

特集 自殺予防と精神保健医療の役割

自死遺族の精神保健的問題

川野 健治

1. はじめに

一説によると、一件の自殺によってその周囲の6人が衝撃を受ける (McIntosh, 1988)。1998年以降、日本では年間3万人程度の自殺者数をだしているが、ある民間団体は一般住民の家族構成を用いて、年間130万～150万人が遺族になると推計している (Chen, et al., 2008)。あるいは他のどのような推計方法にせよ、これらは自死遺族支援の必要性を数として示唆するものであるが、2006年に制定された自殺対策基本では、その目的を示す第一条に以下のように述べている。

第一条 (前略) 自殺対策に関し、基本理念を定め、及び国、地方公共団体等の責務を明らかにするとともに、自殺対策の基本となる事項を定めること等により、自殺対策を総合的に推進して、自殺の防止を図り、あわせて自殺者の親族等に対する支援の充実を図り、もって国民が健康で生きがいを持って暮らすことのできる社会の実現に寄与することを目的とする。

すなわち、ここでは自殺の防止と自殺者親族などに対する支援の充実を併置して、自殺対策の重要な目的としているのである。

では、自死遺族の支援は、具体的にはどのような内容を必要とするのだろうか。本稿は、これを精神保健の観点から整理するものである。

2. 遺族の経験する諸問題

自死遺族の経験する問題を、大きく3つにわけ整理してみる (図1)。一つ目は生活上の混乱である。故人との死別の際しての諸手続きの中には、通常生活では意識していないものも多い。役所への死亡届けはいつまでにすべきなのか。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免許、銀行などの口座や財産についての手続き、クレジットカードやインターネットの解約の時期も調べたことはないかも知れない。このような細々とした作業は、自死遺族から、悲嘆過程に向かい、喪の作業に取り組む時間を奪うことになる。また、死亡事故などにもなってしまう警察の取調べや司法解剖などは、ときに自死遺族の心情と食い違い、傷つける体験となることもある。逆にいえば、これらについてあらかじめ情報提供を行うことができれば、メンタルヘルスの

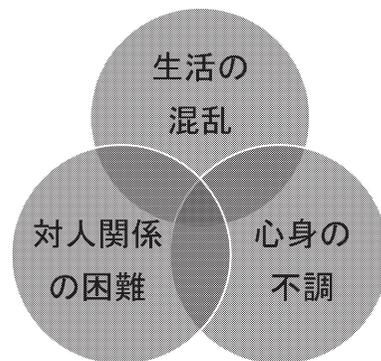


図1 自死遺族の経験する諸問題

面からも自死遺族の支援につながるものといえるだろう。

また、故人が主に家計を担っていた場合には、直接的に収入の確保が問題になる場合もある。たとえば、子どもが成長すると教育費などの負担が増すことが考えられ、その場合は福祉や教育（助成金）などの情報が遺族のQOLの向上につながる。さらに、(時に自殺の経緯に関係して)多額の借金が残される場合があり、相続放棄の手続きが必要になることがある。また自死の経緯について遺族が不信に思い、過労死裁判を行う場合もあるため、弁護士や司法書士による法律の面からの支援が必要となることもある。

これらの生活の混乱は、精神保健の問題そのものではないが、直接的に自死遺族の生活の質に影響をあたえ、あるいは間接的に(時間を奪うことによって)精神的・身体的な回復の過程を妨げることになるかもしれない。図1では、自死遺族の経験する問題が3つのグループから構成されていることだけでなく、問題が相互に重なりあい、影響しあっていることを示している。

3. 心身の不調

次に、本稿の主題でもあるメンタルヘルスについてみていこう。(自死に限らず)死別にとまなう心身の反応としては、ショック、悲しみ、後悔と自責の念、羞恥、怒り、不安、混乱、とまどいといったこころの反応に加え、食欲の変化、体力の低下、睡眠の変化、胃腸の不調などが起こることが知られている。ただし、これらは死別にとまなう正常な反応である。近年の研究で、「信じられないという気持ち」「悲しみ」「故人への思慕」「怒り」「うつ」「死を受け入れる」といった心理的反応を縦断的に観察し、多くの場合6ヶ月以内にそのピークが過ぎることが実証的に示された(Maciejewski, et al., 2007)。ここから、死別における陰性感情の6ヶ月以上の継続は、適応の困難を示している可能性があるため、その事例の評価を継続し、治療へつなぐことを検討したほうがよいと著者らは指摘している。

この研究に対して、Association for Death Education and Counseling (以後ADEC)は会のHP上でコメントを公表している。この研究成果を部分的に評価しつつ、ただし、「6ヶ月以上陰性感情が継続すればサイコセラピーが必要」という含意は、支持できないと表明したのである。これに対し、先の研究グループの主導的役割を果たしているPrigersonは同じHPにレスポンスを掲載し、さらにADECがそれに反論を掲載した。論争の詳細はHPなどで確認していただくとして、ここに悲嘆過程をめぐる支援者の2つの立場をみるができる。すなわち、悲嘆過程を「正常な」反応として扱うことの重要性を意識してきたADECの立場と、明確な定義がないため治療や研究が進みにくい状況があることを問題とし、「複雑性悲嘆」をあらたにDSM-Vの診断基準とすることを提案しているPrigersonらの立場である。それはすなわち、悲嘆過程を精神保健の問題として扱う際の難しさを示唆するものでもある。自死遺族支援においても、「自死で遺されたものは病気なのか」という現場の声にどのように応えて行くのかは、支援上の重要な課題といえるだろう。

ところで、自死で遺されたことが精神保健の問題につながる可能性があることが、いくつかの研究で指摘されている。Zhang, Tong & Zhou (2005)や張(2002)は、心理学的剖検の手法を用いて、自死遺族の30%から60%にうつ症状が見受けられたことを報告した。そして先のPrigersonらのグループの一連の研究では(2004;2005)、複雑性悲嘆と希死念慮の関係性についてエビデンスを示しており、家族や大切な他者を自殺で亡くした成人、高齢者の自殺関連行動では、統計的にうつをコントロールしてさえ、5倍から10倍の危険率があることを示した。

川野ら(2009)は、自死遺族支援グループと接点をもつ全国の自死遺族を対象に、遺族支援グループより調査用紙と返信用封筒を配布してもらい形式で質問紙調査を実施し、111名より回収した。5件法で尋ねた心理的反応について、図2に示す。

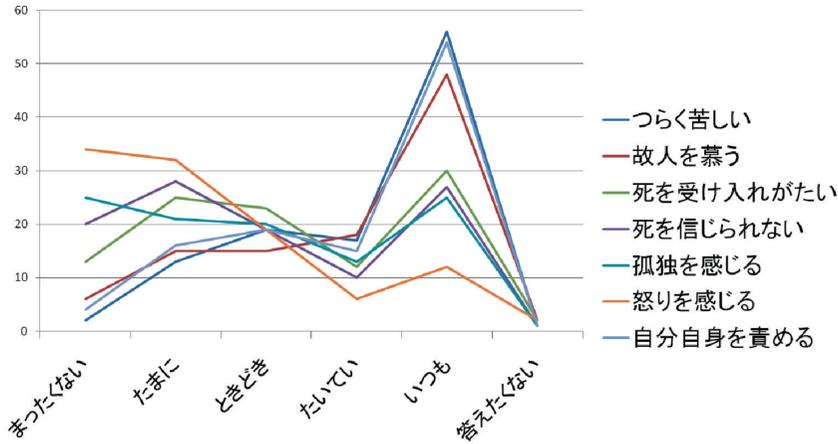


図2 自死遺族の心理的反応

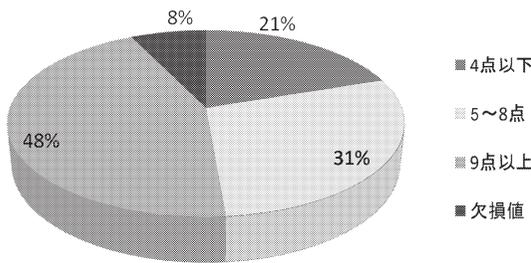


図3 K6の得点分布

頻繁に経験する心理的反応としては、「つらく苦しい」「自分自身を責める」「故人を慕う」があげられており、ここまで紹介した海外の研究結果と食い違うものではなかった。とくに、「自分を責める気持ち」は、他の死別と比べても自死遺族の心理を説明する特徴的な反応といえるが、援助希求行動を妨げる要因となる場合があり、正常な心理反応とはいえ、注意が必要である。一方、図3には、メンタルヘルスを評価するために用いたK6の得点分布を示した。

この尺度を気分・不安障害のスクリーニングテストとして用いる場合のカットオフポイントを基準とすると、それを超える自死遺族は全体の48%を占め、自死遺族支援グループに参加している遺族の中には、精神科的な医療を必要とする可能

性のある人が半数近くいることが示唆された。サンプルに偏りがあるため、この結果をもってわが国の自死遺族の実態を推測するのは慎重であるべきだが、さらなる調査が必要である。

自死遺族の全てが心身の不調を訴えるということではない。しかし、それとは独立に、とくにメンタルヘルスの問題については支援を受けにくい社会文化的状況にあるのかもしれない。この点には注意が必要である。

4. 対人関係の困難

ところで、悲嘆反応とメンタルヘルスに関するシステマティックレビュー (Sveen & Walby, 2008) 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。先に自責の念についても指摘したことが、これらは、自死遺族がメンタルヘルスの問題に関して、援助希求を示しにくいことを示唆するものである。たとえば、NYで一年間の自殺事例のうち、遺族がなんらかの支援を利用したのは25%にすぎないという報告がある (Provini, et al., 2000)。先の研究で、川野ら (2009) は、支えや助けを受けられ

なかったという主観的な経験の有無を尋ねたところ半数近くが該当した。その理由についての自由記載の一部を、表1に示す。

このように、自死遺族はその経験を他者に打ち明けることが難しいと感じていることがある。正常な悲嘆過程であればまだしも、心身の健康に問題がある場合には、援助希求の乏しさは好ましい状態とはいえないだろう。

ただし、それは一概に自死遺族の心理的障壁の

表1 自死遺族が支えや助けを受けられなかった理由 (一部)

- ・支えを受けるに値しない人間だと思いそんなことも考えなかった。
- ・心療内科で話をあまり聞いてもらえなかった (2~3分の時もあり)。薬を飲んでいればいいと言われた。それで3ヶ月で通院をやめた。
- ・あの娘の思い出や話をしたいのに誰も聞いてくれない。話す相手もなく、ひとりでアルコール依存みたいになってしまった。
- ・どうしようもないです。死んだ者が生き返ることはできないので！ 自責の念に只、耐えるしかないと思っています。

問題として、自死遺族への心理教育や普及啓発などで解決すべき問題と捉えるべきではない。つまり、背景には自死遺族が周囲との関わりの中で傷ついた経験、つまり二次的被害の影響を推測することができるのである。川野ら (2009) では、被害という事実の有無というより主観的经验に着目し、「二次的傷つき体験」という表現を用いて整理している。図4には、自死遺族と接する機会のある様々な関係性について、二次的傷つき体験とソーシャルサポートの有無を尋ねた結果を示す。

ここからは、身近な対象である家族、親戚、友人、近隣住民、上司・同僚などが、自死遺族のソーシャルサポート源となる頻度が高いことと同時に、高い頻度で二次的傷つき体験の対象ともなっていることがわかる。また、医療従事者や他の遺族といった質的に重要なサポート源となることが推測される対象との間にも同様な傾向を指摘できる。これらの二次的傷つき体験が、自死遺族の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、他の遺族との間では統計的に優位な影響が見出された。いずれも、

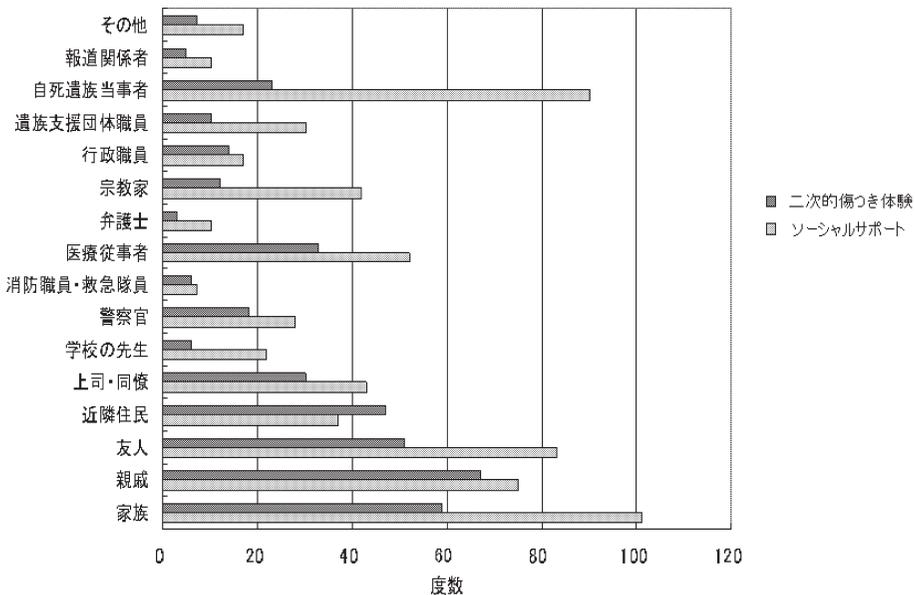


図4 自死遺族の二次的傷つき体験とソーシャルサポート

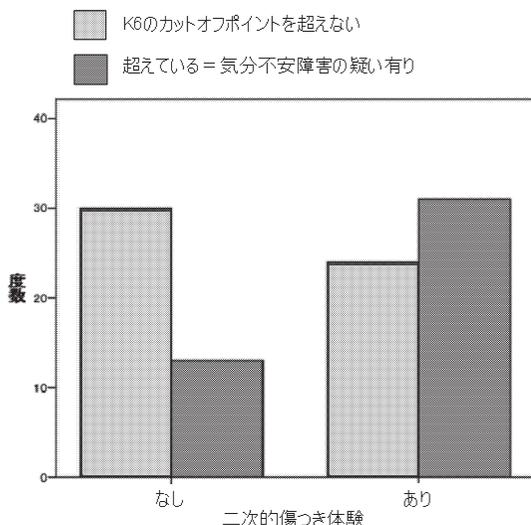


図5 家族との二次的傷つき体験の有無と気分不安障害の疑い

二次的傷つき体験があると、K6の値がカットオフポイントを超える可能性が高くなった。上記にあげた関係ではいずれも同様のパターンとなるため、ここでは家族の分析結果 ($\chi^2=6.7, p<0.5$) のみを図5で示す。

このように、生活の混乱と同様に、対人関係の問題も自死遺族のメンタルヘルスをふくむ健康の問題と深く関わりあっている。つまり、自死遺族支援において複合的な支援が必要であることを示すものである。対人関係の問題がある場合、遺族は心身の不調については我慢したり、援助希求を抑えたりすることも考えられる。

「自死で遺されたものがイコール病気ではないのだから、メンタルヘルスの問題よりも生活の混乱や対人関係の問題（特に二次的被害の問題）についての取り組みを優先してほしい」という自死遺族当事者からの意見が聞かれることがある。ここまで示したようにこの主張は理解できる一方、睡眠や食欲などの身体的健康に加え、希死念慮や精神疾患の高まりの程度など、医療的な支援が優先される場合も想定される。医療機関での支援においては、十分な情報収集と観察を行うことが大

切である。

5. おわりに

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 に含まれている内容を見てみると、Practical matters (実際の問題), Experiencing bereavement (死別において経験すること), Bereaved people with particular needs (特に必要となること), How friends and colleagues can help (友人や同僚にできること), Sources of support (支援のための資源), そして Evaluation form (このガイドの評価のためのシート) と実に多様であることがわかる。さらに、支援のための資源としてあげられているものには、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、読書案内（自死による死別、自死一般、うつ、など）とやはり多様な内容が含まれている。

他方、わが国の自死遺族支援の状況は、自殺対策基本法の制定以前と比べると驚くほど改善されているが、まだメニューの数は十分とはいえないようである。とくに、複雑性悲嘆への専門医療については、今後整備が待たれるところである。日本トラウマティックストレス学会で治療法の検討が始まるなど、現状でも新しい動きがあることを付け加えておきたい。

文 献

- 1) ADEC のコメント (<http://adec.org/>より 2010.8.10 取得)
- 2) Chen, J., Choi, Y.J., Mori, K., et al.: Those who are left behind: An estimate of the number of family members of suicide victims in Japan. Social Indicators Research, 94 (3); 535-544, 2009
- 3) 張 賢徳, 津川律子, 李 一奉ほか: 自殺既遂者遺族の悲嘆について。自殺予防と危機介入, 23; 26-34, 2005
- 4) Help is at hand: a resource for people be-

reaved by suicide and other sudden, traumatic death (2008 edition) (http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/+www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_4139006 より 2010.8.10 取得)

5) 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

6) Latham, A.E., Prigerson, H.G.: Suicidality and bereavement: Complicated grief as psychiatric disorder presenting greatest risk for suicidality. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 34; 350-362, 2004

7) Maciejewski, P.K., Zhang, B., Block, S.D., et al.: An empirical examination of the stage theory of grief. *JAMA*, 297; 716-723, 2007

8) McIntosh, J.L., Wroblewski, A.: Grief reactions among suicide survivors: An exploratory comparison of relationships. *Death Studies*, 12 (1); 21-39, 1988

9) Mitchell, A.M., Kim, Y., Prigerson, H.G., et al.: Complicated grief and suicidal ideation in adult survivors of suicide. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 35 (5); 498-506, 2005

10) Provini, C., Everett, J.R., Pfeffer, C.R.: Adults mourning suicide: Self-reported concerns about bereavement, needs for assistance, and help-seeking behavior. *Death Studies*, 24 (1); 1-19, 2000

11) Sveen, C., Walby, Fredrik, A.: Suicide survivors' mental health and grief reactions: A systematic review of controlled studies. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 38 (1); 2008

12) Zhang, J., Tong, H.Q., Zhou, L.: The effect of bereavement due to suicide on survivors' depression: A study of Chinese samples. *Omega: Journal of Death and Dying*, 51 (3); 217-227, 2005

The Mental Health of Persons Bereaved by Suicide

Kenji KAWANO

*Center for Suicide Prevention, National Institute of Mental Health,
National Center of Neurology and Psychiatry*

This paper aims to describe the care for persons bereaved by suicide from the perspective of mental health. Those bereaved by suicide experience three types of difficulties. The first encompasses difficulties in daily life, including death notifications, dealing with the funeral, cancellation of bank accounts, legal issues such as disagreements related to inheritance, and so on. The second type involves difficulties with health. Bereaved persons will sometimes experience psychological responses, such as feelings of sadness, guilt, anger, fear, embarrassment; these may be accompanied by somatic complaints. These are normal responses related to the grief process, but responses may be escalated as complicated grief in unusual circumstances, such as when people are bereaved by suicide. The third type comprises interpersonal difficulties, including lack of seeking social support, withdrawing, and secondary wounding experiences.

While these difficulties often occur separately, they may also affect each other. For example, problems in daily life decrease a person's quality of life, and rob the bereaved of time to do their mourning work, while interpersonal problems may discourage them from seeking help from others around them.

In this study, 111 persons bereaved by suicide were recruited from self-help/support groups. Of these, 48% showed a symptom of mental health problems, as measured by K6, and the relationship between the symptom of mental health issues and secondary wounding experiences of family members, relatives, friends, and other people bereaved by suicide was confirmed by ANOVA. Many persons bereaved by suicide may use existing supports and appear "resilient" after their shocking experiences, but they should be carefully observed, and, if necessary, should be offered specialized help, including psychological and/or psychiatric support.

<Author's abstract>

<**Key words** : persons bereaved by suicide, mental health, secondary wounding experiences, K6>
