

場合、本人の責任や自由意志によって自ら命を絶つというよりも、周囲の圧力や病気の力に強いられて、自らの命をあやめざるをえなくなったと考えるほうがよいのではないが。それゆえ本人の自由意志の関与する場合は、自己愛型自殺や自己犠牲型自殺より、少ないといえる。

表1 自殺の四類型と自殺者の自由意志および対象との関係性について

	自己愛型自殺	自己犠牲型自殺	自己被害型自死	自己病氣型自死
自由意志の関与度	強い	強い	弱い	弱い
自殺者と対象(他者、自己、神など)との関係性について	関係性は断絶	関係性を大切にする	関係性は希薄 ないし断絶	関係性は希薄 ないし断絶

## 五 自殺と「関係性」について

次に、前述した自殺の類型と、神や他者および自己との「関係性」について、考えてみたいと思う。

自己愛型自殺は、閉鎖的な自殺といえるのであって、このようなタイプの自殺者は他者や神との関係をもとともとうとしない。一種の自己完結的自殺ともいえるが、実は、自分の中の本当の自己(真の自己)と向き合ってい

ると思えない。本質的には、自己愛型自殺は、神や他者、自然、自己等とのあらゆる絆やつながり(関係性)を絶ち切り、自己嫌悪を伴い虚無の世界の中で、死が選択されてゆく。自己愛型自殺では、欲望の肥大と自己英雄化、自己讃美、自己神化、生の絶対化とその結果として生ずる死の絶対化、死の美化、死の英雄化そして、その最終到達点として、死が選り取られる。この過程には、あらゆるものとの関係性の断絶がある。

次にいろいろな型の合併例について考えてみたい。たとえば敗戦時、よくみられる戦争指導者の自殺は、その動機を探ってゆくと、自分の面子が保たれないことによる自己愛型自殺という側面と、戦争に敗れ、自分が追いつめられて死にいたる自己被害型自死という側面と、部下や市民に対する責任のゆえに自分の命を絶つという自己犠牲型自殺という側面をもつように思われる。

自己犠牲型自殺は、他者との関係性を絆を大切にする。また、自らの創造性との関係に配慮する。さらに、神との関係性、つまり信仰や祈りをも重視する。このように、他者や自己や神(自然)との関係性を、己の命より大切にすること、つまり、自己を犠牲にし、他者を配慮するために、己の生を犠牲にすることができる人は、己の生と死を超越することができる人である。言い換えれば、このような人は、愛や真理や美や善や創造性を自分の命より優先することができる人である。このようなタイプの自殺は、自己犠牲型自殺といえる。

自己被害型自殺は、自殺というより、むしろ自死といえるタイプの死である。この種の死は、すでに述べたように、外から当事者と関係を絶とうとする力、すなわち、貧困、差別、疎外、いじめ、裏切り、憎悪、猜疑、嫉妬などといった悪の力に圧倒され、人間不信やその結果生じた苦しみからの逃避、孤立、絶望の結果として、命を絶つ、つまり、外から強いられて関係性を切断された結果、やむをえず自ら命を絶つ死である。

自己病氣型自殺も、自死という言葉を使ったほうがよさわしい。種々の統計によると、現代の日本では、この自

己病氣型自死がもっとも多い。この種の自死は、病氣のため、自己との関係も他者との関係も切り結ぶことが困難になった結果生じた死である。なお、自己被害型自死と自己病氣型自死とは心身の病氣が環境と深いかわりがあるもので、両者は密接な関連性があり、表面的には、鑑別できないケースが少なくない。

以上、これまであげた四つの「自殺類型」と、本人の自由意志の関与の度合および、自己、神との関係について、まとめたのが表1である。ただし、これまで指摘してきたように、これらの類型化の試みは、あくまで整理するためのものであって、現実起こってくる自殺や自死は、さまざまな合併例が多いことを確認しておく必要がある。このように自殺者の深層意識構造は大変入り組んでいて複雑であるという認識だけはきちんともっておく必要があると思う。

## 六 自殺とユダヤ・キリスト教——とくにサウルのケースを中心に

前章で、われわれは、自殺者の深層意識構造を四つの型(パターン)に分類した。

第一は、自己愛型自殺であり、第二は、自己犠牲型自殺である。第三は、自己被害型自死であり、第四は、自己病氣型自死である。そして、上記の分類による自殺あるいは自死と自由意志の関与の度合および、自己・他・神・自然との関係性という視点から考察を加えてきた。本章では、前章で提出した分類に基づき自殺理論を基礎に、イスラエルの初代の王であり、ユダヤ・キリスト教の歴史の中で大きな足跡を残したサウル王の自殺について多面的に分析する。周知のごとく、サウルの在位期間は、紀元前1020—1000年ごろといわれており、彼はペリシテ人との戦いに敗れ自殺したとされている(サムエル記上31:4—5<sup>10</sup>)。

## 人生の危機に向き合う

### 「自死遺族過程の分析を通して考える」

聖学院大学院  
平山 正実

- (1) 悲しみは病氣
- (2) 自死遺族の悲嘆を増悪化する要因
  - (a) 自死した事実を公認できない苦しみ  
葬儀などの喪の作業をおこなう事が出来ず  
悲しみを表出する場がなく、援助者の治療的介入も困難である
  - (b) 二次的被害を受けやすい  
マスコミ、医療者、自助グループ、宗教者、救急隊、警察などから、  
傷つけられることが多い
  - (c) 家族内葛藤を引き起こしやすい  
自死者が出ることによって、別居、離婚、子どもの不登校、虐待、精神障害の発症、病状悪化などが生じ、家族が崩壊することがある
  - (d) 経済的要因による悲嘆の増悪化を促すことがある  
相続、鉄道事故による賠償、生命保険が支払われないことなどによる  
悲嘆、人の借財の処理をめぐる葛藤
  - (e) 不条理感  
自死の場合、何故そのような行為に及んだのかという理由がわからない場合多く、そのことが遺族にとって、重荷となることが多い
  - (f) 悲嘆の二重性  
自死者の場合、その多くが長年の間、心身共に病んでいることが多く、その家族も、慢性的なうつ状態にあることが少なくない、その上、突然（非予測性）の自死による喪失体験によって、生前の精神の病による社会死、自死による身体死が重なることによって、悲嘆が増加する

### (3) 自死遺族の悲嘆の特徴

- (a) 罪責感と恥辱感が強い  
遺族が、自死者に対して生前行った言行に対する罪責感や世間に対する恥じの感情が強い。しかも、その感情は強迫的に再侵入、再体験される
- (b) 自然死や病死よりも、悲嘆が深い場合が多い  
自死はとくに前章で述べたように、周囲の人の悲嘆を増悪化させることが多い。とくに、子供自死の場合、親の悲嘆は深い
- (c) 慢性化しやすい  
自死の場合、遺族は「時間が止まったように感じる」と訴えることが多く、悲嘆は、長期間にわたり、持続することが少なくない
- (d) 命日反応、誕生日反応や後追い自殺などを引き起こしやすい  
その結果として、後追い自殺ないし未遂を引き起こすことがあるので注意を要する
- (4) 悲嘆の過程と対処法（表 1, 2, 3）
- (5) 病的悲嘆の特徴（表 4 参照）
  - (a) 気分障害
  - (b) 不安障害（パニック障害）
  - (c) P.T.S.D（心的外傷性ストレス障害）
  - (d) 人格障害
  - (e) 統合失調症
  - (f) 社会適応できない
  - (g) ささまざまな行動異常（アルコール、ギャンブル、性、薬物、依存）
  - (6) 病的悲嘆の心理機制  
自死遺族は、自死者から自らの存在を“みすてられる”という存在の揺らぎないし崩壊の危機あるいは抵抗、解離するために病的悲嘆が生ずる。すなわち、自死遺族は自らの存在を維持するために、病的悲嘆反応を呈するといってもよい。この場合、その防衛ないし抵抗や解離が破綻すると自傷、他害行為へと進むことがあるので注意すること

(7) 自死遺族悲嘆援助の方法

- (a) 安全感、安心感の確保
- (b) 自死遺族の悲嘆に関する情報提供と心理教育
- (c) 傾聴と悲嘆の表出を促す
- (d) 守秘義務を破るなど二次被害の防止
- (e) 悲嘆の各段階ごとの対応の仕方の違いを考慮すること
- (f) 自死は事実の確認を再配置  
死によって生じた生者と自死者との間の切断された関係から、あらたな心の絆を結び直す（和解、出会、再生ないし創生）。死者からのポジティブメッセージを引き出す
- (g) 悲しみの社会化  
自死遺族の紹介  
援助者としてかわる

(8) 自死遺族援助者の“燃え尽き症候群”

- (a) 援助者と自死遺族との関係は比較的短期間の内に終結しやすい。それは両者間における信頼関係は結びにくいいためではないか。あまりにも悲嘆が深いために、両者の心の溝が大きすぎざるのではないか
- (b) 援助者は、目標をどこに置いてよいかかわりにくい  
援助者の心の中にも、自死に対する不条理感がある。これは、自死の要因を特化できないことと関係があるだろう
- (c) 援助者の対応によって、自死遺族の二次被害が起きやすい  
心が癒されるためには、感情表出することが望ましい。しかし、他方で守秘義務は守らなければならない。また、悩みを表出することで、過去の自死に関するトラウマがフラッシュバックされることもある
- (d) 自死者が、子ども、配偶者、同胞、友人など対象によって、対応の仕方が異なるため、対処の仕方は複雑になる
- (e) 自死遺族の悲嘆は、その人の性格や価値観、死生観が関与することが多く、そのため援助者の介入は、難しい場合が多い

表 1 ● 家族の悲嘆のプロセス

段階	存在の形態	心理状態	感情	思考	行動	病態・併発
1	存在の固定化	進行 防衛	抑止 (死)	抑止 (死)	抑止 (死)	抑止 (死)
2	存在の流動化	進行 防衛	抑止 (死)	抑止 (死)	抑止 (死)	抑止 (死)
3	存在の空間化	進行 防衛	抑止 (死)	抑止 (死)	抑止 (死)	抑止 (死)
4	存在の充実	進行 防衛	抑止 (死)	抑止 (死)	抑止 (死)	抑止 (死)

出典 / 平山正実：自死遺族の援助に対する悲嘆援助。月刊カウンセリング。22 (11) : 51, 2002

表 2 ● 各段階における看護師の家族に対するグリーフケアのアプローチ法

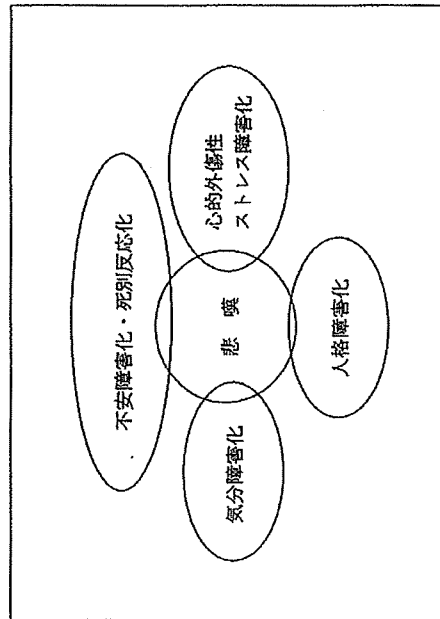
段階	グリーフケアの仕方、対応法
1	<ul style="list-style-type: none"> <li>・保護的にかかわる、安心感を持たせる</li> <li>・早い時期に訪ねてきたことに対するねぎらいの言葉をかける</li> <li>・油断で疲弊な態度で家族に寄り添う</li> <li>・非言語的コミュニケーション(スキンシップなどが効果的)</li> </ul>
2	<ul style="list-style-type: none"> <li>・悲嘆や怒りや罪悪感を表出させる</li> <li>・傾聴の姿勢、共感的、支持的、安全な態度で接する</li> <li>・悲しいことは当然だと述べ、悲嘆の事実を肯定する</li> <li>・本人に対する悲嘆、悲嘆、探求行動に対しては、死者の日記、手紙、写真、好きだった音楽、旅行のことなどについて語り合ひ、死の事実を認めるように援助する</li> <li>・孤立したり、閉じこもることには心のエネルギーを元気づけるために必要が時期であることを強調、待つことが大事である</li> <li>・「何か役に立てることがあったら喜んでほしい」と述べるにとどめ、無理に介入しない</li> <li>・病状悪化が怖くときは、専門医（精神科医や臨床心理士）を紹介する</li> </ul>
3	<ul style="list-style-type: none"> <li>・自分の力で生きていけるように援助する</li> <li>・他人と死別後、その経験を話かして、今後みずべき後悔について語り合う</li> <li>・生活のメリハリ、家族の絆を強めるための労務、仕事への復帰の仕方について、相談にのり、援助する</li> <li>・自死グループの紹介、病状悪化のお知らせ、地域のなかでサポートネットワークづくりに協力する</li> </ul>

出典 / 平山正実：自死遺族の援助に対する悲嘆援助。月刊カウンセリング。22 (11) : 51, 2002

表 3 悲嘆反応の経過・状態・対処方法

病相	状態	働きかける部位	対処方法
I期 パニック期	ショック、感覚マヒ、非現実感、 離人感、悲哀不能、否認	身体的レベル (特に触覚など) への 働きかけ	接触的にかかわり
II期 苦悶期	怒り、憎悪、希死念慮、死別 への思慕	情緒的レベルへの 働きかけ	支持的にかかわり
III期 抑うつ期	引きこもり、孤立感、自尊心の 低下、無気力感	意欲のレベルへの 働きかけ	保証的にかかわり
IV期 現実洞察期	罪責感、現実世界への関心	理性、知性レベルへの 働きかけ	分析的にかかわり
V期 立ち直り期	希望、同一性の獲得、新しい ライフスタイルの獲得、生きが い、人生の意味、価値観の組 み換え・再発見、発想の転換	霊的レベルへの 働きかけ	実存的にかかわり

表 4 自死遺族の悲嘆に伴う病的悲嘆反応



④

## C 患者を亡くした家族へのケア

### 1 遺族に対する悲嘆援助に対する考え方

看護師の役割のなかに、患者に対するケアだけでなく、家族に対する援助も重要であることが、最近指摘されるようになった。その流れのなかで、緩和ケア病床やホスピスに勤務する看護師や在宅看護を行う看護師や保健師のなかから、患者死別後の家族に対する悲嘆援助の必要性を訴える声が現れ始めた。そこで、本章では、まず家族に対する悲嘆援助に対する考え方について述べることにする。

患者との死別後の家族に対する悲嘆援助を行うためには、大別すると悲嘆のプロセスと、遺族に対する対応の仕方を理解していなければならない。

#### ④ → 1) 遺族の悲嘆のプロセスとは

家族の悲嘆援助を行う場合、まずはじめに身内の死を体験した家族が、どのような悲嘆のプロセスをたどるかということを知っておく必要がある。

ここで、遺族のたどる悲嘆のプロセスを表4-13に示した。この表は、死別後、遺族が1から4まで、順次悲嘆のプロセスが進行していく状態を示したものである。もちろん、この表のように順調に4の段階に進むとは限らず、途中の段階で止まってしまうものもあれば、ある段階に到達しても、前の段階に戻りすることもある。また、途中の段階を跳び越えて、最終の段階に至ることもありうることを知っておかなければならない。

第1の段階では、死者と生者が意識の中で一体化する。現実感覚や行動は麻痺し、自分があたかも、この世の人ではないかのごとく感じるとともに、ぼーっとして足が地に着かない感じになる。思考も混乱し、集中力も低下し、日常的な仕事も手につかなくなる。

第2の段階では、怒りや悲しみ、不安、焦燥感が前面に出る。行動面では、過剰に明るく振る舞ったり、多忙を装ったりして、自ら悲しみを躁的に防衛しようとする。行動面では、故人の思い出（追憶・記憶など）に囚われ探索する。この時期は、まだ死者が現実に死んだのだということを認めることができない。情動と思考が分離し、解離、昏迷、健忘などの症状が現れることがある。

第3の段階では、死者がもうこの世にいなかったのだということを認めざるをえず、心の中が空ろになる時期である。感情的には抑うつ、孤立感、無気力、絶望感が支配し、希死念慮を訴えることもある。思考面では、

表 4-14 各段階における看護師の家族に対するグリーフケアのアプローチ法

段階	グリーフケアの仕方, 対処法
1	<ul style="list-style-type: none"> <li>・保護的にかかわる。安心感をもたせる</li> <li>・長い間看病してきたことに対するねぎらいの言葉をかける</li> <li>・温かで誠実な態度で家族に寄り添う</li> <li>・非言語的コミュニケーション（スキンシップなど）が効果的</li> </ul>
2	<ul style="list-style-type: none"> <li>・悲嘆や怒りや罪責感を表出させる</li> <li>・傾聴の姿勢, 共感的, 支持的, 受容的態度で接する</li> <li>・悲しいことは当然と述べ, 悲嘆の事実を保証する</li> <li>・故人に対する思慕, 追憶, 探索行動に対しては, 死者の日記, 手紙, 写真, 好きだった音楽, 旅行のことなどについて語り合い, 死の事実を認めるよう援助する</li> </ul>
3	<ul style="list-style-type: none"> <li>・孤立したり, 抑うつになることは心のエネルギーを充電するために必要な時間であることを強調。待つことが大事である</li> <li>・「何か役に立てることがあったら言ってほしい」と述べるにとどめ, 無理に介入しない</li> <li>・病的悲嘆が続くときは, 専門家（精神科医や臨床心理士）を紹介する</li> </ul>
4	<ul style="list-style-type: none"> <li>・自分の力で生きていけるように援助する</li> <li>・故人と死別後, その体験を活かして, 今後なすべき使命について語り合う</li> <li>・生活のメリハリ, 家族の絆を強めるための方策, 仕事への復帰の仕方について, 相談にのり, 援助する</li> <li>・自助グループの紹介, 病院遺族会のお知らせ, 地域のなかでの継続的ネットワークづくりに尽力する</li> </ul>

出典/平山正実：患者死別後の家族に対する悲嘆援助，月刊ナーシング，22(11)：51，2002。

第1の段階では，保護的に接する。静かで，ゆとりと平安，安心感と安全感を確保できる環境を用意することが大切である。

第2の段階では，傾聴の姿勢，共感的態度，支援的・保証的・受容的態度で接する。故人の探索行動を支持し，その考え方，行動を保証する。

第3の段階では，遺族は，抑うつ，意欲の低下，引きこもりといった症状が前面に出て，「誰にも会いたくない」といった気持ちになる。この時期において医療者は，無理に相手の心のなかに入っていくことは避けるべきである。希死念慮が強くなった場合は，精神科医や臨床心理士にコンサルテーションを依頼する。

第4の段階において，医療者は，遺族が自分の力で生きてゆけるように働きかける。その際，生者が故人を現実生活のなかで，肯定的に位置づけられるように導くことが大切である。この点を踏まえたうえで，残された家族が，故人の意志を家族や仕事にどう反映させていくかということ，遺族と医療者が語るなかで癒しが行われていくものと考えられる。その際，故人においても生者においても，否定的な側面はすべてなくなるわけではない。ただ，その否定的側面を重荷としてにないつつも，肯定的側面をクローズアップさせ，両者を統合していくところに，真の意味での新しい自己の確立，人格の成長があり，それこそ本当の意味での癒しが起きるものと考えられる。

第4段階では、自助グループや遺族会の紹介、他の社会資源の使い方を教えること、遺族を守るための地域ネットワークの構築などの試みが有効であることがある。

5) →

## 2 親を亡くした子どもへのケア

「1 遺族に対する悲嘆援助に対する考え方」では、患者死別後の家族に対する悲嘆援助に関するいわば総説と展望を示した。ここからは、各論を展開していきたい。

### 1) 親の死に対する子どもの見捨てられ体験

乳幼児期あるいは児童期に親を亡くした子どもは、そのすべてではないにせよ、生物学的・心理的に脆弱性を有している場合、死別による見捨てられ感に伴う悲嘆は、自己否定感へと発展し、青少年期以降、多くの発達課題を残すことがあるといわれている。

つまり、長期間にわたって見捨てられ体験に伴う悲嘆が抑圧、防衛された場合、青少年期に至り、様々な危機的・葛藤状況に直面したときに、退行したり、攻撃性や衝動性をコントロールできなくなり、様々な病的体験や行動が現れることがある。つまり、子どもが、身内の人と死別した場合、その見捨てられ感情が、心的外傷（トラウマ）として抑圧され、心の中に沈澱し自己否定感を培い、後になって、精神医学的に問題となる行動を引き起こすことがある。

具体的には、家庭内暴力、非行（万引、窃盗、傷害、援助交際、売春）、覚醒剤、アルコール依存、ギャンブル依存、異性依存、リストカット、摂食障害、自殺などの社会病理学的・精神医学的問題行動が現れることが報告されている。

このような、幼少時における見捨てられ感と異常行動との関係については、英米系の精神分析学の精神医学者が研究を進め、境界型人格障害としてアメリカ精神医学界のDSM-IVの疾病分類の中で取り上げている。

### 2) 子どもはいつから死を理解するか

一般的には5歳ぐらいまでは、死という言葉は使うものの、生と死の区別ははっきりしておらず、死を一時的なものと理解し死は取り返しのつかない不可逆な現象であるとは思われない。しかも、彼らは死者も命があると思っており、死を擬人化して考えようになる。また死は、悪い行いによって生じると考える。

10歳になると、死は普遍的なもので避けられないという認識がもてるようになる。しかし、自分が死ぬということは、まだ十分認識できない。



10歳以上になると、死の不可逆性と普遍性についてわかるようになり、死についての理解が成人と同じようになる。つまり、死は誰にでも訪れ、自分もいずれは死ぬのだということ、死んだ人はもうこの世に帰ってこないのだということがわかるようになるといわれている。

### 3) 親の死に直面した子どもにどう接するか

親が死んだという事実を子どもに伝える場合、前節でも述べたように、死に関する年齢別の理解度を考慮に入れなければならない。10歳以上の子どもに対しては、死についての理解はだいたい成人と同じになるので、大人と同じような説明の仕方でもよい。10歳未満の子どもに対して親の死について伝えるためには、ペットや植物の死を例にあげて説明したり、絵本や童話などを用いて説明するとよい。

親が死んだとき、身近な人はどのように接すべきであろうか。まず第1に、残された家族は、できるだけ子どものそばにいる必要がある。また、子どもは、たとえ親の死を知らされなくても、周囲の人々が落ち着かない態度を示すと、その雰囲気から異常な出来事が起きたことを察知するものである。つまり、子どもたちは親が気づいている以上に、親の悲しみや怒りなどの感情を読み取り対応しようとする。親や周囲の人々に自分の悲しみを受け止める力がないと判断すると、自分の感情を隠し抑圧してしまい、それが後に病的悲嘆として現れることになる。

子どもは、親の死ということを知らされても、意外に現実適応能力があるものである。それゆえ、周囲の者は、子どもに対して真摯な態度で接し、親が死んだという事実を毅然として伝えることが望ましい。また、親が長い間、病床に就いているような場合にその親から引き離してしまうことは、子どもの心を傷つけ、大人になったときに死を受け入れられないことがあるので、短い時間でも親のそばに付き添わせるとか、葬儀に参列させるなどといった配慮が必要である。

そして、死が悲しいのは当然で、決して病的なことではないと伝え、悲嘆の事実を保証することが大切である。そして、子どもの訴えに真剣に耳を傾け、隠しごとをせず、単純かつ直接的な言葉で、親の死がもつ意味や事実について説明すべきである。その際、周囲の人々は、子どもたちが、依存し愛と支えを要求してきたときは、しっかりと受け止めてあげる必要がある。

子どもは、自分の気持ちを言葉でうまく表現できないため、心の中で何を感じ取り、何を考えているかを知ることは難しい。特に、子どもは身体や描画などを使って自分の悲しみを表現することが多い。また、自分の怒りを直接的に表出する。このようなことを踏まえたうえで、周囲の者は、

彼らが、言語的にせよ、非言語的にせよ、何を表現しようとしているのかということをはっきりと受け止め、支えることができるよう、ふだんから学んでおく必要がある。

### 3 子どもを亡くした親について

他の死と比較することは不謹慎かもしれないが、子どもの死に直面した親は、最大の悲しみに打ちのめされると考えられる。それは、親にとって最悪の事実として受け取られる。子どもの死が親にとって大きな衝撃を与える理由は、親にとって、子どもが死ぬなどということは、思ってもみないこと、予想もしないことだからである。

親は、たいていの場合、子どもの死に直面し、呆然自失する。子どもを亡くした親は、自分自身の子どもの託した夢、希望・未来や、それまで子どもに費してきた時間や労力、財貨すべてを失ったと思う。そして、子どもとの間に形成してきた愛の絆を失ったと感じる。その結果、親は、子どもの死によって、自分の身体の一部をもぎ取られたように思う。

子どもを失った夫婦は、そのことを契機に愛の絆を深め、互いに慰め合い、人格的に成長してゆくことも多い。しかし、子どもを失って、夫婦仲が悪くなり、両者の精神的緊張が高まり、夫婦の距離が遠くなり、離婚にまで至る夫婦も決して稀ではない。たとえ夫婦であっても、それぞれ悲しみ方や悲しみへの取り組みは異なっているし、立ち直る時間も違うことを周囲の者は認識すべきである。

子どもを亡くした親が示す悲嘆反応は、3つに大別される。

第1は、罪責感である。親は、子どもを守るべき者であったのに、その役割を果たせなかったことに対する後悔や、無力感、自分を責める気持ちが強い。具体的には、発見が遅れた、子どもの要求に答えてやれなかった、よい医者や医療機関につれて行けなかった、夫婦で対応する際、意見が一致しなかった、などといったことが、罪責感を強める。

第2は、怒りである。怒りの対象は、医師や看護師、配偶者らに向けられる。

第3は、空想形成や幻想である。空想のなかで、あたかも死者はまだ生きているかのように思い込み、実生活でも、そのように振る舞うこともある。

### 4 配偶者を亡くした人々へのケア

配偶者を亡くした場合、残された者が男性か女性かによって、かなり状況が異なってくるので、両者を分けて考えることにする。

## 1) 男性の場合

妻が亡くなり、夫が残された場合、夫にとっての最大の苦痛は、情緒的に支援してくれる者を失うことである。男性の多くは、競争社会のなかで生きている。したがって、心の安らぎを家庭—特に妻に求め、依存していることが多い。

そのため、男性のほうが女性より喪失の際、受ける衝撃度は大きい。また、男性は強くあるべしという社会通念に囚われているせいも、自分の弱みを人に見せたがらない。したがって、悲しみの感情を言語によって外に表出しようとしなない。その結果、悲嘆感情を長期間抑圧してしまい、病的悲嘆や慢性悲嘆反応を引き起こすことになるのである。

男性の場合、自分の強さを人に見せようとする傾向がある。そのため自我を無理をして防衛しようとするため、その反動で、悲嘆を抑圧しきれなくなるとか、ギャンブルやアルコールの力を借りて、自らの悲しみを発散せざるをえなくなる。また、男性の場合は、外で仕事をする人がほとんどであり、家事は妻に任せっきりであることが多い。そのため妻を失うと、慣れない食事や身の回りのことを全部自分でしなければならず、それが、精神的負担となる。たとえば、食生活に限って言えば、食事を作ってくれる妻が亡くなると、食事をする時間が不規則になったり、回数や品数が少なくなり、自分の好きなものだけしか食べなくなる。また、配偶者のために健康を維持しようとする意欲もなくなり、検診に行くこともおっくうになる。さらに、性生活を行う相手がなくなるということは、男性にとって、しばしば深刻な悩みとなる。また、老親を一人で介護しなければならないということも大きなストレスとなる。

以上述べたように男性の場合、妻を失うことは、情緒的支援の喪失、日常生活能力の喪失を伴う。特に養育が必要な子どもがいる場合は、仕事と家事の調整が難しい。そして、悲しさから自分を顧みることが少なくなるので健康管理が疎かになり、すでにもっている病気が悪化したり、肝機能障害、結核など身体的病気になる人が多い。さらに、うつ病、アルコール依存など精神医学的な問題が発生しやすい。

その結果、一般的には夫を亡くした女性よりも、妻を亡くした男性のほうが、病気(身体疾患と精神疾患を含む)の発病率は高いといわれている。また、自殺の危険性も、妻を亡くした男性のほうが夫を亡くした妻よりも高いことが知られている。

## 2) 女性の場合

女性が夫を失う場合、まず最も深刻なことは経済的な面で、収入が減少

することである。子どもが小さいときや女性が技術・才能・知識などをもっていないとき、厳しい状況に追い込まれる。また、夫の死後、遺産の相続に関する処理や夫の経営していた会社の切り盛りをしなければならないこともある。さらに、世間の目も、夫がいるときといないときとでは違うという意見が多い。たとえば、地味な服を着ないと変な目で見られるとか、控えめな振舞いを要求されるとか、社交の場からはずされるなど差別を受けることがあるという。

また、家庭のなかで、夫を失った結果、「主婦の座」がなくなり、肩身の狭い思いをすることもある。養育が必要な子どもがいる場合は、一方で仕事をしながら他方で母親の役割をこなさなければならず、苦慮することがある。

## 5 きょうだいを亡くした小児へのケア

きょうだいの死という喪失は、残された子どもたちに大きな影響を与える。きょうだいを亡くした子どもたちにとって大きな悲しみは、それが二重の喪失となるからである。すなわち、第一の喪失は、きょうだいの一人を失ったという悲しみである。第二の喪失は、亡くなった子の親の愛情も失うことである。すなわち、両親は、自分の愛していた子どもを失った悲しみにうちのめされており、残された子どもたちを十分ケアし愛する心のゆとりを失ってしまう。したがって、残された子どもたちは、二重の喪失をこうむることになる。

さらに、残された子どもたちはもっと悲劇的な状況に遭遇することがある。具体的にいえば、子どもを亡くした親が、自らの悲しみをどう処理してよいかわからなくなったとき、残された子どもを死んだわが子の代りとして選ぶことがある。そうすると、子どものほうも、けなげにも親の悲嘆の処理を“代行”しようとして、必死になって、“よい子”を演じ、親を“癒そう”とする。そのため残された子どものほうは、“本来の自分”を抑圧せざるをえず、自分のやりたいことも抑えなければならない。それだけではない。このような抑圧は、いつか爆発し、様々な精神の病理を生み出し、親と子ども双方を傷つけることになる可能性をもっているのである。

## システムの違いからみた緩和ケアの特性

日本における看取りの場は、病院が中心で、自宅、診療所、老人ホームなど多様である(表4-15)。多くの方は、終末期(死期が6か月程度よりも短い期間)においては、自宅療養をした後で必要になった場合の緩和ケ

# D burn-out に陥る死の医療の担い手に対する支援

## 1 医療従事者が burn-out に陥る状況とは

burn-out という言葉は、有名な英国の小説家、グレアム・グリーン (Greene, G.) が、自らの小説の題名 (1961年) として選んだのが始まりである。その後、精神分析医のフロイデンバーガー (Freudenberger, H.) が、「燃え尽き症候群」という本を書き、その名が、世界中に知られるようになった。ちなみに burn-out は、「燃え尽くす」のほか「燃え切る」「燃料がなくなる」といった意味がある。この症候群は、職場で意欲的に働いてきた人が、長期間にわたって様々なストレスに直面することによって生ずるとされる<sup>8)</sup>。

具体的には、看護師、医師、ケースワーカー、臨床心理士など医療者はもちろんのこと、牧師、教員、銀行員、公務員、弁護士など、専門職で使命感をもって献身的に働く人、バリバリ働く責任感のある仕事人間に多いとされる。

次に、特に医療者が burn-out に陥る状況について考えてみたい。

まず第1に、医療者は多くの人々、家族、患者からの期待が大きいため、その期待や評価になんとか答えなければならないと思ひ、そのことが精神的に負担になりやすい。

第2に、医療の現場は多忙である。機械の扱いにミスは許されない。人間関係も複雑で神経を使わなければならない。過重労働、人員不足、低賃金、多様な役割を同時にこなすことを要請されるなどといったことがすべてストレス要因となる。

第3に、終末期医療の現場では、一生懸命治療したりケアしても、次々と患者が死んでいくので、医療者は「治療ニヒリズム」に陥りやすい。また、死期が迫った患者は、死の恐怖や不安、あるいは見捨てられ感のやり場がないために、医療者に敵意や怒りを向ける傾向がある。そうした陰性感情を受け止めることは、非常に難しく、医療者にとって、そのこと自体罪責感を伴い大きなストレス要因となる。

第4に、終末期においては、病名告知の問題、尊厳死の問題など医療者が生命倫理上、難しい決断を迫られることが多く、そのことが精神的負担になることもある。

第5に、臨死期になると、「自分の人生は何だったのか」「あの人と和解

8) 平山正実：医療者の燃え尽き症候群について。(A. デーケン、飯塚真之編：日本のホスピスと終末期医療、春秋社、1994、p.179.)

するにはどうしたらよいか」「死後の世界はあるのか」などスピリチュアルなテーマを患者は医療者にぶつけてくることがある。このような問いに対してどう答えてよいのかということを経験も看護師も、これまで教育を受けてこなかった人が多いから、精神的重荷になる。

最後に、末期医療の現場では、チームで医療を進めていく。その際、各職種のスタッフで各々意見が異なることがよくある。そのため、意見の調整能力が問われることがあり、このこともストレス要因となる。

以上、医療者が burn-out に陥る状況について説明した。

## 2 医療者に対する burn-out 対策

医療者に対する burn-out の対策としては、だいたい次のようなものが考えられる。

### 1) 治療目標の設定および明確化

比較的短期間で到達できる現実的な事柄に焦点を絞ることが大切である。具体的には、多様な役割を一度にこなすようなシステムを改め、役割を明確化させ、権限と責任をはっきりさせる。なるべく自由裁量できる部分を増やすことが、ストレスの減少につながる。

仕事量が多すぎる場合は減らし、仕事内容も不快で単調な仕事から、なるべく創造的な仕事に代えていく。給料、待遇なども見直してもらう。仕事時間と余暇時間とをはっきり区別するといった対策が必要である。

### 2) 苦しみ、悲しみについて相談できる人をもつ

医療者が職場で働いていて、何か苦しいこと、悲しいことに会ったとき、その悩みを聞いてくれる人がいることが大切である。そこで自分のやってきたことを、評価、査定、批判してもらい、いったん自己を客観的にみる訓練を身につける。そのうえで、よく話し合い、苦しみを分かちあい、共感、支援してもらったり助言してもらう。話し手となる人は、カウンセラーの場合もあるし、同僚や上司である場合もある。

### 3) 医療者自身の生き方や人生観、価値観を再検討する

burn-out への対策として、医療者自身の内面の点検・修復あるいは自己客観化が必要である。自分の性格や生への構えに関する“弱点”を知ることが、burn-out を防ぐために必要である。

たとえば「なんでも自分でやらなければ気がすまない」「一度にたくさんの責任を背負い込んでしまう」「自分の能力や強さを意識し、自分の限界を認めようとしめない」「プロセス（過程）を重んずるより、結果主義、

「力主義，成功主義である」「白黒二分主義，完全主義である」「怒りや罪責感に対する処理の仕方がわからない」「人の期待や要請に対して嫌といえない」「忌まわしい記憶は表現せず，忘却の彼方にある無意識の領域に封じ込めようとする」「自分に過剰期待し追い込んでしまう」などといった性格特徴があれば，要注意である。

こうした心の構えに共通してみられるのが万能感，自己愛，我執，強迫的完全主義，理想を追い求める傾向，優越感と劣等感との間を揺れ動く不安定な心，悲しみや葛藤を抑圧する傾向などである。このような性格の人には，巻き込み（依存）と共感の違いをはっきりさせること，自己の限界性への気づき，ありのままの生き方を勧めることが大切である。

#### 4) 休息を取ること

burn-outを防ぐために大切なことは，burn-outの本質が身体的消耗と情緒的疲労によるものであることをはっきりと認識することにある。

そのことを踏まえたうえで燃え尽きを防ぐ対策として，大切なことは十分な休息を取ることである。また，休息のほかに，心身のリラクゼーションを促すものとして旅行，スポーツ，読書，散歩，山歩き，食事，買い物，趣味に生きること，リトリート (re-treat) などがあり，こうしたことを行うことによって，疲労した心身を休ませ，心身の回復につながる。

#### 5) 死生観，宗教，人生観の確立と人格的成長

特に末期医療に携わるものは，その人なりのしっかりとした死生観を確立しておく必要がある。臨死患者に対応し burn-out しないためには，自らの人格的成熟と，しっかりとした自分なりの死生観をもっている必要がある。その際，重要なことは，死に対する否定的な思考ではなく，それを受容し，できれば死を肯定的・主体的にとらえることができるような死生観をもつことが望ましい。

#### 《参考文献》

- ・河野友信，平山正実編：臨床死生事典，日本評論社，2000。
- ・Kessler, D., 椎野淳訳：死にゆく人の17の権利，集英社，1998。
- ・Deeken, A.: 死を考える (業書 死への準備教育3)，メヂカルフレンド社，1986。
- ・平山正実：末期患者の心理，朝倉書店，1991。
- ・Doyle, D., Hanka, G.W.C., MacDonald, N.W. (ed) Oxford textbook of palliative medicine, 2nd edition, Oxford University Press.
- ・Saunders, C., Baines, M., 武田文和訳：死に向かって生きる，医学書院，1999。
- ・世界保健機関編，武田文和訳：がんの痛みからの解放；WHO 方式癌疼痛治

療法, 第2版, 金原出版, 1996.

- ・ Twycross, R.G., Lack, S.A., 武田文和訳: 末期癌患者の診療マニュアル, 第2版, 医学書院, 1991.
- ・ Kubler-Ross, E., 伊藤ちぐさ訳: 死後の真実, 日本教文社, 1995.
- ・ 武田文和, 石垣靖子: がん患者の症状コントロール, 医学書院, 1991.
- ・ Kubler-Ross, E., 鈴木晶訳: 死ぬ瞬間; 死とその過程について, 完全新訳改訂版, 読売新聞社, 1998.



# X

## 援助者の適性

### ① 傾聴することかできること

自分の家族が薬害 HIV に、感染したという事実に対して、周囲の人々から差別的な態度で接せられたという経験をし、更に死別という辛い体験を抱えて苦しんでいる薬害 HIV 感染被害者遺族（以下、遺族）は多い。そのために、遺族は、感染の事実を隠し、その苦しみを抑圧していることが少なくない。そのような背景を踏まえて援助者は、どのような職種や立場の者であれ、きっちりと信頼関係を確立した上で、徹底的にその悩みや苦しみを傾聴する姿勢をとることが必要である。

### ② 守秘義務を大別すること

遺族の秘密を守ることは、援助者に求められる倫理の一つである。薬害 HIV 感染の場合、その事実が周囲に知れた場合、遺族のこうむる心痛は、非常に大きい。そのことは、就職や仕事、交友関係、結婚などに影響を及ぼすだけでなく、経済的に窮地に追い込まれることもある。このようなことを考えれば、守秘義務を大切にすることは、援助者に求められる資質あるいは適性の重要な部分であると考えられる。

### ③ 忍耐心の重要性

遺族は、難治性で長期間にわたる闘病生活によって多大な心労を生じたあと、死別という辛い体験に直面している。そのためにはしばしば、援助者に対して怒りをぶつけたり自暴自棄になって、絶望感から自殺念慮を訴えることも少なくない。援助者は、このような遺族の弱さに耐え、かれらの訴えを受容する忍耐心をもつ

ことが大切である。また、短絡的に善悪の判断を下すことは、避けるべきである。

#### ④ 責任感をもって患者に接すること

遺族の中には、長年の心労や高齢のために、慢性疾患に悩んでいる者も多い。このような患者に対しては、担当の援助者を決め、一貫性と継続性をもって援助する必要がある。そのためには、援助者自身の責任意識が求められる。首尾一貫感覚とは、ストレスを引き起こしうる出来事や状況に遭遇してもなお健康を保持でき、場合によっては、それを成長の糧にしてしまいうストレス対処能力であり、「生きる力」に近い概念として、最近注目されている考え方が、このような首尾一貫感覚は、援助者の資質としても大切である。援助者自身が、すぐ燃え尽きてしまうような脆弱な存在であってはならない。

#### ⑤ 遺族に心気と勇気を与えることのできる個性

人が病氣や困難な状況やストレスの多い状況に直面したとき、生きる意味や意欲を見出しているか否かを調べる尺度の中に HHI (Heart Hope Index) という指標があるが、この値が高ければ高いほど健康度が高いと言われている<sup>3)</sup>。HHI が高値を示す人は、困難な中で、色々な可能性を見出すことが出来る。援助者としての資質や適性を考える場合も、とくに素害 HIV 感染の場合、遺族の心労が長い間に渡って続くことを考えることが、大切である。ちなみに、インフォームド・コンセンスト (納得の上での合意) という言葉のインフォームドという英語の意味を調べていくと、ただ単に「情報を伝える」というだけでなく「元気づける」「勇気づける」という意味も含まれているということを記憶しておく必要がある。

#### ⑥ 謙虚であること

一般論として、あらゆる援助者は、臨床場面において、治療やケアを行う際に、共感することや関係作りに失敗したり、誤った助言を与えてしまうことがある。その場合は、相手に対して、素直に遺憾の意を表す謙虚さが必要である。遺族の場合、デリケートな問題を含んでいるのでこの点は特に重要であり、もし自分が

誤ったと感じた時には素直にそれを改め、謝罪する謙虚さがなくてはならない。

#### ⑦ バランス感覚の大切さ

遺族を援助するためには、遺族の置かれている状況を客観的かつ冷静に評価し、分析し、検証する科学的思考と、共感的に相手に相手を理解しようとするケアの精神とを合わせもつこと、つまり、両方を総合的に持つことのできる適性ないし感性が必要である。その意味で、広い視野に立って複眼的思考の持てるバランス感覚を持った人物が望まれる。

#### ⑧ 自己の限界性を認識できる感性が必要である

遺族は、身体的、心理的、社会的、スピリチュアルな苦悩を持つ。こうした遺族を援助しようとする者は、自らの限界をわかまえ、チームでかわることを承認する感性が必要である。

#### ＜引用文献＞

- 1) 素害 HIV 感染者とその家族への質問紙調査報告書、素害 HIV 感染被害者生活実態調査委員会、2006年10月、78頁。
- 2) 同上文献、76頁。

## 自己切傷患者における致命的な「故意に自分を傷つける行為」のリスク要因：3年間の追跡調査

松本 俊彦<sup>1)</sup>, 阿瀬川 孝治<sup>2)</sup>, 伊丹 昭<sup>2)</sup>, 竹島 正<sup>1)</sup>

Toshihiko Matsumoto<sup>1)</sup>, Takaharu Azekawa<sup>2)</sup>, Akira Itami<sup>2)</sup>, Tadashi Takeshima<sup>1)</sup> :  
Risk Factors of Near-fatal Deliberate Self-harm Behavior in Self-cutting Patients :  
A Three-year Follow-up Study at a Psychiatric Clinic

リストカットなどの非致命的な自己切傷は不快気分への対処として行われることが多いが、同時に、それは中・長期的な自殺のリスク要因でもある。しかし、どのような臨床的特徴を持つ自己切傷患者で特に自殺のリスクが高いのかについては、不明な点が多い。本研究では、自己切傷患者の追跡調査を行い、自殺の代理変数として致命的なDSH (deliberate self-harm ; 「故意に自分を傷つける」) 行動を指標として、そのリスク要因を検討した。

対象は、ある精神科クリニックに受診した全女性患者のうち、これまで1回以上自己切傷を行ったことがある者81例である。この81例について、調査登録時に、心的外傷体験、自己切傷の様態、過量服薬歴、アルコール乱用、衝動性、神経性大食症傾向、解離傾向、および主要なDSM-IV I軸診断などに関する評価を行った。

3年間を経過した時点で、67例の対象者から追跡期間中のDSH行動に関する情報を得ることができた。その結果、経過判明者のうちの22.4%の者が、少なくとも1回以上の致命的なDSH行動を行っており、1名が自殺既遂により死亡していた。経過の判明した対象者を、致命的なDSH行動の有無で2群に分けて単変量解析を行ったところ、致命的なDSH行動に及んだ者では、調査登録時点において強姦被害の体験と市販薬の過量服薬歴を持つ者が有意に多く、評価尺度上の神経性大食症傾向とアルコール乱用傾向が有意に高度であった。さらに、これらの項目を独立変数として多変量解析を行ったところ、神経性大食症傾向は、将来における致命的なDSH行動を予測する要因であることが確認された。

自己切傷を行う女性患者は、将来、重篤な自殺行動に及ぶ可能性が高いが、そのリスク評価にあたっては、大食症質問票 (Bulimia Investigatory Test of Edinburgh ; BITE) を用いた予測が有用であると思われる。

<索引用語：自傷、自殺、リスク評価、神経性大食症、追跡調査>

### I. はじめに

リストカットなどの自己の身体を切る自傷 (自己切傷) は、不快気分への対処として行われるこ

とが多く、「意図」の点で狭義の自殺企図とは峻別される行動である<sup>37)</sup>。それゆえ、自己切傷は演技的・操作的な行動と誤解されることが少なくな

著者所属：1) 国立精神・神経センター精神保健研究所自殺予防総合対策センター, Center for Suicide Prevention, National Institute of Mental Health, National Center of Neurology and Psychiatry

2) 汐入メンタルクリニック, Shioiri Mental Clinic

受 理 日：2008年5月30日

い。しかしその一方で、自己切傷をはじめとする自傷の既往が、中・長期的な自殺のリスク要因であるとする報告も多い<sup>4,15,18,29)</sup>。事実、我々の調査でも、自己切傷経験者のうち自殺目的で行う者は18%にすぎなかったが、自殺未遂の経験のある自傷経験者は48%に達していた<sup>22)</sup>。このことは、自傷を行う者は、自殺の意図からそれを行うとは限らないが、他方で、自傷とは別の方法によって自殺を試みる者が少なくないことを示している。その意味で、英国の自殺予防学者 Hawton ら<sup>13)</sup>が、「故意に自分を傷つける行為 (deliberate self-harm behavior ; DSH)」<sup>13)</sup>という概念を用い、「意図」にこだわらずに、様々な自己破壊的行動に関する研究を進めているのは妥当な方法であるように思われる。

それでは、非致死的な自己切傷を行う者において、自殺行動のリスク要因となるのはどのような特徴であろうか？ 海外の研究では、自殺企図により救急病院を受診した患者の再企図に関する研究は多数存在し、自殺企図の反復性<sup>4)</sup>、過量服薬歴<sup>6,17,34)</sup>、アルコール乱用<sup>6,11,12)</sup>、Global Assessment of Functioning (GAF) 低得点<sup>35)</sup>などがリスク要因として指摘されている。けれども、自己切傷をする者が、将来において自殺行動に及ぶリスクに関しては、まだ十分な知見がない<sup>12)</sup>。そうしたなかで、我々は、女性自傷患者について、自殺行動の代理変数として「医学的治療を要するDSH行動」を設定した1年間の追跡調査を行い、神経性大食症傾向と幼少期の性的虐待歴が、医学的治療を要するDSH行動(胃洗浄などの治療を要した過量服薬や縫合処置を要した自己切傷)を予測するリスク要因であることを明らかにしている<sup>20)</sup>。しかし、この調査はわずかに1年間という短期間の追跡にとどまり、また、調査施設となったクリニックでの治療継続者のみを対象としたものであるという限界があった。

そこで、今回我々は、中期的な将来において、非致死的な自己切傷患者が重篤なDSH行動におよぶことを予測するリスク要因を明らかにするために、前報<sup>27)</sup>よりも多くの女性自己切傷患者を、

3年間という比較的長い期間にわたって追跡したよって、ここにその結果を報告し、自己切傷患者における致死性の高いDSH行動のリスク要因について考察を加えたい。

## II. 対象と方法

### 1. 対象

対象は、2004年6~7月の2ヶ月間に神奈川県内のA精神科クリニックに受診した全女性患者1,473名のうち、各担当医によって、これまで「身体表面を刃物などで切る」形式の自傷(自己切傷)を1回以上行ったことがあると認識された者83名を対象候補者として選別し、調査協力を求めた。本研究では、幻覚・妄想に直接影響された自己切傷、および、精神遅滞における常同的な自己切傷は背景にある機制が異なると判断し、対象とする自己切傷からは除外した。また、自己切傷とは別に、過去に重篤なDSH行動の既往がある者は除外せず、そのまま対象に含めた。我々は対象候補者全例から署名による同意を得ることができたが、実際には2名から協力が得られず、81名(平均年齢±SD, 26.1±6.9歳)が最終的な対象者となった。

本調査は、同クリニック管理者の責任のもと、診療実務に用いる病状評価の一環として行われた。したがって、個別の結果は全て担当医および協力をした患者にフィードバックされ、自己切傷に対する診療に生かされることを前提とするものであった。また、調査への協力の有無に関係なく、同じ医療サービスを提供されることが保証された。なお、筆頭著者は、同クリニック管理者の許可を得て、対象者の個人名にアクセスすることなく、完全に匿名化された情報にもとづいてデータ解析を行った。

### 2. 方法

#### 1) 調査登録時に収集した変数

調査登録時の評価は、後述する自記式質問票および自記式評価尺度、ならびに担当医による診断・評価によって行った。受診時に自記式質問票