

September 1995  
HUMAN-MIND

September 1995

監修——宮本忠雄 山下 格 風祭 元  
1995年9月1日発行／隔月1回1日発行／通巻68号

特別企画

自  
×  
視  
叔

高橋祥友

編

毎年わが国で生ずる自殺者の数が、交通事故による死者の約二倍にも上るという事実はそのほど知られていない。身体的な疾病による死亡率が漸減するなかで、自殺予防は、いまや精神保健の最も重要な課題となっている。



Minako Yanagisawa

日本評論社

# 身体疾患における自殺の危険性

自殺と身体疾患の関係を概説し、希死念慮を抱く総合病院身体科の入院患者についてプロスペクティブな研究を紹介したい。

ダグラス・バーガー

東京都精神医学総合研究所  
精神病理研究部門

自殺の危険を早期に発見して、ただちに治療を開始することは精神科の入院患者だけに重要なだけではなく、精神科以外の身体科に入院中の患者にとっても非常に重要な問題である。ただし、希死念慮を認める患者を総合病院で治療していくことは、訓練を積んだ経験豊富な精神科医にとっても、難しい課題であることも事実である。

慢性の身体疾患や疼痛は自殺の危険因子となりうるものが従来から指摘されてきたのだが（参考文献(2)、(8)、(11)、(17)）、実証的な研究が実施されてきたとは言いがたい。したがって、この群の特徴をくわしく検討することによって、より具体的な評価方法や治療方針を提示することが可能になると思われる。

本論では、①身体疾患と自殺の関係について概説し、次に、②総合病院入院患者における自殺行動（自殺企図と既遂自殺）に関する研究を総説し、最後に、③身体疾患の治療のために入院している患者が抱く希死念慮の特徴とその評価方法に関する筆者らの最近の研究についても説明する。

## 身体疾患と自殺との関係

マッケンジーら（同(14)）の身体疾患と自殺との関係についての総説によれば、既遂自殺者の二〇%から七〇%に身体疾患が関与しているという。患者が自殺を図った場合、身体疾患と何らかの関係がある場合には、ない場合よりも致

死性が高く、既遂自殺に至る例が多かった。身体疾患患者で自殺してしまう人の中には高齢の男性が多いという事実を考慮すると、体が不自由になることは男性にとって精神的に受容するのがきわめて難しいという現実が背景に存在するのであろう。そのような患者では疼痛から生ずる抑うつ、身体機能の変化、人間関係の変化などがしばしば認められた。

身体疾患は次のような形で自殺衝動に影響を与えると考えられる。

- ①身体疾患自体によって、精神障害が引き起こされたり、あるいはもともとあった精神障害が増悪する（例…心筋梗塞後のうつ病）。
  - ②病気によって器質性精神障害が引き起こされる（例…せん妄による命令性幻聴）。
  - ③患者が治療を受けることをあきらめてしまい、その結果として、自殺が生ずる。
- 従来の報告によると、①の原因が最も多いことが示唆されている。

身体疾患に罹患している患者の自殺の大半は精神障害にともなうものであり、その多くはうつ病あるいはアルコール症である。末期患者の自殺では、精神障害をともなうことが非常に少ない。

また、自殺率の高い身体疾患として、がん、頭部外傷、ハンチントン舞踏病、消化性潰瘍、

あるいは脊髄損傷などがしばしば報告されている。

がん患者の場合、転移を認める男性患者で、とくに診断を下された直後に自殺の危険が最も高い。消化器系疾患の患者、抗がん剤による化学療法を受けている患者、もしくは、治療をまったく受けていない患者の場合は、手術や放射線治療を受けている患者より自殺の危険が高かった。抗がん剤による化学療法を受けている者が高い危険率を示すのは病気の重篤度と関係があると考えられている。ハンチントン舞蹈病には感情障害が、消化性潰瘍にはアルコール症が、そして脊髄損傷にはその患者の性格（衝動的で自己破壊的な性格）が関係していると考えられている。

興味深いことに、がん患者では病気が全般的に重篤なほど自殺の危険性は高くなるが、脊髄損傷患者では身体の一部の機能が重篤に障害されている場合のほうが自殺率が高い傾向が認められた。それは部分損傷だけのほうが全損傷よりもその患者の社会適応に影響する可能性があるためと考えられた。

頭部外傷と自殺との関係では、認知機能障害、性格の変化、アルコール乱用の影響が認められる。

### 総合病院入院患者における自殺行動

次に、総合病院入院患者における自殺行動（自殺企図と既遂自殺）に関する従来の報告を検討する。

身体疾患と既遂自殺についてのレトロスペクティブな調査がいくつかある。一人中一〇人が、飛び降り自殺や転落死し、七人はせん妄様の症状があったとの報告がある（同19）。それらの患者は、被害妄想で何かから逃げようとするため飛び降りたのか、運動障害のために誤って転落したのだろうとポラックらは考えた。ただし、患者に実際に希死念慮があったのか、器質性脳障害のために事故死したのか明らかではないので、このような患者を「自殺患者」と言うことには問題がある。

また、他の研究では（同4）、苦痛や外観の変化を伴う重篤かつ慢性の末期疾患と自殺との関係が示されている。孤独、機能喪失、経済的・身体的な自由の喪失などを考慮したうえで、患者は自殺を実行したのだろう。

他の研究の結果によると、対人関係上の問題、家族との葛藤、病気に對する過度の情緒的ストレス反応、疼痛に対する耐性の低さ、そして治療を頑固なまでに自分自身で決めようとする態

度が自殺患者の特徴であるという（同7、8）。これらの患者は病気に對して不安や抑うつ感が強く、病院のスタッフとの関係もうまくいかず、スタッフから十分な精神的援助を得られにくいという特徴を認めた。また、彼らは自殺を遂行する以前に希死念慮を口にすることも多かった。意識混濁や失見当識と自殺との相関はなかった。この研究では、五六%の患者が高所から飛び降りて自殺し、それに手首自傷、首つりという自殺手段が続いた（同18）。

振戦せん妄と既遂自殺の関係を重視している報告もある（同10）。また、女性の自殺企図患者に関して、退院間近あるいは周囲から援助が得られなくなった状況と自殺行動との関係を報告している研究もある（同17）。この研究が対象とした自殺企図はどれも衝動的で、強い怒りをともない、精神的な援助を失う状況で引き起こされていた。これらの患者の大半が人格障害あるいは精神病に該当した。

人工透析治療もまた、自殺との密接な関係が示されている（同1）。

器質性精神障害を認め、みずから生命を絶つた患者は、自殺患者というよりは、誤って死亡した可能性が考えられるので、今まで述べてきた研究は少なくとも二つの患者群に對して報告していると解釈できる。

また、他者を殺害した後に、みずからも生命を絶つという例（無理心中）を報告している文献は認められなかった。さらに、身体疾患に罹患している患者ではいわゆる理性的な自殺は稀であった。

総合病院入院患者の自殺予防対策としては、階段、リネンシューター、窓などから飛び降りることができないように設備を工夫したり、鋭利な刃物や毒物・薬物などを厳重に管理する必要がある。

### 身体疾患で入院している患者が抱く 希死念慮の特徴とその評価方法

身体疾患のために入院している患者が抱く希死念慮についての研究はまだ少ない。

ミカロンはノバスコシアで二年間にわたって研究を実施した(同16)。六九二件の全コンサルテーションのうち、希死念慮の評価についての依頼は二四％で、そのうち、すぐにでも自殺したいと考えている患者は一一・六％だった。希死念慮を抱く患者の五〇％以上は三五歳未満で、四二％はアルコール症をともない、麻薬常用品者も多かった。

ヘルらは総合病院入院患者で、希死念慮を抱いている患者を調査した(同12)。一一六人の

自殺企図患者と希死念慮を認める患者についてのコンサルテーションが研究の対象だった。これは全コンサルテーション中一三％であり、自殺企図後の入院患者は六六％、身体疾患の治療のための入院中に希死念慮を抱いた患者は三四％だった。自殺企図患者の平均年齢（三五・四歳）は、希死念慮をもつ患者の平均年齢（四五・五歳）に比較して有意に低かった。自殺企図患者の八九％が精神科病棟に転棟となったのに対して、希死念慮のある患者では、精神科病棟に転棟となったのは二五％だけであった。身体疾患の患者には適応障害が多く、自殺企図の患者では精神分裂病が多かった。この研究では、希死念慮や自殺企図の原因を統計的に明らかにしようとしてはいないが、苦痛や苦しみが激しかったり、生存の可能性が低いと思われる場合に、希死念慮が強まった可能性があると結論を下している。

さて、筆者らは最近、身体科入院患者の希死念慮の特徴について、プロセスタイプな研究を実施した(同3)。精神科医が自殺の危険の高い患者を早期に的確に発見するためのデータベースを作ることがこの研究の目的だった。本研究は従来の研究とは異なり、レトロスペティブな分析だけに限られたものではなかった。

ニューヨーク市のブロンクス区域にあるモン

テフィオーレ総合病院（七〇〇床）の精神科コンサルテーション・リエゾンの全依頼から、データが集められた。研究は、一九九一年二月から六月まで四ヵ月間にわたって実施し、主治医・看護婦・家族などに対して希死念慮を明らかにした入院患者を対象とした。この病院の精神科コンサルテーション・リエゾンの全依頼の約九％が希死念慮の評価を依頼するものだった。自殺企図のために生じた身体的問題の治療が目的で入院している患者は、調査の対象とはなかった。コンサルタント記入式希死念慮評価表（SIAF: Suicidal Ideation Assessment Form）(同3) (9) とコンサルテーション医師記録表（PCR: Physician Consultation Record）(同15) を用いて、データを集めた。

主な結果としては、希死念慮を抱えている患者は、コンサルテーション・リエゾンの全依頼に比較して、男性が多く、DSM-III-Rの第四軸のスコアが高く、過去一年間の日常生活機能の全体的評価尺度（GAF: Global Assessment of Functioning）の評点が低い傾向を認めた。身体疾患が急性に生じたことと、希死念慮が短期間のうちに増強することとは密接に関連する傾向があった。これまでに自殺未遂のあった患者は少なかった。

二四時間にわたり厳重に監視する必要はほと

んどなかったが、モンテフィオーレ病院のように一五分間隔で患者の状態の変化を注意して見守るようにすることを勧めておきたい。

希死念慮患者の平均年齢は五五歳であり、平均年齢やほかの社会的要因では、全依頼との間に有意差は見られなかった。この結果は、自殺の危険やうつ病についてのコンサルテーション依頼が、白人よりもラテン系に多く、黒人に少なかったというコリンズらの研究(同(5))と対比させると興味深い。

最近激しい自殺行動が認められた患者のほうが、より軽度の自殺行動を認めた患者よりも、周囲から得られる援助が少なく、以前にも自殺未遂を多く認めたという傾向が見られた。現時点の希死念慮が強い患者のほうが、現時点の身体的苦痛もより大きいという傾向も認められた。

身体疾患のために入院となった患者の自殺未遂や既遂自殺についての先行研究の結果では、こうした患者は要求が多く、怒りに満ち、衝動的で、人格障害や精神病の診断に該当し、病院のスタッフとの間に強い葛藤を認めたり、精神的援助が得られないために、自殺が引き起こされたとの報告が多い(同(7)、(20))。

しかし、本研究では、身体的な病状の急変と希死念慮の増強が関連するという傾向は見られしたが、病院のスタッフとの葛藤は少なく、精神

病の診断に該当する患者はなかった。従来の研究ではがんと自殺との密接な関係が指摘されていたが、本研究ではがん患者で希死念慮を抱いた者は一人しかいなかった(同(6))。なお、先行研究の結果と一致した点としては、身体疾患に対する情緒的な不適応反応、身体機能や人生における役割の喪失、うつ病との密接な関連(同(7))、せん妄状態や痴呆患者の数が少なかった点などである。ただし、希死念慮を抱く患者だけを対象とした本研究は、自殺企図者や既遂自殺者を対象とした先行研究と直接比較することが難しい点にも注意しておかなければならない(同(13))。

## まとめ

総合病院に入院中の患者が希死念慮を抱いた場合、その治療の原則をまとめておく。

① 社会的援助を強化し、ストレスを解消する(例：家族面接、治療者によるサポート、付き添い人の設定など)。

② 身体的苦痛を軽減するような介入を始める(例：内科的・外科的介入)。

③ うつ病に対する積極的な治療を実施する(例：精神療法や薬物療法)。

④ 身体的な機能を改善し、人生における役割

の意味を高めるような介入を実施する(例：理学療法や対人関係を改善することを目的とした精神療法)。

⑤ 身体的な病状の急変に対する患者の反応に注意する。

こうした介入を適切に実施すれば、自殺予防に有効である可能性が高い。自殺の危険性の高い患者を発見し効果的な介入の方法を明らかにするために、さらにプロセスタイプな研究を行なう必要があるだろう。

## 【参考文献】

- (1) Abram, H.S., Moore, G.L., Westervelt, F.B.: Suicidal behavior in chronic dialysis patients. *Am J Psychiatry* 127: 1199-1204, 1971.
- (2) Amen, D.G.: Target theory of suicidal behavior. *Resident and Staff Physician* 33: 91-101, 1987.
- (3) Berger, D.: Suicide evaluation in medical patients: a pilot study. *Gen Hosp Psychiatry* 15: 75-81, 1993.
- (4) Brown, W., Pisetsky, J.E.: Suicidal behavior in a general hospital. *Am J Medicine* 29: 307-315, 1960.
- (5) Collins, D., Dimsdale, J.E., Wilkins, D.: Consultation/liaison psychiatry utilization patterns in different cultural groups. *Psychosom Med* 54: 240-245, 1992.
- (6) Farberow, N.L., Ganzler, S., Cutter, F., Reynolds, D.: An eight-year survey of hospital

監修 | 宮本忠雄 / 山下 格 / 風祭 元

# こころの科学

HUMAN MIND

62

July 1995

定価1400円  
(税込)

●特別企画

## 子どもの精神障害

河合 洋 / 編

- 1 子どもの精神障害をめぐって…黒丸正四郎
- 2 小児自閉症—子どもの発達との関連で…滝川一廣
- 3 子どもの抑うつ状態の社会医学的視点…田村 毅
- 4 子どもの「拒食症」  
—神経性無食欲症10歳女児の入院治療の経験から…山登敬之
- 5 子どもの強迫性障害…郭 麗月
- 6 子どもの精神分裂病…山家 均
- 7 マイクロサイコーシス  
—非精神病性の異常体験…高岡 健
- 8 子どもの心身症と家族関係…大河原美以
- 9 境界例の発達精神病理学…斎藤 環
- 10 子どもをめぐり心理学的援助…斎藤慶子
- 11 “非行”とよばれる子どもたち…江幡玲子
- 12 青少年の薬物依存と家族力働…和田 清
- 13 「いい子」が危ない  
—機能不全の家庭に育つ子どもたち…米沢 宏
- 14 不登校の精神生理学…門 眞一郎
- 15 家庭内コミュニケーションと児童虐待…崎尾英子
- 16 青少年の精神障害と社会復帰…中島聡美
- 17 乳幼児精神医学の現状…渡辺久子

### ●論説

青少年の自殺…高橋祥友

イジメ考—攻撃性と新人類…影山任佐・石井利文

### ●連載

こころの映写室(8)「フランケンシュタイン」…鍾 幹八郎  
サブクリニカルな若者たち(11)生活の場としての学校—学校精神保健のすすめ…清水将之

概念の心理療法(3)意識と自我…河合俊雄

個室論(5)個性化宗教としてのオウム真理教…島田裕巳

こころと性の科学(12・終)性のカウンセリング(女性)…阿部輝夫  
【新連載】こころのパトロジー(1)妄想—ことの「確かさ」を求める試み…松本雅彦

### ●ほんとの対話

濱田秀伯著「精神症候学」…松本雅彦

鈴木國文著「神経症概念はいま」…鈴木 茂

氏原 寛著「カウンセリングはなぜ効くのか」…村岡倫子  
藤岡 昭編「精神科臨床における症例からの学び方」…笠原 嘉

### ●読書随想

額藤和寛著「だれかがどうにか症候群」を読む…東 豊

### ●こころの現場から

風車屋(学生相談室)…高石浩一

人間関係(家庭裁判所)…藤川洋子

ブレディケアの患者たち(デイケア)…安斎 三郎



日本評論社

- suicides. *Suicide Life Threat Behav* 1: 184-202, 1975.
- (c) Farberow, N.L., McKelligott, J.W., Cohen, F., Darbonne, A.: Suicide among patients with cardiorespiratory illnesses. *JAMA* 195: 422-28, 1966.
- (c) Fawcett, J.: Suicidal depression and physical illness. *JAMA* 219: 1303-1306, 1972.
- (c) Feinstein, R., Pluchik, R.: Violence and suicide risk assessment in the psychiatric emergency room. *Comp Psychiatry* 31: 337-343, 1990.
- (c) Glickman, L.S.: *Psychiatric Consultation in the General Hospital*. Marcel Dekker Inc., New York, pp. 188-202, 1980.
- (c) Hackett, T.P., Stern, T.A.: Suicide and other disruptive states, in Hackett, T.P., Cassen, N.H. (eds), *Massachusetts General Hospital Handbook of General Hospital Psychiatry*, 2nd ed. Massachusetts, PSG Publishing, 1987.
- (c) Hale, M., Jacobson, J., Carson, R.: Diagnostic characteristics and dispositions in suicidal hospitalized medical and surgical patients. *Gen Hosp Psychiatry*, 11: 381-387, 1989.
- (c) Linehan, M.M.: Suicidal population: one population or two? *Ann NY Acad Sci* 487: 16-33, 1986.
- (c) Mackenzie, T.B., Popkin, M.K.: Suicide in the medical patient. *Intl J Psych in Med* 17:3-22, 1987.
- (c) McKegney, F.P., Schwartz, C.E., O'Dowd, M.A., Salamon, I., Kennedy, R.: Development of an optically scanned consultation-liaison data base. *Gen Hosp Psychiatry* 12: 71-76, 1990.
- (c) Michalon, M.: La psychiatrie de consultation-liaison: une etude prospective en milieu hospitalier general. *Can J Psychiatry (In French)* 38: 168-174, 1993.
- (c) Osgood, N.J.: Suicide in the elderly. *Carrier Foundation Letter* 133: 1-2, 1988.
- (c) Pitetsky, J.E., Brown, W.: The general hospital patient, in Hankoff, L.D. and Einsidler, B. (eds), *Suicide: Theory and Clinical Aspects*. PSG Publishing Co. Inc., Littleton Massachusetts, p.279, 1979.
- (c) Pollack, S.: Suicide in a general hospital, in Schneidman, E.S. and Farberow, N.L. (eds), *Clues to Suicide*. McGraw-Hill, New York, p.152, 1957.
- (c) Reich, P., Kelly, M.J.: Suicide attempts by hospitalized medical and surgical patients. *N Engl J Med* 294: 298-301, 1976.

(雑誌図録)