

に罹患していた者が多かったからである。

確かに筆者らの印象は、依存症臨床にも携わったことのある精神科医個人の臨床経験にもとづいたものでしかない。けれども、海外の自殺研究では、アルコールなどの精神活性物質の使用と自殺との関係が繰り返し指摘されてきた。たとえば Anderson⁹⁾は、週 250 g 以上の大量飲酒が 15 年後の自殺死亡のリスクを 3 倍高めると報告し、Murphy と Weitzel²²⁾は、アルコール乱用・依存への罹患は将来における自殺のリスクを 60~120 倍に高めることを明らかにしている。また Dumais²³⁾は、アルコール乱用を呈するうつ病患者は、アルコール乱用を呈さないうつ病患者に比べて、はるかに自殺におよぶ可能性が高いことを指摘している。実際、WHO のガイドラインにおいても、アルコール乱用・依存は、うつ病とともに自殺に関連する精神障害として必ず引き合いに出されている²⁴⁾。その意味では、アルコール関連問題が置き去りにされただけで、うつ病偏重で進められているのが国の自殺対策は、いかにも不自然である。

そこで、今回は、アルコールと自殺との関連についての、内外における先行研究の知見を整理して報告し、今後のわが国における自殺対策の展開に関する提言を行いたい。

II. アルコール乱用・依存と自殺既遂

海外における心理学的剖検による自殺既遂者の調査^{11,13,27-29)}によれば、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という。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¹³⁾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乱用・依存 (42%) への罹患が高率であったことが明らかにされている。これらの知見にもとづいて、海外の自殺対策においては、アルコール乱用・依存はうつ病に次ぐ精神保健の重点課題の 1 つとなっている。

それでは、なぜ、わが国の自殺対策においてアルコール乱用・依存がいまひとつ重視されないのであろうか? その理由は様々に考えられるが、最も重要なのは、対策の根拠となるデータがないということであろう。そもそもこれまでわが国には、海外で実施されているような、対象の代表性や対象数においてある程度の信頼性が担保された心理学的剖検調査が実施されていないという実情がある。かろうじて試行的に実施された心理学的剖検調査——当然ながら多くの限界をはらんだ研究である——は 2 つ存在するのみ^{30,31)}、それらによれば、自殺既遂者の 40% 程度にうつ病の罹患が推測されたのに対して、アルコール依存などの物質関連障害への罹患が推測された既遂者はわずか 4~6% にすぎないという結果であった。この数値は、北米の 32.0% はもとより、ヨーロッパの 18.2%、アジア諸国の 14.2% といった世界各国の数値³²⁾と比べても著しく低い。

既遂者の研究ではないが、わが国には、奇跡的に自殺既遂を回避した重症自殺未遂者を対象とすることで、限りなく既遂者に近似する情報収集を自指した横断的研究³³⁾が存在する。その研究では、重症自殺未遂者においては、比較的若年層では一定の割合でアルコール依存などの物質関連障害に罹患する者が存在したものの、わが国の自殺者の多数を占める 50 歳以上の年代層では、うつ病の精神障害に罹患する者が圧倒的に多いという結果であった。したがって、この研究も、アルコール依存と自殺との関係を大きくクロソズアップする根拠としては十分とはいえない。

このようにわが国の自殺者では物質関連障害罹患率が低い理由として、強³⁴⁾は、日本人は体質的にアルコール耐性の乏しい者が多く、薬物汚染も欧米ほど深刻でないことを指摘している。しかし、果たして本当にわが国は、自殺対策においてアルコール依存などの物質関連障害を重視しなくてもよいのであろうか? わが国における試行的な心理学的剖検が、対象の代表性に大きな限界を抱えていたことを考えれば、十分に再考の余地は残されている。

表 1 アルコール・薬物使用障害入院患者における自殺念慮・自殺未遂の経験率の比較

アルコール使用障害	
N = 244	
真剣に死にたいと思ったことがある (自殺念慮歴)	55.1%
男性	49.4%
女性	81.1%
36 歳未満	80.6%
36 歳以上	50.6%
BDI-II 25 点以上	75.7%
BDI-II 25 点未満	43.1%
真剣に死にたいとして実際に行動を起こしたことがある (自殺未遂歴)	30.6%
男性	23.3%
女性	62.2%
36 歳未満	54.8%
36 歳以上	26.1%
BDI-II 25 点以上	45.7%
BDI-II 25 点未満	21.6%
【質問 9】「自殺したい」「チャンスがあれば自殺するつもりである」該当者	9.8%
男性	8.5%
女性	16.3%
36 歳未満	18.2%
36 歳以上	8.5%
BDI-II 25 点以上	57.9%
BDI-II 25 点未満	50.0%
BDI-II, Beck Depression Inventory-II	

III. アルコール乱用・依存と自殺念慮・自殺未遂

それでは、自殺既遂の代理変数である自殺念慮や自殺未遂に焦点を合わせた場合には、アルコール乱用・依存との関係はどのようなものであろうか?

我々は、依存症専門病院である神奈川県立精神医療センターセリがや病院入院患者を対象として、自記式評価尺度による自殺関連行動に関する調査を行ったことがある²¹⁾。その結果、アルコール乱用・依存患者はともに、自殺念慮歴 (55.1%) および自殺企図歴 (30.6%) が高率に認められたのである。また、これらの患者は日本語版¹⁷⁾の Beck Depression Inventory 第 2 版 (BDI-II)³⁵⁾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は、アルコール乱用・依存患者の 9.8% にもほって、いた。さらに、こうした自殺傾向は、特に若年のアルコール乱用・依存患者で顕著であった。

この調査結果は、国内におけるアルコール乱用・依存患者の自殺関連行動に関する先行研究^{20,24,30,32)}とほぼ一致したものである (表 2 参照)。すなわち、我々が明らかにしたアルコール使用障害患者における自殺念慮と自殺未遂の経験率は、松本²⁰⁾による比較的最近の調査結果とはほぼ一致しているし、自殺未遂の経験率に限って言えば、斎藤³⁰⁾の調査ともほぼ一致する。また、本調査の結果は、物質乱用は若年者における重要な自殺のリスク要因であるという、海外における

表2 アルコール・薬物依存症者の自殺念慮と自殺企図の経験率に関する国内先行研究との比較

被験者数(人)	大原 ²⁴⁾ (1971)	清野 ²⁵⁾ (1971)	斎藤 ³⁰⁾ (1980)	秋本桂樹 ²⁰⁾ (2000)	本研究 アルコール
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
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
対象者平均年齢(歳)	46.7	不明	不明	51.5	49.3±11.5
自殺念慮(%)	28.2	不明	28.3	61.7	55.1 男性 49.4 女性 81.1
自殺企図(%)	15.3	3.8	25.8	29.6	30.6 男性 23.3 女性 62.2

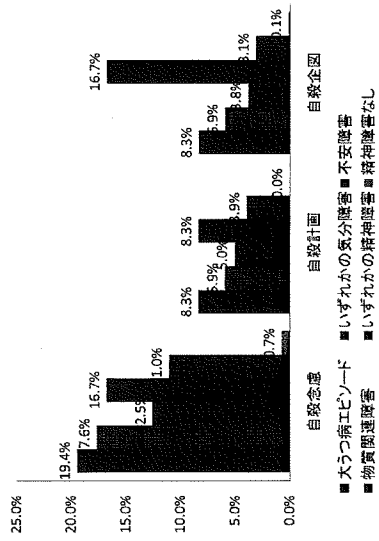


図1 地域住民における過去12ヶ月間の精神医学的診断 (DSM-IV) 別の自殺関連行動の頻度 (文献14より引用)

知見とも一致している²⁰⁾。それでは、こうしたアルコール乱用・依存患者における自殺念慮・自殺未遂の経験率は、他の精神障害に罹患する者と比較して高いといえるのであろうか? 欧州の地域住民を対象とした大規模調査²¹⁾によれば、うつ病診断に該当する者の生涯自殺企図経験率は28%である。この数値とそのまま比較することはできないものの、アルコールたのに対し、アルコール・薬物関連障害では

シンポジウム: 精神疾患とアルコール使用障害との合併

16.7%。また自殺企図の経験率は、うつ病8.3%に対し、物質関連障害では16.7%であった。川上の調査結果に興味深いのは、「自殺の計画を立てた」経験にないにもかかわらず、自殺企図の経験者は、物質関連障害者ではうつ病患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いという点である。このことは、アルコール・薬物関連障害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ろうか? De Leo と Evans¹³⁾は、アルコール依存症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、失業や服役、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、辞めたら恐怖感がなくなると」という行動——を示唆していると思えるとならない。

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¹⁹⁾、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⁸⁾。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²²⁾、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²³⁾。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²⁴⁾。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¹⁹⁾。

わが国ではどうか? Akechiら¹¹⁾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13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。この知見にもつづけば、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らるべきであり、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. いかん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、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也存在する。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、「振職せん妻」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象を指摘できる——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へ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「鞭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」を開催した。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重臣氏¹³⁾と、初代断酒会長松村晋策の伝記作家であり、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¹⁴⁾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¹⁵⁾が聞き、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の状況に陥っていた者、気分障害を併発していた者、酷い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」というイネイネプ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ら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遇ごした膨大な量の時間と経路に支えられたものであり、きわめて意義深いこととなった。

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、次のような事項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うべく必要がある。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られることが乏しく、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やすい層である。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放す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である。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」¹⁷⁾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ようとしても、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、うつ病に罹患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招き入れることができ、中高年男性を支援の枠組みに招き入れることができる可能性が高いかもしれない。その意味では、我々は、アルコール問題を積極的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 翠: 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. 精神経路, 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., Fleischmann, A., De Leo D, et

al.: Psychiatric diagnoses and suicide: Revising the evidence. Crisis, 25; 147-155, 2004

8) Birkmayer, J., Hemenway, D.: Minimum-age drinking laws and youth suicide, 1970-1990. Am J Public Health, 89, 1365-1368, 1999

9) 張 賢徳: 第七巻: 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。徳誠出版, 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; 2115-2124, 2005

13) 猪野重臣: これは役立つ! 「脱酒」[多重飲酒]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, 筒橋祥友ほか: 心理学的剖検のメトロ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。厚生労働科学研究補助金による自殺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

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., et al.: Mental disorders and suicide prevention. Psychiatry Clin Neurosci, 49 (Suppl 1): S111-116, 1995
19) Mäkelä, P.: Alcohol consumption and suicide mortality by age among Finnish men, 1950-1991. Addic-

tion, 91; 101-112, 1996

20) 松本桂樹, 世長守行, 米沢 宏ほか: アルコール依存症者の自殺念慮と企図. *アライクシジョンと家族*, 17; 218-223, 2000

21) 松本俊彦, 小林敬児, 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. *精神雑誌*, 82; 786-792, 1990

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
根来 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

司会のことば

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

リストカットやアームカット, 根性焼き (火のついた煙草で自分の皮膚を焼く), タトゥ, 過量服薬などの若者に多く見られる自傷行為や攻撃性の治療は大変に困難であるといわれ, 医療現場や教育現場の専門家を悩ます問題の1つとなっている。

わが国に海外の自傷研究を最初に紹介したのは, 1970年代の精神分析的なオリエンテーションをもった精神科医たちであり, ローゼンタールの論文「手首自傷症候群」であった。当時, 思春期患者の入院を積極的に受け入れていた病院において, 今まであまり見られなかったことのないよう

な若者, リストカットをする自傷の若者が出てし始めていたのである。リストカットをするとき非常にやすろぎをおぼえるらしいという驚くべき臨床的発見があり, このことがローゼンタールの論文が受け入れられる素地になった。しかし, 臨床において, 自己破壊的な行動や攻撃的な行動にどのように対応したらいいのか, どのように治療したらいいのか, 一所懸命に対応したけれども, 簡単ではなかったのである。

こうした若者たちの多くは, 問題を抱えた家庭で育ち, 思春期に入って集団適応に失敗し, 皆から嫌われないように集団のなかでジョークを言ったり, いい子をしたりして苦労しているのだが, あるとき仲間から裏切られたとかのきっかけで不登校になる。自分に對する自信や誇りをあまり獲得していない。そして, 今までは, いい子で結構うまくやれていたのだが, 「自分を見出せない」, 「自分の居場所がみつからない」と苦しみ。一見すると, 行動やその他も無責任で, 破壊的で, 心がずさんでいるという感じが

するが、実は、真面目すぎるほど真面目なのである。治ってくるとわかるが、こういう人たちは、親にいい思いをさせなければならぬ。親に負担をかけてはいけない、いい子でなければならぬという気持ちが大変強く、高い理想、しかし歪んだ理想を抱いている。そして、その緊張に耐え切れずに、自己への暴力を振るう。助けを求めたことを知らない。自傷する時と拒否される、一般に環境が非常に悪い時であり、拒絶され、受け入れられていないときに生じやすいことなどが明らかになってきたのである。

1980年代になると、カンパニーやマスターソンの治療の技法がわが国で紹介されるようになり、精神分析的な立場では1つの結論に達したという。

1990年代からは大きな転換を迎える。それまでの臨床的な探索の試行錯誤から得られた知識や知見が一般の精神科臨床にも活用され始めたのである。自傷者の認知の特徴も明らかとなり、思考パターンを変化させる認知行動療法的アプローチも登場した。

しかしながら、私たちを悩ませる思春期の自傷や攻撃性に関して、まだまだ学ばなければならぬことが数多くあることは言うまでもない。たとえば、自傷と自殺を識別するのに役立つ特徴というものはあるのか。自傷行為をどのように定式化するのか。自傷者はどのような認知をしているのか。認知や思考パターンの特徴はどのようなものか。自傷を強化しているものは何か。自傷者の家族のなかでは何が起きているのかなど、理解を深めなければならぬ。また、臨床において、ミット・セッティングをどう考えるか。実践が高まらないような環境づくりをどうするのか。受け入れられない親の許容度をいかに広げるか。治療ネットワークづくりをどのようにするのか。日常的な生活の指導はどのようにするのか、など故郷にいとまない。

本日のシンポジウムでは、思春期の自傷や攻撃性についての総論、生物学的基盤の理解、心理的理解と治療の方法などについて、4人の講

師に語っていただいた。

S 4-1. 自傷行為と攻撃性について考える

青木 省三、松下 崇宗
川崎医科大学精神科学教室

I. はじめに

自傷行為ということばから、リストカットや大量服薬などを思い浮かべやすいが、過度の食事摂取制限や過食・嘔吐、自暴自棄的な飲酒や車の運転なども、広い意味での自傷と考えられる場合が少なくない。また、筆者らが診ている自傷は氷山の一角で、自傷の全体像をとらえるということは、きわめて困難なことであるとも思う。

本稿では、主としてイングランドの研究を中心に概説し (National Institute for Clinical Excellence, 2004)、筆者らの自傷についての考え方やその対応について記したいと思う。

II. 自傷と自殺との関連

自傷と自殺とは、直接的に結びついているものではないが、関連が認められることは明らかであり、多くの報告がある。例えばイングランドの報告を見ると以下のようなものがある。

自傷で総合病院を受診した患者の1%が1年以内に自殺を既遂するが、それは一般人口よりも100倍の危険率である (Hawton et al., 1988)。自傷で総合病院を受診した患者の2-13% (中央値が3%) が、5-10年以内に自殺する (NHS Centre for Reviews and Dissemination, 1998)。中でも、実際に自殺を行う危険性が高いのは、"grand repeater" (頻回に自傷を繰り返す人) であり (Hawton et al., 1988)、自殺既遂した人の40-50%は自傷の既往があるという (Hawton et al., 1988)。

自殺念慮を認める自傷において、自殺を防ぐことが大切なことは言うまでもないが、臨床において、自殺念慮を認めない自傷に対応する

際にも、自殺について留意しておくことが重要となる。実際に、自殺念慮を認めない自傷を繰り返していた青年が、数年後に自殺を既遂するということが、稀ではあるがあるように思う。

III. 青少年の自傷行為 — イングランドと日本の発現率 —

Meltzer ら (2001) は、4,249人 (11-15歳) の子どもとその親の面接調査を行い、248名の子ども (6.5%の女子, 5.0%の男子) が自身の自傷を述べ、78名 (2.5%の女子, 1.8%の男子) の親が子どもの自傷について述べたことを報告し、多くの親が子どもの自傷に気づいていないこと、多くの親が子どもを自傷に誘っていないこと、6020人の青年 (15-16歳) を対象として調査 (自己記入式) し、6.9% (398人) が自傷行為をしていた (女性11.2%, 男性3.2%) が、そのうちの12.6%しか病院を受診していなかったことを報告している。自傷の内訳は切創が64.6%、服薬が30.7%であったという。

わが国においても、思春期臨床の現場で近年、自傷患者の数は増加しているという報告があり (武井ら, 2006)、また一般大学生における自傷行為の経験率は6.9% (山口ら, 2004)、女子高生生の自傷行為の経験率は14.3% (山口ら, 2005) という報告がある。イングランドと同様に、自傷行為が高率であることがわかる。

以上のように、中学生、高校生、大学生の自傷行為は決して稀なものではない。問題は、その多くが、孤独に行われていて、誰にも相談されていないということにある。悩みを話すことが、意味あること、大切なこととして評価されなくなり、以前と比べて、子どもや青年が友人や家族に悩みを話さなくなってきたことが、いくらか関係している可能性がある。

逆にインターネットには自傷に関する多くのホームページや書き込みがあり、子どもや青年に影響を与えている。今後はインターネットをプラットフォームに利用していくことも課題となるであろう。

IV. 自傷する青年の特徴

自傷する青年の特徴としては、以下のようない傾向が指摘されている。

第一に、問題把握能力の問題や問題に対する不適切な感情が認められる (Sadowski et al., 1993)。

第二に、衝動性が認められる。Hawton ら (1982) は、50人の大量服薬の青年期患者に面接し、服薬までに考えた時間は、半数が15分以内、8人が15分から1時間の間、4人が24時間以上であったと報告し、多くの自傷が短時間の内に考え実行されたものであることを示している。同様に、ほとんどの大量服薬は計画されたものではなく、20%が3時間以上前から計画されたものであった (Kerfoot et al., 1996) ことや、ほとんどの青年の自傷は計画されたものでなかった (Hoberman et al., 1988; Shaffer et al., 1988) ことも報告されている。

第三に、希望を失っていることが多い (Pfeffer et al., 1979)。

第四に、怒りや敵意が認められやすい (Simonds et al., 1991)。

自傷する青年の特徴として、以上のようない傾向が指摘されているが、これは自傷をする青年だけでなく、悩みを抱えている多くの青年に認められる傾向でもある。

V. 診断の問題

Fox ら (2004) は、自傷に関する誤解と偏見として、以下の3つのことを述べている。

第一は、「自傷は、注目や助けを集めるものである」というものである。実際には、多くの青年は他人に見えたいとやるを傷つけており、偏見の目で見られることや低い自己評価のために助けを求めたがらない傾向がある。

第二は、「自傷は痛くない」というものである。実際には、痛いことが少なくなく、手当を受ける際に痛みが強まるのが一般的である。

第三は、「自傷の深刻さで、問題の深刻さを図

れる」という誤解である。実際には、少し自傷をする青年も、たくさん自傷する青年も、同様に深刻な問題を抱えていることが多い。

2006年にイングラランドの自殺・自傷対策を調査したとき、「自傷する青年は境界パーソナリティ障害である」という誤解が、General Practitioner や一般の精神科医に認められ、このような誤解を解くことは、インテリク、同時期、スコットランドでは、30秒間の「自傷をする男の子」のアニメ広告を繰り返して流し、「私は特別な人間ではない。普通の人間である」と述べていたのが印象的であった(See Me! Scotland)。

VI. 「死にたい」を話題にするか

自傷行為が認められる場合、希死念慮に基づいている場合もあるが、希死念慮を伴わない場合もある。そして、患者が希死念慮について述べる場合、それをどう扱うかが大切になる。古典的うつ病の自死念慮に対して、死なない約束を交わすのは、今でも変ならない原則である。しかし、「死にたい」という訴えに、治療者が過剰に反応することが、自傷行為を強化、完成させることもある。そういう場合には、「死にたい」「死んだら、いけませんよね」と、簡潔に流すようにすることが多い。そして、「死ぬ」話題から、その他の話題に移すよう努める。実際のところ、はまり込まずに済む症例は少なくない。

基本的に、治療者と患者との接点に、「生きる・死ぬ」を持つてこないことが大切だと筆者は考えている。それよりも、患者に死のうとさせられている状況、つまり、生活の困難と楽しみ、将来の夢や希望などを、話題にする方が治療的展望が開けやすい。だが、確かに、「生きる・死ぬ」を話題にすることが必要な症例もある。

VII. いくつかの観点から自傷を捉える

自傷をする青年を見たときは、以下のような

視点から、捉え理解する必要がある。

第一に、自我違和・自我観和という視点である。これは、どの程度、自傷を意図しているか、そして自身の自傷に対してどの程度、違和感を感じているか、ということである。

第二に、解離との関係である。これは、自傷をどの程度、憶えているか、ということである。第三に、自殺との関係についてである。これは、どの程度、自殺を考えているかということである。

第四に、嗜癖、反復との関係である。これは、どの程度、繰り返されているかということである。自傷をしたとき、一時的にすっきりするかどうかとも大切である。

第五に、自傷をする自分をどう思っているかということである。「恥ずかしい」と思っているのと、「カッコいい」と思っているのでは、大きく異なってくる。

第六に、傷を見せたいか、隠したいかである。隠したい青年の方が多いと前述したが、少ないにしても、傷を見せたい注目を浴びたいという青年がいるのも現実である。

第七に、対人操作性である。自傷によって、どの程度、周囲の人たちを動かしているかを把握することは重要である。以上のような視点で、自傷を捉え、考えることが、自傷の理解を深くするものと考えられる。

VIII. 自傷のポジティブな側面

自傷は自らを傷つける行為であるから、ネガティブな行為であるのは当然である。しかし、同時にポジティブな側面がないわけではない。いくつか例をあげてみよう。

「苦しさを分かってももらいたい」というメッセージであったり、「自分に気合を入れる。叱咤激励」するという意味を持っていることもある。また、「自分を罰する。罪滅ぼし。贖罪」「自分の責任の取り方の1つ」という意味を持っていることもある。

「自立つ、カッコいい」「強く見られたい」という気持ちを表している場合もある。特に「刺

文 献

Fox, C. & Hawton, K. (2004): *Deliberate self-harm in adolescence*. London, Jessica Kingsley Publishers.

Hawton, K., Cole, D., O'Grady, J. et al. (1982): Motivational aspects of deliberate self poisoning in adolescents. *British Journal of Psychiatry*, 141, 286-291.

Hawton, K. & Fagg, J. (1988): Suicide and other causes of death, following attempted suicide. *British Journal of Psychiatry*, 152, 359-366.

Hawton, K., Rodham, K., Evans, E. et al. (2002): Deliberate self harm in adolescents: Self report survey in schools in England. *British Medical Journal*, 325, 1207-1211.

Hoberman, H. M. & Garfinkel, B. D. (1988): Completed suicide in children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 27, 689-695.

Kerfoot, M., Dyer, E., Harrington, V. et al. (1996): Correlates and short-term course of self poisoning in adolescents. *British Journal of Psychiatry*, 168, 38-42.

Pfeffer, C. R., Conte, H. R., Plutchik, R. et al. (1979): Suicidal behavior in latency-age children: An empirical study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 18, 679-692.

Meltzer, H., Harrington, R., Goodman, R. et al. (2001): *Children and adolescents who try to harm, hurt or kill themselves*. London, Office for National Statistics.

National Institute for Clinical Excellence (2004): *Clinical Guideline 16. Self-harm: The short-term physical and psychological management and secondary prevention of self-harm in primary and secondary care*. London, National Institute for Clinical Excellence.

Sadowski, C. & Kelly, M. (1993): Social problem-solving in suicidal adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 121-127.

Shaffer, D., Garland, A., Gould, M. et al. (1988): Preventing teenage suicide: A critical review.

害」や「振性焼き」には、そういう側面がある。「不快気分を断ち切る」という、気分を振換し、不快気分を発散するという意味もあるし、自傷行為に「達成感」を感じている場合もある。「つらいことを忘れたい」という、ある種の記憶を「消去する」機能を持つこともあるし、「もっと危ない行動を止めるプレナキ」としての機能を持つこともある。

IX. 診断の問題

まずは、自死念慮への対応と同様に、自傷そのものよりも、苦しい状況をどう解決していくかを主な話題にするよう努める必要がある。その上で、自傷について、その自傷の特徴を把握し、特に自傷のポジティブな側面に目を向け、それについて話し合う必要がある。その上で、より安全な対処行動を話し合うことが大切となる。

自傷をする患者に対して、特に自傷に対して、治療者が熱く起るときは要注意である。治療者のうちに熱く起る「動けあげたい」という気持ち(救済願望)は、一生懸命にやっているのに、自傷が止まらないとき、やがて「何度言ったら分かるんだ」という怒りに反転することがある。それが、自傷をさらに深刻なものにしていくことがある。治療者は熱くならないように、心がけに、しかし、冷たくもならないように、心がける必要がある。

X. おわりに

多くの青年は、現実の問題が整理され、時間が経つとともに、自傷行為が和らぎ、やがて消えていく。自傷行為は、苦しい時期の青年の悲しみの唯一のものではない。だからこそ、自傷行為そのものの対応、すなわち直接的アプローチも重要であるが、同時に自傷行為を減らすをえなくさせている状況や背景が少しでもよいものになるように援助していくという間接的アプローチも大切になっていくと考えるのである。

Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 27, 875-887.

Simonds, J. F., McMahon, T. & Armstrong, D. (1991). Young suicide attempters compared with a control group: Psychological, affective, and attitudinal variables. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 21, 134-151.

武井明, 目良和彦, 宮崎健祐他 (2006). 思春期外来における自傷患者の臨床的検討. *精神医学*, 48, 1009-1017.

山口重希子, 松本俊彦 (2005). 女子高校生における自傷行為—喫煙・飲酒, ビアス, 過食傾向との関係. *精神医学*, 47, 515-522.

山口重希子, 松本俊彦, 近藤智伸他 (2004). 大学生における自傷行為の経緯率—自記式質問票による調査. *精神医学*, 46, 473-479.

See Me' Scotland: <http://www.seemescotland.org.uk/>

S 4-2. 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

I. はじめに

最近, リストカットに代表されるような自傷行為の症状を持つケースが思春期の精神科臨床において著しく増加している。そして, それは思春期のみにならず, 小学生から大人まで, さまざまな年齢層に広がりを見せてきている印象を持つ。どのような理由で自傷行為がこれほど広まったのであろうか。ある患者から学校の中でリストカットをしている仲間「リスカの会」なる集合体を作っている仲間と聞いたことがあるが, 「アムカ (アムカット)」などの省略言葉も使用されるように, 自傷行為はある種の仲間意識をもたらす流行的な要素も含んでおり, また「自分はこれほどの痛みを持っている」と人に伝える手段としても用いられているようである。

リスベレイドンなどの抗精神病薬を処方するとともに, 両親や学校の教師も来院しての対応策の検討を行い, 周囲の対応・自傷を容れず, コミュニケーションをとるようになり, 安心感を与える態度で応じる) の工夫を求めた。次第に大きな自傷はなくなっていくが, これは薬物による効果だけではなく, 対応の変化による不安の軽減も大きな効果をもたらしたと考えられた。

症例 B (初診時12歳男児)

乳児期より夜泣きが激しく, 一時も母親から離れたらなくなかった。放任的な父親と, 支配的・過保護的な母親との3人家族。Bはことごとく敏感も悪く, 一人遊びを好み, においにひどく敏感であった。3歳頃より, 頭を床に打ちつけるなどの自傷が始まった。3歳児検診でことばの遅れを指摘され, 発達センターに通い始めたが, 本人が拒否し, 中断となった。母親は小学入学の際には有名私立校を躍起になって受験させた。そのときに過度の期待をもち, Bを追い込むこともあった。そういうときを決まるとBは自傷を行っていた。結局受験には失敗し, 小学入学後は課題に取り組むことを拒否した。それに教師や周囲がかかわろうとすると, 「僕はおもたないで」と頭を机に打ちつけたり, テストも満点でないとパニックを起こすようになり, 「わざと意地悪をした」と被害者のな感覚を強め, 周囲とのトラブルが増えた。自分の行為に安心ができず, 「これでいいのかわか」と母親や周囲の大人に何度も確認するようになった。自分の頭を殴るなどの自傷も始まり, そのことでも「(自分を叩く)自分は悪い子です」と言う。中学入学後, 症状がますます悪化したため来院とされた。面接場面でも被害的の受け取り, 多く, 強いイライラが生じ, 「あー, だめだ, イライラしてしまっただけ。悪い子だ」と自分の頭を叩くこともあった。家庭や学校で注意や叱責を極力減らし, できたことを褒めるといふ対応を勧め, 薬物としてリスベレイドンを処方した。

II. 症例

症例 A (初診時16歳男児)

幼少期から言語発達, 心理発達が遅れており, 現在もことばは少ない。幼い時から耳や頭を叩く自傷があり, 今更で楽しく笑っていたにもかかわらず突然頭を叩きだすといったことも見られた。学校での行事が多く荒しい雰囲気になっていた時期や, 年末年始など日常と違うことが多い時期, あるいは失敗して注意を受けた時などに落ち着かなくなり, 自傷も多くなる。しかし, 対応する側には余裕があり, それなりにコミュニケーションがとれると, 安心して浴びることもある。思春期に入り, 頭をあまりに強く叩きすぎて, 網膜剝離を起こしたために, 高校1年生の終わりに手術をした。その後も自傷が度々なり眼科的管理が困難なために当院を受診した。

また, Bの趣味である漫画を通して, 両親や周囲の者とのコミュニケーションをとるようアドバイスしたところ, 自傷の程度は次第におさまっていった。

症例 C (初診時15歳女児)

両親と弟の4人家族。中学1年の時にはおとなしく友達をうまく作れないために, 特定の子にべったり付きまとい, 嫌がられるということがあった。中学2年になり, クラブ内の人間関係で悩み, リストカットをするようになる。クラブのメンバーにリストカットしていることを打ち明けるが, かえって異端視され孤立を深めた。次第に感情のコントロールが悪くなり, 練習中に泣き出したり, 自分を叩いたりといったことが見られ, 過呼吸発作もあった。その頃, Cの自傷が周囲に明らかになったが, 母親は冷たい態度で叱ったり受け流すだけであった。高校入学の頃から極端な拒食が始まり, 体重低下が見られたために来院した。母親はCの幼いころから夫の両親の介護を任せ, Cの子育てはままならなかった。そのため, 母親は長年イライラした状態が続き, Cに対してイライラをぶつけて当たっていたという。治療経過の中で症状は拒食から, 過食・嘔吐に移行し, リストカットも頻回に起こるようになった。面接の中で「どこにも居場所がないし, 家もいや。一人でいると落ち着けないし, リストカットしてしまう」「リストカットは死にたいという気持ちから自分を守るためにやっている」と言う。治療当初は母親への怒りを否定していたCであったが, その後, 「リストカットも過食・嘔吐も口で言えない母親への怒りで同じようなものだと思う」と語った頃より, 自傷行為はおさまり, 過食も程度が軽くなっていった。

III. 症例からみる自傷行為の特徴

年齢や病態も違ういくつかの症例を挙げてみたが, 自傷の手段や目的・理由はそれぞれであり異なる。自閉症における, 頭を床に打ちつけたり, 目

をこする、手や腕を噛むなど常同的とも見える行為は、その症状が薬物の投与で軽減するケースがあることから、彼らの自傷の根底にも不安や恐怖、イライラなどのある種の感情の高まりがあると思われる。Aのとっている自傷行為は本人がことばで説明できないため、すべてを解釈することは不可能であろう。しかし、それら感情の高まりはまったく自発的に、内的に生じるのみでなく、何らかの周囲の人や状況との関係の中で、生じていることは十分推測される。治療も前述したように、薬物による効果のみがみられるが、それとともに、周囲の「受け入れる」対応で不安・恐怖を軽減できたことも功を奏したと思われる。

Bも発達上の何らかの問題を抱えていたが、自傷に至る経緯は本人が説明してくれたこともあり、より理解しやすい。本人の言う「自分はだめな子」とは、おそらく幼少期からの彼の感じていた自己イメージであらう。Bの気持ちを受け入れず、「できる・できない」だけを強調してきた母親の強迫的で、支配的な接し方は、本人の意思を否定するものであった。結局、Bは「自己の意思(存在)」を認めてもらえない不安と怒りを抱き、少しでも失敗するも存在価値のないものとしてそれらの感情を高めていたと思われる。周囲の本人へのかわりに対して、ことごとくBが被害的にとらえていたのも、そのことと説明が可能であらう。注意や叱責を減らし、Bの趣味である漫画(Bの世界)を通しての両親や周囲の者とのコミュニケーションをとることとは、Bの存在を認めることであり、自傷の減少に効果があらったと考えられる。Bは「自分は悪い子だ」と自らを責め、自傷を行うのであるが、その自傷の際に周囲はひどくイライラさせられることが多かった。それはBの自傷行為の中に、彼の周囲に対する強い怒り(攻撃性)が含まれていたためと考えられる。

摂食障害であるCは「どこにも居場所がない」「一人でいると落ちていけないし、リストカットしてしまおう」と言っているが、自らの存在を母から疎まれるものとしてとらえており、「存在を

肯定してもらえない不安」を抱いていた。しかし、それが母親への怒りとして自覚された点でBとは異なっている。つまり、Cは強い愛情希求的な感情と怒りを同時に抱くという、強いアンビバレンスが生じていたために、母親への怒りをうまく表出することができず、むしろ嫌われたくないといった態度をとるようになっていたと思われる。また、その両面的感情はクラスメートなどすべての他者に対して現れ、過度に抑制的となり、かえって彼女は学校での居場所を失う結果になっていた。結局、Cはさまざまな場面でのこの両面的感情を処理できないため、拒食や過食・嘔吐といった採食にまつわる症状と自傷行為に及んだと思われるのである。また、「リストカットは死にたい」という気持から自分を守るためにやっていたという一時的な感情の開放で、それ以上の衝動的行為を防いでいる面もあったように思われる。

IV. 自傷行為の力動的理解

自傷はかなり広く認められる精神症状の一つであり、まとめて理解することはかなり困難であるが、根底に横たわっている心理を力動的に考察してみたい。

自傷行為を行う理由や目的はケースによってさまざまであり、また複合的である。自閉症のように常同的・反射的(直接的な目的が判然としないもの)に行う者もいれば、周囲の目や気を引くために周囲に伝える手段として行う者もいる。また自己を罰する行為として儀式という形で行う者や、孤独感や空虚感を紛らわし自己の再確認のために行う者もいる。リストカットしたことに對する周囲の反応で自分の存在価値を確かめようとするのは、それだけ自己の存在が自らにとって不確かなものになっているためであらう。痛みなどの感覚が失ってしまった自分を客観視することで自己の存在そのものを確かめようとするのも、同様の理由であらうと思われる。あるいは自らを傷つけることで「悪しき自分」を具現化しようとするのも、「やはい

自分は悪い存在なのだ」と自らを納得させようとする試みと解釈される。いずれにしても死に到るための自殺とは違い、「一時的に当初の精神的な苦痛を緩和させ、その場を凌ぐ(防衛)たため」に行っているのである。自殺に至るケースもあるが、多くの患者が自ら、自殺企図と自傷を区別している点から考えても、自傷は一時的な防衛であるといえるであろう。

自らを傷つけるということは何を意味するのか。攻撃性は発達上の早期からその働きを始める。その攻撃性が、何らかの理由で他者に向けていることが抑制されると、この攻撃性や憎悪が自己に向かい、自傷行為となったり、罪悪感を抱いたりするわけである。前述した症例が示すように、自傷行為のケースでは自己イメージが極端に悪いものになっており、そのことに対する不安をうまく処理できないでいる。自傷をしている瞬間には、手首や腕などの部分に「悪い存在」としての自己イメージをすべて投影しているため、手首や腕を攻撃する攻撃者である自分は「良い存在」となり、自己本体は守られることになるのである。しかしその行為の根底は、自己を肯定的なものとしてとらえ、「自己の存在」が他者に肯定されないことに対する不安や不満を抱いているのである。リストカットが流行する傾向をもつことから、彼らの「集団に帰属したい」という無意識な願望の存在がうかがえるが、この願望もCが述べたような「居場所のなさ」に由来するであらう。彼らは自らの存在に不安を抱く(自信のなさ)ために、周囲の評価に敏感で、「嫌われる、無視される」ことを極端に恐れる。そのため、怒りなどの感情は外側に向かわずに内側に向けられ、自傷行為に及ぶのである。

自傷は自らの苦痛を和らげる防衛ではあるが、しかしそれは未熟な防衛手段であり、結局は彼らの不安や不満の本来の解消には至らず緊張が渡る。自分の身体で取めるという意味で身体と心は未分化な状態であり、自己完結的である。そのため自傷行為は反復的となり、マゾヒズム的要素も加わり、治療が困難な例が多い

のである。また、ひどい傷であるにもかかわらず痛みを感じなかったり、自傷をしている時の記憶がはっきりしてないといったこと、いわゆる「解離」と呼べる状態が存在しているのも特徴的である。彼らの多くは自分について語ることや振り返ることが苦手であり、つまりは自己と向き合うことができないことと解離と連関する。なぜ、解離が起りやすいのか。解離は、受け入れがたい現実や肉体的な感情あるいは衝動から、自己を守るためにとられる防衛である(フランジューラ, 1977)。これは虐待など強すぎる外傷体験を経験した患者や、二重拘束説のように矛盾したメッセージを重要な依存対象から常に受け、その対象に対するアンビバレントな感情を増強された患者に多くみられる。その場合、未熟な超自我のために、攻撃性(衝動性)が自己を破壊するものと感じられ、解離という方法が用いられるのである。解離していることが自傷の第一の原因であるという説もあるが、解離を伴わずにその行為に自らの意味合いを込めて自傷する場合もある。それゆえに解離が原因であると必ずしもいえないであろう。

つまり、彼らは「自己の存在」を他者に肯定されないという不安や不満を抱き、なおかつ自分自身でも自己を肯定的なものとしてとらえている。それが彼らを自傷に駆り立てるのであるが、根底では「良い自分」のみならず、「悪い自分」をも受けとめてもらいたいことを望んでいる。彼らは「居場所のなさ」に由来するであらう。彼らは自らの存在に不安を抱く(自信のなさ)ために、周囲の評価に敏感で、「嫌われる、無視される」ことを極端に恐れる。そのため、怒りなどの感情は外側に向かわずに内側に向けられ、自傷行為に及ぶのである。

まうことを助長する危険性もあり、注意が必要である。裏ではますます「悪しき自分」を受け入れてもらえないといった不満が募り、自傷していることもある。そのため、治療者は自傷行為のケースの中に潜む「悪しき自分」に常に目を向けていることが必要となるのである。単に叱りつけるだけでは、彼らを突き放すことになり反社会的になるのだが、叱ることでお互いが真剣に向かい合い、存在を確かめ合い、そのことで治療が進展することも時に経験される。

V. おわりに

自傷行為の中にある「自己の存在」を認めてほしいという無意識的願望に焦点を当て、論を進めた。最近、こういっていったケースが増えてきているのは、この社会が子どもたちをととても大切に歌っているように見えて、その裏、子どもたちの存在(意思)をないがしろにしていることに対する子どもたちからのメッセージであるのかも知れない。

文 献

J. ラブラランシュ, J. B. ボンタリス (1977):
Vocabulaire de la psychanalyse. 精神分析用語辞典. 村上仁(監訳). 東京, みすず書房.

S 4-3. 衝動性と攻撃性の生物学

根来 秀樹
奈良県立医科大学精神医学教室
(現: 奈良教育大学障害児医学分野)
順三 眞田
奈良県立医科大学医学部看護学科

I. はじめに

攻撃性は生物にとっては、生存や生殖に必要な行動である場合が多いが、人間が攻撃性を表し出すことは社会的に受け入れられない。また攻撃性が自己に向いた場合、自傷行為として表れることになる。攻撃性と衝動性は深く関連しており、衝動性とは自分にとって悪い結果になる可能性のある行動を、あまり深く考えずに行ってしまうという行動特性をいう。最近、衝動性や攻撃性を「キレン」ということばで表す場合も多く、社会的にも注目を集めている。一方、近年、衝動性や攻撃性の生物学的背景が注目されている。本シンポジウムの演者のセッションでは「衝動性や攻撃性」に関する生物学的研究を紹介したいと思う。

II. 衝動性の解剖学

怒りは視床下部を中心として扁桃体などが関与した神経回路によって生み出され、その抑制には前頭前野が主に関与していると言われている。fMRI の研究では前頭前野は扁桃体、線条体、視床とネットワークを作り、情動反応の調節に深くかかわっていることが証明されている(Davidson et al., 1999; Price et al., 1996)。つまり前頭前野の働きが弱いと衝動性がコントロールしにくいことになる。前頭前野は背側前頭前野と腹側前頭前野に分けられ、後者が特に扁桃体の活動を抑制していると言われている。後者はさらに前頭葉眼窩部と前頭葉腹内側部に分けられる。前頭前野が何らからの原因で特異的に損傷された場合、運動麻痺や言語障害

はほとんど認められないのに衝動性が高まる症例がいくつかが報告されている。それらの中でもっとも有名な症例を次項で述べることにする。

III. 症例: Phineas Gage

この症例は1868年、Harlow によって初めて紹介されたが、のちに Damasio らによって1994年 Science 誌上に再び紹介されたため非常に有名になった(Harlow, 1868; Damasio et al., 1994)。

Gage は1849年当時25歳の男性であった。彼はバーリントン鉄道(ニューイングランド)の鉄道建設主任で、非常に優秀で優しく勤勉であったという。仕事は新しい鉄道のレールを敷くときに、土地を平らにし、じゃまな岩を爆破させることであった。彼は岩などに穴を開け、そこに爆薬をしかけ、砂をかけ、それを鉄の棒で奥に押し込み最後に起爆させるのであった。

ある日、補助員がまだ砂をかけていないのに Gage は直接、鉄の棒で爆薬を突き突いてしまったため、爆薬が爆発し鉄の棒(長さ3 cm, 長さ109 cm)が Gage の左眼から脳内を通って頭のてっぺんまで突き抜けた。その棒はそのまま数ヤード離れたところまで飛んだという。驚くべきことと、彼は数分間意識を失っていたものの、その後は同僚の助けをかりて歩いて歩けるくらいだった。その後感染症などはあったものの、2カ月で完全に回復した。運動機能、言語機能には全く問題がなかったため、すぐに仕事に復職したものの、事故前と違って、彼は無礼できまぐれで衝動的な人間になっていた。仲間の中には「Gage was no longer Gage」、つまり「Gage はもはや Gage ではない」と嘆く者もいたらしい。

保存してあった彼の頭蓋骨をコンピュータを使って、詳細に分析したのが Damasio らである。それによると、前頭葉、その中でも特に腹側前頭前野が主な損傷部だったという。このような特異的に前頭葉のみが損傷を受けた場合、運動機能や言語機能には問題なく、衝動性の亢進や抑制などの問題のみが生じることがあ

て、その後似たような症例がいくつかが報告されている。また自殺企図者の死後脳研究でも腹側前頭前野の容量減少が報告されている(Drevets, 2000; Mann, 2003)。

IV. セロトニンと衝動性

セロトニン作用性ニューロンがヒトの攻撃性を抑制するという研究がいくつも出ている。またどうやらセロトニン放出の抑制が攻撃や暴行、放火、殺人、児童虐待と関係するらしい(Lidberg et al., 1984; Lidberg, 1985; Virkkunen et al., 1989)。実際には脳内のセロトニンを直接計るのは難しいので、セロトニン代謝物である 5-HIAA を脳脊髄液を採取して計ることである。脳内のセロトニンレベルを推測する方法が一般的である。自殺を含めた攻撃性、衝動行為と脳脊髄液中の 5-HIAA の低下が関係している(Brown et al., 1986)。

Higley らによるアカゲザルの研究は、サルを彼らの脳脊髄液中の 5-HIAA のレベルで①最も高い群、②二番目に高い群、③三番目に高い群、④最も低い群と4つのグループに分けた。すると④の群は、彼らより明らかに年上で、体も大きい動物に対しても攻撃しやすかったという(Higley et al., 1996)。また④のサルは普通のアカゲザルならしないような7m以上の高さでの木から木への飛び移りをしていたり、明らかにかに勝てないであろう戦いも積極的に行う傾向があった。また同じく Higley らは若いアカゲザルを4年間にわたり追跡調査すると④のサルはそのような危険な行為や命にかかわるような戦いをすすため、4年間で多くが死んでいったのに、①の群はすべて生きていたという。また④、③、②、①の順に死んだサルが多かった。このことからサルにおいてもセロトニンレベルの低さは衝動性に大きくかかわっていることがわかる。

他の神経伝達物質では衝動性とドーパミンとの関係が ADHD を中心として研究が進んでいる。またガンマアミノ酪酸(GABA)が注目されている。これはマウスやラットの攻撃行動が

GABA 受容体拮抗薬や GABA 合成酵素阻害薬投与により抑制されること (Poshivalov, 1981; Shekhar et al., 1987) などから関係性が示唆される。

V. アンドロゲンと衝動性

霊長類の研究では出生前のアンドロゲン曝露が攻撃行動を増加させるといふ多くの報告がある。アンドロゲンの中ではテストステロンの生理活性がもっとも強い。ヒトでも多くの過去の研究が男性のテストステロンの血中レベルと攻撃性に正の相関を示している。また4462人の米軍退役軍人の調査で、テストステロンの血中レベルが高い群は婦女暴行や反社会的活動の前科が多く、思春期に両親、教師、クラスメートとの問題を多く抱えていたことがわかっている (Dabbs, 1990)。

VI. 衝動性と事象関連電位

事象関連電位 (event-related potential: ERP) は誘発電位の内の一種で、簡単に言うと検査を受ける人の覚醒レベルや認知機能を反映して変動する成分で、認知機能の客観的指標となる可能性があるとされている。特別な脳波である。

ERP には課題によってさまざまなものが知られており、P300, MMN, Nd などがある。P300は認知の最終段階に出現するとされる。また外的情報弁別に際して、注意を向けていない意識野に出現する予期せぬ刺激の弁別 (無意識的な自動処理) と、注意を向けていない意識野の刺激弁別 (意識的な統御処理) とに対応する異なる電位の存在が明らかになってきた。前者にはミスマッチ陰性電位 (mismatch negativity: MMN) が、negative difference wave (Nd) と呼ばれる陰性電位が相当する。

VII. ADHD の ERP

子どもの ADHD の ERP を筆者らは研究した。ADHD 児群32名と年齢、性、IQ をマッチさせた健常児群12名について P300, MMN, Nd

を測定し検討したが、P300に関しては前頭部 (Fz), 中心部 (Cz), 頭頂部 (Fz) のすべての領域で, MMN, Nd に関しては頭頂部で有意に低振幅であった (Ito et al., 2003)。

このことから ADHD においては能動的な刺激選択過程と選択的注意の維持過程だけではなく、自動的かつ前認知的な処理機能においても何らかの障害が存在することが示唆された。後半部分をおわけたりやすさや言うこと、例えば集中して聞かなくてはならない授業時に、通常は隣の人を本をめぐめる音や外の雑音などが耳からは入ってきて目のフィルターが働いて自動的に処理されるため、授業に集中できているが、ADHD の子どもたちはその機能が弱いと推測される。

筆者らは小児で見られた ERP の異常が成人の ADHD にも継続して観察されるかどうかを調べた。すると P300 と Nd の異常は子どもと同様、大人の ADHD でも観察された。しかし MMN は、潜時、振幅とも成人の ADHD 群と健常群で有意差はなかった (Negoro et al., 2005)。MMN は衝動性の指標となる可能性も報告されている。臨床的には成人の ADHD の症状は不注意の症状が中心であり、衝動性については小学校高学年や中学生以降に軽快する割合が多いので、小児で見られた MMN の異常が大人では見られなくなることと衝動性が改善することとは関連性があるかもしれない。

VIII. ADHD の衝動性と MMN

筆者らは
①多動性一衝動性優勢型および混合型 ADHD 群について

ADHD-RS の多動性・衝動性サブスケール (多動性や衝動性の指標) と ERP の各成分との相関関係

②不注意優勢型 ADHD 群について

ADHD-RS の不注意サブスケール (不注意の指標) と ERP の各成分との相関関係を統計処理した (澤田ら, 2006)。

その結果、
1) 多動性一衝動性優勢群および混合型 ADHD

群において、ADHD-RS 多動性・衝動性サブスケールのスコアが高くなるにつれて、MMN の潜時が延長し、振幅が低下した。

2) 不注意優勢型 ADHD 群において、ADHD-RS 不注意サブスケールのスコアが高くなるにつれて、P300の潜時が延長した。Nd については、ADHD-RS との相関関係は認められなかった。ADHD 児で多動性・衝動性が強くなるほど、MMN の潜時が延長し、振幅が低下することから、多動性・衝動性が強い ADHD 児では、先行刺激を手がかりに出来にくいいため刺激に対する感受性が亢進しており、刺激に対する不安も強く、そのことが衝動性にも関連していることが示唆された。

IX. 広汎性発達障害の衝動性と MMN

多動や衝動性の強い広汎性発達障害 (PDD) においても、① ADHD-RS と MMN の振幅において、負の相関が強く認められた。② ADHD-RS と MMN の潜時において、有意性がある程度であるが、正の相関が認められた (Sawada et al., 2008)。つまり PDD においても、多動や衝動性が強ければ強いほど、MMN の振幅が有意に低下し、潜時が延長している傾向にあった。このことにより、MMN は ADHD のみならず多動や衝動性の強い PDD の多動や衝動性の重症度を測る指標ともなりうるかもしれない。

X. ADHD に対する OROS[®]-methylphenidate (コンサータ[®]) の治療効果についての検討 (事象関連電位 (ERP) を用いての検討)

筆者らは4例ではあるが、コンサータ投与前には P300 と MMN に異常があった ADHD の症例について、投与後には症状の改善とともに、P300 と MMN のデータのデータが健常児群の範囲まで改善した症例を経験し、報告した。今後は症例数を増やして、統計学的処理を行いたいと考えている。

XI. ADHD の NIRS による前頭葉の評価

NIRS (near-infrared spectroscopy) は、非侵襲的な近赤外線散乱光を用い、ヘモグロビン濃度を測定することで、主に大脳皮質における脳血流の変化を知ることができ、技術であり、小型かつ安価で、ランニングコストが低減している。筆者らは日立メディコ社、光トポグラフィ装置 EIT100を用いている。課題遂行時の酸素化ヘモグロビン (Oxy-Hb) を測ることにより、前頭領域の血流変化を知ることができる。自験例ではあるが筆者らは Stroop 課題遂行時に健常児に比べ、ADHD 児では血流の増加が見られなかったことを確認している。

XII. まとめ

- ① 扁桃体に抑制をかけている前頭前野 (腹側前頭前野) が衝動性の制御にかかわっている可能性がある。
- ② セロトニン作動性ニューロンは攻撃性を抑制している可能性がある。またドーパミンや GABA などの神経伝達物質が攻撃性に関与している可能性も示唆されている。
- ③ アンドロゲンが攻撃行動に関与している可能性がある。
- ④ ADHD や PDD では MMN によって衝動性が評価できる可能性がある。

文 献

Brown, G. L. & Goodwin, F. K. (1986): Cerebrospinal fluid correlates of suicide attempts and aggression. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 487, 175-188.
Dabbs, J. M. Jr. (1990): Age and seasonal variation in serum testosterone concentration among men. *Chronobiology International*, 7, 245-249.
Damasio, H., Grabowski, T., Frank, R. et al. (1994): The return of Phineas Gage: Clues about the brain from the skull of a famous patient. *Science*, 264 (5162), 1102-1105.
Davidson, R. J. & Irwin, W. (1999): The functional

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., Mchman, 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 Nervous Medical Association*, 56, 127-135.

Postivaio, 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.

澤田祥孝, 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.

Savada, 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たるのは、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に明らかである (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」「自傷は私の安定期」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回以上の非致死的な自傷をした若年者は、そうではない者に比べて、10年後の自殺既遂による死亡率が200倍の高めという報告がある (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。非致死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死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淡然とした、消極的な自殺念慮(「消えたい」「いなくなりたい」)にとられていく者もいる。そして、自傷行為を繰り返すうちにその効果が薄れ、いくらか切っても不快な感情が切りかわらない状態に陥ると、いっしょに別の方法(過量服薬、縊死、飛び降りなど)で自殺を試みることもあり、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や鈍感であり、怒りや恥の感覚などの不快感情を体験した場合に、いっそう痛みが鈍くなること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、まて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、自分が何にかさえき、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や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、無意識のうちには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自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。傷の消滅もせず、自ら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」といって面談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「一言言っただけで、自分が悪者だ」というおそれ、自分自身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ずに黙すだけである。

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、これは確かに望ましいことではある。確かに、自傷行為を繰り返す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」として生きているのね、「生きていることに今は必要なのね」ということをほめてあげてみてほしい。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」といって、その痛み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
「もう切らないで約束して」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、「もう切らないで約束するよ」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。「先生に頼むのできかない」と、継続的な相談を中断してしまったり若年者もいる。それゆえ、若年者が約束を持ち出したら、「約束はしない方がいい。それより切ら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。よ。

- (1) 援助希求の乏しさ：傷を隠す、自傷のこゝとを人に話さない、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、顔部など)、「切る」以外の方法も用いる(例：「つねねる」「髪の毛を抜く」「火を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・過量服用」)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

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つつあ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ある。自傷行為にはつらい感情を一時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がある。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)に該当する場合一特に過食嘔吐のような食行動異常は近い将来の過量服用や自殺企図を予測する危険因子である(松本ら, 2008)。一また、評血ポイントとは別に、若年者自身が「いくら切っても気持ちがおさまらない」という動機から行われている場合一これは自傷行為ではなく、身体損傷の重症にかかわらず、自殺企図として対応すべきである一には、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ふ、いわば相対的対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、必ずしも精神科医が設立つて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、「リストカットを断り」と主張して断らない精神科医、関心は確かに存在する。また、診療を受け付けてくれた場合でも、ただ薬を処方するだけの単純な外来診療に終始し、本人の方から通院を無意味と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いる事例もある。

そういって現実を考えると、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。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られ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談をすませた後

は、定期的な面談を継続して行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点を伝えておくことよ。

- 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に蓋をすること」の危険一嗜癖性と自殺への傾斜

第一に、「生きてい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、麻薬と同じようにな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な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、切るだけではない、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つ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一「切ってもつらさが、切らなまきやなつらさ」という状態一に陥る頃には、「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、物質依存と近似的な病態と捉えている。反復性自傷者になると、一種の居直りの気分から、自傷的に「リストカット」などと自称したり、自傷した際に出血した血液をため込んで眺めたり、血液を線インタネット上にアップしたり、血液で線を描いたり、一見ドロテラスとも思える行動をとることが少なくない(Favazza, 1996)。こ

ら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ざる要因となる。

(2) 「感情語」の退化～さらなる自察への傾斜
第二に、「心の痛み」をことばにしたいで「身体」の痛みで抑えつづけることは、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」「私は傷ついている」などの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取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ふ。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」という偶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つ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、語教臭くならないことがコツである。「あなたはどううかもしないけれど、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. 置換スキルの提案する

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に対処方法（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) 腕を赤い水溶性フェルトペンで塗りつぶす
(4) 呼吸を整えながら跪立っ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と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態

若年者との面接では、週1回などといった頻度で、定期的な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。大切な時間は時間ではなく、若年者に「短いけれど、あなたのためのだけの時間」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、短い時間での話を話し合いができる。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、実際に行動を起こさなかったに自傷したかと思つた日時、さらには、上述した置換スキルの練習したり、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、「そのときどう思つたか」など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るときには、「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が高く評価している」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」を経験的として引き金の同定を続けたい。こうすることで、「自傷をしなくても理解できる」という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つてしまふことがある。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、ピアスのようにフラッシュオン目的のように行動でも、実は穴を開けたままに居直つていた患者が、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、自傷行為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う印象がある。「傷痕を見たと安心する。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齧痕模様（スカリアフィーション）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。
繰り返すことになるが、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、何もなかったことにしてしまふ（=cut away）」点にある。そうではなく、彼らは、自らの疾風怒涛の過去をふまえ、新しい「自分らしさ」を築いていく必要がある。これを、アディクシオン臨床にならつて「回復（リカバリー）」といいかえてもよいだろう。筆者が傷痕を消すことに

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はやばり支持・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、「どのようなた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く

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、「自らの感情をききと把握し、それをことばで表現できる能力」(エンモーション・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よう」ということを知ることで、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、「傷さえあれば誰の助けもいらぬ」「自分の身体なのだからかまわぬ」と居直つていた患者が、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う印象がある。「傷痕を見たと安心する。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齧痕模様（スカリアフィーション）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。
繰り返すことになるが、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、何もなかったことにしてしまふ（=cut away）」点にある。そうではなく、彼らは、自らの疾風怒涛の過去をふまえ、新しい「自分らしさ」を築いていく必要がある。これを、アディクシオン臨床にならつて「回復（リカバリー）」といいかえてもよいだろう。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 hands: 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. 財団法人明治安田ところの健康財団 研究助成論文集 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死的な「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. & Imanura, 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., Cubba, 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, 小林敬児訳 (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.)

【特別企画】 怒り・衝動の心理学

自傷行為と衝動

「切ること」「きしめること」

松本俊彦

岡山県神・神尾シブタノ精神保健研究所

自傷行為は衝動的行動なのか?

一般に自傷行為は衝動的行動の一つとして理解されている。何らかの契機によって強烈な感情が惹起され、内側から突き上げてくる衝動を押しきれずにみずから身体を傷つける。このような事態を説明するにあたって「衝動的」なる形容を用いることに異論がある者は、ほとんどいなければならぬ。

実際、自傷行為と衝動性との関連を指摘する

研究は枚挙にいとまがない。早くも一九七〇年代にはシオモポロロスが、反復性の自傷行為を繰り返す患者に対して「衝動神経症」という診断名を与えている。またフアヴァツァ⁽¹⁾によれば、反復性自傷者の七八%が決意してから瞬時のうちに自傷行為の実行に至っており、七一%の者が自傷行為を自分の意志では制御できない嗜癖行動であると認識していたという。さらにホートン⁽²⁾は、衝動性が自傷行為に与える影響は、うつ状態や不安の程度、あるいは自尊心の低さとは関係しない、直接的なものであることを明らかにしている。

われわれは、女性自傷患者では、評価尺度 (Barratt Impulsiveness Scale, 11th version: BIS-11; Patton et al., 2001) 上の衝動性が一般女子大学生における時点の二倍近い値 (女性自傷患者七二・六十一・六六点 vs 女子大学生三九・三十一・三三・六六) に達しており、女性自傷患者の八五%が心理的抵抗にもかかわらず自傷行為の抑制に失敗した経験があることを報告している⁽³⁾。

もちろん、すべての自傷行為が「衝動的」と形容できる病態とは限らない。フアヴァツァは、文化から逸脱した病的な自傷行為を「重症型自傷行為 (Major self-injury) (精神病理態において幻覚・妄想の直接的影響下でなされる、重篤でシロテスクな自傷行為)」「普通型自傷行為 (stereotypic self-injury) (精神選発や自閉症性障害、器質性障害などで見られる単調で律動的な自傷行為)」「中等度／表面型自傷行為 (moderate/superficial self-injury) (心的ストレスによって生じる、身体表層に対する致死性の低い自傷行為)」に分類しているが、この中等度／表面型自傷行為の上位類型の一つとして「衝動性自傷行為」というカテゴリーを設け、ここにリストカットなどの自傷行為を含めている。この分類は、逆にいえば、「衝動的」という形容がふさわしくない自傷行為があることを示しているといえよう。

て、「興奮の頂点を切開するようだ」「風船を破
裂させるようだ」などといった形容をする者は
少なくなく、「皮膚を切っている最中、彼らは、
体内の緊張を押し、感情を速やかに逃すための
姿を作っている」という。

以上の議論を踏まえてフヴァツツは、
「自傷者は、自分の理髪通りに事が運ばない、
他人に苦痛を与えてしまった、あるいは無能で
ある」といった理由から、自らに怒りを感じて
いることが多いが、自らを傷つけることによっ
て、こうした怒りは口を作っているの
である」と結論している。

フヴァツツは総じて自傷行為に肯定的で
ある。確かに自傷行為は、直接的に親や重要
他者に怒りを向けるよりははるかに安全な感情
表現の手段である。なぜなら彼らは復讐してく
るかもしれないからである。施設に対する怒り
の表現として、たった一人で自傷することは、
新聞への投稿、デモ行進、公断断罪、人通りの
多い通りの路死などに比べれば効果は乏し
い。けれども、自傷行為もある種の活動であ
り、個人レベルでは忍耐や諦めよりは好ましい
ものといえる。

他の研究者でも同様の主張をしている者が
いる。たとえばウォルシュ⁽²⁾は、自殺は、耐え難
い、逃れることのできない、果てしなく続く精
神痛を抱える者に唯一残された問題解決策であ

るが、自傷行為は、間欠的・断続的な苦痛に対
処するため、一時的に意識状態を萎縮させて
生き延びる方法と捉えている。

しかし、注意しなければならぬのは、「生
きるため」あるいは「生き延びるため」の自傷
行為であったとしても、しよせんは一時のき
にすぎず、実は、繰り返されるたびにゆくり
と死をたくり寄せている、という点である。

われわれの研究では、「生きるためには自傷
行為が必経」と主張する患者ほど、解離傾向が
重症であることが明らかにされている。そのよ
うな自傷者は、苦悶な事態に適切に解
離によって意識を苦痛から遠ざけ、さらに、解
離から回復するため自傷行為がもたらす身体
的疼痛や血液がもつ鮮やかな色彩刺激を必要と
している。いかえれば、自傷行為とは「ここ
ろの痛み」を「身体の痛み」で蓋をする——そ
う、「真いものには蓋をした」と同じ理由であ
る——行為であり、彼らは皮膚を切り裂きなが
ら、同時に「つらい出来事」の記憶や「つらい
感情」を意識から切り離す作業を行っている
のである。したがって当然ながら、蓋をきれ切り
離された「名無し」の記憶・名無しの感情が、
強烈な自殺衝動となつてぼとぼしり、意識に再
回帰してくることもある。筆者の印象では、自
傷を繰り返す患者たちがしばしば口にする、
「消えたい」「いなくなりたい」という消極的な

自殺念慮は、まさにそうした深刻な事態の兆候
であるように思われる。

こうした印象は実証的研究によっても裏づけ
られている。事実、コホート研究のメタ分析
は、一〇代における自傷行為の経験は、一〇年
後における自殺リスクによる死亡リスクを数倍
に高めることを明らかにしている。このこと
は、「身体の痛み」で「こころの痛み」を抑え
つりながら苦悶な状況に過剰適応している、
やがてはその苦悶は「耐え難い、逃れること
のできない、果てしなく続く」性質へと変化する
危険があることを示している。

だからこそ、われわれ援助者は、リストカッ
トを繰り返す患者に頭ごなしの叱責や禁止はし
ない一方で、その自傷行為がもつ「真痛効果」
の頓挫状況をたえず評価し続けなくてはならな
いのである。そのためには、たとえば以下の点
に注目すべきである。彼らが自傷を決定してか
ら実行するまでの時間が短縮していないか、意
図せず衣服で隠れない場所を傷つけてしまっ
ていないか、自傷する身体部位や自傷に用いる手
段・方法が加害性的に多様化していないか、さ
らに痛みは強くなるか、自傷に際しての記憶は
保たれているか。

また、最も深刻な精神的苦痛に追い詰められ
たとき、人はナイフやカッターといった刃物を
持つことさえできない、ということも念頭に置

なお、この衝動性自傷行為は、さらに二つの子
位類型——「揮発性自傷行為episodic self-injury」
と「反復性自傷行為repetitive self-injury」——
がある。すなわち心的ストレスに反応して機能的
に自傷行為（揮発性自傷行為）を繰り返して
いるうちに次第に衝動性が高まり、自己制御が
困難な状態（反復性自傷行為）を呈するようにな
るとされている。フヴァツツは、この反
復性自傷行為を、境界性パーソナリティ障害と
は独立した、「他のどこにも分類されない衝動
制御の障害」（この診断カテゴリーには、間欠
性爆発性障害、病的ギャンブリング、窃盗癖、
放火癖、抜毛症が含まれる）という、れっきし
としたDSMのI軸障害として捉えるべきであると
主張している。

それにしても、「衝動性」ほど、何となくわ
かるようでありながら、いざ説明しようとする
とあまりにも抽象とした抽象的な概念もない。
その言葉が行動の予測不可能性を指しているの
か、それとも、自己制御能力の欠如を指してい
るのか、いま一つ判断しづらい。

こうしたなかで、ホートンらによる衝動性な
る概念の説明はまわめて明快かつ実証的であ
る。彼らは、衝動性とは、自傷者自身のパー
ソナリティ特性に帰するのではなく、抱えている
苦悶や困難の大きさに比べ、彼らの手持ちの問
題解決スキルが相対的に不足している事態とし

て捉えている。このような視点からの援助は必
然的に、単に自傷行為を禁止・制御することに
終始するのではなく、彼らが抱えている苦悶・
困難の根本的な軽減、ならびに新しい対処法の
教授といった内容を備えたものとなるはずであ
る。

なぜ彼らは自分を傷つけるのか

ところで、それがたとえ一時的なものであ
れ、本当に自傷行為は苦悶や困難を減らすのに
有効なのであろうか？

元自傷者の作家ケトルウェル⁽³⁾は、自伝的小説
『スキングゲーム』のなかで次のように語ってい
る。

自傷をくり返すようになったのは、それが
役立つからだ。身体を切ると、しばらく
のあいだは楽な気分になった。身体を切る
と、人生におびえやすくなる。わたしはなんで
あが、自分の手に負えなくなる過剰とした状
態をひどく怖れていた……過剰はつねに破壁
を穿ちつつけるから、わたしはその破壁を
補強するべく、自傷をしていた。切ること
で、過去と未来、自分と他人、現実と明晰を
分かつ線を引いていた。わたしは自ら境界線

を引き、またこちらがわにいたのだ、と自分
を勇気づけながらわたしは切った。

……カミソリの刃で自分の身体を切るこ
を思いついたら、それはわたしにとって、
あくまでも前向きな行進だったのだ……紫
ナイフでペーターを切るように、カミソリの刃
が痛みもないうままに、すくと皮膚を滑ら
せ、皮膚のようには腫れだして腫れかば、それ
はそれまでのわたしの人生と、これからのそ
れとを決定的にすばつと分断した。モヤモヤ
したものがすべて、怒りの声や雑音とした不
安や現況を絶望がすべて、またたく間に消散
し、その瞬間、わたしは確固とした、真実一
貫した、完全無欠な存在になった。

ここに掲げた記述は、自傷行為がもつ機能を
見事に表現している。同じ趣旨のことをフヴァ
ツツは、「自殺は死への入り口であるが、
自傷は正常状態への再入場口である」という言
葉で表現している。あるいは、「自傷行為の治
療効果はきわめて迅速に出現するものであり、
耐え難い緊張を不安、さらには感覚が麻痺した
ような理屈感喪失に苛まれている者も、自らの
皮膚を切ることによって速やかに安堵すること
ができる」とも述べている。

実際、自傷患者はしばしばその行為につい

いように、「切る」という能動的な行動によつて必ずしも制御しているのである。すでに述べたように、彼らが切っているのは皮膚だけではなく、つらい記憶や感情を意識から切り離しているが、そうすることで「キレる」ことを回避している。もちろん、こうした自己制御には深刻な欠点がある。自傷行為は、その時点における自殺や暴力といった衝動的行動を回避する効果があるものの、長期的には皮肉なことに最終に死をたくり寄せてしまう性質をもっているからである。

皮肉なことは、自傷行為をめぐる現場面では、「キレている」のは、自傷者本人ではなく、自傷者の周囲—家族や重要他者、あるいは援助者—であることのほうがはるかに多い。自傷行為を制御できないことの無力を受け容れることができずに周囲が力みすぎた結果、援助関係が支配/被支配の関係に絡め取られ、関係性が緊張に満ちたものとなってしまうことは、確かである。いさか穿つた見方をすれば、それ自身が、自傷者が無意識的にしかけた罠なのかもしれない。

前出の作家トルゲネルはこう綴っている。

わたしはそうトストを駆々と交えた……運つてはならぬうちに、わたしはまきまつて、いまでも燃れるのではないかと脅える

ひとのようだ、叱責を浴びせられるのを待つようになつていたので。

「きみを診ていても時間の無駄なんだ」と言つてもらうのをずっと期待していた。「ほんとうの悩みをかかえているひとのためだ、わたしはここに居るんだから」と。

われわれ援助者は、自傷者がしかけるこうした風刺的な罵にはくれぐれも注意する必要がある。周囲からの激しい攻撃を引き出すことで、「罵倒」や「侮辱」を受けるといった、別の様式の自傷を準備している可能性があるかもしれない。その意味でも、われわれ援助者は努めて「キレる」といふ、彼らを追い詰めている言葉を突き止めることには、こころを砕くべきなのである。

【脚注】

- (一) Favazza, A. R.: *Bodies under siege: self-mutilation and body modification in culture and psychiatry*. 2nd ed. Johns Hopkins University Press, 1996. (岩波書店監訳『自傷の文化精神医学—自傷された身体』金剛出版 1100(半))
- (二) Hawton, K., Rodham, K., Evans, E.: *By their own young hand: deliberate self-harm and suicidal ideas in adolescents*. Jessica Kingsley, 2006. (岩波書店監訳『若年自傷と自殺—児童期における自傷と本人の手記』金剛出版 1100(半))
- (三) Kettlewell, C.: *Skin Game*. St. Martin Press,

1999. (佐竹忠字監訳『スキングゲーム』青山出版社 1100(半))

(四) 松本敬義、山口聖孝子、河瀬川孝治他『児童期を往う女性自傷患者の臨床的特徴—リスク予測に向けての自己記述的調査による予備的調査』『精神医学』四七巻、七三五—七四三頁、1100(半)

(五) 松本敬義、山口聖孝子『自傷行為の臨床的特徴—自己記述的調査による自傷行為に関する調査』『精神科治療学』110巻、九三—九三三頁、1100(半)

(六) 松本敬義、今井英彦『児童期における「激怒」による自傷の臨床的特徴—行動と「燃えたい」体験および自傷多発との関係』『精神医学』五二巻五号、八六一—八七二頁、1100(半)

(七) Owens, D., Horrocks, J., House, A.: Fatal and non-fatal repetition of self-harm. Systematic review. *Br J Psychiatry* 181: 193-199, 2002.

(八) Patton, J. H., Stanford, M. S., Barratt, E. S.: Factor structure of the Barratt impulsiveness scale. *J Clin Psychol* 51: 768-774, 1995.

(九) Siomopoulos, V.: Repeated self-cutting: an impulse neurosis. *Am J Psychother* 28: 85-94, 1974.

(一〇) Someya, T., Sakado, K., Seki, T. et al.: The Japanese version of the Barratt Impulsiveness Scale, 11th version (BIS-11): its reliability and validity. *Psychiatry Clin Neurosci* 55: 111-114, 2001.

(一一) Walsh, B. W.: *Treating self-injury: a practical guide*. Guilford Press, 2005. (岩波書店監訳『自傷に悩む若者へ』金剛出版 1100(半))

(岩波書店・こころ)編『精神医学』

く必要がある。そのような事態に類した若者は、故意に壁に頭を叩きつけ、拳で壁を殴り、みずからの腕に噛みつき、あるいは、血がにじむまで皮膚を激しく掻きむしるといった自傷方法を用いる傾向がある。

もちろん、それでもなお自傷行為を頭になしに禁止することには慎重でありたい。それよりも援助者に求められているのは、自傷行為の代わりとなる置換スキルを提案し、その実行を励ましていくことである。その際、衝動の強さは苦痛の強さに相関する、というホートンらの指摘を忘れるべきではないであろう。つまり、われわれは、彼らが現在抱えている苦痛のうち、介入によつて変化させることのできる現実的問題は何であるかを探索しなければならぬのだ。そして意外なことに、そのような苦痛の原因が、家族や恋人といった重要他者であることもめずらしくはない。援助者であることさえあ

る。善人面をした人物が自傷者を支配/被支配の力学に絡め取り、無意識のうちに被屈服感、恥辱感を体験させようとするとき、忘れてはならない。

自傷者はキレているのか?

さて、本特別企画のテーマは「キレる」である。「狂言祝」(第六版)によれば、「キレる」とは、「我欲が既成に達し、理性的な対応ができなくなる」とある。果たして自傷者は、自傷におよぶその瞬間「キレて」いるのだろうか?

一つはつまりいえることがある。筆者が経験したがかりでは、自傷する若者たちの多くは、お笑い芸人の「キレキアラ」とは正反対のキャラとして社会生活を送っている。もしも彼らが

そんなふうに「キレキアラ」として生きることができたなら、そもそもそんなふうにならずにの身体を切る必要ならなかったのではなかろうか? 要するに、自傷を繰り返す若者は、「キレる」といふべきでない。

むしろ彼らは、「キレる」ことを回避するために「切つて」いると考えたほうがよい。「キレる=切れる」の語源がそもそも「堪え切れぬ」に由来する表現であることを考慮すれば、その言葉は、「切ることができぬ」という可能動詞ではなく、受動・自発の意味をもつ「切られる」という助動詞の「ら抜き言葉」であると解釈されるべきである。だとすれば、周囲の批判や加害に刺激・助起されて感情が爆発する事態こそが「キレる」と表現される行動といえる。

ところが彼らは、そのような本来「キレて」しめるべき状況において、受動的な爆発をしな

町田総一郎

こころの科学

まかりとおる安易な解釈・診断・治療を
認め、この病気の本质を捉え直す。
「うつ病」はそもそも何なのかを探る大
胆かつ野心的な試み。

■好評発売中/定価1,600円(税別)／四六折
ISBN 978-4-535-56265-3

日本評論社

〒170-8474 東京都豊島区林4-3-12-4
TEL 03-5697-4621 <http://www.nippon.co.jp>

メン系の変動、あるいは傍腫瘍症候群類似の機序など
の関与が推測されている⁹⁾。

II. 胆道癌の精神症状

胆道癌は肝細胞癌よりも明らかなに予後不良であり治
療経過も短いことが多いためか、肝細胞癌にくらべて
精神的側面に焦点を当てた報告はほとんど見当たら
ない。

最近、肝癌・胆管癌を合わせた臨床サンプルの精神
的側面について調査したピッツバーグ大学の Steel
ら¹⁰⁾の報告によると、37%の患者に抑うつ症状が認め
られ、抑うつ症状は生存率の低下に関連していた。

胆道癌の精神的側面については今後のさらなる調査
研究が望まれる。

III. 精神症状緩和のための具体策

精神症状緩和とは、コミュニケーションと薬物療法
の適切なバランスの上に成り立つものであり、以下そ
のポイントについて概説する。

1. 情報開示とコミュニケーション

①感情情報開示のあり方

昨今、癌の病名開示はかなり一般的になっており、
病名については患者・家族とも情報共有できている
ケースがほとんどである。

しかし、癌の再発あるいは転移が明らかになった進
行・終末期においては、真の情報、つまり再発の程度は
どのくらいか、転移はどこにあるのか、といった病状
を正確に伝えられている患者は決して多いとはいえ
ない。

患者の知らない真の癌情報を、医療者と一部の家族
だけがすべて知っている、という状況がしばしばみら
れるが、このような状況は、平成17年4月から施行さ
れたいわゆる個人情報保護法に照らしても明らかに望
ましくなく、自分の病状や今後の見通しを知りたい
と願う患者の心情を無視したものであることを、われ
われ医療者は十分に認識しておくなくてはならない。

②情報開示に消極的な家族への対応

患者への情報開示を家族が躊躇あるいは拒否する場
合には、情報開示をする場合としない場合のそれぞれ
のメリットとデメリットを、家族とともに明らかにし
ていく作業が必要である。

癌の再発・転移の情報開示に反対する家族は、患者
が真の情報を知らずにいることはデメリットがあり、知らな
いほうがメリットがあると思いついてはいない。

表 1 上手な聴き方の 5 原則

1. 80:20 の法則
相手の話す時間を80%、こちらの話す時間は20%
と心得る
2. 相手の話を奪い取らない
すぐに返事を意識しない、会話の早い時期にアド
バイスをしない
3. 相手の話をすぐに否定しない
こちらの感受や価値観を押し付けてはならない
4. 相手の話を即座に承認する
こちらの感受や価値観にかかわらず、相手の言う
ことを尊重する
5. 反論に反論しない
議論に勝つ最善の方法は議論を避けること
相手の言うことに賛成するのはいちばん
(参考文献11より引用改変)

表 2 積極的に聞く 5 つのコツ

1. 大きくゆっくりとうなずく
2. 視線はあいちもちをうつ
3. 視線をときどき合わせる
4. 適切に頷向を繰り返す
5. メモを取る (あるいはその振りをする)
(参考文献11から引用改変)

い。けれども、本当にそうなのだろうか？ 患者が真の
情報を知らないことで判断を誤るようなデメリットは
ないだろうか？ 真の情報を知ればこそできること
とがあるならそれはメリットにならないか？

これらのことを家族に考えてもらおうプロセスの意義
は非常に大きいし、これこそ情報開示に関して看護サ
イドでも行うことのできる重要なサポートである。

③コミュニケーションの工夫

患者・家族とのコミュニケーションにおいて最も重
要なのは、相手の話をよく「聞く」ことである。しか
し、言うは易く行うは難し。専門職である医療者はと
かく「話す」こと、あるいは説明・説得することに傾
きがちなためである。

まずは「上手な聴き方の 5 原則」(表 1) を常に念頭
に置き、相手の話を促進する態度が必要である。さら
に「積極的に聞く 5 つのコツ」(表 2) を組み合わせる
ことで、相手の話をさらに促進することができる。
ただ、こうしたコミュニケーション技術によって自
らの面接態度を変化させるためには、適切なロールプ
レイによる訓練が必要であり、現在全国のがん診療連
携拠点病院で行われている緩和ケア研修会はその大き
な一期になる。

2. 薬物療法

①不安・抑うつ

癌患者の不安と抑うつは互いに相反するものではな

く、しばしば1人の患者に混在するものである。不安
のみ、抑うつのみを呈する患者のほうがむしろ少ない
ともいえる。

特に痛痒の不足から先の見通しが不確実な場合、
あるいは身体的苦痛、中でも疼痛や呼吸困難が十分に
制御されていない場合などには、患者の不安感、抑う
つ感には未だ増大しがちである。

したがって、患者が自ら望む限りにおいては医学的
情報を十分に開示すること、そして可能な限りの身体
症状緩和、特に疼痛コントロールがまず必須である。
これに加え、薬物療法としては以下のように考慮
するとうい (以下すべて、低力価の順に示す)。

- i. 睡眠
効果発現の早い抗不安薬を第一選択とする。
①タンンドスピロン (セディール[®]) 5 mg錠、3~6
錠、分 3、食後
②ロラゼパム (マイバックス[®]) 錠、1 mg、
1~2錠、就寝前1回
③ロラゼパム (マイバックス[®]) 0.5 mg錠、3~6錠、
分 3、食後
④アルプラゾラム (ソラナックス[®]) 0.4 mg錠、2~
3錠、分 2~3、食後
- ii. 中等症
副作用の穏やかな抗うつ薬を上記の抗不安薬に追加
して、適宜増減する。
①マレリン酸セチプラチン (テシプ[®]) 1 mg錠、
3~6錠、分 3、食後
②トラゾラム (レスリ[®]、デジレル[®]) 25 mg錠、
2~4錠、分 2、食後
③ミルナシプリン (トレドミン[®]) 15 mg錠、2~6
錠、分 2~3、食後
④フルボキサミン (デプロメル[®]、ルボックス[®])
25 mg錠、2~4錠、分 1、夕食後
⑤セルトラリン (ジェイソプロフト[®]) 25 mg錠、1~
3錠、分 1、夕食後
⑥パロセチン (パキシル[®]) 10 mg錠、1~2錠、
分 1、夕食後
- iii. 重症

①一般に癌患者は比較的高齢であり、さまざまな身体
的脆弱性を有していることから、抗うつ薬投与には真
重を要するが、重症の場合にはやはり三環系抗うつ薬
を十分重投与することが必要になる。

三環系抗うつ薬の代表的な副作用としては、抗コリ
ン作用による口渇、便秘など、抗ノルアドレナリン作
用による起立性低血圧、抗ヒスタミン作用による眠
気、傾眠などがあるので、患者・家族に対する十分な

説明が必要である。

- ①アミトリプチン (トリプタノール[®]) 25 mg錠、
3~6錠、分 3、食後
②クロミプラミン (アナプラニール[®]) 25 mg錠、
3~6錠、分 3、食後
③ロミプラミン (アナプラニール[®]) 25 mg錠、
3~6錠、分 3、食後
④アミトリプチン (トリプタノール[®]) 25 mg錠、
3~6錠、分 3、食後
⑤アミトリプチン (トリプタノール[®]) 25 mg錠、
3~6錠、分 3、食後
⑥アミトリプチン (トリプタノール[®]) 25 mg錠、
3~6錠、分 3、食後
⑦アミトリプチン (トリプタノール[®]) 25 mg錠、
3~6錠、分 3、食後
⑧アミトリプチン (トリプタノール[®]) 25 mg錠、
3~6錠、分 3、食後
⑨アミトリプチン (トリプタノール[®]) 25 mg錠、
3~6錠、分 3、食後
⑩アミトリプチン (トリプタノール[®]) 25 mg錠、
3~6錠、分 3、食後
⑪アミトリプチン (トリプタノール[®]) 25 mg錠、
3~6錠、分 3、食後
⑫アミトリプチン (トリプタノール[®]) 25 mg錠、
3~6錠、分 3、食後
⑬アミトリプチン (トリプタノール[®]) 25 mg錠、
3~6錠、分 3、食後
⑭アミトリプチン (トリプタノール[®]) 25 mg錠、
3~6錠、分 3、食後
⑮アミトリプチン (トリプタノール[®]) 25 mg錠、
3~6錠、分 3、食後
⑯アミトリプチン (トリプタノール[®]) 25 mg錠、
3~6錠、分 3、食後
⑰アミトリプチン (トリプタノール[®]) 25 mg錠、
3~6錠、分 3、食後
⑱アミトリプチン (トリプタノール[®]) 25 mg錠、
3~6錠、分 3、食後
⑲アミトリプチン (トリプタノール[®]) 25 mg錠、
3~6錠、分 3、食後
⑳アミトリプチン (トリプタノール[®]) 25 mg錠、
3~6錠、分 3、食後
㉑アミトリプチン (トリプタノール[®]) 25 mg錠、
3~6錠、分 3、食後
㉒アミトリプチン (トリプタノール[®]) 25 mg錠、
3~6錠、分 3、食後
㉓アミトリプチン (トリプタノール[®]) 25 mg錠、
3~6錠、分 3、食後
㉔アミトリプチン (トリプタノール[®]) 25 mg錠、
3~6錠、分 3、食後
㉕アミトリプチン (トリプタノール[®]) 25 mg錠、
3~6錠、分 3、食後
㉖アミトリプチン (トリプタノール[®]) 25 mg錠、
3~6錠、分 3、食後
㉗アミトリプチン (トリプタノール[®]) 25 mg錠、
3~6錠、分 3、食後
㉘アミトリプチン (トリプタノール[®]) 25 mg錠、
3~6錠、分 3、食後
㉙アミトリプチン (トリプタノール[®]) 25 mg錠、
3~6錠、分 3、食後
㉚アミトリプチン (トリプタノール[®]) 25 mg錠、
3~6錠、分 3、食後
㉛アミトリプチン (トリプタノール[®]) 25 mg錠、
3~6錠、分 3、食後
㉜アミトリプチン (トリプタノール[®]) 25 mg錠、
3~6錠、分 3、食後
㉝アミトリプチン (トリプタノール[®]) 25 mg錠、
3~6錠、分 3、食後
㉞アミトリプチン (トリプタノール[®]) 25 mg錠、
3~6錠、分 3、食後
㉟アミトリプチン (トリプタノール[®]) 25 mg錠、
3~6錠、分 3、食後
㊱アミトリプチン (トリプタノール[®]) 25 mg錠、
3~6錠、分 3、食後
㊲アミトリプチン (トリプタノール[®]) 25 mg錠、
3~6錠、分 3、食後
㊳アミトリプチン (トリプタノール[®]) 25 mg錠、
3~6錠、分 3、食後
㊴アミトリプチン (トリプタノール[®]) 25 mg錠、
3~6錠、分 3、食後
㊵アミトリプチン (トリプタノール[®]) 25 mg錠、
3~6錠、分 3、食後
㊶アミトリプチン (トリプタノール[®]) 25 mg錠、
3~6錠、分 3、食後
㊷アミトリプチン (トリプタノール[®]) 25 mg錠、
3~6錠、分 3、食後
㊸アミトリプチン (トリプタノール[®]) 25 mg錠、
3~6錠、分 3、食後
㊹アミトリプチン (トリプタノール[®]) 25 mg錠、
3~6錠、分 3、食後
㊺アミトリプチン (トリプタノール[®]) 25 mg錠、
3~6錠、分 3、食後
㊻アミトリプチン (トリプタノール[®]) 25 mg錠、
3~6錠、分 3、食後
㊼アミトリプチン (トリプタノール[®]) 25 mg錠、
3~6錠、分 3、食後
㊽アミトリプチン (トリプタノール[®]) 25 mg錠、
3~6錠、分 3、食後
㊾アミトリプチン (トリプタノール[®]) 25 mg錠、
3~6錠、分 3、食後
㊿アミトリプチン (トリプタノール[®]) 25 mg錠、
3~6錠、分 3、食後

以上にかけて点滴静注

②不眠

心身のストレスが著しい癌患者にとつて、不眠は箇
々の種である。不安・抑うつにも高頻度で不眠が伴う。
医療スタッフは、不眠と睡眠薬に因って正しい知識
を持ち、非薬物的対応を積極的に投与し、必要であれば最
小限の睡眠薬を積極的に投与し、不眠の改善につれて
漸減・中止するというスタンスを貫くことは、睡眠薬
服用をいたすに避けるよりも、むしろよほど治療的
であることを銘記すべきである。

そもそも睡眠時間は人それぞれであり、日中眠気が
ないようであれば、よくいわれる8時間睡眠にこだわ
る必要はなく、5~6時間でも十分である。

そして、「早起、早起」よりも、一定の起床時刻を
決める「早起、早起」が、睡眠リズムの改善に役立
つことが多い。

もちろん、就寝前にはなるべくリラックスできるよ
う、患者の嗜好に合わせて患者とともに工夫してい
く。精神的対応が必要である。

必要に応じて睡眠薬を用いる場合、単剤投与が原則
であるが、効果が乏しい場合には、血中濃度の半減期
の違いを考慮して組み合わせた工夫もあつて
よい。

- ①ゾレタム (マイスリー[®]) 5 mg錠、1~2錠、就
寝前1回
②リルマザフォン (リスミー[®]) 1 mg錠、1~2錠、
就寝前1回
③プロゾラム (レンドルミン[®]) 0.25 mg錠、1~2
錠、就寝前1回
④クアゼラム (ドラール[®]) 15 mg錠、1~2錠、就
寝前1回

③せん妄

軽度の意識障害をベースとして、見当識障害、昼夜
逆転、時間帯での症状変動、不穏・興奮、幻覚、錯
覚、まとまりのない会話、周囲に対する注意力の減少
などを呈する。患者の身体状態も悪化していることが
多い。

i. 嘔症

屋間にはりハビリアアゼーションなどの刺激によって覚醒を促し、夜間には前項で述べたような睡眠薬を積極的に使用することで、睡眠覚醒リズムを取り戻すことが可能である。

ii. 中等症

睡眠薬では改善しないような中等症のせん妄には、入眠作用の比較的強い抗うつ薬を用いる。睡眠薬と併用してもかまわないが、それによってせん妄が悪化する可能性がある。その場合には抗うつ薬単独投与がよい。

①ミアンセリン(テトラミド[®]) 10 mg 錠 1~4 錠、

分 1~2、夕食後または夕食後・就寝前

②トラゾドン(レスリン[®]、テジレル[®]) 25 mg 錠、

2~6 錠、分 1~2、夕食後または夕食後・就寝前

iii. 重症

抗うつ薬が奏効しないような重症の場合には、以下のような抗精神病薬を慎重に増量する。睡眠薬の併用も差し支えないが、時にせん妄が悪化することもあるので、その場合には抗精神病薬の単剤投与とする。

①クエチアピン(セロクエル[®]) 25 mg 錠 1~2 錠、

分 1~2、夕食後または夕食後・就寝前

②ペロスピロン(ルーラン[®]) 4 mg 錠 1~2 錠、分

1~2、夕食後または夕食後・就寝前

③オランザピン(ゾプレキサ[®]) 5 mg 錠 1~2 錠、

分 1~2、夕食後または夕食後・就寝前

④リスペリドン(リスパダール[®]) 1 mg、1~4 錠、

分 1~2、夕食後または夕食後・就寝前

なお経口摂取不能の場合には、下記を用いる。

⑤ハロペリドール(セレネース[®]) 5 mg 注、0.5~1

アンブール、30 分以上かけて点滴静注、効果がなければ 1 日量 20 mg まで追加投与

上記で不十分な場合には、下記のいずれかを加える。

⑥フルニトラゼパム(サイレース、ロヒプノール[®])

2 mg 注、0.5~1 アンブール、30 分以上かけて点滴静注、効果がなければ 1 日量 4 mg まで追加投与

⑦ミダゾラム(ドルミカム[®]) 10 mg 注、0.5~1 アンブール、30 分以上かけて点滴静注、効果がなければ 1 日量 20 mg まで追加投与

3. 治療不能例への対応のあり方

躁病や胆道痛の患者・家族においてはしばしば生じることであるが、抗躁病治療の効果が期待できない状況となり、症状緩和中心の best supportive care (BSC) に移行することを余儀なくされた患者の苦悩を、健康者が理解することはきわめて困難である。そして、そ

れは患者の家族にとっても同様である。

BSC の患者に対しては、家族であれ、スタッフであれ、妙な慰めや同情の言葉を寄せるべきではないし、多くの患者もそのようなことは望んでいないであろう。また、おためごかしの偽りの言葉によって患者に「希望」を持たせるようなことも断じてすべきではない。

人の歩みを止めるのは、「絶望」ではなく「あきらめ」であり、人の歩みを進めるのは、「希望」ではなく「意志」である。

治療不能と告げられた患者に対して、われわれ医療者に多少なりともできることがあるとすれば、それは決して患者を見捨てない、という態度で、患者の生きる「意志」を支えるように心がけることしかない。

ところが先述したように、治療不能例において、本人と家族に対して異なる説明がなされている場合が決して少なくない。家族が本人への情報開示に消極的なケースもままある。

しかし、特に進行期・終末期の患者者にとって、その生活の質あるいは生命の質は、情報開示のレベルによって決まる、と言っても過言ではない。

1 人の患者の現実とは、最善の筋書き (best scenario) と最悪の筋書き (worst scenario) の間のどこかにただ 1 つだけ存在するはずであり、患者の生きる「意志」を支えるためには、そうした予想しうる両極の筋書きを患者・家族と隠し立てなく話すことのできるような、正直で率直な病情開示が最も望まれるというところを、われわれは常に銘記しておくべきであろう。

おわりに

本稿では、躁病および胆道痛における精神症状とその具体的な対応策について概説した。

当然のことながら、すべての罹患患者と家族に精神的側面は存在する。

医療者は、コミュニケーションと病情開示に対する意識を高めることで患者・家族の精神的苦痛を緩和することができる。また不安・抑うつ、不眠・せん妄といった精神症状に対しては、積極的かつ最小量の薬物療法を併用することで症状緩和が可能となる。

このコミュニケーションと薬物療法の両輪が回ることによって初めて適切な精神症状の緩和が実現するというところを、最後に強調しておきたい。

and gastric cancer. Am J Psychiatry 143 : 982-986, 1986.

Green AI, Austin CP : Psychopathology of pancreatic cancer. A psychobiologic probe. Psychosomatics 34 : 208-221, 1993.

7) Maassie MJ : Prevalence of depression in patients with cancer. J Natl Cancer Inst Monogr 32 : 57-71, 2004.

8) Carney CP, Jones L, Woolson RF, et al. : Relationship Between Depression and Pancreatic Cancer in the General Population. Psychosom Med 65 : 884-888, 2003.

9) Shakin EJ, Holland J : Depression and Pancreatic Cancer. J Pan Symptom Manage 3 : 194-198, 1988.

10) Steel JL, Geller DA, Gambin TC, et al. : Depression, immunity, and survival in patients with hepatobiliary carcinoma. J Clin Oncol 25 : 2397-2405, 2007.

11) 篠田忠昭 : 「でてる人」の関わりと質問テクニク。50-84、フォレスト出版、2006。

参考文献

1) Yashin JD : Nervous symptoms at earliest manifestations of cancer of the pancreas. JAMA 96 : 1664-1668, 1931.

2) Fras IL, Lihm EM, Pearson JS : Comparison of psychiatric symptoms in carcinoma of the pancreas with those in some other intra-abdominal neoplasms. Am J Psychiatry 123 : 1553-1562, 1967.

3) Jacobsson L, Ottosson JO : Initial mental disorders in carcinoma of pancreas and stomach. Acta Psychiatr Scand Suppl 221 : 120-127, 1971.

4) Joffe RT, Rubirow DR, Denicoff KD, et al. : Depression and carcinoma of the pancreas. Gen Hosp Psychiatry 8 : 241-245, 1986.

5) Holland JC, Korzun AH, Tross S, et al. : Comparative psychological disturbance in patients with pancreatic

*

*

*