

日本心理臨床学会第 35 回秋季大会
学会総合検討委員会自殺対策専門部会企画シンポジウム
『「自殺の語り方」を考える』

2016 年 9 月 7 日 (水)

司会（勝又） 時間になりましたのでシンポジウムを開始したいと思います。このシンポジウムは学会総合検討委員会自殺対策専門部会企画シンポジウム、タイトルは『「自殺の語り方」を考える』です。私は本日司会を務めます新潟県立大学の勝又と申します。どうぞよろしくお願いいたします。

きょうは朝早くからお集まりいただき、どうもありがとうございます。最初に私のほうからこのシンポジウムの趣旨について話をさせていただき、その後、実際のシンポジウムに入っていきたいと思っております。

内容に入る前に、このシンポジウムは一般公開のシンポジウムとなっておりますので、その点を皆さん方にはご了承いただきたいと思っております。後ほど、シンポジウムの内容は学会のホームページ上に逐語録として公開される予定となっておりますが、後半のディスカッション部分は毎年基本的に削除してアップしておりますので、後半のディスカッションに関しましては、ぜひ活発にご議論いただきたいと思っております。ただし、一般公開であるということは念頭に置いて、個別のケースについては少しご配慮いただければと思います。

さて、このシンポジウムですが、本委員会では昨年度まで若年者の自殺の問題について多角的に検討してまいりました。今年には自殺対策基本法が 2006 年に成立してからちょうど 10 年が経った節目の年です。この 3 月に自殺対策基本法も一部改正が行われて、これからまた日本の自殺対策というのが少し動いていくのではないかと思っております。このような中で、もう一度自殺の問題を、若者に絞らずにいろいろなかたちで掘り下げて考えてみたいと思っておりますシンポジウムを企画いたしました。

今回のシンポジウムでは何をやろうかといういろいろ考えましたが、そもそも私たちは自殺について互いに対話を続けることが本当にできるのだろうか、それは話題として上手に扱うことも含めてですが、どうやったら対話を続けられるのだろうかという素朴な疑問があって、それを少し考えたいと思えました。この「互いに」というのもいろいろなレベルがあると思います。臨床場面ということももちろんありますが、例えばいろいろな場所で講演会をすることもそうですし、あるいは、ご遺族の方とどういふふうに関わりを持つのかとか、いろいろなフェーズがあると思います。また、社会の中でという観点もあります。そういういろいろな次元の話があるのですが、いずれにせよ自殺という問題をどのように語り合うのかということを考えてみたいと思っております。

私はいろいろなところで話をする機会がありますが、一番よく聞かれるのが、なぜ日本

で自殺が多いのか、ということです。これに関しては、日本には自殺を許容する文化があるのだということも言われます。それについて私は本当かなと疑問に思っていて、その辺について話をしながら今日の内容につなげていきたいと思います。

いま立命館大学に移られた川野健治先生がある分析をされています。自殺の非許容的な態度、つまり自殺は認められないと考える人の割合と各国の自殺死亡率の相関についての研究なのですが、OECD加盟国で比較してみると、自殺に非許容的な態度を持っている人たちが、スウェーデンでは30%を切るそうです。

しかし、スウェーデンでは自殺死亡率が日本より圧倒的に低い。要するに、自殺を間違ったことだと考えていない人が大勢いる中で自殺死亡率を低く保つことができているのは、非常に不思議なことだと思うのです。それに対し、日本は非許容の態度を持つ人の割合がスウェーデンよりも高いのに、スウェーデンよりも自殺死亡率が高い。これはいったいどういうことか。先ほど申し上げたように日本には自殺を許容する文化があるので自殺が多いのだといわれるのですが、データとしては逆のような気がします。

こういうことは私たちの臨床現場でも当てはまることだと思います。日本で自殺を扱う場合、本当はもっと多様な“語り”があるはずだけれども、許容するかしないかだけで考えてしまっていないだろうか。臨床現場でも、実際に自殺による死を止めるか止めないかという二択だけで考えていないだろうか。もう少し自殺ということに関して多様な語り方があってもいいのではないかと思うのです。

今日はお二人の先生においでいただき、自殺ということに関連して対話がいろいろな次元で起こると思うのですが、それを促進する要因とか阻害する要因にはどんなものがあるのか、僕らが対話を続けるためにどんなことができるのだろうかということを、まずは臨床現場から始めて、ディスカッションではもう少し広いところまでいけるといいなと思っています。

まず一人目の野村先生から、コミュニケーション、ナラティブの視点から話題提供をいただき、そこから自殺の問題につなげていくかたちで、最初に口火を切っていただきたいと思います。その後、お二人目の内野先生から、実際の臨床場面でどんなふうに自殺念慮について取り扱うのか、この辺についても話題提供をいただき、後半のディスカッションにつなげていきたいと思います。

少し長くなりましたが、お一人ずつ40分ずつぐらい、話題提供の先生方にお話しいただき、その後にフロアを含めて全体でディスカッションの時間をとれればと考えておりま

す。

野村先生について簡単にご紹介をさせていただきます。野村直樹先生は、現在、名古屋市立大学の名誉教授でいらっしゃいます。皆さんもいろいろなご著書等でご存じかと思いますが、ナラティブ、それからコミュニケーション論の視点から、われわれ臨床家にもさまざまな示唆を与えてくださっている先生で、きょうは私自身も楽しみにしております。コミュニケーションの観点から自殺というものをどういうふうに考えるかということで、最初に話題提供をしていただきます。どうぞよろしくお願いいたします。

野村 皆さんよろしくお願ひします。おはようございます。大変な学会に呼んでいただいてありがとうございます。心理学の学会というのはすごく大規模でありながら整然としていて、皆さんびしっとしていらっしゃる。

僕はアメリカの大学にいて、アメリカに 14 年間ぐらい住んでいたのですが、サンフランシスコの町に APA (American Psychological Association) という大きいグループがやってくるがあります。この APA がやってくると町のメジャーなホテルが全部占拠される。そのぐらい勢いがある人数が多いのです。皆さんの学会なようなものです。どこのメジャーなホテルにもこういう場がしつらえられていて、心理学の先生たちが来て、ここはこうしてください、あれはこうして、これはこういうふうに変じしてくださいとはっきり言うそうです。この話はホテルの関係者から聞いた話です。

一方、人類学者が同じことをするとどうか。人類学者はホテルに来て何を言うのですかと聞くと、何も言わないそうです。これは文化人類学と心理学の差を語っている面白いジョークですが、皆さんあまり笑わないですね。とにかくびしっとしているなということを一言申し上げただけです。

僕は、いま勝又先生が話された自殺の語り方を考えるという問題提起の中の、とりわけ語り方のほうに重心を置いてお話しさせていただこうかと思っています。というのも、僕は自殺の問題の専門家ではありませんで、ただ精神科の領域で仕事をしていただけだからです。精神病院に 1 年いたということもあり、それを自分の研究のテーマにもしてきたということがありますので、そういう観点から患者さんが何を考えているのかということはどういうことかという感じがわかります。

ただ、臨床の現場で教育相談とか、学生相談とか、そういう立場で関わっているわけではないものですから、第一級のというか、生のデータを持っているわけではありません。そこで、自殺に限らず「語り方」というふうに変じた場合に、私たちの語り方がどうい

ふうになってきて、いま何を問題としているのかということをお話しできればな
と思っています。

コミュニケーションという考え方は 20 世紀の中ごろに出来上がり、今の時代はおよそ
どんな機械も電子機器も含めてテクニカルに出来上がっていることは確かですが、コミュ
ニケーションの考え方がわれわれの日常生活の会話にまでしっかり下りてきたかという
それは電子機器のように進んではないわけです。私たちは今もって語る人と語られる人
というのが分かれているようなイメージを持って生活をしています。

例えば今は僕が話者で、皆さんは静かに聞いてくださっています。聞いている間に皆さ
んはガヤガヤ言ってもいいわけです。大学だったらみんなガヤガヤ言いますよね。学術会
議でなかったら好きなことをやっていたらいいわけですし、ヤジを飛ばしてもいいわけ
ですが、皆さん静かに聞いていらっしゃる。ここに一つの前提が出来上がっています。僕が
話す、皆さんは聞く。この一方向性ということコミュニケーション理論は理論として否
定しました。これに対しフィードバックという言葉が使われていますが、これを簡単に双
方向性と言っておきます。

コミュニケーションにおける双方向性というのはどういうことなのかというと、私が何
かを皆さんにお伝えするけれども、皆さんも伝わったものの何かを返しているというこ
とです。そんな単純なことは、俺は生まれる前から知ってるわいと言われそうですが、これ
をとことん落としていくとどういうことになるかということ、セラピストとクライアントと
いう関係が壊れるということを意味しています。

つまり、セラピストであるから一つの役割があって何かを伝えて、クライアントである
からそれに従うという、この一方向性が崩れるということです。そこで、コミュニケーシ
ョンの持っている双方向性というのは、簡単に言ったら、こういうメッセージに対するフ
ィードバックという、これだけのことです。これは電子機器がやっていることですが、こ
れを本当の私たちの会話のレベルまで落とし込んでいったときにどんな変化が生まれるの
かということが、まず一つの問題提起としてあるかと思います。

これはコミュニケーション理論が持っている最も重要な原則の一つですが、この双方向
性ということがそのままナラティブという世界に伝えられました。コミュニケーション理
論にはいろいろな側面があります。最も重要なものの一つが双方向性、フィードバックと
いうことですが、この双方向性ということをお考えたときに、これを会話だと考えてみてく
ださい。会話が成り立つということは、両者が水平な関係であるということ。一方的にど

ちらかの線が弱いというわけではないことが、会話が成立する条件になっています。

つまり、こちらのほうが **dominant** な声であって、こちらが支配される側の声だとしたら、これはだんだん一方向になっていく。でも、世の中のでき方というのはかなり一方向です。医者と患者、先生と生徒、セラピストとクライアント。これを完全にこういうかたちにするということは、実はそう簡単なことではなく、この二人の間で会話が成立するということが、これが水平の関係の中でうまく回るということです。

会話が成立するというのはどういうことかというところ、例えば一方が専門家、もう一方が患者さんなり素人だとしますと、専門家の言葉というのは往々にして権威、パワーを持っています。素人の人の言葉は日常生活の言葉なので権威を持っていない。そうなると、この関係がうまく回らなくなります。そこで専門家を下りるよと言ってしまったのがナラティブです。専門家の専門性と素人の専門性というのは違ったところにあるので、この会話を成り立たすために専門家は専門性を一歩下りようとするわけです。

皆さん、ナラティブ (narrative) という言葉を聞いたことはおありですか。どのくらいの方が皆さんがナラティブという言葉をご存じなのか、手を挙げてみてください。多くの方がご存じです。これは驚きです。コミュニケーションというのは、あるところで起こっているやりとり、インターアクションというのを観察者が眺めたときにコミュニケーションというものが見えます。第三者として外から観察した場合、この人はこういうメッセージをこちらに発信したからこういうフィードバックが返ってくるという構図が見えてきます。僕が観察者ですから見えるわけです。

では、その僕は神様のような観察者であるのかというところに疑問を持ったのがナラティブです。ですから、このやりとりを外から眺めていたら、これはコミュニケーションの姿をこの人が見ているということになるのですが、見ている人の見方というのはどうなるのかということです。この見ている人をこの中に入れてしまったのがナラティブです。

そうすると、これは客観的に第三者の言葉、三人称現在形で語る言葉から、そうではない、一人称で語られる言葉になる。この人も参加者の一部に入るわけですから“私”という言葉、一人称の言葉に変化していきます。三人称の言葉で語られたコミュニケーションの現象が一人称の言葉になった途端、ナラティブが生まれたわけです。つまり視点が移っただけの話です。

視点が移ったのがナラティブですが、その原則が守られたのが双方向性です。これを落としてしまったら全部が壊れてしまいます。この双方向性という原理を持った上で観察者

の視点の中に入れたら、ナラティブができました。ナラティブになったらコミュニケーションの語り方が変わるわけです。外から見ていけば、それは現在形の三人称で「何々が何々である」という言明によって語るすることができます。

心理学、社会学等、いろいろな学問の多くの場合がそうですが、三人称現在形で語られます。この三人称現在形で語る語り方というのは実は変です。時間を止めているからです。実際生きている人はみんな時間とともに動いているはずなのに、「これこれはこうである」「この人はこういうふうになった」というかたちで時間を止める。ところが、ナラティブでは時間を止めるわけにいきません。それは“私”が語り手だからです。“私”が語り手になったときに、三人称現在形とは語り方が変わったわけです。この語り方の変化というのはある大きな治療的な意味を持ちました。それをナラティブセラピーと呼んでいます。

ナラティブセラピーというのは、何も物語を語ってもらうということではありません。この双方向性の原理に基づいた視点の移行、そして語り手の語り方の変更のことを言っているのです。でも、この語り方が変わることで、例えばコミュニケーションの現象をどういうふうに変更させていこうかと考えてきたセラピーの方法論は変わるわけです。

このシステムはどうしたら変わるのだろうか。もしこのシステムが病理的なシステムだとしたらどうだろうか。家族のどなたかが統合失調症であるとか、家族のどなたかが何かの精神的な病を患っていた場合、このシステムを変えればいいと言って外から眺める。これは伝統的にファミリーセラピーで行われてきた手法の一つです。システム的に物事をとらえて、それに介入して、このシステムを変えることで患者さんの姿を変える。行動様式を変えるということです。

ナラティブはこのように物事を外から眺めることなく、自分が中に入るわけですから、このシステムの中の一部になる。そうすると自分は客観的な観察者を下りることになります。こうなるとどうなるかという、この人は変化のリスクを負うことになります。このシステムの一部だからです。この人の語りは“私”、一人称で語られる。どの人の言葉も一人称で語られると同時に、このシステムの中ではお互いがお互いの影響を受け合うわけですから、この人は安穩としてセラピストだという不動の立場にはいられなくなる。この人こそ変化を体験する本人になるわけです。そうしたときにナラティブセラピーが可能になるのです。

ナラティブという考え方はどこから出てきたかという、これは文芸でも物語論でもなく、ファミリーセラピー（家族療法）から出てきた言葉です。家族療法、きょうはこれを

ファミセラと呼びますが、ファミセラの伝統というのが双方向性です。双方向性を基盤にしたところから視点を移すだけでナラティブが生まれました。そしてこのナラティブの考え方をもう一歩前に進めてネットワーク化したのがオープンダイアログです。皆さんはオープンダイアログという言葉をお聞きになったことがあるかもしれませんが、この双方向性の原理の発展形がナラティブセラピーであり、オープンダイアログです。

これは、1950年代、アメリカでコミュニケーション理論が確立してから、主にグレゴリー・ベイトソンという人の大きな影響力の中で立ち上がってきた認識論の進化系です。この進化系というのは、精神力動、フロイト由来の個人というものをベースにした個体言語ではなく、関係性言語というものをもとに出来上がった認識論です。この関係性言語で物事を見ていくということと、個人の個体の言語でものを見ていくということでは、語り方が違ってきます。

この中で生まれてきた一つの到達点に「無知の姿勢」という言葉があります。これはナラティブが生んだ用語で、英語では **Not-Knowing** というふうに言います。このときにセラピストとクライアントがより水平な関係に近づくことができるというふうに考えていいかと思います。それは何を言っているかということ、フィードバックという双方向的な関係の中で、専門家は確かに病理とか心理とか、いろいろなことの専門家であるわけで、これは否定できませんが、素人の人は、これまで日常生活でどうやって生きてきたか、この病や障害や悩みをどのように自分は取り組んできたのかということを知っている人生の専門家であるわけです。

そうすると、専門家はアカデミックな専門家であるかもしれないけれども、生き方の専門家は素人のほうだという認識から、その生き方、その問題の対処の仕方、それにもかかわらず生きてきたあなたの今の状況について教えてくださいという態度のことを「無知の姿勢」というわけです。だから「無知の姿勢」というのは専門家の持つスタンスであり、無知な小学2年生のスタンスのことではないのです。

この **Not-Knowing** ということによって素人の専門性と専門家の専門性というのは、同じ「専門性」という言葉は使うけれども、違ったところに専門性があるのだという、そのリスペクトから生まれた言葉であります。それによって素人の生活世界を教えてもらうというこの構図ができることにより、専門家、セラピスト、相談役の人は一種の学習者になります。教えてもらうわけですから学習者です。この学習者は、素人の人の生活の仕方や生活の内容というものを教わることによって自分が変化します。ここに変化のリスクを負

っている。つまり、ナラティブにおいては、セラピストは自己の変化のリスクを負うということを前提としたコミュニケーションというか、語り方のことを言うわけです。蚊帳の外ではないよということです。

専門家の言葉と言いましたが、皆さんは専門家ですから、心理学なら心理学、精神医学なら精神医学の専門用語を獲得していらっしゃると思いますが、僕も文化人類学者の端くれですからそれなりの文化に関わる専門用語は持っています。よくよく考えてみると、専門家の皆さんの間だから言うのですが、専門家の言葉って死んでいますよね。どんな概念を持ってきても、これを統合失調症と言っても、それは何かで決められた言葉であり、会話の中で生まれた生きた言葉ではないです。

どんな専門用語も、ある専門家集団の中で通用するためには、定義とか、使い方とか、そういう応用範囲が決められます。そうでない使い方をするとどうなりますか。「それは違う。そういう意味じゃないんだよ、この言葉は」と言って修正されます。そのようにして僕たちは専門用語を身につけてきたわけです。「ああ、そうなんだ。文化とはそういう概念なんだ」ということを文化人類学では学びます。

そういうわけですから、専門用語というのは誰かによって決められた言葉で、それをきっちり守っていくことによって使える言葉です。そうでないように使うと、反対に混乱が起きます。統合失調症でないのに統合失調症だと言ったら、医療の現場では当然混乱が起きます。ところが、それは会話のための言葉ではありません。専門用語は何をするための言葉かという、会話を止めるための言葉です。そこまでいったら「ああ、統合失調症ね」となって、それでピリオドです。つまり専門家の言葉は死んだ言葉です。こういうことを言ったのはロシアの文芸評論家のミハイル・バフチンという人です。

バフチンという人は、ドストエフスキーの小説世界から対話という思想を発展させた人ですが、「生きた言葉」「死んだ言葉」という概念も紹介しています。死んだ言葉というのは、往々にして固定化した、昆虫採集のピンで突き刺された昆虫のようなものです。本当は、昆虫は生きて動いています。生きた言葉というのはどんな言葉かという、会話の中の言葉、対話の中の言葉です。

これらの言葉というのは、どんな言葉を皆さんがきょう使っても、誰と何を話しても、私が使っている言葉というのは誰かが以前使った言葉です。誰かが以前使った言葉を僕が今繰り返しているだけです。そして僕のしゃべり方も、僕の師匠や母親や家族や影響を受けたもろもろの人の言葉、そういう誰かの手あかのついた言葉から成っています。バフチ

ンに言わせると、言葉というのは他者の意識が息づいている生きた存在です。

その生きた素材というものを使っているときに、対話の中では思わぬ事態というか、もう少し言うならば隠れた伏兵に出会うことになります。その言葉を使うことによってそういうことが起こります。ところが、専門用語というのは、どんな言葉を使って誰にぶつけても、どんな伏兵も現れなければ、誰かの亡霊も現れたりしません。生きた言葉のほうはぴったりと私たちにくっついていきます。

でも、どうでしょう。私たちが真剣に話をしているときの言葉というのは、自分から発せられたけれども、その自分の発した言葉の中には他者の息づかいがちゃんとあるし、その言葉の中から、対話という、前の見えないような、予測ができてできないような世界から新しいものが生まれることがあるのです。それは何かというと、これを二人のやりとり、対話というふうに見たときに、これを見ている対話という主人公がいるかのようです。つまり、「対話さん」という、もう一人の存在がいるのかのようです。これはやや文学的な表現なので、サイエンティフィックには馴染まない表現かもしれませんが、そういうことです。

何か対話することで新しい側面とか、新しい気づきとか、今まで持っていないものがポロッと出ることがあります。だってそうですよね。皆さんが誰かと話をするとき、話し始めたら、話し始める前と同じような結果になりますか。まずならない。「えっ、そんなこともあったの?」とか、「あ、そういうふうになるとは思わなかったわ」とか、対話はコンピューターがプログラムしたように初めと終わりが決まっていません。それは言葉が生きているからです。

「死んだ言葉」で話をしていれば、だいたいそのように終わりますが、生きた言葉、つまり対話という場に身を置いたときに、お互いが水平なかたちで自分の言葉を発して、それに反応するということが可能になったとき、つまり私は教育者であなは生徒だから、私の言うようにしなさいというのがコミュニケーションのルールでなくなったとき、「えっ、そんなこと考えていたの? 僕も知らなかった」と先生が言えるという構図ができたとき、学生の言葉は生きているわけです。学生の言葉を生かすも殺すも、それは対話全体の中の出来事です。これはこうと専門家で決まっていて、文化人類学ではこういうふうな言葉遣いをするからね、と言って終わってしまえば、それはそういう会話になります。

そのようなわけで会話の中には死んだ言葉、生きた言葉という二つの考え方があると思うのです。この「死んだ」とか、「生きた」という言葉をあえて自殺の問題とくっつけるつ

もりはないのですが、とにかく生きた言葉を獲得するという事は、医療人類学の人たちの研究からですが、自分の病について、そして自分の生き方について、私はどういう病を経験しているのか、私はどういう困難に遭遇しているのかということ、その名前を発見し、獲得するための戦いなのだ、というような言い方をする医療人類学者もいます。

つまり、今の自分の問題は何かということ、専門家から与えられた言葉ではなく、自分の心に内的に説得力を持った言葉でストーンと落ちるだろう。その一つを探し、また探すようにアシストするというのが専門家の仕事じゃないかとナラティブでは考えます。

その一つを探し、その人にとって自分である言葉は、そう簡単に夢の中でパッと行き当たるといったものではないかもしれませんが、小説家のフローベールは、小説家たる者、書いている途中で、この言葉でもない、あの言葉でもないと言葉を探すときは、その一語はとことん何日かけてでも探さなければいけないのだと言っています。まさに私たちが人生をかけて語りをしているとき、その一語を探し、一語を獲得するための戦いというふうに考えていいのではないかと思います。バフチンはそれを「内的説得力のある言葉」というふうに表現しています。これはナラティブそしてコミュニケーションの考え方が現在着目されているオープンダイアログに理論的につながっています。

北欧のオープンダイアログは、対話という画期的な方法により、緊急コールがあつてから 24 時間以内に駆けつけて、専門家、素人を問わず、みんなが車座になって対話の場面をつくりあげていく。そしてその対話というのは、対話をする事が目的であつて、解決をすることが目的ではないというところに一つのポイントがあります。会話を続けることが治療であるという考え方はナラティブから出てきているのです。普通、皆さんは解決することが究極だとお考えでしょうが、ナラティブの視点からはそうは考えないのです。でも、対話、会話が続くことというのが治療だとしたら、これはまさに自殺の問題にそのままつながると思います。会話が続くということは生きていくということであり、会話を続けることが治療です。

ここで具体的なことを二、三、お話ししようと思います。一つは、現在、「患者カルテ」という研究を進めているということ。普通、カルテは医師が書きますが、それを患者が書くから患者カルテです。医師は診断を書いて、専門的な言葉で医療の状態を記述します。患者は素人の立場で、つまり専門用語を使わないで自分の状態を語ります。これは日常言語で自分がどういう状態にあつて、何を悩み、何を問題と思ひ、どんなことをこれから考

えていき、どうしたら自分は治ると思えるのか等々を、ちょうど人類学者がフィールドワークをして、フィールドノートをとるがごとく、医療者が患者から聞き出します。

そしてこの聞いたものを患者と一緒に横に座ってパソコンで打って、あなたがいま思っていることはこうですねと、お互いが承認した上で1枚コピーをつくって患者に渡し、医療者も1枚もらいます。そうすると、それは書いたものとして一つの合意事項になるわけです。患者が自分でパソコンを打ってもいいのですが、患者に語ってもらってナースが打つ。そして、それを一つひとつ確認して、こうなのね、これでいいですか、じゃあ、きょうはこうしておきますね、と言って、患者もそのカルテを1枚持って帰ります。

この「患者カルテ」を誰に読んでほしいですかと患者に聞きますと、そうねえ、ドクターのあのひと、看護師長さんと、誰々に読んでもらいたいと言います。そうすると、その人が読んでほしい人たちにそれが配られます。配られた人はそれに反応します。その人たちを集めて、車座になって対話集会をします。これがオープンダイアログです。

「患者カルテ」は、このオープンダイアログを開くための準備段階のようなものです。でも、それははっきりした記録として残り、両者の合意事項として存在し、それは医師のカルテにある意味対抗するかたちで一つの声となります。まさにそこに声が存在するわけです。今の研究では、その「患者カルテ」を電子カルテの中に組み込もうとしています。電子カルテの中に「患者カルテ」を入れることによって、アクセスできる人みんなに届く。それを基にオープンダイアログというかたちで皆さんが話し合う。「患者カルテ読んだ?」「ああ、読んだよ」というところから対話を始める。これが「患者カルテ」であります。

いきなり対話集会というのは日本の土壌ではなかなか難しい面もあります。そういう中でワンクッション置き、記述というかたちで残す。そして、まさに「患者カル」テを書いていくということは“協働”作業ですから、患者カルテは患者が著者であると同時に医療者が著者であるという共著性を持った文書であると言えます。そこにお互いがコミットできるということです。このオープンダイアログへの道筋というのは、今、精神科の病院とアウトリーチのほうでやっている作業ですが、まだ進行中であります。

もう一つ、文化的な面で司会の勝又先生も気にされていた点ですが、僕もその点について具体的にふれておきたいと思います。「患者カルテ」は一つの方法論かもしれませんが、われわれは日本語で話して、日本語で医療をしているわけです。日本語で医療をするということは、例えば英語で医療をするのとは当然語り方が違います。

いかんせん日本語には日本語の宿命もあり、なかなか上下関係、一方向性というものから抜けきれない、双方向性が達成しにくい文化的要因があります。何かというと会話の中に先生、先生という言葉が出てくることです。それは持ち上げているかもしれないのですが、一生懸命一方向性、一方向性、一方向性と言っているということです。これは会話にとっては破壊的です。なんとすれば、お互いに言いたいことを言えるような水平な関係にもっていくことが、会話を息づかせる、いわば会話の酸素なのに、その酸素を奪っていくわけです。

そこへいくと英語は非常に楽です。会話の端々にドクターとか、プロフェッサーなどという言葉は出てきません。むしろそういう言葉を使うことを馬鹿にする風潮さえあります。僕が初めてアメリカのジュニアカレッジに行ったとき、歴史の授業に入ってきた男の子が「ハロー、ドック」と言って入ってきたのです。「おい、教授野郎」みたいな感じでしょうか。「いいなあ、そういう精神って」、と思いました。

「先生」と聞くと、こっちはひれ伏して、何も文句を言ってはいけない存在かと思っていたら、「ハロー、ドック」とは何事かという感じです。そのぐらいアメリカ人のステップというのは軽やかです。西海岸では、プロフェッサーであろうと、偉い人であろうと、みんなファーストネームで呼びます。会話、それは相手をプロフェッサーであることを否定することでもないし、相手がノーベル学者だということを低く見ているわけではないのです。ただ会話を会話として息づかせるためには、それがベストである。自分と相手が水平にならざるを得ない。これが、会話が生きる道です。

そのハンディキャップは確かにあるのですが、反対に日本語が持っているものをうまく使うことにより、自殺に限らず、いろいろな治療場面で運用可能かなという言葉が二つあって、今はそれに着目して考察しています。それは「見守る」「寄り添う」という言葉です。この「見守る」「寄り添う」という言葉は英語にはありません。それに近い言葉を表現することはできますが、寄り添った日にはたぶん女性からセクハラ呼ばわりされてしまうでしょう。

仮に「見守る」と言ったら、お前は何で俺を監視するのかと誤解されてしまう。確かに「見守る」という言葉を広辞苑で引くと「温かく母親のように見る」とか、「ケアする」という意味がある反面、いろいろな意味の広がりがあって、「何か悪いことが起こらないようにじっと見る」という意味もあれば、「見て見ないふりをする」という意味さえあります。つまり「見守っているよ」と言って四六時中見ているのではなく、見ているのだけれども

見ないふりをするとか、または見過ごす、看過するという意味まであるのです。

「寄り添う」に至っては、「体を近づける」も「寄り添う」ですが、「心に寄り添う」「政府としては被害に遭われた皆様の心に寄り添ってなるべく迅速な支援に動きたいと思っています。＝官房長官談話」というかたちで出てくる。そうすると、「寄り添う」って官房長官は何をしているのでしょうか。本当に「より寄っている」のか。でも、われわれ日本人はその言葉を聞いて、あ、そういう政府のスタンスだなということを誰もが思っただけで疑わないわけです。

これを英語に直してみましよう。または「寄り添う」という言葉を、日本語を勉強し始めたばかりの東南アジアの学生に聞いてみると、「寄り添うのですか」と言って体を近づけてくる。これは文化を知っている人ならわかるのですが、文化を知らない人には大変な抽象レベルの高い概念です。「見守る」もそうです。

「見守る」という言葉がどういうふうに使われるかということ、双方向性の中で使える可能性があるということです。「見守る」「寄り添う」を、強者が弱者を、母親が子どもを、偉い人が偉くない人を、知者が無知な人を見守るとすると、これでは一方向性になってしまう。それは僕らが大方知っている「見守り」です。看護師さんに「〇〇さんがちょっと危ないから見守ってきて」とナースステーションで言われた人が「ハイ、見守ってきます」と言う。それは看護師という専門家がちょっと危なくなっている誰かを遠くで見るとか、近くに行って様子を見るのか、話しかけるのかはわかりませんが、これは一方向性、専門家が専門家でない人をとすることを意味している。

ところが、この「見守る」「寄り添う」をナラティブの世界、双方向性の世界に落とし込んでみると、全く違った意味が生まれてきます。どういう意味だと思いますか。「見守る」というのは、僕たちは普通、一方向性をイメージします。見守る側と見守られる側です。ところが、見守る側は見守られているのです。それは観察する人が実は観察されているという事実で、これは皆さんもおわかりだと思います。見ていたつもりが見られていた。実はそれは双方向性の世界で起こる現象です。実は双方向性の世界の起こり方を世の中はしているのですが、その一部を見て、僕たちは一方向性のところだけを切り取って見ているに過ぎないのです。

「見守る」を双方向的に見るとしたら、まず何が起こるかということ、見守っていた自分が実は見守られていて、見守る人は見守られているということだから、「見守る」は、自分を学習するということとになり、その人は学習者となる。つまり「見守り」というのは、

ケアする側が何かを学んでいくプロセスということになります。

「見守る」というのは、こちらが一方的にエネルギーを出して誰かに何かをしている姿から、自分が学習者になっていく姿を表している。そして見守る自分という学習者は、その学習したことを他人に伝えていく、いわば外につながる経路になっていくわけです。「見守り」というのはそこで完結するものではなく、見守り・見守られるということから、その学習の結果をナースステーションに報告し、ほかの人に報告することによって、単なる二者関係から外に向かっていく経路となっていく。

3 点目。見守る・見守られるというふうに役が決まっていると、それは時間的にはある一方向的な時計の時間です。「〇〇さん、A さん調子悪いから〇〇さんの前で 15 分間ぐらい見守ってきてくれる?」「はい、わかりました」と言って見守るその 15 分というのは時計の時間です。でも、見守る・見守られるというのは、双方向性のお互いが対話的な関係の中で生まれたときには違った時間の経験になります。その時間のことを僕は「E 系列の時間」と呼んでいます、対話する者どうしが刻んでいく時間のことです。

何でこんなことを言うのかというと、私たちは時計の時間を見ながらダンスはしません。私たちは時計の時間を見ながら子どもによちよち歩きは教えません。それはちゃんとお互いがコミュニケーションすることによって、ステップを確認することによって生まれていく時間です。すべての時間はリズムであり、区切りであるわけですから、ダンスは立派に区切りを刻んでいる。その区切りというのは、時計を見ながら区切っていたらたぶん相手の足を踏みます。その区切り方というのは、自分たちがインターアクション（相互行為）をすることによってつくっていく区切りですから、それは全く違った時間です。ですから「見守る」ということは違った時間の次元に入ることを意味します。

そのように双方向性というものに「見守る」ということを落とし込んでいくと、全く違った次元が見えてくるということです。E 系列の時間と言いましたが、今、勝又先生が僕に言ってくれた時間は時計の時間という B 系列の時間です。皆さんとこうやってお話ししながら、呼吸しながらやっているこの時間というのは、この 40 分とは違った時間を刻んでいるはず。それは会話がつくる時間です。ステップを踏んでいるダンスの時間もそうならば、皆さんの腹時計もそうならば、女性の月の生理もそうならば、いろいろな体内時計、生物リズムというのも、時計の時間ではない時間を刻んでいます。

そろそろ時間ですね。最後に何を言いたいでしょうか。わからないこともたくさんあるかと思いますが、後の質問の時間にはぜひ手を挙げて何でも聞いてください。これで僕の話

終わります。ありがとうございました。

司会（高野） 野村先生ありがとうございました。心理職としてはたいへん新鮮な、興味深いお話を伺いました。私の日々の臨床の中でさまざまな方に会う、その姿を頭の中で思い浮かべながらお話を伺っておりました。ありがとうございました。ディスカッションの時間がたいへん楽しみです。

では、次に内野悌司先生にお話しいただきたいと思います。内野先生は、現在、広島大学保健管理センターカウンセリング部門の准教授であり、専任カウンセラーをしていらっしゃいます。関西学院大学大学院で臨床心理学を学んだ後に、1992年4月から精神科病院で心理療法士として勤務されました。1997年4月より現在まで、広島大学保健管理センターで主に学生相談を担当していらっしゃいます。

自殺対策では、自殺念慮を持つ人の相談、周囲の支援者へのコンサルテーション、医療機関との連携などのコミュニティアプローチを行っていらっしゃいます。また、自殺対策の一環として、大学キャンパスにおいて、学生が学生の相談に乗るピアサポート活動を、学生ボランティアと共同で2000年より行っています。そのほか行政と共同して「自死遺族の集い」を定期的に行っています。

では内野先生、どうぞよろしくお願ひいたします。

内野 高野先生、ご紹介ありがとうございました。きょうは、私は自殺の語り方を考えるということで、主に自分自身の体験を言葉にして、普段どんなことをやっているかということをお自身振り返ってみたいと思います。ですから、後ほどの皆さんの議論の素材にいただければと思っております。ただ、野村先生のお話を聞いて「死んだ言葉」にならないように話さなくてはいけないと、ハードルが少し上がったなと思い、ドキドキしましたが、私なりの話をしたいと思います。

このテーマをいただいたときに思ったのは、普段私たちは臨床家として死にたいという気持ちを問うといいますか、その聞き方のほうに焦点が移っているのではないかと思います。「語り方」というテーマをいただいて、これはクライアントとカウンセラーが双方で語るという、まさに双方向のテーマだろうなと思いました。そこで私も普段と少し違う観点から見直してみることができたように思います。

語るということですが、クライアント側からすると、自殺を話題にすることへのためらいとしてどんなものがあるだろうと私なりに考えてみました。自殺は悪いことで、隠すべきことというふうに思っているのではないかと、自殺は自分の弱さや甘えによるもので、

恥ずかしいことというふうに思っているのではないかとか、話すことで相手に負担をかけるとか、迷惑になることを恐れている。学生の場合は、自分の悩み自体を友達とか家族に語るということのためらって、なかなか話さないということを普段感じています。

その一方で、誰にも知られたくないとか、話すことで死ぬことを阻止されたくないという、カウンセリングを受けることにも拒否をするような態度の学生もいます。自分の気持ちや思いは誰にもわかってもらえないとか、誰も自分を助けることができないというふうに考えている人もいるのではないかと思うのです。もっといろいろあるとは思いますが、私がすぐに思いついたのはこういうことです。

一方、カウンセラー側にも自殺を話題にすることへのためらいというものがあるのではないかと。私も研修会などで講演することがありますが、そのときにもこういうことはよく言われます。どう話題にしたらよいかわからないとか、聞くのが怖いということです。これはよく「自殺の神話」とか「自殺に対する誤解」というような言葉で言われていますが、死にたいということを話題にすると、その人の死にたい気持ちの背中を押すのではないかとこの怖さがよく語られます。

また、カウンセラー自身の自殺や死に対する構えや恐れということで、身近な人が亡くなっておられたり、知り合いの人が自死されたりとか、そういう経験を私たちは持っているかと思しますので、カウンセラー側に何か構えがあったり恐れがあったりして聞くのが怖いとか、ためらってしまうことがあるのではないかというふうに思います。

それから、その後の対応です。実際に死にたいということが話の中で出てきた場合、その後どうすればいいのだろうというわからなさ。答えのない問題に覚悟と責任を持ってどう対応するか。そんなふうに聞くということは責任を伴うので、その辺りのところも恐れやためらいになっているのではないかというふうに思います。

次は、カウンセラーとしてすべきことを自殺のリスクマネジメントの観点から少し考えてみました。自殺念慮の有無の確認とか、企図の予見ということが、リスクマネジメントの観点からすると必要になってくると思います。こういうことは、不幸にして自殺が起こったときの訴訟で問われることでもあるわけです。自殺の予見性ということです。

それから、2番目が未然の自殺防止対策です。聞いてしまった以上は防ぐ責任がありますので、どう対策を講じていくかということも、カウンセラーとしてすべきことだと思います。

そして、何とか死にたい気持ちを思い止まっても、あるときに死にたいという気持

ちが高まるということもあるかと思います。そういうときにどう対処するかとか、管理というのはあまりいい言葉ではありませんが、もし死にたくなるときにどうするかをクライアントさんとしっかりと話し合っておくことも必要になってくると思います。ですから、死にたい気持ちを聞くというのはこういう観点からも必要になりますし、それによって対策も講じなくてはいけないということになるかと思います。

自殺念慮について話を聞いていくとか、クライアントさん自身が話すのを、私自身は三つのフェーズでやっているのではないかと思います。これはあくまでも私の場合なので、理論化されているものではありません。それに初回面接のときに話を聞くというときと、継続的にクライアントさんと会って話すときとの違いもあると思いますが、初回面接で、特にアセスメントで配慮するということは継続面接でも適用できると思いますので、一応こんなふうを考えてみました。

一つ目が、クライアントさんの話を聞く中で、死にたくなるような気持ちを感じ取るという、自殺念慮を察知するというようなフェーズ、そういうかたちで話を聞くということがあるのではないかと思います。

2番目は、話を聞きながら自殺のアセスメントを行うということです。このアセスメントをしながら、同時に自殺を話題にするための準備をしているというふうに私は思っています。というのは、死にたい気持ちをクライアントさんが語るということは非常に困難であると思います。むしろ隠しておきたい。逆に自ら話したいということもあるかもしれませんが、話しにくいことを話題にしていくための準備というものが必要じゃないかと思うのです。その辺りの工夫をどう行うかについては、後ほどお話したいと思います。

3番目のフェーズとして、死にたい気持ちを問いかけていくということです。それを実際に話題にして話し合っていくというフェーズがあるのではないかと思います。

本を読むと、自殺を語る前提としてまず信頼関係を築くというふうに書かれていますけれども、信頼関係を築くというのはどういうことだろうかと疑問に思いました。そこで私が考えるのは、一つはクライアントが話したいことが話せるということ。またクライアントが話しにくいことが話せるようになってくること。そして、カウンセラーからすると、カウンセラーが聞きたいことが質問できるということ。さらにカウンセラーが切り出しにくいことを話せるということ。そういうものが二人の関係の中でできていかないと、こちらから話題にしにくいですし、クライアントさんからも率直に語ってもらえないのではないかと思います。

そして、クライアントの話を書く中で象徴的なエピソードについて感じたこと、思ったことを具体的に語ってもらうということ。それに対してカウンセラーは理解したことを言葉にして返すとか、それを基にクライアントに質問するというようなこと。私がイメージしたのは、体験を分かち合うこと、関係性においてつながりが感じられるようにしていきたいと思っております。言葉にしてしまうとこれだけのものですが、実際にそれをやっていくとなると結構難しいのではないかと私自身は思っています。

象徴的なエピソードというと、実際に死にたいというぐらいの気持ちになると、耐えられない苦しさとか、生きることの苦しさになるかと思えますし、苦しさがずっと続く感じの、そういう耐えられなさとか、実際に死にたいという気持ちを終わりにしたいとか、この苦しみから解放されたいという思いがあるということなので、その辺りの気持ちとか、そういうところには当然絶望感、無力感、疲弊感もあるかと思えます。そのほかにも激しい怒りとか、いろいろなものがあるのではないのでしょうか。

これは、小澤竹俊さんという、緩和医療（ホスピス）の医師が『13歳からの「いのちの授業」』と題して命の大切さを考えるために書かれた本の挿絵です。ここに書いてあるのは、「苦しいと思うとき、いろいろなことに敏感になる。励ましがなぜかつらかったり、ただ隣にいてくれることがうれしかったり、苦しいときは心のアンテナが大切なものを探しているとき」ということですが、これって死にたい人の気持ちに、野村先生が「寄り添う」と言われましたが、そういうことにつながってくるのではないかと思います。

死にたくなるようなとき、そういうものを感じ取るために私自身が心がけているたとえばみたいなものを三つ挙げたいと思います。

一つ目は「ねぎらいのまなざしを向ける」ということです。かつては、私は「温かいまなざし」と言っていたのですが、姜尚中先生の『悩む力』という本を読んだときに「ねぎらいのまなざし」という言葉が出てきて、これが私にはずっと入ってくる言葉で、こっちのほうがいいなと思ひまして、それ以来「温かいまなざし」を「ねぎらいのまなざし」という言葉に換えました。姜先生の本の中に書かれていたのは、社会的な他者から与えられる「承認のまなざし」ということです。これは姜先生がテレビを見ておられたときに感じられたエピソードを基に書かれていたのですが、それは30代のホームレスの人にインタビューをする番組だったそうです。

その男性は公園で寝泊まりして、雑誌とか漫画を拾ってきて、それを売って生活をしているような人です。その人は、自分は生まれてこなければよかったと思っていて、いつ死

んでもいいというような気持ちでいる人だったようです。その人が社会復帰プログラムの中で道路のごみ拾いの仕事を与えられて、週何回か、その仕事をするようになった。その人がインタビューの終わりのほうで声を詰まらせて涙ながらに話されたことがあったそうです。そのエピソードというのは、道路の清掃をしているときにそばを通った人から声をかけられた話です。

恐らく「ごくろうさま」とか「ありがとう」といった言葉だったのではないかと思います。その人がそれまで、自分は生まれてこなければよかったと思っていたが、自分がもし社会復帰できたら、生まれてきてよかったと思えるのではないかと感じたという話です。それで何年も泣いたことがなかったのに、その話をするときに思わず涙が出たということです。

姜先生はそういう番組を見て、「承認のまなざし」というか「ねぎらいのまなざし」の大切さというものを感じられたということでした。これも相互承認といえますか、そういう関係になるかと思います。

次に私が心がけているのは、普段は「声にならない声」と言われますが、言葉にならない声に耳を傾けるということです。実際に死にたいと思う気持ちがあっても、それを言葉にすることはなかなかできないと思いますし、単に言葉だけではなく、非言語的などころのコミュニケーションも必要ではないかと思います。

私自身は学生が面接に来るときにまず何を大切にするかというと、入ってきた瞬間の彼らの態度とか表情とか服装に注目します。それによって、1週間この学生がどんな体験をしてきたかということ想像したり、きょうの調子はどうかとか、そういうことに気をつけながら話を聞くようにしています。そして時には私を感じたことを言葉にして「きょうは眠そうだね」とか、「きょうは普段よりも表情が爽やかだね」と言いながら、ノンバーバルなところにも注目しながら話を聞いています。

次は、自ら助けを求められない人に援助の手を差し伸べるということです。実際に自分から助けを求めてくる人もいますが、そうでない人のほうが多いです。本学もかつては結構自殺がありました。最近では誇れるぐらい少なくなってきました。それは何が大きいかというと、先ほど高野先生にもご紹介いただきましたが、身近な人たちが早く気づいて、私たちのところへ連れてきてくださることによると思います。

実際に指導教員や学部の職員、あるいは友達が連れてきてくれるのですが、うちは自発来談と紹介来談の割合が1対1で同じぐらいの割合です。そうやって身近な人が早く気づ

く。そして実際にそういう人の話を聞いていくと、やはりかなり追い詰められていたりということがあります。自ら苦しいとか、助けて、と言えない人とどう関わっていくかがポイントで、そういうことができるような関係になれたらと思っています。

これはマズローの「欲求の階層」の図ですが、私が重要だと思うのは所属と愛情の欲求とか、自尊と承認の欲求という辺りです。この辺で無条件に存在価値を認めてくれる他者の存在が必要ではないかと思っています。

次が、自殺のアセスメントをしながら自殺を話題にする準備を行うということです。これを自分の中のイメージとか言葉にするとどうなるかなと思っています、今回いろいろイメージしてみました。たしかフロイトだったと思いますが、フロイトは列車の車窓から二人の人間が景色を見ながら話し合うようなたとえをしていたと思うのですが、私自身が死にたいという気持ちを話題にするときはどんなことを考えるか。その人の苦しさには今の苦しい状況も当然あるでしょうが、その人の歴史、生まれてから育ってきたこれまでにいろいろな歴史を背負っているわけですし、人との関係というものも非常に影響が大きいわけです。そこで、それを解き明かしていくことが必要と思っています。そういう縦の関係と横の関係というものをイメージしながら、どんなことを普段やろうとしているのかということを考えました。

死にたいような気持ちというのは、いろいろな要因が重なり合っている現象だと思いますので、そういうものにクライアントさんと二人で向かっていくということをイメージしたときに、私自身は田舎に住んでおりましたので、子ども時代、祖父が畑仕事をよくやっているとよく祖父にくっついていっては、邪魔をしていたのか手伝いをしていたのかわかりませんが、いろいろやっていたことを思い出すのです。

そこで楽しかったのはイモ掘りです。サツマイモというのは蔓が長く伸びているので、それをある程度のところで切って蔓に沿って掘っていくわけです。そうすると一つの株でつながっているので、それを手でやさしく掘り起こしていく。うまくいけば蔓の部分からずつつながっていて、それをひょいと引いていくと全部が気持ちよく抜けて「取れたッ」と感じるわけです。そんなこともあって、クライアントさんと二人でイモ掘りをするというイメージがちょうどじっくりくるような感じがしました。そうやってクライアントさんと、その人の歴史から今の死にたいぐらいの気持ちまで二人で掘り起こしていく作業だと私自身考えています。

「アセスメントの感度と特異度を高める質問をしながらクライアントの話したいこと、

あるいは話しにくいことを聞くように努める」と書いていますが、この感度と特異度というのは“死んだ言葉”になりますけれども、感度というのは拾い上げることです。特異度というのは、特定のところの特異性をしっかり聞くということで、例えばうつでしたら、気分の落ち込みというのが症状としてよくあることなので、興味、関心、楽しさというものが減退しているような状況を併せて聞くと、その人がよりうつであるという特異度が高まってくるように思います。

同じ「死にたい」でも、統合失調症の人の「死にたい」というのと、うつの人の「死にたい」というのとでは違います。ボーダーラインパーソナリティ障害（Borderline Personality Disorder）のような、パーソナリティに問題がある人の「死にたい」というのとは、いろいろ意味合いも違ってますので、そういうところもしっかりと聞き分ける作業が必要ではないかと思えます。

不安とか葛藤の内容というものも大事ですが、私が大事にしているのは体験様式です。ある体験をして、どんなふうに思っているか、感じているかということとともに、時間的な感じというのも重要ではないかと思えます。うつの人だと、先取りのいろいろな不安に思ってしまうと、心配に心配をして苦しくなってしまうこともありますし、ボーダーラインの人だと今のことに対する不安、不満というものが前面に出てきます。また最近では、発達障害がある人であれば過去のことに非常にこだわっていて、そこから離れられなかったり、切り替えができなかったりということもありますし、その辺りをしっかりと聞いていくということも重要ではないかと思っています。

症状とか病態というのは事実のところは話しやすいわけですが。特に体のことだと、睡眠とか、食欲とか、気分というところから丁寧に聞いていくということです。私がかつて病院に勤めていたころは、アルコールや薬物を過剰に摂取する人が多かったので、その辺りもしっかりと聞いていました。そういう症状に対してもその人がどんな態度をとっているとか、どのように対処しているか。この辺もその人なりのやり方をじっくりと聞くようにしています。先ほどの野村先生のお話にあった素人は自分の生き方にとっては専門家であるので、それを私たちが教えてもらうのだという水平な関係、そこがまさに重要だろうなと思ひ、聞いていました。

よく本などに書かれているのは自殺にかかるリスク要因ということで、特にその中でも近親者の自殺とか未遂歴というのは重要なものと思えます。私のところに来る学生の中にも、実は近親者、親御さんとかきょうだい自死で亡くなられたという学生さんがいます。

そのとき本人が話すのは、自分もいずれ同じような手段で死んでしまうのではないかと
う不安に関してです。

そういった模倣理論のようなものもあるらしいのですが、身近でそういうことがあると
同じようなことも起こりやすくなるということです。先ほど控室で話になりましたが、9
月1日の危険ということが報道されて、実際にそういうことが現実になってしまって、そ
れは非常にナーバスな話題なので、私たちも気をつけてやっていきたいなと思います。

また、同じ苦しみを抱えていても誰か支えてくれる人がいるかどうかとか、相談できる
かどうかということもあります。そういう人があれば、それは自殺を防ぐ保護要因になっ
てきますので、そういう人がいたりするかというようなことも聞きながらやっております。
そして一番ポイントになってくるのが自殺未遂歴とか自傷歴で、上に述べたことを話題に
してある程度それが理解できたら、こういうところも聞いていくようにしています。

では、自殺アセスメントをするときに私はどんなところに注目しているかという点です。
上の1から3まではWHOが出しているガイドラインの手引きに書かれているものです。
私自身が未遂をして連れてこられた人の話を聞いていると、この三つがすごく重要だなど
思うことがありますので、ここに結構注目しています。

1 番目の両価性とそのバランスですが、死にたいと思う人も、やはり死ぬのは怖いとい
う気持ち、そして生きたいという気持ちの二つの気持ちの間ですごく揺れ動いているわけ
で、そのバランスをどうとっているかです。死にたいという気持ちがどういう状況で起こ
るか、どういうときに非常に強まるか、その間にどのぐらいの時間があるか、そういうよ
うなことも問いながら話を聞いています。

かつて首に黒い痕を付けてきた人がいました。話を聞いてみると、最後の最後になっ
てもう少し生きたいという気持ちで、何とか自分でその状況を抜け出して来てくれたとい
うことです。ですから、最後の最後まで死にたいという気持ちと生きたいという気持ちの間
で揺れ動いているということです。そこをどうその人が切り抜けようとしているかとい
うところがとても重要だと思います。

2 番目の衝動性とその制御ということでは、二つ目の文献に挙げている「自殺の対人関
係理論」というところで最近関係していますが、最後の6番にも関係していることです。
自ら死ぬということはとても怖いことですし、勇気の要ることなので、その衝動性がど
んなふうに高まっているか、それをどう、その人自身が制御しているかという点も非常に
重要ではないかと思います。

やはり未遂をして私のところに連れてこられた人の中に高い所から飛び下りた人がいました。話を聞いてみると、未遂を起こすまでに何度も下見をしたりとか、実際に死のうとしてそういう場所に行っている。ですから、何度も何度も実際に下見をしているのです。ただ、両価性ということもあるし、実際にやろうとしてもなかなか踏み込めない。ところがある日、どうなってもいいやという自暴自棄の気持ちになって飛び下りられたということです。

たまたま下にクッションになるようなものがあつたので、よく骨折だけで済んだというような高さだったらしいのですが、助かった。そういう人から聞いても、衝動性というものが高まっても、なかなか実際に死ぬことは難しいということでした。だから、その衝動性が最も高まったときにどう制御できるかが重要だと思います。

3番目が柔軟性を欠いた思考ということで、心理的視野狭窄というものです。これも未遂をした人から聞いた話です。その人は何年もカウンセリングをして、いよいよ終わるといふときに過去を振り返って話してくれた経験ですが、その人はいま生きていて本当によかったと言ってくれました。自分が死のうと思ったときは苦しくてしょうがなくて、もう死ぬしかないと思っていたそうです。しかし、今こうして元気になって振り返ってみると、確かに苦しかったが、死ぬほどのことではなかったと思えるのだと言っていました。

つまり、そのときは苦しきから解放されたい、そのためには死ぬしかない状況だったわけですから、そのときは別の対処方法とか解決方法は全く考えられなかったということです。そんなふうには追い詰められて死ぬしかないという状況になっているかどうかを話しながらかみ極める。そして一緒に解決方法を考えていこうというような関係ができるかどうかだと思ふのです。

4番目の所属感の減弱は対人関係理論で言われているものですが、自分が属しているところで愛情とか関心を得られているかどうかということです。最近中学生のいじめ自殺が報道に出っていますが、そういう子どもは、自分の学校での居場所がないとか、自尊心が傷つけられて自分はやっていけないということがあつたと思ふのです。そういう所属感の減弱がある。

それから、負担感の自覚というのは、自分では対処できないという負担感ではなく、自分がいることによって、周囲の人、家族であつたり、友達であつたり、職場の人に負担になっているとか、迷惑をかけているという負担感のことを言います。そういう気持ちが強い人は自ら死んでしまいたいと思ふ。東北地方で実際に疫学研究であつたのですが、独り

暮らしの高齢者と家族と一緒に住んでいる高齢者のどちらの自殺率が高いかを調べたそうです。仮説としては独り暮らしの人のほうが、自殺率が高いだろうということだったようですが、実際に研究の結果が出てみると、そこには差がなかったということです。

つまり、家族と一緒に住んでいても自殺をしている。これは負担感の自覚というものがあって、家族の介護を受けながら生きていくのが心苦しいとか、あるいは疎外感を持って死にたいと思う。自分の存在が周囲の人に負担になっていると思ったときに、人間は自ら死のうとするということです。この辺りの負担感をどう感じているかについても、注意しながら話を聞いています。

最後は自殺とか自傷の企図歴です。一般論を説明しながら問いかけるというのは、実際には話題にしにくいことであつたりとか、クライアントさん本人から死にたいという言葉が出てきにくいことが多いので、そういうときには私は、「きょうのあなたの話を聞いていると、今、とてもつらい状況にあることが伝わってきたよ」と切り出します。そして「人間というのはそういうときはあまりにも苦しいから、この場からいなくなってしまうたいとか、死んでしまいたいということもあるよね」というふうに言います。「今のあなたの状況からすると、そんな気持ちになっても無理はないと思うのだけど、実際どうかな」と、まずは一般論から始めて「はい」か「いいえ」で答えられるように問いかけます。

そうすると、実際に死にたいと思っている学生は、大体は「はい」と言ってくれます。あるいは、「死にたいとは思いますが、実際はそこまでの勇気がないから死のうとは思いません」と言ったりします。そのとき、逆に「いや、そんなことはありません」というふうに言葉で否定されてしまうと、そのほうが余計怖いのです。その後どう扱っていくかが難しくなるので、その場合はもう少し踏み込んで聞くこともありますが、とにかく関係を続けていくことにシフトしていきます。

そんなかたちで私の場合は言葉にして、自殺念慮の有無を確認しながら、いつごろからかという時期と持続期間、あるいはどのぐらいの頻度で死にたいという気持ちが出てくるかとか、実際に行動に移す深刻度、実際の自殺企図の経験も聞いたり、準備をしたり計画をしたりというようなことについても聞いています。実際にロープを買っていたり、日にちを決めている人もいたりするわけです。そうなってくると今度は保護をどうするかという問題も考えないといけなくなってくるので、そういうところまで踏み込んで話題にすることもあります。

自殺の行動の制御などもありますが、私はここまで聞くことはめったにありませんが、

先ほど紹介した Dr.Shea という人が書いている “The Practical Art of Suicide Assessment” という本に書かれていたことで、あ、そうなのだと思ったのは、シーア先生は2カ月ぐらいさかのぼって聞くのがいいと言われていました。

シーア先生自身の臨床経験からすると、だいたい6~8週間の間の自殺念慮とか自殺企図がとても重要だというふうに書いてありました。私自身はここまで意識したことはなかったのですが。シーア先生は、「過去6~8週間ぐらい振り返ってみて、あなた自身が最悪と思った日のうち、自殺しようと思ったのは時間にしてどのくらいありましたか」という聞き方をするそうです。さらにもう少し踏み込んだ質問としては、「1日のうちの90%ぐらい死にたいと思っていた？ それとも70%ぐらい？」というふうに聞いていくそうです。

私もこんなかたちで聞いています。そして危険度が低い場合、死にたい気持ちということで何か具体的な計画を立てていない場合には、継続的な関係を維持していくことになります。また危険度が中等度の場合、死にたい気持ちはあるが直ちに実行する計画は持っていないとか、両価性を利用した生きたい気持ちを強化していけばいいし、自殺に代わる選択肢を一緒に模索していく。そうやってまずは危険を回避しようと考えます。危険度が高い場合。明確な自殺の計画や実効手段を持っていたり、直ちに実行する用意があるようなときには、まずは安全の確保というかたちで対応するようにしています。

最後にまとめというほどのことではありませんが、この原稿を考えているときに思ったのは、自殺を話題にするときには戸惑うことが多いなということです。そしてクライアントさんの話を聞いて、死にたくなるような心理的な苦痛が特定できたら問いかけることだと思います。そして話題にするための準備と自殺アセスメントを行って、自分なりの方略と技術を磨いていきたいと思いました。最後に、死にたいと思う人の多くは信頼できる人とのつながりによって救うことができるのではないかと。そういうふう信じてやっていきたいと思いました。

私が準備したのは以上です。どうもご清聴ありがとうございました。