

自傷行為

松本 俊彦

はじめに

リストカットに代表される自傷行為は、今や学校保健における主要な課題の1つとなっている。今日、刃物で故意に自らの体を傷つけるタイプの自傷行為に限っても、中学生・高校生の約1割(男子7.5%、女子12.1%)に自傷経験がある¹⁾。そして、中学校に勤務する養護教諭の96.3%、高校に勤務する養護教諭の99.0%が、自傷する生徒に対応した経験があり、そうした経験を持つ養護教諭の大半が、「どう対応してよいか分からない」と感じている¹⁾。

本稿では、若者における自傷行為が持つ意味や自殺との関係、そして、予防のあり方について私見を述べさせていただきたい。

なぜ自傷行為を繰り返すのか

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。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、自らの体を傷つける行為なのである²⁾。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は直感的に理解している。しかし、このことは必ずしも自傷行為を正しく理解していることを意味していない。というのも、繰り返されるリストカットなどの自傷行為を「誰かの気を引くために」行われる、いわば人騒がせな、演技的・操作的行動と思いつている援助者が意外に多いからである。

しかし、エビデンスが明らかにしているのは、自傷行為の大半は1人きりの状況で行われ、周囲の誰にも告白されない、という事実である³⁾。このことは、自傷行為が、しばしば誤解されているような「人の気を引くためのアピールの行動」とは本質的に異なり、むしろ「孤独な対処行動」と理解すべきであることを意味している。言い換えれば、自傷行為とは、本来は、誰に助けを求めたり相談したりするべきところを、自分1人で苦痛を解決しようとする、いわば援助希求能力の乏しさを反映する行動と考えることができるであろう。

自傷行為は、体に痛みを加えることで心の痛みを鎮め、さらには、封印してしまう方法でもある。実際、「もう何年も涙を流したことがない」「すごく悲しいときにも涙が出ない」と語る、自傷する若者たちは珍しくない。

自傷による「心の痛み」の鎮痛効果は、何よりもその簡便さと即効性において優れている。例え

まつもと としひこ：独立行政法人国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所薬物依存研究部診断治療開発研究室長、同自殺予防総合対策センター副センター長 連絡先：☎ 187-8553 東京都小平市小川東町 4-1-1

ば、侮辱されたり無視されたりすることによる苦痛に対しては、直接、加害者に対して、「そういう態度はやめてほしい」と改善を求めるのが、本来、建設的かつ根本的な解決策であるはずである。しかし、その反面この方法は、相手が圧倒的に強い存在であったり、改善を求めたりするとかえって事態が悪化することが危惧されたりする場合には、リスクの高い方法でもある。

そのような場合、自傷することによって、ある種の人たちは速やかに苦痛を感じている意識状態を変容させることができるのである。事実、ある研究は、自傷を繰り返す者の場合、自傷直後には内因性オピオイド(エンケファリンや β -エンドルフィンなどの、いわゆる「脳内麻薬」)の分泌が急激に高まっている可能性が指摘されている⁴⁾。つまり、自傷行為には、「耐え難い心の痛み」に対する鎮痛効果がある。このような効果は、自傷行為に対する報酬効果となり、その行動を強化しうる。それゆえに、自傷行為はしばしば繰り返される過程でいつしか手放せないものとなり、中には、「それなしでは生きることができない」と主張する若者も登場するのである。

自傷行為の問題点と自殺との関係

既に述べたように、その意図や機能から、自傷行為は自殺とは峻別されるべき行動である。すなわち、自殺が、「耐えがたい、逃れられない、果てしなく続く苦痛」から解放されるための唯一の「脱出口」としての意味を持つものに対して、自傷行為には、怒りや恥辱感といった強烈な感情によってもたらされた混乱を鎮め、意識状態を再統合する機能、言い換えれば、「正気への再入場口」ともいうべき意義がある⁵⁾。

このように、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動である。しかし、2点ほど深刻な問題点がある。1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、建設的な解決を怠ってしまうために、長期間にはかえって事態が複雑化・深刻化してしまうことが少なくない、という点である。もう1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がち、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。最終的には「切ってもつらいが、切らなきゃなおつらい」という事態に至ると、「消えたい」「死にたい」という考えを抱く若者が少なくない⁶⁾。

要するに、自傷とは、「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行動なのである。実際、10歳代において自傷した経験のある者は、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⁶⁾。このことは、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やつは死なない」とはいえないことを示している。

最大のゲートキーパーは友だちである

自傷行為が将来における若者の自殺リスクを高めるのなら、若者に対する自傷予防教育は、それ自体、将来の自殺予防として機能する可能性がある。

とはいえ、「自分を傷つけるのは『ダメ、ゼッタイ』』といった自傷予防教育は好ましいものとはいえない。なぜなら、若者の1割は既に自傷経験がある。もしも、自傷行為を非難する予防教育を行えば、自傷経験のある若者は孤立を深め、ますます周囲に相談できなくなってしまうであろう。Hawtonら³⁾の自殺予防研究チームの研究によれば、自傷行為に及ぶ若者のほとんどは、自らの自傷行為について、親や教師、あるいはカウンセラーといった、責任をもって彼らを支援してくれる大人に相談せず、友人だけにしか告白しない傾向があるという(図1)。

実際、彼らが友人たちに自傷行為を告白する際は、決まって「絶対に先生や親にいわないで」という条件付きで語られる。その結果、友人たちの中には、自傷行為のグロテスクさに恐れをなして本人を避けるようになってしまう者がいるかもし

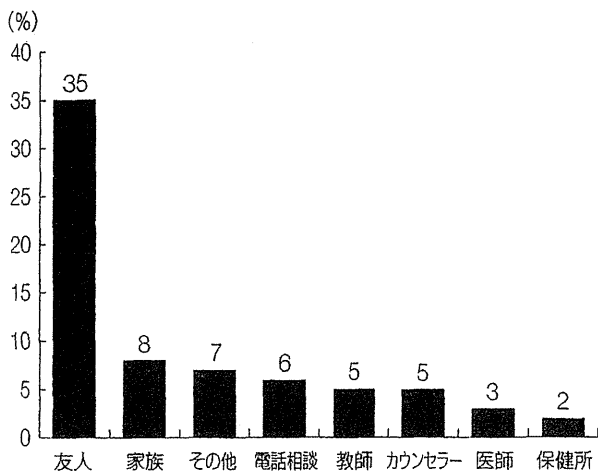


図1 「自傷経験を誰に告白・相談したことがありますか？」(文献²⁾より転載)

れない。あるいは、「誰にもいわないで」という言葉に縛られて1人で悶々と問題を抱え込んだり、さらには、あくまでも善意から「私を友だちだと思えば、もう自傷しないって約束して」などと、できない約束を一方的に押しつけて、かえって自傷する若者を追い詰めてしまったりする者もいるであろう。また、本人の自傷にふりまわされるなかで、今度は友人までもが自傷行為に及ぶようになる、といった伝染現象が生じることも珍しくない。

要するに、自傷する児童・生徒の一番のゲートキーパーは友人であるが、自傷の発見が友人だけにとどまるかぎり、かえって本人が孤立してしまったり、自傷行為がかえって広がったりしてしまい、適切な支援には結びつかないことが多いのである。

そのような認識から、米国マサチューセッツ州では、「ACTプログラム」という自傷予防プログラムが実施されている⁷⁾。そのプログラムでは、次のことが強調されている。「自傷は決してまれなことではない。もちろん、つらさを紛らわすのに最善の方法ではないが、最悪のことではない。それは助けを求めるサインなのである。だから、友人が自傷行為をしているのに気づいたら、決して見て見ぬふりをせずに、その人に関わり、『あなたの助けになりたい』と伝え、信頼できる

大人につなげよう。もしも友人から『秘密にして』と頼まれても、その通りにしてはいけない。彼らには専門家の助けが必要である」。

こうしたメッセージは、「Acknowledge(気づき)」、「Care(関わり)」、「Tell(つなぎ)」という3つの単語に要約されている。このプログラムで用いられる、生徒向けの15分ほどの映画では、この3つの単語の頭文字をとった「ACT」というスローガンが、分かりやすく、そして印象的に繰り返される構成となっている。このことから分かるように、「ACTプログラム」は、「自分を大切にしなければならない」などといった道徳教育とは全く異なり、若者の援助希求能力を高めることに主眼に置いているのである。

もっとも、この「ACT」が期待通りに機能するには、大人たちへの教育が不可欠である。保護者や教師などの一般の大人は、ともすれば自傷行為という表層の問題行動を禁止することだけに固執しがちであるが、自傷以外に有効な対処スキルを知らない若者たちは、単なる叱責や説教に遭遇する体験を重ねると、ますます自分から援助を求められなくなってしまうものである。このため、このプログラムは、生徒だけでなく、教師や保護者に対しても実施されなければならないし、大人たちが若者から渡された「援助希求のバトン」をしかるべき専門家につなげられるような体制整備が前提となる。

「故意に自分の健康を害する」症候群に対する健康教育

若者たちにおいて、自傷行為は飲酒・喫煙の習慣や薬物乱用のリスクといった精神作用物質の使用、あるいは、拒食や過食などといった食行動異常と密接に関連している。いずれも、1回の行動だけで深刻な健康被害をもたらすことはないものの、繰り返し行われるなかでその弊害が身体に蓄積し、健康を損なう危険がある。

実は、自傷行為をする若者にしばしばみられる、こうした「健康を害する」行動は、物質乱用や食行動異常だけにとどまらない広がりを持って

いる。Jacobsら⁷⁾によれば、15歳以下の女性の習慣性自傷者は平均8~9名の相手とセックスした経験があるといい、筆者自身の臨床経験でも、援助交際などの不特定多数とのセックス、あるいは、避妊しないセックスといった、性的危険行動を繰り返す女性の自傷患者は珍しくない。もちろん、こうした行動によってただちに健康が損なわれるわけではないものの、性感染症への罹患や、深刻な犯罪に巻き込まれる危険がある。その意味では、本人がどこまでそれを自覚しているかは別にして、広義の自傷行為と捉えることが可能である。

筆者は、自傷行為だけではなく、物質乱用や摂食障害、さらには様々な危険な行動によって自らの健康を損い脅かす一連の行動を、「『故意に自分の健康を害する』症候群」という言葉で一括し、これをターゲットとした総合的な健康教育を、学校という、一度に多くの若者にアクセスできる場で行って欲しいと願っている。具体的に言えば、彼らの「故意に自分の健康を害する」行動を、「死んではいけない」「命を粗末にしてはいけない」と禁止されるような非倫理的もしくは背徳的行動としてではなく、メンタルヘルス問題として、「もしも友人がこれらの問題を抱えていたら、どのようにして助けてあげたらよいか？」を学ぶプログラムである。

筆者は、こうしたプログラムを通じてわれわれが若者に伝えなければならないのは、「最大の自傷行為は、リストカットでも薬物乱用でもなく、『悩みを抱えたときに誰にも相談しないこと』である」、あるいは、「人生において最も悲惨なことは、ひどい目に遭うことではなく、1人で苦しむことである」ということだと信じている。なるほど、自傷行為は将来における自殺死亡の危険因子ではあるが、それは決して、たとえばリストカットを繰り返すたびに傷が深くなり、動脈や神経を切断し、ついには出血多量で死ぬ…わけではない。むしろ何らかの心の痛みに対して、ある時期にはリストカットで、別の時期には過量服薬で戦いを挑み、しかし、現実的な苦痛をそのような行動でごまかしきれなくなる中で、ついに戦いを断

念し、自傷行為を手放すとともに命を断つわけである。言い換えれば、彼らの将来における自殺リスクを高めているのは、自傷行為自体ではなく、「つらい状況に置かれているのに誰にも助けを求めずに、1人で解決しようとする」という行動特性にある。そのことを忘れてはならない。

おわりに

以上、若者の自傷行為が持つ意味と自殺との関係、そして予防のあり方について私見を述べさせていただいた。本来であれば、対応法についても論じたいところであったが、残念ながらすでに紙幅は尽きた。

だが、前述した筆者なりの健康教育の理念を敷衍していけば、自傷行為を繰り返す若者を援助する際のヒントは自ずと見えてくる。少なくともやっつけられない対応は見えてくる。それは、自傷を禁じたり、「もうしない」ことを約束させたり、叱責したり、「自分を大事にしてください」と説教したりして、若者たちに「やはり人に助けを求める」とロクなことがない」と感じさせる対応である。これはまずい。百害あって一利なしである。最後にそのことだけ念を押して、本稿の締めくくりとさせていただきます。

文献

- 1) 松本俊彦：自傷行為の理解と援助—「故意に自分の健康を害する」若者たち。日本評論社、2009
- 2) B・W・ウォルシュ(著)、松本俊彦、他(訳)：自傷行為治療ガイド。金剛出版、2007
- 3) Hawton K, et al: By Their Own Young Hand: Deliberate Self-harm and Suicidal Ideas in Adolescents. pp 94-116, Jessica Kingsley Publisher, London, 2006
- 4) Coid J, et al: Raised plasma met-enkephalin in patients who habitually mutilate themselves. *Lancet* **8349**: 545-546, 1983
- 5) A・R・ファヴァツァ(著)、松本俊彦(監訳)：自傷の文化精神医学—包囲された身体。金剛出版、2009
- 6) Owens D, et al: Fatal and non-fatal repetition of self-harm. Systematic review. *Br J Psychiatry* **181**: 193-199, 2002
- 7) Jacobs D, et al: Signs of self-injury: ACT to prevent self-injury high school implementation guide and resources, Screening for Mental Health, Inc. and The Bridge of Central MA, 2007

精神医学のフロンティア

物質使用障害患者における自殺の危険因子とその性差：
年齢，乱用物質の種類，およびうつ病との関連

松本俊彦¹⁾，松下幸生²⁾，奥平謙一^{3,4)}，成瀬暢也⁵⁾，長 徹二⁶⁾，
武藤岳夫⁷⁾，芦沢 健^{8,9)}，小沼杏坪¹⁰⁾，森田展彰¹¹⁾，猪野亜朗¹²⁾

Toshihiko Matsumoto, Sachio Matsushita, Kenichi Okudaira, Nobuya Naruse, Tetsuji Cho,
Takeo Muto, Takeshi Ashizawa, Kyohei Konuma, Nobuaki Morita, Aro Ino

【目的】本研究の目的は，年齢と性別を調整した形でわが国の物質使用障害（SUD）患者における自殺の危険因子，および，その性差を検討することである。【方法】1,420名のSUD患者を対象として，年齢，性別，乱用物質の種類と数，現在のうつ病性障害，自殺傾向に関する情報を自記式質問票によって収集し，男女別に，自殺傾向と各変数との関連について未調整/調整オッズ比を求めた。【結果】多変量解析の結果，自殺傾向に関連する要因として，若年，女性，現在におけるうつ病性障害の併存が同定された。また，男女別の解析では，うつ病性障害は男女に共通した自殺の危険因子であり，男性では若年であることも危険因子であったのに対し，女性ではうつ病性障害以外の危険因子は同定されなかった。【結論】SUD患者の自殺リスクに影響を与えるのは，乱用物質の種類や数ではなく，人口動態の変数とうつ病性障害の併存である。

<Key words : depressive disorder, risk factor, substance use disorder, suicide>

はじめに

物質使用障害（substance use disorder : SUD）は，自殺の重要な危険因子の1つであり，海外の心理学的剖検研究の多くが，自殺既遂者が自殺の直前に罹患していた精神障害として，SUDは，うつ病に次いで多く見られるものであることを明らかにしている^{6,16)}。De LeoとEvans¹⁰⁾によれば，SUDが間接的および直接的な機序でそれに罹患

する者の自殺リスクを高めるといふ。間接的な機序としては，失職や逮捕・服役，離婚や絶縁を引き起し，すでに罹患している精神障害の症状を悪化させ，結果的にその人を心理社会的，経済的に追い詰めてしまう可能性がある。また，直接的な機序としては，アルコールや薬物といった物質の薬理作用が抑制を解除して衝動性を亢進させ，自己破壊的行動を促進させる可能性がある。

著者所属：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薬物依存研究部/自殺予防総合対策センター 2) 独立行政法人国立病院機構久里浜医療センター 3) 神奈川県立精神医療センターせりがや病院 4) 翠戸塚クリニック 5) 埼玉県立精神医療センター 6) 三重県立こころの医療センター 7) 独立行政法人国立病院機構肥前精神医療センター 8) 医療法人北仁会旭山病院 9) 医療法人こぼし植苗病院 10) 医療法人せのがわ KONUMA 記念広島薬物依存研究所 11) 国立大学法人筑波大学大学院人間総合科学研究科 12) 医療法人山下会かすみがうらクリニック

本論文は，PCN誌に掲載された最新の研究論文²²⁾を編集委員会の依頼により，著者の1人が日本語で書き改め，その意義と展望などにつき加筆したものである。

それでは、SUD に罹患する者の中で、さらにもどのような特徴をもつ者で特に自殺リスクが高いのであろうか？ 海外の研究には、SUD 患者における自殺の危険因子を明らかにしたものがいくつか存在する^{3,9,12}。Harris と Barraclough¹² が行った精神障害者の転帰に関するメタ分析は、乱用物質の種類によって SUD 患者の自殺による標準化死亡比が異なることが明らかにされており、乱用物質が抗不安薬・睡眠薬、オピオイド、あるいは複数物質である者は、アルコールや大麻である者よりも自殺死亡比が高いことを示している。また、全米疫学調査のデータを用いて、アルコール、吸入薬、およびオピオイド乱用者の自殺傾向を比較した研究³では、自殺リスクはどの物質を乱用しているかではなく、同時に乱用する物質の数が多いほど高くなることが明らかにされている。さらに、Davis ら⁹ のコホート研究では、うつ病の併存が SUD 患者の自殺リスクを高めることが指摘されている。

しかし、これらの先行知見は、あくまでも海外の薬物乱用状況を反映したものである。欧米では一貫して問題となってきた乱用薬物はオピオイド類（ヘロイン）であるに対し、わが国では、オピオイド乱用者はきわめてまれで、オピオイドとは全く薬理作用が異なる覚せい剤が、60 年あまりもの長きにわたって最も乱用が深刻な薬物であり続けてきた¹⁹。また、薬物に関する法規制のあり方も、欧米とは異なっている。その意味では、この海外の知見をそのままわが国の SUD 患者に適用することには限界がある。

そうした中で我々は、わが国の SUD 患者を対象とした調査から、覚せい剤使用障害および抗不安薬・睡眠薬使用障害患者は、アルコール使用障害患者に比べて、自殺企図や自殺念慮の経験者が多いことを報告している²⁰。しかし、この研究には 2 つの重要な限界がある。第 1 に、我々の研究では、先行研究において自殺リスクが高いとされる多剤乱用者が分析の対象から除外されている。そして第 2 に、年齢と性別を調整せずにそのまま比較している。事実、この研究では、覚せい剤使

用障害患者はアルコール使用障害患者よりも顕著に若く、また、抗不安薬・睡眠薬使用障害患者では、覚せい剤使用障害患者やアルコール使用障害患者と比べると、圧倒的に女性の割合が多い。これでは、SUD 患者における自殺リスクは、乱用物質の種類ではなく、年齢や性別といった要因により強く影響を受ける可能性を否定できない。

そこで、今回我々は、年齢と性別を調整した形でわが国の SUD 患者における自殺の危険因子を明らかにするとともに、男女別にも自殺の危険因子を同定するために、自記式質問票による調査を行った。よって、ここにその結果を報告したい。

I. 研究の方法および結果

1. 研究の方法

1) 対象

本研究の対象は、以下に掲げる全国 7 ヶ所のアルコール・薬物依存症専門医療機関において、2009 年 12 月の 1 ヶ月間に受診した全通院患者のうち、DSM-IV-TR の SUD の基準を満たし、かつ、調査協力への同意が得られた者である。

調査実施施設は、アルコール・薬物依存症に対する専門病棟を有する、国内で主要な 7 ヶ所の医療機関である。その内訳は、北海道・東北地域 1 ヶ所（医療法人北仁会旭山病院）、関東・甲信越地域 3 ヶ所（独立行政法人国立病院機構久里浜医療センター、神奈川県立精神医療センターせりがや病院、埼玉県立精神医療センター）、東海・北陸地域 1 ヶ所（三重県立こころの医療センター）、中国・四国地域 1 ヶ所（医療法人せのがわ瀬野川病院）、九州・沖縄地域 1 ヶ所（独立行政法人国立病院機構肥前精神医療センター）であった。

調査期間中に上記の依存症専門医療機関に受診した対象候補者は 1,650 名であった。このうち、調査協力に同意が得られ、かつ、回収された質問票に深刻なデータ欠損があったものを除外した結果、最終的な対象者数は 1,420 名（対象候補者の 86.1%：男性 1,113 名、女性 307 名；平均年齢 [標準偏差]；全体 50.5 [13.3] 歳、男性 52.3 [12.9] 歳、女性 43.0 [11.7] 歳）であった。

2) 自記式質問票の変数

(1) 年齢, 性別, 乱用物質の種類

すべての対象者に対し, 無記名の自記式質問票の中で, 年齢, 性別, ならびに乱用物質についての回答を求めた。

乱用物質については, 調査実施施設となっている専門医療機関において, 各対象者がSUDに関する治療対象となっている物質について, 以下の4つのカテゴリーから1つだけ選択させた。すなわち, 「アルコール」「覚せい剤」「他の違法薬物(大麻, オピオイド, 有機溶剤, LSDやMDMAなどの催幻覚薬など)」「抗不安薬・睡眠薬」である。

ただし, 複数の物質の使用が治療の対象となっている場合には, 「多剤乱用」を選択させた。

(2) 併存するうつ病性障害

現在併存するうつ病性障害に関するスクリーニングのために, K10 (Kessler 10) を用いた。K10は, Kesslerら¹⁴⁾がうつ病の症状や不安障害の症状をスクリーニングするために開発した10項目からなる自記式評価尺度である。その日本語版の信頼性と妥当性はすでに確立されており, 25点以上の場合にはDSM-IVの大うつ病性障害の存在を示唆することが明らかにされている¹¹⁾。本研究では, 25点以上の得点を示した場合に「現在におけるうつ病性障害の併存あり」と定義することとした。

(3) 自殺傾向

自殺傾向の評価には, M.I.N.I. (Mini International Neuropsychiatric Interview) 日本語版 (2003)²⁵⁾の自殺傾向セクションの項目を用いた。

M.I.N.I.の「自殺リスク」のセクションは, 最近および生涯における自殺や自傷の念慮・計画・企図経験を尋ねる6項目の質問から構成されている。SheehanとLecrubier²⁴⁾は, このセクションの各質問項目に得点の重み付けをしており, このセクションの総得点が10点以上で「高度自殺リスク」と評価するように指示しており, Otsuboら²³⁾も日本語版においてそれを踏襲している。

このM.I.N.I.は, 本来, 構造化面接スケジュールとして開発されたものであるが²⁵⁾, 本研究では

M.I.N.I.の質問文をそのまま自記式調査票に採用した。なお, 本研究の対象に関する自殺傾向セクション6項目の内的一貫性は十分に高いことから (Cronbach's $\alpha=0.772$), 本研究では本セクションの合計点を自殺リスクの指標として採用し, 10点以上の高度自殺リスクを示した場合を「自殺傾向あり」と定義した。

3) 統計学的解析

得られたデータは, 自殺傾向の有無を従属変数に, 8つの変数 (年齢, 性別, 現在におけるうつ病性障害の併存, アルコール乱用, 覚せい剤乱用, 他の違法薬物乱用, 抗不安薬・睡眠薬乱用, 多剤乱用) を独立変数として, 未調整および調整済みのオッズ比を算出した。

2. 結果

対象1,420名の物質障害患者のうち, アルコール乱用に該当した者は1,118名 (78.7%), 覚せい剤乱用に該当した者は190名 (13.4%), 他の違法薬物乱用に該当した者は62名 (4.4%), 抗不安薬・睡眠薬乱用に該当した者は25名 (1.8%)であった。また, 171名 (12.0%)は多剤乱用の基準を満たした。K10において「現在におけるうつ病性障害の併存 (K10 \geq 25点)」該当者は534名 (37.6%)であり, M.I.N.I.において「自殺傾向あり (M.I.N.I.自殺リスク \geq 10点) 該当者は495名 (34.9%)であった。

表1は, 対象全体の自殺傾向に影響を与える要因を, ロジスティック回帰分析を用いて解析した結果である。2変量解析では, 自殺傾向に有意に関連する要因は, 若年であること, 女性であること, 現在におけるうつ病性障害の併存, 抗不安薬・睡眠薬乱用の存在, ならびに多剤乱用の存在であった。しかし, 多変量解析を行ったところ, 自殺傾向に有意に関連する要因として同定されたものは, 若年, 女性, 現在におけるうつ病性障害の併存, および多剤乱用の存在であった。

表2は, 男性の自殺傾向に影響を与える要因を解析した結果である。2変量解析では, 自殺傾向に有意に関連する要因は, 若年, 覚せい剤乱用の

表 1 対象全体における自殺傾向に影響を与える要因 (N=1,420)

従属変数	独立変数	自殺傾向あり (N=495)		自殺傾向なし (N=925)		2変量解析		
		平均 人数	標準偏差 百分率	平均 人数	標準偏差 百分率	B	未調整 OR	95% CI
	年齢 (歳)	45.1	11.9	53.0	13.0	-0.049	0.952***	0.943-0.961
自殺傾向 (M.I.N.I. 自殺リスク ≥10)	性別 (女性の割合: 男性=0, 女性=1)	160/495	32.3%	147/920	16.0%	0.938	2.555***	1.974-3.308
	現在におけるうつ病性障害の併存 (K10 score ≥25; なし=0, あり=1)	346/492	70.3%	188/913	20.6%	2.213	9.139***	7.108-11.750
	アルコール乱用 (なし=0, あり=1)	350/495	70.7%	768/920	83.5%	-0.739	0.478***	0.368-0.620
	覚せい剤乱用 (なし=0, あり=1)	94/495	19.0%	96/920	10.4%	0.699	2.012**	1.478-2.379
	他の違法薬物乱用 (なし=0, あり=1)	8/495	1.6%	17/920	1.8%	-0.136	0.873	0.374-2.036
	抗不安薬・睡眠薬乱用 (なし=0, あり=1)	34/495	6.9%	28/920	3.0%	0.854	2.350**	1.407-3.923
	多剤乱用 (なし=0, あり=1)	99/495	20.0%	72/920	7.8%	1.080	2.944***	2.125-4.080

*p<0.05, **p<0.01, ***p<0.001; OR: Odds ratio, CI: Confidence interval

表 2 男性における自殺傾向に影響を与える要因 (N=1,113)

従属変数	独立変数	自殺傾向あり (N=334)		自殺傾向なし (N=779)		2変量解析		
		平均 人数	標準偏差 百分率	平均 人数	標準偏差 百分率	B	未調整 OR	95% CI
	年齢 (歳)	47.6	11.8	54.4	12.8	-0.044	0.957***	0.947-0.968
自殺傾向 (M.I.N.I. 自殺リスク ≥10)	現在におけるうつ病性障害の併存 (K10 score ≥25; なし=0, あり=1)	227/331	68.6%	141/769	18.3%	2.265	9.628***	7.195-12.883
	アルコール乱用 (なし=0, あり=1)	249/334	74.6%	660/774	85.3%	-0.681	0.506***	0.369-0.694
	覚せい剤乱用 (なし=0, あり=1)	57/334	17.1%	70/774	9.0%	0.735	2.086***	1.433-3.036
	他の違法薬物乱用 (なし=0, あり=1)	6/334	1.8%	16/774	2.1%	-0.134	0.875	0.336-2.255
	抗不安薬・睡眠薬乱用 (なし=0, あり=1)	21/334	6.3%	19/774	2.5%	0.989	2.690**	1.426-5.072
	多剤乱用 (なし=0, あり=1)	61/334	18.3%	55/774	7.1%	1.072	2.921***	1.977-4.315

p<0.01, *p<0.001; OR: Odds ratio, CI: Confidence interval

表 3 女性における自殺傾向に影響を与える要因 (N=307)

従属変数	独立変数	自殺傾向あり (N=161)		自殺傾向なし (N=146)		2変量解析		
		平均 人数	標準偏差 百分率	平均 人数	標準偏差 百分率	B	未調整 OR	95% CI
	年齢 (歳)	40.4	10.7	45.8	12.1	-0.044	0.957***	0.937-0.977
自殺傾向 (M.I.N.I. 自殺リスク ≥10)	現在におけるうつ病性障害の併存 (K10 score ≥25; なし=0, あり=1)	119/161	73.9%	47/144	32.6%	1.758	5.800***	3.568-9.428
	アルコール乱用 (なし=0, あり=1)	101/161	62.7%	108/146	74.0%	-0.524	0.592*	0.363-0.965
	覚せい剤乱用 (なし=0, あり=1)	37/161	23.0%	26/146	17.8%	0.363	1.423	0.814-2.487
	他の違法薬物乱用 (なし=0, あり=1)	2/161	1.2%	1/146	0.7%	0.601	1.824	0.164-20.327
	抗不安薬・睡眠薬乱用 (なし=0, あり=1)	13/161	8.1%	9/146	6.2%	0.290	1.337	0.554-3.227
	多剤乱用 (なし=0, あり=1)	38/161	23.6%	17/146	11.6%	0.852	2.344**	1.257-4.371

*p<0.05, **p<0.01, ***p<0.001; OR: Odds ratio, CI: Confidence interval

多変量解析

B	調整 OR	95% CI
-0.027	0.973***	0.962-0.985
0.452	1.571**	1.150-2.146
1.984	7.271***	5.580-9.476
0.100	1.106	0.726-1.684
0.140	1.151	0.720-1.839
-0.521	0.594	0.211-1.674
0.095	1.100	0.579-2.091
0.490	1.632*	1.107-2.405

多変量解析

B	調整 OR	95% CI
-0.280	0.972***	0.959-0.985
2.107	8.227***	6.039-11.207
0.231	1.260	0.748-2.121
0.237	1.268	0.710-2.263
-0.542	0.582	0.184-1.841
0.488	1.629	0.736-3.603
0.404	1.498	0.939-2.390

多変量解析

B	調整 OR	95% CI
-0.022	0.979	0.954-1.004
1.682	5.376***	3.182-9.082
-0.171	0.843	0.409-1.740
-0.058	0.944	0.423-2.104
0.029	1.029	0.063-16.880
-0.553	0.575	0.201-1.649
0.654	1.922	0.946-3.907

存在，現在におけるうつ病性障害の併存，抗不安薬・睡眠薬乱用の存在，および多剤乱用の存在であり，反対に，アルコール乱用の存在は自殺傾向と負の有意な関連が認められた。さらに多変量解析を行ったところ，男性の自殺傾向に有意に関連する要因として同定されたのは，若年とうつ病性障害併存であった。

表3は，女性の自殺傾向に影響を与える要因を解析した結果である。2変量解析では，自殺傾向を有意に関連する要因は，若年，現在におけるうつ病性障害の併存，多剤乱用の存在であり，やはりアルコール乱用の存在は自殺傾向と負の有意な関連を示した。さらに多変量解析を行った結果，女性の自殺傾向に有意に関連する要因として同定されたのは，うつ病性障害併存だけであった。

II. 考 察

本研究は，年齢と性別を調整した形でわが国のSUD患者における自殺の危険因子を同定した最初の研究として，一定の意義がある。

本研究では，対象全体における多変量解析の結果，自殺傾向に関連する要因として，若年，女性，現在におけるうつ病性障害の併存という3つの変数が抽出された。ただし，2変量解析の段階では，これら3つの変数に加えて，すでに国内外の先行研究^{3,12,20)}で指摘されていた，覚せい剤乱用，抗不安薬・睡眠薬乱用，ならびに多剤乱用も同定されていた。多変量解析の結果は，SUD患者の深刻な自殺リスクに影響を与えるのは，乱用物質の種類や数ではなく，年齢と性別という2つの人口動態的変数と，うつ病というSUD以外の精神障害の存在である可能性を示唆している。

海外と同様，わが国のSUD患者においても，うつ病性障害の併存が重要な自殺の危険因子であったことは意外な結果ではない。なぜなら，海外の研究^{26,16)}はもとより，わが国の心理学的剖検研究¹³⁾においても，うつ病性障害は単独でも重要な自殺の危険因子だからである。しかしその一方で，若年と女性という人口動態的変数が，乱用物質の種類や数といったSUD自体の特徴よりも，

より密接に自殺リスクと関連するという結果は意外であった。おそらくこのこれらの人口動態的特徴には、SUD 患者がすでに抱えている深刻な心理社会的問題が反映されている可能性がある。

「若年であること」とは、SUD が早期に発症している可能性を示唆する。すでに Cloninger ら⁸⁾ および Brown ら⁴⁾ は、SUD の若年発症に影響を与えるのは、幼少期の注意欠陥・多動性障害 (attention-deficit/hyperactivity disorder: ADHD) や素行障害であると指摘している。また、Sourander ら²⁶⁾ は、誕生コホート研究の成果から、8歳時点の多動や素行障害は、物質乱用の早期発症だけでなく、20代における男性の自殺を予測すると報告している。これらは、若年であることが含意する、SUD 患者の高い自殺リスクに関する傍証となるかもしれない。

一方、「女性であること」は、複雑な精神病理の存在を示唆する。Lacey と Evans¹⁵⁾ は、女性の SUD 患者では、自傷行為や自殺企図を繰り返す者が少なくなく、そのような患者の多くが摂食障害 (特に神経性大食症) を併存しているから、そうした患者群を「多衝動性過食症」という臨床症候群として一括している。また、Majewska¹⁷⁾ と Clark ら⁷⁾ は、女性の SUD 患者は、幼少期に様々な虐待やネグレクトの被害を経験した者が多いと指摘しているが、これらも青年期・成人期の自傷・自殺と密接に関連している⁵⁾。

本研究では、SUD 患者の自殺リスクに関する性差も明らかにされた。現在におけるうつ病の併存は男女共通の自殺の危険因子であったが、男性では、若年もまた危険因子として抽出されたのに対し、女性では、うつ病の併存以外の危険因子は同定されなかったと考えることができるかもしれない。本研究では、女性は男性に比べて若年であったことから (男性 52.3 [12.9] 歳, 女性 43.0 [11.7] 歳, $p < 0.001$), 女性は、男性における若年層と共通した心理社会的特徴を備えていたと考えることができるかもしれない。

本研究にはいくつかの限界がある。第1に、本研究の対象は、全国各地域の代表的な7つの専門

医療機関から集められたものであるが、対象の偏りを完全に除外できたとはいえない。第2に、情報は、構造化面接ではなく、自記式質問票を用いて横断的に収集されたものである。第3に、本研究における自殺傾向は、将来における自殺行動ではなく、M.I.N.I 得点によって定義されたものである。第4に、本研究において自記式質問票として用いられた M.I.N.I は、本来は半構造化面接に用いることを想定されているものである。第5に、M.I.N.I 自殺リスク項目における得点の重み付けの妥当性は、まだ確立されていない。最後に、本研究ではうつ病性障害以外の併存精神障害を考慮しておらず、また、心理社会的および経済的な変数も含まれていない。

おわりに

依存症臨床に携わった者の多くが SUD 患者の自殺を何度となく経験しており、その頻度の多さは一般精神科臨床の比ではない。それだけに筆者らは、ともすれば「うつ病対策一辺倒」となりやすい、わが国の自殺対策に危惧を抱いてきた。ようやく、2008年10月に閣議決定された自殺総合対策大綱の一部改正 (「自殺対策加速化プラン」) では、「ハイリスク者対策」の項で「対策を強化すべきうつ病以外の精神障害」として「アルコール・薬物依存症」が挙げられた。しかし、いまだ実効性のある施策は打ち出されず、依然として保健・医療・福祉領域の資源は乏しいままである。

ともあれ筆者らは、「行政関係者の認識を変えるには、SUD 患者の自殺リスクに関する、わが国独自のデータが必要」と考え、2009年より多施設共同研究を行ってきた。すでにこの研究からは、「SUD の自殺リスクはうつ病に勝るとも劣らないこと」²¹⁾、「男性の自殺予防にはアルコール問題は無視できないこと」¹⁾、「うつ病性障害にアルコール問題が伴うと自殺リスクはさらにまること」¹⁸⁾を明らかにした論文が刊行されている。そして、一連の研究における最後の仕事は、今回紹介させていただいた論文ということになる。この論文は、これまで筆者らが主題としてきた、「SUD と

自殺との関連」から一歩進んで、「どのような臨床的特徴を持つSUD患者に特に注意すべきなのか」という問題意識から成立している。自殺対策基本法が制定されてから早7年、もはや自殺対策は啓発の段階を過ぎ、実践活動の質を高める段階に入っている。その思いが、筆者らにこの論文を書かせた一番の動機である。今後は、SUD患者の自殺予防に資する具体的な介入のあり方について、より詳細な検討が必要であると考えている。

なお、本発表に関連して開示すべき利益相反はない。

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) Barraclough, B., Bunch, J., Nelson, B., et al.: A hundred cases of suicide : Clinical aspects. *Br J Psychiatry*, 125 ; 355-373, 1974
- 3) Borges, G., Walters, E. E., Kessler, R. C.: Associations of substance use, abuse, and dependence with subsequent suicidal behavior. *Am J Epidemiol*, 151 ; 781-789, 2000
- 4) Brown, S. A., Cleghorn, A., Schuckit, M. A., et al.: Conduct disorder among adolescent alcohol and drug abusers. *J Stud Alcohol*, 57 ; 314-324, 1996
- 5) Bruffaerts, R., Demyttenaere, K., Borges, G., et al.: Childhood adversities as risk factors for onset and persistence of suicidal behavior. *Br J Psychiatry*, 197 ; 20-27, 2010
- 6) Chynoweth, R., Tonge, J. I., Armstrong, J.: Suicide in Brisbane : A retrospective psychosocial study. *Aust N Z J Psychiatry*, 14 ; 37-45, 1980
- 7) Clark, D. B., Lesnick, L., Hegedus, A. M.: Traumas and other adverse life events in adolescents with alcohol abuse and dependence. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 36 ; 1744-1751, 1997
- 8) Cloninger, C., Sigvardsson, S., Bohman, M.: Childhood personality predicts alcohol use in young adults. *Alcoholism*, 12 ; 494-505, 1988
- 9) Davis, L. L., Rush, J. A., Wisniewski, S. R., et al.: Substance use disorder comorbidity in major depressive disorder : an exploratory analysis of the Sequenced Treatment Alternatives to Relieve Depression cohort. *Compr Psychiatry*, 46 ; 81-89, 2005
- 10) 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
- 11) Furukawa, T. A., Kessler, R. C., Slade, T., et al.: The performance of the K6 and K10 screening scales for psychological distress in the Australian National Survey of Mental Health and Well-Being. *Psychol Med*, 33 ; 357-362, 2003
- 12) Harris, E. C., Barraclough, B.: Suicide as an outcome for mental disorders. A meta-analysis. *Br J Psychiatry*, 170 ; 205-228, 1997
- 13) 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
- 14) Kessler, R. C., Barker, P. R., Colpe, L. J., et al.: Screening for serious mental illness in the general population. *Arch Gen Psychiatry*, 60 ; 184-189, 2003
- 15) Lacey, J. H., Evans, C. D.: The impulsivist : a multi-impulsive personality disorder. *Br J Addict*, 81 ; 641-649, 1986
- 16) Lönnqvist, J. K., Henriksson, M. M., Isometsä, E. T., et al.: Mental disorders and suicide prevention. *Psychiatry Clin Neurosci*, 49 ; S111-116, 1995
- 17) Majewska, M. D.: Cocaine addiction as a neurological disorder : implications for treatment. *NIDA Res Monogr*, 163 ; 1-26, 1996
- 18) Matsumoto, T., Azekawa, T., Uchikado, T., et al.: Comparative study of suicide risk in depressive disorder patients with and without problem drinking. *Psychiatry Clin Neurosci*, 65 ; 529-532, 2011
- 19) Matsumoto, T., Kamijo, A., Miyakawa, T., et al.: Methamphetamine in Japan : the consequences of methamphetamine abuse as a function of route of administration. *Addiction*, 97 ; 809-818, 2002
- 20) 松本俊彦, 松下幸生, 奥平謙一ほか：物質使用障害患者における乱用物質による自殺リスクの比較—アルコール, アンフェタミン類, 鎮静剤・催眠剤・抗不安薬使

用障害患者の検討から一. 日本アルコール・薬物医学会誌, 45 ; 530-542, 2010

21) Matsumoto, T., Matsushita, S., Okudaira, K., et al.: Depression and suicide risk of outpatients at specialized hospitals for substance use disorder : Comparison with depressive disorder patients at general psychiatric clinics. *Jpn J Alcohol Drug Depend*, 6 ; 554-559, 2011

22) Matsumoto, T., Matsushita, S., Okudaira, K., et al.: Sex differences in risk factors for suicidality among Japanese substance use disorder patients : Association with age, types of abused substances, and depression. *Psychiatry Clin Neurosci*, 66 ; 390-396, 2012

23) Otsubo, T., Tanaka, K., Koda, R., et al.: Reliability and validity of Japanese version of the Mini International

Neuropsychiatric Interview. *Psychiatry Clin Neurosci*, 59 ; 517-526, 2005

24) Sheehan, D. V., Lecrubier, Y., Sheehan, K. H., et al.: The Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) : the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *J Clin Psychiatry*, 59 ; 22-33, 1998

25) Sheehan, D. V., Lecrubier, Y. (大坪天平, 宮岡等, 上島国利訳) : M. I. N. I. 精神疾患簡易構造化面接法. 星和書店, 東京, 2003

26) Sourander, A., Klomek, A. B., Niemelä, S.: Childhood predictors of completed and severe suicide attempts : findings from the Finnish 1981 Birth Cohort Study. *Arch Gen Psychiatry*, 66 ; 398-406, 2009

I

うつ病にまつわる最新キーワード

うつとアルコール

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

松本 俊彦

われわれが行っている心理学的剖検(自殺既遂者の遺族への詳細な聞き取り調査)では、働き盛りの中高年男性の自殺に影響を与えているものとして、うつ病+αの要因が2つあることが明らかにされている。1つは、返済困難な借金などの社会経済的な要因であり、もう1つはアルコール乱用・依存などのアルコール問題である。

典型的なケースを挙げれば、経営不振にあえぐ自営業者や零細企業経営者の男性が、将来への不安から気分の落ち込みと不眠を呈し、こうした症状に対してアルコールで不安や不眠を紛らわすというパターンである。そして、最期の致死的行動も飲酒酩酊下で行われており、アルコールの直接的な薬理作用により衝動性が高まった状態で行動に及んでいる可能性が推測されている。

この中には精神科を受診し、治療を受けていた者も少なくなかったが、あくまでも「うつ病」としての薬物療法と生活指導を受けるにとどまり、アルコール問題に対する治療や生活指導は行われていなかった。

国内外のさまざまな研究が、うつ病にアルコール乱用・依存が併存した場合、著しく自殺リスクが上昇することを指摘しているが、改めて今回ここで強調しておきたいのは、正常範囲内の飲酒でさえも、うつ病の治療転帰を悪化させるということである。

アルコールがうつ病患者の自殺リスクを高めるメカニズムとしては、次の4つの要因が推測されている。第1に、繰り返される深酒や酩酊により、失職や逮捕、離婚という結果を呈し、患者を経済的に追い詰め、社会的に孤立させるためである。第2に、アルコール乱用・依存の存在により、新たな精神障害が連続したり、すでに存在する精神障害の病状を悪化させるためである。第3に、治療薬の効果を減じるとともに、睡眠薬・抗不安薬に対する依存を作り出すためである。そして最後に、アルコールや薬物の薬理作用が衝動性を亢進させ、自殺に対する心理的抵抗感を減じるためである。

以上を踏まえると薬剤師は、うつ病患者に対する服薬指導の場面において、精神科薬物療法を受けている期間は原則として禁酒であることを伝えていく必要がある。しかし単に口うるさく説教をするのではなく、「共感しながら懸念と情報を伝える」態度を心がけるべきである。伝えるべき情報としては、まずはアルコール問題を抱える本人のための相談機関や社会資源に関する情報が挙げられる。具体的には、専門医療機関や精神保健福祉センター、あるいは自助グループ〔断酒会、A.A.(Alcoholics Anonymous)]の情

報である。

もしも患者の家族とコンタクトを取る機会があれば、家族のための相談窓口に関する情報も提供すべきである。精神保健福祉センターには、依存症者家族のための相談窓口や家族教室が設置されている。アルコール乱用・依存の治療は、多くの場合、まずは家族が相談につながる場所から開始されるものである。なお、精神保健福祉センターではアルコール問題に関する啓発的なリーフレットも作成している。そのような啓発資材を入手して、薬局で必要な人に手渡しする方法もよいであろう。





うつ病患者へのアプローチ



アルコールとうつ



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 松本 俊彦

はじめに

海外における多くの研究が、アルコール依存・乱用を伴ううつ病性障害患者は衝動的であり、治療経過中に自殺企図を呈する者が多いことを指摘している^{1~3)}。Fawcettらに至っては、アルコール乱用の存在は気分障害患者における1年以内の自殺企図行動を予測する因子であるという結論をしているほどである⁴⁾。さらに、同じくうつ状態を呈する病態でも、双極性障害の場合には、アルコール乱用の併存による自殺リスクの上昇は一層顕著なものとなる⁵⁾。

筆者らの調査では、精神科治療中の40~50代の男性うつ病患者の場合、その3割強にアルコール乱用・依存に相当する問題飲酒が認められることが明らかにされている⁶⁾。その意味では、「中高年男性のうつ病を見たらアルコール問題を疑え」と言っても決して過言とは言えないであろう。

本稿では、アルコール問題の存在がうつ病の経過にどのような影響を与え、どのような機序によって自殺リスクを高めるのかという切り口から概説し、薬剤師として患者に何を伝えるべきかについて論じてみたい。

心理学的剖検研究から見えてきたこと

自殺の実態を明らかにする研究手法の1つとして、心理学的剖検という方法がある。これは、自殺によって大切な人を失った家族を情報源として、故人の生きざまや死にざまを詳細に聴取し、自殺へと至るプロセスを明らかにすることを目的としている。

われわれは2007年よりこの心理学的剖検の手法による自殺の実態調査を行ってきた。その中で、アルコールとうつ、自殺との関連についていくつかの知見が明らかにされている。以下にそのような知見を紹介しておきたい。

アルコール問題を呈する自殺既遂者の特徴

われわれの研究では、自殺既遂者の21%が自殺前1年以内にアルコール関連問題を呈しており、そのうちの81.2%がアルコール乱用・依存の診断に該当することが明らかにされた⁷⁾。その21%の自殺既遂者は極めて特徴的な集団であった。と言うのも、全員が仕事を持つ中高年男性であり、まさしく1998年における自殺急増の中心層と同じ属性を持っていたからである。しかも、そうした中高年男性の多くが、返済困難な借金や離婚といった社会的問題を抱える中で「眠るために」飲酒を続けており、最期の行動に及ぶ際にアルコールを摂取していた。

興味深いことに、このアルコール問題を抱えた自殺既遂者のうち、56.2%が自殺直前にうつ病などの気分障害に罹患していたと考えられ、43.8%の者は直前まで精神科治療を受けていた。しかし、せっかく精神科治療につながっても、アルコール乱用・依存に対する専門的な援助を受けていた者は1人としていなかった。

精神科治療中の男性うつ病患者における自殺既遂の危険因子

われわれの調査では、自殺既遂者の半数は自殺直前まで精神科治療を受けていた。このことは、単に精神科治療につながりだけでは十分ではなく、治療の内容を吟味する必要がある可能性を示唆している⁸⁾。そこでわれわれは、精神科治療中のうつ病患者のうち、自殺既遂に至る者とそうならない者との間で何が異なるのかを検討してみた⁹⁾。

具体的な方法としては、まず、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た。次いで、これに対して年齢をマッチさせた精神科治療中のうつ病患者で、しかも最近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対照群として設定し、同じ面接票、同じ情報源(家族)から情報を収集した。そして、両群の間で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を比較したわけである⁹⁾。

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况については、両群間で差は認められなかった。有意差が認められたのは、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であった。それからもう1つ重要な結果が得られた。それは、自殺既遂群では死亡1年前にアルコールに関連したさまざまなトラブルを起こしていた者が多く、1カ月の飲酒日数が10日以上であった。この結果は、治療経過中の飲酒習慣がうつ病患者の自殺リスクを高めるという、海外の先行知見を確認するものと考えられた。

⑧ 初回自殺企図が既遂となってしまう 男性自殺既遂者の特徴

自殺の危険因子として最もオッズ比の高い重要なものは、言うまでもなく過去の自殺企図歴である。しかし、例えば警察庁統計によれば、わが国の男性自殺既遂者の中で過去の自殺企図が確認されている者は全体の13.7%に過ぎないのも事実である。このことは、少なくとも男性の自殺予防に関する限り、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。

そこでわれわれは、まず初回自殺企図が既遂となった男性自殺既遂者のデータを抽出し、この既遂者と居住地、年代が一致する、自殺企図歴のない男性生存者を対照群として、同じ面接票、同じ情報源から情報を収集し、両群間で比較を試みた¹⁰⁾。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、ならびにアルコール乱用・依存への罹患が高いオッ

ズ比で抽出された。この結果は、初回企図が既遂となりやすい男性の自殺予防のためには、うつ病の治療だけではなく、債務処理の支援やアルコール乱用・依存に対する治療の必要性を示すものと言えるであろう。

なぜアルコールがうつ病患者の 自殺リスクを高めるのか

DeLeoとEvansは、アルコール乱用・依存が自殺のリスクを高める理由として、以下の4つの要因を挙げている¹¹⁾。以下にそれについて整理しておきたい。

(1) 心理社会的状況の悪化

第1の要因は、アルコール乱用・依存の存在が2次的に患者の心理社会的状況を悪化させることによるものである。すなわち、アルコール乱用・依存の存在は、失職や逮捕・服役、離婚や絶縁といった形で、乱用・依存者を経済的に追い詰め、社会的に孤立させ、最も身近な支援者を喪失させ、これらによって自殺リスクを高める可能性がある。

(2) 他の精神障害の続発・悪化

第2の要因は、アルコール乱用・依存の存在により、新たに精神障害を続発させたり、すでに存在する他の精神障害を悪化させることによるものである。

意外に知られていないが、アルコールには、それ自体にうつ状態を惹起する作用がある。実際、アルコール依存治療の現場では、当初、アルコール依存とうつ病の重複障害に罹患していると考えられた患者が、断酒する過程でうつ状態が改善し、実は大量飲酒が引き起こしていた2次的なうつ状態であったことが判明するといった事態が、しばしば起こっている。基礎研究では、エタノールにはセロトニン作動性ニューロンに対する神経毒性があることが明らかにされており、このことがアルコール乱用・依存が2次的にうつ病を引き起こす原因と推測されている¹²⁾。

こうしたアルコールの「うつ惹起」作用は、すでに他の精神障害が併存している場合には一層顕著に現れ、併存

III うつ病患者へのアプローチ

精神障害の病状悪化を引き起こす。実は、アルコール乱用・依存患者の多くが他の精神障害を併存しており、多くの場合、先に他の精神障害が発症し、その後アルコール乱用・依存に罹患するというパターンを取る。その理由は、精神障害がもたらす感情的苦痛が、不安や緊張、あるいは不眠を緩和するといった「自己治療的」な意図に基づく「気分を変える」物質の使用を促す傾向があるからである。しかし、このようにしてアルコール乱用・依存が2次的に続発すると、自殺のリスクは双方の障害自体が持つ自殺リスクを加算したものになってしまう。

(3) 治療薬の効果の減少

第3の要因として治療薬の効果を減じてしまうことが挙げられる。すでにその患者が精神科薬物療法を受けている場合には、飲酒習慣によってチトクローム系酵素が誘導されることで、薬剤によっては代謝速度が速まってしまう、血中濃度や脳脊髄液中の濃度が上昇せず、結果的に未治療に近い状態になってしまう可能性がある。

また、飲酒習慣を持つうつ病患者では、抗うつ薬に併せて処方されている睡眠薬や抗不安薬に対する耐性形成が急速であり、治療経過中に依存を呈してしまうリスクも高い。筆者らの調査では、睡眠薬・抗不安薬依存患者の84%がうつ病や不安障害に対する精神科の治療の睡眠薬・抗不安薬依存を発症しており、そうした患者の多くがすでにアルコール乱用・依存のような物質関連障害に罹患していたことが明らかにされている¹³⁾。ここからも、精神科薬物療法を受けている患者に対する禁酒指導の重要性が理解できるはずである。

(4) エタノールの直接的な薬理作用の影響

最後の要因は、乱用物質の直接的影響によるものである。すなわち、アルコールの薬理作用が大脳皮質の機能を抑制することで衝動性を亢進させ、酩酊が思考を自暴自棄的、自己破壊的な方向へ導いて自殺行動を促進するのである。救急医療機関に搬送された自殺企図患者の40%で体内からアルコールが検出されるという事実は、その傍証となろう¹⁴⁾。

こうしたエタノールの効果を考えると、自殺を促すには必ずしもアルコール依存である必要はなく、正常範囲

内の多量飲酒でも危険であると考えなければならない。事実、多くの国で国内におけるアルコールの消費量と自殺死亡率の経年的な推移は、有意な正の相関を示すことが明らかにされている。例えばロシアでは、ペレストロイカ時代におけるアルコール販売制限と自殺死亡率の減少との有意な正の相関が確認されており¹⁵⁾、米国では、最低飲酒年齢の引き上げが若年者の自殺率減少に寄与したことが明らかにされている¹⁶⁾。また、デンマークでは、アルコール飲料の価格高騰という「自然の実験」により自殺率の低下が見られたという報告もある¹⁷⁾。

アルコール消費量は男性、それも生産年齢にある自殺死亡率とのみ正の相関を示すことが特徴である。例えば、ノルウェーでは、国民1人当たりの年間アルコール総消費量が純アルコールにして1リットル増えると、その年の男性の自殺死亡率が15～16%上昇するという指摘がある¹⁷⁾。また、フィンランドでは、全国民のアルコール消費量と、15～49歳男性の自殺率との間に正の相関が認められる一方で、50歳以上では相関が認められないという報告がある¹⁸⁾。

もっとも、こうした男性の自殺と飲酒との関係を示す知見が多いのは、そもそも男性の場合、飲酒人口が多いため統計的検討で有意な関連を示しやすいことによる。したがって、決して「女性のうつ病患者の場合は、飲酒しても病状に悪影響はない」という意味ではない。それどころか、女性のうつ病患者は、男性に比べてはるかに少量の飲酒でも著しくうつ状態が悪化し、自殺リスクが上昇する可能性が指摘されている⁶⁾。

薬剤師がすべきこと

以上、アルコール乱用・依存がうつ病や自殺に与える影響について述べてきた。これらの知見に基づいて以下には、うつ病患者に対する服薬指導の場面で薬剤師にぜひともお願いしたいことを述べさせていただきたい。

問題に気づくこと

ここまで見てきたように、個々のうつ病患者の呈する

飲酒様態が依存水準のものなのかどうか、といった診断的な問題はさほど重要ではない。やはり問題とすべきは、「飲酒すること」そのものであって、原則として精神科薬物療法を受けているすべての患者は、原則として禁酒が望ましい。

あえて簡便なスクリーニングツールを挙げるとすれば、「CAGE」がある。これは、「飲酒量を減らさなければならぬと感じたことがありますか(Cut down)」、「他人があなたの飲酒を非難するので気に障ったことがありますか(Annoyed by criticism)」、「自分の飲酒について悪いとか申し訳ないと感じたことがありますか(Guilty feeling)」、「神経を落ち着かせたり、二日酔いを治すために、『迎え酒』をしたことがありますか(Eye-opener)」という4つの質問項目からなるスクリーニング尺度であり、各質問における英語の頭文字を取ってCAGEと呼ばれている。これらの4項目のうち1項目でも当てはまれば、何らかのアルコール問題を生じている可能性があり、これまでの人生で2項目以上が当てはまれば、アルコール依存の疑いがあるとされる。

🔗 本人に情報を提供する

次に、アルコールがうつ病に与える影響に関する情報を伝える必要がある。例えば正常範囲内の飲酒であっても、アルコールは2次的にうつ状態を惹起したり、すでに存在するうつ病の病状を悪化させる可能性があること、また、薬物療法の効果を抑制し、治療に用いられている睡眠薬や抗不安薬への依存を高めてしまうことを伝えてほしい。こうした情報提供の対象となるのは、すべてのうつ病患者である。

スクリーニングの結果、アルコール乱用・依存症が疑われる場合には、さらに踏み込んで専門医療機関、相談機関、あるいは自助グループ〔断酒会、A.A.(Alcoholics Anonymous)〕の情報を提供してほしい。その際、「なぜ飲むのだ!？」などと叱責をして相手に恥辱感を体験させないことが大切である。もしも患者に恥辱感を覚えさせてしまえば、もはや二度とこの問題について話し合うことは不可能となってしまふであろう。それよりは、「飲まないではいけない」という気持ちに共感しつつ、医学的な見地から懸念されることを穏やかかつ粘り強く伝え

てほしい。そうすれば、まだ機会を改めてこの話題を持ち出せる余地を残せる。

🔗 家族に情報を提供する

アルコール乱用・依存の特徴は、「本人が困るよりも先に周囲が困る」という点にある。したがって、前項で述べたような伝え方をしても、本人は専門機関への受診に対して難色を示したり、むきになって屁理屈をこねくり回し、「いかに自分が飲酒をコントロールできており、自分にとって飲酒が正当であるか」を主張したりするであろう。しかし、本人のそのような態度を気にする必要はない。むきになるということは、実は本人もそれだけ気にしているということの意味する。本人が提案を受け入れるかどうかは別にして、家族には確実に情報を伝えてほしい。

アルコール乱用・依存の治療は、まずは家族が相談機関や依存者家族の自助グループ〔断酒会の家族会、AI-Anon(アラノン)〕につながるところから始まると言っても過言ではない。したがって、できれば家族にそうした社会資源につながってほしいが、家族にしてみれば、最初から自助グループというのはいささか敷居が高く感じるであろう。そこで、さしあたっての紹介先としては、都道府県・政令指定都市に少なくとも1カ所は設置されている、精神保健福祉センターを紹介するのがよいであろう。アルコール乱用・依存の治療は、多くの場合、まずは家族が相談につながるところから開始されるものである。

なお、精神保健福祉センターではアルコール問題に関する啓発的なリーフレットも作成している。そのような啓発資材を入手して、薬局で必要な人に手渡しする方法もよいであろう。

おわりに

筆者が所属する自殺予防総合対策センターでは、上述したようなアルコールとうつ、自殺との関係についての啓発リーフレット「のめばのまれる」を作成し、ホーム

III うつ病患者へのアプローチ

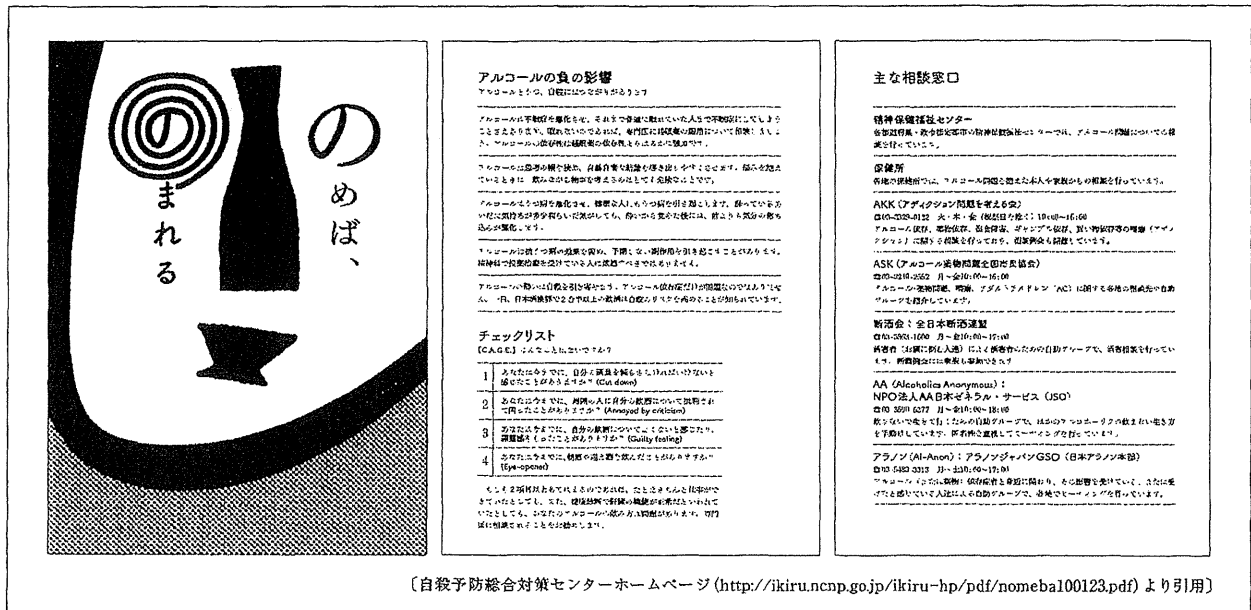


図1 リーフレット「のめばのまれる」

ページからPDF形式でダウンロードできる(図1)。

このリーフレットには、本稿で述べた内容がわかりやすく記されている。また、4項目のスクリーニングテストCAGEも掲載されており、CAGEで2点以上(アルコール依存疑い)の本人向け、および家族向けのアドバイスも書かれてある。さらに、アルコール問題に関するさまざまな相談資源の名称や連絡先も掲載されている。

われわれは、病院での服薬指導、あるいは調剤薬局での服薬指導の際に、薬剤師が口頭での説明とともにこのような啓発資材を渡すだけでも意義ある介入になると信じている。ぜひご活用いただければと思う。

参考文献

- 1) Coêlho BM, et al. : The influence of the comorbidity between depression and alcohol use disorder on suicidal behaviors in the São Paulo Epidemiologic Catchment Area Study, Brazil. Rev Bras Psiquiatr, 32 (4) : 396-408, 2010
- 2) Conner KR, et al. : Psychological vulnerability to completed suicide : a review of empirical studies. Suicide Life Threat Behav, 31 (4) : 367-385, 2001
- 3) Davis LL, et al. : Substance use disorder comorbidity in major

depressive disorder : an exploratory analysis of the Sequenced Treatment Alternatives to Relieve Depression cohort. Compr Psychiatry, 46 (2) : 81-89, 2005

- 4) Fawcett J : Treating impulsivity and anxiety in the suicidal patient. Ann N Y Acad Sci, 932 : 94-102 ; discussion 102-105, 2001
- 5) Oquendo MA, et al. : Increased risk for suicidal behavior in comorbid bipolar disorder and alcohol use disorders : results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC). J Clin Psychiatry, 71 (7) : 902-909, 2010
- 6) Matsumoto T, et al. : Comparative study of suicide risk in depressive disorder patients with and without problem drinking. Psychiatry Clin Neurosciences, 65 (5) : 529-532, 2011
- 7) 赤澤正人 他 : 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 (2) : 104-118, 2010
- 8) Hirokawa S, 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 (4) : 292-302, 2012
- 9) 松本俊彦 他 : 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」分担研究報告書, 25-35, 2012

- 10) 松本俊彦 他：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」総合報告書, 37-51, 2013
- 11) De Leo D, et al. : International Suicide Rates and Prevention Strategies, 101-112, Hogrefe & Huber, 2004
- 12) Halliday G, et al. : Serotonin and alcohol-related brain damage. *Metab Brain Dis*, 10 (1) : 25-30, 1995
- 13) 松本俊彦 他：うつ病性障害患者における問題飲酒の併存率：文献的対照群を用いた検討。精神医学, 54 (1) : 29-37, 2012
- 14) Cherpitel CJ, et al. : Acute alcohol use and suicidal behavior : a review of literature. *Alcohol Clin Exp Res*, 28 (5 Suppl) : 18S-28S, 2004
- 15) Wasserman D, et al. : Male suicides and alcohol consumption in the former USSR. *Acta Psychiatr Scand*, 89 (5) : 306-313, 1994
- 16) Birckmayer J, et al. : Minimum-age drinking laws and youth suicide, 1970-1990. *Am J Public Health*, 89 (9) : 1365-1368, 1999
- 17) Ramstedt M : Alcohol and suicide in 14 European countries. *Addiction*, 96 (Suppl 1) : S59-S75, 2001
- 18) Makela P : Alcohol consumption and suicide mortality by age among Finnish men, 1950-1991. *Addiction*, 91 (1) : 101-112, 1996