

16.7%，また自殺企図の経験は、うつ病8.3%に対し、物質関連障害では16.7%であった。川上の調査結果で興味深いのは、「自殺の計画を立てた」経験に関してはうつ病該当者と物質関連障害該当者に差はないにもかかわらず、自殺企図の経験は、物質関連障害該当者ではうつ病該当者よりもはるかに高く、しかも、自殺計画経験者よりも自殺企図経験者の方が多という点である。このことは、アルコール・薬物関連障害該当者の少ない者が、具体的な計画を立てる間もなく自殺企図に至った可能性を示唆する。

実は、この点にこそ、物質関連障害患者における高い自殺企図率を説明する理由の1つがあるのではなからうか？ De Leo と Evans¹¹⁾ は、アルコール依存などの物質使用障害患者には気分障害やパーソナリティ障害が併存する者が多く、物質乱用によってそうした精神障害の悪化を招いたり、あるいは、失職や服役、社会的孤立などの心理社会的状況が悪化していることが少なくなく、結果的に自殺の危険が高い状況にあることが多いと指摘している。さらに加えて彼らは、物質自体の薬理作用が衝動性を亢進させ、自殺行動を促進することも指摘している。De Leo と Evans の指摘を踏まえると、川上の調査結果は、まさにそうした物質関連障害患者独特の衝動的行動——たとえば、「死にたいと思っていたが、死ぬ勇気はなかった。でも、酔ったら恐怖感がなくなって」という行動——を示唆していると思えてならない。

IV. アルコールと自殺

ところで、アルコールがもたらす衝動性亢進が自殺と関連するのであるとすれば、アルコール乱用・依存の水準に達しない者においても、そのアルコール摂取そのものが自殺のリスク要因となっている可能性がありえるはずである。

こうした仮説を検証する研究として、海外では、アルコール消費量と自殺死亡率との有意な相関を支持する興味深い調査がなされている。その結果、ロシアでは、ペレストロイカによるアルコール販売制限と自殺死亡率の減少のあいだの有意な正の

相関が確認されており³⁵⁾、一方、米国では、最低飲酒年齢を18歳から21歳に引き上げたことにより、若年者の自殺率が有意に減少したことが証明されている³⁶⁾。また、デンマークでは、アルコール価格高騰という「自然の実験」により自殺率の低下が見られ³⁷⁾、ポルトガルでも、個人の年間アルコール消費量が1リットル増えると男性の自殺死亡率が1.9%上昇している³⁸⁾。いずれもアルコールと自殺との密接な関係を示す知見といえよう。

もっとも、アルコール消費量と自殺死亡率との関係は複雑であり、しばしばそれぞれの国における飲酒文化や年代との関係も考慮する必要もある。たとえば、欧州14ヶ国を対象とした調査によれば、アルコール消費量の多い欧州南部ではアルコール消費量と自殺死亡率のあいだに相関は認められず、消費量の少ない欧州北部でのみ有意な正の相関が見られたという³⁹⁾。また、フィンランドでは、15～49歳の年齢層ではアルコール消費量と自殺率とのあいだに正の相関が認められたが、50歳以上の年代ではそのような相関が認められなかったことが報告されている⁴⁰⁾。

わが国ではどうであろうか？ Akechi⁴¹⁾ は、大規模コホート研究から、日本人における1日当たりのアルコール消費量と自殺死亡率との興味深い関連を明らかにしている。それによれば、アルコールを「飲まない」者は、「時々飲む」という者よりも自殺のリスクが高いが、1日「3合以上飲む」という者では自殺のリスクが高いという。すなわち、わが国では、アルコール消費量と自殺死亡との関係は、虚血性心疾患などと同様、「U字型」の相関関係を持っているということになる。この知見にもとづけば、アルコールが直ちに自殺に直結するとはいえないものの、1日3合以上の多量飲酒についてはやはり自殺の危険因子であると考えべきであり、多量飲酒習慣を持つ者に対する啓蒙・指導・介入が必要であるといえるであろう。

V. いかにして自殺対策にアルコール対策を盛り込んでいくか?

ここまで見てきたように、データが不十分なわが国においても、アルコール問題が様々な水準で自殺と関係していることを示す傍証はいくつか存在する。にもかかわらず、冒頭で述べたように、わが国の自殺対策は、WHOの指針に比べて、あまりにうつ病偏重であり、アルコール問題に対する視点を欠いているわけである。その理由の1つとして、我々はすでに「対策の根拠となるデータがない」ということを述べたが、もう1つ忘れてはならない理由があるように思われる。それは、一般精神科医におけるアルコール依存などの物質関連障害患者に対する苦手意識や偏見、さらには知識不足——ほんの一例を挙げれば、近年では、「振戦せん妄」を見たことがない若い精神科医もまれではないという事態を指摘できる——が影響しているように思われる。こうした背景は、精神科医をして意識的・無意識的にアルコール問題の看過を招き、ひいては行政担当者の施策にも影響を与えているのではないかと推測することもできる。その意味では、医学部における卒前・卒後の研修のなかでアルコール問題を大きくとりあげる必要性があらう。

こうした状況に少しでも「楔を打つことになれば」と考え、我々自殺予防総合対策センターでは、行政担当者に少しでもアルコールと自殺との関連に関心を持ってもらうべく、2008年3月26日に「自殺対策意見交流会」を主催した。その会では、かねてより「アルコール問題・うつ・自殺は死のトライアングルである」と主張し、三重県において地域精神保健と産業保健の連携による支援活動を進めてきた精神科医猪野亜朗氏¹³⁾と、初代断酒会長松村春繁の伝記作家であり、断酒会として自殺予防活動への参加を表明している断酒会員小林哲夫氏¹⁶⁾を招いた。そして、2人の話を、自殺予防総合対策センターの研究者に加え、内閣府自殺対策推進室や厚生労働省精神保健福祉課の方々も聞き、意見交換を行ったのである。

猪野氏は、自身のアルコール臨床経験のなかで、

少なくとも患者が自殺により死亡しており、なかでも、アルコール問題のなかで多くのものを喪失し、希望を喪失するという末期的状況に陥っていた者、気分障害を併発していた者、酩酊状況のなかで衝動的に自殺をした者が多かったと述べた。さらに、「底つき」や「手を放す」というイネイブリング理論が誤解され、家族が「愛なき突き放し」をする過程で自殺が生じることがあり、援助技術の向上が求められるとの指摘もした。一方、小林氏は、断酒会員の多くが会につながる前に自殺を考えたり企図していること、そして、断酒会につながられなかった者のなかで自殺例が少なく、すでに断酒会機関誌¹⁶⁾にも書いたように、飲酒運転防止とともに、自殺予防もまた断酒会が取り組むべき重要なアルコール関連問題と認識していると述べた。いずれの方の発言も、アルコール問題を抱える者と過ごした膨大な量の時間と経験を支えられたものであり、きわめて意義深い会となった。

我々は、この意見交流会が最初の第一歩であると理解している。この会の成果を踏まえ、自殺予防総合対策センターとしては、次のような事柄が課題になると考えている。第一に、自殺者におけるアルコール問題の実態把握である。これについては、断酒会をはじめとする自助グループに協力を要請し、心理学的剖検などの実態把握を行っていく必要がある。第二に、一般市民、ならびにかかりつけ医に対して、アルコール問題と自殺との密接な関係について知識の普及・啓発を行い、同時に、自助グループと連携した地域における自殺予防活動も重要であらう。そして最後に、精神科医や保健師には依存症の家族に対する支援・相談能力の向上や、治療意欲の乏しい患者に対する動機付け面接などの新しい介入技法の修得、さらには、認知行動療法など、12ステップ以外の治療資源の拡充が必要である。

近年におけるわが国の自殺者急増を支えている中心的年代層は、中高年、それも男性であるといわれている。中高年男性は自分の精神的苦痛を誰かに語ることで助けを求めることが乏しく、保健

所や精神保健福祉センターといった、行政的な自殺予防対策資源にも最もアクセスしがたい層である。彼らは、自分が精神障害に罹患していることを認めずに、ひたすら仕事に没入したり困難を自らだけの胸の内に抱えるなかで、意識が自殺へと収斂する狭窄した視野へとロック・オンしてしまいがち。これは、斎藤がアルコール依存者の精神病理学的特徴として指摘した、「つっぱり」「がんばり」³⁾と酷似した生き方とはいえないだろうか？ 実際、心理社会的困難に遭遇した中高年男性は、精神保健的支援を求めるよりも、アルコールに救いを求めることの方がはるかに多いように思われる。

そう考えたとき、うつ病に偏重した自殺対策ではなく、アルコール問題を視野に加えた自殺対策の方が、中高年男性を支援の枠組みに引き入れることができる可能性が高いかもしれない。その意味でも、我々は、アルコール問題対策を積極的に自殺対策のなかに取り込んでいくことには重要な意義があると考えている。

文 献

- 1) Akechi, I., Iwasaki, M., Uchitomi, Y., et al: Alcohol consumption and suicide among middle aged men in Japan. *Br J Psychiatry*, 188; 231-236, 2006
- 2) Anderson, P.: Excess mortality associated with alcohol consumption. *BMJ*, 297 (6652); 824-826, 1988
- 3) 飛鳥井望：自殺の危険因子としての精神障害；生命的危険性の高い企図手段を用いた自殺失敗者の診断学的検討。精神経誌, 96; 415-443, 1994
- 4) Barraclough, B., Bunch, J., Nelson, B., et al: A hundred cases of suicide: Clinical aspects. *Br J Psychiatry*, 125; 355-373, 1974
- 5) Beck, A.T., Steer, R.A., Brown, G.K.: *Manual for the Beck Depression Inventory-II*. Psychological Corporation, San Antonio, 1996
- 6) Bernal, M., Haro, J.M., Bernert, S., et al: Risk factors for suicidality in Europe: results from the ESEMED study. *J Affect Disord.*, 101; 27-34, 2007
- 7) Bertolote, J.M., Fleishmann, A., De Leo D, et al: Psychiatric diagnoses and suicide: Revising the evidence. *Crisis*, 25; 147-155, 2004
- 8) Birckmayer, J., Hemenway, D.: Minimum-age drinking laws and youth suicide, 1970-1990. *Am J Public Health*, 89; 1365-1368, 1999
- 9) 張 賢徳：第七章：日本の自殺と精神障害の関係——東京調査の結果。人はなぜ自殺するのか：心理学的剖検調査から見えてくるもの。勉誠出版、東京、p 113-137, 2006
- 10) Chynoweth, R., Tonge, J.I., Armstrong, J.: Suicide in Brisbane: A retrospective psychosocial study. *Aust NZ J Psychiatry*, 14; 37-45, 1980
- 11) De Leo, D., Evans, R.: Chapter 10: The impact of substance abuse policies on suicide mortality. *International Suicide Rates and Prevention Strategies* (ed. by De Leo, D., Evans, R.). Hogrefe & Huber, Cambridge, p. 101-112, 2004
- 12) Dumais, A., Lesage, A.D., Alda, M., et al: Risk factors for suicide completion in major depression: a case-control study of impulsive and aggressive behaviors in men. *Am J Psychiatry*, 162; 2116-2124, 2005
- 13) 猪野亜朗：これは役立つ！「肥満」「多量飲酒」への対応マニュアル。三重県心の健康センター、2008
- 14) 川上憲人：わが国における自殺の現状と課題。保健医療科学, 52; 254-260, 2003
- 15) 川上憲人, 竹島 正, 高橋祥友ほか：心理学的剖検のパイロットスタディに関する研究：症例・対象研究による自殺関連要因の分析。厚生労働科学研究費補助金こころの健康科学研究事業「自殺の実態に基づく予防対策の推進に関する研究（主任研究者北井暁子）」平成 18 年度総括・分担報告書。p. 7-26, 2007
- 16) 小林哲夫：飲酒運転防止から自殺予防まで——アルコール関連問題と断酒会の役割——。「かがり火」2008 年 3 月 1 日号（第 144 号）。社団法人日本断酒会連盟、東京、p. 3-4, 2008
- 17) Kojima, M., Furukawa, T.A., Takahashi, H., et al: Cross-cultural validation of the Beck Depression Inventory-II in Japan. *Psychiatry Res*, 110; 291-299, 2002
- 18) Lönnqvist, J.K., Henriksson, M.M., Isometsä, E. T., et al: Mental disorders and suicide prevention. *Psychiatry Clin Neurosci*, 49 (Suppl 1); S111-116, 1995
- 19) Makela, P.: Alcohol consumption and suicide mortality by age among Finnish men, 1950-1991. *Addic-*

tion, 91; 101-112, 1996

20) 松本桂樹, 世良守行, 米沢 宏ほか: アルコール依存症者の自殺念慮と企図. *アディクションと家族*, 17; 218-223, 2000

21) 松本俊彦, 小林桜児, 上條敦史ほか: 物質使用障害患者における自殺念慮と自殺企図の経験. *精神医学*, 51; 431-440, 2009

22) Murphy, G.E., Wetzel, R.D.: The lifetime risk of suicide in alcoholism. *Arch Gen Psychiatry*, 47; 383-392, 1990

23) 内閣府: 平成19年版自殺対策白書. 内閣府, 2007

24) 大原健士郎: アルコールと自殺—アルコール依存症と自殺との関係からの考察. *CLINICIAN*, 396; 1141-1145, 1990

25) Pilowsky, D.J., Wu, L.T.: Psychiatric symptoms and substance use disorders in a nationally representative sample of American adolescents involved with foster care. *J Adolesc Health*, 38; 351-358, 2006

26) Ramstedt, M.: Alcohol and suicide in 14 European countries. *Addiction*, 96: Suppl 1; S59-75, 2001

27) Robins, E., Murphy, G.E., Wilkinson, R.H., et al: Some clinical considerations in the prevention of

suicide based on a study of 134 successful suicides. *Am J Public Health*, 49; 888-899, 1959

28) Roy, A.: Characteristics of cocaine-dependent patients who attempt suicide. *Am J Psychiatry*, 158; 1215-1219, 2001

29) Roy, A.: Characteristics of opiate dependent patients who attempt suicide. *J Clin Psychiatry*, 63; 403-407, 2001

30) 斎藤 学: アルコール依存症者の自殺企図について. *精神経誌*, 82; 786-792, 1980

31) 斎藤 学: アルコール依存症の精神病理. 金剛出版, 東京, 1983

32) 清野忠紀: アルコールおよび薬物中毒者の自殺企図に関する研究. *精神医学*, 13; 901-909, 1971

33) Skog, O.J.: Alcohol and suicide in Denmark 1911-24—experiences from a 'natural experiment'. *Addiction*, 88; 1189-1193, 1993

34) Skog, O.J., Teixeira, Z., Barrias, J., et al: Alcohol and suicide: the Portuguese experience. *Addiction*, 90; 1053-1061, 1995

35) Wasserman, D., Värnik, A., Eklund, G.: Male suicides and alcohol consumption in the former USSR. *Acta Psychiatr Scand*, 89; 306-313, 1994

〈シンポジウム4〉

「自傷行為と攻撃性」

司会 西村 良二 (福岡大学医学部精神医学教室)
川谷 大治 (川谷医院)

シンポジスト

- S4-1. 自傷行為と攻撃性について考える
青木 省三, 松下 兼宗 (川崎医科大学精神科学教室)
- S4-2. 自傷と攻撃性, その精神力動的理解
川畑 友二 (クリニック川畑)
- S4-3. 衝動性と攻撃性の生物
根來 秀樹 (奈良県立医科大学精神医学教室)
飯田 順三 (奈良県立医科大学医学部看護学)
- S4-4. 自傷行為への対応
松本 俊彦 (国立精神・神経センター精神保健研究所自殺予防総合対策センター
自殺実態分析室長)

2008. 11. 7. 広島国際会議場

- neuroanatomy of emotion and affective style. *Trends in Cognitive Sciences*, 3, 11-21.
- Drevets, W. C. (2000): Neuroimaging studies of mood disorders. *Biological Psychiatry*, 48, 813-829.
- Harlow, J. M. (1868): Recovery from the passage of an iron bar through the head. *Bulletin of the Massachusetts Medical Society*, 2, 327.
- Higley, J. D., Mehlman, P. T., Higley, S. B. et al. (1996): Excessive mortality in young free-ranging male nonhuman primates with low cerebrospinal fluid 5-hydroxyindoleacetic acid concentrations. *Archives of General Psychiatry*, 53, 537-543.
- Ito, N., Iida, J., Iwasaka H. et al. (2003): Event-related potentials in attention-deficit/hyperactivity disorder. *Japanese Journal of Child and Adolescent Psychiatry*, 44 supplement, 101-111.
- Lidberg, P., Dahlström, A. & Ahlman, H. (1984): Is 5-HT a mediator in the motor control of the feline pylorus? *Scandinavian Journal of Gastroenterology*, 19, 321-328.
- Lidberg, P. (1985): On the role of substance P and serotonin in the pyloric motor control. An experimental study in cat and rat. *Acta Physiologica Scandinavica. Supplementum*, 538, 1-69.
- Mann, J. J. (2003): Neurobiology of suicidal behaviour. *Nature Reviews. Neuroscience*, 4, 819-828.
- Negoro, H., Kyo, M., Onishi, T. et al. (2005): Event-related potentials in adults with attention deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Nara Medical Association*, 56, 127-135.
- Poshivalov, V. P. (1981): Pharmacological analysis of social behaviour of isolated mice. *Pharmacology, Biochemistry, and Behavior*, 14 Suppl 1, 53-59.
- Price, J. L., Carmichael, S. T. & Drevets, W. C. (1996): Networks related to the orbital and medial prefrontal cortex; a substrate for emotional behavior? *Progress in Brain Research*, 107, 523-536.
- 澤田将幸, 飯田順三, 根来秀樹他 (2006): 注意欠陥/多動性障害 (AD/HD) の衝動性と mismatch negativity (MMN). *精神科治療学*, 21, 987-991.
- Sawada, M., Negoro, H., Iida, J. et al. (2008): Pervasive developmental disorder with attention deficit hyperactivity disorder-like symptoms and mismatch negativity. *Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 62, 479-481.
- Shekhar, A., DiMicco, J. A. (1987): Defense reaction elicited by injection of GABA antagonists and synthesis inhibitors into the posterior hypothalamus in rats. *Neuropharmacology*, 26, 407-417.
- Virkkunen, M., De Jong, J., Bartko, J. et al. (1989): Psychobiological concomitants of history of suicide attempts among violent offenders and impulsive fire setters. *Archives of General Psychiatry*, 46, 604-606.

S 4-4. 自傷行為への対応

松本 俊彦

国立精神・神経センター精神保健研究所
自殺予防総合対策センター自殺実態分析室長

I. はじめに

自傷行為は、いまや学校保健における主要な課題である。筆者らの調査によれば、約3,000人の中高生のうち、男子の7.5%、女子の12.1%に、刃物で故意に自らの身体を切った経験が認められ (Matsumoto et al., 2008)、中学・高校の養護教諭の98~99%に自傷をする生徒に対応した経験が認められた (松本ら, 2007)。

学校における自傷行為への対応の最前線にいるのは、おそらくはスクールカウンセラーではなく養護教諭である。なぜなら若年者は身体に損傷を負い、傷の手当てを求めて保健室を訪れるからである。だが、対応は容易ではない。そのことは、約7割の養護教諭が、「(自傷をする生徒に) どう対応してよいか分からなかった」と回答していることから明らかである (松本ら, 2007)。

本稿では、さまざまな援助場面のなかでも、特に学校保健の現場を想定して、自傷行為をどう理解し、どう対応したらよいかについて、筆者なりの考えを整理してみたい。

II. 自傷行為に対応する前に理解すべきこと

1. 自傷行為は自殺企図ではない

自傷行為は、多くの場合、怒り、恥辱感、孤立感、不安・緊張などの不快感情に対処するための方法である (Matsumoto et al., 2004)。すなわち、自傷者の多くは、その行為に際して自殺を意図していない。彼らは、自傷する理由としてしばしば、「心の痛みを身体の痛み置き換えて耐えている」「自傷は私の安定剤」と語る。なかには、「死ぬためではなく、生きるために必要」と主張する人もいる。これらは、自傷行為が失敗した自殺企図ではないことを意味している。

2. 自傷行為は自殺関連行動である

しかしその一方で、自傷行為は自殺と密接に関係する行為でもある。過去1回以上の非致命的な自傷をした若年者は、そうではない者に比べ、10年後の自殺既遂による死亡率が数百倍の高いという報告がある (Owens et al., 2002)。したがって、自傷行為そのものは自殺企図ではないものの、中長期的な自殺の危険因子なのである。

自傷と自殺のあいだには連続的な関係がある。非致命的な自傷を繰り返すうちにエスカレートして制御困難に陥った末に、自殺の意図がなくても致命的な損傷を加えてしまう人もいるし、死ぬために自傷するわけではないものの、自傷していないときには漠然とした、消極的な自殺念慮(「消えたい」「いなくなりたい」)にとらわれている者もいる。そして、自傷行為を繰り返すうちにその効果が薄れ、いくら切っても不快な感情が切りかわらない状態に陥ると、いつもとは別の方法(過量服薬、縊死、飛び降りなど)で自殺を試みることがあり、注意を要する (Walsh et al., 1988)。

3. 自傷行為は無感覚状態からの回復をもたらす

自傷の最中に「痛みを感じない」「記憶が曖昧である」と述べる自傷者は少なくない。科学的

な実験においても、自傷者が平常時から痛み鈍感であり、怒りや恥の感覚などの不快感情を体験した場合には、いっそう痛み鈍くなるということが証明されている (Bohus et al., 2000)。要するに、内的・外的な苦痛に対して、身体的にも精神的にも「無感覚」となることで、自分の心がこれ以上傷つかないようにしているわけである。

自傷行為による身体的な疼痛は、無感覚状態からの回復を促す。無感覚状態から回復した自傷者のなかでは、不快感情は消失しており、まるで何事もなかったかのように、心は見事にリセットされている。なかには、自分が何に傷つき、あるいは怒りを覚えて自傷をしたのかさえ忘れてしまう人もいる。その意味では、自傷行為は、「つらいことなど何も起こらなかった」と自らに嘘をつき、自らを騙す方法といえる。

4. 自傷をする若年者は援助希求能力が乏しい

だが、こうした無感覚状態を呈する自傷者の多くが、周囲から存在を否定され、安心して自分の気持ちを表現できない環境に生育している。それは、さまざまな虐待やネグレクトはもとより、家族内の暴力・暴言、学校でのいじめ、兄弟間の差別や親からの過干渉や価値観の押しつけであったりするのであろう。こうした耐えがたい苦痛や緊張に曝され続けてきた若年者は、無意識のうちに知覚を鈍麻させて苦痛に対処する能力を身につけてしまう。

無感覚状態と自傷行為からなる一連の手続きは、他者の援助を拒んで独力で困難に耐えようとする方法であり、若年者の援助希求能力に負の影響を及ぼす。

III. 対応の原則

1. 初回面接で心がけること

(1) 「よく来たね」

「切っちゃった」。そういって保健室や相談室を訪れる若年者を見ると、「やれやれ」という少しうんざりした気分になる援助者は少なくないであろう。だが、自傷行為とは、たんに自らを

切ることをだけを指すのではない。傷の消毒もせず自身を感染の危険にさらすことなども含めて自傷行為と呼ぶのである。Hawtonら(2006)によれば、自傷をする若者の約9割がそのことを誰にも話さず、医学的処置が必要な重篤な傷の人でさえ病院に行かず、周囲にも相談しないという。

その意味では、「切っちゃった」といって面接室や救急外来を訪れる若年者は、多少とも「自分を大切に」しようとしているのである。だから、そうした若年者に「よく来たね」と声をかけ、彼らの援助希求行動をできる限り強化しなければならない。

(2) 説教しない、支配しない

自傷をした若年者に絶対してはならないのが叱責と説教である。特に、頭ごなしに「自傷行為は止めなさい」という支配的な発言は「百害あって一利なし」といってよい。おそらく、「自分の身体を傷つけてどこが悪いの」というお決まりの切り返しにあって答えに窮するだけである。

自傷した若年者との出会いにおいては、まずは自傷行為の肯定的側面を評価しておくことよい。確かに自分を傷つけることは望ましいことではないが、そうやって苦痛に耐えて生きようとする姿勢は肯定するに値する。したがって、「心の痛みを耐えようとしているのね」「生きるために今は必要なのね」ということばをかけてみてほしい。もちろん、その後、「でも、心の痛みを自分のことばで表現できるようになるといいね」といいそえるのを忘れないようにしたい。

彼らが克服すべき一番の問題とは、実は「自分を傷つけること」ではない。むしろ、「正直な気持ちを偽って、誰にも助けを求めずにつらい状況に過剰適応すること」なのである。その意味で、自傷によって自分の苦境を伝えたことは、無意味ではない。

(3) 約束しない

「もう切らないって約束して」と、若年者に約束を強いる援助者がいる。場合によっては、

若年者の方から、「もう切らないって約束するよ」と持ちかけてくることも少なくない。

しかし、そのような約束は禁物である。自傷行為は再発が当たり前の行動であるから、約束はかなりの確率で破られる。そうした場合、約束を破ったことで激しく自責して、余計にひどい自傷行為におよんでしまう若年者がいる。「先生に顔向けできない」と、継続的な相談を中断してしまう若年者もいる。それゆえ、若年者が約束を持ち出したら、「約束はしないでいい。それより切りなくなったらその気持ちを話に来なさい。切ってしまったときにも報告に来なさい」というべきである。

2. 重症度のアセスメント

前節でも述べたように、自傷行為は自殺企図ではないが、将来の自殺と密接に関連する行動である。したがって、たえずその危険性を評価する必要がある。

その際には、以下の5つのポイントに注目して評価するとよい。

- (1) 援助希求の乏しさ：傷を隠す、自傷のことを人に話さない、傷の処置をしない。
- (2) コントロールの悪さ：乱雑で汚い傷、服で隠れない場所の傷。
- (3) 行動のエスカレート：複数の身体部位に傷がある(腕以外に脚や太腿、腹部など)、「切る」以外の方法も用いる(例：「つねる」「髪の毛を抜く」「火のついたタバコを押しつける」「壁を殴る、頭を壁に叩きつける」など)。
- (4) 自己虐待の多様性：他の間接的な身体損傷行為(例：「拒食・過食」「アルコールや市販薬などの乱用・過量服薬」)を伴っている。
- (5) 解離傾向：自傷行為をする際に「痛み」を感じない、行為の記憶がない。

5つの評価ポイントのうち3項目以上該当する場合には、自傷行為を自分でコントロールす

ることができなくなっており逆に自分が自傷にコントロールされている状況に陥っており、その「治療効果」が薄れている可能性が高い。自傷行為にはつらい感情を一時的に抑える効果があるが、繰り返すうちに効果が乏しくなると、自殺念慮が高まることもある。このような場合には、精神医学的介入の必要がある。

また、該当項目が3つ以下でも、(4)に該当する場合—特に過食嘔吐のような食行動異常は近い将来の過量服薬や自殺企図を予測する危険因子である(松本ら, 2008)—また、評価ポイントとは別に、若年者自身が「いくら切っても気持ちがおさまらない」と述べていたり、そもそも「死にたい」という動機から行われている場合—これは自傷行為ではなく、身体損傷の軽重にかかわらず、自殺企図として対応すべきである—には、精神医学的介入を急ぐ必要がある。それ以外の場合には、まずは学校での継続的な相談関係を維持するなかで、状況を見て精神医学的介入を検討するという、いわば相対的適応であると考えてよいであろう。

残念なことではあるが、自傷する若年者の支援においては、必ずしも精神科医療が役立つとは限らない現実がある。まず、本人やその親がなかなか受診に同意してくれない場合が少なくない。それから、驚くべきことに、「リストカッターお断り」と主張して憚らない精神科医療機関は確かに存在する。また、診療を受け容れてくれた場合でも、ただ薬を投与するだけの単調な外来診療に終始し、本人の方から通院を無意味に感じて治療を中断したり、逆に処方薬を乱用するようになってしまう事例もある。

そういった現実を考えると、学校内での相談関係の継続が非常に重要な意味を持つてくる。というのも、学校において養護教諭やスクールカウンセラーとの相談関係が保たれていれば、また別の精神科医の診察を受ける機会が作れるからである。

IV. 自傷する若年者への対応

自傷する若年者との最初の面接をすませた後

は、定期的な面接を継続して行っていくこととなるわけだが、その際、「なぜ自傷が問題なのか」という点については確認しておく必要がある。次の2点を伝えておくとよい。

1. 若年者に伝えておきたいこと

(1) 「身体の痛みで心の痛みを蓋をすること」の危険—嗜癖性と自殺への傾斜

第一に、「生きるためにしている自傷でも、くりかえすうちに逆に死を呼び寄せてしまう」ということである。たしかに自傷による「身体の痛み」には、一時的に「心の痛み」を抑えるという不思議な効果がある。しかし、その効果は、麻薬と同じようくりかえすうちに徐々に薄れていく。やがて何回も自分を傷つければ以前と同じ効果が得られなくなる。より深く切ることが必要ともなる場合も少なくない。ときには、手首や腕だけで足りなくなり、他の身体部位を切ったり、あるいは、切るだけではなく、頭を壁に打ちつけたり、火のついたタバコを皮膚に押しつけたりする者もいる。さらに困ったことに、自傷をくりかえすうちに前よりもストレスに弱くなってしまふ。以前だったら気にもとめなかったささいな出来事にも痛みが必要となるのである。最終的には、いくら切っても心の痛みを埋め合わせるのに追いつかない状態—「切ってもつらいが、切らなきゃなおつらい」という状態—に陥る頃には、「消えたい」「いなくなりたい」という消極的な自殺念慮にとらわれるようになっている。

なお、Favazza(1996)は、この段階に達した自傷を、「反復性自傷症候群 Repetitive Self-mutilation syndrome」と名づけ、本来、DSMのI軸障害に明記されるべき、物質依存と近似した病態と捉えている。反復性自傷者になると、一種の居直りの気分から、自虐的に「リストカッター」などと自称したり、自傷した際に出た血液を壁にため込んで眺めたり、自傷創の写真や動画をインターネット上にアップしたり、血液で絵を描いたり、一見グロテスクとも思える行動をとることが少なくない(Favazza, 1996)。こ

うした行動が援助者の陰性感情を刺激したり、彼らの病態を過小視させる要因となる。

(2)「感情語」の退化～さらなる自殺への傾斜
第二に、「心の痛み」をことばにしないで「身体の痛み」で抑えつけることは、自分の感情を無視し、「何も感じないように」することを意味している。こうした行為をくりかえしていると、「私は怒っている」「私は傷ついた」などといった感情語が退化し、自分がいまだどんな感情を体験しているのかを把握できなくなる。

こうなると、心はもはや死んだも同然である。悔しい出来事、腹立たしい出来事、あるいはショックな出来事に遭遇しても、何も感じないし涙も出てこない（「もう何年も泣いたことがない」という自傷患者は意外に多い）。ただ唐突に自分を切りたい衝動や焦燥感が異様に高まるだけ、という状態になってしまう。この状態では、あるとき突発的に、「消えたい」「いなくなりたい」という漠然とした自殺念慮がより強く、あるいは「死にたい」という明確な自殺念慮となって出現していることが少なくない。

なお、以上の2点を若年者に伝える際には、説教臭くならないことがコツである。「あなたは違うかもしれないけど、一般にはそうなることが多く、あなたがそうなることが心配」という感じで懸念を伝えるとよい。

2. 置換スキルを提案する

自傷を止めろという代わりに、自傷の衝動を抑える代替的な対処方法（置換スキル）を教え、若年者に対してこの方法を練習したり、実際に組み合わせて使ってみることを提案する（Walsh, 2005）。むずかしく考える必要はない。「自傷したくなったときに、まずは試しにやってみないか」といった誘い方で十分である。

置換スキルには、たとえば以下のものがある。

- (1) 冷たい水を強く握りしめる
- (2) 手首に輪ゴムをはめて皮膚を弾く
- (3) 腕を赤い水性フェルトペンで塗りつぶす
- (4) 呼吸を整えながら腕立て伏せや腹筋運動をする

- (5) 大声で叫ぶ、家族とカラオケに行く（ただし、絶対に飲酒しないこと）
- (6) ゆっくりと数を数えながら10分以上深呼吸をし続ける
- (7) 信頼できる人と話す（教師、カウンセラー、医師、家族、親戚、友人などの中から、自傷を叱責せずに、上記の対処スキルの実施に関する助言をしてくれる相手をできるだけ多くリストアップし、ローテーション表を作成する）

3. 若年者との面接の実際

若年者との面接では、週1回などといった頻度で、定期的に時間をとって継続的にかかわることが望ましい。長い時間である必要はない。大切なのは時間ではなく、若年者に、「短いけれど、あなたのためだけの時間」というメッセージが伝わることである。

(1) 自傷日記を書いてもらう

若年者に簡単な日記を書いてもらうと、短い時間での絞った話し合いができる。ノートに毎日の出来事を継続的に記載してもらい、同時に、自傷したり、実際に行動は起こさなかったが自傷したいと思った日時、さらには、上述した置換スキルを練習したり、実際に使った日時についても書き込んでもらう。

理想的には、面接のなかでその日記を一緒に見ながら、どんな状況で／どんな人物との／どんなやりとりが自傷行為のトリガーになるのかを、若年者と一緒に考えていくのである。そのなかで、「そのときどう思ったか」と若年者に感情への気づきを促し、自分の感情をことばで振り返ることができたときには、「すごいね」とこれを支持する。また、置換スキルを練習したり、実際にそれを使った場合には、やはり「えらいね」と支持する。その際、「自傷しなかったことよりも、置換スキルを使ったことの方を高く評価している」ことが若年者に伝わるようにすることがコツである。それから、何よりも若年者がこのノートをきちんと記載していること自体が、「自分を変えたい」という前向きな気持

ちの表れであるから、そのことは毎回忘れずに支持する必要がある。

自傷行為が消失した後には、今度は、「自傷したい気持ち」を標的として引き金の同定を続けていく。こうすることで、「自傷をしなくても理解してもらえる」ことを実感してもらうことができる。若年者が自傷行為を手放すうえで重要な体験である。

(2) 過剰適応に注意する

ときに、若年者が援助状況にも過剰適応してしまい、表面的に自傷を止めているだけとなってしまうことがある。すなわち、援助者から見捨てられないように「よい子のふり」をすることがある。こうした場合、リストカットこそしていないものの、皮膚をつねったり、爪を皮膚に食い込ませたりしていることがある。また、ピアスのようにファッション目的のように行動でも、実は穴を開ける際の「痛み」を求めて行われることがある。いずれの場合でも、「心の痛みを抑える意味がなかったかどうか」「自傷したい気持ちを正直にいえなくなっているのではないか」という点について、率直に話し合う必要がある。

V. おわりに～自傷行為への対応で大切なこと

1. 治療の最終的な目標

自傷行為の治療とは、端的にいえば、動機を掘り起こし、トリガーを同定し、置換スキルを習得することの繰り返しである。まずは、正直な告白を支持し、失敗に含まれる小さな変化を見逃さずにやはり支持・強化し、患者がさらに大きな変化へと挑戦するのを励ます。そして自傷の再発は、治療を深めるうえで不可欠なプロセスである。

繰り返される支持は、自己否定的な患者の自己効力感を高める。その結果、次第に、「どのような出来事をきっかけに自傷したくなったか」「その出来事によってどんな感情を抱いたのか」「なぜその出来事にそこまで深く傷ついたのか」といった問題にも洞察が及ぶようになる。この段階では外傷体験を扱うことも少なくな

い。

強調しておきたいのは、自傷行為を止めることが治療の最終的な目標ではない、ということである。むしろ、「自らの感情をきちんと把握し、それをことばで表現できる能力」(エモーショナル・リテラシー：自分の感情を「読み書きする」能力)の獲得こそが重要であり、「世の中には信用できる大人もいて、辛いときには助けを求めてよい」ということを知ることが、将来における自殺予防に資するのである。

2. 残された傷痕の問題

自傷行為が止まった患者が、あるとき、「腕の傷痕を消したい。形成外科医を紹介してもらえないか」と訴えてくることがある。これ自体は回復の兆候である。なぜなら、それは、「自傷さえあれば誰の助けもいらない」「自分の身体なのだからかまわない」と居直っていた患者が、その自傷肯定的な価値観を手放したことを意味するからである。

しかし、筆者は、決して強制しないものの、傷痕を消すことには婉曲に反対することが多い。傷痕を消したいと考えはじめた患者は、不思議と自傷を再発しやすい印象がある。「傷痕を見ると安心する。でも、傷が治って消えてくると、また切りたくなる」と語る患者は少なくない。Favazza(1996)が指摘するように、自傷の傷痕には、未開部族が呪術的儀式における自傷によって作りあげる瘡痕模様(スカリフィケーション)と同じ、「癒しと再生」を象徴する「お守り」としての機能があるのかもしれない。

繰り返しになるが、重要なのは、自傷行為が消失することではなく、生き方を変えることなのである。自傷する者に見られる生き方の問題とは、自分を切ることで、「過去を切り捨てて、何もなかったことにしてしまう(=cut away)」点にある。そうではなく、彼らは、自らの疾風怒濤の過去をふまえ、新しい「自分らしさ」を築いていく必要がある。これを、アディクション臨床にならって「回復(リカバリー)」といいかえてもいいだろう。筆者が傷痕を消すことに

反対するのは、まさにそうした理由からである。

文 献

- Bohus, M., Limberger, M., Ebner, U. et al. (2000): Pain perception during self-reported distress and calmness in patients with borderline personality disorder and self-mutilating behavior. *Psychiatry Research*, 95, 251-260.
- Favazza, A. R. (1996): *Bodies under siege: Self-mutilation and body modification in culture and psychiatry. Second edition.* Baltimore, The Johns Hopkins University Press. (松本俊彦監訳 (2009) : 自傷の文化精神医学—包囲された身体—. 東京, 金剛出版.)
- Hawton, K., Rodham, K. & Evans, E. (2006): *By their own young hand: Deliberate self-harm and suicidal ideas in adolescents.* London, Jessica Kingsley Publishers Ltd. (松本俊彦, 河西千秋監訳 (2008) : 自傷と自殺—思春期における予防と介入の手引き. 東京, 金剛出版.)
- 松本俊彦, 今村扶美 (2007) : 青年期における『故意に自分の健康を害する』行為に関する研究. 財団法人明治安田こころの健康財団 研究助成論文集通巻第42号2006年度, pp. 37-50.
- 松本俊彦, 阿瀬川孝治, 伊丹昭他 (2008) : 自己切傷患者における致命的な「故意に自分を傷つける行為」のリスク要因—3年間の追跡調査. *精神神経学雑誌*, 110, 475-487.
- Matsumoto, T. & Imamura, F. (2008): Self-injury in Japanese junior and senior high-school students: Prevalence and association with substance use. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 62, 123-125.
- Matsumoto, T., Yamaguchi, A., Chiba, Y. et al. (2004): Patterns of self-cutting: A preliminary study on differences in clinical implications between wrist- and arm-cutting using a Japanese juvenile detention center sample. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 58, 377-382.
- Owens, D., Horrocks, J. & House, A. (2002): Fatal and non-fatal repetition of self-harm: Systematic review. *British Journal of Psychiatry*, 181, 193-199.
- Walsh, B. W. (2005): *Treating self-injury: A practical guide.* New York, Guilford Press. (松本俊彦, 山口亜希子, 小林桜児訳 (2007) : 自傷行為治療ガイド. 東京, 金剛出版.)
- Walsh, B. W. & Rosen, P. M. (1988): *Self-mutilation: Theory, research, and treatment.* New York, Guilford Press. (松本俊彦, 山口亜希子訳 (2005) : 自傷行為—実証的研究と治療指針—. 東京, 金剛出版.)

自殺対策の25年

松本 俊彦*

I. わが国の自殺対策の歩み

戦後のわが国における自殺者数の推移には三つのピークがあった。一つ目は、1953年から1960年にかけての若年層を中心とする自殺の急増であり、二つ目は、石油危機後の長引く不況の影響下における、1983年から1987年にかけての中老年層を中心とする自殺の急増であった。そして、三つ目が、周知のように、1998年から11年間続いている、現在における自殺者数の高止まり状態であり、その背景には、バブル崩壊後の経済不況、さらにそれに伴う雇用や労働環境の悪化があった。しかし、強調しておかねばならないのは、これら三つのピーク時以外の時期も、わが国の自殺者数は他の国と比べて低くはなかったということである。それにもかかわらず、わが国は長いあいだこれといった自殺対策をとってこなかった。

わが国が自殺対策に取り組み始めたのは、遅まきながら1998年の自殺急増からさらに2年の月日を経た2000年のことであった。その意味では、最近25年間のうちの最初の15年は、自殺対策に関しては「空白の期間」であったということもできる。

けれども、その対策は不完全なものであった。

というのも、それは「健康日本21」に掲げられた「心の健康づくり」における数値目標として「自殺者数減少」が示されただけで、本質的にはうつ病予防対策にとどまっていたからである。わが国が本格的な自殺対策に乗り出すには、実際にはそれからさらに数年を要した。すなわち、自殺者数が減少しない状況が続くなかで、まずは2002年に自殺防止有識者懇談会による「自殺予防に向けての提言」が出され、その3年後の2005年に、参議院厚生労働委員会が自殺問題に関する集中審議が行われて、「自殺に関する総合的対策の緊急かつ効果的な推進を求める決議」が採択された。そして、2006年に参議院議員有志を中心に議員立法のかたちで自殺対策基本法（以下、基本法）が成立し、自殺対策は単なる努力目標ではなく、国として真摯に取り組むべき課題として位置づけられたこととなる。

翌2007年6月には、基本法を受けて自殺総合対策大綱（以下、大綱）が閣議決定されたが、その名称に付加された「総合対策」という表現には、二つの重要な意味が込められた。一つは、精神保健的対策を管轄する厚生労働省だけに丸投げされていたこれまでの状況を変え、内閣府自殺対策推進室を中心に各省庁間の縦割り構造を超え、保健、医療、福祉、労働、経済、教育といった多領域が連携した、いわば総力戦として対策を展開していくという意味である。自殺予防対策を単なるうつ病予防対策に矮小化させない、といいかえてもよいであろう。

もう一つは、「自殺予防にとどまらない広範な対策を行うべし」ということが含意されている。すなわち、これまで自殺対策といえば「予防」に

*国立精神・神経センター精神保健研究所自殺予防総合対策センター

{〒187-8553 東京都小平市小川東町4-1-1}

Toshihiko Matsumoto, M.D., Ph.D.: Center for Suicide Prevention, National Institute of Mental Health, National Center of Neurology and Psychiatry, 4-1-1, Ogawahigashi-cho, Kodaira-shi, Tokyo, 187-8553 Japan.

のみ力点が置かれてきたが、いままさに自殺を考えている者、あるいは頻回に自殺未遂を繰り返す者に対する集中的なケア、さらには、すでに発生した自殺によって残された、いわゆる自死遺族に対する支援にも力を入れていく、という意味が込められている。

II. 「総合対策」における精神科医の役割

精神保健に限定しない「総合対策」とは、読み方を変えれば、「精神保健的対策だけでは自殺は防げない」ということを前提とした対策と理解することもできる。このことは、自殺リスクの高い精神障害と日常的に対峙する精神科医の責任が軽減したことを意味するのであろうか？

もちろん、そんなことはない。海外で実施されてきた、心理学的剖検の手法を用いた自殺既遂者の調査^{1,4)}では、「自殺既遂によって死亡した者の90%以上が死の直前に何らかの精神障害に罹患していた」ことが明らかにされている。要するに、そもそもの原因が家族関係や借金であったとしても、あるいは過重労働であったとしても、自殺に至る最終的な共通経路は精神障害なのである。したがって、精神科医は自殺に傾く者を水際で食い止める役割を担わなければならないのである。

今日、国内の様々な地域では一般住民を対象とした、「うつ病は心の風邪」といった内容の啓発的な講演会が数多く開催され、また、プライマリケア医から精神科医への紹介に対して診療報酬加算をする施策もとられるなど、精神科受診はますます促進されている。こうした施策の根拠となっているのが、やはり海外の心理学的剖検研究の知見¹⁾—自殺既遂者が罹患していた精神障害のなかでも最も多いのが「うつ病」であるが、そのほとんどが精神科治療を受けていない—である。未治療のうつ病患者を精神科治療につなげることは、自殺予防の至上の命題なのである。

しかし、正直に告白すれば、筆者は、「精神科治療を受ければ自殺しないですむ」といった神話を無邪気に信じる気持ちにはなれない。今日、都市部の精神科外来はどこも患者で混雑し、一人ひとりの患者に対して丁寧に時間をかけているゆと

りなど、どう考えてもない。通院精神療法がとれる5分ぎりぎりの診察でテンポよく患者をさばいていかざるを得ないし、実はそれが最も経済効率がよい方法でもある。あえて極端な表現をさせていただくと、精神科の外来診察室で最も主流を占めている診療スタイルは、「夜眠れているか？ 飯食っているか？ 歯磨いたか？ また来週…」という、いわば「ドリフターズ診療」である。もちろん、短い診察時間では解決策が見当たらない場合も少なくないが、そんなときには、「とりあえずお薬を追加しておきます」という慣用句で、食い下がる患者の語りに句点を打ち、診察を強制終了させるわけである。こういった診療で、はたして自殺を考えるほど追い詰められた人を助けることができるのだろうか？

衝撃的な事実がある。最近行われた自殺既遂者の調査^{3,10)}では、その多くが自殺時点で精神科治療中であったことが明らかにされている。我々が実施している心理学的剖検調査では自殺既遂者の46%³⁾が、また、東京都が独自に実施した自殺者遺族に対する聞き取り調査では52%¹⁰⁾が、それぞれ精神科治療中であったのである。このことは、従来いわれてきた、「自殺既遂者の多くが精神科治療を受けていない」という説が神話でしかない可能性を示しているとはいえないだろうか？

我々の調査³⁾からは、さらに驚くべき知見が得られている。それは、精神科受診歴を持つ自殺既遂者は、縊首や飛び降りといった最期の致死的行動に際して、処方された治療薬を過量摂取したことによる、一種の酩酊状態のなかで自殺行動に至った可能性が高い、というものである。いささか極端な見方ではあるが、もしも本当にそのような実態があるとすれば、精神科医が向精神薬を処方したことが、結果的に自殺を補助することになったという諷刺を受けないとも限らない。

もちろん、こうしたデータは、あくまでも自ら進んで調査に協力した自死遺族だけが聞き取りの対象となっている、という点に注意する必要がある。その意味では、わが国の自殺既遂者全体を反映しているとはいえないデータである。とはいえ、最近、ある救急医が怒りに打ち震えながら筆者に吐いた言葉を思い起こすと、このデータがあ

ながち真実から大きくかけ離れた結果とは思えないのである。ちなみに、その言葉とは、「精神科クリニックが増えても、自殺が減るのではなく、過量服薬による自殺未遂が増えただけではないか?」というものであった。

同僚の精神科医は、「うつ病は心の風邪」などといった、安っぽいメンタルヘルス・プロモーションや、DSMにおけるうつ病概念の拡大が問題である、と筆者に語ってみせた。たしかにそうした流れが、病気ではない者に「自称うつ病」として患者役割をとることを許容する状況を作り出し、あたかも向精神薬のソムリエのように精神科医が処方する治療薬にあれこれと注文をつける患者、あげくのはてには、治療薬を乱用したり過量服薬を繰り返したりする患者を作り出した可能性はあるかもしれない。そして、このような見解を支持する立場から見れば、精神科医が治療しなければならぬうつ病とは、「内因性」「メランコリー親和型」だけであって、「非定型」「ディスチミア親和型」⁹⁾などといった臨床類型は、所詮は「偽性」うつ病にすぎないことになる。

しかし、ちょっと待ってほしい。たとえ、その患者のうつ病が「偽性」であろうと、あるいは「非定型」もしくは「ディスチミア親和型」であろうと、問題は診断ではなく、自殺のリスクなのである。そもそも、海外の心理学的剖検研究が指摘する自殺既遂者の「うつ病」とは、DSM-IV-TRの「うつ病性障害」の基準を満たす、広範な病態である場合がほとんどである。むしろわが国の援助者が勝手に、自分たちが共感しやすく扱いやすい古典的病態にすり替えて理解しただけのことではなからうか? こうした無意識のすり替えによって、その後の微妙な「ボタンの掛け違い」は生じてはいまいか? 「真性」であれ「偽性」であれ、その患者は何よりもまず精神医学的援助を必要としているのではなからうか? 問題なのは、薬物療法だけでは解決しない種類の困難を、たとえばあくまでもSSRI一本槍で解決しようとする精神科医の側にあるのではなからうか?

そう考えたとき、2008年10月に閣議決定された大綱の一部改正（「自殺対策加速化プラン」¹⁰⁾）には、精神科治療が進むべき方向性を示したという

点で、基本法や当初の大綱以上に高く評価すべき内容が含まれている、といえるのかもしれない。というのも、「ハイリスク者対策」として、統合失調症、アルコール・薬物依存症、外傷後ストレス障害といった、うつ病以外の精神障害への対策強化が宣言され、さらに、自傷行為を繰り返す思春期・青年期への対策強化も明記されたからである。

アルコール・薬物依存症患者、あるいは、リストカットを繰り返したり治療薬を乱用したりする境界性パーソナリティ障害患者は、平均的な精神科医が最も苦手とし、ときには忌避さえする相手である。その最大の理由は、何よりも通常の薬物療法主体の治療では対応しきれないところにある。そのような患者は、様々な行動化で援助者を翻弄し、ときには苦渋をなめさせることも少なくない。当然、こうした患者に「うつ病」が合併することにもめずらしくないが、たとえ誰かがこれを「偽性」と決めつけたとしても、エビデンスは、こうした重複障害こそが高い自殺リスクをはらむ病態であることを示唆している⁹⁾。

ここに重要なポイントがある。精神科医療を含む精神保健的対策は、現在推し進められている「総合対策」を構成する一領域にすぎないが、大綱の改正による追加項目は、その精神保健的対策を「総合的」なものへと変化することの必要性を含意したものと読み取ることはできないであろうか? いいかえれば、精神科医をはじめとする援助者が、これまで抱えていた苦手意識や忌避的感情を克服して困難な病態に挑戦すること、薬物療法一辺倒の精神科治療から脱して、「総合的な」精神科治療へと成長することを求めているとはいえないであろうか?

Ⅲ. 自殺対策の将来と『精神科治療学』

『精神科治療学』が発刊された1986年、わが国は戦後二回目の自殺急増のピークのただなかであった。この時期における自殺の急増は、1970年代に石油危機後の長引く不況によって経済的に追い詰められて命を絶った中高年層によるものであった。しかし、問題は経済的な事情だけではなかつ

た可能性がある。当時、自ら命を絶った中高年世代は、その30年ほど前にわが国を襲った、十代、二十代の若者を中心とする自殺急増のピークにおいて、同胞や友人、恋人を自殺で失った世代でもあったのである。その意味では、「不況ゆえ」といった、ありきたりな解釈のほか、若い頃に体験した心的外傷の影響といった精神医学的な視点からの理解も必要であろう。

それから、この年には、わが国の自殺を語るうえで外せない大きな事件も起こった。当時のトップアイドル岡田有希子の投身自殺である。節操のないマスメディア報道が誘発した若者たちの群衆自殺は、現在もなお、自殺報道のあり方を論じる際には必ず言及される社会精神医学的問題として言及されている³⁾。

今回調べてみて初めて知ったのだが、この年に発刊された『精神科治療学』は、以来25年間、「自殺」というテーマでの特集を一度も組んだことがない。発刊当初より、精神病理や精神療法に高い親和性を持ちつつ、その優れて臨床的内容を支持されてきた雑誌としては、あまりにも意外すぎる。不思議でならない。一体なぜであろうか？

一つ思い当たることがある。最近、筆者が漠然と感じているのは、臨床経験の豊かな精神科医ほど、自殺予防に関して口が重く、そして悲観的である、ということである。おそらく百戦錬磨の精神科臨床医は、これまで体験した患者の自殺に関する苦い記憶—その兆候を見逃してしまった自殺、あるいは、あらゆる手を尽くしたのに防げなかった自殺—を数多く持っている。優れた臨床医だけに、他院から治療困難な—ということは、当然、そのぶん自殺リスクも高いわけだが—症例を紹介され、そうした症例の治療を引き受けていくうちに、いわば「逃げ遅れてしまう」という、お人好しなところがある。だから、優れた臨床家の心の奥にはいくつもの墓標が立っており、ちょうど自死遺族がそうであるように、彼らもまた心に深い傷を負っている。

なるほど、だとすれば、雑誌で「自殺特集」を組むなどといった、陽気な振る舞いに違和感を覚えるのは無理もないことかもしれない。しかし、百戦錬磨の臨床家が沈黙を決め込んでいたこと

が、「うつ病は心の風邪」などといった、ベタな啓発を巻に蔓延させ、もはや現場では稀少な存在となった古典的うつ病に照準した、薬物療法一辺倒の自殺対策をもたらしたとはいえないだろうか？

いまからでも遅くはない、と筆者は考えている。わが国の精神医学には、すでに30~40年前から大綱の一部改正に示されたような、総合的な精神保健的対策が展開できるだけの素地がある。たとえば、1965年に刊行された大原の著書『日本の自殺—孤独と不安の解明』⁴⁾を読むとよい。そこに提示されている生々しい自験例と調査データの膨大さは、海外にも類を見ないものである。あるいは、同じく大原が編集した『現代のエスプリ別冊自殺学1~5』⁵⁾でもよい。その執筆陣やトピックから窺われる学際性や広い視野において今日でも通用する水準である。さらに、すでに依存症や自傷行為が取り上げられているという点において、大綱の改正に示された内容を先取りした、まさしく「総合的な」内容である。

このような先人に学びながら、自殺総合対策の一領域にすぎない精神保健的対策もまた総合的な内容を持つべく発展する必要がある、と考えている。そして、『精神科治療学』としては、ぜひともこれに積極的にコミットしていきたいと思う。

文 献

- 1) Bertolote, J.M., Fleishmann, A., De Leo, D. et al.: Psychiatric diagnoses and suicide: Revising the evidence. *Crisis*, 25; 147-155, 2004.
- 2) Hawton, K., Rodham, K. and Evans, E.: *By their own young hand: Deliberate self-harm and suicidal ideas in adolescents*. Jessica Kingsley Publishers, Ltd., London, 2006.
- 3) 廣川聖子, 松本俊彦, 勝又陽太郎ほか: 死亡前に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調査. *日本社会精神医学雑誌*, 2010 (印刷中).
- 4) Lönnqvist, J.K., Henriksson, M.M., Isometsä, E.T. et al.: Mental disorders and suicide prevention. *Psychiatry Clin. Neurosci.*, 49 (Suppl.1): S111-116, 1995.
- 5) 内閣府: 自殺対策加速化プラン (<http://www8.cao.go.jp/jisatsutaisaku/taikou/pdf/plan.pdf>)
- 6) 大原健士郎: 日本の自殺—孤独と不安の解明. 誠

- 信書房, 東京, 1965.
- 7) 大原健士郎編: 現代のエスプリ別冊 自教学1～5. 至文堂, 東京, 1974～1975.
 - 8) Simon, R.I.: Chapter 2. Suicide risk assessment. In: (ed.), Simon, R.I. Assessing and Managing Suicide Risk. American Psychiatric Publishing, Inc., Arlington, p.25-60, 2004.
 - 9) 樽味伸, 神庭重信: うつ病の社会文化的試論—特に「ディスチミア親和型うつ病」について. 日本社会精神医学雑誌, 13: 129-136, 2005.
 - 10) 東京都福祉保健局編: 自殺実態調査報告書—自死遺族からの聞き取り調査—. p.41-44, 2009.

リストカッターの自殺

松本 俊彦*

抄録：2000年にカリスマ的リストカッターである「南条あや」の遺稿集『卒業式まで死にません』が刊行されて以降、精神科臨床の現場でリストカットを繰り返す自傷患者と遭遇することが急激に増えた。このような自傷患者のなかには、処方薬の過量服薬を繰り返す者も少なくなく、救急医療の現場では過量服薬患者が問題となっている。リストカットなどの自傷行為は、その行為だけを見れば自殺企図と峻別されるが、長期的には重要な自殺のリスク要因であり、援助の対象とすべき問題である。しかし、わが国の精神科医療者のなかでは、リストカットや過量服薬を繰り返す患者に対する否定的な感情を持ち、近年の自殺対策のなかでかかりつけ医から精神科医への紹介促進の動きとは裏腹に、いままって援助に忌避的な者も少なくない。本稿では、リストカッターにおける自殺のリスク要因について論じるとともに、彼らをめぐる今日の精神科医療の問題点を指摘した。

精神科治療学 25(2) ; 237-245, 2010

Key words : self-injury, wrist-cutting, suicide, risk factor

I. リストカッター「南条あや」の死

2000年頃から、精神科外来ではリストカットを繰り返す女性患者が急激に増加した。筆者は、そうした患者たちから何度となく、「先生は、南条あやの『卒業式まで死にません』¹⁵⁾を読みましたか？」と質問されたものである。当時、自傷患者のあいだで南条あやはカリスマ的存在となっていて、数多くの追従者・模倣者を生み出していた。

Suicide of self-injurers.

*国立精神・神経センター精神保健研究所自殺予防総合対策センター

〒187-8553 東京都小平市小川東町4-1-1]

Toshihiko Matsumoto, M.D., Ph.D.: Center for Suicide Prevention, National Institute of Mental Health, National Center of Neurology and Psychiatry, 4-1-1, Ogawahigashi-cho, Kodaira-shi, Tokyo, 187-8553 Japan.

南条あや（本名：鈴木純）は、両親の離婚や学校での苛酷ないじめといった状況のなかで、中学1年頃よりリストカットを繰り返すようになった。もっとも、彼女の問題はリストカットだけではなかったように思われる。遺稿集¹⁵⁾を読むと、彼女は時々、ヨーグルトやゼリーしか口にしないという極端なダイエットも繰り返しており、摂食障害への罹患も疑われる。

ともあれ、数年間に及ぶ自傷行為の果てに、彼女は高校3年時には精神科での入院治療も受けた。そのようななかで自らの精神科医療利用体験を綴った日記がネット上に公開されると、彼女はたちまち「メンヘル系ライター」として注目を集めるようになった。『卒業式まで死にません』は、それらの日記をまとめた遺稿集にあたる。

彼女は、1999年3月30日—高校の卒業式の20日後—に死亡した。その日の午後、彼女は一人でカラオケボックスに入店し、大量の向精神薬を服用

して昏睡状態に陥り、そのまま帰らぬ人となったという。享年18歳であった。ただし、彼女が服用した向精神薬の量は致死量に満たず、かねてより頻回のリストカットや献血（これも「瀉血」という一種の自傷か）による慢性貧血の状態にあり、また、死後の解剖において心臓弁膜に異常が見出されたことから、死因は「推定自殺」と曖昧に濁されている。

南条あやという存在は、彼女の信奉者だけでなく、精神科医療関係者にも無視できない影響を与えたように思う。彼女の日記には、処方薬の飲み心地をソムリエのように批評したり、気軽に過量服薬したりするありさまが描かれているが、初めてそれを読んだとき、筆者は、現代精神科医療の暗部を拡大鏡で見せつけられた気がして慄然としたのを覚えている。当時すでにわが国では、精神科クリニックの急増に伴って過量服薬によって救急搬送される患者の増加が問題となり始めていた。「うつ病はこころの風邪、早めに精神科へ」などといった口当たりのよい啓発の副作用かもしれない。その結果、彼女の死と前後して、巷には「リストカット患者はお断り」という理由から患者を断る精神科クリニックが増え始めた。無理もない話である。処方薬を乱用し、インターネット上でリストカットした血まみれの腕の写真や主治医の発言を公開する患者など、確かに煩わしいことこの上ない。それでいて、まともに治療をしようと思えば長い診察時間が必要となり、現行の診療報酬制度下ではあまりにも効率が悪すぎる。

とはいえ、現実には南条あやが死亡している以上、リストカッターたちが死なないという保証などどこにもない。いいかえれば、「リストカットじゃ死なない」といえたとしても、「リストカットする奴は死なない」とはいえない。その意味では、自殺予防の観点では、「リストカッターお断り」として援助の埒外に弾き出して済まされる問題ではないのである。

本稿では、こうした「リストカッター」たちの自殺について考えてみたい。

II. なぜ彼らはリストカットを繰り返すのか？

1. 自傷と自殺の違い

まずはここから始めよう。自殺とは、致死的な目的から、致死性の予測をもって、現実に致死性の高い損傷を自らの身体に加えることを指すが、一方、自傷とは、自殺以外の目的から、非致死性の予測をもって、故意に非致死的な損傷を自らの身体に加える行為とされている²⁰。ここでいう「自殺以外の目的」とは、たとえば、周囲に対する何らかの意思伝達の意図であったり、解離症状を軽減するためであったりするが、なかでも最も多い自傷の理由が、怒りや緊張などの不快感情への対処である¹⁹。つまり、自傷とは、誰の助けも借りずに苦痛を緩和する孤獨な対処方法であり、意図の点で自殺とは峻別されるべき行動である。

WalshとRosen²¹は、Shneidman¹⁹の自殺に関するメタ心理学的知見を踏まえて、自殺と自傷の差異を明らかにしている（表1）。Shneidmanによれば、自殺とは、耐えがたく、逃れられない、果てしなく続く精神的苦痛のなかで、唯一自分に残された「脱出口」であるという。すなわち、自殺を考える者は、もはや自力ではどうにも状況を変えることができないという絶望感と無力感のなかで、「楽になるには、一切の意識活動を終焉させるしかない」と確信する心理的視野狭窄の状態に陥り、自らを傷つけるわけである。

一方、自傷とは、苦痛を一時的に緩和する試みである。すなわち、自傷者の苦痛は間歇的・断続的な性質のものであり、そのような不快な意識状態を短期間だけ変化させ、混乱した意識状態を再統合するために自らを傷つける。もちろん、本来であれば、間歇的な苦痛の原因（たとえば、虐待やいじめ）を取り除くことこそが根本的かつ建設的な解決策であるのはいうまでもないが、虐待やいじめの加害者が到底かなわないほど強大な相手であったり、加害者に制止を要請してかえって深刻な事態に陥った経験を持つ者もいよう。そのような場合、次善の策としてとられるのが、苦痛を体験する自らの意識状態を変容させることで困難な状況に適応する、という方法である。

表1 メタ心理学的視点に基づく自傷と自殺の違い
(文献21より引用)

特徴	自殺	自傷
苦痛	耐えられない、逃れられない、果てしなく続く痛み	間歇的・断続的な苦痛
目的	唯一の最終的な解決策	一時的な解決策
目標	意識の終焉	意識の変化
感情	絶望感 無力感	疎外感

その生理学的メカニズムには不明な点が多いが、自傷者の場合、自傷がもたらす「身体の痛み」には「心の痛み」を一時的に抑えるという不思議な鎮痛効果があることが知られている¹⁸⁾。事実、習慣性自傷者では、自傷直後には脳内モルヒネ様物質エンケファリンの血中濃度が上昇しているという報告¹⁹⁾があり、このことが、自傷の「心の痛み」に対する鎮痛効果と関係している可能性がある。したがって、自傷とは、「心の痛み」を一時的に鎮めるために、自傷という方法で自らに「身体の痛み」を与える方法なのである。あるいは、こういいかえてもよい。自傷とは、「死にたいくらいつらい状況」を「生き延びるために」行われる行動なのである、と。

自傷者の多くは、こうした、自傷がもたらす鎮痛効果を偶然に、あるいは、自殺企図の失敗や他の自傷者の模倣を通じて発見し、以後その行動をまるでお守りのように携えて生きることとなる。ある17歳の女性患者は、かつて筆者に次のように語った。

「父はいわゆる仕事人間でほとんど家におらず、母は新興宗教に熱中していた。だから、学校でのいじめのことも話せなかった。それで、小学校5年のときに『もう死のう』と思って初めてリストカットをした。もちろん、死にはしなかったけど、気持ちがすごく楽になった。誰も私を助けてくれないけど、『これ』さえあれば生きていけると思った」

2. 自傷アディクションという死への迂回路化

自傷がもたらす「心の痛み」に対する鎮痛効果は、きわめて速やかに発現する。苛酷な状況を根

本的・建設的な方法で変化させるよりも、圧倒的に簡単に迅速な困難の解決をはかることができるので、またたく間に手放せない行動となってしまふ。

しかしその一方で、自傷には反復される過程で耐性を生じやすいという欠点もある。繰り返すほどに主観的な疼痛閾値は上昇し、当初と同じ切り方では「心の痛み」を鎮めるのに不足するようになり、また、鎮痛効果の持続時間が短くなってしまふのである。そのため、何回も自分を傷つけたら、より深く切ったりしなければ、かつてと同じ効果が得られなくなってしまうのである。ときには、手首や腕だけで足りなくなり、他の身体部位を切ったり、あるいは、切るだけではなく、頭を壁に打ちつけたり、火のついたタバコを皮膚に押しつけたりする者もいる。

さらに困ったことに、自傷を繰り返すうちに以前よりもストレスに対して脆弱になってしまうという変化も見られる。以前だったら気にもとめなかったささいな出来事にも「身体の痛み」が必要となるわけである。このため、最終的には、いくら切っても「心の痛み」を埋め合わせるのに追いつかない状態—「切ってもつらいが、切らなきゃなおつらい」という状態—に陥ってしまうのである。これは自傷のアディクション化である。

Favazza²⁰⁾は、この自傷のアディクション状態のことを「反復性自傷症候群 Repetitive Self-mutilation syndrome」と呼んでいる。自傷によって自分をコントロールしているつもりが、いつしか自分が自傷にコントロールされてしまう事態である。Favazzaによれば、この段階に到達した自傷者は、もはや禁止や叱責によってはその行動をコントロールできない状態にあり、その行動自体を治療の対象とする必要があるという。反復性自傷に至った者の生き方は、次第に自暴自棄的ともいいうる独特なすさみ方を呈する。たとえば、自虐的に自らを「リストカッター」などと呼ぶなど、否定的自己同一性を確立する。あるいは、自傷した際に出た血液で絵を描いたり、自傷創の写真をインターネット上に掲載したりするなど、一見グロテスクとも思える行動をとることも少なくない。こうした行動は、援助者側の陰性感情を刺