

自殺関連行動を呈する精神科入院患者の診断と臨床特徴： 都立松沢病院入院例の検討

林 直樹^{1,2,3,4,5)}, 五十嵐 雅¹⁾, 今井 淳司¹⁾, 大澤 有香¹⁾, 内海 香里¹⁾,
石川 陽一¹⁾, 大島 淑夫¹⁾, 徳永 太郎¹⁾, 石本 佳代¹⁾, 前田 直子¹⁾,
針間 博彦¹⁾, 楯林 義孝⁶⁾, 熊谷 直樹⁷⁾, 野津 眞⁸⁾, 石井 秀宗⁹⁾, 岡崎 祐士¹⁾

Naoki Hayashi^{1,2,3,4,5)}, Miyabi Igarashi¹⁾, Atsushi Imai¹⁾, Yuka Osawa¹⁾, Kaori Utsumi¹⁾,
Yoshio Ohshima¹⁾, Taro Tokunaga¹⁾, Kayo Ishimoto¹⁾, Naoko Maeda¹⁾, Hirohiko Harima¹⁾,
Yoshitaka Tatebayashi⁶⁾, Naoki Kumagai⁷⁾, Makoto Nozu⁸⁾, Hidetoki Ishii⁹⁾, Yuji Okazaki^{1,2)}
: Psychiatric and Personality Disorders and Clinical Characteristics of
Admitted Suicidal Patients: Data from Matsuzawa Suicidal Behavior Study

自殺関連行動 (suicidal behavior: SB) を呈する精神科患者は、自殺リスクが高いと考えられているが、その診断や臨床特徴、SB 発生要因についての研究の進展は不十分な段階にとどまっている。本研究においてわれわれは、SB を呈して都立松沢病院に2006~2007年の20ヶ月間に入院した精神科患者を対象として、DSM-IVに基づく精神科診断構造化面接 (SCID-I CV, SCID-II) による診断やその他の臨床特徴の評価を行った。この対象 (157例、但しここにはSCID-II未施行2例が含まれる) には、重症の精神障害が前景にあるが、SBによる身体障害の重症度が低いという特徴がある。対象患者の入院前に見られた主要なSB手段は、刃器による切傷40%、過量服薬32%、縊首14%、飛び降り12%であった。対象患者の主なI軸精神障害の内訳は、感情障害62%、不安障害55%、物質使用障害38%、精神病性障害27%、摂食障害10%であった。パーソナリティ障害 (personality disorder: PD) は、87%に認められ、中でも境界性PDが56%と最も多かった。ライフイベント (life event: LE) では、対人関係のLE、生活状況のLEがそれぞれ69%、62%と多く報告され

- 著者所属：1) 都立松沢病院精神科, Department of Psychiatry, Tokyo Metropolitan Matsuzawa Hospital
2) 東京都精神医学総合研究所統合失調症プロジェクト, Research Project for the Recovery from Schizophrenia, Tokyo Institute of Psychiatry
3) 東京医科歯科大学医学部, Faculty of Medicine, Tokyo Medical and Dental University
4) 東京大学教育学部, Graduate School of Education, University of Tokyo
5) 国立精神・神経センター精神保健研究所老人精神保健部, Department of Psychogeriatrics, National Institute of Mental Health, National Center of Neurology and Psychiatry
6) 東京都精神医学総合研究所うつ病プロジェクト, Tokyo Institute of Psychiatry
7) 東京都福祉保健局障害者施策推進部, Disabled Persons Division, Bureau of Social Welfare and Public Health, Tokyo Metropolitan Government
8) 東京都立多摩総合精神保健福祉センター, Tokyo Metropolitan Tama Comprehensive Center for Mental Health and Welfare
9) 名古屋大学大学院教育発達科学研究科, Graduate School of Education and Human Development, Nagoya University

受理日：2009年3月7日

ていた。入院時の重度の抑うつ症状、絶望感は、それぞれ55%、48%の対象に認められた。養育期の虐待、性的虐待は対象患者のそれぞれ61%、17%で報告された。

本報告ではさらに、SBに関連する臨床特徴（値の高低もしくは有無にて二値化された特徴）と7種の診断分類（感情障害、精神病性障害、物質使用障害、不安障害、PDクラスターA、B、C）の関連、そして診断分類と養育期の虐待との関連をロジスティック回帰分析によって解析した。その結果、PDクラスターB、不安障害、感情障害がSBに関連する臨床特徴および養育期の虐待との関係の中で重要な位置を占めることが明らかにされた。クラスターBは、過量服薬の経験、高い攻撃性、対人関係のLEや生活状況のLEに関連する要因であり、養育期の虐待にも関連していた。不安障害は、自己切傷の経験、入院前の悩みの強さ、SB時解離症状に関連する要因であり、養育期の虐待とも関連していた。感情障害は、縊首の経験や入院前の過量服薬、抑うつ症状、絶望感、SB時解離症状に関連していたと考えられた。これらの所見は、精神障害がSBの発生要因であり、また虐待とSB発生との介在要因であることを示唆している。これらの知見は、精神科病院におけるSB患者の診断や治療の方針策定やSBの発生過程についての研究立案、精神科患者のSB・自殺予防策作成などの際の基礎的資料として役立てることができる。

〈索引用語〉自殺関連行動、自殺企図（未遂）、精神科入院、精神科診断、パーソナリティ障害、自傷行為、過量服薬〉

I. はじめに

自殺は、精神疾患や精神保健上の問題がその発生要因の一つであることがつとに指摘されている問題である。心理学的剖検による研究では、自殺者の大多数が精神疾患に罹患していたことが確認されている。Cavanaghら¹³⁾のメタ分析によると自殺者の精神疾患罹患率は平均90%であり、対照である自殺によらない死亡者の罹患率27%を大きく上回っている。また、大規模コホート研究で精神科患者の自殺リスクは非精神科患者に比較して概ね10倍前後に上昇することが報告されている^{3,38)}。このように自殺と精神疾患とが密接に関連していることから、精神医学的自殺予防活動に期待が集まっている。

精神医学的自殺予防の中で、精力的に効果研究が進められている、もしくは、自殺予防効果が実証されつつあるものには、自殺の原因となりうる精神障害の早期発見・治療や、自殺リスクが高いと考えられている救急医療機関で自殺未遂のために治療を受けた患者に対する介入がある⁶⁰⁾。しかし、精神科治療を受けている人々を対象とする自殺予防研究はそれらよりずっと立ち遅れている²⁹⁾。さらに、自殺未遂や自傷行為を行う精神科患者については、その実態を明らかにするための良質な

研究の数が不足している状態にある。

本研究の目的は、自殺関連行動 (suicidal behavior, 以下、SBと略) を示す精神障害患者の診断や臨床特徴を調査し、SBと精神障害といういわば二重の自殺リスクを負っている人々の自殺予防のための基礎資料となる知見を得ることである。この種の研究は、従来救急医療機関で治療された自殺未遂患者を対象に行われることがあったものの、精神科入院施設で行われたものは著者たちの知る限り見当たらない。

本研究の調査事項は、SBが、自殺の発生プロセス仮説と同様に、一定のプロセスの結果として生じるという理解に基づいて選択されている。従来の自殺経路 (pathways to suicide) 説⁴⁰⁾、自殺の心的過程の階層モデル¹⁴⁾といった理解によれば、自殺とは発達環境、パーソナリティ特性 (障害)、精神障害、ライフイベント (以下、LEと略) といった要因や契機が輻輳して関わり合って発生するものと捉えられている。この仮説でのSBは、自殺への過程のすぐ前に位置づけられているので、SB自体もやはり、養育期からSB前状況までのさまざまな要因が関与して生じるものと理解することができる。本研究では、このようなSBの発生プロセスの理解に基づいて、可及的

に包括的な調査が行われている。このような多領域に及ぶ調査では、さまざまな方向からの解析が可能であるが、本報告では、対象患者の臨床特徴の性別、年齢との関連の分析に加えて、精神科診断の臨床特徴および養育期の虐待との関連に焦点をあてることにしたい。それは、精神障害がSB発生プロセスの中で特に重要な位置を占めると考えられるからである。

II. 研究方法

A. 研究対象

研究対象は、2006年の4月1日から2007年の11月30日までの20ヶ月間にSBを呈して都立松沢病院に入院した患者である。対象候補患者の登録は、その期間の全入院患者のSBの有無についての入院診察医への問い合わせ、さらにそれを診療録で確認する手続きによって行われた。

本研究では、自殺未遂や自傷行為を捉えるための概念として自殺関連行動(SB)を採用した。これは、WHO/EURO支部によって「死もしくは身体が傷つくことを期待もしくはその危険を承知しながら、特定の変化を起こす目的で開始され、実行される非致死的な結末となる行為」と定義されている¹⁷⁾。しかし、自殺未遂や自傷行為の定義には、現在も多くの混乱が残されており、幾つもの概念が並行して用いられている状況がある⁴⁴⁾。類似の広く普及している概念としては、自傷行為を自殺の意志の有無によって自殺未遂から切り離して捉えようとする意図的に自分を害する行為(deliberate self harm, 以下DSHと略)⁵²⁾がある。この概念は、軽症の自殺関連行動を対象とする研究において有用である。しかし、医療機関における調査では自殺の意図の判断が困難なケースが少なくないし、行為の致死性と自殺の意図の強さは必ずしも一致しない(例えば、Hawら²⁷⁾)という事情があるため、本研究では自殺未遂と自傷行為の両方を含むSBの概念を選択したのである。

対象候補から対象患者を選択する条件は、SBが入院前に存在することの他、(1)入院時年齢が

20歳以上であること、(2)精神科入院治療を都立松沢病院で継続すること〔身体状態、精神状態の改善が確認された後、ただちに退院する患者(2-a)、および短期間で他の精神科病院に転院する患者(2-b)を除外すること〕、(3)知能の著明な低下のないこと(認知症、精神遅滞などにより知能が低下し、研究参加への同意能力に乏しいと判断される患者を除外すること)、(4)日本語以外を母国語とする患者(外国人)を除外すること、(5)研究の評価面接を安全に受けることのできる精神状態の安定が達成されていること(これは、活発な精神病症状や重度の思考障害があるか、評価面接が患者にとって過大な負担にならないかによって、担当医および調査担当者の意見交換の中で判断される)、(6)患者本人のインフォームド・コンセントを得ること、さらに非自発入院(医療保護入院、措置入院)の場合には保護者もしくは保護者に相当する家族の研究参加に対する承諾も得ることである。

B. 精神医学的評価・調査項目

本研究では、対象患者と調査者との面接において、人口統計学的データや社会的サポートについての一般的事項に加えて、以下の評価が行われた。尚、この調査面接は、2回以上に分けて実施されることが原則とされた。また、自記式質問表に基づく評価は、面接者が質問を読み上げて施行された。調査ではさらに、面接で得られた情報に加えて、随時診療録が参照された。

1) 入院前および既往のSBの種類、時期

SBの分類は、自殺企図の実態と予防介入に関する研究〔平成16年度厚生労働省科学研究(主任研究者 保坂隆)〕に準じたものが使用された。それらは、1. 薬物・物質の服用(a. 医師処方に向精神薬の過量服用, b. 医師処方以外の薬物の過量服用, c. 市販薬物の過量服用, d. 農薬, e. その他の毒物), 2. 刃器による切傷(a. 手・前腕の切傷, b. 手・前腕以外の切傷, c. 部位を問わず皮下に達する切傷), 3. 飛び降り, 4. 飛び込み, 5. 縊首(a. 首吊り, b. 首絞め),

その他〔焼身、ガス中毒（排気ガス、練炭のCOガス吸引など）、体幹の刺創、指や四肢などの切断、入水、感電、頭の壁などへの叩きつけなど〕である。

調査の対象となるSBには、実行直前の段階に至ったもの（例えば、実際に自傷しようと刃器を自分に向ける、飛び降りようとする現場に立つ、首に紐をかけるといった行動）を含むこととした。また、それぞれの行動の結果について、身体科治療の内容が調査された。

2) 精神科診断

本研究では、米国精神医学会の診断基準（Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth revision: DSM-IV）に基づく精神科診断構造化面接（Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders Clinician Version: SCID-I CV）²⁰⁾、Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Personality Disorders: SCID-II²¹⁾が実施された。ここでは、対象患者との面接および診療録が情報源とされた。

3) 入院前3ヶ月間のライフイベント（LE）および悩み

LEおよび悩みについての調査項目は、Paykelら⁵³⁾、Heikkinenら^{31,32)}の研究での調査項目を参考として選択された。それらは、1. 対人関係のLE〔トラブル（喧嘩、裏切り）、別居（別離）、死別〕（a. 配偶者またはパートナーとの関係のLE, b. 家族（配偶者またはパートナー以外）との関係のLE, c. 友人（知人）との関係のLE）、2. 生活状況のLE〔a. 仕事や学業上の問題（不満足、いざこざ、転勤、転校、失業、退学）、b. 経済問題、c. 転居、転校、d. 家族の病气、e. 法律問題（警察の取調べ、逮捕など）〕、3. 健康上のLE（a. 患者本人の身体疾患の発病、b. 患者本人の精神疾患の発病、c. 妊娠・妊娠中絶）、その他、である。LEは、入院前1週間、1週（8日）以上～1ヶ月、1～3ヶ月の期間でのそれぞれの有無が評価された。

SBの前の悩みのテーマの調査では、LEに準じた分類が用いられた。そしてさらに、それぞれ

の項目について悩みの程度が3件法の尺度〔高度（2）、中等度（1）、軽度もしくは問題なし（0）〕によって評価された。

4) SB関連症状

a) 自殺意図尺度（Suicide Intention Scale: SIS）⁸⁾

SISは、SBにおける自殺意図の強さを評価する尺度である。SISには、客観的に見た自殺の意図の強さを評価するための下位尺度（SIS 1）と、患者が主観的に感じている自殺の意図の強さを評価するための下位尺度（SIS 2）がある。また、項目19、20は、行動の直前にアルコールもしくは薬物の使用の有無を問う項目である。（死生観などを尋ねる項目16、17、18は使用しなかった）。

b) Beckうつ病尺度-II（Beck Depression Inventory-II: BDI）⁶⁾

本研究では、入院前の1週間の抑うつ症状を評価するためにBDIが使用された。BDIは、Beckらによって開発された4件法の21の項目からなる抑うつ症状の尺度である。BDI日本語訳は、野村によるもの¹²⁾を用いた。

c) Beck絶望感尺度（Beck Hopelessness Scale: BHS）⁷⁾

BHSは、Beckらによって開発された2件法20項目からなる尺度である。この尺度によって入院前の時期の絶望感の程度が評価された。

d) 外傷体験時解離尺度（Peritraumatic Dissociative Experiences Questionnaire: PDEQ）⁴¹⁾

PDEQは、特定の体験における解離症状の程度を問う4件法8項目からなる尺度である。これは、PTSDを生じた外傷体験や自殺未遂の体験に付随する解離症状の評価に用いられている^{14,41)}。本研究では、入院前のSB時解離症状をこの尺度を用いて評価した。

e) 攻撃的行動尺度（Overt Aggression Scale-Modified: OAS-M）⁶³⁾

攻撃的行動や攻撃性は、SBとの関連が議論されている特性である。対象患者の入院前1週間の

攻撃的行動を OAS-M に基づいて評価した。

OAS-M の評価から「攻撃」、「怒り易さ」の下位尺度の点数が算出された。「自殺」の下位尺度では、SB による身体的影響 (項目 7b) のみが解析に使用された。

5) 養育期における虐待

養育期における虐待については、四戸、斎藤らが開発した Traumatic Event Check-List (TECL)⁵⁸⁾ の質問の一部を改変して作成した 17 歳以下の虐待の有無を評価する 3 件法 (確実、疑わしい、なし)、7 項目の尺度が使用された。項目は、家庭内の身体的虐待、ネグレクト、家族内の言語的虐待、家庭内の性的虐待、家庭外の身体的虐待、家庭外の言語的虐待、家庭外の性的虐待である。本報告では、「確実」とされたもののみを解析対象とした。

C. 調査者の訓練、倫理面での配慮

調査面接者は 11 人の 2 年以上の臨床経験を有する精神科医である。調査実施に先立ち、全員に対する評価のための研修が行なわれた。それらは、SCID-I CV, SCID-II については 7 回の講義および 4~6 回の実地での演習、その他の評価尺度については 2 回の講義および 3~5 回の実地での演習である。さらに、SCID-I, II については、すべての調査面接について研究者の間でレビューが行われた。

研究実施にあたり、対象患者には、以下のような治療的サービスが提供された。

1) 患者が希望しない場合を除いて、SCID-I, II による精神科診断についての報告書を担当医との協議の上作成し、治療的立場からその説明を行った。

2) 対象患者が退院後に利用可能な精神保健福祉相談のための相談窓口を東京都立中部総合精神保健福祉センター内に開設した。

なお、本研究は、松沢病院倫理委員会の承認 (平成 18 年 3 月 28 日) を受けている。

D. 解析方法

1) 研究された項目の集計および性別、年齢との関連の分析

本報告では、調査項目の集計結果を提示し、それらと性別、年齢との関連を χ^2 test (もしくは Fischer's exact test), ANOVA, Spearman 順位相関係数によって検討した。基本的に有意水準は、0.05 とした。但し、同グループの複数項目ごとに比較が繰り返される場合には、Bonferroni の補正が行われた。さらにその検討で有意な所見が得られた場合には、そこに属する下位項目の性別、年齢との関連の検定が Bonferroni の補正の下で行われた。例えば、I 軸精神障害と性別、年齢との関連の検討では、まず表 3 に示されている 6 種の診断分類ごとに比較が行われたので、有意水準は $p=0.0083$ ($0.05/6$) とされた。さらに診断分類の中の診断の性別、年齢との関連を調べる際には、その前に適用された p 値を診断数で除した値が有意水準とされた。例えば、不安障害ならば、5 種の診断が含まれるので (表 3 参照)、有意水準は $p=0.0017$ ($0.0083/5$) とされた。

2) SB に関連する臨床特徴と精神科診断との関連の分析

本報告ではさらに、SB に関連する臨床特徴に評価法が確立していないものが多く含まれていることから、その有無もしくは中央値で二値化した変数を用いて、それらの特徴と 7 種の診断分類 (感情障害、精神病性障害、物質使用障害、不安障害、PD クラスター A, B, C) との関連、および診断分類と養育期における虐待の有無との関連をステップワイズ法 (forward stepwise) によるロジスティック回帰分析によって解析した。尚、説明変数に用いられた診断分類、養育期の虐待同士の関連を示すため、それぞれの間の ϕ 係数を提示した。

解析には、SPSS 16.02 (SPSS Inc., Chicago, 2008) が使用された。

III. 結 果

研究期間中の松沢病院への入院件数は、3702

例（延数）であった。SBを入院事由としていた患者（研究対象候補）は、その9.4%、351例（336人）であった。

研究対象とならなかった候補患者の選択条件およびそれによって除外された人数は、20歳未満〔選択条件（1）〕20人、早期退院もしくは転院〔選択条件（2-a, b）〕それぞれ52人、42人、認知症・精神遅滞〔選択条件（3）〕8人、外国人〔選択条件（4）〕9人、面接可能な精神状態が達成されず〔選択条件（5）〕16例、対象候補患者の不同意、もしくは家族不同意または家族不在〔選択条件（6）〕がそれぞれ23例、11例であった。本研究では、（1）～（4）の調査対象の選択基準を満たす患者のうち、69.8%〔157/225（SCID-II未施行の対象2人を含む）〕が研究対象とされた。その入院形態は、医療保護入院92人、措置入院36人、任意入院29人であった。対象患者が入院後調査面接が終了するまでの期間の平均（標準偏差SD）は25.7（12.0）日であった。

患者の不同意、家族不同意もしくは家族不在〔選択条件（6）〕、精神状態の改善不十分〔選択条件（5）〕のために対象とならなかった50人の非対象患者群と、対象患者群とを年齢、性別、職業状況、家庭状況、退院時診断（ICD-10）、入院前のSB手段で比較したが、有意な相違は見出されなかった。

A. 研究された項目の集計および性別、年齢との関連の分析

1) 人口統計学的特徴など

研究対象の人口統計学的特徴や家族歴などの特徴を表1に示す。

女性には、男性よりも未婚者、単身生活者、入院前に救急医療機関で身体科治療を受けた患者の比率が少なかった（表1注参照）。その他、対象患者の多くに精神科受診歴があった。対象者の精神科受診歴、精神科入院歴は、それぞれ93.0%（146/157）、58.6%（92/157）にあり、対象者の80.3%（126/157）が入院前1ヶ月間に精神科外来を受診していた。また、初回SB時年齢、初回

精神科受診時年齢、初回精神科入院時年齢の平均は、それぞれ29.2（13.7）歳、30.0（10.4）歳、32.2（11.4）歳であった。それに対して、入院前1ヶ月間に身体科治療（SBに由来する身体障害への治療を除く）を受けていた患者は、20.4%（32/157）に留まっていた。入院前1年間に対象患者のうち52.2%（82/157）が知人や家族、医療機関以外の相談機関に精神的問題や悩みを相談していた。

2) 入院前および既往のSB手段の種類、時期
表2に対象患者の入院前のSB手段の頻度、そしてSB経験（入院前SBと既往のSBを含む）の頻度と平均経験回数を示す。

入院前のSB以外にも既往にSBを経験している患者、およびその既往のSBが入院1ヶ月以内に見られた患者は、それぞれ87.9%（138/157）、22.9%（36/157）であった。入院前のSB以外に入院前の1ヶ月間にSBを示していた患者は、そうでない患者と比較して平均年齢が低かった〔32.7（10.2）歳 vs. 39.9（13.0）歳（ $F=14.55$, $df=1, 155$, $p=0.0002$ ）〕。

3) 精神医学的診断

表3、4に、対象患者の精神障害（I軸）とPD（II軸）の頻度を示す。

表3の注にあるように、入院時の不安障害、既往を含む不安障害、身体表現性障害、摂食障害は女性に多く認められた。この既往を含む摂食障害についての所見は、既往を含む神経性大食症が女性に多いこと〔 $p=0.009$, Exact sig（2-sided）〕に由来していると考えられた。

さらに、入院時に不安障害もしくは物質使用障害と診断された患者は、そうでない患者よりも平均年齢が低かった（表3注参照）。

表4の注にあるようにPDの比率の性差は、境界性PDにのみ認められた。境界性PD患者と反社会性PD患者では、そのない患者よりも平均年齢が低かった（表4注参照）。

4) 入院前3ヶ月間のライフイベント（LE）および悩み

入院前3ヶ月間のLEおよび入院前の悩みをそ

表1 対象患者の人口統計学的特徴, 家族歴, 治療歴

	男性 (N=68)		女性 (N=89)		全体 (N=157)	
	人数	%	人数	%	人数	%
年齢 20~29 歳	22	32.4	26	29.2	48	30.6
30~39 歳	23	33.8	37	41.6	60	38.2
40~49 歳	13	19.1	13	14.6	26	16.6
≥50 歳	10	14.7	13	14.6	23	14.6
平均 (SD)	36.4	(11.8)	36.9	(12.7)	36.6	(12.3)
婚姻状況 未婚	48	70.6	40 ^a	44.9	88	56.2
パートナー有	11	16.2	27	30.3	38	24.2
家庭状況 (同居者有)	34	50.0	60 ^b	67.4	94	59.9
教育歴 義務教育まで	19	27.9	26	29.2	45	28.7
高卒	30	44.1	38	42.7	68	43.3
大卒以上	17	25.0	13	14.6	30	19.1
職業状況 (無職)	42	61.8	41	46.1	83	52.9
身体入院治療からの転入院	14	20.6	8 ^c	9.0	22	14.0
精神科受診歴	62	91.1	84	94.4	146	93.0
精神科受診 (1ヶ月以内)	54	79.4	72	80.9	126	80.3
精神科入院歴	38	55.9	54	60.7	92	58.6
精神科入院回数 平均 (SD)	2.4	(4.7)	2.7	(4.1)	2.5	(4.4)
精神疾患家族歴有 ^d	18	26.9	35	39.8	53	34.2
自殺企図家族歴有 ^e	10	14.7	16	18.2	26	16.7

注 ^a 男性では女性よりも未婚者が多かった ($\chi^2=10.29$, $df=1$, $p=0.0013$).

^b 女性では男性よりも同居者有が多かった ($\chi^2=4.87$, $df=1$, $p=0.0274$).

^c 男性では女性よりも身体入院治療を受けている者が多かった ($\chi^2=4.30$, $df=1$, $p=0.0380$).

^d 3親等以内のもの。家族歴が知りえない対象が2例あった。「疑い」を含めると全体で49.7% (78/155) となる。

^e ここには、自殺既遂家族歴、自殺未遂家族歴の両方が含まれる。

それぞれ表5, 6に示す。

表5注にあるように生活状況のLEを報告した対象患者では、それのない患者よりも平均年齢が低かった。この所見は、仕事や学業上のLEが報告された患者でそれ以外の患者よりも平均年齢が低いことによって主に説明されると考えられた [30.4 (7.8) 歳 vs. 39.2 (12.9) 歳 ($F=17.86$, $df=1$, 155 , $p<0.0001$)].

対人関係の悩みは女性に多く訴えられた (表6注参照)。生活状況の悩みのある対象患者の平均年齢は、その悩みのない患者よりも低かった。この所見は、仕事や学業上の悩みのある対象患者の平均年齢がそれ以外の患者より低いことによって

主に説明されると考えられた [29.7 (7.4) 歳 vs. 39.2 (12.8) 歳 ($F=20.76$, $df=1$, 155 , $p<0.0001$)].

5) 自殺関連行動 (SB) 関連症状

SIS, BDI, BHS, PDEQなどのSB関連症状の評価を表7に示す。

表7注に示されているようにSB前の物質摂取 (SIS 19-20) および怒り易さ (OAS-M Q5-6) と年齢の間には有意な順位相関係数が認められた。これは、SB前の物質摂取や怒り易さは若年者ほど程度が強いという所見である。

SISでは、自殺意図が高度の患者 (SIS合計>18) は、全体の13.4% (21/157) であった。ま

表2 自殺関連行動 (SB) の手段, 回数^a

	入院前 SB		既往を含む SB 経験 ^b		
	人数	%	人数	%	平均回数 ^c (SD)
1. 薬物・毒物の服用 ^d	52	33.1	102	65.0	9.5 (16.4)
a. 医師処方に向精神薬の過量服用	43	27.4	96	61.1	9.2 (15.5)
b. 向精神薬以外の処方薬物の過量服用	4	2.5	5	3.2	7.6 (12.6)
c. 市販薬物の過量服用	8	5.1	15	9.6	2.5 (1.8)
d. 農薬	2	1.3	3	1.9	1.3 (0.6)
e. その他の毒物	3	1.9	7	4.5	1.3 (0.5)
2. 刃器による切傷	63	40.1	107	68.2	13.6 (24.4)
a. 手・前腕の切傷	42	26.8	97	61.8	11.9 (21.7)
b. 手・前腕以外の切傷	29	18.5	43	27.4	6.9 (13.2)
c. 上記のうち皮下に深達する切傷	18	11.5	35	22.3	2.4 (3.3)
3. 飛び降り	18	11.5	45	28.7	2.3 (2.4)
4. 飛び込み	16	10.2	27	17.2	2.2 (3.8)
5. 縊首	22	14.0	38	24.5	2.7 (3.6)
a. 首吊り	12	7.6	25	15.9	2.6 (4.1)
b. 首を絞める	11	7.0	14	8.9	2.3 (2.5)
その他 ^e 焼身	1	0.6	4	2.5	1.3 (0.5)
排気ガスなどのガス	1	0.6	7	4.5	1.3 (0.5)

注 ^a SB 手段の有無と性差, 年齢の関連の検定はこの表に示されている 5 種の SB 手段の分類ごとに行われたので, 有意水準は $p=0.01$ (0.05/5) とされた。

^b 入院前の SB 手段を含む。

^c 経験した患者での平均経験回数。

^d 後に示す SB と精神科診断の関連の解析では, SB 分類として 1-a, b, c の過量服薬が選択されている。それは, ここに見られるように 1-d, e が既往を含む回数が少ないなど過量服薬と異なる性質があると考えられたからである。入院前過量服薬 (1-a, b, c) は, 50 人 (31.8%), その経験者は 101 人 (64.3%), 平均経験回数 (SD) は 9.5 (16.4) 回であった。

^e その他の入院前の SB には, ここに示されている SB の他, 体幹の刺傷 2 例, 頭の壁などへの叩きつけ 5 例, 窒息, 凍死, 指の切断各 1 例が含まれる。

た, 自殺関連行動の勢いづけのためにアルコールまたは薬剤を使用した患者の比率は, 13.4% (21/157) であった。

BDI および BHS の所見からは, 対象患者の約半数が総じて重度のうつ状態もしくは絶望の状態にあったと判断される。BDI の値による対象患者のうつ状態は, 軽度 (10~15 点) 6.3%, 軽度~中等度 (16~19 点) 10.2%, 中等度~重度 (20~29 点) 21.0%, 重度 (30 点以上) 55.4% であった。BHS による絶望感の評価では, 緩

やかな絶望 (8~13 点) 30.0%, 深刻な絶望 (14 点以上) 47.8% であった。

PDEQ の評価では, SB の際に解離症状が一般的に認められるという所見が得られている。SB によって生じた身体障害の重症度は, 平均がほぼ軽度の値 (すなわちほぼ「2」) であった。その内訳は, 軽度以下 63.1% (99/157), 中等度 29.3% (46/157), 重度以上 7.6% (12/157) であった。

6) 養育期における虐待

養育期における虐待の頻度を表 8 に示す。

表 3 対象患者の精神障害 (I 軸)^a

	入院時の精神障害						既往を含む精神障害					
	男性 (N=68)		女性 (N=89)		全体 (N=157)		男性 (N=68)		女性 (N=89)		全体 (N=157)	
	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%
感情障害 ^b	36	52.9	61	68.5	97	61.8	39	57.4	63	70.8	102	65.0
双極 I 型	3	4.4	6	6.7	9	5.7	3	4.4	7	7.9	10	6.4
双極 II 型	4	5.9	8	9.0	12	7.6	4	5.9	8	9.0	12	7.6
大うつ病, 単一エピソード	9	13.2	6	6.4	15	9.6	11	16.2	7	7.9	18	11.5
大うつ病, 反復性	19	27.9	34	38.2	53	33.8	19	27.9	35	39.3	54	34.4
気分変調性障害	0	0.0	5	5.6	5	3.2	6	8.8	11	12.4	17	10.8
精神病性障害 ^c	22	32.4	20	22.5	42	26.8	22	32.4	21	23.6	43	27.4
統合失調症	18	26.5	14	15.7	32	20.4	18	26.5	14	15.7	32	20.4
統合失調感情障害	3	4.4	0	0.0	3	1.9	3	4.4	0	0.0	3	1.9
短期精神病性障害	1	1.5	5	5.6	6	3.8	1	1.5	6	6.7	7	4.5
物質使用障害	24	35.3	36	40.4	60 ^d	38.2	29	42.6	45	50.6	74	47.1
アルコール使用障害 ^e	15	22.1	26	29.2	41	26.1	16	23.5	33	37.1	49	31.2
非アルコール使用障害 ^f	12	17.6	17	19.1	29	18.5	19	27.9	28	31.5	47	29.9
不安障害 ^g	28	41.2	59 ^h	66.3	87 ⁱ	55.4	29	42.6	59 ^j	66.3	88	56.1
広場恐怖を伴うパニック障害	9	13.2	25	28.1	34	21.7	9	13.2	25	28.1	34	21.7
広場恐怖のないパニック障害	7	10.3	13	14.6	20	12.7	9	13.2	13	14.6	22	14.0
強迫性障害	7	10.3	6	6.7	13	8.3	8	11.4	9	10.1	17	10.8
PTSD	6	8.8	19	21.3	25	15.9	6	8.8	19	21.3	25	15.9
特定の恐怖症	4	5.9	10	11.2	14	8.9	4	5.9	10	11.2	14	8.9
社会恐怖	3	4.4	6	6.7	9	5.7	3	4.4	6	6.7	9	5.7
全般的な不安障害	4	5.9	11	12.4	15	9.6	4	5.9	12	13.5	16	10.2
身体表現性障害 ^k	0	0.0	7	7.9	7	4.5	0	0.0	9 ^l	10.1	9	5.7
摂食障害	2	2.9	13	14.6	15	9.6	6	8.8	28 ^m	31.5	34	21.7
神経性無食欲症	0	0.0	2	2.2	2	1.3	1	1.5	11	12.4	12	7.6
神経性大食症	2	2.9	7	7.9	9	5.7	2	2.9	13	14.6	15	9.6
特定不能の摂食障害	0	0.0	4	4.5	4	2.5	4	5.9	7	7.9	11	7.0
その他適応障害	2	2.9	1	1.1	3	1.9	2	2.9	1	1.1	3	1.9

注 ^a 精神障害 (I 軸) の有無と性差, 年齢の関連の検定はこの表に示されている 6 種の精神障害 (I 軸) の分類ごとに行われたので, 有意水準は $p=0.0083$ (0.05/6) とされた。

^b 特定不能の双極性障害 1 例, 特定不能のうつ病性エピソード 3 例, 一般身体疾患による感情障害を含む。双極性障害は, 全例うつ状態であった。

^c 統合失調様障害 1 例, 一般身体疾患による幻覚性障害 1 例, 特定不能の精神病性障害 1 例を含む。物質誘発性幻覚性障害 8 例 [同 (既往を含む) 10 例] はここに含まれていない。

^d 物質使用障害患者では, それ以外の患者より平均年齢が低かった [33.1 (8.0) 歳 vs. 38.8 (13.9) 歳 ($F=8.45$, $df=1,155$, $p=0.0042$)]

^e この内訳は, アルコール依存 38 例, 同既往 4 例, 同乱用 3 例, 同乱用既往 4 例である。

^f この内訳は, アンフェタミン依存 9 例, 同既往 9 例, 同乱用 1 例, 同乱用既往 4 例, 大麻依存 5 例, 同既往 6 例, 同乱用 1 例, 同乱用の既往 4 例, コカイン依存 1 例, 幻覚剤依存 1 例, 同既往 1 例, 同乱用 2 例, 同乱用の既往 2 例, 吸入剤依存 1 例, 同既往 9 例, 同乱用既往 3 例, 麻薬乱用既往 1 例, フェンシクリジン依存 1 例, 鎮静剤催眠剤依存 12 例, 同既往 1 例, 同乱用 1 例, 同乱用既往 1 例, その他の物質依存 4 例, 同乱用 1 例である。

^g パニック障害の既往のない広場恐怖 5 例, 特定されない不安障害 7 例もここに含まれている。ここに物質誘発性不安障害 1 例は含まれていない。

^{h,j} 不安障害およびその既往を含む不安性障害は女性に多い [それぞれ $p=0.002$, $p=0.004$, Exact sig (2-sided)]。

ⁱ 入院時に不安障害と診断された患者は, そうでない患者よりも平均年齢が低かった [33.7 (9.8) 歳 vs. 40.3 (14.1) 歳 ($F=12.07$, $df=1,155$, $p=0.0007$)]。

^k ここには, 鑑別不能型身体表現性障害 2 例, 心理的要因と関連した疼痛性障害 1 例, 転換性障害 5 例, 同既往 1 例, 身体醜型障害既往 1 例が含まれている。

^l 身体表現性障害 (既往を含む) は女性に多かった [$p=0.005$ Exact sig (2-sided)]。

^m 摂食障害 (既往を含む) は女性に多かった [$p=0.001$ Exact sig (2-sided)]。

表4 対象患者のパーソナリティ障害（II軸）^a

	男性 (N=68)		女性 (N=87)		全体 (N=155)	
	人数	%	人数	%	人数	%
クラスター A	27	39.7	26	29.9	53	34.2
妄想性 PD	13	19.1	16	18.4	29	18.7
統合失調質 PD	15	22.1	10	11.5	25	16.1
統合失調型 PD	5	7.4	7	8.0	12	7.7
クラスター B	38	55.9	62	71.3	100	64.5
境界性 PD	28	41.2	58 ^b	66.7	86 ^c	55.5
反社会性 PD	22	32.4	20	23.0	42 ^d	27.1
自己愛性 PD	7	10.3	11	12.6	18	11.6
演技性 PD	3	4.4	8	9.2	11	7.1
クラスター C	29	42.6	44	50.6	73	47.1
回避性 PD	21	30.9	28	32.2	49	31.6
強迫性 PD	10	14.7	24	27.6	34	21.9
依存性 PD	9	13.2	8	9.2	17	11.0
その他						
抑うつ性 PD	25	36.8	32	36.8	57	36.8
受動攻撃性 PD	15	22.1	22	25.3	37	23.9
特定不能の PD	3	4.4	3	3.4	6	3.9
何らかの PD	55	80.9	80	92.1	135	87.1

注 ^a PD (II軸) の有無と性差, 年齢の関連の検定はこの表に示されている 10 種の PD 類型ごとに行われたので, 有意水準は $p=0.005$ (0.05/10) とされた。

^b BPD は女性に多かった ($p=0.002$, Exact sig (2-sided)).

^{c,d} 境界性 PD 患者と反社会性 PD 患者では, それのない患者よりも平均年齢が低かった [それぞれ, 32.7 (7.7) 歳 vs. 41.3 (14.4) 歳 ($F=22.54$, $df=1,153$, $p<0.001$), 31.2 (6.2) 歳 vs. 38.5 (13.0) 歳 ($F=11.95$, $df=1,153$, $p=0.001$)].

この表では, 対象患者の 61% が養育期に何らかの虐待を経験していることが示されている。性的虐待は女性に多く認められた (表 8 注参照)。従来から注目されてきた境界性 PD の性的虐待の頻度は, 26% であった。何らかの虐待を経験している患者は, それ以外の患者より平均初診時年齢が低かった [27.1 (8.0) 歳 vs. 31.9 (12.8) 歳 ($F=8.62$, $df=1,155$, $p=0.0038$)]. この相違には, 言語的虐待を報告する患者の平均初診時年齢がそれ以外の患者より低いことによって主に説明されると考えられた [26.9 (8.0) 歳 vs. 31.2 (12.2) 歳 ($F=7.07$, $df=1, 155$, $p=0.0087$)]. さらに, 養育期に何らかの虐待を経験

している患者では, それ以外の患者より初回 SB 時年齢も低いことが認められた [26.5 (10.9) 歳 vs. 33.4 (16.4) 歳 ($F=9.81$, $df=1, 155$, $p=0.0021$)]. これは身体的虐待を報告する患者では, それ以外の患者より初回 SB 時年齢が低いことによって主に説明されると考えられた [25.1 (9.9) 歳 vs. 31.6 (15.0) 歳 ($F=8.46$, $df=1, 155$, $p=0.0042$)].

B. SB に関連する臨床特徴と精神科診断との関連の分析

1) SB 手段と診断分類との関連

表 9 にロジスティック回帰分析の説明変数であ

表 5 入院前 3 ヶ月間のライフイベント (LE)^a

入院前 3 ヶ月間の LE	男性 (N=68)		女性 (N=89)		全体 (N=157)	
	人数	%	人数	%	人数	%
1. 対人関係の LE (トラブル, 別離, 死別)	38	55.9	71	79.8	109	69.4
a. 配偶者またはパートナーとの関係	18	26.5	32	36.0	50	31.8
b. 家族(配偶者またはパートナー以外)との関係	21	30.9	40	44.9	61	38.9
c. 友人(知人)との関係	13	19.1	28	31.5	41	26.1
2. 生活状況の LE	44	64.7	54	60.7	98 ^b	62.4
a. 仕事や学業上の問題(失業や退学)	25	36.8	20	22.5	45	28.7
b. 経済問題	25	36.8	22	24.7	47	29.9
c. 住居の問題	7	10.3	11	12.4	18	11.5
d. 家族の病気	6	8.8	17	19.1	23	14.6
e. 法律問題	8	11.8	9	10.1	17	10.8
3. 健康上の LE	13	19.1	17	19.1	30	19.1
a. 患者本人の身体疾患の発病	8	11.8	8	9.0	16	10.2
b. 患者本人の精神疾患の発病	5	7.4	9	10.2	14	8.9
c. 妊娠・妊娠中絶			2	2.2	2	1.3
その他	4	5.9	3	3.4	7	4.5

注 ^a 入院前の LE の有無と性差, 年齢の関連の検定はこの表に示されている 3 種の LE 分類ごとに行われたので, 有意水準は $p=0.0167$ ($0.05/3$) とされた。

^b 生活状況の LE を報告した患者では, それのない患者よりも平均年齢が低かった [34.2 (10.4) 歳 vs. 40.7 (14.1) 歳 ($F=10.73$, $df=1,155$, $p=0.0013$)].

る 7 種の診断分類間の関連を示す。この表の所見は, 精神科診断分類の間の関連は, 感情障害, 物質使用障害, 不安障害, クラスター A, B, C が互いに軽度に関連することがあるが, 精神病性障害でそれらの診断分類との間の関連が見られず, 特に感情障害が合併することが少ないと概括できよう。さらに, 表 10 に SB 手段を目的変数, 診断分類を説明変数として行われたロジスティック回帰分析の結果を示す。

入院前の SB 手段に関連があると考えられる診断分類は, 精神障害 (第 I 軸) のみであった。それは, 感情障害があると過量服薬が多い, 物質使用障害があると縊首が少ないというものであった。既往を含む SB 手段では, 感情障害があると縊首が多い, 不安障害があると刃器による切傷が多い, クラスター B があると過量服薬が多いという所見が得られた。また逆に精神病性障害があると過

量服薬が少ない, クラスター B があると縊首が少ないというネガティブな関連が認められた。

2) ライフイベント (LE), 悩みと診断分類との関連

表 11, 12 に LE および悩みの 3 つの下位分類 (表 5 参照) を目的変数, 診断分類を説明変数として行われたロジスティック回帰分析の結果を示す。但し, LE の分析では, 精神障害 (I 軸) の 4 つの診断分類によって入院前 3 ヶ月間の LE の発生を説明するという設定に臨床的に無理があると考えられるので (LE によって精神障害が発生したとみられるケースがあるので), 説明変数は 3 種の PD クラスターのみとした。

LE では, クラスター B があると対人関係および生活状況の LE が多い, クラスター A があると対人関係の LE が少ないことが認められた。悩みでは, 不安障害もしくはクラスター B がある

表6 入院前の悩み^{a,b}

入院前の悩みの種類	男性 (N=68)		女性 (N=89)		全体 (N=157)	
	人数	%	人数	%	人数	%
1. 対人関係の悩み〔トラブル, 別居 (別離), 死別〕	31	45.6	64 ^c	71.9	95	60.5
a. 配偶者またはパートナー	16	23.5	30	33.7	46	29.3
b. 家族の問題	18	26.5	34	38.2	52	33.1
c. 友人の問題	6	8.8	19	21.3	25	15.9
2. 生活状況の悩み	43	63.2	57	64.0	100 ^d	63.7
a. 家族の病気	6	8.8	20	22.5	26	16.6
b. 仕事や学業上の問題 (失業, 退学)	23	33.8	19	21.3	42	26.8
c. 経済問題	28	41.2	28	31.5	56	35.4
d. 住居の問題	9	13.2	12	14.6	21	13.4
e. 法律問題	2	2.9	5	5.6	7	4.5
3. 健康上の悩み	34	50.0	49	55.1	83	52.9
a. 自分の身体障害, 身体疾患	17	25.0	23	25.8	40	25.5
b. 自分の精神疾患, 精神障害	26	38.2	44	49.4	70	44.6
c. 妊娠についての問題			2	2.2	2	1.3
その他	1	1.5	2	2.2	3	1.9

注 ^a 入院前の悩みの有無と性差, 年齢の関連の検定はこの表に示されている3種のLE分類ごとに行われたので, 有意水準は $p=0.0167$ ($0.05/3$) とされた。

^b 中等度以上の悩みの頻度を示す。

^c 対人関係の悩みは女性に多かった ($\chi^2=11.18$, $df=1$, $p=0.00083$)。

^d 生活状況の悩みのある患者の平均年齢は, その悩みのない患者よりも低かった [34.1 (10.7) 歳 vs. 41.1 (13.7) 歳 ($F=12.68$, $df=1,155$, $p=0.0005$)]

表7 自殺関連行動 (SB) 関連症状

	男性 平均 (SD)	女性 平均 (SD)	全体 平均 (SD)
自殺意図尺度合計 (SIS 1, 2)	12.50 (6.30)	11.06 (5.97)	11.68 (6.14)
客観的自殺意図 (SIS 1)	4.89 (3.22)	4.22 (2.99)	4.51 (3.10)
主観的自殺意図 (SIS 2)	7.60 (3.81)	6.83 (4.04)	7.17 (3.95)
SB 前の物質摂取 (SIS 19-20)	0.43 (0.97)	0.34 (0.78)	0.38 ^a (0.87)
Beck うつ病尺度 (BDI)	29.60 (11.82)	31.20 (12.92)	30.51 (12.44)
Beck 絶望感尺度 (BHS)	13.14 (4.33)	13.13 (5.19)	13.13 (4.82)
外傷体験時解離尺度 (PDEQ)	10.85 (6.90)	11.58 (7.20)	11.26 (7.06)
攻撃性 (OAS-MQ 1-4)	5.47 (6.23)	6.16 (7.09)	5.86 (7.01)
怒り易さ (OAS-MQ 5-6)	3.16 (2.69)	3.80 (2.89)	3.52 ^b (2.81)
身体的影響 (OAS-MQ 7 b)	1.84 (1.31)	1.79 (1.28)	1.81 (1.29)

注 ^a SB 前の物質摂取 (SIS 19-20) と年齢の間には有意な順位相関係数が認められた (-0.398 , $p<0.001$)。

^b 怒りやすさ (OAS-MQ 5-6) と年齢の間には有意な順位相関係数が認められた (-0.259 , $p=0.001$)。

表 8 養育期における虐待^a

	男性 (N=68)		女性 (N=89)		全体 (N=157)	
	人	%	人	%	人	%
性的虐待	5	7.4	21 ^b	23.6	26	16.6
身体的虐待	25	36.8	31	34.8	56	35.7
言語的虐待	32	47.1	48	53.9	80	51.0
ネグレクト	9	13.2	18	20.2	27	17.2
何らかの虐待あり	37	54.4	58	65.2	95	60.5

注 ^a 養育期の虐待の有無と性差、年齢の関連の検定はこの表に示されている 4 種の虐待の分類ごとに行われたので、有意水準は $p=0.0125$ ($0.05/4$) とされた。

^b 性的虐待は女性に多かった ($\chi^2=7.36$, $df=1$, $p=0.00667$)。

表 9 精神科診断分類間の関連^a

	ϕ 係数	p 値	後診断のある前診断患者/後診断患者	後診断のない前診断患者/非後診断患者
感情障害*精神病性障害	-0.705	0.000	2/41	94/114
感情障害*クラスター B	0.279	0.000	72/100	24/55
物質使用障害*クラスター B	0.387	0.000	52/100	7/55
不安障害*クラスター B	0.367	0.000	69/100	17/55
不安障害*クラスター C	0.247	0.002	50/73	36/82
クラスター A * クラスター C	0.301	0.000	36/73	17/82

注 ^a 有意な所見の得られた解析結果のみを示す。有意水準は $p=0.0024$ ($0.05/21$) とした。

表 10 自殺関連行動の診断分類によるロジスティック回帰分析^a

目的変数/説明変数	診断分類	Exp(B)	Wald	p 値	95 % CI	Nagelkerke R ²
入院前過量服薬	感情障害	2.12	3.96	0.047	1.01-4.46	0.022
入院前縊首	物質使用障害	0.30	4.47	0.034	0.10-0.92	0.060
既往を含む過量服薬	精神病性障害	0.34	7.15	0.007	0.16-0.75	0.162
	クラスター B	2.56	6.28	0.012	1.23-5.35	
既往を含む刃器による切傷	既往を含む不安障害	2.49	6.66	0.010	1.24-4.98	0.060
既往を含む縊首	クラスター B	0.34	6.60	0.010	0.15-0.77	0.100
	既往を含む感情障害	3.32	6.28	0.012	1.30-8.47	

注 ^a 目的変数が入院前 SB 手段の有無の場合、説明変数は入院時の診断分類 (I 軸) とクラスター A, B, C。目的変数が既往を含む SB 手段の有無の場合、説明変数は既往を含む診断分類 (I 軸) とクラスター A, B, C。ここには有意な所見の得られた解析結果のみを示す。

と対人関係の悩みが多い、クラスター A があるとそれが少ないことが認められた。また、生活状況の悩みは不安障害があると多い、健康上の悩みはクラスター C があると多いという所見であった。

3) SB に関連する臨床症状と診断分類との関連

表 13 に SB に関連する臨床症状評価を中央値で二値化した変数を目的変数、診断分類を説明変数として行われたロジスティック回帰分析の結果

表 11 ライフイベント (LE) の診断分類によるロジスティック回帰分析^a

目的変数/説明変数	PD クラスター	Exp(B)	Wald	p 値	95 % CI	Nagelkerke R ²
対人関係の LE 有	クラスター B	6.94	23.12	0.000	3.15-15.30	0.234
	クラスター A	0.41	4.61	0.032	0.182-0.925	
生活状況の LE 有	クラスター B	2.94	9.53	0.002	1.48-5.82	0.083

注 ^a 説明変数はクラスター A, B, C の診断分類, 目的変数は LE の各分類の有無。ここには有意な所見の得られた解析結果のみを示す。

表 12 入院前の悩みの診断分類によるロジスティック回帰分析^a

目的変数/説明変数	診断分類	Exp(B)	Wald	p 値	95 % CI	Nagelkerke R ²
対人関係の悩み有 ^b	不安障害	3.42	10.03	0.002	1.60-7.32	0.234
	クラスター B	3.20	8.99	0.003	1.50-6.86	
	クラスター A	0.45	4.09	0.043	0.20-0.98	
生活状況の悩み有	不安障害	2.66	8.16	0.004	1.36-5.21	0.072
健康上の悩み有	クラスター C	2.71	8.95	0.003	1.41-5.21	0.077

注 ^a 説明変数は 7 種の診断分類, 目的変数は入院前の悩みの各分類の有無。ここには有意な所見の得られた解析結果のみを示す。

^b 悩みはすべて中等度以上を有とした。

表 13 SB 関連症状の診断分類によるロジスティック回帰分析^a

目的変数/説明変数	診断分類	Exp(B)	Wald	p 値	95 % CI	Nagelkerke R ²
BDI 高値	感情障害	7.12	27.57	0.000	3.42-14.83	0.244
BHS 高値	感情障害	4.02	14.96	0.000	1.99-8.13	0.166
	クラスター A	2.27	4.87	0.027	1.10-4.69	
PDEQ 高値	感情障害	2.25	5.12	0.024	1.11-4.54	0.096
	不安障害	1.97	3.84	0.050	1.00-3.87	
攻撃性(OAS-M)高値	クラスター B	2.07	4.54	0.033	1.06-4.05	0.039
怒り易さ(OAS-M)高値	クラスター B	2.43	6.63	0.010	1.24-4.77	0.057

注 ^a 目的変数は SB 関連症状の高低, 説明変数は 7 種の診断分類。ここには有意な所見の得られた解析結果のみを示す。

を示す。それぞれを二値化した(高値と低値に分けた)基準は, SIS 1:4 以上と 4 未満, SIS 2:7 以上と 7 未満, SIS 19-20:2 以上と 2 未満, BDI:32 以上と 32 未満, BHS:14 以上と 14 未満, PDEQ:14 以上と 14 未満, OAS-M 1:3 以上と 3 未満, OAS-M 2:4 以上と 4 未満, OAS-M Q7b:2 以上と 2 未満であった。

BDI と BHS は感情障害があると高値が多かった。他方, BHS はクラスター A があると低値が多かった。PDEQ は, 感情障害もしくは不安障害があると高値が多かった。攻撃性と怒りやすさ

(OAS-M) は, クラスター B があると高値が多かった。

4) 診断分類と養育期の虐待との関連

表 14, 15 にロジスティック回帰分析の説明変数に用いられた養育期における 4 種の虐待間の関連, および診断分類を目的変数, 虐待の有無を説明変数として行われたロジスティック回帰分析の結果を示す。尚, 精神障害 (I 軸) の 4 つの診断分類を目的変数とする解析では, 養育期の虐待の精神障害 (I 軸) への (PD を介する関連以外の) 直接的な関連を吟味する目的で, 説明変数に 3 種

表 14 養育期の虐待の間の関連^a

	ϕ 係数	p 値	後者と前者のある患者/ 後者のある患者	後者のない前者のある患者/ 後者のない患者
性的虐待*身体的虐待	0.237	0.003	16/56	10/99
性的虐待*言語的虐待	0.337	0.000	23/79	3/76
性的虐待*ネグレクト	0.431	0.000	14/27	12/128
身体的虐待*言語的虐待	0.415	0.000	44/79	12/76
身体的虐待*ネグレクト	0.363	0.000	20/27	36/128
言語的虐待*ネグレクト	0.348	0.000	24/27	55/128

注 ^a 有意水準は Bonferroni の補正により, 0.0083 (0.05/6) とされた。

表 15 診断分類の養育期の虐待によるロジスティック回帰分析^a

目的変数/説明変数	虐待(もしくは PD クラスター)	Exp (B)	Wald	p 値	95 % CI	Nagelkerke R ²
クラスター A	身体的虐待	2.61	7.47	0.006	1.31-5.21	0.066
クラスター B	ネグレクト	13.08	6.02	0.014	1.68-101.96	0.200
	身体的虐待	2.63	5.22	0.022	1.15-6.02	
既往を含む不安障害	クラスター B	3.17	9.01	0.003	1.49-6.72	0.296
	ネグレクト	8.95	7.94	0.005	1.95-41.01	
	クラスター C	2.28	4.96	0.026	1.10-4.71	

注 ^a 既往を含む診断分類 (I 軸) が目的変数の場合, 説明変数は 4 種の虐待とクラスター A, B, C. クラスター A, B, C が目的変数の場合, 説明変数は 4 種の虐待のみ. ここには養育期の虐待との関連に有意な所見の得られた解析結果のみを示す。

の PD クラスターを加えた。

養育期の虐待のうち, 身体的虐待にクラスター A, B との関連, ネグレクトにクラスター B との関連が認められた。精神障害 (I 軸) では, 不安障害とネグレクトとの関連が認められた。

IV. 考 察

A. 対象患者の全般的特徴

本研究の対象患者は, 自殺未遂や頻回の自傷行為などの自己破壊的行動を特徴とする精神科入院患者である。対象患者には, 従来多く研究されてきた救急医療で扱われる SB 患者と次のような点で異なっていた。まず彼らは, 身体科治療を救急医療機関で受けて入院してきた患者が 22% であったことからわかるように, 精神障害が入院治療を要するほど重症であるが, SB による身体障害が軽度の者がほとんどである。これに対して救急

医療機関の方では, 身体科治療に引き続いて精神科入院治療を受ける患者の内外の報告での比率が 7~36%^{5,24,35,45)} (中山ら⁵⁰⁾ のみ 61%) であり, 救急医療で扱われる患者の一部でしかない。また, 本研究の対象患者の精神科治療を受けている比率や複数回 SB 経験率 (それぞれ 80%, 88%) が他の救急医療機関における研究^{2,5,45,50)} での数値 (それぞれ 41~69%, 25~65%) よりも高いことも特徴である。

本研究の対象患者の平均年齢 (37 歳) は, 救急医療機関での身体的に重症の自殺未遂者の年齢^{2,45,50)} (35~42 歳) や, 身体的に軽症の患者を扱っている研究の対象者の年齢^{5,26)} (30~38 歳) とほぼ同じである。さらに, 従来から入院前の SB 以前にも SB を行っている患者の年齢が若いことが報告されているが^{35,49)}, 本研究でも連続的に SB を行う患者は, そうでない患者よりも平均

年齢が低いことが見いだされている。また、本報告での女性が男性よりも若干多いという性比の所見は、他の大多数の救急医療機関の自殺関連行動を示す患者を扱った研究と同様の傾向を示している⁶⁶⁾。

B. 精神科診断について

本研究における対象患者の精神科診断（I軸）の比率は、救急医療機関における自殺未遂もしくはDSHを調査したBeautraisら⁴⁾、Hawら²⁶⁾の構造化診断面接による研究における比率（それぞれ感情障害77%、72%、物質使用障害39%、35%、神経症・ストレス関連障害24%、23%、摂食障害7%、11%、精神病性障害1%、5%）と、精神病性障害および不安障害（もしくは神経症・ストレス関連障害）の比率が高いこと以外、ほぼ一致している。その他の救急医療機関における自殺未遂患者を対象とする調査^{2,5,34,35,45,48)}では、感情障害25~41%、物質使用障害2~25%、精神病性障害7~17%、神経症もしくは適応障害9~39%といった数値が報告されている。ただしこれらの報告で全体的に精神科診断の割合が低いことは、そこにおいて構造化診断面接が実施されていないゆえであろう。

他方、PDについては、本報告と他の報告の間に大きな違いがある。Hawら²⁶⁾の自記式調査票による評価では、PDの比率が46%と本報告での比率87%よりもずっと小さい。特に、本研究での境界性PDの比率が56%に及んでいるのに対して、Hawらの報告では、それにほぼ相当する情緒不安定性PDが11%である。その他の構造化診断面接が用いられていない調査^{2,5,34,35,45,48)}では、自殺未遂もしくはDSH患者のPDが10~29%とさらに少ない数値が報告されている。本研究でのPDの比率の多さは、構造化診断面接SCID-IIが実施されていること、対象患者の精神障害が重度であること、SBを繰り返している患者が多いことに由来するものと思われる。

本研究の境界性PD患者の比率の高さ56%は、決して例外的な数値ではない。Herpertzの報

告³³⁾ではSBを3回以上経験していた入院患者54症例のうち52%が境界性PDであったという。そもそも境界性PD患者は、Shearer⁵⁷⁾が境界性PD患者の8割が自殺未遂か自傷行為を経験していたことを報告しているように、衝動的な自己破壊的行動を起こしやすい人々である。本研究のテーマとされた自殺関連行動は、境界性PDのそれを多く含んでいるものと考えられる。

C. SB手段

本研究の対象患者におけるSB手段は、薬物の服用や刃器による切傷が大多数であり、直接生命を脅かすものは比較的少数である。そしてそのようなSB手段は、多数回繰り返されることが多いという特徴があった。SB手段の比率は、研究フィールドや患者の性質によって大きく影響を受けており、本研究の結果は救急医療機関での研究におけるSB手段の比率と相当に異なっている。救急医療機関においてDSHを扱う研究^{5,6,48)}では、過量服薬81~96%、切傷4%~12%、自殺未遂を扱う研究^{2,34,35,45,49,50)}では、過量服薬36~93%、切傷4~28%とされている。本研究での入院前SBの中の切傷の比率は、それらよりも高く40%であった。

本研究では、SB手段の選択に関連があると考えられる精神障害が見出されている。縊首自殺未遂が感情障害患者に多く経験されていたことは、彼らが致死性の高い手段を選択する傾向があるゆえと解釈できる。また、過量服薬は、クラスターBの患者で多く経験されていた。これに関連するものとしては、救急医療機関において境界性PDに過量服薬が多いとするのGupta & Trzepaczの報告²⁵⁾がある。しかし、手首の切傷が境界性PDに特に多いという広く一般に流布している見方（例えば、Walsh & Rosen⁶⁵⁾）は、本研究の所見では十分支持されなかった。さらに、刃器による切傷の経験が不安障害患者に多く見られていた。不安障害患者にSBの多いことは、Sareenらの疫学研究^{55,56)}などによって近年注目されている。その他、物質使用障害患者に入院前の縊首が

少ない, 精神病性障害患者に過量服薬の経験が少ない, クラスタ B 患者に縊首の経験が少ないといったネガティブな関連も見出されている。

D. LE や悩みについて

本研究では, LE の頻度として, 従来の SB, DSH, 自殺未遂の患者についての報告とほぼ同じ数値が得られている。Heikkinen らの研究³¹⁾における自殺に前駆する LE の頻度は, 対人関係の LE 約 6 割, 職業上の LE 28 %, 身体疾患 22 %, 経済問題 18 %, 失業 16 %, 家族の病気 12 % であった。Paykel ら⁵³⁾も自殺未遂の前の LE を調査し, 対人関係の LE 約 6 割, 経済問題・失業 15 %, 身体疾患 36 % という数値を算出している。SB や自殺の前に対人関係の LE が多いことは, 対照との比較が行われている研究^{15,53)}でも指摘されている。また, 前方視的研究でも長期にわたる対人関係の問題 (LE) が SB の発生要因となることが確認されている³⁶⁾。

悩みについて系統的な調査が行われた従来の研究でも, やはり本研究と同様の悩みの割合が報告されている。Haw ら²⁸⁾は, 対人関係の悩みが最も多く (パートナーとの問題のみで 63 %), 次いで職業上の悩み 36 %, 経済問題 26 %, 住居の問題 18 %, 法律問題 5 % と報告している。Milnes らの DSH 患者の研究⁴⁸⁾では, 対人関係の悩み約 6 割, 経済的な悩み 59 %, 職業上の悩み 48 %, 精神疾患の悩み 46 %, 住居についての悩み 40 %, 身体疾患の悩み 32 % であった。本研究でも, 研究フィールドや対象行動が若干異なっているにもかかわらず, ほぼ同じ数値である。ただし, 本研究で精神疾患の悩みが突出して多いのは, それが精神科病院での調査であるからであろう。

本研究で得られた LE や悩みと年齢, 性別との関連の所見は, 年齢が低いほど仕事, 学業でのトラブルが多くなり, 年齢が高くなるほど自分の身体疾患の悩みや LE が多くなるというものであった。Brent ら¹⁰⁾や Haw ら²⁸⁾も若年者の自殺に先立つ LE として対人関係や恋愛関係のトラブル, 法律問題, 教育・訓練上の問題が多いと報告して

いる。そこには, 人間のライフサイクルの展開に伴って問題となるテーマや悩みの変化が反映していると考えられる⁶⁰⁾。さらに, Haw ら²⁸⁾は高齢者に身体的な悩みが多いことを明らかにしている。悩みの種類の性差としては, 本研究および Haw らの研究²⁸⁾で女性に対人関係の悩みが多いことが見出されている。これは, 女性の方が家族などの親密な対人関係に関心を強く抱くという一般的な傾向 (例えば, Blum⁹⁾) を反映した所見と考えられる。

LE と PD の関連についての Heikkinen らの研究³²⁾では, PD の自殺者は PD のない自殺者よりも多くの自殺前の対人関係の LE と職業上の LE を経験しており, それらの LE は PD 者が自分で招いた結末だと見ることができるといふ。本研究ではクラスタ B 患者に対人関係および生活状況の LE の発生が多いという所見が得られた。このことは, PD 患者においては, SB 発生要因としてそれらの LE が重要であることを示している。それはまた, 患者のおかれた状況をスムーズに把握し, その後の SB を回避するために有用な臨床的知見として利用できるだろう。なお, クラスタ A 患者に対人関係の LE や悩みが少ないという所見は, 彼らの対人関係の希薄さに由来するものと考えられる。その他, クラスタ C 患者に健康上の悩みが多いという所見が得られているが, それらは彼らの不安傾向の顕れとして解釈しうる。

本研究では, 対人関係, 生活状況の悩みと関連する唯一の精神障害として不安障害が見出されている。この結果は, 従来から指摘されている不安障害患者が悩みを増大させやすい傾向をもつこと (例えば, Starcevic ら⁵⁹⁾) を反映したものであり, 彼らの SB が増大した悩みを背景に生じている可能性を示している。

E. SB 関連症状について

本研究の対象患者の中で重度の抑うつと絶望の状態にあったのは, 約半数におよんでいた。BDI が 30 点以上, BHS が 14 点以上は, それぞれ 55 %, 48 % であった。この値は, Haw らの報告²⁸⁾

や Milnes ら⁴⁸⁾の報告する値と同等もしくはより高値である。抑うつ症状や絶望感は、従来から SB の主要要因とされてきたが^{23,28)}、本研究において SB を呈する患者で重視するべき徴候であることが改めて確認されたといえる。

抑うつ症状 (BDI) が高度の患者は、感情障害患者に多く認められた。他方、絶望感が強いのは、感情障害患者、クラスター A 患者に多かった。SB を示す感情障害患者に抑うつ症状や絶望感が強いことは、症候学的に予測されることであり、報告も多くなされている。例えば、Milnes ら⁴⁸⁾は、感情障害患者の絶望感 (BHS) の値が他の診断の患者の値よりも高いことを報告している。本研究で見出されたクラスター A と絶望感との関連は、Ellis らの報告¹⁹⁾する自殺念慮を訴える患者に見られた社会的内向性と絶望感との関連と類似する所見である。

本研究における自殺意図尺度 (SIS) の平均値は、救急医療機関での DSH 患者を扱っている Milnes ら⁴⁸⁾の値より高く、Haw ら²⁷⁾の値とほぼ同じである。それはまた、Baca-García ら⁵⁾の報告での身体救急医療機関に搬送された後に精神科入院治療を受けた患者の平均値よりも約 3 点低いと推計される。これは、本研究の対象に含まれる本格的な自殺未遂の症例が SIS の値を上昇させている反面で、入院決定において自殺意図ばかりでなく広い範囲の精神症状も考慮されているため、SIS 低値の症例が混じっているためと考えられる。

本研究では、SIS と精神科診断との関連は認められなかった。Haw ら²⁷⁾の研究では、うつ病患者で SIS 値が高いという関連のみが認められている。これは、精神科診断によって自殺意図の強さを推定することに慎重であるべきことを示す結果である。また、本研究では、自殺や SB の直前に勢いづけのためにアルコールや物質を使用したケースは 13%であったが、精神科診断との関連は明らかでなかった。

本研究では、対象患者の SB 時解離症状 (PDEQ) の平均値 (11.3) が Marmar ら⁴¹⁾の報

告する退役軍人での値 13.2 や、張ら¹⁴⁾が調査した 2 群の自殺未遂者の平均値 12~13 よりわずかに下回るという結果であった。この SB 時に解離症状を伴いやすいという所見は、張ら¹⁴⁾の自殺関連行動の遂行を最終的に思い切らせる要因としてそれが作用しているという主張を支持するものである。さらに SB 時解離症状は、感情障害、不安障害の患者に強く認められており、これらの精神障害患者の特徴であることを示している。

本研究では、攻撃的行動や怒り易さ (OAS-M 1, 2) は、クラスター B 患者に多く見られていた。これは、SB と同時に怒りや攻撃が顕在化する傾向が、PD もしくは境界性 PD の特徴であるとする McGirr ら⁴⁶⁾、Keilp ら³⁹⁾の研究結果と一致している。

F. 養育期における虐待について

先に示したように、SB には発達過程の要因が関わっており、養育期における虐待、特に性的虐待がその要因の一つだと想定されている。本研究では、養育期の何らかの虐待、性的虐待を体験している比率は、それぞれ 61%、17%という結果であった。これは、藤野ら²²⁾の報告する覚せい剤事犯受刑者 (大多数が薬物使用障害であり、自傷行為の経験率も高い人々) での比率、何らかの虐待の経験率が男性 20%、女性 33%、性的虐待の経験率が男性 1%、女性 14%、よりも若干高い値である。また本研究で得られた性的虐待の数値は、Matsumoto ら⁴²⁾の女性習慣自傷 (切傷) 者での経験率 41%、松本ら⁴³⁾の自傷 (切傷) を経験したことのある女性患者の経験率 (家族内および家庭外の性的虐待の経験率、それぞれ 19%、28%) よりも低値である。わが国での虐待と精神障害の関連についての実証的報告はまだ少数である。今後とも所見を積み重ねる必要がある。

本研究では、クラスター B、A の患者に身体的虐待、ネグレクトが多いことが明らかにされた。虐待は、さまざまな精神障害の発生要因と目されているが^{16,47)}、その病因論的意味が特に多く議論されてきたのは、境界性 PD においてである。本

報告の境界性PDの性的虐待の頻度26%は、52~71%とされる米国での報告³⁰⁾よりも低いものの、相当高い値と捉えるべきであろう。Johnsonら³⁷⁾は、ほぼ虐待に相当する親の険悪な対応 (aversive parental behavior) の経験者で発生率が高まるのは、境界性PDと妄想性PDであるという、クラスターB、Aと虐待との関連を認めた本報告とほぼ一致する所見を報告している。ただし、PDにおける虐待の病因論的意義については、養育者イメージの問題、養育者の死別、別離など、別の養育環境の問題も指摘されているので (例えば、Zanariniら⁶⁸⁾、Johnsonら³⁷⁾)、あくまでも要因の一つとして捉えるべきであろう。

また、虐待を報告する対象患者には、彼らのSB発生年齢や精神科初診時年齢が低いという本研究の所見から、SBが早期に顕在化して複数回生じる傾向があると考えられる。これは、Brodskyら¹¹⁾の虐待を経験した境界性PD患者のSB経験回数が多いという報告と相応する所見である。

本研究で養育期の虐待との関連が見いだされている今一つの精神障害は、不安障害である。従来からPTSDとのSBおよび虐待と関連⁴⁷⁾が指摘されてきた。また、Copelandらの報告¹⁶⁾でも虐待と不安障害の関連が報告されている。本報告では、不安障害患者で刃器による切創の経験が多いという不安障害とSBとの関連を示唆する所見が得られた。不安障害とSB、虐待との間の関連の所見は、虐待のある女性うつ病患者に不安障害の合併とDSHの繰り返しを多く見出しているGladstoneらの報告²³⁾と相応している。

G. SBの発展プロセス仮説

本研究では、SBが生育史的な不遇体験、精神障害の発病、それに種々の発生契機が加わることなどの諸要因の連鎖からなるプロセスの結果として生じるという仮説に基づいて調査が行われた。本研究における臨床特徴にポジティブに (それを高める方向に) 影響を及ぼしている、もしくは養育期の虐待から影響を受けていると考えられる診断分類は、クラスターB、不安障害、感情障害に

ほぼ限られていた。この所見は、SB発生のプロセス仮説に重ね合わせることができる。

本来、養育期の不遇体験は境界性PDを初めとして、さまざまな精神障害のリスクを高めるという報告^{16,37,47)}があるけれども、SB患者のみを対象とする本研究では特にクラスターBと不安障害に、養育期の虐待およびSBに関連する臨床特徴の両方との間に関連が見出されている。すなわちこの所見は、従来から指摘されてきた虐待もしくはそれに代表される劣悪な養育環境とSB発生との関連性 (例えば、van der Kolkらなど^{18,23,36,54,62,64)} やJohnsonらの前方視的研究³⁶⁾) において、クラスターBおよび不安障害が両者の介在要因として関与していることを示唆するものといえる。PDの徴候が両者の介在要因だとするモデルを提示しているのは、Gladstoneら²³⁾である。彼らは、うつ病患者のDSHと虐待との関連の間にパーソナリティ機能不全 (personality dysfunction) が介在するパス解析モデルを作成し、それに良好なモデル適合性が認められたことを報告している。他方、不安障害が養育期の虐待とSBとの間の介在要因と捉えることを直接支持する報告はないものの、従来の研究においても、虐待と不安障害^{16,47)} との関連、そして不安障害とSBの関連^{55,56)} は報告されている。この不安障害のSB発生における介在的役割は、今後の研究テーマとされるべきであろう。

感情障害は、SBの重症度に直接的に関わっていると考えられる。抑うつ症状はSBの心理学的背景として従来から最も重視されてきた症候であり、感情障害の診断は自殺未遂を予測する主要な要因でもある^{4,56,60)}。他方、本研究では感情障害の下位診断にSBに関わる特別な特性が見いだされていない⁶¹⁾。また、LEや養育期の虐待といったSB時期以前に作用する要因との間の関連も認められなかった。一般に感情障害の発症にはLEや虐待が影響していると考えられているのであるが (例えば、Copelandらなど^{16,47)})、本研究でそれが認められなかったのは、感情障害の対象患者に合併しているPDによって、感情障害のLEや

虐待との関連が説明されているためと考えられる。すなわち、この所見は、感情障害に対するそれらの要因の関与はPDや不安障害を介しての間接的なものとするGladstoneらの理解²³⁾と一致するものだと見える。

その他の精神障害、物質使用障害や精神病性障害では、幾つかの臨床特徴がそれらの患者では少ないもしくは低値というネガティブな関連が見いだされたのみであった。

- ・本研究の特長と限界

本研究の対象は、従来の研究でほとんど扱われてこなかった精神科病院にSBを呈して入院した患者であり、本研究はそのような対象患者の実態や臨床特徴についての知見を明らかにしたものと評価される。さらに、構造化面接による診断が行われている研究も数が限られていることから、精神障害、特にPDのSB発生要因としての意味を明らかにする上で意義が認められる。

本研究に指摘されるべき限界の第一は、その設定についての問題である。これは、対照を設けていない、SBを呈した患者のみを対象とする研究である。それゆえ、SB患者の間の特徴の抽出は可能であるが、SB発生要因を直接探究することはできない。また、横断的な研究であることから、発生要因の分析結果は推定に留まる。特に、養育期の虐待やSBの既往は、後方視的な面接調査によるものであり、バイアスがかかっている可能性が高い。それゆえ本研究でもたらされた知見は、今後堅固なデザインの研究、もしくは前方視的研究によって裏付けられなくてはならない。また、ロジスティック回帰分析の解釈においては、その中に決定係数(Nagelkerke R Square)が小さいものがあることに注意する必要がある〔重相関係数に直すと0.15が最小(入院前過量服薬と感情障害の関連)、他は0.20以上。但し、この決定係数の低さは、目的変数を二値化していることに一部由来していると考えられる〕。本研究のPD診断にも問題がないとはいえない。PDの診断は、それが入院治療中に行われていることから、I軸精神障害の影響を受けていると考えられる⁶⁹⁾。た

だし、本研究のPD評価は、精神状態が安定したと担当医と面接調査者によって判断された時期に実施されており、そのI軸精神障害の影響は比較的小さいといえる。最後に指摘する問題は、本研究で精神障害と臨床特徴との関連を解析するために採用されたロジスティック回帰分析のモデルがごく概括的でシンプルなものだけということである。今後さらに診断分類の下位分類(個々の診断)のSBに関連する意義の検討などにテーマを絞って解析を進める必要がある。

V. 結 語

われわれはここに、SBを入院事由とする精神科患者に多領域の臨床的評価を行った研究の結果を提示し、それに基づいて精神科診断と臨床特徴との関連、さらにSBの発生要因についての考察を行った。精神障害診断がSBの特徴やSBに関わる臨床症状とさまざまに関連していることは、精神障害がSB発生に関わっていることを強く示唆する所見である。また、対象患者の診断にLEや養育期の虐待といったSBから過去に遡る要因の関与が示唆されたことから、SBの発生にも自殺のプロセス仮説のような長期間の経過を視野に入れた理解の有効性が支持されたと考えられる。本研究で得られたこれらの所見は、精神科病院におけるSB患者の治療方針策定の際に、また精神科患者のSB発生過程の研究やSB・自殺予防対策の考案の際に基礎的資料として役立てられよう。

最後に本研究の最終的な目標である精神科患者の自殺予防は、他の自殺予防領域に比べると成果の挙がりにくいものかもしれないが、精神科医療スタッフが中心となって取り組まなければならない課題であることを改めて確認しておきたい。

謝 辞

本研究を実施するにあたり、東京都立中部総合精神保健福祉センター広報援助課高田真規子様、大森弘子様、松本清美様、そして都立松沢病院の精神科医師の皆さまの多大のご助力を賜りました。Action-Jに携わっておられる河西千秋先生、山田光彦先生には、研究計画の作成にあたり多くを教えていただきました。ここに深甚の感謝の意を表

します。

本論文を故神納光平医師に捧げます。

文 献

- 1) Allgulander, C., Fisher, L.D.: Clinical predictors of completed suicide and repeated self-poisoning in 8895 self-poisoning patients. *Eur Arch Psychiatry Neurol Sci*, 239; 270-276, 1990
- 2) 飛鳥井望: 自殺の危険因子としての精神障害: 生命的危険性の高い企図手段を用いた自殺失敗者の診断学的検討. *精神経誌*, 96; 415-443, 1994
- 3) Baxter, D., Appleby, L.: Case register study of suicide risk in mental disorders. *Br J Psychiatry*, 175; 322-326, 1999
- 4) Beautrais, A.L., Joyce, P.R., Mulder, R.T., et al.: Prevalence and comorbidity of mental disorders in persons making serious suicide attempts: a case-control study. *Am J Psychiatry*, 153: 1009-1014, 1996
- 5) Baca-García, E., Díaz-Sastre, C., Resa, E.G., et al.: Variables associated with hospitalization decisions by emergency psychiatrists after a patient's suicide attempt. *Psychiatr Serv*, 55; 792-797, 2004
- 6) Beck, A.T., Ward, C.H., Mendelson, M., et al.: An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry*, 4; 561-571, 1961.
- 7) Beck, A.T., Weissman, A., Lester, D., et al.: The measurement of pessimism: the hopelessness scale. *J Consul Clin Psychol*, 42; 861-865, 1974
- 8) Beck, A. T., Schuyler, D., Herman, J.: Development of suicide intent scales. The prediction of suicide (ed. by Beck, A.T., Resnik, H.L.P., et al.). Charles Press, Maryland, p. 45-56, 1974
- 9) Blum, D.: *Sex on the Brain: The Biological Differences between Men and Women*. Penguin Books, New York, 1997
- 10) Brent, D.A., Perper, J.A., Moritz, G., et al.: Stressful life events, psychopathology, and adolescent suicide: a case control study. *Suicide Life Threat Behav*, 23; 179-187, 1993
- 11) Brodsky, B.S., Malone, K.M., Ellis, S.P., et al.: Characteristics of borderline personality disorder associated with suicidal behavior. *Am J Psychiatry*, 154; 1715-1719, 1997
- 12) Burns, D.D.: *Feeling Good: The New Mood Therapy*. New Amer Library, New York, 1981 (野村総一郎訳: いやな気分よ, さようなら—自分で学ぶ「抑うつ」克服法. 星和書店, 東京, 1990)
- 13) Cavanagh, J.T., Carson, A.J., Sharpe, M., et al.: Psychological autopsy studies of suicide: a systematic review. *Psychol Med*, 33; 395-405, 2003
- 14) 張 賢徳, 竹内龍雄, 林 竜介ほか: 自殺行為の最終段階についての研究「解離」仮説—脳と精神の科学, 10; 279-288, 1999
- 15) Cooper, J., Appleby, L., Amos, T.: Life events preceding suicide by young people. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 37; 271-275, 2002
- 16) Copeland, W.E., Keeler, G., Angold, A., et al.: Traumatic events and posttraumatic stress in childhood. *Arch Gen Psychiatry*, 64; 577-584, 2007
- 17) De Leo, D., Burgis, S., Bertolote, J.M., et al.: Definitions of suicidal behaviour. *Suicidal Behaviour* (ed. by De Leo, D., Bille-Brahe, U., et al.). Hogrefe & Huber, Massachusetts, 2004
- 18) de Wilde, E.J., Kienhorst, I.C., Diekstra, R.F., et al.: The relationship between adolescent suicidal behavior and life events in childhood and adolescence. *Am J Psychiatry*, 149; 45-51, 1992
- 19) Ellis, T.E., Rudd, M.D., Rajab, M.H., et al.: Cluster analysis of MCMI scores of suicidal psychiatric patients: four personality profiles. *J Clin Psychol*, 52; 411-422, 1996
- 20) First, M.B., Gibbon, M., Spitzer, R.L., et al.: *User's Guide for the Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Personality Disorders: SCID-II*. Am Psychiatric Pub, Washington D.C., 1997 (高橋三郎, 大曾根彰訳: SCID-2—DSM-4 II 軸人格障害のための構造化面接. 医学書院, 東京, 2002)
- 21) First, M. B., Spitzer, R.L., Gibbon, M., et al.: *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders: SCID-I: Clinician Version: Administration Booklet*, Am Psychiatric Pub, Washington D.C., 1997 (北村俊則, 富田拓郎, 岡野禎治ほか訳: 精神科診断面接マニュアル SCID-I使用の手引き. 日本評論社, 東京, 2003)
- 22) 藤野京子, 高橋 哲: 覚せい剤事犯受刑者の現状 (2)—児童虐待被経験からの分析. *アディクションと家族*, 24; 160-168, 2007
- 23) Gladstone, G.L., Parker, G.B., Mitchell, P.B., et

- al.: Implications of childhood trauma for depressed women: an analysis of pathways from childhood sexual abuse to deliberate self-harm and revictimization. *Am J Psychiatry*, 161; 1417-2013; 1425, 2004
- 24) Gunnell, D., Bennewith, O., Peters, T.J., et al.: The epidemiology and management of self-harm amongst adults in England. *J Public Health*, 27; 67-73, 2005
- 25) Gupta, B., Trzepacz, P.T.: Serious overdosers admitted to a general hospital: comparison with nonoverdose self-injuries and medically ill patients with suicidal ideation. *Gen Hosp Psychiatry*, 19; 209-215, 1997
- 26) Haw, C., Hawton, K., Houston, K., et al.: Psychiatric and personality disorders in deliberate self-harm patients. *Br J Psychiatry*, 178; 48-54, 2001
- 27) Haw, C., Hawton, K., Houston, K., et al.: Correlates of relative lethality and suicidal intent among deliberate self-harm patients. *Suicide Life Threat Behav*, 33; 353-364, 2003
- 28) Haw, C., Hawton, K.: Life problems and deliberate self-harm: associations with gender, age, suicidal intent and psychiatric and personality disorder. *J Affect Disord*, 109; 139-148, 2008
- 29) 林 直樹：精神障害と自殺予防の心理社会的介入。精神療法, 32; 541-547, 2006
- 30) 林 直樹：境界性パーソナリティ障害—数字で知る心の問題。こころの科学, 139; 96-101, 2008
- 31) Heikkinen, M., Aro, H., Lönnqvist, J.: Recent life events, social support and suicide. *Acta Psychiatr Scand (Suppl.)*, 377; 65-72, 1994
- 32) Heikkinen, M.E., Henriksson, M.M., Isometsa, E.T., et al.: Recent life events and suicide in personality disorders. *J Nerv Ment Dis*, 185; 373-381, 1997
- 33) Herpertz, S.: Self-injurious behaviour. Psychopathological and nosological characteristics in subtypes of self-injurers. *Acta Psychiatr Scand*, 91; 57-68, 1995
- 34) 伊藤滋朗, 井上 仁, 佐々木勝ほか：救命救急センターにおける精神科医療の現状と課題。日臨救医誌, 5; 22-28, 2002
- 35) 伊藤敬雄, 葉田道雄, 木村美保ほか：高次救命救急センターに入院した自殺未遂患者とその追跡調査：精神科救急対応の現状を踏まえた1考察。精神医学, 46; 389-396, 2004
- 36) Johnson, J.G., Cohen, P., Gould, M.S., et al.: Childhood adversities, interpersonal difficulties, and risk for suicide attempts during late adolescence and early adulthood. *Arch Gen Psychiatry*, 59; 741-749, 2002
- 37) Johnson, J.G., Cohen, P., Chen, H., et al.: Parenting behaviors associated with risk for offspring personality disorder during adulthood. *Arch Gen Psychiatry*, 63; 579-587, 2006
- 38) Joukamaa, M., Heliövaara, M., Knekt, P., et al.: Mental disorders and cause-specific mortality. *Br J Psychiatry*, 179; 498-502, 2001
- 39) Keilp, J.G., Gorlyn, M., Oquendo, M.A., et al.: Aggressiveness, not impulsiveness or hostility, distinguishes suicide attempters with major depression. *Psychol Med*, 36; 1779-1788, 2006
- 40) Maris, R., Berman, A., Silverman, M.: The theoretical component in suicidology. *Comprehensive Textbook of Suicidology* (ed. by Maris R, Berman A, et al.). Guilford Press, New York, p. 26-61, 2000
- 41) Marmar, C.R., Weiss, D.S., Schlenger, W.E., et al.: Peritraumatic dissociation and posttraumatic stress in male Vietnam theater veterans. *Am J Psychiatry*, 151; 902-907, 1994
- 42) Matsumoto, T., Azekawa, T., Yamaguchi, A., et al.: Habitual self-mutilation in Japan. *Psychiatry Clin Neurosci*, 58; 191-198, 2004
- 43) 松本俊彦, 山口垂希子, 阿瀬川孝治ほか：過量服薬を行う女性自傷者の臨床的特徴。精神医学, 47; 735-743, 2005
- 44) 松本俊彦, 山口垂希子：自傷の概念とその研究の焦点。精神医学, 48; 468-479, 2006
- 45) 松原敏郎, 河合宏治, 本田真広ほか：山口県総合医療センター救命救急センターにおける自殺企図患者の現状。精神医学, 50; 329-335, 2008
- 46) McGirr, A., Turecki, G.: The relationship of impulsive aggressiveness to suicidality and other depression-linked behaviors. *Curr Psychiatry Rep*, 9; 460-466, 2007
- 47) McLeer, S.V., Dixon, J.F., Henry, D., et al.: Psychopathology in non-clinically referred sexually abused children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 37; 1326-1333, 1998

- 48) Milnes, D., Owens, D., Blenkiron, P.: Problems reported by self-harm patients: perception, hopelessness, and suicidal intent. *J Psychosom Res*, 53; 819-822, 2002
- 49) 三澤仁, 伊藤耕一, 金井貴夫ほか: 国立国際医療センター救急部に搬送された自殺企図者の実態について. *精神医学*, 44; 1341-1344, 2002
- 50) 中山秀紀, 大塚耕太郎, 酒井明夫ほか: 岩手県高度救命救急センターにおける自殺未遂患者の横断的調査. *精神医学*, 48; 119-126, 2006
- 51) Owens, D., Wood, C., Greenwood, D.C., et al.: Mortality and suicide after non-fatal self-poisoning: 16-year outcome study. *Br J Psychiatry* 187; 470-475, 2005
- 52) Pattison, E.M., Kahan, J.: The deliberate self-harm syndrome. *Am J Psychiatry*, 140; 867-872, 1983
- 53) Paykel, E.S., Prusoff, B.A., Myers, J.K.: Suicide attempts and recent life events. A controlled comparison. *Arch Gen Psychiatry*, 32; 327-333, 1975
- 54) Romans, S.E., Martin, J.L., Anderson, J.C., et al.: Sexual abuse in childhood and deliberate self-harm. *Am J Psychiatry*, 152; 1336-1342, 1995
- 55) Sareen, J., Cox, B.J., Affi, T.O., et al.: Anxiety disorders and risk for suicidal ideation and suicide attempts: a population-based longitudinal study of adults. *Arch Gen Psychiatry*, 62; 1249-1257, 2005
- 56) Sareen, J., Houlihan, T., Cox, B.J., et al.: Anxiety disorders associated with suicidal ideation and suicide attempts in the National Comorbidity Survey. *J Nerv Ment Dis*, 193; 450-454, 2005
- 57) Shearer, S.L.: Phenomenology of self-injury among inpatient women with borderline personality disorder. *J Nerv Ment Dis*, 182; 524-526, 1994
- 58) 四戸智昭, 斎藤 学: 家庭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. *アディクシオンと家族*, 19; 242-250, 2002
- 59) Starcevic, V., Berle, D.: Cognitive specificity of anxiety disorders: a review of selected key constructs. *Depress Anxiety*, 23; 51-61, 2006
- 60) 高橋祥友: 自殺の危険, 新訂増補. 金剛出版, 東京, 2006
- 61) 徳永太郎, 林 直樹: 双極 II 型障害と境界性パーソナリティ障害は関連しているのか?: 自殺関連行動を呈した感情障害患者の検討から. *精神科治療学*, 23; 805-811, 2008
- 62) Yeo H.M., Yeo, W.W.: Repeat deliberate self-harm: a link with childhood sexual abuse? *Arch Emerg Med*, 10; 161-166, 1993
- 63) Yudofsky, S.C., Silver, J.M., Jackson, W., et al.: The overt aggression scale for the objective rating of verbal and physical aggression. *Am J Psychiatry*, 143; 35-2013; 39, 1986
- 64) van der Kolk, B.A., Perry, J.C., Herman, J.L.: Childhood origins of self-destructive behavior. *Am J Psychiatry*, 148; 1665-1671, 1991
- 65) Walsh, B.W., Rosen, P.M.: *Self-mutilation*. Guilford Press, New York, 1988 (松本俊彦, 山口垂希子 訳自傷行為. 金剛出版, 東京, 2005)
- 66) Welch, S.S.: A review of the literature on the epidemiology of parasuicide in the general population. *Psychiatr Serv*, 52; 368-375, 2001
- 67) Zahl, D.L., Hawton, K.: Repetition of deliberate self-harm and subsequent suicide risk: long-term follow-up study of 11,583 patients. *Br J Psychiatry*, 185: 70-75, 2004
- 68) Zanarini, M.C., Williams, A.A., Lewis, R.E., et al.: Reported pathological childhood experiences associated with the development of borderline personality disorder. *Am J Psychiatry*, 154; 1101-1106, 1997
- 69) Zimmermann, M.: Diagnosing personality disorders: A review of issues and research methods. *Arch Gen Psychiatry* 51; 225-245, 1994
-

Psychiatric and Personality Disorders and Clinical Characteristics of
Admitted Suicidal Patients: Data from Matsuzawa Suicidal Behavior Study

Naoki HAYASHI^{1,2,3,4,5)}, Miyabi IGARASHI¹⁾, Atsushi IMAI¹⁾, Yuka OSAWA¹⁾,
Kaori UTSUMI¹⁾, Yoshio OHSHIMA¹⁾, Taro TOKUNAGA¹⁾, Kayo ISHIMOTO¹⁾,
Naoko MAEDA¹⁾, Hirohiko HARIMA¹⁾, Yoshitaka TATEBAYASHI⁶⁾, Naoki KUMAGAI⁷⁾,
Makoto NOZU⁷⁾, Hidetoki ISHII⁸⁾, Yuji OKAZAKI^{1,2)}

1) *Department of Psychiatry, Tokyo Metropolitan Matsuzawa Hospital*

2) *Research Project for the Recovery from Schizophrenia, Tokyo Institute of Psychiatry*

3) *Faculty of Medicine, Tokyo Medical and Dental University*

4) *Graduate School of Education, University of Tokyo*

5) *Department of Psychogeriatrics, National Institute
of Mental Health, National Center of Neurology and Psychiatry*

6) *Tokyo Institute of Psychiatry*

7) *Disabled Persons Division, Bureau of Social Welfare and Public Health,
Tokyo Metropolitan Government*

8) *Tokyo Metropolitan Tama Comprehensive Center for Mental Health and Welfare*

9) *Graduate School of Education and Human Development, Nagoya University*

Psychiatric patients who have shown suicidal behavior (SB) are believed to be at a particularly high risk of suicide. However, the number of studies that have sought ways to prevent suicide in this patient population is limited. The present study investigated the diagnosis and SB-related characteristics of psychiatric inpatients showing suicidal behavior prior to admission. One-hundred and fifty-seven eligible subjects were recruited from patients consecutively admitted to a large psychiatric facility during a 20-month period in 2006 and 2007, and underwent extensive research interviews. Percentages of diagnoses based on the Structured Clinical Interview for DSM-IV, Clinician Version (SCID-I, CV) in this series were: affective disorders, 62%; anxiety disorders, 55%; substance use disorders, 38%; psychotic disorders, 27%; and eating disorders, 10%. Eighty-seven percent of the subjects were diagnosed as having some type of personality disorder (PD) in the SCID-II interview. Borderline PD was diagnosed in 56% of the subjects, making it the most frequent type of PD in this series. Frequent SB in these subjects involved: self-cutting, 40%; overdosing, 32%; self-strangulation, 14%; and jumping, 11%.

Step-wise logistic regression analyses were conducted to examine the association of dichotomized SB-related clinical characteristics with diagnostic categories (affective disorders, psychotic disorders, substance use disorders, anxiety disorders, and cluster A, B and C PDs). The analyses demonstrated that three diagnostic categories were dominant in the association with clinical characteristics. Cluster B PD was associated with a history of overdosing, greater aggressiveness, interpersonal and life-situational life events, and child-

hood maltreatment (physical abuse and neglect). Anxiety disorders were related to histories of overdosing, dissociative symptoms in SB, excessive worry concerning life problems, and childhood neglect. Affective disorders were mainly associated with the characteristics of SB or SB-related symptoms: severe depressive symptoms and hopelessness, potentially fatal SB before admission such as self-strangulation, and dissociative symptoms in SB, though they did not show a significant relationship with pre-SB characteristics such as life events or childhood maltreatment. These findings will be helpful to develop treatment guidelines, SB-prevention strategies, and future research regarding suicidal psychiatric patients.

<Authors' abstract>

<**Key words**: suicidal behavior, suicidal attempt, psychiatric admission, psychiatric diagnosis, personality disorder, self-injurious behavior, self-poisoning>
