

早期がん患者の精神的崩壊を回避する心理的要因

Psychological factors that avoid the mental collapse of cancer patients at early stage

小久保 正昭

(東京成徳大学大学院)

Masaaki KOKUBO (Graduate School of Psychology, Tokyo Seitoku University)

要 約

本研究では、早期がん患者の精神的崩壊を回避する心理的要因を明らかにすることを目的とした。分析対象は、がん患者のうち早期がんの患者11人（男性6人、女性5人、平均年齢61.9歳）であった。また、分析方法としてはStrauss & Corbin (1990)のGrounded Theory Approachを準用した。その結果、早期がん患者の精神的崩壊を回避する心理機制カテゴリーとして、否認型緊張低減、感情吐露型緊張低減、信仰型緊張低減、受容型緊張低減、希望型緊張低減、経時型緊張低減という6つのカテゴリーが生成された。

キーワード：早期がん、がん患者、精神的崩壊、心理機制、Grounded Theory Approach

問題と目的

現在、日本人の三大死因となっているのは悪性新生物（がん）、脳血管疾患、心疾患であり、3人に1人はがんで亡くなっている。がん治療における治療技術の進歩は日進月歩であるとはいえ、がんに対する恐怖感は払拭しきれていないのが現状であり、早期がんといえども、がんを告知された患者は心的緊張が高まり精神的崩壊の危機的状況に陥ることになる。従って、がん患者に対する心理的支援は現代社会における最重要課題の一つであるといえる。また、がん患者への心理的支援や働きかけなど精神面でのケアがいかにあるべきかを考えるとき、その前提条件として、がん患者の心理的反応や心理的プロセスを生成する心理機制を的確に把握することが不可欠である。

Kübler-Ross (1969)は「死にゆく人の心理過程」として、否認、怒り、取り引き、抑うつ、受容という5つの反応段階をあげ、最期の瞬間まで何らかの形で希望を持ち続けるとし、末期患者が心理的にどのように変化し、死を迎えるかのプロセスについて提唱した。しかし、Kübler-Rossが「死にゆく人の心理過程」を提唱した以降、それをめぐるさまざまな見解がでてくる。Shneidman (1973)は、最も重要な点は人がどのようにして最初の4つの段階の特徴である否定的感情から受容の段階へ移行するかであり、死に直面した人の心の動きは定まった一つの方向に向かうというよりは受容と否認の両極間を行き来しているというべきである、と述べている。また、Buckman (1988)は、Kübler-Rossの示した5段階は死の重要な側面を強調しているが、それは

「段階」としてではなく「反応の型」として捉えるべきであり、また、5つの反応以外にも多種の反応がある、と述べている。また、柏木（1990）は、がんなどの重症疾患であっても、現在90%以上の医師が本人に病名及び予後が不良であることを報せるアメリカと、重症疾患の場合、本人に病名を報せることがまだ少ない日本の状況を踏まえ、また、両国の国民性の相違も考慮した上で、日本人の「心理プロセス」を示している。さらに、上野（1984）は、日本人の患者の場合には、がんの告知を受けたか、間接的にがんと知ったか、全然知らなかったかによって患者の精神状態の推移は異なると述べている。

しかし、Kübler-Rossの理論にしても、また、それに対する批判や新たな見解にしても、がん患者がどのような心理的反応を示し、どのような心理のプロセスをたどるかについては提唱しているが、なぜ、そのような心理的反応を示すのか、あるいは、どうして、そのような心理のプロセスをたどるのか、すなわち、精神的な危機的状況に遭遇したときに機能する心理機制については明らかにしていない。精神的な危機的状況に直面したがん患者は何らかの心理的反応を示し心理のプロセスをたどる。それは、衝撃的な出来事を否認することであったり、絶望的な状況の中で希望を見出すことであったりする。それらの心理的反応や心理のプロセスは精神的崩壊の危機を回避するために機能する心理機制の結果であり、末期がん患者であっても早期がん患者であっても、精神的崩壊の危機に遭遇した時に機能する心理機制には共通するものがあると考えられる。精神的崩壊とは、衝撃的な出来事により、それまでの心理的安定が保持できない状態であり、心理学的背景を持った概念である。

そこで、本研究では、精神的な危機的状況に陥った際に示される早期がん患者の心理的反応や心理のプロセスの分析に基づき、「早期がん患者の精神的崩壊の危機を回避する心理的要因」について

明らかにすることを目的とし、また、「精神的崩壊の危機を回避するために、どのような心理機制が機能するのか」をリサーチ・クエスチョンとした。

方 法

1. 研究協力者

がん患者のうち早期がんの患者11人（男性6人、女性5人、平均年齢61.9歳）を分析対象とした。がんの種別は、胃がん5人、乳がん4人、肺がん1人、前立腺がん1人であった。なお、研究協力者の詳細はTable 1のとおりである。

Table 1 研究協力者

No	病 名	性別	年齢	術後期間
1	胃がん	男	72	3年7ヶ月
2	乳がん	女	53	8ヶ月
3	胃がん	男	56	7年6ヶ月
4	乳がん	女	51	8ヶ月
5	胃がん	男	73	8年
6	乳がん	女	65	8年
7	胃がん	男	55	3年6ヶ月
8	胃がん	男	75	3年6ヶ月
9	乳がん	女	65	8年
10	前立腺がん	男	53	3週間
11	肺がん	女	63	3年

2. 実施期間及び実施場所

データを収集した期間は2005年6月から2006年7月までである。がん患者に対して1時間程度、自宅やホテルのレストランなど話しやすい静かな場所でインタビューを実施した。なお、依拠すべき理論がない状況下で幅広いデータ収集を可能にし、かつ、がん患者自身の認識を重視するため、インタビューに際しては半構造化面接を採用した。また、インタビューの録音は研究協力者の了解を得て行った。

3. 分析方法

インタビュー・データをデータに即した形でまとめ上げていくのに適している点を考慮して Grounded Theory Approach を準用し、概念生成などについては木下 (1999) のミニ版グラウンデッド・セオリーを参照した。早期がん患者の心理機制カテゴリーを生成する手順について具体的に示すと次のとおりとなる。

- ①収集したインタビュー・データの中から精神的崩壊の危機的状況における心理的反応が示されている箇所 (主に段落) を抽出し、それらの心理的反応に概念のラベル付けをする。
- ②それらのラベル付けされた概念を比較分析しそれらの心理的反応を生み出す心理機制に関する仮のカテゴリーへ統合していく。
- ③①と②を繰り返す、得られたカテゴリーとデータを継続的に比較分析して、カテゴリーを修正・検証していく。
- ④③の手続きを進めても、心理機制に関して新たなカテゴリーが得られない理論的飽和の状態に達したら③を終了して最終的なカテゴリーを選択し、カテゴリー及びカテゴリー同士の関連から理論・モデルを生成する。

なお、カテゴリー生成過程のうち、①「概念のラベル付け」及び②「カテゴリーへの統合」についてはデータ 1～5 を、③「カテゴリーの修正・検証」についてはデータ 6～8 を、④「理論的飽和の確認」についてはデータ 9～11 を用いた。

カテゴリーの生成過程

1. 概念のラベル付け

早期がん患者は、自覚症状を認知したり医師から告知を受けると心的緊張が高まって精神的崩壊の危機に直面し、さまざまな心理的反応を示す。そこで、早期がん患者へのインタビュー逐語録の中から精神的崩壊という危機的状況における心理

的反応が表現されている箇所 (主に段落) を抽出し、それらに「概念」のラベル付けを行った。「概念のラベル付け」の過程の一部を示したのが Table 2 である。他のデータについても、同様の方法で概念のラベル付けを行った。

2. カテゴリーへの統合

上記の手続きにより早期がん患者の心理的反応から生成された概念をカテゴリーへと統合した。また、カテゴリーの作成にあたっては、本研究の目的である「早期がん患者の精神的崩壊を回避する心理的要因」という観点から、まず、暫定的に心理機制カテゴリーを作成した。「カテゴリーへの統合」の過程の一部を示すと、Table 3 のとおりとなる。なお、Table 3 に示した概念は、実際に生成された概念のごく一部である。実際に分析するにあたっては、数多くの概念を一つのカテゴリーにまとめた。

Table 3 に示した心理機制カテゴリー (①～⑥) を解説すると、以下のとおりとなる。

- ①「否認型緊張低減」とは、予期せぬ衝撃的事態に遭遇した際に、たとえ客観的な情報を充分持っている、無意識的あるいは意識的にその事態を受け入れまいとすることである。
- ②「怒り型緊張低減」とは、病気になった自分自身や、医師や看護師、家族など周囲の者に対して、やるせない気持ちをぶつけることである。怒りを表出することによって心的緊張が低減され一時的に解放される。
- ③「悲嘆型緊張低減」とは、自分のおかれている現状や将来のことを悲観したり、肉親や親しい友人などとの離別を嘆き悲しむことである。悲嘆によって感情を吐き出すことにより心的緊張が低減され一時的に解放される。
- ④「受容型緊張低減」とは、予後に対して不安や葛藤を抱きながらも現状をありのまま受け入れることである。

⑤「希望型緊張低減」とは、衝撃的事態に遭遇したにも拘わらず、将来の病状に関して何らかの期待を抱くことである。

⑥「経時型緊張低減」とは、時間の経過に伴い不安が漸進的に解消することにより心的緊張が低減することである。

Table 2 「概念のラベル付け」の例（データ1）

No	早期がん患者の心理的反応データ	概念
1	胃カメラやったら、それが一挙に見つかっちゃったということで、『あれっ』ていうような感じですね、『じゃ、どうするか』ということで『こりゃー、間違いじゃないか』ていうような感じがしながらですね、その第2の、セカンドオピニオンで、がんセンターへ行ったということなんですね。	がん発見の否認
2	人間ドックは年2回、だいたい4月と10月ぐらいで、半年ごとにですね、人間ドックもですね、分かんなかったというんで、何回も、変な話、あきれちゃったもんですから、『何故、分かんなかったんだ』というようなことと、手術する前も、こっちの病院で分かった結果を電話で問い合わせたんですよ。	人間ドック実施機関への怒り
3	がんセンターにその資料持って行ったわけです。そしたら、写真と資料持って行ったら、『こりゃー、間違いはないよ』と、言われましてね、ハハハ。まっ、覚悟したっていうか、そういうことで、自分なりに承知は状況だけは分かったですね。	病状の受容
4	後は手術のための改めでの検査っていいですか、準備等があって、実際手術したのが8月の22日ですね。ですから、精神的な面としては、バタバタしたなっていうのと、『まあー、手術すれば何とかなるだろう』というような気はあったにはあったですけどね。	術後の楽観視
5	手術して、ある段階で、もしかしたら、やばいんじゃないかと思ったことはありますね。やっぱり体力がなくなっちゃって、病院でベッドで寝てるのも、ちょっと不安になってくるっていうのは、やっぱりありますね。精神的な面でね、病気が病気だけに。ひとつの波はあるんでしょうけどね。	体調不調による不安
6	看護婦によってですね、きつく言うっていいですかね、贅沢ばかり言っているとか。要するに、トイレに行くのが厄介で夜中になるとですね、よく尿瓶ていうか、あれを持ってきておくんですよ。そしたら、『こんなの持ってこなくてもいいんだ、歩いていけばいいんだ』てな看護婦がいましたね。何も頼んで持ってきてもらったわけじゃないし、自分で始末もしてるんだから、『何が悪いんだい』という気も中にありますよ。	看護師に対する怒り
7	家族の方が大変だったかと思えますよね。で、そうかって、私自身は結局、あんまり、それに対して、弱音吐いちゃうと、また、家族の方がねよけい心配するからと思って。まっ、言うのは言いましたけど、私自身はあまり出さないようにしようかって気は遣いましたよね。	家族に対する気遣い
8	いろいろ趣味ていうか、写真をやったり、絵をやったりと、やってるもんですからね。それはそれでいいんですけど、体調が悪い時には、それに向かう気持ちがなくなりますね。	体調不調による抑うつ
9	血液検査だけは半年ごとに、それとマーカー検査。たぶん、それで医者は診てるんでしょうねー。だから、その数字が上がったか下がったかということで、今のところ腫瘍マーカー自身は問題ないと、てなこと言ってるんですけどね。	予後への安堵

Table 3 「カテゴリーへの統合」の例

No	概念の代表例	心理機制カテゴリー
1	がん告知の否認（データ1） がん発見の否認（データ5）	①否認型緊張低減
2	看護婦に対する怒り（データ1） 説明不足への怒り（データ5）	②怒り型緊張低減
3	発病への悲嘆（データ1） 予後への悲嘆（データ5）	③悲嘆型緊張低減
4	病状の受容（データ1） 乳房全摘の受容（データ2）	④受容型緊張低減
5	病氣克服への意欲（データ2） 完治への確信（データ3） 乳房温存への決意（データ4） 再発への不安解消（データ4）	⑤希望型緊張低減
6	時間経過による安堵（データ3） 5年経過による安堵（データ5）	⑥経時型緊張低減

3. カテゴリーの修正・検証

以上の分析では、データ1～5を用いた結果、6つの暫定的な心理機制カテゴリーが生成された（Table 3）。それらの心理機制カテゴリーを新たなデータ6～8にあてはめ、それらのデータを適切に説明できるかどうかを検討した。その結果、以下の2点について、カテゴリーの修正が必要であると判断された。修正の手順は、データとモデルの「絶えざる比較」（Strauss & Corbin, 1990）により行った。

1) 「怒り型緊張低減」と「悲嘆型緊張低減」の統合

がん患者は不測の衝撃的な出来事に遭遇した場合、その現実を否認して精神的崩壊を回避しようとする。しかし、その現実が否認できないものであると認識すると、その現実に対する恐れが生じて、再び、精神的崩壊の危機に直面することになる。そこで、その恐れを医師や看護師、家族など周囲の者に対する怒りに変えて感情を吐き出すことにより心的緊張を低減し（怒り型緊張低減）、また、避けられない現実を悲嘆して感情を表出することにより心的緊張を低減させる（悲嘆型緊張低減）。いずれも、感情を吐露する（Catharsis:

Breuer, 1895）ことにより心的緊張を低減させて精神的崩壊を回避しようとするものである。そこで、「怒り型緊張低減」と「悲嘆型緊張低減」については、感情を吐露するという観点から「感情吐露型緊張低減」に統合した。

2) 新たな心理機制カテゴリー「信仰型緊張低減」の追加

データ1～5を用いて、6つの暫定的な心理機制カテゴリーが生成されたが、それらの心理機制カテゴリーを新たなデータ6～8を用いて検証したところ、6つの暫定的な心理機制カテゴリーに当てはまらない新たな心理機制カテゴリー「信仰型緊張低減」が生成された。「信仰型緊張低減」とは、症状に対する不安、予後への不安や恐怖などを抱いても、宗教を信仰し神に帰依することにより心的緊張を低減させるために機能する心理機制である。

3) カテゴリーの飽和

以上のカテゴリー生成過程では、データ1～5を分析して得られた暫定的なカテゴリーを修正し、また、データ6～8を分析して得られた新たなカテゴリーを追加して、より広いデータを説明できるカテゴリーへと再編成した。

続いて、この修正後の心理機制カテゴリーをさらに新しいデータ9～11にあてはめたところ、カテゴリー修正の必要性は認められなかった。そこで、本研究におけるデータ収集・分析によって生成できるカテゴリーはすべて抽出されたと判断してデータの収集を終結した。

4. 最終的なカテゴリーの選択

以上の分析を通じて、6つの心理機制カテゴリーが生成された。これらのカテゴリーがどのデータ(1～11)から生成されたものかを示したのが

Table 4である。

Table 4から明らかであるように、④希望型緊張低減はデータ6及びデータ9を除くすべてのデータから生成されたが、データ6及びデータ9では④希望型緊張低減の代わりに⑥信仰型緊張低減が生成された。また、③受容型緊張低減は多くのデータから生成された。さらに、①否認型緊張低減、②感情吐露型緊張低減及び⑤経時型緊張低減については、いくつかのデータから生成された。

以上の結果、心理機制カテゴリーを最終的にまとめたものがTable 5である。

Table 4 各データにおける心理機制カテゴリー

心理機制カテゴリー	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
①否認型緊張低減	○				○				○		
②感情吐露型緊張低減	○				○		○		○		○
③受容型緊張低減	○	○				○	○	○	○	○	○
④希望型緊張低減	○	○	○	○	○		○	○		○	○
⑤経時型緊張低減			○		○		○				
⑥信仰型緊張低減						○			○		

心理機制カテゴリーにおける横の列の番号はデータNoを表している。
表中の○印は、当該データにおいて、その心理機制カテゴリーが生成されたことを表している。

Table 5 最終的な心理機制カテゴリー

心理機制カテゴリー	解 説
①否認型緊張低減	医師から告知されたり検査結果によりがんであることが明確になったにしても、その事実を否認することにより心的緊張を低減させるために機能する心理機制であり、心的緊張が明確に高まった状態で機能する。
②感情吐露型緊張低減	怒りの感情を医師や看護師、家族にぶついたり予後を嘆き悲しむなど感情を吐露することにより心的緊張を低減させ一時的に解放させるために機能する心理機制であり、抑うつ感情がうっ積し心的緊張が一段と高まった状態で機能する。
③信仰型緊張低減	症状に対する不安、予後への不安や恐怖などを抱いていても、宗教を信仰し神に帰依することにより心的緊張を低減させるために機能する心理機制であり、神との取り引きにより心的緊張を低減させることも含まれる。
④受容型緊張低減	予後に対して不安や葛藤を抱きながらも現状をありのまま受け入れることにより心的緊張を低減させるために機能する心理機制であり、諦めの気持ちを抱いたり医師や家族に対して感謝の気持ちを抱いたりすることも含まれる。
⑤希望型緊張低減	症状が緩和したり医師の説明により安堵するなど予後に対して緩解の希望を抱くことにより心的緊張を低減させるために機能する心理機制であり、症状に不安を抱えながらも希望となることを見出したり不安を生み出す原因となっている疑問を医師の説明により解消して安堵することも含まれる。
⑥経時型緊張低減	時間の経過に伴い不安が漸進的に解消することにより心的緊張が低減した状態で機能する心理機制である。ただし、心的緊張が皆無になったわけではなく、予後に対する疑念とともに心的緊張が再度高揚する可能性も残されている。

考 察

1. 緊張低減のメカニズム

がん患者の場合のように、予期していない衝撃的な出来事に遭遇して心的緊張が高揚すると、心的な外傷を修復して心的安定を回復するため心的緊張を低減させる心理機制が機能する。その心理機制には、①否認型緊張低減、②感情吐露型緊張低減、③信仰型緊張低減、④受容型緊張低減、⑤希望型緊張低減、⑥経時型緊張低減が考えられる。

心的緊張を低減させるこれらの心理機制が機能するメカニズムを考察すると、以下のとおりとなる。

①否認型緊張低減

この心理機制は、医師や家族から告知されたり検査結果によりがんであることが明確になっても、その事実を否認することにより心的緊張を低減させるものであり、心的緊張が明確に高まった状態で機能する。すなわち、心的緊張の原因となっているものを自我の防衛機制により否認 (Freud, A, 1966) して高揚した心的緊張を低減させると考えられる。

②感情吐露型緊張低減

この心理機制は、怒りの感情を医師や看護師、家族にぶつけたり予後を嘆き悲しむなど感情を吐露することにより心的緊張を低減させて一時的に解放させるものであり、心的緊張が一段と高まった状態で機能する。すなわち、怒りや悲嘆の感情を吐露し浄化すること (Catharsis: Breuer, 1895) により高揚した心的緊張を低減させ一時的に解放させると考えられる。

③信仰型緊張低減

この心理機制は、症状に対する不安や恐怖などを抱いていても神に帰依してう積した感情を吐露し希望を見出すことにより心的緊張を低減させるものであり、感情吐露型緊張低減と希望型緊張低減の機能を有するものと考えられる。すなわち、

不安や恐怖などを神に委ねること (他力本願) により高揚した心的緊張を低減させると考えられる。

④受容型緊張低減

この心理機制は、予後に対して不安や葛藤を抱きながらも現状をありのまま受け入れることにより心的緊張を低減させるものであり、疑念や抑うつ感情に対応して機能する。また、多くの場合、高揚した心的緊張を感情吐露することにより低減させ一時的に解放させた後に機能する。すなわち、現状を否認するのではなく現状に適応することにより高揚した心的緊張を低減させると考えられる。

⑤希望型緊張低減

この心理機制は、将来に対して何らかの希望を見出すことにより心的緊張を低減させるものであり、早期がんで完治する可能性が大である場合や病状が緩解し予後に期待が持てる場合だけでなく、たとえ予後が不良であっても奇跡を信じる場合などあらゆる緊張高揚に対応して機能する。すなわち、現状に適応するだけでなく現状に反して将来に希望となることを見出すことにより心的緊張を低減させ心的安定を回復させると考えられる。従って、希望型緊張低減は一時的な否認型緊張低減の一形式とも捉えることができる。

⑥経時型緊張低減

この心理機制は、時間の経過に伴い不安が漸進的に解消することにより心的緊張が低減するものであり、やがて緊張解放に移行する。すなわち、時間の経過に伴い衝撃的な出来事が忘却されることにより高揚していた心的緊張が漸進的に低減していくと考えられる。

2. 早期がん患者の精神的崩壊を回避する心理的要因

本研究の結果を踏まえ、「早期がん患者の精神的崩壊を回避する心理的要因のモデル」をダイアグラムで表すと、Fig. 1 のとおりとなる。

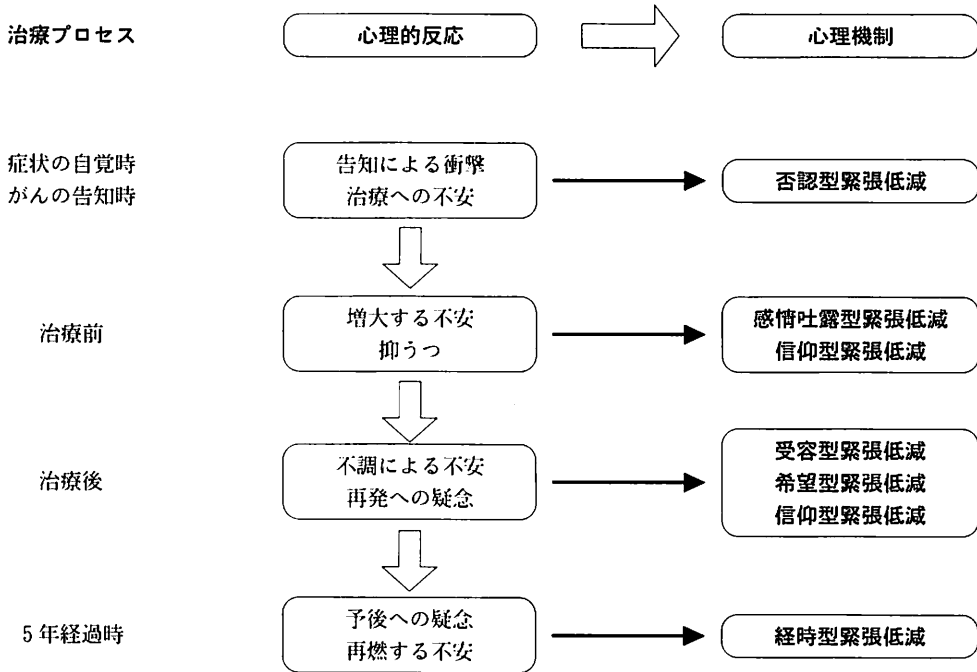


Fig. 1 早期がん患者の精神的崩壊を回避する心理的要因のモデル

がん患者が症状を認知したり医師から告知を受けると、明確に心的緊張が高まり何らかの心理的反応が示される。それは、告知による衝撃であったり予後への不安であったりするが、その事実を否認して心的緊張を低減させていく（否認型緊張低減）と考えられる。しかし、手術などの医学的治療を前にして予後への不安は際限なく増大し抑うつ感情がうつ積する。そのため、怒りの感情を医師や看護師、家族にぶついたり予後を嘆き悲しむなど感情を吐露することにより心的緊張を低減させ一時的に解放させる（感情吐露型緊張低減）と考えられる。また、神に対して感情を吐露することにより心的緊張を低減させる（信仰型緊張低減）場合もある。

早期がんの場合には転移する可能性が低く完治しやすいことから、自覚症状に対する疑念や予後に対する不安を抱いても比較的、心的安定を確保しやすい傾向にある。しかし、早期がんの場合といえども、治療後、心的緊張がまったくなくなる

わけではない。術後の体調不調により不安を抱き、また、友人の死などにより再発への疑念を抱くこともある。しかし、それまでの心的緊張を乗り越えた経験を踏まえ、再発や転移に対する疑念や不安を抱きながらも現状をありのまま受け入れることにより心的緊張を低減させ（受容型緊張低減）、また、症状が緩和したり医師の説明により安堵するなど予後に対して緩解の希望を抱くことにより心的緊張を低減させる（希望型緊張低減）と考えられる。また、神に帰依して希望を見出すことにより心的緊張を低減させる（信仰型緊張低減）こともある。

また、がん患者は治療が成功しても、5年を経過するまでは転移再発への不安や恐怖を抱えていることが多いが、治療後5年を経過すると生存率が平坦化するため転移再発への不安や恐怖から比較的解放されやすくなる。時として予後への疑念や再発への不安を抱くこともあるが、時間の経過に伴い不安が漸進的に解消し心的緊張から解放さ

れていく（経時型緊張低減）と考えられる。

以上のことから、早期がん患者が精神的崩壊の危機に直面し心的緊張が高揚した場合、その心的緊張を低減させ心的安定を回復させるために必然的に何らかの心理機制が機能したことが明らかである。しかも、初期の治療プロセスにおける心的緊張を克服した経験を踏まえ新たな心理機制が機能したことも明白である。このことは結果として、精神的な危機的状況を乗り越え適応していくために、レジリエンス（resilience）が機能したことによるものと考えられる。

引用文献

- Buckman, R. 1988 *I DON'T KNOW WHAT TO SAY*. Ontario: Lucinda Varder Literary Agency Ltd. (上竹正躬 訳 1990 死にゆく人と何を話すか メジカルフレンド社)
- Freud, A. 1936 *Das Ich und die Abwehrmechanismen*. Vienna: Inter-nationaler psychoanalytischer Verlag. (黒丸正二郎・中野良平 訳 1982 自我と防衛機制 アンナ・フロイト著作集 第2巻 岩崎学術出版社)
- 柏木哲夫 1990 求められる精神的援助の実際 日本臨床精神腫瘍学会誌, 2, 61-64
- 木下康仁 1999 グラウンデッド・セオリー・アプローチ 弘文堂
- Kübler-Ross, E. 1969 *On Death and Dying*. New York: Macmillan Company. (川口正吉 訳 1971 死ぬ瞬間 読売新聞社)
- Shneidman, E. S. 1973 *Death of Man*. New York: The New York Times Book Co., Inc. (白井徳満・白井幸子・本間修 訳 1980 死にゆく時そして残されるもの 誠信書房)
- Strauss, A. L., & Corbin, J. 1990 *Basics of qualitative research: Grounded theory procedures and techniques*. Newbury Park, CA: Sage. (南 裕子 監訳 1999 質的研究の基礎：グラウンデッド・セオリーの技法と手順 医学書院)
- 上野郁子 1984 末期癌患者の心理過程についての臨床精神医学的研究 精神神経学雑誌, 86, 787-812