

原著]

## 死別体験者の抑圧様式の個人差と死別後の悲嘆反応, 対処行動, 病的悲嘆, 不安障害および気分障害との関係

富田 拓郎<sup>\*,†</sup>      伊藤 拓<sup>\*\*</sup>      大塚 明子<sup>\*\*\*</sup>  
川村有美子<sup>\*\*\*,1)</sup>      片山 弥生<sup>\*\*、2)</sup>      村岡 理子<sup>\*\*\*,3)</sup>  
三輪 雅子<sup>\*\*\*\*</sup>      北村 俊則<sup>\*,4)</sup>      上里 一郎<sup>\*\*\*\*\*,5)</sup>

### The Relationship between Individual Differences in Repressive Styles and Grief Reaction, Coping Behaviors, and Onset of Pathological Grief, Anxiety and Mood Disorders after Child Loss

Takuro TOMITA,<sup>\*,†</sup> Taku ITO,<sup>\*\*</sup> Akiko OTSUKA,<sup>\*\*\*</sup>  
Yumiko KAWAMURA,<sup>\*\*</sup> Yayoi KATAYAMA,<sup>\*\*</sup> Michiko MURAOKA,<sup>\*\*</sup>  
Masako MIWA,<sup>\*\*\*\*</sup> Toshinori KITAMURA<sup>\*</sup> and Ichiro AGARI<sup>\*\*\*\*\*</sup>

We examined the relationship between parental repressive styles, grief reaction/post-bereavement coping behavior and psychiatric symptoms in parents who had lost young children. In Study I, we administered a set of questionnaires to a sample of 177 parents who had experienced bereavement of children within the past several years in order to inquire about grief response, coping behavior, repressive styles, and social support. After controlling for sex, age, income, and self esteem, 1) subjects who had high anxiety (sensitizer and repressive-anxiety) showed stronger grief response whereas those with low anxiety (repressor and low-anxiety) showed weak response; 2) repressors were more likely to accept death and resolute grief after the loss than others; 3) those who had higher anxiety were more likely to ruminate after death; and 4) sensitizers were less likely to satisfy perceived social support. In Study II, we interviewed 60 bereaved parents using a semi-structured diagnostic interview schedule to yield diagnoses of the parents based on the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 4th Edition (DSM-IV). Parents with repressive-anxiety were more likely to manifest pathological grief and those parents recognized as sensitizers were more likely to have an onset of DSM-IV Major Depression or Social Phobia after the child's death.

**Keywords:** grief; repressor; sensitizer; psychiatric disorders; bereavement; coping behavior; pathological grief

\* 国立精神・神経センター精神保健研究所社会精神保健部 (Department of Sociocultural Environmental Research, National Institute of Mental Health, NCNP)

\*\* 早稲田大学人間科学研究科 (Graduate School of Human Sciences, Waseda University)

\*\*\* 千歳こぶしクリニック (Chitose Kobushi Clinic)

\*\*\*\* 日本大学医学部心療内科 (Department of Psychosomatics, Nihon University)

\*\*\*\*\* 東亜大学総合学術研究科 (Graduate School of Integrated Sciences and Arts, University of East Asia)

† 科学技術振興事業団 (Japan Science and Technology Corporation)

現所属 <sup>1)</sup> 仙台市児童相談所    <sup>2)</sup> 新座市教育相談室    <sup>3)</sup> 世田谷区立教育センター

<sup>4)</sup> 熊本大学医学部    <sup>5)</sup> 広島国際大学人間環境学部

抑圧様式と悲嘆反応、死別後の対処行動、精神症状との関連性について検討した。研究 I では幼い子どもと死別した親 177 名を対象に悲嘆反応、対処行動、抑圧様式、ソーシャルサポートを測定した。性別、年齢、収入などを統制し分析した結果、① 不安水準の高い *sensitizer*, *repressive-anxiety* 各群では悲嘆反応が強く、不安水準の低い *repressor*, *low-anxiety* 各群では悲嘆反応が弱い、② *repressor* 群では悲嘆がすでに解決したと認知し、死別体験を肯定的に捉える傾向が強い、③ 不安水準が高いと死別後に内的に考え込む対処を多く行う、④ *sensitizer* 群では知覚されたソーシャルサポートに対する満足度が低い傾向にあった。研究 II では 60 名に半構造化面接を行い、死別後に罹患した精神疾患の診断を行った。その結果、⑤ 病的悲嘆は *repressive-anxiety* 傾向と、⑥ 大うつ病性障害や社会恐怖は *sensitization* 傾向とそれぞれ関連することが示された。

## 〔問 題〕

死別体験は最もストレスフルなライフイベントといわれ (Holmes & Rahe, 1967), 特に抑うつ (Brown & Harris, 1989; Bruce *et al.*, 1990; Carnelly *et al.*, 1999; Clayton, 1990; Lund *et al.*, 1985; Zisook & Shuchter, 1993) や不安 (Jacobs *et al.*, 1990; Parkes & Weiss, 1983) との関連が示唆されている。Freud (1917) 以後、多くの精神分析家により悲嘆研究が行われ、悲嘆過程やいわゆる“グリーフワーク”を通過することで死別後の適応が促進されるといわれている (Freud, 1917; Osterweis *et al.*, 1984; Parkes, 1972)。

グリーフワークは喪の課題ともいわれ、死別体験後に遺された者と死者との心理的つながりが崩壊する前後から他者との新たな絆を形成するまでの一連の心理的過程を指すが、実証的根拠に乏しく、仮説の妥当性について疑問が残されている (Hagman, 1995; Stroebe, 1992; 富田ら, 1997; Wortman & Silver, 1987, 1989)。Stroebe (1992) はグリーフワーク仮説の広範な展望を行い、定義と操作化に問題があり、実証的根拠に乏しく、あらゆる文化に共通の概念 (仮説) とはいえないことを指摘したうえで、グリーフワークを“死別した人や死別経験、死別経験者をその後取り巻く世界の変化についての思考に直面する、もしくは再構成しようとする認知的プロセスである”と新たに定義した。そして、抑圧様式の理論的研究により、情緒的に考え込みやすいなどグリーフワークを積極的に行いやすい対処様式と考え込むことが少なくグリーフワークを回避しやすい対処様式の違いを検討する重要性を論じている。この視点によれば、抑圧様式の違いによってどのように悲嘆反応や死別後の対処行動が異なるのか、また不安障害や気分障害などの精神疾患の発症と関連しやすい行動スタイルは何であるかを検討でき、死別体験者の適応状態を予測するための手がかりを得ることが可能になる。

現在までに、死別体験後の対処行動についてはいくつかの研究が行われている。配偶者と死別した若い男女を対象にした Stroebe らの調査では、女性の場合はグリーフワークの有無で抑うつや身体症状に有意差がみられなかった。一方、男性の場合、グリーフワークが実行されている人は心身の適応を改善させる傾向があった (Stroebe & Stroebe, 1993)。また Nolen-Hoeksema らは一連の研究で、悲しいときに女性は考え込み型認知による対処をとりやすいが、男性は気晴らし行動による対処をとりやすいことを示した (Nolen-Hoeksema & Larson, 1999; Nolen-Hoeksema *et al.*, 1994)。しかし、これらの研究は対処行動の性差について言及したものであり、抑圧様式の個人差と死別体験後の悲嘆反応や対処行動などとの関連について理論的検討がなされた研究はきわめて少ない。

抑圧様式として知られた概念に *repressor* と *sensitizer* がある。*repressor* とは“内外の脅威刺激を回避的に処理しようとする傾向の強い者”であり、他方の *sensitizer* は“脅威刺激に対して接近的に対応する傾向の強い者”とされ (Byrne, 1961; 神村, 1996, p. 11), 特に前者は生理的高覚醒 (Barger *et al.*, 1997; Newton & Contrada, 1992; Tomaka *et al.*, 1992), 治療効果の阻害 (Burns, 2000), ネガティブな免疫反応 (Kneier & Temoshok, 1984) との関連がみられ、理論的には疾患脆弱性との関連が推察されている。神村 (1996) の展望によれば、*repressor* は自己の不安や怒り、恐怖感など否定的情動に関する主観的評価は低い、ストレス状況下における生理的な覚醒水準 (心拍など) は高く、否定的感情の存在が推測されているのに対し、*sensitizer* は生理的覚醒水準がそれほど高くないにもかかわらず、否定的情動の主観的な評価が高いといわれている。

ところで、*repressor* は不安などの情動的反応に対する防衛的対処様式のひとつとして従来扱われてきた (Weinberger, 1990; Weinberger & Davidson, 1994)。

この点について神村 (1996) は自らの実験結果を踏まえて、repressor は問題解決型の積極的対処を実行しやすく、その結果として生じる興奮や緊張が高い生理的覚醒水準として表出され、ストレス状況を楽観的に捉えたり、脅威対象から気持ちをそらしたりするという回避的対処はあまり採用しないが、sensitizerはこの逆で、自己の責任として行う積極的対処をほとんど採用せず、回避的な対処行動を採用したり、他者からのサポート希求傾向が強いことを指摘している。これをもとにすれば、“死別体験後に否定的感情を抑圧している場合 (repressor) は主観的評定が高い場合 (sensitizer) に比べて悲嘆反応が弱く、回避的対処の実行が少なく、精神症状の報告も少ない”という仮説が成立する。

本研究では、子どもと死別した親を対象に、①抑圧様式の個人差による死別体験後の悲嘆反応や対処行動の違い、ソーシャルサポートとの関連性について質問紙法で検討する (研究 I)。続いて、悲嘆反応が長期化し、社会的機能が障害され、臨床介入の必要性があるほどに強まる、いわゆる“病的悲嘆”に関して、診断基準を作成して1つの独立した臨床単位と認める動きが近年みられる (Horowitz *et al.*, 1997; Prigerson *et al.*, 1999)。今回は構造化面接法による病的悲嘆や精神疾患の診断を行い、②病的悲嘆と抑圧様式との関連、③抑圧様式と精神疾患 (気分障害、不安障害) との関連について検討する (研究 II)。

## 研究 I

### 【目的】

抑圧様式と死別体験後の悲嘆反応や対処行動との関連を検討する。

### 【方法】

調査時期：1999年3月～同年12月。

対象と手続き：1998年末から翌年春ごろにかけて、幼い子どもを亡くした親を対象に数種の育児・妊娠雑誌 (例“わたしの赤ちゃん”など)、こころの科学 (日本評論社)、メディカル朝日 (朝日新聞社) などの雑誌に募集広告を掲載すると同時に、子どもを乳幼児突然死症候群 (SIDS) などで失った遺族をサポートするケア団体 (会員数約500家族) の会員に参加募集チラシを送付した。調査協力の意志表明のあった約200名に年齢、収入、職業などに関するフェイスシート、死別状況の概略などに関する質問や精神症状に関する簡単な予備調査を送付し、返却があった193名のうち、

以後の調査に協力可能な人に対して本調査を送付し、177名 (男性49名、女性128名) より返却があった。本調査の協力者に対しては一律に謝礼 (テレフォンカード) を進呈した。

対象者全体 ( $n=193$ ) の平均年齢は34.5歳 (SD 5.61)、男性36.3歳 (5.77)、女性33.9歳 (5.43) であった。死別体験 (SIDS, 新生児死亡、交通事故など) や死産・流産を最近5年以内に経験しているケースが全体の7割以上を占める。収入の平均は約540万円で、居住地域は北海道から沖縄まで全国にわたる。亡くなった子どもの死因、平均寿命、死別体験からの経過年数など、詳細については富田 (1999) を参照のこと。内容については研究 I, II とともに国立精神・神経センター国府台地区倫理委員会の承認を得た。

### <測定尺度>

#### 1. 死別後の悲嘆反応と対処行動

(1) 悲嘆反応尺度 (Grief Response Scale, GRS; 富田ら, 2000a) : Burnett *et al.* (1997) による“死別反応項目”35項目をBurnett博士の許可により第一著者が邦訳し、原文の内容をまったく知らない別の研究者が再度英文に訳し、これをBurnett博士が原文と相違ないことと確認した (バックトランスレーション)。教示“以下に記した質問では、お子様を最近亡くされた後のあなたのご経験についておたずねします。お子様のお名前は質問中の「○○ちゃん」とします。各項目についてどのくらいご経験があったか、当てはまる箇所に○をおつけ下さい”の後、悲嘆反応に関する項目は1 (まったくない) から4 (いつもまたは非常に何度も) までの4点尺度で、悲嘆の解決に関する項目は1 (非常に弱くまたはほとんどできない) から5 (非常に強くまたは非常にできる) までの5点尺度で回答を求めた。尺度1「イメージと悲哀感」、尺度2「存在の感覚」、尺度3「未解決と葛藤」、尺度4「悲嘆の解決」の4因子23項目からなる。尺度4のみ反転項目として計算する。得点が高いほど悲嘆反応が強いことを示す。 $\alpha$  係数は.72～.88と十分な値を示した。

(2) 対処行動尺度 (Scale for Coping with Bereavement, SCB; 富田ら, 2000a) : 富田ら (2000b) で分類された死別体験後の対処行動に関する回答と、抑うつ状態の情動的、認知的、行動的スタイルを尺度化した抑うつ反応様式尺度 (Butler & Nolen-Hoeksema, 1994; Nolen-Hoeksema & Morrow, 1991; Nolen-Hoeksema *et al.*, 1994) 日本語版 (坂本, 1997) の項目から構成される。教示“私たちは愛する人との

死別を体験するとき、それを乗り切るためにさまざまなことを考えたり、行動したりします。以下のリストは、そのようなときにとる可能性のある行動です。あなたは死別を体験なさったとき、これを乗り切るためにどのように考えたり、行動しましたか。以下の項目のおおのについて、あなたが死別に直面したときに、実際にどう考えたり、行動したか、最もよく当てはまると思う番号に○をつけて下さい”の後、1(まったくあてはまらない)から4(ほとんどあてはまる)の4点尺度で尋ねた。尺度1「気晴らし行動」、尺度2「考え込み行動」、尺度3「死別の受容と克服」、尺度4「援助希求」、尺度5「宗教的意味と実存的行動」、の5因子27項目からなる。 $\alpha$ 係数は.63～.84とほぼ十分な値であった。

## 2. 抑圧様式

測定には Byrne (1961) の作成した R-S 尺度があるが、repressive 傾向と実際の不安の低さを弁別することが難しい (Slough *et al.*, 1984), repressor と sensitizer を一次元とみなす根拠が乏しい (Carlson, 1979) などの問題がある。近年では、不安傾向と防衛傾向を別々に測定し、2 (不安高低)  $\times$  2 (防衛高低) の4群によって操作化する方法 (Weinberger *et al.*, 1979) が主流となりつつある (Fig. 1)。

顕在性不安尺度 (MAS) : Taylor (1953) を阿部・高石 (1968) が翻訳した日本語版 50 項目を使用した。

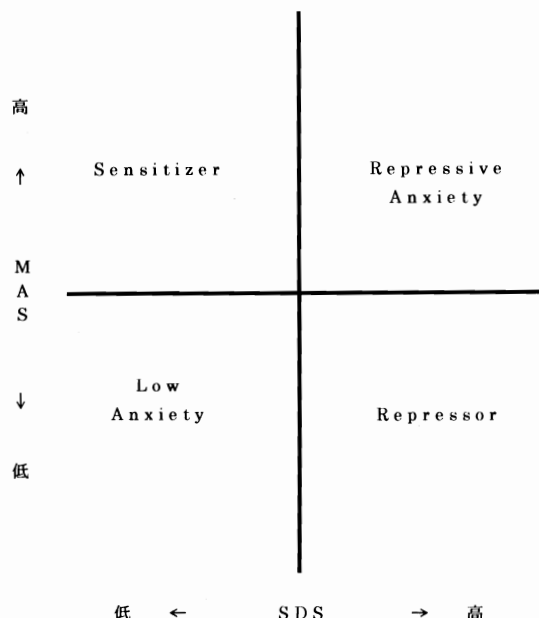


Fig. 1 抑圧様式の分類

平均値は全体 23.22 (SD 8.16), 男性 18.87 (6.79), 女性 24.90 (8.11) で、正規分布していることを確認した ( $Z = .819, p = .513$ )。デモグラフィック変数では収入と弱い負の相関が有意であった ( $r = -.205, p < .01$ )。

社会的望ましき尺度 (SDS) : 防衛傾向を測定する尺度として, Crowne & Marlowe (1960) を北村・鈴木 (1986) が翻訳した日本語版 33 項目を使用した。平均値は全体 14.27 (4.94), 男性 14.78 (4.74), 女性 14.07 (5.02) で、正規分布していることを確認した ( $Z = 1.04, p = .230$ )。デモグラフィック変数との相関はみられなかった。

中央値を境にして男女別に, I 高 MAS・高 SDS 群 (Repressive-Anxiety; 男性 6 名, 女性 22 名), II 高 MAS・低 SDS 群 (Sensitizer; 男性 15 名, 女性 45 名), III 低 MAS・低 SDS 群 (Low-Anxiety; 男性 11 名, 女性 27 名), IV 低 MAS・高 SDS 群 (Repressor; 男性 17 名, 女性 33 名) であった。以後各群を RA 群, S 群, LA 群, R 群と表記する。4 群の分布に関して男女差はみられなかった ( $\chi^2(3) = 1.78, p = .619$ )。

## 3. ソーシャルサポート

Sarason *et al.* (1987) のソーシャルサポート質問紙短縮版 (Social Support Questionnaire; SSQ-6) を翻訳して使用した。現在受けているサポート源の人数 (SSQ-N) とその満足度 (SSQ-S) について測定する。

## 4. 自尊心

SSQ は自己評価と相関を有するため (Sarason *et al.*, 1991), 被検者の現在の自尊心について Rosenberg (1965) を山本ら (1982) が翻訳した自尊心尺度で測定した。10 項目。

解析には SPSS 10.0J for Windows 日本語版 (SPSS, 1999) を用いた。

## 〔結果と考察〕

### 1. 抑圧様式と GRS, SCB との関連性

#### 1) 結果 1: GRS について

抑圧様式を要因に, GRS 下位尺度得点および総得点を従属変数に, 性別 (ダミー変数), 年齢, 収入を共変量に投入し 1 要因共分散分析を行った。尺度 1 ( $F(3, 164) = 4.72, p < .01$ ), 尺度 2 ( $F(3, 164) = 4.01, p < .01$ ), 尺度 3 ( $F(3, 164) = 9.37, p < .001$ ) に有意差が, 尺度 4 ( $F(3, 164) = 2.39, p < .10$ ) に有意差傾向が見いだされ, 各群の得点を多重比較した (Fig. 2)。尺度 1~3 では RA (Repressive Anxiety) 群, S (Sensitizer) 群が高く, LA (Low Anxiety) 群, R

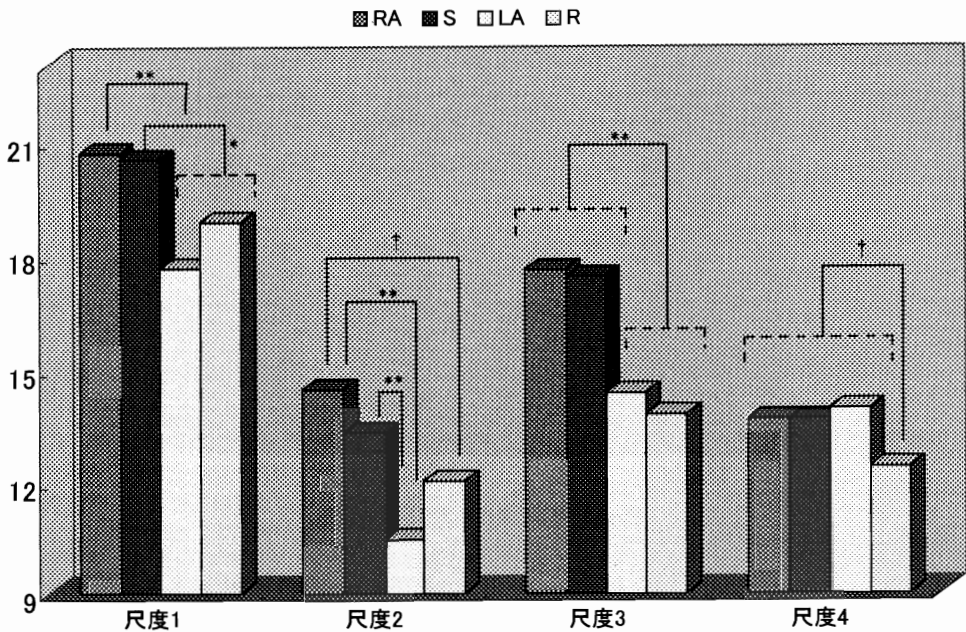


Fig. 2 抑圧様式とGRS下位尺度平均値 (RA: repressive anxiety, S: sensitizer, LA: low anxiety, R: repressor).  
† $p < .10$ , \* $p < .05$ , \*\* $p < .01$ )

(Repressor) 群は低かった。尺度4ではR群が他よりも低い(悲嘆反応が弱い)傾向がみられた。総得点についてもRA群, S群がLA群, R群より高かった( $F(3, 164) = 7.61, p < .001$ )。

まとめると、悲嘆反応はRA群, S群で強く、以下R群, LA群の順で弱くなり、LA群, R群との間や、RA群, S群の間では有意差はみられなかった。R群は“悲嘆が解決している”と考える傾向が強くなる傾向が見いだされた。

“自らの悲嘆が解決している”こととして認知するのはR群に特異的な傾向であった。repressorとは自らの感情体験に抑圧的で、アンビバレントな感情の報告が少なく(Sincoff, 1992)、情動的な側面を認知的機能で回避する傾向が他よりも強いといわれている(Bonanno *et al.*, 1991)。本研究でも悲嘆の情動的反応でLA群とR群の有意差がみられないことから、悲嘆の情動的反応が小さいだけでなく、死別体験をどう捉えるかという認知的側面とも関連し、repressorの特徴的な認知傾向を示すものであろう。

## 2) 結果2: SCBについて

SCB下位尺度得点についても同様の分析を行った結果、尺度2 ( $F(3, 164) = 9.23, p < .001$ )でRA群, S群がLA群, R群より有意に高かった。不安が強くなり、外的に混乱を引き起こしやすいRA群, S群で

は内的に考え込みやすい対処行動をとる傾向があった。

## 2. 抑圧様式とソーシャルサポート

SSQ-N得点とSSQ-S得点を従属変数に、抑圧様式を要因に、性別、年齢、収入、自尊心尺度得点を共変量に投入し1要因共分散分析を行い、SSQ-S得点に有意差が得られた( $F(3, 153) = 3.52, p < .05$ )。多重比較の結果、S群( $p < .05$ )について他群よりも得点の低い傾向がみられた(Fig. 3)。SSQ-N得点については有意でなかった。

SSQについては、現在では社会的ネットワークの客観的な強さを測定する道具というよりも、個人が“自分自身をどのくらい肯定的に認知しているか”、そしてその個人が“まわりの人物からどれくらい肯定的に認知されているか”を測定するものであるといわれ(浦, 1992, pp. 85-86)、ソーシャルサポートはパーソナリティのような個人内変数の一種との見方がなされている(Sarason *et al.*, 1986)。SCBの尺度4「援助希求」では4群間の差が得られなかったにもかかわらずSSQ-S得点で有意差が見いだされたことで、sensitizerという抑圧様式が援助希求性よりも、むしろ利用可能なサポートに対する満足度の低下と関連があることを示唆するものといえる。

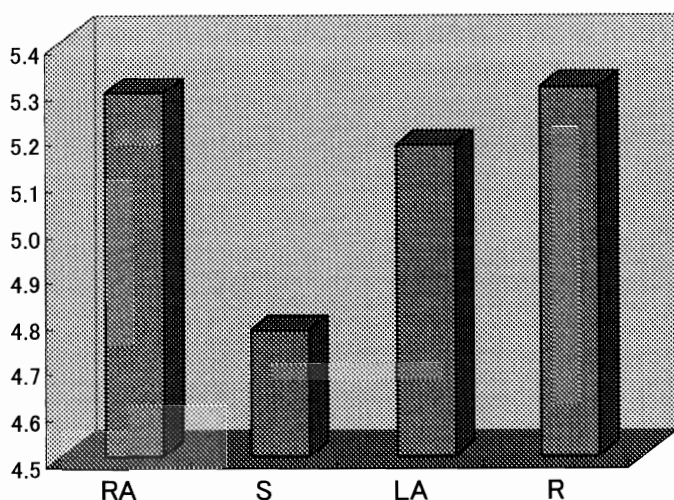


Fig. 3 抑圧様式とSSQ-S 平均値

## 研究 II

### 〔目的〕

GRSの弁別的妥当性を確認し、抑圧様式と病的悲嘆、精神疾患（不安障害、気分障害）との関連を検討する。

### 〔方法〕

調査時期：1999年5月～同年12月。

対象と面接場所：研究Iにおける被検者より、2回の質問紙調査に回答し、なおかつ面接に協力可能であると返答のあったうち、調査可能な60名（男性9名、女性51名）に対して半構造化面接を行った。面接時間は個人差があるがおよそ3～4時間程度であった。面接は第一著者の所属施設面接室もしくは被検者の自宅やその近隣施設（公共施設やホテルの会議室など）にて、専門の面接員によって行われた。被検者の居住地は北海道から沖縄まで日本全国にわたる。

面接員：構成は25年以上の臨床・研究歴を有し、多数の専門誌編集委員のキャリアを有するベテラン精神科医（50代男性）1名、大学院博士課程を修了し、専門誌に関連テーマの掲載論文を複数有する臨床心理学者（30代男性）1名、臨床心理士有資格者（30代女性）1名、臨床心理学専攻の修士課程大学院生（20代男女）5名、大学院修士課程を修了した精神科クリニック心理スタッフ（20代女性）1名の計9名であった。精神科医以外の全員が日本臨床心理士資格認定協会による第1種または第2種認定大学院（認定予定校含む）を修了し、もしくは在籍中であった。

事前教育は精神科専門医による精神症状学基礎理論（5時間）や精神科診断面接法（5時間）の講義、ロールプレイによる個別面接実習（各自数時間～10時間程度）を全員受講した。訓練期間は一人あたり延べ約1週間に及び、達成度ならびに診断一致度の確認のためDSM-IV ケースブック（Spitzer *et al.*, 1994）中のケース挿話の診断を求めた。各面接者と精神科医との診断一致度を算出した結果、気分障害（双極性障害、大うつ病性障害、気分変調性障害）、不安障害（パニック障害、広場恐怖、強迫性障害、特定不能の不安障害）、精神分裂病などの一般化  $\kappa$  係数（Fleiss, 1971）は.90ときわめて高い値を示し、面接者の診断がベテランの精神科専門医と“ほぼ完璧に”（Landis & Koch, 1977）一致していることを表している。疾患別の診断一致度についてはTomita & Kitamura (2001) を、罹患率については富田・大塚 (2000) を参照のこと。

面接内容と手続き：面接は深層面接部と構造化面接部に分かれる。子どもを失った前後の経緯からその後現在に至るまでの内的、外的な変化、周囲のサポートや対処行動などについて最初に深層面接法で尋ね、次に構造化面接を実施した。これはDSM-IV 第I軸診断用半構造化面接（Semi-structured clinical interview for DSM-IV Axis I; SCID）（First *et al.*, 1999）を原著者の了解のうえで第一著者らが日本語訳し、利用許諾を受け、Horowitz *et al.* (1997) の病的悲嘆障害（Complicated Grief Disorder）の診断基準（Table 1）などを独自に加えたものである。子どもの死別体験前と体験後の双方の精神科既往歴について尋ねた。（深層面接部のデータ報告は別報に譲る。）

Table 1 病的悲嘆障害の操作的診断基準

基準	内容
1 侵入的心像の表出	亡くした人についての辛い思い出やイメージが意図せずに現れることがあった。
2 感情の痛み	亡くした人に関連した強い感情が発作的に表れることがあった。
3 存在の渴望	亡くした人がそこにいたらよいのにという強くて辛い愛慕の情が現れることがあった。
4 強い孤独感	ひどく独りぼっちだとか、自分が「空っぽだ」と感じるがあった。
5 極度の回避	亡くした人を思い出させる人々、場所、活動(スポーツ、音楽など)を極端に避けることがあった。
6 不眠(睡眠障害)	不眠や寝苦しさが続いた。
7 病的な興味喪失	仕事、他者とのつき合い、家事、趣味などに興味がなくなった。
8 社会機能の障害	上記の体験のため、日々の生活上も困ることがあった。

(診断基準：A, 死別体験後 14 か月以上が経過し；B, 上記基準 1～7 のうち、3 つ以上が 1 か月以上にわたって持続し；C, 基準 8 が閾値上と評価された場合に病的悲嘆障害と診断される)

Table 2 病的悲嘆障害の有無による GRS 尺度平均値

	疾患なし	疾患あり
尺度 1	18.1 (4.69)	20.9 (3.63)
尺度 2	11.2 (4.10)	14.4 <sup>†</sup> (4.77)
尺度 3	15.2 (4.49)	17.9 (4.46)
尺度 4	13.2 (3.62)	13.4 (3.53)
総得点	57.7 (12.5)	66.6 <sup>†</sup> (11.7)

括弧内は SD；<sup>†</sup> $p < .10$ .

Table 3 病的悲嘆障害と抑圧様式

	RA	S	LA	R	合計
疾患なし	2 (5.1)	11 (13.5)	9 (7.1)	14 (10.3)	36
疾患あり	6 (2.9)	10 (7.5)	2 (3.9)	2 (5.7)	20
合計	8	21	11	16	56

括弧内は期待値。

面接時は被検者の心理状態に配慮しつつ、面接者は被検者と十分な信頼関係を構築させるようにし、面接時間の制約は設けず、被検者が安心して話すことのできる雰囲気をつくるようにした。面接冒頭で内容説明を行い、書面による同意をとり、現金による謝礼が全被検者に一律で支払われた。面接終了時には、被検者が専門機関の紹介や継続的カウンセリングを希望した場合はそれに応じる万全の体制があることを伝達し、被検者の希望を尋ねた。面接員には事前情報として担当被検者の予備調査結果のみ通知し、本調査の結果はまったく知らせずに面接を実施した。

## 〔結果と考察〕

### 1. GRS の弁別的妥当性

面接時点で病的悲嘆障害を認めた被検者群(女性のみ 20 名)と認められなかった者群(男性 9 名, 女性 27 名)とで GRS の尺度得点を比較した。疾患が閾値下(疾患の疑いがあるが基準を満たさない)であった 3 名、アンケートの回答が不十分な 1 名は分析より除外した。共変量に性別、年齢、収入を投入し 1 要因共分散分析を行った結果、尺度 2 ( $F(1, 49) = 3.97, p < .10$ )と総得点 ( $F(1, 49) = 3.25, p < .10$ )で疾患群が非疾患群より有意に高い傾向にあった (Table 2)。尺度 2 は

亡者があたかも実際に存在するかのよう知覚することを測定し、精神医学的に考えれば偽幻覚(または仮性幻覚 [pseudohallucination], 三好, 1994)に近い。本結果は偽幻覚が病的悲嘆に特異的な症状であることを示唆し、亡者の具体的イメージが想起されやすい人は悲嘆からの立ち直りに時間がかかるとする富田ら (2000b) の結果と符合する。10%水準の有意差であり、ケース数も少なく、さらなる追試が必要であるが、GRS は悲嘆反応の程度を測定するだけでなく、病的悲嘆のスクリーニングにも使用できる可能性が示唆された。

### 2. 抑圧様式と病的悲嘆や精神疾患

抑圧様式と病的悲嘆障害の有無との関連を検討するため、両者をクロス集計した (Table 3)。 $\chi^2(3) = 11.9, p < .01$  で有意であり、特に RA 群で出現頻度が最も高く、以下 S, LA, R 各群の順で病的悲嘆障害が多く認められた。同様の分析を気分障害や不安障害でも行い、大うつ病性障害 ( $\chi^2(3) = 7.03, p < .10$ ; Table 4)、社会恐怖 ( $\chi^2(3) = 8.55, p < .05$ ; Table 5) で有意差または有意差傾向が見いだされた。どちらも S 群にのみ疾患が認められたのに対し、他の 3 群にはまったく認められなかった。

以上から、防衛的で不安の強い抑圧様式と病的悲嘆が関連することが示された。病的悲嘆は臨床単位として検討されて日が浅いこともあり、発症の危険因子な



Table 4 大うつ病と抑圧様式

	RA	S	LA	R	合 計
疾患なし	9 (8.4)	18 (20.5)	11 (10.2)	16 (14.9)	54
疾患あり	0 (0.6)	4 (1.5)	0 (0.8)	0 (1.1)	4
合 計	9	22	11	16	58

括弧内は期待値。

どはまだよくわかっていない。RA 群では不安が強いにもかかわらず、例えば子どもが亡くなったことを医療過誤として病院相手に訴訟を起こす、遺族としての社会的活動（遺族会・家族会の世話人、ピアカウンセラーなど）を積極的に行うなど、自らの死別体験に立ち向かう積極的な対処を実行する人が少なくない。自分では子どもの弔いをするつもりでやっていることであっても、外顕行動上の混乱も大きく、悲嘆症状が重篤化してもそのままにされるケースがある。Weinberger *et al.* (1979) 以降、抑圧様式の視点では現在までに repressor と sensitizer の比較報告が多く、repressive anxiety についての報告はあまりなされていない。臨床的な観点からのさらなる検討が望まれる。

不安障害、気分障害と sensitizer の対処様式との間に関連がみられたが、sensitizer は“自己の否定的な側面への敏感さ、あるいは積極的な問題解決へ取り組むことが少ない”傾向があり（神村, 1996, p. 138）、negative affectivity ともいわれる（Watson & Pennebaker, 1989）。回避的で受動的対処をとることから、家に閉じ込めりがちになり、抑うつ的になり、気力の減退や人との接触を回避するという行動傾向が多くみられるので、社会恐怖や大うつ病性障害に罹患するケースが多いと考えられる。

【総合的考察】

幼い子どもを亡くした親を対象に質問紙法と面接法による調査を行い、抑圧様式と悲嘆反応、対処行動、ソーシャルサポート、病的悲嘆、精神疾患との関連を検討した。その結果、①不安水準が高い RA 群、S 群で悲嘆反応が強く、不安水準の低い LA 群、R 群では悲嘆反応が弱く、②R 群では悲嘆がすでに解決したと認知し、死別体験を肯定的に捉える傾向が強く、③S 群、RA 群では死別後に内的に考え込む対処を多く行い、④S 群ではソーシャルサポート満足度が低い傾向にあった。さらに、⑤RA 群では病的悲嘆の罹患が多く、⑥S 群では大うつ病性障害や社会恐怖の罹患が多いことが示された。これにより sensitizer では悲

Table 5 社会恐怖と抑圧様式

	RA	S	LA	R	合 計
疾患なし	9 (8.2)	18 (21.1)	11 (10.1)	16 (14.6)	54
疾患あり	0 (0.8)	5 (1.9)	0 (0.9)	0 (1.4)	5
合 計	9	23	11	16	59

括弧内は期待値。

嘆反応が強く、回避的な対処をとり、精神症状報告が多い（精神疾患罹患率が高い）のに対し、他方の repressor では悲嘆反応が弱く、症状報告は少ない（罹患率が低い）ことが示され、冒頭の仮説は支持されたと見える。この結果は不安が強い人ではより考え込み、心配になりやすいという Myers (1998) のデータとも一致し、抑圧様式が死別体験後の心理的反応や対処行動と関連する要因であることを示唆している。

神村 (1996) はデイリーハッスル的な一時的ストレスを前提にするのに対し、死別体験はコントロール不可能で重大なライフイベントである。それにもかかわらず仮説が支持されたことで、ストレスの性質が異なる場合でも神村の指摘は応用可能であると考えられる。しかし、冒頭に述べたように repressor は否定的感情の抑圧による防衛的な対処様式といわれ、疾患脆弱性、特に慢性疼痛の悪化（Hatch *et al.*, 1991; Kerns *et al.*, 1994）や治療効果の阻害（Burns, 2000）などと関連している。臨床的にみれば、例えば自らの感情を表出開示することが心身の健康改善に役立つことや（Pennebaker, 1989）、ストレスfulな経験や心的外傷体験について辛い気持ちをもちながらも話すことがその後の心身症状の軽減に有効であると指摘されている（Esterling *et al.*, 1994; Greenberg *et al.*, 1996; Kelly *et al.*, 1997）。抑圧様式の違いが死別体験後の健康にどのように結びつくのか、長期的、縦断的に検討していく必要がある。さらにおのおの抑圧様式で効果的な介入方法が異なる可能性があり、例えば repressor には認知的介入やリラクゼーションなどが、sensitizer には社会的なスキルを高めていく介入などがそれぞれ効果的介入として予想されている（神村, 1996）。感情開示も含め、さまざまな介入法の効果を抑圧様式ごとに検討することが重要であろう。

本研究では、GRS の弁別的妥当性を示唆する結果が得られた。Jacobs (1999) は病的悲嘆と正常な悲嘆の鑑別診断について述べ、病的悲嘆が①侵入的（intrusive）で、分離不安に苦しむ、②無価値観や強い衝撃から生じる荒唐的な感情の症状があることで、質



的・量的に正常な悲嘆とは異なる, ③ 悲嘆が長期化し, 日常生活や社会的機能が阻害されると述べている。彼は Horowitz *et al.* (1997) とは異なる診断基準 (Prigerson *et al.*, 1999) を用いているが, 症状論的に両者は重複する部分が多い。Jacobs の指摘通り, 亡者に対する侵入的なイメージが病的悲嘆の特異的症状であることが今回の結果から裏づけられ, 病的悲嘆の診断で特に注意すべき症状であることが示唆された。今後, より被検者数を増やして追試していきたい。

グリーフワークについては検討範囲外なので詳しくは述べないが, 本結果からの示唆を考察したい。悲嘆のプロセス進行に悲嘆反応が必要であると仮定すると, 気分の落ち込みや悲しい気持ち, 亡者に対する強い愛慕の感情や侵入的なイメージは悲嘆の進行に重要な感情的変化とみられ, このような過程を通り抜けることが適応への重要な働きをするとみられる。しかし, 抑圧様式が異なると悲嘆反応や対処行動, サポート認知などに違いが見いだされたことで, 対処様式がその後の心理的適応を変化させる可能性があり, 死別体験後に定式的なグリーフワークが起きるとする従来の考え方には検討の余地がある。さらに, 特に死別体験による衝撃の大きい場合には否定的感情がそのまま持続され, 日常的な機能が阻害される危険性の高いことが本結果から明らかになった。仮にグリーフワークの途中であったとしても, 否定的感情の低減や, 社会的機能の回復に必要な対処行動の獲得など, 適切な臨床介入を試みる必要があるといえよう。ただし, 悲嘆には時間経過に伴う変化がある (Jacobs, 1999)。また, ストレス理論による死別体験者の適応予測は短期的にはすぐれているが, 長期的にはストレス理論よりも愛着理論での予測がすぐれているとする縦断研究もあり (Stroebe *et al.*, 1996), グリーフワークとその後の適応について今後も研究する必要がある。

本研究の限界について, 第一に幼い子どもを失った親が対象であり, 結果の一般化には異なるサンプル (親を失った子ども, 配偶者を失った人など) による追試が必要である。第二に面接調査のサンプル数が少なく, コントロール要因として性別や過去の精神疾患罹患歴などを投入しておらず, 今後被検者数を増やして, よりいっそう正確な検討を行う必要がある。第三に死別体験後に一時的に不安が強くなり, それによって対処様式が変化する可能性がある。衝撃的なライフイベントを経験した後に抑圧様式がどのように形成されたのか, 発達の検討をすべきであろう。最後に調査方法上の問題について述べたい。本研究は被検者の回

顧的方法により実施され, 記憶による悲嘆反応のバイアスについて十分検討されていない。縦断的研究によって追試することは重要であるが, 幼い子どもを突然失った場合の悲嘆反応は長期間ほとんど変化せず, 強い反応が10年近くも持続することが知られている (Dyregrov & Dyregrov, 1999)。今回の調査でも同様の傾向がみられ (富田ら, 2000a), 回顧的方法であっても記憶によるバイアスの影響は少ないと思われる。

悲嘆反応とはさまざまな要因に影響を受ける。例えば性別, 年齢, 社会経済状況, 教育水準などのデモグラフィック変数, 死別の種類 (突然死か予測された死か), ソーシャルサポート, 死者との生前の関係, 大うつ病の罹患歴などがあるが (Windholz *et al.*, 1985; Shackleton, 1984; Parkes & Weiss, 1983), 異なるケースを一括して分析するなどの方法上の問題があり, 一貫した結果が得られていない (富田ら, 1997)。今回は子どもを突然に亡くしたケースが多く (富田, 1999), 収集データとしてはきわめて貴重なものである。また, 病的悲嘆と正常な悲嘆の差異は最近になり徐々に検討されはじめている (Jacobs, 1999) が, この差異はあくまで臨床経験と事例研究に基づく概念的なものであり, 実証的根拠に基づく差異については国際的にみても検討例が少ない。本研究は病的悲嘆の実証的研究としても日本初の研究であり, 将来に向けた萌芽的研究と位置づけることができる。

## 【謝 辞】

本研究は第6回 (平成10年度) 明治生命厚生事業団「健康文化」研究助成 (研究代表者 北村俊則), ならびに平成11年度厚生科学研究「妊娠褥婦および乳幼児のメンタルヘルスシステム作りに関する研究」 (課題番号 H10-子ども-006 班長 中野仁雄九州大学大学院教授) 研究費補助金を受けて実施された。各質問紙, 面接基準の使用をご許可いただいた関係各位, ならびに調査にご協力いただいた皆様に記して謝意を表する。

## 【引用文献】

- 阿部満州・高石 昇 1968 顕在性不安検査 (MAS) 三京房
- Barger, S. D., Kircher, J. C. & Croyle, R. T. 1997 The effects of social context and defensiveness on the physiological response of repressive copers. *Journal of Personality and Social Psychology*, **73**, 1118-1128.
- Bonanno, G. A., Davis, P. J., Singer, J. L. & Schwartz, G. E. 1991 The repressor personality and

- avoidant information processing: A dichotic listening study. *Journal of Research in Personality*, **25**, 386-401.
- Brown, G. W. & Harris, T. 1989 Depression. In Brown, G. W. & Harris, T. (Eds.), *Life events and stress*. New York: Guilford Press. pp. 49-64.
- Bruce, M. L., Kim, K., Leaf, P. J. & Jacobs, S. 1990 Depressive episodes and dysphoria resulting from conjugal bereavement in a prospective community sample. *American Journal of Psychiatry*, **147**, 608-611.
- Burnett, P., Middleton, W., Raphael, B. & Martinek, N. 1997 Measuring core bereavement phenomena. *Psychological Medicine*, **27**, 49-57.
- Burns, J. W. 2000 Repression predicts outcome following multidisciplinary treatment of chronic pain. *Health Psychology*, **19**, 75-84.
- Butler, L. D. & Nolen-Hoeksema, S. 1994 Gender differences in responses to depressed mood in a college sample. *Sex Roles*, **30**, 331-346.
- Byrne, D. 1961 The repression-sensitization scale: Rationale, reliability, and validity. *Journal of Personality*, **29**, 334-349.
- Carlson, R. W. 1979 Dimensionality of the repression sensitization scale. *Journal of Clinical Psychology*, **35**, 78-84.
- Carnelly, K. B., Wortman, C. B. & Kessler, R. C. 1999 The impact of widowhood on depression: Finding from a prospective survey. *Psychological Medicine*, **29**, 1111-1123.
- Clayton, P. J. 1990 Bereavement and depression. *Journal of Clinical Psychiatry*, **51**(Suppl.), 34-40.
- Crowne, D. P. & Marlowe, D. 1960 A new scale of social desirability independent of psychopathology. *Journal of Consulting Psychology*, **24**, 349-354.
- Dyregrov, A. & Dyregrov, K. 1999 Long-term impact of sudden infant death: A 12- to 15-year follow-up. *Death Studies*, **23**, 635-661.
- Esterling, B. A., Antoni, M. H., Fletcher, M. A., Margulies, S. & Schniederman, N. 1994 Emotional disclosure through writing or speaking modulates latent Epstein-Barr virus antibody titers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, **62**, 130-140.
- First, M. B., Spitzer, R. L. & Williams, J. B. 1999 *Structured clinical interview for DSM-IV Axis I: Users guide, administration booklet and 5 score-sheets*. Washington, D.C.: American Psychiatric Press.
- Fleiss, J. L. 1971 Measuring nominal scale agreement among many raters. *Psychological Bulletin*, **76**, 378-382.
- Freud, S. 1917 Trauer und Melancholie. *Internationale Zeitschrift für ärztliche Psychoanalyse*, **4**, 288-301.
- Greenberg, M. A., Wortman, C. B. & Stone, A. A. 1996 Emotional expression and physical health: Revising traumatic memories or fostering self-regulation? *Journal of Personality and Social Psychology*, **71**, 588-602.
- Hagman, G. 1995 Mourning: A review and reconsideration. *International Journal of Psychoanalysis*, **76**, 909-925.
- Hatch, J. P., Schoenfeld, L. S., Boutros, N. N., Seleshi, E., Moore, P. J. & Cyr-Provost, M. 1991 Anger and hostility in tension-type headache. *Headache*, **31**, 302-304.
- Holmes, T. H. & Rahe, R. H. 1967 The social readjustment rating scale. *Journal of Psychosomatic Research*, **11**, 213-218.
- Horowitz, M. J., Siegel, B., Holen, A., Bonanno, G. A., Milbrath, C. & Stinson, C. H. 1997 Diagnostic criteria for complicated grief disorder. *American Journal of Psychiatry*, **154**, 904-910.
- Jacobs, S. 1999 *Traumatic grief: Diagnosis, treatment, and prevention*. Philadelphia: Brunner/Mazel.
- Jacobs, S., Hansen, F., Kasl, S., Ostfeld, A., Berkman, L. & Kim, K. 1990 Anxiety disorders during acute bereavement: Risk and risk factors. *Journal of Clinical Psychiatry*, **51**, 269-274.
- 神村栄一 1996 ストレス対処の個人差に関する臨床心理学的研究 風間書房
- Kelly, J. E., Lumley, M. A. & Leisen, J. C. C. 1997 Health effects of emotional disclosure among rheumatoid arthritis patients. *Health Psychology*, **16**, 331-340.
- Kerns, R. D., Rosenberg, R. & Jacobs, M. C. 1994 Anger expression and chronic pain. *Journal of Behavioral Medicine*, **17**, 57-67.
- 北村俊則・鈴木忠治 1986 日本語版 Social Desirability Scale について 社会精神医学, **9**, 173-180.
- Kneier, A. W. & Temoshok, L. 1984 Repressive coping reactions in patients with malignant melanoma as compared to cardiovascular disease patients. *Journal of Psychosomatic Research*, **28**, 145-155.
- Landis, J. R. & Koch, G. G. 1977 The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics*, **33**, 159-174.
- Lund, D. A., Diamond, M. & Caseta, M. S. 1985 Identifying elderly with coping difficulties after two years of bereavement. *Omega Journal of Death and Dying*, **16**, 213-224.
- 三好功峰 1994 精神医学における症状(1) (三好功

- 峰・藤縄昭 編 精神医学 [第2版]) 医学書院 11-22.
- Myers, L. B. 1998 Repressive coping, trait anxiety, and reported negative thoughts. *Personality and Individual Differences*, **24**, 299-303.
- Newton, T. L. & Contrada, R. J. 1992 Repressive coping and verbal-autonomic response dissociation: The influence of social context. *Journal of Personality and Social Psychology*, **62**, 159-167.
- Nolen-Hoeksema, S. & Larson, J. 1999 *Coping with loss*. Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Nolen-Hoeksema, S. & Morrow, J. 1991 A prospective study of depression and posttraumatic stress symptoms after a natural disaster: The 1989 Loma Prieta Earthquake. *Journal of Personality and Social Psychology*, **61**, 115-121.
- Nolen-Hoeksema, S., Parker, L. E. & Larson, J. 1994 Ruminative coping with depressed mood following loss. *Journal of Personality and Social Psychology*, **67**, 92-104.
- Osterweis, M., Solomon, F. & Green, M. (Eds.) 1984 *Bereavement: Reactions, consequences and care*. Washington, D.C.: National Academy Press.
- Parkes, C. M. 1972 *Bereavement: Studies of grief in adult life*. New York: International University Press.
- Parkes, C. M. & Weiss, R. S. 1983 *Recovery from bereavement*. New York: Basic Books.
- Pennebaker, J. 1989 *Opening up: The healing power of confiding in others*. New York: W. Morrow.
- Prigerson, H. G., Shear, M. K., Jacobs, S., Reynolds, C. F., III, Maciejewski, P. K., Davidson, J. R. T., Rosenheck, R., Pilkonis, P. A., Wortman, C. B., Williams, J. B. W., Widiger, T. A., Frank, E., Kupfer, D. & Zisook, S. 1999 Consensus criteria for traumatic grief: A preliminary empirical test. *British Journal of Psychiatry*, **174**, 67-73.
- Rosenberg, M. 1965 *Society and the adolescent self-image*. Princeton: Princeton University Press.
- 坂本真士 1997 抑うつ症状と自己に注目する状況、抑うつ気分への反応スタイルとの関係について 日本社会心理学会第38回大会発表論文集, 244-245.
- Sarason, B. R., Pierce, G. R., Shearin, E. N., Sarason, I. G. & Poppe, L. 1991 Perceived social support and working model of self and actual others. *Journal of Personality and Social Psychology*, **60**, 273-287.
- Sarason, I. G., Sarason, B. R. & Shearin, E. N. 1986 Social support as an individual difference variable: Its stability, origins, and relational aspects. *Journal of Personality and Social Psychology*, **50**, 845-855.
- Sarason, I. G., Sarason, B. R., Shearin, E. N. & Pierce, G. R. 1987 A brief measure of social support: Practical and theoretical implications. *Journal of Social and Personal Relationships*, **4**, 497-510.
- Shackleton, C. H. 1984 The psychology of grief: A review. *Advanced in Behaviour Research and Therapy*, **6**, 153-205.
- Sincoff, J. B. 1992 Ambivalence and defense: Effects of a repressive style on normal adolescents' and young adults' mixed feelings. *Journal of Abnormal Psychology*, **101**, 251-256.
- Slough, N., Kleinknecht, R. A. & Thorndike, R. M. 1984 Relationship of the repression-sensitization scales to anxiety. *Journal of Personality Assessment*, **47**, 378-379.
- Spitzer, R. L., Gibbon, M. & Skodol, A. E. 1994 *DSM-IV Casebook: A learning companion to the diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Washington, D.C.: American Psychiatric Press. (高橋三郎・染矢俊幸 訳 1996 DSM-IV ケースブック 創造出版)
- SPSS 1999 *SPSS 10.0J for Windows*. Chicago: SPSS Inc.
- Stroebe, M. S. 1992 Coping with bereavement: A review of the grief work hypothesis. *Omega Journal of Death and Dying*, **26**, 19-42.
- Stroebe, W. & Stroebe, M. S. 1993 Determinants of adjustment to bereavement in younger widows and widowers. In Stroebe, M., Stroebe, W. & Hansson, R. O. (Eds.), *Handbook of bereavement: Theory, research, and intervention*. Cambridge: Cambridge University Press. pp. 208-226.
- Stroebe, W., Stroebe, M., Abakoumkin, G. & Schut, H. 1996 The role of loneliness and social support in adjustment to loss: A test of attachment versus stress theory. *Journal of Personality and Social Psychology*, **70**, 1241-1249.
- Taylor, J. A. 1953 A personality scale of manifested anxiety. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, **48**, 285-290.
- Tomaka, J., Blascovich, J. & Kelsey, R. M. 1992 Effects of self-deception, social desirability, and repressive coping on psychophysiological reactivity to stress. *Personality and Social Psychology Bulletin*, **18**, 616-624.
- 富田拓郎 1999 幼い子どもと死別した親の病的悲嘆と抑うつ症状 日本健康心理学会第12回大会発表論文集, 128-129.
- Tomita, T. & Kitamura, T. 2001 Diagnostic reliability and accuracy of pathological grief and other psychiatric disorders among Japanese psychologists and psychology students. *Psycholog-*

- ical Reports*, 88, 743-746.
- 富田拓郎・太田ゆず・小川恭子・杉山晴子・鏡 直子・上里一郎 1997 悲嘆の心理過程と心理学的援助 カウンセリング研究, 30, 49-67.
- 富田拓郎・大塚明子 2000 子どもとの死別体験後の精神疾患罹患率 日本カウンセリング学会第13回大会発表論文集, 156-157.
- 富田拓郎・大塚明子・伊藤 拓・三輪雅子・村岡理子・片山弥生・川村有美子・北村俊則・上里一郎 2000a 幼い子どもを失った親の悲嘆反応と対処行動の測定 カウンセリング研究, 33, 168-180.
- 富田拓郎・瀬戸正弘・鏡 直子・上里一郎 2000b 死別体験後の悲嘆反応と対処行動: 探索的検討 カウンセリング研究, 33, 48-56.
- 浦 光博 1992 支えあう人と人: ソーシャル・サポートの社会心理学 サイエンス社
- Watson, M. & Pennebaker, J. W. 1989 Health complaints, stress, and distress: Exploring the central role of negative affectivity. *Psychological Review*, 96, 234-254.
- Weinberger, D. A. 1990 The construct validity of the repressive coping style. In Singer, J. L. (Ed.), *Repression and dissociation: Implications for personality theory, psychopathology, and health*. Chicago: University of Chicago Press. pp. 337-386.
- Weinberger, D. A. & Davidson, M. N. 1994 Styles of inhibiting emotional expression: Distinguishing repressive coping from impression management. *Journal of Personality*, 63, 587-613.
- Weinberger, D. A., Schwartz, G. E. & Davidson, R. J. 1979 Low anxious, high anxious, and repressive coping styles: Psychometric patterns and behavioral and physiological response to stress. *Journal of Abnormal Psychology*, 58, 369-380.
- Windholz, M. J., Marmar, C. R. & Horowitz, M. J. 1985 A review of the research on conjugal bereavement: Impact on health and efficacy of intervention. *Comprehensive Psychiatry*, 26, 433-447.
- Wortman, C. B. & Silver, R. C. 1987 Coping with irrevocable loss. In Van den Bos, G. R. & Bryant, B. K. (Eds.), *Cataclysms, crises, and catastrophes: Psychology in action*. Washington, D.C.: American Psychological Association. pp. 189-235.
- Wortman, C. B. & Silver, R. C. 1989 The myths of coping with loss. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 349-357.
- 山本真理子・松井 豊・山成由紀子 1982 認知された自己の諸側面の構造 教育心理学研究, 30, 64-68.
- Zisook, S. & Shuchter, S. R. 1993 Uncomplicated bereavement. *Journal of Clinical Psychiatry*, 54, 365-372.

(2000年5月1日 受稿, 2000年11月8日 受理)