

学位論文

Doctor's Thesis

希死念慮および自己破壊行動の心理社会的関連要因に関する実証研究
(Empirical study on psychosocial correlates of suicidal ideation and self-destructive behaviors)

平村 英寿

Hidetoshi Hiramura

指導教員名： 北村 俊則 教授

審査委員名： 加藤 貴彦 教授
浅井 篤 教授
友田 明美 准教授
上田 公代 教授

2009年3月

目次

要旨	3
参考論文	4
謝辞	6
略語一覧	7
第1章 自殺関連行動の概観と先行研究のまとめ	9
1.1. はじめに	9
1.2. 自殺の分類	10
1.3. 自殺学の基礎的用語説明	11
1.4. 自殺既遂の危険因子	16
1.5. 本研究の流れ	21
第2章 青年期の状態的希死念慮の発生要因：認知スタイル	22
2.1. はじめに	22
2.2. 方法	23
2.3. 結果	29
2.4. 考察	30
第3章 青年期の特性的希死念慮の発生要因：児童期の体験とパーソナリティ	39
3.1. はじめに	39
3.2. 方法	41
3.3. 結果	45
3.4. 考察	46
第4章 地域在住の成人における希死念慮の発生要因：心理社会的要因	52
4.1. はじめに	52
4.2. 方法	56
4.3. 結果	65
4.4. 考察	66

第5章 入院患者における自己破壊行動の予測	70
5.1. はじめに	70
5.2. 方法	73
5.3. 結果	81
5.4. 考察	81
第6章 結論	86
参考文献	96
使用調査票	112

要旨

本論文は序論と結論を含む6章の構成となっている。

第1章「序論」では、本論文において中心となるテーマである自殺関連行動について先行研究を中心にまとめ、本論文の背景およびその目的を述べた。第2章では、青年期の希死念慮の発生要因について認知スタイルに焦点をあてた。その結果、ライフイベントは直接希死念慮に影響を与えるというよりもむしろ自動思考などの認知スタイルを介して希死念慮に影響を与えることが明らかになった。

第3章では青年期の希死念慮について!児童期の体験とパーソナリティに焦点をあてて縦断的な理解に努めた。その結果、先行研究において繰り返し指摘されてきた児童虐待や被養育体験は青年期の希死念慮に直接影響するのではなく、パーソナリティに衝動性や攻撃性を付勢することで希死念慮が維持されることが明らかになった。第4章においては地域住民の希死念慮の発生要因について心理社会的視点から考察した。ネガティブライフイベントは心理的リソースを介して希死念慮に影響を与えることがわかった。ソーシャルサポートおよび地域活動への参加は心理的リソースにより影響を与えることによって希死念慮発生を抑制する可能性が明らかとなった。このことは希死念慮発生子防の方略的側面から示唆的であると考えられた。第5章では入院患者における将来の自己破壊行動を予測する因子について検討を行った。退院後6カ月時点までの自殺関連行動を予測する因子として、若年であること、女性であること、高い新規性追求などの気質要因、過去1年間の希死念慮の頻度が明らかになった。加えて、患者の予想は予測力に乏しいことが明らかとなった。

第6章では本研究で明らかになったことを簡潔にまとめた上で、今後のさらなる研究の方向性について述べた。

参 考 論 文

① 関連論文

Hiramura, H., Shono, M., Tanaka, N., Nagata, T., and Kitamura, T.: Prospective Study on Suicidal Ideation Among Japanese Undergraduate Students: Correlation with Stressful Life Events, Depression, and Depressogenic Cognitive Patterns. *Archives of Suicide Research*, 12, 238-250, 2008.

② その他の論文

1. Hiramura, H., Uji, M., Shikai, N., Chen, Z., Matsuoka, N. and Kitamura, T.: Understanding externalizing behavior from children's personality and parenting characteristics. *Psychiatry Research*, 175, 142-147, 2010.
2. Matsuoka, N., Uji, M., Hiramura, H., Chen, Z., Shikai, N., Kishida, Y. and Kitamura, T.: Adolescents' attachment style and early experiences: A gender difference. *Archives of Women's Mental Health*, 9, 23-29, 2006.
3. Uji, M., Hiramura, T., Shikai, N., Shono, M., and Kitamura, T.: Egalitarian sex role attitudes among Japanese human service professionals: Confirmatory factor analytic study. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 60, 296-302, 2006.
4. Tanaka, N., Uji, M., Hiramura, H., Chen, Z., Shikai, N. and Kitamura, T.: Cognitive patterns and depression: Study of a Japanese university student population. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 60, 358-364, 2006.
5. Chen, Z., Tanaka, N., Uji, M., Hiramura, H., Shikai, N., Fujihara, S., and Kitamura, T.: The role of personality for marital adjustment of Japanese couples. *Social Behavior and Personality*, 35, 561-572, 2007.
6. Uji, M., Shono, M., Shikai, N., Hiramura, T. and Kitamura, T.: Rape Myth Scale: Factor structure and its relationship with the gender egalitarianism among Japanese professionals. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 61, 392-400, 2007.
7. Shikai, N., Uji, M., Chen, Z., Hiramura, H., Tanaka, N., Shono, M., and Kitamura, T.: The role of coping styles and self-efficacy in the development of dysphoric mood among nursing students. *Journal of Psychopathology and Behavior Assessment*, 29, 241-248, 2007.
8. Tanaka, N., Hasui, C., Uji, M., Hiramura, T., Chen, Z., Shikai, N., and Kitamura, T.: Correlates of the categories of adolescent attachment styles: Perceived rearing, family function, early life events, and personality. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 62, 65-74, 2008.
9. Kitamura, T., Shikai, N., Uji, M., Hiramura, H., Tanaka, N., and Shono, S.: Intergenerational transmission of parenting style and personality: Direct influence or mediation? *Journal of Child and Family Studies*, 18, 541-556, 2009.
10. Kitamura, T. and Hiramura, H.: Competency assessment in psychiatry and medicine. *Current Opinion in Psychiatry*, 17, 493-496, 2004.
11. 平村英寿, 下地明友: アルコール性パラノイア. 日本臨床 (精神医学症候群 III), 448-453, 2003.
12. 平村英寿, 北村俊則: うつ病における自殺危険因子. 臨床精神薬理, 7(7); 1133-1139, 2004.
13. 平村英寿, 岡野高明, 北村俊則: 妊娠中うつ病になる女性. 母子保健情報, 51; 2-8, 2005.
14. 武井宣之, 平村英寿: 治療同意能力の判定. 緩和医療学, 12-19, 2009
15. 陳孜, 平村英寿, 北村俊則: アタッチメント・スタイルとパーソナリティ, 被養育体験, および生行動・性意識との関連に関する研究. 人間関係の希薄化がもたらした精神保健問題に関する研究. 平成 15 年度厚生労働科学研究補助金 (こころの健康科学研究事業) 総括・分担報告書, pp. 4-12, 2004.

16. 鹿井典子, 宇治雅代, 陳孜, 平村英寿, 松岡奈緒, 北村俊則: パーソナリティと養育環境に関する研究. 人間関係の希薄化がもたらした精神保健問題に関する研究. 平成 15 年度厚生労働科学研究補助金 (こころの健康科学研究事業) 総括・分担報告書, pp. 36-41, 2004.
17. 平村英寿, 宇治雅代, 鹿井典子, 陳孜, 松岡奈緒, 北村俊則: 児のパーソナリティおよび親のパーソナリティと養育態度についての研究. 人間関係の希薄化がもたらした精神保健問題に関する研究. 平成 15 年度厚生労働科学研究補助金 (こころの健康科学研究事業) 総括・分担報告書, pp. 42-49, 2004.
18. 陳孜, 岸田泰子, 松岡奈緒, 宇治雅代, 鹿井典子, 平村英寿, 北村俊則: 思春期の危険な性行動を規定する心理社会的要因. 人間関係の希薄化がもたらした精神保健問題に関する研究. 平成 15 年度厚生労働科学研究補助金 (こころの健康科学研究事業) 総括・分担報告書, pp. 60-66, 2004.
19. 平野均, 坂元薫, 北村俊則, 平村英寿: 青年期における季節性感情障害の有病率解明—多施設共同研究の結果から. 第 26 回日本精神科診断学会, 京都, 2006 年 10 月 28 日
20. 岡本麗子, 平村英寿, 北村俊則: 精神科入院患者における自殺行動を規定する心理社会的要因に関する研究, 第 27 回日本精神科診断学会, 2007 年 10 月 13 日, 徳島

謝 辞

研究テーマの立案から本論文のとりまとめに至るまで、懇切丁寧なご指導と終始愛かまおびがましを賜りました熊本大学大学院医学薬学研究部臨床行動科学分野教授北村俊則先生に深く感謝いたします。次いで、私の研究領域ご深い関心と理解をいただきました同分野大学院生、熊本大学医学部附属病院こころの診療科医局員、ならびに調査ご協力いただきました患者様方に心より感謝いたします。

略語一覽

AIC	Akaike information criterion
AGFI	Adjusted Goodness-of-fit Index
CFI	Comparative Fit Index
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
DSH	Deliberate Self Harm
GAF	Global Assessment of Functioning
GFI	Goodness-of-fit Index
HAD	Hospital Anxiety and Depression Scale
IPO	Inventory of Personality Organization
PBI	Parental Bonding Instrument
RMSEA	Root Mean Square Error of Approximation
SCID	Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders
SLE	Stressful Life Events
STAXI	State Trait Anger Expression Inventory
TCI	Temperament and Character Inventory
ZSDS	Zung's Self-rating Depression Scale

第1章

自殺関連行動の概観と 先行研究のまとめ

1.1 はじめに

1998年の自殺率の急上昇以降今日まで（2008年）わが国の年間自殺者数は依然として30000人以上（警察庁の「自殺の概要資料」という高止まりの状況が続いている。年間自殺者数が30000人を超えたのは明治34年以来である。わが国における自殺の増加は男性中高年に顕著であり、経済不況や失業率の増加との関連が指摘されている。世界に目を向けてみても自殺者数は増加しており、特に旧ソビエト連邦の構成国である東ヨーロッパ諸国、東アジア諸国ではわが国と同等かそれ以上の自殺率が報告されている。世界保健機構（WHO）は自殺予防プログラム（SUPRE）や世界自殺予防デーなどのキャンペーンを通じて各国に自殺対策を推進するよう働きかけている。わが国の2007年の自殺率（人口10万人対）は全体で24.4、男性35.7、女性13.6であった。1998年には前年に比べて男女とも自殺率が増加しているが、女性では2.8%の増加であったのに比べて男性では10.5%と増加率が大きい。また、女性の自殺率は1998年の増加後にやや減少傾向にある。1998年から増加した男性の自殺は、特に40～69歳の中高年者に顕著であったが、2007年には35～44歳の壮年期前半で自殺率がやや増加している。女性ではこのような傾向はなく、中高年者の自殺率はこの10年間でほとんど変化していない。男女とも、高齢者では自殺率は減少の傾向にある。

日本政府による自殺対策は、2000年の「健康日本21」の中で自殺予防について言及されて以降徐々に自殺対策のための政策立案の準備がなされ、平成18年に「自殺対策基本法」が成立し、国・

地方公共団体の責務、基本的施策が示された。平成 19 年には内閣府自殺総合対策のあり方検討会から「総合的な自殺対策の促進に関する提言」が発表され、自殺対策基本法に基づき政府が推進すべき自殺対策の指針として「自殺総合対策大綱」が閣議決定された。ここまでの対策は、自殺既遂に焦点をあてたもので、自殺関連行動の一部として自殺既遂をとらえる視点に欠けていたといえる。2008 年 10 月に行われた自殺総合対策大綱の改正（内閣府：自殺対策加速化プラン）でようやく「思春期・青年期において精神的問題を抱える者や自傷行為を繰り返す者」への支援が盛り込まれた。自殺既遂の最強の予測因子は自殺企図歴であることや、10 代における自傷経験が 10 年後の自殺既遂による死亡リスクを数 100 倍に高めること（Owens et al, 2002）などを考慮すると、発生率の低い自殺既遂に対してのアプローチだけではなく、発生率がより高く自殺既遂と関連が強い希死念慮や自傷、自殺企図などの自殺関連行動を予測・評価することも同等に重要である。

1.2 自殺の分類

自殺学は精神力動的アプローチや心理学的立場だけでなく、神学、哲学、人口学、社会学、経済学、法律学、政治学、進化学、生物学、予防学、さらには全地球的、超国家的アプローチなど様々な学問的立場から構成される。自殺を学問の対象として広く人々に知らしめたのは 19 世紀後半の “Suicide”（邦題「自殺論」）における Durkheim (1897) の分類であろう。彼は当時急上昇した自殺率を社会学的手法を用いて分析し、(1) 利他的自殺（集団本位的自殺）(2) 利己的自殺（自己本位的自殺）(3) アノミー的自殺 (4) 宿命적自殺の 4 つに分類した。Durkheim の分類は後の社会学的研究のモデルとなり多くの研究を生み出す刺激となったが、実際の臨床や自殺未遂や自傷行為などといった自殺既遂の外延ともいえるようなテーマについては極めて非力である。Durkheim 以外にも自殺の分類を試みた理論家は数多い。Menninger (1938) は “Man Against Himself” にて米国の精神分析学派が自殺をどう考えているかについて説明し、(1) 慢性自殺 (2) 焦点的自殺 (3) 臓器上の自殺 (4) 実際に死に至った本来の

意味での自殺、の4つに分類し、「殺したい」「殺されたい」「死にたい」という3つの願望が基礎的な心理とした。Shneidman (1968) は自殺を(1) エゴ自殺(2) 相互的自殺(3) 脱落自殺、の3タイプに分類したが、後にこのような分類を否定し、エゴ自殺ひとつにまとめられるべきだとした(Shneidman, 1985)。ほかにも、Baechler (1979) や Hill (1983) の分類など枚挙に暇がない。様々な分類に目を通すことは自殺を一つの凝り固まった視点から見ることから遠ざけてくれるが、これまでのところ実際の臨床に役に立つ分類は一つも残っていない。

1.3 自殺学の基礎的用語説明

自殺は精神疾患、特に気分障害(従来で言うところのうつ病や躁うつ病)に付随する多次元的な事象であり、その原因と治療は複雑である。自殺の評価、予防および治療を困難にしている最大の原因の1つは自殺関連用語の操作的定義と信頼性・妥当性の高い測定方法がないことである。従って、まずは自殺に関する一般的な用語体系について述べる。自殺は「苦悩を持った人がみずから命を絶つこと」のように単純で明快な事象のように思えるが、実際には様々な次元を含む。例えば、リストカットを繰り返す者と飛び降りや縊首などの深刻な自殺企図を行う者はどちらも一般人口に比べて生涯にわたる自殺既遂の危険性は著しく高いが、両群の危険因子や脆弱性は部分的には重複しているが、異なる点も少なくない。

主な自殺学の用語には希死念慮(suicidal ideation)、自殺企図/自傷行為(self-mutilation, autoaggression, malingering, deliberate self-harm, symbolic wounding, intentional injury, self-injurious behavior, parasuicide, attempted suicide, focal suicide)、自殺既遂(completed suicide, eventual suicide)がある(Maris, Berman, & Silberman, 2000)。以下に個々について述べる。

【希死念慮・自殺念慮】希死念慮は、ある・なしで区別されるような二元的 categorical なものではない。

く、「人生は生きるに値しない」という漠然としたものから「向かいのビルの屋上から飛び降りて死ぬ」という具体的な計画があるものまで様々な次元 dimension がある。希死念慮は常に死の願望を意味するものではなく、他者への復讐や人生を変えたいという願望を意味することもある。希死念慮を持つ者の 24% が計画的に自殺企図を実行し、26%が計画性のない自殺企図に及ぶという報告がある (Kessler, Borges, & Walters, 1999)。熊本県の 1132 人を対象とした職域調査における希死念慮に関する質問項目に、23 人 (2%) が「いつも」196 人 (17.3%) が「たまに」391 人 (34.5%) が「まれに」522 人 (46.1%) が「決してない」と回答した。つまり、5 人に 1 人は日常的に希死念慮を抱いていることになる。平成 16~18 年度厚生労働科学研究 (こころの健康科学研究事業) 「こころの健康についての疫学調査に関する研究」によると、過去 12 カ月に自殺を真剣に考えた者は地域住民の 1.2%、自殺を計画した者は 0.2%、自殺を試みた者は 0.2%であった。2002~2006 年の年間自殺率は概ね人口 10 万対 25 (0.025%) である。これから計算すると、自殺者の 10 倍程度自殺未遂者が、自殺者の 50~100 倍程度自殺を真剣に考えた者がいると考えられる。希死念慮が自殺企図および自殺既遂と決定的に異なる点は、行為を伴っていないことであり、その発生に能動的要素や対処行動的色彩が希薄なことである。希死念慮を抱くすべての人が自殺企図・既遂に至るわけではない一方、希死念慮を持たない者は自殺企図や自殺既遂しない点からこれらの事象は異なるが重複している事象であることがわかる。希死念慮の発生から短期間で自殺行動に至るものもいるであろうが、多くは何らかの自殺関連事象と長い年月かかわることになる。Maris (2000) はこのような側面を “suicidal careers” と呼んでいる。

【自殺企図および自傷行為】Meninger (1938) は “Man Against Himself” において、自ら四肢や指を切断した精神病患者の事例を紹介しながら、自傷行為を、無意識の自殺願望を身体の一部 (例えば手指や四肢) に局所化することで自殺を回避する方法としてとらえた。Meninger はおそらく精神医学史において自傷行為に新たな意味を加えた最初の精神科医であろう。1967 年に Graff & Mallin が自殺以外の

目的から手首を切る、若くて魅力的な女性患者の一群を記述し、1969年にPaoが、精神的な緊張緩和のために手首を切る一群の患者を“The syndrome of delicate self-cutting”として報告し、1972年にRosenthal et al が先行研究をまとめ、自傷行為を繰り返す若い女性患者の一群を“wrist-cutting syndrome”と称した。自殺企図や自傷行為という用語や定義は、専門家内でのコンセンサスも得られていないため、独立した臨床単位であるか否かの実証的研究が不足している。一般的に、自傷行為は文字通り「自分自身を傷つける行為」である。行動記述的には、切ること、噛むこと、擦りむくこと、切断すること、異物を挿入すること、焼くこと、異物を飲み込む吸引すること、物をなぐる、物に打ち付けることに分類され(Ross & McKay, 1979)、致死性の低い行為を指すことが多い。Walsh and Rosen (1988) は自傷行為 self-mutilation とは方法としての致死性が低く、しばしば反復される性質をもち、同時に複数の方法をもってなされることが多いとしている。自傷者は対人操作や不快な感情を減らすために自傷行為に及ぶことが多く、治療者の陰性感情を引き出しやすいパーソナリティ特性を持つことが少なくないため、自殺の意図がないと過小評価される傾向にある。Pattison and Kahan (1983) は56人の自傷患者を検討し、自傷理由とは別に28%が希死念慮を感じていたと報告している。また、これらの自傷患者は自傷する際とは別の機会に希死念慮を抱き、深刻な自殺企図に及ぶ事があるため、一元的な対応では不十分である。事実、自傷者が1年以内に自殺既遂をする危険性は一般人口の66-100倍とする報告がある。Walsh and Rosen (1988) は52人の青年期の入院患者(13~20歳)を調査し、自殺傾向のある自傷者はそうでない自傷者に比べて1) 幼児期の性的虐待体験、2) 直近の重要他者の喪失と3) 頻繁に繰り返される仲間との葛藤体験を多く経験していると報告している。自殺企図時の自殺の意思の重症度を評価する尺度としてSuicide Intent Scale (SIS; Beck, Schuyler, & Herman, 1974; Beck, Kovacs, & Weissman, 1979; Steer & Beck, 1988) が知られている。この尺度は15項目(前半の8項目は「自殺企図に関する環境についての項目」で後半の7項目は「自己報告項目」の2部で構成されている)、0~2点の3件法で合計得点は0~30点の値をとる。

Harris, Hawton, & Zahl (2005) は自傷行為で医療機関を受診した患者を対象とした調査で、高い SIS 得点 (自殺企図に関する環境についての合計得点) を示す患者や得点が自殺企図毎に高くなる患者は 1 年以内の自殺既遂の危険性が高いとしている。SIS の自殺企図に関する環境の下位項目とは、「同居人がいない」、「救助不可能な時間帯」、「発見を妨げる前もっての準備があったか」、「救助可能な人に企図を知らせなかったか」、「死を見越して行う最後の行為のあったか」、「自殺企図の計画性があったか」、「遺書があったか」、「自殺前の意思表示があったか」、「企図の目的が死ぬことであったか」の 9 項目である。自傷行為に及ぶ者はその後も自傷行為にとどまり続けるのではなく、徐々に自殺の動機を強めていくことが少なくない。以上のように、ある者に「自傷者」のラベルを貼り、今後の自殺既遂の危険性は少ないと決めてかかるのは危険きわまりないことである。Matsumoto et al (2004) は拘置所に入所中の若年者を調査し、自傷行為に至る目的として不快感情の軽減が 57.6 %、自殺する目的が 18.2 % だと述べている。このことから、自傷行為は感情的な苦痛を軽減する対処行動的側面だけではなく、自殺企図的側面も併せ持っているといえることができる。過量服薬は自殺企図か？自傷行為に含めるべきか？おそらく手首自傷よりは自殺する目的が強く、事故死の可能性もより高いであろうが、グラデーションの問題でありどちらに分類するかは臨床上さほど役に立つとは思えない。むしろ、自傷行為から急激に致死性の高い方法へとエスカレートする場合に注意が必要である。

自殺企図とは意図的に自らを傷つけたが死に至らなかったものを意味し、一般的に自傷行為より致死的な方法をとるものを指すことが多い。自殺既遂が男性に多いのとは対照的に若年女性に多い特徴をもつ。自殺既遂者の約半数は自殺企図の既往をもつと言われており、この種の患者は自殺既遂と同様に抑うつ気分や物質乱用との関係も指摘されている (Adam, 1990; Black & Winokur, 1990)。初回の自殺企図から最初の数年間は一年に約 1% ずつが自殺し、自殺企図者の合計約 10% が自殺を既遂する。また、年齢が高い男性ほど自殺企図を繰り返すことなしに自殺既遂する (Harris, Hawton, & Zahl, 2003;

Maris, Berman, & Silberman, 2000)。

自殺を企図する者と実際に自殺既遂に至る者との相違が長い間議論されてきた。しかし従来考えられてきた程には両者の間に違いはないようである。Hawton, Fagg, Simkin, Bale, & Bond (1997) は、英国の自殺者と自殺未遂者の経時的データを示し、自殺未遂者と自殺既遂者の割合は並行して増加していると報告している。自傷者は自傷行為によっては死に至らないかもしれないが、自傷行為を行わない者（行う必要のない者）に比べて自殺既遂のリスクは極めて高い。さらに、一般人口を対象とした調査では、自傷行為は従来言われていたほどには女性特有の事象ではなく男性にも同程度認められることが繰り返し報告されている (Clendenin & Murphy, 1971; Matsumoto & Imamura, 2008)。臨床サンプルにおいて女性の自傷行為が圧倒的に多いが、これは受療行動の精査が反映されていると考えることができる。男性の自傷行為は女性に比べて反社会的行動や物質使用障害などの externalizing behaviour や自殺既遂との結びつきが強いことが女性の自傷行為との相違点である。

【自殺既遂】 シュナイドマンは西欧社会における定義と限定しながらも次のように自殺を定義している。「自殺は、自ら手を下した意識的行為によってもたらされた死とされる。その行為は死ぬことが最良の解決法と認識された出来事に直面し、窮地を脱することを願った人物の多くの次元をもった苦痛によってもたらされる、と考えると最も理解しやすい」自殺について理解しようとする、その複雑さに圧倒される。自殺とはアメリカ精神医学会が定めた DSM-IV の中に認められる精神障害の診断ではない。収入の激減、突然の酒量の増加、転職、職場での問題、離別や離婚といった具合に、自殺行動の前に打撃となるような出来事を認めることがあるが、自殺とは外的なストレスに対する単なる反応ではない。自殺とは、生物学的、心理学的、対人的、状況的、社会的、文化的、哲学的、実存的な側面を持つ出来事として最もよく定義される。これら多くの要素のひとつひとつが自殺の危険を評価するために重要である。この点を念頭に置くと、自殺の心理学的側面はシュナイドマンがいうと

ころの自殺の「幹」にあたる重要な部分であるといえる。すべてを包含する厳密な定義は困難であるが、自らの行為によって実際に死に至ったものを意味し、一般人口では男性が女性に比べて2~3倍多いが、臨床人口では性差はないとする報告もある (Hirschfeld & Davidson, 1988)。自殺既遂者の70~75% はたった一度の自殺で死に至っており、中年以降の自殺既遂者に限ればその率はさらに高く (Maris, 1981)、自殺企図者の10~15%は最終的に自殺を既遂するという報告がある (Maris et al., 2000)。

1.4 自殺既遂の危険因子

自殺には数多くの要因が寄与し、決して一つの原因や一つのストレスに帰属されるものではない。危険要因は state-dependent / trait-dependent または distal factors / proximal factors のように分類できる (表1)。危険因子間の関係はストレス - 体質モデルのような説明モデルで描くことができる (図1)。神経症傾向や自己批判、絶望感といった気質 (Beautrais, Joyce, & Mulder, 1999; Hawton, Kingsbury, Steinhardt, James, & Fagg, 1999; Mazza & Reynolds, 1998; Orbach & Bar-Joseph, 1993; Shahar, Bareket, Rudd, & Joiner, 2006; Smyth, C., & Maclachlan, 2005)、認知スタイル (Cox, Enns, & Clara, 2004) や気分障害、物質使用障害や統合失調症、境界性パーソナリティ障害などの精神疾患や身体疾患 (Harris & Barraclough, 1997) は自殺行動と関係が強い。両親の不仲、両親との離別や経済的困難などの家庭内の問題や (Pfeffer, Adams, Weiner, & Rosenberg, 1988; Reinherz, Giaconia, Silverman, Friedman, Pakiz, Frost, & Cohen, 1995)、精神疾患の再発や症状の増悪による気分の不安定性や幻覚は短期的な自殺行動の危険因子である。気分障害の前方視的調査によると、重度の不安や不眠、集中力低下、興味・喜びの感情の消失などは急性の危険因子であり、早急に治療されるべきであるとしている (Fawcett, Scheffner, Fogg, Clark, Young, Hedeker, & Gibbons, 1990)。

自殺は1つの原因や1つのストレスの結果ではなく、複合的な要因が重なり合って生じる。自殺に寄与する要因は先述のように state-dependent (自殺直近の状態) や trait-dependent (長期間にわたって

影響する要因) のように分類することができる。急性の心理社会的危機や精神障害は一般的に自殺直近のストレスであり、衝動性や攻撃性、絶望感などは自殺行動と関連のある体質的要因と考えることができる。家族負因、遺伝負因、幼少期の体験や血中コレステロール濃度などは体質に影響を与える (Mann, 2003)。図1のストレス-体質モデルは近年でいうところの遺伝子-環境相互作用モデルに相当する。

【精神障害】 心理学的剖検によると、自殺者の約90%は死の直前に精神障害に罹患しており、気分障害がもっとも多く、次いで物質使用障害 (特にアルコール) と統合失調症が多く、共存疾患が多いと危険性は飛躍的に増加する (Cavanagh et al, 2003)。自殺者の半数以上が自殺の直前うつ病に罹患しているといわれるが、うつ病と自殺の関係はアジアでは欧米諸国に比べて弱いと言われている。うつ病患者の約4%が自殺既遂に至るが、男性のうつ病や入院が必要なほど重篤なうつ病が特に自殺の危険性が高い (Coryell & Young, 2005)。うつ病のある人において、過去の自殺企図歴、高い絶望感などは強力な自殺の予測因子である。うつ病における自殺既遂は初回エピソード中が多く、アルコール使用障害と衝動的、攻撃的なパーソナリティ特徴と関係がある。衝動性と攻撃性は思春期の自殺と関係が強く、年齢とともに減少する (MaGirr et al, 2008)。

双極性障害患者の10~15%は自殺既遂し、病初期に多い。双極性障害における自殺の危険因子は過去の自殺企図歴、自殺の家族歴、早期発症、疾患の重症度 (重度のうつ病エピソードや絶望感)、混合状態、急速交代型、共存疾患、物質使用障害の存在である (Hawton et al, 2005)。

統合失調症における生涯の自殺率は4~5%で、発症初期にもっとも生じやすい (Palmer et al, 2005)。統合失調症における自殺は幻覚や妄想などの中核症状よりも抑うつや焦燥、無価値感や絶望感などと関係が強い。その他の危険因子には過去の自殺企図歴、物質使用障害、直近の喪失体験と低い治療順

守性である (Hawton et al, 2005)。

アルコール使用障害、特にアルコール依存は自殺と強い関係がある。障害の重症度、攻撃性、衝動性、絶望感が自殺傾向と結びついている。直近の危険因子はうつ病およびストレスフルライフイベント (特に対人関係の破綻) である (Conner & Duberstein, 2004)。

摂食障害 (特に神経性無食欲症) の死因の多くは自殺である (Bridge et al, 2006)。不安障害と自殺の関係については研究が不足している。注意欠陥多動性障害はうつ病と行為障害の合併が多く、特に男性において自殺の危険性を高めている (James et al, 2004)。自殺既遂者の30~40%はパーソナリティ障害を合併している。特に境界性パーソナリティ障害と反社会性パーソナリティ障害が自殺の危険性が高いパーソナリティ障害である (Foster et al, 1997; Duberstein & Conwell, 1997; Lieb et al, 2004)。しかし、自殺既遂したパーソナリティ障害を持つ者はほとんどうつ病や物質使用障害を合併している。

ほとんどの国において自殺者の約10%は明らかに精神障害を認めない。しかし、心理学的剖検によれば、自殺既遂した精神疾患を有する者に類似した精神症状やパーソナリティ特徴を有している (Emst et al, 2004; Harwood et al, 2006)。このように自殺既遂は精神疾患と無関係に起こることは稀である。

【身体要因】自殺は身体的健康度が低いことと関係がある。Magnusson et al (2006) によると、Body-mass index (BMI) はうつ病のリスクを高めるが、自殺のリスクは下がる (BMI が 5kg/m^2 増えると自殺のリスクは15%下がる)。低いBMI と自殺のリスクとの関係は精神疾患による体重減少では説明できないが、低い血中コレステロールが自殺のリスクの上昇に何らかの役割を果たしている可能性がある (Magnusson et al, 2006)。喫煙と自殺のリスクの関係は用量依存性であると繰り返し報告されてきたが、うつ病やアルコール使用障害が交絡因子出る可能性がある (Hemmingsson & Kriebel, 2003)。がん

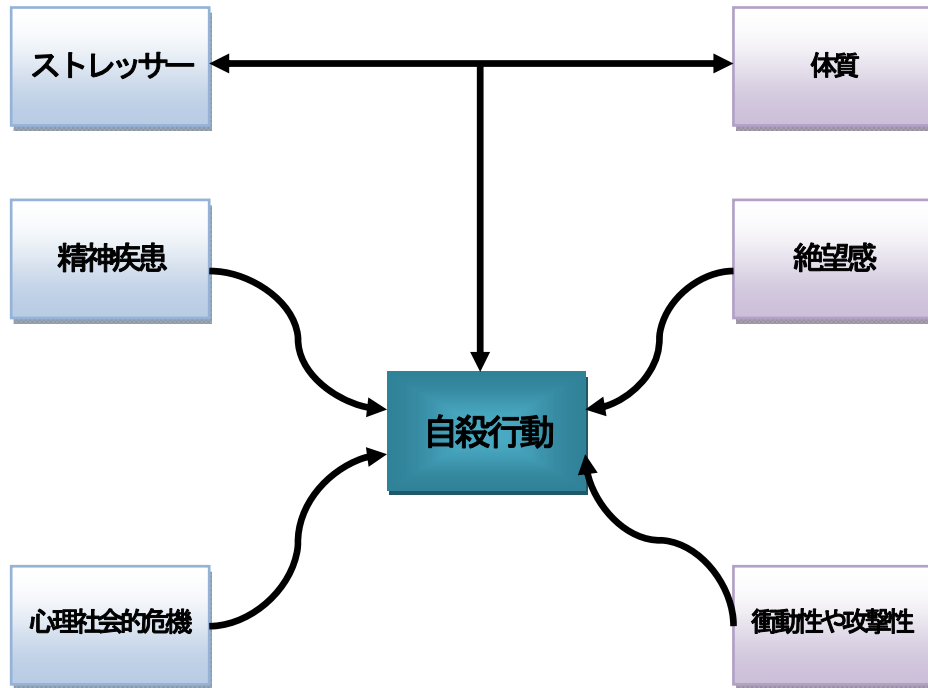
やエイズのある患者の自殺のリスクは高いが、そのほとんどは併発するうつ病などの精神疾患を合併している (Breitbart, 1987; Marzuk, Tiemey, Tardiff, Gross, Morgan, Hsu, & Mann, 1988)。身体疾患のなかでも、特に慢性疼痛のある患者の 5～14% は自殺企図を行い、自殺既遂のリスクも高いことがわかっている (Tang & Crane, 2006)。

表1. 自殺の危険因子

Proximal (state-dependent) factors	Distal (trait-dependent) factors
• Psychiatric disorder	• Genetic loading
• Physical disorder	• Personality characteristics
• Psychosocial crisis	• Restricted fetal growth and perinatal circumstances
• Availability of means	• Early traumatic life events
• Exposure to models	• Neurobiological disturbances

Hawton, K., & van Heeringen, K. (2008) より引用

図1. ストレス-体質モデル



1.5 本研究の流れ

ここまで、日本の自殺予防対策の現状および自殺関連行動に関する先行研究について概観した。Maris (1981) は“suicidal careers” という用語を用いて、自殺はしばしば30年～60年にわたる長期の経過を有する多次的性質をもつ行動であるとしている。親の養育態度は（特に虐待体験の程度はパーソナリティ形成に重大な影響を及ぼすことが多くの先行研究で分かっている）後のパーソナリティ形成や精神疾患の発症などに影響を及ぼし、認知様式も形作られる。このような過程すべてが自殺関連行動に影響を与えていると考えられる。本研究はまず、青年期の希死念慮について状态的側面と特性的側面、つまり短期間で変動する側面と比較的長期間持続する側面に分けて調査した。① 状态的側面については、ネガティブライフイベントと認知様式と希死念慮の関係について調査研究を行った。次に、② 特性的側面については人生早期に受けた養育態度および被虐待体験の程度およびパーソナリティと希死念慮の関係に関する調査研究を行った。③ 青年期以降のサンプルについては、ソーシャルサポート、地域活動への参加、心理的リソース、との関連について調査した。最後に④ 臨床サンプルについて、将来の自殺関連行動を規定する因子についても調査を行った。

第2章

青年期の状態的希死念慮の発生要因：

認知スタイル

2.1 はじめに

希死念慮は様々な年齢層で見られるが、思春期、青年期から若年成人において特に重要なメンタルヘルス上の問題であるといえる (Shaffer, et al., 1996)。Conner, Duberstein, Conwell, Seidlitz, and Caine (2001) は自殺の心理学的要因に関する論文の総説にて、次の 5 つの因子を同定した。(1) 衝動性/攻撃性 (impulsivity/aggression)、(2) うつ病 (depression)、(3) 絶望感 (hopelessness)、(4) 不安 (anxiety)、(5) 自己意識/社会的隔離 (self-consciousness/social disengagement)。うつ病をはじめとした精神疾患と希死念慮や自殺企図の関係が強いと言われており (Foster, Gillespie, McClelland, & Patterson, 1999; Hawton, 1987; Hawton, Kingsbury, Steinhardt, James, & Fagg, 1999; Inskip, Harris, & Barraclough, 1998)、一方ストレスフルなライフイベントも自殺に先行することがわかっている (Paykel, Prusoff, & Meyers, 1975)。すなわ

ち、これらの要因の相互関係についての探索が必要である。うつ病の発症や維持を説明するものとして、抑うつを惹起する認知スタイルというものがある。Beck (1967, 1972, 1976) と Beck, Rush, Shaw, and Emery (1979) によれば、うつ病への脆弱性は喪失、無能、失敗などといったテーマを中心に展開する非機能的認知図式によるとされる。もちろんこれらのうつ病を引き起こす認知図式は絶えず間なく存在するが、ストレスフルな出来事に遭遇した時に活性化される。そのような出来事を体験し、特定のネガティブな状態が出現する。それは、自身や自分を取り巻く世界、将来についての過度にネガティブな信念という形態をしており、「自動思考」と呼ばれている。ベックの認知理論によると、個人がストレスフルな状況に暴露されないとネガティブな自動思考は発生しない。

Shneidman (1985) は自殺における認知が果たす役割について言及し、心理的視野狭窄という言葉を用いた。彼は自殺者における二律背反思考を自殺者の思考パターンにおける重要な要素と考えた。近年、自殺行動に関連した認知要因が注目されるようになってきた。原因帰属スタイルや自尊感情、絶望感といった認知変数は自殺の危険性理解においてよく研究されている (De Man & Leduc, 1995; Keinhorst, de Wilde, Diekstra, & Wolters, 1992; Overholser, Adams, Lehnert, & Brinkman, 1995; Spirito, Overholser, & Hart, 1991; Summerville, Kaslow, Abbate, & Cronan, 1994)。なかでも絶望感ほど自殺との関連で繰り返し強調されてきたものはない。Beck の理論における否定的認知の3兆候 (自己、世界、未来に対する否定的認知) の一要素であるが、うつ病を惹起する自動思考もまた自己や自己を取り巻く世界に対する過度に否定的な信念を含んでいる。我々の知る限り、この自動思考がどのように自殺に付随するかについてはほとんど研究されてこなかった。

今回、日本の学部学生サンプルを前方視的に追跡し、自殺念慮とストレスフルライフイベント、うつ病を惹起する自動思考、抑うつ気分間の相関関係を説明することに努めた。この年齢層の自殺の危険因子を調べることはとりわけ重要である。25歳~29歳の年齢層集団の死因は男女ともに自殺が1

位であるからである (Statistics and Information Department, Minister's Secretariat, 2007)。次のような仮説を設定した。希死念慮は人がストレスフルライフイベントに遭遇した時に活性化され、同様にストレスフルライフイベントは自動思考、抑うつ気分を活性化する。

2.2 方法

参加者

熊本県内の2つの大学の学部学生に依頼した。本研究は毎週9波にわたる前方視研究である。対象学生の2~3%の学生が研究参加を拒否し、最終的にサンプル数は848名となった。848名のすべてが毎週参加したわけではない。504名から547名の学生が各週に参加した (Table 1)。男子学生数はおよそ5分の1であった。本研究のデータ解析では第1波と第3波のデータのみを使用した。第1波に参加した546名のうち、86%にあたる468名が第3波にも参加した。

Table 1

各調査における参加者数、性別比、平均年齢

Test occasions	n	男子 (%)	年齢
Time 1	546	22.7	19.0(1.5)
Time 2	545	22.8	19.0(1.5)
Time 3	547	23.4	19.1(1.5)
Time 4	525	22.9	19.1(1.5)

Time 5	521	22.6	19.1 (1.5)
Time 6	512	23.8	19.0 (1.3)
Time 7	504	24.0	19.0 (1.4)
Time 8	509	22.2	19.1 (1.3)
Time 9	531	23.0	19.0 (1.3)

使用尺度

希死念慮：現在の希死念慮のレベルは、Self-rating Depression Scale (ZSDS; Zung, 1965) の「自分が死んだほうが他の人によいと思う」一項目 (0 = 全く希死念慮なし、3 = ほとんど常いつも希死念慮あり) 4 件法にて測定した。この項目得点の歪度は Time 1 = 2.61、Time 2 = 2.62 であった。歪度を低減するために対数変換を行い、それぞれ 2.13、2.16 の歪度を得、これを希死念慮変数として後の解析を行った。

ストレスフルライフイベント (SLE) : *ad hoc* に「先週経験した不快か悩ましい、または不運か悲しい出来事を想像してください。その出来事があなたに与えた影響を 0 から 100 の尺度で評価してください。0 はまったく害となる影響はなし、100 は極度に害となること意味します」の 1 項目にて評価した。SLE は通常、出来事の数や予め決められた重みづけ (e.g., Holmes & Rahe, 1967) によって評価されるか、状況特異的な文脈上の脅威 (e.g., Brown & Harris, 1978) によって測定されてきたが、主観的な苦痛のほうが出来事の数や重みづけよりも心理的な症状と強い関係があることがわかっている (Cohen, Kamarck, & Mermelstein, 1983; Tennant & Andrews, 1978)。実際に多くの研究者が単一項目にてストレスフルイベントを測定している (e.g., Austin, Hadzi-Pavlovic, Leader, Saint, & Parker, 2005)。

自動思考：その人がどの程度否定的な自動思考を経験したかを *Automatic Thoughts Questionnaire-Revised (ATQ-R; Kendall, Howard, & Hays, 1989)* にて評価した。この尺度は 30 項目 5 件法で、0 = 全く

ない、4 = いつもとなっている。「誰もわかってくれない」、「どうしていつもうまくできないのか？」などの項目が含まれる。日本語版はTanaka, Uji, Hiramura, Chen, Shikai, & Kitamura (2006) によって作成された。

抑うつ気分: *Self-rating Depression Scale (ZSDS; Zung, 1965)* にて評価した。ZSDS は4件法自記式の抑うつ気分評価尺度であり、気分、認知、身体症状の3因子構造が報告されている (Kitamura, Hirano, Chen, & Hirata, 2004)。今回は気分因子のみを用いて評価した。

手続き

質問紙は毎週講義の際に講師が配布した。データは2週間にわたる Time1 (T1)、Time2 (T2) と Time3 (T3) の3時点で評価した。調査参加に関しては、参加が望ましいが、不参加でも不利益は生じないことを質問紙配布前に口頭で説明した。このことは質問紙の表紙にも書かれている。匿名性は保たれているが、各時点での同一回答者を同定するために、学生に自身のニックネームをつけてもらった。この研究は熊本大学倫理委員会の承認を得ている。

統計解析

統計解析は2段階で行った。まずは T1 の希死念慮 (対数変換)、T1 SLE、T1 自動思考、T1 抑うつ気分、年齢、性別の変数について相互の相関を調べた。次に T1 希死念慮を (1) 年齢、性別、(2) T1 SLE (3) T1 抑うつ気分、T1 自動思考の3段階で重回帰分析を行った。次にこれと同じ変数を用いて共分散構造分析を行い適合度を検定した。ここで以下の仮説を立てた。(1) T1 SLE は他のすべての変数に影響する、(2) T1 自動思考は T1 抑うつ気分と T1 希死念慮に影響する、(3) T1 抑うつ気分が T1 希死念慮に影響する (図1)。次に希死念慮の変化について、T2 ではなく T3 のデータを用いて調べた。なぜなら、T1 希死念慮は T3 ($r = .66, p < .001$) よりも T2 の希死念慮の影響が強い

である ($r = .71, p < .001$)。T3 希死念慮を (1) 性別、年齢、(2) T1 希死念慮、(3) T3SLE、(4) T1 抑うつ気分と T1 自動思考で重回帰分析を行った。さらに、共分散構造分析を用いて、各 Time において以下の仮定を行った。(1) SLE がその他のすべての変数に影響する (2) 自動思考が抑うつ気分と希死念慮に影響する (3) 抑うつ気分が希死念慮に影響する (図 2)。T1 の希死念慮、抑うつ気分、自動思考は T2 の対応する変数とその他の T2 の変数に影響する。

図1. 希死念慮に与える影響を SLE の直接的な影響と抑うつ気分と自動思考を介した間接的影響を予測するための T1 の変数を用いたパス図。

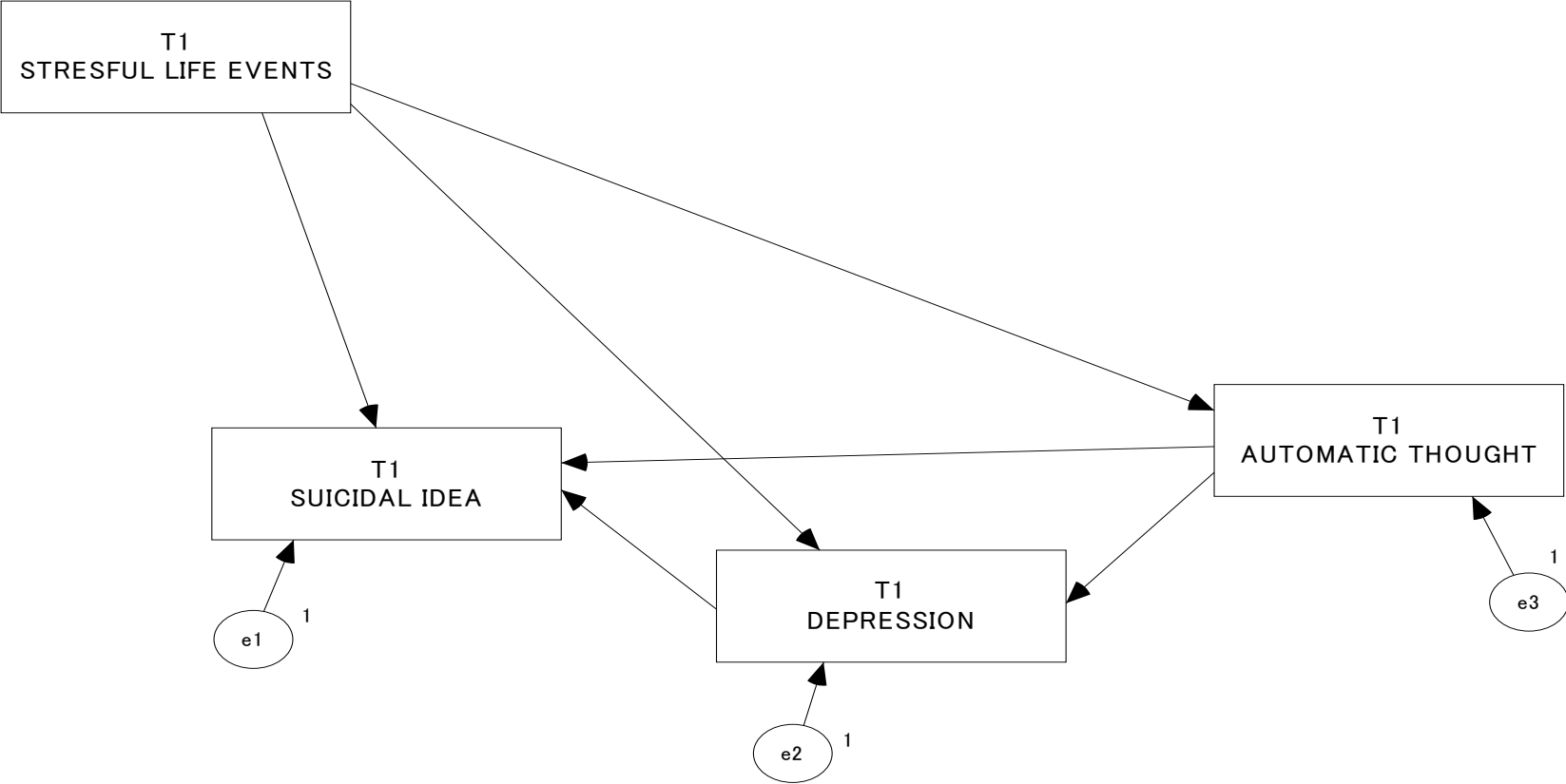
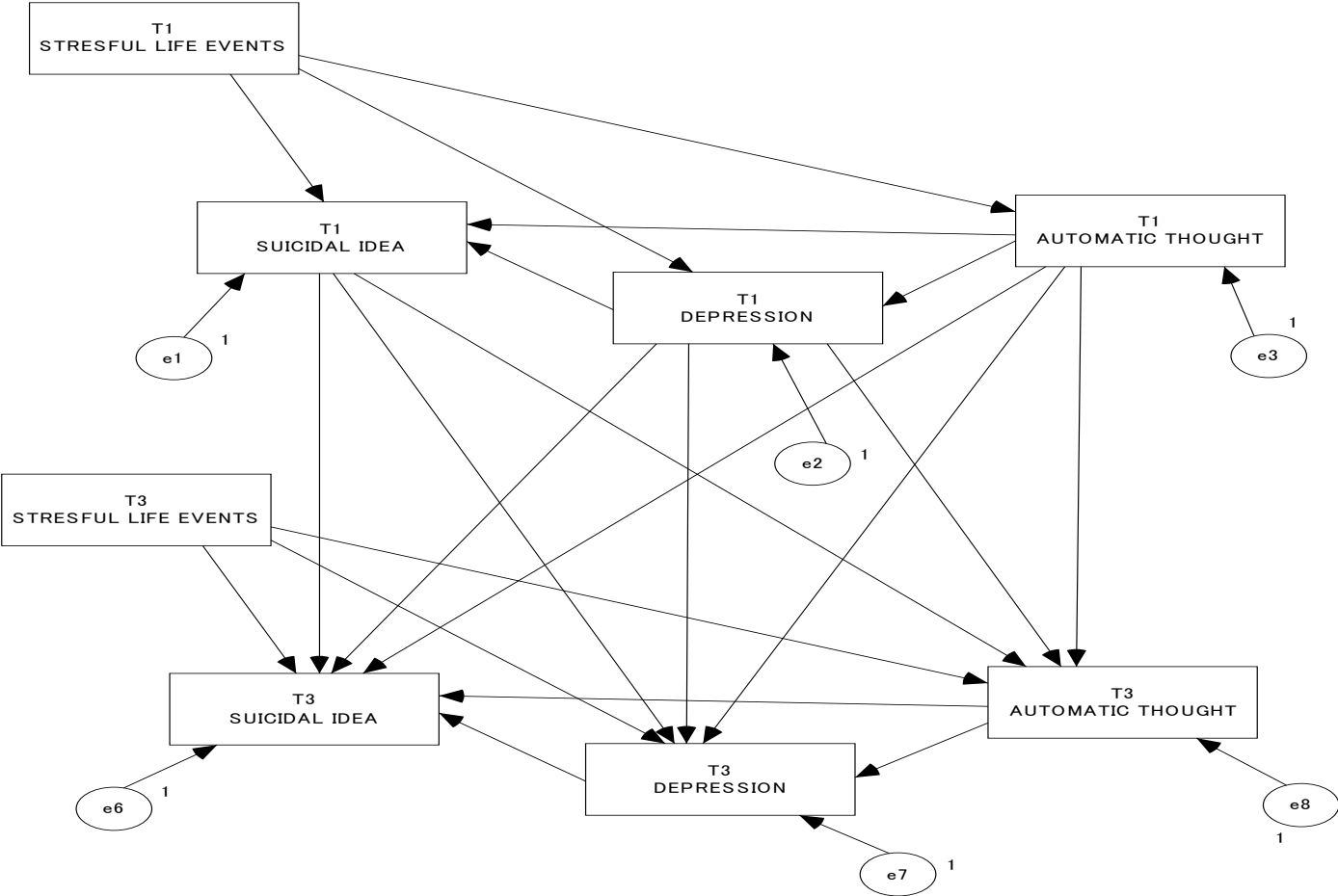


図2. SLE が抑うつ気分と自動思考を介して希死念慮に与える影響を予測する T1 と T2 のデータを用いたパス図



すべての統計解析は the Statistical Package for Social Sciences (SPSS) version 14.0 と Amos 6.0 を用いて行った。構造方程式モデルは有意でないパス係数 ($p > .05$) を除き、Akaike Information Criteria が2以上改善しなくなるまでその作業を続けた。モデルの適合度は chi-squared (CMIN)、goodness-of-fit index (GFI)、adjusted goodness-of-fit index (AGFI)、comparative fit index (CFI) および root mean square error of approximation (RMSEA) を用いて評価した。標準的な基準では良い適合とは、 $CMIN/df < 2$ 、 $GFI > 0.95$ 、 $AGFI > 0.90$ 、 $CFI > 0.97$ または $RMSEA < 0.05$ であり、満足できる適合とは、 $CMIN/df < 3$ 、 $GFI > 0.90$ 、 $AGFI > 0.85$ 、 $CFI > 0.95$ 、or $RMSEA < 0.08$ である (Schemmelleh-Engel, Moosbrugger, & Müller, 2003)。

2.3 結果

横断的分析

予想通り T1 希死念慮は T1 SLE、T1 自動思考、T1 抑うつ気分と正の相関があった。後者3つの変数はお互いに相関していた (表2)。記述欄には過去の臨床報告 (Cooper, Appleby, & Amos, 2002) と同様に友人関係、パートナーとの関係や家族、アルバイト先での人間関係などの対人関係に関する記述が最も多かった。

T1 希死念慮を3段階で重回帰分析を行うと、T1 SLE が T1 希死念慮を弱く予測し、T1 抑うつ気分と T1 自動思考が有意に予測した (表3)。希死念慮の分散の27%がこの回帰方程式によって説明できた。

上記の所見を構造方程式モデルにて確認したところ、T1 SLE は T1 希死念慮を有意に予測しなかったが、一方 T1 自動思考と T1 抑うつ気分は T1 希死念慮を有意に予測した。T1 自動思考は T1 抑うつ気分にかんがりの影響を及ぼした (図3)。

縦断的分析

T1 データと同様に、T3 希死念慮はSLE、自動思考、抑うつ気分と同時に相関している (表4)。T3 希死念慮の重回帰分析においては、ベースラインの気分と認知スタイルが後の希死念慮を規定するかどうかに関心があった。予想した通り、T3 希死念慮はT1 希死念慮によってかなりの割合が説明された (表5)。しかし、ベースライン希死念慮で統制した後、T3 希死念慮はT3 SLE とT1 自動思考によって予測され、T3 希死念慮予測におけるT1 抑うつ気分の貢献を減じた。

さらに、構造方程式モデルを用いた (図4)。横断モデルで使用されたものと同様の因果モデルのパターンは、同時点の変数間でも見出された。SLE はT1 希死念慮やT3 希死念慮に影響を及ぼさなかった。予想通り T1 の各変数はそれぞれ T3 の同名変数を予測した。さらに、T1 希死念慮は T3 自動思考に影響するが、T1 自動思考は T3 抑うつ気分と T3 希死念慮にわずかではあるが、負の影響を及ぼしている。T1 抑うつ気分の T3 希死念慮への直接の影響は失われた。

2.4 考察

仮説の通り、本研究で大学生の希死念慮はSLE と自動思考、抑うつ気分と関連があった。回帰分析によってSLE は希死念慮にほとんど影響せず、希死念慮のかなりの部分は抑うつ気分と自動思考で説明されることが示された。これまで自殺関連事象と SLE との関係が繰り返し強調されてきたが (De Wilde, Kienhorst, Diekstra, & Wolters, 1992; Wilburn, & Smith, 2005)、本研究により、これはみかけの関係であり、希死念慮は自動思考と抑うつ気分によって説明されることがわかった。このような観点から、Williams, Crane, Bamhofer & Duggan (2005) は自殺行動の “arrested flight” モデルを提唱した。このモデルは次の3つの構成要素からなる。(1) 敗北や屈辱を示唆し、逃避への圧倒的な要求を生み出す環境におけるきっかけへの感受性 (2) 逃避できないという感覚 (3) 何らかの助けもありそうになくこ

の事態は永久に続くであろうという感覚。O'Connor (2003)はこのモデルを実証的に支持した。Mazza & Reynolds (1998)は高校生を1年間追跡調査し、大小のライフイベントは希死念慮の増加を予測せず、絶望感と抑うつ気分が予測したと報告した。Mazza & Reynoldsの指すmajor life eventsとは両親の離婚、パートナーとの別れ、両親の深刻な疾患などであった。本研究のライフイベントの内容はMazza & Reynoldsらがminor life eventsにカテゴライズしたであろうものであった。本研究の結果はWilliamのモデルを支持する。ある人にとっては当たり障りのない出来事でも別の人にとっては侮辱や敗北と解釈する傾向がある。このようなメカニズムにおいてネガティブな自動思考が役割をはたしている可能性がある。このように、ネガティブな出来事それ自体というよりも、ネガティブな自動思考によって出来事の影響が強められることによって希死念慮の危険性が高まる可能性がある。本研究は構造方程式モデルを用いて、ストレスフルライフイベントから自動思考と抑うつを介して希死念慮へと至る経路を示すことができた。希死念慮に及ぼすネガティブライフイベントの影響は自動思考と抑うつに介在されるという我々の仮説は支持された。自動思考は介在効果だけではなく、希死念慮に直接の影響を及ぼしていることは注目に値する。これは、気分が落ち込んでいなくても嫌な出来事に遭遇した時に自動思考が活性化されて希死念慮が生じる可能性があるということである。これは自殺者の心理学的剖検で精神疾患に罹患してないものが存在することと矛盾しない。

本研究の限界についても述べなくてはならない。希死念慮の尺度が本質的に自殺企図の尺度ではないZSDSの項目で評価したことである。より詳細な質問で希死念慮を評価すべきであった。希死念慮は思春期のメンタルヘルスにおいて大変重要な要素であるが、自殺関連行動の正確な標識とは言えない。本研究は自殺企図者のサンプルで追試されることが望ましい。次に、今回の追跡期間は2週間と短い。より自殺予防に深く根ざすためにはより長期の追跡期間が必要であろう。自殺予防のほとんどはうつ病の早期発見と治療に基づいている。しかし、うつ病をもつ多くの人が自殺しない (Inskip, Harris &

Barraclough, 1998)。よって必ずしも抑うつ的ではない自殺のリスクの高いひとにより集中することも必要である。本研究で示されたように、認知スタイルと自動思考は若年成人の自殺予防において重要な役割を持つと考えられた。

表 2

本研究で使用された変数の平均値、標準偏差および相関

	1	2	3	4	5	6
1 T1 希死念慮 (対数変換)	-					
2 T1 SLE	.17***	-				
3 T1 自動思考	.46***	.24***	-			
4 T1 抑うつ気分	.54***	.30***	.52***	-		
5 性別(1, 男性, 2, 女性)	.02	-.05	.09*	.09*	-	
6 年齢	.02	.02	-.04	-.07	-.06	-
平均	0.17	53.6	18.0	5.0	1.8	19.0
標準偏差	0.39	47.1	5.0	3.8	0.4	1.5

SLE : ストレスフルライフイベント

表 3

T1 希死念慮を従属変数として、T1 の心理社会的変数を独立変数にして重回帰分析

	R ² 増加	F 増加	標準化β
ステップ 1: 人口統計学的変数	.002	0.4(2,494)	
年齢			.069
性別 (1, 男性, 2, 女性)			-.049
ステップ 2: SLE	.013*	6.6(1,493)	
T1 SLE			-.049
ステップ 3: 気分と認知変数	.263***	89.3(3,491)	
T1 抑うつ気分			.298***
T1 自動思考			.323***
R ² total	.270		

SLE : ストレスフルライフイベント

図3.T1 データの修正後モデル (N=480)

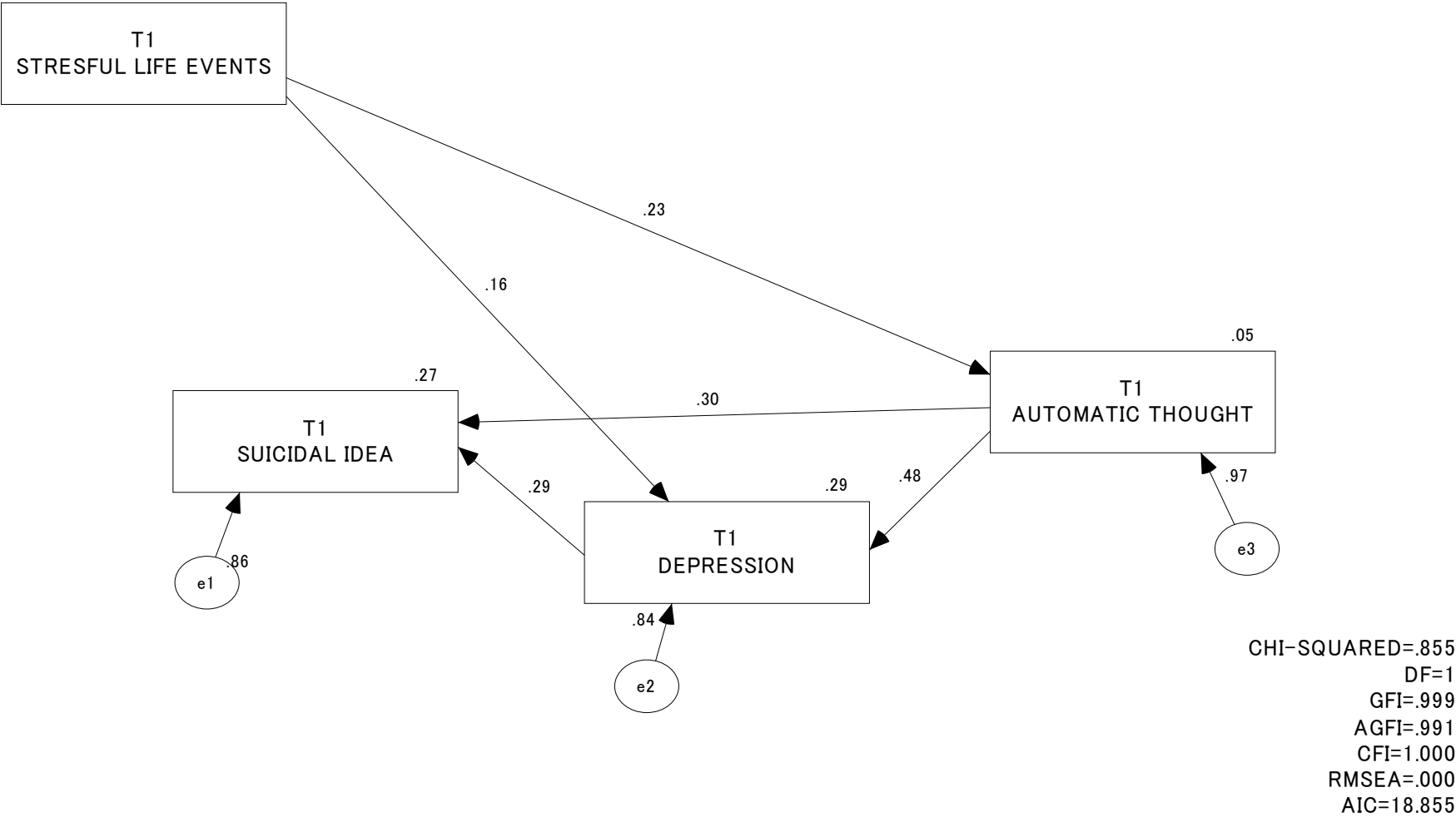


図4. T1, T3 データを用いた修正モデル (N=376)

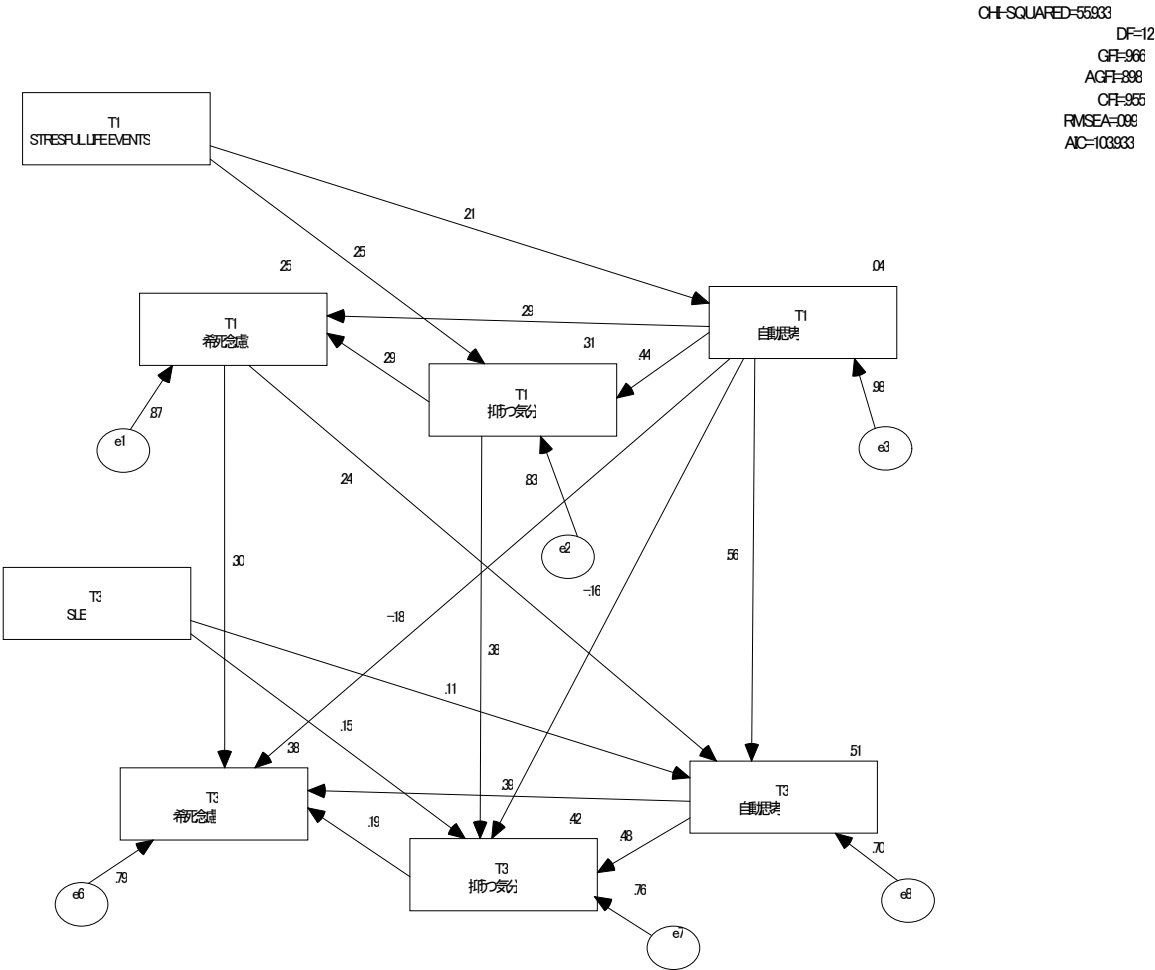


表 4

T1 希死念慮、T3 希死念慮とその他の予測変数

	T1 希死念慮	T3 希死念慮
T1 希死念慮	-	.68 ***
T1 SLE	.17 ***	.20 ***
T1 自動思考	.44 ***	.36 ***
T1 抑うつ気分	.54 ***	.46 ***
T3 SLE	.26 ***	.30 ***
T3 自動思考	.50 ***	.54 ***
T3 抑うつ気分	.44 ***	.57 ***
性別(1, 男性, 2, 女性)	.01	.04
年齢	.01	-.06

SLE : ストレスフルライフイベント

表 5

T3 希死念慮を従属変数とし、T1 心理社会的変数

	R ² 増加	F 増加	標準化β
ステップ 1: 人口統計学的変数	.001	0.3 (2,425)	
年齢			-.068
性別 (1, 男性, 2, 女性)			-.020
Step 2: ベースライン希死念慮	.295 ***	178.1 (1,424)	
T1 希死念慮			.454 ***
ステップ 3: SLE	.028 ***	17.6 (1,423)	
T3 SLE			.146 **
ステップ 4: 気分と認知様式	.015 **	4.9 (2,421)	
T1 抑うつ気分			.032

T1 自動思考			.126*
調整済み R ² トータル	.330		

SLE : ストレスフルライフイベント

第3章

青年期の特性的希死念慮の発生要因： 児童期の体験およびパーソナリティ

3.1 はじめに

自殺企図や希死念慮は自殺既遂にしばしば先行することが過去の調査で繰り返し指摘されてきた。Kessler, Borges, & Waters (1999) は、地域住民の 13.5% が希死念慮を、4.6% が自殺企図を生涯に一度は経験し、計画的な自殺企図の 90%、無計画な企図の 60% が希死念慮発生から 1 年以内に発生すると報告している。希死念慮は様々な年齢層において見受けられるが、特に若年層において頻度が高い (Shaffer, Gould, Fisher, Trautman, Moreau, Kleinman, & Flory, 1996)。希死念慮の理解はより頻度の少ない自殺既遂を考える上で重要な手がかりを与えるものと思われる。

希死念慮を抱くものは、望ましくない被養育態度と幼少期の被虐待体験という 2 種類の人生早期の苦痛な経験について語る事が少なくない。被養育体験と希死念慮の関係は思春期や青年期において繰り返し確認されてきた (Beautrais, 1996a; Martin & Waite, 1994; Tousignant, Bastien, & Hamel, 1993)。Martin & Waite (1994) は思春期児童が親を "affectionless control" (愛情欠損型統制) と評価した場合は希死念慮が増増すると報告している。Tousignant, Bastien & Hamel (1993) は見と父親の関係は希死念慮に重要な役割を持ち、関係が悪い場合は成人期早期まで希死念慮に影響するとした。

希死念慮に関係のあるもう一つの人生早期のネガティブな体験は、児童期の被虐待体験である。地域住民を対象とした調査によって、児童期の身体的・性的虐待は思春期と成人期における自傷行為の

リスクを増大させることがわかっている (Bensley, Van Eenwyk, Spieker, & Schoder, 1999; Davidson, Huges, George, & Blazer, 1996; Molnar, Buka, & Kessler, 2001; Silverman, Reinherz, & Giaconia, 1996)。児童期に被害体験のある成人の自殺企図のオッズ比はおおよそ 25 との創設がある (Santa Mina and Gallop, 1998)。児童期の被害体験は男性でおよそ 2.5 %、女性で 13.5 % といわれており (Molnar, Buka, & Kessler, 2001)、自殺企図における児童期の被害体験の寄与危険度が 9 ~20% であることも驚くべき数字ではない (Brown, Cohen, Johnson, & Smailes, 1999; Molnar, Buka, & Kessler, 2001)。頻回の自殺行動は、これまで児童期の性的虐待のサバイバーにおいて論じられることが多かった (Brown & Anderson, 1999; Ystgaard, Hestetun, Loeb, Schjelderup, & Mehlum 2004)。

非適応的な養育態度は児童期の被害体験と関係が深い。たとえば、親の児に対する愛情が乏しく無関心であることは、情緒的虐待に極めて類似している。しかし、この二つの児童期の体験は希死念慮やその他の自殺関連行動とからめて同時に検討されたことはほとんどなかった。

自殺企図者のパーソナリティ研究においてこれまでもっとも言及されてきたパーソナリティ障害は境界性パーソナリティ障害 (Borderline Personality Disorder, BPD) である (Ennis, Bames, Kennedy, & Trachtenberg, 1989; Suominen, Henriksson, Suokas, Isometsä, Ostamo, & Lönqvist, 1996)。境界性パーソナリティ構造 (Borderline Personality Organization; BPO) は同一性拡散、原始的防衛の使用、概ね正常だが脆い現実検討能力、感情制御の障害、性的・攻撃的表現の障害、不安定な内的価値観、他者との関係性の質の乏しさによって特徴づけられる。境界性パーソナリティ構造の病因は多面的であり、おそらく成人期の状態に至るまで様々な発達経路を経て形作られる。幼少期の性的虐待や身体的虐待がパーソナリティ病理に与える正確な影響は不明確ではあるが、BPO のある一群において大きな役割を果たすことは分かってきている。BPD における性的・身体的虐待体験の存在率は 26 ~ 91% と、報告によって大きなばらつきがある (Perry & Herman, 1993; Zanarini, Williams, Lewis, Reich, Vera, Marino, Levin, Yong & Frankenburg, 1997)。慢性的に自己破綻的な若年患者の多くは B 群パーソナリティ障害や PTSD な

どの問題をもつとされてきた。児童期の虐待体験をもつ人々の多くは攻撃性や衝動性など BPD に一致する特徴を多く持つというエビデンスが多く報告されている (Stanley, Gameroff, Michalsen & Mann, 2001)。

上述の議論を要約すると、(1) 非機能的な養育態度と幼少時期の被虐待歴はどちらも思春期と成人期の希死念慮と関係があり、(2) 境界性パーソナリティ特徴はしばしば希死念慮が随伴し、同時に幼少時期の困難と関係がある。しかし、思春期や成人期の希死念慮という観点から親の養育態度と幼少期の被虐待体験が同時に検討されることは少なかった。さらに、幼少時期の困難が思春期・成人期の希死念慮に直接影響するのか、境界性パーソナリティ特徴を介して間接的に希死念慮に影響するのかもほとんど検討されてこなかった。

本研究は、幼少時期の被虐待体験と親から受けた望ましくない養育態度からなる幼少時期の困難、境界性パーソナリティ特徴と希死念慮との関係を大学生のサンプルを用いて調査することである。ロジスティック回帰分析と共分散構造分析を用いて、変数間の関係の構造を分析した。

3.2 方法

参加者

熊本県内の2つの大学の学部学生に依頼した。本研究は毎週9波にわたる前方視研究である。対象学生の2~3%の学生が研究参加を拒否し、最終的にサンプル数は848名となった。848名のすべてが毎週参加したわけではない。504名から547名の学生が各週に参加した。男子学生数はおよそ5分の1であった。本研究のデータ解析では第1波と第3波のデータのみを使用した。第1波に参加した546名のうち、86%にあたる468名が第3波にも参加した。

使用尺度

希死念慮: 現在の希死念慮のレベルは、Self-rating Depression Scale (ZSDS; Zung, 1965) の「自分が死

んだほうが他の人によいと思う」一項目 (0 = 全く希死念慮なし、3 = ほとんど常いつも希死念慮あり) 4 件法にて測定した。この項目得点の歪度は Time 1=2.61、Time 2=2.62 であった。歪度を低減するために対数変換を行い、それぞれ 2.13、2.16 の歪度を得、これを希死念慮変数として後の解析を行った。各追跡時点間の希死念慮は極めて高い相関を示しており、この項目の特性 (trait-like) としての性質を意味している。よって、希死念慮項目は対数変換し、調査した 9 波すべての希死念慮の平均値を Suicidality Trait 得点とした。

抑うつ気分: *Self-rating Depression Scale (ZSDS; Zung, 1965)* にて評価した。ZSDS は 4 件法自記式の抑うつ気分評価尺度であり、気分、認知、身体症状の 3 因子構造が報告されている (Kitamura, Hirano, Chen, & Hirata, 2004)。今回は気分因子のみを用いて評価した。

パーソナリティ構造: *Inventory of Personality Organization (IPO; Clarkin, Foelsch, & Kernberg, 2001)* にて評価した。IPO は自記式尺度で、5 件法、84 項目である。この尺度は Kernberg (1975) の personality organization モデルの中心次元を測定するために開発された。すなわち、primitive psychological defenses, identity diffusion、 reality testing である。これらの次元は 3 つの中心的な尺度である Primitive Defenses (16 項目)、Identity Diffusion (21 項目)、Reality Testing (20 項目) にて測定される。この 3 つの解釈度にさらに Aggression (18 項目)、Moral Values (8 項目) が追加された。Critchfield, Levy, and Clarkin (2004) と Lenzenweger, Clarkin, Kernberg and Foelsch (2001) がオリジナル版の IPO の心理測定的な妥当性は確認済みである。原著者の許可を得て日本語版を作成し、訳語が正確かどうかは back-translation したものを原著者に確認してもらった。欠損値の処理は、83 項目中 67 項目以上回答があった場合に欠損項目の平均値を代入した。

被養育態度: *Parental Bonding Instrument (PBI; Parker, Tupling, & Brown, 1979)* にて評価した。PBI は自記式質問用紙で、被験者が子供の頃の両親の態度を回顧的に評価する。25 項目 4 件法で、ケア (Care; 12 項目) と過保護 (Overprotection; 13 項目) の 2 つの下位尺度がある。Parker, Tupling and Brown (1979)

によって良好な信頼性が確認されており、日本語版は Kitamura and Suzuki (1993a, 1993b) によって妥当性・信頼性が確認されている。

被害体験： *Child Abuse and Trauma Scale (CATS; Sanders & Becker-Lausen, 1995)* にて測定した。38 項目 5 件法の自記式尺度で、性的虐待 (6 項目)、ネグレクト (14 項目)、身体的虐待 (8 項目) を測定する。38 項目中 31 項目以上について回答のあったケースを解析対象とし、欠損値には平均値を代入した。

手続き

質問紙は毎週の講義の際に講師が配布した。データは 2 週間にわたる Time1 (T1)、Time2 (T2) と Time3 (T3) の 3 時点で評価した。調査参加に関しては、参加が望ましいが、不参加でも不利益は生じないことを質問紙配布前に口頭で説明した。このことは質問紙の表紙にも書かれている。匿名性は保たれているが、各時点での同一回答者を同定するために、学生に自身のニックネームをつけてもらった。この研究は熊本大学倫理委員会の承認を得ている。

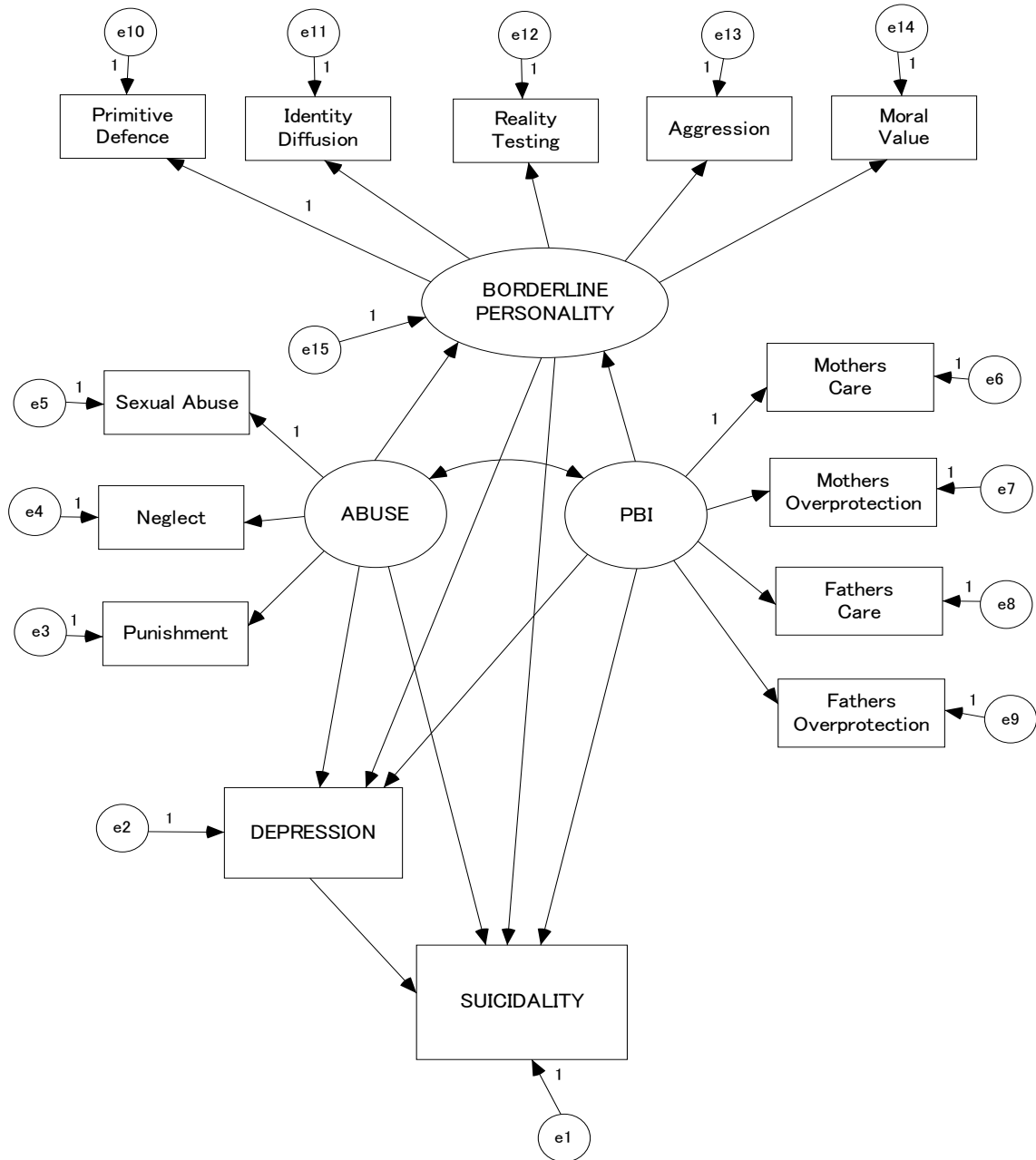
統計解析

本研究で用いられた全変数の標準偏差と平均値を算出し、変数間の相関も算出した。次に、共分散構造分析モデルを用いて、以下の様なモデルを推定した (図 1)。

- (1) 潜在変数としての境界性パーソナリティ特徴は IPO の 5 つの下位尺度で構成される一原始的防衛、同一性拡散、現実検討、攻撃性、道徳的価値
- (2) 潜在変数としての児童期の被害体験は CATS の 3 つの下位尺度で構成される一身体的虐待、ネグレクト、性的虐待
- (3) 潜在変数としての幼少時期の親の養育態度は PBI の下位尺度 4 つで構成される一父母のケア、父母の過干渉
- (4) 幼少時期の被害体験と養育態度はどちらも境界性パーソナリティ特徴、抑うつ、希死念慮に影響を与える
- (5) 境界性パーソナリティ特徴は抑うつと希死念慮に影響する
- (6) 抑うつは希死念慮に影響を与える

すべての統計解析は the Statistical Package for Social Sciences (SPSS) version 14.0 と Amos 6.0 を用いて行った。構造方程式モデルは有意でないパス係数 ($p > .05$) を除き、Akaike Information Criteria が2以上改善しなくなるまでその作業を続けた。モデルの適合度は chi-squared (CMIN)、goodness-of-fit index (GFI)、adjusted goodness-of-fit index (AGFI)、comparative fit index (CFI) および root mean square error of approximation (RMSEA) を用いて評価した。標準的な基準では良い適合とは、 $CMIN/df < 2$ 、 $GFI > 0.95$ 、 $AGFI > 0.90$ 、 $CFI > 0.97$ または $RMSEA < 0.05$ であり、満足できる適合とは、 $CMIN/df < 3$ 、 $GFI > 0.90$ 、 $AGFI > 0.85$ 、 $CFI > 0.95$, or $RMSEA < 0.08$ である (Schemmelleh-Engel, Moosbrugger, & Müller, 2003)。

図1. 仮説モデル



Primitive Defence : 原始的防衛、 Identity Diffusion : 同一性拡散、 Reality Testing : 現実検定、 Aggression : 攻撃性、 Moral Value : 道徳価値、 BORDERLINE PERSONALITY : 境界性パーソナリティ特徴、 Sexual Abuse : 性的虐待、 Neglect : ネグレクト、 Punishment : 体罰、 ABUSE : 虐待的子育て、 Mother's Care : 母親のケア、 Mother's Overprotection : 母親の過干渉、 Father's Care : 父親のケア、 Father's Overprotection : 父親の過干渉、 PBI : 被養育態度、 DEPRESSION : 抑うつ、 SUICIDALITY : 希死念慮

3.3 結果

性別以外の変数すべてが Suicidal Trait 得点と有意な相関を示した (表 1)。予想されたように、IPO、PBI、CATS の各下位尺度間には有意な相関を示した。PBI と CATS の下位尺度に関して、性的虐待は父親の低いケアと過干渉と関係があった。ネグレクトと身体的虐待は両親の低いケアと過干渉と有意な相関があった。両親の低いケアと過干渉と CATS の 3 下位尺度はほとんどすべてが IPO の下位尺度と相関し、抑うつ得点とも相関していた。仮説モデルのパス図の適合度は $\text{Chi-squared/df}=3.42$ 、 $\text{GFI}=0.891$ 、 $\text{AGFI}=0.835$ 、 $\text{RMSEA}=0.095$ 、 $\text{CFI}=0.911$ と適合度が不十分であったので、modification index を用いて共分散を追加した。最終的なモデルをみると、児童期の被虐待体験は境界性パーソナリティ特徴に影響を与え、希死念慮への直接の影響を失った。希死念慮への直接の影響を及ぼすのは境界性パーソナリティ特徴のみであった。被養育態度は被虐待体験とかなり強い共分散を示したが、境界性パーソナリティ特徴や希死念慮への直接の影響はなかった。最終的なパス図の適合度は、 $\text{Chi-squared/df}=2.31$ 、 $\text{GFI}=0.922$ 、 $\text{AGFI}=0.876$ 、 $\text{RMSEA}=0.074$ 、 $\text{CFI}=0.947$ とほどほどの適合度を示した (図 2)。

3.4 考察

本研究においては、計 9 回にわたって希死念慮を測定したが、各調査時点の希死念慮間の相関が極めて高かった。このことは、Suicidality Trait と言えるような trait の側面を表しているといえる。自殺の危険性は精神疾患の経過に付随する一時的な現象として状況依存的に高まったりする側面 (van Heeringen, 2001) がある一方、希死念慮の素因は、パーソナリティのような trait phenomena の構造に横たわっている (Brezo, Paris, & Turecki, 2006)。

これまで、パーソナリティ特性および被虐待体験や望ましくない養育体験などを含めた幼少時期の困難な体験が思春期や成人期の希死念慮や自傷行為などの自殺関連行動に結びつくという報告は多々あったが (Bensley, Van Eenwyk, Spieker, & Schoder, 1999; Davidson, Huges, George, & Blazer, 1996; Molnar,

Buka, & Kessler, 2001; Silverman, Reinherz, & Giaconia, 1996)、被養育態度や虐待体験が希死念慮に直接影響するのか、パーソナリティ構造が幼少時期の体験と自殺関連行動の関係を介在するのかについては不明確なままであった。また、パーソナリティ構造の介在が部分的なのか完全なる介在なのかも不明確であった。Klonsky & Moyer (2008) によると、被虐待体験は抑うつや不安、自己卑下を介在因子として、自傷行為に寄与すると報告している。抑うつや不安、自己卑下は性的虐待体験と抑うつ両方に関係することが知られている因子であるとしており、今回の調査結果と矛盾しない。境界性パーソナリティ障害は衝動性、感情不安定性、対人関係障害および同一性の障害を特徴とする深刻なパーソナリティ障害である (APA, 2000)。境界性パーソナリティ障害は対人的障害、職業の障害、高い自殺率や高い身体的・精神的受療率に関係している (Skodol et al, 2002)。さらに、境界性パーソナリティ障害はしばしば不安障害や気分障害などのI軸疾患を合併し、特に男性では物質使用障害、女性においては摂食障害を合併し (Zanarini et al, 1998; Zimmerman & Mattia, 1999)、これらの合併は短期的にも長期的にも不良な転帰を予測する (Skodol et al, 2002)。境界性パーソナリティ障害患者の約10%が自殺既遂に至る (Paris, 2005; Pompili et al, 2005)。本研究において用いられている境界性パーソナリティ特徴とはカテゴリカルな診断ではなく、連続体として測定されていることを述べておかねばならない。Tanney (2000) は希死念慮を予測するには、境界性パーソナリティ障害の診断を満たすかどうかということより境界性パーソナリティ障害の症状や特徴の存在が重要だと述べている。

うつ病エピソード中に限ってのみ認められるような時期限定の希死念慮と長期間持続する希死念慮は同一の介入方法ではなく、希死念慮の特性に応じた介入が必要であろう。今後の公衆衛生的課題として、パーソナリティの果たす役割を考慮すべきである。本研究の様にも、境界性パーソナリティ傾向はそのようなパーソナリティ特徴の候補の一つといえる。自殺関連行動を行う者のパーソナリティ評価において境界性パーソナリティ障害のカテゴリカルな診断は、実際の場面では診断に至るまでに時間と労力を要するが、本研究で用いられたような自己報告尺度は簡便かつ信頼性もあり有用であるが、

妥当性の面での課題が残されている。

幼少時期の外傷体験の評価は自己報告のみに依っている。これには想起バイアスに関する問題が付随する (Brewin, Andrews, & Gotlib, 1993; Fogarty Hemsley, 1983; Glickman, Hubbard, Liveright, & Valciukas, 1990; Hepp, Gamma, Milos, Eich, Ajdacic-Gross, Rosser, Angst, & Schnyder, 2006)。しかし、児童期の被害体験の回顧的評価の妥当性を支持する研究がいくつかある。たとえば、境界性パーソナリティ障害患者のサンプルを 27 カ月の集中的治療の前後で評価したが、性的、身体的、情緒的外傷体験の平均数は変わらなかった (Kremers, van Giezen, van der Does, van Dyck, Spinhoven, 2007)。これは児童期の被害体験の想起の安定性を示唆している。被害体験の自己報告は加害者の告白のような客観的な証拠によって確認されてきた (Herman & Schatzow, 1987)。加えて、性的被害歴は実際より少な報告される傾向にあり、男性と比して女性の報告のほうが正確だと言われている (Widom & Shepard, 1997)。

本研究では臨床上のうつ病は調査対象ではない。抑うつの指標として自記式抑うつ評価尺度を用いた。したがって今回の結果を臨床例に当てはめて考えることには慎重にならなければならない。しかし、Tomoda, Mori, Kimura, Takahashi, & Kitamura (2000) は大学生の調査において、初めの 1 年間に 21% もの学生が大うつ病性障害を満たすことがわかっており、正確な診断のためには構造化面接を用いるべきである。

上述の欠点を考慮しても、児童期の被害体験と希死念慮の関わりに境界性パーソナリティ特徴が介在することが本研究によって示された。今後はうつ病と同様に、境界性パーソナリティ特徴を持つ人々に対する介入も含めた自殺予防がもたらされるためのさらなる調査が必要である。

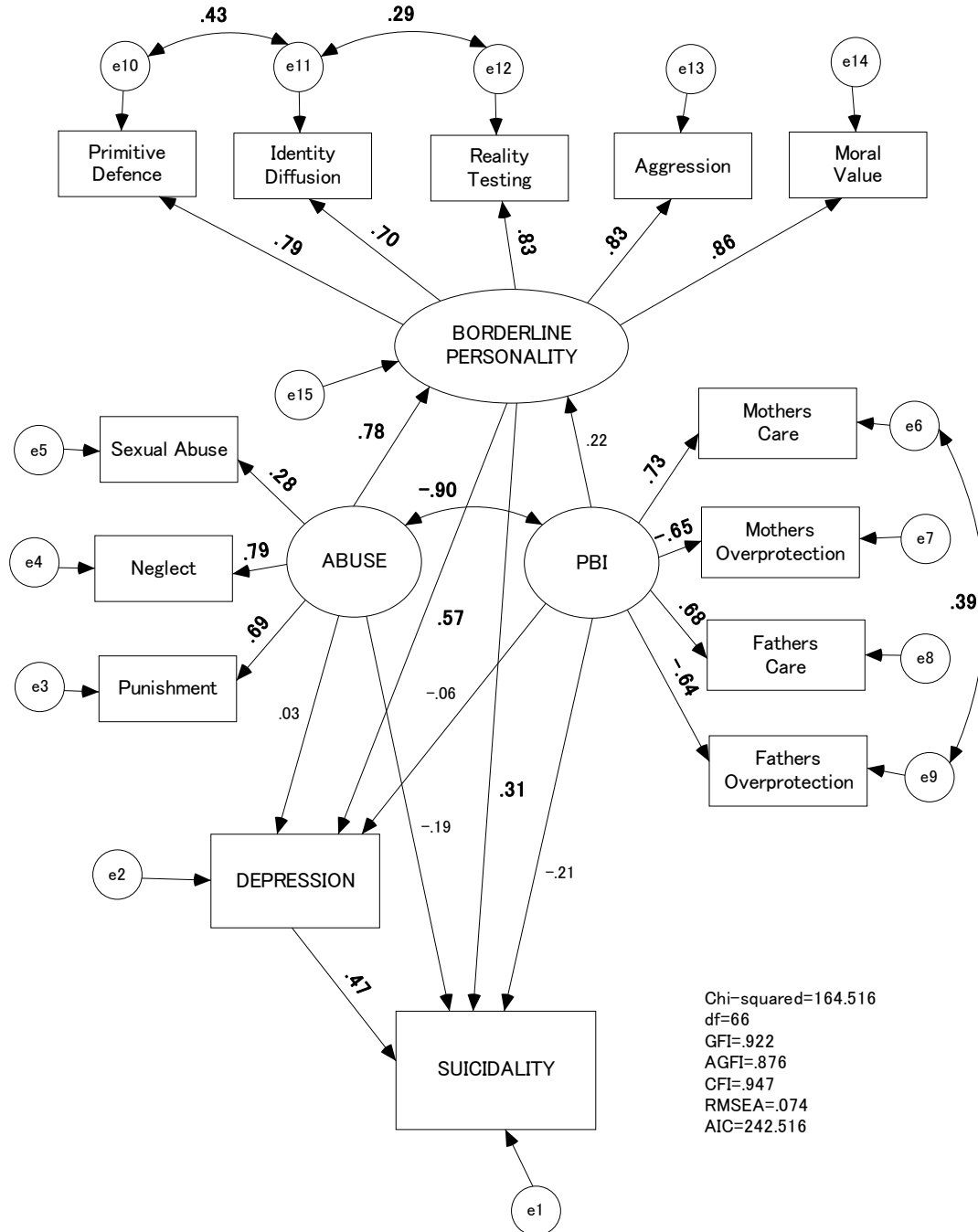
表1. 平均値および標準偏差と変数間の相関

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
1. Suicidal ideation (log transformed)	-															
2. Age	-.092*	-														
3. Sex (1, men, 2, women)	-.004	-.064	-													
4. Depressive mood	.652***	-.127***	.137***	-												
5. Primitive Defenses	.503***	-.077	.029	-.529***	-											
6. Identity Diffusion	.393***	-.085	.108*	-.501***	.742***	-										
7. Reality Testing	.458***	-.149**	-.065	.522***	.655***	.668***	-									
8. Aggression	.447***	-.111*	-.159***	.430***	.586***	.506***	.689***	-								
9. Moral Values	.408***	-.132**	-.069	.435***	.651***	.604***	.697***	.728***	-							
10. Mother's Care	-.250***	-.076	.087	-.199***	-.255***	-.170**	-.273***	-.334***	-.242***	-						
11. Mother's protection	.295***	.044	-.004	.263***	.238***	.198***	.296***	.317***	.272***	-.546***	-					
12. Father's Care	-.231***	-.046	.132**	-.240***	-.246***	-.179***	-.250***	-.319***	-.239***	.510***	-.399***	-				
13. Father's protection	.257***	-.009	-.028	.241***	.193***	.179***	.220***	.221***	.207***	-.327***	.530***	-.481***	-			
14. Sexual Abuse	.286***	-.056	-.140**	.201***	.161**	.092	.207***	.189***	.202***	-.015	.066	-.169***	.210***	-		
15. Neglect	.402***	.030	.118**	-.397***	.381***	.332***	.361***	.322***	.356***	-.477***	.377***	-.529***	.398***	.300***	-	
16. Punishment	.223***	.081	-.057	.163***	.237***	.165**	.283***	.282***	.212***	-.419***	.449***	-.432***	.497***	.231***	.489***	-
Mean	.021	.190	1.7	5.1	18.1	29.2	14.4	7.5	7.8	29.3	10.7	25.6	10.5	0.4	10.4	7.7
SD	0.37	1.5	0.5	3.8	9.7	14.5	11.7	8.9	6.3	5.9	6.4	7.5	6.4	1.7	8.6	3.8

* $p < 0.05$; ** $p < 0.01$; *** $p < 0.001$

Primitive Defence : 原始的防衛、Identity Diffusion : 同一性が散、Reality Testing : 現実検討、Aggression : 攻撃性、Moral Value : 道徳価値、BORDERLINE PERSONALITY : 境界性パーソナリティ特徴、Sexual Abuse : 性的虐待、Neglect : ネグレクト、Punishment : 体罰、ABUSE : 虐待的子育て、Mother's Care : 母親のケア、Mother's Overprotection : 母親の過干渉、Father's Care : 父親のケア、Father's Overprotection : 父親の過干渉、PBI : 被養育態度、DEPRESSION : 抑うつ、SUICIDALITY : 希死念慮、Mean : 平均値、SD : 標準偏差

図2. 最終パス図



Primitive Defence : 原始的防衛、Identity Diffusion : 同一性拡散、Reality Testing : 現実検討、Aggression : 攻撃性、Moral Value : 道徳価値、BORDERLINE PERSONALITY : 境界性パーソナリティ特徴、Sexual Abuse : 性的虐待、Neglect : ネグレクト、Punishment : 体罰、ABUSE : 虐待的子育て、Mother's Care : 母親のケア、Mother's Overprotection : 母親の過干渉、Father's Care : 父親のケア、Father's Overprotection : 父親の過干渉、PBI : 被養育態度、DEPRESSION : 抑うつ、SUICIDALITY : 希死念慮

第4章

地域在住の成人における希死念慮の発生 要因：心理社会的視点から

4.1 はじめに

自殺予防の政策立案には自殺の危険性が高い人口を特定することが不可欠である。自殺企図や自殺完遂のリスク要因について数多く報告があるが、その中でも大うつ病性障害、統合失調症、物質乱用・依存などの精神障害の診断はよく知られているリスク要因である (Beautrais et al. 1996; Black et al. 1985; Henriksson et al. 1993; Inskip et al. 1998; Johnson et al. 1990; Kessler et al. 1999; Mann et al. 1999; Morgan et al. 1975; Rich et al. 1986)。自殺を完遂したものの大多数死の直前になんらかの精神障害に罹患していることが地域住民を対象にした心理学的剖検によって明らかになっている (Cheng, 1995; Conwell et al. 1996; Henriksson et al. 1993)。しかし、精神疾患をもつものは概して病院を受診しない。たとえば、わが国においてはうつ病をもつものの 10 人にひとりしか病院を受診しない (Fujihara et al, 1993)。欧米においても自殺既遂者は一般医を受診するが、精神科には死の直前まで受診しないことが多い (Harwood et al. 2000; Hirschfeld & Russell, 1997; Luoma et al. 2002; Pirkis & Burgess 1998)。Luoma et al (2002) によれば、自殺者の 45% が死の 1 か月前にかかりつけ医を受診したが、精神科を受診したものは 20% しかいなかったという。さらに自殺者には精神疾患に罹患していないものいる (Conwell et al. 1996, 2000; Harwood et al. 2001; Waern et al. 2002)。このことから精神科診断のみに依拠した自殺予防では不十分であることがわかる。精神科診断以外の自殺危険要因として希死念慮がよく知られてい

る。15～54歳の非入院患者の生涯発生率は10%以上といわれている (Goodwin et al. 2004)。希死念慮は精神疾患やその他の共存疾患の有病率や (Kessler et al, 1999)、社会的職業的な機能障害 (Olfson et al, 1996) および自殺企図と自殺既遂 (Alexopoulos et al. 1999; Goldstein et al. 1991; Schwab et al. 1972) と有意な関係があるといわれている。Kessler et al (1999) によれば、計画的な自殺企図の60%と無計画な自殺企図の90%が希死念慮発生から1年以内に起こっている。自殺企図発生後10年間で7～10%が自殺を完遂するといわれている (Fawcett, 2001)。希死念慮発生から既遂に至るまでの経路の初期の段階、つまり希死念慮の発生防止は自殺既遂者数の低減に資するものと考えられる。

地域での自殺予防はうつ病のような精神疾患の治療だけではなく、希死念慮発生の予防という観点からも考慮する必要がある。つまり、希死念慮発生に関連する心理社会的因子を明らかにすることが必要である。以下に、希死念慮とライフイベント、対処行動、ソーシャルサポート、心理学的ウェルビーイング、生活の質 (quality of life)、地域活動への参加との関連を概観する。

ネガティブライフイベントと自殺

広範囲にわたる実証研究により、ライフイベントによるストレスはしばしば身体的精神的問題を引き起こすことがわかっている (Brown & Harris 1989; Cui & Vaillant 1996; Kendler et al. 2004; Paykel 1994; Paykel & Dowlatsahi 1988)。先行するライフイベントやストレスと自殺関連行動との関係を介する変数を同定するために様々な研究が行われ、イベントの回数とその知覚されるネガティブな影響 (ストレスの度合い) の双方が自殺自殺既遂企図や希死念慮の発生に重要な役割を担うことが示されてきた (Cochrane & Robertson 1975; Cohen-Sandler, Berman & King 1982; Gispert, Wheeler & Davis 1985; O'Brien & Farmer 1979; Paykel, Prusoff & Myers 1975; Pettifor, Perry, Plowman & Pitcher 1983; Schotte & Clum 1982, 1987)。自殺に関連したライフイベントとして最もよく見受けられるのが対人的喪失、対人的葛藤、経済的困難、職業問題や身体疾患であり、これらのイベントの頻度や影響力はライフサイクルによって変化する (Åsgård 1990; Beskow 1979; Chynoweth et al. 1980; Doplát & Ripley 1960; Heikkinen et al.

1992a; Heikkinen et al. 1992b; Rich et al. 1988; Rich et al. 1991; Robins 1981)。自殺者は対象群と比べて住宅状況、職業問題や対象喪失などの変化をより多く経験していることいわれている (Hagnell & Rorsman 1980)。Fanous et al (2004) は女性の双生児サンプルを用いた研究において、多変量を統制した上で希死念慮と最も強い関連があるのはストレスフルライフイベントとした。以上のように、ネガティブライフイベントは自殺既遂や希死念慮を引き起こすことが示されている。しかし、その関係のあいだに介入する変数については十分に説明されているとは言い難い。

コーピングスタイルと自殺

対処機制は感情的な抵抗力を成す内的資源として働き、内的小および外的ストレスに対する個人の反応を調節する。Cohen & Lazarus (1979) はコーピングを「個人の資源を超えたり負担となる要求を乗り越えたり耐えたり減じたりする認知的行動的試み」と定義した。Folkman et al (1986) をはじめとした研究者たちはコーピングスタイルが精神疾患の顕在化や進行に及ぼす個別のストレスの影響を緩衝する上で重要な役割を担うことを示してきた。

先行研究によって不健康な対処行動と希死念慮との関係について繰り返し示されてきた (Gould et al. 2004; Klimes-Dougan et al. 2000; O'Donnell et al. 2004; Votta & Manion 2004)。Yip et al (2003) は老年期の地域住民を対象とした研究において、積極的な対処行動、すなわちネガティブライフイベントをうまく取り扱いコントロールする人の方が受動的な対処行動を用いる人より希死念慮の水準が低かったとしている。Dixon, Heppner & Anderson (1991) はネガティブライフイベントなどのストレスと問題解決型の対処行動はそれぞれ独立して希死念慮を予測するとしている。

ソーシャルサポートと自殺

これまで多くの研究が心理的健康を維持しネガティブライフイベントの影響を減じるものとしてソーシャルサポートに注目してきた。ソーシャルサポートは関係が良好であれば家族や親戚、友人、近所の人、職場の仲間によって構成されるネットワークからもたらされる。ソーシャルサポートはネガテ

イブライフイベントの影響を緩衝することによって精神疾患の発症を低下させるといわれるが (Cohen & Wills 1985; Paykel et al. 1980)、ネガティブライフイベントがなくても独立に精神疾患の発症を抑えるともいわれている (Overholser et al. 1990; Perry & Shapiro 1986)。社会的孤立のもつ好ましくない影響の根拠として、多くの研究者がソーシャルサポートには重大な喪失 (たとえば身体疾患や精神疾患の罹患や失職など) から人々を守る働きがあることを挙げている (Hobfoll & Spielberger, 1992)。

自殺企図者のソーシャルネットワークは非自殺企図者より弱いとするエビデンスがある (Hart et al, 1988; Veiel et al, 1988)。多くの研究がソーシャルサポートは健康を増進し、希死念慮を低減することを示している (Bagely 1975; Hovey 2000; Ponizovsky & Ritsner 1999)。古典的な社会学研究の原則が示すところによると社会的統合が乏しいとリスクが高まるとしている (Durkheim 1897/1951)。

心理学的ウェルビーイング (心理学的健康) と自殺

Ryff らは心理学的ウェルビーイングとは幸福感のみではなく、肯定的な心理機能が含まれるものとし、自己受容、他者との肯定的な関係、自律、環境統御力、人生の目的および個人の成長の 6 つの次元を提案した (Ryff 1989, 1995; Ryff & Keyes 1995; Ryff, Lee, Essex & Schmutte 1994; Ryff & Singer 1998; Ryff & Singer 1998)。心理学的ウェルビーイングとネガティブな気分との有意な関係について報告している (Kitamura et al, 2003)。希死念慮とウェルビーイングとの間の負の関係は多くの先行研究が示すところである (Brubeck & Beer 1992; Cole et al. 1992; de Man & Leduc 1995; Shagle & Barber 1995)。Jin & Zhang (1998) は 1433 名の一般中国人サンプルを用いた調査で、身体的健康より心理的健康が希死念慮のより予測因子であるとし、特に抑うつが介在した時によりその予測力が強くなることを示した。

生活の質 (Quality of life; QOL) と自殺

QOL とは医学的診断に関係なく個人の望む人生のレベルと調和するその人の機能に関係する。QOL には身体的領域と心理的領域の両方が含まれる。QOL はヘルスリサーチ分野での中心テーマであったが、一般人口における希死念慮と QOL の関係に関する研究は乏しい。筆者の知る限り唯一 Goldney

et al (2001) がこの疑問を直接調査し、希死念慮を持つ者は持たない者に比べて QOL が低いと報告している。この結果が文化の異なる地域住民にも一般化できるかは明確ではない。

地域活動への参加と自殺

コーピングスタイル、ソーシャルサポート、ウェルビーイング、および QOL が心理的健康を増進し希死念慮を防止する上では重要であるが、これらの能力はいずれも対人関係ネットワークの中ではじめて効力を持つ。対人ネットワークの量や質は人々がそれを求めることによって満足いくものとして維持できる。たとえば、人は地域活動に参加するなど人と出会うことによって人生の困難こうまく対処できる。したがって、外出や地域の活動に参加する機会が多いほど希死念慮の水準は低いと推測できる。Duberstein (2004) は家族や社会・地域との統合（対人交流、宗教活動、地域とのかかわり）の乏しさと希死念慮の関係は精神疾患の存在とは無関係に頑強であるとしている。われわれの知る限り社会的相互作用と希死念慮との関係に関する研究は乏しい (Alexopoulos et al. 1999)。

今回、日本の地域住民サンプルを用いて上述の心理社会的因子と希死念慮の関係について調べたので報告する。本調査のリサーチクエスチョンは以下のとおりである。

1. ソーシャルサポートおよび地域活動への参加は希死念慮の防御因子となるか？
2. 一般人口において心的リソース（ウェルビーイングと QOL）と希死念慮の間に負の関係があるか？
3. 他の変数を統制した後もネガティブライフイベントは希死念慮に直接の影響があるか？
4. コーピングスタイルと希死念慮の間に有意な関係があるか？

4.2 方法

対象

熊本県の健康施策のための調査の一部として性別と年齢が階層化された 3420 名の無作為サンプルに質問紙を配布し、1962 名（男性：917 名、女性：1045 名）から回答があった。男女の平均年齢（標準

偏差) はそれぞれ 53.5 (17.1) 歳と 52.6 (16.9) 歳であった。ここで 830 ケースは欠損値が理由で以降の解析からは除外された。よって計 1132 名 (男性 527 名、女性 605 名) のサンプルが解析対象となった。インフォームドコンセントは質問紙の中に含まれており、本調査は熊本大学大学院医学薬学研究科の倫理委員会の承認を得ている。

尺度

希死念慮

「これまでに生きていく価値がないと感じたことはありますか?」という 1 項目 4 件法 (0~3) の質問にて測定した。

ネガティブライフイベント (negative life events: NLE)

調査までの 1 年間に NLE を経験したかを問い、経験している場合はその影響を 1~100 点で評価してもらった。NLE を経験していない場合は 0 点と評価した。得点が高いほどより影響が強い。

非適応的なコーピング

次の 1 項目で評価した。「あなたにとって好ましくない出来事や悩みあるときどのように対処しますか? 次の 3 つのなかから選んでください」(1) 「不安になったり気に病む (情緒優先対処)」(2) 「気分を落ち着けて考えないようにする (回避優先対処)」(3) 「考えをまとめて行動方針を立てる (課題優先対処)」各回答項目は 0 (まったくない) ~4 (いつも) の 5 件法で評価した。希死念慮に関する非適応的な対処行動を測定するため、課題優先対処得点は逆転項目としてあつかった。

ソーシャルサポート

ソーシャルサポートは情緒的サポート、情報的サポート、道具的サポートの 3 側面を測定した。それぞれの下位項目は「あなたの気持ちを理解したり分かってくれる人がいますか?」「冷静で適切なアドバイスや指導をしてくれる人がいますか?」「あなたのために家事や仕事をしてくれる人がいますか?」の 3 つの質問で測定した。各項目は「はい・いいえ」の 2 件法で評価した。「はい」と答えた

場合、そのサポートにどれだけ満足しているかを0（満足していない）～3（満足している）で評価した。

心理学的ウェルビーイング

「あなたは自分を好きですか？（自己受容）」「人付き合いが好きですか？（他者との良好な関係）」

「人生は人の成長のための勉強とおもいますか？（個人的成長）」「人生の目的を持っていますか？

（人生の目的）」4つの側面について0（まったくない）～3（はっきりとある）の4件法にて測定し

た。

Quality Of Life (QOL)

参加者のほとんどは健常成人であるため、身体的QOLは扱わず心理的QOLのみを測定した。健康認識と生活上の満足について「一般的にあなたは健康だと思いますか？（健康認識）」「生活上のあらゆる面についてどの程度満足していますか？（生活上の満足）」の2項目、0（まったくない）～3（絶対にあてはまる）の4件法で測定した。

地域活動への参加

外出と地域活動への参加の2側面について「買い物や散歩など、仕事を除く目的でどの程度外出しますか？」を0（まったくない）～4（かなりある）の5件法と「過去1年間に地域の活動に参加しましたか？」を「はい・いいえ」の2件法で測定した。

統計解析

まず、希死念慮と各独立変数の相関を調べ（表1）、次に6つの各心理社会領域別に計6回の階層モデルでの重回帰分析を行った（表2）。階層別に行った重回帰分析で有意なものを抽出し、最終的に1つの重回帰式に強制投入した（表3）。

次に、共分散構造分析を用いて各変数間の相互関係を調べた（図1）。このモデルにおいて PSYCHOL,

MALCOP, COMMUNITY, SUPPORT の4つの潜在変数を想定した。困難に直面した時の心理的な抵抗力としての機能を反映する psychological well-being と QOL を下位尺度とした潜在変数 PSYCHOL を設定した。非適応的なコーピングスタイルは先述の3つの下位尺度から構成され、MALCOP という潜在変数を設定した。仕事以外の外出と地域活動への参加の2つの下位尺度で COMMUNITY 、先述のソーシャルサポートの3つの下位尺度で SUPPORT という潜在変数を設定した。

図1に示したように、まず上記の4つの潜在変数およびネガティブライフイベント（NLE）が希死念慮（SI）に直接影響を与えると仮定し、NLE が PSYCHOL, MALCOP に関連し、PSYCHOL と MALCOP は COMMUNITY と SUPPORT に影響されると仮定し、COMMUNITY は SUPPORT に影響を与えると仮定したモデルを立てた。

表 1: Means and SDs of suicidal ideation and its psychosocial correlates and their correlations (N = 1925)

Predictor variables		range	Suicidal ideation (r)	M (SD)	
				Male (n=897)	Female (n=1028)
	Suicidal ideation		-	0.75 (0.87)	0.82 (0.88)
	Sex	Male; 1, Female; 2	.036	-	-
	Age		-.027	53.2 (17.0)	52.4 (16.9)
1. Negative life events	Negative Life Events	0–100	.258**	30.66 (30.24)	32.12 (31.50)
2. Maladaptive coping behavior	Emotion Oriented Coping	0–4	.154**	1.71 (0.90)	1.93 (0.87)
	Avoidance Oriented Coping	0–4	-.007	1.66 (0.96)	1.92 (0.90)
	Non Task Oriented Coping (reverse)	0–4	.118**	1.80 (1.13)	1.79 (1.10)
3. Perceived social support	Emotional Support	0–1	-.226**	0.85 (0.35)	0.92 (0.27)
	Satisfaction with Emotional Support	0–4	-.277**	2.19 (0.74)	2.22 (0.73)
	Informational Support	0–1	-.201**	0.71 (0.46)	0.83 (0.37)
	Satisfaction with Informational Support	0–4	-.269**	2.12 (0.80)	2.16 (0.78)
	Instrumental Support	0–1	-.087*	0.72 (0.45)	0.65 (0.48)
	Satisfaction with Instrumental Support	0–4	-.198**	2.20 (0.81)	1.99 (0.92)
4. Psychological well-being	Self-acceptance	0–3	-.397**	1.95 (0.79)	1.91 (0.71)
	Positive Relations with Others	0–3	-.255**	2.25 (0.70)	2.39 (0.63)
	Personal Growth	0–3	-.186**	2.32 (0.79)	2.47 (0.68)
	Purpose in Life	0–3	-.393**	1.97 (0.79)	1.96 (0.77)
5. Quality of life	Health Perception	0–3	-.185**	1.74 (0.71)	1.79 (0.66)
	Satisfaction with Life	0–3	-.298**	1.83 (0.69)	1.83 (0.69)
6. Participation in community activities	Leaving the House	0–4	-.118**	3.34 (0.94)	3.53 (0.77)
	Participation in Community Activities	0–1	-.140**	0.55 (0.50)	0.56 (0.49)

*p < .05, **p < .00

表 2: Prediction of suicidal ideation in a population-based sample
(multivariate analysis for each domain separately)

	Adjusted R ²	Standardized B
1. Negative life events	.066**	.258***
2. Maladaptive coping behavior	.042***	
Emotion oriented coping		.174***
Non-task oriented coping (reverse)		-.142***
3. Social support	.102**	
Emotional support		-.104**
Satisfaction with emotional support		-.095*
Informational support		-.034
Satisfaction with informational support		-.113*
Instrumental support		.042
Satisfaction with instrumental support		-.118**
4. Psychological well-being	.227***	
Self-acceptance		-.270***
Relationship with others		-.064*
Personal growth		-.035
Purpose in life		-.253***
5. Quality of life	.096***	
Health perception		-.102**
Satisfaction with life		-.266***
6. Participation in community activities	.028***	
Leaving the house		-.127***
Act		-.101**

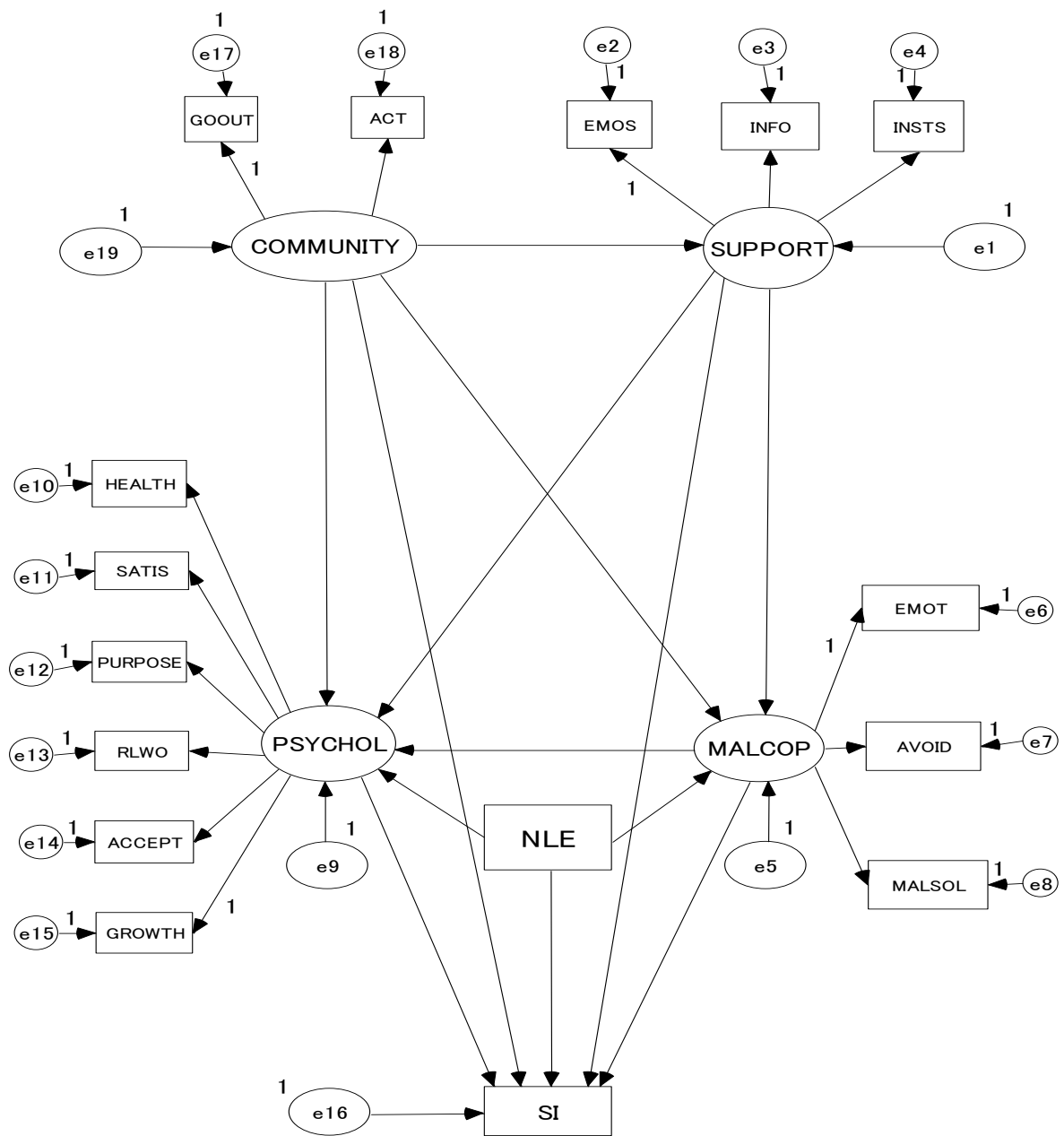
*p < .05, **p < .01, ***p < .001

表 3: Prediction of suicidal ideation in a population-based sample

	Adjusted R ²	Standardized B
1. Demographic variables	.000	
Sex		.042
Age		.063
2. Psychosocial variables	.265***	
Negative life events		.137***
Emotion oriented coping		.032
Non-task oriented coping		.032
Emotional support		-.067*
Satisfaction with emotional support		-.017
Satisfaction with informational support		-.065
Satisfaction with instrumental support		-.027
Self-acceptance		-.243***
Relationship with others		-.029
Purpose in life		-.182***
Health perception		-.017
Satisfaction with life		-.010
Leaving the house		-.029
Act		-.032

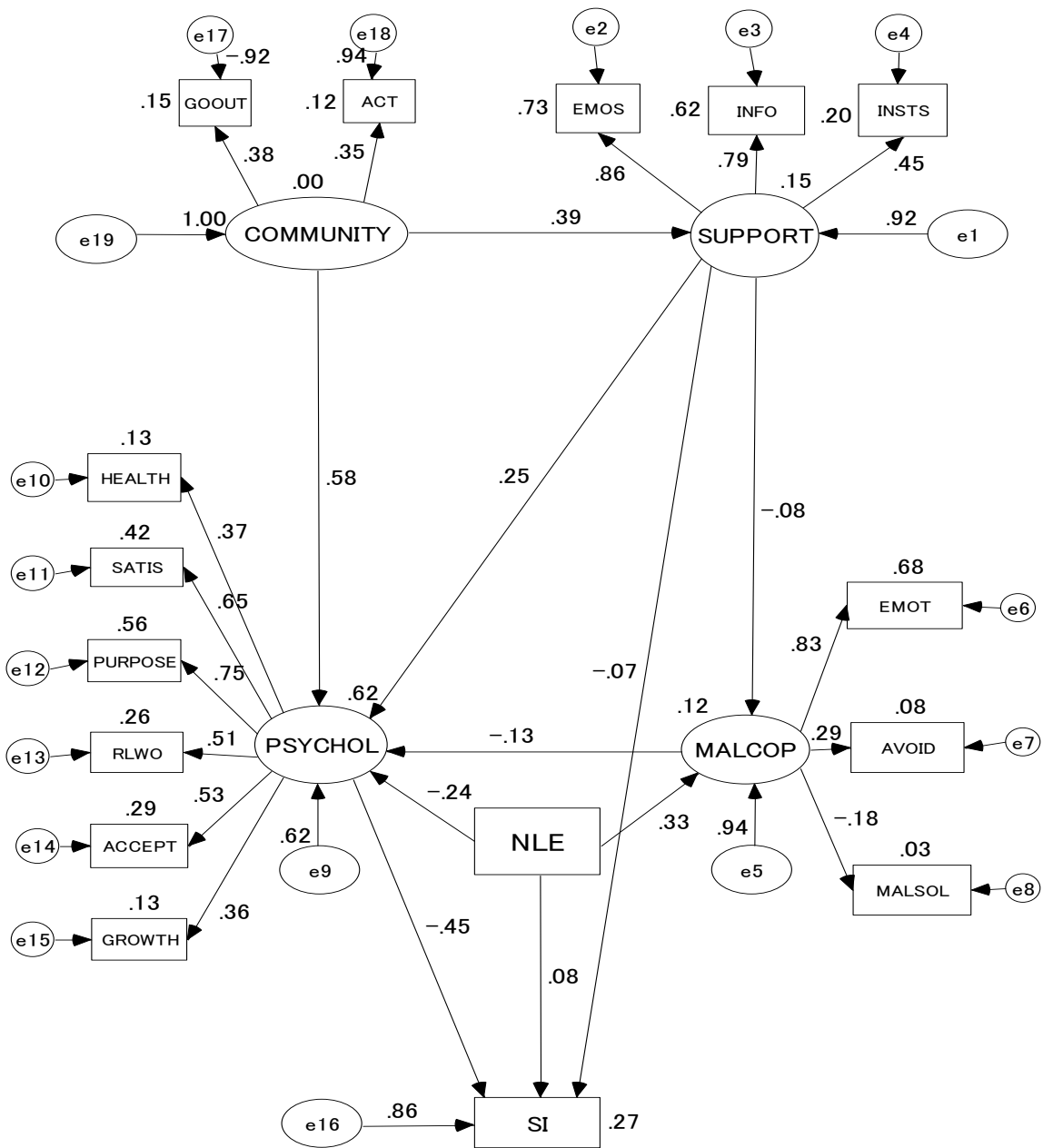
*p < .05, **p < .01, ***p < .001

图 1



GOOUT; leaving the house, ACT; participation in community activities, COMMUNITY; participation in community activities, HEALTH; health perception, SATIS; satisfaction with life, PURPOSE; purpose in life, RLWO; relationship with others, ACCEPT; self-acceptance, GROWTH; personal growth, PSYCHOL; psychological resources, NLE; negative life events, SI; suicidal ideation, MALCOP; maladaptive coping behavior, EMOT; emotion oriented coping, AVOID; avoidance oriented coping, MALSOL; non-task oriented coping, SUPPORT; social support, EMOS; emotional support, INFO; informational support, INSTS; instrumental support

图2



GOOUT; going out of the house, ACT; participation in community activities, COMMUNITY; participation in community activities, HEALTH; health perception, SATIS; satisfaction with life, PURPOSE; purpose in life, RLWO; relationship with others, ACCEPT; self-acceptance, GROWTH; personal growth, PSYCHOL; psychological resources, NLE; negative life events, SI; suicidal ideation, MALCOP; maladaptive coping behavior, EMOT; emotion oriented coping, AVOID; avoidance oriented coping, MALSOL; non-task oriented coping, SUPPORT; social support, EMOS; emotional support, INFO; informational support, INSTS; instrumental support

図1 の仮説モデルにおいて統計的に有意なパスのみを残し、モデルを洗練した (図2)。モデルの適合度評価には、 X^2/df , goodness-of-fit index (GFI), adjusted goodness of fit index (AGFI), comparative fit index (CFI), and root mean square error of approximation (RMSEA) を指標として用いた。慣習的な指標の評価基準として、 $X^2/df < 2$, $GFI > .90$, $AGFI > .090$, $CFI > .97$, and $RMSEA < .05$ を採用した (Anderson & Gerbing 1984; Bentler 1990; Schermelleh-Engel, Moosbrugger & Müller 2003)。

4.3 結果

1132 人中、希死念慮についての質問に、23人 (2%) が「いつも」196人 (17.3%) が「たまに」391人 (34.5%) が「まれに」522人 (46.1%) が「決してない」と回答した。

2変数相関では性別、年齢と回避優先コーピング以外のすべての変数が優位な相関を求めた (表1)。

6領域別の重回帰分析では情動的サポート、道具的サポート、個人的成長を除いたすべての心理社会的領域で有意な予測力を認めた (表2)。

年齢と性別を第1段階に投入し領域別の重回帰にて有意な変数を一括投入した重回帰式においても同様の結果であった (表3)。

共分散構造分析において、 $X^2/df = 5.85$ 、 $GFI = .940$ 、 $AGFI = .916$ 、 $CFI = .861$ 、 $RMSEA = .066$ という良好な適合度を得ることができた。図1の初期仮説モデルではNLE およびすべての潜在変数が希死念慮に影響すると仮定したが、実際にはPSYCHOLと SUPPORT のみが直接の影響を残した。SUPPORT が希死念慮 (SI) に与える影響は小さいが、

PSYCHOL は強い影響を及ぼしていることがわかった。一方、PSYCHOL は COMMUNITY, NLE, SUPPORT および MALCOP から影響を受けている。さらに、COMMUNITY は SUPPORT に有意な影響を与え、NLE は MALCOP に影響を及ぼしている。当初の仮説とは異なり、COMMUNITY と SUPPORT の MALCOP への影響は有意ではなかった。

図2 挿入

考察

本研究によってさまざまな心理社会的変数が地域住民のもつ希死念慮に影響を与えることがわかった。先行研究では数種類の限られた変数と希死念慮の関係について言及したものは数多く存在するが、多数の変数を用いた希死念慮予測は数少ない。今回の研究の強みは大規模な地域サンプルを用いて数多くの変数を同時に解析した点である。

ネガティブライフイベント

過去の研究と同様に NLE と希死念慮の関係は2変数相関においては有意であったが、分散構造分析で示されたように NLE から希死念慮への直接のパスは消失した。図2に示したようにNLE は PSYCHOL に負の影響を与えることによって間接的に希死念慮に影響を与えていた。QOL とウェルビーイングで構成される心理学的リソースはソーシャルサポートと地域活動への参加が高い場合、NLE から受ける影響は弱まると解釈できる。ラ

ライフイベントはおそらく年齢、性別、ライフステージ、個別の脆弱性、精神疾患、コーピングスキル、社会的ネットワークなどの個別因子と複雑に絡み合っているのであろう (Heikkinen, 1994)。

非適応的コーピングスタイル

Dixon et al (1991) らの結果とは異なり、単相関や重回帰分析においてコーピングと希死念慮の関係は有意ではなかった。共分散構造分析が示すところによると、心理学的リソースがコーピングと希死念慮の関係を mediate している。仮説では地域活動への参加および職場以外の場所への外出がコーピングに影響を与えるとしたが、実際にはライフイベントのみがコーピングに影響を与えるのみであった。したがって、コーピングはライフイベントが心理学的リソースに与える影響を mediate しているといえる。さらに共分散構造分析によると、非適応的コーピングにもっとも寄与するのは情緒優先コーピングである。これは情緒優先コーピングが心理的不適応の強力な予測因子であるとする過去の研究に矛盾しない (Billings et al. 1983; Endler et al. 1993; McWilliams et al. 1993; Vollrath et al. 1994)。

ソーシャルサポート

先行研究ではソーシャルサポートが希死念慮に影響を与えると繰り返し示してきたが、ほかの変数が統制されていないことが多い。今回、ソーシャルサポートは希死念慮に直接影響するのではなく、心理学的リソースや非適応的コーピングを介して希死念慮に影響を与えることがわかった。さらに、希死念慮予防の観点からはサポートの存在よりもサポートの受け手の満足度が希死念慮をより強く予測するということである。この点は Henderson et

al (1981) の見解と一致する。社会的統合の乏しさは精神疾患 (Lara & Klein 1999; Crisp et al. 2000) や無職 (Turner et al. 1991) による続発性のものであるという議論が存在する。しかし、Duberstein et al (2004) は86人の自殺者と86人の対照群を用いた研究で、社会的統合の乏しさと自殺の関係は精神疾患によるアーチファクトではないと結論している。このようにソーシャルサポートは希死念慮を予測するものとして重要な変数であるといえる。

心理学的ウェルビーイングとQOL

共分散構造分析が示されているように、心理学的リソースが直接かつ最も強力に希死念慮に影響を与えている。一般人口レベルではうつ病の診断だけではなく本人に知覚される心理学的リソースの乏しさが健康を損ねることを考慮しなければならない (Koivumaa-Honkanen et al. 2000, 2001)。Kitamura et al (2003) は低いウェルビーイングはうつや不安と有意な関係があると報告している。同様に低いウェルビーイングは低い健康行動と社会因子さらに自殺を含めた長期的な死亡率と関係があるとする最近の研究もある (Koivumaa-Honkanen et al. 2000, 2001)。今回、心理学的リソースは、ネガティブライフイベント、ソーシャルサポート、非適応的コーピングおよび地域活動への参加が希死念慮に与える効果を mediate していることがわかった。このように希死念慮の発生に心理学的リソースが重要な機能を持つといえる。これらの知見は自殺予防にはうつ病の同定のみではなく、うつ病がなくても心理学的リソースが乏しい者の同定も重要であることを示している。

地域活動への参加

単相関や重回帰分析においてソーシャルサポートは地域活動への参加と希死念慮の両方と

有意な相関が認められた。仮説モデルではソーシャルサポートと心理学的リソースは地域活動への参加が背景にあると設定し、結果によって仮説が支持された。自宅を離れ、地域活動に参加するほど、より多くのサポートが得られ、心理学的により自身の生活に満足するのであると考えられる。より多くの人々と会うほどより多くのサポートが保障されるのであろう。このような効果はネガティブライフイベントが希死念慮に与える影響を緩衝すると考えられる。

自殺予防の観点

社会的相互作用が自殺のリスクを減らすことは先行研究と一致した (Alexopoulos et al. 1999)。人々を地域活動に参加するよう促すためには地域活動へのアクセスを改善する努力が自治体に求められる。さらにそのような活動を人々のニーズにあったものに逃げる工夫も同様に必要である。人々に地域活動に関心を持ってもらうような効果的情報提供も必要であろう。社会活性化に関する実証研究は少ない (Ametz 1985)。特に自宅に引きこもっている人々への保健師訪問も地域活動参加を促進し、さらに情緒的サポートを提供できる一手段であろう (Bruce et al. 2002)。農村部の老人など交通手段が制限されているような人々への送迎バスなどの交通手段の提供も地域活動参加を促進するかもしれない。

第5章

入院患者における自殺関連行動を 規定する要因

5.1 はじめに

わが国の精神科医療の現場に目を向けてみると、自殺・自傷の危険性評価は依然として個々の医師やスタッフの勘と経験のみに依るところが大きく、目の前の患者の自殺危険性について問われても口ごもらざるを得ないのが現状である。再三指摘されるように、自殺既遂に関しては、感度の十分高い自殺危険性評価尺度でも自殺既遂の発生率の低さから多くの疑陽性を生んでしまい、自殺の危険性が過大評価されてしまう傾向は否めない (Pokomy, 1983)。実際のところ、1960年代から1970年代にかけて予測手段は臨床家や自殺予防計画を立案する者にとってほとんど無益であると考えられる様になった (Maris et al, 1992)。1980年代から1990年代には予測から評価へと関心が移っていった。すなわち、ある人物が将来自殺するかということ予測するというよりも、むしろ、その人物の人生のすべてを考慮したうえで、より広い意味で自殺の危険性の高い人を評価することに関心が移っていった。とはいえ、予測と評価は決して互いに独立した過程ではない。

臨床家にとって最も困難な作業の1つは患者の行動を予測することである。例えば、自殺企図歴のある患者がセラピストに「自殺をすれば楽になるとは思います但实际上にはしないと思います」と語ったときに、この患者の入退院や外出泊を決めるにあたって、患者の発言（予想）を重視したほうがよいのだろうか？それとも自殺企図歴を重視したほうがよいのだろうか？長期にわたるアルコール依存歴と度重なる再発と断酒歴のある患者が「今回は違います。もう2度と飲まないでしょう」と述べた場合に、この患者は自らの予測通りに断酒に成功するであろうと評価すべきか？過去の再発歴をもとに再発するだろうと予測すべきか？患者の行動予測について理解することは臨床家のもっとも重要な責務の1つである。

希死念慮や自傷念慮を含む自己破壊行動は临床上よく見受けられる危険な行動であり、その予測は困難である。希死念慮や自傷行為および自殺企図の一般人口中における lifetime prevalence は2~15%と報告されている (Briere & Gil, 1998; Kessler, Borges, & Walters, 1999; Klonsky, Oltmanns, & Turkheimer, 2003; Knock & Kessler, 2006; Yates, 2004)。希死念慮や自殺の計画および自傷念慮や自傷行為の既往は高い自殺企図率と関係がある (Kessler et al, 1999; Nock, Joiner, Gordon, Lloyd-Richardson, & Prinstein, 2006)。このような重複があるにもかかわらず、自殺企図に及ぶ者と及ばない者とは希死念慮や生きる理由と抑うつにおいて差があるとも言われている (Muehlenkamp, 2007)。

自己破壊行動の prevalence は高く、危険であるにもかかわらず、臨床家は自己破壊行動の予測と治療においては依然として困難を抱えている (Klonsky & Muehlkamp, 2007)。

自殺既遂の base rate が低いことや自己破壊行動の関連要因に関するエビデンスが乏しいことが自己破壊行動の予測や予防を困難にしている。自殺既遂が low base rate であるという観点から、臨床家は自殺既遂の直近の先行因子であり、加えて自殺既遂より高い base rate をもつ希死念慮や自殺の計画などの自己破壊行動の予測に焦点をあてるよう推奨されている。しかし、希死念慮などの自己破壊行動の既往を持つ者のほとんどは自殺既遂には至らないことが全体像の把握をさらに難しくしている。

自己破壊行動の予測を難しくしている理由の1つとして、統計的予測よりも患者の自己報告や臨床的判断が優先されていることが挙げられる。患者の内省に依拠することはしばしばもっとも直接的に患者の思考や将来の行動予測に接近する手段のように思える。しかし、人間が自らの感情や行動を正確に予測できることを支持するエビデンスは乏しい。さらに、多くの研究が示唆するところによると、診断や行動の予測において、特定の入力データと関心行動の関係に関するエビデンスを用いた意志決定のほうが、臨床家の判断よりも正確である (Dawes, Faust, & Meehl, 1989; Meehl, 1956)。脳の機能不全の予測 (Leli & Filskov, 1984)、神経症と精神病の鑑別 (Goldberg, 1965, 1970)、暴力行為の予測 (Werner, Ross, Yesavage, 1983)、自殺のリスク評価 (Borges et al, 2006) において科学的データに基づいた予測は臨床判断よりその正確性において優れている。自殺の危険性の高い患者と向き合う時に患者の行動を予測することは臨床家にとって特に重要な意味をもつ。過去の自己破壊行動が後の自殺企図や自殺既遂の強力な予測因子であるにもかかわらず、臨床家は自己破壊行動の危険性評価を患者の報告に依拠して臨床判断することが多い。我々の知る限

りにおいて患者が自らの自己破壊行動の予測が妥当であるかどうかを実証的に示した報告はほとんどない。

本研究のリサーチクエスションは、「退院後6ヶ月時点の自己破壊行動を規定する心理社会的危険要因は何か？患者の自己報告は将来の自己破壊行動を予測できるか？」である。

5.2 方法

対象

エントリー基準

- (1) 平成2004年9月1日以降に熊本大学附属病院精神科病棟に入院しており
- (2) 日本語による意思疎通に問題がなく
- (3) 意識障害, 精神遅滞, 認知症の疑いがなく
- (4) 本研究の内容を理解し、同意 (医療保護・措置入院者については保護者と本人の両方の同意を必要とする) の得られた患者100名前後

調査手法

- 1) 2004年9月1日以降に熊本大学附属病院西病棟2階 (精神病棟) に入院した患者で,
(100名前後) (ただし痴呆・知的障害を有するものは除く)
- 2) 入院時に後の追跡 (退院後6ヶ月) のことにも触れた **Informed Consent** を書面にて得る
(判断同意能力がない場合は本人からの同意に加えて、保護者からの同意も得る)。同意が得られた場合は入院時評価 (SCID, 患者記入用紙) を行う。同意が得られなかつ

た場合は sociodemographic variables のみを記録する。

- 3) 主治医と研究者による構造化面接を行う。患者による自記式質問表の記入。入院前 3 ヶ月間の自己破壊行動と入院中に起こった自己破壊行動を入院中に評価する（入院時評価の時期は担当医の裁量による）。
- 4) 退院後 6 ヶ月の自己破壊行動を担当医、診療録、手紙（その後の電話）、他院への電話確認、住民台帳などで追跡し評価する。

倫理審査

熊本大学大学院医学薬学研究部倫理委員会疫学分科会および熊本大学大学院医学薬学研究部倫理委員会の審査にて承認済みである。

自傷行為・自殺企図の定義

本研究では自傷行為・自殺企図を合わせ自己破壊行動と呼び、以下のように定義した。

「死ぬことを目的としたすべての自己破壊行動および、死ぬ意思をとまなわれないが切ること、嘔むこと、擦りむくこと、切断すること、異物を挿入すること、焼くこと、異物を飲み込む・吸引すること、物をなぐること、物に打ち付けること、常用量以上の薬物の摂取を含む行為」

自記式評価尺度一覧

状態的怒りと性向的怒り

State Trait Anger Expression Inventory (STAXI; Spielberger, 1979)

44項目からなる。(1) 怒りは敵対心 (Hostility) や攻撃性 (Aggression) とは異なる, (2) 状態

的怒り (State Anger) と 性向的怒り(Trait Anger) は異なる, (3) 怒りの経験と怒りの表現を
区別する, という概念のもとに作成された。State and Trait Anger Scale と Anger Expression
Scale の下位尺度から構成されている。怒りの経験と表現の尺度で, 正常・異常両方の人
格の詳細な評価に必要な怒りの要素を査定すること, 医学的状态 (高血圧, 慢性心疾患,
癌など) の進行への怒りの要素の影響を測定することを目標に開発された。13歳以上に適
用可能である。

情動の状態としての強さ (S-Ang) を測定したり, パーソナリティー特性としての怒り易さ
の個人差 (T-Ang) などを測定するために作成されたものである。T-Ang の得点の高い人は,
いらだったり, 挫折感を感じたりするような時には S-Ang が激しく上昇すると考えられ
ている。Westberry (1980) によると, 大学生と海軍の新入隊員とを被験者にした研究で,
T=Ang 下位尺度は BDHI (Buss-Durkee Hostility Inventory) の総合得点との間に0.66 から
0.73 の範囲の相関が見られたとしている。STAS を用いて怒りの経験を評価測定していく
うちに, 怒りをどの程度外へ表現したり, あるいは表現することを抑制したりしているの
かを測定することが重要であるということが注目されるようになった。そこで Anger-In
と Anger-Out などの概念が登場してきた。In とは怒りを表現することを抑制したり, 怒
りを心の中に抱くものと定義されている。Out は怒りを他人や周囲のものに対して向ける
ことである。

State and Trait Anger Scale (STAS) と Anger Expression Scale (AX) からなる STAXI の日本語
版がある。STAS は State Anger (S-Ang) と Trait Anger (T-Ang) の下位尺度からなり, 「とて

もよくあてはまる」から「まったくあてはまらない」の4件法で回答させた。AXは、Anger Control (AX-C)、Anger Out (AX-O)、Anger In (AX-I)の3つの下位尺度から構成されており、3件法で回答する。low AX-C、low AX-O、high AX-Iが自己破壊行動の脆弱性に寄与すると思われる。

主観的不安と抑うつ

Hospital Anxiety & Depression Scale (HAD; Zigmond ら, 1983)

不安7項目と抑うつ7項目の計14項目から構成されており、身体症状の影響を受けにくい抑うつ・不安の認知的部分を評価することによって、これらの症状を高い確度で測定する。

従来開発されてきた抑うつや不安を測定する各種の評価尺度や自己記入式調査表のほとんどのものは、対象被験者が身体的には健康であり、症状があるとすれば、精神症状のみであるという前提に立って開発されている。例えば、不眠、食欲減少と体重減少、性欲の減退などはうつ病によく見られる症状ではあるが、様々な身体疾患においても日常的に認められる症状である。従って、従来の評価法をそのまま用いれば、こうした患者群では抑うつや不安の得点が本来のそれよりも高く出て、さらに症状プロフィールが異なる危険性が強い。一方、近年の精神医学の領域ではいわゆる *liaison psychiatry* の重要性が注目されるようになってきた。こうした状況では、患者の持つ様々な身体症の影響を受けず、こうした患者が呈し易い抑うつや不安といった症状を高い確度で測定する手法の開発が望まれる。

Zigmond (1983) が開発した Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD尺度) はまさにこのような要求をみたす尺度である。項目内容は抑うつや不安の認知的部分に関するものであり、

身体症状による修飾は受けにくいものと考えられる。

絶望感

Beck Hopelessness Scale (BHS; Beck et al, 1974, 1988)

「将来への否定的な期待 (negative expectations about the future)」と定義される絶望感を測定する。日本語版(Tanaka et al., 1998)は20項目から構成されており、11項目が True 項目、9項目が False 項目 (逆転項目 : 1,3,5,6,8,10,13,15,19) である。0点から20点満点までの範囲で得点が分布する。性差は認められていないが、加齢とともに得点が上昇する傾向がある。自殺危険性を判定する分切点は10点とされている。

人格傾向

Temperament and Character Inventory (TCI; Cloninger et al., 1993; 木島ら, 1996)。TCI を Professor Cloninger の許可の下に Kijima ら (2000) が TCI の翻訳を行った。TCI およびその旧版である Tridimensional Personality Questionnaire は日本国内の患者人口および非患者人口で使用されている (Yoshino ら, 1994; Kitamura ら, 1999)。これらの日本語版尺度の内的整合性や因子構造については Takeuchi ら (1993)、Kijima ら (2000)、Tomita ら (2000) の報告がある。

パーソナリティの成立には、遺伝の関与 (Heath ら, 1994; Loehlin ら, 1988; Loranger ら, 1982) と環境の関与 (Ferenczi, 1947; Bowlby, 1988) が考えられる。前者は通常、気質 temperament と呼ばれ、後者は性格 character と呼ばれる。Cloninger ら (1993, 1994) は気質と性格は別個に評価できるものであると考え、さらに気質と性格をいくつかの下位分類に

わけて評価する方法を提唱した。

Cloninger ら (1993, 1994) はまず気質を、人間の行動特徴を規定するものと考え、行動の (1) 触発 (2) 抑制 (3) 持続 (4) 固着を、あらわす概念として (1) 新奇性追求 novelty seeking (NS) (2) 損害回避 harm avoidance (HA) (3) 報酬依存 reward dependence (RD) (4) 固執 persistence (P) を設定した。最後の固執は本来報酬依存の一下位尺度であったが、因子分析の結果、独立した尺度 (因子) としての地位を与えられたものである。これらの気質は、脳内情報伝達物質として、新奇性追求には dopamine が、損害回避には serotonin が、報酬依存には norepinephrine が、対応していると想定された。そして最近の実証的研究でもこれを支持する所見が集められつつある。

次に、Cloninger ら (1993, 1994) は性格を自己概念の成熟とともに発展するものと考えた。ここには (1) 自己志向 self-directedness (SD) (2) 協調 co-operativeness (C) (3) 自己超越 self-transcendence (ST) が含まれる。自己志向は、自分が選択した目的や価値観に従って、状況に合わせた行動を取り、調整できる能力である。次の協調は、社会的存在としての自己を受容し、集団への共感性をもてる能力のことである。自己超越は、統一的全体の本質的・必然的部分であることを認識できる能力のことである。瞑想や祈りによってこころの満足感や幸福感を感じ取る能力ともいえる。こうした3種類の性格の特性は発達経過と共に発生し、成熟するものと考えられている。

児童思春期における家庭でのネガティブな体験

The Child Abuse and Trauma Scale (Sanders B., Becker-Lausen E., 1995)

児童, 思春期における家庭での種々のネガティブな体験の頻度と重症度を測定する。38項目からなる自記式評価尺度で「決してない」から「常にそうである」の5件法にて答える。解離, 抑うつ, 対人関係の困難さと, このスケールで測定される全ての過去のトラウマや虐待との間には有意な関係が存在することを確認されている。被虐待体験や過去のトラウマと、(程度の差はあるものの) 自己破壊的な行動は関連性を調査する。

評価者用尺度一覧

精神科診断

Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders (First et al, 2003) を使用

自殺企図の致死性

Risk-Rescue Scale (Avery Weisman & J. W. Worden, 1986)

自殺企図の致死性は主にintentionality, implementation, involvement の3つの形で区別されるが, この尺度はimplementationの致死性をRisk 項目として測定する。また, 自殺企図による死の可能性は企図の形式と同様に救助の資源にも依拠している(例えば, 同じ川への飛び降りでも午前3時と午後3時では救助の資源が異なる)。本尺度では企図時の発見される状況や利用可能な資源についてはRescue 項目として測定する。つまり, Risk 項目はagent, impaired consciousness, lesions and toxicity, reversibility, treatment required で構成されており, Rescue 項目は location, person initiating rescue, provability of discovery by any rescuer, accessibility to rescue, delay until discovery で構成される。

希死念慮

The Suicidal Behaviors Questionnaire Revised (SBQ-R)

過去数十年にわたって自殺行動の危険性評価のための自記式評価尺度が開発されてきた。

例えば, the Suicide Probability Scale (SPS; Cull & Gill, 1982) は 36 項目からなる自殺行動の可能性を測定するための尺度, the Beck Scale for Suicide Ideation (BSSI; Beck & Steer, 1991) は21項目からなる児童と成人の希死念慮の重症度を広く測定するための自記式尺度, the Beck Hopelessness Scale (BHS; Beck, Weissman, Lester, & Trexler, 1974) は20項目からなる児童と成人の将来のイベントに対する絶望感を測定する尺度である。近年開発された the Reasons for Living Inventory for Young Adults (RFL-YA; Gutierrez et al., in Press; Osman, 1998) は32項目からなる自記式尺度で, 自殺の代替としての生きる意志に適応的な理由を評価するためのものです。しかし, これまでの研究者たちは過去の希死念慮と過去の自殺企図の重症度を評価する簡略な自記式尺度の開発と妥当化に対してはあまり注目してこなかった。しかしこれまでの文献では必ずと言っていいほど, これらを後の自殺行動の重要な危険因子として挙げている。自殺評価尺度簡略版の意義は施行, 費用, 採点の簡略化という利点のみならず, 長時間の面接状況において過去の希死念慮や自殺歴を述べるのが困難な患者から感受性の高い情報を得られるという利点がある (Kaplan et al., 1994; Range & Knott, 1997)。1981年に開発された。The Suicidal Behaviors Questionnaire (Linehan & Addis, 1983) は 34 項目からなる自記式評価尺度で, 自殺行動の頻度(回数), 重症度と過去の自殺企図歴を評価する尺度である。4 項目版 (Linehan & Nielsen, 1981; Linehan, Goodstein, Nielsen, & Chiles, 1983) と14項目版 (Linehan, 1996) がある。4 項目版は様々なバージョンがあり広く用いられている。

4 項目版は 4 つの異なる次元から成り立っている。第1項目は生涯の希死念慮と自殺企図、第2項目は過去 12 ヶ月に渡っての希死念慮の回数、第3項目は自殺の意志表示、第4項目は自己申告の自殺の可能性である。

統計解析

基準変数を退院後6ヶ月以内の自己破壊行動のある (1)・なし (0) とし、説明変数を年齢、性別 (男 : 1, 女 : 2) , SBQ (sbq1 sbq2 sbq3 sbq4), Hopelessness, HAD各下位尺度, TCI 各下位尺度, STAXI各下位尺度, CATS各下位尺度, GAF得点 として判別分析を行った。投入方法については年齢と性別をはじめに投入し、残りの説明変数は *stepwise* 法にて投入した。

5.3 結果

年齢、性別および診断名内訳については表1に記した。判別分析の結果から、若年であること、女性であること、高い新規性追求、高い報酬依存、過去1年間の希死念慮の頻度が退院後 6 カ月の自己破壊行動を予測した。患者の報告する将来の自殺可能性、過去の被虐待体験、絶望感、抑うつ・不安気分、パーソナリティの *character dimension*、怒りの感情、GAF 得点は有意に予測しなかった。

5.4 考察

パーソナリティ

今回の結果で報酬依存や新規性追求が有意な予測因子であったことはやや意外である。自殺企図と TCI の関係に関する先行研究はいくつかあるが、結果にはばらつきがある。

Evren & Evren (2006) は男性の物質使用障害患者を対象にした調査において、過去の自殺企

図歴と若年であることと低い自己指向性 (SD) と低い協調性 (CO) が有意な関係があることを報告している。Brezo et al (2006) の総説においては高い新規性追求 (NS) と高い損害回避 (HA) が希死念慮と自殺企図との関連を報告しているが、高いNSは防御因子であるとしている報告もあり (Allen et al, 2005)、いまだ意見の分かれるところである。報酬依存 (RD) に関する先行研究では主に防御因子であるとする報告が多い (Brezo et al, 2006;)。今回認められたような危険因子としての RD の解釈はやや困難である。パーソナリティは I 軸疾患とも複雑に絡むため、今回のような様々な診断が含まれる入院患者というサンプルの効果が関係しているかもしれない。今後の研究課題である。

患者本人の自殺予測

古くから自殺の危険性評価においてもっとも繁用されてきた質問は Shneidman (1973) の直接的な方法「あなたがこの24時間以内に実際に自殺してしまうかもしれない確率を教えてください」であろう。一般的な臨床経験からは、多くの患者は自分自身の自殺の危険を予測することは可能であり、自らの不吉な予測に耳を傾けようとする精神療法家に出会うと、かえってとても安心するとされてきた。Janis & Nock (2008) らは 64 人の思春期と成人を対象にした調査で、患者の報告する自殺行動の予測は将来の自殺行動と関連しているが、過去の自殺行動で統制すると予測力が消失するとしている。今回の我々の調査においても Janis & Nock (2008) の報告を支持するものであった。この結果は臨床に即座に還元できるエビデンスである。臨床において患者の将来の行動を予測するためには患者の過去の行動により注目すべきといえる。人間の感情予測や行動予測はしばしば偏りがちで不正確であ

ることは社会心理学分野において繰り返し指摘されてきた事実である (Diekmann et al, 2003; Epley & Dunning, 2000; Wilson & Gilbert, 2003)。このような知見は臨床評価や意思決定場面においても応用可能であり、今回の結果は社会心理学的研究の成果が臨床実践の文脈に翻訳できることを示すことができた。

本研究の限界についても触れなければならない。今回は従属変数に自殺関連行動のあり・なしという *categorical variable* しか扱っておらず、致死的な自殺関連行動や非致死の自殺関連行動も同じ変量として解析されている。今後はより大きなサンプル数を用いて、自殺関連行動の致死性や自殺意志の強さなどの連続変量を独立変数や従属変数として解析する必要がある。例えば、将来の自殺の意志が強い場合は自己予想の予測力も強く、過去の自殺行動の致死性が強いほど将来の自殺行動に対する過去の自殺関連行動の予測力は高くなるであろう。さらに、今回用いた尺度は妥当性や信頼性が担保されていないものもあり、測定時期もケースによってバラつきがある。このような限界にも関わらず、今回の結果により、患者の行動予測に重きを置いた評価には慎重になる必要があることが示された。将来的には自己破壊行動の予測に行動指標や生物学的指標などが利用可能になることが望まれる。

表1. 記述統計

診断名	人数	診断名	人数
大うつ病性障害	41	パニック障害	4
気分変調性障害	7	適応障害	13
双極性障害	11	摂食障害	8
統合失調症	10	強迫性障害	5
統合失調症様障害	2	広汎性発達障害	6
短期精神病性障害	1	ADHD	6
妄想性障害	5	身体表現性障害	8
PTSD	1	物質使用障害	2
離人症性障害	1	パーソナリティ障害	22
解離性健忘	1	その他	5

表2. 判別分析結果

固有値	分散 (%)	累積	正準相関	Wilks' λ	χ^2	自由度	有意確率
.470	100	100	.565	.680	19.06	5	.002

表3. 標準化された正準半別関数係数

説明変数	半別関数係数
性別 (男性 : 1, 女性 : 2)	.085
年齢	-.029
新規性追求	.511
報酬依存	.593
Sbq 2 (この1年間に何回死ぬことを考えましたか?)	.634

表4. 感度および特異度

		予測のデータ		合計
		なし	あり	
元のデータ	なし	60	21	81
	あり	10	15	25

表5. 感度・特異度

感度	0.60
特異度	0.74
陽性的中率	0.42
陰性的中率	0.86

第6章

結論

本研究は青年期の希死念慮と地域住民の希死念慮および臨床サンプルにおける将来の自己破壊行動を規定する因子について注目した。まず、第1章においては日本の自殺の現状と自殺予防政策について簡略に述べ、自殺関連行動についての先行研究を概観した。

第2章の研究では、青年期の希死念慮の状態的側面について調査研究を行った。青年期の希死念慮はSLE (Stressful Life Events) と自動思考、抑うつ気分と関連があった。回帰分析によってSLEは希死念慮にほとんど影響せず、希死念慮のかなりの部分は抑うつ気分と自動思考で説明されることが示された。これまで自殺関連行動とSLEとの関係が繰り返し強調されてきたが (De Wilde, Kienhorst, Diekstra, & Wolters, 1992; Wilburn, & Smith, 2005)、本研究により、これはみかけの関係であって希死念慮は自動思考と抑うつ気分によって説明されることがわかった。このような観点から、Williams, Crane, Barnhofer & Duggan (2005) は自殺行動の“arrested flight”モデルを提唱した。このモデルは次の3つの構成要素からなる。(1) 敗北や屈辱を示唆し、逃避への圧倒的な要求を生み出す環境におけるきっかけへの感受性 (2) 逃避できないという感覚 (3) 何らかの助けもありそうになくこの事態は永久に続くであろうという感覚。O'Connor (2003) はこのモデルを実証的に支持した。Mazza & Reynolds (1998) は高校生を1年間追跡調査し、大小のライフイベントは希死

念慮の増加を予測せず、絶望感と抑うつ気分が予測したと報告した。Mazza & Reynolds の指す major life events とは両親の離婚、パートナーとの別れ、両親の深刻な疾患などであった。本研究のライフイベントの内容はMazza & Reynolds らが minor life events にカテゴライズしたであろうものであった。本研究の結果はWilliam のモデルを支持する。ある人にとっては当たり障りのない出来事でも別の人にとっては侮辱や敗北と解釈する傾向がある。このようなメカニズムにおいてネガティブな自動思考が役割をはたしている可能性がある。このように、ネガティブな出来事それ自体というよりも、ネガティブな自動思考によって出来事の影響が強められることによって希死念慮の危険性が高まる可能性がある。本研究は構造方程式モデルを用いて、ストレスフルライフイベントから自動思考と抑うつを介して希死念慮へと至る経路を示すことができた。希死念慮に及ぼすネガティブライフイベントの影響は自動思考と抑うつに介在されるという仮説は支持された。自動思考は介在効果だけではなく、希死念慮に直接の影響を及ぼしていることは注目に値する。これは、気分が落ち込んでいなくても嫌な出来事に遭遇した時に自動思考が活性化されて希死念慮が生じる可能性があるということである。これは自殺者の心理学的剖検で精神疾患に罹患していないものが存在することと矛盾しない。自殺予防のほとんどはうつ病の早期発見と治療に基づいている。しかし、うつ病をもつ多くの人が自殺しない (Inskip, Harris & Barraclough, 1998)。よって必ずしも抑うつ的ではない自殺のリスクの高いひとにより集中することも必要である。青年期の自殺予防において、自動思考および認知スタイルに注目した心理教育の予防的効果に関する検証は今後の課題である。

第3章の研究においては、計9回にわたって希死念慮を測定したが、各調査時点の希死念慮間の相関が極めて高かった。このことは、Suicidality Trait と言えるような希死念慮の trait の側面を表しているといえる。自殺の危険性は精神疾患の経過に付随する一時的な現象としてや状況依存的に高まったりする側面 (van Heeringen, 2001) がある一方、希死念慮の素因は、パーソナリティのような trait phenomena の構造に横たわっている (Brezo, Paris, & Turecki, 2006)。これまで、パーソナリティ特性および被虐待体験や望ましくない養育体験などを含めた幼少時期の困難な体験が思春期や成人期の希死念慮や自傷行為などの自殺関連行動に結びつくという報告は多々あったが (Bensley, Van Eenwyk, Spieker, & Schoder, 1999; Davidson, Huges, George, & Blazer, 1996; Molnar, Buka, & Kessler, 2001; Silverman, Reinherz, & Giaconia, 1996)、被養育態度や虐待体験が希死念慮に直接影響するのか、パーソナリティ構造が幼少時期の体験と自殺関連行動の関係を介在するのかについては不明確なままであった。また、パーソナリティ構造の介在が部分的なのか完全なる介在なのかも不明確であった。Klonsky & Moyer (2008) によると、被虐待体験は抑うつや不安、自己卑下を介在因子として、自傷行為に寄与すると報告している。抑うつや不安、自己卑下は性的虐待体験と抑うつの両方に関係することが知られている因子であるとしており、今回の調査結果と矛盾しない。境界性パーソナリティ障害は衝動性、感情不安定性、対人関係障害および同一性の障害を特徴とする深刻なパーソナリティ障害である (APA, 2000)。境界性パーソナリティ障害は対人的障害、職業の障害、高い自殺率や高い身体的・精神的受療率に関係している (Skodol et al, 2002)。さらに、境界性パーソナリティ障害はしばしば

不安障害や気分障害などのI軸疾患を合併し、特に男性では物質使用障害、女性においては摂食障害を合併し (Zanarini et al, 1998; Zimmerman & Mattia, 1999)、これらの合併は短期的にも長期的にも不良な転帰を予測する (Skodol et al, 2002)。さらに、境界性パーソナリティ障害患者の約10%が自殺既遂に至る (Paris, 2005; Pompili et al, 2005)。本研究において用いられている境界性パーソナリティ特徴とはカテゴリカルな診断ではなく、連続体として測定されていることを述べておかねばならない。Tanney (2000) は希死念慮を予測するには、境界性パーソナリティ障害の診断を満たすかどうかということより境界性パーソナリティ障害の症状や特徴の存在が重要だと述べている。うつ病エピソード中に限ってのみ認められるような時期限定の希死念慮と長期間持続する希死念慮は同一の介入方法ではなく、希死念慮の特性に応じた介入が必要であろう。今後の公衆衛生的課題として、パーソナリティの果たす役割を考慮すべきである。本研究の様に、境界性パーソナリティ傾向はそのようなパーソナリティ特徴の候補の一つといえる。幼少時期の外傷体験の評価は自己報告のみに依っている。これは想起バイアスに関する問題である (Brewin, Andrews, & Gotlib, 1993; Fogary Hemsley, 1983; Glickman, Hubbard, Liveright, & Valciukas, 1990; Hepp, Gamma, Milos, Eich, Ajdacic-Gross, Rosser, Angst, & Schnyder, 2006)。しかし、児童期の被虐待体験の回顧的評価の妥当性を支持する研究がいくつかある。たとえば、境界性パーソナリティ障害患者のサンプルを27カ月の集中的治療の前後で評価したが、性的、身体的、情緒的外傷体験の平均数は変わらなかった (Kremers, van Giezen, van der Does, van Dyck, Spinhoven, 2007)。これは児童期の被虐待歴の想起の安定性を示唆している。被虐待体験の自己報告

は加害者の告白のような客観的な証拠によって確認されてきた (Herman & Schatzow, 1987)。
加えて、性的虐待歴は実際より少な報告される傾向にあり、男性と比して女性の報告のほうが正確だと言われている (Widom & Shepard, 1997)。上述の欠点を考慮しても、児童期の被虐待体験と希死念慮の関係に境界性パーソナリティ特徴が介在することが本研究によって示された。青年期の自殺予防において、今後はうつ病と同様に (臨床現場で遭遇する境界性パーソナリティ障害患者に限らず)、境界性パーソナリティ傾向についても注意を払う必要がある。また、そのようなパーソナリティ傾向に強い影響を与える児童期の被虐待体験の予防も自殺予防に資すると考えられる。

第4章の研究によってさまざまな心理社会的変数が地域住民のもつ希死念慮に影響を与えることがわかった。先行研究では数種類の限られた変数と希死念慮の関係について言及したものは数多く存在するが、多数の変数を用いた希死念慮予測は数少ない。今回の研究の強みは大規模な地域サンプルを用いて数多くの変数を同時に解析した点である。過去の研究と同様に SLE と希死念慮の関係は2変数相関においては有意であったが、共分散構造分析で示されたように SLE から希死念慮への直接のパスは消失した。図2に示したように SLE は心理学的リソースに負の影響を与えることによって間接的に希死念慮に影響を与えていた。QOL とウェルビーイングで構成される心理学的リソースはソーシャルサポートと地域活動への参加が高い場合、SLE から受ける影響は弱まると解釈できる。ライフイベントはおそらく年齢、性別、ライフステージ、個別の脆弱性、精神疾患、コーピングスキル、社会的ネットワークなどの個別因子と複雑に絡み合っているであろう (Heikkinen,

1994)。Dixon et al (1991) らの結果とは異なり、単相関や重回帰分析においてコーピングと希死念慮の関係は有意ではなかった。共分散構造分析が示すところによると、心理学的リソースがコーピングと希死念慮の関係を mediate している。仮説では地域活動への参加および職場以外の場所への外出がコーピングに影響を与えるとしたが、実際にはライフイベントのみがコーピングに影響を与えるのみであった。したがって、コーピングはライフイベントが心理学的リソースに与える影響を mediate しているといえる。さらに共分散構造分析によると、非適応的コーピングにもっとも寄与するのは情緒優先コーピングである。

これは情緒優先コーピングが心理的不適応の強力な予測因子であるとする過去の研究に矛盾しない (Billings et al. 1983; Endler et al. 1993; McWilliams et al. 1993; Vollrath et al. 1994)。先行研究ではソーシャルサポートが希死念慮に影響を与えると繰り返し示してきたが、ほかの変数が統制されていないことが多い。今回、ソーシャルサポートは希死念慮に直接影響するのではなく、心理学的リソースや非適応的コーピングを介して希死念慮に影響を与えることがわかった。さらに、希死念慮予防の観点からはサポートの存在よりもサポートの受け手の満足度が希死念慮をより強く予測するということである。この点は Henderson et al (1981) の見解と一致する。社会的統合の乏しさは精神疾患 (Lara & Klein 1999; Crisp et al. 2000) や無職 (Turner et al. 1991) による続発性のものであるという議論が存在する。しかし、Duberstein et al (2004) は86人の自殺者と86人の対照群を用いた研究で、社会的統合の乏しさと自殺の関係は精神疾患によるアーチファクトではないと結論している。このようにソーシャルサポートは希死念慮を予測するものとして重要な変数であるといえる。本研

究においては心理学的リソースが直接かつ最も強力に希死念慮に影響を与えている。一般人口レベルではうつ病の診断だけではなく本人に知覚される心理学的リソースの乏しさが健康を損ねることを考慮しなければならない (Koivumaa-Honkanen et al. 2000, 2001)。

Kitamura et al (2003) は低いウェルビーイングはうつや不安と有意な関係があると報告している。同様に低いウェルビーイングは低い健康行動と社会因子さらに自殺を含めた長期的な死亡率と関係があるとする最近の研究もある (Koivumaa-Honkanen et al. 2000, 2001)。今回、心理学的リソースは、ネガティブライフイベント、ソーシャルサポート、非適応的コーピングおよび地域活動への参加が希死念慮に与える効果を mediate していることがわかった。このように希死念慮の発生に心理学的リソースが重要な機能を持つといえる。これら

らの知見は自殺予防にはうつ病の同定のみではなく、うつ病がなくても心理学的リソースが乏しい者の同定も重要であることを示している。単相関や重回帰分析においてソーシャルサポートは地域活動への参加と希死念慮の両方と有意な相関が認められた。仮説モデルではソーシャルサポートと心理学的リソースは地域活動への参加が背景にあると設定し、結果によって仮説が支持された。自宅を離れ、地域活動に参加するほど、より多くのサポートが得られ、心理学的により自身の生活に満足するのであろうと考えられる。より多くの人々と会うほどより多くのサポートが保障されるのであろう。このような効果はネガティブライフイベントが希死念慮に与える影響を緩衝すると考えられる。社会的相互作用が自殺のリスクを減らすことは先行研究と一致した (Alexopoulos et al. 1999)。人々を地域活動に参加するよう促すためには地域活動へのアクセスを改善する努力が自治体に求められ

る。さらにそのような活動を人々のニーズにあったものに逃げる工夫も同様に必要である。人々に地域活動に関心を持ってもらうような効果的情報提供も必要であろう。社会活性化に関する実証研究は少ない (Ametz 1985)。特に自宅に引きこもっている人々への保健婦訪問も地域活動参加を促進し、さらに情緒的サポートを提供できる一手段であろう (Bruce et al. 2002)。農村部の老人など交通手段が制限されているような人々への送迎バスなどの交通手段の提供も地域活動参加を促進するかもしれない。

第5章においては、精神科入院患者の退院後の自殺関連行動を規定する因子について調査した。判別分析の結果から、若年であること、女性であること、高い新規性追求、高い報酬依存、過去1年間の希死念慮の頻度が退院後6カ月の自己破壊行動を予測した。患者の報告する将来の自殺可能性、過去の被虐待体験、絶望感、抑うつ・不安気分、パーソナリティの character dimension、怒りの感情、得点は有意に予測しなかった。今回の結果で報酬依存や新規性追求が有意な予測因子であったことは解釈が困難である。自殺企図と TCI の関係に関する先行研究はいくつかあるが、結果にはばらつきがある。Evren & Evren (2006) は男性の物質使用障害患者を対象にした調査において、過去の自殺企図歴と若年であることと低い自己指向性 (SD) と低い協調性 (CO) が有意な関係があることを報告している。Brezo et al (2006) の総説においては高い新規性追求 (NS) と高い損害回避 (HA) が希死念慮と自殺企図との関連を報告しているが、高い NS は防御因子であるとしている報告もあり (Allen et al, 2005)、いまだ意見の分かれるところである。報酬依存 (RD) に関する先行研究では主に防御因子であるとする報告が多い (Brezo et al, 2006;)。今回認められたよ

うな危険因子としての RD の解釈はやや困難である。パーソナリティは I 軸疾患とも複雑に絡むため、今回のような様々な診断が含まれる入院患者というサンプルの効果が関係しているかもしれない。今後の研究課題である。古くから自殺の危険性評価においてもっとも繁用されてきた質問は Shneidman (1973) の直接的な方法「あなたがこの24時間以内に実際に自殺してしまうかもしれない確率を教えてください」であろう。一般的な臨床経験からは、多くの患者は自分自身の自殺の危険を予測することは可能であり、自らの不吉な予測に耳を傾けようとする精神療法家に出会うとかえってとても安心するとされてきた。

Janis & Nock (2008) らは64人の思春期と成人を対象にした調査で、患者の報告する自殺行動の予測は将来の自殺行動と関連しているが、過去の自殺行動で統制すると予測力が消失するとしている。今回の我々の調査においてもJanis & Nock (2008) の報告を支持するものであった。この結果は臨床に即座に還元できるエビデンスである。臨床において患者の将来の行動を予測するためには患者の過去の行動により注目すべきといえる。人間の感情予測や行動予測はしばしば偏りがちで不正確であることは社会心理学分野において繰り返し指摘されてきた事実である (Diekmann et al, 2003; Epley & Dunning, 2000; Wilson & Gilbert, 2003)。このような知見は臨床評価や意思決定場面においても応用可能であり、今回の結果は社会心理学的研究の成果が臨床実践の文脈に翻訳できることを示すことができた。

本研究の限界についても触れなければならない。今回は従属変数に自殺関連行動のあり・なしという *categorical variable* しか扱っておらず、致死的な自殺関連行動や非致死の自殺関連行動も同じ変量として解析されている。今後はより大きなサンプル数を用いて、自殺関

連行動の致死性や自殺意志の強さなどの連続変数を独立変数や従属変数として解析する必要がある。例えば、将来の自殺の意志が強い場合は自己予想の予測力も強く、過去の自殺行動の致死性が強いほど将来の自殺行動に対する過去の自殺関連行動の予測力は高くなるであろう。さらに、今回用いた尺度は妥当性や信頼性が担保されていないものもあり、測定時期もケースによってバラつきがある。このような限界にも関わらず、今回の結果により、患者の行動予測に重きを置いた評価には慎重になる必要があることが示された。将来的には自己破壊行動の予測に行動指標や生物学的指標などが利用可能になることが望まれる。

わが国の自殺総合対策大綱では、諸外国の自殺対策戦略で行われたようなシステムティックな方法によるエビデンスのレビューはなされておらず、委員として選出された有識者らによる提言をもとに作成されている。さらに、自殺総合対策大綱では詳細な活動計画については記されていない。これらの多くの問題は自殺対策に必要なわが国におけるエビデンスが十分でないことに起因する。今後、実証性の高いエビデンスの構築が不可欠であることは言うまでもない。

参考文献

- Alexopoulos, G. S., Bruce, M. L., Hull, J., Sirey, J. A., & Kakuma, T. (1999). Clinical determinants of suicidal ideation and behavior in geriatric depression. *Archives of General Psychiatry*, *56*, 1048-1053.
- Allen, M. H., Chessick, C. A., Miklowitz, D. J., Goldberg, J. F., Wishniewski, S. R., & Miyahara, S. (2005). Contributors to suicidal ideation among bipolar patients with and without a history of suicide attempts. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, *35*, 671-680.
- Ametz, B. B. (1985). Gerontic occupational therapy: psychological and social predictors of participation and therapeutic benefits. *American Journal of Occupational Therapy* *39*, 460-465.
- Anderson, J. C., & Gerbing, D. W. (1984). The effect of sampling error on convergence, improper solutions and goodness-of-fit indices for maximum likelihood confirmatory factor analysis. *Psychometrica*, *49*, 155-173.
- Andrews, B., Quian, M. & Valentine, J. D. (2002). Predicting depressive symptom with a new measure of shame: the experience of shame scale. *British Journal of Clinical Psychology*, *41*: 29-42.
- APA (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4th edn, revised. American Psychiatric Press: Arlington, VA.
- Åsgård, U. (1990). A psychiatric study of suicide among urban Swedish females. *Acta Psychiatrica Scandinavica* *82*, 115-124.
- Austin, M.-P., Hadzi-Pavlovic, D., Leader, L., Saint, K., & Parker, G (2005). Maternal trait anxiety, depression and life event stress in pregnancy: Relationships with infant temperament. *Early Human Development*, *81*, 181-190.
- Bagely, C. (1975). Suicidal behavior and suicidal ideation in adolescents: A problem for counselors in education. *British Journal of Guidance and Counselling* *3*, 190-208.
- Baechler, J. (1979). *Suicides*. Basic Books: New York.
- Beautrais, A. L., Joyce, P. R., Mulder, R. T. (1996). Risk factors for serious suicide attempts among youth aged 13 through 24 years. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *35*, 1174-1182.
- Beautrais, A. L., Joyce, P. R., Mulder, R. T. (1997). Precipitating factors and life events in serious suicide attempts among youths aged 13 through 24 years. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* *36*, 1543-1551.
- Beautrais, A. L., Joyce, P. R., Mulder, R. T., Fergusson, D. M., Deavoll, B. J. & Nightingale, S. K. (1996). Prevalence and comorbidity of mental disorders in persons making serious suicide attempts: a case-control study. *American Journal of Psychiatry* *153*, 1009-1014.
- Beck, A. T. (1967). *Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- Beck, A. T. (1972). *Depression: Causes and treatment*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.

- Beck, A. T. (1976). *Cognitive Therapy and Emotional Disorders*. New York: International University Press.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press.
- Beck, A., Kovacs, M., & Weissman, A. (1979). Assessment of suicidal ideation, the scale for suicide ideation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47, 343-351.
- Bensley, L. S., Van Eenwyk, J., Spieker, S. J., & Schoder, J. (1999). Self-reported abuse history and adolescent problem behaviors. I. Antisocial and suicidal behaviors. *Journal of Adolescent Health*, 24, 63-172.
- Bentler, P. M. (1990). Comparative fit indexes in structural models. *Psychological Bulletin*, 107, 238-246.
- Beskow, J. (1979). Suicide and mental disorder in Swedish men. *Acta Psychiatrica Scandinavica supplement* 277, 111-117.
- Billings, A.G., Cronkite, R.C. & Moos, R. H. (1983). Social-environmental factors in unipolar depression: Comparisons of depressed patients and nondepressed controls. *Journal of Abnormal Psychology* 92, 119-133.
- Binswanger, L. (1958). The case of Ellen West. In R. May, E. Angel, & H. Ellenberger (Eds.), *Existence* (pp. 237-264). New York: Basic Books.
- Black, D. W., Warrack, G & Winokur, G (1985). Excess mortality among psychiatric patients. The Iowa Record-Linkage Study. *Journal of the American Medical Association* 253, 58-61.
- Borges, G, Angst, J., Nock, M. K., Ruscio, A. M., Waters, E. E., & Kessler, R. C. (2006). A risk index for 12-month suicide attempts in the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *Psychological Medicine*, 36, 1747-1757.
- Brezo, J., Paris, J., & Turecki, G (2006). Personality traits as correlates of suicidal ideation, suicide attempts, and suicide completions: a systematic review. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 113, 180-206.
- Brewin, C. R., Andrews, B., & Gotlib, I. H. (1993). Psychopathology and early experience: A reappraisal of retrospective reports. *Psychological Bulletin*, 113, 82-98.
- Bridge, J. A., Goldstein, T. R., & Brent, D. A. (2006). Adolescent suicide and suicidal behaviour. *Journal Child Psychology and Psychiatry*, 47, 372-394.
- Briere, J., & Gil, E. (1998). Self-mutilation in clinical and general population samples: Prevalence, correlates, and functions. *American Journal of Orthopsychiatry*, 68, 609-620.
- Brown, G R., & Anderson, B. (1991). Psychiatric morbidity in adult inpatients with childhood histories of sexual and physical abuse. *American Journal of Psychiatry*, 148, 55-61.
- Brown, G W., & Harris, T. O. (1978). *Social origin of depression: A study of psychiatric disorder in women*. London: Tavistock.
- Brown, G W. & Harris, T. O. (1989). *Life events and illness*. Guilford Press: New York.
- Brown, J., Cohen, P., Johnson, J. G., & Smailes, E. M. (1999). Childhood abuse and neglect: specificity

- of effects on adolescent and young adult depression and suicidality. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38, 1490-1496.
- Brubeck, D. & Beer, J. (1992). Depression, self esteem, suicide ideation, death anxiety, and GPA in high school students of divorced and non-divorced parents. *Psychological Reports* 71, 755-763.
- Bruce, M. L., McAvay, J. G., Raue, P. J., Brown, E. L., Meyers, B. S., Keohane, D. J., Jagoda, D. R. & Weber, C. (2002). Major depression in elderly home health care patients. *American Journal of Psychiatry* 159, 1367-1374.
- Cavanagh, J. T. O., Carson, A. J., Sharpe, M., & Lawrie, S. M. (2003). Psychological autopsy studies of suicide: a systematic review. *Psychological Medicine*, 33, 395-405.
- Cheng, A. T. A. (1995). Mental illness and suicide: a case-control study in East Taiwan. *Archives of General Psychiatry* 52, 594-603.
- Chynoweth, R., Tonge, J. I. & Armstrong, J. (1980). Suicide in Brisbane – a retrospective psychosocial study. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 14, 37-45.
- Clarkin, J., Foelsch, P. A., & Kernberg, O. F. (2001). *The Inventory of Personality Organization (IPO)*. Personality Disorder Institute, Department of Psychiatry, New York, NY: Weill College of Medicine of Cornell University.
- Clendenin, W. W. & Murphy, G. E. (1971). Wrist cutting. *Archives of General Psychiatry*, 30, 202-207.
- Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior*; 24, 385-396.
- Cohen, F. & Lazarus, R. S. (1979). Coping with the stresses of illness. In *Health Psychology* (ed. G. C. Stone, N. E. Adler and F. Cohen), pp. 217-254. Jossey-Bass: San Francisco.
- Cohen, S., & Wills, T. A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98, 310-357.
- Cole, D. E., Protinsky, H. O. & Cross, L. H. (1992). An empirical investigation of adolescent suicidal ideation. *Adolescence* 27, 813-818.
- Conner, K. R., & Duberstein, P. R. (2004). Predisposing and precipitating factors for suicide among alcoholics: empirical review and conceptual integration. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 28, 6s-17s.
- Conwell, Y., Duberstein, P. R., Cox, C., Herman, J. H., Forbes, N. T. & Caine, E. D. (1996). Relationship of age and axis I diagnoses in victims of completed suicide: a psychological autopsy study. *American Journal of Psychiatry* 153, 1001-1008.
- Conwell, Y., Lyness, J. M., Duberstein, P., Cox, C., Seidlitz, L., DiGiorgio, A. & Caine, E. D. (2000). Completed suicide among older patients in primary care practices: a controlled study. *Journal of the American Geriatrics Society* 48, 23-29.
- Cooper, J., Appleby, L., Amos, T. (2002). Life events preceding suicide by young people. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 37, 271-275.
- Coryell, W., & Young, E. A. (2005). Clinical predictors of suicide in primary major depressive disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 66, 412-417.

- Crisp, A. H., Gelder, M. G., Rix, S., Meltzer, H. I. & Rowlands, O. J. (2000). Stigmatisation of people with mental illness. *British Journal of Psychiatry* **177**, 4-7.
- Critchfield, K. L., Levy, K. N., & Clarkin, J. F. (2004). The relationship between impulsivity, aggression, and impulsive-aggression in borderline personality disorder. An empirical analysis of self-report measures. *Journal of Personality Disorders*, *18*, 555-570.
- Cui, X. & Vaillant, G. E. (1996). Antecedents and consequences of negative life events in adulthood: a longitudinal study. *American Journal of Psychiatry* **153**, 21-26.
- Davidson, J. R. T., Huges, D. C., George, L. K., & Blazer, D. G. (1996). The association of sexual assault and attempted suicide within the community. *Archives of General Psychiatry*, *53*, 550-555.
- Dawes, R. M., Faust, D., & Meehl, P. E. (1989). Clinical versus actuarial judgement. *Science*, *243*, 1668-1674.
- de Man, A. F. (1999). Correlates of suicidal ideation in high school students: The importance of depression. *Journal of Genetic Psychology* **160**, 105-114.
- De Man, A. F., Leduc, C. P. (1995). Suicidal ideation in high school students: depression and other correlates. *Journal of Clinical Psychology*, *51*, 173-181.
- De Wilde, E. J., Kienhorst, I. C. W. M., Diekstra, R. F. W., & Wolters, W. H. G. (1992). The relationship between adolescent suicidal behaviour and life events in childhood and adolescence. *American Journal of Psychiatry*, *149*, 45-51.
- Diekmann, K. A., Tenbrunsel, A. E., Galinsky, A. D. (2003). From self-prediction to self-defeat: Behavioral forecasting, self-fulfilling prophecies, and the effect of competitive expectations. *Journal of Personality and Social Psychology*, *85*, 672-683.
- Diekstra, R. F. W., & Van Egmond, M. (1989). Suicide and attempted suicide in general practice, 1979-1986. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *79*, 268-275.
- Dixon, W. A., Heppner, P. P. & Anderson, W. (1991). Problem-solving appraisal, stress, hopelessness, and suicide ideation in a college population. *Journal of Counseling Psychology* **38**, 51-56.
- Dorpat, T. L. & Ripley, H. S. (1960). A study of suicide in the Seattle area. *Comprehensive Psychiatry* **1**, 349-359.
- Duberstein, P. R. & Conwell, Y. (1997). Personality disorders and completed suicide: a methodological and conceptual review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, *4*, 359-376.
- Duberstein, P. R., Conwell, Y., Conner, K. R., Eberly, S., Evinger, J. S., & Cain, E. D. (2004). Poor social integration and suicide: fact or artifact? A case control study. *Psychological Medicine* **34**, 1331-1337.
- Durkheim, E. (1951). *Suicide: A Study in Sociology*. Glencoe Press: New York. (Original work published in 1897.)
- Endler, N. S., Parker, J. D. A. (1990a). *Coping Inventory for Stressful Situations (CISS): Manual*. Multi-Health Systems, Ins., Toronto.
- Endler, N. S., Parker, J. D. A. (1990b). The multidimensional assessment of coping: A critical evaluation.

- Journal of Personality & Social Psychology **58**, 844-854.
- Endler N. S., Parker, J. D. A. & Butcher, J. N. (1993). A factor analytic study of coping styles and the MMPI-2 Content Scales. *Journal of Clinical Psychology* **49**, 523-527.
- Ennis, J., Barnes, R. A., Kennedy, S., & Trachtenberg, D. D. (1989). Depression in self-harm patients. *British Journal of Psychiatry*, 154, 41-47.
- Ernst, C., Lalovic, A., Lesage, A., Seguin, M., Tousignant, M., & Turecki, G (2004). Suicide and no axis I psychopathology. *BMC Psychiatry*, 4, 7.
- Epley, N., & Dunning, D. (2000). Feeling “Holier Than Thou”: Are self-serving assessments produced by errors in self- or social prediction? *Journal of Personality and Social Psychology*, 79, 861-875.
- Evren, C. & Evren, B. (2006). The relationship of suicide attempt history with childhood abuse and neglect, alexithymia and temperament and character dimensions of personality in substance dependents.. 60, 263-269.
- Fanous, A. H., Prescott, C. A. & Kendler, K. S. (2004). The prediction of thoughts of death or self-harm in a population-based sample of female twins. *Psychological Medicine* **34**, 301-312.
- Fawcett, J. (2001). Treating impulsivity and anxiety in the suicidal patient. *Annals of the New York Academy of Sciences* **932**, 94-105.
- Fawcett, J., Scheftner, W., Fogg, L., Clark, D., Young, M., Hedeker, D., & Gibbons, R. (1990). Time-related predictors of suicide in major affective disorder. *American Journal of Psychiatry*, 147, 1189-1194.
- Fergusson, D. M., Woodward, L. J. & Horwood, L. J. (2000). Risk factors and life processes associated with the onset of suicidal behavior during adolescence and early adulthood. *Psychological Medicine* **30**, 23-39.
- First, M., Spitzer, R. L., Gibbon, M. and Williams, J. B. W.: Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders. 高橋三郎 (監修) 北村俊則, 岡野禎治 (監訳) 富田拓郎, 菊池安希子 (共訳) 精神科診断面接マニュアル. 日本評論社, 東京, 2003.
- Fogarty, S. J., & Hemsley, D. R. (1983). Depression and the accessibility of memories: A longitudinal study. *British Journal of Psychiatry*, 142, 232-237.
- Folkman, S., Lazarus, R. S., Gruen, R. J. & deLongis, A. (1986). Appraisal, coping health status and psychological symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology* **50**, 571-579.
- Foster, T., Gillespie, K., McClelland, R., & Patterson, C. (1997). Mental disorders and suicide in Northern Ireland. *British Journal of Psychiatry*, 170, 447-452.
- Foster, T., Gillespie, K., McClelland, R., & Patterson, C. (1999). Risk factors for suicide independent of DSM-III-R axis I disorder. *British Journal of Psychiatry*, 175, 175-179.
- Fujihara, S. & Kitamura, T. (1993). Kouhushi no ichichiiniokeru seishinkaekigakutyousa; JCM shindan niyoru keidoseishinsyougai no hindo [Psychiatric epidemiological study in an area of Kouhu City: Prevalence of mild psychiatric disorder diagnosed with JCM] . Nippon Iji

Shinpou, 3618, 47-51.

- Glickman, L., Hubbard, M., Liveright, T., & Valciukas, J. A. (1990). Fall-off in reporting life events: Effects of life change, desirability, and anticipation. *Behavioral Medicine, 16*, 31-38.
- Goldberg, L. R. (1965). Diagnosticians vs. diagnostic signs: The diagnosis of psychosis vs. neurosis from MMPI. *Psychological Monographs: General and Applied, 79* (9), 1-28.
- Goldberg, L. R. (1970). Man versus model of man: A rationale, plus some evidence, for a method of improving clinical inferences. *Psychological Bulletin, 73*, 422-432.
- Goldney, R. D., Fisher, L. J., Wilson, D. H., Cheok, F. (2001). Suicidal ideation and health-related quality of life in the community. *Medical Journal of Australia 175*, 546-549.
- Goldstein, R. B., Black, D. W., Nasrallah, A. & Winokur, G (1991). The prediction of suicide: Sensitivity, specificity, and predictive value of a multivariate model applied to suicide among 1906 patients with affective disorders. *Archives of General Psychiatry, 48*, 418-422.
- Goodwin, R. D., Beautrais, A. L. & Fergusson, D. M. (2004). Familial transmission of suicidal ideation and suicide attempts: evidence from a general population sample. *Psychiatry Research 126*, 159-165.
- Gould, M. S., Velting, D., Kleinman, M., Lucas, C., Thomas, J. G., Chung, M. (2004). Teenagers' attitudes about coping strategies and help-seeking behaviour for suicidality. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry 43*, 1124-1133.
- Graff, H. & Mallin, K. R. (1967). The syndrome of the wrist cutter. *American Journal of Psychiatry, 146*, 789-790.
- Hagnell, O. & Rorsman, B. (1980). Suicide in the Lundby study: a controlled prospective investigation of stressful life events. *Neuropsychobiology 6*, 319-332.
- Haris, E. C. & Barraclough, B. (1998). Excess mortality of mental disorder. *British Journal of Psychiatry 173*, 11-53.
- Hart, E. E., Williams, C. L. & Davidson, J. A. (1988). Suicidal behavior, social networks and psychiatric diagnosis. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology 23*, 222-228.
- Harwood, D., Hawton, K., Hope, T. & Jacoby, R. (2000). Suicide in older people: mode of death, demographic factors, and medical contact before death. *International Journal of Geriatric Psychiatry, 15*, 736-743.
- Harwood, D., Hawton, K., Hope, T. & Jacoby, R. (2006). Suicide in older people without psychiatric disorders. *International Journal of Geriatric Psychiatry, 21*, 363-367.
- Hemmingsson, T. & Kriebel, D. (2003). Smoking at age 18-20 and suicide during 26 years of follow-up – How can the association be explained? *International Journal of Epidemiology, 32*, 1000-1005.
- Hirschfeld, R. M. & Russell, J. M. (1997). Assessment and treatment of suicidal patients. *New England Journal of Medicine, 337*, 910-915.
- Hawton, K. (1987). Assessment of suicide risk. *British Journal of Psychiatry, 150*, 145-153.
- Hawton, K., Fagg, J., Simkin, S., Bale, E., & Bond, A. (1997). 'Trends in deliberate self-harm in Oxford

- 1985-1995. Implications for clinical services and the prevention of suicide', *British Journal of Psychiatry*, 171, 556-560.
- Hawton, K., Kingsbury, S., Steinhardt, K., James, A., & Fagg, J. (1999). Repetition of deliberate self-harm by adolescents: The role of psychological factors. *Journal of Adolescence*, 22, 369-378.
- Hawton, K., Sutton, L., & Haw, C. (2005). Suicide and attempted suicide in bipolar disorder: a systematic review of risk factors. *Journal of Clinical Psychiatry*, 66, 693-704.
- Hawton, K., & van Heeringen, K. (2008). Suicide. *Lancet*, 373, 1372-1381.
- Hawton, K., Zahl, D., Weatherall, R. (2003). Suicide following deliberate self-harm: long-term follow-up of patients who presented to a general hospital. *British Journal of Psychiatry*, 182, 537-542.
- Heikkinen, M., Aro, H. & Lönnqvist, J. (1992a). The partner's views on precipitant stressors in suicide. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 85, 380-384.
- Heikkinen, M., Aro, H. & Lönnqvist, J. (1992b). Recent life events and their role in suicide as seen by the spouses. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 86, 489-494.
- Heikkinen, M., Aro, H. & Lönnqvist, J. (1994). Recent life events, social support and suicide. *Acta Psychiatrica Scandinavica supplement*. 377, 65-72.
- Henderson, S., Byrne, D. G., Dunkan-Jones, P. (1981). *Neurosis and the social environment* Academic Press, Sydney
- Henriksson, M. M. Aro, H. M., Marttunen, Heikkinen, M. E., Isometsä, E. T., Kuoppasalmi, K. I. & Lönnqvist, J. K. (1993). Mental disorders and comorbidity in suicide. *American Journal of Psychiatry* 150, 935-940.
- Hepp, U., Gamma, A., Milos, G., Eich, D., Ajdacic-Gross, V., Rössler, W., Angst, J., & Schnyder, U. (2006). Inconsistency in reporting potentially traumatic events. *British Journal of Psychiatry*, 188, 278-283.
- Herman, J. L., & Schatzow, E. (1987). Recovery and verification of memories of childhood sexual trauma. *Psychoanalytic Psychology*, 4, 1-14.
- Hill, T. E., Jr. (1983). Self-regarding suicide: A modified Kantian view. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 13, 254-275.
- Hirschfeld, R. M. & Russell, J. M. (1997). Assessment and treatment of suicidal patients. *New England Journal of Medicine* 337, 910-915.
- Hovey, J. D. (2000). Acculturative stress, depression and suicidal ideation in Mexican immigrants. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology* 6, 134-151.
- Hobfoll, S. E. & Spielberger, C. D. (1992). Family stress: Integrating theory and measurement. *Journal of Family Psychology* 6, 99-112.
- Holley, H. L., Fick, G & Love, E. J. (1998) Suicide following an inpatient hospitalization for suicide attempt: a Canadian follow-up study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* ? 33, 543-551.
- Holmes, T. H., & Rahe, R. H. (1967). The social readjustment rating scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 11, 213-218.

- Hooker, K., Monahan, D., Bowman, S. R., Frazier, L. D. & Shifren, K. (1998). Personality counts for a lot: predictors of mental and physical health of spouse caregivers in two disease groups. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences Series b* 53, 73-85.
- Hovey, J. D. (2000). Acculturative stress, depression and suicidal ideation in Mexican immigrants. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology* 6, 134-151.
- Inoue, K., Tanii, H., Fukunaga, T., Abe, S., Kaiya, H., Nata, H., & Okazaki, Y. (2006). Significant correlation of yearly suicide rates with the rate of unemployment among men results in a rapid increase of suicide in Mie Prefecture, Japan. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 60, 781-782.
- Inskip, H. M., Harris, E. C., & Barraclough, B. (1998). Lifetime risk of suicide for affective disorder, alcoholism and schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 172, 35-37.
- James, A., Lai, F. H., & Dahl, C. (2004). Attention deficit hyperactivity disorder and suicide: a review of possible associations. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 110, 408-415.
- Janis, I. B., & Nock, M. K. (2008). Behavioral forecasts do not improve the prediction of future behaviour: a prospective study of self-injury. *Journal of Clinical Psychology*, 64, 1167-1174.
- Jin, S. & Zhang, J. (1998). The effects of physical and psychological well-being on suicidal ideation. *Journal of Clinical Psychology* 54, 401-413.
- Johnson, J., Weissman, M. M. & Klerman, G. L. (1990). Panic disorder, comorbidity, and suicide attempts. *Archives of General Psychiatry* 47, 805-808.
- Keinhorst, C. W., de Wilde, E. J., Diekstra, R. F., & Wolters, W. H. (1992). Differences between adolescent suicide attempters and depressed adolescents. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 85, 222-228.
- Kendler, K. S., Kuhn, J. & Prescott, C. A. (2004). The interrelationship of neuroticism, sex, and stressful life events in the prediction of episodes of major depression. *American Journal of Psychiatry* 161, 631-6.
- Kernberg, O. F. (1975). *Borderline Conditions and Pathological Narcissism*. New York: Jason Aronson.
- Kessler, R. C., Borges, G., & Walters, E. E. (1999). Prevalence of and risk factors for lifetime suicide attempts in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 56, 617-626.
- Kitamura, T., Hirano, H., Chen, Z., & Hirata, M. (2004). Factor structure of the Zung Self-rating Depression Scale in first-year university students in Japan. *Psychiatry Research*, 128, 281-287.
- Kitamura, T., Kawakami, N., Sakamoto, S., Tanigawa, T., Ono, Y. & Fujihara, S. (2002). Quality of life and its correlates in a community population in a Japanese rural area. *Psychiatry and Clinical Neurosciences* 56, 431-441.
- Kitamura, T., Kishida, Y., Gatayama, R., Matsuoka, T., Miura, S., & Yamabe, K. (2003). Ryff's psychological well-being inventory: factorial structure and life history correlates among Japanese university students. *Psychological Reports*, 94, 83-103.
- Kitamura, T. & Suzuki, T. (1993a). A validation study of Parental Bonding Instrument in Japanese Population. *Japanese Journal of Psychiatry and Neurology*, 47, 29-36.

- Kitamura, T. & Suzuki, T. (1993b). Perceived rearing attitudes and minor psychiatric morbidity among Japanese adolescents. *Japanese Journal of Psychiatry and Neurology*, 47, 531-535.
- Klimes-Dougan, B., Free, K., Ronsaville, D., Stilwell, J. Welsh, C. J., Radke-Yarrow, M. (2000). Suicidal ideation and attempters: a longitudinal investigation of children of depressed and well mothers. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 38, 651-659.
- Klimes-Dougan, B., Free, K., Ronsaville, D., Stilwell, J. Welsh, C. J., Radke-Yarrow, M. (2000). Suicidal ideation and attempters: a longitudinal investigation of children of depressed and well mothers. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 38, 651-659.
- Klonsky, E. D. & Moyer, A. (2008). Childhood sexual abuse and non-suicidal self-injury: meta-analysis. *British Journal of Psychiatry*; 192, 166-170.
- Klonsky, E. D. & Muehlkamp, J. J. (2007). Self-injury: A research review for the practitioner. *Journal of Clinical Psychology*, 63, 1045-1056.
- Klonsky, E. D., Oltmans, T. F., & Turkheimer, E. (2003). Deliberate self-harm in a nonclinical population: Prevalence and psychological correlates. *American Journal of Psychiatry*, 160, 1501-1508.
- Koivumaa-Honkanen, H., Honkanen, R., Viinamäki, H., Heikkilä, K., Kaprio, J. & Koskenvuo, M. (2000). Life satisfaction and suicide: a 20-year follow-up study. *American Journal of Psychiatry* 158, 433-439.
- Koivumaa-Honkanen, H., Honkanen, R., Viinamäki, H., Heikkilä, K., Kaprio, J. & Koskenvuo, M. (2001). Self-reported life satisfaction and 20-year mortality in healthy Finnish adults. *American Journal of Epidemiology* 152, 983-991.
- Kremers, I. P., Van Giezen, A. E., Van der Does, A. J. W., Van Dyck, R., & Spinhoven, Ph. (2007). Memory of childhood trauma before and after long-term psychological treatment of borderline personality disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 38, 1-10.s
- Lara, M E. & Klein, D. N. (1999). Psychological processes underlying the maintenance and persistence of depression: implications for understanding chronic depression. *Clinical Psychology Review* 19, 553-570.
- Leli, D. A., & Filskov, S. B. (1984). Clinical detection of intellectual deterioration associated with brain damage. *Journal of Clinical Psychology*, 40, 1435-1441.
- Lenzenweger, M. F., Clarkin, J. F., Kernberg, O. F., & Foelsch, P. A. (2001). The Inventory of Personality Organization: Psychometric properties, factor composition, and criterion relations with affect aggressive dyscontrol, psychosis proneness, and self-domains in a nonclinical sample. *Psychological Assessment*, 13, 577-591.
- Lester, D. Demographic versus clinical prediction of suicidal behaviours. In: Beck, A., Resnik, H., Lettieri, D., (eds), *The Prediction of Suicide*, Bowie, MD, Charles Press, 1974.
- Lieb, K., Zanarini, M. C., Schmahl, C., Linehan, M., & Bohus, M. (2004). Borderline personality disorder. *Lancet*, 364, 453-461.

- Luoma, J. B., Martin, C. E. & Pearson, J. L. (2002). Contact with mental health and primary care providers before suicide: a review of the evidence. *American Journal of Psychiatry* **159**, 909-916.
- Luoma, J. B & Pearson, J. L. (2002). Suicide and marital status in the United States, 1991-1996: is widowhood a risk factor? *American Journal of Public Health* **92**, 1518-1522.
- Magnusson, P. K. E., Rasmussen, F., Lawlor, D. A., Tynelius, P., Gunnell, D. (2006). Association of body mass index with suicide mortality: a prospective cohort study of more than one million men. *American Journal of Epidemiology*, 163, 1-8.
- Mann, J. J. (2003). Neurobiology of suicidal behaviour. *Nature Reviews Neuroscience*, 4, 819-828.
- Mann, J. J., Waternaux, C., Haas, G. L. & Malone, K. M. (1999). Toward a clinical model of suicidal behavior in psychiatric patients. *American Journal of Psychiatry* **156**, 181-189.
- Maris, R. W. (1981). *Pathways to suicide: A survey of self-destructive behaviours*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Maris, R. W. (2000) *Introduction to the Study of Suicide*. In R. W. Maris, A. L. Berman & M. M. Silverman (Eds.), *Comprehensive textbook of suicidology*. The Guilford Press, New York.
- Maris, R., Berman, A., Maltsberger, J., Yufit, R. (eds), *Assessment and Prediction of Suicide*, New York: Guilford, 1992.
- Martin, G & Waite, S. (1994). Parental bonding and vulnerability to adolescent suicide. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 89, 246-254.
- Maser, J. D., Akiskal, H. S., Schettler, P., Scheftner, W., Mueller, T., Endicott, J., Solomon, D. & Clayton, P. (2002). Can temperament identify affectively ill patients who engage in lethal or near-lethal suicidal behavior? A 14-year prospective study. *Suicide and Life Threatening Behavior* **32**, 10-32.
- Matsumoto, T. & Imamura, F. (2008). Self-injury in Japanese junior and senior high-school students: Prevalence and association with substance use. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 62, 123-125.
- Matsumoto, T., Yamaguchi, A., Chiba, Y., Asami, T., Iseki, E., & Hirayasu, Y. (2004). Patterns of self-cutting: A preliminary study on differences in clinical implications between wrist- and arm-cutting using a Japanese juvenile detention center sample. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 58, 377-382.
- Mazza, J. J., & Reynolds, W. M. (1998). A longitudinal investigation of depression, hopelessness, social support, and major and minor life events and their relation to suicidal ideation in adolescents. *Suicide and Life-threatening Behavior*, 28, 358-374.
- McCurry, J. (2006). Japan promises to curb number of suicides. *Lancet*, 367, 383-383.
- McGirr, A., Renaud, J., Bureau, A. (2008). Impulsive-aggressive behaviours and completed suicide across the life cycle: a predisposition for young age of suicide. *Psychological Medicine*, 38, 407-417.
- McWilliams, L. A., Cox, B. J. & Enns, M. W. (2003). Use of the Coping Inventory for Stressful

- Situations in a clinically depressed sample: factor structure, personality correlates, and prediction of distress. *Journal of Clinical Psychology* **59**, 423-437.
- Meehl, P. E. (1954). *Clinical vs. statistical prediction*. Minneapolis, MN: University of Minnesota Press.
- Meninger, K. (1938). *Man against himself*. New York: Harcourt, Brace.
- Miller, S. M., Brody, D. S. & Summerton, S. (1988). Styles of coping with threat: Implications for health. *Journal of Personality & Social Psychology* **54**, 142-148.
- Molnar, B. E., Buka, S. L., & Kessler, R. C. (2001). Childhood sexual abuse and subsequent psychopathology: Results from the National Comorbidity Survey. *American Journal of Public Health*, *91*, 753-760.
- Morgan, H. G, Burns-Cox, C. J., Pocock, H. & Pottle, S. (1975). Deliberate self-harm: clinical and socio-economic characteristics of 368 patients. *British Journal of Psychiatry* **127**, 564-574.
- Muehlenkamp, J. J. (2007). Risk for suicide attempts among adolescents who engage in non-suicidal self-injury. *Archives of Suicide Research*, *11*, 69-82.
- Nock, M. K., Joiner, Jr. T. E., Gordon, K., Lloyd-Richardson, E., & Prinstein, M. J. (2006). Non-suicidal self-injury among adolescents: Diagnostic correlates and relation to suicide attempts. *Psychiatry Research*, *144*, 65-72.
- Nock, M. K., & Kessler, R. C. (2006). Prevalence and risk factors for suicide attempts versus suicide gestures: Analysis of the National Comorbidity Survey. *Journal of Abnormal Psychology*, *115*, 616-623.
- Nordstrom, P., Schalling, D. & Asberg, M. (1995). Temperamental vulnerability in attempted suicide, *Acta Psychiatrica Scandinavica* **92**, 155-160.
- O'Conner, R. C. (2003). Suicidal behaviour as a cry of pain: Test of a psychological model. *Archives of Suicide Research*, *7*, 1-12.
- O'Donnell, L., O'Donnell, C., Wardlaw, D. M., Stueve, A. (2004). Risk and resiliency factors influencing suicidality among urban African American and Latino youth. *American Journal of Community Psychology* **33**, 37-49.
- Olfson, M., Weissman, M. M., Leon, A. C., Sheehan, D. V. & Farber, . (1996). Suicidal ideation in primary care. *Journal of General Internal Medicine* **11**, 447-453.
- Ono, I., Murai, T., Yasuda, K. et al. (1994). Development of interview form to estimate the risk of self-destructive behaviours. *Jpn. J. Psychiatry Neurol.*, *48*, 745-754.
- Ostamo, A. & Lönnqvist, J. (2001). Excess mortality of suicide attempters. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* **36**, 29-35.
- Overholser, J. C., Adams, D. M., Lehnert, K. L., & Brinkman, D. C. (1995). Self-esteem deficits and suicidal tendencies among adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *34*, 919-928.
- Overholser, J. C., Norman, W. H. & Miller, I. W. (1990). Life stress and social supports in depressed inpatients. *Behavioral Medicine* **16**, 125-132.
- Owens, D., Horrocks, J., & House, A. (2002). Fatal and non-fatal repetition of self-harm: systematic

- review. *British Journal of Psychiatry*, 181, 193-199.
- Owens, D., Wood, C., Greenwood, D. C., Hughes, T., & Dennis, M. (2005). Mortality and suicide after non-fatal self-poisoning: 16-year outcome-study. *British Journal of Psychiatry*, 187, 470-475.
- Palmer, B. A., Pankratz, V. S., & Bostwick, J. M. (2005). The lifetime risk of suicide in schizophrenia – a re-examination. *Archives of General Psychiatry*, 62, 247-253.
- Paris, J. (2005). Borderline personality disorder. *Canadian Medical Association Journal*, 172, 1579-1583.
- Patsiokas, A., Clum, G., & Luscomb, R. (1979). Cognitive characteristics of suicide attempters. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 47, 478-484. .
- Paykel, E. S. (1994). Life events, social support and depression. *Acta Psychiatrica Scandinavica Supplement* 377, 50-58.
- Pakel, E. S. & Dowlatshahi, D. (1988). Life events and mental disorder. In *Handbook of life stress, cognition and health* (ed. S. Fisher & J. Reason), pp. 241-263. John Wiley & Sons: Chichester.
- Pao, P. E. (1969). The syndrome of delicate self-cutting. *British Journal of Medical Psychology*, 42, 195-206.
- Paykel, E. S., Ems, E. M., Fletcher, J. & Rassaby, E. S. (1980). Life events and social support in puerperal depression. *British Journal of Psychiatry* 136, 339-346.
- Paykel, E. S., Prusoff, B. A. & Myers, J. K. (1975). Suicide attempts and recent life events. A controlled comparison. *Archives of General Psychiatry* 32, 327-333.
- Parker, G B., Tupling, H., & Brown, L.B. (1979). A parental and bonding instrument. *British Journal of Medical Psychology*, 52, 1-10.
- Parkes, K. R. (1990). Coping, negative affectivity, and the work environment: Additive and interactive predictors of mental health. *Journal of Applied Psychology* 75, 399-409.
- Paykel, E. S., Prusoff, B. A., & Meyers, J. K. (1975). Suicide attempts and recent life events: A controlled comparison. *Archives of General Psychiatry*, 32, 327-333.
- Pearce, C. M., & Martin, G (1994). Predicting suicide attempts among adolescents. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 90, 324-328.
- Perry, G & Shapiro, D. A. (1986). Social support and life events in working class women – stress buffering or independent effects? *Archives of General Psychiatry* 43, 315-323.
- Pfeffer, C. R., Klerman, G L., Hurt, S. W., Kakuma, T., Peskin, J. R., & Siefker, C. A. (1993). Suicidal children grow up: rates and psychosocial risk factors for suicide attempts during follow-up. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 32, 106-113.
- Pirkis, J. L. & Burgess, P. (1998). Suicide and recency of health care contacts. *British Journal of Psychiatry* 173, 462-474.
- Pokorny A. D.: Prediction of suicide in psychiatric patients. *Arch. Gen. Psychiatry*, 40: 249-257, 1983.
- Pompili, M., Girardi, P., Ruberto, A., & Tatarelli, R. (2005). Suicide in borderline personality disorder: a meta-analysis. *Nordic Journal of Psychiatry*, 59, 319-324.
- Ponizovsky, A. M. & Ritsner, M. S. (1999). Suicide ideation among recent immigrants to Israel from

- the former Soviet Union: An epidemiological survey of prevalence and risk factors. *Suicide and Life-Threatening Behavior* **29**, 376-392.
- Rich, C. L., Young, D. & Fowler, R. C. (1986). San Diego Suicide Study. I. Young vs old subjects. *Archives of General Psychiatry* **43**, 577-582.
- Rich, C. L., Young, D. & Fowler, R. C. (1986). San Diego Suicide Study. I. Young vs old Rich, C. L., Fowler, R. C., Fogarty, L. A. & Young, D. (1988). San Diego Suicide Study. III: Relationship between diagnoses and stressors. *Archives of General Psychiatry* **45**, 589-592.
- Rich, C. L., Warsrad, G M., Nemiroff, R. A., Fowler, R. C. & Young, D. (1991) Suicide, stressors, and the life cycle. *American Journal of Psychiatry* **148**, 524-527.
- Rothenhausler, H. B., Stepan, A., & Kapfhammer, H. P. (2006) Soluble interleukin 2 receptor levels, temperament and character in formerly depressed suicide attempters compared with normal controls. *Suicide and Life-Threatening Behaviors*, 36, 455-466.
- Ryff, C. D. (1989) Happiness is everything, or it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 1069-1081.
- Ryff, C. D. (1995). Psychological well-being in adult life. *Current Directions in Psychological Science*, 4, 99-104.
- Ryff, C. D., & Keyes, C. L. M. (1995) The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69, 719-727.
- Ryff, C. D., Lee, Y. H., Essex, M. J., & Schmutte, P. S. (1994). My children and me: midlife evaluations of grown children and self. *Psychology and Aging*, 9, 195-205.
- Ryff, C. D., & Singer, B. (1998) Middle age and well-being. *Encyclopedia of Mental Health*, vol. 2, pp. 707-719, Academic Press.
- Ryff, C. D., & Singer, B. (1998). The contours of positive human health. *Psychological Inquiry*, 9, 1-28.
- Robins, E. (1981). *The final months: A study of the lives of 134 persons who committed suicide*. Oxford University Press: New York.
- Rosenthal, R. J., Rinzler, C., Walsh, R., & Klausner, E. (1972). The wristcutting syndrome: the meaning of a gesture. 128, 1363-1368.
- Sanders, B. & Becker-Lausen, E. (1995). The measurement of psychological maltreatment: Early data on the child abuse and trauma scale. *Child Abuse & Neglect*, 19, 315-323.
- Santa Mina, E. E., & Gallop, R. M. (1998). Childhood physical and sexual abuse and adult self-harm and suicidal behaviour: A literature review. *Canadian Journal of Psychiatry*, 43, 793-800.
- Schermelleh-Engel, K., Moosbrugger, H., & Müller, H. (2003). Evaluating the fit of structural equation models: Test of significance and descriptive goodness-of-fit measures. *Methods of Psychological Research Online*, **8**, 23-74
- Schwab, J. J., Warheit, G. J. & Holzer, C. E. III. (1972). Suicidal ideation and behavior in a general population. *Diseases of the Nervous Systems* **33**, 745-748.
- Shaffer, D., Gould, M, S., Fisher, P., Trautman, P., Moreau, D., Kleinman, M., & Flory, M. (1996). Psychiatric diagnosis in child and adolescent suicide. *Archives of General Psychiatry*, 53, 339-

- Shaffer, D., Gould, M. S., Fisher, P., Trautman, P., Moreau, D., Kleinmann M., & Flory, M. (1996). Psychiatric diagnosis in child and adolescent suicide. *Archives of General Psychiatry*, 53, 339-348.
- Shafri, M., Carrigan, S., Whittinghill, J. R., & Derrick, A. (1985). Psychological autopsy of completed suicide in children and adolescents. *American Journal of Psychiatry*, 142, 1061-1064.
- Shagle, S. C. & Barber, B. K. (1995). A social-ecological analysis of adolescent suicidal ideation. *American Journal of Orthopsychiatry* 65, 114-124.
- Shneidman, E. S. (1957). The logic of suicide. In E. (ed. Shneidman & N, Farberow), Clues to suicide (pp. 31-40). McGraw-Hill: New York.
- Shneidman, E. S. (1968). Classification of Suicidal Phenomena. *Bulletin of Suicidology*, 1-9.
- Shneidman, E. S. (1973). Suicide, In : Encyclopedia Britanica, 21st edn., Vol 14, Chicago, William Benton, 338-385.
- Shneidman, E. S. (1985). Definition of Suicide. John Wiley & Sons, Inc: New York.
- Silverman, A. B., Reinherz, H. Z., & Giaconia, R. M. (1996). The long-term sequelae of child and adolescent abuse: a longitudinal community study. *Child Abuse and Neglect*, 20, 709-723.
- Skodol, A. E., Gunderson, J. G, Pfohl, B., Widiger, T. A., Livesley, W. J., & Siever, L. J. (2002). The borderline diagnosis I: Psychopathology, comorbidity, and personality structure. *Biological Psychiatry*, 51, 936-950.
- Smith, K., Conroy, M., & Ehler, P. (1984). Lethality of suicide attempt rating scale. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 14, 215-242.
- Stanley, B., Gameroff, M. J., Michalsen, V., and Mann, J.J. (2001). Are suicide attempters who self-mutilate a unique population? *American Journal of Psychiatry*, 158, 427-432.
- Statistics and Information Department, Minister's Secretariat (2007). *Analyses by cause of death in 2006*. Retrieved September 2, 2007, from Ministry of Health, Labour and Welfare, Japanese Government Homepage: <http://www.mhlw.go.jp/>
- Steer, R., and Beck, A. (1988). Use of the Beck Depression Inventory, hopelessness scale, scale for suicide ideation and suicide intent scale with adolescents. *Advances in Adolescent Mental Health*, 3, 219-231.
- Summerville, M. B., Kaslow, N. J., Abbate, M. F., & Cronan, S. (1994). Psychopathology, family functioning, and cognitive style in urban adolescents with suicide attempts. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 22, 221-235.
- Suominen, K., Henriksson, M., Suokas, J., Isometsä, E., Ostamo, A., & Lönqvist, J. (1996). Mental disorders and Comorbidity in attempted suicide. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 94, 234-240.
- Tanaka, N., Uji, M., Hiramura, H., Chen, Z., Shikai, N., & Kitamura, T. (2006). Cognitive patterns and depression: a study of a Japanese university student population. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 60, 358-364.
- Tanney, B. L. (2000). Psychiatric diagnoses and suicidal acts. In R. W. Maris, A. L. Berman & M. M.

- Silverman (Eds.), *Comprehensive textbook of suicidology*.
- Tennant, C., & Andrews, G (1978). The pathogenic quality of life event stress in neurotic impairment. *Archives of General Psychiatry*, *35*, 859-863.
- Tomoda, A., Mori, K., Kimura, M., Takahashi, T., & Kitamura, T. (2000). One-year incidence and prevalence of depression among first-year university students in Japan: A preliminary study. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, *54*, 583-588.
- Tousignant, M., Bastien, M. F., & Hamel, S. (1993). Suicidal attempts and ideations among adolescents and young adults: the contribution of father's and mother's care and of parental separation. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *28*, 256-261.
- Van Heeringen, K. (2001). The suicidal process and related concepts. In: van Heeringen, K., ed. *Understanding suicidal behavior: the suicidal process approach to research, treatment and prevention*. New York: Wiley.
- Veiel, H. O. F., Brill, G., Häfner, H. & Welz, R. (1988). The social supports of suicide attempters: the different role of family and friends. *American Journal of Community Psychology* *16*, 839-861.
- Vollrath, M., Alnaes, R. & Torgersen, S. (1994). Coping and MCMI Scales. *Journal of Clinical Psychology* *50*, 727-736.
- Votta, E. & Manion, I. (2004). Suicide, high-risk behaviors, and coping style in homeless adolescent males' adjustment. *Journal of Adolescent Health* *34*, 237-243.
- Werner, P. D., Ross, T. L., & Yesavage, J. A. (1983). Reliability, accuracy, and decision-making strategy in clinical predictions of imminent dangerousness. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *51*, 815-825.
- Widom, C. S., & Shepard, R. L. (1997). Accuracy of adult recollections of childhood victimization: Part 2. Childhood sexual abuse. *Psychological Assessment*, *9*, 34-46.
- Wilburn, V. R., & Smith, D. E. (2005). Stress, self-esteem, and suicidal ideation in late adolescents. *Adolescence*, *40*, 33-45.
- Williams, J. M. G, Crane, C., Barnhofer, T., & Duggan, D. (2005). Psychology and suicidal behaviour: elaborating the entrapment model. In Hawton, K. (Ed.), *Prevention and treatment of suicidal behaviour* (pp. 71-89). New York: Oxford University Press.
- Wilson, T. D., & Gilbert, D. T. (2003). Affective forecasting. In M. Zanna, (Ed.), *Advances in experimental social psychology* (Vol. 35, pp. 345-411). New York: Elsevier.
- Yates, T. M. (2004). The developmental psychopathology of self-injurious behaviour: Compensatory regulation in posttraumatic adaptation. *Clinical Psychology Review*, *24*, 35-74.
- Yip, P. S., Chi, I., Chiu, H., Chi Wai, K., Conwell, Y., Caine, E. (2003). A prevalence study of suicidal ideation among older adults in Hong Kong SAR. *International Journal of Geriatric Psychiatry* *18*, 1056-1062.
- Ystgaard, M., Hestetun, I., Loeb, M., Schjelderup, G., & Mehlum, L. (2004). Does there exist a specific relationship between childhood sexual abuse and repeated suicidal behaviour. *Child Abuse and Neglect*, *28*, 863-875.

- Zanarini M. C., Frankenburg, F. R., Dubo E. D., Sickel, A. E., Trikha, A., Levin, A., & Reynolds, V. (1998). Axis I comorbidity of borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 155, 1733-1739.
- Zanarini, M. C., Williams, A. A., Lewis, R. E., Reich, R. B., Vera, S. C., Marino, M. F., Levin, A., Yong, L., & Frankenburg, F. R. (1997). Reported pathological childhood experiences associated with the development of borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 154, 1101-6.
- Zimmerman, M., & Mattia, J. I. (1999). Axis I diagnostic comorbidity and borderline personality disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 40, 245-252.
- Zung, W. W. K. (1965). A self-rating depression scale. *Archives of General Psychiatry* 12, 63-70.

使用調査票

PSYCHOSOCIAL RISKS AND OUTCOME

PREDICTION OF SELF HARM STUDY

評価者用尺度記入用紙 入院時版

患者氏名	
生年月日（西暦）	年 月 日
年齢	
性別	(1)男 (2)女
入院年月日（西暦）	年 月 日
第何回入院	
入院形態	(1) 任意入院 (2) 医療保護入院 (3) 措置入院
学歴	(1) 中学卒 (2) 高校卒 (3) 専門学校卒 (4) 短大卒 (5) 大学卒 (6) 大学院卒
飲酒	(1) 飲んでいない (2) 飲んでいるが1カ月に数回以下 (3) 普段から飲んでいる
喫煙	(1) 吸っていない (2) 普段から吸っている
結婚歴	(1) 未婚 (2) 既婚 (3) 離婚 (4) 死別
パートナー	(1) いる (2) いない
DSM-IV I 軸診断	診断名記入
DSM-IV I 軸診断	診断分類コード番号を表記 []
気分障害の特定用語	第6位数字について (1) 精神病性の特徴を伴わないもの (2) 気分一致した精神病性の特徴を伴うもの (3) 気分一致しない精神病性の特徴を伴うもの (4) 慢性 (5) 緊張病性の特徴を伴うもの (6) メランコリー型の特徴を伴うもの (7) 非定型の特徴を伴うもの (8) 産後の発症 (9) エピソードの間欠期に完全回復を伴うもの (10) エピソードの間欠期に完全回復を伴わないもの

	(11) 季節型 (12) 急速交代型
DSM-IV II 軸診断	診断分類コード番号を表記 []
V 軸 (GAF 得点)	
共存疾患 1	診断分類コード番号を表記 []
共存疾患 2	診断分類コード番号を表記 []
共存疾患 3	診断分類コード番号を表記 []
共存疾患 4	診断分類コード番号を表記 []
精神科既往歴	診断分類コード番号を表記 []
面接年月日 (西暦)	年 月 日
記入者氏名	
記入者は	面接者 (1) 同席者 (2)

NARRATIVE SUMMARY

ハミルトンうつ病評価尺度

No.		採点Ⅰ(0-4) 0:なし 1:軽い、または少ない 2-3:中等度 4:重度 採点Ⅱ(0-2) 0:なし 1:少し、または確かでない 2:明らかにある	
1	抑うつ気分	ゆううつ、厭世感、悲哀感を示す泣く傾向 非哀感その他が認められる・・・(1) 時々泣く・・・・・・・・・・(2) しばしば泣く・・・・・・・・・・(3) 極度抑うつ状態・・・・・・・・(4)	0 1 2 3 4
2	罪業感	自責感・・・・・・・・・・(1) 罪業念慮・・・・・・・・・・(2) この病気が何かの罪である・・・(3) 罪業妄想 (幻覚の有無にかかわらず)・・・(4)	0 1 2 3 4
3	自殺	生きるだけの価値がないと思う・・・(1) 死んだほうがましだ・・・・・・・・(2) 希死念慮・・・・・・・・・・(3) 自殺企図・・・・・・・・・・(4)	0 1 2 3 4
4	入眠障害	入眠困難	0 1 2
5	熟眠障害	夜間落ち着かず睡眠が途絶えがち	0 1 2
6	早朝熟眠障害	早朝に覚醒し、再び眠ることができない	0 1 2
7	仕事と興味	無能感 無気力、優柔不断、不決断 趣味に対する興味喪失 社会活動性の減退 能率の減退 職業放棄 (この病気のため)・・・・・・・・(4) (治療後または回復後も仕事をしないものには低い点をつける)	0 1 2 3 4
8	精神運動抑制	思考、会話の遅滞：集中力の障害： 活動性の減退 面接時の軽度抑制・・・・・・・・(1) 面接時の明らかな抑制・・・・・・・・(2) 抑制が強く面接困難・・・・・・・・(3) 昏迷状態・・・・・・・・・・(4)	0 1 2 3 4
9	激越	そわそわする・・・・・・・・・・(1) 手、髪などにさわる・・・・・・・・(2) 歩き回ってじっと座ってられない・・・(3) 手を握りしめる、爪をかじる、 髪を引っばる、唇をかむ・・・・・・・・(4)	0 1 2 3 4

10	精神的不安	緊張 焦燥感 些細なことに対する心配 心配 懸念 恐怖	0 1 2 3 4
11	身体こついで不安	消化器系・・・放屁 消化障害 循環器系・・・頻脈 頭痛 呼吸器 生殖器 泌尿器など各系	0 1 2 3 4
12	消化器系の身体症状	食欲減退 腹の重い 感じ 便秘	0 1 2
13	一般的な身体症状	四肢の倦怠感 頭重 背中の重い 感じ 背痛 易労感 無気力感	0 1 2
14	性的減退	性的減退	0 1 2
15	心気症	体のことばかり考える・・・・・・ (1) 健康に気をとられる・・・・・・ (2) くどくどと訴え助けを求めるなど・・・・ (3) 心気妄想・・・・・・ (4)	0 1 2 3 4
16	体重減少	体重減少	0 1 2
17	病識	病識の欠如・・・・・・ (2) 病識の部分的欠如または 疑わしい・・・・・・ (1) 病識有り・・・・・・ (0)	0 1 2
18	日内変動	症状が朝晩・夕方により悪化する (どちらかを記入) <input type="checkbox"/> 朝 <input type="checkbox"/> 夕方	0 1 2
19	離人症	現実的な考え 虚無的な考え (詳しく記入)	0 1 2 3 4
20	妄想症状	疑感的・・・・・・ (1) 関係念慮・・・・・・ (2) 関係妄想 被害妄想・・・・・・ (3) 被害的な幻覚・・・・・・ (4) (これらの症状よううつ病的性格を持たないもの)	0 1 2 3 4
21	強自症状	患者が苦しんでいる強自観念、 強自行為	0 1 2

1項目－17項目の合計得点 _____

Schedule of Self-Destructive Risks (SOS-DR)

□各項目に対する面接者の評価は原則として以下のコードを用いる；

1.否定

2.肯定

8.患者は質問を理解しているが、患者自身はどちらとも判断できない

9.質問をしなかった・質問をしても情報が得られない

□本面接法は半構造化面接として実施する。質問文に対する患者の回答を解答欄にコード化するが、患者が質問を正しく理解していないと思われる場合や回答の信憑性が疑われる場合には、評価者自身による質問を補足して患者の回答を吟味した上でコード化する必要がある。特に妄想に関する質問では、質問文後の（ ）内の条件を参照して症状評価に必要な質問を適宜補足して評価する。

Objective 1	面接前における評価者の主観的危険性評価（自殺行為）	1 2 3 4 5
Objective 2	面接前における評価者の主観的危険性評価（自傷行為）	1 2 3 4 5
Q1：精神症状の既往歴	今の症状に対する治療を受ける以前にも、精神科で治療を受けたことがありますか？	1 2 8 9
Q2：精神科入院歴	これまでに精神科に入院したことがありますか？	1 2 8 9
Q3a：入院後の期間	入院して1ヶ月以内ですか？	1 2 8 9
Q3b	入院後の日数	日
Q4a：退院後の期間	退院して3ヶ月以内ですか？	1 2 8 9
Q4b	退院後の日数	日
Q5a：現在の希死念慮	最近、あなたは死にたいと考えますか？	1 2 8 9
Q5b	死にたいという考えはしばしば浮かびますか？	1 2 8 9
Q6：希死念慮の告白	最近、あなたは死にたいと考えていることを誰かに話したことがありますか？	1 2 8 9
Q7a：自殺企図の有無	これまでに自殺を実行に移したことがありますか？	1 2 8 9
Q7b	この3ヶ月以内に自殺を実行に移しましたか？	1 2 8 9
Q7c	3ヶ月以内での自殺企図の回数	回
Q8：自殺企図の致死性	自殺を実行に移した際、生命に拘わるため嚴重な医学的処置を受けましたか？	1 2 8 9
Q9：自殺企図の手段	<input type="checkbox"/> 単独で実行 <input type="checkbox"/> 複数で実行 <input type="checkbox"/> 縊首 <input type="checkbox"/> 服薬 <input type="checkbox"/> 服毒 <input type="checkbox"/> ガス <input type="checkbox"/> 飛び降り <input type="checkbox"/> 飛び込み <input type="checkbox"/> 入水 <input type="checkbox"/> 手首切傷 <input type="checkbox"/> その他の刃物の使用 上記 以外の手段[]	—
Q10a：過去の自殺企図の回数	この3ヶ月以前に自殺を実行に移しましたか？	1 2 8 9

Q10b	3ヶ月以前の自殺企図の回数	回
Q11：過去の自殺企図の致死性	この3ヶ月以前に自殺を実行に移した際、生命に拘わるため嚴重な医療的処置を受けましたか？	1 2 8 9
Q12：過去の自殺企図の手段	<input type="checkbox"/> 単独で実行 <input type="checkbox"/> 複数で実行 <input type="checkbox"/> 縊首 <input type="checkbox"/> 服薬 <input type="checkbox"/> 服毒 <input type="checkbox"/> ガス <input type="checkbox"/> 飛び降り <input type="checkbox"/> 飛び込み <input type="checkbox"/> 入水 <input type="checkbox"/> 手首切傷 <input type="checkbox"/> その他の刃物の使用 上記 以外の手段[]	—
Q13a：自責感	最近、あなたは何事につけても必要以上に自分を責めてしまいませんか？	1 2 8 9
Q13b	最近、自分は悪い人間だという考えに毎日のように悩まされていますか？	1 2 8 9
Q14：不全感	最近、自分はだめな人間だとか、無力な人間だと毎日のように思っていますか？	1 2 8 9
Q15a：抑うつ	最近、気分が憂うつですか？	1 2 8 9
Q15b	最近、自分を責める考えや何事もうまくいかないという考えに苦しんでいて、他の人に話しても理解してもらえないようなことがありますか？	1 2 8 9
Q15c	気分と調和した妄想を伴った抑うつ状態は「2」	1 2 8 9
Q15d	最近、周りの人の嫌がらせに苦しんでいて、それを他の人に話しても理解してもらえないようなことがありますか？	1 2 8 9
Q15e	気分と調和した妄想を伴った抑うつ状態は「2」	1 2 8 9
Q16a：心気症	最近、体の不調が気になり、医者からは体に異常が無いといわれているにもかかわらず、体の重大な病気にかかっているのではないかと不安になりますか？	1 2 8 9
Q16b	体の病気にかかっているのは間違いないですか？	1 2 8 9
Q16c	それはどんな病気ですか？（心気妄想を伴った抑うつ状態は「2」）	1 2 8 9
Q17：被支配妄想	最近、他の人には信じてもらえないような神秘的なものに支配されていると考えていますか？	1 2 8 9
Q18：将来に対する悲観	最近、将来のことを考えると悲観的になりますか？	1 2 8 9
Q19a：精神障害に対する悲観	最近、病気のために以前のような調子が出なくなったと感じていますか？	1 2 8 9
Q19b	自分の病気はもはや治らないと思い、最近憂うつになることがありますか？	1 2 8 9
Q19c	自分の精神状態がもっと悪くなると思い、最近怖くなることがありますか？	1 2 8 9

Q20a：自制力の低下	最近、自分の行動を抑えられず、してはならないことをしてしまうように感じていますか？	1 2 8 9
Q20b	最近、何か危険なことをしてしまいそうに感じていますか？	1 2 8 9
Q20c	最近、自分がコントロールできなくなるような気がして怖いですか？	1 2 8 9
Q21：焦燥感	最近、いらいらして落ち着かないことが多いですか？	1 2 8 9
	焦燥を認めない場合は「1」、焦燥を認める場合は「2」、どちらとも言えない場合は「8」、情報が得られない場合は「9」	1 2 8 9
Q22：昂揚感	最近、頭がさえて晴れ晴れとした気持ちになることが多いですか？	1 2 8 9
Q23：躁・うつ混合状態	最近、気分が減入ったり、逆に高ぶったり、変化しやすいですか？	1 2 8 9
Q24a：反社会性人格傾向	自分を抑えられず、警察沙汰や周りの人にひどい迷惑をかけるようなことが今までに何度もありましたか？	1 2 8 9
Q24b	以前から、気が短くて人とのいさかが多い質ですか？	1 2 8 9
Q24c	今までに、酒の上で大きな問題を起こしたり、シンナーや覚醒剤を使ったことがありますか？	1 2 8 9
Q24d	以前に、学校を無断欠席したことが何度もありますか？	1 2 8 9
Q24e	このような面接を受けていることに強い不快感を感じますか？	1 2 8 9
	患者が評価者に拒否的ではない場合は「1」、拒否的である場合は「2」、どちらとも言えない場合は「8」、情報が得られない場合は「9」	1 2 8 9
Q25：身体疾患の既往	この6ヶ月の間に、体の病気で治療を受けたことがありますか？	1 2 8 9
Q26：慢性または難治性の身体疾患	その体の病気は慢性であるとか治り難いものであると医師に聞かれましたか？	1 2 8 9
Q27a：身体疾患に伴う抑うつ症状	体の病気になってから食欲がなくなり、体重が減りましたか？	1 2 8 9
Q27b	体の病気になってから不眠になりましたか？	1 2 8 9
Q27c	体の病気になってから将来に希望が持てなくなりましたか？	1 2 8 9
Q28：てんかん	これまでに、痙攣や発作を起こし、医者からてんかんと診断されましたか？	1 2 8 9
Q29：側頭葉てんかん	医者から側頭葉てんかんとか精神運動発作と診断されましたか？	1 2 8 9
Q30a：青年期以前の離別体験	若い頃に親と死別したことがありますか？	1 2 8 9
Q30b	若い頃に親と別々に暮らしたことがありますか？	1 2 8 9
Q31：親しい対人関係の喪失	親しい人を失って悲しんだことがありますか？	1 2 8 9

Q32：喪失の時期	それは最近のことですか？	1 2 8 9
Q33：対人関係における心的外傷体験	対人関係でひどく傷ついたり、人に対する信頼を失ったことがありますか？	1 2 8 9
Q34：心的外傷の時期	それは最近のことですか？	1 2 8 9
Q35a：独居または独身	現在、独身ですか？	1 2 8 9
Q35b	現在、一人でお住まいですか？	1 2 8 9
Q36a：家族関係における不安定	自分の家族や家庭うまくいっていないと思いますか？	1 2 8 9
Q36b	家族の中に、あなたとうまくいっていない人がいますか？	1 2 8 9
Q36c	家族の中に、あなた以外で誰か困った人がいますか？	1 2 8 9
Q37：職業（学業）上または経済上の問題	最近、仕事（勉強）や経済的な面で行き詰まりがありますか？	1 2 8 9
Q38：挫折体験	最近、挫折と感じられる体験がありましたか？	1 2 8 9
Q39：援助の乏しさ	最近、心の支えとなるものが少ないと思いますか？	1 2 8 9
Q40a：治療に対する過度の依存	今の治療に頼りきっており、治療が中断するとひどく不安になると思いますか？	1 2 8 9
Q40b	今の治療がいつかは終わりになると思うと、ひどく不安になりますか？	1 2 8 9
Q40c	退院をすることに強い不安を感じますか？	1 2 8 9
Q41：治療に対する信頼低下	今の治療に不安があり、何か不信感を感じていますか？	1 2 8 9
Q42：交友関係	親友と思える人は1人もいないですか？	1 2 8 9
Q43：親友の人数	<input type="checkbox"/> 多い <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 少ない	—
Q44：教育歴	大学または短大に在学中か卒業されましたか？	1 2 8 9
Q45a：就労	これまでに一度も職についたことがありませんか？	1 2 8 9
Q45b	仕事についてもすぐにやめて、長続きしませんか？	1 2 8 9
Q45c	現在、無職ですか？	1 2 8 9
Q45d	仕事のうえで、遅刻や欠勤が多いですか？	1 2 8 9
Q46a：社会的機能の低下	以前は無理なくできていた仕事（勉強）や交際が、今では十分にできなくなったと周りの人に言われていますか？	1 2 8 9
Q46b	以前は無理なくできていた仕事（勉強）や交際が、今では十分にできなくなったと思いますか？	1 2 8 9
Q46c	社会的機能の低下を認めない場合は「1」、認める場合は「2」、どちらとも言えない場合は「8」、情報の得られない場合は「9」	1 2 8 9
Q47a：不眠	最近、毎晩眠れないことで悩んでいますか？	1 2 8 9
Q47b	眠れない日は何日間位続いていますか？	日

Q47c	1. 入眠困難 2. 中途覚醒 3. 早朝覚醒 4. 完全不眠	1 2 3 4
Q48 : 記名力低下の自覚	最近、物忘れがひどいとか、物覚えが悪いと感じますか?	1 2 8 9
Q49a : 執着性気質	あなたは物事に熱中しやすいたちですか?	1 2 8 9
Q49b	あなたは義務や責任感に捕らわれやすいたちですか?	1 2 8 9
Q49c	あなたは几帳面で、物事をいいかげんに済ませることができないたちですか?	1 2 8 9
Q50 : 自覚的な身体症状	<input type="checkbox"/> 食欲不振 <input type="checkbox"/> 便秘 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> その他 []	—
Objective 3	面接後における評価者の主観的危険性評価 (自殺行為)	1 2 3 4 5
Objective 4	面接後における評価者の主観的危険性評価 (自傷行為)	1 2 3 4 5
Objective 5	今後3ヵ月後における評価者の主観的危険性評価 (自殺行為)	1 2 3 4 5
Objective 6	今後3ヵ月後における評価者の主観的危険性評価 (自傷行為)	1 2 3 4 5

SOS-9

Q5 : 現在の希死念慮	1[2] 2[4] 8[4] 9[2]
Q5-2	1[3] 2[6] 8[6] 9[3]
Q13-1 : 自責感	1[1] 2[2] 8[2] 9[1]
Q19 : 精神障害に対する悲観	1[3] 2[6] 8[6] 9[3]
Q19-3	1[2] 2[4] 8[4] 9[2]
Q27-3 : 身体疾患に伴う抑うつ症状	1[1] 2[2] 8[2] 9[1]
Q39 : 援助の乏しさ	1[3] 2[6] 8[6] 9[3]
Q40-1 : 治療に対する過去の依存	1[1] 2[2] 8[2] 9[1]
Q40-2	1[3] 2[6] 8[6] 9[3]
合計 []内の加算	[]

SOS-7

Q4-1 : 退院後の期間	1[5.2] 2[10.4] 8[10.4] 9[5.2]
Q5-1 : 現在の希死念慮	1[7.9] 2[15.8] 8[15.8] 9[7.9]
Q15-1 : 抑うつ	1[0.7] 2[1.4] 8[1.4] 9[0.7]

Q18 : 将来に対する悲観	1[0.5]2[1.0]8[1.0]9[0.5]
Q21-1 : 焦燥感	1[0.6]2[1.2]8[1.2]9[0.6]
Q21-2	1[0.6]2[1.2]8[1.2]9[0.6]
Q37 : 職業 (学業) 上または経済上の問題	1[0.6]2[1.2]8[1.2]9[0.6]
合計 [] 内の加算	[]

入院前3ヶ月間に自傷・自殺行為のあったもののみ以降に進む

自傷・自殺行為調査票

複数回ある場合は、最近のものから記載する

自傷・自殺行為の年月日（西暦） _____年____月____日

自傷・自殺行為の年月日（西暦） _____年____月____日

自傷・自殺行為の年月日（西暦） _____年____月____日

自傷・自殺行為の年月日（西暦） _____年____月____日

次の項目は、複数回ある場合、最も重大なものについて記載する

自傷・自殺行為の場所：

自傷・自殺行為の内容： (1) 過剰服薬 (2) 飛び降り (3) 焼身
(4) リストカット (5) その他の切傷 (6) ガス吸引

(具体的状況の記載)

自殺意思尺度

自殺企図に関する環境についての項目

1. 孤立

0. 同居人がいる

1. 近くに誰かがいる，あるいは連絡できる（電話などで）人がいる

2. 近くに誰もいないし，連絡できる人もいない

2. 企図時間

0. 救助可能な時間

1. 救助ができないかもしれない時間

2. 救助不可能な時間

9. 該当しない

3. 発見あるいは救助を妨げる前もつての用意・準備

0. ない

1. 人を避けるなどの消極的用意・準備（非施設部室に一人の状況での企図）

2. 積極的用意・準備（施設部室で企図）

4. 企図中あるいは企図後に助けを求めるための行為

- 0. 救助可能な人に企図を知らせる
- 1. 連絡しただけで企図を知らせない
- 2. 連絡もしない
- 9. 該当しない

5. 死を見越して行う最後の行為

- 0. ない
- 1. 何らかの整理をしようとする気持ちがある
- 2. 完全に計画的に行う (遺言を変える, 贈り物をする, 保険を解約する)

6. 自殺企図の計画性

- 0. ない
- 1. 軽度から中等度の準備
- 2. 広範囲にわたる準備

7. 遺書

- 0. ない
- 1. 書いたが破った, あるいはここに描いただけ
- 2. ある

8. 企図前の自殺意思表示

- 0. ない
- 1. 曖昧な表示
- 2. 明白な表示

9. 企図の目的

- 0. 主として環境を変える, あるいは操作する
- 1. 0と2の両方
- 2. 主として環境から自己を除去する

自己報告項目

10. 自殺による死への期待

- 0. おそらく死ぬとは思わない, あるいは考えなかった
- 1. ひょっとしたら死ぬと思った
- 2. おそらく死ぬ, あるいは確かに死ぬと思った

11. 方法上の致死性

- 0. 致命的とは思わない, あるいは考えなかった
- 1. 確かではないが, 致命的かもしれないと思った
- 2. 致命的と考えた

12. 自殺企図の真剣さ

- 0. 死ぬとは思わなかった

- 1.死ぬかどうかはわからなかった
- 2.死ぬと思った
- 13. 生きることに對する両価性
 - 0.死にたくなかった
 - 1.生きるか死ぬか頓着しなかった
 - 2.死にたかった
- 14. 蘇生の予想性
 - 0.治療を受ければ死なないと思った
 - 1.治療により生き返るかどうかわからなかった
 - 2.治療を受けても死ぬと思った
- 15. 計画性
 - 0.ない, 衝動的
 - 1.3ヶ月前以降に計画
 - 2.3ヶ月前よりもさらに前から計画

非点数化項目

- 16. 企図への反応
 - 1.企図したことを後悔する
 - 2.企図したことで生きているということを受け入れる
 - 3.生きていることを悔やむ
- 17. 死の視覚化
 - 1.死後世界あるいは死者との再会とみなす
 - 2.永遠の眠りあるいは暗黒と考える
 - 3.視覚化も考えもしない
- 18. 自殺企図の既往数
 - 1.なし
 - 2.1, 2回
 - 3.3回以上
- 19. 企図時のアルコール消費
 - 1.大量飲酒により混乱していた, あるいは何をしているかわからなかった
 - 2.自殺企図をする元気をつけるために飲酒した
 - 3.薬物使用あるいは他の自殺法による作用を増強するために飲酒した
 - 9.該当しない
- 20. 企図時の薬物使用
 - 1.大量使用により何をしているか, あるいは企図の意味がわからなかった
 - 2.自殺企図が行えるよう抑制を取り除くために薬物を服用した
 - 3.自殺方法による作用を増強あるいは補うために薬物を服用した
 - 9.該当しない

危険—救助評価

危険因子

1. 企図方法

- 1.大量服薬, 切創, 刺創
- 2.入水, 窒息, 絞扼
- 3.飛び降り, 射撃

2. 意識障害

- 1.なし
- 2.錯乱, 亜昏睡
- 3.昏睡, 深昏睡

3. 病変 / 毒性

- 1.軽度
- 2.中等度
- 3.重度

4. 可逆性

- 1.良, 完全回復が期待できる
- 2.比較的良, 時間がかかるが回復が期待できる
- 3.不良, 回復しても後遺症が予想される

5. 必要とされた治療

- 1.初期的治療, 救急棟管理
- 2.収容入院, 一般的治療
- 3.集中管理, 特殊治療

救助因子

1. 場所

- 3.熟知した土地
- 2.慣れない土地, 遠隔地ではない
- 1.遠隔地

2. 救助者

- 3.キーパーソン
- 2.医療関係者
- 1.通りがかりの人

* 自分で救助した場合は救助点数を5とする

3. 救助者に発見される可能性

- 3.高い, ほとんど確実
- 2.確実性はない

- 1.偶然
- 4.援助しやすさ
 - 3.援助を求める
 - 2.手がかりをそれとなく言う
 - 1.援助を求めない
- 5.発見までの遅れ
 - 3.1時間以内
 - 2.4時間以内
 - 1.4時間以上

総危険点数：

危険度評価

- 5. High risk (13~15 点)
- 4. High moderate (11~12 点)
- 3. Moderate (9~10 点)
- 2. Low moderate (7~8 点)
- 1. Low risk (5~6 点)

総救助点数：

救助度評価+

- 1. Least rescuable (5~7 点)
- 2. Low moderate (8~9 点)
- 3. Moderate (10~11 点)
- 4. High moderate (12~13 点)
- 5. Most rescuable (14~15 点)

+発見から治療までの遅れが不適切な要因による場合は救助度評価をし、減点する

危険－救助評価 (risk score/risk score + rescue score x 100)

入院中に自己破壊行動のあったもののみ以降ご含む

	第1回目	第2回目	第3回目	第4回目	第5回目	第6回目	第7回目
自殺・自傷行為の年月日 (西暦)							
年							
月							
日							
場所							
内容							
具体的状況の記載							
生命転帰 (1) 生存 (2) 死亡							
自殺意思尺度							
1. 孤立							
2. 企図時間							
3. 発見・救助を妨げる前もっての準備							
4. 企図中あるいは企図後に助けを求めるための行為							
5. 死を見越して行う最後の行為							
6. 自殺企図の計画性							
7. 遺書							
8. 企図前の自殺意思表示							
9. 企図の目的							
自己報告項目							
10. 自殺による死への期待							

11. 方法上の致死性
 12. 自殺企図の真実さ
 13. 生きることに対する両面性
 14. 蘇生の予想性
 15. 計画性
- 非点数化項目
16. 企図への反心
 17. 死の視覚化
 18. 自殺企図の既往数
 19. 企図時のアルコール消費
 20. 企図時の薬物使用
- 危険・救済評価
1. 企図方法
 2. 意識障害
 3. 病変/毒性
 4. 可逆性
 5. 必要とされた治療
1. 場所
 2. 救助者
 3. 救助者に発見される可能性
 4. 援助しやすさ
 5. 発見までの遅れ

自記式尺度記入用紙 入院時版

あなたの現在のご様子について

あなたが、いま感じていることを答えて下さい。あまり時間をかけずおすばやく答えてください。

まったくあてはまらない	あてはまらない	あてはまる	とてもよくあてはまる
1	2	3	4

1	怒り狂っている	1	2	3	4
2	いらいらしている	1	2	3	4
3	怒りを感じている	1	2	3	4
4	誰かをどなりつけたい	1	2	3	4
5	何かを壊してしまいたい	1	2	3	4
6	逆上している	1	2	3	4
7	机をばんばんたたきたい	1	2	3	4
8	誰かを殴りたい	1	2	3	4
9	精根つきてしまった	1	2	3	4
10	口汚くののしりたい	1	2	3	4

あなたの最近のご様子について

最近のあなたのご様子についてお尋ねします。最近のご様子が普段と違ったら、普段のことは考えずに最近のことについてお答えください。それぞれの質問に対して、「はい」か「いいえ」のどちらかを○で囲んで下さい。

1	希望と情熱をもって将来を期待している	はい	いいえ
2	自分で物事をうまくやれなかったら、あきらめるかもしれない	はい	いいえ
3	物事がうまくいかなかったとき、そういう状態がいつまでも続くのではないと思うと救われる	はい	いいえ
4	10年後の私の生活がどうなっているか、想像できない	はい	いいえ
5	私が一番したいことをやり遂げるための時間は、十分にある	はい	いいえ
6	将来、私は自分に関する最も重要なことで成功すると思う	はい	いいえ
7	私の将来が暗いと思う	はい	いいえ
8	私の人生は、普通の人よりも良いことがたくさん起こると思う	はい	いいえ
9	私は全く運に恵まれず、将来運がめぐってくると信じる根拠もない	はい	いいえ
10	私のこれまでの経験は、将来のために役立っている	はい	いいえ
11	私の前向きに見えるのは、楽しいことではなく不愉快なことだけである	はい	いいえ
12	自分が本当に欲しいものが手に入るとは思えない	はい	いいえ
13	将来のことを考えたとき、今の自分よりも幸せになるだろうと思う	はい	いいえ
14	物事は自分の思うとおりにうまくいかなさだろう	はい	いいえ
15	将来に強い信頼をおいている	はい	いいえ
16	欲しいものは決して手に入らないのだから、何かを欲しがるのはおぼろげである	はい	いいえ
17	将来、私が本当に満足することはまずないだろう	はい	いいえ
18	将来はあいまいで不確かなものに思える	はい	いいえ
19	将来、楽しくない時間よりも楽しい時間を過ごすことが多いと思える	はい	いいえ
20	おそらく手に入らないだろうから、ほしいものを実際に得ようとするのは無駄である	はい	いいえ

次の20の質問について4つの答えのうち、あなたのこの1週間の様子に最も近いものこの○をつけて下さい。

あなたはこの1週間..

1. 緊張感を感じる。

1.	ほとんどいつも	2.	たいてい	3.	ときどき	4.	全くない
----	---------	----	------	----	------	----	------

2. 以前楽しんでたことが今でも楽しい。

1.	以前と全く同じ位楽しい	2.	以前ほどには楽しくない	3.	少ししか楽しくない	4.	全く楽しくない
----	-------------	----	-------------	----	-----------	----	---------

3. まるで何かひどいことが今にも起こりそうなおそろしい感じがある。

1.	非常にはっきりあって、かなりひどい	2.	あるが、ひどくはない	3.	わずかにあるが、気にならない	4.	全くない
----	-------------------	----	------------	----	----------------	----	------

4. 笑うことができる。いろいろなことのおかしな面が理解できる。

1.	いつもと同じ程度にできる	2.	今は以前ほどにはできない	3.	明らかに今は以前ほどできない	4.	全くできない
----	--------------	----	--------------	----	----------------	----	--------

5. くよくよした考えが心に浮かぶ。

1.	ほとんどいつも	2.	たいてい	3.	時折りあるが、頻繁にはない	4.	ほんの時々しかかない
----	---------	----	------	----	---------------	----	------------

6. 機謙（きげん）が良い。

1.	全くそうではない	2.	しばしばそうではない	3.	時々そうだ	4.	ほとんどいつもそうだ
----	----------	----	------------	----	-------	----	------------

7. のんびり腰かけて、そしてくつろぐことができる。

1.	必ずできる	2.	たいていできる	3.	しばしばできない	4.	全くできない
----	-------	----	---------	----	----------	----	--------

8. まるで考えや反応がおそくなったように感じる。

1.	ほとんどいつも	2.	とても頻繁に	3.	ときどき	4.	全くない
----	---------	----	--------	----	------	----	------

9. 胃が気持ち悪くなるような一種おそろしい感じがする。

1.	全くない	2.	ときどき	3.	かなり頻繁に	4.	とても頻繁に
----	------	----	------	----	--------	----	--------

10. 自分の身なりに興味を失っている。

1.	明らかにそうだ	2.	自分の身なりに十分な注意を払っていない	3.	自分の身なりに十分な注意を払っていないかもしれない	4.	自分の身なりに今までと同じ程度に十分な注意を払っている
----	---------	----	---------------------	----	---------------------------	----	-----------------------------

11. まるで始終動きまわっていないか、いびきならぬほど落ちつきがない。

1.	非常にそうだ	2.	かなりそうだ	3.	余りそうではない	4.	全くそうではない
----	--------	----	--------	----	----------	----	----------

12. これからのことを楽しみにしている。

1.	以前と同じ程度に楽し みをしている	2.	以前よりは やや少ない	3.	明らかに以前より 少ない	4.	ほとんど楽しみにし ていない
----	----------------------	----	----------------	----	-----------------	----	-------------------

13. 急に不安に襲われる。

1.	とても頻繁に	2.	かなり頻繁に	3.	ごくたまにしかない	4.	全くない
----	--------	----	--------	----	-----------	----	------

14. 良い本やラジオやテレビの番組を楽しめる。

1.	たいてい楽しめる	2.	ときどき楽しめる	3.	たまにしか楽しめな い	4.	めったに楽し めない
----	----------	----	----------	----	----------------	----	---------------

15. のんびり腰かけて、そしてくつろぐことができない。

1.	全くできない	2.	しばしばできない	3.	たいていできる	4.	必ずできる
----	--------	----	----------	----	---------	----	-------

16. 以前楽しんでいたことが今では楽しくない。

1.	全く楽しくない	2.	少ししか 楽しくない	3.	以前ほどには 楽しくない	4.	以前と全く同じ位楽 しい
----	---------	----	---------------	----	-----------------	----	-----------------

17. 笑うことができない。いろいろなことのおかしな面が理解できない。

1.	全くできない	2.	明らかに今は以前ほ どできない	3.	今は以前ほどにはで きない	4.	いつもと同じ程度にで きる
----	--------	----	--------------------	----	------------------	----	------------------

18. 機嫌（きげん）が良くない。

1.	ほとんどいつもそうだ	2.	時々そうだ	3.	しばしばそうで はない	4.	全くそうでない
----	------------	----	-------	----	----------------	----	---------

19. これからのことを楽しみにしていない。

1.	ほとんど楽しみにして いない	2.	明らかに以前より 少ない	3.	以前よりは やや少ない	4.	以前と同じ程度に 楽しみにしている
----	-------------------	----	-----------------	----	----------------	----	----------------------

20. 良い本やラジオやテレビの番組を楽しめない。

1.	めったに楽しめない	2.	たまにしか楽しめな い	3.	ときどき楽しめる	4.	たいてい楽し める
----	-----------	----	----------------	----	----------	----	--------------

普段の様子について

以下には、みなさんが自分の態度、考え方、関心のあること、その他の個人的な感情を表すために使うことのある文が記載されています。これらの文に、あなたがどのくらいあてはまるかを以下の4つのうちから1つ選んでその数字を○で囲んで下さい。正しい答えとか間違った答えはありません。あなた自身の意見と感じ方をお答えください。

全然 あてはまらない	あまり あてはまらない	少し あてはまる	とても あてはまる
1	2	3	4

1	たいていの人なら時間の無駄だと思うようなことでも、興味やスリルのために新しいことをやってみることが多い	1	2	3	4
2	たいていの人が心配するような状況でも、すべてうまく行く自信がある	1	2	3	4

3	物語や詩に深く心を打たれることが多い	1	2	3	4
4	自分もいつも不幸なめぐりあわせにあると感じることが多い	1	2	3	4
5	自分とかなり違う人でも、その人を受け入れることができる	1	2	3	4
6	奇跡は起きるものだと思っている	1	2	3	4
7	私を傷つけた人々に、仕返しをしたいと思うことがある	1	2	3	4
8	何かに集中している時は、時間が経つのも忘れてしまうことが多い	1	2	3	4
9	自分の人生には目的や意味がほとんどないと感じることが多い	1	2	3	4
10	誰もがうまくいくように、問題の解決を手助けすることが好きだ	1	2	3	4
11	いまよりもっとがんばる必要はないと思う	1	2	3	4
12	他の人がほとんど心配しないような時でも、慣れない環境ではしばしば緊張する	1	2	3	4
13	以前の方法を振り返らずに、その時の気分でやってしまうことが多い	1	2	3	4
14	人に従うより、自分自身のやり方でものごとを進めることが多い	1	2	3	4
15	自分の周囲の人々と強く結びついていると感じることが多い	1	2	3	4
16	自分と違う考えをもっている人ばかり好きにはなれない	1	2	3	4
17	目的に向かって自然に行動できるのは、今までの良い習慣のおかげだ	1	2	3	4
18	友人たちの信頼を失うとしても、自分の利益や名声のためには多少のことなら何でもする	1	2	3	4
19	他人に比べれば空気を吸って落ち着いている	1	2	3	4
20	何かをやっている時、うまく行かない気がする人が多い	1	2	3	4
21	友達とオープンに話し合うことが好きだ	1	2	3	4
22	人よりも疲れやすい	1	2	3	4
23	周りが見えないくらい何かを没頭しすぎてしまうことがある	1	2	3	4
24	自分のしたいことができると感じることはあまりない	1	2	3	4
25	自分のことと同じくらい他人の気持ちを考えることが多い	1	2	3	4
26	急な坂や急カーブを車でぶっ飛ばすような、少し危険なことがやってみたい	1	2	3	4
27	知らない人に会うのはできるだけ躊躇するようにしている	1	2	3	4
28	人を喜ばせることが好きだ	1	2	3	4
29	新しく改善された方法よりも、これまでうまく行っていた方法が好きだ	1	2	3	4
30	時間がないので、自分にとって重要だと思う順番にものごとを行うことができない	1	2	3	4
31	動物を守るために行動することが多い	1	2	3	4
32	自分が他人よりも頭が良かったらなあと思うことが多い	1	2	3	4
33	自分の敵が苦しむのを見ると嬉しくなる	1	2	3	4
34	人に口出ししてしまうほど、秩序正しいのが好きだ	1	2	3	4
35	何にでも興味を持つので、一つのことに関心を持ちつづけるのは難しい	1	2	3	4
36	くり返し行ってきたことで、誘惑に負けない強い習慣が身についた	1	2	3	4
37	他人がとっくに諦めた後でも辛抱強く続ける	1	2	3	4
38	科学的な説明のできないできごとに興味を感じる	1	2	3	4
39	やめられたらなあと思う悪いくせがたくさんある	1	2	3	4
40	自分が困っているときでも、それを解決してくれる人を待つことが多い	1	2	3	4
41	現金をすっかり使い果たしてしまったり、クレジットカードで物を買ってすぎる人が多い	1	2	3	4
42	将来、自分は幸運に恵まれていると思う	1	2	3	4
43	他の人に比べると軽い病気でも治りにくい	1	2	3	4
44	孤独であることも別に苦にならない	1	2	3	4
45	リラックスしているときに、ふと何かをひらめくことが多い	1	2	3	4
46	他人に好かれるかどうかは、あまり気にかけない	1	2	3	4

47	人のためよりも、自分自身のために欲しいものを手に入れようとすることが多い	1	2	3	4
48	私の考え方を受け入れない人にはがまんできない	1	2	3	4
49	私は、あまり人を理解しようとは思わない	1	2	3	4
50	ビジネスで成功するためであっても、嘘をついてはいけない	1	2	3	4
51	時々、自分と自然が強く結びついていると感じることがある	1	2	3	4
52	会話で話し手よりも聞き手にまわるほうが得意だ	1	2	3	4
53	他人に比べ腹を立てやすい	1	2	3	4
54	初対面の人と会わなければならぬとき、人よりも恥ずかしがると思う	1	2	3	4
55	他人よりも情こもる				
56	自分には第六感があるように思える	1	2	3	4
57	誰かに傷つけられたときは、仕返しするようにしている	1	2	3	4
58	自分がどうすることもできないまま、行動が決められてしまうことが多い	1	2	3	4
59	自分の目標に向かって、日々いろいろな方法で努力している	1	2	3	4
60	他の誰よりも強かったらなあと思うことが多い	1	2	3	4
61	物事を決める前に長い時間考えるようにしている	1	2	3	4
62	たいいていの人よりも努力するほうだ	1	2	3	4
63	疲れやすいので、昼寝をしたり、特別な休憩時間を必要とする	1	2	3	4
64	人の役に立つことが好きだ	1	2	3	4
65	どんな問題に直面しても、きつとうまく行くと考える	1	2	3	4
66	お金に余裕がある時でも、自分のためにお金を使って楽しめない	1	2	3	4
67	ほとんどの人が身の危険を感じるような状況でも、落ち着いていて動じることはない	1	2	3	4
68	自分の悩みは自分の心にしまいこんでおく	1	2	3	4
69	知り合ったばかりの人やあまり良く知らない人と、個人的問題を話し合うことは苦にならない	1	2	3	4
70	旅行したり、知らない場所に行くよりも家こいるほうが好きだ	1	2	3	4
71	自分で何もできないような弱い人を助けることは意味がないと思う	1	2	3	4
72	たとえ人が自分に不公平に接しても、自分はその人を不公平に扱ってはいけないと思う	1	2	3	4
73	私は、相談をもちかけられることが多い	1	2	3	4
74	いつまでも若くいられたらなあと思うことが多い	1	2	3	4
75	親友を失った場合、人よりもひどく取り乱す	1	2	3	4
76	ときどき自分が、限界のない何かの一部のように感じることもある	1	2	3	4
77	言葉では説明できない、他人との精神的なつながりを感じることもある	1	2	3	4
78	自分に対して不公平に接してきた人に対しても、その人の気持ちを思いやるようにしている	1	2	3	4
79	何かやるのだったら、難しい規則のない状況でやりたい	1	2	3	4
80	自分に対して好意的でないことが分かっている場合でも、その人たちの前でリラックスしてられる	1	2	3	4
81	将来のことを心配することが多い	1	2	3	4
82	決心する前は、あらゆることを細かく考えるほうだ	1	2	3	4
83	現実的であるよりも、他の人に対して思いやりを示すことのほうが大切だと思う	1	2	3	4
84	自分の周りにある全てのものとの強い一体感を感じる人が多い	1	2	3	4
85	何でも思い通りになる力があつたらなあと思うことが多い	1	2	3	4
86	他人が私をあまりにも支配しすぎていると思う	1	2	3	4
87	自分が学んできたことを人と分かち合うことが好きだ	1	2	3	4

88	宗教的論議が、自分の人生の本当の目的を理解することに役立ってきた	1	2	3	4
89	人々からたくさんのことを学んでいる	1	2	3	4
90	くり返し実行してきたことで、私はいろんなことが上手になった	1	2	3	4
91	自分でも言っていることが大げさや嘘であると分かっているけど、つい言うってしまう	1	2	3	4
92	軽い病気であっても、十分に休養しないと回復できない	1	2	3	4
93	破ってしまえば結局は苦しまずにはいられない、生きていく上での原則があると思う	1	2	3	4
94	他の誰よりも金持ちになりたいとは思わない	1	2	3	4
95	この世界をより良いとろにするために、喜んで自分の人生をかかいたい	1	2	3	4
96	長く考えた末の論理的な判断よりも、自分の感覚のまようを信じるようになった	1	2	3	4
97	私の人生はどんな人間よりも強く霊的な力に導かれていると感じることがある	1	2	3	4
98	私に対して不誠実な人には、私も同じように接することが多い	1	2	3	4
99	非常に現実的で、感情で行動しない人間だとよく言われる	1	2	3	4
100	初対面の人と話しているけど、落ち着いていられる	1	2	3	4
101	不意の出来事に驚きすぎて、後で後悔するようなことをつい言ったりしたりしてしまうことが多い	1	2	3	4
102	決心をしたあとでも、誰かに泣きつかれると気持ちが動いてしまう	1	2	3	4
103	ものごとをできる限りきちんとやりたいので、他人よりもがんばっている	1	2	3	4
104	私は、欠点がとても多いので、自分のことを大好きにはなれない	1	2	3	4
105	あまりにも忙しく時間が無いので、目の前のことは効率が低くなってしまふ	1	2	3	4
106	ただどうしても忙しからずには、困ってしまうことが多い	1	2	3	4
107	時の流れを止めることができたならなあと思うことが多い	1	2	3	4
108	第一印象で物事を決めることは嫌いだ	1	2	3	4
109	お金をためるよりも使うほうが好きだ	1	2	3	4
110	話を大きくして、面白くするのが得意だ	1	2	3	4
111	友人との間にまげることがあっても、たいしての場合は友情をなんとか続けていくように努力する	1	2	3	4
112	いやなことがあっても、すぐそれを忘れてしまふ	1	2	3	4
113	いつものやり方を変えようとするだけでも、緊張したり疲れたりしてしまう	1	2	3	4
114	今までのやり方を変えようとする前に、なぜ変えるのかと理由を考えることが多い	1	2	3	4
115	私がい習慣を身につけるためには、他人からの多くの助けが必要だ	1	2	3	4
116	テレビや予知のようなものは本当にあると思う	1	2	3	4
117	いつも暖かくて身近な親友を持っていたい	1	2	3	4
118	あまりうまく行かない場合でも、何人も同じことを繰り返す	1	2	3	4
119	周りの人が心配そうにしているけど、気にならない	1	2	3	4
120	悲しい歌や映画はつまらない	1	2	3	4
121	自分の意志に反することを強いられていることが多い	1	2	3	4
122	自分と考えの異なる人を受け入れることは難しい	1	2	3	4
123	奇跡と呼ばれることのほとんどは、単なる偶然にすぎないと思う	1	2	3	4
124	誰かが私を傷つけても、その人に仕返しをすることは考えない	1	2	3	4
125	自分のしていることに夢中になりすぎて、時間と空間から切り離されたように我を忘れることが多い	1	2	3	4
126	自分の人生の本当の目的をまだ見出してない	1	2	3	4
127	できるだけ人と協力しようとしている	1	2	3	4
128	自分でやったことの結果が満足すると、それ以上やりたいとは思わない	1	2	3	4
129	慣れない状況では、緊張し、心配してしまう	1	2	3	4
130	あまり物事を深く考えずに直感に従うことが多い	1	2	3	4

131	他の人は、私のことを自分勝手だと思っている	1	2	3	4
132	自分の周りにいるすべての人々との精神的な、あるいは精神的な強いつながりを感じることが多い	1	2	3	4
133	自分と違った価値観をもつ人を好きになるのは、簡単だ	1	2	3	4
134	他人がもっと期待しようとして、仕事はできるだけ少ししかやらないようにしている	1	2	3	4
135	自分にとって良い習慣と言える行動が、多く身につけている	1	2	3	4
136	自分よりも他人のほうが何かについてよく知っていても、気にならない	1	2	3	4
137	「相手の立場になって」考えるようにしている	1	2	3	4
138	公正とか誠実というようなことは、私にとってはほとんど役に立たない	1	2	3	4
139	他人よりお金をためるのが上手だ	1	2	3	4
140	何かうまく行かない時はすぐ別のやり方に切り替えているので、取り乱したりすることはありません	1	2	3	4
141	ものごとをキチンと秩序正しくやることにこだわるほうだ	1	2	3	4
142	どんな困難に見舞われようとも、うまくやっていると信じている自信がある	1	2	3	4
143	友達であっても、私の気持ちを理解するのは難しい	1	2	3	4
144	新しくもっと良いやり方があると知られても、自分のやり方を変えるのは嫌だ	1	2	3	4
145	科学的に説明できないことを信じるのは愚かなことだと思う	1	2	3	4
146	敵の苦しむ様子を想像するのが好きだ	1	2	3	4
147	人よりも疲れにくい	1	2	3	4
148	何をやる場合にも細かいところまで気を配りたい	1	2	3	4
149	友人から「うまく行く」と言われても、心配りになってやめてしまうことが多い	1	2	3	4
150	他の誰よりも力強かったらなあと思うことが多い	1	2	3	4
151	何をするか自由に選ぶことができる	1	2	3	4
152	自分のしていることに没頭すぎて、しばらく自分がどこにいるのかを忘れてしまうことが多い	1	2	3	4
153	チームメンバーは、自分の正当な分け前をもらえないものだ	1	2	3	4
154	ハンググライダーやスカイダイビングのような危険なことをやってみたい	1	2	3	4
155	いつも衝動買いしてしまい、計画的な貯金ができない	1	2	3	4
156	他人を喜ばせるために特に努力する気はない	1	2	3	4
157	見知らぬ人と会うのは全く恥ずかしくない	1	2	3	4
158	友人の希望を嫌と言えないことが多い	1	2	3	4
159	必要だとは分かっていても、自分にとっての意味を見出せずにやめていることが多い	1	2	3	4
160	宗教的、あるいは道徳的原理はビジネスの上では特に重要ではない	1	2	3	4
161	他人の経験をより良く理解するために、自分自身の判断力を減らすようにしていることが多い	1	2	3	4
162	自分の習慣のせいで、目的を達成するのが難しくなっている	1	2	3	4
163	世界をより良い場所にするため、実際に個人的な犠牲を払っている	1	2	3	4
164	将来、恐ろしいことが起こるなどと心配したことは無い	1	2	3	4
165	自分を見失うほどキレることはめったにない	1	2	3	4
166	思っていたよりも時間が経ちそうな場合は、途中で仕事を放り出してしまうことが多い	1	2	3	4
167	誰かが話しかけてくるのを待っているよりも、自分から話しかける方だ	1	2	3	4
168	たいいてい場合は、意地悪をされてもその人をすぐに許すことができる	1	2	3	4
169	私の行動は、自分の意志でコントロールすることができないことが多い	1	2	3	4
170	直感の狂いや第一印象の間違ひから、決めたことを後で変えなければならぬことが多い	1	2	3	4

171	誰かが洗頭に立って物事を進めてくれるのを待っているほうだ	1	2	3	4
172	いつも他人の意見を尊重する	1	2	3	4
173	とても興奮して幸せな気分になるほど、人生における自分の役割がはっきりわかるときがある	1	2	3	4
174	自分のために物を買うのは楽しい	1	2	3	4
175	自分には超能力があると思う	1	2	3	4
176	私の理窟はきちんとしていないし、正しいと思っていない	1	2	3	4
177	私は、自分で決めた目的にそって行動している	1	2	3	4
178	人の成功を助けることなど、ばかやかし	1	2	3	4
179	永遠に生きることができたらなあと思うことが多い	1	2	3	4
180	他の人から一目ついて、冷静でいることが好きだ	1	2	3	4
181	悲しい映画を見ると人前でも泣いてしまう	1	2	3	4
182	軽い病気やストレスから回復するのが人よりも早い	1	2	3	4
183	規則を取り決めなんか無視することが多い	1	2	3	4
184	誘惑に負けないように、良い習慣をやしなう訓練がもっと必要だ	1	2	3	4
185	他人があまり話しかけてこないのはいいことと思う	1	2	3	4
186	どんな人でも、尊敬や敬意をもって扱われるべきである	1	2	3	4
187	素早くものごとを決めることが好きだ	1	2	3	4
188	私が試そうとすることにはおんなでも運が回ってきてうまく行く	1	2	3	4
189	濡れた道路や凍結した道路でスピードを出すようなことも、簡単にできる自信がある	1	2	3	4
190	よほど成功の見込みがない限り、それを続ける意義はないと思う	1	2	3	4
191	何か新しい方法を考えだすのが好きだ	1	2	3	4
192	楽しみのためにお金を使うよりも、お金を貯めるほうが楽しい	1	2	3	4
193	集団の利益よりも、個人の利益の方が重要だと思う	1	2	3	4
194	神聖ですばらしい霊的な力に触れたように感じた経験がある	1	2	3	4
195	存在する全てのものとの一体感を感じ、大いなる喜びの瞬間を経験したことがある	1	2	3	4
196	良い習慣のおかげで、私は自分がやりたいように行動できる	1	2	3	4
197	他の人のほうが自分より解決方法を多く知っていると思う	1	2	3	4
198	私にふりかかる問題は、周りのせいであることが多い	1	2	3	4
199	感謝をされなくても、人を助けることは私に喜びを与えてくれる	1	2	3	4
200	私が全ての生命の源である霊的な力の一部分であると感じることが多い	1	2	3	4
201	友達と一緒にいる時でも、あまり心を開きすぎないほうがよい	1	2	3	4
202	がんばらなくても、一日中元気でいられる	1	2	3	4
203	決定する前には、いつもあらゆることを細かく検討するほうだ	1	2	3	4
204	規則をやぶってしまったときに、言い逃れをしないほうだ	1	2	3	4
205	たいしての人に比べると、自分は完全主義者だ	1	2	3	4
206	ものごとが正しいか間違っているかは、単に考え方の問題だ	1	2	3	4
207	私の行動の多くは、自分の主義や人生の目的と一致していると思う	1	2	3	4
208	全ての生物は、完全に説明できない何か霊的な秩序や力にもとづいていると思う	1	2	3	4
209	自分のことを怒っているような人とも、気にせずリラックスして会うことができる	1	2	3	4
210	よく人から頼りにされたり、同情や理解を求められたりしやすい	1	2	3	4
211	新しい考えや活動に対する関心が、人に比べると少ない	1	2	3	4
212	嘘をついたほうが誰かのためになる場合でも、なかなかできない	1	2	3	4
213	好きでない人が何人かいる	1	2	3	4

214	他の誰よりもたくさんほめられたいとは思わない	1	2	3	4
215	ありふれたものを見たときでも、初めてそれを見たような新鮮な気持ちになることが多い	1	2	3	4
216	私の周りの人は誰かが傷つけられたとしても自分のことはばかり考えている	1	2	3	4
217	新しく、慣れない事をやる場合緊張して心配する	1	2	3	4
218	疲れ果てるまでやめないか; 自分の能力以上にものごとをしようとする人が多い	1	2	3	4
219	私のことをケチで金こまかいと言う人もいる	1	2	3	4
220	神秘的な経験の報告は、ただの希望的な思い過ぎにすぎないだろう	1	2	3	4
221	自分の意思が弱いため、後で自分が苦しみとわかっているような誘惑にも打ち勝つことができない	1	2	3	4
222	誰かが苦しんでいるのを見るのは嫌だ	1	2	3	4
223	自分が人生をかけてやりたいことを、わかっている	1	2	3	4
224	自分のしていることが正しいか間違っているか; いつも時間をかけてよく考える	1	2	3	4
225	常に注意していないと、ものごとがうまくいかないことが多い	1	2	3	4
226	取り乱している時は、一人にされるより友達こそばいいてほしい	1	2	3	4
227	同じ経験をしたことがない人と、気持ちを分かち合うことができるとは思わない	1	2	3	4
228	私が周りで起こっていることに無関心なので、他人は私が違う世界に住んでいると思っているようだ	1	2	3	4
229	他の誰よりも見かけがよかったらなあと思う	1	2	3	4
230	このアンケートにたくさん嘘をついてきた	1	2	3	4
231	初対面の人がいくら友好的なだと言われていても、できる限り会わないようにしている	1	2	3	4
232	古い友人に再会するのと同じくらい; 春の花が咲くのが大好きだ	1	2	3	4
233	難しい状況でもチャンスだと思って挑戦できる	1	2	3	4
234	私と関わる人には、私のやり方に従ってもらわなくてはならない	1	2	3	4
235	不誠実というものは、もしそれがあっても問題を引き起こすだけだ	1	2	3	4
236	軽い病気の後でも、たいていの人より元気だ	1	2	3	4
237	どんな書類にサインを求められても、全てを読まない気が済まない	1	2	3	4
238	目新しい出来事がないときは、スリルや興奮を探し求めることが多い	1	2	3	4
239	私は、ときどき取り乱す	1	2	3	4
240	私はときどき他人の陰口を言う	1	2	3	4

あなたが自分自身についていつも感じていることについて教えてください。

まったくあてはまらない	あてはまらない	あてはまる	とてもよくあてはまる
1	2	3	4

1	気が短い	1	2	3	4
2	怒りっぽい	1	2	3	4
3	せっかちである	1	2	3	4
4	他人の間違いで自分が遅れたりすると腹を立てる	1	2	3	4
5	良いことをしたのに認められないといらいらす	1	2	3	4
6	すぐかっとなる	1	2	3	4
7	怒るといじわるなことを言う	1	2	3	4
8	人の前で非難されたりすると怒りを感じる	1	2	3	4
9	自分のしたいことが出来ない誰かをたたきたくなる	1	2	3	4
10	良いことをしてもほめられないと腹がたつ	1	2	3	4

あなたがふっつ怒ったり腹を立てたりするときの様子について教えてください。

まったくあてはまらない	あてはまらない	あてはまる	とてもよくあてはまる
1	2	3	4

1	怒りを抑える	1	2	3	4
2	怒りをあらわす	1	2	3	4
3	怒っていてもそとにあらわさない	1	2	3	4
4	腹を立てたりしないでがまんする	1	2	3	4
5	すねたり、ふくれたりする	1	2	3	4
6	人から離れて一人だけになる	1	2	3	4
7	人に皮肉なことを言う	1	2	3	4
8	冷静さを保つ	1	2	3	4
9	ドアをばたんと閉めるような、荒々しいことをする	1	2	3	4
10	心の中では煮えくり返っていても、それを外には表さない	1	2	3	4
11	自分の行動を抑制する	1	2	3	4
12	人と言い合ったりする	1	2	3	4
13	誰にもいえないような恨みを抱くようになる	1	2	3	4
14	自分をおこらせるものは何でもやっつけようとする	1	2	3	4
15	気を静めてかみしゃくを起こしたりしないようにする	1	2	3	4
16	誰にも知られないように、自分の胸の中だけで他人を非難する	1	2	3	4
17	外から見ると、実は自分ももっと怒っている	1	2	3	4
18	大部分の人たちと比べると、より早く冷静になる	1	2	3	4
19	口汚いことを言う	1	2	3	4
20	気を静めて相手を理解しようとする	1	2	3	4
21	はたの人が思うよりも、はるかに苛立っている	1	2	3	4
22	落ち着きを失って不機嫌になる	1	2	3	4
23	誰かにいらいらせられると、その人に自分の気持ちを伝える	1	2	3	4
24	自分で腹立たしい気持ちを静める	1	2	3	4

過去のことに

この質問表はあなたが子ども、もしくは10代のころの全般的な家庭の状況と両親もしくは主要な保護者ことのような

待遇を受けていたかを知るためのものです。(あなたが本当の親に育てられていない場合はあなたをこどもとして育てた人に関して答えて下さい。)もし、質問があなたの両親のことを聞いていてそれぞれの親の態度がくい違っている場合は、より厳しくかかわる親に関して回答して下さい。
これらの質問に答える時、下記のように適切な数字こをつけて下さい。

決してない	まれにある	ときどきある	しばしばある	常にそうである
1	2	3	4	5

1	あなたの御両親はあなたをけいかにして笑ったことがありましたか?	1	2	3	4	5
2	あなたはあなたの家の中で起こった問題のことで、よその人に助けをもらおうとしたり、どうしたらよいか相談したことがありますか?	1	2	3	4	5
3	あなたの御両親はお互いに乱暴な言葉で侮辱しあったことがありましたか?	1	2	3	4	5
4	あなたは家の中で厳しい規則に従わされていましたか?	1	2	3	4	5
5	あなたがこどものころ、罰せられた時、なぜそうなったかちゃんと分かっていましたか?	1	2	3	4	5
6	もし、家の規則を守らなかった時に、よくきつゝ罰を与えられましたか?	1	2	3	4	5
7	こどものころ、あなたは必要ないと思われると感じたり、放っておかれていると感じましたか?	1	2	3	4	5
8	あなたの御両親はあなたを侮辱したり、言葉で傷つようなことをのしたりしましたか?	1	2	3	4	5
9	13歳までにあなたは大人と性的な行為をもちましたか?	1	2	3	4	5
10	あなたの御両親は不幸な関係の夫婦だと思いましたか?	1	2	3	4	5
11	あなたの御両親はあなたの学校関係の行事に出席することを嫌がっていましたか?	1	2	3	4	5
12	こどものころ、あなたは普通では考えられないような罰を与えられたことはありましたか?(例えば、たんすに長時間鍵をかけて押し込まれたり、吊されたり)	1	2	3	4	5
13	こどものころ、あなたは心の傷こなったり混乱したりするような、しかもそのことを大人に打ち明けることができないような性的な経験をしたことがありますか?	1	2	3	4	5
14	あなたは、自分の家を出てよその家族と生活したいと思ったことはありますか?	1	2	3	4	5
15	あなたはこどもの頃、家族の間のたれかの性的な体験をさせられているのを目撃したことがありますか?	1	2	3	4	5
16	あなたは真剣に家出をしたいと考えたことがありますか?	1	2	3	4	5
17	あなたは家族の誰かがひどく殴られたり蹴られたりしているのを見たことがありますか?	1	2	3	4	5
18	こどものころ叱られたときに、それは当然のことだと思いましたか?	1	2	3	4	5
19	あなたはこどもの時、御両親のいずれかを嫌われていると感じていましたか?	1	2	3	4	5
20	あなたの御両親はよくあなたを怒りましたか?	1	2	3	4	5
21	あなたがこどものころ、あなたの家庭でひどい暴力がおこるのではないかと感じていましたか?	1	2	3	4	5
22	あなたは友人が家に来たとき、くつろいだ気分をいられましたか?	1	2	3	4	5
23	あなたは家こいで安心感がありましたか?	1	2	3	4	5
24	あなたがこどものころに罰せられたときに、自分がしたことからすれば当然のことだと感じていましたか?	1	2	3	4	5

25	あなたが予測もしない場面で、両親があなたにひどい言葉をぶつけたことがありますか	1	2	3	4	5
26	あなたはこどものころに性的な体験をして今でも心の傷となっていますか	1	2	3	4	5
27	あなたはこどもの頃、寂しく感じましたか	1	2	3	4	5
28	あなたの御両親はあなたに対して怒鳴りつけましたか	1	2	3	4	5
29	御両親のどちらかが、酔っぱらっているとき、あなたは性的なことをされるのでないかと脅えていたことがありますか	1	2	3	4	5
30	あなたは友人と家の外で一緒に住もうと思ったことがありますか	1	2	3	4	5
31	あなたは子供の頃、どのくらいの頻度で家一人で置いておかれませんでしたか	1	2	3	4	5
32	あなたの御両親はあなたが何もしていないのにあなたに責任をおわせたことがありますか	1	2	3	4	5
33	あなたの御両親のいずれかは、お酒をたくさん飲んだり、ドラッグを乱用したりしていましたか	1	2	3	4	5
34	あなたが予測もしない場面で、両親があなたを叩いたり、殴ったりしたことがありますか	1	2	3	4	5
35	あなたは御両親と性的な関係を持ったことがありますか	1	2	3	4	5
36	こどもの頃、まだ小さいのにもかかわらず、自分のことを自分でしなければならなかったですか	1	2	3	4	5
37	あなたはこどもの頃、ひどく殴られたり蹴られたりしたことがありますか	1	2	3	4	5
38	あなたのこども時代はストレスに満ちていましたか	1	2	3	4	5

もっとも当てはまる記述の数字のをつけてください。一つの質問で複数に回答することはできません。

1. これまでに死のうとしたり、死のうと考えたりしたことがありますか？

1=ない

2=それは単にちょっと頭をよぎった考えであった

3a=少なくとも一回死のうと計画したが試みたことはない

3b=少なくとも一回死のうと計画し、本当に死にたかった

4a=死のうとしたが、死にたくなかった

4b=死のうとし、本当に死にたかった

2. この一年間に何回死ぬことを考えましたか？

1=ない

2=ほとんどない(1回)

3=時々あった(2回)

4=しばしばあった(3-4回)

5=とてもしばしばあった(5回以上)

3. これまで誰かに自殺するつもりだとか自殺するかもしれないことを打ち明けたことはありますか？

1=ない

2a=一度あったが、実際には死にたくなかった

2b=一度あり、実際に死にたかった

3a=一回以上あったが、死にたくなかった

3b=一回以上あり、実際に死にたかった

4. いつか自殺を試みようというのほどの程度ありうることですか？

0=ない

1=全くする機会がない

2=かなりありそうにない

3=ありそうにない

4=ありそうである

5=かなりありそうである

6=非常にありうる

本調査に関するご意見、ご感想をご自由にお書きください。

お疲れ様でした。本調査はこれで終わりです。ご協力大変ありがとうございました。