

になります。

他方「おのずから」という読み方をすれば、病気や周囲の社会環境の影響で自分は死にたくないのだが、追い込まれてやむを得ず死ななければならなくなった、このような死を、私は「おのずから」死なざるを得なくなった死、すなわち自死と呼ぶことにしています。

私の臨床体験でいいますと、人間というのは何も死にたくて死ぬんじゃないんだと思うのです。たとえば、精神障害という病気を一つ例に挙げてみますと、自死する人は統合失調症やうつ病、アルコール依存、それから人格障害の方々が多く、データによって多少のバラツキがありますが、自死した人の90%以上の人が、いま挙げたなんらかの精神疾患に罹患していたというデータもあるくらいです。これは驚かれるかもしれませんが、統合失調症は大体100人のうち1人が発症するといわれます。そして、統合失調症患者の生涯自殺率は全統合失調症患者の約10%です。いかに精神障害者と自死との関係が密接であるかということがお分かりでしょう。10%というのは大きな数字です。

それでは、彼らはどうしてこんなに生涯自殺率が高いのかというと、そういう方々は精神症状に悩まされるだけでなく、なかなか人間関係がうまくいかない、認知能力が下がっていて、仕事もできない・学校にも行けない、だから結婚もできない、そういう現状に絶望して死を選ぶことが多いのです。お酒の問題にしても、飲みたくてそうなったというよりも、からだや心が痛み、周囲の人々から疎外され、飲まざるを得ないような状態になる、つまり病気や劣悪な社会環境に追い詰められ死に追いやられる、そういう方々が多いように思われるのです。

以上まとめますと、自分で決意して死んでいくというよりも、病気の力と社会的な圧力、つまり借金をして返済できなくなったとか、家庭の中にいろいろな問題があったりして追い詰められて死を選択するのです。恐らく原因は一つではないでしょう。そうすると彼らはある意味において、社会環境や病気の犠牲者ではないかと、私は考えています。ですから「みずから」自殺したと言わずに「おのずから」自死したと考えたいのです。

なりたくて病気になる人というのはそんなに多くはありませんし、なりたくて経済的にクビになったり、破綻するという人はいないと思います。

ただし、この「自死」という言葉は、まだ公用語として皆に認知された概念ではないので、その点はお含みいただきたいと思います。

ところで、自死は今もって「重い」テーマです。私はクリニックで自死遺族の方々の相談を受けています。私は、東京都内の某地域で精神科の診療をしているのですが、時々こうした自死遺族の方々を地域の保健師さんに紹介させていただいて、フォローをお願いします。それで、私は時々紹介した方がその後どうなっているか、訪問依頼した保健師さんにその後の情報を教えて欲しいと言うのですけれど「いや、これはちょっと守秘義務に属しますので教えられない」と、こう言われるんですね。でも私は精神科医なので、その後の患者さんの状況を教えてくださいといったのですが、ダメでした。それから役所へ行って、自死に関して公的立場で援助をする人がどういう意識をもってやっているか調査をし

たいのだけれども、協力してくれますかと依頼しても「いやあ、それはちょっと難しいですね」「そんなことしたら寝た子を起こすことになっちゃう！ 困ります」ということで断られてしまったことがありました。それから管轄の精神保健センターでも、「まだそういう取り組みはしていないから、あんまりタッチしたくない」と言われました。少なくとも2007年の段階ではそのような状態だったのです。

欧米でも、いわゆる「スーサイドコミュニケーション」は成り立たないということを前提として、議論を進める気風があるようです。「スーサイドコミュニケーション」とは、自殺に関連したコミュニケーションという意味ですが、このような自死をテーマにすると、援助者同士、家族同士、遺族と援助者が、何かいつも奥歯に物の挟まったような感じがして、うまくコミュニケーションができなくなるというのです。なぜコミュニケーションができなくなるのか今後の研究課題ですね。先進国でも、やはりこと自殺の問題になるとオープンに話せないようです。今後自死遺族のケアを行うにあたって、どうしてオープンにできないのか、相互にスムーズにコミュニケーションを行うためにはどうすればいいかということ、皆様と語一緒に考えていく必要があると思います。

それは自死とか精神障害者に対する偏見と差別というような問題として処理していいのか、あるいはもっと他の要因が隠されているのか今後の課題ではないかと思います。

## 自死の特徴と遺族に与える影響

### (a) 自死は「衝撃的な死」である

私も職業柄自死された現場に行くことが多いわけですが、そうすると首を吊ってぶら下がっている場面を第一発見者として見てしまう。もちろんその光景を家族は見るわけですが、また、ビルの上から落下したような場合、無惨な状態を見ることもあります。それから、カミソリで頸動脈を切って浴室の中で倒れて死んでいるといった場合、真っ赤な浴槽の中で死んでいる姿を見るでしょう。

これ以上の心的外傷（トラウマ）はありません。遺族にとってそういうイメージは脳の奥深くに刷り込まれて、何かというとそのイメージが蘇ってくる。よく世に言うPTSD（心的外傷後ストレス症候群）に似た症状を見ることがあるのです。つまり、そういう悲惨な場面と似た場面と似た刺激を受けたときに、その場面がいつも頭の中に蘇ってくる。唐突な死の告知とその衝撃は忘れることが出来なくなることがあり、そのことで日常生活に支障をきたすようになると、専門家の治療が必要になるであろうと思います。

日本でもPTSDを治療できる人はまだごく少数です、そんなに沢山いません。しかし衝撃的イメージが頭にこびりついていて、そのために社会適応がうまくいかない場合は、やはり治療の適応になるだろうと思います。

衝撃的な死のもう一つの問題点は、そういう事件が起こりますと、それが事故死である

のか、病死であるのか、あるいは自死であるのかという鑑別を医者以外にする人が必要になってくる。それは警察の仕事ですね。警察は事件化する可能性があるかどうかという判別をしなければいけないのです。生きている可能性がある場合は、救急搬送の対象になります。警察の場合、どうしても遺族への問いかけが尋問調になり、遺族は取調べを受けているという感じを持ってしまいます。つまり、あたかも遺族が犯罪者のごとく扱われる。それから救急搬送の場合、隊員が構わずドカドカ入ってきて、大きな声で話す。けたたましいサイレンが鳴り響く。そうすると、周辺の住民は何事が起こったのかと噂になり、事件が知れてしまうと遺族の方はトラウマになるということもあります。そのように遺族は自死の場合、普通ではないような死の迎え方をしなくてはならないという問題点があるのです。

#### (b) 「不条理感が強い」

これも大きな特徴でして、病死にしても自然死や老衰死にしても、大体原因が分かっています。人間は因果関係がある程度分かっているならば、ある程度納得して死を受け入れられるというわけです。けれども自死のように、なぜ死んだのか、その真の原因が分からないということが遺族を非常に辛い思いにさせる。社会的に共通の認識として、今明らかにされていることは、自殺の原因は決して一つではないのだということです。

きっかけは一つであったように見えても、実はその背景に経済的な要因ですとか、家庭的な原因とか、病気のためだとか、いろいろある。それが重層的に重なっていて、最後に何かちょっとしたことがきっかけとなって自殺をする。こういう知識を持っているというのは重要だと思うんですね。

なぜならば遺族は「何か自分が悪かったから相手を追い込んだのではないか」というふうに考えてらっしゃる方が非常に多い。確かにそのことは自死の一つの要因にはなったかもしれませんがけれども、実はそこに至るまでの経過を見ると、そんな単純なものではない。やはりいろいろな要因が積み重なって死に至ったのだと考えるほうが自然です。そういうことが分かっていると、支援をするときにも、遺族を追い込んでしまう危険性があるのです。遺族が自分のせいで相手は死んだんだと考えることは、全体を捉えていないと判断したほうがよいと思います。

#### (c) 「公認されない死」——日本文化における——

どうして自死が公認されない死なのかというと、既に述べたように、昔から伝統の中で、自死はいけないことだ、命の定めに逆らうことであるという固定概念がある。それに加えて現代のような競争社会ですと、自死した人は負け犬だ、人生の敗北者だというような勝手な理由をつける人が出てきて、差別や偏見が生まれてくる。それで何よりも先ほど言いましたように、自死者の多くが自死する前に専門の精神科に通っていたり、カウンセラーの治療を受けていたりする人が多い。

自死をしたということが明らかになると、周囲の人々は、あの家族はどうも精神病の家

系じゃないかと言ひふらす。そんなことが公になると兄弟や親戚の縁談や就職に支障をきたす場合もある。だからふせておこうということになるわけです。つまり「公認されない死」にしておかざるをえない。それから、精神病にかかっている自死をする人は、犯罪を犯す率が多いのです。触法精神障害の自殺率というのは一般よりも非常に高い。

私は今から 30 年くらい前に、尊属殺人を行った加害者を精神鑑定したことがあります。この方は統合失調症に罹患していて、お母さんを殺したのですが、実は犯行の前に何度も自死を図られてました。そういう事実が分かると、やはり周囲の人は一歩引いてしまいます。

精神科の中でも触法精神障害というのは、司法精神医学という特殊な分野に属する領域で扱います。罪を犯した人の、しかも精神障害にかかった人だと罪責感が強くて、自分を責めて責め抜いて、自分で命を殺めてしまう人が多い。また、あの家から犯罪者が出たということで遺族は差別と偏見に苦しむことが多いのです。また、自死の場合、鉄道を止めたり、心中や飛び降りの場合、周囲の人を巻き込んだりするので、こういうことも公認されない死とみなされる要因になる。貸家で自死があると家主に賠償金を請求されたり、持家だと移転しようとしてもその家が売れないこともあると聞きます。そういう背景というのは、遺族はなかなか語らないですね。よっぽど親しくなれば口を開くかもしれませんが、普通の人はそういうようなことを言いたがらない。

#### (d) 「複雑かつ病的な悲嘆が現れることがあること」

自死遺族の悲嘆反応の場合、普通の悲嘆と異なり、悲しみをずっと引きずることが多い。キューブラー・ロスの 5 段階説のように、ある時期が過ぎれば自然に癒されるというようにはなかなかいきません。自死遺族の場合も、自死への怒りや抑うつをそのまま抑圧したり留めたりしている人はたくさんいます。ひどい人になると、5 年から 10 年経っても立ち上がれない人もおられます。

若いときに親しい人に死別されて 30 年くらい忘れていたけれども、定年を契機として仕事から解放されたら、昔の思い出が蘇ってきて立ち上がれなくなったり、故人に関係のある記念日や命日や誕生日など記念すべき日や、お子さんを亡くしたような場合は、お母さんが新学期になると落ち込むなどといったことが起こります。

教科書的には、普通の死別による悲嘆反応は、半年から 1 年半くらいで回復するといわれています。けれども自死遺族の場合はそうはいかない。5 年経っても 10 年経っても立ち直れないケースが少なくないのです。だから周囲の人に「まだ立ち上がれないの」なんてことは決して言うてはいけません。やはり自死は特殊な体験なんだということを、きちんと理解して差し上げなくてははいけません。

#### (e) 「多重悲嘆であること」

たとえば先ほど言いました触法精神障害者の自死なんていうのは、遺族にしてみれば、

まず精神障害者の家族になったということ、つまり身内の人が精神障害者になったということ、そもそもグリーフのはじまりなんですね。それから犯罪を犯した者を身内にもつ家族になってしまったこと。それに加えて、自分の身内が自死したこと、つまり彼らは三重の悲嘆を味わわなければならない。こういうふうにダブルで悲嘆がくるということは、精神医学的にみても悲嘆が加重されてくるわけで、苦しみは一般の悲嘆より重くなるのです。

#### (f) 「二次的被害で苦しむことがある」

多重悲嘆の要因の一つに、二次的被害というのがあります。遺族は先ほど言いましたように、自死者が出ただけでも動転して辛いのに、警察官が来ているんことを聞かれる、犯罪者扱いをされる、知られたくないなど思っているのに救急車が来て隣近所の人に分かっちゃうと、それを尾ひれをつけてマスコミに報道されてしまった、それで遺族は傷つくわけです。

それから自助グループにいったらその情報が漏れて、住めなくなり転居せざるをえなくなった、職場での居心地が悪くなったなどといったことが起きてくる。これも二次的被害の一つです。

### 2.1.1 自死遺族の心理と精神病理

杓子定規で申し訳ないんですけども、教科書的にいいますと、死別反応と大うつ病というのを、一応アメリカの精神医学会の疾病分類では区別をしています。うつ病というのは、これは明らかに病気なので、ちゃんとした治療が必要です。具体的に言いますと、抗うつ剤や抗不安剤でかなり良くなるケースが多いです。ですからご遺族が相談に来たら、みんな病人だという考え方はしないほうがいいです。少なくとも死別反応の場合は、正常の悲嘆の中に入るのです。

死別反応というのはアメリカ精神医学会の疾病分類では、精神疾患ではないが、臨床的関与の対象となることがある。つまり、なんらかのケアが必要であることがあると書いてあります。具体的にはカウンセリングとか、分かち合いの会とか電話でのケアとか、メンタルフレンドが悩みを聞くとかすると良くなる。ただ注意しないと、介入することが遺族にとって屈辱的な体験になることがある。ですから私は専門家としてあまり介入しすぎないように、分かち合いの会などでは分をわきまえて、あまり出ないようにしています。

それから精神保健福祉センターとかその他の施設に行ったところ、「集団療法室」あるいは「カウンセリングルーム」っていうパネルの人っている所に通された。じゃあ自分は病人なのかって思って嫌な思いをしたということをおられた遺族がおられました。ご遺族はそれほど敏感なんですね。ですから私は、あまり病気ということは表面に出さないほうがいいんじゃないかと思います。特に診断は本人にしないほうがいい。まれに専門

家のケアが必要なケースもある、ということぐらいを頭の隅に置いておいたほうがいいのではないかと思います。正常な悲嘆反応だって、大うつ病の精神症状と同じように、悲しみの感情やイライラ感や故人のことで頭がいっぱいになるといとか、不眠とか、体重減少があらわれることもあります。このような症状があらわれたら、すぐ病気を治療すべきだ、というように短絡的に考えてはいけません。もっと慎重でなくてはならないと思います。

それからもう一つ、悲嘆反応を呈した遺族が病人扱いされるかどうかということは、その人の属している文化だとかサポート体制の有無といったことがずいぶん関係している。たとえば、手厚いサポートがある場合は、本来大うつ病になるような人だって、なんとか社会に適応できる、事例化しないというケースもあるわけです。文化的な風土の問題というのは、そういう人が疎外され差別され、悪者扱いされない地域かどうかということです。ちゃんと自死遺族であることをカミングアウトできて、生き生きと生きることが出来る土壌があれば、なにも病気を扱われなくても済むということです。

ご参考までに、アメリカ精神医学会でいう死別反応というのはどういうのかというと、1番の部分では「愛する死別者への罪責感以外の分野に拡大された罪責感をもつ」と書いてあります。これはちょっともって廻った表現なんですけれど、死別者に対してのみ罪責感を持つのならこれは正常な死別反応の範囲だが、罪責感がもっと拡大して、社会に申し訳ないとか罪責感の対象がもっと広い範囲に拡大した場合には、大うつ病の可能性があるとということです。

それから遺族が「死んだ人と一緒に死にたい」などと思うことは当然なことですが、朝から晩までそのような観念にとらわれ続けて頭がいっぱいになってしまつて御飯も食べられなくなる、学校や会社にも行けないということになると、少し考えてみる必要があります。「自分は価値のない人間である」とか、つまらない人間だと思つてしまつとか、頭痛や便秘などのからだの不調を長期に渡つて訴えたり、「亡くなった人の声を聞いたり、姿を見る」「故人に関するものに手をつけない」「激しい記念日反応を呈する」、こういう場合はちょっと注意をしたほうが良いだろうと思います。

表1はカプランという精神科医がアメリカの医学生向けの教科書の中で書いてあるものをもってきました。あとで読んでおいていただきたいと思います。

特に注意しておきたいのは、正常な悲嘆の場合は抗うつ剤や抗不安剤をいくら飲んでも効果がないということです。大うつ病の場合は、こうした薬を飲めばかなり効果があります。精神療法に反応すれば正常な悲嘆ですけれども、うつ病の場合は精神療法をしても反応がない。自助グループに参加しても、カウンセリングをやっても、なかなか反応しません。

表3には死別反応に伴う合併症が書いてあります。こういうものが出てくると複雑な悲嘆に移行することが多いです。たとえば悲嘆が遷延化したり、身体症状が出てきたりすると難しい。悲嘆に陥ると免疫を落としますので、いろいろな合併症が出る。たとえば風邪なんかひきやすくなるんですね。

表4は悲嘆の段階理論です。参考のために私が考えたものをもってきました。第1期の

亡くなった直後はパニック、ないし錯乱状態。このときは軽くハグをしてあげるとか、握手してあげるとか、そのくらいのことしかできない。第 2 期になって、怒りや罪責感、自殺念慮が出てきたりしたときは、言いつばなし聞きつばなしで支持的に関わる。抑うつ期はその人の言っていることを保証してあげる。第 3 期になると理性的知的レベルに働きかけて、分析的な関わりをして自己洞察に導く。第 4 期になると立ち直り期で、この時期には価値観の見直しや再構築等を行うといった具合です。

## 自死遺族と専門職

悲嘆反応の一つに、怒りの感情というのがあります。自助グループなどに参加していると、医者や学校や企業を攻撃する人が時々おられます。怒りというのは悲しみの変形ですから、「なんであの人は木熟なんだ」「あの人はなんで分からず屋なんだ」というふうに思わないで下さい。その人がどんなに苦しんでいるのか・悲しんでいるのかということのあらわれなんだというように理解して差し上げる必要があります。

この怒りがひどくなると、訴訟問題になることがある。これは怒りのあらわれ方ですから、私は精神科医ですので、自助グループに行こうものなら、そういう人からお叱りを受けることがある。

自死というのは精神科医にとっては、ある意味においては冷酷な言い方かもしれませんが失敗例なんですよ。自死を精神科医の失敗というようにみていいかどうかはまだ議論があります。私は必ずしもそうではないんだと思うんですが、表面的には主治医の力が足りなかったと思われても仕方がない。そういう形で遺族は頭の中にインプットされてしまうことが多いのです。ただ、私が遺族とお話していて、精神科医として接したことが良かったケースがあります。それはどういうことかということ、やはり散々自分のことを責めてらっしゃる遺族がおられた。そのとき私は精神科医として「それは確かにご自分を責められるのは当然かもしれませんが、これは病気だったんだと思います。それは科学者であり精神科医としての自分の経験からも言えますよ」と言ったら「ああ、そういう見方もあるんですね」と言われ、「それで自分の罪責感がだいぶ楽になりました」とおっしゃった遺族がいました。そこに精神科医がいたために、その人のメンタルな問題が少し楽になったように思います。しかし科学は諸刃の剣です。それはどういうことかということ、自死は素因も関係していることがある。家族負因というものが自死やうつ病や統合失調症に深く関係しているという情報がありますと、それを優生学的な方向へもって行ってしまふ。これは遺族にとっては大変なストレスになるのです。ですから科学の力っていうものをどういうように使うのか、その使い方を間違えると大変なことになるので、注意した方がいいですね。

それから話は少し変わりますが、宗教や葬儀関係の方もグリーフケアに対して重要な

役割を担っておられます。

### 自死遺族にまつわる社会的問題

悲嘆反応の遷延化の背後には、長期に渡る家族内葛藤がある場合が少なくありません。相続争いが起こることも少なくない。普通は法律で遺族が均等に分けることになっていますが、経済的問題に特化すれば、自死遺族の場合はだれの責任かといった悪者探しが始まることが多く、相続がうまくいかないことが少なくありません。

それから過労死の疑いがあるなど、労災絡みで裁判事例になってしまうことや、医療機関を訴えるなどの裁判のためにエネルギーを費やしてしまったり、それがまたストレスになってしまうことがあります。私が先年扱った案件というのは、統合失調症の患者さんだったのですが、保険金をかけていたんですね。ところがその人が自死してしまったと。確かに借金をして自分の死ぬことによって保険金をもらって借金を返し、家族を安楽にするという意図で自死するという人があまりにも多いので、最初のうちは保険会社は1年以内の自死は保険金を出さないということになってましたが、最近は2~3年に延ばし、この間は保険金が出ないということをお願い始めているんですね。遺族は「そんな意図でやったんじゃないんだ、これは病気で死んだんだ」と主張すると裁判になるわけです。

それから先ほど言いました不動産を借りている場合は家主、それに鉄道などが迷惑をかけられたことによる損害賠償という形で遺族にお金を請求してくる、そういう問題が死別後出てくるわけですね。

### 自死遺族にどうかかわるか

#### (a) 傾聴の大切さ

私たちは身近な人を亡くした方が来られたときに、自由に話せる雰囲気を作っておくことが大切です。安心感と安全感を与える。そうじゃなくても遺族の方々は緊張して来られてるわけですから、リラックスできるようなそういう雰囲気が必要だと思います。あまり裁いたり、説教調で接するよりも、最初は言いつばなし聞きつばなしのほうが良いと思います。怒ってもいい、泣いてもいいという雰囲気を作るのもよいでしょう。

#### (b) 死んだときの状態で人間を判断しない

それから私が非常に重要だと思うのは、人間というのは一般的に死んだときの結果で判断される、たとえばどれだけの地位があったとか、どれだけのお金があったとか、どれだけ良い暮らしをしてきたとか、そういう結果だけで判断する人が多いんですけども、私

はこうした考え方は間違っていると思います。たとえ自死をした人でも、それまでその人なりに必死で生きてきたってことを評価してあげなければいけない。それにこの世的に見れば成功した人より以上に、彼らは純粹で真面目で繊細な人が多く、そうした人格的に優れていた点も認めてあげる必要があると思います。だから一生懸命生きようとして、先ほど言いましたように追い詰められていっちゃうんだと思います。ですから亡くなった人に対して、どこかで「よく頑張ったね」「ごころうさん」といった労いの気持ちをどこかに持っていて欲しいですね。「なんだあいつは負け犬じゃないか」とか「お兄ちゃんの方が一生懸命勉強して、頭も良かったじゃないか」とか、そういうように比較したりネガティブな面ばかり考えるんじゃないかと、その人はその人なりにそこで人生を完結したんだ、残念だったろうけれども。期間は短かったけれども、その人なりに頑張ってやったんだよな、お疲れさんといったように『ゆとり』を持つことが大切だと思います。

#### (c) スーパーバイザーの心構え

分かち合いの会でスーパーバイザーが適材適所でスーパーバイズするのはよろしいと思いますが、体験者同士の絆は大きいことをよく認識しておく必要があります。ユーザーの方をスーパーバイザーが管理するんじゃないかと、話題があまり逸れそうになったときはもとに戻すぐらいのスタンスのほうがいいのではないかと、また、最後に簡単なまとめや整理をして差し上げるのもよいでしょう。それから正常な悲嘆反応を示している人に対して、安易に抗うつ剤や抗不安剤の話は出さない、病人扱いしないということも大切です。しかし、スーパーバイザーは、ユーザーが専門的な治療を受ける必要があるかどうかを見極める最低限の精神医学の知識は持っていて欲しいと思います。

#### (d) 自死されて楽になった遺族もいる

年余に渡る精神障害者や身体障害者、知的障害者の介護に疲れ果てへトへトになってる家族にとって、もしかすると後になって揺り戻しが来るかもしれないけれども、亡くなることによってやっとこれで落ち着いたと思うケースもないわけではないということ、頭のどこかに入れておく必要があります。全ての人が複雑な悲嘆の経過をとるものではないということはどこかで覚えておいて下さい。

#### (e) 怒りや罪責感をどうとらえるか

悲嘆には怒りの感情がつきものですが、この感情はネガティブにもポジティブにもとれるということを考えておく必要があると思います。どういうことかということ、人間の営みの中で怒ることはある程度必要なんだと思うのです。ネガティブにとる人は、もう嫌だ、あんな人と付き合いたくないということでしょう。しかしその怒りの感情がポジティブに出た場合、社会的に改革の方向に向かうエネルギーとなることもあるのです。怒りの創造性ということもあるのではないのでしょうか。怒りが社会正義の申し立てとして転換されて

いく場合があると思います。その場合は怒りが自助グループを形成する力になったり、医療システムや医療そのものを浄化する働きもあると思います。たとえば自助グループでスーパーバイザーがユーザーに怒られると「あっ、これは私たちが少し悪かったんじゃないか」「あの関わり方が間違いだったんじゃないかな」というように、気付かされることもあると思います。そういうふうな怒りの背後に何があるのかというのを分析することによって、我々のあり方を正すと言いますか。怒りにはそういう役割もあるのではないかと思うのです。もちろん怒りにはネガティブなものもあります。だから分かち合いの会の途中で怒りを爆発させる人がいれば、その会はぶち壊しになってしまいますからね。だからそういう人に対しては別室で個人的に、ゆっくりお話を聞く必要があります。

罪責感の場合はどうでしょうか。罪責感が強くなると、自分を責めて責めて責め抜き後追い自殺をしてしまうといったマイナス面もあるけれども、罪責感のポジティブな面もあるということを忘れてはいけません。たとえば亡くなった人に対する罪責感がエネルギーとなって、同じ苦しんでいる人のために供養するつもりで、分かち合いのボランティアをやるとき。亡くなった人のメッセージにこたえるために何か社会活動しようという、ポジティブなインセンティブ（動機）が働くことがあるのです。あるいは今まで全然関心なかった宗教や自己超越的なものに関心が向くとか、自助グループに入って、新しい出会いが生じるとか、罪責感から写経をしたり本を書いたりといった想像的なエネルギーが罪責感には隠されていると思います。ですからこういう感情も決してネガティブなものだけではないんだということを忘れないで欲しい。そして、それをどういう風にポジティブなものに転換させていくか、そこらへんがグリーンケアの勘所ではないかと思います。

#### （f）援助者の感性について

援助者としての素質・感性という点について、ちょっと触れたいと思います。長い間いのちの電話で研修にかかわってこられた齊藤友紀雄先生がおっしゃることには、ボランティアを志す方の中には「自分も同じような死別体験をした」とか「心の病にかかったことがある」という人がとても多いのだそうです。しかし、十分に癒えてない、つまり悲嘆の過程の途中で、まだ立ち直ってない人がケアギバー、援助者になると、盲人が盲人の手引きをして落ちてしまうというようなケースが多いので、癒されるまでお受けしないと断られておられました。もちろんそういう方は参加資格がないというのではなく、それどころか人の痛みはよくわかる、悲しみを共有するという点では、良い感性を持っておられる。ただ、自分の悲嘆感情をコントロールができないとか疲れやすいといったことを直してから人を援助する必要があると思います。

それから常識を持っている人、つまりコモンセンスのある人であることが大切です。支援者は、臨床心理士などの資格があって知識や体験が豊富であればもっといいでしょう。また、安易に人を裁かないとか、人格的に成熟しているとか、守秘義務を守るとかいったことが援助者の資格として大切だと思います。

<質疑応答>

Q：忘年会を友達と開いたときに、いつも明るい人が暗かったので、後からお茶でも飲みにいこうと誘った。すると友達のことを一生懸命話す。その話を聞いていると“うつ”ではないかと思って「(身内の方が)自殺したんじゃないの」と聞いたらそうだった。しかし、そのとき自分も遺族だと言えなかった。けれど気になる。その人にどうしたら良いのか？グループではなく、個人としてケアするような、助言・接し方はないか？

A：相手が自死遺族だとわかって、無理矢理介入するという姿勢はどうでしょうか。自殺という問題は、もし誰にも言いたくなければ、遺された方々も誰にも言わないで墓場まで持って行っていいんじゃないかとわたくしは思っています。

その方がご自分で自殺ということを出されたのであれば、自死遺族のグループを紹介したり、専門家に相談するよう言ってもよいと思います。また、会のリーフレット送るとか、自死遺族に関する情報提供をするのもよいでしょう。

Q：先生のご意見をうかがいたい。冒頭のお話のなかで「追い込まれた死」という言葉を使っておられました。よく自殺予防の人が「追い込まれた死」という言葉を簡単に使われるんですけども、やはり自死遺族に関わる者として「追い込まれた死」というと、私も当事者ですが、なにかやはり自分が追い込んだのでは？という自責の念に拍車をかけられるようで、物凄く辛い言葉の一つではあるんですけども、その辺は言葉としてどのように受け止められているのでしょうか。

A：「追い込む」という言葉を多元的に捉えないと、罪責感を増幅させることになって二次的被害を受けることになると思います。

自死ということが起こる理由としては、社会的に追い詰められている場合もあるし、自分の心の中・内面からわきあがる自殺衝動によって追い込まれることもあると思うのです。しかし今おっしゃったのを聞いて、ふと思ったのは追い込まれない死というものもある。自分がいくら病気を病んでいるとしても、「自分」というものはしっかりしていて、自らの命の選択権・自己責任・自己意思・自由意志をちゃんと持ってらっしゃる。そして人間としての尊厳を保つ意味で自ら死を選ぶということもありうると思います。

ですからわたくしは全部「追い込まれる」死であると、そういうふうに拘子定規に考えるべきではないと思います。たとえば自分の生きていることによって家族に迷惑を掛ける、だから死を選択するといった、他者配慮的な自死というものもあると思います。

そういう場合は、追い込まれた死ではなくて、自分の自由意志、自分の生の尊厳、家族の尊厳というのを慮って人生の決着をつけると、そういうように考えたほうがよろしいと思います。

## 自死遺族の心理とそのふさわしいケアのあり方

- (1) 自死した人の遺族のグリーフケア及びグリーフワークの必要性
- (a) 衝撃的な死であること
  - (b) 不条理感が強いこと
  - (c) タブー化され、公認されない死であること（差別と偏見があること）
  - (d) 複雑かつ病的な悲嘆が現れることがあること
  - (e) 二重悲嘆の場合が多い（二次被害、経済問題、生前において精神障害者との同居）
- (2) 死別反応と大うつ病（いわゆる「うつ病」）について
- 身近な人を喪失したとき生ずる悲嘆反応は普通、正常な悲嘆反応であるが、ごく一部は病的悲嘆反応に陥る。この鑑別が必要である。
- (a) 死別反応
- ・DSM-IV-TR（アメリカ精神医学会疾病分類）に記されている死別反応は精神疾病ではない。しかし、臨床的関与の対象となることのある他の状態であって、死別後2か月以内に起こってくる反応とされる。
- (b) 死別反応にも、正常な死別反応と正常でない死別反応がある。
- 〈正常な死別反応〉
- 愛する者を喪失した直後は、または数か月後に出現大うつ病の精神症状（悲しみの感情、焦燥感、故人のことで頭がいっぱいになること、不眠、体重減少）が現れることもある。正常な死別反応の認定（持続期間や症状）については、その人が属する文化集団や支援体制によって差がある。
- 〈病的な死別反応〉
- ①愛する死別者への罪責感以外の分野に拡大された罪責感をもつ（自己処罰）
  - ②死んだ人と一緒に死にたいとか、自分が死んだほうがよかったという事以外に、死の観念に囚われること
  - ③自分は価値のない人間であるという観念に囚われ、自分は無益な人間と思う。
  - ④精神運動制止
  - ⑤長期にわたる機能障害
  - ⑥亡くなった人の声を聞いたり、姿を見る（幻聴および幻視）
  - ⑦ミイラ化（故人に関するものに手をつけない）、激しい記念日反応など死別反応を経験した者の一部は、大うつ病（喪失後2か月経っても症状が持続することが目安）に発展するものもある。

・悲嘆と抑うつとの比較(表1)

表1 悲嘆と抑うつとの比較(カプラン)

悲嘆	抑うつ
故人への正常な同一化、故人に対する両価感情はまれである。	故人への異常な過度の同一化。故人に対する両価的感情の増幅と無意識の憤怒。
慟哭、体重減少、性欲減退、引きこもり、不眠、易刺激性、注意力・集中力の低下。 自殺念慮はまれ。	同様。  自殺念慮はよくみられる。 自己批判は全般的である。 自らを普遍的に悪である、または価値がないと考える。
自己批判は、故人の扱われ方に関連している。 全般的な無価値観はない。	ふつう、周囲の人にうつとうしさやいらだちを覚えさせる。
共感や同情を惹く。	症状は消失せず、悪化する。 数年たっても持続する。 身体疾患にかかりやすい。
症状は時間とともに消失する。自己限定的。 ふつう6ヶ月～1年以内に消失する。 身体疾患にかかりやすい。	元気づけに反応せず、社会的接触を避ける。
安心の保証と社会的接触に反応する。	抗うつ薬で改善する。
抗うつ薬に反応しない。	

・大うつ病の診断基準(表2)

表2 DSM-IVの大うつ病エピソードの基準

A.以下の症状のうち5つ(またはそれ以上)が同じ2週間の間に存在し、病前の機能からの変化を起こしている;これらの症状のうち少なくとも一つは、(1)抑うつ気分または(2)興味または喜びの喪失である。

注:明らかに、一般身体疾患、または気分不一致な妄想または幻覚による症状は含まない。

(1)その人自身の言明(例えば、悲しみまたは、空虚感を感じる)か、他者の観察(例えば、涙を流しているように見える)によって示される、ほとんど1日中、ほとんど毎日の抑うつ気分。

注:小児や青年ではいらいらした気分もありうる。

(2)ほとんど1日中、ほとんど毎日の、すべて、またはほとんどすべての活動における興味、喜びの著しい減退(その人の言明、または他者の観察によって示される)

(3)食事療法をしていないのに、著しい体重減少、あるいは体重増加(例えば、1ヶ月で体重の5%以上の変化)、またはほとんど毎日の、食欲の減退または増加。

注:小児の場合、期待される体重増加がみられないことも考慮せよ。

- (4) ほとんど毎日の不眠または睡眠過多
- (5) ほとんど毎日の精神運動性の焦燥または制止（他者によって観察可能で、ただ単に落ち着きがないとか、のろくなったという主観的感覚でないもの）
- (6) ほとんど毎日の易疲労性、または気力の減退
- (7) ほとんど毎日の無価値感、または過剰であるか不適切な罪責感（妄想的であることもある）、（単に自分をとがめたり、病気になったことに対する罪の意識ではない）
- (8) 思考力や集中力の減退、または、決断困難がほとんど毎日認められる（その人自身の言明による、または、他者によって観察される）
- (9) 死についての反復思考（死の恐怖だけではない）、特別な計画はないが反復的な自殺念慮、自殺企図、または自殺するためのはっきりとした計画

B. 症状は混合性エピソードの基準をみたさない。

C. 症状は臨床的に著しい苦痛または社会的、職業的、または他の重要な領域における機能の障害を引き起こしている。

D. 症状は、物質（例：乱用薬物、投薬）の直接的な生理学的作用、または一般身体疾患（例：甲状腺機能低下症）によるものではない。

E. 症状は死別反応ではうまく説明されない。すなわち、愛する者を失った後、症状が2ヶ月をこえて続くか、または、著明な機能不全、無価値感への病的なとらわれ、自殺念慮、精神病性の症状、精神運動制止があることで特徴づけられる。

---

「DSM-IV 精神疾患の診断・統計マニュアル」、医学書院、1996から引用

・死別反応の合併症（表3）

表3 死別反応の合併症

---

悲嘆の過程の障害

悲嘆の欠如または遅延

誇張された悲嘆

遷延する悲嘆

有害な情動への陥りやすさ

一般身体疾患

命の有限性へのとらわれ

精神障害

不安障害

物質使用障害

うつ病性障害

---

Sidny Zisook, M.D. の厚意により転載。

・死別後の悲嘆の過程（プロセス）（表4）

状態に合わない対応は危険

回復を促す

↑

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	接触的かかわり
II期 苦悶期	怒り、憎悪、自殺念慮、死別への思慕	情緒的レベルへの 働きかけ	支持的かかわり
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、価値観の組換え・再発見、発想の転換	霊的レベルへの 働きかけ	実存的かかわり

(3) 自死遺族の悲嘆反応の特徴

(a) 症状の特徴

- ・怒りの感情（亡くなった人や自分、周囲の人々）
- ・罪責感をもつ
- ・恥の意識
- ・孤立感、疎外感
- ・否認の感情

(b) 自死遺族の悲嘆反応の背後にある心理規制

- ①遷延化→長期に及ぶ家族内葛藤、相続争い、裁判、労災、保険、損害賠償、請求など。死後しばらくして起こる。
- ②再想起、再体験→分かち合い、個別カウンセリングによるフラッシュバック、命日、記念日における自死場面の再想起
- ③パニック→自死の唐突性、非予測性、1回性
- ④連鎖性→後追い自殺

(c) 自死遺族の悲嘆反応の複雑性と合併症（表5）

表5 病的悲嘆についての知識

- ・病的悲嘆の状態を理解する必要があります
  - －4つの疾患グループにわけて整理することで、病的悲嘆を理解しやすくなります
  - －厳密に診断するというのではなく、あくまで特徴を理解するための枠組みと考えてください
- 1. 心的外傷後ストレス障害の特徴をみる
- 2. 気分障害－うつ病の特徴をみる
- 3. 不安障害・死別反応の特徴をみる
- 4. 人格障害の特徴をみる

(4) 正常な死別反応を呈した人への接し方

- ①自由に亡くなった人のことを話せる雰囲気を作ると共に、ポジティブな体験を引き出す。
- ②一人の人生の結果だけを見ず、一生懸命生きてきたプロセス（過程）を評価する。
- ③泣いたり、怒ったりすることを禁じてはならない。
- ④同じ体験者同士が交わり、支え合うような機会を与える。
- ⑤正常な悲嘆（死別）反応を示している人に安易に抗不安薬や抗うつ薬を出したり、病人扱いしない。
- ⑥長時間の少ない回数（訪問）よりも、短期間の頻回の訪問のほうがよい。
- ⑦死別前に過剰に悲嘆や疾病に遭遇している場合は、死別後解放された気分になることもあることに留意する。
- ⑧他者と悲しみ比べをしない。

(5) 自死遺族への接し方

- ①怒りの感情を見直し  
その人のよい面、悪い面、遺された者のよい面と悪い面の見直し
- ②罪責感の見直し  
相手への罪責感に対する、よい面、悪い面の見直し、相手の罪への多面的な見方について学ぶ
- ③恥意識の見直し－科学と宗教の問題
- ④表現（書くこと、読むこと、歌うこと）による治療効果への気づき

(6) フラッシュバック+PTSD への支援

- ①安全感と安心感を与える雰囲気作り (リラックス)
- ②認知療法の中で、自死者のよい側面を想起する。
- ③支持と保証を促す。
- ④外傷的出来事に関連した感情への見直し
- ⑤心理教育――知は力なり――
- ⑥将来の回復計画
- ⑦家族療法 (家族内葛藤に対して)、集団療法 (自助グループ) の応用

(7) 援助者の燃え尽き症候群を防ぐための対処法

- ①援助者の役割の明確化
- ②自己客観化と自己の限界への気づき
- ③チームでかかわることの重要性
- ④スーパーバイザーの必要性
- ⑤スタッフによるカンファレンス
- ⑥死生観、目的、目標の設定
- ⑦自殺は防げないこともある、自殺によって悲嘆が緩和されるケースもあることへの気づき
- ⑧自殺に対する知識の習得 (自殺原因の多元性)

(8) 援助者としての素質、感性

- ①弱さや心の痛みを思いやること、共感性、謙虚さ
- ②自己の限界を知る
- ③自ら病んでいない
- ④常識を身に付けている
- ⑤体験の豊かさ
- ⑥人格の成熟 (倫理性、たとえば守秘義務を守ることなど)
- ⑦安易に人を裁かない

11

# 二次被害の回避とその留意点

平山正実

## はじめに

自死遺族に対するケアを目的とする支援団体は、大別すると、参加者が、自死遺族自身、つまり当事者に限定される「自助グループ」あるいは「分かち合いの会」（これをワークショップ・ミーティングと規定する）と民間ボランティア団体（NPO法人など）や宗教家、心理職などの専門家集団、保健所、市町村、精神保健福祉センター等の公的機関などからなる「遺族支援グループ」（これをオープン・ミーティングと規定する）に分けられる。これらの二つのグループには、原則的として、援助者（以下ファシリテータ

）がいて、運営にあたっている。ところが、せっかく、癒しを求めてきた遺族が、ファシリテーターや他の遺族の言動や態度に傷つき、悲しみを深めてしまうという事態が起こっている。これを自死遺族の二次的被害と定義しておく。

このような事態は、自助グループ本来の設立趣旨に反するものでなんとしてでも避けなければならない。

そこで、われわれは、まず自死遺族の二次的被害が生じてくる社会的背景について考え、さらに、そうした被害が生じないための方法について言及することにした。

・自殺とすべきところをめぐって自死と記すのは、この行為は、自分の意志で、ことは代えれば、自（みずか）ら、命を絶

つ（自殺）のではなく、本人は、本来生きていたけれども、病気や人間関係やその他の社会的要因によって、やむをえず、つまり自（おのずか）ら、命を絶たざるをえなかったと解釈し、自死という言葉を選んだ。

## 一 自死問題を話し合うことの難しさ

われわれは、まず、自死問題を話し合うことが、現在の日本の中では、難しいということをはつきりと認識しなければならぬ。世間は、まだまだ、自死者とその遺族に対して、寛容ではなく色メガネをもつて見ようとする。つまり、恥や汚名を浴びせかけ、ステイグマ（烙印）化する風潮が依然として残っている。

自死が、公認される死である理由は、いくつかある。第一に、生産と業績を重んずる日本の社会では、自死者は負け犬だ、人生の敗北者だというレッテルをはられる傾向がある。第二に自死者は、生前、精神疾患に罹患している人が少なくなく、自死が公になるとその家系全体が、差別の目をもつて見られるという事情もある。さらに駅の電車到着時刻を示すテロップに、再々「人身事故により、遅れ

ます」と表示されるのを見ている人の中には、自死は、他人に迷惑をかけるものだという先入観を持ってしまう人もいるかもしれない。

以上のような点を考えると、遺族も遺族以外の支援者も、意識的・無意識的に、自死という事実そのものを色メガネで見えてしまう弊が身についてしまう可能性がある。遺族は、鋭敏な感覚で、そうした相手の気持をかき分ける能力をもっている。

また、遺族は、自死者に対しても、自分らに対しても、強い罪責感をもっていることが、少なくなく、そのことが、対人関係場面において、屈折した恥の感情となつて、防衛的構えをとらせる傾向がある。そして、そのことが、遺族をして、世間から孤立させ、自らは自閉的になり、かれらに対する医療支援や自死に関する行政からの情報提供を難しくしている。

ところで自死問題を話し合うことの難しさは、決して、このような遺族側だけにあるものではない。すでに述べてきたように支援者側の心の中にも、差別や偏見の感情があることを忘れてはならない。

## 二 支援者が遺族に 二次的被害を与える言葉とは

一般的に二次的被害は、自死遺族が警察や救急隊、マスコミ、学校、企業、親族、医療従事者から受けると言われている。この点については、平成二十年三月に出された「自殺未遂者・自殺者親族等のケアに関する検討会報告書」(厚生省)において明らかにされている。しかし、冒頭でも指摘したように、ここで問題にするのは、精神科医、カウンセラー、ゲートキーパー、聖職者、民間ボランティアなどいわゆる支援者といわれる人々が、自死遺族に与える二次的被害である。この問題をクリアしない限り、支援グループを円滑に運営することはできない。そこで、本章では、遺族に二次的被害を与えるような支援者のことはかけについて考えてみたい。

人を傷つけるのは、刃物だけでなく、言葉によることもある。人の言った言葉が鋭い刃となって、心に突き刺さり、心をスタスタに痛めつけることもある。無神経な言葉は、人の心を滅ぼす。とくに、遺族の心は、ガラスのように開れやすく、ちょっとした言葉にも過敏に反応し、深く傷つくのである。

たという事実を忘れるべきではない。

### ③ 「思ったより元気ではないですか」

遺族は、自分の悲しみや苦しみの感情を隠し、あたかもなにもなかったかのように陽気に振舞っていることが多い。それだから周囲の者は、つい「元気で安心した」といってしまう。

しかし、かれらは、心の中では、泣いていることが多いということを周囲の人々は、知っておくべきである。

④ 「まだ、兄弟が残っているからよいじゃありませんか」「もう一人、お子さんを作ったらどうですか」「配偶者が、健在であるだけでもよかったですね」「御夫婦助け合って、乗り越えてゆこうとされている事に敬意を表します」

こうした言葉かけは、いわゆる「悲しみ比べ」を行っているわけで、遺族を傷つける言葉である。自死者のことを、なるべく触れないように配慮しているようだが、実際はこのような言葉かけは、相手の悲しみを癒さない。

とくに、グループの中には子どもを失ったことにより夫婦仲が悪くなったケースもあることを知っておくべきである。

ここでは、こころない支援者の言葉かけによって傷ついた数々の自死遺族の証言を集めた。これらの言葉によって、われわれは、かれらが、どんな言葉かけによって傷ついていたのか、つまり、二次的被害を受けたのかということを知ることができる。

① 「自死ということが起こってしまったことは、仕方がないことです。あきらめが大切です」

このような言葉かけは、かえって、遺族の罪責感や後悔の念を強化させてしまう。しかも、自死という事実は、遺族にとって簡単にあきらめようとして、あきらめきれぬのではない。むしろ、援助者が誠実に自死遺族と向き合う姿勢を示す方が、相手の信頼感を得ることができるだろう。

② 「即死だったのだから、本人は、苦しまなくてよかったですね」

たしかに、首吊りや飛び込み、飛び下りによる自死者は、即死という形で自分の命をしめくくる。しかし、そうだからといって、遺族は、このような言葉かけによって悲嘆が緩和されるだろうか。自死者は、長年の間、心身の病と闘い、自死遺族も長期間、かれらの介護に従事し苦しんでき

⑤ 「どうして、亡くなった人は、自死という死に方を選んだのでしょうか。なぜあなたは、自死を阻止できなかったのですか」

悲しんでいる遺族にとって、自死の理由や原因を「なぜ」「どうして」としつこく、尋問調で聞くことは、十足で人の心の中にトカドカと踏み込むようなものである。自死の理由などだれも答えることができるはずはない。このような問いを遺族にすることは、かれらに、かえって、過去の苦しかった記憶を蘇らせ、フラッシュバックさせ、悲嘆感情を強化させることになる。信頼関係が十分確立していない段階で支援者が、遺族の内面に過剰に介入し、詳細を無理に聞き出そうとすることは、慎むべきである。

⑥ 「今は、辛いでしょうが、もっと頑張ってください」

遺族は、頑張れないから、悲しみ苦しんでいるのである。人が、うつ状態にあるとき、頑張れと言われると、周囲の人は励ましたつもりでもうつ状態は悪化する。「頑張ってください」と言うより「よく頑張ってきたね」とその労をねぎらい慰める方が、心は安らぐ。

⑦ 「私は、悲しい時、音楽を聴いて癒されました。あなたも癒し系の音楽を聴いたら如何ですか」

趣味や宗教の強要は、避けた方がよい。人によって、立ち直りの方法や時期は違う。悲嘆から回復する方法は異なっていることを認めるべきである。

⑧ 「『時ぐすり』という言葉があります。あなたの悲しみは、時間の経過と共に緩和されると思います」

自死の悲しみは、時間がたてば消えるという性質のものではない。「時ぐすり」といった安易な慰めの言葉は、かえって、遺族を傷つけることを知っておくべきである。

⑨ 「今、考えていることを皆の前で、なんでも語って下さい」

たしかに、感情を表出することによって、精神的に楽になる人もいる。かれらに、泣いたり怒ったりすることを禁じてはならない。また、亡き人のことを語るにより癒されることもある。しかし、どうしても、自分の過去や現在の気持ちを多くの人々の前で言えない人もいる。このような人に対して、自らを語ることは、かえって、心の葛藤を増幅させることを支援者は、知っておく必要がある。つまり、

かれらに過去と現在の真実を「隠す」自由をも与えるべきである。遺族が、自死をオープンにした結果、汚名を着せられるのではないかと恐れて、話したがらないこともある。

⑩ 「亡くなるまであなたは、随分苦しみましたね。亡くなって、楽になったでしょう」

確かに遺族の中には、亡くなるまで長年病人の介護に苦しんで来た人もある。このような人は、相手が亡くなることで、一時的に解放感を味わうこともあるというデータも無いわけではない。しかし、しばらくして、かれらの多くは罪責感や後悔の念に囚われる。したがって、苦しかった介護から解放されたからといって、容易に苦しみから「解放されてよかったでしょう」といった言葉かけはしない方がよい。

一次的被害を受ける遺族が後を絶たないのは、支援者自身が「遺族と自死者とが、生前どんな関係にあったのか」「遺族が自死後、どんな精神状態や境遇に陥っているのか」ということを、よく知らないからである。遺族を、個別の、精神療法的に支援しようとする者は、その背景や心情を、詳しく理解するよう、努力しなければならない。そのような努力の積みかさねによって、かれらに対する偏

見や無神経な言葉かけなどは、減るであろう。このような時間も能力も技術もない場合は、傾聴に徹するべきである。正常な悲嘆の状態では抗うつ薬や抗不安薬は投与しても効果がない。病的ないし複雑な悲嘆のみ専門医の判断で薬を投与し有効なことがある。

### 三 二次的被害を阻止するために 必要な支援者の資質

われわれは長年、遺族支援グループに属し、さまざまな支援者と接する中で、二次的被害を阻止するための研修を行ったり、啓蒙活動を行ってきた。その中で気づいたことは、このような教育も研修も広報活動も大切だが、一番重要なことは、支援者の資質ないし適性という問題があるように思った。支援者（とくにオープン・ミーティングを指導する人）としての資質や適性がないために、遺族を傷つける場面を、しばしば目にしてきたからである。

それでは、支援者としてふさわしい資質とは何か、このことが問われなければならない。つきに、われわれが気づいた二次的被害を阻止するために必要な支援者の資質について挙げておく。

#### 1 謙虚であること

遺族を支援しようとする民間ボランティアや心理職、保健師や看護師、ケースワーカー、宗教家などは、遺族の気持ちを理解しようとする誠意と謙虚さを身につけるべきであろう。このことは、自己の限界性を認識できる感性をもつことと根っここの部分でつながっている。遺族は、うつ病や不安神経症、PTSD（心的外傷性ストレス障がい）など精神疾患に罹患するリスクがあるので、支援者が、自己の限界をわきまえていれば、このような遺族を専門機関につなぐことができる。

#### 2 チームワークの中で仕事ができること

遺族を支援するためには、色々な職種の人々とチームを組んで働かなければならない。①の項と関連するがそれぞれの役割と権限を認識し、協力し合う姿勢が必要である。

#### 3 バランス感覚の大切さ

人を援助するためには、中立性を保ち状況を客観的かつ的確、冷静に評価し、分析し、検証する科学的思考と、共感的に相手を理解しようとするケアの精神を合わせることが大切である。また、物を大局的に見ることもできる