

遷延性悲嘆障害の実態と危険因子に関する研究

—罪責感の与える影響およびソーシャルサポートの役割を中心に—

中島聡美¹、伊藤正哉^{1, 2}、石丸径一郎³、白井明美⁴、伊藤大輔^{5, 6}、小西聖子⁷、金吉晴¹
(¹国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所 成人精神保健研究部 ²日本学術振興会特別研究員 PD³東京大学 ⁴国際医療福祉大学 ⁵早稲田大学 ⁶日本学術振興会特別研究員 DC⁷武蔵野大学)

<要 旨>

本研究は、米国で開発された遷延性悲嘆障害を測定する評価尺度の日本語版を作成し、それらを用いて日本人の悲嘆の実態を把握するとともに、悲嘆の遷延化に関わる防御・危険因子を検討することを目的とした。遷延性悲嘆を測定する尺度として、これまでの研究で最も頻繁に使用されている複雑性悲嘆質問票 (ICG) と、簡便なスクリーニング尺度である簡易版悲嘆尺度 (BGQ) を原著者の協力を得て翻訳した。防御因子としてはソーシャルサポートを、危険因子としては罪責感に注目した。何らかの死別を経験した日本人成人 230 名 (男性 52 名、女性 178 名、平均年齢 42.21 歳、標準偏差 13.19、範囲: 20 -71 歳) を分析対象とした。分析の結果、ICG・BGQ とともに十分な内的一貫性と検査-再検査信頼性が認められた。関連が予想された抑うつ、不安、外傷反応、心身の健康との相関も認められ、ICG・BGQ の構成概念妥当性も確認された。先行研究と同じカットオフ値を用いたところ、ICG によれば 6.7%、BGQ によれば 9.6% が遷延性悲嘆に該当していた。防御因子として想定した罪責感とは遷延性悲嘆と負の相関関係にあったものの、防御因子として想定したソーシャルサポートは遷延性悲嘆との関連が認められなかった。

本研究の結果、一般の死別者においても約 7~10% の遷延性悲嘆該当者の存在があることが示された。過去の研究から、遷延性悲嘆では、精神的・身体的健康の悪化や QOL の低下と関連があることが報告されているが、本研究でも同様の結果が得られた。遷延性悲嘆の予防および回復のためには、罪責感を軽減する要素を含む治療・介入プログラムの開発が必要であることが示唆された。

<キーワード>

遷延性悲嘆、複雑性悲嘆、罪責感、ソーシャルサポート

【はじめに】

死はいかなる場合でも残された人々に大きな苦痛を与える。特に犯罪や事故、災害など予期されない突然の出来事による死別や、愛着関係が強く結ばれた家族の喪失は、遺族に強く長期的な悲嘆をもたらす。しかし、これまで精神医学の中で死別による悲嘆は正常な過程であると見なされており、DSM-IV においても「死別反応」は「臨床的関与の対象となる他の状態」

として扱われるに留まり、疾患概念としては成立していない。その一方で、慢性化する死別反応については、諸研究者によって病的悲嘆、外傷性悲嘆、複雑性悲嘆、遷延性悲嘆など様々な概念が提唱され、実証的研究が発表されてきた。その中で、悲嘆についての理論とそれを支える研究で Prigerson らの研究グループと Horowitz らの研究グループがそれぞれ診断基準を提示しており、今まさにそれらの統一がなされよう

と諸研究者らが努力をしている。

Horowitz ら (1997) は、複雑性悲嘆と外傷後ストレス障害との類似性に注目し、侵入、回避、適応の失敗の三症状を中核にとらえた診断基準を提案した。一方、Prigerson らは分離の苦痛 (separation distress) と外傷的苦痛 (traumatic distress) を中心にとらえた診断基準を提案した。その後、Prigerson の呼びかけにより悲嘆研究の専門家間で診断基準づくりの会議が設けられ、Horowitz もそれに参加した。この会議において一定のコンセンサスが得られ、それを基にしたフィールドトライアルでデータが蓄積された。そのデータは項目反応理論や組み合わせ数学を用いて DSM スタイルの診断基準として整理されている。現在では遷延性悲嘆障害 (Prolonged Grief Disorder) という呼称で、この診断基準を DSM-V へと含めるよう提案されている。

遷延性悲嘆障害は、親密な他者の死を体験し (基準 A: 出来事の基準)、それに伴う分離の苦痛があり (基準 B: 分離の苦痛)、その他の悲嘆特有の 9 症状の内 5 つ以上が該当し (基準 C: 認知、情動、行動における症状)、分離の苦痛が起こってから 6 ヶ月以上の期間、その苦痛が持続し (基準 D: 期間)、結果として社会生活が障害されている基準を満たすことで診断される (Prigerson et al., 2008)。診断上で最も重要な点は、分離の苦痛が毎日継続的に引き続く (prolong) という時間経過である。Prigerson et al. (2008) によれば、通常の悲嘆においては 6 ヶ月で分離の苦痛が自然に軽減される。しかし、それが 6 ヶ月を経ても持続する場合に様々な障害が生じる。“遷延性”悲嘆という呼称はまさにこの点を強調したものであろう。本研究で

は、Prigerson らの最新の報告に従い、従来複雑性悲嘆と呼ばれてきた概念についてもほぼ同義として遷延性悲嘆の呼称を用いた。

遷延性悲嘆を測定する尺度として、圧倒的に使用頻度が高いのは 1995 年に開発された複雑性悲嘆質問票 (Inventory of Complicated Grief; ICG) である (Prigerson, Maciejewski, & Reynolds, 1995)。ICG の得点が 26 あるいは 30 点以上をもって複雑性悲嘆とみなす研究が多い。他にも悲嘆を測定する伝統的な尺度として、テキサス改訂版悲嘆質問票も頻繁に使用されてきた (有園・加藤, 2005) が、最近では“通常の悲嘆”を測定する尺度として扱われているようである (c.f. Boelen et al., 2006) 。

また、より簡便な遷延性悲嘆の評価尺度としては、Shear らの開発した 5 項目の簡易版悲嘆尺度 (Brief Grief Questionnaire ; BGQ) (Shear et al., 2006) があげられる。

日本では犯罪被害者等基本法 (2005 年) や自殺対策基本法 (2006 年) の施行により、犯罪被害者遺族や自死遺族のケアが重要視されて来ている。日本ではこれまで交通事故の遺族の PTSD (佐藤, 1998) や犯罪被害者遺族の一般的精神健康や外傷反応 (大和田, 2003) についての研究報告はあったが、病的な悲嘆 (複雑性悲嘆、遷延性悲嘆) に焦点を当てた研究は乏しかった。白井ら (2004) や中井ら (2004) が、犯罪被害者遺族の複雑性悲嘆の有病率を報告しているが、犯罪被害者遺族という特殊な集団の結果であり、一般化は困難である。また信頼性・妥当性を評価された尺度を用いておらず、悲嘆のリスク要因などについての分析も行われていない。

子どもや親などの大切な人との死別は、欧米

における先行研究によってうつ病のリスク、QOL の低下、免疫機能の低下や通院頻度の増加、身体的健康の低下、自殺の増加、死亡率の増加の危険因子として挙げられており、心身の健康に重大な影響を与えている。遷延性悲嘆を正確に評価し、日本人の特徴を把握することは、単に悲嘆の遷延化に苦しむという症状だけでなく、心身の様々な側面へのケアにも予防的に働きうるだろう。

以上のような背景から、世界的には悲嘆の遷延化という状態が病的になり得るとして問題視され研究が進んでいるものの、日本において信頼性と妥当性を検討した遷延性悲嘆の尺度は存在せず、治療・疫学研究に重大な支障を来していると言える。また、遷延性悲嘆障害の有病率や危険因子など実態の把握がされておらず治療や介入研究についての基礎的なデータが不足している状態にある。そこで、遷延性悲嘆障害を測定する尺度の日本語版の開発と信頼性・妥当性の検証を行い利用可能なものとし、これら尺度を使用することで日本人の悲嘆反応の特徴を実態調査することを目的とした。

さらに、本研究では、遷延性悲嘆障害の防御因子として家族や友人からのソーシャルサポートを、危険因子として罪責感に注目する。罪責感が悲嘆障害の危険因子となることは愛着理論からも示唆され (Shear et al., 2007)、筆者らの臨床経験にも合致するところである。とくに遷延化した悲嘆の特徴として、自らを責めて社会的に引きこもるという傾向が指摘されており、こうした認知が遷延性悲嘆障害の危険因子として重要であると考えられる。また、PTSD についての研究等では、ソーシャルサポートが症状の軽減や患者の生活の質に影響を及ぼす

ことが報告されている。遷延性悲嘆は疾患概念として成立していないということからもわかるように、他者にとってはどのようにその症状を理解し、対応したら良いかがわかりにくいものでもある。遷延性悲嘆の症状として社会的な孤立や対人不信といったものも含める見解も出されている。こうした背景から、ソーシャルサポートが十分に得られている場合には、遷延性悲嘆が軽減されることが期待される。

以上のことから、①評価尺度の翻訳、②日本人の悲嘆の実態把握、③日本人特有の防御・危険因子の検証という3点を本研究の目的とした。

【方法】

デザイン: 質問紙調査による横断的観察研究

研究対象者: 一般健康人 270 名から有効回答が得られた。その内、最近 10 年に親しい人との死別を経験した 230 名 (男性 52 名、女性 178 名、平均年齢 42.21 歳、標準偏差 13.19、範囲: 20 -71 歳) を分析対象とした。

方法: 被害者支援団体職員、大学の通信講座受講生、公開講座参加者(860 名)に対して自記式調査票を郵送あるいは授業等を通じて配布し、郵送による回収を行った (回収率 31.4%)。再検査信頼性の検証のため、1 ヶ月後に再調査を行い、140 名から回答を得た (再検査回収率 60.9%)。

また、17 名の参加者 (男性 1 名、女性 16 名、平均年齢 43.24 歳、標準偏差 7.28、範囲: 32-60 歳) について、精神障害の評価のため構造化面接を行った。

調査票: 以下の質問項目並びに尺度を用いた。
①デモグラフィック要因、②死別背景 (故人と

の関係、死別からの期間など)、③悲嘆の防御・危険因子:本研究では先行研究 (Furukawa et al., 1999; Sarason et al., 1983, 1987; Shear et al., 2007) を参考に、ソーシャルサポート (4項目、5件法) と罪責感 (6項目、7件法) を測定する項目を独自に作成し、使用した。④遷延性悲嘆の評価:日本語版 Inventory of Complicated Grief (Prigerson et al., 1995; ICG, 19項目、5件法)、日本語版 Brief Grief Questionnaire (Shear et al., 2006; BGQ, 5項目、3件法)、日本語版 Prolonged Grief Disorder Scale (Prigerson, 私信; PG-13, 13項目)、⑤悲嘆による外傷反応の評価: Impact of Event Scale-revised (Asukai et al., 2002, Weiss, 2004; IES-R, 22項目、5件法)、⑥抑うつ・不安の評価: Hospital Anxiety and Depression Scale (Zigmond & Snaith, 1983, Zigmond et al., 1993; 全14項目、4件法)、⑦QOL: SF-8 (福原・鈴嶋, 2004)、⑧精神障害の評価: M.I.N.I. (Mini International Neuropsychiatric Interview) (Otubo et al., 2005)

尺度の翻訳: 遷延性悲嘆を評価する ICG、BGQ、PG-13 は、原著者 (Holly Prigerson, Katherine Shear) のチェックを含んだバックトランスレーションの手続きによって翻訳され、内容的・表面的妥当性を確認した。

【結果】

対象者ならびに死別の特徴: 得られた有効回答者の内、230名 (85.2%) が何らかの死別を経験していた。死別からの経過時間の平均は127.08ヶ月 ($SD = 119.60$, range: 0-666) であり、故人との関係は両親 (29.6%)、祖父母 (28.9%)、親友 (4.4%)、きょうだい (3.3%)、子 (2.6%)、配偶者 (1.9%)、その他 (13.0%)、欠損値 (16.3%) であり、死因は順に病気 (68.3%)、老衰 (10.0%)、自死 (9.1%)、事故 (4.8%)、暴力犯罪 (1.7%)、災害 (0.4%)、その他 (5.7%) であった。

死別以前に精神的な問題で不調を経験していた者は21名 (9.1%) であったが、死別を経験した後に不眠や落ち込みなど精神的な不調が二週間以上続いたことがある者は72名 (31.3%) であり、さらに、死別後に精神科や心療内科を受診した者は31名 (13.5%) であった。

悲嘆関連尺度の信頼性: ICG と BGQ について Cronbach の α 係数を算出したところ、それぞれ .924、.747 であった。さらに、検査-再検査間の相関係数を算出したところ、それぞれ $r = .87 (p < .01)$ 、 $r = .92 (p < .01)$ であった。

悲嘆関連尺度の妥当性: ICG・BGQ と関連すると考えられる抑うつ、不安、悲嘆についての外傷反応、心身の健康との相関係数を算出した (Table 1)

Table 1. 悲嘆尺度と外傷症状、抑うつ・不安、身体・精神的健康との相関

	1	2	3a	3b.	4a	4b
ICG	.78 **	.77 **	.36 **	.43 **	-.22 **	-.31 **
1. BGQ		.72 **	.34 **	.33 **	-.24 **	-.30 **
2. IES-R			.43 **	.45 **	-.19 **	-.39 **
3a. HADS-不安				.72 **	-.20 **	-.61 **
3b. HADS-抑うつ					-.23 **	-.60 **
4a. SF8-身体的健康						-.07
4b. SF8-精神的健康						

Note -- ** $p < .01$, * $p < .05$

ICG と外傷反応、不安症状、抑うつ症状との間には、有意な正の相関がみられ、QOL (SF-8) との間には有意な負の相関があった。BGQ についても同様の結果が得られた。

また 17 名の面接者において M.I.N.I を施行したが、広場恐怖に 1 名が該当したほかは精神障害の該当者はなかった。この 1 名は ICG における 26 点以上の群に該当していた。

遷延性悲嘆障害の有病率：対象者における ICG および BGQ の平均得点はそれぞれ 8.63 (SD 9.99)、1.93 (SD 2.01) であった。先行研究に従い、ICG における 26 点以上、BGQ における 5 点以上を基準としたところ、ICG では 18 名 (6.7%)、BGQ では 26 名 (9.6%) が遷延性悲嘆に該当した。

遷延性悲嘆の防御・危険因子：独自に作成したソーシャルサポート尺度、罪責感尺度についての信頼性を検討したところ、Cronbach の α 係

数は .75、.86 であった。このように十分な内的信頼性が認められたため、これらの要因と悲嘆症状との関連を調べた (Table 2、3)。

Table 2. 遷延性悲嘆とその防御・危険因子との関連

	1	2	3
ICG	.78 **	-.01	.49 **
1. BGQ		-.06	.47 **
2. ソーシャルサポート			.05
3. 罪責感			

Note -- ** $p < .01$

ICG、BGQ とともに、罪責感尺度とは有意な相関があったが、ソーシャルサポート尺度とは相関がみられなかった。ICG および BGQ のカットオフ得点から遷延性悲嘆群と非遷延性悲嘆群に分け、罪責感尺度とソーシャルサポート尺度の得点の平均を比較した (student t-test) と、遷延性悲嘆群においては、罪責感尺度得点有意に高かった。一方、ソーシャルサポート尺度は、家族、友人ともに差が見られなかった。

Table 3. 遷延性悲嘆と罪責感およびソーシャルサポート

	ICG		BGQ	
	≥ 26 (n=18)	< 26 (n=212)	≥ 5 (n=26)	< 5 (n=204)
罪責感 合計	26.94 (8.13)	19.24 (7.92) **	26.42 (9.50)	19.00 (7.64) **
家族によるソーシャルサポート	8.00 (2.96)	7.86 (2.17)	7.80 (2.15)	7.88 (2.18)
友人によるソーシャルサポート	7.94 (1.70)	8.08 (1.83)	7.84 (1.87)	8.08 (1.83)
ソーシャルサポート合計	15.94 (2.96)	15.94 (3.20)	15.65 (3.11)	15.98 (3.19)

Note-- ** $p < .01$

【考察】

本研究によって、日本人における遷延性悲嘆障害の様態や関連因子について一定の示唆を得ることができた。英語版の ICG と BGQ を原著者による確認を得て、日本語版の作成を行ったが、これらの尺度は内的整合性と時間的安定性の両面から十分な信頼性があることが確認された。また、抑うつ・不安や死別による外傷反応

との関連性も確認されたことから、構成概念妥当性も検証された。

この尺度を用いて、日本人における遷延性悲嘆の有病率が約 7~10% であることが示唆された。さらに、遷延性悲嘆の危険因子として罪責感が関連していることが示された。防御因子として想定されていたソーシャルサポートについては、仮説を支持する結果は得られなかった。

遷延性悲嘆と類縁症状

遷延性悲嘆は抑うつや外傷後ストレス障害などとの併発も報告されている (Shear et al., 2006)。例えば、Simon et al. (2007)は複雑性悲嘆に該当した者のうち、19.4%が大うつ病性障害に、12.6%が外傷後ストレス障害に、35.9%がその両方に該当したことを報告している。本研究で遷延性悲嘆尺度が、抑うつや不安、外傷後ストレス症状と有意な相関を示したことはこうした知見と合致し、ここから ICG や BGQ の構成概念妥当性が一部確認されたと捉えられる。本研究では、外傷反応との相関が抑うつ症状や不安症状より高かったことについては検討が必要であると思われる。本調査では、IES-R によって死別についての外傷後ストレス症状を測定したが、この尺度には、不眠や死別についての苦痛な想起、感情の麻痺などが含まれており、これらは遷延性悲嘆の概念にも含まれるものでもある。こうした、概念上の重複が外傷後ストレス症状との見かけ上の相関を高くさせているのではないかと考えられる。

構造化面接において、遷延性悲嘆とうつ病、PTSD との関係性を明らかにしようとしたが、面接対象者が少なく、かつうつ病および PTSD の該当者がいなかったために、精神障害との関係を明らかにすることはできなかった。

遷延性悲嘆の有病率

日本人における遷延性悲嘆障害の有病率は本研究においては ICG の基準に従えば約 7%、BGQ の基準に従えば約 10%であった。これは先行研究で報告されている (Prigerson et al., 2008) と同等であった。このように、我が国においても遷延性悲嘆障害に苦しむ人々が少なからず認められた。この数値は、我が国の精神医療におい

ても悲嘆という問題がこれまでのように看過されるべきものでなく、目を向けていく必要があるものであることを示していると言えよう。ただし、欧米圏で設定されたカットオフ値が日本人においても最適な値であるかは今後検討の余地があるかもしれない。

遷延性悲嘆の防御・危険因子

本研究では遷延性悲嘆についての防御因子としてソーシャルサポートを、危険因子として罪責感に注目した。しかしながら、ICG と BGQ の両尺度でソーシャルサポートとの関連が認められなかった。遷延性悲嘆の症状として他者からの孤立感や疎外感があることから、ソーシャルサポートが悲嘆のそうした症状を緩和すると期待されたが、明確な関連が認められなかった。

悲嘆による孤立感や疎外感のために、本来その人が持っているソーシャルサポートの機能が十分に生かされないことが考えられる。

罪責感については悲嘆の程度との関連が認められた。近年になって遷延性悲嘆に対する認知行動療法の有効性が報告されている。これらの精神療法では、罪責感といった死別についての否定的認知に介入する。本研究の結果は、こうした臨床実践と一貫する結果と言えよう。

本研究の限界と今後の展開

本研究の協力者は無作為抽出によって得られたものではなく、日本人成人の特徴を純粋に反映したものとは言えない。このため、とくに有病率についてはさらなる検討が求められるだろう。また、本研究で使用したカットオフ値は先行研究に従ったものであったが、これについても、専門家による診断面接を基準とした検討を今後行っていく必要がある。なお、PG-13 については原版尺度が論文として公表されていない

ため、現時点では発表を控えることとした。

【引用文献】

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 1:47-59, 2005.

Asukai N, Kato H, Kawamura N, Kim Y, Yamamoto K, Kishimoto J, Miyake Y, Nishizono-Maher A. Reliability and validity of the Japanese-language version of the impact of event scale-revised (IES-R-J): four studies of different traumatic events. *J Nerv Ment Dis.* 2002;190(3):175-182.

Boelen PA, van den Hout MA, van den Bout J: A cognitive-behavioral conceptualization of complicated grief. *Clin Psychol Sci Prac* 13: 109-128, 2006.

福原俊一・鈴嶋よしみ. SF-8 日本語版マニュアル: NPO 健康医療評価研究機構, 京都, 2004.

Furukawa TA, Harai H, Hirai T, Kitamura T, Takahashi K. Social Support Questionnaire among psychiatric patients with various diagnoses and normal controls. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology.* 34(4):216-222, 1999.

Horowitz MJ, Siegel B, Holen A, et al: Diagnostic criteria for complicated grief. *Am J Psychiatry* 154; 904-910, 1997.

内閣府: 犯罪被害者等基本法 (平成十六年十二月八日法律第百六十一号)
<http://www8.cao.go.jp/hanzai/kuwashiku/kihon/kihon.html>

内閣府: 自殺対策基本法 (平成十八年法律第八十五号)
http://www8.cao.go.jp/jisatsutaisaku/bsc_law/index.html

中井久夫, 加藤寛, 藤井千太. 犯罪, 事故などにより家族, 肉親を失った遺族の心理的影響とケアのあり方に関する研究. 神戸: (財)

21 世紀ヒューマンケア機構こころのケア研究所; 2004.

Otsubo T, Tanaka K, Koda R, Shinoda J, Sano N, Tanaka S, Aoyama H, Mimura M, Kamijima K: Reliability and validity of Japanese version of the Mini-International Neuropsychiatric Interview. *Psychiatry Clin Neurosci* 2005; 59(5):517-26

大和田攝子: 犯罪被害者遺族の心理と支援に関する研究. 風間書房, 2003.

Prigerson HG, Maciejewski PK, Raynolds CF, et al: Inventory of complicated grief: a scale to measure maladaptive symptoms of loss. *Psychiatry Res* 59: 65-79, 1995.

Prigerson HG, Vanderwerker LC, Maciejewski PK: A case for inclusion of prolonged grief disorder in DSM-V. In MS Stroebe, RO Hansson, H Shut, et al: Handbook of bereavement research and practice: advances in theory and intervention, pp165-186, America Psychological Association, Washington DC, 2008.

Sarason IG, Levine HM, Basham RB, Sarason BR. Assessing social support: The Social Support Questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology.* 1983;44(1):127-139.

Sarason IG, Sarason BR, Shearin EN, Pierce GR. A Brief Measure of Social Support: Practical and Theoretical Implications. *Journal of Social and Personal Relationships.* 1987;4(4):497-510.

佐藤志穂子: 死別者における PTSD- 交通事故遺族 34 人の追跡調査. *臨床精神医学* 27:1575-1586, 1998.

Shear KM, Jackson CT, Essock SM, et al.: Screening for complicated grief among Project Liberty service recipients 18 months after September 11, 2001. *Psychiatr Serv* 57:1291-1297, 2006.

Shear KM, Monk T, Houck P, et al: An attachment-based model of complicated grief

including the role of avoidance. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci 257: 453-461, 2007.

Simon NM, Shear KM, Thompson EH, Zalta AK, Perlman C, Reynolds CF, Frank E, Melhem NM, Silowash R: The prevalence and correlates of psychiatric comorbidity in individuals with complicated grief. Comprehensive Psychiatry, 48:395-399, 2007

白井明美, 小西聖子: PTSD と複雑性悲嘆との関連—外傷的死別を中心に—. トラウマティック・ストレス 2: 21-27, 2004.

Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and

depression scale. Acta Psychiatrica Scandinavica. 1983; 67(6): 361-70.

Zigmond A. S., Snaith R. P., 北村俊則: Hospital anxiety and depression scale (HAD 尺度). 精神科診断学. 4:371-372, 1993

Weiss DS. The Impact of Event Scale - Revised. In: Wilson JP, Keane, T.M., ed. Assessing psychological trauma and PTSD Second Edition. New York: Guilford Press; 2004:168-189.

附録1

Inventory of Complicated Grief日本語版 (著作権保護のため一部のみ紹介)

<p>Inventory of Complicated Grief 複雑性悲嘆質問票 日本語版</p> <p>原著(英語版): Holly Prigerson, Ph.D., Mark Miller, M.D., Charles F. Reynolds, III, M.D., Ellen Frank, Ph.D. 日本語版: 中島聡美, 伊藤正哉, 白井明美, 金吉晴</p> <p>お名前 _____ 番号 _____, 記入年月日 20__年__月__日</p> <p>以下の質問で, 今の自分の気持ちを最もよくあらわしていると思う番号に○を付けて下さい。</p> <p>1) その人(亡くなった人)のことをあまりにも考えてしまうため, 普段していることをするのが難しくなる。 1. まったくない 2. めったにない 3. ときどきある 4. よくある 5. いつもある</p>
--

附録2

Brief Grief Questionnaire 日本語版 (著作権保護のため一部のみ紹介)

<p>複雑性悲嘆スクリーニング尺度</p> <p>以下の文章を読んで, もっとも当てはまると思われる数字に○をつけてください。</p> <p>1. (故人の名前) の死を受け入れることはどのくらい大変ですか? 全く大変ではない.....0 多少大変である.....1 かなり大変である.....2</p>
