

れ、自分で「おかしい」と感じ、X年12月下旬に当科初診。

初診時診断はPTSDと大うつ病の合併。自宅療養を要する旨の診断書とともに、警察の相談窓口など現実的な対応法に関する情報が与えられた。薬物はフルボキサミン50mgと睡眠薬が処方された。しかし、服薬によって副作用と思われる嘔気などの身体不調が現れたため、服薬を自己中止した。加えて、外出恐怖のために、初診以後の受診をしなかった。

その後、X+1年3月にストーカー男性が会社を辞めたという知らせを受け、ほっとしたが、PTSD症状とうつ病症状が続き、ほとんど自宅に引きこもった状態であった(X+1年3月以降、自宅周辺でその男性を見かけることはなくなった)。ようやくX+1年12月に出勤できる状態となり、徐々に元気を取り戻していた。ところが、X+2年3月にその男性とばったり出くわし、「頭が混乱したパニック状態」に陥り、同月当科を再診した(この再診までの間、精神科治療は受けていなかった)。

＜自殺行動についての考察＞

X+2年3月当科再診以降、アルプラゾラムが著効し、早期に精神的安定を得た。そして、X年12月当科初診以降、約1年間の「引きこもり状態」の様子を聴取したところ、自殺念慮を有した時期があったことが語られた。自殺行動にまでは至らなかったが、ここでは本例の自殺念慮発生について、患者の叙述を基に考察する。

患者はストーカー男性に対する強い怒りを感じていた。また、その男性への対処を講じてくれなかった会社への怒りも持っていた。さらに、外出恐怖や気力低下などの

ために引きこもらざるを得ない自らの状態を、家族を始め周囲の人たちが理解してくれていないと感じ、彼らへの怒りを抱いた。同時に、自らの不運と理解されない辛さを嘆き、抑うつ気分が強まった。

「そのような心境は十分に理解できるが、なぜ死にたい気持ちが出てきたのだろうか？」という問いに、患者は「わからない」と答えた。そして、しばらく考えた末、「気分も落ち込んでいたし、すべてが嫌になっていた」と付け加えた。

PTSD患者が自殺を考えるようになる心理状態として、Mazza(2000)は次の2点を指摘している：(1)恐怖体験の再体験(フラッシュバックや悪夢など)とそのコントロール不能感が無力感と絶望感につながり、うつ病や自殺行動を生み出す、(2)回避行動が孤独感や孤立感を生み出す。本例をこのMazzaの自殺心理に当てはめるならば、後者の範疇に該当すると思われるが、孤独感・孤立感のほかに、強い怒りの存在が自殺念慮発生に関与した可能性がある。

自殺に至る心理の1つとして、怒りは古くから指摘されてきた。うつ病の自殺心理において、両価的感情を向けた対象を取り込んで同一化し、その対象に向かうべき無意識の攻撃性が自己に向けられて自己破壊が生じると論じたフロイトの説は有名である(張, 1998)。しかし、このフロイトの理論には当てはまらない「怒り→自殺」プロセスもある。例えば、他者への復讐・罰という自殺心理である(張, 1998)。本例の場合は、これに相当すると考えられる。しかし、この心理の場合、復讐心や怒りが自殺に結びつくメカニズムは謎に包まれたままである。張(1998)はここにうつ状態の関

与を想定しているが、その詳細は明らかにされていない。

本例では、自殺念慮が生じたときに大うつ病の状態にあり、「怒り→自殺念慮」のプロセスにうつ状態が何らかの形で関与したと考えられる。Oquendoら(2003)は多数例研究において、PTSDと大うつ病の合併が自殺未遂率を高めることを見出し、これは物質乱用・依存、子供時代の被虐待体験、B群人格障害に影響されないことを確認した。PTSDと大うつ病の合併率が高いことを考えると、自殺に関して、この群に今まで以上の注意が払われる必要がある。そして、その自殺プロセスを理解するためには、本研究のような症例研究が必要である。

III. 症例2 女性、Y年当科初診時28歳

<生活歴>

父は会社員、母は専業主婦。同胞は3歳下の弟が一人。家計は比較的裕福。家族関係に特に問題はない。学業成績は優秀で、大学院卒後、会社勤めをしている。派手な交友関係は無く、飲酒は晩酌程度で、喫煙歴はない。いわゆる真面目な女性である。大学入学後から、マンションで一人暮らしをしている。

<身体的既往歴>

特記すべきことなし。

<精神科的既往歴>

なし。自傷行為歴もなし。

<精神医学的家族歴>

患者の知る限り、なし。

<病前性格>

几帳面、完全主義、凝り性、責任感が強い、人に気を使う、明朗、話し好き、社交的、勝気、短気。

SCID-IIによる構造化面接でII軸診断がつかないことを確認した。

<外傷体験>

Y年10月、会社からの帰路、自宅マンションのエレベーター内で見知らぬ男性と2人だけになり、その男からいきなり胸を押されて押し倒された。患者は悲鳴を上げ、男は逃走した。

<精神科治療経過>

事件直後から身体の震えが止まらず、不眠となり、3日後に当科受診。急性ストレス障害と診断され、フルボキサミン、スルピリド、ロフラゼパ酸エチル、プロチゾラムが処方されるとともに、自宅療養の措置がとられた。持続的な身体の震えと不眠はすぐに軽快したが、音への過敏、男の顔のフラッシュバック、恐怖心、回避行動、情緒不安定性などの症状は事件後3ヶ月目まで頻繁に生じた。

その後、上記症状の頻度は減じたが、漠然とした不安感、集中力・持続力低下のために仕事の能率は明らかに低下していた。また、事件を想起させる出来事でフラッシュバックが生じるだけでなく、例えば上司からの注意など、事件に関係のないことでも、フラッシュバック時と同じような恐怖心を伴う混乱状態がしばしば生じた。情緒不安定時には衝動性が強まり、物を投げる、手首を切るなどの行動が突発的に生じることがあった。このような衝動行為は病前には全くなかった。

精神科治療は継続的に行われ、症状の程度に波動性を認めたが、概ね時間経過とともに軽快した。事件から2年6ヶ月後の状態は、事件を想起させる出来事による恐怖心と不安感、易疲労感、思考力低下、睡眠

障害、軽度の情緒不安定性を認めた。

＜自殺行動についての考察＞

本例では治療経過中に自傷行為がみられた。以下に、希死・自殺念慮ならびに自傷行為と、その時の患者の心理に関する供述を列挙する。

- ① 事件から 1 ヶ月後：玄関の呼び鈴や電話の呼び出し音で、飛び上がるほど驚く状態のほか、フラッシュバックと全般性の不安が存在した。フラッシュバック以外に、突然思考が混乱し、情緒も不安定になって大声で泣くこともあった。そのような混乱・不安定状態の時に、「自分でどうしていいかわからない」という制御不能感に陥り、「死んでしまいたくなる」という希死念慮が出現した。感情面では持続する抑うつ気分はなく、むしろ意欲は回復傾向にあり、全体的には改善感が得られていた。
- ② 事件から 7 週間後：音への過敏性とフラッシュバックによる恐怖が続いていた。母親との些細な口論中に突然、「死にたい」と思い、はさみで手首を刺した（傷はごく軽症）。翌日、やはり母親との些細な口論中に希死念慮が生じ、包丁を手にとったところ、母から「ふりをしているだけでしょ」と言われ、カッとなってコップを母に投げつけた。母に対する怒りと、自分の苦しみを理解してもらえない悔しさ・苛立ちがあったと語られた。これらのエピソードの前後に、持続する抑うつ気分はなかった。
- ③ 事件から 7 ヶ月後：復職して 3 週間ほど経過したが、作業能率は低下しており、自責感が生じ、「自分なんかいない方がいい」と考えて、死にたくなった。この

時、抑うつ状態にあったが、持続期間は 3 日間であり、大うつ病の基準には当たらなかった。

- ④ 事件から 30 週後：事件前から交際していた男性が家業を継ぐために遠方の実家に戻るかもしれないという話が持ち上がり、その男性と一緒にいる時に手首を切ろうとして止められた。このエピソードを振り返り、患者は「彼の注意を引きたかったからかもしれない」と語った。持続する抑うつ気分はなかった。
- ⑤ 事件から 31 週後：自宅で一人の時に、1 週間前の自傷騒動を思い出して自責感を抱いているうち、急に強い落ち込み気分襲われ、希死念慮が生じ、包丁で手首を切った（傷は軽症で、医療機関を受診するほどではなかった）。この時の抑うつ気分の持続も 2~3 日で、大うつ病の診断を満たさなかった。
- ⑥ 事件から 34 週後：事件後 6 ヶ月休職して復職したが、作業能力が低下している上に、情緒不安定のために時々欠勤する状況に関して、上司から「働く気が感じられない」と叱責されショックを受けた。その日の帰宅後、仕事が十分にできない自責感と自信喪失感とともに、事件の犯人と上司に対する強い怒りを感じ、手首を切った（傷は軽症で、医療機関を受診するほどではなかった）。
- ⑦ 事件から 14 ヶ月後：実家に帰省中、親が PTSD の状態に配慮を欠く発言をしたことに対して強いいらつきを覚え、突発的に「死にたい」と思い、親の面前で頭痛薬 50 錠を大量服薬した。すぐに救急病院に運ばれ、胃洗浄の処置を受けた。
- ⑧ 事件から 21 ヶ月後：再び上司から低い

作業能力と欠勤を叱責された。その夜、自宅で交際相手と話しているうちに、「考えがまとまらなくなって、消えたいと思った」。交際相手の前で、突発的にジアゼパム 12 錠とプロチゾラム 1 錠を服薬し、病院に運ばれ処置を受けた。

以上が治療経過中にみられた希死・自殺念慮と自殺行動である。

事象①は PTSD 症状としてのフラッシュバックや思考混乱・情緒不安定状態に対する制御不能感から、無力感や絶望感に至ったと考えられる。これは前項で述べた Mazza (2000) の自殺心理 (1) (恐怖体験の再体験とそのコントロール不能感が無力感と絶望感につながり、うつ病や自殺行動を生み出す) に相当すると考えられる。しかし、なぜ急激に希死念慮が強まるのかは謎である。「制御不能感→無力感・絶望感」というプロセスは了解可能だが、本例でみられたように、そこから急激に希死念慮が発生するプロセスには了解不能性が残る。1 つ考え得ることは、持続する大うつ病の状態になくとも、情緒不安定性のために短時間で急激な抑うつ状態が生じ、この状態が希死念慮発生に関与しているのではないかとということである。

事象②は情緒不安定性と衝動性がベースにあり、母に理解してもらえない怒りや悔しさが引き金になって生じたものと推察される。母への怒りや悔しさが直接的な形となって現れたのが「コップを投げつける」という行動であった。自傷行為については、母への怒りが自己に向かったと、無意識レベルのフロイト流解釈が成り立つが、断定はできない。むしろ筆者が考えるのは、PTSD の場合、恐怖心と不安感のために、

大うつ病でみられることのある退行現象に近い状態が生じ、依存対象からの疎外感が急激な抑うつ状態を生み出すのではないかとということである。そして、この抑うつ状態の中で、何らかのメカニズムによって希死念慮が生じるのであろう。その際、衝動制御不良が加われば、自傷行為がより起こりやすくなる。

事象⑦にも、このような背景が存在したと考えられる。

事象④も同様である。一見、境界性人格障害の行動のように見えるが、本例は病前にその診断はつかない。実は、病前に同じ話（交際相手が実家に戻るかもしれないということ）が持ち上がったことがあるが、その時には希死念慮など起こらなかったし、アピール性の自傷行動もなかった。前述のように、PTSD による恐怖心・不安感が一種の退行現象を引き起こし、依存対象からの疎外感が境界性人格障害のような行動を生じさせるのではないかと考えられる。

事象③と事象⑤は自責感から生じたものである。これは大うつ病でよくみられる自傷パターンに近いが、本例では大うつ病の診断はつかない。しかし、急激に生じる抑うつ状態が、短時間では大うつ病に近い状態像になっているのではないかとと思われる。

事象⑥と事象⑧の背景には、自分の状態を理解してくれない上司への怒りがあった。事象⑥では、事件の犯人に対する怒りも自覚された。加えて、自責感と自信喪失感があり、これが契機となって、ベースにある情緒不安定性によって急激な抑うつ状態が生じたと思われる。怒りが自傷に結びつくプロセスは不明だが、症例 1 で考察したように、抑うつ状態が何らかの形で関与して

いるのかもしれない。

IV. 全体の考察

症例1では大うつ病の合併中に希死念慮が生じた。自殺心理の1つとして、加害者ならびに自らの苦しみを理解してくれない人々への怒りが浮かび上がったわけだが、怒りが希死・自殺念慮に結びつくプロセスには、抑うつ状態の関与が考えられることを考察した。自殺心理として怒りや攻撃性は古くから指摘されてきたことだが、他者への怒りがなぜ自殺行動に結びつくのか、そのプロセスに抑うつ状態がどのように関与するのか、未だ明らかにされていない点が多い。引き続き重要な研究課題である。特に PTSD においては、症例1のように、加害者への怒り、PTSD 状態を理解してくれない人々への怒りなど、怒りの感情を伴うことが多いと考えられるので、この感情と自殺性との関連は重要であると考えられる。

症例2の自傷でも怒りの感情が認められた(事象⑥、⑧)。この時、短期間ではあるが、抑うつ状態が存在した。したがって、大うつ病の診断がつかなくとも、上述のように抑うつ状態の関与が想定される。症例2のその他の事象においても、大うつ病の診断基準を満たさなくとも、短期間の急激な抑うつ状態が希死・自殺念慮や自傷行為に関与したと思われる。PTSD による情緒不安定性がこのような状態を生み出しやすいと考えられる。また、「易怒性または怒りの爆発」が PTSD の診断基準に含まれているが、PTSD 状態では衝動制御不良が生じやすい。そして、衝動制御不良は自傷に関与する。つまり、PTSD による情緒不安定性(急激な抑うつ状態)と衝動制御不良が

自殺行動に関与すると考えられる。

PTSD と大うつ病の合併が自殺の危険性を高める(Oquendo et al, 2003)。症例2は大うつ病の診断基準は満たさないが、自殺行動の背景に抑うつ状態の関与があると考察した。一方、多数例研究において、うつ病の合併を統制した上でもなお、PTSD に自殺性が高いという結果が出されている(Mazza, 2000; Marshall et al, 2001)。このような多数例研究の結果が額面どおりに受け取られるなら、PTSD の自殺行動にはうつ病の状態は関与しないと思われるかもしれない。しかし、ここで注意せねばならない点は、各研究で設定されたうつ病の診断基準を満たすものだけが「うつ病」として統制の対象になることである。すなわち、それらの「うつ病」に合致しない状態と、抑うつ状態が全く存在しないことは同義ではない。症例2でみられたような、急激に起こり短期間で回復するような抑うつ状態が多数例研究からは漏れてしまう。

抑うつ状態があまり関与しないと思われる PTSD の自殺行動としては、症例2の事象①のようなパターン(PTSD 症状の制御不能感→無力感・絶望感)が挙げられるのであろうが、前項で考察したように、「無力感・絶望感→希死念慮」の背景にやはり急激な抑うつ状態が関与しているであろうと筆者は考えている。

最後に、症例2の自殺行動で上記以外に重要と思われる点を挙げておく。それは、一見、境界性人格障害の自傷行為に似た自殺行動が出現したことである。症例2の病前にこの人格障害の診断がつかないことは、親や上司にも問い合わせて確認した。PTSD による恐怖心と不安感が患者の依存

性を高め、依存対象からの疎外感を感じた時、境界性人格障害に似る行動を生じさせると考える。

V. まとめ

少数例から得られた所見を普遍化することには慎重であるべきだが、一方で、多数例研究による統計学的な結果報告では埋没してしまう事象が症例研究では拾い出される。本研究では、PTSD と大うつ病の合併例（症例1）と、大うつ病合併の診断がつかない PTSD 症例（症例2）の自殺心理を調査し、以下のような結果と考察を得た。

- (1) 症例1では強い怒りの感情が存在した。他者への怒りが自殺行動につながる背景には抑うつ状態の関与が想定されるが、そのメカニズムについてはさらなる探求を要する。
- (2) 症例2の自殺心理として、フラッシュバックや思考混乱・情緒不安定性などの PTSD 症状に対する制御不能感、依存対象からの疎外感、自責感と自信喪失感、怒りなどが抽出された。そして、各心理状態が自殺性に結びつく背景には、抑うつ状態が関与すると考察した。抑うつ状態がどのように関与するかについては、さらなる探求を要する。
- (3) PTSD の自殺行動には、情緒不安定性による急激な抑うつ状態と、衝動制御不良が関与すると思われる。
- (4) 症例2では境界性人格障害に似る自傷行為があった。PTSD 症状としての恐怖心や不安感が患者の依存性を高め、依存対象からの疎外感がこのような自傷行為を引き起こし

たと考察した。

- (5) PTSD 患者の自殺行動の原因を解明し、治療法を開発するためには、症例研究の集積が必要である。

文献

張賢徳：自殺行動の精神力動一体系的症例研究の試みー。臨床精神医学 1998; 27: 1333-1344

Davidson JRT, Hughes D, Blazer D, et al: Posttraumatic stress disorder in the community: an epidemiological study. Psychol Med 1991; 21: 1-19

Ferrada-Noli M, Asberg M, Ormstad K, et al: Suicidal behavior after severe trauma, part 1: PTSD diagnoses, psychiatric comorbidity, and assessments of suicidal behavior. J Trauma Stress 1998; 11: 103-112

Khan A, Leventhal RM, Khan S, et al: Suicide risk in patients with anxiety disorders: a meta-analysis of the FDA database. J Affect Disord 2002; 68: 183-190

Marshall RD, Olfson M, Hellman F, et al: Comorbidity, impairment, and suicidality in subthreshold PTSD. Am J Psychiatry 2001; 158: 1467-1473

Mazza JJ: The relationship between posttraumatic stress

symptomatology and suicidal behavior in school-based adolescents. *Suicide Life Threat* 2000; 30: 91-103

Oquendo MA, Friend JM, Halberstam B, et al: Association of comorbid posttraumatic stress disorder and major depression with greater risk for suicidal behavior. *Am J Psychiatry* 2003; 160: 580-582