

学位申請論文

# 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、先行研究と比べ遅延する傾向 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、死別の場合が大きく変化し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%<sup>1)</sup>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、家族の姿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<sup>2)</sup>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)<sup>3)</sup>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)<sup>4)</sup>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)<sup>5)</sup>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)

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

棄し、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)<sup>6)</sup>は、タンバ市調査により、悲しみのプロセス論を展開した。Worden (1991)<sup>7)</sup>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)<sup>8)</sup>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)<sup>9)</sup>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)<sup>10)</sup>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)<sup>11)</sup>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<sup>10)</sup>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Parkes<sup>5)</sup>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<sup>12,13)</sup>。季羽(1988)<sup>14)</sup>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)<sup>15)</sup>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<sup>16)</sup>は2.5年とするが、Osterweisら<sup>17)</sup>(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)<sup>18)</sup>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“日業 time alleviation”<sup>19)</sup>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)<sup>20)</sup>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<sup>9)</sup>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」とされる個別的な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)<sup>21)</sup>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

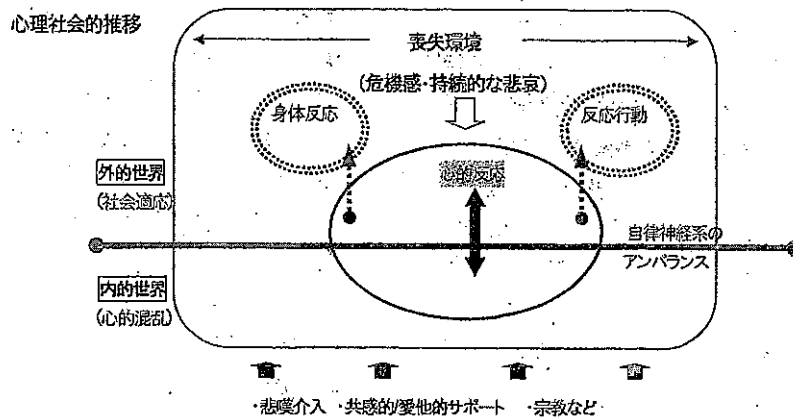


図1 悲嘆の概念枠組み

別」では、それまで死別者と構築してきたほぼ全ての「生活前提の崩壊現象」が起こる。愛着対象を失った人間は強い危機感と持続的な悲哀を抱く（これを「喪失環境」とする）。心的な反応としての悲しみや苦しみが高じ、心の混乱状態が行動として顕れると、「焦燥、集中困難、ぼんやりするなど」といった状態が観察される。また身体反応も同様の理由で現れ、「睡眠障害、自律神経失調症状、食欲不振」などが訴えられる。DSM-IV (1994)<sup>20)</sup>で、疾患として治療の対象となりうる状態と規定した所以である。何らかの援助が適切な時期になされると、悲嘆の苦悩が効果的に減ることが判明している。悲嘆の概念枠組みを図1に示した。

## 2. 用語の定義と解説

悲嘆 (grief) : 愛着の対象である親、子、配偶者、愛人などを喪失した時に生じる急激な反応または慢性的な情緒不安定状態と二次的に誘発される心身の非日常的な反応をさす。中でも死別は絶対的な別離であり、対象と二度とは再会できない。その故に思慕の情が続く。通常悲しみと比較して、はるかに強烈な心理的、情動的、身体的な反応を伴う死別悲嘆反応 bereavement reaction は特徴的で時には社会適応すら制限を受け、病的な状態に陥る。以後本研究では、「悲嘆」と略し、死別悲嘆者は単に「死別者」と記載する。

尚、この悲嘆反応は、死別を受容し情緒的に苦痛を伴わずに故人を思い出せるとか、現実生活で人生の再構築、自己の再生ができる状態になるまで続くと考えられる。この反応の強さ、持続や頻度は個別性が強く、多種多様である<sup>21)</sup>。

悲嘆の経過 : 悲嘆は変化しつつ進んでいく。代表的な説明としては、衝撃、否認、怒り、取引、抑鬱、受容、立ち直りの時期などである。それぞれの経過の意義、呼

称については、時系列的に変化が起るとする「段階 stages 説」<sup>21, 22)</sup>、様々な様相が重なりつつ進む「位相 phases 説」<sup>4, 23)</sup>そして「課題 tasks 説」<sup>7)</sup>がある。本論文では、課題説を取り入れる。その展開は、「受容」にはじまり、「苦痛の克服」「新環境への適応」「死者の情緒的な再配置」である。「嘆き悲しむ人は何かできる可能性を秘め、行動を起こす力を内在する」という考えであり、悲嘆介入の必要への論拠となる。個人差が大きい悲嘆であるが、急性期に関して付記すると、ほぼ人類共通とみられ、死別後数日から、数週間の短期間（時には数ヶ月まで含める）に表われる反応であり、激しい衝撃に伴う興奮、パニック、感情の鈍磨、不安を中心にした心細さ、挫折感、模索などをさす。

悲嘆援助と介入 : 悲嘆は、内的混乱と社会適応の二つの大きな問題を内包している。本来、人間は何か問題が起きた場合に、自分で自分の生活を変える能力を有している。この能力を引き出し、喪失過程に向けられていたエネルギーを新しい関係に振り向けるための、アドバイス、サポート、必要に応じた医療などをさす。

## III. 研究方法

### 1. 調査の方法、期間と対象

#### i. 基礎調査

日本では死別悲嘆を第三者に顯にする慣習はなく、遺族と接触を持ち量的な基準をみだし、かつ質的に正確な情報を得ることは容易でない。また、欧米の既存の悲嘆尺度をそのまま使用する調査は、言語表現上の違和感、文化的、宗教的な感覚のずれがあり、11名を対象にした半構造的な面接を行ったところ、欧米の悲嘆尺度をそのまま用いることには疑問があること、また単なる面接法で得られるデータは不均質で、個人の特定状況に限定

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<sup>29)</sup>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<sup>24-26)</sup>。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)<sup>27)</sup>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<sup>28)</sup>。ワークショップには“信管はずし defusing 効果”<sup>29)</sup>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<sup>30-31)</sup>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ー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)<sup>32)</sup>。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)<sup>33)</sup>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 reaction<sup>34)</sup>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」

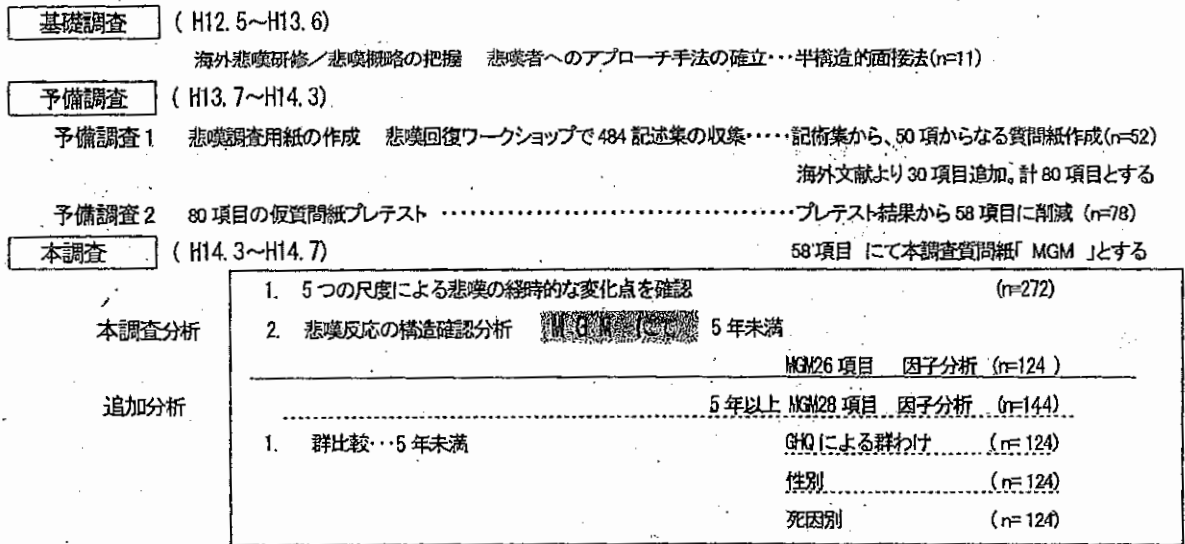


図 2. 調査の過程

「不安と不眠」「社会的活動障害」「うつ傾向」の4下位尺度から成る。日本版マニュアルでは cut-off point (以下「弁別点」と称す)を5~6点としている<sup>38,39)</sup>。弁別点は基本的には対象者の居住地・年齢・性別・調査場面等での変化を考慮し個別的に検討するのが望ましいとされる。英国の病院においては疾病診断のスクリーニングの目的で4~5点を弁別点としている。折半法と再テスト法で信頼性が確認されている<sup>40)</sup>。感度81~89%。日本では、死別研究の多くにGHQが用いられている。

d. 気分障害尺度 Self-Rating Questionnaire for Depression (SRQ-Dと記す)

笠原の気分障害尺度を原型に一般化された東邦大の臨床テスト(監修中野)<sup>41,42)</sup>。「鬱」にいたる前段階の軽い鬱状態や身体症状を主症状とする仮面鬱 masked depression 診断の補助に使用する目的で考案され心身医学領域で用いられている。

e. 死別の悲しみ自己診断表 Grief Experience Inventory (GEIと記す)

Sanders (1991)<sup>9)</sup>が開発した尺度。得点が高いほど症状が強いと解釈し、20点以上は専門家の支援対象としている。死別の心理的混乱現象を測定する包括的な全25質問項目からなる。尚、宗教に関する1項目(神の存在への不信項目)が含まれており、これを除外し本研究では参考として使用した。Parkes<sup>9)</sup>が信頼性の高いテストの一つにあげている。

f. 悲しみの補助尺度

主観的な評価であり、絶対的評価法(相対的評価とは反対の意味で使用)である尺度法 Visual Analogue

Scale (VAS)<sup>43,44)</sup>尺度の応用で、既存の主観的幸福尺度: Visual Analogue Scale-Happiness (VAS-H), -100から+100<sup>44)</sup>を-10から+10と変え、自分の幸福度を-10から+10の範囲で点数化した「幸福尺度法」。尚、VAS-HはZungの自己評価うつ尺度SDSや標準的Geriatric Depression Scaleとの負の相関が証明済みである。これを参考にし、死別後の最も悲しい時を10点とし、今の悲しみの程度を尋ねる「悲尺度法: Visual Analogue Scale-Grief」の指標を作成し質問紙に加えた。これら2指標の同時使用は、主観的な評価法の欠点を相互補完し、より客観的な情報を得るためである。

v. 倫理的配慮

基礎調査の「面接」の段階では、プライバシーに関わる調査ではなく、悲嘆の本質を知るための方法論の可能性を知ることが目的であることを伝え、テープや記述での記録はとらないことを約束した。予備調査1の「記述法」の段階では、悲嘆によって起きていることについて、単文形式で書くこと(例 故人が好きだったテレビはみられない。体重が5kg減った)、無記名、記述集は回収後に単文毎に切り離し、筆記者当人と同定できない処理をすること、さらには、記述しない自由があることを説明した。また、本調査では、質問紙の配布に先立ち、研究者の身分の公開、研究調査目的の明示、調査内容が対象者の否定的感情を惹起する可能性について予め言及し、この断りをいれたうえで、任意の無記名調査であることを告げた。またプライバシーの守秘誓約を行い、調査内容を研究に使用することについての同意書を確認した。

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	$\alpha/r$	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

$\alpha$ : 信頼性係数,  $\gamma$ : 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  $5.70 \pm 4.26$  (±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  $57.32 \pm 13.33$  歳、死別者の続柄は親 57 人 (21%)、配偶者 145 人 (53%)、子供 51 人 (19%)、その他祖父母・義父母など 19 人 (7%)、享年は平均  $54.33 \pm 23.73$  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  $5.38 \pm 5.39$ 、SRQ-D の平均は  $11.64 \pm 8.51$ 、GEI の平均は  $9.64 \pm 7.54$  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<sup>40)</sup>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

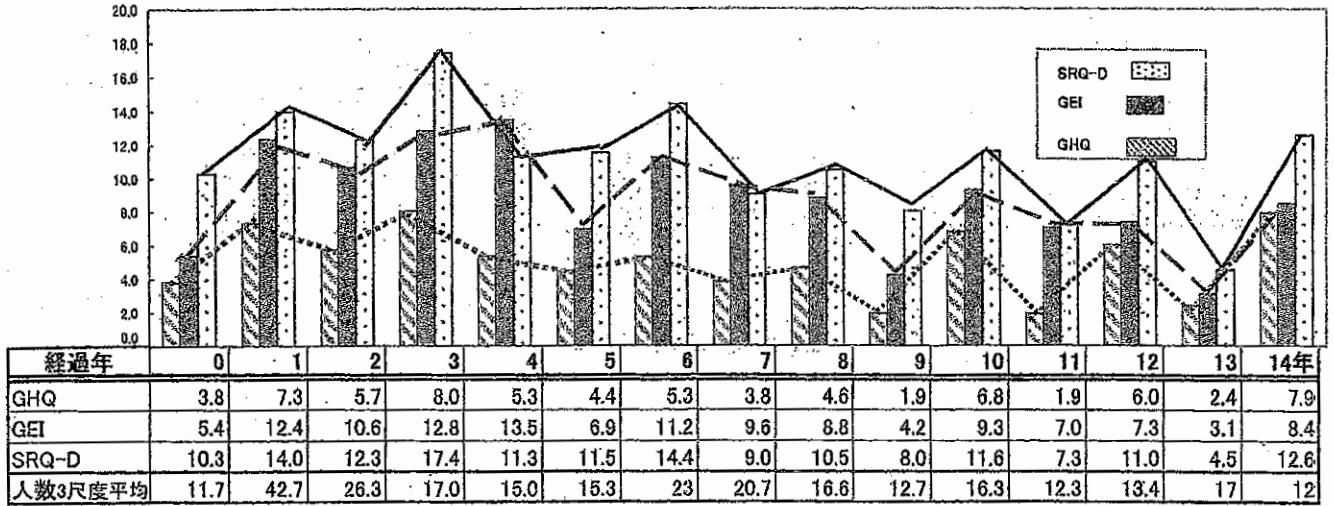


図 3 既存尺度得点の変化

年目で変化したといえるかの確認分析を以下に試みた。

b. 主観的評価尺度の測定値

悲尺度の平均は 5.08±2.91 であり、最も悲しい時(10点)と比べおおよそ半減している。幸福尺度の平均は 0.99±5.06 であり、最大の幸せと最大の不幸の中間にある。

ii. 死別当初から 14 年間の経時的变化の統計分析

a. 多重比較による 1 年と 4 年までの悲嘆反応の差の検定

4 年までが死別反応に苦しんでいるとおおよその示唆を得たため、1 年以内(1 年以内は急性悲嘆を考慮し 2 群に分けた; 0~6 月, 7~12 月)から 4 年迄を 5 群分けとし平均値で比較した(等分散性が成立しない場合の多重比較。Dunnett T3 法)。一般健康 GHQ (F [4, 121]=1.07; ns), 尚、他の諸尺度結果についても同様に比較した。気分障害 SRQ-D (F [4, 121]=1.32; ns), 死別 GEI (F [4, 121]=1.10; ns)。主観的評価尺度である悲尺度 (F [4, 121]=0.82; ns), 幸福尺度は (F [4, 121]=1.65; ns) であった。以上のようにいずれにおいても、経過年数による差は認められなかった。

b. 悲嘆の終結時期の確認

次に上記 5 つの尺度について何年後に悲嘆反応差が現れるかを線形対比により確認した(3 つ以上の群を任意の 2 群と大別できると判定する方法、係数の決定はシェフェ Scheffé 法に従った。GHQ と SRQ-D は分散差がありこれを考慮した)。この結果、5 尺度全てが有意となるのは、3 年、4 年または 5 年という結果となった(表 2)。

c. 信頼性係数による変化時点の確認

次に危険率から 5 尺度いずれにおいても、実際には差がないのにあると判断してしまう統計分析上の危険を冒す「第 2 種の誤り」を犯さない確率である「信頼性係数」を求めたところ、3 年 (.923), 4 年 (.933) または 5 年 (.920) となり、4 年が最も安全であることから「最適年を 4 年」とした。

d. 悲尺度と幸福尺度の経時的傾向 trend

主観的評価尺度の 14 年の経時変化についての悲尺度・幸福尺度についての解釈を深めるため、各年毎の平均をトレンド(経時的傾向)とみなし、直線をあてはめたところ、図 4 のようになった (n=272, 最小 2 乗法)。

この結果、2 直線の交点は 4.60 年であった。この事実から、死別のそれまでの悲嘆が減じ幸福感がより大きくなりつつあると判断し、悲嘆介入における終了期間の目安が求められた。主観尺度の 2 尺度の接近は、幸福尺度が悲尺度を超えた時点で、悲しみが一段落する時点と解釈が可能であり、援助の対象から外してよいと言える。

3. 本調査の結果

i. 本調査 MGM の標準化と因子分析

因子分析の対象者の選定については、これまでの結果から、悲嘆が死別 1 年以内に終息せず、対象者を 1 年以内に限るべきでないことが判明し、死別後 4 年迄(5 年未満)を因子分析の対象者とした。また、死別対象者の続柄では、成人後同居期間が 10 年未満であった親を亡くした回答者と祖父母・義父母を亡くした回答者と無記入の 4 人を分析から除外した。関与の程度が低い対象者

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	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

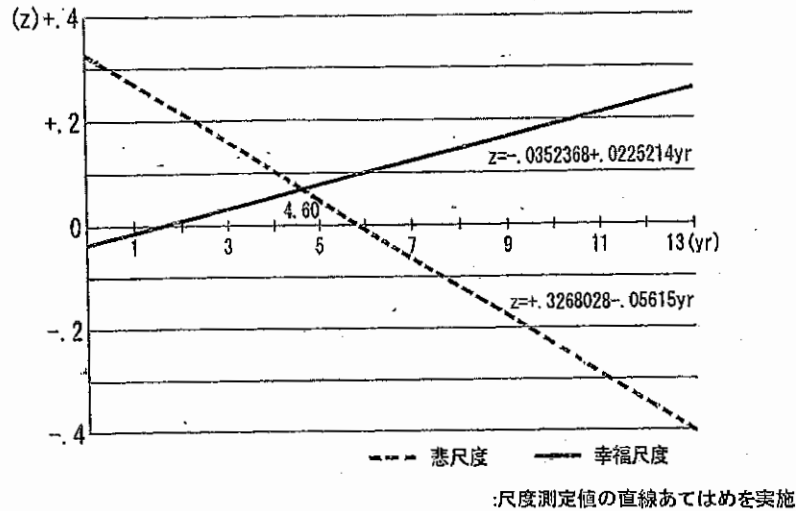


図 4 悲尺度・幸福尺度の直線

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「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α=.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 3 宮林悲嘆尺度 (MGM) の因子分析結果

項目	Factors (因子)			
	Factor 1	Factor 2	Factor 3	Factor 4
m6 「うんぐん」と理解を示す対象がもういない現実がやるせない…	0.807	0.357	0.159	0.066
m7 故人と関連する物事や場所ではさみしい気持ちになる…	0.773	0.280	0.251	0.083
m23 故人が空しくてしかたが無い…	0.748	0.182	0.177	0.215
m10 心の中に穴がぽっかりあいたような気がする…	0.743	0.209	0.282	0.243
m6 全ての支えを失ったと感じる…	0.736	0.461	0.146	0.169
m5 もう元の家族にはもどれないという悲しみがこみ上げる…	0.712	0.279	0.318	0.227
F1 思慕と空虚 m4 一緒にしてきたり、できた行動がもうできないとあらためて思う…	0.699	0.196	0.245	0.107
m16 これからは、何も相談できないという現実寂しさを感じる…	0.632	0.420	0.376	0.189
m33 死別の悲しみにくれている…	0.598	0.401	0.385	0.283
m11 なぜ私がこういうこと (死別のこと) に遭うのだろうと思う…	0.598	0.449	0.156	0.210
m15 幸せそうな家族・連れ添う人達を見るのはなんとなく辛い…	0.595	0.538	0.178	0.283
m23 生前その時は仕方がなかったことでもできていればと後悔する…	0.592	0.109	0.453	0.064
m36 死別によりステータスも同じようになくした気になる…	0.263	0.801	0.019	0.170
m58 私は置いてきぼりをくったようで落ち着かない気分襲われる…	0.184	0.669	0.160	0.166
m15 全てのつながりが絶たれ孤立してしまったような気になる…	0.477	0.650	0.200	0.202
F2 疎外感 m12 今回の不幸により自分だけが他の人と違ってしまったと感じる…	0.455	0.636	0.078	0.293
m40 親しかった仲間といても、溶け込めない…	0.388	0.589	0.366	0.106
m35 死は配慮とか力不足だったのではないかと自分を責めている…	0.352	0.349	0.654	0.255
m1 何かの折に不意に思い出し、胸が締めつけられる…	0.357	0.007	0.653	0.096
F3 鬱的な不調 m53 どうしようもないような孤独に襲われる時がある…	0.354	0.384	0.605	0.320
m25 死別が原因で、身体が不調である…	0.168	0.567	0.570	0.113
m39 体中から力が抜けたような疲労感を感じる…	0.297	0.544	0.563	0.120
* m50 苦しい死別の経験が私をすこしづつ強くしている…	-0.102	-0.133	-0.132	-0.885
F4 適応の努力 * m51 今までとは異なる点で生きる術を身につけつつある…	-0.163	-0.212	0.002	-0.821
* m31 死別の悲しみに区切りができてきたように思う…	-0.352	0.001	-0.434	-0.595
* m55 死別の悲しみのコントロールは何とかできている…	-0.272	-0.222	-0.439	-0.571
固有値 SS of factors loadings	7.96	5.40	3.85	3.09
寄与率 Contribution ratio (%)	24.73	16.88	12.04	9.65
累積寄与率 Com. Contribution ratio (%)	24.73	41.62	53.66	63.31

抽出法：主成分分析 回転法：Kaiser パリマックス法 \*逆転項目を意味する □ 因子負荷量 .50 以上

#### b. 表面的妥当性と併存的妥当性の確認

表面的妥当性は死別経験者 9 名、大学院生 9 名、およびスーパーバイザーの評価により確認を行った。また対

象者による記述結果をみると、極端に回答率の低い項目は存在せず、不適切な項目はなかったものと考えられた。

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&lt;.05 \*\*p&lt;.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のかの確認のため、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  $\alpha$ ）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。

## 追加分析

表 5 宮林悲嘆尺度 MGM の因子分析…死別後 5 年以上

項目	factors (因子)			参考 (表 3 での因子)
	(factor 1)	(factor 2)	(factor 3)	
m30 死別によりステータスも同じようになくした気になる……………	0.852	0.058	0.118	(F2)
m15 全てのつながりが絶たれ孤立してしまったような気になる……………	0.784	0.203	0.081	(F2)
m8 全ての支えを失ったと感じる……………	0.741	0.466	0.122	(F1)
m13 幸せそうな家族・連れ添う人達を見るのはなんとなく辛い……………	0.729	0.436	-0.031	(F1)
m12 今回の不幸により自分だけが他の人と違ってしまったと感じる……………	0.704	0.341	0.097	(F2)
m16 これからは、何も相談できないという現実寂しさを感じる……………	0.684	0.481	0.058	(F1)
(f1) 孤独感 と疎外感				
m11 なぜ私がこういうこと (死別のこと) に遭うのだろうと思う……………	0.669	0.484	0.103	(F1)
m25 死別が原因で、身体が不調である……………	0.663	0.066	0.231	(F3)
m53 どうしようもないような孤独に襲われる時がある……………	0.650	0.397	0.220	(F3)
m18 漠然とした、恐怖にも似た不安を感じる……………	0.642	0.328	0.027	
m58 私は置いてきぼりをくつたようで落ち着かない気分襲われる……………	0.626	0.347	0.273	(F2)
m40 親しかった仲間といても、溶け込めない……………	0.618	0.259	0.285	(F2)
m10 心の中に穴がぽっかりあいたような気がする……………	0.610	0.579	0.294	(F1)
m39 体中から力が抜けたような疲労感を感じる……………	0.606	0.289	0.285	(F3)
m23 生前その時は仕方がなかったことでもできていればと後悔する……………	0.104	0.759	0.067	(F1)
m1 何かの折に不意に思い出し、胸が締めつけられる……………	0.338	0.747	0.173	(F3)
m28 故人が恋しくてしかたが無い……………	0.449	0.677	0.173	(F1)
m35 死は配慮とか力不足だったのではないかと自分を責めている……………	0.120	0.675	0.294	(F3)
(f2) 思慕				
m5 もう元の家族にはもどれないという悲しみがこみ上げる……………	0.499	0.653	0.107	(F1)
m6 「うんうん」と理解を示す対象がもういない現実がやるせない……………	0.552	0.620	0.020	(F1)
m4 一緒にしてきたり、できた行動がもうできないとあらためて思う……………	0.315	0.615	0.016	(F1)
m33 死別の悲しみにくれている……………	0.515	0.610	0.361	(F1)
m7 故人と関連する物事や場所ではさみしい気持ちになる……………	0.485	0.602	0.036	(F1)
m38 自分に起きた事はドラマのようで、実感としてとらえにくい……………	0.472	0.507	0.337	
* m50 苦しい死別の経験が私をすこしづつ強くしている……………	-0.160	-0.066	-0.805	(F4)
(f3) 適応の努力				
* m51 今までとは異なる点で生きる術を身につけつつある……………	0.000	0.015	-0.778	(F4)
* m55 死別の悲しみのコントロールは何とかできている……………	-0.245	-0.265	-0.612	(F4)
* m31 死別の悲しみに区切りがついてきたように思う……………	-0.159	-0.467	-0.576	(F4)
固有値 SS of factors loadings	8.706	6.631	2.883	
寄与率 Contribution ratio (%)	28.083	21.391	9.301	
累積寄与率 Com. Contribution ratio. (%)	28.083	49.473	58.774	

抽出法: 主成分分析 回転法: Kaiser バリマックス法 \* 逆転項目を意味する □ 因子負荷量 .50 以上

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	

\* $p < .05$  \*\* $p < .01$

## V. 考 察

### 1. 抽出4因子と日本人の悲嘆構造

#### i. MGMの信頼性と妥当性の確認

日本において、松井<sup>30)</sup>が研究者側からみた悲嘆研究の進まない理由について、対象者の否定的感情を喚起する研究であり、倫理上研究の限界があること、悲しみの計測は難しいことをあげている。さらに悲嘆関連の研究は不快であるため、できれば回避したい研究分野であることなどもあげている。日本人を対象とした悲嘆を測定する十分な尺度が開発されなかった背景にはこうした理由があったのであろう。一方、悲嘆者側の事情としては小此木<sup>31)</sup>が言うように、戦争と敗戦によるおびただしい喪失と悲嘆のどん底から出発した現代社会が悲しみを排除してしまったことが最大の理由と考えられる。本研究の目標は悲しみの構成要素を同定し、明確化していくことにある。死別の悲嘆そのものが明確に存在するのか、その悲しみの程度はどうか、最も重要かつ困難であることは、いかにしたら本音が聴けるのかであったが、これについて知るため基礎・予備調査を実施した。

今回の“悲嘆回復ワークショップ”による情報収集法には、幾つかの利点があった。参加者の表情、態度の観察により、会場での共感性が高まるにつれて、悲しみを積極的に自己開示していく様子が窺えた。こうして十分なラポール形成がなされ、信管はずしdefusingといういわば、心のカンヌキはずし効果も相まって、情報提供者は制限を感じることなく心境の開示ができ、かつ本音を知ることができた。ワークショップ開催で得られた臨床の知 empirical knowledgeにより悲嘆の記述内容の理解と事実関係に相違や矛盾が無いことが確認でき、調査者側の問題である誤解やバイアスを補正できた。悲嘆記述の内容は、記述集(G-TST)により報告された<sup>28)</sup>。G-TSTの項目数は膨大なものになったが、カテゴリー化や項目の削減でも死別体験者からなるボランティアによる臨床の知の貢献が大きかった。

こうした過程から考案された尺度(MGM)は、信頼性が認められ、表面的妥当性の他に併存的な基準関連妥当性が確認されたことと、既に報告した(宮林ら, 2002) G-TSTの項目収集で集約された3カテゴリーつまり、「日常生活に生きる故人」「気分の障害と変調」「現実問題と対処など」は、因子分析後の結果と対応し一致したことにより悲嘆の構造に大きな矛盾が見られないことが判明した。また、短い質問紙ではなかったにも関わらず、比較的回答率が高かったことは、的外れや不適切な質問内容ではなかったことを示唆している。

#### ii. 日本人の悲嘆構造の特徴と抽出因子の意味

今回の4年までの分析で、悲嘆の諸反応に明確な下部構造が認められ、複数の因子が抽出された。悲嘆として、F1には、故人への「思慕」に関連した心的苦痛、寂寥感・空虚感・死の意味する絶対的な不在感などが集約されている。F2「疎外感」は、特に社会からの意識過剰な程の疎外感を持つのが特徴である。Worden<sup>32)</sup>は、悲嘆の反応では、抑鬱の臨床例でよく見られる自尊心の欠落は認められないとしており、Parkes<sup>33)</sup>も「たとえ自分を責めるはめになろうとも非難対象を見つけたほうが心を惑わされずにすむ」と記し、批判的要因が出やすい悲嘆の心情を婉曲に表現している。F3は悲嘆に関連した気分障害である(悲嘆反応の鬱的症状)。最後の因子F4は、再生観や対処の努力を示す「適応の努力」であった。一つだけの単因子構造ではなく、これら4つからなる因子は特定状況に根ざした心的な反応であることが示された。5年以降では因子数が全体で3因子に減っていた。特にF4、「適応の努力」の因子は、死別直後から(対象者5年未満にも5年以上にも存在した因子)“再生の期待”を持ち合わせている。つまり、情緒反応的なネガティブな3因子と比較し、この因子は課題解決指向的である。F4は適切な時期での、何らかの援助が有効である可能性を示唆するが、遺族の回復へのレディネス(準備状況)が存在するにも関わらず、実効的支援が乏しいことが現実の問題と考えられる。Sanders<sup>34)</sup>が抽出した3因子は「対処」「鬱」「ソーシャルサポート」であるが、本研究ではサポートに関する事柄のみ見出せなかった。

悲嘆の本質は、死別者に対し思慕の念を継続的に抱くことである。Parkes<sup>35)</sup>は、繰り返し望まないのに侵入する感情であり、自分にとっては苦痛でしかない考えに心を奪われることであると記載している。同様にWorden<sup>36)</sup>も、同表現を引用している。本調査では、悲嘆の第一因子として「F1 思慕と空虚」が抽出された。遺族は故人をあらゆる場で確認する作業を繰り返す(表3:m4, m6, m7)。この思慕の念が継続するのを不健康(ともすれば不自然)とみなしている欧米の常識とは異なる点がある。Prigersonら(1995)<sup>40)</sup>が、病的悲嘆鑑別尺度開発の予備調査を行い、悲嘆特有の徴候として指摘した“死者への思いに心が占領される。死者を探索する、恋慕う、涕泣”等の記述と本研究のF1 思慕やF3 気分不調に関する記述の結果は、表面的にかなり類似しており興味深い。またHorowitz(1997)<sup>41)</sup>が病的とするComplicated Griefの症状、回避の傾向、心への思考の侵入、適応の失敗などは、同類に取れるが、基

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みえるが、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と思う。また外食をしている時に、昨日とは人の見る目に変化したように思われる。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、対象の存在はマスキュ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こり、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、Klerman<sup>50)</sup>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<sup>51)</sup>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<sup>52)</sup>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、生きていけ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<sup>53)</sup>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」にあたると思われる。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Shuchter<sup>54)</sup>やWordenら<sup>7)</sup>は、2年前後、Parkes<sup>5)</sup>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<sup>55)</sup>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

思慕と空虚」, 「F2 疎外感」, 「F3 鬱的な不調」のネガティブ因子の得点が有意に高く, 何らかの悲しみ反応がより強く, かつ「F4 適応の努力」得点は低く, 課題思考的行動つまり前向きな姿勢が正常群ほどには取れない。GHQ の得点が高い非正常群は, 悲しみに関する反応も強いことがわかる。

#### ii. 性差で分けた二群

性差では F1~F4 に差がみられず, 悲嘆には男女差がないといえる。特に「F4 適応の努力」については, Heyman<sup>50)</sup>も男女差は無いと述べている。しかし悲嘆の表出には, 本研究の対象者数の男女比にも表われているように性差がみうけられる。付記すると地域差もあると考える。よって, 悩みつつも表出することにはかなりの強い躊躇いがあることを考慮し, 悲嘆の援助では, おしせの印象を持たせないよう自発的な申し出と随時受け入れの形などをとるのが適切であろう。

#### iii. 死因で分けた二群

死因別に(病死群と事故・自殺群)で比較すると, 事故・自殺群では F1~F4 の全てに有意差がみられた。この結果は Parkes<sup>51)</sup>や Worden<sup>52)</sup>らは死の予測がある場合とない場合を比較し, 悲嘆の反応, 感情の障害が明らかであると記載した事実と一致していた。

### 4. 援助法

#### i. 悲嘆援助の時期

日本人の悲嘆が欧米に比べて遷延性の傾向があることは先述した。従って欧米の1年という通念には捉われず, より長い期間を「援助を要する時期」と考えるべきである。具体的には, 先述の凡そ4年程度を想定しつつ, 医療者の立場で考えると, 死別後1~2年を主たる対象期間として, 人生での「区切り」をつける立ち直り機会とみなし介入策を検討するのが今後の方向といえるだろう。

#### ii. どのような援助がよいのか

##### a. 具体的な援助内容

遺族は死別を, 自分に限って発生した極めて特殊な個人的な出来事と捉える傾向がある。例えば遺族が他の死別者と語り合う機会を提供すれば, 偏見なく自己の立場が理解され共感を持って受け入れられることに気づく, そのような場で得られた“自分だけが特殊ではない”という脱異常感, 自信回復へ繋がり精神的な孤立から脱却できる切っ掛けとなることが期待できる。ただし語り合う機会には, 最低限度の準備が必要である。会ではプライバシーの保護や死因状況などの類似死別者が他にも同席できる・同席しているなど, 意図的に心が開かれ易い流れにプログラムを組むなどのより自然な“心のコンヌキはずし”, つまり defusing ができる設定は最低限

必要である。また, 責任者は悲嘆により起こりやすい心身の反応の一般知識を持ち, 参加者の異常を大まかに嗅ぎ分けられる感覚や知識を持つ必要がある。

まず提供者側が最低限有すべき知識の具体的な内容のポイントとして, 研究結果に沿って提案すると, 悲嘆反応の主要な位置を占める因子である F1 思慕から, 「故人を思い出してばかりいるのは不自然でない」こと, 「故人の残影を感じるのは, 当然のことである」, また F2 疎外感については, 喪失に続発して「死因に拘らず死別経験者の誰もが自信喪失の感覚に陥り, 疎外感がおこる」こと, 「健康的な状態という感覚が失われ, 体調が不調になるのは, “悲嘆” という大きなストレスによる死別反応性の気分障害, または F3 鬱的な状態に伴い起こりやすい」ことなど具体性をもった知識を提供することが有効であろう。さらに, 情報提供は“共感を込めて”行われた場合には一層効果的と考えられる。

気分障害の鬱的な傾向が観察された場合には特に, 医療における対応と同様, 激励を避けむしろ「あまり頑張らないように」と告げるのが望ましい。F4 の存在を考慮に入れると, 指導や指示は不必要である。誰もが“これから生きていく自分の姿・方向”について知っている。人生の再構築のアイデア, 再生への道を模索している。しかし, 現実に消耗し切った状態であり, 実行への余力はあまり残されていない。安<sup>53)</sup>のいう「生きづらい」感覚, ワークショップ出席者達の言葉によると「生活の充実感が乏しい」という感覚が持続しているのである。こうした場合には「指導」「助言」という形の援助ではなく「共感」が優先する。

##### b. 医療者の役割

医療の背景に宗教が深く関わっている米国では宗教家や病院併設の自己啓発支援機構が, 英国では家庭医が喪失家族の対応にあたっている。悲嘆援助という心的ケアを身体に対する医療行為と表裏一体とみなしているため, 医療保険による財政的な裏づけも行われている。我が国では悲嘆援助は医療保険サービスでは給付外であり, 最近創出されつつある死生に関する民間のグループについても活動内容を知りうる, 自発的な参加者のみに対象が限定されており, ホスピス入院者の家族以外には活動グループが存在するという情報すら入手し難い。このような状況下での看護のあり方についてのべる。

Burnell<sup>54)</sup>は, 看護師は教育課程で死別悲嘆に関する堅実な基礎知識を学んでいるとしている。日本では悲嘆についての十分な知識を与えられているとは言えない。従って, 医療者が死と死後の実際の悲嘆に直面した時に感じるのは, 当惑と不安であろう。まず, 必要なのは,

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キーパーソンの識別・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



確認された。

4. 死別の悲嘆については、心的な苦悶を核とする不調の出現と、継続期間の長さから判断し、社会的支援の対象とするべきである。

5. 4年迄(5年未満)の対象者にGHQ(正常群・非正常群)の場合と死因別(病死・事故自殺死)の二群でMGMの4因子の比較を行うと、否定的・肯定的な要素の全てに有意差が認められた。非正常群、事故自殺死群では悲嘆が強くなる。

6. 4年迄(5年未満)の対象者に性別でMGMの4因子の比較を行うと全因子に有意差はなく、悲嘆に性差は認められない。

#### 謝辞

本研究を進めるにあたり、学習経験の場やアイデアの示唆をいただいたMinnesota大学 Elizabeth Kratz教授、Minnesota大学・北海道医療大学大学院Judith Johnson教授、ホスピス研究所季羽倭文子所長、Minnesota州のMethodist Hospital, Fairview University Medical Center, Allina Hospital, Spiritual Care & Grief Support Center, Grief Resources Center, Mt.Olivet Retreat の皆様に心からの感謝の意を表します。

また本調査にご協力いただきました公立藤田病院、玉島病棟の看護部長様と病棟の皆様、死別者の会である木葉会、横の会、死別の悲しみ回復を助ける会の参加者との会の支えであるファシリテーターの皆様、そして順正寺とその法話会の皆様に厚く御礼申し上げます。

最後に研究に関して、多大なるサポートやご指導を賜りました東京医科歯科大学大学院保健衛生学教授高崎絹子先生と関係者の皆様に深謝いたします。

本研究の一部は、笹川医学医療研究財団の助成を受けて実施したものであり、ここに謝意を表します。

#### 引用文献

- 1) 図説高齢者白書 2001年度版：全国社会福祉協議会，54-58，2001.
- 2) 広井良典：ケア学，医学書院，55-72，2000.
- 3) Lindemann E: Symptomatology And Management of Acute Grief, American Journal of Psychiatry, 101, 141-148, 1944.
- 4) Bowlby J: Pathological Mourning and Childhood Mourning, Journal of American Psychoanalytic Association, 11, 500-541, 1963.
- 5) Parkes CM: Bereavement-Studies of Grief in Adult Life-third edition, 1996. 死別 遺された人たちを支えるために，桑原治雄，三野善央訳，メディカル出版，10-11, 163-168, 353-354, 2002.
- 6) Sanders CM: Surviving Grief and Learning to live

again, Johnson Wiley & Sons, N.Y., 1992. 白根美保子訳，死別の悲しみを癒すアドバイスブック，筑摩書房，2000.

- 7) Worden JW: Grief Counseling and Grief Therapy, Springer Publishing Company, N.Y., 1991. 鳴澤實監訳，グリーフカウンセリング，川島書店，23-24, 38-40, 49-205, 2001.
- 8) Yamamoto J, Okonogi K, Iwasaki T, Yosimura S: Mourning in Japan, American Journal of Psychiatry, 74-79, 1969.
- 9) 小此木啓吾：対象喪失，中公新書，1999.
- 10) 松井 豊，小此木啓吾，河合千恵子，他：悲嘆の心理，サイエンス社，137-167, 249-251, 1998.
- 11) 小島操子：喪失と悲嘆へのケア，家庭医，4(4)，454-457, 1988.
- 12) Burke C, Gerraughty SM: An oncology unit's initiation of a bereavement support program, Oncology Nursing Forum, 21, 1675-1680, 1994.
- 13) Sachie Weeks: 米国の在宅ホスピスケアにおけるグリーフワーク～グリーフメント・プログラムに焦点をあてて～，がん看護，5(3)，211-214, 2000.
- 14) 季羽倭文子：ホスピスケアのデザイン，三輪書店，1988.
- 15) McCrae RR, Costa PT: Psychological Resilience among Widowed Men and Women: A 10-year Follow-up of a National Sample. Ed. Strobe M, Strobe W, Hansson RO, eds., Handbook of Bereavement, Cambridge University Press, N.Y., 175-207, 1997.
- 16) Zinsok S, Shuchter SR: Time course of spousal bereavement, General Hospital Psychiatry, 7, 95-100, 1986.
- 17) Osterweis M, Solomon F, Green M: Bereavement Reactions, Consequences and care. Ed. Strobe M, Strobe W, Hansson RO, eds., Handbook of Bereavement, Cambridge Universities Press, N.Y., 23-43, 1997.
- 18) Parkes CM: Bereavement: Studies of Grief in Adult Life, N.Y., International Universities Press, 1972.
- 19) Bowlby J: The Processes of Mourning, International Journal of Psycho-Analysis, 44, 317-340, 1961.
- 20) 太田保之，上野武治：精神医学，医歯薬出版株式会社，2-8, 2002.
- 21) Deeken A: 悲嘆教育 —悲嘆プロセスとその処方—，ターミナルケア，1(6)，371-374, 1991.
- 22) Kübler-Ross E: On Death and Dying. New York Macmillan, 1969.
- 23) Yalom I, 1975. 引用 鈴木純一：集団精神療法，臨床精神医学増刊号，203-206, 2000.
- 24) Medical Japan「死別の悲しみを助ける会」を主催，1月16日，2002.
- 25) 毎日新聞 家族を亡くした遺族をケア 悲しみを解き放ち生きる希望を，3月29日，2002.
- 26) 宮林さちえ：ながれるままに涙をながしましょう，ソニーマガジンス，42-54, 2002.
- 27) 川瀬正裕，松本真理子：自分探しの心理学，ナカニシヤ出版，10-12, 1993.
- 28) 宮林幸江，仲柴祥子：日本人における悲嘆反応 —内容の分析—，日本健康心理学会第15回大会発表論

- 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一, 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, Zinsock 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.