



アルコール使用障害患者の自傷・自殺企図に どう対応するか

成瀬 暢也✉

アルコール使用障害患者は、生育歴においてしばしば外傷体験や逆境体験をもっており、自傷や自殺を伴いやすい。その背景には人間不信や自己否定があり、「孤立の病」とされる。患者の飲酒は、「人に癒されず生きづらさをかかえた人の孤独な自己治療」という見方が適切である。彼らは、ひどく傷つき人間不信になった可能性が高く、自己評価が低い。さらに、自傷の背景にあるのは人間不信と自己否定であり、患者は孤立している。人に癒されない場合、心の痛みへの対処として自傷行為が起こる。繰り返される自傷はアディクションとして捉えられる。この問題がさらに深刻化すると自殺に向かう。死について葛藤している患者を思いとどまらせられるのは、人の心のつながりである。すなわち、物質使用障害への治療介入には、物質使用、自傷、自殺企図といった個々の問題にとどまらず、それらの根本原因である生きづらさへの包括的・全人的な介入が求められる。患者を人間不信から人間「信頼」へ、自己否定から自己「肯定」に導くためには、1) 患者に人として関心をもつ、2) 患者に敬意をもってかかわる、3) 患者を否定せずそのまま受け入れる、4) 患者と対等の立場にあると自覚する、5) 患者のよい点を繰り返し伝えることである。その際に、1) 無理にやめさせようとせず、2) 人権に配慮した支援を徹底し、3) 敷居の低いサービスを提供するという、ハームリダクションの理念に則った対応が推奨される。人と信頼関係をもてている治療者が、自傷・自殺企図を伴うアルコール使用障害患者と信頼関係を築くことができる。治療者は、患者に対して敬意と親しみをもち共感できることが大切である。

索引語

アルコール使用障害、自傷、自殺、治療関係、ハームリダクション

著者所属：埼玉県立精神医療センター

編 注：本特集は第120回日本精神神経学会学術総会シンポジウムをもとに射場亜希子（兵庫県立はりま姫路総合医療センター）を代表として企画された。

✉ E mail : naruse.nobuya@saitama-pho.jp

受付日：2024年12月2日

受理日：2025年5月2日

doi : 10.57369/pnj.25-103

はじめに

アルコール使用障害患者は、生育歴においてしばしば外傷体験や逆境体験をもっており、自傷や自殺企図を伴う^{4,5)}。患者の背景には人間不信と自己否定があるため、援助希求性が低く治療や支援につながることが難しい。そのため、人から癒されず物質に酔いを求める。治療者は患者にアルコールをやめさせようと対応に苦慮し陰性感情をもつ。患者がアルコールを手放すためには、人間不信の克服と自己肯定感の醸成が不可欠である。それでは、治療者はどのように対応すればいいのであろうか。

自助グループ（アルコホーリクス・アノニマス（AA）、断酒会など）では、正直な思いを安心して話せることを重視して対人関係の問題に取り組んでいく。この実践から学ぶことは多い。

I. アルコール使用障害の背景にある問題

アルコール使用障害は誰もがなりうるメンタルヘルスの問題である。そのなかで、使用障害になりやすい人、重症化する人にはどのような特徴があるのだろうか。

使用障害のもとには対人関係の問題があるといわれる。実際、性別、年齢に関係なく、患者の多くに「自己評価が低く自分に自信がもてない」「人を信じられない」「本音を言えない」「見捨てられ不安が強い」「孤独でさみしい」「自分を大切にできない」などの6項目に示されるような特徴がみられ¹²⁾、使用障害は「孤立の病」ともいわれる。著者は、これらの特徴を人間不信と自己否定に集約できると考えている。そして、使用障害が続けば、これらはさらに悪化していく。

アルコールに手を出した人がみんな使用障害になるわけではない。小児期逆境体験が多いほど、人間不信が強く、ストレスに対処する能力が低く、使用障害を発症するリスクが高い^{6,8)}。患者は、生きるためのスキル、ストレス対処スキルを体得することができず、安心して人に頼ることができない。

一般にアルコール使用障害患者は、「好きに酒を飲んではまつて自業自得、自己責任」とみられることが多いが、患者の飲酒は、「人に癒されず生きづらさをかかえた人の孤独な自己治療」という見方が最も適切である^{7,13)}。虐待やいじめ、性被害などを経験し、深く傷ついている患者は

多い。しかし、そのことは誰にも語られず胸の内に秘めている。彼らは生育環境のなかで、安心して人を信頼し委ねるという経験をもてないか、生育過程で傷つき人間不信になつた可能性が高い。また、患者は他の精神疾患や障害を併存することが多く、人に共感したり癒されたりすることが困難な場合もある。人を信頼できず助けを求められない彼らは、対処できない困難に直面するとき、飲酒によって気分を変えて凌いできた。

使用障害が放置されると、患者は健康、自信、信頼、友人、家族、財産、希望、生きがい、命など大切なものを次々と失うことになる。専門医療機関を受診したアルコール使用障害患者の73.2%に希死念慮、55.0%に自殺企図の経験があり、患者の58.5%が苦痛軽減目的に飲酒していた¹⁵⁾。飲酒の有無ばかりに囚われた近視眼的なかかわりになるとなく、その背景にある「生きづらさ」「孤立」「安心感・安全感の欠如」などを見据えたかかわりが必要である。

II. アルコール使用障害からの回復

アルコール使用障害患者は、人間関係のなかで過大なストレスを受けるため、「手っ取り早く簡単に気分を変えること（酔うこと）」でストレスを回避し、かりそめの癒しを求める行動が習慣化する。生きづらい患者ほどこれを多用し、コントロールを失った状態をきたしていく。

人は、ありのままの自分を受け入れてくれる「安心できる居場所」と「信頼できる人間関係」があって、はじめて癒される。しかし、患者は人間不信と自己否定があるため、人から癒されず物質に酔いを求める。アルコールを手放すためには、人間不信の克服と自己肯定感の醸成が不可欠である。生きづらさを軽減しなければ、たとえ飲酒をやめても他のアディクションに移行したり、気分障害をきたしたり、身体化したりする。安心できる居場所と信頼できる人間関係をもてなかつた患者の特徴を表1に示す。

回復のためには、人間関係の問題に向き合わなければならぬ。それを支援することが治療者の役割である。具体的には「本音を言えるようになること」つまり、「正直な気持ちを、安心して話せるようになること」から始まる。

自助グループ（AA、断酒会など）では、正直な思いを安心して話せることを重視して対人関係の問題に取り組んでいく。自助グループを「信頼できる仲間がいる安心できる居場所」にできると、そこで人に癒される。人に癒されるようになるとアルコールに酔う必要はなくなる。回復施

表1 安心できる居場所と信頼できる人間関係がなかった患者の特徴

- | |
|------------------------|
| 1. 自己肯定感が低い |
| 2. 人間不信が強く被害的になりやすい |
| 3. 自己評価が低く無理をして頑張るか諦める |
| 4. 感情や行動の制御ができない |
| 5. 言葉で感情表現ができず問題行動に及ぶ |
| 6. 自分の正直な思いを話せない |
| 7. 対人緊張が強く人と打ち解けられない |
| 8. 常に身体不調や精神不調がある |
| 9. 依存性物質やアディクションに瘾を求める |
| 10. 自傷や自殺企図を繰り返すことが多い |

設（ダルク、マックなど）はこの方法を強化する場である^{14,17)}。自助グループや回復施設の実績が「回復のために何が大切なか」を明確に示している。医療機関で実施している集団プログラムも、同様の効果を期待している部分が大きい。

使用障害が、「人に癒されず生きづらさをかかえた人の孤独な自己治療の結果」であるとするならば、治療の目標は、「人のなかにあって人に癒されるようになること」である。そのために治療者は、患者に対して誠実な態度でかかわることが、通常の診療にも増して大切であり、患者が安心して本音を話せる関係作りが不可欠である。

治療者は患者に先入観をもたずに誠実に向き合い、患者の困っていることに焦点付けをする。困っていることの改善策を話し合う過程で、患者が「正直な気持ちを安心して話せること」が目標となる。治療において信頼関係をいかに築けるかが最大の課題であり目標になる。一対一の関係ができてくれば、引き続き多職種へ、関係機関へ、自助グループへと焦らずにつないでいく。こうして、患者が人のなかにあって安心感・安全感を得られるようになったとき、飲酒によって気分を変える必要はなくなる。信頼関係が築けてくると、治療の動機づけを進める。エビデンスのある治療介入である動機づけ面接、随伴性マネジメント、認知行動療法的スキルトレーニングなどに共通したスタンスは、「患者に対して敬意を払い、患者のニーズに沿った治療計画を立て、対決することなく患者の変化を促していく」というものである。

Miller, W. R.ら¹¹⁾は、治療者の共感的態度が治療効果を左右するとしている。「誰が治療するか」が、「どの治療を選択するか」よりも治療効果を左右する可能性がある。「誰が」とは、共感性が高い治療者を指す。治療技法にかかわらず、患者との良好な治療関係のうえに動機づけが進め

られ、患者に「安心できる居場所」と「信頼できる仲間」ができたときに治療効果が得られる。

III. 自傷・自殺の背景にあるもの

1. 自傷の背景と対応

自傷の背景にあるのは、使用障害と同様に人間不信と自己否定であり、患者は孤立している。自傷は「心の痛みを身体の痛みに置き換える行為」とみることができる。心の痛みへの適切な対処がわからず誰にも相談できない場合、対処法の1つとして自傷行為が起こる。自傷は、患者が不快な気持ちから一時的に解放される苦痛の除去目的の行為である³⁾。飲酒を繰り返していると耐性ができ飲酒量や頻度が増えるように、自傷行為にも耐性ができエスカレートしていく。こうしてコントロールを失っていく。

患者は自傷をやめられなくなっている。それを無理にやめさせようとすると対立を生み症状は悪化する。治療者は患者の自傷行為を責めてはいけない。責めることで患者は正直になりづらくなるため、信頼関係を築くことが困難となる。治療者は、自傷行為を繰り返す患者を責めずに気遣う。人に癒され苦痛が軽減すると自傷行為はその役割を終える。自傷行為をやめさせることよりも、患者と信頼関係を築き患者が人に癒されるようになることが優先される。この順序を間違ってはいけない。深刻な自傷行為については緊急の介入を要するが、基本は先に述べたとおり、信頼関係の構築である。

つまり、繰り返される自傷はアディクションとして捉えられる^{2,9)}ことから、自傷行為の治療戦略はアルコール使用障害のアプローチがそのまま有効となる。治療者は自傷を繰り返す患者に陰性感情をもたず、やめさせることに焦らず、囚われず、丁寧に信頼関係を築くことを優先する態度が求められる。

2. 自殺の背景と対応

アルコール使用障害と自殺には強い関連がある^{1,15)}。自殺の背景にはやはり人間不信と自己否定がある。対応として重要なことは、患者を孤立させないことである。つまり誰か一人でも患者と関係を築けており、心がつながっていることである。そのために、治療者は患者の苦痛を理解しており共感できていること、患者と治療者が問題を共有できていることが大切である。自殺企図が繰り返されるということは、誰とも心がつながっておらず絶望しているとい

うことである。治療者は患者の心の内を理解しようと最善を尽くし、患者を否定せず、落ち着いた態度で患者を思いやり、信頼関係を築いていくことに注力しなければならない。

自殺リスクの具体的な評価の実施は当然として、患者をこの世につなぎとめておけるのは、患者を尊重した「死んでほしくない」という治療者・関係者の真摯な願いであり、患者の苦痛の軽減である。治療者が患者に陰性感情をもつと、無力であるどころか患者を死に追いやってしまいかねない。「二度としてはいけない」「そんなことはやめなさい」との指摘も、患者からは突き放されたと感じられるかもしれない。「命は大切」という正論さえ、患者の苦痛に対する共感を欠いたままでは伝わらない。死にたいくらいにつらくて絶望している自殺企図患者に、説教や叱責の愚を犯してはならない。治療者は、致死的な自殺企図に注意を払いながら、患者と愚直に信頼関係を築いていくことである。死について葛藤している患者をこちら側に引き寄せられるのは、人と人との心のつながりである。そして、このことはアルコール使用障害患者、自傷患者との向き合いで同じである。

IV. アルコール使用障害患者の自傷・ 自殺企図にどう対応するか

Favazza, A. R.ら²⁾は、習慣的に自傷を繰り返す女性においては、自傷行為、アルコール・薬物乱用、摂食障害を deliberate self-harm syndrome の三主徴であるとしている。また、松本¹⁰⁾は、物質使用障害などの無意識の自傷、リストカットなどの意識的な自傷、自殺の意図が曖昧な過量服薬、狭義の自殺企図と、リスクの低い行動から高い行動への段階を自己破壊的行動スペクトラムとして捉えることを提唱している。これらを共通の背景をもつ精神科的問題であると捉えるならば、その深刻さは異なっても基本的対応は共通したものとなる。

これまで述べてきたように、アルコール使用障害の適切な治療は、そのまま患者の自傷や自殺企図に対する有効な治療になる。その中核は信頼関係の構築である。逆に信頼関係を築けると、それだけで患者は孤立から解放され、人に癒されエンパワメントされる。結果として使用障害が改善し、自傷行為が軽減され、自殺のリスクが低くなる。自傷を繰り返すことがアディクションであるなら、治療者は肅々と使用障害の適切な治療を続ければよい。さらに自殺

の最大の予防は人とつながり孤立させないことである。つまり、使用障害、自傷、自殺の個々の問題への対処ではなく、背景にある生きづらさへの包括的介入が基本となる。これはアディクションに対する適切な治療に他ならない。

患者の人間不信と自己否定を、人間「信頼」と自己「肯定」に導くために大切なことは、1) 患者に人として関心をもつ、2) 患者に敬意をもってかかわる、3) 患者をそのまま受け入れ否定しない、4) 患者と対等の立場にあると自覚する、5) 患者のよい点を繰り返し伝えることである。つまり、敬意をもって肯定的に患者と向き合うことである。

自助グループや回復施設などの回復を生み出す場では、患者は歓迎され、自尊感情を傷つけられることなく、患者の立場が尊重され、強要されることなく、対等であることを保証され、患者に選択肢が与えられる。罰ではなくごほうびが提供され、温かい雰囲気のなかで、人から受け入れられ、大切にされる。このような環境のなかで、正直になることを推奨され、飲酒を責められることなく、気遣われる。人と人との間に信頼関係が育まれ、人に癒され、勇気づけられて、エンパワメントされる。回復が進んだ人はこれから回復を望む人の手助けをする。これまで支援される側にいた患者が支援する側の役割を担う。このことの意義は大きい。患者の自己否定が自己「肯定」に代わっていくために必要な過程である。

彼らは親切であり、「仲間」と呼び合って偏見やステイグマから解放され、謙虚であり、感謝の気持ちをもっている。こうして、生きづらさを克服でき、自己肯定感をもてるようになる。心満たされ幸せを実感できる。患者は自然体で無理がなく、人として魅力的な存在になっていく。この経過で自傷や自殺のリスクはなくなっていく。治療者はこの過程から学び、取り入れられるところは積極的に活用することを提案したい。医療であっても自助グループ・回復施設であっても回復にとって大切なことは同じである¹⁷⁾。

治療者が患者に共感できない場合は、患者の生育歴・現病歴を改めてたどってみることである。虐待・いじめ・性被害などの外傷体験や多くの逆境体験を経てきたことを知るならば、患者の生きづらさを想像し共感できるのではないかだろうか。患者を支えたものは「人」ではなく「物質」であった。「物質」への依存から「人」とのつながりへ、人間不信から人間「信頼」へ、自己否定から自己「肯定」へ、孤立から信頼の「つながり」へ、これが使用障害支援の中核である。そして、この支援は先に述べたように自傷

表2 アルコール使用障害患者との治療関係の築き方

1. 患者に対して生きづらさをもつ人として向き合う
2. 患者が受診することの不安を理解し受診を歓迎する
3. 患者の秘密は守ることを保証する
4. 困っていることを聴取しその改善を治療目標とする
5. 生活史・病歴を聴取し生きづらさの背景を確認する
6. 背景にある6つの問題の有無について尋ねる
7. アルコールが果たしてきた役割・効果を確認する
8. 飲酒は孤独な自己治療ではなかったか尋ねる
9. 飲酒のコントロールを失っていないかを確認する
10. 断酒の強要や飲酒の叱責はしない
11. 断酒の希望があれば適切な断酒治療につなぐ
12. 断酒の希望がなければ害の軽減治療を提案する
13. 患者が正直な思いを話してくれたら感謝する
14. 困っていることの改善のため治療継続を提案する
15. 安心して話せる場を心がけ信頼関係を育んでいく

6つの問題点は文献12を参照。

表3 治療者として望ましいこと

1. 心身共に健康で余裕がある
2. 人を信じられ人に癒されている
3. 安心できる居場所がある
4. 治療での成功体験をもつ
5. 回復を信じられる
6. 患者を無理に変えようとしない
7. 患者を人として尊重できる
8. 患者と対等の立場にあると理解している
9. 患者に陰性感情をもたずに共感できる
10. 救世主になろうとしない

や自殺企図に対してもそのまま有効である。一般に、治療者は対応技法や薬物療法に関心が向きがちであるが、併存疾患や症状に対する薬物療法、治療プログラムなどの提供に関しても、良好な治療関係があつてはじめて意味を成すこと留意したい。

V. ハームリダクションの理念に基づいた介入の提案

ハームリダクションとは、欧州からはじまり世界に広がっている薬物問題に対する政策や実践である。薬物をやめられない、もしくはやめたくない人に対して、やめさせることよりもその害(harm)の軽減(reduction)に重きをおく人道的、現実的な理念に基づいている。わが国の物質使用障害治療がこの理念に学ぶことは多い。その理由として、1) 無理にやめさせようとしないため治療につながりやすい、2) 人権に配慮した支援を提供するため信頼関係を築きやすい、3) 敷居の低いサービスを提供するため支援につながりやすいことが挙げられる^{15,18)}。人間不信や自己否定があり孤独な自己治療として物質を使ってきた患者に対して、人権を尊重し、誤解や偏見、ステigmaから患者を守り、生きづらさを軽減する現実的な対応を行うのである。

こうした支援を通してこそ孤立した患者との間に信頼関係が築かれる。ハームリダクションは、「ダメ、ゼッタイ。」に象徴される不寛容厳罰主義のアンチテーゼとして当事者サイドから誕生した。これは、医療が匙を投げていた依存

症からの回復を求めて当事者が自助グループを立ち上げた経緯と重なる。この両者が示していることは当事者の視点に立った支援の重要性である。この理念に基づくなら、飲酒や自傷や自殺企図を無理にやめさせる試みより、その害の低減に配慮しながら信頼関係を築き、生きづらさを緩和させる姿勢を優先しなければならない。こうした生活全般を見据えた包括的な、多職種の連携による全人的な支援が、結果として自傷や自殺の予防・治療に最適の策と考えられる。

やめることを直接支援するよりも、その背景にある孤独感、自信喪失、自責感、羞恥心、人間不信、怒り、不安、抑うつ気分、悲しみ、喜びの喪失、希望の喪失、信頼感の喪失、加えて経済的問題、住居問題、生活環境問題、就労問題、家族問題など、患者を取りまく生きづらさやネガティブな要素の軽減に重きをおく。この対応は、そのまま自傷や自殺企図の治療に通じるものである。

要するに、患者の困っていることに焦点付けした治療・支援でなければならない。たとえやめられなくても、治療者のスタンスは変わることなく必要な支援を継続する。飲酒や自傷や自殺企図を「厄介な症状」としてではなく、患者にとっての「大切な支え」であったと捉える。そして、人の支援が患者に届くことによって、それらは役割を終えるのである。これまでのやめさせようとする対応が、治療者と患者の間に摩擦や対立を生み、互いを傷つけ、失望と燃え尽きを繰り返してきたのであれば、見直されなければならない。

使用障害も自傷も自殺企図も人とのかかわりにおいて回復する。治療者は、自分が家族・友人・同僚などと信頼関係を築けており、人を信じることができ、人から癒されていることが前提となる。人と信頼関係をもっている治療者が、自傷・自殺企図を伴うアルコール使用障害患者と信頼

関係を築くことができる。健康な治療者とは、患者に対して陰性感情をもたずに、敬意と親しみをもて、共感できる人である。その治療関係の具体的な築き方を表2に、治療者の望ましいあり方を表3に示す¹⁶⁾。

おわりに

アルコール使用障害も自傷も自殺も、その背景には人間不信と自己否定があり、生きづらさをかかえて孤立しているという共通点がある。すると、表面にみられる問題に個々に対処していくても、もぐらたたきのごとく解決しないであろう。根本にある生きづらさへの働きかけが不可欠であり、包括的、全人的な人の対応によってこれらの問題は改善に向かう。このことは何も特別なことではなく、精神医療の基本である。治療者は敬遠されがちな問題をもつ患者に対して、この基本に立ち返ることを忘れてはならない。

本論文内の調査研究については、埼玉県立精神医療センター倫理委員会の承認を得て実施した。

なお、本論文に関連して開示すべき利益相反はない。

文献

- 1) 赤澤正人、松本俊彦、勝又陽太郎ほか：アルコール関連問題を抱えた自殺既遂者の心理社会特徴—心理学的剖検を用いた検討—。日本アルコール・薬物医学会雑誌, 45 (2) ; 104-118, 2010
- 2) Favazza, A. R., Conterio, K. : Female habitual self-mutilators. Acta Psychiatr Scand, 79 (3) ; 283-289, 1989
- 3) Favazza, A. R. : Bodies Under Siege : Self-mutilation and Body Modification in Culture and Psychiatry, 2nd ed. Johns Hopkins University Press, Baltimore, 1996
- 4) Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., et al. : Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the lead-

ing causes of death in adults : The Adverse Childhood Experiences (ACE) study. Am J Prev Med, 14 (4) ; 245-258, 1998

- 5) Hughes, K., Bellis, M. A., Hardcastle, K. A., et al. : The effect of multiple adverse childhood experience on health : a systematic review and meta-analysis. Lancet Public Health, 2 (8) ; e356-366, 2017
- 6) 板橋登子、小林桜児、黒澤文貴ほか：小児期逆境体験が物質使用障害の重症度に及ぼす影響—不信感、被拒絶感、ストレス対処力の低下を媒介としたモデル検討—。精神経誌, 122 (5) ; 357-369, 2020
- 7) Khantzian, E. J., Albanese, M. J. : Understanding Addiction as Self Medication : Finding Hope Behind the Pain. Rowman & Littlefield, Lanham, 2008 (松本俊彦訳：人はなぜ依存症になるのか—自己治療としてのアディクション—。星和書店, 東京, 2013)
- 8) 小林桜児：物質関連障害および嗜癖性障害と小児期逆境体験。精神医学, 61 (10) ; 1151-1157, 2019
- 9) 松本俊彦、山口亜希子：自傷行為の嗜癖性について—自記式質問票による自傷行為に関する調査—。精神科治療学, 20 (9) ; 931-939, 2005
- 10) 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, p.98-105, 2009
- 11) Miller, W. R., Benefield, R. G., Tonigan, J. S. : Enhancing motivation for change in problem drinking. : a controlled comparison of two therapist styles. J Consult Clin Psychol, 61 (3) ; 455-461, 1993
- 12) 成瀬暢也：病としての依存と嗜癖。こころの科学, 182 ; 17-21, 2015
- 13) 成瀬暢也：物質使用障害とどう向き合ったらよいのか—治療総論—。精神療法, 42 (1) ; 95-106, 2016
- 14) 成瀬暢也：アルコール依存症治療革命。中外医学社, 東京, p.125-133, 2017
- 15) 成瀬暢也：ハームリダクションアプローチ—やめさせようとしてない依存症治療の実践—。中外医学社, 東京, p.64-75, 2019
- 16) 成瀬暢也：厄介で関わりたくない精神科患者とどうかかわるか。中外医学社, 東京, p.161-171, 2021
- 17) 成瀬暢也：厄介で関わりたくないアルコール依存症患者とどうかかわるか。中外医学社, 東京, p.126-139, 2023
- 18) 成瀬暢也：ハームリダクションに学ぶ治療関係の構築について。精神経誌, 126 (5) ; 328-335, 2024

How to Respond to Self-Harm and Suicide Attempt in Patients with Alcohol Use Disorder

Nobuya NARUSE

Saitama Prefectural Psychiatric Hospital

Alcohol use disorder patients have often experienced traumatic or adverse events in their upbringing, making them prone to self-harm and suicide. These behaviors are often associated with “mistrust of others” and “self-denial ;” thus, alcohol use disorder is considered a “disease of isolation.” From this perspective, alcohol abuse can be considered as “lonely self-medication by people who are unable to be comforted by others and find it difficult to live.” Such patients are likely to have been deeply hurt, causing them to become distrustful of people and have low self-esteem. Distrust of people and self-denial are associated with self-harm behaviors, especially for patients that feel isolated. If people are not comforted by others, self-harm occurs as a way to deal with emotional pain. Repeated self-harm is seen as an addiction. If this problem becomes more serious, patients may commit suicide. Emotional connection with others may stop patients who are struggling with the suicidal ideation. Matsumoto divided self-destructive behavior into four stages, which describe a spectrum of self-destructive behaviors : unconscious self-harm, such as substance use disorder ; conscious self-harm ; overdosing with unclear intention to commit suicide ; and attempting suicide. If these issues are understood as stemming from a common underlying background, the appropriate response is not to address alcohol use disorder, self-harm, and suicide as separate problems, but rather to provide comprehensive and holistic support that targets difficulties in living as the root cause. This is considered an appropriate therapeutic intervention for addiction. In order to lead patients to “human trust” and “self-affirmation,” it is necessary to : 1) be interested in the patient as a person, 2) treat the patient with respect, 3) accept the patient as they are without denying them, 4) be aware that the therapist is on an equal footing with the patient, and 5) repeatedly convey the good points of the patient to them. Furthermore, it is recommended to respond in accordance with the principles of harm reduction by : 1) not forcing the patient to quit, 2) providing support that takes human rights into consideration, and 3) providing services that are easy to use. Therapists can build a trusting relationship with patients with alcohol use disorder accompanied by self-harm and suicide attempt. It is important for therapists to respect, be familiar with, and empathize with patients.

Author's abstract

Keywords

alcohol use disorder, self-harm, suicide, therapeutic relationships, harm reduction