

資料

自然災害がもたらす複雑性悲嘆

Complicated Greif after Natural Disaster

久保 正子¹⁾ 薦田 烈²⁾

Masako Kubo, R.N., P.H.N., Ph.D

Takeshi Komoda, M.D., Ph.D

- 1) 獨協医科大学看護学部
- 2) ベルリンドイツ心臓病センター

1) Dokkyo Medical University School of Nursing

2) Deutsches Herzzentrum Berlin

要旨 本研究では、死別による悲嘆について概説し、精神的な問題を理解することで、震災復興や精神的ケアの重要性を述べた。悲嘆のプロセスモデルには、精神的打撃と麻痺に始まり希望に終わる9段階モデル、・正常な悲哀過程の7段階モデルがあり、プロセスを経てやがて回復していく。悲嘆が強く病的な経過をたどると複雑性悲嘆に至り、様々な身体的・精神的症状を呈するようになり、悲嘆からの回復を妨げる要因となる。先行研究による災害や事故・事件からの家族での複雑性悲嘆の有病率は、9.11アメリカにおける同時多発テロで43%、事故や殺人で、21.9%、親族以外の災害・事故事件などで2.4%であった。災害などで故人と関係性の深い家族などを喪失することによる複雑性悲嘆の有病率がきわめて高い。高齢者の複雑性悲嘆の有病率は、4.8%との報告があり、一般成人の2倍という高率である。特に”女性の高齢者”、”子どもを亡くした母親”は、複雑性悲嘆の発症のハイリスクのため注意が必要である。悲嘆が及ぼす身体的症状では、心肺組織系統、消化器系統、神経系統すべてに及び、睡眠障害、食欲低下、アルコール中毒や薬物中毒、心身症などがある。喪失後、13か月後に心疾患、高血圧、自殺念慮、24か月後に、アルコール依存症、心疾患、自殺念慮、否認、これらの状態悪化が認められた。また、6か月後から24か月後に心疾患、がん、頭痛、インフルエンザなどに罹患率の増加が挙げられている。震災後、転居や仮設住宅に移住し、慣れない周囲の環境の変化から引きこもりがちとなり、周囲との人間関係が希薄になっている人もいる。周囲との孤独感からアルコール依存症や、自殺を引き起こしたり、問題が見えにくくなる可能性がある。新しい避難地、または仮設住宅において新たなコミュニティーを作り上げ、社会的ネットワークの強化の必要性がある。

Keywords : Complicated Greif, Disaster, Bereavement, Attachment,

I. はじめに

日本で災害医療が注目されるようになったのは比較的最近で、1995年1月17日午前5時46

分に発生した阪神・淡路大震災以降である。そして、2011年3月11日午後2時46分、三陸沖を震源とするマグニチュード9.0の巨大地震が発生した。人的・物的被害は甚大で、正に未曾

有の大災害となった。

災害は、人から一瞬にして大小様々なものを奪っていく。家や建物などの倒壊だけでなく、人間関係も容赦なく奪い去る。物理的なものは、その後修復できる可能性はあるが、奪われた人間関係を再び元に戻すことは不可能に近い。

被災者はその後、震災による恐怖・衝撃・物的及び心的苦悩に悩まされ続ける。

また、震災の直接的被害だけではなく、マスクミヤ心ない人たちの行動で心的二次被害を受けることも多い。さらに、喪失体験などが加わり、震災被害の時間の経過とともに精神的問題も発生してくる。

身近な人との死別体験については、先行研究による報告が散見される¹⁾²⁾³⁾⁴⁾。欧米では既に、遺族の心理過程や悲嘆に関する研究が死別の形態別に行われている。しかし、この分野において、日本では阪神・淡路大震災以降、災害遺族を対象にした研究は増えてきたが、欧米に比べるとまだ少ない。

それゆえ、精神的な問題を正しく理解することが、今後の震災復興や精神的ケアに必要であると考えられる。今回の東日本大震災では、発生直後から精神的問題などが様々な場面で伝えられてきた。このような、過去に経験したことのない、想像をはるかに越える強い衝撃の災害は、重度のストレス反応を引き起こす原因となり、自然の猛威に曝されることで精神的健康度を著しく低下させたと思われる⁵⁾。

これらは今後、時間の経過とともに明らかになると考えられる。本研究では、これからのより良い看護ケア展開のため、死別による複雑性悲嘆について概説する。

II. 用語の定義

1・死別 (Bereavement)

死によって重要他者を喪失すること⁶⁾。

2・悲嘆 (Grief)

死別に対する情緒的反応で、喪失に対する正常な反応⁶⁾。親しい人や大事なものを喪失した

時に体験する複雑な心理的・身体的・社会的反応であり、それにより対人関係や当人の生き方に強い影響を与えることが明らかになっている。これは家族や親しい人を亡くした際に、誰にでもごく自然に表れる感情であるが、文化によってその表現は異なる⁷⁾。

3・正常でない悲嘆に対する呼称について

関わりが多い人の死別は、医学的治療を必要とする状態が長期間続いたり、呈する精神的症状が複雑かつ強い悲嘆であったりする場合がある。このような正常ではない悲嘆を指す名称⁸⁾には、複雑性悲嘆 (complicated grief (Horowitz³⁾らおよびPrigerson⁴⁾ら)、外傷性悲嘆 (traumatic grief (Prigersonら))、病的悲嘆 (pathological grief)、遷延性悲嘆 (delayed grief) など数多くあるが、本稿では「複雑性悲嘆」を用いる。「複雑性悲嘆」は、1990年代以降の悲嘆研究でよく用いられ、Prigerson⁹⁾らと Horowitz¹⁰⁾らの、二つの研究グループによって発表された論文で定義された。Prigersonら⁹⁾は1999年以降の論文で、悲嘆反応に関する新たな診断名を提案する際に、「外傷性悲嘆 traumatic grief」という言葉を用いている。正常でない悲嘆反応は、「分離の苦痛による症状 (symptoms of separation distress)」と死別のもつ「外傷的な苦悩から生じる症状 (symptoms of traumatic distress)」とに大別可能で、前者には思慕、探索、死者などを想起する苦悩が、後者には死の否認、怒り、信頼の欠如などが含まれる。

4・予期悲嘆 (anticipatory grief)

喪失が予期される場合、実際の喪失以前に喪失に伴う悲嘆が開始し、喪失に対する心の準備が行われること¹¹⁾。

5・愛着 (attachment)

愛着 (attachment) とは、人が特定の他者との間に築く緊密な情緒的結び付き (emotional bond) である¹²⁾。Bowlby は愛着を「危機的な状況に際して、あるいは潜在的な危機に備えて、特定の対象との近接を求め、またこれを維持し

ようとする個体（人間やその他の動物）の傾向」¹³⁾としている。

危機あるいは潜在的危機という言葉から想定される心的状態は、当然のことながら、恐れや不安といったネガティブな情動ということになる。そして、愛着とは本来、特にネガティブな情動状態を、他の個体とくっつく、あるいは絶えずくっついていることによって低減・調節しようとする行動防御システムであると捉えることができる¹¹⁾。

Ⅲ. 喪失体験と悲嘆

1. なぜ、悲嘆は起こるのか

悲嘆は病気ではなく、大切な人を亡くしたことに対する正常な反応である。その人にとって愛着の対象である場合が多く、その対象が自分にとって安全や安心、慰めをもたらしているからである。大人の愛着行動パターンは、幼児の愛着行動と大体同じである。愛着理論は1980年代末に、Cindy HazanとPhillip Shaverによって、大人のロマンチックな関係にも拡張され、大人における四つの愛着のパターンが確認された¹⁴⁾。すなわち、安心、不安、退去-回避、恐れ-回避の四つである。これは、幼児における四つの愛着パターン（安心、不安-両面感情、不安-回避、混乱）と対応している¹⁵⁾。

悲嘆は様々な喪失体験から生じ、愛着の対象と思われるものを奪われたという感情から生じ

る。例えば、死、離別、仕事、財産、転居、地位、名誉、身体機能・臓器などが喪失対象として挙げられる。これらから生じる悲嘆は、ごく自然なものであり、誰でも体験することがあり得る。

2. 悲嘆のプロセスモデル

人は精神的に大きな衝撃を受けると、精神的・社会的・身体的に様々な反応を起こす。

例えば、心理面では、なぜもっと対処してあげられなかったのかという無能感や、感情麻痺・気分落ち込み、罪悪感・自責感、焦燥感・怒り、亡くなった人のことだけで頭がいっぱいになり、故人への思いに捉われることにより、実在しないのに姿が見えたり、声が聞こえたりするといった実在感などがある。

身体面では、体に力が入らないといった脱力感、ぼんやりとして混乱する、睡眠障害、故人が夢に出現する、食思障害、思い出すと胸が苦しくなったり呼吸ができなくなったりする胸部不快感、流涙、思い出の品を見たくないと感じる、逆に故人を追い求める結果として遺品や形見を身に着けたりする、などがある。しかし、悲嘆はそのままとどまるのではなく、時間や様々なプロセスを経て回復の道を辿っていく。

日本の研究では、松井ら¹⁶⁾が災害遺族への調査研究で、精神的打撃と麻痺に始まり希望に終わる9段階モデル（表1）を示し、平山¹⁷⁾は正常な悲哀過程として、パニックに始まり、自

表1. 対象喪失の心理的反応の9段階モデル

- ①精神的打撃と麻痺
- ②精神的パニックと不安
- ③否認
- ④怒りを中心とする強烈な情動
- ⑤思慕と探究
- ⑥混乱と鬱
- ⑦死の意味の探究・死の社会化
- ⑧あきらめと受容
- ⑨希望

¹⁶⁾松井豊,鈴木裕ほか:日本における災害遺族の心理に関する研究の展望2, 聖心女子大学論叢,87,1-43,1997

立・立ち直りに終わる7段階モデルを挙げている(表2)。

3・死別による悲嘆

死別反応における悲嘆の多くは正常な悲嘆で、時間の経過とともに悲嘆の回復過程を経て、やがて自然に回復していく。悲嘆には個人差があるが、予期不可能な病气や自死などによる突然死、事故や災害などによる不慮の死は、あらかじめ死が予期されていた場合よりも悲嘆が強い⁷⁾とされる。予期できない死別の場合は、何の心構えもなく突然に相手の死と直面しなければならぬため、しばしば病的な悲嘆反応を起こすこともある。それゆえ、危機介入などの処置を含めた配慮が必要である¹⁸⁾。Bowlby¹³⁾は死別による悲嘆として、四つの段階を示唆した(表3)。そして、死別による悲嘆の過程に影響を及ぼす要因として、小島¹⁹⁾は悲嘆の過程を五つにまとめ(表4)、Harvey²⁰⁾は死別による悲嘆の程度の強さや深さを増す要因を四つ挙げた(表5)。さらに、池内・藤原¹¹⁾らは、三つの要因(表6)を見出している。

悲嘆の度合いは、年齢や性別によっても異なる

り、高齢者よりも子どもの死の方が周囲に与える影響が大きい。特に、子どもの死に直面した両親の悲嘆は、どの悲嘆反応よりも衝撃度が大きいとされる^{7) 21)}。

さらに、配偶者との死別の場合、高齢者になるほど悲嘆は大きくなる。性別では、男性よりも女性に多く^{7) 22)}、男性は「怒り」を、女性は「悲しみ」を感じやすいとされる。松井らの仮説によれば、怒りを中心とする強烈な情動は、災害に対する特徴的な反応であると言われている¹⁶⁾。また、悲嘆には、故人との関係性や対処の仕方において個人差がある。特に故人との関係性には、愛着性の違いがあることが考えられ、それが家族関係に影響を及ぼすと言えるだろう。さらに、生育歴に愛着の問題を抱える人は、愛する人の死や離婚、別離などの対人関係の喪失に反応しやすい傾向があると指摘されている⁵⁾。

4・複雑性悲嘆

がんを原因とする死別による心理的影響の先行研究では、調査対象の44.9%に抑うつ症状が認められ、複雑性悲嘆と評価されたものは

表2. 正常な悲哀過程対の7段階モデル

- ①初期 (パニック)
- ②第Ⅰ期 (苦悶)
- ③第Ⅱ期 (抑うつ)
- ④第Ⅲ期 (無気力)
- ⑤現実直視
- ⑥見直し
- ⑦自立・立ち直り

平山正実¹⁷⁾: 死別体験者の悲嘆について、悲嘆の心理、85-112、サイエンス社、1997

表3. 死別による悲嘆の4つの段階

- 第1段階 絶望の初期段階: 否認や怒り
- 第2段階 死んだ人を捜し求める段階: 故人への執着の段階大よそ数か月間程度
- 第3段階 混乱と絶望の時期: 故人のことを思い出として少しずつ認識できる
- 第4段階 再秩序の時期: 日常生活に戻る気持ちを持てるようになる

Bowlby J¹³⁾, Attachment and loss. : Vol.1 Attachment. Basic Books. 1969 / 1982.

表 4. 死別による悲嘆の 5 つの過程

| | |
|--------|-----------|
| 第 1 過程 | 生前の故人との関係 |
| 第 2 過程 | 死別のタイプ |
| 第 3 過程 | 死因 |
| 第 4 過程 | 死の状況 |
| 第 5 過程 | 残される人の特性 |

小島操子¹⁹⁾: 末期患者の近親者の悲嘆への援助,ターミナルケア,1,375-378,1991

表 5. 死別による悲嘆の程度の強さや深さを増す要因-1

-
- ① 予期していなかったこと
 - ② 突然であったこと
 - ③ 失った人が比較的若かったこと
 - ④ 二人の間の絆が非常に強かったこと、
-

Harvey, J.H.²⁰⁾: Perspectives on loss and trauma, Assaults on the self. Thousand Oaks, 2002.

表 6. 死別による悲嘆の程度の強さや深さを増す要因-2

-
- ① 重大さの程度
 - ② 喪失予期の有無
 - ③ 原因の有無、
-

池内裕美、藤原武弘¹¹⁾: 対象喪失による心理過程、日本社会心理学会第 43 回大会論文集,526-527,2002

35.4%であった²³⁾。

しかし、病死の場合は死別そのものよりも、亡くなる過程での患者の身体的・心理的な影響、告知や看取りの過程で生じる出来事に辛さを感じている。それに対して、災害（事件・事故、災害など）での死別における複雑性悲嘆は 53.3%、重症うつは 64.3%であり、精神的なものに起因する生活の質の低下が際立ち、「日常役割機能（精神的機能）」と「心の健康」への影響が顕著だという報告²⁴⁾がある。さらに心理的影響が大きいほど生活の質（QOL）が低下している傾向があるという報告がある²²⁾。病死はほとんどの場合に闘病期間があり、遺族はその過程で闘病のプロセスを共有しており、ある程度受け入れができていく可能性がある。しかし、災害や事故では、先ほどまで生活していた人が突然目の前からいなくなったり、突然亡くなったりして関係性を断ち切られてしまうことから、精神的苦悩は計り知れないということ

が考えられる。

災害や事故・事件による家族の複雑性悲嘆の有病率は、米国の 2001.9.11 同時多発テロでは 43%²⁵⁾、日本では事故や殺人で 21.9%²⁶⁾、親族以外の災害・事故事件で 2.4%²⁷⁾ となっており、災害などで関係性の深い家族などを喪失することによる複雑性悲嘆の有病率が高いことが分かる。

さらに、高齢者の複雑性悲嘆の有病率は 4.8%²⁸⁾ との報告があり、一般成人の 2 倍という高率であることから、「女性の高齢者」、「子どもを亡くした母親」は複雑性悲嘆発症のリスクが高いため、注意して見守っていくことが必要である。

5・悲嘆が及ぼす身体的症状

死別によって強い悲嘆を感じると、身体的・精神的な影響も出てくる。悲嘆と関連する身体的疾患は、皮膚、筋肉組織系統、心肺組織系統、

消化器系統，神経系統に及ぶ。また，障害を表出するものとして，体力低下，睡眠障害，食欲低下，アルコール中毒，薬物中毒，肝疾患，生活習慣病の顕在化，心身症，風邪などがある⁷⁾。喪失後13か月後に心疾患，高血圧，自殺念慮，24か月後にアルコール依存症，心疾患，自殺念慮，否認，これらの状態悪化，また，6か月後から24か月後に心疾患，がん，頭痛，インフルエンザなどの罹患率の増加が挙げられている^{29) 30) 31)}。

東日本大震災における精神的・身体的影響は，今後研究されると思われるが，震災後5か月の久里浜こころのケアチームの報告によれば，震災前からの大量飲酒者，アルコール使用障害者が，物流の回復とともに避難所や仮設住宅の近くで酒を入手し，避難所で朝から飲酒したり，酩酊して周囲とトラブルになったりするケースが見受けられるということである³²⁾。

6・悲嘆からの回復

悲嘆からの回復には個人差があり，その軌跡も様々であるが，遺族が生きている限り悲しみはなくなるまいだろう。しかし，悲しみはやがて徐々に軽減していくだろう。

悲嘆からの回復の目安として，「前向きな気持ちになった」，「もう戻らないと割り切ることができるようになった」³³⁾などが挙げられる。Worden³⁴⁾は悲哀の課題が終了する目安として，「死者を苦悩なく思い出せるようになったとき」，「死者を思い出しても，号泣したり，胸が締め付けられたりする身体的反応がなくなったとき」などを挙げている。

このような悲嘆からの回復には個人差があり，定義付けをするのは困難であるため，今後の研究によりさらに検討していく必要があると思われる。

IV. おわりに

東日本大震災は発生から1年弱であり，これから様々な研究・調査が行われ，課題が明らかになってくるだろう。周囲の言動や行動から受けた二次的被害について，どのようなことが悲

嘆者たちを傷つけたのか，また，どのようなことがよかったのか知ること，今後の看護援助を展開する上で有用であることが考えられる。

1・「してほしくなかったこと」では，

- ①分かったふりの同情の言葉や押し付けがましい言葉を受けたこと
- ②心の傷を新たに深めるような精神科医やカウンセラーの対応
- ③心ない言葉や態度で慰められたこと
- ④「頑張れ」という言葉に代表される励ましの言葉
- ⑤公式行事や家における法事
- ⑥大震災後に誕生した子どもを「生まれ変わり」だと言われたこと
- ⑦マスメディアに傲慢で一方向的で無神経な取材をされたこと
- ⑧幸せそうな様子の家族による思いやりのない無神経な弔問
- ⑨悲惨で悲しい状況を理屈で納得させようとする言葉や態度

2・「してほしかったこと」では，

- ①とにかくそっとしておいてほしかった
- ②死者のために祈ってほしかった
- ③独りにしてほしかった
- ④気遣いのある言葉や手紙がほしかった
- ⑤悲しみを共感してほしかった
- ⑥理屈抜きでわがままを許してほしかった
- ⑦その人自身のこととして，その家族の事情として，思いやりをもって見守ってほしかった
- ⑧話を聴いてほしかった
- ⑨優しく謙虚に接してほしかった
- ⑩家事のことや家族の面倒を見てほしかった
- ⑪思い切り泣かせてほしかった⁷⁾

さらに，

3・「遺族が救われた」と思う医療者の言動では，

- ①医療者がそこにいてくれた
- ②医療者自身がどのように感じ，また残念に思うか話をしてくれた

- ③担当医と一緒に泣いてくれた
- ④疾病とその治療方法を説明してくれた
- ⑤認知的ではなく、情緒への配慮もしてくれた³⁵⁾

以上のことから悲嘆者に接するときは、日常の中で相手の心を思いながら接していく必要があるが、特に複雑性悲嘆という状態は、抗うつ薬の使用や支持的カウンセリングなどといった通常の治療では改善しにくい。「死を受容できない」、「死者に捉われている」、「著しい悲哀、抑うつ気分、自責感が続いている」などという状態が長期化することは珍しくない。

また、震災当日に家族を亡くした遺族の群は、精神的サマリースコアがより有意に高い傾向にあることから、時期や住居の被害によって悲嘆の遷延化があるという報告もあり²²⁾、悲嘆者というだけで一律の対応をするのではなく、様々な条件を勘案し個別的な対応が必要となることが考えられる。

前項で述べたように、悲嘆による身体疾患への影響も今後問題となるだろう。津波により家が流され、住居を仮設住宅に移して暮らしている人も多い。また、遠隔地に移転している人もいる。それまで培ってきた地域のコミュニティが完全に崩壊した地区も多く、仮設住宅に引きこもりがちとなり、周囲との関わりをもてない人もいる。悲嘆の上にさらに孤独感に襲われ、アルコール依存症や自殺を引き起こしたり、問題が見えにくくなったりする可能性がある。新しい避難地、または仮設住宅において、新たなコミュニティを作り上げ、社会的ネットワークを強化する必要があるだろう。

本研究は震災からの悲嘆について概説した。本稿執筆時は震災後1年近い時間がたとうとしている。震災直後は被災地ではない地域でも、繰り返しテレビから流れる大津波の映像などから目を覆うばかりの悲惨な状況を知ることができた。被災地において生存している人たちは、生きていくのがやっとの状況だったのだが、順次避難所から仮設住宅に居を移し、災害援助チームも次第に引き上げていった。しかしなが

ら、仮設住宅などでのそれぞれの新たな生活は、まだスタートしたばかりである。

今後は悲嘆が遷延化し、精神的・身体的な問題も起きやすい状況になってくるだろう。また、東日本大震災の大参事を見聞することで、阪神・淡路大震災のときに精神的・身体的な症状を抱えたり、悲嘆者となったりした人が当時のことを思い出して症状を悪化させるという可能性もある。いずれにせよ、悲嘆者には長期間のフォローが必要とされるだろう。

自然災害が多い日本に住むということは、いつかどこかで被災する可能性があり、悲嘆を経験する可能性も考えられるということである。震災直後は、身体的疾患に目が行きがちであるが、同時に心のケアを進めていく必要もあると考える。復興はただやみくもに唱えればよいというものではない。形としての復興は、建物や経済などの復興に目が行きがちであるが、「心」もしっかりと見守る必要がある。「心」の復興は始まったところであるため、今後も長期間にわたるフォローをしていかねばならない。

VI. 引用文献

- 1) 有園博子, 加藤寛: 外傷的死別体験後の悲嘆反応, 心的トラウマ研究, 1, p47-59, 2005.
- 2) 有園博子, 加藤寛: 突然の事故により家族と死別した遺族の経年的な心理状態の変化, 心的トラウマ研究, 2, p31-39, 2006.
- 3) 藤井千太, 田中友巳: 自死遺族支援に関する最近の動向, 心的トラウマ研究, 4, page9-16, 2008.
- 4) 藤井千太, 明石加代: 心身の健康状態把握による自死遺族支援の試み, 心的トラウマ研究, 6, p75-85, 2010.
- 5) 丸山総一郎: 東日本大震災をめぐる精神医学的諸問題, 産業レビュー, 24 (2), 47-82, 2011.
- 6) Margaret S. Stroebe, Robert O. Hansson: Handbook Of Bereavement Research And Practice Amer Psychological Assn, 2008.
- 7) 高木慶子: 喪失体験と悲嘆, p 1-134, 医学書院, 2007.

- 8) Storobe M, Son M, et al : On the classification and diagnosis of psthological grief. Clin Psycho Rev, 20: 57-75, 2000.
- 9) Prigerson H.G. & Jacobs S.C. Traumatic grief as a distinct disorder. Handbook of bereavement research- consequences, coping, and care. pp613-645, Washington DC, 2002.
- 10) Horowitz, Mardi J, Siegel,et.al : Diagnostic criteria for complicated grief disorder, The American Journal of Psychiatry, 154 (7) , 904-910,1997.
- 11) 池内裕美, 藤原武弘 : 対象喪失による心理過程, 日本社会心理学会第43回大会論文集,526-527,2002.
- 12) 数井みゆき, 遠藤利彦, アタッチメント : 生涯にわたる絆 ミネルヴァ書房,2005.
- 13) Bowlby J : Attachment and loss , Attachment Vol.1, Basic Books,1969 / 1982.
- 14) Cindy Hazan and Philip Shaver: Romantic Love Conceptualized as an Attachment Process, Journal of Personality and Social Psychology, Vol.52 (3) 511-524, 1987.
- 15) Ainsworth, Mary D: Attachment and dependency,A comparison. Attachment and dependency, V. H. Winston & SonsGewirtz, Jacob L., 1972.
- 16) 松井豊, 鈴木裕久他: 日本における災害遺族の心理に関する研究の展望2, 聖心女子大学論叢,87,1-43,1997.
- 17) 平山正実 : 死別体験者の悲嘆について,悲嘆の心理, 85-112,サイエンス社,1997.
- 18) Schoenberg, B: Loss and Grief: Psychological Management in Medical Practice Columbia University Press,1-415,1970.
- 19) 小島操子 : 末期患者の近親者の悲嘆への援助,ターミナルケア,(1)p375-378,1991.
- 20) Harvey, J.H: Perspectives on loss and trauma, Assaults on the self. Thousand Oaks, 2002.
- 21) Sanders, C.M. : Risk factors in bereavement outcome. Journal of Social Issues, 44, p97-111, 1998.
- 22) 宮井宏之, 内海千種, 他 : 阪神・淡路大震災15年後における遺族の精神的健康について,心的トラウマ研究,6,53-62,2010.
- 23) 大和田攝子, 宮井宏之, ほか : がんによる死別が遺族に与える心理的影響の評価,心的トラウマ研究, 6, p1-10, 2010.
- 24) 宮井宏之,内海千種, 他 : 遺族における心理的影響に関する研究,心的トラウマ研究, 4,p27-36,2008.
- 25) Neria Y, Gross R, Litz B, et al.: Prevalence and psychological correlates of complicated grief among bereaved adults 2.5-3.5 years after September 11th attacks. J Trauma Stress, 20 (3) ,p 251-62, 2007.
- 26) 白井明美, 中島聡美 他 : 犯罪被害者遺族における複雑性悲嘆及びPTSDに関連する要因の分析,臨床精神医学, 39(8),p 1053-1062, 2010.
- 27) Fujisawa D, Miyashita M, et al. : Prevalence and determinants of complicated grief in general population, J Affect Disord,127 (1-3) ,p352-8. 2010.
- 28) Newson RS, Boelen PA, et al. : The prevalence and characteristics of complicated grief in older adults, 132 (1-2) ,p231-8, J Affect Disord, 2011.
- 29) Prigerson HG, Bierhals AJ,et al. : Traumatic grief as a risk factor for mental and physical morbidity,Am J Psychiatry,154 (5) ,p616-23,1997.
- 30) Prigerson HG, Shear MK, et al: Traumatic grief: a case of loss-induced trauma. Am J Psychiatry,154 (7) ,p1003-9,1997.
- 31) Latham AE, Prigerson HG : Suicidality and bereavement: complicated grief as psychiatric disorder presenting greatest risk for suicidality, Suicide Life Threat Behav. 34 (4) ,p350-62,2004.
- 32) 真栄里仁,樋口進 : 災害とアルコール,現代思想39(12), p104-115,2011.

- 33) 池内裕美 喪失対象と継続的な関係,37(2)
53-68,関西大学社会学部紀要,2006.
- 34) James William Worden : Grief Counseling
and Grief Therapy, Springer Pub Co, 1991
- 35) Peterson, E.M, Luoma JB,et al : Suicide
survivors' perceptions of the treating
clinicians, Suicide Life Treat Behav, 32
(2) ,p158-66,2002.