

93%に何らかの精神障害への罹患が認められ、うつ病(66%)とともにアルコール乱用・依存(42%)への罹患が高率であったことが明らかにされている。

ほかにも、アルコール乱用・依存と自殺との密接な関連を指摘する研究は枚挙にいとまがない。たとえば週250g以上の大量飲酒が15年後の自殺死亡のリスクを3倍高める⁷⁾、アルコール依存症患者が生涯で自殺するリスクは7%と推計されており、感情障害の6%、統合失調症の4%と比べて高くなっている⁸⁾、アルコール乱用・依存の自殺のリスクは一般人口の60~120倍であるといった報告がある⁹⁾。

そして、アルコール依存症の自殺既遂者は自殺時に高い割合でうつ病を合併していたとする研究報告が複数あり、アルコール依存症患者の約4割にうつ病が合併するといった報告もある¹⁰⁾。また、習慣的な大量飲酒が二次的にうつ病を続発させること¹¹⁾、うつ病患者にアルコール依存が併存した場合には自殺の危険が高まることも指摘されている¹²⁾。アルコール依存とうつ病が合併した場合には、どちらか単独よりも自殺のリスクが高くなるために注意が必要である。

アルコール乱用・依存は、身体的健康の喪失、経済・生活問題、家庭内不和、作業能率の低下、人間関係や信頼関係の崩壊、離婚、失業などといった多くの負のライフイベントを引き起こす。心理学的剖検によると、うつ病の自殺者と比較してアルコール依存症の自殺者は、離婚や離別といった対人関係のストレスが高いことが示されており¹³⁾、対人関係の問題がアルコール依存症において自殺や自殺企図ともっとも強く関連するとされる¹⁴⁾。さらに、対人関係の問題の他にも、社会的サポートの欠如、重篤な身体疾患、単身生活などといったアルコール乱用・依存に伴うライフイベントも自殺に関連することが指摘されている¹⁵⁾。

2) わが国の先行研究

海外では、多くの先行研究がアルコール乱用・

依存と自殺が関連していることを示しているが、残念ながらわが国では、アルコール乱用・依存と自殺の関連性を主張できるだけの十分なエビデンスがまだ集積されていると言えない。とくに自殺既遂者を対象とした研究からの知見が不足している。すでにわが国には2つの心理学的剖検調査^{16), 17)}が施行されており、アルコール乱用・依存の診断が可能であった者はわずかに4~6%であった。

しかしながら、現在筆者らが進めている心理学的剖検調査¹⁷⁾では、これらの国内の先行研究とは異なる結果が得られている。われわれの調査では、自殺既遂者の21%が自殺前1年以内にアルコール関連問題を呈しており、そのうちの8割がアルコール乱用・依存の診断に該当することが明らかにされたのである。なかでも強調しておきたいのは、この21%の自殺既遂者は大半が中高年男性労働者であったということである。1998年の自殺者激増の背景には、中高年男性の自殺者激増が背景にあったことが知られている。その後も、いわゆる働き盛りの全自殺者数に占める中高年男性自殺者数の割合は40%前後で推移しており、彼らの高い自殺率と合わせてわが国の深刻な問題となっている。われわれの調査におけるアルコール関連問題を抱えた自殺既遂者は、まさに1998年における自殺急増の中心層と同じ属性を持っていたと言えるであろう。

そして、そうした中高年男性の多くが、健康日本21¹⁸⁾で示された「節度ある適度な飲酒」である「1日平均純アルコールで約20g程度を大幅に超過した量(平均約72g、日本酒換算で約3.6合)を連日のように飲酒していた。さらに、返済困難な借金や離婚といった社会的問題を抱える中で「眠るために」飲酒を続けており、最期の行動におよぶ際にアルコールを摂取していた。なかには精神科治療中の者もいたが、アルコール乱用・依存に対する専門的な援助を受けていた者は皆無であり、「うつ病」などといった診断のもとに漫然とした薬物療法がなされていたのである。なお、アルコール乱用・依存の診断が可能だった自殺既遂

者のうち、46%にうつ病の合併が認められ、海外の先行研究を支持する結果となっていた。

われわれの調査結果は、働き盛りの男性の自殺予防のためにはアルコールの問題は無視できないこと、複雑で解決困難になった社会的問題に悩む男性たちを一層「崖っ縁」に追い詰める要因としてアルコールの影響が無視できないこと、精神科医自身がアルコール問題に対する診断・対応能力を向上させる必要があることを示している。

3) 飲酒と自殺の関係

アルコール乱用・依存が自殺に関連する精神障害であることをこれまで述べてきたが、正常範囲内の飲酒と自殺の関連性についても触れておく。

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あいだ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。ロシアでは、ペレストロイカによるアルコール販売制限と自殺死亡率の減少のあいだの有意な正の相関が確認されており¹⁹⁾、一方、米国では、最低飲酒年齢を18歳から21歳に引き上げたことにより、若年者の自殺率が有意に減少したことが証明されている²⁰⁾。

もっとも、アルコール消費量と自殺死亡率との関係は複雑であり、しばしばそれぞれの国における飲酒文化や年代との関係も考慮する必要もある。たとえば、欧州14ヵ国を対象とした調査によれば、アルコール消費量の多い欧州南部ではアルコール消費量と自殺死亡率のあいだに相関は認められず、消費量の少ない欧州北部でのみ有意な正の相関が見られたという²¹⁾。また、フィンランドでは、15～49歳の年齢層ではアルコール消費量と自殺率とのあいだに正の相関が認められたが、50歳以上の年代ではそのような相関が認められなかったことが報告されている²²⁾。

わが国には、男性の地域住民のアルコール消費量と自殺死亡率に関して2つのコホート調査がある。そのひとつである、全国11の保健所、国立がんセンター、国立循環器センターなどの共同疫学研究²³⁾では、日本人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

ると、月に1～3日程度の飲酒者（機会飲酒）が自殺で死亡するリスクを1とした場合、非飲酒者（全く飲まない～月に1日未満以下の頻度）および、週に純アルコールで414グラム（日本酒換算で18合程度）以上の飲酒者で自殺リスクが2.3と有意に高く、少量ないし中等量の飲酒では自殺リスクの高さは有意でなかった。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。一方、宮城県で実施されたもうひとつのコホート調査では、飲酒量の増加に伴って自殺死亡率が高くなるという正の相関が見られたという²⁴⁾。

この2つの研究から示唆されるのは、アルコール乱用・依存の診断に該当するか否かに関係なく、多量に飲酒すること自体が自殺の危険因子となり得る、ということである。アルコールは日本人の生活の中に深く浸透している精神作用物質であり、日本は飲酒に寛容な国である。しかし、自殺予防という観点からみれば、乱用・依存の水準に達しない、正常範囲内の飲酒についても、一定の注意を払う必要がある。

また、アルコールの持つ薬理作用が衝動性を亢進させ、自殺行動を促進することについても言及しておかなければならない。自殺者は直前に飲酒していることが多く、自殺既遂者の32～37%^{25, 26)}、自殺未遂によって救急医療機関に搬送された患者の40%²⁵⁾からアルコールが検出されたという報告がある。自殺の直前に飲酒している割合が高い理由として、アルコールが憂うつな気分や孤独感、絶望感といった心理的苦痛を増大させ、自身に対する攻撃性や衝動性を高め、自殺以外の対処方法がないかのように思いこむ心理的視野狭窄を促すといった作用を持つためと考えられており²⁵⁾、飲酒そのものの自殺の危険性も広く認識されるべきであろう。

II. アルコールの問題を自殺対策に どのように盛り込むか

ここまで見てきたように、海外と比較してデータが不十分なわが国においても、アルコールの問題が様々な水準で自殺と関係していることを示す傍証はいくつか存在する。にもかかわらず、冒頭でも述べたようにわが国の自殺対策は、WHOの指針に比べてあまりにうつ病偏重であり、アルコール問題に対する視点を欠いており、自殺総合対策の一部改正においても、現時点では自殺予防の文脈の中でアルコール依存症への具体的対策は示されていない状況にある。

そこで本節では、今後の自殺対策の中で、あるいは職場での自殺予防においてアルコールの問題をどのように取り上げるのかについて、筆者らの考えを提示しておきたい。

1) アルコールの問題と自殺の関連性についての積極的な啓発

アルコール依存症は「否認の病」と言われているように、アルコールの影響による記憶障害や認知・判断能力の低下のため、また問題を認めてしまうと飲酒できなくなるために本人は自分の問題飲酒をなかなか認めようとしない。さらに、中高年男性は、精神科受診に対する抵抗感を抱く者が多く、身近な相談資源が乏しく、支援につなぐにくい集団と考えられている。あるいは厳しい労働環境の中で受診のための時間的余裕がなかったり、職場に知られることを恐れて受診しなかったりする労働者も数多く存在する可能性がある。こうした働き盛りの中高年男性が、ストレスや悩みに際して専門家に援助を求めたり、誰かに相談したりせずに、ただひたすら飲酒という孤独な対処で紛らわす、といった事態は容易に想像できるものである。

そのように考えれば、中高年男性のアルコールの問題とメンタルヘルスの問題、自殺との関係について、企業の健康管理センターなどの産業保健

を中心にして積極的に啓発活動を推進していくことが必要である。ただし、自営業者の場合や、従業員50人未満の中小・零細企業従事者の場合には、こうした産業保健的支援から漏れてしまうことが少なくない。そこで、市町村事業における健康相談や特定健診などを活用して、啓発やスクリーニングを行っていく必要があるかもしれない。また、職場と医療機関、地域の保健機関、自助グループなどが連携した啓発、自殺予防活動が求められるだろう。お酒を酌み交わしながらのコミュニケーションを否定するわけではないが、度を過ぎれば様々な意味で職場の生産性を低下させてしまうことを職場全体が認識すべきである。なお、筆者らが所属する自殺予防総合対策センターが作成したパンフレット『中高年の自殺予防に取り組む人のための10箇条』の中では、「7. アルコールは自殺を引き寄せます」としてこの問題に触れている。また、同センターでは、地域住民を対象とした、アルコール関連問題とうつ・自殺との啓発資料として『のめば、のまれる』というパンフレットも作成している。こうした啓発資料を活用していただければと考えている（詳しくは、自殺予防総合対策センターホームページ『いきる』<http://ikiru.ncnp.go.jp/ikiru-hp/index.html>を参照のこと）。

2) 精神科医療の充実

われわれの心理学的剖検調査におけるアルコール関連問題を抱えた自殺既遂者は、精神科受診をしながらもアルコールの問題に対する専門的介入がなされていなかったこと、アルコール乱用・依存とうつ病の合併が多く認められたことを考慮に入れると、精神科医のアルコール関連問題に対する診断能力の向上、ならびにアルコール乱用・依存とその他の精神障害の合併も考慮した治療・支援体制の充実も必要であるように思われる。また精神科医に限らずに、内科医やその他の医療関係者が、身体疾患やうつ病の背景にアルコールの問題がある可能性を認識し、アルコール関連問題の早期発見、早期治療に努めることが重要である。

一般精神科医におけるアルコール依存などの物質関連障害患者に対する苦手意識は小さくないように思え、その意味では、医学部における卒前・卒後の研修の中でアルコールの問題を大きく取り上げる必要があるだろう。

さらに、アルコール依存症を抱える者に対する精神保健的支援とは、単に断酒の達成や継続だけに留まるものではないことが広く認識される必要がある。断酒会員を対象にした調査²⁷⁾では、現在における良好な精神的健康に関連する要因として、「親がアルコール問題を持っていないこと（いわゆる「アダルト・チルドレン」でないこと）」が関係していた。このことは、単に断酒を続けるだけでは解決しない心的外傷の問題が存在し、継続した専門家による精神医学的もしくは精神保健的ケアが提供される必要性を示す結果と言えるであろう。

そして、アルコール依存症罹患者の回復のための第一歩であるとされる「底つき体験」について、援助者によって底つき理論が誤用されていないか注意喚起を促したい。わが国では、長い間、物質乱用・依存の援助にあたっては、「依存からの回復には、本人が底つき体験をして主体的な治療意欲を持つことが重要であり、本人が底つき感を体験するためには、中途半端な援助をして尻ぬぐいしないことが大切」と信じられてきた。ときにこの理屈が、援助者が物質乱用・依存者に関わらないことの免罪符とされる事態も皆無とは言えなかった。海外では、どのような段階の物質乱用・依存者にも介入は可能であるという認識から動機付け面接が広く行われるようになり、すでにこの「底つき」理論は否定されている²⁸⁾。「底つき」への誘導は、あくまでも援助者による家族支援、ならびに、本人や家族に対する情報提供による問題への気づきを促すという「底上げ」作業を抜きにして行われるべきではないことを、強調しておきたい。

おわりに

以上、本稿では、アルコールの問題と自殺の関連性について概説し、その知見にもとづいて、わが国における自殺対策の中で何が課題となるのかについて、筆者らの私見を提示させていただいた。

アルコール依存症や飲酒に関連した諸問題は、いわゆる路上生活者の問題であるとか、お酒がやめられないのは本人の意志の弱さの問題であるなどといった様々な社会の偏見が根強く、精神科医療においても扱いの難しい苦手分野として避けられてきたきらいがあるのではないだろうか。アルコール乱用・依存の自殺対策、あるいは自殺予防以外にも酒害教育や多量飲酒を減らすような飲酒に関する取組みは、そうした多くの困難に対しての取組みともいえる。職場にも医療や地域と連携した、うつ病だけに限らない労働者の総合的なメンタルヘルス対策に積極的に取り組む姿勢が求められるといえる。

文 献

- 1) 警察庁生活安全局地域課. 平成21年中における自殺の概要資料. 2010
- 2) 厚生労働省. 自殺・うつ対策の経済的便益（自殺やうつによる社会的損失）. 2010
- 3) 太田保之, 稲富宏之, 田中悟郎. 職場のメンタルヘルスの現状と問題点. 保健学研究 2008 ; 21 : 1-10.
- 4) 厚生労働省. 労働者の心の健康の保持増進のための指針について. 2006
- 5) 内閣府. 平成22年版自殺対策白書. 2010
- 6) Lönnqvist JK, Henriksson MM, Isometssä, ET, et al. Mental disorders and suicide prevention. *Psychiatry Clin Neurosci* 1995 ; 49 : S111-S116.
- 7) Akechi I, Iwasaki M, Uchitomi Y, et al. Excess mortality associated with alcohol consumption. *B.M.J.* 1988 ; 297 : 824-826.
- 8) Inskip HM, Harris EC, Barraclough B. Li-

- fetime risk of suicide for affective disorder, alcoholism and schizophrenia. *Br. J. Psychiatry* 1998 ; 172 : 35-37.
- 9) Murphy GE, Wetzel RD. The lifetime risk of suicide in alcoholism. *Arch. Gen. Psychiatry* 1990 ; 47 : 383-392.
- 10) Schuckit MA, Tipp JE, Bergman M, et al. Comparison of induced and independent major depressive disorders in 2,945 alcoholics. *Am j Psychiatry* 1997 ; 154 : 948-957.
- 11) Hasin DS, Grant BF. Major depression in 6050 former drinkers: association with past alcohol dependence. *Arch Gen Psychiatry* 2002 ; 59 : 794-800.
- 12) Sullivan LE, Fiellin DA, O'Connor PG. The prevalence and impact of alcohol problems in major depression: A systematic review. *Am J Med* 2005 ; 118 : 330-341.
- 13) Murphy GE, Wetzel R, Robins E, et al. Multiple risk factors predict suicide in alcoholism. *Arch. Gen. Psychiatry* 1992 ; 49 : 49-463.
- 14) Sher L. Alcoholism and suicidal behavior: a clinical overview. *Acta Psychiatr Scand* 2006 ; 113 : 13-22.
- 15) 張賢徳. 第七章日本の自殺と精神障害の関係ー東京調査の結果. 人はなぜ自殺するのか: 心理学的剖検調査から見えてくるもの. 東京: 勉誠出版, 2006 : 113-137.
- 16) 川上憲人, 竹島正, 高橋祥友他. 心理学的剖検のパイロットスタディに関する研究: 症例・対照研究による自殺関連要因の分析. 平成18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) 自殺の実態に基づく予防対策の推進に関する研究. 総括・分担研究報告書. 東京: 国立精神・神経センター精神保健研究所, 2007 : 7-26.
- 17) 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 2010 ; 45 : 104-118.
- 18) 厚生労働省. 健康日本21. 2000
- 19) Wasserman D, Värnik A, Eklund G. Male suicides and alcohol consumption in the former USSR. *Acta. Psychiatr. Scand.* 1994 ; 89 : 306-313.
- 20) Birckmayer J, Hemenway D. Minimum-age drinking laws and youth suicide 1970-1990. *Am. J. Public Health* 1999 ; 89 : 1365-1368.
- 21) Ramstedt M. Alcohol and suicide in 14 European countries. *Addiction* 2001 ; 96 : S 59-S 75.
- 22) Makela P. Alcohol consumption and suicide mortality by age among Finnish men, 1950-1991. *Addiction* 1996 ; 91 : 101-112.
- 23) Akechi I, Iwasaki M, Uchitomi Y, et al. Alcohol consumption and suicide among middle aged men in Japan. *Br. J. Psychiatry* 2006 ; 188 : 231-236.
- 24) Nakaya N, Kikuchi N, Shimizu T, et al. Alcohol consumption and suicide mortality among Japanese men the Osaka Study. *Alcohol* 2007 ; 41 : 503-510.
- 25) Cherpitel CJ, Borges GL, Wilco HC. Acute alcohol use and suicidal behavior: A review of literature. *Alcohol. Clin. Exp. Res.* 2004 ; 28 : 18 S-28 S.
- 26) 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 1988 ; 35 : 194-199.
- 27) 赤澤正人, 松本俊彦, 立森久照他. アルコール関連問題を抱えた人の自殺関連事象の実態と精神的健康への関連要因. 精神神経学雑誌 2010 ; 112 : 720-733.
- 28) 松本俊彦, 小林桜児. 薬物依存者の社会復帰のために精神保健機関は何をすべきか? 日本アルコール薬物医学会雑誌 2008 ; 43 : 172-187.

特集—境界性パーソナリティ障害 (BPD) の新しい理解と援助のあり方

境界性パーソナリティ障害の自己破壊的行動への対応

松本 俊彦*

抄録：境界性パーソナリティ障害 (borderline personality disorder : BPD) 患者は様々

// 精神科治療学 //

*Japanese Journal of
Psychiatric Treatment*

別刷



(株) 星和書店 *Publishers*

境界性パーソナリティ障害の自己破壊的行動への対応

松本 俊彦*

抄録：境界性パーソナリティ障害 (borderline personality disorder : BPD) 患者は様々な自己破壊的行動を呈する。そうした自己破壊的行動は、1 回毎の行為の致死性は必ずしも高くなく、短期的には「反自殺」的な効果を持つ一方で、長期的には自殺既遂につながる重要な危険因子であるという、矛盾した性質を持っている。本稿では、BPD 患者の自己破壊的行動に対して、行動記録表と置換スキルを用いた治療的な取り扱い方について紹介した。BPD 患者の自己破壊的行動は、ともすれば限界設定の対象としか見なされない傾向があるが、その行動自体を治療の対象とすることは十分に可能であると考えられる。

精神科治療学 26(9) : 1135-1142, 2011

Key words : *borderline personality disorder, coping skill, self-destructive disorder, self-injury, mindfulness*

I. はじめに

境界性パーソナリティ障害 (borderline personality disorder : BPD) 患者は様々な自己破壊的行動を呈する。リストカットなどの自傷行為、医薬品の過量服薬、拒食や過食・嘔吐、アルコール・薬物乱用…。いずれも 1 回毎の行為の致死性は必ずしも高くないが、反復される過程でエスカレートし、あるいは、健康被害が蓄積して、長期的には生命的な危機を招きうる行動である。また、治療者の陰性感情を刺激するせいか、治療対象と見なされずに、単なる限界設定の対象とされ

やすい行動でもある。

実は、これらの自己破壊的行動には、一時的に感情的苦痛を緩和し、少なくともその瞬間、自殺することを回避させてくれる機能がある。事実、自傷行為や過食・嘔吐の直後には、脳内で内因性オピオイドが分泌されており、しかもこれらの自己破壊的行動は、オピオイド拮抗薬 naltrexone の投与によって抑制されることを明らかにした研究がある^{1,2)}。こうした知見は、自傷行為や過食・嘔吐といった非致死的な自己破壊的行動がもたらす身体的刺激には、感情的苦痛に対する「鎮痛」効果があることを示唆している。このことは、臨床場面でしばしば遭遇する、「生きるために（あるいは、死なないために）切っている」という自傷患者の言葉とも見事に符合し、その意味では、BPD 患者の自己破壊的行動は必ずしも最悪の行為とはいえない。

しかし同時に、上述した知見は、自己破壊的行動がもたらす「鎮痛」効果には耐性が生じ、依存形成性がある可能性をも示唆している。実際、自

Management of self-destructive behavior of patients with borderline personality disorder.

*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

Toshihiko Matsumoto, M.D., Ph.D. : National Institute of Mental Health, National Center of Neurology and Psychiatry, 4-1-1, Ogawahigashi-cho, Kodaira-shi, Tokyo, 187-8553 Japan.

傷患者の多くは、感情的苦痛に対して自傷行為に対処するなかで、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う傾向がある⁹⁾。それゆえ、いつかは、「どんなときでもこれはだけは私を裏切らない」と信じていたはずのリストカットに裏切られる日がやってくる。筆者の経験でも、致死的な自殺行動に及んだBPD患者の多くが、そのしばらく前より、それまで繰り返していた致死性の低い自己破壊的行動をやめていた。おそらく感情的苦痛に効果を発揮していた自己破壊的行動は、次第に耐性を獲得し、いくら繰り返しても死から目を背けるのに役立たなくなってしまうのであろう。

要するに、次のようにいえる。BPD患者の非致死的な自己破壊的行動を禁止したところで、その深層にある感情的苦痛は消えない。しかし、だからといって、そういった行動が続くにまかせていれば、長期的には死がたぐり寄せられてしまう。BPD患者が繰り返す自己破壊的行動は、絶えずこうした矛盾を孕んでいるのである。

さて、本稿では、BPD患者に見られる致死性の低い自己破壊的行動のなかでも、特にリストカットなどの自傷行為を取り上げ、筆者なりの対応法を提案したい。

Ⅱ. 自傷行為のモニタリングとトリガー分析

1. 行動記録表によるモニタリング

自傷行為を繰り返す患者の治療は、トリガーの同定から始まる。当初のうちは、自傷行為に先行して何らかの感情的苦痛を自覚していた患者も、自傷行為の習慣化・嗜癖化に伴い、先行する出来事、さらにはそれによって触発された感情的苦痛を自覚できなくなってしまう。実際、自傷患者の多くが、「たぶん何か強い感情に襲われて、急に『切らなきゃ、切らなきゃ』って考えで頭がいっぱいになって…」などと、あやふやな説明しかできない。その意味では、自傷患者は、単に自分の皮膚を切っているだけではなく、嫌な出来事の記憶やその出来事にまつわる不快な感情の記憶も一緒に「切り離して (cut away)」いると理解すべ

きである。

そのような事情から、トリガーの同定には、自傷行為のモニタリングが必要となる。その際、筆者は、表1に示した「行動記録表」を用いることが多い。この行動記録表は、1週間の毎日が3つのカラムから構成されており、それぞれの1日の状況を簡単に記録できるようになっている。一番左のカラムには、その日各時刻に何をしていたかを簡単に記録し、真ん中のカラムには、その際に誰と一緒にいたのかを記録する。それから、一番右のカラム（「自分を大事にしない行動」）には、自傷行為に及んだときはもとより、自傷衝動に駆られたときについてチェックを入れる。この箇所には、個々の患者に応じて、過食・嘔吐や飲酒、過量服薬といった、他の自己破壊的行動があった場合にチェックを入れるようにしてもよい。なお、記録にあたっては、1週間分をまとめて記入するのではなく、少なくとも1日毎、できれば数時間毎に記入することを推奨したい。

何週間かこの記録をつけていると、患者が何をした後に、あるいは誰と会った後に自傷したいという衝動に駆られ、そして実際に自傷行為に及んでしまうのかが明らかになってくる。同時にまた、どんな状況ならば自傷したいとは思わず、また、実際にしないで済むのかも見えてきて、そうした情報は自傷衝動に拮抗する対処を見つける際のヒントとなる。さらには、「記憶が飛んでいる時間」の存在することから、自傷行為の背景に存在する解離症状を発見することも可能であろう。

2. 自傷行為の報告への対応

行動記録表によるモニタリングを始めると、当然ながら治療者は、毎回の診察のたびに、自傷衝動の自覚や自傷行為の実行という「悪い知らせ」と向き合わなければならなくなる。ここで注意しなければならないのは、自傷したことを非難・叱責すべきではなく、かといって、適当に「流す」べきでもない、ということである。

まずは、自傷したくなってしまうこと、あるいは、実際に自傷してしまったことを「正直にいった」という事実を支持するよう心掛けたい。これはアディクション臨床における原則である。ア

表1 行動記録表 (〇月〇日～〇月〇日)

名前 (A山B子)

時間	日			月			火			水			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	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			起床			起床					
7				食事	家族		食事	家族		食事	家族		食事	家族		食事	家族				
8				登校			登校			登校			登校		○	登校		○			
9				学校			学校			学校			学校			学校					
10	起床																		起床		
11	食事	家族																	食事	家族	
12	テレビ																		ネット	ひとり	
13																			デート	彼氏	
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		面接	松本先生		部活	部員				
18	買い物	友人																	↓		
19	食事	母親・妹		食事	家族		下校	友人					食事	母親・妹		下校	友人		食事	家族	●
20							食事	父親		↓			団らん	家族		食事	父親		電話	彼氏	△
21	電話	彼氏	△	勉強	ひとり		団らん	家族		帰宅		△	ネット	ひとり		電話	彼氏	△	音楽	ひとり	
22	入浴	ひとり	△				勉強	ひとり	△	口論	母親	×	チャット	友人	△	勉強	ひとり	△			
23	くつろぐ	ひとり	□	↓			入浴	ひとり	◎	電話	友人	△	入浴	ひとり		入浴	ひとり	◎	入浴	ひとり	
24			✓	チャット	彼氏	△	就寝		○	勉強	ひとり	△	就寝		○	ネット	ひとり		チャット	彼氏	△
1	就寝			(記憶なし)		◎				チャット	彼氏	△							くつろぐ	ひとり	△
2						✓				勉強	ひとり	△							(記憶なし)		✓
3				就寝						入浴	ひとり	✓				就寝			就寝		✓
4										就寝											

自分を大事にしない行動: ✓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), △自傷したくなった, □飲酒, ●嘔吐, ×人や物に暴力をふるう, ◎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

ディクション問題からの回復には、アルコールや薬物の再使用を正直に告白できる場が必要不可欠なのである。

自傷行為の報告がなされたら、傷痕を確認して自傷行為の様態を評価し、続いて、行動記録表を参照しながら、どのような状況がトリガーとなったのかを分析しなければならない。そのうえで、次の自傷行為の再発を予防するために、いかにしてトリガーを回避するか、あるいはトリガーに遭遇した場合にはどんな対処をしたらよいのかを一緒に話し合う必要がある。

治療者のなかには、自傷行為に関心を持ち、毎回詳細に傷痕を観察することが強化因子として作用し、かえってその行動を維持させることを危惧する者もいる。たしかに他者からの関心は自傷行為の強化因子となりうるが、感情的な反応を抑え、科学者のような冷静さに関心をもって対峙すれば、強化は最小限に抑えられるはずである。

Ⅲ. 置換スキルの習得

自傷行為を止めるには、先行要因となる感情的苦痛が出現しなくなるか、そうでなければ、何か代替的な行動（置換スキル）によってひとまず感情的苦痛から気持ちをそらさなければならない。

これは決して「困難な問題からの逃避」と同義ではない。感情的苦痛から一時的に意識をそらし、置換スキルによって苦痛を自分で扱える程度に小さくし、物事を冷静に考える状態になってから、改めて問題と向き合うのである。

置換スキルには、以下の2つのタイプがある。

1. 刺激的な置換スキル

自傷行為とは、感情的苦痛に対して、「身体の痛み」という知覚刺激を用いて対処する行為である。そこで、身体的疼痛をより安全な知覚刺激に置き換えることで、感情的苦痛を緩和し、気持ちをそらす、というのがこのスキルの原理である。

以下のような方法がある。

- 1) スナッピング (snapping) : これは手首に輪ゴムをはめ、「切りたい」という衝動を自覚した際に、その輪ゴムでパチンと手首

の皮膚を弾いて、気持ちを切り替える。

- 2) 香水を嗅ぐ : 刺激の強い香水の匂いで気持ちを切り替える。
- 3) 紙や薄い雑誌を破る : 「切りたい」という衝動を感じたときに、不要な紙、薄いパンフレットや雑誌を思い切り破る。
- 4) 氷を握りしめる : 自傷衝動を自覚した際に氷を手で強く握りしめると、その冷たさの知覚はほとんど痛覚と区別がつかないものとなる。つまり、皮膚を傷つけず、出血もしない痛み刺激により、気持ちをそらす。
- 5) 腕を赤く塗りつぶす : 「血を見るとホッとする」というタイプの自傷患者に有効なことがある。具体的には、紙に自分の「腕」を描いてそれを赤く塗る、あるいは、赤いフェルトペンで直接自分の腕を塗りつぶす。
- 6) 大声で叫ぶ : 自傷衝動に襲われたときに、海岸や野原で思い切り叫ぶ、あるいは家族と一緒にカラオケボックスに行き、好きな歌をうたう。
- 7) 筋トレ : 自傷衝動に対して腹筋運動や腕立て伏せ、スクワットなどの筋肉トレーニングで気持ちをそらす。

これらの刺激的な置換スキルのメリットは、練習をしなくともすぐに取り組むことができる、という点にある。しかし、デメリットもある。この方法自体が、「刺激によって気分を変える」という点で自傷行為と共通した性質があり、繰り返すうちに効果が減弱し、より強い刺激を求めて頻度と強度を高めていくうちに、置換スキル自体が「自傷的」な様相を帯びてしまうのである。また、「紙や雑誌を破る」などの攻撃的な行動が、かえって精神的な興奮と覚醒度を高め、自傷衝動を刺激してしまう、という指摘もある⁹⁾。

ここで重要な点は、刺激的な置換スキルはあくまでも過渡的な対応であって、最終的な目標は、後述する鎮静的な置換スキルの実践にある、ということである。その意味では、援助の当初、刺激的な置換スキルの実践を提案した時点から、後述する鎮静的な置換スキルの練習を開始しておく必要がある。理想的には、両方をうまく組み合わせ

て臨機応変に使い分けられるとよい。

2. 鎮静的な置換スキル

鎮静的な置換スキルは、刺激的な置換スキルのように「身体の痛み」に代わる知覚刺激で気持ちをそらすのではなく、焦燥や緊張、怒りといった不快感情そのものを鎮めることを目的とした対処法である。

具体的には、「マインドフル呼吸法（わが国では「マインドフルネス」と原語のまま使われることが多いが、本稿では、あえて「呼吸法」という言葉を付す）」や、さらにそのような呼吸法を行いながら穏やかな情景—大自然のなかで寝そべっているイメージ、あるいは星のまばゆい宇宙を漂っているイメージなどを想像する、「イメージ瞑想法」などがある。いずれも、「過去や未来へのとらわれを離れて、自分が『いま、ここに』存在していることに集中している状態（マインドフルネス）」を得ることが目標である。

これらの呼吸法や瞑想法は、もともとは仏教の修行や東洋医学において実践されてきたものであり、すでにわが国でもヴィパッサナー瞑想、丹田呼吸法、正心調息法などとして知られてきた。しかし近年では、BPDに対する有効性が確認されている弁証法的行動療法³⁾などにも取り入れられ、精神科領域の西洋医学的治療においても治療技法の1つとして実践されている。なお、その具体的な実践法については、Walsh 著『Treating Self-injury』（邦訳書：『自傷行為治療ガイド』⁴⁾の巻末に詳細に記されているので、そちらを参照されたい。

ところで、マインドフル呼吸法を最初からうまくできる患者など、ほとんどいないといえる。呼吸法に習熟していない患者が、自傷衝動を自覚した際に急遽これを実践すれば、期待に反して、過呼吸状態に陥ってしまうかもしれない。つまり、マインドフル呼吸法には練習が必要なのである。たとえば、毎朝の通学・通勤時、あるいは就寝前のひとときといった、比較的落ち着いた状態にあるときこそ練習の好機である。そうした練習のなかで、自分なりに「マインドフルネス」の境地を体験しておかなければ、いざというときに

自傷衝動に拮抗できる置換スキルとしての効果は望めない。その意味では、この鎮静的な置換スキルは、刺激的な置換スキルのような手っ取り早さには欠けている。しかし、刺激的な置換スキルとは異なり、一度この方法を体得すれば、その効果が減衰したり、やり過ぎて自傷の様相を呈したり、また、自傷衝動を高めたりすることもない、という点で優れている。

治療開始当初、こうした鎮静的置換スキルに消極的な態度を示す患者は少なくない。だからこそ、治療者は、「まあ、そういわずにだまされたと思って」などと繰り返し提案し、折に触れて診察室で呼吸法を実演してみせる必要がある。

3. 補助的な置換スキル

以上の置換スキルに加えて、自傷衝動から気をそらすのに役立つ様々なスキルを組み合わせるとさらに効果的である。こうしたスキルは、行動記録表を注意深く分析していると、「絶対に自傷していない状況（あるいは要因）」として浮かび上がってくることが少なくない。

多くの患者が用いている補助的な置換スキルとしては、「文章を書く」「音楽を鑑賞する／演奏する」「絵を描く」「運動をする」「料理をする」「犬や猫といったペットをなでる」「アロマを焚く」などがある。また、「書店」「コーヒーショップ」といった、安全で、周囲の目がある場所（1人になると自傷したくなってしまう者が少なくない）に赴くという方法、さらには、自分にとって大切な小物、大切な言葉をメモした紙切れなどを小さな箱（「セーフティボックス」）に詰め込み、自傷衝動に襲われたときにその箱を取り出し、蓋を開けて箱の中身を眺める、という対処が効果的なこともある。

4. 信頼できる人と話す

信頼できる誰かと話すことは、それだけでも感情的苦痛を緩和し、自傷衝動を減少させる効果がある。

とはいえ、話し相手は誰でもよいわけではない。話し相手は、患者が「自傷したい」「自傷してしまった」と訴えたときに、叱責したり、悲し

げに表情を曇らせたり、不機嫌になったりしない人でなければならない。そして、「自傷したい」「自傷してしまった」という正直な告白を肯定的に評価してくれ、さらに、「自傷したい」という本人の話を長々と聞くのではなく、この機会をうまく捉えて患者に自傷衝動に対する置換スキルを試みるように提案できる人であることが望ましい。具体的にいうと、患者が「自傷しなくなった」と訴えてきたら冷静な態度で対応し、その援助希求行動を支持したうえで、「筋トレは試した？呼吸法は？」と、置換スキルの実施状況を尋ね、「まずは20分間、呼吸法をやってごらん」などと提案できる人物である。

もっとも、これらの条件を最初から満たしている人といえば、メンタルヘルス領域の専門職くらいしか見当たらないのが現実である。家族や友人、恋人といった身近な存在の場合、通常、患者の問題に情緒的に巻き込まれてしまっており、どうしても叱責や説教、あるいは、「私がこんなに一生懸命関わっているのに…」などと非難めいた言葉を浴びせがちである。そうした家族の対応は自傷行為のトリガーにもなりかねない。

しかし、患者の治療に並行して、家族や友人、恋人などといった情緒的に巻き込まれている重要他者に対して心理教育や情報提供をすることで、彼らを支援資源へと変化させることは十分に可能である。自傷衝動に際して身近な重要他者がこのような対応をできるようにすれば、患者の治療経過は非常に良好なものとなるであろう。

IV. 診察の実際

1. 行動記録表を用いた診察の進め方

表1の行動記録表を見ると、置換スキルの実行や呼吸法の練習に関する記載がなされているのに気づくはずである。実は、この点が治療上の重要なポイントである。

以下に、行動記録表を用いた診察に際しての注意点を挙げておきたい。

- 1) 正直さを支持：「自傷しなくなった」「自傷した」という記載があれば、必ず「あ、ちゃんと書いてあるね、いいね」などと、正

直に自傷に関する事実を伝えることを支持する（一方、ショックな出来事があったのに自傷しなかったときには、そのことを支持するとともに、自傷しないですんだ要因を話し合う）。

- 2) 置換スキルの実行を支持：もしも置換スキルの実行や呼吸法の練習の記載があったら必ず肯定的なメッセージを伝える。その肯定的なメッセージは、自傷しないですごせた場合よりも強いものとし、治療者が「自傷しないことよりも置換スキルの実施を重視している」態度が伝わるようにする。
- 3) 失敗しても置換スキルに挑戦したことを支持：たとえ、置換スキルのやり方が不十分で、実行したにもかかわらず自傷に及んでしまったとしても、置換スキルを実施したことを賞賛する。そのうえで、置換スキルの実施時間をもっと長くしたり、練習時間を増やしたりすることを提案する。
- 4) 自傷後に自分で傷の消毒をしたことを支持：実は、自傷行為とは、単に皮膚を切る行為だけでなく、自傷後に傷のケアをしないことも含めた行為であり、傷のケアは、「自分を大切にする」行為として反自傷的な意義がある。したがって、自傷後には傷の消毒を提案し、それを実行した場合にも支持する。

重要なのは、治療者の関心が「自傷しないこと」ではなく「新しいスキルの獲得」にあると患者に伝わることである。自分がこれまでやってきた行動を「やめなさい」と指示されるのは、患者には「自分の存在を否定された」と感じられてしまう可能性がある点に注意したい。

2. 治療の行き詰まり

もう何ヵ月間も毎週診察していて、自傷行為のモニタリングにより自傷行為のトリガーは同定され、避けられるトリガーは避け、避けられないトリガーに対しては置換スキルで対処している。にもかかわらず、自傷行為が続いている…。あるいは、再三の提案にもかかわらず、患者が置換スキルの習得に取り組もうとしない場合もある。たと

えば、「毎週、行動記録表こそつけてはくるが、置換スキルの実施や呼吸法の練習には消極的で、自傷行為はずっと続いている…」といった状況である。

もちろん、こうした状況は十分に起こりうる。そのような場合には、患者を取り巻く環境を見直す必要がある。たとえば、無理解で非協力的な家族、あるいは、幼少時の外傷記憶が賦活されるような、暴力に満ちた状況があると、患者のなかで「自分はいらない存在、余計な存在」「消えたい、いなくなりたい」という信念が賦活され、形式的に置換スキルを試みこそするものの、「心ここにあらず」の消極的な治療態度となりやすい。

もしも家庭内が安心できる環境となっていない場合には、安全を確保する目的から入院治療という選択も一時的には悪くない方法である。しかし、入院中に家族内調整やソーシャルワークによって環境を変化させられなければ、単なる時間稼ぎに終わってしまうことを忘れてはならない。また、病棟の不必要に管理的体制が外傷的体験となって、自傷行為の悪化を招く可能性も考慮すべきであろう。

なお、筆者の経験では、行動記録表への記録をかたくなに拒む患者のなかには、解離性同一性障害に罹患しているながらも、まだ主人格が交代人格の存在を否認している段階の者が少なくない。おそらく行動記録表により、主人格が健忘している時間帯の存在を突きつけられる不安や恐怖、さらには、それによって健忘障壁が崩されることへの懸念もあるかもしれない。こうした場合には、無理強い禁物である。

3. 自傷行為が止まった後で

以上の関わりを続けていけば、よほど現在における苛酷な状況がないかぎり、自傷行為の頻度を減らしていくこと自体は必ずしも難しいことではない。

しかし、一連の関わりにおいて最も大切なのは、自傷行為が消失した後の対応である。自傷行為消失後に、今度は「自傷したい気持ち」をターゲットとした協働的作業へと移行し、さらに、「自傷までは考えなかったが、つらい気持ちにな

った」という感情的苦痛をターゲットとした作業へと移行していく必要がある。このようにして、「自傷行為をしなくとも、人は私の話に耳を傾けてくれる」という体験を重ねるなかで、患者は少しずつコミュニケーション手段としての「自傷行為」を手放す勇気を持てるようになるのである。

V. おわりに

冒頭でも述べたように、BPD患者の自己破壊的行動には、反自殺的／自殺促進的という矛盾した2つの機能がある。これに対して力づくの「押し相撲」で挑めば、治療は「綱引き」状態となった末に中断となり、「へっぴり腰」となって手を引けば、際限なくエスカレートしてしまう。どちらも死へと転がり落ちる坂道という点では変わりがない。

そのような自己破壊的行動に関して、本稿では、行動記録表によるモニタリングと置換スキルを活用した治療的関わりを提案させていただいた。断っておくが、これは1つの試みにすぎず、「これをやれば絶対よくなる」などといった代物ではない。

ただ、本稿で提案した方法には、その効果はともかくとして、患者と対決的な関係になりにくいというメリットがある。それから、このような行動記録表を用いて治療をしていると、意外なところで患者の変化に気づくことがある。当初、嫌々ながら行動記録表に取り組み始めた患者が、自傷行為の頻度が少なくなる過程で、欄外にその日自分が感じたり考えたりした事柄をびっしりと書き込むようになる、という変化である。行動記録表が、ある段階から無味乾燥なチャートであることをやめて、あたかも一種の日記帳としての機能を担い始めるかのようである。

これは治療の成功を示すささやかな兆候にちがいない。なぜなら、このような変化は、患者が感情的苦痛を身体的疼痛で封印することを手放し、言葉を用いて感情的苦痛を排泄することを学び始めたことを意味しているからである。

文 献

- 1) Coid, J., Allolio, B. and Rees, L.H.: Raised plasma metenkephalin in patients who habitually mutilate themselves. *Lancet*, 8349; 545-546, 1983.
- 2) Jonas, J.M. and Gold, M.S.: The use of opiate antagonists in treating bulimia: a study of low-dose versus high-dose naltrexone. *Psychiatry Res.*, 24; 195-199, 1988.
- 3) Linehan, M.M.: Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder. Guilford Press, New York, 1993.
- 4) 松本俊彦: アディクションとしての自傷行為—「故意に自分の健康を害する」行動の精神病理. 星和書店, 東京, 2011.
- 5) Walsh, B.W.: Treating Self-injury. Guilford Press, New York, 2005. (松本俊彦, 山口亜希子, 小林桜児訳: 自傷行為治療ガイド. 金剛出版, 東京, 2007.)

日常診療 ケーススタディ

〈シリーズ構成〉 PIPC 研究会

みよし市民病院
第二内科部長・
健診科部長

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
ー副センター長

木村勝智／松本俊彦

あなたも診ている 心 見逃さないで! の病気

もし、あなたのクリニックに、死にたい気持ちを持った患者がやって来たらどうしますか? 「いやいや、そんな患者は自分の外来には来ないし、だいたい死にたいなんて言う患者なんて、とても扱えないから困るよ!」そうおっしゃる方が大半だと思いますが、実はプライマリケア (PC) 医の外来にも、死にたい気持ちの人は少なからず受診していて、医師たちはそれに気がついていないだけなのです。今回は「死にたい」と言われても、うろたえないための対応について学びます。

CASE 8



今日の患者

ある日、食欲不振と体重減少を訴えて38歳の男性が内科診療所を営むあなたの外来にやってきた。一般的な身体診察や検査では、特に異常は認められなかった。表情が暗いので気になって尋ねると、半年前に昇進し職場を変えてから、夜もぐっすり眠れないとのこと。憂うつな気分が続き、大好きな釣りにも行く気が起こらず、一日中頭がぼーっとして、仕事にも手が着かないと訴えた。何となく気になったあなたが「まさかとは思いますが、死にたいなんて思っていますか?」と問いただしたところ、「最近では、こんなに辛いならいっそ死んでしまったほうがましだということもあります。昨日は会社の屋上まで行って、飛び降りようかと思ったんですが、妻と子供のことを思い出して、思いとどまりました」と言い出した。唐突な告白に、あなたはどのようにいいのか分からず、うろたえてしまった…

◆死にたい気持ちの人はPC医を受診する

うつ病患者の90%以上は、初診では精神科や心療内科といった専門医を受診せず、PC医や内科医などを受診する。うつ病患者の約60%は何らかの「死にたい気持ち＝自殺念慮」を抱いており、うつ病が原因で自殺した患者の約半数は、死の直前1カ月以内に身体症状を訴えて、PC医や内科医などを受診する。こうした事実は、PC医の外来が自殺念慮を抱く患者と決して無縁の場所ではなく、むしろ自殺予防のフロントラインであることを示している。問題は、PC医の自殺念慮に関する危機意識が希薄であり、対処法に関する知識も乏しいことである。

◆自殺は止められない。しかしリスクは評価できる

自殺念慮を聞くことはタブーではない。むしろうつ病を疑った場合には、必ず自殺念慮に関して尋ねなくてはならない。自殺念慮を聞くことが自殺を誘発することは100%ない。むしろ自殺念慮を聞くこと自体に自殺を予防する効果がある。

自殺を完全に予想し、予防することはできない。これは、いくら高血圧を治療しても、心筋梗塞を完全に予測し、予防できないのと同様である。しかしながら、例えば不安定狭心症を発症すれば、近い将来の心筋梗塞発症のリスクが高く、適切な処置と可及的早期の専門医への紹介が必要なことを意味する。自殺念慮と自殺に関しても同様である。したがって、うつ病を疑った場合は、必ず問診で自殺念慮の強さを評価しなければならない。その上で、患者を取り巻く状況を評価する。例えば、近い過去に近しい人間が亡くなったといった喪失体験があれば、それだけ自殺のリスクは高まる。また、飲酒量の増大は衝動性

を増し、自殺のリスクを増加させるので、飲酒についても必ず尋ねなければいけない。

◆自殺念慮に気づき自殺リスクを評価するための質問

自殺念慮に気づき、自殺のリスクを評価するためには、表1に沿って質問するとよい。上から順番に尋ねて、「いいえ」になれば質問を終了してよい。

表1 自殺念慮に気づき、自殺リスクを評価するための質問

上から順番に聞いて「いいえ」になったら終了

1. 「死んでしまったら楽だろうなあ」と思ったりしますか？
2. 死ぬ方法について考えますか？
3. 遺書を書きましたか？
4. 死ぬことばかり考えていますか？
5. 実際に死のうとしていますか？
6. 自分でそれらを止められそうにないですか？

下へ行けば行くほど自殺のリスクは高まる。「死んでしまったら楽だろうなあ」といった軽度の自殺念慮は珍しくなく、この時点では自殺のリスクは低い。死ぬ方法について考えだすあたりから自殺のリスクが高くなり、特にその方法が具体的であった場合には危険性が高まる。このあたりを1つの目安として、専門医への紹介を考慮すべきであろう。

◆自殺のリスクが高いと判断したら

まず、そのような辛い気持ちを吐露してくれたことに感謝し、「それは辛かったですね」と患者の辛い気持ちを認め、労う。自殺念慮を含むうつ症状の確認手順については、本連載のうつ病に関する回(No.4560)を参照されたい。その上で、自殺をブロックすることに全力を注ぐ。死にたい気持ちはうつ病とい

う病気のせいであること、うつ病は治療すれば治る病気であること、自殺することは家族や周囲の人を取り返しのつかない悲劇に巻き込むことなどを説明する。「決して死なないでください。死にたくなったら、私の外来を受診してください」と告げ、「死なない約束」をする。その際に「指切り」などの身体的コミュニケーションを併用するとさらに効果的である。うつ病患者は真面目で律儀な人が多く、「死なない約束」は自殺の予防に有効であるとされている。

また家族に連絡し、できる限り患者を1人にさせないように、また毒物や刃物類など自殺に使用できるものの管理を徹底するように依頼する。家族には本人の話を聞き、その気持ち是否定せず、認めてあげるように指導する。

精神科専門医への紹介は基本的に必須である。その際には「信頼している良い先生がいますから、一度意見を聞いてみましょう」などと言って紹介するのがよい。決して軽々しく「よく話を聞いてくれます」などとは言わ

ないこと。精神科受診に関する過剰な期待感をもたらし、診療連携の失敗につながる可能性がある。見捨てられ不安を抱かせないように併診という形をとり、自殺念慮が強い間はできるだけ頻回に、可能なら毎日でも受診させて、前記の死なない約束を繰り返すことが望ましい。抗うつ薬の投与も必要であるが、効果発現まで時間がかかることを考えると最優先事項ではなく、むしろこの場合はベンゾジアゼピン系抗不安薬などを十分に使用して、不眠や不安焦燥の改善を図ることが重要である。

◆自殺念慮とPC医

PC医は自らが自殺予防のフロントラインに立っていることを自覚すべきである。その上で、自殺予防のゲートキーパーとして、自殺念慮の評価と自殺リスクの高い患者に関する対処方法を身につける必要がある。日本中のすべてのPC医がそうしたスキルを身につけた時、日本の自殺者数は目に見えて減少するに違いない。

精神科専門医の診かた

松本俊彦

◆自殺念慮について尋ねること

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つであり、これに「気づく」ことが自殺予防の第一歩である。そして、自殺を考える人に特異的な表情や態度といったものがない以上、目の前にいる患者の自殺念慮の有無を評価したいと考えた場合、方法はただ1つしかない。それは、「尋ねる」ことである。

自殺念慮を尋ねることが自殺を促すのではないか、という危惧を抱く者は少なくないが、自殺念慮を確認しない(=自殺のリスクアセスメントをしない)ことによってもたらされる結果のほうがはるかに深刻である。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。

自殺を考える者の多くは、その苦悩の原因が何であれ、自らが置かれた状況を恥と感じ、自殺念慮について「言ってはならないもの」、一種のタブーと思い込んでいる。しかし、そんな状況の中で、真摯な態度で自殺念慮について尋ねられると、当事者の多くは「この人の前ではあのタブーを話してもいいのかもしれない」と一種の安堵感を抱くという。もちろん、自殺の考えを取り消すわけではないが、「この人と少し話してみるかな」という気持ちにはなる。わずかに開いた、この「心のドアの隙間」こそが、介入のチャンスとなる。

なお、自殺念慮を尋ねる際には、「まさかとは思うけど」「自殺みたいな馬鹿なことを」といった、恥の感覚を刺激する表現は避けたほうがよい。正直な告白を妨げる可能性がある。

自殺念慮の存在が明らかになったら、次に具体的に計画や準備の有無について明らかにしなくてはならない。自殺の計画は、自殺念慮以上に強力な自殺の危険因子である。ひそかに決行の日時や場所、手段を決め、日記を廃棄するといった周到な準備をしている場合、事態は切迫している。遺書もそうした準備の1つだが、その一方で、遺書を残す者は自殺既遂者の3割強でしかないことも忘れてはならない。

◆自殺念慮への対応に際しての注意点

自らの信念や倫理観に基づいて、「自殺はいけない」と患者に説教するのは好ましいことではない。そのように言われると、その後の継続的な治療関係の中で患者は正直に自殺念慮を語らなくなってしまうであろう。話したところで、頭ごなしに「いけない」と否定されるだけだからであり、結果的に、主治医は自殺のリスクアセスメントができなくなる。「死にたい」と言える治療関係こそが自殺予防に資すると肝に銘じたい。

自殺のリスクアセスメント理論の研究者であるJoinerは、人を自殺に至らしめる究極的な危険因子として、次の3つの要因を挙げている。第1に、「獲得された自殺潜在能力」である。これは、これまで自傷行為や自殺企図を繰り返す中で獲得された、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意味する。第2に、「所属感の減少」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。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」という感

覚である。これらのうち、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。自殺念慮を抱く患者への対応では、さしあたってはこの2つの要因に集中する。

「所属感の減少」に対する介入は、PC医の段階でただちに実施できるものである。例えば、患者との議論を避けて傾聴に努め、ときおり要約して返すという関わりである。この介入は、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。同じような理由から、「指切り」を用いた「死なない約束」も、「所属感の減少」の減少に大きな効果があるだろう。ただし、こうした「死なない約束」は、次の診察予約とセットとなっていなければ意味がないこと、また、この約束に応じたからといって、ただちに自殺の危機が過ぎ去ったわけではなく、あくまでも「死にたくなったら連絡する」という治療同盟確認の儀式にすぎないことを忘れてはならない。したがって、精神科紹介後もしばらくは関係を継続し、夜間・休日の相談窓口に関する情報提供も必要である。

一方、「周囲に迷惑をかけている」といった「負担感の知覚」は、多くの場合、うつ病の症状によってもたらされており、精神科への「つなぎ」が必要となる。

この「つなぎ」を確実にするためには、患者の家族に連絡を取って状況を説明し、理解と協力を得る必要がある。その際、家族への連絡は、できる限り患者の同意を得る努力を惜しまないことが大切である。もちろん、自殺の危機については、同意なしに家族に連絡を取っても守秘義務違反とはならず、むしろ連絡を取らなかったことの法的責任のほうが重大ではある。それでも、同意を得る努力は怠るべきではないし、最終的に本人の意に反して連絡を取る際にも、そうした判断の根拠を丁寧に説明する必要がある。そうしないと、

患者の自尊心を傷つけ、「誰も分かってくれない」と「所属感の減少」を強めるばかりか、「自分のせいで家族まで巻き込んでしまった」と、「負担感の知覚」を増大させてしまう可能性がある。

さらにPC医は、患者を精神科に紹介した後もしばらくは治療関係を継続し、精神科医との「つながり」が確実に果たされたかどうかの「見守り」をすることが望ましい。

◆自殺予防のためにPC医にできること

PC医であれ、精神科医であれ、自殺予防に対して万能な医師などおらず、どんなに手を尽くしても防ぎ得ない自殺があることは、残念ながら認めざるを得ない。

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。例えば、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報告がある。あるいは、自殺未遂によって救急病院に入院した患者に対して、退院後に年に3～4回、病院のスタッフが患者の健康を気遣う短い手紙を出すだけでも、退院後2年間の自殺死亡率を有意に減少させたという報告がある。

筆者は、PC医による「気づき」「つながり」「見守り」は、自殺予防において大きな力になると確信している。

「ご質問・ご意見」募集中！

今月の記事に関するご質問やご意見を、PIPC研究会までメールでお送りください。
E-mail: pipcmedj@gmail.com

今号のお持ち帰り (Take Home Messages)

- 死にたい気持ちを聞くことはタブーではない。むしろ聞くことで自殺を予防する効果がある。
- 自殺は止められない。自殺のリスクを評価することはできる。
- 強い自殺念慮を抱く患者は、「死なない約束」をして、速やかに精神科医に紹介する。

物質使用と暴力および自殺行動との関係

松本俊彦

国立精神・神経センター精神保健研究所
自殺予防総合対策センター/薬物依存研究部

(受理：平成21年10月23日)

Associations of substance use with violent and suicidal behaviors

Toshihiko MATSUMOTO

*Center for Suicide Prevention/Department of Drug Dependence Research,
National Institute of Mental Health, National Center of Neurology and Psychiatry,
4-1-1 Ogawashi-cyo, Kodaira, 187-8553 Tokyo*

(Accepted : October 23, 2009)

日本アルコール・薬物医学会雑誌 第45巻 第1号 (平成22年2月刊行) 別刷

Separate-print from Vol. 45 No. 1 of Jpn. J. Alcohol & Drug Dependence

February 2010

Jpn.J.Alcohol & Drug Dependence
日本アルコール・薬物医学会雑誌