

い傷が存在する」ということをつねに念頭に置くことである。自傷の背後には、しばしば虐待やいじめ被害などの直接的な暴力被害、あるいは、家庭内で繰り返される暴力場面の目撃などの間接的な暴力被害が存在している。

本人たちは自傷によって「皮膚を切る」と一緒に、「つらい出来事の記憶」「つらい感情の記憶」を意識のなかで「切り離し」、「なかったこと」にしているために、背後にある問題をなかなか語ることはできない。しかしそれでも、「何かあるのだろう」という態度で向き合う姿勢が大切であり、もしも問題が明らかになつた場合には、その問題に対する介入や、関連機関と連携したソーシャルワークを躊躇すべきではない。

なお、自傷を繰り返す子どもの中には、教師に対して、自傷を告白する際、「親には内緒にしてください」と念を押してくる者がいるが、以下の二つの理由から、これに応じるべきではない。

一つは、たとえいかに問題の多い親であっても、「親には子どもの自傷について知る権利がある」からである。すでに述べたように、自傷は自殺とは異なるものの、自殺の危険因子である。援助の過程で自殺企図におよび、場合によっては既遂に至ってしまう可能性は十分にある。そうなったときに、子どもの自傷を知らながらそれを親に伝えなかった教師の責任は大きい。

もう一つは、「親に内緒にしてください」と子ども

臨床心理学の実践

アセスメント・支援・研究

■八尋華那雄 監修／高瀬由嗣・明翫光宜 編

初心者からベテランまで、心理臨床家の知識と技術を磨く面接、ロールシャッハ・テスト、SCT、描画法など各種アセスメント、自閉症スペクトラム、いじめ問題への介入など、さまざまな支援の実際と研究の最前線！



■A5判・364頁

■定価 本体 3,800円＋税

主な内容

第I部 臨床心理アセスメント
面接によるアセスメント／MMPI（ミネソタ多面人格目録）／ロールシャッハ・テスト／TAT（主題統覚検査）／SCT（文章完成法）／描画法の基礎／描画法の実際／産業領域における心理アセスメントの活用

第II部 臨床心理学的支援
心理臨床場面における投映法／自閉症スペクトラム障害の感情のコントロールトレーニング／いじめを予防する心理教育“サクセフル・セルフ”／NPO領域での臨床心理学的支援

第III部 臨床心理学領域の研究・教育
心理尺度作成の研究／質的研究／心理臨床家の訓練と教育

 金子書房

がいう場合に限って、「親に問題がある」ないしは「親も含めた家族全体を支援する」必要があることが多い。実は、子どもの側も、「親にいわないでほしいが、いつてほしい」という矛盾した思いを抱えていることが少なくない。

子どもが恐れているのは、親が「自傷をした」という事実を知ること自体ではなく、その事実を知った親がとる反応である。子どもが恐れる親の反応とは、頭ごなしの叱責、親が過度に自責する、あるいは、「誰かの真似」「関心を引こうとしただけ」と事態を矮小化するなどである。子どもが何を恐れているのかを確認したうえで、その恐れを解消する説明があれば、子どもは親に伝えることに抵抗しないであろう。

おわりに

最後に、自傷する子どもを支援する際に最も大切な心構えについて述べておきたい。それは、一人で抱えずに、学校内の様々な資源（養護教諭やスクールカウンセラー、管理職）と情報共有を進めながらチームとして対応すること、さらには、地域保健機関（保健所

や精神保健福祉センター）との連携や支援を求めることを躊躇しない姿勢である。地域保健機関のメリットは、子どもだけでなく、家族全体にかかわることができ、必要に応じて訪問などのアウトリーチも可能であるという点にある。何よりも、学校を卒業した後も継続して本人や家族にかかわり続けることができる。いかにいえば、援助希求能力の乏しい子どもの支援では、大人はむしろその反対に、自らの援助希求能力を最大限に活用すべきなのである。

〔文献〕

- (1) Izutsu, T., Shimotsu, S., Matsumoto, T., Okada, T., Kikuchi, A., Kojimoto, M., Noguchi, H., Yoshikawa, K. (2006) Deliberate self-harm and childhood hyperactivity in junior high school students. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 14 (3), 1-5.

Author Queries

Journal: PAX (Palliative and Supportive Care)

Manuscript: S147895151300031Xjra

- Q1 The distinction between surnames can be ambiguous, therefore to ensure accurate tagging for indexing purposes online (eg for PubMed entries), please check that the highlighted surnames have been correctly identified, that all names are in the correct order and spelt correctly.

PROOF READING INSTRUCTIONS

Dear Author,

Here is a proof of your article for publication in *Palliative and Supportive Care*. Please print out the file and check the proofs carefully, make any corrections necessary on a hardcopy, and answer queries on the e proofs.

You may choose one of the following options for returning your proofs.

If the corrections can be explained clearly in a text message, please list the corrections in an email, citing page number, paragraph number, and line number. Send the corrections to the Production Editor, Steven Price at this email address: <<sprice@cambridge.org>>

Fax corrected hardcopy proof together with the **copyright transfer form** as soon as possible (no later than 48 hours after receipt) to:

The Production editor, Steven Price **212-337-5980**

Please also send the **original signed copyright transfer form** by express mail to: The Production Editor, Steven Price, Cambridge University Press, 32 Avenue of the Americas., New York, NY, USA 10013.

To order reprints or offprints of your article or a printed copy of the issue, please visit the Cambridge University Reprint Order Center online at: www.sheridan.com/cup/eoc

- You are responsible for correcting your proofs. Errors not found may appear in the published journal.
- The proof is sent to you for correction of typographical errors only.
- Revision of the substance of the text is not permitted, unless discussed with the editor of the journal.
- Please answer carefully any queries raised from the typesetter.
- A new copy of a figure must be provided if correction of anything other than a typographical error introduced by the typesetter is required - please provide this in eps or tiff format to the production editor and print it out to send with the faxed proof.

Thank you in advance.

Journal transfer of copyright

Please read the notes overleaf and then complete, sign, and return this form to **Journals Production, Cambridge University Press, 32 Avenue of the Americas, New York, NY 10013-2473** as soon as possible. Please complete both **Sections A and B**.

Palliative & Supportive Care

In consideration of the publication in **Palliative & Supportive Care**
 of the contribution entitled:

by (all authors' names):

Section A – Assignment of Copyright (fill in either part 1 or 2 or 3)

1 To be filled in if copyright belongs to you Transfer of copyright

I/we hereby assign to Cambridge University Press, full copyright in all forms and media in the said contribution, including in any supplementary materials that I/we may author in support of the online version.

I/we hereby assert my/our moral rights in accordance with the UK Copyright Designs and Patents Act (1988).

Signed (tick one)

- the sole author(s)
 one author authorised to execute this transfer on behalf of all the authors of the above article

Name (block letters)

Institution/Company

Signature: Date:

(Additional authors should provide this information on a separate sheet.)

2 To be filled in if copyright does not belong to you

a Name and address of copyright holder

b The copyright holder hereby grants to Cambridge University Press, the non-exclusive right to publish the contribution in the Journal including any supplementary materials that support the online version and to deal with requests from third parties.

(Signature of copyright holder or authorised agent)

3 US Government exemption

I/we certify that the paper above was written in the course of employment by the United States Government so that no copyright exists.

Signature: Name (Block letters):

Section B – Warranty and disclosure of conflict of interest

I/we warrant that I am/we are the sole owner or co-owners of the contribution and have full power to make this agreement, and that the contribution contains nothing that is in any way an infringement of any existing copyright or licence, or duty of confidentiality, or duty to respect privacy, or any other right of any person or party whatsoever and contains nothing libellous or unlawful; and that all statements purporting to be facts are true and that any recipe, formula, instruction or equivalent published in the Journal will not, if followed accurately, cause any injury or damage to the user.

I/we further warrant that permission for all appropriate uses has been obtained from the copyright holder for any material not in my/our copyright including any audio and video material, that the appropriate acknowledgement has been made to the original source, and that in the case of audio or video material appropriate releases have been obtained from persons whose voices or likenesses are represented therein. I/we attach copies of all permission and release correspondence.

I indemnify and keep Cambridge University Press indemnified against any loss, injury or damage (including any legal costs and disbursements paid by them to compromise or settle any claim) occasioned to them in consequence of any breach of these warranties.

Name (block letters)

Signature Date

(one author authorised to execute this warranty statement above and conflict of interest statement below on behalf of all the authors of the above article)

Please disclose any potential **conflict of interest** pertaining to your contribution or the Journal; or write 'NONE' to indicate you declare no such conflict of interest exists. A conflict of interest might exist if you have a competing interest (real or apparent) that could be considered or viewed as exerting an undue influence on you or your contribution. Examples could include financial, institutional or collaborative relationships. The Journal's editor(s) shall contact you if any disclosed conflict of interest may affect publication of your contribution in the Journal.

Potential conflict of interest

Notes for contributors

1 The Journal's policy is to acquire copyright in all contributions. There are two reasons for this:

(a) ownership of copyright by one central organisation tends to ensure maximum international protection against unauthorised use; (b) it also ensures that requests by third parties to reprint or reproduce a contribution, or part of it, are handled efficiently and in accordance with a general policy that is sensitive both to any relevant changes in international copyright legislation and to the general desirability of encouraging the dissemination of knowledge.

2 Two 'moral rights' were conferred on authors by the UK Copyright Act in 1988. In the UK an author's 'right of paternity', the right to be properly credited whenever the work is published (or performed or broadcast), requires that this right is asserted in writing.

3 Notwithstanding the assignment of copyright in their contribution, all contributors retain the following **non-transferable** rights:

- The right (subject to appropriate permission having been cleared for any third-party material) to post *either* their own version of their contribution as submitted to the journal (prior to revision arising from peer review and prior to editorial input by Cambridge University Press) *or* their own final version of their contribution as accepted for publication (subsequent to revision arising from peer review but still prior to editorial input by Cambridge University Press) on their **personal or departmental web page**, or in the **Institutional Repository** of the institution in which they worked at the time the paper was first submitted, or (for appropriate journals) in PubMedCentral or UK PubMedCentral, provided the posting is accompanied by a prominent statement that the paper has been accepted for publication and will appear in a revised form, subsequent to peer review and/or editorial input by Cambridge University Press, in **Palliative & Supportive Care** published by Cambridge University Press, together with a copyright notice in the name of the copyright holder (Cambridge University Press or the sponsoring Society, as appropriate). On publication the full bibliographical details of the paper (volume: issue number (date), page numbers) must be inserted after the journal title, along with a link to the Cambridge website address for the journal. Inclusion of this version of the paper in Institutional Repositories outside of the institution in which the contributor worked at the time the paper was first submitted will be subject to the additional permission of Cambridge University Press (not to be unreasonably withheld).

- The right (subject to appropriate permission having been cleared for any third-party material) to post the definitive version of the contribution as published at Cambridge Journals Online (in PDF or HTML form) on their **personal or departmental web page**, no sooner than upon its appearance at Cambridge Journals Online, subject to file availability and provided the posting includes a prominent statement of the full bibliographical details, a copyright notice in the name of the copyright holder (Cambridge University Press or the sponsoring Society, as appropriate), and a link to the online edition of the journal at Cambridge Journals Online.

- The right (subject to appropriate permission having been cleared for any third-party material) to post the definitive version of the contribution as published at Cambridge Journals Online (in PDF or HTML form) in the **Institutional Repository** of the institution in which they worked at the time the paper was first submitted, or (for appropriate journals) in PubMedCentral or UK PubMedCentral, no sooner than **one year** after first publication of the paper in the journal, subject to file availability and provided the posting includes a prominent statement of the full bibliographical details, a copyright notice in the name of the copyright holder (Cambridge University Press or the sponsoring Society, as appropriate), and a link to the online edition of the journal at Cambridge Journals Online. Inclusion of this definitive version after one year in Institutional Repositories outside of the institution in which the contributor worked at the time the paper was first submitted will be subject to the additional permission of Cambridge University Press (not to be unreasonably withheld).

- The right to post an abstract of the contribution (for appropriate journals) on the Social Science Research Network (SSRN), provided the abstract is accompanied by a prominent statement that the full contribution appears in **Palliative & Supportive Care** published by Cambridge University Press, together with full bibliographical details, a copyright notice in the name of the journal's copyright holder (Cambridge University Press or the sponsoring Society, as appropriate), and a link to the online edition of the journal at Cambridge Journals Online.

- The right to make hard copies of the contribution or an adapted version for their own purposes, including the right to make multiple copies for course use by their students, provided no sale is involved.

- The right to reproduce the paper or an adapted version of it in any volume of which they are editor or author. Permission will automatically be given to the publisher of such a volume, subject to normal acknowledgement.

4 Cambridge University Press co-operates in various licensing schemes that allow material to be photocopied within agreed restraints (e.g. the CCC in the USA and the CLA in the UK). Any proceeds received from such licenses, together with any proceeds from sales of subsidiary rights in the Journal, directly support its continuing publication.

5 It is understood that in some cases copyright will be held by the contributor's employer. If so, Cambridge University Press requires non-exclusive permission to deal with requests from third parties.

6 **Permission to include material not in your copyright**

If your contribution includes textual or illustrative material not in your copyright and not covered by fair use / fair dealing, permission must be obtained from the relevant copyright owner (usually the publisher or via the publisher) for the non-exclusive right to reproduce the material worldwide in all forms and media, including electronic publication. The relevant permission correspondence should be attached to this form.

7 Cambridge University Press shall provide the first named author with offprints or/ and a final PDF file of their article, as agreed with sponsoring Society.

If you are in doubt about whether or not permission is required, please consult the Permissions Controller, Cambridge University Press, 32 Avenue of the Americas, New York, New York 10013-2473 USA. Email: manderson@cambridge.org.

The information provided on this form will be held in perpetuity for record purposes. The name(s) and address(es) of the author(s) of the contribution may be reproduced in the journal and provided to print and online indexing and abstracting services and bibliographic databases

Please make a duplicate of this form for your own records

精神科臨床において知っておくべき自死遺族の心理とニーズ

白神 敬介¹⁾ 川島 大輔²⁾ 川野 健治³⁾

抄録：自死遺族は、近しい人を自殺で亡くすという経験によって、喪失から生じる強い感情ないし情緒的な苦しみを感じることもある。なかには、メンタルヘルス問題や自殺の危険性が生じる場合もある。また、遺族の悲嘆に有効なケアとなると考えられている自死遺族支援グループに対して、参加者である自死遺族と、グループの運営に携わる支援者とは一部異なるイメージをもっており、両者の考えは必ずしも一致するわけではない。そうした自死遺族に適切な支援を提供するためには、支援者が先回りすることなく、遺族の状況やニーズを丁寧に把握することが重要である。精神科治療学 30(3) : 393-398, 2015

Key words : suicide survivors, support group, self-help group, principles of mutual aid

I. はじめに

家族や親戚、友人や恋人、同僚といった近い関係にあった人を自殺によって亡くした人々を自死遺族という。自死遺族は、社会の偏見や周囲の誤解によって周囲の人に自らの思いを話せず一人ですみ、地域社会から孤立してしまうことがある。さらに、周囲の人たちの言葉や態度によって傷つけられることもある。また、借金や経済問題を抱えるケースもある。こうした多様な問題を複

合的に抱える自死遺族には、心理・社会的支援とともに生活支援が受けられるような援助が重要である。

本稿では、自死遺族の一般的な心理的反応を整理し、それぞれの自死遺族が悲嘆のプロセスを経るなかで、自死遺族のもつニーズの多様性と、それらの推移に着目する。援助者が自死遺族のニーズを把握していくためには、関係を深めていくなかで直接に聞くよりほかはないだろう。そうした関わりにおいて、自死遺族のニーズには多様性があること、そしてニーズが徐々に(段階的に)変化していく可能性があることを知っておくことは有益ではないかと考える。

なお、自殺総合対策大綱では「自殺者親族」という表現が用いられるが、本稿では自死遺族支援のガイドラインである『自死遺族を支えるために(相談担当者のための指針) - 自死で遺された人に対する支援とケア』⁴⁾に倣い、遺族支援の分野においては「自殺者親族」よりも「自死遺族」の使用が一般的であることを踏まえ、「自死遺族」という表現を採用する。

The needs of suicide survivors: What clinicians should know in psychiatric treatment.

¹⁾上越教育大学大学院学校教育研究科

[〒943-8512 新潟県上越市山屋敷町1番地]

Keisuke Shiraga, Ph.D.: Graduate School of Education, Joetsu University of Education, 1, Yamayashiki-cho, Joetsu-shi, Niigata, 943-8512 Japan.

²⁾中京大学心理学部

Daisuke Kawashima, Ph.D.: School of Psychology, Chukyo University.

³⁾独立行政法人国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所

Kenji Kawano, Ph.D.: National Institute of Mental Health, National Center of Neurology and Psychiatry.

Ⅱ. 自死遺族の心理的・身体的反応

自死遺族は、近しい人を自殺で亡くすという経験によって、喪失から生じる強い感情ないし情緒的な苦しみを感じることもある。こうした反応には心理的反応と身体的反応がある。

心理的反応としては、「驚愕」、「茫然自失」、「否認」、「歪曲」、「離人感」、「自責」、「抑うつ」、「不安」、「怒り」、「記憶の加工」、「非難」、「他罰」、「疑問」、「合理化」、「隠蔽」、「救済感」、「二次的トラウマ」といった様々な感情や想いがみられるとされる⁹⁾。ただし、すべての心理的反応が等しく遺族に起きるわけではない。また、自殺の直後には反応が表れずとも、しばらく経ってから、こうした感情に悩まされる場合もある。

身体的反応としては、食欲の変化（食欲がなくなる、食べ過ぎる）、体力の低下（疲れやすい、体重が減少する）、睡眠の変化（眠れない、途中で目が覚める、恐ろしい夢をみる）、胃腸の不調（胃の痛み、下痢、便秘など）が起こることがある。これらが長期にわたる場合には医療機関における治療が必要となる。特に自らの状態を正確に把握できず、あるいは言葉にすることが難しい子供や、障害をもつ人が自死で遺された場合には、これらの身体的反応に注意を向けることが必要である。

自死遺族にみられるこうした心理的・身体的反応は、身近な人を自殺で亡くすという「特別な事態に対して、よく起こりうる自然な反応である」と考えるべきであろう。このことを支援者がよく理解し、そして遺族に情報として伝えることで遺族のつらさへのケアとなる。

また、自死遺族にはメンタルヘルス問題が表れる場合もある。うつ病や不安障害、急性ストレス障害（ASD）、心的外傷後ストレス障害（PTSD）、アルコール乱用や他の薬物への依存などの問題が生じる可能性がある。さらに自死遺族においては複雑性悲嘆の有病率が高いことが報告されている。複雑性悲嘆は通常の悲嘆とは異なり、悲嘆反応が強いレベルで長期間にわたり持続し、社会的・職業的・その他の領域における障害をきたし

た状態である⁹⁾。親族などが自殺した場合の状況は、通常では時間とともに進行する悲嘆（喪）のプロセスを阻害することがあり、結果的に悲嘆が複雑化しやすい。こうしたメンタルヘルス問題や自殺の危険性を考慮し、医療・保健的な視点をもって支援することが重要である。

Ⅲ. 精神科治療における支援の方法

自死遺族のメンタルヘルス問題に対する精神科治療のエビデンスは海外で徐々に蓄積されてきている。

中島のレビュー⁹⁾によれば、自死遺族のメンタルヘルス問題への予防・介入として、アウトリーチプログラムが遺族のサポートグループへの参加や援助希求を促進したり、家族に焦点を当てたプログラムによって短期的には遺族の心理的苦痛の軽減効果がみられたが、長期的なメンタルヘルスの改善や予防に結びついたプログラムはなかった。同じく中島のレビュー⁹⁾では、複雑性悲嘆と診断された遺族には、複雑性悲嘆に焦点を当てた認知行動療法やCGT（complicated grief treatment；複雑性悲嘆療法）の有効性が実証されている。薬物療法については有効性が実証されたとはいえない段階であるという。

医療者は遺族の心理的状态や状況をよく考慮したうえで、遺族のニーズに合った援助を提供することが必要である。遺族のなかには、家族が亡くなるまでの経過で精神科医療との接点をもつ者もあり、家族の自殺によって、医療者や精神科医療に対する不信感をもつ場合がある⁹⁾。また、医療者が自身の考えでケアを進めてしまうことで、遺族の状態への配慮を怠り、遺族の気持ちが傷つけられる二次的な傷つき体験につながるケースもある。治療・介入の必要性についても、複雑性悲嘆のような専門機関によるケアが必要な場合もあるが、正常な範囲の悲嘆に対しては見守りやサポートが中心となる。医療者は、自殺によって遺された人の心理的反応や悲嘆のプロセスへの理解をしたうえで、必要な精神科治療を提供する必要がある。

IV. 自死遺族支援の方法

自死遺族の問題は、メンタルヘルスの問題に注意が向きやすいが、様々な問題を抱えている可能性に注意を向ける必要がある。

2009年3月に厚生労働省から発表された『自死遺族を支えるために（相談担当者のための指針）—自死で遺された人に対する支援とケア』⁶⁾では、自死遺族ケアに必要な要点がまとめられており、優先順位の高いものとして、①遺族自身が必要と感じたときに利用できる適切かつ有用な情報の提供、②実際に必要となる具体的な生活支援メニューの提供、③メンタルヘルス対策、④遺族同士の分かち合いの場の提供や自助グループ、支援グループの紹介、の4つが挙げられている。

様々な困難を抱える自死遺族に適切な支援を提供するためには、支援者が先回りすることなく、遺族の状況やニーズを丁寧に把握することが重要である。自死遺族は、自殺の背景、故人との関係、自殺からどれくらいの時間が過ぎているのか、その家族が抱えている問題など、状況や状態は様々である。また、その状況や状態も時とともに変化していく。そのため、遺族のニーズも変化する。こうした自死遺族への支援における基本的な姿勢は、遺族のニーズに一致しない対応や無理に聞き出そうとするような介入を行わないよう、慎重な対応を行うことである。支援の具体的な考え方と対応方法についてはガイドライン（『自死遺族を支えるために』⁶⁾）に示されているので、参照されたい。

V. 自助グループ・支援グループの機能

自死遺族の自助グループ・支援グループの場（分かち合いの場など）に参加することが、遺族の悲嘆への有効なケアになるとされている。WHOが作成したマニュアル『自殺予防—遺された人たちのための自助グループの始めかた』¹⁹⁾には、以下のような自助グループの機能および効果が示されている。

- ・ 共同体意識と支援
- ・ 社会から隔絶されたような状況において、共感性の高い環境を提供し、帰属意識を得ることができる
- ・ 最終的には、「通常の状態」が得られるという希望
- ・ 困難を感じるような特別な記念日や、特別な出来事への対処の仕方
- ・ 問題解決のための新しい方法を学ぶ機会が得られる
- ・ 恐怖や心配について、安心して語ることでできる場
- ・ 悲しみを自由に表すことが受け容れられ、秘密が守られ、共感的であり、批判されることなく接してもらえる場

地域社会から心理的な孤立をもちやすい自死遺族にとっては、自死遺族同士が集まり語り合える場を導入することが重要な支援となる。同時に、遺族の状況は多様であり、自助グループ・支援グループへの参加が必ずしも心理的負担の軽減につながらない場合があることにも注意が必要である。

VI. 自死遺族支援グループへの意識

—「自死遺族支援グループ評価研究」より—

『自死遺族支援グループ評価研究 報告書』では、自死遺族支援グループに参加した自死遺族がどのような意識をもっているかが示されている。この報告書は自死遺族支援グループの効果を検証することを目的として、筆者らの研究グループと神奈川県4県市の自死遺族支援グループの運営者・スタッフ、そして参加者の共同によって行われた一連の研究²⁰⁾の成果である。

この研究では、自死遺族である参加者と、グループのスタッフとして運営に携わっている自治体のスタッフそれぞれが各自の自死遺族支援グループをどのように捉えているかを検討するため、「相互扶助の10の原理」（表1）を用いて調査を行った。「相互扶助の10の原理」は、米国でソーシャルワークを専門とする Feigelman らが、Shulman の「相互扶助の原理」を援用し、自死遺族支援グ

表1 相互扶助の10の原理 (文献1を参考に筆者らが訳出)

番号	内容
①	自分とよく似た悩みや経験をもつ他の参加者に出会い、自分は一人ではないと感じている
②	普段は話せない話題 (故人に対する怒りや他人への失望感、自殺念慮、負担からの解放感など) について口に出している
③	他の人から非難されることも、また他の人を非難することもなく、お互いの気持ちに寄り添っている
④	他の参加者が問題を解決するのを手助けしている
⑤	のこされた者としての経験 (遺品を片づけた、カウンセラーに相談した等) を参加者同士で共有する場となっている
⑥	様々な意見を交換することで、自分や他人の信念について深く考える機会になっている
⑦	他の参加者に対して何かを求めたり、期待をもつことを通じて、お互いに助け合っている
⑧	グループに参加することが、困難な状況や人に対応する方法を学ぶ機会となっている
⑨	親しい人の自死という経験を、不十分なメンタルヘルス対策、自殺対策の資金不足、うつ病や自殺への偏見といった、社会的な問題と結びつけている
⑩	社会的な活動に参加し、自分の意見を主張している

ループの活動を評価するために用いた指標である¹⁾。Shulmanの「相互扶助の原理」は、喪失経験と悲嘆をもつ遺族へ遺族支援グループが行う援助についてのガイダンスとなるものである。

「相互扶助の10の原理」の10項目の内容が自身の関わるグループで、どのくらいの頻度で見られるかについて尋ねた結果が図1である。グループの状況については参加者もスタッフもおおむね同じように感じているといえる。

さらに、Feigelmanらは、自死遺族支援グループの機能が徐々に変化していくことを想定しており、それは、「相互扶助の10の原理」に付された数字の順に変化していくという¹⁾。図1を見ると、数字が大きくなるにつれて、見られる頻度がおおむね段階的に低下している。現状、日本の自死遺族支援グループの多くでは、主に項目①、②、③といった、遺族が同じ経験をもつ他者に出会うことや、これまで口に出すことができなかつた話題を話すこと、あるいはお互いの気持ちに寄り添うことが重要な役割として位置づけられているとい

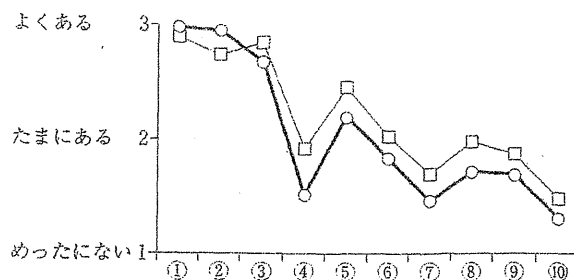


図1 グループの状況 (「相互扶助の10の原理」) について「みられる頻度」(文献2を元に作成) 横軸は表1の数字に対応。—□—スタッフ平均値、—○—遺族平均値

える。今後、日本の自死遺族支援グループがより拡大し、様々な遺族のニーズに応えられるようになったとき、④以降の機能がより強く見られるようなグループが現れるようになるかもしれない。自死遺族はそれぞれが悲嘆プロセスの様々な段階にあり、それぞれの思いやニーズを抱えているため、多様な機能をもった自死遺族支援グループが存在することによって、選択の幅が広がり、自分に合ったグループが選択できるようになることは望ましいだろう。

一方で、Feigelmanらが想定している段階的推移は日本の自死遺族支援グループに必ずしも適合するとは限らないことに注意する必要がある。日本の自死遺族支援グループでは、段階的な変化そのものが生じない、あるいは「相互扶助の10の原理」のいくつかは日本の自死遺族にはほとんど必要とされないという可能性がありうる。たとえば、図1のなかで項目④と⑦ (あるいは⑩) は、想定されていた段階的な推移以上に低い値を示していた。これらの項目は日本の遺族にとってはあまり重要視されない、もしくは、もう少し後に現れてくるニーズなのかもしれない。この点については、今後、日本での知見を積み重ねたうえでの検証が必要である。

自死遺族支援グループへのイメージについても、参加者とスタッフで相違が存在する。同じく『自死遺族支援グループ評価研究 報告書』から図2を引用した。図2は、自死遺族支援グループの参加者とスタッフにSD法を用いて自死遺族支援

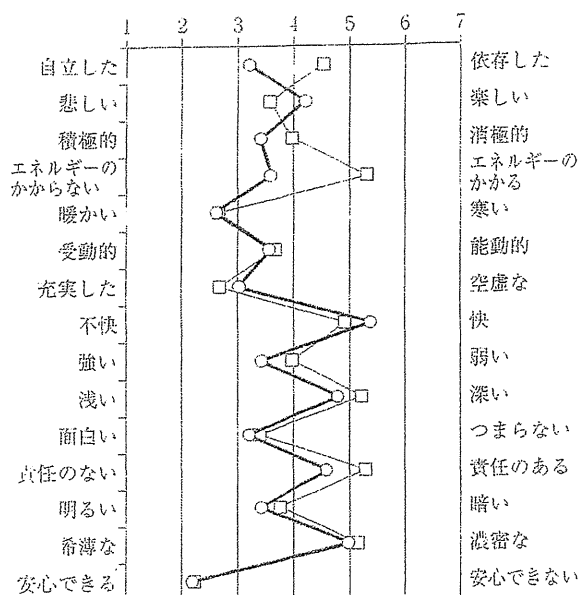


図2 自死遺族支援グループのイメージ (SD法による)
(文献2より引用)
—□— スタッフ平均値, —○— 遺族平均値

グループのイメージを尋ねた結果である。おおむね、両者のイメージは一致しているが、「自立した-依存した」、「エネルギーのかからない-エネルギーのかかる」という項目において両者のもつイメージの違いが顕著に現れている。「エネルギーのかからない-エネルギーのかかる」では、参加者は比較的「エネルギーのかからない」イメージで捉えているのに対し、スタッフは「エネルギーのかかる」イメージが強かった。「自立した-依存した」では、参加者自身は自死遺族支援グループに対して、「自立」のイメージをもっているのに対し、スタッフは「依存」のイメージをもっている。スタッフのもつ「依存」のイメージは参加者に対するものと解釈するのが適当であろう。

こうした両者のイメージの違いは、参加者とスタッフの思い違いを引き起こし、どちらかに、あるいは両者にネガティブな感情をもたらす原因となりうる。特に「自立-依存」というイメージは、グループのあり方を考えるうえで大きな意味をもっていると考えられる。もし、スタッフのもつイメージによって、参加者の主体性が妨げられてし

まうようなことがあれば、それは望ましいこととはいえない。一方で、「依存」的に関わりをもちたい遺族の存在も想定でき、自死遺族を総体としてではなく、個別の存在として捉えることが求められる点はこれまで繰り返して述べてきた通りである。

日本において自死遺族支援の現場では、遺族同士が関わりをもてることや「寄り添う」という役割が強調される傾向がある。しかし、遺族が求めるものは必ずしもそれだけではない可能性がある。「相互扶助の10の原理」に示されるような、いわゆる互助や共助による問題解決、あるいは社会参加を求める遺族が存在した場合に、どのような援助が可能であるのかを支援者は考えていかなければならないだろう。

たとえば、自死遺族支援グループで自分の苦しみを打ち明けていた参加者が、後にグループの運営スタッフとして運営の手助けをしたり、聞く側になっていくことがある。こうした役割の転換をうまく果たせるよう支援者が支えることは重要な援助といえる。

支援者は、自死遺族がどのようなプロセスに従事しようとしているのかを見極め、その能動的行為を尊重し、それを阻害する要因を取り除くことが求められるのである。

文 献

- 1) Feigelman, B. and Feigelman, W.: Surviving after suicide loss: The healing potential of suicide survivor support groups. *Illn. Crisis Loss*, 16: 285-304, 2008.
- 2) 川野健治, 伊藤真人, 川島大輔ほか: 自死遺族支援グループの評価に関する研究. 厚生労働科学研究費補助金 [障害者対策総合研究事業 (精神障害分野)] 「自殺のハイリスク者の実態解明及び自殺予防に関する研究」 (研究代表者: 伊藤弘人) 平成23年度総括・分担研究報告書, p.155-164, 2012.
- 3) 川島大輔, 川野健治: 自死遺族ケア. 張賢徳編: 自殺予防の基本戦略—専門医のための精神科臨床リユミエール 29—, 中山書店, 東京, p.219-226, 2011.
- 4) 小山達也: 自死遺族のメンタルヘルスニーズ. *精神科*, 25: 52-56, 2014.

- 5) 中島聡美: 自死遺族の複雑性悲嘆に対する心理的ケア・治療. 精神科, 25: 57-63, 2014.
- 6) 大塚俊弘, 濱田由香里, 川野健治ほか: 自死遺族を支えるために (相談担当者のための指針) — 自死で遺された人に対する支援とケア —, 2009. (<http://ikiru.ncnp.go.jp/ikiru-hp/manuals.html> より取得)
- 7) Shulman, L.: The skills of helping individuals, families groups and communities, 5th ed. Thomson Brooks/Cole, Pacific Grove, CA, 2006.
- 8) Stroebe, M., Schut, H. and Stroebe, W.: Health outcomes of bereavement. Lancet, 370: 1960-1973, 2007.
- 9) 高橋祥友: 自殺, そして遺された人々. 新興医学出版社, 東京, 2003.
- 10) World Health Organization: Preventing Suicide: How to start a survivors' group. Mental and Behavioral Disorders, Department of Mental Health, World Health Organization, Geneva, 2000. (河西千秋, 平安良雄監訳: 自殺予防—遺された人たちのための自助グループの始めかた—. 横浜市立大学医学部精神医学教室, 2007.) (http://www-user.yokohama-cu.ac.jp/~psychiat/WEB_YSPRC/pdf/izoku.pdf より取得)

【特集 メンタルヘルスにおける家族支援の意義】

自死遺族への支援

Support for people bereaved by suicide

川野健治¹⁾

Kenji Kawano

自死遺族の経験する問題—生活上の混乱

2007年に自殺総合対策大綱が閣議決定されて以降、自死遺族支援は常にとりくむべき重点課題の一つであった。7年が経過し実践例やデータは決して十分とはいえないが、海外の研究を含め重要な知見も得られている。本稿では、自死遺族の経験する問題を3つにわけて整理し¹⁾、その上で、支援のあり方について検討していくことにしたい。

大切な家族を失って最初に経験することになる、それゆえに最も優先されるべき問題は、生活上の混乱に対する対応である。故人との死別に際しての諸手続きの中には、それまでの生活では意識していないものが少なくない。死亡届等はいつまでどこに提出すべきなのか、葬儀費用の補助が受けられるのか、故人の所有していた各種の免許、会員資格、銀行などの口座や財産についての手続き、当人のクレジットカードやインターネットの解約の時期や方法も調べたことはないかもしれない。このような一つ一つの作業は、悲嘆過程に向かい、喪の作業に取り組む時間を自死遺族から奪うことになる。

一方、故人が家計を担っていた場合には、その家族は収入の確保が問題になる場合もある。また、子供が成長すると教育費などの負担が増す。自殺に関連して借金が残される場合には、相続放棄の手続きを期限内に実施する必要がある。さらに、自殺に関連した不動産の瑕疵について（賃貸住宅で自殺が発生すると借り手がなくなる等）、損害賠償を求められるケースもあるなど、経済的な問題は軽視できない。

生活の混乱は、直接的にストレスとなり自死遺族

の生活の質に影響を与えるばかりでなく、十分な休養をとり喪の作業に取り組むための時間を奪うことによって、精神的身体的な回復の過程、そして悲嘆過程を妨げる可能性があり、その支援は重要である。

心身の不調

自死遺族が経験する問題の二つ目は、心身の変化と不調に関するものである。自死遺族には自然死の遺族に比べいくつもの指標で精神健康の悪化がみられるという報告がある。たとえば藤井らは、検案書が発行される際に同意を得た17名のうち、死別から8ヶ月の時点でK6の「気分・不安障害相当」は17.6%、「重症精神障害相当」は11.8%、IES-RによるPTSDハイリスクは58.8%だったとしている⁹⁾。また川野は、自死遺族グループと接点をもつ自死遺族111名に質問紙調査を行い、気分・不安障害相当が48%であったと報告している¹⁰⁾。

ただし、このようなメンタルヘルスの状況は、自死遺族に限らず、殺人・事故などの「暴力的死別」の遺族に共通するものである²⁵⁾。たとえば子供を失った親の研究では、全般的な精神健康および心的外傷後ストレス症状は、事故および自死の遺族のほうが乳幼児突然死症候群の遺族よりも高かったが、事故死と自死の間では差がなかった⁷⁾。また、自死の遺族では子供を亡くした後うつ、不安、夫婦関係の悪化が見られるものの、交通事故の遺族との差は（交通事故遺族の方がうつが高い以外）ほとんどなかった²⁾ことが報告されている。一方、親を亡くした子供の研究では、自死遺族はうつ病とアルコール・薬物乱用がコントロール群と比べて高いものの、事故遺族との差はない³⁾。アルコール・物質関連障害について他の研究もみられ¹²⁾、また、肥満になりやすい³⁴⁾という報告もあるが、いずれも自死と他の死因との間での差は見出されていない。

1) 国立精神・神経医療研究センター
自殺予防総合対策センター
Center for suicide prevention, National Center of Neurology and Psychiatry

死別や大きな喪失のあとに経験する心理的变化はグリーフプロセス=悲嘆過程と呼ばれ、そのプロセスの捉え方については、多様なモデルが提案されている。段階説はグリーフのある側面を経験したのちに、次の側面に移行するというような不可逆な過程として捉えるもので、Kubler-Rossが示した「否認と孤立」「怒り」「取引」「抑うつ」「受容」の5つの段階がよく知られている²⁰⁾。これに対して、フェーズ間の遷移として捉えるのが、Neimeyerの「回避」「同化」「適応」という提案である²⁶⁾。段階説のように個々の(感情)状態を表すのではなく、3つのフェーズは死別の経験への取り組み方、つまり回避する、同化する、適応するといった認知や行動にも関わる能動的な表現が用いられている。ここからグリーフプロセスは主体的な過程であると特徴づけられ、したがってその軌跡は一様ではなく、たとえば人によっては3つのフェーズを行きつ戻りつするなど、段階説では想定されていないグリーフの姿が説明される。一方、Wodenは、「喪失の現実を受け入れる」「グリーフの痛みを消化していくこと」「故人のいない世界に適応すること」「新たな人生を歩み始める途上において、故人との永続的なつながりを見つけること」の4つを課題として提示している³⁶⁾。この課題の達成を目安として、悲嘆過程の支援を検討できる。ただし、これらのモデルのうちどれが最もよくグリーフを捉えているのかについては、まだ十分にわかっていない¹⁸⁾。たとえばKubler-Rossの段階説はこれまで多様に批判されてきているが、実証的な裏づけがあるとする研究もある²²⁾。そこで本稿では特に断りがない限り、グリーフプロセス=悲嘆過程とは、喪失に伴う感情的な反応の変化のみならず、心身状態の変化全体について表すものとする。

悲嘆過程では驚愕、茫然自失、否認・歪曲、離人感、自責、抑うつ、不安、怒り、記憶の加工、非難、他罰、疑問、合理化、隠蔽、救済感、二次的トラウマなど、多様な心理反応がみられる³³⁾が、自殺という特殊な経験に対する自然な反応であって決して異常ではない。そして、一定期間の後にこれらの反応は減衰していく。

これに対して複雑性悲嘆は、通常の悲嘆とは異なり、悲嘆反応が強いレベルで長時間にわたり持続し、社会的・職業的・その他の領域における障害をきたした状態である。故人への思慕、恋しさ、熱望と分

離の苦痛がその中核にあり、さらに、死を受容できず怒りを感じることで、呆然とした感覚あるいは喪失後の感情の麻痺、死や故人を想起させるものの回避、故人のいない人生は虚無で無意味であるという感覚、他者を信じることの困難などアイデンティティや社会的機能の困難についての症状が、死別後6ヵ月にわたってみられる。さらにこのような心理的苦痛ばかりでなく、自殺念慮の高まり⁶⁾²¹⁾やうつ病など精神障害の併存¹⁾³⁰⁾がみられることから、治療の対象とするべきではないかという指摘があり、DSM-5およびICD-11の改定に向けて診断基準の提言が行われてきた。その結果、2013年に改定されたDSM-5では、Persistent bereavement disorder(持続性複雑死別障害)として精神障害として採択されたが、診断基準については今後研究を進めるべき疾患のところで取り上げられている²⁵⁾。

複雑性悲嘆の一般集団の有病率については2.4%から4.8%(DSM-V)、日本の研究では死別から10年以内の複雑性悲嘆の罹患率は2.4%という報告がある¹⁰⁾。この数字と比べると、自死遺族の複雑性悲嘆の有病率は高いことが報告されている。たとえば、一般住民1445人を対象としたInventory of Complicated Griefを用いた調査では、含まれた22人の自死遺族の18.1%¹⁹⁾、60人の自死遺族を対象に同じスケールを用いた調査では43.3%²⁴⁾、死別後3ヶ月以内の配偶者もしくは一親等の153人の自死遺族にInventory of traumatic griefを用いた調査では38%¹¹⁾、子どもを自死で失った自死遺族に同じくInventory of Traumatic Griefを用いた調査では死別から平均15ヶ月の時点で78%が複雑性悲嘆に該当した⁷⁾と報告されている。なお、遺体をみた親は悪夢と侵入性想起を多く経験するものの、直感的な理解とは異なり、見ていない親と比べて不安やうつの症状に差がみられないという報告があり²⁷⁾、複雑性悲嘆のプロセスについては、さらなる研究が必要である。

対人関係の問題

悲嘆反応とメンタルヘルスに関するシステムティックレビュー³¹⁾では、自殺と他の死因との間で一般的なメンタルヘルスの指標、うつ、PTSD、不安、希死念慮に差はないものの、自死の場合、遺族がスティグマの存在や恥を感じ、死因が自殺であ

ることを隠す傾向にあることを指摘している。これらは、自死遺族が生活上の問題や心身の不調について援助を求め難くすると考えられる。自死遺族支援グループに関連する111名を対象とした調査では、約半数が必要なときに支えや助けが得られなかったと回答しており、その理由としてあげられていたのは、1. 自責の念があり助けを求めるときではないと考えていること、2. 誰かに話しても聞いてもらえなかったという経験であった。後者について客観的な被害の有無というより主観的経験であることに着目し、「二次的傷つき体験」と呼ぶ¹⁵⁾。

この調査では、自死遺族と接する機会のある様々な関係について、この二次的傷つき体験と助けられた経験を尋ねてみると、家族、親戚、友人、近隣住民、上司・同僚などは、自死遺族にとって支援の提供者となる頻度が高いのと同時に、高い頻度で二次的傷つき体験の相手にもなっている。つまり、両者はコインの裏表であり、自死遺族の関係への志向性(死別初期の、誰かに聴いてほしいという思い)から始まり、体験(受け入れられたり、傷つけられたりすること)から生まれる二つの表現形である。この二次的傷つき体験がメンタルヘルスに影響を与える可能性について検討したところ、家族、親戚、友人、他の遺族との間で二次的傷つき体験があると、K6での気分不安障害相当のカットオフポイントを超える可能性が高くなる、すなわちメンタルヘルス状況が悪くなることがわかった。このように二次的傷つき体験で生活問題や心身の不調全般に対する援助希求を押し留め、それぞれの問題の解決を遅くしている可能性があるばかりではなく、メンタルヘルスそれ自体に影響を与えている可能性がある。

また、これまであげた3つの問題の背景に、自殺に対する文化や習慣、社会制度上の問題、あるいは偏見の問題をみることができる。これらは自死遺族個人の経験する問題として扱うと典型的なマイクロマクロ問題となるため、ここでは直接的には言及していないが、自死遺族支援においてきわめて重要な側面であることは強調しておきたい。

生活支援

では上記の3つの問題群に対して、どのような支援が提供され得るのだろうか。生活上の混乱に対して考えられる支援は、まず適切な情報提供である。

大倉らは故人の続柄ごとにフォーカス・グループ・インタビューを実施し、自死遺族が望む情報提供のあり方について以下の点を共通項目として抽出した²⁵⁾。

1. 自殺と判明した直後から葬儀後までに実施、
2. 遺族コーディネーターのような新しい職種や体制による実施、
3. 警察や行政死亡窓口、葬儀社などの既存の専門家が自死遺族に特化して関わる、
4. 口頭ではなくリーフレットや冊子をさりげない形で封入して提供する。

現在、自死遺族支援のためのリーフレットは都道府県の子精神保健福祉センター等で配布されているほか、さまざまな団体が情報を発信している。

また、福祉制度の利用ならば社会福祉士や精神保健福祉士、相続放棄や借金の問題などは弁護士や司法書士など法律の専門家の支援が有効な場合が少なくない。今日、日本社会福祉士会、日本精神保健福祉士協会、全国司法書士会連合会などの職能団体やその部会は、自殺対策や自死遺族支援に積極的に関わっている。弁護士会の中には自殺対策のワーキンググループを設置している場合もあり、自死遺族支援に関しては自死遺族支援弁護団、自死遺族権利擁護研究会など自主的にとり組んでいるグループもある。なお、日本司法支援センター(通称法テラス)は、相談料について減免する仕組みを利用することができるため、経済的な問題を抱えた遺族の最初の法律に関する相談先として適切である。加えて、自殺の経緯について遺族が過労死裁判をすすめる場合にも、法的な支援は必要になる。

心身の不調についての支援

一方、悲嘆過程は先に述べたように、自殺という特殊な経験に対する自然な反応であって決して異常ではない。そして、一定期間の後にこれらの反応は減衰していくものであるから、特に支援は必要ないということもできる。ただし、ここまで述べてきたように、生活上の問題や対人関係の問題を含めた環境が、経験に向きあい悲嘆過程を歩む機会や資源を損なっている可能性がある。それは複雑性悲嘆への危険性を高めるともいえる。

今日の日本において、自助グループと支援グループは、悲嘆過程を歩む自死遺族にとって最も充実した自死遺族支援の資源である。その詳細については後に改めて述べる。ただし、このようなグループにすべての人が参加できるわけではない。開催時間・場

所が不都合な人、社会的な偏見が気になって参加しづらい人、そのようなグループに参加することを好まない人もいる。

このような場合、入手しやすい資源として関連書籍が考えられる。たとえば川島(2014)が作成した、自死遺族の悲嘆過程を促進するためのワークブックは、自宅で時間があるときに、自分一人でも取り組むことができる(あるいは、家族や友人、カウンセラーと一緒に取り組むことも推奨されている)¹⁸⁾。このワークブックではナラティブ死生学という立場を表明しており、1. 自分自身のやり方でそれまでの人生観や世界観を再構成する、2. 自らの経験を他者と語りなおすことで意味を再構成する、3. 遺族それぞれのやり方でグリーフを十分に経験するとしているが、これは先に述べた Neimeyer の悲嘆過程モデルに近いもので、死別に関するストーリーを何度も生成すること、また語ることを重視する点が特徴といえる。これ以外にも、周囲の大人や教師が自死遺児の悲嘆過程について知り、それを支える方法について、米国の遺児支援の民間団体ダギーセンターが作成したガイドラインの日本語訳が出版されている。また、いくつかの自死遺族支援団体や個人が本を出版しており、ここから他者の経験を学ぶことができるので、それらの本を紹介することも支援となるだろう。ただし、これらの評価については報告されていない。

その意味では、書籍ではないがイギリスの国営医療サービス NHS が提供している遺族のための手引き Help is at hand は、2008年に作成されたのち、どのような立場の人が入手しているのか、また手にした時期は適切だったか、個々の章は助けになったかといった点から評価が試みられていることは興味深い¹⁹⁾。この手引きは自死遺族支援に関する情報を幅広く網羅しており、実際的な問題として遺族が早い時期に経験する警察での取調べ等や葬儀、遺書の扱いや生命保険などについて触れ、次に死別の経験として、悲嘆など遺族が経験する心理過程とそれへの対処の仕方、特別な支援ニーズとして、子を亡くした親、児童、若者、高齢者、性的少数者、学習障害のある人についての支援について述べている。さらに友人や同僚にできることについて触れたあと、支援のための資源として以下のものが紹介されている。死別に関する支援組織、自助グループ、自殺予防に積極的なグループ、スピリチュアルカウ

ンセリング、死別カウンセリング、葬儀、経済問題と遺書、検死に関連する組織、その他の支援組織と Web サイト情報、読書案内などである。

一方、介入方法については、海外では一定の検討が進められている。Mcdaid らは、自死遺族に対する介入の有効性についてのシステマティックレビューを行い、グループセラピーや家族 CBT を用いた 8 つのプログラムを検討したところ、うつや不安について効果が示唆されたが方法的に改善すべき点も多く、結果は安定的ではないと結論づけた²³⁾。これに対して Szumilas らも、自死遺族へのポストベンションプログラムについてシステマティックレビューを行い、学校、家族、そしてコミュニティを基盤とした 16 のプログラムについて検討したが、自殺あるいは自殺未遂にたいして抑制的な効果をもつプログラムはなかった²²⁾。ただし、いくつかの副次的指標について有効だったとの報告がある。学校を基盤としたプログラムでは、カウンセリングによる介入では効果が得られなかったが、グループでのデブリーフィングタイプの介入と教育プログラムが自己効力感を押し上げる効果があったとしている。また、学校職員向けの教育プログラムによって関連する知識の増加があった。家族向けプログラムでは、うつや不安の軽減がいくつかのプログラムで報告されているほかに、自殺現場へのアウトリーチプログラムが遺族会への参加や援助希求を促進する効果があることが指摘されている。コミュニティベースのプログラムでは統計的に意味のある効果は見出せなかった。ただし、Comans らは、コミュニティベースでのポストベンションに取り組んで、費用対効果として 803 オーストラリアドルの節約と質調整生存年で 0.02 年の改善がみられるとしている²¹⁾。

複雑性悲嘆については、Wittouck らのメタアナリシスが報告されている³⁵⁾。事前予防もしくは治療 (treatment) についての 14 のランダム化比較試験について検討した。9 つの事前予防には、2 つの認知行動療法と 3 つの筆記を用いた取組、3 つのグループアプローチと 1 つの個人療法が含まれていた。他方、5 つの治療には 3 つの個人を対象とした認知行動療法と二つの短期集団精神療法が含まれていた。プール解析の結果、治療は事後に複雑性悲嘆を改善し、さらに時間をおいたフォローアップ期ではその効果が増大することが示された。事前予防では効果を見出すことができなかった。日本でも、近

年は複雑性悲嘆に焦点をあてた認知行動療法が実施される医療機関があり、またそのトレーニングを受ける機会もある。

一方、薬物療法については、複雑性悲嘆に伴ううつについて、オープントライアルが行われている段階で、三環系抗うつ薬は複雑性悲嘆には効果はないが、複雑性悲嘆に並存するうつ状態の改善を示した。またSSRIでは悲嘆症状の軽減が報告されているが、有効性が実証されたとはいえない段階である²⁵⁾。

対人関係の問題についての支援— グループの紹介

自死遺族が支援を求めにくい心理にある場合があること、仮に求めても二次的な傷つき体験をすることがあること、さらに生活上の問題や心身の不調とそれへの対処について情報提供や意見交換、実地的な支援などがその対人関係を介して必要な遺族に伝えられることを考慮すると、当事者同士の出会う場である自助グループ/支援グループは、自死遺族支援の大切な資源であることはいうまでもない。(なお、ここでは、自死遺族が運営し、とくに自死遺族がその経験を語り合う「つどい」において自死遺族のみが参加し、専門家などのファシリテーターを置かない等の形態で運営しているグループを自助グループ、それ以外の形態で自死遺族支援に関わるグループを支援グループと呼ぶことにする。)

日本の自死遺族支援において、これらのグループの成立は初期の重要な目標であった。2007年に閣議決定された自殺総合対策大綱においても、「地域における民間団体が主催する自助グループ等の運営、相談機関の遺族等への周知を支援する」ことを、自死遺族支援の第一の重点目標として掲げ、厚生労働省の研究班はその活動に資するために「自死遺族を支えるために～相談担当者のための指針～」を作成している。

遺族にこれらのグループを紹介することは、有力な支援である。日本での自死遺族支援に関連したグループの全体像を把握する報告等はないが、2014年の時点で自助グループの相互交流を場として機能している全国自死遺族連絡会のHPには29の自助グループについて連絡先が示されている。一方、NPO法人ライフリンクのHPには68の自死遺族の「つどい」の連絡先が示されているが、こちらは自

助グループ、支援グループの両方が記載されている。また、全国の都道府県や政令指定市の精神保健福祉センターや保健所には、地域のグループの情報があり、紹介を受けることができることが多い。つまり、ほとんどの都道府県ではグループを紹介することができる。

このようなグループの機能についての研究では、具体的な支援と経験の共有があることは報告されているが^{14) 23) 37)}、まだ十分とはいえない。自死遺族自助/支援グループの質的な改善方法の開発は、多様な形態の遺族支援にとっても重要である。そこで川野らは、支援グループの運営者・スタッフ、参加者と研究者による共同研究の形式で、神奈川4県市の自死遺族支援グループ活動の評価を行い、これを通して、自死遺族支援グループの評価モデルを提案し、その課題を提示した¹⁷⁾。この研究は4つのサブテーマから成っているが、自死遺族支援グループの活動を評価するためには、指標として「相互扶助の10の原理」について検討を行った。フェイゲルマンらは、シュルマンが提唱した「相互扶助の原理」²⁹⁾を援用して自死遺族支援グループへの参加の効果について検討を行っている⁸⁾。本研究では、フェイゲルマンらの検討を加味して自死遺族支援グループの機能を示す「相互扶助の10項目」を作成した。

神奈川4県市の支援グループの行政スタッフ、参加者(自死遺族当事者)、神奈川4県市以外の自治体が運営している支援グループのスタッフに、この10項目について自分たちのグループでどの程度大切にしているのかを尋ねると、④～⑩ではこの3群の評価にずれがあった。具体的な相互支援、さらに対社会的な活動に価値を見出すかどうかは、自死遺族の支援グループ間の特徴を考える手がかりと言えるかもしれない。ただし、この研究では自助グループについては検討されていない。

このように、日本において自助/支援グループは、自死遺族のニーズに広く対応する役割を持ちながら、その評価研究は十分ではない。自死遺族支援を狭い意味の「効果」「機能」だけで問うべきではないという議論もあり得るが、支援の質を高めるためには、まずはプロセス評価に積極的に取り組むべき時期にあるのではないだろうか。

表 1. 相互扶助の10項目

	項 目	全体平均値	
		頻度	大切さ
①	自分とよく似た悩みや経験を持つ他の参加者に会い、自分は一人ではないと感じている	2.89	2.98
②	普段は話せない話題(故人に対する怒りや他人への失望感、自殺念慮、負担からの解放感など)について口にしている	2.73	2.93
③	他の人から非難されることも、また他の人を非難することもなく、お互いの気持ちに寄り添っている	2.84	2.96
④	他の参加者が問題を解決するのを手助けしている	1.91	2.11
⑤	のこされた者としての経験(遺品を片付けた、カウンセラーに相談した等)を参加者同士で共有する場となっている	2.44	2.63
⑥	様々な意見を交換することで、自分や他人の信念について深く考える機会になっている	2.02	2.33
⑦	他の参加者に対して何かを求めたり、期待を持つことを通じて、お互いに助け合っている	1.69	1.84
⑧	グループに参加することが、困難な状況や人に対応する方法を学ぶ機会となっている	1.96	2.30
⑨	親しい人の自死という経験を、不十分なメンタルヘルス対策、自殺対策の資金不足、うつ病や自殺への偏見といった、社会的な問題とむすびづけている	1.85	1.91
⑩	社会的な活動に参加し、自分の意見を主張している	1.46	1.85

「自死遺族」カテゴリの連続性

最後に、ここまで前提としてきた「自死遺族」という言葉が指し示す範囲を考えておきたい。英語圏、特に北米では suicide survivors という表現が、自殺で遺された人を称して使われることがある。Cerel らによると、この survivors という言葉を歴史的にたどると、当初は自殺で遺されることのインパクトを表現するために用いられていたのが、単に遺された人自身を示すようになり、遺された家族や友人という定義が登場し、さらに自殺で遺されたことで強いストレスを感じたものという定義や、関係性があれば親族関係とは限らないという議論などがあった⁹⁾。医学的には誰が強いストレスを感じたかを同定できることが重要であるが、実際に確度の高い予測は難しく、そこで別のアプローチとして死別による外傷体験に暴露したかどうかとする提案もあったという。誰かの自殺を経験して支援ニーズが必要とした人の、故人との関係性を数え上げると家族・友人をはじめ 28 種の関係性が見出せることからその外延的定義もゆらぐこと、あるいは survivors ということばが自殺未遂者と混同しやすいことなど、カテゴリとしての見直しの必要性を示唆した上で、「A nested model of suicide survivorship= 自死遺族性の入れ子モデル」を提案している。つまり、4 重の円を描き、最も外側には suicide exposed= 自殺に暴露、次に suicide affected= 自殺に影響される、さらに suicide bereaved, short term= 自殺で遺された・短期、最も内側の円は suicide bereaved,

long term= 自殺で遺された・長期と示されている。このモデルは、自殺で遺された者の全体像を支援や健康の側面から適切に捉えることができるのではないかと提案している。たとえば家族は、4つのどの自死遺族性を示す可能性もある。日本においても、自死遺族とは誰なのか、個々の支援はどこまで届くべきなのか、といった議論が必要だろう。

本特集のテーマが家族支援であり、本稿はその1つの領域としての自殺であるから、その意味では自死遺族支援という表現が不適切というわけではない。ただし、より広く自殺で遺された者の支援を考えるうえでは、「遺族」という言葉は使い勝手がよくない場合がある。たとえば、セクシャルマイノリティの方がパートナーを自殺で亡くした場合、法的には自死「遺族」ではない。とすると、ここまで述べてきた問題はより複雑になり、たとえば故人の葬儀に出られない、福祉サービスが申請できないといったことが起こる。これらの問題を整理するためにも、狭義の遺族を包含した、より包括的な言葉が必要となる。

また逆に、自殺問題に関連した家族支援をテーマとするなら、自死遺族だけではなく、自殺未遂者家族の支援についても検討すべきであるが、本稿では紙幅の関係で割愛した。自殺未遂が自殺の最大の危険因子であることは知られており、その点では未遂者家族と遺族の間には、支援の連続性が想定されるべき場合がある。たとえば、地域で支援していた自殺未遂者が再企図をして亡くなった場合、それまでの支援者と家族の関係性が、自死遺族支援を容易にする場合もあるし、逆に困難にする場合もあるだろう。

う。つまり自殺対策の現場においては、未遂者家族への支援と自死遺族への支援は、連続しているのである。

さらに、自殺対策は自殺の実態把握から始まる自死遺族は自殺対策において単に支援される存在ではなく、不幸にして起こってしまった経験から学び、より自殺の起こりにくい社会作りに貢献し得る主体であることも確認しておきたい。

文 献

- 1) Boelen PA, Prigerson HG: The influence of symptoms of prolonged grief disorder, depression, and anxiety on quality of life among bereaved adults: a prospective study. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 257: 444-52, 2007.
- 2) Bolton JM, Au W, Leslie WD et al: Parents bereaved by offspring suicide: a population-based longitudinal case-control study. *JAMA Psychiatry* 70: 158-67, 2013.
- 3) Brent D, Melhem N, Donohoe MB et al: The incidence and course of depression in bereaved youth 21 months after the loss of a parent to suicide, accident, or sudden natural death. *Am J Psychiatry* 166: 786-94, 2009.
- 4) Cerel J, McIntosh JL, Neimeyer RA et al: The Continuum of "Survivorship": Definitional Issues in the Aftermath of Suicide. *Suicide Life Threat Behav*: 2014.
- 5) Comans T, Visser V, Scuffham P: Cost effectiveness of a community-based crisis intervention program for people bereaved by suicide. *Crisis* 34: 390-7, 2013.
- 6) Dell'osso L, Carmassi C, Rucci P et al: Complicated grief and suicidality: the impact of subthreshold mood symptoms. *CNS Spectr* 16: 1-6, 2011.
- 7) Dyregrov K, Nordanger D, Dyregrov A: Predictors of psychosocial distress after suicide, SIDS and accidents. *Death Stud* 27: 143-65, 2003.
- 8) Feigelman B, Feigelman W: *Surviving After Suicide Loss: The Healing Potential of Suicide Survivor Support Groups*. *Illness, Crisis & Loss* 16: 285-304, 2008.
- 9) 藤井千太, 明石加代, 松田一生他: 自死遺族の心の健康状態 - 兵庫県監察医務室を介して行った自死遺族支援の試みから. *精神医学* 54: 191-200, 2012.
- 10) Fujisawa D, Miyashita M, Nakajima S et al: Prevalence and determinants of complicated grief in general population. *J Affect Disord* 127: 352-8, 2010.
- 11) Groot MH, Keijsers J, Neeleman J: Grief shortly after suicide and natural death: a comparative study among spouses and first-degree relatives. *Suicide Life Threat Behav* 36: 418-31, 2006.
- 12) Hamdan S, Melhem NM, Porta G et al: Alcohol and substance abuse in parentally bereaved youth. *J Clin Psychiatry* 74: 828-33, 2013.
- 13) Hawton K, Sutton L, Simkin S et al: Evaluation of a resource for people bereaved by suicide. *Crisis* 33: 254-64, 2012.
- 14) Jordan JR, McMenemy J: Interventions for suicide survivors: a review of the literature. *Suicide Life Threat Behav* 34: 337-49, 2004.
- 15) 川野健治: 自死遺族の悲嘆と期待されるコミュニケーションの欠如. *ストレス科学* 24: 24-32, 2009.
- 16) 川野健治: 自死遺族の精神保健的問題. *精神神経学雑誌* 113: 87-93, 2011.
- 17) 川野健治, 川島大輔, 白神敬介: 自死遺族支援グループ評価研究報告書 (未公刊), 2013.
- 18) 川島大輔: 自死で大切な人を失ったあなたへのナラティブ・ワークブック. 新曜社通信, 東京, 2014.
- 19) Kersting A, Braehler E, Glaesmer H et al: Prevalence of complicated grief in a representative population-based sample. *J Affect Disord* 131: 339-43, 2011.
- 20) Kübler-Ross E: *On death and dying*. Macmillan, New York, 2001. (鈴木晶訳: 死ぬ瞬間 - 死とその過程について. 中公文庫, 東京, 2001.)
- 21) Latham AE, Prigerson HG: Suicidality and

- bereavement: complicated grief as psychiatric disorder presenting greatest risk for suicidality. *Suicide Life Threat Behav* 34: 350-62, 2004.
- 22) Maciejewski PK, Zhang B, Block SD et al: An empirical examination of the stage theory of grief. *JAMA* 297: 716-23, 2007.
- 23) McDaid C, Trowman R, Golder S et al: Interventions for people bereaved through suicide: systematic review. *Br J Psychiatry* 193: 438-43, 2008.
- 24) Mitchell AM, Kim Y, Prigerson HG et al: Complicated grief and suicidal ideation in adult survivors of suicide. *Suicide Life Threat Behav* 35: 498-506, 2005.
- 25) 中島聡美: 自死遺族の複雑性悲嘆に対する心理的ケア・治療. *精神科* 25: 57-63, 2014.
- 26) Neimeyer RA: *Lessons of Loss: A guide of coping*. McGraw-Hill, New York, 2006. (鈴木剛子訳: 大切なものを失ったあなたにー喪失をのりこえるガイド. 春秋社, 東京, 2006.)
- 27) Omerov P, Steineck G, Nyberg T et al: Viewing the body after bereavement due to suicide: a population-based survey in Sweden. *PLoS One* 9: e101799, 2014.
- 28) 大倉高志, 市瀬晶子, 田邊蘭他: 自殺者遺族が望む「情報提供のあり方」の探求 続柄を考慮した語りの比較分析. *自殺予防と危機介入* 31: 74-83, 2011.
- 29) Shulman L: *The skills of helping individuals, families groups and communities*. Thomson: Wadsworth, CA, 2006.
- 30) Simon NM, Shear KM, Thompson EH et al: The prevalence and correlates of psychiatric comorbidity in individuals with complicated grief. *Compr Psychiatry* 48: 395-9, 2007.
- 31) Sveen CA, Walby FA: Suicide survivors' mental health and grief reactions: a systematic review of controlled studies. *Suicide Life Threat Behav* 38: 13-29, 2008.
- 32) Szumilas M, Kutcher S: Post-suicide intervention programs: a systematic review. *Can J Public Health* 102: 18-29, 2011.
- 33) 高橋祥友: 自殺、そして遺された人々. 新興医学出版社, 東京, 2003.
- 34) Weinberg RJ, Dietz LJ, Stoyak S et al: A prospective study of parentally bereaved youth, caregiver depression, and body mass index. *J Clin Psychiatry* 74: 834-40, 2013.
- 35) Wittouck C, Van Autreve S, De Jaegere E et al: The prevention and treatment of complicated grief: a meta-analysis. *Clin Psychol Rev* 31: 69-78, 2011.
- 36) Woden J: *Grief counseling and grief therapy: A handbook for the mental health practitioner (4th edition)*. Springer Publishing Company, New York, 2008. (山本力監訳: 悲嘆カウンセリングー臨床実践ハンドブック. 誠信書房, 東京, 2011.)
- 37) 良原誠崇: 自死遺族を対象とするサポートグループの実践とその特徴: 参加者のグループへの志向と継続動向から. *コミュニティ心理学研究* 12: 117-28, 2009.