

表4 精神科受診群における男女間の比較 (N=38)

		男性 (N=22)	女性 (N=16)
平均年齢**		41.7 (SD=13.1)	30.1 (SD=12.3)
人口動態的変数	年齢別階級*		
	若年群 (39歳以下)	11 (50.0%)	14 (87.5%)
	中年群 (40~59歳)	10 (45.5%)	1 (6.3%)
	高齢群 (60歳以上)	1 (4.5%)	1 (6.3%)
死亡時点の有職者		15 (68.2%)	6 (37.5%)
自殺時の過量摂取あり		14 (63.6%)	8 (50.0%)
医学的問題	薬物；向精神薬 (重複回答あり)	12 (54.5%)	7 (43.8%)
	睡眠薬	9 (40.9%)	6 (37.5%)
	抗精神病薬	4 (18.2%)	3 (18.8%)
	安定剤	5 (22.7%)	1 (6.3%)
	抗うつ薬	4 (18.2%)	4 (25.0%)
自傷・自殺未遂経験あり**		7 (31.8%)	13 (81.3%)
社会的背景	結婚歴あり	13 (59.1%)	4 (25.0%)
	死亡前1年間の転職経験あり	4 (18.2%)	5 (31.3%)
	死亡前1年間の休職経験あり	5 (22.7%)	1 (6.3%)
	死亡前1年間の返済困難な借金経験あり	4 (18.2%)	0
精神医学的診断 ^{a)}	物質関連性障害	5 (22.7%)	1 (6.7%)
	統合失調症	4 (18.2%)	3 (20.0%)
	気分障害	15 (68.2%)	12 (80.0%)
	不安障害	5 (22.7%)	2 (13.3%)
	パーソナリティ障害	3 (13.6%)	2 (13.3%)

*p<0.05, **p<0.01

a) 精神科医の判断がつかなかった1名を除いたため、精神医学的診断のみ女性N=15とした。

3) 統合失調症

また、本研究の受診群では非受診群に比べ、統合失調症患者の割合が有意に高く、また、統合失調症では他の精神疾患に比べより精神科受診率が高いという結果であった。統合失調症は、うつ病やアルコール依存症とともに自殺に密接に関連する精神障害であり^{15,31)}、自殺の相対危険率は一般人口の8倍以上にも及ぶ¹⁴⁾。だが、統合失調症に罹患していた自殺者の約80%は精神科治療中で自殺直前まで定期的に通院していたとの報告もあり^{13,30)}、このことは統合失調症が自殺リスクの高い疾患でありながら、その予測が治療者をはじめ周囲にとって非常に困難であることを示している。このような患者では急性症状の悪化が自殺のリスクと並行することも知られており³¹⁾、たとえ

本人が自殺念慮を訴えていない場合であっても、客観的なモニタリングに伴い、随時自殺のリスク評価を実施することが予防につながる可能性があると考えられる。

4) 若年

本研究では、精神科受診・非受診で精神障害の罹患率に差がないにもかかわらず、受診群は非受診群に比べ有意に年齢が低かった。これは、Luoma¹⁹⁾の指摘同様、わが国でも、メンタルヘルス問題に関する啓発活動の結果、若年層では精神科受診に対する抵抗感が軽減していることが推察される。また、本研究では、受診群の約70%が1年以上に及ぶ精神科治療歴をもっていた。しかもそのほとんどが薬物療法を受けており、治療中断や服薬の自己中断・怠業が認められたのは20%ほ

どにとどまっていた。この結果は、精神科受診群の多くが継続した薬物療法を受けていたにもかかわらず、自殺既遂に至ったという可能性を示唆しており、薬物療法中心になりがちな治療構造・治療関係では、自殺予防の目的に十分に機能しきれていない可能性がある。若年群をはじめとする精神科受診につながったハイリスク者に対しては、適切な薬物療法に加え、患者が精神科治療に何を望んでいるか、家族環境の調整を含めた社会的支援のニーズに敏感である姿勢、社会的支援につなげていく態勢を精神科医療がもつことが求められているのではないだろうか。

3. 自殺予防の課題と提言

本研究から得られた知見から、20～30代の若年成人、特に都市部在住の若年成人においては、すでに精神科受診のハードルは低く比較的治療につながりやすいにもかかわらず、その自殺を阻止しきれていないという可能性が示唆された。実際、わが国の自殺者数において、この十数年で確実に増加し続けている年代は20代、30代である²⁰⁾。本研究結果から示唆された、若年成人の自殺対策を進める上でのポイントを以下に示す。

1つは統合失調症患者に焦点をあてた自殺予防対策である。2008年の自殺総合対策大綱の一部改正でも「うつ病以外の精神疾患等によるハイリスク者対策の推進」として統合失調症が取り上げられたが、その実態と危険因子の解明が急がれる。

もう1つは、向精神薬の乱用の予防である。向精神薬の過量服用により救急医療機関に搬送される自殺未遂患者の数は年々増加している²⁾。その背景に、2008年の診療報酬改定に伴う向精神薬の長期処方認可や、重複受診、インターネットなどによる違法入手が影響している可能性も危惧されている^{18,28)}。向精神薬の処方・入手ルートに係る課題の実態把握を進め、アクセスの制限などその実態に則した対策を講じる必要があるという我々の提言に基づき、厚生労働省では向精神薬・過量服薬対策ワーキングチームが発足し、2010年9月には向精神薬乱用・過量服薬防止のために薬

剤師を活用するなどの通達が出されていることも併せて述べておきたい。

そして最後は、自傷行為のみられる若年者、特に若い女性精神科患者への対応能力の向上である。警察庁の自殺統計においても、自殺者における既遂前の自殺未遂歴については20代で最も多く認められており、また全ての年齢階級で女性の割合が多いことが示されている²¹⁾。過量服薬やリストカットなどの一見致死性の低い自傷行為は、ややもすると単なるアピールとして受け取られ、医療者からも否定的な感情を向けられがちである。だが自傷・自殺未遂者に対しては身体的治療を施して終わりではなく、自殺既遂のハイリスク者であるという意識をもち、より注意を向けて支援をしていく必要がある。

自殺対策においては、全体的予防介入（全集団）、選択的予防介入（リスク集団）、個別予防介入（ハイリスクな特定個人）の3つを組み合わせた対策が効果的であるとされ、昨年行われた自殺総合対策大綱の見直しの中では、今後は特に選択的予防介入、個別予防介入を強化する必要性があることが述べられている。また、同見直しの中では、精神保健的な視点だけでなく、社会・経済的視点を含む包括的な取り組みの重要性も示されている。自殺の問題とも絡む生活困窮、児童虐待、性暴力被害、ひきこもり、性的マイノリティなどの関連分野との連携支援についても体制を整え、今後展開を進める必要がある。本研究から得られた知見が、従来の自殺に関する啓発活動、精神科受診促進に加え、今後の選択的、個別介入の発展の資料となることを期待したい。

おわりに

——今後の展望——

本研究は、心理学的剖検の手法により、死亡前の精神科受診の有無によって自殺既遂者の一部の臨床像の違いを検討したわが国最初の研究としての意義があると思われる。しかし、本研究には、対象の代表性や情報収集方法など、いくつか限界があり、本研究の結果をただちにわが国における

自殺既遂者の一般的特徴として受け止めることはできない。

心理学的剖検調査は、米国やフィンランドではその協力依頼に対する応諾率は80%以上であり²⁴⁾、当然、応諾率が高いほど、より詳細で現実的な自殺の全体像に迫ることが可能となる。また、心理学的剖検には、調査という要素だけでなく、遺族・関係者のケアもその重要な目的として含まれる。しかし我々が実施している基礎調査では、応諾を得ることはもとより、遺族にアクセスする段階で非常に苦慮しているのが実情である。わが国においてははまだ自殺や自殺に至った要因が不名誉で恥ずかしいものであるという誤った社会通念が根強く、身近な者を自殺で失った家族が積極的に調査に協力することは容易でないことが推測できる。遺族へのアクセスの観点からも、多機関での心理学的剖検の実施可能性を検討した研究結果²⁵⁾からは、監察医務機関や救命救急センターなどといった、遺族と接する機会の多い機関を拠点とすることが必要との考え方が示されている。個別的な要素に照らした対策を講じるためにも、また遺族ケアの目的からも、これらの調査体制の整備を図り、わが国での心理学的剖検の普及を目指したいと考えている。

本研究は、平成20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(主任研究者:加我牧子)」の分科研究「心理学的剖検の実施および体制に関する研究」によるものである。

なお、本発表に関連して開示すべき利益相反はない。

謝辞 調査にご協力いただいたご遺族の方々、ならびに調査員としてご協力いただいた各都道府県政令指定都市職員の方々に心より御礼申し上げます。

文 献

- 1) American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th ed. American Psychiatric Association, Washington, D. C., 1994
- 2) 安藤俊太郎, 松本俊彦, 重家里映ほか: 気分障害患者とパーソナリティ障害患者における過量服薬の臨床的相違. 精神医学, 51; 749-759, 2009
- 3) Appleby, L., Shaw, J., Amos, T., et al.: Suicide within 12 months of contact with mental health service: national clinical survey. Br Med J, 318; 1235-1239, 1999
- 4) Arseneault-Lapierre, G., Kim, C., Turecki, G.: Psychiatric diagnoses in 3275 suicides: a meta-analysis. BMC Psychiatry, 4; 37, 2004
- 5) 飛鳥井望: 自殺の危険因子としての精神障害—生命的危険性の高い企図手段をもちいた自殺失敗者の診断学的検討—, 精神経誌, 96; 415-443, 1994
- 6) Barraclough, B., Bunch, J., Nelson, B., et al.: A hundred cases of suicide: clinical aspects. Br J Psychiatry, 125; 355-373, 1974
- 7) Boardman, A. P., Grimbaldeston, A. H., Handley, C., et al.: The North Staffordshire suicide study: a case-control study of suicide in one health district. Psychol Med, 29; 27-33, 1999
- 8) Cavanagh, J. T., Carson, A. J., Sharpe, M., et al.: Psychological autopsy studies of suicide: a systematic review. Psychol Med, 33; 395-405, 2003
- 9) Cheng, A. T.: Mental illness and suicide. Arch Gen Psychiatry, 52; 594-603, 1995
- 10) 張 賢徳: 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. 勉誠出版, 東京, p.113-137, 2006
- 11) De Leo, D., Evans, R.: The impact of substance abuse policies on suicide mortality, International Suicide Rates and Prevention Strategies (ed. by De Leo, D., Evans, R.). Hogrefe & Huber, Cambridge, p.101-112, 2004
- 12) Foster, T., Gillespie, K., McClelland, R.: Mental disorders and suicide in Northern Ireland. Br J Psychiatry, 170; 447-452, 1997
- 13) 舟橋龍秀: 精神分裂病者における自殺についてその実態と危険因子および予防. 医療, 55; 159-163, 2001
- 14) Harris, E. C., Barraclough, B.: Suicide as an outcome for mental disorders. A meta-analysis. Br J Psychiatry, 170; 205-228, 1997
- 15) Hawton, K., Sutton, L., Haw, C., et al.: Schizophrenia and suicide: systematic review of risk factors. Br J Psychiatry, 187; 9-20, 2005
- 16) Hirokawa, S., Matsumoto, T., Katsumata, Y., et al.: Psychosocial and psychiatric characteristics of suicide completers with psychiatric treatment before death: A psychological autopsy study of 76 cases. Psychiatry Clin

Neurosci. 66 ; 292-302, 2012

17) 川上憲人, 竹島 正, 高橋祥友ほか: 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, 国立精神・神経センター精神保健研究所, 東京, p.7-26, 2007

18) 窪田 彰: 診療報酬改定と精神科医療への影響. 精神科治療学, 24 ; 1007-1010, 2009

19) Luoma, J. B., Martin, C. E., Pearson, J. L.: Contact with mental health and primary care providers before suicide: A review of the evidence. Am J Psychiatry, 159 ; 909-916, 2002

20) 内閣府: 平成24年版 自殺対策白書. p.7-11, 2012

21) 同書. p.32

22) 同書. p.34

23) 高橋祥友: 自殺のリスクマネジメント 第2版. 医学書院, 東京, p.14-37, 2006

24) 高橋祥友: 自殺の精神医学的背景に関する研究: 心理学的剖検の成立過程とわが国における調査事例が増加しない点に関する考察. 平成19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」総括・分担研究報告書, 国立精神・神経センター精神保健研究所, 東京, p.57-66, 2008

25) 竹島 正, 大類真嗣, 廣川聖子ほか: 自殺の心理学的剖検に関する研究. 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」総括・分担研究報告書, 国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所, 東京, p.13-23, 2012

26) 竹島 正, 松本俊彦, 勝又陽太郎ほか: 心理学的剖検の実施および体制に関する研究. 平成19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」総括・分担研究報告書, 国立精神・神経センター精神保健研究所, 東京, p.7-41, 2008

27) 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—. p.41-44, 2009

28) 東京都薬事審議会部会: 都における薬物乱用対策をより効果的に推進するための基本的な考え方. 2007 (http://www.fukushihoken.metro.tokyo.jp/kenkou/kenkou_anzen/shingikai/kakoshingikai/shingikai191023/files/3siryol191023.pdf#search='インターネット%20向精神薬入手')

29) Walsh, B. W., Rosen, P. M.: Self-Mutilation: Theory, Research, and Treatment. Guilford Press, New York, 1988

30) 安田泰次: 精神分裂病患者の自殺企図について. 精神経誌, 94 ; 135-170, 1992

31) Zisook, S., Byrd, D., Kuck, J., et al.: Command hallucination in outpatients with schizophrenia. J Clin Psychiatry, 56 ; 462-465, 1995

自殺と文明

山内貴史, 松本俊彦

Key words

suicide, civilization, living standard, region, Pacific Rim nations

はじめに

広辞苑によると、「文明」とは、

- (1) 文教が進んで人知の明らかなこと。
- (2) (civilization) 都市化。

(ア) 生産手段の発達によって生活水準が上がり、人権尊重と機会均等などの原則が認められている社会、すなわち近代社会の状態。

(イ) 宗教・道徳・学芸などの精神的所産としての狭義の文化に対し、人間の外的活動による技術的・物質的所産。

である¹²⁾。また、文明の定義は学問領域によっても異なるようであり、筆者らの担当する「自殺と文明」というテーマは実に多様な切り口からの論考が可能である。

1. インターネット文明と自殺

例えば、現代における「文明の利器」の最たるものの1つであろうインターネットの普及は、自殺関連行動のあり方に影響を及ぼしている。特に、Facebook, Twitter, YouTubeなどのソーシャルメディアの登場は、テレビや新聞などの既存メディアだけでなく、個人やグループによる情報発信とともに、地理的制約を排しての双方向のコミュニケーションを可能にした⁵⁾。しかし、その一方で、人々はインターネットを

介し、致死性の高い違法ドラッグなど、自殺に関連する情報を容易に入手・共有できるようになった。例えば、2008年にわが国で硫化水素による自殺が多発したが、硫化水素関連情報はインターネットを介して急速に普及した⁸⁾。また、動画関連サイトを用いれば、自殺手段の情報を文字だけでなく映像により発信・共有することが可能となり、そのような事例は世界各地で報告されている⁴⁾。さらには、ソーシャルメディアやインターネット上の掲示板などを介したはじめやハラスメント (cyberbullying²⁾ や cyberharassment と呼ばれる) を苦にしてと推察される自殺関連行動も指摘されている。このようなインターネット上の自殺関連情報を規制できないのは、法制度上の問題とともに、文明が進展し表現の自由など個人の権利が尊重されるようになったためであるのは、何とも皮肉なことである。

また、Luxtonらの総説によると⁵⁾、いわゆる「自殺契約 (suicide pact)」は、かつては互いに顔見知りの者同士の間でなされたが、インターネットの普及により、お互いに全く面識のない者の間での自殺契約が、数多く報告されている (cybersuicide pact などと呼ばれる)^{11,15)}。なお、このインターネットを介しての自殺契約は、2000年にわが国で報告された事例が世界初であるという。

YAMAUCHI Takashi, MATSUMOTO Toshihiko: Suicide and civilization

(独) 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：〒187-8553 東京都小平市小川東町 4-1-1

2. 文明の進展と自殺手段

文明は、自殺に用いられる手段にも影響を及ぼしてきた。例えば、米国では銃器による自殺が多いが、銃器が発明され、かつそれが一般人口に膾炙するまで、当然ながら銃器は自殺手段とはなり得なかった。また、高層建築物からの飛び降り自殺、鉄道・自動車への飛び込み自殺、向精神薬の過量服薬自殺、ガスや農薬などによる中毒自殺の出現は、いずれも技術的・物質的所産としての文明の進展と無縁ではないことが分かる。

筆者らの知るかぎり、自殺死亡のみを対象としたわが国の最も古い自殺統計は、1878年（明治11年）の内閣統計局編「日本帝国統計年鑑（原題『帝国統計年鑑』、中村隆英復刻版監修）」第1巻の「警察」の項に、「自ラ死セシ人」として公表された数値である。なお、警察は現在では国家公安委員会に設置されているが、当時は内務省警保局として設置されていた。1878年当時の日本はまさに「文明開化」の時期であったが、筆者らが把握したかぎりでも最も古い自殺の手段別統計が公表されている1895年（明治18年）についての日本帝国統計年鑑を概観すると、自殺のほとんどが縊首、入水、刃物・銃器によるものであり、薬物、飛び降り、および飛び込みは極めて少なかったことがうかがえる。

3. 文明の背景としての宗教と自殺

WHOは、世界各国から報告された最新の自殺死亡率をホームページで公表している¹⁸⁾。ここで報告されている自殺死亡率を概観すると、

- (1) わが国を含む東アジア、および旧ソ連を含む東欧地域の国々は総じて自殺死亡率が高い。
- (2) 自殺死亡率が報告されている国に限定され、かつ南米で一部自殺死亡率が高い国も見られるが、中東および中南米地域の国々は総じて自殺死亡率が低い。
- (3) 南アフリカなど一部の国を除き、アフリ

カ地域のほとんどの国は自殺死亡率を報告していないといった特徴がうかがえる。

上記(2)に関して、イスラム教の聖典コーランにおいて、自殺は明確に禁止されている¹³⁾。したがって、国民の多数がイスラム教徒である中東諸国では自殺の当事者およびその家族に対する偏見が強い。このような宗教的背景からか、イスラム諸国のほとんどはWHOに最新の自殺死亡率を報告していないか、報告していても非常に低い値となっている（エジプトやクウェートなど）¹⁸⁾。

その一方、イスラム諸国、特に中東諸国では、ICD-10のコードY10-Y34に該当する「不慮か故意か決定されない事件（event of undetermined intent）」、およびその後遺症による死亡（以下、これらの外因死をundetermined deathと定義し、UDと略記する）が非常に多いことが指摘されている。例えば、イスラムの17カ国と欧米諸国の自殺死亡率およびUDによる死亡率を比較した研究では¹³⁾、イスラムの17カ国中10カ国でUDによる死亡率が欧米諸国のそれよりも有意に高く、8カ国ではUD死亡率が自殺死亡率を上回っていた。このようなUDによる死亡率の高さは、特に中東諸国ではUDがいわば自殺の隠れ蓑になっている、すなわち、自殺が過少報告されている可能性を示唆するものと考えられている。

同様の指摘は国民の多数がキリスト教徒であるキリスト教国についてもなされている。例えば、ローマ・カトリックでは自殺は罪と考えられており、伝統的にローマ・カトリックの影響が強い南米諸国では、自殺に対する偏見が根強い¹⁴⁾。したがって、イスラム諸国の場合と同様、南米諸国においても自殺が過少報告されている可能性が示唆されている。

WHOに報告されている統計を分析したPritchardらの研究によると¹⁴⁾、南米諸国の多くでは、UDによる死亡率が自殺死亡率を上回っており、かつUDによる死亡率は欧米先進諸国と比較して有意に高かった。ここから、Pritchardらは南米諸国で報告されているUDの

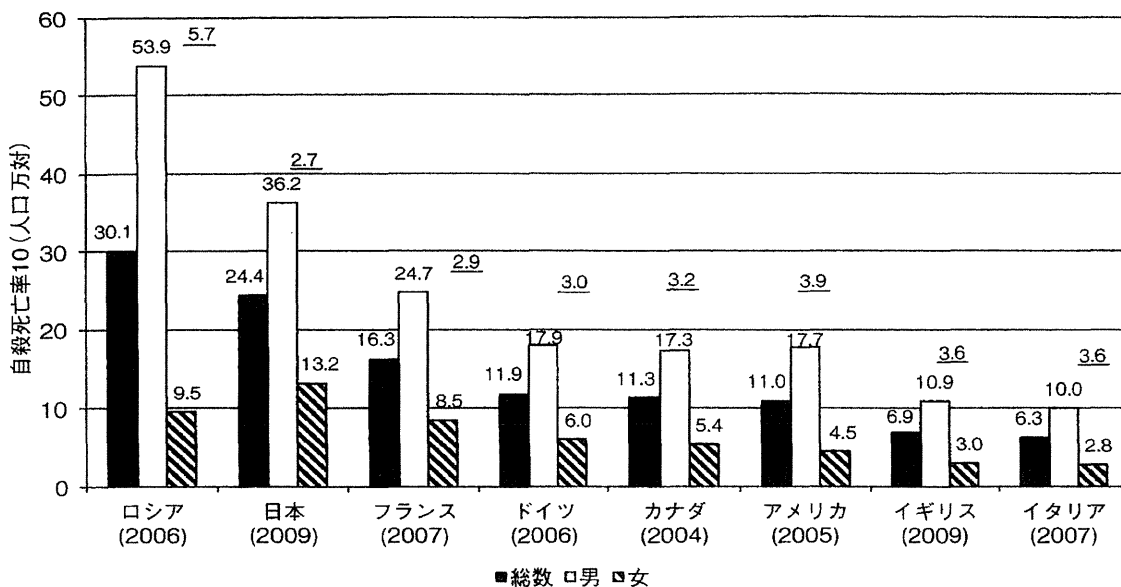


図1 G8参加国における自殺死亡率および率比(男性/女性)
 注) 図中の下線付きの数値は各国の女性の自殺死亡率に対する男性の死亡率の率比

中には、実際には自殺である事例もかなり含まれている可能性を示唆している。

4. 生活水準と自殺

このように、「自殺と文明」というテーマは実に多様な切り口からの考察が可能であり、かつそのいずれもが興味深い議論となりうるが、まとまりのない論考となることを避けるため、本稿では以下、文明を生活水準という観点から捉えた上で自殺との関連を論じることとする。

WHOに自殺死亡率を報告していない国々のほとんどは、アフリカ諸国などいわゆる発展途上国に分類される国々、すなわち生活水準という点では相対的に低い国々である。したがって、その国の自殺の実態についての国際機関への報告の有無という観点からは、発展途上国は先進国よりも総じて遅れていると言うことができる。しかしながら、自殺死亡率が報告されている国々に関し、死亡率の地域差がその国の生活水準のみで説明できるかと言えば、それは難しい。このことを端的に示す一例として、いわゆる主要

先進国としてのG8参加国における性別の自殺死亡率および率比(男性/女性)を図1に示した。図1の自殺死亡率は、2013年3月時点でWHOが公表している各国の最新の死亡率である¹⁸⁾。

図1からうかがえるように、男女込みで見た場合、G8参加国で最も高いロシアの自殺死亡率は、最も低いイタリアの約5倍となっている。また、各国とも男性の自殺死亡率が女性のそれを大きく上回っているが、率比で見ると最も高いのはロシアの5.7、最も低いのはわが国の2.7と顕著な差が見られる。ロシアを除いたいわゆるG7で見た場合でも、G7で最も高いわが国の自殺死亡率は、アメリカ、カナダ、ドイツの2倍以上、イギリス、イタリアの3.5~4倍近くに上っており、生活水準という観点では同程度とみなされる国々の間であっても、自殺死亡率には大きな相違がみられる。

5. 環太平洋地域先進5カ国間の自殺死亡率の比較

同様に、自殺死亡率の地域差をその国の生活

表 1 年齢階級別に見た、離別女性に対する離別男性の自殺死亡率の率比(離別男性/離別女性)およびその95%信頼区間

	豪州ヴィクトリア州 (2006)	香港 (2006)	台湾 (2006)	韓国 (2005)	日本 (2005)
15-24 歳	—	—	2.2 (0.7 - 7.1)	-	3.3 (1.7 - 6.5)
25-39 歳	8.2 (1.0 - 70.1)	1.8 (0.8 - 4.4)	2.6 (2.0 - 3.4)	1.6 (1.3 - 2.1)	4.1 (3.6 - 4.8)
40-59 歳	1.7 (0.9 - 3.3)	2.5 (1.5 - 4.3)	2.8 (2.3 - 3.4)	4.0 (3.3 - 4.7)	6.8 (6.1 - 7.5)
60 歳以上	3.8 (1.0 - 14.0)	2.5 (0.9 - 7.1)	2.8 (1.6 - 5.0)	3.6 (2.5 - 5.1)	5.6 (4.9 - 6.5)

文献 20) より改編

水準のみで説明することが難しいことの一例として、ここで筆者らを含む5地域(香港, 台湾, 韓国, 豪州ヴィクトリア州, 日本)の研究者からなる研究グループが実施した, 疫学研究²⁰⁾について紹介したい。

先行研究では, 離別が自殺の危険因子の1つであることが指摘されている^{3,19)}。そこで, われわれは, 離別が自殺死亡に及ぼす影響の地域差について明らかにするため, 地域別の年次・性・年齢階級・配偶関係別自殺死亡率の国際比較を行った²⁰⁾。この5地域は, 主な宗教などの文化的背景は異なるものの, 社会経済的(socio-economic)な観点からは, 概ね同等とみなせる地域である。

この5地域は, 「個人主義(individualism) - 集団主義(collectivism)」という観点からの文化的スペクトラム上に位置づけることができる。すなわち, オーストラリアはスペクトラムの個人主義側の末端に, 日本と韓国はスペクトラムの集団主義側の末端に, 香港と台湾はスペクトラムの両端の間に位置づけられる。わが国や韓国と同じく東アジア圏に属する台湾や香港がスペクトラムの両端の間に位置づけられるのは, 政治的・経済的にそれぞれ米国, 英国の影響を強く受けてきた歴史ゆえである。

研究方法としては, ICD-10の死因分類コードX60-X84に該当する死亡を自殺死亡と定義した上で, 5つの地域ごとに性・年齢階級・配偶関係別自殺死亡率を算出した。なおわが国の自殺死亡率の算出に際し, 自殺死亡については2005年の人口動態調査死亡票, 母集団人口について

は2005年度の国勢調査を用いた。

以下, 本稿では主要な結果を概説するが, 15~24歳階級では離別者の母集団人口および自殺死亡数ともに少ないため, 25歳以上についての結果に限定して紹介することとする。なお, 以下に紹介する率比については95%信頼区間(以下, 95% CIと略記する)を併記している。

まず, 5つの地域に共通していたのは, 年齢階級を問わず男性の自殺死亡率が, 女性の死亡率を上回っていたこと, および性・年齢階級を問わず有配偶者と比較して離別者の死亡率が高かったことであった。その一方, 性・年齢階級を問わず, 離別者の死亡率は他の4地域と比較して豪州で顕著に低かった。

次に, 年齢階級別に, 離別女性に対する離別男性の自殺死亡率の率比(離別男性/離別女性)を見ると(表1), 台湾, 韓国および日本では25歳以上の全ての年齢階級で率比の信頼区間の下限が1.0を超えていた, すなわち, 離別男性は離別女性よりも自殺のリスクが有意に高かった。特に, 40~59歳階級では日本で6.8(95% CI: 6.1-7.5)と顕著に高く, 次いで韓国の4.0(95% CI: 3.3-4.7), 最も低いのは豪州の1.7(95% CI: 0.9-3.3)であった。すなわち, 日本および韓国の40~59歳の離別男性は, 同年齢層の離別女性と比較して自殺リスクが顕著に高かった。

さらには, 性・年齢階級別に, 有配偶者に対する離別者の自殺死亡率の率比(離別/有配偶)を見ると(表2), 東アジア地域の若年層, とりわけ日本および韓国の25~39歳の男性ではそれぞれ11.3(95% CI: 10.2-12.5), 10.8(95% CI:

表2 性・年齢階級別に見た、有配偶者に対する離別者の自殺死亡率の率比(離別/有配偶)およびその95%信頼区間

	豪州ビクトリア州 (2006)	香港 (2006)	台湾 (2006)	韓国 (2005)	日本 (2005)
男 15-24歳	—	—	12.3 (2.9 - 51.5)	—	10.6 (6.1 - 18.5)
25-39歳	2.5 (1.0 - 6.5)	7.5 (3.5 - 16.2)	5.9 (4.9 - 7.2)	10.8 (8.9 - 13.0)	11.3 (10.2 - 12.5)
40-59歳	2.0 (1.2 - 3.3)	5.8 (3.8 - 8.7)	5.0 (4.4 - 5.7)	5.2 (4.7 - 5.6)	5.9 (5.6 - 6.3)
60歳以上	3.6 (1.7 - 7.7)	2.6 (1.4 - 4.9)	2.6 (2.0 - 3.4)	2.9 (2.5 - 3.5)	4.7 (4.3 - 5.0)
女 15-24歳	—	—	9.9 (3.1 - 31.2)	13.1 (3.7 - 46.4)	6.7 (3.6 - 12.5)
25-39歳	1.7 (0.2 - 14.0)	4.3 (2.4 - 7.9)	6.0 (4.6 - 8.0)	8.0 (6.6 - 9.7)	7.0 (6.0 - 8.1)
40-59歳	4.3 (2.2 - 8.5)	4.8 (3.0 - 7.8)	4.1 (3.4 - 5.1)	3.5 (3.0 - 4.2)	3.2 (2.8 - 3.5)
60歳以上	1.7 (0.5 - 6.0)	1.3 (0.5 - 3.3)	1.7 (1.0 - 2.9)	2.9 (2.1 - 4.1)	2.0 (1.7 - 2.3)

文献20)より改編

8.9-13.0)と顕著に高く、同年齢層の豪州の男性と比較して4倍以上であった。また、日本および韓国の25～39歳の女性においても、それぞれ7.0(95%CI:6.0-8.1), 8.0(95%CI:6.6-9.7)と高かった。

以上の結果からは以下の点が示唆される。(1)離別女性と比較した場合の離別男性の自殺リスクは、日本および韓国の男性、とりわけ40～59歳の男性で高い、(2)有配偶者と比較した場合の離別者の自殺リスクは、男女を問わず東アジア地域の若年層、特に日本および韓国の25～39歳で高い。

このような地域差の背景として、日本および韓国では従来のような大家族が減少しつつある上、儒教の影響からか男らしさがより重視されるため、これらの社会における男性は配偶者が唯一のサポート資源や相談相手という場合が多く、配偶者に対する情緒的な依存状態が他の国より強いことが示唆されている。その結果、日本および韓国の男性、特に40～59歳の男性は女性よりも離別の影響を強く受けると考えられる。また、東アジア地域、特に日本および韓国の若年離別者の自殺リスクの高さについては、衝動性の強さ、ストレス対処スキルの低さ、薬物依存、長時間労働や失業率の高さ、および子育ての困難さなどが影響している可能性が考えられる。

発展途上国の多くが自殺死亡率を報告していない以上、生活水準の観点からの先進国と途上国の間の自殺の現況に相違が見られるか、生活水準の向上は自殺を抑止しうるか(あるいは、逆に促進しうるか)といった興味深い問いに結論を出すことは難しい。しかしながら、少なくとも生活水準が同程度の国々の間であっても、自殺死亡の実態には大きな相違がうかがえる。

その一方で、生活水準の高い経済的先進国に限らず、発展途上国も含めた世界的な傾向として、現在世界全体で若年層の自殺が増加傾向にある。わが国に関して言えば、人口動態統計における自殺死亡数は1998年に前年から8千人以上急増し3万人を超え、以後10年以上に渡って3万人前後で推移し続けているが⁹⁾、急増初期と比較して近年は55～64歳の男性の死亡率に低下傾向がみられる一方、44歳以下の男性の死亡率は上昇傾向にあるといった変化がうかがえる。このような背景から、政府が推進すべき自殺対策の指針である「自殺総合対策大綱」は2012年8月に見直しが行われ、新大綱では児童生徒も含めた若年層の自殺対策の必要性・重要性が強調されている¹⁰⁾。

若年層、特に若年男性の自殺死亡率に増加傾向がうかがえるのは、わが国に限らず、またわが国を含めた生活水準の高い経済的先進国に限らず、発展途上国も含めた世界的な傾向である¹⁷⁾。

本稿の前半で触れたインターネットの普及、特に長時間に渡るインターネットの使用は、若年層における自殺関連行動の増加の背景要因の1つであると推察される⁷⁾。

おわりに

文明の進展は、自殺というおそらく人類の有史以来存在してきたであろう、死のあり方に対し、様々な側面から影響を及ぼしてきた。その影響の範囲は、本稿の前半で触れた自殺手段はもとより、自殺に対する認識そのものにまで至るであろう。「野蛮」の対義語である文明が進んだ近代社会では、自殺は世界規模での公衆衛生的課題と捉えられ、自殺予防が声高に叫ばれると同時に、安楽死や医師の幫助を受けての自殺 (physician-assisted suicide)^{16,16)} など、自殺とも関連が深い死のあり方に関する新たな議論もなされている。文明と自殺というテーマは、自殺という問題に関わる者に対して、根源的な問いを投げかけていると言える。

文献

- 1) Emanuel EJ: Euthanasia and physician-assisted suicide: A review of the empirical data from the United States. *Arch Intern Med* 162: 142-152, 2002.
- 2) Hinduja S, Patchin JW: Bullying, Cyberbullying, and Suicide. *Arch Suicide Res* 14: 206-221, 2010.
- 3) Kposowa AJ: Marital status and suicide in the National Longitudinal Mortality Study. *J Epidemiol Community Health* 54: 254-261, 2000.
- 4) Lewis SP, Heath NL, St Denis JM, et al: The Scope of Nonsuicidal Self-Injury on YouTube. *Pediatr* 127: E552-E557, 2011.
- 5) Luxton DD, June JD, Fairall JM: Social media and suicide: A public health perspective. *Am J Public Health* 102 Suppl 2: s195-200, 2012.
- 6) Meier DE, Emmons CA, Wallenstein S, et al: A national survey of physician-assisted suicide and euthanasia in the United States. *N Engl J Med* 338: 1193-1201, 1998.
- 7) Messias E, Castro J, Saini A, et al: Sadness, Suicide, and Their Association with Video Game and Internet Overuse among Teens: Results from the Youth Risk Behavior Survey 2007 and 2009. *Suicide Life Threat Behav* 41: 307-315, 2011.
- 8) Morii D, Yasusuke M, Nakamae N, et al: Japanese experience of hydrogen sulfide: the suicide craze in 2008. *J Occup Med Toxicol* 5: 28, 2011.
- 9) 内閣府:自殺対策白書 平成24年版, 内閣府, 東京, 2012.
- 10) 内閣府:自殺対策. <http://www8.cao.go.jp/jisat-sutaisaku/index.html>, 2013.
- 11) Naito A: Internet suicide in Japan: implications for child and adolescent mental health. *Clin Child Psychol Psychiatry* 12: 583-597, 2007.
- 12) 新村出 (編): 広辞苑, 第4版, 岩波書店, 東京, 1991.
- 13) Pritchard C, Amanullah S: An analysis of suicide and undetermined deaths in 17 predominantly Islamic countries contrasted with the UK. *Psychol Med* 37: 421-430, 2007.
- 14) Pritchard C, Hean S: Suicide and undetermined deaths among youths and young adults in Latin America. Comparison with the 10 major developed countries: A source of hidden suicides? *Crisis*. 29: 145-153, 2008.
- 15) Rajagopal S: Suicide pacts and the internet-Complete strangers may make cyberspace pacts. *BMJ* 329: 1298-1299, 2004.
- 16) van der Heide A, Onwuteaka-Philipsen BD, Rurup ML, et al: End-of-life practices in the Netherlands under The Euthanasia Act. *N Engl J Med* 356: 1957-1965, 2007.
- 17) Wasserman D, Cheng Q, Jiang G: Global suicide rates among young people aged 15-19. *World Psychiatry*. 4: 114-120, 2005.
- 18) World Health Organization: Suicide prevention (SUPRE). http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/, 2013.
- 19) Yamauchi T, Fujita T, Tachimori H, et al: Age-adjusted relative suicide risk by marital and employment status over the past 25 years in Japan. *J Public Health* 35: 49-56, 2013.
- 20) Yip PSF, Chen YY, Yousuf S, et al: Towards a reassessment of the role of divorce in suicide outcomes: Evidence from five pacific rim populations. *Soc Sci Med* 75: 358-366, 2012.

心の痛みと身体へのケアの心理と病理 Vol.7

自傷とケア

——“故意に自分の健康を害する”症候群

松本俊彦／まつもととしひこ

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

自傷ほど多くの誤解と偏見に曝されている行動もない。医療関係者のなかにはリストカットなどの自傷を、“誰かの気を惹くために”行われる、一種のアピール的な行動と思いついでいる者が少なくないが、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のである。エビデンスが示しているのはつぎの二点である。ひとつは自傷行為の96%はひとりきりの状況で行われ、だれにも告白されないということであり¹⁾、もうひとつは自傷を繰り返す者の大半は怒りや絶望感といった感情的苦痛を緩和することを意図している^{1,2)}、ということである。このことは、自傷を繰り返す者は、周囲へのアピールどころか、むしろそれとはまったく反対に、だれかに助けを求めたり相談したりせず、孤独に苦痛を解決しようとしていることを意味する。

本稿では自傷患者に適切なケアを提供するうえで欠かせない、“自傷理解の基本”について私見を述べたいと思う。

自傷：“身体の痛み”を用いた “心の痛み”の鎮痛法

自傷には“心の痛み”に対する“鎮痛薬”としての機能がある³⁾。興味深い研究がある。自傷を繰り返す者では、自傷直後に脳内における内因性オピオイドの分泌が急激に高まることを明らかにした研究である⁴⁾。このことは自傷が感情的苦痛を変容させている可能性を示唆する。その意味では自傷患者がしばしば語る、“切るとホッとする、気分がスッキリとする”という安堵感や解放感の言葉は実に的確な表現といえよう。

自傷にはまた、苦痛を伴う記憶や感情的苦痛から意識を逸らし、それらを封印する機能がある²⁾。ある自傷患者は自傷についてつぎのように語っ

た。「心の痛みを身体の痛み置き換えているんです。心の痛みは意味不明で怖いけど、身体の痛みならば、“あ、ここに傷があるから痛くて当然なんだ”って納得できるんです。」この言葉は自傷が理解不能な“痛み”を理解可能な“痛み”に置き換えるプロセスになっていることを示唆している。また、別の自傷患者は、“自傷するようになってから、すごく悲しいときにも涙が出なくなった”と語った。おそらく悲しい出来事を“悲しい”と体験しそうになるとほとんど無意識的に自傷し、その感情を封印しているのであろう。その意味では彼らが切っているのは皮膚だけではない。彼らは皮膚を“切る”のと同時に、苦痛を伴う記憶や感情的苦痛を意識のなかで“切り離し”しているのかもしれない。

“心の痛み”と“身体の痛み”との関係は不思議である。著者らの調査では、自傷の際に身体的疼痛を感じない者ほど、“自分が生きるためには自傷が必要”と確信している一方で⁵⁾、深刻な自殺念慮に苛まれていることがわかっている⁶⁾。すべての自傷がトラウマと関係しているわけではないが、“痛みを感じない自傷”を繰り返す者の多くがさまざまなトラウマ体験をもち、その結果、現在においても日常的に高度な解離傾向が続いており、それが疼痛知覚の低下に無視できない影響を与えているのであろう。いいかえれば、“心の痛み”が深刻なものほど“身体の痛み”に鈍いのである。

ケアしないこともまた自傷

ここまで述べてきたように、自傷には“心の痛みの鎮痛”という肯定的な側面がある。しかし、それでは著者らはその行為を全面的に肯定してよいのかといえ、やはりそうとはいえない。そのもっとも主要な理由はリストカットや過量服薬などの自傷に及んだ者のうち、自傷による身体損傷の治療のために医療機関を訪れる者がきわめて少ない、という点にある¹⁾。

自傷した者の多くが医療機関に受診しないのは、けっして自傷による身体損傷が軽症だからではない。実は自傷後に医療機関を受診した群と受診しなかった群との間には、自傷による身体損傷の

医学的重症度に差がないことがわかっている¹⁾。むしろ両群の違いは身体面ではなく精神面にある。非受診群のほうが受診群に比べてうつ症状が重篤な者、“どうなってもかまわない”という自暴自棄的な者、日頃から漠然とした自殺念慮を抱いている者が多いのである。このことは自傷後に傷の手当てを求める者のほうが精神状態はまだしも良好であり、“自分を大切にしよう”という“反自傷的”な姿勢があることを示している。

要するに、自傷とは単に自分を傷つける行為だけをさすのではなく、自傷後に自らのケアしないことも含めた行為を指しているのである。

“Respond medically, not emotionally”

ここから医療機関における自傷患者への対応の原則がみえてくる。つまり自傷による傷の手当てを求めて医療機関を訪れるのは、“たしかに自分を傷つけてしまったけれど、それでも自分を大切にしたい”という気持ちの現れであり、すくなくとも最悪な事態ではない。したがって、その点については、“よく来たね”といった肯定的な評価を伝え、反自傷的な行動を強化する必要がある。なお、こうした自傷患者の多くは、医療機関受診時、一見するとケロツとした深刻味のない態度をしているが、そうした態度に苛立ちを感じ、つい意地悪な気持ちになってしまわないようにしたい。自傷患者が深刻味のない態度をしているのは自傷によって“心の痛み”を鎮痛した直後だからであり、自傷前の態度はそれとはまったく別であったことに注意する必要がある。

それから、グロテスクな自傷創を前にして驚いたり怖がったり怒ったり叱責したり拒絶的な態度をとったり過度に同情したり悲しげな顔をしたり、あるいはわざとらしくみて見ぬふりをしたり……といった反応はいずれもすべきではない。こうした反応はすべて自傷を強化し、二次的にアピル的な意図をもつ行為へと変容させる危険性がある。もっとも不適切な強化が少ない反応は、冷静な外科医のような態度である。穏やかかつ冷静な態度で傷の観察をし、必要な手当てを粛々と丁寧にこなす。そして、その後で、“この人がこのように自らを傷つける背景にはどのような困難な

問題があるのか”と冷静に推測をめぐらせる……そのような態度こそが望ましい。曰く、“Respond medically, not emotionally(感情的に反応するな、医学的に反応せよ)”である²⁾。

“故意に自分の健康を害する”症候群

実は自傷を繰り返す若者の多くが、早くから飲酒・喫煙を経験しており、薬物乱用者との交遊や誘惑を受けるなど、薬物乱用の高いリスクも抱えている。また、拒食や過食、自己誘発嘔吐といった摂食障害的な行動を併せもつ人も少なくない。いずれも、1回の行動だけで深刻な健康被害をもたらすものではないが、繰り返されることによりその弊害が身体に蓄積し、健康を害する危険があるという点で共通している。

自傷をする若者に広くみられる、この“故意に健康を害する”行動はこれだけにはとどまらない。著者の臨床経験をふりかえると、女性の自傷患者のなかには、援助交際などの不特定多数との性交渉、あるいは避妊しない性交渉といった、性的危険行動を繰り返す者が少なくない。たしかにこうした行動によってただちに健康が害されるわけではないが、性感染症への罹患、あるいは望まない妊娠による学業や職業的キャリアの中断、さらにはより深刻な犯罪に巻き込まれる危険がある。その意味ではこうした性的危険行動も広義の自傷ととらえることができる。

要するに、自傷患者は生き方全体が“自傷的”であり、生活のさまざまな局面で“自分を大切にできない”のである。著者はそのような問題を抱える若者たちを一括して“故意に自分の健康を害する”症候群とよんできたが³⁾、最近の実証的研究⁷⁾は、こうした“自傷的”行動の数が増えれば増えるほど、その若者の近い将来における自殺リスクは等比級数的に高くなることを明らかにしている。その意味では“故意に自分の健康を害する”症候群に含まれるさまざまな問題行動は、いずれも若者の自殺対策における重要なターゲットたりえるであろう。

おわりに

自傷をはじめとする、さまざまな“故意に自分

の健康を害する”行動は、医療関係者をイライラさせる、何とも厄介な問題である。しかし、だからといって、こうした行動を頭ごなしに否定することは、若者が現在抱えている苦痛を緩和することにも将来の自殺予防にもまったく貢献しない。なにしろ、これらの行動は一時的には“心の痛み”を“鎮痛”し、すくなくともその瞬間、死なずに生き延びるのに役立っている可能性があるのだから。

医療関係者が心得ておくべきなのはこういうことである。自傷患者の多方向に及ぶ自傷的な生き方のなかでもっとも“自傷的”な行動とはけっしてリストカットでも薬物乱用でも摂食障害でも危険な性行動でもなく、“悩みや苦痛を抱えたときに、だれにも相談しないこと、人に援助を求めないこと”なのである³⁾。したがって私たち医療関係者は、まずは受診をねぎらうところから患者との対話をはじめめるべきであろう。

文献

1) Hawton, K. et al.: By Their Own Young Hand :

Deliberate Self-harm and Suicidal Ideas in Adolescents. Jessica Kingsley Publisher, London, 2006.(松本俊彦・河西千秋(監訳), K. ホートン・他(著): 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, 2008)
2) 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)
3) 松本俊彦: 自傷行為の理解と援助. 日本評論社, 2009.
4) Coid, J. et al.: Raised plasma metenkephalin in patients who habitually mutilate themselves. *Lancet*, **2**: 545-546, 1983.
5) 松本俊彦, 山口亜希子: 自傷行為の嗜癖性について—自記式質問票による自傷行為に関する調査. *精神科治療学*, **20**: 931-939, 2005.
6) Matsumoto, T. et al.: Analgesia during self cutting: clinical implications and the association with suicidal ideation. *Psychiat. Clin. Neurosci.*, **62**: 355-358, 2008.
7) Miller, T. R. and Taylor, D. M.: Adolescent suicidality: Who will ideate, who will act? *Suicide Life-Threatening Behavior*, **35**: 425-435, 2005.

* * *

次号の特集予告(247巻12・13号)**

◆花粉症——研究と治療の進展

(企画: 岡本美孝/千葉大学大学院医学研究院・耳鼻咽喉科)

花粉症患者はいぜんとして増加していると考えられているが、花粉症の疫学調査自体は非常に限られている。診断には詳細な問診と、すくなくとも特異的 IgE 抗体検査といったアレルギー検査が必要であるが、コストの面や同意を得る必要があることから、精度の高い疫学調査は容易ではない。2008 年に質問票による全国の耳鼻咽喉科医およびその家族を対象にした有病率の調査が実施され、スギ花粉症 26.5%、スギ花粉以外による花粉症が 15.4%と報告されている。調査集団の偏り解析手順も含めて population study には該当しないが、診断精度は高いものと考えられている。本特集では、花粉症のここ数年の研究と治療の進展について、最新の情報を各エキスパートの先生方に概説いただく。

自分の体を 傷つける

—自傷行為

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
まつもと としひこ 松本俊彦

はじめに

自傷は主に中学校以降の年代で多く見られる問題である。実際、リストカットのような「切る」タイプの自傷は一二〜二三歳に初発することが多い。しかし、小学校高学年くらいになると、自傷はまれとはいえない。また、「コンパスやシャープペンシルで皮膚を突

き刺す、引っ搔く」といったタイプに限れば、小学生でもまれではない。

本稿では、小学生を支えるすべての大人が持つておくべき、自傷の理解と対応のポイントを概説したい。

自傷の定義と種類

自傷とは、故意に自らの身体に対して「切る」「突き刺す」「殴る」「やけどさせる」などの軽度の損傷を負わせる行為を指す。「爪を噛む」「治りかけの瘡蓋をはがす」「髪の毛を抜く」も含める場合もあり、定義の辺縁は曖昧である。

自傷のなかで最も典型的なものは、リストカットに代表される「鋭利なもので自らの手足を切る」というタイプである。井筒らの調査(1)によれば、男子中学生の八・〇%、女子中学生の九・三%が、これまでに少なくとも一回は「切る」タイプの自傷をした経験があるという。また、あまり自傷として認識されていないが、「硬いものに身体の一部をぶつける」とか「硬い壁や家具を殴る」といったタイプの自傷については、男子中学生の二七・七%、女子中学生の二二・二%に

その経験が認められることがわかっている。

自傷の目的

自傷の多くは、怒りや不安、恐怖、緊張、あるいは恥辱感といったつらい感情（＝心の痛み）の緩和を目的として行われる。自傷を繰り返す者はしばしば、「切るとスーッとして気持ち楽になる」などと述べる。習慣的に自傷を繰り返している者では自傷直後には脳内における内因性オピオイド（脳内に存在するモルヒネ様鎮痛物質）の分泌が亢進しており、このことは、自傷がもたらす、「気持ち楽になる」「安堵する」という感覚の原因とする説がある。

なかには、「心の痛みは怖い。だから、体に傷をつけて、『痛いのはここなんだ』って言い聞かせている」という患者もいる。筆者の経験では、こうした患者の多くが幼少時期に虐待などの深刻な心的外傷を抱えながらも、本人自身はその外傷的な記憶を生活史記憶から除外し、出来事自体を否認することで、かろうじて現在の社会適応を維持している。しかし、何かのきっかけでその封印されている記憶の「蓋」が開きか

ける。そのとき本人が体験するのは、「意味不明な恐怖感、説明もコントロールもできない心の痛み」である。そこで、「心の痛み」から意識をそらすために、「体の痛み」という、「自分で説明でき、コントロールもできる痛み」を用いているのかもしれない。

いずれにしても、自傷が持つ「心の痛みの緩和」という効果は、それ自体が一種の報酬として機能するため、「依存症」のように繰り返して行われる傾向がある。

孤独な苦痛の緩和法

多くの援助者が、「一種のアピール行為」「誰かの真似」と思い込んでいるが、これは間違った理解である。実際には、自傷の多くは人目を避けて行われ、周囲には告白されない。それどころか、本人はその行為を恥じてさえいる。

手に負えない心の痛みがあるならば、本来、周囲に助けを求めたり、大人に相談したりするのが建設的な解決方法である。しかし、彼らはそれをしないわけである。おそらく相談するに値する信頼できる大人が身近にいないか、「自分のように価値のない人間のため

に周囲の手を煩わせてはいけない」と思い込んでいるか、さもなければ、相談した結果、「何の助けも得られなかった」という体験をするなかで、助けを求めることに絶望しているかであろう。その結果、彼らは、誰の助けも借りずに苦痛を和らげようと自傷におよぶのである。その意味では、自傷は本質的に孤独な苦痛の緩和法であり、そのような選択肢を採用する彼らは、本質的に援助希求能力の乏しい人たちである。

自傷の問題点

「自傷に頼って日々をやり過ごすこと」には看過できない問題が二つある。一つは、自傷は現在抱えている苦痛を一時的に緩和するのには有効だが、背景にある現実的困難に対する根本的解決にはほど遠く、それどころか長期的には本人が抱える現実的困難は深刻さ、複雑さを増し、かえって本人を追い詰めてしまうというものである。

もう一つは、薬物依存症と同じように体の痛み慣れ(耐性)を生じ、心の痛みを抑えるのにより多くの自傷が必要となり、結果的に自傷の頻度や部位、ある

いは傷の深さや自傷の手段・方法は次第にエスカレートしていつてしまうということである。しかも、本人を取り巻く現実的困難は解決するどころか、時間経過を追って深刻化しているのが通常であるために、いつしか、「切ってもつらいし、切らなきゃなおつらい」という状態に陥ってしまう。これまで、「人は必ず裏切るが、自傷は決して自分を裏切らない」と信じ、頼ってきた自傷に、「裏切られる」という事態である。

多くの場合、自傷が周囲の大人に発見されるのはこの段階である。衣服で隠れない場所を傷つけて親や教師、級友に傷を発見される、あるいは、深く切りすぎた結果なかなか止血されず、血液がついた衣服を家族に気づかれるわけである。こうした事態はその子どもが専門的支援につながる好機でもあるが、その一方で、周囲の不適切な反応によって強化され、アピールの要素を帯びた自傷へと変質したかたちでエスカレートしていく危険もある。また、自傷場面を目撃した子どももなかで、一種の「自傷の伝染」を引き起こす可能性もあろう。

そのようなエスカレートしていくプロセスのなかで注意しなければならないのは、自傷が持つ「心の痛

み」に対する鎮痛効果が消失する段階である。この段階では、これまで「つらい瞬間を生き延びる」ために自傷していた者が「死ぬこと」を目的として自らの体を傷つけることがある。その際、ふだん自傷に用いている方法とは異なる方法（多くは市販薬の過量服薬、しかし一部では飛び降りや縊首などの致死性の高い手段・方法のこともある）を用いるのが特徴である。

なお、自傷は「自殺以外の意図から行われる」という点では自殺とは峻別されるべきであるが、一〇代における自傷経験は、一〇年以内における自殺死亡のリスクを数百倍にまで高めるのも事実であり、自殺の危険因子として認識する必要がある。

対応のポイント

自傷を発見したり、あるいは、子どもの方から自傷の告白を受けた際には、頭ごなしの叱責をするなど、罪悪感や恥の感情が刺激されるような対応をしてはならない。自傷を繰り返す子どもの多くが自らの行為に恥の感情を抱いており、さらに罪悪感や恥の感情を上乘せするのは、かえって自傷に対する衝動を高めるだ

けである。

また、確かに生々しい自傷創は人を感情的にさせるが、過度に優しくなったり、激しく驚いたり、あるいは、見て見ぬふりをするべきではない。というの、これらはいずれもインパクトの強い反応であり、自傷を強化してしまう可能性がある。最も強化が少ないのは、冷静な対応である。具体的には、傷を冷静に観察し、必要な処置を粛々と行い、「このような行動の背景にはどのような現実的困難があるのか」を考えると、このように感情的に反応するな、医学的に反応せよ」が原則である。

さらに、援助の最初から自傷を禁止したり、「もう自傷はしない」という約束を強要したりするのも好ましくない。なぜなら、いまのところは他に「心の痛み」を緩和する方法がないからこそ自傷をしているわけであり、自傷に代わる対処法の獲得は今後専門的治療のなかですべきことである。もしもいきなり禁止されれば、本人からすれば、「できないこと」を強要されたこととなり、援助関係が中断されてしまいかねない。

最も重要なのは、「見える傷の背後には必ず見えな

い傷が存在する」ということをつねに念頭に置くことである。自傷の背後には、しばしば虐待やいじめ被害などの直接的な暴力被害、あるいは、家庭内で繰り返される暴力場面の目撃などの間接的な暴力被害が存在している。

本人たちは自傷によって「皮膚を切る」のと一緒に、「つらい出来事の記憶」「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」にしているために、背後にある問題をなかなか語ることはできない。しかしそれでも、「何かあるのだろう」という態度で向き合う姿勢が大切であり、もしも問題が明らかになかった場合には、その問題に対する介入や、関連機関と連携したソーシャルワークを躊躇すべきではない。

なお、自傷を繰り返す子どもの中には、教師に対して、自傷を告白する際、「親には内緒にしてください」と念を押してくる者がいるが、以下の二つの理由から、これに応じるべきではない。

一つは、たとえいかに問題の多い親であっても、「親には子どもの自傷について知る権利がある」からである。すでに述べたように、自傷は自殺とは異なるものの、自殺の危険因子である。援助の過程で自殺企図におよび、場合によっては既遂に至ってしまう可能性は十分にある。そうなったときに、子どもの自傷を知らながらそれを親に伝えなかった教師の責任は大きい。

もう一つは、「親に内緒にしてください」と子ども

臨床心理学の実践 アセスメント・支援・研究

■八尋華那雄 監修／高瀬由嗣・明翫光宜 編

初心者からベテランまで、心理臨床家の知識と技術を磨く面接、ロールシャッハ・テスト、SCT、描画法など各種アセスメント、自閉症スペクトラム、いじめ問題への介入など、さまざまな支援の実際と研究の最前線！



■A5判・364頁

■定価 本体 3,800円＋税

主な内容

第I部 臨床心理アセスメント
面接によるアセスメント／MMPI (ミネソタ多面人格目録)／ロールシャッハ・テスト／TAT (主題統覚検査)／SCT (文章完成法)／描画法の基礎／描画法の実際／産業領域における心理アセスメントの活用

第II部 臨床心理学的支援
心理臨床場面における投映法／自閉症スペクトラム障害の感情のコントロールレーニング／いじめを予防する心理教育“サクセスフル・セルフ”／NPO領域での臨床心理学的支援

第III部 臨床心理学領域の研究・教育
心理尺度作成の研究／質的研究／心理臨床家の訓練と教育

 金子書房

がいう場合に限って、「親に問題がある」ないしは「親も含めた家族全体を支援する」必要があることが多い。実は、子どもの側も、「親にいわないでほしいが、いつてほしい」という矛盾した思いを抱えていることが少なくない。

子どもが恐れているのは、親が「自傷をした」という事実を知ること自体ではなく、その事実を知った親がとる反応である。子どもが恐れる親の反応とは、頭ごなしの叱責、親が過度に自責する、あるいは、「誰かの真似」「関心を引こうとしただけ」と事態を矮小化するなどである。子どもが何を恐れているのかを確認したうえで、その恐れを解消する説明があれば、子どもは親に伝えることに抵抗しないであろう。

おわりに

最後に、自傷する子どもを支援する際に最も大切な心構えについて述べておきたい。それは、一人で抱えずに、学校内の様々な資源（養護教諭やスクールカウンセラー、管理職）と情報共有を進めながらチームとして対応すること、さらには、地域保健機関（保健所

や精神保健福祉センター）との連携や支援を求めることを躊躇しない姿勢である。地域保健機関のメリットは、子どもだけでなく、家族全体にかかわることができ、必要に応じて訪問などのアウトリーチも可能であるという点にある。何よりも、学校を卒業した後も継続して本人や家族にかわり続けることができる。いかにいえば、援助希求能力の乏しい子どもの支援では、大人はむしろその反対に、自らの援助希求能力を最大限に活用すべきなのである。

〔文献〕

- (1) Izutsu, T., Shimotsu, S., Matsumoto, T., Okada, T., Kikuchi, A., Kojimoto, M., Noguchi, H., Yoshikawa, K. (2006) Deliberate self-harm and childhood hyperactivity in junior high school students. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 14 (3), 1-5.

Author Queries

Journal: PAX (Palliative and Supportive Care)

Manuscript: S147895151300031Xjra

- Q1 The distinction between surnames can be ambiguous, therefore to ensure accurate tagging for indexing purposes online (eg for PubMed entries), please check that the highlighted surnames have been correctly identified, that all names are in the correct order and spelt correctly.