

自傷と摂食障害

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

松本俊彦

はじめに

自傷とは、自殺以外の意図から、故意に自らの身体を軽く傷つける行為を指す。代表的なもの、手首や前腕の皮膚を切るというリストカットであるが、他にも「壁に頭をぶつける」、「血がにじむほど皮膚に爪を立てて腕をつかむ」、「火のついた煙草を押しつけて」、「自分で自分を殴る、自分の腕を噛む」といった行動が含まれる。

自傷と摂食障害とは密接に関連している。事実、自傷患者に摂食障害が高率に合併するという報告は多く、なかでも特に有名なのはファヴァツツァらの研究である。彼は、女性の習慣的自傷者の約半数に過去ないしは現在の摂食障害のエピソードが認められることを

明らかにし、すでにパティソンとカーンが提唱していた「故意の自傷症候群 self-harm syndrome」という、自傷と物質乱用・依存の併存によって定義される臨床単位の条件を、摂食障害も加えた三症候とするべきだと主張した。

いずれにしても、自傷を繰り返す患者の治療では、摂食障害を避けて通ることはできない。実際、「ほとんど何も食べない日が二、三日間続くことがある」、「たまにやけ食いをする」、あるいは、「体重の変動幅が大きい」など、診断閾値以下のものまで含めれば、自傷患者のほぼ全例が、少なくとも治療経過中の一時期に何らかの食行動異常を呈している。

また、摂食障害を併存する自傷患者は自殺のハイリスク集団としての臨床的意義もある。筆者らが行った自傷患者の追跡調査では、近い将来における自殺行動を予測する要因として摂食障害症状が同定されている。本稿では、自傷と摂食障害との共通点と相違点を整理するとともに、自傷と摂食障害が併存する症例の治療・援助のあり方について私見を述べたい。

摂食障害も自傷ではない

リストカットなどの自傷と摂食障害は、ともに「故意に自らの身体的健康を害する行為」という点で共通している。また、いずれも自殺以外の意図から行われる行為という点も共通項といえるであろう。すなわち、自傷の多くは感傷的苦痛の緩和を意図して行われるし、摂食障害の場合には、その病型がアノレキシアであれブリミアであれ、その行為の背景にある動機は「やせたい」、「太りたくない」というものである。

しかし、現代の研究においては、自傷と摂食障害は峻別されるべきものとして扱われている。ウォルシュは自傷について、「自殺以外の目的から、非致死性の予測（このくらのならば死なないだろう）」という予測のもの

とに、故意に自らの身体に直接的な損傷を加える行為」と定義しているが、この定義に従えば、摂食障害を自傷の範疇に含めることはできない。

その根拠となるのが、「自らの身体に直接的な損傷を加える」という表現のなかにある「直接的」という表現である。直接的な身体損傷とは、その行為の結果がただちに現れ、その結果を視覚的に確認することを含意している。確かにリストカットの場合、切るという行為の結果はただちに「皮膚が裂け、出血する」現象として視覚的に確認することができ、万一切りすぎってしまったと思つた場合には、そこで手を止めれば傷がそれ以上深くなることはない。このような直接的な身体損傷行為の持つ制御可能性は、そのまま「非致死性の予測」を担保するものといえるであろう。

一方、摂食障害による身体損傷はそうはいかず、外からは観察できない身体内部で緩徐に進行する性質を持つ。一回だけ不食ないしは過食、あるいは自己誘発嘔吐をしたからといって、目で見てわかるような身体損傷が生じることはないが、こうした行動が繰り返すなかで栄養障害が蓄積すれば、ある段階で健康被害として顕在化する。そして、ひとたび健康被害が顕在化してしまうと、一日だけ異

常な食行動をやめればすぐに生命的な危機を脱するとは限らず、数週間にわたる慎重な全身管理を必要とする事態は決してまれではない。要するに、摂食障害による身体損傷は「間接的」なものなのである。ちなみに、物質乱用・依存や過量服薬についても、同じ理由から「直接的」な身体損傷行為とは見なせず、自傷には含まないのが、今日における一般的な考え方である。

しかし摂食障害は自傷と近い関係にある

そのようなわけで、摂食障害を自傷の範疇で捉えることはできないが、しかし、それでも摂食障害が自傷ときわめて近接した行動であるのも確かである。

その理由の一つが、すでに述べた、自傷と摂食障害との併存率の高さである。しかし、理由は他にもまだある。一般の中学生・高校生を対象とした調査⁽¹⁾では、自傷経験は臨床閾値未満の摂食障害的傾向と密接に関連し、しかも、自傷頻度が高いものほど食行動異常の程度は深刻となることがわかつている。このことは、正常範囲内のものから病的な水準まで、自傷と食行動異常とは連続的かつ直接的に関連していることを意味し、決してガンダースンとザナリー⁽²⁾が指摘したような、特定

のパーソナリティ傾向を介する間接的なものではない可能性を示している。

実際の臨床では、自傷と摂食障害との「等価の関係」を疑いたくなる場面と遭遇することも多い。たとえば、「リストカットはしなくなつたが（あるいは、頻度が減つたが）、今度は過食・嘔吐が激化した」「過食はとまったが、リストカットが始まつた」というように、治療経過中、両者はしばしば交代性に出没する現象が、まさにそれにあたる。レイシーとエヴァンズ⁽³⁾は、このように衝動的・嗜癖的行動が相互変換的に変遷する摂食障害のことを、「多衝動性過食症 multi-impulsive bulimia」と命名している。

こうした相互変換性は、個々の問題行動の背景に何らかの共通した機能の存在を疑わせる。ヒーストントンとバウマイスター⁽⁴⁾の指摘は、そのような文脈ではまさにぴったりと当てはまるものである。彼らは、拒食症における空腹感・飢餓感や過食症における嘔吐の苦痛には、自傷における疼痛刺激と同様、患者さんの気分を高揚させたり、解離状態から回復させたりする効果があると述べている。

多衝動性過食症の症例

ここで典型的な症例を提示したい。

女性患者Aさんは、嫌なことがあるとリストカットをして何とか精神的なバランスを保っていたが、ダイエットを始めてからは、以前ほどリストカットしなくなった。ダイエットによってもたらされる空腹感・飢餓感が、リストカットと同じ種類の刺激となっている感じがしたからだ。気持ちシャキッと切り替わり、仕事の意欲が湧いてきた。

しかし、ダイエットはいつまでも続かなかつた。職場でちよつとしたトラブルがあり、上司から頭ごなしに叱責されたのをきっかけに、イライラしてこれまでやめていた菓子類に手を出してしまった。すると、今度は食べるのがとまらなくなつてしまった。この日之境に、連日だらだらと菓子類を食べ続けるという過食が続いた。当然、体重が増加し、人前に出るのが嫌になつてきた。

この状況を変えなければと焦り、できるだけ食事をとらないように心がけたが、無理なダイエットのツケは夜になつて暴発した。空腹で眠れないのである。それで結局、菓子類を過食してしまった。夜、過食しないで済むようにと、睡眠薬を多量に服用して無理矢理眠ろうとしたこともあったが、それも失敗だった。睡眠薬で意識が朦朧とすると、どうも衝動のコントロールがきかなくなり、かえつていつもよりもひどい過食をしてしまうので

ある。彼女は空腹に負けてしまう自分の意志の弱さを責め、過食するたびに「自分を罰する」ためにリストカットを繰り返した。

とうとう彼女は、「もう過食をコントロールできない」と絶望し、せめて体重が増えないようにと考え、過食後に喉に指を突っ込んで嘔吐をするようになった。確かに嘔吐によつて一時的には体重増加に歯止めがかつた。また不思議なことに、嘔吐する際の苦しさや自傷のように身体への刺激にとつて、リストカットと同じように意識がシャキッとする感じがした。

しかし、それも長続きはしなかつた。次第に慣れが生じて、以前よりも大量に過食しないと嘔吐できなくなり、仕事から帰ると深夜までずつと過食・嘔吐を続ける状態に陥つてしまつたからだつた。

こうした連日深夜まで続く過食・嘔吐と、それによる睡眠不足がたたり、毎日疲労困憊し、体力の低下が著しくなつた。過食後に嘔吐する気力もなくなり、嘔吐する前に眠りに落ちてしまい、翌朝、自己嫌悪に陥つた。彼女は、過食後嘔吐しなかつた自分を罰し、疲れた身体に「喝」を入れるために、毎朝出勤前にリストカットをするようになった。リストカットは次第にエスカレートして左腕は傷だらけとなり、ついには会社の同僚にも傷が

気づかれる状況となつた。

それだけではない。いくらリストカットしても気力が湧いてこなくなり、とうとう仕事を無断で休むという事態を招いてしまつたのだ。彼女は自身の状況に絶望し、「もう会社にはいられない。死ぬしかない」と決意し、手元にある睡眠薬の錠剤をすべてまとめて口に放り込んだのだつた……。

この症例は、自傷と摂食障害とともに、睡眠薬の乱用も呈しており、典型的な故意の自傷症候群、もしくは多衝動性過食症である。

自傷と摂食障害はあるときは交代性に出没し、またあるときには手と手を取り合つて相互に増幅しあい、さらには、過食をコントロールしようとして睡眠薬を乱用した結果、かえつて過食が手に負えなくなつてしまつていく。ここには、自分をコントロールしようとする試みながらも自分がコントロールされてしまふ、という皮肉な逆転現象が見てとれる。

「問題」行動が「問題」なのか

ここまでの話からわかるように、自傷と摂食障害を呈する症例の援助では、自傷、摂食障害、場合によっては併存する薬物乱用といった問題のすべてに目配りすることが必要と

なる。まずは自傷だけ、あるいは摂食障害だけを解決し、それから残る問題行動に取り組み、といった治療は原則としてありえない。おそらくいづれか一つを解決しても、次は別の問題がエスカレートするという、文字通りの「モグラ叩き」の様相に陥ってしまう可能性が高い。

それでは、治療においては、「一刻も早くすべての問題行動を同時に手放すこと」を目標とすべきであろうか？ それも違う。そもそもそのようなことは不可能であるし、援助者が問題行動を無理にコントロールしようとするれば、治療中断を招くか、さもなければ患者は嘘の申告をするようになるであろう。あるいは、援助者と会うこと自体が「援助者の要求に応えられない自分のダメさ加減」を突きつけられる体験となってしまう、「会えば会うほど状態が悪化する」という医原性の悪化を引き起こすかもしれない。

必要なのは、「問題行動」が一番の「問題」とは限らないという視点である。ハリスとバラクロー⁽³⁾が行った精神科患者の転帰調査に関するメタ分析では、摂食障害患者はあらゆる精神科患者のなかで最も自殺死亡率が高いことが明らかにされている。しかしだからといって、摂食障害の症状が直接的に自殺に影響を与えるなどというつもりはない。実

際、筆者が最近一〇年近くかかわってきた心理学的剖検調査（自殺既遂者の遺族を対象とした聞き取り調査）の経験では、摂食障害者の自殺は、拒食や過食・嘔吐が深刻なときには意外に少ない。むしろそういった食行動異常が消失し、周囲が安堵した時期に発生していることの方が多い。

食行動異常は、少なくとも一時的には何らかの精神的苦痛から意識をそらすのに役立つていた可能性があるのではないか。筆者が心理学的剖検から漠然と感じているのは、そのような印象である。もしもその印象が正しいのであれば、生きづらさの根本的な原因が解決しないまま、単に摂食障害の症状だけを手放せば、かえって本人を追い詰め、自殺のリスクを高めてしまうかもしれない。

つながり続けることと無力感からの回復

自傷と摂食障害を併存する症例の治療において、筆者なりに心がけていることは、次の二つである。一つは、自傷や食行動異常の状況を正直に話せる関係性を継続すること、そしてもう一つは、本人のわずかな進歩を見逃さずに強化することである。つまり、患者が目立たない努力を見逃さずに、「ささやかな成功体験」としてリフレーミングしてフィー

ドバックすることである。そのような肯定的な体験の積み重ねは、彼らを無力感の泥沼から少しずつ引上げ張り上げるであろう。

筆者がこれまで出会ってきた患者の多くは、様々な方法を用いて自分の気分をコントロールすることに執着し、その方法を取り上げられそうになると激しく抵抗した。しかし、これはある意味で無理からぬことであつた。というのも彼らの大半が、これまで人にコントロールされ、翻弄され続けた生活史も持っていたからである。そして、そのような体験を積み重ねた挙げ句、「自分には何もできない」という無力感に苛まれていた。その意味では、自傷も摂食障害も、彼らなりになけなしの自己効力感を確認するための数少ない方法であると理解できなくなかない。

忘れるべきではないのが、嵐や竜巻のような問題行動を呈しながらも、諦めずに治療を継続していること自体が称賛に値す行動である、ということである。実際、治療経過中、自傷から摂食障害へ、摂食障害から物質乱用へ、そして再び自傷と、様々に衝動的・嗜癖的行動を変遷させながら、気づくと健康被害がより少なく、より破壊的でない問題行動へと推移している患者は少なくない。どこまで意識的なものかとは不明だが、そこには明らかに患者なりのサバイバル術がある。もし

こころの科学 182

HUMAN MIND

July・2015

■好評発売中 / 本体1,230円+税 ■雑誌コード: 63956

特別
企画

依存と嗜癪 やめられない心理

蒲生裕司
宮岡 等=編

アルコールや薬物に加え、ネットや賭博等にも広がった依存と嗜癪。やめたくてもやめられない心理と、個々の「疾患」を平易に解説。

▼依存という現象を考える

- 依存という心理——人はなぜ依存症になるのか……松本俊彦
- 病としての依存と嗜癪……成瀬暢也
- 依存の生物学的な機序……廣中直行
- 依存とは害か?——自己治療仮説を治療に活かす 長 徹二

▼依存症と嗜癪障害

- アルコール依存症の心理とその支援……澤山 透
- 薬物依存症……小林桜児
- ギャンブル障害……蒲生裕司
- 常習窃盗……竹村道夫
- 性的嗜癪に関する心理学的理解……妹尾栄一
- インターネット依存……中山秀紀
- 処方薬依存の実態……武藤岳夫

▼依存症の支援

- 依存症の問題はどこに相談すればよいか……田辺 等
- 厚生労働省における取り組み……福生泰久
- 依存症者をもつ家族に対する心理教育……近藤あゆみ・高橋郁絵・森田展彰
- 自助グループの役割……若原千絵

▼依存症に関連する諸問題

- ドメスティック・バイオレンス……信田さよ子
- 重複診断としての依存……朝倉崇文
- 児童虐待と依存症 (アディクション)……白川美也子

■巻頭に

心理職への期待……宮岡 等

■論説

性別違和をもつ児童・青年の理解と援助……塚田 攻

■追悼

山下 格先生を偲んで……久住一郎

■新連載

精神科医が薬を処方するということ (1)

処方の背景にある医者の方考え方……仙波純一

■連載

逆転の家族面接 (2)

「やる気のない生徒」がやる気にさせてくれる!?……喜多徹人

現場を変えるいじめの科学 (2)

“使える”いじめの定義とは?……和久田学

脳を通して私が生まれるとき——精神科医のパンセ (7)

マシンは私になれるのか……兼本浩祐

■ほんとの対話

松本俊彦『自分を傷つけずにはられない』……斎藤 環

すぎむらなおみ+えすけん『はなそうよ!恋とエッチ』……宮地尚子

松木邦裕、瀧井正人、鈴木智美『摂食障害との出会いと挑戦』……野間俊一

■こころの現場から

48時間 (家庭裁判所)……高島聡子

すぐ隣にある貧困 (若者支援)……青砥 恭

日本評論社

http://www.nippyo.co.jp/

- かたやと援助者を探めらるるのば、そのかた
なれややかな努力を思案とかなる感性なのか
めことなる。
- 【文藝】
- (一) Favazza AR, Derossear DO, Conterio
K:Self-mutilation and eating disorders. Suicide
Life Threat Behav 19: 353-3619,1989.
- (二) Gunderson JG, Zanarini MC: Current
overview of the borderline diagnosis. J Clin
Psychiatry 48: Suppl: 5-14,1987.
- (三) Harris EC, BarracloughSuicide as an
outcome for mental disorders. A meta-analysis.
Br J Psychiatry 170: 205-228,1997.
- (四) Heatherton TF, Baumeister RFBinge
eating as escape from self-awareness. Psychol
Bull 110: 86-108,1991.
- (五) Lacey JH, Evans CDThe impulsivist: a
multi-impulsive personality disorder. Br J
Addict 81: 641-649,1986.
- (六) Matsumoto T, Yamaguchi A, Chiba Y et
alPatterns of self-cutting: A preliminary study
on differences in clinical implications between
wrist- and arm-cutting using a Japanese
juvenile detention center sample. Psychiatry
Cln Neurosci 58: 377-382,2004.
- (七) 松本俊彦、阿瀬川幸治、伊丹 昭ほか「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』一一〇巻、四七五—四八七頁、二
〇〇八年
- (八) Mitchell JE, Boutacoff LI, Hatsukami D
et al: Laxative abuse as a variant of bulimia. J
Nerv Ment Dis 174: 174-176,1986.
- (九) Pattison EM, Kahan J:The Deliberate
Self-Harm Syndrome. Am J Psychiatry 140:
867-87,1983.
- (一〇) Walsh BW, Rosen PM:Self-mutilation?
theory, research, & treatment? Guilford Press,
New York, 1988. (B・W・ウァルシュ、D・
M・ローゼン、松本俊彦ほか訳『自傷行為—実証
的研究と治療指針』金剛出版、二〇〇五年)
- (一一) 山口亜希子、松本俊彦、近藤智津恵ほか
「大学生の自傷行為の経験率—自記式質問票による
調査」『精神医学』四六巻、四七三—四七九頁、二
〇〇四年
- (#) かもろ・とつこ / 精神医学

心理学的剖検研究と今後の方向

松本俊彦, 小高真美, 山内貴史, 川野健治, 藤森麻衣子, 勝又陽太郎
赤澤正人, 廣川聖子, 亀山晶子, 白川教人, 竹島正

Psychological autopsy study and the future directions

Toshihiko Matsumoto, Manami Kodaka, Takashi Yamauchi, Kenji Kawano,
Maiko Fujimori, Yotaro Katsumata, Masato Akazawa, Seiko Hirokawa,
Akiko Kameyama, Norito Shirakawa, Tadashi Takeshima

心理学的剖検研究と今後の方向

Psychological autopsy study and the future directions

松本俊彦¹⁾、小高真美¹⁾、山内貴史¹⁾、川野健治¹⁾、藤森麻衣子¹⁾、勝又陽太郎²⁾

赤澤正人³⁾、廣川聖子⁴⁾、亀山晶子⁵⁾、白川教人⁶⁾、竹島 正¹⁾

Toshihiko Matsumoto, Manami Kodaka, Takashi Yamauchi, Kenji Kawano, Maiko Fujimori, Yotaro Katsumata

Masato Akazawa, Seiko Hirokawa, Akiko Kameyama, Norito Shirakawa, Tadashi Takeshima

I. はじめに

心理学的剖検 psychological autopsy という研究手法が広く知られることとなった契機は、2007年6月に閣議決定された自殺総合対策大綱（以下、大綱）によってであろう。そこには、「社会的要因を含む自殺の原因・背景、自殺に至る経過、自殺直前の心理状態等を多角的に把握し、自殺予防のための介入のポイント等を明確化するため、いわゆる心理学的剖検の手法を用いた遺族等に対する面接調査等を継続的に実施する」と明記されている。同様の文言は、2012年8月に改正された同大綱にもある。実は、自殺の実態調査における一研究手法の名前にすぎないこの言葉がこうして行政文書のなかに明記されるというのは、きわめて異例なことである。

本稿では、心理学的剖検研究の歴史、ならびに、自殺の実態を解明するうえでの意義と課題を論じ、そのうえで、海外における心理学的剖検研究の動向、さらには、自殺予防総合対策センターにおける心理学的剖

検研究の進捗状況と今後の展望について概説したい。

II. 心理学的剖検とは？

1. 心理学的剖検の起源

心理学的剖検という概念は、1958年、ロサンゼルス自殺予防センターの共同創設者である Shneidman と Farberow が考え出したものである²³⁾。当初は、不審死の死因を明らかにするために行われた。たとえば、薬物の過量服薬による死亡した場合、事故死なのか自殺なのかにわかに判じがたい場合がある。そこで、検死官や監察医の依頼を受けた心理学者が、自殺者の遺族や職場の同僚、友人などから自殺前の言動を詳細に聴取し、故人の「意図」を検証することで、検死官や監察医による判断に貢献するのである。その意味では、「剖検」といういささか陰惨な印象の名前は、その起源における目的を反映したものであったわけである。

Shneidman²³⁾は、この手法が自殺に至るプロセスと自殺直前の心理状態を理解するのに有用であることに気づいた。彼は、遺族や同僚、友人、主治医との対話をもとに自殺者の人生を多角的に検討するなかで、持続する「精神痛」と「心理的視野狭窄」によって、人が自殺に追い詰められていくプロセスを明らかにした。その具体的な方法は、彼の著作「Autopsy of A Suicidal Mind」²⁴⁾で知ることができる。

2. 自殺の実態解明研究への応用

心理学的剖検は、さらに自殺の実態を解明するための研究手法として用いられるようになった。大規模な数の自殺者を対象として自殺の実態を明らかにするには、Shneidman のような卓越した臨床家個人の尽力では限界がある。とって、面接調査を行

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
Center for Suicide Prevention, National Institute of Mental Health, National Center of Neurology and Psychiatry

2) 新潟県立大学人間生活学部
Faculty of human life, University of Niigata Prefecture

3) 兵庫県こころのケアセンター
Hyogo Institute for Traumatic Stress

4) 埼玉県立大学保健医療福祉学部
Faculty of Health, Medicine, and Welfare, University of Saitama Prefecture

5) 日本大学文理学部人文科学研究所
Institute of Humanities and Social Sciences, College of Humanities and Sciences, Nihon University

6) 横浜市こころの健康相談センター
Yokohama-city Mental Health and Welfare Center

う者の技量によって得られる情報に差が出てしまうのもまた問題である。そこで、面接調査票を用いて、あらかじめ決められた質問を順次行っていくという構造化面接や半構造化面接が採用されるようになったわけである。

そのようにして多数例に対する心理学的剖検研究を最初に行ったのは、米国のRobinsら²¹である。彼らは、早くも1959年には構造化面接を用いて134例の自殺者を調査し、その90%が精神障害に罹患していたこと、60%近くが生前に自殺念慮を訴えていたことを明らかにした。これ以後、世界各国で心理学的剖検による研究が行われるようになったのである。

Ⅲ. なぜ心理学的剖検研究が必要なのか— 他の研究手法との比較

1. コホート研究の問題点

自殺既遂者の実態を解明するには、いくつかの方法がある。そのなかでも最もエビデンスレベルの高い研究手法とはいえば、いうまでもなくコホート研究である。しかし、コホート研究の手法で自殺のような発生率の低い事象に関する危険因子を明らかにするには、かなり大規模な地域住民サンプルを長期間追跡していく必要がある。

このような調査を実現するには気が遠くなるほどの時間と相当なマンパワー、さらには莫大な予算が必要となる。もちろん、自殺対策に限らず、わが国の精神保健サービスをより科学的かつ効率的なものとするうえで、このような大規模コホート研究が望まれることは論を俟たないが、研究成果が出るまでの数年から十数年のあいだ、何らかの対策も講じないというのは現実的ではない。

2. 自殺未遂者研究の問題点

もう少し現実的な研究手法としては、自殺既遂者に近似するサンプルとして自殺未遂者を対象として、その背景要因や自殺に至るプロセスを分析するというものがある。この手法の長所は、対象にアクセスしやすく(救命救急センター)、対象者本人からの情報収集ができるという点である。

しかし、やはりこの手法にも問題がある。既遂者と未遂者とは自らの身体を傷つけるのに用いた手段・方法に明らかな相違がある。また、致死性の高

い手段を用いながらも一命を取り留めたというような、相当に重症の自殺未遂者を対象として分析を行っても、既遂者とは性構成や背景にある精神障害の診断に相違が認められることが指摘されている。すなわち、未遂者は既遂者に比べて女性の割合が高く、若年であり、背景にある精神障害診断において気分障害の割合が高く、統合失調症の割合が低いのである²⁵。また、自殺者の遺書を対象とした研究においても、既遂者の遺書は未遂者のものに比べて自責感情が強く表出されているという指摘もある³。このような相違を考慮すると、未遂者から得られた知見をそのまま既遂者に適用することには慎重とならざるを得ない。

3. マクロ統計の問題点

さらに現実的で比較的容易な方法がある。それは、警察庁の「自殺の概要資料」や厚生労働省の人口動態統計を用いた分析手法である。この手法は、全数統計であるがゆえに対象の代表性という点で、他の手法の追従を許さない。

しかし、これらのマクロ統計が把握できる自殺既遂者の背景にある問題は限られている。たとえば、人口動態統計では、自殺死亡という「事実」を正確に把握することができるものの、自殺の「原因及び背景」について知ることはできない。その点では、警察庁の「自殺の概要資料」、職業や自殺の原因・動機に関する情報が含まれているという理由から、人口動態統計よりも優れている。しかし、その原因・動機とは、死因究明の結果、自殺と判断された場合に、事前に設定された「家庭問題」「健康問題」「経済・生活問題」「勤務問題」「男女問題」「学校問題」などの項目群から、警察官が判断し、選択したものという限界がある。

4. 心理学的剖検の限界

以上のことを踏まえると、心理学的剖検という手法が自殺の実態解明に一定の役割を足す意義が理解できるであろう。

もちろん、すでにPouliotとDe Leo²⁰が指摘しているように問題点は少なくない。すなわち、自殺既遂者遺族のうちこの調査への協力に同意する者は一部に限られており、対象の代表性に問題がある。また、家族のいない単身生活者の自殺に関しては、そもそもこの手法による解析の対象とはならないし、

既述者自身からの供述が得られない以上、既述者自身が家族にも告げていない情報について収集しようがない。さらに、遺族による想起に様々なバイアスが混入する余地もある。

こうした限界にもかかわらず、現状では、得られる情報の詳細さと実現可能性という点で、既存の他の研究手法にはない利点があり、世界各国で自殺の実態を解明する調査手法として広く実施されている。

Ⅲ. 海外における心理学的剖検研究の動向

心理学的剖検による自殺者の研究は、海外の多くの国において自殺の実態把握の目的から実施され、国家的対策を実行するうえで大きな寄与をしてきた²²。これらの研究は、その研究デザインから第1世代の研究と第2世代の研究に分類することができる。

1. 第1世代の心理学的剖検研究

第1世代の研究は、対照群をおかずに、自殺事例に関する遺族からの聞き取り調査を基にした記述的研究を中心としたものであり、1950年代末のRobinsら²¹の研究から始まるが、なかでも有名なのはフィンランドにおける国家をあげての心理学的剖検である。

フィンランドでは、国立公衆衛生院を中心に、1,000人の共同研究者を擁する調査プロジェクトが発足され、1987～1988年の2年間に国内の全自殺者の96%にあたる1,397人の遺族、さらには自殺直前に自殺者と会った医療関係者に対する面接調査が行われた。その結果、自殺者の93%が最後の行動におよぶ前に何らかの精神障害に該当する状態にあり、なかでも、そのうちの8割がうつ病、アルコール依存症、もしくはその両者の合併であることが明らかにされた¹⁵。また、そのような精神障害に罹患した状態にあった者の大半が適切な精神科治療を受けていなかったことも明らかになった。これらの知見は、2002年までに自殺率を30%減少させることに成功したフィンランドの国家戦略の基礎となったばかりでなく、全ての自殺者遺族が協力するという驚異的状况のなかで、国民の問題意識が高まるという副次的効果も大きかったと指摘されている¹⁸。

2. 第2世代の心理学的剖検研究

1990年代以降になると、心理学的剖検は第2世

代といわれる、心理学的剖検による症例・対照研究が主流となった。年齢・性別を一致させた事故死事例や生存事例を対照群として自殺事例を検討する方法には、自殺の危険因子を疫学的に同定できるというメリットがある。

Arsenault-Lapierreら²、Scottら²²、Yoshimatsuら²⁶によれば、海外にはすでに24もの心理学的剖検による症例・対照研究が存在しており、ほとんどの研究が、自殺者の80～90%が行為前にはうつ病やアルコール・薬物依存症などの精神障害に罹患していたことを明らかにしているという。また同じ精神障害罹患者の比較では、対照群に比して精神障害の重症度に差はないにもかかわらず、自殺事例では精神科治療を受けていないことが多く、精神科治療が自殺予防につながる可能性が示唆されている¹。さらに、過去における自傷行為歴²⁴、家族内葛藤²⁴、経済的困難²⁴、犯罪歴⁴、身体疾患への罹患²⁴、近親者における自殺者の存在⁴、過去1年以内における非飲酒時の暴力行動⁴、社会的孤立²⁴、自殺2日前以内の対人葛藤¹⁹などが、自殺の危険因子として報告されている。

このように第2世代の研究では、実に多くの危険因子が同定されているが、重要なことは、多くの研究が自殺には複数要因が関与していることを明らかにしている点である。その最たるものは、「自殺事例の特徴は、個々の危険因子の有無以上に危険因子総数の多さにある」ことを明らかにした、Phillipsら¹⁹による大規模な症例・対照研究であろう。これらの知見は、自殺予防のためには、多方面に及ぶ危険因子に対して様々な角度——保健医療、福祉、教育、経済など——からの介入が必要であることを示唆している。

Ⅳ. わが国における心理学的剖検の現状

わが国における心理学的剖検研究はまだ黎明期にある。かつてわが国で試みされた心理学的剖検研究としては、1990年代前半に張⁵により実施されたものがあり、海外の先行研究と同様、自殺者の90%近くが行為前には精神障害に罹患していたことが明らかにされている。

このしかし、この調査の対象は、1救急医療機関に搬送された全自殺死亡者94例中の25事例に限定されたものであった。単一施設での調査であるとい

う限界もさることながら、救命救急センターで死亡が確認される自殺既遂者は、全自殺既遂者の一部にとどまることを考慮すれば、対象の代表性に大きな課題を抱えた調査であった。

そこで、国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所では、2005年より、将来における全国的な心理学的剖検の実施を目指して慎重な準備を進め、2007年より本格的な全国実施を行っている。以下に準備のプロセス、ならび、現在までの進捗状況と得られた成果の概要を述べる。

1. 全国実施に向けた準備

我々は、厚生労働科学研究「自殺の実態に基づく予防対策の推進に関する研究（主任研究者 北井 暁子）」において方法論の整備を進めてきた。平成17年度、研究班は、「心理学的剖検に関するフィージビリティに関する研究」と題して、わが国における心理学的剖検——自殺者遺族に対する半構造化面接による調査——のフィージビリティ（実現可能性）を検討した¹³。具体的には、海外で実施された心理学的剖検を用いた先行研究を整理したうえで、北京自殺研究・予防センターで実施された心理学的剖検調査票をもとにして面接調査票を開発した。そして、2地域5事例の自殺者遺族に半構造化面接を実施し、心理学的剖検の実現可能性を確認した。

続く平成18年度「心理学的剖検のパイロットスタディに関する研究」¹⁴では、前年度よりも調査実施地域と対象とする自殺者事例を広げ、11地域28事例の自殺者遺族に対して調査を実施するとともに、年齢・性別・地域を一致させた生存者対照群を設定した数量的分析、さらには事例分析も行った。

ここでは、事例分析の結果のみ触れておく^{7,8}。事例について自殺に至るまでの継時的プロセスを整理したライフチャートを作成し、ストレスに曝露された自殺事例が、どのような対処行動やサポート希求行動をとったのかを検討したのである。その結果から見てきたのは、やはり自殺の要因は単純ではないという事実であった⁷。たとえば、一見「借金問題」による自殺事例でも、実は数年以上前からギャンブルやアルコールなどの嗜癖問題を抱えており、ギャンブルが借金を増大させ、アルコールの酩酊が最終的な衝動的に自殺を促すというプロセスが認められることがあった。こうした事例では、借金に対する経済的支援に加えて、ギャンブルやアルコール

などの問題に対する精神保健的介入がなければ、自殺は回避し得ない可能性が示唆された⁸。

2. 本格的な全国実施に向けての課題

本格的な心理学的剖検研究の全国実施は、2007年12月より国立精神・神経医療研究センターに設置された自殺予防総合対策センター自殺実態分析室を中心として、「自殺予防と遺族支援のための基礎調査」として開始された。しかし、実施に際しては二つの重要な問題があった。

一つは、対象の代表性に関する問題であった。わが国の自殺の実態を解明するという趣旨からすれば、フィンランドで実施したような自殺者全数に対する調査、もしくは何らかの方で自殺者全体からランダムに対象を抽出するような科学的調査が求められるところである。しかし残念ながら、わが国の自殺に対する意識はまだそこまで成熟していない。実際、我々も人口動態統計死亡票を用いた対象抽出を検討した時期もあったが、倫理的問題からそのような疫学的手法は断念せざるを得なかった。

最終的に、我々が出した結論は、その遺族が相談や遺族の集いを通じて公的機関につながっている自殺者のうち、遺族ケアなどの提供を通じて調査に耐えられる心理状態にあると判断された遺族にのみ調査協力を依頼するというものである。現時点においては、疫学調査としての科学性よりも遺族ケアの視点を優先するというスタンスをとることにしたわけである。なお、対象の偏りに対する解決策としては、我々が収集しえた自殺既遂事例と、性別、年代、居住地域を一致させた生存事例を対照群として設定し（生存事例の家族から同じ面接票で情報収集する）、症例対照研究のデザインによって自殺の危険因子を明らかにする方法をとった（図1）。

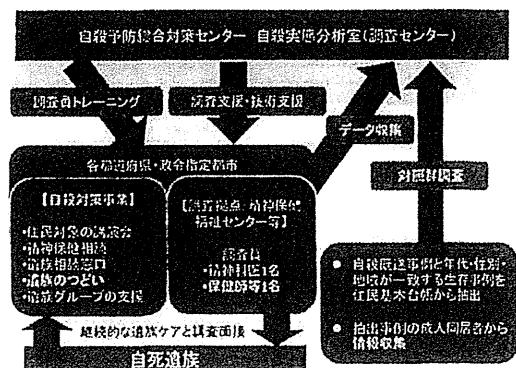


図1 「自殺予防と遺族支援のための基礎調査」

もう1つの問題は、守秘義務を含めた調査員の資格や技術、さらには各地域の公的機関における遺族ケアの体制に関するものである。この問題を解決するために、我々は調査員候補者の資格を厳密に定めるとともに、研究班が主催する調査員研修会への参加を条件としている。また我々は、各地の公的機関における遺族ケア体制の拡充を支援するために、自殺予防総合対策センター自殺実態分析室に「調査支援センター」を開設し、必要に応じて、各公的機関の遺族ケアに関する技術的援助を提供していくこととした。我々は、こうした活動こそが、大綱における「地方公共団体、民間団体等が実施する自殺の実態解明のための調査を支援する」という活動の一部に当たると考えている。これによって各地の公的機関において遺族ケア体制が広がっていけば、将来的には調査に協力する遺族は増え、結果として実態解明に資する対象の代表性を確保できる可能性もあるとも考えた。

3. 調査の進捗状況

全国的な心理学的剖検調査は2007年12月より開始し、本稿執筆時点(2013年9月30日現在)で99例の自殺既遂事例に関する情報収集を終了している。得られた情報については、これまで自殺既遂事例内における検討、ならびに症例対照研究の手法による検討を行っている。検討結果の概要については、次節に示す。

V. 我々の心理学剖検研究から現在までに明らかにされたこと

我々の心理学的剖検研究からは、すでに自殺予防に資すると思われる知見を学術論文のかたちで刊行しており、自殺予防の介入のポイントとして記者発

表1 自殺既遂事例の検討から見えてきたこと

症例対照研究 オッズ比(95%信頼区間)		自殺既遂事例内での原型分析		
精神医学的問題	<ul style="list-style-type: none"> うつ病性障害 6.20(3.54-10.86) アルコール使用障害 3.13(1.52-6.46) 	<ul style="list-style-type: none"> アルコール問題を呈した事例の特徴 <ul style="list-style-type: none"> ▶ 中高年男性、有職者 ▶ アルコール問題に対する治療・援助なし 精神科受診事例の特徴 <ul style="list-style-type: none"> ▶ 50%が精神科治療中 ▶ 自殺時に向精神薬を過量摂取 ▶ 若年者、統合失調症罹患者 		
社会・経済的問題	<ul style="list-style-type: none"> 返済困難な借金 36.49(4.96-297.97) 仕事上の悩み 4.19(1.34-13.04) 	<ul style="list-style-type: none"> 借金を抱えた事例の特徴(非借金事例との比較) <ul style="list-style-type: none"> ▶ 自営業、離婚経験、産後のアルコール使用、援助請求の乏しき ▶ 有職者と無職者との比較 ▶ 有職者 中高年男性、アルコール問題、借金 ▶ 無職者 若年女性、未婚 		
生活歴上の問題	<ul style="list-style-type: none"> 年少期の養育状況 5.34(1.59-17.93) 学校でのいじめ被害 3.59(1.45-8.84) 身近な人の自殺・自殺未遂歴 27.89(6.58-118.17) 	<ul style="list-style-type: none"> 青少年事例の背景要因の分析 <ul style="list-style-type: none"> ▶ 4-6歳に不登校、いじめ被害 ▶ 親との関係、精神障害者の家族歴 ▶ 過去の自殺関連行動経験 ▶ 不登校経験後75%が学校復帰 		

表などで公表している(表1)。現在投稿中の論文もいくつか存在し、調査ならびに解析は現在も進行中である。以下には、そのなかで主要な研究成果の概要を示したい。

1. 自殺既遂事例検討から明らかにされた知見

1) 精神科治療と自殺

最初に我々が行った分析は、自殺既遂事例のうち精神科受診行動がみられた一群の臨床的特徴について明らかにすることであった。我々が収集した自殺既遂者の半数が、死亡前1年以内に精神科治療を受けていた(精神科受診群)。精神科受診群は女性と若年者が多く、過去に自傷・自殺企図歴を持つ者が多かった。また、自殺時に治療目的で処方された向精神薬を過量摂取した状態で致死の行動におよんだ者が多く、酩酊による衝動性亢進が自殺行動を促進した可能性が示唆された¹⁾。

これらの結果から、今後の自殺対策では、精神科治療を行うにあたっては、治療薬の適正な使用を担保できるようなシステムや治療の確立が求められると考えられた。

2) アルコール問題と自殺

次に我々は、死亡1年前にアルコール関連問題を抱えた自殺事例の検討を行った。その結果、自殺既遂事例の21.1%にアルコール関連問題が認められ、そのような自殺既遂者の大半が40~50代の男性かつ有職者という特徴を持つことが確認された。その一群には、習慣的な多量飲酒、自殺時のアルコールの使用、事故傾性、死亡時点の返済困難な借金、高い離婚歴という特徴が認められ、81%の者でアルコール依存・乱用の診断が可能であった¹⁾。また、多くの者が精神科治療中であったが、その大半はうつ病に対する治療を受けるのみ、アルコール関連問題を標的とした治療・援助を受けていた者は皆無であった。

このことから、働き盛りの男性に対する自殺対策という観点からいえば、うつ病対策とともに、アルコール問題への対策が不可欠である可能性が示唆された。

3) 返済困難な借金と自殺

我々は、自殺既遂事例のなかで返済困難な負債を抱えた中高年男性を抽出し、その特徴についても検討を行っている。その結果、返済困難な借金を抱えた中高年男性では、借金問題のない中高年男性の自殺既遂事例と比べて、自営業者、離婚経験者、不眠

への対処としてアルコールを用いている者が多かった。また、借金問題を抱えてない自殺既遂事例と比べて死亡前1年間の年収や精神障害に罹患率に差はなかったものの、借金問題を抱える者では、死亡前1年間の援助希求行動、ならびに精神科受診をしていた者が有意に少なかった⁶。これらの結果から、借金問題を抱える者の自殺予防では、単に借金問題の解決だけでなく、並行して精神保健的支援が必要である可能性が示唆された。

4) 青少年の自殺既遂事例に見られる背景要因

我々は自殺既遂事例のうち、30歳未満の事例を抽出し、青少年の自殺の特徴と背景要因についての検討を行った。その結果、成人の9割には若干およばないものの、青少年の自殺既遂事例の8割に何らかの精神障害への罹患が認められ、若年代においても精神障害への罹患が自殺の重要な危険因子となり得ることが示唆された。また、過去の自殺関連行動の経験、親との離別、精神障害の家族歴、不登校経験、いじめ被害経験に該当する者が4～6割も認められ、特に女性事例においてこうした危険因子の累積が顕著であった⁹。さらに、不登校経験者の75.0%は学校に復帰しており、目先の学校復帰もさることながら、学校教育現場における長期的な視点に立った精神保健的支援の必要性が示唆された。

2. 症例対照研究から明らかにされた知見

1) 全体的な自殺の危険因子

ランダムに抽出した、性別、年代、居住地域の市町村を一致させた生存事例を対照群とした統計学的検討では、様々な自殺の危険因子が明らかにされている¹⁰。

自殺のサインに関する項目では、「自殺について口にすること」「過去1ヶ月の身辺整理」「不注意や無謀な行動」「身だしなみを気にしなくなる」などの自殺の危険因子として同定された。また、過去の経験に関しては、「過去の自傷・自殺未遂の経験」「失踪や自殺以外の過去1年間における事故の経験」「親族や友人・知人の自殺および自殺未遂」も、自殺と強い関係がある要因であった。さらに、職業に関連する要因では、「配置転換」や「異動に関する悩み」も自殺の相対リスク因子であった。

一方、心理社会的要因では、「子ども時代の虐待やいじめのエピソード」「家族や地域との交流の少なさ」が自殺リスクと有意に関連していた。身体的

健康に関する要因では、「ADLの低下を伴う身体的問題」「睡眠障害の存在」も自殺の相対リスクが高い要因であった。また、「飲酒習慣の存在」、特に「眠るために飲酒していること」も相対リスクが高かった。精神保健に関する要因では、「大うつ病性障害」のほか、「アルコール乱用・依存」「精神病性障害」「不安障害」が自殺と有意に関連しており、これらは、社会経済的要因を考慮しても、高いオッズ比で自殺と関連していた¹²。

2) 精神科治療中の男性うつ病患者における自殺の危険因子

我々は、自殺直前まで「うつ病」という診断で精神科治療を受けていた、30～50歳代の男性自殺既遂者を抽出し、この群の対照群として、年齢をマッチさせた精神科治療中のうつ病患者で、最近1年以内は自殺念慮や自傷・自殺行動が認められない者を設定して、社会経済的要因や家族構成・生活様式、ならびに精神医学的特徴に関する変数を比較した¹⁶。

その結果、家族構成や就労・生活状況、あるいは、収入・借金といった経済的状況については、両群間で差は認められなかった。しかし、自殺既遂群では、「休職取得」や「自立支援医療制度（精神通院医療）の利用者」が有意に少なかった。この結果は、精神疾患に罹患していることに対する本人や家族の受容と理解、さらには、治療に対する職場の理解と協力が得られておらず、治療継続を容易にするための環境が整備されていないことが示唆された。また、自殺既遂群では、死亡1年前にアルコールに関連した様々なトラブルを起こしていた者が多く、1ヶ月の飲酒日数が10日以上であるといった特徴も認められた。このことは、治療経過中に飲酒がうつ病患者の自殺リスクを高めるといふ、先行知見を確認する結果と考えられた。

3) 初回自殺企図が既遂となった成人男性に関する自殺の危険因子

近い将来の自殺死亡の予測因子として、最も重要でオッズ比が高いのは、いうまでもなく自殺企図歴の存在であるが、たとえば警察庁統計によれば、わが国の男性自殺既遂者のなかで過去の自殺企図が確認されている者は全体の13.7%にすぎない。このことは、男性の自殺予防に関するかぎり、自殺企図歴という予測因子はほとんど実効的な意義を持たない可能性を示唆している。

そこで我々は、初回自殺企図が既遂となった男性の

データを抽出し、一方、既遂群と居住地と年代をマッチさせた、自殺企図歴のない生存者を対照群として設定し、両群間での比較を試みた¹⁷⁾。その結果、男性における初回自殺企図が既遂となることを予測する要因として、うつ病などの気分障害への罹患とともに、返済困難な借金の存在と、アルコール乱用・依存への罹患という要因も高いオッズ比で抽出されたのである。このことから、成人男性の自殺予防のためには、うつ病診療に際してたえず患者の経済的状況と飲酒様態に目配りし、それぞれに対して必要な支援や治療を提供することが重要であることが示唆された。また、司法書士等と精神科医療機関とのあいだの連携や、一般精神科とアルコール依存専門医療機関との連携を構築する必要があると考えられた。

VI. おわりに

本稿では、心理学的剖検研究の歴史と海外における動向を概観し、わが国での実施状況として、現在のところ唯一の全国規模での心理学的剖検調査である、我々の研究の進捗状況、ならびにその主要な研究成果を示した。

わが国は、いまだに自殺に対する社会的偏見が強く、心理学的剖検研究を行うのは容易ではない。我々は、わが国において心理学的剖検研究が自殺の実態を継続的にモニタリングする方法論として定着させる必要があると考えており、その一環として、東京都23区内の異状死事例すべての検案を行っている東京都監察医務院と連携した調査を計画している。この方法論が実現すれば、法医学的知見も含めた、複数の情報源にもとづく心理学的剖検という、従来の心理学的剖検研究の限界を克服することができるかもしれない。

ともあれ、我々は、心理学的剖検研究には単に自殺の危険因子を明らかにする以上の意義があると考えている。実際に調査面接において遺族の語りに耳を傾けるなかで、我々は、自殺予防のために自分に何が求められ、何ができるのかを自問し、思いを新たにさせられるという体験を何度となくしてきた。実際、高橋も、Shneidmanの訳書²³⁾のあとがきにおける自殺予防のあり方について論じたくだり、「精神保健の領域に携わっている者は、まず先入観を抱かずに目の前にいる人の声に耳を傾けるように、そして、その人の心の痛みはどこから生じてい

るのかを探っていくこと、これがすべての第一歩だと教えられた。精神医学や心理学は統計学だけで答えが出るものではない。ある人が背負っている人生すべてが相手だ」というShneidmanの言葉を引用している。まったく同感である。自殺という重苦しく、我々を圧倒してやまない事象の直接的な感触なしに、血の通った自殺対策などあり得ない。そのことを最後に強調し、本稿の結びとしたい。

文献

1. 赤澤正人, 松本俊彦, 勝又陽太郎, ほか: アルコール関連問題を抱えた自殺既遂者の心理社会的特徴: 心理学的剖検を用いた検討. 日本アルコール・薬物医学会雑誌 45: 104-118, 2010.
2. Arsenault-Lapierre, G., Kim, C., Turecki, G.: Psychiatric diagnoses in 3275 suicides: a meta-analysis. BMC Psychiatry, 4: 37, 2004.
3. Brevard, A., Lester, D., Yang, B.J.: A comparison of suicide notes written by suicide completers and suicide attempters. Crisis. 11: 7-11, 1990.
4. Cavanagh JTO, Carson AJ, Sharpe M, Lawrie SM: Psychological autopsy studies of suicide: a systematic review. Psychol. Med., 33: 395-405, 2003.
5. 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, 2006.
6. Kameyama, A., Matsumoto, T., Katsumata, Y., et al.: Psychosocial and psychiatric aspects of suicide completers with unmanageable debt: A psychological autopsy study. Psychiatry. Clin. Neurosci., 65: 592-595, 2011.
7. 勝又陽太郎, 松本俊彦, 高橋祥友, ほか: 自殺の背景要因に関する定性的研究—ライフチャートを用いた自殺に至るプロセスに関する予備的検討—. 日本社会精神医学会誌, 16: 275-288, 2008.
8. 勝又陽太郎, 松本俊彦, 高橋祥友, 川上憲人, 渡邊直樹, 平山正実, 木谷雅彦, 竹島正: 社会・経済的要因を抱えた自殺のハイリスク者に対する精神保健的支援の可能性—心理学的剖検研究における「借金自殺」事例の分析—. 精神医学, 51: 431-440, 2009.

9. Katsumata, Y., Matsumoto, T., Kitani, M., et al.: School problems and suicide in Japanese young people. *Psychiatry. Clin. Neurosci.*, 64: 214-215, 2010.
10. 川上憲人, 江口のぞみ, 土屋政雄, ほか: 心理学的剖検の症例対照研究. 平成21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(研究代表者:加我牧子)」総括・分担研究報告書, pp145-182, 2010.
11. 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.
12. Hirokawa, S., Kawakami, N., Matsumoto, T., et al.: Mental disorders and suicide in Japan: A nation-wide psychological autopsy case-control study. *J Affect. Disord.*, 140: 168-175, 2012.
13. 北井暁子: 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」平成17年度総括・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, 2006.
14. 北井暁子: 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」平成18年度総括・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, 2007.
15. 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.
16. 松本俊彦, 勝又陽太郎, 赤澤正人, ほか: 自殺既遂者の心理社会的特徴に関する研究—精神科受診歴のあるうつ病患者における自殺のリスク要因の検討—. 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(研究代表者:加我牧子)」総括・分担研究報告書, pp25-35, 2012.
17. 松本俊彦, 勝又陽太郎, 赤澤正人, ほか: 自殺既遂者の心理社会的特徴に関する研究—過去に自殺企図歴のない成人男性における自殺の危険因子の検討—. 平成22年度~平成24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(研究代表者:加我牧子)」総合報告書, pp37-51, 2013.
18. 本橋豊, 中山健夫, 金子善博ほか: STOP! 自殺—世界と日本の取り組み—. 海鳴社, 東京, 2006.
19. Phillips, M.R., Yang, G., Zhang, Y., et al.: Risk factors for suicide in China: a national case-control psychological autopsy. *Lancet*, 360: 1728-1736, 2002.
20. Pouliot, L., De Leo, D.: Critical issues in psychological autopsy studies. *Suicide. Life. Threat. Behav.* 36: 491-510, 2006.
21. Robins, E., Gassner, S., Kayes, J., et al.: The communication of suicidal intent: A study of 134 consecutive cases of successful (completed) suicide. *Am J Psychiatry.* 115: 724-733, 1959.
22. Scott, C.L., Swartz, E., Warburton, K.: The psychological autopsy: solving the mysteries of death. *Psychiatr. Clin. North. Am.* 29: 805-822, 2006.
23. Shneidman, E.S.: エドウィン・S・シュナイドマン著 高橋祥友訳「シュナイドマンの自殺学—自己破壊行動に対する臨床的アプローチ」, 金剛出版, 東京, 2005.
24. Shneidman, E.S.: *Autopsy of Suicidal Mind.* Oxford University Press, London, 2004 (エドウィン・S・シュナイドマン著 高橋祥友訳「アーサーはなぜ自殺したのか」, 誠信書房, 東京, 2005)
25. Suresh Kumar, P.N.: An analysis of suicide attempters versus completers in Kerala. *Indian J. Psychiatry.* 46: 144-149, 2004.
26. Yoshimasu, K., Kiyohara, C., Miyashita, K.: Suicidal risk factors and completed suicide: meta-analyses based on psychological autopsy studies. *Stress Research Group of the Japanese Society for Hygiene. Environ. Health. Prev. Med.*, 13: 243-256, 2008.

[特集] 自分を傷つける行為が止まらない人
——医療者はどう捉え、かかわればいいのか

[特集にあたって]

この分野の援助者は、 知恵とスキルを共有し、 仲間を作る必要がある



松本俊彦

国立研究開発法人国立精神・神経医療研究センター
精神保健研究所 薬物依存研究部・部長/
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◎1993年佐賀医科大学医学部卒業後、神奈川県立精神医療センター、横浜市立大学医学部附属病院精神科などを経て、2015年より現職。近著として、「自分を傷つけずにはいられない——自傷から回復するためのヒント」(講談社、2015)、「もしも死にたいと言われたら——自殺リスクの評価と対応」(中外医学社、2015)が絶賛販売中。

今、地域で 困っているのは……

精神科臨床では、「やめられない、止まらない」という病態を示す患者と遭遇することが稀ならずあります。それはアルコールや薬物といった精神作用物質の使用の場合もありますし、ギャンブルや買い物、食べ吐き、リストカット、万引き、さらには性的問題などさまざまです。こうした問題行動は、通常、「嗜癖」という言葉で一括されますが、長期的には自らの健康や人間関係、あるいは社会的な立場に致命的な結果をもたらす危険性が高い、という意味では自己破壊的行動と捉えることもできるでしょう。

最近十数年のうちに、診察室のなかでこうした病態と遭遇することはずいぶんと多くなりました。実際、地域の保健所で開催される事例検

討会に参加するたびに痛感するのは、今日、地域精神保健の現場で援助者が苦慮しているのは、統合失調症や双極性障害といった「疾患」ではないということです。地域が困っている問題の多くは、むしろ自己破壊的で嗜癖的な「問題行動」なのです。もしもこうした問題行動を呈する患者を、すべからく「うちでは引き受けられません」と断る精神科病院があるとすれば、そのような病院は、これからの時代、淘汰されていくことでしょう。

そこでワークショップを 企画しました

しかし精神科医療の現場では、こうした問題行動に対する偏見がはまだまだ強いのが現実です。誤解もされています。例えば、問題行動というのは、一時的であれ患者の苦痛や苦悩を緩

和するのに役立っていることも珍しくないのです。手首を切ることで一時的に自殺を回避させてくれていることさえあります。その意味で自己破壊的行動は、一種の自己治療と言える面もあるでしょう。

そのように「彼らなりの自己治療」だと捉えるのと、「意図して(わざと)行っている行為」だと捉えるのでは、援助者の認識は180度違ってきます。“限界設定”を設けて、抵触すれば治療の場から排除する、といった対応は、後者の認識に基づくものでしょう。悲しいことです。

とはいえ、自己破壊的で嗜癖的な問題行動を呈する患者の治療は一筋縄ではいかず、治療する側が非常に疲弊することは、私も経験的によく理解しています。そのような患者はしばしば治療的な介入に抵抗し、治療関係が行き詰まる「綱引き」の様相に陥るからです。医療機関では援助者の「燃え尽き」の原因ともなっています。

そこで私は、2015年6月に大阪で開催された第111回日本精神神経学会において、「嗜癖／自傷の臨床」と題してワークショップを企画しました。そして私が常日頃より尊敬している4名の臨床家にご登壇いただき、「自己破壊的で嗜癖的な問題行動をどう捉え、どうかわるのか」という観点からそれぞれのお考えをお話いただき、知恵と技法を共有させていただくことにしました。本特集は、当日の講演内容を紹介するものです。詳細はこの後の各演者の原稿をお読みいただくこととして、そのイントロダクションとなる本稿では、私がなぜこのワークショップを企画したのかを、こうした患者とのかかわりのなかで生まれた自戒と共に述べたいと思います。

薬のやめ方を 教えてほしいんだよ!

昔話をご披露することをお許してください。

私の嗜癖臨床は、薬物依存症の治療から始まりました。それは医者になって5年目のことです。正直言いますと、自ら率先してこの世界に来たわけではないのです。大学医局内での美しくない譲り合いの果ての不本意な人事によって、依存症専門病院に赴任したことがきっかけでした。

病院に着任した日、外来の待合室で見かけた患者たちの姿は、大学病院での研修ではお目にかかったことのない集団でした。タンクトップから突き出た上腕に描かれたおどろおどろしい刺青のヤクザ風中年男。顔のあちこちに大小さまざまなピアスをつけた若い青年。無数のリストカットと注射の痕が混在した腕を持つ派手な身なりの女性……。

私は患者の見た目に圧倒されたまま、内心半泣きで診療に従事することになりました。面接で何を話し合ったらよいのかさっぱりわからず、外来診療の際にはいつも頭をかかえていた記憶があります。当時のことを思い出すと、今でも少しだけ自分が不憫になります。

そんな私が当時、かろうじて思いついた話題は、薬物が心身の健康に及ぼす害を懇切丁寧に説明することでした。無邪気にも私は、患者が薬物を手放さないのは、薬物の害に関する正確な知識がないからだと思い込んでいたわけです。しかしもちろん、私の説教によって薬物をやめた患者など、覚えている限り1人もいません。そしてある日、私はある患者から手厳しい洗礼を受けることになりました。

その患者は、覚せい剤依存の中年男性でした。彼は診察室のなかで不機嫌そうな表情で腕組みをして私の話^わに耳を傾け、私は私で、いつものように薬物の害^{あやむ}を滔々と話していました。ところが10分ほど話したところで、不意に彼は声を荒げて私を遮ったのです。

「害の話はもういい加減にしろや！ あんたが知っているシャブの害なんて、どうせ本で読んだだけの、頭ん中だけの知識だろう？ 俺は自分の身体を使ってもう15年以上“臨床実習”してきてんだよ。クスリやりすぎて死んだ仲間だって見てきた。だからいくらあんたが専門家でも、シャブに関する知識じゃ俺にはかなわねえんだよ」

さらに彼は顎をしゃくっていいました。

「あんた、どうして俺が遠くから長い時間をかけてここに来て、しかも金を払ってあんたの前にいるのかわかるか？ シャブについて自分よりも知識のねえ医者^{いしや}の前に、今こうした俺がいる理由を考えてみろや」

わ、わかりません、と私は震える声で応えました。すると、彼はこういったのです。

「クスリのやめ方を教えてほしいからだよ」

彼の指摘はまさに正鵠^{せいこく}を射ていました。叱責^{ちせき}や恫喝^{どうかく}といったものは、それこそ「そこいらのオッチャン」でもできることです。実際、彼はこれまで家族や友人からさんざん、それこそ「耳にタコ」ができるほどその手の話を聞かされてきたはずです。ですから、わざわざお金を払ってまでして聞く話ではないのです。もう完全に降参、見事に玉砕という感じでした。

しかし私には皆目見当がつきませんでした。どうしたらこの患者の「クスリのやめ方を教えてほしい」というニーズに応えることができる

のか。私は再び頭をかかえることとなりました。

ヒントは 当事者のなかにある

突破口となったのは、当事者から学ぶ姿勢^{せし}でした。

患者からのその洗礼以来、私は、薬物を再使用してしまった患者に対して、まずは正直な告白^{こつぱん}をねぎらったうえで、自分の率直な疑問^{ぎもん}を患者にぶつけてみることにしました。例えば、こんな具合です――。

「どんな状況でクスリを使いたくなるのですか？」「どんな状況だとクスリを使わないでいられるのですか？」「クスリに対する欲求を抑えるのに成功した時と失敗した時では、気分とか状況で何か違いはありましたか？」などなど。

あとになって気づいたのですが、このような治療者の「学ぶ姿勢」は、患者と「綱引き」にならない、協働的な治療関係^{じりやうかんが}を作っていくのを助けてくれたようです。

薬物をやめるヒントは患者のなかにあります。そして治療とは、再使用時の分析を通じて薬物使用の誘因^{ゆういん}を同定し、その誘因に遭遇した場合の有効な対処スキル^{たいじょスキル}を考え、患者がそのスキルを用いることを励ましていくことの繰り返しです。

とはいえ、こうしたことはいずれも後から見えてきたことです。当時の私がしていたことといえば、「何をしていいのかわからないんです、とにかく教えてください」と患者さんに頼むという、涙ぐましい必死の懇願^{こんがん}だったのです。

その意味では、ダルクという薬物依存症からの回復のための民間リハビリ施設の囑託医^{しよたくい}を引

き受けたことも、貴重な体験でした。ミーティングの合間の雑談で語られる**彼らの知恵**——「クスリへの渴望が非常に強いのは40分くらい。この40分間、どうやってしのぐかが課題。俺の場合は熱いシャワーを浴びていた」「俺は、激辛な食べ物、例えばCocoカレー壱番屋の6辛カレーを食うと、気持ちが紛れた」など——は、ありきたりな説教や叱責で終始するよりは、**具体的な対処としてはるかに価値があるように思いました。**

なかでも思わず笑ってしまったのは、1人の覚せい剤依存症患者が語った“暮らしの知恵”でした。「喉が渴いても、『ボルヴィック』と『エビアン』は買うな。お茶を買え!」。覚せい剤を注射で入れる患者のなかには、こうした市販水をいつも携行し、外出先で覚せい剤の粉末を溶いて注射してきた人がおり、特定の銘柄のペットボトルが薬物渴望のきっかけとなりうるからです（それにしても不思議なのは、いずれも外国産の鉱水ばかりであり、六甲や南アルプスの鉱水を用いた国産品愛用者がいないことです）。

このような経験をするなかで私が痛感したのは、「**叱責や説教は意味がない**」ということでした。そして、彼らが行っている不思議な行動（例：やたらとコーラをがぶ飲みする、毎晩のようにCocoカレー壱番屋で激辛カレーを食べる）も、じつは彼らがかかえている生きづらさや苦悩を、少なくとも一時的に緩和するのには役立っている可能性があるということでした。

**「なんとかしたい」気持ちが
あるから来院しているのだ**

さらに興味深く感じたのは、一見、薬物をや

める気なんてさらさらなさそうに見える患者でも、「**薬物のやめ方（もしくは、減らし方）**」にはなぜか大いに関心があり、その手の話題には食いつきが非常によかったということです。

しかし、冷静に考えてみればこれは当然のことかもしれません。そもそも**100%治療が嫌ならば、診察室なんかにはいないはず**です。いくら家族からのプレッシャーが強かったにせよ、家の中で派手に暴れてみせて受診に抵抗したり、受診日当日に逃げ出して姿をくらましてしまうなど、いくらでも逃げる手立てはあったはずです。実際、薬物依存症患者の多くにとって、その手の行動は得意中の得意、文字通りの「朝飯前」でしょう。したがって、「いくらでも逃げるができるのに、なぜ彼らは今治療の場にいるのか」を考える必要があります。答えは簡単です。どこかにこのままではダメだ**という気持ちが少しは存在するから**でしょう。

これが私たち援助者の仕事の**肝**です。要は、彼らの心のドアにどうやってこちらの足先を突っ込み、最終的にすっかり開けてもらうかという技術なのです。これはもはや治療ではないかもしれません。営業、あるいは誘惑といったほうが適切という気もします。

そのことがわかりかけた頃には、私はすでに薬物依存臨床に夢中になっていました。以来、20年近くこうした嗜癖の臨床と研究に携わり続けています。

**援助者は孤立してはいけない。
それは患者さんのためです**

ここまでをまとめれば、問題行動は頭ごなしに叱責せずに、対等な目線で一緒に振り返るの

がよい、ということになります。

でも、もしかすると、あなたはすでに多くの困難な問題行動を呈する患者と向き合い、熱心にかかわっているかもしれませんね。あるいは、私が述べてきたことなど、とうの昔に実践済みという方もいるでしょう。それでも治療関係に行き詰まっている、という方がいたら、あなたに私から伝えたい助言は1つしかありません。それは、「**孤立するな、仲間を作れ**」です。

あなた以外の多くの援助者は、自己破壊的行動をする困難な患者さんに対しては心を閉ざしています。患者さんに陰性感情を抱き、邪険に扱う同僚を見てあなたは思います。「あいつら、援助者として終わっている」「ダメな援助者だ」と。それゆえに、同僚に仕事を任せることができず、自分でかかえ込んでしまいやすいのです。そうして困難な問題行動を呈する患者と熱心にかかわる援助者は、ともすれば孤立しやすくなります。すると皮肉なことが起こります。熱心で心優しい臨床家ほど多剤大量療法を行ってしまうという現象です。孤立していて、スーパーバイザーや、忌憚ない意見交換のできる同僚やコメディカルスタッフがいない状況で、熱意をもって患者さんと会い、性急な訴えや要求にも親切に対応しようと奮闘した結果、精神科医であれば、いつしか処方箋が多剤大量療法のそれとなっているかもしれません。看護師であれば、やたらと頓服薬を飲ませようとしていたり、担当医に懇願して増薬を要請するかもしれません。なぜなら、待合室には多数の患者がひしめいていて、患者さんの訴えや要求に対して短い診察時間のうちに答えを出さなければな

らないからです。

まるでコーナーに追い詰められたボクサーのように、あるいはマウント・ポジションを取られたK-1レスラーのように、孤立無援の診察室に取り残され、この苦境をしのぐために、それこそ半ばパンチドランカー状態の朦朧とした意識のなかで、「ひとまず」薬を処方するわけです。

おそらくそうした処方薬は、患者の苦痛だけでなく、精神科医が直面している苦痛をも一時的に緩和することでしょう。しかし、そこに落とし穴があります。そのような一時しのぎの果てに待ち受けているのは、「**薬物療法依存症**」ともいべき診療スタイルです。そのありさまは、援助者に心を閉ざし、ただひたすら薬で一時しのぎを繰り返す処方薬依存症患者と酷似しています。この両者に共通しているのは「**孤立**」です。孤立した人間は、ともすれば近視眼的になって「一時しのぎ」に手を出しやすくなるものです。

これが本稿における最後のメッセージです。**ぜひ仲間を作りましょう**。例えばそれは、スーパーバイズ体制や院内の多職種からなるチーム支援体制かもしれませんし、もしも院内に見つからなければ、学会や研究会を通じて施設外の仲間を作るのもよいでしょう。

それはあなたが楽になり、安心できる援助をするためだけではありません。患者さんだつて、「いつ切れてもおかしくない吊り橋」よりも、もっと安定感のある、堅牢な橋を渡りたいはずですから。

精

わが国の自殺の現状と自殺予防に期待する薬剤師の役割

松本 俊彦

Current Situation of Suicide in Japan, and What Pharmacists Contribute for Suicide Prevention

Toshihiko Matsumoto

Center for Suicide Prevention, National Institute of Mental Health, National Center of Neurology and Psychiatry; 4-1-1 Ogawahigashi-machi, Kodaira, Tokyo 187-8553, Japan.

(Received February 13, 2013)

In Japan, a national countermeasure has been forwarded since the enactment of the Basic Act on Suicide Countermeasures in 2006 and the Comprehensive Suicide Prevention Initiative in 2007. The distinctive policy of the Japanese countermeasure is expressed as the word, “comprehensive,” which means that suicide prevention may not only be carried out only by mental health measures but also by comprehensive measures including chance of administrative practices. This policy is proper, although mental health measures appear to be too simple inclining to psychiatric treatments for the classic type of “depression” by a pharmacotherapy. The authors have insisted that mental health measures including psychiatric treatments are also required to be more comprehensive. This paper describes that benzodiazepine (BZ)-abuse problems including overdosing by suicidal intents have got worse recently as psychiatric clinics have increased and most of BZ abusers obtain the abused drugs from psychiatrists. This current situation indicates that pharmacists need to monitor psychiatrists’ prescribing behavior and qualities of psychiatric treatment is required to be refined, suggesting pharmacists may be one of the “Gate Keeper,” as supporting resources for suicide prevention. Additionally, this paper explained that basic attitudes and responses acquired by pharmacists as a supporter for suicide prevention.

Key words—benzodiazepine abuse; pharmacist; prevention for drug abuse; overdosing; suicide prevention

1. はじめに

わが国の自殺者総数は、1998年に一挙に3万人を超えて、以後、現在まで14年間高止まりのまま推移している。急増当初、職場においても家庭においても責任ある立場にある中高年男性の自殺が目立っていたが、最近2、3年のうちに、自殺者の年代的なピークはこれからの日本を背負って立つべき若年層へと推移する動きをみせている。いずれにしても、わが国では20-50代という生産人口にあたる年代における死因の第1位が「自殺」であり、自殺がもたらす国全体の損失は極めて深刻である。

こうした状況のなかで、2006年には自殺対策基

本法が制定され、その法律に基づいて、2007年には、わが国の自殺対策の問題意識と目標を明記した自殺総合対策大綱が閣議決定された。その結果、わが国の自殺対策は、「可能であればやる」という単なる努力目標ではなくなり、国や自治体、さらには民間の様々な組織や団体が取り組まねばならない義務へと変わったことになる。

本稿では、わが国における自殺対策の文脈のなかで薬剤師が果たす役割を明らかにするために、まずはわが国における自殺の実態とその対策の課題を論じ、薬剤師に直接関係する、精神科治療薬乱用の実態と問題点に論じたい。そのうえで、自殺予防のゲートキーパーの一人として薬剤師が心得ておくべきことを述べたい。

2. わが国における自殺の実態とその対策のあり方

2-1. わが国における自殺の実態 戦後のわが国における自殺者数の推移には3つのピークがあっ

The author declares no conflict of interest.

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 (〒187-8553 東京都小平市小川東町 4-1-1)

e-mail: tmatsumo@ncnp.go.jp

本総説は、日本薬学会第132年会シンポジウムS37で発表したものを中心に記述したものである。