

## 第1章

# 人はなぜ自殺するのか？

## 自殺の対人関係理論に基づく予防と治療・ 援助の基本

### I はじめに

「自殺予防のために精神科医療に何ができるのか」。この疑問が、筆者をして本書執筆へと向かわせた起点であるが、ここでは、あえて逆方向から問いを立ててみたいと思う。いわく、「人はなぜ自殺するのか？」。

この問いに答えるのは容易ではない。自殺学の祖 Edwin Shneidman は、自殺に共通する 10 の特徴（表 1-1）を明らかにしているが、そこから漠然と見えてくるのは、自殺という行動の背景には、「耐えがたい精神的苦痛」や「満たされない欲求」、「絶望感と無力感」といった否定的感情が存在するということである。そして、Shneidman の考えに従えば、その否定的感情

表 1-1 自殺に共通する 10 の特徴

(Shneidman ES. Definition of suicide. 1985)

- ・自殺に共通する目的は、問題を解決することである。
- ・自殺に共通するゴールは、いっさいの意識活動を止めることである。
- ・自殺に共通する動機は、耐えがたい精神的苦痛である。
- ・自殺に共通するストレスラーは、満たされない欲求である。
- ・自殺に共通する感情は、絶望感と無力感である。
- ・自殺に共通する認知の状態は、両価性である。
- ・自殺に共通する認識の状態は、心理的な視野狭窄である。
- ・自殺に共通する行動は、脱出である。
- ・自殺に共通する対他的行動は、意図の伝達である。
- ・自殺に共通する対処パターンは、それまでの人生において繰り返されてきたものである。

による苦痛が耐えがたい強度で持続し、逃げ出すことができない状況へと至ったとき、人は心理的視野狭窄に陥り、困難な状況から脱出する唯一の方法として自殺を考えることとなる。

とはいえ、自殺を考えた人がすべからくそれを行動に移すわけではない。2007年に内閣府が行った国民意識調査（2008年）によれば、ランダムに抽出された国民のうち、これまでの人生で少なくとも1回以上「本気で死にたい」と考えたことがある人は、調査対象者の約2割にも達していたという。いうまでもなく、この2割の人の大半は生涯自殺することはない。この事実は、自殺を考えることは、人間にとって比較的ありふれた現象であり、自殺を考えた人のうち実際に行動に移すのはごく一部にすぎないことを示している。

それでは、人はなぜ自殺するのか。

本章では、この問いに対する一つの回答の試みとしてThomas Joinerらの「自殺の対人関係理論」(Joiner et al, 2009; Van Orden et al, 2010)を紹介し、この理論にもとづいた評価や実際の治療・援助に関する基本理念を確認しておきたい。

## II 自殺の対人関係理論とは

すでに述べたように国民のおよそ2割は真剣に自殺を考えたことがあるが、そのほとんどは行動に移していない。もちろん、将来への希望や期待が多少とも残されていたり、仕事上の責任や残される家族への配慮などが歯止めになったりはするのだろう。しかし、本能的もしくは原始的な部分で人に自殺を思いとどまらせるのは、何といても、死に対する恐怖感や自分の身体を傷つけることに対する抵抗感である。

Joinerら(2009)はこの点に注目し、自らの自殺に関する理論の出発点とした。彼らによれば、人が自殺行動を起こすには、自殺に対する心理的なハードルが下がるプロセスが必要であるという。つまり、自殺願望を行動に移すには、死に対する恐怖感が減弱したり、自分の身体を傷つけることに

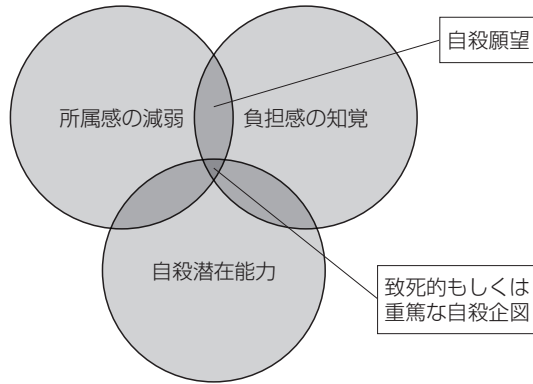


図 1-1 自殺の対人関係理論

(Joiner TE et al. The interpersonal theory of suicide: guidance for working with suicidal clients, 2009)

対して慣れたり、身体的疼痛に対して鈍感になったりするという、一種の準備状態が必要なのである。こうした能力のことを Joiner らは、「獲得された自殺潜在能力 (acquired capability for suicide: 以下、自殺潜在能力と略す)」と名づけており、自殺願望に自殺潜在能力が加わったときに自殺が行動化されると指摘している。

ついでにいえば、自殺願望 (= 積極的な自殺念慮) については、後述する「所属感の減弱 thwarted belongingness」と「負担感の知覚 perceived burdensomeness」が重なることで生じる (いずれか一つでは、「もう生きているのが嫌だな」という消極的な自殺念慮にとどまる)。Joiner らによれば、自殺潜在能力は自殺行動を起こしやすい心理状態 (「慢性自殺状態」) を準備し、その状態に、所属感の減弱や負担感の知覚によって生じた自殺願望が合流したときに、「急性自殺状態 (切迫した自殺の危険)」を呈するという (図 1-1)。

## 1 自殺潜在能力

自殺潜在能力は、身体的疼痛への抵抗感の低さや慣れを反映している。自

自殺企図歴の存在は近い将来における自殺既遂を予測する危険因子として広く知られている。実際、心理学の基礎実験において、自殺企図経験のある者はそうした経験のない者に比べて高い疼痛耐性を持っており、特に2回以上の自殺企図経験者では疼痛閾値が急激に上昇することが証明されている(Orback et al, 1996)。こうした疼痛耐性の上昇は、そのまま自殺潜在能力が高まったことを意味するという。

自殺潜在能力は、リストカットのような軽症かつ非致死的な自傷行為、あるいは摂食障害(拒食や過食・嘔吐)やアルコール・薬物乱用のような、自殺以外の意図から故意に自分の健康を害する行動によって高められる。また、慢性疼痛を抱える経験、あるいは、格闘技やラグビー、サッカーなどの激しい身体接触を伴うスポーツ、戦闘やけんかなどによる暴力被害・加害の経験、頻回の外科手術など、疼痛と刺激誘発的な体験も自殺潜在能力に関係している。

たとえば、女性は男性の2倍、うつ病に罹患しやすいが、その一方で、自殺死亡率は、世界中のほとんどの国で男性は女性の2～3倍高い。うつ病と自殺とをめぐり、このような矛盾した関係について、Joinerらは、男性は、けんかや激しいスポーツなどを通じて自殺潜在能力の高まりが顕著であり、それはうつ病によるよりも自殺に対する影響が大きい可能性があると考えているようである。また、高齢者の場合、慢性疼痛を伴う持病を抱えている者が少なくなく、自殺潜在能力を高める要因として無視できない。

自殺潜在能力は、生来性の衝動性の高さとも関係がある。また、アルコールや薬物による酩酊は、死に対する恐怖感を減じ、衝動性を亢進させることによって、一過性に自殺潜在能力を高める。

さらに、自殺潜在能力は、自分自身が身体的疼痛を体験すること以外の出来事によっても影響を受ける。たとえば、他者の身体損傷や疼痛の体験に遭遇したり、他者の死を目撃したりすることでも高められる可能性があるという。このことは、身近な人に先立たれる体験を重ねている高齢者、あるいは、医療関係者における自殺死亡率の高さを説明する理由の一つとなるかも

しれない。その意味では、自殺潜在能力とは、「怖がらずに死を凝視する能力」といいかえることもできるであろう。

## 2 所属感の減弱

所属感の減弱とは、現実にとつながりがなく、孤立している状況を意味するとともに、「自分の居場所がない」、あるいは「誰も自分を必要としている人などいない」という主観的な感覚も含んでいる。

Joiner らによれば、この概念が自殺に関係することを支持する実証的研究は多数存在するという。たとえば、子どもの多い母親は子どもの少ない母親よりも自殺率が低いという知見、あるいは、一卵性双生児は自殺率が低い、祝祭の時期や国全体が経済的に困難な時期、大規模災害や悲劇が発生した直後は、一般市民の連帯感が高まり、自殺率は低下する、さらには、大学への所属感の乏しさと学生の自殺念慮とは正の相関関係にあるなどといった知見がそれにあたる。

職場・学校でのいじめ被害やパワーハラスメント、家族との葛藤、虐待被害、単身生活をしていること、あるいは社会的な引きこもりの状態は、所属感の減少を引き起こしうる。また、自分にとって価値あるものを喪失して生きがいを見失うことは、いわば「この世における自分の居場所」を喪失する体験であり、恥辱感を味わされることは、「立場（＝自分が所属する集団での居場所）」を失う体験である。さらに、精神科治療やカウンセリングなどの心理学的な援助を受けることに対する偏見、あるいはそのような支援資源へのアクセスの悪さが、結果的に所属感の減弱を強めることもある。

もちろん、精神障害の症状が、直接的もしくは間接的に所属感の減少をもたらすこともある。抑うつ気分に影響された、自他に対する歪んだ認知が、「自分はひとりぼっちだ」、「誰も自分のことをわかってくれない」という感覚を増強したり、あるいは、職業的能力の低下が、その人に「自身の存在理由や生きがいを喪失した」という感覚を引き起こしたりして、所属感の減弱をもたらす可能性がある。また、長期にわたる罹病生活のなかで、職場や家