

## 投稿論文

# 自殺念慮を抱えて生きる当事者の経験を扱う 自殺予防アプローチの探究

——オープン・ダイアローグの枠組みを手がかりとして——

市瀬 晶子

関西学院大学人間福祉学部専任講師

● 要約 ●

本研究では、当事者にとって自殺念慮とは何を意味しているのか、その回復とは何かを明らかにし、自殺予防のどのようなアプローチが当事者の自殺念慮を患う経験を理解するのに妥当なのか検討することを研究課題とした。当事者であるAさんのライフストーリーからは、これまでの生き方自体が破たんしてしまったという行き詰まり、そして他者との関係において自己の存在が排除されてしまった痛みが自己損傷的思考や自殺念慮として表現されていたと理解することができた。このことから、まだ自殺念慮や自殺行動として以外には理解されていない当事者の苦しみに声を与えられる点、ダイアローグによって自分の周囲の社会という場につながることで他者との関係性において自己の存在に意味を見出すことができるという点で、オープン・ダイアローグの枠組みは、当事者の自殺念慮を患う経験を扱うのに妥当ではないかと考えられた。

● Key words : 自殺念慮, 自殺予防のアプローチ, オープン・ダイアローグ, ソーシャルワーク, 当事者の病いの経験

人間福祉学研究, 12 (1) : 129-149, 2019

## 1. 研究目的と研究デザイン

### 1.1. 問題の所在

自殺予防の効果的な介入や方法を検討するためには、まず人々の自殺行動を理解することが重要な課題の一つである。しかし、「現代の医療専門職は、自殺企図の原因という点から考えやすいが、患者はより自分の企図に理由を与えようと、自分自身をその行動の主体とみなしている」(Michel, et al., 2002 : 428) と、自殺企図の理解について専門職と患者のあいだに食い違いがあることが指摘されている。

精神科医であり文化人類学者である Kleinman

は疾患から病いを区別し、疾患が「生物学的な構造や機能におけるひとつの変化としてのみ再構成された、治療者の視点からみた問題」(Kleinman, 1988 = 1996 : 6) であるのに対し、病いとは「人間に本質的な経験である、症状や患うことの経験」(Kleinman, 1988 = 1996 : 4) であると述べた。そして、Kleinman は「診断は疾患とその治療に関する事実のみが求められ、表に出ることが許され、聴かれる」が、「人間が患うということは慢性的な病いの大部分であるが、沈黙を受け、否定されているように見える」(Kleinman, 1988 : 135) と指摘している。このことは自殺予防の臨床においても同様の課題ではないだろうか。すなわち、

自殺企図の理解について専門職と患者のあいだに食い違いがあるのは、自殺傾向が疾患や病理のみに還元されてしまい、自殺傾向が何を意味しているのか患者の説明は聴かれることが少ないからだとと思われる。現在の自殺予防のアプローチには、自殺傾向を抱えて生きる当事者の経験を扱うことのできる枠組みがなく、患者の声が沈黙されたままになっていることが課題であると考えられる。

## 1.2. 本研究の研究課題と目的

自殺とは「負傷、被毒、窒息などによる死であり、その損傷は自らに負わせるもの、または故人は自身を殺害するつもりであったことが（明白あるいは暗黙の）証拠のある死」（O'Carroll, et al., 1996 : 246-247）をいう。O'Carrollらは、自殺（既遂）を含む自己損傷的な思考と行動の用語体系を図1のように整理している。自己損傷的な思考と行動には、「危険な思考と行動」「自殺に関連する

思考と行動」があり、後者には自殺念慮（suicidal ideation）と自殺に関連する行動（suicide-related behaviors）が含まれる。自殺に関連する行動とは、「自己損傷の可能性のある行動であり、（a）その人がある（ゼロではない）程度、自身を殺害するつもりであったか、あるいは（b）その人がある他の目的を達するため（例えば、助けを求めるため、他者を罰するため、注目を引くため）に、自身を殺害する意図を見せることを願っていたことに（明白なあるいは暗黙の）証拠がある行動」のことを指す。また、自殺念慮とは、上記のような行動を行うことについての自己報告的な思考をいう（O'Carroll, et al., 1996 : 246）。

しかし、自身が自殺を企図したことがある Webb (2010) は、客観的で測定可能なデータのみで自殺思考と行動を理解することは、自殺感情を生きてきた当事者の知識と見解を排除しており、部分的で不完全だと指摘している。自殺を理解し、説明し、予測し、予防する自殺学の努力を達成するためには、自殺傾向（suicidality）を生きた経験と自殺傾向がそれを生きている人々にとって何を意味しているのかについての理解が必要だと述べている（Webb, 2010 : 24-25）。

そのため、本稿では Kleinman の「病い」の概念を援用し、自殺傾向を「患うこと」の当事者の経験を理解することを目指す。本稿では自殺傾向（suicidality）は上記の「自殺に関連する思考と行動」を指すこととする。しかし、自殺に関連する思考と行動は、「自殺念慮が時々起こる」から「自殺既遂」までの広い範囲を含むため、本稿では「自殺に関連する思考と行動」の中でも自殺念慮を患うことの経験を扱う。また、自殺念慮とは O'Carroll らの用語体系に従い、「その人がある（ゼロではない）程度、自身を殺害する意図をもって、自己損傷の可能性のある行動を行うことを考えること」と定義する。

本研究における研究課題はまず当事者にとって自殺念慮とは何を意味しているのか、その回復とは何かを明らかにすることである。その上で、自

図1 自殺と自己損傷的思考・行動の用語体系

- 
- I. 自己損傷的思考と行動
    - A. 危険な思考と行動
      - 1. 直接的な危険（例 モトクロス、スカイダイビング）
      - 2. 間接的な危険（例 喫煙、不特定多数との性行為）
    - B. 自殺に関連する思考と行動
      - 1. 自殺念慮
        - a. 時々起こる念慮
        - b. 深刻な念慮
          - (1) 持続的
          - (2) 一時的
      - 2. 自殺関連行動
        - a. 手段としての自殺関連行動（ISRB）
          - (1) 自殺の恐れ
            - (a) 消極的（例 崖に座っている）
            - (b) 積極的（例 言葉、文字による脅し）
          - (2) その他の ISRB
          - (3) ISRB に関連した偶発性の死
        - b. 自殺行為
          - (1) 自殺企図
            - (a) 損傷なし（例 銃の発砲、失敗）
            - (b) 損傷あり
          - (2) 自殺（既遂）

自殺予防のどのようなアプローチが当事者の自殺念慮を患う経験を理解するのに妥当なのかを検討する。そのことにより、ソーシャルワークにおいて、自殺念慮を抱えて生きる当事者の経験を扱うことのできる自殺予防のアプローチを探究することが本稿の目的である。

### 1.3. 本研究の分析枠組みと本研究の意義

本稿では、自殺予防のアプローチを分析の対象とする。先行研究の検討では、これまでの自殺予防のアプローチは自殺関連行動をどのように理解しようとしてきたのか、すなわち、各々のアプローチにおける自殺関連行動の説明モデルを明らかにする(第2節)。続いて、自殺念慮を抱えた経験をもつAさんの事例より、当事者にとって自殺念慮は何を意味しているのか、その回復とは何かを明らかにする(第3節)。そして、Aさんの事例を自殺予防のアプローチを用いて考察し、各々のアプローチの説明モデルが当事者の経験をよく理解・説明できるものかどうか、そのアプローチの説明モデルによる分析(理解)の妥当性を検討する。それをふまえて最後にソーシャルワークにおける自殺予防としてどのようなアプローチが求められるのかを考察する(第4節)。

本研究は、一事例を通して分析と考察を行う。Yinは、事例研究における一般化は頻度を列挙すること(統計的一般化)ではなく、分析の「一般化」であると述べている(Yin, 1944 = 1996: 14)。また、Mitchellも事例研究において「分析者の目的は、ある連続した出来事の過程の中に一般的な説明原理がどのように表れているかを示すこと」(Mitchell, 1983: 203)だと述べている。すなわち、事例研究を通して得られる知見がもつ意義は、集団から標本抽出を行い、その標本からの情報収集を通じて得られた知見がその集団全体にも当てはまると推論できる一般化ではなく、事例を通じて理論を考察することで、その分析を一般化することである。そのため、本研究では、自殺念慮を抱えた経験をもつAさんの事例を自殺

予防のアプローチを用いて考察し、各々のアプローチの説明モデルが当事者の経験をよく理解・説明できるものかどうか、そのアプローチの説明モデルによる分析(理解)の妥当性を検討する。

## 2. 自殺予防のアプローチにおける自殺関連行動を説明するモデル

本節では、これまでの自殺予防のアプローチを検討し、1) これまでのアプローチは自殺関連行動をどのように理解しようとしてきたのか(自殺関連行動の説明モデル)、2) 望ましい結果をどのように描いてきたのかを分析する。

### 2.1. 個人モデル

#### 2.1.1. 公衆衛生アプローチ

自殺予防は、マラリアやタバコに関連する疾患と同様に、疾病を予防するための公衆衛生アプローチによって対策が進められてきた。自殺そのものは疾病と捉えることはできないが、自殺予防の基本的な考え方は疾病の予防と大きく異なるものではない(高橋, 2014: 24)。すなわち、現在の自殺予防の基本的な枠組みは「現時点でただちに危険が迫っているわけではないが、その原因などを取り除いて自殺が起きるのを予防する」一次予防、「今まさに起こりつつある自殺の危険に介入し、自殺を防ぐ」二次予防、「自殺が生じてしまった場合に、他の人々に及ぼす心理的影響を可能な限り少なくするためのケア全般」を意味する三次予防から成っている(高橋, 2014: 24-25)。

WHOも自殺を公衆衛生の課題と位置づけ、自殺予防における効果的な対応の基礎となるのは、背景に関連する自殺の危険因子の同定と、適切な介入による危険因子の軽減であるとしている(WHO, 2014 = 2014: 30)。WHOでは、疫学的研究により、一般人口または特定の集団における自殺行動と危険因子(社会人口属性要因、親の精神疾患等)との関連を実証的に検証し、自殺行動の危険因子を特定していく研究が進められている

(Nock, et al., 2012 = 2015).

公衆衛生アプローチにおいて、1) 人々の自殺関連行動はそれと実証的に関連が検証された危険因子として理解されている。また、公衆衛生は最多数の人々に最大限の便益を与えることを目的とし、健康問題を予防して全人口に対するケアと安全性を促進しようとするアプローチ (Leenaars, 2004: 61) であるため、2) 一般人口または特定の集団における自殺による死亡率の低下を目的としている。

### 2.1.2. メディカルモデル(薬物療法アプローチ)

WHO は、精神障害、行動障害の適切な予防と治療が自殺率を減らすという科学的根拠をもとに、うつ病、アルコール依存、統合失調症の早期発見と治療を自殺の一次予防の重要な戦略と位置づけてきた (WHO, 2001: 73)。そこで、「自殺に直結しかねない重症の精神疾患を早期の段階で発見し、自殺を予防しようとする」のがメディカルモデルと呼ばれる自殺予防のアプローチである (高橋, 2011: 79)。日本においても、自殺対策の中核となってきたのはうつ病対策である (厚生労働省, 2010)。

精神障害の生物学的研究として有力な手法である死後脳研究では、精神科の基礎疾患にかかわらず、セロトニン系の異常が自殺に関係しているのではないかと考えられている (張・広井, 2011: 69)。セロトニン神経伝達システムは、前頭葉の行動抑制や扁桃体の抑制的制御に関係していることが分かっており、セロトニン神経系の機能低下によって、脱抑制的な行動や不安、怒り、衝動性、情緒不安定などの強い情動が起これ、これらが自殺行動に関係している可能性があると考えられている。そのため、臨床的には脳内の低セロトニン状態を改善させることが自殺予防につながると考えられ、その手段として抗うつ薬、なかでも SSRI (選択的セロトニン再取り込み阻害薬) が有効とされている (張・広井, 2011: 69)。

メディカルモデルでは、1) 自殺行動は神経伝

達物質セロトニンの機能不全が自殺行動を引き起こす原因であると考えられている。2) そのため、脳内の低セロトニン状態を改善させることが自殺予防につながると考えられ、抗うつ薬による薬物療法が用いられる。

公衆衛生アプローチ、メディカルモデルはどれも患者が訴える症状の基盤にある疾患を特定し、疾患の原因を見つけ、その原因を取り除くことができれば疾患は治癒し、疾患が治癒すれば症状はなくなるという生物医学的な疾病モデルの考え方が基盤となっている。自殺を疾患と同じように捉えて、その原因をつきとめ、原因を取り除けば症状 (自殺関連行動) はなくなると考えるこの説明モデルは、自殺関連行動を個人の病理の帰結とみなし、個人的な現象に還元するという意味で「個人モデル」と位置づけられる。

## 2.2. 社会モデル

日本では 1998 年の自殺者数の急増以降、自殺と社会経済的要因との関連が認識されるようになった。ライフリンク (2008) は、遺族を対象とした自殺の実態調査を行い、「自殺は『個人的な問題』であり、『社会構造的な問題』でもある」と問題提起した。2006 年に施行された自殺対策基本法は「誰も自殺に追い込まれることのない社会の実現」(第一条)を目的とし、基本理念にも「自殺対策は、自殺が個人的な問題としてのみ捉えられるべきものではなく、その背景に様々な社会的な要因があることを踏まえ、社会的な取組として実施されなければならない」(第二条の 2) と明記された。このことは、自殺行動を個人的な問題として帰結させるのではなく、自殺は社会構造的な問題から追い込まれた末の死でもあるとして、人々を自殺に追い込む社会構造、社会的要因を問題とする点で「社会モデル」での捉え方がされるようになったと言える。

### 2.3. 生態学モデル

WHO (2002) は、発達心理学の領域での

Bronfenbrenner (1979 : 3-6) の理論枠組み——人間発達には、二者関係、学校・職場などの対人構造、文化との相互作用のありかたが影響を及ぼす——を援用し、自殺を含む暴力を個人レベル、社会的関係レベル、コミュニティレベル、社会的要因のレベルが複雑に相互作用した結果として捉える「生態学モデル」を示した。現在では、なぜ人々が自殺するのかは単一の因子では説明できず、自殺関連行動は個人的、社会的、心理的、文化的、生物学的そして環境因子が互いに絡み合っていて影響する複雑な現象であると捉えられている (WHO, 2014 = 2014 : 11)。

### 2.3.1. ソーシャルワークにおけるアプローチ

福島は、複合的な問題である自殺はソーシャルワークの対象となるべき課題であり、ソーシャルワークは自殺に対応する支援方法と視点を有しているとする (福島, 2012 : 7)。自殺の問題は精神医療の問題か社会的な問題かが対立軸で論じられるが、自殺を考えるほどに追い詰められている人は、社会的、身体的、心理的な問題を複合的に抱えていることが多く、ソーシャルワーカーは身体的・心理的・社会的アセスメントが包括的にできる専門職であると述べている (福島, 2012 : 6)。福島によればソーシャルワーカーによる対応として、ミクロレベルでは、自殺の危険因子を理解しサインに気づくこと、相談窓口での予防的な関わり、アウトリーチやグループワーク、ケース・マネジメント、ネットワーキング等の機能を果たすことができる。メゾレベルでは、自殺危機にある人は複数の機関や人を必要としているので、信頼関係を築き、本人の置かれている状況を把握したうえで、精神科医療機関、専門相談窓口、インフォーマルな社会資源等に「つなげる」機能を担っていく。マクロレベルでは、うつ病などのスクリーニングでハイリスクと認識された高齢者に対し訪問活動をし、グループ活動への参加を促すなどの「つなげる」の再構築においてソーシャルワーカーは専門性を生かすことができるとしている (福島,

2012 : 8-15)。

福島 (2012) に即すと、自殺予防におけるソーシャルワークのアプローチとは1) 自殺の危機にある人を「環境の中の人」として捉え、生態学的視点で家族、所属している集団、生きている地域、社会そのものなどとの関係から問題を多層的に捉えていく。そして、2) 自殺の危機にある人を新たな機関や人と「つなげる」機能を担い、「つなげる」の再構築をしていく。そして、「つなげる」実践とは単に紹介や連絡調整ではなく、「人々がその環境と相互に影響し合う接点」に介入を行い、その結果、本人と環境の双方が変化し、かつ、本人と環境との関係性が良い方向へ変化する結果をもたらすものとされている (福島, 2012 : 6-7)。

## 2.4. ダイアログ実践 (dialogic practice) のアプローチ

### 2.4.1. オープン・ダイアログとは何か

近年、急性期の精神疾患に対するアプローチとして着目されているものにオープン・ダイアログがある。オープン・ダイアログは、フィンランド西ラップランド地域における精神科実践のシステムのことを指す制度のレベルと、精神科ケアにおけるネットワークを基盤とした言語的アプローチとしての実践内容の2つのレベルをもって (Seikkula and Alkare, 2007 : 225) (Seikkula and Olson, 2003 : 403)。

精神科的危機における支援システムとしてのオープン・ダイアログとは、最初の連絡があって24時間以内に治療ミーティングが実施される。外来と入院のスタッフで構成された移動式の危機対応チーム (mobile crisis team) は治療ミーティングを組織し、急性の症状のある人、チーム、その状況に関係のある重要な他者全員 (親戚、友人、他の専門職など) が一堂に集まって、できる限り患者の自宅で治療ミーティングが行われる。治療や薬物、入院についてのあらゆる決定は、全員がいる場で話し合わせ、決定される。患者が入院してもしなくても、同じチームが家族が危機を

脱したことがはっきりするまで関わり続けるというものである (Seikkula and Olson, 2003 : 406-407).

実践内容としてのオープン・ダイアログは、患者の既存のサポートシステムを活用した治療ミーティングを基盤とする。しかし、オープン・ダイアログが焦点をあてるのはサポートシステムそれ自体ではなく、「治療システムのなかで生じるコミュニケーションの形態」である。治療システムは危機対応チーム（専門職）、患者、患者の社会的ネットワークで構成される。ここでのコミュニケーションとは、「肯定的なアイデンティティを構成し、交渉していくための公開討論の場」とみなされるものであり、「新たな意味が人々の“あいだで”構成される共同のプロセス」である (Seikkula, 2002 : 263)。

ミーティングにおいてチームの役割は、患者の社会的ネットワークが内容を生み出す主導権をとり、それぞれの発話にダイアログ的に応じ、異なる参加者達のあいだで（精神疾患や精神的な行動に）新しい理解を立ち上げるのを促進することである (Seikkula, 2002 : 265)（括弧内引用者補足）。Seikkula は次のように述べている。

「ミーティングの中でのある特別の時点で、患者は精神的なストーリーを語り始めることが多い。そこにその精神病について最も敏感で重要なテーマが扱われている。まさにその時まだ言葉にならない経験に触れられていると仮定して、会話におけるその時点で注意を払わなければならない。精神的な話は、他の様々な声が存在する生きた会話の中で一つの声になっていく。会話の中でのそうした重要な時点で、精神的な行動の“理由”が分かるようになる」(Seikkula, 2002 : 265)。

オープン・ダイアログにおいては、患者の社会的ネットワークにダイアログを生み出すこと

が治療における言語のあり方であり、治療の目的となっている (Seikkula, 2002 : 265)。

ダイアログの原理を用いたアプローチはダイアログ実践とも呼ばれ、アメリカでは精神障害の当事者のピアサポートによるリカバリーにも用いられている (Fisher, 2012)。

#### 2.4.2. オープン・ダイアログにおける問題の捉え方と望ましい結果

それではオープン・ダイアログでは、「問題」はどのように捉えられているのか。Seikkula は次のように述べている。

「精神的な反応は、自分の経験を理性的に語られる言葉にすることができなかったために、自分の経験を意味づけようとしたり、対処しようとする試みとして理解されるべきである。ストレスがかかり続ける状況では、そうした経験はメタファーの形で現実化し、発言される方法が探られる。これが精神的な経験の、言葉以前の (prenarrative) 性質である」 (Seikkula, 2002 : 264)（下線部引用者）。

また、オープン・ダイアログは、患者を変化させる（例えば精神的な症状を迅速に除去すること、家族を変化させる（例えば家族システムの中に新しい相互作用の様式を得ようとする）ことが目的とはされていない。「治療的な努力は主に、チーム（と他の関係者）と家族、あるいはそうした社会的ネットワークのメンバーのあいだに存在するスペースに注がれる」(Seikkula, 2002 : 265) というように社会的ネットワークにダイアログを立ち上げることが目指されている。

つまり、オープン・ダイアログは、精神疾患やその症状を、または患者と家族が捕らえられているとするシステムを「問題」とするのではなく、  
1) 精神疾患やその症状として表現されているその人の困難な経験の意味や対処が「まだ言葉にさ

れていない」, 幻覚や妄想として以外には「理解されていない」ことを問題と捉え、2) 患者、家族や専門職を含む社会的ネットワークのメンバーのあいだにダイアログを立ち上げることで、精神疾患や精神病的な行動に新しい理解を生成していくアプローチである。

### 3. 事例

#### 3.1. ライフストーリー・インタビュー調査

Kleinman は「患者はおのおのある物語をたずさえて治療者のもとにやってくる。その物語によって、当の疾患は、ある特定の人生という文脈に置かれてはじめて理解することができる意味を与えられる」(Kleinman, 1988 = 1996 : 125) と述べている。Kleinman の言う、病いを患うことの経験に即して自殺念慮を知るためには、自殺念慮のみを切り取るのではなく、その人の人生の文脈から理解する必要がある。本研究では「当事者にとって自殺念慮とは何を意味しているのか、その回復とは何か」を明らかにするために、ライフストーリー・インタビューを行った。

##### 3.1.1. 調査協力者の選定と倫理的配慮

自殺念慮や自殺行動の経験をもち、それを他者に語ることでできる調査協力者を無作為抽出することは困難であるため、本研究では調査協力者の選定は理論的サンプリング (Flick, 2007 = 2011 : 143) とした。自殺予防活動を行っている民間団体に協力を依頼し、自殺傾向をきたした自身の経験を公に語ったことのある方5名にライフストーリー・インタビューを依頼した。

調査の実施にあたっては、関西学院大学「人を対象とする行動学系研究倫理委員会」に本調査の目的と内容、収集するデータと収集方法、個人情報保護と同意、倫理的配慮について審査を依頼し、承認を得た(承認番号2016-66)。特に本調査は、人生についての語りにおいて自殺念慮や自殺行動の経験を語ってもらう調査であるため、調

査の実施が協力者にとって侵襲的になる可能性とその対応については慎重に配慮した。具体的には、本調査を依頼するのは自身の自殺念慮や自殺行動の経験をすでに公の場で語っている人とした。また、調査者はインタビュー調査の1年前から民間団体の活動に参加し、協力者と互いの信頼関係を築くことができるよう努めた。しかし、インタビューにおいて過去の経験を語ることによって当時の辛い思いなどが再体験されるなどの影響がないとは限らないので、インタビュー調査の実施後も調査協力者の状態に十分注意することとした。

調査協力者には文書と口頭で調査の目的と内容、方法、個人情報とデータの取り扱い、倫理的配慮について説明し、調査協力への同意を得た上で、2017年3月、9月にインタビューを行った。

##### 3.1.2. データ収集の方法と分析のプロセス

データ収集は、ライフストーリー・インタビュー法 (Atkinson, 2002) を参照に行った。ライフストーリーとは「彼あるいは彼女が生きてきた人生について語ることを選んだストーリー」である (Atkinson, 2002 : 125)。調査者はインタビューを「これまでの人生について語っていただけますか」という問いから始め、協力者に自分の人生について語ってもらった。その後、自殺念慮・自殺行動のきっかけや理由について、協力者自身の説明を語ってもらうことを促すための質問を行った。

また、分析は以下のプロセスで行った。

- 1) インタビューは協力者の許可を得た上で録音し、5名のインタビュー内容を全て文字起こしした。一つの発話ごとに番号をふり、データとして用いた。
- 2) 5名のうち、ライフストーリーの中で自殺することを過去に考えたことがある(自殺念慮の)経験を語られた方が1名(Aさん)、自殺するつもりで自らを損傷する行動をしたことがある(自殺企図の)経験を語られた方が2名であっ

た (Bさん, Cさん). そのため, 5名のうち Aさん, Bさん, Cさんの生きてきた人生についての語りを本人の言葉をそのままにしながら時系列に沿ってつなげ, Aさん, Bさん, Cさんの人生についてのライフストーリーを作成した.

- 3) ライフストーリー調査の目的は, 経験の解釈であり, 解釈を通して意味に到達することである (Atkinson, 2002: 133). 語りには, 出来事や行為の展開過程を指し示す筋 (プロット) の部分と, 聞き手にその体験がどのような意味をもっていたかを伝えようとする「評価」の機能をもつ語りの部分がある (桜井, 2002: 122-126). そのため, 語りの筋だけではなく, 語りの評価機能に着目することで語り手が過去の出来事や体験にどのような意味づけや価値づけを与えているかを見出すことができる (桜井, 2002: 190).

本調査の目的は, 当事者にとって自殺念慮や自殺行動の経験は何を意味しているのか, その回復とは何かを明らかにすることである. したがって, 手順2) で作成した Aさん, Bさん, Cさんの人生についてのライフストーリーから, Aさん, Bさん, Cさんが自殺念慮や自殺企図にどのような意味づけを与えているかを分析することで, Aさん, Bさん, Cさんにとっての自殺念慮や自殺企図の経験の意味を理解することを試みた. この分析の過程において, Aさん, Bさん, Cさんに共通する自殺念慮や自殺企図の意味が存在するわけではなく, Aさん, Bさん, Cさんに固有な人生の文脈からでなければ Aさん, Bさん, Cさんにとっての自殺念慮や自殺企図の意味は理解できないことが明らかになった. そのため, Aさん, Bさん, Cさんの複数の事例に共通する一般性を明らかにするというよりも, 一事例を取り上げることにはなるが, 固有の人生の文脈を丁寧に理解していった上で自殺念慮や自殺企図の経験が何を意味していたのかを明らかにすることが本調査の目的に適っていると考えた. したがっ

て, 本稿では Aさん, Bさん, Cさんのうち, 人生における出来事や経験の展開過程 (筋) だけでなく, 出来事や経験が自身にとってどのような意味をもっていたのかについての語り (評価の語り) を最もよく語っておられた Aさんのライフストーリーを分析の対象とすることにした. Aさんの人生についての語りは, 過去の出来事や体験にどのような意味づけや価値づけを与えているかを語っているという点で, 本調査の目的である, 当事者にとって自殺念慮や自殺行動は何を意味しているのかを理解する上で決定的で重要な事例 (critical case) (Yin, 1944 = 1996: 53-56) だと考えたためである.

- 4) Aさん (インタビュー当時 68歳の男性) の自殺念慮の経験を Aさん自身の人生の文脈から解釈するため, Aさんのライフストーリーから Aさんの人生において自殺念慮の経験とはどのような意味をもったのか分析した.
- 5) 以上の分析は調査者が単独で行った. しかし, Aさんの人生において自殺念慮の経験とはどのような意味をもったのかについて, 調査者の解釈が妥当なものかどうか自殺予防研究の実績を有する研究者に検討を依頼し, 解釈が異なる箇所についてはどのような解釈が妥当なのか議論を行い, 2名が妥当性を合意できる解釈を探った.

以下では, Aさんの人生を Aさん自身の語りから再構成して示す. (なお, 文中にある A2, A4などの番号は Aさんが語られたときの発話の順番に沿って調査者が語りにふった番号である). その上で, Aさんの人生の文脈から見ると, Aさんの自殺念慮は何を意味していたのかについての解釈を示す.

## 3.2. 分析結果

- 3.2.1. ライフストーリーから見える Aさんにとっての自殺念慮の意味①「自分一人になって, プレーキをかける人間はおらん」  
「では, まず Aさんのこれまでの人生について



教えていただけたらと思います……」(A1)という調査者の問いに対して、Aさんは「もう若い頃からになるけど、もう自分本位で生きてきたのね」(A2)と話し始められた。

「ある程度、自分で、あの小っちゃい頃から、自分一人で何でもやってきたから」(A2)「だから、取りあえず大きくなってでも何でも自分でできると思ってて」(A4)、結婚するときも親や親戚には相談しないで自分で勝手に決めたという。結婚後はそれなりにやっていたが、その後、失敗し、当時3歳だった息子連れて、(父親はAさんが中学生のときに亡くなっており)一人で暮らしていた母親のところに戻ってきた。仕事については会社員をしていたが、一人になり子どもを抱えてそこで勤めるのが難しくなって辞め、長距離トラックに乗るようになった。その頃は順調にいていたが、腰を悪くし、荷物を運ばなくてもよいタクシーの運転手となった。

「その頃から、ちょっとだんだん、こう仕事をするか、遊びをするかっていう感じで、もう遊んででもできるわ、生活できるわって感覚だったんだけど、(中略)それで、もう、まあ、自分の、まあ、ブレーキをかけたのはおふくろかな」(A12)。

しかし、Aさんが46歳のときに母親が亡くなった。Aさんは生活のやりくりは全然したことがなく、自分の手元にあるお金は光熱費なども自分の小遣いの感覚で使い、しまいには家賃まで小遣いのつもりで使っていて、生活がきつくなっていった。そして、その頃には18歳を過ぎていた息子さんも「自分一人で生活する」と家を出て行ってしまった。

「もう仕事しよるのか、遊びよるのか分からん。自分一人なって。もう、で、ブレーキかける人間はおらんから。で、もう、もうあんまり、あの、40のとき脑梗塞やって、それ

からあんまり体調が、調子は良くなかったんだろうけど、食べるもんも食べんことになって、もうするの面倒くさいけん。んで、ほんだら、だんだん、こう働くのも、こう気力がなくなるっちゅうか、働く気力なくなった。取りあえず、生き、なんとなしに生きとるかなっちゅう感じ。だから、もう楽しみもないし、テレビ見ても、テレビ見とつても、ただぼけーっと見とる。もう、笑うてもね、他の、自分一人だけ、他の、笑った後、テレビ見て笑ったとしても、他のもの反応がないわな。だから、もう、だんだん笑うことも少なくなつて」(A12)

当時、タクシーの運転手は自分が頑張れば給料になるけど、どうでもいいと思っている人間は給料にならなかった。Aさんは、お客さんが来るのを待っているだけで、だんだん給料も少なくなり、自分の遊ぶお金もなくなった。

「もう稼いだ金は全部自分の小遣い。楽しければいいよって。その日が楽しければいいっちゅう感じで生活してたんだけど、それのできんことになってからかな。もう、いつでもいいよ。早く、もう殺してくれやって」(A60)

「自死行為はそんな、し、できんやったけど、しようとも思ったけど、どれが一番楽に死ぬるかな、どのかみが一番楽に、こうやったら、これも苦しいやろな、これやったら、こう、海の中へ突っ込んだら、ああ、飛び込んだら、冷たかろうな。で、水飲んだら苦しかろうな。そんなことばっかで。し、死ぬことも死にきらんやったわけやね、はっきり言って。(中略)だけえ、はっきり言って、殺し、あの、交通事故とかで殺してくれたんが一番楽なんかなと思うたし。ま、自転車乗つとつても、トラックがひいてくれんかなとか、走りながらでも思ったりしよつた」(A64)

Aさんは自身の人生について、「自分本位で生きてきた」「何でも自分でできると思っていた」と語っていた(A4)。そして、「自分の生きたいようにずっと好きなことをやって」(A4)いたAさんを実際的にも経済的にも陰で支えてくれていたのは母親であった。しかし、Aさんが46歳のとき、「遊んででも生活できるわ」という感覚でいた自分にブレーキをかけてくれていた母親が亡くなった。生活のやりくりをしたことのないAさんは自分の手元にあるお金はすべて自分の小遣いの感覚で使ってしまう、生活は苦しくなっていく。そのような状況で、18歳を過ぎていた息子さんも「一人で生活する」と家を出て行ってしまった。

このときAさんが「食べることをするのも面倒くさくなり、働く気力もなくなった」のは、40歳のときに脳梗塞を起こしてから体調があまり良くなかったことがある。それに加えて、「もう仕事しよるのか、遊びよるのか分からん。自分一人になって。もう、で、ブレーキかける人間はおらんから」(A12)というAさんの語りから見ると、Aさんが「食べることをするのも面倒くさくなり、働く気力もなくなった」のは、「遊んででも生活できるわ」という感覚でいたAさんにブレーキをかけてくれていた母親と息子さんの存在を失ったこと、また、母親と息子さんの存在を失ったことでAさんが食事をしたり、働いたりすることに対しての張り合いを失ってしまったことを意味していたと理解できる。

さらに、働く気力を失くし、「どうでもいい」と思っていたAさんはだんだん給料も少なくなり、自分の遊ぶ金もなくなった。「稼いだ金は全部自分の小遣いで、その日が楽しければいい」というこれまでの生活ができなくなって、「もう、いつでもいいよ。早く、もう殺してくれや」と思うようになった。「もう、いつでもいいよ。早く、もう殺してくれや」というのは、Aさんのライフストーリーからは、母親と息子さんの存在を失った上に、経済的にも生活が苦しくなり、「自

分の生きたいようにずっと好きなことをやって」きたこれまでのAさんの生き方そのものが破たんしてしまった行き詰まりが表現されたものと考えられる。さらに、Aさんはそのようなこれまでの生き方の破たんから、自殺行動をしようとも思い、「どれが一番楽に死ぬるかな」と自殺念慮をもった。

### 3.2.2. ライフストーリーから見えるAさんにとっての自殺念慮の意味②「誰からも見向きもされん」

「誰も生活の面倒見らんでいいから、楽なほうで楽なほうで行くようになって」(A103)、給料も行き詰まったAさんは家賃を滞納し、電気も止められ、ご飯もほとんど食べていないような状態となった。上司からも「もう、ぼちぼち辞めたほうがいいんじゃないかってちゅう、上から、他の仕事、転職したらどうかちゅう、言い方されてん。なら、いいわちゅうような感じ」(A12)で仕事を辞めることになり、住む所(会社の寮)も出なくてはならなくなった。Aさんはきょうだいを頼るが「お前のことまで面倒見れん」と言われ(A138)、「しょうがないけ、子ども所頼ろうと思って」(A103)、B市で働いていた息子さんを探しに行くが、息子さんのアパートには鍵が掛かっていて、息子さんに会うことはできなかった。このときのことをAさんは次のように語っていた。

「誰にも役にも立たんし。自分一人で何にもしけらんのに、強がって自分で、一人で何でもできるちゅう思っとる。もうそんな自分も嫌になって、もう俺なんか、もういてもしょうがない、ど、どうでもええんやなって、みんなが思っとるちゅう思ったと。もう死んだってあいつのことはもう、あー、死んだかー、ぐらいし、いわれるやろうちゅう思っとったけ。それがあつたし、もう俺なんか死んだ、んど、どうなっても、誰かみ、見向き

もされんけ、いいわっちゅう気持ちがかなりあった。もう子どもん所、行って、あー、もう子どもん所さ、子ども探し行って見つからんで。だからもう、だ、誰からも相手されんでいいわ。その気持ちめっちゃ強かった」(A128)

Aさんにとって、きょうだいから「お前のことまで面倒見れん」と言われたこと、息子さんに会うことはできなかったという出来事は、その出来事の表面的な意味を超えて、「もう俺なんか、もういてもしょうがない、ど、どうでもええんやなって、みんなが思っとる」「誰からも相手されん」と、Aさんにとって頼みとなるはずのきょうだいや息子さんから自分の存在が拒否されたという意味ももたらしたと考えられる。Aさんのライフストーリーからは、「もう俺なんか死んだって、どうなってもいい」という自己損傷的な思考<sup>1)</sup>は、Aさんにとって頼みとなるはずのきょうだいや息子さんから自己の存在を拒否された痛みの表現であったと理解できる。

### 3.2.3. ライフストーリーから見える A さんの回復①「自分一人ですっと生きとったって、生きとらんやった」

Aさんにはもう家がなく、家がないので仕事もできず、「取りあえず、うろうろ、うろうろするしかない。本当は、もう、こんなんやったら生きとったってしょうがないだ。そればかり。また俺が死んでも誰も泣く人間はおらん。もう死んだ、もう取りあえず、もう死んだほうが楽やろな。それしか考えなかった」(A16)という。しかし、「こうやったら苦しいんやろな。こうやったら、冷たいんやろなとか、こうやったら痛いんやろなって、そんなことばっか考えて、(中略)死ぬに死ねんちゅう感じで」(A70)で、Aさんは自転車を食べる物を探しながら公園や駅で寝泊まりし、生活をしていた。しかし、コンビニの賞味期限切れのお弁当が倉庫にしまわれるように

なってしまう、そのときにアルミ缶工場の人が「アルミを買ってやるから持ってきな」と教えてくれて、1日1000円の稼ぎができるようになった。

しかし、アルミ缶の値が下がり、いよいよ食べられなくなり、ずっとAさんを訪問していたNPO法人の支援者に「何とかしてくれんかね」と助けを頼んだ。すると、自立支援住宅に入ることができた。ただ、アパートを借りて自立をすることができたものの、テレビを見ているだけで他にすることがなかった。そのようなとき、仲間がボランティアに誘ってくれて、夏祭りで焼肉を焼いた。そうしたら、「この焼肉おいしい、おいしかった」と言って喜んでくれて、Aさんは「俺のやっていることでも喜んでくれる人間がおるなって思って、あ、こういう生き方もいいな」(A24)と思ったという。

しかし、その後ががんが見つかり、Aさんは入院することになった。かつてB市で入院していたときは誰もお見舞いに来なかったのに、このとき毎日仲間が2人から3人「死ぬなよ、頑張るぞ」とお見舞いに来てくれた。

「だから、俺、なかなか、これじゃあ死ねんやんかって、死んだら、こんだけの人泣いたらどうするんだって感じが、これは死ねんはな。まあ、生きなしょうがないなっていう、今度は逆に生きなきやしょうがねえなちゅう感じであった。あと、でも考えたらさ、自分一人だったら、そんな気持ちにならんと思ったね。もう、友達とか、横のつながりって大切だなと思って。やっぱ、俺、自分一人ですっと生きとったって、それは、それは、い、い、生きとらんやったやろねちゅう感じ」(A24)

Aさんは自殺行動をしようとも思い「どれが一番楽に死ねるかな」と自殺念慮をもった。しかし、がんで入院したとき、仲間が毎日2人から3人「死ぬなよ、頑張るぞ」とお見舞いに来てくれ

たことによって、Aさんは「こんだけの人が泣いたらどうするんだって感じが、これは死ねんはな、まあ、生きなしょうがない」と思うようになったという。

Aさんが「考えたら、自分一人ではそんな気持ちにならない」「やっぱ、俺、自分一人でずっと生きとったって、それは、それは、い、い、生きとらんやったやろねっちゅう感じ」(A24)と語っていたことから、一人では生きていたとしても、それはAさんにとって「生きていない」ことであった。他者との関係が回復し、しかも単に他者との関係が回復しただけではなく、自分が死んだら「これだけの人が泣いてくれる」ような関係性が回復したということがAさんにとって回復の意味するところだったと考えられる。

### 3.2.4. ライフストーリーから見えるAさんの回復②「俺なんかでもこの世に存在せないけん」

Aさんは現在について次のように語っていた。

「何ていうかな、あの、俺なんかこの世に存在せんでもいいわって思ってたけど、だ、周りからおだてられて、で、つ、あの、何ていうか、『一緒に頑張ろう』っちゅうような、こう励ましみたいな言葉聞いて、やっぱもう俺でも頼られることがあるんだ、俺でもいなきゃ駄目なことがあるんだっちゅうことが、はっきりここんどこ、こう60過ぎてね、分かってきて、いや俺でもがん、あの、なん、やれば人から喜ばれるんだ、あ、頼られるんだっちゅうところを分かってきた。それを、その独り善がり、もう、なん、その、あの、その、どん底のときはもう、もう俺なんかこの世に存在せんでもいいんや、で、俺なんかでもこの世に存在せないけんをやっちゅう感じに変わってきたけ」(A161)

Aさんは自分の人生について「自分本位で生

きてきた」(A2)と語っていたが、Aさんは野宿生活をして人に助けてもらいありがたさを知り、周りから「一緒に頑張ろう」と励まされたり、「俺でも頼られることがあるんだ、俺でもいなきゃ駄目なことがあるんだ」ということをはっきり分かってきて、「俺なんかこの世に存在せんでもいいわ」というのが「俺なんかでもこの世に存在せないけん」とや」に変わってきたという。

このことからAさんにとって回復とは、「自分本位で生きてきた」という自己完結した生き方が、他者に助けてもらい自分も頼られることがある、他者にとって自分でもいなきゃ駄目なことがあるという、他者との関係性に開かれたあり方に変容したことで、「俺なんかこの世に存在せんでもいいわ」という自己のストーリーが「俺なんかでもこの世に存在せないけん」と変化したことだと考えられる。

### 3.2.5. 当事者にとって自殺念慮とは何を意味しているのか、回復とは何か

Aさんは「自分の生きたいようにずっと好きなことをやって」(A4)いたが、実際の生活でも経済的にも陰で支えてきてくれていた母親が亡くなり、生活は苦しくなっていた。そのような中で18歳を過ぎていた息子さんも「一人で生活する」と家を出て行ってしまった。

40歳のときに脳梗塞を起こしてから体調があまり良くなかったことに加えて、「遊んでも生活できるわ」という感覚でいたAさんにブレーキをかけてくれていた母親と息子さんの存在を失ったことでAさんは食事をしたり、働いたりすることに対しての張り合いを失くし、食べることをするのも面倒くさくなり、働く気力もなくなり、「なんとなしに生きる」(A12)ようになった。さらに、働く気力を失くしたAさんは給料にも行き詰まるようになり、「稼いだ金は全部自分の小遣いで、その日が楽しければいい」(A60)というこれまでの生活ができなくなって、「もう、いつでもいいよ。早く、もう殺してくれや」と思

うようになった。そして、Aさんは自殺行動をしようとも思い「どれが一番楽に死ぬかな」と自殺念慮をもつようになった。いよいよ生活に窮したAさんはきょうだいに頼るが「知らん」と言われ、最後に頼って行った息子さんにも会うことができなかつた。このことはAさんにとって頼みとなるはずのきょうだいや息子さんから自分の存在が拒否されたという意味ももたらしたと考えられる。

このことから当事者の経験として、自己損傷的な思考や自殺念慮とは「自分の生きたいようにずっと好きなことをやって」(A4)きたこれまでの生き方自体が破たんしてしまった行き詰まりが表現されたもの、そして、「誰からも相手にされない」「自分なんかどうでもいいとみんな思っている」と、頼みとなるはずの重要な他者との関係において自己の存在が排除されてしまった苦しさの表現として理解することができる。

しかし、Aさんは野宿生活をして人に助けをもらうありがたさを知り、ボランティアをして「俺のやっていることでも喜んでくれる人間がおるな」と知り「こういう生き方もいいな」(A24)と思った。がんで入院したときは仲間が毎日2人から3人お見舞いに来てくれて、「俺が死んだら、こんだけ泣く人がおる」(A24)と知り、「これじゃあ死ぬんやんか」(A24)と思うようになった。そして、「俺でも頼られることがあるんだ、俺でもいなきゃ駄目なことがあるんだ」ということがはっきり分かってきて、「俺なんかこの世に存在せんでもいいわ」という自己のストーリーが「俺なんかでもこの世に存在せないけんとかや」に変わってきた。

このことから当事者の経験として、一人で生きていたとしてもそれは「生きていない」ことであって、他者との関係が回復し、しかも自分が死んだら「これだけの人が泣いてくれる」ような関係が回復したということが「生きている」ことだと分かる。そして、回復とは自己完結した生き方が「他者に助けをもらい自分も頼られることがある」

「他者にとって自分でもいなきゃ駄目なことがある」という、他者との関係性に関われたあり方に変容したことで「俺なんかでもこの世に存在せないけんとかや」と自己の存在に意味が与えられるようになったことだと理解することができる。

#### 4. 考察——自殺関連行動についての説明モデルの妥当性——

本節では、Aさんの事例を自殺予防のアプローチを用いて考察することで、各々の説明モデルが自殺念慮を「患うこと」の経験とその回復をよく理解・説明できるものかどうか、そのモデルによる分析(理解)の妥当性を検討する。

##### 4.1. 公衆衛生アプローチの枠組み

自殺予防の基本的枠組みである公衆衛生アプローチにおいては、人々の自殺行動はそれと実証的に関連が検証された危険因子として理解される。Aさんの自殺念慮の理由とも考えられる「離婚していること」「失業中であること」は科学的根拠のある危険因子である(Nock, et al., 2012 = 2015 : 123,235)。しかし、離婚、経済的困窮という実証的根拠のある自殺の危険因子が分かっているだけでは、「自分の生きたいようにずっと好きなことをやって」(A4)きたこれまでの生き方自体が破たんしてしまった上に、これまで自己の存在に意味を与えていた他者との関係性から排除されてしまったからという、当事者の自殺念慮の理由は理解することができない。

公衆衛生アプローチは、一般人口における死亡率の低下を目的としているため、個々人の人生における理由を背負った自殺は自殺一般(suicide in general)に一般化される。また、仮説演繹的研究では、自殺行動の原因は直線的な因果関係で見つけ出すことが想定されていることが多い(Hjelmeland and Knizek, 2010 : 75)ため、自殺行動の各部分について説明はできても、自殺行動という現象について完全な理解を提供するわけで

はない (Hjelmeland and Knizek, 2010 : 76). すなわち、公衆衛生アプローチによる自殺行動の説明は、自殺一般について危険因子を特定し、死亡率の低下を目的としてマクロレベルの介入を策定するためには有用であるが、それを固有性をもつ人の自殺念慮や自殺行動の理解に当てはめても、自殺行動の原因を直線的な因果関係に単純に還元してしまうためにその隔たりが大きい。

#### 4.2. メディカルモデル (薬物療法アプローチ) の枠組み

メディカルモデルでの自殺予防アプローチでは、自殺行動は精神疾患の症状または結果とみなされている。神経伝達物質セロトニンの機能不全が自殺行動を引き起こす原因であり、抗うつ薬によって、脳内の低セロトニン状態を改善させる薬物療法が用いられる。Aさんの自殺念慮は生物学的には脳内の低セロトニン状態が原因であったかもしれないが、Aさんの自殺念慮は「自分の生きたいようにずっと好きなことをやって」きたこれまでのAさんの生き方自体が破たんしてしまった行き詰まりが表現されたものであり、頼みとなるはずのきょうだいや息子さんという重要な他者との関係において自己の存在が排除されてしまった苦しみが訴えられたものであった。

精神障害のリカバリー運動を進める Fisher (2012)は、生物医学的な疾病モデルに基づいて、精神的苦痛を説明しようとする論理では、人間は一つの診断と非人格的な化学物質に還元されると指摘している。また、解決されるべき問題としては、神経伝達物質の化学的不均衡に関心が向けられることになる。Fisherは、精神的苦痛は「化学的な原因」から生じるというたった一つのストーリーが社会に押し付けられ、(化学的な)不均衡を直すためには服薬プログラムのみが必要であるという確信が生み出されることは、精神疾患をもつ人々のモノログを持続させ、多くの人々を自分の世界で苦しむことに留めさせるとメディカルモデルの課題を指摘している (Fisher,

2012)。

自殺念慮をもつ人を精神科治療につなげ、薬物療法によって脳内の低セロトニン状態が改善され、不安、怒り、衝動性、情緒不安定などの強い情動が緩和されることは本人にとっても重要な治療である。精神疾患の治療は必要であるが、自殺念慮をもつ人が苦しんでいるのは「化学的な原因」にあるのではなく、Aさんの事例では人生や自己の生き方が破たんしてしまったという問題、他者との関係性を含めた自己の存在のあり方の問題であったように、自殺念慮や自殺行動を精神疾患の症状または結果としてのみ扱うことは適切ではないと考えられる。

#### 4.3. 生態学モデルの枠組み

生態学モデルでのアプローチでは、自殺傾向をもつ人の問題を生態学視点で家族、所属している集団、生きている地域、社会そのものなどとの関係から多層的に捉え、自殺傾向をもつ人を新たな機関や人とつなげ、「つながり」の再構築をしていく。Aさんの事例では実際の生活でも経済的にも支えてきてくれていた母親が亡くなり、生活に困窮するようになり、仕事と住む場所を失ってもきょうだいに「知らん」と言われ、最後に頼った息子さんにも会うことができず、頼みとなるはずの重要な他者との関係から排除されてしまったことから、「誰からも相手されん」「もう俺なんか、死んだって、どうなってもいい」(A128)という自己損傷的な思考が生まれていた。また、Aさんの自己完結した生き方が「他者に助けてもらい自分も頼られることがある」「他者にとって自分でもいなきゃ駄目なことがある」という、他者との関係性に開かれたあり方に変容したことで「俺なんかでもこの世に存在せないとや」(A161)と自己の存在に意味が与えられるようになった。

このことから、生態学モデルでのアプローチのように、自殺念慮をもつ人の問題を個人の問題、社会構造的な問題のどちらかだけではなく、問題を多層的に捉え、自殺傾向をもつ人と家族、集

団、地域、社会との関係を再びつなげる枠組みが示されたのは重要である。しかし、福島（2012：6-7）が「つなげる」実践とは単に紹介や連絡調整ではなく、「人々がその環境と相互に影響し合う接点」に介入を行い、その結果、本人と環境の双方が変化し、かつ、本人と環境との関係性が良い方向へ変化する結果をもたらすものであるとしているように、個人と環境との関係性をつなぐだけではなく、その関係性の「質」を良い方向へ促進することが必要である。

しかしながら、生態学的視座を含むシステム思考は、機械や生態系をメタファーとしており、「意味探求ということが不問に付されている」ことが課題の一つである（木原, 2003：74）。すなわち、木原が論じているように、ソーシャルワークには「存在に意味を与え、存在自身にそれを確認させるもの」である居場所の創造や関係性におけるその人の主観的な意味世界への視座を欠くことができない（木原, 2003：184）。

Aさんは、自己完結した生き方が「他者に助けてもらい自分も頼られることがある」「他者にとって自分でもいなきゃ駄目なことがある」という、他者との関係性に開かれたあり方に変容したことで「俺なんかでもこの世に存在せないとや」（A161）と自己の存在に意味が与えられるようになった。本人と環境との関係をつなげるだけではなく、その関係性がその人にとって「存在に意味を与え、存在自身にそれを確認させるもの」である居場所となることが特に自殺予防においては必要である。しかし、生態学モデルは「人々がその環境と相互に影響し合う接点」を捉えることはできても、人々と環境との関係性の「質」を捉え、それを良い方向へ促進するための枠組みはまだもつことができていない。この点に課題が残ると考える。

#### 4.4. ダイアログ実践の枠組み——ソーシャルワークのアプローチ構築に向けての示唆——

オープン・ダイアログでは、精神疾患やその症状として表現されているその人の困難な経験の意味や対処が「まだ言葉にされていない」、精神疾患やその症状として以外には「理解されていない」ことを問題と捉える。そして、患者の既存のサポートシステムを活用し、危機対応チーム（専門職）、患者、患者の社会的ネットワークで構成された治療システムを組織し、専門職と家族、あるいは社会的ネットワークのメンバーのあいだにダイアログを生み出すことを目指す。

Aさんの当時の状態は、食欲の低下、気力の低下、自尊心の低下などから抑うつ状態であったと診断されたかもしれない。そして、Aさんの「もう俺なんか、死んだって、どうなってもいい」という自己損傷的な思考や自殺念慮は、うつ病の症状や結果として理解されるだろう。うつ病の早期発見と治療はとても重要であり、オープン・ダイアログでも必要であれば薬物療法も用いられる。しかし、オープン・ダイアログで重要なのは、まだ精神障害やその症状として以外には理解されていないものにダイアログを通じて新しい理解を立ち上げることである。Seikkula氏自身は「私は精神疾患や精神的な行動を病気として考えておらず、病状としても考えていません。私はある状況が誤解されている反応のようなものとして考えています。そして、私にとっては、まだ言葉を持っていない経験を扱う一つの方法です。ですから、私は精神的な行動を日常生活の一つとして、もし私たちが同じような極限のストレスのかかる状況にあったら、私やあなたや他の人にもあり得ることとして見ることにより焦点をあてています」と述べていた（2014年の筆者によるインタビュー）。すなわち、精神疾患や精神的な行動を病気や症状としてではなく「私たちが同じような極限のストレスのかかる状況にあったら、私やあなたや他の人にもあり得ることとし

て」ノーマライズして見ることに焦点があてられる。

このような枠組みを用いると、Aさんの自己損傷的思考や自殺念慮は単にうつ病の症状や結果ではなく、「自分の生きたいようにずっと好きなことをやって」(A4) きたこれまでの生き方自体が破たんしてしまったという行き詰まり、そして「誰からも相手にされない」「自分なんかどうでもいいとみんな思っている」という他者との関係において自己の存在が排除されてしまった痛みを言葉にして表現することはできなかったが、それを自己損傷的思考や自殺念慮として表現していたと理解できる。

さらに、Fisher (2012) は、解決されるべき問題として神経伝達物質の化学的不均衡に関心が向けられるメディカルモデルよりも、「苦痛をもっている人がその人の社会的ネットワークに対してモノログに引きこもっている」ことを問題とみなすオープン・ダイアログの哲学は「苦痛をもっている人は、自分の声、自己の感覚、目的、情緒的レベルでのつながりを失った、あるいはまだ見だせていない」ことを問題とするリカバリーの原理に類似していると述べている。

自己損傷的思考や自殺念慮を精神疾患の症状や結果として捉え、苦しむ人を一つの診断と非人間的な化学物質に還元してしまうのではなく、苦しむ人を全人的に捉え、自己損傷的思考や自殺念慮としてしか表現されていない苦しみにその人自身が声もち、言葉にして表現できるようにエンパワメントすることのできる枠組みは、自殺予防のソーシャルワークにおいても必要であると考えられる。

また、Fisher (2012) は精神障害の当事者としての経験から「フィンランドの心理学者によれば、精神病は人がモノログの中に、あるいは自分の世界にひきこもっている結果です。私には(そうした考え方が)しっくりきます」と述べている。つまり、問題は精神疾患やその症状そのものではなく、「苦悩する人がその人の社会的ネットワークに対してモノログに引きこもっていること」

(Fisher, 2012)にあると指摘する。

Aさんの「もう俺なんか死んだって、どうなってもいい」という自己損傷的な思考は、「もう俺なんか、もういてもしょうがない、ど、どうでもええんやなって、みんなが思っとる」「誰からも相手されん」と重要な他者との関係において自己の存在が排除されてしまった(とAさんが思っている)ことから生じていた。このことから、Aさんの「問題」とは自己損傷的な思考や自殺念慮そのものではなく、重要な他者との関係から自己の存在が排除されてしまった痛みが「まだ言葉にされておらず」、自己損傷的な思考として以外には「理解されていない」こと、そして、「誰からも相手にされない」「みんなが自分をどうでもいいと思っている」と、「モノログの中に、あるいは自分の世界にひきこもっている」(Fisher, 2012) ことであつたと理解することができる。

しかし、Aさんは入院したとき仲間が毎日2人から3人お見舞いに来てくれて、「これだけの人が泣いたらどうするんだ」ということから「これは死ねんわな、まあ、生きなしょうない」(A24) と思うようになった。そして、Aさんは「俺でも頼られることがあるんだ、俺でもいなきゃ駄目なことがあるんだ」ということが分かったことよって、「俺なんかでもこの世に存在せないけんや」と自己の存在に意味が与えられるようになった。このことから「もう俺なんか死んだって、どうなってもいい」と、「モノログの中に、あるいは自分の世界にひきこもっている」(Fisher, 2012) 状態をいかに他者との関係性においていけるかが自己損傷的な思考からの回復にとって重要であると考えられる。

ダイアログ実践は、患者の既存のサポートシステムを活用した社会的ネットワークを組織することによって、自殺傾向をもつ人と家族、集団、地域、社会との関係を再びつなげる。しかし、再びつなげるだけではなく、専門職と患者と患者をとりまく社会的ネットワークの構成員でミーティングを組織し、「肯定的なアイデンティティを構



成していくための公開討論の場」(Seikkula, 2002: 263)であるコミュニケーションの場をつくる。

そして、ダイアログ実践では、社会的ネットワークのメンバーのあいだに存在するスペースにダイアログを立ち上げることを目指す。「モノログ」では、行為の中心点は個人のうちにあり、話し手は自分の内的思考に沿って物事に意味を与え、話し手の個人的なものの見方によって各々の発言の正しさが決定されるのに対して、「ダイアログ」とは話し手が絶えずそこにいる相手や社会的(地理的)文脈に合わせながら、やりとりの中で応答してくる言葉を組み込み、自分の周囲の社会という場につながっているということである(Seikkula and Arnkil, 2006 = 2016: 107)。

自殺念慮を抱えた人はたとえ社会的ネットワークが存在していたり、つながったとしても「モノログの中に、あるいは自分の世界にひきこもっている」(Fisher, 2012)状態にあり、患者と社会的ネットワークのメンバーのあいだに「自分の周囲の社会という場につながり」(Seikkula and Arnkil, 2006 = 2016: 107)ながら応答していくダイアログを立ち上げていくことが自殺予防において重要であると考えられる。

Aさんは「俺でも頼られることがあるんだ、俺でもないきゃ駄目なことがあるんだ」ということが分かったことによって、「俺なんかでもこの世に存在せないけんとや」と自己の存在に意味が与えられるようになった。このことから、自分の内的思考に沿って物事に意味が与えられるモノログでは「もう俺なんか死んだって、どうなってもいい」という自己損傷的な思考に留まり続けてしまうが、ダイアログによって自分の周囲の社会という場につながることによって初めて、他者との関係性において自己の存在に意味を見出すことができ、肯定的なアイデンティティを構成していくことができると考えられる。

すなわち、ダイアログ実践は、自殺念慮を抱えた人を社会的ネットワークにつなげることに加

えて、社会的ネットワークのメンバーのあいだにダイアログを立ち上げることで、まだ自殺念慮や自殺行動として以外には理解されていない当事者の苦しみに声が与えられる点において自殺予防のソーシャルワークにおいても有用だと考える。

そして、ダイアログによって自分の周囲の社会という場につながることで初めて、他者との関係性において自己の存在に意味を見出すことができ、肯定的なアイデンティティを構成していくことができるという意味で、その人と環境との関係性の「質」を良い方向に促進させることができるという点において有用ではないかと考えられる。

## 5. 結論と本研究の限界

本研究は、第一に当事者にとって自殺念慮とは何を意味しているのか、その回復とは何かを明らかにすること、第二に自殺予防のどのようなアプローチが当事者の自殺念慮を患う経験を理解・説明するのに妥当なのかを検討することを研究課題とした。第一の研究課題については、ライフストーリー・インタビューを行い、自殺念慮の経験をAさんの人生の文脈から解釈し、Aさんにとって自殺念慮の経験とは何を意味したのか分析した。その結果、自殺念慮とはこれまでの生き方自体が破たんした行き詰まりが表現されたもの、そして、頼みとなるはずの重要な他者との関係において自己の存在が排除されてしまった痛みと理解された。また、回復とは自己完結した生き方が他者との関係性に開かれたあり方に変容したことで、自己の存在に意味が与えられるようになったことだと理解された。また、第二の研究課題に関しては、Aさんの事例を自殺予防の各アプローチの説明モデルを用いて考察し、公衆衛生アプローチ、メディカルモデル、生態学モデル、ダイアログ実践の説明モデルによる自殺念慮(問題)の理解・説明の妥当性を検討した。その結果、以下のことが示唆された。自殺一般についての危険因子から自殺行動を説明する公衆衛生の枠組みは

固有性をもつ人の自殺行動を理解するには隔たりが大きい。また、メディカルモデルの説明枠組みでは、人生や自己の生き方が破たんしてしまったという問題や他者との関係性を含めた自己の存在のあり方の問題が自殺念慮として表現されている。それが神経伝達物質の化学的不均衡に還元されてしまう。また、Aさんは、自己完結した生き方が他者との関係性に開かれたあり方に変容したことで「俺なんかでもこの世に存在せないとや」(A161)と自己の存在に意味が与えられるようになったが、生態学モデルの枠組みは、本人と環境との関係性その人にとって「存在に意味を与え、存在自身にそれを確認させるもの」である居場所となるために、その関係性をどのように良い方向へ促進するのかについて枠組みをもたない。

一方、Aさんの事例からは、Aさんはこれまでの生き方自体が破たんしてしまったという行き詰まり、そして他者との関係において自己の存在が排除されてしまった痛みを言葉にして表現することはできなかったが、それを自己損傷的思考や自殺念慮として表現していたと理解することができた。そして、「もう俺なんか死んだって、どうなってもいい」と、「モノログの中に、あるいは自分の世界にひきこもっている」(Fisher, 2012)状態をいかに他者との関係性に開いていけるかが自己損傷的思考からの回復にとって重要であることが示唆された。このことから、Aさんの「問題」は自己損傷的思考や自殺念慮そのものではなく、重要な他者との関係から自己の存在が排除されてしまった痛みが「まだ言葉にされておらず」、自己損傷的思考として以外には「理解されていないこと」、そして、「モノログの中に、あるいは自分の世界にひきこもっている」(Fisher, 2012)ことであったと理解するオープン・ダイアログの説明モデル(問題理解)は、様々なアプローチの中で最も当事者の自殺念慮を患う経験を理解することができる枠組みと考える。そして、自分の内的思考に沿って物事に意味が与えられる

モノログでは「もう俺なんか死んだって、どうなってもいい」という自己損傷的思考に留まり続けてしまうが、ダイアログによって自分の周囲の社会という場につながることで初めて、他者との関係性において自己の存在に意味を見出すことができ、肯定的なアイデンティティを構成していくことができると考えられる。結論として、まだ自殺念慮や自殺行動として以外には理解されていない当事者の苦しみに声が与えられる点、ダイアログによって自分の周囲の社会という場につながることで、その人と環境との関係性の「質」を良い方向に促進させることができるという点で、ダイアログ実践は自殺予防の枠組みとしても有用なのではないかと考える。

ただし、本研究の限界として次の2点がある。第一に、初めに指摘したように自殺に関連する思考と行動は、「自殺念慮が時々起こる」から「自殺既遂」までの広い範囲を含む。本研究では自殺念慮を抱いた経験をもつAさんの事例を用いて自殺予防のアプローチを考察したが、具体的な行動をもって自殺を企図した経験をもつ人の事例では同じようにダイアログ実践のアプローチが有用なのかどうかは本研究からは分からない。この点は、さらに検討の必要な課題である。第二に、本研究はAさんの事例に実際にダイアログ実践を用いて関わった介入研究ではなく、自殺傾向をもつ人の問題をどのように理解したらよいかという問題理解と介入のモデル(枠組み)の妥当性を検討した研究である。そのため、ダイアログ実践は当事者の視点からの問題理解と介入のモデル(枠組み)としては有用ではないかと考えるが、ではダイアログによってどのように肯定的なアイデンティティが生み出されていくのか、存在に意味を与える居場所がつけられていくのかは本研究では明らかにすることはできなかった。この点も今後の課題である。

## 謝辞

本研究でご自身の経験を語ってくださった皆

様、またご協力をくださった関係者の皆様に心より感謝を申し上げます。また、本研究はJSPS科研費25780358（研究代表者 市瀬晶子）による研究成果の一部であり、ここに記して感謝いたします。

#### 注

- 1) これは一般的には「希死念慮」として理解されているものである。本稿において筆者は、自殺は自己損傷的な思考や行動の一部と理解することが自殺予防においては重要だと考えるため、ここでは単に死を希求しているのではなく、「自分なんかどうなってもいい」という自己損傷的な思考から死を希求しているという意味で、「自己損傷的な思考」と表記した。

#### 参考文献

- Atkinson, Robert (2002) The life story interview, Gubrium, Jaber F. and Holstein, James A. eds. *Handbook of Interview Research: Context & Method*. Sage Publications, 121-140.
- Bronfenbrenner, Urie (1979) *The Ecology of Human Development Experiments by Nature and Design*. Harvard University Press (磯貝芳郎・福富護訳 (1996) 『人間発達の生態学——発達心理学への挑戦』川島書店).
- 張賢徳・広井真介(2011)「抗うつ薬と衝動性・自殺」『こころの科学』(158), 68-72.
- Fisher, Daniel (2012) *Dialogical Recovery from Monological Medicine*, National Empowerment Center (<https://power2u.org/dialogical-recovery-from-monological-medicine/>) 2018/3/24.
- Flick, Uwe (2007) *Qualitative Sozialforschung*. Rowohlt Verlag GmbH (小田博志・山本則子・春日常・宮地尚子訳 (2011) 『新版 質的研究入門』春秋社).
- Hjelmeland, Heidi and Knizek, Birthe Loa (2010) Why we need qualitative research in suicidology. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 40 (1), 74-80.
- 福島喜代子 (2012) 「自殺対応とソーシャルワーク——つなげる実践と専門性——」『ソーシャルワーク研究』38 (3), 4-16.
- 木原活信 (2003) 『対人援助の福祉エートスーソー

シャルワークの原理とスピリチュアリティ——ミネルヴァ書房.

- Kleinman, Arthur (1988) *The Illness Narratives: Suffering, Healing and the Human Condition*. Basic Books, Inc. (江口重幸・五木田紳・上野豪志訳 (1996) 『病いの語り——慢性の病いをめぐる臨床人類学』誠信書房).
- 厚生労働省 自殺・うつ病等対策プロジェクトチーム (2010) 「誰もが安心して生きられる、温かい社会づくりを目指して～厚生労働省における自殺・うつ病等への対策～」([https://www.mhlw.go.jp/bunya/shougaihoken/jisatsu/dl/torimatome\\_2\\_1.pdf](https://www.mhlw.go.jp/bunya/shougaihoken/jisatsu/dl/torimatome_2_1.pdf)) 2018/3/24.
- 自殺実態解析プロジェクトチーム (2008) 『自殺実態白書2008 第二版』ライフリック.
- Leenaars, Antoon A. (2004) 「自殺予防に関する公衆衛生・教育的アプローチと社会的規制の役割——世界の取り組みとその考察」『季刊・社会保障研究』40 (1), 60-74.
- Michel, Konrad; Maltsberger, John T.; Jobes, David A.; Leenaars, Antoon A.; Orbach, Israel; Stadler, Kathrin; Dey, Pascal; Young, Richard A. and Valach, Ladislav (2002) Discovering the truth in attempted suicide. *American Journal of Psychotherapy*, 56 (3), 424-437.
- Mitchell, Clyde J. (1983) Case and situation analysis. *Sociological Review*, 31 (2), 187-211.
- Nock, Matthew K.; Borges, Guilherme and Ono, Yutaka (2012) *Suicide: global perspectives from the WHO world health surveys*. World Health Organization (坂本律訳 (2015) 『世界自殺統計——研究・臨床・施策の国際比較——』明石書店).
- O'Carroll, Patric W.; Berman, Alan L.; Maris, Ronald W.; Moscicki, Eve K.; Tanney, Bryan L. and Silverman, Morton M. (1996) Beyond the tower of babel: A nomenclature for suicidology. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 26 (3), 237-252.
- 桜井厚 (2002) 『インタビューの社会学——ライフストーリーの聞き方』せりか書房.
- Seikkula, Jaakko (2002) Open Dialogues with good and poor outcomes for psychotic crisis: examples from families with violence. *Journal of Marital and Family Therapy*, 28 (3), 263-274.
- Seikkula, Jaakko and Alkare, Birgitta (2007) Open Dialogues, Stastny, Peter and Lehmann, Peter

- eds. *Alternatives beyond Psychiatry*. Peter Lehmann Publishing.
- Seikkula, Jaako and Arnkil, Tom E. (2006) *Dialogical Meeting in Social Networks*, Karnac Books Ltd. (高木俊介・岡田愛訳 (2016) 『オープンダイアログ』 日本評論社).
- Seikkula, Jaako and Olson, Mary E. (2003) The Open Dialogue approach to acute psychosis: Its poetic and micropolitics, *Family Process*, 42 (3), 403-418.
- 高橋祥友 (2011) 「メディカルモデルとコミュニティモデル——自殺予防のための連携」『都市問題』 102 (2), 77-84.
- 高橋祥友 (2014) 『自殺の危機——臨床的評価と危機介入——』 金剛出版.
- Webb, David (2010) *Thinking about Suicide*. Pccs Books.
- WHO (2001) The world health report 2001 - *Mental Health: New Understanding, New Hope*. ([https://www.who.int/whr/2001/en/whr01\\_en.pdf?ua=1](https://www.who.int/whr/2001/en/whr01_en.pdf?ua=1)) 2018/3/24.
- WHO (2002) *World Report on Violence and Health*. ([https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42495/9241545615\\_eng.pdf;jsessionid=6E27D1592E31DA0A72E7305ADF56C108?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42495/9241545615_eng.pdf;jsessionid=6E27D1592E31DA0A72E7305ADF56C108?sequence=1)) 2019/2/27.
- WHO (2014) *Preventing Suicide: a global imperative*. World Health Organization. (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」 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).
- Yin, Robert K. (1944) *Case Study Research 2ed*. Sage Publications, Inc. (近藤公彦訳 (1996) 『ケース・スタディの方法 第2版』 千倉書房).

## Exploring a suicide prevention approach that addresses the first person experiences of people living with suicidal ideation

Akiko Ichinose

School of Human Welfare Studies, Kwansai Gakuin University

The research questions for this study were as follows. 1) What does suicidal ideation mean to a person experiencing it, and what is recovery like for him or her? 2) What suicide prevention approach can address the first person experiences of those living with suicidal ideation? To answer the first question, this study conducted life story interviews with people who had personally experienced suicidal ideation. The analytical findings from Mr. A's life story showed that self-injurious thoughts and suicidal ideation can be understood as expressions of suffering by a person whose way of life had been shattered and who feels excluded from meaningful relationships. In addressing the second question, this analysis found that the Open Dialogue framework can be useful in understanding the first person experiences of people living with suicidal ideation. The Open Dialogue framework gives voice to first person experiences which are not yet understood except for as suicidal ideation and behaviors. These dialogues also enable these individuals to build relationships with others, giving deeper meaning to their lives.

---

**Key words:** suicidal ideation, suicide prevention approach, Open Dialogue, social work, first person illness experience