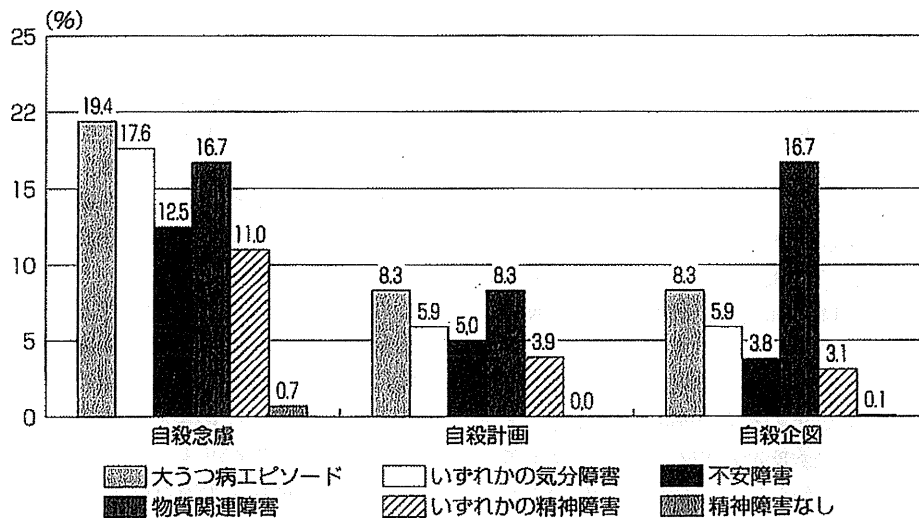


表1 物質乱用・依存患者における自殺念慮と自殺企図の経験率に関する国内の研究

	大原 (1971) アルコール	清野 (1971) アルコール	斎藤 (1980) アルコール	松本桂樹 (2000) アルコール	松本俊彦 ¹²⁾ (2009) アルコール	岡坂ら ¹⁵⁾ (2006) 薬物	松本俊彦 ¹²⁾ (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

図1 地域住民における過去12カ月間の精神医学的診断(DSM-10)別の自殺関連行動の頻度⁹⁾

ほう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性を欠いた自殺企図に及んでいることを示しており、物質関連障害に罹患する者の自殺行動の特徴と言えるかもしれない。

3. なぜ物質乱用・依存は自殺のリスクを高めるのか

物質乱用・依存が自殺のリスクを高めるのは以下の3つの要因が考えられている⁵⁾。第1の要因は、併存する精神障害によるものである。実際、物質乱用・依存患者は気分障害やパーソナリティ障害を併存している者が多く、物質乱用・依存的併存がそうした精神障害の悪化をもたらすことが

知られている。

第2の要因は、2次的な心理社会的状況の悪化である。すなわち、物質乱用・依存の存在が、失職や逮捕・服役、離婚や絶縁といった社会的孤立をもたらすことが少なくなく、乱用・依存者の自殺リスクを高めるわけである。そして最後の要因が乱用物質の直接的影響によるものである。すなわち、アルコールや薬物の薬理作用が衝動性を亢進させ、自殺行動を促進するのである。事実、自殺既遂者の32～37%^{4)、8)}、自殺未遂によって救急医療機関に搬送された患者の40%⁴⁾からアルコールが検出されるという報告がある。先述した川上の調査も「死にたいと思っていたが、死ぬ勇氣はなかった。でも、酔ったら恐怖感がなくなって」といった、計画性のない自殺行動を裏づける結果と言える。

物質使用と自殺

前節では、物質乱用・依存という病的な物質使用様態と自殺との関連について論じたが、本節では、正常範囲内の物質使用と自殺との関連についてふれておきたい。

1. アルコール消費量と自殺

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間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、ペレストロイカ時代におけるアルコール販売制限と自殺死亡率の減少との有意な正の相関が確認されており²⁰⁾、一方、米国では、最低飲酒年齢の引き上げが若年者の自殺率減少に寄与したことが明らかにされている³⁾。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みられ¹⁷⁾、ポルトガルでは、個人の年間アルコール消費量が1ℓ増えると男性の自殺死亡率が1.9%上昇したことが報告されている¹⁸⁾。

このように、国内アルコール消費量と自殺死亡率との正の相関を支持する研究は枚挙にいとまがないが、その関連は必ずしも単純ではなく、それぞれの国における飲酒文化や年代・性別との関係を考慮する必要がある。たとえば、欧州14カ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間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る¹⁶⁾。また、日常的な飲酒自体が困難なほど経済的に困窮しているために国内アルコール消費量が極端な少ない国では、アルコール消費量と自殺死亡率とはむしろ負の相関を示すという指摘もある。さらにフィンランドでは、15～49歳の年齢層ではアルコール消費量と自殺率との間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¹¹⁾。

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1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¹⁾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。アルコールを「飲まない」者は、「ときどき飲む」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日約2.5合以上飲む（1週間で18合）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。一方、宮城県で実施されたもう1つのコホート調査¹⁴⁾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みられたという。

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なか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。

2. 薬物使用と自殺

わが国では、依存性薬物の多くが法令によって規制されており、薬物の使用自体が犯罪を構成することとなる。その意味では、「正常範囲内の薬物使用」という表現は適切ではないが、ここでは医療機関から処方された向精神薬の問題を取り上げたい。

現在筆者らが実施している心理学的剖検研究では、調査対象となった自殺既遂者の46%が精神

科治療中であつたことがわかっている。この数値の妥当性については慎重に検討する必要があるが、東京都福祉保健局が実施した自死遺族からの聞き取り調査¹⁰⁾でも、自殺既遂者の52%が死亡2週間前に精神科・心療内科に相談していたと報告されていることを付言しておきたい。

ともあれ、われわれの調査では、こうした精神科治療中の自殺既遂者の特徴として、縊首や飛び降りといった最期の致死的行動に際して、処方された向精神薬を過量摂取していた者が多いことが明らかにされている。このことは、この一群の自殺既遂者が、過量摂取された向精神薬がもたらす酩酊状態に後押しされて、周到な計画性のない自殺行動に至った可能性が否定できないことを示している。

今日、精神科診療は限られた時間のなかでどうしても薬物療法に偏った治療とならざるを得ない状況にあるが、はたしてこうした短い診療のなかで十分な自殺のリスクアセスメントがなされているのかどうか、改めて考え直す必要があるのかもしれない。実際、筆者は救急医療関係者から、「この10年間、確実に精神科医が増えているはずなのに、自殺者が減らない代わりに過量服薬で自殺未遂して救命救急センターに搬送される患者ばかりが増えている」という辛らつな、しかし反論の余地のない皮肉を言われることがある。向精神薬の過量摂取に対してなんらかの対策をとらなければ、今後「精神科医は向精神薬を処方することで自殺をほう助している」「精神科受診自体が自殺の危険因子ではないか」などといった不当なせしりを受けないともかぎらない。

自殺対策のなかで物質乱用・依存問題にどう向き合うべきか

わが国では長らく「うつ病偏重」の自殺対策が続いていたが、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」）において、ようやくそこからの脱却の契機が訪れた。すなわち、自殺ハイリスク者対策の1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のである。しかしながら、現時点ではまだ自殺予防の文脈のなかでアルコール・薬物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、今後の自殺対策のなかでどのように物質乱用・依存の問題を取り上げるのかについて、現在筆者が考えていることを提示しておきたい。

1. 地域住民への啓発

筆者は、うつと自殺に関する啓発はすでに十分に浸透しているという実感を持っている。かつてに比べれば、精神科受診に対する心理的抵抗感が著しく減少し、精神科通院患者も激増していると言ってよい。それに比べると、アルコールと自殺との関連についての啓発は地域住民にはほとんど浸透していない状況である。飲酒運転とアルコール依存に関する啓発と同様、自殺に関する啓発も進めていく必要がある。

また、全日本断酒連盟と協力して行った断酒会員を対象とした調査では、断酒会員の多くが自殺を考えた時期があつたが、断酒会参加後にはこうした考えを抱かなくなったことが明らかにされている。その意味では、断酒会を始めとする自助グループが自殺予防に資する団体であることも、併せて広く社会に知られるべきであろう。

なお、筆者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』のなかでは、「7. アルコールは自殺を引き寄せます」としてこの問題にふれている。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. 精神科医療従事者の対応能力向上

1) 医師の卒前・卒後教育における知識・理解の向上

現状では、医師の養成機関である大学医学部における物質乱用・依存に関する教育が不十分である。また、精神科医のトレーニングのなかでもこの領域は軽視された状況にあり、精神科医の多くが中毒性精神病の臨床経験を持っているものの、より本質的な問題である物質乱用・依存について

は診断能力・対応能力ともに不足していることが少なくない。このような知識・理解の不足が、物質乱用・依存患者に対する漠然とした苦手意識や忌避的感情の原因になっている可能性がある。

2) 「底つき」理論からの脱却

筆者が厚生労働科学研究『薬物・アルコール依存者の自殺の実態とその予防に関する研究』の一環として開催した会議では、複数の専門家から、「援助者による『底つき』理論の乱用によって自殺している患者が少なくない」という指摘がなされている。

わが国では、長い間、物質乱用・依存の援助に当たっては、「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が広まり、すでにこの「底つき」理論は否定されていることを強調しておきたい。

そもそも、「底つき」の時点であらゆるものを失った乱用・依存者の脳裏には、もはや自殺しか思い浮かばず、断酒・断薬の意欲など、とうてい持てないのではなかろうか。その意味では、多くを失う前にいかにして本人に主観的な「底つき感」を体験させるか、という「底上げ」の技法について多くの議論が費やされるべきであるし、動機づけ面接のような技法が積極的に導入される必要もあろう。

3) 治療オプションの拡充

わが国には物質乱用・依存治療のための支援資源がきわめて少ない。少数の専門病院のほかには、断酒会、AA (Alcoholics Anonymous)、NA (Narcotics Anonymous)、DARC (Drug Addiction Rehabilitation Center) といった当事者による自助的な支援しかない状況である。このような状況のなかで、もしも患者がこうした既存の支援資源による治療を拒んだ場合には、援助者は「否認が強い」「底つきが足りない」と判断してしまう事

態も少なくない。しかし、これは援助側の屁理屈でしかない。現在、筆者らはワークブックとマニュアルに基づいた物質依存に対する認知行動療法を開発しているが、このような既存の治療法とは別の治療オプションが増えることで、支援につながる患者も少なくないと考えている。

4) 重複障害やトラウマへの対応

先述した厚生労働科学研究の会議では、自殺した物質乱用・依存患者の多くが他の精神障害が併存する重複障害に罹患していたことも指摘されていた。こうした重複障害患者は、一般精神科医療からは「物質の問題があるから対応できない」として、そして、依存専門病棟からは「治療プログラムに乗れないから適応ではない」として治療を断られ、支援の谷間にこぼれ落ちてしまう場合がある。ことに薬物乱用・依存患者の場合には、こうした重複障害患者が民間回復施設に丸投げされた結果、施設内での自殺を招いている事例がある。重複障害は医療が責任を持って対応すべき問題であり、その意味でも重複障害に特化した治療プログラムの開発が喫緊の課題である。

また、物質乱用・依存患者のなかにはさまざまな外傷体験を持っている者が少なくなく、それが物質使用を促進している場合がある。このような場合、単に断酒・断薬するだけでは生活機能は改善しないばかりか、断酒・断薬したことで自殺のリスクが高まる場合もある。断酒会員の調査では、現在における良好な精神的健康に関連する要因として、断酒機関の長さや断酒会例会への継続的参加にくわえて、「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・断薬を続けるだけでは解決しない心的外傷の問題が存在し、断酒・断薬中の依存者に対する心理社会的アフターケアも重要な精神保健の課題であることを示す結果と言えるであろう。

おわりに

以上、本稿では、アルコール・薬物の乱用・依存と自殺との関連について概説し、その知見に基づいて、今後わが国の自殺対策の文脈のなかで何が課題となるのかについて、筆者の私見を提示させていただいた。

あえて口幅ったいことを言わせていただければ、わが国の精神科医療は援助者が手を付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、たとえば一般精神科医療においては統合失調症であり、自殺対策においてはうつ病という、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ということである。その一方で、医療者として陰性感情や忌避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。そして、そのような分野の1つとして物質乱用・依存がある。

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。筆者はそうように信じている。

文 献

- 1) Akechi I, Iwasaki M, Uchitomi Y, et al : Alcohol consumption and suicide among middle aged men in Japan. *Br J Psychiatry* 188 : 231 - 236, 2006.
- 2) Anderson P : Excess mortality associated with alcohol consumption. *BMJ* 297 (6652) : 824 - 826, 1988.
- 3) Birckmayer J, Hemenway D : Minimum - age drinking laws and youth suicide, 1970-1990. *Am J Public Health* 89 : 1365 - 1368, 1999.
- 4) Cherpitel CJ, Borges GL, Wilco HC : Acute alcohol use and suicidal behavior : A review of literature. *Alcohol Clin Exp Res* 28 (5 Suppl) : 18S - 28S, 2004.
- 5) De Leo D, Evans R : Chapter 10 : The impact of substance abuse policies on suicide mortality. (De Leo D, Evans R : *International Suicide Rates and Prevention Strategies*), pp.101 - 112, Hogrefe & Huber, Cambridge, 2004.
- 6) Dumais A, Lesage AD, Alda M, et al : Risk factors for suicide completion in major depression : a case - control study of impulsive and aggressive behaviors in men. *Am J Psychiatry* 162 : 2116 - 2124, 2005.
- 7) Harris EC, Barraclough B : Suicide as an outcome for mental disorders. A meta-analysis. *Br J Psychiatry* 170 : 205 - 228, 1997.
- 8) 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* 35 : 194 - 199, 1988.
- 9) 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.
- 10) Lönnqvist JK, Henriksson MM, Isometsä ET, et al : Mental disorders and suicide prevention. *Psychiatry Clin Neurosci* 49 (Suppl 1) : S111 - 116, 1995.
- 11) Makela P : Alcohol consumption and suicide mortality by age among Finnish men, 1950-1991. *Addiction* 91 : 101 - 112, 1996.
- 12) 松本俊彦, 小林桜児, 上條敦史, 他 : 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.
- 13) Murphy GE, Wetzel RD : The lifetime risk of suicide in alcoholism. *Arch Gen Psychiatry* 47 : 383 - 392, 1990.
- 14) Nakaya N, Kikuchi N, Shimizu T, et al : Alcohol consumption and suicide mortality among Japanese men the Osaka Study. *Alcohol* 41 : 503 - 510, 2007.
- 15) 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.
- 16) Ramstedt M : Alcohol and suicide in 14 European countries. *Addiction* 96 (Suppl 1) : S59 - S75, 2001.
- 17) Skog OJ : Alcohol and suicide in Denmark 1911-1924 - experiences from a 'natural experiment'. *Addiction* 88 : 1189 - 1193, 1993.
- 18) Skog OJ, Teixeira Z, Barrias J, et al : Alcohol and suicide : the Portuguese experience. *Addiction* 90 : 1053 - 1061, 1995. Waldrop AE, Hanson RF, Resnick HS, et al : Risk factors for suicidal behavior among a national sample of adolescents : implications for prevention. *J Trauma Stress* 20 : 869 - 879, 2007.
- 19) 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.
- 20) Wasserman D, Värnik A, Eklund G : Male suicides and alcohol consumption in the former USSR. *Acta Psychiatr Scand* 89 : 306 - 313, 1994.

連載

地域保健従事者のための精神保健の基礎知識・5

自殺問題から明らかになる地域保健の課題・1

松本 俊彦

公 衆 衛 生

第74巻 第5号 別刷

2010年5月15日 発行

医学書院



自殺問題から明らかになる 地域保健の課題・1

松本 俊彦

地域保健の支援は総合的・包括的

筆者はここ数年、いくつかの保健所や精神保健福祉センターで定期的に開催される事例検討会に助言者として参加し続けており、毎回、「今日はどんな事例だろう？」と楽しみにしている。もっとも、そんな風に思えるようになったのは比較的最近のことだ。正直に告白すれば、精神科臨床時代、保健所からそうした依頼があると、いささか煩わしく感じていた。なにしろ、当時は病院業務に追われたし、油断すると「地域の厄介者」のような患者の主治医に押しつけられるのではないかという不安もあった。

しかし、研究所に勤務するようになってから心境の変化が生じた。病院を離れて研究所生活を始めて数か月ほど経過したとき、「このままでは臨床センスは永遠に失われてしまう」と不安を感じるようになったのだ。「何もしないよりは、せめて事例検討会にでも参加すれば、多少とも臨床の緊張感に浴することができるかもしれない」。幸い、もともと自分がアルコール・薬物依存臨床という人材の乏しい領域を専門としてきたこともあって、事例検討会に声をかけてもらう機会は少なくなかった。

事例検討会は地域保健の最前線を知るには最もよい機会だ。筆者自身、検討会に参加するようになってから、間違いなく援助者としての視野は広

がったと実感している。事例検討会には、保健所、精神保健福祉センター、児童相談所、市生活福祉課、子ども家庭局、そして医療機関……様々な施設から事例に関係する職員がやって来て、事例のことだけでなく、その子どもや親の状況、支援のあり方が議論される。そこで交換される情報は病院の診察室にこもってでは分からないものばかりであり、ややもすると疾患や症状の改善ばかりに近視眼的にこだわってしまう医療とは明らかに異なる、包括的・総合的な支援のための議論の場と言えよう。

事例検討会に参加するたびに痛感しているのは、「地域は精神疾患には苦慮していない。それを取り巻く様々な問題に苦慮している」ということである。そこで提示される事例はいつでも、地域や家庭内における暴力、頻回の自殺傾向、アルコール・薬物乱用、虐待の被害もしくは加害、身体疾患・身体障害、生活苦や住居の問題といった事柄が複数存在し、複雑に絡み合ったものばかりだ。もちろん、その背景には、統合失調症や躁うつ病などといった狭義の精神疾患が存在することは少なくないが、精神科治療によって困難が解消されるような単純な事例にはまずお目にかかれなない。それどころか、あまりに問題が困難すぎて、どこの医療機関も治療を引き受けてくれない場合も珍しくないほどだ。重篤な事例を医療機関が引き受けず、地域で支えているという実態は、冷静

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

に考えると奇異な話であるが、しかし現実である。地域保健が支援の対象としているのは、まさにそのような問題であり、その問題を解決するための糸口を探すべく関係者を招集して開催されるのが事例検討会なのだ。その取り組みが「総合的・包括的」な性質を帯びるのは当たり前のことかもしれない。

周知のように、わが国の自殺対策においては「総合的・包括的」が合い言葉となっている。そこには、1998年からの自殺の急増の背景には、借金や生活苦といった経済的問題はもとより、過重労働や介護疲れ、子育て困難といった社会的問題があると考えられており、「精神保健的支援だけでは不十分」といった認識があった。しかし、ここまでの議論から分かるように、このスローガンには若干の違和感を覚える。もしも「精神科医療だけでは不十分」というのであれば理解はできるが、少なくとも「百戦錬磨の地域保健援助者」の手にかかれば、地域保健は否応なしに「総合的・包括的」な性質を帯びるはずなのだ。

公的機関ゆえの限界

とはいえ、自殺対策を進めていくうえで、地域保健機関にも限界がある。そのなかで最も重要なものは、公的機関である以上、相談業務は原則として平日の日中に限られており、仕事を持つ者が相談窓口にアクセスしにくい体制となっている、ということだ。実際、地域保健機関に来談するのは、通常、女性が圧倒的に多い。周知のように、1998年以降の自殺者数高止まりの中心層として働き盛りの男性が同定されているが、自殺リスクの高い男性にとって、地域保健機関はアクセスしにくい資源である。

もちろん、この不利な条件を克服する方法がないわけではない。まずは、産業保健との連携である。地域に存在する企業の健康管理室のスタッフと定期的な連絡会議を開き、情報交換をすることで、そこから始めてもよい。それから、自営業経営者や、従業員50人未満の中小・零細企業に勤務する被雇用者については、市町村の保健センターで

実施する特定検診(通称、「メタボ検診」)の場を活用する方法もあろう。

ただし、公的機関であることの限界はそれだけではない。現在、国や自治体において、自殺対策に関する事業を推進していくことは喫緊の課題となっており、地域自殺対策緊急基金を活用した新規事業を企画し、実践していくことが求められている。しかし、新規事業をするにも人員が増えるわけではなく、何かを新たに開始するために、従来の事業を何か潰さなければならない事情がある。そうした動きのなかで、最近、筆者の耳に入ってくる情報として気になるのが、市町村保健・特別区の保健センターで展開されてきた「酒害相談」「アルコール問題家族教室」事業の中止・廃止だ。それから、自殺対策の研修会を実施するために、精神保健福祉センターにおける「アルコール・薬物問題支援者研修」の事業を取りやめた自治体があるという。

これは完全に本末転倒の事態だ。すでに2008年10月に閣議決定された「自殺対策加速化プラン」のなかで、自殺ハイリスク者対策としてうつ病以外の精神疾患の対策強化が謳われ、そのなかで「アルコール・薬物依存症」に関する対策強化が明記されている。われわれの心理学的剖検調査においても、仕事を持つ中高年男性の自殺の背景には、様々な程度のアルコール問題の影響があることが明らかにされている。

アルコール依存症対策だけに限らない。先に述べたわれわれの調査からは、自殺既遂者では子ども時代に虐待やいじめ、あるいは不登校といったエピソードの存在も、将来における自殺の危険因子となることが明らかにされている。そう考えると、地域保健のなかでこれまで行われてきた母子保健活動、あるいは、児童福祉機関との連携、さらには、養護教諭対象の研修会を通じて進めてきた学校保健との連携も、実はそれ自体が自殺予防に資する事業であると言える可能性があるのだ。筆者自身は、これまで取り組んできたこれらの事業を改めて自殺対策事業という枠組みから捉え直し、事業の継続あるいはさらなる展開をすること

も大切ではないかと考えている。

しかし、責められない事情がある。新規事業でない予算が付かない、という公的機関ならではの難しさがあるのだ。筆者が危惧しているのは、「自殺対策祭り」のような騒々しいキャンペーンの旗や狼煙が上がるなかで、これまでの地道な地域保健稼働の基礎体力が奪われ、かえって自殺予防とは反対の方向へと進んでしまうことである。こうしたことがないように、地域保健の関係者には慎重な判断をお願いしたいと思う。

地域保健の現状と課題

自殺対策は、大きくプリベンション(事前予防)、インターベンション(危機介入)、ポストベンション(事後対応)に分けて考えられるが、地域保健にはこのそれぞれに関してできることがある。以下に、その現状と課題について私見を述べる。

1. プリベンション

このうち、地域保健が最も得意としているのが、プリベンションだ。自殺対策におけるプリベンションとは、地域住民に対する啓発を通じての情報提供と偏見の解消、あるいは、自殺の危険因子として重要な、うつ病をはじめとする精神疾患のスクリーニングを通じての早期発見、早期介入である。すでに多くの自治体で、精神保健福祉センターを中心に、意匠を凝らした啓発資材が多数作成されている。

地域保健による自殺対策の問題点は、ややもするとこればかりに特化してしまいがちな点にある。あえて苦言を呈させていただくと、啓発・予防には、自殺リスクの高い当事者と直接に会わなくともできるという意味でのたやすさがあり、予算執行も楽だ。とはいえ、相談窓口の連絡先を一面に印刷したクリアファイルをはじめとした様々な文房具品くらいならばまだしも、スローガンを印刷したTシャツやウィンドブレーカーを身につけた保健所や県庁の職員の喜々とした姿を見ると、何ともやるせない気持ちになるのは筆者だけだろうか？

2. インターベンション

現在までのところ、自殺対策の3つの領域のなかで地域保健が最も躊躇しているのがインターベンション、すなわち、自殺念慮者・自殺未遂者支援だ。このうち念慮者に対しては各地で相談窓口が整備されつつあるが、未遂者支援となるとことは簡単には進まないようである。過去の自殺未遂歴は、うつ病やアルコール依存症といった精神疾患への罹患以上にオッズ比の高い自殺の危険因子であり、特に自殺未遂後1年間は自殺既遂の危険がきわめて高い時期と言われている。それだけに、この問題へ取り組むことは、かなり直接的な自殺予防効果が期待できるはずだ。

もっとも、未遂者の支援と言うと、どうしても救急医療と精神科医療機関との連携が重要であって、地域保健が関与できる余地がないような思いに駆られるかもしれない。しかし、地域保健のストレングスは訪問というアウトリーチができる点にあったはずだ。自殺を考える者は、精神科を紹介してもなかなか受診せず、受診しても通院治療を継続しない場合も少なくない。そこで、救急医療機関を退院した未遂者を地域保健の立場からフォローし、精神科治療の継続をモニタリングするとともに、生活上の様々な困難について相談に乗っていくことは意義ある試みだ。自殺未遂者全例を対象とした場合にはあまりにも職員が手薄すぎるが、頻回自殺企図者に限定すれば、実施できる可能性は残されている。

なかには、「たとえ支援対象者を絞ってもそのような直接サービスをする余裕などない」という意見もあろう。ならば、救急医療機関に挨拶回りをして、精神保健福祉センターが作成している精神保健に関する様々な啓発資材を各医療機関の待合室や医療相談室に置いてもらうのをお願いするのはどうだろうか？ もしも自殺未遂者が精神科治療を受けたことがない方であれば、救急医療機関で家族がうつ病や統合失調症、アルコール依存症などに関するリーフレットを手にすることが、精神科治療の契機となったり、家族が精神疾患について学ぶ機会となったりするかもしれない。

こうした活動のメリットは、リーフレットを置いてもらうべく、地域保健の援助者が医療機関を回るなかで、顔と顔とのつながりができ、新たな連携の可能性が開けてくることだ。救急医療機関に従事する者—とりわけ医師や看護師—は、意外なほど保健所や精神保健福祉センターが何をしてくれる場所なのか知らない。その意味で広報活動はきわめて重要と言えよう。

3. ポストベンション

自殺対策における地域保健の新たな役割としてここ数年で急速に定着し始めたのが、ポストベンションだ。自殺対策におけるポストベンションにあたるものは自死遺族支援であるが、多くの自治体が体制を整えている。精神保健福祉センターや保健所が中心となって「遺族の集い」を立ち上げたり、遺族相談の窓口を開設したりしている。その際、民間団体や検案医師と連携し、地域への広がりを持った事業を展開している自治体も少なくない。

ある意味で、遺族支援においてこそ総合的な対策が求められると言える。大切な家族を失った遺族がまず必要とするのは、心理的なケアとは限らない。まず各種の法的手続きが必要であり、故人が家族の経済的支柱であった場合には、経済的支援が必要となることが少なくない。

なかには、精神保健的支援を必要とする遺族もいるが、そのすべてが、狭義の精神科医療の適応となるわけではない。また、重篤なうつ状態のために精神科治療を受けている場合でも、遺族の心理的ケアは医療モデルに適合しにくい性質がある。というのも、医学的治療の目標がどうしても「症状の改善」に置かれがちであるのに対して、遺族自身のニーズは「故人の話をもっと聞いてほしい」という点にあり、精神科治療だけでは不十分なことが少なくないからだ。また、医師が「早く症状を除去すること」に躍起となりがちであるのに対し、遺族は故人の自殺の原因について自責するあまり「楽になってはいけない、苦しみのなかにとどまらねばならない」と、治療に抵抗することもある。

こうした点を考慮すれば、自死遺族の精神保健的支援をする場として、地域保健は有用な場と言えるはずだ。ここ数年のうちに、地域保健の現場は年々役所的な事務業務に忙殺される状況へと変化しているが、その意味では、自死遺族支援は数少ない、「生の臨床」とじかに向き合う貴重な機会と言えるかもしれない。

なお、インターベンションの項で提案した、救急医療機関に精神保健に関する啓発資料を置いてもらうという試みにあたっては、ぜひ併せて自死遺族向けのリーフレットも置くように依頼してほしい。救急医療機関には、搬送されたものの、不幸にして死亡に至る事例もあり、待合室には悲しみに暮れる遺族がいる。そのリーフレットを手にしたからと言ってすぐに相談に来るとは限らないが、何かの役には立つであろう。これと同じ発想であるが、遺族向けのリーフレットは、市町村役場の戸籍係など、死亡届を提出する窓口にも置くことも必要であると思う。こうした情報提供も立派な遺族支援だ。

おわりに

以上、思いつくままに、自殺問題という切り口から地域保健への期待と課題について述べ、さらにいくつかの提案をさせていただいた。ただし、ここに記した提案は、ほんの一部に過ぎず、他にもできることは山ほどある。大切なのは、クリエイティブな発想から、様々な事業を考えていきたい、ということである。

自殺予防は、単に精神科医療が奮闘するだけではどうにもならないし、債務処理をプロである司法書士や雇用問題を扱うハローワークが単独で張り切ってもダメだ。人は、病気の症状だけで、あるいは、経済苦・生活苦だけでは自殺せず、こうした問題が複数積み重なったときに自殺を企てる。したがって、必然的に性質の異なる領域間の援助者の隙間を埋めて、それぞれの連携と潤滑を支援し統括する機関が必要である。地域保健機関には、そのような能力が潜在しているはずだ。

〔第25回日本ストレス学会学術総会：教育講演〕

青年期の自殺とその予防—自傷行為に注目して—

松 本 俊 彦¹⁾

抄録：近年、若者を中心にリストカットなどの自傷行為が問題化している。自傷行為とは、自殺以外の目的から、非致死的手段と非致死性の予測をもって、故意に自らの身体に損傷を加える行為と定義され、しばしば不快感への対処として繰り返される。このような自傷行為は自殺とは峻別される行動であり、精神保健の専門家にとっては陰性感情を刺激される現象でもある。しかしその一方で、自傷行為を繰り返す者の自殺リスクは高く、長い時間をかけてさまざまな自己破壊的行動を発展させながら最終的に自殺既遂へと至る事例もある。

本稿では、自傷行為をいかに理解し、対応していくべきかについて概説するとともに、精神保健の専門家が若者の自傷行為と向き合うことが、青年期の自殺予防において重要な意義があることを指摘した。

Key words : 自傷行為, 青年期, 自殺予防

I. はじめに

リストカットを始めとする自傷行為は、今や学校保健における主要な課題である。筆者らの調査によれば、約3,000人の中高生のうち、男子の7.5%、女子の12.1%に、刃物で故意に自らの身体を切った経験が認められ¹⁾、中学・高校の養護教諭の98~99%が自傷をする生徒に対応した経験があることが明らかにされている²⁾。

筆者は、自殺予防という観点から考えると、十代の青年たちに広くみられる自傷行為に注目することは重要であると考えている。もちろん、自傷行為は自殺企図とは異なる行動である。しかし先行研究³⁾は、そのような行動を繰り返す個人の自殺リスクが極めて高いことを示している。言い換えれば、「リストカットなんかじゃ死なない」からといっ

て、「リストカットする奴は死なない」とは言えないのである。

本稿では、自傷行為をどのように理解し、具体的にどのように対応すべきなのかについて、筆者なりの考えを整理しておきたい。

II. 自傷行為に対応する前に理解すべきこと

1 自傷行為は自殺企図ではない

自傷行為は、多くの場合、怒り、恥辱感、孤立感、不安・緊張などの不快感に処するための方法である⁴⁾。すなわち、自傷者の多くは、その行為に際して自殺を意図していない。彼らは、自傷する理由としてしばしば、「心の痛みを身体の痛み置き換えて耐えている」「自傷は私の安定剤」と語る。なかには、「死ぬためではなく、生きるために必要」と主張する人もいる。これらは、自傷行為が失敗した自殺企図ではないことを意味している。

2 自傷行為は自殺関連行動である

しかしその一方で、自傷行為は自殺と密接

1) 独立行政法人国立精神・神経医療研究センター
精神保健研究所自殺予防総合対策センター

に關係する行為でもある。過去1回以上の非致死的な自傷をした若年者は、そうではない者に比べ、10年後の自殺既遂による死亡率が数百倍も高いという報告がある³⁾。したがって、自傷行為そのものは自殺企図ではないものの、中長期的な自殺の危険因子なのである。

自傷と自殺の間には連続的な關係がある。非致死的な自傷を繰り返すうちにエスカレートして制御困難に陥った末に、自殺の意図がなくて致死的な損傷を加えてしまう人もいるし、死ぬために自傷するわけではないものの、自傷していないときには漠然とした、消極的な自殺念慮(「消えたい」「いなくなりたい」)にとらわれている者もいる。そして、自傷行為を繰り返すうちにその効果が薄れ、いくら切っても不快な感情が切り換わらない状態に陥ると、いつもとは別の方法(過量服薬、縊死、飛び降りなど)で自殺を試みることもあり、注意を要する⁵⁾。

3 自傷行為は無感覚状態からの回復をもたらす

自傷の最中に「痛みを感じない」「記憶が曖昧である」と述べる自傷者は少なくない。科学的な実験においても、自傷者が平常時から痛み鈍感であり、怒りや恥の感覚などの不快感情を体験した場合には、いっそう痛み鈍くなることが証明されている⁶⁾。要するに、内的・外的な苦痛に対して、身体的にも精神的にも「無感覚」となることで、自分の心がこれ以上傷つかないようにしているわけである。

自傷行為による身体的な疼痛は、無感覚状態からの回復を促す。無感覚状態から回復した自傷者のなかでは、不快感情は消失しており、まるで何事もなかったかのように、心は

見事にリセットされている。なかには、自分が何に傷つき、あるいは怒りを覚えて自傷をしたのかさえ忘れてしまう人もいる。その意味では、自傷行為は、「辛いことなど何も起こらなかった」と自らに嘘をつき、自らを騙す方法といえる。

4 自傷をする若年者は援助希求能力が乏しい

だが、こうした無感覚状態を呈する自傷者の多くが、周囲から存在を否定され、安心して自分の気持ちを表現できない環境に生育している。それは、さまざまな虐待やネグレクトはもとより、家族内の暴力・暴言、学校でのいじめ、兄弟間の差別や親からの過干渉や価値観の押しつけであったりするであろう。こうした耐え難い苦痛や緊張に曝され続けてきた若年者は、無意識のうちに知覚を鈍麻させて苦痛に対処する能力を身につけてしまう。

無感覚状態と自傷行為からなる一連の手続きは、他者の援助を拒んで独力で困難に耐えようとする方法であり、若年者の援助希求能力に負の影響を及ぼす。

Ⅲ. 対応の原則

1 初回面接で心がけること

1) 「よく来たね」

「切っちゃった」。そう言って保健室や相談室を訪れる若年者を見ると、「やれやれ」という少しうんざりした気分になる援助者は少なくないであろう。だが、自傷行為とは、単に自らを切ることをだけを指すのではない。傷の消毒もせずに自身を感染の危険に曝することなども含めて自傷行為と呼ぶのである。Hawtonら⁷⁾によれば、自傷をする若者の約9割がそのことを誰にも話さ

ず、医学的処置が必要な重篤な傷の人でさえ病院に行かず、周囲にも相談しないという。

その意味では、「切っちゃった」と言って面接室や救急外来を訪れる若年者は、多少とも「自分を大切に」しようとしているのである。だから、そうした若年者に「よく来たね」と声をかけ、彼らの援助希求行動をできる限り強化しなければならない。

2) 説教しない、支配しない

自傷をした若年者に絶対してはならないのが叱責と説教である。特に、頭ごなしに「自傷行為はやめなさい」という支配的な発言は「百害あって一利なし」といってよい。おそらく、「自分の身体を傷つけてどこが悪いの?」というお決まりの切り返しにあって答えに窮するだけである。

自傷した若年者との出会いにおいては、まずは自傷行為の肯定的側面を評価しておくといよい。確かに自分を傷つけることは望ましいことではないが、そうやって苦痛に耐えて生きようとする姿勢は肯定するに値する。したがって、「心の痛みを耐えようとしているのね」「生きるために今は必要なのね」という言葉をかけてみてほしい。もちろん、その後に、「でも、心の痛みを自分の言葉で表現できるようになるといいね」と言い添えるのを忘れないようにしたい。

彼らが克服すべき1番の問題とは、実は「自分を傷つけること」ではない。むしろ、「正直な気持ちを偽って、誰にも助けを求めずに辛い状況に過剰適応すること」なのである。その意味で、自傷によって自分の苦境を伝えたことは、無意味ではない。

3) 約束しない

「もう切らないって約束して」と、若年者に約束を強いる援助者がいる。場合によっては、若年者のほうから、「もう切らないって約束するよ」と持ちかけてくることも少なくない。

しかし、そのような約束は禁物である。自傷行為は再発が当たり前の行動であるから、約束はかなりの確率で破られる。そうした場合、約束を破ったことで激しく自責して、余計にひどい自傷行為に及んでしまう若年者がいる。「先生に顔向けできない」と、継続的な相談を中断してしまう若年者もいる。それゆえ、若年者が約束を持ち出したら、「約束はしないでいい。それより切りたくなったらその気持ちを話しに来なさい。切ってしまったときにも報告に来なさい」と言うべきである。

2 重症度のアセスメント

前節でも述べたように、自傷行為は自殺企図ではないが、将来の自殺と密接に関連する行動である。したがって、絶えずその危険性を評価する必要がある。

その際には、以下の5つのポイントに注目して評価するとよい。

- (1) 援助希求の乏しさ：傷を隠す、自傷のことを人に話さない、傷の処置をしない。
- (2) コントロールの悪さ：乱雑で汚い傷、服で隠れない場所の傷。
- (3) 行動のエスカレート：複数の身体部位に傷がある（腕以外に脚や太腿、腹部など）、「切る」以外の方法も用いる（例：「つねる」「髪の毛を抜く」「火のついたタバコを押しつける」「壁を

- 殴る、頭を壁に叩きつける」など)。
- (4) 自己虐待の多様性：他の間接的な身体損傷行為（例：「拒食・過食」「アルコールや市販薬などの乱用・過量服薬」）を伴っている。
- (5) 解離傾向：自傷行為をする際に「痛み」を感じない、行為の記憶がない。

5つの評価ポイントのうち3項目以上該当する場合には、自傷行為を自分でコントロールすることができなくなっており逆に自分が自傷にコントロールされている状況に陥っており、その「治療効果」が薄れている可能性が高い。自傷行為には辛い感情を一時的に抑える効果があるが、繰り返すうちに効果が乏しくなって、自殺念慮が高まることもある。このような場合には、精神医学的介入の必要がある。

また、該当項目が3つ以下でも、(4)に該当する場合—特に過食嘔吐のような食行動異常は近い将来の過量服薬や自殺企図を予測する危険因子である⁸⁾—、また、評価ポイントとは別に、若年者自身が「いくら切っても気持ちが収まらない」と述べていたり、そもそも「死にたい」という動機から行われている場合—これは自傷行為ではなく、身体損傷の軽重にかかわらず、自殺企図として対応すべきである—には、精神医学的介入を急ぐ必要がある。それ以外の場合には、まずは学校での継続的な相談関係を維持するなかで、状況をみて精神医学的介入を検討するという、いわば相対的適応であると考えてよいであろう。

残念なことではあるが、自傷する若年者の支援においては、必ずしも精神科医療が役立つとは限らない現実がある。まず、本人やそ

の親がなかなか受診に同意してくれない場合が少なくない。それから、驚くべきことに、「リストカッターお断り！」と主張して憚らない精神科医療機関は確かに存在する。また、診療を受け容れてくれた場合でも、ただ薬を投与するだけの単調な外来診療に終始し、本人のほうから通院を無意味に感じて治療を中断したり、逆に処方薬を乱用するようになってしまう事例もある。

そういった現実を考えると、学校内での相談関係の継続が非常に重要な意味をもってくる。というのも、学校において養護教諭やスクールカウンセラーとの相談関係が保たれていれば、また別の精神科医の診察を受ける機会が作れるからである。

IV. 自傷する若年者への対応

自傷する若年者との最初の面接をすませた後は、定期的な面接を継続して行っていくこととなるわけだが、その際、「なぜ自傷が問題なのか」という点については確認しておく必要がある。次の2点を伝えておくといよい。

1 若年者に伝えておきたいこと

1) 「身体の痛みで心の痛みに蓋をすること」の危険—嗜癖性と自殺への傾斜

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

切ったり、あるいは、切るだけではなく、頭を壁に打ちついたり、火のついたタバコを皮膚に押しつけたりする者もいる。更に困ったことに、自傷を繰り返すうちに前よりもストレスに弱くなってしまう。以前だったら気にも留めなかったささいな出来事にも痛みが必要となるのである。最終的には、いくら切っても心の痛みを埋め合わせるのに追いつかない状態—「切っても辛い、切らなきゃなお辛い」という状態—に陥る頃には、「消えたい」「いなくなりたい」という消極的な自殺念慮にとらわれるようになっていく。

なお、Favazza は、この段階に達した自傷を、「反復性自傷症候群 (Repetitive Self-mutilation syndrome)」と名づけ、本来、DSM の I 軸障害に明記されるべき、物質依存と近似した病態ととらえている。反復性自傷者になると、一種の居直りの気分から、自虐的に「リストカッター」などと自称したり、自傷した際に出血した血液を壺にため込んで眺めたり、自傷創の写真をインターネット上にアップしたり、血液で絵を描いたり、一見グロテスクとも思える行動をとることが少なくない⁹⁾。こうした行動が援助者の陰性感情を刺激したり、彼らの病態を過小視させる要因となる。

2) 「感情語」の退化—更なる自殺への傾斜

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

こうなると、心はもはや死んだも同然である。悔しい出来事、腹立たしい出来事、あるいはショックな出来事に遭遇しても、何も感じないし涙も出てこない（「もう何年も泣いたことがない」という自傷患者は意外に多い）。ただ唐突に自分を切りたい衝動や焦燥感が異様に高まるだけ、という状態になってしまう。この状態では、あるとき突発的に、「消えたい」「いなくなりたい」という漠然とした自殺念慮がより強く、あるいは「死にたい」という明確な自殺念慮となって出現していることが少なくない。

なお、以上の 2 点を若年者に伝える際には、説教臭くならないことがコツである。「あなたは違うかもしれないけど、一般にはそうなることが多く、あなたがそうなることが心配」という感じで懸念を伝えるとよい。

2 置換スキルを提案する

自傷をやめろと言う代わりに、自傷の衝動を抑える代替的な対処方法（置換スキル）を教え、若年者に対してこの方法を練習したり、実際に組み合わせて使ってみることを提案する。難しく考える必要はない。「自傷したくなったときに、まずは試しにやってみない？」といった誘い方で十分である。

置換スキルには、例えば以下のものがある。

- (1) 冷たい水を強く握りしめる。
- (2) 手首に輪ゴムをはめて皮膚を弾く。
- (3) 腕を赤い水性フェルトペンで塗りつぶす。
- (4) 呼吸を整えながら腕立て伏せや腹筋運動をする。
- (5) 大声で叫ぶ、家族とカラオケに行く

(ただし、絶対に飲酒しないこと！)。

(6) ゆっくりと数を数えながら10分以上深呼吸をし続ける。

(7) 信頼できる人と話す(教師, カウンセラー, 医師, 家族, 親戚, 友人などのなかから, 自傷を叱責せずに, 上記の対処スキルの実施に関する助言をしてくれる相手をできるだけ多くリストアップし, ローテーション表を作成する)。

3 若年者との面接の実際

若年者との面接では, 週1回などといった頻度で, 定期的に時間をとって継続的にかかわることが望ましい。長い時間である必要はない。大切なのは時間ではなく, 若年者に, 「短いけれど, あなたのためだけの時間」というメッセージが伝わることである。

1) 行動記録表(自傷日記)を書いてもらう

若年者に簡単な「自傷日記」を書いてもらうと, 短い時間で話を絞った話し合いができる。ノートに毎日の出来事を継続的に記載してもらい, 同時に, 自傷したり, 実際に行動は起こさなかったが自傷したいと思った日時, 更には, 上述した置換スキルを練習したり, 実際に使った日時についても書き込んでもらう。

理想的には, 面接のなかでその日記を一緒に見ながら, どんな状況で/どんな人物との/どんなやりとりが自傷行為のトリガーになるのかを, 若年者と一緒に考えていくのである。そのなかで, 「そのときどう思った?」などと若年者に感情への気づきを促し, 自分の感情を言葉で振り返ることができたときには, 「すごいね」とこれを支持する。また, 置換スキルを練習したり,

実際にそれを使った場合には, やはり「えらいね」と支持する。その際, 「自傷しなかったことよりも, 置換スキルを使ったことのほうを高く評価している」ことが若年者に伝わるようにすることがコツである。それから, 何よりも若年者がこのノートをきちんと記載していること自体が, 「自分を変えたい」という前向きな気持ちの表れであるから, そのことは毎回忘れずに支持する必要がある。

自傷行為が消失した後は, 今度は, 「自傷したい気持ち」を標的としてトリガーの同定を続けていく。こうすることで, 「自傷をしなくても理解してもらえる」ことを実感してもらうことができる。若年者が自傷行為を手放すうえで重要な体験である。

2) 過剰適応に注意する

ときに, 若年者が援助状況にも過剰適応してしまい, 表面的に自傷をやめているだけになってしまうことがある。すなわち, 援助者から見捨てられないように「よい子のふり」をすることがある。こうした場合, リストカットこそしていないものの, 皮膚をつねったり, 爪を皮膚に食い込ませたりしていることがある。また, ピアスのようにファッション目的のような行動でも, 実は穴を開ける際の「痛み」を求めて行われることがある。いずれの場合でも, 「心の痛みを抑える意味がなかったかどうか」「自傷したい気持ちを正直に言えなくなっているのではないか」という点について, 率直に話し合う必要があろう。

V. 自己破壊的行動スペクトラム

最近, 筆者は, 自身が行った調査の結果⁸⁾,

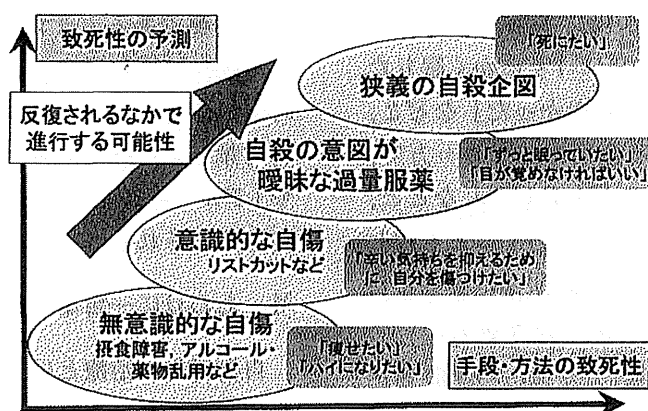


Fig.1 自己破壊的行動スペクトラム

更には内外の先行研究で明らかにされた知見をもとに、Fig.1のような自己破壊的行動スペクトラム²⁾を考えている。縦軸に行為にあたっての致死的な意図の強さを取り、横軸に客観的な行為がもたらす身体損傷の致死性をとる。すると、一方の極に、明確な致死的な意図から、縊首や飛び降り、飛び込みなどといった致死性の高い方法による「自殺企図」を想定すると、もう一方の反対の極には、摂食障害やアルコール・薬物乱用が布置されることとなる。

摂食障害やアルコール・薬物乱用は、「死にたい」あるいは「自分を傷つけたい」という意図からではなく、「痩せたい」「ハイになりたい」という意図から行われるのが通常である。実際、1回の拒食や過食・嘔吐、あるいは精神作用物質の摂取で健康が損なわれるわけではない。しかし、かつてMenninger¹⁰⁾によって「慢性自殺」と名づけられたように、長期間繰り返されることで健康被害が顕在化する。更に、既に述べたように、自傷患者に摂食障害やアルコール・薬物乱用が併存すれば、致死性の高い自己破壊的行動のリスクが高まる。ちなみに、HarrisとBarracough¹¹⁾の

メタ分析によれば、患者の自殺死亡率が最も高い精神障害の診断は摂食障害である。また、海外にはアルコール・薬物乱用が自殺のリスク要因であることを示す研究が多数存在する^{12) 13)}。以上を踏まえれば、摂食障害やアルコール・薬物乱用は「無意識的な自傷」と名づけることには異論はあるまい。

「無意識的な自傷」の1つ上の段階には、「意識的な自傷」がある。これにはリストカットが含まれる。これはMenningerのいう「局所性自殺」である。つまり、「死にたいくらい辛い状況を生き延びるために」身体の一部を犠牲にする行為であり、致死的な意図はない。しかし、「自分を傷つけている」という意図は意識されている。なお、自傷者のなかにはアルコール・薬物乱用や摂食障害傾向を呈する者が少なくないことから、「意識的な自傷」と「無意識的な自傷」は近縁的な関係があるといえる。

「意識的な自傷」の1つ上の段階には、過量服薬などの「自殺の意図が曖昧な過量服薬」がある。PattisonとKahan¹⁴⁾は、非致死性の予測が付きにくく、身体損傷の状況を視覚的に確認できないという理由から、過量服薬を

自傷概念から除外している。確かに過量服薬した患者は、意識回復後に「とにかく眠りたかった」「嫌なことを忘れたかった」などと、一見、自殺とは異なる意図を述べる一方で、「ずっと目が覚めなければよかった」などと、死を願うかのような言葉をもらすことも珍しくない。その意味では、過量服薬は自傷と自殺の中間に位置づけられるべきである。

実際、筆者らの調査¹⁵⁾では、過量服薬はリストカット歴の長い自傷者に多いということが明らかにされている。最初の過量服薬は、通常、反復性自傷の段階に到達して「鎮痛効果」が得られなくなった自傷者が、自殺行動として行うことが多いが、そこで自殺既遂に至らなかったものの、過量服薬がもつ、あたかもパソコンを強制終了させる瞬間のような「不快気分に対する強力なりセット効果」を発見し、苛酷な状況を「生き延びるために」これを繰り返すようになる場合がある。しかし筆者の臨床経験では、最終的に致死的な行動によって既遂に至った者のなかには、自殺既遂に至る前に何回も過量服薬を繰り返した果てに縊首や飛び降りといった致死的な行動をとった者もいる。そう考えれば、「自殺の意図が曖昧な過量服薬」を「自殺企図」に最も近接する場所に位置づけるのは極めて妥当なことであるように思われる。

以上からわかるように、これらの自己破壊的行動の各段階は、反復によって進行しうる連続的な関係のなかでとらえることができる。もちろん、エスカレート速度には個人差があり、患者によっては各段階を直線的に進行するのではなく、停滞や逆行、あるいは複数の段階が混在している場合もありうる。

いずれにしても、自殺予防のためにはこの各段階のすべての自己破壊的行動に対する介

入が必要である。その意味では、2008年の自殺総合対策大綱の一部改正（内閣府「自殺対策加速化プラン」）¹⁶⁾は、自殺ハイリスク者対策として「思春期・青年期の自傷行為」や「アルコール・薬物依存」を追加した点で、高く評価されるべきものである。

Ⅶ. おわりに—自傷行為の援助で大切なこと

自傷行為の治療とは、端的に言えば、動機を掘り起こし、トリガーを同定し、置換スキルを習得することの繰り返しである。まずは、正直な告白を支持し、失敗に含まれる小さな変化を見逃さずにやはり支持・強化し、患者が更に大きな変化へと挑戦するのを励ます。そして自傷の再発は、治療を深めるうえで不可欠なプロセスである。

繰り返される支持は、自己否定的な患者の自己効力感を高める。その結果、次第に、「どのような出来事をきっかけに自傷したくなったか」「その出来事によってどんな感情を抱いたのか」「なぜその出来事にそこまで深く傷ついたのか」といった問題にも洞察が及ぶようになる。この段階では外傷体験を扱うことも少なくない。

強調しておきたいのは、自傷行為を止めることが治療の最終的な目標ではない、ということである。むしろ、「自らの感情をきちんと把握し、それを言葉で表現できる能力」（エモーショナル・リテラシー：自分の感情を「読み書きする」能力）の獲得こそが重要であり、「世の中には信用できる大人もいて、辛いときには助けを求めてよい」ということを知ることが、将来における自殺予防に資するのである。

〔文 献〕

- 1) Matsumoto, T., Imamura, F.: Self-injury in Japanese junior and senior high-school students: prevalence and association with substance use. *Psychiatry Clin. Neurosci.* 62: 123-125, 2008
- 2) 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。
- 3) Owens, D., Horrocks, J. & House, A.: Fatal and non-fatal repetition of self-harm. Systematic review. *Br. J. Psychiatry* 181: 193-199, 2002
- 4) Matsumoto, T., Yamaguchi, A., Chiba, Y., et al.: Patterns of self-cutting: a preliminary study on differences in clinical implications between wrist- and arm-cutting using a Japanese juvenile detention center sample. *Psychiatry Clin. Neurosci.* 58: 377-382, 2004
- 5) Walsh, B.W., Rosen, P.M.: Self-mutilation - theory, research, & treatment. Guilford Press, New York, 1988 (松本俊彦，山口亜希子訳：自傷行為―実証的研究と治療指針―。金剛出版，東京，2005)
- 6) Bohus, M., Limberger, M., Ebner, U., et al.: Pain perception during self-reported distress and calmness in patients with borderline personality disorder and self-mutilating behavior. *Psychiatry Res.* 95: 251-260, 2000
- 7) Hawton, K., Rodham, K. & Evans, E.: By their own young hand: deliberate self-harm and suicidal ideas in adolescents. Jessica Kingsley Publishers, London, 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)
- 8) 松本俊彦，阿瀬川孝治，伊丹 昭，竹島 正：自己切傷患者における致死的な「故意に自分を傷つける行為」のリスク要因：3年間の追跡調査。精神神経学雑誌 110：475-487，2008
- 9) Favazza, A.R.: Bodies under siege: self-mutilation and body modification in culture and psychiatry. Second edition, The Johns Hopkins University Press, Baltimore, 1996
- 10) Menninger, K.A.: Man against himself. Harcourt Brace Jovanovich, New York, 1938
- 11) Harris, E.C., Barraclough, B.: Suicide as an outcome for mental disorders. A meta-analysis. *Br. J. Psychiatry* 170: 205-228, 1997
- 12) Barraclough, B., Bunch, J., Nelson, B., et al.: A hundred cases of suicide: clinical aspects. *Br. J. Psychiatry* 125: 355-373, 1974
- 13) Chynoweth, R., Tonge, J.I. & Armstrong, J.: Suicide in Brisbane: a retrospective psychosocial study. *Aust. N.Z. J. Psychiatry* 14: 37-45, 1980
- 14) Pattison, E.M., Kahan, J.: The deliberate self-harm syndrome. *Am. J. Psychiatry* 140: 867-887, 1983
- 15) 松本俊彦，山口亜希子，阿瀬川孝治ほか：過量服薬を行う女性自傷患者の臨床的特徴：リスク予測に向けての自記式質問票による予備的調査。精神医学 47：35-743，2005
- 16) 内閣府：自殺対策加速化プラン。 <http://www8.cao.go.jp/jisatsutaisaku/taikou/pdf/plan.pdf>

Understanding and Treating Self-injury: For Suicide Prevention of Adolescence

Toshihiko MATSUMOTO¹⁾

Abstract

Recently self-injurious behavior including wrist-cutting among youth has been a serious problem in Japan. Self-injury is the act to injure oneself deliberately without a suicidal intent, by a nonfatal method, predicting a nonfatal consequence. It is frequently repeated to cope with distress, for instance, to reduce an intolerable and painful feeling.

Self-injury is the act to be differentiated from suicide, and often cause a negative attitude in mental health professionals, although many previous studies reveal that individuals with self-injury are more likely to death by suicide than those without, and that self-injury may be one of the important risk factors predicting future suicide.

In this paper, the author gives an outline of understanding and treating self-injury, and indicates that to support and care self-injuring youth by mental health professionals may contribute to suicide prevention in adolescence.

Key words: Self-injury, Adolescence, Suicide prevention

(Jap J Stress Sci 2010 ; 24 (4) : 229-238)
