

心理臨床家養成課程でクライアントの自殺に関する準備教育を行う意義

—精神科研修医を対象にした実践報告の概観をふまえて—

藤居 尚子

1. 本稿の目的

2014年に世界保健機関 World Health Organization (WHO) が刊行した『自殺を予防する—世界の優先課題』によると、世界では毎年 80 万人以上が自殺¹⁾で亡くなっており、この数は 40 秒につき 1 人という計算になるというが、この数字はいかに世界中で自殺が深刻な問題となっているかを人々に訴えかけている。

日本は世界の先進国のなかで自殺死亡率の高い国として知られてきたが、2006年に自殺対策基本法が制定され国や地方公共団体による様々な取り組みが行われるようになった。そして自殺で亡くなった人の数（警察庁の自殺統計に基づく）は 2003年に 34,427 人と統計を取り始めた 1978 年以降でピークの数値であったのが、2010 年以降は減少を続け、2016 年には 21,897 名となった（厚生労働省、2017）。

このような減少傾向に貢献した要因は単一のものに帰属できない。「自殺はさまざまな原因からなる複雑な現象」（高橋、2006）であるから、自殺の危機にある人たちに対し非専門家から専門家まで様々な立場の者が支援に携わった複合的な成果と見るべきだろう。

そのうち専門家の果たしている役割について見ると、自殺で亡くなった人の約 90%が自殺直前に何らかの精神疾患に罹患した状態にあった（廣川ら、2013）ということから、自殺予防に果たす精神科医や彼らと協働する心理臨床家の関与に大きな期待が寄せられている。

そのように精神科医や心理臨床家への期待が高まる一方で懸念されるのは、彼らに対する支援の必要性に関して公に語られることがほぼないことである。専門家として訓練されているとはいえ、自殺の危機にある人たちへの対応は、他の問題を抱えた人たちと会うときと比べ技術的にも情緒的にも困難を強く感じるものであることは想像に難くない。

そのような困難な状況の最たるものは、担当患者やクライアント²⁾を自殺で亡くすという事態であろう。専門家として精一杯力を尽くしても全ての自殺を防げるわけではない、という現実がそこにはある。前掲した廣川ら（2013）では、自殺で亡くなった人の半数が死亡前 1 年間に精神科を受診していたという調査結果も報告されており、この数字は精神科医療の領域で働く多くの専門家が担当患者を自殺で亡くす経験をしている可能性を示している。さらに心理臨床家の場合、精神科以外の診療科、さらに医療以外にも教育や福祉、産業といった幅広い分野で働いており、そのどの職域においてもクライアントの自殺は起こり得る。

担当患者やクライアントを自殺で亡くすという出来事がどの程度生じるかについての我が国

の現状に関する統計（一定の妥当性を備えたもの）は、筆者の調査した範囲では見当たらない。参考として海外での全国規模の調査である Chemtob et al. (1988a), Chemtob et al. (1988b) では、精神科医の51%, 心理職の22%が患者・クライアントの自殺を経験したことがあると回答した。

関連する先行研究を概観した藤居（2015）では、患者・クライアントの自殺が精神科医や心理職に様々な側面で、そして即時的にも長期的にも、広範な影響を及ぼすことが示されている。それらの影響は、個人的・職業的側面の両方に及ぶものである(Litman, 1965)。

藤居（2015）では先行研究の知見を Tillman (2006) の調査結果から得られた枠組みに基づいて集約しているが、それによると影響の第一は「トラウマ的な喪失と悲哀」である。突然の死の知らせを受けた直後には、解離や侵入的思考のようなトラウマ反応と、強い悲しみの他、怒りや悲哀をはじめとする複雑で多様な感情が交錯し、それへの対処として否認、引きこもり、投影など種々の防衛も働く。Chemtob et al. (1988a), Chemtob et al. (1988b)では、自殺直後のストレス反応の程度は平均して親との死別時に匹敵し、一部の者では病理的水準に達していた。

第二は「対人関係」であり、亡くなった患者・クライアントとの関係の再検討や臨床家ととりまく周囲の人々との関係の変化が挙げられている。特に仲間との関係は、「競争心、罪悪感、自己の能力への懸念から、支援と恥の両方の源となる」(Tillman, 2006)ことに加え、周囲の側も本人の心情に即した声かけが難しく、結果的に本人は孤独を強めやすい。

そして第三は「専門家としてのアイデンティティに対する懸念」である。訴訟への恐怖や罪悪感³⁾、失敗感、自己愛の傷つきが生じること、専門家としての自信を失い自殺ハイリスク者の担当を避けたり、離職したりする者もいること、人生観までも揺さぶられること、自殺ハイリスク者への関わりが困難になることなどが挙げられている。

このように患者・クライアントの自殺が及ぼす影響は甚大であるが、それにも拘らず、この点については表立って語られてこなかった。上記の知見は、そのような状況のなかで^{ほそぼそ}と、そして専ら欧米において見出されてきたものである。そしてそこから、患者・クライアントが自殺で亡くなるという事態に対処できるよう、専門家養成課程で準備教育を行うことの重要性が提起され、具体的な教育プログラムの実践報告も見られるようになった。

本稿では、公刊されているそのような準備教育プログラムを概観した後、専門家の養成課程でそれを行うことの意義を論考する。ただし臨床心理士である筆者の議論は心理臨床家養成課程を念頭に置いたものであり、他職種養成課程や、心理臨床家であっても中堅、熟練の現職者対象の研修プログラムへの適用可能性については本稿の射程を越える。なお筆者の調査した範囲では、公刊の準備教育プログラムは全て精神科研修医を対象としたものだが、Chemtob et al. (1988a)や Chemtob et al. (1988b) その他の先行研究を見る限り、患者やクライアントの自殺が及ぼす影響は精神科医と心理臨床家とで共通性が多く見受けられ、本稿の議論の基盤に置くことは妥当と考えた。

そして本稿の最後では、クライアントの自殺に関するそれまでの議論を敷衍する形で、自殺ハイリスク者への介入に関する教育のあり方についても触れたい。

2. 精神科研修医を対象とした患者の自殺に関する準備教育プログラムの概観

専門家養成課程の学生と患者・クライアントの自殺 患者・クライアントの自殺に関する準

備教育が必要だと言われる理由は、現場に出てからの備えというだけでなく、専門家になるための養成課程の間にもこの出来事に遭遇する可能性があるためでもある。

Puttagunta et al. (2014) の系統的レビューによると、患者の自殺を経験している精神科研修医は 31～69%だった。心理臨床家養成課程の状況に関する系統的なレビューは見当たらないが、Kleespies et al. (1993) の調査では 11.3%という結果であった。このような頻度の違いは、精神科医の方が自殺リスクの高い患者を担当する傾向があることに関連しているだろう。したがって精神科研修医にとっては、患者の自殺は養成期間中にも十分起こり得る現実的な脅威である一方、心理臨床家養成課程の場合には、実際にクライアントの自殺を経験することなく修了し現場に出ていく者のほうが圧倒的に多いことになる。現在のところ準備教育の実践例が公刊されているのが精神科研修医対象のものに限られるのは、このような違いが背景にある。

Brown (1987) は、精神科研修医に患者の自殺の影響が大きく生じることについて、いくつかの背景を考えている。例えばそれは、治療者としての自己愛の傷つきや、効果的な治療を特徴づける個人としての側面と専門家としてのスキルがまだ混合しているために患者の自殺を自身の人間的失敗だと捉えてしまう傾向があることである。このようなことは心理臨床家にも当てはまることであり、また経験を積みれば解決されるものでもないだろう。成田 (2002) が「精神療法をしている患者が治らなかつたり自殺したりすると、治療者は心が痛むだけでなく、そういう結果を自分の未熟、失敗、欠陥のせいと考えやすい。これは精神療法においてはそのときの学問の水準で平均的な治療者に期待される技術というものが、身体医学の場合と比べて明確に規定しにくいことによる。自分が平均的治療者に期待される技術をもっているかどうかに自信がもてない。そういうとき治療者はきわめて理想的あるいは万能的な治療者を想定して、それと自分を比較して自分を責めてしまう」と述べていることからしても、Brown の指摘は、扱う対象が身体ではなく心であることにそもそも起因していると言えるからである。

以下では精神科医研修機関での患者の自殺に関する準備教育について見ていきたい。

精神科研修医を対象とした患者の自殺に関する準備教育プログラム Puttagunta et al. (2014) による系統的レビューでは、これに該当するプログラムについて扱っておりその効果の評価まで行われている研究報告は 2 編のみであった。その他には、患者・クライアントの自殺が臨床家一般に及ぼす影響の理解と支援に努めている American Association of Suicidology の Clinician Survivor Task Force がホームページ上で提供している関連文献一覧⁴⁾ (直近の更新 2017 年 7 月 19 日) のうち、専門家養成課程に関する文献のカテゴリーに掲載されたものの中に、該当する教育プログラムを比較的詳細に紹介しているものが 1 編見出された。以下にこの計 3 編に取り上げられているプログラムの概要を記述する。

Lerner et al. (2012)による実践報告 このプログラムは、2 年に 1 回、半日 (4 時間) のワークショップ形式で研修医全員を対象に行われるプログラムと、患者の自殺が生じた際に必要に応じて個別に行うプログラムとの 2 本立てであるが、内容が詳細に報告され効果評価もされているのは前者についてのみである。その前者のプログラムの目的は、患者の自殺における諸対応の側面と感情の側面の両方をマネージする方法を教えることである。構成は①大集団による講義 (患者の自殺後に生じる問題に関する基本的理解を育む)、②患者の自殺を経験したことのある教員が主導する小集団ディスカッション (この話題に関する感情的反応について内省し、

話し合う), ③大集団に戻り, 身内を自殺で亡くしたゲストスピーカーとの時間(自殺が家族に及ぼす影響について学ぶ)となっている。講義で扱われる内容は, リスクマネジメントに関する事項や家族へのコンタクト, 書類に関することから, 機関の関連ポリシーや開業実践の場合のガイドライン, そして患者の自殺の後に共通してその治療者や同僚の間に抱かれる感情的反応など多くの項目を網羅したものである。

参加者 42 名を対象としたプレ・ポスト調査の結果では, 患者の自殺に対処するための知識の増加の他, 患者の自殺を経験した同僚の支援を快くできたり, 患者の自殺後に関係する医療従事者たちとの議論に積極的に参加できたりすると感じる程度も増加していた。

Prabhakar et al. (2014)による実践報告 彼らの報告は自ら制作した『Collateral Damages』⁵⁾という題名の DVD(Prabhakar et al., 2013)を用いた双方向のカリキュラムについてである。この DVD は, 学生が①自殺は往々にして深刻な精神疾患の結果であること, ②経験豊かで高名な精神科医でも患者の自殺を経験していること, ③悲哀に関連する様々な(感情面の)反応は共通していること, ④部門や機関のガイドラインが健康的な対処を促進する可能性, を学べるよう支援するツールである。DVD の主な内容は①教員, 研修医計 5 名からのヴィネット(自殺で亡くなった患者のことや, 直後の感情, 思考, 行動について), その 5 名に 2 名の訓練ディレクターを加えたパネルディスカッション(患者の自殺後に生じる普遍的なテーマや過程, 対応手順, 家族への対応の原則, critical incident review, リスクマネジメント, 訓練生や同僚に対する支援について), ②Power Point によるプレゼンテーション(自殺に関する疫学的事実, 患者の自殺への感情面での反応, 悲哀の作業に役立てられる資源について), ③症例演習である。研究報告の対象となった実践は, この DVD を 8 機関に配布し 240 名を対象に行われた。ワークショップは 90 分間単回であり, 基本的な内容は DVD から 3 名の短いヴィネットと症例演習に, 参加者間の自由なディスカッションや質疑応答を交え, 最後に要点をまとめるというものであった。

プレ・ポスト調査からは, 自殺に関する知識や気づきの増加, 患者の自殺後に抱かれる共通の感情, 取るべき対応, 支援システムに関する気づきや書類, リスクマネジメントに関する知識や重要性の理解の高まりといった効果が見られた。

なお Prabhakar et al.(2013)は前述の研究の前駆となる, 1 機関対象の小ワークショップの実践報告であるが, そこでは参加者を自殺経験のある者もない者も混ざった 8 名未満の小集団に分け, 自分の経験を話すことも含めたディスカッション(20 分間)を導入している。また参加者は, 患者の自殺について学ぶ方法としてグループディスカッション, 小集団セミナー, ビデオ使用の双方向セッション, 患者の自殺を経験した個人から学ぶことを好んだという。

Brown(1987)の提案する教育カリキュラム 上記 2 例のように成果の評価は行われていないが, Cambridge Hospital での実践に基づき概念化された枠組み⁶⁾である。これは精神科研修医 1 年次から 4 年次にわたる長期的カリキュラムであり, 5 つの段階が設定されている。各段階には時期の目安や概要が設定されているが, 運用は柔軟にすべきとされている。

第 1 段階「予期」は 1 年次か, 2 年次の早い時期にもたれる。研修期間中に患者の自殺を実際に経験する可能性を意識させ, 自分や仲間の患者が自殺で亡くなったらどう感じるだろうか想像するよう促される。また機関の側は, 自殺リスクの高い患者の治療に関するポリシーや事例検討会の整備などを行う。チーム治療の体制の明示, 自殺の疫学や力動などに関する教育も

行われる。第2段階「急性インパクト」は実際に自殺が生じた場合の即時対応で、自殺の数時間後～8週間にあたる。第3段階は「明確化と内的ワークスルー」で自殺から2～6か月、第4段階「再体制化」は6～18か月の頃にあたる。これらの期間に経過の振り返りや各種スタッフとの面談（有益であればグループ体験も）などを行うなか一定の安定に至ることが想定されている。最後の第5段階「再活性化への準備、研修後の実践」は4年次の半ばにもたれる。自殺リスクのある患者を将来担当するのに向け、患者の自殺を研修期間中に経験した者はそれが自分にどんな影響を及ぼしているか振り返り、担当患者の自殺は経験しなかった者も将来それが起こり得ることを思い起こす。継続的学習やコンサルテーション、孤立しないことの価値が強調され、またそれらは訓練プログラムの過程で内在化されているのが望ましい。困難にある仲間に共感的でやみくもに批判的にならず、建設的に手を差し伸べることも強調される。

ここまで概観した3つの例で扱われている内容は、患者の自殺に関する事実や、患者の自殺に遭遇したときの感情面での反応、患者の自殺後に必要な対応や利用可能な支援資源について扱い、プログラム構成の面では経験者から学ぶ、実際に自殺が生じた場合を想像させる、小集団での話し合いや演習など、自己関与度を高める工夫がされている。

その他興味深いのは、Lerner et al.では受講により仲間を支援しやすくなったという記述が見られ、Brownでも研修修了以降も助け合える関係性の維持を強調している点である。つまり影響を受ける個人の支援だけではなく周囲の仲間を支える機能にも関心が向けられている。

米国の精神科研修医・心理臨床家養成課程における患者・クライアントの自殺に関する対応の体制について調査を行った Ellis& Dickey (1998) は、自殺の事後対応に関しこれらの養成機関には「管理ニーズ」「教育ニーズ」「感情ニーズ」の3つがあるとする。「管理ニーズ」とは、患者・クライアントの自殺などの発生や、プログラムの質向上、リスクアセスメントの面をモニターする、ポリシーや対応手順およびスタッフの配置を決定して通知するといったものである。「感情ニーズ」は、患者・クライアントの自殺後に感情面への対処の機会を作ることである。「教育ニーズ」については、患者・クライアントの自殺に関して訓練生に対する教育上の欠陥があったのかを検討し、必要ならそこを改善することが挙げられている。この観点から見ると、先に紹介した3つの準備教育プログラムは、この管理ニーズや感情ニーズをまず満たしている。教育ニーズに関しては、自殺に関する事実に知識を増す他、自殺に遭遇した際の対応の自信を高める効果をもそこに加えてよいだろう。そして患者やクライアントの自殺という事態に遭遇した際、感情ニーズに合致した適切な準備教育を受講していれば、学生は事態に感情的に圧倒されてしまわずにいられることが期待され、それはこの出来事から真摯に学ぶために必要なことである。なお管理ニーズに過剰に重点を置く準備教育は、学生に防衛的な姿勢を抱かせる危険もあるように思われるので、この3種のニーズを念頭に置きバランスのとれた構成にすることが望ましいだろう。

実用面から言えば、Prabhakar et al. のような研修教材の制作は、多くの養成機関への普及を容易にする意義がある。とくに心理臨床家養成課程ではクライアントの自殺の生起頻度が低いことから、そのような経験のある心理臨床家の協力を得ることが困難な場合も考えられ、その際にはこういった教材でその点を補うことも可能となる。

3. 心理臨床家養成課程でクライアントの自殺に関する準備教育を行う意義

前節からは精神科研修医を対象とした準備教育プログラム例を概観し、それらが精神科医や心理臨床家の養成課程のニーズにも合致していることがうかがえた。それを出発点に本節では、このような準備教育プログラムがもち得る意義についてさらに考えを進めていきたい。

先述したように、心理臨床家は精神科医に比べクライアントを自殺で亡くす経験をする率は低く、養成期間中に経験する可能性も低い。では心理臨床家養成課程においてクライアントの自殺への準備教育を実施する必要性は低いのではないのか？この疑問への筆者の答えは否である。というのも、クライアントの自殺という出来事に関する教育機会を養成機関が提供することは、以下のように、特殊な危機に対処するという範疇を越えた意義があると考ええるからである。

トラウマ的体験を支える相互サポートの促進 クライアントの自殺に関する準備教育の第一の意義は、養成機関で学ぶ研修生間の相互支援的な関係を促進し得ることにある。前節の実践報告では、準備教育プログラムを受講した研修医たちはこれが自分のためだけでなく仲間を支援するうえで役立つと評価していた。先にも触れたように、クライアントの自殺によって、その心理臨床家は種々の背景から結果的に周囲から孤立していく傾向がある。このことを鑑みるに、養成課程にいる間にそのメカニズムを理解しておき、仲間が将来クライアントの自殺に遭遇した時には積極的に適切な支援の手を差し伸べるという意識を育てておくことは重要である。

個人の心を他者との間主観的コンテクストのなかに位置付けて理解する精神分析家 Stolorow(2007/2009)は「トラウマは、激しい情緒的な痛みが、それを支え得るような関係性を与えてくれる我が家^{ホム}のようなものを見出すことができない相互主観のコンテクストにおいて構築される」とする。つまりクライアントの自殺という出来事自体がトラウマなのではなく、周囲がその人を支えることができないことがその出来事をトラウマにするとと言える。

先述したように、クライアントの自殺は心理臨床家にとって大きな危機であり、その後自殺ハイリスク者との関わりを回避したり、離職したりする者もいるという。しかしその心理臨床家は、自殺に至るまでの道のりをクライアントと共にした経験から多くのことを学んでいるのであって、それを今後出会うクライアントとの関わりに還元していくのが専門家としての倫理であろう。そしてそれを可能にするためには、「我が家」と言える支持的環境が不可欠なのだ。

心理臨床家であることの本質を考える機会の提供 クライアントの自殺に関する準備教育の第二の意義は、「心理臨床家であるとは一体どういうことか」を考える機会を養成課程で学ぶ学生に提供できることにある。

社会心理学者 Janoff-Bulman (1992) によると、人間には「周囲の世界は善に満ちている」「世界には意味がある（特定の人に何かが生じるならそれには常に理由がある。正しいことをしていればよい結果が生じ、何が起きるかは自分の行いによって統制できる）」「自分には価値がある（善良で、能力があり、道徳的である）」という、世界との関わりに対する3つの根本的な仮定 assumption がある。そのような仮定は保護的な存在との関係のなかで育まれ、普段気づかれることはなく揺れ動きもしないが、トラウマの事態はこれらの仮定を打ち砕く。

この3つの仮定を心理臨床家としての側面にあてはめると、このように言い換えられるだろう。「臨床の場は善に満ちている」「臨床の場で何が生じるならそれには常に理由がある。何が起きるかは自分の対応により統制できる」「心理臨床家としての自分は善良で、能力があり、

道徳的である」。心理臨床家養成課程で過ごす学生は保護的環境のなかで実習経験を重ねる中でこのような仮定を次第に育んでいく。そしてそれは（あくまで「仮定」であるにしても）心理臨床家として巣立っていくのに必要な、養成課程における一種の大事な達成と言えよう。

しかしクライアントの自殺が生じると、「善に満ち」たところであったはずの世界は、多くの場合には突然、関係の絆をクライアント自らが断ち切るという形で粉碎される。クライアントのより良い人生に向けて積み重ねてきたこれまでの関わりも、これから二人の間で行い得たかもしれないことも、自分の手の及ばないところで全て無効となり、心理臨床家としての自信は大きく揺らぎ、実際はどうあれ自分に非があったのではないかという思いに強くとらわれる。

このようにそれまでの仮定の世界が失われたとき、「心理臨床家という仕事は一体何なのか？」という問いが生まれる。心理臨床家が関わりとクライアントの人生は良い方向に変わるというのは幻想か？心理臨床家はクライアントの生死に最終的には関与できないのか？しかし自分が関わった他者を死なせたくないという人間として当然の思い無くして、心理臨床家と言えるのか？ユング派分析家 Hillman(1978/1982)は言う。「私たちはお互いの生死に責任はなく、各人の生死はその人のものである。ただ我々は、二人のかかわり合いに責任があるのである[傍点略]」。

では心理臨床家とクライアントの「二人のかかわり合い」の性質はどう考えられるだろうか。精神分析家 Bion(1979/1998)は「ふたつのパーソナリティが会おうときに、そこに情緒の嵐が生まれます」とし、続けて「けれども、二人は出会った[強調略]」のですから、そしてこの情緒の嵐は起こったのですから、その嵐の当事者二人は「思わしくない仕事に最善を尽くす」よう決心することなのでしょう」と述べる。

その Bion の淡々とした言及は、William Blake(1797/1977)の詩の一節 "That Man should Labour & sorrow & learn & forget & return To the dark valley whence he came to begin his labours anew 人間が労苦し悲しみ習得し忘れそこから 彼がやって来た暗い谷間に彼の労苦を新たに始めるために帰る ようにと (梅津訳, 1989) " を筆者に思い起こさせる。心理臨床家としてクライアントの歩みに寄り添う仕事は、常にやりがいや嬉しさに満ちているとは限らない。様々な情緒を刺激され、無力感に圧倒されたり、疲れ果てたりする「思わしくない仕事」の側面を多分に持つ。それでも出会ったからにはクライアントに「最善を尽くす」べく、その労苦 labour とも言える作業にただ繰り返し取り組み続ける。心理臨床家にそうさせるものとは一体何であるのか？そしてクライアントの自殺という出来事は、心理臨床家をその問いに最たる形で、しかも否応なしに直面させるのだ。

Janoff-Bulman(1992)は「トラウマを理解することによって、被害に遭った者も遭っていない者も同様に、我々自身について学び、自身の最も弱いところと最も確たる強みとに気づき始めるのである」とするが、養成課程でクライアントの自殺というテーマに触れる機会を提供することは、その出来事を実際我が身に経験したか否かを問わず、上記のように心理臨床家という存在の弱さと強さについて考える契機となり得るのではないか。

もっともそのような意義をもつ準備教育にするためには、プログラム内容や構成の検討が必要である。前節でみた精神科研修医対象の Lerner et al. や Prabhakar et al. の実践では、経験者の語りから学ぶことや小集団でのディスカッションにより主体的な学習態度を引き出す工夫がされていたものの、そこでは経験者の体験は短いヴィネットや小集団セッション中に織り交ぜ

て語られる程度であった。それは時間的制約の中で多くの情報を提供するためと思われるが、先述したような心理臨床家であることの本質について深く考えることを目的にする場合には、一人の経験をより長い時間を使い丁寧に検討するほうが実り多いのではないか。それは「個人の世界において、その「個」を明らかにすればするほど、それは普遍性をもつ」（河合、1976）からである。そして参加者はその心理臨床家の経験について自らを深く関与させながら聴くことにより、自身の心理臨床家観形成に資する何かを得られるのではないか。

ただ実施にあたっては、クライアントの守秘を侵さない事例提示方法の配慮（事例の本質のみ残し架空事例化するのも一法）の他、場の目的を参加者との間で十分に共有し、やみくもに批判される場ではなく全員にとって成長促進的な場となるよう配慮することが重要であり、その点では全体の進行を見守るモデレーターを置くことも必要かもしれない。また個人のパーソナリティや過去経験、臨床家としての育ちの段階などによっては参加が脅威的・外傷的に感じられる場合もあることから、参加するか否かは本人の意思に委ねる配慮も必要であろう。

新たな「心理臨床家風土」の醸成の萌芽となる そしてクライアントの自殺に関する事前教育の第三の意義は、心理臨床家を取り巻く新たな「風土」を醸成する萌芽になり得る点である。

第1節で述べたように、クライアントの自殺は従来目を向けられてこなかったテーマである。欧米だけでなく、いや欧米以上に、我が国ではこの問題は語られないままであった。

このようなトラウマを語ることの「タブー」についても、Janoff-Bulman(1992)の「仮定の世界」との関連で説明できる。すなわち周囲の人たちにとっては、そのような出来事を実際に経験した人を目の当たりにすることが自らの「仮定の世界」を維持する上での脅威となるため、その出来事から距離を取ろうとするのだという。クライアントの自殺に関する話題が表立って語られないのもこのためだろう。Brown(1987)は「それについて語らなければその経験〔筆者補足：患者の自殺〕を免れ続けられる、という迷信めいた感覚」と表現する。

近年、自殺予防の他にもターミナルケアの領域など、社会は心理臨床家に死と向き合うことを要請するようになった。しかし例えば小出・山本（2016）による臨床心理学専攻の大学院生を対象とした調査では、がん患者に対する支援に興味をもつ者のうち実際にがん医療現場で働きたいという者は半数程度で、多くの者が死と向き合うことの怖さを挙げたという。

クライアントの自殺に関する準備教育を実施するということは、学生に回避されやすい死や自殺というテーマに養成機関自らが目を向ける姿勢を明示することである。Brown（1987）は、教育プログラムの姿勢は全ての研修生に内在化されるという。クライアントの自殺という出来事は起こり得ることで、かつ他者と語ってもよいことなのだと保証し、守られた場の中でそのような経験に触れる機会を学生に提供することは、長期的には心理臨床家をとりまく風土の変容に寄与するのではないか。すなわちクライアントの自殺に関する準備教育を受けて現場に出ていく学生が増えることは、心理臨床家集団が死というこれまで向き合えずにいたテーマに開かれていくための、一つの道筋になるかもしれない。心理臨床家養成機関の使命は一定水準以上の知識や技能を備えた専門家を社会に送り出すことであるが、それにとどまらず未来の心理臨床家集団のあり方を変える触媒にもなり得るのではないかと筆者は考える。

4 議論の拡張：自殺ハイリスク者への介入に関する教育の在り方について

本節では、議論を自殺ハイリスク者への介入に関する教育にまで敷衍する。というのも、クライアントを自殺で亡くすということと自殺ハイリスク者との関わりとの間には、臨床家に求められる姿勢の点で深い関連があると筆者は考えるからである。

米国では近年 Zero Suicide, すなわち医療ケアを受けている人の自殺は防ぐことができるとし、自殺者数ゼロを目標に掲げエビデンスに基づく良質な対応を行おうという動きがある(Suicide Prevention Research Center, 2015)。そしてこのような考え方は、一定の根拠に基づいて core competency を明確に定め、その習得を目標とする教育プログラム（例えば Cramer et al., 2013）と馴染みがよい。自殺防止のための基本的な知識・技法の獲得が重要なのは明白であり、心理臨床家養成課程ではこちらの教育にこそ重点が置かれるべきとの意見もあるかもしれない。

一方で、先述したクライアントの自殺について語ることのタブーに関する我々の心理機制を考慮すると、この Zero Suicide に象徴されるような自殺防止への強い関心は、Hillman(1978/1982)の言うとおり「現在もっている思考モデルの中に、死のための十分な場をもっていない」ために生まれる「死に対する根本的な恐怖に根ざしている」可能性もあろう。

自殺ハイリスク者への介入においては知識や技法の習得だけでは不足である。というのもそこでの困難の一つは、支援に携わる人の感情が大きく揺さぶられることにあるからである。例えば Neimeyer & Pfeiffer (2013) は、自殺危機介入を行う際に未熟な支援者が陥りやすい行動を 10 挙げた。具体的には表面的な安心づけ、強い感情の回避（強い感情を喚起する話題を避けるなど）、プロフェッショナリズム(自分はプロであるとして対象者との間に線を引こうとする)、自殺意図のアセスメントの不適切さ、引き金となる出来事を同定することの失敗、受け身、(マネジメントにおける)不十分な方向付け、安易なアドバイス、ステレオタイプの応答、防衛的態度であるが、それらの多くの背景には支援者が自殺の脅威に圧倒されてしまうこととそれに対する防衛の生起があるように思われる。例えば自身に強い恐怖を喚起する対象から情緒的に距離をとる、人知の及ばない死というものに対する無力感とその打ち消しといったものである。

もっとも、こういった感情面の困難にも既に注意は払われてきた。例えば先述の Cramer の core competency の 1 つ目には、自殺に対する自身の態度や反応に気づきそれを適切に扱って、気遣いやケアの姿勢をとることが挙げられている。また現実味のある相談場面を設定し感情面での体験をも織り込んだ演習法も考案されている(Melchiodi, 1980)。

しかしハイリスク者を前に平静を保てさえすればよいというわけではない。Maltzberger & Buie(1974)の精神分析的観点からの指摘によると、ボーダーラインや精神病の自殺ハイリスク者は分析家との間にサド・マゾ的關係を形成しやすく、分析家は強い憎しみの逆転移感情を抱きやすい。そしてその憎しみが感じられなくなった場合がむしろ危険であるという。というのも分析家が無意識的にそのハイリスク者を見捨てた可能性があるからである。ここからは死に近づかんとするクライアントに向き合い続けることがいかに困難な仕事であるかが分かる。

例えば Menninger(1991)は自殺念慮を抱く事例のマネジメントに関する“impossible case”カンファレンスを提案している。そこで彼は熟練者でも対応に苦慮することや不可避的な限界があることを学ぶ意義を提言するが、筆者はそれに加え、困難な事例を前に生じる圧倒的な感情を参加者全員で抱えることを通じ、そのような状況でもなお相手と関わり続ける体験の重みと

価値を学ぶことに意義があると考ええる。

このように考えると、自殺ハイリスク者に対峙し彼らと生きていく道筋を模索するには、人生や死、また臨床家としての可能性と限界をはじめとする心理臨床という営みの本質に対する認識に裏打ちされていることが不可欠と思われる。そしてそれは前節で述べたように、クライアントを自殺で亡くすという経験に直接／間接的に触れそこから真摯に学び続ける過程で臨床家の中に育まれるものと同質のものである。したがってクライアントの自殺に関する準備教育無くして、自殺ハイリスク者への対応に関する真に有効な教育は成り立たないのではないか。

註

- 1)本稿では NPO 法人全国自死遺族総合支援センター（2013）を踏まえ、自殺予防に携わる関係者の立場から捉えるという意味で「自殺」「自殺で亡くなった」等の表記を用いる（ただし他文献からの引用箇所については、引用元どおりの表記とする）。
- 2)本稿では日本の通例に従い、引用文献中の表記に拠らず精神科医が担当する場合は「患者」、心理臨床家が担当する者を指す場合は「クライアント」、両方を指す場合はその併記とする。
- 3)Hendin et al. (2004)の調査では、患者・クライアントの自殺に伴う治療者の罪悪感客観的過誤が無い場合でも生じ、その罪悪感は患者・クライアントに対する関与度の高さを反映していると考えられている。なお本稿での議論は、専門家として妥当な実践が行われたにも拘らず患者・クライアントの自殺に至った場合を想定している。
- 4)この一覧は右記より参照できる。<http://www.cliniciansurvivor.org/>（2017年8月30日取得）
- 5)「巻き添え被害」を意味するこの命名は、患者・クライアントの自殺による打撃を彼らとの間に深い関わりあいがあったことから不可避免的に生じるものとする筆者には違和感がある。
- 6)これが実際に用いられているプログラムであるとの明確な記載はBrown（1989）にある。
- 7)この点で高橋祥友のWeiner編『患者の自殺』（2005/2011）の翻訳刊行は特筆すべき事である。

文献

- Bion, W. R. (1979). Making the best of a bad job. In Bion, W. R. (Ed.). (1994). *Clinical seminars and other works*. London: Karnac Books. 祖父江典人(訳)(1998). 思わしくない仕事に最善を尽くすこと。ビオンとの対話—そして、最後の四つの論文。金剛出版, pp.135-149.
- Blake, W. (1797). Vala, or the four Zoas. In Ostriker, A. (Ed.). (1977). *William Blake the complete poems*, Harmondsworth: Penguin, p.433.
- Brown, H. N. (1987). Patient suicide during residency training (I): Incidence, implications, and program response. *Journal of Psychiatric Education*, **11**, 201-216.
- Brown, H. N. (1989). Patient suicide and therapists in training. In D. Jacobs & H. N. Brown (Eds.). *Suicide: Understanding and responding: Harvard Medical School perspectives*. Madison, CT: International Universities Press, pp.415-434.
- Chemtob, C. M., Hamada, R. S., Bauer, G., Kinney, B., & Torigoe, R. Y. (1988a). Patients' suicides: Frequency and impact on psychiatrists. *The American Journal of Psychiatry*, **145**, 224-228.
- Chemtob, C. M., Hamada, R. S., Bauer, G., Torigoe, R. Y., & Kinney, B. (1988b). Patient suicide:

- Frequency and impact on psychologists. *Professional Psychology: Research and practice*, **19**, 416-420.
- Cramer, R. J., Johnson, S. M., McLaughlin, J., Rausch, E. M., & Conroy, M. A. (2013). Suicide risk assessment training for psychology doctoral programs: Core competencies and a framework for training. *Training and Education in Professional Psychology*, **7**, 1-11.
- Ellis, T. E. & Dickey, T. O. (1998). Procedures surrounding the suicide of a trainee's patient: A national survey of psychology internships and psychiatry residency programs. *Professional Psychology: Research and Practice*, **29**, 492-497.
- 藤居尚子 (2015). クライエントの自殺をセラピストが生き残るためのさまざまな精神分析的観点. 心理臨床学研究, **33**, 321-330.
- Hendin, H., Haas, A. P., Maltzberger, J. T., Szanto, K., & Rabinowicz, H. (2004). Factors contributing to therapists' distress after the suicide of a patient. *The American Journal of Psychiatry*, **161**, 1442-1446.
- Hillman, J. (1978). *Suicide and the soul*. Dallas:Spring Publications. 樋口和彦・武田憲道(訳)(1982). 自殺と魂. 創元社.
- 廣川聖子・松本俊彦・勝又陽太郎・木谷雅彦・赤澤正人・亀山晶子・高橋祥友・川上憲人・渡邊直樹・平山正実・竹島 正 (2013). 精神科治療を受けていた自殺既遂者の心理社会的特徴—心理学的剖検による 76 事例の検討. 精神神経学雑誌, **115**, 923-932.
- Janoff-Bulman, R. (1992). *Shattered assumptions: Towards a new psychology of trauma*. New York: The Free Press.
- 河合隼雄 (1976). 事例研究の意義と問題点—臨床心理学の立場から. 臨床心理事例研究, **3**, 9-12.
- Kleespies, P. M., Pank, W. E., & Forsyth, J. P. (1993). The stress of patient suicidal behavior during clinical training: Incidence, impact, and recovery. *Professional Psychology: Research and Practice*, **24**, 293-303.
- 小出奈穂・山本真由美 (2016). 臨床心理士を目指す大学院生に対するがんや緩和ケアに関する教育プログラムの作成の試み—医学部学生との意識の違いを比較して— 徳島大学人間科学研究, **24**, 9-28.
- 厚生労働省 (2017). 平成 29 年版自殺対策白書. <http://www.mhlw.go.jp/wp/hakusyo/jisatsu/17/index.html> (2017 年 8 月 30 日取得)
- Lerner, U., Brooks, K., McNiel, D. E., Cramer, R. J., & Haller, E. (2012). Coping with a patient's suicide: A curriculum for psychiatry residency training programs. *Academic Psychiatry*, **36**, 29-33.
- Litman, R. E. (1965). When patients commit suicide. *American Journal of Psychotherapy*, **19**, 570-576.
- Maltzberger, J. T., & Buie, D. H. (1974). Countertransference hate in the treatment of suicidal patients. *Archives of General Psychiatry*, **30**, 625-633.
- Melchiodi, G. A. (1980). The suicide call - An affective learning experience. *The Journal of Psychiatric Education*, **4**, 52-56.
- Menninger, W. W. (1991). Patient suicide and its impact on the psychotherapist. *Bulletin of the Menninger Clinic*, **55**, 216-227.

- 成田善弘 (2002). 精神療法家の仕事 最終回 治療者のメンタル・ヘルス. 臨床心理学, **2**, 804-809.
- Neimeyer, R. A. & Pfeiffer, A. M. (2013). The ten most common errors of suicide interventionists. Leenaars, A. A., Maltsberger, J. T., & Neimeyer, R. A. (Eds.). *Treatment of suicidal people*. New York: Taylor & Francis, pp. 207-224.
- NPO 法人全国自死遺族総合支援センター (2013). 「自死・自殺」の表現に関するガイドライン～「言い換え」ではなく丁寧な「使い分け」を～ <http://www.izoku-center.or.jp/images/guideline.pdf> (2017年8月30日取得)
- Prabhakar, D., Anzia, J. M., Balon, R., Gabbard, G., Gray, E., Hatzis, N., Lanouette, N. M., Lomax, J. W., Puri, P. & Zisook, S. (2013). "Collateral damages": Preparing residents for coping with patient suicide. *Academic Psychiatry*, **37**, 429-430.
- Prabhakar, D., Balon, R., Anzia, J. M., Gabbard, G. O., Lomax, J. W., Bandstra, B. S. Y., Eisen, J., Figueroa, S., Theresa, G., Ruble, M., Seritan, A. L., & Zisook, S. (2014). Helping psychiatry residents cope with patient suicide. *Academic Psychiatry*, **38**, 593-597.
- Puttagunta, R., Lomax, M.E., McGuinness, J. E., & Coverdale, J. (2014). What is the prevalence of the experience of death of a patient by suicide among medical students and residents? A systematic review. *Academic Psychiatry*, **38**, 538-541.
- Stolorow, R. D. (2007). *Trauma and human existence: Autobiographical, psychoanalytic, and philosophical reflections*. New York: The Analytic Press. 和田秀樹(訳)(2009). ト라우マの精神分析—自伝的・哲学的省察. 岩崎学術出版社.
- Suicide Prevention Research Center (2015). What is Zero Suicide? <http://zerosuicide.sprc.org/sites/zerosuicide.actionallianceforsuicideprevention.org/files/What%20is%20Zero%20Suicide.pdf> (2017年8月30日取得)
- 高橋祥友 (2006). [新訂増補] 自殺の危険—臨床的評価と危機介入. 金剛出版.
- Tillman, J. G. (2006). When a patient commits suicide: An empirical study of psychoanalytic clinicians. *The International Journal of Psychoanalysis*, **87**, 159-177.
- 梅津濟美(訳)(1989). ブレイク全著作. 名古屋大学出版会.
- Weiner, K. M. (Ed.). (2005). *Therapeutic and legal issues for therapists who have survived a client suicide: Breaking the silence*. New York: Haworth Press. 高橋祥友(訳)(2011). 患者の自殺—セラピストはどう向き合うべきか. 金剛出版.
- World Health Organization (2014). *Preventing suicide: a global imperative*. 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自殺予防総合対策センター(訳)(2014). 自殺を予防する—世界の優先課題. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/131056/5/9789241564779_jpn.pdf (2017年8月30日取得)

(臨床実践指導学講座 博士後期課程2回生)
(受稿2017年8月31日, 受理2017年10月20日)

心理臨床家養成課程でクライアントの自殺に関する準備教育を行う意義

—精神科研修医を対象にした実践報告の概観をふまえて—

藤居 尚子

担当患者やクライアントが自殺で亡くなるという出来事は精神科医や心理臨床家に深刻な影響を及ぼすため、養成課程で準備教育を行うことの重要性が提案されている。本稿ではまず精神科研修医を対象としたそのような準備教育の実践報告を概観し、その知見をふまえ、心理臨床家養成課程でクライアントの自殺に関する準備教育を行うことの意義を論じた。具体的には、このトラウマ的な体験に対処するのに必要な相互支援の促進につながることで、心理臨床家であることの本質を考える機会となること、そして心理臨床家が死に向き合う風土醸成の萌芽となる可能性の3点について論じた。最後に、自殺ハイリスク者への危機介入に関する教育においても、介入に必要な知識や技能の習得だけではなく、クライアントの死の可能性と対峙し続ける心理臨床家としての姿勢を育むことが重要であり、その点でもクライアントの自殺から学ぶことは不可欠であることにも触れた。

Significance of Preparatory Education on Client Suicide at Psychotherapist Training Courses: Based on Review of Practical Reports for Psychiatric Residents

FUJII Naoko

The suicide of a patient or client has a profound influence on psychiatrists and psychotherapists, and it has been suggested to be important to provide preparatory education on patient/client suicide in training courses. This paper first presents a review of practical reports of preparatory education conducted for psychiatric trainees. Based on the findings, the significance of preparatory education on client suicide in psychotherapist training courses is discussed. Such training can promote mutual support among trainees to deal with traumatic experiences, and can provide opportunities to think about the essence of being a psychotherapist. In addition, this can lead to a new cultural climate among psychotherapists, which will enable them to confront death. Based on those discussions, education on addressing suicidal clients is also discussed. It is important not only to acquire knowledge and skills, but also to nurture a psychotherapist's attitudes to confront the possibility of the client's death. Learning from client suicide is essential for psychotherapists.

キーワード： 患者・クライアントの自殺，心理臨床家養成，教育プログラム

Keywords: patient/client suicide, psychotherapist training, educational program