

新概念「自己虐待症候群 (Power Harassment For Yourself Syndrome)」について

<はじめに>

自己虐待症候群とは日常生活において繰り返し自分の体を酷使し、医師が治療を行ってもそれ以上に患者が自ら症状を悪化させることにより、改善することなく慢性的に症状が進行していく病態と定義したものです。

超高齢化社会の到来とともに、高齢者の労働人口が増加し、軽作業でも体の酷使となってしまうことにより自己虐待症候群という病態を定義しなければならなくなりました。

自己虐待症候群はその名の通り、自己にたいする執拗な攻撃を、耐え難い症状が出現しているにもかかわらずやめないことから生じる病態であり、患者の人格障害が根底に存在します。また、人格障害は病識の欠如を招き、医師の指導にも従わないことから医療現場では大変な混乱を引き起こします。

超高齢化社会では運動器の破壊により要介護状態になる割合が高く、要介護自体が家族の人生を苦しめ、国家の経済を圧迫し容認できない状況にあるので自己虐待症候群はもはや本人だけの人格問題では済まされません。

医療サイドとしては自分の体を虐待することのある程度の強制力をもって修正させていく必要があると思われます。したがって、この病気の概念を皆で共有する必要があると思われ、ここに定義させていただきました。

<症例 83歳 男性>

大企業を一代で築き上げ現在会長職に就任しており、83歳という高齢ではあるが海外出張などもしている。普段、乗用車による長距離の移動を繰り返している。2か月前に会社の引っ越し作業以来腰痛が強くなる。また、ゴルフのラウンド時に足に力が入りにくくなるという訴えで当科外来初診。

<既往歴>

H12.10 膵癌、部分切除 インスリン 自己注射中

<治療経過>

初回 右L5 傍神経根ブロック →「一時的によいが効果感じられない」

1週目 腰部硬膜外ブロック →「全体的に楽になった」

2週目 腰部硬膜外ブロック →「少しよくなった」

5週目 他医にかかりシップとNSAIDs処方のみ

8週目 腰部硬膜外ブロック →翌日より海外出張 効果？

9週目 患者本人の指示でボルタレン座薬処方

11週目 患者本人の指示でトラムセット処方

13 週目 激しい右側腹部痛のため歩行困難 痛みがひどくなってきていることを医師(私)のせいだといひ口論になる。が、なんとか説得して腰部硬膜外ブロックを行う。

14 週目 「腰部硬膜外ブロックのせいで痛くなっている」と抗議目的で来院。さらに誤診ではないのかと不信感をあらわにされる。痛みの理由をX Pを用い、私の研究論文やデータを提示し解説し、生活指導を行うも憤慨され、治療を受けずに帰宅。

<腰椎正面 XP>



強度の側彎があり L5 が左側に沈み込む形で傾いている (Jacoby Line に比較して強い傾斜角)。また、強いローテーションもかかっている。L3 が右側に強く傾斜 (Jacoby Line に対して) し L3/4 の Facet は激しく変形していると思われる。L3/4 の椎体には大きな骨棘もある。この XP から推測すれば、右側腹部痛の原因は左 L3 神経根症と診断する。



腰椎側面像は椎体のローテーションのため椎間孔の狭窄が評価不能である。L3/4 は椎間板の激しい狭小化があり、L3 の若干の後方すべりがある。

<診断> 脊柱管狭窄症に左L3神経根症の併発 本人の日常生活による急性増悪を治療で止め切れない状態と判断

<考察> 本症例では硬膜外ブロックが初めのうちは有効であったことから、治療は適切で注射ミスもなかったと思われます。日常生活で体の痛みを顧みずにハードに仕事を続けるために症状が改善しないと予想され、症状が遷延化しています。しかし、患者の性格的問題から、医師の指示には従わず、自ら医師に治療を指示し、ブロックを行うことよりも「強い鎮痛薬」を選び、安静が必要な体を鎮痛薬でごまかしながら仕事をつづけたために症状が悪化したものと推測されます。症状の悪化の原因は注射ミスやリバウンドであるとは考えにくいでしょう。

今後の治療としては、安静厳守（仕事を即中止すること）と各種ブロックの継続でしたが、患者はそうした指示に聞く耳を持たないという姿勢を貫いてしまいました。

患者は「今までと同じように仕事をしているだけで特に体に悪いことは何もしていない。痛みがとれないのは医者のせいである。」と主張しており、根本的な原因は「脊椎の変形であるということを理解していない」ことにあると思われました。

<自己虐待症候群の特徴>

1、人格障害が必須

自己虐待症候群の患者では

己の肉体を傷つけることに恐怖感をあまり持たないという共通した傾向があります。この傾向は反社会性人格障害者（サイコパス）と一致することが多いようです。恐いもの知らずのサイコパスの能力を社会に発揮することができれば勇者として名を上げ、成功も人気も得られますが、一方では常識を破ることに快感を覚えるため他人のアドバイスには従わず、医師の指導にも従わない傾向があります。自己を虐待することも常識破りの快感の一つであり肉体は破壊されていきます。反社会的（非常識）な攻撃性が自分の肉体に向かった結果です。

2、自己虐待をやめれば症状が改善する

自己虐待症候群のもっとも重要な特徴として、自己虐待を中止すれば1～2週間以内に症状が軽快するというものがあります。ただし、破壊が進行すれば難治性です。

入院させるなどをして安静を守らせれば、非常によく改善します。

3、積極的かつ高度な治療を繰り返し行っても無効

後述しますが、本症の特徴はありとあらゆる高度な治療に対して良好な結果が得られないところにあります。ただし、治療は「高度」であるというのが必要条件です。例えばブロック注射をする際も、注射にミスがないこと、回数を増やすこと、場所を種々変えて試すこと、複数の候補場所に試すこと、薬の内容を変えてみること…などあらゆる工夫を行っても「無効」であることが本症の診断の不可欠な条件です。

4、治療により悪化する

自己虐待症候群では患者が常識を超えた我慢をし、通常業務を行っている場合がほとんどです。このため急性期の悪化の状態も常識を超えており、急速進行性に症状が悪化します。

急速進行期にどんなに優れた治療を行っても、症状の悪化に歯止めが効きませんので、治療後も症状が悪化に向かうことがしばしばあります。本症候群の患者たちはそれを「治療のせいである」と誤解することが多く、医療現場にトラブルを引き起こしますので要注意です。

5、つける薬がない

サイコパスにつける薬がないと言われてるように、自己虐待症候群の患者は医師の指示にはほぼ従いません。生活指導をしてもマイペースを変えません。社会生活が破綻するまで肉体を酷使し、行き着くところは多数回の手術や寝たきりです。

現在のところサイコパスに対しては積極的な治療を行わないことが医療側の唯一の防御策となります。なぜならば、どんなに積極的に治療を行っても、日々の肉体損傷の方が勝ってしまうので効果が出ないからです。そのうえ来院間隔が開いて症状が悪化し、治療しても効果が出ない場合に、症状悪化の原因を医者への誤診や医療過誤であるという妄想を描き、それを着想させてしまうからです。妄想着想は患者本人の中では真実として君臨していますから医師がどう説明したところで誤解は解けません。

<妄想着想について>

自己虐待症候群の患者は共通した妄想着想をします。

- 1、今まで何もなかった→日常生活に起因しているのではない（自分は悪くない）
- 2、何か特別な病気が出現したことが原因でありそれを発見して治療すれば完治する
- 3、特別な病気を見つけられない目の前の医者に嫌悪と不信を抱く

例えば本症例では高度な側弯症と椎間孔の高度な狭小化があり、いつ神経根症を起こしても不思議ではない脊椎の変形がありましたが、それを説明しても患者は納得しません。よって生活指導に応じることはまずないということと、生活指導が患者との信頼関係を壊す恐れがあります。

<治らない症状の中に潜む悪性腫瘍の影>

自己虐待症候群の特徴は積極的かつ高度な治療を何度行っても効果が出ないという特徴がありますが、このような場合は転移性悪性腫瘍などが潜んでいる場合を想定しておかなければなりません。また解離性大動脈瘤なども鑑別に入れます。症状に疑問が湧けば、MRIなどの検査も入れましょう。

<自己虐待症候群は深刻な社会問題>

一般に「歳をとってからもよく働く人」は自己虐待症候群予備軍と考えます。年齢と共に肉体の許容範囲は狭くなるにもかかわらず、若い時と同じ行動をとることが原因で肉体を壊していきます。

超高齢化社会では要介護の人口を社会全体で減らしていく努力を積極的に行わなければなりませんので、自己虐待症候群にならないように高齢者を指導していくことは国家レベルで必要な事業です。

しかしながら自己虐待症候群は性格的な問題が多いという特徴から、患者は家族の忠告も医師の指導にも従わないことが多く、予防事業には困難があります。よって国家レベルで本疾患の予防について宣伝し、病識のない患者に病識を持たせていくことが必要でしょう。

<自己虐待症候群の予防>

日常生活の何が自己虐待になっているのか？のリスト作成が急務です。私が患者に指導してきた範囲内で以下に示しますが、以下の項目は内科医たちが健康増進のためにアドバイスしている指導要綱と真逆であることが多いため物議を醸しだします。

姿勢：

- 1、座位：長座位はダメ、30分以上同じ姿勢で椅子に座っていることはダメ、椅子に浅く腰掛ける、ソファはダメ、良すぎる（背筋を伸ばした）姿勢での長時間座位もダメ
- 2、立位：坐骨神経痛が出るのならただ立っているだけでダメ、高齢者が姿勢よく立つことはダメ（やや前傾の方がよい）、リラックスして立つのはダメ（腹筋に力を入れて立つ）
- 3、歩行：間欠性跛行がある場合は症状が出現する前に自ら休む（連続歩行はダメ）、高齢者が背筋を伸ばして歩くのはダメ（やや猫背に歩く方がよい）、すたすた歩くことはダメ
- 4、姿勢の変更：座⇄立位の際には腹筋に力をいれないとダメ、洗顔時は椅子に腰かて、台所仕事は立ってせず高めの腰かけを使う、移動時は何かにつかまる癖をつける、長時間の立位はダメ

就眠：

- 1、敷布団、マットレス：せんべい布団は高齢者には極めて悪い、弾力性のあるマットレスが必要
- 2、枕：頸椎・胸椎の反りに合うように枕を置く。そして変形の度合いに応じた微調整が必要、横向きの場合低い枕はダメ→横向き用と仰向け用の二つを用意
- 3、クッション：膝下にクッションを入れて背骨の軸を調整、横向きの場合は側腹部にクッションをして背骨が側方にたるまないようにする

4、就眠姿勢：じっとしているのはダメ（寝返りが必要）、寝返り時に腹筋に力を入れないとダメ

運動

1、散歩：一万歩などと歩数を決めて歩くのはダメ、犬のスピードに合わせてはダメ、毎朝毎晩など日課にしてはダメ（必ず体調に合わせて考える）、距離やスピードを上げてはダメ

スポーツ：痛みがあるときには禁止、ゴルフなど他人とスピードを合わせなければならぬものは基本的に禁止

2、仕事：体調に合わせて作業時間を調整できる立場になれないのなら禁止、休む勇気・減らす勇気が必要、高齢になるほど少しずつ減らしていかなければならない、それができないならどのみち継続が不可能になるので禁止ではなくクビにされる

3、旅行：ツアーは基本的に禁止（周囲にスピードを合わせるため）、バスツアーはシートのクッションが悪いことと加減速が激しいので基本的に禁止、

<自己虐待症候群と診断を下す前に>

自己虐待は生きていく限り、歳をとる限り、全人類に当てはまる症候群です。人間にとって日常生活を制限することの指導を受け入れることは、地位や名誉を失うことに等しく、生きていく価値を奪いかねない指導であるという意識を、医師側はもたなければなりません。

したがって、本ケースに当てはまるからといって、医師がたやすく本症と診断してはいけません。最低でもブロック注射など、ありとあらゆる保存的療法を積極的に行って、それでも症状を悪化させてきた場合にのみ生活指導をするべきです。

また、医師のブロック注射ミスで症状が悪化する場合があります。ミス注射で悪化しているのに本症であると診断する医師があってはなりません。

患者は症状が悪化した場合に、ブロックミス（医療過誤）であると断定して抗議してきますから、それに対抗できる実績を示せなければトラブルになります。しかも、患者は社会で成功している人が多く、抗議のパワーも強力です。過去の治療データの提示なども求めてくる場合があります（提示しても信頼関係の崩壊は改善されません）。

私はすでに他の医師たちが治療を放棄した難治性の患者を専門に治療してきましたので、多くの自己虐待症候群の患者を、生活指導することなく社会復帰させてきた実績があります。しかし、その中でも本症例のように治療が失敗に終わる例があるということを認識しておかなければなりません。

治療が成功すれば、サイコパスの患者も納得しますので問題になることはありません。よって自己虐待症候群の患者を増やすか減らすかは医師たちの今後の治療レベルの向上に

かかっていると言えるでしょう。ブロック注射を正確にできる医師が増えれば自己虐待症候群の患者数を減らすことができ、それが社会の貢献となります。

<予防策>

普段通りの仕事を続けている高齢者が非常に多くなりました。しかし、この普段通りの仕事を継続することが脊椎を破壊し要介護支援を作ってしまうという本末転倒なことが起こっています。高齢者が働く収入以上に要介護支援にかかる医療費の方が高くなります。

1人でも要支援介護の高齢者をなくすために、国家レベルで自己虐待症候群予備軍の患者を教育していく必要があると考えます。

ただ、内科医は成人病予防のために歩きなさい、働きなさいと勧めるため私の意見と反発することは必至です。運動機能の維持は内科医には理解できませんので、任せていただけると助かるのですが…。