

〈季刊ビィ〉
増刊号

No.21 December 2012

1998年4月20日第三種郵便物認可
Be! 増刊号 No.21 (第28巻5号通巻131号)
2012年12月10日発行 ISSN1342-9450
ISBN978-4-901030-84-7 C0011

「
生
き
た
い
」

——の間に
何があった？

「
死
に
た
い
」

4章

自傷—— 死への迂回路

専門家の話



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
薬物依存研究部 診断治療開発研究室長
自殺予防総合対策センター 副センター長

つらい感情をやわらげるための「孤独な対処法」が、結局は死をたぐりよせてしまう——。
長年、アディクション治療に携わり、少年鑑別所での診察などを通じて思春期の薬物や自傷の問題にも取り組んできた経験を、もとに松本医師が綴る。

一〇人に一人が自傷の経験者

中学生・高校生の約一割が、リストカットなどの自傷経験者であるという事実を、ご存知でしょうか？

筆者らの調査では、男子の七・五％、女子の一・二・一％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なりました。この割合は、西欧諸国とほぼ同水準であるといえるでしょう（表1）。

ただし、大人が気づいている自傷行為は、その約三〇分の一に過ぎません。平成十八年度に学校保健会が実施した『保健室利用状況に関する調査』では、自傷行為をする生徒の割合は〇・三三〜〇・三七％と報告されています。学校が把握しているのは、わずかにこれだけなのです。

いずれにしても、中高校生の一〇人に一人が自傷経験者だという現実には、もはや自傷行為が精神科医療だけの問題ではないことを示しています。ましてや「自傷行為」境界性パーソナリティ障害」などと決めつけてしまうことはありません。

この問題と向き合うためには、まず、なぜある種の若者たちは自傷行為におよぶのか、そして自傷行為にはどのような危険があるのかを、理解しておく必要があるでしょう。

表1:

思春期の子どもたちにおける自傷経験率の国際比較

(Hawton, K., Rodham, K., Evans, E.: By Their Own Young Hand: Deliberate Self-harm and Suicidal Ideas in Adolescents. pp.94-116, Jessica Kingsley Publisher, London, 2006より一部改変して引用)

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
ノルウェイ	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 (Matsumoto & Imamura, Psychiatry and Clinical Neurosciences, 2008)	7.5	12.1

孤独な対処法

自傷行為は、自殺以外の目的で、「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です。

その意味では、自殺企図とは明らかに異なります。自殺企図は、「死ぬこと」を目的として、「これくらいやれば死ねるだろう」という致死性の予測のもとに、自らの身体を傷つけるものだからです。

援助者の多くは、この二つが性質の異なるものであることを直感的に理解しています。実際、彼らは、自傷行為を、「誰かの気をひくために」行なわれる、いわば人騒がせな、演技的・操作的行動と捉えているようです。

しかし、これも誤解です。

自傷行為の九六％は、一人きりの状況で行なわれ、周囲の誰にも告白されていないのです。もしも「人の気をひくためのアピールの行動」として自傷行為をするのであれば、必ず人前で行ない、自傷行為におよんだことを周囲に吹聴してまわるべきですが、そのような行動ができる人はきわめてまれなのです。

自傷行為をくりかえす者の五五〜七五％は、「つらい感情をやわらげる」ことを目的として、その行為におよんでいます。すなわち自傷は、激しい怒りや不安、緊張、気分落ち込みに対する「孤独な対処法」だと言えるでしょう。本来は、誰か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しているのです。

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、つらい出来事の記憶やつらい感情の記憶

を封印するものです。

実際、自傷行為をくりかえす者のなかには、「もう何年も涙を流したことがない」、あるいは、「すごく悲しいときにも涙が出ない」と語る人がいます。悲しい出来事を「悲しい」と体験し、涙する前に反射的に自分を傷つけてしまっています。

その意味で、彼らが切っているのは皮膚だけではないのです。皮膚を「切る」のと共に、つらい出来事の記憶、つらい感情の記憶を意識のなかで「切り離し」、「なかったこと」にしているわけです。

自傷行為がもたらす「心の痛み」に対する鎮痛効果は、簡便で、しかも驚くほどの即効性があります。

ある種の人たちは、自傷行為におよぶことで苦痛にみちた意識状態を瞬時に変容させることができます。

事実、自傷行為をくりかえす者では、自傷直後には脳内で内因性オピオイド（脳内のモルヒネ様物質。エンケファリンやβエンドルフィン）が急激に分泌されることを明らかにした研究があります。この研究知見は、自傷行為には「耐え難い心の痛み」に対する鎮痛効果や、一瞬だけ苦痛からの解放感を体験させてくれる効果があることを示唆しています。

「切るとホッとするとか、「切ると気分がスッキリする」という、当事者がしばしば語る言葉の意味も理解できるでしょう。

「死への迂回路」

すでに述べたように、自傷行為は少なくとも短期的には自殺とは明確に異なる行為であり、少なくとも一時的には「心の痛み」を緩和する効果があります。そうだとするならば、「したい奴はすればいい」と放っておけばよいのでしょうか？

もちろん、そうではありません。自傷行為には二つの深刻な問題があります。

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、建設的な解決がなされなければ、長期間には事態は深刻化してしまうという点です。

もう一つは、自傷行為は、くりかえ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す。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得なくなってしまうのです。

自傷行為が習慣化してしまった者の多くが、「切ってもつらいが、切らなきやなおつらい」という事態に到達しています。しかも、すでに述べたように、この段階に至る頃には本人を取り巻く現実もいっそう過酷なものとなっていて、多くの者が、「消えたい」、「いなくなりたい」、「死にたい」という考えにとらわれています。

要するに、自傷行為とは、「その瞬間を生き延びるために」くりかえされながら、逆説的に死をたぐり寄せてしまふという意味で、「死への迂回路」とも言える行動なのです。

実際、十代においてリストカットや過量服薬といった致死性の低い自傷行為を経験している者は、そうでない者に比べて、一〇年後までに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ます。たとえ「リストカットじゃ死なない」と言えたとしても、「リストカットをする奴は死なない」とは言えないのです。

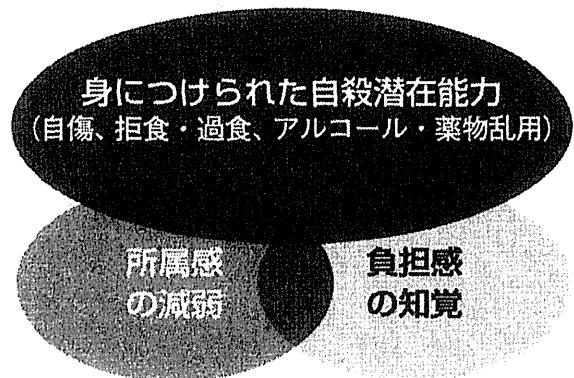
自殺へ至らしめる三つの要因

自殺行動の対人関係論で有名な米国の精神科医トーマス・ジョイナーは、人を自殺に至らしめる究極的な危険因子として、次の三つの要因を挙げています(図1)。

●身につけられた自殺潜在能力

致死性の低い自傷行為や自殺企図をくりかえしたり、拒食や過食・嘔吐、あるいは、アルコール・薬物乱用といった自己破壊的行動を通じて獲得する、「身体の痛みに対する慣れ」といいかえてもよいでしょう。こうした体験が一種の自殺のリハーサルとして機能し、自殺行動に対する心理的抵抗感を減弱させます。

図1：人を自殺へと追いつめる3要因
(Joiner et al: The Interpersonal Theory of Suicide: Guidance for Working With Suicidal Clients, 2009)



●所属感の減弱

これは、人とのつながりが無いという感覚、孤立感を意味します。あるいは、「自分の居場所がない」、「誰も自分を必要としていない」という感覚のことです。

●負担感の知覚

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」とか、「自分がいない方が周囲は幸せになれる」という認識です。

ジョイナーは、これら三つの要因の総和が一定の水準

を超えたとき、人は自殺を決意すると述べています。この三つの要因を踏まえると、自傷行為と自殺との関係は次のように整理できます。

リストカットや過量服薬といった致死性の低い自傷行為は、その苦痛に満ちた瞬間を生き延びるのには役立ちますが、長期的には「身につけられた自殺潜在能力」を高めてしまいます。摂食障害やアルコール・薬物乱用を合併している人の場合には、この傾向はいつそう顕著となります。

また、自傷行為がエスカレートしてくると、家族や友人、恋人に気づかれますが、ここで新たな問題が発生します。最初のうちは彼らの同情や共感を得られたとしても、繰り返されるうちに周囲の無力感を刺激し、逆に周囲の怒りや敵意を引き出してしまうからです。結局、そうした周囲の陰性感情が本人の孤立を強め、「所属感の減弱」をもたらしてしまうのです。

さらに、自傷をくりかえす者に振り回されるようになった周囲の人は、自分のなかで高まった陰性感情を処理できなくなります。極度に疲弊した家族が、心ならずも本人に、「死ぬ気もないくせに中途半端なことをしやがって。死ぬならとっとと死ね」とか、「あなたのせいで私の人生はめちゃくちゃよ」などと言い放ってしまうことがあります。こうした発言が、本人の「負担感の知覚」を強めてしまいます。

結果的に、その人が抱える「三つの要因」の総和は閾値以上の強度となり、最終的な自殺行動を引き起こすのです。

三つの要因を裏返せば、援助者がすべきことが見えてきます。

自傷行為や摂食障害、アルコール・薬物乱用の問題に介入することは、「身につけられた自殺潜在能力」を減弱させます。

自傷行為がすぐにはやめられなくとも、援助者として見捨てずに粘り強くかわり続けることは、「所属感の減弱」を食い止めるのに役立つでしょう。

さらに、本人の自傷行為に翻弄され疲弊している家族を支援すること、そして、援助者がスーパードライザーの助言を受けながらチームで対応することにより、本人の「負担感の知覚」を軽減できるでしょう。

最大のゲートキーパーは友だち

自傷行為が長期的に自殺死亡リスクを数百倍にも高めることを考えれば、若者の自傷予防は、それ自体が将来における自殺予防にもつながります。

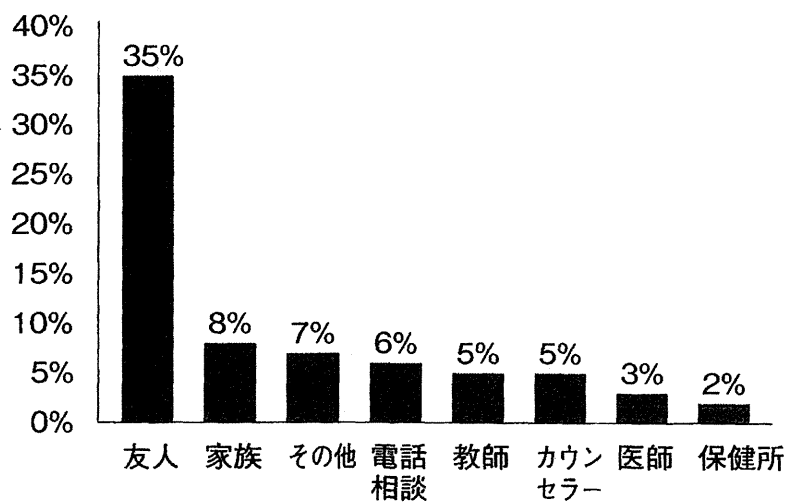
しかしだからといって、「自分を傷つけるのは『ダメ、ゼッタイ』』といった自傷予防教育は「百害あって一利なし」です。なぜなら、若者の一割はすでに自傷経験が

あるわけですから。もしも自傷行為を非難する予防教育を行なえば、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しょう。

先に、「自傷行為の九六％は誰にも告白されない」と言いましたが、正確にはちよつと違います。告白しないのは、親や教師、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対してであって、一部には友人には告白する者がいるのです(図2)。

図2：「自傷経験を誰に告白・相談したことがありますか？」

(Hawton, K., Rodham, K., Evans, E.: By Their Own Young Hand: Deliberate Self-harm and Suicidal Ideas in Adolescents. pp.94-116, Jessica Kingsley Publisher, London, 2006より一部改変して引用)



彼らが友人たちに自傷行為を告白する際、必ずといっていいほど用いられる常套句があります。

「絶対に先生や親に言わないで」です。その結果、告白された生徒がしばしばとる反応は次の二つです。

一つは善意から、「私を友だちだと思うなら、もう自傷しないって約束して」などと、できない約束を一方的に押しつけてしまう——。しかし、約束したくらいで止まるならば誰も悩んだりしません。自傷が依然としてくりかえされるなかで、「何であれほど約束したのに何度も裏切るの？ もうあなたとは絶交よ！」と、関係が破綻して、自傷する生徒はますます孤立を深め、自傷行為に没頭せざるを得なくなります。

もう一つの反応は、「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み、毎日のように本人の「切りたい」や「死にたい」という相談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およぶというものです。実は、若者における自傷行為には、このような伝染現象が生じることが非常に多いのです。

要するに、自傷する生徒にとって一番の「ゲートキーパー」は友人なのですが、自傷行為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、自傷行為が伝染してしまい、適切な支援には結びつかないことが多いのです。

「助けを求める力」を高める

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ます。そのプログラムでは、次のことが強調されています。

——自傷行為は、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、友人の自傷行為に気づいたら、見て見ぬふりをせずに、その人にかかわり、『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）』という三つの単語に要約されています。このプログラムで用いられる、生徒向けの一五分ほどの映画では、この三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、そして印象的に繰り返される構成となっています。ACTプログラムは、「自分を大切に！」とか「命の尊さ」などといった道徳教育とは全く次元が異なる性質

を持つており、むしろ主眼とする目的は、若者の「助けを求める力（援助希求能力といえます）」を高めることにあるのです。

もつとも、この「ACT」が期待通りに機能するには、大人たちへの教育が不可欠です。大人はともすれば表面の自傷行為を禁止することだけに固執しがちですが、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るからです。

教師や保護者に対してもプログラムを実施すること、また、若者から渡された「援助希求のボタン」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ります。

最も深刻な「自傷的」行動とは？

実は、自傷行為をくりかえす思春期の若者の多くが、飲酒・喫煙を経験しており、薬物乱用に対する高いリスクを持っています。また、拒食や過食、自己誘発嘔吐といった摂食障害的な行動を併せ持つ人も少なくありません。いずれも、「一回だけで深刻な健康被害をもたらすことはなくても、くりかえされることによりその被害が身体に蓄積し、健康を害する危険がある」という点で共通しています。

自傷行為をする若者に広く見られる、この「故意に健康を害する」行動は、これだけにとどまりません。筆者自身の臨床経験をふりかえると、女性の自傷患者のなかには、援助交際など不特定多数との性交渉、あるいは、避妊しない性交渉といった、性的危険行動をくりかえす者が少なくないのです。性感染症への罹患、望まない妊娠による学業や職業的キャリアの中断、さらには、より深刻な犯罪に巻き込まれる危険——その意味では、広義の自傷行為と捉えることができます。

要するに、自傷行為をくりかえす若者は生き方全体が「自傷的」ということができます。そして、最近の実証的研究が明らかにするところによれば、このような「自傷的」な行動の数が増えれば増えるほど、近い将来における自殺行動のリスクが高くなるようです。

しかし、すべての援助者に忘れないでほしいことがあります。

確かに彼らはさまざまな「自傷的」行動におよんでいます。そのなかで最も「自傷的」行動とは、リストカットでも薬物乱用でも摂食障害でもなく、「悩みや苦痛を抱えたときに、誰にも相談せずに一人で抱え込む」ということなのです。

だからこそ、彼らの「自傷的」な行動パターンを変えていく第一歩として、まずは援助者が彼らから目を背けないこと、逃げないことが大切なのです。

アルコール・薬物依存 ……自殺のリスクは？

【まとめ 編集部】

「自殺予防総合対策センター」が2007～09年度に行なった調査と、松本俊彦医師らが09年12月に行なった調査（7つの専門病院に通院中のアルコール・薬物依存症患者と、一般の精神科に通院中のうつ病患者を対象）をもとに解説する。

自殺者の2割以上に飲酒問題

故人の生前の様子や死の状況などを家族に聞きとる「心理学的剖検」で、自殺者の21.1%に、亡くなる前の1年間に飲酒問題がみられたことがわかった。自殺予防総合対策センターによる調査である。

アルコールへの依存が進む中で、うつ病を発症した例もあれば、うつ症状をやわらげようとして飲酒するうち問題が進行したケースもあるようだ。「アルコール・うつ・自殺」は「死のトライアングル」とも言われる。

「死にたいと思ったことがある」割合は2倍

同センターが全日本断酒連盟の協力で09年に行なった調査では、断酒会員のうち「本気で死にたいと思ったことがある（自殺念慮）」人は4割以上にのぼり、一般成人を対象とした総理府調査の倍以上となった。なお「実際に行動に移したことがある（自殺企図）」人も2割以上。

また同じ調査で、断酒前や再飲酒中だけでなく、断酒後に自殺した例もかなりあることがわかった。

薬物依存の自殺リスクはうつ病より高い！

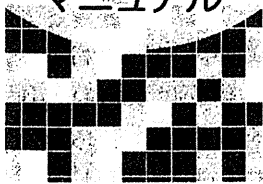
薬物乱用・依存の患者は、うつ病患者よりも自殺リスクが高く、うつの程度も深刻な場合が多い——松本医師らによる2009年の調査から明らかにされた事実だ。

この調査は、全国7つの専門病院に通院しているアルコールの患者・薬物の患者、また対照群として一般精神科に通院中のうつ病患者を対象として、自記式アンケートに答えてもらったもの。

その結果、薬物の患者や、アルコールと薬物を併用している患者は、うつ傾向も自殺リスクも高いことがわかった。加えて、女性のうつ病患者の場合、依存症水準に満たない飲酒でさえも、著しく自殺リスクを高めることがわかった。

注意すべきなのは、眠剤や安定剤など向精神薬の乱用・依存患者は、覚せい剤の患者と同等か、それ以上のリスクを抱えている可能性があること。

また、薬物患者の中での自殺危険因子として、「若年・女性・現在のうつ傾向」という3つが浮かび上がった。

特集
精神療法
マニュアル

Ⅲ. 主な疾患における精神療法

自傷行為に対する精神療法

松本 俊彦

KEY WORDS

自傷行為 (self-injury), 精神療法 (psychotherapy), アセスメント (assessment), 置換スキル (replacement skill)

1 はじめに：自傷行為に対する基本的な理解

反復性かつ非致死的な自傷行為は、演技的かつ操作的な行動として治療者の陰性感情を刺激し、ともすれば、治療対象ではなく、限界設定の対象とされてしまいやすい。しかし実際には、自傷行為をくりかえす者の55～75%は、怒りや絶望感、緊張感、不安感、恐怖感といった感情的苦痛を軽減する意図からその行為におよんでいる。本来、こうした感情的苦痛を抱えた際には、信頼できる者に助けを求めたり、相談したりすべきであるが、彼らはそのように人に頼るのをよしとしないわけである。

実は、自傷行為には感情的苦痛に対する「鎮痛効果」がある。事実、自傷直後には、脳内で内因性オピオイドが分泌されていることを指摘する研究もある。しかしその一方で、この「鎮痛」効果には、麻薬と同じように、「耐性獲得」や「依存性」といった特徴もある。実際、自傷患者は、感情的苦痛に対して自傷行為に対処することをくりかえす過程で、次第により頻回に、より深く切られなければ、当初と同じ「鎮痛」効果が得られなくなってしまいやすい。この現象はあた

かも「麻薬常用による耐性獲得現象」に酷似している。その結果、これまで「人は私を裏切るが、これだけは私を裏切らない」と信じていたはずの自傷行為に裏切られるようになるのである。

要するに、背景にある感情的苦痛を無視して、ただ頭ごなしに「自傷行為をやめろ」と指示するのはナンセンスだが、だからといって、そういった行動を容認し続ければ、長期的には感情的苦痛への対処には必ず限界がやってくる。その意味で、自傷行為とは矛盾を孕んだ行動といえるであろう。

さて、本稿では、リストカットに代表される、習慣性の自傷行為を取り上げ、筆者なりの対応法を提案したい。

2 面接に際しての心構え

1. 正直な告白や援助希求を支持する

「切っちゃった」。そうやって来談する患者を見ると、うんざりした気分になる援助者は少なくないであろう。だが、理解しておくべきなのは、自傷した告白したり、傷の手当てを求めたりする者は、自傷行為におよんだ者の1割にも満たず、9割の者は、医学的処置が必要な重篤

Principals of psychotherapy for self-injuring patients

MATSUMOTO Toshihiko 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自殺予防総合対策センター／薬物依存研究部 [〒187-8553 東京都小平市小川東町4-1-1]

な傷の人でさえ病院に行かない、ということである。そして、告白しなかったり、手当を求めない自傷者は、むしろ自殺念慮や、「消えてしまいたい」や「いなくなりたい」という虚無感が強く、援助希求能力も乏しいという特徴がある。

このことからわかるのは、自傷とは、たんにみずからを切ることをだけを指すのではない。傷の消毒もせずに自身を感染の危険にさらすことなども含めて自傷と呼ぶ、という事実である。その意味で、「切っちゃった」と告白したり、傷の手当てを求める行動は、多少とも「自分を大切に」しようとする意図があり、「よく来たね」という称赞の言葉に値する。もちろん、称赞は大げさに行う必要はない。過剰な反応は自傷を強化したり、治療場面へ過剰適応を作り出す。「よく来たね」といった、あっさりとした短い言葉がよい。

2. 説教しない、支配しない

自傷患者にすべきでないのは叱責と説教である。特に、頭ごなしに「自傷は止めなさい」という支配的発言は「百害あって一利なし」である。おそらく、「自分の身体を傷つけてどこが悪い?」という切り返しにあって答えに窮するだけであろう。

患者との出会いにおいては、まずは自傷の肯定的側面を評価しておくとうよい。確かに自傷は望ましいことではないが、苦痛に耐えて生きようとする姿勢は肯定するに値する。したがって、「心の痛みを耐えようとしているんだね」、「生きるために今は必要なんだね」という言葉をかけてみる。もちろん、その後、「でも、心の痛みを自分の言葉で表現できないと、このままでは苦しいね」と懸念を示すのを忘れないようにしたい。

彼らが克服すべき一番の問題とは、実は「自分を傷つけること」ではない。むしろ、「正直な気持ちを隠して、辛い状況に過剰適応すること」なのである。その意味で、自傷によって人に自分の苦境を伝えたことは、無意味なことではない。

3. 約束しない

「もう自傷しないって約束するように」と、患者に約束を強いる援助者がいる。なかには、自分の方から「もう切らないって約束するよ」と持ちかけてくる患者もいる。

しかし、約束は禁物である。自傷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、余計にひどい自傷におよぶ者がいる。「顔向けできない」と、治療を中断してしまう者もいる。それゆえ、患者が約束を持ち出したら、「約束はしないでいい。それより切りたくなったらその気持ちを話に来なさい。切ってしまったときにも報告してほしい」というべきである。

4. 自傷に関する情報を収集する

自傷行為は、その意図や行為に際しての非致死性の予測といった点で横断的には自殺と区別されるべき行動であるが、長期的には将来における自殺死亡の重要な危険因子である。したがって、たえずその危険性を評価する必要がある。

その際には、以下の5つのポイントに注目して評価するとよい。

- (1) 援助希求の乏しさ：傷を隠す、自傷のことを人に話さない、傷の処置をしない。
- (2) コントロールの悪さ：本人の意図を上回る深い傷、乱雑で汚い傷、衣服から露出する身体部位への自傷。
- (3) 行動のエスカレート：複数の身体部位に傷がある(腕以外に脚や太腿、腹部など)、「切る」以外の方法も用いる(例：「つねる」「髪の毛を抜く」、「火のついたタバコを押しつける」、「壁を殴る、頭を壁に叩きつける」など)。
- (4) 自己虐待の多様性：ほかの間接的な身体損傷行為(例：「拒食・過食」、「アルコールや市販薬などの乱用・過量服薬」、「危険な性行動」など)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。

(1)に該当することは、自己嫌悪と他者に対する不信感の強さを反映しており、(2)と(3)のいずれかに該当することは、自傷がもつ「鎮痛効果」が減弱し、行為自体を自分でコントロールすることができなくなっている可能性を意味する。すでに述べたように、自傷にはつらい感情を一時的に抑える効果があるが、くりかえすうちに効果が乏しくなり、最終的には自傷開始前よりも自殺念慮が強まっている場合がある。また、(4)に該当する問題が認められる患者の場合、治療経過中に重篤な自殺企図を行うリスクが高く、(5)に該当する者は、自傷の頻度も高いだけでなく、深刻かつ複合的な被虐待歴を持っている可能性を示唆し、自傷を手放すことに強く抵抗する場合が少なくない。

なお、評価ポイントとは別に、患者が「いくら切っても気持ちがおさまらない」と述べていたり、そもそも「死にたい」という動機から行われている場合には、近い将来において致死性の高い手段・方法による自殺行動のリスクが高い点にも注意されたい。

3 患者に伝えたいこと

自傷患者に対する共感的な態度はとても大切であるが、同時に、援助者として、自傷に「頼って」生き続けることに対する懸念を示しておく必要もある。面接のなかで患者に伝えておきたいのは、次の2点である。

1. 自傷の依存性と自殺念慮への発展

第1に、「生きるためにしている自傷でも、くりかえすうちに逆に死を呼び寄せてしまう」ということである。たしかに自傷による「身体の痛み」には、一時的に「心の痛み」を抑えるという不思議な効果がある。しかし、その効果は、麻薬と同じようにくりかえすうちに徐々に薄れていく。やがて何回も自分を傷つければ以前と同じ効果が得られなくなる。より深く切ることが必要ともなる場合も少なくない。ときには、手首や腕だけで足りなくなり、ほかの身体部位

を切ったり、あるいは、切るだけではなく、頭を壁に打ちつけたり、火のついたタバコを皮膚に押しつけたりする者もいる。さらに困ったことに、自傷をくりかえすうちに前よりもストレスに弱くなり、以前ならば氣にとめなかったささいな出来事にも痛みが必要となってしまう。最終的には、いくら切っても心の痛みを埋め合わせるのに追いつかない状態—「切ってもつらいが、切らなきゃなおつらい」という状態—に陥る頃には、慢性的な自殺願望にとらわれるようになってしまう。

2. 「感情語」が退化する

第2に、「心の痛み」を言葉にしないで「身体の痛み」で抑えつけることは、自分の感情を無視し、「何も感じないように」することを意味している。こうした行為をくりかえしていると、「私は怒っている」、「私は傷ついた」などといった感情語が退化し、自分がいまどんな感情を体験しているのかを把握できなくなる。

こうなると、心はもはや死んだも同然である。悔しい出来事、腹立たしい出来事、あるいはショックな出来事に遭遇しても、何も感じないし涙も出てこない(「もう何年も泣いたことがない」という自傷患者は意外に多い)。ただ唐突に自分を切りたい衝動や焦燥感が異様に高まるだけ、という状態になってしまうのである。こうした状況は、突発的・衝動的な自殺行動を準備してしまう。

なお、以上の2点を患者に伝える際には、説教臭くならないことがコツである。「あなたは違うかもしれないけど、一般にはそうみたいだ」という謙虚な言い回しがよい。

3. 置換スキルを提案する

自傷を止めるという代わりに、自傷の衝動を抑える代替的な対処方法(置換スキル)を教え、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。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?」、「だまされたと思ってやってみない?」といった誘い方で十分であ

表1 行動

(9月17日～9月23日)												
時間	日			月			火			水		
	何を して いた?	誰と?	自分を 大事に しない 行動	何を して いた?	誰と?	自分を 大事に しない 行動	何を して いた?	誰と?	自分を 大事に しない 行動	何を して いた?	誰と?	自分を 大事に しない 行動
5				起床								
6				勉強	ひとり		起床			起床		
7				食事	家族		食事	家族		食事	家族	
8				登校			登校			登校		
9				学校			学校			学校		
10	起床			↓			↓			↓		
11	食事	家族		↓			↓			↓		
12	テレビ			↓			↓			↓		
13	↓			↓			↓			↓		
14	↓			↓			↓			↓		
15	読書	ひとり		↓			↓			↓		
16	↓			下校	友人		↓			↓		
17	↓			カラオケ	友人		部活	部員		デート	彼氏	
18	買い物	友人								↓		
19	食事	母親・妹		食事	家族		下校	友人		↓		
20							食事	父親		↓		
21	電話	彼氏	△	勉強	ひとり		団らん	家族		帰宅		△
22	入浴	ひとり	△	↓			勉強	ひとり	△	口論	母親	×
23	くつろぐ	ひとり	□	↓			入浴	ひとり	◎	電話	友人	△
24			レ	チャット	彼氏	△	就寝		○	勉強	ひとり	△
1	就寝			(記憶なし)		◎				チャット	彼氏	△
2						レ				勉強	ひとり	△
3				就寝						入浴	ひとり	レ
4										就寝		

自分を大事にしない行動：レ 自傷（切る，殴る，火傷させる，引っかく，突き刺す，治りかけの傷を開くなど）

◎ 置換スキルを使って「自分を大事にしない行動」を回避した ○ 呼吸法の練習

る。「やりたくない」という反論にあったら、「まあまあそういわずに」と控えめに粘ってみる。

置換スキルには，以下のものがある^{1,2)}。

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（スナッピング）

③ 紙を破る

④ 腕を赤い水性フェルトペンで塗りつぶす

記録表

名前 (A山 B子)									
時間	木			金			土		
	何を して いた?	誰と?	自分を 大事に しない 行動	何を して いた?	誰と?	自分を 大事に しない 行動	何を して いた?	誰と?	自分を 大事に しない 行動
5									
6	起床			起床					
7	食事	家族		食事	家族				
8	登校		○	登校		○			
9	学校			学校					
10	↓			↓			起床		
11	↓			↓			食事	家族	
12	↓			↓			ネット	ひとり	
13	↓			↓			デート	彼氏	
14	↓			↓			↓		
15	↓			↓			↓		
16	↓			↓			↓		
17	面接	主治医		部活	部員		↓		
18							↓		
19	食事	母親・妹		下校	友人		食事	家族	●
20	団らん	家族		食事	父親		電話	彼氏	△
21	ネット	ひとり		電話	彼氏	△	音楽	ひとり	
22	チャット	友人	△	勉強	ひとり	△			
23	入浴	ひとり		入浴	ひとり	◎	入浴	ひとり	
24	就寝		○	ネット	ひとり		チャット	彼氏	△
1							くつろぐ	ひとり	△
2							(記憶なし)		レ
3				就寝			就寝		レ
4									

△ 自傷しなくなった □ 飲酒 ● 嘔吐 × 人や物に暴力をふるう

⑤呼吸を整えながら腕立て伏せや腹筋運動をする

⑥ゆっくりと数を数えながら深呼吸をする
(マインドフル呼吸)

⑦文章を書く, 絵を描く, 料理をする, 穏やかな音楽を鑑賞する/演奏する

⑧信頼できる人と話す(自傷の告白に不機嫌になったり, 叱責したりしない人)

4. モニタリングと併行したスキル・トレーニング

自傷の臨床では、例えば週1回の面接のなかで1週間の出来事を尋ねても、患者は、「特に何もなかったです」とか、あるいは、ほとんど覚えてないといった事態に遭遇することが珍しくない。実は、自傷患者が切っているのは、「皮膚」だけではないのである。「つらい出来事の記憶」や「つらい感情の記憶」を意識のなかで切り離し、「なかったこと」にしているのである。つまり、自傷することによって、感情的苦痛の体験や、そうした苦痛の原因となったつらい出来事を忘れてしまったり、忘れないまでも意識の片隅に追いやるといった心的作業をしているのである。しかし、これでは、何が自傷のトリガーとなっているのか、どんな状況では自傷しないですむのかがまったく見当がつかず、介入のしようがなくなってしまう。

そこで、患者に行動記録をつけることを宿題として課すことで、自傷行為に関するモニタリングを行っていくとよい。表に示したような行動記録表に、毎日の出来事やそのとき一緒にいた人について継続的に記載してもらうとともに、自傷したり、実際に行動は起こさなかったが自傷したいと思ったこと、さらには、上述した置換スキルを練習したり、実際に使ったことについても書き込んでもらうわけである。

面接においては、記入済みの行動記録表と一緒に見ながら、どんな状況で/どんな人物との/どんなやりとりが自傷のトリガーになるのかについて、患者と一緒に考え、トリガーを回避する方策、あるいはトリガーに拮抗する置換スキルについて話し合っていくことになる。そのなかで、「そのときどう思った?」などと患者に感情への気づきを促し、自分の感情を言葉で振り返ることができたときには、「すごいね」とこれを支持するわけである。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も、やはり「えらいね」と支持する。その際、「自傷しなかったことよりも、置換スキルを使ったこと

の方を高く評価している」ことが伝わるようにすることがコツである。それから、何よりも患者が記録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。

4 [症例] 17歳女性、高校生

1. 生育歴

Aは、ワーカホリックで怒りっぽい会社員の父親と、父親の癪癪に脅える専業主婦の母親が作り出す、緊張に満ちた家庭で生育した。中学時代、クラス全員から無視されるといういじめを受けたことがあるが、もともと成績は優秀であり、いじめたクラスメートを見返すことを目標にして勉強に打ち込み、最終的に第一志望の難関校に合格した。

2. 現病歴

高校入学後のAは、平凡な生徒として完全に埋没した。強い焦りをのなかで、Aは、毎日夜遅くまで勉強を試みるも、机に向かうとすぐに強い睡魔に襲われてしまった。Aはそんな自分を不甲斐なく思い、勉強中に睡魔に襲われると、「眠気覚まし」の目的から、シャーペンやコンパスで手甲を突くようになった。当初は多少の効果が得られたが、まもなくそれでは痛みが不十分であるように感じ、より強い刺激を求めて、カッターで前腕を切るようになった。不思議なことに、カッターで皮膚を切ると、重苦しい気分から解放されて妙な安堵感を覚え、学校での孤立感や劣等感のことを一瞬だけ忘れることができた。以来、学校で嫌なことがあると、帰宅してから深夜の自室でこっそり自己切傷を繰り返すようになった。家族には気づかれないように、血を拭き取ったティッシュペーパーはトイレに流して廃棄した。

しかし、本人の学業成績の低下を気にした両親から、勉強のことを自体に口やかましくいわれ、そのたびにすでに有名大学に進学している姉と比較されるようになると、自傷行為は日増しにエスカレートしていき、自傷行為の頻度や程度が深刻

化した。また、以前にも増して毎日を重苦しく、厭世的な気分で過ごすようになった。

そんなある日、定期試験の結果が本人の予想以上に不本意なものであったことにショックを受けたAは、教室を飛び出すると、トイレに駆け込み、自分の腕をカッターで切ってしまった。実は、Aは、いつ何があっても自分の感情をコントロールできるようにと、毎日、カッターを肌身離さず携行こそしていたものの、一応、自分なりのルールとして、「学校では切らないようにする」と心に決めていたはずであった。

その日、Aのブラウスの腕が血液で汚れているのを担任教師が発見され、スクールカウンセラーを介して精神科受診となった。

3. 治療経過

1)導入期：診察時、Aは、自傷行為について、「いまの自分には必要。自分が生きるためにやっていることだから、やめる必要はない」と主張した。治療者は、そうしたAの主張に共感しつつ、「高校に入学してから、いろいろと大変だったんだね」とねぎらったうえで、エスカレートした結果、「消えたい」、「いなくなりたい」と感じるようになることの懸念を伝えた。そのうえで、「あなたがうまく表現できない、心のつらさを詳しく知りたい」といって、行動記録表をつけることを提案した。Aは、しぶしぶではありましたがこれに同意し、以後、一応は記録をつけてくるようになった。しかし、自傷創については、依然として治療者に見せたがらなかった。

2)抵抗期：行動記録を分析していくと、Aは、学校の授業で勉強の遅れを痛感したり、教師からの質問に答えられなかったりした体験が引き金となっていることが多く、特に、帰宅後に自室で勉強しようとする、自傷衝動が高まることがわかった。治療者は勉強の苦勞をねぎらいつつ、「しかし、別に勉強だけがすべてではないのでは?」と提案したが、本人は、「勉強をとったら私には何も残らない」と強い抵抗と頑なな態度であり、刺激的な置換スキルを提案したが、Aはほとんど関心を示さなかった。

3)転回期：面接を開始して半年後、Aは、「最近、以前、先生がいったみたいに『消えたい』、『いなくなってしまうたい』という気持ちが出てきました。このまま自傷とつきあっていったら、死んでしまうかもしれない」と語り、自身の将来に対する危惧を漏らすようになった。この頃より、面接時に治療者に自傷創を見せるようになるとともに、行動記録表の記載量が増え、欄外に、その日自分が感じた怒りなどを書き込むようにもなった。また、Aは、「毎朝、教室に入ることを想像するだけで緊張がして、気を失いそうな気分になる」、「翌日、学校に行くことを考えると緊張してしまって、夜、うまく寝つけない」と訴えることがあった。そこで、治療者は、マインドフル呼吸法のことを教え、面接室で実演したうえで、Aに、毎朝の通学中の電車のなかで15分、夜、寝る前に20分、やってみるよう提案してみた。すると、Aは、半信半疑ではあったものの、実際にやってみるとスムーズに入眠できることを体験して以降、習慣的にこれを行うようになった。

4)終結期：睡眠効果を体験したAに対して、治療者は自傷情動に対してもマインドフル呼吸法を試みるよう提案した。その結果、3回に2回くらいは、自傷行為に至るのを回避できるようになり、自傷の頻度は減少していった。呼吸法によって自傷行為に対するコントロールを得たAは、不思議と以前のような勉強に対して頑なな態度を示さなくなり、「まあ、現状の成績では大学は無理そうだから。専門学校にします。昔から動物が好きだったので、動物のトリマーになる学校に行こうと考えています」と語るようになった。Aのなかで、何か価値観の変化が生じたようであった。定期的な面接を開始して1年半を経過した時期には、自傷行為はみられなくなった。その後、遠方の専門学校進学のために他県で一人暮らしをすることとなり、それを機に治療終結とした。

5 おわりに：自傷行為が止まった後で

提示した症例は、特に臨床的な介入を要する

精神障害が併存せず、深刻な被虐待体験がなかったこともあり、比較的スムーズに自傷行為を手放すことができた。このようなシンプルな症例の場合、よほど苛酷な状況に置かれていないかぎり、自傷がもつメリットとデメリットの両価性に共感しながら、非対決的な態度で、本稿で述べたかかわりが続けていけば、自傷行為を減じていくこと自体は決して難しくない。

しかし、自傷患者とのかかわりで最も大切なのは、自傷行為が消失した後の対応である。自傷行為が消失しても、今度は、「自傷衝動」をターゲットとした協働的作業が必要であり、さらにその次には、「自傷しようとは思わなかったが、つらい気持ちになった」という感情的苦痛の自覚、患者によっては解離症状をターゲットした分析が継続される必要があるだろう。そして、それらの消長を行動記録表のなかでモニタリングし、それらのトリガーについて話し合いを続けることで、「自傷行為をしなくとも、人は私の話に耳を傾けてもらえる」という体験が、コミュニケーション手段としての「自傷行為」を手放し

やすい状況を作るように考えている。

不思議なことだが、行動記録表による援助を進めるなかで、提示した症例のように、表の欄外にその日自分が体験したことや感じたことを自然と書き込むようになる者がいる。すると、いつしか行動記録表は味気ない表であることをやめて、一種の日記帳としての機能を帯びはじめる。これは、治療が成功しつつあることを示す兆候である。その段階に達した彼らは、もはや「心の痛み」を「身体の痛み」で覆い隠すのをやめ、自分の言葉を用いて表現するようになっていく。

文献

- 1) 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
- 2) Walsh BW : Treating self-injury. Guilford Press, New York, 2005 (B・W・ウォルシュ著、松本俊彦ほか訳：自傷行為治療ガイド。金剛出版、東京、2007)

*

*

*

過量服薬による自殺企図の理解と予防・危機介入*

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 薬物依存研究部 診断治療開発研究室長 / 自殺予防総合対策センター 副センター長

Key Words** 過量服薬, 自殺企図, 向精神薬, 精神科治療, ベンゾジアゼピン

はじめに

これまで何度か、救命救急センターのスタッフを対象として自殺予防に関する講義をしたことがある。そのたびに感じたのは、彼ら救急医の精神科医に対する怒りであった。それはほとんど呪詛にも近いものがあり、自身も精神科医である筆者は、救急医からの非難と攻撃に、文字通り「蜂の巣」状態となるのがお決まりのパターンであった。

救急医療の現場では、この十数年来、過量服薬が一貫して深刻な問題となっている。救命救急センターからの報告によれば、過量服薬で搬送される患者の数は年々増加しており、その多くは精神科通院中に処方された治療薬を過量摂取しているという^{16, 20)}。地域に精神科クリニックが増えるにしたがって、地域の基幹病院救命救急センターに搬送される過量服薬患者数が増加したとはっきり指摘する報告もある²⁰⁾。筆者は、このままでは精神科医が医療関係者の間で孤立するのではないかという危惧を抱いている。

いまや過量服薬の防止は、精神科医療における最も喫緊の課題といってよい。そのような認識に基づいて、本稿では過量服薬の理解と対応について述べてみたい。

過量服薬の理解

1. 「故意の自傷」としての過量服薬

最初に明確にしておく必要があるのは、「過量服薬＝自殺企図」とは限らない、ということである。たとえば、学校在籍中の生徒を対象とした過量服薬経験者の調査¹⁸⁾によれば、質問紙を用いて過量服薬の動機を複数選択で調査すると、「つらい気持ちから解放されたかった」(72.6%)が最多であり、次いで「死にたかった」(66.7%)、「自分がどれくらい絶望しているのか示したかった」(43.9%)であったという。

ここで教科書的な定義を持ち出すと、自殺企図とは、自殺の意図から致死性の予測（「これくらいやれば死ねるはずだ」という予測）をもって、致死性の高い手段で自らの身体を傷つける行為を指す。

一方、狭義の自傷行為とは、自殺以外の意図（「つらい気持ちを緩和したい」「自分のつらさを誰かにわかってほしい」など）から、非致死性の予測（「このくらいだったら大丈夫」という予測）をもって、非致死的な手段で自らの身体を傷つける行為である。このことから、過量服薬には自殺企図として理解すべきものもあれば、狭義の自傷行為として理解すべきものもあることがわかるであろう。

とはいえ、個々の過量服薬症例に関して、それが自殺企図なのかどうかを鑑別するのは容易ではない。そのような事情から、近年における海外の研究では、自殺企図と自傷行為とを一括した「故意の自傷：deliberate self-harm（以下、DSHという）」という臨床概念が用いられることが多い⁶⁾。

* Understanding, prevention, and intervention of suicidal behavior by overdosing

** overdosing, suicide attempt, psychotropic drugs, psychiatric treatment, benzodiazepine

表1 自己切傷者と過量服薬者によって選択された動機の比較⁶⁾

行為の説明のために選択された動機	自己切傷者 % (n/N)	過量服薬者 % (n/N)	χ^2	P
つらい感情から解放されたかった	73.3 (140/191)	72.6 (53/73)	0.01	0.91
自分自身を罰したかった	45.0 (85/189)	38.5 (25/65)	0.8	0.36
死にたかった	40.2 (74/184)	66.7 (50/75)	14.9	< 0.0001
自分がどれくらい絶望しているかを 示したかった	37.6 (71/189)	43.9 (29/66)	0.8	0.40
自分が本当に愛されているのかどう かを知りたかった	27.8 (52/188)	41.2 (28/66)	4.1	0.04
周囲の注意を引きたかった	21.7 (39/180)	28.8 (19/66)	1.4	0.24
驚かせたかった	18.6 (35/188)	24.6 (16/65)	1.1	0.30
仕返しをしたかった	12.5 (23/184)	17.2 (11/64)	0.9	0.35

2. 過量服薬の特徴～自己切傷との比較

1) 過量服薬と自己切傷との合併率

一般人口にみられる DSH 行動としては、過量服薬はリストカットなどの自己切傷に次いで2番目に多い方法である。ホートン (Hawton) らの学校調査⁶⁾では、過去1年以内の DSH 経験がある生徒の 55.3%が自己切傷を、21.6%が過量服薬を行っていた。

過量服薬と自己切傷はしばしば同じ1人の人物に同時に認められる。医療機関の調査によれば、自己切傷の経験のある女性患者の 67%に過量服薬の経験があり¹³⁾、過量服薬患者の7割余りに自己切傷の経験があるという²⁾。

しかし、一般人口においては、過量服薬は自己切傷よりも「一歩進行した」DSH 行動と位置づけてとらえるべきであろう。たとえば高校生を対象とした調査¹⁾では全体の 11.9%に自己切傷を、そして 4.0%に過量服薬の経験を認めたが、この過量服薬経験者の 82.1%は自己切傷経験者と重複していた。また、過量服薬の経験を持つ自己切傷患者は自己切傷歴が長いという指摘もある¹³⁾。

2) 過量服薬と自己切傷の共通点と相違点

英国における学校調査¹⁸⁾では、自己切傷と過量服薬のいずれも、最も多い動機は「つらい気持ちから解放されたかった」という不快感情の緩和であった。しかし2番目の動機として、自己切傷では「自分自身を罰したかった」であったのに対し、過量服薬では「死にたかった」であったという注目すべき相違がある(表1)。

この調査では、「その行為を決意してから実行するまでの時間」に関する相違も検討されている。その結果、過量服薬のほうが自己切傷に比べ、決意してから実行までにかかる時間が長いことが明らかにされている。これは過量服薬が不快感情への衝動的な対処としてだけでなく、なんらかの明確な意図にしたがった準備・計画のもとに実行されていることを示唆するものであり、そこに自殺の意図が含まれている可能性は否定できない。

3) 過量服薬における「非致死性の予測」

過量服薬の問題は、たとえ「自殺以外の意図」から行われたとしても、自己切傷に比べて「非致死性の予測」が困難であるという点にある。自己切傷の場合には、視覚的に傷の大きさや深さ、出