

第108回日本精神神経学会学術総会

教 育 講 演ポストベンション
——精神科医は患者の自殺にどうむきあうべきか——

高橋 祥友 (筑波大学医学医療系災害精神支援学)

治療中の患者の自殺は精神科医にとって心的外傷となりかねない深刻な事態であるとともに、精神科医としてのキャリアの中でほとんどの者が経験する事態であることもまた現実である。精神科医は患者の自殺に真摯に向きあう必要があり、これは危機管理の一種とも言える。患者の自殺が生じた場合、ケアの対象となるのは、①遺族、②他の患者、③医療・看護スタッフ、④担当の医師・看護師などがある。遺族に対しては誠実な態度で接し、事実を開示する態度が求められる。他の患者に対しても実際に何が起きたのかを伝えて、動揺している患者には適切な対応をする。医療・看護スタッフは、「死からしか学べないことは何か？」という態度で患者の死を振り返る必要がある。故人とのつながりが深かった担当の医師や看護師は、スーパーバイザーとともに個別に症例を振り返るとともに、陰性の逆転移や自身の死に対する態度を明らかにすることなどによって、今後の治療技術の改善を目指す努力をすべきである。

＜索引用語：自殺，ポストベンション，群発自殺，危機管理＞

はじめに

わが国では1998年以来、年間自殺者数3万人台が続いている。この数は交通事故死者数の6倍以上にのぼる³⁾。そして、自殺未遂者数は少なく見積もっても既遂者数の10倍は存在すると推計されている(40倍という推計すらある)。さらに、自殺未遂や既遂が生じると、その周囲の多くの人々が深刻な打撃を受ける。したがって、自殺とは、死にゆく3万人だけの問題にとどまらずに、社会を広く巻きこむ問題である。

精神障害を持つ患者は自殺のハイリスク群であり、その治療に当たっている精神科医が担当患者の自殺に遭遇する可能性はけっして低くはない。

本論では、ポストベンション (postvention)、すなわち精神科医が患者の自殺を経験した時に、それにどう対応すべきかを取り上げる⁷⁾。

I. 患者の自殺を経験する率

精神科医療の分野で活動する者が患者の自殺を経験する率はどれくらいだろうか。主に北米の報告だが、次のような調査結果がある¹⁰⁾。精神科医：50～56%，臨床心理士：22～29%，ソーシャルワーカー：28～33%，カウンセラー：24%，その他：20～34%。精神科医の50～56%が患者の自殺を経験しているという結果が意外に低いとの印象を抱くが、精神科医の資格を有していたと

第108回日本精神神経学会学術総会＝会期：2012年5月24～26日，会場：札幌コンベンションセンター，札幌市産業振興センター

総会基本テーマ：新たな連携と統合——多様な精神医学・医療の展開を求めて——

教育講演 ポストベンション——精神科医は患者の自殺にどうむきあうべきか—— 座長：竹島 正 (国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所)

表1 自殺後に遺された人の心理

驚愕	疑問
茫然自失	怒り
離人感	他罰
記憶の加工	救済感
否認, 歪曲	合理化
自責	原因の追及
抑うつ	周囲からの非難
不安	二次的トラウマ

しても、行政の分野で働いていたり、基礎研究に従事していたりして、実際には患者の治療に携わらない医師も含まれているためと考えられる。

II. 自殺後の反応

自殺が生じると、複雑な感情が一挙に押し寄せてくる。表1に一般的な反応を挙げた。この中で、やや理解しづらいと思われるものについて簡潔に説明する^{6,7)}。

救済感：たとえば、統合失調症のために長年にわたって闘病生活を送ってきた人が自ら命を絶つたとする。その親が多くの複雑な感情とともに、「これであの子もつらい思いをしなくて済む」「家族の負担も減った」などとふと感じることがある。しかし、これがまた自責感や抑うつ感が強まってしまう原因ともなりかねない。

二次的トラウマ：自殺が起きたことだけでも大変な苦痛を感じているのに、周囲の人が善意からかけた言葉が、苦しみをさらに深めてしまうことがある。夫を自殺で失った女性に対して、「まだ若いだから、よい人を見つけて、再婚したらどうか」などと、周囲の人が励まそうと思ってかけた一言が、遺された人の心の傷をさらに深めてしまいかねない。

患者の自殺を経験した精神科医の心理反応には、大別して2種類ある。遺族と同様の個人としての反応と、専門家としての反応である。

専門家としての独特の反応を見てみよう。遺族や同僚からの非難や、遺族から訴訟を起こされるのではないかと恐れてしまうことがある。自らの技量や判断力への疑問、不全感、失敗感を抱き、

同僚から孤立し、支持を得られないといった感情も湧きあがるだろう。

患者の自殺を契機として、治療態度が変化するということも起こり得る。自殺の危険を必要以上に警戒し、過度に薬物療法、電気けいれん療法、入院治療などに頼るといったことも起こり得る。あるいは、診療録を過度に詳細に記録するようになったり、これまで以上にスーパービジョンを頻回に求めるようになったりすることもある。自殺の危険の高い患者を一切治療しなくなるといった態度の変化もあるだろう。なお、時には、精神科領域で活動をするのに自信を失ってしまい、専門領域を変えるとといったこともある。たとえば、精神科以外の他の科に専門を変えたり、基礎研究に進路を変更した精神科医もいる。

なお、かならずしも否定的な変化ばかりでなく、posttraumatic growthとも言うべき変化を認めることもある^{1,8)}。患者の自殺を契機として、より謙虚に患者に向きあえるようになった、患者の訴えに慎重に向きあうようになった、自らの全能感に対して以前より慎重になった、家族や他のスタッフの話にこれまで以上に耳を傾けられるようになったといった具合に、専門家として成長したという経験を語る精神科医もいる。

III. 自殺後の対応

自殺が時に他の複数の自殺を引き起こす群発自殺という現象が知られている⁹⁾。自殺予防に全力を尽くすのは当然だが、不幸にして自殺が起きてしまったら、第2、第3の自殺を予防する対策を取らなければならない。患者の自殺が生じた場合には、以下のような人々に対するケアが必要となる。①遺族、②他の患者、③医療・看護スタッフ、④担当の医師・看護師に分けて対応を詳述する。

1. 遺族への対応

自殺が起きてもっとも心理的な打撃を受けているのは一般的に遺族である^{2,9)}。

1) 誠心誠意対応する

不幸な事態が起きてしまったことを誠実な態度

で遺族に伝える。遺族はしばしば「自殺の前に一体何が起きていたのか」を知りたいと感じている。後に事実がわかってしまうようなその場しのぎの対応をけっしてしてはならない。現時点でわかっていることを伝え、わからないことについては、事実が明らかになり次第伝える。

2) キーパーソンは誰か

自殺が起きたことに対して、遺族が医療側に根深い不信感を抱いていることもある。そこで、たとえば、生前、家族が面会に行った時に親身になって相談に乗ってくれた看護師やソーシャルワーカーなどをキーパーソンとして、遺族との連絡役にするといった工夫も必要になるかもしれない。遺族の中でも比較的冷静に対応できる人に話をするといったことも必要だろう。

3) 心身両面のケア

遺族の中には心身の不調を訴える人が出てくることもある。そこで、遺族の心のケアばかりでなく、身体的な健康管理や基本的な日常生活を送ることができているかといった点の注意も必要となる。日常生活を送るうえで、必要となる細々とした事柄を助けてもらって、助かったという遺族は少なくない。

4) 故人をいつまでも忘れないでいることを折に触れて伝える

治療・看護スタッフも懸命にケアしてきた患者を失って、つらい思いをしているという事実を折に触れて、遺族に伝えるといった気配りも慰めになるだろう。

2. 他の患者への対応

ここでは入院患者を想定して、その対応を取り上げる。

1) 反応が把握できる人数で集まる

大勢の患者にいっせいに自殺の事実を伝えると、個々の反応を見落とす危険がある。せいぜい10人くらいのグループ、あるいは病室単位で伝える。反応を見落とさないようにするために、補助者を用意するといった工夫も必要となる。

2) 自殺について事実を中立的な立場で伝える
どれほど自殺を隠そうとしても、噂や憶測で瞬く間に伝わってしまう。自殺について淡々と伝え、動揺している患者に適切な対応をするというのが原則である。なお、故人をひどく貶めたり、逆に極端に美化すると、病的同一化を促進しかねないので、嚴重な注意が必要である。

3) 率直な感情を表現する機会を与える

他の患者には嵐のような感情が一挙に襲ってくる。そこで、率直な感情を表現する機会を与える。ただし、黙っていたい人にはその権利も保証する。激しい感情を必死で抑えている人に無理やり感情を表出させようとしてはならない。

4) 起こり得る反応や症状について説明する

急性ストレス障害 (ASD)、心的外傷後ストレス障害 (PTSD)、他の不安障害、うつ病など、他の患者の自殺後に生じる可能性の高い症状について、患者が理解しやすい言葉で具体的に説明する。そのような症状に気づいたら、スタッフに相談するように強調しておく。

5) 個別に話したい人にはその機会を用意する

グループの中でなく、個別に話したい人も当然いるので、そのような人に対する配慮も怠らない。

6) とくに影響を受ける可能性のある人に対して働きかける

精神科入院患者はすべてハイリスクと言えないこともないのだが、その中でも、故人と強い絆があった患者、これまでに自殺未遂に及んだことがある患者、遺体の発見者、故人と境遇が似ている患者、自殺が起きたことに責任を感じている患者、他の患者の自殺が生じた後に態度が変化した患者、さまざまな問題を抱えているが家族からのサポートが十分に得られない患者は、とくにハイリスクととらえるべきである。ハイリスクの患者の場合、援助を求めてくるのを待つのではなく、スタッフから積極的に手を差し伸べる必要がある。

3. 医療・看護スタッフでの検討会

たとえば、病棟で患者の自殺が生じたのに、それをまったく取り上げないでいると、スタッフ

表2 患者の自殺を経験した人へ

強い絆のあった人が亡くなるという体験は、遺された人にさまざまなこころの問題を引き起こしかねません。病死や事故死よりも、自殺はさらに大きな影響を及ぼします。

このような体験をした人の中には以下に挙げるような症状が出てくることがあります。時間とともに徐々にやわらいでいくものから、永年にわたってこころの傷になりかねないものまでさまざまです。時には、うつ病、不安障害、心的外傷後ストレス障害 (PTSD) を発病して、専門の治療が必要になることさえあります。次のような症状に気づいたら、けっしてひとりで悩まずに周囲の人に相談してください。あるいは、〇〇〇 (電話 ×××) に連絡して、相談に来てください。周囲の人に同じような症状に気づいたら、相談に行くように助言してください。

- ・眠れない
- ・いったん寝付いても、すぐに目が覚める
- ・恐ろしい夢を見る
- ・自殺した人のことをしばしば思い出す
- ・知人の自殺の場面に目の前に現れる気がする
- ・自殺が起きたことに対して自分を責める
- ・死にとらわれる
- ・自分も自殺するのではないかと不安でたまらない
- ・ひどくビクビクする
- ・周囲にベールがかかったように感じる
- ・やる気がおきない
- ・仕事に身が入らない
- ・注意が集中できない
- ・些細なことが気になる
- ・わずかなことも決められない
- ・誰にも会いたくない
- ・興味がわからない
- ・不安でたまらない
- ・ひとりであるのが怖い
- ・心臓がドキドキする
- ・息苦しい
- ・漠然とした身体の不調が続く
- ・落ち着かない
- ・悲しくてたまらない
- ・涙があふれる
- ・感情が不安定になる
- ・激しい怒りにかられる
- ・酒量が増す
- ・さまざまな身体の不調を感じる

(とくに若いスタッフ)の中には、「昨日まで懸命に治療に当たってきた患者が自ら命を絶ったのに、皆がまるで何事も起きていないかのように振舞っ

ているのは変だ」と怒りに近い感情を抱くことさえある。適切な振り返りの場を設ける必要がある。

1) 誰が進行役となるか

検討会を冷静に進めていくことのできる人が進行役を果たす。同じ職場の者が進行役となるのが難しければ、外部から適任の人を選び出して、この役を依頼するのもよいだろう。

2) 死からしか学べないことは何か

懸命に治療や看護に当たってきた患者が自殺したという不幸な事態から、何を学ぶことができるのか、それを将来どのように役立てるべきかといった姿勢で検討会を進めていく。けっして、「悪者探し」「犯人探し」の雰囲気を作ってはならない。

3) 自殺が起きるまでの状況を振り返る

最初はあくまでも事実に沿って経過を追っていく。はじめから単純な因果関係を探ってはならない。

4) 反応や対処について振り返る

事実関係がある程度出尽くしたところで、自殺が生じた後の反応や実際に行われた対処について振り返る。

5) 起り得る反応や症状を解説する

自殺といった事態を経験した際に起こり得る反応や症状を説明する。若くて、あまり経験のないスタッフにはとくに配慮する。表2のようなリーフレットを用意しておいて、患者の自殺後に生じる可能性のある ASD, PTSD, 他の不安障害、うつ病、アルコールの乱用、さまざまな身体不調が出現する可能性について解説する。

6) 個別に相談を希望する人には、その機会を与える

他のスタッフの前では話ができないと感じる人もいるので、個別に相談する機会も設けておく。

7) 将来への提言

同様の悲劇を繰り返さないためにどうすべきかという意見をそれぞれのスタッフが持っている。それを閉会の前にまとめておくともよいだろう。

8) 会の締めくくり

予防の提言をまとめたり、亡くなった患者を追悼するために、検討会を終える前に一同で黙禱す

るといった締めくり方も勧められる。

9) フォローアップ

会の最中に押し黙ったままであった人、突然、感情が不安定になった人などには、会が終わった後に個別に会って、話を聞く機会を設ける。明らかに病的な症状を呈している人については、その後のフォローアップの計画も立てる。

4. 担当医・担当看護師への対応

深刻な影響を受けたと考えられる人に対しては、グループの中で扱うのではなく、個別のケアが原則である。ここでは、担当医を想定して解説する。

1) スーパーバイザーは批判や注釈を控えて、担当医の話を傾聴する

日頃から症例について助言を求められるようなスーパーバイザーとの関係作りをしておくのが望ましい。

2) 十分な時間を取って、まず事実をありのままにとらえていく

スーパーバイザーは、自殺が生じたことに関して単純な因果関係を探しあわずに、はじめは主に事実関係に焦点をあてていき、時系列に沿って整理していく。

3) 患者の自殺を知った時の感情、思考、反応について担当医にありのままに語らせる

担当医が患者の自殺について話す準備ができている状況であるのか見きわめたうえで、このような点について担当医が振り返る余裕があると判断できたら、価値判断を加えずに検討していく。また、担当医に治療が必要なほどの重症な精神症状が出現しているか否かの判断も要する。

4) 患者の自殺後に起こり得る症状を取り上げる

担当医も精神保健の専門家であるので、ASD、PTSD、他の不安障害、うつ病、アルコールの乱用、さまざま身体症状などが生じていないのかスーパーバイザーとともに検討していく。患者の自殺について、スーパーバイザー自身の経験などを話すのもよいだろう。

5) 具体的に治療過程を振り返る

治療上の明らかな失敗や試みなかった他の選択肢について担当医が冷静に語るができるようであれば、それも話題にする。必要に応じて、スーパーバイザー自身のコメントを戻す。

6) 死や自殺についての担当医の考えを振り返る

担当医がこれまでの人生で経験した重要な人物の死や、自殺や死についての自己の考え、陰性の逆転移などについて振り返るのを助ける。このような担当医自身の価値観や道徳観を十分に把握していないと、それを無意識的に患者に押し付けてしまい、患者の自殺の遠因になることもあるので、スーパーバイザーは適切な段階でこの点を取り上げる⁴⁾。

7) 問題が再燃した際の対応について話しあう

スーパービジョンが一度だけで十分なのか、今後数回続けるべきなのか、あるいは専門的な精神科治療が必要なのか、スーパーバイザーは判断する。今後、同様の問題が生じた時の対応についても話し合っておく。そして、今回、このようにスーパービジョンを求めたことは、担当医として勇気ある適切な選択であったことをスーパーバイザーの立場から担当医に伝える。

ま と め

患者の自殺を経験した時の精神科医の反応と、その対処法について解説した。精神科医療の現場に身を置く者にとって、どれほど懸命に努力をしても、患者の自殺を完全に防ぐことは不可能である。もっとも重要な点は、懸命に治療に努力してきた患者が自ら命を絶ったという現実を正面から受け止め、「死からしか学べないことは何か」という姿勢を忘れないということだろう。本論で解説したように公式な振り返りの場を持つことができなかつたとしても、親身になって耳を傾けてくれる人を探して、患者の自殺という現実に向き合って、自分が今何を考えているのか真摯に話を聞いてもらうことはもちろん立派なポストベンションとなるはずである。

文 献

- 1) Bonanno, G.A. (高橋祥友監訳, 高橋 晶, 池嶋千秋, 榎村正美ほか訳): リジリエンス: 悲嘆についての新たな視点. 金剛出版, 東京, 2012
- 2) Brent, D.A., Poling, K.D., Goldstein, T.R. (高橋祥友訳): 思春期・青年期のうつ病治療と自殺予防. 医学書院, 東京, 2012
- 3) 警察庁生活安全局地域課: 平成 23 年中における自殺の概要資料. 警察庁, 2012
- 4) Maltzberger, J.T. (高橋祥友訳): 自殺の精神分析; 臨床的判断の精神力動的定式化. 星和書店, 東京, 1994
- 5) 高橋祥友: 群衆自殺. 中公新書, 東京, 1998
- 6) 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
- 7) 高橋祥友, 福間 詳編: 自殺のポストベンション; 遺された人々への心のケア. 医学書院, 東京, 2004
- 8) 高橋祥友: 新訂増補版・自殺の危険: 臨床的評価と危機介入. 金剛出版, 東京, 2006
- 9) 高橋祥友: 医療者が知っておきたい自殺のリスクマネジメント 第2版. 医学書院, 東京, 2006
- 10) Weiner, K.M. (ed.) (高橋祥友訳): 患者の自殺: セラピストはどう向きあうべきか. 金剛出版, 東京, 2010

Postvention: How a Psychiatrist should face a Patient's Suicide

Yoshitomo TAKAHASHI

Department of Disaster Psychiatry, School of Medicine, University of Tsukuba

Suicide by a patient in therapy, which is not a rare encounter for most psychiatrists, may be a traumatic experience for the treating psychiatrist. The psychiatrist should sincerely face the patient's suicide, which can be a part of crisis management in psychiatric care. If a patient commits suicide, appropriate care should be offered to: 1) the patient's family members, 2) other vulnerable patients, 3) medical and nursing staff, and 4) the treating psychiatrist and nurse in charge of the deceased patient. The patient's family members should be informed of patient factors before the suicide and the care required by the family members. Information on what actually happened before the suicide should be given to other patients, and individuals who are severely influenced by the suicide should be offered appropriate care. The medical and nursing staff should examine the case from the viewpoint of what they can learn from the death. With the help of the supervisor, the treating psychiatrist and nurse in charge of the deceased patient should look into the case, and his/her negative countertransference and attitude toward death and suicide. This can help the psychiatrist acquire better therapeutic skills for treating suicidal patients in the future.

<Author's abstract>

<Key words: suicide, postvention, cluster suicide, crisis management>