

青少年の希死念慮、自殺企図に関する
心理社会的・精神医学的諸要因の包括的研究
(課題番号：16530446)

平成16年度～平成18年度科学研究費補助金
(基盤研究(C)(2))研究成果報告書

平成19年3月

研究代表者 村瀬聡美

名古屋大学 発達心理精神科学教育研究センター 助教授

はしがき

昨今、子どものこころの問題が深刻さを増している。特に、昨年末から、いじめによる児童青年の自殺の問題が急速にクローズアップされてきている。また自殺にまでは至らないまでも、リストカットをはじめとして、自分の身体を傷つける子どもたちも後を絶たない。このような憂慮すべき事態であるにもかかわらず、子どもたちの希死念慮および自殺企図に関する実証的な研究は非常に数少ないのが現状である。研究代表者は、かつて総合病院に精神科医師として勤務しており、重篤な自殺企図を行い集中治療室で治療を受けた数多くの成人、青年に接してきた。

本報告書の第一部は、重篤な自殺企図を行った青年のケーススタディである。ここで明らかになった自殺企図に関する諸要因は、第二部における研究の基となった。既に論文化されているので、最後に資料として添付した。第二部では、児童精神科外来患者を対象とした希死念慮、自殺企図に関する質問紙調査および面接調査の結果を報告した。

本研究は、このような子どもたちを理解し、援助するための一助となるよう、予後調査も含めて今後とも継続していく予定である。

研究組織

研究代表者：村瀬聡美（名古屋大学発達心理精神科学教育研究センター助教授）

研究分担者：本城秀次（名古屋大学発達心理精神科学教育研究センター教授）

研究分担者：金子一史（名古屋大学発達心理精神科学教育研究センター助教授）

研究分担者：野邑健二（名古屋大学医学部附属病院助手）

研究分担者：村上隆（名古屋大学教育発達科学研究科教授）

研究協力者：大村豊（愛知県立城山病院）

研究協力者：笹川佑記（名古屋大学教育発達科学研究科博士前期課程1年）

研究協力者：野田紗矢香（名古屋大学教育発達科学研究科博士前期課程1年）

交付決定額（配分額）

（金額単位：円）

	直接経費	間接経費	合 計
平成 16 年度	700,000	0	700,000
平成 17 年度	600,000	0	600,000
平成 18 年度	500,000	0	500,000
総計	1,800,000	0	1,800,000

研究発表

(1) 雑誌論文

Murase S, Honjo S, Kaneko H, Arai S, Nomura K, Hashimoto O, Ohta T (2004)
Clinical characteristics of serious Japanese adolescent suicide-attempters admitted
to an intensive care ward. Jap J Child Adolesc Psychiatr 45(Suppl):25-34

濱田祥子 村瀬聡美（印刷中）中学生の自傷行為に関する予備的研究—これまでの研
究の流れと予備的な調査結果の報告— 心理臨床—名古屋大学心理発達相談室紀要—

(2) 口頭発表

村瀬聡美 太田龍朗. 青年期における重篤な自殺企図者の臨床的な特徴. 第 45 回日
本心身医学会総会 2004 年 6 月 5 日 北九州市

笹川佑記、村瀬聡美、金子一史 大学生の自殺態度に関する研究：メランコリー型性
格と自己開示の観点から 第 47 回日本児童青年精神医学会総会 2006 年 10 月 20 日
浦安市

研究成果

I. 重篤な自殺企図を行った青年のケーススタディ

(cf. 添付資料 出典 : Murase S, Honjo S, Kaneko H, Arai S, Nomura K, Hashimoto O, Ohta T (2004) Clinical characteristics of serious Japanese adolescent suicide-attempters admitted to an intensive care ward. Jap J Child Adolesc Psychiatr 45(Suppl):25-34)

1. 目的

我が国において、青年の自殺は、成人同様増加している。自殺企図は自殺の最も重要な予測因子の一つであるが、我が国において青年の重篤な自殺企図に焦点を当てた研究は皆無である。

2. 方法

生命に危険の及ぶような非常に重篤な自殺企図をし、総合病院の集中治療室に入院を余儀なくされた18歳未満の青年を精神医学的に面接し、評価した。3年間の研究期間中に上記条件に該当した対象者は8名であった。

3. 結果

対象者の平均年齢は 16 ± 2.1 歳であった。6名(75%)が女性、2名(25%)が男性であった。最も多く認められた自殺企図の手段は、向精神薬の大量服用であった。8名中6名がうつ病と診断されたが、物質乱用と診断された青年は皆無であった。家族関係の問題を有し、うつ病および境界性パーソナリティ障害と診断された青年は、入院前にも自殺企図を行っており、入院時面接でも希死念慮は持続していた。さらに、そのような青年では、6か月以内に集中治療室に再入院となる等、重篤な自殺企図を繰り返しやすい傾向が認められた。

4. 考察

本研究では、入院時面接でうつ病と診断される者が最も多かった。入院前より既に精神科にて向精神薬の投与を受けている者が多く、それが自殺企図の手段として用いられていた。諸外国では、アルコール等の影響により衝動コントロールが悪くなり、発作的に自殺を企てることが多いとの報告が見られるが、本研究では自殺企図時に飲酒をしていた青年および物質乱用と診断された青年は皆無であった。これは、本研究の対象者は、飲酒の影響がなくても衝動性が高いということの意味しており、精神病理の重篤さを反映している可能性があると考えられた。

従来の我が国における研究では、学校問題が最も高頻度に認められるストレスサ一であったが、本研究では、家族の問題を挙げた者が最も多かった。諸外国における報告のように明らかな虐待を報告した者はなかったが、情緒的要求に対して応えられない家族が多い傾向があった。この点に関しては、今後、さらに詳細な検討が必要であると考えられた。

II. 児童精神科外来患者を対象とした質問紙調査および面接調査

1. 目的

本研究は、児童精神科外来を受診した情緒障害をもつ児童青年を対象として、希死念慮、自殺企図の実態とそれに関連する心理社会的、精神医学的諸要因について、明らかにすることを目的として行われた。

世界的規模で見ると、ほとんどの国で自殺は児童青年の死因の上位 5 番以内に入っているが、死因の 1 位か 2 位にランクされる国も少なくない。この問題は、現在 WHO（世界保健機関）が重点的に取り組んでいるが、さらに各国が共同で取り組むべき問題とされている。わが国でも、自殺は児童青年の死因の第二位を占めている。また、心理治療を求めて来談あるいは精神科を受診する自殺未遂者も年々低年齢化・増加傾向にあることから、自殺および自殺企図は、児童青年のメンタルヘルスにおける最も重要なテーマの一つであると考えられる。その重要性にもかかわらず、わが国には、これらに関する研究の蓄積がほとんど認められない。自殺には、社会的、文化的、宗教的、人種的な背景が密接に関連するため、わが国独自の臨床的、実証的な研究が不可欠である。わが国において、児童青年の自殺に関しては、症例報告は散見されるが、多数例を扱った実証的な研究としては、1980 年代に北村ら(1981、1982、1983)による、後方視的なカルテ調査に基づく一連の研究があるのみである。20 年近く前のデータをもとに現状を類推し、自殺予防に役立てることは不可能に近い。さらに、我々は、救急病棟に入院を余儀なくされた重篤な自殺企図者に関する研究(Murase et. al., 2003)を行う中で、児童青年の自殺企図が、うつ病や家族の問題と密接な関連がある可能性を示したが (Murase et. al., 2004)、多数例を用いた実証的な検討はいまだ行われていない。

自殺企図は、自殺の最も強力な予測因子であると考えられている。さらに、うつ病等の精神疾患に罹患している児童青年では、自殺率が極めて高くなることも諸外国では既に報告されている。そこで、今回、我々は、児童精神科外来を受診した情緒障害をもつ児童青年を対象に、希死念慮および自殺企図と精神病理学的な特徴—特に、諸外国における先行研究において自殺のリスクファクターとされる抑うつや物質乱用などの精神医学的な要因と同時に、虐待などの養育環境や養育者の抑うつ、

家庭の機能不全、児童青年を取り巻く家庭や学校環境で発生するストレスフルなライフイベント、ソーシャルサポートの有無など心理社会的な諸因子の影響についても包括的に検討を行うこととした。さらに、本研究においては、構造化面接法や質問紙法など、厳密な心理学的測定の方法を用いることで、本研究を国際間比較の俎上に上げることが可能であり、本研究によって得られた知見は、児童青年の自殺予防対策を立てる上で、わが国における貴重な実証的、基礎的データとなると考えられる。

2. 方法

1) 対象：平成16年6月から平成19年3月までに、某大学医学部附属病院児童精神科および某公立精神病院を初診した10歳以上19歳未満(小学5年生から高校3年生まで)の情緒障害児およびその親(主養育者)を対象として、初診医が通常の診察(臨床面接、臨床診断)を行った後で、本研究の趣旨を書面および口頭で十分説明し、研究協力の意思を表明した親子に対して、親および子どもから同意書を取得した。

2) 面接調査：親・子を対象として児童青年を対象とした構造化面接であるChIPS(Children's Interview for Psychiatric Syndromes)日本語版を実施した。ChIPS日本語版は村瀬らが作成し、バックトランスレーションを経て、著者であるWeller, E.から使用許可を得た。ChIPS面接法の実施に先立ち、金子が渡米し、著者であるWeller, E.から直接、ChIPS面接法のトレーニングを受けた。ChIPS日本語版は、児童青年(子ども版)およびその親(親版)に対して、同じ時間帯に別々の面接者が実施した。面接は、事前に十分なトレーニングを受けた心理学修士、あるいは同等のレベルにある大学院生が担当した。ChIPSの信頼性・妥当性を評価するために、被験者の同意のもとに、面接の録音を行った。さらに、翻訳者から使用許可を得た上で、K-SADSのうつ病性障害の中の質問項目を利用し、希死念慮、自殺企図の有無を調査した。

3) 質問紙調査：質問紙に関しては、親版と子ども版(10-11歳用と12歳以上用

を2種類)を用意した。いずれの質問紙も著作権を確認後、使用した。

親版の質問紙構成(全148項目)は以下の通りであった。

FAD (Family Assessment Device) 日本語版は、60項目から成る家族機能を測定する尺度である。各質問項目は、よくあてはまる=1点、大体あてはまる=2点、あまりあてはまらない=3点、ほとんどあてはまらない=4点のうちから、答えを一つ選ぶことになっている。問題解決、意思疎通、役割、情緒的反応、情緒的関与、行動統制という6つの機能次元と全般的機能に関して、平均得点を算出する。平均得点が高いほど、その領域の家族機能が低下していると判定される。大学生とその家族を対象としたFAD日本語版(佐伯ら、1997)における各機能次元の平均値は以下のとおりである(問題解決=2.1±0.56、意思疎通=2.0±0.51、役割=2.0±0.44、情緒的反応=2.2±0.57、情緒的関与=2.2±0.48、行動統制=2.1±0.48、全般的機能=1.9±0.51)。

DSQ (Defense Style Questionnaire) 日本語版は、42項目から成り、成人における防衛機制を測定する尺度である。防衛機制は、未熟な防衛(投影、受動攻撃、行動化、隔離、価値下げ、自閉的空想、否認、置き換え、解離、分裂、合理化、身体化)、神経症的な防衛(打消し、エセ愛他主義、理想化、反動形成)、成熟した防衛(昇華、ユーモア、予測、抑制)3つに大別される。未熟な防衛全体の得点を足し、項目数(24項目)で割り、未熟な防衛全体のスコアとして報告される。神経症的な防衛全体のスコア(8項目)、成熟した防衛全体のスコア(8項目)も同様に報告される。下位項目についてもスコアが6以上のものが報告される。虚偽検知項目は、2項目ある。得点が5以下が0項目ならA(=率直に回答されている)、5以下が1項目ならB(=社会的望ましさの影響がややある)、5以下が2項目ならC(=社会的望ましさの影響が強く認められる)と報告される(中西、1998)。

SDQ (Strengths and Difficulties Questionnaire) 日本語版は25項目から成り、親からみた子どもの問題行動を測定する尺度である。あてはまる=2点、まああてはまる=1点、あてはまらない=0点とし、5つのスケール(情緒的症狀スケール、行動上の問題スケール、過活動スケール、友達関係スケール、社会性スケール)の合計得点(0点~10点)と全般的な困難度に関して、合計得点を算出する(Goodman et.al.,1998)。イギリス、アメリカ、スウェーデンなどで正常値、異常値が算出されている。日本におけるSDQの得点に関する研究は未だ成されていない。参考までにイギリスで得られた正常値、異常値の基準を記すと、情緒=0-3が正常(異常は5以上)、行動=0-

2 (異常は 4 以上)、過活動 = 0 - 5 (異常は 7 以上)、友達 = 0 - 2 (異常は 4 以上)、社会性 = 6 - 10 (異常は 0 - 4)、全般的な困難度 = 0 - 13 (17 以上は異常) となっている。

BDI (Beck Depression Inventory) 日本語版は、21 項目から成り、成人の抑うつを測定する尺度であり、合計得点は 0 点から 63 点である。Beck は明確な基準を示していないが、9 点まではうつ病は認められず、10 から 18 点で軽症から中等症、19 から 29 点で中等症から重症、30 点以上で重症うつ病と診断できると報告している。日本語版 (狭間、1989) の妥当性を検討した研究 (うつ病群と健常群との比較) によれば、臨床的なカットオフ値を 11 点とすると感度が 90%とされている。その他にも、カットオフ値は 13 点、16 点が至適とする研究もある。

子ども版 (10-11 歳用) の質問紙 (全 47 項目) 構成は以下の通りであった。

STAIC (State and Trait Anxiety Inventory for Children) 日本語版は、20 項目から成り、子どもの不安を測定する尺度である。今回は、特性不安のみを測定した。

はい = 3 点、すこし = 2 点、いいえ = 1 点として合計得点 (20 点 ~ 60 点) を出すことになっている。日本における臨床的なカットオフポイントは、十分研究されていないが、一般児童を対象として実施した研究 (Yoshizumi et.al., 2004) における正常群の平均 (N = 299) は、 36.1 ± 8.2 であった。

CDI (Children's Depression Inventory) 日本語版は 27 項目から成り、子どもの抑うつを測定する尺度であり、合計得点は、0 点から 54 点の間の値をとる。日本の児童青年における臨床的なカットオフポイントは、22 点 (村田ら、1989) である。

子ども版 (12 歳以上用) の質問紙 (全 153 項目) 構成は以下の通りであった。

FAD (Family Assessment Device) 日本語版は、60 項目から成る家族機能を測定する尺度である。詳細は前記したとおりである。

SSQ-6 日本語版 (Social Support Questionnaire-6) は 6 項目から成り、精神的な支えになっている人について尋ねる尺度である。それぞれの項目は A) 数を尋ねる下位項目と B) 満足度を尋ねる下位項目とに分かれているおり、A) 数の平均値と B) 満足度の平均値が算出される。SSQ-6 日本語版 (Furukawa et.al., 1999) における 20 代の正常群の数の平均 = 4.44 ± 1.64 、満足度の平均 = 5.05 ± 0.59 であり、患者群における数の平

均=3.03±1.76、満足度の平均=4.47±1.08 である。

RSES (Rosenburg's Self Esteem Scale) 日本語版は 10 項目から成り、自尊感情(自尊心)を測定する尺度である。あてはまる=5 点、ややあてはまる=4 点、どちらともいえない=3 点、ややあてはまらない=2 点、あてはまらない=1 点として合計得点(10 点~50 点)を出すことになっている。

A-DES (Adolescent Dissociative Experience Scale) 日本語版は 30 項目から成り、思春期青年期の解離症状を測定する尺度である。各項目の得点を合計し、項目数で割り、得点を算出する。原著者は、37 点からが病理性が疑われるとしている。日本における臨床的なカットオフポイントは、十分研究されていない。一般児童を対象として実施した研究 (Yoshizumi et.al., 2004) における正常群の平均 (N=299) は、20.1±15.8 であった。

STAIC (State and Trait Anxiety Inventory for Children) 日本語版は、20 項目から成り、子どもの不安を測定する尺度である。詳細については前記したとおりである。

CDI (Children's Depression Inventory) 日本語版は 27 項目から成り、子どもの抑うつを測定する尺度である。詳細については前記したとおりである。

4) 希死念慮や自殺企図に関連する諸要因の分析に関しては、希死念慮や自殺企図の有無により、対象者をグルーピングし、精神病理学的な特徴、養育者の抑うつ程度などとの関連性を比較検討し、希死念慮を訴えたり自殺を企てたりしやすい児童青年の特徴を抽出していくこととした。

なお、本研究のプロトコールは、名古屋大学医学部倫理委員会にて承認されている(実施責任者：村瀬聡美、課題名：子どものこころの問題に関する研究—児童青年精神科患者の希死念慮・自傷行為—)。

3. 結果

2004 年 6 月から 2007 年 3 月までに某大学医学部附属病院児童精神科を初診した 10 歳以上 18 歳未満の児童青年のうち、本研究に関する書面での同意を親子ともに得られたのは 90 組であった。2005 年 8 月から現在までに、某公立精神病院を初診した 10 歳以上 18 歳未満の児童青年のうち、本研究に関する書面での同意を

親子ともに得られたのは16組であった。上記研究期間内に合計106組の研究協力が得られた。106組のうち、調査面接日当日のキャンセルや質問紙における回答に著しい不備のあった対象親子を除いた合計82組の親子を本報告書での対象者とした。本研究に参加した子どもの平均年齢は13.70±2.11歳であった。男児32名、女児50名であり男女比は、約2対3であった。

面接調査により、希死念慮および自殺企図の有無を調査した。子どもの面接調査により、子ども自身が希死念慮を有していると報告した者（以後、希死念慮あり群）は25名（33.3%）、有していないと報告した者（以後、希死念慮なし群）は50名（66.7%）であった。子ども自身が自殺企図を行っているとして報告した者（以後、自殺企図あり群）は11名（15.1%）、行っていないと報告した者（以後、自殺企図なし群）は62名（84.9%）であった。

まず、希死念慮あり群、なし群の2群間で子どもおよび親の質問紙得点を比較した。表1に示したように、子どもの質問紙得点については、SSQ-6（友人数）、RSESにおいては、なし群があり群より統計学的に有意に高値を示した（ $p < .001$ ）。またSSQ-6（満足度）については、なし群があり群より統計学的に有意に高値を示した（ $p < .05$ ）。STAIC、CDIのいずれにおいても、あり群がなし群より統計学的に有意に高値を示した（ $p < .001$ ）。一方、親の質問紙得点については、いずれの質問紙得点においても、あり群となし群との間に統計学的有意差は認められなかった。

表1. 希死念慮あり群、なし群の子どもの質問紙得点

質問紙	質問紙得点				自由度	t値	p
	念慮なし		念慮あり				
FAD (問題解決)	2.62±.66	36人	2.76±.58	21人	55	0.84	n.s.
FAD (意思疎通)	2.50±.47	36	2.50±.38	21	55	0.02	n.s.
FAD (役割)	2.30±.45	36	2.31±.43	21	55	0.07	n.s.
FAD (情緒的反応)	2.46±.67	35	2.42±.61	22	55	0.19	n.s.
FAD (情緒的関与)	2.27±.57	36	2.11±.41	21	55	1.10	n.s.
FAD (行動統制)	2.36±.52	35	2.46±.39	20	53	0.75	n.s.
FAD (全般的機能)	2.26±.55	35	2.45±.55	21	54	1.23	n.s.
SSQ-6 (数)	3.80±2.59	35	1.78±1.18	23	51.1	4.02	<.001
SSQ-6 (満足度)	4.76±.92	34	4.06±1.30	21	53	2.33	<.05
RSES	28.03±6.78	36	20.91±7.00	22	56	3.84	<.001
A-DES	25.90±18.09	36	34.62±20.90	21	55	1.66	n.s.
STAIC	41.38±8.65	45	49.88±7.16	25	68	4.18	<.001
CDI	20.47±9.00	45	30.74±7.34	23	66	4.73	<.001

自殺企図あり群、なし群の2群間で子どもおよび親の質問紙得点を比較した。表2. に示したように、子どもの質問紙得点については、A-DES、STAIC、CDIのいずれにおいても、あり群がなし群より統計学的に有意に高値を示した ($p < .001$)。また RSES については、なし群があり群より統計学的に有意に高値を示した ($p < .01$)。一方、親の質問紙得点については、DSQにおける解離については、なし群があり群より統計学的に有意に高値を示した ($p < .001$)。また、DSQにおける身体化、SDQにおける社会性のいずれにおいても、あり群がなし群より統計学的に有意に高値を示した ($p < .05$)。

表2. 自殺企図あり群、なし群の子どもの質問紙得点

質問紙	質問紙得点				自由度	t値	p
	企図なし		企図あり				
FAD (問題解決)	2.63±.63	47人	3.00±.50	8人	53	1.54	n.s.
FAD (意思疎通)	2.49±.44	47	2.69±.33	8	53	1.25	n.s.
FAD (役割)	2.31±.45	47	2.41±.36	8	53	0.59	n.s.
FAD (情緒的反応)	2.45±.65	46	2.67±.42	9	53	0.98	n.s.
FAD (情緒的関与)	2.25±.54	47	2.13±.39	8	53	0.61	n.s.
FAD (行動統制)	2.38±.50	45	2.53±.35	8	51	0.79	n.s.
FAD (全般的機能)	2.31±.54	46	2.69±.45	8	52	1.89	n.s.
SSQ-6 (数)	3.32±2.49	46	1.82±1.21	10	54	1.85	n.s.
SSQ-6 (満足度)	4.54±1.07	45	4.21±1.44	8	51	0.78	n.s.
RSES	26.60±7.50	47	18.56±4.72	9	54	3.09	<.01
A-DES	25.65±17.40	47	50.71±20.46	8	53	3.68	<.001
STAIC	42.47±8.77	57	53.36±4.54	11	27.0	6.06	<.001
CDI	22.21±9.07	57	35.00±7.37	9	64	4.02	<.001

希死念慮のみを呈する子どもたちと希死念慮・自殺企図双方を呈する子どもたちとの違いを検討するために、子どもの質問紙得点を両群間で比較したところ (表3.)、A-DES ($p < .01$)、STAIC、CDI ($p < .05$) のいずれにおいても、希死念慮・自殺企図双方を呈する群の方が希死念慮のみを呈する群より統計学的に有意に高値を示した。

表3. 希死念慮あり・企図なし群と念慮あり・企図あり群の質問紙得点

質問紙	質問紙得点				自由度	t値	p
	念慮あり・企図なし		念慮あり・企図あり				
FAD (問題解決)	2.70±.58	11人	3.00±.50	8人	17	1.19	n.s.
FAD (意思疎通)	2.46±.33	11	2.69±.33	8	17	1.49	n.s.
FAD (役割)	2.34±.45	11	2.41±.36	8	17	0.36	n.s.
FAD (情緒的反応)	2.41±.62	11	2.67±.42	9	18	1.07	n.s.
FAD (情緒的関与)	2.18±.42	11	2.13±.39	8	17	0.30	n.s.
FAD (行動統制)	2.48±.43	10	2.53±.35	8	16	0.27	n.s.
FAD (全般的機能)	2.45±.49	11	2.69±.45	8	17	1.09	n.s.
SSQ-6 (数)	1.80±1.30	11	1.82±1.21	10	19	0.03	n.s.
SSQ-6 (満足度)	3.86±1.23	11	4.21±1.44	8	17	0.56	n.s.
RSES	21.91±8.15	11	18.56±4.72	9	18	1.09	n.s.
A-DES	24.82±15.69	11	50.71±20.46	8	17	3.13	<.01
STAIC	46.58±8.31	12	53.36±4.54	11	21	2.40	<.05
CDI	28.75±5.99	12	35.00±7.37	9	19	2.15	<.05

C-ChIPSにより得られた子どもの精神科診断を表4．表5．に示した。

表4．に示したように、希死念慮を有する群で最も多く認められた精神科診断名は、大うつ病性障害（19名、63.3%）、全般性不安障害（13名、43.3%）、精神病（11名、36.7%）、社会恐怖（8名、26.7%）、反抗挑戦性障害（8名、26.7%）、恐怖症（8名、26.7%）、統合失調症（7名、23.3%）、分離不安性障害（7名、23.3%）、強迫性障害（7名、23.3%）、注意欠陥多動性障害（7名、23.3%）、外傷後ストレス障害（5名、16.7%）、行為障害（5名、16.7%）、物質乱用（2名、6.7%）、気分変調性障害（2名、6.7%）、急性ストレス性障害（1名、3.3%）、過食症（1名、3.3%）の順であった。ただし、反抗挑戦性障害（14名、25.1%）、恐怖症（16名、28.6%）、注意欠陥多動性障害（14名、25.0%）、行為障害（10名、17.9%）、気分変調性障害（3名、5.4%）、過食症（2名、3.6%）は、希死念慮を有しない群においても希死念慮を有する群と同程度の割合で認められた。

表5．に示したように、自殺企図を有する群で最も多く認められた精神科診断名は、大うつ病性障害（9名、69.2%）、社会恐怖（6名、46.2%）、全般性不安障害（6名、46.2%）、統合失調症（5名、38.5%）、強迫性障害（5名、38.5%）、恐怖症（5名、38.5%）、分離不安性障害（4名、30.8%）、精神病（4名、30.8%）、注意欠陥多動性障害（4名、30.8%）、外傷後ストレス障害（3名、23.1%）、反抗挑戦性障害（3名、23.1%）、行為障害（2名、15.4%）、急性ストレス性障害（1名、7.7%）、気分変調性障害（1名、7.7%）の順であった。ただし、反抗挑戦性障害（19名、27.1%）、恐怖症（19名、27.1%）、注意欠陥多動性障害（17名、24.3%）、行為障害（13名、18.6%）、気分変調性障害（4名、5.7%）は、自殺企図を有しない群においても自殺企図を有する群と同程度の割合で認められた。

子どもは希死念慮があると報告しているのに、親は子どもの希死念慮に気づいていない場合（不一致群）の親の特徴と子どもの特徴を調べるために、親子ともに一致して希死念慮があると報告している群（念慮あり一致群）との比較を試みた。親の質問紙得点については、いずれの質問紙得点においても、念慮あり一致群と不一致群との間に統計学的有意差は認められなかった。

表 4. 希死念慮を有する子どもの精神科診断

	希死念慮			
	念慮あり		念慮なし	
	(人)	(%)	(人)	(%)
大うつ病性障害	19	63.3	14	25.0
全般性不安障害	13	43.3	11	19.6
精神病	11	36.7	8	14.3
社会恐怖	8	26.7	3	5.4
反抗挑戦性障害	8	26.7	14	25.0
恐怖症	8	26.7	16	28.6
統合失調症	7	23.3	3	5.4
分離不安性障害	7	23.3	6	10.7
強迫性障害	7	23.3	6	10.7
注意欠陥多動性障害	7	23.3	14	25.0
外傷後ストレス障害	5	16.7	4	7.1
行為障害	5	16.7	10	17.9
物質乱用	2	6.7	0	0.0
気分変調性障害	2	6.7	3	5.4
急性ストレス障害	1	3.3	0	0.0
過食症	1	3.3	2	3.6
軽躁病	0	0.0	1	1.8
遺尿症	0	0.0	2	3.6
拒食症	0	0.0	4	7.1
躁病	0	0.0	0	0.0
遺糞症	0	0.0	0	0.0

表5. 自殺企図を有する子どもの精神科診断

	自殺企図			
	企図あり		企図なし	
	(人)	(%)	(人)	(%)
大うつ病性障害	9	69.2	22	31.4
社会恐怖	6	46.2	5	7.1
全般性不安障害	6	46.2	16	22.9
統合失調症	5	38.5	4	5.7
強迫性障害	5	38.5	8	11.4
恐怖症	5	38.5	19	27.1
分離不安障害	4	30.8	9	12.9
精神病	4	30.8	15	21.4
注意欠陥多動性障害	4	30.8	17	24.3
外傷後ストレス障害	3	23.1	6	8.6
反抗挑戦性障害	3	23.1	19	27.1
行為障害	2	15.4	13	18.6
急性ストレス障害	1	7.7	0	0.0
気分変調性障害	1	7.7	4	5.7
軽躁病	0	0.0	1	1.4
物質乱用	0	0.0	2	2.9
遺尿症	0	0.0	2	2.9
過食症	0	0.0	3	4.3
拒食症	0	0.0	4	5.7
躁病	0	0.0	0	0.0
遺糞症	0	0.0	0	0.0

子どもの特徴に関しては(表6.)、念慮あり一致群の方が、不一致群に比べて、RSES 得点は統計学的に有意に低く ($p < .05$)、STAIC 得点は有意に高かった ($p < .05$)。

表6. 親が気づかない希死念慮：子どもの特徴

質問紙	質問紙得点				自由度	t値	p
	不一致I群(子>親)		念慮あり一致群				
FAD(問題解決)	2.82±.64	11人	2.69±.69	6人	15	0.37	n.s.
FAD(意思疎通)	2.58±.40	11	2.39±.36	6	15	0.95	n.s.
FAD(役割)	2.31±.44	11	2.38±.52	6	15	0.31	n.s.
FAD(情緒的反応)	2.47±.64	11	2.36±.68	6	15	0.33	n.s.
FAD(情緒的関与)	2.13±.33	11	2.19±.58	6	15	0.28	n.s.
FAD(行動統制)	2.52±.46	11	2.44±.34	6	15	0.33	n.s.
FAD(全般的機能)	2.50±.57	11	2.44±.65	6	15	0.18	n.s.
SSQ-6(数)	1.78±.97	12	2.25±1.34	6	16	0.86	n.s.
SSQ-6(満足度)	4.06±1.31	11	4.25±1.68	6	15	0.26	n.s.
RSES	23.17±6.55	12	14.83±3.60	6	16	2.88	<.05
A-DES	30.58±17.99	11	45.89±24.23	6	15	1.49	n.s.
STAIC	49.79±5.91	14	54.33±2.58	6	17.9	2.39	<.05
CDI	29.77±7.00	13	36.17±5.15	6	17	2.00	n.s.

子どもは自殺企図があると報告しているのに、親は子どもの自殺企図に気づいていない場合(不一致群)の親の特徴と子どもの特徴を調べるために、親子ともに一致して自殺企図があると報告している群(企図あり一致群)との比較を試みた。親の質問紙得点については、DSQにおけるエセ愛他主義、反動形成、神経症的防衛のいずれにおいても、不一致群の方が、企図あり一致群に比べて統計学的に有意に高値を示した(それぞれ $p < .05$ 、 $p < .01$ 、 $p < .01$)。

子どもの特徴に関しては(表7.)、企図あり不一致群の方が、一致群に比べて、RSES 得点は統計学的に有意に高く ($p < .05$)、A-DES 得点は有意に低かった ($p < .05$)。

表7. 親が気づかない自殺企図：子どもの特徴

質問紙	質問紙得点				自由度	t値	p
	不一致I群(子>親)		症状あり一致群				
FAD(問題解決)	3.10±.53	5	3.08±.35	2	5	0.04	n.s.
FAD(意思疎通)	2.80±.35	5	2.67±.16	2	5	0.50	n.s.
FAD(役割)	2.51±.43	5	2.23±.19	2	5	0.85	n.s.
FAD(情緒的反応)	2.63±.51	5	2.75±.35	2	5	0.29	n.s.
FAD(情緒的関与)	2.31±.31	5	1.86±.40	2	5	1.65	n.s.
FAD(行動統制)	2.67±.38	5	2.33±.16	2	5	1.16	n.s.
FAD(全般的機能)	2.78±.54	5	2.67±.24	2	5	0.28	n.s.
SSQ-6(数)	1.64±1.10	6	2.42±.12	2	5.3	1.71	n.s.
SSQ-6(満足度)	3.83±1.75	5	4.75±.59	2	5	0.69	n.s.
RSES	20.50±4.64	6	15.00±1.41	2	5.9	2.57	<.05
A-DES	39.67±15.02	5	74.17±15.79	2	5	2.72	<.05
STAIC	52.86±5.67	7	55.50±.71	2	7	0.63	n.s.
CDI	33.67±8.45	6	38.50±6.36	2	6	0.73	n.s.

4. 考察

情緒的な問題を呈して児童精神科外来を受診した児童青年のうち、希死念慮があると報告した者は 33.3%、自殺企図を行っているとは報告した者は 15.1%にのぼった。質問紙得点で比較した場合、特に、希死念慮あり・自殺企図あり群の児童青年における精神病理が最も重篤であることが示された。正常サンプルによる先行研究と比較した場合、本研究における希死念慮なし・自殺企図なし群の A-DES、STAIC、CDI の平均得点がいずれも正常サンプルの平均から 1 標準偏差を超えない値を示した一方で、希死念慮あり・自殺企図あり群の A-DES、STAIC、CDI の平均得点は、いずれもクリニカルカットオフ・ポイントをはるかに超えていることが示された。特に、希死念慮の有無においては問題とならなかった A-DES 得点が、自殺企図の有無における 2 群間の差異を最も際立たせていることが明らかとなった点は重要な知見であると考えられた。

精神医学的観点からは、希死念慮、自殺企図を呈する群に最も多く見られた精神科診断は、大うつ病性障害、全般性不安障害、精神病（ChIPS で診断される精神病とは、統合失調症の診断基準を満たさない精神病症状のある者を指す）、社会恐怖、統合失調症であった。気分障害や精神病が自殺企図のリスクファクターであることは、諸外国における報告と同様であった。しかしながら、諸外国では、リスクファクターとされている物質乱用や行為障害は、本研究の対象者においては、自殺企図者に特徴的に認められるとは言えなかった(Gould et al., 2003)。これは、Murase et.al.(2004) の症例研究の結果とも一致している。これが我が国における自殺企図者全般の特徴と言えるか否かについては、今後、さらに多施設における検討が必要であると考えられた。

「なぜあの子が自殺したのか？」等、周りの人々、特に親が捉えきれない子どもの希死念慮、自殺企図について検討することは、自殺予防の観点からも重要であると考えられたため、本研究において分析を試みた。その結果、子どもの特徴としては、精神病理が重篤になり（特に希死念慮における子どもの不安、自殺企図における子どもの解離）、自尊心が損なわれないと親は子どもの希死念慮や自殺企図に気づかれにくいことが示された。また子どもの自殺企図を気づかない親の特徴としては、親自身が神経症的な防衛を使っている可能性があることが示された。しかしながら、分析の対象となったサンプル数が少ないことから、結果の解釈は慎重に行うべきであるとも

考えられた。今後、対象者数を増やし、さらなる検討を続ける必要がある。

希死念慮は自殺企図に先行し、さらに自殺企図は自殺の重要なリスクファクターであるとの観点から、本研究を実施した。その結果、自殺企図を行う児童青年の心理学的、精神医学的特徴が明らかになった。すなわち、希死念慮・自殺企図の双方を報告している者の精神病理は重篤であり、特に、解離が自殺企図を行う者を特徴づけていた。また児童青年が希死念慮や自殺企図を有していても親が気づかない場合としては、子どもの精神病理の程度が軽いために気づかない可能性と共に、特に自殺企図に関しては、親が神経症的な機能水準である可能性も示唆された。しかしながら、今回の質問紙調査からは、明らかになった親の特徴は、必ずしも明確なものとは言い難かった。たとえば諸外国では、親のうつ病が子どもの自殺企図のリスクファクターとも言われているが、今回、このような点が明らかにならなかったのは、研究デザイン上の問題であるのか、それとも我が国では、そもそもそれがリスクファクターになりえないのか等、いくつかの可能性が考えられるため、慎重に判断する必要があると考えられた。

本報告においては、現時点で明らかとなった本研究の結果を示したが、現在も得られたデータを分析中である。今後は、虐待等の心理社会的ストレスや親子関係のさらに詳細な検討、予後調査等も含め、分析を行っていく予定である。

<参考文献>

Gould MS, Greenberg T, Velting DM et al. (2003) Youth suicide risk and preventive interventions: a review of the past 10 years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatr* 42:386-405

Murase S, Honjo S, Kaneko H et al. (2004) Clinical characteristics of serious Japanese adolescent suicide-attempters admitted to an intensive care ward. *Jap J Child Adolesc Psychiatr* 45(Suppl):25-34

Murase S, Ochiai S, Ueyama M et al.(2003) Psychiatric features of seriously life-threatening suicide-attempters : a clinical study from a general hospital in Japan . *J Psychosom Res* 55 :379-383