

Identification of Psychotropic Drugs Attributed to Fatal Overdose—A Case-control Study by Data from the Tokyo Medical Examiner's Office and Prescriptions

Wakako HIKIJI¹⁾, Yasuyuki OKUMURA²⁾, Toshihiko MATSUMOTO³⁾, Takanobu TANIFUJI⁴⁾,
Hideto SUZUKI¹⁾, Tadashi TAKESHIMA³⁾, Tatsushige FUKUNAGA¹⁾

1) *Tokyo Medical Examiner's Office*

2) *Institute for Health Economics and Policy, Association for Health Economics Research and
Social Insurance and Welfare*

3) *National Center of Neurology and Psychology*

4) *Tokyo Medical Examiner's Office*

Drug overdose is a serious public health issue and fatal cases have been reported from various fields of medicine. This case-control analysis assessed the comparison between fatal overdose cases in the special wards of Tokyo Metropolitan area and prescribed psychotropic drugs in Tokyo in 2009-2010. It was suggested that the prescribed drugs serve as a direct cause of death in overdose cases. Furthermore, pentobarbital calcium, chlorpromazine-promethazine-phenobarbital, levomepromazine and flunitrazepam were identified as drugs with a high risk of fatal overdose. It is encouraged to prudently verify the intended application and usage of such psychotropic drugs in each case upon their prescription. This is the first study in Japan to identify psychotropic drugs with a high risk of fatal overdose by case-control study.

<Authors' abstract>

<**Keywords** : drug poisoning, barbiturates, hypnotic, suicide, overdose>

自殺念慮のアセスメント

—CASEアプローチ—

松本 俊彦*

抄録：自殺に関する実証的研究により、すでに多数の自殺の危険因子が同定されており、そのような危険因子に基づいた自殺のリスクアセスメント・ツールも存在する。しかし実際の臨床では、こうしたリスクアセスメント・ツールは聞き漏らしがないためのチェックリストとして有用であるものの、近い将来における自殺行動の予測には必ずしも有用とはいえない。むしろ切迫した自殺の危険を予測する際に最も必要なのは、患者がいま現在自殺念慮や自殺の計画を持っているのかどうかを同定することである。しかし、自殺念慮の評価は容易ではなく、患者がより強固に自殺を決意していればいるほど、その評価には様々な工夫や技法が必要となる。本稿では、自殺念慮の評価に際しての着眼点・注意点を整理するとともに、Sheaの「CASE approach」に基づく自殺念慮の評価技法を紹介する。

精神科治療学 30(3) ; 325-332, 2015

Key words : CASE approach, risk assessment, suicide ideation, suicide risk

I. はじめに

かねてより海外の実証的研究^{2,3)}では、自殺の危険因子と呼ばれるものが多数同定されてきた。それらの変数は、うつ病やアルコール乱用・依存などの精神障害はもとより、自殺企図歴、家族内葛藤、経済的困難、身体疾患の存在、自殺した近親者の存在、社会的孤立など、その変数が指示する領域は実に広範である。

こうした危険因子に関する知見は、実際の臨床場面において自殺のリスクアセスメントにも活用されている。なかでも有名なのは、「SAD PERSONS scale」⁹⁾(表1)である。これは、様々な疫学的研究で同定された自殺の危険因子に基づいた10項目からなるリスクアセスメント・ツールであり、7項目以上に該当する場合には、非常に自殺リスクが高く、精神科入院の絶対的適応とされている。

しかし実際の臨床場面では、こうした自殺のリスクアセスメント・ツールが必ずしも有用とは限らない。最近の系統的レビュー¹⁰⁾は、SAD PERSONS scaleが持つ、将来における自殺行動の予測能力について否定的な結論を出している。これはさもありなんという気がする。たしかに、実際の臨床場面では、いわゆる自殺の危険因子と呼ばれるものがほとんど見当たらない患者が唐突に自殺する一方で、多数の自殺の危険因子を持つ患者

Assessment of suicide ideation : The CASE approach.

*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薬物依存研究部/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〕

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

表1 The SAD PERSONS scale (文献8より引用、
筆者訳)

・ Sex : 性別, 男性であること
・ Age : 高齢者, もしくは思春期年代であること
・ Depression : うつ病の存在
・ Previous attempt : 自殺企図の既往
・ Ethanol : アルコール乱用の存在
・ Rational thinking loss : 合理的な思考の障害 (精神病 症状や極度の心理的視野狭窄)
・ Social support deficit : 社会的支援の欠如
・ Organized plan : 具体的な自殺の計画
・ No spouse : 配偶者がいない
・ Sickness : 身体疾患に罹患していること

か、さしあたって自殺とは縁のない生活をしている、といったことは決して稀なことではない。結局のところ自殺の危険因子とは、集団における確率を論じたものであって、目の前にいる個人の将来を占うためのものではない。

それでは、われわれは何に注目して近い将来における自殺を予測したらよいのだろうか？自殺のリスクアセスメント技法「CASE approach」で知られる精神科医 Shea⁹⁾はいう。「それは自殺の考えであり、計画である」と。たしかにその通りである。行動に至るまで時間的猶予は様々だが、自殺の考えなくして自殺行動は生じない(自殺を意図しない自殺行動は、自殺ではなく事故と呼ぶべきである)。そこで本稿では、自殺念慮のアセスメントに際して注意点を、Sheaの主張や技法を紹介しながら整理したい。

II. 自殺予防における自殺念慮を持つ 臨床的意義

1. 危険因子としての自殺念慮

Kesslerらの大規模疫学調査⁵⁾は、自殺念慮を抱いた者の34%は具体的な自殺の計画を立てており、自殺の計画を立てた者の72%は実際に自殺企図に及んでいたことを明らかにされている。つまり、自殺念慮を抱いたことのある者の24.5%が実際に自殺企図に及んだ経験があったことになる。このことは、自殺念慮の存在が近い将来の自殺を予測する重要な危険因子であることを示してい

る。

また、同じ研究⁵⁾によれば、衝動的に自殺企図に及んだ者の90%、あるいは、計画的な自殺企図に及んだ者の69%が、自殺念慮を抱いてから1年以内にこれらの行為に及んでいたという。このことは、自殺念慮のアセスメントにあたっては、その強度と持続性、ならびに計画性・準備性をアセスメントする必要があることも示している。

自殺念慮が自殺を予測する強力な危険因子なのは事実だとしても、実際の臨床場面では、しばしばそのことと矛盾して見える事態に遭遇する。たとえば、診察のたびに執拗に自殺念慮を訴えながら、結局自殺に及ぶこともないまま、何年間も外来通院を継続している患者がいる一方で、自殺念慮をひと言も漏らさないまま、青天の霹靂のように自殺既遂に至る患者がいる。結果だけみると、前者は後者よりも自殺リスクが低いように感じられるかもしれない。

おそらくこうした現象の説明は次のようになるだろう。前者の患者の場合には、訴えることで治療者が患者の自殺念慮に気づき、注意して関わり続けた結果、それこそ「首の皮一枚」で死なずに済んでおり、決して自殺リスクが低いわけではない。一方、後者の場合は、決して自殺念慮がなかったわけではなく、語らなかつたために、治療者がそれに気づくことができなかつたのである。その意味では、自殺リスクのアセスメントにおいては、語られない自殺念慮を見出すことが重要であるといえるであろう。

2. 自殺念慮について質問することの意義

語られない自殺念慮をアセスメントする方法は1つしかない。それは直接本人に尋ねることである。しかし、多くの治療者にとって自殺念慮は聞きたくない話の1つであり、無意識のうちに触れることを避けやすい話題でもある。

自殺念慮について質問することの大事さについては、筆者自身、苦い経験をしている。もう十数年前の話だが、自殺したある男性患者を最後に診察したとき、筆者は何となく「いつもと感じが違う」といった印象を受けたのだった。うまくいえないが、何かいつもと違うと直感し、一瞬だけで

はあるが、「もしかして?」と、自殺の可能性も脳裏をよぎった。しかし、その日の話の流れでは自殺を話題にするのはあまりに唐突な感じであり、結局、それには触れずに診察を終えた。彼が自殺で死亡したのは、その2日後のことであった。「もしもあのとき自殺について質問をしていれば……」という後悔は、現在まで続いている。

治療者のなかには、自殺念慮に関する質問をすることで、「かえって患者の『背中を押す』ことになるのではないか」という恐れを抱く者もいるかもしれない。しかし、聞いたからといって患者が自殺しやすくなることを明らかにした研究はいまのところ1つもなく、多くの自殺予防の専門家は質問しなければならないと強調していることは、この機会に強調しておきたい。ちなみにChilesとStrosahl⁴⁾は、「(自殺について質問されることで)むしろ患者は安心することが多い。質問されることによって、これまで必死に秘密にしてきたことや個人的な恥や屈辱の体験に終止符が打たれる」と指摘している。

3. 自殺念慮のパラドックス

自殺を考える者は両価的であり、その考えは絶えず「助かりたい」と「助かりたくない」とのあいだを揺れている。たとえば、フィンランドの心理学的剖検研究⁶⁾でも、自殺既遂者の半数以上が自殺直前にプライマリケア医を受診しているという事実が明らかにされている。また、われわれが行った、救命救急センターに入院となった過量服薬患者の調査でも、行為直前に過量服薬の予告をした患者は、自殺以外の目的(「つらい気持ちを忘れたい」など)で過量服薬した患者よりも、自殺の意図から過量服薬した患者の方がはるかに多いことが明らかにされている⁷⁾。これらの結果はいずれも、自殺を考える人が死というかたちで現世から消えたいと願う一方で、現世にとどまる理由を求めようとしている可能性を示している。

むしろこう考えたい方がよい。自殺を考える人は「死にたい」のではなく、「自分が抱えている困難な問題を解決したい」のだと。しかし、現状ではなかなか建設的な解決策が見つけられず、「死ぬしかない」と考えるわけだが、それでも「他に

解決策があるのではないか」と迷い、解決策の提示を期待して援助機関・相談機関を訪れたり、自殺の予告をしてしまったりするのである。

あるいは、こういいかえてもよい。「死にたい」と誰かに告げることは、「死にたいくらいつらい」ということであり、「もしもこのつらさを少しでもやわらげることができるならば、本当は生きたい」という意味なのである、と。その意味でも、われわれ治療者がすべきことは、自殺の考えを受け止めたうえで、その背景にある困難な問題をどう解決するのかを考えることであって、自殺の是非をめぐる患者と論争することではないのである。このことは、肝に銘じておく必要がある。

Ⅲ. 自殺念慮のアセスメントに際しての困難と注意点

1. 深刻な自殺念慮ほど隠される傾向がある

自殺念慮が深刻なものであればあるほど、そのアセスメントは困難をきわめる。フィンランドにおける心理学的剖検研究⁶⁾では、自殺既遂者の多くが、そうした行為の直前の時期には治療者に自殺の意図を伝えていないことが明らかにされており、周囲に自殺の考えを漏らすのは、それよりももう少し手前の時期、たとえば数週ないしは数ヵ月前のことが多い。

これには、自殺を強く決意した患者の心性として精神科医や援助者を敵と見なす傾向が生じることが影響している⁸⁾。たしかに、心理的視野狭窄に陥り、「耐えがたく、逃れられない苦痛から解放されるには自殺しかない」と確信した患者にとって、自殺を止めようとする援助者は、苦痛を長引かせ、楽にさせない張本人となってしまう。だとすれば、切迫した自殺リスクに瀕した患者が援助者に対して自殺念慮や自殺の計画を隠すのは、当然かもしれない。

また、このため自殺の決断をした患者のなかには、自身の致命的意図を周囲に勘づかれぬように、平生と変わらない態度を装ったり、ことさらに元気そうに振る舞ったりする者もいることに注意しなければならない。皮肉なことに、自殺を決意した者のなかには、「この耐えがたい苦痛もあ

と少して終わりだ」という意識から精神的に余裕が生じ、不思議と穏やかさや落ち着きを示す者もいる。

2. 自殺念慮のアセスメントを困難にさせる要因

自殺念慮のアセスメントを困難にしている要因としては、「精神科医や援助者を敵と見なす傾向」の他に様々なものが存在する。Shea⁹⁾によれば、そうした要因は大きく患者側の要因と治療者側の要因に分けることができるという。

まず患者側の要因としては、以下の7点が挙げられる。

- ・自殺したいと思うのは弱さの証拠であり、恥ずべきことと思っている
- ・自殺が道徳に反する行為、あるいは罪深い行為であると思っている
- ・自殺について話すこと自体、タブーであると思っている
- ・面接者から頭がおかしくなったと思われるのではないかと怖れている
- ・自殺念慮を知られたら、「入院させられる」のではないかと怖れている
- ・真剣に死を望んでいて、そのことを誰にも知られたくないと思っている
- ・誰も自分を救えないと思っている

Sheaによれば、治療者自身が抱えている偏見と不安もまた自殺のアセスメントに影響を及ぼすという。患者は、「この治療者は自殺を否定し、非難するにちがいない」と感じたときには、治療者からの軽蔑や非難を怖れて、自殺念慮を正直に告白しなくなる。その意味でも、治療者は、自殺を「不道徳な行動」と決めつけるのではなく、自殺が持つ「問題解決策の1つ」、「耐えがたい苦痛から解放される方法の1つ」という側面を理解していなければならない。

なお、自身が抱えている偏見と不安に気づくためには、治療者は次の点について絶えず自問自答する必要がある。

- ・自殺が弱さの証拠であり、恥だと思っていないだろうか？
- ・自殺が道徳に反し、罪であると思っていないだろうか？
- ・自殺というテーマをタブー視しているだろうか？
- ・自殺が本質的に非論理的であり、そもそも自殺を

考える人はかなり頭がおかしいと思っているだろうか？

- ・自殺念慮の訴えに対して過剰反応しがちであろうか？そうした患者を性急に「入院」させようとすることはないだろうか？

3. 自殺念慮のアセスメントに際しての注意点

その他にもSheaは、患者の自殺念慮をアセスメントする際の注意点を列挙している。

- ・自分のストレス軽減のために誘導尋問的な質問をしない。たとえば、「死にたい気持ちは、少しはおさまりましたか？」、「まさかもう自殺なんて馬鹿なことは考えていないですよね？」などと、自身の希望的観測を押しつけてはならない。
- ・自殺のリスクアセスメントにあたっては、「自殺」といったストレートかつ具体的な表現を用いる。そのような治療者の率直さは、「私には自殺について話してもいいんですよ」という治療者の意図を伝えるメタメッセージとなる。
- ・自殺の危険因子を数多く持つ患者が、「自殺なんか考えたこともない」と素っ気なく、あるいは怒ったように否定する場合、何かを隠している可能性がある。
- ・自殺に関する質問に一瞬であっても躊躇する様子を見せたなら、たとえ最終的に自殺を否定したとしても、患者は自殺を考えたことがあるものとして認識する。また、患者の最初の「いいえ」を鵜呑みにしない。さらに、「いいえ、別に」という回答は、自殺念慮があることを示す回答と捉えた方がよいであろう。
- ・患者は、「治療者は本気の自殺行動を考えている患者にしか関心がなく、自殺念慮の話には関心がない」と思い込んでいることがある。そこで、「ほんの一瞬、脳裏をかすめただけというのでもけっこうですから話してください」と、患者が自殺念慮を話しやすくなるような問いかけが必要である。

IV. 語りづらい話題を正直に語らせる技法

自殺を考える患者は、その原因が何であれ、恥の感覚や罪の意識を抱えていることが少なくなく、それゆえ、自殺念慮は基本的には語りづらい話題である。その意味では、薬物依存症患者が違法薬物の使用を告白したり、ドメスティック・バイオレンスの加害者が自身の暴力行為を告白したり、性犯罪者が異常な性的ファンタジーを用いた

マスターベーションの回数を申告するのと変わらない。そして、正直な告白・申告がなければ、薬物依存症、あるいは習慣的な暴力や性的加害行為の治療ができないのと同様、自殺に傾いた人の命を救うこともできない。

Shea⁹⁾は、このような本質的に語りづらい話題を語らせ、支援に有効な情報を聴取する際には、以下の技法を用いることを推奨している。

1. 行動イベントの同定

たとえば、自殺未遂者の支援をする際に、今回の未遂に終わった行動に関する情報収集に際して、患者本人の主観的で漠然とした申告で満足してはならない。「具体的にどのような行動を、どのような順序で、何回くらい行ったのか」といったように自殺行動を構成する様々な行動や出来事の経時的プロセスや、頻度・量（例：手首を切った回数や服用した薬剤の量）など、できるだけ客観的な情報を集めるようにする。

こうした情報収集により、治療者はその自殺行動をまさに「言葉によって追体験」することが可能となり、患者の自殺意図の強さをアセスメントすることができる。

2. 恥の希釈化

患者が恥や罪悪感から話すのを嫌がるようなこと（例：薬物使用、暴力）について、患者のそうした行動を無条件で肯定するかのような態度（本当に肯定するわけではない）で質問する技法である。たとえば、ドメスティック・バイオレンスの加害者に対して、「何回、奥さんを殴りましたか？」と質問するのではなく、「奥さんはかなり口うるさい方みたいなので、あなたをイラッとさせたり、カッとさせたりすることがあるのではないのでしょうか？」と質問した方が、正確な回答が得られやすい。

3. 優しい・穏やかな想定

たとえば、性的加害行為を繰り返す患者にマスターベーションの回数を質問する際に、「仮にマスターベーションをするとすれば、週に何回くらいするように感じますか？」などと、仮定法を用

いた婉曲な表現を用いて、患者が答えやすくする技法である。

4. 症状の増幅

わざと多めの回数や量を提示し、患者の過少申告を防ぐ技法である。たとえば、「あなたは毎日ふんと飲酒されると聞きましたが、やはり毎日ウィスキーボトル2本くらいは飲まれるのでしょうか？」と質問する方法である。この方法の場合、「グラスで何杯くらい飲みますか？」と質問するよりも正確な飲酒量が把握できる。

5. 具体的な事柄の否定

たとえば、「今回やった過量服薬の他にどんな方法で自殺を試みたことがありますか？」と質問すると、実際はいろいろと試みた経験があるにもかかわらず、「ないです」などと乱暴に否定されたりする結果に終わりやすい。過去に用いたことのある自殺手段を明らかにすることは、将来において致死的手段を用いる可能性をアセスメントするうえでも重要だが、このような回答では正確なアセスメントは困難となる。

そこで、「刃物で切ったり、刺したりしたことは？首吊りは？高いところから飛び降り考えたことは？」といったように、一つ一つ具体的な例を挙げて聴取し、一つ一つ否定させていく方が、患者が偽りの否定やごまかしをしにくく、また、治療者側の聞き漏らしも防止できる。

6. 正常化

この技法は、同じ症状や感情を経験している人は他にもいることを知らせて患者を安心させ、正直に答えやすくする方法である。たとえば、「これほど困難な状況であれば、ふつうの人であれば死にたいと思ってもまったく不思議はないと思いますが、あなたの場合はいかがでしょうか？」といった質問をする。

V. 自殺イベントの時系列アセスメント

臨床現場で最も重要な自殺のリスクアセスメントは、救命救急センターにおけるものであろう。

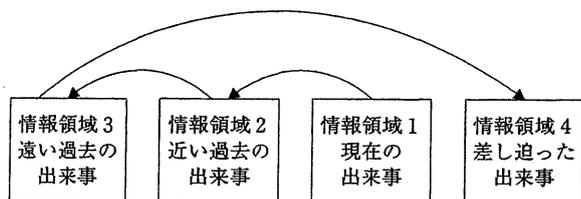


図1 CASE (Chronological Assessment of Suicide Events) approach (文献9より転載)

致死性の高い手段で自殺行動に及び、幸いにして一命をとりとめ、ひとまずの身体損傷に対する医学的治療を終えたとき、治療者はその患者の「退院の是非」や「精神科病棟への転棟」をしなければならない。その際、治療者が最も知りたい情報は、やはり何といても「近い将来における自殺の計画」である。

こうした情報を正しく収集するにはどうしたらよいであろうか？たとえば、患者に対して、「あなたは退院後に自殺を計画していますか？」とストレートに質問した場合、患者は正直に回答するであろうか？おそらく再企図のリスクが高い患者ほど、一刻も早く死ぬために早期の退院を願い、偽りの申告をするはずである。曰く、「いいえ、もう自殺なんて全然考えてないです。今回の行動、馬鹿なことをしたって後悔しています」。

このような状況での自殺のリスクアセスメントを想定してSheaが開発したのが、CASE (Chronological Assessment of Suicide Event: 自殺イベントの時系列アセスメント) アプローチ⁹⁾と呼ばれる技法なのである。この技法では、自殺未遂患者の自殺に関連する事象を、過去から近い未来までの4つの情報領域に分割して考え(図1)、以下に詳述するように、情報領域1から順番に情報を収集していく手続きをとる。

1. 情報領域1

今回の自殺未遂に至るまでの約2週間程度の期間におけるエピソードについて、上述した「行動イベントの同定」の技法を用いて情報収集する。その際、着目すべき点を以下に列挙する。

・今回の自殺の手段・方法は？

- ・その手段・方法の客観的な致死性の程度は？
- ・その手段・方法について、患者はどの程度の致死性の予測をしていたか？
- ・周囲の者に対する予告・報告の有無、あるいは実行の場所や状況、時間は？(人に気づかれる可能性を周到に回避していたかどうかを確認)
- ・今回の自殺行動が失敗に終わり、「いま生きている」という事実について、現在、患者はどのように感じているか？
- ・今回の行動は衝動的か、計画的か？
- ・アルコールや薬物による酩酊の影響はあるのか？
- ・対人関係への影響を期待していたか？(特定の他者に対する復讐、あるいは、保険金による借金の補填、犯罪行為の隠蔽など、目的が明確な場合には、持続的で強い自殺意図が認められることが多く、再企図のリスクが高い)
- ・どのような外的なストレスが関与したか？
- ・今回の自殺行動に追い込まれるにあたっての患者の絶望感はどの程度か？
- ・なぜ今回の自殺企図は失敗したのか、偶然の失敗なのか、自分でやめたのか、発見されたときの状況はどうか？助けを求めた形跡はあるのか？

2. 情報領域2

情報領域1の情報収集を終えたら、次は最近の2週間よりも以前の2ヵ月間について、患者の自殺念慮の「消長」や「動揺」をアセスメントする。そのなかで、「つらい」という心理的苦痛が「死にたい」という自殺念慮に変化したプロセス、あるいは、自殺を計画しながらも、思い直したり、実行を延期したりというプロセスが明らかになるであろう。

もしかすると、患者を自殺へと傾かせる「危険因子」が何であり、逆に自殺を思いとどまらせる「保護的因子」が何であるのかが見えてくる場合もあるかもしれない。こうした情報は、退院後の地域における患者の支援プランの立案に資するものとなる。

いずれにしても、この情報領域での作業において必ずアセスメントしなければならないのは、以下の点である。これらの情報は、患者の自殺意図の強さを推し量るのに有用な情報であり、意図の強さはそのまま再企図までの時間の長さに関係する。

・患者は、どこまで具体的にその計画を立てたの

か？

- ・患者は、計画したうちのどの程度まで実行に移すことができたのか？
- ・患者は、その計画にどのくらいの時間を費やしたのか？

3. 情報領域3

次に、今回の自殺行動の2ヵ月前よりもさらに遠い過去まで遡って、自殺に関連する事象について情報収集を行う。その際、この情報領域に時間をかけ過ぎないように要領よく情報を収集することを心がける（というのも、すでに情報領域1と情報領域2でかなりの時間を要しているはずだからである）。

ここでは、患者の安全確保の方策を決めるのに、直接的もしくは潜在的に影響を与えうる情報だけを集める。以下の点に着目することが重要である。

- ・過去の自殺企図のうちで最も深刻なものは何であったか？（そのときに患者が抱えていたストレスと、現在抱えているストレスとは、どちらが深刻か？そのときの方法と現在の方法とではどうか？）
- ・これまでに自傷行為や自殺企図は何回したことがあるか？（数が多い場合には、自殺以外の意図による行動の可能性があるが、一方がその手段・方法がエスカレートしている場合には、危険は切迫していることもある）
- ・今回を除き、最も直近に行った自殺企図の重症度はどの程度であったのか？

4. 情報領域4

ここまで現在から遠い過去へと向けて時間軸を遡行してきたが、最後に治療者が最も知りたい情報である、「切迫した近い未来における自殺の計画」に関する情報収集を行うこととなる。すでにここまでの情報収集を、「自殺の是非」を議論したり、裁いたりするような態度で臨んでいなければ、患者とのあいだには一定の関係性ができていくはずである。また、何が患者を自殺へと赴かせる問題であり、その問題が容易に解決できるものなのか、あるいは解決困難なものなのかは見えている可能性が高い。したがって、あえて質問しなくとも自殺意図の有無は判明しているはずである。

とはいえ、それでも、いきなり「退院後に自殺をするつもりか」と尋ねれば、せつかく積み上げた関係性は一気に興ざめな雰囲気となり、表面的な否定の言葉が帰ってくるだけである。そこで、あえて焦点をずらし、自殺を考えるのは当然という前提のもと、「死にたくなかったときの対処方法」について質問するのである。たとえば、「もしも明日になって（あるいは、退院した後）、再び自殺を考え始めたとしたら、あなたはどのようにしますか？」といった問いかけをする。その答えから、患者がどのくらい真剣に自分の安全性を守ろうとしているのかが理解できるはずである。さらには、この質問を契機として、自殺念慮が高まったときのための計画や対策を話し合うことも可能であろう。

ここで、「安全契約」（自殺しない約束）をするという方法もある。ただし、安全契約が自殺予防に有効であるというエビデンスはなく、仮に患者が約束に応じたとしても、それは自殺リスクがなくなった、あるいは、低減したことを意味しない。同意はあくまでも、「死にたくなかったときには連絡をする」といった「治療同盟の確認」程度の意義しか持たない。しかしそれでも、契約を締結する際の患者の表情や態度、口調などから、相手の自殺意図を窺い知ることはできる。その意味では、この契約は一種のアセスメント技法として有用ではある。

なお、ある種のパーソナリティ障害患者などのなかには、安易な「安全契約」の提案が思わぬ抵抗や興奮、あるいは不毛な議論の引き金となることがあり、控えた方がよい場合がある。実施にあたっては注意されたい。

VI. おわりに

自殺念慮のアセスメントは容易ではない。何よりもその表出はしばしば矛盾に満ちていて、「表」よりも「裏」の本音を読み取る感性も求められる。たとえば、Andoらの研究¹⁾は、そのような自殺念慮が持つパラドキシカルな側面を明らかにしている。その研究は、過量服薬による自殺未遂患者を対象とした、救命救急センター退院1年以

内の再企図を調べたものであるが、その調査から同定された再企図の予測因子が、なんと入院後の評価で「自殺念慮を否定したこと」であったのである。これは、医療者に対して自殺念慮を否定した者ほど再企図のリスクが高いことを意味し、一見すると、従来いわれていた、「自殺念慮は自殺のサイン」という常識と矛盾するよう見える。

この結果は次のように説明できる。対象となった自殺未遂患者はいずれも何らかの困難や苦痛があったから自殺に及んだはずであり、おそらくそうした困難や苦痛は救命救急センターで点滴や胃洗浄を受けたくらいで消失するはずはない。当然、自殺念慮が持続していかざるべきであろう。それなのに、一部の者はその気持ちを誰にも話さず、結果、退院後に再企図に及んだわけである。うがった見方をすれば、その患者は、「誰も私の気持ちはわからないし、私は誰にも心を開かない」とかたく決意しているのである。もしも誰かが、「本当はまだ死にたい気持ちは続いていますよね？」と声をかけたならば、あるいは再企図が防げたかもしれない。

隠された自殺念慮を引き出すことが自殺予防のアルファにして、オメガではないか。筆者はそう考えている。もちろん、患者の自殺念慮を引き出したとしても、その背景にある困難や苦痛を解決しなければ意味がないのはわかっているが、それでもなお、治療関係のなかで自殺念慮を共有すること自体にも、一定の自殺予防効果がある。

文 献

- 1) Ando, S., Matsumoto, T., Kanata, S. et al. : One-year follow up after admission to an emergency department for drug overdose in Japan. *Psychiatry Clin. Neurosci.*, 67 ; 441-450, 2013.
- 2) Arsenault-Lapierre, G., Kim, C. and Turecki, G. : Psychiatric diagnoses in 3275 suicides : a meta-analysis. *BMC Psychiatry*, 4 ; 37, 2004.
- 3) Cavanagh, J.T.O., Carson, A.J., Sharpe, M. et al. : Psychological autopsy studies of suicide : a systematic review. *Psychol. Med.*, 33 ; 395-405, 2003.
- 4) Chiles, J.A. and Strosahl, K.D. : Clinical manual for assessment and treatment of suicidal patients. American Psychiatric Publishing, Washington, D.C., 2005. (高橋祥友訳 : 自殺予防臨床マニュアル. 星和書店, 東京, 2008.)
- 5) Kessler, R.C., Rogey, R. and Adams, P.A. : Prevalence of and risk factors for lifetime suicide attempts in National Comorbidity Survey. *Arch. Gen. Psychiatry*, 56 ; 617-626, 1999.
- 6) Lönnqvist, J.K., Henriksson, M.M., Isometsä, E.T. et al. : Mental disorders and suicide prevention. *Psychiatry Clin. Neurosci.*, 49 (Suppl.1) ; S111-116, 1995.
- 7) 松本俊彦, 井出文子, 銘苅美世 : 過量服薬は自殺と自傷のいずれなのか : 自殺意図の有無による過量服薬患者の比較. *精神医学*, 55 ; 1073-1083, 2013.
- 8) Patterson, W.M., Dohn, H.H., Bird, J. et al. : Evaluation of suicidal patients : the SAD PERSONS scale. *Psychosomatics*, 24 ; 343-345, 1983.
- 9) Shea, S.C. : The Practical Art of Suicide Assessment : A Guide for Mental Health Professionals and Substance Abuse Counselors. Wiley, Hoboken, 2002. (松本俊彦監訳 : 自殺リスクの理解と対応—「死にたい」気持ちにどう向き合うか—. 金剛出版, 東京, 2012.)
- 10) Warden, S., Spiwak, R., Sareen, J. et al. : The SAD PERSONS Scale for Suicide Risk Assessment : A systematic review. *Arch. Suicide Res.*, 18 ; 313-326, 2014.

特集

嗜癖的な自傷を呈する子どもの認知行動療法

松本俊彦*

I はじめに
——自傷行為に対する基本的な理解

反復性かつ非致命的な自傷は、演技的かつ操作的な行動として治療者の陰性感情を刺激し、ともすれば、治療対象ではなく、限界設定の対象とされてしまいやすい。しかし実際には、自傷をくりかえす子どもの多くは、怒りや絶望感、緊張感、不安感、恐怖感といった感情的苦痛を軽減する意図からその行為におよんでいる。本来、こうした感情的苦痛を抱えた際には、子どもは信頼できる大人に助けを求めたり、相談したりすべきであるが、彼らにはそのように人に頼るのをよしとしない心性がある。

自傷行為には感情的苦痛に対する、一種の「鎮痛効果」がある。このことは、自傷直後には脳内で内因性オピオイドの分泌量が増加することを明らかにした研究によって指示されている。しかしその一方で、自傷がもたらす「鎮痛」効果は長くは続かず、慣れが生じやすいという欠点もある。実際、自傷する子どもは、感情的苦痛に対して自傷に対処することをくりかえす過程で、次第により頻回に、より深く切らなければ、当初と同じ「鎮痛」効果が得られなくなってしまう。これは、麻薬常用による「耐

性」と非常によく似ている。その結果、子どもは、「人は私を裏切るが、これだけは私を裏切らない」と信じていたはずの自傷にまで裏切られてしまうのである。

さて、本稿では、思春期の子どもにしばしば見られる、リストカットなどの嗜癖的な自傷行為を取り上げる。そして、はたしてそれが認知行動療法といえるかどうかはわからないが、筆者なりの対応法を提案したい。

II 面接に際しての心構え

1. 正直な告白や援助希求を支持する

「切っちゃった」。そういって来談する子どもを見ると、うんざりした気分になる援助者は少なくない。しかし、理解しておくべきなのは、自傷したことを告白したり、傷の手当てを求めたりする者は、自傷行為におよんだ者の1割にも満たず、9割の者は、医学的処置が必要な重篤な傷の人でさえ病院に行かない、ということである。そして同じ自傷した子どもでも、告白や傷の手当てを求めない者ほど自殺念慮や、「消えてしまいたい」や「いなくなりたい」という虚無感が強い傾向がある。

このことからわかるのは、自傷とは、たんに自らを切ることを指すのではなく、傷の消毒もせずに自身を感染の危険にさらすことなども含めて自傷と呼ぶ、という事実である。その意味で、「切っちゃった」と告白したり、傷の手当てを求めるとは、多少とも「自分を大切に」しようとする意図があり、「よく来たね」という称賛の言葉に値する。もちろん、称賛は大きに行う必要はない。過剰な反応は自傷を

Cognitive Behavioral Therapy for Children and Adolescents with Addictive Self-injury

* 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/薬物依存研究部
〒187-8553 東京都小平市小川東町4-1-1

Toshihiko Matsumoto: Center for Suicide Prevention/Department of Drug Dependence Research, National Institute of Mental Health, National Center of Neurology and Psychiatry

強化したり、治療場面へ過剰適応を作り出す。「よく来たね」といった、あっさりとした短い言葉がよい。

2. 説教しない、支配しない

自傷する子どもにすべきでないのは叱責と説教である。特に、頭ごなしに「自傷は止めなさい」という支配的発言は、まさに「百害あって一利なし」である。おそらく、「自分の身体を傷つけてどこが悪い？」という切り返しにあって答えに窮するだけであろう。

子どもとの出会いにおいては、まずは自傷の肯定的側面を評価するとよい。確かに自傷は望ましいことではないが、苦痛に耐えて生きようとする姿勢は肯定するに値するはずだ。したがって、「心の痛みを耐えようとしているんだね」「生きるために今は必要なんだね」という言葉をかけてみる。もちろん、その後、「でも、心の痛みを自分の言葉で表現できないと、このままでは苦しいね」と懸念を示すのを忘れないようにしたい。

彼らが克服すべき一番の問題とは、実は「自分を傷つけること」ではない。むしろ、「正直な気持ちを隠して、辛い状況に過剰適応してしまう」という点にあり、その意味では、自傷によって人に自分の苦境を伝えたことは最悪の行動ではない。

3. 約束しない

「もう自傷しないって約束するように」と、子どもに約束を強いる援助者がいる。なかには、自分の方から「もう切らないって約束するよ」と持ちかけてくる子どももいる。

しかし、約束は禁物である。自傷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、余計にひどい自傷におよぶ者がいる。「顔向けできない」と、治療を中断してしまう者もいる。それゆえ、子ども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に来なさい。切ってしまったときにも報告してほしい」

というべきである。

4. 自傷に関する情報を収集する

自傷は、その意図や行為に際しての非致死性の予測といった点で横断的には自殺と区別されるべき行動であるが、長期的には将来における自殺死亡の重要な危険因子である。したがって、た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：本人の意図を上回る深い傷、乱雑で汚い傷、衣服から露出する身体部位への自傷。
- (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」「危険な性行動」など）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。

(1)に該当することは、自己嫌悪と他者に対する不信感の強さを反映しており、(2)と(3)のいずれかに該当することは、自傷が持つ「鎮痛効果」が減弱し、行為自体を自分でコントロールすることができなくなっている可能性を意味する。すでに述べたように、自傷にはつらい感情を一時的に抑える効果があるが、くりかえすうちに効果が乏しくなり、最終的には自傷開始前よりも自殺念慮が強まっている場合がある。また、(4)に該当する子どもの場合、治療経過中に重篤な自殺行動におよぶりリスクが高く、(5)に該当する子どもは、自傷の頻度も高いだけでなく、深刻かつ複合的な被虐待歴を持って

いる可能性が高く、さらに、自傷を手放すことに強く抵抗する場合が少なくない。

なお、評価ポイントとは別に、子どもが「いくら切っても気持ちがおさまらない」と述べている場合、それから、そもそも「死にたい」という動機から行われている場合には、致死性の高い手段・方法による自殺の危険が差し迫っているかもしれない。

Ⅲ 子どもに伝えたいこと

自傷子どもに対する共感的な態度はとても大切であるが、同時に、援助者として、自傷に「頼って」生き続けることに対する懸念を示しておく必要もある。面接のなかで子どもに伝えておきたいのは、次の2点である。

1. 自傷の依存性と自殺念慮への発展

第一に、「生きるためにしている自傷でも、くりかえすうちに逆に死を呼び寄せてしまう」ということである。たしかに自傷による「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、麻薬と同じようになりかえ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も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、頭を壁に打ちつけたり、火のついたタバコを皮膚に押しつけたりする者もいる。さらに困ったことに、自傷をくりかえすうちに前よりもストレスに弱くなり、以前ならば気にとめなかったささいな出来事にも痛みが必要となってしまう。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——「切ってもつらいが、切らなきゃなおつらい」という状態——に陥る頃には、慢性的な自殺願望にとらわれるようになってしまう。

2. 「感情語」が退化する

第二に、「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。こうした行為をくりかえしている、「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、自分がいま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」という自傷子どもは意外に多い）。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のである。こうした状況は、突発的・衝動的な自殺行動を準備してしまう。

なお、以上の2点を子どもに伝える際には、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、一般にはそうみたいだ」という謙虚な言い回しがよい。

3. 置換スキルを提案する

自傷を止めるという代わりに、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、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。むずかしく考える必要はない。「自傷しなくなったときに、まずは試しにやってみない？」「だまされたと思ってやってみない？」といった誘い方で十分である。「やりたくない」という反論にあったら、「まあまあそういわずに」と控えめに粘ってみる。

置換スキルには、以下のものがある（詳細は、B・W・ウォルシュ『自傷行為治療ガイド』を参照）。

- ①冷たい氷を強く握りしめる
- ②手首に輪ゴムをはめて皮膚を弾く（スナッピング）
- ③紙を破る
- ④腕を赤い水性フェルトペンで塗りつぶす
- ⑤呼吸を整えながら腕立て伏せや腹筋運動をする
- ⑥ゆっくりと数を数えながら深呼吸をする（マインドフル呼吸）

- ⑦文章を書く、絵を描く、料理をする、穏やかな音楽を鑑賞する／演奏する
- ⑧信頼できる人と話す（自傷の告白に不機嫌になったり、叱責したりしない人）

4. モニタリングと併行したスキル・トレーニング

自傷の臨床では、たとえば週1回の面接のなかで1週間の出来事を尋ねても、子どもは、「特に何もなかったです」とか、あるいは、ほとんど覚えてないといった事態に遭遇することが珍しくない。実は、自傷子どもが切っているのは、「皮膚」だけではないのである。「つらい出来事の記憶」や「つらい感情の記憶」を意識のなかで切り離し、「なかったこと」にしているのである。つまり、自傷することによって、感情的苦痛の体験や、そうした苦痛の原因となったつらい出来事を忘れてしまったり、忘れないまでも意識の片隅に追いやるといった心的作業をしているのである。しかし、これでは、何が自傷のトリガーとなっているのか、どんな状況では自傷しないですむのかがまったく見当がつかず、介入のしようがなくなってしまう。

そこで、子どもに行動記録をつけることを宿題として課すことで、自傷行為に関するモニタリングを行っていくとよい。表1に示したような行動記録表に、毎日の出来事やそのとき一緒にいた人について継時的に記載してもらうとともに、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こと、さらには、上述した置換スキルを練習したり、実際に使ったことについても書き込んでもらうわけである。

面接においては、記入済みの行動記録表と一緒に見ながら、どんな状況で／どんな人物との／どんなやりとりが自傷のトリガーになるのかについて、子どもと一緒に考え、トリガーを回避する方策、あるいはトリガーに拮抗する置換スキルについて話し合っていくことになる。そのなかで、「そのときどう思った？」などと子ども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」とこれを支持するわけである。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も、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方を高く評価している」ことが伝わるようにすることがコツである。それから、何よりも子どもが記録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。

IV 症例 A 17歳 女性 高校生

1. 生育歴

Aは、ワーカホリックで怒りっぽい会社員の父親と、父親の痲癩に脅える専業主婦の母親が作り出す、緊張に満ちた家庭で生育した。中学時代、クラス全員から無視されるといういじめを受けたことがあるが、もともと成績は優秀であり、いじめたクラスメートを見返すことを目標にして勉強に打ち込み、最終的に第一志望の難関校に合格した。

2. 現病歴

高校入学後のAは、平凡な生徒として完全に埋没した。強い焦りのなかで、Aは、毎日夜遅くまで勉強を試みるも、机に向かうとすぐに強い睡魔に襲われてしまった。Aはそんな自分を不甲斐なく思い、勉強中に睡魔に襲われると、「眠気覚まし」の目的から、シャーペンやコンパスで手甲を突くようになった。当初は多少の効果が得られたが、まもなくそれでは痛みが不十分であるように感じ、より強い刺激を求めて、カッターで前腕を切るようになった。不思議なことに、カッターで皮膚を切ると、重苦しい気分から解放されて妙な安堵感を覚え、学校での孤立感や劣等感のことを一瞬だけ忘れることができた。以来、学校で嫌なことがあると、帰宅してから深夜の自室でこっそり自己切傷を繰り返すようになった。家族には気づかれないように、血を拭き取ったティッシュペーパーはトイレに流して廃棄した。

しかし、本人の学業成績の低下を気にした両親から、勉強のこと自体に口やかましくいわれ、

表1 行動記録表

(9月17日～9月23日)

名前 (A山 B子)

2015年4月

時間	日			月			火			水			木			金			土		
	何をしていた?	誰と?	自分を大事にしない行動	何をしていた?	誰と?	自分を大事にしない行動	何をしていた?	誰と?	自分を大事にしない行動	何をしていた?	誰と?	自分を大事にしない行動	何をしていた?	誰と?	自分を大事にしない行動	何をしていた?	誰と?	自分を大事にしない行動	何をしていた?	誰と?	自分を大事にしない行動
5				起床																	
6				勉強	ひとり		起床			起床			起床			起床					
7				食事	家族		食事	家族													
8				登校			登校			登校			登校		○	登校		○			
9				学校			学校			学校			学校			学校					
10	起床																				起床
11	食事	家族																			食事 家族
12	テレビ																				ネット ひとり
13																					デート 彼氏
14	↓																				
15	読書	ひとり																			
16				下校	友人																
17				カラオケ	友人		部活	部員		デート	彼氏		面接	主治医		部活	部員				
18	買い物	友人																			
19	食事	母親・妹		食事	家族		下校	友人					食事	母親・妹		下校	友人				食事 家族 ●
20							食事	父親					団らん	家族		食事	父親				電話 彼氏 △
21	電話	彼氏	△	勉強	ひとり		団らん	家族		帰宅		△	ネット	ひとり		電話	彼氏	△			音楽 ひとり
22	入浴	ひとり	△				勉強	ひとり	△	口論	母親	×	チャット	友人	△	勉強	ひとり	△			
23	くつろぐ	ひとり	□				入浴	ひとり	◎	電話	友人	△	入浴	ひとり		入浴	ひとり	◎			入浴 ひとり
24			✓	チャット	彼氏	△	就寝		○	勉強	ひとり	△	就寝		○	ネット	ひとり				チャット 彼氏 △
1	就寝			(記憶なし)		◎				チャット	彼氏	△									くつろぐ ひとり △
2						✓				勉強	ひとり	△									(記憶なし) ✓
3				就寝						入浴	ひとり	✓				就寝					就寝 ✓
4										就寝											

自分を大事にしない行動: ✓自傷 (切る, 殴る, 火傷させる, 引っかく, 突き刺す, 治りかけの傷を開くなど) △自傷しなくなった □飲酒 ●嘔吐 ×人や物に暴力をふるう ◎置換スキルを使って「自分を大事にしない行動」を回避した ○呼吸法の練習

そのたびにすでに有名大学に進学している姉と比較されるようになると、自傷行為は日増しにエスカレートしていき、自傷行為の頻度や程度が深刻化した。また、以前にも増して毎日を重苦しく、厭世的な気分で過ごすようになった。

そんなある日、定期試験の結果が本人の予想以上に不本意なものであったことにショックを受けたAは、教室を飛び出すと、トイレに駆け込み、自分の腕をカッターで切ってしまった。実は、Aは、いつ何があっても自分の感情をコントロールできるようにと、毎日、カッターを肌身離さず携行こそしていたものの、一応、自分なりのルールとして、「学校では切らないようにする」と心に決めていたはずであった。

その日、Aのブラウスの腕が血液で汚れているのを担任教師に発見され、スクールカウンセラーを介して精神科受診となった。

3. 治療経過

- 1) 導入期：診察時、Aは、自傷行為について、「いまの自分には必要。自分が生きるためにやっていることだから、やめる必要はない」と主張した。治療者は、そうしたAの主張に共感しつつ、「高校に入学してから、いろいろと大変だったんだね」とねぎらったうえで、エスカレートした結果、「消えたい」「いなくなりたい」と感じるようになることの懸念を伝えた。そのうえで、「あなたがうまく表現できない、心のつらさを詳しく知りたい」といって、行動記録表をつけることを提案した。Aは、しぶしぶではあったがこれに同意し、以後、一応は記録をつけてくるようになった。しかし、自傷創については、依然として治療者に見せたがらなかった。
- 2) 抵抗期：行動記録を分析していくと、Aは、学校の授業で勉強の遅れを痛感したり、教師からの質問に答えられなかったりした体験が引き金となっていることが多く、特に、帰宅後に自室で勉強しようとする、自傷衝動が高まることが分かった。治療者は勉強の苦勞をねぎらいつつ、「しかし、別に勉強だけがすべてではないのでは？」と提案したが、本人は、「勉強をとったら私には何も残らない」と強い抵抗と頑なな態度であり、刺激的な置換スキルを提案したが、Aはほとんど関心を示さなかった。
- 3) 転回期：面接を開始して半年後、Aは、「最近、以前、先生がいったみたいに『消えたい』『いなくなってしまう』という気持ちが出てきました。このまま自傷とつきあっていたら、死んでしまうかもしれない」と語り、自身の将来に対する危惧を漏らすようになった。この頃より、面接時に治療者に自傷創を見せるようになるとともに、行動記録表の記載量が増え、欄外に、その日自分が感じた怒りなどを書き込むようにもなった。また、Aは、「毎朝、教室に入ることを想像するだけで緊張して、気を失いそうな気分になる」、「翌日、学校に行くことを考えると緊張してしまって、夜、うまく寝つけない」と訴えることがあった。そこで、治療者は、マインドフル呼吸法のことを教え、面接室で実演したうえで、Aに、毎朝の通学中の電車のなかで15分、夜、寝る前に20分、やってみるよう提案してみた。すると、Aは、半信半疑ではあったものの、実際にやってみるとスムーズに入眠できることを体験して以降、習慣的にこれを行うようになった。
- 4) 終結期：睡眠効果を体験したAに対して、治療者は自傷情動に対してもマインドフル呼吸法を試みるよう提案した。その結果、3回に2回くらいは、自傷行為にいたるのを回避できるようになり、自傷の頻度は減少していった。呼吸法によって自傷行為に対するコントロールを得たAは、不思議と以前のような勉強に対して頑なな態度を示さなくなり、「まあ、現状の成績では大学は無理そう

だから。専門学校にします。昔から動物が好きだったので、動物のトリマーになる学校に行こうと考えています」と語るようになった。Aのなかで、何か価値観の変化が生じたようであった。定期的な面接を開始して1年半を経過した時期には、自傷行為は見られなくなった。その後、遠方の専門学校進学のために他県で一人暮らしをすることとなり、それを機に治療終結とした。

VI おわりに——自傷行為が止まった後で

提示した症例は、特に臨床的な介入を要する精神障害が併存せず、深刻な被虐待体験がなかったこともあり、比較的スムーズに自傷行為を手放すことができた。このようなシンプルな症例の場合、よほど苛酷な状況に置かれていないかぎり、自傷が持つメリットとデメリットの両価性に共感しながら、非対決的な態度で、本稿で述べたかかわりを続けていけば、自傷行為を減じていくこと自体は決して難しくない。

しかし、自傷する子どもとのかかわりで最も大切なのは、自傷しなくなった後の対応である。自傷が消失しても、今度は、「自傷衝動」をターゲットとした協働的作業が必要であり、さらにその次には、「自傷しようとは思わなかったが、つらい気持ちになった」という感情的苦痛の自

覚、子どもによっては解離症状をターゲットとした分析が継続される必要がある。そして、それらの消長を行動記録表のなかでモニタリングし、それらのトリガーについて話し合いを続けるという体験が、「自傷しなくとも、人は私の話に耳を傾けてくれる」という認知を生み出し、コミュニケーション手段としての「自傷」を手放しやすい状況を作り出してくれるのである。

不思議なことだが、行動記録表による援助を進めるなかで、提示した症例のように、いつしか表の欄外に、その日自分が体験したことや感じたことを書き込むようになる子どもがいる。すると、いつしか行動記録表は味気ない表であることをやめて、一種の日記帳としての機能を帯びはじめる。これは、治療が成功しつつあることを示す兆候である。その段階に達した彼らは、もはや「心の痛み」を「身体の痛み」で覆い隠すのをやめ、自分の言葉を用いて表現するようになっている。

文 献

- 松本俊彦 (2009) 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。
Walsh BW (2005) Treating Self-injury. New York, Guilford Press. (松本俊彦, 他訳 (2007) 自傷行為治療ガイド。金剛出版)

特集 子どもの自殺をめぐる

松本 俊彦*

子どもの自殺と自傷行為

児童青年精神医学とその近接領域 56(2) : 159—167 (2015)

近年、青少年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、非致命的な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、しばしば不快感情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、精神科医療および学校保健領域の援助者にとっては陰性感情を刺激される現象でもある。しかし、自傷行為を繰り返す者の長期的な自殺死亡のリスクは高く、長い時間をかけてさまざまな自己破壊的行動を進展させながら最終的に自殺既遂へと至る事例もあることを忘れてはならない。

本稿では、青少年における自傷行為の理解と対応について概説するとともに、自殺予防の観点から、学校における予防教育のあり方について私見を述べた。

Key words : adolescents, help-seeking behavior, self-injury, suicide

I. はじめに

リストカットなどの非致命的な自傷行為は、いまや学校保健における主要な課題の一つとなっている。筆者らの調査 (Matsumoto and Imamura, 2008) によれば、中学生・高校生の約1割 (男子7.5%, 女子12.1%) に、刃物で故意に自らの身体を切った経験があることが明らかにされている。この割合はヨーロッパ諸国 (Hawton et al., 2006) とほぼ同水準である (表1)。

このほど広く見られる現象でありながら、周囲にいる大人の多くは子どもの自傷行為に気づいていない。平成18年度に学校保健会が実施した、『保健室利用状況に関する調査』 (日本学校保健会, 2008) では、学校が把握している自傷行為をする生徒の割合はわずかに0.33~0.37%

*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 薬物依存研究部 / 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
e-mail: tmatsu@ncnp.go.jp

表1 思春期の子どもたちにおける自傷経験率の国際比較 (Hawton et al. (2006) より一部改変して引用)

国名	自傷行為の生涯経験率	
	男子 (%)	女子 (%)
英国	4.6	16.9
アイルランド	4.9	13.5
オランダ	2.5	5.9
ベルギー	6.8	15.6
ノルウェイ	4.3	15.3
ハンガリー	3.2	10.1
オーストラリア	3.3	17.1
【参考】日本 (Matsumoto & Imamura, Psychiatry and Clinical Neurosciences, 2008)	7.5	12.1

と報告されている。この結果は、大人が気づいている自傷行為は、現実に存在するものうちの約30分の1でしかないことを示している。

いずれにしても、中学生・高校生の10人に1人が自傷経験者であるという事実は、もはや自傷行為は精神科医療だけの問題ではなく、ましてや「自傷行為 = 境界性パーソナリティ障害」

などと決めつける問題でもなく、地域や学校、あるいは家庭においても向き合わなければならない問題であることを意味する。そして、この問題と向き合うためには、まずは、なぜある種の子どもたちは自傷行為におよぶのか、そして自傷行為にはどのような危険があるのかを理解しておく必要がある。

本稿では、自傷行為が持つ意図と機能、その精神医学的な位置づけ、対応の原則について概説し、自殺予防の観点から学校において自傷行為をどのように扱い、その予防教育をどのように進めるべきかについて、私見を述べたい。

II. 自傷行為の意図と機能

自傷行為の多くは、通常、激しい怒りや不安、緊張、気分の落ち込みといったつらい感情を緩和するために行われる (Walsh, 2005)。つまり、自傷行為とは、自殺以外の目的から、「これくらいであれば死なないだろう」という非致死性の予測のもとに、客観的にも致死性の低い手段を用いて、自らの身体を傷つける行為なのである。その意味では、「死ぬこと」を目的として、「これくらいやれば死ぬだろう」という致死性の予測のもとに、自らの身体を傷つける自殺企図とは、明らかに異なる行為といえる。

もちろん、援助者の多くは、自傷行為が自殺企図とは性質の異なるものであることを直感的に理解している。実際、彼らは、自傷行為を、「誰かの気を惹くために」行われる、いわば人騒がせな、演技的・操作的行動と捉えていることが多い。

しかし、これも誤解である。エビデンスは、自傷行為の96%は、一人きりの状況で行われ、周囲の誰にも告白されないという事実を明らかにしている (Hawton et al., 2006)。もしも「人の気を引くためのアピールの行動」として自傷行為をするのであれば、必ず人前で行い、自傷行為におよんだことを周囲に吹聴してまわるべきだが、そのような行動をとる人はきわめてまれなのである。

このことは、自傷行為というものが、「孤独

な対処法」であることを意味する。つまり、自傷行為をくりかえす者は、本来は、誰かに助けを求めたり相談したりするべきところを、自分ひとりで苦痛を解決しようとする傾向があるわけである。おそらくその人には、「人は自分を裏切るが、リストカットは自分を裏切らない」という思い込みがあるであろう。

自傷行為は、身体に痛みを加えることで心の痛みを鎮め、さらには、つらい出来事の記憶やつらい感情の記憶を封印してくれる。実際、自傷行為をくりかえす者のなかには、「もう何年も涙を流したことがない」、あるいは、「すごく悲しいときにも涙が出ない」と語る人がいる。そのような人たちは、悲しい出来事を「悲しい」と体験し、涙する前に反射的に自分を傷つけてしまっているのである。その意味で、彼らが切っているのは皮膚だけではない。皮膚を「切る」のと同時に、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」にしているわけである。

自傷行為がもたらす「心の痛み」に対する鎮痛効果は、簡便で、しかも驚くほどの即効性がある。ある種の人たちは、自傷行為におよぶことで苦痛にみちた意識状態を瞬時に変容させることができる。事実、自傷行為をくりかえす者では、自傷直後には血液中の内因性オピオイド(脳内のモルヒネ様物質。エンケファリンやβ-エンドルフィン)の濃度が急上昇することを明らかにした研究がある (Coid et al., 1983)。この研究知見は、自傷行為には「耐え難い心の痛み」に対する鎮痛効果や、一瞬だけ苦痛からの解放感を体験させてくれる効果があることを示唆する。「切るとホッとするとか、「切ると気分がスッキリする」という、当事者がしばしば語ることばの意味も理解できるであろう。

III. 自傷行為と自殺

すでに述べたように、自傷行為は少なくとも短期的には自殺とは明確に異なる行為であり、少なくとも一時的には「心の痛み」を緩和する効果がある。そうだとすれば、「したい奴はす

ればいい」と放っておけばよいのであろうか？

もちろん、そうではない。自傷行為には二つの深刻な問題がある。一つは、結局のところそれは一時しのぎにすぎず、困難に対する根本的、建設的な解決がなされなければ、長期間には事態の困難さはむしろ深刻化してしまうという点である。もう一つは、自傷行為は、繰り返されるうちに麻薬と同じく耐性を獲得し、それに伴ってエスカレートしてしまいやすいという点である。そして、この耐性獲得の結果、当初と同じ程度の「鎮痛効果」を得るために、自傷の頻度や強度を高めざるを得なくなってしまう。自傷行為が習慣化してしまった者の多くが、「切ってもつらいが、切らなきゃなおつらい」という事態に到達している。しかも、すでに述べたように、本人を取り巻く現実にはいっそう過酷なものとなっている。実際、この段階では、「消えたい」、「いなくなりたい」、「死にたい」という考えにとらわれている者が少なくない。

要するに、自傷行為とは、「その瞬間を生き延びるために」繰り返されながら、逆説的に死をたぐり寄せてしまうという意味で、「死への迂回路」ともいえる行動なのである。実際、十代においてリストカットや過量服薬といった、致死性の低い自傷行為の経験者は、そうでない者に比べて10年後の自殺既遂によって死亡するリスクが数百倍高くなることが知られている(Owens et al., 2002)。つまり、たとえ「リストカットじゃ死なない」といえたとしても、「リストカットをする奴は死なない」とはいえないのである。

IV. 精神医学における自傷行為の位置づけ

ここで、精神医学における自傷行為の位置づけについても触れておきたい。

これまで自殺以外の意図による自傷行為は、国際的な診断分類のなかで明確に位置づけられておらず、たとえばDSM-IV-TRまでは境界性パーソナリティ障害の診断基準の一つとして登場しているにすぎなかった。

しかし2013年に発表されたDSM-5では、今後の研究課題となる診断カテゴリーを集めたSection IIIにおいて、非自殺性自傷 non-suicidal self-injury として登場するようになった。その診断基準では、非自殺性自傷には「否定的な感情や認知」や「対人関係上の困難」を一過性に緩和、解消する機能があり、物質依存症と同じくコントロール喪失の感覚を伴うという特徴にも言及されている。かつてPattison and Kahan (1983)は、習慣性の自傷行為について、「II軸障害の一症候としてではなく、I軸障害とすべき」と主張したが、ここに来てようやくその主張が公式に認められたと考えられるであろう。その背景には、自傷に対する弁証法的行動療法などの心理療法の有効性が確認されたことも影響している可能性がある。いいかえれば、DSM-5の時代に至ってようやく、自傷は「限界設定の対象」ではなく、れっきとした「精神医学的治療の対象」として認知されたといえるであろう。

ただし、注意すべきなのは、この非自殺性自傷という診断概念に対して懸念を表明する研究者もいることである。事実、De Leo (2011)は、DSM-5ドラフト公表時点で、「非自殺性 non-suicidal」ということばが自殺リスクに関する過小評価や誤解を引き起こす可能性を危惧している。同様の指摘はKapusta (2012)もしており、「そもそも非自殺性自傷と自殺とは明確に区別できるのか、そこまで我々の自殺リスクアセスメントの精度は高い水準に到達しているのか」という疑義を表明している。また、Nockら(2006)は、非自殺性自傷を呈する若者の87.6%が何らかのI軸障害の診断を満たすだけでなく、70%が自殺企図の生涯経験を持ち、自傷期間が長い者、自傷方法の種類が多い者、自傷時に疼痛を感じない者ほど自殺企図の経験を持っていたことを明らかにし、非自殺性自傷者は自殺企図者とは重複する一群である可能性を指摘している。

今後、この新しい診断カテゴリーを用いた縦断的な調査のなかで、「非自殺性自傷」という

診断カテゴリーがはたして妥当なのかどうかを検証していく必要がある。

V. 援助の原則

1. 告白は回復のはじまり

それでは、援助者は自傷行為に対してどう向き合えばよいのであろうか？

まず、子どもが自傷のことを告白した場合には、「正直に話してくれてありがとう」ということばをかけて、彼らの援助希求行動を支持し、強化する必要がある。

あるいは、自傷した傷の手当てを求めてきた場合には、「よく来たね」ということばかけが求められる。というのも、自傷行為とは、単に自分の身体を傷つけることだけを指すのではなく、自傷後に傷の手当てをしないことを含めた概念だからである。実際、自傷後に医療機関で傷の手当てを受けないものほど、自己嫌悪感や自殺念慮が強いことが知られている (Hawton et al., 2006)。したがって、傷の手当てを求めてきたということは、まだ「自分を大事にした」という気持ちがあることを意味している。

なかには、「切っちゃった」などと傷の手当てを求める子どもの、ケロッとした軽佻な態度に腹立たしさを感じる援助者もいるが、そこには致命的な誤解がある。彼らがケロッとしているのは、自傷行為という自己治療によって「心の痛み」を軽減した直後だからであって、決して周囲の反応を楽しんでいるわけではない。

大切なのは、自傷行為という事態の本質を見誤らないことである。そもそも、「幸せを感じたから」あるいは「うれしさのあまり」という理由で自傷行為におよぶ人はめったにいない。自傷を繰り返す子どもの多くは、何かつらいことがあったから自傷したのである。実際、自傷行為の背景に、家庭内でのさまざまな虐待、両親の不和、校内でのいじめ被害、あるいは、隠されたままとなっている性的虐待や性犯罪被害が存在する事例はまれではない。援助者はたえずそうした可能性を念頭に置くべきである。

以上からわかるように、もしも子どもが「切

っちゃった」と告白したときには、丁寧に何かつらいことがあったのかどうかを聞いてほしい。そのつらい問題がいまもまだ続いているのであれば、問題を解決もしくは軽減するための援助が必要であろうし、つらい問題はすでに過去のことであるが、近い将来、再びそのつらさが繰り返される可能性があるれば、そのつらさを乗り越えるために、自傷行為よりも「健康的な」別の対処方法を一緒に考える必要がある。

2. 頭ごなしに禁止しない

それから、頭ごなしに自傷を禁止するべきではないし、子どもと「自傷は是非か」といった議論をするのも避けなければならない。「なぜ自傷した？」と理由を問い詰めるような、子どもに罪悪感を抱かせる物言いも好ましくない。

とりわけ、頭ごなしに「自傷行為は止めなさい」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、援助者が答えに窮するのは目に見えている。実際、「自殺しないために」、あるいは、「誰でもいいから、いきなり殴ってしまいたい衝動を抑えるために」、自傷行為におよんでいる者もめずらしくない。自殺したり、他者に暴力をふるったりすることに比べて、「死なない程度に自分を傷つけることがなぜ悪いのか」を説明できる者などいないし、自傷の是非をめぐって患者と議論をすることは反治療的ですからある。

なかには、どこでも自傷できるように、常時カッターなどを携帯している子どももいるが、最終的にそうした道具をとりあげる結果になるとしても、有無をいわず強引にとりあげるのは禁物である。なぜなら、自傷行為に深刻に依存する者ほど、「自傷行為をやめたら自分をコントロールできなくなって、発狂するのではないか？」という不安が強烈であり、だからこそカッターを手放せない可能性があるからである。したがって、子どものそうした気持ちに共感し、寄り添ったうえで、「しかしあなたを守りた