っていたことや、そして、それがもはやないことを改めて知って驚く。とりわけ、社会的交流の慣習－友達と出会う、会話をかわし、活動を分け合う－は死別後の現在ではうしなわれてしまう。この喪失のため、死別者は、活動を開始させ活動への刺激を与えてくれる者なら誰にでも、強く依存するようになるのである。

これらの5つのポイント－(1)身体的苦痛、(2)死者のイメージに心を奪われること、(3)罪責感、(4)敵対的反応、そして(5)行動のパターンの喪失－は悲嘆に特徴的な徴候である。それに、6番目の特徴を加えても良いかも知れない。これは病的反応の境界にいる患者の示す反応である。この5つほど顕著ではないが、しかし、病像全体に色づけを与えるのに十分なほど顕著である。それは、死者の行動パターンが死別者の行為に取り込まれる傾向であり、とりわけ、死の直前の徴候や、あるいは死という悲劇時に見せられたかも知れない行為の取りこみである。死別者には死去した父親の動作身振りの特徴が見

られ、あるいは、そのように自分の姿を意識して似せている。彼は鏡を見て死去した自分の父親の容貌と似ていると信じる。彼は、また、死者の生前の活動分野に興味を移して、自分自身がそれまで行ってきた仕事と全く違う事業を始める場合もある。保険代理業者であった夫を亡くした妻が、多くの保険会社に、やや誇張された計画案を提出して、夫の行っていた保険代理業を継ぎたいと手紙を出していた。これらの患者は、このように死者のイメージに痛ましいばかりに強く固執していて、死去した人の病状やパーソナリティの特徴に執着し、さらに、これらの執着が、今度は同一視により彼ら自身の身体と行為に置き換えられるのである。

正常の悲嘆の経過

悲嘆反応の期間の長さは、人が「**悲嘆作業の成功**」、すなわち、死者のとりこの状態からの解放を達成すること、死者がいなくなってしまった環境への再調整、それと新しい人間関係の形成にかかっているようである。この悲嘆作業への大きな障害の一つは、悲嘆体験と結びつく強い苦痛やその感情の表出を、多くの患者が避けようとする事実にあると思われる。ココナットグローヴ火災で死別を体験した男性被害者のなかには、最初の精神医学的面接では緊張状態にあり、顔面も緊張し、「**取り乱し**」たりしないようにリラックスできない様子だった。死別反応の苦痛や悲しみを受け入れさせ、心に秘めている悲嘆を認めて表面に示すように説得するには、ひとかたならぬ苦勞が要った。ある患者は、精神科医に敵対的な態度を示して、死者について何も語ろうとしないで、むしろ不作法に担当精神科医に部屋から出ると言った。彼のこの態度は病棟にいるあいだ続いたが、その他の観察所見から考えても、彼の病状の予後は良くないことが判った。このような敵対的態度は、たまたま同じ災害で死別を体験した他の患者に出会った時にも見られた。彼らがこの悲嘆の過程を受け入れ始め、記憶から離れない死者のイメージへの対処のための治療プログラムに参加するようになったが、この受け入れが可能になってから、彼らは緊張から直ちに解放され、その後の面接は、むしろ生き生き

とした会話になり、死者は理想化され、将来の適応への不安は解消された。

このプログラムでの精神科医が、死別反応後の患者の再適応を支援したやり方を、以下の事例の病歴に挙げる。第1例は再適応に非常によく成功した事例である。

40歳の女性で、10歳になる子供の母親が、彼女の夫を例の火災で亡くした。彼女はそれまで良く適応した生活をしていた。夫の死亡を聞いたとき、極端なほどに落ち込んで、手放して泣き、もう死んでしまいたいと言い、その後の3日間は失望と落胆のどん底にいた。

この調査を担当する精神科医の面接を受けた時は、彼女はお出で頂いて本当に有り難うございましたと礼を言い、何処にも何事にも夫の思い出が染み着いているので大変辛いと語った。夫のイメージが鮮明なので、まるで生きているかのように、朝方仕事に出かける夫の姿が目に見え、夕方夫が帰ってくるだろうか、そして、一体夫が帰って来ないなら、自分は耐えられるだろうかと心配しながら、夫の帰ってくる様子や、犬と遊び子供を抱き抱える様子を頭に浮かべているが、徐々に夫はもう居ないのだと言う事実を受け入れ始めた。彼女が夫が居なくなったことを受け入れたのは、ほんの10日後で、彼女は夫の素晴らしい長所や、この悲劇が夫に成功の頂点にまで進ませることを妨げたことや、夫がいかに深く彼女を愛してくれたかについて詳細に面接で語った。

その後の何回かの面接で、彼女はいささか当惑しながら、自分が面接者に愛着の想いを強く抱くようになって、面接者の来る時間を待ち望んでいると説明した。この態度は夫に対して忠実ではないが、これはまた夫の死が彼女の人生に残した空白を満たす能力を自分が持っている望ましい良いサインであると彼女は考えた。その後彼女は顕著な活動意欲を示して、自分と幼い娘を支えてゆく計画を立て、彼女が以前やっていた秘書の仕事を再開するための準備を計画し、フランス語の知識を復習するために病院の作業療法部門からの援助を得るようにつとめた。

彼女の療養は、情動的にも身体的にもスムーズに進行して、彼女は家庭に戻って良い適応を示した。

52歳の成功した実業家が、幸福に生活を共にしていた彼の妻を火災で亡くした。彼の

妻が死去したことが伝えられ、彼のここ数日間の不安は確認された。彼は対処できないほど強い悲嘆反応に陥ってしまった。訪問者に会おうとせず、自分の気持ちが統制出来なくなることを恥じて、身体的には回復して退院できるほどだったが、さらに精神的ケアを求めて、病院の精神科病棟にとどまりたいと望んだ。彼の妻についていささかでも触れられると重い抑うつ反応の波を起こしたが、精神科的援助により、次第にこの苦痛な過程を乗り越えようとする気持ちになってきた。そして精神科治療を3日間受けてから元気になり帰宅した。

彼は高い調子の話しぶりを示すようになり、落ち着かず、何かに気持を集中している必要があり、この辛い死別体験が自分を刺激して、落ち着かぬ活動過剰状態に駆り立てたと思っていた。

帰宅するやいなや、彼は自分の仕事で積極に多忙な役割を求め、多くの電話を受けると思われるポストを引き受けた。彼はまた他の死別者へのアマチュア精神科医の役割も買って出て、死別者と一緒に過ごし、死別による喪失感を慰めていた。新しく出発しようと望んで、以前の所有物を、住んでいた家も家具も含めて売り払い、妻を思い出させるような物はすべて無くす計画を建てた。かなりの説得のあとで、この計画は貧しい判断のもとで、悲嘆に直面するのを避けていたためだと了解できた。そして、もう一度もっと直接的なやり方で自分の悲嘆に対処するように励まされた。彼はその後良い適応を示すようになった。

調査に当たった精神科医が悲嘆作業を分け合った8回ないし10回の面接で、そして、4週間から6週間の内に、この2例のような複雑でない歪みのない悲嘆反応ならば、通常は安定させることが可能である。これは、13人のコナットグローブ火災の死別者の12名にまであてはまった。

病的悲嘆反応

病的悲嘆反応は正常の悲嘆反応の歪みで現される。ここで述べられた状態は、**正常悲嘆反応**に修正されてから、解決を見出した。

1. 遅延反応

この種の病的悲嘆反応でもっとも鮮明で多い反応は**遅延**（グズグズと延ばす）または**遅滞**（訳注、後まわしにする）であった。もし、死別反応が、患者が重大な任務があったり他者の志気を維持する必要があったときに起きた場合には、彼は何週間も、それ以上長期間でも、何の反応も示さなかった。短い遅延とは次のような事例である。

17歳の少女が、自分の両親とボーイフレンドをあゝ火災でなくしたし、両肺まで達する酷い火傷をした。病院で入院中は、彼女は当然あってよい嘆きの徴候も現さず、心からその事実を受け入れている態度を示していた。3週間後に退院したが、その時は、快活で口速やに退院後のためにかなり多くのプランを建てていると話し、家に帰って、二人の年下のきょうだいの親の役割を一生懸命に務めようとしていた。少し「寂しい」気持ちにする以外には、彼女は何の悩みも訴えていなかった。

この悲嘆なしの受容の期間は、彼女の年下のきょうだいも他の家庭に預けられて家族がバラバラになっても、その後2ヶ月間も続いた。退院後10週目の終わりになって、彼女は顕著なうつ状態や、下腹部が虚脱したような感じや、喉が詰まる感じや、頻繁に泣いたり、自分の死去した両親のことで頭が一杯になるといった、本当の悲嘆状態に陥った様子を示し始めた。

遅延が何年も続くことは、この面接調査によって、最近遭遇した死者への急性死別反応が、何年も前に死去した人への悲嘆によって心を奪われていたためだと判った。同様に、ある38歳の女性が、最近遭遇した母親の死去に驚くほど重い死別反応を示したが、実は母親の死にはあまり強い悲嘆感情を持ってなくて、20年前に、転移ガンに侵されて、腕の切断も行われたがたいした延命にならなかった彼女の弟の死について、かけがえの無い人を失って途方に暮れるような夢想に心を奪われていたためだと判明した。以前の未解決の悲嘆反応が、最近の死別を検討するなかで誘発因となっていたことが判明し、それは、以前の弟との死別が話題になった時に、患者が真の悲嘆反応のあらゆる特徴を示したことでただちに実証された。

このような以前の未解決の悲嘆反応により誘発される遅延反応は、その患者が意図的に以前の死の状況を回想しているか、あるいは患者の日常生活で無意識に回想している場合に現われる。その特異な形態として、患者自身が死去した人物と同年齢になったときに起こす悲嘆反応がある。例えば、42歳のある鉄道労働者が、精神科クリニックに来所した。疑いもなく悲嘆反応を現していたが、それには彼は何の説明もできなかった。それは結局、彼が22歳の時に、当時42歳だった母親が自殺したために起こったことが判明した。

2. 歪曲反応

この遅延反応は、いかなる異常行動や苦痛も顕著ではなくて、その反応に患者の行為やふるまいの**変質**が現れるが、精神科医のもとに連れて行かれる程には目立ったり重篤だったりしないものである。このような**変質**は未解決の悲嘆反応の表面化したものであり、それが判れば、かなり簡単に短期間に精神医学的治療により改善するものである。この表出は以下のように分類される。(1) **喪失感のない過剰活動**、この活動は、むしろ幸福感と熱意をもって、屈託なく大胆であり、前に述べてように、死者が生前に行っていた活動と類似している。(2) **死者の死亡時の疾患と同様の症状を修得する**。このタイプの患者は医療サービスを求めて外来を訪れ、しばしば心気症とかヒステリーといったレッテルを貼られる。このような死別という状況下で、生理的機能に実際にどの程度の変質が起こるかについては、更に研究を深める必要がある。チェスター・ジョーンズ医師の報告によると、ある女性患者で明確な心電図の変化が3週間続いたが、その変化は患者の父親が心臓病で死亡した2週間後から始まったものだった。

この種の**同一化による症状形成**は、例えばヒステリーで見られるような転換性症状と考えられる場合もあるが、これ以外に、(3) 既に**医学的疾患**として認められている疾患でも現われる。例えば心身症の中に入る潰瘍性大腸炎や関節リウマチや喘息などである。潰瘍性大腸炎についての広範な研究から、潰瘍性大腸炎の患者41名のうち33名までは、患者にとって重要な人が死去した後の時間的に近い時期に発病していることが確かめられた。この観察

が、今日の悲嘆に関する詳細な研究に、最初の弾みを与えたのは間違いない。この患者のうちの2名は葬儀の際に既に下血を起こしていた。他の患者たちは、死別後2・3週間後に発病していた。この潰瘍性大腸炎は、精神医学的治療によりその悲嘆反応が解決された時にめざましく改善した。

(4) **友人や親族との関係の変質** 社会適応の水準を保っていても、よく友人や親戚との関係が顕著に変質することが起きる。患者はイライラし、誰にも邪魔されたくないと望み、以前の社会関係から遠ざかり、自分の無関心さと批判的な態度が友人たちの反感を買うのではないかと恐れている。社会的孤立が進むと、患者に彼の社会関係を再建させるのにかなり多くの励ましが必要となる。

(5) 敵意が溢れて、あらゆる関係の人たちに拡がるように見えるなかで、**特定の人たちに対する激しい怒り**が向けられる場合もある。例えば、医師、中でも外科医は義務を怠ったと酷く非難されるが、手術がいかげんであったために死亡させられたと患者は思い込むこともある。患者たちは、自分の疑いと憎しみの感情について沢山語るが、妄想型分裂病患者のように、非難している対象者に対して行動を起こそうとすることはない。

(6) 多くの死別者は、このような、自分も道理に合わないと思うし、出来るだけ隠しておかねばならない憎しみの感情を出来るだけ抑えようとしている。患者の中には、自分の敵意を隠すのに成功する者もいるが、感情面や行動面で、**分裂病の病像**に似た無表情さや、堅苦しさを示す場合が多い。この典型的な事例から引用すると「私はあらゆる日常の活動は行っている。子どもの世話をしたり、家事をしている。社会的行事には出席しているが、ここでは私は、まるで芝居をしているようです。何事にも関心が持てないし、そのような気持ちが湧かない。私に感情などというものがあれば、誰にでも腹を立てていることでしょう。」この患者の治療に対する反応の特徴は、セラピストに向けて次第に敵意をつのらせたことであり、そして、彼女がむきになって言い募る敵対的な態度にも関わらず、彼女に面接を続けさせるためには、かなりの力量が必要だった。患者の顔と行動に感情が現れないのは、たいへん印象的だった。彼女の顔は能面のように硬く、動作は形式的で大げさ

で、ロボットのように、感情の表現を示す繊細な仕草などは全くなかった。

(7) このような病像に密接に関連しているのは、**社会的相互作用パターンの永続的な喪失**である。この患者はどんな行動も始めることが出来ないが、落ち着きがなく眠れなくても、行動的になろうと心から願っており、誰かに**火を点けて貰わない限り**どんな行動も起こせないのである。誰か他の人とは喜んで行動を共にするが、一人でやろうとする決心は出来ない。この病像の特徴は、意思決定と自発性の欠除である。社会的面での組織的な活動は、友人が患者を連れだし、その社会的活動を一緒にする場合以外ではできないのである。やり甲斐などと云う表現には、縁遠いのである。ただ通常の日常活動のみが続けられていても、これまで通りのやり方が、いくつかの小さな段階に分かれて、その段階の一つ一つを懸命に努力をはらって、喜びもなく行っているのである。

(8) それに加えて、患者が積極的に行動する場合には、そのほとんどの活動が、**患者自身の社会的・経済的存在が危うくなる**ような結果になるという状況がある。このような患者は、自分の持ち物を不必要な気前良さでばらまき、簡単に愚かしい金銭取引に引っかかり、一連の**愚かな行為**により、友人を失い職業上の立場をなくし、最後に家族も友人も社会的地位も、お金も失ってしまうのである。この長引く自罰行為は、何の罪業感も意識せずに行われる。これは家族の者たちを傷つけ、友人や仕事仲間を消耗させることになりがちなのである。悲嘆の実態はこのようにとりわけ悲惨なものである。

(9) 最終的には、この悲嘆反応は、緊張、興奮と不安、不眠、自分は無用な人間であるという感じ、辛辣な自己非難、そして明らかに罰されるを求めた欲求といった、**激越性うつ病**のそのままの症状を示すようになる。このような患者は自殺するおそれがある。

32歳の若い男性がほんの軽い火傷をうけ、この火災の被害者への精神医学的調査が行われる直前に、明らかに身体的・精神的にも回復して病院を退院した。そして、火災後5日目に妻が死去したことを知らされた。彼は火災での妻の生命を心配していたが、それを知って若干ほっとしたようだったので、それを伝えた外科医は、彼の稀にみる自己

コントロールに感銘を受けた。

ところが正月元旦に、彼は家族に付き添われて病院へ戻ってきた。家に帰って間もなく、彼はイライラしだして、家にいることを嫌って、落ち着ける場所を見つけようとして親戚を次々訪ねて探したが、見つからなかったため、顕著な興奮と不安で落ち着かない状態になって家に帰ってきた。上の空で、怯えて、系統立てた行為に気持ちを集中することはできなかった。

この精神状態は、彼が若干異常な状態にあることを意味していた。患者は落ち着かず、じっと座っていることも、病棟のどんな行事にも加われなかった。本を読もうとしたり、ピンポンをしようとしたが、2・3分で投げ出した。私たちと話を始めようとしたが、突然に中断し、その後は独語を繰り返すだけだった。「誰も私を助けてくれない。何時（悪いことが）起こるのだろうか。私は運が尽きたのだね。」私たちは、精いっぱい努力をして、どうにか面接を続けられるだけのレポートを取ることが出来た。彼は、自分が非常に緊張感の高いこと、息がしにくいこと、全身の虚弱感と極度の疲憊感、そして、何か恐ろしいことが起こりそうだという気が狂いそうな恐怖感について語った。「私は狂者として生きるか、または、死なねばならない運命なのです。それが神の御心だと分かっています。私は恐ろしい罪悪感があります。」強い病的罪悪感により、彼は絶え間なくあの火災での出来事を回想し続けた。彼の妻は火災の中に取り残されていた。彼が妻を連れ出そうとした時に、彼は気を失い、大勢に連れ出されたのだった。彼が救われたのに、妻は焼死した。「妻を助けるべきだった、そうでなければ、一緒に死ぬべきだった。」彼は、この途方もない苦しみに対して、自分は何故こんな目に遭うのかと嘆いたが、どうすればよいのか分からなかった。

彼との意志の疎通は、ほんの僅かの間しか続かなかった。それから、強い興奮と独り言を繰り返す状態に落ち込んでしまった。大量の鎮静剤でも熟睡できなかった。4日目になって、やや落ち着いて、以前よりも長く主治医と会話できるようになり、自分の苦しい気持ちが分かって貰えて、自分の病的な罪悪感と暴力的な衝動に対処できるかも知れないと感じ始めたようだった。しかし、入院6日目に、彼を担当していた看護婦の注意を巧みに逸らして、締めてあった窓をあけ、そこから身を投げて非業の死を遂げた。

もしこの患者が著しい自殺のおそれが無かったにしても、彼は何かひどく

自虐的な結末を求めていたし、彼のような患者は、感電死を連想させるような残酷な体験を心に描き、例えば電撃療法などと言った類の治療を求めるだろう。

28歳になる女性が、20ヶ月になる息子を誤って窒息死させた。自己非難を伴う重篤な激越型のうつ状態となり、何も楽しめなくなり、未来にも希望が持てず、自分の夫や彼の両親に敵意を溢れさせ、法外な敵意を担当の精神科医にもぶつけた。彼女は電撃療法を受けたいと主張し、それは結局他の医師に委託された。彼女は電撃療法に極めて良い反応を示し、自分の罪悪感から救われたのだった。

この種の激越性うつ病が、私たちの調査の対象となった患者の悲嘆の病像では、ほんの少しの部分しか占めていないことは、注目に値する。

予後評価

私たちの観察では、悲嘆反応のタイプと重篤さは、ある程度予見が可能である。強迫的な人格形成とうつ状態の既往歴のあることが、激越性のうつ状態に発展することが多い。重篤な反応は、幼い子供を亡くした母親によく起こりがちである。さらに、死亡前の死者との交流の濃密さが関連していると思われる。このような相互交流は、必ずしも愛情の深いタイプでなくても誘因となることを認識しておくことが重要である。これと対照的に、多くの敵意を招いていた人の死は、とりわけ、彼の身分と忠誠の要求の為に、適切に表すことを差し控えていた敵意などにより、敵意衝動のもっとも顕著な様相である重篤な悲嘆反応が表れるだろう。しばしば、死亡した人がある社会システムの重要人物である場合は、彼の死後に、その社会システムの崩壊や、遺族の生活上でも社会的条件においても甚だしい変化が起こることが少なくない。そのような場合、この喪失に伴う反動とは別に、再適応が重大な課題となる。これらの要因は、以前の生活における神経症的症状によりもたらされる反応よりももっと重大だと思われる。私たちの研究においても、もっとも

顕著な病的同一化の形態は、それまで精神神経症の傾向はまったくなかった人々に表れたのである。

精神科医療マネジメント

悲嘆反応への精神科医療マネジメントが適切であれば、予期される医学的疾患の発現だけでなく、患者の社会適応能力低下の遷延と重篤な悪化も予防することができる。この時、精神科医が直面する課題は、患者の悲嘆作業を共有することであり、つまり、患者と死者との間のしがらみから自らを解き放なし、新しい満足できる相互交流のパターンを見出そうとする患者の努力を分かち合うことである。その際には、患者の過剰反応だけでなく、反応の抑圧も見逃すことがあってはならない。遅延反応は、予期せぬ時に起こる場合があるし、悲嘆反応の危険な歪曲反応が、最初は目立たなくとも、後には極めて破壊的な性状を示すからである。これらが起きないように予防せねばならない。

宗教団体は、これまで死別者の対処を主導してきた。患者が持っている死者と意志交流を続けたいとの願望の充足を、教義を支えとして与えてきたし、患者の他者との交流を宗教儀式として発展させてきたし、患者の病的な罪悪感には神の恩寵を述べて、後の世で再会して死者との「仲直り」の機会があると約束することで対処してきた。

これらの手段は多数の死別者を助けてきたが、患者が悲嘆作業を行うには、慰めだけでは適切な援助とはならない。死別者は、死別という苦痛となる事実を受け入れねばならない。そして、死者と自分の関わりを振り返らなければならぬし、自分自身の情動反応の変化に慣れねばならない。自分が狂気になるのではないかという懼れや、自分の感情にあらわれる、ビックリするほどの変化を受け入れる懼れや、特に敵意の過剰な表出などに、対処しなければならぬ。死別者は、悲しみと喪失感を表出する必要がある。そして、死者との今後の関わりを受容できる新しい様式で見出さねばならない。自分の罪悪感を言語化しなければならぬだろうし、新しい行動パターンを獲得

するための**手引き役**として、利用できる人物を、自分の廻りから選ばねばならない。これらの全てを精神科医は8～10回の面接でやり遂げることになる。

もし敵意が最も顕著な悲嘆反応の特徴である場合は、特別な技術が必要となる。この敵意は担当の精神科医に向けられる場合もあるが、その場合は患者が自分の敵意を恥じて、それ以上の面接を避けることになる。ソーシャルワーカーか牧師の助けか、できれば、家族からの助けも得て、患者に精神科医との面接を勧めてもらうのが望ましい。もし患者の緊張やうつ状態があまりに大きければ、薬物を使って情緒的緊張を和らげ、面接に耐えられるようにすることが優先する。重篤な焦燥の強いうつ状態の場合には、どんな精神療法にも耐えられないので、電撃療法が使われる場合もある。

全ての死別者が、とりわけ戦争の犠牲者の場合は、専門的な精神医学的援助を得られるとは限らないので、このような知識は援助業務補助者にも伝えておかねばならない。ソーシャルワーカーや牧師は、不穏な徴候に注意を払い、正常な反応を示している人々の援助にあたりながら、精神障害の疑いが持たれる人々を精神科医に送るようにすることが望ましい。

予期的悲嘆反応

この論文で取りあげた研究は、現実の死亡による反応に限られているが、悲嘆反応は**分離反応**の一つの形式であることを理解しておく必要がある。死による分離は、その不可逆性と終焉性が特徴である。分離は、勿論、他の理由でもおこる。私たちも、死別の体験ではなくて、例えば、家族の一員が戦争の為に軍隊に徴集された時に、真の悲嘆反応が起こった患者を見て、初めは驚いたものだった。この場合の分離は、死別によるものではないが、この患者は死の可能性に怯えていたのである。それまで我々は理解していなかったが、広くゆきわっていたこの病像を、私たちは**予期的悲嘆**と名付けた。この患者は、万一の父または息子の死の後の自分の適応能力に大変不安を抱いていたので、悲嘆のあらゆる段階つまり、うつ状態、別れた者の姿への固執、降り懸かると思われるあらゆる死の様式についての回想、そして、死後に必

要とされるだろう再適応の様式への予期といった状況に襲われたのである。このような予期不安は突然に襲いかかる死の告知に対する安全装置となったかも知れないが、再会の際の葛藤にもなり得た恐れもある。そのいくつかの場合については、我々の注目を惹いている。ある兵士が戦場から帰ると、彼の妻はもはや愛していないから、すぐ離婚したいと要求した事例も実は予期的悲嘆と同質のものであった。この場合には、悲嘆作業が効果的に行われていて、彼の妻は新しい状況に関心を向けていたのである。このような予期的悲嘆の可能性に配慮すれば、多くのこの種の家族的な悲劇を予防することが可能になるだろう。

文 献

このような研究調査の多くはまったく新しいものではない。遅延反応は、ヘレーネ・ドイッチェ（１）により記述されている。悲嘆が引き起こした激越性うつ病に対する電撃療法は、近年、マイヤーソン（２）によって提唱された。病的同一化は、精神分析の文献では、多くの論点で強調されてきたところであり、近年、マーレイ（３）により検討が加えられている。哀悼と抑うつ精神病の関連は、フロイト（４）、メラニ・クライン（５）、そしてアブラハムにより論議されてきた。戦争時での死別反応はウイルソン（７）によって検討が加えられた。ココナツグロブの火災による死別反応については、この民間の災害に関するモノグラフの一章に詳細が述べられている（８）。戦時下の分離の影響はローゼンバウム（９）により報告されている。喘息とリュウマチ性関節炎における心的要因による悲嘆反応の罹患率は、コップら（１０、１１）により論述されている。

1. Deutsch, Helene. Absence of grief. *Psychoanalyt Quart.*, 6:12, 1937.
2. Myerson, Abraham. The use of shock therapy in prolonged grief reactions. *New England J. Med.*, 230:9, Mar. 2, 1944.
3. Murray, H. A. Visual manifestations of personaliry. *Jr. Abn. & Social Psychol.*, 32:161-184, 1937.

4. Freud, Sigmund. *Mourning and melancholia*. *Collected Papers IV*, 152-170; 288-317.
5. Klein, Melanie. *Mourning and its relation to manic-depressive states*. *Internat. J. Psychoan.*, 21:125-123, 1940.
6. Abraham, C. *Notes on the psycho-analytical investigation and treatment of the libido, viewed in the light of mental disorder*. *Selected Papers of Carl Abraham*. New York: Int. Univ. Press, 1940.
7. Wilson, A. T. M. *Reactive emotional disorders*. *Practitioner*, 146: 254-258.
8. Cobb, S., & Lindemann, E. *Neuropsychiatric observations after the Cocoanut Grove fire*. *Ann. Surg.*, June 1943.
9. Rosenbaum, Milton. *Emotional aspects of wartime separations*. *Family*, 24: 337-341, 1944.
10. Cobb, S., Bauer, W., and Whitney, I. *Environmental factors in rheumatoid arthritis*. *J.A.M.A.*, 113: 668-670, 1939.
11. McDermott, N., and Cobb, S. *Psychogenic factors in asthma*. *Psychosom. Med.*, 1:204-341, 1939.