

悲哀の機能不全とカウンセリング

— 死別と悲哀の概念と臨床 (Ⅱ) —

山 本 力

要旨 欧米では深刻な死別経験者の1～3割の人達が、悲哀の過程において「病的悲嘆」に陥るとされ、様々の援助技法が開発されてきた。しかし、わが国ではその診断基準やカウンセリング技法はほとんど確立されていない。そこで本論では、心理臨床の経験的資料を基礎にして、①病的悲嘆の類型化と指標を明確化することを試み、②悲哀の機能不全を起こす危険因子の抽出を行い、③さらに悲嘆カウンセリング技法の原則について若干の検討を行うことの3点を目的とした。その結果、悲哀のアセスメントを行うことにより「喪失様態」や病的悲嘆の範疇を同定して、それらの特性に応じたカウンセリング技法を適用していく必要性が明らかになった。本論で新たに提起した知見として、悲哀の過程の後半において外界との接触を促進する援助を必要性としていること、そして偶然に生起する面接の中断と再開を契機にして悲哀の過程が進展することに注目し、面接関係での「代理経験」の意義を示唆したことなどがある。

キーワード：死別・悲哀の仕事・病的悲嘆・悲嘆カウンセリング

1. はじめに

死別後の悲哀の過程は個々人の背景や条件によって多様なバリエーションを有している。大多数の人たちは定型的な悲哀の過程をたどるが、一部の深刻な喪失経験者は悲哀の機能不全 (dysfunctional mourning) に移行していく。しかし、定型的な悲哀と悲哀の機能不全を識別するのは難しく、先行研究を検討しても一致した基準は得られていない。悲哀の機能不全の結果として生じる病的悲嘆 (pathological grief) を表示する名称も多様な用語が採用されてきた。英語のまま列挙すると、古典的な名称となっている absent (Deutsh, 1937) を初めとして、考えられる限りの用語が採用されている。abnormal (Pasnau, Fawney, & Fawney, 1987)、complicated (Sanders, 1989)、morbid (Lindemann, 1944, Sireling, Cohen, & Marks, 1988)、maladaptive (Reeves & Boersma, 1990)、atypical (Jacobs & Douglas, 1979)、dysfunctional (Rynearson, 1987) などである。米国の公的な基準を参照すると、DMS-Ⅲでは、複雑な (complicated) 死別反応という用語が示唆されていたが、

DMS-Ⅳになると抹消されている。北米看護診断協会 (NANDA) の看護診断基準では、dysfunctional grieving と表記され、わが国では「病的悲嘆」と訳されている。いずれも、自然で、正常で、定型的な悲嘆が存在していることを前提にして、その基準枠から逸脱した悲嘆を複雑な悲嘆、あるいは病的悲嘆と定義している。病的悲嘆とは、いわゆる悲哀の仕事 (mourning work) が機能不全に陥り、悲哀が滞ったり、異常な経過を辿ったりして、悲嘆の状態像が複雑化し、乗り越えるのに困難な状態に陥っている場合である。では、病的悲嘆に陥る人達の割合はどれ位なのであろうか。この点に関しても一致した結論はない。例えば、Jacobs & Kim (1990) は急性悲嘆に陥った寡婦の25～30%の人達が複雑な悲嘆 (うつ病等を含む) を呈するとし、Zisook & Devauls (1985) が17% (未解決の悲嘆) 程度、Burnell (1989) になると10～15%の人達が病的になると推定している。いずれにしても深刻な喪失経験者の1～3割の人達が悲哀の機能不全に陥る危険性を示唆しているといえよう。

臨床場面で援助を必要とする喪失経験者は、その大部分が病的悲嘆に陥っている人達である。それに

もかわらず、わが国では病的悲嘆に関する認識が乏しく、アセスメントや援助技法も試行錯誤の段階にある。そこで、本研究では病的悲嘆とそのカウンセリングの問題に関して試行的な検討を行うことを目的とした。本論では、筆者の臨床経験（山本，1978，1984，1989，1992）と先行研究を照合させて得られた知見を基礎に、以下の3領域に区分して論述していきたい。(1) 病的悲嘆の類型と指標の明確化を試み、(2) 悲哀の機能不全を起こす危険因子の抽出を行い、(3) さらに、病的悲嘆を援助する悲嘆カウンセリング技法の留意点についても考察を行うものである。

2. 病的悲嘆の分類と指標

(1) 病的悲嘆の分類

病的悲嘆について最初に報告したのは、おそらく、Deutsch(1937)と思われる。彼女は事例研究に基づいて病的悲嘆のバリエーションの一形態として悲嘆が欠如 (absence of grief) した状態が存在することを示唆した。

「周知のように、悲哀の仕事は必ずしも正常な経過をたどるとは限らない。例えば、悲嘆の程度が極端に激しく、時として攻撃的になるかもしれない。あるいは、悲哀の過程が遷延化されて慢性的になり、ついには鬱病に陥るかもしれない。…(中略)…本論では、上述した悲哀のパターンとは正反対の形態、つまり対象喪失の後で悲哀が全く顕在化しない諸事例を観察したので、それらの事例を提示してみたい。」

(p.223-224)

Deutschは、「悲嘆の欠如」が観察された人達も、その後の人格形成や行動において偽装された形で(精神疾患として)悲嘆が顕在化することを示唆した。彼女の報告以後、悲哀の機能不全 (dysfunctional mourning) のパターンの分類が多数提案されてきた(表1を参照)。悲嘆研究の第一人者のひとりであるRaphael (1982)の提示した分類は以下のとおりである。①欠如した悲嘆 (absent grief)、②遅延した悲嘆 (delayed grief)、③抑制された悲嘆 (inhibited grief)、④死別の歪んだ反応 (distorted bereavement)、⑤慢性悲嘆 (chronic

表1 死別研究者ごとの病的悲嘆の分類

Lindemann (1944)	Peretz (1970)	Raphael (1982)	Dersheimer (1990)	Worden (1991)
	欠如した悲嘆	欠如した悲嘆	欠如、又は遅延した悲嘆	
反応の遅延	遅延した悲嘆	遅延した悲嘆		遅延した悲嘆
	抑制した悲嘆	抑制した悲嘆		
歪んだ諸反応		歪んだ死別反応		
	慢性的悲嘆	慢性的悲嘆	遷延・慢性悲嘆	慢性的悲嘆
			誇張された悲嘆	誇張された悲嘆
潰瘍性大腸炎 とポコンドリア 精神病的反応	抑うつ・心気症 心身症・行動化 神経症・精神病	心身症の反応 精神症状と障害 抑うつ気分		仮面性の悲嘆

(注)最下欄は悲嘆の「代理症状」、ないしは喪失のストレスによる合併症を示している。

grief) などである。また、Worden(1991)は4種に大別している。すなわち、①慢性悲嘆、②遅延した悲嘆、③誇張された悲嘆 (exaggrated grief)、④仮面性の悲嘆 (masked grief) である。「表1」から読み取れるように、多くの研究者や臨床家が認識している類型が「遅延した悲嘆」と「慢性悲嘆」である。Lindemann が慢性悲嘆を考慮していないのは、主に急性悲嘆の初期症状を観察したからである。なお、Middlton(1991)らの調査によれば、調査対象となった研究者と臨床家の76.6%が「遅延した悲嘆」を同定しており、74%が「慢性悲嘆」を識別していた。ただし、これらのパターンは必ずしも相互に独立した単位ではない。なぜなら「遅延して」開始された悲哀が「慢性化」することもあるからである。

これらの先行研究を基礎にして山本(1997a)は病的悲嘆のパターンを整理して、以下の3つの範疇に再分類することを暫定的に提案した。すなわち、(a) 悲嘆反応が欠如したり、抑制されたり、遅れて生起する範疇がある。上記の「遅延した悲嘆」に関連する類型である。欠如した悲嘆か、遅延した悲嘆かの判別は時間の経過を待つ以外にない。死別当時は悲嘆の欠如として認識されていた状態像が、数週間から数年の期間を経て顕在化すると遅延した悲嘆として類型化される。いずれも悲嘆の開始に問題がある一群である。つぎに、(b) 悲嘆の程度が激しく、長期化し、慢性的になる範疇がある。上記の「慢性悲嘆」に関連する類型で、長期にわたって悲嘆が継続し、悲嘆の終了に問題のある群である。最後に、

(c) 喪失経験が誘因となって心身の疾患を発症する場合で、Lindemann(1944)の定義する「歪曲した悲嘆」や Worden (1991)の「誇張された悲嘆」の類型にはほぼ相当する。悲嘆の代理症状、ないしは合併症として、心身症や精神症状の発症をみる。頻発する精神疾患として、反応性うつ病、広場恐怖を伴うパニック障害、心的外傷後ストレス障害(PTSD)などがある。

(2) 病的悲嘆の指標

病的悲嘆、ないしは悲哀の機能不全は、前述のような異なる範疇を含んでおり、単一的な特徴や症状を有する疾患単位ではない。したがって、精神医学的な疾病分類でも病的悲嘆に関する診断カテゴリーは存在していない。しかしながら、実際に病的悲嘆とみなしうる事例が存在していることも事実である。ここでは病的悲嘆〔特に(a)と(b)の範疇〕の問題像が生起する可能性を示唆する指標を列挙してみよう。これらの指標が複数にわたって見出だされるならば病的悲嘆の可能性がより高いことを示している。

第一に、悲哀の開始が2週間以上遅延している場合、機能不全の危険性を考慮する必要がある。この2週間という特定された期間は、Parks(1986)の調査研究の結果を根拠にしている。悲哀の極端な遅延は、喪失の苦痛な事実に対する否認(denial)や解離(dissociation)、躁防衛(manic defence)など回避を中軸にした防衛過程が働いていると考えられる。その結果、悲哀の欠如・抑制・遅延が生じてくる。

第二に、悲嘆の持続期間に関する問題がある。悲嘆の病理でとくに難しいのは、悲嘆が慢性化して乗り越えられない場合であろう。しかし、深刻な状況下での喪失経験は簡単には乗り越えられないし、悲嘆の持続期間も長期化するものと思われる。人によっては、悲しみは癒えないと感じる場合もある。そこで、悲哀の全過程の持続期間ではなく、悲哀の前半である「退行段階」の持続期間を査定するのが妥当と考える。すなわち、悲哀の「退行段階」から「進展段階」へと移行する時期がいつ訪れるかが重要と考えられる。なお、印象的な判断ではあるが、もし移行・転換期が半年～1年を越えてもみられないとしたら、専門的な支援が必要となるかもしれない。

第三に、死別反応の基本感情は悲しみであるが、

その悲しみの感情よりも、恨み(怒り)や自責(罪悪感)の感情が持続的に優位になる場合も重大な注意が必要であろう。この指標は反応の歪み(distortion)に関する手掛かりの一つである。しばしば、歪んだ悲嘆として分類されてきた。このような感情が圧倒的になると、一方で自己破壊行動や殺人、他方でうつ病様の罪業妄想などに発展する危険性が生じる。

第四は、喪失対象との同一化(identification with loss object)の問題である。この心理機制は広く見出だせる現象であるが、特殊な形態として故人の身体症状を取り入れ、心気症や心身症として訴える場合がある。その場合、問題が複雑になる可能性が高いという先行研究は少なくない。例えば、Parks や Zisook & Devaul(1977)らが、同一化症状(identification syndrome)、ないしは模写疾患(grief-related facsimile disease ; Zisook & Devaul, 1977)の存在を病的悲嘆の診断的手掛かりの一つにあげている。

最後に、社会や対人関係からの引き籠もりの問題がある。抑うつと引き籠もりが著しくなって、いわゆる「四十九日」を過ぎても日常生活に大きな支障が継続している場合も慎重な観察をする必要がある。とくに他者との交流の拒絶や対人的な孤立を深める場合は病態化が進行している兆候かもしれない。外界の接触を欠く場合は、自殺念慮の有無も確認する必要がある。このような状態は鬱病や不安障害との識別が問題となろう。

3. 悲哀の過程を決定する危険要因

深刻な喪失経験をしなくても悲哀の機能不全を呈する人は10～30%程度の人達である。その予測は極めて困難であるが、悲哀の援助に際しては高い危険因子(high-risk factor)を持っているか否かのアセスメントを実施することが好ましい。喪失のアセスメントに際しては、一般に多次元的評価(生理・心理・社会的側面)が求められている。先行研究で明らかにされている決定因を整理してみよう。Worden(1991)は、関係性要因・状況的要因・生活史要因・人格的要因・社会的要因の五つの範疇をあげている。また、Raphael(1977)も、故人との関係、死のタイプ、家族と社会的ネットワークの反応、相前後して発生するストレスと危機、以前の喪失経験、

などの諸要因を指摘している。Parks(1983)は、突然の予期しない死別、故人へのアンビバレントな感情、生前の依存性と強い思慕の情、という3大要因を示唆している。これらの先行研究を参照した上で、本論では主要な5つの危険要因を指摘しておきたい。これらの大部分は先行研究においても指摘されている要因であるが、3番目の自己対象喪失の要因は新たに提示する要因である。

①突然の強い喪失経験：これは喪失の形態に関する要因である。予期された喪失(anticipatory loss)と突然の喪失(sudden loss)には悲哀の過程に違いがあると指摘されてきた。闘病生活の果てに亡くなる場合のように喪失が予期された場合は、いわゆる「安堵の課題」(表2を参照)に取り組む

罪悪感や自責の念を強化するのである。非可逆的な喪失により関係を実際に修復する機会—謝罪と和解の機会—を奪われるので、悲哀が長期化しやすくなるのであろう。

③自己対象的性格の強い喪失：対象関係(object relations)という側面から喪失の形態を理論的に分けると、「対象喪失」、「自己喪失」、「“自己対象”喪失」(selfobject loss)の三種に区分することができる。対象喪失は、自己と独立した他者の喪失と悲嘆である。自己喪失は、対象喪失によって誘発される自己の混乱と喪失である。自己対象喪失とは、対象に付与していた自己愛的な特性や幻想が崩壊して生起する自己喪失様の悲哀経験である。大切な人の喪失経験は多かれ少なかれ自己対象喪失という性格

表2 喪失様態の類型

類型	《様態A》予期の様態 (Anticipation)	《様態B》崩壊の様態 (Breakdown)	《様態C》補償の様態 (Compensation)
定義	心理的喪失と物理的実在	心理的喪失と物理的不在	心理的結合と物理的不在
悲哀の諸課題	安堵の課題	悲嘆の課題	希望の課題
	〔心配と安堵〕 喪失予期の心配と悲しみに直面しながら、現実の経験を通じて対象との絆を再確認、再強化して、気掛かりなことを実際に解決することで安堵を求める課題である。	〔思慕と悲嘆〕 喪失対象を求める強い思慕の情と現実検討による事実認識の狭間で、悲嘆に打ちひしがれながらも、対象の内的崩壊が波状的に進展し、徐々に締めていく課題である。	〔無力と希望〕 絶望感と無力感に拮抗するように、喪失対象の復活と再建を心理的に遂行するか、手応えのある現実と希望を求めて代理的な対象を実際に獲得する課題である。
	－「悲哀の仕事」(mourning work)の再定義－		
状態	予期悲嘆(準備悲嘆) 分離不安(遺棄不安)	死別反応の退行期(前半)	死別反応の進展期(後半) 否認や躁的防衛の状態

(註)本表は、山本(1997)「喪失様態と悲哀の仕事」心理臨床学研究14巻-4号から再掲した。悲哀の諸課題については、この論文を参照のこと。

ことができる。すなわち、喪失のレディネスが形成されること、やり残しの課題に取り組めること、喪失の因果関係が理解できること、などにより悲哀に伴う苦痛が幾分か緩和されるであろう。しかし、突然の喪失は安堵の課題に取り組むことができず、強い衝撃や不条理さ、後悔などが経験されるであろう。

②愛憎に彩られた依存関係：歪んだ悲哀の事例を観察すると、ほぼ例外なく故人との間に愛憎に彩られた依存関係(ambivalent and dependent relationships)が見出だせる。いわゆるアンビバレンスの問題である。愛憎に彩られ、軋轢に満ちた関係にあった者を突然に喪失すると、愛着の情が半ば抑圧され、悲哀の開始を遅延させる傾向を生む。時には躁的防衛により悲嘆が解離される。また、いったん悲哀を経験すると対象に対する攻撃性が自己への自責感へと転換して強い苦痛をもたらす。つまり、喪失の原因が「自己に帰属」する傾向を生み出し、

を担っている。しかし、幻想の一体感を有した自己対象の喪失は、必然的に自己喪失を招来し、病理的な結末をもたらしやすいと考えられる。また、“自己—自己対象”関係においては、その依存性の自覚が薄い場合も多く、時には相手を「支配しながら依存する」という形態(tyrannical dependency)を取る。喪失の否認と悲嘆の抑制が生じやすい。

④過去の未解決の喪失・分離経験：深刻な喪失経験が繰り返されると心身の調子を崩し、健康に有害なリスクを高めるという指摘が多くなされてきた。そして、生活上で、大切な人との喪失・離別の経験をし、その経験が外傷的(traumatic)となり、悲哀が未解決(unresolved)の場合は、後の喪失に伴う悲哀において機能不全を起こしやすい。以上のような定説に対して、河合(1996)は、死別経験者にGHQ検査を実施したところ、一定期間内に2度の死別を経験した者はGHQ得点が有意に高くなる

が、3度以上の死別が重なると逆に得点が低くなるという結果を見出した。その結果から「死別が3度以上になると免疫効果が働き、悲嘆の過程が促進される」という新たな仮説を提示しているが、GHQ得点から導き出された仮説をそのまま支持することは難しい。重要なことは、喪失の回数ではなく、癒されないトラウマや未解決の葛藤が残されているか否かであり、その長期的な発達的影響である。

⑤自我の弱さと現実検討力の低さ：最後はパーソナリティ要因に関連するものである。精神分析的な自我心理学の概念である「自我の強さ、ないしは弱さ」が悲哀の仕事の遂行にも大きな影響を与える。自我の強さ(ego strength)の属性には、適切な現実検討(reality testing)の能力、不安や衝動に対するトレランス、適度の防衛機能を用いられること、創造的な退行ができること、などの諸要素が含まれている。この強さが欠如している場合、「自我の弱さ」(ego weakness)があるという。悲嘆者の自我の弱さが顕著で、克服への意思や主体的な努力が欠如している場合には、喪失の衝撃に耐えるのは難しく、悲哀の機能不全が起りやすいであろう。この指標は、けっして悲哀に特異的な側面ではないが、悲哀の問題の克服においても決定的な役割をはたすと考えられる。

4. 悲哀カウンセリングの留意点

昨年(山本, 1997a)で概観したように、欧米では死別反応や悲嘆の克服を援助するカウンセリング技法がいろいろ開発されている。Volkan(1975)の再悲嘆療法、行動療法に立脚したRamsey(1981)の誘導コンフロンテーション療法、Worden(1991)の悲嘆カウンセリング、そして、Parks(1983)や Raphael(1983)らも優れた援助論を展開している。その他、さまざまな悲嘆カウンセリングの手引書も出版されている。しかし、わが国の臨床経験を基礎にした援助論は今だ公表されていない。そこで、これまでの喪失と悲哀に関する心理療法の経験と反省を通じて蓄積してきた技法上の留意点を整理してみたい。

多くの人たちは喪失経験を専門的援助なしで乗り越えていく。あるいは地域の仲間や自助グループに支えられて克服していく。通常の単純な喪失経験は、

自然治癒力や心の復元力さえ働かせれば、他の心理的問題にくらべて、より自然に回復の過程が生まれてくる。要するに援助者としては相手の悲嘆を受け止め、悲哀の仕事をやり返していきけるように「悲しみの器」として援助的コミュニケーションを進めていけばよい。Masterson(1983)が境界例の心理療法について論述するなかで、心理療法家は「過程に仕える者」(servant of a process)であると述べているが、悲哀の心理療法においても同様の原則が適用できる。要するに、面接者は悲哀の過程に添いながら、各様態において悲嘆者が意識的・無意識的水準で遂行する課題を認識しつつ、クライアントの価値観に添って共感的に同行することである。

しかしながら、病的悲嘆に陥った場合は、積極的な介入や技法上の工夫が必要になる。前述したように病的悲嘆は単一の臨床単位ではない。本研究では病的悲嘆を3つの範疇に区分したが、それぞれの範疇で援助の強調点が異なると思われる。それゆえに援助を開始するにあたっては心理診断(アセスメント)が必要になる。Parks(1983)も悲嘆のパターンによって介入の仕方を変えるべきであると述べている。

「病的悲嘆について、それが一つの存在であるかのようにみなし、その線に沿って予防の一般規則を作成した研究者がある。我われも一時は同じ見解を持っていた。しかし、経験を蓄積してきた今、見方を変えることにした。今では、死別のあるタイプの介入手段は、別のタイプの死別にとっては有害であるかもしれないと思えるのである。」(p.248)

したがって予期悲嘆と死別後の悲嘆とでは、必然的に援助の焦点は異なる。また病的悲嘆であっても、どの範疇(病的悲嘆のパターン)に属しているかによって援助方法は違って来るであろう。例えば、心理臨床の対象となりやすい第三の範疇を考えてみよう。喪失が誘因となって心身の疾患が生起している場合は、まず疾患単位としての病像に対する援助を優先することが原則と思われる。例えば、喪失経験が契機になって「反応性うつ病」に陥った場合、最初にうつ病の援助として何ができるかを計画する。そして、精神科医との連携の下に抗うつ剤などの服

薬を勧めることを優先して行う。その上で心理的背景と意味を必要な範囲で明確化する。そして誘因となった喪失や挫折の契機とパターンを自覚することで再発の防止に役立てるという手順になる。アセスメントに関して、もう一つの原則は、パーソナリティの査定、すなわち「自我の強さ」を評価することである。時として喪失のストレスは精神的に破壊的な影響を及ぼすので、その激しいストレスに耐えるのかどうかを考慮しなければならない。その上で介入をクライアントの耐えうる範囲内にとどめる配慮が求められる。もし自我の弱さが顕著であるなら操作的な介入は控えなければならない。喪失経験は時としてトラウマを生み出す。その点もあり、深刻な喪失経験は骨折や火傷のような身体的な外傷に例えられてきた。骨折にしろ火傷にしろ、初期の処置が重要であるように、喪失反応も初期の対応の在り方が悲哀の過程を相当に左右すると考えられる。最初の介入は、悲哀の第一反応である「ショックと茫然自失」(shock and numbness)の位相が過ぎてからなされるのが適切である。その際、指示などの積極的な介入は控えて、能動的な傾聴と共感を基本にして進める。悲哀の抑制がみられる場合もすぐに事実への直面化(confrontation)を試みるのではなく、防衛の在り方や悲嘆への対処方法を検討しながら無理のないように進めていく必要がある。その上で自我の強さを持っている成人ならば、必要に応じて直面化の技法を用いたり、遷延化した悲嘆ではエンプティ・チェア技法によって「離別の宣言」を試みさせることも役立つであろう。もし神経症や精神病の既往があるなど自我の弱さが推察される場合には、原則として人為的な直面化は用いずに、哀悼の儀式などの事実と接触させることで「悲嘆の課題」を遂行していくのが妥当であろう。あとは心の復元力に沿って悲哀の過程を支えていくだけである。

つぎに面接の頻度と期間の問題がある。欧米の悲嘆カウンセリングの報告をみると面接回数が少なく、集中的な援助が行われている。Lindemann は急性悲嘆反応に対して8～10回の面接で足りることを提示し、Ramsey(1980)は事故で娘を失った母親に対する誘導コンフロンテーション(GCT)のセッションを6回もった事例を報告した。再悲嘆療法のVolkan(1975)も、週に4セッションという基準で行う集中的な短期療法を提唱している。また、Wor-

denは病的悲嘆を扱う技法をグリーフセラピーと呼び、面接の回数と頻度について、こう述べている。

「悲嘆療法は時間制限を基本としている。セラピストは患者と8回から10回の面接を契約するが、その期間に患者は喪失と現在の苦しみとの関連を探ることになる。私の経験では、あまり込み入っていない未解決の悲嘆反応だけで来談する人は、この8～10回の時間枠の中で有効に解決させることができる。面接の頻度は、週に1回を原則とするが、時には頻度を増やすことがより効果的である。」(p.107)

この短期の期限設定法は、比較的単純な喪失反応の場合には妥当と考えられるが、病的悲嘆の場合には可能か問題である。少なくとも我々の臨床経験では10回(2～3か月)程度では解決しないことの方が多い。適切な面接の回数や頻度の問題は今後の検討課題の一つである。おそらく言えることは、生活史的探索は限定的にのみ行うということで、外科手術に例えるなら「切開」は必要最小限にするという原則と同様である。したがって面接としては焦点化した技法となる。ただし、悲哀が複雑化して精神疾患が合併している場合は通常の頻度と回数を必要とするであろう。

そして、悲哀の仕事の核心は内的現実と外的事実の間を往復する精神的営みに見出させる。この悲哀の仕事に関して、山本(1997)は悲哀の過程の前半では「悲嘆の課題」が営まれ、後半では「希望の課題」が遂行されることを定式化(表2を参照)した。この定式化を別の形で述べると、悲哀の前半では内的現実での戦いが優位となり、後半では外的事実との接触と交流が優位になるという傾向を指摘したものである。この点に関連して自験例を略述する。

【事例】ある若い女性は恋人が事故死したために急性悲嘆反応を呈した。その悲哀の促進を狙いとする面接において、彼女は取り返しのつかない現実と強い思慕の情の狭間で慟哭地獄を味わっていることを繰り返し訴えた。亡き恋人の思い出を強迫的に回想する過程において、恋人に関する一連の「夢」をみた。その夢を見るという精神的営みが癒しの糸口となった。つぎに、

外界の現実との接触を試みることに生活の構えを転換した。つまり故人の墓参りや旧友との思い出の分かち合いを果たした。さらに家事手伝いにも取り組んだ。その結果、急速に回復への道に歩を進めることになった。

何割かの深刻な喪失経験者は「仕事があったから、なんとか乗り越えられた」などと述懐する。この意味合いは、仕事や家事、子育てや新たな出会いなどの「手応えのある現実（外的事実）」との接触が、心の癒しにつながることを示唆するものである。外界との接触を断ち、精神内界に引き籠もると、いわゆる「希望の課題」（表2）の遂行が困難となり、悲嘆からの回復を遅らせる危険性が高まる。ここで強調したいことは、外界との能動的な接触によって、悲嘆の苦痛をコントロールし、自主性と意欲を少しでも回復し、「想定された世界」（assumptive world）の再構築をうながす契機を見出だすということの意義である。とりわけ悲嘆の終結に問題のある範疇の人には有効な示唆となろう。この点は従来の研究で看過されているように思われる。

このようにして悲哀の退行過程から進展過程への転換が徐々になされるようにクライアントを精神的に支えていく。その際に、面接者が一時的な依存対象となることも少なくない。その際には、適切な距離を保ちながらも、代理的な依存対象の役割を引き受けていく必要がある。うまく悲しむためには、それを受けとめる「器」がなくてはならない。大きな「器」になろうと努力することも面接者の役割である。

最後に、重要と思われる指摘を行っておきたい。面接経過において生じるキャンセルや中断などの一時的な分離が転機の引き金になることがあるという経験的事実である。面接のキャンセルや偶然の分離は、喪失経験者の心の傷を刺激する。それは現実の分離（心理的喪失）であると同時に、過去の喪失経験を再現（転移）する。例えば、都合で面接を一度キャンセルすると、そのキャンセルを引き金として新たな喪失反応が生起する。喪失感や見捨てられ感に襲われるのである。肝心な点は、その反応に対する介入の在り方がどうかである。面接者がその傷つきを共感し、面接者との和解と再会の機会を積極的に創造することである。対象関係学派の Winnicott

の示唆にならうなら、眼前の面接者が「破壊されることなく、しかも仕返しすることなく、生き残り続けること」を面接関係を媒介にして提供する。そうすると、「今、ここ」でのリアルな対人経験によって、本来の喪失経験の苦痛も軽減される。喪失と獲得、ないしは分離と再会のサイクルを面接関係において情緒的に経験することにより、悲嘆の苦痛を緩和し、悲哀を促進することがある。面接での手応えのある経験（＝新しい経験）が本来の悲哀の経験をワーク・スルーするのである。要するに、面接での分離経験が本来の喪失経験の克服のための「代理経験」（vicarious experience）として働くと思われ得る。この偶然の出来事を、操作的に作り出して「中断－再開」技法として利用することが可能なかどうかは現段階では分からない。しかし、すでに Bowlby（1979）は、悲哀の心理療法において面接の中断を利用することを勧めている。

「決まりきった休日や病気などによる特別の治療の中断を治療中に設け、これによって起こるクライアント－治療者の分離を、患者がどのように解釈し反応するかを観察し、つぎに自分がどのような解釈や反応をしたかを患者が認識する手助けをし、最後に患者と共になぜ彼がそのように行動するのかを吟味するのに、治療の中断を利用する。」（p.208-209）

引用文で明らかなように、Bowlby と本論とでは、中断後のクライアントの反応の扱い方が異なっている。Bowlby が「洞察」療法の視点から論じているのに対して、山本は「関係」療法の視点から検討を進めている。いずれにしても技法論的な意味での「中断」の利用の仕方と、その治療機序の検討は、今後の重要な検討課題として残し、ここでは簡単な示唆にとどめておきたい。

〈文 献〉

- American Psychiatric Association(1994) D S M－IV. A P A.
 Bowlby,J.(1979) The Making and Breaking of Affectional Bonds. London: Tavistock Publications.作田勉訳(1981)ボウルビー・母子関係入門。星和書店。
 Bowlby,J.(1980) Attachment and Loss(Ⅲ) Loss:

- Sadness and Depression. London: The Hogarth Press. 黒田実郎・吉田恒子・横浜恵三子訳(1981)母子関係の理論Ⅲ：対象喪失. 岩崎学術出版社.
- Burnell, G.M. & Burnell, A.L. (1989) Clinical Management of Bereavement. New York: Human Sciences Press. 長谷川浩・川野雅資訳(1994)死別の悲しみの臨床. 医学書院.
- Carpenito, L.J. (1993) Handbook of Nursing Diagnosis. Philadelphia: Lippincott Company. 日野原重明監訳(1991)看護診断ハンドブック. 医学書院.
- Dershimier, R.A. (1990) Counseling the bereaved. New York: Pergamon Press.
- Deutsch, H. (1937) Absence of Grief. *Psychoanalytic Quarterly*, 6(12), 12-22.
- Dietrich, D.R. & Shabad, P.C. (1989) The Problem of Loss and Mourning: Psychoanalytic Perspectives. Madison: International University Press.
- Elson, M. & Kohut, E. (1987) The Kohut Seminars. New York: W.W. Norton. 伊藤洸監訳(1989)コフート自己心理学セミナー(1). 金剛出版.
- Engel, G.L. (1961) Is grief a disease? *Psychosomatic Medicine*, 23, 18-22.
- Freud, S. (1917) Mourning and melancholia. In J. Strachy (Ed. and Trans.) Standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud. London: Hogarth Press. 井村恒郎・小此木啓吾訳(1970)悲哀とメランコリー, フロイト著作集6. 人文書院.
- Freud, S. (1926) Inhibition symptom and anxiety. In J. Strachy (Ed. and Trans.) Standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud. London: Hogarth Press. 井村恒郎・小此木啓吾訳(1970)制止・症状・不安, フロイト著作集6. 人文書院.
- 広瀬徹也(1987)抑うつと悲哀. 土居健郎・笠原嘉・宮本忠雄・木村敏編, 神経症と精神病1. みすず書房. 255-308.
- 河合千恵子(1997)老人の近親死反応. 松井豊編 悲嘆の心理. サイエンス社.
- Klein, M. (1940) Mourning and its relation to manic-depressive states. *International Journal of Psychoanalysis*, 21(1), 125-153.
- Lindemann, E. (1944) Symptomatology and management of acute grief. *American Journal of Psychiatry*, 101, 141-148.
- Lindemann, E. (1979) Beyond Grief-Studies in Crisis Intervention. Northvale: Jason Aronson.
- Masterson, J.F. (1983) Countertransference and Psychotherapeutic Technique. Brunner/Mazel Publishers. 成田善弘訳(1987)逆転移と精神療法の技法. 星和書店. 270-271.
- Middleton, W. & Raphael, B. (1993) Pathological grief reaction. New York: Cambridge University Press.
- 小此木啓吾(1991)対象喪失と悲哀の仕事. 精神分析研究, 34(5), 10-38.
- Parks, C.M. (1972) Bereavement. London: Tavistock. 桑原治雄・三野善央・曾根維石訳(1993)死別. メディカ出版.
- Parks, C.M. & Weiss, R.S. (1983) Recovery from Bereavement. New York: Basic Books. 池辺明子訳(1987)死別からの回復—遺された人の心理学. 図書出版社.
- Ramsey, R. & Noorbergen, R. (1981) Living with Loss-A Dramatic New Breakthrough in Grief Therapy. New York: William Morrow and Company.
- Raphael, B. (1983) The Anatomy of Bereavement. New York: Basic Books.
- Schoenberg, B., Carr, A.C., Peretz, D., & Kutscher, A.H. (1970) Loss and Grief Psychological Management in Medical Practice. New York: Columbia University Press.
- Schoenberg, B.M. (1980) Bereavement Counseling-A Multidisciplinary Handbook. Connecticut: Greenwood Press.
- Stroebe, M.S., Stroebe, W., Hansson, R.O. (1993) Handbook of Bereavement. London: Cambridge University Press.
- Volkan, V.D. (1975) Regrief Therapy. In B. Schoenberg, (ed.) Bereavement. New York: Columbia University Press.
- Worden, J.W. (1983) Grief Counseling and Grief Therapy. London: Tavistock. 鳴沢実監訳(1993)グリーフカウンセリング. 川島書店.
- 山本力(1978)対象喪失と喪のプロセス. 広島大学教育学研究科博士課程論文集, 4, 158-164.

- 山本 力 (1984) 愛する対象に喪失した女性のプロセス. 村瀬孝雄編, 講座・心理臨床の実際: 青年期危機の心理臨床. 福村出版.
- 山本 力 (1989) 見捨てられ抑うつと「守り」. 岡山県立短期大学紀要, 33, 12-19.
- 山本 力 (1992) 面接過程における「いないいない バア」の危機と分離不安. 心理臨床学研究, 9(3), 70-82.

- 山本 力 (1997a) 死別と悲哀の概念と臨床. 岡山県立大学保健福祉学部紀要, 3, 5-13.
- 山本 力 (1997b) 喪失様態と悲哀の仕事. 心理臨床学研究, 14(4), 403-414.
- Zisook, S. & Devaul, R.A. (1977) Grief Related Facsimile Illness. International Journal of Psychiatry and Medicine, 7, 329-336.

Dysfunctional Mourning and Grief Counseling

TSUTOMU YAMAMOTO

Department of Welfare System and Health Science, Faculty of Health and Welfare Science, Okayama Prefectural University, 111 Kuboki, Soja-shi, Okayama 719-1197, Japan

Key word: Bereavement, Mourning work, Pathological Grief, Grief Counseling