

# 青年期における『故意に自分の健康を害する』行為に関する研究

—中学校・高等学校・矯正施設における自傷行為の実態とその心理学的特徴—

松本俊彦

(国立精神・神経センター精神保健研究所 自殺予防総合対策センター)

今村扶美

(国立精神・神経センター 武蔵病院)

〈要旨〉本研究では、それぞれ独自に開発した自記式質問票を用いて、一般の中学生・高校生 2,974 名、少年施設（少年鑑別所・少年院）入所者 636 名、養護教諭 計 303 名に対して、自傷行為およびそれに関連する事項についての調査を行った。その結果、「自分の身体を刃物などで切る」という自傷行為の経験者は生徒のおよそ 1 割程度にみられたが、女性少年施設収容者では 6 割近い高い頻度で認められた。こうした自傷行為の経験は、他の様式の自傷行為、様々な物質使用、食行動異常、自殺念慮、非行行動などと密接に関係し、これらの行動が全体として『故意に自分の健康を害する』行為として共通する特徴があると考えられた。また、自傷行為への対応に際しては、自傷の際の痛覚麻痺の有無に注意してアセスメントすることの意義も示唆された。最後に、養護教諭を対象とした調査からは、多くの養護教諭が生徒の自傷行為への対応に苦慮している現実が浮き彫りにされた。

〈キーワード〉自傷行為、アルコール・薬物乱用、自殺念慮、摂食障害、非行

## 【はじめに】

自傷行為とは、「故意に自らの身体表面に非致死的な損傷を加えることであり、しかも明確な自殺の意図はなく、しばしば気分を変えるために習慣的にくりかえされる」行為を指している<sup>1</sup>。自傷行為は、アルコール・薬物乱用、摂食障害、危険な性行動をはじめとする様々な自己破壊的行動と密接な関係があり、こうした広範な自己破壊的行動のスペクトラムは、『故意に自分の健康を害する』症候群（Deliberate Self-Harm syndrome; DSH）<sup>2</sup>と呼ばれ、いまや青年期の主要な精神保健上の問題となっている。

近年、リストカットに関する書籍や記事がジャーナリズムやマスコミでたびたび話題にのぼり、

学校の保健室では養護教諭が自傷行為を繰り返す生徒の対応に追われている現実も指摘されている<sup>3</sup>。われわれの調査においては、身体の表面を刃物などで切る様式の自傷行為の生涯経験率は、男女中学生の 8.3~9.0%<sup>4</sup>、女子高校生の 14.3%<sup>5</sup>であり、矯正施設においては、少年刑務所男子入所者の 14.7%<sup>6</sup>、少年鑑別所女子入所者の 61%<sup>7</sup>に同様の自傷行為の経験があること判明している。これらの調査はまた、若年者における自傷行為が、飲酒・喫煙・薬物乱用などの物質使用、幼少期の被虐待経験、自尊心の低さ、食行動異常、幼少期の注意欠陥・多動性障害の挿話、非行との関係がある可能性を示唆している<sup>4,8</sup>。けれども、これらの知見は、いずれも単一施設における予備的な調

査によるものである。したがって、どこまで普遍化できる実態であるのかは不明であり、自傷行為の経験がある若年者が、どのような精神医学的特徴、ならびに心理学的特性を備えているのかについても十分に明らかとはいえない。

そこで、本研究では、複数の教育機関（中学校・高等学校）、ならびに少年施設（少年鑑別所・少年院）を調査フィールドとして、より普遍化された形に近い自傷行為の実態を明らかにすることを目的とした。あわせて、養護教諭を対象とした調査も行い、教育現場における生徒の自傷行為に関する実態把握も行い、今後、教育現場での対策立案に資する基礎的情報となることを目指した。

## 【研究方法】

### 1. 対象

本研究の対象は、大きく分けて（1）一般生徒群、（2）少年施設群、（3）養護教諭群の3つの対象のまとまりに大別される。その具体的な抽出基準は以下の通りである。

（1）一般生徒群：2005年4月～2007年3月までに、代表研究者が、生徒を対象とした薬物乱用防止教育の講師として招聘された、神奈川県および埼玉県の中学校・高等学校計12校の男女生徒数総計3,058名のうち、同意の得られた2,974名（同意率97.2%）である。これを一般生徒群（a）とする。このうち、2006年4月以降に調査項目の一部変更後に調査を実施した7校の男女生徒数総計1,784名のうち、同意の得られた1,736名（同意率97.3%）については、一般生徒群（b）として、一般生徒群（a）とは別の分析の対象とした。

（2）少年施設群：2006年9月～2007年3月のあいだに横浜少年鑑別所に入所した男女少年、および2006年9月1日時点で久里浜少年院に入所していた男子少年、総計641名のうち同意が得られた636名（同意率99.2%）である。

（3）養護教諭群：これも2つの下位分類に分か

れる。養護教諭群（a）は、2005年度に神奈川県内の全高等学校（県内全高校244校〔公立169、私立75〕）が加盟する養護部会総会に参加した養護教諭161名のうち、調査に同意をした132名（回答率82.0%）である。養護教諭群（b）は、2006年度に著者が講師のひとりを務めた全国規模の養護教諭を対象とする研修会の参加者581名のうち、調査に同意をした者は271名（回答率46.6%）である。

### 2. 方法

上述した3つの対象ごとに3つの下位調査を実施した。以下に、下位調査ごとに情報収集方法を述べる。

#### （1）生徒群に対する調査

①自記式質問票（a）：調査は無記名による自記式質問票によって実施した。調査項目は、調査開始当初は、自分の身体を切る、殴る、火のついたタバコを押しつけるといった自傷行為、飲酒、喫煙、薬物乱用に関する項目、自尊心に関する項目から構成されていたが、2006年4月よりいくつかの追加がなされた。原則としてわれわれが独自に作成した調査票であったが、飲酒問題に関しては我が国において若年者の飲酒問題の評価で実績のあるQuantity & Frequency Scale (QF scale)<sup>9</sup>を、自尊心に関してはRosenberg's Self-Esteem Scale (RSE)<sup>10</sup>の日本語版<sup>11</sup>をそのまま採用した。なお、QF scaleではその得点が4点以上の場合に「問題飲酒あり」と判定されるが<sup>9</sup>、結果の分析においては、連続変数であるQF scale得点ではなく、質的変数化された「問題飲酒の有無」を分析の対象とした。

②自記式質問票（b）：自記式質問票（a）の項目に以下のように4つの追加を行った。第一に、自噴の身体を切る自傷行為に関しては、「10回以上切ったことの有無」を問うことで自傷行為の頻度を、そして、切る際に「痛みを感じないか否か」を問うことで解離症状に由来する痛覚麻痺を評価する項目を追加した。第二に、暴力と自殺念慮

に関する独自に作成した項目を追加した。第三に、食行動異常に関する質問を、全部で 33 項目ある神経性大食症をスクリーニングする自記式質問票である Bulimia Investigatory Test of Edinburgh (BITE)<sup>12, 13</sup>のうち、不食、痩せ願望、過食、肥満恐怖、食事と体重に関する過度なこだわりに関して明確に質問している 5 つの質問を選び出して追加した。最後に、「親や担任に対する信頼感」に関する独自に作成した質問を追加した。

③調査方法：原則として、代表研究者が講師を務めた生徒対象の薬物乱用防止講演の後に、講演に参加した生徒に対して上述した自記式質問票を配布し、その場で無記名の形で回答してもらったうえで、代表研究者自らが回収するという方法を採用した。

### (2) 少年施設群に対する調査

①自記式質問票：調査 (1) で用いた自記式質問票 (b) とほとんどの項目が共通する質問票を用いた。相違する点は、「親や担任に対する信頼感」を削除する代わりに、Trauma Event Checklist (TECL)<sup>14</sup> の質問文を参考にして作成した、身体的・性的・心理的虐待、ネグレクト、養育者の問題飲酒、家族内の暴力場面の目撃に関する質問を追加したことである。

②調査方法：横浜少年鑑別所においては、新規に入所した者に対して入所当日に自記式質問票を渡し、無記名の形で回答してもらった質問票を、入所者の処遇に関与しない代表研究者みずから回収した。久里浜少年院においては、2006 年 9 月某日に入所している者のうち、調査に同意した者に対して質問票を配布し、無記名で回答した質問票を代表研究者が回収した。

### (3) 養護教諭群に対する調査

①予備的調査：養護教諭群 (a) に対し、これまで自傷行為をする生徒に対応した経験の有無とその人数に関する質問と自傷行為に関する自由記載からなる自記式質問票を実施した。このうち、分析の対象としての自傷行為をする生徒への

対応経験の有無と人数だけとし、自由記載欄への記載事項は、養護教諭 (b) を対象とする調査に使用する自記式質問票の作成に際しての参考資料とした。

②自記式質問票調査：前述した予備的調査の自由記載欄の記載事項にもとづいて、自傷行為をする生徒への対応、過去 1 年間の対応人数、自傷行為に対する理解、対応の実際とその困難な問題などに関する自記式質問票を作成した。

③調査方法：上述した 2 つの養護教諭対象の調査いずれでも、代表研究者による養護教諭への講義終了後に自記式質問票を配布し、その場で無記名の形で記入してもらったうえで、ただちに回収した。

## 3. 分析

(1) 一般生徒群 (a) に関する検討：自記式質問票 (a) と (b) 双方に共通する変数を用いて、自分の身体を刃物などで「切る自傷」に関して、その生涯経験率を測定し、また、自傷経験と飲酒・喫煙・薬物乱用などの物質使用との関係について検討した。

(2) 一般生徒群 (b) に関する検討：自記式質問票 (b) から得られた情報をもとに、一般生徒群 (a) の分析と同様に、自傷経験と飲酒・喫煙・薬物乱用などの物質使用、自尊心との関係について検討するとともに、自傷経験のある生徒を対象として、10 回以上の自傷経験の有無、および自傷に際しての痛覚麻痺の有無に関して、各変数の比較を行った。

(3) 少年施設群に関する検討：上述した 2 つの検討と同様に、自傷行為に関する生涯経験率を測定するとともに、自傷経験と飲酒・喫煙・薬物乱用などの物質使用、自尊心との関係について検討し、自傷経験のある入所者について、10 回以上の自傷経験の有無、および自傷に際しての痛覚麻痺の有無に関して各変数の比較を行った。

(4) 一般高校生と少年施設入所者との比較：(1) の一般生徒群 (b) から高校生サンプル (男

性 230 名、女性 333 名)のみを抽出し、19~20 歳の少年施設サンプルを除いて年齢を一致させた少年施設入所者(男性 572 名、女性 64 名)とのあいだで、自傷行為、物質使用、自尊心などに関する比較・検討を行った。

(5) 養護教諭に対する調査の検討: 予備的調査の結果からは、養護教諭群 (a) における自傷行為をする生徒への対応経験の有無を測定した。養護教諭群 (b) に関する検討では、自傷行為への理解と対応の実際、対応困難な点に関する質問票の項目を比較した。

(6) 統計学的解析: 統計学的解析には SPSS ver. 12.0 を用い、質的変数の比較には Pearson の  $\chi^2$  検定を行い、量的変数の比較には Student の t 検定を行った。Type I エラーを回避するために、有意水準を両側検定にて  $P < 0.001$  に設定した。

## 【結果】

### 1. 一般生徒群 (a) に関する検討 (表 1)

首都圏近郊の中学生・高校生 2,974 名のうち、これまでに少なくとも 1 回以上自分の身体を刃物で切る自傷行為をした経験がある者(自傷経験群)は 293 名(9.9%: 男子生徒 7.5%, 女子生徒 12.1%)であった。自傷経験群は、非経験群に比べて、QF scale にて 4 点以上の問題飲酒を呈している者が有意に多く、喫煙経験を持つ者や現在も喫煙している者の割合も有意に多く見られた。また、薬物経験者も有意に多かっただけでなく、「知人に薬物経験者がいる」「薬物の誘いを受けたことがある」と答えた者も有意に多く認められた。

### 2. 一般生徒群 (b) に関する検討

自分の身体を切る自傷の経験者(自傷経験群)は、「壁を殴る」「壁に頭をぶつける」という様式による自傷も行ったことのある者が有意に多く、自殺念慮を抱いた経験や食事制限や過食行動が認められる者、問題飲酒や喫煙、知人に薬物経験者がいる者、薬物の誘いを受けたことのある者、薬物を使ったことのある者が有意に多く認めら

れた。また、「親」および「担任教師」を「信頼できない」と答えた者も有意に多く認められ、RSE 得点も有意に低かった(表 2)。

自傷経験群 167 名の検討では、10 回以上の自傷経験のある者で薬物の使用経験をもつ者が有意に多く(表 3)、自傷行為の際に痛覚麻痺を呈する者では、「火のついたタバコを自分に押しつける」という様式の自傷を行っている者、「親を信頼できない」と答えた者が有意に多く認められた(表 4)。

### 3. 少年施設群に関する検討

少年施設入所者の 21.7%(男性 18.1%、女性 54.8%)に、これまでに少なくとも 1 回は故意に自分の身体を切るという自傷行為の経験が認められた(表 5)。自傷経験群では、「壁を殴る/壁に頭をぶつける」「火のついたタバコを自分に押しつける」などの他の様式による自傷行為を行ったことのある者が有意に多く、また、自殺念慮を抱いた経験、イライラを解消するために器物や他人に対する暴力行動をとる傾向、肥満恐怖や過食行動を呈する者、問題飲酒を呈する者、知人に薬物経験者がいる者、薬物の誘いを受けたことのある者、薬物の使用経験がある者が有意に多く認められた。また、自傷経験群では、養育者の問題飲酒、ネグレクトや心理的虐待の体験、家庭内での暴力場面への頻回の曝露体験を持つ者が有意に多く、さらに RSE 得点が有意に低かった。

自傷経験群 137 例の検討では、10 回以上の頻回自傷経験者と 10 回未満の者とのあいだで有意差が認められた項目はなかった(表 6)。しかし、痛覚麻痺を呈する自傷経験者では、そうではない者に比べて、自殺念慮の経験のある者が有意に多かった(表 7)。

### 4. 一般高校生と少年施設入所者との比較

男性の少年施設入所者は、年齢を一致させた一般男子高校生に比べて、あらゆる様式による自傷行為の経験のある者、過食行動を呈する者、イライラを解消するために器物や他人に対する暴力

表1: 自傷行為経験の有無による一般生徒の飲酒・喫煙・薬物乱用に関する比較

	自傷経験群	非経験群	$\chi^2$ or t	d. f.	p
年齢	14.5±1.4	14.7±1.4	2.128	2,972	0.033
性別 (男性の割合)	37.0%	50.4%	18.881	1	<0.001
QF scale $\geq$ 4 (問題飲酒)	8.7%	1.2%	74.483	1	<0.001
喫煙経験	吸ったことがない	88.5%	129.203	2	<0.001
	過去に吸ったことがある	10.1%			
	現在も吸っている	1.4%			
薬物関連 問題	知人に薬物経験者がいる	5.3%	88.547	1	<0.001
	薬物の誘いを受けたことがある	1.2%	34.681	1	<0.001
	薬物を使ったことがある	0.1%	82.181	1	<0.001

表2: 中学生における自傷行為の実態とその特徴—一般生徒 (b)

	自傷経験群 n=167	非経験群 n=1569	$\chi^2$ or t	d. f.	p
年齢	14.5±1.5	14.5±1.4	-0.003	1734	0.998
性別 (男性の割合)	35.3%	47.0%	8.241	1	
自分を殴る・壁に頭をぶつける・壁を殴る	75.9%	40.4%	76.676	1	<0.001
火のついたタバコを皮膚に押しつける	5.5%	0.6%	32.207	1	<0.001
自殺念慮の経験	80.7%	36.1%	123.823	1	<0.001
イライラ解消するために人や物に暴力をふるう	30.1%	24.6%	2.416	1	
厳しい食事制限	6.6%	2.1%	12.866	1	<0.001
ダイエットしないと失敗したと思ってしまう	13.8%	4.6%	23.477	1	<0.001
カロリー計算しないとられない	7.2%	3.3%	6.599	1	
太るのが怖い (肥満恐怖)	39.8%	30.2%	6.451	1	
めちゃめちゃに食べたことがある (過食経験)	46.7%	22.9%	44.696	1	<0.001
QF scale $\geq$ 4 (問題飲酒)	8.6%	1.1%	44.751	1	<0.001
喫煙経験	現在吸っている	1.0%	58.120	2	<0.001
	過去に吸ったことがある	8.9%			
	吸ったことがない	90.1%			
知人に薬物経験者がいる	16.9%	4.4%	44.833	1	<0.001
薬物の誘いを受けたことがある	4.2%	1.1%	10.770	1	<0.001
薬物の使用経験がある	1.8%	0.1%	19.771	1	<0.001
親への不信	36.4%	15.9%	34.411	1	<0.001
担任教師への不信	51.2%	36.4%	10.654	1	<0.001
RSE (自尊心尺度)	27.2±8.6	31.5±7.2	-7.325	1734	<0.001

表3: 中学生における自傷行為の実態-10回以上の経験の有無に関する比較

	自傷10回以上あり n=31	自傷10回以上なし n=136	$\chi^2$ or t	d. f.	p
年齢	15.0±2.0	14.4±1.3	2.298	165	0.023
性別 (男性の割合)	25.8%	37.4%	1.479	1	0.224
自分を殴る・壁に頭をぶつける・壁を殴る	80.6%	74.0%	0.587	1	
火のついたタバコを皮膚に押しつける	13.8%	3.1%	5.698	1	
自殺念慮の経験	83.9%	80.2%	0.224	1	
イライラ解消するために人や物に暴力をふるう	29.0%	29.0%	0.000	1	

厳しい食事制限	9.7%	5.3%	0.813	1	
ダイエットしないと失敗したとってしまう	24.1%	11.8%	2.961	1	
カロリー計算しないとられない	19.4%	4.6%	7.978	1	
太るのが怖い(肥満恐怖)	58.1%	35.1%	5.525	1	
めっちゃめっちゃに食べたことがある(過食経験)	48.4%	46.9%	0.022	1	
QF scale $\geq$ 4(問題飲酒)	16.1%	7.0%	2.572	1	
喫煙経験					
現在吸っている	12.9%	3.9%			
過去に吸ったことがある	25.8%	22.5%	4.276	2	
吸ったことがない	61.3%	73.6%			
知人に薬物経験者がいる	22.6%	15.3%	0.965	1	
薬物の誘いを受けたことがある	9.7%	3.1%	2.660	1	
薬物の使用経験がある	9.7%	0.0%	12.917	1	<0.001
親への不信	56.5%	32.0%	4.862	1	
担任教師への不信	52.2%	50.0%	0.021	1	
RSE(自尊心尺度)	25.8 $\pm$ 9.0	27.5 $\pm$ 8.6	0.965	165	

表4: 中学生における自傷行為の実態-痛覚麻痺の有無に関する比較

	痛覚麻痺あり n=53	痛覚麻痺なし n=114	$\chi^2$ or t	d. f.	p
年齢	14.5 $\pm$ 1.7	14.4 $\pm$ 1.3	0.294	165	0.770
性別(男性の割合)	24.5%	40.6%	3.940	1	0.047
自分を殴る・壁に頭をぶつける・壁を殴る	81.1%	72.3%	1.466	1	
火のついたタバコを皮膚に押しつける	13.7%	0.0%	14.393	1	<0.001
自殺念慮の経験	84.9%	77.2%	1.275	1	
イライラ解消するために人や物に暴力をふるう	24.5%	32.7%	1.101	1	
厳しい食事制限	13.2%	3.0%	6.000	1	
ダイエットしないと失敗したとってしまう	21.6%	10.3%	3.480	1	
カロリー計算しないとられない	11.3%	5.9%	1.400	1	
太るのが怖い(肥満恐怖)	52.8%	32.7%	5.904	1	
めっちゃめっちゃに食べたことがある(過食経験)	50.0%	45.5%	0.274	1	
QF scale $\geq$ 4(問題飲酒)	13.5%	5.1%	3.297	1	
喫煙経験					
現在吸っている	9.4%	3.0%			
過去に吸ったことがある	26.4%	21.2%	3.744	1	
吸ったことがない	64.2%	75.8%			
知人に薬物経験者がいる	24.5%	10.9%	4.914	1	
薬物の誘いを受けたことがある	7.5%	2.0%	2.877	1	
薬物の使用経験がある	5.7%	0.0%	5.831	1	
親への不信	58.5%	25.5%	13.175	1	<0.001
担任教師への不信	62.5%	44.2%	3.544	1	
RSE(自尊心尺度)	25.9 $\pm$ 8.4	27.6 $\pm$ 8.9	-1.166	165	

表5: 少年施設入所者における自傷行為の実態とその特徴

	自傷経験群 n=137	非経験群 n=499	$\chi^2$ or t	d. f.	p
年齢	17.2 $\pm$ 2.0	16.9 $\pm$ 1.9	1.204	634	0.229
性別(男性の割合)	75.2%	94.3%	44.255	1	<0.001
自分を殴る・壁に頭をぶつける・壁を殴る	81.6%	53.5%	35.083	1	<0.001

火のついたタバコを皮膚に押しつける	59.6%	35.2%	26.148	1	<0.001
自殺念慮の経験	64.7%	25.8%	71.654	1	<0.001
イライラ解消するために人や物に暴力をふるう	56.9%	34.0%	23.608	1	<0.001
厳しい食事制限	1.5%	1.4%	0.001	1	
ダイエットしないと失敗したとってしまう	12.5%	5.6%	7.674	1	
カロリー計算しないとられない	2.9%	2.0%	0.370	1	
太るのが怖い (肥満恐怖)	29.2%	16.8%	10.417	1	<0.001
めちゃめちゃに食べたことがある (過食経験)	59.1%	29.9%	39.451	1	<0.001
QF scale $\geq$ 4 (問題飲酒)	47.1%	23.3%	29.359	1	<0.001
喫煙経験					
現在吸っている	86.1%	76.2%			
過去に吸ったことがある	11.7%	13.5%	9.802	2	
吸ったことがない	2.2%	10.2%			
知人に薬物経験者がいる	61.9%	33.1%	36.800	1	<0.001
薬物の誘いを受けたことがある	48.1%	24.7%	27.853	1	<0.001
薬物の使用経験がある	29.1%	14.0%	16.893	1	<0.001
家族の問題飲酒	24.1%	11.5%	13.933	1	<0.001
身体的虐待	22.6%	13.3%	7.183	1	
性的虐待	1.5%	0.6%	0.980	1	
ネグレクト	14.6%	5.9%	11.092	1	<0.001
心理的虐待	23.4%	10.5%	15.394	1	<0.001
暴力場面の目撃	23.7%	11.5%	13.109	1	<0.001
RSE (自尊心尺度)	27.7 $\pm$ 7.8	31.0 $\pm$ 6.6	-4.842	634	<0.001

表 6: 少年施設入所者における自傷行為の実態-10 回以上の経験の有無に関する比較

	自傷 10 上あり	自傷回以上なし	$\chi^2$ or t	d. f.	p
	n=49	n=87			
年齢	17.2 $\pm$ 2.1	17.2 $\pm$ 2.0	0.024	134	0.981
性別 (男性の割合)	64.0%	82.0%	1.679	1	
自分を殴る・壁に頭をぶつける・壁を殴る	87.8%	79.3%	1.538	1	
火のついたタバコを皮膚に押しつける	64.6%	56.3%	0.874	1	
自殺念慮の経験	75.0%	59.8%	3.162	1	
イライラ解消するために人や物に暴力をふるう	53.1%	59.8%	0.577	1	
厳しい食事制限	0.0%	2.3%	1.143	1	
ダイエットしないと失敗したとってしまう	16.3%	10.5%	0.974	1	
カロリー計算しないとられない	4.1%	2.3%	0.349	1	
太るのが怖い (肥満恐怖)	34.7%	25.3%	1.356	1	
めちゃめちゃに食べたことがある (過食経験)	65.3%	55.2%	1.329	1	
QF scale $\geq$ 4 (問題飲酒)	55.1%	44.2%	1.490	1	
喫煙経験					
現在吸っている	87.8%	85.1%			
過去に吸ったことがある	10.2%	12.6%	0.195	2	
吸ったことがない	2.0%	2.3%			
知人に薬物経験者がいる	66.7%	58.8%	0.798	1	
薬物の誘いを受けたことがある	50.0%	46.5%	0.150	1	
薬物の使用経験がある	31.9%	27.9%	0.236	1	
家族の問題飲酒	24.5%	24.1%	0.002	1	
身体的虐待	20.4%	24.1%	0.248	1	

性的虐待	2.0%	1.2%	0.165	1
ネグレクト	18.4%	13.8%	0.502	1
心理的虐待	26.5%	21.8%	0.383	1
暴力場面の目撃	23.4%	24.1%	0.009	1
RSE (自尊心尺度)	26.3±7.8	28.6±7.8	-1.652	134

表 7: 少年施設入所者における自傷行為の実態-痛覚麻痺の有無に関する比較

	痛覚麻痺あり n=50	痛覚麻痺なし n=84	$\chi^2$ or t	d. f.	p
年齢	17.0±2.1	17.3±2.0	-0.031	132	0.304
性別 (男性の割合)	64.0%	82.1%	5.558	1	
自分を殴る・壁に頭をぶつける・壁を殴る	92.0%	76.2%	5.328	1	
火のついたタバコを皮膚に押しつける	53.1%	64.3%	1.627	1	
自殺念慮の経験	84.0%	54.2%	12.234	1	<0.001
イライラ解消するために人や物に暴力をふるう	58.0%	57.1%	0.009	1	
厳しい食事制限	2.0%	1.2%	0.140	1	
ダイエットしないと失敗したとってしまう	14.0%	10.8%	0.294	1	
カロリー計算しないとられない	6.0%	1.2%	2.504	1	
太るのが怖い (肥満恐怖)	28.0%	28.6%	0.005	1	
めちやめちやに食べたことがある (過食経験)	62.0%	56.0%	0.471	1	
QF scale≥4 (問題飲酒)	57.1%	41.7%	2.973	1	
喫煙経験	現在吸っている	88.0%	85.7%		
	過去に吸ったことがある	8.0%	13.1%	1.851	2
	吸ったことがない	4.0%	1.2%		
知人に薬物経験者がいる	71.4%	57.3%	2.609	1	
薬物の誘いを受けたことがある	53.1%	45.8%	0.653	1	
薬物の使用経験がある	33.3%	27.2%	0.460	1	
家族の問題飲酒	30.0%	20.2%	1.643	1	
身体的虐待	30.0%	17.9%	2.660	1	
性的虐待	4.0%	0.0%	3.411	1	
ネグレクト	22.0%	10.7%	3.144	1	
心理的虐待	38.0%	14.3%	9.912	1	
暴力場面の目撃	27.1%	21.4%	0.544	1	
RSE (自尊心尺度)	26.3±7.9	28.8±7.7	-1.802	132	

表 8: 男子一般高校生と少年施設男性入所者の比較

	少年施設 n=572	高校 n=230	$\chi^2$ or t	d. f.	p
年齢	16.2±1.5	16.2±0.8	0.200	800	0.842
自分の身体を切る	18.1%	3.0%	31.369	1	<0.001
自分を殴る・壁に頭をぶつける・壁を殴る	60.0%	44.8%	15.374	1	<0.001
火のついたタバコを皮膚に押しつける	40.9%	0.9%	126.731	1	<0.001
自殺念慮の経験	31.4%	36.6%	1.964	1	
イライラ解消するために人や物に暴力をふるう	40.8%	29.1%	9.588	1	
厳しい食事制限	1.4%	1.3%	0.009	1	
ダイエットしないと失敗したとってしまう	5.5%	2.7%	2.933	1	
カロリー計算しないとられない	2.3%	0.9%	1.743	1	



太るのが怖い（肥満恐怖）		15.7%	21.6%	3.916	1	
めちゃめちゃに食べたことがある（過食経験）		35.3%	21.1%	15.064	1	<0.001
QF scale $\geq$ 4（問題飲酒）		28.5%	1.3%	72.256	1	<0.001
喫煙経験	現在吸っている	78.5%	0.9%			
	過去に吸ったことがある	12.9%	8.7%	517.668	2	<0.001
	吸ったことがない	8.6%	90.4%			
知人に薬物経験者がいる		37.5%	5.7%	81.141	1	<0.001
薬物の誘いを受けたことがある		28.4%	1.7%	70.495	1	<0.001
薬物の使用経験がある		16.5%	0.0%	42.777	1	<0.001
RSE（自尊心尺度）		30.5 $\pm$ 6.9	30.9 $\pm$ 7.3	0.585	800	0.559

表9：女子一般高校生と少年施設女性入所者の比較

	少年施設 n=64	高校 n=333	$\chi^2$ or t	d.f.	p	
年齢	16.0 $\pm$ 1.8	16.1 $\pm$ 0.9	0.562	395	0.574	
自分の身体を切る	54.8%	11.7%	64.267	1	<0.001	
自分を殴る・壁に頭をぶつける・壁を殴る	57.1%	34.4%	11.569	1	<0.001	
火のついたタバコを皮膚に押しつける	39.7%	0.6%	126.250	1	<0.001	
自殺念慮の経験	62.5%	43.1%	8.086	1		
イライラ解消するために人や物に暴力をふるう	23.8%	12.2%	5.951	1		
厳しい食事制限	1.6%	2.7%	0.271	1		
ダイエットしないと失敗したとってしまう	22.6%	11.0%	6.134	1		
カロリー計算しないとられない	3.1%	6.6%	1.155	1		
太るのが怖い（肥満恐怖）	53.1%	52.4%	0.010	1		
めちゃめちゃに食べたことがある（過食経験）	46.9%	31.4%	5.715	1		
QF scale $\geq$ 4（問題飲酒）	27.4%	2.8%	49.217	1	<0.001	
喫煙経験	現在吸っている	78.1%	1.2%			
	過去に吸ったことがある	14.1%	6.7%	282.130	2	<0.001
	吸ったことがない	7.8%	92.1%			
知人に薬物経験者がいる	54.7%	7.8%	90.401	1	<0.001	
薬物の誘いを受けたことがある	39.1%	0.9%	119.257	1	<0.001	
薬物の使用経験がある	22.2%	0.3%	69.859	1	<0.001	
RSE（自尊心尺度）	27.5 $\pm$ 7.3	30.4 $\pm$ 7.3	2.873	395		

表10：学校別の養護教諭の自傷行為への対応経験の比較

	小学校 n=94	中学校 n=104	高等学校 n=62	養護学校・その他 n=11	合計 n=271
自傷をする生徒への対応経験あり*	67.0%	99.0%	98.4%	100.0%	87.8%

\* p<0.001

表11：自傷行為への対応に関する質問

		合計 n=238
最近1年間に対応した自傷をする生徒の人数	最近1年間はない	3.8%
	5人未満	77.4%
	5～10人未満	15.1%
	10人以上	3.8%

自傷行為に関する理解（択一式質問）	他人の模倣・メディアの影響で行っている	7.6%
	周囲の関心を引こうとしている	83.1%
	自殺行動として行っている	0.4%
	精神障害による行動である	6.4%
	その他	2.1%
自傷行為への対応（複数回答可）	何もしない	7.9%
	継続的に相談に乗った	79.1%
	保護者に連絡をした	43.5%
	同僚と相談して情報を共有した	64.4%
	スクールカウンセラーと連携した	49.4%
	児童相談所などの相談機関と連携した	6.3%
	精神科医療機関と連携した	21.8%
自傷行為への対応に際しての困難（複数回答可）	どう対応すべきか分からない	57.3%
	関与によってかえってエスカレートした	15.1%
	親に内緒にして欲しいといわれた	35.6%
	自分のプライベートな時間まで浸食された	7.5%
	職員室で孤立感を覚えた	10.9%
	外部機関との連携がうまくいかなかった	13.0%
	自分が心身の調子を崩した	13.0%
自傷をする生徒にみられた他の問題（複数回答可）	いじめの被害にあっていた	21.3%
	飲酒や喫煙をしていた	23.4%
	非行問題がみられた	19.2%
	家庭内に問題があった	84.1%
	異性問題がみられた	26.8%
	友人とのトラブル・葛藤がみられた	58.2%
	精神科にて治療を受けていた	28.5%

行動を呈する者、問題飲酒が認められる者、喫煙経験もしくは習慣のある者、薬物の使用経験がある者が有意に多く認められた（表8）。一方、女性の少年施設入所者は、年齢を一致させた一般女子高校生に比べて、あらゆる様式の自傷行為の経験、問題飲酒が認められる者、喫煙経験もしくは習慣のある者、薬物の使用経験がある者が有意に多く認められた（表9）。

#### 5. 養護教諭に対するアンケート調査

神奈川県高等学校養護部会総会における養護教諭を対象とした予備的調査では、128名が「これまでに自傷行為をする生徒に対応したことがある」と回答をしており、ほぼ全員が生徒の自傷行為への対応をした経験があった。

続いて、全国規模の研修会において行った養護教諭を対象とする調査では、質問票に回答した養

護教諭の87.8%が、これまでに生徒の自傷行為に遭遇した経験があり、特に中学校、高校、養護学校等に勤務する養護教諭の場合には、ほぼ全員に自傷する生徒への対応経験があった（表10）。

自傷行為の対応経験のある養護教諭への質問（表11）では、過去1年間に対応した自傷行為をする生徒の人数については、「5人未満」が77.4%、「5～10人未満」が15.1%、「10人以上」が3.8%であり、「最近1年間はない」と答えたのはわずかに3.8%であった。また、自傷行為に対する理解に関する択一式の質問では、自傷対応経験のある養護教諭の83.1%が、自傷行為を「周囲の関心をひくための行動」と回答しており、その一方で、「自殺行動」と回答した者は0.4%に過ぎなかった。

また、自傷行為への対応については、79.1%が自傷行為をする生徒と継続的な相談関係を持つ

た経験があったが、精神科医療機関との連携した経験を持つ者は2割程度にとどまった。さらに、対応に際しての困難については、57.3%が「どう対応すべきか分からない」と答えており、多くの養護教諭が自傷行為への対応に苦慮していると考えられる。また、35.6%に「親に内緒にして欲しいといわれた」経験があった。最後に、生徒に認められた自傷以外の問題点としては、「家庭内の問題」が84.1%、「友人とのトラブル・葛藤」が58.2%と高率であった。

## 【考察】

### 1. 青年期における自傷行為の経験率

本研究では、一般の中学生・高校生の約1割（男子7.5%、女子12.1%）に、身体を刃物などで切るという自傷行為の経験が認められ、その割合には有意な男女差は見られなかった。この比率は、われわれが以前実施した単一施設における調査では、一般の男子中学生の8.0%、女子中学生9.3%、女子高校生の14.3%に同様の自傷行為が認められていた。また、海外の先行研究における自傷行為の生涯経験率は、英国の女子高校生の11.2%<sup>15</sup>、米国の女子大学生の12%<sup>16</sup>、カナダの10代一般青年の13.9%<sup>17</sup>、トルコの高校生の21.4%<sup>18</sup>と報告されている。今回の調査結果は、これらの先行研究とほぼ一致するものであり、わが国の青年期における自傷行為の生涯経験率として概ね妥当な結果であると考えられる。

一方、少年施設入所者における自傷行為の生涯経験率は男性18.1%、女性54.8%であり、全体として一般中学生・高校生に比べると高率であり、ことに女性においては著しく高い割合であった。この結果は、われわれが以前少年鑑別所で実施した調査における、男性の10.8%、女性の61.0%<sup>7</sup>という自傷行為の生涯経験率と概ね一致するものであり、やはり一定の妥当性があるものと考えられた。

### 2. 自傷行為の経験がある青年の特徴

一般青年と少年施設入所者においても、自分の身体を切るという自傷行為の経験のある者は、自分を殴ったり、壁に頭をぶつけたり、火のついたタバコを皮膚に押しつけるという他の様式の自傷行為を行っている者が多かった。このことは、自傷行為といえば、すなわち「リストカット」という理解が妥当ではなく、より広い概念として自傷行為を捉えていく必要があることを示唆する結果と思われる。

また、自傷行為の経験がある青年の特徴として、アルコール乱用、喫煙、薬物使用経験などの物質使用の問題を持つ者が多く、仮にまだ薬物に手を出していない場合でも、薬物乱用者の知人がいたり、薬物の誘いを受けたりしたことのある者が多かったことから、自傷行為の経験者が将来の薬物乱用のハイリスク群である可能性が示唆される。さらに自傷行為の経験者は、先行研究<sup>5-8, 19</sup>が指摘するように、男女を問わず不食や過食といった食行動異常の傾向、自殺念慮を抱いた経験のある者、低い自尊心などが、一般青年と少年施設入所者のいずれにおいても共通する特徴であった。

こうした自傷経験者の特徴から、自傷行為という直接的に自己身体を損傷する行為が、物質使用や食行動異常のように慢性的な反復によって徐々に身体を損傷する間接的な身体損傷行為と密接な関係にある一方で、他方で自殺行動とも無視できない関係にあることが示唆される。さらにいえば、その双方の極の基底で共通する心理的特徴として、自尊心の低さを指摘できる可能性もある。

古くより自傷行為は「局所的な自殺」と、物質乱用・依存は「慢性的な自殺」と呼ばれ、無意識的な自殺念慮との関係が指摘されている<sup>20</sup>。近年でも、自殺の意図のない非致死的な自傷行為が数年～10年後における自殺既遂のリスク要因として、数百倍もの高いオッズ比を示すことが明らかにされている<sup>21</sup>。また、Favazzaらは、自傷行為、物質乱用・依存、食行動異常を、「故意に自分の健康を害する」症候群（Deliberate Self-Harm

syndrome) の3主徴とする概念を提唱している<sup>16</sup>。本研究の結果は、こうした先行研究の指摘が、我が国の青年においても妥当な者であることを確認するものといえる。さらに、少年施設入所者では、自傷行為はもとより、物質使用や食行動異常なども高率に見られた。このことは、青年の非行・反社会的行動自体が「故意に自分の健康を害する」行為としての側面を持っている可能性を示唆するものではないかと考えられる。

なお、本研究では、それぞれ別々の質問項目から、一般青年における自傷経験者では親や教師に対する不信感を抱く者が多く、少年施設入所者においては幼少時期の虐待をはじめとする様々な不適切な養育環境のなかで生育した者が多いことも明らかにされた。自傷行為を繰り返す者では幼少期に様々な虐待の被害を受けている者が高率に認められることは、多くの研究<sup>22, 23</sup>によって明らかにされており、そうした生育背景が後に周囲の大人に対する不信感へとつながっている可能性も指摘されている。本研究の結果はこうした先行研究の知見をも確認するものといえた。

### 3. 自傷行為の性状から推測される心理的問題

本研究では、自傷行為の経験者に対して、さらに頻度と痛覚麻痺の有無という観点からの質問も行った。その結果、一般青年においては、頻回な自傷経験は薬物使用と、痛覚麻痺は、火のついたタバコを皮膚に押しつけるような他の様式による自傷行為、および親に対する不信感と関係が見られ、少年施設入所者においては頻回の自傷行為と関係する変数はなかったものの、痛覚麻痺に関しては自殺念慮と密接な関係が認められた。こうした知見は、自傷行為のアセスメントにおいて自傷行為の性状を詳細に聴取することによって、背景にある心理的問題を推測し、そこにアプローチできる可能性を示唆している。

とりわけ、自傷行為に際しての痛覚麻痺は臨床的に重要である。自傷行為そのものには解離症状に拮抗する機能があることは多くの研究によっ

て指摘されており、激しい不快感情を抑えるために身体的疼痛を必要とする自傷者が存在することも知られている<sup>24, 25</sup>。しかし、痛覚を失うということは、解離症状や不快感情に拮抗し、それに対処する機能の喪失を意味し、本研究における一般青年のように他の様式の自傷行為を併発するなどのエスカレートが危惧されるばかりか、不快感情に圧倒されたまま、自殺念慮が高まる可能性もある<sup>26</sup>。その意味で、本研究において少年施設入所者では、痛覚麻痺を伴う自傷経験者で自殺念慮が高率に認められたのは、当然の結果とも考えられる。

### 4. 学校における自傷行為の管理と対応

本研究における養護教諭に対する調査から、大多数の養護教諭がこれまでに生徒の自傷行為への対応の経験があり、その多くが生徒への継続的な相談を行っていた。にもかかわらず、多くの養護教諭が生徒の自傷行為への対応に苦慮している現実も浮かび上がった。こうした結果は、養護教諭に対する支援・研修の必要性を示唆するものと思われる。

なかでも、養護教諭の多くが自傷行為を「周囲の関心を引こうとしている」と考え、「自殺行動」と捉える者もごくわずかであったことは気になる結果であった。というのも、自傷行為そのものが自殺企図として行われることはまれであるものの、自傷経験者の多くが自殺念慮を抱いた経験があるのは本研究の結果からも明らかであり、先行研究<sup>21</sup>においても自傷経験者が自殺行動のハイリスク群であることは論を待たないからである。この点についても、養護教諭における自傷行為に対する認識が危惧されるところである。

また、自傷をする生徒を支援する際に、いかにして家族と連携するかというのも、今後の課題となろう。多くの養護教諭は、自傷する生徒の背景に家庭内の問題を感じていたが、これは一般の中学性・高校生の調査において自傷経験者が親に対する不信感を表明し、少年施設入所者における自

傷経験者において虐待やネグレクトの経験を受けた者が多いこととも符合する。本研究の結果から、そうした家庭を背景とする生徒からの「親には内緒にしてください」という言葉にとまどう養護教諭も少なくないことが明らかにされた。生徒のこうした言葉は、親に対する不信感や両価的な葛藤を反映したものと考えられる。この言葉の背景には、「親が知っても、叱責するだけか、無関心な態度をとるだけだろう」という子どもの思いがあるのかもしれない。

### 【まとめ】

本研究では、自記式質問票を用いて、一般の中学生・高校生における自傷行為の出現率と自傷行為に付随する様々な精神医学的・心理学的特徴が明らかにした。自傷行為の経験者は生徒のおよそ1割程度にみられ、自傷行為の経験は、様々な物質使用、食行動異常、自殺念慮、非行行動などと密接に関係し、これらの行動が全体として『故意に自分の健康を害する』行為として共通する特徴がある可能性を推測された。また、自傷経験者の多くが家庭内の養育環境や家族関係に何らかの問題を抱えている可能性も示唆された。最後に、多くの養護教諭が、自傷する生徒にどう対応すべきか悩んでおり、今後、養護教諭に対する支援・研修体制の検討、ならびに人的資源の増強を考慮する必要がある。

### 【文献】

1. Favazza AR: The coming the age of self-mutilation. *J Nerv Ment Dis* 186: 259-268, 1998
2. Pattison EM, Kahan J: The Deliberate Self-Harm Syndrome. *Am J Psychiatry* 140: 867-87, 1983
3. 毎日新聞: 明日会えたら——「リストカットの子どもたち」.  
<http://www.mainichi-msn.co.jp/kurashi/k>

[okoro/ashita/archive/](http://okoro/ashita/archive/)

4. Izutsu T, Shimotsu S, Matsumoto T et al: Deliberate self-harm and childhood histories of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) in junior high school students. *European Child and Adolescent Psychiatry* 14: 1-5, 2006
5. 山口亜希子, 松本俊彦: 女子高校生における自傷行為—喫煙・飲酒、ピアス、過食傾向との関係—。精神医学 47: 515-522, 2005
6. Matsumoto T, Yamaguchi A, Asami T et al: Characteristics of self-cutters among male inmates: Association with bulimia and dissociation. *Psychiatry Clin Neurosci* 59: 319-326, 2005
7. Matsumoto T, Yamaguchi A, Chiba Y et al.: 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 Clin Neurosci* 58: 377-382, 2004
8. 松本俊彦, 岡田幸之, 千葉泰彦, ほか: 若年男性における自傷行為の臨床的意義について: 少年鑑別所における自記式質問票調査。精神保健研究 19: 59-73, 2006
9. 鈴木健二, 松下幸生, 樋口 進, 他: 未成年者の問題 飲酒スケール—Quantity-Frequency Scale (QF Scale)。アルコール研究と薬物依存 29: 168-178, 1994
10. Rosenberg M: Society and the adolescent self-image. Princeton Univ. Press, 1965
11. 山本真理子, 松井豊, 山成由紀子: 認知された自己の諸側面の構造。教育心理学研究 30: 64-68, 1982
12. Henderson M, Freeman CPL: A Self-rating Scale for Bulimia, the “BITE”. *Br J*

- Psychiatry 150: 18-24, 1987
13. 中井義勝, 濱垣誠司, 高木隆郎: 大食症質問表 Bulimic Investigatory Test, Edinburgh (BITE) の有用性と神経性大食症の実態調査. 精神医学 40: 711-716, 1998
  14. 四戸智昭, 斎藤 学: 家族内の児童虐待による PTSD スクリーニングテストに関する研究—TECL (Trauma Event Check-List) の開発の試み—. アディクションと家族 19: 242-249, 2002
  15. Hawton K, Rodham K, Evans E, et al. Deliberate self harm in adolescents: self report survey in schools in England. BMJ 325: 1207-1211, 2002
  16. Favazza AR, Derosear DO, Conterio K: Self-mutilation and eating disorders. Suicide Life Threat Behav 19: 353-361, 1989
  17. Ross S, Heath NL: Two models of adolescent self-mutilation. Suicide Life Threat Behav 33: 277-287, 2003
  18. Zoroglu SS, Tuzun U, Sar V, et al: Suicide attempt and self-mutilation among Turkish high school students in relation with abuse, neglect and dissociation. Psychiatr Clin Neurosci 57: 119-126, 2003
  19. Matsumoto T, Azekawa T, Yamaguchi A et al: Habitual self-mutilation in Japan. Psychiatry Clin Neurosci 58: 191-198, 2004
  20. Menninger KA: Man against himself. Harcourt Brace Jovanovich, New York, 1938
  21. Owens D, Horrocks J, House A: Fatal and non-fatal repetition of self-harm. Systematic review. Br J Psychiatry 181, 193-199, 2002
  22. Lipschitz DS, Kaplan ML, Sorkenn J: Childhood abuse, adult assault, and dissociation. Compr Psychiatry 37: 261-266, 1996
  23. Van der Kolk BA, Perry JX, Herman JL: Childhood origins of self-destructive behaviors. Am J Psychiatry 148: 1665-1671, 1991
  24. Bohus M, Limberger M, Ebner U et al: Pain perception during self-reported distress and calmness in patients with borderline personality disorder and self-mutilating behavior. Psychiatry. Res. 95: 251-260, 2000
  25. Suyemoto KL: The functions of self-mutilation. Clin. Psychol. Rev. 18, 531-554, 1998
  26. Walsh BW: Treating self-injury. A practical guide. Guilford Press, New York, 2005 (松本俊彦 ほか訳「自傷行為の治療ガイド」, 金剛出版, 東京, 2007)