

- 4) Dumais A, Lesage AD, 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 (11): 2116-2124, 2005.
- 5) Harris EC, Barraclough B: Suicide as an outcome for mental disorders. A meta-analysis. *Br J Psychiatry*, 170: 205-228, 1997.
- 6) 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 (9): 901-908, 1971.
- 7) 赤澤正人, 松本俊彦, 勝又陽太郎, 他: アルコール関連問題を抱えた自殺既遂者の心理社会的特徴: 心理学的剖検を用いた検討. *日本アルコール・薬物医学会雑誌*, 45 (2): 104-118, 2010.
- 8) 松本桂樹, 世良守行, 米沢 宏, 他: 資料 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 (2): 218-223, 2000.
- 9) 松本俊彦, 小林桜児, 上條敦史, 他: 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 (2): 109-117, 2009.
- 10) 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 (1): 39-58, 2006.
- 11) 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*, 37 (11~12): 1141-1145, 1990.
- 12) 斎藤 学: アルコール依存者の自殺企図について. *精神神経学雑誌*, 82 (12): 786-792, 1980.
- 13) 川上憲人: 特集: 地域における自殺の実態と予防対策 わが国における自殺の現状と課題. *保健医療科学*, 52 (4): 254-260, 2003.
- 14) De Leo D, Evans R: Chapter 10: The impact of substance abuse policies on suicide mortality, *International Suicide Rates and Prevention Strategies*, De Leo D, Evans R, 101-112, Hogrefe & Huber, Cambridge, 2004.
- 15) Cherpitel CJ, Borges GL, Wilcox HC: Acute alcohol use and suicidal behavior: a review of literature. *Alcohol Clin Exp Res*, 28 (5 Suppl): 18S-28S, 2004.
- 16) 伊藤敦子, 伊藤順通: 外因死ならびに災害死の社会病理学的検索 (4) 飲酒の関与度. *東邦医会誌*, 35: 194-199, 1988.
- 17) Wasserman D, Värnik A, Eklund G: Male suicides and alcohol consumption in the former USSR. *Acta Psychiatr Scand*, 89 (5): 306-313, 1994.
- 18) Birckmayer J, Hemenway D: Minimum-age drinking laws and youth suicide, 1970-1990. *Am J Public Health*, 89 (9): 1365-1368, 1999.
- 19) Skog OJ: Alcohol and suicide in Denmark 1911-24—experiences from a 'natural experiment'. *Addiction*, 88 (9): 1189-1193, 1993.
- 20) Mäkelä P: Alcohol consumption and suicide mortality by age among Finnish men, 1950-1991. *Addiction*, 91 (1): 101-112, 1996.
- 21) 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.
- 22) Nakaya N, Kikuchi N, Shimizu T, et al: Alcohol consumption and suicide mortality among Japanese men: the Ohsaki Study. *Alcohol*, 41 (7): 503-510, 2007.
- 23) 廣川聖子, 松本俊彦, 勝又陽太郎, 他: 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*, 18 (3): 341-351, 2010.

特集

物質使用障害の治療と予防

物質使用障害と自傷・自殺*

● 松本俊彦**

Key Words: substance use disorder, suicide, self-injury, suicide risk

はじめに

わが国の自殺による死亡者数は、1998年に3万人を超えて以降、13年間(本稿を執筆している2011年年末時点)にわたって高止まりのまま推移している。その背景にはバブル崩壊後に急増した多重債務や過重労働、さらに最近では、リーマン・ショック以後に問題化した雇用の悪化といった社会的要因の影響が大きいといわれている。こうした認識に基づいて、現在わが国では、自殺対策を精神保健的対策に限定せずに総合的・包括的な対策が進められてきた。自殺総合対策大綱において「総合」という言葉がついているのは、まさにそうした理由からであるが、その背景には、これまでの自殺対策があまりにも精神保健領域に偏っていたという反省があったのも事実である。

しかし、筆者自身は「それだけでは足りない」と考えている。わが国における精神保健的領域の自殺対策は「うつ病対策」と同義という印象があるが、精神保健的対策もまたそれ自体が「総合的なもの」とならなければならない。とりわけ疑問なのは、なぜかわが国では自殺対策の文脈でアルコール・薬物などの物質乱用・依存が取り

上げられてこなかったという事実である。海外の多くの自殺研究が、うつ病に次いで自殺との関連が深い精神障害として物質乱用・依存を取り上げ、WHOなどのガイドラインにおいても、物質乱用・依存は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。

わが国で物質乱用・依存と自殺との関係が看過されてきた理由はさまざまに考えられるが、その一つとして、精神科医療関係者がそのことを知らなかったことも関係しているように思う。そこで本稿では、物質乱用・依存と自殺との関連について先行研究の知見を整理し、今後の自殺対策の展開に関していくつか提言をさせていただきたい。

物質使用障害と自殺

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^{1)~5)}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⁶⁾でも、自殺既遂者の93%になん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ら⁷⁾が明らかにした、乱用物質の種類ごと

* Substance use disorder and suicidal behavior.

** Toshihiko MATSUMOTO, M.D., Ph.D.: 独立行政法人国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所(〒187-8553 東京都小平市小川東町4-1-1); National Institute of Mental Health, National Center of Neurology and Psychiatry, Kodaira, Tokyo 187-8553, Japan.

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 ⁸⁾ (1971) アルコール	清野 ⁹⁾ (1971) アルコール	斎藤 ¹⁰⁾ (1980) アルコール	松本桂樹 ¹¹⁾ (2000) アルコール	松本俊彦 ¹³⁾ (2009) アルコール	岡坂ら ¹²⁾ (2006) 薬物	松本俊彦 ¹³⁾ (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

の物質使用障害罹患者の標準化自殺死亡率では、鎮静剤・睡眠薬・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中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)^{8)~11)}。また、薬物使用障害についても岡坂ら¹²⁾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¹³⁾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。

さらに、川上¹⁴⁾による構造化面接を用いた地域住民調査(図1)では、物質使用障害と自殺関連事象との間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カ月の自殺念慮は、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一つがあるようであると考えられる。De Leoら¹⁵⁾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

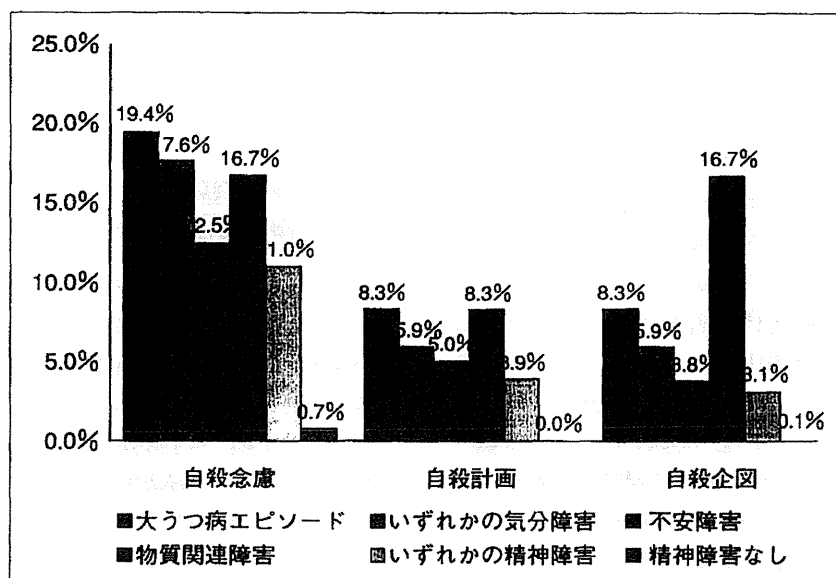


図1 地域住民における過去12カ月間の精神医学的診断(DSM-IV)別の自殺関連行動の頻度 (文献¹⁴⁾より引用改変)

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ら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%¹⁶⁾、自殺未遂によって救急医療機関に搬送された患者の40%¹⁷⁾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。

多量飲酒と自殺

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間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、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間の有意な正の相関が確認されており¹⁸⁾、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¹⁹⁾。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みられ²⁰⁾、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²¹⁾。フィンランドに至っては、個人の年間アルコール消費量が1リットル増えると、その年の男性の自殺死亡率は16%も高くなるというデータがある²²⁾。

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カ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間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みられたという²³⁾。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間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²²⁾。

わが国では、Akechiら²⁴⁾のコホート研究が、日本人における1日あ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「ときどき飲む」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。

さまざまな精神活性物質の中で、アルコールほど日本人の生活の中に深く浸透している物質はなく、飲酒はさまざまな社交や行事の中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。

薬物乱用と自傷

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²⁵⁾。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²⁶⁾のメタ分析によれば、10代における自傷行為の存在が10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。

自傷行為はさまざま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^{27)~29)}、Walsh²⁵⁾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みられることが明らかにされている³⁰⁾³¹⁾。

こうした自傷行為と物質使用との関係は、特定的人格傾向によらない直接的なものと考えられている。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^{32)~34)}。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³⁴⁾。事実、Linehan³⁵⁾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。

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13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³⁶⁾。

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、国をあげて自殺対策に取り組む体制が整った。その中で、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」)の中で、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³⁷⁾。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³⁸⁾では、自殺既遂者の21%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及んだ者が多かったことが明らかにされている。精神科通院中であった者もいたが、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1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21%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中で「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。

おわりに

以上、本稿では、アルコール・薬物の乱用・依存と自殺との関連について概説し、その知見に基づいて今後わが国の自殺対策の文脈の中で何が課題となるのかについて、筆者の私見を提示させていただいた。

あえて口幅ったいことをいわせていただければ、わが国の精神科医療は援助者が手をつけやすいところを中心に発展してきた印象が否めない。それは、たとえば一般精神科医療においては統合失調症であり、自殺対策においてはうつ病という、いずれも医学的モデルにはまりやすく医療者が共感しやすい病態ということである。その一方で、医療者として陰性感情を惹起される領域については精神科医療の苦手分野として放置されてきた。そして、そのような分野の一つとして物質乱用・依存がある。

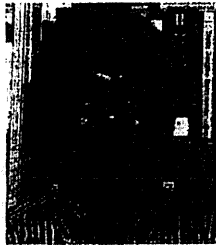
自殺予防のためには援助者が自らの苦手分野を克服する必要がある、というのが筆者の考えである。そのためには、精神保健的領域の自殺対策もまたそれ自体が「総合的なもの」となり、精神保健的支援全体の底上げがなされなければならない。筆者はそうように信じている。

文 献

- 1) Chynoweth R, Tonge JI, Armstrong J. Suicide in Brisbane : A retrospective psychosocial study. Aust N Z J Psychiatry 1980 ; 14 : 37-45.
- 2) Robins E, Murphy GE, Wilkinson RH, et al. Some clinical considerations in the prevention of suicide based on a study of 134 successful suicides. Am J Public Health 1959 ; 49 : 888-99.
- 3) Roy A. Characteristics of cocaine-dependent patients who attempt suicide. Am J Psychiatry 2001 ; 158 : 1215-9.
- 4) Roy A. Characteristics of opiate dependent patients who attempt suicide. J Clin Psychiatry 2001 ; 63 : 403-7.
- 5) Barraclough B, Bunch J, Nelson B, et al. A hundred cases of suicide : Clinical aspects. Br J Psychiatry 1974 ; 125 : 355-73.
- 6) Lönnqvist JK, Henriksson MM, Isometsä ET, et al. Mental disorders and suicide prevention. Psychiatry Clin Neurosci 1995 ; 49 Suppl 1 : S111-6.
- 7) Harris EC, Barraclough B. Suicide as an outcome for mental disorders. A meta-analysis. Br J Psychiatry 1997 ; 170 : 205-28.
- 8) 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 1990 ; 396 : 1141-5.
- 9) 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 1971 ; 13 : 901-9.
- 10) 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 1980 ; 82 : 786-92.
- 11) 松本桂樹, 世良守行, 米沢 宏, ほか. アルコール依存症者の自殺念慮と企図. アディクションと家族 2000 ; 17 : 218-23.
- 12) 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 2006 ; 41 : 39-58.
- 13) 松本俊彦, 小林桜児, 上條敦史, ほか. 物質使用障害患者における自殺念慮と自殺企図の経験. 精神医学 2009 ; 51 : 109-17.
- 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 2003 ; 52 : 254-60.
- 15) De Leo D, Evans R. Chapter 10 : The impact of substance abuse policies on suicide mortality. In : De Leo D, Evans R. International Suicide Rates and Prevention Strategies. Cambridge : Hogrefe & Huber ; 2004. p. 101-12.
- 16) Cheng AT. Mental illness and suicide. A case-control study in east Taiwan. Arch Gen Psychiatry 1995 ; 52 : 594-603.

- 17) Cherpitel CJ, Borges GL, Wilcox HC. Acute alcohol use and suicidal behavior : a review of the literature. *Alcohol Clin Exp Res* 2004 ; 28 (5 Suppl) : 18-28.
- 18) Wasserman D, Värnik A, Eklund G. Male suicides and alcohol consumption in the former USSR. *Acta Psychiatr Scand* 1994 ; 89 : 306-13.
- 19) Birckmayer J, Hemenway D. Minimum-age drinking laws and youth suicide, 1970-1990. *Am J Public Health* 1999 ; 89 : 1365-8.
- 20) Skog OJ. Alcohol and suicide in Denmark 1911-24 —experiences from a 'natural experiment'. *Addiction* 1993 ; 88 : 1189-93.
- 21) Skog OJ, Teixeira Z, Barrias J, et al. Alcohol and suicide : the Portuguese experience. *Addiction* 1995 ; 90 : 1053-61.
- 22) Makela P. Alcohol consumption and suicide mortality by age among Finnish men, 1950-1991. *Addiction* 1996 ; 91 : 101-12.
- 23) Ramstedt M. Alcohol and suicide in 14 European countries. *Addiction* 2001 ; 96 Suppl 1 : S59-75.
- 24) Akechi I, Iwasaki M, Uchitomi Y, et al. Alcohol consumption and suicide among middle aged men in Japan. *Br J Psychiatry* 2006 ; 188 : 231-6.
- 25) Walsh BW. *Treating Self-Injury*. New York : Guilford Press ; 2005. [松本俊彦, 山口亜希子, 小林桜児・訳. 自傷行為治療ガイド. 東京 : 金剛出版 ; 2007.]
- 26) Owens D, Horrocks J, House A. Fatal and non-fatal repetition of self-harm. Systematic review. *Br J Psychiatry* 2002 ; 181 : 193-9.
- 27) Lacey JH, Evans CD. The impulsivist : a multi-impulsive personality disorder. *Br J Addict* 1986 ; 81 : 641-9.
- 28) Pattison EM, Kahan J. The deliberate self-harm syndrome. *Am J Psychiatry* 1983 ; 140 : 867-87.
- 29) Matsumoto T, Azekawa T, Yamaguchi A, et al. Habitual self-mutilation in Japan. *Psychiatry Clin Neurosci* 2004 ; 58 : 191-8.
- 30) Matsumoto T, Yamaguchi A, Asami T, et al. Characteristics of self-cutters among male inmates : Association with bulimia and dissociation. *Psychiatry Clin Neurosci* 2005 ; 59 : 319-26.
- 31) Izutsu T, Shimotsu S, Matsumoto T, et al. Deliberate self-harm and childhood histories of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) in junior high school students. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2006 ; 14 : 1-5.
- 32) 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* 2005 ; 47 : 515-22.
- 33) Matsumoto T, Imamura F. Self-injury in Japanese junior and senior high-school students : Prevalence and association with substance use. *Psychiatry Clin Neurosci* 2008 ; 62 : 123-5.
- 34) Favazza AR. *Bodies Under Siege. Self-Mutilation and Body Modification in Culture and Psychiatry*. 2nd edition. Baltimore : 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. 東京 : 金剛出版 ; 2009.]
- 35) Linehan MM. *Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*. New York : Guilford Press ; 1993.
- 36) 内閣府. 平成23年版自殺対策白書. 東京 : 内閣府 ; 2011.
- 37) 内閣府. 平成20年版自殺対策白書. 東京 : 内閣府 ; 2008.
- 38) 赤澤正人, 松本俊彦, 勝又陽太郎, ほか. アルコール関連問題を抱えた自殺既遂者の心理社会的特徴 : 心理学的剖検を用いた検討. *日本アルコール・薬物医学会雑誌* 2010 ; 45 : 104-18.

Principles of treating patients with a suicide risk



Toshihiko MATSUMOTO

国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所自殺予防総合対策センター

○自利の危険性とは、自利の動機で自利の行動について考えることで、その危険性（リスク）を過小に評価し、必要以上にリスクを冒すこと、また、必要以上にリスクを回避すること、をいふ。また、必要以上にリスクを冒すこと、をめぐり議論をしたり叱責したりするのはなぜか。まず自利の動機でリスクを冒す行為は、専門的知識の範囲にすぎない。さらに、その「かならず」が、必ずしも「必ず」ではない。このようにして複数の援助者がそれぞれ援助回数を減らしていくと、結果的に必要な援助が提供できなくなる。援助の目的も十分に果たせない。結果的に、必要以上にリスクを冒すこと、をめぐり議論したり叱責したりすることが、自利の危険を回避するための方法となる。

心理的視野狹窄, “自殺しない契約”, 自殺潛在能力, 所屬感, 負擔感

医学のあゆみ Vol. 242 No. 3 2012. 7. 21 | 243

によって、これまで必死に秘密にしてきたことや個人的な恥や屈辱の体験に終止符が打たれる」という。もちろん、このことは自殺の考えを取り消すことを意味しないが、「この人とすこし話してみるかな」という気持ちにはなってくれる可能性が高く、関係性を構築するうえでの第一歩となる。

3. 「死にたい」という告白への対応の原則

① 告白に感謝する……自殺念慮に関する質問に対して、あるいは患者自身から「死にたい」という言葉が出てきたとき、訴えを軽視しないで真剣に向き合い、共感と支持、思いやり、そして支援を約束する姿勢が伝わるようことが大切である。そして慌てて騒ぐことなく、静かで穏やかな態度で、正直に自殺念慮を告白してくれたことをねぎらい、「自分の気持ちを正直に語ることはよいことである」というメッセージを伝える必要がある。

② 「自殺はいけない」はいけない……安易な励ましをしたり、やみくもな前進を唱えたりすべきではない。「残された人はどうするのだ」「家族の身になってみる」「死んではいけない」という叱責や批判、あるいは強引な説得も好ましいものではない。また、患者との間で“自殺の是非”をめぐる、いわば“神学論争”をすることは不毛であるばかりか、有害ですらある。「自殺はいけない」と決めつけられれば、患者はもはや正直に自殺念慮を語らなくなる。

③ 「死にたい」の意味を理解する……自殺がよいか悪いかはさておき、幸福のあまり自殺するという人はまれであり、多くの者は困難や苦痛ゆえに自殺を考えることは間違いない。だとすれば、「死にたい」という告白は、「困難や苦痛のせいで“死にたい”くらいつらいが、もしもその苦痛がすこしでも減じるのであれば、本当は生きたい」というメッセージと考えることができる。そして援助者としてのわれわれは、患者の話を傾聴しながら、その“耐えがたく、逃れられない”困難な問題がなにかを明らかにしなければならない。そのうえで、援助者は患者が抱える“困難”を軽減するという共通目的に関する治療同盟を確立することが望ましい。

自殺念慮を抱える者は“白か黒か”という硬直

した二者択一的思考をするなかで、心理的視野狭窄に陥っていることが多い⁵⁾。そのため、困難や苦痛に対する建設的かつ現実的な解決方法を思いつけなくなっていたり、そもそも支援資源に関する情報を知らないまま、絶望感に圧倒されてしまっている。

つなげること

1. 確実に支援資源につなげる

患者に必要な支援資源が判明し、精神科医療機関や、他の相談機関や援助機関(たとえば債務処理のための司法書士事務所、あるいは生活苦に対する福祉事務所など)を紹介する場合には、確実に患者につなげる配慮をしなければならない。というのも精神的に追い詰められた自殺念慮者は、注意力や判断力、記憶力が低下しており、援助者の指示をうわの空で聞き流していることがあるからである。また、自殺を考える者は自分にプラスとなることを実行するのに消極的となっていて、面接で同意しておきながら実際にはその助言どおりに実行しないこともある。

たとえ患者が精神科医療機関への受診に同意した場合でも、速やかに診察予約がとれなければ、結局、受診しないままとなってしまうかもしれない。精神科受診日までかなりの日数を要する場合には保健所や精神保健福祉センターと相談し、保健師が自宅を訪問するなどの対応が可能かどうか問い合わせるのも一法である。また、首尾よく受診しても紹介元のニーズがきちんと伝わらず、精神科医療機関で“自殺が切迫している状況”であることを踏まえた対応をしてもらえなかった場合には、患者は失望し通院を中断してしまう可能性がある。紹介先と緊密な連携と情報提供が必要である。

同じように、司法書士や公的相談機関につなげる場合にも同行する、本人と一緒に電話をかける、説明した内容の要点をメモにして渡すといった工夫が必要である。

2. 自殺念慮者の心性を踏まえたつながりを心がける

自殺念慮を抱く者の心理は両面的である。“死にたい”と訴えながら、“助けを求める気持ち”と

“助かりたくない気持ち”が同時に存在しているのである。前者ゆえに、その言動は時として演技的・操作的なものにみえてしまい、援助者の陰性逆転移を引き起こしてしまう可能性がある。その一方で、後者は援助者の助言や指示に従わない態度として現れ、援助者の管理的・支配的な態度を引き出してしまうかもしれない。そのような場合、患者が援助者に心を閉ざすようになり、結果的に自殺のリスク評価が困難となってしまうことがある。

3. できるかぎり同意を得る努力をすること

自殺を考える者は自尊心が低下した状態にあるだけでなく、自己効力感も低下し、「自分にはこの困難や苦痛をどうすることもできない」という無力感に苛まれている。こうした状況のなかで、たとえば本人の意向を無視して周囲の判断だけで支援を進めれば、かえって本人の無力感を強めることとなる。したがって、相談機関の紹介や治療・援助方針の策定、あるいは家族や医療機関などへの情報照会にあたっては、できるかぎり患者の同意を得るように努め、協働的な援助関係の構築に努める。

4. 入院の功罪について慎重に検討する

自傷・自殺のおそれは精神科病棟への非自発的入院の要件であり、入院には患者を自殺行動から物理的に保護するという機能がある。しかし、ChilesとStrosahl¹⁾は「精神科病院への入院が自殺を減らすというエビデンスはなく、自殺は他のいかなる施設よりも精神科病棟で起こっている」と述べ、精神科入院がもたらす医原性の副作用について警告している。というのも非自発的入院という、いわば“自己決定権の剝奪体験”が退院後の患者の自殺リスクをかえって高めてしまうことがあり、また、入院という、保護的な環境において周囲の同情や配慮を得やすい状況を得る体験が、患者の自殺行動を不適切に強化してしまうこともあるからだという。

誤解しないでほしいが、著者はけっして、入院治療が無意味である、あるいは回避すべきと主張しているのではない。精神科病棟は薬物療法に反応しやすい精神症状を集中的に改善させるのには最適な環境であり、入院中に患者の安全を確保

した状況で、家族内葛藤の解決や職場との調整を進めるための時間をつくりだすことができる。しかし、背景にある現実的な困難や苦痛を軽減するためのソーシャルワークをしないで、あくまでも医療者や家族の安心のために、“物理的に行動を制限する”だけ、あるいは単に治療薬の増量のみがなされるだけの入院を繰り返すのは意味がなく、かえって退院直後の自殺リスクを高めてしまうこともある。

5. 守秘の原則は適用されない

“協働的”というのと矛盾するようであるが、自殺念慮者や自殺未遂者の援助においては守秘義務の原則は適用されないことも強調しておきたい。患者自身が「このことは家族にはいわないでください」と訴えた場合には、「あなたを守るためにそれが必要である」ことを粘り強く説明する必要がある。もしも家族と連絡をとらないまま対応し、その後まもなく自殺既遂あるいは再企図となった場合の訴訟リスクは大きい。

なお、家族に知られたいくと主張する患者に対してはかならずその理由を確認すべきである。自殺を考えているという事実よりも、家族の反応——患者を頭ごなしに叱責したり、あるいは家族が過度に自責したり本気に受け取らない可能性を危惧していることが、患者が家族に知られたい理由であることが少なくない。その場合にはそのような患者の思いに十分に配慮し、たんに事実を告知するだけでなく、家族に対する心理教育や情報提供が必要である。

6. “自殺しない契約 (No suicide contract/Suicide prevention contract)”

① 次回までの時限的契約……協働作業を通じて困難を軽減するための方針が患者との間で共有され、しかるべき“つなぎ”の方策もみえてきたところで、患者に“自殺しない契約”を求めることとなる。といっても「このまずっと自殺はしない」という漠然とした契約はそれ自体がナンセンスである。この契約はあくまでも次回の面接予約を前提とする“時限的契約”であり、面接のたびに確認されるべきものである。

② 自殺のリスクアセスメントツールではない……この“契約”によって確認されるのは「自殺

念慮がない」「自殺の危険がない」ということではなく、「自殺したくなったらかならず連絡する」という、援助者との治療同盟である。

③ “自殺しない契約”の問題点……Simon⁶⁾とShea⁴⁾は、その有効性に関する何らのエビデンスもないにもかかわらず、あまりにもこの“契約”が臨床現場で過大評価されていることを問題視している。ルーチン業務として行われる“自殺しない契約”にはたんに医療関係者の不安を軽減する以上の効果はないと心得るべきであろう。実際、この契約に同意した後で自殺企図に及んだ患者は意外に多く、また自殺意図の高い患者の場合には表面的に同意することで、その意図を悟られないようにすることもまれではないという⁴⁾。

④ 治療同盟が前提……“自殺しない契約”は、継続的な援助関係と信頼できる治療同盟を前提としてはじめて治療的な意味をもつ。そして治療同盟とは患者との協働によって多くの時間を共有することで——あるいはこれから共有していくことの合意を前提として——構築されるものである。

したがって、たとえば、患者との継続的治療関係をもつ予定がない救急外来の医療者やリエゾン精神科医が単回の介入のなかで事務的にこの“契約”を持ち出しても、効果はほとんど期待できない⁶⁾。ましてや、自殺念慮の背景にある現実的困難や苦痛に関心を持とうとせずに、医療者が単にこの“契約”だけを患者に求めるのはむしろ有害と考えなければならない。

なお、“自殺しない契約”は法的な契約ではなく、あくまでも臨床上の契約である。したがって、臨床家を訴訟上の責任追及から守るものではない³⁾。

見まもること

1. つなげた後にも会い続けること

自殺のリスクに“気づき”，そして“つなぐ”ことに成功したからといって，作業はまだ終了ではない。たとえば，かかりつけ医が精神科医療機関へと紹介したとしても，かかりつけ医のところで引き続きフォローをすること，すなわち“見まもる”ことが望ましい。

理由は2つある。ひとつは前節で述べたように，

“自殺しない契約”が有効に機能するためには“次の面接予約”が必須だからである。そして，もうひとつは援助の中断を防ぐ目的からである。つまり，せっかくかかりつけ医が精神科医療機関を紹介しても結局受診しなかったり，なんとか受診こそしたものの，“相性が悪い”などといった理由で精神科通院を中断してしまったりするという事態はけっしてまれではない。そうした場合，かかりつけ医とつながり続けていることで援助が中断せずにすみ，改めて別の精神科医療機関を紹介することも可能である。

言い換えれば，自殺リスクの高い人に対しては，さまざまな分野にわたる複数の援助者がそれぞれ複数回ずつ会い続ける必要があるということになる。そして一度「死にたい」と訴えた人は，その後しばらくは本人がなにも訴えなくなっていたとしても折に触れて自殺念慮について尋ねるように心がける必要がある。

2. 自殺の対人関係理論

自殺対人関係理論を提唱しているアメリカの精神科医 Joiner²⁾は，人を自殺に至らしめる究極的な危険因子としてつぎの3つの要因をあげている。

第1に，“獲得された自殺潜在能力”である。すなわち，自傷行為や自殺企図，あるいは拒食や過食・嘔吐，アルコール薬物乱用で身体を痛めつける体験を繰り返す人は，こうした体験を通じて身体的疼痛に対する鈍感さ，自殺に対する恐怖感の乏しさを獲得してしまう。第2に，“所属感の減少”である。これは人とのつながりが少ないという感覚，孤立感を意味する。そして最後に，“負担感の知覚”である。これは，「自分が生きていることが周囲の迷惑になっている」という認識である。

それでは自殺の危険が高い患者を目の前にした場合，医療者はこの3つの要因とどのように向き合えばよいであろうか。実は，“獲得された自殺潜在能力”を改善するには非常に長い期間を要する。比較的短期間の介入で変化しうるのは“所属感の減少”と“負担感の知覚”である。“負担感の知覚”の背後には，しばしば罪業妄想を引き起こす精神疾患が存在していたり，整理すべき債務や経済的困難な状況，さらには調整を要する家庭内あるいは職場内の人間関係が存在する。これらはい

ずれも、まさしく“つなぎ”を要する問題といえよう。

それでは、かかりつけ医や一般診療科のコメント自身ができることはなんだろうか。それはおそらく“所属感の減少”に対する介入である。具体的にはすでに述べたように、“自殺の是非”をめぐる議論を避け、まずは患者の話を傾聴し、“次回の予約をとる”という介入は、患者に“受容された”という感覚をもたらし、“所属感の減少”を減少させるはずである。

おわりに

すでに述べたように、自殺リスクの高い人に対してはさまざまな分野にわたる複数の援助者が、それぞれ複数回ずつ会い続ける必要がある。言い換えれば、「気づき、つながり、見まもりあう」関係性が文字どおり網の目のように張りめぐらされ、患者の周囲に“いのちのセーフティネット”がつくり上げられる必要がある。

もちろん限界はある。精神科医を含めて自殺予防に対して万能な医療者などおらず、どのような手を尽くしても防ぎえない自殺は存在する。しかしその一方で、ささやかな努力でも防ぎ得る自殺があるのもまた事実である。たとえば、サンフランシスコのゴールデンゲートブリッジにおいて明らかな自殺の意図があるとして強制的に保護さ

れた者のうち、9割以上の者が数年後も生存していたという指摘がある²⁾。

著者は、医療機関のあらゆる診療科であらゆる職種の者が、それぞれにできる“気づき、つなぎ、見まもり”を実践することだけでも、自殺予防に十分に効果が発揮されるにちがいないと確信している。

文献

- 1) Chiles, J. A. and Strosahl, K. D.: Clinical manual for assessment and treatment of suicidal patients. American Psychiatric Publ., Washington DC, 2005. [J・A・チャイルズ, K・D・ストローザル: 自殺予防臨床マニュアル(高橋祥友訳). 星和書店, 2008.]
- 2) Joiner, T. E. et al.: The Interpersonal Theory of Suicide: Guidance for Working With Suicidal Clients. American Psychological Association. Washington DC, 2009. [北村俊則(監訳): 自殺の対人関係理論—予防・治療の実践マニュアル. 日本評論社, 2011.]
- 3) Kessler, R. C. et al.: Prevalence of and risk factors for lifetime suicide attempts in National Comorbidity Survey. *Arch. Gen. Psychiatry*, **56**: 617-626, 1999.
- 4) Shea, C. S.: The Practical Art of Suicide Assessment. Wiley, New York, 1999.
- 5) Shneidman, E. S.: Definition of Suicide. Wiley, New York, 1985.
- 6) Simon, R. I.: Assessing and Managing Suicide Risk: Guidelines for clinically based risk management. American Psychiatric Publ., Washington DC, 2004.

* * *

<こころの問題に取り組む>

自殺予防とヘルスプロモーション

松本俊彦*

はじめに

わが国では、1998 年より自殺者総数が突如として急増して 3 万人をこえ、以後、14 年間高止まりのまま推移している。こうしたなかで、自殺急増の中心層である中高年男性をターゲットとした、自殺予防のためのヘルスプロモーションがさまざまに展開されてきた。なかでも、「自ら精神的不調を認めたがらない」という中高年男性の心性をふまえて、あえて「不眠」に焦点を絞った「睡眠キャンペーン」は、うつ病の早期発見・早期治療を促す方法として非常に明快なプロモーション戦略といえる。

それに比べると、若年者をターゲットとしたヘルスプロモーションはいまだ迷走を続けている。実際、文部科学省は教師向けの自殺予防マニュアルこそ作成したものの、児童・生徒に対する自殺予防教育に関しては明確な指針を提示できないように思われる。一部の学校では、自殺予防教育と称して生徒に「命の大切さ」に関する講話が実施されているが、これは道徳教育であってヘルスプロモーションではない。そもそもこの種の道徳教育を行う際に、自殺リスクの高い子どもを「不道徳者」として孤立させ、援助資源へのアクセスを困難にしてしまう危険がどこまで考慮されているのか疑問である。

それでは、子どもに対する自殺予防のためのヘルスプロモーションは、どのような切り口から行ったらよいのであろうか？ かねてより筆者は自傷行為に焦点をおいたヘルスプロモーションを提唱してきたが、本稿では、そのような筆者なりのヘルスプロモーションのあり方を提案してみたい。

I. 自傷行為の実態

リストカットなどの非致死的な自傷行為は、いまや学校保健における主要な課題の一つとなっている。筆者らの調査によれば、中学生・高校生の約 10% (男子 7.5%, 女子 12.1%) に、刃物で故意に自らの身体を切った経験があることが明らかにされており¹⁾、この割合は西欧諸国とほぼ同水準である (表)。

表 思春期の子どもたちにおける自傷経験率の国際比較

国 名	自傷行為の生涯経験率	
	男子 (%)	女子 (%)
英国	4.6	16.9
アイルランド	4.9	13.5
オランダ	2.5	5.9
ベルギー	6.8	15.6
ノルウェー	4.3	15.3
ハンガリー	3.2	10.1
オーストラリア	3.3	17.1
<参考> 日本 (文献 1)	7.5	12.1

(Hawton ら⁶⁾ 2006 より一部改変)

Matsumoto Toshihiko

* 国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所
薬物依存研究部/自殺予防総合対策センター
〒187-8553 小平市小川東町 4-1-1
TEL 042-341-2711 FAX 042-344-6745
E-mail: tmatsu@ncnp.go.jp

しかし、周囲にいる大人たちは、意外なほど子どもの自傷行為に気づいていない。平成 18 (2006) 年度学校保健会が実施した、「保健室利用状況に関する調査」によれば、学校が把握してい

る自傷行為をする生徒の割合はわずかに 0.33～0.37%でしかないのである。このことは、実際に存在する自傷行為のうち、大人に気づかされているのは全体の約 1/30 でしかないことを意味している²⁾。

Ⅱ. なぜ自傷行為におよぶのか

自傷行為の多くは、通常、激しい怒りや不安、緊張、気分の落ち込みといったつらい感情を緩和するために行われる。つまり、自傷行為とは、自殺以外の目的から、「これくらいであれば死なないだろう」という非致死性の予測のもとに、客観的にも致死性の低い手段を用いて、自らの身体を傷つける行為なのである³⁾。その意味では、「死ぬこと」を目的として、「これくらいやれば死ぬだろう」という致死性の予測のもとに、自らの身体を傷つける自殺企図とは、明らかに異なる行為といえる。

もちろん、援助者の多くは、自傷行為が自殺企図とは性質の異なるものであることは直感的に理解している。しかし、このことは必ずしも自傷行為を正しく理解していることを意味していない。というのも、くり返されるリストカットなどの自傷行為を、「誰かの気を惹くために」行われる、いわば人騒がせな、演技的・操作的行動と思込んでいる援助者が意外に多いからである。

実際には、典型的な自傷行為は、一人きりの状況で行われ、周囲の誰にも告白されない傾向がある。このことは、自傷行為が、しばしば誤解されているような、「人の気を惹くためのアピールの行動」とは本質的に異なり、むしろ「孤独な対処行動」と理解すべきであることを意味している。いいかえれば、自傷行為とは、本来は、誰に助けを求めたり相談したりするべきところを、自分ひとりで苦痛を解決しようとする、いわば援助希求能力の乏しさを反映する行動と考えることができるであろう。

自傷行為は、身体に痛みを加えることで心の痛みを鎮め、さらには、封印してしまう方法でもある。実際、「もう何年も涙を流したことがない」、「すごく悲しいときにも涙が出ない」と語る、自

傷する若者たちはめずらしくない。

自傷による「心の痛み」の鎮痛効果は、何よりもその簡便さと即効性において優れている。たとえば、侮辱されたり無視されたりすることによる苦痛に対しては、直接、加害者に対して、「そういう態度はやめてほしい」と改善を求めるのが、本来、建設的かつ根本的な解決策であるはずである。しかしその反面、この方法は、相手が圧倒的に強い存在であったり、改善を求めるとかえって事態が悪化することが危惧されたりする場合には、リスクの高い方法でもある。

そのような場合、自傷することによって、ある種の人たちはすみやかに苦痛を感じている意識状態を変容させることができるのである。事実、ある研究は、自傷をくり返す者の場合、自傷直後には血液中の脳内麻薬様物質（エンケファリンやβ-エンドルフィン）の濃度が上昇していることを明らかにしている⁴⁾。つまり、自傷行為には、「耐え難い心の痛み」に対する鎮痛効果がある。このような効果ゆえに、自傷行為はくり返されるなかで次第に手放せないものとなり、それなしでは生きることがむずかしくなってしまう事態も生じうる。

Ⅲ. 自傷行為の問題点と自殺との関係

すでに述べたように、少なくとも短期的には自殺とは明確に異なる自傷行為であるが、しかし、2点ほど深刻な問題点がある。一つは、結局のところそれは一時しのぎにすぎず、困難に対する根本的、建設的な解決を怠ってしまうために、長期間にはかえって事態が複雑化・深刻化してしまうことが少なくない、という点である。もう一つは、自傷行為は、くり返されるうちに麻薬と同じく耐性を獲得し、それに伴ってエスカレートしてしまいやすい、という点である。そして、この耐性獲得の結果、当初と同じ程度の「鎮痛効果」を得るために、自傷の頻度や強度を高めざるをえなくなってしまう。最終的には「切ってもつらいが、切らなきゃなおつらい」という事態にいたると、「消えたい」、「死にたい」という考えを抱く若者が少なくない³⁾。

要するに、自傷とは「生き延びるために」くり返されながら、逆説的に死をたぐり寄せてしまう行動なのである。実際、十代において自傷した経験のある者は、そうでない者に比べて10年後の自殺既遂によって死亡するリスクが数百倍高くなることが知られている⁵⁾。このことは、たとえ「リストカットじゃ死なない」といえたとしても、「リストカットをする奴は死なない」とはいえないことを示している。

IV. 最大のゲートキーパーは友だちである

すでに述べたように、横断的な現象面だけに注目すれば、自傷行為は自殺とは峻別される行動であるが、自傷行為を放置、黙認してよいはずはない。ある研究¹⁴⁾によれば、たとえ非致死的な意図によるものであっても、十代における自傷経験は、10年後における自殺既遂による死亡リスクを数百倍に高めるともいう。その意味では、若者の自傷予防は、それ自体、将来の自殺予防という点で重要な意義がある。

とはいえ、「自分を傷つけるのはくダメ、ゼツタイ>」といった自傷予防教育は好ましいものとはいえない。なぜなら、若者の10%はすでに自傷経験がある。もしも、自傷行為を非難する予防教育を行えば、自傷経験のある若者は孤立を深め、ますます周囲に相談できなくなってしまうであろう。Hawton が率いる自殺予防研究チーム⁶⁾は、自傷行為に及ぶ若者のほとんどは、自らの自傷行為について、親や教師、あるいはカウンセラーといった、責任をもって彼らを支援してくれる大人に相談せず、友人だけにしか告白しない傾向があると指摘している(図)。

実際、彼らが友人たちに自傷行為を告白する際は、決まって「絶対に先生や親に言わないで」という条件つきで語られる。その結果、友人たちのなかには、自傷行為のグロテスクさに恐れをなして本人を避けるようになったしまう者がいるかもしれない。あるいは、「誰にも言わないで」という言葉に縛られてひとりで悶々と問題を抱え込んだり、さらには、あくまでも善意から「私を友だちだと思ふなら、もう自傷しないって約束して」

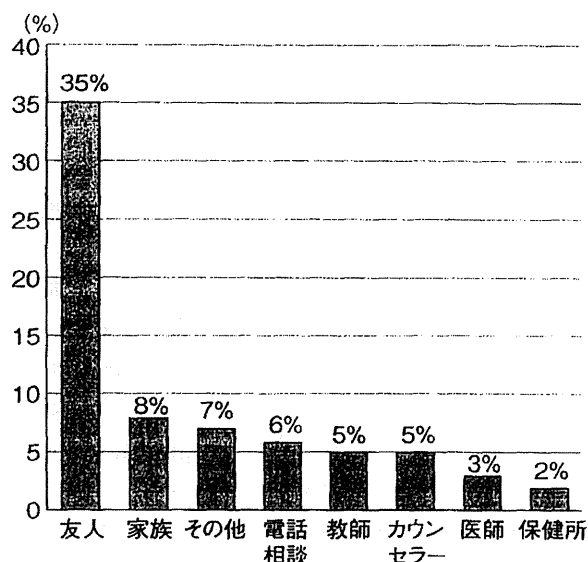


図 「自傷経験を誰に告白・相談したことがありますか？」 (Hawton ら⁶⁾, 2006)

などと、できない約束を一方的に押しつけて、かえって自傷する若者を追い詰めてしまう者もいるであろう。また、本人の自傷にふりまわされるなかで、今度は友人までもが自傷行為に及ぶようになる、といった伝染現象が生じることも珍しくない。

要するに、自傷する児童・生徒の一番のゲートキーパーは友人であるが、自傷の発見が友人だけにとどまるかぎり、かえって本人が孤立してしまったり、自傷行為がかえって広がったりしてしまい、適切な支援には結びつかないことが多いのである。

V. マサチューセッツ州における試み

そのような認識から、米国マサチューセッツ州では、「ACT プログラム」という自傷予防プログラムが実施されている⁷⁾。そのプログラムでは、次のことが強調されている。「自傷は決してまれなことではない。もちろん、つらさを紛らわすのに最善の方法ではないが、最悪のことではない。それは助けを求めるサインなのである。だから、友人が自傷行為をしているのに気づいたら、決して見て見ぬふりをせずに、その人に関わり、「あなたの助けになりたい」と伝え、信頼できる大人

につなげよう。もしも友人から「秘密にして」と頼まれても、その通りにしてはいけない。彼らには専門家の助けが必要である」。

こうしたメッセージは、「Acknowledge (気づき)」、「Care (かかわり)」、「Tell (つなぎ)」という3つの単語に要約されている。このプログラムで用いられる、生徒向けの15分ほどの映画では、この3つの単語の頭文字をとった「ACT」というスローガンが、わかりやすく、そして印象的にくり返される構成となっている。このことからわかるように、「ACTプログラム」は、「自分を大切にしなければならない」などといった道德教育とはまったく異なり、若者の援助希求能力を高めることに主眼においているのである。

もっとも、この「ACT」が期待どおりに機能するには、大人たちへの教育が不可欠である。保護者や教師などの一般の大人は、ともすれば自傷行為という表層の問題行動を禁止することだけに固執しがちであるが、自傷以外に有効な対処スキルを知らない若者たちは、単なる叱責や説教に遭遇する体験を重ねると、ますます自分から援助を求められなくなってしまうものである。このため、このプログラムは、生徒だけでなく、教師や保護者に対しても実施されなければならないし、大人たちが若者から渡された「援助希求のバトン」をしかるべき専門家につなげられるような体制整備が前提となる。

おわりに—「故意に自分の健康を害する」症候群に対する健康教育

思春期の若者たちにおいて、自傷行為は飲酒・喫煙の習慣や薬物乱用のリスクといった精神作用物質の使用、あるいは、拒食や過食などといった食行動異常と密接に関連している。いずれも、1回の行動だけで深刻な健康被害をもたらすことはないものの、くり返し行われるなかでその弊害が身体に蓄積し、健康を損なう危険がある。

実は、自傷行為をする若者にしばしばみられる、こうした「健康を害する」行動は、物質乱用や食行動異常だけにとどまらない広がりをもっている。Walsh⁸⁾によれば、15歳以下の女性の習慣

性自傷者は平均8~9名の相手とセックスした経験があるといい、筆者自身の臨床経験でも、援助交際などの不特定多数とのセックス、あるいは、避妊しないセックスといった、性的危険行動をくり返す女性の自傷患者は珍しくない。もちろん、こうした行動によってただちに健康が損なわれるわけではないものの、性感染症への罹患や、深刻な犯罪に巻き込まれる危険がある。その意味では、本人がどこまでそれを自覚しているかは別にして、広義の自傷行為と捉えることが可能である。

筆者は、自傷行為だけではなく、物質乱用や摂食障害、さらにはさまざまな危険な行動によって自らの健康を損い脅かす一連の行動を、《「故意に自分の健康を害する」症候群》という言葉で一括し、これをターゲットとした総合的な健康教育を、学校という、一度に多くの若者にアクセスできる場で行ってほしいと願っている。具体的にいえば、彼らの「故意に自分の健康を害する」行動を、「死んではいけない」、「命を粗末にしてはいけない」と禁止されるような非倫理的もしくは背德的行動としてではなく、メンタルヘルス問題として、「もしも友人がこれらの問題を抱えていたら、どのようにして助けてあげたらよいのか？」を学ぶプログラムである。その際、核となるスローガンは、最も深刻な「故意に自分の健康を害する」とは、自傷行為でも薬物乱用でもなく、「悩みを抱えたときに誰にも相談しないことである」となろう。

最近の研究は、思春期の若者の場合、自傷行為はもちろんのこと、飲酒や喫煙、薬物乱用、摂食障害、性的逸脱行動といったさまざまな問題行動は、いずれも近い将来における自殺行動と密接に関連していることを明らかにしている⁹⁾。筆者は、こうしたプログラムこそが、従来、自殺予防教育の名のもとに行われてきた道德教育に代わる、真の自殺予防プログラムになると信じている。

文 献

- 1) Matsumoto T, Imamura F: Self-injury in Japanese junior and senior high-school students:

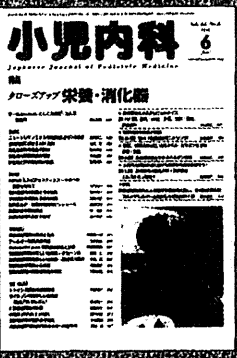
Key Points

- ① 道徳教育の文脈で行われる自殺予防教育は、自殺リスクの高い子どもを孤立させ、援助資源へのアクセスを困難にしてしまう危険がある。
- ② 自傷行為は、感情的苦痛に対処するために非致死性の予測のもとに行われるという点で、自殺とは峻別されるべき行動であるが、長期的には自殺の危険因子である。
- ③ 自殺予防のためのヘルスプロモーションは、子どもたちの援助希求能力を高めることに主眼をおいた、総合的な健康教育であるべきである。

Prevalence and association with substance use. *Psychiatry Clin Neurosci* 62 : 123-125, 2008

- 2) 日本学校保健会：保健室利用状況に関する調査報告書 18 年度調査結果，日本学校保健会，東京，2008
- 3) 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

- 4) Coid J, Allolio B, Rees LH : Raised plasma metenkephalin in patients who habitually mutilate themselves. *Lancet* 2 (8349) : 545-546, 1983
- 5) Owens D, Horrocks J, House A : Fatal and non fatal repetition of self-harm. Systematic review. *Br J Psychiatry* 181 : 193-199, 2002
- 6) Hawton K, Rodham K, Evans E : By Their Own Young Hand : Deliberate Self-harm and Suicidal Ideas in Adolescents, Jessica Kingsley Publisher, London, pp94-116, 2006 (松本俊彦・河西千秋監訳：自傷と自殺―思春期における予防と介入の手引き，金剛出版，東京，2008)
- 7) Jacobs D, Walsh B, McDade M, et al : Signs of self-injury : ACT to prevent self-injury high school implementation guide and resources, Screening for Mental Health, Inc. and The Bridge of Central MA, 2007 (松本俊彦 監訳：学校における自傷予防～「自傷のサイン」プログラム実施マニュアル，金剛出版，東京，2010)
- 8) Walsh BW : Treating self-injury. Guilford Press, New York, 2005 (松本俊彦，他訳；BW ウォルシュ著：自傷行為治療ガイド，金剛出版，東京，2007)
- 9) Miller TR, Taylor DM : Adolescent suicidality : Who will ideate, who will act ? *Suicide Life Threat Behav* 35 : 425-435, 2005



好評発売中

東京医学社

〒101-0051 東京都千代田区神田神保町2-20-13 Y's コーラルビル TEL 03-3265-3551 FAX 03-3265-2750
E-mail : hanbai@tokyo-igakusha.co.jp URL : http://www.tokyo-igakusha.co.jp/

■第31回日本社会精神医学会(東京): コアシンポジウムⅢ「問題行動の精神病理学」

自殺対策から見えてくる精神科医療のこれから

松本俊彦

「精神科に行こう!」キャンペーン

わが国の自殺による死亡者数は、1998年に3万人を超えて以降、14年間にわたって高止まりのまま推移している。その背景にはバブル崩壊後に急増した多重債務や過重労働といった社会経済的要因の影響が指摘されてきた。そのような認識にもとづいて、自殺総合対策大綱では、メンタルヘルス対策にとどまらない、社会経済的対策も視野に入れた総合的な対策の必要性が謳われている。

それはそうであろう。いかにすばらしい抗うつ薬といえども、多重債務には無力だ。もしも多重債務のことなどきれいさっぱり忘れてしまえる抗うつ薬があるとすれば、それはきわめて危険なクスリに違いない。

しかし、だからといって、自殺予防においてメンタルヘルス対策が不要なわけではない。海外の心理学的剖検調査¹⁾によれば、自殺既遂による死亡者の9割以上は、死の直前にうつ病などの精神障害に罹患していたと推測されており、にもかかわらず、その大半が精神科医療につながっていなかったことが明らかにされている。このことは、

困難や苦痛の原因が家族関係の問題、あるいは、多重債務や過重労働、パワハラ、セクハラであったとしても、自殺に至る最終共通経路はメンタルヘルス問題であることを意味している。

そんなわけで、わが国の自殺対策は、結局、うつ病の早期発見、早期治療というメンタルヘルス対策を軸に推進されている。すでに2007年より、かかりつけ医が患者を精神科医に紹介すると、かかりつけ医が儲かる仕組みができていますし(「精神科医療連携加算」)、地域住民に対する精神科医療に対する偏見除去も大規模に進められている。たとえば、国から分配された、3年間で全国総計100億円という、地域自殺対策緊急強化基金を活用して、各地で大量の自殺対策グッズが作られた。「うつ病は心の風邪、早めに受診を」「悩んだらためらわずに相談を」などと印刷されたリーフレットやティッシュ、うちわ、携帯電話のストラップ……なかには、指先を当てると色調が変化してうつかどうか判別できる、「ストレス体温計」なる啓発資材まである。

それにしても、自殺予防関連の啓発活動の陽気さはどうにかならないものでしょうか? 各地で「うつ経験者」の有名タレントを招聘した講演会が開催されるたびに、キャンペーン用の派手なおそろいのTシャツやウィンドブレーカーを着た自治体職員が、笑顔で講演参加者に自殺予防グッズを配付している。いまにも露店が立ち並びそうなほど祝祭的なキャンペーンである。そう考えてみれば、某官庁が、自殺対策強化月間のキャッチコピーとしてアイドルグループの名前をもじった言葉を考えついたのも、ある意味で必然的な流れ、十分に予想された事態であったという気もする。

英文タイトル: The Problems of Psychiatric Service in Japan, Required for Suicide Prevention

著者連絡先: 松本俊彦(国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所)

〒187-8553 東京都小平市小川東町4-1-1

TEL: 042-346-1861 FAX: 042-346-1944

E-mail: tmatsu@ncnp.go.jp

Corresponding author: Toshihiko Matsumoto

National Institute of Mental Health, National Center of Neurology and Psychiatry

4-1-1 Ogawa-Higashi, Kodaira, Tokyo 187-8553, Japan

独立行政法人 国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所

Toshihiko Matsumoto: National Institute of Mental Health, National Center of Neurology and Psychiatry

精神科医療は本当に自殺を予防できるのか？

正直に告白すれば、筆者はかねてよりこの無邪気なキャンペーンを苦々しく感じてきた。というのも、現在の精神科医療は、キャンペーンによって精神科医療に対する期待感を煽られた人たちを満足させるだけのサービスを提供できないからだ。

今日、都市部の精神科外来はどこも患者でごった返し、一人ひとりの患者に対して丁寧に時間をかけて話を聞くことなど夢のまた夢である。どこでも、現行の通院・在宅精神療法の算定基準でも経営効率のよい、「5分ちょっとの診察時間で、30分間に4~5人の患者を捌く」のに必死である。したがって、診察室でのやりとりは、どうしても「夜眠れているか？ 飯食っているか？ 歯磨いたか？ また来週……」という「ドリフターズ診療」とならざるを得ない。当然、短い時間では問題の解決策が見当たらないことも多々あるが、そんなときには、「とりあえずお薬を追加しましょう」と曖昧な方針を示して、診察を強制終了させるしかない。もしも患者が「実は彼氏のことで悩んでいて……」などと切り出して延長戦を挑んできた場合には、にっこり微笑んで、「ここは、人生相談の場所ではありませんよ」とたしなめる。

しかし、本当にこれでよいのだろうか？ こういった診療で、何らかの困難を抱えて自殺を考えるほど追い詰められた人間を助けることができるのだろうか？

衝撃的な事実がある。最近行われた自殺既遂者の調査は、その多くが自殺時点で精神科治療中であつたことを明らかにしている。我々が実施した心理学的剖検調査²⁾では自殺既遂者の46%が、また、東京都が独自に実施した自殺者遺族に対する聞き取り調査¹⁰⁾では52%が、それぞれ精神科治療中であつたのだ。いずれの調査も対象の代表性に限界があるのでそのまま鵜呑みにはできないものの、少なくともわが国では、従来いわれてきた、「自殺既遂者の多くが精神科治療を受けていない」という説は神話ではないか、という疑念も沸いてくる。

もう一つ驚くべき知見がある。我々の心理学的

剖検研究²⁾では、精神科治療中の自殺既遂者の多くが、縊首や飛び降りといった最期の致死的行動の直前に、処方されていた治療薬を過量摂取していたことが明らかになったのだ。このことは、そうした自殺既遂者は、過量服薬による酩酊状態もしくは脱抑制状態のなかで自殺行動に至った可能性を示唆している。これでは、精神科医が向精神薬を処方したことが、結果的に自殺行動を補助したという誹りを受けかねない。

実際、過量服薬は、以前から救急医療関係者にとって頭痛の種であつた。筆者自身、怒りに打ち震える救急医から、「精神科クリニックが増えても、自殺は減らずに、過量服薬患者ばかりが増えているじゃねえか」と吐き捨てられたことが何度かある。事実、精神科診療所数の増加に伴い、過量服薬によって救命救急センターに搬送されてくる自殺企図患者も増加したという報告も存在する⁸⁾。

過量服薬だけではない。ベンゾジアゼピン系の抗不安薬・睡眠薬を中心とする向精神薬は、いまや有機溶剤を追い抜いて覚せい剤に次ぐ第2位の乱用薬物となっている。我々が1987年以降隔年で実施してきた、全国有床精神科医療施設における薬物関連障害の実態調査⁵⁾によれば、1996年には全薬物依存患者の5.6%を占めるにすぎなかった向精神薬依存患者は、2010年には3倍以上の17.7%にまで増加している。しかも、向精神薬依存患者の8割近くが、乱用する向精神薬の入手先として、「身体科医師」でも「インターネット」でもなく、「精神科医師」をあげている。精神科医の多くは知らないだろうが、向精神薬依存者に苦慮する薬物依存回復施設では、すでに精神科医は「白衣を着た売人」と呼ばれているのである³⁾。

薬物療法の隆盛と『南条あや』

筆者は、わが国の精神科医療は、2000年前後を境に、新しい時代に突入したと考えている。その動きは、1999年から2000年にかけて fluvoxamine と paroxetine が相次いで国内販売を認可されたことに端を発している。SSRI 発売を境に

精神科通院患者が急激に増加し、うつ病と診断される患者の数も一気に増えているが⁹⁾、このことは、精神科が「儲かる」診療科となったことを意味する。事実、それ以降、精神科クリニックは急増し、文字通り、「精神科バブル」の時代に突入した。

しかし、その動きと併行して患者側の意識変化も生じていた。その最たる例が、精神科受診を恥じるのではなく、むしろ自らのアイデンティティの拠り所にしようとする一群の患者たちだ。そうした患者の多くは、リストカットを繰り返し、「南条あや」という人物をカリスマと仰いでいた。彼らは、親世代(多くは団塊の世代であった)との齟齬に由来する「生きづらさ」を抱えたロールモデルとして、南条あやに憧れた。

それにしても、「精神科バブル」のはじまりを象徴する人物として、南条あやほどふさわしい者はいないだろう。

南条あや(本名 鈴木純)は、両親の離婚や学校でのいじめといった苛酷な状況のなかで、中学1年頃よりリストカットを繰り返すようになった。そして数年間に及ぶ自傷行為の果てに、彼女は高校3年時には精神科での入院治療を受けることとなったが、その精神科医療利用体験を綴った日記がネット上に公開されると、彼女はたちまち「メンヘル系ライター」として注目を集め、一部の若者たちから脚光を浴びるようになった。『卒業式まで死にません』⁶⁾は、それらの日記をまとめた彼女の遺稿集だ。

彼女は、高校の卒業式の20日後にあたる1999年3月30日——奇しくもわが国で最初のSSRIが発売された年である——に死亡した。その日の午後、彼女は一人でカラオケボックスに入店し、大量の向精神薬を服用して昏睡状態に陥り、そのまま帰らぬ人となった。享年18歳であった。ただし、彼女が服用した向精神薬の量は致死量に満たず、かねてより頻回のリストカットや献血(これも「瀉血」という一種の自傷か)による慢性貧血の状態にあったこと、さらには、死後の解剖において心臓弁膜に異常が見出されたことから、死因は「推定自殺」と曖昧に濁されている。

南条あやという存在は、精神科医療にも無視できない影響を与えた。彼女の日記には、処方薬の飲み心地をソムリエのように批評したり、気軽に過量服薬したりするありさまが描かれているが、初めてそれを読んだとき、筆者は、現代精神科医療の暗部を拡大鏡で見せつけられた気がして慄然としたのを覚えている。事実、彼女の死以降、処方薬を乱用し、自傷行為の映像や精神科治療の経過をインターネット上に公表するといった、南条あやの模倣をする若い患者が急増していった。

そのようななかで、一部の精神科クリニックが、「リストカット患者お断り」という、医師の応召義務に抵触しかねない標榜を掲げるようになった。このことは、わが国の精神医学史に記録されるべき現象といえるかもしれない。

もちろん、「お断り」したい気持ちは理解できる。処方薬を乱用し、インターネット上でリストカットした血まみれの腕の写真を公開するだけならご愛敬だが、なかには、ネット上の掲示板に主治医に対する罵詈雑言を書き込んで営業妨害までする輩がいるのである。煩わしいことこの上なく、それでいて、まともに治療をしようと思えばとんでもない労力とリスクを背負い込まざるを得ない。

「しかし」と筆者は思うのである。それこそが、21世紀の日本で精神科医をやるということではなからうか、と。

「ホンモノのうつ」と「ニセモノのうつ」

現在、わが国における自殺対策のターゲットとされているのは、内因性うつ病に罹患する中高年男性だ。その理由は、「1998年以降の自殺急増の中心層は40～50代男性であるから」とされているが、本音は、「南条あや」フォロワーを巧みに除外するための方便なのかもしれない。

少し前の話になるが、ある先輩精神科医は筆者に、「南条あや」のフォロワーたちについて、「『うつ病は心の風邪』などといった、安っぽいメンタルヘルス・プロモーションや、製薬会社に毒された米国精神医学会がうつ病概念を拡大したことの