

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

小児内科

Japanese Journal of Pediatric Medicine

フロータイプ 栄養・消化器

第 6 号

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い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あろうか？ 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々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れ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最も経営効率のよい、「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、という疑念も湧いてくる。

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助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くじゃねえか」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年前後に境に、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ろうか、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

弊害である」と断定的に自説を語った。その先輩曰く、「こうした世の風潮が、医師の処方にあれこれと注文をつけたり、治療薬を乱用したりする、『自称うつ病』患者を作り出した」とのことであり、「真に治療が必要なうつ病は、内因性とメラニコリー親和型だけであって、非定型だの、ディスチミア親和型だの、しょせん『ニセモノ』うつ病」となるらしい。

だが、ちょっと待って欲しいのだ。たとえその患者のうつ病が「ニセモノ」であろうと、あるいは「非定型」もしくは「ディスチミア親和型」であろうと、問題は診断名や臨床類型ではなく、自殺のリスクがあるかどうかではあるまいか？ そもそも、海外の心理学的剖検研究が指摘する自殺既遂者が罹患していた「うつ病」とは、大半がDSM-IV-TRの「うつ病性障害」のような広範な病態を指しており、Axis II診断の併存は評価されていない。つまり、わが国の専門家が勝手に、自分たちが共感しやすく扱いやすい古典的病態——今日、めったにお目にかからない理念型である——にすり替えて理解しているだけなのだ。

思えば、この手の議論のすり替えは昔からあった。たとえば、「抗うつ薬による診断的治療」がそうである。確かに内因性うつ病は抗うつ薬に反応しやすい傾向はあるが、うつ病の病態生理が解明されていない現状において、治療薬反応性だけで「ホンモノ」と「ニセモノ」を鑑別するのはあまりにも乱暴ではなだろうか？

どこかで微妙な「ボタンの掛け違い」は生じているのだ。うつ病の真偽はともかく、患者は何よりもまず援助を必要として、精神科医というメンタルヘルスの専門家の前に登場していることを忘れるべきではない。むしろ問題とされるべきは、薬物療法だけでは解決しない種類の困難を、あくまでも薬物療法一本槍で解決しようとする精神科医、あるいは、診療行為と称してたんに患者に「お勧めの薬剤」を提案するという、「向精神薬ソムリエ」(実は、その知識とて製薬会社のパンフレットの受け売りであったりもするが……)しかできない精神科医にあるとはいえないであろうか？

全く同じ文脈で、リストカットをはじめとする非致死的な自傷行為も誤解されている。精神科医のなかには、「リストカットは自殺とは違うよ」「あれは操作的、演技的な行動。限界設定が大事。入院中にやったら強制退院だ」などしたり顔をして語る者もいる。つまり、リストカットは「ニセモノ」の自殺行動というわけだ。

確かに自傷行為の意図は、怒りや恐怖、緊張、恥辱感といったつらい感情を緩和するという自己治療的なものが最も多く、次いで、「つらさを誰かにわかって欲しい」という援助希求的なものがある⁴⁾。そして、こうした自殺以外の意図から、「このくらいであれば死なないであろう」という非致死性の予測のもとで行われる、というのが、自傷行為の定義だ。その意味では、自殺を意図して、「この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行われる自殺企図とは峻別されるべきだろう。

しかし、自傷であれ、自殺であれ、その行為に及ぶ直前には何らかの困難や苦痛を抱えている点では何ら変わるところがない。確かに両者のあいだでは、抱えている苦痛の質や量が異なるかもしれないが、それでも、南条あやが自殺により死亡したという事実を覆すことはできない。つまり、その行動が「ホンモノ」か「ニセモノ」にかかわらず、リストカッターたちが死なないという保証はどこにもないのだ。事実、実証的研究は、自殺以外の意図にもとづく自傷行為であっても、長期的にはそれが自殺の危険因子となることを明らかにしている⁷⁾。「リストカットじゃ死なない」としても、「リストカットする奴は死なない」とはいえない。

地域は精神疾患には苦慮していない

筆者は、ここ数年、定期的に精神保健福祉センターや保健所の事例検討会に参加しつつけているが、その経験から、精神科医療関係者にぜひ知って欲しい、とつねづね感じてきたことがある。それは、「地域は精神疾患自体には苦慮していない」ということだ。地域が苦慮しているの

は、たとえば家庭の内外における暴力であり、自傷や自殺、あるいは、物質乱用といった「行動」だ。しかし、こうした問題を喜んで引き受ける精神科医療機関はめったに見当たらない。結局のところ、精神科医療は、食べやすいところだけを食べているだけであり、その食べ散らかした残飯は、地域にうずたかく堆積し、腐卵臭を放ち、地域の公的機関や民間機関を悩ませている。

あえて口幅ったいことをいわせていただくと、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。それは、一般精神医療においては統合失調症であったし、自殺対策においては「ホンモノ」のうつ病であった。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ばかりだ。

しかし、援助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、専門家からも国からも放置されてきた。そのような分野の一つとして、すでに述べた「南条あや」フォロワーによる自傷行為や過量服薬があり、本稿では取り上げなかったが、アルコール・薬物依存がある（ちなみに、筆者の臨床経験のなかでは、最も多くの患者に自殺されたのは依存症専門病院勤務時代であった）。

ここに、これからの自殺予防の重要なポイントがある。それは、つまり、我々精神科医は苦手分野の克服に努める必要がある、ということだ。確かに苦手科目の勉強ほどおっくうなことはないが、かつて受験勉強で経験したように、苦手科目克服後には不思議と得意科目の理解が深まり、さらにその科目が得意になることがある。メンタル

ヘルス問題に対する総合力を高めるとは、そういうことだと思う。いいかえれば、メンタルヘルス対策は、現在推進されている自殺総合対策の一部にすぎないが、これからは、その一部にすぎないメンタルヘルス対策もまた、うつ病対策一本槍ではない、「総合的」なメンタルヘルス対策へと成長する必要があるのだ。

文 献

- 1) Bertolote, J.M., Fleischmann, A., De Leo, D., et al : Psychiatric diagnoses and suicide: Revising the evidence. *Crisis* 25 : 147-155, 2004
- 2) 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 : 341-351, 2010
- 3) 近藤恒夫 : 薬物依存を越えて一回復と再生へのプログラム. 海拓舎, 東京, 2000
- 4) 松本俊彦 : 自傷行為の理解と援助. 日本評論社, 東京, 2009
- 5) 松本俊彦, 尾崎 茂, 小林桜児他 : わが国における最近の鎮静剤（主としてベンゾジアゼピン系薬剤）関連障害の実態と臨床的特徴——覚せい剤関連障害との比較——. *精神神経学雑誌* 113 : 1184-1198, 2011
- 6) 南条あや : 卒業式まで死にません. 新潮社, 東京, 2000
- 7) Owens, D., Horrocks, J., House, A. : Fatal and non-fatal repetition of self-harm. Systematic review. *Br J Psychiatry* 181 : 193-199, 2002
- 8) 武井 明, 目良和彦, 宮崎健祐他 : 総合病院救急外来を受診した過量服薬患者の臨床的検討. *総合病院精神医学* 19 : 211-219, 2007
- 9) 富高辰一郎 : なぜうつ病の人が増えたのか. 幻冬舎, 東京, 2009
- 10) 東京都福祉保健局編 : 自殺実態調査報告書—自死遺族からの聞き取り調査—. 41-44, 2009

1. 自傷・自殺の危険性の高い状況について

松本 俊彦*

I. はじめに

うつ病などの気分障害は、あらゆる精神障害のなかで最も自殺行動と密接に関連している。国内外の心理学的剖検調査は、自殺既遂者の9割あまりが致死的行動の直前には何らかの精神障害に罹患した状態にあり、なかでも気分障害は自殺既遂者全体の4～5割に認められることを明らかにしている^{17, 23)}。

また、様々な転帰調査に関するメタ分析では、気分障害に罹患した者の約15%が自殺既遂によって死亡していると推定されている¹⁶⁾。救命救急センターに搬送されてきた自傷・自殺未遂者を対象とした横断的調査でも、未遂者に認められる精神障害の診断として最も多いのは、うつ病をはじめとする気分障害である³²⁾。

本稿では、気分障害の臨床における自殺の危険性の高い状況について概説するとともに、対応の方針の立て方に関する私見を述べたい。

II. 一般的な自殺の危険因子

自殺の危険因子として、うつ病性障害などの気分障害の存在は重要であるが、メタ分析³³⁾によれば、気分障害以上にオッズ比の高い危険因子は決

して少なくない。また、Phillipsら²⁸⁾によれば、個々の危険因子の有無よりも、危険因子の総数が多いことが最終的な自殺既遂のリスクを高めるといふ。このことは、気分障害患者の自殺予防のためには、一般的な自殺の危険因子に注目する必要があることを意味する。

1. 自殺念慮・自殺の計画

自殺念慮は、近い将来の自殺を予測する重要な危険因子の1つである。その証拠に、Kesslerら²¹⁾は、自殺念慮を抱いた者の34%は具体的な自殺の計画を立てており、自殺の計画を立てた者の72%は実際に自殺企図に及んでいたことを報告している。

医療者のなかには、自殺念慮を聞くことに抵抗感を持つ者も少なくない。かえって患者の「背中を押す」ことになるのではないかという恐れを抱く者もいる。実は、防ぎ得なかった自殺の大半が、「気づかれない」ことによって発生している。その意味では、自殺念慮を確認しないことによってもたらされる結果の方がはるかに深刻である。

2. 過去の自殺企図歴

過去の自殺未遂歴は、あらゆる精神障害への罹患以上に強力な自殺行動の予測因子である^{16, 33)}。自殺未遂者のうち、10年以内に既遂に至る割合は7～12%であり¹⁵⁾、既遂の30%は未遂後2年以内に発生することが報告されている²⁵⁾。こうした自殺未遂行動の回数が多ければ多いほど、将来の自殺行動が発生する可能性が高くなる。1つの自殺既遂につき平均8～25回の自殺企図が行われているという報告がある⁵⁾。

*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〕
Toshihiko Matsumoto, M.D., Ph.D.: Department of Drug Dependence Research/Center for Suicide Prevention, National Institute of Mental Health, National Center of Neurology and Psychiatry, 4-1-1, Ogawagashi-cho, Kodaira-shi, Tokyo, 187-8553 Japan.

3. 非自殺性自傷

一方、自殺の意図によらない自傷—非自殺性自傷 (non-suicidal self-injury : NSSI) —の場合はどうであろうか？典型的な非自殺性自傷は、自殺以外の意図から行われるが、「故意の自傷」経験者では、10年以内における自殺既遂による死亡リスクが数100倍高くなるという報告がある²⁷⁾。このことは、非自殺性自傷自体は自殺企図とは異なるものの、長期的には自殺の危険因子となることを示唆している。

典型的な非自殺性自傷は、「精神的苦痛に対して身体的疼痛で対処することで、自分の感情をコントロールする対処行動」として、通常は人目を避けて行われる。その意味では、自傷を一概に演技的・操作的行動と決めつけるのは正しくない。

とはいえ、非自殺性自傷には2つの深刻な問題がある。1つは、それは感情的苦痛を引き起こす困難な現実を緩和する、という根本的な解決策ではなく、現実の困難が引き起こす感情的苦痛を一時的に緩和する方法でしかない、という問題である。したがって、その瞬間は自傷によって生き延びることに成功しても、長期的には現実的な困難さはますますその強度と深刻さを高めていってしまう可能性が高い。

もう1つの問題は、自傷がもたらす感情的苦痛を緩和する効果には持続性がなく、しばしば効果が減衰してしまうという点である。感情的苦痛に対処するための自傷は繰り返される過程で一種の「耐性」を獲得し、より頻回に、より多数の身体部位を、より多様な方法で、より激しく傷つけなければ、当初得られた不快感情の緩和効果が維持できなくなってしまう傾向がある¹²⁾。当初は感情的苦痛をコントロールするために始めたはずの自傷が、いつしか逆に自身が自傷にコントロール・支配される状況になることがある¹²⁾。この段階に至ると、習慣的自傷者における自殺リスクは急激に高まる³¹⁾。

4. 自殺の家族歴

多くの研究が自殺の危険因子として、自殺の家族歴の存在を指摘している。これは、精神障害の遺伝とは独立して影響している要因である²⁾。

5. 否定的なライフイベントへの暴露

自殺者のなかには、自殺前に家族内葛藤や経済的困難、社会的孤立を抱えた者、さらには、自殺前の2日以内に何らかの対人葛藤を呈した者が多いという²⁸⁾。これらの否定的なライフイベントが単独で自殺の原因になることは稀であるものの、他の危険因子が積み重なった上での最後の一押しとしての役割を演じているのが通常である。とりわけ、こうした否定的なライフイベントが、これまで自分にとって価値あるものや関係の喪失を含む場合には、無視できない影響力を持つ。

また、スキャンダルや犯罪行為の発覚という、個人に強い屈辱感や恥辱感を与える体験への直面が、急激な自殺行動を惹起することもある (「Shame Suicide」)²⁹⁾。

6. 身体的・性的虐待歴

幼少期における身体的および性的虐待歴の存在は、若年者における自殺の危険因子として重要であるだけでなく、成人期における気分障害の発症、高度な衝動性、自殺行動とも密接に関連し^{3, 11, 20)}、特に女性ではその関連はきわめて密接である¹⁹⁾。

7. 衝動的・攻撃的行動の既往

暴力的な怒りの存在、ならびに過去における衝動的行動の既往 (暴力犯罪歴、器物損壊、アルコール乱用歴、スピード違反による逮捕歴、性的逸脱行動) も、自殺行動に関する重要な予測因子である⁶⁾。

Ⅲ. 一般的な自殺の保護的因子

我々はともすれば自殺の危険因子に注目し、危険因子を減らすことばかりに近視眼的に執着してしまうが、保護的因子を増やすことを忘れてはならない。

保護的因子とは、危険因子に拮抗して自殺行動を制御する働きを持つとされる要因を意味している。一般的な自殺の保護的因子として、(1) 社会や人とのつながり、(2) 充実した社会生活、家族機能・学業・仕事・生き甲斐・余暇などへの主観的満足感、(3) ストレスや困難に対応でき

る柔軟性や対処スキルを持っていること、(4) 周囲のサポート体制が整っていること、(5) 精神保健サービスを受けやすい環境にあること、(6) 自殺予防に資する情報が得られやすい環境にあることなどが知られている。

なかでも、「充実した社会生活、家族機能・学業・仕事・生き甲斐・余暇などへの主観的満足感」は重要である。この概念を反映した項目からなる、「生きる理由調査票」を用いた研究によれば、自殺企図者では、対照群に比べて調査票得点に有意差が認められたという²²⁾。

また、家族や友人といった身近な支援者や医療機関・相談機関の援助者の存在も保護的因子として重要である。家族が本人の自殺企図を「救いを求める行動」と捉えているか、「アピールの行動」と捉えているかで、自殺予防に対する家族の機能は正反対のものとなる。一方、医療スタッフの心身不調、患者への無関心や能力の不足、陰性の逆転移、あるいは過労は、医原性の危険因子として重要である⁶⁾。

Ⅳ. 自殺リスクの高い気分障害の特徴

続いて、気分障害患者のなかでも、特に自殺リスクの高い患者の臨床的特徴について述べたい。

1. 発症早期

気分障害のなかでも、うつ病性障害患者の場合には発症してまもない時期が自殺リスクが最も高いことが指摘されている。Conner ら⁸⁾によれば、うつ病性障害患者における自殺の50%は、発症後1年以内に起こるといわれており、しかも、そのうちの80%は発症後半年以内に起こっているという。

2. 不安症状

Fawcett ら¹⁴⁾は、気分障害患者における1年以内の自殺企図行動を予測する症状は、パニック発作、精神病性不安、喜びと関心の喪失、アルコール乱用、激しい焦燥もしくは躁うつ混合状態、全不眠に近い重篤な睡眠障害であることを明らかにしている。これらの特徴のなかでも特に不安につ

いては、Zimmerman と Chelminski³⁴⁾も、大うつ病性障害に全般性不安障害の症状が併存した場合に、自殺行動のリスクが高くなると指摘している。この知見は、「人は抑うつ状態には耐えられるが、これに不安が加わると耐えられない」という、臨床上重要な知見を示しているように思われる。

3. 精神病症状

精神病症状^{4, 14, 30)}や思考吹入・誇大妄想・思考奪取の存在¹³⁾も、気分障害患者の自殺リスクを高める要因としてよく知られている。

4. 双極性障害、躁うつ混合状態

Baldessarini ら¹⁾によれば、気分障害の下位診断が双極性障害Ⅱ型であることも自殺リスクを高める重要な要因であるという。また、Fawcett ら¹⁴⁾は、気分障害患者における1年以内の自殺企図行動を予測する症状の1つとして、激しい焦燥もしくは躁うつ混合状態を同定している。

5. 物質乱用・依存

多くの研究⁷⁻¹⁰⁾が、アルコール依存・乱用を伴ううつ病性障害患者は、衝動的であり、自殺企図を呈する者が多いことを明らかにしており、アルコール乱用は気分障害患者における1年以内の自殺企図行動を予測する因子である¹⁵⁾。双極性障害にアルコール乱用が併存した場合には、自殺リスクの上昇はさらに顕著なものとなる²⁶⁾。

6. 失快楽症 (anhedonia) と重篤な睡眠障害

喜びと関心の喪失 (失快楽症) と全不眠に近い重篤な睡眠障害も、気分障害患者における重要な自殺の危険因子である¹⁴⁾。

7. わが国における研究知見

以上の知見はいずれも海外の研究に基づく知見である。国内で実施された研究のなかで気分障害患者の自殺の危険因子を同定したものはきわめて少ないが、そのなかで、我々が実施した、心理学的剖検サンプルを用いた検討²⁴⁾では、精神科治療に対する職場の理解と協力が得られないこと、治療継続を容易にする福祉的制度を利用しないこと、

そして、治療中に飲酒習慣を継続していることは、うつ病性障害患者の自殺の危険因子となる可能性が明らかにされている。

V. 気分障害の自殺予防のための注意点

1. 総合的なアセスメントと支援の必要性

気分障害患者の自殺は決して気分障害の症状だけで生じるものではない。我々が肝に銘じておくべきなのは、何か1つだけの要因によって自殺行動が引き起こされることは稀であり、たとえ一見「自殺の原因」であることが明らかな要因が存在したとしても、実際には、複数の要因が積み重なり、複雑に絡み合った上で発生しており、その明らかな「自殺の原因」はあくまでも「最後の一押し」にすぎないことが多い。要するに、人は、単に「借金」だけ、あるいは、「うつ病」だけでは自殺にまで追い詰められないが、「借金」と「うつ病」を同時に抱えると、自殺の危険は現実味を帯びる。

したがって、家族関係、職場の問題、経済的問題、身体疾患への罹患といった、精神医学的症状以外の現実的問題にも注意を払い、総合的なアセスメントを進め、気分障害の治療に並行して社会経済的諸問題などの支援資源につなげる必要がある。

2. 自殺の対人関係理論

そのような総合的な観点でリスクアセスメントに役立つのが、Joiner¹⁸⁾が提唱する自殺の対人関係理論である。Joinerらは、人を自殺に至らしめる究極的な危険因子として、次に述べる3つの要因を挙げている。

1) 獲得された自殺潜在能力

1つ目は、「獲得された自殺潜在能力」である。これは、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なかで獲得する、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である。こうした体験が一種の自殺のリハーサルとなり、自殺行動への行動閾値を低下させる。気分障害に併存するパーソナリティ障害や物質使用障

害の存在、あるいは、抑うつ気分への対処として非自殺性自傷を繰り返すこともこの要因を高める可能性がある。

2) 所属感の減弱

2つ目は、「所属感の減弱」である。これは、人とのつながりが無いという感覚、孤立感を意味する。抑うつ気分の直接的な影響により主観的な所属感の減少をもたらしたり、意欲や職業的能力の低下が患者に「自身の存在理由や生き甲斐を喪失した」という感覚を抱かせたりする可能性がある。また、症状が長期間遷延する過程で、様々な社会的関係から退却し、職場や家庭で居場所を失い、重要他者との関係性が破綻する事態により、所属感の減少を呈する可能性がある。また、医療者の否定的態度や担当医の異動などが、患者の居場所を奪う危険性もある。

3) 負担感の知覚

3つ目は、「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」、あるいは、「自分がいない方が周囲は幸せになれる」という認識である。これは、罪業妄想のような、気分障害に不随する抑うつ気分に一致した妄想によって生じる場合もある。また、本人の多重債務により家族全員が経済的困窮に追い詰められている状況のなかで、「自分が死んで生命保険のお金がおければ、家族の生活は楽になるはず…」という認識から生じることもあろう。なかでも、症状が長期に遷延するなかで家族や援助者の負担が高まり、そうした周囲の疲れが本人に対する否定的な態度や発言として現れた際に、この負担感の知覚が高まる場合がある。

3. 自殺の対人関係理論に基づく支援方針の決定

Joinerらは、上述した3つの要因の挿話が一定の水準を超えたとき、「この困難な状況を解決する方法は、自らの一切の意識活動を停止させ、存在しなくなるしかない」という心理的視野狭窄に陥り、自殺行動に及ぶという。逆にいえば、この3つの領域の観点から支援の計画を考えることが自殺予防に資するといえる。

たとえば、「獲得された自殺潜在能力」自体は長期間の自己破壊的行動によって蓄積されたもの

なので、急激に減少させることはできないが、自傷や物質乱用に介入することでさらなる悪化を防ぐことは可能である。また、「所属感の減弱」に対しては、気分障害の治療に加え、家族や職場に対する心理教育、医療者の否定的態度の改善が有効であろう。さらに、「負担感の知覚」に対しては、妄想的思考に対する治療、経済的問題に対する支援資源との連携、家族の支援、担当医や治療チームに対するスーパーヴィジョンなどが有効であろう。

文 献

- 1) Baldessarini, R.J., Tondo, L. and Hennen, J. : Lithium treatment and suicide risk in major affective disorders : update and new findings. *J. Clin. Psychiatry*, 64 (Suppl.5) : 44-52, 2003.
- 2) Brent, D.A., Bridge, J., Johnson, B.A. et al. : Suicidal behavior runs in families. A controlled family study of adolescent suicide victims. *Arch. Gen. Psychiatry*, 53 : 1145-1152, 1996.
- 3) Brodsky, B.S., Oquendo, M., Ellis, S.P. et al. : The relationship of childhood abuse to impulsivity and suicidal behavior in adults with major depression. *Am. J. Psychiatry*, 158 : 1871-1877, 2001.
- 4) Busch, K.A., Fawcett, J. and Jacobs, D.G. : Clinical correlates of inpatient suicide. *J. Clin. Psychiatry*, 64 : 14-19, 2003.
- 5) Charney, D.S., Reynolds, C.F., Lewis, L. et al. : Depression and bipolar support alliance consensus statement on the unmet needs in diagnosis and treatment of mood disorders in late life. *Arch. Gen. Psychiatry*, 60 : 664-672, 2003.
- 6) Chiles, J.A. and Strosahl, K.D. : Clinical manual for assessment and treatment of suicidal patients. American Psychiatric Publishing, Washington, D.C., 2005.
- 7) Coêlho, B.M., Andrade, L.H., Guarniero, F.B. et al. : The influence of the comorbidity between depression and alcohol use disorder on suicidal behaviors in the São Paulo Epidemiologic Catchment Area Study, Brazil. *Rev. Bras. Psiquiatr.*, 32 : 396-408, 2010.
- 8) Conner, K.R., Duberstein, P.R. and Conwell, Y. : Psychological vulnerability to completed suicide : a review of empirical studies. *Suicide Life Threat. Behav.*, 31 : 367-385, 2001.
- 9) Cornelius, J.R., Salloum, I.M., Mezzich, J. et al. : Disproportionate suicidality in patients with comorbid major depression and alcoholism. *Am. J. Psychiatry*, 152 : 358-364, 1995.
- 10) Davis, L.L., Rush, J.A., Wisniewski, S.R. et al. : Substance use disorder comorbidity in major depressive disorder : an exploratory analysis of the Sequenced Treatment Alternatives to Relieve Depression cohort. *Compr. Psychiatry*, 46 : 81-89, 2005.
- 11) Dube, S.R., Anda, R.F., Felitti, V.J. et al. : Childhood abuse, household dysfunction, and the risk of attempted suicide throughout the life span : findings from the Adverse Childhood Experiences Study. *JAMA*, 286 : 3089-3096, 2001.
- 12) Favazza, A.R. : Bodies Under Siege. Self-mutilation and Body Modification in Culture and Psychiatry, 2nd ed. The Johns Hopkins University Press, Baltimore, 1996.
- 13) Fawcett, J., Scheftner, W. and Clark, D. : Clinical predictors of suicide in patients with major affective disorders : a controlled prospective study. *Am. J. Psychiatry*, 144 : 35-40, 1987.
- 14) Fawcett, J., Scheftner, W.A., Fogg, L. et al. : Time-related predictors of suicide in major affective disorder. *Am. J. Psychiatry*, 147 : 1189-1194, 1990.
- 15) Fawcett, J. : Treating impulsivity and anxiety in the suicidal patient. *Ann. N Y Acad. Sci.*, 932 : 94-102, discussion 102-105, 2001.
- 16) Harris, E.C. and Barraclough, B. : Suicide as an outcome for mental disorders. A meta-analysis. *Br. J. Psychiatry*, 170 : 205-228, 1997.
- 17) Hirokawa, S., Kawakami, N., Matsumoto, T. et al. : Mental disorders and suicide in Japan : A nation-wide psychological autopsy case-control study. *J. Affect. Disord.*, 2012 Mar 3. [Epub ahead of print]
- 18) Joiner, T.E., Jr., Van Orden, K.A., Witte, T.K. et al. : The Interpersonal Theory of Suicide : Guidance for Working With Suicidal Clients. American Psychological Association, Washington, D.C., 2009.
- 19) Kaplan, M.L., Asnis, G.M., Lipschitz, D.S. et al. : Suicidal behavior and abuse in psychiatric outpatients. *Compr. Psychiatry*, 36 : 229-235, 1995.
- 20) 川上憲人, 江口のぞみ, 土屋政雄ほか : 心理学の剖検の症例対照研究. 平成21年度厚生労働

- 科学研究費補助金（こころの健康科学研究事業）「心理学的剖検データベースを活用した自殺の原因分析に関する研究（研究代表者：加我牧子）」総括・分担研究報告書，p.145-182, 2010.
- 21) Kessler, R.C., Rogers, R. and Adams, P.A. : Prevalence of and risk factors for lifetime suicide attempts in National Comorbidity Survey. *Arch. Gen. Psychiatry*, 56 : 617-626, 1999.
- 22) Linehan, M.M., Goodstein, J.L., Nielsen, S.L. et al. : Reasons for staying alive when you are thinking of killing yourself : the reasons for living inventory. *J. Consult. Clin. Psychol.*, 51 : 276-286, 1983.
- 23) Lönnqvist, J.K., Henriksson, M.M., Isometsä, E.T. et al. : Mental disorders and suicide prevention. *Psychiatry Clin. Neurosci.*, 49 (Suppl. 1) : S111-116, 1995.
- 24) 松本俊彦, 勝又陽太郎, 赤澤正人ほか : 自殺既遂者の心理社会的特徴に関する研究—精神科受診歴のあるうつ病患者における自殺のリスク要因の検討—. 平成23年度厚生労働科学研究費補助金（障害者対策総合研究事業）「自殺の原因分析に基づく効果的な自殺防止対策の確立に関する研究（研究代表者：加我牧子）」総括・分担研究報告書，p.25-35, 2012.
- 25) Oquendo, M.A., Kamali, M., Ellis, S.P. et al. : Adequacy of antidepressant treatment after discharge and the occurrence of suicidal acts in major depression : a prospective study. *Am. J. Psychiatry*, 159 : 1746-1751, 2002.
- 26) Oquendo, M.A., Currier, D., Liu, S.M. et al. : Increased risk for suicidal behavior in comorbid bipolar disorder and alcohol use disorders : results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC). *J. Clin. Psychiatry*, 71 : 902-909, 2010.
- 27) Owens, D., Horrocks, J. and House, A. : Fatal and non-fatal repetition of self-harm. Systematic review. *Br. J. Psychiatry*, 181 : 193-199, 2002.
- 28) Phillips, M.R., Yang, G., Zhang, Y. et al. : Risk factors for suicide in China : a national case-control psychological autopsy. *Lancet*, 360 : 1728-1736, 2002.
- 29) Roy, A. : Suicide. A multidetermined act. *Psychiatr. Clin. North Am.*, 8 : 243-250, 1985.
- 30) Vythilingam, M., Chen, J., Bremner, J.D. et al. : Psychotic depression and mortality. *Am. J. Psychiatry*, 160 : 574-576, 2003.
- 31) Walsh, B.W. : Treating Self-injury. Guilford Press, New York, 2005.
- 32) Yamada, T., Kawanishi, C., Hasegawa, H. et al. : Psychiatric assessment of suicide attempters in Japan : a pilot study at a critical emergency unit in an urban area. *BMC Psychiatry*, 7 : 64, 2007.
- 33) Yoshimasu, K., Kiyohara, C. and Miyashita, K. : Stress Research Group of the Japanese Society for Hygiene. : Suicidal risk factors and completed suicide : meta-analyses based on psychological autopsy studies. *Environ. Health Prev. Med.*, 13 : 243-256, 2008.
- 34) Zimmerman, M. and Chelminski, I. : Generalized anxiety disorder in patients with major depression : is DSM-IV's hierarchy correct? *Am. J. Psychiatry*, 160 : 504-512, 2003.

現代思想

12月臨時増刊号

revue de la pensée d'aujourd'hui

緊急復刊
[イマージョ]
imago

いじめ
学校・社会・日本

討議 ●

斎藤環 + 土井隆義

森達也 + 藤井誠二

いじめと自傷行為

若者の自殺予防のために大人が心得ておくべきこと

松本俊彦

はじめに

『ライフ』という漫画をご存じだろうか？ 全二〇巻で一〇〇〇万部超の売り上げを記録し、テレビドラマ化もされた人気漫画である（すえのぶ、2002）。その第一巻には、親友から一方的に訣別をいわたされた少女椎葉歩がリストカットにおよぶ場面がある（図1）。歩は、親友と同じ高校に進学することを約束していたが、受験では歩一人が合格する結果となり、親友から絶交をいわたされてしまったのであった。友情の崩壊に大きなショックを受けた歩はリストカットを覚え、以降、それを繰り返すようになったのだ。誤解を避けるために断っておくが、この作品は決してリストカットを主題したグロテスクな漫画ではない。内向的な少女が苛酷ない

じめに耐え抜くなかで自己主張できる勇気を獲得する、というビルドゥングス・ロマンの伝統を引き継いでおり、しかも、傍観者の共犯性や加害者の被害者性など、いじめをめぐる諸問題についても正確に取り上げた社会派漫画としての側面もある。

この作品のなかで主人公にリストカットという習癖が与えられたのは、作者の気まぐれや偶然などではあるまい。おそらく作者は、自身の体験や取材を通じて、いじめ被害とリストカットとの密接な関連を知っていたはずだ。事実、いじめ被害と自傷行為との密接な関連を指摘する研究は、すでに複数存在している。たとえばスコットランドで実施された中学生調査では、自傷行為に関連する要因として、喫煙、性的指向性に関する不安、薬物使用、身体的虐待の被害、深刻な恋愛の悩み、友人や家族の自傷行為とともに、いじめ被害も挙げられている（O'Connor et al. 2009）。こうしたいじめは、対

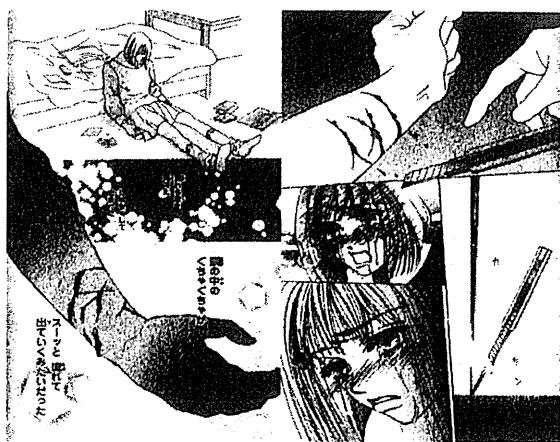


図1 リストカットのシーン描写
すえのぶけいこ『ライフ』第1巻、講談社、2002より

孤独な対処スキルとしての自傷行為

面場面における直接的な攻撃だけに限らない。インターネット上の掲示板におけるいじめも若者の自傷行為や自殺念慮の危険因子となる (Hay & Meldrum, 2010)。

本稿では、まず自傷行為の持つ臨床的意味、ならびに、いじめが自傷行為を引き起こすプロセスについて検討したい。そのうえで、若者たちの自殺予防という観点から、一人ひとりの大人がすべきことについて述べさせていただくつもりである。

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 (Matsumoto & Imanura, 2008) では、中学生・高校生の約一割 (男子七・五パーセント、女子二一・一パーセント) に、故意に刃物で自らの身体を傷つけた経験があることが明らかにされている。この割合は西欧諸国とほぼ同水準である (表1)。そして、一般の中学生・高校生の一〇人に一人が自傷経験者であるという事実は、もはや自傷行為が精神科医療だけの問題ではなく、ましてや「自傷行為」境界性パーソナリティ障害」などと決めつける問題でもなく、地域や学校、あるいは家庭においても向き合わなければならない問題であることを意味している。

それにしても、自傷行為ほど多くの誤解と偏見に曝されている行動もないだろう。メンタルヘルス領域の援助者や学校関係者の多くは、自傷行為を、「誰かの気を惹くために」行われる、演技的かつ操作的な行動と捉えているが、実はそのことを支持するエビデンスなどどこにも存在しない。エビデンスが示しているのは、意外にも、自傷行為の九六パーセントは、一人きりの状況で行われ、誰にも告白されない、という事実なのだ (Walsh, 2005; Hawton et al. 2006)。そして実際には、自傷行為を繰り返す者の五五―七五パーセントは、「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る (Matsumoto et al. 2004; Hawton et al. 2006)。つまり、自傷行為を繰り返す者は、誰かに助けを求めたり相談したりせず、自分ひとりで苦痛を解決しようとしているのだ。おそらく、「人は自分を裏切るが、リストカットは自分を裏切らない」と思い込んでいる

のであろう。

もちろん、一部で他者に対する何らかのメッセージとして、あるいは他者の行動を変化させるための自傷行為がないわけではない。しかし、実はそのような自傷行為も、最初は感情的苦痛への対処としてはじまり、周囲への発覚を機に自傷行為が他者に対して持つパワーに気づくことを通じて、二次的に発生したものだ。その意味では、自傷行為の第一義的な機能は、「孤独な対処スキル」という点にあると考えるべきである。

ある種の者にとって、自傷行為は、「心の痛み」に対する「鎮痛薬」としての効果を持つ。自傷行為が持つ「鎮痛効果」は、しばしば驚くほどの即効性があり、苦痛にみちた意識状態を瞬時に変容させてしまうのだ。事実、興味深い研究がある。自傷行為を繰り返す者では、自傷直後には血液中の内因性オピオイド（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）の濃度が急上昇しており、一方、ナルトレキソンという内因性オピオイド受容体拮抗薬を投与すると、一時的に自傷行為が消失したり、頻度が減少したりすること（Coid et al. 1983）。しばしば自傷行為を繰り返す者は、「切るとホッとするとか、「切ると気分がスッキリする」と述べ、自傷行為が安堵感や解放感をもたらすことをほのめかすが、この研究知見を踏まえれば、そうした当事者の言葉にも確かに信憑性の高いものとなる。

自傷行為にはまた、つらい出来事の記憶やつらい感情の記憶を封印する機能もある。実際、自傷行為を繰り返す者のなかには、「も

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（参考：文献7：Matsumoto & Imamura, <i>Psychiatry and Clinical Neurosciences</i> , 2008）	7.5	12.1

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*. Jessica Kingsley Publisher, 2006 より一部改変して引用

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」と語る者がいるが、そのような者は、悲しい出来事を「悲しい」と体験する前に、ほとんど無意識的な反射のようにして自分を傷つけてしまっているのだ。だから、涙を出すに至らない。その意味で、彼らが切っているのは皮膚だけではないのだ。彼らは、皮膚を「切る」のとともに、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（＝「私は何も傷ついていない」と自分を騙すこと）」にしている。

いじめはいかにして自傷行為を引き起こすのか

今日、学校コミュニティにおけるいじめの様式はきわめて複雑である。そもそも、いじめの多くは身体的侵襲を伴うものよりも言語的な攻撃のかたちをとっており、近年では、「学校裏サイト」などと呼ばれるインターネット上の掲示板や、個人ブログやプロフィールといった場所もいじめの舞台となる。これでは、大人が監視しようにも限界がある。

また、被害者と加害者がたえず入れ替わり、教室内での身分秩序はいくつかの価値体系がせめぎ合い、流動する、複雑な生態学的秩序が成立している、という問題もある（内藤、2001）。そこでは、勉強やスポーツができるからといって被害に遭わないための絶対的な保証とはならず、それどころか、秀でていることが、「調子に乗っている」という非難の対象ともなりうる。したがって、たえず「空

気」や「ノリ」を読むという、一種の反射神経が必要であり、そうした能力を欠く者はいついじめ被害の餌食となってもおかしくない状況がある。

中井（1997）によれば、持続的ないじめは「孤立化」、「無力化」、「透明化」の三段階を経て成立するという。いじめが成立するのは、まず誰かが対象として選ばれ、後付けの理由として癖や態度、美醜、学力といった特徴を根拠に、「その対象がいかにいじめられるに足る存在であるか」というキャンペーンが展開される。その際、「自分が選ばれなくてよかった」と安堵している集団心理の存在は、消極的共犯者としての傍観者を生み出し、被害者の孤立を促進する（孤立化）。そして、世論形成に成功した加害者は、暴力や権威を用いたあからさまな方法で被害者の征圧を繰り返す。仮に被害者が反抗すれば、圧倒的な力の差を誇示することで、被害者を萎縮させていく（無力化）。さらに、無力化された被害者は、いつしか自分が置かれた状況を当然のこととして受け入れるようになり、周囲に助けを求めないどころか、なぜか加害者の意向に沿うかのごとくいじめの隠匿に努めたり、加害者からの金品の要求に応じるために犯罪行為に手を染めたりする。その結果、被害者と加害者とのあいだには奇妙な共犯関係が成立し、加害が日常化しているにもかかわらず、共犯関係性の外部からは見えない事態を呈するようになるのだ（透明化）。

このようにしていじめが深刻化していく過程で、被害者は次第に外界の事態を制御することを断念するようになる。その代わりに、

自らが体験する内的苦痛を制御することを考えるようになり、そのために自傷行為を用いられることがある。なにしろ、自傷行為の「鎮痛効果」は迅速に発現し、加害者に対して「やめてくれ」と直訴するよりも容易である。また、教師や親に相談してかえって自分が責められたり、加害者の怒りを引き起こしたりする心配もない。しかも、「自分の感情は制御できている」として無力感を否認し、つらい記憶や感情を意識から切り離して選択的無関心の彼方に追いやるのにも役立つであろう。ギャリッシュとウィルソン (Gallisch & Wilson, 2010) は、いじめ被害と自傷行為を媒介する要因として失感情状態が存在すると指摘しているが、その失感情状態とは、自傷行為の「鎮痛効果」が引き起こした「無痛状態」によるものなのだろう。

いじめ被害が自傷行為を引き起こす背景には、その若者が、「いじめ被害のことを誰にも相談できない」という状況があることが少なくない。実際に孤立無援的な状況におかれていることもあるし、自分の見栄やプライド、周囲に心配をかけたくないという配慮から自分をそうした状況に追い込んでいることもある。ホートンら (Horton et al. 2006) は、いじめ被害と自傷行為との関連は、女子生徒よりも男子生徒においてより密接であると報告しているが、こうした性差も、男子生徒が女子生徒に比べて援助希求能力が乏しく、いじめ被害に際して周囲に助けを求めないことが影響している。なお、いじめ被害を受けた男子生徒に見られる自傷行為は、必ずしもリストカットという様式をとるとは限らず、むしろ「壁を拳で殴る」

や「壁に頭をぶつける」といった、一見、粗暴行為とも見えるような様式の自傷行為を呈することが多い (松本ほか、2006)。

「死への迂回路」としての自傷行為

すでに述べたように、自傷行為とは、その意図や行為の非致死性を考えれば自殺とは峻別されるべき行為である。それどころか、自傷行為がもたらす「身体の痛み」は少なくとも一時的には「心の痛み」を抑え、少なくともその瞬間を生き延びることを可能にするという意味で、自傷行為には一種の「反自殺効果」さえある。

それでは、自傷行為が「反自殺的」な行動であるならば、「しい奴はすばい」と放っておけばよいのであろうか？ もちろん、そうではない。なぜなら、自傷行為には二つの深刻な問題がある。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、建設的な解決ではない。むしろ彼らが抱える困難は、長期的にはいつそう深刻になってしまふ、ということだ。

もう一つの問題は、自傷行為は、繰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ふやすすい、ということである (松本、2009)。苦痛への対処として自傷行為が繰り返される過程で、当初と同じ切り方では「心の痛み」を鎮めるのに不足するようになり、効果の持続時間も短くなる。つまり、まさしく依存症における「耐性獲得」と同じ現象が起こってしまうわけである。しかも、本人を取り巻く現実は一時的にはいつそう過酷なも

のとなっている。結果として、何回も自分を傷つけたり、より深く切ったりしなければ、かつてと同じ効果が得られなくなり、ついには、いくら切っても「心の痛み」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」——となって、自己制御困難な事態に陥ってしまうことがあるのだ。これまで「人は裏切るが、リストカットは私を裏切らない」と信じてきた者が、そのリストカットにも裏切られる事態である。

この段階に到達した者の多くが深刻な絶望を体験し、「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るようになる。そして、今度は「生きるため」ではなく、真剣に自殺を意図して自分の身体を傷つけることとなる——多くの場合、ふだん自傷行為に用いているのとは異なる方法によって。

要するに、自傷行為とは、「その瞬間を生き延びるために」繰り返されながら、逆説的に死をたぐり寄せてしまうという意味で、「死への迂回路」ともいえる行動なのだ。実際、一〇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の経験者は、そうでない者に比べて一〇年後の自殺既遂によって死亡するリスクが数倍高くなることが知られている (Owens et al. 2002)。つまり、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」とはいえないのである。

自傷行為を繰り返す若者にどう対応したらよいのか

それでは、一人の大人として私たちは、自傷行為を繰り返す若者にどのように向き合えばよいのであろうか？ ここでは、メンタルヘルスの専門家ではない一般人として、「せめてこのくらいはお願いしたい」という項目を列举しておきたい。

(1) 感情的に反応するな、「医学的に」反応せよ

リストカットの傷はしばしばグロテスクであり、おぞましく感じられる場合も珍しくない。そして、その傷は周囲の人間から怒りや敵意、同情、無視といった感情的反応を引き出しやすい。しかし、こうした極端な反応はいずれも自傷行為を強化し、二次的に演技的・操作的な自傷行為を作り出してしまふ。最も強化が少ない態度は、「医学的」反応である。つまり、冷静に傷を観察し、必要な医学的処置を粛々と行うことである。

(2) 頭ごなしに自傷行為を否定しない

若者と「自傷は是か非か」をめぐる議論をしてはならない。「なぜ自傷した？」など詰問し、患者に恥辱感や罪悪感を抱かせる物言いも好ましくない。特に頭ごなしに「自傷行為は止めなさい」などと命じるのは、「百害あって一利なし」である。

そもそも、自傷の背景にある感情的苦痛や現実的な困難が解決し

ていない以上、ただちに自傷行為を手放すことなどできないはずである。できないことを無理に強要すれば、その若者との良好な支援関係は途切れてしまうだろう。リストカットは長期的には自殺死亡のリスクであるが、それ自体は孤独奮闘的な「反自殺的」行為なのである。ただちに自傷行為をやめさせることよりも、関係性の継続を優先すべきなのだ。

(3) 共感しながら懸念を伝える

まずは、自傷行為の肯定的側面をとりあげて話し合い、共感的な態度を印象づけたい。たとえば、「しんどい『いま』を生き延びるのに必要だったんだね」といった言葉でまずは若者の警戒心を解き、そのうえで、「でも、だんだんと自傷の効き目が弱くなって、次第にエスカレートしていくのが心配」と懸念を伝えるとよい。

(4) 援助希求行動を強化する

自傷行為の告白に対しては、ごくあっさりと「正直に話してくれてありがとう」と返すことで、彼らの援助希求行動を支持する。また、傷の手当てを求めてきたのであれば、さりと「よく来たね」と声をかける。自傷行為とは、単に自分の身体を傷つけることだけを指すのではなく、自傷後に傷の手当てをしないことを含めた概念である。傷の手当てを求めるのは、そうしないよりも、はるかに「自分を大事する」行為なのだ。

また、たとえ彼らが深刻味のない軽佻な態度であったとしても、

安易に事態を過小視してはならない。自傷直後は、その「心の痛み」に対する「鎮痛効果」ゆえに、表面上は精神的に安定して見えるものである。

(5) 背景の問題を解決するために社会資源につなぐ

自傷行為の背後には、必ず何らかの感情的苦痛があり、そのような苦痛を引き起こす現実的な困難がある。それは、いじめや虐待による被害、あるいは、緊張感に満ちた家庭、恋愛や学業の問題かもしれないが、しばしば複数の問題が重なっている。そうした問題を解決するために、しかるべき社会資源につなげる必要がある。

もちろん、そのような社会資源の一つとして精神科医療という選択肢もあるが、その際、「今度切ったら精神科に受診しなきゃだめだぞ……」などと、あたかも懲罰のようにして精神科受診を提示すべきではない。そのようなやり方で精神科につないでも、治療はなかなかうまく行くまい。その若者が精神科医療を必要とする理由は、「自傷したから」ではなく、「自傷せざるを得ない苦痛や困難を抱えているから」だ。

自傷予防のために若者に伝えたいこと

すでに述べたように、自傷行為は自殺とは異なる行動だが、長期的には自殺死亡リスクを数百倍にも高める行動でもある。その意味では、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