

論文の内容の要旨

思春期生徒における求助行動の妨害要因および自殺リスク予測指標の検討

北川 裕子

背景

自殺は思春期の重大な精神保健問題であり、先進国における若者の死因の主たるものである（WHO, 2014）。中でも日本は先進国の中で唯一、自殺が若者の死因の第1位となっている（厚生労働省, 2016）。自殺の背景には多くの場合精神疾患がある（Hawton, 2012）。諸外国で行われた心理学的剖検研究は自殺既遂者の90—96%が自殺直前には、うつ病などの精神障害に罹患した状態にあったことを明らかにしている。また、それらの状態にあった者の大半が適切な精神科治療を受けていなかったこと、さらには周囲に自殺の意図を伝えていなかったことが示されている（Lonnqvist *et al.*, 1995）。特に思春期の若者は、精神不調を抱える者ほど「自分の問題は自分で解決すべきである」と考えがちであることや（Gould *et al.*, 2014）、希死念慮が深刻になるほど援助希求をしようとする意思が減少する傾向が観察されている（Wilson *et al.*, 2010）。また思春期の若者は自身の精神不調に対して助けが必要であると認識していないことも指摘されており、適切な対処行動を行う代わりに自傷行為といった不適切な対処行動をとってしまいがちであることや（Hawton, 2006）、言葉で精神不調を表現することが難しく身体不調として表出されがちであることが指摘されている（Wasserman, 2016）。身体不調を訴えた場合周囲が若者の抱える真の問題に気付かず見過ごしてしまう可能性もあり、不調を抱えた者はしばしば孤立している。周囲が若者を援助する時期を逃してしまい、結果的に自殺者数の増加を招いている可能性が考えられる。思春期の自殺リスクの特定を困難にしていると考えられる要因について先行研究を概観し表1にまとめた。

援助希求行動（求助行動）に影響を与える要因を調べることは自殺予防を含む精神保健の観点から重要である。希死念慮が求助行動に及ぼす影響については重要な課題であるが、希死念慮を有する者は求助行動への意思が減少することを示す報告（Rickwood, 2007; Wilson *et al.*, 2010）がある一方で、専門家に援助を求める傾向があることを示すもの（Husky *et al.*, 2012）

があり一致しない。思春期に急増するいじめもまた重要な自殺リスクである。いじめの問題や希死念慮を含む精神不調を抱えた若者が求助行動をとれることは自殺予防の保護要因となるが（北川, 2014）、いじめの被害者の求助行動についても、先行研究で知見が一致していない。いじめ被害者では他者へ助けを求めることを躊躇する傾向があることが示され（Smith *et al.*, 2000）、別の調査ではより助けを求めることが示されている（Haavet *et al.*, 2005）。さらに思春期の若者における希死念慮といじめ被害の精神不調に対する求助行動への交互作用についてはこれまで研究がなされていない。

表1. 思春期の生徒の自殺リスク特定を困難にしている要因

思春期生徒の認知・行動的特性による要因

1. 自殺リスクを含む精神不調を抱える思春期の若者は求助行動をとらないこと
2. そもそも自身の精神不調について助けが必要であると認識していないこと
3. 自身の精神不調を言語化して相談しないこと
4. その代わりに自傷行動などの不適切な対処行動をとってしまいがちであること

援助側による要因

5. 精神不調が身体症状として表出され、援助者が真の問題を見過ごしてしまうこと
 6. 身体愁訴は思春期の生徒にとってありふれたものであり、どの愁訴に特に注意を払うべきか不明瞭であること（身体愁訴と自殺リスクの関連について十分な研究がなされていない）
-

（北川, 2016）

思春期の若者の自殺リスクを特定することを困難にしている諸要因を鑑みると、若者にとって回答しやすい質問によってリスクを特定することは意義があると考えられる。具体的には若者によく見られる身体愁訴からリスク特定を行うことは重要な観点である（Shanahan *et al.*, 2015）。身体愁訴と自殺リスクの関連についての先行研究を概観すると、痛みと自殺リスクを含む精神不調の関連は研究が多くなされている（e.g., Tang *et al.*, 2006）。また、うつ病は自殺の主たる危険因子であり、うつ病の診断基準に含まれる身体症状である食欲不振や不眠も重要な症状である。大うつ病患者（Major Depressive Disorders: MDD）を対象とした心理学的剖検研究（McGirr *et al.*, 2007）によると、自殺死亡のMDD患者では、自殺企図を行っていないMDD患者に比べて顕著に食欲不振や不眠が報告され、自殺リスクの高まった患者においてこの訴えは注意すべきものであることが示唆された。不眠と自殺リスクの関連については若者を含む幅広い対象において多くの研究がなされ、その関連が報告されている（Goldstein *et al.*, 2008; Cappuccio *et al.*, 2010）。しかし一般の思春期生徒において食欲不振が自殺リスクと関連するののかについては実証的な研究がなされていない。その他の身体愁訴については、大人を対象とした研究では、耳鳴り経験者では対照に比べて全般性不安障害を顕著に有していたことや（Shargorodsky *et al.*, 2010）、耳鳴りを有する者では有しない者に比べて自殺傾向、不安・抑うつ症状を顕著に有していたこと（Schaaf *et al.*, 2009）、過去の自殺企図歴や社会的孤立に加え、過去2年以内の耳鳴り発症者の半数が自殺完遂をしたという報告もある（Lewis *et al.*, 1994）。また思春期の若者を対象とした研究では、複数の身体愁訴を合わせて解析されることが多く（Thompson *et al.*, 2011）、個別の身体不調と自殺リスクの関連に着目した研究は非常に少ない。

本研究の目的

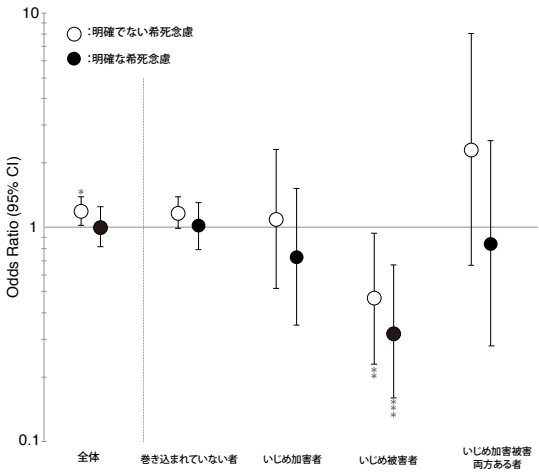
思春期の若者の求助行動を妨害する要因—希死念慮といじめによる影響—について調査し、次に自殺リスクを比較的容易な方法で特定するために身体愁訴と希死念慮、自傷行為の関連を調べることを目的にする。具体的には次の3つの研究を実施した。1) 思春期生徒における精神不調に対する求助行動におけるいじめ被害と希死念慮の交互作用について、具体的には思春期のいじめ被害者において希死念慮は求助行動の減少に関連があるのかについて調べた（研究1）。

2) 思春期生徒における食欲不振と希死念慮、自傷行為の関連を調べた(研究2)。3) 食欲不振や不眠以外の身体愁訴に着目し、希死念慮、自傷行為との関係を調べた(研究3)。

・研究1. 思春期のいじめ被害者における希死念慮と求助行動の関連

いじめの被害は明確に希死念慮と関連している(Arseneault *et al.*, 2010)。希死念慮は自殺関連行動の一つであり(WHO, 2014)、その有病率は思春期中期、後期と年齢が上がるにつれ増加する(Nock *et al.*, 2008)。希死念慮を有するいじめ被害者が精神不調に対する求助行動を行うかどうかは自殺予防の観点から重要な役割を果たすが、いじめ被害と希死念慮が求助行動に与える影響については明らかにされていない。本研究の目的はいじめ被害者の思春期生徒における希死念慮の求助行動への影響を明らかにすること、さらにその交互作用を明らかにすることである。そこで高等学校28校の1年生—3年生(15歳—18歳)、9,484名(9,991名の95.3%; 男子4,546名、女子4,938名; 年齢16.6±0.93(mean±s.d.))を対象にした自己記述式質問紙調査の一部を解析した。

ロジスティック回帰分析を行った結果、明確でない希死念慮、いじめ被害者ではそれぞれ有意に求助行動が多いことが示された($p < 0.001$)。しかし、いじめ被害者で希死念慮を有する者においては求助行動が減少することが示された(図1)。これは希死念慮が明確になるほど顕著であった(明確でない希死念慮あり: OR = 0.47, $p < 0.05$, 明確な希死念慮あり: OR = 0.32, $p = 0.002$)。さらに明確な希死念慮を有する者では、特に身近な他者である友人や家族への相談行動が減少することも示された(OR = 0.21, $p < 0.01$, OR = 0.13, $p < 0.001$)。



10代後半の思春期のいじめ被害者では希死念慮が高まると精神不調に対する求助行動が少なくなることが示唆された。これは自殺リスクの高まっている思春期の生徒ほど誰にも相談せずに悩んでいることを示しているのかもしれない。

・研究2. 思春期生徒における希死念慮、自傷行為と食欲の関連

精神疾患は自殺の主要なリスク要因であるが、食欲不振や不眠は多くの精神疾患で共有する症状であり、うつ病をはじめとする多くの精神疾患の診断基準に含まれている(DSM—IV)。思春期の若者にとって、食欲や不眠といった身体不調に関する質問は精神不調などの質問に比べて回答しやすいことが考えられる。

一方、不眠と自殺リスクの関係を調べた研究は多く存在するが(Cappuccio *et al.*, 2010)、思春期の生徒における食欲と自殺リスクの関連については研究がなされていない。そこで本研究では18,018名の中高校生(15—18歳)から得られた質問紙調査のデータを解析し、食欲と希死念慮、自傷行為との関連を調べた。

食欲がある者に比した食欲不振ありと不眠なしの者に比した不眠ありの希

図1. いじめ被害者では希死念慮を有すると求助行動が減少(***: $p = 0.002$, **: $p < 0.05$)

表2. 希死念慮と食欲の関連(ロジスティック回帰分析)†

全生徒 (N = 18,018)	希死念慮を有する生徒の割合 n = 756 (4.2%)	Model 1		Model 2	
		OR	95%CI	OR	95%CI
年齢		1.07	1.02 - 1.11	**	0.99 0.94 - 1.04
性別		1.34	1.15 - 1.56	***	0.82 0.69 - 0.96 *
食欲					
“食欲不振あり” (n = 426)	72 (16.9)	5.51	4.13 - 7.35	***	2.58 1.86 - 3.58 ***
“軽度食欲不振あり” (n = 1,335)	108 (8.1)	2.33	2.24 - 2.94	***	1.36 1.06 - 1.74 *
“ほぼ食欲あり” (n = 4444)	222 (5.0)	1.52	1.41 - 1.82	***	1.17 0.97 - 1.41
“食欲あり” (ref.) (n = 11,776)	352 (3.0)				
不眠					
“不眠あり” (n = 757)	130 (17.2)	5.51	4.42 - 6.87	***	2.33 1.82 - 2.97 ***
“軽度不眠あり” (n = 1,621)	112 (6.9)	2.08	1.67 - 2.59	***	1.12 0.88 - 1.42
“ほぼ不眠なし” (n = 2,666)	120 (4.5)	1.88	1.11 - 1.70	**	0.98 0.78 - 1.22
“不眠なし” (ref.) (n = 12,918)	391 (3.0)				
不安・抑うつ症状 (GHQ-12 score)					1.47 1.43 - 1.51 ***

Note. Model 1: 年齢、性別を調整変数として投入; Model 2: 年齢、性別、不安・抑うつ症状 (GHQ-12 score) で調整。
OR, odds ratio; 95%CI, 95% confidence interval; ref., reference; *, $p < 0.05$; **, $p < 0.01$; ***, $p < 0.001$.

†回答に欠損のあるデータは解析から除外した。

死念慮、自傷行為のオッズ比をロジスティック回帰分析により求めた（表2, 3）。希死念慮、自傷行為のオッズ比はそれぞれ食欲不振ありで5.51、4.13、不眠ありでは5.51、3.49であった。これらは不安・抑うつ症状や不眠の訴えで調整後も有意な結果が見られた（表2, 3 Model 2）。

一般の思春期生徒において希死念慮、自傷行為と食欲不振が関連していること、不安・抑うつ症状と独立して自殺リスクを予測しうる可能性があることが示唆された。

・研究3. 思春期生徒における希死念慮、自傷行為と身体愁訴の関連—特定の愁訴が自殺リスクを予測する

身体愁訴と自殺リスクの関連が示唆されているが、多くの研究では複数の身体愁訴を合わせて解析されており、それぞれの愁訴に着目して関連を調べた研究は少ない。身体愁訴は学齢期の若者によく見られるものであり、自殺リスクと関連する愁訴の特定が望まれる。研究2と同対象で身体愁訴と希死念慮、自傷行為の関連について調べた。

ロジスティック回帰分析の結果（不安・抑うつ症状で調整後；表4. Model 2：希死念慮の結果のみ記載）、有意水準5%以下で有意差が認められた各愁訴を有する者の愁訴を有しない者に比べた希死念慮、自傷行為のオッズ比は以下の通りであった。耳鳴りで1.56、1.58、めまいで1.51、1.58、下痢で1.37、1.34、自傷行為のみだるさが続くで1.40であった（ $p < 0.001$ ）。特定の愁訴（耳鳴り、めまい、下痢、だるさ）においては、自殺リスクと関連の強い不安・抑うつ症状で調整してもなお自殺リスクと有意な関連がみられた。これらの身体不調を訴える思春期の若者には特に注意を払うべきである。

まとめ

今回の研究で明らかになったことは次の2つに集約される。

- 1) いじめ被害者では援助希求行動は多く、不明確なレベルでの希死念慮を有する生徒も援助希求行動が多かったが、より自殺リスクが高いと考えられる生徒、すなわち、いじめ被害者で希死念慮が明確な生徒ほど、精神不調に対する求助行動が有意に少なかったこと（研究1）。
- 2) 思春期の若者にとってありふれ、かつ回答が比較的容易と考えられる身体不調（具体的には食欲不振や不眠、耳鳴り、めまい、下痢、だるさが続く）が、不安・抑うつ症状の影響を除いても希死念慮や自傷行為と有意に関連すること（研究2—3）。

本研究では、自殺の危機の迫った思春期の若者ほど精神不調を相談していない可能性が示された。これにより周囲が若者を援助する機会を逃してしまい、結果的に思春期の自殺者の増加を招いている可能性も考えられる。一方で特定の身体愁訴が自殺リスクと関連することが示された。このことはこれら身体愁訴が、今後自殺リスク予測指標を作成していく上で有用な指標として活用できる可能性を示している。若者の自殺リスクを見逃ごさないために、これら結果は若者に関わる医療従事者や教育関係者に十分周知するべき知見と考えられる。

表3. 自傷行為と食欲の関連（ロジスティック回帰分析）†

全生徒 (N = 18,018)	自傷行為を有する生徒の割合 n = 1,318 (7.3%)	Model 1		Model 2	
		OR	95%CI	OR	95%CI
年齢		1.01	0.98 - 1.05	0.96	0.93 - 1.00
性別		1.89	1.68 - 2.14 ***	1.41	1.24 - 1.59 ***
食欲					
“食欲不振あり” (n = 411)	87 (21.2)	4.13	3.19 - 5.35 ***	2.66	2.01 - 3.51 ***
“軽度食欲不振あり” (n = 1,299)	179 (13.8)	2.17	1.81 - 2.60 ***	1.56	1.29 - 1.88 ***
“ほぼ食欲あり” (n = 4,348)	376 (8.6)	1.37	1.20 - 1.57 ***	1.17	1.02 - 1.35 *
“食欲あり” (ref.) (n = 11,587)	676 (5.8)				
不眠					
“不眠あり” (n = 725)	148 (20.4)	3.49	2.85 - 4.26 ***	1.96	1.58 - 2.42 ***
“軽度不眠あり” (n = 1,579)	194 (12.3)	1.94	1.63 - 2.30 ***	1.31	1.09 - 1.56 **
“ほぼ不眠なし” (n = 2,610)	228 (8.7)	1.37	1.17 - 1.61 ***	1.11	0.95 - 1.31
“不眠なし” (ref.) (n = 12,712)	743 (5.8)				
不安・抑うつ症状 (GHQ-12 score)				1.26	1.24 - 1.28 ***

Note. Model 1: 年齢、性別を調整変数として投入; Model 2: 年齢、性別、不安・抑うつ症状 (GHQ-12 score) で調整.

OR, odds ratio; 95%CI, 95% confidence interval; ref., reference; *, $p < 0.05$; **, $p < 0.01$; ***, $p < 0.001$.

† 回答に欠損のあるデータは解析から除外した.

表4. 希死念慮と身体愁訴の関連（ロジスティック回帰分析）†

全生徒 (N = 18,104)	希死念慮を有する生徒の割合 n = 756 (4.2%)	Model 1		Model 2	
		OR	95%CI	OR	95%CI
年齢		1.07	1.03 - 1.12 *	1.00	0.95 - 1.04
性別		1.09	0.93 - 1.27	0.77	0.65 - 0.91 *
身体愁訴					
頭痛 (n = 6,418)	421 (6.6)	1.24	1.05 - 1.48 *	1.03	0.86 - 1.23
腹痛 (n = 6,349)	393 (6.2)	1.13	0.96 - 1.34	0.91	0.76 - 1.08
下痢 (n = 1,936)	166 (8.6)	1.55	1.27 - 1.89 ***	1.37	1.11 - 1.69 *
めまい (n = 2,345)	258 (11.1)	1.91	1.59 - 2.30 ***	1.51	1.24 - 1.83 ***
発熱 (n = 2,130)	136 (6.4)	1.04	0.85 - 1.28	1.09	0.88 - 1.36
耳鳴り (n = 2,274)	244 (10.8)	2.02	1.69 - 2.42 ***	1.56	1.29 - 1.88 ***
だるさが続く (n = 5,066)	413 (8.2)	2.15	1.83 - 2.54 ***	1.17	0.99 - 1.40
肩こり (n = 3,573)	250 (7.0)	1.06	0.89 - 1.26	0.91	0.76 - 1.09
不安・抑うつ症状 (GHQ-12 score)				1.46	1.42 - 1.50 ***

Note. Model 1: 年齢、性別を調整変数として投入; Model 2: 年齢、性別、不安・抑うつ症状 (GHQ-12 score) で調整.

OR, odds ratio; 95%CI, 95% confidence interval; ref., reference; *, $p < 0.05$; ***, $p < 0.001$.

† 希死念慮の回答に欠損のあるデータは解析から除外した.