



なぜ自殺は生じるのか

—うつ病における認知の問題—

井上 和 臣*

はじめに

15年以上も前の昔話から始めることをお許し願いたい。ペンシルベニア大学認知療法センターで英語の特訓が必要と言われ、出勤前にレッスンを受けていたときのことである。日本の大学に留学した経験をもつ担当講師からは、毎日のように、短文を読んで疑問文を作る課題が与えられた。ひとつは内容に関連した疑問である。もうひとつは批判的な疑問である。どちらも少なくとも5つずつ書いて受講しなければならない。一夜潰けならぬ朝潰けをするのは、なかなか過酷であったのを思い出す。疑問を文章にすることの重要性を教えてくれた、このときのアメリカ人のような教師に、その後出会ったことがない。

「なぜ自殺は生じるのか」という与えられた疑問に関して、思い出すことがほかにもある。こちらは認知療法センターでの雑談のひとつまでである。Mary Anne は何かの折りに息子が“Why”ではなく“What”で始まる疑問文を使っていたことを話

題にして、小さな彼が早くも認知療法に習熟してきたようだと喜んでいて。彼女に倣うと、「なぜ自殺は生じるのか」という問いでは不適切で、「何が自殺を生じさせるのか」と書き換えたほうがよいのかもしれない。認知療法は原因には拘泥せず、問題を持続させる要因に着目するからである。

ここでは、うつ病の認知という観点から、「何が自殺を生じさせるのか」という疑問に答えることになる。

絶望は「死に至る病」である

「絶望は『死に至る病』である」とはキェルケゴールの有名な言葉である⁹⁾。もちろんこれは宗教的・実存的文脈で語られたものである。逆説的だが、「死に至る病」は人が一般的に死ぬと呼んでいる意味での致命的な病のことではない。しかし、精神科臨床ではどうであろう。通俗的・日常的次元で額面通りに理解した場合、「絶望は『死に至る病』である」という結論は妥当なのか。

この疑問に答える研究がある。Beckらは1974年に悲観主義を測定する「絶望感尺度 (the Hopelessness Scale; HS) (表1) を開発した¹⁾。20項目からなるこの尺度を用いて、その後彼らは自殺行動の重要な予測因子として絶望感を位置づける複数の研究を発表している。

たとえば、1985年の研究²⁾では、1970年から75年にかけてペンシルベニア大学病院とフィラデルフ

Why dose suicide happen? — A cognitive perspective in depression

*鳴門教育大学教育臨床講座

[〒772-8502 徳島県鳴門市鳴門町高島中島]

Kazuomi Inoue, M.D.: Department of Clinical Studies and Practice of Education, Naruto University of Education, Nakajima, Takashima, Naruto-cho, Naruto-shi, Tokushima, 772-8502 Japan.

表1 絶望感尺度

- A. 将来に向けて希望とやる気を持っている。
- B. 私は状況を改善するために何もすることができないのだから、あきらめた方がよいと思う。
- C. 物事がうまくいかなくても、永久にそんな状態が続くはずがないということを知っているということで助けられている。
- D. 10年後に私の人生がどうなっているかについては想像もすることができない。
- E. 最もしたいと思う事を達成するための時間は十分にある。
- F. 将来、私にとって最も重要なことをうまくやっつけられると思っている。
- G. 私の将来は暗く思われる。
- H. 私は特にラッキーで、普通の人より人生でより豊かなものに恵まれると思う。
- I. ちっとも運が開けないし、将来開けると信じる理由もない。
- J. 過去の経験のお陰で将来に対する準備はできている。
- K. 私の将来の展望には楽しいことよりも嫌いなことしかない。
- L. 私が本当に欲しいものは手に入らないと思う。
- M. 将来に目を向けると、今より幸福な自分になれると思う。
- N. 物事は私が欲するようにはどうしてもならない。
- O. 将来はすばらしいと信じている。
- P. 何も欲しい物が手に入らないから、何かを欲求するのはバカげている。
- Q. 将来、私が十分な満足を得られることなどありえないようだ。
- R. 将来は漠然としていてはっきりしない。
- S. 将来は悪いことより良いことがあるだろうと期待している。
- T. 自分で欲するものを手にいれようと必死で努力しても、たぶんどうせ手に入らないから努力してもしょうがない。

(出典：アーサー・フリーマン著、遊佐安一郎監訳：認知療法入門。星和書店、東京、p.99, 1989.)

イア総合病院の精神科病棟に、最近の自殺企図はないものの自殺念慮を有して入院した患者207例について、入院から24～48時間以内にHSを含む複数の質問紙検査が行われ、退院後少なくとも5年の追跡調査が実施された。この間追跡できたのは197例、死亡は34例(16.4%)、うち14例(6.8%)が明らかな自殺であった。自殺者の入院時診断は、神経症性うつ病(5例)、精神病性うつ病(2例)、妄想型統合失調症(2例)などであった。入院時におけるHS得点を見ると、最終的に自殺を遂げた患者11例では13.27点、その他の患者では8.94点と、既遂者で有意に高くなっていた。これに対し、う

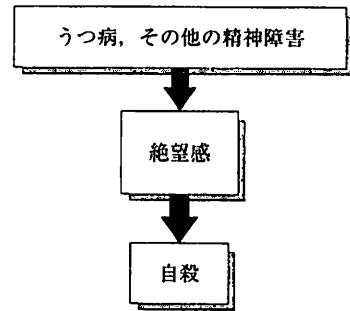


図1 精神障害における自殺と絶望感

つ病の重症度を測定する Beck うつ病評価尺度 (the Beck Depression Inventory; BDI) の総得点については、両者に有意差を認めなかった。また、HSのカットオフ得点を9点とすると、自殺既遂者の90.9%が10点以上であった。

さらに、Beck ら⁴⁾は1978年から85年にフィラデルフィアの認知療法センターを受診した外来患者1958例について、HSとBDIを施行した後、平均43カ月間追跡した。対象のDSM診断は、感情障害40%、不安障害15%、感情障害と不安障害の合併25%などであった。追跡期間中の死亡は31例、自殺による死亡が確認できたのは17例であった。そのすべてが受診時には反復性大うつ病(13例)、双極性障害(2例)、抑うつ気分を伴う適応障害(1例)と診断されていた。認知療法を受けていたのは10例で、残りの7例は臨床評価を受けただけで治療にまでは至っていなかった。治療継続中の自殺は1例であった。予測した通り、HS得点は、自殺既遂例において、自然死による死亡例や生存例よりも有意に高かった(自殺, 15.29; 自然死, 7.33; 生存, 9.98)。同様にBDI得点にも有意差がみられた(自殺, 30.59; 自然死, 20.92; 生存, 20.14)。

これらの結果は、うつ病を含む精神障害と自殺を結ぶ要因として絶望感が重要であることを示している(図1)。

自殺の方程式

絶望感のもつ重要な意義を考えると、自殺は以下のように定式化されるだろう。

自殺＝絶望感／資源

これを「自殺の方程式」と呼びたい。絶望感が強くなる程に自殺の危険性は増大し、資源 (resources) を自覚することで自殺の可能性は低下するという訳である。資源には社会的援助も含まれるが、客観的にそれが存在することよりも、主観的にそれを認識していることが不可欠であるのは言うまでもない。絶望感が作用すると、眼前にあるものが見えなくなるからである。

うつ病における認知の三徴

認知療法では、うつ病の患者が示す自己と世界・体験と未来に関する否定的・悲観的視点を、認知の三徴 (cognitive triad) と呼んでいる。「私は弱い駄目な人間だ」、「何もかも私が悪いのだ」、「何ひとつとして思ったように運ばない」、「こんな状態がいつまでも続くのだ」、「もうまったく将来に希望はない」といった形で表現される認知である。

うつ病の認知モデルは、認知の三徴に代表される非機能的認知が悲哀感や制止症状をもたらす、と主張する。そこで、この仮説が妥当であるなら、自殺の危険性を高める絶望感を生じさせるのも、認知の三徴ということになる。

絶望感に対する認知療法

絶望感に対する認知的介入について、Beckの面接を録音した市販のオーディオ・テープ「うつ病の認知療法：初回面接のライブ・デモンストラーション」⁹⁾から紹介したい。

患者は32歳の女性で、夫とは別居し、現在は12歳の男児と暮らしている。彼女は16歳のころから精神科治療歴があり、これまで薬物療法はもちろん電気けいれん療法、各種の精神療法を受けてきている。

以下の抜粋では、治療者は自殺念慮について具体的に尋ねた後、自殺を抑止する要因として子どもに対する義務感があることを確かめている。

患者：私、悲しくて。人生には目的がないように思えます。私が望むように物事は運ばないんです。私、落胆してしまって。何かをやってみるのさえ、無意味なように思えます。

治療者：ひどく落胆して、できれば逃げ出したいと考えたりしますか？

患者：ええ、考えます。

治療者：どんなことを考えるのですか？

患者：ちょっと薬を飲めば簡単なのに、と考えることがあります。そうすれば、もうこんなことでいつまでも悩まなくてすむでしょうから。

治療者：薬を飲みたいという思いはどのくらい強いのですか？

患者：まちまちです。気持ちがほんとに揺れているんです。そうするしかないと思うときもあります。あとは、どんな方法でやるかが問題なだけで。でも、いつも私を止めてくれるものがあって。薬を飲んでもうまくいかずに、脳に障害が残ってしまって、今よりもっとひどい状態になったら、どうしようとか、そんなことが心配になります。

治療者：あなたを押しとどめてくれるものがあるというお話ですが、何があなたを止めてくれるのですか？

患者：子どもに対する義務感です。そんなことをしたら、子どもにはひどい心の傷になるような気がするんです。

治療者：お子さんとの関係は良いのですか？

患者：ええ。子どものおかげで思いとどまったんです。もし子どもがいなかったら、たぶん今ここに私はいなかったと思います。

治療者は患者が示すうつ病の症状と過去の治療歴などを聴取した後こう尋ねる。

治療者：何がいちばん苦痛な症状ですか？

患者：絶望感です。何をやっても無意味だという感じです。何ひとつうまく運ばないんですから。その日その日を送るのが、とてもむずかしくて。

患者の絶望感にはどのような非機能的認知が関与しているのだろうか？ 認知をとらえるには患者の語ることに注目する必要がある。

自分をもっとも悩ませる絶望感は恋人との不確かな関係に関連している、と患者は語る。彼女は恋人から拒否されるという体験によって、批判的

だった母親との過去の関係まで思い出す。他の男性との関係にも恋人との関係と共通するところがあるようである。

恋人との関係では、「(私は) 彼なしでは生きていけない」とか、「(どこにも) 出口がない」といった認知が見られた。さらに、恋人以外の男性や母親との関係から、患者の対人関係全般を規定する、「拒絶」をキーワードとする認知(スキーマ)を想定することができた。

患者: もしその人の望むようにしていれば、きっと相手も私に報いてくれるだろうと。でも、これまでそんなふうによくいったことはないんです。

治療者はどのようにこの非機能的認知に介入するのだろうか?

治療者: もし相手が、「私は彼との関係に縛られていて、もうどうしていいかわからない感じで、希望もないし、関係を続けたいのか、いっそ自殺でもした方がいいのか」というふうに言ったら、どうやってあげますか?

患者: 他の方法があるかもしれない、と気づいてもらえるようにします。

治療者: どんな方法が考えられるのですか?

患者: もっと実りのある関係を探してみるのもひとつですし、しばらく男性とつきあうのを控えるのもいいかもしれません。

治療者: 私があなたの話している相手だとして、その私が、「そうね、でも、そんな実りのある関係を見つけるなんて、これまでもできなかったわけだし、これから先それができると考えることなんて不可能だわ」と答えたら、あなたは何と言いますか?

患者: 「今は不幸せで気持ちが落ち込んでいるから、そんなふうを感じるのよ。でも、過去にあったことを振り返ってみたら、他の人との間にも実りのある関係があったはずだわ。もちろん男女の関係でなくてもね」と、相手に言ってあげます。

同じ出来事を別の視点から眺めるとどうなるだろうかと問いかけるとき、このように立場を逆転した形のロールプレイを行うと、侵襲的にならずに非機能的認知に代わる現実的・適応的認知を引き出すことができる。認知療法は歪んだ認知の修

正を穏やかに試みるものなのである。

おわりに

何が自殺を生じさせるのか? 絶望感である。基礎となる精神障害がどのようなものであれ、絶望感は自殺の重要な予測因子と言える。そして、「自殺の方程式」に示したように、絶望感を緩和し、看過されている資源を自覚できるようになることが、自殺防止には欠かせない。うつ病の認知療法は、絶望感に関わる非機能的認知の修正をめざして、スキーマにまで介入する形で実施される。

文 献

- 1) Beck, A.T., Weissman, A., Lester, D. et al.: The measurement of pessimism: the hopelessness scale. *J. Consult Clin. Psychol.*, 42; 861-865, 1974.
- 2) Beck, A.T., Young, J.E.: *Cognitive Therapy of Depression. Live Demonstration of Interview Procedures.* B.M.A. Audiocassettes, Guilford Publications Inc., New York, 1979.
- 3) Beck, A.T., Steer, R.A., Kovacs, M. et al.: Hopelessness and eventual suicide: a 10-year prospective study of patients hospitalized with suicidal ideation. *Am. J. Psychiatry*, 142; 559-563, 1985.
- 4) Beck, A.T., Brown, G., Berthick, R.J. et al.: Relationship between hopelessness and ultimate suicide: a replication with psychiatric outpatients. *Am. J. Psychiatry*, 147; 190-195, 1990.
- 5) S. ケルケゴール(斎藤信治訳): 死に至る病. 岩波書店(岩波文庫), 東京, 1957.

参考文献

- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F. et al.: *Cognitive Therapy of Depression.* Guilford Press, New York, 1979. (坂野雄二監訳: うつ病の認知療法. 岩崎学術出版社, 東京, 1992.)
- 井上和臣: 認知療法への招待(改訂3版). 金芳堂, 京都, 2002.
- 大野裕: 気分障害——その統合的治療. 丹羽真一編: 新世紀の精神科治療9 薬物療法と心理社会療法の統合. 中山書店, 東京, 2003.