

激し、彼らの苦痛を過小視させてしまう。

一般に反復性自傷者は、「生き延びるために」自傷を繰り返しながら日々をすごすうちに、皮肉にも以前よりも自殺念慮を強めている傾向がある。実際、彼らはしばしば、「消えてしまいたい」「いなくなりたい」といった消極的な自殺念慮ととれる言葉を口にする。もっと直截に「死にたい」という言葉を漏らすことも稀ではない。そしてあるとき、ふだん自傷に用いているのとは別の方法で自殺企図に及ぶことがある。

要するに、苛酷な現在を生き延びるためのこのアディクション行動は、死への迂回路でもあるのである。現在の死を回避するのに役立つかもしれないが、未解決の問題はそのまま残り、緩徐に未来の死をたぐり寄せている可能性がある。

### Ⅲ、自殺リスクの高いリストカッターの特徴

#### 1. 自傷患者の3年間の追跡調査から

すでに述べたように、自傷と自殺とは峻別されるべきであるが、Owensら<sup>16)</sup>のメタ分析は、十代における1回以上の自傷経験は10年後における自殺既遂による死亡のリスクを数百倍に高めることを明らかにしている。このことは、自傷が自殺のリスク要因であることを意味している。もちろん、現実にはすべてのリストカッターが自殺企図に及んだり、自殺既遂に至ったりするわけではない。

筆者ら<sup>10)</sup>は、自傷患者の自殺リスクを明らかにするために、精神科通院中の女性自傷患者81名を3年間追跡したことがある。その結果、3年間追跡し得た67名のうち、50名(74.6%)が何らかの自己破壊的行動を行っており、15名(22.4%)が致死性の高い自己破壊的行動(医療機関で治療が行われなければ明らかに死亡していたと考えられる身体損傷を伴うもの)に及んでいたことが明らかにされた(表2)。

続いて、3年間以内に致死性の高い自己破壊的行動が見られた群と見られなかった群とのあいだで、追跡調査開始時点に収集した情報に関して比較を行った(表3)。情報として採用した変数は、年齢や生活状況、外傷体験、自傷行為の様態

(開始年齢や継続年数、頻度や嗜癖性の自覚など)、随伴する精神医学的問題(過量服薬の既往、生活機能、衝動性、摂食障害傾向、衝動性、アルコール乱用)といったものである。その結果、致死性の高い自己破壊的行動が見られた群では、強姦被害の体験、ならびに市販薬の過量服薬体験が有意に高率であり、また、アルコール依存のスクリーニング尺度である日本語版AUDIT(Alcohol Use Disorder Identification Test)<sup>18)</sup>得点、および、神経性大食症のスクリーニング尺度である日本語版BITE(Bulimic Investigatory Test of Edinburgh)<sup>19)</sup>得点も有意に高かった。要するに、リストカッターの自殺リスクは、①強姦被害の経験、②市販薬を過量服薬した経験、③アルコール問題、④摂食障害の傾向という4つの要因に関連し、意外なことに、自傷頻度や身体損傷の程度といった自傷自体の重症度とは関連していなかったのである。

さらに筆者らは、交絡因子の影響を除去して、致死性の高い自己破壊的行動と特に密接に関連する要因を明らかにするために、上述した単変量比較で有意差の見られた項目を独立変数として多変量比較を行った。すると、致死性の高い自己破壊的行動と有意に関係する変数として、BITE得点(オッズ比、1.066; 95%信頼区間、1.002-1.141)だけが抽出された。これは、BITE得点が1点上昇するに伴って、致命的な自己破壊的行動をするリスクが1.066倍高まることを意味している。

#### 2. 自己破壊的行動スペクトラム

自身が行った調査の結果、さらには内外の先行研究で明らかにされた知見をもとに、最近、筆者は図1のような自己破壊的行動スペクトラム<sup>11)</sup>を考えるようになった。縦軸に行為にあたっての致死的な意図の強さをとり、横軸に客観的な行為がもたらす身体損傷の致死性をとる。すると、一方の極に、明確な致死的な意図から、縊首や飛び降り、飛び込みなどといった致死性の高い方法による「自殺企図」を想定すると、もう一方の反対の極には、摂食障害やアルコール・薬物乱用が布置されることとなる。

摂食障害やアルコール・薬物乱用は、「死にた

表2 自己破壊的行動の手段・方法 (文献10より引用)

自己破壊的行動の内容 (重複回答あり)	3年間の経過が判明した対象者 N=67	
	何らかの自己破壊的行動あり 74.6% (50名)	
	致死性の高い行動	致死性の低い行動
	22.4%	68.7%
自己切傷・刺傷・熱傷	7.5%	58.2%
過量服薬	19.4%	35.8%
服毒	0.0%	4.5%
縊首	1.5%	6.0%
高所からの飛び降り	7.5%	0.0%
車・電車などへの飛び込み	0.0%	0.0%
溺水	1.5%	0.0%
その他	0.0%	0.0%

い」あるいは「自分を傷つけたい」という意図からではなく、「痩せたい」「ハイになりたい」という意図から行われる。また、1回の拒食や過食・嘔吐、あるいは精神作用物質の摂取で健康が損なわれるわけではないが、かつて Menninger<sup>13)</sup>によって「慢性自殺」と名づけられたように、長期間繰り返されることで健康被害が顕在化する。さらに、すでに述べたように、自傷患者に摂食障害やアルコール・薬物乱用が併存すれば、致死性の高い自己破壊的行動のリスクが高まる。なお、Harris と Barraclough<sup>9)</sup>のメタ分析によれば、患者の自殺死亡率が最も高い精神障害の診断は摂食障害である。また、海外にはアルコール・薬物乱用が自殺のリスク要因であることを示す研究が多数存在する<sup>14)</sup>。以上を踏まえれば、摂食障害やアルコール・薬物乱用は「無意識的な自傷」と名づけることには異論はあるまい。

「無意識的な自傷」の1つ上の段階には、「意識的な自傷」がある。これにはリストカットが含まれる。これは Menninger のいう「局所性自殺」である。つまり、「死にたいくらいつらい状況を生き延びるために」身体の一部を犠牲にする行為であり、致死的な意図はない。しかし、「自分を傷つけている」という意図は意識されている。なお、自傷者のなかにはアルコール・薬物乱用や摂食障害傾向を呈する者が少なくないことから、「意識的な自傷」と「無意識的な自傷」は近縁的

な関係があるといえる。

「意識的な自傷」の1つ上の段階には、過量服薬などの「自殺の意図が曖昧な過量服薬」がある。Pattison と Kahan<sup>17)</sup>は、非致死性の予測がつきにくく、身体損傷の状況を視覚的に確認できないという理由から、過量服薬を自傷概念から除外している。たしかに過量服薬した患者は、意識回復後に「とにかく眠りたかった」「嫌なことを忘れたかった」などと、一見、自殺とは異なる意図を述べる一方で、「ずっと目が覚めなければよかった」などと、死を願うかのような言葉をもらすことも珍しくない。その意味では、過量服薬は自傷と自殺の中間、あるいは双方にまたがる地点に位置づけられるべきである。

筆者らの調査<sup>9)</sup>では、過量服薬はリストカット歴の長い自傷者に多いということが明らかにされている。最初の過量服薬は、通常、反復性自傷の段階に到達して「鎮痛効果」が得られなくなった自傷者が、自殺行動として行うことが多いが、そこで自殺既遂に至らなかったものの、過量服薬を持つ、あたかもパソコンを強制終了させる瞬間のような「不快気分に対する強力なリセット効果」を発見し、苛酷な状況を「生き延びるために」これを繰り返すようになる場合がある。しかし筆者の臨床経験では、最終的に致死的な行動によって既遂に至った者のなかには、自殺既遂に至る前に何回も過量服薬を繰り返した果てに縊首や飛び降

表3 3年間の経過が判明群・非判明群との調査登録時変数の比較(文献10より引用)

		致死性の高い自己破壊的行動 (N=67)		p value	
		あり N=15	なし N=52		
調査登録時年齢(歳(SD))		27.4 ( 7.6)	25.8 ( 7.1)	0.476	
追跡調査開始時点の情報	生活歴に関する変数	17歳以下の親からの身体的暴力	20.0%	32.7%	0.344
		17歳以下の肉親からの性的暴力	20.0%	19.2%	0.947
		17歳以下の他人からの性的暴力	33.3%	21.2%	0.330
		親のネグレクト	20.0%	15.4%	0.671
		親の言語的虐待	40.0%	42.3%	0.873
		親の配偶者虐待場面の目撃	3.0%	19.2%	0.600
		親の性交場面の目撃	33.3%	17.3%	0.179
		親の精神疾患の存在	6.7%	23.1%	0.157
		学校時代のいじめ被害	66.7%	67.3%	0.963
		その他のいじめ	40.0%	34.6%	0.702
		強姦の被害(18歳以降)	46.7%	15.4%	0.010*
		その他の性的被害(セクハラなど)	40.0%	38.5%	0.914
		配偶者からの身体的虐待	13.3%	17.3%	0.714
		配偶者からの性的暴力	0.0%	7.7%	0.268
		配偶者以外の家族成員からの暴力	6.7%	19.2%	0.247
		強盗や恐喝の被害	6.7%	9.6%	0.725
		近親者の自殺	33.3%	17.3%	0.179
		近親者の事故死・突然死	33.3%	32.7%	0.963
		交通事故の被害	53.3%	32.7%	0.145
		家庭の経済的破綻	13.3%	21.2%	0.500
		自然災害などへの罹災	6.7%	3.8%	0.642
		戦争・地域紛争への罹災	0.0%	0.0%	—
		その他の心的外傷体験	33.3%	46.2%	0.377
登録時の生活状況	単身生活	6.7%	8.7%	0.804	
リストカットの様態に関する変数	最初にリストカットした年齢(歳(SD))	20.3 ( 8.7)	20.2 ( 7.2)	0.971	
	リストカット期間(年(SD))	7.2 ( 8.6)	5.5 ( 4.9)	0.363	
	登録時1ヵ月以内の自己切傷	53.3%	63.5%	0.478	
	10回以上の自己切傷経験	80.0%	73.1%	0.587	
	自己切傷創の縫合処置経験	40.0%	26.9%	0.330	
	心理的抵抗	73.3%	78.8%	0.652	
	抑制喪失	73.3%	84.6%	0.315	
	嗜癖性の自覚	86.7%	82.4%	0.694	
随伴する精神医学的問題および生活機能に関する変数	過去における処方された向精神薬の過量服薬	93.3%	75.0%	0.124	
	過去における市販薬の過量服薬	73.3%	38.5%	0.017*	
	GAF(点(SD))	41.5 (16.6)	47.5 (11.3)	0.110	
	AUDIT(点(SD))	8.6 ( 9.9)	3.9 ( 5.7)	0.023*	
	BITE(点(SD))	30.9 (10.2)	19.5 (11.2)	0.001*	
	BIS-11(点(SD))	76.7 (14.1)	71.7 (11.0)	0.154	
	ADES(点(SD))	5.1 ( 2.0)	4.9 ( 2.4)	0.889	

\*p&lt;0.05

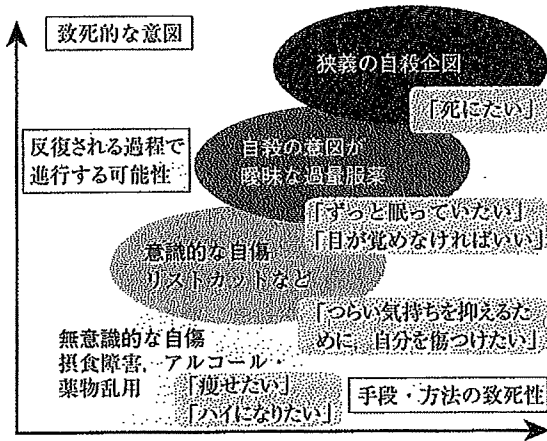


図1 自己破壊的行動スペクトラム (文献11より引用)

りといった致死的な行動をとった者もいる。そう考えれば、「自殺の意図が曖昧な過量服薬」を「自殺企図」に最も近接する場所に位置づけるのはきわめて妥当なことであるように思われる。

以上からわかるように、これらの自己破壊的行動の各段階は、反復によって進行しうる連続的な関係のなかで捉えることができる。もちろん、エスカレート速度には個人差があり、患者によっては各段階を直線的に進行するのではなく、停滞や逆行、あるいは複数の段階が混在している場合もありうる。さらに、自傷患者の追跡調査でも触れたように、強姦被害などの外傷体験はこのプロセスの促進要因となる可能性もあろう。

いずれにしても、自殺予防のためにはこの全段階の自己破壊的行動に対する介入が必要である。その意味では、2008年の自殺総合対策大綱の一部改正(「自殺対策加速化プラン」)<sup>12)</sup>は、自殺ハイリスク者対策として「思春期・青年期の自傷行為」や「アルコール・薬物依存」を追加した点で、高く評価されるべきものである。

#### IV. 自殺既遂となったリストカッター

前に紹介した筆者らの追跡調査は、所詮は重篤な自殺未遂を指標とした研究であるので、厳密には、得られたリスク要因を自殺既遂のものと同義には捉えられない。

実は、その調査では、追跡期間中に自殺既遂に至った対象者が1名だけ存在した。ここでは、その自殺既遂事例を紹介しておきたい。なお、症例提示にあたっては、個人が特定されないように、症例の本質を歪めない範囲で大幅な修正を行っている。

【症例】 調査登録時20歳女性、死亡時22歳(追跡開始1年10ヵ月時点)

DSM-IV-TR 診断：特定不能の解離性障害、神経性大食症・排出型、境界性パーソナリティ障害  
生活歴：教育に厳格な両親によって養育され、幼少時から繰り返し体罰を受けていた。中学時代までは真面目な生徒であったが、高校進学後、両親に対する反発から夜遊びをするようになった。そのなかで、遊び仲間の男性数人からの強姦被害に遭遇し、しかも相手がわからないまま妊娠した。しかし、家族からは「ふしだらな女」と非難され、警察に被害届を出せないまま、中絶手術を受けた。手術後、高校を中退した。

調査登録までの病歴：中絶手術後(17歳時)より拒食、過食・嘔吐が始まった。また、18歳頃よりリストカットや過量服薬を頻回に繰り返すようになり、家族に対する暴力も問題化した。さらに、歓楽街で見知らぬ男性と性交渉を持ち、しかも、後でそうした性的逸脱行動を覚えていないという解離性健忘も見られるようになった。この頃、家族に精神科に連れて行かれ、強引に閉鎖病棟入院させられた。家族との関係が悪循環的に自己破壊的行動をエスカレートさせている印象があり、主治医の提案により、退院後、症例は生活保護を受給しながらアパート単身生活を開始した。これ以後、症例の自己破壊的行動は著しく減少し、まもなくボランティアで介護の仕事もするようになった。

調査登録時点の状況：症例のリストカット開始年齢は18歳であり、約2年間の数十回に及ぶリストカット歴があったが、調査登録時には3ヵ月近く止まっていた。過量服薬も多数回の経験があったが、登録時は半年ほどしていなかった。また、自記式評価尺度上、著明な神経性大食症傾向と解離傾向が認められた。

その後の経過：症例は、介護のボランティアを通じて恋人ができ、まもなく半同棲状態となった。やがて症例は就労を焦り、コンビニエンスストアでのアルバイトを始めたが、仕事の負担は大きく、解離性健忘が頻発するようになった。そんな矢先、バイト先の飲み会で泥酔した症例は、同僚男性と不本意な性交渉を持った。翌日より症例はそのことを深刻に自責する一方で、本来の恋人との性交渉が苦痛となった。にもかかわらず、恋人が半ば強引に交渉を求めると、症例は解離状態に陥ることが増えた。まもなくリストカットと過食・嘔吐が再発し、処方薬の過量摂取が繰り返された。

自殺既遂の状況：症例は、恋人との半同棲は苦痛であったが、といて両親との同居にも抵抗感を覚えた。そこで、主治医は自殺防止の観点から精神科病院への入院に踏み切った。しかし、症例は同じ病棟のある男性患者を不可解な理由で非常に恐れ、職員の間を突いて離院してしまい、そのまま退院となった。離院した病院への再入院は叶わず、仕方なく主治医は複数の精神科病院に入院の依頼をしたが、いずれの病院からも断られた。離院から1週間後のある早朝、症例は縊首によって死亡した。

本症例は幼少時から様々な外傷体験が蓄積するなかで、最終的に深刻な性被害体験を契機に、多方向性の自己破壊的行動が顕在化し、最終的に自殺既遂に至った。世帯分離による単身生活は、短期的には家族内の悪循環を解決するのに成功したが、長期的には危機的状況を回避するための選択肢を狭めた可能性は否めない。

ここに登場する主治医とは筆者自身である。いまでも耳の奥にこびりついて忘れられないのは、入院を断られる際に何度も聞かされた、「当院ではパーソナリティ障害の患者は受けない」という冷淡な声である。精神科医から冷遇されるリストカット者たちはつくづく不幸な患者だと思いが、彼らに熱心に関わる精神科医もまた同業者の冷淡な応対に曝されることがある。

## V. リストカッターの自殺予防のために

これまで自殺対策においては、「自殺既遂者の90%以上が自殺直前には何らかの精神障害に罹患した状態にあるが、実際に精神科治療を受けている者はごくわずかである」と認識されていた。しかし、筆者らが実施した心理学的剖検調査<sup>7)</sup>では自殺既遂者の46%が、そして、東京都が実施した自死遺族からの聞き取り調査<sup>20)</sup>では自殺既遂者の52%がそれぞれ精神科治療中の自殺であった。さらに筆者らの調査では、精神科治療中の自殺既遂者は、縊首や飛び降りなどの致死的行動に及ぶ際、処方薬を過量に摂取し、おそらくは酩酊状態にあったと推測されることが明らかにされている<sup>7)</sup>。これでは、精神科薬物療法とは治療の名のもとに行われる自殺補助となってしまう。

もちろん、反論は数多くあろうし、その大半は正当な主張であろう。ただ、それでも、「DSMによってうつ病概念が拡大し、『ニセモノのうつ病』の人にまで医療が提供されている」という意見にだけは与するつもりはない。こうした主張には、必ずリストカッターたちを「医療を混乱させるニセモノの病人」に貶める意図が隠されているものである。

現在、わが国で展開されている様々な自殺対策のなかで、いまだに手つかずの領域が1つだけ残されている。それは、精神科医療の質の向上、とりわけリストカットや過量服薬を繰り返す患者への対応能力の向上である。何も、「精神療法の技能向上に努めよ」という意味ではない。そうした患者を援助する際に見られがちな否定的態度をほんの少しでも変えること。それだけでも多少とも救える患者が増えるはずである。

## 文 献

- 1) Barraclough, B., Bunch, J., Nelson, B. et al.: A hundred cases of suicide: Clinical aspects. *Br. J. Psychiatry*, 125: 355-373, 1974.
- 2) Bertolote, J.M., Fleishmann, A., De Leo, D. et al.: Psychiatric diagnoses and suicide: Revising the evidence. *Crisis*, 25: 147-155, 2004.
- 3) Chynoweth, R., Tonge, J.I. and Armstrong,

- J.: Suicide in Brisbane: A retrospective psychosocial study. *Aust. N.Z. J. Psychiatry*, 14: 37-45, 1980.
- 4) Coid, J., Alolio, B. and Rees, L.H.: Raised plasma met-enkephalin in patients who habitually mutilate themselves. *Lancet*, 2: 545-546, 1983.
  - 5) Favazza, A.R.: *Bodies under Siege: Self-mutilation and Body Modification in Culture and Psychiatry*, 2nd ed. The Johns Hopkins University Press, Baltimore, 1996.
  - 6) Harris, E.C. and Barraclough, B.: Suicide as an outcome for mental disorders. A meta-analysis. *Br. J. Psychiatry*, 170: 205-228, 1997.
  - 7) 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. *日本社会精神医学会雑誌*, 2010 (印刷中).
  - 8) 廣尚典: CAGE, AUDITによる問題飲酒の早期発見. *日本臨床*, 172: 589-593, 1997.
  - 9) 松本俊彦, 山口亜希子, 阿瀬川孝治ほか: 過量服薬を行う女性自傷患者の臨床的特徴: リスク予測に向けての自記式質問票による予備的調査. *精神医学*, 47: 735-743, 2005.
  - 10) 松本俊彦, 阿瀬川孝治, 伊丹昭ほか: 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. *精神誌*, 110: 475-487, 2008.
  - 11) 松本俊彦: 自傷行為の理解と援助—「故意に自分の健康を害する」若者たち—. *日本評論社*, 東京, 2009.
  - 12) Menninger, K.A.: *Man against himself*. Harcourt Brace Jovanovich, New York, 1938.
  - 13) 内閣府: 自殺対策加速化プラン (<http://www8.cao.go.jp/jisatsutaisaku/taikou/pdf/plan.pdf>)
  - 14) 中井義勝, 濱垣誠司, 高木隆郎: 大食症質問表 Bulimic Investigatory Test, Edinburgh (BITE) の有用性と神経性大食症の実態調査. *精神医学*, 40: 711-716, 1998.
  - 15) 南条あや: *卒業式まで死にません*. 新潮社, 東京, 2000.
  - 16) Owens, D., Horrocks, J. and House, A.: Fatal and non-fatal repetition of self-harm. Systematic review. *Br. J. Psychiatry*, 181: 193-199, 2002.
  - 17) Pattison, E.M. and Kahan, J.: The Deliberate Self-Harm Syndrome. *Am. J. Psychiatry*, 140: 867-872, 1983.
  - 18) Russ, M.J., Roth, S.D., Lerman, A. et al.: Pain perception in self-injurious patients with borderline personality disorder. *Biol. Psychiatry*, 32: 501-511, 1992.
  - 19) Shneidman, E.S.: *Suicide as Psychache: A clinical approach to self-destructive behavior*. Jason Aronson Inc., Lanham, 1993.
  - 20) 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—. 東京都福祉保健局, p.41-44, 2009.
  - 21) Walsh, B.W. and Rosen, P.M.: *Self-mutilation—theory, research, & treatment—*. Guilford Press, New York, 1988.

# 物質使用と暴力および自殺行動との関係

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/薬物依存研究部  
(受理：平成21年10月23日)

Associations of substance use with violent and suicidal behaviors

Toshihiko MATSUMOTO

*Center for Suicide Prevention/Department of Drug Dependence Research,  
National Institute of Mental Health, National Center of Neurology and Psychiatry,  
4-1-1 Ogawahiashi-cho, Kodaira, 187-8553 Tokyo*

(Accepted : October 23, 2009)

日本アルコール・薬物医学会雑誌 第45巻 第1号 (平成22年2月刊行) 別刷

Separate-print from Vol. 45 No. 1 of Jpn. J. Alcohol & Drug Dependence

February 2010

Jpn.J. Alcohol & Drug Dependence

日本アルコール・薬物医学会雑誌

## 物質使用と暴力および自殺行動との関係

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/薬物依存研究部  
(受理：平成21年10月23日)

Associations of substance use with violent and suicidal behaviors

Toshihiko MATSUMOTO

*Center for Suicide Prevention/Department of Drug Dependence Research,  
National Institute of Mental Health, National Center of Neurology and Psychiatry,  
4-1-1 Ogawashi-cyo, Kodaira, 187-8553 Tokyo*  
(Accepted : October 23, 2009)

### Summary

Violent and suicidal behaviors are most serious mental health problems. In Japan, there are national mental health service systems for preventing violent and suicidal behaviors now: One is the Medical Control Law, which seems to aim at only treating schizophrenia as a mental health problem, and another is the Basic Act on Suicide Countermeasure, which seems to aim at treating depression. However, it is strange that these mental health policies have never referred to substance use problems including substance use disorder.

In this paper, we reviewed previous studies on associations of substance use with violent and suicidal behaviors, and indicated that the importance of substance use problems for mental health promotion to prevent violent and suicidal behaviors may be overlooked, and denied by the Japanese mental health professionals.

Key words: substance use disorder, violent offending, forensic psychiatry, suicide, deliberate self-harm

物質使用障害, 暴力犯罪, 司法精神医学, 自殺, 自傷

### I. はじめに

筆者は、精神保健における最も重大な問題は、決して統合失調症やうつ病などといった個別的精神疾患ではなく、個人や社会の安全を脅かす「行動」であると考えている。そのような

---

※教育委員会からの推薦論文：現在のアルコールを含む依存性薬物の基礎的および臨床的研究のトピックス



自他に対する破壊的行動のなかでも特に究極的といえるものが、暴力的行動であり、そして、自殺行動である。もちろん、筆者とて、そのような禍々しい問題行動ばかりが精神保健の課題ではないというのは理解している。たとえば、個人が能力を発揮して自己実現したり、あるいは、人生の満足度を高めたりすることも重要な課題ではある。しかし、その援助における優先順位の高さ、その緊急性という点でいえば、やはり暴力と自傷・自殺であるといわざるを得ない。

そのことは、わが国の精神保健行政にも反映されている。現在、わが国の精神保健システムには、暴力と自傷・自殺に照準した国家的な制度や施策が存在する。すなわち、暴力に関しては心神喪失者等医療観察法（以下、医療観察法）が、そして自殺に関しては自殺対策基本法にもとづく施策がとられている。しかし、これらの施策で想定されている精神保健の問題は、医療観察法においては統合失調症、自殺対策においてはうつ病と、あまりにも単純すぎる印象を受ける。

果たしてこれで十分なのであろうか？ 筆者はかねてよりこの二つの施策からアルコール・薬物の問題が抜け落ちていくことを不思議に感じていた。というのも、海外ではアルコールや薬物をはじめとした物質の使用が暴力や自殺行動と密接に関連していることは、すでに常識となっているからである。

今回、筆者は、わが国の精神保健領域の援助者に、物質使用と暴力および自殺との関係について広く知ってもらうことを目的として本レビューを執筆することを思い立った。以下に順次述べていきたい。

## II. 暴力行動との関係

### 1. 物質使用と暴力犯罪

アルコールや薬物の乱用・依存（本稿では、DSM-IV-TRに準じて「物質使用障害」と総称する）と暴力犯罪との密接な関連を指摘する研究は、枚挙にいとまがない。Johns<sup>3)</sup>は、メタ分析において、傷害および殺人事件の40～60%、強姦事件の30～70%、DV（domestic violence）事件の40～80%にアルコールが関与していることを明らかにし、Murdochら<sup>4)</sup>は、暴力犯罪加害者の62%が、犯行時にアルコールに酩酊していることを指摘し、犯行にアルコールが関与していると判断されたものは、非暴力犯罪で12～38%の範囲であったのに対し、暴力犯罪では24～85%であったと報告している。アルコールだけでなく、コカイン、大麻、ベンゾジアゼピンといった薬物の使用が攻撃性と関係を指摘する報告も多い<sup>5)</sup>。Hodginsら<sup>6)</sup>は、誕生コホート研究から、物質乱用・依存の存在によって、暴力行為に関する相対リスクが、男性では5.9～8.7倍、女性では10.2～15.1倍にまで高まることを明らかにし、Wallaceら<sup>7)</sup>は、物質使用障害の存在は、男性の全犯罪のリスクを7.1倍、暴力犯罪のリスクを9.5倍、殺人をおかすリスクを5.8倍にまで高め、女性では、全犯罪のリスクを35.8倍、暴力犯罪のリスクを55.7倍にまで高めると推定している。

こうした現象の背景には、精神活性物質の薬理作用による影響がある。ChermackとGiancola<sup>8)</sup>は、2人の被験者にコンピューターに設定された光刺激に対する反応時間を競わせ、勝者は敗者に対して電気ショックを与えるという興味深い実験から、アルコール摂取が攻撃性や衝動性を亢進させることを証明している。それによれば、アルコールを与えられた者は、対照群に比べて攻撃的になり、その程度はアルコール摂取量に比例するという。またJosephsとSteele<sup>9)</sup>は、アルコール酩酊時の「アルコール近視」ともいふべき意識状態に言及している。

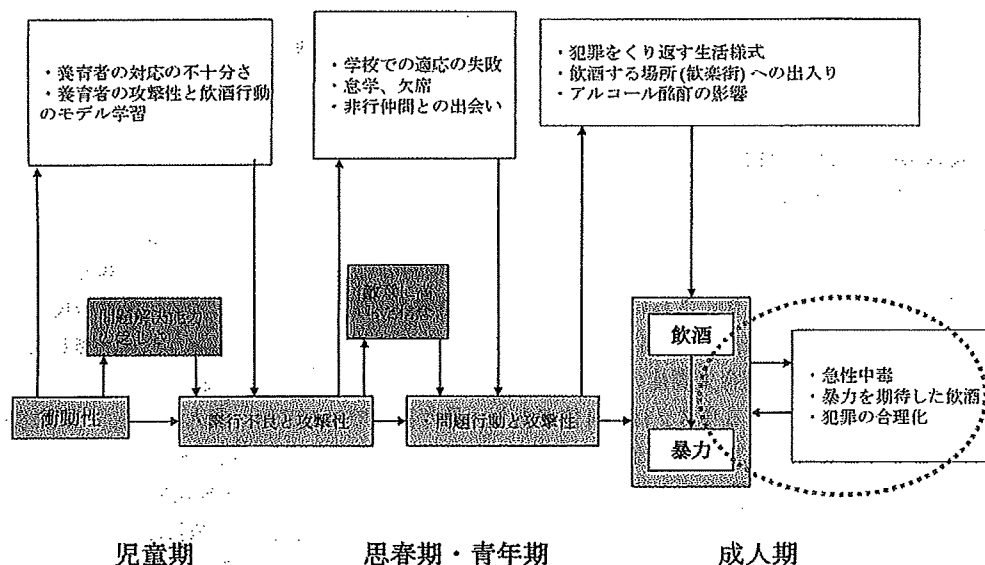


図1 酩酊時暴力に関する発達論的リスクファクター (文献9: McMurrin, 2002より)

これは、飲酒酩酊下では意識の中心にある刺激に注意を奪われる一方で、意識の周縁的な刺激に対する関心が低下してしまう現象を指しており、このために、アルコール酩酊者は、熟慮を欠いた衝動的な行動が多くなるという。なお、興味深いことに、アルコールが関与する暴力犯罪では、被害者もまた高率にアルコールに酩酊した状態にあり、加害者の暴力を誘発する態度をとっているという指摘もある<sup>9)</sup>。

もちろん、物質乱用者の暴力犯罪のすべてを物質の薬理作用で説明することはできない。物質乱用者のなかには、児童期・青年期より非行歴を有し、反社会性パーソナリティ障害の併存が認められる者も少なくない。その意味では、わが国のMoritaら<sup>8)</sup>が、物質使用障害と関連する暴力行動を、物質の薬理作用の影響が大きい「症候性精神病質による薬物優位型暴力」と、基底に存在するパーソナリティ特性の影響が多い「本態性精神病質による人格優位型暴力」とに分類したのは、妥当なことである。

ただし、この「本態性精神病質」と呼ばれる人格の反社会的傾向の形成過程においてさえも、物質使用が何らかの影響を及ぼしている可能性がないとはいえない。McMurrin<sup>9)</sup>は、発達論的な立場から、児童期における物質乱用と暴力行動とが、総合に影響をおよぼしながら、実際に行方障害の重症化をもたらし、将来における反社会性パーソナリティ障害への発展をもたらす、という仮説を提唱している(図1)。

非行性・犯罪性に対する影響という意味で何よりも重要なのは、その使用者人口の多さという点で、アルコールである。誕生コホート研究によれば、アルコール乱用を呈した若年者は、暴力犯罪を起こす相対危険率が6倍、他人の財産を奪う犯罪を起こす相対危険率が12~13倍に上昇させるといわれており<sup>10)</sup>、18歳時点での過量飲酒は、成人後の違法薬物乱用はもとより、犯罪全般を予測する危険因子であるともいう<sup>11)</sup>。その背景には、PihlとHoakenが指摘するように、アルコール摂取が罰則に対する不安まで抑制し、攻撃的行動をとることにに対して大胆となっ

てしまうことも関係していると考えられる。このことは、少年鑑別所被収容者において、アルコールの摂取頻度・量と試験観察や保護観察の失敗とが有意に関連していることから確認されている<sup>19)</sup>。

## 2. 重複障害における暴力行動

物質使用障害が統合失調症や双極性障害などの精神障害を併存する重複障害のかたちをとる場合には、暴力のリスクがいっそう高まる。Swansonら<sup>18)</sup>によるEpidemiologic Catchment Area (ECA) 研究では、精神障害者がアルコール・薬物の使用を1回でも行えば、暴力行為の生涯危険率は2倍に高まり、さらに、アルコール・薬物使用障害の診断がなされた者の場合には、暴力のリスクは16倍にまで高まることが明らかにされている。Wallaceら<sup>19)</sup>も、物質使用障害の重複診断のある統合失調症の犯罪行為のリスクは、物質使用障害単独の場合よりもさらに高く、犯罪全体に関するリスクは12.4倍であり、暴力犯罪では18.8倍、殺人に限定すると28.8倍にもなることと報告している。他にも、暴力的な精神障害者の49%に物質使用障害が認められる<sup>20)</sup>、あるいは、精神障害者を犯罪歴で分類する際、アルコール・薬物使用障害は最も重要な判別因子である<sup>21)</sup>などと、重複障害と暴力行動との密接な関連を指摘する報告は多い。このようなエビデンスを背景にして、触法精神障害者の暴力予測を目的として開発された、数理統計学的手法にもとづくリスクアセスメント・ツール (VRAG; Violence Risk Assessment Guide<sup>18)</sup>; ICT [Interative Classification Tree] 法<sup>19)</sup>; HCR-20<sup>22)</sup>) では、物質使用障害の存在は重要な変数として採用されている。

司法精神医学領域において重要なのは、統合失調症などの精神病性障害と物質使用障害との重複障害である。そして、精神病症状のなかでも、特に暴力との関係から重要視されているのは、「Threat/Control-override (TCO) 症状」<sup>23)</sup>と呼ばれるものである。これは、他者が自分を傷つけようとしている、追跡されているという脅威の感覚、あるいは、自分のものではない考えが頭の中に入ってきて、自分のコントロールを超えた外的な力に支配され、操作・蹂躪されるという病的体験の総称である。Swansonら<sup>18)</sup>によれば、TCO症状のある者は、他の精神病症状を持つ者の2倍、精神障害のない者の5倍の暴力の相対リスクがあるが、物質使用障害とTCO症状が併存した場合には、それは8～10倍にまで高まることが指摘されている。

歴史的に、強力な精神病惹起作用を持つ覚せい剤乱用が深刻な問題となってきたわが国の場合、TCO症状と物質使用障害とが併存する病態は、精神科臨床現場では比較的ありふれたものといえるであろう。覚せい剤による幻覚妄想は、しばしば圧倒的な脅威をもって本人に襲いかかり、しばしば犯行は、全く無関係な者が突如として殺傷されるという「通り魔的犯行」の様相を呈する<sup>24)</sup>。また、覚せい剤による意識変容は状況誤認を引き起こして、全く無関係の者の住所に侵入して立てこもるような事態を引き起こす場合があり、また、被害妄想が包囲攻撃状況へと発展すれば、自己防御目的から衝動的に殺傷行為におよんだり、自殺目的から放火に至ったりすることがある<sup>25)</sup>。

## 3. 心神喪失者等医療観察法における物質使用障害治療

わが国では、2005年より国内最初の司法精神医療制度として医療観察法が施行されている。この制度は、重大な他害行為におよびながらも心神喪失・耗弱のために刑事司法システムから外された精神障害者を対象とするものであり、制度施行前には、主たる対象疾患として統合失調症が想定されていた。物質使用障害は、単独では刑事責任減免の理由とはなりにくいとの推

測から、制度の埒外にあると考えられていた。

しかし、実際に制度が施行されてみると、この想定通りには行かなかった。たとえば、最初の医療観察法指定入院医療機関である国立精神・神経センター病院医療観察法病棟では、2005年8月の開棟から2009年2月末までに、総計91名の対象者が入院してきたが、そのうち29名に物質使用障害の診断がなされている(31.9%:物質乱用15名、物質依存14名)<sup>20</sup>。いずれも統合失調症などの精神病性障害との重複障害であった。問題となっている最近の乱用物質として最も多いのはアルコールであったが、そのなかには過去に覚せい剤や大麻などの違法薬物の乱用歴を持つ者も少なくなかった。

もちろん、海外の司法精神医学的研究を踏まえれば、こうした事態は容易に予想されたことである。Soyka<sup>21</sup>によれば、このような重複障害患者は、暴力行動のリスクが高だけでなく、地域内処遇における服薬のコンプライアンスや治療へのアドヒアランスが悪く、精神保健援助から脱落しやすいという。したがって、医療観察法による処遇中においても、併存する物質使用障害に対する介入が十分になされている必要がある。

そうした認識から、筆者らは国立精神・神経センター病院医療観察法病棟の開棟当時から「物質使用障害治療プログラム」を立ち上げ、現在までに継続してきた<sup>22</sup>。しかし、こうしたプログラムがすべての指定入院医療機関で行われているわけではなく、指定通院医療機関に至ってはほとんど実施されていないのが実情である。その理由としては、表向きにはマンパワー不足などと説明されていることが多いが、現実には、物質使用障害に対する苦手意識が影響しているように思えてならない。

実は、わが国の精神科医療者が抱える「物質使用障害に対する苦手意識」が予想以上に深刻であることを示唆する事実がある。それは、前述した重複障害患者29名のうち、鑑定書に物質使用障害の診断名が明記されていたのはわずかに3名だけで、残りの26名は、医療観察法病棟入院後の再評価で併存が確認されたというものである<sup>23</sup>。医療観察法の対象者が入院するまでには、少なくとも3名の精神科医(刑事責任能力鑑定人、医療観察法鑑定医、精神保健審判員)が評価していることを考えると、これは愕然とせざるを得ない状況といえるであろう。

思えば、わが国における薬物関連問題の精神医学的研究は、薬物乱用経験のある精神病性障害を「統合失調症か中毒性精神病か」<sup>24</sup>のいずれと診断するかという議論に多くが費やされてきたが、皮肉にも、そうしたなかで、併存する物質使用障害が看過・過小視されてしまった可能性も否めない。司法精神医療においては、介入を要する二つの疾患が重複しているという視点から、積極的に物質使用障害の評価と介入を行っていく必要があることを、改めて強調しておきたい。

### Ⅲ. 自殺行動との関係

#### 1. 物質使用と自殺

海外における心理学的剖検の手法を用いた自殺既遂者の調査<sup>25-29</sup>からは、自殺者の少なくとも2~3割はその行為の直前に物質関連障害に罹患していることが明らかにされている。たとえば、その先進的な国家的対策によって自殺死亡率減少に成功したフィンランドにおける大規模な心理学的剖検調査<sup>30</sup>でも、自殺既遂者の93%に何らかの精神障害への罹患が認められ、うつ病(66%)とともにアルコール使用障害(42%)への罹患が高率であったことが明らかにされている。また、HarrisとBarraclough<sup>31</sup>が明らかにした、乱用物質の種類ごとの物質使用障害

表1 物質使用障害罹患者の自殺念慮と自殺企図の経験率に関する主な国内研究

	大原 <sup>32)</sup> (1971) アルコール	清野 <sup>33)</sup> (1971) アルコール	斎藤 <sup>34)</sup> (1980) アルコール	松本桂樹 <sup>35)</sup> (2000) アルコール	松本俊彦 <sup>37)</sup> (2009) アルコール	岡坂ら <sup>36)</sup> (2006) 薬物	松本俊彦 <sup>37)</sup> (2009) 薬物
被験者数 (人)	85	80	120	81	244	101	92
調査方法	面接調査	カルテ調査	面接調査	質問紙法	質問紙法	質問紙法	質問紙法
対象者	入院 アルコール 依存症患者	入院 アルコール 依存症患者	入院 アルコール 依存症患者	入院・通院 アルコール 依存症患者	入院 アルコール 依存症患者	民間薬物依存 回復施設入所 者 (男性)	入院薬物 依存症患者
対象者平均 年齢 (歳)	46.7	不明	不明	51.5	49.3 ± 11.5	33.7	33.9 ± 8.5
自殺念慮 (%)	28.2	不明	28.3	61.7	55.1 男性49.4 女性81.1	55.4	83.3 男性79.7 女性90.3
自殺企図 (%)	15.3	3.8	25.8	29.6	30.6 男性23.3 女性62.2	49.5	55.7 男性49.1 女性67.7

罹患者の標準化自殺死亡率では、鎮静剤・催眠薬・抗不安薬20倍、複数物質19倍、オピオイド14倍、アルコール6倍、大麻4倍という数値が得られており、その多くはうつ病よりも高いオッズ比である。こうした知見はいずれも、海外の自殺対策で物質使用障害が重要視される根拠となっている。

残念ながら、わが国には自殺対策のなかでアルコール使用障害対策の重要性を主張できるだけのエビデンスが存在していないが、アルコール使用障害患者における高い自殺念慮や自殺企図の経験率を指摘する報告ならば、わが国にも複数存在している(表1)<sup>32,39)</sup>。また、薬物使用障害についても、岡坂ら<sup>36)</sup>によって、民間回復施設における調査からそのきわめて高率な自殺企図経験が報告されている。

最近になって筆者ら<sup>37)</sup>も、依存症専門病態入院患者を対象とする自記式質問紙調査から、アルコール使用障害患者の55.1%に自殺念慮を抱いた経験が、30.6%に自殺企図歴があり、薬物使用患者に至っては自殺念慮経験者が83.3%、自殺企図経験者が55.7%という高さに達していることを確認している。いずれもうつ病患者に比べて高い割合であり、同様の国内の先行研究ともほぼ一致するものである。さらに驚くべきことに、日本語版のBeck Depression Inventory第2版(BDI-II)を実施したところ、その質問9において、「自殺したい」もしくは「チャンスがあれば自殺するつもりである」という選択肢を選んだ者が、アルコール使用障害患者の9.8%、薬物使用障害患者の19.1%に認められたのである。

川上<sup>38)</sup>による構造化面接を用いた地域住民調査(図2)では、物質使用障害と自殺関連事象とのあいだの関係を示唆する興味深い結果を明らかにされている。その報告によれば、過去12ヶ月の自殺念慮は、うつ病の診断に該当する者で19.4%であったのに対し、物質関連障害では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。この

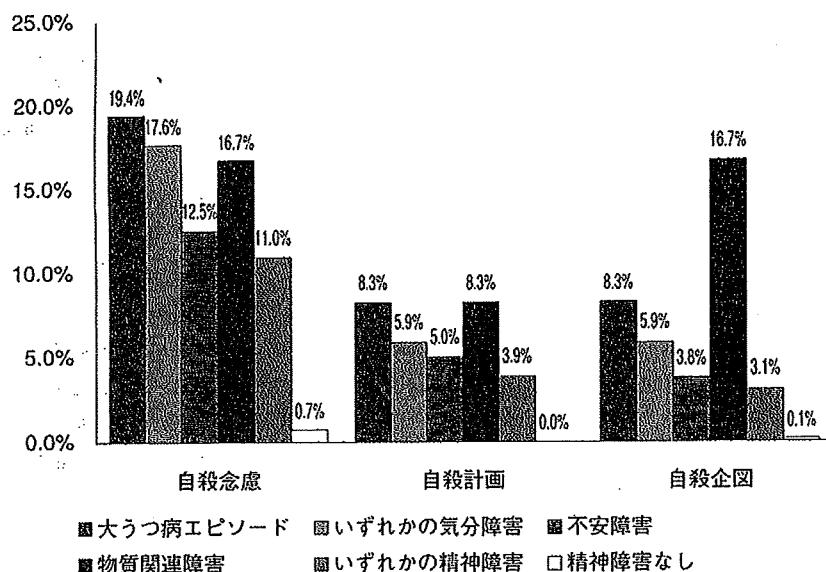


図2 地域住民における過去12ヶ月間の精神医学的診断 (DSM-IV) 別の自殺関連行動の頻度  
(文献38:川上, 2003より引用)

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、自殺計画の経験者よりも自殺企図の経験者の方が多いという点である。このことは、物質関連障害該当者の少なくない者が、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つがあるように考えられる。De LeoとEvans<sup>39)</sup>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、物質乱用によって併存する精神障害の悪化、あるいはうつ状態の誘発を招いたり、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たり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。自殺既遂者の32～37%<sup>40)</sup>、自殺未遂によって救急医療機関に搬送された患者の40%<sup>41)</sup>が、体内からアルコールが検出されるという事実も、このことの傍証となろう。

## 2. アルコールと自殺

海外には、国内の年間アルコール消費量と自殺死亡率とのあいだにおける有意な相関を支持する研究が数多く存在している。たとえば、ロシアでは、ベ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<sup>42)</sup>、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推定されている<sup>43)</sup>。また、デンマークでは、アルコール飲料の価格高騰という「自然の実験」により自殺率の低下が見られ<sup>44)</sup>、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%上昇するという指摘がある<sup>45)</sup>。

もっとも、国内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<sup>46)</sup>。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歳以上の年代では相関が認められなかったことが報告されている<sup>47)</sup>。

わが国では、Akechiら<sup>48)</sup>のコホート研究が、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示唆している。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、日本酒換算にして1日「2.5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。この知見は、アルコール使用障害の診断に該当するか否かに関係なく、多量飲酒が自殺の危険因子となりうることを示している。

様々な精神活性物質のなかで、アルコールほど日本人の生活のなかに深く浸透している物質はなく、飲酒は様々な社交や行事のなかで広く行われている。しかし、自殺予防という観点からみれば、使用障害（乱用・依存）の水準に達しない、正常範囲内のアルコール摂取に対しても、一定の注意を払う必要があるかもしれない。

### 3. 物質使用と自傷行為

リストカットなどの自傷行為は、しばしば不快感情の軽減、あるいは周囲への意思伝達や操作といった意図から、故意に自らの身体に損傷を加える行動である<sup>49)</sup>。自傷行為は、意図や身体損傷の非致死性ゆえに自殺とは異なる行動であるが、Owensら<sup>50)</sup>のメタ分析によれば、十代における自傷行為の存在が十年後の自殺死亡のリスクを数百倍に高めるといわれており、自殺の危険因子として捉える必要がある。

自傷行為は様々な程度の物質使用と密接な関係がある。海外では、物質使用障害と自傷行為との密接な関連を指摘する研究は多く<sup>51,52)</sup>、Walsh<sup>53)</sup>によれば、重篤な自傷患者の77%に吸入剤乱用、58%に大麻乱用、42%にLSD乱用が認められたという。わが国でも、自傷行為の経験のある者では覚せい剤や有機溶剤などの違法薬物使用歴が高率に見られることが明らかにされている<sup>54,55)</sup>。

こうした自傷行為と物質使用との関係は、必ずしも特定的人格傾向によるものとはいえ、むしろ直接的なものである可能性が高い。その証拠に、一般の中高生において、自傷の経験・程度は、飲酒・喫煙などの物質使用と密接に関係していることが明らかにされている<sup>56,57)</sup>。なお、アルコールやベンゾジアゼピンなどによる酩酊は、人為的な解離類似状態を惹起して衝動制御を困難とし、また疼痛閾値を上昇させることで、自傷行為の誘発や重症化をもたらす<sup>58)</sup>。事実、Linehan<sup>59)</sup>は、自傷患者の13.4%が自傷直前にアルコールを摂取していることを指摘している。

#### 4. わが国の自殺対策における物質使用障害対策の位置づけ

わが国では、1998年に突如として自殺の急増が起こった。この急増の背景には、バブル経済の崩壊による多重債務や失職といった経済的問題を抱えた中高年男性の自殺の急増があったといわれている。これ以後、11年間、わが国の自殺者総数は毎年3万人を超えるという高止まりの状態が続いている<sup>69)</sup>。

こうした事態に対して2006年に自殺対策基本法が制定され、2007年には自殺総合対策大綱が閣議決定され、国を挙げて自殺対策に取り組む体制が整った。そのなかで、精神保健分野の対策としては「うつ病の早期発見・早期治療」に関する取り組みが一貫して重視されてきたものの、海外においては、物質使用障害は自殺に関連する精神障害としてうつ病ともに必ず言及されていることを考えると、あまりにうつ病に偏重した対策との印象は拭えない。

しかし、2008年10月に閣議決定された自殺総合対策大綱の一部改正（「自殺対策加速化プラン」）のなかで、ようやくわが国でも自殺ハイリスク者対策の一つとして「アルコール・薬物依存症対策」が明記されるに至った<sup>70)</sup>。現時点ではまだ具体的対策は明示されていないものの、今後、自殺予防の観点から「依存症対策」の推進が期待される場所である。とりわけ、飲酒に寛容なわが国では、アルコールは日常生活に深く浸透しているだけに、アルコールと自殺との関連に関する啓発が、地域住民はもとより、医療者をはじめとした援助職に対しても行われる必要がある。

最近、筆者らのグループが実施した心理学的剖検研究<sup>71)</sup>では、自殺既遂者の23%が自殺前1年以内にアルコール問題を呈しており、そのうちの8割がアルコール使用障害の診断に該当し、しかも、アルコールを摂取した状態で最期の行動におよんだ者が多かったことが明らかにされている。精神科通院中だった者もいたが、アルコール問題に対する専門的な援助を受けている者は一人もいなかった。

もちろん、研究対象となった自殺既遂者は、わが国の自殺者全体を代表しているとはいえないことに注意する必要がある。しかし、この23%は、いずれも仕事を持つ中高年男性であり、借金や離婚などの困難な心理社会的状況を抱えているなど、まさしく1998年の自殺急増における中心的年代層を反映した特徴を持っていたのである。こうした知見からも、わが国の自殺対策のなかで「依存症」に重点を置いた施策をとることの意義が示唆されているのである。

#### IV. おわりに

以上、物質使用と暴力・自殺行動との関連について概観を行った。

現在、わが国では暴力は医療観察法という制度のなかで、そして自殺は自殺総合対策という施策のなかで重要な課題となっているが、本稿でも触れたように、これらの制度・施策が始まった当初、不思議なほど物質使用障害は看過——いや、「否認」といった方がよいのかもしれない——されていた。援助者や専門家が物質使用障害に対して抱く、苦手意識や忌避的感情が、「見たいものしか見えない」という事態を引き起こした可能性は否定できないであろう。

冒頭でも述べたように、暴力と自殺は精神保健の究極的な課題であり、しかも本稿で示したように、これら二つの問題は、物質使用障害、あるいは物質の使用そのものと密接な関係がある。したがって、物質使用障害の専門家は、司法精神医療や自殺対策の質の向上のためには物質使用障害と向き合う必要があることを、精神保健の援助者・専門家に広く伝えていく努力を怠ってはならないであろう。



## 文 献

- 1) Johns, A.: Substance misuse: A primary risk and a major problem of comorbidity. *International Review of Psychiatry*, 9 : 2-3, 1997.
- 2) Murdoch, D. Pihl, R. O. and Ross, D.: Alcohol and crimes of violence: Present issues. *International Journal of the Addictions*, 25 : 1065-1081, 1990.
- 3) Pihl, R.O., Peterson, J.B. and Lau, M.A.: A biosocial model of the alcohol-aggression relationship. *J. Stud. Alcohol. Suppl.*, 11 : 128-139, 1993.
- 4) Hodgins, S., Mednick, S.A., Brennan, P.A., Schulsinger, F. and Engberg, M.: Mental disorder and crime. Evidence from a Danish birth cohort. *Arch. Gen. Psychiatry*, 53 : 489-496, 1996.
- 5) Wallace, C., Mullen, P., Burgess P., Palmer, S., Ruschena, D. and Browne, C.: Serious criminal offending and mental disorder. Case linkage study. *Br. J. Psychiatry*, 172 : 477-484, 1998.
- 6) Chermack, S.T. and Giancola, P.R.: The relation between alcohol and aggression: An integrated biopsychosocial conceptualization. *Clin Psychol Rev.*, 17 : 621-649, 1997.
- 7) Josephs, R.A. and Steele, C.M.: The two faces of alcohol myopia: Attentional mediation of psychological stress. *J. Abnorm. Psychol.*, 99 : 115-126, 1990.
- 8) Morita, N., Satoh, S., Oda, S., Tomita, H., Shoji, M., Senoo, E., Abe, K., Konishi, T. and Okada, T.: Relationship between solvent inhalation and antisocial behavior: Special emphasis on two types of violence seen in solvent abusers. *Psychiat. Clin. Neurosci.*, 50 : 21-30, 1996.
- 9) McMurrin, M.: Chapter 8: Alcohol, aggression and violence. Offender rehabilitation and treatment-effective programs and policies to reduce re-offending, (McGuire J. eds.), pp.221-241, John Wiley & Sons Ltd, Chichester, 2002.
- 10) Fergusson, D.M., Lynskey, M.L. and Horwood, L.J.: Alcohol misuse and juvenile offending in adolescence. *Addiction*, 91 : 483-494, 1996.
- 11) Farrington, D.P. and Hawkins, J.D.: Predicting participation, early onset, and later persistence in officially recorded offending. *Criminal Behavior and Mental Health*, 1 : 1-33, 1991.
- 12) 松本俊彦, 岡田幸之, 千葉泰彦, 安藤久美子, 吉川和男, 和田 清: 少年鑑別所男子入所者におけるアルコール・薬物乱用と反社会性の関係—Psychopathy Checklist Youth Version (PCL: YV) を用いた研究—. *日本アルコール・薬物医学会雑誌*, 41 : 59-71, 2006.
- 13) Swanson, J.W., Holzer, C.E. 3rd., Ganju, V.K. and Jono, R.: Violence and psychiatric disorder in the community: evidence from the Epidemiologic Catchment Area surveys. *Hosp. Community Psychiatry*, 41 : 761-770, 1990.
- 14) Modestin, J. and Ammann, R.: Mental disorders and criminal behaviour. *Br. J. Psychiatry*, 166 : 667-675, 1995.
- 15) Harris, G.T., Rice, M.E. and Quinsey, V.L.: Violent recidivism of mentally disordered offenders: the development of a statistical prediction instrument. *Criminal Justice and Behaviour*, 20 : 314-335, 1993.
- 16) Monahan, J., Steadman, H.J., Silver, E., Appelbaum, P.S., Robbins, P.C., Mulvey, E.P., Roth, L.H., Grisso, T. and Banks, T.: Rethinking risk assessment: the MacArthur study of mental disorder and violence. New York: Oxford University Press, 2001.
- 17) Webster, C.D. and Hucker, S.J.: *Violence Risk: Assessment and Management*. Wiley, New York, 2007.
- 18) Swanson, J.W., Borum, R., Swartz, M.S. and Monahan, J.: Psychotic symptoms and disorder and the risk of violent behaviour in the community. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 6 : 309-

- 329, 1996.
- 19) 中田 修, 石井利文: 覚せい剤中毒性精神病状態における犯罪. 法務総合研究所研究部紀要, 26(1) : 211-233, 1983.
  - 20) 若松 昇: 覚醒剤精神病の精神病理学的研究 犯罪例を通じて. 精神神経学雑誌, 87 : 373-396, 1985.
  - 21) 松本俊彦, 今村扶美: 第2部 申し立てと鑑定 7. 医療観察法と物質使用障害: 臨床精神医学, 38 : 577-581, 2009.
  - 22) Soyka, M.: Substance misuse, psychiatric disorder and violent and disturbed behaviour. Br. J. Psychiatry, 176 : 345-350, 2000.
  - 23) 松本俊彦, 今村扶美: 物質依存を併存する触法精神障害者の治療の現状と課題. 精神科治療学, 24 : 1061-1067, 2009.
  - 24) 立津政順, 後藤彰夫, 藤原 豪: 覚醒剤中毒. 医学書院, 1956.
  - 25) Chynoweth, R., Tonge, J.I. and Armstrong, J.: Suicide in Brisbane: A retrospective psychosocial study. Aust. N.Z. J. Psychiatry, 14 : 37-45, 1980.
  - 26) Robins, E., Murphy, G.E., Wilkinson, R.H., Gassner, S. and Kayes, J.: Some clinical considerations in the prevention of suicide based on a study of 134 successful suicides. Am. J. Public Health, 49 : 888-899, 1959.
  - 27) Roy, A.: Characteristics of cocaine-dependent patients who attempt suicide. Am. J. Psychiatry, 158 : 1215-1219, 2001.
  - 28) Roy, A.: Characteristics of opiate dependent patients who attempt suicide. J. Clin. Psychiatry, 63 : 403-407, 2001.
  - 29) Barraclough, B., Bunch, J., Nelson, B. and Sainsbury, P.: A hundred cases of suicide: Clinical aspects. Br. J. Psychiatry, 125 : 355-373, 1974.
  - 30) Lönnqvist, J.K., Henriksson, M.M., Isometsä, E.T., Marttunen, M.J., Heikkinen, M.E., Aro, H.M. and Kuoppasalmi, K.I.: Mental disorders and suicide prevention. Psychiatry Clin Neurosci, 49 : Suppl 1:S111-116, 1995.
  - 31) Harris, E.C. and Barraclough, B.: Suicide as an outcome for mental disorders. A meta-analysis. Br. J. Psychiatry, 170 : 205-228, 1997.
  - 32) 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.
  - 33) 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.
  - 34) 斎藤 学: アルコール依存症者の自殺企図について. 精神神経学雑誌, 82 : 786-792, 1980.
  - 35) 松本桂樹, 世良守行, 米沢 宏, 藤原誠二, 重黒木一, 新貝憲利: 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.
  - 36) 岡坂昌子, 森田展彰, 中谷陽二: 薬物依存者の自殺企図に関する研究——自殺企図の実態とリスクファクターの検討——. 日本アルコール・薬物医学会雑誌, 41 : 39-58, 2006.
  - 37) 松本俊彦, 小林桜児, 上條敦史, 勝又陽太郎, 木谷雅彦, 赤澤正人, 竹島 正: 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 : 109-117, 2009.
  - 38) 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.
  - 39) De Leo, D. and Evans, R.: Chapter 10: The impact of substance abuse policies on suicide mortality. In: International Suicide Rates and Prevention Strategies. (De Leo, D. and Evans, R. eds.), pp.101-112, Hogrefe & Huber, Cambridge, 2004.
  - 40) Cheng, A.T.: Mental illness and suicide. A case-control study in east Taiwan. Arch. Gen. Psychiatry, 52 : 594-603, 1995.
  - 41) Cherpitel, C.J., Borges, G.L. and Wilcox, H.C.: Acute alcohol use and suicidal behavior: a review of the literature. Alcohol. Clin. Exp. Res., 28 : (5 Suppl): 18-28, 2004.

- 42) Wasserman, D., Värnik, A. and Eklund, G.: Male suicides and alcohol consumption in the former USSR. *Acta. Psychiatr. Scand.*, 89 : 306-313, 1994.
- 43) Birckmayer, J. and Hemenway, D.: Minimum-age drinking laws and youth suicide, 1970-1990. *Am. J. Public Health*, 89 : 1365-1368, 1999.
- 44) Skog, O.J.: Alcohol and suicide in Denmark 1911-24-experiences from a natural experiment. *Addiction*, 88 : 1189-1193, 1993.
- 45) Skog, O.J., Teixeira, Z., Barrias, J. and Moreira, R.: Alcohol and suicide: the Portuguese experience. *Addiction*, 90 : 1053-1061, 1995.
- 46) Ramstedt, M.: Alcohol and suicide in 14 European countries. *Addiction*, 96 : Suppl 1: S59-75, 2001.
- 47) Makela, P.: Alcohol consumption and suicide mortality by age among Finnish men, 1950-1991. *Addiction*, 91 : 101-112, 1996.
- 48) Akechi, I., Iwasaki, M., Uchitomi, Y. and Tsugane, S.: Alcohol consumption and suicide among middle aged men in Japan. *Br. J. Psychiatry*, 188 : 231-236, 2006.
- 49) Walsh, B.W.: *Treating Self-injury*. Guilford Press, New York, 2005 (松本俊彦, 他訳「自傷行為治療ガイド」, 金剛出版, 2007)
- 50) Owens, D., Horrocks, J. and House, A.: Fatal and non-fatal repetition of self-harm. Systematic review. *Br. J. Psychiatry*, 181 : 193-199, 2002.
- 51) Lacey, J.H. and Evans, C.D.: The impulsivist: a multi-impulsive personality disorder. *Br. J. Addict.*, 81 : 641-649, 1986.
- 52) Pattison, E.M. and Kahan, J.: The Deliberate Self-Harm Syndrome. *Am. J. Psychiatry*, 140 : 867-872, 1983.
- 53) Matsumoto, T., Azekawa, T., Yamaguchi, A., Asami, T. and Iseki, E.: Habitual self-mutilation in Japan. *Psychiatry and clinical neurosciences*, 58 : 191-198, 2004.
- 54) Matsumoto, T., Yamaguchi, A., Asami, T., Okada, T., Yoshikawa, K. and Hirayasu, Y.: Characteristics of self-cutters among male inmates: Association with bulimia and dissociation. *Psychiatry and clinical neurosciences*, 59 : 319-326, 2005.
- 55) Izutsu, T., Shimotsu, S., Matsumoto, T., Okada, T., Kikuchi, A., Kojimoto, M., Noguchi, H. and Yoshikawa, K.: Deliberate self-harm and childhood histories of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) in junior high school students. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 14 : 1-5, 2006.
- 56) 山口亜希子, 松本俊彦: 女子高校生における自傷行為—喫煙・飲酒, ピアス, 過食傾向との関係—。 *精神医学*, 47 : 515-522, 2005.
- 57) Matsumoto, T. and Imamura, F.: Self-injury in Japanese junior and senior high-school students: Prevalence and association with substance use. *Psychiatry and clinical neurosciences*, 62 : 123-125, 2008.
- 58) Favazza, A.R.: *Bodies Under Siege. Self-mutilation and Body Modification in Culture and Psychiatry*. 2nd edition. Johns Hopkins University Press, 1996. (松本俊彦 監訳「自傷の文化精神医学—包囲された身体」, 金剛出版, 東京, 2009)
- 59) Linehan, M.M.: *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*, Guilford Press, New York, 1993.
- 60) 内閣府: 平成20年版自殺対策白書. 内閣府, 2008.
- 61) 赤澤正人, 松本俊彦, 勝又陽太郎, 木谷雅彦, 廣川聖子, 高橋祥友, 川上憲人, 渡邊直樹, 平山正実, 竹島 正: 死亡1年前にアルコール関連問題を呈した自殺既遂者の心理社会的特徴: 心理学的剖検による検討. *精神医学* (印刷中).

連載

地域保健従事者のための精神保健の基礎知識・4

自殺問題から明らかになる精神科医療・精神医学の課題

松本 俊彦

公 衆 衛 生

第74巻 第4号 別刷

2010年4月15日 発行

医学書院