Bulletin of the Graduate School of Education and Human Development,
Nagoya University (*Psychology and Human Development Sciences*)
2022, Vol. 69, 21 − 26. http://dx.doi.org/10.18999/nupsych.69.1.3

がん患者遺族の悲嘆反応と対処方略：親を亡くした成人に関する展望

鶴 田 裕 子[1)]　　永 田 雅 子[2)]

家族との死別は避けることのできないライフイベントである。死別による身体的・心理的反応は悲嘆とよばれる。遺族は故人のいない環境に適応，すなわち「故人の死を受け入れるという喪失自体への対応と，新たな役割責任や人間関係の変化など喪失に伴う諸問題への対応」をすることによって，悲嘆から回復していく（坂口･柏木，2000）。がん患者遺族も例外ではなく，悲嘆へ対処するために様々な対処方略を試すとされており近年，がん患者遺族の悲嘆とコーピングとの関連が注目されている。

コーピングとは，ストレッサーとストレス因子を媒介する変数であり，「個人の資源に負荷を与えたり，その資源を超えると評定された外的なないし内的要請を処理するために行う認知的・行動的努力のプロセス」を指す（Lazarus & Folkman, 1984）。家族との死別においては，遺族自身の個人的な問題へ対処すること，家族単位の問題へ対処することが求められる（平井・坂口，1997；坂口・平井，1997）。例えば，故人への思慕や寂寥の念に対する気晴らしは個人的な問題への対処であるし，残された家族成員を支援するために新しい居住形態を構築することは家族単位の問題への対処である。遺族が悲嘆を適度にやり過ごすためには場面や状況に合わせたコーピングを選択することが肝要である。

このように，がん患者遺族が効果的に悲嘆反応に対処するためには，個人単位の問題か，家族単位の問題か，といったどこでどのような問題が生じているのか，という見極めが重要となる。しかし，今までの研究では個人の問題と家族の問題がひとまとめに区別されずに進められてきた。そこで本論文ではまず，これまでのがん患者遺族の悲嘆の研究動向を概観した上で，がん患者遺族の個人の問題および家族の問題に関する研究を概観し，研究の動向と展望について論じる。具体的には先行研究を，①個人に生じる課題と用いられるコーピングの種類，②家族に生じる課題と用いられるコーピングの種類についての二点からまとめる。これら二点について整理することで，がん患者遺族の悲嘆反応とコーピングとの関連についての今後の研究の展望をまとめる。

悲嘆研究の概観

悲嘆研究の歴史はStroebe（1999）による「悲哀の仕事仮説」に端を発する。「悲哀の仕事」とは，遺族は死別に際して，十分な悲しみに暮れることによって悲嘆から回復するとしたものである。しかし「悲哀の仕事」は、事例報告が中心であり実証的な研究はないと後に報告された（Wortman & Silver, 1989）。代わって，Bonanno, Keltner, Holen & Horowits（1995）の実験研究において，悲しみの抑圧，回避が適応的機能を果たすことが示された。これを皮切りとして，悲嘆研究は精神分析学的見地から認知的見地へと変遷する。以降，質的研究だけでなく，量的な実証研究が重ねられ，悲しみに浸ることが悲嘆反応の回復の予測因子となることは確認できないことが改めて報告されるようになる（Stroebe & Schut, 1999; McCrae & Costa, 1986; Rippetoe & Rogers, 1987; Wortman & Silver, 1989; Felton, Re-venson & Hinrichcen, 1984）。以降，コーピングが悲嘆へ有効な手段となり得ると考えられるようになり，悲嘆とコーピングの関連について検証がなされていった。

個人の悲嘆に関する問題とコーピング

がん患者家族は第二の患者といわれており（Rait, 1999），がん患者遺族のQOLが一般人口集団と比べ低いことや，うつの罹患率が高いことが指摘されている（Zisook & Shear, 2009；坂口・宮下・森田・恒藤・志賀，2013）。ホスピス・緩和ケア病棟で死亡したがん患者遺族の43.8%に抑うつ症状が認められこと（坂口ら，2013），がん患者遺族の2.3%に長期的な身体・精神症状や自殺行動の増加などを含む不適応症状（Ott, 2003）が

1）名古屋大学大学院教育発達科学研究科博士課程（後期課程）（指導教員：永田雅子教授）
2）名古屋大学大学院教育発達科学研究科

認められたことが報告されている。悲嘆による不適応症状が遷延化すると，複雑性悲嘆という精神疾患に繋がる恐れもあることが報告された（大岡・小西，2020）。

Stroebe（1999）が提唱したDual Process modelでは，悲嘆へ有効なコーピングを二つの方向性に大別している。一つは，故人との絆や悲しみへ浸る「悲哀の仕事」に類似したLoss-oriented approach，もう一つは，気晴らしや故人なしの生活に積極的に馴染もうとするRestration-oriented approachである。このモデルは，坂口ら（2001）によって，片方の志向に偏るのではなく状況に合わせてどちらの志向もとれるようにすることが肝要であることが示された。Dual process modelではこの二つの方向性を短時間で行き来するOscillation（振動）が特徴であるとされた。我が国においても「ゆらぎ」といった概念によって，遺族が二つの方向性を行き来することが示唆されていたものの（柳原，1999），後にDual process modelは，提唱者自身の研究によりOscillationを規定する要因などについて，実証的な知見がないという報告がなされた。浅井・松井・内富（2013）は，死別というストレスイベントに対して，精神的健康に寄与するコーピングを同定することは不可能であるという指摘を前提とした上で（Stroebe, Stroebe & Abakoumkin, 2005），Dual process modelの実証が困難である理由について，死別後のコーピングは状況に応じて短時間で変化しやすいこと，遺族が用いるコーピングは国による社会・文化的背景によって周囲から容認されやすいかどうかが異なり，それが遺族の精神的健康に影響すること，コーピングは因子構成によって精神的健康との関連が異なることの三点をあげている。

こうした背景から，近年ではコーピングの柔軟性が着目され始めた。コーピングの柔軟性とは，ストレスイベントに遭遇した際，状況に応じて使用するコーピングを切り替える力を指し（Westman & Shiron, 1994），コーピングを状況や時間によって刻々と変化するとしたものであるとした概念である。がん患者遺族の悲嘆には，コーピングの柔軟性が有効であるとの実証的研究がなされている（Lindsey & Mary-Frances, 2015; Burton, Yan, Pat-Horenczyk, Chan, Ho & Bonanno, 2012）。これらの知見から，悲嘆における個人単位の問題に対してはコーピングを状況に合わせて切り替え，且つ活用できるコーピングの数が豊富であることが肝要となることが示唆される。

家族の悲嘆に関する問題とコーピング

がん患者遺族が抱える家族の悲嘆が注目されたのは，個人の悲嘆よりも後であり，歴史は浅い。個人の悲嘆から家族の悲嘆へと焦点が移り変わった契機となったのは，家族を一つの単位として捉える家族システム論の台頭である。坂口・平井（1997）は，家族一人の死は家族システムに動的な緊張をもたらすために，家族全体に何らかの変化を迫るものと指摘している。実際，がん末期患者の家族は，患者の死を予期するとともに不可避となった家族成員の死という危機に直面し，さまざまな生活様式の変化を強いられる（荒川・佐藤，1989）。望月・木村（1984）は，死別には家族関係が崩壊し，家族が機能不全に陥る可能性と，死別という危機的問題の発生が家族関係の改善に役立つ可能性と両面あることを指摘しており，死別を機に不適応状態に陥りやすい家族とそうではない家族がいることを報告している。Kissane & Bloch（1994）は，家族の不適応な悲嘆として，外部との交流を閉じ家族間の凝集性が極度に高まること，家族内において子どもが親の役割を引き受けるなどといった不適当な役割分担がなされることなどをあげている。家族の適応を分ける要素として，凝集性がしばしば取り上げられる。凝集性とは，「家族のまとまりの程度を表す概念であり，そのまとまりは情緒的な結びつき，家族成員間の境界や連合などの側面から捉えられる」ものである（坂口・柏木・恒藤，1999；Moos, 1981）。他にも，家族が互いにオープンに考えや感情を直接的にやりとりする表出性，家族内で怒りや攻撃性が表現される葛藤性などが，家族の適応・不適応を分ける機能として取り上げられている（Moos, 1981）。坂口ら（1999）は，「凝集性」「表出性」がともに高い家族は適応的であると報告している。瀬川・野口（2004）においても同様の報告がなされており，適応的な家族は死別において凝集性を高め，家族間でのやりとりを密にすることによって死別という危機を乗り越えていくのではないかと考えられる。ただ，永続的に凝集性が高いと家族は外部との交流を遮断し閉鎖的になる可能性があるため，必要な時は凝集性を高く保ち，危機が去った後には凝集性を緩めるといった柔軟な対応が求められる（Kissane, 1994）。一方で家族の凝集性や動きを正確に測定することは困難であり，適応的・不適応的な家族の動きについてより詳細な検討が必要だろう。

今後の展望

本論文では，がん患者家族の悲嘆とコーピングに着目し，先行研究を個人の悲嘆およびコーピングと，家族の悲嘆およびコーピングに分けて概観してきた。悲嘆研究は発展途上であり，今後も多くの実証的研究が必要とされる。悲嘆は遷延化，複雑化しなければ自然な反応であ

るが，適応的に対処できる個人・家族とそうではない個人・家族がいることもまた事実である。死別による悲嘆に際し，個人・家族の適応・不適応を分ける要因としてのコーピングにおける一般的な傾向を検討することによって，新たな理論の構築，支援策の提案が期待される。

文　　献

浅井真理子・松井 豊・内富庸介（2013）．配偶者をがんで亡くした遺族の対処行動パターン．心理学研究，*84*(5)，498–507.

荒川靖子・佐藤禮子（1989）．終末期患者家族に対する看護―家族ダイナミックスへの看護介入のあり方―．看護研究，*22*(4), 35–53.

Bonanno, G. A., Keltner, D., Holen, A., & Horowitz, M. J. (1995). When avoiding unpleasant emotions might not be such a bad thing: Verbal-autonomic response dissociation and midlife conjugal bereavement. Journal of Personality and Social Psychology, *69*, 975–989.

Burton, C. L., Yan, O. H., Pat-Horenczyk, R., Chan, I. S., Ho, S., & Bonanno, G. A. (2012). Coping flexibility and complicated grief: A comparison of American and Chinese samples. Depression and Anxiety, *29*, 16–22.

Felton, B. J., Revenson, T. A., & Hinrichsen, G. A. (1984). Stress and coping in the explanation of psychological adjustment among chronically ill adults. Social Science & Medicine, *18*, 889–898.

平井 啓・坂口幸弘（1997）．悲嘆研究の動向（Ⅰ）：精神分析的見地から認知的見地へ, 大阪大学臨床老年行動学年報，*2*, 36–42.

加藤 司（2001）．コーピングの柔軟性と抑うつ傾向との関係．心理学研究，*72*(1), 57–63.

Kissane, D. W. & Bloch, S. (1994). Family Grief. British Journal of Psychiatry, *164*, 728–740.

Kissane, D. W. (1994). The family in clinical psychiatry: Grief and the family. The family in clinical Psychiatry. Bloch, S., Hafner, J., Harari, E., Szmukler, G. I. (Ed.). Oxford University Press.

Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). Stress, appraisal, and coping. New York: Springer.（ラザルス R. S. & フォルクマン S.　本明寛・春木豊・織田正美（監訳）（1991）．ストレスの心理学：認知的評価と対処の研究　実務教育出版）

Lindsey, M. K. & Mary-Frances, O. (2015). Coping flexibility, forward focus and trauma focus in older widows and widowers. Bereavement Care, *34* (1), 17–23.

McCrae, R. R. & Costa, P. T. (1986). Personality, coping, and coping effectiveness in an adult sample. Journal of Personality, *54*, 385–405.

Moos, R. H. & Moos, B. S. Family Environment Scale Manual. Palo Alto, CA. Consulting Psychologists Press. 1981.

望月嵩・木村 汎（1980）．現代家族の危機―新しいライフスタイルの設計．東京，有斐閣．

大岡友子・小西聖子（2020）．武蔵野大学認知行動療法研究誌，*1*, 19–40.

Ott, C. H. (2003). The impact of complicated grief on mental and physical health at various points in the bereavement process, *27*(3), Death Studies, 249–272.

Rait D. (1989). “The family of the cancer patient,” In Holland J. C., Rowland J. H. (ed), Handbook of psycho-oncology. Oxford University Press, 585–597.（河野博臣・濃沼信夫訳，1993，サイコオンコロジー，メディカルサイエンス社，*3*, 63–74).

Rippetoe, P. A. & Rogers, R. W. (1987). Effects of components of protection-motivation theory on adaptive and maladaptive coping with a health threat. Journal of Personality and Social Psychology, *52*, 596–604.

坂口幸弘・柏木哲夫（2000）．死別後の適応とその指標．日本保健医療行動科学会年報，*15*, 1–10.

坂口幸弘・柏木哲夫・恒藤 暁（2001）．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，*41*(6). 440–446.

坂口幸弘・平井 啓（1997）．悲嘆研究の動向（Ⅱ）：「家族」の悲嘆．大阪大学臨床老年行動学年報，*2*, 54–65.

坂口幸弘・宮下光令・森田達也・恒藤暁・志賀泰夫（2013）．ホスピス・緩和ケア病棟で近親者を亡くした遺族の複雑性悲嘆，抑うつ，希死念慮，Palliative Care Research, *8*(2), 203–210.

瀬川裕子・野口多恵子（2004）．ターミナル患者をもつ家族の家族システムと主たる介護者のストレスとの関連．家族看護学研究，*9*(3), 106–112.

Stroebe, M. & Schut, H. (1999). Coping with bereavement: A review of the grief work hypothesis. Omega, *26*, 9–42.

Stroebe, M., Stroebe, W., & Abakoumkin, G. (2005). The broken heart: Suicidal ideation in bereavement.

American Journal of Psychiatry, *162*, 2178–2180.

Zisook, S. & Shear, K. (2009). Greif and bereavement: what psychiatrists need to know. World Psychiatry, *8*(2), 67–74.

Westmen, M. & Shiron, A. 1994 Dimensions of coping behavior: A proposed conceptual framework. Anxiety, Stress, and Coping, *8*, 87–100.

Wortman, C. B. & Silver, R. C. (1989). The myths of coping with loss. Journal of Personality and Social Psychology, *57*, 349–357.

柳原清子（1998）．癌ターミナル期家族の認知の研究―家族のゆらぎ―. 日本赤十字武蔵野短期大学紀要, *11*, 72–81.

ABSTRACT

Grief and coping strategies of bereaved families of cancer patients: Perspectives on adults who have lost a parent

Yuko TSURUTA and Masako NAGATA

Bereavement of a family member is an unavoidable life event. The physical and psychological reaction to bereavement is called grief. Grief research began with Stroebe's (1999) grief work hypothesis. However, it was later reported that grief work hypothesis had no empirical studies. Gradually, grief research shifted from a psychoanalytic to a cognitive perspective. In recent years, the relation between grieving and coping among bereaved family members of a cancer patient has been the focus of much attention. Bereaved family members are expected to deal with their own personal issues as well as those of the family unit. For example, distraction is dealing with personal issues such as longing for the deceased or feelings of desolation. Also, building new residential structures to support bereaved family members is a way to deal with family issues. But until now, personal and family issues have not been distinguished and treated as the same thing. Therefore, this paper reviews research on individual and family issues of bereaved family members of a cancer patient. Specifically, we will summarize from two points of view: 1) what problems arise for the individual and what coping methods are used, and 2) what problems arise for the family and what coping methods are used.

Individual problems included depression, physical and mental maladaptive symptoms, and complicated grief. The Dual Process model proposed by Stroebe (1999) has emerged as an alternative to grief work hypothesis as a theory in coping with personal problems. In the Dual Process model, effective coping for grief is broadly classified into two approaches. One is a loss-oriented approach, similar to grief work hypothesis, in which one is immersed in the bond with the deceased and in grief, and the other is a restoration-oriented approach, in which one tries to actively adjust to life without the deceased as a distraction. However, it was later reported that the Dual Process Model was difficult to demonstrate. With this background, coping flexibility has begun to attract attention in recent years. Coping flexibility is the ability to switch the coping used depending on the situation when encountering a stress event. In other words, it is a concept that assumes that coping changes from moment to moment depending on the situation and time.

Family issues include changes in the family system. The death of one family member forces some changes in the entire family because of the dynamic tensions in the family system. In some families, bereavement causes the family relationship to break down and become dysfunctional, while in others, the occurrence of the crisis problem of bereavement helps to improve the family relationship. Family functions such as cohesiveness and expressiveness are coping influences on family adjustment. Cohesiveness is a concept that describes the degree of family cohesion. Family cohesion can be viewed in terms of emotional ties, boundaries and associations among family members. Expressive is the concept of family members openly and directly exchanging thoughts and feelings with one another. Adap-

tive family members become more cohesive and expressive in bereavement and overcome the crisis of bereavement by actively engaging in family interactions. However, if the family is persistently cohesive and expressive, it may become closed off from interaction with the outside world. Bereaved families need to be flexible, keeping cohesiveness and expressiveness high when necessary and loosening cohesiveness and expressiveness after the crisis has passed. Bereaved families cope with problems by increasing or decreasing cohesiveness and expressiveness depending on the situation.

Key words: grief, coping, cancer, bereaved family, flexibility