

## 悲傷影響因素之初探

何長珠\*

### 摘要

本研究係文獻回顧，收集1995-2005年間與「悲傷」有關之「生理」、「社會」、「家庭」、「文化」、「宗教」、「背景資料」資料，提出發現與建議。

發現：喪偶的老年女性，更易引發憂鬱或創傷性悲傷；而男性則在死亡率或生病率上高於女性；不論男女，喪親後半年內的創傷性傷慟可預測出癌症等重症；工作有助於遺族之保持身體健康；社會支持普遍有助於減輕壓力及心理健康；人們對死亡和悲傷往往表現出多樣的社會建構，暗示一個更寬容和彈性的喪慟氛圍之有待建立；公開溝通表達感覺，有助於家庭功能之增進；治療性團體的介入對喪親孩童特別有效；社會支持雖然重要，但必須「質重於量」，否則可能造成所謂的「無助」或「無賴」的悲痛者；大部分人仍逃避談論生死，教育上廣義（通識）或狹義（生死）課程的介入是重要的議題；喪親老人之孤獨是

---

\* 南華大學生死學系研究所教授。

最常被提到的困擾。

建議： 傷慟是一種正／負與內／外交織往復的心理歷程，未來研究方向為評估多項度變項之危險及保護因子，藉以闡明影響喪慟的可能途徑； 悲傷輔導之內涵為認知層面的「生命與死亡意義之探索與重新建構」、情感層面的「悲傷負面情緒之表達與接受」以及行為層面的「問題解決能力之學習與開展」。

關鍵詞：悲傷輔導

# **An Explorative Study of the Influential Factors upon the Grief**

Chang-Chu Pearl Ho\*

## **Abstract**

This is a literature review of the influential factors upon grief from 1995-2005. Factors such as physical, psychological, social, cultural and background were collected and analyzed. The findings are as following—

The elderly widows has higher risk of traumatic grief, while the male widowed has higher risk of dying and getting sickness.

In general, the traumatic grief of lost families within half year has higher correlation with the occurrence of getting cancer.

Work helps to maintain the physical health of the bereaved person.

Social support in general attributes to the reduction of the stress and the improvement of the mental hygiene.

Human being express divergent levels of social constructions, implying the necessity of the building of a more flexible atmosphere for bereavement.

Opening communication and the expression of emotions will helps to facilitate the functions of the bereaved families.

The intervention of the therapeutic groups proves to help the bereaved children the most.

---

\* Professor, Department of Life and Death Studies, Nan-Hua University.

Inadequate social support may produce the so-called “helplessness” or “overly dependent” bereaved.

Most people still have a higher tendency of avoidance to talk about death, therefore, More related courses are recommended to bring into the school and the community system.

For bereaved aged people, loneliness is the mostly mentioned disturbance.

***Key words:*** *grief guidance*

## 壹、前言

悲傷並不是一個新觀念；尤其在1999年台灣的921地震與2001年恐怖分子攻擊美國的五角大廈之後，大部分的人們都開始有了「悲傷是可以容許而且需要輔導」的基本了解。但到底要怎麼做才適當，是全民運動還是少數人才需要的服務？是表達談出來就可以達到協助的功能嗎？還有它的主要內容應包括精神科醫學的疾病觀（如佛洛伊德所提出的哀悼與憂鬱的相關，1917，1957）？還是社會學的文化觀，如Rosenblatt, Walsh與Jackson（1976）的人類學回顧研究，發現悲傷雖具有世界的普同性，但因為文化／人種之影響，而表現極大的差異性？亦或應採用心理學的壓力／成長觀，如Bowlby與Parkes（1970）等人的「麻木 - 追尋 - 沮喪 - 重整」之構念呢？

凡此種種，都表述出這個議題的廣泛性與有待發展性。甚至相關的影響因素尚包括性別與年齡差異，如Schut, Stroebe, Bout & Keijser（1997）等人之研究發現男性較能自表達中獲益，女性則需要建構問題解決之能力。而年齡差異如Lund等人在1989年的研究中則發現老人的悲傷雖然比年輕人少，但仍成為其憂鬱的主要原因。再者又如人格因素對悲傷輔導適應亦有影響，如Ainsworth等人（1978）所提出的依附論（安全、焦慮、逃避、瓦解）及其後Parkes（1998）對不同依附類型者的悲傷因應模式之觀察（如焦慮型依附傾向於有持續性悲傷；逃避型依附傾向於不能表達情緒；而瓦解型依附別有可能成為藥物、酒精或性濫用者）等。在在都說明「悲傷」本身的定義、內含與因應，其實應該是一個多向度的理論與實務綜合之模式。舉例來說，Siggins（1966）及

李佩怡 (2000) 定義悲傷 (grief) 為經歷痛苦時的情緒反應，哀悼 (mourning) 為個人因應失落的歷程，而喪慟 (bereavement) 則指個人經歷失落或被剝奪某些人事物的客觀狀態。釋慧開 (2002) 亦認為悲傷輔導之範圍應包括：心理治療、意義治療、催眠治療、民俗治療、宗教治療、藝術治療、音樂治療等議題。而張淑美 (2005) 對台灣地區大專院校323篇 (1970-2002) 生死學相關論文之分析研究中，亦發現有24篇主題為悲傷輔導之論文其研究方向之內容為：喪偶、哀傷反應、失落經驗、心理歷程、喪親等關鍵詞，可見不論定義、對象、內容或因應策略上，變異的情況都是很多的。

因此，本文之目的乃在搜尋與綜合過去到現在有關的重要中外文獻 (以1995-2006年間的資料為主)，並自生理、社會、文化、宗教及相關背景資料等五個向度來加以探索，希望藉此能整理出一個與悲傷有關的理論資料庫，以供日後進一步探討喪親 (bereavement) 與個人成長間之關係 (悲傷輔導, grief guidance)，並從而提出對既有迷思之解構與重構；因是之故，本文之重點乃在收集與整理資料，屬於文獻整理性質之初探研究。

## 貳、悲傷的定義、階段與工作目標

悲傷的定義 (引自葉何賢文, 2002) 係了解「悲傷」為一種痛苦、傷心的情緒表現，含有懊惱、絕望、心碎的感覺，而這種負面的情緒現象常與身體的疾病或失去親人有關。

Freud (1917, 1957) 亦指出悲傷 (grief) 是一個正常的過程，且象徵性的失落感能引起如同真實般的失落痛苦。依

照 Freud所說，哀悼 (mourning) 的特徵，包括極深地痛苦，對外面的世界不再感興趣，喪失愛的能力，和不再參與任何活動。其最原始的來源是與依附客體的分離。這類悲傷的復原，對大多數人而言，都是耗時又耗能的過程，只有在自我重獲自由時，哀悼的過程 (bereavement) 才算完成。另外，在某些人當中，相同的現象卻是變成以憂鬱代替哀悼而可能演化成所謂的「複雜性悲傷」 (complicated grief, 指與文化、關係、角色有關的悲傷, 見Prigerson et al., 1995) 或「創傷性悲傷」 (traumatic grief, 見Burnett, Middleton, Raphael & Martinek, 1997, 亦稱病態性悲傷, 屬DSM-IV臨床疾患的範圍, 有較大危險會導致生病、死亡、失功能或罹患與依附對象相似症狀的病痛)。

一般來說, Kuber-Ross於1969年所提出的五階段論, 即否認、憤怒、討價還價、沮喪到接受之說法, 雖仍可代表大多數人所經歷的悲傷歷程; 但不可否認的是其中還有很多變異的情況 (如有人如釋重負、有人終生無法超越對逝者之悼念等), 因此明確區分悲傷之階段與任務, 實際上是有困難的 (黃雅文等, 2006)。

Parkes和 Weiss (1983) 的貢獻則在識別三種主要病態性悲傷的類型和失敗的喪親復原有關: 未預期的悲傷, 衝突性的悲傷和慢性的悲傷。這也協助對所謂「高危險群悲傷者」的鑑定與介入模式之開展 (Parkes, 1998)。至於所謂悲傷的反應或特徵, Worden (1982/1991) 係由感受、生理感覺、認知及行為等四方面來說明。

- 一、感受方面: 會出現哀傷、生氣、罪惡感及自責、焦慮、寂寞、疲憊、無助、震驚、思念、解脫、鬆一口氣、麻木等情緒。
- 二、生理感覺: 胃部空虛、胸口悶、喉嚨緊縮、對聲音

過於敏感、呼吸急促、全身無力、缺乏活力、口乾及「去個人化」(impersonal)的感覺(覺得周遭人事物都不真實,包括自己)。

三、認知方面：不相信、思緒混亂、沉沒在思念逝者、覺得逝者仍在、短暫的幻覺。

四、行為方面：會出現睡眠困擾、食慾困擾、失魂落魄、社交退縮、夢見逝者、避免任何會憶及逝者的事物、尋找與呼喚逝者、嘆息、不休息地過度活動、哭泣,以及探訪某些地方及攜帶某些物品以讓自己回憶逝者、珍藏逝者的物品等行為。

此外,也有許多學者探討悲傷的過程,例如:Kubler-Ross(1969)認為瀕死的心理往往通過否認、憤怒、討價還價、沮喪、到接受五個階段;Rando(1984)整合過去對悲傷過程描述的概念,將正常悲傷的心理過程區分為三大階段—逃避、對抗及重新建立。這樣的區分目的不在於嚴格的劃分出悲傷屬於什麼階段,而是在瞭解每個階段有那些反應。

最後,一般對悲傷工作(包括輔導與諮商治療)的工作目標,主要是提供當事人一個安全支持的場域,使能於悲傷歷程中,表達失落感(釋放情緒),經歷個人的內在歷程,從而改變原有的認知架構(解構)、面對現實辨識與解決阻礙的衝突(連廷嘉,2001;聶慧文 2004),並以重構後的自我迎向前去。李開敏等的譯書中對於此點有很具體的描述,像是:協助生者體認失落;幫助生者界定並表達感情;幫助生者在失去死者的情況中活下去;將情感從逝者身上轉移;允許時間去悲傷;闡明正常的悲傷行為;允許個別差異;提供持續的支持;檢查防衛及調適型態;界定病態行為及轉介等,都是悲傷因應過程中,很重要的項目。(李開敏、林方皓、張玉仕、葛書倫,1995/2004;楊



雅愉, 2002 )

## 參、悲傷相關影響因素之內容

根據研究者設定的目標，有關悲傷之影響因素，大致上可分成：生理（健康與疾病）；社會（家庭與人際）；文化（迷思、禁忌與儀式）；宗教信仰（靈魂、輪迴）；個人基本資料（年齡、性別、經驗）、失落對象之基本資料（死亡方式、家中地位與當事人之關係）、失落類型（父母、子女、夫妻、手足）與生命階段（幼年喪親、成年喪偶、老年喪子）等部分，不過由於後二變項實際上是前述各變項的研究對象，而心理因素又與生理社會及文化有密切相關，因此實際上只能分成五部分來加以探討，茲說明如下：

### 一、生理（健康與疾病）因素

從文獻回顧（邱瑩明，2006）中，發現傷慟、悲傷、憂鬱、壓力對生理的影響，可自不同角度來加以探討。

#### （一）老年、女性或主要照顧者之角色

Murrell & Himmelfarb（1989）針對55歲以上老人（個案數不詳），分別研究遭遇三種不同之傷慟後的前後狀況。此三種傷慟分別是依附的傷慟（小孩、配偶、父母）、非依附的傷慟（手足、孫子、好友）以及其他失落。將失落事件發生前的健康狀況也列入考慮的話，傷慟和一般失落所造成的影響並無差異。所以，傷痛及失落事件似乎無關於之後的健康狀況，如死亡、健康事件或就醫情形。Fitzpatrick & Bosse（2000）探討有無工作對身體和心理的影響，以248位過去一

年內遭遇傷慟和262位過去二至三年內遭遇傷慟之受試來做比較後發現。雖然兩組結果無差異，但工作對兩組的身體健康都是有益的；不過對心理的健康狀態則無改善。Williams Jr., J. R. (2005) 對老年喪偶者的研究則發現容易產生憂鬱以及增加死亡率。而Charlton, R., Sheahan, K; Smith, G; Campbell, I (2001) 的研究分析100位老人喪偶前、後一年之健康狀態(病歷紀錄)時，則發現有看診次數增加、以身體不適所引起的服用藥物之數目增加，以及因心理情緒問題所導致的藥物服用數目也增加等現象。

另外，Thompson, Larry W; Breckenridge, James N; Gallagher, Dolores; Peterson, James (1984) 研究212位55-83歲之喪偶個案(喪偶後兩個月)和162非傷慟之個案做對照比較後發現：喪偶這組有較頻繁的看病和住院、較常生病、使用藥物較多、整體健康亦較差；且女性亦比男性有較差的健康自覺能力。

Brazil, K., Bédard, M., Willison, K. (2002) 則以151位照顧末期病人的家人(照顧者)為對象，於病患過世後一年內用電話訪問，並調查病人和照顧者的特性。結果發現：當病人和照顧者的年齡越大時，照顧者後來的健康狀態越差；此外，照顧者的生活作息被打亂亦和其健康變差之狀況有相關。較差的心理健康狀態和較少的支持系統，也都影響到照顧者的健康。Van-Eijk, J., Smits, -A., Huygen, F; van-den-Hoogen, H. (1988) 的研究是於225位過世者中，涵蓋了313位家庭成員(包括一箇以上之家屬)作為實驗組；對照組則是409位無家人過世的對象。結果發現，家屬罹病之比率(不論輕、重病)和家中死亡人數有關。輕病的發生多見於逝者是死於慢性病，而重病的發生則是和逝者之突然死亡有關。

此外，Grossi, G., Perski, A., Evengård, B., Blomkvist, V. &

Orth-Gomér, K. ( 2003 ) 使用Shirom-Melamed的疲憊問卷，找出43位得高分和20位得低分的女性。結果發現高分女性，有較高的TNF- $\alpha$ 和 HbA1C濃度。可見在女性當中，疲憊會加身體發炎反應及過氧化(老化)反應。而Chen,-J-H; Bierhals,-A-J; Prigerson, -H-G; Kasl, -S-V; Mazure, -C-M; Jacobs, -S ( 1999 ) 的研究則包括92位寡婦，58位鰥夫，於逝者剛住院及過世後六週、第6、13、25個月的訪視。結果發現寡婦有較高的創傷性悲傷和憂鬱。在第6個月所評估到的創傷性悲傷和憂鬱強度和之後第25個月的食慾不佳亦有相關。可見，因為性別上所導致的心理創傷不同，而間接造成其健康狀態亦有不同之影響。

總結這部分的資料顯示：喪親普遍會造成家人健康或心理上之負面影響。通常「女性」、「老年」及原先的「特質」(如個性、經驗、社會支持強度)在喪親適應上都是相關預測因素；輕病的發生多見於逝者是死於慢性病，而重病的發生則是和逝者之突然死亡有關；且老年喪偶的研究發現，當事人容易產生憂鬱以及增加死亡率。

## (二) 針對不同生理系統的影響情形

### 1. 對大腦生理的影響

Shalev, A. Y. ( 2000 ) 指出創傷性事件會暫時性地減弱大腦的「可塑性」(plasticity)，而造成神經元細胞無法回覆的變化，因而導致創傷性的壓力疾病。研究發現遭遇傷痛後兩年內生病和死亡的機率增加，而其中男性又高於女性。人類當中，亦已發現遭遇傷痛時，腎上腺活動會增加，並且免疫系統受到改變。從身心症的觀點來看，重大生活事件會影響腦內的神經傳導物質，進而產生身體方面的症狀。而情緒事件更會經由影響神經傳導物質和細胞受體而造成大腦長期

的改變。此外，以女性的重大感情事件探討悲傷時大腦內部活動的情形為例（Hall & Irwin, 2001），研究方法是利用特殊影像攝影的方式，以腦部的代謝程度來定義腦部的活動強弱。結果發現，在急性悲傷時，大腦中的前顳葉、前額葉、腦島、前扣帶回和小腦之活動度會降低，悲傷越強烈這些部位的活動度就越低。

總結這部分的資料顯示：從身心症的觀點來看，重大生活事件會影響腦內的神經傳導物質，進而產生身體方面的症狀。在急性悲傷時，大腦中的前顳葉、前額葉、腦島、前扣帶回和小腦之活動度會降低。悲傷越強烈，這些部位的活動度就越低。而相對的情緒及行為問題如憂鬱、焦慮、強迫、恐慌或過動等亦因此而產生。且遭遇傷痛後兩年內生病和死亡的機率增加，而男性又高於女性。

## 2. 對免疫系統的影響

Schleifer, Steven J Carstensen, Laura L. (Ed). (1989) 提到傷慟和憂鬱症都會影響免疫系統，而且和年齡、情感嚴重度有關。Lindstrom, T-C (1997) 研究對象是39位女性，喪夫後一個月和十二個月之評估。資料收集包括：因應情況、焦慮和憂鬱情形、主觀健康情形、免疫指標（免疫球蛋白、補體）。結果發現，因應和健康以及健康改變有強烈相關；因應、健康和焦慮彼此形成一個三角形的連帶關係。

Beem, E. E. c h, Hooijkaas, H., Cleiren, M. H. P. D., Schut, H. A.W., Garssen, B., Croon, M. A., Jabaaij, L. F, Goodkin, K., Wind, H., De Vries, M. J. (1999) 研究18位寡婦（喪夫三個月內者）的悲傷與生理健康之關係，對照組是10位有夫之婦。寡婦組再分為有接受悲傷諮商和無接受悲傷諮商兩組，七個月後追蹤之結果發現寡婦組比起有夫之婦有較高的淋巴球增生。但寡婦組內的有無接受悲傷諮商的這兩組，彼此間的免

疫指標和心理指標則並無明顯差異。另外，He, M. (1991) 的研究對象為45位親密家人死於公車意外之創傷倖存者，發現她們比正常人易得感染性疾病。血中的抗體和補體功能也受到抑制，但社會支持則可降低壓力對免疫的衝擊。

總結這部分的資料顯示：傷慟和憂鬱症都會影響免疫系統，而且和年齡、情感嚴重度有關。因應方式與能力和健康以及疾病有強烈相關，彼此形成一個三角形的連帶關係。社會支持則會降低壓力對免疫的衝擊。

### 3. 對感染的影響

Biondi, M. & Picardi, A. (1996) 探討心理壓力、人格、社會支持對細菌、病毒、寄生蟲感染的影響。過去一百年來的研究，已知心理因素是造成感染性疾病的原因之一，且已知是透過「神經免疫調節」機制來產生影響。因此，除了使用抗生素之外，未來可能還要考慮由心理或心理免疫等角度，來尋求新的治療處理模式。

### 4. 對心血管血液的影響

Zraggen, L., Fischer, J. E., Mischler, K., Preckel, D., Kudielka, B. M., Von Kanel, R. (2005) 等之研究發現急性壓力會改變血液系統之濃度，使血液凝固性增高，而造成心血管阻塞之可能性增加。O'Connor, M. -F., Allen, J. J. B., Kaszniak, A.W. (2002) 研究對象為10位傷慟者、10位憂慮者及10位控制組，比較其心跳、心跳變異性、憂鬱程度、因應方式。結果發現傷慟組比起憂鬱組或正常組有較快的心跳速率，而傷慟組中憂慮越多、被動因應越多者，其心跳變異性越小。其結論是：傷慟者的心跳變化來自於較嚴重的心血管系統影響，也就是所謂的「心碎現象」(broken heart phenomenon)。

而Roghi, A. (2000) 指出傷慟情緒所引發的交感和副交

感神經之間的不平衡，是引起心臟缺氧的原因之一。Bersay, C. (1996) 傷癩者的心絞痛形成原因，來自心理和生理複雜的交互影響，所造成的持續性變化。心理因素因為經由活化交感神經系統，而影響了冠狀動脈疾病的死亡率。因此，除了服用阿斯匹靈及運動之外，心理社會及心靈上的支持，對預防心臟病也是很重要的。

#### 5. 對神經系統的影響

Gupta, M. A. & Gupta, A. K. (2004) 研究重大生活事件和表皮異常感覺（麻、刺痛感、像東西在爬、癢）的關係，其結果發現，過去六個月內所遭遇的重大生活事件次數和表皮異常感覺有直接的相關。

#### 6. 對內分泌的影響

Morillo, E., Gardner, L. I. (1979) 發現傷癩引起甲狀腺亢進的原因，可能是因為憂鬱引起腦內的單胺類儲存減少，因而活化了下視丘、腦垂體和腎上腺系統，而造成免疫系統的監督功能受到抑制，使體內出現不良的自體抗體，破壞甲狀腺，引發甲狀腺亢進。

#### 7. 對生殖系統的影響

Fenster, L., Katz, D. F., Wyrobek, A. J., Pieper, C., Rempel, D. M., Oman, D. & Swan, S. H. (1997) 針對157位自願者，調查重大生活事件和精子品質（濃度、活動性、型態）之間的相關。結果發現工作壓力和重大生活事件的次數和精子品質並無相關，但親密家人的逝世會影響活動力佳之精子的數目。

#### 8. 對皮膚的影響

Kurzen, H. (2005) 則強調心理對皮膚症狀的影響，不能再單單用「身心症」一詞來帶過。作者發現這是經由腦部、神經、內分泌、免疫至皮膚一連串的過程而產生的影響。這

也是未來研究的一個新觀念。還有Picardi, A., Pasquini, P., Abeni, D., Fassone, G., Mazzotti, E., Fava, G. A. ( 2005 ) 研究545位皮膚科病人 ( 18-65歲 ) , 其中有38%符合DSM-IV的心理疾病診斷條件, 最多的是情緒疾患 ( 20% ) 和焦慮疾患 ( 16% ) 。也有48%接受DCPR診斷, 主要發現是具有易怒性格與type A行為。結果並發現, DSM-IV和DCPR的診斷, 都和較高的皮膚症狀分數有相關。

#### 9. 對整體健康的影響

Mor, V., McHorney, C., Sherwood, S. ( 1986 ) 利用全國安寧療護研究中的大量悲傷晤談資料來做分析, 結果發現在遭遇傷慟的家屬中, 近期看醫生的次數明顯增加, 但住院次數是減少的。而較明顯的預測指標是先前的健康狀態和是否和逝者為夫妻關係。Prigerson, H. G., Bierhals, A. J; Kasl, S. V; Reynolds, C. F III. ( 1997 ) 等之研究對象是150位喪夫或喪妻者, 評量時間為逝者住院時、住院六週時、過世後第6、13、25個月。健康情形是由個案自述及訪視者評估。結果發現: 喪親後六個月所存在的創傷性傷慟可預測出負面的健康情況, 包括癌症、心臟病、高血壓。最後, Chen, J. H., Gill, T. M., Prigerson, H. G. ( 2005 ) 針對200位老年傷慟者, 探討健康行為 ( 運動、飲食熱量監控、維他命攝取、每年健檢 ) 對於生活品質的影響。結果發現, 運動、飲食熱量監控及充足睡眠對健康情形有幫助。

統整這部分之資料可知: 傷痛經驗對吾人各部分之健康狀況, 都有直接或間接的影響。如死亡率、生病及服藥之比率增加, 大腦各部位之功能, 免疫及感染系統之分泌, 心血管疾病 ( 心臟病 高血壓及血糖 ), 皮膚病變 ( 各類型癬症 ) 及甲狀腺功能之失調等, 都可從上述研究文獻中之資料, 得到相關的印證。其中特別與本研究有關的部分有如下幾點:

傷痛經驗對身心健康之影響，受年齡及性別的影響極大。一般來說，老年人受到的影響最大，特別是喪偶半年內的老年女性，更易引發憂鬱或創傷性悲傷有關之反應，且罹患癌症之機率也較高；而男性雖不如女性易出現與心理有關之不良適應反應，但在喪親後兩年內的死亡率或生病率則高於女性；不論男女，喪親後六個月所存在的創傷性傷慟可預測出現負面的健康情況，包括癌症、心臟病、高血壓；研究也發現，慢性病逝者的遺族傾向於得到較輕之疾病，但無預期死亡逝者之家屬則傾向於得到重病；工作有助於遺族之保持身體健康，但不能協助其得到心理健康；社會支持普遍被認為有助於減輕壓力對免疫力之衝擊及心理健康之增進；健康教育之實踐，如飲食、運動習慣之改變，均將有助於遺族對悲傷之處理。

## 二、社會建構的影響（家庭與人際）

支持喪慟的社會建構主義之觀點是跨越歷史、文化、種族和悲傷不同形式的證明（Rosenblatt, 1976, 2002）。在何時甚或如何表達才被當成是適當的悲傷、喪親的個人要花多少的時間守喪，以及死亡改變日常生活的作息和互動到多少程度才算是異常悲傷一事上，有關的研究顯示：許多人類悲傷的內涵並非固定可以概括定義的。悲傷的不同，顯著地跨越了地方、時間和種族之差別（Rosenblatt, Walsh, & Jackson, 1976）。在如何理解死亡、未來與死者重聚的可能與否、伴隨死亡所出現的不同形式之情緒的意義、隨著親人死亡，說給自己和別人聽的話語之差別，以及相信與靈魂有關的事物之程度等資料上，不但相異文化之間有著巨大的分別，事實上就連同文同種的你 - 我之間，往往也出現極大之差異。幾乎可以說，只要是與死亡有關的明顯悲傷情緒之表達，就可



以觀察到有跨越世代、時間、階段與種族及文化上的不同。換言之，眼淚在不同性別、年齡與階層、文化、時間、地點與對象面前的含義，都有可能是不同的；此即所謂的「社會建構」主義重要精神之所在。

雖說如此，死亡似乎對各地的人而言，仍確定是一種痛苦的經驗。Rosenblatt et al. (1976) 研究世界各地78個文化的文獻證明，死亡似乎對每個文化的許多人而言仍然是困難的。此種痛苦往往透過眼淚、憤怒、個人混亂、哀悼、沮喪的侵襲、或有困難去從事某些死亡發生前的正常活動而表現出來。舉例來說，哭泣在喪慟時是很普遍的。這種發現確認了任何悲傷理論所聲明的：悲傷基本上是所有人類相同的經驗；但另一方面，也必須注意其中存有許多的變異性和不要誇大所有人類悲傷的共同性。舉例來說，Leavitt (1995) 曾描寫一個有關Bumbita Arapesh (巴布亞新幾內亞某一部落) 的年輕人如何計算著其因父親死亡而遭受的損失，像是沒有人再給他「人生之指引」等，這對照於目前西方文化中個人主義的生活經驗之立場，實在很難了解Arapesh人父子關係中之「良師益友關係」之真正內涵。此外，Hollan (1995) 和Wellenkamp (1991) 對於印尼塔拉加 (Toraja) 人悲傷之描述亦可作為一種參考。塔拉加人注重情緒的平靜，所以鼓勵喪慟的個人不要被死者過分干擾，但另一方面仍然保有死者透過夢境與生者保持連結之習俗。

鉅觀而言，不同社會間 (亦在社會內部) 對悲傷如何形成、形成的意義，以及抗拒形成的過程與後果之間，常存有極大的差異。例如，在高階層社會中往往透過服裝、行為、舉止表現出鮮少的公開悲傷，那是否意味著許多人感覺被迫公開地表現出「哀悼」，會比私人社會建構下的現實要更為緊張或困難？(Lerner, 1975) 換言之，人們對死亡和悲傷可

以表現出多樣的，甚至矛盾的社會建構——在公眾場合使用一個（或可能多個）建構，而在私下則使用另一個。或甚至可能用一生的經驗推動一種方式的悲傷（對照表面的另一種），並隨著死亡之持續採用各種豐富的互動和儀式（如百日內成親），無怪乎不同的文化在處理死亡一事上有廣泛的不同。依據Brison（1995）之描述，巴布亞新幾內亞的Kwanga族對歐美的許多人看起來可能是奇怪的一個部落。因為她們相信大部分的死亡導因於巫術之註咒，因之其死亡儀式比大部分歐美文化更為細瑣並須持續更多的時間（Rosenblatt et al., 1976）。事實上，在多重標準的結果下，有許多人知道無論他們在悲傷時做什麼或不做什麼，都將會被當前社會環境中某些人的標準判定為異常。這是否也暗示著一個更寬容和彈性的喪慟氛圍之有待建立？

而未來的喪慟理論與研究也應該考慮包括有取材自外來語言及文化的詞彙／辭典。例如，從Brison描述的Kwanga族（1995）我們可以了解「nogat bun」的意思是「沒有骨頭」，代表甫喪親者的一種麻木感。而從Lutz（1985）描述一個太平洋環狀珊瑚島的Ifaluk族，我們也可以學到「lalomweiu」代表遺族孤寂／悲傷和忽視其他關係的狀態。我們也可以納入Ifaluk族「fago」（指失落過後一種悲傷、愛與憐憫的混合感受）的觀念，唯有讓此種辭彙挑戰我們的心理學和社會學以及觀察悲傷的理論，我們才可能用更真實完整的方式觀察任何研究、教學和生活在一起的人的悲傷。

#### （一）悲傷與家庭

Bowen（1976）曾說：想要幫助一個遭遇家人死亡的家庭，必須了解家庭的型態、逝者在家中的地位功能，以及生活適應的程度。而李開敏等（1995）引用Vess, et al.,

( 1985 )、Davies, et al., ( 1986 ) 等人之觀點，亦主張影響悲傷過程及造成家庭分裂的因素包括：家庭生命週期的階段；逝者的角色；權力、情感和溝通模式；社會文化因素。由此可見，家庭是個互動單位，不把和逝者的個別關係及其悲傷放在整個家庭的運作網路來處理是不夠的。Shapiro ( 1994 ) 認為家庭系統中的適應歷程與自我規範，包括有維持持續性的穩 ( 恆 ) 定機轉與適應改變的變換機轉。較早期針對具極度困擾的家庭所做的研究，強調恒定性的機轉，最近越來越多的研究 ( Walsh, 1991 ) 則強調在改變和持續之間的平衡，是家庭在適應改變時，用來維持凝聚力和穩定性的重要因子。

另外，一個重要議題則是家庭世代論，亦即以家庭系統的觀點來看，未解決的悲傷不僅是家庭不健康關係的關鍵因素，也會使不健康關係在代間傳遞下去。Shapiro ( 1994 )、Walsh & Mc Goldrick ( 1991 ) 有關家庭系統的喪慟歷程文獻指出，愈是在世代間的生活圈有壓力經驗的家庭，它過去關係的圖像或模式就愈可能保存於現今所經營的關係中。Bowen ( 1976 ) 在Stroebe & Stroebe ( 2001 ) 所編輯的書中之看法則是：伴隨死亡而來的焦慮和壓力，雖會增加一個家庭的融合，但也有可能為了情緒穩定而依賴過分僵硬的結構，使關係轉換至一個較前更為封閉的溝通系統。Walsh & McGoldrick ( 1991 ) 因此建議藉由系統結構的觀點，討論與處理家庭的悲傷反應 ( 包含世代間及家庭生活圈 )，其內容可包括兩個主要調適工作：分享死亡的真實性與失落經驗的知識；重組家庭系統，使能重新投入其它的關係和新生活的追求。Walsh & Mc Goldrick ( 1991 ) 則強調當重新組織家庭系統時，公開溝通感覺的重要性。Kissane等人 ( Kissane et al., 1996a, Kissane, Bloch & McKenzie, 1997 ) 更自墨爾本的家庭

悲傷集群分析之研究 ( MFGS ) 中，從115個家庭中分析形成五種主要的家庭溝通的模式，分別是：(1)支持型；(2)衝突解決型；(3)鬱悶型 ( sullen ) ；(4)敵意型；(5)中等型 ( intermediate ) 。該研究之結論有三：(1)良好功能模式 ( 支持及衝突解決 ) ，相較於其它三者，顯示出較好的悲傷策略和功能適應；(2)良好功能的家庭較有凝聚力，使用較多的家庭因應策略，如分享的表達和相互支持，且容許差異；(3)中等模式的家庭 ( 在早期的研究中被定義為正常的家庭 ) ，在家庭凝聚力上，顯示中等的層級，但在達成新定位和控制方面，得到的層級則最低。

## (二) 悲傷的人際觀點

Strobe & Schut ( 1999 ) 對傷慟人際歷程的觀點是認為：

1. 悲傷是一種情感規則、自我認同及社會角色功能等人際策略的被破壞，此破壞的人際策略需要被復原；2. 悲傷是一種關係失落之情緒與認知的強化，必須對當事人被剝奪的慣常穩定性策略加以處理。

至於悲傷文獻的理論來源，主要是走一種由內心至人際心理之結構。像是最早由佛洛伊德觀點所延伸的客體關係或依附理論，都是喪慟歷程研究中的重要理論架構。John Bowlby亦廣泛的應用客體關係和依附理論在失落的研究 ( Cassidy & Shaver, 1999 ) 及孩童與成人的悲傷上。Ainsworth對陌生環境下的依附定義之研究 ( Ainsworth, Blehar, Waters & Wall, 1978 ) 更有助於驗證「安全依附連結到廣泛的發展性脈絡與結果」的假說 ( Bretherton & Waters, 1985; Cassidy & Shaver, 1999 ) 。Bowlby整合訊息處理理論和防衛的心理動力學概念，用以描述經驗到強烈的情緒與依附關係的破壞時，個體如何解離，以重新建立穩定的情緒狀

態。W. Stroebe等人(1996)最近的研究更已驗證「悲傷的成人依附模式，在預測婚姻喪慟歷程結果上的價值」。她們發現情感的孤寂與當事人最初的依附情結有關。最近的研究亦確認，親子間的互動經驗會影響傳遞下去。無組織或令人害怕的親子互動，根源於父母親本人無法解決的失落和情感解離，會導致孩童出現破壞性的依附(Lyons-Ruth & Zeanah, 1999)。最後，Stolorow(1999)主張，這些人際的破壞性，其特徵主要是出現一種所謂的「未解決的失落」，以有別於能夠「成功壓抑的悲傷」。

另一個重要的貢獻，是Horowitz所作的角色關係模式研究，它建構及測試喪慟歷程的心理動力學之人際觀點(Horowitz, Bonanno & Holen, 1993)。Horowitz視喪慟歷程為一個壓力反應的徵候，在這個徵候中，藉由關係互動所建立起來的自我基模，被死亡及其情境所挑戰。透過這些觀點，喪親高度地破壞了相關的自我認同(self identity)與情緒控制的人際策略，並粉碎了有賴於早期關係經驗與成人經驗連貫的自我建構的持續性。孩童與成人的個別悲傷反應，可被重新定義為內在主觀的溝通協調與象徵，用以重新穩定因死亡所導致的自我與他人間的關係之破壞。最後David和他的同事們(David, Nolen-Hoeksema & Larson, 1998)的報告指出，瞭解死亡及其情境的介入焦點或許與增進當事人的短期調適有關；但要變成因死亡而獲利，則必須與當事人長期的調適有關。

回顧以上所提出的一些關鍵要素可知，為求達到個人與家庭在親人死亡後，獲得更多有利的人際重組，必須介入以下之策略(Shapiro, 1994, 1997)：喪親者需要對家庭每日常規實際有用的社會支持，如：照顧小孩、或是理財等，以處理日常生活中的紛擾；重建家庭穩定的機制，像是公開

表達情感，在心理動力以及悲傷模式的階段任務上都有極高的價值。反過來說，壓力及阻斷越強烈，社會的支持越少，家庭的成員就越可能依賴個人之防衛性反應來因應，從而限制了調適及成長的靈活性。此處，介入的重要在於以系統及個人性評估和合作計畫來減少壓力源，確認現存與新的資源會有助於增加適應或整合的可能性，以改變環境。此類多向度的系統治療，已被應用在犯罪青少年的介入並得到改善結果之證明 ( Henggeler, et al., 1995 )。Kissane等人 ( 1997 ) 亦提及，有用的家庭介入可幫助探究和擴展家庭的溝通、凝聚力，以及分享失落的故事與故事的意涵。一般來說，治療性團體的介入對喪親的孩童特別有效，特別是當伴隨著可提升父母反應的介入時更是如此 ( Baker, 1997 )。由此可見，這種加入社會與擴展家庭脈絡的人際方法，是改善喪親痛苦及提供悲傷後的生活適應及成長最好的結構。

### 三、文化 ( 迷思、禁忌與儀式 )

Parkes ( 1997 ) 等人之觀點認為，文化泛指國家或群體整體的與思想行為有關之生活方式，其內含包括物質與精神兩種層面。而精神層面之文化又包括認知與規範性文化兩部分。前者包括文字、語言、宗教、價值甚至社會意識等內含；後者則包括風俗、習慣到法律等社會之期望與行為之準則。因此，可以說在一個喪亡或殯葬的過程中，每一個社會中的人都往往情願或不情願地成為這整個複雜社會網絡中的一個演員，並按照該特定文化環境之脈絡，扮演與角色相稱的行為、語言及反應 ( 林綺雲，2004 )。

Kleima對台灣地區中國人的死亡研究發現，人們即使面對自己的死亡時也不願正視，往往任由家人處理 ( 引自陳新祿譯，1994：165 )，他的假設是中國人之所以在心理語言上

不做細分或對死亡的表達模糊，可能是為了減少焦慮、憂鬱、恐懼等感覺的強度；而張珣（1989）的發現則是中國人之所以有高比例的身心症，可能與文化中情感表達之壓抑性（禮貌及修養）與缺乏心理語言之使用習慣有關。Romanoff 和 Terenzio（1998）則建議成功的悲傷儀式需要同時闡述內心的自我轉換，社會地位的轉變，以及在集體的脈絡中與死亡連結的延續。他們更進一步主張，一個有用的文化儀式會闡述隨著時間而演化的悲傷樣貌，而不僅是死亡後的那一段短時間而已（Klass, Silverman & Nickman, 1996）。

文化人類學家 Metcalf & Huntington（1991）則以「刺激闕」的概念，去陳述喪親者在喪親期間生理與社會的轉換經驗。雖然傷慟歷程的儀式為悲傷中的家庭提供有意義的支持，但有時個人需求與外在期望之間卻可能是有衝突的。例如在北美文化中，強調的個體獨立，放手與繼續過下去，社會的氣氛會期待悲痛的個體迅速恢復。其他的文化則強調集體的自我（Tedlock & Manheim, 1995）和精神及心理在死與生間之持續，這種做法則有可能使悲傷延長。

蔡文瑜（2000）對女性喪偶者的悲傷調適歷程研究發現：充足的社會支持的確有助於個體的悲傷調適，但是 S. Cohen 和 T. A. Wills（1985：349-350）則認為，支持系統不見得都可以發揮緩衝壓力的功能，因為它需要：(1) 當事者必須能夠覺察到具有功能的支持，才能減緩其承受到的壓力；(2) 可獲得的社會支持必須達到當事者所滿意的品質要求；(3) 可獲得的社會支持必須符合不同個體或團體對支持的不同需求。根據這樣的觀點，得知悲慟者所需的支持，必須質重於量，否則有時可能適得其反地擴大其複雜的悲傷反應。而這樣的可能性，一般而言常發生於以下的兩種狀況：(1) 被視為無助的受照顧者；(2) 被視為無賴的受照顧者。以下簡單說明之。

### (一) 被視為無助的受照顧者

Sanders (1989: 17) 認為，悲慟者所獲得的二次酬賞會決定其悲傷調適所選擇的方向，M. E. P. Seligman (1975: 93-94) 則提出「學得的無助」一詞，用以指稱個體相信自己缺乏能力改變事情的結果，而這樣的狀態甚至可用以解釋悲慟者的一些反應與症狀。例如，當悲慟者無法有效抽離自我對逝去者所投注的情感時，逐漸年邁的事實加上生理的病痛，將使個體傾向於依靠別人的關懷。此時，悲慟者若受到社會支持網絡持續增強與悲傷有關的行為，則個體的悲傷反應可能會延長或誇大，並傾向於採取一個生病的角色以因應失落，因為更多的照顧與情緒上的依賴可替代悲慟者因失落所留下的空缺。

### (二) 被視為無賴的受照顧者

除了悲慟者本身可能基於某些原因，拒絕在公開的場合扮演悲慟者的角色（如不被社會所承認的關係），或是避開一些會提醒壓力的支持來源（如婚姻幸福的朋友），而讓自己面臨相對減少的支持外，個體常因為所處的文化或情境脈絡中，情緒性支持的提早撤退或是提早被鼓勵回到正常的活動，而處於退縮的狀態中，無法完成自我的悲傷調適。根據 Maddison 和 Walker (1967) 的研究發現，處於高度危險群的女性喪偶者，常覺得她們沒有足夠的機會表達悲傷、憤怒或罪惡感等情緒；而且一旦當她們想談到逝者時，她們是被周遭的人推向一旁的（引自 Sanders, 1989: 144）。此外，Parkes (1996: 151) 也發現在十三個月（一年）內與親戚或朋友互動最少者，心理上比較容易不安。

由此可見，悲慟者之所以面臨社會支持不足或減少的挑戰，往往是因為周遭提供照顧的人，隨著死亡事件的漸行漸遠，自然會相對減少照料的行為。同時，照顧者也會期待悲



慟者能走出悲傷，如果個體仍然沈浸在悲傷的反應，照顧者會開始假設對方裝病，或是處於一種不正常的悲傷反應，並因此失去照顧的耐性。在此情況下，個體因為處於被期待恢復的壓力中，悲傷反應反而因此受到壓抑，無法展開正常的調適歷程。

總結來說：正因為影響發展結果的複雜性與獨特的結構配置人人不同，我們需要一個允許研究中可測量變異的模式，如多變項研究之介入。可預期的是，未來將有更多評估多向度變數之危險及復原因子的縱向研究出現，藉此來闡明文化對於影響喪慟的可能途徑。

#### 四、宗教與信仰（靈魂、輪迴）

最近，蔡明昌（2006）對300位大學生是否具有來生信念的研究顯示：大學生信仰佛教及道教（民間信仰）者在「審判與苦難」及「轉世與佳境」分量表的得分顯著高於無宗教信仰者；而信仰基督教及佛教者在「與神同在」（佳境）分量表的得分，顯著高於無宗教信仰者；另外，信仰道教（民間信仰）者在「漫遊人間」（審判型）分量表的得分，顯著高於信仰基督教及無宗教信仰。綜合言之，「猶疑型」（不確定型）係對來生的各種敘述都抱持著「可能有也可能沒有」信念的人，此類型所佔人數比例最多（100人）；「鄉愿型」則是對來生的各種敘述抱持著「很可能有」信念的人（28人）；「審判型」（57人）與「佳境型」（23人）則均肯定死後世界的存在，所不同者，「審判型」係認為來生的正向或負向境遇取決於審判之後的結果；而「佳境型」則認為死後可直接進入一種與神同在或豁然開朗的美好境界；至於「鐵齒型」（37人），基本上並不相信死後世界的存在，

但對於死後是否真的絕對的「神形俱滅」，則未能十分肯定。

由此可見大部分的大學生（153人）對此議題抱有半信半疑的立場，但是在懷疑中又傾向於相信的可能。而在這種相信中，因果觀（審判）與交換觀（做法事改運）似乎是大家很習以為常的風俗。相對之下，只有很少比例的大學生是因為基督教信仰而得到美好天堂的樂觀信念。就此而論，時間雖已過了二十年，但大學生的宗教信仰與來世觀似乎並沒有很大的變化。這代表的到底是文化信仰風俗的影響力之大之深，以致於物質改變容易而精神改變困難？或是有其他的解釋方式，尚有待更進一步的探討與澄清。但無論如何，它都指出一個重要的事實：即生死教育廣義（通識課程）或狹義（生死課程）的介入大學生的人生觀或生死觀之教學或內含中，已成為今日「個人 - 物質主義」嚴重的時代精神下，不容再輕忽的議題。否則難保在其遇到悲傷有關之議題時，不繼續出現前面相關學者研究所發現的問題（不願面對、身心症、缺乏適當詞彙等）。至於各宗教對悲傷輔導所持有之構念，原則上當然受到教理之主旨差異而有所不同，以下先簡介其要旨如表1（釋見蔚，2006）。

表1 台灣最常見的三種宗教之特色

|      | 道教    | 佛教                 | 基督宗教            |
|------|-------|--------------------|-----------------|
| 基本聖典 | 道德經   | 三藏十二部              | 聖經              |
| 宇宙觀  | 道     | 緣起法                | 上帝創造            |
| 人的形成 | 精、氣、神 | 因緣和合〔心色法依存〕        | 亞當、夏娃           |
| 人生哲學 | 養生成仙  | 解脫生死、菩薩萬行          | 信望愛             |
| 生命觀  | 只有一世  | 輪迴觀                | 只有一世            |
| 靈魂觀  | 三魂七魄  | 不落入主體說，不談靈魂；生命如何流轉 | 靈魂不滅：靈——最深的部分，如 |

|      | 道教                   | 佛教                       | 基督宗教                                       |
|------|----------------------|--------------------------|--|
|      |                      | 則以阿賴耶識解說；<br>生命過渡則有中陰之說。 | 良心、直覺、與神接觸的媒介。<br>魂一指人的心思、情感、意志、精神，包括心理層次。 |
| 死後世界 | 諸仙修煉—天界。<br>販夫走卒—冥界。 | 依業力而六道輪迴<br>發願往生佛國淨土     | 天堂、陰間（與上帝同在、罪人下地獄）                         |
| 人生目的 | 得道成仙                 | 滅苦之道、累積波羅蜜               | 傳揚福音                                       |
| 終極關懷 | 神仙信仰                 | 得解脫（涅槃、佛國進駐）             | 回歸天國                                       |
| 視生死  | 自然的事                 | 因緣果報                     | 信主得永生的開始                                   |
| 喪葬儀式 | 超度亡靈／薦亡真形            | 超度亡靈／離苦得樂                | 追思彌撒                                       |

另外，天主教的死亡觀，依項退結（1994/2000）的觀點，主要可包括幾點，也就是：人生祇活一次，最終之禍福由自己決定；靈魂不滅；信仰耶穌的善人，將與之結合於「奧身」之中，死後其靈魂與肉體立即以異於世間之型態復活。即使需要改正汙點處於永恆世界的人，也可能在一瞬間完成（新約重新詮釋的觀點）。在這種信仰之下，我們可以預期，天主教的死亡觀將可積極強化信徒在世時的行善動機，與面對挫折時忍耐及挑戰困難之勇氣。同時，也因為死亡充滿了幸福及光明的許諾，所以中國人信仰中的輪迴轉世或審判之說通常所帶來的恐懼或壓力感，對天主教的信仰者來說，是免疫的。當然，其前提是要能相信耶穌復活的『奇蹟』。此部分之資料，部分解說了蔡明昌研究發現之背景因素；簡言之，可視為是一種東西方文化精神之對照與反

映。因此，在偏向東方的思考中，人須為其行為負責，一切都是因果循環的，而且還有來生之可能；但對於基督教系統的信念而言，則是以一生為單位的生活方式，沒有輪迴，因此更需要善用此生。這兩種基本理念上之不同觀點，當然會影響其對死亡之看法，乃至於對悲傷之反應。對前者而言，似乎更多了一份擔心或懸念，像是擔心死者的去路或期待夢中再見；而對後者而言，則比較容易接納事實與安心放手（因為已重歸主懷）。再者，由於典型中國人之宗教信仰，基本上為「儒 - 釋 - 道」三大系統之融合，因此在討論宗教對信仰之影響時，不能不先深入了解一下其融合之軌跡。李豐翎（1994/2000）的觀點，稱之為「中國式佛教」，意指融合儒家慎終追遠、遵從社會禮俗與規範（優點是社會安定，缺點是禮教吃人）；佛家因果循環、因緣聚散、輪迴受生（優點是心靈規範，缺點是宿命論的悲觀）與道家成仙變鬼、改善歸過（優點是有解決問題之希望，缺點是落入迷信）等概念整合而成的既和諧又衝突的生死觀念與習俗。

總結可知：大部分中國人的信仰，經過幾千年文化的自然交融與洗禮之後，已成為不折不扣的「變色龍」：不屬於任何一個系統而又與任何系統都有關。在這種情況下來談悲傷輔導，其情況應更為複雜，而原則應更為彈性，則是可以確定的。

## 五、相關背景資料（年齡與發展階段）

### （一）老年人之喪痛

身為老人之傷慟，根據文獻資料顯示傷慟對老年人之影響，約可包括如下幾項：

#### 1. 生理功能之衰退（Hayflick, 1994）

亦即自我修復的能力下降，一旦生病，則較不易康復，

並且調適能力也明顯減少。

### 2. 人際關係的依賴性增加

如Hansson & Carpenter (1994) 之研究指出，老年人隨著疾病造成的虛弱導致每日生活的依賴性增加；換言之，一個家庭成員的死亡會影響整個家庭必須隨之產生調整。

### 3. 情緒調整

Aldwin, Sutton, Chiara & Spiro (1996) 等之研究顯示，與年齡相關的生活壓力之評估與情緒是如何被經驗的及處理的模式，有明顯的差異。一般來說，年齡大的人，生活較傾向於窄化，因此有可能被認為是「趕不上時代的人」。但Aldwin等(1996)之看法則是老年人從經驗中已學習到如何去阻止或預防未來的困難，因此具有應付挑戰之能力。

喪親老人之傷慟根據文獻，喪親老人之傷慟又可分為幾類：

#### 1. 喪偶的傷慟

Lopata (1996) 認為老人配偶的死亡失落感往往大於一般彼此深愛的夫妻。這主要是因為許多重要的角色，當老伴死亡時都會消失，這些角色通常都被拿來定義我是誰及個人自我價值感的回饋來源，這個來源即使在死後仍是持續著 (Moss & Moss, 1996a)。不過研究也發現，許多不同的因素能影響喪偶調適。例如孤獨是圍繞在大部分寡居生活中最常被提到的事情 (Lopata, 1996; Lund, Caserta & Dimond, 1993)，特別是許多寡居者在小且封閉的社群裡單調的生活著，沒有勇氣去學習新的技能或發展新的支持關係；而且雖說老年寡婦的內在傷慟經驗比年輕寡婦或許較不劇烈 (Sanders, 1993; Stroebe & Stroebe, 1987)，然而連結情緒與生理痛苦的哀傷，有時是以更緩慢下降的方式瀰漫在喪偶老人的周圍 (Sander, 1981; Thompson, Gallagher-Thompson,

Futterman, Gilewski & Peterson, 1991 )。

## 2. 喪子的傷慟

如果說父母被預期先於他們孩子而死亡，應該是沒人會反對的 ( Rando, 1986 )；但事實上，有四分之一大於65歲的女性被預估與她們生活在一起的兒子將死於她們之前 ( Metropolitan Life Insurance Company, 1997 )。因此，對一個成 ( 老 ) 人而言，孩子的死亡會導致更強烈的反應像是絕望、身心症、憤怒及罪惡感 ( Cleiren, 1993; Hays, 1994 )。

## 3. 手足死亡

由於通常較少的老人會與手足住在一起，因此也很少看到圍繞手足聯繫與傷慟而進行的悲傷輔導 ( Bedford, 1994; Moss & Moss, 1989 )。因此，手足的死亡對老人而言可能不是一個重要意義的失落 ( Cornoni-Huntley, 1990 )，也鮮少獲得社會的支持 ( Rosenblatt & Elde, 1990; Walter, 1996 )。不過，Hays ( 1994 ) 的研究仍發現喪失手足與喪偶所表現的功能與認知狀態沒有什麼差異；而Perkins & Harris ( 1990 ) 亦指出曾經喪失手足比未曾喪失手足的中年人，健康問題較差；而Moss & Moss ( 1989 ) 的研究則指出，持續與死者保持聯繫一事，在手足的死亡輔導中，是被建議的一個作法。

## 4. 孫子的死亡

Fry ( 1997 ) 對加拿大祖父母的喪親研究 ( 平均年齡65歲 ) 發現，其悲傷程度相似於一個小孩的死亡；出現強烈的情緒不適、倖存者的罪惡感、痛惜死去的小孩與需要再重構活下來的家人關係。Rando ( 1986 ) 的發現則為祖父母傾向於控制他們對孫子的悲喪與傷慟行為，卻屈從於對自己已成年孩子的悲傷。同時他們在失落的沉痛中往往還企圖保護他們的孩子，並且堅持自己身為父母親的保護角色。

## (二) 成人父母親之死亡

在研究上較少出現成人子女對父母的傷慟會較長且較強的過程。雖然大部分父母親之死亡在人生旅程中常是突然發生的，但非常老的父母親之過世，常被視為是解除病痛或負擔的自然之道 (Marshall, 1996)，較少喚起他人的悲傷。雖然如此，仍有一些相關因素值得探討。

### 1. 死亡情況

Lynn (1997) 認為一位父母親的死亡與其生前的生活安排及生命末期的生活品質有關係。Moss, Moss, Rubinstein & Resch (1993) 近年來針對單親寡居的孩子在父母生命最後一年裡的生活，有四種方式被探討：與孩子同住家裡；護理之家；相對獨立的父母；距離很遠的父母。結果發現：地理距離不會降低父母與小孩聯繫的品質。而Pruhno, Moss, Burant & Schinfeld (1995) 的研究指出，大約有二分之一 (46%) 的成人孩子表示，對於死亡的調適時間，超出他們當初的預期且更加困難。而對老人痴呆症的家庭照護提供者而言，他們的傷痛之所以不具壓力性是因為這老人被認為早已逝去 (Aneshensel, 1995)。

### 2. 對自我之影響

Douglas (1990)、Scharlach和Fredriksen (1993) 等人發現一個與上述資料矛盾研究結果，證實父母死亡對孩子會造成憂鬱及個人能力的感受影響。失去父母親的經驗會緩衝對抗人生終有一死之最後恐懼，並普遍感受到個人有限性的增加。

### 3. 社會結構

Hochschild (1979) 認為，其他人的期待在社會結構的感覺與情緒表達上扮演一重要的角色。Klapper, Moss, Moss &

Rubinstein (1994) 的發現是，當事人他們會嘗試去避免「自私的哀傷」，例如癌症之父母為了孩子的需要而勉強存活。Nadeau (1998) 則強調，成人子女通常會暗自評估比較自己與其他手足之間的反應。Umberson & Chen (1994) 則指出父母與子女間性別的角色，被發現在父母死亡的反應中有明顯的重要性。例如傷慟的兒子被期望要能強調控制、行動、認知與隱私 (Moss, Rubinstein & Moss, 1997)，這與對傳統傷慟女性所強調的關係失落、社會支持價值與情緒分享表達的反應是不同的 (Martin & Doka, 1998)。

#### 4. 放手

放手造成一個情緒強烈的困擾感覺，緩衝對抗死亡的失落、導向對死亡之接受及照護者或父母親經由痛苦結束而感覺到紓解。一般來說，成人 - 小孩的連結在母親喪子之痛的情境下，放手是最困難的。大部分的母親在孩子死亡之後，仍堅持與持續對失落賦予意義 (Horacek, 1991)。就此而論，不管是孩子想要重整個人的自我模式還是切斷父母的期待 (Pincus, 1974)，或是結束與結合令人欣慰或痛苦的記憶 (Umberson & Chen, 1994)，都是傷痛過程的一部分。

### (三) 父母喪子及生命週期的反應

關於父母與小孩的連結，Anthony & Benedek (1970) 的描述可說是一針見血：「夫妻間依附關係目的是為了確保孩子能在世界得到妥善照顧」。不僅如此，Lopata (1981) 還說：父母的婚姻關係也可能影響到孩子對自我價值的認同。的確如此，Oppenheim, Koren-Kane & Sagi (2000) 的研究亦指出：父母在孩子誕生之前，就已開始經歷身為人父母的情感體驗，並開始建立與尚未誕生孩子彼此間的情感認知藍圖。而Belsky (1988) 更進一步描述其內容為：在父母的生



命週期中，無論是愛與攻擊、幼稚與成熟的性、合作與競爭、希望與沮喪，這都將會影響到親子間的依附關係。實際研究中，喪子經驗的研究又可分為幾部分來介紹：

### 1. 年輕父母對未成年子女

近期喪子的母親會產生高度的焦慮，較負面的看法和較低的復原力。非近期喪子和從未喪子的母親則沒有什麼分別，和近期喪子的母親相比，她們的憂慮較少，看法較為正面，且對於生活中的打擊有著較高的復原力。至於關係部分，對已故子女不變且強烈的依附關係，幾乎是所有喪子母親的特徵，近期喪子的母親表現得更為明顯。

### 2. 中年父母對成年子女

喪子父母明顯地比未喪子父母更為焦慮。喪子四年的父母比未喪子的父母承受更多情感上、身體上、社會上及心理上的悲痛。至於喪子十三年的父親，則表現得和從未喪子的那一組相似，而母親則和近期喪子的那組相似，可見父親的恢復較快，而母親則似乎成為一生的烙印。在關係上，對已故子女不間斷的掛念和情感上的牽連，是所有喪子父母的共同特徵。而將喪子父母和未喪子的父母相比的話，喪子父母對於他們已故的子女有較多正面的評價。這部分有時會照成與在世子女之間關係上的困難。

### 3. 年老父母和較年長子女

喪子四年的那一組父母，在十年之後逐漸轉移了失去子女的哀痛，悲傷逐漸減少，且喪子所造成的功能上和關係的影響也逐漸減低。喪子十三年的那一組，在十年之後則沒有很明顯的改變。當喪子父母回顧過去時，一部分的父母親會惋惜自己把大部分的精神都投注在已故子女身上，而不是仍在世的小孩。很多喪子父母覺得和已故子女之間持續不斷的情感依附，會使得他們無法將全部的精力投注在其他不斷成

長與改變的家庭成員中 (Lopata, 1981)。

由此可見，喪子經驗中的危險因素通常包括幾項：無預期死亡；孩子在年紀較大時過世（父母年老時）；父母的悲傷模式會影響在世的孩子對於失去手足的哀悼過程。至於其減輕因素則包括：家人之支持；自助團體的幫助；諮商及精神治療；積極的支持（解決問題和其它有幫助的援助）；情感上的支持（願意傾聽）（Schechter, 1994）。

## 六、喪親因應與個人成長

喪親經驗，幾乎對每個人來說都是痛苦不快的經驗，甚至也有少數的人終生無法走出其陰影；不過，幸好對大多數人而言，仍是一個有正有負的成長旅程。以下將分別介紹一些相關的研究論點。

首先澄清一下壓力與因應的定義：Lazarus & Folkman (1984) 認為它是個人改變思考或行為，以應付外在與內在壓力情境之做法。她們後來又擴展成為一個壓力與因應的模式 (Lazarus & Folkman, 1986)，內容包括：事件—評估（重要程度）—因應（問題導向對情感導向）—事件結果（好或壞）—情緒反應（正向或負向—以意義或維生為基礎的因應）。就此而論，不論是個人人格之組成、先前的失落經驗、與逝者關係之品質，甚至社經地位，都可能對其因應能力與策略，造成影響。依據Stroebe & Schut (2001) 在其喪慟因應模式文獻回顧一文中之資料顯示，喪慟因應的理論與模式約可分為四種：一般生活事件理論，其內含包括認知壓力理論 (Lazarus & Folkman, 1984)、情緒的開放與宣洩 (e.g., Pennebaker, 1993) 以及人生觀與意義的重構 (e.g., Janoff-Bulman, 1992)；一般悲傷有關之理論，其內含包括

心理分析理論 ( Freud, 1917, 1957 )、依附理論 ( Bowlby, 1980 )、心理社會轉換論 ( Parkes, 1996 ) ( 悲傷之修通 ) 與雙軌模式 ( Rubin & Schechter, 1997 ) ( 自依附轉換與復原 )；與喪慟有關之特定模式 ( 從內在走向人際之觀點 )，其內含包括任務模式 ( Worden, 1982, 1991 )、認知歷程模式 ( Nolen-Hoeksema & Larson, 1999 ) ( 認為修通包括四個任務，即默思、分散注意力、正向心理狀態、面對/逃避 )，累加 ( incremental ) 的悲傷模式 ( Cook & Oltjenburn, 1998 ) ( 指悲傷團體家人間內在的平衡與統整 )、悲傷的新模式 ( Walter, 1996 ) ( 悲傷團體家人的傳記建構或重構 ) 與意義重新結構模式 ( Neimeyer, 1998 ) ( 指了解當事人之信念系統、悲傷之內涵、協助當事人了解悲傷是為自己做的事、從而重新定義意義並將之置放於社會性脈絡之中 )；統整模式 ( Bonanno & Kaltman, 1999 )，其內含包括四成份模式 ( 評估、評鑑之歷程、改變情緒規範之象徵為由負轉正 ) 及雙歷程模式 ( 面對/逃避、復原導向、正面/負面的意義重構與認知之控制 )。

上述的模式，雖然琳瑯滿目美不勝收，但總括其內容，實際上可視為是一種正/負與內/外交織，來回往復的心理歷程。這個事實，Stroebe & Schut ( 2001 ) 便曾試圖以一個圖表的方式，表達出來，如圖1。

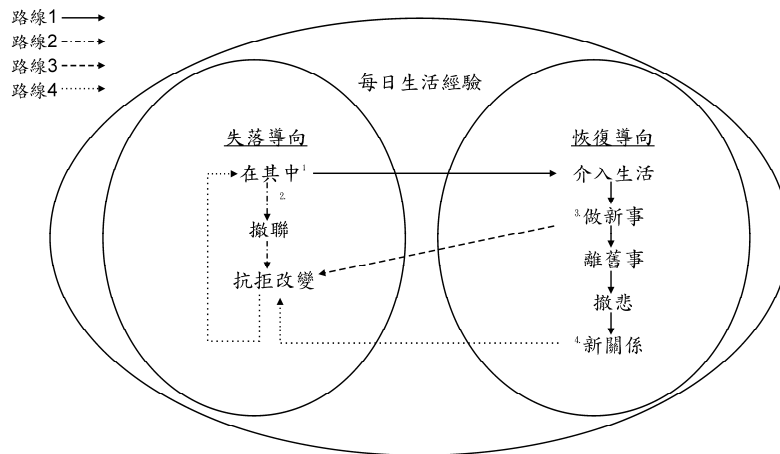


圖1 因應傷慟雙軌歷程模式

資料來源：DPM, Stroebe & Schut, 2001，孔惟瑜整理。

由圖1可發現：因應的歷程事實上是一個雙軌模式，一方面悲傷使人沮喪與消沉，另一方面，它也使人有機會與逝者真正相隨，並在深沉的孤獨中，重新走出新路。就此而論，吾人並不需要急於減輕對方的悲傷，反而比較更有意義的，是在陪伴中揣度對方此時之狀態，以便及時做出適合對方需要的反應或介入。Moos & Schaefer (1986) 的研究發現：隨著危機事件，個人可經驗到近程和終極的兩種結果；近程結果包括：社會資源的提升，包括與家庭和朋友間更好的關係，並且發展新的知己和支持網絡；因應技能的提升，有能力去調整影響，尋求幫助，並且用合乎邏輯的方式去思考和解決問題。終極結果則是個人生命品質的提升，如增加自我了解，同理心，人生觀及死亡觀的更形成熟和利他性增加等。Simon & Drantell (1998) 之看法則是個人在喪親經驗中所得到的成長，經常表現在增加的獨立性，自我信賴和自我效能；同時出現更多的智慧、成熟、同情並理解其它人；改

變對生活的洞察並開始或加強對宗教上之信仰。

Schaefer & Moos ( 2001 ) 的研究，則更統合成人與兒童兩種群體，以探討其對不同喪親對象之正向或負向之反應，如圖2。

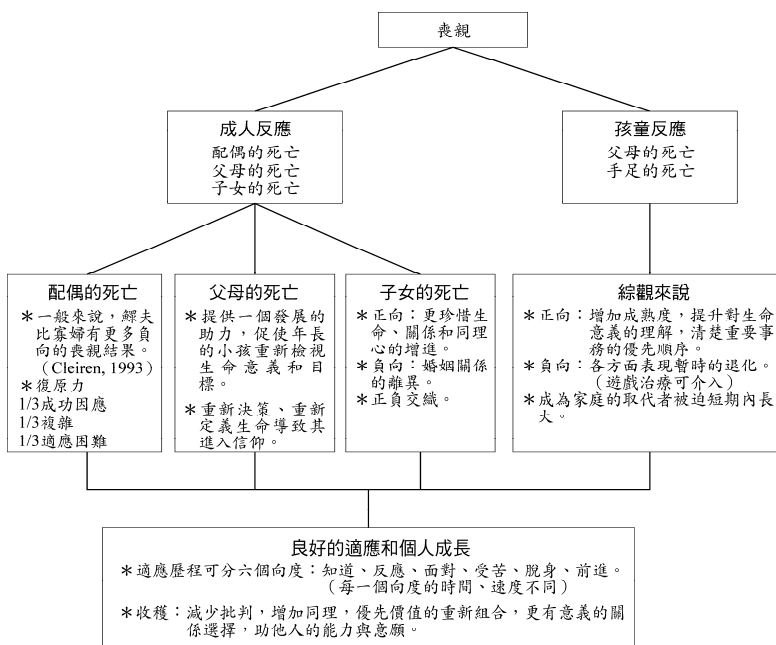


圖2 悲傷經驗與個人成長架構圖

資料來源：Schaefer & Moos, 2001，陳麗娟整理。

由圖2可發現，一般來說，鰥夫比寡婦有更多負向的喪親結果 ( Cleiren , 1993 ) 。不過，更老的倖存配偶則是較具有彈性。他們往往覺察到失去配偶是個人成長的一個機會，而表現出正向的因應技巧，促成更多的自信感 ( Lund, 1989 ) 。 Thomas, Digiulio, and Sheenan ( 1988 ) 發現相較於沒有喪親經驗的人，寡婦有較高的自尊和幸福感。Arbuckle

and de Vries (1995) 研究人在失落之後其長期的適應上發現，相較於結過婚但沒有喪親經驗的成人，寡婦顯示了更大的自我效能。隨著分離或離婚，女人在自我效能的增加和獨立上與寡婦們經驗到相似的改變 (Nelson, 1994)。Moss (1989) 聲稱父母的死亡可以提供一個「發展的助力」，促使年長的小孩重新檢視他們的生命和定義，修正目標，同時由於分享他們的悲傷而與其手足更親密。在一項失去父母之大學生的研究中，Schwartzberg and Janoff-Bulman (1991) 發現喪親普遍的改變學生的信仰和世界觀；45%重新訂定他們的目標，35%對生命有更深度的了解，30%質疑他們個人原先的價值觀，30%則變得篤信宗教。

Shanfield與Swain (1984) 的研究中注意到在兩年前於交通事故中失去青年孩子的父母們，提到在孩子死亡後的一年促進了婚姻和家庭生活的改變。超過三分之一的父母增加對婚姻的滿意，超過一半與配偶更親密，並且超過三分之二與他們其他的孩子更親密。失親的家庭同時更能解決衝突並且與彼此談論情感問題 (Lehman, Lang, Wortman & Sorenson, 1989)。父母或者手足的死亡對一個孩子有深遠的影響。一些孩子經驗悲傷的持續症狀 (Hogan & Greenfield, 1991)，阻礙正常發展的任務、行為和心理問題。例如睡眠和飲食習慣的混亂，與同儕不好的關係，學業表現差，對於死去的手足有偏見的思考並且想自殺 (Balk, 1990)。儘管有這些暫時性的負向結果，但隨著喪親的調適最終還是會帶來一些正向的改變，特別是成熟度的增加 (Balk, 1990)。不過，國內之研究則有不同資料，如袁萍芳 (2001) 對罹患癌症父母兒童的研究發現是：隱藏秘密、害怕烙印、不知如何與患病的父(母)互動、有分離焦慮、夢魘、矛盾的感覺、抗拒的防衛心理、產生幻覺。陳瑛吟 (1998) 對低收入戶青少年父親過

世影響的發現是：由於失親造成子女的恐懼再失去，因而強化母子關係，此可能不利青少年的自我分化。

在中年喪偶部分，曹桂榮（2004）發現喪偶婦女悲傷復原的負面因素為：人際因素、社會因素、過去的悲傷經驗、文化因素、經濟因素、死亡因素。協助喪偶婦女悲傷復原的正面因素，主要在於「復原力」驅使個人內在機轉，強化自己以積極、正向的行動去改變自己，發展出問題解決的能力。至於悲傷復原力的相關因子，則包括：正向認知、個人特質、處置策略與社會支持四方面，且每個人的曲線都有所不同。周玲玲（2000）的發現，中年喪偶者最後終能發展出豁達的生死觀；不過，在婚姻觀方面仍會受到中國傳統社會規範的影響。該研究的介入建議包括參加悲傷輔導團體，重視再婚的自主性，喪偶後的就業輔導與重視親子關係的轉變等。

總結來說，不論是配偶、父母或子女之死亡，似乎隨著痛苦或悲傷的付出，大多數人都反而經歷了成長的蛻變，得到了更為堅韌的生命品質。無怪Caplan（1964）在四十年前便曾經提出「危機即轉機」的概念；而Park, Cohen與Murch更於1996提出喪慟因應歷程指標與近程及終極結果的模式，期望能更系統的探討與悲傷轉換歷程有關之資料，如表2。

表2 喪慟因應歷程指標與近程及終極結果的模式

| 因應過程的指示 | 近期的結果     | 最終的結果                |
|---------|-----------|----------------------|
| 認知的因應策略 | 增加的社會資源   | 增加的個人資源              |
| 尋求意義    | 與家庭成員和朋友更 | 增加自信和自我效能            |
| 邏輯分析    | 緊密的關係     | 更成熟和獨立               |
| 正向的重新評價 | 新建立的關係和知己 | 更富同情心同理心和耐受力         |
| 接受      | 增加社會支持的網絡 | 對生命更多的認識，對生活更多的滿意和幸福 |
| 行為的因應策略 | 新的因應技巧    |                      |

| 因應過程的指示              | 近期的結果          | 最終的結果                                 |
|----------------------|----------------|---------------------------------------|
| 尋求協助<br>問題解決<br>表達感覺 | 長期增強的認知和行為因應技巧 | 改變目標、價值和世界觀<br>增加解決衝突的溝通能力<br>更多的利他行為 |

Note from: "Bereavement experiences and personal growth", by Park, Cohen & Murch, 1996. In Stroebe et al., *Handbook of Bereavement Research*, 2002, APA, p.159.

以上的資料顯示，為求協助當事人能有效因應傷慟，悲傷（輔導）的工作可以包括認知層面的「生命與死亡意義之探索與重新建構」、情感層面的「悲傷負面情緒之表達與接受」以及行為層面的「問題解決能力之學習與開展」。在擴展個人內在自我概念的靈性層面與增加生活上社交支持網路的過程中，人類美好的生命品質，如勇敢、堅強、忍耐、同情、接納、獨立、利他、豁達等，亦經由此一歷程而得以轉化成熟，成為當事人「新存在（有）」的一種方式與證明。就此而論，「悲傷」實在就是一種「化妝的祝福」，只不過大多數人都寧可不要罷了；但此種生命的必然，又有誰能躲過呢？

## 七、迷思的解構與重構

既有之文獻已經辨識和討論過許多普遍存在於一般人的傷慟之假設，像是：

- (一) 隨著失落，個體將通過一段時間的強烈悲痛，在此時期，正向情緒是絕對不存在的。
- (二) 若有人無法感受這樣的悲痛，則會被視為是有問題的狀況。
- (三) 所謂成功的適應失落，通常是指個體需要面對並修通（work through）個人悲痛的感情。



(四)持續依附逝者通常被認為是一種疾病，對於「打斷與已故者的依附」一事，則被認為是檢驗哀悼過程是否結束的關鍵成分。

(五)人們從失落的經驗中復原，重新回到以往的生活功能，大約要一或二年的時間。

但事實上，現在已經有一些新的而且重要的研究是針對孩子或父母以及比較不同類型的熟人之失落反應 ( Cleiren, 1993 )。大部分的調查中，被研究的族群之死亡原因是不同種類的，而且某些主題是集中在特殊性質的失落，例如父母親經歷孩子突然橫死或伴侶死於AIDS ( Folkman et al., 1996 ) 之反應等。可見目前研究的方向與對象，都已較前更為多樣，其結果亦自然有所不同。摘要如下：

(一)失落的反應方式，基本上似乎很像臨床憂鬱症 ( Osterwies, Solomon, & Green, 1984 )。

(二)65歲寡婦在喪慟第一年有37.5%出現高度沮喪，但 Zisook ( 1997 ) 等人研究鰥夫寡婦，則顯示少數的人的確沒有太多的悲傷徵兆。

(三)Bruce ( 1990 ) 發現45歲以上的喪偶者有60%曾經歷焦慮，但也有40%的喪偶者並未經歷超過兩週的悲傷。

(四)Stroebe ( 1992 ) 認為「修通」是指面臨失落的認知過程，察看死亡前和當下所發生的事，聚焦在回憶及脫離對死者的依附。文獻中評估與修通有關的資料包括有：與逝者的關係，情緒的自陳量表呈現高度困擾，言詞表達負面情感或負面表情，面對逃避的因應立場，能公開表達感受，書寫敘說的意義重構。

(五)國內的研究建議 ( 鍾莉娜，2002；聶慧文，2004；葉珊秀，2004 ) 多半會指向失親者缺乏輔導的相關機構協助，以進行悲傷情緒的心理調適以及宗教有助於

臨終照顧者對靈性與終極需求之觀點。但事實上，Neimeyer ( 2000 ) 的研究顯示：一般悲傷者接受輔導後，未必一定能改善其情況；甚至有人 ( 50% ) 可能惡化；但是對意外、創傷死亡或長期性悲傷的處理，則有正面效果。

(六)Archer ( 1999 ) 的研究指出：對抗策略常表示隨後會出現調適上的困難，至於迴避策略，若不採不良形式，如酒精或藥物，則可能使後來的適應較容易。

(七)Miller & Omarzu ( 1998 ) 認為：喪親者事實上是再也回不到失落前的狀態；因此，研究者應保持開放的心態，畢竟人們有可能，需要持續多年以處理其失落的完成。

(八)當事人對已故者所作之獨白，是安慰喪親者及其失落的有力工具。

(九)依附已故者的適當與否在於其採用的形式，同時也須考慮到文化與個別差異。

(十)聶慧文 ( 2004 ) 對大學生失落迷思之研究發現，「與逝者親密的程度」最能預測其悲傷迷思程度與復原因難程度；「支持系統強度」則最能預測因應行為的使用頻率。另外，悲傷迷思中的「遷怒他人與自責」最能預測正、負向復原程度；悲傷迷思中的「應該壓抑情感」亦最能預測正向復原程度。研究結果發現：整體而言，「情緒焦點」的因應行為 ( 如重新架構、尋求心靈支持以及對逝者正向的因應 ) 對悲傷的復原是最有利的。

## 肆、結論

總結來說，悲傷是一種普遍的危機，當事人遭受因死亡所造成的失落狀態時，往往須承受生理上交感及副交感神經之失衡、心臟缺氧、免疫力降低、整體健康下降，以及焦慮與憂鬱程度增加等身心功能有關之變化。這種時候，若當事人能具有健康的生活習慣（飲食及運動上）、達觀的死亡觀點或宗教信仰以及足夠的社會支持網路，則死亡帶來的就不只是表面的損失或傷害而已；在緩慢哭泣、流淚、孤獨自問自答的悲傷之旅中，大多數人都得到一個機會，重新審視個人到此為止的人生意義與價值，並對逝者進行內在的追尋、對話或和解，從而調整個人原來的價值觀以及與自己及他人（包括家人或相關之人）的關係。由很多文獻或實務的例子中可以看到：有過親密家人死亡經驗的人，在彷彿自己也是大死一番之後，變得更是成熟智慧和有能力付出；而再長再多的怨恨，在死亡的裁斷下，也終於可以塵埃落定，橋歸橋、路歸路，不再糾纏。就此而論，我們是否可以這麼說：死亡這個危機的確是一個轉機；也是一種化妝的祝福，在無盡痛苦的當下，同時（通常）以一種正向的模式改變並增富許多人的生命品質。但持續的挑戰則朝向於使未來之研究者能更了解這種成長在喪親的當事人、家庭和社區中是如何、何時以及為什麼會發生，答案當然有賴於持續更多研究的投入，並嘗試整合個人發展的模式（由年輕到年老的種種角色，如孩子 - 夫妻 - 父母 - 祖孫 - 手足），同時考慮到悲傷本質（正常 - 創傷 - 複雜）和脈絡（社會 - 文化 - 宗教）的關係、個人和社會資源，以及因應的過程和評價為一個更分化又整合之模式，始可更系統性地建立悲傷影響之架構；就如Neimeyer（2001b）綜合整理哀傷理論新模式的共同原則所

建議，應該：

- 一、更鼓勵多元化、複雜的哀傷調適模式。
- 二、關切不同的地區、不同喪親關係以及不同文化族群中，調適失落的實際經驗與個別差異。
- 三、關注焦點兼顧喪親者在哀傷調適歷程中的個別經驗，及個人所處的家庭及社會脈絡影響。
- 四、認可與逝者維持象徵性連結，是健康的哀傷表現。
- 五、重視哀傷調適中的認知與意義建構角色。
- 六、承認重大失落對自我認同的衝擊，將導致對自我概念的深層改變。
- 七、強調個人統整失落課題，有助於創傷後生命的成長。

本文囿於篇幅之限制與個人之能力，只能就幾個基本項目，先進行初步之探討，未來有機會，將繼續介紹其他相關之資料。

#### ◆ 參考文獻 ◆

- 孔惟瑜（2005）。上課講義。南華大學生死學研究所。
- 黃雅文、張乃心、蕭美惠、林泰石、林珊吟、范玉玫、賴彥君譯（2006）。《生命教育——生死學取向》。台北：五南。（1983/2005）。
- 鄭振煌譯（1996）。《西藏生死書》。台北：張老師。
- 李豐翎（1994/2000）。〈台灣民間禮俗中的生死關懷〉。《哲學雜誌》，8，32-54。
- 李佩怡（2001）。〈助人者與癌症末期病人關係歷程之質性研究〉。國立台灣師範大學心理與輔導研究所論文，未出版，台北。
- 周玲玲（2000）。〈癌症病逝者其中年配偶悲傷適應之研究〉。東海大學社會工作學系博士論文。
- 林綺雲（2004）。〈死亡教育與輔導——批判的觀點〉。《生死學研究》，創刊號，77-92，南華大學生死學研究所出版。
- 邱瑩明（2006）。上課講義。南華大學生死學研究所。

- 袁萍芳 (2001)。〈父母罹患癌症對兒童的影響〉。中國文化大學兒童福利研究所碩士論文。
- 陳新祿譯 (1994)。《談病說痛：人類的受苦經驗與痊癒之道》。台北：桂冠圖書公司。
- 陳瑛吟 (1998)。〈低收入戶喪父家庭對青少年期子女自我分化之影響〉。東吳大學社會工作學系碩士論文
- 陳麗娟 (2005)。上課講義。南華大學生死學研究所。
- 曹桂榮 (2004)。〈喪偶婦女悲傷反應與復原之研究〉，南華大學生死學研究所碩士論文。
- 張珣 (1989)。《疾病與文化》，台北：稻鄉出版社。
- 張淑美 (2001/2005)。《中學生命教育手冊》，台北：心理。
- 葉珊秀 (2005)。〈安寧療護領域中癌末病患暨家庭社會工作處遇模式之探討〉。暨南國際大學社會政策與社會工作學系碩士論文。
- 葉何賢文 (2002)。〈悲傷調適歷程及生命意義展現之研究〉。南華大學生死學研究所碩士論文。
- 李開敏、林方皓、張玉仕、葛書倫譯 (1995/2004)。《悲傷輔導與悲傷治療》。台北：心理。
- 蔡文瑜 (2000)。〈女性喪偶者的悲傷調適歷程研究〉。國立臺灣師範大學社會教育研究所。
- 蔡明昌 (2007)。〈我國大學生來生信念初探〉。《中華心理衛生學刊》，20 (3)，235-260
- 連廷誥、連廷嘉 (2001)。〈同儕意外死亡對高中生班及人際衝突及其哀傷歷程之研究〉。《21世紀教育改革與教育發展國際學術研討會論文集》。彰化：國立彰化師範大學。
- 項退結 (1994, 2000)。〈一位天主教哲學工作者眼中的死亡〉，《哲學雜誌》，8，98-116。
- 黃雅文，張乃心，蕭美慧，林泰石，林珊吟，范玉玟，賴彥君 (2005)。《生命教育——生死學取向》。台北：五南。
- 楊雅愉 (2002)。〈震災失依青少年之悲傷反應與因應策略之研究〉。靜宜大學青少年兒童福利研究所碩士論文。
- 鍾莉娜 (2002)。〈臨終照顧之親屬對臨終照顧事件的感受與死亡教育課程需求之研究〉。國立中正大學成人及繼續教育研究所碩士論文。
- 聶慧文 (2004)。〈大學生經歷失落事件的悲傷迷思、因應行為與至今復原程度之關聯性研究〉。國立交通大學教育研究所。
- 釋見蔚 (2006)。上課講義。南華大學生死學研究所。
- 釋慧開 (2002)。〈「生死學」，到底研究些什麼內容？〉，70-73，南華大學生死系。

- Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E. & Walls, S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Aldwin, C. M., Sutton, K. J. & Lachman, M. (1996). The development of coping resources in adulthood. *Journal of personality*, 64, 837-871.
- Aneshensel, C. S., Pearlin, L. I., Mullan, J. T., Zarit, S.H., Whitlatch, C. J. (1995). *Profiles in caregiving: The unexpected career*. New York: Academic Press.
- Arbuckle, N. W. & de Vries, B. (1995). The long-term effects of later life spousal and parental bereavement on personal functioning. *Gerontologist*, 35, 637-647.
- Archer, J. (1999). *The nature of grief: The evolution and psychology of reactions to loss*. London: Routledge.
- Bailey, S. E., Dunjam, K. & Karl, M. J. (in press). Factor structure of the Grief Experience Questionnaire (GEQ) and its sensitivity to suicide bereavement, *Death Studies*, 2.
- Baker, J. (1997). Minimizing the impact of parental grief on children: Parent and family interactions. In C. Figley & B. Bride (Eds.), *Death and trauma: The traumatology of grieving* (pp.139-157). Washington, DC: Taylor & Francis.
- Balk, D. E. (1990). The self-concepts of bereavement adolescents: Sibling death and its aftermath. *Journal of Adolescent Research*, 5, 112-132.
- Bedford, V. H. (1994). Sibling relationships in middle and old age. In R. Blieszner & V. H. Bedford (Eds.), *Handbook of aging and the family* (pp.201-222). Westport, CT: Greenwood Press.
- Beem, E. E. c h, Hooijkaas, H., Cleiren, M. H. P. D., Schut, H. A. W., Garssen, L. F., Goodkin, K., Wind, H., De Vries, M. J. (1999). The immunological and psychological effects of bereavement: Does grief counseling really make a difference? A pilot study, *Psychiatry Research*, 85 (1), 81-93.
- Belsky, J. (1988). *Clinical implications of attachment*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Bersay, C. (1996) Heart and bereavement, *Presse Medicale*, 25(40), pp.2010-2012.
- Bowen, M. (1976). Family reaction to death. In P. Guerin (Ed.), *family therapy* (pp.335-348). New York: Gardner.
- Bowlby, J. & Parkes, C. M. (1970). Separation and loss within the family. In E. J. Anthony (Ed.), *The child in his family* (197-216). New York: Wiley.
- Bowlby, J. (1980). Attachment and loss. Vol. 3. *Loss: Sadness and Depression*. London: Hogarth Press and Institute of Psychoanalysis.
- Brazil, K., Bédard, M., Willison, K. (2002). Correlates of health status for family caregivers in bereavement. *Journal of Palliative Medicine*, 5(6), pp.849-855.
- Bretherton, I. & Waters, E. (1985). Growing points in attachment theory and research. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 50 (1-2, Serial #209).

- Brison, K. J. (1995). You will never forget: Narrative, bereavement, and worldview among Kwanga women. *Ethnos*, 23, 474-488.
- 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.
- Cassidy, J. & Shaver, P. (1999). *Handbook of attachment theory and research*. New York: Guilford Press.
- Charlton, R., Sheahan, K., Smith, G. & Campbell, W. (2001). Spousal bereavement-implications for health, *Fam-Pract. Dec*; 18(6): 614-618.
- Chen, J. H., Gill, T. M., Prigerson, H.G. (2005). Health behaviors associated with better quality of life for older bereaved persons. *Journal of Palliative Medicine*, 8(1), 96-106.
- Clerien, M. (1993). *Bereavement and adaptation: A comparative study of the aftermath of death*. Washington, DC: Hemisphere.
- Cohen, S. & Wills, T. A. (1985). Stress, social support and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98, 310-357.
- Cook, A. & Oltjenbruns, K. (1998). *Dying and grieving: Lifespan and family perspectives*. Ft. Worth, TX: Hancourt Brace.
- Cornoni, -Huntley, J., B; Azer, D.G. Laferty, M. E. Everett, D. F. Brock, D.B. & Farmer, M. E. (Eds.). (1990). *Established population for the epidemiologic studies of the elderly*, Vol. II: Resource data book, NIA Publication No.90-945, National Institute on Aging, U. S. Department of Health and Human Services, Washington, DC.
- Davis, C., Nolen-Hoeksema, S. & Larson, J. (1998). Making sense of loss and benefiting from the experience: Two construals of meaning. *Journal of Personality and Social Psychology*, 7, 561-574.
- Douglas, J. D. (1990). Patterns of change following parent death in middle adults. *Omega*, 22, 123-137.
- Fenster, L., Katz, D. F., Wyrobek, A. J., Pieper, C., Rempel, D. M., Oman, D., Swan, S. H. (1997). Effects of psychological stress on human semen quality, *Journal of Andrology*, 18(2), 194-202.
- Fitzpatrick, T. R. & Bosse, R., (2000). Employment and health among older bereaved men in the normative aging study: one year and three years following a bereavement event. *Soc-Work-Health-Care.*, 32(2): 41-60.
- Folkman, S., Chesney, M., Collette, L., Boccillari, A. & Cooke, M. (1996). Postbereavement depressive mood and its prebereavement predictors in HIV+ and HIV-gay men. *Journal of Personality and Social Psychology*, 70, 336-348.
- Freud, S. (1957). *Mourning and Melancholia, Standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud*. London: Hogarth Press. (Original work published 1917).

- Fry, P. S. (1997). Grandparents' reactions to the death of a grandchild: An exploratory factors analysis, *Omega*, 35, 119-140.
- Grossi, G. e, Perski, A., Evengård, B., Blomkvist, V., Orth-Gomér, K. (2003) .Physiological correlates of burnout among women. *Journal of Psychosomatic Research*, 55(4), pp.309-316.
- Gupta, M. A., Gupta, A. K. (2004) Stressful major life events are associated with a higher frequency of cutaneous sensory symptoms: An empirical study of non-clinical subjects. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*, 18(5), pp.560-5.
- Hall, M. & Irwin, M. (2001). Physiological indices of functioning in bereavement. In M. S. Stroebe (Eds.), *Handbook of Bereavement Research* (pp.473-492). Washington, DC: American Psychological Association.
- Hanson, R. O. & Carpenter, B. N. (1994). *Relationship in old age: Coping with the challenge of transition*. New York : Guilford Press.
- Hayes, D. N. (1993). *The Development of An Inventory to Measure Bereavement*, Dissertation of Louisiana State University and Agricultural & Mechanical College.
- Hayflick, L. (1994). *How and why we age*. New York: Ballantine Book.
- He, M (1991) A prospective controlled study of psychosomatic and immunologic change in recently bereaved people, *Chinese Journal of Neurology and Psychiatry*, 24 (2), 90-93.
- Henggeler, S., Schoenwald, S. & Pickrel, S. (1995). Multisystemic therapy: Bridging the gap between university- and community-based treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 709-717.
- Hochschild, A. R. (1979). Emotion work, feeling, rules and social support, *American Journal of Sociology*, 85, 551-573.
- Hogan, N. S. & Greenfield, D. B., (1991) Adolescent sibling bereavement symptomatology in a large community sample. *Journal of Adolescent Research*, 6, 97-112.
- Hollan, D. (1995). To the afterworld and back: Mourning and dreams of the dead among the Toraja, *Ethos*, 23, 424-436.
- Horacek, B. J. (1991). Toward a more viable model of grieving and consequences for older persons. *Death Studies*, 15, 459-472.
- Horowitz, M., Bonanno, G. & Holen, A. (1993). Pathological grief: Diagnosis and explanations. *Psychosomatic Association*, 55, 260-273.
- Nadeau, J. W. (2002).Meaning Making in Family Bereavement : A Family Systems Approach. In Margaret S. Stroebe, Robert O. Hansson, Wolfgang Stroebe & Henk Schut (Eds.). *Handbook of Bereavement Reserch* (pp.473-508). Washington, DC: A. P. A.
- Janoff-Bulman, R. (1992). *Shattered assumptions: Towards a new psychology of trauma*. New York: Free Press.
- Kissane, D., Bloch, S., Dowe, D., Snyder, R., Onghena, P., Mckenzie, D. & Wallace, C. (1996a). The Melbourne family grief study, I: Perceptions of



- family functioning in bereavement. *American Journal of Psychiatry*, 153(5), 650-658.
- Kissane, D., Bloch, S. & McKenzie, D., (1997). Family coping and bereavement outcome. *Palliative Medicine*, 12, 191-201.
- Klapper, J., Moss, S., Moss, M. & Rubinstein, R. L. (1994). The social context of grief among adult daughters who have lost a parent. *Journal of Aging Studies*, 8, 29-43.
- Kubler-Ross, E. (1969). *On death and Dying*. New York: Macmillan.
- Kurzen, H. (2005) Skin as mirror of the soul: Fact or fiction? *Aktuelle Dermatologie*, 31 (10), pp.431-439.
- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer.
- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1986). Stress processes and depressive symptomatology. *Journal of Abnormal Psychology*. Vol. 95, 107-113.
- Lerner, J. C. (1975). Changes in attitudes toward death: The window in Great Britain in the early twentieth century. In B. Shoenberg, I. Gerber, A. Weiner, A. H. Kuscher, D. Peretz & A. C. Carr (Eds.), *Bereavement: Its psychosocial aspects* (pp.91-118). New York: Columbia University Press.
- Levitt, S. C. (1995). Seeking gifts from the dead: Long-term mourning in a Bumbita Arapesh cargo narrative *Ethos*, 23, 453-473.
- Lindstrom, T. C. (1997) Immunity and health after bereavement in relation to coping *Scand-J-Psychol. Sep*; 38 : 253-259.
- Lopata, H. Z. (1981). Windowhood and husband satisfaction. *Journal of Marriage and the Family*, 43, 439-450.
- Lopata, H. Z. (1996). *Current windowhood: myths and realities*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Lund, D. A. (1989). Conclusions about bereavement in later life and implications for interventions for future research. In D.A. Lund. (Ed.), *Older bereaved spouses: Reseach with practical applications* (pp.217-231). New York: Hemisphere.
- Lund, D.A., Caserta, M. S. & Diamond, M. R. (1993). The course of spousal bereavement. In M. S. Stroebe, W. Stroebe, R. O. Hansson, (Eds.). *Handbook of Bereavement Research* (pp.240-254). Cambridge: Cambridge University Press.
- Lynn, J., Teno, J. M. Phillips, R.S., Wu, A.W., Desbiens, N., Harrold, J., Claessens, M. T., Wenger, N., Kreling, B. & Connors, A. F. Jr. (1997). Perceptions by family members of the dying experiences of older and seriously ill patients. *Annals of Internal Medicine*, 126, 97-106.
- Lyons-Ruth, K. & Zeanah, C. (1999). The family context of infant mental health: I. Affective development in the primary caregiving relationship. In C. Zeanah (Ed.), *Handbook of infant mental health* (pp.14-37). New York: Guilford Press.

- Maddison, D. C. & Walker, W. L. (1967). Factors affecting the outcome of conjugal bereavement. *British Journal of Psychiatry*, 113, 1057-1067.
- Marshall, V. W. (1996). Death, bereavement and the social psychology of aging and dying. In J. D. Morgan (Ed.), *Ethical issues in the care of the dying and bereaved aged* (pp.57-73). Amityville, NY: Baywood.
- Martin, T. L. & Doka, K. J. (1998). Revisiting masculine grief. In K. J. Doko & J. D. Davidson (Eds.), *Living with grief: Who we are, how we grieve* (pp.133-142). Philadelphia: Brunner/Mazel.
- Metcalf, P. & Huntington, R. (1991). *Celebrations of death: The anthropology of mortuary ritual*. New York: Cambridge university press.
- Miller, E. D. & Omarzu, J. (1998). New directions in loss research. In J. Harvey (Ed.), *Perspectives on loss: A sourcebook* (pp.3-20). Washington, DC: Taylor & Francis.
- Morillo, E., Gardner, L. I. (1979) Bereavement as an antecedent factor in thyrotoxicosis of childhood: Four case studies with survey of possible metabolic pathways. *Psychosomatic Medicine*, 41 (7), 545-555
- Mor, V., McHorney, C., Sherwood, S. (1986). Secondary morbidity among the recently bereaved. *American Journal of Psychiatry*, 143(2), pp.158-16.
- Moss, M. S. & Moss, S. Z. (1989). The death of a parent. In R. A. Kalish (Ed.), *Midlife loss: Coping strategies* (pp.89-114). Newberry Park, CA: Sage.
- Moss, M. S. & Moss, S. Z. Rubinstein, R. & Reach, N. (1993). The impact of elderly Mother's death on middle-aged daughters. *Journal of Aging and Human Development*, 37, 1-22.
- Moss, M. S. & Moss, S. Z. (1996a). *Remarriage of widowed persone: A triadic relationship*. In D. Klass, P. R. Silverman & S. L. Nickman (Eds.), *continuing bonds: New Understandings of grief* (pp.163-178). Washington, DC: Taylor & Francis.
- Moss, R. H. & Shaefer, J. A. (1986). Life transitions and crises: A conceptual overview. In R. H. Moss (Ed.), *Coping with life crises: An integrated approach* (pp.3-28). New York: Plenum Press.
- Moss, S. Z., Rubinstein, R. L. & Moss, M. S. (1997). Middle-aged son's reactions to father's death. *Omega*, 34, 2259-277.
- Murrell, S. A.; Himmelfarb, S.; Phifer, J. F (1988), Effects of bereavement/loss and pre-event status on subsequent physical health in older adults, *International Journal of Aging & Human Development*, 27(2), 89-107
- Murrell, S. A.; Himmelfarb, S. (1989). Effects of attachment bereavement and the prevent conditions on subsequent depressive symptoms in older adults. *Psychology and Aging*, 4, 166-172.
- Nadeau, J. W., (1998). *Family making sense of death*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Neimeyer, R. (1998). *The lesson of loss: A guide to coping*. Raleigh, NC: McGraw-Hill.
- Neimeyer, R. A. (2000). Searching for the meaning of meaning: Grief therapy and the process of reconstruction. *Death Studies*, 24, 541-558.

- Neimeyer, R. A. (Ed.). (2001). *Measuring reconstruction and the experience of loss*. Washington, DC., American Psychosocial Press.
- Nolen-Hoeksema, S. & Larson, J. (1999). *Coping with loss*. Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Nelson, G. (1994). Emotional well-being of separated and married woman: Long-term follow-up study. *American Journal of Orthopsychiatry*, 64, 150-160.
- O'Connor, M. -F., Allen, J. J. B., Kaszniak, A. W. (2002). Autonomic and emotion regulation in bereavement and depression. *Journal of Psychosomatic Research*, 52(4), pp.183-185.
- Oppenheim, D., Koren-Kane, N. & Sagi, A. (2000). Mothers' empathic understanding of their pre-schoolers' internal experience: Relations with early attachment. Unpublished manuscript.
- Osterweis, M., Soloman, F. & Green, F. (Eds.), (1984). *Bereavement: Reactions, consequences, and care*. Washington, DC: national Academy Press.
- Park, C. L., Cohen, L. H. & Murch, R. L. (1996). Assessment and prediction of stress-related growth. *Journal of Personality*, 64, 71-105.
- Parkes, C. M. & Weiss, R. S., (1983). *Recovery from bereavement*. New York: Basic Books.
- Parkes, C. M., (1996) *Bereavement: Studies of grief in adult life* (3<sup>rd</sup> ed.). London: Routledge.
- Parkes, C. M., Laungani, P. & Young, B. (Eds.), (1997). *Death and bereavement across cultures*. New York : Routledge.
- Parkes, C. M. & Markus, A.C. (1998). *Coping with loss*. London: BMJ Books.
- Parkes, C. M. (1998). Editorial. *Bereavement Care*, 17, 18. In M. S. Stroebe, R. O. Hansson, W. Stroebe, and H. Schut. (Eds.), *Handbook of Bereavement Research*, (741-765). American Psychological Association, Washington, DC.
- Pennebaker, J. W. (1993). Mechanisms of social constraint. In D. M. Wegner & J. W. Pennebaker (Eds.), (200-219). Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Perkins, H. W. & Harris, L. B. (1990). Familial bereavement and health in adult life course perspective. *Journal of Marriage and the Family*, 52, 233-241.
- Pincus, L. (1974). *Death in the family*. New York: Pantheon Books.
- Prigerson, H. G., Bierhals, A. J., Kasl, Stanislav V., Reynolds, Charles F. III, et al., (1997). Traumatic grief as a risk factor for mental and physical morbidity. *American Journal of Psychiatry*. 154(5), May, 616-623.
- Pruchno, R. A., Moss, M. S., Burant, C. J. & Schinfeld, S. (1995). Death of an institutional parent: Predictors of bereavement. *Omega*, 31, 99-119.
- Rando, T. A. (1984). *Grief, dying, and death: Clinical interventions for caregivers*. Champion, IL : Research Press.
- Rando, T. A. (1986). Death of the adult child. In T. Rando (Ed.), *Parental loss of a child* (pp.221-238). Champion, IL: Research Press.

- Roghi, A. (2000) Bereavement. Cardiovascular pathophysiology of communication *Italian Heart Journal Supplement, 1*(5), 59-663.
- Romanoff, B. & Terenzio, M. (1998). Rituals and the grieving process. *Death Studies, 22*, 697-711.
- Rosenblatt, P. & Elde, C. (1990). Shared reminiscence about a deceased parent: Implications for grief education and grief counseling. *Family Relations, 39*, 206-210.
- Rosenblatt, P. C., Walsh, R. P. & Jackson, D. A. (1976). *Grief and mourning in cross-cultural perspective*. Washington, DC. HRAF Press.
- Rosenblatt, P. (2002). A Social Constructionist Perspective On Cultural Differences In Grief. In Margaret S. Stroebe, Robert O. Hansson, Wolfgang Stroebe & Henk Schut (Eds.). *Handbook of Bereavement Research* (pp.285-300). Washington, DC: A. P. A.
- Rubin, S. & Schechter, N. (1997). Exploring the social construction of bereavement: Perceptions of adjustment and recovery for bereavement men. *American Journal of Orthopsychiatry, 67*, 279-289.
- Sanders, C. (1981). Comparison of younger and older spouses in bereavement outcome. *Omega, 13*, 227-241.
- Sanders, C. M. (1989). *Grief: The mourning after: Dealing with adult bereavement*. New York: Wiley.
- Sanders, C. M. (1993). Risk factors in bereavement outcome. In M. S. Stroebe, W. Stroebe, R. O. Hansson, (Eds.). *Handbook of Bereavement Research* (pp.255-270). Cambridge: Cambridge University Press.
- Scharlach, A. E. & Fredriksen, K. I. (1993). Reactions to the death of a parent during midlife. *Omega, 27*, 307-317.
- Schechter, N. (1994). Perceived loss of spouse and children: Adaptation and the Two-Track Model of Bereavement. Unpublished master's thesis, University of Haifa.
- Schleifer, S. J. Carstensen, L. L. & Neale, John M. (Ed). (1989). *Mechanisms of psychological influence on physical health: With special attention to the elderly* 61-79. New York, NY, US: Plenum.
- Schut, H. A. W., Stroebe, M., van den Bout, J. & de keijser, J. (1997). Intervention for the bereaved: Gender differences in the efficacy of two counseling programs. *British Journal of Clinical Psychology, 36*, 63-72.
- Schwartzberg, S. S. & Janoff- Bulman, R. (1991). Grief and the search for meaning: Exploring the assumptive worlds of bereaved college students. *Journal of Social and Clinical Psychology, 10*, 270-288.
- Seligman, M. E. P. (1975). *Helplessness*. San Francisco: Freeman.
- Shalev, A. Y. (2000). Biological responses to disasters. *Psychiatric Quarterly, 71*(3), 277-288.
- Shanfield, S. B. & Swain, B. J. (1984). Death of adult children in traffic accidents. *Journal of Nervous and Mental Disease, 172*, 533-538.

- Shapiro, E. (1994). *Grief as a family process: A developmental approach to clinical practice*. New York: Guilford Press.
- Shapiro, E. (1997). The healing power of culture stories: What writers can teach psychotherapists. *Cultural Diversity and Mental health*, 4, 91-101
- Siggins, L. D. (1966). Mourning: A critical survey of the literature. *International Journal of Psychoanalysis*, 47, 14-25.
- Simon, L. & Drantell, J. J. (1998). *A music I no longer heard: the early death of a parent*. New York: Simon & Schuster.
- Stroebe, M. S., Hansson, R. O., Stroebe, W and Schut, H. (Eds.) (2001), *Handbook of Bereavement Research*. Washington, DC: APA.
- Stroebe, M., S., Schut, H. (1999) The dual process model of coping with bereavement: rational and description. *Death Studies*, 23, 197-224.
- Stroebe, M., S., Schut, H. (2001). Meaning making in the Dual Process Model. In R. Neimeyer (Ed.), *Meaning reconstruction and the experience of loss*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Stroebe, W. & Stroebe, M. S. (1987). *Bereavement and health*. New York: Cambridge University Press.
- Stroebe, M. S. (1992). Coping with bereavement: A review of the grief work hypothesis. *Omega*, 26, 19-42.
- Stolorow, R. (1999). The phenomenology of trauma and the absolutisms of everyday life: A personal alidation.. *American Journal of Orthopsychiatry*, 58, 435-449.
- Tedlock, D. & Mannheim, B. (Eds.). (1995). *The dialogic emergence of culture*. Urbana: university of Illinois Press.
- Thomas, L. E., Digiulio, R. C. & Sheehan, N. W. (1988). Identity loss and psychological crisis in widowhood: A re-evaluation. *International Journal of Aging and Human Development*, 26, 225-239.
- Thompson, L. W., Breckenridge, J. N., Gallagher, D., Peterson, J. (1984) Effects of bereavement on self-perceptions of physical health in elderly widows and widowers. *Journal of Gerontology*. Vol 39(3), May, 309-314.
- Thompson, L. W., G, Thompson D. Futerman, A. Gilewski, M. J., Peterson, J. (1991). The effects of late-life spousal bereavement over a 30-month interval. *Psychology & Aging*, 6, 434-441.
- Umberson, D. & Chen, M. D. (1994). Effects of a parent's death on adult child: Relationship salience and reaction to loss. *American Sociological Review*, 59, 152-168.
- Van Eijk, J., Smits, A., Huygen, F., van-den-Hoogen, H. (1988). Effect of bereavement on the health of the remaining family members. *Fam-Pract. Dec*; 5(4): 278-282.
- Walsh, R. & McGoldrick, M. (Eds.), (1991). *Living beyond loss*. New York: W. W. Norton.
- Walter, T. (1996). A new model of grief: Bereavement and biography. *Mortality*, 1, 7-25

- Wellenkamp, J. C. (1991). Fallen leaves: Death and grief in Toraja. In D. R. Counts & D. A. Counts (Eds.), *Coping with the final tragedy: Cultural variation in dying and grieving* (pp.113-134). Amityville, NY: Baywood.
- Williams Jr., J. R. (2005). Depression as a mediator between spousal bereavement and mortality from cardiovascular disease: Appreciating and managing the adverse health consequences of depression in an elderly surviving spouse. *Southern Medical Journal*, 98(1), 90-95.
- Worden, J. M. (1982/1991/2002). *Grief counseling and grief therapy: A handbook for the mental health practitioner*. New York: Springer.
- Zraggen, L., Fischer, J. E., Mischler, K., Preckel, D., Kudielka, B. M., Von Kanel, R. (2005). Relationship between hemo-concentration and blood coagulation responses to acute mental stress. *Thrombosis Research*, 115 , 175-183.
- Zisook, S., Paulus, M., Shuchter, S. R. & Judd, L. L. (1997). The many faces of depression following spousal bereavement. *Journal of Affective Disorders*, 45, 85-94.