

Figure 5 Work-related accidents and compensations.

The author examined the expert witness reports in karo-jisatsu trials; 90% of the cases fell into the diagnosis of depression. It is especially applicable to males in their most productive years that they tend not to consult others when they are facing problems. In addition, they are afraid that it would become a negative factor for personnel evaluation if they admitted to having a mental problem in the midst of the recession.

Since knowledge about mental illnesses has not yet been disseminated enough, it is not unusual that someone who becomes aware of the problem ends up committing suicide before receiving appropriate care, especially among people in the prime of their life. There is a very striking linkage between depression and suicide. Once suffering from depression, one often experiences mood-related symptoms, such as depression and blaming oneself, and/or thought (volition) - related symptoms, including lower work efficiency, difficulty concentrating and making decisions. A variety of physical symptoms also appear, but very few people recognize any of these as symptoms of depression.

Depression could manifest itself in any sort of physical symptoms, including insomnia, lack of appetite, and weight loss. However, very few people seek psychiatric treatment from the start, partially because, in Japan, they do not want to admit that they have a mental disorder. The majority of people seek help from

physicians who are not specialized in psychiatry; they begin by complaining of various physical symptoms. Miki (2002) reported which specialty of medical practitioners depressed patients consulted first. Two-thirds of depressed patients first seek help from physicians who specialize in internal medicine, while only 6% of such patients consult psychiatrists.

As a matter of course, the author is eager to recommend individuals with these physical symptoms having a physical check-up in order to rule out any physical problems. However, if someone experiences consistent physical ailments, despite the fact that repeated physical examinations have failed to find any medical conditions, they should consider seeking psychiatric help, looking at the possibility of having depression. Various effective treatments for depression are available today. Suffering from depression is not to be feared, but overlooking and leaving it untreated is the central problem.

Because a vast majority of depressed and suicidal people first seek help from non-psychiatrist physicians in Japan, the Japan Medical Association (JMA) edited and published "Suicide Prevention Manual for General Practitioner" in 2004 and distributed copies to all JMA members and medical school graduates (Japan Medical Association 2004). JMA also plans to hold workshops for general practitioners for diagnosing depression, treating depression, and preventing suicide.

As described before, many suicide incidents among trial cases of *karo-jisatsu* were caused by depression due to long working hours (WHO 2003). For information, the results of a recent survey by the WHO investigating 15,629 suicide cases are summarized in Figure 6.

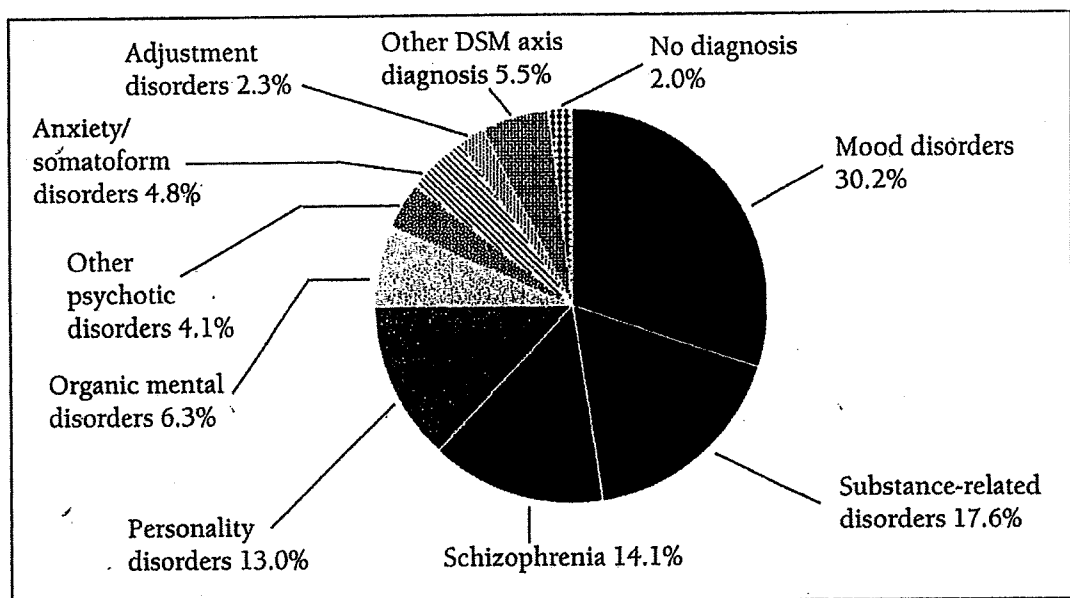


Figure 6 Suicide and mental disorders (all studies: 15,629 cases; 19,716 diagnoses; WHO 2003).

The survey shows that more than 90% of the people had been suffering from some forms of mental disorder before they ended their lives. Yet, only 10% to 20% of people received appropriate psychiatric treatment before their final acts. WHO emphasizes that suicides can be sufficiently prevented by diagnosing the underlying mental disorders at an early stage and introducing appropriate treatment, although it cannot assert that every suicide case can then be prevented.

Suicide Prevention in Japan

As indicated, the government of Japan has just begun to take a series of measures for suicide prevention after accepting the reality of the sudden increase of suicides beginning in the late 1990s. However, much criticism has come from the mass media, saying that not enough results have been produced. The author believes that a long-term commitment of at least a decade is necessary before seeing the effects of suicide prevention. It is premature to jump to the conclusion that these preventative measures are not effective after only a few years of trial. As mentioned earlier, the number of traffic fatalities, which had reached almost 17,000 in the worst year, has currently decreased to less than half. It took 30 some years to accomplish such a result. This is a valuable lesson. Even if one embraces the fatalistic attitude that says "it is impossible to prevent suicides," one should not reach such a conclusion before making enough effort.

It is essential to do the utmost to prevent suicides. However, it should also be pointed out that, in the era of more than 30,000 suicides per year, it is an equally important task to provide care to the survivors, people who were left behind with a psychological scar after a tragic suicide had happened.

References

Preface

World Health Organization (2002). World report on violence and health. Geneva: WHO.

CHAPTER 2 (JAPAN)

- Chiu, H. F. K., Takahashi, Y., and Suh, G. H. (2003). Elderly suicide prevention in Asia. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 18: 973-6.
- Conner, K.R., Beautrais A.L., and Conwell, Y. (2003) Risk factors for suicide and medically serious attempts among alcoholics: analyses of Centebury Suicide Project data. *Journal Study of Alcohol*, 64:551-554.
- Durkheim, E. (1951). Suicide — A study in sociology. Trans. J. A. Spaulding and G. Simpson. London: Routledge and Kegan Paul Ltd.
- Japan Medical Association (2004). *Suicide prevention manual for primary care physicians*. Tokyo: Akashi-shoten. (written in Japanese)
- Miki, O. (2002). The clinical feature of depression with psychosomatic medicine in primary care. *Japanese Journal of Psychosomatic Medicine*, 42: 585-91.
- National Police Agency (2004). *Summary document on the suicide incidents in 2003*. Tokyo: National Police Agency. (written in Japanese)
- Takahashi, Y. (1992). *Suicide risk: clinical evaluation and suicide intervention*. Tokyo: Kongo-shuppan. (written in Japanese)
- Takahashi, Y. (1998). *Suicidal sings*. Tokyo: Kongo-shuppan. (written in Japanese)
- Takahashi, Y. (2003). *Suicide in the middle age*. Tokyo: Kodansha. (written in Japanese)
- Takahashi K., Naito H., Morita M., et al. (1998). Suicide prevention for the elderly in Matsunoyama Town, Higashikubiki County, Niigata Prefecture: psychiatric care for elderly depression in the community. *Seishin Shinkeigaku Zasshi*, 100: 469-85. (written in Japanese)
- World Health Organization (2003). *Suicide rate*. WHO Home Page http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suiciderates/en/ Geneva: WHO.

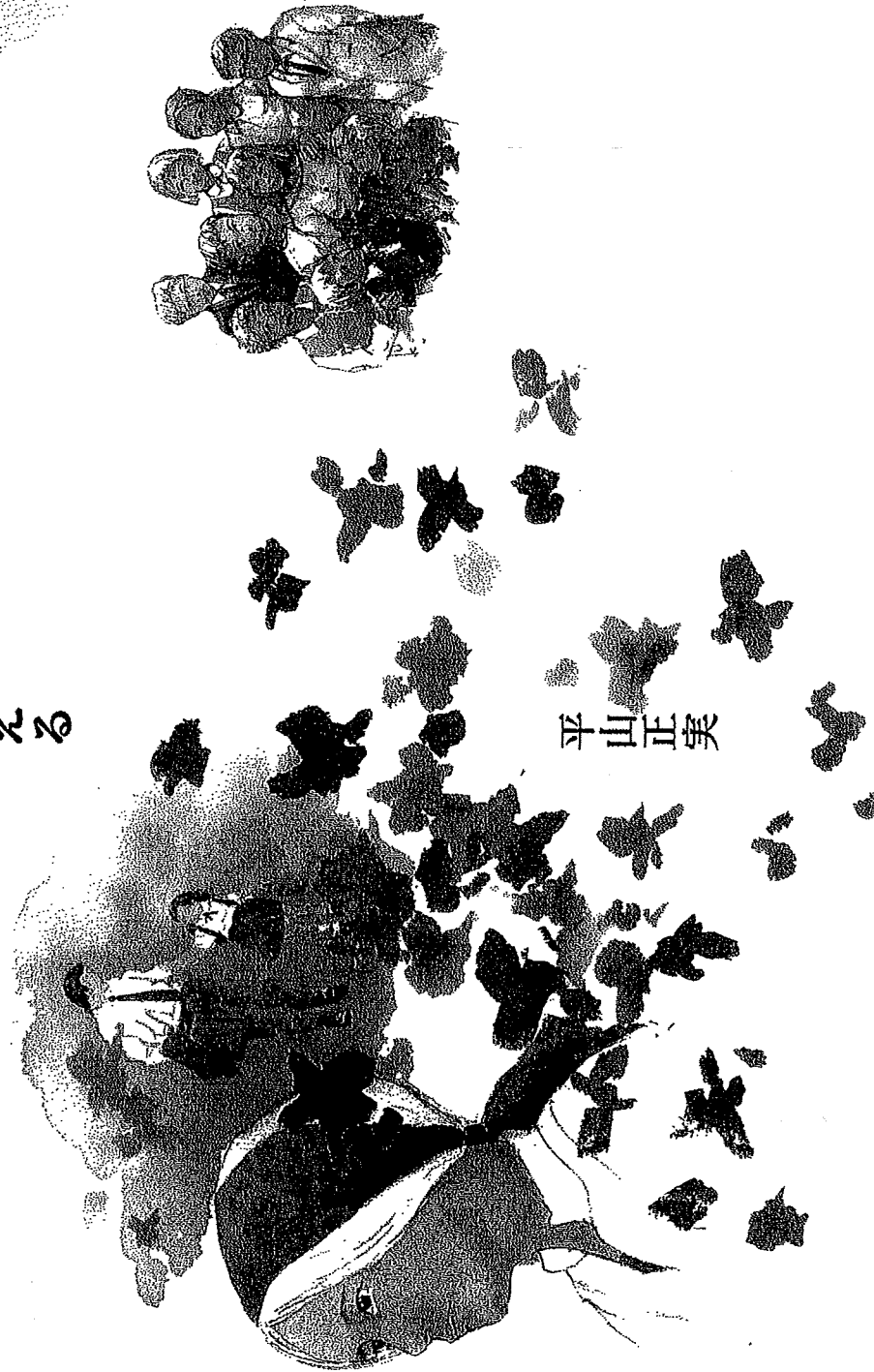
自死遺族を支える

平山正実

M.C.MUSE

自死遺族を支える 平山正実

エム・シー・ミューズ



出典（本文は、左記の文献に加筆あるいは修正したものを掲載した）

280

はしがき「死別の悲しみに向きあう」（大月書店）二二〇―二三七頁、一九九八

第1章 自死遺族に対する悲嘆援助

はじめに

「死別の悲しみに向きあう」トーマス・アティック著 平山正実解説 林大訳（大月書店）
二二九―二三七頁、一九九八

1. 自死遺族に関する諸問題

「自死遺族ケア団体全国ネット第3回スタッフ研修会報告書」（自死遺族ケア団体全国
ネット）三二―四八頁、二〇〇八

2. 自死遺族の心理

「自死遺族ケア団体全国ネット第3回スタッフ研修会報告書」（自死遺族ケア団体全国
ネット）三六―三八頁、二〇〇八

3. 自死遺族の悲嘆過程

「生と死の看護」平山正実編（メデイカルフレンド社）一一二―一二五頁、二〇〇九

4. 心的外傷後死別反応

「自死遺族ケア団体全国ネット第2回スタッフ研修会報告書」（自死遺族ケア団体全国
ネット）一一―二二頁、二〇〇七

5. 自殺者の深層意識構造

「死別の悲しみに寄り添う」平山正実編（聖学院大学出版会）二二―二三八頁、二〇
〇八

6. 自死遺族に対するかかわり方と自死遺族支援者の資質について

「薬害HIV感染被害者遺族等のメンタルケアに関するマニュアル」財団法人友愛福祉
財団（厚生労働省補助事業）一〇五―一〇七頁、二〇〇八

7. 自死遺族の二次被害について

「封印された死と自死遺族の社会的支援」現代のエスプリ五〇一号 清水新二編（至文堂）
二二―二三八頁、二〇〇九

8. 自死遺族および自死遺族支援者に対する臨床心理教育について

「二十一世紀の心の処方箋学」丸山久美子編（アート&フレイム）二〇〇九

9. 「自死遺族の名誉回復宣言」（案）について

―自死者の人格の尊厳を守るために―

「封印された死と自死遺族の社会的支援」現代のエスプリ五〇一号 清水新二編（至文堂）
二二―四一―三七頁、二〇〇九

10. 自死遺族とその周辺

「自死遺族を見る世間の目の背後にあるもの」グリーンケア・サポートプラザニエー
ズレター（以下、レターとする）六号―一二頁、二〇〇四

「自死遺族と自死者の声を聴く」レター 一七号―二三頁、二〇〇七

おわりに

281

「なぜ自分は自死遺族になったのか」レター二三号一十三頁、二〇〇六

「いのちは誰のものか」レター二〇号一十三頁、二〇〇八

「グリーフケアと罪責感」レター三三号一頁、二〇〇三

「水を媒介とする遺族の悲嘆緩和と死者儀礼」レター二二号一十三頁、二〇〇八

資料 自死遺族支援体制について

一 行政（施策集団）の取り組み

・自治体の場合 「市民政策」六〇号三十三頁、二〇〇八

・東京都の場合 「第一回自殺総合対策会議レポート」レター一九号一十三頁、二〇〇八

二 保健師等（専門家集団）の取り組み

・自治体の場合 「自殺の社会的背景に関する研究 保健師等の支援者側と自死遺族との関係について自死遺族とのかかわり方の難しさとその克服方法を解明することを目指して」心理学的剖検データベースを活用した自殺の原因分析に関する研究平成十九年度統括・分担研究報告書 主任研究者加我牧子 六七―七三頁、二〇〇八

・東京都の場合 「自殺の社会的背景に関する研究 保健師等の支援者側と自死遺族との関係について自死遺族とのかかわり方の難しさとその克服方法を解明することを目指して」心理学的剖検データベースを活用した自殺の原因分析に関する研究平成二十年年度統括・分担研究報告書 主任研究者加我牧子、八一―九〇頁、二〇〇九

三 民間団体（運営集団）の取り組み

「ささえあう社会をつくりたい グリーフケア・サポートプラザの活動を通して」自主の道一〇二号一十二頁、二〇〇六

まとめ

「自ら述べたあなた、遺された私」平山正実監修グリーフケア・サポートプラザ編 二四三―二四九頁、二〇〇四

第11章 遺族家に関する諸問題

1. 死別体験者への精神的援助

「新しい死の文化をめざして」A・デーケン／飯塚真之編（春秋社）九九―一三三頁、一九九四

2. の一 二三三(1)、四

遺族ケアの対象について 「生と死の看護論」平山正実編（メデイカルフレンド社）一五―一九頁、二〇〇九

2. の三(2)

「配偶者を亡くした人の悲しみを癒す十箇条 夫・妻の死から立ち直るためのヒント集」河合千恵子編（三省堂）三九―六二頁、一九九六

平山正実 (ひらやま せみ)

1938年東京生まれ。横浜国立大学医学部卒業。自治医科大学、東京英和女学院大学大学院を経て現在、聖学院大学大学院人間福祉学研究所教授。北千住旭クリニック院長。グリーフケア・サポートプラザサザリ理事。自死遺族ケア団体全国ネット代表。日本臨床死生学理事。日本医学哲学倫理学会名誉会員。元、脈死下での臓器提供事例に係る検証会議委員。自殺未遂者・自殺者親族等のケアに関する検討委員会、ドナー家族の心情把握等作業班班員、HIV感染被曝者遺族等に対する健康被害等の対応に係る調査研究会委員。現在、心理学的分科教授。東京都自殺総合対策会議・遺族支援分科会研究分担研究員。(以上は厚生労働省の経験に学ぶ)。「死生学とは何か」(日本評論社)。主な著書に「身近な死の経験に学ぶ」(共編、春秋社)。「死生学とは何か」(日本評論社)。「ケアの生命倫理」(共編、日本評論社)。「このころの病気の治療がわかる本」(法政大学)。「生と死の看護論」(共著、メジカルフレンド社)。「燃えつきまないがん看護」(共著、医学書院)。「自ら逝ったあなた、遺された私」(監修、朝日新聞社)。「はじまりの死生学」(春秋社)。「人生の危機における人間像」(聖学院大学出版部)。「見捨てられ体験者のケアと倫理」(勉誠出版)など

自死遺族を支える

2009年3月発行

著者 平山正実
発行者 大参正行
発行所 有限会社エム・シー・ミュージズ
〒113-0033
東京都文京区本郷2-25-14第1ライヒビル3F
TEL:03-3812-0383
印刷・製本 山陽アーク株式会社
イラスト 篠 隆司

© 2009 Masami Hirayama. Printed in Japan

非売品

落丁本、札丁本はお取替えいたします。
本書の全部または一部を無断で複製(コピー)・転載することは、著作権法上での例外を除き、禁じられています。

3. 遺族支援者に対するバーンアウト (burn-out) —燃えつき—対策

「生と死の看護論」平山正実編 (メジカルフレンド社) 一七九—一八〇頁、二〇〇—九

本書をまとめるにあたり有限会社エム・シー・ミュージズの大参正行氏に大変お世話になった。心からお礼を申し上げます。

また、聖学院大学総合研究所所長大木英夫先生、聖学院大学学長阿久戸光晴先生及び同研究所事務局長の山本俊郎氏と事務局池田陽子氏に、いろいろな面でご協力いただいたことを感謝いたします。

二〇〇九年二月二十七日

平山正実

5. 不条理な死としての自死

—自死遺族および自死遺族支援者に対する
臨床心理教育について—

平山正実
聖学院大学大学院

1. はじめに

わが国において自死で亡くなった人の数は、1998年から2007年に至るまでの9年間、毎年3万人の大台にのったまま、いっこうに減る気配がない。そして、人口10万対の自死者数の占める割合は、23.7であり、この数はフランス、ドイツ、カナダ、アメリカなど先進国の中で、トップの座を占めている¹⁾。このような現状を踏まえ、危機意識を持った政府は、2006年10月、自殺対策基本法を制定した。この法案は、四つの基本理念を持つ。第一は、自死は個人の問題であると同時にいろいろな原因が関与した社会的問題であること。第二は、実態に即した取り組みをしなければならぬこと。第三は、いろいろな段階に即した

対策が必要であること²⁾。第四は、官民共に各機関が連携し、自死を
防がなければならないことを謳っている。2007年には、この法律の
流れにそって、自殺総合対策大綱が出来た。この大綱の中で、自死遺
族への事後対応に取り組むことが、わが国の自殺対策を実施する上で
重要な方針である事が打ち出された。しかも、それは、官民連携のも
とに行われなければならないとしている。

ところで、1人の人間が自死によって亡くなると、その家族や友人、
関係者などを含め、その背後に最低5人もの人が深刻な精神的打撃を
受けるといわれる。このような事実を真摯に受け止め、本稿は、自死
遺族及び彼らを支援しようとする人達への臨床心理教育の必要性を訴
えることを目的として執筆した。

2. 不条理な死としての自死

人間の生には、さまざまな生き様があるように、人間の死には、さ
まざまな死に方がある。自然死や老衰死、さらに大多数の場合にあて
はまる病死などは、納得のゆく死であるといわれている。他方、自死、
事故死、災害死（地震、水害、火災、海難事故など）、戦争死、犯罪
に巻き込まれた死などは、その多くが突然死であって、非業の死、不
条理な死といわれることが多い。このような死に対して、遺族はその
死を受容できず苦しむことが少なくない。その中でも、とくに自死の
場合、遺族にとっても、後々までその痛ましい記憶が再三にわたって蘇
り、しかも、それは心の傷となって残る。

彼らに、大きな心理的負荷を与える理由の一つは、その死が遺族に
不条理感をもたらすからである。遺族はよく「故人は、なぜ自死を選
んだのか」「どうして、死ぬ前に自分に一言、言葉をかけてくれなかっ

たのか」「自死したのは、自分達の責任ではないか」という。しかし、
「なぜ」「どうして」という問いに対して、誰も納得のゆく答えを出す
ことはできないであろう。まさに「死人に口なし」であって、あの世
から帰還した者は一人もいないからである。その意味で自死は、謎で
あり、神祕である。しかも自死は遺族の心に傷として残り続けること
は確かであって、その死を不条理な死として受け止めること自体が、
彼らを苦しめるのである。

自死遺族を苦しめるもう一つの理由は、周囲の人々の批判的なまな
ざしと偏見や差別の感情である。「自死者は、人生の敗残者だ」「自分
勝手に社会を捨てた敗け犬だ」「かれらは、人類が普遍的に持ってい
る命を殺すなかれという規範ないし不文律を犯したのであって、遺族
もその共犯者だ」と批難されたり、電車に飛び込んだ場合「多くの人
に迷惑をかけた」といって中傷を受けたりする。また、とくに死因が
はつきりしない場合、警察が検視に来て、自死であることがわかると、
病氣として扱われず、事件扱いされ、遺族も“共犯者”の疑いをかけ
られるケースもあるという。このような場合、遺族は二次的被害を受
ける。さらに、自死者の多くは、自死する前に、精神障害者として精
神科に通院していたり、かつて入院していた者が多い。このことが、
また、差別や偏見を増幅させる原因になる。このような事実を知って
いる遺族は、もしも、死因を世間に打ち明けたなら、悪い噂をたてら
れたり、好奇の目に曝され、村八分になるのではないかと恐れる。そ
して、もし、そのような事態が生ずれば、自死者の名誉や尊厳が損な
われるかもしれないといった危機感に囚われ、自らの悲哀感、無力感、
自責感なども重なって、自分の殻に閉じこもってしまう。他方、人間
は、このような悲しみを抑圧しようとするればするほど、その悲哀感情
は、複雑化し病理化する恐れが出てくる。つまり、その苦しみを他人

に打ちあけることができず、自分ではどうすることもできない感情に押しつぶされ、当事者も家族も破綻してしまふ可能性がある。このような悲惨な事態に陥るまえに、自死遺族ならびに自死遺族支援者に対する臨床心理教育が行われる必要があると考える。

3. 自死遺族に対する臨床心理教育

(1) 自死の原因に関する専門家の情報提供

自死遺族は、専門家である精神科医に「自死者の死因は、心の病という立派な病気によるものだ、とはっきり言ってもらった方がかえって慰められる」とよくいう。そして、かれらは、「今まで、自分の責任で病気になったかと思ひ、自分を責めてばかりいた」と述べる。自死者の死が病気によるものであるということが判明すれば、どうすることもできなかつたということになり、そのことが悲嘆緩和の一因となりうる。それゆえ、専門医は遺族に対して、その発症メカニズム・経過等について、よく説明すべきである。

(2) 自死遺族に対する心理的ケア

援助者は遺族に対して、心を開き、ゆっくり時間をかけ、共感的な態度で徹底的に聴く姿勢をとり続ける必要がある。その際、遺族の肯定的感情も否定的感情も自由に表現できるように留意する。遺族は、支援者に安全感や安心感が担保されているということがわかると、信頼感を持つようになり、「これまで、まじめにやっていたのに、よりによって、なんで自分にこんなことが起こったのか」「なにか悪いことをしたのか」「自分も自死に加担したのではないか」「故人を助けられなかつたのは自分のせいだ」などといった自らの悲しみ、苦しみ、

悔みを一挙に表出するようになる。実は、こうした感情表出をするところが、悲嘆緩和のためには、大切なことなのである。

怒りや不安の故に、遺族が自らの感情をコントロールできず、パニック状態に陥ったときは、傍らに居て、手を握ったり、背中をさすったり、抱擁するなど、触覚に訴えるケアが効果的であるといわれている。そして、援助者は「悲しむのは当然です。辛いのはあたりまえです」と言い、彼らの苦しみや悲しみを、全面的に肯定することが大切である。それと同時に、今まで長年の間故人と一緒に歩んできたことが、どんなに大変だったかということ、きちんと受け止め、その労苦をねぎらい、「今後は、どんなに苦しいことがあっても、共に歩みましょう。私達は、あなたに寄り添ってゆきますよ。決して見捨てませんよ」と述べ、彼らの言行を支持すると共に、相互の関係性を保証する。「そして、「かならず、いつか光がみえてきて元気になる時が来ます」と力づけ、未来に希望を与えると同時に、元気がでてくる時まで、根気強く待つと伝える。

ところで、自死遺族の、故人や周囲の人々に対する感情は揺れ動いている。そこで、感情的に過度に不安定な遺族に対しては、心理的介入が必要である。介入が必要と思われる遺族は、大別すると、自罰型と他罰型に分けられる。時期、経過の違いはあるにせよ、両タイプが混在しているケースもある。

まず、自罰型の遺族について考えてみよう。かれらは、過剰な自己責任感や罪責感を持っており、故人が自死した責任はすべて自分にあると決めつけ、自分の言行を悔い、自らを責め続ける。その結果、無力感、絶望感、自己否定感に囚われてしまう。

他罰型の遺族は、死んでいった者に対して「なんで、自分だけ先にゆき禁になつたんだ」といい、死者を憎んだり、主治医に対して、「お

まえの見立てが悪かったから死んだのだ」と怒む。周囲の人々に対しては、「おまえが、自分に協力してくれなかったから、こんな不幸な目に合ったんだ」と責め立てる。

このような自罰型および他罰型の自死遺族に共通している点は、感情のコントロールが不安定なこと、自己認知が歪んでいるということ、自己同一性が混乱しているということ、人間関係のコミュニケーションがうまくとれないことなどといった特徴を持っている。援助する者は、まず、かれらが「亡くなった人はすでに、この世にいないのだ」という事実に向き合えるように、導くことが大切である。そのためには、自罰型であるにせよ他罰型であるにせよ、遺族が死者と一定の心理的距離をとるよう勤める。しかし、こうした心理的距離をとることができるときには、遺族の方が、自己超越的視点を持っていること、つまり、自己を客観視でき、自分が万能的存在ではなく、限界のある存在であることに気づかなければならない。

一般的に、自罰型と他罰型の遺族は、深層意識において、万能感や全能感が強い。そこから、過剰な責任感や自責感、さらには、極端な正義感が生まれてくる。要するに、全能感や万能感と自己の限界性の自覚とは対極的な構造を持つ。全能感が肥大すると、他罰的になることもあるが、反対に過度に完璧主義に陥り自罰的になったり、依存感情が充進し後追いの危険性が生ずる。自罰型も他罰型も、自己との関係や、他者との関係との間の境界線、つまり心理的距離をおくことが苦手であるという共通特徴を持っている。援助者は、遺族が、自己洞察する中で、自己客観視する能力を身につけ、自己との関係や他者との関係に境界線を引くことができるよう導くべきである。ところで遺族と自死者の間に境界線を置くこと、つまり心理的距離を置くことは、見方を変えれば、死者の名誉や人格の尊厳を重んずる

ことである。かれらは、この世的にみれば、どんなに不器用な生き方をしたようにみえても、彼らなりに一生懸命生き、完結した人生を送ったのである。人生は、結果ではなく経過（プロセス）をみて、評価しなればならない。遺族は、彼らなりに全力疾走していったのだ、そのような彼らなりの死と生を認めてあげなければならぬ。

(3) 自死遺族の“燃え尽き症候群”に対する支援方法について

自死遺族は、自死者が生前、慢性的な精神疾患に罹患していたことが多く、長期間にわたる介護による心労や突然訪れた自死によるショック、死因を公にできず、秘匿しておかなければならない辛さ、死者に対する罪責感、親族や警察、その他の公的機関からの批判的言辭などに戸惑い、混乱し、疲弊していることが多い。このような事態を、われわれは、自死遺族の“燃え尽き”と定義しておく。彼らが、燃え尽きるとさまざまな症状が現れる。具体的には過呼吸、めまい、だるさ、頭痛、吐き気、胃部不快感、胃痛、頻尿、口渇、動悸、不整脈、頭重感といった身体症状や不眠、抑うつ気分、疲労感、焦燥感、意欲の減退、罪責感、怒り、希死念慮といった精神神経症状を訴えることが多い。また、彼らは、常に緊張感、圧迫感、拘束感、挫折感、自己否定感に囚われている。

このような燃え尽き症候群に陥っている自死遺族に対して、援助者は、問題解決策を提示すべきである。

まず第一に、上に述べた、さまざまな身体症状や精神神経症状の背後に自死者とのさまざまな葛藤があることを想定し、できればその要因を探る。そして悲嘆感情の表出と自己の精神内界を洞察することが身体化した症状や精神神経症状に伴う苦痛を緩和することがあることを伝える。

第二に燃え尽きやすい遺族は、完全主義者が多い。かれらは、責任感が強く、人や物に執着しすぎる傾向があり、かつ、依存的性格の持ち主が多いことを指摘しておきたい。完全主義者は、自死者に対し、生前、完璧な介護やケアをしてこなかったことを悔やむ。そして、「取り返しがつかないことをしてしまいました」と嘆く。このような自死者に対する執着心や依存心の強さを持つ人は、たとえ相手がこの世からいなくなっても、なおも、その死を認めず、死者と一体化しようとする傾向が強い。このような一体化願望が強くなると、後述の自死傾向の可能性が出てくるので要注意である。援助者は、前章の「自死遺族に対する臨床心理教育」の(2)「自死遺族に対する心理的ケア」でも触れた自罰型や外罰型の自死遺族への対処法を念頭に置きつつ、彼らの性格傾向と自死者との関係に関して自己洞察を促すとともに、彼らの心的構えを修正するよう指導する必要がある。

第三に、援助者は、自死遺族が心身共に、疲弊している場合は、一時、仕事や家事を離れ休養をとることを勧める。休養入院や旅行という選択肢もありうることを告げる。

第四に、家族の誰かが自死した場合、家族関係に亀裂が生じ、家族全体が解体する危機が訪れることがある。このような場合、精神的緊張からの解放や悲嘆緩和を促す手段として、外からならんかの支援や介入がなされる必要がある。具体的には、地域の保健師の援助を求めたり、教会関係者やカウンセラーによる家族合同カウンセリングを行い、家族間葛藤の調整を行う。

第五に、上に述べたさまざまな心理的アプローチを行っても、身体症状や精神神経症状が緩和されなないときは、抗うつ剤や抗不安剤の投与を行う。それでも、自傷他害的行為や暴言が、顕著に表われる場合は入院を勧める。

最期に注意すべき点として、援助者は、自死遺族の来歴を言いたくないのであれば無理に聞くことは避けるべきである。このような尋問調の問診は、過去の心的外傷(トラウマ)を蘇らせてしまうことがある。つまり、フラッシュバック現象が起きてしまい、病状が悪化することがあるので、十分注意する必要がある。

(4) 自死遺族に対する社会的介入

自死遺族に対する援助者の社会的介入の仕方は、さまざまな方法が考えられる。これまで述べてきたように、自死遺族は、世間の目を恐れて、隠れるようにして、自閉的な生活を送っている人が多い。そのような人は、人と話すことに関心がないのかというと、決して、そうではない。彼らは、自らの不条理感や悲しみ、怒りを思い切り、吐き出し、聞いてもらいたいという気持はある。しかし、恥の感情や社会的不利な立場に置かれることを恐れて、引きこもっているのである。われわれは地域で、自死遺族に対して支援している保健師と面談したことがある。その結果、自死遺族に対するこのようなアウトリッチ型の訪問看護の需要は多くあり、しかも、それは社会的にも自死遺族にとっても、大切な仕事であることを知った³⁾。

その他、日本では、電話やインターネットの掲示板、自助グループなどによる自死遺族への社会的介入が始まっている。この点については、後に記す第4章の「自死遺族支援者に対する臨床心理教育」の項で、もう一度、触れることにする。なお、ここで、自死遺族の社会的介入に関する世界の動向について若干触れておく。河野健治の報告によると、スウェーデンには、自死遺族に特化したグループ(SPES)があり、その自死遺族支援組織は社会の中で大きな役割を果たしているという。ここでは、遺族会を統合する形の“アンブレラ組織”が全

体の自殺対策の中で大きな働きをしているという⁵⁾。また、自死遺族が難しい課題を抱えている場合、地域の保健師やかかりつけ医に相談し、問題を解決する。インターネットのサイトをみるとか、支援組織にメール相談をするなどといった方法があるという。しかし、スウェーデンのやり方にも泣き所があつて、伝統的な専門家からの必要な情報は入ってくるが、横の人間関係が希薄であるという。それに引き換え、イギリスではCompassionate friend、CRUSEのように医療の専門家のネットワークはそれほど強くはないが、家族や地域共同体の絆が強いことが大きな特徴であるという。また、ドイツにはVerwaiste Elternがある。こうした自死遺族のサポートグループは、カナダ、マルタ、ニュージーランド、そして、アメリカカへと活動が広がっているという。日本でも自死遺族に対するいろいろな社会的介入の仕方を模索している。たとえば、われわれが運営している自死遺族支援団体「グリーフケア・サポートプラザ」では、電話相談や分ち合いの会だけでなく自死者を悼うための追悼式を行っている。参加者は、どの宗教を信じていてもよいし、無宗教者も参加してよい。自死遺族関係者は、この追悼式に参加することによって、死者を想起し、その魂が安らかになるように祈る。しかも、一人ではなく、共通の痛みを持つ仲間と共に、この式に参加を促すところに、喪の社会化と悲嘆緩和をめざす、主催者の意図がある。

この他、社会的介入の方法として、多重債務など、負の遺産を背負った遺族のケアなどがあるが、この点については法テラスなど、専門機関に紹介することも援助者の大切な仕事の一つである。

(5) 自死遺族に対する実存的・スピリチュアルなケア

自死遺族を支援するにあたって、最も大きな課題の一つは、実存的・

スピリチュアルなケアである。なぜならば、自死はすでに述べたように、不条理な死であるからだ。人間は、不条理な現実と直面する時、その意味を問う。そして、人生における生や死の意味を問うことこそが、実存的・スピリチュアルケアの主要なテーマなのである。

悲慘な自死で身内を失った遺族は、その直後から激しい悲嘆の嵐に襲われる。そして、この時期を通り過ぎると、故人の死は、自分にとつて何だったのだろうかとか考え始める。つまり、死者が残っていた宿題について熟考し、その未完の課題を完成させることが、遺された者の責任なのではないかと考えるようになる。自死した人の生を振り返るとき、確かに結果からみれば、亡くなった人の結果、つまり、死に様を見えるかもしれない。彼らの生と死、つまり全体をみなければならぬ。彼はその全生涯を生ききるまで、彼らなりに一生懸命、努力をしたであろうし、人生の不条理や病と闘い続けたのである。その勇氣ある生への姿勢をもっと評価すべきではないだろうか。また、自分の意志ではなく、難しい心の病にかかり、自分が苦しいだけでなく、心優しい彼らにとつて、身内や周囲の人に迷惑をかけたことを申し訳なく思い、他者配慮的動機から、自ら積極的に死を選び取ったのかもれない。このように考えてくると、遺されたわれわれは、もっと自死者の人格を認め、彼らを選びとった死というものを、尊敬ある死として認めてもよいのではないかと思う。確かに彼らは、この世において、精神的安らぎは、得られなかつたかも知れない。しかし、かれらの生き様、死に様そのものが、遺された者の生き様そのものに対して、あるときは優しく、またあるときは厳しく問いかけているのではないか。そこで、われわれは、死者が果たしえなかつた夢、未完の課題、かれらが遺された者に託していった意志や希望を達成すべく、まさに「一

日一生」のつもりで、現在の時を大切に使うことが求められているのではないだろうか。自死遺族支援者は、自死遺族に対してこの点をきつちりと指摘すると共に、共にこれらの点について考えてゆく姿勢を貫くべきである。

それでは、自死者がわれわれに残していった“宝物”つまりプラスの遺産とは何か。われわれは、それを四つの範疇に分けて考えてみたいと思う。

第一は、自然領域における美への気づきである。自死遺族は、自然の美にふれる中で、その悲しみが癒されると述べる人が多い。かれらは、事件が起こる前まで、なにも感動しなかった自然の中に新鮮な美と生命力を感じ、しかも、その中に想うことにより癒されたと訴える人は多い。

第二は、社会的領域への気づきである。多くの自死遺族は、長年にわたって、故人と共に心の病と戦ってきた。彼らが、身内の人を、自死で失ったとき、死者が生者に託そうとした意志とは何だったかという事を考える時、遺族自身が、精神障害者を助ける仕事に関わりたという思いが強くなって、カウンセラーやソーシャル・ケースワーカーや介護士、看護師などといった援助的な仕事についていた人が少なくない⁴⁾。

また、ある自死遺族は、この淋しさ、苦しさ、悲しさなど、自分の心情を正直に吐露した体験記を公刊した。こうした行為も自らの意志を社会に向かって発信する有力な手段になる。その体験を読んだ、ある自死願望を持った人は、遺族がこれほど悲しんでいるということは全く知らなかったが、その体験記を読んだから、もう二度と自死しようとは思わまいと決心したと言ったことを聞いたことがある。その意味で、この自死遺族は、自分が執筆することを通して、立派な自殺予

防活動を行ったことになる。

第三は、倫理的領域への気づきである。

自死遺族の多くは、大切な身内を自死で失い、かれらが生前に執着していた金銭、地位、見栄、体裁、世間体、プライドを絶対化することなく、むしろ、自分の精神内界を客観的に見詰め直し、これまでの自分がとってきた心的態度を相対化できるようになってきたという人は多い。彼らは、悲惨な自死という出来事を通して身内を失うことによつて、これまで気づかなかつたさまざまな徳、すなわち、病めるもの、貧しいものへのやさしいまなざしや共感、人に対する謙遜と感謝、自分が限界ある存在であるということに対する認識、委譲する心、寛容さが大切であること、優れた品性を形成するためには試練が必要であること、新しい人との出会いによる感動、大切な人を記憶にとどめることこそが愛や希望の源泉になること、といった事柄に気づきを与えられたと語っている⁵⁾。つまり、自死遺族の多くは、自分の身内や親友を自死で失ったことが、新たな倫理的飛躍をもたらす契機となったと証言している。このような自死遺族の態度変容の実態を知ると、この世に生起する一見すると禍のように思える出来事すらも、幸福なきには得られなかつた知恵や徳を与えてくれるきっかけとなることがあるという事に気づかされる。その意味で、人生において、悲しい出来事に遭遇することも決して無駄なことではない。

このようなことは、悲嘆の渦中にある自死遺族は、視野狭窄に陥っていて、なかなか気づかない。しかし第三者的立場にある支援者は、そうしたことを経験知によって知る機会が多いので、そのことを自死遺族に伝えるべきである。

第四は、宗教領域への気づきである。自死遺族は、身内の者が、自死することによって、多かれ少かれ、見捨られ体験を持つ。そのため、

彼らは、超越的他者のとりなによって、自死者とのつながりを希求するようになる。つまり、神仏への信仰を持つことによつて、未来への展望を開き、希望を持って生を全うしようとする。

これらの事柄をもう少し敷衍すると、自死者との再会やつながりを願う自死遺族の気持というものを分析してみると、凡そ二つの動機があるように思われる。第一は、自分の犯した過ちを神にとりなしていただく、自ら至らなかつたことを悔い改め、故人との和解と許しを願うという目的がある。このような遺族は、生前十分に自死者を愛せなかつたことへの許しを神に求め償っていただくことを願うと同時に、その苦しみを自らも荷ない、かれらの遺志を証することが生者としての責任であると思うに至る。第二は、愛している者との再会への希望である。つまり、自死遺族の心の中には、死者は、無にならぬ、無になつてほしくないという願望がある。このような再生願望が成就されるためには、いったん灰になった身体を蘇らせて下さる神の力への信仰が与えられなければならない。無限の宇宙空間の中にあり、しかも永遠の相における生者と死者との再会、共存、共生を信仰のゆえに確信した者は、この世で一度死者と共に死に、現実の社会の中で死者と共に生きなおすことができるようになる。

以上、まとめると、支援者は自死者と遺族との絆が強ければ強いほど、その死後、遺された者は、自然的、社会的、倫理的、宗教的領域において、大きな気づきが与えられ、視野が拡大されることを支援者は遺族に対して教育すべきである。

4. 自死遺族支援者に対する臨床心理教育

これまで、自死遺族個人に対する臨床心理教育の必要性について言及してきた。本章では与えられた紙面に限られていることを考慮し、自助グループのスーパーバイザーやリーダーを念頭に置きながら、その心構えや運営を進めるにあたって注意すべき点のみについて触れておきたい。

自死遺族が、救いと癒しを求めて、自死遺族の自助グループや支援グループあるいは、専門家等のところを訪れたとき、かえつて傷つけられて帰つてきたという話をよくきく。これを二次的被害という。このような不幸な出来事を防ぐためにも、自死遺族支援者に対する臨床心理教育は重要である。

ここでは、自死遺族を中心とする自助グループを支援する場合、その運営にあたる際に、スーパーバイザーが留意すべき点を記す。

(1) 基本的態度

話し合い、分かち合いの場が、安全感と安心感の持てるような空間であるよう配慮すること、温かさや肯定的な言葉かけ、つまり、ねぎらいの言葉を忘れなれないうこと、聴くという態度を貫くこと、批判的言葉や相手を巻き込み誘導するような態度は避けること、謙遜であること。

(2) 守秘義務の原則

分かち合いや支援グループで話された内容が外にもれた場合、遺族自身や家族が、世間の偏見や差別にあり、さまざまな社会的不利に陥ることがあるので、そこで得た情報は、口外しないこと。

(3) 自由の原則

参加者に対して自死に関わる事柄を、分かち合いの場で話すことを強制してはならない。また、本人の自由意志によって自死者に関する事柄を話す自由を阻げてはならないこと。

(4) 個別性の原則

分かち合いや支援グループに参加している者は、性差、性格、生育環境、家族状況、亡くした対象、自死の仕方、病気の有無、その種類、罹病期間、悲嘆のプロセス、経済状態、趣味、信仰など、それぞれまったく異なっていることに十分留意し、その個別性を尊重すること。その際、相手の状況を考慮せず、忠告やコメントをすることは、厳に慎むべきである。

(5) 平等の原則

分かち合いの席上、ある特定の人物が、長時間にわたって発言するような場合は、相手を傷つけないように配慮しつつ、制止する必要がある。時間は限られているから、平等に発言の機会が与えられるべきである。もちろん、沈黙を希望するものは、それを受け入れられる。

(6) 限界をわきまえること

分かち合いや支援グループという枠の中に、参加者があてはまるかどうか、的確な判断を行う能力が求められる。治療が必要な場合は専門機関に紹介する必要がある。また、法的経済的問題がからむケースは、ニーズにあった社会的資源を探し紹介することが大切である。

5. むすび

これまで、自死を不条理な死として位置づけ、自死遺族および自死遺族支援者に対する臨床心理教育に必要と思われる事柄について言及してきた。このような教育は、自死遺族の悲嘆緩和を目的として行われるものである。

今後、このような臨床心理教育のカリキュラムを充実させ、また、実施場所や実施方法に工夫を加え、さらに、教育者の人材育成に心を砕き、この目的達成のために努力してゆくことが望まれる。

引用・参考文献

- 1) 自殺対策白書—平成19年度版、内閣府、38ページ、2007
- 2) 自殺対策白書—平成19年度版、内閣府 3ページ、2007
- 3) 平山正実、保健師等の支援者側と自死遺族との関係について—平成19年度、「心理学的剖検データベースを活用した自殺原因分析に関する研究」、p3～p13、2008.3
- 4) 平山正実監修、自ら逝ったあなた、遺された私、朝日新聞、2004
- 5) 川野健治、自死遺族ケアをめぐる官民の動向について、P14～P15
自死遺族ケア団体全国ネット 第3回スタッフ研修会〔報告書〕、自死遺族ケア団体全国ネット、2008.1.26

2

三 自殺者の深層意識構造——とくに自殺様式の類型化の試み

自殺者の死にいたる深層意識構造は、神秘に満ちていて予測しがたい。そのために遺族は不条理感をいだく。しかし、遺族をケアする側にとっても、遺族自身にとっても、自殺者の深層意識構造、つまり、その心理や死にいたる過程（プロセス）を少しでも理解することは、彼らの不条理感を和らげるために、役立つところが大きいと考える。以上の点を踏まえて、自殺者の深層意識構造を解明するための手がかりとして、自殺者の自殺にいたる要因や心理過程別に、四つの型に類型化した。

(1) 自己愛型自殺

このタイプの自殺は、自己中心的なパーソナリティ（性格）を基盤としている。このような型に属する自殺者は、自分の命を、自分の自由意志の力によって、思いどおりにコントロールし、支配できると考えている。つまり、彼らは、自分の力で、自由自在にふりかかってきた運命や宿命、不条理と思われる出来事を克服できると信じている。

このような考え方の根底には、自分の強さに対する自信がある。自己顕示、自己讃美、自己英雄化、自己肯定、自己義認、自己美化が、彼らの生への態度、つまり基本的な生のベタインである。このような思考を押し進めてゆくと全能感ないし万能感あるいは、自己絶対化、自己神化への道をたどることになる。こうした態度の背景には、過大な生への欲望とそれを肯定しようとする態度が認められる。過剰な生への欲望は、健康、財産、生命、性、権力への執着として顕在化する。欲望は、これらの価値を効率的に獲得することを求める。そして彼らが、そうした

価値の獲得競争に敗北し、己の弱さを露呈させる結果になったとき、自らその生を屈辱ないし恥と感じ、生きることを厭しとせず、自ら死を選択すべしとする一種の死の美学にとられていく。このような考え方の背後には、生命や人間への蔑視と自らを英雄視する傲慢、それに生への冷淡さがある。このような深層意識構造こそが死の絶対化を招来せしめるのであり、これこそが「死の偶像化」といわれる事態に他ならない。

欲望という言葉は、本来、偶像ないし、空虚、倒錯といった意味をもつという。そして、生の絶対化は、死の絶対化と通底し、しかも、両者は、相互に欲望に由来しつつながっている。そして、欲望は、エロスという生の絶対化とタナトスという死の絶対化を露呈させるが、その到達点は、同一であって空虚であり無である。この欲望こそが偶像（アイドル）であり、その欲望にとられることによって生ずるのが、自己愛型自殺である。

(2) 自己犠牲型自殺

自己犠牲型自殺は、自己の信ずる神や隣人への愛や正義にかかわる理念、信条、信念、信仰が阻げられる事態が生じた時、進んで死を選択するタイプの自殺である。

たとえば、敵の攻撃や拷問を受け、自らの生命を守らんとすれば、部下や家族、同胞など隣人の生命が奪われることがわかった場合、自らの命を犠牲にして他者の生命を守るケースなどがこの型の死に相当する。この場合敵の攻撃によって国や組織集団のリーダーは、それらの集団が崩壊の危機に瀕した時、自らの生命を犠牲にすることによって、部下や統治している人々を救うとする。このような自殺の背後には、リーダーや集団全体の名誉や理念が奪われたり汚されることや、周囲の人々の心身が傷つけられたり、財産が失われることに対して、自ら責任をとるといった義務感が隠されていることが多い。その他、部下の指導者に対する忠義や義務の証として、また、一族の

汚名を避ける行為として死が選択される場合が含まれる（この例については、後述するサウル王の自殺、サムエル記上31・4―5参照）。

なお災害、事故など緊急事態の中で自分の命を投げ出して隣人の命を救う例があるが、このタイプの自殺も自己犠牲型自殺に属する。

借金のため家族が貧しくなったり、心やからだの健康が損われたことに対して、家族や組織などに迷惑をかけ、恥ずかしい思いをさせたことに対する罪責感から、命を絶つこともある。この場合も自己犠牲型自殺という範疇に属するといえよう。このタイプの自殺は、当事者が、自殺することによって、本人も楽になり、周囲の人々の苦しみも解放されることがあるから、一種の贖罪としての犠牲死、きよめとしての死であるといえよう。これらの自殺は、他者配慮的契機が隠されている。このような動機による自殺者に対して、周囲の者が、安易にその行為を裁いたり、批判することは慎むべきである。ただし、外面的には、他者に対して申し訳ないといった他者配慮的動機のようにみえていても、他方で、自分の面子や自己嫌悪を屈辱感、あるいは自己の顕示欲や自己英雄化の美学から自殺へと向かう自己愛型自殺や(4)で述べる自己病型自殺と鑑別することが難しい場合もあり、そこに自殺の原因追求の難しさがある。

(3) 自己被害型自死

自己被害型自死は、家庭、学校、企業、国家、そして国外の諸国家からの虐待、いじめ、疎外、裏切り、拷問、差別などによって、当事者が孤立し、窮地に陥られ、追いつめられ、自殺する例である。このようなケースは、本人を取り巻く社会全体の責任、罪が問われるといわなければならない。

(4) 自己病氣型自死

日本で毎年発表される自殺統計をみると、どの統計でも自殺の原因は、あらゆる年代、性差を通して健康上の理由というものが一番多い。そして、健康が害された場合、さらにその原因を探っていくと、精神疾患によるものももっとも多い。精神疾患の場合、責任能力や自由意思能力が喪失ないし減弱していたり、認知の障害があったり、判断能力が低下していることが少なくない。このように考えると、自己被害型自死と並んで自己病氣型自死は、本人自身の意志の関与する度合は、自己愛型自殺や自己犠牲型自殺より少ないといえる。

われわれは、かつて、自殺と自死という言葉に分けて使ったことがある。「自」は、自(みず)からとも自(おのず)からとも読める。自(みず)からは、文字どおり自分の自由意志によって自分の命を絶つことで、「自殺」という言葉があてはまる。本稿では、自己愛型自殺や自己犠牲型自殺が、このタイプの死に相当する。他方、自(おのず)から死ぬ場合は、自分の自由意志や責任で死を選ぶというよりも、むしろ、周囲の環境や心身の病氣によって、本来は死にたくないのに、追いつめられ、やむをえず、死なざるをえなくなった、というケースがほとんどである。このような死を、われわれは「自死」と呼んだ⁽⁹⁾。本稿で類型化した自己被害型自殺や自己病氣型自殺は、自殺よりも自死という言葉がふさわしいと考える。

四 自殺と自由意志

人間は、自分の自由意志によって、生まれてくるわけではない。一人の人間が、生まれてくる時のことを考えた場合、神の計画(摂理)によるのか、親の意志によるものか、偶然のめぐりあわせなのか、意見はさまざまであろう。ただ一つはつきりしていることは、誕生は本人の意志ではないということである。

他方、誕生とは対極にある死の場合は、どうか。病氣の場合、本人の自由意志とは無関係に、あたかも盗人のごとく、予測できない時に死が訪れることは、多々あることである。しかし、早期に予防や治療を施したり、心身の管理をきちんとすれば、ある程度人間の自由意志によって、死期を先送りすることができる場合もある。

自殺の場合は、どうか。これまで、専門家や公的機関によって、さまざまな自殺予防対策が打ち出されてきた。

しかし、その成果は、十分あげられてきたとはいえない。その理由は、自殺という出来事は、当事者自身の自由意志が関与しているからだと思ふ。動物は、自殺するということがあるのだろうか。おそらく、自殺は、人間固有の死に方なのではないだろうか。

ここで、前章で掲げた自殺の四つの類型と自由意志の関与の度合との関係について、もう一度、整理しておきたい。(表1参照)

自己愛型自殺と自己犠牲型自殺とは、自由意志で自殺が遂行される度合が強く、自己被害型自死と自己病氣型自死は、本人の自由意志や責任で死を選ぶというよりも、むしろ、災害や家庭や学校、企業、国家や外国の権力など外からの圧力や自分の心身の病氣によって、やむをえず、死へと追い込まれてしまう例であると判断される。この