

## リストカッターの自殺

松本 俊彦\*

抄録：2000年にカリスマ的リストカッターである「南条あや」の遺稿集『卒業式まで死にません』が刊行されて以降、精神科臨床の現場でリストカットを繰り返す自傷患者と遭遇することが急激に増えた。このような自傷患者のなかには、処方薬の過量服薬を繰り返す者も少なくなく、救急医療の現場では過量服薬患者が問題となっている。リストカットなどの自傷行為は、その行為だけを見れば自殺企図と峻別されるが、長期的には重要な自殺のリスク要因であり、援助の対象とすべき問題である。しかし、わが国の精神科医療者のなかでは、リストカットや過量服薬を繰り返す患者に対する否定的な感情を持ち、近年の自殺対策のなかでかかりつけ医から精神科医への紹介促進の動きとは裏腹に、いままって援助に忌避的な者も少なくない。本稿では、リストカッターにおける自殺のリスク要因について論じるとともに、彼らをめぐる今日の精神科医療の問題点を指摘した。

精神科治療学 25(2) ; 237-245, 2010

Key words : *self-injury, wrist-cutting, suicide, risk factor*

## I. リストカッター「南条あや」の死

2000年頃から、精神科外来ではリストカットを繰り返す女性患者が急激に増加した。筆者は、そうした患者たちから何度となく、「先生は、南条あやの『卒業式まで死にません』<sup>15)</sup>を読みましたか？」と質問されたものである。当時、自傷患者のあいだで南条あやはカリスマ的存在となっていて、数多くの追従者・模倣者を生み出していた。

南条あや（本名：鈴木純）は、両親の離婚や学校での苛酷ないじめといった状況のなかで、中学1年頃よりリストカットを繰り返すようになった。もっとも、彼女の問題はリストカットだけではなかったように思われる。遺稿集<sup>15)</sup>を読むと、彼女は時々、ヨーグルトやゼリーしか口にしないという極端なダイエットも繰り返しており、摂食障害への罹患も疑われる。

ともあれ、数年間に及ぶ自傷行為の果てに、彼女は高校3年時には精神科での入院治療も受けた。そのようななかで自らの精神科医療利用体験を綴った日記がネット上に公開されると、彼女はたちまち「メンヘル系ライター」として注目を集めるようになった。『卒業式まで死にません』は、それらの日記をまとめた遺稿集にあたる。

彼女は、1999年3月30日—高校の卒業式の20日後—に死亡した。その日の午後、彼女は一人でカラオケボックスに入店し、大量の向精神薬を服用

Suicide of self-injurers.

\*国立精神・神経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〕

Toshihiko Matsumoto, M.D., Ph.D.: 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.

して昏睡状態に陥り、そのまま帰らぬ人となったという。享年18歳であった。ただし、彼女が服用した向精神薬の量は致死量に満たず、かねてより頻回のリストカットや献血（これも「瀉血」という一種の自傷か）による慢性貧血の状態にあり、また、死後の解剖において心臓弁膜に異常が見出されたことから、死因は「推定自殺」と曖昧に濁されている。

南条あやという存在は、彼女の信奉者だけでなく、精神科医療関係者にも無視できない影響を与えたように思う。彼女の日記には、処方薬の飲み心地をソムリエのように批評したり、気軽に過量服薬したりするありさまが描かれているが、初めてそれを読んだとき、筆者は、現代精神科医療の暗部を拡大鏡で見せつけられた気がして慄然としたのを覚えている。当時すでにわが国では、精神科クリニックの急増に伴って過量服薬によって救急搬送される患者の増加が問題となり始めていた。「うつ病はこころの風邪、早めに精神科へ」などといった口当たりのよい啓発の副作用かもしれない。その結果、彼女の死と前後して、巷には「リストカット患者はお断り」という理由から患者を断る精神科クリニックが増え始めた。無理もない話である。処方薬を乱用し、インターネット上でリストカットした血まみれの腕の写真や主治医の発言を公開する患者など、確かに煩わしいことこの上ない。それでいて、まともに治療をしようと思えば長い診察時間が必要となり、現行の診療報酬制度下ではあまりにも効率が悪すぎる。

とはいえ、現実に南条あやが死亡している以上、リストカッターたちが死なないという保証などどこにもない。いいかえれば、「リストカットじゃ死なない」といえたとしても、「リストカットする奴は死なない」とはいえない。その意味では、自殺予防の観点では、「リストカッターお断り」として援助の埒外に弾き出して済まされる問題ではないのである。

本稿では、こうした「リストカッター」たちの自殺について考えてみたい。

## Ⅱ. なぜ彼らはリストカットを繰り返すのか？

### 1. 自傷と自殺の違い

まずはここから始めよう。自殺とは、致死的な目的から、致死性の予測をもって、現実に致死性の高い損傷を自らの身体に加えることを指すが、一方、自傷とは、自殺以外の目的から、非致死性の予測をもって、故意に非致死的な損傷を自らの身体に加える行為とされている<sup>21)</sup>。ここでいう「自殺以外の目的」とは、たとえば、周囲に対する何らかの意思伝達の意図であったり、解離症状を軽減するためであったりするが、なかでも最も多い自傷の理由が、怒りや緊張などの不快感情への対処である<sup>19)</sup>。つまり、自傷とは、誰の助けも借りずに苦痛を緩和する孤獨な対処方法であり、意図の点で自殺とは峻別されるべき行動である。

WalshとRosen<sup>21)</sup>は、Shneidman<sup>19)</sup>の自殺に関するメタ心理学的知見を踏まえて、自殺と自傷の差異を明らかにしている(表1)。Shneidmanによれば、自殺とは、耐えがたく、逃れられない、果てしなく続く精神的苦痛のなかで、唯一自分に残された「脱出口」であるという。すなわち、自殺を考える者は、もはや自力ではどうにも状況を変えることができないという絶望感と無力感のなかで、「楽になるには、一切の意識活動を終焉させるしかない」と確信する心理的視野狭窄の状態に陥り、自らを傷つけるわけである。

一方、自傷とは、苦痛を一時的に緩和する試みである。すなわち、自傷者の苦痛は間歇的・断続的な性質のものであり、そのような不快な意識状態を短期間だけ変化させ、混乱した意識状態を再統合するために自らを傷つける。もちろん、本来であれば、間歇的な苦痛の原因(たとえば、虐待やいじめ)を取り除くことこそが根本的かつ建設的な解決策であるのはいうまでもないが、虐待やいじめの加害者が到底かなわないほど強大な相手であったり、加害者に制止を要請してかえって深刻な事態に陥った経験を持つ者もいよう。そのような場合、次善の策としてとられるのが、苦痛を体験する自らの意識状態を変容させることで困難な状況に適應する、という方法である。

表1 メタ心理学的視点に基づく自傷と自殺の違い  
(文献21より引用)

特徴	自殺	自傷
苦痛	耐えられない、逃れられない、果てしなく続く痛み	間歇的・断続的な苦痛
目的	唯一の最終的な解決策	一時的な解決策
目標	意識の終焉	意識の変化
感情	絶望感 無力感	疎外感

その生理学的メカニズムには不明な点が多いが、自傷者の場合、自傷がもたらす「身体の痛み」には「心の痛み」を一時的に抑えるという不思議な鎮痛効果があることが知られている<sup>18)</sup>。事実、習慣性自傷者では、自傷直後には脳内モルヒネ様物質エンケファリンの血中濃度が上昇しているという報告<sup>19)</sup>があり、このことが、自傷の「心の痛み」に対する鎮痛効果と関係している可能性がある。したがって、自傷とは、「心の痛み」を一時的に鎮めるために、自傷という方法で自らに「身体の痛み」を与える方法なのである。あるいは、こういいかえてもよい。自傷とは、「死にたいくらいつらい状況」を「生き延びるために」行われる行動なのである、と。

自傷者の多くは、こうした、自傷がもたらす鎮痛効果を偶然に、あるいは、自殺企図の失敗や他の自傷者の模倣を通じて発見し、以後その行動をまるでお守りのように携えて生きることとなる。ある17歳の女性患者は、かつて筆者に次のように語った。

「父はいわゆる仕事人間でほとんど家におらず、母は新興宗教に熱中していた。だから、学校でのいじめのことも話せなかった。それで、小学校5年のときに『もう死のう』と思って初めてリストカットをした。もちろん、死にはしなかったけど、気持ちがすごく楽になった。誰も私を助けてくれないけど、『これ』さえあれば生きていけると思った」

## 2. 自傷アディクションという死への迂回路化

自傷がもたらす「心の痛み」に対する鎮痛効果は、きわめて速やかに発現する。苛酷な状況を根

本的・建設的な方法で変化させるよりも、圧倒的に簡単に迅速な困難の解決をはかることができるので、またたく間に手放せない行動となってしまふ。

しかしその一方で、自傷には反復される過程で耐性を生じやすいという欠点もある。繰り返すほどに主観的な疼痛閾値は上昇し、当初と同じ切り方では「心の痛み」を鎮めるのに不足するようになり、また、鎮痛効果の持続時間が短くなってしまふのである。そのため、何回も自分を傷つけたら、より深く切ったりしなければ、かつてと同じ効果が得られなくなってしまうのである。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、自傷を繰り返すうちに以前よりもストレスに対して脆弱になってしまうという変化も見られる。以前だったら気にもとめなかったささいな出来事にも「身体の痛み」が必要となるわけである。このため、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—に陥ってしまうのである。これは自傷のアディクション化である。

Favazza<sup>5)</sup>は、この自傷のアディクション状態のことを「反復性自傷症候群 Repetitive Self-mutilation syndrome」と呼んでいる。自傷によって自分をコントロールしているつもりが、いつしか自分が自傷にコントロールされてしまう事態である。Favazzaによれば、この段階に到達した自傷者は、もはや禁止や叱責によってはその行動をコントロールできない状態にあり、その行動自体を治療の対象とする必要があるという。反復性自傷に至った者の生き方は、次第に自暴自棄のともいえる独特なすさみ方を呈する。たとえば、自虐的に自らを「リストカッター」などと呼ぶなど、否定的自己同一性を確立する。あるいは、自傷した際に出た血液で絵を描いたり、自傷創の写真をインターネット上に掲載したりするなど、一見グロテスクとも思える行動をとることも少なくない。こうした行動は、援助者側の陰性感情を刺

激し、彼らの苦痛を過小視させてしまう。

一般に反復性自傷者は、「生き延びるために」自傷を繰り返しながら日々をすごすうちに、皮肉にも以前よりも自殺念慮を強めている傾向がある。実際、彼らはしばしば、「消えてしまいたい」「いなくなりたい」といった消極的な自殺念慮ととれる言葉を口にする。もっと直截に「死にたい」という言葉を漏らすことも稀ではない。そしてあるとき、ふだん自傷に用いているのとは別の方法で自殺企図に及ぶことがある。

要するに、苛酷な現在を生き延びるためのこのアディクション行動は、死への迂回路でもあるのである。現在の死を回避するのに役立つかもしれないが、未解決の問題はそのまま残り、緩徐に未来の死をたぐり寄せている可能性がある。

### Ⅲ、自殺リスクの高いリストカッターの特徴

#### 1. 自傷患者の3年間の追跡調査から

すでに述べたように、自傷と自殺とは峻別されるべきであるが、Owensら<sup>10)</sup>のメタ分析は、十代における1回以上の自傷経験は10年後における自殺既遂による死亡のリスクを数百倍に高めることを明らかにしている。このことは、自傷が自殺のリスク要因であることを意味している。もちろん、現実にはすべてのリストカッターが自殺企図に及んだり、自殺既遂に至ったりするわけではない。

筆者ら<sup>10)</sup>は、自傷患者の自殺リスクを明らかにするために、精神科通院中の女性自傷患者81名を3年間追跡したことがある。その結果、3年間追跡し得た67名のうち、50名(74.6%)が何らかの自己破壊的行動を行っており、15名(22.4%)が致死性の高い自己破壊的行動(医療機関で治療が行われなければ明らかに死亡していたと考えられる身体損傷を伴うもの)に及んでいたことが明らかにされた(表2)。

続いて、3年間以内に致死性の高い自己破壊的行動が見られた群と見られなかった群とのあいだで、追跡調査開始時点に収集した情報に関して比較を行った(表3)。情報として採用した変数は、年齢や生活状況、外傷体験、自傷行為の様態

(開始年齢や継続年数、頻度や嗜癖性の自覚など)、随伴する精神医学的問題(過量服薬の既往、生活機能、衝動性、摂食障害傾向、衝動性、アルコール乱用)といったものである。その結果、致死性の高い自己破壊的行動が見られた群では、強姦被害の体験、ならびに市販薬の過量服薬体験が有意に高率であり、また、アルコール依存のスクリーニング尺度である日本語版AUDIT(Alcohol Use Disorder Identification Test)<sup>11)</sup>得点、および、神経性大食症のスクリーニング尺度である日本語版BITE(Bulimic Investigatory Test of Edinburgh)<sup>12)</sup>得点も有意に高かった。要するに、リストカッターの自殺リスクは、①強姦被害の経験、②市販薬を過量服薬した経験、③アルコール問題、④摂食障害の傾向という4つの要因に関連し、意外なことに、自傷頻度や身体損傷の程度といった自傷自体の重症度とは関連していなかったのである。

さらに筆者らは、交絡因子の影響を除去して、致死性の高い自己破壊的行動と特に密接に関連する要因を明らかにするために、上述した単変量比較で有意差の見られた項目を独立変数として多変量比較を行った。すると、致死性の高い自己破壊的行動と有意に関係する変数として、BITE得点(オッズ比、1.066; 95%信頼区間、1.002-1.141)だけが抽出された。これは、BITE得点が1点上昇するに伴って、致命的な自己破壊的行動をするリスクが1.066倍高まることを意味している。

#### 2. 自己破壊的行動スペクトラム

自身が行った調査の結果、さらには内外の先行研究で明らかにされた知見をもとに、最近、筆者は図1のような自己破壊的行動スペクトラム<sup>13)</sup>を考えるようになった。縦軸に行為にあたっての致死的な意図の強さをとり、横軸に客観的な行為がもたらす身体損傷の致死性をとる。すると、一方の極に、明確な致死的な意図から、縊首や飛び降り、飛び込みなどといった致死性の高い方法による「自殺企図」を想定すると、もう一方の反対の極には、摂食障害やアルコール・薬物乱用が布置されることとなる。

摂食障害やアルコール・薬物乱用は、「死にた

表2 自己破壊的行動の手段・方法（文献10より引用）

自己破壊的行動の内容（重複回答あり）	3年間の経過が判明した対象者 N=67	
	何らかの自己破壊的行動あり 74.6%（50名）	
	致死性の高い行動	致死性の低い行動
	22.4%	68.7%
自己切傷・刺傷・熱傷	7.5%	58.2%
過量服薬	19.4%	35.8%
服毒	0.0%	4.5%
縊首	1.5%	6.0%
高所からの飛び降り	7.5%	0.0%
車・電車などへの飛び込み	0.0%	0.0%
溺水	1.5%	0.0%
その他	0.0%	0.0%

い」あるいは「自分を傷つけたい」という意図からではなく、「痩せたい」「ハイになりたい」という意図から行われる。また、1回の拒食や過食・嘔吐、あるいは精神作用物質の摂取で健康が損なわれるわけではないが、かつて Menninger<sup>12)</sup>によって「慢性自殺」と名づけられたように、長期間繰り返されることで健康被害が顕在化する。さらに、すでに述べたように、自傷患者に摂食障害やアルコール・薬物乱用が併存すれば、致死性の高い自己破壊的行動のリスクが高まる。なお、Harrisと Barraclough<sup>9)</sup>のメタ分析によれば、患者の自殺死亡率が最も高い精神障害の診断は摂食障害である。また、海外にはアルコール・薬物乱用が自殺のリスク要因であることを示す研究が多数存在する<sup>13)</sup>。以上を踏まえれば、摂食障害やアルコール・薬物乱用は「無意識的な自傷」と名づけることには異論はあるまい。

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

な関係があると見える。

「意識的な自傷」の1つ上の段階には、過量服薬などの「自殺の意図が曖昧な過量服薬」がある。Pattisonと Kahan<sup>17)</sup>は、非致死性の予測がつきにくく、身体損傷の状況を視覚的に確認できないという理由から、過量服薬を自傷概念から除外している。たしかに過量服薬した患者は、意識回復後に「とにかく眠りたかった」「嫌なことを忘れたかった」などと、一見、自殺とは異なる意図を述べる一方で、「ずっと目が覚めなければよかった」などと、死を願うかのような言葉をもらすことも珍しくない。その意味では、過量服薬は自傷と自殺の中間、あるいは双方にまたがる地点に位置づけられるべきである。

筆者らの調査<sup>9)</sup>では、過量服薬はリストカット歴の長い自傷者に多いということが明らかにされている。最初の過量服薬は、通常、反復性自傷の段階に到達して「鎮痛効果」が得られなくなった自傷者が、自殺行動として行うことが多いが、そこで自殺既遂に至らなかったものの、過量服薬を持つ、あたかもパソコンを強制終了させる瞬間のような「不快気分に対する強力なリセット効果」を発見し、苛酷な状況を「生き延びるために」これを繰り返すようになる場合がある。しかし筆者の臨床経験では、最終的に致命的な行動によって既遂に至った者のなかには、自殺既遂に至る前に何回も過量服薬を繰り返した果てに縊首や飛び降

表3 3年間の経過が判明群・非判明群との調査登録時変数の比較(文献10より引用)

		致死性の高い自己破壊的行動 (N=67)		p value	
		あり N=15	なし N=52		
調査登録時年齢(歳(SD))		27.4 ( 7.6)	25.8 ( 7.1)	0.476	
追跡調査開始時点の情報	生活歴に関する変数	17歳以下の親からの身体的暴力	20.0%	32.7%	0.344
		17歳以下の肉親からの性的暴力	20.0%	19.2%	0.947
		17歳以下の他人からの性的暴力	33.3%	21.2%	0.330
		親のネグレクト	20.0%	15.4%	0.671
		親の言語的虐待	40.0%	42.3%	0.873
		親の配偶者虐待場面の目撃	3.0%	19.2%	0.600
		親の性交場面を目撃	33.3%	17.3%	0.179
		親の精神疾患の存在	6.7%	23.1%	0.157
		学校時代のいじめ被害	66.7%	67.3%	0.963
		その他のいじめ	40.0%	34.6%	0.702
		強姦の被害(18歳以降)	46.7%	15.4%	0.010*
		その他の性的被害(セクハラなど)	40.0%	38.5%	0.914
		配偶者からの身体的虐待	13.3%	17.3%	0.714
		配偶者からの性的暴力	0.0%	7.7%	0.268
		配偶者以外の家族成員からの暴力	6.7%	19.2%	0.247
		強盗や恐喝の被害	6.7%	9.6%	0.725
		近親者の自殺	33.3%	17.3%	0.179
		近親者の事故死・突然死	33.3%	32.7%	0.963
		交通事故の被害	53.3%	32.7%	0.145
		家庭の経済的破綻	13.3%	21.2%	0.500
自然災害などへの罹災	6.7%	3.8%	0.642		
戦争・地域紛争への罹災	0.0%	0.0%	—		
その他の心的外傷体験	33.3%	46.2%	0.377		
登録時の生活状況	単身生活	6.7%	8.7%	0.804	
リストカットの様態に関する変数	最初にリストカットした年齢(歳(SD))	20.3 ( 8.7)	20.2 ( 7.2)	0.971	
	リストカット期間(年(SD))	7.2 ( 8.6)	5.5 ( 4.9)	0.363	
	登録時1ヵ月以内の自己切傷	53.3%	63.5%	0.478	
	10回以上の自己切傷経験	80.0%	73.1%	0.587	
	自己切傷創の縫合処置経験	40.0%	26.9%	0.330	
	心理的抵抗	73.3%	78.8%	0.652	
	抑制喪失	73.3%	84.6%	0.315	
嗜癖性の自覚	86.7%	82.4%	0.694		
随伴する精神医学的問題および生活機能に関する変数	過去における処方された向精神薬の過量服薬	93.3%	75.0%	0.124	
	過去における市販薬の過量服薬	73.3%	38.5%	0.017*	
	GAP(点(SD))	41.5 (16.6)	47.5 (11.3)	0.110	
	AUDIT(点(SD))	8.6 ( 9.9)	3.9 ( 5.7)	0.023*	
	BITE(点(SD))	30.9 (10.2)	19.5 (11.2)	0.001*	
	BIS-11(点(SD))	76.7 (14.1)	71.7 (11.0)	0.154	
ADES(点(SD))	5.1 ( 2.0)	4.9 ( 2.4)	0.889		

\*p&lt;0.05

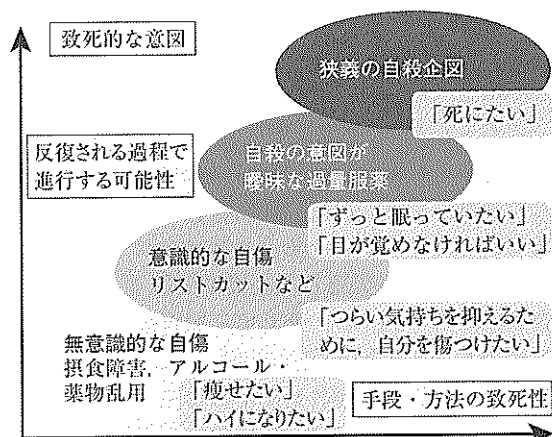


図1 自己破壊的行動スペクトラム (文献11より引用)

りといった致死的な行動をとった者もいる。そう考えれば、「自殺の意図が曖昧な過量服薬」を「自殺企図」に最も近接する場所に位置づけるのはきわめて妥当なことであり得ると思われる。

以上からわかるように、これらの自己破壊的行動の各段階は、反復によって進行しうる連続的な関係のなかで捉えることができる。もちろん、エスカレートには個人差があり、患者によっては各段階を直線的に進行するのではなく、停滞や逆行、あるいは複数の段階が混在している場合もありうる。さらに、自傷患者の追跡調査でも触れたように、強姦被害などの外傷体験はこのプロセスの促進要因となる可能性もあろう。

いずれにしても、自殺予防のためにはこの全段階の自己破壊的行動に対する介入が必要である。その意味では、2008年の自殺総合対策大綱の一部改正(「自殺対策加速化プラン」)<sup>13)</sup>は、自殺ハイリスク者対策として「思春期・青年期の自傷行為」や「アルコール・薬物依存」を追加した点で、高く評価されるべきものである。

#### IV. 自殺既遂となったリストカッター

前に紹介した筆者らの追跡調査は、所詮は重篤な自殺未遂を指標とした研究であるので、厳密には、得られたリスク要因を自殺既遂のものと同義には捉えられない。

実は、その調査では、追跡期間中に自殺既遂に至った対象者が1名だけ存在した。ここでは、その自殺既遂事例を紹介しておきたい。なお、症例提示にあたっては、個人が特定されないように、症例の本質を歪めない範囲で大幅な修正を行っている。

【症例】調査登録時20歳女性、死亡時22歳(追跡開始1年10ヵ月時点)

DSM-IV-TR 診断：特定不能の解離性障害、神経性大食症・排出型、境界性パーソナリティ障害  
生活歴：教育に厳格な両親によって養育され、幼少時から繰り返し体罰を受けていた。中学時代までは真面目な生徒であったが、高校進学後、両親に対する反発から夜遊びをするようになった。そのなかで、遊び仲間の男性数人からの強姦被害に遭遇し、しかも相手がわからないまま妊娠した。しかし、家族からは「ふしだらな女」と非難され、警察に被害届を出せないまま、中絶手術を受けた。手術後、高校を中退した。

調査登録までの病歴：中絶手術後(17歳時)より拒食、過食・嘔吐が始まった。また、18歳頃よりリストカットや過量服薬を頻回に繰り返すようになり、家族に対する暴力も問題化した。さらに、歓楽街で見知らぬ男性と性交渉を持ち、しかも、後でそうした性的逸脱行動を覚えていないという解離性健忘も見られるようになった。この頃、家族に精神科に連れて行かれ、強引に閉鎖病棟入院させられた。家族との関係が悪循環的に自己破壊的行動をエスカレートさせている印象があり、主治医の提案により、退院後、症例は生活保護を受給しながらアパート単身生活を開始した。これ以後、症例の自己破壊的行動は著しく減少し、まもなくボランティアで介護の仕事もするようになった。

調査登録時点の状況：症例のリストカット開始年齢は18歳であり、約2年間の数十回に及ぶリストカット歴があったが、調査登録時には3ヵ月近く止まっていた。過量服薬も多数回の経験があったが、登録時は半年ほどしていなかった。また、自記式評価尺度上、著明な神経性大食症傾向と解離傾向が認められた。

その後の経過：症例は、介護のボランティアを通じて恋人ができ、まもなく半同棲状態となった。やがて症例は就労を焦り、コンビニエンスストアでのアルバイトを始めたが、仕事の負担は大きく、解離性健忘が頻発するようになった。そんな矢先、バイト先の飲み会で泥酔した症例は、同僚男性と不本意な性交渉を持った。翌日より症例はそのことを深刻に自責する一方で、本来の恋人との性交渉が苦痛となった。にもかかわらず、恋人が半ば強引に交渉を求めると、症例は解離状態に陥ることが増えた。まもなくリストカットと過食・嘔吐が再発し、処方薬の過量摂取が繰り返された。

自殺既遂の状況：症例は、恋人との半同棲は苦痛であったが、といて両親との同居にも抵抗感を覚えた。そこで、主治医は自殺防止の観点から精神科病院への入院に踏み切った。しかし、症例は同じ病棟のある男性患者を不可解な理由で非常に恐れ、職員の間を突いて離院してしまい、そのまま退院となった。離院した病院への再入院は叶わず、仕方なく主治医は複数の精神科病院に入院の依頼をしたが、いずれの病院からも断られた。離院から1週間後のある早朝、症例は縊首によって死亡した。

本症例は幼少時から様々な外傷体験が蓄積するなかで、最終的に深刻な性被害体験を契機に、多方向性の自己破壊的行動が顕在化し、最終的に自殺既遂に至った。世帯分離による単身生活は、短期的には家族内の悪循環を解決するのに成功したが、長期的には危機的状況を回避するための選択肢を狭めた可能性は否めない。

ここに登場する主治医とは筆者自身である。いまでも耳の奥にこびりついて忘れられないのは、入院を断られる際に何度も聞かされた、「当院ではパーソナリティ障害の患者は受けない」という冷淡な声である。精神科医から冷遇されるリストカット者たちはつくづく不幸な患者だと思うが、彼らに熱心に関わる精神科医もまた同業者の冷淡な対応に曝されることがある。

## V. リストカッターの自殺予防のために

これまで自殺対策においては、「自殺既遂者の90%以上が自殺直前には何らかの精神障害に罹患した状態にあるが、実際に精神科治療を受けている者はごくわずかである」<sup>2)</sup>と認識されていた。しかし、筆者らが実施した心理学的剖検調査<sup>7)</sup>では自殺既遂者の46%が、そして、東京都が実施した自死遺族からの聞き取り調査<sup>30)</sup>では自殺既遂者の52%がそれぞれ精神科治療中の自殺であった。さらに筆者らの調査では、精神科治療中の自殺既遂者は、縊首や飛び降りなどの致死的行動に及ぶ際、処方薬を過量に摂取し、おそらくは酩酊状態にあったと推測されることが明らかにされている<sup>7)</sup>。これでは、精神科薬物療法とは治療の名のもとに行われる自殺幫助となってしまう。

もちろん、反論は数多くあろうし、その大半は正当な主張であろう。ただ、それでも、「DSMによってうつ病概念が拡大し、『ニセモノのうつ病』の人にまで医療が提供されている」という意見にだけは与するつもりはない。こうした主張には、必ずリストカット者たちを「医療を混乱させるニセモノの病人」に貶める意図が隠されているものである。

現在、わが国で展開されている様々な自殺対策のなかで、いまだに手つかずの領域が1つだけ残されている。それは、精神科医療の質の向上、とりわけリストカットや過量服薬を繰り返す患者への対応能力の向上である。何も、「精神療法の技能向上に努めよ」という意味ではない。そうした患者を援助する際に見られがちな否定的態度をほんの少しでも変えること。それだけでも多少とも救える患者が増えるはずである。

## 文 献

- 1) Barraclough, B., Bunch, J., Nelson, B. et al.: A hundred cases of suicide: Clinical aspects. *Br. J. Psychiatry*, 125: 355-373, 1974.
- 2) Bertolote, J.M., Fleishmann, A., De Leo, D. et al.: Psychiatric diagnoses and suicide: Revising the evidence. *Crisis*, 25: 147-155, 2004.
- 3) Chynoweth, R., Tonge, J.I. and Armstrong,



- J.: Suicide in Brisbane: A retrospective psychosocial study. *Aust. N.Z. J. Psychiatry*, 14: 37-45, 1980.
- 4) Coid, J., Alolio, B. and Rees, L.H.: Raised plasma met-enkephalin in patients who habitually mutilate themselves. *Lancet*, 2: 545-546, 1983.
  - 5) Favazza, A.R.: *Bodies under Siege: Self-mutilation and Body Modification in Culture and Psychiatry*, 2nd ed. The Johns Hopkins University Press, Baltimore, 1996.
  - 6) Harris, E.C. and Barraclough, B.: Suicide as an outcome for mental disorders. A meta-analysis. *Br. J. Psychiatry*, 170: 205-228, 1997.
  - 7) 廣川聖子, 松本俊彦, 勝又陽太郎ほか: 死亡前に精神科治療を受けていた自殺既遂者の心理社会的特徴: 心理学的剖検による調査. *日本社会精神医学会雑誌*, 2010 (印刷中).
  - 8) 廣尚典: CAGE, AUDITによる問題飲酒の早期発見. *日本臨床*, 172: 589-593, 1997.
  - 9) 松本俊彦, 山口亜希子, 阿瀬川孝治ほか: 過量服薬を行う女性自傷患者の臨床的特徴: リスク予測に向けての自記式質問票による予備的調査. *精神医学*, 47: 735-743, 2005.
  - 10) 松本俊彦, 阿瀬川孝治, 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. *精神経誌*, 110: 475-487, 2008.
  - 11) 松本俊彦: 自傷行為の理解と援助—「故意に自分の健康を害する」若者たち—. *日本評論社*, 東京, 2009.
  - 12) Menninger, K.A.: *Man against himself*. Harcourt Brace Jovanovich, New York, 1938.
  - 13) 内閣府: 自殺対策加速化プラン (<http://www8.cao.go.jp/jisatsutaisaku/taikou/pdf/plan.pdf>)
  - 14) 中井義勝, 濱垣誠司, 高木隆郎: 大食症質問表Bulimic Investigatory Test, Edinburgh (BITE) の有用性と神経性大食症の実態調査. *精神医学*, 40: 711-716, 1998.
  - 15) 南条あや: *卒業式まで死にません*. 新潮社, 東京, 2000.
  - 16) Owens, D., Horrocks, J. and House, A.: Fatal and non-fatal repetition of self-harm. Systematic review. *Br. J. Psychiatry*, 181: 193-199, 2002.
  - 17) Pattison, E.M. and Kahan, J.: The Deliberate Self-Harm Syndrome. *Am. J. Psychiatry*, 140: 867-872, 1983.
  - 18) Russ, M.J., Roth, S.D., Lerman, A. et al.: Pain perception in self-injurious patients with borderline personality disorder. *Biol. Psychiatry*, 32: 501-511, 1992.
  - 19) Shneidman, E.S.: *Suicide as Psychache: A clinical approach to self-destructive behavior*. Jason Aronson Inc., Lanham, 1993.
  - 20) 東京都福祉保健局編: 自殺実態調査報告書—自死遺族からの聞き取り調査—. 東京都福祉保健局, p.41-44, 2009.
  - 21) Walsh, B.W. and Rosen, P.M.: *Self-mutilation—theory, research, & treatment—*. Guilford Press, New York, 1988.