

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)

Summary

Violent and suicidal behaviors are most serious mental health problems. In Japan, there are national mental health service systems for preventing violent and suicidal behaviors now: One is the Medical Control Law, which seems to aim at only treating schizophrenia as a mental health problem, and another is the Basic Act on Suicide Countermeasure, which seems to aim at treating depression. However, it is strange that these mental health policies have never referred to substance use problems including substance use disorder.

In this paper, we reviewed previous studies on associations of substance use with violent and suicidal behaviors, and indicated that the importance of substance use problems for mental health promotion to prevent violent and suicidal behaviors may be overlooked, and denied by the Japanese mental health professionals.

Key words: substance use disorder, violent offending, forensic psychiatry, suicide, deliberate self-harm

物質使用障害, 暴力犯罪, 司法精神医学, 自殺, 自傷

I. はじめに

筆者は、精神保健における最も重大な問題は、決して統合失調症やうつ病などといった個別的精神疾患ではなく、個人や社会の安全を脅かす「行動」であると考えている。そのような

自他に対する破壊的行動のなかでも特に究極的といえるものが、暴力的行動であり、そして、自殺行動である。もちろん、筆者とて、そのような禍々しい問題行動ばかりが精神保健の課題ではないというのは理解している。たとえば、個人が能力を発揮して自己実現したり、あるいは、人生の満足度を高めたりすることも重要な課題ではある。しかし、その援助における優先順位の高さ、その緊急性という点でいえば、やはり暴力と自傷・自殺であるといわざるを得ない。

そのことは、わが国の精神保健行政にも反映されている。現在、わが国の精神保健システムには、暴力と自傷・自殺に照準した国家的な制度や施策が存在する。すなわち、暴力に関しては心神喪失者等医療観察法（以下、医療観察法）が、そして自殺に関しては自殺対策基本法にもとづく施策がとられている。しかし、これらの施策で想定されている精神保健の問題は、医療観察法においては統合失調症、自殺対策においてはうつ病と、あまりにも単純すぎる印象を受ける。

果たしてこれで十分なのであろうか？ 筆者はかねてよりこの二つの施策からアルコール・薬物の問題が抜け落ちていることを不思議に感じていた。というのも、海外ではアルコールや薬物をはじめとした物質の使用が暴力や自殺行動と密接に関連していることは、すでに常識となっているからである。

今回、筆者は、わが国の精神保健領域の援助者に、物質使用と暴力および自殺との関係について広く知ってもらうことを目的として本レビューを執筆することを思い立った。以下に順次述べていきたい。

Ⅱ. 暴力行動との関係

1. 物質使用と暴力犯罪

アルコールや薬物の乱用・依存（本稿では、DSM-IV-TRに準じて「物質使用障害」と総称する）と暴力犯罪との密接な関連を指摘する研究は、枚挙にいとまがない。Johns¹⁾は、メタ分析において、傷害および殺人事件の40～60%、強姦事件の30～70%、DV（domestic violence）事件の40～80%にアルコールが関与していることを明らかにし、Murdochら²⁾は、暴力犯罪被害者の62%が、犯行時にアルコールに酩酊していることを指摘し、犯行にアルコールが関与していると判断されたものは、非暴力犯罪で12～38%の範囲であったのに対し、暴力犯罪では24～85%であったと報告している。アルコールだけではなく、コカイン、大麻、ベンゾジアゼピンといった薬物の使用が攻撃性と関係を指摘する報告も多い³⁾。Hodginsら⁴⁾は、誕生コホート研究から、物質乱用・依存の存在によって、暴力行為に関する相対リスクが、男性では5.9～8.7倍、女性では10.2～15.1倍にまで高まることを明らかにし、Wallaceら⁵⁾は、物質使用障害の存在は、男性の全犯罪のリスクを7.1倍、暴力犯罪のリスクを9.5倍、殺人をおかすリスクを5.8倍にまで高め、女性では、全犯罪のリスクを35.8倍、暴力犯罪のリスクを55.7倍にまで高めると推定している。

こうした現象の背景には、精神活性物質の薬理作用による影響がある。ChermackとGiancola⁶⁾は、2人の被験者にコンピューターに設定された光刺激に対する反応時間を競わせ、勝者は敗者に対して電気ショックを与えるという興味深い実験から、アルコール摂取が攻撃性や衝動性を亢進させることを証明している。それによれば、アルコールを与えられた者は、対照群に比べて攻撃的になり、その程度はアルコール摂取量に比例するという。またJosephsとSteele⁷⁾は、アルコール酩酊時の「アルコール近視」ともいべき意識状態に言及している。

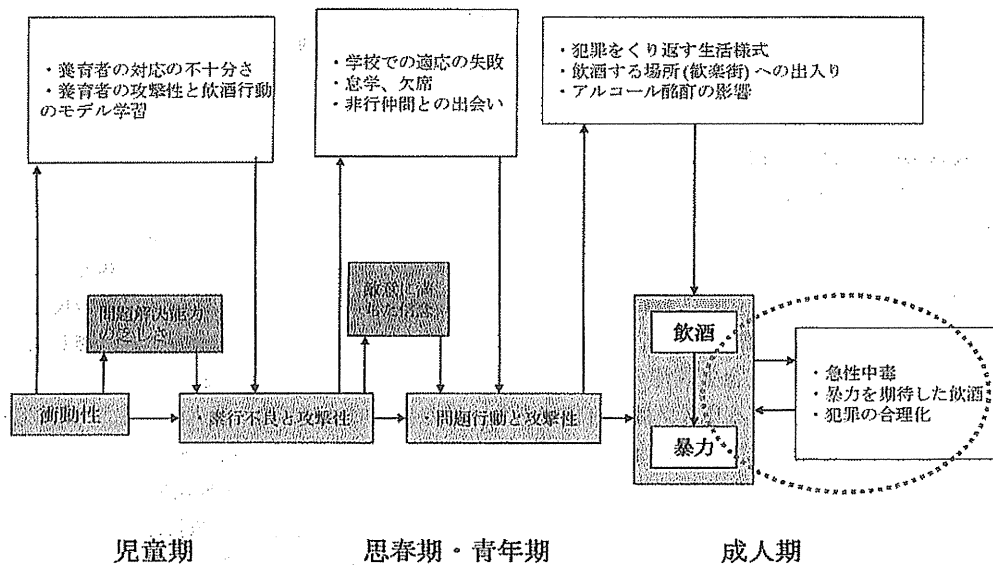


図1 酩酊時暴力に関する発達論的リスクファクター (文献9:McMurran, 2002より)

これは、飲酒酩酊下では意識の中心にある刺激に注意を奪われる一方で、意識の周縁的な刺激に対する関心が低下してしまう現象を指しており、このために、アルコール酩酊者は、熟慮を欠いた衝動的な行動が多くなるという。なお、興味深いことに、アルコールが関与する暴力犯罪では、被害者もまた高率にアルコールに酩酊した状態にあり、加害者の暴力を誘発する態度をとっているという指摘もある²⁾。

もちろん、物質乱用者の暴力犯罪のすべてを物質の薬理作用で説明することはできない。物質乱用者のなかには、児童期・青年期より非行歴を有し、反社会性パーソナリティ障害の併存が認められる者も少なくない。その意味では、わが国のMoritaら⁹⁾が、物質使用障害と関連する暴力行動を、物質の薬理作用の影響が大きい「症候性精神病質による薬物優位型暴力」と、基底に存在するパーソナリティ特性の影響が多い「本態性精神病質による人格優位型暴力」とに分類したのは、妥当なことである。

ただし、この「本態性精神病質」と呼ばれる人格の反社会的傾向の形成過程においてさえも、物質使用が何らかの影響を及ぼしている可能性がないとはいえない。McMurran⁹⁾は、発達論的な立場から、児童期における物質乱用と暴力行動とが、総合に影響をおよぼしながら、確実に行為障害の重症化をもたらし、将来における反社会性パーソナリティ障害への発展をもたらす、という仮説を提唱している(図1)。

非行性・犯罪性に対する影響という意味で何よりも重要なのは、その使用者人口の多さという点で、アルコールである。誕生コホート研究によれば、アルコール乱用を呈した若年者は、暴力犯罪を起こす相対危険率が6倍、他人の財産を奪う犯罪を起こす相対危険率が12~13倍に上昇させるといわれており¹⁰⁾、18歳時点での過量飲酒は、成人後の違法薬物乱用はもとより、犯罪全般を予測する危険因子であるともいう¹¹⁾。その背景には、PihlとHoakenが指摘するように、アルコール摂取が間接的に不安まで抑制し、攻撃的行動をとることに対して大胆となっ

てしまうことも関係していると考えられる。このことは、少年鑑別所被収容者において、アルコールの摂取頻度・量と試験観察や保護観察の失敗とが有意に関連していることから確認されている¹³⁾。

2. 重複障害における暴力行動

物質使用障害が統合失調症や双極性障害などの精神障害を併存する重複障害のかたちをとる場合には、暴力のリスクがいっそう高まる。Swansonら¹³⁾によるEpidemiologic Catchment Area (ECA) 研究では、精神障害者がアルコール・薬物の使用を1回でも行えば、暴力行為の生涯危険率は2倍に高まり、さらに、アルコール・薬物使用障害の診断がなされた者の場合には、暴力のリスクは16倍にまで高まることが明らかにされている。Wallaceら¹⁴⁾も、物質使用障害の重複診断のある統合失調症の犯罪行為のリスクは、物質使用障害単独の場合よりもさらに高く、犯罪全体に関するリスクは12.4倍であり、暴力犯罪では18.8倍、殺人に限定すると28.8倍にもなることと報告している。他にも、暴力的な精神障害者の49%に物質使用障害が認められる¹⁵⁾、あるいは、精神障害者を犯罪歴で分類する際、アルコール・薬物使用障害は最も重要な判別因子である¹⁶⁾などと、重複障害と暴力行動との密接な関連を指摘する報告は多い。このようなエビデンスを背景にして、触法精神障害者の暴力予測を目的として開発された、数理統計学的な手法にもとづくリスクアセスメント・ツール (VRAG; Violence Risk Assessment Guide¹⁵⁾; ICT [Interactive Classification Tree] 法¹⁶⁾; HCR-20¹⁷⁾) では、物質使用障害の存在は重要な変数として採用されている。

司法精神医学領域において重要なのは、統合失調症などの精神病性障害と物質使用障害との重複障害である。そして、精神病症状のなかでも、特に暴力との関係から重要視されているのは、「Threat/Control-override (TCO) 症状」¹⁸⁾と呼ばれるものである。これは、他者が自分を傷つけようとしている、追跡されているという脅威の感覚、あるいは、自分のものではない考えが頭の中に入ってきて、自分のコントロールを超えた外的な力に支配され、操作・蹂躪されるという病的体験の総称である。Swansonら¹⁶⁾によれば、TCO症状のある者は、他の精神病症状を持つ者の2倍、精神障害のない者の5倍の暴力の相対リスクがあるが、物質使用障害とTCO症状が併存した場合には、それは8～10倍にまで高まることが指摘されている。

歴史的に、強力な精神病惹起作用を持つ覚せい剤乱用が深刻な問題となってきたわが国の場合、TCO症状と物質使用障害とが併存する病態は、精神科臨床現場では比較的ありふれたものといえるであろう。覚せい剤による幻覚妄想は、しばしば圧倒的な脅威をもって本人に襲いかかり、しばしば犯行は、全く無関係な者が突如として殺傷されるという「通り魔的犯行」の様相を呈する¹⁹⁾。また、覚せい剤による意識変容は状況誤認を引き起こして、全く無関係の者の住所に侵入して立てこもるような事態を引き起こす場合があり、また、被害妄想が包囲攻撃状況へと発展すれば、自己防御目的から衝動的に殺傷行為におよんだり、自殺目的から放火に至ったりすることがある²⁰⁾。

3. 心神喪失者等医療観察法における物質使用障害治療

わが国では、2005年より国内最初の司法精神医療制度として医療観察法が施行されている。この制度は、重大な他害行為におよびながらも心神喪失・耗弱のために刑事司法システムから外された精神障害者を対象とするものであり、制度施行前には、主たる対象疾患として統合失調症が想定されていた。物質使用障害は、単独では刑事責任減免の理由とはなりにくいとの推

測から、制度の埒外にあると考えられていた。

しかし、実際に制度が施行されてみると、この想定通りには行かなかった。たとえば、最初の医療観察法指定入院医療機関である国立精神・神経センター病院医療観察法病棟では、2005年8月の開棟から2009年2月末までに、総計91名の対象者が入院してきたが、そのうち29名に物質使用障害の診断がなされている（31.9%: 物質乱用 15名、物質依存 14名）²⁰⁾。いずれも統合失調症などの精神病性障害との重複障害であった。問題となっている最近の乱用物質として最も多いのはアルコールであったが、そのなかには過去に覚せい剤や大麻などの違法薬物の乱用歴を持つ者も少なくなかった。

もちろん、海外の司法精神医学的研究を踏まえれば、こうした事態は容易に予想されたことである。Soyka²¹⁾によれば、このような重複障害患者は、暴力行動のリスクが高いだけでなく、地域内処遇における服薬のコンプライアンスや治療へのアドヒアランスが悪く、精神保健援助から脱落しやすいという。したがって、医療観察法による処遇中においても、併存する物質使用障害に対する介入が十分になされている必要がある。

そうした認識から、筆者らは国立精神・神経センター病院医療観察法病棟の開棟当時から「物質使用障害治療プログラム」を立ち上げ、現在までに継続してきた²²⁾。しかし、こうしたプログラムがすべての指定入院医療機関で行われているわけではなく、指定通院医療機関に至ってはほとんど実施されていないのが実情である。その理由としては、表向きにはマンパワー不足などと説明されていることが多いが、現実には、物質使用障害に対する苦手意識が影響しているように思えてならない。

実は、わが国の精神科医療者が抱える「物質使用障害に対する苦手意識」が予想以上に深刻であることを示唆する事実がある。それは、前述した重複障害患者29名のうち、鑑定書に物質使用障害の診断名が明記されていたのはわずかに3名だけで、残りの26名は、医療観察法病棟入院後の再評価で併存が確認されたというものである²³⁾。医療観察法の対象者が入院するまでには、少なくとも3名の精神科医（刑事責任能力鑑定人、医療観察法鑑定医、精神保健審判員）が評価していることを考えると、これは愕然とせざるを得ない状況といえるであろう。

思えば、わが国における薬物関連問題の精神医学的研究は、薬物乱用経験のある精神病性障害を「統合失調症か中毒性精神病か」²⁴⁾のいずれと診断するかという議論に多くが費やされてきたが、皮肉にも、そうしたなかで、併存する物質使用障害が看過・過小視されてしまった可能性も否めない。司法精神医療においては、介入を要する二つの疾患が重複しているという視点から、積極的に物質使用障害の評価と介入を行っていく必要があることを、改めて強調しておきたい。

Ⅲ. 自殺行動との関係

1. 物質使用と自殺

海外における心理学的剖検の手法を用いた自殺既遂者の調査²⁵⁻²⁹⁾からは、自殺者の少なくとも2～3割はその行為の直前に物質関連障害に罹患していることが明らかにされている。たとえば、その先進的な国家的対策によって自殺死亡率減少に成功したフィンランドにおける大規模な心理学的剖検調査³⁰⁾でも、自殺既遂者の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使用障害（42%）への罹患が高率であったことが明らかにされている。また、HarrisとBarracough³¹⁾が明らかにした、乱用物質の種類ごとの物質使用障害

表1 物質使用障害罹患者の自殺念慮と自殺企図の経験率に関する主な国内研究

	大原 ³²⁾ (1971) アルコール	清野 ³³⁾ (1971) アルコール	斎藤 ³⁴⁾ (1980) アルコール	松本桂樹 ³⁵⁾ (2000) アルコール	松本俊彦 ³⁷⁾ (2009) アルコール	岡坂ら ³⁶⁾ (2006) 薬物	松本俊彦 ³⁷⁾ (2009) 薬物
被験者数 (人)	85	80	120	81	244	101	92
調査方法	面接調査	カルテ調査	面接調査	質問紙法	質問紙法	質問紙法	質問紙法
対象者	入院 アルコール 依存症患者	入院 アルコール 依存症患者	入院 アルコール 依存症患者	入院・通院 アルコール 依存症患者	入院 アルコール 依存症患者	民間薬物依存 回復施設入所 者 (男性)	入院薬物 依存症患者
対象者平均 年齢 (歳)	46.7	不明	不明	51.5	49.3 ± 11.5	33.7	33.9 ± 8.5
自殺念慮 (%)	28.2	不明	28.3	61.7	55.1 男性49.4 女性81.1	55.4	83.3 男性79.7 女性90.3
自殺企図 (%)	15.3	3.8	25.8	29.6	30.6 男性23.3 女性62.2	49.5	55.7 男性49.1 女性67.7

罹患者の標準化自殺死亡率では、鎮静剤・睡眠薬・抗不安薬20倍、複数物質19倍、オピオイド14倍、アルコール6倍、大麻4倍という数値が得られており、その多くはうつ病よりも高いオッズ比である。こうした知見はいずれも、海外の自殺対策で物質使用障害が重要視される根拠となっている。

残念ながら、わが国には自殺対策のなかでアルコール使用障害対策の重要性を主張できるだけのエビデンスが存在していないが、アルコール使用障害患者における高い自殺念慮や自殺企図の経験率を指摘する報告ならば、わが国にも複数存在している (表1)^{32,39)}。また、薬物使用障害についても、岡坂ら³⁶⁾によって、民間回復施設における調査からそのきわめて高率な自殺企図経験が報告されている。

最近になって筆者ら³⁹⁾も、依存症専門病態入院患者を対象とする自記式質問紙調査から、アルコール使用障害患者の55.1%に自殺念慮を抱いた経験が、30.6%に自殺企図歴があり、薬物使用患者に至っては自殺念慮経験者が83.3%、自殺企図経験者が55.7%という高さに達していることを確認している。いずれもうつ病患者に比べて高い割合であり、同様の国内の先行研究ともほぼ一致するものである。さらに驚くべきことに、日本語版のBeck Depression Inventory第2版 (BDI-II) を実施したところ、その質問9において、「自殺したい」もしくは「チャンスがあれば自殺するつもりである」という選択肢を選んだ者が、アルコール使用障害患者の9.8%、薬物使用障害患者の19.1%に認められたのである。

川上³⁸⁾による構造化面接を用いた地域住民調査 (図2) では、物質使用障害と自殺関連事象とのあいだの関係を示唆する興味深い結果を明らかにされている。その報告によれば、過去12ヶ月の自殺念慮は、うつ病の診断に該当する者で19.4%であったのに対し、物質関連障害では16.7%、また自殺企図の経験は、うつ病8.3%に対し、物質関連障害では16.7%であった。この

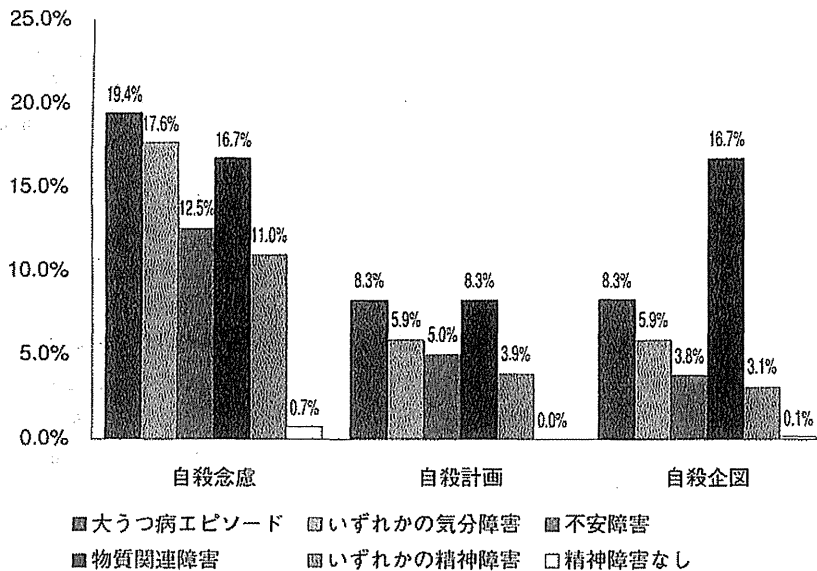


図2 地域住民における過去12ヶ月間の精神医学的診断 (DSM-IV) 別の自殺関連行動の頻度
(文献38:川上, 2003より引用)

調査結果で興味深いのは、「自殺の計画を立てた」経験に関してはうつ病該当者と物質関連障害該当者に差はないにもかかわらず、自殺企図の経験は、物質関連障害該当者ではうつ病該当者よりもはるかに高く、しかも、自殺計画の経験者よりも自殺企図の経験者の方が多いという点である。このことは、物質関連障害該当者の少なくない者が、具体的な計画を立てる間もなく自殺企図に至った可能性を示唆する。

実は、この点にこそ、物質関連障害患者における高い自殺企図率を説明する理由の1つがあるように考えられる。De LeoとEvans³⁹⁾は、アルコール依存などの物質使用障害患者には気分障害やパーソナリティ障害が併存する者が多く、物質乱用によって併存する精神障害の悪化、あるいはうつ状態の誘発を招いたり、あるいは、失職や服役、社会的孤立などの心理社会的状況が悪化したりしていることが少なくなく、結果的に自殺の危険が高い状況にあることが多いと指摘している。さらに加えて彼らは、物質自体の薬理作用が衝動性を亢進させ、自殺行動を促進することも指摘している。

De LeoとEvansの指摘を踏まえると、川上の調査結果は、まさにそうした物質関連障害患者独特の衝動的行動——たとえば、「死にたいと思っていたが、死ぬ勇気はなかった。でも、酔ったら恐怖感がなくなって」という行動——を示唆していると思えてならない。自殺既遂者の32～37%⁴⁰⁾、自殺未遂によって救急医療機関に搬送された患者の40%⁴¹⁾が、体内からアルコールが検出されるという事実も、このことの傍証となろう。

2. アルコールと自殺

海外には、国内の年間アルコール消費量と自殺死亡率との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。たとえば、ロシアでは、ベ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⁴²⁾、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推定されている⁴³⁾。また、デンマークでは、アルコール飲料の価格高騰という「自然の実験」により自殺率の低下が見られ⁴⁴⁾、ポルトガルでも、個人の年間アルコール消費量が1リットル増えると男性の自殺死亡率が1.9%上昇するという指摘がある⁴⁵⁾。

もともと、国内アルコール消費量と自殺死亡率との関係は複雑であり、しばしばそれぞれの国における飲酒文化や年代との関係も考慮する必要もある。たとえば、欧州14ヶ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⁴⁶⁾。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歳以上の年代では相関が認められなかったことが報告されている⁴⁷⁾。

わが国では、Akechiら⁴⁸⁾のコホート研究が、日本人における1日当たりのアルコール消費量と自殺死亡率との興味深い関連を示唆している。それによれば、アルコールを「飲まない」者は、「時々飲む」という者よりも自殺のリスクが高いが、日本酒換算にして1日「2.5合以上飲む」という者では自殺のリスクが高いという。すなわち、わが国では、アルコール消費量と自殺死亡との関係は、虚血性心疾患などと同様、「U字型」の相関関係を持っているということになる。この知見は、アルコール使用障害の診断に該当するか否かに関係なく、多量飲酒が自殺の危険因子となりうることを示している。

様々な精神活性物質のなかで、アルコールほど日本人の生活のなかに深く浸透している物質はなく、飲酒は様々な社交や行事のなかで広く行われている。しかし、自殺予防という観点からみれば、使用障害（乱用・依存）の水準に達しない、正常範囲内のアルコール摂取に対して、一定の注意を払う必要があるかもしれない。

3. 物質使用と自傷行為

リストカットなどの自傷行為は、しばしば不快感情の軽減、あるいは周囲への意思伝達や操作といった意図から、故意に自らの身体に損傷を加える行動である⁴⁹⁾。自傷行為は、意図や身体損傷の非致死性ゆえに自殺とは異なる行動であるが、Owensら⁵⁰⁾のメタ分析によれば、十代における自傷行為の存在が十年後の自殺死亡のリスクを数百倍に高めるといわれており、自殺の危険因子として捉える必要がある。

自傷行為は様々な程度の物質使用と密接な関係がある。海外では、物質使用障害と自傷行為との密接な関連を指摘する研究は多く^{51,52)}、Walsh⁴⁹⁾によれば、重篤な自傷患者の77%に吸入剤乱用、58%に大麻乱用、42%にLSD乱用が認められたという。わが国でも、自傷行為の経験のある者では覚せい剤や有機溶剤などの違法薬物使用歴が高率に見られることが明らかにされている^{53,54)}。

こうした自傷行為と物質使用との関係は、必ずしも特定の人格傾向によるものとはいえず、むしろ直接的なものである可能性が高い。その証拠に、一般の中高生において、自傷の経験・程度は、飲酒・喫煙などの物質使用と密接に関係していることが明らかにされている⁵⁵⁻⁵⁷⁾。なお、アルコールやベンゾジアゼピンなどによる酩酊は、人為的な解離類似状態を惹起して衝動制御を困難とし、また疼痛閾値を上昇させることで、自傷行為の誘発や重症化をもたらす⁵⁸⁾。事実、Linehan⁵⁹⁾は、自傷患者の13.4%が自傷直前にアルコールを摂取していることを指摘している。

4. わが国の自殺対策における物質使用障害対策の位置づけ

わが国では、1998年に突如として自殺の急増が起こった。この急増の背景には、バブル経済の崩壊による多重債務や失職といった経済的問題を抱えた中高年男性の自殺の急増があったといわれている。これ以後、11年間、わが国の自殺者総数は毎年3万人を超えるという高止まりの状態が続いている⁶⁹⁾。

こうした事態に対して2006年に自殺対策基本法が制定され、2007年には自殺総合対策大綱が閣議決定され、国を挙げて自殺対策に取り組む体制が整った。そのなかで、精神保健分野の対策としては「うつ病の早期発見・早期治療」に関する取り組みが一貫して重視されてきたものの、海外においては、物質使用障害は自殺に関連する精神障害としてうつ病ともに必ず言及されていることを考えると、あまりにうつ病に偏重した対策との印象は拭えない。

しかし、2008年10月に閣議決定された自殺総合対策大綱の一部改正（「自殺対策加速化プラン」）のなかで、ようやくわが国でも自殺ハイリスク者対策の一つとして「アルコール・薬物依存症対策」が明記されるに至った⁶⁹⁾。現時点ではまだ具体的対策は明示されていないものの、今後、自殺予防の観点から「依存症対策」の推進が期待される場所である。とりわけ、飲酒に寛容なわが国では、アルコールは日常生活に深く浸透しているだけに、アルコールと自殺との関連に関する啓発が、地域住民はもとより、医療者をはじめとした援助職に対しても行われる必要がある。

最近、筆者らのグループが実施した心理学的剖検研究⁶⁹⁾では、自殺既遂者の23%が自殺前1年以内にアルコール問題を呈しており、そのうちの8割がアルコール使用障害の診断に該当し、しかも、アルコールを摂取した状態で最期の行動におよんだ者が多かったことが明らかにされている。精神科通院中だった者もいたが、アルコール問題に対する専門的な援助を受けている者は一人もいなかった。

もちろん、研究対象となった自殺既遂者は、わが国の自殺者全体を代表しているとはいえないことに注意する必要がある。しかし、この23%は、いずれも仕事を持つ中高年男性であり、借金や離婚などの困難な心理社会的状況を抱えているなど、まさしく1998年の自殺急増における中心的年代層を反映した特徴を持っていたのである。こうした知見からも、わが国の自殺対策のなかで「依存症」に重点を置いた施策をとることの意義が示唆されているのである。

Ⅳ. おわりに

以上、物質使用と暴力・自殺行動との関連について概観を行った。

現在、わが国では暴力は医療観察法という制度のなかで、そして自殺は自殺総合対策という施策のなかで重要な課題となっているが、本稿でも触れたように、これらの制度・施策が始まった当初、不思議なほど物質使用障害は看過——いや、「否認」といった方がよいのかもしれない——されていた。援助者や専門家が物質使用障害に対して抱く、苦手意識や忌避的感情が、「見たいものしか見えない」という事態を引き起こした可能性は否定できないであろう。

冒頭でも述べたように、暴力と自殺は精神保健の究極的な課題であり、しかも本稿で示したように、これら二つの問題は、物質使用障害、あるいは物質の使用そのものと密接な関係がある。したがって、物質使用障害の専門家は、司法精神医療や自殺対策の質の向上のためには物質使用障害と向き合う必要があることを、精神保健の援助者・専門家に広く伝えていく努力を怠ってはならないであろう。

文 献

- 1) Johns, A.: Substance misuse: A primary risk and a major problem of comorbidity. *International Review of Psychiatry*, 9 : 2-3, 1997.
- 2) Murdoch, D. Pihl, R. O. and Ross, D.: Alcohol and crimes of violence: Present issues. *International Journal of the Addictions*, 25 : 1065-1081, 1990.
- 3) Pihl, R.O., Peterson, J.B. and Lau, M.A.: A biosocial model of the alcohol-aggression relationship. *J. Stud. Alcohol. Suppl.*, 11 : 128-139, 1993.
- 4) Hodgins, S., Mednick, S.A., Brennan, P.A., Schulsinger, F. and Engberg, M.: Mental disorder and crime. Evidence from a Danish birth cohort. *Arch. Gen. Psychiatry*, 53 : 489-496, 1996.
- 5) Wallace, C., Mullen, P., Burgess P., Palmer, S., Ruschena, D. and Browne, C.: Serious criminal offending and mental disorder. Case linkage study. *Br. J. Psychiatry*, 172 : 477-484, 1998.
- 6) Chermack, S.T. and Giancola, P.R.: The relation between alcohol and aggression: An integrated biopsychosocial conceptualization. *Clin Psychol Rev.*, 17 : 621-649, 1997.
- 7) Josephs, R.A. and Steele, C.M.: The two faces of alcohol myopia: Attentional mediation of psychological stress. *J. Abnorm. Psychol.*, 99 : 115-126, 1990.
- 8) Morita, N., Satoh, S., Oda, S., Tomita, H., Shoji, M., Senoo, E., Abe, K., Konishi, T. and Okada, T.: Relationship between solvent inhalation and antisocial behavior: Special emphasis on two types of violence seen in solvent abusers. *Psychiat. Clin. Neurosci.*, 50 : 21-30, 1996.
- 9) McMurran, M.: Chapter 8: Alcohol, aggression and violence. *Offender rehabilitation and treatment-effective programs and policies to reduce re-offending*, (McGuire J. eds.), pp.221-241, John Wiley & Sons Ltd, Chichester, 2002.
- 10) Fergusson, D.M., Lynskey, M.L. and Horwood, L.J.: Alcohol misuse and juvenile offending in adolescence. *Addiction*, 91 : 483-494, 1996.
- 11) Farrington, D.P. and Hawkins, J.D.: Predicting participation, early onset, and later persistence in officially recorded offending. *Criminal Behavior and Mental Health*, 1 : 1-33, 1991.
- 12) 松本俊彦, 岡田幸之, 千葉泰彦, 安藤久美子, 吉川和男, 和田 清: 少年鑑別所男子入所者におけるアルコール・薬物乱用と反社会性の関係—Psychopathy Checklist Youth Version (PCL: YV) を用いた研究—, *日本アルコール・薬物医学会雑誌*, 41 : 59-71, 2006.
- 13) Swanson, J.W., Holzer, C.E. 3rd, Ganju, V.K. and Jono, R.: Violence and psychiatric disorder in the community: evidence from the Epidemiologic Catchment Area surveys. *Hosp. Community Psychiatry*, 41 : 761-770, 1990.
- 14) Modestin, J. and Ammann, R.: Mental disorders and criminal behaviour. *Br. J. Psychiatry*, 166 : 667-675, 1995.
- 15) Harris, G.T., Rice, M.E. and Quinsey, V.L.: Violent recidism of mentally disordered offenders: the development of a statistical prediction instrument. *Criminal Justice and Behaviour*, 20 : 314-335, 1993.
- 16) Monahan, J., Steadman, H.J., Silver, E., Appelbaum, P.S., Robbins, P.C., Mulvey, E.P., Roth, L.H., Grisso, T. and Banks, T.: *Rethinking risk assessment: the MacArthur study of mental disorder and violence*. New York: Oxford University Press, 2001.
- 17) Webster, C.D. and Hucker, S.J.: *Violence Risk: Assessment and Management*, Wiley, New York, 2007.
- 18) Swanson, J.W., Borum, R., Swartz, M.S. and Monahan, J.: Psychotic symptoms and disorder and the risk of violent behaviour in the community. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 6 : 309-

- 329, 1996.
- 19) 中田 修, 石井利文: 覚せい剤中毒性精神病状態における犯罪. 法務総合研究所研究部紀要, 26(1): 211-233, 1983.
- 20) 若松 昇: 覚醒剤精神病の精神病理学的研究 犯罪例を通じて. 精神神経学雑誌, 87: 373-396, 1985.
- 21) 松本俊彦, 今村扶美: 第2部 申し立てと鑑定 7. 医療観察法と物質使用障害: 臨床精神医学, 38: 577-581, 2009.
- 22) Soyka, M.: Substance misuse, psychiatric disorder and violent and disturbed behaviour. Br. J. Psychiatry, 176: 345-350, 2000.
- 23) 松本俊彦, 今村扶美: 物質依存を併存する触法精神障害者の治療の現状と課題. 精神科治療学, 24: 1061-1067, 2009.
- 24) 立津政順, 後藤彰夫, 藤原 豪: 覚醒剤中毒. 医学書院, 1956.
- 25) Chynoweth, R., Tonge, J.I. and Armstrong, J.: Suicide in Brisbane: A retrospective psychosocial study. Aust. N.Z. J. Psychiatry, 14: 37-45, 1980.
- 26) Robins, E., Murphy, G.E., Wilkinson, R.H., Gassner, S. and Kayes, J.: Some clinical considerations in the prevention of suicide based on a study of 134 successful suicides. Am. J. Public Health, 49: 888-899, 1959.
- 27) Roy, A.: Characteristics of cocaine-dependent patients who attempt suicide. Am. J. Psychiatry, 158: 1215-1219, 2001.
- 28) Roy, A.: Characteristics of opiate dependent patients who attempt suicide. J. Clin. Psychiatry, 63: 403-407, 2001.
- 29) Barraclough, B., Bunch, J., Nelson, B. and Sainsbury, P.: A hundred cases of suicide: Clinical aspects. Br. J. Psychiatry, 125: 355-373, 1974.
- 30) Lönnqvist, J.K., Henriksson, M.M., Isometsä, E.T., Marttunen, M.J., Heikkinen, M.E., Aro, H.M. and Kuoppasalmi, K.I.: Mental disorders and suicide prevention. Psychiatry Clin Neurosci, 49: Suppl 1: S111-116, 1995.
- 31) Harris, E.C. and Barraclough, B.: Suicide as an outcome for mental disorders. A meta-analysis. Br. J. Psychiatry, 170: 205-228, 1997.
- 32) 大原健士郎: アルコールと自殺—アルコール依存症と自殺との関係からの考察. CLINICIAN, 396: 1141-1145, 1990.
- 33) 清野忠紀: アルコールおよび薬物中毒者の自殺企図に関する研究. 精神医学, 13: 901-909, 1971.
- 34) 斎藤 学: アルコール依存症者の自殺企図について. 精神神経学雑誌, 82: 786-792, 1980.
- 35) 松本桂樹, 世良守行, 米沢 宏, 藤原誠二, 重黒木一, 新貝憲利: アルコール依存症者の自殺念慮と企図. アディクションと家族, 17: 218-223, 2000.
- 36) 岡坂昌子, 森田展彰, 中谷陽二: 薬物依存者の自殺企図に関する研究——自殺企図の実態とリスクファクターの検討——. 日本アルコール・薬物医学会雑誌, 41: 39-58, 2006.
- 37) 松本俊彦, 小林桜児, 上條敦史, 勝又陽太郎, 木谷雅彦, 赤澤正人, 竹島 正: 物質使用障害患者における自殺念慮と自殺企図の経験. 精神医学, 51: 109-117, 2009.
- 38) 川上憲人: わが国における自殺の現状と課題. 保健医療科学, 52: 254-260, 2003.
- 39) De Leo, D. and Evans, R.: Chapter 10: The impact of substance abuse policies on suicide mortality. In: International Suicide Rates and Prevention Strategies, (De Leo, D. and Evans, R. eds), pp.101-112, Hogrefe & Huber, Cambridge, 2004.
- 40) Cheng, A.T.: Mental illness and suicide. A case-control study in east Taiwan. Arch. Gen. Psychiatry, 52: 594-603, 1995.
- 41) Cherpitel, C.J., Borges, G.L. and Wilcox, H.C.: Acute alcohol use and suicidal behavior: a review of the literature. Alcohol. Clin. Exp. Res., 28: (5 Suppl): 18-28, 2004.

- 42) Wasserman, D., Värnik, A. and Eklund, G.: Male suicides and alcohol consumption in the former USSR. *Acta. Psychiatr. Scand.*, 89 : 306-313, 1994.
- 43) Birckmayer, J. and Hemenway, D.: Minimum-age drinking laws and youth suicide, 1970-1990. *Am. J. Public Health*, 89 : 1365-1368, 1999.
- 44) Skog, O.J.: Alcohol and suicide in Denmark 1911-24-experiences from a 'natural experiment.' *Addiction*, 88 : 1189-1193, 1993.
- 45) Skog, O.J., Teixeira, Z., Barrias, J. and Moreira, R.: Alcohol and suicide: the Portuguese experience. *Addiction*, 90 : 1053-1061, 1995.
- 46) Ramstedt, M.: Alcohol and suicide in 14 European countries. *Addiction*, 96 : Suppl 1: S59-75, 2001.
- 47) Makela, P.: Alcohol consumption and suicide mortality by age among Finnish men, 1950-1991. *Addiction*, 91 : 101-112, 1996.
- 48) Akechi, I., Iwasaki, M., Uchitomi, Y. and Tsugane, S.: Alcohol consumption and suicide among middle aged men in Japan. *Br. J. Psychiatry*, 188 : 231-236, 2006.
- 49) Walsh, B.W.: *Treating Self-injury*. Guilford Press, New York, 2005 (松本俊彦, 他訳「自傷行為治療ガイド」, 金剛出版, 2007)
- 50) Owens, D., Horrocks, J. and House, A.: Fatal and non-fatal repetition of self-harm. Systematic review. *Br. J. Psychiatry*, 181 : 193-199, 2002.
- 51) Lacey, J.H. and Evans, C.D.: The impulsivist: a multi-impulsive personality disorder. *Br. J. Addict.*, 81 : 641-649, 1986.
- 52) Pattison, E.M. and Kahan, J.: The Deliberate Self-Harm Syndrome. *Am. J. Psychiatry*, 140 : 867-872, 1983.
- 53) Matsumoto, T., Azekawa, T., Yamaguchi, A., Asami, T. and Iseki, E.: Habitual self-mutilation in Japan. *Psychiatry and clinical neurosciences*, 58 : 191-198, 2004.
- 54) Matsumoto, T., Yamaguchi, A., Asami, T., Okada, T., Yoshikawa, K. and Hirayasu, Y.: Characteristics of self-cutters among male inmates: Association with bulimia and dissociation. *Psychiatry and clinical neurosciences*, 59 : 319-326, 2005.
- 55) Izutsu, T., Shimotsu, S., Matsumoto, T., Okada, T., Kikuchi, A., Kojimoto, M., Noguchi, H. and Yoshikawa, K.: Deliberate self-harm and childhood histories of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) in junior high school students. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 14 : 1-5, 2006.
- 56) 山口亜希子, 松本俊彦: 女子高校生における自傷行為—喫煙・飲酒, ピアス, 過食傾向との関係—。 *精神医学*, 47 : 515-522, 2005.
- 57) Matsumoto, T. and Imamura, F.: Self-injury in Japanese junior and senior high-school students: Prevalence and association with substance use. *Psychiatry and clinical neurosciences*, 62 : 123-125, 2008.
- 58) Favazza, A.R.: *Bodies Under Siege. Self-mutilation and Body Modification in Culture and Psychiatry*. 2nd edition". Johns Hopkins University Press, 1996. (松本俊彦 監訳「自傷の文化精神医学—包囲された身体」, 金剛出版, 東京, 2009)
- 59) Linehan, M.M.: *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*, Guilford Press, New York, 1993.
- 60) 内閣府: 平成20年版自殺対策白書。内閣府, 2008.
- 61) 赤澤正人, 松本俊彦, 勝又陽太郎, 木谷雅彦, 廣川聖子, 高橋祥友, 川上憲人, 渡邊直樹, 平山正実, 竹島 正: 死亡1年前にアルコール関連問題を呈した自殺既遂者の心理社会的特徴: 心理学的剖検による検討。 *精神医学* (印刷中)。

連載

地域保健従事者のための精神保健の基礎知識・4

自殺問題から明らかになる精神科医療・精神医学の課題

松本 俊彦

公 衆 衛 生

第74巻 第4号 別刷

2010年4月15日 発行

医学書院



自殺問題から明らかになる 精神科医療・精神医学の課題

松本 俊彦

総合的な自殺対策のなかの精神科医療

わが国の自殺による死亡者数は、1998年に30万人を超えて以降、11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、さらに最近では、リーマン・ショック以後に問題化した雇用の悪化といった社会的要因の影響が大きいと言われている。こうした認識に基づいて、現在わが国では、自殺対策を精神保健的対策に限定せずに、総合的な対策として進められている。自殺総合対策大綱において「総合」という言葉がついているのは、まさにそういった理由からである。しかし、穿った見方をすれば、その裏には、これまでの国の自殺対策があまりに精神保健領域に偏っていたという反省がある。確かにわが国には、長い間自殺対策をうつ病対策にすりかえてきた暗い歴史があることは否めない。

ところで精神保健に限定しない「総合対策」とは、読み方を変えれば「精神保健的対策だけでは自殺は防げない」ということを前提とした対策と理解することもできる。このことは、自殺リスクの高い精神障害と日常的に対峙する精神科医療の責任が軽減したことを意味するのであるか？

もちろん、そんなことはない。海外で実施されてきた心理学的剖検の手法を用いた自殺既遂者の調査^{1,2)}では、「自殺既遂によって死亡した者の

90%以上が死の直前に何らかの精神障害に罹患していた」ことが明らかにされている。要するに、そもその原因が家族関係や借金であったとしても、あるいは過重労働であったとしても、自殺に至る最終的な共通経路は精神障害なのである。要するに、精神科医療は自殺に傾く者を水際で食い止める役割を担っている。

今日、国内の様々な地域では一般住民を対象とした、「うつ病は心の風邪」といった内容の啓発的な講演会が数多く開催され、また、プライマリケア医から精神科医への紹介に対して診療報酬加算をする施策もとられるなど、精神科受診はますます促進されている。こうした施策の根拠となっているのが、やはり海外の心理学的剖検研究の知見²¹⁾——自殺既遂者が罹患していた精神障害のなかでも最も多いのが「うつ病」であって、そのほとんどが精神科治療を受けていないこと——である。その観点から言えば、確かに未治療のうつ病罹患者を精神科治療につなげることは、自殺予防の至上命題と言えるであろう。

精神科医療は本当に自殺を予防できるのか？

しかし、正直に告白すると、筆者は、「精神科治療を受ければ自殺しないですむ」といった神話を無邪気に信じる気持ちにはなれないのである。今日、都市部の精神科外来はどこも患者で混雑し、一人ひとりの患者に対して丁寧な時間をかけ

まつもと としひこ：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
連絡先：☎ 187-8553 東京都小平市小川東町 4-1-1

ているゆとりなど、どう考えてもない。通院精神療法がとれる5分ぎりぎりの診察でテンポよく患者を捌いていかざるを得ないし、ビジネスとしてもそれが最も効率のよい方法でもある。もちろん、短い診察時間では解決策が見当たらない場合も少なくないが、そんなときには、「とりあえずお薬を追加しておきます」という慣用句で患者の語りに句点を打ち、診察を終了させることができる。だが、こういった診療で、自殺を考えるほど追い詰められた人を本当に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^{3,4)}は、その多くが自殺時点で精神科治療中であったことを明らかにしている。われわれが実施した心理学的剖検調査では自殺既遂者の46%³⁾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では52%⁴⁾が、それぞれ精神科治療中であったのである。このことは、従来言われてきた「自殺既遂者の多くが精神科治療を受けていない」という説が神話でしかない可能性を示しているとは言えないだろうか？

われわれの調査からは、さらに驚くべき知見が得られている。それは、精神科受診歴を持つ自殺既遂者は、縊首や飛び降りといった最期の致死的行動に際して、処方された治療薬の過量摂取したことによる、一種の酩酊状態のなかで自殺行動に至った可能性が高い、というものである。いささか極端な見方ではあるが、もしも本当にそのような実態があるとすれば、精神科医が向精神薬を処方したことが、結果的に自殺を幫助することになったという誹りを受けないとも限らない。

もちろん、こうしたデータは、あくまでも自ら進んで調査に協力した自死遺族だけが聞き取りの対象となっている、という点に注意する必要がある。その意味では、わが国の自殺既遂者全体を反映しているとは言えないデータである。とはいえ、最近、ある救急医が怒りに打ち震えながら筆者に吐いた言葉を思い起こすと、このデータがあながち真実から大きくかけ離れた結果とは思えないのである。ちなみに、その言葉とは、「精神科

クリニックが増えても、自殺は減らずに、過量服薬による自殺未遂ばかりが増えている」というものであった。もちろん、筆者は反論することができなかった。

「南条あや」が精神科医療に投げかけた問い

わが国の精神科医療現場では、自殺急増からまもない2000年あたりを境にして、ある患者の一群が急激に目立つようになった。それは、リストカットや過量服薬を繰り返す若年患者である。筆者は、そうした患者たちから何度となく、「先生は、南条あやの『卒業式まで死にません』⁵⁾を読みましたか？」と質問されたものである。当時、そうした患者の間で南条あやはカリスマ的存在となり、数多くの追従者・模倣者を生み出していた。

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わけだが、その際に自らの精神科医療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』は、それらの日記をまとめた、彼女の遺稿集である。

彼女は、1999年3月30日——高校の卒業式の20日後——に死亡した。その日の午後、彼女は1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という。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り、また、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、彼女の信奉者だけでなく、精神科医療関係者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、彼女の死の後から、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、南条あやを模倣をする若い患者が急増していったのである。さらに、これに前後するかたちで、地域の精神科クリニックの多くが、「リストカット患者お断り」という標榜を掲げ始めた。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や主治医の発言を公開する患者などが出てきたからだ。また、まともに治療をしようと思えば長い診察時間が必要となる。現行の診療報酬制度下では効率が悪すぎる。

このような「南条あや現象」について、知り合いのある精神科医は、筆者に、「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、米国精神医学会の操作的診断(DSM)におけるうつ病概念の拡大が原因であると語った。確かにそうした流れが、病気ではない者に「自称うつ病」として患者役割をとることを許容する状況を作り出し、医師の処方にあれこれと注文をつけ、さらには、治療薬を乱用したり過量服薬を繰り返す患者を作り出した可能性はあろう。そして、そのような見解を支持する精神科医からすれば、真に治療が必要なうつ病とは、「内因性」と「メランコリー親和型」⁶⁾だけであって、「非定型」や「ディスチミア親和型」⁶⁾などといった臨床類型は、所詮は「偽性」うつ病にすぎないことになるのかもしれない。

だが、ちょっと待って欲しい。たとえ、その患者のうつ病が「偽性」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、自殺のリスクなのではなかったか？ 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の「うつ病」とは、たとえばDSM-IV-TRの「うつ病性障害」の基準を満たすような、きわめて広範な病

態である場合がほとんどである。にもかかわらず、わが国の専門家が勝手に、自分たちが共感しやすい扱いやすい古典的病態にすり替えて理解しただけではないのか？

精神科医のなかには、「リストカットは自殺とは違う」「喫煙や飲酒のような個人の嗜好であって、『本当のうつ病患者』みたいに自殺はしない」などとしたり顔をして語る者もいる。確かに、多くの自傷患者は、自殺の意図からではなく、怒りや緊張といった不快感情への対処や意思伝達の目的から自傷行為を繰り返している。

しかし、たとえそうであったとしても、南条あやが死亡したのは事実である。このことは、それが「本当のうつ病」であるなしにかかわらず、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ことを示している。それどころか、実証的研究は、自殺以外の意図に基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のである。たとえば、Owensら⁷⁾によれば、十代における1回以上の自傷経験は10年後における自殺既遂による死亡のリスクを数百倍に高めると言う。

要するに、たとえ「リストカットでは死なない」としても、「リストカットする人は死なない」とは言えないのである。その意味では、精神科医療が「リストカッターお断り」として援助の埒外に弾き出すこと自体、「われわれは自殺予防にはコミットしません」という意思表示をすることにならないであろうか？

どこかで微妙な「ボタンの掛け違い」が生じているように思えてならない。そのうつ病が「真性」であれ「偽性」であれ、その患者は何よりもまず、精神医学的援助を必要としているのではなからうか？ 問題なのは、薬物療法だけでは解決しない種類の困難を、たとえばあくまでもSSRI (Selective Serotonin Reuptake Inhibitor: 選択的セロトニン再取り込み阻害薬)一本槍で解決しようとする精神科医に、あるいは、診療行為と称して単に患者に「お勧めの薬剤」を提案するだけの「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つたりもするが……)に堕した精神科医に、責任がないと言いきれるであろうか？

精神科医療・精神医学の課題

自身の名誉のために断っておきたいのだが、筆者は決して「反精神医学」的な主張をしているつもりはない。よりよい精神医学を求めたい気持ちから、あえて自らの身内である精神科医療に辛辣な意見をさせていただいている。

あえて口幅ったいことを言わせていただくと、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印象が否めない。それは、たとえば一般精神医療においては統合失調症、そして自殺対策においてはうつ病という、いずれも医学的モデルにはまりやすく、医療者が共感しやすい病態である。その一方で、医療者として陰性感情を惹起される領域については、精神科医療の苦手分野として放置されてきた。たとえばアルコール・薬物依存症やリストカットを繰り返したり治療薬を乱用したりする境界性パーソナリティ障害の臨床といった分野である。しかし、言うまでもなく、こうした病態の患者の自殺リスクはきわめて高い。

もちろん、苦手分野の勉強ほどおっくうなことはないのは理解しているつもりである。しかしそれでは、例えば南国の島で毛皮コートの専門店を開くのに似た、ニーズを無視した商売になりかねない。自殺予防のためには、援助者が自らの苦手分野を克服する必要がある、というのが筆者の考えである。そのためには、精神保健的領域の自殺対策もまたそれ自体が「総合的なもの」となり、精神保健的支援全体の底上げがなされなければならない。

そのような文脈で考えた場合、筆者は、2008年10月に閣議決定された大綱の一部改正(「自殺対策加速化プラン」⁸⁾)には、精神科治療が進むべき方向性を示したという点で、基本法や当初の大綱以上に高く評価されてよいと感じている。というのも、「ハイリスク者対策」として、統合失調

症、アルコール・薬物依存症、外傷後ストレス障害といった、うつ病以外の精神障害への対策強化が宣言され、さらに、自傷行為を繰り返す思春期・青年期への対策強化も明記されたからである。

アルコール・薬物依存症患者、あるいは、リストカットを繰り返したり治療薬を乱用したりする境界性パーソナリティ障害患者は、平均的な精神科医が最も苦手とし、ときには忌避さえする。その最大の理由は、何よりも通常の薬物療法主体の治療では対応しきれないところにある。そのような患者は、様々な行動化で援助者を翻弄させ、苦勞を伴うことが少なくない。当然、こうした患者に「うつ病」が合併することともめずらしくないが、たとえ誰かがこれを「偽性」と決めつけたとしても、エビデンスは、こうした重複障害こそが自殺リスクが高いことを示している⁹⁾。

ここに重要なポイントがある。精神科医療を含む精神保健的対策は、現在推し進められている「総合対策」を構成する一領域にすぎないが、大綱の改正による追加項目は、その精神保健的対策を「総合的」なものへと変化することの必要性を含意したものと読み取ることはできないであろうか？ 言いかえれば、精神科医をはじめとする援助者が、これまで抱えていた苦手意識や忌避的感情を克服して困難な病態に挑戦すること、薬物療法一辺倒の精神科治療から脱して、「総合的な」精神科治療へと成長することを求めているとは言えないであろうか？

しつこく繰り返させていただく。現在、わが国で展開されている様々な自殺対策のなかで、いまだに手つかずの領域が1つだけ残されている。それは、精神科医療の質の向上である。何も、「精神療法の技能向上に努めよ」などと高尚なことを言っているつもりはない。そうした患者を援助する際に見られがちな否定的態度をほんの少しでも変えること、それだけでも多少とも救える患者が増える、と筆者は確信している。

文 献

- 1) Bertolote JM, et al: Psychiatric diagnoses and suicide ;

- Revising the evidence. *Crisis* 25:147-155, 2004
- 2) Lönqvist JK, et al: Mental disorders and suicide prevention. *Psychiatry Clin Neurosci* 49: Suppl 1: S111-116, 1995
- 3) 廣川聖子, 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. *日本社会精神医学雑誌* (印刷中)
- 4) 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. pp 41-44, 2009
- 5) 南条あや: 卒業式まで死にません. 新潮社, 2000
- 6) 樽味伸, 他: うつ病の社会文化的試論—特に「ディス

チミア親和型うつ病」について. *日本社会精神医学雑誌* 13:129-136, 2005

- 7) Owens D, et al: Fatal and non-fatal repetition of self-harm. Systematic review. *Br J Psychiatry* 181:193-199, 2002
- 8) 内閣府: 自殺対策加速化プラン
<http://www8.cao.go.jp/jisatsutaisaku/taikou/pdf/plan.pdf>
- 9) Simon RI: Chapter 2. Suicide risk assessment. R.I. Simon: Assessing and managing suicide risk. pp 25-60, American Psychiatric Publishing Inc, Arlington, 2004

公衆衛生 書評

読むに快樂, 病気を歴史で切った本

「Disease 人類を襲った 30 の病魔」

評者 岩田健太郎 神戸大大学院教授・感染治療学

「将来の人々は、かつて忌まわしい天然痘が存在し貴殿によってそれが撲滅されたことを歴史によって知るだけであろう」【トーマス・ジェファソン、エドワード・ジェンナーへの 1806 年の手紙、本書 134 頁より(以下、頁数は本書)】

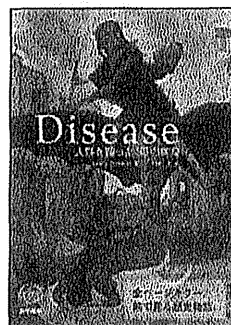
われわれは、ジェファソンの予言が 1979 年に実現したことを知っている。個人の疾患は時間を込みにした疾患である。社会の疾患は歴史を込みにせずには語れない。目の前の患者に埋没する毎日からふと離れ、俯瞰的に長いスパンの疾患を考えるひとときは貴重である。

本書は病気を歴史で切った本である。非常に読みやすい。美しい絵と多くの逸話、そして箴言がちりばめられている。

むろん、職業上、学問上の必要から本書は有用である。かつて麻疹は死亡率の高い疾患だったこと。シャーガス病のような現在でも猛威をふるう疾患でもしばしばわれわれは無視(ネグレクト)してしまうこと。壊血病のような疾患の原因を突き止めるのに、先人は多くの努力と困難とときに失敗を経てきたこと。

しかし、そのような「お勉強」を離れても、本書は単純にページ・ターナー(先が読みたくなる本)としても秀逸である。もともと僕は古い映像や写真を眺めるのが大好きな性分で、本書にちりばめられた美しい挿絵や写真はかの時代への想像力をかき立てるのに十分であった。フランクリン・ルーズベルトとポリオの逸話(166 頁)、ヤウレグがいかに梅毒とマラリア(のナイスなコンビネーション)でノーベル賞を受賞したか(32 頁)。こうした逸話も純粋にただただ読むに快樂である。インフルエ

Mary Dobson (著), 小林 力(訳), 頁 268, 2010 年, 定価 3,990 円(本体 3,800 円+税 5%), 医学書院刊



ンザと同意の言葉がアラブの言葉ではアンファル・アンザとそっくりだ(177 頁)。なんて何の役にも立たないウンチクを知るのも楽しいではないか。本とは詰まるところ、面白くてなんぼ、である。

30 の逸話のうち 27 までは感染症であるのは示唆的である。別に著者が感染症オタクだったから、というわけではなからう。歴史から医学・医療を語ろうと思えば、こうせざるを得なかったのだろう。そのくらい、かつて病と言えば感染症であったのである。人々は、ペストにおびえ、コレラに恐怖し、梅毒におののき、インフルエンザに戦慄した。これが歴史である。そのような世界を克服したと思ったとたん、エボラ出血熱が見つかり、エイズが見つかり、SARS が見つかる。これも歴史である。2009 年は、21 世紀になってもわれわれが感染症に引っかけ回される存在であることをあらためて認識させた。別に、脂質異常や骨折やうつ病が無視されてよい疾患だと言っているのではない。歴史という観点から切ると、「うつる」感染症がより切りやすい、というただそれだけの話だ。

ダニエル・エルマー・サーモンという魚のような名前の男が医学の歴史に何を残したか、本書はこういうほとんどくだらないことに拘泥し、にやにやしながら、豊かな気持ちで読んでほしいと思う。

アルコール・薬物の乱用・依存と自殺予防*

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自殺実態分析室 室長・薬物依存研究部診断治療開発研究室 室長

Key Words** 物質使用障害, アルコール, 薬物, 自殺

はじめに

わが国の自殺による死亡者数は、1998年に3万人を超えて以降、10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、さらに最近では、リーマン・ショック以後に問題化した雇用の悪化といった社会的要因の影響が大きいと言われている。こうした認識に基づいて、現在わが国では、自殺対策を精神保健的対策に限定せずに、総合的・包括的な対策が進められている。自殺総合対策大綱において「総合」という言葉がついているのは、まさにそのような理由からであるが、その背景には、これまでの国の自殺対策があまりに精神保健領域に偏っていたという反省があるのも事実である。

しかし、筆者自身は「それだけでは足りない」と考えている。わが国における精神保健的領域の自殺対策は「うつ病対策」と同義という印象があるが、精神保健的対策もまたそれ自体が「総合的なもの」とならなければならない。とりわけ疑問なのは、なぜかわが国では自殺対策の文脈でアルコール・薬物などの物質乱用・依存が取り上げられてこなかったという事実である。海外の多くの自殺研究が、うつ病に次いで自殺との関連が深い精神障害として物質乱用・依存を取り上げ、WHOなどのガイドラインにおいても、物質乱用・依存は自殺に関連する精神障害として必ず引

き合いに出されている。

わが国で物質乱用・依存と自殺との関係が看過されてきた理由はさまざまに考えられるが、その1つとして、精神科医療関係者がそのことを知らなかったことも関係しているように思う。そこで、本稿では、物質乱用・依存と自殺との関連について先行研究の知見を整理し、今後の自殺対策の展開に関していくつか提言をさせていただきたい。

物質乱用・依存と自殺

1. 海外の先行研究

海外における心理学的剖検の手法を用いた自殺既遂者調査からは、自殺者の少なくとも2～3割はその行為の直前に物質関連障害に罹患していることが明らかにされている。たとえば、その先進的な国家的対策によって自殺死亡率減少に成功したフィンランドにおける大規模な心理学的剖検調査¹⁾でも、自殺既遂者の93%になんらかの精神障害への罹患が認められ、うつ病(66%)とともにアルコール乱用・依存(42%)の罹患率が高か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²⁾、あるいは、アルコール乱用・依存への罹患は将来における自殺のリスクを60～120倍に高める³⁾といった報告がある。また、アルコール乱用を呈するうつ病患者は、通常のうつ病患者よりもはるかに自殺のリスクが高いことが指摘されている⁶⁾。

アルコール乱用・依存だけではなく、薬物乱用・依存も深刻な問題である。あるメタ分析⁷⁾では、乱用物質の種類ごとの物質使用障害罹患者の標準化自殺死亡率では、向精神薬20倍、複数物質19倍、オピオイド14倍、アルコール6倍、大

* Substance abuse/dependence and suicide prevention

** substance use disorder, alcohol, drug, suicide

麻4倍という数値が得られている。その多くはうつ病よりも高いオッズ比となっており、なかでも向精神薬乱用・依存が自殺との密接な関連が示唆されている。

2. 国内の先行研究

残念ながら、わが国には物質乱用・依存と自殺との関連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は言えない。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が施行されており、いずれの調査でも、自殺既遂者のなかで自殺直前に物質乱用・依存への罹患が推定された者はわずか4～6%と報告されている。しかし、このデータは海外の研究とはあまりにも異なっており、その妥当性については慎重に評価すべきである。

実際、現在筆者らが進めている心理学的剖検調査では、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23%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23%の自殺既遂者は全員が仕事を持つ中高年男性であり、まさしく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、ということである。しかも、そうした中高年男性の多くが、借金や離婚といった社会的問題を抱えるなかで「眠るために」飲酒を続けており、最期の行動に及ぶ際にアルコールを摂取していた。なお、こうした自殺既遂者の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。

われわれの調査結果は、働きざかりの男性の自殺予防のためにはアルコール問題は無視できないこと、社会的問題を複雑化させ、悩む男性たちをいっそう「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。

さて、自殺既遂ではなく、自殺念慮や自殺企図

を評価対象とした研究であれば、国内にもいくつかの報告がある^{12, 15)} (表1)。筆者らによる専門病院入院患者の調査¹²⁾では、アルコール乱用・依存患者における自殺念慮の経験が55.1%、自殺企図の経験が30.6%であり、薬物乱用・依存患者に至っては自殺念慮が83.3%、自殺企図が55.7%という、非常に高い経験率に達していた。さらに、「自殺したい」「チャンスがあれば自殺するつもりである」といった、現在の切迫した自殺念慮について質問してみると、アルコール乱用・依存患者の9.8%、薬物乱用・依存患者の19.1%がこれを自覚していた。全員が開放病棟に任意入院していたことを考えると、なんとも恐ろしい話である。

なお、この調査では、アルコール乱用・依存患者でも十分に高度な自殺傾向が認められたが、薬物乱用・依存患者の場合ではそれをはるかにしのぐ高度な自殺傾向があることが明らかにされている。薬物乱用・依存患者は、アルコール乱用・依存患者以上に、幼少期の被虐待体験や家族の自殺行動に曝露された経験を持っており、精神障害の併存率も高いことが知られている。しかし現実には、それにもかかわらず、薬物乱用・依存患者は医療関係者から治療を忌避されることが少なくない。民間回復施設入所者の調査から、やはり薬物依存者の高い自殺傾向を明らかにした岡坂ら¹⁵⁾は、「自殺企図を行った薬物依存者の約半数が、自殺企図におよぶ直前に医療機関に受診してなんらかの助けを求めながら、適切な援助を提供されていなかった」という事実を指摘している。自殺予防という観点からは、このような援助者側が陰性感情を克服する必要があるかもしれない。

構造化面接によって物質乱用・依存と自殺関連事象との興味深い関係を明らかにした、川上による地域住民調査⁹⁾ (図1)についてもふれておきたい。その報告によれば、過去12カ月の自殺念慮は、うつ病の診断に該当する者で19.4%であったのに対し、物質関連障害では16.7%、また自殺企図の経験は、うつ病8.3%に対し、物質関連障害では16.7%であった。この調査結果で興味深いのは、「自殺の計画を立てた」経験に関してはうつ病該当者と物質関連障害該当者に差はないにもかかわらず、自殺企図の経験は、物質関連障害該当者ではうつ病該当者よりもはるかに高く、しかも、自殺計画の経験者よりも自殺企図の経験者の