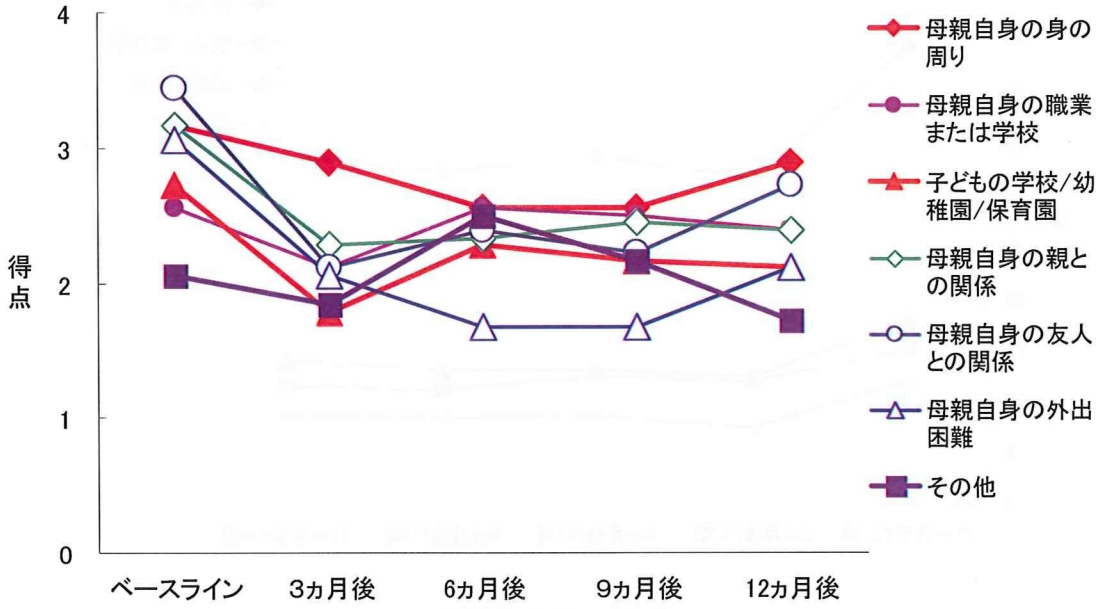


Fig.7 DV 被害による生活への影響度の変化（*N*=18）

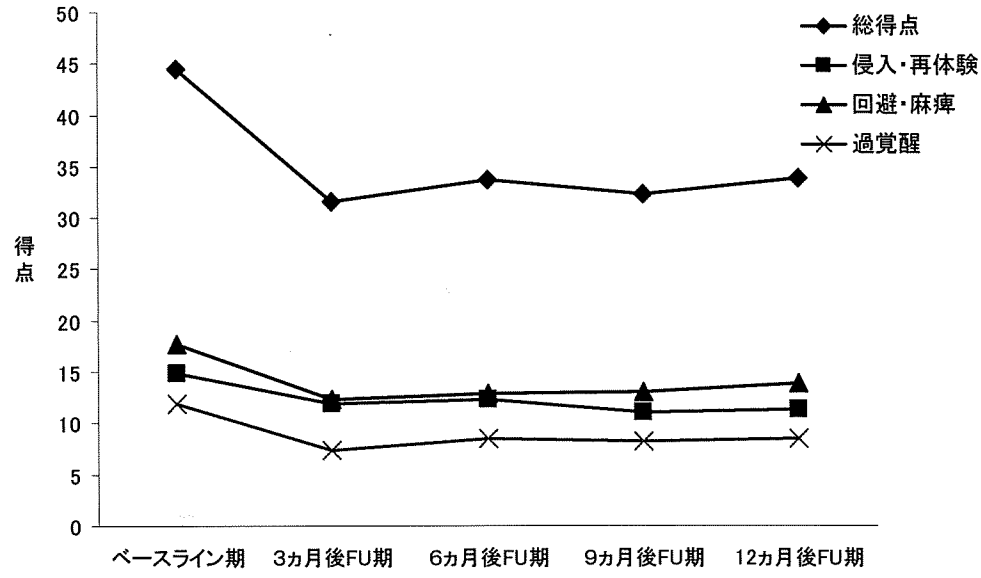


Fig.8 IES-R(母親)得点の変化(*N*=18)

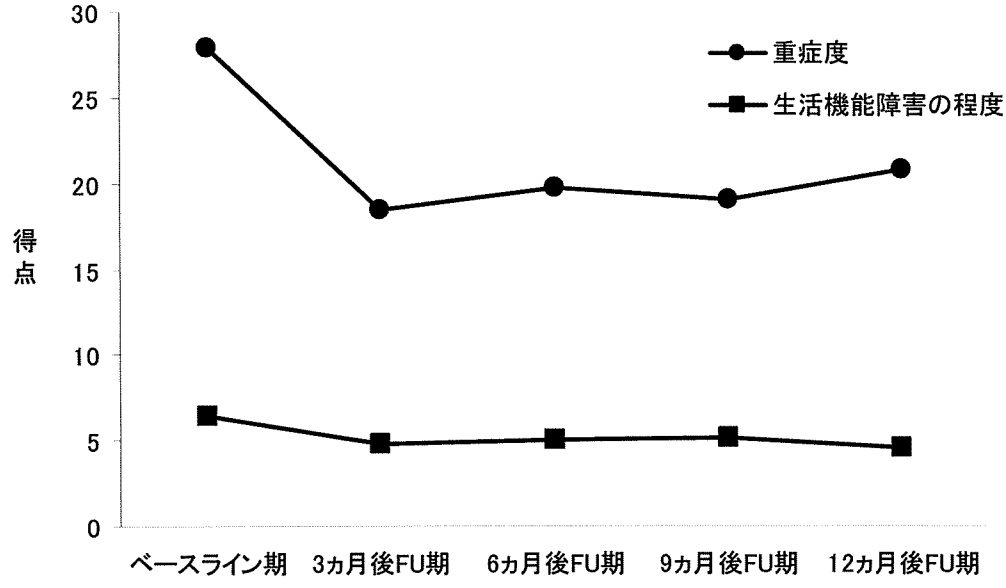


Fig.9 PDS において評定された PTSD 症状の重症度と生活機能障害の程度の変化(*N*=18)

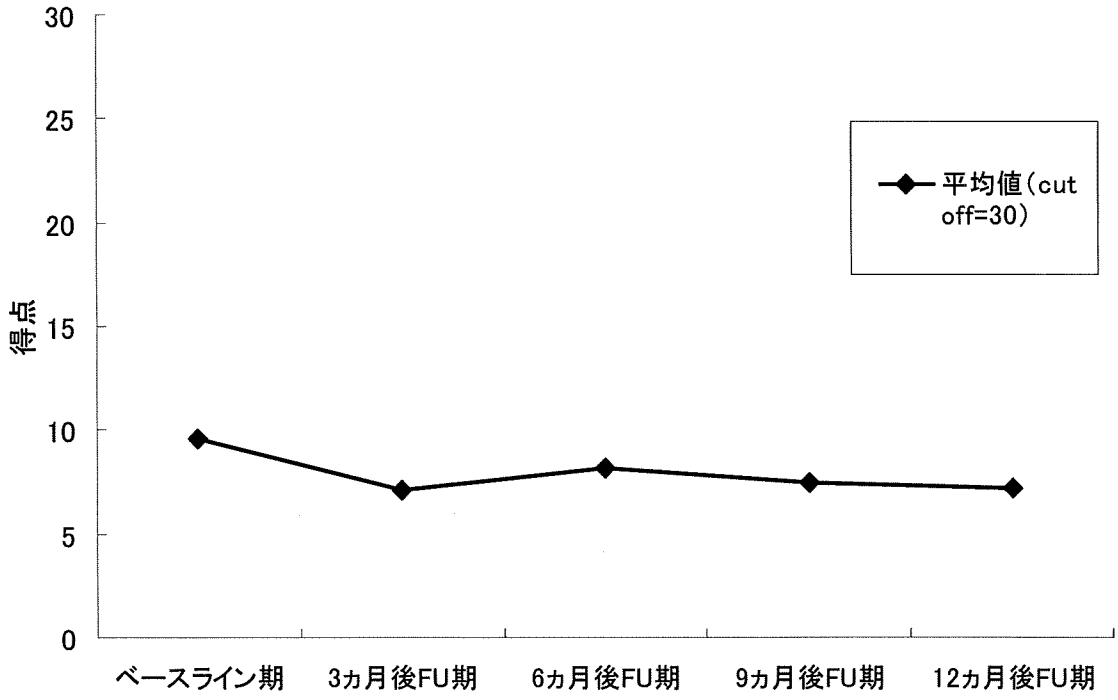


Fig.10 DES-Ⅱ得点の変化(N=18)

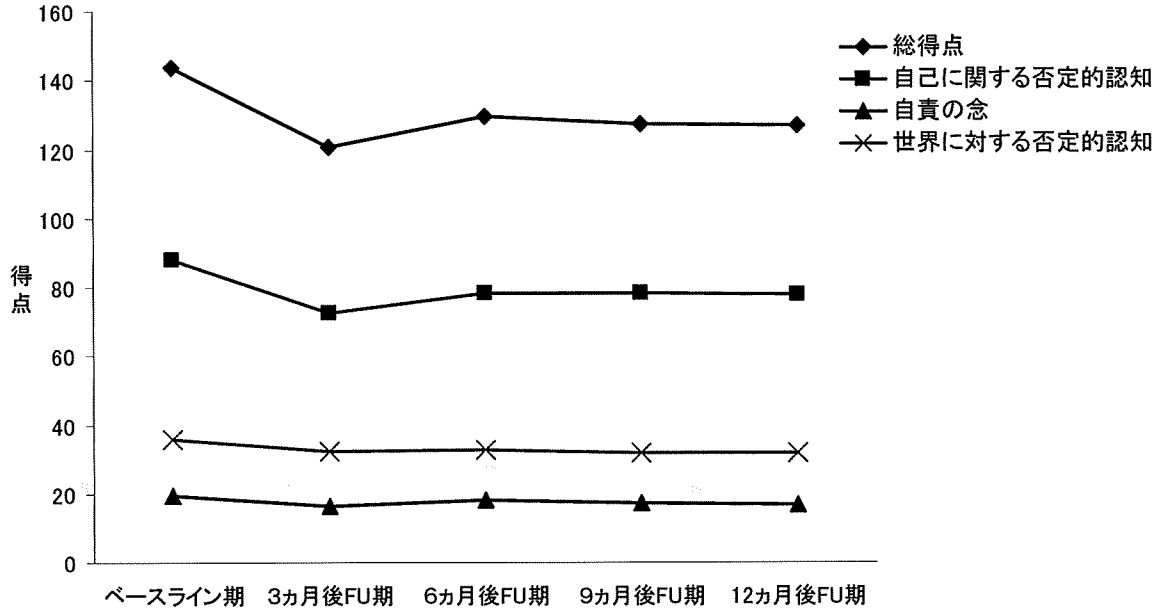


Fig.11 PTCI 得点の変化（*N*=19）

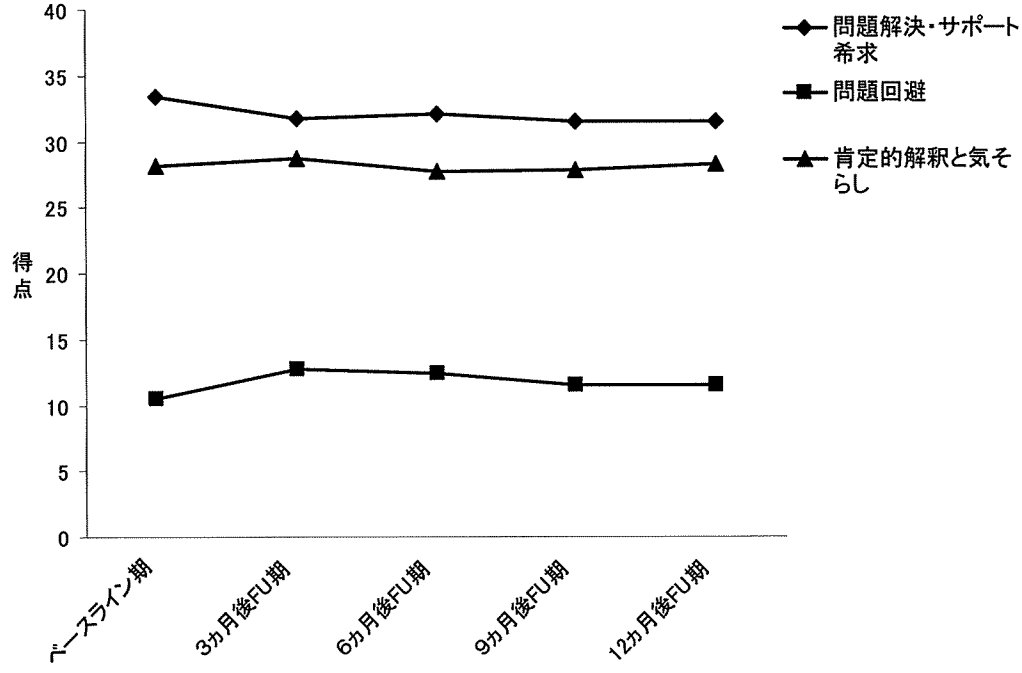


Fig.12 TAC-24 得点の変化（*N*=19）

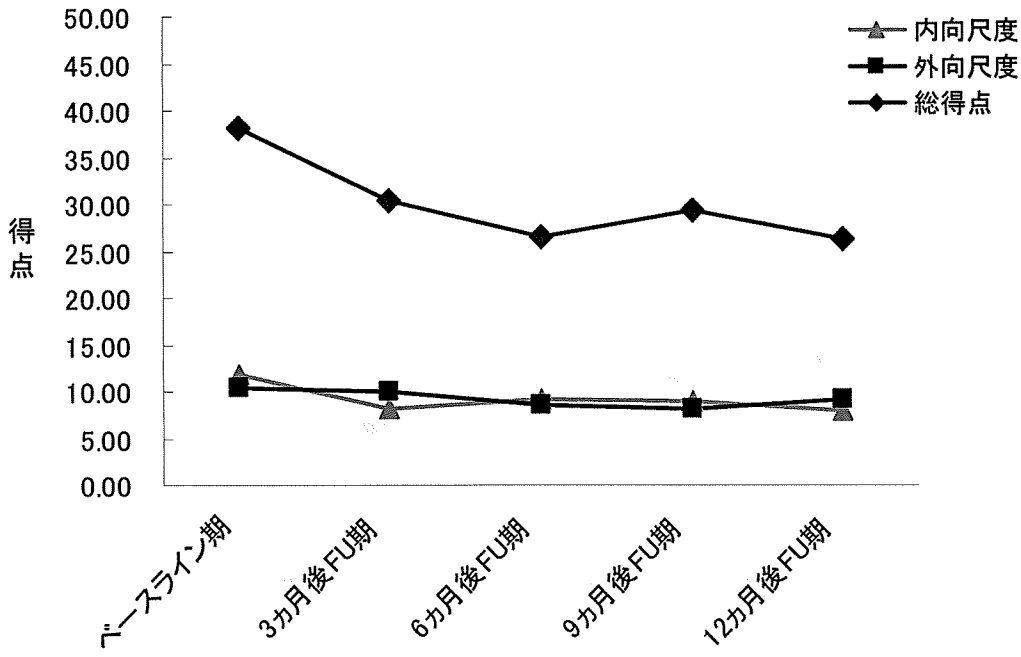


Fig.13 CBCL 得点の変化(男児 8 名)

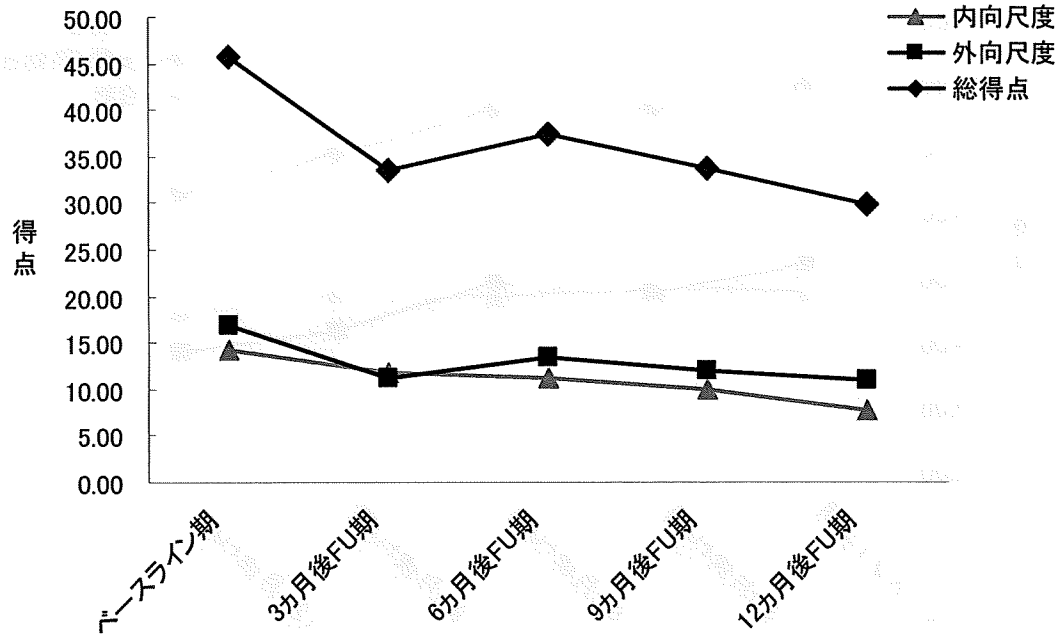


Fig.14 CBCL 得点の変化(女児 12 名)

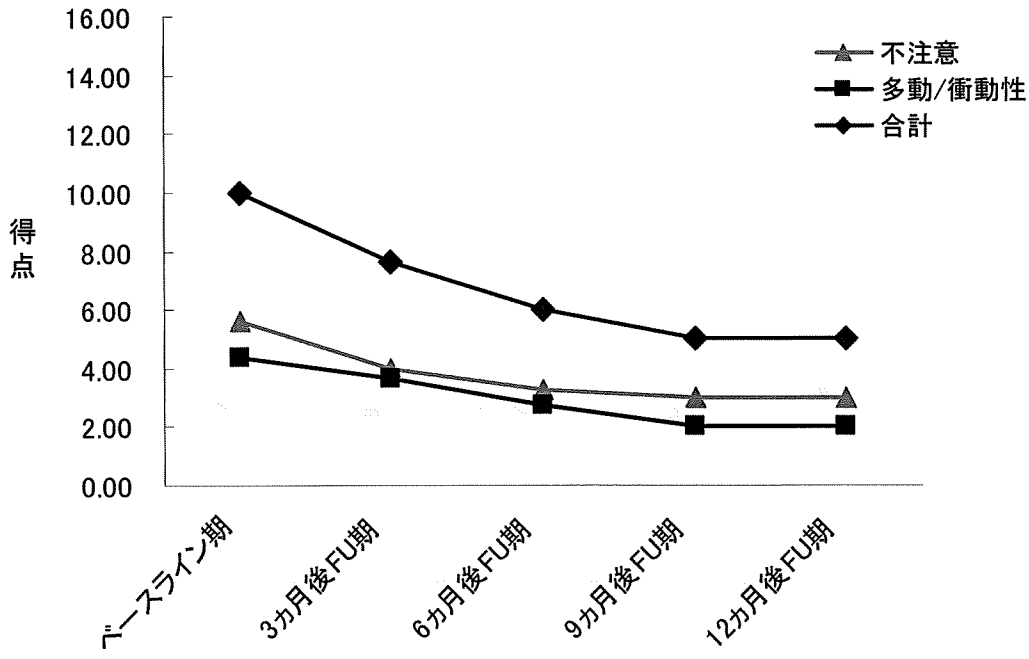


Fig.15 ADHD RS-Ⅳ-J 得点の変化(男児 8 名)

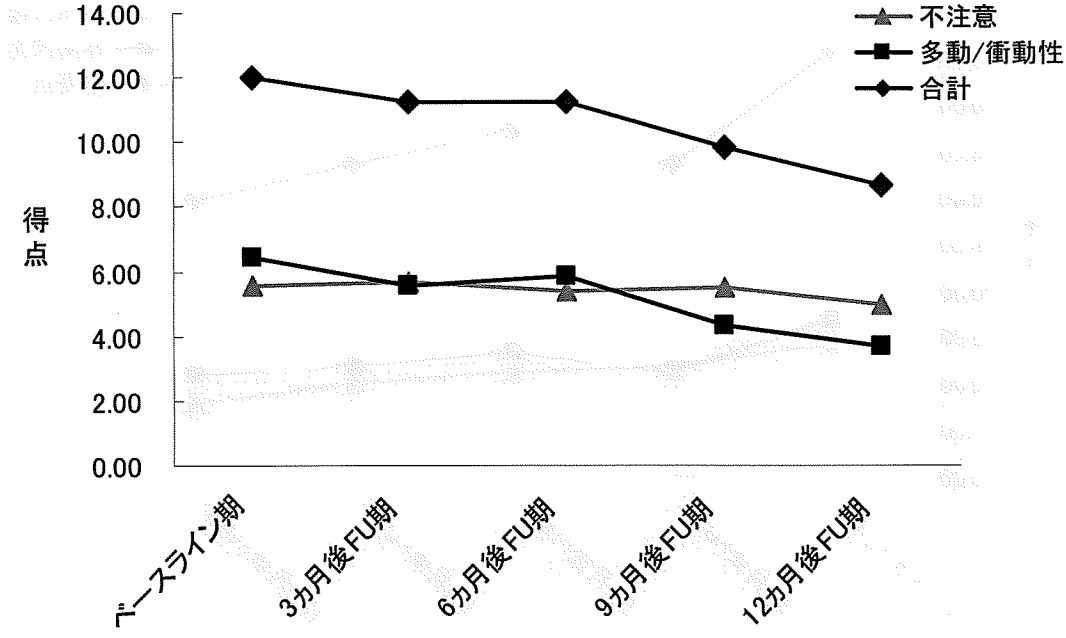


Fig.16 ADHD RS-Ⅳ-J 得点の変化(女児 12 名)

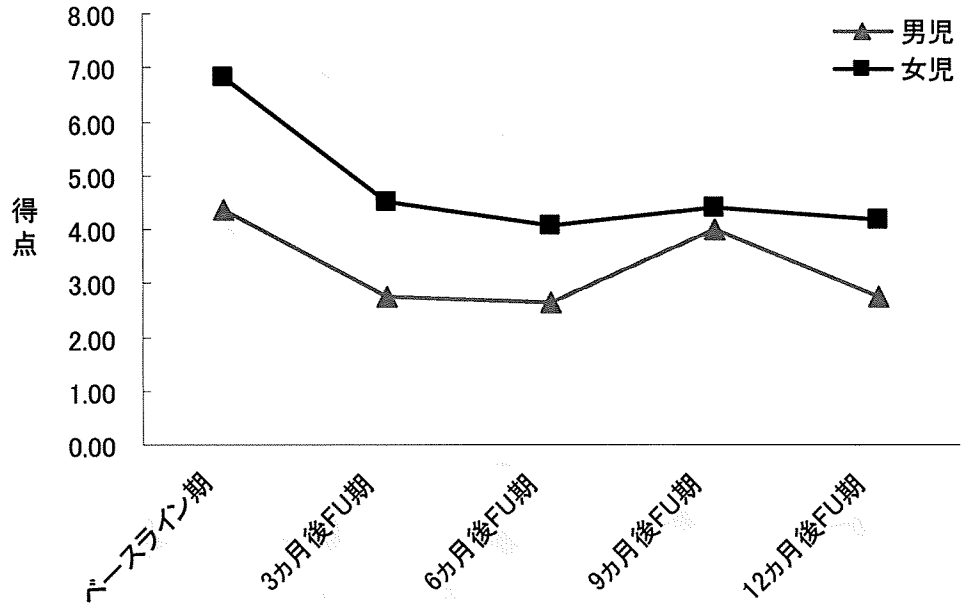
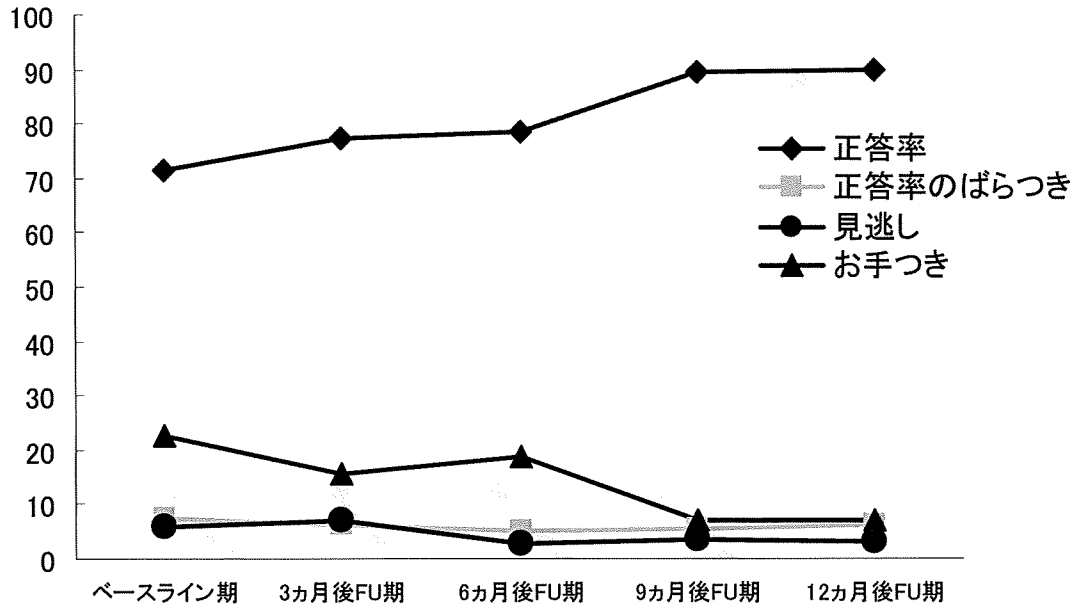


Fig.17 CDC 得点の変化(男児 8 名, 女児 12 名)



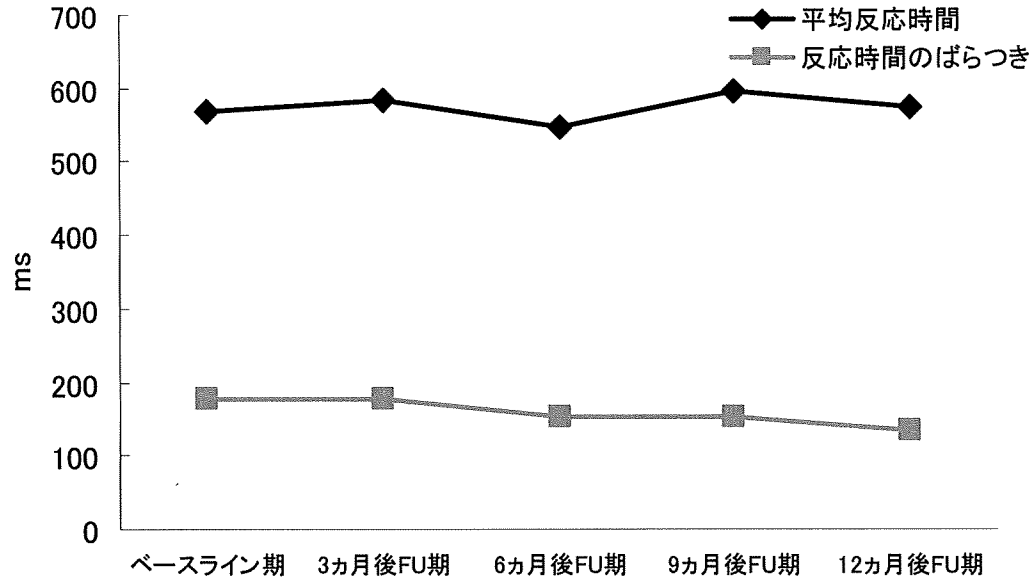


Fig.18 もぐら一ずの成績の変化(男児 8 名)

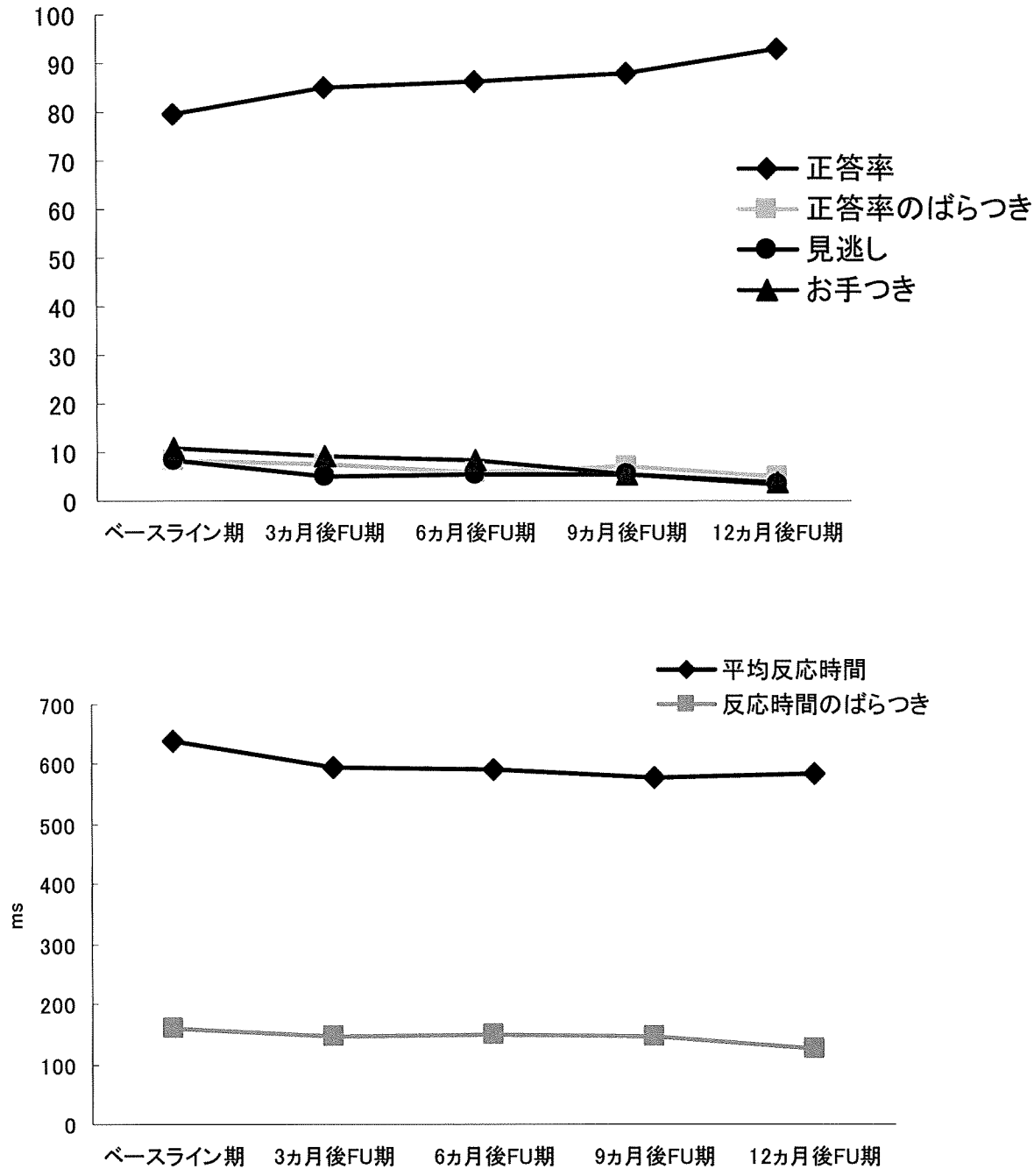


Fig.18 もぐらーずの成績の変化(女児 12 名)

平成21年度厚生労働科学研究こころの健康科学研究事業
「大規模災害や犯罪被害等による精神科疾患の実態と介入方法の開発に関する研究」
研究分担報告書

少年施設入所者における被虐待体験と精神医学的問題に関する研究
——被害体験と自殺行動の関連に注目して——

分担研究者: 松本俊彦[1]
研究協力者: 千葉泰彦[2], 今村扶美[3], 小林桜児[3]
1. 国立精神・神経センター精神保健研究所
2. 横浜少年鑑別所
3. 国立精神・神経センター病院

研究要旨　本研究では、少年鑑別所入所者820名に対し、M.I.N.I.を用いた自殺傾向と外傷後ストレス障害（以下、PTSD）診断に関する構造化面接調査を行った。その結果、少年鑑別所入所者では、特に女性において自殺傾向、ならびに外傷体験とそれに関連する精神医学的問題が認められ、女性入所者の約2割に高度な自殺傾向が認められ、4.3%がPTSDの診断に該当することが明らかにされた。また、女性の場合には、進行した反社会性の指標である「少年院入所経験」とPTSDの部分症状が有意に関連することが明らかにされた。さらに本研究では、少年鑑別所入所者の男女いずれにおいても、自殺傾向とPTSD傾向とが有意に関連し、特に女性の場合には、partial PTSDおよびPTSDの診断は高度な自殺傾向と関連する可能性が示唆された。一方、様々な外傷体験のなかでも特に自殺傾向と関連するものとしては、男性の場合には「火事・天災・紛争」と「近親者の突然死」であり、女性の場合には「性的暴行」であることが明らかにされた。

以上により、本研究では、少年鑑別所の女性入所者には高度な自殺リスクやPTSD症状を呈する者が少なくなく、矯正施設といえども施設内における精神保健的介入、ならびに、対処後の地域の支援資源との連携が必要であることが示唆された。また、少年鑑別所入所者に対するトラウマケアは、社会安全のためにも、また自殺予防のためにも一定の貢献をする可能性も示唆された。

A. 背景と目的

海外では早くから、幼少期における被虐待体験が成人後の様々な攻撃的行動と関連することが指摘されてきた。他者に対する攻撃的行動としては、Maxfield と Widom（1996）は、20年以上にもおよぶ長期間の追跡調査から、幼少期における身体的虐待とネグレクトの体験が成人期における暴力犯罪と有意な関連があることを明らかにしている。また、Conner ら（1998）は、司法病棟入院患者を対象とした調査から、被虐待歴を持つ患者では他者に対する攻撃的行動が著明であることを報告している。一方、被虐待歴を持つ者では、自己に対する攻撃的行動が顕著であることも指摘されてきた。たとえば van der Kolk ら（1991）は、被虐待児は自傷行為や食行動異常、あるいは物質乱用といった広範な領域におよぶ自己破壊的行動を呈しやすいことを明らかにし、また、Hawton ら（1982）は、被虐待歴の存在は若年者の自傷行為や自殺企図の危険因子であると報告している。

わが国にはこれまでこうした知見に関する報告はほとんどなされてこなかった。しかし、最近の数年間、分担研究者らは少年鑑別所や少年院といった

少年施設で自記式質問票による調査を行い、反社会的行動を呈する若年者では、同世代の一般の若年者に比べて身体的・性的な虐待の既往を持つ者が多く（Matsumoto et al, 2004; 2005; 2009: 松本ら, 2006: 2008)、また、自傷行為や自殺企図などの自殺関連行動の経験を持つ者の高率に認められることを明らかにしてきた（松本ら, 2008a)。しかし、これらの知見は、いずれにも自記式質問票による調査であるために、reporting bias の可能性は完全には排除できないという限界があった。また被虐待体験の結果、外傷後ストレス障害（posttraumatic stress disorder; PTSD）と診断できる者がどのくらい存在し、さらにそうした体験が彼らの反社会的傾向とどのような関係があるのかについては、いまだ明らかにされているとはいえない。

そこで、本研究において、我々は、少年施設（少年鑑別所・少年院）の被収容者を対象として面接調査を行い、被虐待歴をはじめとする外傷体験、PTSD 診断、ならびに自殺関連行動の既往と現在の自殺念慮を調査し、反社会的集団における被虐待体験の経験率と PTSD の罹病率を明らかにするとともに、被虐待歴や PTSD の存在が過去および現在の自殺関連行動とどのように関連しているのかについて検討することにした。研究班初年度にあたる昨年度は、調査実施体制の整備、ならびに、調査における構造化面接の作成を行ったが（松本ら, 2008b)、2 年目にあたる今年度は、その面接調査票を用いて少年鑑別所において調査を開始した。

B. 研究方法

1. 対象

本研究の対象は、2009 年 4 月～同年 12 月までにA少年鑑別所に入所した者 892 名（男性 786 名、女性 106 名）のうち、同意が得られた者 820 名（男性 729 名、女性 94 名: 同意率 91.9%）である。対象の年齢は 12～19 歳に分布し、その平均年齢（標準偏差）は 16.7（1.7）歳であった。

2. 方法

上述の対象に対し、少年鑑別所において日常業務として行われている入所時診察（入所日当日に実施される）の際に、同施設常勤医による構造化面接が行われた。面接にあたっては、昨年度の研究で開発した面接票（表 1・表 2 参照）を用いた。

面接項目の詳細について以下に説明をする。

1) 自殺傾向

M.I.N.I. 日本語版 5.0.0（2003）における「自殺傾向」の項目を実施し、その総得点、および、自殺傾向の重症度分類（なし、低度、中等度、高度）を明らかにした。

2) PTSD 診断と外傷体験の内容

M.I.N.I. 日本語版 5.0.0（2003）の「PTSD」の項目を実施し、各項目の回答結果および PTSD 診断の有無を明らかにした。その際、分析や考察にあたっての便宜のために、各質問セクションに内容を反映する標題をつけ、以下のように質問セクションを整理した。すなわち、「a: 外傷体験」「b: a＋恐怖感・無力感・戦慄」「c: b＋侵入的回想」「d: c＋回避・アンヘドニア」「e: d＋過覚醒と知覚過敏」「f: PTSD」である。

また、最初の質問項目「あなたか、ほかの誰かが、実際に死んだり、死にそうになったり、大ケガをするなどの事件を体験したり、目撃するなどして、とてもショックを受けたことがありますか? (a: 外傷体験)」で例示されている様々な外傷体験（重大な事故、身体的暴行、性的暴行、人質・拉致・監禁、火事・天災・紛争、死体の発見、近親者の突然死、その他）をそのまま質問カテゴリーとして用い、質問の条件を満たす外傷体験の種類についても情報収集した。なお、外傷体験の種類は複数回答可とした。

3) 側副情報

面接調査を実施する際には、可能な限り、同施設

既存資料から対象者の少年鑑別所入所回数（今回の入所回数を含む）と少年院入所験の有無に関する情報も収集し、少年院に夕所経験を「進行した反社会性」の指標とした採用した。

3. 統計学的解析

得られた結果は匿名化の手続きを経て研究分担者の所属施設に持ち出され、データベース化された。分析は以下の二つの方向から行われた。

一つの方向性は、反社会的傾向と自殺傾向および外傷体験に関する検討である。具体的には、対象を少年院入所経験の有無によって男女各 2 群に分類し、M.I.N.I.自殺傾向の得点と M.I.N.I. PTSD 診断各項目・外傷体験の内容を比較した。質的変数の 2 群間比較には Pearson の χ^2 検定を用い、量的変数の 2 群間比較には Student の t 検定を用いた。

もう一つの方向性は、自殺傾向と外傷体験に関する検討である。具体的には、M.I.N.I.自殺傾向の得点と M.I.N.I. PTSD 診断の各項目とのあいだで、Pearson の相関分析を行った。また、どの外傷体験が特に自殺傾向に関連しているのかを明らかにするために、外傷体験の 8 つのカテゴリー全てを独立変数とし、M.I.N.I.における「中等度」以上の自殺傾向を従属変数として、2 項ロジスティック回帰分析を行った。ロジスティック回帰分析にあたっては変数減少法によって最も適合するモデルを求めた。

なお、いずれの統計学的解析にも PASW statics for Windows version 18.0 を用い、両側検定にて 5%未満の水準を有意とした。

4. 倫理的配慮

本研究は、国立精神・神経センター倫理委員会の承認、ならびに、調査実施施設である A 少年鑑別所所長の決裁を得て実施された。

なお、調査面接の結果、高度な自殺傾向もしくは PTSD 診断に該当した入所者に対しては、精神科医である研究分担者が面接を実施して、詳細な精神医学的評価を行い、処遇上の注意点、ならびに、少年鑑別所退所後の精神医学的治療に関して施設職員に対する助言を行うとともに、必要に応じて薬物療法も実施した。

C. 結果

表 3 に、対象者の背景（年齢・少年鑑別所入所回数・少年院入所歴）、および、M.I.N.I.の自殺傾向・PTSD に関するデータを男女間で比較した結果を示す。対象者の背景については、男性で有意に年齢が高かったが（P<0.001）、少年鑑別所入所回数や少年院入所経験については男女間で有意差は認められなかった。

一方、自殺傾向と PTSD に関する項目には顕著な男女差が認められた。M.I.N.I.自殺傾向の総得点は女性において有意に高く（P<0.001）、重症度分類でも、女性入所者の約 4 分の 1 が中等度以上の自殺傾向（高度 19.1%、中等度 6.4%）を示していた。また、PTSD 診断に関する全ての項目――「a: 外傷体験」（P<0.001）、「b: a＋恐怖感・無力感・戦慄」（P=0.001）、「c: b＋侵入的回想」（P<0.001）、「d: c＋回避・アンヘドニア」（P<0.001）、「e: d＋過覚醒と知覚過敏」（P<0.001）、「f: PTSD」（P<0.001）――において、女性で有意に高率であった。さらに、「a: 外傷体験」の条件を満たす 8 つの外傷体験のカテゴリーに関する比較でも、女性では「身体的暴行」（P=0.030）、「性的暴行」（P<0.001）、「人質・拉致・監禁」（P=0.004）を挙げた者が有意に多く認められた。なお、女性入所者の 4.3%が M.I.N.I.における PTSD の診断に該当した。

表 4 は、男性入所者を対象とした、少年院入所経験の有無と自殺傾向と PTSD 関連項目との比較の結果である。少年院入所経験については一部データの欠損があり、データ欠損のない男性 707 名、女性 87 名を分析の対象とした。表から明らかなように、少年院入所経験の有無によって

M.I.N.I.自殺傾向の総得点に差は認められなかった。また、M.I.N.I. PTSDの各質問項目および診断にも差は認められなかったが、「a: 外傷体験」の条件を満たす8つの外傷体験については、少年院経験者では「身体的暴行」(P=0.039)と「人質・拉致・監禁」(P=0.016)を挙げた者が有意に多く認められた。

表5は、女性入所者を対象とした、少年院入所経験の有無と自殺傾向とPTSD関連項目との比較の結果である。表から明らかなように、少年院入所経験の有無によってM.I.N.I.自殺傾向の総得点に差は認められなかった。また、M.I.N.I. PTSDの質問項目では、「a: 外傷体験」とその条件を満たす外傷体験の全カテゴリー、「b: a+恐怖感・無力感・戦慄」、および「c: b+侵入的回想」には、少年院入所経験の有無による差は認められなかったが、「d: c+回避・アンヘドニア」(P=0.018)と「e: d+過覚醒と知覚過敏」(P=0.003)は、少年院入所経験者で有意に高率であった。しかし、最終的にPTSDと診断される者の割合(「f: PTSD」)には両群間で差は見られなかった。

表6は、男女それぞれについて、M.I.N.I.自殺傾向得点とM.I.N.I. PTSDの各質問項目との相関分析の結果を示したものである。男性の場合、M.I.N.I.自殺傾向得点は「a: 外傷体験」「b: a+恐怖感・無力感・戦慄」「c: b+侵入的回想」「d: c+回避・アンヘドニア」「e: d+過覚醒と知覚過敏」「f: PTSD」といった全ての質問項目と有意な関連が認められたが、いずれもその相関係数は低いものであった。一方、女性の場合には、「c: b+侵入的回想」「d: c+回避・アンヘドニア」「e: d+過覚醒と知覚過敏」「f: PTSD」とのみ有意な関連が認められ、特に「e: d+過覚醒と知覚過敏」(r=0.452)と「f: PTSD」(r=0.482)と相関係数も比較的高い値を示した。

表7は、M.I.N.I.における「中等度」以上の自殺傾向を従属変数として、外傷体験の全カテゴリーを独立変数として投入し、変数減少法によるロジスティック回帰分析を行った結果である。男性では、最終的に最も適合するロジスティックモデルとして抽出された外傷体験は、「火事・天災・紛争」(P=0.016, Odds ratio 11.538 [95%C.I. 1.558-83.839])と「近親者の突然死」(P=0.001, Odds ratio 3.887 [95%C.I. 1.697-8.858])であった。一方、女性では、「性的暴行」(P=0.005, Odds ratio 6.767 [95%C.I. 1.781-25.925])だけであった。

D. 考察

本研究の結果、少年鑑別所入所者では、特に女性において自殺傾向、ならびに外傷体験とそれに関連する精神医学的問題が認められた。すでに我々の自記式質問紙を用いた先行研究(Matsumoto et al, 2009)においても、少年鑑別所入所者は同年代の若年者に比べて、自殺念慮や自殺企図の生涯経験率、および様々な被虐待体験を持つ者が高率であり、その傾向はことに女性入所者で顕著であることが明らかにされていた。したがって、本研究によって、構造化面接という異なる情報収集方法を用いても同じ特徴が見られることが確認されたといえる。そのなかでも、女性入所者の約2割に高度な自殺傾向が認められ、また、女性入所者の4.3%がPTSDの診断に該当するという結果は看過できない知見であり、女性入所者に対しては矯正施設において積極的な精神保健的介入を行う必要があることを示す結果であると思われる。

なお、本研究から得られた外傷体験は、研究分担者がこれまで同じ施設において実施した自記式質問紙調査から得られた割合よりもはるかに低い数値であった。我々の先行研究(Matsumoto et al, 2004; 2009, 松本ら, 2006; 2008a)では、男性入所者における身体的虐待の生涯経験率は12.2～17.3%、性的虐待は0.5～2.4%であり、女性入所者の場合には、調査実施年によって著しい変動がある

ものの、身体的虐待の生涯経験率は 4.5～47.5%、性的虐待は 3.1%～47.8%であった。これらの数値に比べると、今回我々が得た外傷体験の経験率は低い数値である。

このような結果となった理由としては、以下の二つの説明が考えられる。一つは、被害体験の定義の違いという観点からの説明である。本研究では単に被虐待体験の生涯経験率を問うのではなく、あくまでも「あなたか、ほかの誰かが、実際に死んだり、死にそうになったり、大ケガをするなどの事件を体験したり、目撃するなどして、とてもショックを受けたこと」という条件を明示している。したがって、対象者がこの「とてもショックを受けた」と感じていない体験については、たとえ客観的に見て深刻な被害体験であったとしても、回答されていない可能性があると考えられる。もう一つは、reporting bias という観点からの説明である。被害体験のように語りにくいテーマに関する調査では、面接調査では回答に抑制がかかる可能性があり、結果的に無記名の自記式質問紙調査よりも経験率が低く出てしまうことがありえる。

さて、本研究では、女性の場合には、進行した反社会性の指標である「少年院入所経験」と PTSD の部分症状が有意に関連することも明らかにされた。冒頭でも述べたように、すでに幼少期における被虐待体験は暴力犯罪をはじめとする様々な犯罪と有意な関連があることが明らかにされている（Maxfield & Widom, 1996）。その意味では、本研究の知見は概ね先行研究と一致するものであったといえ、少なくとも女性の場合には、PTSD 症状に対する心理社会的援助が、犯罪予防や再犯抑止といった社会安全の維持にも一定の寄与をする可能性が示唆された。

もっとも、本研究における知見はあくまでも女性において見られた知見であるということについては、注意を払っておく必要がある。今回の調査では、対象が少年鑑別所に入所する理由となった指標犯罪・非行に関する情報を収集していないが、一般に若年女性の場合には暴力犯罪よりも薬物関連事犯や売春といった「被害者なき犯罪」のしめる割合が大きい。その意味では、暴力犯罪を主たる反社会的傾向の指標する先行研究と完全に一致した結果とはいえない可能性がある。

さらに本研究では、少年鑑別所入所者の男女いずれにおいても、M.I.N.I.の自殺傾向得点と PTSD 傾向とは有意に関連し、特に女性の場合には、partial PTSD および PTSD の診断は高度な自殺傾向と関連する可能性が示唆された。また、様々な外傷体験のなかでも特に自殺傾向と関連するものとしては、男性の場合には「火事・天災・紛争」と「近親者の突然死」であり、女性の場合には「性的暴行」であった。なお、今回収集したデータには反映されていないが、男性入所者の自殺傾向と関連する「近親者の突然死」のなかには、親の自殺が少なからず入っていたことは、付言しておきたい。

いずれにしても、これらの結果は、若年者の自殺予防という観点からも広義のトラウマケアが意義あるものである可能性を示唆している。2008 年 10 月に閣議決定された自殺総合対策大綱の一部改正（内閣府「自殺対策加速化プラン」において、うつ病以外の自殺ハイリスク者に対する重点項目として統合失調症やアルコール・薬物依存症への対策に加えて、PTSD に対する対策が追加されているが、本研究はそのことの重要性を確認するものといえる。すでにわが国では災害トラウマ支援や犯罪被害者支援、さらには自死遺族支援が行政的な課題として掲げられているが、こうした施策をいっそう強化していくことは、若年者の自殺対策としての意義もあるかもしれない。

ここで、本研究の限界について述べておきたい。本研究にいくつかの限界があるが、なかでも主要な問題点は以下の三点である。第一に、本研究の結果

は単一施設における調査にもとづくものであるために、得られた結果をそのまま一般化することには慎重である必要がある。第二に、本研究では面接調査による情報収集を実施したが、無記名の自記式調査に比べて、被害体験に関する情報収集では回答が抑制される可能性があり、実際よりも過小な結果となった可能性がある。第三に、対象全体のサンプル数は十分な者であるが、男女別に見ると、断雷に比べると女性のサンプル数があまりにも少ない。そして最後に、少年鑑別所入所者ということでその犯罪性はまだ低い段階にとどまっている者が多く、犯罪と外傷関連の精神保健的問題との関連を十分に明らかにできていない可能性があり、また、外傷体験と自殺傾向との関連には他の変数が媒介している可能性も考えられる。

以上の問題点を踏まえ、次年度は、今年度の調査を引き続け継続し、特に女性サンプルを増やす努力を続けるとともに、より犯罪性の進行した者が多く入所する少年院において、収集する情報を増やした形での調査を計画したいと考えている。

E. 結論

本研究では、少年鑑別所入所者 820 名に対し、M.I.N.I.を用いた自殺傾向と PTSD 診断に関する構造化面接調査を行った。その結果、少年鑑別所入所者では、特に女性において自殺傾向、ならびに外傷体験とそれに関連する精神医学的問題が認められ、女性入所者の約 2 割に高度な自殺傾向が認められ、4.3%が PTSD の診断に該当することが明らかにされた。また、女性の場合には、進行した反社会性の指標である「少年院入所経験」と PTSD の部分症状が有意に関連することが明らかにされた。

さらに本研究では、少年鑑別所入所者の男女いずれにおいても、M.I.N.I.の自殺傾向得点と PTSD 傾向とが有意に関連し、特に女性の場合には、partial PTSD および PTSD の診断は高度な自殺傾向と関連する可能性が示唆された。一方、様々な外傷体験のなかでも特に自殺傾向と関連するものとしては、男性の場合には「火事・天災・紛争」と「近親者の突然死」であり、女性の場合には「性的暴行」であることが明らかにされた。

以上により、本研究では、少年鑑別所の女性入所者には高度な自殺リスクや PTSD 症状を呈する者が少なくなく、矯正施設といえども施設内における精神保健的介入、ならびに、対処後の地域の支援資源との連携が必要であることが示唆された。また、少年鑑別所入所者に対するトラウマケアは、社会安全のためにも、また自殺予防のためにも一定の貢献をする可能性も示唆された。

F. 文献

Coll X, Law F, Tobias A et al (2001) Abuse and deliberate self-poisoning in women: a matched case-control study. Child Abuse Negl 25: 1291-1302.

Conner DF, Melloni RHJ, Harrison RJ (1998) Overt categorical aggression in referred children and adolescents. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 37: 66-73.

Hawton K, O'Gray J, Osborn M et al (1982) Adolescents who take overdose: their characteristics, problems and contacts with helping agencies. Br J Psychiatry 140: 118-123.

Matsumoto T, Yamaguchi A, Chiba Y et al (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.

Matsumoto T, Yamaguchi A, Asami T et al

(2005) Characteristics of self-cutters among male inmates: Association with bulimia and dissociation. Psychiatry and clinical neurosciences 59: 319-326.

松本俊彦, 岡田幸之, 千葉泰彦, ほか (2006) 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.

松本俊彦, 今村扶美, 勝又陽太郎, ほか (2008a) 非行少年における自殺念慮のリスク要因. 精神医学 50: 351-359.

松本俊彦, 堤敦朗, 井筒節, ほか (2008b) 少年施設入所者における被虐待体験と精神医学的問題に関する研究—男性の性被害と自殺行動に注目して—. 平成19年度厚生労働科学研究費補助金こころの健康科学事業「社会的問題による、精神疾患や引きこもり、自殺等の精神健康機器の実態と回復に関する研究 (主任 金 吉晴)」総括・分担報告書, pp21-36

Matsumoto T, Tsutsumi A, Izutsu T et al (2009) A Comparative Study of the Prevalence of Suicidal Behavior and Sexual Abuse History in Delinquent and Non-delinquent Adolescents. Psychiatry Clin Neurosci 62, in press.

Maxfield MG, Widom CS (1996) The cycle of violence revisited 6 years later. Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine 150: 390-395.

内閣府 (2008) 自殺対策加速化プラン. http://www8.cao.go.jp/jisatsutaisaku/taikou/pdf/plan.pdf

Sheehan D, Lecrubier Y/大坪天平ほか訳 (2003) M.I.N.I.精神疾患簡易構造化面接法 日本語版 5.0.0, 星和書店, 東京

Van der Kolk BA, Perry JX, Herman JL (1991) Childhood origins of self-destructive behaviors. Am. J. Psychiatry 148: 1665-1671.

G. 健康危険情報

なし

H. 研究発表

1. 論文発表

1) 原著

Matsumoto T, Tsutsumi A, Izutsu T, Imamura F, Chiba Y, Takeshima T: A comparative study of the prevalence of suicidal behavior and sexual abuse history in delinquent and non-delinquent adolescents: Psychiatry and clinical neurosciences 63: 238–240, 2009

Izutsu T, Tsutsumi A, Matsumoto T: Association between sexual risk behaviors and drug and alcohol use among young people with delinquent behaviors. Japanese Journal of Alcohol and Drug Dependence 44: 547-553, 2009

松本俊彦, 今村扶美, 勝又陽太郎: 児童・生徒の自傷行為に対応する養護教諭が抱える困難について. 養護教諭研修会におけるアンケート調査から. 精神医学 51: 791-799, 2009

松本俊彦, 今村扶美: 思春期における「故意に自分の健康を害する」行動と「消えたい」体験および自殺念慮との関係. 精神医学 51: 861-871, 2009

2) 総説

松本俊彦: 自傷行為を繰り返す子. 児童心理 2009年3月号, 75-80, 2009

松本俊彦: トラウマと非行・反社会的行動—少年施設男子入所者の性被害体験に注目して—. トラウマティック・ストレス 7 (1): 43-52, 2009

松本俊彦: ライフサイクルと治るうつ病 思春期・青年期のうつ病—不快感情の自己治療と破壊的行動という視点から—. こころの科学 146: 43-46, 2007

松本俊彦: 解離性障害と犯罪. こころのりんしょう *à-la-carte* 28 (2): 293-299, 2009

松本俊彦: 自傷行為と衝動——「切ること」と「キレること」. こころの科学 148: 80-84, 2009

松本俊彦: 概説 思春期のこころと性——「故意に自分の健康を害する」症候群. 現代のエスプリ 509 松本俊彦責任編集 思春期のこころと性——「故意に自分の健康を害する」症候群, 5-19, 2009

2. 学会発表

松本俊彦: 特別講演 自傷・自殺・アディクション～自己破壊的行動へのアプローチ～. 第 17 回関西アルコール関連問題学会, 2009. 11. 8, ピアザ淡海

松本俊彦: 教育講演Ⅲ 青年期の自殺とその予防～自傷行為に注目して～. 第 25 回日本ストレス学会, 2009. 12. 5, 横浜

I. 知的財産権の出願・登録状況

なし

表 1: 面接調査票（1）

No.	―			
性別	男　・　女	年齢	（　　）歳	
1. この１ヶ月間に、あなたは:				(点数)
C1	死んだ方がよいとか、死んでいればよかったと考えたことがありましたか?	いいえ	はい	1
C2	自分を傷つけたいと思ったことがありましたか?	いいえ	はい	2
C3	自殺しようと思ったことがありましたか?	いいえ	はい	6
C4	「こうやって死のう」とか、自殺の方法を考えたことがありましたか?	いいえ	はい	10
C5	実際に死のうとして、何か行動をしたことがありましたか?	いいえ	はい	10
2. 今までの人生で、あなたは:				(点数)
C6	実際に死のうとして、何か行動をしたことがありましたか?	いいえ	はい	4
	上記の質問のうち「はい」が一つ以上ある。	いいえ	はい	
	もし「はい」の場合、C1～C6 の「はい」に丸のついている点数を合計し、右記に従い、自殺の危険を確定する。	自殺の危険　現在 1～5 点　低度 6～9 点　中等度 10 点以上　高度		点

3: a （外傷体験）：あなたか、ほかの誰かが、実際に死んだり、死にそうになったり、大ケガをするなどの事件を体験したり、目撃するなどして、とてもショックを受けたことがありますか?（以下の出来事を例示する）	いいえ	はい
(外傷的な出来事の内容を以下のなかから特定する)		
	大きな交通事故などの重大な事故	
	身体的暴行（殺されてしまうかと思うほどの暴力）	
	性的暴行（男性でもレイプされることがある）	
	拉致・監禁、誘拐、人質	
	火事・地震などの自然災害・戦争	
	死体の発見	
	近親者の突然死（大切な人が突然死んでしまった）	
	その他	

3 の質問が「はい」ならば、次ページに進む。「いいえ」ならば、終了。

表 2: 面接調査票（2）

以下は，「いいえ」があった時点で，終了。

b（恐怖感・無力感・戦慄）	その経験に対し、強い恐怖感、無力感、または戦慄を伴った反応をしましたか?		いいえ	はい
a の質問が「はい」ならば、以下に進む。				
c（侵入的回想）	この１ヶ月間、その外傷的な出来事を、苦痛を伴う形（夢、強烈に思い出す、フラッシュバック、あるいは生理学的反応など）で再び体験したことがありますか?		いいえ	はい
b の質問が「はい」ならば、以下に進む。				
d（回避とアンヘドニア）	この１ヶ月間、あなたは……			
	①	その出来事のことを考えるのを避けたり、その出来事を思い出させるような事柄を避けようとしていましたか?	いいえ	はい
	②	その出来事の重要な部分が思い出せませんか?	いいえ	はい
	③	趣味や社会活動にあまり興味を感じなくなっていますか?	いいえ	はい
	④	他の人から孤立している、または疎遠になっていると感じていますか?	いいえ	はい
	⑤	自分の感情の幅が狭くなっているのに気づいていますか?	いいえ	はい
	⑥	その外傷のせいで、自分の余命が短くなってしまったようように感じていますか?	いいえ	はい
c の回答に 3 つ以上「はい」があるなら、以下に進む				
e（過覚醒と知覚過敏）	この１ヶ月間、あなたは……			
	①	あまり眠れませんか?	いいえ	はい
	②	特にいらいらしたり、怒りが爆発したりしましたか?	いいえ	はい
	③	物事に集中しにくいと感じていましたか?	いいえ	はい
	④	神経過敏だったり、いつも警戒している感じでしたか?	いいえ	はい
	⑤	ちょっとしたことで驚きましたか?	いいえ	はい
d の回答に 2 つ以上「はい」があるなら、以下に進む。				
f（PTSD 診断）	この１ヶ月間、これらの問題によって、あなたの仕事や社会活動が著しく制限されていたり、または、著しい苦痛が引きされていますか?		いいえ	はい

e の回答が「はい」であるなら、「現在の外傷後ストレス障害」。

表 3: 少年鑑別所入所者の自殺傾向と PTSD 診断～男女別の比較～

		男性 N=729	女性 N=94	df	χ^2または t	P
年齢（標準偏差）***		16.5 (1.7)	15.8 (1.6)	819	3.696	<0.001
少年鑑別所入所回数（標準偏差）		1.3 (0.7)	1.3 (0.7)	794	1.086	0.278
少年院入所経験		7.5%	6.9%	1	0.041	0.840
M.I.N.I.自殺傾向	総合得点***	1.0 (4.3)	6.9 (11.5)	819	9.557	<0.001
	自殺傾向なし	86.8%	50.0%	3	87.866	<0.001
	自殺傾向低度	8.8%	24.5%			
	自殺傾向中等度	1.4%	6.4%			
	自殺傾向高度	3.0%	19.1%			
M.I.N.I PTSD	a: 外傷体験***	25.2%	43.6%	1	14.207	<0.001
	重大な事故	8.5%	9.6%	1	0.113	0.737
	身体的暴行*	5.1%	10.6%	1	4.731	0.030
	性的暴行***	0.3%	11.7%	1	69.646	<0.001
	人質・拉致・監禁**	0.8%	4.3%	1	8.123	0.004
	火事・天災・紛争	1.0%	1.1%	1	0.009	0.926
	死体の発見	2.3%	4.3%	1	1.221	0.269
	近親者の突然死	11.6%	13.8%	1	0.407	0.523
	その他	2.2%	5.3%	1	3.237	0.072
	b: a＋恐怖感・無力感・戦慄**	19.7%	35.1%	1	11.723	0.001
	c: b＋侵入的回想***	1.5%	14.9%	1	50.395	<0.001
	d: c＋回避・アンヘドニア***	0.6%	8.5%	1	36.566	<0.001
	e: d＋過覚醒と知覚過敏***	0.6%	6.4%	1	23.498	<0.001
	f: PTSD***	0.4%	4.3%	1	14.515	<0.001

* P<0.05, ** P<0.01, *** P<0.001