Osaka University Knowledge Archive

Title	死別後の悲嘆に関する研究(1) : 残された配偶者と子どもの比較
Author(s)	坂口, 幸弘
Citation	大阪大学臨床老年行動学年報. 1998, 3, p. 13-22
Version Type	VoR
URL	https://doi.org/10.18910/8427
rights	
Note	

Osaka University Knowledge Archive : OUKA

https://ir.library.osaka-u.ac.jp/

Osaka University

死別後の悲嘆に関する研究（1）
――残された配偶者と子どもの比較――

坂　口　幸　弘

【はじめに】

ホスピスの重要な働きの一つとして、死別後の悲嘆のケアがある（柏木、1997)。この遺族のケアは、欧米では、ホスピスの認定条件の一つにも挙げられ、活発な活動が行われている。しかし日本のホスピスでは、葬儀への参列、遺族への電話や訪問、遺族会の開催などは行われているものの、認定条件にはされておらず、遺族ケアはまだまだ不十分なのが実情と思われる。だが日本でも、死別後のカウンセリングを専門としたチームによるケアは、将来的に必要な分野と考えられている（柏木、1995)。今後、日本において、死別後の家族のケアを効果的に行うにあたって、日本人の遺族を対象とした基礎的な研究が必要である。欧米では、数多くの実証的な悲嘆研究が行われている。しかし、日本では今のところその数は限られている（e.g. 河合、1987、1988；岡林ら、1997)。本研究は、遺族ケアの基礎的研究として、効果的な遺族ケアを考える上での基礎資料を提供することを目指すものである。

死別は個人的体験であり、同じ家族であっても、亡くなった方との間柄によって、その衝撃は異なり、死別後の適応も異なると思われる。しかし、これまで多くの研究では、家族の死は、配偶者の死、子どもの死、親の死あるいは兄弟の死というように別々のトピックとして取り上げられており、ある一人の家族成員の死に対する家族内における死別体験を、家族成員間で比較した実証的研究は見当たらない。本研究では、同一家族内における残された配偶者及び子どもに焦点を当て、両者の死別後の適応を比較・検討する。

配偶者との死別

配偶者との死別は、Holmes と Rahe（1967）の研究を示すまでもなく、最もストレスの強い出来事の一つである。残された配偶者は、心身に多大な影響を受けることになる。パークス（1993）は、配偶者との死別を経験すると、喪失後1年以内に抑うつ症状がしばしばみられることを報告した。また、Clayton（1974）は、配偶者との死別経験者は、未経験者に比べ、身体的問題での薬剤の服用が多いことを示した。さらに、配偶者との死別は、心身の健康を害するだけでなく、死亡率とも関連があることが指摘されている（Stroebe & Stroebe, 1993)。

配偶者との死別体験は、男性と女性で異なる。多くの先行研究では、男性の方が女性に比べ、喪失後の身体的及び精神的健康の悪化は大きいとされている（Helsing, et al., 1981: パークス, 1993；Stroebe & Stroebe, 1983)。さらに Glick ら（1974）によると、男性の方が女性よりも、身体的、精神的健康の回復に時間がかかるともされる。この性差に関して、国谷（1991）は、夫が妻に心理的に依存する度合いが強いことを理由として挙げている。一方、Cleiren（1993)は、社会的役割に注目した。彼によると、男性は妻を媒介として、社会的ネットワークとのつながりを維持している。それゆえ妻の死によって、社会的

ネットワークとのつながりが絶たれると、そこからのサポートが得られなくなり、そのため喪失体験はより困難なものとなるとされる。

親との死別

親との死別に関する研究として、これまで取り上げられてきた多くは、小児期及び思春期における親との死別である（Elizur & Kaffman, 1983)。それに対し、青年期以後の死別は、研究対象としてあまり注目されてこなかった。それは、青年期以後における親との死別は、特に深刻な問題をもたらさないと一般に認識されてきたためと考えられる。Sanders（1979-1980）によると、青年期以後での親との死別は、悲嘆のプロセスの期間も短く、身体的及び精神的健康も特に問題とはならないとされる。また、Owen ら（1982-1983）によると、成人した子どもは、残された家族の中で最も影響が小さい。バーネルとバーネル（1994）はその理由として、次の３点を挙げている。まず一つ目は、年をとるにつれ、親がいつかは死ぬということは、当たり前と思われていることである。第二に、子どもは成長して自分の生活が忙しくなるにつれ、親との関わりや愛着は弱くなっていくことである。そして三番目として、親の死によって、子どもは新たな役割や責任が生じ、もはや親を頼りには出来ないことが挙げられている。

このように、青年期以後での親との死別によって問題が生じることは比較的少ないと認識されてきた。しかし、Horowitz ら（1984）の研究では、親との死別が、かなりの危機的症状をもたらす原因となるとしており、親との死別に関してはまだまだ検討の余地があると思われる。なお、青年以後での親との死別体験における性差に関しては、これまでのところ研究報告はほとんど行われていないようである。

【目的】

本研究の目的は、死別後の「立ち直り」の意識と精神的健康について、残された配偶者と子どもとを比較、検討し、その違いを明らかにすることである。また、配偶者との死別後及び親との死別後の精神的健康における性差に関しても検討を行う。

【方法】

１．対象

1996年４月から1997年３月までに淀川キリスト教病院ホスピスにて、ガンのために家族の一人を亡くした190家族が調査対象である。そして、以下で述べる質問紙調査に対し、回答を得られた131家族のうち、同居の配偶者と子ども、その両者からの回答が得られた38家族91名を分析対象とした。

その内訳は、配偶者は38名（夫13名、妻25名）で、平均年齢57.37歳（SD＝8.99）であった。子どもは53名（息子25名、娘28名）で、平均年齢26.19歳（SD＝9.50）であった。家族成員数は、２名から６名で、平均3.18名（SD＝1.23）であった。死別後の経過期間は平均9.80カ月（SD＝1.68）であった。

２．調査方法

データ収集は、郵送法による質問紙調査によって２回に分けて実施された。なお、この

調査は淀川キリスト教病院ホスピスの協力を得て、「淀川キリスト教病院ホスピスケア向上委員会」の名のもとに行われた。調査期間は第一回の調査が1997年３月から４月にかけて、第二回の調査が1997年10月から11月にかけてである。いずれの調査においても、発送後約２週間以内に返送されなかった方に対して、再び依頼状を送付した。なお、２回の調査の平均回収率は68.9%であった。

３．質問項目

質問項目は、「立ち直り」の意識に関する項目と、精神的健康に関する項目である。

「立ち直り」の意識

「立ち直り」の意識に関する具体的な質問内容は次の２項目である。

１）「現在、あなたは御家族の方を亡くされた衝撃から立ち直っていると感じていますか？」この問いに対し、「完全に立ち直っている」・「立ち直りつつある」・「ほとんど立ち直っていない」・「全く立ち直ることができない」・「わからない」という５つの回答項目を設けた。

２）「立ち直るまでにどれくらい期間がかかりましたか、あるいはかかると思いますか？」この問いに対し、「１週間以内」・「１カ月以内」・「３カ月以内」・「半年以内」・「１年以内」・「１年以上」という６つの回答項目を設けた。

精神的健康

精神的健康を測定するために、GHQ（The General Health Questionnaire：精神健康調査票）の日本版（中川・大坊、1985）の中から、Goldberg と Hillier（1979）の28項目版に該当する項目を抜粋して用いた。この28項目版は、１）身体的症状、２）不安と不眠、３）社会的活動障害、４）うつ傾向という４つの下位因子によって構成されている。そして、それぞれの下位因子には、７項目が含まれている。それぞれの項目について、４件法で回答を求めた。採点は、GHQ 採点法（４件法の回答に 0,0,1,1点を与える）ではなく、得点が正規分布しやすいように Likert 採点法（４件法の回答に 0,1,2,3点を与える）に従って行い、７項目の各得点の総和（０～21点）で評価した。高得点であるほど、精神的健康度が低いことを示している。４つのサブカテゴリーの内的一貫性は、身体的症状が $\alpha=0.82$、不安と不眠が $\alpha=0.83$、社会的活動障害が $\alpha=0.77$、うつ傾向が $\alpha=0.91$ であり、高い信頼性が確認された。なお、精神的問題の有無に関しては、中川と大坊（1985）に従い、GHQ 採点法に基づく総得点において、区分点（臨界点）を５／６として評定した。

４．データ分析

データ分析には、統計パッケージ SPSS を用いた（SPSS, 1993）。

【結果】

１．残された配偶者と子どもの「立ち直り」の意識

１－１．「立ち直り」の程度

死別後の「立ち直り」の程度に関する、配偶者と子どもの回答の分布は、Fig.1に示す通りである。結果を順にみていくと、まず配偶者では、「立ち直りつつある」（21名、55.3%）が最も多く、以下「完全に立ち直っている」（９名、23.7%）、「ほとんど立ち直っていない」

（3名、7.9%）、「わからない」（3名、7.9%）、「全く立ち直ることができない」（2名、5.3%）の順であった。子どもでは、「完全に立ち直っている」（24名、45.3%）が最も多く、以下「立ち直りつつある」（16名、30.2%）、「わからない」（10名、18.9%）、「ほとんど立ち直っていない」（3名、5.7%）、「全く立ち直ることができない」（0名、0%）の順であった。このように配偶者の場合では、7割以上が完全には立ち直っていないと回答していたのに対し、子どもの場合では、約半数が完全に立ち直っていると回答していた。

故人との間柄（配偶者・子ども）と、「立ち直り」の程度との関連について検討するために、カイ二乗検定を行った。その結果、配偶者と子どもの間で回答に有意な偏りがみられた（$\chi^2=11.09$、df＝4、P＜.05）。つまり、故人との間柄と、「立ち直り」の程度には関連があり、子どもの方が配偶者に比べ、自分は立ち直っているとの意識が高いといえる。

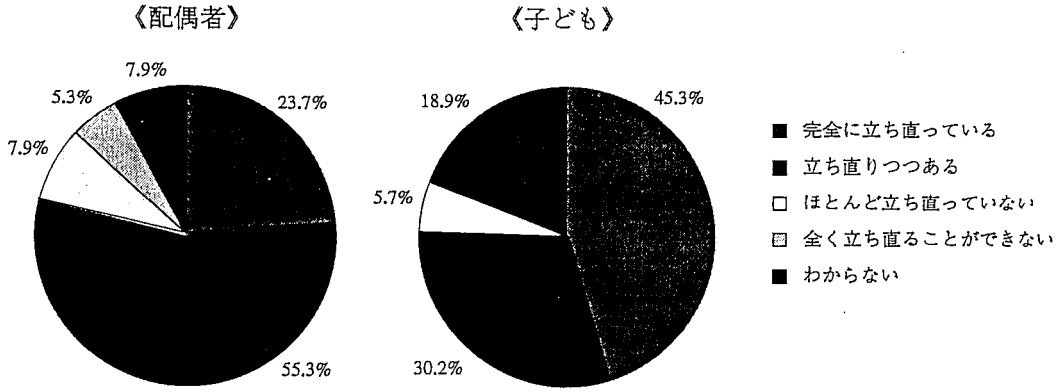

Fig.1　配偶者と子どもの「立ち直り」の程度

1－2.「立ち直り」までの期間

死別後の「立ち直り」までの期間の意識に関する、配偶者と子どもの回答の分布は、Fig.2に示す通りである。結果を順にみていくと、まず配偶者では、「半年～1年」（10名、35.7%）が最も多く、以下「1年以上」（9名、32.2%）、「1カ月～3カ月」（5名、17.9%）、「3カ月～半年」（4名、14.3%）の順であった。なお、「1週間以内」及び「1週間～1カ月」との回答はみられなかった。子どもでは、「3カ月～半年」（11名、32.4%）が最も多く、以下「半年～1年」（7名、14.7%）、「1週間～1カ月」（5名、14.7%）、「1カ月～3カ月」（4名、11.8%）、「1年以上」（4名、11.8%）、「1週間以内」（3名、8.8%）の順であった。このように配偶者の場合では、約7割が半年以上、そのうち約3割が1年以上も時間が必要と感じていたのに対し、子どもの場合では、約7割が半年以内に立ち直れたと感じていた。

故人との間柄（配偶者・子ども）と、「立ち直り」までの期間との関連について検討するために、カイ二乗検定を行った。その結果、配偶者と子どもの間で回答に有意な偏りがみられた（$\chi^2=13.37$、df＝5、P＜.05）。つまり、故人との間柄と、「立ち直り」までの期

間には関連があり、子どもの方が配偶者に比べ、立ち直るまでの期間を短く捉えているといえる。

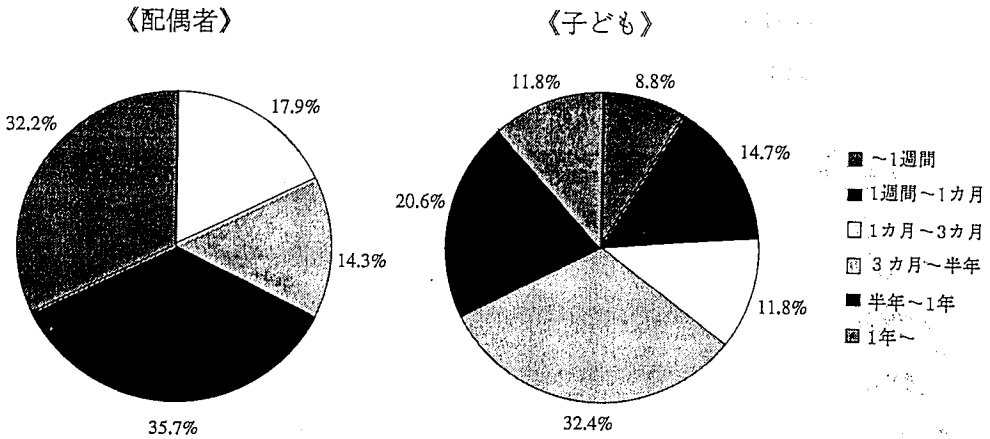

Fig.2　配偶者と子どもの「立ち直り」の期間

2．残された配偶者と子どもの死別後の精神的健康

2－1．GHQ下位因子における配偶者と子どもの比較

GHQの4つの下位因子、身体的症状・不安と不眠・社会的活動障害・うつ傾向の各々に対し、配偶者と子どもの比較を行った（Fig.3）。t検定の結果、不安と不眠においては、2群間で有意な差が認められた（$t=2.20$、$df=89$、$p<.05$）。しかし、身体的症状、社会的活動障害、うつ傾向では有意な差がみられなかった（順に、$t=1.06$、$df=89$、$p>.2$：$t=0.73$、$df=89$、$p>.4$；$t=1.24$、$df=89$、$p>.2$）。つまり、配偶者は子どもよりも不安と不眠の程度は高いが、身体的症状、社会的活動障害、うつ傾向に関しては、両者に違いはみられないといえる。

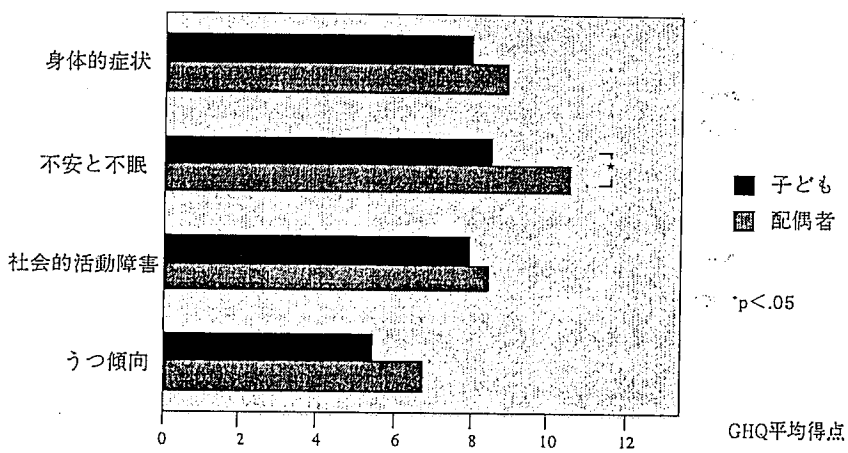

Fig.3　残された配偶者と子どもの精神的健康

2－2．精神的健康度の評定

次に、残された配偶者と子どもの各々の精神的健康度について、中川と大坊（1985）の弁別基準に従い、評定を行った（Table 1)。その結果、配偶者では65.8%が精神的健康に問題があると評定された。一方、子どもの場合も、64.2%は精神的に不健康であるとされた。そして、カイ二乗検定の結果、故人との間柄と判定結果には有意な偏りがないことが示された（$\chi^2=0.02$、df＝1、P＞.8)。つまり、残された配偶者と子どもで、スクリーニング的な意味で、精神的問題の有無の程度に差はみられないといえる。

Table 1　精神的健康度の評定

	精神的問題あり		精神的問題なし	
	N	*(%)*	*N*	*(%)*
配偶者	25	(65.8)	13	(34.2)
子ども	34	(64.2)	19	(35.8)

2－3．寡婦と寡夫、残された娘と息子の比較

次に、残された配偶者と子どもの精神的健康における性差を検討するため、寡婦と寡夫の比較、及び残された娘と息子の比較を行った。寡婦と寡夫及び残された娘と息子のGHQの4つの下位因子の平均得点及び標準偏差は、Table 2に示す通りである。精神的健康について、寡婦と寡夫の比較、残された娘と息子の比較を、それぞれt検定を用いて行った。その結果、まず寡婦と寡夫の比較では、身体的症状・不安と不眠・社会的活動障害・うつ傾向の各々において、両者間で有意な差は認められなかった。また、残された娘と息子の比較でも同様に、両者間で有意な差は認められなかった。つまり、残された配偶者と子どもの精神的健康に関して、性差はみられないといえる。

Table 2　残された配偶者及び子どもの精神的健康における性差

		配偶者			子ども		
		寡夫	寡婦	t	息子	娘	t
身体的症状	*M*	7.46	9.60	-1.62	7.92	7.93	-0.01
	(SD)	(4.20)	(3.66)		(4.17)	(4.64)	
不安と不眠	*M*	9.92	10.76	-0.62	8.16	8.71	-0.44
	(SD)	(4.46)	(3.71)		(3.88)	(5.16)	
社会的活動障害	*M*	9.00	8.12	0.73	7.76	8.03	-0.31
	(SD)	(2.80)	(3.82)		(2.52)	(3.75)	
うつ傾向	*M*	6.77	6.76	0.01	5.28	5.50	-0.14
	(SD)	(5.33)	(4.27)		(5.86)	(5.44)	

【考察】

1．配偶者との死別と親との死別の比較

「立ち直り」の程度及び期間について、さらには不安と不眠について、配偶者と子どもの違いが明らかとなった結果から、配偶者との死別の方が、親との死別よりも、その衝撃は大きく、その後の適応も困難であると考えられる。

しかし、GHQの弁別基準に基づく精神的問題のスクリーニングでは、両者に違いはみられなかった。そして、そのスクリーニングの結果では、配偶者の場合も、子どもの場合も、6割以上が精神的健康に問題があるとされた。この割合は、非常に高いといえる。中川と大坊（1985）らによると、健常者では、精神的健康度が低いと評定された割合は15%であった。このことから、配偶者との死別の場合のみならず、親と死別の場合も、精神的健康はしばしば阻害されると考えられる。ただし、本研究での結果は、死別後半年以上1年未満という限られた時点での結果であることを認識しておく必要がある。なぜなら、一部の人を除いて、死別後の精神的健康の悪化は、喪失への反応として、一時的なものと考えられるからである。つまり、この評定結果は一過的で、時間経過と共にその割合は減少していくものと思われる。なお、死別後の精神的健康の時間経過に伴う変化に関して、死別後1年以上経過すると、回復するとの知見が得られている（Harlow, Goldberg, & Comstock, 1991；岡林ら, 1997)。もしかすると、精神的健康の回復傾向への分岐点や、死別以前の健康状態までの回復に至る期間などに、残された配偶者と子どもの違いをみることが出来るかもしれない。

以上の通り、調査結果から、一応、従来の見解と同様、配偶者との死別の方が親との死別よりも、その影響は大きいとは考えられる。しかし、精神的健康の阻害という点に関しては、必ずしも配偶者との死別の方が親との死別よりも深刻であるとはいえない。このように本研究では、青年期以後での親との死別は特に問題ではないとの見解に若干の疑問を投げかける結果となった。したがって、今後、青年期以後における親との死別にも目を向けていく必要があると思われる。

また、本研究では、「立ち直り」の意識について配偶者と子どもで差がみられたのに対し、精神的健康では大きな差はみられなかった。このことから、「立ち直り」の意識に関して、配偶者と子どもとの捉え方の相違や、精神的健康との関連など検討していく必要があるだろう。

2．残された配偶者の不安

ここでは、残された配偶者の不安について考察する。本研究では、配偶者は子どもに比べ、死別により不安をより強く感じていることが明らかにされた。では、その不安とは、何に対する不安であろうか。残された配偶者の不安は、男性と女性で異なると考えられる。バーネルとバーネル（1994）は、配偶者との死別後の困難な問題として、寡婦の場合には家計の維持、寡夫の場合には家事と育児を挙げている。つまり、夫を亡くした女性では、稼ぎ手を失ったことによる経済的な不安が大きいと思われる。一方、妻を亡くした男性では、以前は妻が中心となって担っていた家事や育児に対する不安が大きいと思われる。

また、残された配偶者の不安としては、将来に対する不安が考えられる。「これから自分は一人で生きていけるのであろうか」といった思いは、特に死別により一人暮らしが余儀

なくされた寡婦（寡夫）にとって深刻である。本研究では、子どもと同居の方を対象としている。しかし、その方々の中でも、子どもが巣立った後の一人暮らしに対する不安を抱いている者は少なくないのではないだろうか。

3．残された配偶者及び子どもの精神的健康における性差

死別後の配偶者の精神的健康において、性差がみられなかった本研究の結果は、多くの先行研究と一致しない。それらの研究では、男性の方が女性に比べ、喪失後の身体的及び精神的健康の悪化は大きいとされていた。この相違の理由として、対象者の死別後の経過期間の問題と、サンプリングにおけるバイアスの問題の二つが考えられる。まず、対象者の死別後の経過期間の問題に関して、パークス（1993）による研究報告がある。それによると、死別後1年間では、男女間に差はみられないが、死別2年後から4年後までの追跡調査の結果、女性の方が適応は早いとされる。したがって、死別後の半年以上1年未満という本研究の調査時点では、精神的健康に性差が認められなかったのかもしれない。サンプリングにおけるバイアスの問題に関しては、Stroebe と Stroebe（1989-1990）の興味深い研究結果がある。彼らによる死別研究への参加拒否者を対象とした研究において、男性の場合では、参加拒否者は参加者よりも抑うつ傾向が強かったのに対し、女性の場合では、参加者の方が抑うつ傾向が強かった。このことから、本研究においても、男性に関しては精神的健康に問題のない方からの回答が多く、女性に関しては精神的問題を抱えた方からの回答が多かったために、実際には男女差があるにも関わらず、結果として現れなかったのかもしれない。

死別後の子どもの精神的健康において、性差がみられなかった結果は妥当なものであるといえるだろう。配偶者との死別では、夫婦間の依存関係や、社会的役割などの点から、夫の方が妻より精神的問題が深刻であると考えられた。しかし、子どもの場合では、そのような性差を生ずる要因とは無関係である。したがって、性差よりもむしろ他の影響要因、例えば故人との愛着の程度などが、死別後の精神的健康に大きく関連しているものと思われる。ただし、この結果に関しては、先の配偶者の場合と同様に、幾つかの問題点が考えられるため、今後の更なる検討が待たれる。

4．今後の課題

今後の課題として、家族ライフサイクルとの関連の検討、フォローアップによる縦断的検討が挙げられる。まず、家族ライフサイクルとの関連に関して、残された家族の心理過程を把握するためには、家族ライフサイクルつまり家族発達段階の視座が必要である。家族発達段階論モデルとしては、Carter と McGoldrick によって、家族療法における枠組みとしての6段階モデルが提出されている（岡堂、1991）。McGoldrick と Walsh（1991）はこのモデルに従い、各段階における典型的な喪失についての検討を行っている。しかし本研究では、成人した子どもがいる家族を中心に、限られた段階の家族しか扱っていない。今後、未成年の子どもがいる家族、老年期の家族についても検討する必要がある。なお、老年期の家族に関しては、故人が高齢者の場合、遺族の悲嘆が問題となることは比較的少ないとされている。（柏木、1996）。

次に、縦断的検討の必要性に関して、本研究では、死別後半年以上1年未満という限ら

れた時点でのデータのみに基づき、分析を行った。したがって、本研究からは、精神的健康の悪化が正常な悲嘆反応として一時的なものか、介入が必要な病的反応であるかを判断することは困難である。これらのことから、本研究に関しては、今後、同一対象者への追跡調査を行う必要があるだろう。

【結論】

本研究は、遺族ケアの基礎的研究の一つとして、死別後の残された配偶者と子どもの「立ち直り」の意識と精神的健康について比較、検討した。さらに、配偶者との死別後及び親との死別後の精神的健康における性差に関しても検討を行った。本研究での結果を以下にまとめておく。

1．残された配偶者と子どもとで、「立ち直り」の程度及び期間の意識において違いがみられ、配偶者の方がより深刻であった。しかし、GHQ の弁別基準に基づくスクリーニングの結果では、配偶者と子どもに差はみられず、どちらも死別により精神的健康がしばしば阻害されることが示された。
2．精神的健康の下位因子に関しては、不安と不眠において、配偶者の方が子どもよりもその度合いが高かった。
3．死別体験における性差に関しては、残された妻と夫、残された娘と息子の間で精神的健康に違いはみられず、性差は確認されなかった。

最後に、本研究は、残された配偶者と子どもに関して、調査に基づき幾つかの示唆を与えることができた。今後、日本において、臨床における実践と、本研究のような基礎的研究の両面での遺族ケアの発展が期待される。

[引用文献]

バーネル G.M., &バーネル, A.L. 長谷川浩・川野雅資（監訳） 1994 死別の悲しみの臨床．医学書院．(Burnell, G.M., & Burnell, A.L. 1989 Clinical Management of Bereavement : A Handbook for Healthcare Professionals. Human Science Press, Inc.)

Clayton, p.j. 1974 Mortality and morbidity in the first year of widowhood. *Archives of General Psychiatry*, 30, 747-750

Cleiren, M. 1993 Bereavement and Adaptation : A Comparative Study of the Aftermath of Death. Hemisphere Publishing Corporation.

Elizur, E., & Kaffman, M. Factors influencing the severity of childhood bereavement reactions. *American Journal of Orthopsychiatry*, 53, 668-676.

Glick, I.O., Weiss, R.S., & Parkes, C.M. 1974 The first year of bereavement. Wiley.

Goldberg. D.P., & Hillier, V.F. 1979 A scaled version of the General Health Questionnaire. *Psychological Medicine*, 9, 139-145.

Harlow, S.D., Goldberg, E.L., & Comstock, G.W. 1991 A longitudinal study of the prevalence of depressive symptomatology in elderly windowed and married women. *Arch Gen Psychiatry*, 48, 1065-1068.

Helsing, K.J., Szklo, M., & Comstock, G.W. 1981 'Factors associated with mortality after widowhood.' *American Journal of Public Health,* 71, 802-809.

Holmes, T., & Rahe, R. 1967 The social readjustment rating scale. *Journal of Psychosomatic Research,* 11, 213-218.

Horowitz. M.J., Weiss, D., Kaltreider, N., Krupnick, J., Wilner, N.Marmar, C., & DeWitt, K. 1984 Reaction to the death of parent : Results from patients and field subjects. *Journal of Nurvous and Mental Diseases,* 172, 383-392.

柏木哲夫 1997 死を看取る医学. NHK 出版.

柏木哲夫 1996 老人のターミナルケア. *日本老年医学会雑誌,* 33, 496-498.

柏木哲夫 1995 ターミナルケアと人間理解 その 8 ー死別後の悲嘆. *Molecular Medicine,* 32, 556-570.

河合千恵子 1987 老年期における配偶者との死別に関する研究ー死の衝撃と死別後の心理的反応ー. *家族心理学研究,* 1 , 1-16.

河合千恵子 1988 老年期における配偶者との死別に関する研究：その 2 ー死別後の適応とそれに影響する諸要因の効果ー. *家族心理学研究,* 2 , 119-129.

国谷誠朗 1991 中・高年期における喪失と悲嘆への援助. *ターミナルケア,* 1 , 383-386.

McGoldrick, M., & Walsh, F. 1991 A time to mourn : Death and the family cycle. In Walsh, F. & McGoldrick, M. (Eds.) *Living beyond loss : death in the family.* (pp.30-49) W.W. Norton & Company.

中川泰彬、大坊郁夫 1985 日本版 GHQ 精神健康調査票手引. 日本文化科学社.

岡林秀樹、杉澤秀博、矢富直美、中谷陽明、高梨薫、深谷太郎、柴田博 1997 配偶者との死別が高齢者の健康に及ぼす影響と社会的支援の緩衝効果. *心理学研究,* 68, 147-.

岡堂哲雄 1991 家族心理学講義. 金子書房.

Owen, G., Fulton, R., & Markusen, E. 1982-1983 Death at a distance : a study of family survivors. *Omega,* 13, 191-225.

パークス, C.M. 桑原治雄・三野善央・曽根維石（訳） 1993 死別ー遺された人たちを支えるために一. メディカ出版. (Parkes, C.M. 1972 Bereavement. The Tavistock Institute of Humana relations.)

Sanders, C.M. 1979-1980 A comparison of Adult bereavement in the death of a spouses, child, and parent. *Omega,* 10, 303-322.

SPSS Inc. 1993 SPSS Base System 統計編, Release 6 . x. SPSS Inc.

Stroebe, M.S., & Stroebe, W. 1983 Who suffers more ? Sex difference in health risks of the widowed. *Psychological Bulletin,* 93, 279-301.

Stroebe, M.S., & Stroebe, W. 1989-1990 Who participates in bereavement research? : A review and empirical study. *Omega,* 12, 1-29.

Stroebe, M.S., & Stroebe, W. 1991 The mortality of bereavement : A review. In Stroebe, M.S., Stroebe, W,. & Hansson, R.O. (Eds.) *Handbook of bereavement : Theory, research, and intervention.* (pp.175-195) Cambridge University Press.