

表 15-1 自殺対策基本法案の概要

本法の目的

自殺対策を総合的に推進して、自殺の防止を図り、あわせて自殺者の親族等に対する支援の充実を図り、もって国民が健康で生きがいを持って暮らすことのできる社会の実現に寄与すること

内容の概要**1 自殺対策の基本理念**

- ① 自殺が個人的な問題としてのみとらえられるべきものではなく、その背景に様々な社会的な要因があることを踏まえ、社会的な取組として実施されなければならないこと。
- ② 自殺が多様かつ複合的な原因及び背景を有するものであることを踏まえ、単に精神保健的観点からのみならず、自殺の実態に即して実施されるようにしなければならないこと。
- ③ 自殺の事前予防、自殺発生の危機への対応及び自殺が発生した後又は自殺が未遂に終わった後の事後対応の各段階に応じた効果的な施策として実施されなければならないこと。
- ④ 国、地方公共団体、医療機関、事業主、学校、自殺の防止等に関する活動を行う民間の団体その他の関係する者の相互の密接な連携の下に実施されなければならないこと。

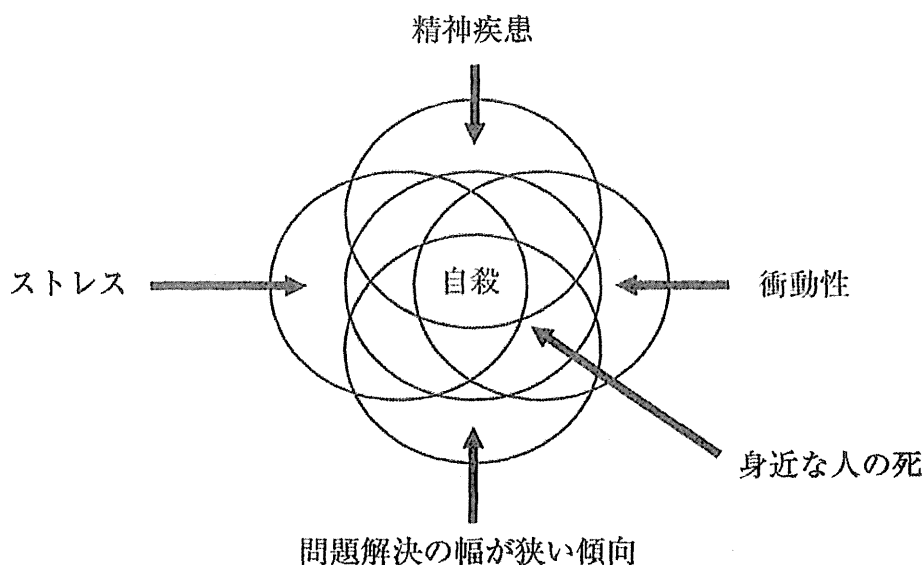
2 国、地方公共団体、事業主、国民のそれぞれの責務**3 政府による自殺対策大綱の策定と、国会への年次報告****4 国・地方公共団体の基本的施策**

- ① 自殺の防止等に関する調査研究の推進並びに情報の収集、整理、分析及び提供の実施並びにそれらに必要な体制の整備
- ② 教育活動、広報活動等を通じた自殺の防止等に関する国民の理解の増進
- ③ 自殺の防止等に関する人材の確保、養成及び資質の向上
- ④ 職域、学校、地域等における国民の心の健康の保持に係る体制の整備
- ⑤ 自殺の防止に関する医療提供体制の整備
- ⑥ 自殺する危険性が高い者を早期に発見し、自殺の発生を回避するための体制の整備
- ⑦ 自殺未遂者に対する支援
- ⑧ 自殺者の親族等に対する支援
- ⑨ 民間団体が行う自殺の防止等に関する活動に対する支援

5 内閣府に、関係閣僚をメンバーとする自殺総合対策会議を設置

「惜は幸せだ」と主観的に孤立感を強めている人もいる。現実的にしても、主観的にしても、自殺が起きる危険をはらんだ状況ではかならず絶望的なまでの孤立感が存在している。そこで、自殺を予防するには、死の淵にまで追いやられている人が発している救いを求める叫びを的確にとらえて、周囲の人々との絆を回復することが重要である。

また、自殺はさまざまな原因からなる複雑な現象であることも理解しておかなければならない。最近では、子どもの自殺が起きるといじめが、大人の自殺が起きると職場の問題が、といった具合に、単一の原因を捜し求める傾向が強いが、自殺はたったひとつの原因だけで説明できるほど単純な現象ではない。図 15-3 に示すように、単なるストレスばかりでなく、精神疾患、衝動性のコントロールの障害、身近な人の死、問題解決の幅が狭いといった性格傾向などが、複雑に絡み合って、自殺を引き起こす下地がしばしば長年かかって出来上がっている。



(高橋祥友『改訂新版 自殺の危険：臨床的評価と危機介入』金剛出版, 2006)

図 15-3 自殺の原因

表 15-2 自殺の危険因子

① 自殺未遂歴	自殺未遂はもっとも重要な危険因子
② 精神疾患	自殺未遂の状況, 方法, 意図, 周囲からの反応などを検討 気分障害 (主にうつ病), 薬物乱用 (主にアルコール 依存症), 統合失調症, パーソナリティ障害など
③ サポートの不足	未婚, 離婚, 配偶者との死別, 職場での孤立
④ 性別	自殺既遂者: 男>女 自殺未遂者: 女>男
⑤ 年齢	年齢が高くなるとともに自殺率も上昇
⑥ 喪失体験	経済的損失, 地位の失墜, 病気や怪我, 業績不振, 予 想外の失敗
⑦ 他者の死の影響	精神的に重要なつながりのあった人が突然不幸な形で 死亡
⑧ 事故傾性	事故を防ぐのに必要な措置を不注意にも取らない 慢性疾患への予防や医学的な助言を無視

(高橋祥友『改訂新版 自殺の危険：臨床的評価と危機介入』金剛出版, 2006)

(2) 自殺の危険因子

表 15-2 に挙げたような危険因子を数多く満たす事例は自殺が生じる可能性が潜在的に高いととらえる必要がある。

① 自殺未遂歴

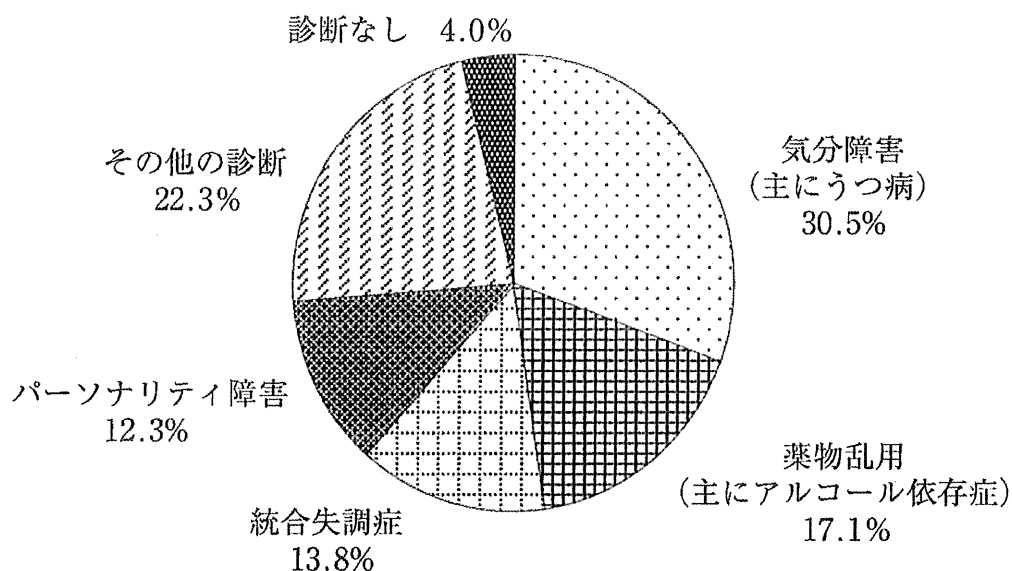
これまでに自殺未遂に及んだことのある人は、その後、適切なケアを受けられないと、将来も同様の行動を繰り返して、結局、命を絶ってしまう率が、そのような行為を認めない人に比べるとはるかに高い。高所から飛び降りたり、電車に飛びこんだものの、奇跡的に助かった人が真剣に自殺を考えていたことを疑ったりはしないだろう。しかし、手首を浅く切る、薬を少し余分に服用するといった、ただちに死に至らないような方法で自傷行為に及んだ人の場合、「狂言自殺だ」「周囲を脅かそうとしただけだ」といったとらえられ方をしてしまいかねないので、注意を払う必要がある。

② 精神疾患

精神疾患に関しては他の章で取り上げられているので、詳しくはそちらを参照してほしい。自殺者の大多数は最後の行動に及ぶ前に、気分障害（主にうつ病）、薬物乱用（主にアルコール依存症）、統合失調症、パーソナリティ障害といった、何らかの精神疾患に罹患していたことを多くの調査が明らかにしている。

図 15-4 は、WHO（世界保健機関）が実施した、自殺者に関する調査結果である。これによると、自殺前に精神疾患の診断に該当していたと考えられる人は 96% であり、「診断なし」はわずかに 4% に過ぎなかった。このように大多数の自殺者が生前に何らかの精神疾患に罹患していたと推定されるのだが、適切な治療を受けていた人となると 1～2 割程度であった。そこで、うつ病、アルコール依存症、統合失調症に対しては今では効果的な治療法があるので、早期に診断し、適切に治療することによって、自殺率を低下させる余地は十分にあると、WHO は強調している。

なお、自殺を図る際に酩酊状態にある人が多いという点も注目され



(World Health Organization: Suicide Rates (per 100,000), by country, year, and gender. http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suiciderates/en/, 2004)

図 15-4 自殺と精神疾患

る。飲酒をすると、一時的に気分が晴れることを経験しているために、酒量が増えたり、飲酒によって熟睡感を得ようとする人もいる。しかし、アルコールは中枢神経系の活動を抑制する作用があり、長期的にはうつ病の症状をかえって悪化させてしまう。また、酩酊状態で自己の行動をコントロールする力を失い、自殺行動に及ぶ人も多い。

③ 周囲からのサポートの不足

未婚の人、離婚した人、何らかの理由で配偶者と離別している人、近親者の死亡を最近経験した人の自殺率は、結婚し配偶者のいる人の自殺率よりも約3倍の高さを示す。また、家族が全員揃っていて、表面的にはとくに問題のないように見えることがある。しかし、詳しく検討すると、その中でもある特定の人が疎外されていて、自殺の危険が高まっている状況が明らかになってくる場合も少なくない。

④ 性別

自殺者の男女比はごく一部の例外を除いて、ほとんどの国で男性のほうが高い。最近のわが国の既遂自殺者の男女比は約2.5対1である。対照的に自殺未遂者は女性が多い。

⑤ 年齢

第二次世界大戦直後は、わが国の自殺率は若年成人期と老年期に二つのピークを描いていた。しかし、近年では、わが国の若年層の自殺率は欧米に比較して際立って高いわけではない。とくに男性でその傾向が強いが、40～50歳代に最初のピークがあり、高齢者層に第二のピークを認める。

⑥ 喪失体験

各種の喪失体験として、経済的損失、地位の失墜、失職、病気や怪我、近親者の死亡、訴訟を起こされることなどが挙げられる。これらの喪失体験が、すべての人にとってまったく同じ意味をもつわけではない。自殺を図ろうとする人にとって、どのような意味をもつかを十分に理解する必要がある。

⑦ 他者の死の影響

同一家系に自殺が多発することがしばしば報告されており、遺伝が自殺に果たす役割さえ指摘されている。ただし、この点については異論も多く、近親者の自殺を経験することが一種の学習となって、自殺の危険を高めていると主張する研究者もいる。現段階では、遺伝か学習かそのどちらかが妥当な解釈であるか結論は出ていない。

他者の自殺が複数の自殺を誘発する群発自殺という現象が知られている。家族以外にも親しい人の自殺、事故死、不審死を最近経験したことはないか、また、著名人の自殺報道に接して影響を受けていないかといった点にも注意する。

⑧ 事故傾性

一般に自殺はある日突然に何の前触れもなく起きると考えられているが、実際には自殺に先行して自己の安全や健康を守れなくなることがしばしば認められる。自殺に先行するこのような現象は事故傾性(accident proneness)と呼ばれている。これまでも多くの事故を認める、事故を防ぐのに必要な処置を不注意にも取らない、慢性の病気に対して当然の予防あるいは医学的な助言を無視するといった人については、自己破壊傾向の観点から検討する必要がある。

たとえば、医療の現場では次のような例がある。糖尿病であってもそれまでは十分に管理できていた人が、食事療法も、薬物療法も、運動療法も突然やめてしまったりする。あるいは、逆にインスリンという糖尿病の治療薬を多量に注射するといったこともある。また、腎不全の患者が人工透析を突然受けなくなったりするといったことで、事故傾性に気づかれた例もある。これ自体が生命の危険をもたらしかねない行動である。

あるいは、一般の職場の例としては、これまでまじめな仕事ぶりだった会社員が多額の借金をするようになる、何の連絡もなく失踪する、繰り返し交通事故を起こす、性的な問題行動を認める、酩酊状態で喧嘩に巻き込まれる、全財産を賭けるような株式投資に打って出るといった行動の変化を、自殺の前に認めることはめずらしくない。抑うつ的であった人が失踪に及んだ場合には、自殺の代理行為として真剣にとらえる必要があり、本人の安全をまず確保したうえで、専門の精神科医の診察を受けるようにしなければならない。

以上、自殺の危険因子について解説してきた。自殺予防の第一歩は、自殺の危険を適切に評価することから始まる。生活史上に認められた自己破壊傾向を評価しながら、危険因子を総合的に検討すれば、得られた情報は、自殺の予防のためにさらに有用なものとなる。

(3) 自殺の危険の高い人の心理

自殺の危険の高い人は、「死んでしまいたい。今すぐに楽になりたい」という気持ちと、「助けてほしい。生きていたい」という気持ちの間を、最後まで激しく揺れ動いている。そして、次に挙げるような共通の心理が認められる。

① **極度の孤立感**：この孤立感は、最近発病した精神疾患の影響で生じている場合もあるのだが、幼いころから長年にわたって抱き続けてきた感情であることも少なくない。実際には家族もいるし、友人や知人も大勢いる。しかし、その中で絶望感を伴う深い孤立感を常に抱き続けてきた。あるいは、現実には周りから多くの救いの手を差し伸べられていても、精神疾患の影響で自己評価が極端に低くなってしまい、この世の中で自分はひとりきりであり、誰も助けてくれるはずはないという、深い孤立感を抱き、それにいよいよ耐えられなくなっている。

② **無価値感**：「私は生きるに値しない」「生きていても仕方がない」「私などいないほうが皆は幸せだ」といった感情である。これは、うつ病をはじめとする精神疾患のために、最近になって生じている場合もあれば、幼少期から強い絆のある人からのメッセージとして長年にわたって抱き続けている場合がある。もっとも不幸な例は幼少期に心理的・身体的・性的虐待を経験してきたような人であり、「生きてることさえ許されない」「生きる意味をまったく失った」という絶望感に圧倒されてしまっている。

③ **強度の怒り**：自殺の危険の高い人は、絶望感とともに強烈な怒りを覚えている。これは社会や強い絆のある人に向けられている場合もあれば、また、他者に対してそのような怒りを感じている自分を意識することで、かえって自分自身を責める結果になっている場合もある。

④ **窮状が永遠に続くという確信**：今、自分が置かれている絶望的な状況に対して何の解決策もないし、どんなに努力をしたところで、それは報われず、この窮状が永遠に続いていくという揺るぎない確信を抱いていることがある。

⑤ **心理的視野狭窄**：自殺の危険が迫っている人の思考法をトンネルの中にいる状態にたとえた心理療法家がいる。トンネルの中にいて周囲は

真っ暗である。遠くから一条の光が差しこんでいて、それがこの闇から出る唯一の方法である。そしてそれが自殺であって、他には解決策はまったく見当たらないという独特の心理的視野狭窄の状態に陥っている。

⑥ **諦め**：自殺の危険の高い人は、同時にさまざまな感情に圧倒されているのだが、次第に、ありとあらゆる必死の闘いを試みた後に独特の諦めが生じてくる。これは穏やかな諦めというよりは、「嵐の前の静けさ」「台風の日」といった不気味な感じを伴う諦めである。「疲れ果てた」「もうどうでもいい」「何が起きてもかまわない」といった感覚を伴う。この段階に至ると、怒りも、抑うつや不安も、孤立感さえも薄れていく。このような諦めに圧倒されてしまうと、周囲からはこれまでの不安焦燥感が薄れて、かえって穏やかになったととらえられてしまいかねない。

⑦ **全能の幻想**：どんなに環境や能力に恵まれた人であっても、自分の抱えた問題を解決するには、時間も努力も必要であり、他者からの助けも要る。しかし、自殺の危険の高い人というのは、ある時点を超えると、唯一、今の自分の力でもただちに換えられることがあると思い始める。そして、「自殺は自分が今できる唯一残された行為だ」といった全能の幻想を抱くようになる。この段階にまで至ると、自殺の危険はもはや直前にまで迫っているのです、ただちに本人を保護するために必要な対策を取らなければならない。

自殺の危機が直前にまで迫った人はこのような複雑な感情に圧倒されている。たとえば、中年男性が自ら命を絶ったような場合、周囲の人々は「若い子どもを遺してどうして自殺してしまったのだろうか？」との疑問をしばしば抱くのだが、むしろ、自殺の危険の高い人にとっては、「ともかくただちにこのつらい状況から抜け出したい。楽になりたい」という思いに圧倒されていて、遺される家族のことまで考える余裕さえ

失っていたというのが現実であるのだ。

3. 自殺の危険の高い人への対応

(1) TALK の原則

自殺を真剣に考えるほどの絶望的な気持ちは、これまでの関係から、この人ならば真剣に聞いてくれるはずだという人を選んで、打ち明けられることが多い。カナダで自殺予防活動を実施しているグループが、自殺の危険の高い人への対応を次のように **TALK の原則**としてまとめている。TALK とは「Tell, Ask, Listen, Keep safe」の頭文字を取ったものである。

Tell：相手のことをとても心配しているとはっきりと言葉に出して伝える。

Ask：自殺の危険を感じているならば、その点について質問する。真剣に対応するのであれば、自殺を話題にしても危険ではない。むしろそれは自殺予防の第一歩になる。

Listen：傾聴である。励まそう、助言しよう、叱ろうなどと考えたりするかもしれない。しかし、まずしなければならないのは徹底的に聴き役に徹することである。

Keep safe：危険だと思ったら、その人をひとりにしてはならない。安全を確保したうえで、周りの人々からの協力も得て、必要な対処をする。はっきりと自殺を口にしたり、自分の身体を傷つけたりする行為に及んだ人については、確実に精神科受診につなげる。

(2) 治療の原則

問題を抱えた時に自殺を図ろうとするパターンは繰り返される傾向が

高いので、治療は長期にわたることを念頭に置いて計画する。最終的には、問題が生じた状況でも、自殺以外のより適応度の高い方法を用いて、本人が自分の力でその問題に対処できるような能力を身につけ、自立を援助することが治療の目標となる。自殺の危険の高い人に対しては、①**心理療法**（問題を抱えた時に、自殺以外の他の選択肢を試みるように働きかける）、②**薬物療法**（背景に精神疾患が存在する場合には適切な薬物療法を実施する）、③**周囲の人々との絆の回復**（自殺の危険の高い人が自ら断ち切ってしまった周囲の人々との絆を回復するように援助する）を3本の柱にすえて、長期的・総合的に治療を計画していく。

学習の ヒント

1. 自分の知っている人で自ら命を絶った人がいたら、その人の心理について考えてみよう。（そのような人を知らない場合には、文学作品や映画の中に描写された自殺者の心理について考えてみよう。）
2. 自殺の危険の高い人を目の前にしたときに、自分にはどのような対応ができるか考えてみよう。
3. 自殺に関してさまざまな偏見があるが、どのようなものがあるか考えてみよう。

参考文献

- チャイルズ, J., ストローサル, K. (高橋祥友訳) 『自殺予防臨床マニュアル』 星和書店, 2008
- シュナイドマン, E.S. (高橋祥友訳) 『アーサーはなぜ自殺したのか』 誠信書房, 2005
- シュナイドマン, E.S. (高橋祥友監訳) 『生と死のコモンセンスブック：シュナイドマン 90歳の回想』 金剛出版, 2009
- スモーリン, A., ガイナン J. (柳沢圭子訳, 高橋祥友監修) 『自殺で遺された人たちのサポートガイド：苦しみを分かち合う癒やしの方法』 明石書店, 2007
- 高橋祥友 『自殺の心理学』 講談社現代新書, 1997

高橋祥友『群発自殺』中公新書, 1998

高橋祥友『自殺, そして遺された人々』新興医学出版社, 2003

高橋祥友『新訂増補版 自殺の危険: 臨床的評価と危機介入』金剛出版, 2006

高橋祥友『自殺予防』岩波新書, 2006

高橋祥友『医療者が知っておきたい自殺のリスクマネジメント 第2版』医学書院,
2006

マスコミと自殺防止

ある人物の自殺が他の複数の自殺を引き起こす現象は「群発自殺」と呼ばれています（高橋、1998、2006）。たとえば、1986年4月にはアイドル歌手岡田有希子さんの自殺が大々的に報じられ、その後の2週間に青少年の後追い自殺が約30件続きました。そのほとんどが歌手と同じく、高所からの飛び降りて亡くなっていて、手段も模倣されていました。

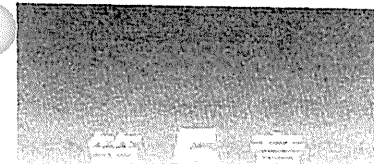
この年には、いじめ自殺が大きく取り上げられたこともあり、青少年の自殺が前後の年に比べて約4割も増加してしまいました。最近では、インターネット自殺、硫化水素自殺なども群発自殺の一例といえるでしょう。

このように、センセーショナルな報道がハイリスクの人の自殺の引き金になり

かねない一方で、適切な報道が自殺予防につながることも事実です。そこで、世界保健機関は自殺報道に関して次のように提言しています（WHO、2008）。要するに自殺そのものではなく、予防に力点を置いた報道の必要性を強調しているのです（なお、括弧内は筆者が補足しました）。

- ① 報道を通じ、一般の人々に自殺や自殺予防に関する正しい知識を伝える
- ② 自殺をセンセーショナルに表現したり、正常な行為であるといった表現をしたり、あるいは問題解決の方法として伝える言葉はひかえる
- ③ 自殺の記事を目立つ位置に配置したり、過剰に報道を繰り返したりしない（たとえば、新聞の一面や、テレビのトップで扱わない）
- ④ 自殺の手段を詳細に伝えない
- ⑤ 自殺の場所を詳細に伝えない
- ⑥ 見出しに配慮する（見出しに「自殺」を使わないようにする）
- ⑦ 写真や映像を使う際には十分に注意する
- ⑧ 著名人の自殺報道には特別の注意が必要である
- ⑨ 自殺後に遺された人に対して十分に配慮する（遺された人自身がハイリスクの人であり、ケアが必要なことを忘れてはならない）
- ⑩ 危機に際してどこで援助を得られるかについての情報を提供する
- ⑪ ジャーナリスト自身も自殺報道によって影響を受ける危険性を認識し、サポート体制を築いておく必要がある

（高橋祥友）



その他の問題

I. 自殺

a. 自殺研究の現状

自殺の危険の予測に関しては十分にエビデンスに基づいた研究が少なく、経験的な調査や、レトロスペクティブな手法に基づく報告が大多数を占めているという事実をまず指摘しておかなければならない。

その理由として、第一に、自殺の発生頻度が低いために、十分なサンプル数をそろえて、プロスペクティブ研究を実施するのが難しい。例えば、わが国の最近の自殺率は人口10万人当たり約25であり、この現象を調査するためにプロスペクティブ研究を計画するには、莫大な対象数が必要となる。そこで、これを補うために心理学的剖検(psychological autopsy)という調査法を用いて、自殺についての研究が進められてきた。ある地域で自殺が生じた際に、訓練された専門家チームを派遣し、調査の目的を説明したうえで、同意を得て、自殺者の生前の状態をよく知っている家族や知人などに面接する。また、可能な限りの医療情報や警察の記録なども収集する。このようにして、自殺者が生前に抱えていた精神医学的な問題を明らかにしようとする方法が、自殺研究のおもな技法となっている。ただし、わが国では遺族から面接の同意を得ることが難しいという現実があり、心理学的剖検法による調査さえ十分に行われておらず、病院記録に基づいたレトロスペクティブ研究がおもである。

第二に、たとえプロスペクティブ調査が可能であったとしても、危険群と同定された人々に対して行われている治療の影響を排除することが極めて難しいし、また、危険群と判断されているにもかかわらず、治療をしないので

表 16 心理学的剖検法に基づいた調査による自殺者に占める精神障害と
うつ病の割合

研究者名	国	研究期間 (年)	対象数 (n)	精神障害 (%)	うつ病性 障害(%)
Robins, et al [1959]	アメリカ	1956~57	134	94	45
Dorpat, et al [1960]	アメリカ	1957~58	114	100	29
Barracough, et al [1974]	イギリス	1966~68	100	93	70
Beskow [1979]	スウェーデン	1970~71	271	97	45
Chynoweth, et al [1980]	オーストラリア	1973~74	135	88	55
Rich, et al [1986]	アメリカ	1981~82	283	95	46
Arato, et al [1988]	ハンガリー	1985	200	81	58
Asgard [1990]	スウェーデン	1982	104	95	58
Henriksson, et al [1993]	フィンランド	1987~88	229	93	59
Cheng [1995]	台湾	1989~91	116	98	88
Conwell, et al [1996]	アメリカ	1989~92	141	90	47
Foster, et al [1997]	北アイルランド	1992~93	118	86	36

のフォローアップを行うことには倫理的な問題さえ生じうる。

このように、自殺の危険性の予測に関する調査は science というよりは、art
といった側面が今も強く残っているといつて過言ではない。

b. 心理学的剖検法による自殺者の生前の状態

おもな心理学的剖検法に基づく調査の結果を表16にまとめた。それらによ
ると、自殺者は生前に81~100%がなんらかの精神障害に罹患していたと指
摘されている¹⁻¹²⁾。なかでもうつ病性障害が自殺に最も密接に関連し、29~
88%を占めている。これらの報告が共通して指摘しているのは以下の点で
ある。

- (1) 他の精神障害と比較すると、うつ病では、その重症度と自殺の危険性がある程度の相関を認める。
- (2) うつ病であっても適切な治療を受けていなかった例が大多数である(したがって、うつ病を正確に診断して、適切な治療を実施することが、現段階では最も有効な自殺予防法となりうる)。
- (3) 単にうつ病だけではなく、アルコール依存・乱用やパーソナリティ障害などの他の精神障害を合併している場合は、自殺の危険性がよりいっそう高まる。

なお Harris ら¹³⁾は、1966~1993年の期間において英語で発表された23編

の論文を総説し、気分障害のサブタイプと自殺の危険性を次のようにまとめている。いかなる精神障害も自殺の危険性を高める要因となりうるが、特に気分障害と自殺の危険性が関連している。単極性うつ病の患者の自殺率は一般人口のそれよりも20倍も高い。以下、双極性障害では15倍、気分変調症では12倍、その他の気分障害では16倍高い。

c. 自殺の危険の評価

さて、自殺の危険の評価に関して十分にエビデンスに基づいた情報が得られないのが事実であるといつても、それでも臨床家は患者の自殺の危険について日々評価を下して、治療を計画していかなければならない。

これまでに、うつ病患者の自殺に関する各種の評価尺度が開発されてきたが、十分臨床に応用可能なものにはなっていない。これはまさに、自殺という現象が多要因的で、動的な現象であることを物語っている。自殺の危険性予測のおもな評価尺度に関する総説はすでに筆者が他誌に発表しているので、詳しくはそれを参照されたい¹⁴⁾。

Chiles ら¹⁵⁾によると、従来から指摘されてきた危険因子は、ある程度の調査期間をおいたうえでハイリスクの患者を群としてとらえることはできたとしても、個として確実に把握できるほどには信頼度は高くないと述べている。また、臨床家が真に知りたい、24~48時間以内といった近い将来に自殺が生ずる危険を正確に予測は極めて難しいという。これらの危険因子は、自殺が生ずる潜在的な可能性を大きく篩にかけるといった程度の参考とすべきであり、それ以外にも、性格傾向、生活史上に認められた自己破壊傾向、患者自身の将来に対する認識などを考慮しながら、自殺の危険性を臨床的に判断していく必要がある。

表17にうつ病患者の自殺の危険の評価について Kielholz¹⁶⁾のまとめを挙げておいた。メランコリーの診断に該当する重症のうつ病は自殺に密接に関連することから、うつ病の症状を的確にとらえることが、自殺予防の第一歩となる。いくつか、特に重要な項目に簡単に触れておく¹⁷⁾。

1) 希死念慮、自殺企図

希死念慮をなんらかのかたちで表明する患者に注意を払う。希死念慮は言語的に表出される場合ばかりでなく、非言語的に伝えられることも少なくない。「死にたい」、「自殺する」とはっきりと直接的に言葉にする場合ばかりで

表 17 うつ病患者の自殺の危険因子

A. 自殺手段の選択と徴候の特徴	
1.	自殺企図歴
2.	自殺の家族歴あるいは知人の自殺を認める
3.	自殺するとはのめかしたり、脅す
4.	自殺の実行や準備を具体的に言葉に出す
5.	不穏な状態が先行したあとの「無気味な落ち着き」を認める
6.	自己抹殺や破滅の夢を見る
B. 症状の特異性	
1.	激しい不安・焦燥感
2.	頑固な睡眠障害
3.	過度で統御不能の攻撃性
4.	初期、回復期、混合期
5.	生物学的な危機の年代(思春期、妊娠期、産褥期、更年期)
6.	重度の自責感と不全感
7.	不治の疾患の合併、心気妄想
8.	アルコール依存症の合併
C. 環境要因	
1.	崩壊家庭の出身
2.	喪失体験
3.	職業および経済的な困難
4.	課題や人生の目標の達成の失敗
5.	宗教的な絆の喪失

なく、「生きている意味がない」、「どこか遠くへ行きたい」などと言ったり、周囲の人々に対して不自然な感謝の念を表すこともある。大切にしていた持ち物を他人にあげてしまったり、あるいは、実際に自殺に用いようとする手段を用意したり、自殺する場所を下見に行くようなことも、自殺企図の前にしばしば認める。

また、自殺企図に及んだものの幸い救命された患者が、将来再び自殺行動を繰り返し死に至る危険は、一般人口よりもはるかに高い。手首を浅く切る、薬を数錠余分に服用するといった、実際には生命に危険が及ばないような自傷行為を呈した患者であっても、長期間追跡すると、自殺に終わる率が高い。

2) 自殺の家族歴、他者の自殺の経験

家族や近親者に自殺者が存在する場合も自殺の危険が高まる。高率に自殺が多発する家系の報告があり、遺伝が自殺に果たす役割も指摘されている。

さらに、身内以外でも重要な関係にあった他者の自殺を経験した人では、自殺の危険が高まると報告されている。潜在的に自殺の危険が高い人が他者の自殺を知った場合に、その人物に同一化し、急性に自殺の危険性が高まることがある。特に思春期では「群発自殺」の危険が近年強調されている¹⁸⁾。

3) 病気の段階

発症の直後、回復期、あるいは、退院の直後に、急激に危険が高まる可能性がある指摘されてきた。ただし、これはすべての患者に当てはまるものではなく、各時期に注意深く自殺の危険を評価していくべきである。それまで希死念慮を認めても、精神運動制止が強いために行動に移せなかった患者が、ある程度病状が改善して、回復期に自殺行動に及ぶことがあるとしばしば指摘されている。しかし、ある特定の時期だけにうつ病患者の自殺の危険が高まるといった考えは判断を誤る可能性がある。

なお、Pöldinger¹⁹⁾は、自殺行動に至る段階を、① 思案期、② 両価期、③ 決断期に3分類した。特にその中で、決断期においてある種の鎮静化した状態が認められると指摘している。抑うつ的で、不安・焦燥感が強かった患者が、それまでの症状が突然、消退し、穏やかで、笑顔さえ浮かべ、感謝を示すようなことがある。この徴候のため、医療者が自殺の危機はすでに去ったとの楽観的で誤解に満ちた判断を下す恐れさえあるが、このような「嵐の前の静けさ」、「無気味な落ち着き」の状態についても嚴重な注意を払う。

4) 心気傾向

心気妄想、罪業妄想、貧困妄想といった典型的な妄想を呈するうつ病患者では、妄想を認めない患者に比べ、自殺率は5倍も高い²⁰⁾。妄想の影響で外界に対する正しい認知が障害されているため、同時に希死念慮も認めた場合は、自殺の危険は高いと判断すべきである。

なお、心気妄想にまで至らなくとも、過度に身体症状にこだわる患者が存在する。身体症状が病像の前面に出ていて、他の抑うつ症状があまり明確でない場合も珍しくない。患者は身体症状にとらわれて、精神科以外の診療科を受診しがちである。患者、そして受診した先のプライマリケア医も、身体症状ばかりに注意を向けかねない。

特に高齢者では精神的な抑うつを率直に表現することを社会文化的に暗黙のうちに抑えられているため、その代理として身体症状をしばしば執拗に訴

えることがある。高齢者の自殺の動機として病苦が挙げられることが多いが、実際には自殺の危険の高い高齢患者のかなりの部分で、症状を1つひとつ取り上げればそれほど重症ではない身体的な愁訴が数多く存在している。したがって、器質的な異常が見当たらなかったり、異常はあるが訴えがそれをはるかに上回る身体的な愁訴が続く高齢患者では、その背後に隠されている抑うつ症状や自殺の危険について慎重に検討すべきである。

5) 事故傾性 (accident proneness)

自殺に先立って、自己の安全や健康を保てなくなる事態がしばしば生じる。自殺はある日突然なんの前ぶれもなく起きるというよりは、むしろ、それに先立ってさまざまな自己破壊傾向がみられることが多い。自殺の直前ばかりでなく、これまでの人生で長年にわたって事故傾性を認める人もいる。すなわち、繰り返す事故がある人にとって無意識的な自己破壊傾向を示しているのである。本人にとっても、それは事故以外の何物でもないと考えられている。

事故が多い、事故を防ぐのに必要な処置がとれない、慢性の病気に対して予防対策がとれない、医学的な助言を無視する人などについては、自殺の危険についても検討しておく。自己の身体管理にまるで無関心で、必要な処置をとらないことはないか、しばしば不注意によるけがで入院したりすることはないかなどを検討しておく。うつ病患者が遁走に及んだ場合、それが自殺の代理行為ととらえるべきであるとの意見もある²¹⁾。

6) 飲酒との関係

アルコール依存症の診断に該当しないまでも、自殺をはかる人の多くが酩酊状態で自殺行動を起こしている。アルコールの直接の影響で自己の行動を制御する力も弱まり、自殺行動へ走る傾向を促進していることも多い。

酩酊状態にあるときにうつ病の症状が多少は軽減することを患者自身が経験しているため、self-medication のようにしてアルコールを用い、自覚しないうちに徐々に飲酒量が増加している場合がある。いつもはほとんど酒に手を出さない人が飲み始めたり、たしなむ程度の酒量が徐々に増えていくことは、うつ病患者で時々認められる。酩酊している間は、多少なりとも症状の改善を認めたとしても、元来、アルコールは中枢神経系を抑制する作用があるため、酩酊状態から脱すると本来の抑うつ症状はさらに悪化する傾向があ

る。治療中は原則として禁酒するか、たとえ飲酒するにしても家族と一緒に少量だけ飲酒することを患者に助言しておく。

7) 高齢者のうつ病と自殺の危険

認知症の初期に、患者はしばしば抑うつになる。周囲の状況を正しく認知できないこととあいまって、些細なことから絶望感にとらわれ、自殺の危険が高まることもまれではない。

さらに、意識の混濁が、うつ状態に合併した場合も自殺の危険に注意すべきである。術後や薬物の副作用のために引き起こされたせん妄の影響で、一見事故と見紛うような自殺が生ずることがある。特に、長期にわたって抑うつ傾向を認めたような高齢患者に、軽度の認知症やせん妄が合併した場合は、自殺の危険を示す徴候と考え、注意が必要である²²⁾。この「抑うつ」、軽度の「認知症」および「せん妄」は、高齢者の自殺の危険の三徴ともいえるべきものである。depression, dementia, delirium の頭文字をとって、高齢者の自殺の危険を示す3つのdとされる。

d. 治療

最も確実な自殺予防法は、自殺の危険の背景に存在する精神障害を早期に発見して、適切な治療をすることに尽きる。うつ病患者の治療に際しては自殺の危険を必ず評価しておく。図4は典型例として、自殺企図のために治療に導入された例についてのモデルであるが、自殺企図のない例でも同様に考えることができる。うつ病治療の基本原則に忠実である点が重要なのだが、自殺の危険の高い患者の治療に焦点を当てて、いくつかの原則を以下に挙げておく。

- (1) 自殺の危険性について徹底的に繰り返し評価する(危険因子、うつ病の重症度、自殺未遂を繰り返す危険、周囲から得られるサポートの程度を評価する)。
- (2) 外来治療と入院治療の間で十分な連携がとれる場で治療を行う。
- (3) 特にハイリスクの患者の治療には注意を払う。自殺の危険はただ一度で終わることはまれであり、長期にわたる治療が必要になる。
- (4) うつ病の治療ばかりでなく、周囲の人々との絆を回復させる配慮も必要である。
- (5) 自殺の危険を示すサインなどについて家族に教育しておき、それに気づ

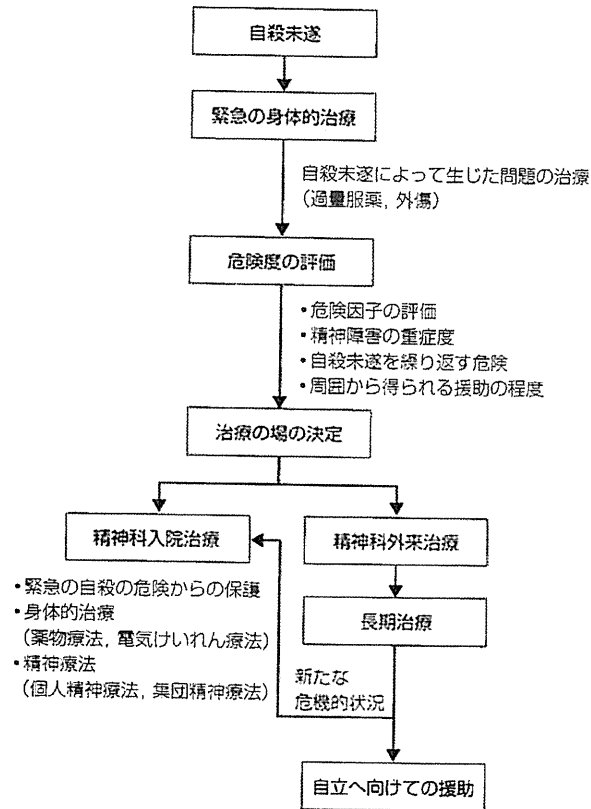


図4 自殺の危険の高い患者に対する治療の流れ

いた場合は直ちに担当医に連絡するよう協力を求める。

- (6) 外来治療においては、致死量の薬物が患者の手に渡らないようにするとともに、薬物を患者がためたりしないように配慮する(必要があれば、家族に薬物の管理を依頼する)。
- (7) 知人の死、あるいはマスメディアなどで著名人の自殺などがセンセーショナルに報道されたような場合に、潜在的に自殺の危険の高いうつ病患者に危機が訪れる可能性があるので、注意する。

●文献

- 1) Robins E, et al: The communication of suicide intent: A study of 134 consecutive cases of completed suicide. Am J Psychiatry 115:724-733, 1959 [D]
- 2) Dorpat TL, et al: A study of suicide in the Seattle area. Compr Psychiatry 1:349-359, 1960 [C]
- 3) Barraclough BM, et al: A hundred cases of suicide: Clinical aspects. Br J Psychiatry 125:355-373, 1974 [C]
- 4) Beskow J: Suicide and mental disorder in Swedish men. Acta Psychiatr Scand 277(Suppl):1-138, 1979 [C]
- 5) Chynoweth R, et al: Suicide in Brisbane: A retrospective psychosocial study. Aust NZ J Psychiatry 14:37-45, 1980 [C]
- 6) Rich CL, et al: San Diego suicide study I: Young vs. old subjects. Arch Gen Psychiatry 43:577-582, 1986 [D]
- 7) Arato M, et al: Retrospective psychiatric assessment of 200 suicides in Budapest. Acta Psychiatr Scand 77:454-456, 1988 [C]
- 8) Asgard U: A psychiatric study of suicide among urban Swedish women. Acta Psychiatr Scand 82:115-124, 1990 [C]
- 9) Henriksson MM, et al: Mental disorders and co-morbid in suicide. Am J Psychiatry 150:935-940, 1993 [C]
- 10) Cheng AT: Mental illness and suicide: A case-control study in East Taiwan. Arch Gen Psychiatry 52:594-603, 1995 [C]
- 11) Conwell Y, et al: Relationship of age and axis I diagnoses in victims of completed suicide: A psychological autopsy study. Am J Psychiatry 153:1001-1008, 1996 [C]
- 12) Foster T, et al: Mental disorders and suicide in Northern Ireland. Br J Psychiatry 170:447-452, 1997 [C]
- 13) Harris CE, et al: Suicide as an outcome for mental disorders. Br J Psychiatry 170:205-228, 1997 [C]
- 14) 高橋祥友: 気分障害と自殺. 臨精医 29:877-884, 2000 [E]
- 15) Chiles JA, et al: Clinical Manual for Assessment and Treatment of Suicidal Patients. American Psychiatric Publishing, Washington DC, 2005 [高橋祥友(訳): 自殺予防臨床マニュアル. 星和書店, 2008] [C]
- 16) Kielholz P: Diagnose und Therapie der Depressionen für den Praktiker, 3. Lehmanns, Aufl München, 1974 [E]
- 17) 高橋祥友: 自殺の危険—臨床的評価と危機介入. 金剛出版, 1992 [E]
- 18) 高橋祥友: 群発自殺. 中央公論社, 1998 [E]
- 19) Pöldinger W: Die Abschutzung der Suizidalität. Huber, Bern, 1968 [E]
- 20) Roose SP, et al: Depression, delusion and suicide. Am J Psychiatry 140:1159-1162, 1983 [C]
- 21) Menninger K: Man against himself. Harcourt Brace Jovanovich, New York, 1938 [D]
- 22) Takahashi Y, et al: Suicide and aging in Japan: An examination of treated elderly suicide attempters. Int Psychogeriatr 7:239-251, 1995 [D]

(高橋祥友)



その他の問題

I. 自殺

a. 双極性障害と自殺の危険

単極性うつ病と自殺の危険の関連については第I編第5章(p.201)で詳述した。それと重複する部分は本項では省略しているので、そちらを参照していただきたい。

気分障害のサブタイプによって自殺率が異なるか否かという点については、明確な結論が出ていない。単極性うつ病の患者のほうが双極性障害の患者よりも自殺率が高いという報告^{1,2)}もあれば、両者には差がないという報告³⁻⁵⁾もある。一方、双極性障害の患者のほうが単極性うつ病の患者よりも自殺率が高く^{6,7)}、双極性障害の中でもII型の患者はI型の患者よりも自殺率が高いという報告もある⁸⁾。しかし、これらの差は追跡調査の期間などによるものであるとの意見もあり、十分に長期間追跡した場合には、単極性うつ病と双極性障害では自殺率に差異がなくなるとの報告⁹⁾もある。

実際のところ、双極性障害に特に焦点を当てて自殺との関連を調査した報告は、単極性うつ病に比べて、決して多くはない。双極性障害の重症度、経過、病相などが自殺の危険に関連してくる。判断の誤りから生じる事故死などが起きる可能性は否定できないものの、典型的な躁病相における自殺は比較的まれである。しかし、混合病像をとる患者や、病相頻発型では、自殺率は単極性うつ病とほとんど変わらない。

なお Harris ら¹⁰⁾は、1966～93年の期間において英語で発表された23編の論文を総説し、気分障害のサブタイプと自殺の危険性を次のようにまとめている。「いかなる精神障害も自殺の危険を高める要因となりうるが、その中

でも特に気分障害と自殺の危険性が関連している。単極性うつ病の患者の自殺率は一般人口のそれよりも20倍も高い。以下、双極性障害では15倍、気分変調症では12倍、その他の気分障害では16倍高いと推定されている。

フィンランドにおける全国調査をもとに Isometsa ら¹¹⁾が双極性障害の自殺者の特徴について報告している。それによると、双極性障害に罹患して自死した者の79%は、自殺直前にうつ状態にあり、71%は他の精神障害も合併していた。特に男性の場合、半数以上にアルコール依存症の合併を認めた。そして、適切な精神科治療を受けていなかったものが大多数を占めていた。炭酸リチウムや抗うつ薬の血中濃度が治療域に達していないものが大多数であったことから、治療へのアドヒアランスの問題もあったと考えられる。

b. 治療

自殺の原因となる精神障害を集中的に治療することが、自殺予防につながることは当然であり、単極性うつ病患者の自殺予防と共通する点も多い。

前項で指摘した双極性障害と自殺の関連を念頭に置いて、治療を計画する。特に混合病像をとる時期やうつ病相とともに、病相頻発型では自殺の危険に十分に注意し、入院治療に踏み切ったり、電気けいれん療法を実施する必要も出てくる。また、単に双極性障害ばかりでなく、物質乱用(特にアルコール乱用)やパーソナリティ障害を合併している例においては、自殺の危険がいつも高まる点についても十分に配慮しておく。

なお、双極性障害の患者では、炭酸リチウムの長期にわたる維持療法が未遂および既遂自殺の率を下げるとの報告がある。炭酸リチウムによる治療を受けていなかった群は、受けていた群に比べて、自殺行動の率は7倍も高かったと、Baldessarini ら¹²⁾は報告している。特に、調査開始後1年以内では、突然の炭酸リチウムの中止が自殺の危険を高める可能性があることを指摘している。

●文献

- 1) Angst J, et al: The course of unipolar and bipolar affective disorders. In Schou M, Stromgren E: Origin, Prevention, and Treatment of Affective Disorder, pp215-226, Academic Press, London, 1979 [C]
- 2) McGlashan TH: Chestnut Lodge follow-up study, II: Long term outcome of schizophrenia and the affective disorders. Arch Gen Psychiatry 41:586-601, 1984 [C]

- 3) Perris C, et al: A study of bipolar and unipolar recurrent depressive psychoses X. Mortality, suicide and life cycles. Acta Psychiatr Scand 42(Suppl):172-183, 1966 [D]
- 4) Tsuang MT: Suicide in schizophrenics, manics, depressives and surgical controls. Arch Gen Psychiatry 35:153-155, 1978 [D]
- 5) Weeke A, et al: Excess mortality of bipolar and unipolar manic-depressive patients. J Affective Disord 11:227-234, 1986 [C]
- 6) Dunner DL, et al: Heritable factors in the severity of affective illness. Biol Psychiatry 11:31-42, 1976 [C]
- 7) Morrison JR: Suicide in a psychiatric practice population. J Clin Psychiatry 43:348-352, 1982 [C]
- 8) Tondo L, et al: Suicide risk in bipolar disorder. Clin Neuropsychiatry 2:55-65, 2005 [A]
- 9) Baldessarini RJ, et al: Bipolar disorder. In Simon RI, Hales RE (eds), Textbook of Suicide Assessment and Management, pp277-300, American Psychiatric Press, Washington D.C., 2006
- 10) Harris CE, et al: Suicide as an outcome for mental disorders. Br J Psychiatry 170:205-228, 1997 [D]
- 11) Isometsa ET, et al: Suicide in bipolar disorder in Finland. Am J Psychiatry 151:530-536, 1994 [B]
- 12) Baldessarini RJ, et al: Effects of lithium treatment and its discontinuation on suicidal behaviour in bipolar manic-depressive disorders. J Clin Psychiatry 60(Suppl 2):57-62, 1990 [C]

(高橋祥友)