

自傷からの回復と治療

都立松沢病院精神科部長 林 直 樹



都立松沢病院精神科の林です。この公開講座における講演を、私はとても重要だと考えています。それは、ここでの議論が若者の自傷行為への対応を促進する機会となりうると思うからです。自傷行為は、現代の精神保健の重大な問題になっています。この講演によって自傷者の援助が少しでも進むなら、私にはそれに勝る喜びはありません。

私の講演で主に取り上げられるのは、自傷行為の回復過程や治療です。このテーマは、松本先生の自傷行為の実態を明らかにしようとする講演と相補う関係にあります。しかし、若者の自傷行為の回復過程や治療についての研究は、まだとても不十分なので、自傷行為をする成人についての知見を若者に当てはめることが多くなるのが現実です。ですからこの発表は、「自らを傷つける子どもたち」のその後の姿、十数年後の姿が中心になるといえるかもしれません。このように本講演の内容がその題名と若干のズレがあるということをご理解いただけたらと思います。

本講演では、「若者の自傷行為の治療」への理解を深めるために、治療の一般論や、症例提示、治療法の例示をいたします。さらに最後には、治療の効果や予後について触れたいと考えています。

I. 若年期に自傷行為を開始した患者の特徴

ここでは、私たちが実施した成人の自殺関連行動を呈して入院した患者の調査に基づいて、20歳以下から自傷

行為を開始していた患者(若年期自殺関連行動開始患者)の特徴について考えてみましょう。

自殺関連行動とは、自傷行為と自殺未遂を合わせた概念です。ここには、過量服薬といった行為も含まれることがあります。地域社会や学校現場における調査では、軽症の自傷行為を多く取り上げるので、明らかな自殺未遂をそこから除外することがよく行われますが、医療機関において自殺未遂を多く扱う調査では、自傷行為と自殺未遂を区別するのが難しいので、この両方を含む概念である自殺関連行動を用いることが多くなります。

調査の対象となった患者は、2006年から約2年間に自殺関連行動のために都立松沢病院に入院した患者155例です。

ここでは、この対象患者を20歳以下で自殺関連行動を開始した49例(若年期自殺関連行動開始群)と、それ以外の自殺関連行動を若年期に開始していない群の106例を比較して、若年期自殺関連行動開始患者の特徴を明らかにすることを試みます。

図1は、対象患者が最初に自殺関連行動をしたときの年齢の分布です。ここでは、二十歳以下と二十歳以上の2分性の分布をしているように見えます。ここで着目しているのは、左側のピークを形成している「若年期自殺関連行動開始群」です。最も早く自殺関連行動をしたときの年齢は6歳でした。

表1. 若年期自殺関連行動(SB)開始群と非若年期自殺関連行動開始群の比較

	若年期SB開始群 (N=49)	非若年期SB開始群 (N=106)
性比(男性の比率)	39%	46%
平均年齢(SD)	30(8.3)	40(12.2)
初回SB時年齢(SD)	17(3.4)	35(12.1)
初回治療時年齢(SD)	24(8.3)	31(10.6)

この若年期自殺関連行動開始群とそうでない患者群の性比、年齢などの比較を示したのが表1です。両群の性比に大きな違いはありません。しかし調査時年齢の平均は、30歳、40歳と大きく離れています。

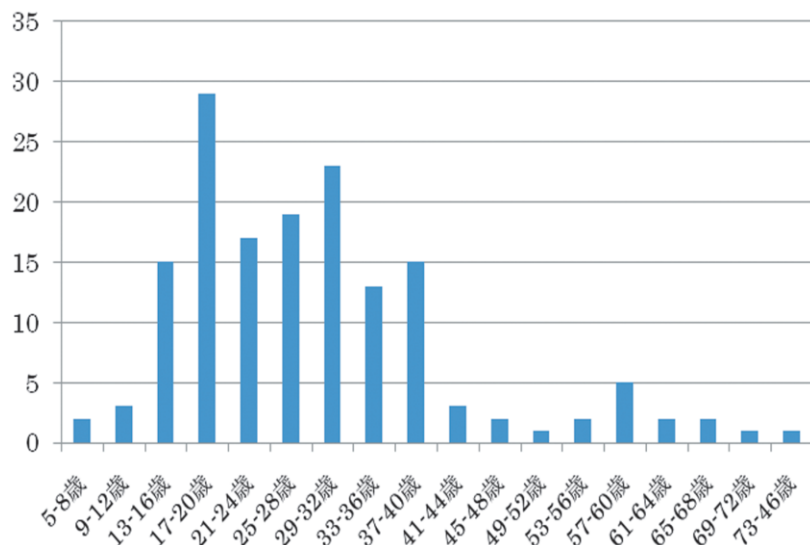


図1．自殺関連行動開始時年齢の分布（林ら 2010）

当然のことですが、両群で著しく違うのは、初回自殺関連行動時の年齢です。それは、両群で、17歳、35歳と大きな開きがあります。そうすると最初に自殺関連行動を始めてから入院までの期間は、それぞれ13年と5年になりますから、若年期自殺関連行動開始群の方が年齢が低いにもかかわらず、自殺関連行動をしている期間は長いことになります。

両群の相違で注目されるべきは、初回自殺関連行動を行った時の年齢と初めて精神科治療を受けた年齢との前後関係が逆転していることです。若年期自殺関連行動開始群とそうでない患者群の初めて精神科治療を受けた時の平均年齢は、24歳と31歳です。若年期自殺関連行動開始群の平均では、最初に自殺関連行動をするのが17歳です。その7年後に精神科受診をしていることになります。しかし、自殺関連行動を始めたのが21歳以降の患者は、自傷行為開始時の平均年齢が35歳で、精神科受診を始める31歳よりも後になっています。この違いは、若年期自殺関連行動開始群では自殺関連行動が精神障害の

前駆症状と位置づけられるのに対して、21歳以降に自殺関連行動を始めている患者群では自殺関連行動が精神障害の顕在化の後に、おそらく顕在化した精神障害の影響を受けて、生じているという解釈が成り立つでしょう。

表2は、若年期自殺関連行動開始群とそうでない患者群の、調査時までに行ってきた自殺関連行動の方法とその頻度を示しています。自殺関連行動の種類は以下のように分類されています。「薬物の服用」は、ほとんどが処方薬の過量服薬です。「刃器による切傷」は、リストカットが大部分です。さらにここに示されている「飛び降り」、「飛び込み」、「縊首」が頻度の高い自殺関連行動の方法です。また、すべての自殺関連行動の経験率が、若年期自殺関連行動開始群でそうでない患者群よりも高くなっています。ここでは、若年期自殺関連行動開始群の調査時までに行った薬物の服用（特に過量服薬）と刃器による切傷の回数は、それ以外の患者群よりも有意に多かったという結果でした。

表2．若年期自殺関連行動（SB）開始群と非若年期自殺関連行動開始群のSBの方法とその回数

	若年期SB開始群 (N=49)			非若年期SB開始群 (N=106)		
	N	比率	平均	N	比率	平均
薬物の服用	37	76%	8.5	62	59%	5.1
刃器による切傷	40	82%	17.0	66	62%	5.3
飛び降り	17	35%	1.6	28	26%	1.7
飛び込み	9	18%	0.7	18	17%	0.2
縊首	12	25%	0.9	25	24%	0.5

表3．若年期自殺関連行動（SB）開始群と非若年期SB開始群の精神科診断・虐待SBの方法とその回数

	若年SB開始群 (N=49)	非若年SB開始群 (N=106)
不安障害	38 78%	49 46%
摂食障害	17 35%	16 15%
境界性パーソナリティ障害	41 84%	45 43%
性的虐待	12 25%	14 13%
身体的虐待	26 53%	30 28%
言語的虐待	31 63%	48 45%
ネグレクト	14 29%	13 12%
何らかの虐待	36 74%	58 55%

表3は、調査時入院における精神障害の診断です。若年期自殺関連行動開始群で多いのは、「不安障害」、「摂食障害」、「境界性パーソナリティ障害」です。この調査対象の特徴は、境界性パーソナリティ障害と不安障害がそれぞれ全体の半分以上を越える患者で診断されていることです。ただし、境界性パーソナリティ障害が56%という数値は、ドイツでの52%、スウェーデンでの55%という数値が報告されていますから、決して例外的なものではありません。

表3の下段は、生育期における虐待の体験を報告した患者の比率が示されています。「性的虐待」、「身体的虐待」、「言語的虐待」、「ネグレクト」といった虐待は、すべて、若年期自殺関連行動開始群のほうが非若年期自殺関連行動開始群よりも高い比率で報告されていました。ただし、統計的に有意な相違だったのは、身体的虐待だけです。

このように、若年期に自殺関連行動を開始していた患者の多くの特徴（相違）が示されると、その中の何が重要なのか、何が自殺関連行動の早期開始を決定しているのかを検討することが必要になります。その目的で行われたのが、表4に示されているロジスティック回帰分析です。この解析では、早期に自殺関連行動を開始することを説明すると考えられる特徴を多くの特徴の中から選び出すことができます。

この結果は、境界性パーソナリティ障害（もしくはこの障害が生じる前の状態）と養育期の身体的虐待が早期の自殺関連行動の発生要因であることを示唆するものです。つまり、この二つの特徴は、若者の自殺関連行動の

原因となりうる重要な特徴だということです。

II．境界性パーソナリティ障害の概要

少し横道にそれますが、ここで先の解析で若年期の自傷行為の要因として浮かび上がってきた境界性パーソナリティ障害とはどんな精神障害かということをお話したいと思います。それは、若者の自傷行為に深く関わる精神障害です。そして、自傷行為への実際の対策がこの精神障害を軸にして進められているといっても過言ではありません。

まず、この名称についている「境界」という語の説明をしなくてはなりません。これには、歴史的な背景があります。この境界性パーソナリティ障害の概念の前身は、「境界例」と呼ばれる統合失調症と正常の境界、もしくは統合失調症と神経症の境界に位置づけられる患者群でした。その後さまざまな経緯を経て、現在それは、パーソナリティ障害に位置づけられるようになりました。つまりこの「境界」とは、その概念の発祥が症状論的なものであることを示しています。パーソナリティ障害の側面は、その発展の過程で強調されるに至ったものです。

現在、境界性パーソナリティ障害は、図2に示されて

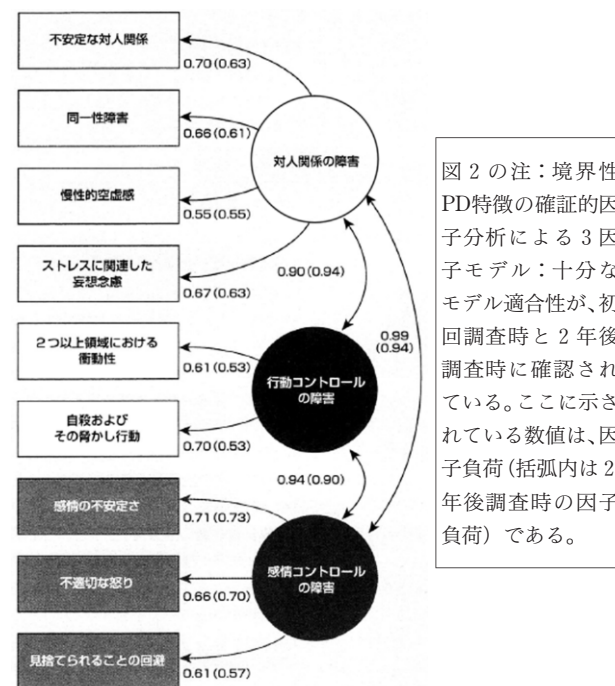


図2．境界性パーソナリティ障害の基本症状

表4．若年期自殺関連行動開始の要因

説明変数	Exp(B)	Wald	p値	Exp(B) 95% CI
境界性パーソナリティ障害	4.58	9.90	0.002	1.77-11.81
身体的虐待	2.36	4.27	0.039	1.05- 5.32

いる三つのパーソナリティ特徴（精神症状）を主軸とする症状群であると考えられます。この図は、カナダのサニスローが筆頭掲載になっている論文に示されているものです。ここでは、米国精神医学会の診断基準DSM-IVの境界性パーソナリティ障害の9つの診断基準の項目を確証的因子分析という手法を用いて3つに分類した結果が示されています。言い換えるなら、その3種の症状が境界性パーソナリティ障害を構成する基本症状だと理解できるということです。

その症状とは、①対人関係の障害（対人関係が不安定で、波乱に満ちていること）、②行動コントロールの障害（衝動的、反社会的行動に走りやすいこと）、③感情コントロールの障害（激しい怒りに流されたり、慢性的な空虚感、虚無感に苦しめられたりすること）、です。

これらの症状の構成は、図2の矢印（診断基準項目と3要因の間を結んでいる矢印）についている2つの数値（これは、結んでいるもの同士の間の関連の深さを示している）に示されているように、治療時期が異なってもほとんど変わらなかったのです。ですから、境界性パーソナリティ障害が三種の症状からなる症状群だという見方は、相当一貫性のある安定したものだといえます。自殺関連行動は、この境界性パーソナリティ障害の特徴の一つに含まれています。

III. 自傷行為の治療

次に、自傷行為の治療についてお話をさせていただきたいと思います。

1) 心理社会的治療

自傷行為の心理社会的治療（心理療法もしくは精神療法）は、①自傷行為自体へのアプローチと②パーソナリティ機能全般を高めるアプローチの2種に分類できると考えます。さらに自傷者を直接の対象にするもの以外にも、③自傷者のおかれた環境・状況に対するアプローチも重要です。

① 自傷行為自体へのアプローチ

ここには、すでに現在の精神科治療の定番となっている認知行動療法を自傷行為に応用した治療をまず挙げる必要があります。この治療では、治療者が患者さんと協力して、自傷行為の発生の背景や、自傷行為の進行のプロセス、周囲の人々への影響を分析して、その発生原因の仮説をつくって、その中でどのように行動すれば自傷行為をやめることができるかどうかを検討して対策を立てることが行われます。次いで、そしてその対策を実践して、練習を重ねるという作業が進められます。対策がうまく行かなければ、最初に立ち返って、対策を練り直

すということになります。

そこではまた、対策を立てるためのデータを収集するために、そして練習を日常生活でも実践するために、「宿題」が出されることも特徴です。たとえば一週間の行動記録表をつけるという宿題をすることによって、自分の行動をモニターする、行動の分析を緻密にするといったことが促進されます。

但し、先ほどお話したように、若年期に自傷を始めた人は、自傷の回数もそれをしている期間も長くなっているため、自傷行為を一気に直そうとするのではなく、少しずつ進めてゆくという姿勢が必要でしょう。

治療の中で自傷行為の発生の過程が明らかにされると、さまざまな技法の応用が検討されることになります。その一つは、自傷行為をそれと類似した効果を生じる別の行動で置き換える「代替技法」と呼ばれる方法です。同じような効果をもたらす行動をすることによって、自傷行為を押さえようとするのです。例えば、リストカットを止めるために「氷を手でつかむ」という行動が推奨されることがあります。それは、冷たい氷をつかむと強い痛み似た感覚が生じるので、それによってリストカットをしないで済むだろうという考えに基づいています。

リラクゼーション法を実践することも方法の一つです。自傷行為をしたくなる緊迫した心理状態を解除するためにリラクゼーションを使うのです。中でも、関節のストレッチや腹式呼吸は比較的簡便に実践することができる方法です。それによって、自傷行為を生じる急迫した心理状態から脱出することは十分に期待できます。

② パーソナリティ機能全般を高めるアプローチ

自傷行為の発生には、全般的な衝動コントロールの弱さが関与していると考えられるなら、パーソナリティ機能を全般的に向上させて自傷行為をコントロールする力を強めようとするのがその治療となるでしょう。このようなパーソナリティ機能を全般に高めるアプローチは、いわば患者の器を大きくして、自傷行為が外に表れ出てくるのを防ぐことができるようにすることを目指すものです。これは、自傷行為対策のために特別にあつらえられたものでなく、あくまでも全般的な機能を高めるものです。進歩が目に見えるまでに時間がかかります。しかしその代わりに応用が利くので、ひとたび効果が現れれば、他の領域の問題も改善するといったことが期待できます。

機能全般を高めてゆく上でのポイントの一つが、「マインドフルネス」という、仏教で取り上げられている物事や自分の見方です。それを治療において修得することによって、対人関係技能や感情・行動コントロールの能力

をだんだんに高めてゆくことができると考えられています。リラクゼーションにも「パーソナリティ機能全般を高めるアプローチ」という側面があるかもしれません。その修得は、不安への対処ばかりでなく、気持ちを整えることや生活を豊かにすることなどに応用することができます。

この「パーソナリティ機能全般を高めるアプローチ」と「自傷行為自体へのアプローチ」とは、互いに関連しています。言ってみれば、部分と全体の関係であり、部分の技能を高めると全体の技能も高まる、全体の技能を高めると個々の行動に対するアプローチの有効性も増すといった関係にあります。

③ 自傷者のおかれた環境・状況に対するアプローチ

これには、学校現場における介入や家族介入が含まれます。これも、やはり非常に重要な領域です。

2) 薬物療法

自傷行為の薬物療法は、その生物学的要因に対する治療と考えることができます。例えば、神経伝達物質セロトニンに関する生物学的な仮説では、セロトニンの機能不全によって衝動行為、自傷行為が起きやすくなると考えられています。それによるなら、セロトニンの機能を高めるセロトニン再取り込み阻害剤 (SSRI) は、自傷行為の防止に効果があると考えられます。また、松本先生が講演で示された脳内麻薬についての仮説についても、脳内麻薬の作用を止める薬剤を投与して自傷行為が減るかどうかを調べる臨床試験が行われています。

IV. 症例の呈示

ここで症例を二つ紹介したいと思います。

第一例は現在27歳のA君です。彼は現在、グループホームに居住して、作業所に通いながら、ほぼ安定した生活を営んでいます。「双極性Ⅱ型」の患者ですが、境界性パーソナリティ障害の状態が長く続いた時期がありました。「双極性Ⅱ型」というのは躁うつ病の一種で、躁状態が軽躁状態までしかない躁うつ病のことを指しています。

A君は、養育期に父親からの身体的虐待(暴力)を受けています。養育期の虐待は、自傷行為をする人からしばしば報告されます。彼の母親も境界性パーソナリティ障害ということで治療を受けていました。両親はごく不仲でした。父親が母親の髪の毛をつかんで振り回すとか、夫婦喧嘩の末、冷蔵庫が引き倒されるといった修羅場をこのA君は見ています。

彼は学校でのいじめに遭います。そのせいで彼は不登校になりました。また、13歳からうつ状態が出現し、リ

ストカットを繰り返したので、児童精神科での入院を数回経験しています。20歳のときには、1年間の長期入院をしています。入院中もリストカットをしたり、サンポールを飲むといったような自傷行為、自殺未遂を起こしています。

21歳のときに彼は、私たちの病院に転院してきました。しかしそこでも、2カ月間から1年間の精神科入院を数回繰り返しています。しかし約3年前から何とか安定して、入院しないで暮らせるようになっています。

次に紹介するのは、A君が17歳のときに書いた「自分史」の一部です。

…僕は、考えて、考えて、考えた末にこういう結論に達した。

人間はなぜ生きるのか、何のために生きるのかという問いに答えはない。いくら探してみても見つからない。僕は人生の意味について考えることで、自分を苦しめていたのかもしれない。

「考えないことがよい」僕は17歳のときに、こういう結論に達した。考えないことで、自分自身が楽になるのだ。

しかし、それはわかっていても、その問題にぶつかる、考えなくては行けない。

僕は今まで、この問題にぶつかったことが何度もあった。時には、しゃべるのも無意味に感じられることもあった。うつ状態になったときは、他人から質問されたときだけ、一言二言しゃべるのが精一杯だった。僕はその時(13歳の時)、自分の命までも奪いそうになった。…

このようにしてA君は、17歳のときに「どう生きるべきか」という問いに自分の結論を出していたのです。彼はよく自分を見つめて自己洞察をしていると思います。

しかしそれでも、彼は寂しさや死にたいという気持ちに駆られてリストカットを繰り返します。さらにA君では、成人すると、リストカットが減る代わりに暴力が問題になりはじめました。焦燥感や強まるときや、忍耐を求められるとき、彼は暴力を抑えられなくなるのです。そして実際に弟に暴力を振るって追いかけて回したり、父親を骨折させたりしました。

彼が成人してしばらくすると両親は離婚しました。その後、A君と同居していた父親との関係がいつそう険悪になりました。家庭外でもA君は、同輩や恋人との間に暴力事件を多く起こしました。そのような自分のあり方をA君自身は問題だと考えていますが、暴力やリストカットを止めることはできませんでした。

A君の治療では、先ほど話しましたように、「自傷行為自体に対するアプローチ」ということで、自傷行為の発生

のプロセスを把握して、それをどこで、どのようにして押さえるかという計画が立てられました。さらに、「パーソナリティ機能全般を高めるアプローチ」として、対人関係の問題や暴力のコントロールについて話し合いが行われました。また、ストレッチとか呼吸法とかを教えて、リラクゼーションをすることが奨められました。

このような方法は、すぐには効果を生まないものです。しかし私たちは、ねばり強くやっているうちに効いてくると信じてそれを積み重ねるのです。

経過の中で家族状況に変化が生じました。その結果、A君はグループホームに出て、一人暮らしをすることになりました。彼は大変利発な、そして活動的な人なので、友だちをすぐに作ります。しかしその友人関係を維持する能力を超えてしまってトラブルになることがたびたび起きました。そこで、穏やかでゆったりしたペースでやろうといったことが指導されました。

A君の治療では、薬物療法も行われていました。彼には一種の躁うつ病がありますので、それを気分調整薬を使ってコントロールしなくてはなりません。

A君ではまた、簡単に切羽詰まった状態になる傾向が問題でした。例えば、眠れないときに、なぜ、眠れないんだと考えて焦燥感が強まり、周りの人に喧嘩を仕掛けたり、物を投げたりするということがあるのです。それに対して、呼吸法やストレッチなどによるリラクゼーションを奨めることによって、問題を収束させることができました。A君自身、焦燥感を乗り越えるコツがつかめましたといっています。

次の症例B君は、「行為障害」という診断で児童精神科病院で入院治療を受けたことのある現在21歳の専門学校生です。彼は、小児期に重篤な身体疾患に罹患していて、現在もある程度以上激しい運動ができないといったその後遺症が残っています。

B君の両親は不仲であり、B君が十代半ばの時に離婚しています。彼は、母親の養育を受けます。しかし母親はゆとりのない人で、B君に不安をぶつけることがあるものですから、しばしば父親がB君と母親の両方をサポートしなければならませんでした。

B君は才能にあふれており、あるゲームのチャンピオンになったり、芸術関係の活動で才覚を顕したりすることがありました。

彼の問題は、13歳から始まった母親への暴力やリストカットでした。そのために、児童精神科病院に2回入院しています。16歳で退院した後、過量服薬で救急病院に入院することがありました。20歳のときに、通っていた専門学校に登校できなくなったということで、私たちの

病院を受診しています。

この時期は同級生と喧嘩をしたり、壁を殴って自ら手を骨折させたり、リストカットをしたりしていました。このような自傷行為をする原因は、「もうやってられないよ。どうせ体は治らないし、カットとなるともうだめだ」というふうに思うからだといえます。恐れを知らないといえますか、随分と思いついた行動ができる人です。

B君の治療でも、自傷行為や衝動行為自体への治療ということで、その発生過程を見返すことによって対策を練ります。「パーソナリティ機能を全般を高めるアプローチ」としては、A君の治療と同様に腹式呼吸やストレッチのリラクゼーション法を教えました。

彼は現在、母親、親戚のサポートを受けて、単身アパート生活をしています。父親との信頼関係も安定しており、父親からの助言などのサポートを随時受けています。

また、B君には、完全主義的な、完全に課題をやり遂げることにこだわって自分を追い詰めるところがありますので、背伸びをしない、ゆとりのある生活を心がけるといった指導をしています。薬物療法としては、経過の中でさまざま薬剤を試した結果、気分調整薬の炭酸リチウムが有効であったと考えています。

V. 自傷行為の治療プログラムの実例

次に、発表されている治療法の幾つかを紹介しましょう。

1) マニュアルを援用する認知行動療法

自傷行為に対する認知行動療法の課題設定の実例として、まず、エバンスらの「マニュアルを援用する認知行動療法 (1999)」を取り上げましょう。

この治療は、6回の集団療法セッションから構成されています。

第一回：「さまざまな自傷行為 自傷行為のさまざまな背景」では、自傷行為とそれをめぐる状況の連鎖反応や自傷行為に対する周囲の人々の反応（テストでの失敗や失恋をきっかけにして自傷行為をしたが、その結果、皆の見る目が変わってしまったなど）、自傷行為のメリットとデメリット（つらい気持ちを一時的に忘れられるのはメリットだが、傷跡が残るなどのデメリットも多いなど）が参加者と共に語られます。

第二回：「呈示された症例における問題解決技法の使い方」では、モデル症例が提示され、それについて参加者が感想を述べ合い、さらに問題のありか、そしてそれへの解決法を話し合われます。

第三回：「自分の考えや行動の流れを知ること」では、参加者自身の自傷行為を参加者の前で発表してもらい、

発表者の状況を参加者が理解し、その気持ちを分かち合うことが行われます。

第四回：「自分の苦しみに対処する方法を学ぶ」では、つらさや苦しみにどのように上手に対処するかが話し合われます。

第五回：「アルコール・物質使用の弊害についての学習」では、アルコール・物質使用が自傷行為を発生させやすくすることから、それについての反対論と肯定論を戦わせて、参加者にその問題についての理解を深め、飲酒や物質使用の弊害を避けることが促されます。

「第六回：自傷行為をもう一度考えてみる」は、まとめのセッションです。今一度、参加者自身の失敗の原因を振り返り、これからどうしてゆくべきかを考えることが促されます。

このプログラムの効果についての研究を一つ紹介しましょう。タイラー、エバンスら（2004）は、480人の自傷患者をマニュアルを援用する認知療法を施行した群とそれをしない群に分けて、経過の比較を行いました。その結果、認知療法をしていた群では、医療機関にかかる回数を減らすことができたといえます。つまり有効だったということです。しかし、境界性パーソナリティ障害には通用しませんでした。医療機関への受診を増やしてしまい、かえって医療コストを増やしてしまったと報告されています。

この研究の結果を受けて、エバンスらの研究グループ（2006）は、認知療法の27回のセッションを1年間にわたって実施して有効性を確認しようとした。その結果、その治療の後に自傷行為や自殺企図が減少したといえます。しかし、対人関係の問題や感情コントロールの問題といった他の臨床指標には改善が認められませんでした。

先ほど、部分に対する治療を行うと全体が良くなることが期待できると言いましたが、この研究では、境界性パーソナリティ障害の自傷・自殺企図という部分を治療しても、全体が良くなることは確認できなかったということです。

一般に重い精神障害では、一つの治療の成果がほかの領域に波及することは少ないことが知られています。この研究の所見はそうように読めると思います。

2) 弁証法的行動療法

アメリカのシアトルで活躍しているリネハンが開発した弁証法的行動療法は、境界性パーソナリティ障害患者の治療法として現在世界の注目を集めています。これはリネハンが1980年代の終わりから開発し、1990年代の初めに、科学的にその効果が証明された治療プログラムで

す。

弁証法的行動療法は、週2回の集団技能訓練と、週1回の個人面接から構成されています。さらに24時間、随時、電話相談を受け付けています。とてもデラックスで、わが国の保険診療では絶対できないような治療です。この弁証法的行動療法で取り扱われる領域は、対人関係、感情のあり方、物事の認識の仕方など広範囲であり、しかも、集中度の高い治療であるといえます。

先ほどお話した「マインドフルネス」は、その基本的概念の一つです。それによって「現実的で冷静な自己観察、現実認識の技能」を高める。そして、「感情コントロール技能」、「役に立つ対人関係技能」を増やすことができると考えられています。

治療の目標としては、「安全第一」、「治療阻害行為を防止する」、「日常生活の質を損なう行動を防止する」、「有効な生活スタイルを作り上げる」こととされています。

「マインドフルネス」については、よく理解できないという不満が多く聞かれます。それは当然のことです。「マインドフルネス」はもともと仏教の概念であり（それぞれチベット仏教では正念、禅では正覚と翻訳されている）、言葉の説明で理解することが難しいものとされているからです。しかし米国の人は、多文化社会に生きているからだと思いますが、このような仏教の難しい概念を図や喩えを使ってわかりやすくする努力を惜しまないという特質があります。

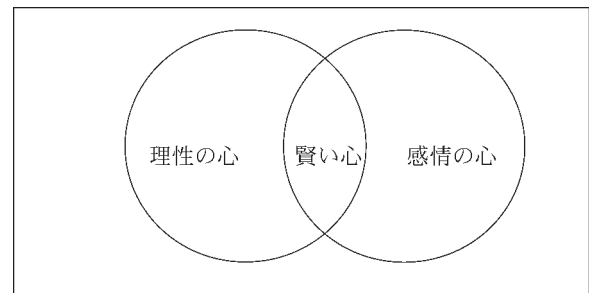
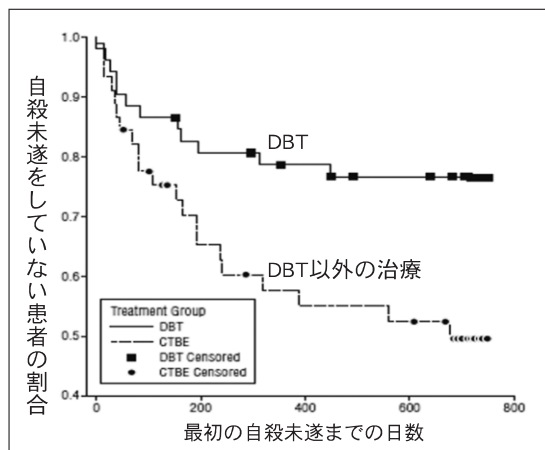


図3. 心の状態

弁証法的行動療法の「配布資料」(リネハン Linehan MM “Skills training manual for treating borderline personality disorder” The Guilford Press, 1993) より「理性の心」は、知的、合理的な考えや事実にもとづいて冷静に行動する心の状態のことである。「感情の心」とは、その時の感情や気分状態に支配されている心の状態である。「賢い心」とは、その両者が統合された状態である。

図3はリネハンが説明のために使っている図です。ここでは、「マインドフルネス」が「理性の心（思考力が働く領域）」と「感情の心（感情の支配する領域）」の重なった「賢い心」と呼ばれる領域であることが示されています。思考と感情の両方が統合されていて、感情が生かさ



自殺未遂までの日数の生存曲線 治療は一年間、フォローアップは2年間続けられた。

図4の注：弁証法的行動療法を受けた境界性パーソナリティ障害患者は、他の治療を受けた患者よりも自殺未遂の再発までの期間が長い。

図4．弁証法的行動療法（DBT）の効果

れていて、思考も正しいという境地がマインドフルネスであり、そのような状態に心をもってゆくことが大事だということです。

これを聞くと、「こんなことは当たり前です。患者さんに限らず誰にも役に立つことです」とおっしゃる向きもあると思います。しかしこれは、パーソナリティの可能性を増やすための一つの「修行」であり、患者の回復に役立つものだと理解できると考えます。

図4は、リネハンが2006年に発表した弁証法的行動療法の効果についての報告からとったものです。これは、 Kaplan・マイヤー曲線と呼ばれる図です。縦軸は、自殺未遂をしていない人の比率、横軸は時間です。横軸を右に行けば行くほど、右肩下がりになっていますが、これは自殺未遂をした人は徐々に累積してゆき、自殺未遂をしない人は徐々に減ることを表しています。

このグラフの2本の線は、それぞれが弁証法的行動療法を受けた群とその治療以外の治療を受けた群の自殺未遂経験率を表しています。この図によって、どちらが自殺未遂を防止する効果が強いかを比較できるのです。

それをこの図4で確認しましょう。弁証法的行動療法を受けた患者は、この2年の期間中75%以上が自殺未遂をしないで済んでいます。ところが、弁証法的行動療法を受けていない患者は、約50%は自殺未遂をしています。このようにして弁証法的行動療法は、自殺未遂を減らす力があるということが確認されるわけです。その他の臨床指標でも弁証法的行動療法に効果があることが確認されています。

3) 自傷行為に対する薬物療法

次は、薬物療法の研究を紹介しましょう。薬物療法では、リストカットをする人たちはうつ状態にあると考え

られますので、セロトニン再取り込みの阻害薬 (SSRI) などの抗うつ薬、炭酸リチウムなどの気分調整薬といったうつ病、躁うつ病の薬がよく使われます。また、精神安定を図るため、抗精神病薬もしばしば使われます。しかしこれまでの薬物療法についての研究には一定した所見に乏しく、有効性の確認された薬物はまだ見出だされていません。

ちなみに、自殺予防については、効果が確認されている薬剤があります。一つは炭酸リチウム、躁うつ病に用いられる気分調整薬ですが、他の精神障害の患者にも予防効果があると考えられています。今一つは、抗精神病薬のクロザピンです。その統合失調症の自殺予防に対する有効性はすでに確立されています。このような事情から、今後自傷行為、自殺未遂への有効性が認められる薬剤が見出されることは、十分に期待できることです。

図5には、ヴァークスら (1997) によるSSRIの一種、パロキセチンの自殺未遂に対する予防効果が示されてい

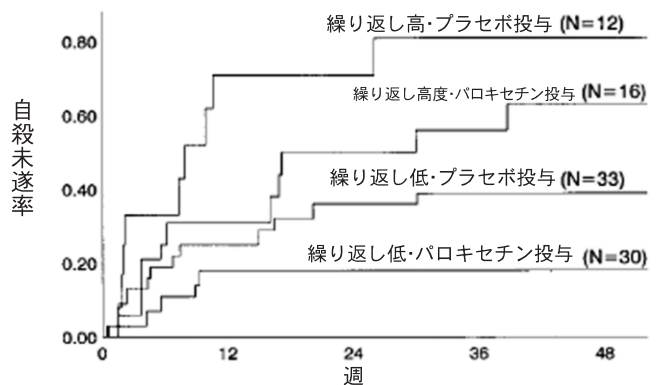


図5．経過による自殺未遂を行った患者の比率 (Kaplan・マイヤー曲線)

ます。この図には、図4と同様にカプラン・マイヤー曲線が描かれているのですが、縦軸が自殺未遂をした人の比率ですから、時間がたつにつれて累積するので右肩上がりのカーブになります。ここでは、48週経つと、一番悪い条件のSSRI治療を受けていない頻回自殺未遂経験患者では8割もの人が自殺未遂をしていたことになります。

ここでは、自殺未遂を2-4回している対象と、5回以上している対象との2群に分けて、パロキセチン投与者、非投与者の比較が行われています。図5では、それぞれの群でパロキセチン投与群が非投与群よりも自殺未遂をした人の比率が低いこと、つまりパロキセチンが効いていると考えられることが確認されるでしょう。

ところが、このヴァークスらの研究の所見は追試で確認されていません。現在でもSSRIの自傷行為・自殺未遂に対する有効性は確立されていないのです。

VI. 境界性パーソナリティ患者の自傷行為の予後

1) 境界性パーソナリティ障害の自傷行為の予後

自傷行為の予後について話を進めましょう。これについて境界性パーソナリティ障害を対象に研究が積み重ねられています。先ほどお示したように、すでに若年期に自殺関連行動を始めていて再度自殺関連行動をして入院した人の84%が境界性パーソナリティ障害であったというのが私たちの研究の所見だったものですから、境界性パーソナリティ障害の自傷行為が経過の中でどうなるかは、参考とすべき事柄だろうと思います。

図6は、ハーバード大学のザナリニらが2007年に発表したグラフです。境界性パーソナリティ障害の症状を、急性期症状と体質的症状、慢性症状に分けています。そ

の赤い線が、境界性パーソナリティ障害患者の症状の推移を示しています。そうしますと、慢性的な怒りという体質的症状のある人は、最初の2年で90%ぐらい、10年たつと、50%ぐらいに減っています。体質的症状は時間の経過とともにだんだん良くなっていきますが、0にはなりません。ところが急性期症状の方は、時間の経過とともにほとんど0になります。

境界性パーソナリティ障害でない、より軽症のパーソナリティ障害患者の症状は青い線で示されています。その患者では、境界性パーソナリティ障害患者よりも症状の頻度が低く、症状の改善も早いことがわかります。

自傷行為は、図6の左部分の急性期症状の一つとして、比較的直りやすい症状であるとみなすことができます。図6によれば、自傷行為を行う患者の割合は、最初の2年以降減りはじめ、最後は1割を切っています。境界性パーソナリティ障害患者でも、長くねばり強く治療を続けると自傷行為が改善することがこの図から読み取れると思います。

2) 自殺関連行動を呈して入院した患者の予後

最後は私たちのデータを紹介します。自殺関連行動を呈して入院した患者を2年間フォローした研究の所見です。

表5の中のSF-8というのは全般的な健康状態を評価する尺度で、精神的健康と身体的健康のサマリースコアが算出されます。身体的健康サマリースコアはほとんど変化していませんが、精神的健康サマリースコアや絶望感はだんだん改善しています。しかし、自殺関連行動の回数については減少が確認されていません。

図7は、境界性パーソナリティ障害の有無で各時期の自殺関連行動をしていない患者の比率を示したカプラ

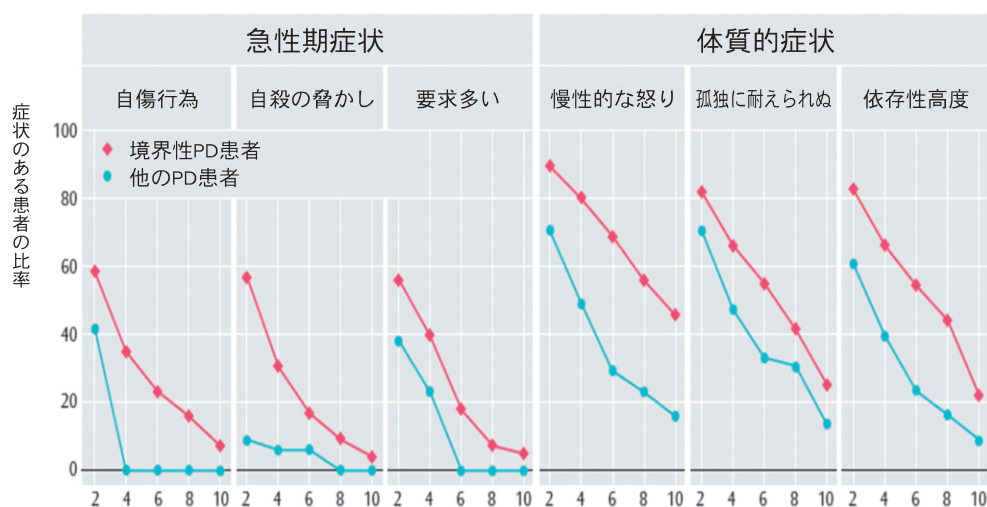


図6. 境界性パーソナリティ障害患者の精神症状の経過

表 5 . 自殺関連行動入院患者の経過 (林ら 未発表データ)

	0-0.5年	0.5-1年	1-1.5年	1.5-2年
身体的健康サマリースコア SF-8	48.1	47.4	46.7	47.8
精神的健康サマリースコア SF-8	37.7	39.6	41.8	42.4
絶望感 (BHS超短縮版)	2.5	2.3	2.2	2.1
精神科入院者数	34/107	12/103	19/96	24/88
平均精神科入院日数	13.19	23.09	15.94	15.60
平均身体科入院日数	0.96	1.30	1.34	0.81
平均自殺関連行動数	1.9	1.3	1.3	1.3
治療を必要とする平均自殺関連行動数	1.6	0.4	0.5	0.6
死ぬ意図明確な平均自殺関連行動数	0.9	0.7	0.8	0.5

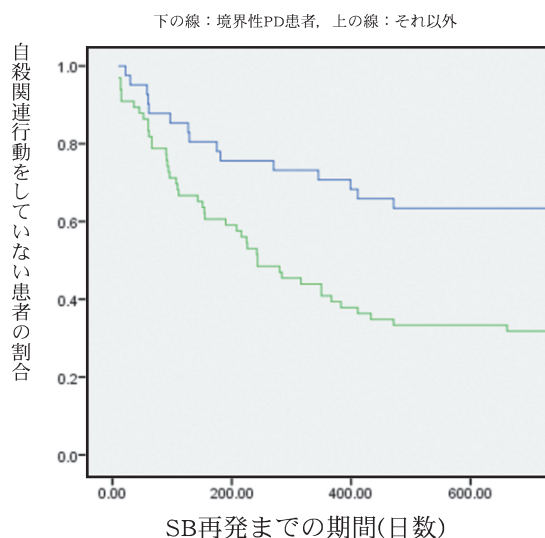


図 7 . 境界性 PD 患者とその他の患者の SB 再発までの期間

ン・マイヤー曲線です。境界性パーソナリティ障害があると自殺関連行動をしていない患者の比率が早く低減すること、つまり、自殺関連行動の再発傾向が強いということがわかります。ここから、境界性パーソナリティ障害は、自殺関連行動再発のリスクファクターだといえるでしょう。

同様に虐待の有無で自殺関連行動の予後と比較する Kaplan・マイヤー曲線を描くと、養育期に虐待を経験した群で自殺関連行動をしていない人の比率が早く低減することから、虐待もまた自殺関連行動再発のリスクファクターであることが確認されます。

私たちの研究では、2 年間の経過における自殺関連行動の減少は確認されなかったことから、自殺関連行動をして入院してきた患者の自殺関連行動再発リスクは相当長期間持続するものと考えられます。しかし精神症状が徐々に改善していることから、今後それが減少する可能性もあるでしょう。また、境界性パーソナリティ障害で

あることや養育期に虐待を経験していたことが自殺関連行動の再発リスクを高めることが確認されました。これらの特徴のある患者には、特別に注意する必要があると考えられます。

本日の講演では、若年期に自傷行為や自殺未遂（自殺関連行動）を始めていた精神科患者を取り上げて、境界性パーソナリティ障害であること、養育期に虐待を経験していたことが早期自殺関連行動開始の要因である可能性を指摘し、自傷行為や境界性パーソナリティ障害の治療や予後について現在明らかにされている研究の知見を紹介してきました。

題名に掲げられている「子ども」が前面にあまり出ていない発表でしたが、子ども時代に自傷行為をしていて後に精神科を受診した人の治療や予後の話であったと受け取っていただけたら幸いです。

これで私の講演を終わります。ご清聴をありがとうございました。(拍手)